

厚生労働科学研究費補助金（第3次対がん総合戦略研究事業）

分担研究報告書

医療や健診の場での禁煙推進の制度化とその効果検証に関する研究

研究分担者	中村正和	大阪府立健康科学センター健康生活推進部長
研究協力者	萩本明子	聖トマス大学看護学部設置準備室
	増居志津子	大阪府立健康科学センター健康生活推進部

研究要旨

本研究の目的は、禁煙を効果的に推進する保健医療システムの構築を目指して、健診の場での禁煙勧奨・支援と医療の場での禁煙治療の推進方策ならびに相互の連携方策を検討し、制度化等によりその普及を図ることにある。

今年度は、医療の場での禁煙推進に関する研究として、診療報酬改定にむけて、過去2回の要望で改定が実現しなかった入院患者や未成年者等への保険適用拡大に関して再度要望を行うとともに、新規の要望として、生活習慣病を有するニコチン依存症患者に行う一定の条件を満たす禁煙指導に対して重症化予防の観点から新たに診療報酬上の評価を求めた。次に、健診の場での禁煙推進に関する研究として、岡山県内の3職域を対象として、特定健診を兼ねた職域の定期健康診断の場で、短時間の禁煙介入の効果を調べる比較試験を開始した。健診の場における禁煙勧奨・支援の制度化に関する政策提言として、2013年度にむけた特定健診・特定保健指導の見直しの時期に合わせて、学会と協働して、健診の受診が禁煙の動機付けを促す機会となるよう、喫煙に対する保健指導の強化を求める厚生労働大臣等宛に要望書を提出するとともに、保険局および健康局の関連する検討会の委員に対しても要望書や関連の資料を提供した。その結果、2013年度にむけて、他のリスクに関わらず、喫煙に関する保健指導を健診当日から強化するという方向性が示された。効率的な指導者養成を目指して、健診等の保健事業の場での禁煙支援について学べる指導者向けの自己学習用教材（印刷教材とDVD教材で構成）を作成した。

厚生労働省の「次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会」に委員として参加し、研究分担者の協力を得て、成人喫煙率の低下等の数値目標の設定、それを実現するための政策に関わる提案、喫煙率の減少に伴うがん死亡や医療費等の減少効果に関する資料の提供を行った。その結果、第1次計画の「未成年者の喫煙をなくす」という目標に加え、第1次計画では実現できなかった「成人喫煙率の減少」「受動喫煙防止」「妊娠中の喫煙」の数値目標を掲げる方向でまとまった。また、これらの数値目標は、がん対策推進基本計画の変更案においても、がんの予防の個別目標として掲げられることになった。

喫煙者の禁煙行動のモニタリング調査により、2010年10月のたばこの値上げ（1箱約110円）の影響を調べたところ、値上げ前後で年間禁煙試行率は1.3倍、年間禁煙率は1.7倍有意に上昇した。年間禁煙率が高くなった理由は、禁煙試行者の増加と禁煙試行者における禁煙率の増加によると考えられた。値上げの影響が喫煙者の社会属性（最終学歴、職種、収入）により異なるかどうかを検討したところ、全体的に禁煙試行率や年間禁煙率を増加させ、社会属性による影響の違いは顕著でなかった。この理由としては、わが国のたばこの価格が所得に比べて相対的に安いことが考えられた。

今後、がん対策推進基本計画ならびに次期国民健康づくり運動プランに基づいてたばこ規制・対策がさらに推進され、禁煙希望者の増加が予想される中で、禁煙を効果的に推進する保健医療システムの確立にむけて引き続き研究を行い、研究成果を実効性のある政策につなげるための政策提言を行う。

A. 研究目的

本研究の目的は、禁煙を効果的に推進する保健医療システムの構築を目指して、健診の場での禁煙勧奨・支援と医療の場での禁煙治療の推進方策ならびに相互の連携方策を検討し、制度化等によりその普及を図ることにある。

B. 研究方法

1. 医療の場での禁煙推進に関する研究

(1) 禁煙治療の保険適用拡大に関する要望書の提出

2010年のたばこの約110円の値上げや公共場所等での禁煙化に伴い、禁煙希望者が禁煙を達成しやすい支援環境を整えるため、2007年10月、2009年11月に引き続き、ニコチン依存症管理料の算定要件等の見直しならびに「ニコチン依存症指導料」(仮称)の新設に関する要望書を、2012年6月に厚生労働大臣および厚生労働省保険局長宛てに提出した。要望書の提出にあたっては、日本癌学会や日本循環器学会などの16学会で構成される禁煙推進学術ネットワークおよび日本禁煙推進医師歯科医師連盟と協働して行った。

(2) 禁煙治療のための標準手順書の改訂

「禁煙治療のための標準手順書」は、保険による禁煙治療の具体的手順と方法を示したものであるが、2006年3月に第1版を公表後、診療報酬の改定に合わせて2年毎に改訂を行ってきた。今回は、2011年7月の禁煙補助薬バレニクリンの意識障害に係る添付文書の改訂と禁煙補助薬の有効性に関するコクランレビューのデータ更新を受け、手順書を改訂した。

改訂にあたっては、本研究班で手順書の修正原稿案を作成し、日本循環器学会、日本肺癌学会、日本呼吸器学会、日本癌学会の各担当委員会と理事会での検討を依頼して、内容を確定した。

2. 健診の場での禁煙推進に関する研究

(1) 健診の場での短時間の禁煙介入の効果評価 特定健診や職場の定期健康診断の場での禁煙勧

奨・支援の制度化にむけてのエビデンスの構築を図るため、岡山県内の職域3施設の健診受診者を対象として、1分間程度の医師からの短時間の禁煙介入の効果を調べる比較試験を2011年10月から開始した。本介入研究は、2006年10月から2008年6月にかけて岡山県内の職域3施設で実施した健診の場における禁煙勧奨・支援のための介入研究と同じ施設において、再度同様の方法で実施することとした。まず、2011年10月に製造関係の職域2工場(管理部門を含む)において介入研究を開始した。2群の割り付け方法は、受診日の半日単位毎に介入群と対照群に割り付けた。ただし、受診日が半日しかなかった1工場については受付順に割り付けた。介入群に対する短時間アドバイスは、医師の診察で行い、喫煙者全員に禁煙の関心度に応じた禁煙アドバイスを実施し、禁煙治療や禁煙補助薬に関するリーフレットを配布した。対照群には従前どおりの指導(病歴や健診結果等から生活習慣病のハイリスクと判定される者には禁煙の働きかけが実施される場合あり)とした。

喫煙状況の変化を調べるため、6ヵ月後と1年後に自記式アンケートにより追跡調査を実施し、禁煙していると回答した者には、呼気一酸化濃度の測定を実施し、客観的に禁煙していることを確認した。

(2) 健診の場における禁煙勧奨・支援の制度化に関する政策提言

1998年度から始まった特定健診ならびに特定保健指導において、メタボの有無に関わらず、喫煙者全員に禁煙のアドバイスを実施し、喫煙者にとって健診を受診すること自体が禁煙の動機付けを促す介入となるように制度改正を行うことが重要である。今年度は2013年度にむけた見直しの時期であることを踏まえ、これまでの研究成果をもとに以下の政策提言や学会活動への専門的支援等を行った。

まず健診の場における禁煙勧奨・支援のための政策提言として、①「特定健診における禁煙の勧奨・支援の制度化に関する要望書」の提出、②健

康局の「健診・保健指導の在り方に関する検討会」ならびに保険局の「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」に対して、健診における禁煙勧奨・支援の制度化に関する働きかけと資料提供を行った。

2012年2月に開催された17学会禁煙推進学術ネットワーク主催のプレスセミナーにおいて、マスメディア向けに禁煙治療・支援に関する環境整備にむけての提案をとりまとめ、発表した。発表にあたり、後述の喫煙者の禁煙行動のモニタリング調査(2009-10年コホート)のデータを用いて、喫煙者が1年間に医療機関や健診・がん検診・人間ドックを受診する割合、その際に医師等の医療従事者から禁煙を勧められた割合をそれぞれ算出して、提案に用いた。

そのほか、日本人間ドック学会喫煙対策小委員会に参加し、会員施設における禁煙指導・治療の実態調査と会員施設での禁煙推進活動をモニタリングするための評価指標等に関して専門的助言ならびに提案を行った。

3. 喫煙者の禁煙行動のモニタリング調査

2005年より7年間、調査会社のアクセスパネルを使用し、喫煙者の固定集団1,666名を対象として郵送による自記式アンケートを用いて追跡調査を毎年6月に実施してきた(図表1)。今年度は、2006年有効回答者(1,387名)中、東日本大震災の被災地を除く1122名にアンケートを送付し、982名(70.8%、1122名を分母とした場合87.5%)の有効回答を得た。また、1年間の追跡者コホートは2010-11年コホートで660名であった。

禁煙関連指標として、これまでの調査と同様、年間禁煙試行率、7日間断面禁煙率を用いた。喫煙者の禁煙方法は、自力、OTC、禁煙治療の3種類に分類した。ニコチンパッチが調査期間中にOTCとして認可されたため、2008年調査までは、ニコチンパッチの使用者は禁煙治療に含めるとともに、バレニクリン使用者も禁煙治療に含めた。

環境変化に伴う主な禁煙関連指標の変化を検討するため、設定した各コホートにおいて、禁煙し

たい者の割合、年間禁煙試行率、7日間断面禁煙率を検討し、年次変化を χ^2 検定で評価した。年間禁煙試行率、7日間断面禁煙率は喫煙ステージ別にも検討を行った。なお、東日本大震災が2011年3月に発生したため、2010-11コホートにおいて大震災の影響を除外した禁煙試行率と禁煙率を震災の影響を受けたと回答し、かつ、震災が起っていないなければ禁煙しなかったと回答した者を震災の影響を受けたとみなして、年間禁煙試行率と禁煙率から除いて算出した。

2010年10月にたばこ1箱約100円の値上げが実施された。たばこの値上げによる喫煙者の禁煙行動への影響は、喫煙者の社会属性(最終学歴、職種、収入)やたばこに関する属性によって違いがあるのではないかと考え、値上げ前後のコホートとして2009-10コホート、2010-11コホートを設定し、それぞれのコホートにおいて、喫煙者の社会属性やたばこに関する属性と禁煙関連指標の検討を χ^2 検定やロジスティック回帰分析を使用して行った。

4. 禁煙支援・治療のための指導者トレーニング方法や体制の検討

本研究班での研究成果等を活用して開発した日本禁煙推進医師歯科医師連盟のeラーニングには、3つの指導者トレーニングプログラム(禁煙治療版、禁煙治療導入版、禁煙支援版)がある。これらのうち、健診等の保健事業の場での禁煙支援についての学習が可能な「禁煙支援版」を取り上げ、eラーニング以外の媒体での普及を図るため、「禁煙支援版」のeラーニングの主要コンテンツを抜粋して印刷教材とDVD教材による学習教材を作成した。

5. がん対策と健康づくり計画策定への参画と政策提言

平成23年度に厚生労働省が実施したがん対策推進基本計画の変更案および次期国民健康づくり運動プランの策定にあたり、「次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会」へ委員として参画す

るとともに、研究班全体としても研究分担者の協力を得て、これらの計画におけるたばこ規制・対策の数値目標の設定やその効果予測を行い、資料提供を行った。具体的には、成人喫煙率の低下等の数値目標の設定、それを実現するための政策に関わる提案、喫煙率の減少に伴うがん死亡や医療費等の減少効果に関する資料の提供を行った。

(倫理面への配慮)

職域3施設を対象とした健診の場での禁煙介入研究は、健診を受託・実施している財団法人淳風会健康管理センターが所属する組織に設置された倫理審査委員会による審査を受けた。対象者には、健診当日、本研究の趣旨や目的、内容等について事前に説明文書を配布するとともに、書面によるインフォームドコンセントを得て実施した。個人情報保護の観点から個人を特定できないデータに変換した上で集計・解析を行った。なお、本研究にあたっては、「疫学研究に関する倫理指針」ならびに個人情報保護に関する法律やガイドラインを遵守した。

次に、アクセスパネルに登録した喫煙者に対する調査のデータを用いているが、研究班としては調査委託機関から個人を同定できない匿名化されたデータを得て解析している。よって倫理的な問題はないものとする。

C. 研究結果

1. 医療の場での禁煙推進に関する研究

(1) 禁煙治療の保険適用拡大に関する要望書の提出

禁煙治療の保険適用拡大に関する見直しの要望については、これまでの要望で改定が実現しなかった6項目(入院患者、未成年者、治療期間の延長、1年以内の再治療、歯科領域での禁煙指導、専任看護師の配置)に関して再度要望を行った(図表2)。

新規の要望として、厚生労働省が重点を置く4疾病(がん、脳卒中、心臓病、糖尿病)にCOPDを加えた5疾病のいずれかを有するニコチン依存

症患者に対して、喫煙ステージやニコチン依存症のスクリーニングに関する問診に加え、呼気CO濃度測定による喫煙状況の客観的確認と禁煙を促すアドバイスや情報提供を行った場合に新たに診療報酬上評価することの検討を求めた。本指導料が診療報酬として認められることの意義として、①禁煙動機の低い喫煙患者への禁煙勧奨がこれまで以上に推進されることになり、禁煙による重症化予防や医療費の節減が期待できること、②本指導料で対象とした5疾病は、WHOのNCD(Non communicable diseases)対策の対象疾患でもあり、喫煙が5疾病に共通した発症ならびに重症化の危険因子であることから、NCD対策としても禁煙推進は重要であることを要望書の中に示した。

(2) 禁煙治療のための標準手順書の改訂

今回は小幅な改訂であった。改訂点は、①バレニクリン使用時の意識障害に係る添付文書の改訂に合わせた記載内容の変更(具体的には、バレニクリン使用時には「自動車の運転等危険を伴う機械を操作する際には注意させる」から「操作に従事させないよう注意する」に変更)、②禁煙補助薬の有効性に関するメタアナリシスの結果の更新であった。改訂した手順書(第5版)を前述4学会のホームページで公開した。

2. 健診の場での禁煙推進に関する研究

(1) 健診の場での短時間の禁煙介入の効果評価

2011年10月に製造関係の職域2工場において実施した介入研究において、健診を受診した喫煙者数は、介入群52名、対照群77名で、応諾率は各々98.1%、97.4%であった。その結果、研究対象数は、介入群51名、対照群75名となった。喫煙者の特性を比較すると、性、年齢、喫煙本数、喫煙年数、喫煙ステージ、禁煙の自信や重要性、禁煙経験等のいずれにおいても2群間で有意差はみられなかった。6ヵ月後時点の断面禁煙率は、介入群が3.9%、対照群が1.4%であった。なお、6ヵ月後時点の回収率は、介入群、対照群各々100%、97.3%であった。今後残り2つの職域での介入研

究を実施し、全体の成績をとりまとめる予定である。

(2) 健診の場における禁煙勧奨・支援の制度化に関する政策提言

2013年度にむけた特定健診・特定保健指導の見直しの時期に合わせて、日本癌学会や日本循環器学会などの16学会で構成される禁煙推進学術ネットワークおよび日本禁煙推進医師歯科医師連盟と協働して、これまでの研究成果をもとに要望書「特定健診における禁煙の勧奨・支援の制度化に関する要望書」を作成し、2011年6月に厚生労働大臣ならびに健康局長、保険局長宛に提出した(図表3)。また、2011年12月～2012年3月にかけて、健康局の「健診・保健指導の在り方に関する検討会」ならびに保険局の「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」の委員等に対して要望書と関連する資料の提供を行った。

その結果、「健診・保健指導の在り方に関する検討会」の中間とりまとめ案(2012年3月)において、①喫煙は独立した循環器疾患のリスク因子であるので、健診の受診が禁煙の動機付けを促す機会となるよう、他のリスク要因の有無に関わらず、喫煙に関する保健指導を別途行う必要があること、②保健指導の内容としては、対象者の禁煙意向を踏まえ、喫煙者に禁煙の助言や情報提供を行い、禁煙したい喫煙者には、禁煙外来や地域・職域で実施される禁煙指導、薬局・薬店等を紹介すること、③さらに、特定保健指導においても、健診当日からの対応を含め、特定保健指導における喫煙に対する取組みを強化すること、といった方向性が示された。

2012年2月に開催された17学会禁煙推進学術ネットワーク主催のプレスセミナーにおいて、マスメディア向けに禁煙治療・支援に関する環境整備にむけての提案をとりまとめ、発表した(図表4)。なお、提案に用いた喫煙者が1年間に医療機関や健診・がん検診・人間ドックを受診する割合、その際に医師等の医療従事者から禁煙を勧められた割合の集計結果を図表5、6に示す。

日本人間ドック学会の会員施設での禁煙推進活動に関しては、同学会の喫煙対策小委員会に参加し専門的助言と提案を行った結果、2013年度から会員施設の禁煙推進活動を学会活動の一環としてモニタリングすることとなった。評価指標としては、今回新たに作成した標準的質問票により得られる4つの指標(禁煙の関心度、年間禁煙試行率、禁煙試行時に用いた禁煙方法、年間禁煙率)を用いることとなった。これらの内容は会告として2012年2月の同学会誌に掲載された(図表7)。

3. 喫煙者の禁煙行動のモニタリング調査

禁煙したいと考えている喫煙者の割合は2011年調査では50.5%となり、前年度の56.2%から有意ではないものの減少がみられた(図表8)。全調査期間中2008年度調査で50.3%と最低値を示したが、それに近い割合となった。

年間禁煙試行率は、たばこの約110円の値上げの時期を含む2010-11コホートでは35.8%と前年度と比較し有意に増加し、全調査期間中一番高い割合となった。禁煙試行者における禁煙方法の割合の推移をみると、禁煙治療を受診する喫煙者の割合が保険適用2年目に7.2%と増加する傾向がみられ、その後ニコチンパッチのOTC化の時期に合わせて低下したが、2009-10コホートでは再び7.4%と増加する傾向がみられたが、2010-11コホートでは6.8%とやや減少した。

年間禁煙率として7日間断面禁煙率を指標としてみると、2010-11コホートは13.3%と、前年度コホートと比較すると有意に増加がみられた。

震災の影響を除外しても年間の禁煙試行率、断面禁煙率は、前年と比べていずれも有意な上昇がみられた。

禁煙試行者における7日間断面禁煙率をみると、2009-10コホートまでは有意な変化はなかったが、2010-11コホートでは前年度と比較し37.3%と有意に上昇がみられた(図表9)。

喫煙ステージ別に年間禁煙試行率や7日間断面禁煙率の推移を調べた。年間禁煙試行率をみると、いずれの喫煙ステージにおいても2006-07コホー

トから 2009-10 コホートまでほぼ変化がなかった (図表 10)。しかし、2010-11 コホートでは準備期と熟考期では前年に比べて増加がみられたが、前熟考期ではほぼ横ばいであった。

7 日間断面禁煙率では、準備期、熟考期、前熟考期いずれの喫煙ステージにおいても、2008-9 コホートまでは年々増加傾向がみられた (図表 11)。その後、準備期ではやや減少したが、熟考期と前熟考期では 2010-11 コホートにおいて増加し、特に熟考期で顕著であった。

たばこの値上げ前後の 2009-10 コホートと 2010-11 コホートにおいて、各属性別に年間禁煙試行率と 7 日間断面禁煙率の関連を調べた。年間禁煙試行率では両コホートとも、年齢、喫煙本数、禁煙経験、禁煙希望、喫煙ステージ、禁煙の重要性、禁煙の自信が有意に関連していた (図表 12)。2009-10 コホートでのみ年収、医療機関の受診と医師のアドバイスが有意な要因であった。

7 日間断面禁煙では、両コホートとも、喫煙本数、禁煙経験、喫煙ステージ、禁煙の自信が有意な要因となった。2010-11 コホートでのみ性別、禁煙希望、禁煙の重要性が有意な要因となった (図表 13)。

次に、上述の禁煙関連の行動指標 (年間禁煙試行と 7 日間断面禁煙) と各要因を用いて、2009-10 コホートと 2010-11 コホート別に単変量ロジスティック回帰分析を行い、10%有意となった要因を用いてステップワイズロジスティック回帰分析を実施した。喫煙者の社会属性である最終学歴、職種、収入については、説明要因として強制投入した。

その結果、喫煙者の社会属性で有意な関連がみられたのは、年間禁煙試行において、2009-10 コホートで年収が 200 万以下に比べて 800 万以上のオッズ比 0.31 有意に低いという結果であった (図表 14)。また、2010-11 コホートで職種が管理職・専門技術職に比べて学生・無職・その他のオッズ比が 2.19 (1.10-4.39) 有意に高いという結果であった (図表 15)。7 日間断面禁煙では有意な関連はみられなかった (図表 16~17)。

社会属性以外の要因で有意な関連がみられたのは、年間禁煙試行においては 2009-10 コホートで喫煙本数、禁煙経験、喫煙ステージ、2010-11 コホートでニコチン依存度指数 (FTND)、禁煙経験、禁煙希望、喫煙ステージであった。7 日間断面禁煙では 2009-10 コホートで喫煙ステージ、2010-11 コホートでニコチン依存症スクリーニングテスト (TDS) のスコア、喫煙ステージ、禁煙の自信であった。

4. 禁煙支援・治療のための指導者トレーニング方法や体制の検討

健診等の保健事業の場で禁煙支援の推進を図るために作成した「健診等の保健事業における禁煙支援のための指導者用学習教材」は、印刷教材と DVD 教材で構成されている (図表 18)。

本教材の内容は、①知識編—講義「健診や保健事業の場で短時間でできる禁煙支援」、②実践編—カウンセリング学習「短時間でできる禁煙の効果的な働きかけ」からなる。知識編では、メタボリックシンドローム対策や NCD 対策における禁煙支援の意義、健診や保健事業の場での禁煙支援の方法について講義ビデオとスライド集を用いて学習する。実践編では、特定健診や特定保健指導の場を例として、メタボの有無に関わらず、カウンセリングの動画を視聴しながら、喫煙者に対して行う禁煙支援の具体的な方法を学習する。禁煙支援の方法は、短時間支援と標準的支援の 2 種類に分けて、指導方法を解説した。そのほか、健診以外の各種保健事業の場で使えるお役立ちセリフ集や、禁煙支援に必要な喫煙質問票や喫煙者に配布するリーフレットを示した。

本教材を本報告書の最後に資料として掲載した。

5. がん対策と健康づくり計画策定への参画と政策提言

次期国民健康づくり運動プランの基本方針案の作成において、同策定専門委員会にたばこ分野担当の委員として参加し、厚生労働省と協議しながら、方針案や報告書を作成した。喫煙による健康

被害を短期的ならびに中長期的に減少させるため、第1次計画の「未成年者の喫煙をなくす」という目標に加え、第1次計画では実現できなかった「成人喫煙率の減少」「受動喫煙防止」「妊娠中の喫煙」の数値目標を掲げた（図表19）。これらの数値目標は、がん対策推進基本計画の変更案においても、がんの予防の個別目標として掲げられることになった。今後、パブリックコメントや省庁間の協議等を経て内容が確定する予定である。

また、同策定専門委員会において、たばこ規制・対策の検討に役立つ参考資料を研究班の研究成果も含めて取りまとめ、委員資料として提出した（図表20）。これらの資料の中には、研究分担者の協力を得て作成した、喫煙率の減少に伴うがん死亡率の減少効果や回避死亡数、医療費の削減効果に関する資料も含まれている。

次に、2023年までに成人喫煙率の減少の数値目標である喫煙率12%（たばこをやめたいと考えている37.6%の喫煙者全員がたばこをやめることを想定して設定）を達成するための政策提言として、禁煙支援等の政策提言とその効果の予測を研究分担者の片野田と共同で行い、厚生労働省に資料提供を行った（図表21）。

D. 考察

わが国の喫煙率は近年減少傾向にあるが、過去のたばこ消費による長期的影響と急速な人口の高齢化により喫煙による超過死亡数は今なお増加している。喫煙の被害を早期に減らすためには、喫煙者の禁煙を推進することが重要である。

2011年度に策定に関わった次期健康日本21計画策定の検討では、成人喫煙率を約4割減少という数値目標が新たに盛り込むことでまとまった。この目標設定の根拠は、たばこをやめたいと考えている37.6%の喫煙者全員がたばこをやめることを想定して設定されている。今後禁煙希望者が禁煙しやすい環境整備とともに、まだ過半数を占める禁煙を希望しない喫煙者の動機を高める政策も合わせて必要である。

禁煙したい喫煙者に対しては、2006年から禁煙

治療に保険適用がなされ一定の成果をあげているが、今後、保険による禁煙治療へのアクセス向上のための一層の普及と入院患者等への保険適用拡大など内容の充実が求められる。さらに、たばこ規制枠組条約のガイドラインの内容を踏まえ、先進諸国やアジアの近隣国ですでに実施されている無料の禁煙電話相談体制の整備や、特定健診やがん検診、妊娠届出時の保健相談、乳幼児健診など、種々の保健事業の場で禁煙の助言や情報提供を一層推進することが望まれる。

無料の禁煙電話相談は、わが国では整備されていないが、これまでの海外での取り組みから、受け身で相談を待つ方式では、大々的なマスメディアのキャンペーンと組み合わせない限り、利用者は限定される。それに対して、カウンセラーから能動的に電話をして禁煙の働きかけや支援を行う方式が、費用対効果にも優れ、施策としてのインパクトが期待できる。わが国では、医療の場のほか、健診等の保健事業で実施された禁煙の助言のフォローアップ（フォローアップは禁煙希望者に限って実施）や、入院患者への禁煙治療の保険適用が実現した場合の退院後のフォローアップとしての活用が考えられる。実施にあたっては、電話相談のインフラがあるがん診療連携拠点病院の活用のほか、これまで禁煙サポーターの養成に熱心に取り組んできた薬剤師会などが中心となって自治体または国レベルで相談業務を担う案も考えられる。

特定健診の場での喫煙に関する保健指導については、「健診・保健指導の在り方に関する検討会」の中間とりまとめ案（2012年3月）において、メタボの有無に関わらず、健診当日から喫煙に関する保健指導を別途行うことと、特定保健指導においても、健診当日からの対応を含め、喫煙に対する取組みを強化することが示された。今後、特定健診だけでなく、がん検診をはじめ、種々の保健事業の場での禁煙の助言や情報提供と、禁煙の動機が高まった喫煙者が気軽に相談できる無料の禁煙電話相談、医療機関や薬局・薬店による禁煙補助薬を使った禁煙治療や禁煙支援が一連のサービ

スとして各地域で整備されることが望まれる。これらの取り組みを実施するにあたって、本研究班の成果等を活用して開発した日本禁煙推進医師歯科医師連盟のeラーニングによる3つの指導者トレーニングプログラム（「禁煙治療版」、「禁煙治療導入版」、「禁煙支援版」）は、自分のペースで自己学習をすることができるため、効率性の面からも有用と考える。しかし、eラーニングのインフラが必ずしも十分でない職場の実態があることも考慮し、印刷教材とDVD教材を組み合わせた媒体での普及を可能とするため、健診等の保健事業の場で使える「禁煙支援版」のeラーニングコンテンツを抜粋して教材を作成した。今後、研究班として情報発信のほか、厚生労働省に対して「禁煙支援マニュアル」（2006年5月）の改訂を検討するための基礎資料として提供する。

喫煙者の禁煙行動のモニタリング調査により、2010年10月のたばこの値上げ（1箱約110円）の影響を調べたところ、値上げ前後で禁煙を希望する割合は約6%減少した。2006年のたばこの値上げにおいても同様の傾向がみられており、たばこの値上げが禁煙の動機を高める効果は値上げ前に顕著で、しかも一定期間に限られることが示唆された。一方、値上げ前後で年間禁煙試行率は1.3倍、年間禁煙率は1.7倍と各々有意に上昇し、喫煙ステージ別にみても増加する傾向にあった。年間禁煙率が高くなった理由は、禁煙試行者の増加と禁煙試行者における禁煙率の増加によると考えられた。このコホートは2005年より同じ喫煙者集団を追跡調査しているため、禁煙しやすい喫煙者は徐々に禁煙に成功し、何らかの理由で禁煙が困難もしくは今まで禁煙に関心なかった喫煙者に偏り、より禁煙しにくい集団と考えられる。そのような背景の中で、禁煙試行率、年間禁煙率が有意に上昇したのは、先行研究でも示されているように、たばこの値上げは喫煙者を禁煙させる有効な政策であると考えられる。しかし、禁煙に有効な手段である禁煙治療やOTC薬の利用割合は増加していなかった。今後、継続的なたばこ税・価格の引き上げや公共場所や職場の禁煙化などの

社会環境整備が進むとともに、有効性の確認された禁煙方法の利用が増加することが望まれる。

1箱約110円のたばこの値上げによる影響が喫煙者の社会属性（最終学歴、職種、収入）の違いにより異なるかどうかを禁煙試行率、年間禁煙率を指標として検討したところ、各属性のどのカテゴリーにおいても値上げ後に増加がみられ、特徴的な結果はみられなかった。多変量解析による結果では、たばこの値上げ前では年収が高い方が禁煙試行をしにくく、値上げ後は年収では有意な結果とはならなかったものの、学生や無職など収入が少ないものが禁煙試行しやすいという結果が得られた。これらの結果から、1箱約110円の値上げでは社会属性の違いに関わらず全体的に禁煙試行率や年間禁煙率を増加させ、経済格差の指標としての社会属性による影響の違いは顕著でなかった。この理由としては、わが国のたばこの価格が先進諸国の中で安価なレベルにとどまっており、所得に比べて相対的に安いことが影響したものと考えられる。

E. 結論

今後、がん対策推進基本計画ならびに次期国民健康づくり運動プランに基づいてたばこ規制・対策がさらに推進され、禁煙希望者の増加が予想される中で、禁煙を効果的に推進する保健医療システムの確立にむけて引き続き研究を行い、研究成果を実効性のある政策につなげるための政策提言を行う。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Nakashita Y, Nakamura M, Kitamura A, Kiyama M, Yamano M, Ishikawa Y and Mikami H: Relationship of cigarette smoking status with other unhealthy lifestyle habits in Japanese employees. *Japanese Journal of Health Education and Promotion*, 19(3): 204-216, 2011.
- 2) Hanioka T, Ojima M and Nakamura M:

- Effects of Smoking and Smoking Cessation and Smoking Cessation Intervention. Chapter 5. In: Jane Manakil (Ed.), Periodontal Diseases - A Clinician's Guide, InTech, Croatia, pp107-128, 2012.
- 3) 日本公衆衛生学会 たばこ対策専門委員会(委員長 尾崎哲則, 担当委員 中村正和): 日本公衆衛生学会 政府へのたばこ規制・対策の要望書の提出について. 日本公衆衛生雑誌, 58(12): 1064-1070. 2011.
 - 4) 日本人間ドック学会 喫煙対策小委員会 (和田高士, 山門實, 石坂裕子, 棟方充, 室原豊明, 中村正和, 福田敬, 五十嵐中): 人間ドック健診施設における禁煙指導ならびに禁煙行動調査. 人間ドック, 26(4): 49-59. 2011.
 - 5) 日本人間ドック学会 喫煙対策小委員会 委員長 和田高士 (委員: 山門實, 石坂裕子, 棟方充, 室原豊明, 中村正和, 福田敬, 五十嵐中): 会告 人間ドックにおける喫煙に関する標準問診. 人間ドック, 26(5): 2012.
 - 6) 中村正和: 日本総合健診医学会 第 39 回大会・シンポジウム 2 禁煙指導: 一人でも多くの成功者を「禁煙推進における医療従事者の役割—個人としてできること、学会としてすべきこと」. 総合健診, 38(6): 61-70, 2011.
 - 7) 中村正和: フロントエッセイ これからの COPD 予防対策. 呼吸器ケア, 9(5): 1, 2011.
 - 8) 中村正和: 特集「患者さんの Question」 Question 禁煙したいのですが?. 肥満と糖尿病, 10(3): 413-415, 2011.
 - 9) 中村正和: 特集「予備群と特定健診」 Question 喫煙する受診者への対応は?. 肥満と糖尿病, 10(4): 602-605, 2011.
 - 10) 中村正和: 特集 プライマリーケアにおける動脈硬化のリスクファクターの包括的管理 ③ 喫煙と動脈硬化. 動脈硬化予防, 10(3): 15-21, 2011.
 - 11) 中村正和: 特集 心血管危険因子-生活習慣病の観点から 11.喫煙. Medicinal, 1(3): 94-102, 2011.
 - 12) 中村正和: 喫煙者が抱える喫煙以外のリスク—運動、食習慣などの生活習慣の偏りと肺癌検診や減量指導の効果の低下. 成人病と生活習慣病, 42(1): 109-114, 2012.
 - 13) 中村正和: バレニクリンの使用に伴う意識障害と心血管イベントのリスクについて. 日本禁煙医師連盟通信, 20(3): 4-6, 2011.
 - 14) 中村正和: 2 肺癌の予防. 弦間昭彦(編著): 肺癌診療 Q&A 一つ上に行く診療の実践. 東京: 中外医学社, p6-9, 10-12. 2011.
 - 15) 中村正和: 第 2 章 予防 PART2 ライフスタイルと「発がんリスク」 タバコ. 若林敬二(監修). がんから身を守る予防と検診. 東京: ヤクルト本社広報室, p66-75, 2011.
 - 16) 中村正和: A 基本編 2 罹患・生存と心理社会的問題 VII がん患者における喫煙問題と医療者の役割. 内富庸介, 小川朝生(編): 精神腫瘍学. 東京: 医学書院, p38-40, 2011.
 - 17) Katanoda K, Levy DT, Nakamura M, Hagimoto A, Oshima A: Modeling the effect of disseminating brief intervention for smoking cessation at medical facilities in Japan: a simulation study. Cancer Causes Control. 2012. (in press)
 - 18) Kotani K, Hazama A, Hagimoto A, Saika K, Shigeta M, Katanoda K and Nakamura M: Adiponectin and Smoking Status: A Systematic Review. Journal of Atherosclerosis and Thrombosis, 19: 2012. (in press)
2. 学会発表
 - 1) 中村正和: たばこ対策—疫学研究で得られた知見を社会に還元するために. がん予防大会 2011 ワークショップ, 2011 年 6 月, 京都.
 - 2) Nakamura M, on behalf of Japan Medical-dental Association for Tobacco Control, Masui S, Oshima A: J-STOP (the Japan Smoking Cessation Training Outreach Project) for dissemination of

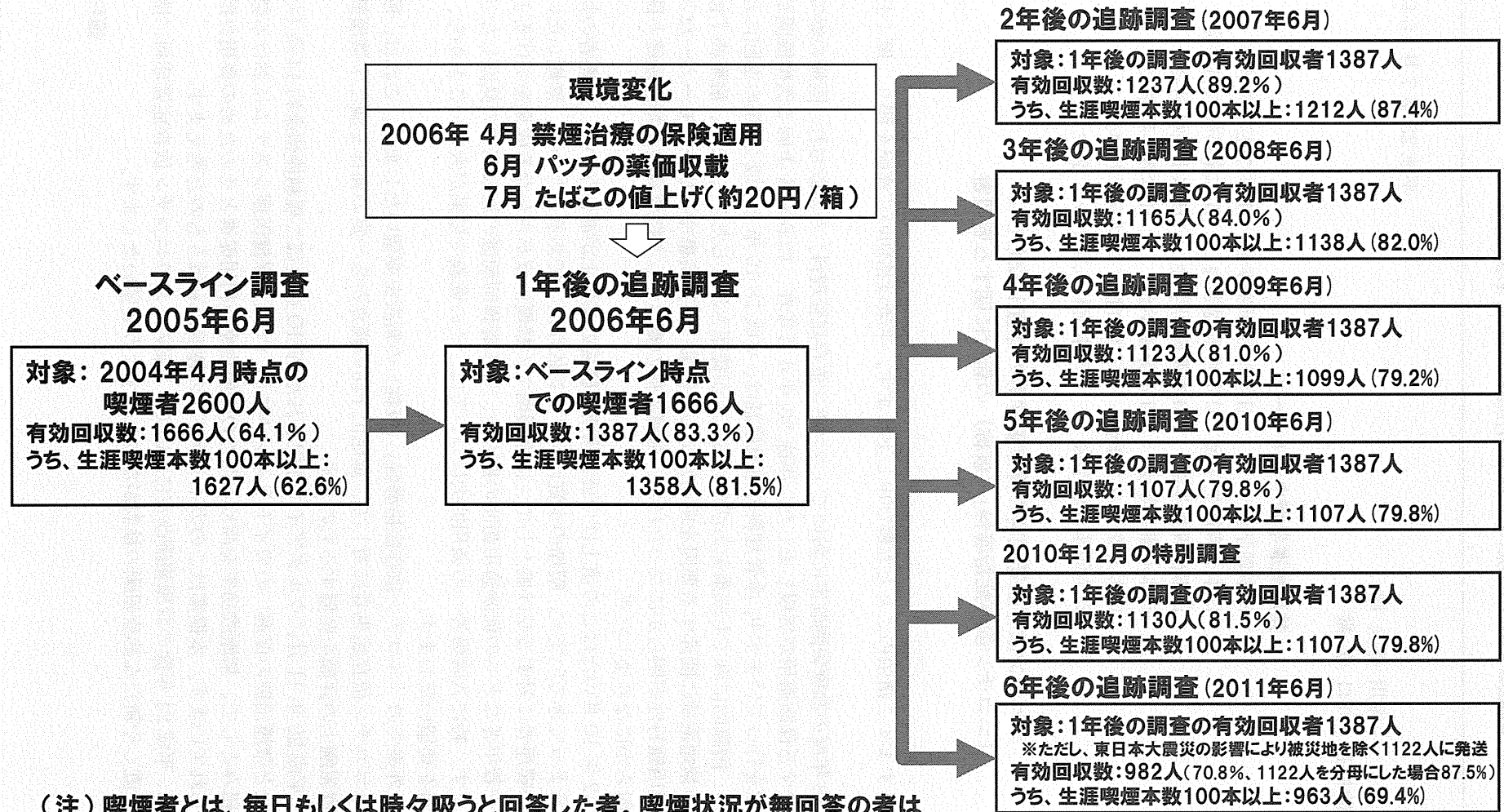
smoking cessation treatment in Japan- The progress and future. 2011 Tobacco dependence treatment world - Wide leadership forum. 12-13 November 2011, Prague. Czech Republic.

- 3) 中村正和, 鈴木朋子, 増居志津子, 衣笠幸恵, 大島明: 「たばこ対策の自己点検票」を用いた自治体のたばこ規制・対策の実態把握. 第70回日本公衆衛生学会総会, 2011年10月, 秋田.
- 4) Nakamura M: Raising the bar in clinical training on cessation - An international perspective: The J-STOP (Japan). 15th world conference on tobacco or health. 20-24 March 2012, Singapore.
- 5) 中村正和: 共催シンポジウム 禁煙補助剤とその問題点ー職場の禁煙支援も含めて シンポジウムの開催にあたって. 第21回日本禁煙推進医師歯科医師連盟総会・学術総会, 2012年2月, 東京.
- 6) Saika K, Sobue T, Nakamura M, Tajima K: Smoking behavior and attitudes toward smoking cessation among members of Japanese Cancer Association in 2010. 70th Annual Meeting of the Japanese Cancer Association. 3-5 October 2011, Nagoya.
- 7) 埴岡隆, 晴佐久悟, 山本未陶, 小島美樹, 中村正和: Web を用いた歯科治療と予防歯科のための禁煙介入教材の開発. 第33回九州口腔衛生学会総会・学術大会, 2011年10月, 熊本.
- 8) 埴岡隆, 小島美樹, 望月友美子, 中村正和: 歯科領域の禁煙指導・禁煙支援の教育・研修システム (Web Class) . 第21回日本禁煙推進医師歯科医師連盟総会・学術総会, 2012年2月, 東京.

G. 知的財産権の出願・登録状況 (予定含む。)

この研究において、知的財産権に該当するものはなかった。

図表1. 喫煙者の禁煙行動のモニタリング調査



(注) 喫煙者とは、毎日もしくは時々吸うと回答した者。喫煙状況が無回答の者は有効回収数から除いた。

図表2. 禁煙治療の保険適用拡大に関する要望書

平成 23 年 7 月 15 日

厚生労働大臣 細川 律夫 殿

厚生労働省保険局長 外口 崇 殿

禁煙推進学術ネットワーク

日本癌学会 日本口腔衛生学会 日本口腔外科学会
日本公衆衛生学会 日本呼吸器学会 日本産科婦人科学会
日本歯周病学会 日本循環器学会 日本小児科学会
日本心臓病学会 日本肺癌学会 日本麻酔科学会
日本人間ドック学会 日本口腔インプラント学会
日本頭頸部癌学会 日本歯科人間ドック学会

ニコチン依存症管理料の算定要件等の見直しならびに 「ニコチン依存症指導料」（仮称）の新設に関する要望書

謹啓

盛夏の候、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、平成 18 年度の診療報酬改定において「ニコチン依存症管理料」が新設され、医療の場での禁煙治療に対する保険適用が実現しました。平成 23 年 6 月現在、12,600 を上回る医療機関が同管理料の届出を行っています¹⁾。本管理料の結果検証は、平成 18-19 年と平成 21 年の 2 回にわたって実施され、国際的にみても成果をあげていることが確認されました^{2,3)}。また、治療終了後 9 ヶ月間以上の禁煙継続に関連する要因を明らかにした結果、精神疾患やヘビースモーカーなどの患者側の禁煙困難特性が明らかになったほか、指導者側の要因として指導経験が禁煙継続と関係することが明らかになりました⁴⁾。

最近、平成 22 年 10 月のたばこの値上げや公共場所・職場の禁煙化が進むなかで、喫煙者の禁煙への関心が高まってきています。喫煙の本質はニコチン依存症⁴⁾であることから、禁煙したいがやめられない喫煙者に対する受け皿として、医療機関での禁煙治療がさらなる成果をあげるよう、入院患者や若年者などへの保険適用範囲の拡大や、専任看護師配置の施設基準の見直しなどが必要と考えます。特に入院患者への適用拡大については、その意義や効果が大きいことから、第一優先の検討を要望いたします。

また、新たに外来での「ニコチン依存症指導料」（仮称）の新設を要望いたします。これは、慢性疾患を有するニコチン依存症患者に対して、重症化予防の観点から一定の要件を満たす禁煙勧奨に対して診療報酬上の評価を要望するものです。

国際的には、平成 22 年 11 月にウルグアイで採択された WHO のたばこ規制枠組条約 14 条（たばこ使用の中止と禁煙治療の促進）のガイドライン⁵⁾においては、保健医療システムにおける禁煙推進の取り組みとして、禁煙成功率を高めるための禁煙治療の利用促進とそのための費用負担の軽減が求められています。本提案はこのガイドラインの趣旨にも添うものと考えます。

つきましては、平成 24 年度の診療報酬改定において、下記のとおりニコチン依存症管理料に関連した条件の見直しや新たな診療報酬の検討がなされますよう要望いたします。

謹白

記

1. ニコチン依存症管理料の算定要件等の見直し

1) 入院中の患者に対する適用拡大

平成20年度の診療報酬改定において、外来での禁煙治療中に入院した場合の治療継続と薬剤料の算定は認められましたが、入院患者に対する新規の禁煙治療は保険対象外です。入院が禁煙の良いきっかけになるため、入院患者についても禁煙補助薬が健康保険で処方できるように見直しが是非とも必要と考えます。

適用拡大の具体的な方法としては、DPCの対象でない病院では、外来で算定可能なニコチン依存症管理料を入院患者にも適用拡大するのが適当と考えます。一方、DPC対象病院では、禁煙治療を行うと薬剤費等が持ち出しになるため、一定の加算を行う形で診療報酬上の評価がなされるとうと見えます。

入院患者への禁煙治療の有効性のエビデンスは確立しています⁶⁾。しかし、退院後喫煙を再開しやすいことから、禁煙継続につなげるためには、退院後少なくとも1ヵ月間のフォローアップが必要とされており⁶⁾、そのフォローアップも含めて入院患者への保険適用の条件とする必要があります。フォローアップについては、電話によるフォローアップの実行可能性が高いと考えます。海外ではIVR（自動音声応答装置、Interactive Voice Response）を活用して、禁煙のカウンセリングが必要なケースのみ抽出してカウンセラーが対応するという効率的なフォローアップシステムが先進的な病院ですでに実施されています⁷⁾。

2) 未成年者等の若年者への適用範囲の拡大

未成年者や20歳代の若者など、経済的に余力のない世代の喫煙者が禁煙したい場合に、現行のブリンクマン指数の条件は保険適用を難しくしています。喫煙開始が早いほど重症なニコチン依存になりやすく、肺がん等の喫煙関連疾患のリスクが上昇することがわかっています⁸⁾⁹⁾。また、喫煙を始めても若いうちに禁煙すれば病気の予防効果が大きいことも明らかになっています¹⁰⁾。以上の点から、若年者への保険適用の障壁となっているブリンクマン指数（喫煙本数×喫煙年齢）の算定要件を削除していただくことが必要と考えます。このことは近年増加している若い女性の喫煙問題への対策としても有用と考えます。

3) 治療期間の延長

精神疾患やヘビースモーカーなどの禁煙が難しい特性を有する喫煙者の場合、禁煙の導入が遅れたり、治療期間中に喫煙を再開することが少なくないため、そのような場合については、12週間の治療期間を延長して治療を継続できるよう（例えば、さらに12週間の治療期間の延長）、条件の見直しが必要と考えます。ただし、安易な治療の延長を防ぐため、例えば、5回の治療を全て受けた患者に限るなどの条件の付加が必要と考えます。

4) 1年以内の再治療への保険適用拡大

喫煙は他の薬物依存と同様、再発しやすいため、直近の治療の初回算定日から1年以内であっても再度保険による禁煙治療が受けられるよう見直しが必要と考えます。ただし、安易な治療の中断や再治療を防止するため、例えば、5回の治療を最後まで受診した患者、治療途中で転居した場合に限るなどの条件の付加が必要と考えます。

5) 専任看護師等の配置条件の緩和

診療所の中には経営上等の理由から看護師を雇用していない施設があることから、専任看護師等の配置条件の見直しが必要と考えます。ただし、医師以外に看護師などのスタッフが協力して

禁煙治療に取り組むことにより禁煙率が高まることが期待されることから、看護師を雇用していない施設に限り、この条件を求めないようにするのが適当と考えます。

6) 歯科疾患の管理指導報酬における禁煙指導の重視

医科と歯科で連携して禁煙治療が推進できるよう、歯科領域においても一定の条件を設定した形で、禁煙指導に対して診療報酬が新設（加算）されるよう検討が必要と考えます。

2. 「ニコチン依存症指導料」（仮称）の新設

新たに生活習慣病の重症化予防の観点から、厚生労働省が重点を置く4疾病（がん、脳卒中、心臓病、糖尿病）にCOPDを加えた5疾病のいずれかを有するニコチン依存症患者に対して実施する禁煙指導に対して診療報酬上の評価を希望します。本指導料が診療報酬として認められることにより、禁煙動機の低い喫煙患者への禁煙勧奨がこれまで以上に推進されることになり、禁煙による重症化予防や医療費の節減が期待できます。本指導料で対象とした5疾病は、WHOのNCD（Noncommunicable diseases）対策の対象疾患でもあり、喫煙が5疾病に共通した発症ならびに重症化の危険因子であることから、NCD対策としても禁煙推進は重要です¹¹⁾。

本指導料の技術内容は、①問診としてTDSとステージ問診などの質問項目の聴取（「禁煙治療のための標準手順書の質問票」¹²⁾の活用）、②呼気CO測定による喫煙状況の客観的評価とその結果説明、③禁煙を促す情報提供やアドバイス、から成ります。本指導料はニコチン依存症管理料の届出施設のみで算定が可能とします。その理由は、同施設では禁煙治療だけでなく、禁煙動機の低い喫煙患者への禁煙勧奨にも熱心であり、そのための知識やスキルを有すると考えられ、診療報酬で後押しすることにより、日常診療の場での禁煙勧奨・治療がさらに進むと期待されるからです。

以上

【出典】

- 1) 日本禁煙学会：禁煙治療に保険が使える医療機関情報
(<http://www.eonet.ne.jp/~tobaccofree/hoken/sokei.htm>, 2011年6月14日アクセス)
- 2) 厚生労働省中央社会保険医療協議会総会：診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成19年度調査）ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査報告書。平成20年7月9日 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/07/dl/s0709-8k.pdf>)
- 3) 厚生労働省中央社会保険医療協議会総会：診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成21年度調査）ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査報告書。平成22年6月2日 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/06/dl/s0602-3i.pdf>)
- 4) 9学会合同研究班 編：禁煙ガイドライン(2010年改訂版)。
(<http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2010murohara.h.pdf>)
- 5) WHO Framework Convention on Tobacco Control. Guidelines for implementation of Article 14 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Demand reduction measures concerning tobacco dependence and cessation. WHO, 2011.
(http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501316_eng.pdf)
- 6) Rigotti N, Munafò MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3.
- 7) Reid RD, Pipe AL, Quinlan B. Promoting smoking cessation during hospitalization for coronary artery disease. Can J Cardiol. 2006; 22(9): 775-80.

- 8) U. S. Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use Among Young People. A Report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994.
- 9) 新版 喫煙と健康 喫煙と健康問題に関する検討会報告書, 保健同人社, 2002.
- 10) International Agency for Research on Cancer: IARC Handbooks of Cancer Prevention, Volume11: Reversal of Risk After Quitting Smoking. IARC, Lyon, 2007.
- 11) World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. WHO, 2011.(http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf)
- 12) 日本循環器学会, 日本肺癌学会, 日本癌学会, 日本呼吸器学会: 禁煙治療のための標準手順書 第4版. 2010年4月. (各学会のホームページで公開)

(お問い合わせ先)

禁煙推進学術ネットワーク委員長 藤原久義

〒660-0828 兵庫県尼崎市東大物町1丁目1番1号
兵庫県立尼崎病院院長室内

電話 : 06-6482-1521 FAX : 06-6482-7430

E-mail:info@tcr-net.jp

図表3. 特定健康診査における禁煙の勧奨・支援のための制度化に関する要望書

平成 23 年 7 月 15 日

厚生労働大臣 細川 律夫 殿
厚生労働省健康局長 外山 千也 殿
厚生労働省保険局長 外口 崇 殿

禁煙推進学術ネットワーク

日本癌学会 日本口腔衛生学会 日本口腔外科学会
日本公衆衛生学会 日本呼吸器学会 日本産科婦人科学会
日本歯周病学会 日本循環器学会 日本小児科学会
日本心臓病学会 日本肺癌学会 日本麻酔科学会
日本人間ドック学会 日本口腔インプラント学会
日本頭頸部癌学会 日本歯科人間ドック学会

特定健康診査における禁煙の勧奨・支援のための制度化に関する要望書

謹啓

盛夏の候、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、平成 20 年度からの特定健康診査（以下特定健診と略す）・特定保健指導について、平成 23 年 4 月から「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」が開催され、その実施内容や方法についての検討が開始されました。これまで指摘されている検討課題として、メタボリックシンドローム（以下メタボと略す）の診断基準や腹囲の基準、非メタボの取り扱い、治療中の者への対応、受診率や実施率の向上策などがありますが、喫煙者への対応も重要な見直しの課題と考えます。

喫煙は肺がんをはじめ多くの病気の原因であり、わが国では年間少なくとも 13 万人以上が喫煙が原因で死亡していると推定されています¹⁾。また、循環器疾患の発症リスクの比較において、喫煙のリスクはメタボとほぼ等しく、喫煙率の高い男性では喫煙の方がメタボより循環器疾患発症の寄与危険度割合が大きいことが報告されており²⁾、循環器疾患予防における禁煙の重要性が高いことがわかります。

現行の制度では喫煙はメタボ階層化の追加リスクとして加えられていますが、リスクの大きさを考えると、平成 19 年度の公衆衛生学会からの意見表明³⁾にも基本的な考え方が示されているように、メタボの有無に関わらず喫煙者全員に禁煙のアドバイスや情報提供を実施し、やめたい人には保険治療実施医療機関や薬局を紹介する活動が現場で実施されるよう制度改正が必要と考えます。そのためには、特定健診の実施主体である保険者に対して、健診当日に喫煙者に対する禁煙のアドバイスや情報提供を義務づけるとともに、参酌標準に喫煙率の減少を新たに加え、特定健診の場での禁煙勧奨・支援の実行率を高めることが必要です。国際的には、平成 22 年 11 月にウルグアイで採択された WHO のたばこ規制枠組条約 14 条（たばこ使用の中止と禁煙治療の促進）のガイドライン⁴⁾において、保健医療システムにおける禁煙推進の取り組みとして短時間の禁煙アドバイスを保健医療の場で提供することが求められています。本提案はこのガイドラインの趣旨にも添うものと考えます。

つきましては、今後の特定健診の効果的な実施にむけて、健診時の禁煙の指導の強化のための制度化が実現されますようお願い申し上げます。

謹白

記

1. 対象

メタボの有無やリスクの大小に関わらず、特定健診を受診する全ての喫煙者を対象とします。

2. 実施方法

健診当日に1～2分程度の禁煙のアドバイスや情報提供を行います。その内容として、①禁煙の重要性を高めるアドバイスや情報提供と、②禁煙の効果的な方法に関する情報の提供を行います。その結果、禁煙に対する気持ちが高まった喫煙者には、保険診療の患者要件となっているTDSやブリンクマン指数（1日喫煙本数×喫煙年数）を確認した上で医療機関での保険治療を勧めます。患者要件を満たさない場合は、OTC薬を使った禁煙方法等の情報提供を行います。

これらの指導方法については、すでに指導者向けのマニュアル⁵⁾⁶⁾が作成されており、eラーニングの学習教材⁷⁾も平成23年秋には完成するので、指導者研修にも活用できます。

3. 期待される指導効果

健診の場での短時間の禁煙勧奨・支援の効果については、企業3社の定期健康診断の場での準無作為比較介入研究によると、健診の場での診察担当医師が1～2分程度の禁煙のアドバイスや情報提供を行うことにより、6ヵ月後および1年後の断面禁煙率の補正オッズ比（年齢、喫煙本数で補正）が各々1.56、1.51、6ヵ月以内に禁煙したいと考えている喫煙者（熟考期・準備期）に限定すると各々3.41、3.17となり、健診の場での禁煙の働きかけは短時間であっても禁煙率を高めることを示唆する成績が報告されています（図1）⁸⁾⁹⁾。

4. 制度として導入した場合の効果

わが国で実施されている健診の場に短時間の禁煙勧奨・支援を普及した場合の禁煙推進効果については、40～74歳男性の禁煙率を最大で32.5%、禁煙者を171,000人増加させること、禁煙率の増加効果は短時間の禁煙の保健指導を広く普及させるほど、また禁煙補助薬や禁煙治療の利用の推奨を強く行うほど大きいことが示されています¹⁰⁾。

特定健診に禁煙勧奨・支援を制度として導入することによる経済効果については、最初の数年間は禁煙治療費が医療費削減額や特定保健指導費削減額を上回るが、累積6年目で黒字に転じ、15年目には696万円の累積黒字になることが報告されています（図2）¹¹⁾。つまり、禁煙勧奨・支援をメタボ対策と並行して行うことにより、喫煙率の減少によって特定保健指導費用の削減だけでなく、医療費の削減が期待できます。

以上

【出典】

- 1) Katanoda K, Marugame T, Saika K, Satoh H, Tajima K, Suzuki T, Tamakoshi A, Tsugane S, Sobue T: Population attributable fraction of mortality associated with tobacco smoking in Japan: a pooled analysis of three large-scale cohort studies. *J Epidemiol.* 2008; 18(6): 251-264.
- 2) Higashiyama A, Okamura T, Ono Y, Watanabe M, Kokubo Y, Okayama A: Risk of smoking and metabolic syndrome for incidence of cardiovascular disease-comparison of relative contribution in urban Japanese population: the Suita study. *Circ J.* 2009; 73(12): 2258-2263.
- 3) 日本公衆衛生学会「標準的な健診・保健指導プログラム」に対する意見表明について. *日本公衆衛生雑誌*, 54(5): 291-292, 2007.
- 4) WHO Framework Convention on Tobacco Control. Guidelines for implementation of Article

14 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Demand reduction measures concerning tobacco dependence and cessation. WHO, 2011.

(http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501316_eng.pdf)

- 5) 中村正和: 4.保健指導を効果的に実施する工夫「禁煙に重点をおいた保健指導プログラム」. 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) 地域・職域における生活習慣病予防活動・疾病管理による医療費適正化効果に関する研究(主任研究者:津下一代) 特定保健指導のエッセンスー実践者のためのマニュアル, pp31-32, 2010.
- 6) 中村正和、増居志津子編著: 脱メタバコ支援マニュアル; ノバルティスファーマ, 2008.
(http://www.kenkoukagaku.jp/annual/img/nosmoking_01.pdf)
- 7) 日本禁煙推進医師歯科医師連盟: J-STOP 指導者トレーニングプログラムの紹介
(<http://www.j-stop.jp/>)
- 8) 中村正和: 医師会を通じた禁煙治療の効果的な普及方策の確立に関する研究. 平成 21 年度がん研究助成金「たばこ政策への戦略基盤の構築と政策提言・実施・評価メカニズムに関する研究ー特に、禁煙支援政策の実施基盤の構築と評価指標の開発」分担研究報告書, 2010.
- 9) Mitsumune T, Senoh E, Adachi M, Nakamura M, and Masui S: COPD Prevention at Health Checkup: Mainly Describing the Promotion of Smoking Cessation by Brief Intervention. Health Evaluation and Promotion, 2010; 37(4): 490-492.
- 10) 片野田耕太: たばこ規制による喫煙率および疾病負荷減少効果の疫学的評価. 平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金第 3 次対がん総合戦略研究事業「効果的な禁煙支援法の開発と普及のための制度化に関する研究」(研究代表者: 中村正和) 総括・分担研究報告書, pp67-75, 2010.
- 11) 中村正和: 禁煙を効果的に推進する保健医療システムの構築に関する研究. 平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金第 3 次対がん総合戦略研究事業「効果的な禁煙支援法の開発と普及のための制度化に関する研究」(主任研究者: 中村正和) 総括・分担研究報告書, pp11-31, 2008.

(お問い合わせ先)

禁煙推進学術ネットワーク委員長 藤原久義

〒660-0828 兵庫県尼崎市東大物町1丁目1番1号

兵庫県立尼崎病院院長室内

電話: 06-6482-1521 FAX: 06-6482-7430

E-mail: info@tcr-net.jp

図1. 健診の場での短時間（1-2分間）の禁煙介入の効果—断面禁煙率

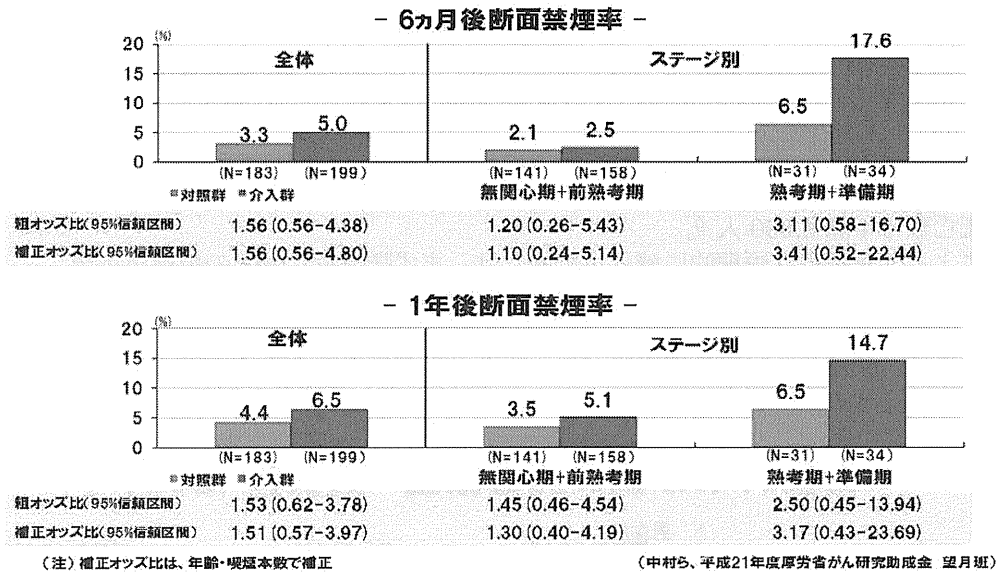
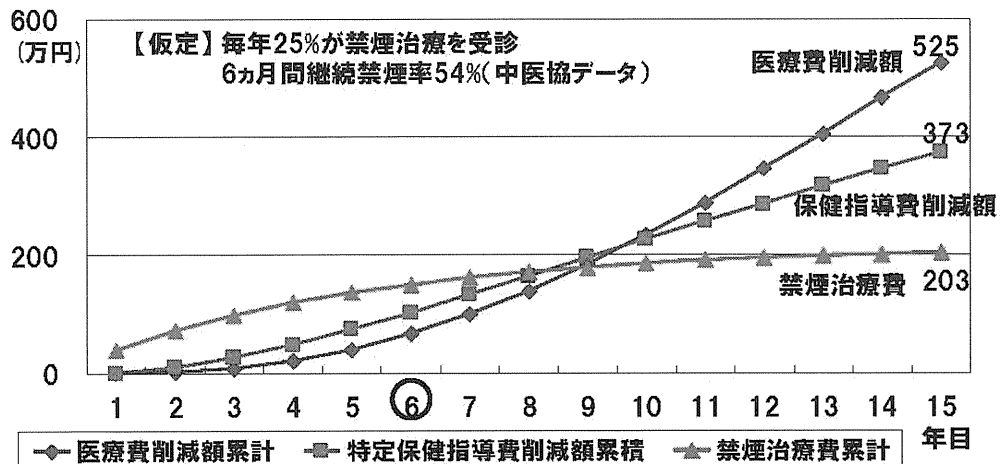


図2. 特定健診における禁煙介入の経済効果（累積）

大阪府立健康科学センターの健診対象集団を用いて推計
 (対象1000人、40-74歳は757人、積極的支援10.8%、動機付け支援9.8%)

●6年目で黒字に転じ、15年目には696万円の黒字となる



(平成19年度厚労科学 第3次対がん研究 中村班報告書)

図表4. 17 学会禁煙学術ネットワークプレスセミナー資料－禁煙治療・支援の環境整備の提案

17 学会禁煙推進学術ネットワーク プレスセミナー（2012年2月22日、東京）

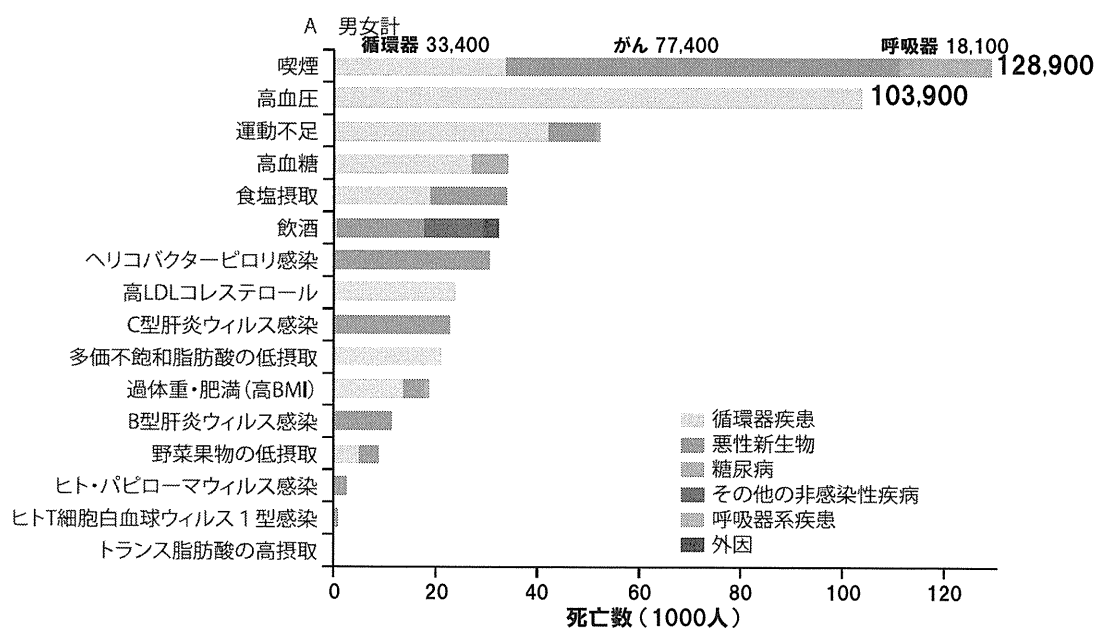
やめたい人が禁煙できるために：保健医療としてできること

大阪府立健康科学センター 中村正和

【背景】

- ・喫煙は日本人の死亡原因のなかで最大の原因（図表1）¹⁾。
- ・喫煙者本人の喫煙が原因と考えられる超過死亡数は年間12～13万人¹⁻³⁾。一方、受動喫煙による超過死亡数は年間6,800人⁴⁾。
- ・喫煙による健康被害を短期的に減らすためには、まず喫煙者の禁煙の推進が重要。
- ・健康日本21の第二次計画において、新たに成人喫煙率（男女計）の低下目標として、平成35年までに現状の19.5%（2010年の国民健康栄養調査結果）⁵⁾から12.2%に低下させることが提案⁶⁻⁷⁾。この目標は、禁煙したい喫煙者（37.6%）の全員が禁煙するという前提の下で設定。

図表1. わが国の死亡原因－男女計（2007年）



(Ikeda N, et al: PLoS Med. 2012; 9(1): e1001160. ただし、図の引用は Ikeda N, et al: Lancet 2011; 378: 1094-1105.)

【現状と課題】

- ・わが国が批准しているWHOのたばこ規制枠組条約の第14条（たばこ使用の中止（禁煙）とたばこ依存症の治療）の履行のためのガイドライン⁸⁾において、保健医療システムを活用した禁煙推進のための効果的な具体的措置の内容が示されている（図表2）。
- ・喫煙の本質がニコチン依存症という病気であること⁹⁾や上記のたばこ規制枠組条約のガイドラインの内容を踏まえると、今後わが国において、たばこ規制・対策の一環として、以下のような保健医療等の場での取り組みとそのための制度化が必要。

①禁煙治療を利用しやすい環境づくり

1)禁煙治療へのアクセス向上のための禁煙外来の普及

【現状】・2006年の保険適用以降、2回実施された中医協の結果検証において、禁煙治療終了9ヵ月後の禁煙継続率が約3割（5回受診完了者では約5割）と一貫した成績が得られており、国際的にみても一定の成果をあげている⁹⁻¹⁰⁾。

- ・登録医療機関数は年々増加してきたが（2012年2月現在13,400余施設）、今なお医療機関全体に占める割合は12%、病院に限っても24%に過ぎない¹¹⁾。
- ・わが国では禁煙時に禁煙治療や禁煙補助薬の利用割合が先進外国に比べて低い¹²⁾。