

表1. 非喫煙者における男女別の年齢階級、学歴、医療保険別の家庭・職場における受動喫煙暴露率\*

	女性			男性		
	家庭 <sup>†</sup>	職場 <sup>‡</sup>	家庭もしくは職場 <sup>§</sup>	家庭 <sup>†</sup>	職場 <sup>‡</sup>	家庭もしくは職場 <sup>§</sup>
	% (95%信頼区間)	% (95%信頼区間)	% (95%信頼区間)	% (95%信頼区間)	% (95%信頼区間)	% (95%信頼区間)
合計	15.7 (14.3, 17.3)	11.3 (9.7, 13.0)	23.2 (21.1, 25.5)	4.5 (3.5, 5.7)	21.3 (19.0, 23.6)	23.9 (21.4, 26.4)
年齢						
20-29	18.7 (13.9, 24.3)	18.3 (13.1, 24.4)	29.4 (23.0, 36.5)	10.4 (6.1, 16.3)	27.9 (20.6, 36.1)	32.3 (24.1, 41.2)
30-39	12.4 (9.4, 15.8)	9.2 (6.1, 13.2)	18.2 (13.8, 23.3)	6.0 (3.4, 9.8)	28.7 (23.2, 34.7)	32.3 (26.4, 38.8)
40-49	17.1 (13.8, 20.9)	9.6 (6.7, 13.1)	26.8 (22.2, 31.8)	4.6 (2.4, 7.8)	23.1 (18.1, 28.7)	25.1 (19.8, 31.0)
50-59	19.0 (15.6, 22.7)	11.3 (8.2, 15.0)	25.6 (21.1, 30.5)	3.2 (1.5, 6.1)	18.5 (14.1, 23.4)	22.0 (17.1, 27.5)
60-69	13.5 (10.9, 16.4)	10.7 (7.5, 14.7)	16.5 (12.2, 21.5)	2.3 (1.1, 4.2)	13.3 (9.7, 17.6)	14.1 (10.3, 18.7)
学歴						
中卒	20.2 (14.7, 26.8)	16.2 (9.9, 24.4)	30.1 (21.0, 40.5)	3.0 (0.8, 7.6)	28.7 (20.1, 38.6)	31.9 (22.7, 42.3)
高卒	16.5 (14.3, 19.0)	12.3 (9.9, 15.1)	24.4 (21.1, 28.0)	5.2 (3.4, 7.5)	23.7 (19.9, 27.8)	26.5 (22.4, 30.8)
専門学校卒	16.2 (11.6, 21.6)	10.7 (6.4, 16.3)	22.1 (16.0, 29.2)	4.4 (1.4, 9.9)	20.4 (13.2, 29.2)	22.4 (14.6, 32.0)
短大卒	13.8 (10.3, 17.9)	8.9 (5.6, 13.3)	21.6 (16.4, 27.6)	5.0 (0.6, 16.9)	23.5 (10.7, 41.2)	24.2 (11.1, 42.3)
大学卒	10.7 (7.4, 14.9)	6.3 (3.4, 10.5)	16.1 (11.2, 22.0)	3.2 (1.7, 5.4)	14.9 (11.5, 18.9)	16.9 (13.1, 21.3)
大学院卒	0.0 (0.0, 23.2)	0.0 (0.0, 24.7)	0.0 (0.0, 28.5)	2.6 (0.1, 13.8)	5.4 (0.7, 18.2)	6.1 (0.7, 20.2)
不明	18.9 (13.8, 24.8)	16.0 (10.2, 23.5)	29.7 (21.9, 38.4)	7.9 (3.8, 14.0)	31.0 (22.8, 40.3)	35.2 (26.2, 45.0)
医療保険 <sup>  </sup>						
共済保険 (本人)	14.9 (7.4, 25.7)	7.9 (2.6, 17.6)	20.3 (11.0, 32.8)	2.9 (0.4, 10.2)	10.1 (4.2, 19.8)	13.6 (6.4, 24.3)
健保組合 (本人)	14.9 (10.8, 19.9)	11.6 (8.0, 16.1)	25.6 (20.2, 31.7)	5.7 (3.5, 8.6)	18.3 (14.5, 22.6)	20.7 (16.5, 25.4)
協会けんぽ (本人)	17.9 (13.2, 23.4)	10.8 (7.1, 15.5)	26.5 (20.8, 32.9)	4.5 (2.2, 8.1)	35.0 (28.7, 41.6)	37.7 (31.2, 44.5)
その他の被用者保険 (本人)	16.3 (9.8, 24.9)	17.5 (10.6, 26.6)	30.5 (21.5, 40.8)	3.3 (1.2, 7.0)	24.3 (18.1, 31.4)	26.5 (19.9, 34.0)
被用者保険の被扶養者	14.9 (12.5, 17.6)	7.1 (4.8, 10.1)	19.6 (15.8, 23.8)	9.4 (3.5, 19.3)	13.5 (4.5, 28.8)	19.4 (8.2, 36.0)
国民健康保険 (組合)	20.4 (10.2, 34.3)	19.4 (7.5, 37.5)	29.6 (13.8, 50.2)	7.3 (1.5, 19.9)	32.4 (18.0, 49.8)	34.3 (19.1, 52.2)
国民健康保険 (市町村)	16.0 (13.4, 18.9)	13.9 (10.6, 17.6)	21.4 (17.3, 26.0)	3.0 (1.6, 5.1)	14.1 (10.4, 18.4)	15.9 (11.9, 20.6)
その他 (生活保護・無保険者等)	21.4 (4.7, 50.8)	11.1 (0.3, 48.2)	37.5 (8.5, 75.5)	0.0 (0.0, 41.0)	57.1 (18.4, 90.1)	66.7 (22.3, 95.7)
不明	8.3 (0.2, 38.5)	15.4 (1.9, 45.4)	27.3 (6.0, 61.0)	20.0 (2.5, 55.6)	36.4 (10.9, 69.2)	44.4 (13.7, 78.8)

\*受動喫煙暴露率は、「あなたはこの1ヶ月間に自分以外の人が吸っていたたばこの煙を吸う機会 (受動喫煙) がありましたか」との質問に対して「家庭」、「職場」それぞれ又はいずれかにおいて「ほぼ毎日」と回答した者の割合 (%) である。

<sup>†</sup>一人暮らしの者は除外

<sup>‡</sup>「職場に行かなかった」と回答した者は除外

<sup>§</sup>一人暮らしの者および「職場に行かなかった」と回答した者は除外

<sup>||</sup>医療保険が後期高齢者医療制度となっていた2ケースは除外

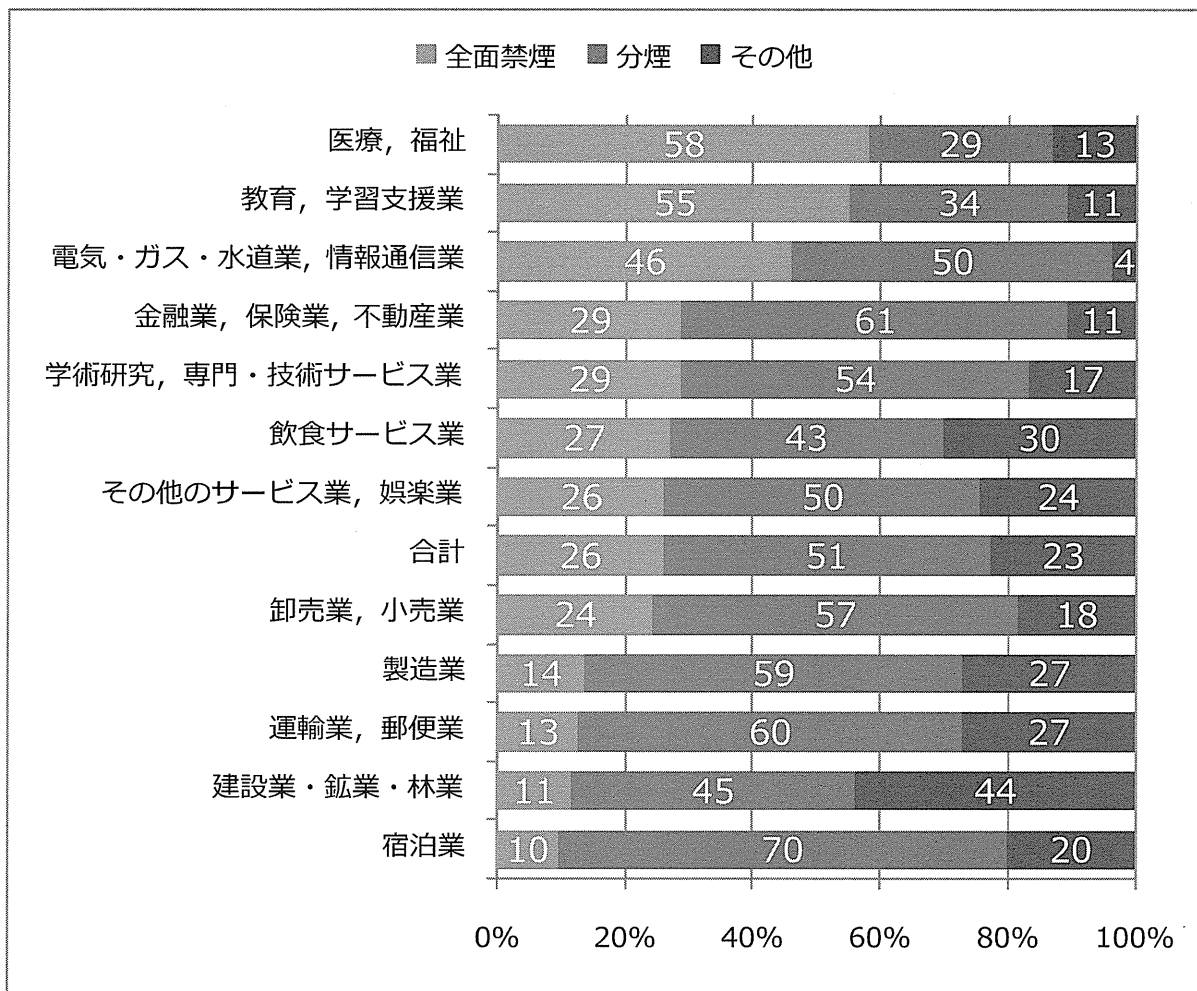


図 4. 日本の事業所における産業別の禁煙化率 (%)、2011 年労働災害防止対策等重点調査

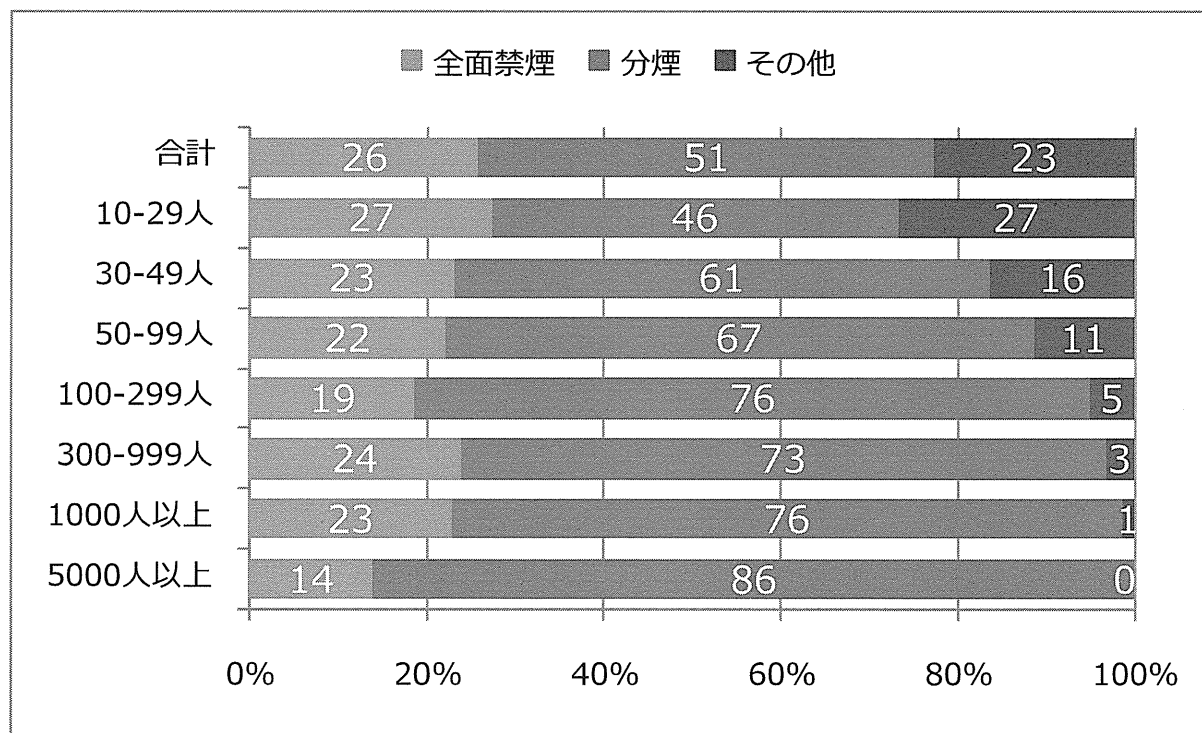


図 5. 日本の事業所における規模別の禁煙化率 (%)、2011 年労働災害防止対策等重点調査

# 健康格差是正の観点からの たばこ対策

## KEY FACT (要約)

- 社会経済的要因(例えば所得や学歴)に応じた喫煙や受動喫煙の格差がある
- たばこの値上げは全体の喫煙率を減少させるとともに喫煙格差の縮小にも有効だと考えられる
- たばこの値上げや屋内の全面禁煙化、脱たばこ・メディアキャンペーンなどのたばこ対策を継続的に推進することにより喫煙格差が縮小すると期待される
- 屋内の全面禁煙化や脱たばこ・メディアキャンペーン政策では、社会経済的に不利な状況にある人に影響が届きにくいこともあるため、その集団に焦点をあてたアプローチ戦略の併用が有効と考えられる
- たばこ対策に加えて、経済格差・社会格差を縮小するための総合的な取り組みが求められる

## 1 なぜ必要か？

- 健康格差を縮小させることが求められています。健康日本21(第二次)では健康格差の縮小が基本的な方向として、上位の実現目標に位置付けられました<sup>1)</sup>。
- 人は生まれながらに社会格差の渦に巻き込まれます。貧困・低学歴など社会経済的に不利な状況にある人ほどたばこを吸うようになってしまいます。親が不利な状況であればあるほど、子どもはたばこの煙にさらされ、喫煙するようになってしまいます<sup>2)</sup>。
- 健康格差の一つの原因として喫煙格差があります。たばこの値上げなどのたばこ対策は、喫煙格差を縮小することがわかっています。健康格差縮小のためにもたばこ対策が必要です。

## 2 現状はどうか？

- 所得によって喫煙率に格差があり、世帯の所得が600万円以上と比べて、200万円未満、200万円以上～600万円未満では、喫煙率が高いことがわかりました<sup>3)</sup>(図1)。
- 医療保険によって喫煙率の格差があり、男性では共済組合で31%と低い喫煙率がみられた一方、生活保護や無保険を含む「その他」の者における喫煙率が55%と最も高く、次いで協会けんぽと市町村国保で各々49%、48%でした<sup>4)</sup>。女性でも共済組合で5%と低い喫煙率であった一方、「その他」の喫煙率が29%と最も高く、次いで市町村国保で19%、協会けんぽで16%でした<sup>4)</sup>(図2)。
- 学歴によって受動喫煙曝露の格差があり、中卒、高卒ではその他の学歴の者と比較して曝露割合が高く、それぞれ32%、27%が家庭もしくは職場にてほぼ毎日受動喫煙を受けていると回答していました<sup>5)</sup>(図3)。
- 日本における2010年10月に実施されたたばこの値上げが喫煙格差へ与えた影響の分析では、値上げで全体的な喫煙率の減少が認められた一方、喫煙格差が縮小する傾向は認められませんでした<sup>6)</sup>。この理由として日本のたばこが値上げ後でも安すぎたことが考えられます。最も売れ筋のたばこ価格(2014年)は、日本は4.22国際ドル(購買力平価勘算)で、英国の11.01ドル、オーストラリアの10.99ドル、米国の6.23ドルに比して、値上げ後も極めて安くどまっています<sup>7)</sup>。
- なお、上記の現象は、逆進的格差推移理論(Inverse equity principle)<sup>8,9)</sup>で説明されます。たばこ対策の介入の早期には、社会的に恵まれた集団がより多くメリット(喫煙しないことや禁煙すること)を得て、喫煙格差が拡大します。一方、介入の晩期には、社会的に恵まれた集団における改善が頭打ちになったのち、社会的に不利な集団における改善が追いついてきて、格差が縮小します。たばこ対策を継続的に推進していくことにより喫煙格差が縮小すると期待されます。

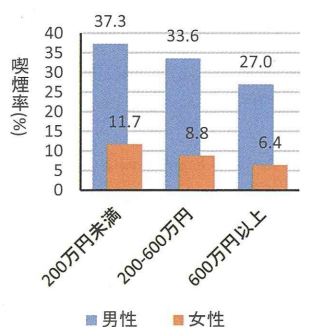


図1. 年間世帯収入と喫煙率

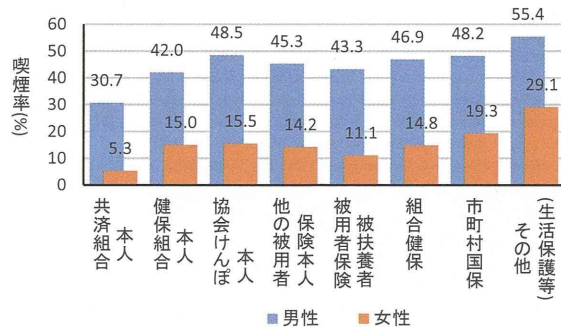


図2. 医療保険と喫煙率

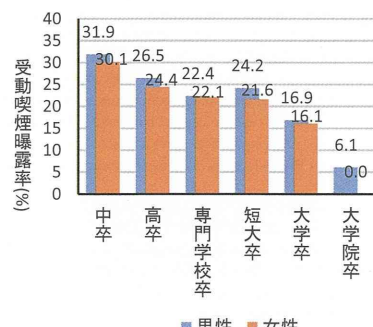
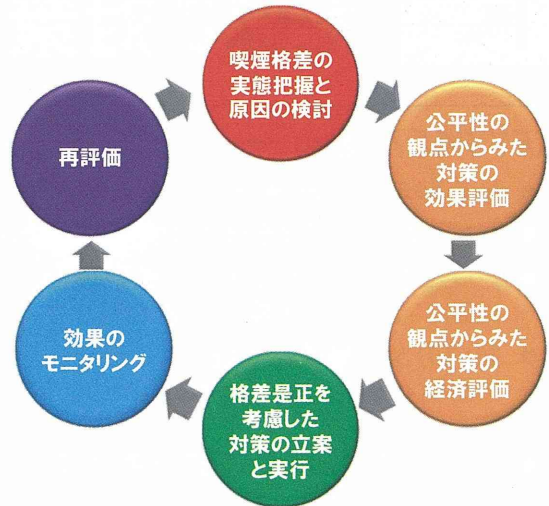


図3. 学歴と受動喫煙曝露率



### 3 取り組むべきことは何か？

- まずは喫煙格差の実態などの状況把握が必要です。格差の視点からの情報や研究成果はまだ少ないのが現状です<sup>10,11)</sup>。喫煙格差の推移やたばこ対策が喫煙格差に与えた影響について研究を推進していかなければなりません<sup>12)</sup>(図4)。
- たばこ税・価格の継続的な引き上げは全体の喫煙率を減少させるとともに喫煙格差の縮小にも有効だと考えられるため、たばこの増税・値上げ政策を優先して実施する必要があります<sup>13)</sup>。
- 喫煙格差の縮小のために、たばこ税・価格の引き上げだけでなく、屋内の全面禁煙化、脱たばこ・メディアキャンペーン等を組み合わせ、たばこ対策を継続的に実施する必要があります<sup>13-15)</sup>。
- 屋内空間の全面禁煙化、脱たばこ・メディアキャンペーン政策では、社会経済的に不利な状況にある人に影響が届きにくいことがあります。そのため、たばこ対策が届きにくい人へのアプローチ戦略(vulnerable population approach)の併用が有効だと考えられます。  
たとえば、新聞によるメディアキャンペーンのメッセージは新聞を読んでいる人には届きません。新聞だけでなく、テレビ・ラジオやインターネット、掲示板、自治体広報誌などマルチチャネルなメディアキャンペーンを展開する必要があります<sup>16)</sup>。
- 喫煙格差を含む健康格差を縮小させるためには、たばこ対策だけでなく、経済格差・社会格差を縮小するための社会保障政策などを含む総合的な取り組みが求められています<sup>17,18)</sup>。



(Tugwell P, et al. BMJ. 2006; 332(7537):358-61.を参考に作成)

図4. 喫煙格差の評価・改善のためのサイクル

### 4 期待される効果は？

- たばこ増税・値上げや屋内の全面禁煙化、脱たばこ・メディアキャンペーン等のたばこ政策を推進し、継続することにより、全体的に喫煙率が減少し、やがては喫煙格差の縮小へとつながります。
- 喫煙格差の縮小により、健康格差の縮小がもたらされます。喫煙格差・健康格差の縮小は社会格差の縮小にもつながる可能性があります。社会格差は社会的に不利な層だけでなく、全員に悪影響を及ぼすことが先行研究から示唆されており、その改善は社会全体に好影響を及ぼします<sup>17,18)</sup>。

### 5 よくある疑問や反論についてのQ&A

#### Q. 各医療機関や保健センターなどの場で取り組むべきことがありますか？

A. すべての診療(内科、外科、小児科や産婦人科など)や保健指導などの場で禁煙支援を実施することが求められます<sup>9)</sup>。1分程度の簡易な介入で禁煙を促すことができるとわかっています<sup>19)</sup>。すべての健康・保健関連プログラムに禁煙支援を組み込むことが奨励されていますが、その際、喫煙格差縮小のためにも経済的な困難を抱える者への重点的な支援(たとえば、社会経済的に不利な状況の者がアクセスできるように、人員配置やコミュニティ形成を工夫すること)の追加が必要とされています<sup>9)</sup>。

#### Q. たばこの値上げは低所得者に厳しいのでは？

A. 低所得者が値上げ後も同じようにたばこを吸い続ければ経済的困難を来すかもしれません。しかし、たばこの値上げによって高所得者に比べて低所得者がたばこをやめやすくなります。たばこの値上げによって最も多くの利益を得るのは低所得者だとわかっています<sup>20)</sup>。

#### 【参考文献】

- 1) 厚生労働省: 健康日本21(第二次)。2012。
- 2) US Department of Health and Human Services: The health consequences of smoking - 50 years of progress. A report of the Surgeon General, 2014。
- 3) 厚生労働省: 平成20年国民健康・栄養調査。2010。
- 4) 田淵貴大: 喫煙対策、肝炎がん対策の推進と進捗の評価。津熊秀明編。既存統計資料に基づくがん対策進捗の評価手法に関する実証的研究。未出版。pp. 51-67, 2012。
- 5) 田淵貴大, 他: 日本における年齢階級・学歴・医療保険別の受動喫煙格差。JACR Monograph 2014; 20: 39-48。
- 6) Tabuchi T, et al: Tobacco Price Increase and Smoking Cessation in Japan, a Developed Country With Affordable Tobacco: A National Population-Based Observational Study. J Epidemiol 2015; 26:14-21。
- 7) WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, Raising taxes on tobacco, 2015。
- 8) Victora CG, et al: Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. Lancet 2000; 356: 1093-1098。
- 9) David A, et al: Tobacco use: equity and social determinants. Blas E, Kurup A (eds): Equity, social determinants and public health programmes. World Health Organization. pp. 199-217, 2010。
- 10) Thomas S, et al: Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review. Tob Control 2008; 17: 230-237。
- 11) Hill S, et al: Impact of tobacco control interventions on socioeconomic inequalities in smoking: review of the evidence. Tob Control 2014; 23(e2): e89-97。
- 12) Tugwell P, et al: Applying clinical epidemiological methods to health equity: the equity effectiveness loop. BMJ 2006; 332: 358-361。
- 13) The Community Preventive Services Task Force: The Guide to Community Preventive Services The Community Guide: What Works. Tobacco Use. Evidence-Based Interventions for Your Community, 2014。
- 14) Durkin S, et al: Mass media campaigns to promote smoking cessation among adults: an integrative review. Tob Control 2012; 21: 127-138。
- 15) Action on Smoking and Health (ASH): Smoking Still Kills; Protecting Children, Reducing Inequalities, 2015。
- 16) サイモン・チャプマン: タバコを歴史の遺物に - タバコ規制の実際。矢野栄二(監訳)。篠原出版社, 2009。
- 17) Fair Society, Healthy Lives Strategic Review of Health Inequalities in England post- 2010. The Marmot Review, 2010。
- 18) 川上憲人, 他: 社会と健康: 健康格差解消に向けた統合科学的アプローチ。東京大学出版会, 2015。
- 19) 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。
- 20) Eriksen M, et al: The Tobacco Atlas, Fifth Edition: Revised, Expanded, and Updated. American Cancer Society, 2015。

### Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

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

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
中村正和	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	日本健康教育学会誌	23(3)	224-230	2015
中村正和	FCTC14条：禁煙支援・治療	保健医療科学	64(5)	475-483	2015
中村正和	健康づくりにおけるポピュレーション戦略の重要性と国際的動向	月刊地域医学	30(3)	185-189	2016
Saito J, Tabuchi T, Shibamura A, Yasuo ka J, Nakamura M, et al.	'Only Fathers Smoking' Contributes the Most to Socioeconomic Inequalities: Changes in Socioeconomic Inequalities in Infants' Exposure to Second Hand Smoke over Time in Japan.	PloS one	Doi10.1371	e0139512	2015
大和浩	FCTC第8条：たばこの煙にさらされることからの保護	保健医療科学	64(5)	433-447	2015
大和浩、姜英、太田雅規	「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」第8条「たばこの煙にさらされることからの保護」について	日本衛生学雑誌	70(1)	3-14	2015
戸次加奈江、稲葉洋平、内山茂久、櫛田尚樹	FCTC第11条：たばこ製品の包装及びラベル上の警告表示に関する国際的動向	保健医療科学	64(5)	460-468	2015

曾根智史	FCTC第13条：たばこ製品の広告、販売促進、スポンサー活動	保健医療科学	64(5)	469-474	2015
田中謙	タバコ規制と法制度	公衆衛生	79(10)	670-674	2015
Tanaka K	The Limitations of the Freedom to Smoke and the Rights of Non-Smokers	Kansai University Review of Law and Politics	37	49-67	2016
Tanaka K	The Necessity of Tobacco Regulation	Kansai University Review of Law and Politics	37	69-80	2016
岡本光樹、片山律、谷直樹	タバコ受動喫煙と刑法事例別Q & A(第1回)	捜査研究	781	38-46	2016
岡本光樹、片山律、谷直樹	タバコ受動喫煙と刑法事例別Q & A(第2回)	捜査研究	782	54-64	2016
五十嵐中、福田敬、後藤励	FCTC6条：たばこ税増税の経済評価とたばこによる経済損失-たばこ税の影響と、禁煙政策の医療経済評価にまつわる諸問題-	保健医療科学	64(5)	426-432	2015
Tabuchi T, Fujiwara T, Shinozaki T.	Tobacco price increase and smoking behaviour changes in various subgroups: a nationwide longitudinal 7-year follow-up study among a middle-aged Japanese population.	Tobacco control	doi:10.1136	1-9	2015-052804
Tabuchi T, Kiyohara K, Hoshino T, et al.	Awareness and use of electronic cigarettes and heat-not-burn tobacco products in Japan.	Addiction	111(4)	706-713	2016
田淵貴大	小児における受動喫煙, PM2.5の影響	THE LUNG perspectives	23(4)	348-353	2015

Tabuchi T, Hoshino T, Nakayama T.	Are Partial Workplace Smoking Bans as Effective as Complete Smoking Bans? A National Population-Based Study of Smoke-Free Policy Among Japanese Employees.	Nicotine & Tobacco Research	doi:10.1093	1265-1273	2016
Tabuchi T, Nakamura M, Nakayama T, et al.	Tobacco Price Increase and Smoking Cessation in Japan, a Developed Country With Affordable Tobacco: A National Population-Based Observational Study.	Journal of Epidemiology	26(1)	14-21	2016
Tabuchi T, Ozaki K, Ioka A, et al.	Joint and independent effect of alcohol and tobacco use on the risk of subsequent cancer incidence among cancer survivors: A cohort study using cancer registries.	International Journal of Cancer	137	2114-2123.	2015



#### IV. 研究成果の刊行物・別刷

## 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<sup>\*1</sup>

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<sup>1)</sup>。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<sup>2)</sup>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…。

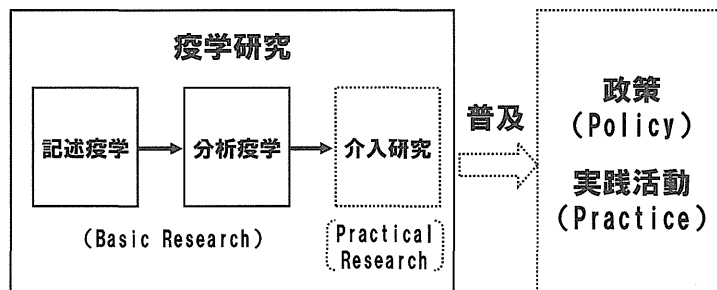


図1 研究と実践のギャップ

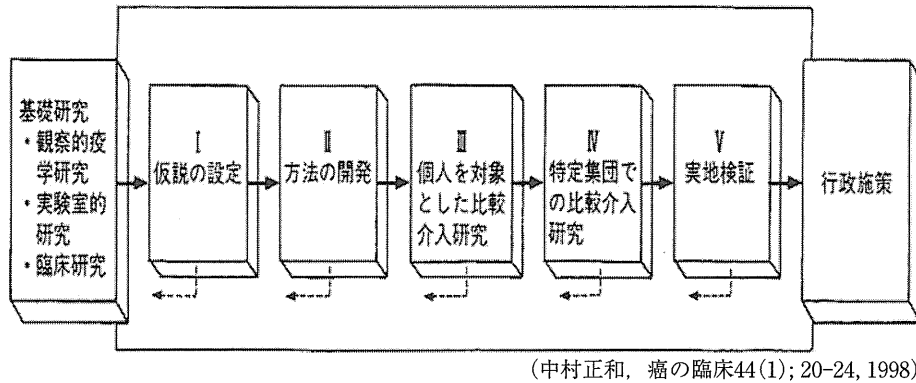


図2 がん制圧の手順—Greenwald & Cullen のモデル—

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<sup>3)</sup>。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<sup>4-6)</sup>、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<sup>7,8)</sup>。

## 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<sup>9)</sup>。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<sup>10)</sup>(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

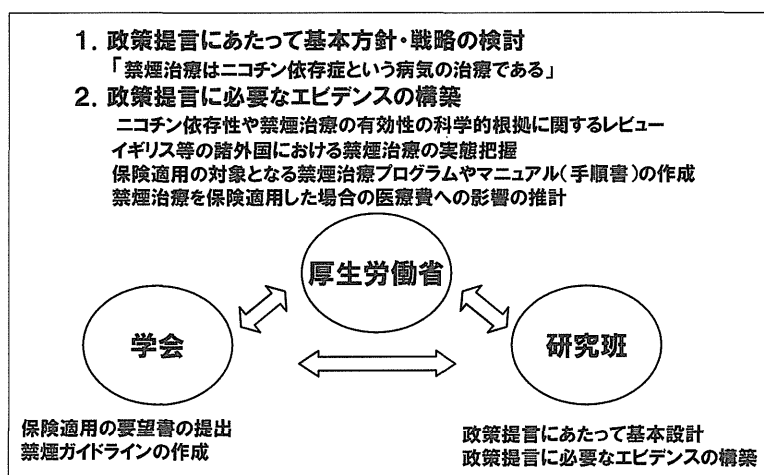


図3 禁煙治療の保険適用実現における研究班の役割



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)—

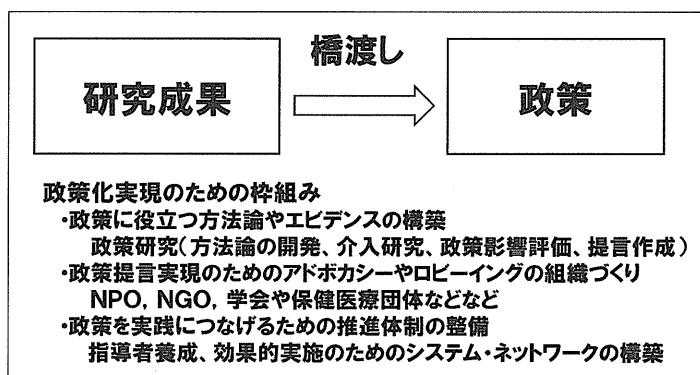


図5 研究成果の政策への橋渡し

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<sup>10)</sup>。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<sup>\*1</sup>

### 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

---

<sup>\*1</sup> Japan Association for Development of Community Medicine, General Manager of Health Promotion Research Center



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: masakazun@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

本計画の見直しにおいて、未成年者の喫煙率ゼロの目標に加え、新たに成人喫煙率（男女計）の低下目標として、2023年までに現状の19.5%（2010年の国民健康栄養調査結果）から12%に低下させることが盛り込まれた。この目標を達成するためには、WHOのたばこ規制枠組条約に沿って、たばこ税・価格の大幅な引き上げの継続や受動喫煙防止のための法的規制の強化などの対策に加えて、喫煙の本質がニコチン依存症という病気であることを踏まえ、保健医療の場での禁煙推進が必要である。

本稿では、WHOのたばこ規制枠組条約の第14条（たばこ依存の治療とたばこ使用の中止に関する措置）に照らして、わが国の禁煙支援・治療の現状と課題を述べるとともに、今後の課題解決のための方策を提示する。

## II. WHOのたばこ規制枠組条約と禁煙支援・治療

たばこ規制枠組条約の第14条 [2] には、たばこ依存の治療とたばこ使用の中止に関する措置として、①自国の事情及び優先事項を考慮に入れて科学的証拠及び優良事例に基づいて包括的かつ総合的な指針を策定して、その普及を図るとともに、効果的な措置をとること、②そのために、教育機関、保健施設、職場などの場での効果的なプログラムを立案・実施すること、国内の保健・教育のためのプログラムにたばこ依存の診断と治療やカウンセリングのサービスを含めること、保健施設・リハビリテーション施設において、たばこ依存についての診断、カウンセリング、予防と治療のためのプログラムを作成すること、たばこ依存の治療の機会を提供し、その治療費用を妥当なものとする、ことが示されている。

第14条の履行のためのガイドライン [3] には、条約の内容を踏まえた禁煙推進のための具体的な措置の内容が示されている（表1）。同ガイドラインの内容と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提供の推進、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があげられる。

## III. 医療や健診等での禁煙の助言や情報提供の推進

医療の場は多くの喫煙者に出会う場であり、前述の枠組条約のガイドライン [3] においても、禁煙を推進するインフラとして役割が期待されている。ITC(International Tobacco Control Policy Evaluation) Projectによる15カ国での禁煙行動のグローバル・サーベイランスの結果（ただし、15カ国の中から9カ国を選定）によると、中国を除けば、1年間に喫煙者の50%以上が医療機関を受診している [4]（表2）。厚生労働省研究班の調査結果によると、わが国では1年間に57.9%の喫煙者が医療機関を受診している。日常診療での医師から患者への禁煙アドバイスの提供については、アメリカを筆頭に多くの国でその実施割合が50%を越えているが、わが国では32.4%と、フランスやドイツと並んで低率であった [4]。

わが国では健診やがん検診、人間ドックが広く実施されており、医療と並んで、多くの喫煙者に対して禁煙の働きかけが可能である。1年間に喫煙者の63.6%が健診・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31.8%にとどまっている [5]。

健診の場における禁煙の働きかけの強化については、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）」[6]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」[7]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

表1 たばこ規制枠組条約 第14条履行のためのガイドライン

【主な内容】
① たばこ規制・対策の一環としてたばこ依存症の治療を組み込む
② 包括的かつ総合的な指針の策定と周知
③ 既存の保健医療システムの活用
④ <u>保健医療システムに短時間の禁煙アドバイスを組み込む</u>
⑤ <u>禁煙治療や薬物療法が身近でかつ経済的負担が少ない形で受けられるようにする</u>
⑥ <u>保健医療従事者の能力向上のためのトレーニングや資格付与</u>
⑦ <u>マスメディアによる禁煙方法の広報や無料の禁煙電話相談（クイットライン）の整備</u>
⑧ これらのインフラ整備と維持に必要な財源の確保
⑨ モニタリングと評価
⑩ 戦略や経験を共有するための国際的な連携や協力

(注) 下線部分は禁煙支援・治療の具体的な方策

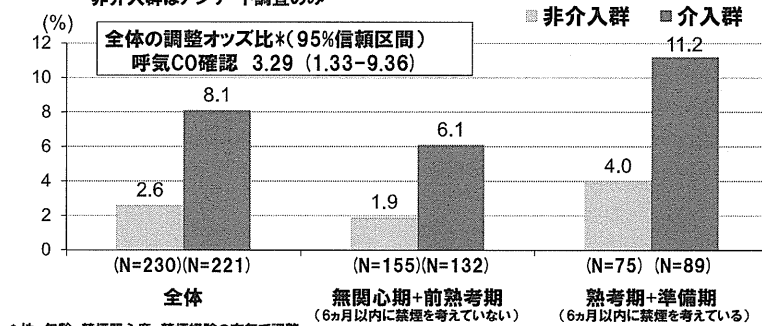
WHO Framework Convention on Tobacco Control. Guidelines for implementation of Article 14 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. WHO, 2011.

表2 医師の禁煙アドバイスに関する国別の比較

	1年間の医療機関の受診割合*	医師から禁煙のアドバイスを受けた割合*
アメリカ	71.2%	72.6%
カナダ	71.0%	57.2%
イギリス	53.4%	51.9%
フランス	58.3%	27.4%
ドイツ	73.2%	35.2%
日本	57.9%	32.4%
韓国	50.7%	51.1%
中国	34.0%	51.8%
オーストラリア	72.9%	50.9%
ニュージーランド	61.5%	44.4%

(注) 日本以外のデータはInternational Tobacco Control Policy Evaluation Project: FCTC Article 14 Tobacco Dependence and Cessation Evidence from the ITC Project, 2010. <http://www.itcproject.org/keyfind/itcessationreportpdf>より引用(数値はDr.Borlandとのpersonal communicationにより入手)  
 日本データは喫煙者コホート調査(2009年6月-2010年5月コホート解析データ)による。  
 \*印で示した項目については、ドイツ、フランスは年間でなく6ヵ月間の状況把握に基づく。  
 (平成22年度 厚労科学 第3次対がん研究 中村班)

研究方法: 大阪S市での総合健診(がん検診を含む)の場での介入研究、月ごとに割付  
 研究対象: 介入群221人、非介入群230人(応諾率91.7%、90.9%)、研究時期: 2011~12年  
 介入内容: 介入群は診察医師の禁煙の助言と保健指導実施者による1~2分間程度の禁煙支援、  
 非介入群はアンケート調査のみ



\* 性、年齢、禁煙関心度、禁煙経験の有無で調整  
 (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、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、p125-133, 2013.)

図1 健診の場での短時間の禁煙介入の効果  
 — 6ヵ月後断面禁煙率(呼気CO濃度確認) —

問の禁煙支援(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ヵ月後の禁煙率(禁煙を呼気CO濃度で確認)が約3倍高まること報告されている(図1) [8]。

喫煙者の84.1%が1年間に医療や健診等を受けていることから [5]、今後、医療の場をはじめ、特定健診やがん検診、人間ドック、市町村における妊娠届出時の保健相談、乳幼児健診などの保健事業、歯科、薬局・薬店等のあらゆる場や機会を活用して全ての喫煙者に禁煙のアドバイスや情報提供を一層推進することが望まれる。特に特定健診・特定保健指導においては、2013年度からの喫煙の保健指導の強化に続いて、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、その普及を図ることが必要と考える。

#### IV. 無料の禁煙電話相談(クイットライン)の整備

クイットラインは、電話による禁煙支援サービスであり、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。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、実際にはまだ禁煙を希望する喫煙者へのサービスとして普及していないのが現状である。

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。受動的な方式では、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、