

3

取り組むべきことは何か？

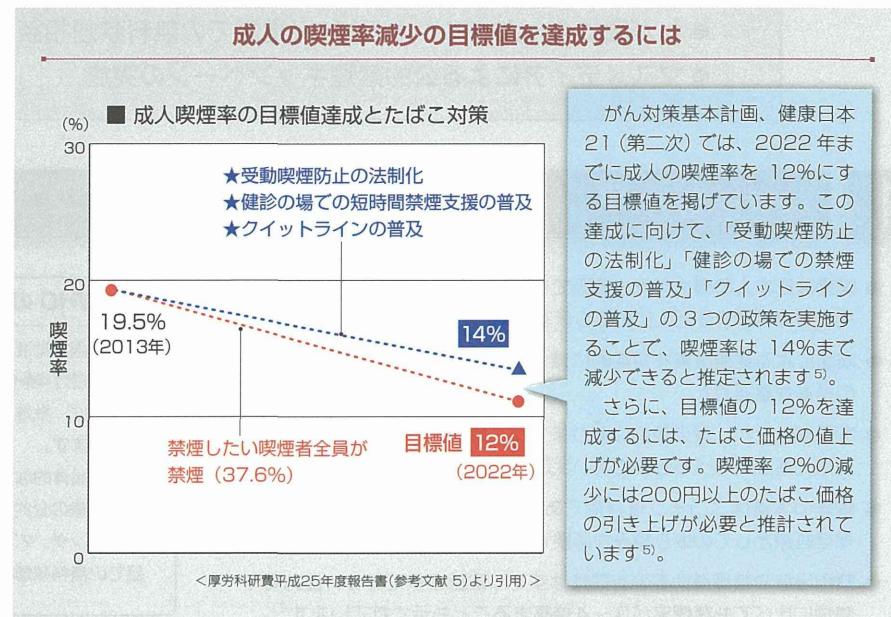
- 特定健診をはじめ、医療や健診等の場での禁煙アドバイスや禁煙希望者への支援の徹底。とくに、特定健診当日からの禁煙アドバイスや情報提供（禁煙希望者への禁煙外来等の紹介を含む）が必要です。
- 禁煙希望者を禁煙に確実に導くための禁煙治療サービスの普及と充実を図るために、以下の取り組みが必要です。
 - ・禁煙治療の登録医療機関の拡大によるアクセスの向上。
 - ・健康保険の適用拡大（入院患者、若年者、歯科分野）。

- ・わが国で未発売の禁煙補助薬（ニコチンガムやパッチ以外のニコチン製剤やブプロピオン）の認可承認と保険適用。
- 医療や健診での禁煙アドバイスと禁煙治療をつなぐわが国に合ったクイットライン（電話での無料禁煙相談）の整備。
- マスメディアによる公的禁煙キャンペーンの実施（禁煙の必要性や禁煙方法に関する広報）。

4

期待される効果は？

- 第1に、健康面では喫煙率の減少とそれによる喫煙関連死亡の減少、経済面では医療費の削減という2つの効果が期待できます。この効果は、たばこ税・価格の引き上げや受動喫煙防止対策などの他のたばこ規制と合わせて実施されるとより効果が大きくなります。
- 第2に、健康日本21（第二次）において成人喫煙率の目標設定の根拠となった「やめたい人が全員やめる」ためには禁煙支援・治療の役割が大きく、目標達成に一定の貢献が期待できます。
- 第3に、重度のニコチン依存症などの禁煙困難例は治療の必要性が高く、喫煙率の減少に伴い禁煙困難例が相対的に増加することが予想され、禁煙治療の果たす役割が今後さらに大きくなります。



5

よくある疑問や反論についてのQ & A

Q. 個人の嗜好に対して、健康保険を使って治療をする必要がありますか？

A. 喫煙の本質はニコチン依存症という薬物依存症です。ニコチンの依存性はアルコールや麻薬と同程度であり、やめたくても禁煙できない喫煙者には依存症という病気に対する治療が必要です。また、ヘビースモーカーでも自力で禁煙できる場合もありますが、一般的には禁煙後のニコチン離脱症状が強く出現するため、禁煙が難しい場合が多いのです。そのため、より確実に禁煙をするためには、自力に比べて禁煙率が3～4倍高まる禁煙治療が勧められます。

Q. 禁煙しても体重が増加するために、禁煙の効果を相殺してしまうのではないか？

A. 禁煙すると約8割に平均2kgの体重増加がみられ、約1割に

5kg以上の増加がみられます⁶⁾。しかし、体重が増加しても、禁煙による健康改善効果のほうがはるかに大きいことがわかっています。最近の研究では、体重増加によってリスクが上昇しやすい循環器疾患に限っても、禁煙して体重が増加しても心筋梗塞や脳卒中のリスクは半減することが明らかになっています。

Q. 禁煙によるストレスで、メンタルヘルスの問題が増加する心配はありませんか？

A. 喫煙者が感じる喫煙によるストレス軽減効果は、あくまでニコチン切れ（ニコチンの血中濃度の低下）に伴う離脱症状の緩和にすぎないことがわかっています。

禁煙によって離脱症状から解放されることでストレスが低下し、精神的健康度も改善することがわかっています。喫煙すると、うつ病や自殺のリスクが高まるという研究報告もあり、メンタルヘルスの対策においても禁煙が重要です。

【参考文献】

- Ikeda N, et al: Adult mortality attributable to preventable risk factors for non-communicable diseases and injuries in Japan: a comparative risk assessment. PLoS Med. 2012; 9: e1001160.
- Kasza KA, et al: Effectiveness of stop-smoking medications: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. Addiction 2013; 108: 193-202.
- 中村正和：日本における禁煙支援・治療の現状と課題. 日本医師会雑誌 2012; 141: 1917-1922.
- 中村正和, 他: 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. 厚労科研費平成23年度「発がんリスクの低減に資する効果的な禁煙推進のための環境整備と支援方策の開発ならびに普及のための制度化に関する研究」報告書
- 中村正和, 他: 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. 厚労科研費平成25年度「発がんリスクの低減に資する効果的な禁煙推進のための環境整備と支援方策の開発ならびに普及のための制度化に関する研究」報告書
- 厚生労働省: 禁煙支援マニュアル(第二版). 2013.

がん検診の場における禁煙支援

KEY FACT (要約)

- 喫煙者の約6割(約1300万)が、1年間に健診・がん検診・人間ドックのいずれかを受診
- 年間約100万人の喫煙者が市町村で実施するがん検診(対策型検診)を受診
- がん検診当日は、受診者の健康意識が高まる時であり、禁煙支援に最適の機会
- 2013年度からの特定健診における禁煙支援の強化に引き続き、市町村でのがん検診においても検診当日の禁煙支援の強化が必要
- 検診当日に診察医の一言指導と保健指導者による1~2分程度の情報提供を導入することにより、約3倍の禁煙率の向上が可能

1 なぜ必要か?

- わが国の喫煙者数は約2100万人と推定され¹⁾、喫煙者の約6割²⁾にあたる1300万人が健診・がん検診・人間ドックのいずれかを受診していると推定されます。
- 健康増進法に基づき全国の市町村で実施しているがん検診(対策型検診)に限ると、年間受診者数は合計708万人にのぼり³⁾、そのうち約100万人が喫煙者と推定されます。
- 市町村が実施するがん検診の胃、大腸、肺、乳房、子宮頸部のうち、乳房を除く4つのがんはいずれも喫煙との関係が明らかな喫煙関連がんです⁴⁾。また、肝炎ウイルス検診が予防をめざす肝臓がんも喫

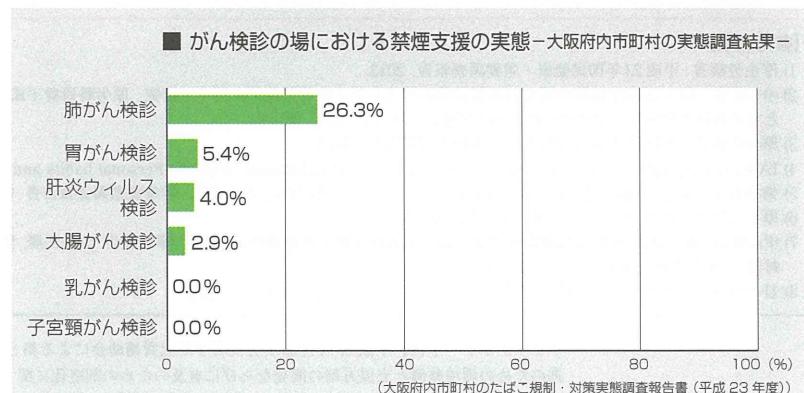
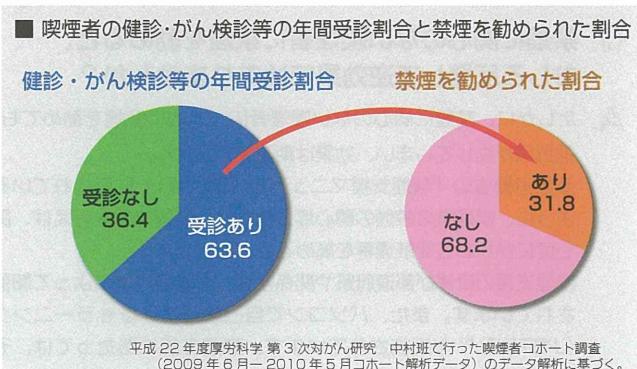
煙関連がんです。これらの検診の場で、禁煙支援を同時に行うことにより、がんの早期発見だけでなく発症の予防という意義が加わります。

- 検診当日は、受診者が「病気が見つかったらどうしよう?」と健康への不安を抱いたり、健康への意識が高まっている時であり、禁煙をはじめ生活習慣の改善を図るには最適の機会です。



2 現状はどうか?

- 健康増進法に基づき市町村が実施するがん検診の指針「がん予防重点健康教育およびがん検診実施のための指針」(厚生労働省健康局長通達)には、「肺がん予防健康教育を実施する場合は、肺がん検診の実施会場において同時に実施する」と記載されていますが、具体的な健康教育プログラムが未整備でもあり、混雑した検診会場で同時に行われているケースは少ないと思われます。
- 市町村では、禁煙希望者を対象に予約制で後日、個別禁煙教育を実施していますが、参加者は全国で年間1,269人³⁾と少ないので現状です。
- 医療機関で実施されている個別検診でも状況は同じで、当日に禁煙支援まで行われていません。
- 厚生労働省の研究班のデータによると、喫煙者の約6割が毎年健診・がん検診・人間ドックのいずれかを受診しているものの、禁煙を勧められた割合は約3割にとどまっています²⁾(右上図)。
- 大阪府内の市町村を対象とした調査でも、がん検診の場で喫煙者全員に禁煙支援を実施している市町村の割合は、肺がん検診でも3割にとどまり、他のがん検診では1割に満たないことが明らかになっています⁵⁾(右下図)。



3

取り組むべきことは何か？

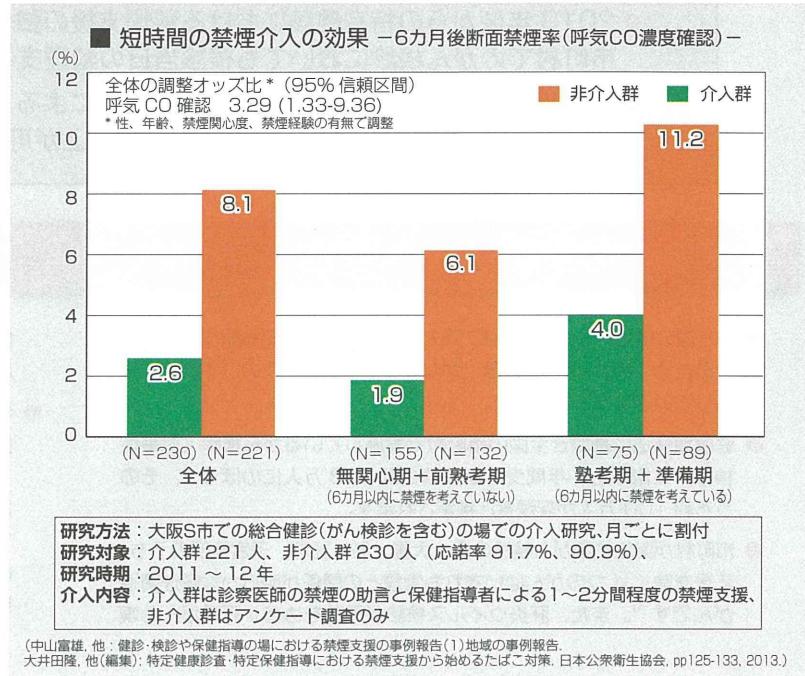
- 特定健診では2013年度より健診当日からの喫煙の保健指導の強化が図られ、「禁煙支援マニュアル(第二版)」が整備されています^⑥。これのがん検診の場でも活用し、禁煙支援を行うことが望されます。
- 看護師・保健師など保健指導者による1~2分程度の情報提供だけでもよいですが、医師による一言指導を併用するほうが禁煙率を高める効果の向上が期待されます。

● 医師の協力を得るための工夫として、「たばこを吸われるのには体によくないことですよ。あとで保健指導者から詳しく説明があります」などの短い声かけを文例として示し、事前ならびに診察前に依頼しておくと協力してもらいやすくなります。

4

期待される効果は？

- 2013年のコクランレビューによると、臨床の場で医師単独または医療従事者の手助けを得て医師が行う比較的簡単な禁煙アドバイス(指導回数1回、指導時間20分以内)は、禁煙率を1.7倍高めるとされています。
- がん検診を含む総合健診を受けた地域住民を対象とした介入研究では、短時間の禁煙支援(診察医師からの禁煙の助言と保健指導者による1~2分程度の禁煙支援)を受けた介入群の6カ月後の禁煙率が、非介入群に比べて3.3倍に向上したという結果が得られています^⑦(右図)。



5

よくある疑問や反論についてのQ & A

Q. 禁煙に関心のない喫煙者に禁煙を勧めると、むしろ反発して逆効果ではありませんか？

A. たしかに、禁煙に関心のない喫煙者に一方的に禁煙を勧めても、抵抗感が生じてしまい、効果は期待できません。厚生労働省の「禁煙支援マニュアル(第二版)」に示されているように、喫煙者の禁煙の関心度に合わせた禁煙支援を行えば、関心度にかかわらず禁煙率を高めることができます。禁煙支援の研修が都道府県や関係学会、保険者などによって開催されています。また、パソコンで自己学習できるeラーニング(J-STOP)^⑧も実施されています。禁煙支援にあたっては、それらの研修を受けられるとよいと思います。

Q. 地域住民を対象にした研究で示された短時間の禁煙支援の効果は高すぎるのではないか？

A. 上図の研究対象者は、肺がん検診を含む総合健診を受けた地域住民です。一般的に検診を受ける人は健康意識が高く、喫煙者においても禁煙しやすい特性を有していたと考えられます。また、検診受診者は、「病気にかかるってはいないだろうか？」と不安を感じながら検診を受けていたため、診察医師と保健指導者からのタイムリーな禁煙のアドバイスと情報提供がより大きな効果を導いたものと考えられます。

【参考文献】

- 厚生労働省：平成23年国民健康・栄養調査報告。2013。
- 中村正和、他：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。厚労科研費平成23年度「発がんリスクの低減に資する効果的な禁煙推進のための環境整備と支援方策の開発ならびに普及のための制度化に関する研究」報告書
- 厚生労働省：平成23年度地域保健・健康増進事業報告。2013。
- IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. vol.100E: Personal habits and indoor combustions. pp. 167, 2012.
- 健康おおさか21推進府民会議たばこ対策部会：大阪府内市町村のたばこ規制・対策実態調査報告書(平成23年度)「たばこ対策の自己点検票」を用いた実態把握。
- 厚生労働省：禁煙支援マニュアル(第二版)。2013。
- 中山富雄、他：健診・検診や保健指導の場における禁煙支援の事例報告(1)地域の事例報告。大井田隆、他(編集)：特定健康診査・特定保健指導における禁煙支援から始めるたばこ対策。日本公衆衛生協会、pp. 125-133, 2013。
- 日本禁煙推進医師歯科医師連盟：J-STOPホームページ (<http://www.j-stop.jp>)

本ファクトシートは、平成25年度厚生労働科学研究費補助金による第3次対がん総合戦略研究事業「発がんリスクの低減に資する効果的な禁煙推進のための環境整備と支援方策の開発ならびに普及のための制度化に関する研究」班(研究代表者 中村正和)の補助金の配賦を得て作成しました。

作成担当：中山富雄(大阪府立成人病センターがん予防情報センター)、中村正和(大阪がん循環器病予防センター)

5

クイットライン（電話での無料禁煙相談）

— KEY FACT (要約) —

- クイットライン（電話での無料禁煙相談）は、喫煙者が禁煙を試みるうえで手軽に利用でき、かつ有効性や費用対効果の高いサービスである
- クイットラインは海外の多くの国すでに整備されており、わが国でも禁煙希望者を確実に禁煙に導くために、その整備が喫緊の課題である
- 医療や健診等での取り組みと連携して、禁煙を勧めた後や退院後のフォローアップをクイットラインが担うことが、禁煙成功者を増やすことにつながる

1 なぜ必要か？

- わが国が批准している「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」第14条のガイドラインにおいても、クイットラインの整備が求められています。
- アジア・太平洋地域だけでも、韓国、中国、タイ、台湾、シンガポール、オーストラリア、ニュージーランドなどで、クイットラインがすでに実施されています。
- 2013年のコクランレビューでは、クイットラインに電話相談をしてきた喫煙者に対して、1回だけの相談にとどまらず、その後クイットラインのほうから複数回電話による指導をすること（このような方式を能動的サービスと呼ぶ）により、禁煙成功率が1.4倍高まることが示されています¹⁾。

- クイットラインを実施することによって、禁煙の方法や活用できる資源を知らない人、禁煙治療を受ける時間的、経済的な余裕がない人、禁煙治療の適用条件を満たさない人、自力での禁煙希望者などが手軽に利用できるようになります。
- クイットラインで利用者に的確な情報を提供することにより、禁煙に関心が高まり、禁煙の実行に踏み切る人の割合（禁煙試行率）を高めることができると考えられます。また、能動的なクイットラインのサービスでは、禁煙成功率を高めるというエビデンスがあります。その結果、禁煙成功者数の増加が期待されます。

2 現状はどうか？

- わが国では2013年度に、厚生労働省から397施設のがん診療連携拠点病院を対象に「たばこ相談員」を配置する方策が整えられました。しかし、予算的に十分でないことなどから、実際には一般的な喫煙者へのサービスに結びついていないのが現状です。

- 今後は、がん診療連携拠点病院が事業としてクイットラインを実施し、地域のリソースをつなげる役割が期待されています。その際には、全国各地ではなく、クイットラインを中央化するか数カ所程度に集約することでできれば効率的と考えられます。

3 取り組むべきことは何か？

<提供方法等の整備>

健診時などに医師や保健指導者から禁煙のアドバイスを行い、クイットラインを紹介するシステムづくりが必要です。クイットラインを提供する場所（クイットラインセンター）は、がん診療連携拠点病院のほか、保険者や保健医療団体等が候補として考えられます。既存のインフラを生かして実施するならば、次のようなサービスの提供方法が考えられます。

(1) 健診・検診の場

- 喫煙者に医師から短時間の禁煙支援を行い、その際にクイットラインに関する情報の提供や利用の勧奨を行います。
- 禁煙の支援を希望する人をクイットラインセンターに紹介し、フォローアップを含めてクイットラインセンターが支援を行います（能動的なサービス）。
- 健診・検診受診者の禁煙に関する相談や問い合わせにも、クイットラインセンターが対応します（受動的なサービス）。
- 支援の内容は、禁煙の実行・継続に向けたカウンセリングのほか、禁煙外来への紹介、一般用医薬品の禁煙補助薬の案内などです。

- 電話でのカウンセリングや情報提供のほか、ウェブや電子メールを用いた情報提供や支援も考えられます。健診・検診の場での禁煙のアドバイスとクイットラインへの紹介を組み合わせることにより、クイットライン利用者の増加と禁煙率の向上が期待されます。

■ 禁煙推進におけるクイットラインの特徴と役割



(2) 医療の場

- 外来患者については、健診・検診の場と同様に、喫煙者、とくに禁煙希望者に対してクイットラインに関する情報提供や紹介を行い、クイットラインセンターが相談や支援を行います。
- 入院患者については、入院中に禁煙支援・治療を行った後、喫煙を再開しやすい退院後のフォローアップをクイットラインセンターが担当します。
- 支援の内容は健診・検診の場と同様です。

<担当するスタッフの教育・研修>

クイットラインを担当するスタッフに対しては、禁煙支援・治療の一定の研修が必要です。

- 都道府県や関係学会、保険者などで開催している禁煙支援の研修のほか、パソコンで自己学習できる e- ラーニング (J-STOP)²⁾ を活用します。
- 禁煙外来等での禁煙支援の経験があるスタッフを活用することにより、短期間での指導者養成が可能となります。

<周知>

- 医療や健診・検診の場をはじめ、地域や職場などで、ポスターの掲示やリーフレットの配付により周知を図るとともに、保健医療従事者が禁煙のアドバイスと合わせて案内し、利用を勧めます。
- 海外では、クイットラインを周知させるために、テレビコマーシャルを行うほか、たばこのパッケージにクイットラインの電話番号を掲載しています。喫煙者からの相談を増やすためには、このような周知方法を検討していく必要があります。

■ カナダのたばこのパッケージ



カナダは、2001年に世界に先駆けて、画像入り警告表示を開始した国です。この写真の警告内容は「これが肺がんで死にゆく姿」です。

この警告表示には、禁煙の無料電話相談の番号が掲載されており、身近に支援が受けられる環境が整っています。

4 期待される効果は？

- クイットラインには、禁煙試行率と禁煙成功率の両方を上げる効果が期待されるだけでなく、医療や健診での禁煙支援、禁煙外来での禁煙治療など、地域にある既存の禁煙サービスを有機的に結びつける効果も考えられます。その結果、地域全体の禁煙率を高める効果が期待できます。

(1) 喫煙者の禁煙試行率を増加させる

クイットラインの存在を知ることで、喫煙者が手軽に禁煙の相談ができる、カウンセラーからの禁煙支援、有効な禁煙方法や禁煙治療に関する情報提供によって、禁煙を試みる率の増加が期待されます。

(2) 禁煙試行者の禁煙成功率を増加させる

禁煙試行者に対して、カウンセリングによる継続的な支援、禁煙外来や禁煙補助薬の紹介などを行うことにより、禁煙の継続や再喫煙の防止につながり、禁煙成功率が上昇することが予測されます。

(3) 医療や健診等の場での禁煙のアドバイス、禁煙外来での禁煙治療と組み合わせて実施することで、禁煙成功率をさらに上昇させる

(4) (1)～(3) の効果により、禁煙成功者数を増加させる

$$\text{禁煙成功者数} = \text{喫煙者数} \times \text{禁煙試行率} \times \text{禁煙成功率}$$

5 よくある疑問や反論についての Q&A

Q. 禁煙治療が健康保険適用となっているのに、さらにクイットラインは必要ですか？

- A. 時間的な制約などで、禁煙治療を受けられない人が数多くいます。そうした人への禁煙支援として、手軽に相談でき、かつ費用対効果の高いクイットラインの整備は必要です。禁煙治療を生存年で評価した際の費用対効果は、コレステロール薬、乳がん検診、インフルエンザワクチン接種などの予防介入と比べて、優れているとの報告があります^{3, 4)}。クイットラインは禁煙治療に比べて禁煙成功率は一般に低いものの、介入にかかる費用が安く、より多くの利用者が期待できるので、費用対効果はさらに高いと考えられます^{5, 6)}。

Q. 電話相談以外に禁煙への好ましい影響を生むことができますか？

- A. 海外で実施されているクイットラインでは、電話相談以外にウェブや電子メールを用いた情報提供や支援も可能です。クイットラインを整備して、マスマディアや保健医療従事者等を通じて周知することで、社会全体の注目を集め、喫煙者ばかりでなく非喫煙者にも禁煙を含めたたばこ問題に対する関心を持もってもらうことにつながります。そのことが、禁煙支援・治療をはじめ、たばこ対策を推進しやすい環境づくりに役立つと考えられます。海外のようにテレビコマーシャルも含め、種々の媒体で広報されることは、さらに大きな効果を生み出すと考えます。

【参考文献】

- 1) Stead LF, et al: Telephone counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013.
- 2) 日本禁煙推進医師歯科医師連盟: J-STOP ホームページ (<http://www.j-stop.jp>)
- 3) Feenstra TL, et al: Cost-effectiveness of face-to-face smoking cessation interventions: a dynamic modeling study. Value in health 2005; 8: 178-90.
- 4) Cornuz J, et al: Cost-effectiveness of pharmacotherapies for nicotine dependence in primary care settings: a multinational comparison. Tobacco Control 2006; 15: 152-159.
- 5) 田中英夫, 他: 保険を使った禁煙治療およびOTC 禁煙補助薬利用によって生まれ出される禁煙成功者に要したコスト。厚労科研費平成24年度「各種禁煙対策の経済影響に関する研究」報告書
- 6) Centers for Disease Control and Prevention: Telephone Quitlines, A Resource for Development, Implementation, and Evaluation. 2004.

本ファクトシートは、平成25年度厚生労働科学研究費補助金による第3次対がん総合戦略研究事業「発がんリスクの低減に資する効果的な禁煙推進のための環境整備と支援方策の開発ならびに普及のための制度化に関する研究」班（研究代表者 中村正和）の補助金の配賦を得て作成しました。
作成担当：田中英夫、谷口千枝（愛知県がんセンター研究所）、中村正和（大阪がん循環器病予防センター）

Ⅱ. 研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

研究成果の刊行に関する一覧表

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
中村正和	各論 I : 禁煙治療の基本 1 禁煙治療への導入と非薬物治療	藤原久義	各科領域における禁煙治療の実際	医薬ジャーナル社	大阪	2010	p46-55
		中村正和 (編著)	禁煙外来ベストプラクティス	日経メディカル開発	東京	2010	
		田中英夫	トランセセオレティカルモデルに基づく戦略的個別保健指導ガイド	看護の科学社	東京	2011	
大和 浩	受動喫煙対策	産業医科大学進路指導部編集委員会	産業医のためのギモン・難問相談室	診断と治療社	東京	2010	p26
Hanioka T, Ojima M and Nakamura M	Effects of Smoking and Smoking Cessation and Smoking Cessation Intervention.	Jane Manakil	Periodontal Diseases - A Clinician's Guide	InTech	Croatia	2012	p107-128
中村正和	第1部 特定健康診査・特定保健指導の場における禁煙支援の意義と方法	大井田隆, <u>中村正和</u>	特定健康診査・特定保健指導における禁煙支援のあり方－中間とりまとめを受けて	一般財団法人日本公衆衛生協会	東京	2012	p91-109
谷口千枝		田中英夫	事例で学ぶ禁煙治療のためのカウンセリングテクニック エキスパート編	看護の科学社	東京	2012	(単行本)
中村正和	第1部 特定健康診査・特定保健指導における禁煙支援の意義と方法	大井田隆, <u>中村正和</u> , 尾崎哲則(編集)	特定健康診査・特定保健指導における禁煙支援から始めるたばこ対策	一般財団法人日本公衆衛生協会	東京	2013	p103-123
中村正和	第4章 健康教育 第3節 禁煙支援	中央労働災害防止協会(編)	産業保健・産業栄養指導専門研修	中央労働災害防止協会	東京	2013	p157-170
大和 浩	タバコ関連疾患	矢崎義雄 (総編集)	内科学第10版	朝倉書店	東京	2013	2352-2354
大和 浩	タバコの科学	尾崎哲則, 埴岡隆(編著)	歯科衛生士のための禁煙支援ガイドブック	医歯薬出版	東京	2013	2-3
大和 浩	職域と家庭環境の喫煙状況と禁煙支援						88-91

大和 浩	職場の喫煙対策、快適な職場環境の形成	和田攻(監修) 森晃爾(総編集)	産業保健マニュアル	南山堂	東京	2013	136-137
大和 浩	禁煙・たばこ依存・受動喫煙	小木和孝(編集代表)	産業安全保健ハンドブック	公益財団法人労働科学研究所	東京	2013	810-813

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Nakashita Y, <u>Nakamura M,</u> Kitamura A, Kiyama M, Ishikawa Y, Mikami H	Relationships of Cigarette Smoking and Alcohol Consumption to Metabolic Syndrome in Japanese Men.	Journal of Epidemiology	20(5)	391-397	2010
Mitsumune T, Senoh E, Adachi M, <u>Nakamura M</u> , Masui S	COPD Prevention at Health Checkup: Mainly Describing the Promotion of Smoking Cessation by Brief Intervention.	Health Evaluation and Promotion	37(4)	490-492	2010
Fagerström K, <u>Nakamura M</u> , Cho HJ, Tsai ST, Wang C, Davies S, Ma W, Lee TC, Russ C.	Varenicline treatment for smoking cessation in Asian populations: a pooled analysis of placebo-controlled trials conducted in six Asian countries.	Current Medical Research and Opinion	26(9)	2165-2173	2010
中村正和	特集「禁煙支援と歯周病予防」座談会	肥満と糖尿病	9(5)	659-675	2010
中村正和	メタボリックシンдроум 対策、特定保健指導における禁煙サポート	成人病と生活習慣病	40(5)	502-506	2010
Park JY, Matsuo K, Suzuki T, Ito H, Hosono S, Kawase T, Watanabe M, Oze I, Hida T, Yatabe Y, Mitsudomi T, Takezaki T, Tajima K, <u>Tanaka H.</u>	Impact of smoking on lung cancer risk is stronger in those with the homozygous aldehyde dehydrogenase 2 (ALDH2) null allele in a Japanese population.	Carcinogenesis	31(4)	660-665	2010
田中英夫, 谷口千枝	喫煙依存—初診外来における初期診療—	診断と治療	98(suppl.)	71-76	2010
朴 智栄, 鈴木勇史, 谷口千枝, 佐野 力, <u>田中英夫</u>	ニコチンパッチ使用中に低ナトリウム血症を呈した肝硬変・糖尿病患者の1例	内科	105(5)	919-922	2010
Katanoda K, Saika K, Yamamoto S, Tanaka S, Oshima A, Nakamura M, Sato H, Tajima K, Suzuki T, Tamakoshi A, Tsugane S, Sobue T	Projected cancer mortality among Japanese males under different smoking prevalence scenarios - evidence for tobacco control goal setting	Jpn J Clin Oncol	41(4)	483-489	2011

大和 浩	わが国と世界各国における職場の喫煙対策の現状とその効果	産業医学レビュー	23(2)	59-82	2010
大和 浩	受動喫煙	臨床と研究	87(6)	10(752)-15(757)	2010
大和 浩	医療機関の敷地内禁煙は?	肥満と糖尿病	9(5)	700-702	2010
大和 浩	「いわゆる分煙」の意味するもの一分煙は国民に何を提示するかー	THE LUNG perspectives	18(1)	40-43	2010
大和 浩	受動喫煙防止対策が義務化される!	人事労務実務のQ&A	1(2)	6-11	2010
J Lee, S Lim, K Lee, X Guo , R Kamath, H Yamato, et al.	Secondhand smoke exposures in indoor public places in seven Asian countries.	Int J Hyg Environ Health	213	348-351	2010
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
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
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
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
中山富雄	利益と不利益を考慮した肺癌検診のあり方	日本がん検診・診断学会誌	19(3)	266-269	2012
Taniguchi C, Hibino F, Kawaguchi E, Maruguchi M, Tokunaga N, Saka H, Oze I, Ito H, Hiraki A, Nakamura S, Tanaka H.	Perceptions and practices of Japanese nurses regarding tobacco intervention for cancer patients.	J Epidemiol	21(5)	391-397	2011
Katanoda K	Tobacco or Health.	Circ J	75(12)	2763-2764	2011
Katanoda K, Saika K, Yamamoto S, Tanaka S, Oshima A, Nakamura M, Satoh H, Tajima K, Suzuki T, Tamakoshi A, Tsugane S, Sobue T	Projected cancer mortality among Japanese males under different smoking prevalence scenarios: evidence for tobacco control goal setting.	Jpn J Clin Oncol	41(4)	483-489	2011
大和 浩	職場における喫煙対策	産業看護	3(2)	8-13	2011

大和 浩	大禁煙時代を迎えて	健康開発	15(3)	13-20	2011
大和 浩	職場におけるこれからの喫煙対策	安全と健康	62(9)	21-28	2011
大和 浩	職場における受動喫煙対策	予防医学	第 53 号	85-91	2011
Saika K, Sobue T, Nakamura M, et al	Smoking prevalence and beliefs on smoking cessation among members of the Japanese Cancer Association in 2006 and 2010	Cancer Science	103(8)	1595-1599	2012
鈴木朋子, 中村正和, 他	自治体レベルにおけるたばこ規制・対策の実態把握の試み	日本公衆衛生雑誌	59(12)	879-888	2012
日本人間ドック学会 学術委員会 喫煙対策小委員会 実行委員長 中村正和	会告 人間ドックにおける喫煙に関する標準的問診の一部改訂と解説	人間ドック	27(5)	1-4	2013
大井田隆、鷺見学, 足立光平, 中村正和	座談会 成人の喫煙率12%を目指して	日本医師会雑誌	141(9)	1897-1909	2012
中村正和	特集 健康増進計画の評価と「その次」次期計画に向けて何を重視すべきか たばこ対策の推進をめざして	保健師ジャーナル	68(6)	474-481	2012
中村正和	特集 健康日本21(第2次)と社会環境の整備 たばこ規制・対策と環境整備	保健の科学	54(10)	672-677	2012
中村正和	特集 禁煙の推進と医師の役割 日本における禁煙支援・治療の現状と課題	日本医師会雑誌	141(9)	1917-1922	2012
中村正和	特集 健康日本21(第2次)を知る・健康づくりに貢献するために「喫煙」	臨床栄養	122(3)	303-307	2013
中村正和	特定健診・特定保健指導における禁煙サポート	THE LUNG perspectives	12(1)	20-25	2013
中村正和	保険による禁煙治療の現状と課題	日本臨牀	71(3)	499-505	2013
Sagawa M, Nakayama T, Tanaka M, Sakuma T, Sobue T ; The JECS Study Group.	A Randomized Controlled Trial on the Efficacy of Thoracic CT Screening for Lung Cancer in Non-smokers and Smokers of <30 Pack-years Aged 50-64 Years (JECS Study): Research Design.	Jpn J Clin Oncol.	42(12)	1219-1221	2012
Ito Y, Nakayama T, Miyashiro I, Sugimoto T, Ioka A, Tsukuma H, Abdel-Rahman ME, Rachet B	Trends in 'cure' fraction from colorectal cancer by age and tumour stage between 1975 and 2000, using population-based data, Osaka, Japan.	Jpn J Clin Oncol	42(10)	974-83	2012

Ito Y, Nakayama T, Tsukuma H, Miyashiro I, Ioka A, Sugimoto T, Rachet B	Role of age and tumour stage in the temporal pattern of 'cure' from stomach cancer: a population-based study in Osaka, Japan.	Cancer Epidemiol	36(2)	128-32	2012
伊藤 ゆり, 北尾 淑恵, 中山 富雄, 渋谷 大助	子宮頸がん検診の無料クーポン券配布および未受診者への受診再勧奨の効果 コール・リコール制度の試み.	公衆衛生	76(10)	827-832	2012
中山富雄	米国大規模RCT PLCOおよびNLSTの結果についての考察	INNERVISION	27(7)	2-5	2012
田淵 貴大, 中山 富雄, 津熊 秀明	日本におけるがん検診受診率格差 医療保険のインパクト.	日本医事新報	4605	84-88	2012
Kotani, K., Hazama, A., Hagimoto, A., Saika, K., Shigeta, M., Katanoda, K., Nakamura, M.	Adiponectin and smoking status: a systematic review.	J Atheroscler Thromb	19(9)	787-94	2012
Ojima M, Hanioka T, Tanaka H.	Necessity and readiness for smoking cessation intervention in dental clinics in Japan.	J Epidemiol	22	57-63	2012
Matsuo K, Gallus S, Negri E, Kawakita D, Oze I, Hosono S, Ito H, Hatooka S, Hasegawa Y, Shinoda M, Tajima K, La Vecchia C, Tanaka H.	Time to first cigarette and upper aerodigestive tract cancer risk in Japan.	Cancer Epidemiol Biomarkers Prev	21	1986-92	2012
Kawakita D, Hosono S, Ito H, Oze I, Watanabe M, Hanai N, Hasegawa Y, Tajima K, Murakami S, Tanaka H, Matsuo K.	Impact of smoking status on clinical outcome in oral cavity cancer patients.	Oral Oncol	48	186-91	2012
Katanoda, K., Levy, D.T., 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	23(6)	929-39	2012
伊藤ゆり, 中村正和	たばこ税・価格の引き上げによるたばこ販売実績への影響	日本公衆衛生雑誌	60(9)	613-618	2013
中村正和	脂質異常症における禁煙療法	日本臨牀	71 (増刊号3)	516-521	2013
中村正和	解説 健康日本21(第二次) 「喫煙」	健康づくり	430	11	2014

Tabuchi T, Hoshino T, Nakayama T, Ito Y, Ioka A, Miyashiro I, Tsukuma H.	Does removal of out-of-pocket costs for cervical and breast cancer screening work? A quasi-experimental study to evaluate the impact on attendance, attendance inequality and average cost per uptake of a Japanese government intervention.	Int J Cancer	133(4)	972-83	2013
Ito Y, Nakayama T, Miyashiro I, Ioka A, Tsukuma H.	Conditional survival for longer-term survivors from 2000-2004 using population-based cancer registry data in Osaka, Japan.	BMC Cancer	22(13)	304-310	2013
Tabuchi T, Ito Y, Ioka A, Nakayama T, Miyashiro I, Tsukuma H.	Tobacco smoking and the risk of subsequent primary cancer among cancer survivors: a retrospective cohort study.	Ann Oncology	24(10)	2699-704	2013
中山 富雄	肺がん検診の現状と成績.	日本臨床（増6）最新肺癌学	71	311-314	2013
Taniguchi C, Tanaka H, Oze I, Ito H, Saka H, Tachibana K, Tokoro A, Nozaki Y, Nakamichi N, Suzuki Y, Suehisa H, Sakakibara H.	Factors associated with increasing body weight after smoking cessation therapy in Japan.	Nursing Research	62(6):	414-421	2013.
谷口千枝, 田中英夫, 武田佳司実, 尾瀬功, 岡さおり, 坂英雄, 榊原久孝	薬局での対面販売による禁煙補助薬によって禁煙成功者を生み出すのに要したコストの推計	厚生の指標	61(3)	25-31	2014
Taniguchi C, Tanaka H, Nakamura N, Saka H, Oze I, Ito H, Tachibana K, Tokoro A, Nozaki Y, Nakamichi N, Sakakibara H	Varenicline is more effective in attenuating weight gain than nicotine patch 12 months after the end of smoking cessation therapy: an observational study in Japan.	Nicotine & Tobacco Research			2014
大和 浩	受動喫煙による障害と受動喫煙防止法・条例による効果	日本臨牀	71(3)	464-468	2013
大和 浩	受動喫煙防止対策と禁煙支援	公衆衛生情報	42(11-1)	21-26	2013
大和 浩	わが国の受動喫煙対策に関わる法改正の動きとその課題	循環器専門医	21(2)	350- 355	2013
大和 浩	タバコ煙のPM2.5としての有害性とその安全対策	呼吸	32(11)	1028-1035	2013
大和 浩	特集 喫煙対策はどうなるのか 世界各国とわが国の喫煙対策,現状と今後の方向性	健康開発	18(2)	14-23	2013

<u>大和 浩</u>	職場の受動喫煙防止対策にかかる労働安全衛生法の改正の動きと職場での喫煙対策の取り組み	労働衛生工学	52	31-36	2013
<u>Yamato, H. et al.</u>	Designated Smoking Areas in Streets Where Outdoor Smoking is Banned	Kobe Journal of Medical Sciences	59(3)	93-105	2013
<u>大和 浩</u>	職場における喫煙・受動喫煙対策	保健の科学	55(9)	623-628	2013
<u>大和 浩</u>	産業医学と喫煙対策	産業医科大学雑誌 特集号「産業医と労働安全衛生法四十年」	35	133-140	2013
<u>大和 浩</u>	職域の喫煙対策の現状と未来	産業医学レビュー	25(4)	219-238	2013
<u>大和 浩, 太田雅規, 中村正和</u>	某ファミリーレストラングループにおける客席禁煙化前後の営業収入の相対変化－未改装店、分煙店の相対変化との比較	日本公衆衛生雑誌,	61(3)	130-135	2014

