

**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、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、条文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、今後取り組むべき主要な課題として、医療や健診等の保健事業の場での禁煙のアドバイスを情報提供の推進、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. 医療や健診等の場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、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 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                     |
| 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 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                   |
| 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%               |

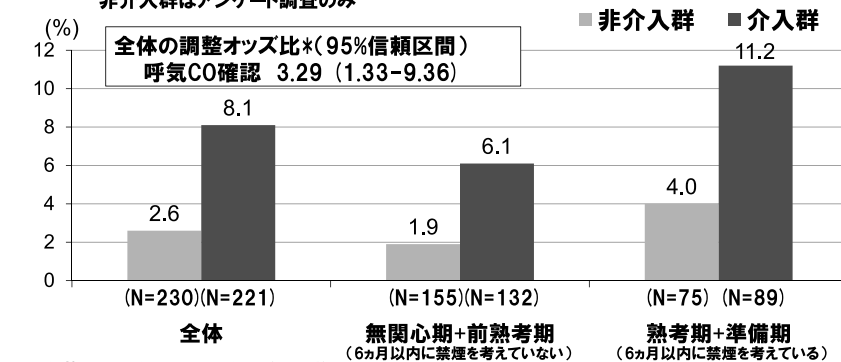
(注) 日本以外のデータはInternational Tobacco Control Policy Evaluation Project: FCTC Article 14 Tobacco Dependence and Cessation Evidence from the ITC Project, 2010. <http://www.itcproject.org/keyfind/itcessationreportpdf>より引用(数値はDr.Borlandとのpersonal communicationにより入手)

日本の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) —

間の禁煙支援(診察医師からの禁煙の助言と保健指導者による1~2分程度の禁煙支援)により、6ヵ月後の禁煙率(禁煙を呼気CO濃度で確認)が約3倍高まることが報告されている(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、



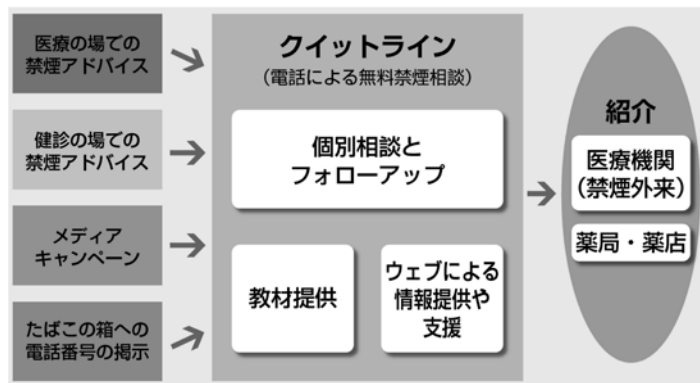


図2 禁煙推進におけるクイットラインの特徴と役割

カウンセラーから電話をして禁煙の働きかけや支援を行う能動的な方式が、有効性ならびに費用対効果にも優れ、施策としてのインパクトが期待できる [9, 10]. 無作為比較試験のメタアナリシス研究で、能動的クイットラインの有効性が確認されており、6ヵ月以上の追跡期間で禁煙率が1.4倍高まることが報告されている [10]. 一方、受動的クイットラインの効果は実証されていない

諸外国で実施されているサービス内容は、短時間の1回のカウンセリングから複数のフォローアップによる集中的カウンセリングまで幅がある。また、カウンセリングにセルフヘルプ教材や禁煙補助薬の提供、ウェブによる支援などを組み合わせて実施される場合もある。

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

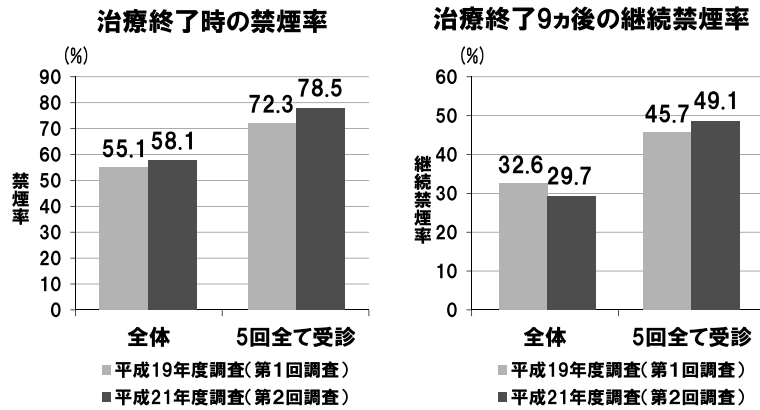
わが国での普及にあたっては、保健医療システムの特徴や既存の禁煙支援体制（2006年からの禁煙治療の保険適用、2013年からの特定健診・特定保健指導における喫煙の保健指導の強化など）を踏まえて、それらと連携した包括的なサービス体制を構築することが重要である（図2）。具体的には、医療や健診の場で禁煙を勧め、禁煙希望者には禁煙外来のほか、クイットラインを紹介してフォローアップの受け皿として活用したり、入院中に禁煙した患者への退院後のフォローアップとして活用することが禁煙成功者を増やすことにつながり、効果的と考える。そのインフラとして、がん診療連携拠点病院の活用のほか、医療費適正化やデータヘルス計画でたばこ対策に取り組んでいる自治体や保険者が単独または共同設置する案、禁煙補助薬に関する知識を有し、禁煙サポーターの養成に熱心な薬剤師会が全国的な規模で相談業務を担う案などが考えられる。

## V. 保険による禁煙治療の普及と内容の充実

2006年度から「ニコチン依存症管理料」が新設され、外来での健康保険による禁煙治療が可能となった。禁煙治療の内容は、12週間にわたり合計5回の治療を行う。禁煙補助薬としては、ニコチンパッチと内服薬のバレニクリンが保険薬として使用可能である。

禁煙治療の効果については、これまで2回実施された中医協の結果検証において治療終了時の禁煙率が55～58%（5回受診完了者では72～79%）、治療終了後9ヵ月間禁煙継続率が30～33%（5回受診完了者では46～49%）と一貫した成績（図3）が得られており、国際的にみても一定の成果をあげていることが確認されている [11, 12]. 結果検証のデータを用いて禁煙治療の費用効果分析（確率感度分析法による）が実施され、禁煙治療が子宮頸がん予防のHPVワクチンや乳がん検診などの予防対策と比較して極めて経済性が優れていることが明らかにされている [13].

禁煙治療へのアクセスは、2006年の禁煙治療に対する保険適用以降、全国のニコチン依存症管理料の登録医療機関数は年々増加し（2015年9月現在15,800余施設）、改善されつつあるが、今なお医療機関全体に占める割合は15%、病院に限っても29%にとどまっている。上述のITC Projectによる調査結果によると、年間禁煙試行率は中国やドイツ、フランスに次いで低く、たばこ規制・対策の遅れを反映した結果となっている（表3） [4]. わが国では禁煙試行者における禁煙補助薬や禁煙治療の利用割合が最も高いイギリスと比べて、それぞれ1/3, 1/2程度と低い。さらに、外来で禁煙治療中の者が入院した場合は禁煙補助薬の処方が保険で可能であるが、入院患者に対する新規の禁煙治療は保険対象外となっている。また、ブリンクマン指数（喫煙年数×喫煙本数）200以上という患者要件により、未成年者を含め若年者が保険適用対象外となっていることや、歯科領域における医科と連携した禁煙治療に保険適用がなされていないといった問題がある。



(注)上記の全体の禁煙率は、治療中止時および治療終了時点の禁煙率を合計して算出  
(第1回調査: 中医協 総会資料, 2008年7月 / 第2回調査: 中医協総会資料, 2010年6月)

図3 健康保険による禁煙治療の効果検証結果

表3 喫煙者の禁煙行動に関する国別の比較

|          | 年間禁煙<br>試行率 | 禁煙試行者における各種禁煙支援の利用割合 |                |               |
|----------|-------------|----------------------|----------------|---------------|
|          |             | 禁煙補助薬の使用割合           | 専門的な禁煙治療の利用割合* | クイットラインの利用割合* |
| アメリカ     | 38.2%       | 40.5%                | 12.3%          | 9.3%          |
| カナダ      | 33.8%       | 46.3%                | 14.8%          | 7.2%          |
| イギリス     | 30.5%       | 47.2%                | 17.2%          | 6.2%          |
| フランス     | 23.9%       | -                    | 8.2%           | 2.8%          |
| ドイツ      | 19.7%       | 7.9%                 | 3.3%           | 3.2%          |
| 日本       | 28.3%       | 16.6%                | 7.4%           | -             |
| 韓国       | 49.0%       | 24.3%                | 12.3%          | 3.9%          |
| 中国       | 18.3%       | 9.5%                 | -              | 3.9%          |
| オーストラリア  | 34.8%       | 43.4%                | 3.9%           | 9.9%          |
| ニュージーランド | 36.9%       | 25.2%                | 6.2%           | 12.2%         |

(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/keyfindi/itcessationreportpdf>より引用(数値はDr.Borlandとのpersonal communicationにより入手)

日本のデータは、厚労科学第3次対がん研究(中村班)による喫煙者コホート調査(2010年6月実施分)による。

\*印で示した項目については、ドイツ、フランスは年間ではなく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)

今後、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ことから、以下に述べるように禁煙治療の普及と内容の充実が必要と考える。すなわち、①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、②禁煙治療へのアクセスの向上のための登録医療機関の増加、③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、若年者、歯科患者への保険適用や、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。

## VI. 指導者トレーニングとJ-STOP

禁煙支援の指導者トレーニングの効果については、トレーニングにより、指導者による禁煙支援の実施率(禁煙開始日の設定、カウンセリングの実施、フォローアップの設定、セルフヘルプ教材の提供、など)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[14]。

1999年から禁煙治療サービスを世界に先駆けて実施したイギリスでは、2009年から国立のトレーニングセンター(NHS Center for Smoking Cessation and Training)をUniversity College Londonに設置して、国としての指導者トレーニングを行っている。わが国では、禁煙関連学会が禁煙支援等に関する資格認定を実施しているが、保険による禁煙治療については、実施要件としてトレーニングの受講や資格認定が求められていないこともあり、そのための公的なトレーニング体制は整備されていない。今後、登録医療機関の増加や喫煙率の減少に伴う禁煙困難例の相対的な増加が予想される中で、一定の禁煙治療の質を確保するために実施要件やそのためのトレーニング体制の整備が必要と考える。

2008年度から始まった特定健診・特定保健指導については、厚生労働省が定めた指導者研修プログラムに禁煙支援のテーマが組み込まれた。その結果、保険者や医療団体、関連学会による研修会において禁煙支援に関する

研修が広く実施されることにつながった。しかし、現行の制度においては喫煙に関する保健指導が必須の指導事項となっていないため、これらの研修が現場での実践に必ずしもつながっていない。今後、特定健診・特定保健指導の制度において、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、指導の質の向上を図ることが望まれる。

これらの取り組みを実施するにあたって、筆者らが開発に関わってきた日本禁煙推進医師歯科医師連盟のプロジェクト (Japan Smoking cessation Training Outreach

Project, J-STOP) において開発したWeb学習プログラムとeラーニングが有用と考える [15]。Web学習プログラムは、禁煙支援・治療に必要な基本的な知識を講義視聴とアセスメントテストによって簡易に学習できるものであり、通年で利用可能である (表4)。現在、3種類の禁煙支援の講義のほか、職場の受動喫煙防止対策の講義を加えて、計4種類の内容がある。一方、eラーニングは禁煙外来用の「禁煙治療版」、日常診療用の「禁煙治療導入版」、保健事業の場用の「禁煙支援版」の3種類がある (表5)。一度にアクセスできる数に限りがあり、毎年、受講案内を行う組織や団体 (自治体、保険者、全国の禁煙治療登録医療機関、学会、保健医療団体など) を決めて、12月～2月にかけてeラーニングを開

講している。「禁煙支援版」の主要コンテンツは厚生労働省の「禁煙支援マニュアル (第二版)」に採用されており、eラーニングの受講により、マニュアルの内容について効果的な学習が可能となる。2010年度からの通算5年間のトレーニングの結果、申込み者は3,225名、そのうち参加に必要な学習前アンケートに回答した者 (参加者) は2,673名、参加者における修了率は69.9%であった。トレーニングの効果評価として、修了者を対象にトレーニングの前後での禁煙治療・支援に関する知識、態度、自信、行動の変化を調べた。その結果、いずれのプログラムにおいても、トレーニング後に知識、態度、自信の有意な改善がみられるだけでなく、喫煙者への禁煙アドバイスなどの行動においても有意な改善が認められた [16]。さらにトレーニング前にみられた知識、態度、自信、行動についての受講者間の格差がトレーニングに縮小する効果もあることを確認した [16]。

## VII. おわりに

本稿では、WHOのたばこ規制枠組条約の第14条とその履行のためのガイドラインに照らして、わが国の禁煙支援・治療に関わる現状と課題を述べるとともに、その課題解決の方策について述べた。冒頭でも述べたように、

表4. Webによる簡易学習

禁煙支援 (3種類) と受動喫煙防止 (1種類) についての専門家による講義を視聴した後、それぞれ5問のアセスメントテストに解答し、講義内容の理解の確認ができる。学習時間は各々30分～1時間程度。通年でいつでも学習可能。

|                 |                   |                   |                     |
|-----------------|-------------------|-------------------|---------------------|
|                 |                   |                   |                     |
| 日常診療での禁煙支援(24分) | 健診等での短時間禁煙支援(56分) | 禁煙支援における行動科学(38分) | 職場における受動喫煙防止対策(16分) |

表5 禁煙支援・治療のためのeラーニングプログラム

|           | 禁煙治療版  | 禁煙治療導入版   | 禁煙支援版  |
|-----------|--|---|--|
| 用途        | 禁煙外来   | 日常診療<br>薬局・薬店   | 地域や職域の保健事業の場   |
| 学習内容      | 禁煙治療標準手順書に準拠した禁煙治療   | 短時間でできる禁煙の動機づけや情報提供   | 短時間でできる禁煙の動機づけや情報提供、禁煙カウンセリング  |
| コンテンツ     | 1. 講義ビデオ<br>2. テキスト学習 (9単元)<br>3. バーチャル症例検討<br>4. バーチャルQ&A演習 (20問)<br>5. バーチャルカウンセリング (5例) | 1. 講義ビデオ<br>2. テキスト学習 (4単元)<br>3. バーチャルカウンセリング (3例)<br>4. Q&A演習 (20問) | 1. 講義ビデオ<br>2. テキスト学習 (4単元)<br>3. テキストとビデオによるカウンセリング学習<br>4. Q&A演習 (20問) |
| 学習時間 (目安) | 10～12時間  | 3～4時間   | 4～5時間  |

(日本禁煙推進医師歯科医師連盟 J-STOP ホームページより)



健康日本21（第2次）で掲げられた成人喫煙率の数値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たたばこ規制・対策の推進が必要である。具体的には、たばこ税・価格の大幅な引き上げの継続、受動喫煙防止のための法的規制の強化に加えて、健診等の場での禁煙のアドバイスの普及とクイットラインの普及が政策ミックスとして同時実施される必要があることが厚生労働省の研究班での検討結果から示されている [17, 18]。

今後、たばこ規制・対策の進展とともに、禁煙支援・治療に対するニーズが増加することが予想される。現行の禁煙治療の制度の充実を図りながら、医療や健診等での禁煙アドバイスやクイットラインの実施体制を整備して、禁煙を推進する保健医療システムを構築することが必要である。

第3次対がん総合戦略研究事業の研究成果のまとめとして、主要なたばこ政策について、政策提言用のファクトシートを作成した。禁煙支援・治療については、「禁煙支援・治療総論」、「がん検診の場における禁煙支援」、「クイットライン（電話での無料禁煙相談）」の3種類を作成して、厚生労働省のeヘルスネットで公開しているので参考にされたい。

## 謝辞

本稿で述べた研究成果は、2004-13年の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（H16-3次がん-015, H19-3次がん-一般-015, H22-3次がん-一般-016）における研究による。ここに記して謝意を表す。

## 参考文献

[1] Ikeda N, Inoue M, Iso H, et al. Adult mortality attributable to preventable risk factors for non-communicable diseases and injuries in Japan: a comparative risk assessment. *PLoS Med.* 2012; 9 (1):e1001160.

[2] WHO Framework Convention on Tobacco Control. World Health Organization, 2003 (updated 2004, 2005).

[3] WHO Framework Convention on Tobacco Control. Guidelines for implementation of Article 14 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Demand reduction measures concerning tobacco dependence and cessation. World Health Organization, 2011.

[4] 中村正和, 研究代表者. 厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業「発がんリスクの低減に資する効果的な禁煙推進のための環境整備と支援方策の開発ならびに普及のための制度化に関する研究」平成22年度総括・分担研究報告書. 2011.

[5] 中村正和, 研究代表者. 厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業「発がんリスクの低減に資する効果的な禁煙推進のための環境整備と支援方策の開発ならびに普及のための制度化に関する研究」平成23年度総括・分担研究報告書. 2012.

[6] 厚生労働省. 禁煙支援マニュアル（第二版）. 2013.

[7] 厚生労働省. がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針. 平成20年3月.

[8] 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. 東京：日本公衆衛生協会；2013. p.125-133.

[9] Centers for Disease Control and Prevention. Telephone Quitlines: A Resource for Development, Implementation, and Evaluation. 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, Final Edition. Atlanta, GA. 2004.

[10] Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, et al. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. CD002850.

[11] 厚生労働省中央社会保険医療協議会総会. 診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成19年度調査）ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査報告書. 平成20年7月9日. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/07/dl/s0709-8k.pdf> (accessed 2015-09-14)

[12] 厚生労働省中央社会保険医療協議会総会. 診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成21年度調査）ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査報告書. 平成22年6月2日. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/06/dl/s0602-3i.pdf> (accessed 2015-09-14)

[13] 福田敬, 津谷喜一郎, 五十嵐中, 他. 禁煙推進方策の医療経済的評価. 厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業「効果的な禁煙支援法の開発と普及のための制度化に関する研究」（研究代表者：中村正和）平成21年度総括・分担研究報告書. p.77-93. 2010.

[14] Carson KV, Verbiest MEA, Crone MR, et al. Training health professionals in smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 5. CD000214.

[15] 日本禁煙推進医師歯科医師連盟. J-STOPホームページ. <http://www.j-stop.jp> (accessed 2015-09-14)

[16] 中村正和, 萩本明子, 増居志津子. 禁煙支援に関する指導者教育と評価に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総



合研究事業（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策  
実用化研究事業）「標準的な健診・保健指導プロ  
グラム（改訂版）及び健康づくりのための身体活動基  
準2013に基づく保健事業の研修手法と評価に関する  
研究」（研究代表者：津下一代）平成26年度総括・  
分担研究報告書. p.159-183. 2015.

[17] 中村正和. 医療や健診の場での禁煙推進の制度化と  
その効果検証に関する研究. 厚生労働科学研究費補

助金第3次対がん総合戦略研究事業「発がんリスク  
の低減に資する効果的な禁煙推進のための環境整備  
と支援方策の開発ならびに普及のための制度化に関  
する研究」（研究代表者：中村正和）平成25年度総括・  
分担研究報告書. p.25-40. 2014.

[18] 中村正和. 成人喫煙率12%達成に向けて. 公衆衛生.  
2015;79(10):659-663.