

まず、習得度の評価は自己評価によるものであったことである。次に、調査対象とした研修会の特性上、特定保健指導にある程度の経験があり、熱意のある集団であったと考えられ、習得度が比較的高い結果となった可能性があることがあげられる。また、保健指導経験年数別の分析に関しては、今回は一部の保健師を対象とした調査結果にとどまった。

以上のような限界はあるものの、本研究のように、保健指導者の職種や経験年数に焦点をあてた研究は少なく、特に職種に関して多人数を対象とした研究は貴重であると考え報告した。今回の調査結果は、今後の特定保健指導に関する研修会の在り方を検討するうえで重要な示唆を与えると考えられる。

今後は、研修受講者が保健指導を行った対象者の行動変容や、翌年健診結果等を指標とした研修の効果評価を行うこと等の客観的評価を用いて、より正確に実態を把握できるよう検討していく必要がある。調査を継続し、対象者を蓄積したうえで、保健指導経験年数や所属機関等による習得度の差異についても分析を進めたい。

結 語

保健指導者の習得度は項目により差があることから、研修会内容を検討する際に考慮すべきと考えられた。習得度は職種や保健指導経験年数に影響を受けることから、保健指導効果を高めるためには多職種連携が必要であると考えられた。

利益相反

本研究についての利益相反はない。

謝 辞

本研究は、平成25年度厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)「標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版)及び健康づくりのための身体活動基準2013に基づく保健事業の研修手法と評価に関する研究」(研究代表者：津下一代)の助成を受けて実施した研究の一部である。

文 献

- 1) 厚生労働省健康局：標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)。2007。http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/seikatsu/pdf/02.pdf [2015.4.5]
- 2) 今井博久：特定保健指導プログラムの成果を最大化及び最適化する保健指導介入方法に関する研究。平成20年度～平成22年度総合研究報告書三年間の抜粋版：厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業。2011。
- 3) 岡山 明：医療保険者による特定健診・特定保健指導が医療費に及ぼす影響に関する研究。平成22年度総括研究報告書：厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業。2011。
- 4) 林 美美、武見ゆかり、西村節子ほか：特定保健指導の初回面接直後における職域男性の減量への取り組みに対する態度と体重減少との関係。栄養誌 2012；70：294-304。
- 5) 津下一代、村本あき子：多施設共同研究による保健指導効果の検証～特定保健指導の短期的評価、長期的評価～。生活習慣病予防活動・疾病管理による健康指標に及ぼす影響と医療費適正化効果に関する研究 平成24年度 総括・分担研究報告書。2013。20-32。
- 6) 厚生労働省：特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ中間とりまとめ。2014。http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000044342.html [2015.4.5]
- 7) 和田高士、山門 實、秋元順子ほか：特定保健指導の指導者・施設の課題、指導者教育訓練手法の分析。人間ドック 2014；29：509-514。
- 8) 山下留理子、荒木田美香子：特定保健指導における職種別保健指導技術の比較－保健師と管理栄養士の経験、自信、修得意思の相違－。日健教会誌 2014；22：39-49。
- 9) 荒木田美香子：特定健診と特定保健指導－展望と実際－特定保健指導の質の評価とは？特定保健指導の質の評価について教えてください。肥満と糖尿病 2008；7：732-733。
- 10) 厚生労働省健康局：標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版)。2013。http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/seikatsu/dl/hoken-program1.pdf [2015.4.5]
- 11) 厚生労働省健康局：健康づくりのための身体活動基準 2013。http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002xp1e-att/2r9852000002xpqt.pdf [2015.4.5]
- 12) 高橋英孝：人間ドック健診機関における特定健診・特定保健指導の現状と課題。人間ドック 2010；24：1236-1242。
- 13) 津下一代、杉田由加里、中村正和ほか：標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版)及び健康づくりのための身体活動基準2013に基づく保健事業の研修手法と評価に関する研究 平成25年度 総括・分担研究報告書。2014；19-40。
- 14) 鈴木宣子：人材育成の担当課長(専門)設置による保健師人材育成の取り組み～組織的な専門職人材育成の構築～。保健師ジャーナル 2011；67：18-24。
- 15) 中村正和、萩本明子、増居志津子：標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版)及び健康づくりのための身体活動基準2013に基づく保健事業の研修手法と評価に関する研究 平成26年度 総括・分担研究報告書。2015；159-183。

- 16) 真栄里仁, 堀江義則, 樋口 進: アルコールに関する指導者教育と評価研究に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)「標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版)及び健康づくりのための身体活動基準2013に基づく保健事業の研究手法と評価に関する研究」(主任研究者: 津下一代)平成25年度分担研究報告書. 2014, 71-75.
- 17) 杉田由加里, 荒木田美香子, 松尾和枝ほか: 自治体の特定保健指導実施者が捉えている課題とアプローチ方法の工夫に関する調査. 厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)「特定健診・保健指導開始後の実態を踏まえた新たな課題の整理と, 保健指導困難事例や若年肥満者も含めた新たな保健指導プログラムの提案に関する研究」(主任研究者: 横山徹爾)平成22年度分担研究報告書. 2011, 24-41.
- 18) 中村正和: 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, 中村正和, 尾崎哲則編, 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, 東京, 2013, 103-123.
- 19) 宮地元彦, 村上晴香, 川上諒子ほか: 健康づくりのための運動基準2006の改訂の手順とその方向性. 体育の科学 2012: 62: 644-650.
- 20) 和田高士, 山門 實, 秋元順子ほか: 特定保健指導の指導者研修における職種別特徴. 人間ドック 2014: 29: 636-638.

(論文受付日: 2015.5.7 論文採択日: 2015.7.23)

Analysis of Results of Self-rating Questionnaire Concerning Skills Needed for Specific Health Guidance by Health Support Advisors

Akiko Muramoto¹⁾, Takashi Nakamura¹⁾, Yukari Sugita²⁾, Yukari Takemi³⁾, Masakazu Nakamura⁴⁾, Fumi Hayashi³⁾, Hitoshi Maesato⁵⁾, Motohiko Miyachi⁶⁾, Tetsuji Yokoyama⁷⁾, Takashi Wada⁸⁾, Kazuyo Tsushita¹⁾

- 1) Comprehensive Health Science Center, Aichi Health Promotion Public, Interest Foundation
- 2) School of Nursing, Chiba University
- 3) Kagawa Nutrition University
- 4) Health Promotion Research Center, Institute of Community Medical Practice
- 5) National Hospital Organization Kurihama Medical and Addiction Center
- 6) National Institute of Health and Nutrition
- 7) National Institute of Public Health
- 8) The Jikei University School of Medicine

Abstract

Objective: We conducted a written questionnaire survey concerning health guidance skills in order to determine the necessary requirements for supporting lifestyle modification.

Methods: The subjects were 842 (351 doctors, 305 public health nurses, 186 registered dietitians) of 982 attendees of the 2014 Skill Enhancement Workshop for Ningen Dock Health Support Advisors from whom valid responses to a written questionnaire concerning skill proficiency levels of health support advisors were obtained. Using the questionnaire, attendees rated their proficiency levels at the beginning of the workshop according to 4 grades. The results were analyzed by proficiency level for individual items for the respondents overall and by occupational category. For some public health nurses, results were also analyzed by number of years of experience in health guidance.

Results: Overall, proficiency levels were high for items concerning individual support but low for items concerning group support. Scores for items relating to specific support for reducing alcohol consumption and smoking cessation based on the AUDIT and the ABC/ABR approach were low. While scores for proficiency in exercise risk management were high for doctors, those for public health nurses and registered dietitians were low. Scores for items relating to the specific health guidance system were high for public health nurses and registered dietitians. Scores for diet-related items were high for registered dietitians but low for doctors and public health nurses. For public health nurses with many years of experience in health guidance, scores were significantly higher for items regarding the specific health guidance system and its evaluations, items regarding physical activity and those regarding an association between drinking and smoking and lifestyle-related diseases.

Conclusion: In order to raise the effectiveness of health guidance, workshop content should be more focused on skills with low proficiency levels and there should be greater cooperation among the various health professionals involved so that they can complement each other's skills.

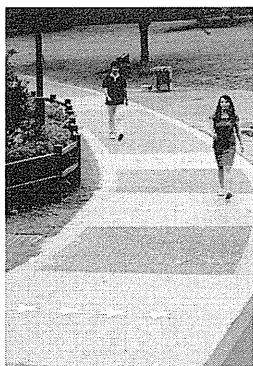
Keywords: specific health guidance, workshop, occupational category, years of experience

男性68位／78市区町村を返上せよ 個別の運動・食メニュー提供

運動強度

- ★ …かなり楽である
- ★★ …楽である
- ★★★ …楽である～ややきつい
- ★★★★★ …ややきつい

あなたに合った
★の数の強度で



公園のウォーキングコース上に描かれた星印。同一のスタートラインから、それぞれの星の数のラインまで30秒で到達できるペースが、その星に見合った歩行の強度

健康診断の結果の紙をもらっても、それを見て終わり、ということはないだろうか。健診の本来の意義を生かし市民の健康寿命を延ばすため、その結果に基づき、個別に推奨される運動・食生活のメニューを作成・提供することで、成果を挙げている自治体がある。どのような取り組みなのか知るため、愛知へ向かった。(山本雅人)

知多半島の付け根にある東海市。臨海部は新日鉄住金や愛知製鋼の工場があり、名古屋市に隣接することからそのベッドタウンにもなっている。人口も増加し現在11万人、税収も安定しており、元気な街だ。

同市荒尾町にある市営のトレーニング室に行く、高齢者から若い人まで多くの男女が筋トレのマシンで汗を流していた。それらの多くの人が、市の作成した「あなたに合った」強度・回数のメニューに基づき行っている。「運動強度を表すのにMETs(メッツ)は使わず、一般の人に分かりやすいよう、4段階の星の数で示した」と話すのは同市健康推進課の天木大祐さん。

健診結果持参すれば

市民は健康診断結果を市のトレーニング室に持参すると、一人一人に合った運動と食生活のメニューを作成してくれる。

食生活の方は1日の適正カロリー量のほか、四つ葉のクローバーのそれぞれの葉に「エネルギー」「バランス」「野菜」「塩分」と書かれたイラストが表示され、改善が必要などころは葉の色が黄色になる。どのようなものをどのくらい食べたらよいかの例もイラストで示されている。

市民がこれらを実践できるよう、市では「健康応援ステーション」として、自前のトレーニング室だけでなく、愛知製鋼の協力を得て同社体育館も使用できるようにした。各施設には運動指導員が配置されている。また、市内の公園では、ウォーキングのコース上にスタートラインと1～4つの星印を間隔をあけて表示、各星に30秒でたどり着け

る速度がその星の数に相当する歩行強度であることが分かるようにした。

ケーキ付きで600kcal

食事面ではクローバーの葉で示された4項目の基準を満たしたメニューを提供する飲食店約30店を同ステーションに指定し、市のホームページに掲載している。記者はその一つ、同市名和町のカフェ「パティオ」でヘルシーメニュー「しあわせランチ」(1030円)を試食した。

パスタのほか、鶏むね肉のハム、ケーキまでついてわずか600kcal。マネージャーの浅野令子さんは「ハムはゆでハムにして油を使わず、ケーキも卵白の使用を減らし豆乳に置き換えた」と工夫を語る。

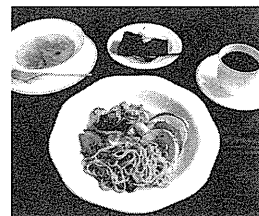
これらの取り組みのきっかけとなったのは、元気な街だと思われていたにもかかわらず、平均寿命が県内でも低く、男性は78市区町村中68位(78.4歳。県平均は79.1歳、全国平均は78.8歳)、女性も43位(市区町村数含め、いずれも2005年国勢調査データ)で、さらに一人あたり医療費も県内では高い方だったこと。生活習慣病予防・実践の第一人者である津下一代・あいち健康の森健康科学総合センター長からそのデータを知らされた鈴木淳雄市長はショックを受け、健康づくりを重点施策に据え、議論を重ねてきたのだという。

同市の後藤文枝・健康いきがき対策監は、取り組みの成果について「個別の運動・食生活メニューをもらった人のBMIやLDLコレステロールの数値が改善傾向とのデータが出た」と教えてくれた。

食事



黄色の部分は
改善を



カフェ・パティオの「しあわせランチ」



浅野さん

具体的な健康づくり 方法示す 津下氏



東海市の取り組みについて、アドバイスをを行った津下センター長＝写真＝は「健診の結果を数値で示すだけでなく、その改善のため、どんな方法をどこでできるかを分かりやすく示した」と評価、その背景として「市長のリーダーシップのもと、多くの部署が連携で

きたことが大きい」と語る。また、この取り組みを手本に現在、蒲郡市が健康づくりの施策を進めているという。今後の課題については「市民のメニュー実施状況が健診、医療の場に還元される仕組みがないため、「その制度を整備していきたい」と話している。

メタボリックシンドローム撲滅委員会

- 委員長 松澤 佑次 (財)住友病院院長(日本肥満学会元理事長)
- 委員 門脇 孝 東京大学大学院教授(日本糖尿病学会理事長)
- 島本 和明 札幌医科大学学長・理事長(日本高血圧学会元理事長)
- 北 徹 神戸市立医療センター中央市民病院院長(日本動脈硬化学会元理事長)
- 齋藤 康 千葉市病院事業管理者(千葉大学前学長)
- 渡邊 昌 生命科学振興会理事長(国立健康・栄養研究所元理事長)
- 中尾 一和 京都大学大学院特任教授(日本肥満学会前理事長)

<http://metabolic-syndrome.net/>



METABOLIC SYNDROME NEWS LETTER VOL.17

メタボリックシンドローム撲滅委員会

企画・編集: 大家 俊夫、山本 雅人、勝田 剛平
発行: メタボリックシンドローム撲滅委員会
発行日: 2015年9月30日

事務局

産経新聞社 東京本社
〒100-8077 東京都千代田区大手町1-7-2
☎03-3275-8944(産経新聞社) E-Mail.info@metabolic-syndrome.net

医療・介護現場で運動指導をするための基礎知識

リレー連載
第8回

自治体等における生活習慣病対策の取り組み～運動療法を中心として～

フィットネス指導者が、医療・介護分野で予防のための運動指導をするために知っておきたい基礎知識を、各専門家に解説していただくコーナーです。

(連載のコーディネーター：勝川史憲／慶應義塾大学スポーツ医学研究センター 教授)



記・津下一代

あいち健康の森健康科学総合センター
センター長

はじめに

運動不足は、生活習慣病を引き起こして医療費の増大をもたらすため、住民の健康づくりを担当する基礎自治体（市区町村等）では、各課にわたって生涯スポーツ・健康づくり・生活習慣病予防・介護予防などの目的で、運動習慣者を増やす取り組みを進めています。

以前の健康づくり教室は【健康に関心がある人】を主な対象としていましたが、近年の傾向として【運動習慣のない、生活習慣病リスクのある人を対象とした保健事業】が増えました。特に2008年度から始まった特定保健指導では、健診で生活習慣病リスクのある人を選定し保健指導を行います。運動によりエネルギー消費量を増やし、インスリン感受性を高め、筋肉量を増加させて基礎代謝を高めるなど、運動に期待される効果は大きいのですが、一方、肥満による整形外科的傷害、心血管事故を回避するためのリスクマネジメントが求められます。さらに、2014年度よりデータヘルス計画が開始され、糖尿病等の重症化防止事業に取り組む自治体・保険者が増加しつつあります。今までよりもハイリスク者を対象に、運動療法指導を実施する機会が増えることでしょう。

一方、自治体内に【生活習慣病の運動療法】を理解し指導できる職員が配置されておらず、運動のことは外部の指導者にお任せ、という状況もみられます。運動指導者として今までのつもりで事業を受託したらハイリスク者ばかり、なんてことも起こり始めています。

そこで自治体とともに仕事を進めるときの留意点をまとめてみました。

事業の目的、対象者の選定方法、実施方法を記載した「要綱」を熟読する

自治体からの運動指導依頼は、従来の一般衛生部門（保健センター）だけでなく、疾病対策を重視する国保課、高齢者を対象とする高齢福祉課等と多様化しています。ここで注意

したいのは「これまで保健センターから依頼を受けていたが、今回は馴染みの保健師さんを通じて国保課からの依頼があった。同じ自治体なのできっと同じようにすればよいのだろう」と早合点しないこと。

委託内容が、広く一般の人に対して生活習慣病の予防を呼びかける事業（ポピュレーションアプローチ事業）か、健診などで検査値異常のある人を対象とする運動療法事業（ハイリスクアプローチ事業）かを見極めます。まずは要綱を熟読し、①担当課 ②事業名 ③募集条件（検査値の範囲等）④実施場所 ⑤実施体制 ⑥求められる運動の内容 ⑦リスク管理の方法 ⑧保険 について確認します。これらの情報をもとに、対象集団に適した安全で効果的な運動指導案を考え、自治体側と実施方法について相談します。

さらに、必要な安全管理体制をとってもらうことを申し添えるとよいでしょう。運動指導中に事故を起こさないこと、さらに事故が起こったときに準備不足を指摘されないことが大切だからです。自分の意思で過度な（危険な）運動をして事故を起こした場合には、自己責任と認識されることが多いのですが、行政がハイリスク者に呼びかけて実施した事業では、自治体や指導者の準備が適切であったかを問われかねません。

対象者に合った運動種目、強度を設定する

例えば「糖尿病予防教室」を受託したら、実は合併症患者も含まれていた、なんてことは日常茶飯事。募集要項よりもリスクが高い人が参加している可能性があります。そこで、教室開始前に参加者がどの程度のリスクを保有しているのかを確認し、個人に適した運動強度、種目選びをすることが重要です。

とはいえ、運動指導者がメディカルチェック項目に詳しいわけでもありません。ハイリスク型の教室では、事前に自治体の保健師等とカンファレンス等を行い、どんな対象者（性・

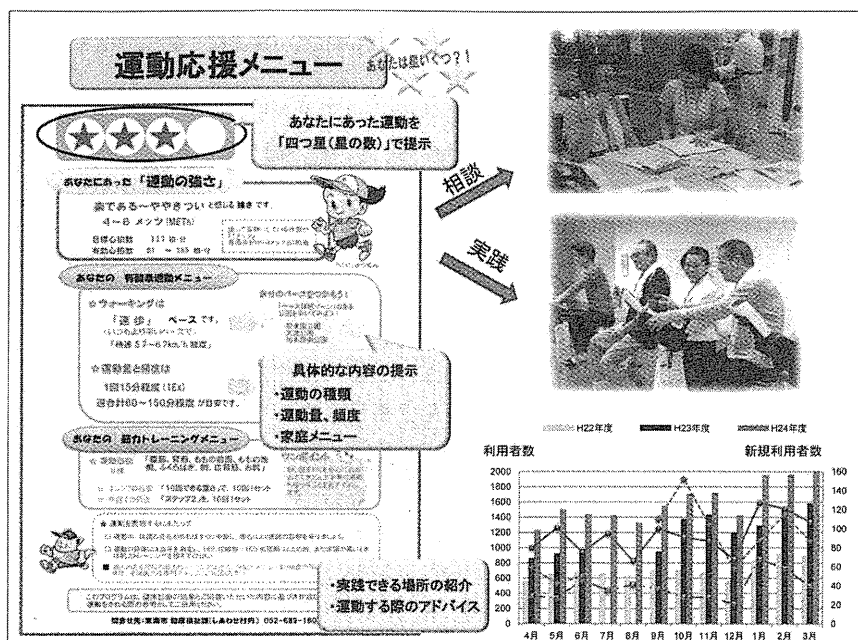


図 適切な運動強度を示した目安表 (あいち健康の森健康科学総合センター・東海市)

不安定になってきた、異常に発汗している、胸痛等の症状を訴えた、などの状況があった場合には、すぐに運動を中止して状況を確認し、適切な処置をとります。日ごろの救急訓練が、このときに役立ちます。

参加者に対しても「自分にとって強すぎる運動は、生活習慣病改善効果よりもリスクを高める危険性が高い」ことを繰り返し説明すると、一人で運動するときも体調管理、リスクマネジメントに注意を払うようになります。その結果、運動を長く継続でき、その恩恵を味わうことができるでしょう。運動が習慣化し、体力が向上すれば、運動種目が広がる可能性も出てくるわけですから、最初から焦らないように指導することも重要です。

年齢・既往歴・検査値)が参加しているかの情報共有を行うことが望ましいでしょう。なかには、個人情報保護を盾にとり情報を伝えない自治体があると聞きますが、本人同意のもと情報を共有し、安全に指導できる体制づくりを行うことが肝要です。

図は、当センターと東海市が共同して作成したのですが、病歴や健診データ、運動習慣、日常の活動状況などの基本情報をもとに、どの程度の運動強度で指導すべきかを示した目安表です。運動指導者はその強度の範囲内で、参加者が楽しくて効果を実感できるプログラムを組むことが求められます。例えば「3メッツ程度で楽しい運動を企画」などの指導スキルが求められます。また、教室参加時だけでなく、日常生活で継続できるウォーキング等の運動を指導することも重要です。参加者も安心して運動できるため、継続率が高まるという効果も見られます。

フィットネスクラブで運動療法事業を実施する場合には、対象者が運動器具に不慣れなことに十分に注意を払います。転倒や誤操作の危険の少ない器具から段階的に進めていく、十分な監視体制をとる、運動終了後の疲労度を確認する、などを徹底します。

運動強度を高めることで達成感を出したいと考える運動指導者は、このようなプログラムを受託しないほうが身のためと言えます。

リスクマネジメントを確実に

ハイリスク型のプログラムでは、参加前に健診データ等を確認するだけでなく、毎回、当日の体調、血圧測定、服薬状況の確認を行います。自治体では保健師が実施することも多いのですが、そのプログラムではどのような体制を準備しているのか、確認することが大切です。

運動指導中は参加者の表情を観察したり声がけをしたりして、運動強度が適正であるのかを常に確認します。動作が

事業報告を行う

自治体の事業は税金か保険料で賄われます。その事業が住民の運動習慣獲得につながり、ひいては健康につながるからこそ、公費を投入しているわけです。自治体では、保健事業について通常報告書を作成しています。運動指導者も、対象者の状況や声を記録したり、体力の変化等をまとめたりして、保健師に還元すると喜ばれるでしょう。

地域の人材を育成する

生活習慣病を予防・改善する取り組みは、事業終了後も継続できることが大切です。自治体の事業では、教室参加中から自主グループを作り、終了後は自律的に運動を続けることを期待しています。「インストラクターは教える人・参加者は教えられる人」という固定した関係ではなく、参加者の中から地域のリーダーを育てるつもりを持つことが大切です。

公費の保健事業が終了した後も、自発的に教室を企画するリーダーが増えれば、地域の運動熱が高まります。プロのインストラクターはその動きを後押しし、サポートする役割も期待されているのです。

終わりに

少しハードルが高いことを書いてしまったかもしれませんが、自治体のレベルによっては、理解が進まないことも実情かと思います。

しかし、地域の運動指導者が単に自治体から仕事をもらうという状況から一歩進んで、自治体とともに、よりよい保健事業、健康づくり環境を作りあげている事例も増えてきました。自治体、地域の健康スポーツ医とともに、運動療法を根づかせる動きを期待しています。

国レベルのアドボカシー：研究成果を活用した たばこ政策への提言

中村 正和*1

抄録：喫煙の健康影響を明らかにしたことは、疫学研究における20世紀最大の知見といえる。その研究成果を効果的なたばこ対策につなげるためには、行動科学の理論に基づいた喫煙習慣への介入方法の開発が必要である。その開発の手順としては、アメリカの国立がん研究所のGreenwaldとCullenが提唱したがん制圧のための5段階モデルが参考となる。すなわち、①仮説の設定、②方法の開発、③個人を対象にした比較介入研究、④特定集団での比較介入研究、⑤実地検証である。

しかし、有効な介入プログラムがあっても、それだけでは現場での実践に広くつながらない。研究成果を実践につなげるためには政策化が必要不可欠であり、そのためには、政策提言に必要なエビデンスの構築と効果的なアドボカシーの方法の開発について研究を行う政策研究（Policy Research）の推進が必要である。

日本のたばこ対策は国際的にみて取り組みが遅れており、喫煙は日本人の死亡原因としての寄与が今なお最も大きい。たばこ対策を推進し、喫煙の深刻な健康被害を防止するために、政策研究の一層の充実が求められる。

〔日健教誌, 2015: 23(3): 224-230〕

キーワード：たばこ対策, 疫学, 介入研究, 行動科学, 政策研究

I たばこ対策に関わった経緯と当時の状況

筆者は当初救急医療に携わることを目指していたが、研修医時代の4年間に取り組んだ救急医療やがんをテーマとした疫学研究をきっかけとして公衆衛生の世界に入った。その後、1987年の大阪がん予防検診センター設立を機に、のちに生涯の恩師となる大島明先生と一緒にたばこ対策の研究や実践を本格的に開始した。当時、欧米先進諸国では、たばこ対策を公衆衛生上の最重要課題のひとつとして位置づけ、国レベルで様々な取り組みを実施していた。日本では、1985年に長年の専売制度からたばこ事業が民営化されたものの、民営

化に伴ってたばこ事業法が制定され、法律の下でたばこ事業が引き続き保護された。たばこの製造・販売・価格・注意表示などについて、厚生労働省ではなく、たばこ事業法の下で旧大蔵省（現財務省）が所管する体制は現在もなお続いている。今ふり返ってみても当時のたばこ対策は極めて低調であった。

II たばこ対策のプロセスと疫学の役割

たばこ対策のプロセスは、3つのステージに大きく分類できる。まず第1のステージは、喫煙の健康影響を明らかにし、その情報提供を行う段階。第2ステージは、保健医療や教育の立場から禁煙支援や喫煙防止教育に取り組む段階。第3のステージは、たばこのない社会の実現を目指して、保健医療や健康教育の域を越えて社会全体として取り組む段階である。欧米先進諸国では、1960年代に第1ステージを終え、1980年代にはすでに第

*1 公益社団法人地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センター

連絡先：中村正和

住所：〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3
都道府県会館15F

E-mail: masakazun@jadecom.jp

3ステージに入っていた。一方、日本では1987年に初めて、当時の厚生省編集による「喫煙と健康問題に関する報告書」が出版され、欧米に比べて約20年遅れて、ようやく第1ステージを終えることができた。

筆者が当時抱いていた最大の問題意識は、疫学研究における20世紀最大の知見ともいえる喫煙の健康影響に関する科学的知見を一般に広く普及・還元するために、疫学ならびに疫学研究者がどのような役割を果たせるのか、また、果たすべきかということであった（図1）。

たばこ対策の第1ステージにおける疫学研究者の役割は観察研究の手法を用いて喫煙の健康影響を明らかにし、その情報提供を行うことである。これは非常にわかりやすい。しかし、それだけではたばこ対策は進まない。第2および第3ステージにおける役割は、介入研究を実施し、その研究成果である効果的な方法論の普及を図るため、行政施策に反映していくことではないかと考えて仕事を始めた。

III 喫煙習慣への介入研究—疫学でできること、できないこと

そもそも疫学は予防のための学問である。「実験疫学」としての介入研究もその学問領域の一部として位置付けられており、介入研究デザインの企画・設計、および介入効果の評価においては、疫学の方法論が役立つ。しかし、喫煙をはじめ生活

習慣改善を目的とした介入研究の成否の鍵を握る介入方法論の開発においては、残念ながら疫学はその方法論を持ち合わせていない。当時、行動科学は日本ではほとんど普及していなかった。しかし、生活習慣への介入方法を開発するにあたっての学問的基礎は行動科学にあることに気づき、その理論やモデルを学び、それらに基づいて喫煙習慣への介入プログラムの開発を行った¹⁾。また、プログラムの普及にあたっては、ソーシャルマーケティングの考え方を参考にした。

IV プログラム開発と介入研究

喫煙習慣への介入研究を進める枠組みとして、アメリカの国立がん研究所のGreenwaldとCullenが提唱したがん制圧の手順²⁾を参考とした（図2）。大阪がん予防検診センターが設立された1987年に、今後の取組みの情報収集のためにアメリカを訪問した際、故Cullen博士から個人授業をしてもらったことは感慨深く、今でも感謝している。

この手順は5段階からなる。第1段階は、観察的疫学研究や実験室的研究などの研究成果に基づいて、がん1次予防のための仮説を設定すること。第2段階は、介入研究のための方法論を開発すること。第3段階は、個人を対象とした比較介入研究を行い、理想的な条件下での有効性を評価すること。第4段階は、第3段階で有効性が確認された介入方法等を用いて、地域や職域の特定集団を対象に介入研究を行い、より現実的な条件下での

喫煙の健康影響は20世紀の最大の研究。しかし…。

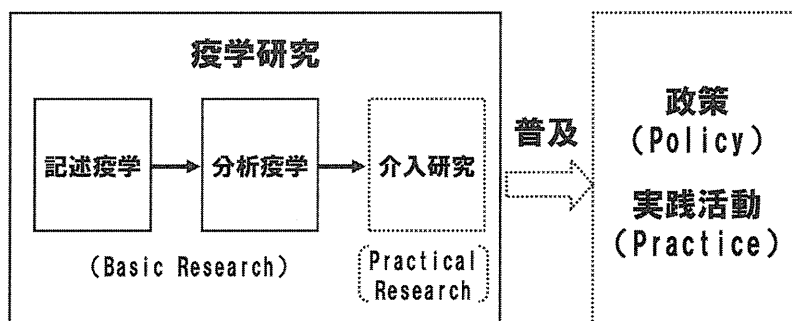
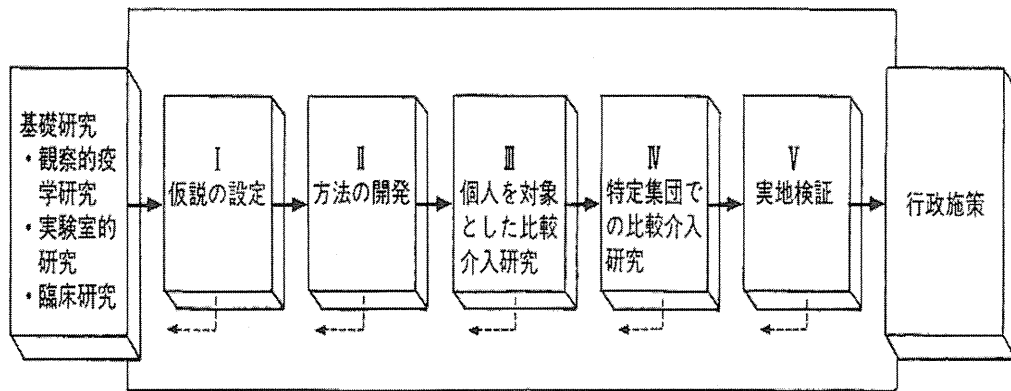


図1 研究と実践のギャップ



(中村正和, 癌の臨床44(1); 20-24, 1998)

図2 がん制圧の手順—Greenwald & Cullen のモデル—

有効性を調べること。第5段階は、現実の条件下での有効性を明らかにするため、実地検証の形で大規模な集団への介入を行うことである。

アメリカでは、このがん制圧モデルに基づいて、国立がん研究所が中心となって、大規模な喫煙習慣への介入研究プロジェクトを1980年代より開始した³⁾。まず、1984年～89年にかけて、がん制圧モデルの第3段階の研究として、喫煙防止と禁煙に関する個人を対象とした60の比較介入研究が実施された。続いて1987年～93年には、第4段階の研究として、全米22地域、200万人を対象とした地域ぐるみの禁煙介入研究プロジェクト (The Community Intervention Trial for Smoking Cessation, COMMIT) が実施された。さらに1991年からは、第5段階の実地検証として、国立がん研究所とアメリカがん協会が17州の衛生局と連携して、5,000万人を対象とした包括的なたばこ対策プロジェクト (The American Stop Smoking Intervention Study for Cancer Prevention, ASSIST) を実施した。このASSISTにおいては、教育的介入のみならず、同時に環境面からの介入も実施された。

筆者も、大阪がん予防検診センターにおいて、1980年代後半から個人を対象としたたばこ対策の各種のプログラム (禁煙サポート, 防煙, 受動喫煙防止) を開発し、効果検証を行うとともに⁴⁻⁶⁾、それらのプログラムの普及を目指して、教材化や指導者養成のための講習会のプログラムを開発し、

それを実践してきた。特に、旧厚生省がん研究助成金で開発された健診の場での禁煙プログラムと指導者養成プログラムは、2000年度から開始された老人保健事業の中の個別健康教育事業に採用された。研究成果が国レベルでの政策に反映された最初の経験であった。さらに、個人レベルでの介入研究にとどまらず、開発したたばこ対策のプログラムを組み合わせることで地域や職域という集団に適用し、実行可能性や有効性についても検討した^{7,8)}。

V 政策研究への発展

介入研究に取り組んだ当時は、エビデンス (疫学研究の知見としての喫煙の健康影響) とプラクティス (たばこ対策の実践) のギャップを埋めるものは、介入研究から得られるエビデンスだと思っていた。しかし、効果が確認された介入プログラムがあっても、それだけでは現場での実践に広くつながらなかった。やはり研究成果を広く普及するためには、政策化が必要である。そのためには、介入研究を含めたエビデンスとポリシーのギャップを埋める研究、つまり政策研究 (Policy Research) が必要であることを、2004年から10年間に及ぶ第3次対がん総合戦略研究事業の研究を進める中で学んだ。

最初の大きな学びの機会は、2006年の禁煙治療の保険適用の実現であった⁹⁾。この制度化の実現において研究班が果たした役割は、政策提言にあ

たつての基本方針・戦略の検討と、政策提言に必要なエビデンスの構築であった(図3)。後者については、ニコチンの依存性や禁煙治療の有効性、諸外国の禁煙治療の実態、禁煙治療プログラムの設計、保険適用に伴う財政への影響など、保険適用を申請するにあたり、必要となるエビデンスを構築した。

保険適用が実現した要因は、3つある。①政策化にむけての厚生労働省、学会、医師会、研究班によるチームプレイ(まず厚生労働省のやる気が必要条件、そのもとでチームとして、政策化に必要なエビデンスの構築やアドボカシーを役割分担して協調・実行することが大切)。②喫煙は治療が必要なニコチン依存症という病気であるというパラダイムシフト(日本では保険適用の対象は治療のプログラムであり、いくら効果的な予防プログラムであっても適用の対象とならない)。そして最後に、③期待される医療費の削減効果についてのエビデンスの構築(健康被害の防止だけでなく、医療費の削減という経済効果があることをデータで示すことが重要)があげられる。

保険適用実現後も、その継続の条件として制度後の効果の確認が求められた。前述の第3次対がん総合戦略研究事業における研究代表者であった筆者が中央社会保険医療協議会(いわゆる中医協)

による結果検証の委員として参加し、その有効性を確認して制度の継続につなげた。また、研究班として、効果検証のデータを用いて禁煙治療の費用効果分析を行い、禁煙治療が現実的な条件下でも、HPVワクチンや乳がん検診などのがん予防プログラムと比較して、極めて経済的に優れていることを明らかにした。

2006年の禁煙治療の保険適用のほか、本研究班が研究成果を用いて政策提言を行い、政策化の実現につながった主な対策は以下の通りである。まずは2010年のたばこ税・価格の引き上げ。次に2012年のがん対策推進基本計画における喫煙や受動喫煙の数値目標の設定。さらに2013年の特定健診・特定保健指導における喫煙の保健指導の強化がある¹⁰⁾(図4)。これらの政策の実現においても、厚生労働省をはじめ、学会等の関連組織と協議をして、政策化に必要なエビデンスの整理・構築を研究班が担当した。本研究班ではたばこ対策の効果を健康面と経済面の両面から予測するシステムを開発した。このシステムを用いて、それぞれの政策提言において期待される効果を示してきた。これは政策実現において必要不可欠な内容といえる。

VI さいごに

喫煙は、今なお、日本人の死亡原因としての寄

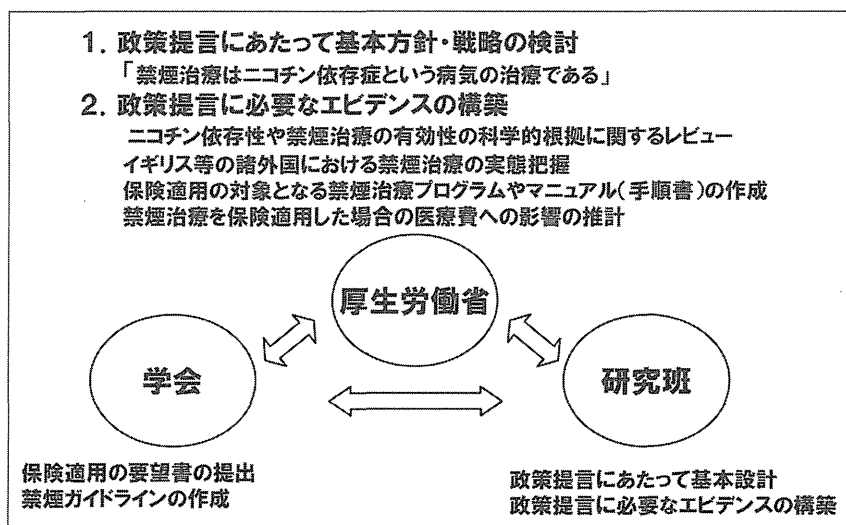


図3 禁煙治療の保険適用実現における研究班の役割

— 第3次対がん総合戦略研究事業(2004-13年)—

禁煙治療の保険適用(2006年)

- ・治療プロトコルや医療技術評価希望書の原案作成(2005年)
- ・9学会「禁煙ガイドライン」作成への関与(2005年)
- ・ニコチン依存症管理料結果検証への参画(2007年、2009年)
- ・保険適用拡大に関する厚労省への要望書の提出(2007年、2009年、2011年、2013年)

たばこ税・価格約110円の引き上げ(2010年)

- ・引き上げによる死亡減少効果等の推計(2008年)
- ・引き上げによるたばこ税収と消費量への影響に関する推計(2009年)
- ・学会と連携した厚労省への要望書の提出(2009年)

がん対策推進基本計画における喫煙の数値目標の設定(2012年)

- ・がん対策および健康づくり計画策定への参画(2011~2012年)
- ・数値目標の設定や実現のための政策に関する提案(2011~2012年)
- ・たばこ規制による喫煙率低下やがん死亡減少効果等に関する資料の提供(2011~2012年)

特定健診の場における喫煙の保健指導の強化(2013年)

- ・学会と連携した厚労省への要望書の提出、検討委員会への働きかけ(2011年)
- ・禁煙支援マニュアルの原案作成(2011~2012年)

図4 研究成果を用いた政策提言と政策化の実現
— 第3次対がん総合戦略研究事業(2004-13年)—

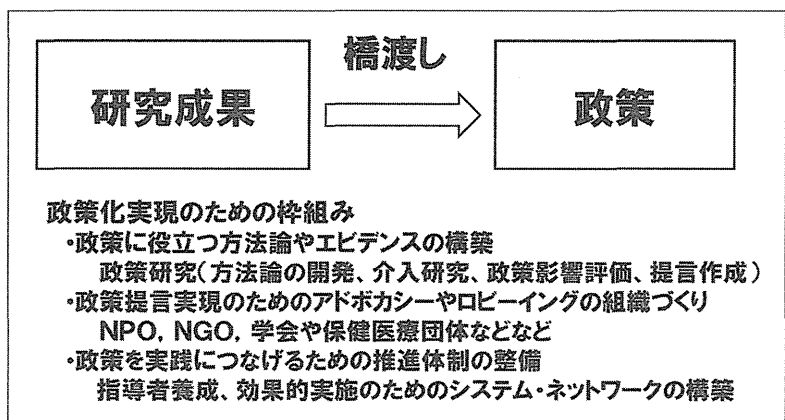


図5 研究成果の政策への橋渡し

与が最も大きい。その健康被害を防止するために、たばこ規制枠組条約に基づいて総合的に推進する必要がある。日本のたばこ対策は、国際的にみてもまだまだ取り組みが遅れている。そのためには、政策研究の充実を図るとともに、政策化を実現するために、学会をはじめ、関係団体・組織と協同して、政策決定者や国民に効果的にアドボカシーやロビーイングを行うための体制整備が重要である(図5)。今後、政策研究の一環として、日本に合った効果的なアドボカシーのあり方や方法論を研究する必要がある。

対がん総合戦略研究事業における10年間の研究

総括として、首長や議員などの政策決定者や国・自治体の政策担当者を対象として、当面強化や拡充が必要な政策を5つ取り上げ、政策提言用のファクトシートを作成した¹⁰⁾。作成したファクトシートは、厚生労働省のeヘルスネット等で公開されている。今後、厚生労働科学研究において引き続き研究を行っている受動喫煙の他者危害性やたばこの警告表示の強化などのテーマについても同様にファクトシートを作成する予定である。

利益相反

利益相反に相当する事項はない。

文 献

- 1) 中村正和. 禁煙のための行動科学的アプローチ—その理論と実際—. 日本胸部疾患学会雑誌. 1995 ; 32 : 257-265.
- 2) Greenwald P, Cullen JW. The new emphasis in cancer control. J Natl Cancer Inst. 1985; 74: 543-551.
- 3) 中村正和. 喫煙対策における疫学の寄与. 癌の臨床. 1998 ; 44 : 20-24.
- 4) 大島 明, 中村正和. 禁煙支援プログラムの開発とその評価. 日本保健医療行動科学学会年報. 1995 ; 10 : 86-97.
- 5) 西岡伸紀, 川畑徹朗, 皆川興栄, 他. 小学校高学年を対象とした喫煙防止教育の短期的効果—準実験デザインによる2年間の介入研究—. 日本公衆衛生雑誌. 1996 ; 43 : 434-445.
- 6) Nakamura M, Masui S, Oshima A, et al. Effects of stage-matched repeated individual counseling on smoking cessation: A randomized controlled trial for the high-risk strategy by lifestyle modification (HISLIM) study. Environ Health Prev Med. 2004; 9: 152-160.
- 7) 中村正和. 広域的な禁煙・防煙活動. 日本プライマリ・ケア学会誌. 1996 ; 19 : 106-110.
- 8) Yamato H, Ogami A, Oyabu T, et al. A Successful smoking control in workplaces. J UOEH. 2002; 24 : 91-98.
- 9) 中村正和. 禁煙治療に対する保険適用の理念と今後の課題. 治療. 2006 ; 88 : 2456-2463.
- 10) 中村正和 (研究代表者). 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. 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 平成22~25年度総合研究報告書. 2014.
(受付 2015.8.13. ; 受理 2015.8.18.)

Advocacy at a national level: Proposal of tobacco control policy based on research findings

Masakazu NAKAMURA^{*1}

Abstract

The biggest findings in epidemiologic research in the twentieth century were to identify the health hazards of smoking. To bridge the gap between the epidemiologic research findings and practice, it is necessary to develop effective methods for smoking intervention based on theoretical background of behavior science. The five-phase model for cancer control proposed by Greenwald and Cullen is useful for planning intervention studies. It consists of hypothesis generation, methods development, individual-based controlled intervention trials, intervention studies in defined populations, and demonstration projects.

Although effective intervention methods have been developed, it does not lead to a nation-wide increase of practice. To bridge the gap between the scientific evidence from intervention studies and the practice, it is necessary to promote policy research, which create the evidence for policy making and develop effective methods for advocacy.

Tobacco control in Japan is behind internationally. Smoking is still the most preventable cause of death in Japan. Policy research is strongly needed to promote tobacco control and prevent the serious health damage due to smoking.

[JJHEP, 2015 ; 23(3) : 224-230]

Key words: tobacco control, epidemiology, intervention study, behavior science, policy research

^{*1} Japan Association for Development of Community Medicine, General Manager of Health Promotion Research Center

成人喫煙率 12% 達成に向けて

中村 正和

なかむら まさかず 公益社団法人 地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センターセンター長
連絡先：〒102-0093 東京都千代田区平河町 2-6-3 都道府県会館 15 階

成人喫煙率減少目標のねらい

第一次の健康日本 21 計画やがん対策推進基本計画では、「未成年者の喫煙をなくす」という目標の設定にとどまっていたが、これらの次期計画においては、未成年者の喫煙防止の目標に加え、「成人喫煙率の減少」と「受動喫煙防止」の数値目標、「妊娠中の喫煙をなくす」（妊婦の喫煙率をゼロにする）という目標が新たに盛り込まれることになった¹⁾。

成人喫煙率の減少の数値目標については、男女計の喫煙率 19.5% (2010 年の国民健康・栄養調査結果をベースライン値として設定) を 2022 年度までに 12% とすることが提案されている。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た。その背景として、2007 年に策定された「がん対策推進基本計画」において喫煙率の半減目標は実現しなかったが、個別目標として「喫煙をやめたい人に対する禁煙支援を行っていくことを目標とする」ことが閣議決定されていた。このことが今回の数値目標の設定に大いに役立った。

たばこ分野の目標設定として喫煙率の低下が選ばれた理由は、喫煙による健康被害を確実に

減少させる最善の解決策だからである²⁾。特に、成人の喫煙率の低下は、喫煙関連疾患の発症や死亡、関連医療費を比較的短期的に減少させる効果が期待できる。

成人喫煙率 12% 達成により期待される効果

成人喫煙率 12% 達成により、主要疾患の死亡減少効果がどの程度期待できるかを検討したところ、10 年間に 9,100 人のがん死亡、循環器 5,000 人の死亡を回避できると推計された³⁾。もし 2022 年度までに喫煙率を 0% にできた場合、その数はそれぞれ 60,400 人、33,500 人となる⁴⁾。喫煙の被害の大きさを考えると、数値目標以上の喫煙率減少を目指す必要がある。

喫煙関連疾患の生涯医療費削減額 (19 疾患を対象、割引率 3%) については、成人喫煙率 12% 達成により、男性で 6.7 兆円、女性で 1.2 兆円、計 7.9 兆円の削減が見込めると推計された⁵⁾。

目標達成のために必要な政策ミックス

成人の喫煙率 12% の目標の達成に必要な政策を厚生労働省の研究班で検討したところ、実行可能性が高いと考えられる「受動喫煙防止の法制化」「健診等の場での短時間禁煙支援の普

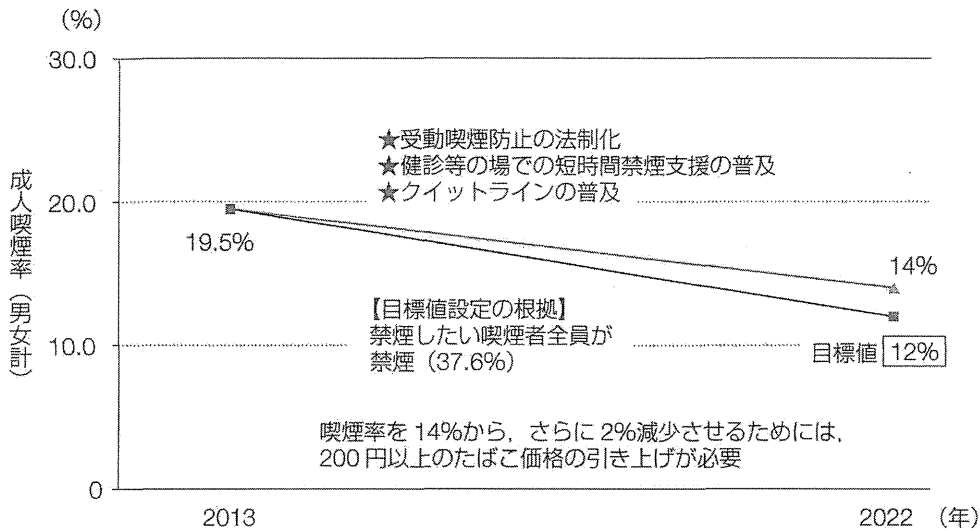


図1 成人喫煙率の目標達成に必要な政策ミックス

健康日本(第二次)の起点となる2013年のベースライン値として、計画策定時に得られた直近のデータである2010年の喫煙率が用いられた。そのため、実際の値と異なることに留意されたい。(文献6より)

及「クイットライン(無料の禁煙電話相談)の普及」を、同時に施した場合の禁煙率の増加効果は1.31倍と推定された。これは、再喫煙率を考慮すると年間禁煙率3.5%に相当し、この禁煙率が10年間続くと仮定すると、2022年の喫煙率は14%まで低下すると推定された⁴⁾。目標値の12%に到達するためには、あと2%の減少が必要であり、そのためのたばこ価格の値上げ幅を試算するため、2010年のたばこ税・価格の引き上げ時の喫煙率の価格弾力性を試算した。試算にあたっては、喫煙率の最近の減少傾向を考慮するため、2003年から2009年までの喫煙率の年平均減少率(-2.8%、年平均減少率は期間全体の減少率を年数で除した値ではなく、複利計算の考え方で算出)により、値上げがなかった場合の2010年の予測喫煙率と実際の喫煙率(たばこ価格の値上げの影響を控えめに見積もるため、2010年の値上げ直後の喫煙率19.5%ではなく、2012年の喫煙率20.7%を用いて試算)の差を値上げの効果とした結果、喫煙率の価格弾力性は0.24と推計された。この

価格弾力性に基づいて、喫煙率を14%から12%に減少させるために必要なたばこ価格の値上げ幅は200円以上であると試算された(図1)⁶⁾。

目標達成のためのアクションプラン

1. 受動喫煙防止の法制化

わが国では、受動喫煙防止の法規制として、健康増進法と2014年に改正された労働安全衛生法がある。しかし、これらの法律では、受動喫煙防止対策は管理者や事業者の努力義務にとどまっており、世界保健機関(WHO)のたばこ規制枠組条約(FCTC)で求められている建物内禁煙以外に、喫煙室の設置による空間分煙が認められている。そのため、WHOによるわが国の対策の評価は、4段階評価最低ランクとなっており⁷⁾、2020年の東京オリンピック・パラリンピック開催にむけて、東京都の条例化にとどまらず、国際基準に見合った受動喫煙防止の罰則付きの法的規制の強化が国レベルで必要である。

都道府県レベルでは、神奈川県と兵庫県が罰則付きの受動喫煙防止条例の制定に成功している。特に、兵庫県では神奈川県の経験を踏まえて、公共性の高い官公庁、医療機関、学校において建物内禁煙を条例として義務付けることに成功した。これらの事例を踏まえて、条例制定を可能にする要因として、①知事の対策への十分な理解とリーダーシップ(たばこ産業やサービス産業等から強い抵抗がある中で、知事としての条例制定に対する確固たる政治的意志とリーダーシップは不可欠)、②検討会のメンバー構成や役割についての十分な検討(検討委員会は条例の基本方針を報告書として取りまとめる役割にとどまらず、議会で審議される条例案の作成段階においても引き続き一定の関与をする体制を検討しておくことが必要)、③首長・議員への働きかけ(検討委員会が理想的な条例案を作成しても、条例を審議するのは議会であり、条例の検討段階から議員に対して条例の目的や必要性等について認識を高める働きかけを行うことが必要)、④規制の対象と内容についての十分な検討(労働者の受動喫煙防止を考えた場合、全ての施設において少なくとも建物内禁煙が望ましいが、規制を検討する際、売り上げの落ち込みを心配して法的規制に反対する飲食店等のサービス産業での禁煙化をどう取り扱うかについて、事前に十分検討しておくことが必要)が挙げられる。

2. 保健医療の場での短時間禁煙支援の普及

わが国では、喫煙者の約8割が1年間に医療や健診等(がん検診や人間ドックを含む)を受診しているものの、医療従事者による禁煙アドバイスの実施率は約4割と、諸外国に比べて低いのが現状である⁸⁾。2013年度からの第二期特定健診・特定保健指導において健診当日からの喫煙に関する保健指導が強化された。それに伴い厚生労働省から「禁煙支援マニュアル(第二版)」が示された。また、2014年に改訂された

「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」では、肺がん検診や肺がん健康教育等の場で同マニュアルを活用した短時間禁煙支援の効率的な実施を図るよう述べられている。

健診の場での短時間の禁煙支援の有効性については、わが国での地域住民を対象とした介入研究により、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)により、6カ月後の禁煙率(禁煙を呼気CO濃度で確認)が約3倍高まることが報告されている⁹⁾。

喫煙者の約8割が医療や健診等を受けていることを考えると、今後、日常診療をはじめ、特定健診やがん検診など、種々の保健事業の場で禁煙の短時間支援が広がることが望まれる。また、現行の禁煙治療の制度や後述するクイットラインを活用して、禁煙を推進する保健医療システムを構築することが必要である。

3. クイットラインの普及

クイットラインは、韓国や台湾、タイ、シンガポールなどアジア諸国を含めて多くの国で実施されている¹⁰⁾。わが国では2013年度に全国のがん診療連携拠点病院を対象に「たばこ相談員」を配置してクイットラインのサービスを提供することとなった。しかし、実際には一般の喫煙者へのサービスに結びついていないのが現状である。

クイットラインの方式には、カウンセラーから電話をする能動的(proactive)なもの、かかってくる電話に対応する受動的(reactive)なものがある。受動的方式では、諸外国で実施されているようなマスメディアキャンペーンやたばこの箱への禁煙相談の電話番号の表示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、カウンセラーから電話をして禁煙の働きかけや支援を行う能動的方式が、有効性ならびに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。無作為比較試験のメタアナ

リス研究で、能動的方式の有効性が確認されており、6カ月以上の追跡期間で禁煙率が1.4倍高まることが報告されている¹¹⁾。

クイットラインの利点として、①アクセスが容易である、②1つのセンターから広範囲にサービスを提供できる、③禁煙外来の紹介など地域の禁煙サービスのネットワーク拠点としての機能を果たし、地域全体の禁煙率を高める、などが挙げられる。

わが国での普及にあたっては、保健医療システムの特徴や既存の禁煙支援体制(2006年からの禁煙治療の保険適用、2013年からの特定健診・特定保健指導における喫煙の保健指導の強化など)を踏まえて、それらと連携した包括的なサービス体制を構築することが重要である。具体的には、医療や健診の場で禁煙を勧め、禁煙希望者には禁煙外来のほか、クイットラインを紹介してフォローアップの受け皿として活用したり、入院中に禁煙した患者への退院後のフォローアップとして活用することが禁煙成功者を増やすことにつながり、効果的といえる。そのインフラとして、がん診療連携拠点病院の活用のほか、医療費適正化やデータヘルス計画でたばこ対策に取り組んでいる自治体や保険者が単独または共同設置する案、禁煙補助薬に関する知識を有し、禁煙サポーターの養成に熱心な薬剤師会が全国的な規模で相談業務を担う案などが考えられる。

4. たばこ税・価格の引き上げ

たばこ税・価格の引き上げは成人の禁煙を促すとともに、喫煙防止にも役立つことがわかっている。喫煙率の高い低所得層の禁煙を促進し、健康格差を縮める効果も期待できる。2010年にわが国では初めて国民の健康を守る観点からたばこ税・価格の引き上げ(1箱約110円)がなされた。その影響をみると、2010年の喫煙率(国民健康・栄養調査)は、前年の2009年に比し男性6.0%、女性2.5%と大幅な減少(減少

率にして各々16%、23%)が認められ、その影響の大きさが改めて確認された。しかし、2011年と2012年には2010年に比べて喫煙率は少し増加する結果となった。これは、たばこ税・価格の引き上げの影響が短期的であることと、2010年調査が値上げ直後に実施されたため影響を過大評価したこと、わが国では自力で禁煙する割合が高く、喫煙を再開しやすかったことなどが関係していると考えられる。欧米先進諸国に比べて半分以下というたばこ価格の実態を考慮すると⁷⁾、欧米並みの価格帯への大幅な引き上げか、そうでなければ引き上げの定期的な実施が国民の健康を守る観点から強く求められる。

韓国では2015年1月から2月にかけて、たばこ価格の大幅引き上げ(平均価格が270円から490円へと1.8倍上昇)、飲食店を含む公共施設を全面禁煙化(罰則付き)、禁煙治療の保険適用をほぼ同時期に実施した。わが国では、禁煙希望者の割合が2010年のたばこの値上げまでは年々増加していたが、2010年の37.6%をピークに減少傾向に転じ、2013年には24.6%まで減少した¹²⁾。これは、2010年のたばこ価格政策以降、有効な対策が実施されていないことを反映したものと考えられる。わが国でも本稿で述べた成人の喫煙率の目標達成に必要な政策ミックスを早期に同時実施して、喫煙率の効果的な減少につなげる必要がある。

たばこ対策に役立つ情報

1. たばこ対策に役立つ教材やツール

厚生労働省の研究班(辻班)のホームページにおいて、辻班を含め、これまでの厚生労働省の研究班の成果を公開している。主な内容は、①自治体や職域、保険者等におけるたばこ対策の好事例、②自治体が標準化された方式でたばこ対策の実態を把握できるツール、③首長や

議員などの政策決定者や国・自治体の政策担当者を対象として作成した政策提言用のファクトシート，である。

●「厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)健康日本21(第二次)の推進に関する研究」
<http://www.pbhealth.med.tohoku.ac.jp/japan21/index.html>

2. 禁煙支援・治療のための指導者トレーニングツール

日本禁煙推進医師歯科医師連盟が開発したインターネットを使ったプログラムである。禁煙支援・治療に必要な基本的な知識を講義視聴とアセスメントテストによって簡易に学習するWeb学習プログラム(通年で利用可能)と、本格的な学習ができるeラーニングプログラム(通常12月～2月にかけて開講)からなる。Web簡易学習プログラムには、現在、3種類の禁煙支援のほか、職場の受動喫煙防止対策の計4種類の内容がある。eラーニングは禁煙外来用の「禁煙治療版」、日常診療用の「禁煙治療導入版」、保健事業の場用の「禁煙支援版」の3種類がある。「禁煙支援版」の主要コンテンツは厚生労働省の「禁煙支援マニュアル(第二版)」に採用されており、eラーニングの受講により、マニュアルの内容について効果的な学習が可能となる。

●日本禁煙推進医師歯科医師連盟(J-STOP)
<http://www.j-stop.jp/>

なお、2015年度は、日本公衆衛生学会を通じて、学会員個人の参加のみならず、全国の都道府県や保健所、市町村が窓口となって、管内の医療機関や薬局・薬店、職場などに勤務する保健医療従事者が参加できる研修枠を設定する予定である。

文献

- 1)厚生労働省：国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針。平成24年7月10日
- 2)中村正和：たばこ対策の推進をめざして。特集 健康増進計画の評価と「その次」一次期計画に向けて何を重視すべきか。保健師ジャーナル68(6)：474-481, 2012
- 3)片野田耕太：たばこ規制政策の効果予測システムの確立と政策提言への活用。平成23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「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」(研究代表者：中村正和)。総括・分担研究報告書。pp 101-110, 2012
- 4)片野田耕太：たばこ規制政策の効果予測システムの確立と政策提言への活用。平成25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「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」(研究代表者：中村正和)。総括・分担研究報告書。pp 63-71, 2014
- 5)福田敬：たばこ規制政策の医療経済評価と政策提言への活用。平成25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「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」(研究代表者：中村正和)。総括・分担研究報告書。pp 51-61, 2014
- 6)中村正和：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。平成25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「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」(研究代表者：中村正和)。総括・分担研究報告書。pp 25-40, 2014
- 7)World Health Organization: WHO report on the global tobacco epidemic, 2015: Raising taxes on tobacco. World Health Organization, Geneva, 2015
- 8)中村正和：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。平成23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「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」(研究代表者：中村正和)。総括・分担研究報告書。pp 17-64, 2012
- 9)中山富雄，嶋田ちさ：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，中村正和，他(編)：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
- 10)谷口千枝，田中英夫：日本での禁煙ホットライン(クイットライン)の展開と、その方向性。日本公衆衛生雑誌62(3)：125-132, 2015
- 11)Stead LF, et al: Telephone counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews: Issue 8, 2013
- 12)厚生労働省健康局がん対策・健康増進課：平成25年国民健康・栄養調査結果の概要。2014

特集：たばこ規制枠組み条約に基づいたたばこ対策の推進

<総説>

FCTC14条 禁煙支援・治療

中村正和

公益社団法人地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センター

Article 14 of the World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control: Demanding reduction measures concerning tobacco dependence and cessation

Masakazu NAKAMURA

Health Promotion Research Center, Institute of Community Medicine,
Japan Association for Development of Community Medicine

抄録

たばこ規制枠組条約の第14条と履行のガイドラインにより、たばこ規制・対策の一環として、禁煙支援・治療に取り組むことが締約国に求められている。わが国の保健医療制度や禁煙支援・治療の実態を踏まえると、今後取り組むべき主な課題として、医療や健診等の保健事業の場での禁煙のアドバイスの推進、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（クイットライン）の整備、医療機関における保険による禁煙治療の普及と内容の充実、指導者トレーニングの体制の整備があげられる。

医療や健診等の保健事業の場での禁煙のアドバイスの推進については、喫煙者の約8割が1年間に医療や健診等を受けているが、禁煙アドバイスの実施率は3割程度にとどまっており、その改善が必要である。特定健診については、2013年度からの第二期特定健診・特定保健指導において喫煙の保健指導が強化されたが、努力義務にとどまっている。今後、喫煙に関する保健指導を必須の指導事項として位置づけ、指導者トレーニングを行いながら、その普及を図ることが必要と考える。

クイットラインは、わが国では未整備に近い状態にあるが、アジア諸国を含めて多くの国で実施されている。わが国での普及にあたっては、保健医療システムの特徴や既存の禁煙支援体制を踏まえて、それらと連携した包括的なサービス体制を構築することが重要である。

禁煙治療については、2006年に保険適用がなされ、その効果についても2007年と2009年の2回の中医協の調査で確認されている。しかし、わが国ではその利用率が低率にとどまっている。たばこ規制・対策の進展とともに、禁煙困難例の相対的な増加が予想される。今後、マスメディアキャンペーンやクイットラインと連携した禁煙治療の情報提供と利用の促進、治療へのアクセスの向上、現行の制度で禁煙治療の保険適用の対象とならない入院患者、未成年者、歯科患者等への保険適用や、精神疾患等の禁煙困難例への治療期間の延長など、適用範囲の拡大が必要である。

禁煙支援の指導者トレーニングについては、トレーニングにより、指導者による禁煙支援の実施率が向上するだけでなく、指導を受けた喫煙者の禁煙率が有意に向上することが明らかになっている。

連絡先：中村正和

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3都道府県会館15階

Todofuken Kaikan Bldg, 15th Floor 2-6-3, Hirakawa-cho, Chiyoda-ku, Tokyo 102-0093 Japan.

Tel: 03-5212-9152

Fax: 03-5211-0515

E-mail: masakazu@jadecom.jp

[平成27年9月15日受理]

禁煙支援・治療の質的向上と量的拡大を図るために、今後、eラーニング等を活用した効率的かつ効果的な指導者トレーニングの体制の整備が必要である。

キーワード：WHOたばこ規制枠組条約，ニコチン依存，禁煙治療，禁煙アドバイス，クイットライン，指導者トレーニング

Abstract

Article 14 of the World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control encourages parties to demand reduction measures concerning tobacco dependence and cessation simultaneously with other tobacco control measures.

Considering the current status of the health care system as well as tobacco dependence and cessation in Japan, future challenges call for promoting brief interventions during medical consultation and health examinations, offering proactive quitlines where callers can receive individual support from trained cessation specialists, expanding reimbursement for tobacco dependence treatment, and establishing training systems for tobacco cessation.

Medical consultation and health examinations are good opportunities for motivating smokers toward tobacco cessation. Over 80% of smokers visited a physician or participated in a health examination in the past year. However, only 30% of smokers were advised to quit by their health professional. Since April 2013, health guidance to smokers during health examinations has been required during health examinations and health guidance focused on metabolic syndrome. In the future, health guidance for smoking cessation should be made obligatory and should be linked with the training of health professionals.

Although proactive quitlines have been proven to be effective and are widely available in other countries including other Asian countries, quitlines are not as widespread in Japan. It is necessary to establish quitlines linked with brief interventions during health examinations and other routine healthcare activities.

In Japan, nicotine dependence treatment for outpatients has been covered by health insurance since 2006. Surveys conducted in 2007 and 2009 proved the effectiveness of this service. However, utilization is low when compared with other countries. In addition, an increase in the number of highly dependent smokers is expected with the advance of tobacco control. Future challenges call for media campaigns to facilitate program utilization, brief interventions at routine healthcare activities, quitline services, improved access to treatment services, expanded patient criteria, and enhanced treatment programs for highly dependent smokers.

Training health professionals to provide smoking cessation interventions has a measurable effect on professional performance and smoking abstinence for patients who received cessation support. It is necessary to establish an efficient and effective training system that uses e-learning to help standardize the quality of smoking cessation support and treatment, and to increase the number of registered medical treatment facilities.

keywords: World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control, nicotine dependence, smoking cessation treatment, brief intervention for smoking cessation, quitline, health professionals training

(accepted for publication, 15th September 2015)

I. はじめに

たばこ使用による健康被害は地球規模で甚大であり、国際的に協調したたばこ規制や対策が必要である。そのため、WHOによりたばこ規制枠組条約が制定され、2005年に発効した。わが国もその批准国の1つである。

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。日本人の死亡原因を分析した研究によると、喫煙者本人の喫煙による超過死亡数は12.9万人と第1位で、第2位の高血圧(10.4万人)と並んで、死亡原因としての寄与が大きいことが改めて確認された [1]。

喫煙による健康被害を短期的に減らすためには、まず喫煙者の禁煙を推進することが重要である。2013年に策定された健康日本21 (第2次) ならびにがん対策推進基