

別添 1

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

健康寿命延伸を目指した禁煙支援のための研究
(21FA1001)

令和4年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 島津 太一

令和5（2023）年 5月

目 次

I. 総括研究報告		
健康寿命延伸を目指した禁煙支援のための研究	-----	1
島津太一		
II. 分担研究報告		
1. 優良事例集の作成と汎用モデルの概案の提示	-----	6
齋藤順子、渡邊至、瀬在泉、谷口千枝		
(資料1) 禁煙支援に関する調査報告書		
(資料2) 好事例集		
2. 職域特定健診の場での短時間支援の効果についての観察研究	-----	48
島津太一、齋藤順子、渡邊至、瀬在泉、谷口千枝		
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	-----	58

健康寿命延伸を目指した禁煙支援のための研究

研究代表者 島津太一 国立がん研究センター がん対策研究所 行動科学研究部・室長

研究要旨

我が国で普及可能な禁煙治療の利用促進戦略を明らかにし、禁煙治療利用割合および禁煙割合向上につなげることを目的とし、二年間の研究期間の第二年次において下記の研究を行った。

1. 優良事例集の作成と汎用モデルの概案の提示

第一年次に実施した、国内の禁煙支援介入研究のエビデンスレビューの情報に基づき、禁煙支援の方法には、エビデンスが確立している禁煙支援介入と、禁煙支援介入をうまく実施するための実装戦略に分けて整理を行った。禁煙支援介入は2020年の禁煙支援に関する米国公衆衛生総監報告書で推奨されているものとし、同報告書のカテゴリーで分類した。禁煙支援介入実施における阻害・阻害要因、および実装戦略は、実装研究のフレームワークに沿って整理した。集団および個人アプローチでの様々な禁煙支援介入が行われていたが、実装の阻害・促進要因や実装戦略について記載している研究は限定的であった。一方、地域や職域などの実践現場では様々な実装戦略が活用されていた。実装科学という新しい視点で整理した効果的かつ持続的な禁煙支援方法の汎用モデルを提案し、これに沿った優良事例集を作成した。今後、優良事例集を保険者や地域のステークホルダーに普及することを目指す。

2. 職域特定健診の場での短時間支援の効果についての観察研究

健診現場における短時間支援を含む施策である健康相談の導入が禁煙治療受療に与える効果の検討や、健康相談の中での短時間支援の実施状況の把握を行った。まず、職域での健康診断において健康相談を実施している健康保険者の健康相談導入前年度と導入年度の健診・レセプトデータを利用して、差の差分分析を行った。加えて、健診で実施される短時間支援の内容や阻害要因について、健康相談を実施している26健診機関にアンケート調査を実施した。喫煙者が健診受診後3か月以内に禁煙治療を受療する割合は、健康相談の導入の有無にかかわらず低かった。健康相談を健診機関が導入することによる禁煙治療の受療増加は、あったとしてもわずかであり、健康相談の実施が公衆衛生的に意味のある効果を持つとは言えなかった。アンケート調査では、禁煙支援を実施する上での阻害要因として、リソース不足や自己効力感の欠如、喫煙者の禁煙支援の拒否を挙げる健診機関が多かった。今後、健診現場の阻害要因に対応する工夫を加えた上で、短時間支援の禁煙治療受療に対する効果を前向きに検討する必要がある。

研究分担者

齋藤順子 国立がん研究センター がん対策研究所
行動科学研究部 研究員
渡邊至 国立循環器病研究センター 予防医療部
特任部長
瀬在泉 防衛医科大学校 医学教育部看護学科
准教授
谷口千枝 愛知医科大学 看護学部 教授

せ、禁煙外来の受診につなげることが今後の課題である。

標準的な健診・保健指導プログラムとして、特定健診などで喫煙者に対して禁煙支援および積極的な禁煙治療の利用を促すことが望まれている。このプログラムでは、質問票を用いて禁煙状況を把握（Ask）し、喫煙者全員を対象に禁煙の重要性を高めるアドバイスと禁煙のための解決策を提案（Brief advice）して、禁煙しようと考えている喫煙者を対象に禁煙治療のための医療機関を紹介（Refer）するABR方式が、禁煙支援の時間が十分に確保できない場合の短時間支援として推奨されている（禁煙支援マニュアル（第二版）増補改訂版）。しかし、ABR方式による禁煙治療受療者数の増加や喫煙率の低下といった評価は十分に行われていない。

本研究は、文献レビュー、アンケート・インタ

A. 研究目的

我が国における喫煙率は、特に成人男性において約3～4割といまだに高い。有効性が確立された禁煙治療は、カウンセリングと薬物治療である。したがって、禁煙外来でこれらを組み合わせた治療を受けることが最も確実な禁煙方法となる。しかし、推定年間禁煙治療者数は喫煙者の約0.8%にとどまる（社会医療診療行為別統計、2017）。そのため、禁煙希望者への支援を充実さ

ビュー調査により、健診・レセプトデータの解析により、我が国で普及可能な禁煙治療の利用促進戦略を明らかにし、禁煙治療利用割合および禁煙割合向上につなげることを目指す。

B. 研究方法

1. 優良事例集の作成と汎用モデルの概案の提示

第一年次にスコーピングレビューを実施し、日本の職場、地域における禁煙支援介入の研究と事例を特定した。レビューの手順は6段階のスコーピングレビューモデルに従い、(1) 研究疑問の特定、(2) 重要研究の特定、(3) 研究の選定、(4) データの抽出、(5) 結果の収集・要約・報告、(6) コンサルテーション、とした。対象文献は、日本の地域、職場、学校などあらゆるセッティングにおける禁煙支援対策についての論文または報告書とした。データベースは、PubMed、CINAHL、PsycINFO、医中誌に加え、灰色文献データベースとして Open Grey、厚生労働科学研究成果データベース、厚生労働省スマートライフプロジェクト受賞事例集、経済産業省健康経営優良法人取り組み事例集を用いた。

上記のスコーピングレビューによる文献だけでは、促進阻害要因および実装戦略の記述が十分でなかったため、灰色文献にて特定された禁煙支援実施企業および団体を対象に、促進要因および実装戦略を抽出するためのアンケートとインタビュー調査を合わせて実施した。

・アンケート調査項目：CFIRの39項目およびERICの72項目の中から、先行文献やこれまでの知見から選定された、日本の禁煙支援で該当する各19項目および25項目（資料1アンケートフォーム：健康経営優良法人企業向け）。

・アンケート対象：1994年から2021年までの間に、禁煙支援対策について健康寿命をのばそうアワードを受賞した32団体（14企業、18団体）、および、健康経営優良法人取り組み事例集または健康経営銘柄事例集にて、禁煙支援実施の企業として掲載されていた56企業の合計88団体。

・データ収集：アンケートフォームを郵送で送付し、オンラインでの回答も可とした。

スコーピングレビュー、アンケート/インタビュー調査の結果、および研究代表者の島津らが実施する職場の喫煙対策のクラスターランダム化比較試験の参加事業所事例をもとに、汎用モデル概案を作成した。本モデルは「対象とするセッティングにおける実装の阻害・促進要因およびそれに対応する実装戦略を特定し、介入に実装戦略を組み合わせて提供することで、実装を促進させる」という実装科学の考え方に基づいて作成した。まず、事業主と健康管理担当者の2名を重要な実施者と設定し、実装を4つのフェーズ（採用、準備、実装、維持）に分けて、主要な阻害要

因7つについて対応策（実装戦略）を提示した。本汎用モデルを元に、阻害要因ごとにケースシナリオとその対応策（実装戦略）の具体的な事例を掲載した優良事例集を作成した。事例集作成に当たっては、喫煙対策の専門家や現場の産業保健師らによるフィードバックを得た。

2. 職域特定健診の場での短時間支援の効果についての観察研究

当初の計画では、禁煙治療の利用促進のための介入研究を行うこととなっていた。しかし、2022年のチャンピックスの出荷停止に伴い禁煙外来が診療を休止し再開時期の見通しが立たず、介入研究が実施できないこととなった。

そのため、健診・レセプトデータを利用した観察研究を実施する方針で再検討を行った。修正後の研究の概要は、全国健康保険協会静岡支部において、支部の事業として短時間支援を含む政策である健康相談を実施している健診機関とそうでない健診機関の喫煙者で、ニコチン依存症管理料の算定や、一年後の禁煙割合を比較する観察研究を行った。

主要評価項目は禁煙治療の初回受診とした。また、副次的評価項目は全5回の禁煙治療の完遂、喫煙割合、禁煙達成者の割合とした。解析には、Difference-in Difference (DID) 法を用いた前後比較により、健康相談の導入による各アウトカムの変化について検討した。

C. 研究結果

1. 優良事例集の作成と汎用モデルの概案の提示

586件（英語論文81件、日本語論文339件、ハンドサーチ13件、研究成果報告書65件、アンケート調査88件）、が該当文献として特定され、介入数は600であった。介入者へのアプローチが31件、集団へのアプローチが201件、個人へのアプローチが459件であった。集団アプローチでは、職場や大学等での屋内（敷地内）禁煙施策が多くを占めていた。個人アプローチでは「カウンセリングおよび/または禁煙補助薬の投与」が多く、介入全体でも4割以上を占めていた。一方、ウェブまたはインターネット介入は限定的であった。また、エビデンスの提示が不十分、あるいは、効果評価が十分でない「その他」に分類された介入が、全体の約2割にのぼった。また、セッティング別では、病院が約5割と最も多かった。

計画段階では各禁煙支援のエビデンスレベルも提示予定としたが、レビューの結果、個人レベル禁煙支援のおよそ7割を占めた「カウンセリングおよび禁煙補助薬の投与」は保険適用された禁煙治療として現在広く実装された介入であるため、介入そのものの効果ではなく、より実装に焦点を当てた分析を行った。

実装アウトカム、阻害・促進要因および実装戦略について報告している研究は非常に限定的であった。実装アウトカムは18件(20介入)で測定されており、多い順に浸透度が6件、忠実度が4件、採用が3件であった。

促進要因としては優先度の高い事業として実施する「相対的優位性」が最も多かった。阻害要因としては、「利用可能な資源」、「禁煙支援に対する知識や信念」などがあげられていた。実装戦略は29件で報告され、講習会、継続的な研修や実施マニュアルの作成などの「ステークホルダーの訓練と教育」が最多であった。

灰色文献にて特定された禁煙支援実施の企業および団体へのアンケートは合計32企業/団体から回答を得た(平均回答率36.4% [32/88])。事業での禁煙支援介入は、対策を導入した直接の理由(採用の促進要因)として最も多かったのが、「対策の効果が期待できそうだった」、ついで「費用面で実施可能であった」、「他社/他団体の取り組みを知った」であった。

実装戦略は、各企業/団体が多様な戦略を用いていた。最も多く用いられていた戦略は「社長・経営層の支援や理解を促した」、次いで「勤務時間内の喫煙を不可とする制度を設けた」、「できるだけ多くの同僚を巻き込んだ、協力してくれる同僚がたくさんいた」であった。

これらレビュー、アンケートおよびインタビュー調査の結果をもとに、汎用モデルの提示および好事例集を作成した。これらは、より具体的で現場で真に有用なものとするため、アンケートの回答の多くを占めた職域に限定し「職域における効果的な喫煙対策実施のための汎用モデル」とし、好事例集も職域の健康管理担当者向けとした。

2. 職域特定健診の場での短時間支援の効果についての観察研究

喫煙者が健診受診後3か月以内に禁煙治療を受療する割合は、1,000人あたり1.46から1.70と、健康相談の導入の有無にかかわらず低かった。主要評価項目である喫煙者千人当たりの禁煙治療受療者の割合の調整後の差分の差分は1.39(95%信頼区間0.27 - 2.51)人で、健康相談が導入された2018年度の導入群においてわずかな増加が認められた。また、喫煙者千人当たりの禁煙治療完遂者の割合も同様に増加していたが、禁煙達成者と翌年度の喫煙率には変化が認められなかった。一方で、2019年度評価においては、いずれの評価項目とも変化が認められなかった。

健診機関へのアンケート調査では、健康相談において禁煙支援が行われる割合は健診機関により大きな幅があった。禁煙支援の内容につい

ては、Askは8割を超える健診機関で行われており、Brief adviceも多くの健診機関で行われていた。しかし、Referの実施はこれらに比べると少なかった。特に禁煙治療実施医療機関の連絡先の提供は27%の健診機関に限られていた。禁煙支援を実施する上での阻害要因として、リソース不足や自己効力感の欠如、喫煙者の禁煙支援の拒否を挙げる健診機関が多かった

D. 考察

1. 優良事例集の作成と汎用モデルの概案の提示

エビデンスレビューを通して職場や地域における禁煙支援について国内の知見を網羅的に整理した。日本における禁煙介入要素については、病院環境における行動カウンセリングと禁煙補助薬が最もよく使用されており、地域や職域に関する論文はかなり限られていた。職場は、禁煙支援を含む健康づくりを実施する上で、多くの就労世代にリーチでき、環境にも働きかけが可能であり、持続的なピアサポートが得られるなどの利点がある。職場における介入に関する査読付き論文は限られていたが、灰色文献やアンケート調査から多くの知識と経験が抽出された。

実装アウトカムを測定している研究は少数であった。実装アウトカムの測定により、実装プロセスの理解が可能となり、介入を実施する背景にある成功のメカニズムを理解するのに役立つ。本研究で抽出された19本の論文のうち、Proctorの実装アウトカムの枠組みを引用・報告しているものはなかった。報告のばらつきは研究間の知識の統合を制限するため、今後の研究では共通の分類法を使用する必要があるだろう。

阻害・促進要因については、最も多く報告された阻害要因は、病院における「利用可能な資源」、次いで「介入に関する知識と信念」であった。これらの阻害要因はプライマリケアにおける禁煙支援実施の阻害要因として、先行研究の結果と一致していた[Iqbal, 2022]。最も多く報告された促進要因は「相対的な優位性」であった。2018年には受動喫煙を減らすために改正健康増進法が制定されたことも、禁煙支援を含む喫煙対策の優先度があがるきっかけになった可能性がある。また本研究では、「患者のニーズと資源」が阻害と促進の両方の要因として特定された。これは、情報源やセッティングの違いによるものと考えられ、阻害要因は医療従事者が喫煙者に禁煙を提供する際のハードルであり、促進要因は、職場で禁煙介入を導入するきっかけを報告した調査結果から抽出されたもの

である。

実装戦略については、病院セッティングにおいて「ステークホルダーの訓練と教育」が使用されていたという知見は、先行研究 [Ugalde, 2021] と一致していた。また本研究では、行動カウンセリングと禁煙治療だけでなく、屋内禁煙施策やウェブベースの介入にも「ステークホルダーの訓練と教育」が活用されていた。

禁煙支援についてはエビデンスが確立された介入がすでにあり、その実施を加速させることが重要である。そのためには、実装科学の枠組みの中で、阻害・促進要因、実装戦略についての知見を蓄積し、実装アウトカムを向上させる方法について研究を推進する必要がある。

本研究の意義は、日本における禁煙支援について、研究による知見だけでなく、現場で使われている効果的な戦略の知見も含め、実装科学の枠組みを使って一般化する試みを行った点である。また本レビューで禁煙支援の実装に関するエビデンスが大きく不足していることが示されたことにより、今後の研究課題として実装研究への投資を優先する必要性も示された。さらに、促進要因や実装戦略を包括的かつ体系的に整理し、研究論文だけでなく、優良事例集を作成することで、何をすればよいか、だけではなく、どのようにすればよいかについて、現場のステークホルダーに示すことができた。

2. 職域特定健診の場での短時間支援の効果についての観察研究

禁煙支援が含まれる健康相談を 2018 年度に導入した健診機関では、導入年度には禁煙治療の受療や全 5 回完遂した人数がわずかに増加したものの、2019 年度に導入した健診機関では変化がなかった。いずれにおいても、禁煙の達成や集団全体の喫煙率には変化がなかった。導入群の導入前年度や、未導入群で短時間支援が行われており差が出なかった可能性があるが、すべてにおいて禁煙治療受療の割合は低く、リアルワールドで実施されている短時間支援に禁煙治療受療に対する効果があるとは言えなかった。

禁煙支援が行われていても、禁煙治療が可能な医療機関の連絡先情報を提供している健診機関は 3 割に満たなかった。健診機関で活用しやすい医療機関連絡先の整備が、禁煙希望のある喫煙者を禁煙達成効果の高い禁煙治療に誘導するために求められる。米国では、クイットラインから喫煙者へ直接アプローチできるように喫煙者の連絡先をクイットラインに伝えることで、クイットラインへのアクセスの増加が示されている。このように禁煙治療を行う医療機関から喫煙者に直接受療を

促すようなアプローチをすることも、禁煙治療受療者の増加につながることを期待される。

健診時の禁煙支援の充実も必要である。禁煙支援の実施頻度は健診機関により大きく異なっていた。禁煙達成者の増加のためには、より多くの喫煙者に対して健診機関が禁煙支援を実施できる環境の整備が必要である。禁煙支援実施の阻害要因として自己効力感の欠如が挙げられていた。健診時に喫煙者が求める禁煙支援を実施できるような研修の機会を確保することは、自己効力感を向上させ、禁煙支援の実施を増やすための方法の一つと考えられる。

E. 結論

エビデンスレビューを通して職場や地域における禁煙支援について国内の知見を網羅的に整理した。集団および個人アプローチでの様々な禁煙支援対策が行われていたが、実装の阻害・促進要因や実装戦略について記載している研究は限定的であった。一方、地域や職域などの現場では様々な実装戦略が活用されていた。今後は、現場で使われている様々な潜在的な実装の知見を、実装科学の枠組みを使って科学的なエビデンスとして知見を蓄積していく必要がある。また、実装科学という新しい視点で作成した効果的かつ持続的な禁煙支援方法の優良事例集を保険者や地域のステークホルダーに普及していく。

禁煙支援が含まれる健康相談を健診機関が導入することにより、禁煙治療の受療に対して健康相談の実施が公衆衛生的に意味のある効果を持つとは言えなかった。健診機関近隣の禁煙治療を行う医療機関の連絡先情報の整備や、禁煙治療を行う医療機関からの喫煙者への積極的なアプローチ体制の構築、禁煙支援の研修機会の確保は禁煙治療受療者や禁煙達成者の増加につながることを期待される。今後、健診現場の阻害要因に対応する工夫を加えた上で、短時間支援の禁煙治療受療に対する効果を前向きに検討する必要がある。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Nagasawa T, Saito J, Odawara M, Imamura H, Kaji Y, Yuwaki K, Nogi K, Nakamura M, Shimazu T. Smoking cessation interventions and implementations in Japan: a study protocol for a scoping review and supplemental survey. *BMJ Open*. 2022;12(12):e063912.

2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録
なし

3. その他
特記すべきことなし

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）
分担研究報告書

優良事例集の作成と汎用モデルの概案の提示

研究分担者	齋藤順子	国立がん研究センター がん対策研究所 行動科学研究部 研究員
	渡邊至	国立循環器病研究センター 予防医療部 特任部長
	瀬在泉	防衛医科大学校 医学教育部看護学科 准教授
	谷口千枝	愛知医科大学 看護学部 教授

研究要旨

本研究の目的は、エビデンスレビューを通して職場や地域における禁煙支援について国内の知見を網羅的に整理し、研究が不足している領域を特定すること、さらに、日本において普及可能な禁煙支援の実装戦略を特定することである。

今年度はスコーピングレビューを完了し、日本の職場、地域における禁煙支援介入の研究と事例を特定し論文にまとめた。対象文献は、日本の地域、職場、学校などあらゆるセッティングにおける禁煙支援対策についての論文または報告書とし、原著論文に加え、厚生労働科学研究成果データベース、厚生労働省スマートライフプロジェクト受賞事例集、経済産業省健康経営優良法人取り組み事例集を用いた。レビューの結果、最終的に498件（600介入）が該当論文として特定された。さらに、灰色文献にて特定された禁煙支援実施の企業および団体については、その阻害・促進要因および実装戦略を包括的に評価するため、アンケート調査を32企業/団体、インタビュー調査を11企業/団体に実施した。これらのデータを、禁煙支援は2020年の禁煙支援に関する米国公衆衛生総監報告書(A Report of the Surgeon General)に基づくカテゴリーで分類し、介入実施における阻害・阻害要因および実装戦略は実装研究のフレームワークに沿って整理した。集団および個人アプローチでの様々な禁煙支援対策が行われていたが、実装の促進阻害要因や実装戦略について記載している研究は限定的であった一方、地域や職域などの現場では様々な実装戦略が活用されていた。今後は、現場で使われている様々な潜在的な実装の知見を、実装科学の枠組みを使って科学的なエビデンスとして知見を蓄積していく必要がある。さらに、レビュー結果に基づき、実装科学という新しい視点で整理した効果的かつ持続的な禁煙支援方法の汎用モデルを提案し、これに沿った優良事例集を作成した。今後、優良事例集を保険者や地域のステークホルダーに普及することを目指す。

研究協力者

長澤知魅	国立がん研究センターがん対策研究所 行動科学研究部 任意研修生
湯脇恵一	国立がん研究センターがん対策研究所 行動科学研究部 外来研究員
小田原幸	国立がん研究センターがん対策研究所 行動科学研究部 特任研究員
梶有貴	国立がん研究センターがん対策研究所 行動科学研究部 特任研究員
能城一矢	東邦大学大学院医学研究科 社会医学講 座衛生学分野 博士課程
今村晴彦	長野県立大学大学院 健康栄養科学研究 科 准教授
中村正和	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
平野公康	国立がん研究センター がん対策研究所 がん情報提供部 室長
片野田耕太	国立がん研究センターがん対策研究所 データサイエンス研究部 部長
若尾文彦	国立がん研究センターがん対策情報セ ンター本部 副がん対策情報センター本

部長

A. 研究目的

本研究の目的は、レビューを行い禁煙支援について国内の知見を実装科学に枠組みで網羅的に整理すること、そしてその知見をもとに汎用モデルの概案を提示し、優良事例集を作成することである。

B. 研究方法

1. スコーピングレビュー

昨年度に引き続きスコーピングレビューを実施し、日本の職場、地域における禁煙支援介入の研究と事例を特定した。

(1) 研究疑問の特定

本研究の研究疑問は以下の4つとした。

1) 日本においてどのような禁煙支援が行わ

れているか

- 2) 禁煙支援はどのような評価項目で、どの程度の介入効果が評価されているか
- 3) 禁煙支援対策を実施する際の阻害・促進要因は何か
- 4) 禁煙支援対策の実施を促すための実装戦略は何か

(2) 重要な研究の特定 (文献検索方法)

本研究の包含基準は以下の通りである。

研究の種類：禁煙介入を研究するあらゆる種類の原著論文(量的、質的、混合的方法)または報告書

対象：1) あらゆる種類のタバコ製品を使用している18歳以上の成人、または2) 地域または病院の環境において成人喫煙者の禁煙支援に従事する医療専門家または非専門家に関する研究。

介入：禁煙治療、プログラム、支援、教育、組織としての対策などにより、(1) 対象者の禁煙率を高める、または、(2) 対象者の喫煙率を下げる、または、(3) 成人喫煙者への禁煙支援に従事する個人のスキルを向上させることを目指す研究。

アウトカム：介入に対する阻害・促進要因、実装戦略、実装アウトカム(受容性、適切性、採用、費用、忠実度、浸透度、持続可能性 [Proctor, 2011])、介入の効果(禁煙率など)を評価する研究(アウトカムは研究疑問の2~4の包含基準)。

除外基準は以下の通りである。

- ・ 喫煙対策(禁煙支援を含む)を主目的としない研究
- ・ 薬剤の有効性を評価する研究
- ・ 介入に関する情報が不十分な研究(介入の提供者、対象、設定などが不明)
- ・ オリジナルデータを含まない研究(例：専門家の意見、論説、解説、シミュレーション研究、文献レビューなど)
- ・ 国や都道府県レベルのたばこ規制政策研究(例：たばこ製品の値上げ、国や都道府県レベルの喫煙対策など)

データベースは、PubMed、CINAHL、PsycINFO、医中誌に加え、灰色文献データベースとして Open Grey、厚生労働科学研究成果データベース、厚生労働省スマートライフプロジェクト受賞事例集、経済産業省健康経営優良法人取り組み事例集を用いた。さらに、英文原著論文については、包含研究の参考文献リストも検索対象とした。

検索対象は、ニコチン製剤が医薬品として日本で初めて認可された1994年4月から2022年9月までに発表された研究とし、言語は英語および日本語に限定した。

(3) 研究の選定方法

本研究のスクリーニングは7名の研究者で行い、2段階のプロセスを経て対象文献を選定した。まず、タイトルと要旨について2人の独立した研究者がスクリーニングを行い、その後、関連性が高いと判断した文献について、同じ研究者2名が全文を読み込み、適格性を検討した。2人の研究者の間で意見の相違があった論文は、チーム会議で議論し決定した。

(4) データ抽出

データ抽出には、標準化したデータ収集フォームを作成し、対象論文の10%について2人の研究者がそれぞれ独立して抽出した。その相違点や定義の曖昧さなどを議論し、フォームの微修正を行い確定し、残りの90%については1人の研究者が抽出を行った。

計画段階では各禁煙支援のエビデンスレベルも提示予定としたが、レビューの結果、個人レベル禁煙支援のおよそ7割を占めた「カウンセリングおよび禁煙補助薬の投与」は保険適用された禁煙治療として現在広く実装された介入であるため、介入そのものの効果ではなくより実装に焦点を当てた分析を行った。

(5) 結果の収集、要約、報告

抽出されたデータは、それぞれの研究疑問に対応する4つの表にまとめた。まず、研究疑問1の禁煙介入の種類については(表1)、U.S. Department of Health and Human Servicesが発行する「Smoking Cessation – A Report of the Surgeon General (2020)」に記載されている個人および組織レベルのアプローチのマトリックスで整理した(資料1, 表1)。

研究疑問2はImplementation Outcome Framework [Proctor, 2011]で整理し、研究疑問3は、実装研究のための統合フレームワーク(Consolidated Framework for Implementation Research: CFIR)を用いて分類 [Damschroder, 2009]し、研究疑問4は変化を実装するための専門家の推奨 Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC)を用いて分類した [Powell, 2015]。

(6) コンサルテーション

本研究では、研究チーム、分担研究者および研究協力者である禁煙の専門家から、レビュー実施の計画段階、実施段階、予備結果段階においてそれぞれフィードバックを得て、修正を加えた。

2. 好事例企業/団体へのアンケートおよびインタビュー調査

上記のスコوپングレビューによる文献だけでは、促進阻害要因および実装戦略の記述が十分でなかったため、灰色文献にて特定された禁煙支援実施企業および団体を対象に、促進要因および実装戦略を抽出するためのアンケートとインタビュー調査を合わせて実施した。

- ・アンケート調査項目： CFIR の 39 項目および ERIC の 72 項目の中から、先行文献やこれまでの知見から選定された、日本の禁煙支援で該当する各 19 項目および 25 項目。

- ・アンケート対象： 1994 年から 2021 年までの間に、禁煙支援対策について健康寿命をのぼそうアワードを受賞した 32 団体（14 企業、18 団体）、および、健康経営優良法人取り組み事例集または健康経営銘柄事例集にて、禁煙支援実施の企業として掲載されていた 56 企業の合計 88 団体。

- ・データ収集： アンケートフォームを郵送で送付し、オンラインでの回答も可とした。

なお、本研究のプロトコル論文は 2022 年国際誌 BMJ Open に出版された[Nagasawa, 2022]。

3. 優良事例集の作成と汎用モデルの提案の提示

上記スコوپングレビュー、アンケート/インタビュー調査の結果、および研究代表者の島津らが実施する職場の喫煙対策のクラスターランダム化比較試験の参加事業所事例をもとに、汎用モデル提案を作成した。本モデルは「対象とするセッティングにおける実装の阻害・促進要因およびそれに対応する実装戦略を特定し、介入に実装戦略を組み合わせて提供することで、実装を促進させる」、という実装科学の考え方に基づいて作成した。まず、事業主と健康管理担当者の 2 名を重要な実施者と設定し、実装を 4 つのフェーズ（採用、準備、実装、維持）に分けて、主要な阻害要因 7 つについて対応策（実装戦略）を提示した。本汎用モデルを元に、阻害要因ごとにケースシナリオとその対応策（実装戦略）の具体的な事例を掲載した優良事例集を作成した。事例集作成に当たっては、喫煙対策の専門家や現場の産業保健師らによるフィードバックを得た。

4. 倫理面の配慮

文献レビューは、「人を対象とする生命科学・医

学系研究」における倫理指針適用の範囲外である。好事例企業および団体へのアンケート、ならびに、インタビュー調査は、協力が得られた企業および団体に実施した。これらは、所属機関や職場環境の客観的状态を調査するものであるため、「人を対象とする生命科学・医学系研究」における倫理指針適用の範囲外である。

C. 研究結果

レビューの結果、最終的に 586 件（英語論文 81 件、日本語論文 339 件、ハンドサーチ 13 件、研究成果報告書 65 件、アンケート調査 88 件）、が該当文献として特定され、介入数は 600 であった（同一論文内で、対象者やセッティングが異なる介入は個別にカウント）。600 介入をアプローチおよびセッティング別に整理すると（表 1）、介入者へのアプローチが 31 件、集団へのアプローチが 201 件、個人へのアプローチが 459 件であった。集団アプローチでは、職場や大学等での屋内（敷地内）禁煙施策が多くを占めていた。個人アプローチでは「カウンセリングおよび/または禁煙補助薬の投与」が多くを占めて、介入全体でも 4 割以上を占めていた。一方、ウェブまたはインターネット介入は限定的であった。また、禁煙治療のための標準手順書やその他のガイドラインにのっとりない禁煙支援など、エビデンスの提示が不十分、あるいは、効果評価が十分でない「その他」に分類された介入が、全体の約 2 割にのぼった。また、セッティング別では、病院が約 5 割と最も多かった。

実装アウトカム（表 1）、促進阻害要因（表 2-3）および実装戦略（表 4）について論文内で測定または報告している研究はそれぞれ非常に限定的であった。実装アウトカムは 18 件（20 介入）で測定されており、多い順に浸透度が 6 件、忠実度が 4 件、採用が 3 件であった。

促進要因としては優先度の高い事業として実施する「相対的優位性」が最も多かった。阻害要因としては、医師による周術期患者への禁煙支援、病棟看護師によるがん患者への禁煙支援、薬局薬剤師による患者への禁煙支援等の実施の際に、支援するための時間がない、自信がない、といった「利用可能な資源」、また、禁煙支援方法や間セリング法に関する知識不足、といった「禁煙支援に対する知識や信念」などがあげられていた。実装戦略は 29 件で報告され、講習会、継続的な研修や実施マニュアルの作成などの「ステークホルダーの訓練と教育」が最多であった。

灰色文献にて特定された禁煙支援実施の企業および団体へのアンケートは合計 32 企業/団体から回答を得た（平均回答率 36.4% [32/88]）（資料 1）。

事業所での禁煙支援介入は、吸いにくい環境と禁煙しやすい支援制度を組み合わせ実施しているケースが多く、これらの対策を導入した直接の理由（採用の促進要因、複数回答可）として最も多かったのが、「対策の効果が期待できそうだった」、ついで「費用面で実施可能であった」、「他社/他団体の取り組みを知った」であった。実装戦略は、各企業/団体が多様な戦略を用いていた。最も多く用いられていた戦略は「社長・経営層の支援や理解を促した」、次いで「勤務時間内の喫煙を不可とする制度を設けた」、「できるだけ多くの同僚を巻き込んだ、協力してくれる同僚がたくさんいた」であった。追加インタビューは10社および1団体が同意し、実施した。

これらレビュー、アンケートおよびインタビュー調査の結果をもとに、汎用モデルの提示および好事例集を作成した（資料2）。これらは、より具体的で現場で真に有用なものとするため、アンケートの回答の多くを占めた職域に限定し「職域における効果的な喫煙対策実施のための汎用モデル」（図1）とし、好事例集も職域の健康管理担当者向けとした。

本汎用モデルおよび好事例集の特徴は、下記2点である。

1. 喫煙対策の実施を4つのフェーズに分けている（何らかの新たな喫煙対策の採用（導入）を検討する「採用フェーズ」、実施の準備をする「準備フェーズ」、実際に実施を開始する「実装フェーズ」、対策が継続的に実施される（定着する）「維持フェーズ」）

2. つまづきポイント（阻害要因）と、それに応じた解決ポイント（解決策）を各フェーズで示している。

効果があるとわかっている対策を現場で実施する際に、その実施を阻害する要因、あるいは促進する要因を見出すためのフレームワーク（CFIR）の中から、喫煙対策において特に直面しやすい阻害要因を「つまづきポイント」として7つ選択した。そして、それぞれの阻害要因に応じた、対策の実施を促進するための戦略を、「解決ポイント」として示した。

D. 考察

エビデンスレビューを通して職場や地域における禁煙支援について国内の知見を網羅的に整理した。日本における禁煙介入要素に関する全体的な知識（研究疑問1）については、病院環境における行動カウンセリングと禁煙補助薬が最もよく使用されており、地域や職域に関する論文はかなり限られていた。職場は、禁煙支援を含む健康づくり

を実施する上で、多くの就労世代にリーチでき、環境にも働きかけが可能であり、持続的なピアサポートが得られるなどの利点がある。職場における介入に関する査読付き論文は限られていたが、灰色文献やアンケート調査から多くの知識と経験が抽出された。

実装アウトカム（研究疑問2）を測定している研究は少数であった。実装アウトカムの測定により、実装プロセスの理解が可能となり、介入を実施する背景にある成功のメカニズムを理解するのに役立つ。本研究で抽出された19本の論文のうち、Proctorの実装アウトカムの枠組みを引用・報告しているものはなかった。報告のばらつきは研究間の知識の統合を制限するため、今後の研究では共通の分類法を使用する必要があるだろう。阻害と促進要因（研究疑問3）については、最も多く報告された阻害要因は、病院における「利用可能な資源」、次いで「介入に関する知識と信念」であった。これらの阻害要因はプライマリケアにおける禁煙支援実施の阻害要因として、先行研究の結果と一致していた[Iqbal, 2022]。最も多く報告された促進要因は「相対的な優位性」であった。2018年には望まない受動喫煙を減らすために改正健康増進法が制定されたことも、禁煙支援を含む喫煙対策の優先度があがるきっかけになった可能性がある。また本研究では、「患者のニーズと資源」が阻害と促進の両方の要因として特定された。これは、情報源やセッティングの違いによるものと考えられ、阻害要因は医療従事者が喫煙者に禁煙を提供する際のハードルであり、促進要因は、職場で禁煙介入を導入するきっかけを報告した調査結果から抽出されたものである。実装戦略（研究疑問4）については、病院セッティングにおいて「ステークホルダーの訓練と教育」が使用されていたという知見は、先行研究と一致していた[Ugalde, 2021]。また本研究では、行動カウンセリングと禁煙治療だけでなく、屋内禁煙施策やウェブベースの介入にも「ステークホルダーの訓練と教育」が活用されていた。

禁煙支援についてはエビデンスが確立された介入が多くあり、その実施を加速させることが重要である。そのためには、実装科学の枠組みの中で、阻害・促進要因、実装戦略についての知見を蓄積し、実装アウトカムを向上させる方法について研究を推進する必要がある。

本研究の意義は、日本における禁煙支援について、研究による知見だけでなく、現場で使われている効果的な戦略の知見も含め、実装科学の枠組みを使って一般化する試みを行った点である。また本レビューで禁煙支援の実装に関するエビデン

スが大きく不足していることが示されたことにより、今後の研究費のテーマとして実装研究への投資を優先する必要性も示された。さらに、促進要因や実装戦略を包括的かつ体系的に整理し、研究論文だけでなく、優良事例集を作成することで、何をすればよいか、だけではなく、どのようにすればよいかについて、現場のステークホルダーに示すことができた。

E. 結論

エビデンスレビューを通して職場や地域における禁煙支援について国内の知見を網羅的に整理した。集団および個人アプローチでの様々な禁煙支援対策が行われていたが、実装の障害・促進要因や実装戦略について記載している研究は限定的であった一方、地域や職域などの現場では様々な実装戦略が活用されていた。今後は、現場で使われている様々な潜在的な実装の知見を、実装科学の枠組みを使って科学的なエビデンスとして知見を蓄積していく必要がある。また、実装科学という新しい視点で作成した効果的かつ持続的な禁煙支援方法の優良事例集を保険者や地域のステークホルダーに普及していく。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表
 - 1) Nagasawa T, Saito J, Odawara M, Imamura H, Kaji Y, Yuwaki K, Nogi K, Nakamura M, Shimazu T. Smoking cessation interventions and implementations in Japan: a study protocol for a scoping review and supplemental survey. *BMJ Open*. 2022;12(12):e063912.
 - 2) 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
特記すべきことなし

引用文献

- Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: Towards a methodological framework. *Int J Soc Res Meth* 2005;8(1):19–32.
- Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci* 2009;4(50).
- Iqbal S, Barolia R, Petrucka P, Ladak L, Rehmani R, Kabir A. Smoking cessation interventions in South Asian Region: a systematic scoping review. *BMC Public Health*. 2022;22:1096.
- Nagasawa T, Saito J, Odawara M, Imamura H, Kaji Y, Yuwaki K, et al. Smoking cessation interventions and implementations in Japan: a study protocol for a scoping review and supplemental survey. *BMJ Open* [Internet]. 2022;12:e063912.
- Powell BJ, Waltz TJ, Chinman MJ, Damschroder LJ, Smith JL, Matthieu MM, et al. A refined compilation of implementation strategies: Results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implement Sci* 2015;10(21).
- Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Health* 2011;38(2):65–76.
- Thomas S, Fayter D, Misso K, Ogilvie D, Petticrew M, Sowden A, et al. Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: Systematic review. *Tob Control* 2008;17(4):230–7.
- Ugalde A, White V, Rankin NM, Paul C, Segan C, Aranda S, et al. How can hospitals change practice to better implement smoking cessation interventions? A systematic review. *CA Cancer J Clin*.2021.
- U.S. Department of Health and Human Services. Smoking Cessation. A Report of the Surgeon General [Internet]. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2020.

表1. 日本の禁煙支援研究における禁煙支援介入の分類(重複あり)

2つのレベルの介入コンポーネント	合計	地域	職場	学校	病院
1. 公衆衛生介入					
プロバイダーへのアプローチ	31(3,10,18)	15(0,2,13)	4(1,1,2)	0	12(2,7,3)
- 臨床実践ガイドライン	1(0,0,1)	0	0	0	1(0,0,1)
- 品質・パフォーマンス指標と支払い改革	0	0	0	0	0
- 電子カルテの技術強化	0	0	0	0	0
- 医療従事者へのトレーニングや意識向上プログラム	26(2,10,14)	13(0,2,11)	3(0,1,2)	0	10(2,7,1)
- その他	3(1,0,2)	2(0,0,2)	1(1,0,0)	0	0
集団へのアプローチ	201(20,86,95)	31(6,3,22)	100(6,24,70)	33(3,28,2)	37(5,31,1)
- クイットライン	0	0	0	0	0
- スモークフリーポリシー	117(15,58,44)	8(4,1,3)	62(5,17,40)	16(1,15,0)	31(5,25,1)
- マスメディアキャンペーン	1(0,0,1)	1(0,0,1)	0	0	0
- タバココントロールプログラム	0	0	0	0	0
- タバコのリスクと禁煙の利点に関する啓発	65(5,25,35)	19(2,2,15)	25(1,6,18)	16(2,12,2)	5(0,5,0)
- その他	18(0,3,15)	3(0,0,3)	13(0,1,12)	1(0,1,0)	1(0,1,0)
2. 個人への介入					
個人へのアプローチ	459(74,282,103)	68(16,25,27)	92(14,23,55)	20(1,19,0)	279(43,215,21)
- カウンセリングおよび/または禁煙補助薬の投与	300(53,203,44)	41(12,13,16)	40(12,13,15)	11(0,11,0)	208(29,166,13)
- プロアクティブなクイットライン	0	0	0	0	0
- ショートメッセージサービス	0	0	0	0	0
- ウェブまたはインターネットベースの介入	22(6,2,14)	7(3,1,3)	11(0,1,10)	0	4(3,0,1)
- その他	137(15,77,45)	20(1,11,8)	41(2,9,30)	9(1,8,0)	67(11,49,7)

表 2. 日本の禁煙支援研究における実装アウトカムの分類

	実装アウトカム	実装アウトカム	セッティング
1. 公衆衛生介入			
プロバイダーへのアプローチ			
- 医療従事者へのトレーニングや意識向上プログラム	適切性 (appropriateness)	敷地内を禁煙にすることについて禁煙支援実施者の重要性の認識	病院
	浸透度 (penetration)	・自治体の特定健診での短時間禁煙支援の実施割合 ・連絡票 (医療機関と市町村保健センターの連携) 発行割合	地域 病院
	忠実度 (fidelity)	・適切な禁煙支援行動の実施頻度 ・禁煙支援技術の評価	地域 職域
集団へのアプローチ			
- スモークフリーポリシー	受容性 (acceptability)	全面禁煙施策の評価 敷地内全面禁煙への賛否 (大学生の意識)	学校
	採用 (adoption)	敷地内全面禁煙への賛否 (大学生の意識)	病院 学校
- タバコリスクと禁煙の利点に関する啓発	採用 (adoption)	禁煙支援活動の実施割合 禁煙支援活動の実施割合	地域 地域
2. 個人への介入			
個人へのアプローチ			
- カウンセリングおよび/または禁煙補助薬の投与	受容性 (acceptability)	禁煙支援ツール利用割合	病院
	採用 (adoption)	禁煙外来開設、禁煙支援実施割合	病院
	浸透度 (penetration)	禁煙教室・講演会実施施設割合 禁煙教室・講演会実施施設割合 クリニカルパス実施割合 禁煙支援プログラムや禁煙教室実施割合	地域 地域 病院 職域
	忠実度 (fidelity)	5Aアプローチに基づいた禁煙支援実施割合 5Aアプローチに基づいた禁煙指導実施割合	病院 病院
-webまたはインターネット介入	受容性 (acceptability)	電子メールを用いた保健指導への参加しやすさ	職域

表 3. 日本における禁煙支援実施の際の阻害要因の分類（論文、灰色文献およびアンケート調査結果含む）

2つのレベルの介入コンポーネント	阻 害 要 因			
	介入の特性	外的セッティング	内的セッティング	個人特性
1. 公衆衛生介入				
集団へのアプローチ				
- スモークフリーポリシー	<ul style="list-style-type: none"> ・相対的優先度が低い【病院】 精神症状の悪化を防ぐことが大事、近隣に迷惑がかかることを懸念 	<ul style="list-style-type: none"> ・受け手のニーズの不一致【病院】 職員からの反対 ・外的制度とインセンティブ【病院】 		<ul style="list-style-type: none"> ・個人の信念【病院】
2. 個人への介入				
個人へのアプローチ				
- カウンセリングおよび/または禁煙補助薬の投与		<ul style="list-style-type: none"> ・受け手のニーズの不一致 禁煙を希望する人が少ない【病院】 ・ワークフローとの不一致【病院】 患者のストレス解消法が喫煙【病院】 ・外的制度とインセンティブ【病院】 	<ul style="list-style-type: none"> ・資源の不足【病院】 時間や人手がない ・ワークフローとの不一致【病院】 業務の多さ 	<ul style="list-style-type: none"> ・個人の信念/知識 看護師の不十分な知識【病院】 ・セルフエフィカシーの不足【病院、地域】 ・その他の個人特性 不十分なスキル【病院】

表 4. 日本における禁煙支援実施の際の促進要因の分類（論文、灰色文献およびアンケート調査結果含む）

2つのレベルの介入コンポーネント	促進要因				
	介入の特性	外的セッティング	内的セッティング	個人特性	プロセス
1. 公衆衛生介入					
集団へのアプローチ					
- スモークフリーポリシー	・対策の効果が期待できそうだった【職場】*	・コスモポリタニズム【地域、職場】 保健所との連携 ・受け手のニーズの把握【職場】*	・相対的優位性【地域】【職場】* 優先度の高い事業として扱う	・個人の信念/知識【地域】 十分な知識	・公式に任命された担当者【学校、職場】 たばこ対策専任スタッフ（保健師・医師等）の配置
- タバコのリスクと禁煙の利点に関する啓発	・エビデンスの強さと質【地域】 ・費用【地域】*	・コスモポリタニズム【地域、職場】 保健所との連携 ・受け手のニーズの把握【職場】* ・外部の施策やインセンティブ【病院】*	・相対的優位性【地域】【職場】* 優先度の高い事業として扱う	・個人の信念/知識【地域】 十分な知識 ・個人の行動変容ステージ【地域】 ・その他の個人特性【地域】 スキル	・公式に任命された担当者【学校、職場】 たばこ対策専任スタッフ（保健師・医師等）の配置
2. 個人への介入					
個人へのアプローチ					
- カウンセリングおよび/または禁煙補助薬の投与	・対策の効果が期待できそうだった【職場】* ・費用【地域】*	受け手のニーズの把握【職場】*	・知識へのアクセスの確保【地域】 効果的な取り組みについての学習の場の提供 ・相対的優位性 優先度の高い事業として扱う【地域】【職場】*	・個人の信念/知識【地域】 十分な知識 ・セルフエフィカシー【地域】 ・その他の個人特性【地域】 スキル	
-webまたはインターネット介入	・対策の効果が期待できそうだった【職場】*	受け手のニーズの把握【職場】*	・相対的優位性 優先度の高い事業として扱う【地域】【職場】*		

*アンケート調査での上位 3 位以内の要因

表 5. 日本における禁煙支援実施の際の実装戦略の分類（論文、灰色文献およびアンケート調査結果含む）

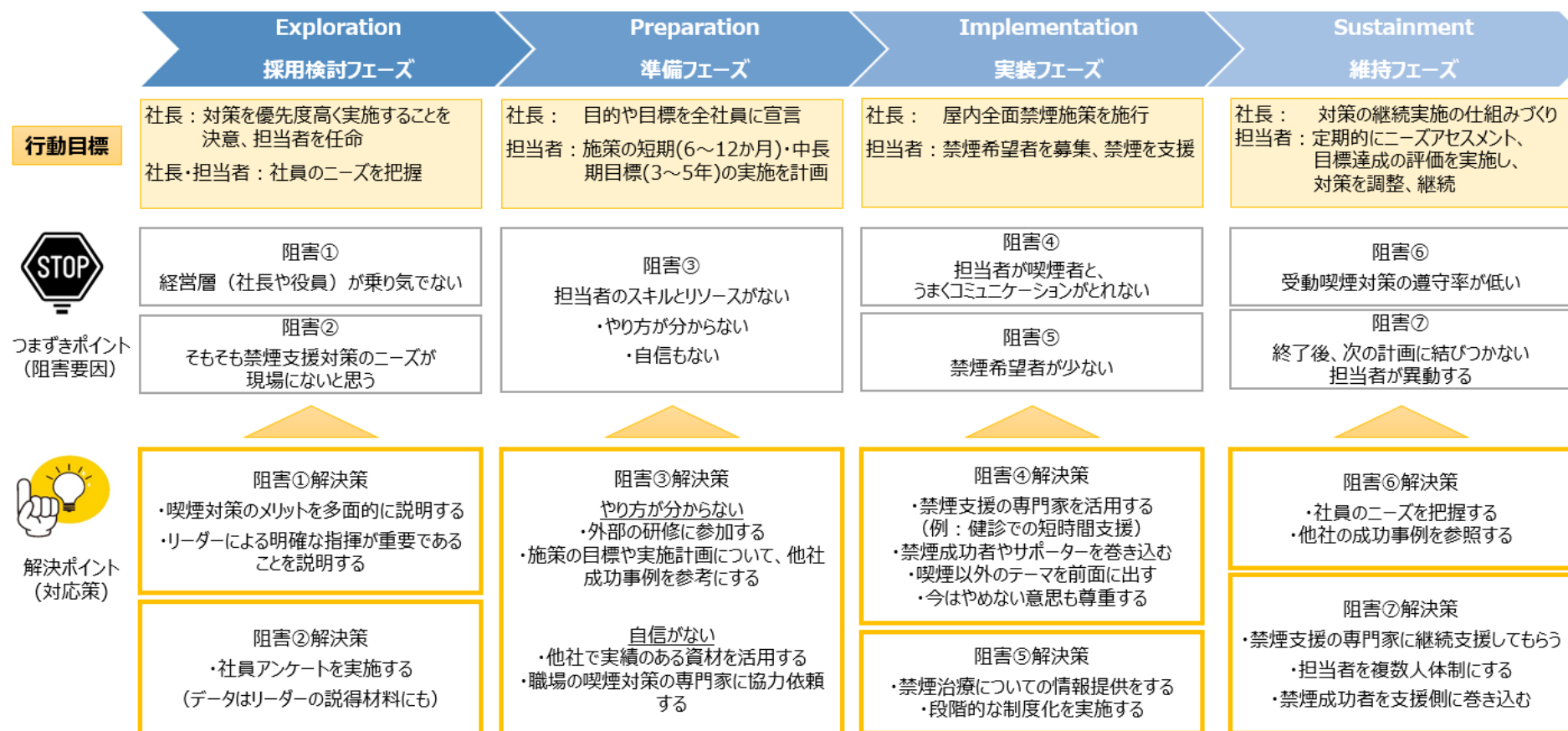
ERIC ITV Components	A. 評価的・反復的戦略	C. 背景に合わせて調整	D. ステークホルダー間の結びつき	E. ステークホルダーの訓練と教育	F. 臨床家を支援	G. 消費者に働きかける	H. 金銭的戦略を活用	I. 制度、基盤を変える
集団へのアプローチ								
スモークフリーポリシー	A-7. 品質モニタリングツールの開発【職場】 巡回 A-9. 実装のスケールアップ【職場】段階的に実施	C-2. テイラードな戦略 研究者と担当者の双方向の情報提供【病院、職場】	D-1. 連合形成【職場】 健保組合と連携 D-12. 実装チーム会議を組織【職場】 受動喫煙防止対策部門を新設	E-1. 教育会議【職場】 管理者教育、担当者への講習 E-3. 継続的な研修【職場】* E-4. 共同学習を開始【職場】 担当者間の連絡維持と情報交換 E-5. 教育資材の開発【病院】 E-6. 教育資材の配布【職場】		G-3. 患者と家族を巻き込む【職場、病院】 チーム禁煙（社内サポーター3人を依頼）、サポーターも含めた成功褒賞、家族とともに振り返り G-5. マスメディアの利用【職場】*	H-2. インセンティブ/手当の仕組み【職場】 補助制度	
- タバコのリスクと禁煙の利点に関する啓発	A-4. ニーズ評価【地域】		D-1. 連合形成【職場】 健保組合と連携	E-1. 教育会議【地域、職場】 講習会等 E-3. 継続的な研修【地域、職場】 e-learning学習プログラム E-5. 教育資材の開発【地域】 事業実施マニュアルの作成 E-6. 教育資材の配布【職場】		G-5. マスメディアの利用【職場、地域】*		
個人へのアプローチ								
カウンセリングおよび/または禁煙補助薬の投与	A-4. ニーズ評価【職場】 実態調査	C-2. テイラードな戦略【病院、職場】* ・対処行動の検討 ・問診票の改定 ・研究者と担当者の双方向の情報提供	D-1. 連合形成【職場】 健保組合と連携	E-1. 教育会議【職場、学校、病院】 管理者教育、担当者への講習 E-3. 継続的な研修【地域、病院、職場】 e-learning学習プログラムの提供 E-4. 共同学習を開始【地域、職場】 担当者間の連絡維持と情報交換 E-5. 教育資材の開発【病院】 E-6. 教育資材の配布【地域、職場、病院】 E-7. 訓練を動的にする【病院】 e-learningでのステージアップ	F-1. 新たな臨床チーム立ち上げ【病院】 F-2. 情報共有【病院】	G-2. 患者受入れと遵守を強化【職場、病院】 G-3. 患者と家族を巻き込む【職場、病院】 チーム禁煙（社内サポーター3人を依頼）、サポーターも含めた成功褒賞、家族とともに振り返り G-5. マスメディアの利用【職場】	H-2. インセンティブ/手当の仕組み【職場、病院】 補助制度、サポーターも含めた成功褒賞、賞状授与	I-4. 記録システムの変更【職場】 禁煙指導を標準化するためのクリニカルパス・説明ツール
ウェブまたはインターネットベースの介入		C-2. テイラードな戦略【職場】*		E-6. 教育資材の配布【職場】* 掲示板をのせたHPを作成		G-4. 患者を動機づけ【職場】 禁煙開始日設定		

*アンケート調査での上位3位以内の要因

図 1. 職域における効果的な喫煙対策実施のための汎用モデル

職域で喫煙対策を進める際によくあるつまずきポイントと、その解決ポイント

導入したい喫煙対策：屋内全面禁煙施策＋禁煙支援プログラム



禁煙支援対策に関する調査報告書

拝啓 時下ますますご隆昌のこととお喜び申し上げます。

この度は、国立研究開発法人 国立がん研究センター がん対策研究所 行動科学研究部が、厚生労働省科学研究費「健康寿命延伸を目指した禁煙支援のための研究」（研究代表者：島津太一）の研究調査の一環として実施しております。企業および団体における禁煙支援対策に関するアンケートおよびインタビューにつきまして、ご協力を賜り誠にありがとうございます。本調査は、厚生労働省「健康寿命をのばそう！アワード」の受賞企業/自治体/団体、および経済産業省の「健康経営銘柄」または「健康経営優良法人」の認定企業を対象とし、32の企業/自治体/団体様よりご回答いただきました。調査結果がまとまりましたので、ここにご報告申し上げます。本結果が、皆さまの今後の対策の一助となれば幸いです。

敬具

国立研究開発法人 国立がん研究センター
がん対策研究所 行動科学研究部
室長 島津太一

アンケート回答企業および団体の基本情報

<アンケート/インタビュー協力組織の内訳>

組織種類	N	%
企業	28	87.5%
自治体/保険者/一般社団法人	4	12.5%

<回答企業の内訳（28企業）>

企業規模	N	%
<50	3	10.7%
51-100	2	7.1%
101-300	3	10.7%
1001<	20	71.4%

業種	N	%
建設業	4	14.3%
製造業	13	46.4%
運輸業、郵便業	3	10.7%
卸売業、小売業	1	3.6%
金融業、保険業	2	7.1%
学術研究、専門・技術サービス業	1	3.6%
教育、学習支援業	1	3.6%
医療、福祉	1	3.6%
サービス業	2	7.1%

受賞種類	N	%
健康経営銘柄/健康経営優良法人	21	75.0%
健康寿命をのばそう！アワード	7	25.0%

禁煙支援対策	N	%
禁煙施策（屋内禁煙など）	4	14.3%
禁煙治療支援	4	14.3%
その他	1	3.6%
複合(上記を2つ以上組み合わせて実施)	19	67.9%

<禁煙支援対策「複合」の内訳（19企業）>

禁煙支援対策	N	%
敷地内禁煙＋就業時間内禁煙 ＋禁煙治療支援	4	21.1%
敷地内禁煙＋禁煙治療支援	3	15.8%
敷地内禁煙＋禁煙手当	1	5.3%
就業時間内禁煙＋禁煙治療支援	4	21.1%
禁煙治療支援＋屋内禁煙/喫煙所の廃止	4	21.1%
禁煙治療支援＋費用補助/啓発/キャン ペーン	3	15.8%

※上記にインセンティブ、費用補助や啓発活動などを追加で行っている企業もあり

<インタビュー協力組織の内訳（12企業/団体）>

業種	N	%
建設業	1	9.1%
製造業	7	63.6%
金融業、保険業	1	9.1%
教育、学習支援業	1	9.1%
サービス業	1	9.1%
自治体/保険者/一般社団法人	1	9.1%

禁煙支援対策	N	%
禁煙施策（屋内禁煙など）	1	8.3%
禁煙治療支援	3	25.0%
複合(上記を2つ以上組み合わせて実施)	7	58.3%
啓発活動（講演会、研究会、署名活動等）	1	8.3%

1. 企業の結果

1.1 受賞対象の禁煙支援対策を導入した直接のきっかけ（要因）

複数回答可の選択肢の中から選択していただいた「受賞対象の禁煙支援対策を導入した直接のきっかけ（要因）」を、実装科学に基づく「対策実施の影響要因の枠組み（[実装研究のための統合フレームワーク-CFIR](#)）」にそってカテゴリー化し、上位3つを示しています。（選択肢は別紙参照）

● 上位3カテゴリー

1位：社員のニーズがあった（27/28社）

具体的には…

社員の受動喫煙問題に対応するため／喫煙率が相対的に高いため／要望の声があったため など

2位：相対的優先度が高かった（26/28社）

具体的には…

今いる社員に少しでも長く、健康に働いてもらいたいため／

健康経営を企業戦略に位置付けているため／社員の医療費を抑制するため など

3位：対策の効果が期待できそうだった（21/28社）

● 業種、規模によるグループ別の結果

業種、規模によるグループ別に、導入した直接のきっかけをみると、「社員のニーズがあった」「相対的優先度が高かった」は企業規模や業種に関わらず多くの企業が回答していましたが、「**対策の効果が期待できそうだった**」については、【1,000人以上】の企業が、他の規模企業に比べて回答割合が高い傾向がありました。また、業種別では、【金融業・保険業】の企業が、その他の企業に比べて「他社/他自治体の取り組みを知った」の回答割合が高い結果でした。

結果から考えられること

効果のある喫煙対策を確実にすすめるためには、導入の時点で、**会社としての強い動機**が必要であることがうかがえます。それが**社員の健康課題や社員の要望から引き起こされたもの**であると、必然的に「喫煙対策」が会社の経営方針や企業戦略の中で**優先度の高いテーマとして位置づけられ**、確実に実施されるようです。また、アンケートなどを通して社員の生の声を把握し経営層に届けると、会社の中での優先課題にあがりやすいようです。

また、「この対策を自分たちが行うことで、喫煙率が減らせる、禁煙成功者を出すことができる！」といった**良い結果が期待できる対策を取り入れる**ことも重要です。保健師や産業医、NPOなどの専門家からの支援を得られると、そうした良い結果を期待できる対策を知ることができそうです。

1.2 受賞対象の禁煙支援対策が成功した理由（複数回答）

複数回答可の選択肢の中から選択していただいた「受賞対象の禁煙支援対策が成功した理由」を、「対策実施を促進する戦略の枠組み」にそって分類し、上位3つを示しています。（選択肢は別紙参照）また、事例、としてインタビューで得られた声をご紹介します。

【 】は、「対策実施を促進する戦略の枠組み」のリストの中の該当項目です。

（例 【社員の意見を活用する】、【会社/社員に合わせる】、など）

●上位6つの成功理由

1位：（24/28社）

1-2. プロジェクト実施中や実施後の感想などのアンケートをとった【社員の意見を活用する】

5-2. SNS（社内限定を含む）、電子メール、掲示板、配布資料などを活用して、喫煙対策/禁煙支援を盛り上げた【社員を巻き込む】

事例：A社（対策：禁煙治療支援 / 企業規模：1001< / 回答者：健康管理担当者）

卒煙プログラムの案内は、紙のポスターだけでなく、禁煙の成功者からのコメントを含めたサイネージ（電子看板）による30秒程度のビデオクリップを作成し、社内で流した。喫煙者には、事前に「コロナが流行しているが、タバコをまだ吸い続けますか？」というニュアンスでアンケートを取り、これを機会に止めたいと回答した人に優先順位を付けて積極的にアプローチをした。

事例：B社（対策：複合 / 企業規模：1001< / 回答者：健康管理担当者）

以前は喫煙者のみに情報提供をしていたが、喫煙者に限らず全従業員に情報提供を行った。本人の健康だけでなく、皆の健康につながっていることを伝え、対立構造を生まないように気を付けた。

3位：（23/28社）

6-2. 従業員向けの禁煙治療に関する費用補助制度を設けた【インセンティブ/補助制度の活用】

7-5. 喫煙対策に対する社長や経営層の熱意、理解、支援があった【施策や優先度の変更】

事例：C社（対策：複合 / 企業規模：1001< / 回答者：組合健保保健師）

健康宣言を出すことで会社全体として取り組むぞという体制としたことが有効であった。その際、経営層（社長や部門長）が吸わないことが大事で、トップが前向きに禁煙に取り組む姿を社員に見せることも重要であった。

5位：（22/28社）

3-1. 保健師や産業医に相談したり、指示を仰いだりした【連携する】

3-5. 禁煙成功した従業員に成功体験を語ってもらったり、禁煙の勧誘を行ってもらったりした【連携する】

事例：D社（対策：禁煙施策(屋内禁煙など) / 企業規模：1001< / 回答者：健康管理担当者）

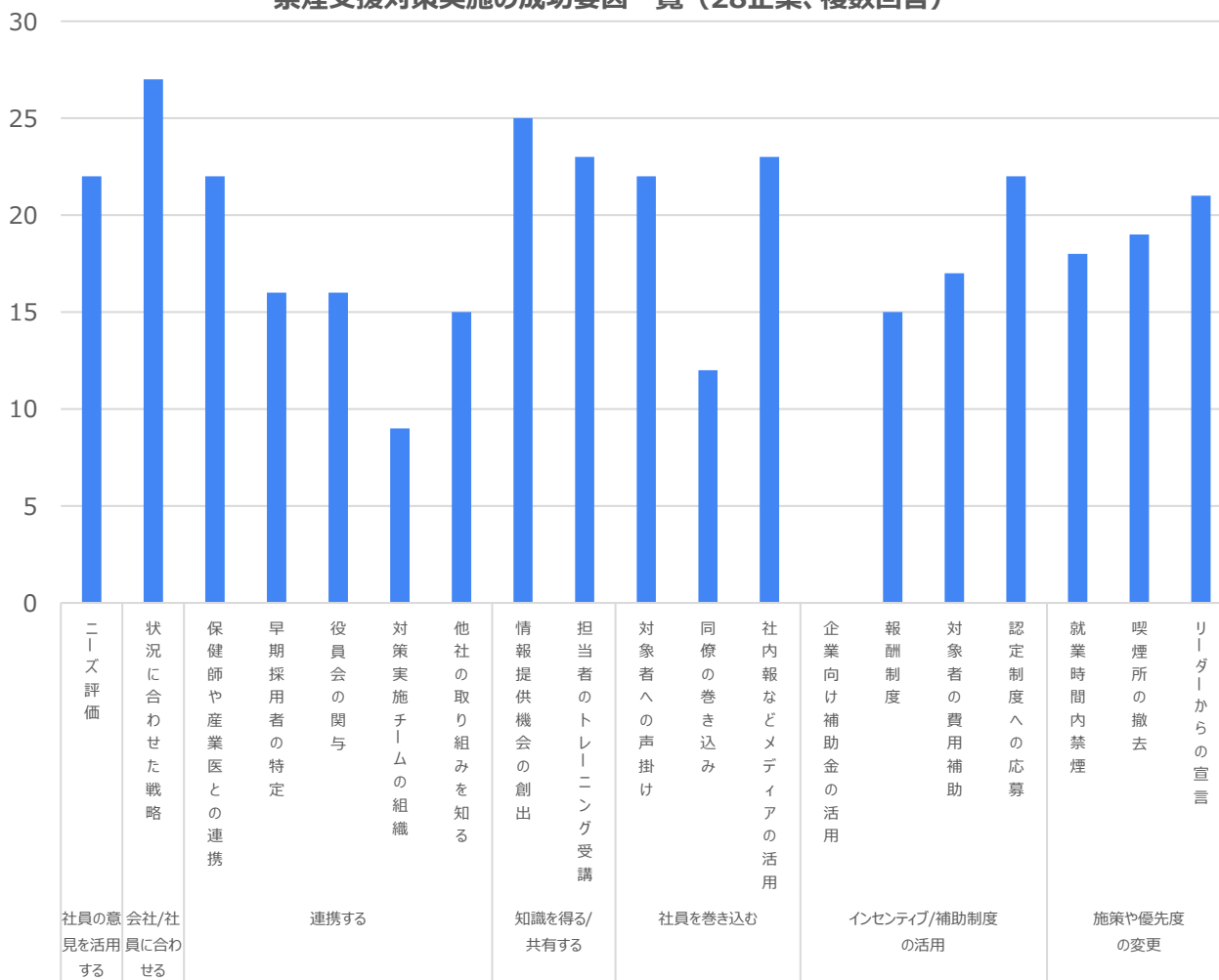
非常に熱心な、何を言われても折れないという覚悟を持った保健師がおり、その人の存在が大きかった。喫煙対策は「愛嬌」だと思っており、批判的な声を受け流す、けんかにならないように、従業員とは良い関係を持ち続けることが大事。

事例：E社（対策：複合 / 企業規模：1001< / 回答者：組合健保保健師）

卒煙プログラム参加者には事後アンケートを行い、成功体験を抽出することで、成功した人の声として、社内に紹介し、次のリクルートにつなげた。

28 企業すべての禁煙支援対策実施の成功要因の分布を下記に示します。

禁煙支援対策実施の成功要因一覧（28企業、複数回答）



1.3 受賞対象の禁煙支援対策が成功した『一番の理由』

1.2 と同じ選択肢の中から『一番の理由』として1つだけ選択いただいた項目について、実装科学に基づく「対策実施を促進する戦略の枠組み」にそって分類し、上位5つを示しています。（選択肢は別紙参照）

●上位5つの成功理由

1位：（4/28社）

7-2. 勤務時間内の喫煙を不可とする制度を設けた【施策や優先度の変更】

事例：E社（対策：複合 / 企業規模：1001< / 回答者：組合健保保健師）

社長発信で半年後の就業時間内禁煙の告知を前もって実施し、同時に2年間禁煙治療無料を開始した。喫煙環境が変わるというハード面（一番のカギ）と卒煙サポートプログラム無料というソフト面の運用がセットであったからこそ、喫煙率が大幅に低下できた。

2位：(3/28社)

7-4. 社長など社員に影響力がある人から呼びかけをもらった【施策や優先度の変更】

7-5. 喫煙対策に対する社長や経営層の熱意、理解、支援があった【施策や優先度の変更】

事例：E社（対策：複合 / 企業規模：1001< / 回答者：組合健保保健師）

社長をはじめとして、役員に禁煙をしてもらい、禁煙成功体験を社内紙に掲載した。トップが、こういう方法で禁煙に成功しました、という体験談をイントラなどで広報し、社員に示すことの効果は大きかった。

事例：F社（対策：複合 / 企業規模：51-100 / 回答者：代表取締役社長）

大事な社員を病気で失いたくない思いでたばこ対策、健康経営を続けている。社員の健康を支援・管理するのは社長の責任。対策は誰のためかという、「社員のため、家族のためだ」ということをわかってもらうこと（経営層がそれをしっかり伝えること）が大事。

4-3. 従業員に健康づくりや喫煙に関する科学的根拠（エビデンス）のある情報を提供した【知識を得る/共有する】

事例：B社（対策：複合 / 企業規模：1001< / 回答者：健康管理担当者）

対立構造を生まないように気を付けている。10年前は喫煙者のみに情報提供をしていたが、最近は喫煙者に限らず全従業員に情報提供を行っている（本や勉強会の情報から、そうするほうが良いと考えたため）。本人の健康だけではなく、皆の健康につながっていることを話しており、とくに反対の声はなかった。

5-3. できるだけ多くの同僚を巻き込んだ、協力してくれる同僚がたくさんいた【社員を巻き込む】

事例：G社（対策：禁煙治療支援 / 企業規模：1001< / 回答者：組合健保保健師）

今回の卒煙プログラムを実施する前は、保健師がいない拠点に介入ができていないことが多かった。今回は各拠点の健康管理担当者を巻き込んだことが、成功につながった。

事例：H社（対策：禁煙治療支援 / 企業規模：1001< / 回答者：企業保健師）

喫煙者が非喫煙者（サポーター）とペアを組んで禁煙にチャレンジするプログラムを提供した。非喫煙者とペアを組むことで、禁煙チャレンジャーはサポーターからの励ましを受けながら一緒に禁煙達成を目指すことができ、また、「相手に迷惑をかける」というプレッシャーを感じ、禁煙の脱落を防ぐことを狙った。プログラムでは、喫煙者だけでなく、非喫煙者にも同額のインセンティブを提供し、また非喫煙者への支援を手厚くすることで、彼らが個々の支援者として活躍してくれた。

●業種、規模によるグループ別の結果

業種、規模によるグループ別に成功理由をみると、多くの上位カテゴリーに該当した成功理由は、対策、業種、企業規模に関わらず多くの企業が回答していましたが、**勤務時間内の喫煙不可を含む【施策の変更】**については、建設業、または、従業員数50人以下の小規模事業所が、他のグループに比べて低い結果でした。また、対策別に成功理由をみてみると、禁煙施策（屋内禁煙など）のみを実施した企業は、禁煙治療支援やその組み合わせを実施した企業に比べて、成功理由の項目数が少なく、特に、「**担当者が健康づくりや喫煙に関する研修会・勉強会に参加した**」の回答割合が低い傾向がありました。

結果から考えられること

成功した要因について聞いた複数回答で上位に選択されていた【社員の意見を活用する】【社員を巻き込む】【インセンティブ/補助制度の活用】などは多くの企業が実施していました。一方で、一番の成功要因として上位に選択されたものは、これらの要因とは異なる要因でした。このことから、禁煙支援対策を成功させるための**共通した要因と、それぞれの企業の特徴（業種や文化、従業員の声など）に合った決め手となる要因を組み合わせる**ことで、対策が成功すると考えられます。また、勤務時間内の禁煙制度といった、物理的に社内ではたばこを吸いづらい**環境づくり**と、禁煙治療支援や禁煙の啓発活動などの**個人への禁煙支援を組み合わせる**ことにより、禁煙成功する社員を増やせそうです。

1.4 その他、インタビューで明らかとなった成功要因

アンケートでは項目としてあげられていませんでしたが、全面禁煙施策を実施した企業については、**一定期間をかけて、少しずつ段階的に進める**ことが成功の要因であったとの声がありました。

- 「最初は禁煙タイムを設けることからはじめ、法改正にあわせて全社的に就業時間禁煙を導入した。」（E社：対策：複合 / 回答者：組合健保保健師）
- 敷地内禁煙実施にあたっては、幹部会議で3年前から案を出して話し合っただけで実施した。しっかりした猶予期間を設けて伝えていたので、社員からの反対の声はなかった。（J社：対策：複合 / 回答者：健康管理担当者）
- 「導入前に、理念を振り返り、皆が同じものを目指す状況を作った。そして、会社としての非喫煙宣言開始の1年前から段階的に喫煙に制限をかけた。」（I社：対策：その他 / 回答者：代表取締役社長）
- 「敷地内禁煙に向けて、段階を追って、少しずつ、また他の対策を組み合わせた複合的な取り組みを行った、また、そのプロセスを社員に共有していった。」（C社：対策：複合 / 回答者：組合健保保健師）
- 「段階的に、持続可能な活動にすることが重要であった。現状分析をして、現実的な目標設定、無理のない計画を3～5年の複数年で立てることが良いと思う。」（D社：対策：禁煙施策（屋内禁煙など） / 回答者：健康管理担当者）

また、これから喫煙対策に取り組む他社へのアドバイスとして様々な声をいただきましたが、成功した理由で挙げられていた要因が再度、強調されていました。

【社員の意見を活用する】

- 信頼関係を作りながら一步一步声を聞きながらやっていくというのが大事
- 社員の声を聴いて、事業所の理解を積み上げ、経営層と議論を進め、小さなことから、あきらめずに続けていく

【知識を得る/共有する】

- アプリを使った禁煙支援サービスはいろいろあるが、データや論文等のエビデンスのあるサービスを選択すると、経営層にも社員にも勧めやすくなる。

【施策や優先度の変更】

- 社長や役員など上層部から禁煙しなければうまくいかない。会社として禁煙を掲げているにもかかわらず上層部が喫煙していると、禁煙を求められる従業員からの反発が起きやすく、担当者が板挟みになってしまう。

【その他】

- 2:6:2の法則の6に注力すると良いと思う。上の2は大きくプッシュしなくても動く、下の2は何をしても最初は動かない、6の人はプッシュしていくことで良い結果につながる可能性が高い。
- 受動喫煙対策、禁煙支援、健康教育の3本柱のやりやすい、手の付けやすいところから実施、行き詰まったら他の柱を実施するのがよい。色々な情報収集することも重要で、喫煙者に何が響くか分からないので引き出しを増やす努力をすることは大事。

2. 自治体または NPO の結果

企業以外からは、2 自治体、1 保険者、1 一般社団法人からご回答をいただき、1 NPO にインタビュー協力をいただきました。数が少ないため集計はできませんでしたが、主に成功要因として下記のような回答をいただきました。

【自治体】

- 禁煙支援対策：市民に対して保健補導委員が経年的に禁煙運動を実施
- 一番の成功要因：**【連携する】**（区の役員会や区長会との懇談会で禁煙について話し合ったり、会議中はタバコを吸わない等協力をお願いした）
- 禁煙支援対策：市独自のたばこ条例の制定、たばこ施策の推進
- 影響要因：たばこ対策の強化という時代の流れにのり、喫煙対策に対する知事/市長や県庁/市役所の管理職の熱意、理解、支援があった、国の健康増進法の改正、県の受動喫煙防止条例の制定

【保険者】

- 禁煙支援対策：加入事業所の喫煙者に対して、疾病リスクスコアを活用したオーダーメイド型のお知らせや、健康診断の機会を活用した簡易禁煙指導を実施し、高い禁煙外来受診割合を達成
- 一番の成功要因：**【会社/社員に合わせる】**喫煙者本人に対し、本人の疾病発症確率などのデータを直接通知したこと、また医師から直接指導をする機会を作ったこと

【一般社団法人】

- 禁煙支援対策：①未成年者の喫煙防止、②受動喫煙防止、③禁煙希望者への禁煙支援の3つを旗印にした禁煙活動（講演会、研究会、署名活動等）
- 一番の成功要因：**【住民への情報提供】**直接市民へ働きかけるのが近道であり、やりやすいところから始め、最初は小学生と医療者を対象とし、その後、企業へと対象を広げていった。限られた資金で地域での幅広い活動を行い、大きな効果をあげることができたのは、多職種の様々な立場の人が参加することで、異なる視点での議論ができた、また人脈を活用できたためと考えている。

以上

参考文献：島津太一，小田原幸，梶有貴，深井航太，今村晴彦，齋藤順子，湯脇恵一，立道昌幸．[産業保健における実装科学](#)．産業医学レビュー．2022．34(2);117-153．

改めまして、この度はご協力をいただき、誠にありがとうございました。今回の調査で、皆様が実施された素晴らしい禁煙支援対策の成功理由について共通の特徴を明らかにすることができました。今後のわが国の禁煙支援対策の推進にぜひ役立ていきたいと考えております。

国立がん研究センターでは、今後も禁煙対策について研究を続けてまいりますので、また研究へのご協力をお願いすることもあるかと存じます。今後も変わらぬご厚誼を賜りますようお願い申し上げます。

担当：齋藤順子、長澤知魅、小田原幸
国立研究開発法人 国立がん研究センター
がん対策研究所 行動科学研究部
メールアドレス：sc_survey@ml.res.ncc.go.jp
〒104-0045 東京都中央区築地 5-1-1

<別紙：報告書に関連するアンケート設問および選択肢>

1.1 受賞対象の禁煙支援対策を導入した直接のきっかけ（要因）

Q. 本対策を導入した直接のきっかけ（要因）として当てはまるものすべてを選択してください。

<対策そのものの要因>

- 対策の効果が期待できそうだった
- 取り組みやすそうだった
- 費用面で実施可能であった
- その他（具体的に： _____)

<貴社以外の要因>

- 他社の取り組みを知った
- 経産省の健康経営認定を取得するため
- 健康づくりを行うことで何らかの特典や報酬があった
(具体的に： _____)
- 対策実施をしてみないかと、貴社以外に所属する保健師などの専門職の人から声をかけられた
(具体的に： _____)
- その他（具体的に： _____)

<貴社内での要因>

- 社員の受動喫煙問題に対応するため
- 社員の喫煙率が相対的に高いため
- 健康経営を企業戦略に位置付けているため
- 社員からの禁煙支援対策についての要望の声があったため
- 健康管理担当者らの熱心な働きかけがあったため
- 経営層による強いリーダーシップがあったため
- 健康上の理由による社員の休職や退職を経験したため
- 健康上の理由による勤務中の事故等を経験したため
- 社員の平均年齢が上がり、社員の健康課題が増加してきたため
- 社員の医療費を抑制するため
- 採用応募者にとって魅力ある会社とするため/優秀な人材を確保するため
- 今いる社員に少しでも長く、健康に働いてもらいたいため
- その他（具体的に： _____)

1.2 受賞対象の禁煙支援対策が成功した理由（複数回答）

Q. 本対策が成功した理由として思いつくものすべてを選択してください。

- ① 社員の意見を活用する
 - 1-1. 喫煙者または/および非喫煙者のニーズを調査した
 - 1-2. プロジェクト実施中や実施後の感想などのアンケートをとった
- ② 会社/社員に合わせる
 - 2-1. 自社の風土・文化に合わせた対策を実施した
 - 2-2. 社員の要望に合わせた対策を実施した
- ③ 連携をする

- 3-1. 保健師や産業医に相談したり、指示を仰いだりした
- 3-2. 他社の取り組み事例を活用した
- 3-3. 社内の既存の委員会や組織が、対策実施に関与した（例：安全衛生委員会やなど）
- 3-4. 対策実施のための新たなチームを社内に組織した（例：禁煙支援プロジェクトチーム）
- 3-5. 禁煙成功した従業員に成功体験を語ってもらったり、禁煙の勧誘を行ってもらったりした
- ④ 知識を得る／共有する
 - 4-1. 担当者が健康づくりや喫煙に関する研修会・勉強会に参加した
 - 4-2. 社長をはじめ経営層に健康づくりや喫煙に関する科学的根拠（エビデンス）のある情報を提供した
 - 4-3. 従業員に健康づくりや喫煙に関する科学的根拠（エビデンス）のある情報を提供した
（例：禁煙セミナーやEラーニング）
- ⑤ 社員を巻き込む、動機づける
 - 5-1. 健康管理担当者による声掛けなど、個別に何らかの禁煙支援を行った
 - 5-2. SNS（社内限定を含む）、電子メール、掲示板、配布資料などを活用して、喫煙対策/禁煙支援を盛り上げた
 - 5-3. できるだけ多くの同僚を巻き込んだ、協力してくれる同僚がたくさんいた
- ⑥ インセンティブ、補助制度の活用
 - 6-1. 従業員向けのインセンティブ制度などを設けた（例：禁煙成功報酬や表彰、禁煙手当など）
 - 6-2. 従業員向けの禁煙治療に関する費用補助制度を設けた
 - 6-3. 会社として、健康寿命のばそう！アワードにエントリーした（受賞した）
 - 6-4. 会社として、経産省の健康経営銘柄/健康経営優良法人にエントリー予定（取得した）
 - 6-5. 会社向けの補助金制度（例：厚労省の職場の受動喫煙防止対策に関する各種支援事業）を利用した
（具体的に： _____ ）
- ⑦ 施策や優先度の変更
 - 7-1. 禁煙外来受診のための早退・遅刻・有休取得を可とする制度を設けた
 - 7-2. 勤務時間内の喫煙を不可とする制度を設けた
 - 7-3. 社内あるいは敷地内の喫煙所を撤去した（テナントの場合、喫煙所の使用を不可とした）
 - 7-4. 社長など社員に影響力がある人から呼びかけをもらった
 - 7-5. 喫煙対策に対する社長や経営層の熱意、理解、支援があった
- ⑧ その他
 - 8-1. その他：なるべく具体的にご記入ください。（ _____ ）

はじめに：本資料について

- **どんな人が対象？**
 - どこで : 職場（中小・大企業含む）
 - 誰に : 喫煙者、非喫煙者を含む全社員
 - 何をしている : 喫煙対策の企画・実施を担っている
 - どんな人 : 健康管理担当者、産業保健師など実際に社内で健康対策を実施している人
- **どんな時に役立つ？**
 - 喫煙対策の導入を検討している時
 - 喫煙対策を行わなくてはならないが、何から始めたら良いか分からない時
 - 喫煙対策をすでに行っているが、うまく進んでいない時
- **この資料の構成**

【知識編】

禁煙への効果が証明されている効果的な喫煙対策（受動喫煙対策、禁煙支援対策）を紹介するとともに、それらの施策の導入と実施を促進させる対応策の概要についても紹介します。

【実践編】

喫煙対策の採用、準備、実施、維持のフェーズで起こりうる対策実施のつまずきポイントに沿って、喫煙対策の実装*に成功している企業から得た対応策をご紹介します。

*実装とは、対象とする喫煙対策を、効果的、効率的に現場に組み込み、定着させること

付録：

図1. 職域で喫煙対策を進める際によくあるつまずきポイントと、その対応ポイント

参考資料、リンク、一覧

知識編 – 職場で行う効果的な喫煙対策とは

喫煙対策には、喫煙できる環境を制限する受動喫煙対策と、喫煙者に禁煙を促す禁煙支援対策の 2 種類が存在し、この 2 つを組み合わせる実施することが、喫煙率減少に効果的だと言われています。それぞれ、様々な対応策がありますので、職場の環境や状況に合わせて対策を検討しましょう。

① 受動喫煙対策

健康増進法改正について

2020 年 4 月に受動喫煙対策を強化する「改正健康増進法」が全面的に施行され、多数の人が利用する施設は、2020 年 4 月から原則屋内禁煙となりました。学校、病院・診療所、児童福祉施設、行政機関などは、患者や子どもが多く利用することから、より厳しい対応が求められ、原則「敷地内禁煙」となりました。屋内は完全禁煙で、喫煙専用室等を設置することはできません。一般の事務所、工場、飲食店、ホテルや旅館の共用部などは、原則「屋内禁煙」です。学校・病院・診療所・児童福祉施設等、行政機関の庁舎など以外の施設では、喫煙専用室や加熱式たばこ専用の喫煙室は設置できますが、禁煙エリアへ煙が流出しないための要件を満たす必要があります。また、喫煙エリアは、利用者・従業員ともに 20 歳未満立ち入り禁止です。なお、喫煙可能な施設には、法律によって喫煙場所に関する標識の掲示が求められています。

図：事務所、工場、飲食店、ホテルや旅館の共有部などの受動喫煙対策



上記の要件を満たしたとしても、完全にタバコの煙を防ぐことはできません。研究の結果から、喫煙室の扉を開け閉めする際には「ふいご」の効果によって煙は室外に押し出されるため、完璧な分煙は実現できないことがわかっています。また喫煙者の呼気にも有害物質が残ることが研究で示されており、「屋外でタバコを 1 本喫煙」した後に、喫煙者の呼気に含まれる有害物質の濃度が喫煙前の状態に戻るまでの時間は「45 分」であったことが明らかになっています。この結果をもとに、45 分ルールを取り入れる自治体や企業が出てきています。

* 45 分ルールとは、喫煙後 45 分間は敷地内または屋内などに立ち入り禁止とする措置。ただし、立ち入り禁止エリアの範囲や、禁止の程度（協力依頼か禁止か）は自治体や企業によって様々である。

受動喫煙対策の段階的な進め方

受動喫煙対策には、主に、場所を制限する方法と時間を制限する方法があります。それぞれ制限の大きさには段階を設けることが可能ですので、自社の状況に合わせて取り入れてみましょう。喫煙対策に成功している企業では、最初から最大限の対策を行うのではなく、禁煙タイムから就業時間内禁煙など、段階的に制限をかけていった企業が多いようです。事例の詳細については実践編をご確認ください。

喫煙【場所】の制限



喫煙【時間】の制限



② 禁煙支援対策

禁煙支援対策では、喫煙者の禁煙治療へのアクセスを改善することが有効です。

毎年喫煙者の約3分の1が禁煙を試みているものの、そのほとんどが自力での禁煙を試みていることもあって、1年以上の長期間の禁煙に成功できる人はわずか1~3%であるという報告もあります。たばこ依存症の人が確実に禁煙するためには、行動療法および薬物療法による治療が効果的です。禁煙外来での禁煙治療（5回の診察すべて）を受けた人では、治療終了時で約75%、治療終了9カ月後でも約50%の人が禁煙に成功しています。禁煙治療は保険適用の対象で、自己負担3割の場合、5回の診察の費用は1万3000円~2万円程度です。禁煙の成功率を上げるためにも、禁煙外来をうまく活用してもらえるような対策を検討しましょう。

<直接的な対策>

禁煙または禁煙治療を支援するための直接的な対策としては、以下のものが有効です。

- 禁煙外来補助制度：禁煙外来にかかる費用の一部／全額補助
- 禁煙補助薬購入費用補助：薬局・薬店で購入することができるニコチンパッチ・ニコチンガムの購入費用の一部／全額補助、ニコチンパッチ・ニコチンガムの配布

- 禁煙外来受診ための休暇取得の推奨
- インセンティブ（褒賞）：禁煙成功者に対して金銭的／非金銭的な褒賞を与える、あるいは非喫煙者に金銭的／非金銭的な褒賞を与える

近年は、禁煙外来や禁煙支援をオンラインやスマートフォンのアプリで受けられるサービスも複数登場してきました。オンラインやアプリを活用した禁煙治療/支援サービスは、利便性が高く病院外での継続したフォローアップなども期待できます。禁煙外来補助制度を行う企業の中には、対面とオンラインの禁煙治療/支援サービス両方を対象としている企業も少なくないようです。

また禁煙成功者に対してインセンティブを与えている企業では、非喫煙者との不公平感を解消するため、非喫煙者に対しても健康診断で問題がない場合には健康手当を支給する、などの工夫が見られました。

<間接的な対策>

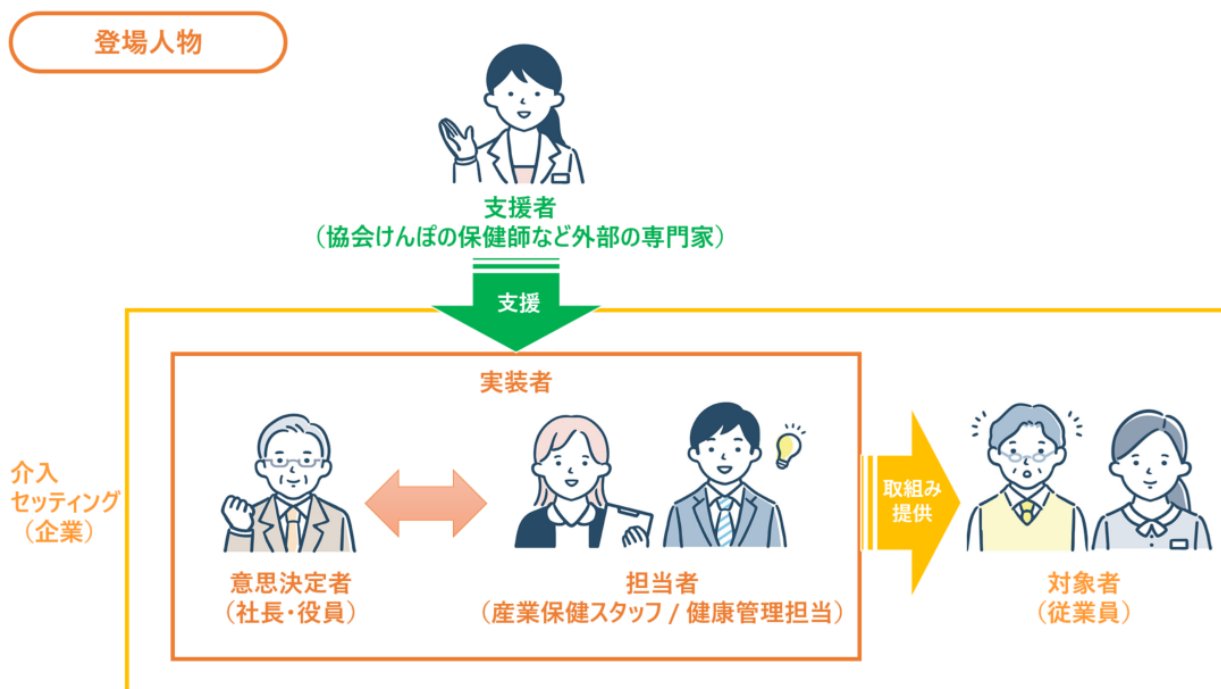
その他にも、禁煙に対する意識を会社全体で高めたり、禁煙者を応援する雰囲気醸成などの間接的な支援も、禁煙支援対策としては有効です。

禁煙を支援するための間接的な施策としては、以下のようなものが考えられます。

- 社内委員会での議案化：衛生委員会や安全衛生委員会で議題に上げ討議、年間の健康管理（安全衛生）計画に入れる
- 管理監督者への教育：実態報告や勉強会など（産業医にも協力を得られるとなおよい）
- タバコに関する社員教育：新人研修、全社研修、e-learning など（喫煙者だけでなく非喫煙者も含めて教育）
- 啓発活動：社内報やイントラネット、ポスターなどで禁煙への機運を醸成
- 禁煙支援キャンペーン：
 - ピアサポートプログラム：禁煙挑戦者の家族や同僚が禁煙サポーターとなり、禁煙挑戦者と一緒に禁煙達成を目指すプログラム。禁煙達成時に成功報酬が支給される場合も。ピアサポートの利点として、自己効力感が高まりやすいことが挙げられます。

知識編 - 効果的な喫煙対策のすすめ方とは：

企業における喫煙対策実施の際の関係者を下記にまとめました。本事例集は、濃いオレンジの枠で囲んだ、社内の健康対策の実施者（健康管理担当者や産業保健師など）向けに作成されています。ただし、そうした社内の実施者を支援する支援者（組合健保や協会けんぽなどの保健師）にも、日常の支援活動において活用できる内容となっています。



• 本事例集の特徴

産業保健を含む保健医療の領域では、研究者がエビデンスを作り、現場の担当者がそれを実践してきました。しかし、「エビデンスがあること」と「それが現場で採用され、根付くこと」、の間には大きな隔りがあることが認識されるようになってきました。これまでも、職場での健康づくりのベストプラクティス（好事例）の報告は数多くありますが、「なぜその取り組みが成功したのか？」「なぜ他社では成功しないのか？」「他の現場でもその取り組みを成功させるには何が必要なのか？」についての知見は十分に示されていませんでした。

そこで本事例集では、会社ごとに事例をまとめるのではなく、多くの会社が共通して抱えるつまずきポイントを明らかにし、そのポイントごとの対応策を示すことで、様々な業種や規模の会社の担当者の方々に有効な事例集となることを目指しました。担当者の方は、自社の喫煙対策のつまずきポイントを把握し、その対応策を読むことで、より自分たちの現場に合った対策のヒントを得て、喫煙対策の促進に役立てていただきたいと思います。また、つまずきポイントは対策のフェーズ（下記キーワード参照）によって変化していきますので、対策実施の検討時期から維持されるまでの長きにわたり、活用できます。

- **本事例集のキーワード**

- **フェーズ**

本事例集では喫煙対策の実施を4つのフェーズに分けています。何らかの新たな喫煙対策の採用（導入）を検討する「採用検討フェーズ」、実施の準備をする「準備フェーズ」、実際に実施を開始する「実施フェーズ」、対策が継続的に実施される（定着する）「維持フェーズ」の4つです。

- **行動目標**

本事例集では、下記のようにフェーズごとに経営層よび担当者の行動目標を示しています。

採用検討フェーズ：職場の健康づくりを成功に導くためには、従業員の健康の維持・増進を経営戦略としてとらえ、健康づくりの取り組みを事業所全体での活動にしていくことが重要です。また、健康づくりの取り組みを事業所の業務の一つとして明確に位置づけ、喫煙対策を担当する人(担当者)を任命しましょう。担当者は喫煙対策に対する従業員のニーズを把握しましょう。

準備フェーズ：喫煙対策に取り組むことが決まったら、何のためにやるのか、また、いつごろまでにどのくらい喫煙率を下げたいのか（施策の短期（6~12か月）および中期目標（3~5年））を決めましょう。そして、社長の口から事業所の目標を直接伝えることで、社長の喫煙対策に向かう「本気度」が伝わります。また、目指すべきものが従業員の間で共有され、非喫煙者も含めた「事業所全体として」喫煙対策に取り組む動機づけにつながります。そして担当者が中心となり具体的な実施計画を立てましょう。

実施フェーズ：社長から宣言を皮切りに、周知活動を展開し、禁煙希望者を募集しましょう。喫煙者のリクルートには、集団での呼びかけに加えて個別での声掛けが重要です。その後は継続的に禁煙状況を確認し支援しましょう。また、屋内禁煙施策などのたばこを吸いにくい環境づくりもあわせてすすめていくとより効果的です。

維持フェーズ：採用フェーズで立てた短期的な目標の達成予定時期には、目標の達成度とともに、実際に行った活動を評価しましょう。定期的に従業員へのニーズアセスメントを行い、その結果も評価に活かしましょう。有効だったと思われること、課題、新たに取り入れることなどを経営層も含めて話し合い、次の短期目標につなげ、こうして継続的にPDCAサイクルをまわしていきます。

- **つまづきポイント（阻害要因）と対応ポイント（対応策）**

本事例集では、効果があるとわかっている対策を現場で実施する際に、その実施を阻害あるいは促進する要因を見出すためのフレームワーク（実装研究のための統合フレームワーク：CFIR と呼ばれます）の中から、喫煙対策において特に直面しやすい阻害要因を「つまづきポイント」として7つ選択しました。そして、それぞれの阻害要因に応じた、対策の実施を促進するための戦略を、「対応ポイント」として示しました。

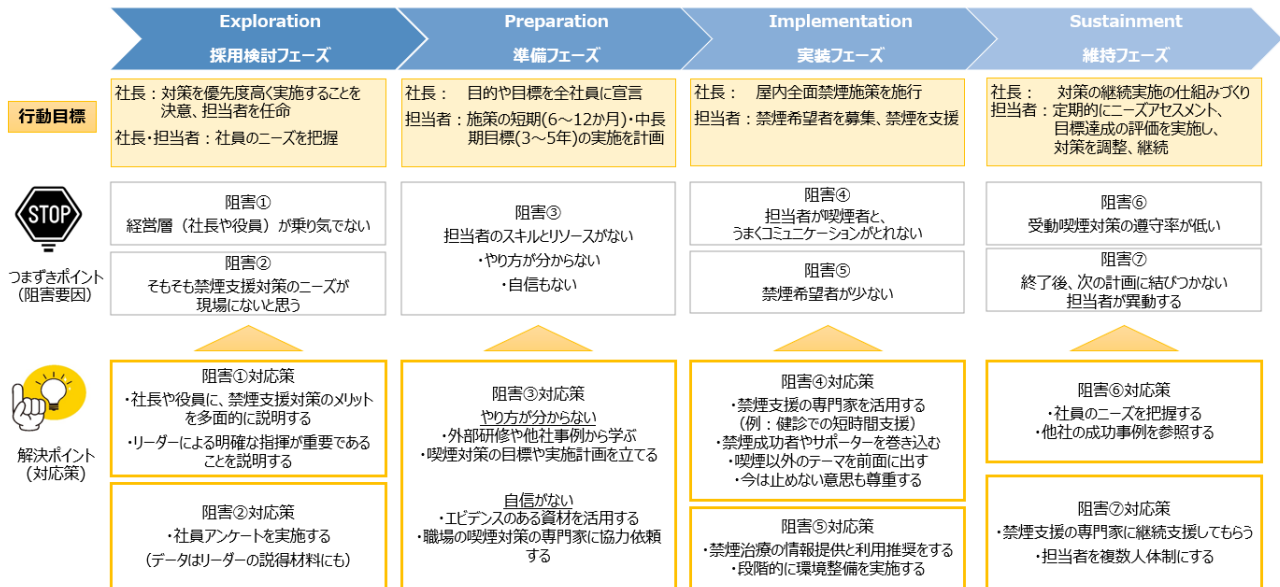
*本事例集では社長と記載していますが、従業員にとって顔が見える経営トップとしてあなたの会社で該当する人（代表取締役、社長、CEO など）に当てはめてお読みください。

実践編：

以下の図では、職場で喫煙対策を進める際によくある、つまりポイント（阻害要因）と対応ポイント（対応策）を、実装のステージごとにまとめました。実践編では、各阻害要因について、他社の成功事例も含めて対応策を提案します。

職域で喫煙対策を進める際によくあるつまりポイントと、その解決ポイント

導入したい喫煙対策：屋内全面禁煙施策＋禁煙支援プログラム



（本事例集最後に拡大図あり）

採用検討フェーズ

阻害①：経営層（社長や役員）が乗り気でない

ケースシナリオ：

企業保健師の A 氏は、今年こそは自社の禁煙支援対策を強化したいと思っていた。これまで禁煙支援対策を何度か役員に提案しているが、社長や役員が承諾はしてくれたが乗り気ではなかった。禁煙の健康面での利点については説明しているが、他にどんな要素があれば、役員が積極的に支援してくれるか、悩んでいる。

対応策の提案：

まずは社長や役員が乗り気でない理由をさぐってみましょう。禁煙支援対策に成功している団体で共通していた要因は、トップのコミットメントや、組織として取り組む姿勢を明示することでした。禁煙支援対策を企業として取り組む姿勢を示すことで、社内全体の意識向上に繋がります。トップのコミットメントを得るために、社長や役員の意識を高め、企業としての取り組みの優先度を高めることが重要です。そのためには、喫煙対策のみに注目するのではなく、この取り組みにより企業としてどのようなメリットがあるかを伝えていくことがよいでしょう。社長や役員が乗り気でない理由を考慮しつつ、

社長や役員と会話をしてみましょう。

よく見られる理由

- 禁煙支援対策により会社にどのようなメリットがあるのかという情報が不足している ⇒ 対策 1 へ
- 社長や役員が健康づくりについては自分の役割でないと思っている ⇒ 対策 2 へ

対策 1：社長や役員に、禁煙支援対策のメリットを多面的に説明しましょう

社長や役員が乗り気でない理由として、そもそも禁煙支援対策として会社が何をするのかという情報が不足していた、という場合があります。禁煙は、喫煙社員の健康に繋がるだけでなく、様々なメリットをもたらします。例えば、二次喫煙、三次喫煙の予防、社員の健康維持による保険料負担の軽減・雇用の安定などがあります。また健康支援に注力していることを内外に訴求することで、優秀な人材の確保や今いる社員のエンゲージメント強化も期待できます。

★成功事例エピソード

A 社（業種：製造業、規模：1001<、担当：産業医）

禁煙支援対策への反対勢力は当初は喫煙者自身であったが、最後まで反対勢力として残ったのは、「喫煙者にやさしい顔をする（非喫煙の）役員」だった。吸うのも権利だから仕方ない、あまり強く言うのはよろしくないのでは、などの意見があった。そのような人たちには喫煙や禁煙に関する科学的根拠に基づく情報を共有したり、他社の取り組みを共有することで納得してもらった。

対策 2：リーダーによる明確な指揮が重要であることを説明しましょう

社長や役員が乗り気でない理由として、健康づくりは自分の役割ではないと思っている場合もあります。職場の健康づくりを成功に導くためには、従業員の健康の維持・増進を経営戦略としてとらえ、健康づくりの取り組みを事業所全体での活動にしていくことが重要です。そのためには、事業主自身が職場の健康づくりが会社にもたらすメリットを理解し、従業員に向けて自ら発信することが第一歩となります。事業主の宣言があることで、担当者や保健スタッフも活動を推進しやすくなり、対策を円滑に進めることにもつながります。また、経営理念に、職場の健康づくりについて明文化することが有効です。

★成功事例エピソード

B 社（業種：製造業、規模：1001<、担当：健康管理担当者）

数年前に健康宣言を出したことで「会社全体として取り組むぞ」という体制になった。この時に健康保険組合とも相談をして対策を決めた。社長や役員の禁煙は簡単ではなかったが、長年顔を合わせる度に声掛けをしたり、トップとして姿勢を示すべきという認識を伝え続け、名誉会長以外は全員禁煙に成功した。トップが、こういう方法で禁煙に成功しました、という体験談をイントラネットなどで広報し、社員に示すことの効果は大きかった。

阻害②：そもそも禁煙支援対策のニーズが現場にないと思っている

ケースシナリオ：

運送業企業の総務部職員で健康管理を担当する B さんは、今年度の喫煙対策を考えている。健康増進法改正が施行されたこともあり、社長も喫煙対策に予算をつけてくれるようだ。しかし、社員の喫煙者はヘビースモーカーが多く、禁煙治療の費用補助制度を作っても果たして使われるのだろうか、という不安もある。試しに、喫煙者の一人に話を聞いてみたところ、「支援をしてもらってもやめる気はない。病院は嫌いだし、やめたいと思ったら自力でやめる。」と言われてしまった。このまま禁煙支援対策を導入して良いものか頭を悩ませていた。

対応策の提案：

健康管理担当者の B さんは、禁煙支援対策を行っても誰も利用してくれないのではないかと、対策の実施に不安を抱いているようです。このような状況では、禁煙支援のニーズがないと思込むことで、禁煙支援対策を実行に移すための一歩を踏み出しにくい場合もあります。しかし、研究班の調査では、現場のニーズはむしろ対策の実施を後押しした、という事例が複数ありました。実際にニーズを聞いてみたら、非喫煙者・喫煙者ともに想像以上に喫煙対策に好意的であり、その声が対策導入の後押しになったケースも少なくありませんでした。喫煙者には色々な考えの人がいるため、数人の意見をもって喫煙者全体の声だと決めずに、まずは、社員の声を客観的に把握してみましょう。

対策：社員アンケートを実施してみましょう

非喫煙者も含め、会社の喫煙対策についてアンケートを行い、実際に社員がどのように考えているのか把握してみましょう。また喫煙対策への支持が多い場合には、そのデータが社長や役員を説得する材料にもなります

★成功事例エピソード

B 社（業種：製造業、規模：1001<、担当：健康管理担当者）

全社のアンケート調査を行ったところ、喫煙者の 8 割が禁煙に前向きだった。また非喫煙者の 7 割がたばこをやめてほしいと思っており、禁煙支援プロジェクトの実施が決定した。

C 社（業種：製造業、規模：1001<、担当：企業保健師）

まずは、小規模事業所の内勤者を対象に、健康診断のタイミングで喫煙者向けにアンケートを実施した。禁煙や屋内禁煙について意向を聞いたところ、好意的な意見が多かったので、屋内禁煙に踏み切ったという成功事例を作った。それ以降は、喫煙者/非喫煙者の両方にアンケートを実施し、その結果を社員や経営層に公表している。経営層は意思決定の際に、喫煙者の意向がどうなのかを気にするので、アンケート結果があることが判断材料になっている。

準備フェーズ

阻害③：担当者のスキルとリソースがない、やり方がわからない、自信もない

ケースシナリオ：

製造業企業の総務部で職員の健康管理を担当する C さんは、今しがた部長より喫煙対策の実施を命じられ途方に暮れていた。今年から健康経営に取り組むことが役員会議で決定し、喫煙対策を強化するよう社長から指示があったという。部長からは次の役員会で喫煙対策の進め方を提案するため、企画書を準備するよう要請があった。同社では喫煙対策は分煙のみであり、喫煙率は 30%程度である。部長クラスに喫煙者が多く、よく喫煙室で談話しているのを目にしていた。C さんは過去に喫煙対策に携わった経験がなく、果たして自分がその人達を説得できるのか、不安な気持ちを抱えていた。

対応策の提案：

健康経営に取り組むため、喫煙対策を強化することが決定したものの、健康管理担当者の C さんはやり方が分からず、また対策の実行に自信がない様子が見えます。そんな場合は、一人で抱え込まずに、外部のリソースをフル活用しましょう。

対策 1：外部研修や他社事例から、やり方を学びましょう

喫煙対策は多くの企業や団体が取り組んでいる健康施策であり、様々な研修会が開催されています。まずはそれらの研修会に参加してみましょう。地域の研修会であれば、地元の医療者や専門家との人脈づくりにも繋がり、有益な情報が得られるかもしれません。

また喫煙対策については、厚生労働省の受動喫煙対策事例や、スマートライフプロジェクト、経済産業省の健康経営事例集などで、他社の事例が紹介されている場合があります。自社と同業、または同規模な企業の活動事例は、参考にしやすいかもしれません。

★成功事例エピソード

D 社（業種：金融業・保険業、規模：1001<、担当：人事・保健師）

本社だけでなく各支社の保健スタッフも学会や研修会によく参加している。地元開催の学会では行政、学校、医療との人脈づくりにも繋がり、他領域での喫煙対策を学べる良い機会となっている。研修で得た情報は、経営層へのエビデンスの提供や、従業員への情報提供にもつながっている。また喫煙者へのアプローチにおいては書籍を参考に、動機付け面接のテクニックを取り入れている。

E 社（業種：製造業、規模：<50、担当：健康管理担当者）

商工会議所、協会けんぽ、市役所から研修会の案内が頻繁に届いていたので、その中から選んで参加した。大学の先生が講師で一般人も参加できるセミナーであったが、とても有意義だった。

F 社（業種：教育、学習支援業、規模：51-100、担当：役員）

社長自身が研修に参加し、先行事例の他社社長の実際の声が刺激となり、全面禁煙を決意できた。専門家の先生方から、敷地内禁煙を実施する前には、喫煙者が近隣の施設に流れる可能性があるため近隣に挨拶にいくと良いなど、細かな助言をもらい、役立った。

対策2：喫煙対策の目標や実施計画を立てましょう

喫煙対策の実施を検討する際には、施策の目標や実施計画を作成することが重要です。喫煙者に禁煙してもらおう、というのは簡単なことではありません。やみくもに、喫煙率を減らすという目標を立てるのではなく、具体的で現実的な目標をたて、それに伴う実施計画を立てることで、やるべきことが明確になります。また、目標が達成できない場合には対応方法を検討するなど、改善に向けたアクションを取ることも可能になります。目標や計画を立てる際には、担当者自身も無理なく進められるように、課題を細分化して行動リストにし、優先順位をつけながら実施していきましょう。まずは成功体験を作ることが大切ですので、段階的に小さな成功を積み上げていくのが、長期的に喫煙対策を成功させる秘訣です。多くの企業では、事業を推進するために PDCA（Plan, Do, Check, Act）を回していると思います。喫煙対策においても PDCA を回してみましょう！

★成功事例エピソード

A 社（業種：製造業、規模：1001<、担当：産業医）

現状分析をして、現実的な目標設定、無理のない計画を 3-5 年の複数年で立てることをお勧めする。役員の理解や熱意があれば、もう少し短いスパンでも良いかもしれない。段階的に、持続可能な活動にすることが重要。

対策3：エビデンスのある資料を活用しましょう

喫煙は喫煙者自身にも周囲の人にも健康被害をもたらします。しかし、喫煙は個人の自由意志であるという意見もあり、禁煙を強固に進めると反発心をもたれる可能性もあります。そこで説得力をもつのが、エビデンス（証拠）です。科学的な証拠のある情報提供は、経営層や社員の理解に役立ち、納得感を醸成します。また、禁煙を促すコミュニケーションについて、様々な工夫を凝らした資料も作成していますので、ぜひそれらを活用することをお勧めしましょう。本資料の付録に、禁煙を促す資料を紹介していますので、ご確認ください

対策4：職場の喫煙対策の専門家に協力を依頼しましょう

喫煙対策を検討する際には、企業・団体で関係のある産業医や保健師に相談してみましょう。もし周りに相談できる人がいない場合には、禁煙支援の専門家に協力を依頼しましょう。厚生労働省では、受動喫煙防止対策に係る相談支援を無料で提供している他、研修会への講師を無料で派遣しています。また各地方自治体でも相談窓口を開設している場合もありますので、自治体のホームページも確認してみてください。受動喫煙対策については、財政・税制上の制度もありますので、どの制度が利用可能かも、相談窓口で聞いてみると良いでしょう。利用可能な外部支援情報は付録を参照ください。

★成功事例エピソード

F社（業種：教育、学習支援業、規模：51-100、担当：役員）

毎年講師派遣を利用し、社員にセミナーを行っている。知識は大事。思うほど、皆、タバコや受動喫煙の害を知らない。

実施フェーズ

阻害④：担当者が喫煙者とうまくコミュニケーションが取れない

ケースシナリオ：

製造業企業の総務部職員で健康管理を担当するDさんは、やっとのことで社長や役員から喫煙対策実施の承認を得て、今年度から施策を実施できると意気込んでいた。施策としては、就業時間内禁煙と禁煙治療費用補助の2本立てである。これら施策の実施にあたり、専門家を呼んで全社員向けに禁煙セミナーを行った他、広報誌やメール、ポスター等で周知徹底を行った。しかし、施策実行から半年が経過しても、禁煙希望者は片手で数える程度であり、お昼休みには喫煙室が賑わう状況が続いている。喫煙室に出向き禁煙を勧めてみたが、軽くあしらわれてしまい、落ち込んでいる。Dさんはこの経験から、喫煙者へのコミュニケーションを躊躇するようになってしまった。このままでは今年の喫煙対策目標が達成できそうにない。

対応策の提案：

いざ、喫煙対策を実施したものの、喫煙者とうまくコミュニケーションがとれなくて困ってしまう、というのはよくあるケースです。そんな時には、周りの人を巻き込んだり、喫煙以外のテーマからアプローチするなど、方法を変えてみましょう。喫煙はニコチン依存症であることを踏まえ、すぐに禁煙してもらおう、というよりは、喫煙者と一緒に禁煙への階段を一步一步進むというイメージで、気負わず気長に対応することが成功のカギです。また、禁煙支援のためのコミュニケーションのコツについて、学ぶこともおすすめです。

対策1：禁煙支援の専門家を活用しましょう

禁煙を始めたきっかけとして、「自分自身の健康が気になったから」が最も多い理由であるという調査結果があります。健康を意識するタイミングである、健康診断を活用して、禁煙を勧めてみてはどうでしょうか？健診時や保健指導において、医療者から短時間でも禁煙を進めることが推奨されています。健診機関に対して自社の喫煙対策の取り組みを共有し、喫煙者には積極的に禁煙意思の確認や受診勧奨をしてほしい、と依頼してみましょう。

対策2：禁煙成功者やサポーターを巻き込みましょう

身近な人の体験談は、行動変容のために必要な「自分事化」に効果的とされています。また身近な人の成功体験は、「あの人もできたのだから、自分にもできるかもしれない」という自己効力感を向上させてくれます。禁煙成功者の体験談を発信したり、禁煙成功者から喫煙者に禁煙を呼び掛けてもらったりすることはとても効果的です。ぜひ禁煙成功者を活動に巻き込み、禁煙の輪を広げましょう！また家族や友人からの声掛けも禁煙をはじめのきっかけとして報告されています。会社からの呼びかけだけでなく、社員同士で声かけをする仕組みを作ったり、家族に禁煙施策の情報を共有することで家族から声掛けをしてもらうことも一案です。さらに、喫煙者が禁煙に取り組むことを決定した際には、禁煙挑戦者のピアサポーターとして同僚などを任命することで、人から見られている意識が高まり、禁煙成功に繋がりがやすくなります。ぜひやってみようかなと思わせるような「演出」を取り入れましょう。

★成功事例エピソード

C社（業種：製造業、規模：1001<、担当：企業保健師）

トップがこういう方法で禁煙に成功しました、という体験談をイントラネットで共有した。

B社（業種：製造業、規模：1001<、担当：健康管理担当者）

アンケートを実施し、そこで得られた禁煙成功者の声をイントラネットで社内に共有した。サポーターシールを作成し、誰もがチャレンジしている人を応援します！という意思表示ができるようにした。

G社（業種：製造業、規模：1001<、担当：企業保健師）

非喫煙者とペアを組んで禁煙に挑戦することで、相手に迷惑をかけられないというプレッシャーを醸成し、禁煙成功につなげた。

対策3：喫煙以外のテーマを前面に出しましょう

多くの喫煙者は、禁煙を一度は勧められたことがあり、タバコの害についてもある程度は理解している可能性があります。中には、禁煙を勧められること＝自身の行動を批判・攻撃されている、と感じる人もいるため、禁煙をダイレクトに促すことは、喫煙者の心を閉ざしてしまう可能性があります。そのような場合には、メインのテーマをタバコから、別の話題に切り替えましょう。たとえば、子どもやお孫さんの話題から、「まだまだ健康で働き続けたいいけないですね」という共通認識を醸成し、健康対策として、禁煙だけでなく運動や食事などの話題も盛り込んで話すと、喫煙を攻撃されているという意識を軽減できるかもしれません。また喫煙者の中には、喫煙をストレス解消法と位置付けている方もいるため、ストレスマネジメントの視点でアプローチすることも有用かもしれません。喫煙者の方に、「ストレスが多そうで心配です。効果的なストレス解消法があるので試してみませんか？」とアプローチし、ストレス状況と現在の発散状況を確認した後、タバコ以外のストレス解消法を増やすことを提案してみましょう。タバコ以外のストレス解消法がうまく身に付けば、結果的に喫煙本数が減ったり、禁煙に繋がる場合があります。

またタバコに言及する際には、健康への害だけでなく、生活面への影響という側面から話してみることも有用です。タバコを吸うことで、時間が奪われる、老けて見える、たばこ代がかかる、病気になって医療費がかかる、家族も道づれにする、など、喫煙には5つのもったいない、があるとされています。これらの時間、外見、金銭、家族への影響といった話題からもアプローチしてみましょう。

対策4：今は止めない意思も尊重しましょう

禁煙を勧められることで攻撃されていると感じる喫煙者もいます。喫煙者は、言葉や表情には出さなくても、頭の中では「タバコ止めた方がいいのかも」「いや、このままタバコを吸い続けても大丈夫」など様々な気持ちが綱引きをしていると言われています。そのことを心に留め、そのような人がさらに聞く耳を持たなくなってしまうように、禁煙支援は強制ではなく、禁煙を希望する人への支援であるということ、今は禁煙しないという選択肢も尊重されるということ、明示的に伝えましょう。禁煙を決意するタイミングは、人それぞれです。その人のタイミングが来るまで、気長に待つ姿勢も大切です。

★成功事例エピソード

C社（業種：製造業、規模：1001<、担当：企業保健師）

喫煙者がおいやられることにならない対応を心掛けている。その人が辞めたいと思うタイミングで取り組める準備をしながら、地道に繰り返し啓発している。

D社（業種：金融業・保険業、規模：1001<、担当：人事・保健師）

喫煙者の心理をよく理解し、動機付け面接のテクニックを使うようにしている（本で勉強）。喧嘩をしないこと、またこの保健師と話したいと思わせるように意識している。喫煙者が禁煙したい「いつか」がやってきたときに、思い出してもらえることが大事だと思っている。

阻害⑤：禁煙希望者が少ない

ケースシナリオ：

製造業企業の総務部で職員の健康管理を担当する Cさんは、健康経営銘柄取得に向けて、禁煙治療の費用補助を導入し実施しているが、参加者が増えない状況にある。喫煙者からは、「いつかは禁煙をとっては考えているが、病気じゃないのに病院に行くのはいやだ」という声も聞こえてくる。受動喫煙対策としては、屋内全面禁煙を行いたい、まだ取り組めていない。これ以上、禁煙希望者を増やすためには、禁煙希望者への支援を手厚くするとともに、屋内全面禁煙が必要だと思っているが、どう実行したら、喫煙者の反発を買わずに、禁煙者増につなげられるのか、次の打ち手を検討している。

対応策の提案：

喫煙は依存症であり、自主的に禁煙を決意できる人は限定的です。そのため、環境を整えることで、禁煙しやすくするアプローチを強化することが必要となってきます。禁煙治療への費用補助は少額で始めやすいアプローチですが、さらに踏み込んで、禁煙成功者への成功報酬や、就業時間内に禁煙外来を受診できる制度など、治療へのアクセスを改善することは一定の効果が期待できます。

また喫煙対策は、喫煙者に禁煙を促す個別支援に加えて、喫煙できる環境を制限する施策の両方を組み合わせて実施すると効果的です。喫煙できる環境を制限する施策として、屋内禁煙施策を実施する際には喫煙所の段階的な縮小から始めたり、就業時間内禁煙を実施する際には、喫煙を禁止する時間帯を定める禁煙タイムを数時間設定したり、毎月22日は就業時間内禁煙（スワンスワンの日）に設定するなど、段階的に導入することで、対象者が受け入れやすくなる場合があります。またどこか一部の事業所でモデル事業として試験的に実施をし、そこでの学びを踏まえて、より広い事業所に展開することも良いでしょう。

対策1：禁煙治療の情報提供と利用の推奨を実施しましょう

禁煙への挑戦を躊躇する理由として、自分にはできない、とってしまっている場合があります。禁煙外来で禁煙治療

を行うことで自力で禁煙するよりも楽に禁煙することができる、という禁煙治療のメリットを十分に伝えましょう。禁煙に関心がある従業員には、禁煙外来の場所や治療の内容・費用などの情報を提供しましょう。禁煙外来を活用してもらう方法は、知識編を参照ください。

★成功事例エピソード

E 社（業種：製造業、規模：<50、担当：健康管理担当者）

お金が絡むと人は動く。毎月最大 25000 円の健康手当（支給条件：非喫煙者、健康診断で 2 次検査に該当しない、会社が健康であると認める）は禁煙のかなり大きな動機になっていると思う。

H 社（業種：建設業、規模：<50、担当：役員）

個人へのインセンティブとして、最初に禁煙の手上げをした人は 5 万円、2-5 番目の人には 1 万円、6 番目以降の人は無し、と早く手上げさせる工夫をした。

I 社（業種：サービス業、規模：101-300、担当：企業保健師）

従来の禁煙外来とオンライン禁煙治療プログラムの両方を採用しており、喫煙者が禁煙しやすい方法を選べるようにしている。

対策 2：喫煙しにくい環境整備にむけて段階的な制度化を実施しましょう

屋内禁煙や敷地内禁煙施策、就業時間内禁煙は、喫煙者の禁煙意思に関わらず、全ての喫煙者に影響を与えることから、導入や制度化には注意が必要です。最終的には、屋内禁煙や敷地内禁煙を実現するためには、段階的に取り組み、周囲の理解を得ながら、徐々に制限を強くしていくのが成功の秘訣です。また取り組みを始める前に、喫煙者のニーズ調査を行うことで、喫煙対策の受け手の準備状況が把握で、適切に進めることが可能になります。ある事業所では、就業時間内禁煙を導入するにあたり喫煙者にアンケートをとり、3 ヶ月先の年度初めに開始しても良いか、段階的に禁煙時間を設けて 1 年先から完全に就業時間内禁煙にするか聞いたところ、8 割くらいが 3 ヶ月先で良いとの回答したため、3 ヶ月先から開始することを決定しました。受動喫煙対策における段階的な進め方については知識編を参照ください。

★成功事例エピソード

J社（業種：サービス業、規模：1001<、担当：企業保健師）

2020年度の全社禁煙化開始に向けて、トライアル施策を事業所単位で行い、PDCAサイクルを回しながら、効果的に実施した。トライアル施策では、①禁煙デーや禁煙タイムの段階的拡大、②喫煙ルームの閉鎖、③喫煙対策検討会の設定・定期開催、④禁煙パトロール、⑤ルールの周知、⑥啓発・教育、⑦社内産業保健職による個別禁煙指導を行った。

H社（業種：建設業、規模：<50、担当：役員）

全社員非喫煙宣言を行うことを1年前に宣言し、段階的に喫煙の制限をかけた。

C社（業種：製造業、規模：1001<、担当：企業保健師）

最初は禁煙タイムを設けることからはじめ、法改正にあわせて全社的に就業時間内禁煙を導入した。また小規模事業所で建物内禁煙をパイロット的に実施し、成功事例を作るところからはじめた。

維持フェーズ

阻害⑥：受動喫煙対策の遵守率が低い

ケースシナリオ：

建設業の E 社は、社長の強いリーダーシップのもと早くから健康づくりに取り組み、屋内禁煙施策や就業時間内禁煙も同業の中では先駆的に導入している。しかしながら、加熱式タバコであればいいだろうという認識が社内に広がり、屋内での加熱式タバコの使用は黙認されている状況である。さらに、現場事務所は、他社と合同で使用するため、E 社の禁煙施策を強要する訳にはいかず、結果的に E 社の従業員であっても、事務所内の喫煙室での喫煙、また、勤務時間中の喫煙が可能となっている実態がある。現場で働く従業員は社内の従業員の多くを占め、内勤の従業員と比べて喫煙率も高い。彼らにも会社の施策を遵守してもらうためには、どうしたらよいか総務の担当者 A さんは頭を悩ませている。

対応策の提案：

いざ、受動喫煙対策を実施したものの、喫煙者が十分に遵守してくれなくて困っている、というケースです。そんな時には、今一度、喫煙者、非喫煙者両方の社員の声に耳を傾けてみましょう。匿名のアンケート（自由記載含）は、喫煙者の禁煙への関心やタバコに関する不満など、日ごろの会話だけでは拾えない声を把握できる有効な方法です。また、ただ声を拾うだけでなく、社員から、喫煙対策の何らかの取り組みを発案してもらうこともあるかもしれません。さらに、同業他社の成功事例を紹介することで行き詰まりを打破するヒントが得られる可能性があります。

対策 1：社員のニーズを把握しましょう

従業員のタバコに関する知識や関心の程度、非喫煙社員が喫煙する社員に対して日ごろから思っていること(タバコ休憩に対する思い、臭いへの不満など)をアンケートなどで把握すると、事業所として取り組むべき喫煙対策の課題が見えてきます。加熱式タバコについての正しい知識が不足しているようであれば、その啓発から始めることができますし、受動喫煙に対する不安や不満の声があれば、会社として社員を受動喫煙から守る義務があるという説得が可能となります。

対策 2：他社の成功事例を参照しましょう

自事業所と同規模や同業種での成功事例は自事業所の健康づくりに取り入れられる要素も多く、担当者としてどう役割を果たし、事業所の健康づくりをすすめると良いかの参考になります。身近な他社の成功事例は、「あの〇〇社ができたのであれば、わが社でもできるかもしれない」と思うきっかけにもなり、また同時に「負けてはいられない」と良い意味で刺激を受けることもあるでしょう。

また他社事例を見るだけでなく、そのような他者と繋がりを持つことも重要です。例えば、商工会や工業団地、同業者等の集会、健康経営優良法人の交流会など、すでに他の事業所とつながりがある場合は、そうした場でまずは健康づくりや喫煙対策を話題にし、情報交換をしてみましょう。また、健康づくりに関する研修会は、他の事業所で健康づくりに取り組む仲間を見つけるよい機会になります。

★成功事例エピソード

K 社（業種：製造業、規模：1001<、担当：安全衛生担当者）

禁煙プログラムの参加者を増やす手法として、他社の事例も参考に、順次取り入れていった。（例：禁煙関心者を事前にアンケートで把握し、彼らに個別にプログラムについてのメールを送付、Teams で禁煙希望者を集めて交流するプラットフォームを作成、禁煙プログラムの案内や禁煙成功者の体験談などが流れるデジタルサイネージの活用）

阻害⑦：終了後、次の計画に結び付かない、担当者が異動する

ケースシナリオ：

建設業の本社総務部で職員の健康管理を担当する F さんは、今年、社内で禁煙キャンペーンを実施し、1 名が禁煙に成功した。しかしキャンペーンの応募者も少なく、成功者は 1 名のみということで、あまり手ごたえは感じられずにいた。年度が変わると F さんは他の拠点への異動が決まっている。後任の総務部の担当者が健診業務などは引き継ぐ予定だが、禁煙キャンペーンについては、現在いる喫煙者が禁煙の意志がない人が多いということもあり、特に引き継がずにこのまま 1 年で打ち切りとなる予定である。

対応策の提案：

まずは、担当者が次の計画に結び付けられない理由を探ってみましょう。対策のプロセスや効果を振り返り、次の計画につなげることは容易なことではありません。しかし喫煙対策は長期的に継続してこそ効果が出てくる場合も多く、ぜひ、2 年目以降も対策が持続するよう働きかけましょう。そのようなノウハウは禁煙支援専門家の知恵を借りることが有効です。また、禁煙キャンペーンのようなイベントの企画から運営までを 1 人で行うと、人事異動でうまく引き継がれずに立ち消えになってしまうケースもあります。可能な範囲で担当者を複数人体制にする、あるいは対策実施のための新たなチームを組織することもよいでしょう。

対策 1：禁煙支援の専門家に継続的に支援してもらいましょう

担当者が次の計画に結び付けられない理由として、2 年目以降の対策の効果を感じられないという場合があります。確かに、禁煙支援対策の 1 年目と 2 年目以降では禁煙支援の対象となる喫煙者の関心度や依存度も異なる（より手ごわい喫煙者が 2 年目以降に残る）場合も多く、1 年目とは異なるアプローチを加えていかないと難しいでしょう。喫煙対策の内容は、専門的な内容も多く含まれ、特に加熱式タバコなどは科学的なエビデンスのアップデートが頻繁に行われます。正しい知識をもとに対策を実施するためにも、禁煙支援の専門家に相談しながら内容を決めていくと良いでしょう。最初に専門家に相談し連携をとっておくことで、うまく進まない時など、困ったときに相談もしやすくなり、アドバイスももらいやすくなるでしょう。

対策2：担当者を複数人体制にしましょう

担当者が次の計画に結び付けにくい理由として、喫煙対策業務への優先度が低いという場合があります。健康づくりの取り組みを事業所の業務の一つとして明確に位置づけることができ、担当者が任命されることは理想的です。しかし、担当者が1人で誰からも催促されない場合、喫煙対策のプロジェクト終了時の振り返り作業は後回しにされがちです。そんな時はあらかじめ複数人体制の活動とすることで、やるべき業務が共有され、必然的に業務の優先度が上がり、実施される確率が高まります。さらに、複数人で意見を出し合うことで、様々な視点での振り返りが可能となり、今後の計画もよりブラッシュアップされたものになるでしょう。また、喫煙対策は従業員の賛否が分かれることも多々あるため、担当者が板挟みとなったり一人で抱え込んだりすることがないようにするという配慮の面でも、複数人体制で喫煙対策をすすめるメリットは大きいです。

★成功事例エピソード

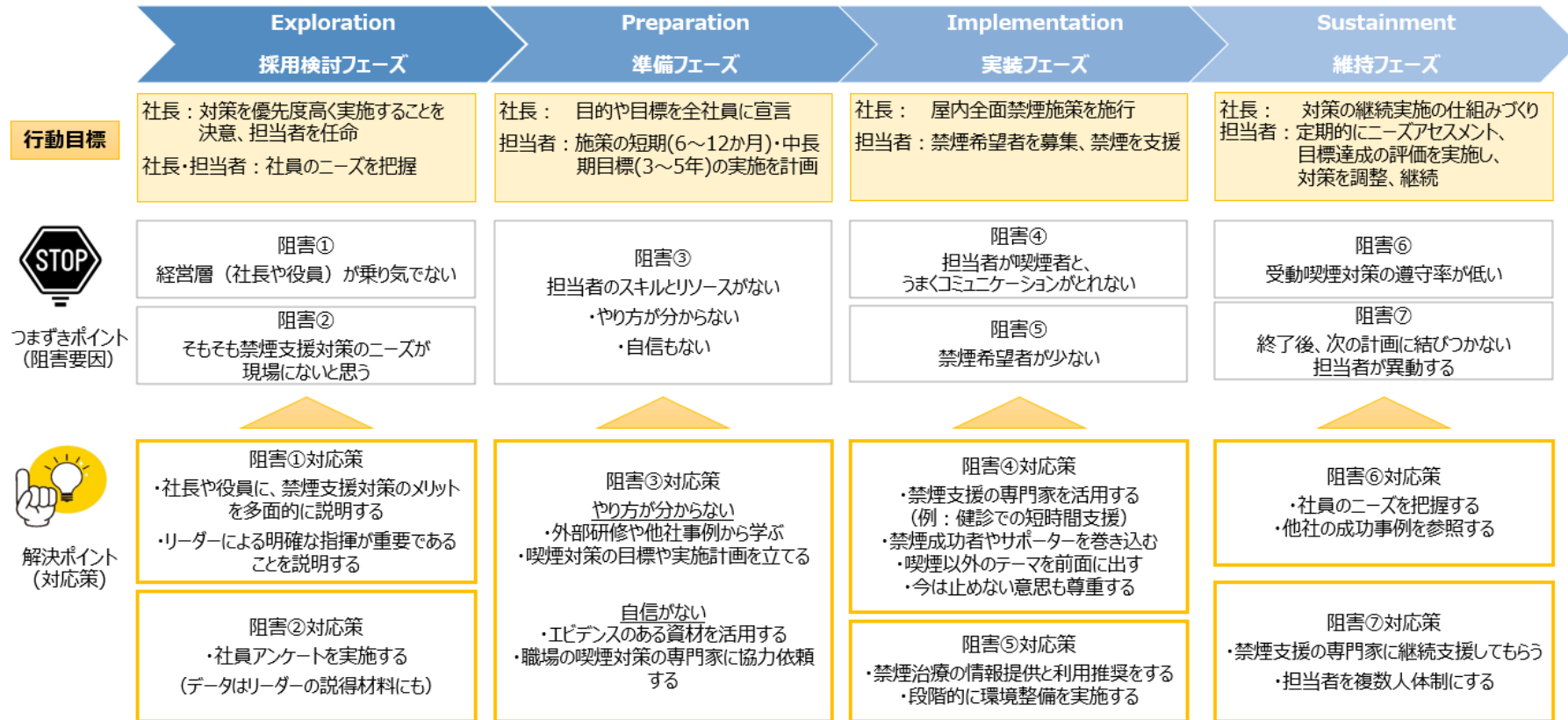
L社（業種：製造業、規模：1001<、担当：企業保健師）

事業所と健康保険組合との協働で、会社全体で健康管理をどのように進めるのかについて話し合う場がある。「〇〇ワーキング」として月1回の頻度で、健康保険組合の保健師、事業所保健師や産業医、健康管理担当者が一同に会している。禁煙プロジェクトもその中で生まれた。事業所保健師だけでなく、健康管理担当者を含めたワーキングにすることで、保健師が常駐しない拠点でも介入を届けられたことがよかった。

図 1. 職域で喫煙対策を進める際によくあるつまずきポイントと、その対応ポイント

職域で喫煙対策を進める際によくあるつまずきポイントと、その解決ポイント

導入したい喫煙対策：屋内全面禁煙施策＋禁煙支援プログラム



付録：参考資料、リンク、一覧

- 受動喫煙対策
 - ・ 受動喫煙対策事例集（厚労省）
全国のお店や会社で実施中の受動喫煙対策事例の紹介ページ
<https://jyudokitsuen.mhlw.go.jp/example/>
 - ・ 受動喫煙対策 相談窓（厚労省）
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000049989.html>
- 喫煙対策全般
 - ・ 受動喫煙防止・禁煙のすすめ教材
2020 年の改正健康増進法の概要とその意義、身近にできる受動喫煙対策のポイントをわかりやすく解説。また、最近流行している加熱式たばこに関する正しい健康情報をはじめ、たばこを吸っている方が禁煙に関心を持ち、禁煙に成功できるための情報が満載。
https://healthprom.jadecom.or.jp/documents/#actv_03-04
他にも、関連資料が多数紹介されています。
<https://healthprom.jadecom.or.jp/documents/>
- 禁煙支援
 - ・ 禁煙ブックレット（一般社団法人禁煙推進学術ネットワーク）
禁煙の重要性について加熱式タバコなどの情報も含めたブックレット（2022 年大幅改訂）
閲覧可。必要事項を入力し PDF データを保存可
<https://www.kinennohi.jp/shizai/index.html>
 - ・ 禁煙啓発リーフレット（東京都）
喫煙率の高い 30 歳代及び 40 歳代の男性を主な対象とした禁煙啓発リーフレット
<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/kensui/kitsuen/leaflet/ryoshin.html>
 - ・ 禁煙支援の方法（禁煙指導者向け）
JSTOP ネクスト（禁煙支援・治療のための指導者用自己学習教材）
<https://www.j-stop.jp/>
 - ・ 禁煙支援マニュアル第二版（厚労省）
<https://www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/kin-en-sien/manual2/dl/manual2.pdf>
 - ・ 禁煙支援についての教材集（看護職向け）
 - ・ 禁煙支援の方法論：行動科学とは
 - ・ Prochaska の行動変容ステージについて
 - ・ 動機づけ面接法を禁煙支援に活かそう<https://www.ncc.go.jp/jp/icc/cancer-info/project/kinen-nurse/index.html>

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）
分担研究報告書

職域特定健診の場での短時間支援の効果についての観察研究

研究分担者	島津太一	国立がん研究センター がん対策研究所 行動科学研究部 室長
	齋藤順子	国立がん研究センター がん対策研究所 行動科学研究部 研究員
	渡邊至	国立循環器病研究センター 予防医療部 特任部長
	瀬在泉	防衛医科大学校 医学教育部看護学科 准教授
	谷口千枝	愛知医科大学 看護学部 教授

研究要旨

喫煙者を禁煙治療につなげるため、特定健診などで喫煙者の禁煙状況を把握し (Ask)、禁煙の重要性を高めるアドバイスと禁煙のための解決策を提案して (Brief advice)、禁煙治療のための医療機関を紹介する (Refer)、短時間支援の実施が推奨されている。しかし、短時間支援の禁煙治療受療に対する効果は十分に検討されていない。本研究では、短時間支援を含む施策である健康相談の導入が禁煙治療受療に与える効果の検討や、健康相談の中での短時間支援の実施状況の把握を行った。まず、職域での健康診断において健康相談を実施している健康保険者の健康相談導入前年度と導入年度の健診・レセプトデータを利用して、差の差分分析を行った。加えて、健診で実施される短時間支援の内容や阻害要因について、健康相談を実施している 26 健診機関にアンケート調査を実施した。喫煙者が健診受診後 3 か月以内に禁煙治療を受療する割合は、1,000 人あたり 1.46 から 1.70 と、健康相談の導入の有無にかかわらず低かった。健康相談を健診機関が導入することによる禁煙治療の受療増加は、あったとしてもわずかであり（差分の差分：2018 年度導入 喫煙者 1000 人当たり 1.39 人；2019 年度導入：喫煙者 1000 人当たり -0.15 人）、健康相談の実施が公衆衛生的に意味のある効果を持つとは言えなかった。アンケート調査では、24 健診機関 (92.3%) から回答を得た。実施している短時間支援の内容については、Ask、Brief advice が多くの健診機関で行われていたが、Refer のポイントとなる禁煙治療実施医療機関の連絡先の提供は 27% の健診機関に限られていた。禁煙支援を実施する上での阻害要因として、リソース不足や自己効力感の欠如、喫煙者の禁煙支援の拒否を挙げる健診機関が多かった。今後、健診現場の阻害要因に対応する工夫を加えた上で、短時間支援の禁煙治療受療に対する効果を前向きに検討する必要がある。

研究協力者

湯脇恵一	国立がん研究センターがん対策研究所 行動科学研究部 外来研究員
小田原幸	国立がん研究センターがん対策研究所 行動科学研究部 特任研究員
中村正和	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
平野公康	国立がん研究センター がん対策研究所 がん情報提供部 室長
片野田耕太	国立がん研究センターがん対策研究所 データサイエンス研究部 部長
若尾文彦	国立がん研究センターがん対策情報センター本部 副がん対策情報センター本部長
金岡幸嗣朗	国立循環器病研究センター オープンイノベーションセンター 情報利用推進部 データ統合室長
口羽文	国立がん研究センター がん対策研究所 生物統計研究部 室長 / 研究支援センター 生物統計部 医学統計室 室長

A. 研究目的

喫煙は日本人におけるがん罹患や死亡の主要な原因であり、かつ、予防可能なリスク因子の 1 つである。日本人における喫煙割合は減少傾向ではあるが、2019 年時点においても男性の 27.1%、女性の 7.8% が喫煙している。禁煙のためには、2006 年より健康保険適用となっているニコチンパッチやバレニクリンを用いた禁煙治療が有効である。全 5 回の禁煙治療終了時点で、過去 4 週間にわたって禁煙していた割合は 80% を超えている。しかし、過去 1 年間の禁煙試行者のうち禁煙治療を受療した割合は 15% に過ぎず、より多くの禁煙希望者が禁煙を成功させるためには禁煙治療へ効果的に誘導する手法が必要である。

米国では、医療機関を受診した患者に喫煙の有無を尋ね (Ask)、喫煙をしている場合には禁煙す

るように助言して (Advice)、禁煙を試みようとする意思を確認し (Assess)、禁煙意思がある場合には禁煙の試みを助け (Assist)、フォローアップを用意する (Arrange) ことを 5 A's として、喫煙者を禁煙に導くために推奨している。さらに診療時間が限られた一般臨床現場でより実践しやすい簡易な代替手段として、Ask、Advice に加えて、電話での無料禁煙相談であるクイットラインなどの禁煙の効果が認められた禁煙手法を紹介する Refer を組み合わせた AAR 方式が開発されている。しかし、一般臨床現場でクイットラインのような禁煙手法が紹介されることは少なく、紹介されても喫煙者が自発的に禁煙治療にアクセスすることは多くはない。

日本では、標準的な健診・保健指導プログラムとして、特定健診などで喫煙者に対して禁煙支援および積極的な禁煙治療の利用を促すことが望まれている。このプログラムでは、質問票を用いて禁煙状況を把握 (Ask) し、喫煙者全員を対象に禁煙の重要性を高めるアドバイスと禁煙のための解決策を提案 (Brief advice) して、禁煙しようと考えている喫煙者を対象に禁煙治療のための医療機関を紹介 (Refer) する ABR 方式が、禁煙支援の時間が十分に確保できない場合の短時間支援として推奨されている (禁煙支援マニュアル (第二版) 増補改訂版)。しかし、ABR 方式による禁煙治療受診者数の増加や喫煙率の低下といった評価は十分に行われていない。

本研究では、健診・レセプトデータを使った後ろ向き観察研究により、短時間支援を含む施策である健康相談の禁煙治療受療に対する効果の検討、健診機関を対象としたアンケート調査による短時間支援の実施状況の把握を行った。これにより、より効果的な禁煙支援の開発に必要な基礎的なデータを得ることを目的とした。

B. 研究方法

全国健康保険協会がすでに保有する加入者データを用いて、健康診断で行われる禁煙のための短時間支援を含む施策である健康相談の効果について後ろ向きに検討した。また、全国健康保険協会が契約している健診機関に禁煙支援に関するアンケート調査を実施し、禁煙のための短時間支援の内容や阻害要因について検討した。本研究の実施にあたり、「人を対象とする生命科学・医学研究に関する倫理指針」に従い研究計画書を作成し、国立がん研究センター研究倫理審査委員会の承認を得た。

1. 健診・レセプトデータを使った後ろ向き観察研究

2013 年 4 月から 2021 年 3 月に全国健康保険協会静岡支部に 1 日以上加入していた任意継続を除く被保険者の健診・レセプトデータを使用した。静岡支部では 35 歳から 74 歳の被保険者を対象にした生活習慣病予防健診において、一部の健診機関で健康相談事業を 2018 年度から開始している。健康相談では、健診機関の保健師等が健診受診当日に 5 分程度で受診者に対して健康への関心を高め、未治療者には医療機関の受診を勧奨しており、喫煙者には禁煙の短時間支援も実施されている。健康相談は 2018 年度に 5 か所、2019 年度に 16 か所、2020 年度に 5 か所の健診機関で導入されている。導入した年度別に健康相談導入の有無による禁煙治療受療や禁煙達成に対する効果について、差の差分析を用いて検討した。

分析対象者は、(1) 健診受診時に 35 歳以上 75 歳未満で、(2) 健診前 1 年間と健診後 3 か月目まで被保険者として加入しており、(3) 健診前 1 年間に禁煙治療を受療していない者とした。分析対象者を、健康相談を実施している健診機関の受診者 (導入群) と実施していない健診機関の受診者 (未導入群) に分けて分析を行った。

主要評価項目は、喫煙者における健診受診 3 か月目までの初回の禁煙治療の受療者 (禁煙治療受療者) の割合とした。副次的評価項目は、喫煙者における初回禁煙治療 4 か月以内の 5 回目の禁煙治療の受療者 (禁煙治療完遂者) の割合、喫煙者において翌年度健診時点で禁煙なしと回答した者 (禁煙達成者) の割合、翌年度健診時喫煙率とした。

解析は健康相談の導入年度別に 2018 年度評価および 2019 年度評価として行った。各群における導入前年度と導入年度の基本属性について、連続変数は平均値と標準偏差、カテゴリ変数は人数と割合を記述した。各群において、導入年度の評価項目から導入前年度の評価項目を引いた差分を算出した。導入群の差分から未導入群の差分を引いた値を差分の差分と定義した。差分の差分の算出には、評価項目の二値変数を目的変数とし、各群 (導入群、未導入群) と時点 (導入前年度、導入年度)、これらの交互作用項を説明変数とした線形回帰モデルを用いた。交互作用項の係数が差分の差分を示す。また、交絡因子で次のように調整した。調整モデル 1 では、性、年齢を調整した。調整モデル 2 では、性、年齢、事業所規模、収入、メタボリック症候群の有無、脳卒中既往歴の有無、心血管疾患既往歴の有無、腎不全・透析の既往歴の有無、行動変容ステージ、特定保健指導の有無で調整した。統計解析には R (version 4.2.2) を用いた。

2. 禁煙支援に関するアンケート調査

2018年度から2020年度に健康相談事業を導入した健診機関26か所に対して、2023年3月にインターネットでアンケート調査を実施した。アンケートでは、健康相談の実施における阻害要因、健康相談での禁煙支援の内容と実施割合、阻害要因について質問した。各項目の回答内容について集計した。

C. 研究結果

1. 健診・レセプトデータを使った後ろ向き観察研究

受領した健診・レセプトデータには1,511,485人の被保険者が含まれていた。

2018年度評価では、導入前年度の2017年度の未導入群と導入群の喫煙者はそれぞれ60,110人、12,675人、導入年度の2018年度はそれぞれ62,862人、12,987人であった(表1)。導入群に比べて未導入群でメタボリック症候群に該当する者や脳卒中や心血管疾患、腎不全・透析といった重篤な既往症のある者、行動変容ステージが無関心期である者が多く、準備期や維持期である者や特定保健指導が実施された者は少なかった。

喫煙者が健診受診後3か月以内に禁煙治療を受療する割合は、1,000人あたり1.46から1.70と、健康相談の導入の有無にかかわらず低かった。主要評価項目である喫煙者千人当たりの禁煙治療受療者の割合の調整後の差分の差分は1.39(95%信頼区間0.27 - 2.51)人で、健康相談が導入された2018年度の導入群においてわずかな増加が認められた(表2)。また、喫煙者千人当たりの禁煙治療完遂者の割合も同様に増加していたが、禁煙達成者と翌年度の喫煙率には変化が認められなかった。一方で、2019年度評価においては、いずれの評価項目とも変化が認められなかった。

2. 禁煙支援に関するアンケート調査

アンケートを依頼した26か所の健診機関うち、24か所(92.3%)から回答が得られた。健康相談を実施する上での阻害要因として、時間や人材といったリソースの不足を挙げた健診機関が最も多く、健康相談を行うための場所がないことや健診受診者の健康相談実施の拒否が続いていた(図1)。健康相談において禁煙支援が行われる割合は健診機関により大きな幅があった(表3)。禁煙支援の内容については、Askは8割を超える健診機関で行われており、Brief adviceも多くの健診機関で行われていた。しかし、Referの実施はこれらに比べると少なかった。特に禁煙治療実施医療機関の連絡先の提供は27%の健診機関に限られていた(図2)。禁煙支援を実施する上での阻害要因として、

リソース不足や自己効力感の欠如、喫煙者の禁煙支援の拒否を挙げる健診機関が多かった(図3)。

D. 考察

禁煙支援が含まれる健康相談を2018年度に導入した健診機関では、導入年度には禁煙治療の受療や全5回完遂した人数がわずかに増加したものの、2019年度に導入した健診機関では変化がなかった。いずれにおいても、禁煙の達成や集団全体の喫煙率には変化がなかった。導入群の導入前年度や、未導入群で短時間支援が行われており差が出なかった可能性があるが、すべてにおいて禁煙治療受療の割合は低く、リアルワールドで実施されている短時間支援に禁煙治療受療に対する効果があるとは言えなかった。

禁煙受療者数は導入年度の導入群でも41人で、禁煙達成者数の639人の6.4%に過ぎない(表2)。喫煙者の約6%が禁煙を達成し、そのほとんどが禁煙治療を受療せずに禁煙を達成している現状を鑑みると、喫煙者千人当たり1.39人の禁煙治療受療者の増加では禁煙達成者の増加への寄与はごくわずかだったと考えられる。このことから、健診においてより多くの禁煙治療に誘導するための方策が必要であると考えられる。禁煙支援が行われていても、禁煙治療が可能な医療機関の連絡先情報を提供している健診機関は3割に満たなかった(図2)。健診機関で活用しやすい医療機関連絡先の整備が、禁煙希望のある喫煙者を禁煙達成効果の高い禁煙治療に誘導するために求められる。また米国では、クイットラインから喫煙者へ直接アプローチできるように喫煙者の連絡先をクイットラインに伝えることで、クイットラインへのアクセスの増加が示されている。このように禁煙治療を行う医療機関から喫煙者に直接受療を促すようなアプローチをすることも、禁煙治療受療者の増加につながることを期待される。

健診時の禁煙支援の充実も必要である。禁煙支援の実施頻度は健診機関により大きく異なっていた(表3)。禁煙達成者の増加のためには、より多くの喫煙者に対して健診機関が禁煙支援を実施できる環境の整備が必要である。禁煙支援実施の阻害要因として自己効力感の欠如が挙げられていた(図3)。健診時に喫煙者が求める禁煙支援を実施できるような研修の機会を確保することは、自己効力感を向上させ、禁煙支援の実施を増やすための方法の一つと考えられる。

E. 結論

禁煙支援が含まれる健康相談を健診機関が導入することにより、禁煙治療の受療に対して健康相談の実施が公衆衛生的に意味のある効果を持つと

は言えなかった。健診機関近隣の禁煙治療を行う医療機関の連絡先情報の整備や、禁煙治療を行う医療機関からの喫煙者への積極的なアプローチ体制の構築、禁煙支援の研修機会の確保は禁煙治療受療者や禁煙達成者の増加につながることを期待される。今後、健診現場の阻害要因に対応する工夫を加えた上で、短時間支援の禁煙治療受療に対する効果を前向きに検討する必要がある。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

2. 論文発表

なし

3. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

4. 特許取得

なし

5. 実用新案登録

なし

6. その他

特記すべきことなし

表1. 各群の年度別の喫煙者の基本属性

	2018年度評価				2019年度評価			
	導入前年度(2017年度)		導入年度(2018年度)		導入前年度(2018年度)		導入年度(2019年度)	
	未導入群 (n=60,110)	導入群 (n=12,675)	未導入群 (n=62,862)	導入群 (n=12,987)	未導入群 (n=45,223)	導入群 (n=13,520)	未導入群 (n=45,928)	導入群 (n=13,550)
性別								
男性	49,471 (82.3%)	10,371 (81.8%)	51,912 (82.6%)	10,603 (81.6%)	37,296 (82.5%)	14,616 (82.9%)	37,638 (82.0%)	14,328 (82.6%)
女性	10,639 (17.7%)	2,304 (18.2%)	10,950 (17.4%)	2,384 (18.4%)	7,927 (17.5%)	3,023 (17.1%)	8,290 (18.0%)	3,019 (17.4%)
平均年齢(標準偏差), 歳	49.3 (9.1)	49.4 (9.0)	49.6 (9.1)	49.7 (9.0)	49.5 (9.1)	49.7 (9.1)	49.7 (9.1)	50.0 (9.2)
事業所規模								
< 10人	13,333 (22.2%)	2,558 (20.2%)	13,277 (21.1%)	2,574 (19.8%)	8,997 (19.9%)	4,280 (24.3%)	8,777 (19.1%)	4,156 (24.0%)
10人 ≤, < 30人	13,174 (21.9%)	2,841 (22.4%)	14,110 (22.4%)	2,919 (22.5%)	9,668 (21.4%)	4,442 (25.2%)	10,160 (22.1%)	4,611 (26.6%)
30人 ≤, < 50人	7,013 (11.7%)	1,231 (9.7%)	7,429 (11.8%)	1,356 (10.4%)	5,306 (11.7%)	2,123 (12.0%)	5,444 (11.9%)	2,212 (12.8%)
50人 ≤, < 100人	8,506 (14.2%)	2,313 (18.2%)	8,957 (14.2%)	2,326 (17.9%)	6,243 (13.8%)	2,714 (15.4%)	6,486 (14.1%)	2,631 (15.2%)
100人 ≤, < 300人	8,838 (14.7%)	2,234 (17.6%)	9,300 (14.8%)	2,236 (17.2%)	7,233 (16.0%)	2,067 (11.7%)	7,431 (16.2%)	1,966 (11.3%)
300人 ≤, < 500人	2,678 (4.5%)	427 (3.4%)	2,873 (4.6%)	435 (3.3%)	1,996 (4.4%)	877 (5.0%)	2,044 (4.5%)	894 (5.2%)
500人 ≤, < 1000人	2,823 (4.7%)	512 (4.0%)	2,942 (4.7%)	595 (4.6%)	2,039 (4.5%)	903 (5.1%)	2,011 (4.4%)	614 (3.5%)
1000人 ≤	3,745 (6.2%)	559 (4.4%)	3,974 (6.3%)	546 (4.2%)	3,741 (8.3%)	233 (1.3%)	3,575 (7.8%)	263 (1.5%)
標準報酬月額								
< 10万円	360 (0.6%)	84 (0.7%)	366 (0.6%)	82 (0.6%)	233 (0.5%)	133 (0.8%)	222 (0.5%)	136 (0.8%)
10万円 ≤, < 20万円	7,252 (12.1%)	1,541 (12.2%)	7,133 (11.3%)	1,524 (11.7%)	5,228 (11.6%)	1,905 (10.8%)	5,108 (11.1%)	1,752 (10.1%)
20万円 ≤, < 30万円	17,093 (28.4%)	3,371 (26.6%)	17,564 (27.9%)	3,447 (26.5%)	12,621 (27.9%)	4,943 (28.0%)	12,872 (28.0%)	4,834 (27.9%)
30万円 ≤, < 40万円	20,356 (33.9%)	4,170 (32.9%)	21,630 (34.4%)	4,285 (33.0%)	15,520 (34.3%)	6,110 (34.6%)	15,735 (34.3%)	5,989 (34.5%)
40万円 ≤	15,049 (25.0%)	3,509 (27.7%)	16,169 (25.7%)	3,649 (28.1%)	11,621 (25.7%)	4,548 (25.8%)	11,991 (26.1%)	4,636 (26.7%)
メタボリック症候群あり	24,979 (41.6%)	5,017 (39.6%)	27,063 (43.1%)	5,270 (40.6%)	371 (0.8%)	144 (0.8%)	407 (0.9%)	157 (0.9%)
脳卒中既往歴あり	473 (0.8%)	74 (0.6%)	515 (0.8%)	79 (0.6%)	371 (0.8%)	116 (0.9%)	407 (0.9%)	123 (0.9%)
心血管疾患既往歴あり	1,058 (1.8%)	161 (1.3%)	1,177 (1.9%)	161 (1.2%)	844 (1.9%)	333 (1.9%)	895 (1.9%)	329 (1.9%)
腎不全・透析既往歴あり	82 (0.1%)	12 (0.1%)	161 (0.3%)	14 (0.1%)	129 (0.3%)	32 (0.2%)	142 (0.3%)	44 (0.3%)
行動変容ステージ								
無関心期	20,249 (33.7%)	3,810 (30.1%)	21,014 (33.4%)	3,940 (30.3%)	15,461 (34.2%)	5,553 (31.5%)	15,718 (34.2%)	5,358 (30.9%)
関心期	21,017 (35.0%)	4,466 (35.2%)	22,873 (36.4%)	4,542 (35.0%)	16,022 (35.4%)	6,851 (38.8%)	16,192 (35.3%)	6,784 (39.1%)
準備期	7,811 (13.0%)	2,408 (19.0%)	8,202 (13.0%)	2,388 (18.4%)	5,494 (12.1%)	2,708 (15.4%)	5,710 (12.4%)	2,569 (14.8%)
実行期	3,968 (6.6%)	710 (5.6%)	4,145 (6.6%)	788 (6.1%)	2,966 (6.6%)	1,179 (6.7%)	3,216 (7.0%)	1,240 (7.1%)
維持期	3,947 (6.6%)	1,262 (10.0%)	4,292 (6.8%)	1,315 (10.1%)	2,984 (6.6%)	1,308 (7.4%)	3,080 (6.7%)	1,359 (7.8%)
特定保健指導あり	1,653 (2.7%)	646 (5.1%)	2,153 (3.4%)	775 (6.0%)	1,261 (2.8%)	892 (5.1%)	1,369 (3.0%)	983 (5.7%)

表 2. 健康相談導入前年度と導入年度の各群の差分と差分の差分

	導入前年度			導入年度			導入前後 での 割合の 差分	未調整モデル			調整モデル1			調整モデル2		
	分析対象 者数(人)	該当者数 (人)	割合	分析対象 者数(人)	該当者数 (人)	割合		差分の 差分	95% 信頼区間	P値	差分の 差分	95% 信頼区間	P値	差分の 差分	95% 信頼区間	P値
2018年度評価(導入前年度:2017年度 導入年度:2018年度)																
禁煙治療受療者数(喫煙者千人当たり)																
未導入群	60,110	88	1.46	62,862	99	1.57	0.11									
導入群	12,675	21	1.66	12,987	41	3.16	1.50	1.39	0.29 - 2.49	0.013	1.39	0.29 - 2.49	0.013	1.39	0.27 - 2.51	0.015
禁煙治療完遂者数(喫煙者千人当たり)																
未導入群	60,110	51	0.85	62,862	68	1.08	0.23									
導入群	12,675	16	1.26	12,987	35	2.70	1.43	1.20	0.29 - 2.11	0.010	1.20	0.29 - 2.11	0.010	1.23	0.31 - 2.15	0.009
禁煙達成者数(喫煙者百人当たり)																
未導入群	51,764	3,040	5.87	53,357	3,106	5.82	-0.05									
導入群	10,958	564	5.15	11,275	639	5.67	0.52	0.57	-0.10 - 1.25	0.097	0.57	-0.10 - 1.25	0.096	0.62	-0.06 - 1.29	0.074
翌年度健診時喫煙率																
未導入群	155,214	50,400	32.47	162,506	51,938	31.96	-0.51									
導入群	36,468	10,683	29.29	38,257	10,917	28.54	-0.76	-0.25	-0.99 - 0.49	0.512	-0.25	-0.96 - 0.46	0.495	-0.34	-1.04 - 0.37	0.353
2019年度評価(導入前年度:2018年度 導入年度:2019年度)																
禁煙治療受療者数(喫煙者千人当たり)																
未導入群	45,223	69	1.53	45,928	62	1.35	-0.18									
導入群	17,639	30	1.70	17,347	24	1.38	-0.32	-0.14	-1.08 - 0.80	0.769	-0.14	-1.09 - 0.80	0.768	-0.15	-1.14 - 0.83	0.759
禁煙治療完遂者数(喫煙者千人当たり)																
未導入群	45,223	46	1.02	45,928	42	0.91	-0.10									
導入群	17,639	22	1.25	17,347	15	0.86	-0.38	-0.28	-1.06 - 0.50	0.480	-0.28	-1.06 - 0.50	0.480	-0.32	-1.12 - 0.49	0.440
禁煙達成者数(喫煙者百人当たり)																
未導入群	38,247	2,234	5.84	38,473	2,397	6.23	0.39									
導入群	15,110	872	5.77	14,293	886	6.20	0.43	0.04	-0.60 - 0.68	0.906	0.03	-0.61 - 0.67	0.916	-0.03	-0.69 - 0.63	0.928
翌年度健診時喫煙率																
未導入群	113,094	37,189	32.88	115,218	37,216	32.30	-0.58									
導入群	49,412	14,749	29.85	47,608	13,852	29.10	-0.75	-0.17	-0.87 - 0.53	0.633	-0.07	-0.73 - 0.60	0.848	-0.02	-0.70 - 0.66	0.962

調整モデル1: 性、年齢を調整

調整モデル2: 性、年齢、事業所規模、収入、メタボリック症候群の有無、脳卒中既往歴の有無、心血管疾患既往歴の有無、腎不全・透析の既往歴の有無、行動変容ステージ、特定保健指導の有無

表 3. 禁煙支援の実施割合別健診機関数

禁煙支援の 実施割合	健診機関数 (か所)
20%未満	6
20%以上40%未満	4
40%以上60%未満	5
60%以上80%未満	5
80%以上	4

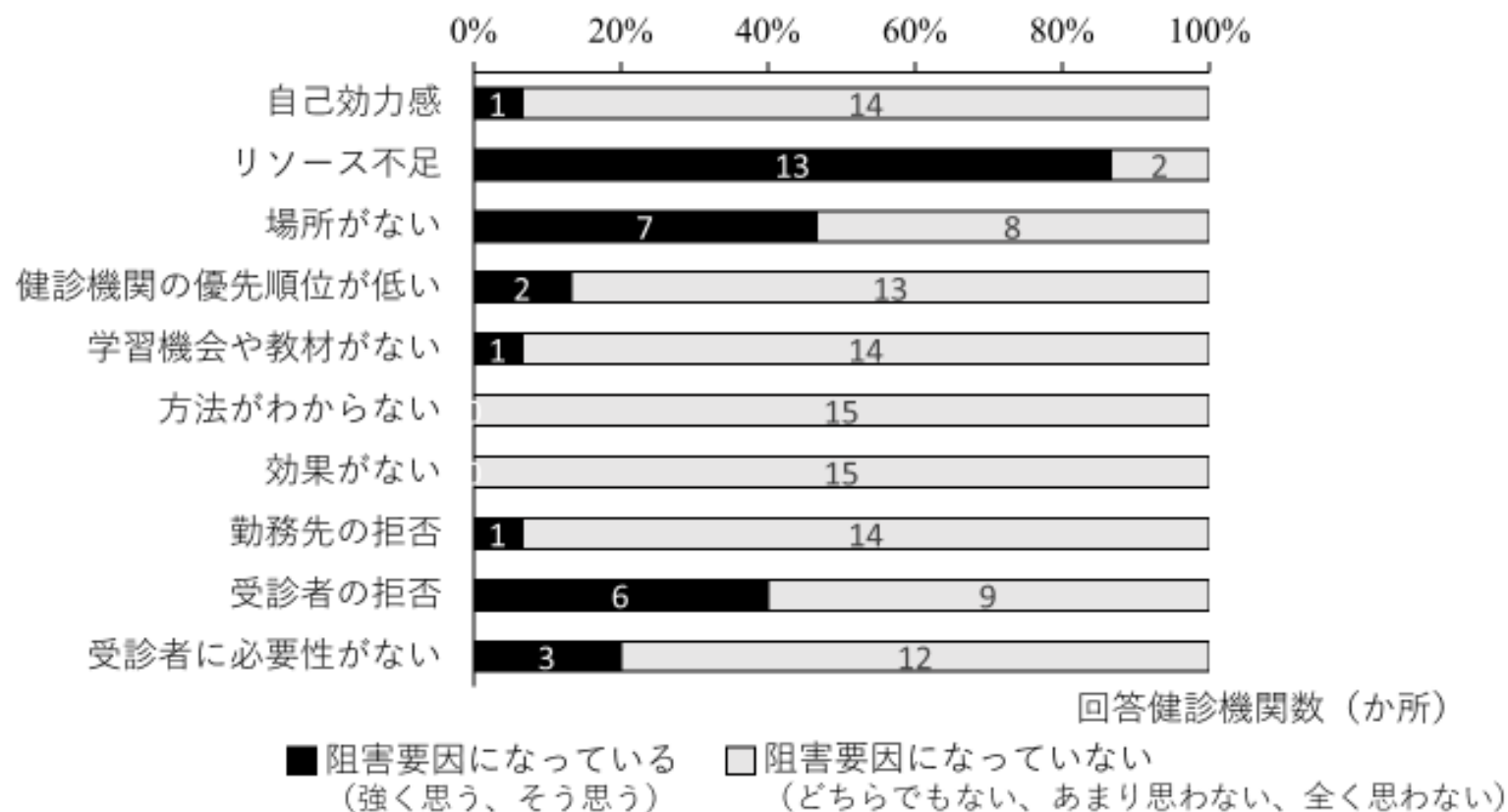


図1. 健康相談実施の障害要因
健康相談実施割合75%未満の健診機関15か所が回答

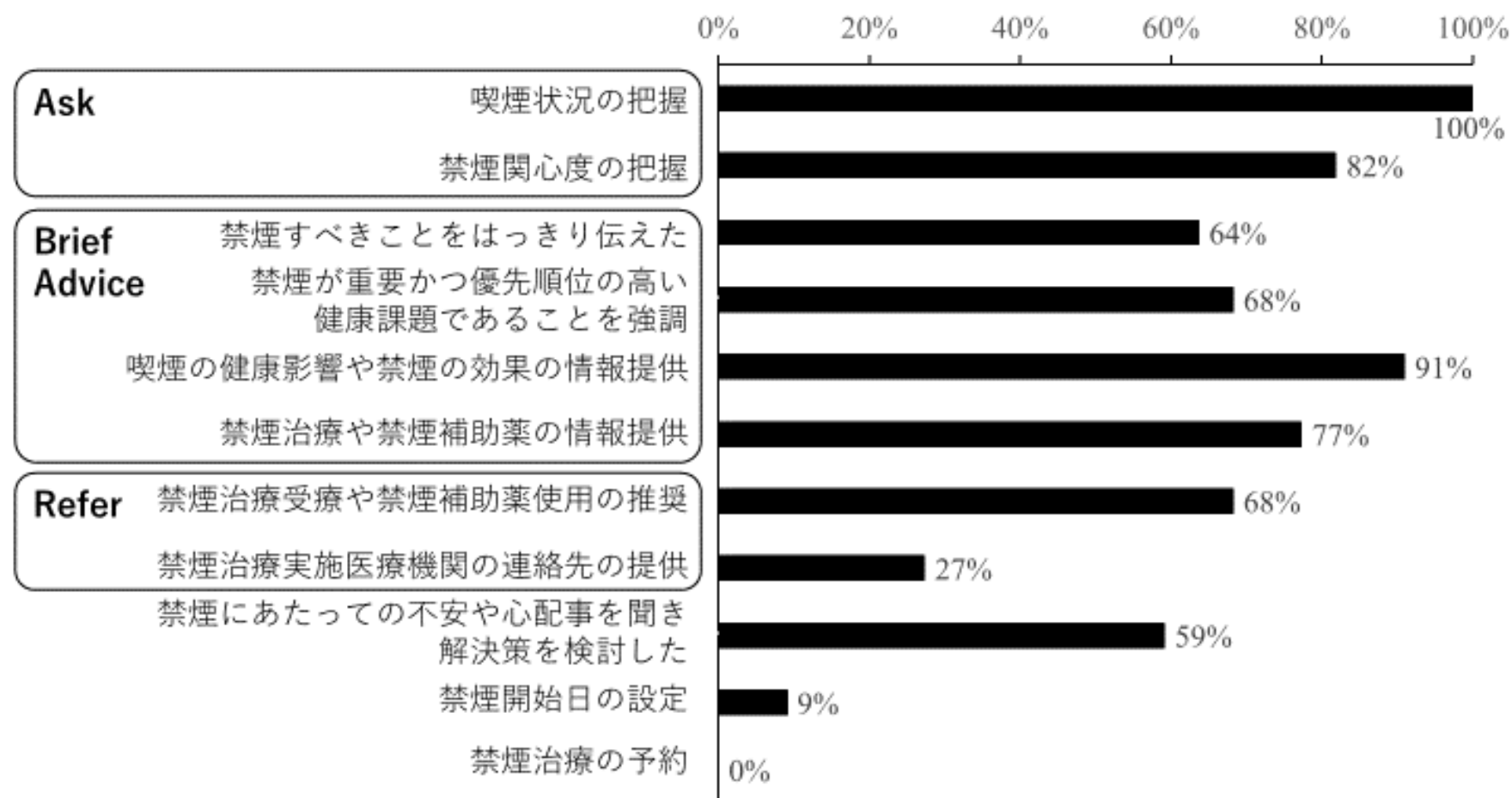


図2. 禁煙支援の内容

いずれも実施しなかったと回答した2か所を除く22か所が回答

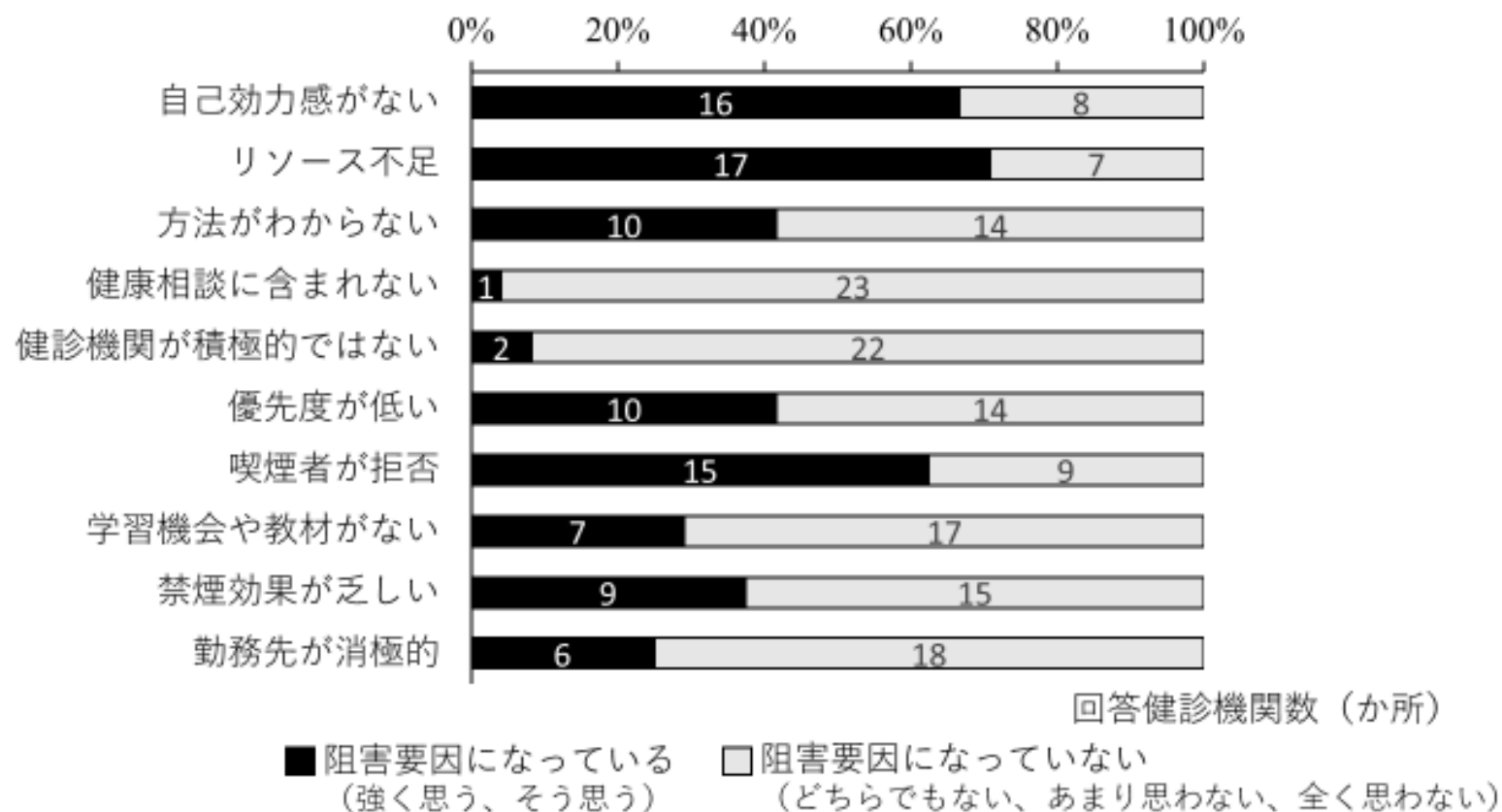


図3. 禁煙支援実施の阻害要因

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	書籍全体の編集者名	論文タイトル名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
該当無し							

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
Nagasawa T, Saito J, Odawara M, Imamura H, Kaji Y, Yuwaki K, Nogi K, Nakamura M, Shimazu T.	Smoking cessation interventions and implementations in Japan: a study protocol for a scoping review and supplemental survey.	BMJ Open	12(12)	e063912.	2022

令和 5年 5月 17 日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 国立研究開発法人
国立循環器病研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 大津 欣也

次の職員の令和 4 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業
2. 研究課題名 健康寿命延伸を目指した禁煙支援のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 予防医療部 ・ 医長
(氏名・フリガナ) 渡邊 至 (ワタナベ マトコ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・ 該当する□にチェックを入れること。
・ 分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2023年 4月 1日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 国立研究開発法人国立がん研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 中釜 斉

次の職員の（令和）4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

2. 研究課題名 健康寿命延伸を目指した禁煙支援のための研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 行動科学研究部・室長

(氏名・フリガナ) 島津太一・シマツタイチ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立がん研究センター	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣
~~(国立医薬品食品衛生研究所長)~~ 殿
~~(国立保健医療科学院長)~~

機関名 国立研究開発法人国立がん研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 中釜 斉

次の職員の（令和）4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

2. 研究課題名 健康寿命延伸を目指した禁煙支援のための研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 行動科学研究部・研究員

(氏名・フリガナ) 齋藤順子・サイトウジュンコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立がん研究センター	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 5年 5月 31日

厚生労働大臣
~~(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿~~
~~(国立保健医療科学院長)~~

機関名 愛知医科大学
所属研究機関長 職名 学長
氏名 祖父江 元

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業
- 研究課題名 健康寿命延伸を目指した禁煙支援のための研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 愛知医科大学看護学部 教授
(氏名・フリガナ) 谷口 千枝 (タニグチ チエ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣
~~(国立医薬品食品衛生研究所長)~~ 殿
~~(国立保健医療科学院長)~~

ター

機関名 国立研究開発法人がん研究セン

所属研究機関長 職 名 防衛医科大学校長

氏 名 四ノ宮成祥

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業
- 研究課題名 健康寿命延伸を目指した禁煙支援のための研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 看護学科 地域看護学講座 准教授
(氏名・フリガナ) 瀬在 泉 (セザイイズミ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。