CC BY

保健医療科学　2026　Vol.75 No.4 p.298 − 307

特集：加熱式たばこ時代の禁煙支援―多職種・地域連携による自治体での実践―

＜資料＞

わが国の禁煙支援・治療の今後の展望
―禁煙を推進する保健医療システムの構築を目指して―

中村正和

公益社団法人地域医療振興協会へき地医療研究センター

Future prospects for smoking cessation support and treatment in Japan
—Towards the development of a healthcare system that promotes smoking cessation

NAKAMURA Masakazu

Rural Health Research Center
Japan Association for Development of Community Medicine

抄録

喫煙はわが国の主要な死亡リスク要因であり，喫煙率が低下する一方，喫煙による超過死亡は依然として多い．喫煙による健康被害を短期的に減少させるためには，たばこ規制政策の強化に加え，保健医療の場における禁煙支援・治療の推進が重要である．本稿では，わが国の禁煙支援・治療の現状と課題を整理し，禁煙を推進する保健医療システムの構築に向けた今後の方策を検討した．

わが国では2006年度から禁煙治療が健康保険の対象となり，現在では1万6千を超える医療機関で実施されている．また，オンライン診療や治療用アプリの保険適用，特定健診・特定保健指導における禁煙支援の制度化など，禁煙支援・治療へのアクセスを向上させる基盤が整備されてきた．一方，禁煙治療の利用率は諸外国と比較して低く，医療機関へのアクセス，禁煙治療に関する情報不足，保健医療従事者からの禁煙勧奨やクイットラインの不足などが課題となっている．さらに，加熱式たばこの普及が禁煙意欲や禁煙治療の利用に影響することも懸念される．

これらを踏まえ，日本健康教育学会等が作成した健康日本21（第三次）のロジックモデル・アクションプランのうち，医療・健診等における短時間禁煙支援を中心に，①既存事業の活用，②施策ミックス，③多機関連携・協働の3つの視点から今後の方策を論じた．特に，短時間支援から禁煙治療への積極的紹介（proactive referral），オンライン診療の活用，健診機関・保険者・医療機関等が連携した禁煙支援のワンストップサービスが重要である．

今後，喫煙者が医療・健診等を利用した際に禁煙支援がルーチンとして提供され，必要に応じて適切な治療へつなげる保健医療システムの構築がわが国の禁煙支援政策として求められる．そのために，禁煙治療の利用促進，ハブ機能を担うクイットラインの整備，禁煙困難例にも対応した治療の充実，禁煙支援・治療に関する指導者トレーニングの普及を進める必要がある．

キーワード：禁煙支援，禁煙治療，クイットライン，指導者トレーニング，保健医療システム

Abstract

Smoking remains a major risk factor for mortality in Japan, despite a continuing decline in smoking prevalence. Reducing smoking-related health harms in the short term requires not only stronger tobacco control

連絡先: 中村正和
E-mail: masakazun@jadecom.jp
[令和8年9月7日受理]

policies, but also systematic smoking cessation support and treatment within the healthcare system. This article reviews the current status and challenges of smoking cessation support and treatment in Japan and discusses strategies for developing a healthcare system that systematically promotes smoking cessation.

Since smoking cessation treatment became covered by Japan's National Health Insurance in 2006, more than 16,000 medical institutions have provided cessation treatment. Recent policy developments, including the expansion of telemedicine, insurance coverage of a smartphone-based cessation treatment application, and the incorporation of brief cessation interventions into health checkups and health guidance, have improved the infrastructure for cessation support. However, the utilization of cessation treatment remains low compared with other countries. Major barriers include limited access to cessation services, insufficient information regarding cessation treatment, inadequate advice from healthcare professionals, and insufficiently developed quitline services. In addition the widespread use of heated tobacco products may further undermine motivation to quit and reduce the use and effectiveness of cessation treatment.

Based on the logic models and action plans developed for Health Japan 21 (the Third Term), this article focuses on brief smoking cessation interventions in routine medical care and health checkups. Three principles are emphasized: (1) effective use of existing health services, (2) a mix of complementary interventions, and (3) collaboration among multiple stakeholders. In particular, proactive referral from brief interventions to cessation treatment, the use of telemedicine, and one-stop cessation services linking health checkup providers, insurers, and medical institutions may improve access to treatment.

Future smoking cessation policies in Japan should focus on building a healthcare system in which smoking cessation support is routinely provided when smokers access medical care, health checkups, and other health services, with timely referral to appropriate treatment when needed. To achieve this goal, it is necessary to promote the appropriate use of smoking cessation treatment, establish quitlines that serve as a hub for connecting smokers with cessation services, enhance treatment options for smokers who have difficulty quitting, and expand training programs for healthcare professionals who are involved in smoking cessation support and treatment.

keywords: smoking cessation support, smoking cessation treatment, quitline, health professionals training, healthcare system

(accepted for publication, September 7, 2026)

I. 禁煙支援・治療の必要性と有効性

喫煙は，高血圧と並んで日本人の死亡に関わる 2 大リスク要因であり，2019 年現在の喫煙による超過死亡数は年間約 19 万人にのぼる[1]．喫煙率は減少傾向にあるものの，人口の高齢化ならびに喫煙の健康影響が遷延することにより，喫煙による超過死亡数は 2007 年の約 13 万人[2]と比べて，約 6 万人増加している．喫煙の健康被害を短期的に減らすためには，喫煙者の禁煙の推進が喫緊の課題である．喫煙者の禁煙を効果的に推進するためには，たばこ税の引き上げや受動喫煙防止などのたばこ規制の強化（public health intervention）に加えて，喫煙の本質がニコチン依存症であることを踏まえ，保健医療の場での禁煙支援や禁煙治療の取組（healthcare system intervention）が必要である[3].

禁煙支援・治療の有効性については，医療や健診等の場での短時間の禁煙支援[3-4]をはじめ，能動的クイットライン（電話等による無料禁煙相談）[5]，禁煙治療における禁煙補助薬[3]，禁煙治療アプリ[6]について，それぞれの有効性が確認されている．禁煙治療をオンライン診療で行った場合の効果についても，対面での治療と比べて，効果が劣らないことを示唆されている[7].

今後，たばこ規制の進展とともに，禁煙に対するニーズが増加する一方，禁煙困難例（精神疾患や薬物依存などを有する高度依存者など）の増加も予想されており，その対応が必要である．また，社会経済状況による喫煙率の格差も進んでおり，格差是正のための取組も求められる．

II. わが国の禁煙支援・治療の現状と課題

2006 年度の診療報酬改定において外来で算定できる「ニコチン依存症管理料」が新設され，健康保険による禁煙治療が可能になった．ニコチン依存症管理料算定医療機関（健康保険で禁煙治療を行う禁煙外来）は，全国で16,000施設を越えるまで増加し，全医療機関に占める割合は 14％を占める（2026 年 7 月現在）[8]．そのうち，オンライン診療に対応できる施設は 12％と限られている．

中央社会保険医療協議会の結果検証によると，禁煙治療終了時点の禁煙率は約 6 割（5 回受診完了者では約 7-8 割），さらに禁煙治療終了 9 カ月後の禁煙継続率は約 3 割

（5回受診完了者では約5割）であり，国際的にみて有効性が高いことが報告されている[9]．しかし，わが国では禁煙治療や禁煙補助薬を利用する割合が，諸外国に比べて低い状況にあることが報告されている[10]．この理由として，①禁煙治療へのアクセスが不十分（夜間や週末に利用できる医療機関の不足，地方での医療機関までのアクセスの問題），②メディアでの禁煙キャンペーンや保健医療従事者からの禁煙アドバイスなどの不足，③クイットラインの整備不足，などがあげられる．クイットラインについては，アジアを含め諸外国で整備が進んでいる．わが国ではがん診療連携拠点病院において，がん相談支援の一環としてクイットラインの提供が位置づけられたが，まだ十分機能しているとはいえない状況にある．

近年加熱式たばこが流行しているが，本製品の流行は禁煙意欲を低下させるだけでなく，禁煙治療の利用を妨げ，禁煙成功率を下げることが示唆されている．国民健康・栄養調査によると，たばこをやめたい人の割合は，たばこ価格約110円の引き上げがあった2010年の37.6%をピークに減少し，加熱式たばこ販売が全国的に拡大した2016年には27.7%，さらに2024年には18.6%まで減少した[11]．禁煙希望者減少の背景として，2010年のたばこ税の引き上げ以降，喫煙者の禁煙動機を高めるインパクトのあるたばこ規制が実施されていないことに加えて，加熱式たばこの流行が影響している可能性が考えられる．加熱式たばこの流行によって喫煙者の禁煙意欲が低下する理由として，加熱式たばこが紙巻きたばこに比べて害が少ないという喫煙者の認識に加え，職場や公共場所での禁煙化が進む社会に受け入れられやすいという期待が考えられる．2015年の加熱式たばこ発売後に禁煙治療の利用の減少が加速したことは，2014 ～ 2019年の企業健康保険組合の診療報酬データを用いた分割時系列分析研究[12]で示されている．厚生労働省の社会医療診療行為別調査から推定した年間禁煙治療者数の推移をみても，2014年をピークに禁煙治療者数の減少がみられ，同様の傾向を示している[13]．さらに，紙巻たばこ喫煙者が禁煙試行方法として加熱式たばこや電子たばこを利用する割合が2016年21.8%に比べて2022年には64.3%に増加したことが報告されている[14]．加熱式たばこ自体の禁煙効果を示すエビデンスはなく，加熱式たばこの使用は完全禁煙の成功を促進せず，紙巻たばこを禁煙した者の再喫煙を誘発することが示されている[15]．このように，加熱式たばこの流行は禁煙意欲を低下させるだけでなく，禁煙治療の利用を妨げ，喫煙者全体の禁煙成功率を減少させることが懸念される．

一方，禁煙支援・治療の推進を後押しする制度改正として，まず保険診療については，2022年の診療報酬改定により，かかりつけ患者のほか，一定の条件を満たせば，禁煙治療を初診から計5回オンラインで実施できるようになり[16]，利用者にとっての利便性が向上した（図1）．保険者が保健事業として自由診療で行う禁煙治療については，2017年7月から，初診から全てオンラインで実施できるようになっており[17]，健康保険組合を中心にオンライン診療事業者との契約の下で事業が実施されている．また，2020年12月にはスマートフォンを用いたニコチン依存症の治療用アプリと携帯型呼気一酸化炭素濃度測定器（COチェッカー）が医療機器として保険適用された．このアプリはニコチン依存症における心理的依存に治療介入を行うもので，禁煙治療薬の使用下で禁煙率を1.6～1.8倍高める効果が確認されている[6]．

次に，健診・保健指導については，2013年度からの第2期特定健診・特定保健指導において，健診等の場での禁煙支援から強化され，健診当日や特定保健指導の場で禁煙の短時間支援の実施と，禁煙希望者への禁煙外来等の紹介が求められるようになった．さらに2024年度からの第4期特定健診・特定保健指導において特定保健指導の積極的支援にアウトカム評価が導入された[18]．その結果，禁煙などの生活習慣改善を目標とした保健指導を実施した場合でも，実績評価において一定の要件（初回面接での目標設定，生活習慣改善が2か月以上持続，支援ポイントが180p以上など）を満たせば特定保健指導の終了として認められることになった（表1）．なお，動機付け支援については，第4期以前から初回面接と実績評価が規定どおり実施されていれば，特定保健指導の

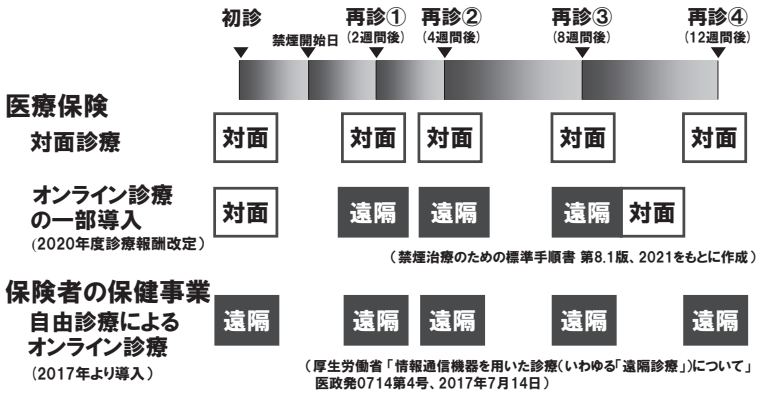


図1　禁煙治療へのオンライン診療の導入

表1　第4期特定保健指導と禁煙支援

動機付け支援

- 初回面接（個別面接20分以上またはグループ面接で80分以上）と実績評価（行動計画の策定の日から3か月以上経過した後）を行うことで終了と認められる
- 禁煙を目標とした動機付け支援が可能、上記の条件を満たしていれば終了と認められる

積極的支援

- 第4期からアウトカム評価が導入され、初回面接と実績評価を実施し、実績評価でアウトカム評価とプロセス評価の合計が180ポイント以上達成している場合に保健指導終了となる
- 腹囲と体重のほか、生活習慣の改善もアウトカムとして評価
- 禁煙を目標にした特定保健指導を実施し、実績評価において180ポイント以上達成している場合に終了と認められる

※保健指導終了の条件：アウトカム評価とプロセス評価の合計が180p以上
アウトカム評価：腹囲・体重　2cmかつ2kg以上の減少　180p、1cmかつ1kg以上の減少　20p
生活習慣の改善（食習慣、運動、休養、その他は20p、禁煙は30p）
プロセス評価：健診当日の初回面接、個別支援、グループ支援、電話、メールなど
※行動変容を目標設定する場合は、具体的で実践可能な行動計画を初回面接などの機会に設定
※行動変容については、実績評価時点で生活習慣の改善が2か月以上継続している場合に評価

厚生労働省健康・生活衛生局．標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）より作成

終了と認められる．特定保健指導における禁煙支援の方法については，新しく改訂された「禁煙支援マニュアル（令和6年度版）」[19]を参照されたい．

III. 健康日本21（第三次）の推進に向けた国や自治体，関係団体へのアクションプランの提案

1. 提案したアクションプラン

健康日本21（第三次）において，第二次計画とほぼ同様に，喫煙ならびに受動喫煙に関する4つの目標と目標値，すなわち成人の喫煙，未成年者の喫煙，妊婦の喫煙，受動喫煙に関わる数値目標が設定された（表2）[20]．第一次，第二次計画においても数値を用いた具体的な目標が設定されたものの，その目標を達成するための道筋や方策は示されてこなかった．そのため，都道府県や市町村などが地方計画を策定する際に効果的な方策の立案につながらないだけでなく，評価においても国の計画と同様の目標の達成状況だけの評価にとどまることが多かった．

そこで，日本健康教育学会では，厚労科研の研究班（辻班，片野田班，島津班など）と連携して，たばこ対策のほか，食生活・栄養，身体活動・運動の3分野で国の政策に関与してきた専門家が会員にいるという強みを生かして，第三次計画の4つの目標を達成するための道筋や方策であるロジックモデルとアクションプランを作成した[21-24]（表3）．ロジックモデルとは，施策が目標とする成果を達成するに至るまでの論理的な関係を体系的に図式化したものである．アクションプランは，エビデンスと好事例を参考に作成された具体的な行動計画のことである．

ロジックモデルで示したアクションプランの中から，たばこ対策の現状を踏まえ，実施主体が相互に連携・協働して取組め，かつ実行可能性と効果が期待できるお勧めのアクションプラン（「ベストバイプラン」）を検討し，3つのプランを提示した．3つのベストバイプランの施策名は，①日常診療や健診等の保健事業の場での短時間禁煙支援の実施[22]，②職域における喫煙対策実施の促進[23]，③法規制の強化につながる受動喫煙防止条例の制定と対策の推進[24]である．これらのテーマの選定に

表2　健康日本21（第三次）の喫煙分野の目標

目標	指標	目標値
① 喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）	20歳以上の者の喫煙率	12%（令和14年度）
② 20歳未満の者の喫煙をなくす	中学生・高校生の喫煙者の割合	0%（令和14年度）
③ 妊娠中の喫煙をなくす	妊婦の喫煙率	第2次成育医療等基本方針に合わせて設定
④ 望まない受動喫煙の機会を有する者の減少	望まない受動喫煙（家庭・職場・飲食店）の機会を有する者の割合	望まない受動喫煙のない社会の実現（令和14年度）

国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針（令和5年5月31日 厚生労働省告示第207号）

表3　健康日本21（第三次）の喫煙分野の目標達成を目指したロジックモデルとアクションプラン

ロジックモデル

健康日本21（第三次）の４つの目標について、ロジックモデルを作成
成人喫煙率の減少、未成年者の喫煙をなくす、妊婦の喫煙をなくす、
受動喫煙の機会を有する者の減少

アクションプラン

取組みの実態、実効性、実行可能性等を考慮して、３つのお勧めのアクションプラン（ベストバイプラン）を提案

日常診療や健診等の保健事業の場での短時間禁煙支援の実施
職域におけるたばこ対策の推進
法規制の強化につながる受動喫煙防止条例の制定と対策の推進

中村正和，片野田耕太，道林千賀子，他．たばこ対策のロジックモデルとアクションプラン（総論）．日本健康教育学会誌．2024；32（特別号）：S94–S101.
道林千賀子，片野田耕太，齋藤順子，他．たばこ対策のロジックモデルとアクションプランの例ー成人・妊婦の喫煙率減少ー．日本健康教育学会誌．2024；32（特別号）：S102–S111.
齋藤順子，島津太一，片野田耕太，他．たばこ対策のロジックモデルとアクションプランの例ー職域のたばこ対策ー．日本健康教育学会誌．2024；32（特別号）：S112–S120.
片野田耕太，道林千賀子，齋藤順子，他．たばこ対策のロジックモデルとアクションプランの例ー受動喫煙対策ー．日本健康教育学会誌．2024；32（特別号）：S121–S130.

あたっては，実行可能性と効果を担保するために，次の方針で選定した．すなわち，1)法律的な裏付けのある既存の事業や制度の活用（既存事業の活用），2)施策単独でなく，介入内容の異なる施策を組合せる（施策ミックス），3)複数の実施主体が相互に連携・協働する取組（多機関連携・協働）である．

2. ベストバイプランとして提示した医療や健診での短時間禁煙支援―選定理由と効果的実施のポイント

上述した３つのベストバイプランのうち，本稿に関係の深い「日常診療や健診等の保健事業の場での短時間禁煙支援の実施」を選定した理由と効果的な実施のポイントを解説する．

まず，「既存事業の活用」については，医療や健診は喫煙者の多くが受診し，かつ禁煙の動機も高まりやすく，禁煙支援を実施することに適した既存の場である．その場を活用して，保健医療従事者から喫煙者に能動的（proactive）に禁煙の働きかけを行うことにより，多くの喫煙者への短時間支援が可能となる．医療の場での短時間禁煙支援は現在のところ，制度としての位置づけや診療報酬上の直接的なインセンティブはない．しかし，2024年度の診療報酬改定で，従来の生活習慣病管理料が大きく見直され，糖尿病・高血圧症・脂質異常症の外来診療において生活習慣を含めた総合的・継続的な疾病管理を行うことを評価する診療報酬が導入された[25]．新しい生活習慣病管理料を算定する場合，医療者は患者に対して療養計画を説明し，その内容に基づいて喫煙を含む生活習慣の改善を進めることが求められている．現時点ではこの診療報酬の導入が患者の禁煙にどのような影響を与えたかは明らかでない．今後，禁煙を希望する患者を自施設での禁煙外来につなげた場合に「禁煙治療紹介」加算が算定できるといった追加の診療報酬が追加されると，医療の場での禁煙支援や禁煙外来の設置が進むのではないかと考えられる．

一方，健診については，前述したように第２期と第４期の特定健診・特定保健指導の制度改正により，特定健診の場での短時間禁煙支援と特定保健指導対象者への禁煙支援が制度の中で実施しやすくなった．わが国で広く実施されている健診を活用した禁煙推進が一層進むことが期待される．

次に「施策ミックス」であるが，医療や健診の場での短時間支援はそれだけでも効果があり，その有効性は確認されている[3-4]．さらにその効果をアップするためには，禁煙の動機が高まっている喫煙者に禁煙治療の利用を促す働きかけと仕組みづくりが重要である．具体的には禁煙治療の紹介だけ（受動的紹介，passive referral）にとどまらず，禁煙治療の予約をとるなどして積極的に禁煙治療に結びつける取組を短時間支援に組合せて行う．さらに，禁煙治療へのアクセスを向上し，治療を完了しやすくするために，オンライン診療による禁煙治療の提供が望まれる．

イギリスではNational Health Serviceの下で医療の場での短時間禁煙支援と禁煙希望者への禁煙外来の積極的紹介（proactive referral）が提供されている．禁煙の動機が高まっている喫煙者については，本人の同意をとって電子カルテに禁煙外来の利用を登録すると，後日患者の住所地近くの禁煙外来から本人にコンタクトをとり，禁煙治療が開始される仕組みが整備されている．また，クイットラインが公的に整備されている国において，喫煙者に医療の場で禁煙を勧め，本人の了解を得た上で喫煙者の連絡先をFAXやインターネットのシステムを使ってクイットラインに伝えると，クイットライン側から喫煙者にコンタクトをとって禁煙サービスを開始する取組が実施されている．このような積極的紹介を行うと，受動的紹介に比べて，禁煙支援・治療プログラムの受療率が2.1倍～61.8倍増加することが報告されている[26]．わが国でもクイットラインが整備されれば，医療や健診の場での短時間支援と組合せたシステム構築を行うことにより禁煙の推進につながる．

「多機関連携・協働」については，上述の「施策ミックス」を円滑に行うために必須の要件である．クイットラインが十分機能していないわが国ですぐに開始できることは，健診機関が禁煙外来を開設し，オンライン診療で禁煙治療を提供できる体制を整えることである．これ

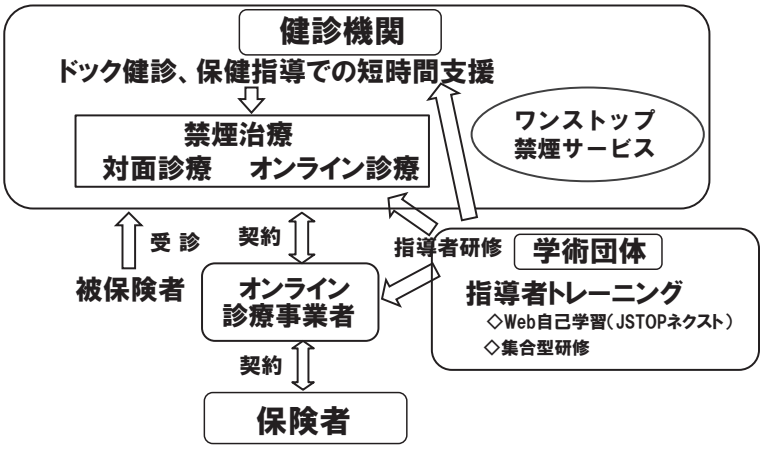


図2　多機関連携・協働による健診の場での禁煙推進―保険者と健診機関、オンライン事業者等の連携・協働

により，健診時の短時間禁煙支援と禁煙希望者への禁煙治療をワンストップサービスとして提供し，毎年の健診や人間ドックを通して受診者の禁煙を推進する仕組みができる（図2）．この取組の実施にあたっては，健診機関と特定健診や人間ドックの委託者である保険者との連携・協働が特に重要である．健診機関で実施する禁煙支援・治療のワンストップサービスを保険者の保健事業として必要な事業委託がなされることが継続性のある取組につながる．短時間支援や禁煙治療の質を担保するためには，指導者のトレーニングが必要である．後述するJ-STOPネクストによるWeb版自己学習などの禁煙支援・治療に関わる研修の受講や資格を委託の条件の一つに加えるとよい．オンライン診療の実施にあたっては，健診機関がオンライン診療提供事業者と契約して，オンライン用の診療システムの提供や自施設以外の禁煙治療希望者の紹介を受けると採算性がとれやすくなる．このように，健診機関，保険者，オンライン診療提供事業者が連携・協働して，禁煙を推進する健診システムを構築すれば，健診受診者の喫煙率の減少が期待できる．

IV．今後取組むべき課題

禁煙を推進する保健医療システムとは，喫煙者が外来受診や入院，健診などの保健事業を利用すると，禁煙の介入がルーチン化されていて，禁煙が自ずと推進される仕組みや制度が保健医療システムの中にきちんと整備されていることである．

そのために今後取り組むべき主な課題として，前項で述べた医療や健診などの保健事業の場での短時間支援の推進に加えて，禁煙治療の適切な利用を促す情報提供や働きかけ，ハブ機能としてのクイットラインの整備，禁煙治療の普及と内容の充実，指導者トレーニングの普及があげられる．

1．禁煙治療の適切な利用を促す情報提供や働きかけ

わが国では禁煙に関する公的なメディアキャンペーンが実施されてこなかったこともあり，禁煙治療の理解が十分でない．そのため，メディアやたばこパッケージの表示等を通じて，禁煙治療の必要性やメリット，利用方法に関する情報提供を充実させるほか，禁煙に関心の低い喫煙者や低所得者の喫煙者の禁煙を推進するために，ナッジやインセンティブを活用した禁煙治療の利用促進が必要である．特に低所得者層や無関心層に効果的な働きかけるには禁煙動機を高めるに十分なインセンティブ[27]を活用した取組が必要である．

禁煙支援・治療は医療費の節減につながることから，予防プログラムの中でも費用対効果が高い[28]．とりわけ妊娠中の禁煙介入は費用効果性に優れている．十分なインセンティブを設けるためには財源が必要となるが，健康格差縮小の観点から，米国で試みがされているように低所得層の妊婦の禁煙や母乳育児を促すインセンティブの活用[27]を早急に検討する必要がある．

2．ハブ機能としてのクイットラインの整備

クイットラインの整備はたばこ規制枠組条約において締約国に求められている．禁煙の動機を高める取組（前述の医療や健診等の場での短時間禁煙支援のほか，メディアキャンペーン，たばこ増税，警告表示の強化など）と連携して，禁煙の動機が高まった喫煙者への禁煙相談や支援，禁煙治療への紹介をクイットラインが担う体制を整備し，タイムリーな禁煙支援ができる社会環境を整えることが必要である[29]．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．

クイットラインには，カウンセラーから喫煙者に電話をかけて禁煙支援を行う能動的クイットライン(proactive quitline)と，喫煙者からの相談を待って対応する受

動的クイットライン(reactive quitline)がある．受動的クイットラインでは，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合わせない限り，利用者は限定される．それに対して，能動的なクイットラインは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[29]．わが国ではすでに禁煙治療が保険適用になっているものの，禁煙治療の利用を阻むバリアとして，禁煙治療についての情報不足や誤った認識のほか，利用にあたっての心理的バリア（禁煙を決断しないと受診しにくい），禁煙外来へのアクセスの問題（近隣に禁煙外来がない，仕事などのため開設時間に受診できない）などがある．

クイットラインは禁煙外来に比べてアクセスが容易で気軽に相談ができる特徴がある．また，医療や健診等の場での短時間支援や禁煙外来や薬局などの地域の禁煙サービスのネットワーク拠点として機能を果たすことができる．さらに入院や手術が決まった患者に対して，退院後の再喫煙防止のフォローアップも含めた禁煙支援を入院先の病院や禁煙外来と連携して行うこともできる．国による整備を待つだけではなく，保険者と民間保険会社が協働して全国または都道府県レベルでクイットラインの体制を構築する方法が考えられる．

3. 禁煙治療の普及と内容の充実

禁煙治療の普及と充実を図るために，オンライン診療の普及にむけた禁煙外来設置医療機関への働きかけや支援，健康保険による禁煙治療の適用拡大（入院患者，歯科分野），禁煙困難例に対応できる禁煙治療プロトコールへの保険適用をあげることができる．ここでは，禁煙困難例に対応できる禁煙治療プロトコール[30]について解説する．

わが国で使用可能な禁煙補助薬として，ニコチンパッチとニコチンガム，バレニクリンがある．今後喫煙率の減少が進む中で，ニコチンの高度依存や精神疾患を有する禁煙困難例が相対的に増加することが予想される．バレニクリン治療を受けた患者において，治療期間中の禁煙期間が短いと治療終了後に喫煙を再開しやすいことが報告されている[30]．特に禁煙期間が6週以下と短い場合は，10-11週に比べて3.3倍喫煙を再開しやすい．そのほか喫煙再開しやすい要因には，①年齢が若い，②治療終了時点のニコチン離脱症状が強い，③過去の禁煙試行経験あり，がある．このような要因が該当する治療中の患者に対しては，保険適用外ではあるが，12週間の追加治療を勧めるのがよい．有効性については臨床試験で確認されており，精神疾患患者のほか，上述したように，治療期間中の禁煙期間が短いなど喫煙再開しやすい特性を有する患者には特に効果が期待できる．ニコチン製剤については，禁煙困難例の対応として剤型の異なる2剤以上のニコチン製剤の併用のほか，高用量の剤型の利用がある．次に，すぐに禁煙せずに本数を減らしながら禁煙したいと考えている患者には，バレニクリンを標準治療の期間の2倍にあたる24週間処方して，最初の12週間は段階的に本数を減らし，その後12週間は禁煙するという治療方法が開発され，その有効性が確認されている[30]．上述の追加治療と同様，本治療の前半12週間は現在のところ健康保険では認められていないが，保険者による保健事業として自由診療下での実施が可能である．これらの新しい禁煙治療プロトコールの有効性や使い勝手については，わが国で病院職員を対象としたパイロット実施により，治療効果の向上だけでなく，禁煙治療への参加率を高める可能性が示唆されている[31]．

4. 指導者トレーニングの普及

わが国で実施されている対面またはオンラインでの禁煙外来での禁煙治療をはじめ，特定健診や特定保健指導などの保健事業での禁煙支援の量的拡大と質的向上を図るために，指導者トレーニングの普及が求められる．禁煙支援の指導者トレーニングの有効性については，トレーニングによって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欧米のRCT研究のメタアナリシスによって明らかになっている[32]．わが国で実施された対面型の指導者トレーニング（2日間の基礎講習会，基礎講習会後の喫煙者を対象とした体験指導，体験指導の症例をもとにした2日間の事例検討会で構成）においても，模擬喫煙者を使って測定した禁煙支援のスキルがトレーニングによって増加するとともに，研修後のスキルが高いほど，支援を受けた喫煙者の禁煙率が高くなることが示されている[33]．

WEB自己学習によるJ-STOPネクストは，日本禁煙推進医師歯科医師連盟が2010年から無料で提供している禁煙支援・治療のための指導者トレーニングプログラムである[34]．累計受講者は1万人を超え，禁煙外来開設施設をはじめ，学会や自治体，保険者などでの活用が進んでいる[35]．標準的な受講コースとして，「禁煙治療版」「禁煙治療導入版」「禁煙支援版」がある（表4）[35]．禁煙治療版では日本循環器学会などの4学会による「禁煙治療のための標準手順書」に準拠した内容が学習できる．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）」や「禁煙支援マニュアル（令和6年度版）」に採用されており，禁煙支援版の受講により同マニュアルの内容について効果的な学習が可能となる．学習時間の目安は，治療版10～12時間，導入版3～4時間，支援版4～5時間である．

3つのコースのプログラムの有効性については，受講者の禁煙支援・治療に関わる知識，態度，自信，禁煙アドバイスなどの行動において受講後に有意な改善が認められるだけでなく，トレーニング前の知識，態度，自信，行動の受講者間の差が受講後に縮小することが確認されている[36]．

表4　指導者のためのWeb自己学習プログラム（J-STOPネクスト）の３つのコース

	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 薬局・薬店	地域や職域の保健事業
学習内容	禁煙治療 （禁煙治療のための 標準手順書に準拠）	診療の場での 禁煙支援	健診や保健指導の場での 禁煙支援 （厚労省禁煙支援マニュアル に準拠）
対象	医師やコメディカル	医師やコメディカル 薬局・薬店の薬剤師	地域や職域の保健指導者
学習時間 （目安）	10～12時間	3～4時間	4～5時間

禁煙支援の指導者向けの公的な教材として，厚生労働省が2024年度からの第4期特定健診・特定保健指導に合わせて示した「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」[18]に掲載されている「保健指導のための禁煙支援簡易マニュアル」と「喫煙に関するフィードバック文例集」のほか，禁煙支援の方法をより具体的に解説した「禁煙支援マニュアル（令和6年版）」[19]がある．禁煙治療については，禁煙治療の保険適用に合わせて示された「禁煙治療のための標準手順書 第8.1版」がある[37].

「禁煙支援マニュアル（令和6年版）」は，2018年に公開された「禁煙支援マニュアル（第二版）増補改訂版」をその後の禁煙支援・治療に関わる制度改正などを踏まえて改訂されたものである．主な改訂点は，①特定保健指導のアウトカム評価の導入に伴う禁煙を目標とした特定保健指導の方法と実際，②禁煙後の体重増加対策としての禁煙補助薬や運動の重要性，③禁煙治療へのオンライン診療の導入と治療アプリの保険適用，④短時間禁煙支援におけるConnect（禁煙治療の受療につなげる取組）の必要性と方法，⑤改正健康増進法，健康日本21計画関連の説明の追加，⑥新しい統計データやエビデンスの更新である．

V. 結語

わが国では，禁煙治療の保険適用，オンライン診療や治療用アプリの導入，特定健診・特定保健指導における禁煙支援の制度化など，禁煙支援・治療を推進する基盤が整備されてきた．一方，禁煙治療の利用率は依然として低く，加熱式たばこの普及，禁煙支援へのアクセス格差，クイットラインの未整備など，解決すべき課題も多い．今後は，医療・健診等の場での短時間禁煙支援を起点として，積極的な治療への紹介，オンライン診療，クイットライン等を組み合わせ，保健医療関係者，保険者等が連携・協働する仕組みを構築することが重要である．さらに，禁煙困難例への治療の充実と指導者トレーニングの普及を進め，喫煙者が保健医療サービスを利用すれば自然に禁煙につながる保健医療システムの構築を目指す必要がある．

利益相反

利益相反なし

引用文献

[1] Nomura S, Sakamoto H, Ghaznavi C, et al. Toward a third term of Health Japan 21: implications from the rise in non-communicable disease burden and highly preventable risk factors. Lancet Reg Health West Pac. 2022;21:100377. doi: 10.1016/j.lanwpc.2021.100377

[2] 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. doi: 10.1371/journal.pmed.1001160

[3] Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideline. Rockville: US Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2008.

[4] 中山富雄，嶋田ちさ．健診・検診や保健指導の場における禁煙支援の事例報告（1）地域の事例報告．大井田隆，中村正和，尾崎哲則，編集．特定健康診査・特定保健指導における禁煙支援から始めるたばこ対策．東京：日本公衆衛生協会；2013．p125-133.
Nakayama T, Shimada C. [Kenshin kenshin ya hoken shido no ba ni okeru kinen shien no jirei hokoku (1): Chiiki no jirei hokoku.] Oida T, Nakamura M, Ozaki T, edited. [Tokutei kenko shinsa tokutei hoken shido ni okeru kinen shien kara hajimeru tabako taisaku.] Tokyo: Nihon Koshu Eisei Kyokai; 2013. p125-133. (in Japanese)

[5] Matkin W, Ordóñez-Mena JM, Hartmann-Boyce J. Telephone counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2019;(5):CD002850. doi: 10.1002/14651858.CD002850.pub4

[6] Masaki K, Tateno H, Nomura A, et al. A randomized controlled trial of a smoking cessation smartphone application with a carbon monoxide checker. npj Digit Med. 2020;3:35. doi: 10.1038/s41746-020-0243-5

[7] Nomura A, Tanigawa T, Muto T, et al. Clinical efficacy of telemedicine compared to face-to-face clinic visits for smoking cessation: multicenter open-label randomized controlled noninferiority trial. J Med Internet Res. 2019;21(4):e13520. doi: 10.2196/13520

[8] 日本禁煙学会．禁煙治療に保険が使える医療機関情報最新版（ニコチン依存症管理料算定医療機関）. Japan Society for Tobacco Control. [Kinen chiryo ni hoken ga tsukaeru iryo kikan joho saishinban (Nicotine izonsho kanriryo santei iryo kikan).] http://www.nosmoke55.jp/nicotine/clinic.html (in Japanese)(accessed 2026-9-1)

[9] 中村正和．わが国の喫煙の現状と禁煙治療をめぐる最近のトピックス．新薬と臨牀．2020;69(9):1109-1115．Nakamura M. [Waga kuni no kitsuen no genjo to kinen chiryo o meguru saikin no topics.] Shinyaku to Rinsho. 2020;69(9):1109-1115. (in Japanese)

[10] 中村正和．日本における禁煙支援・治療の現状と課題．日本医師会雑誌．2012;141(9):1917-1922．Nakamura M. [Current condition and future issues of smoking cessation policy in Japan.] Nihon Ishikai Zasshi. 2012;141(9):1917-1922. (in Japanese)

[11] 厚生労働省．国民健康・栄養調査報告．Ministry of Health, Labour and Welfare. [Kokumin kenko eiyo chosa hokoku.] https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kenkou_eiyou_chousa.html (in Japanese)(accessed 2026-9-1)

[12] Taniguchi C, Oze I, Narisada A, Wakayama R, Nonogaki A, Tanaka H, Suzuki K. Changes in seeking smoking cessation therapy among Japanese employees and their families: a possible role for the dissemination of heated tobacco products (HTPs). Tob Control. 2025 Jun 18:tc-2025-059331. doi: 10.1136/tc-2025-059331.

[13] 中村正和，田淵貴大，尾崎米厚，大和浩，欅田尚樹，吉見逸郎，他．加熱式たばこ製品の使用実態，健康影響，たばこ規制への影響とそれを踏まえた政策提言．日本公衆衛生雑誌．2020;67(1):3-14．Nakamura M, Tabuchi T, Osaki Y, Yamato H, Kunugita N, Yoshimi I, et al. [Policy recommendation for the regulation of heated tobacco products based on evidence review of their health effects and influence on tobacco control.] Nihon Koshu Eisei Zasshi. 2020;67(1):3-14. (in Japanese)

[14] 牛山明, 研究代表者．厚生労働科学特別研究事業「加熱式たばこの化学的特性と健康リスクに関する科学的エビデンス構築に係る研究」令和７年度総括研究報告書．2026．Ushiyama A, Kenkyu daihyosha. Special Research Program, Health, Labour and Welfare Sciences Research Grants. [Kanetsushiki tabako no kagakuteki tokusei to kenko risk ni kansuru kagakuteki evidence kochiku ni kakaru kenkyu.] Report on Fiscal Year Reiwa 7. 2026. https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/180739 (in Japanese)(accessed 2026-9-1)

[15] 萩本明子，片野田耕太，田淵貴大．紙巻きたばこ喫煙者の喫煙および禁煙試行の動向．日本公衆衛生雑誌．2026;73(5):420-428．Hagimoto A, Katanoda K, Tabuchi T. [Trends in smoking status and quit attempts among cigarette smokers.] Nihon Koshu Eisei Zasshi. 2026;73(5):420-428. (in Japanese)

[16] 厚生労働省．オンライン診療の適切な実施に関する指針．2018．（2022年1月一部改訂）Ministry of Health, Labour and Welfare. [Online shinryo no tekisetsu na jisshi ni kansuru shishin.] 2018 (partially revised in January 2022). https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000901835.pdf (in Japanese)(accessed 2026-9-2)

[17] 厚生労働省医政局長．情報通信機器を用いた診療（いわゆる「遠隔診療」）について．医政発0714第4号．2017．Director-General of the Health Policy Bureau, Ministry of Health, Labour and Welfare. [Joho tsushin kiki o mochiita shinryo (iwayuru “enkaku shinryo”) ni tsuite.] Isei-hatsu 0714 No.4. 2017. https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc2855&dataType=1&pageNo=1 (in Japanese)(accessed 2026-9-2)

[18] 厚生労働省健康・生活衛生局．標準的な健診・保健指導プログラム（令和６年度版）．2024．Health Service Bureau, Ministry of Health, Labour and Welfare. [Hyojunteki na kenshin hoken shido program (Reiwa 6 nendo ban).] 2024. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155_00004.html (in Japanese)(accessed 2026-9-2)

[19] 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）「受動喫煙防止等のたばこ対策の政策評価に関する研究」研究班．禁煙支援マニュアル（令和６年度版）．2025．Comprehensive Research on Life-Style Related Diseases including Cardiovascular Diseases and Diabetes Mellitus, Health, Labour and Welfare Sciences Research Grants. [Kinen shien manual (Reiwa 6 nendo ban).] 2025. https://www.mhlw.go.jp/content/001737620.pdf (in Japanese)(accessed 2026-8-31)

[20] 厚生労働省．国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針．令和５年厚生労働省告示　第207号．2023．Ministry of Health, Labour and Welfare. [Kokumin no kenko no zoshin no sogoteki na suishin o hakaru tame no kihonteki na hoshin.] MHLW Notification No.207 of 2023. 2023. https://www.mhlw.go.jp/content/001102474.pdf (in Japanese)(accessed 2026-8-31)

[21] 中村正和，片野田耕太，道林千賀子，他．たばこ対策のロジックモデルとアクションプラン（総論）．日本健康教育学会誌．2024;32(特別号):S94-S101．Nakamura M, Katanoda K, Michibayashi C et al. [Logic model and action plans for tobacco control: general remarks.] Nihon Kenko Kyoiku Gakkaishi. 2024;32(Suppl.):S94-S101. (in Japanese)

[22] 道林千賀子，片野田耕太，齋藤順子，他．たばこ

対策のロジックモデルとアクションプランの例―成人・妊婦の喫煙率減少―．日本健康教育学会誌．2024;32(特 別 号):S102-S111．Michibayashi C, Katanoda K, Saito J, et al. [Logic model and action plan for reducing smoking among adults and pregnant women.] Nihon Kenko Kyoiku Gakkaishi. 2024;32(Suppl.):S102-S111. (in Japanese)

[23] 齋藤順子，島津太一，片野田耕太，他．たばこ対策のロジックモデルとアクションプランの例―職域のたばこ対策―．日本健康教育学会誌．2024;32(特別 号):S112-S120．Saito J, Shimazu T, Katanoda K, et al. [Logic model and action plan for tobacco control in the workplace.] Nihon Kenko Kyoiku Gakkaishi. 2024;32(Suppl.):S112-S120. (in Japanese)

[24] 片野田耕太，道林千賀子，齋藤順子，他．たばこ対策のロジックモデルとアクションプランの例―受動喫煙対策―．日本健康教育学会誌．2024;32(特別号):S121-S130．Katanoda K, Michibayashi C, Saito J, et al. [Logic model and action plan for clean air policy in tobacco control.] Nihon Kenko Kyoiku Gakkaishi. 2024;32(Suppl.):S121-S130. (in Japanese)

[25] 厚生労働省．令和 6 年度診療報酬改定の概要【外来】．2024．Ministry of Health, Labour and Welfare. [Reiwa 6 nendo shinryo hoshu kaitei no gaiyo: Gairai.] 2024. https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001218897.pdf (in Japanese)(accessed 2026-8-31)

[26] van Westen-Lagerweij NA, Hipple Walters BJ, Potyka F, Croes EA, Willemsen MC. Proactive Referral to Behavioral Smoking Cessation Programs by Healthcare Staff: A Systematic Review. Nicotine Tob Res. 2023;25(5):849-858. doi: 10.1093/ntr/ntac262.

[27] 鷲尾幸子．インセンティブによる行動変容への挑戦．日本健康教育学会誌．2024;32(3):180-186．Washio S. [Challenge to reduce health disparities with motivational incentives.] Nihon Kenko Kyoiku Gakkaishi. 2024;32(3):180-186. (in Japanese)

[28] 厚生労働省．健康づくりサポートネット．たばこ対策の推進に役立つファクトシート：予防介入における禁煙治療の費用対効果．Ministry of Health, Labour and Welfare. [Kenkozukuri support net. Tabako taisaku no suishin ni yakudatsu fact sheet: Yobo kainyu ni okeru kinen chiryo no hiyo taikoka.] https://healthprom.jadecom.or.jp/wp/wp-content/uploads/2018/03/factsheet_e.pdf (in Japanese)(accessed 2026-9-2)

[29] 中村正和．FCTC14 条 禁煙支援・治療．保健医療科学．2015;64(5):475-483．Nakamura M. [Article 14 of the World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control: demanding reduction measures concerning tobacco dependence and cessation.] J Natl Inst Public Health. 2015;64(5):475-483. (in Japanese)

[30] 中村正和．喫煙者の治療―禁煙保険治療の現状と展望．医学のあゆみ．2018;265(10):847-853．Nakamura M. [Kitsuensha no chiryo: Kinen hoken chiryo no genjo to tenbo.] Igaku no Ayumi. 2018;265(10):847-853. (in Japanese)

[31] 中村正和，川畑輝子，増居志津子，他．病院職員を対象とした禁煙補助薬の新しいエビデンスに基づいた治療の試み―健康保険組合とコラボした充実した禁煙治療メニューの提供とその効果の検討―．月刊地域医学．2018;32(8):687-695．Nakamura M, Kawabata T, Masui S, et al. [Byoin shokuin o taisho to shita kinen hojoyaku no atarashii evidence ni motozuita chiryo no kokoromi: Kenko hoken kumiai to collabo shita jujitsu shita kinen chiryo menu no teikyo to sono koka no kento.] Gekkan Chiiki Igaku. 2018;32(8):687-695. (in Japanese)

[32] Carson KV, Verbiest MEA, Crone MR, et al. Training health professionals in smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(5):CD000214. doi: 10.1002/14651858.CD000214.pub2

[33] Hagimoto A, Nakamura M, Masui S, Bai Y, Oshima A. Effects of Trained Health Professionals' Behavioral Counseling Skills on Smoking Cessation Outcomes. Ann Behav Med. 2018;52(9):752-761. doi: 10.1093/abm/kax049.

[34] 日本禁煙推進医師歯科医師連盟．J-STOPホームページ．Japan Medical-Dental Association for Tobacco Control. [J-STOP homepage.] http://www.j-stop.jp (in Japanese) (accessed 2026-9-3)

[35] 中村正和．禁煙支援・治療の指導者トレーニングの社会実装―インターネットを活用した自己学習プログラムの開発と普及―．日本人間ドック・予防医療学会誌．2025;40(3):515-525．Nakamura M. [Kinen shien chiryo no shidosha training no shakai jisso: Internet o katsuyo shita jiko gakushu program no kaihatsu to fukyu.] Nihon Ningen Dock Yobo Iryo Gakkaishi. 2025;40(3):515-525. (in Japanese)

[36] 中村正和，増居志津子，萩本明子，他．eラーニングを活用した禁煙支援・治療のための指導者トレーニングの有用性．日本健康教育学会誌．2017;25:180-194. Nakamura M, Masui S, Hagimoto A, et al. [e-Learning o katsuyo shita kinen shien chiryo no tame no shidosha training no yuyosei.] Nihon Kenko Kyoiku Gakkaishi. 2017;25:180-194. (in Japanese)

[37] 日本循環器学会，日本肺癌学会，日本癌学会，日本呼吸器学会．禁煙治療のための標準手順書 第 8.1 版．2021．The Japanese Circulation Society, The Japan Lung Cancer Society, The Japanese Cancer Association, The Japanese Respiratory Society. [Kinen chiryo no tame no hyojun tejunsho, dai 8.1 han.] 2021. https://www.j-circ-kinen.jp/media/20221031-133505-162.pdf (in Japanese) (accessed 2026-8-31)