

喫煙依存者の社会経済的特徴¹

JGSS2010 を用いた実証分析

大阪大学 山内直人研究会 社会保障分科会

螺良彩花・富田晃史・井上結梨子
岩井晃之・岡崎新・梶芳英

2014年11月

¹本稿は、2014年12月13日、12月14日に開催される、ISFJ 日本政策学生会議「政策フォーラム 2014」のために作成したものである。本稿の作成にあたっては、山内直人教授(大阪大学法学部国際公共政策研究科)をはじめ、多くの方々から有益且つ熱心なコメントを頂戴した。また、分析にあたって、東京大学社会科学研究所附属社会調査・データアーカイブ研究センターSSJ データアーカイブから〔「日本版 General Social Surveys<JGSS-2010>」(大阪商業大学 JGSS 研究センター)〕の個票データの提供を受けた。日本版 General Social Surveys(JGSS)は、大阪商業大学 JGSS 研究センター(文部科学大臣認定日本版総合的社会調査共同研究拠点)が、東京大学社会科学研究所の協力を受けて実施している研究プロジェクトである。ここに記して感謝の意を表したい。しかしながら、本稿にあり得る誤り、主張の一切の責任はいうまでもなく筆者たち個人に帰するものである。

要約

喫煙は、喫煙者本人はもちろん、周囲の人にも受動喫煙を通して害を与える上、様々な社会的コストも生み出しており、負の外部性が極めて大きい消費行動である。このような認識の高まりから、喫煙に対する規制が世界的に展開されてきた。日本も例外ではなく、たばこ税の増税や公共施設での禁煙や分煙、禁煙治療への健康保険の適用などの政策が実施され、1960年に80%近かった日本の男性喫煙率は2012年に30%程度とかなりの程度低下した。しかし、2005年以降は2010年に過去最大の値上げがあったにもかかわらず35%程度で推移しており、2010年から2012年にかけては、むしろ増加している。このように、現状の政策では喫煙率の低下に限界が見えてきているため新たな政策が必要だと考えられる。

喫煙を経済学の文脈で説明する際には、その依存性という特性を説明したものとしてBecker and MurphyによるRational Addictionが支持されてきた。しかし、近年、特に行動経済学的な観点からの研究が進むと共に、個人の合理性には限界があるということを前提として依存が説明されるようになった。また、個人の健康資本に人とのつながり(ソーシャルキャピタル)が影響することが多くの研究によって示唆されており、喫煙に関してもソーシャルキャピタルとの関係性が示唆されている。

喫煙に関する先行研究は、価格変化や時間割引率などに着目したものなどがあるものの、健康資本に影響を与えるとされるソーシャルキャピタルとの関連性に注目したものは比較的少ない。そこで本稿では、先行研究によって明らかにされてきた喫煙行動の要因を参考にしつつ、ソーシャルキャピタルに関する変数を加え、喫煙に依存する個人の特徴について分析した。その結果、友人との会食が多いことが依存の確率を高め、趣味の会に参加していることが依存の確率を低くすることが分かった。

分析の結果を受けて、我々は、喫煙者に対してたばこの害を認知させること、禁煙を望む人に禁煙治療を受けるための支援を行うこと、禁煙支援のためにソーシャルキャピタルを活用することを提言する。具体的には、喫煙の害を認知させるために、たばこのパッケージの警告強化、喫煙防止教育の徹底を提言する。また、禁煙を望む人が治療を受けやすくなるように、クイットラインの常設を提言する。そして、ソーシャルキャピタルを活用した政策として、禁煙治療の紹介割引制度、禁煙ミーティングの提供を提言する。

キーワード：喫煙、合理的依存、ソーシャルキャピタル

目次

要約

はじめに

第1章 現状分析・問題意識

- 第1節 喫煙がもたらす身体への影響
- 第2節 喫煙に関する政策の意義
 - 第1項 Rational Addiction
 - 第2項 喫煙に関する政策を行う意義
- 第3節 日本での取り組み
- 第4節 諸外国の取り組み
- 第5節 日本における課題
- 第6節 政策手段としてのたばこ税
- 第7節 問題意識

第2章 先行研究及び本稿の位置づけ

- 第1節 先行研究
- 第2節 本稿の位置づけ

第3章 分析

- 第1節 分析の枠組み
 - 第1項 データ
 - 第2項 変数選択
 - 第3項 本稿の分析

第4章 政策提言

- 第1節 政策提言の方向性
- 第2節 政策提言
 - 第1項 たばこの害の認知
 - 第2項 禁煙支援
 - 第3項 ソーシャルキャピタルの活用

おわりに

先行研究・参考文献・データ出典

はじめに

喫煙は本人だけでなく周囲にも害を及ぼすうえに、それに伴う社会的コストも大きい。このような認識の高まりから、たばこに対する規制が世界的に展開されてきた。日本も例外ではなく、たばこ増税や公共施設での禁煙・分煙、禁煙治療への保険適用など様々な政策が行われている。こうした取り組みの成果もあって、1960年頃に約8割だった男性喫煙率も2012年には3割台となっている。しかし2008年以降は、2010年の過去最大の増税にも拘らず喫煙率は低下しておらず、現状の政策に限界が見られる。

注目を集めてきたたばこだが、経済学的な観点からは、依存性を持つ財であるといった特性に着目した様々な研究が存在する。依存に関する経済理論として広く認められているものとして、Becker & Murphy(1988)によって示されたRational Addictionが存在する。しかし、個人の合理性の仮定に関して近年の研究では批判されている。そこで本稿では、個人の合理性には限界が存在し、たばこに依存することは合理性を欠いた行動であるという立場に則り執筆を行う。

前述のように現行政策に限界が見えてきたのは、たばこは依存性を有する財であるために禁煙したくてもできない喫煙者が存在する、という点を重視してこなかったからだと考える。そのため、これまでの政策では、たばこに依存している人々を禁煙させるには至らなかった。喫煙率を一層下げるには、依存している喫煙者に的を絞って、彼らに対してより有効な政策へとシフトする必要がある。また、単に対象者を絞るだけでなく、その政策の効果を上げるための工夫も必要になるだろう。

そこで我々は、喫煙に依存している人々に焦点を絞るとともに、彼らに対する政策をより効果的なものにするためにソーシャルキャピタル(人と人とのつながり)を活用することを提案する。近年、個人の健康資本とソーシャルキャピタルとの関連が多くの研究によって示唆されているが、喫煙とソーシャルキャピタルとの関連についての研究は比較的少ない。そのため、喫煙に依存している人々がどのような特性を持ち、また喫煙への依存とソーシャルキャピタルとはどのような関係にあるのかを明らかにすることがより効果的な政策実現のために必要だと考えられる。

よって本稿ではJGSS-2010の個票データを用いて、喫煙に依存している個人の特性およびソーシャルキャピタルとの関連について分析を行う。そして分析の結果を踏まえたうえで、喫煙に依存している人が禁煙できるように支援するための政策を提言する。

本稿の構成は以下のとおりである。第1章では、喫煙の健康に対する影響を述べたあと日本や諸外国の取り組みを整理する。第2章では先行研究を概観したあと本稿の位置づけについて述べる。第3章では、我々の分析に用いたデータと変数ならびに分析結果とそれに対する考察を述べる。第4章では分析結果を踏まえて政策提言を行う。

第1章 現状分析・問題意識

第1節 喫煙がもたらす身体への影響

喫煙は、さまざまな身体疾患に関連していることが明らかにされている。

たばこの煙は 400 種類以上の物質からなり、その中にはダイオキシンやタール中のベンツピレンなど、約 200 種類以上の発がん性物質が含まれている。これらの有害物質は遺伝子異常を引き起こしたりがん発症の危険性を高めたりするものと考えられている。喫煙が危険因子となる身体疾患の例としては、肺がんや口腔・咽頭・食道がん、心筋梗塞、くも膜下出血などの心血管・脳血管疾患、肺気腫、慢性閉塞性、高血圧、その他肺疾患などがあり、どれも生命に関わる重大な身体疾患といえる。

このように、喫煙は人間の健康に重大な影響を与え、喫煙者の死亡リスクは非喫煙者に比べて非常に高い。実際に喫煙が原因で死亡するとされる人は約 13 万人といわれている。

更に、喫煙という行動は、本人のみならず周囲の人間の健康にも影響を与える。

妊娠中の女性が喫煙をすると、母体に及ぶ血管収縮作用などによって、流産や死産、胎児や新生児の発育不全などがおこる可能性が高くなるといわれる。また、子どもが生まれた後も、母親の喫煙によって母乳に有害な化学物質が混ざり、乳児に悪影響を与える可能性なども指摘されている。

また、たばこの煙には喫煙者が吸い込む主流煙と、たばこの先端から出る副流煙の 2 種類があり、健康に害を及ぼす化学物質の多くは副流煙のほうに含まれる。よって非喫煙者であっても、慢性的に副流煙や喫煙者の吐き出す煙にさらされることによって、がんなどの疾患にかかってしまう危険性が出てくる。他人の吸っているたばこの煙を吸うことは受動喫煙と呼ばれ、広く問題になっている。例えば、喫煙者の夫と非喫煙者の妻が気密性の高い家で暮らしている場合、夫がタバコを 10 本吸うと、妻もたばこを 1 本吸ったことになるという。この受動喫煙を避けるために、近年では喫煙場所を設けそれ以外の喫煙を禁止するなどの分煙対策が、公共施設のみならず一般企業、学校などでも進められている。

このようにたばこは本人だけでなく他者に対して悪影響を及ぼすので、喫煙率低下のためにさまざまな取り組みや政策が実施されている。

現在の日本人の成人喫煙率は、厚生労働省の平成 24 年国民健康栄養調査によると、全体で 20.7%、男性が 34.1%、女性が 9.0%である。また、JT が行っている 2012 年全国たばこ喫煙者率調査によると、全体で 21.1%、男性が 32.4%、女性が 10.4%である。未成年喫煙率は、中学 1 年生男子が 1.6%、中学 1 年生 女子が 0.9%、高校 3 年生男子が 8.6%、高校 3 年生女子が 3.8% (すべて平成 22 年)となっている。政府は現在、平成 34 年度までに成人喫煙率を 12%、未成年者の喫煙を 0%にすることを目標としている。

1960 年代は成人男性喫煙率が 80%前後、女性喫煙率が 17%程度であったが、現在では 20%前後にまで下がってきている。しかし、ここ 7 年ほどは、男性喫煙率は 30%代、女性喫煙率は 10%程度で安定しており、目立った変化はない(図 1)。

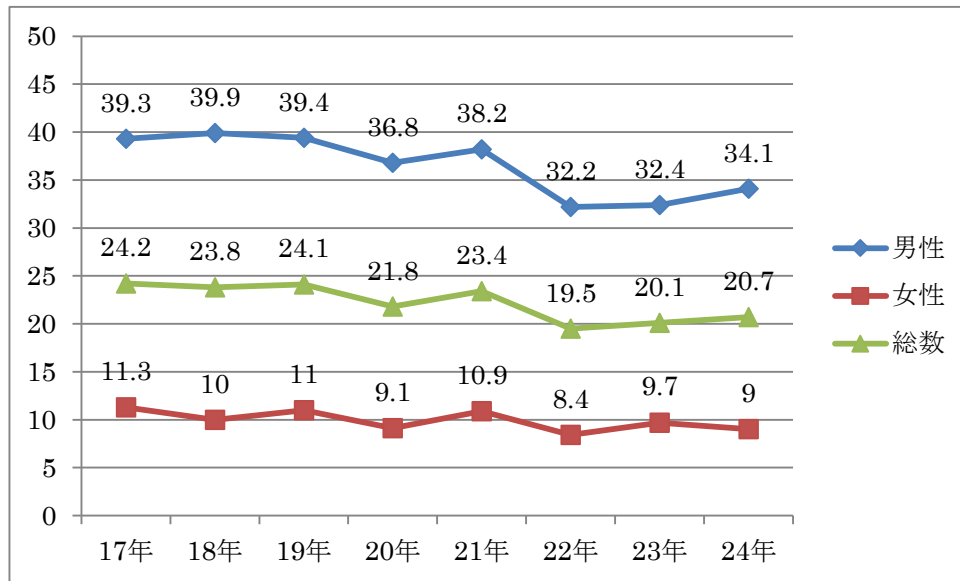


図1 現在習慣的に喫煙している者の割合の年次推移(20歳以上)
出所：厚生労働省「平成24年国民健康栄養調査」より筆者作成

第2節 喫煙に関する政策の意義

第1項 Rational Addiction

伝統的な経済学においては、喫煙を経済的に合理的な選択の結果とする Rational Addiction が提唱されてきた。

これは Becker and Murphy(1988)で提唱された理論である。彼らは、一般的に個人はたばこやアルコールなどの中毒性のある財に対しても自らの効用が最大化するように行動し、喫煙などが引き起こす効用や不効用をすべて考慮に入れ、納得したうえで中毒性のある財の消費をおこなっているのだ、と主張した。

しかしこの Rational Addiction モデルには一般に次のような批判がある。

第一に、本人は中毒になったときの被害を過少に見積もっているのではないかという批判である。同じ量の中毒性のある財を消費しても、体にあらわれる症状は個人によって異なる。そのため、消費者が自分は大丈夫と楽観的に被害を見積もってしまう可能性が出てくる。

第二に、人間の合理性には限界があり、その行動はしばしば首尾一貫性に欠けることがある、という批判である。これは、長期的には中毒性のある財の消費をやめるべきだと考えていても、目の前の財を消費してしまうという場合などに対して言える。

このような批判から、人間がたばこなどの中毒性のある財を消費する際に本当に効用を最大化するよう合理的に行動しているのかは疑わしいと言える。

よって今回は、この Rational Addiction を全面的に肯定するのではなく、喫煙が引き起こす効用や不効用をすべて考慮に入れることができない個人も存在していると考えて、本稿を執筆する。

第2項 喫煙に関する政策を行う意義

喫煙は個人の自由なのだから政策として喫煙に介入するのは過干渉なのではないか、といった批判や、個人の嗜好の問題に対して政策を行う意味があるのか、という批判があるだろう。以下では、我々の考える喫煙に関する政策を行う意義について述べる。

たばこは健康面のみならず経済的な側面でも社会に影響を与える。

たばこの税収源としての側面はよく取り上げられるが、平成 23 年度では総額で 2 兆 3,838 億円(国たばこ税 1 兆 315 億円、地方たばこ税 1 兆 1,928 億円、たばこ特別税 1,595 億円)のたばこ税が税金として納められている。

しかし一方で、たばこは社会的損失ももたらす。医療経済研究機構が 2010 年に発表した「禁煙政策のありかたに関する研究 ～喫煙によるコスト推計～」では、2007 年のデータを用いて喫煙がもたらす社会的コストについて、喫煙による健康面のコスト、施設・環境面のコスト、労働力損失のコストの 3 種類に分けて算出している。健康面のコストとは、喫煙に起因する疾患を診断・治療したり予防したりする費用のことである。施設・環境面のコストとは、喫煙が施設、周辺環境に及ぼす影響のための費用の公的負担部分のことで、具体的には喫煙がもたらす火災による焼失や建物劣化修復費用のことである。実際、全出火原因のうち最も多くを占めるのはたばこである(その他を除く)。労働力損失のコストとは、喫煙関連疾患による労働力損失や喫煙時間による効率性の低下などのことである。その結果、喫煙による健康面のコストは約 1 兆 7,680 億円、施設・環境面のコストは約 1,918 億円、労働力損失のコストは約 2 兆 3,664 億円で、合計が約 4 兆 3,264 億円になるということが示された(図 2)。

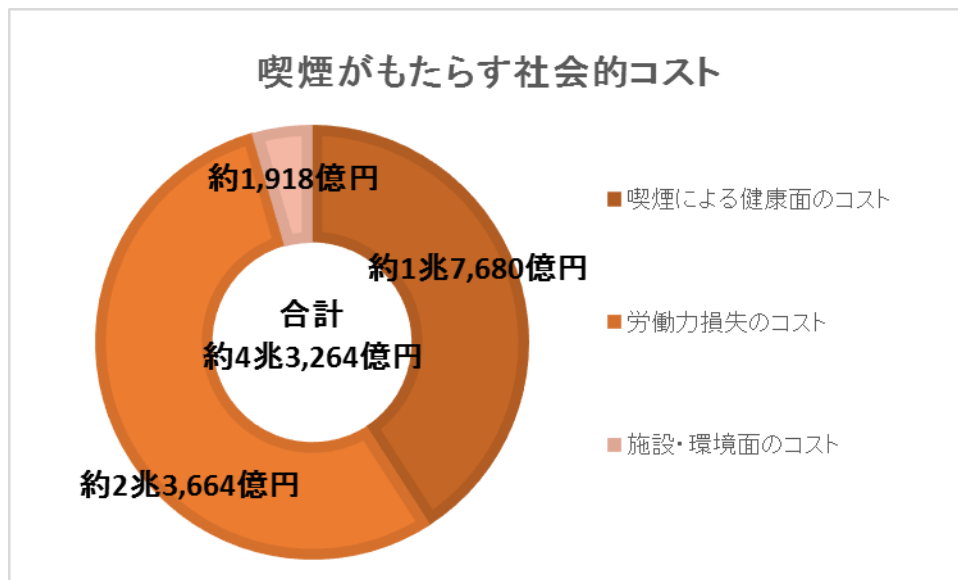


図 2 喫煙がもたらす社会的コスト

出所：医療経済研究機構(2010)「禁煙政策のありかたに関する研究
～喫煙によるコスト推計～」より筆者作成

また、たばこは健康に重大な悪影響を及ぼすことに加えて、中毒性のある消費財でもあり、喫煙者の 7 割程度がニコチン中毒であると言われている。そのため、人間がタバコを消費する際には合理的な判断力を欠いている可能性がある。よって喫煙者本人が自主的に喫煙をやめたいと思ってもその実現が難しい場合が多い。実際に、現在習慣的に喫煙して

いる 20.1%(平成 23 年の国民健康・栄養調査)の人のうち 35.4%の人が「たばこをやめた」と回答しているが、喫煙率が思うように下がっていないのはこのためと考えられる。

また、ひとつの中毒行動を始めてしまうとそれがほかの中毒行動への入口になってしまい、さらなる中毒行動を重ねていくという行動をとる個人の存在も報告されている。

加えて喫煙という行為は、上述したとおり、まわりにいる非喫煙者の健康に対しても重大な悪影響を与える可能性がある。

以上の観点から、喫煙という行動は必ずしも個人が望んだ結果だけでなく、負の外部性も高いと考えられるので、「個人の自由」に委ねるのではなく、外部からの介入が必要であると言える。

第3節 日本での取り組み

本節では日本における様々な取り組みを述べる。まず、生活習慣病を予防すべく 2000 年に始まった「21 世紀の国民健康づくり運動(健康日本 21)」で、たばこ対策について、(1)喫煙が及ぼす健康影響についての知識の普及、(2)未成年者の喫煙をなくす、(3)公共の場および職場における分煙の徹底と効果の高い分煙に関する知識の普及、(4)禁煙支援プログラムの普及、という 4 つの方向性が示され、2010 年までに達成すべき目標値がそれぞれ定められた。2013 年には「健康日本 21(第二次)」がスタートし、(1)成人の喫煙率の減少、(2)未成年者の喫煙をなくす、(3)妊娠中の喫煙をなくす、(4)受動喫煙の機会を有する者の割合の減少、という方向性が新たに打ち出された。

次に具体的な取り組みをいくつか挙げる。政府は、2002 年に「健康日本 21」を中核とする社会を推進するために、医療制度改革の一環として健康増進法を公布し、第 25 条で「多数の者が利用する施設を管理する者は、受動喫煙を防止するために必要な措置を講ずるように努めなければならない」とし、施設管理者に対して受動喫煙を防止する努力義務を定めた。2003 年のたばこ事業法改正では、たばこの健康に対する悪影響をパッケージに表示することを義務付け、たばこ包装に「肺がんの原因の一つになる」「心筋梗塞の危険性を高める」などの注意書きが記載されるようになった(図 3)。



図 3 たばこのパッケージ

出所 2004 年 11 月 06 日朝日新聞

2006 年には診療報酬改定により禁煙治療の一部に対して保険の適用が認められるようになった。そして 2010 年には、たばこ価格の過去最大の値上げ(一箱あたり約 110 円)が行われ、2009 年には 23.5%だった喫煙率が 2011 年に 19.5%へと下がった。

各地方自治体も独自の政策を実施している。2007年に大分県タクシー協会が全国で初めて車内の全面禁煙を実現し、2010年には神奈川県受動喫煙防止条例、2013年には兵庫県受動喫煙禁止条例が施行された。

たばこ業界も、テレビや新聞での広告や宣伝を自粛しており、2008年には未成年者喫煙防止対策の一環として、「taspo(タスポ)」対応のICカード方式成人識別たばこ自動販売機の導入が始まった。この自動販売機を利用するには、あらかじめ発行されるICカード「taspo」が必要になり、カードをかざして成人であることが確認できなければ、たばこを購入することができない。

このように国や自治体、たばこ業界などが様々な方面から喫煙に関する対策に取り組んできた。しかし前述のように、近年は成人全体喫煙率が20%前後のまま横ばいになっており、第二次健康日本21において政府が目標値として定める12%という数字には程遠い。

第4節 諸外国の取り組み

続いて諸外国の主なたばこ対策を見ていく。まず喫煙そのものの害が指摘されてくるとともに、喫煙者に対して、たばこの健康への影響についての認知を進める方向に向かった。そこでたばこの包装に関して、カナダで2000年に、世界で初めて写真入りの警告文を表示することが法律で義務付けられた。ほかにもアメリカやブラジル、EU諸国やトルコなど多くの国で写真表示がなされている(図4)。



図4 海外のたばこパッケージ 左：ブラジル 右：トルコ
出所：WHO“WHO FCTC Health Warnings Database”

また受動喫煙の害が認知されてくるにつれて、全面禁煙に向かう流れが出てきた。2007年のたばこ規制枠組条約第2回締約国会議で「喫煙室や空気清浄機による対策は不適切であり、受動喫煙を防止するためには100%全面禁煙とする必要がある」という方針が示されている。こうした流れと軌を一にして、例えばアメリカのカリフォルニア州やニューヨーク州などでは、1990年代以降に一般の職場やレストラン・バーを全面禁煙とする動きが始まり、その後2004年にアイルランドにおいて世界で初めて国全体を全面禁煙とする法律が施行され、同年のニュージーランド、その後のウルグアイ(2006年)、イギリス(2007年)、香港・トルコ(2009年)及びアメリカの半数以上の州で屋内を全面禁煙とする法

律が成立している。これらの国・州は、法律で公共空間での喫煙を規制して、違反者への罰金だけでなく、違反を容認した施設にも罰金と営業停止処分などの罰則を定めている。

たばこの販売規制に関しては、2004年にブータンで全国的にたばこ製品の販売が禁止された。フランスやノルウェーなどはたばこ自動販売機を完全禁止にしており、ベルギー・デンマーク・フィンランド・フランス・ドイツ・イタリア・イギリスなど多くの国がたばこのバラ売りを禁止している。

また、先ほど述べたように、たばこ規制枠組条約においてたばこ価格の引き上げが有効とされている。しかし諸外国のたばこ価格は様々であり一様ではない。例えば、G8諸国及びOECD平均のたばこ価格は以下の通りである(図5)。

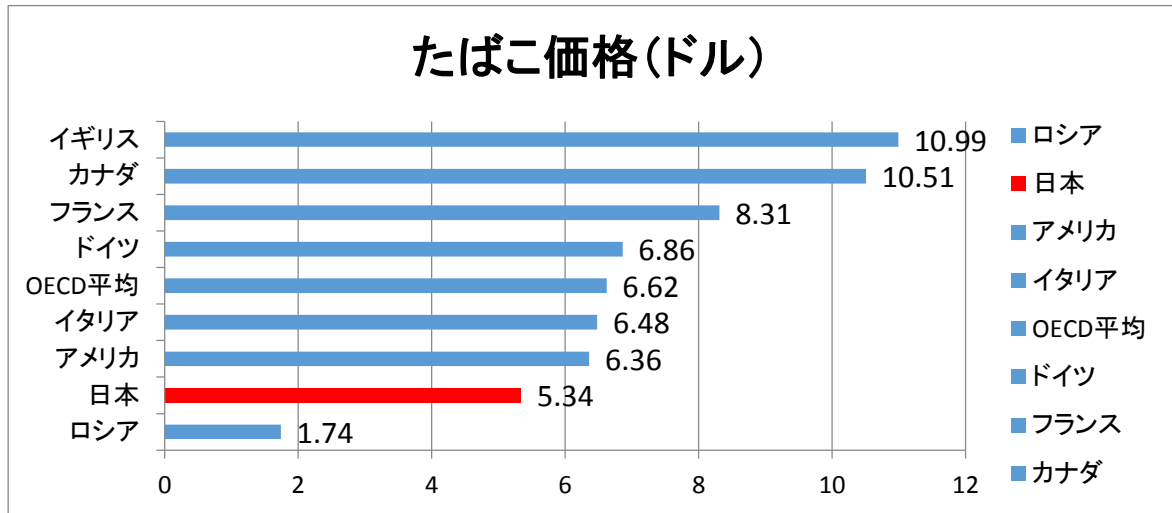


図5 G8諸国及びOECD平均のたばこ価格
出所：Tobacco Atlas “Cigarette Prices” より筆者作成

こうした日本と諸外国の取り組みを比較しつつ、以下に日本の課題を整理する。

第5節 日本における課題

2006年に発効した「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約(FCTC)」において、たばこ消費を減らすための措置をとる必要性が示されるとともに、たばこ価格の上昇がたばこ消費を減らすために重要かつ効果的な手段であることが示された。そして上述のように、日本を含む諸外国も様々なたばこ対策を行っている。たばこ対策の最大の目的は喫煙率を下げることである。そのために、たばこ価格の引き上げ、たばこの健康影響に関する知識の普及、分煙・全面禁煙の実施、未成年喫煙防止、禁煙治療の支援などが行われてきた。これらを踏まえて、日本の政策における課題をそれぞれ挙げていく。

日本ではたばこの健康影響をパッケージに記載することになっている。しかし、「肺がんの原因の一つになる」など、喫煙者一般に向けたあいまいな表現にとどまっている。また治療中の患者や腫瘍などの写真が入った警告表示が一般的な諸外国に対して、日本のパッケージにはそうした写真が使われていない。

また、日本では公共の場所や公共交通機関のほとんどが禁煙となっているが、一般の企業で全面禁煙を実施しているのは約半数である。このように屋内での全面禁煙を法的に実施している諸外国に比べて、まだまだ改善の余地がある。

前述したように、2008年には未成年者の喫煙防止を目的として taspo が導入された。しかし、その導入によって、それまで自主的に規制していた深夜におけるたばこ自販機の稼働が再開され、そのために海外では規制が進んでいるたばこ自動販売機をかえって延命させたという批判や、カードの貸し借りが容易なためにそもそも対策として有効でないとの指摘もある。

また、禁煙を望む人に対しては禁煙治療が推進されているものの、禁煙補助薬や禁煙治療薬の利用率も諸外国に比べて低く、しかも禁煙治療をする際、入院患者や若年層などには保険が適用されないという課題がある。それに加えて、すでに諸外国では一般的であるクイットライン(電話での無料禁煙相談)が日本ではまだ本格的には導入されておらず、その整備が待たれる。

このように、日本のたばこに関する政策には多数の問題点が存在する。喫煙率の低下も横ばいになっていることから、現行政策には限界が生じているといえる。よって喫煙に関する新しい政策を打ち出していく必要があると考えられる。

第6節 政策手段としてのたばこ税

喫煙率を下げるために最初に取られる政策手段がたばこ税の増税によるたばこ価格の値上げである。これまで何度もたばこの値上げは実施されており、2010年にたばこ税率の過去最大の引き上げが実施され、たばこの一箱あたりの価格が約 110 円上昇した。喫煙はわずかに減少し、この増税という施策が当初の狙い通り今後の喫煙率を大幅に下げていく効果が期待されたが、それに反する研究が近年複数報告されている。

上村(2014)では、2010年の値上げなどを背景として、喫煙行動の価格弾力性を調べることによって、たばこ税増税がどの程度喫煙行動に影響を与えるのかについて考察した。ニコチン依存度をたばこへの依存度の代理指標として用い、日本家計パネル調査を用いて実証分析をおこなった結果、たばこへの依存度が高いほど喫煙行動の価格弾力性が低いことがわかった。この結果から、増税を繰り返していくほど同じ増税幅に対する喫煙率引き下げ効果は小さくなるということが示唆された。

また、東京大学社会科学研究所の藤原らは 2014 年 3 月にたばこ税率の引き上げとその後の喫煙行動の変化に関する分析結果を公表し、たばこ税率引き上げの非喫煙化・減煙化・増煙化抑制に対する効果は一時的なものであり、さらなる禁煙化や減煙化の推進に対しては効果を持たない可能性があることを示した。この分析では以下の結果が示された。

喫煙率は増税が実施された 2010 年を挟んだ 2009 から 2011 年にかけて減少し、特に男性の喫煙率は 5 ポイント下がっている。しかし、2011 年と 2013 年の間では喫煙率に変化はみられず、また女性は 2007 年から 2011 年にかけて徐々に喫煙率は減少しているが、2011 年から 2013 年にかけてはわずかであるが増加している。

喫煙者のうち非喫煙へ変化したのかについてみると、2010 年を挟んだ 2009 から 2011 年にかけて最も大きく減少した。

喫煙者の喫煙本数の変化についてみると、男性の減煙者の割合が 2009 年から 2011 年にかけては 18%となった。しかし、2011 年から 2013 年にかけては 11%となり、一方、増煙者は、2011 年から 2013 年にかけて 17%と大きく増加していることがわかった。また女性については、減煙者の割合は 2007 年から 2013 年にかけて約 10%程度と横ばいであったが、増煙者に関しては 2007 年から 2009 年にかけて徐々に減少傾向にあったが、2011 年から 2013 年にかけては 12%となり、増加していることがわかった。

さらに、男女ともに 2009 年から 2011 年にかけて禁煙した 3 割近くの者が再び喫煙するようになっていることがわかった。加えて 2009 年から 2011 年にかけてたばこの本数を減

らした者のうち男性では約 5 割が、女性では約 4 割が再び本数を増やしていることがわかり、一方、禁煙やさらに減煙した者は少ないことが明らかになった。

以上の結果から、たばこ税率引き上げの効果は一時的なものであり、その効果はいったんあらわれるが、その後非喫煙化傾向は弱まり、喫煙化・増煙化の傾向がみられることから、さらなる禁煙化や減煙化の推進に対しては効果を持たない可能性があることが明らかになった。

これらの研究結果を踏まえると、たばこ税の引き上げが喫煙行動に与える影響はそれほど大きくないことが考えられる。よって今後の喫煙に関する政策は増税による価格引き上げという面以外からのアプローチが必要になると考えることができる。

第7節 問題意識

上述のように、日本では様々な喫煙に関する政策が行われてきており、事実ある程度までは成果をもたらしてきたといえる。しかし、これらの政策の効果は十分なものとは言えず、成人喫煙率も政府の目標とする 12% を大きく上回っている。

我々は、数々の政策にもかかわらず喫煙率が横ばいのままであるのは、たばこに依存しており増税の効果薄い人々が現在も吸い続けているからだと考える。したがって喫煙率を目標値まで下げるには彼らへのアプローチが不可欠であるので、本稿では喫煙に依存している人はどのような人であるのかを分析によって明らかにし、彼らにアプローチする政策提言を行いたい。

第2章 先行研究及び本稿の位置づけ

第1節 先行研究

喫煙に関しては、その特性として依存行動であることや社会的に喫煙が問題視されてきたことから多くの先行研究が存在する。そこで、以下では①依存について、②喫煙依存について、③喫煙とソーシャルキャピタルについて、それぞれの先行研究を概観する。

① 依存について

伝統的経済学の観点から依存を理論的に説明したものとして欠かすことのできないのが、Becker and Murphy による A theory of Rational Addiction(1988)である。この理論では、個人は、ある財に依存することの効用・不効用を将来に渡って全て考慮した上で、その財に依存することを決めるとされている。その後、多くの実証分析によって、この理論は支持されてきた。しかし、この理論に従うならば、喫煙に依存することを後悔する個人は存在しないはずであり、それは現実と著しく乖離した結果となる。そこで、この理論における人間の合理性の前提が成り立たないのではないかと言う指摘がなされるようになった。特に近年は、行動経済学の立場から、伝統的経済学で想定されるホモ・エコノミクスではない個人がいることを想定した上で依存を説明する試みがなされている。具体的には、個人の時間割引率や危険回避度は一定ではなく、例えば、時間割引率について双曲線型である人もいるという仮定をすることで、意図しない不合理な依存を説明している。現在では、このように新しい知見を含んだ立場からも依存行動を説明する理論が示されている(後藤・依田(2008)、小椋・鈴木(2004)、康(2014))。

②喫煙依存について

日本における依存に関する研究としては、主に喫煙の観点からの研究が多い。外的環境要因が個人の喫煙行動に与える影響を都道府県のマクロデータを用いて分析した両角(2008)では、居住する都道府県の喫煙率の高さなどが一か月あたりのタバコ支出額に影響する事が示された。都道府県の喫煙率は「周囲の喫煙に対する態度」の代理変数として用いられており、喫煙率が高いほど周囲に喫煙する人も多く、その影響から喫煙する人が多くなるという相乗効果を観察している。また、依田・後藤(2008)では、喫煙とその他のアディクションとの関係について分析を行い、クロスアディクションと呼ばれる依存と依存の間に相関が見られることを明らかにした。個票データを用いた分析としては、喫煙への依存に関する研究ではないものの、谷岡(2010)が、日本版総合社会調査(JGSS)2010 を用いて、ギャンブルやゲームへの依存について分析を行い、若年男性であることや、トラウマの回数や中退経験など強いストレスとなると考えられる要因を持つことが依存の確率を高めることを明らかにした。喫煙依存に関して個票データを用いて分析したものとしては、職場が完全禁煙の場合は喫煙者となる確率が 10.0%減少し、喫煙者の一日あたりの喫煙本数が約 4 本減少することを示した両角・井伊(2004)、や双曲線型の時間割引率を実証した康(2014)などがあげられる。

③喫煙とソーシャルキャピタルについて

ソーシャルキャピタルは社会関係資本とも呼ばれ、「人々や組織の間の協調的な行動をともなう信頼・お互いさまという意識に基づく規範・ネットワークなど」を指している²。近年、人とのつながりや支え合いがあるなどソーシャルキャピタルが豊かな人ほど健康で

²稲葉陽二ら(2014)『ソーシャル・キャピタル 「きずな」の科学とは何か』ミネルヴァ書店。

あるという研究報告が多数報告されており、政策面での活用も WHO や各国単位で検討されている。ただし、このソーシャルキャピタルに関しては、定義、測定方法などの曖昧さから批判も存在している。また、ソーシャルキャピタルは必ずしも健康に良い影響を及ぼすだけでなく、悪い影響を及ぼす可能性も指摘されている。いずれにせよ、多数の研究結果からソーシャルキャピタルと健康の関連については確かなものとして確立されつつある(近藤(2010))。

このような文脈から、健康に大きな影響を及ぼす喫煙に関しても、ソーシャルキャピタルとの関係性を検証した先行研究が存在する。高校生の喫煙行動とソーシャルキャピタルについて扱った、高倉・濱畑(2011)では、部活動への参加は喫煙行動を抑制すること、及び、個人の部活動への参加の有無とは別に、地域のスポーツクラブやボランティアなどの組織活動への参加活動が盛んな学校に通う生徒ほど喫煙をしにくいという結果が示された。諸喜田・高倉(2012)は、青少年と学校の結びつきの強さを示す学校連結性が低い者は学校連結性が高い者に比べて喫煙を行いやすいこと、社会経済的状況(Social Economic Situation, SES)が低い者は SES が高い者に比べて喫煙する確率が高いことを示した。その一方で、SES が低くても学校連結性が高いものは喫煙をしにくいことを示し、学校においてソーシャルキャピタルが生徒の健康に資していることを示した。このように、ソーシャルキャピタルは喫煙に関しても重要な指標と考えられる。

第2節 本稿の位置づけ

以上で概観してきたように、依存に関しては多くの経済理論が存在し、それを実証した研究も多い。しかし、個票データを用いた分析や、近年、健康との関連性において注目されているソーシャルキャピタル関連の変数を含んだ分析は多くない。本稿は、これらの先行研究において明らかとなった喫煙依存の特性を考慮して、喫煙への依存行動についてソーシャルキャピタル関連の変数を含めた分析を大規模な個票データを用いて行うことで、喫煙依存者はどのような特徴を有するのかを明らかにする。

第3章 分析

第1節 分析の枠組み

第1項 データ

本稿の分析では、個票データである JGSS-2010 を使用する。JGSS-2010 は大阪商業大学 JGSS 研究センターが、20 歳から 89 歳の男女を調査対象の母集団とし、全国を北海道・東北、関東、中部、近畿、中国・四国、九州の 6 ブロックに分け、各ブロック内で市郡規模に応じて大都市、人口 20 万人以上の市、人口 20 万人未満の市、郡部の 4 つに分けた層化から層化 2 段抽出法により対象者を抽出して行った調査である。

第2項 変数選択

・被説明変数

本稿では被説明変数に喫煙耽溺行動の有無を用いる。「以前は喫煙耽溺行動をとっていたが、現在は禁煙している人」を対象から除くために、「あなたは、喫煙について周りの人から『やりすぎだ』と注意されたことがありますか」という質問に対し、「1. はい」、「2. いいえ」「9. 無回答」から「1. はい」を選択した人のうち、「あなたはタバコを吸いますか」という質問に対し、「1. 現在吸っている」「2. 以前は吸っていたがやめた」「3. ほとんど／まったく吸ったことはない」「9. 無回答」の中から、「1. 現在吸っている」を選択した人を喫煙に依存している人として、被説明変数で扱うことにする。データの制約上、ニコチン依存症か否かを指標とすることができないため、「喫煙について周りの人から『やりすぎだ』と注意されたことがありますか」という質問項目を指標の一つとして用いる。これは個人によって喫煙頻度や本数に少々程度の差はあれ、人から注意されるということは一般的に見て過度に喫煙行動をとっていると考えられるため、本稿ではこれを喫煙耽溺行動の指標として用いることにする。

・説明変数

本稿の分析では、「男性」「年齢」「年齢の 2 乗」「短大・高専卒」「大学・大学院卒」「個人年間収入」「定期的に行うスポーツの頻度」「持ち家」「同居家族の耽溺行動」「趣味の会への参加」「友人との会食の頻度」の 11 の説明変数を用いる。

「男性」「年齢」「年齢の 2 乗」「個人年間収入」は基本属性の変数として、「短大・高専卒」「大学・大学院卒」は喫煙がもたらす健康被害についての知識量の代理変数として用いる。「持ち家」に関しては、喫煙による壁紙の汚れにおける費用の面などから、喫煙する環境として借家や社宅よりも持ち家に住む人の方がより喫煙耽溺行動をとっていると考えられるため、変数とする。また、「定期的に行うスポーツ頻度」に関しては、呼吸機能の低下による息切れや持久力の低下のように、喫煙が運動能力に影響を与えるといわれることから、スポーツを行う頻度が少ない人ほど喫煙耽溺行動をとっている可能性が高いと考えたため、変数として加える。

上述の通り、ソーシャルキャピタルを表す変数として、「同居家族の耽溺行動」「趣味の会への参加」「友人との会食頻度」を用いる。先行研究で挙げたように、喫煙行動とソーシャルキャピタルには関係性があるとされる中で、組織への参加や周囲の人々との関係がどのように喫煙耽溺行動に影響するのかを明らかにするために、これらの変数を加える。表1に変数とその定義をまとめた。なお、各変数の記述統計量は表2の通りである。

表1 変数とその定義

変 数	定 義
喫煙耽溺行動	喫煙について周りの人から「やりすぎだ」と注意されたことがあり、かつ現在も喫煙をしている場合には1、そうでない場合には0。
男性	男性の場合には1、女性の場合には0。
短大・高専卒	短大・高専卒の場合には1、それ以外の場合には0。
大学・大学院卒	大学・大学院卒の場合には1、それ以外の場合には0。
個人年間収入	1. なし、2. 70万円未満、3. 70万円以上100万円未満、4. 100万円以上130万円未満、5. 130万円以上150万円未満、6. 150万円以上250万円未満、7. 250万円以上350万円未満、8. 350万円以上450万円未満、9. 450万円以上550万円未満、10. 550万円以上650万円未満、11. 650万円以上750万円未満、12. 750万円以上850万円未満、13. 850万円以上950万円未満、14. 1000万円以上1200万円未満、15. 1200万円以上1400万円未満、16. 1400万円以上1600万円未満、17. 1600万円以上1850万円未満、18. 1850万円以上2300万円未満、19. 2300万円以上から選択。両角(2008)に倣い、それぞれの中央値を使用しており、19は2300万円とする。
定期的に行うスポーツの頻度	週に数回以上、週に1回程度、月に1回程度、年に数回程度、ほとんどしないから選択。週に数回以上の場合には1、週に1回程度の場合には2、月に1回程度の場合には3、年に数回程度の場合には4、ほとんどしない場合には5。
持ち家	持ち家の場合には1、それ以外の場合には0。
同居家族の喫煙耽溺行動	同居家族の中に喫煙をしすぎている人がいる場合には1、いない場合には0。同居家族がいない場合も0とする。
趣味の会への参加	趣味の会に参加している場合には1、参加していない場合には0。
友人との会食頻度	ほぼ毎日、週に数回、週に1回程度、月に1回程度、年に数回、年に1回程度、まったくしていない、から選択。ほぼ毎日の場合には1、週に数回の場合には2、週に1回程度の場合には3、月に1回程度の場合には4、年に数回の場合には5、年に1回程度の場合には6、まったくしていない場合には7。

表 2 記述統計量

変数	平均	標準誤差	最小値	最大値
喫煙耽溺行動	0.1260213	0.3319145	0	1
男性	0.4753652	0.4994546	0	1
年齢	52.66526	16.61894	20	89
年齢の 2 乗	3049.751	1756.318	400	7921
短大・高専卒	0.1500371	0.357152	0	1
大学・大学院卒	0.2307502	0.421365	0	1
個人年間収入	384.3761	297.1249	0	2300
定期的に行う スポーツ頻度	3.391186	1.716823	1	5
持ち家	0.8143105	0.3889041	0	1
同居家族の 喫煙耽溺行動	0.1371627	0.3440616	0	1
趣味の会への参加	0.1562268	0.3631152	0	1
友人との会食頻度	4.548898	1.332351	1	7
サンプル数	4039			

第3項 本稿の分析

・分析結果

今回は被説明変数が 0 か 1 かのダミー変数であるため、ロジスティック回帰分析を行った。分析結果は表 3 の通りである。

表 3 分析結果

説明変数	係数	標準誤差	オッズ比	P 値	有意性
男性	1.835727	0.1247238	6.269691	0.000	***
年齢	0.117876	0.0221019	1.125105	0.000	***
年齢の 2 乗	-0.0012518	0.0002157	0.998749	0.000	***
短大・高専卒	-0.4190327	0.1697469	0.6576827	0.014	**
大学・大学院卒	-0.3990275	0.1255123	0.6709722	0.001	***
個人年間収入	0.0000926	0.0001771	1.000093	0.601	
定期的に行う スポーツ頻度	0.1066966	0.031368	1.112597	0.001	***
持ち家	-0.4521772	0.1217253	0.6362414	0.000	***
同居家族の 喫煙耽溺行動	0.721177	0.1422717	2.056853	0.000	***
趣味の会への参 加	-0.5706685	0.1761044	0.5651475	0.001	***
友人との会食頻 度	-0.1354804	0.039945	0.8732963	0.001	***
定数項	-4.851586	0.5564042			
サンプル数	4039				
疑似決定係数	0.1272				

※***が 1%水準、**が 5%水準、*が 10%水準でそれぞれ有意なことを表す。

結果として、「男性」「定期的に行うスポーツ頻度」「同居家族の耽溺行動」が喫煙耽溺行動に対して正の影響を与える一方、「短大・高専卒」「大学・大学院卒」「持ち家」「趣味の会への参加」「友人との会食頻度」が負の影響を与えるということが明らかになった。

・考察

以上の分析結果に対し、考察を加える。喫煙耽溺行動に正の影響を与えた「男性」は、喫煙率の男女比でも圧倒的に多く、また、ギャンブルやアルコール等の耽溺行動も多いと言われることから、想定通りの結果が出たと言える。「年齢」に関しては、分析結果から47歳の方が最も喫煙耽溺行動をとっている可能性が高いということが明らかになった。若年層では、昨今の禁煙意識の高まりによって、そもそもたばこを吸い始めない傾向があると考えられる。また、高齢者層になればなるほど健康に気を使うようになり、喫煙を抑制する傾向があると考えられるため、そのどちらにも属さない中年の人々が最も喫煙耽溺行動をとる可能性が高いと思われる。「短大・高専卒」「大学・大学院卒」は負の影響を与えたことから、たばこの健康被害への知識の普及が喫煙行動の抑制につながっていると捉えることができる。「個人年間収入」に関しては、低所得者ほど喫煙率が高いといわれるが、喫煙の耽溺行動に関してはその結果は得られなかった。「定期的に行うスポーツの頻度」に関しては、スポーツをする頻度が少ない人は頻度の多い人に比べて自身の健康への意識が低く、喫煙耽溺行動に陥りやすいと考えられる。「持ち家」に関しては、借家よりも持ち家の方が喫煙する環境として良く、喫煙耽溺行動に正の影響を与えると想定したが、その結果は得られなかった。また、「同居家族の耽溺行動」が正の影響を与えたことと「友人との会食頻度」が負の影響を与えたことから、同居する家族や定期的に会食をする友人といった、周囲の親しい人物が重要な外部環境要因となると考えられる。一方で、「趣味の会への参加」は負の影響を与え、喫煙耽溺行動の抑制に繋がっていることがわかった。

第4章 政策提言

第1節 政策提言の方向性

第1章で日本における課題を整理したところ、禁喫煙に関する政策が不十分であることが分かった。また本稿の分析より、喫煙の耽溺行動とソーシャルキャピタルとの関連が明らかになった。よってわれわれは、禁煙支援に向けた取り組みの充実と、政策におけるソーシャルキャピタルの活用とを政策提言の軸にする。

そして、①すべての喫煙者にたばこの害を認知してもらうこと、②喫煙の害を知って禁煙に関心を持った人を支援すること、③禁煙を支援する際にソーシャルキャピタルを活用することという形で分類して以下の政策を提言する。

- ①たばこの害の認知
 1. たばこパッケージの警告の強化
 2. 喫煙防止教育の徹底
- ②禁煙支援
 3. クイットライン(電話での無料禁煙相談)の常設
- ③ソーシャルキャピタルの活用
 4. 禁煙治療の紹介割引制度
 5. 禁煙ミーティングの提供

なお、喫煙に関する政策としてまず挙げられるのはたばこ増税ないし値上げであるが、前述の通りその効果は一時的なものにとどまるという研究が存在すること、また本稿は主に個人の特性とソーシャルキャピタルという観点からの分析であることを踏まえ、たばこ増税そのものについては考慮しないこととする。

第2節 政策提言

第1項 たばこの害の認知

たばこパッケージの警告の強化

男性の喫煙者・非喫煙者に向けた政策として、たばこパッケージの警告文を強化することを提言する。

分析の結果より喫煙依存は男性に多く、また喫煙率も男性は女性に比べて高い。そこで、喫煙が男性に及ぼす影響をパッケージに明記することが必要である。男性が喫煙すると、たばこから摂取される人体にとっての有害物質により精子が傷つけられてしまう場合がある。その場合、その男性の子どもは白血病などの小児癌にかかるリスクが高まるといえる。また、本人に与える影響としては、心筋梗塞やくも膜下出血のリスクが2~3倍以上になること、ニコチンの血管収縮作用により、毛髪の育成に支障をきたし抜け毛、薄毛にな

ること、ニコチンなどが口腔にダメージを与え、歯周病をひきおこしてしまい、ひどい口臭のもとになってしまうこと、肌がダメージを受けて年齢よりも老けた顔になってしまうことなどがある。このようなダメージを直接的に記載することによって依存者が喫煙を控えるという意思決定を促進することをはかる。

より具体的には、このような男性に対する害を写真とともに表示すべきである。喫煙者は病気など遠い将来のリスクを割り引く傾向があると考えられる。そこで、喫煙による将来のリスクを認識させるには、写真を表示するのが有効と考える。現在、日本のたばこの警告表示には写真が使われておらず、パッケージの下側に「喫煙は、肺がんの原因の一つになります」「肺気腫の可能性を高めます」など、喫煙者一般に向けた警告文が表示されているのみである。しかし、より男性に焦点を絞った警告表示を加えて、男性がたばこの危険性を認識することを促すべきである。写真警告を実施していない日本では、まだ喫煙のリスクを具体的には知らないか低く見積もっている喫煙者もいると考えられる。世界初の写真入り警告文を採用したカナダではその警告が喫煙率を下げるのに有効であったという研究があり、そうした警告の有効性は実証されている。さらに、たばこの健康影響を実感してもらうために、「1本で寿命が14分ほど縮む³」などのより具体的な文言に変えるのも効果的だろう。

喫煙防止教育の徹底

我々は、これを解決するための政策として、「小学校での喫煙防止教育内容に最低限実施すべき内容を具体的に定め、その内容を実施すること」を提言する。

分析の結果、同居家族がたばこ依存に陥っていると、喫煙に依存している人が多くなるということが明らかになった。現在の喫煙防止教育の問題点としては、学校によって時期や内容にばらつきがあり、実施状況にも差があるということがあげられる。よってこの現状を解決することが必要である。そのためには、ある程度統一した内容の喫煙防止教育を実施できるような指針を作成することが必要になる。具体的には、喫煙をすることによって起こる肺や容姿への影響、ニコチン中毒や喫煙関連疾病などの深刻な害、受動喫煙の健康被害などを具体的に知らせることを徹底することがあげられる。

また、たばこ依存に陥っている家族を持つと、たばこに関する十分な知識を得ていない場合、同居家族という最も身近な人々の影響を強く受け、喫煙という行動を選択し、同じようにその影響を受けて自分もたばこに依存してしまうことが考えられる。そこでたばこについての教育を年齢が低い時点から十分に行うことで、たばこに関する十分な知識を得て、そのうえで喫煙行動について判断させることができると考えられる。

このような喫煙防止教育を扱った研究として、川崎・高橋(2012)では、大学1年生に対して入学9ヶ月後に新入生対象参加型喫煙防止教育を実施し、15ヶ月後にその成果を比較している。この結果、参加型喫煙防止教育の有用性を受けた参加群の喫煙経験率の上昇は非参加群に比べて低くなるという結果が得られた。また、金沢市医師会が2011年に行った『禁煙教育の効果検証 成人式における「喫煙アンケート調査」』でも、小学校6年生での喫煙防止教育が成人での喫煙率に一定の効果があると考えられることが明らかになっている。このように喫煙防止教育には、喫煙を防止するために一定の効果があると考えられる。

文部科学省では学校教育における喫煙防止教育に関して、学習指導要領における喫煙の収載、「喫煙・飲酒・薬物乱用防止の手引」の発行や、小学校の「体育」、中学校と高等学校の「保健体育」を中心とした教科において喫煙と健康とのかかわりについて指導して

³ 保健指導リソースガイド『たばこ 1本で寿命は14分短くなる 広がる禁煙習慣 世界禁煙デー』
<http://tokuteikenshin-hokensidou.jp/news/2014/003619.php>

いる。また、ホームルーム活動などの学級活動等においても喫煙防止を取り上げることができるようにしている。

しかし一方で、磯田(2011)では、学校教育において健康を増進していく立場にある養護教諭の喫煙防止教育に関する意識を調査し、小学校では必要性が低いと考え喫煙防止教育を実施していないケースが存在する一方で、逆に中学校と高等学校では必要に迫られて実施しているケースが存在することが明らかにした。年齢が上がって喫煙者の割合が増え始めた時点から喫煙防止教育をしても、今回の分析からもわかるように喫煙という行動は周囲の影響を受けやすいといえるので、周囲の同年代の喫煙者にすでに影響を受けてしまっていることが大いに考えられる。

以上の理由から、年齢が低い時点で喫煙に関する具体的な教育を実施することで、喫煙の不効用や害に関する具体的な知識を十分に与えて、将来喫煙者が周囲に増えたとしても、適切な自己判断能力を可能にするため、小学校低学年からの喫煙防止教育の徹底を提言する。

第2項 禁煙支援

上述のように喫煙者になる前から教育を徹底することだけでなく、すでに喫煙している人に対する政策もまた重要である。そのため、禁煙を希望する喫煙者に焦点を当てる必要がある。

喫煙依存とは身体的依存と心理的依存とが結びついた状態である。身体的依存とはニコチンが脳の快楽中枢に作用していること、心理的依存とは喫煙が日常生活の一部になっていることであり、禁煙とはこの両方を同時に克服するということを意味する。喫煙者が禁煙をしたい場合、自力できっぱりやめるか、医師や薬の助けを借りた禁煙治療を受けるかのどちらかになる。しかし、上記のような依存に陥っていることを考えると自力での禁煙は難しいため、禁煙治療がより重要になってくる。

禁煙治療は、薬局で補助薬を購入するか、禁煙外来を受診するかの2つの方法がある。薬局で購入できる補助薬にはニコチンパッチとニコチンガムの2つがあり、ニコチンパッチは皮膚に張ることによって、ニコチンガムは口腔を通じて、それぞれニコチンを摂取する。どちらも、たばこは別の手段によってニコチンを摂取しながら徐々にニコチン依存から抜け出す、という方法である。禁煙外来では、ニコチン依存症かどうかのチェック、呼気に含まれる一酸化炭素濃度の測定、禁煙開始日の設定と禁煙宣言、医師によるアドバイス、禁煙補助薬の選択、という手順を踏む。禁煙外来では上記のニコチンパッチかバレニクリンという内服薬を使用する。バレニクリンはニコチンが含まれていないという点で上記の補助薬と異なる。

喫煙者がたばこの依存から脱却するには、まず、たばこの害を認識し、禁煙治療に関心を持ち、実際に禁煙外来を受診するか補助薬を薬局で購入し、治療を継続して、最終的に禁煙に成功するという段階を踏まねばならない。また、一度禁煙に成功した人が再び喫煙することのないよう支援することも必要であるため、禁煙支援に関して以下の通り提言する。

クイットラインの常設

禁煙を希望する喫煙者に向けた政策として、常設のクイットライン(電話による無料禁煙相談)の設置を提言する。

禁煙希望者に対する支援としては禁煙治療や禁煙外来が推進されているものの、その利用はあまり進んでおらず、時間定期制約がある人であれば外来を受診するのも困難である。禁煙を望む喫煙者が一步を踏み出すためにも、まずは気楽かつ手軽に相談できるよう

な環境を整備する必要があり、そのためにはクイットラインが有効だと考える。クイットラインはすでに諸外国で広く実施されており、禁煙に関する情報・アドバイスの提供や医療機関の紹介などを通じて、禁煙に踏み切る人と禁煙に成功する人の両方を増やすことが期待できる⁴。日本でも今年(2014年)の7月7日から7月20日の二週間だけ試験的に実施されたこともあり、本格的に採用することは十分に可能であると考えられる。しかし前回は、10時から17時までの実施に限られていたため、労働者など時間的余裕のない人は利用しにくく、また病院の紹介などはしていなかった。今後クイットラインを常設化する際には、時間的制約のある人々も利用しやすいように、引き続き土日に実施することはもちろん、開設時間を延長もしくは夜間に実施することが不可欠である。それによって気の向いた時にいつでもクイットラインを利用できることが期待される。そして電話相談から実際の受診までの流れを円滑にするために、既存の禁煙外来などと連携をとるべきである。またクイットラインを利用してもらうために、その認知度を高める取り組みも必要となる。たばこのパッケージや健康診断の場などを通じて、クイットラインの番号を周知させるのが有効であると考えられる。実際に、カナダやブラジル、オーストラリアなどでは国のクイットラインの電話番号をすべてのたばこパッケージに記載している。

第3項 ソーシャルキャピタルの活用

禁煙治療における紹介割引制度

禁煙希望者が周囲の人間を誘って禁煙治療を受けるようにするために、家族や知人を誘った場合は医療費自己負担率が割安になるような制度を提言する。

分析より、友人との会食頻度が高いほど喫煙に依存していること、また同居家族が喫煙に依存しているほど本人も依存していることが明らかになった。家族や友人は比較的親しい存在であり、喫煙に関してはそうした周囲からの影響が大きいと考えられる。そのため、周囲が喫煙しているならば、単に本人だけが禁煙を志しても禁煙に成功するのは難しく、仮に成功したとしても周りに影響を受けて再び喫煙することが予想される。そのため、禁煙を志す人は周囲の人間と一緒に治療を受けることが禁煙達成の一助になると考えられる。このように周囲を巻き込む動機づけとして紹介割引制度は有用だと考える。家族や知人と一緒に受診すれば、治療を受けている者どうしが互いに注意しあうことで禁煙成功率が高まると期待でき、一人で治療するよりも有効である。

禁煙ミーティングの提供

喫煙者に対して人とのつながりが得られる場所の提供が必要であると考え、喫煙ミーティングの開催の場の提供を提言する。

分析の結果、趣味の会に参加している人は耽溺行動に陥る確率が低いことがわかった。趣味の会への参加はソーシャルキャピタルの一つであり、ソーシャルキャピタルが豊かな人ほど喫煙に依存する確率が下がるということが考えられる。さまざまな依存物に依存している者どうしが集まって、お互いの悩みを共有する場をもつことは、その依存を克服するために大いに効果がある、ということは広く知られている。このうちの一種に当事者が集まった自助グループも広く知られており、アルコールや薬物などの依存症を持つ人々の自助グループやミーティングが全国で多数実施されている。

⁴ 医師が喫煙者に三分間の禁煙アドバイスをするだけでも禁煙支援に効果があることがわかっている(禁煙推進学術ネットワーク『禁煙ガイドライン 2010年版』より)。

具体的には、地域レベルで場所と機会の提供を行う、禁煙外来をもつ病院内において地域のミーティングの存在を広報する、ミーティングの場所に日本禁煙科学会が認定している禁煙支援士を定期的に相談役として派遣することなどを提言する。これによって禁煙依存ミーティングの存在を喫煙依存者に知らせて、同じ悩みを共有することによって人とのつながりを得てもらい、喫煙への依存から脱却するサポートを行う。

おわりに

本稿では、喫煙に依存している人々に焦点を当て、彼らの特性やソーシャルキャピタルとの関連を明らかにするために分析を行った。その上で政府による現行の喫煙に関する政策の問題点を指摘し、たばこの害の認知・禁煙支援・ソーシャルキャピタルの活用という 3 つの方向性から提言を行った。具体的な政策として、たばこの害の認知に関しては「たばこパッケージの警告の強化」「喫煙防止教育の徹底」、禁煙支援に関しては「クイットラインの常設」、ソーシャルキャピタルの活用に関しては「禁煙治療における紹介割引制度」「禁煙ミーティングの提供」を提言する。

しかし、本稿には課題も残されている。本稿の分析では、データの制約上、「人から喫煙を『やりすぎだ』と注意されたことがあり、現在も喫煙をしている」人を喫煙に依存している人と捉えて被説明変数とした。そのため、実際にニコチン依存症の人の特徴を明らかにする分析をすることができなかった。正確な研究を行うために、より詳細な調査が望まれる。

本稿の目的は、たばこに依存している喫煙者が合理的に判断するようになり、そのうえで禁煙したいと思う人々を支援するような環境を整えることである。そのため、全員に禁煙させることを目指しているわけではない。喫煙が有害であるという事実を照らせば、ゆくゆくは喫煙そのものを禁止する時代になるかもしれないが、喫煙はある程度まで個人の嗜好であるという側面は否定できない。そのため本稿は、喫煙全面禁止を行うだけの根拠に乏しいとの前提に立っている。この点に関してはさらなる社会的議論が待たれる。

最後に、本稿がたばこに依存する喫煙者を減らすことの一助になることを願い、本稿を締めくくる。

先行研究・参考文献・データ出典

《先行研究》

- 後藤励・依田高典(2008)「禁煙意思と時間・危険選好率」『経済論叢』第 182 巻第 1 号
- 康明逸(2014)「喫煙行動への行動経済学的接近」『季刊家計経済研究』第 101 号
- 後藤励・依田高典(2008)「クロスアクションと時間/危険選好」『京都大学経済論叢』第 182 巻第 1 号
- 両角良子・井伊雅子(2004)「職場の喫煙規制に関する実証分析」『医療と社会』第 14 巻第 1 号
- 谷岡一郎(2011)「日本人の耽溺行動—JGSS-2010 による「ギャンブル」「ゲーム(TV/ネット/携帯)」項目の基礎的分析—」『日本版総合的社会調査共同研究拠点 研究論文集』第 11 巻
- 小椋正立・鈴木亘(2004)「喫煙習慣に関する経済学分析;合理的依存症モデルの再検討(1)」『経済支林』第 72 巻第 3 号
- Gary S. Becker・Kevin M. Murphy (1988) "A Theory of Rational Addiction", *Journal of political Economy*, Vol.96, No.4
- 諸喜田祐立・高倉実(2012)「沖縄県の高校生の学校連結性、社会経済的状況、飲酒・喫煙行動の関連について」学校保健研究第 54 巻第 3 号
- 近藤克則(2010)「健康の社会的決定要因(1)「健康の社会的決定要因」と健康格差を巡る動向」日本公衛誌第 57 巻第 4 号

《参考文献》

- 上村一樹(2014)「たばこへの依存度と喫煙量の価格弾力性の関係についての分析」『生活経済学研究』第 39 巻
- Donald S. Kenkel (1991) "Health Behavior, Health Knowledge, and Schooling" *Journal of Political Economy*, Vol. 99, No. 2
- 杉本崇(2010)「推論の二重プロセス理論と喫煙に関する認知」『人文研究』第 170 号
- 川崎詔子・高橋裕子(2012)「大学新入生を対象とした参加型喫煙率防止教育の成果と有用性について」『禁煙科学』第 6 巻第 10 号
- 前田均：切池信夫編著(2006)『薬物依存 Q&A：アルコール、タバコ、覚せい剤、麻薬』ミネルヴァ書房
- 稲葉陽二ら著(2014)『ソーシャル・キャピタル 「きずな」の科学とは何か』ミネルヴァ書房
- 小林好宏(2005)『パターナリズムと経済学』星雲社
- 医療経済研究機構「禁煙政策のありかたに関する研究 ～喫煙によるコスト推計～」(2010)
<http://www.ihep.jp/publications/report/search.php?y=2009> 2014/10/10 データ取得
- 藤原翔ら、東京大学社会科学研究所(2014)「働き方とライフスタイルの変化に関する全国調査 2013」集計結果 プレスリリース詳細資料
<http://ssjda.iss.u-tokyo.ac.jp/panel/PR/13PressRelease.pdf>, 2014/10/27 データ取得
- 国際復興開発銀行(1999)「たばこ流行の抑制：たばこ対策と経済」財団法人日本公衆衛生協会発行 <http://www.health-net.or.jp/tobacco/sekaiginkou/curbing.pdf>
2014/10/31 データ取得

- 金沢市医師会, ”喫煙防止教育の効果検証 成人式における「喫煙アンケート調査」研究”<http://www.kma.jp/kinen/>, 2014/10/24 データ取得
- 日本たばこ協会「たばこ関連情報」<http://www.tioj.or.jp/others/>, 2014/10/16 データ取得
- 厚生労働省「e-ヘルスネット」<http://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/>, 2014/10/16 データ取得
- ファイザー株式会社「すぐ禁煙.jp」
<http://sugu-kinen.jp/treatment/withdoctor/>, 2014/10/14 データ取得
- 両角良子(2008)「喫煙行動と居住地」関西社会経済研究所
<http://www.apir.or.jp/ja/others/pdf/03.pdf>, 2014/11/2 データ取得
- 高倉・濱畑(2011)「高校生の喫煙・飲酒行動と構造的ソーシャルキャピタルとの関連」日本学校保健学会
<http://www.cc.u-ryukyu.ac.jp/~minoru/study/present/sh11.pdf>, 2014/11/2 データ取得
- 日本学術会議(2008)「脱タバコ社会の実現に向けて」<http://www.sci.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t51-4.pdf>, 2014/10/28 データ取得
- 国立がん研究センター「クイット・ライン(禁煙電話相談) 期間限定開設」
http://www.ncc.go.jp/jp/information/press_release_20140704.html, 2014/11/1 データ取得
- 国立国会図書館「たばこ規制をめぐる内外の動向」
<http://www.ndl.go.jp/jp/diet/publication/issue/0426.pdf> 2014/10/29 データ取得
- 禁煙推進学術ネットワーク「禁煙ガイドライン 2010年版」
<http://tobacco-control-research-net.jp/data/document/JCS2010murohara.h.pdf>, 2014/10/30 データ取得
- Agency for Healthcare Research & Quality (AHRQ) ”Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update”
http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/clinicians/update/treating_tobacco_use08.pdf, 2014/10/27 データ取得
- 一般社団法人 大分県タクシー協会「大分県タクシー業界の歩み」
<http://www.oitakentaxi.jp/01kyokai/img/kyokainorekishih.pdf>, 2014/10/31 データ取得
- 日本たばこ協会「成人識別 IC カード 「taspo(タスポ)」 公式サイト」
<https://www.taspo.jp/>, 2014/11/1 データ取得
- 公益財団法人 健康・体力づくり事業財団「健康日本 21」
<http://www.kenkounippon21.gr.jp/>, 2014/10/30 データ取得
- ITC Project “Graphic Warnings Labels on Cigarette Packs Could Lead to 8.6 Million Fewer Smokers in the United States and Save Millions of Lives”
<http://www.itcproject.org/node/86>, 2014/11/02 データ取得
- WHO“WHO FCTC Health Warnings Database”
<http://www.who.int/tobacco/healthwarningsdatabase/en/> 2014/11/1 データ取得

《データ》

- 厚生労働省「国民健康・栄養調査(平成 24 年)」
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kenkou_eiyou_chousa.html, 2014/10/5 データ取得

- 厚生労働省「国民健康・栄養調査(平成 23 年)」
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kenkou_eiyou_chousa.html, 2014/10/5 データ取得
- JT「2012 年「全国たばこ喫煙者率調査」」
http://www.jti.co.jp/investors/press_releases/2012/0730_01.html 2014/10/16 データ取得
- Tobacco Atlas “Cigarette Prices”
http://www.tobaccoatlas.org/costs/cig_prices/prices/, 2014/11/2 データ取得
- 厚生労働省「平成 24 年労働者健康状況調査」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/h24-46-50.html>, 2014/11/2 データ取得