



メディアキャンペーン、大衆イベント、およびアドボカシーが含まれていた。ポーランドの2都市で検討した結果、子どもの受動喫煙への曝露を減少させるのに介入効果があったことが認められた(68)。2000年、カナダのオンタリオで、個人に受動喫煙の危険を周知させ、家庭をスモークフリーにすることを促すために、呼吸する空間：たばこの煙のない家庭のための“コミュニティパートナー”と呼ばれるコミュニティを基盤とした教育プログラムが開始された(64)。1995年以降、ノルウェーがん学会が主導で、家庭や託児施設における子どもの受動喫煙への曝露抑制を目的とした啓発キャンペーンを行っている(57)。最後に、2007年7月、英国のソルフォードで、受動喫煙の危険に対する意識を向上させ、家庭をスモークフリーにすることを約束させるために、地域組織が家庭をスモークフリーにする誓約キャンペーンを開始した。10月までに、家庭をスモークフリーにする誓約書に1,000戸の家庭が署名した(69)。

教育プログラムに加え、たばこのパッケージに健康に対する警告を図示し、子どもの周りにいる成人に喫煙を思いとどまらせ、また禁煙を促すこともある。12か国が喫煙や子どもの受動喫煙への曝露について絵で表した警告を義務づける法律を通過させた。また多くの国々がこの目標に向かって取り組んでいる(70)。

多くの国々が子どもの受動喫煙への曝露を減らすために、様々な

プログラムや介入を実行しているが、十分評価されたものは少ない。

2003年、GehrmanとHovellは、1987年から2002年までに発表された、子どもの受動喫煙への曝露を減らすことを目的とした米国の19の医師主体または家庭主体の介入プログラムをレビューした(71)。医師主体の介入は、診療所に掲示される受動喫煙に関する情報や曝露を減らす方法に関する推奨である。家庭主体の介入は、より長期的で、家庭訪問中の看護師または研究助手による集中的なカウンセリングで構成されていた。19のうち11の介入プログラムで受動喫煙への曝露が有意に減少したことが認められた。これらの研究のほとんどはアウトカム指標として自己報告による曝露を利用していた。GehrmanとHovell(71)は、介入は子どもの受動喫煙への曝露を減らすのに有効であることを示唆し、家庭主体の介入や行動変化理論に基づく介入は、医師主体の介入や行動変化理論に明確に基づいていない介入よりも効果的であると結論した(71)。

同様に、Klerman(72)は、1990年から2003年に発表され、乳児および小児の受動喫煙への曝露を減らすことを目的とした米国での8件の行動介入をレビューした。このうち4つの介入はGehrmanとHovellのレビュー(71)にも含まれていた。研究は、2つの介入グループに分類されており、1つは、診療所で情報や教育に関する資料を渡すがほとんどフォローアップをしない低レベルの介入と、もう1

つは、禁煙について訓練された個人が診療所や家庭で広範囲にわたるカウンセリングをおこなう高レベルの介入であった。研究のほとんどで、低レベル介入グループも高レベル介入グループも母親の喫煙および家庭で吸われる紙巻たばこの本数に、小さいが有意な効果を及ぼすことを示した。証拠に基づき、Klermanは、カウンセリング介入は、たとえ低レベルの介入でも、受動喫煙への曝露から子どもを守るのに効果的であることを示唆した(72)。以上のレビューのいずれも、レビューの対象となった研究数が少ないため限界があるので、レビューの結果は確かなものではない(71)。

受動喫煙にさらされた場合、喘息児は特に危険である。EPAは米国では毎年20万人から100万人の喘息児が受動喫煙への曝露のため状態を悪化させていると推定している(66)。受動喫煙の煙は喘息

