

## わが国における喫煙者の禁煙行動の実態と 今後の禁煙推進方策の課題

中村正和 (大阪府立健康科学センター 健康生活推進部)

喫煙超過死亡数が年間少なくとも13万人を上回る現状の中で、喫煙の被害を早期に減らすためには、喫煙者の禁煙を推進することが重要である。わが国ではたばこ規制・対策の中で、禁煙治療に対する保険適用が先行する形で導入された。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、2011年4月現在12,000余施設にのぼっている。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後9ヵ月後の禁煙継続率が約3割(5回受診完了者では約5割)と一貫した成績が得られており、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。本稿では、わが国の現状を踏まえて、禁煙治療への保険適用の活用も含め、喫煙者の禁煙をさらに推進するための方策について検討する。まず2010年11月に発表されたITC 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との比較により、わが国の喫煙者の禁煙行動の特徴や課題を明らかにする。次に、2010年11月のウルグアイでのFCTC第4回締約国会議で採択された第14条(たばこ使用の中止とたばこ依存症の治療の促進)履行のためのガイドラインの内容をもとに、禁煙治療を含め、今後の禁煙推進にあたっての課題について述べることとする。

1. わが国の喫煙者の禁煙行動の実態  
現在、筆者が研究代表者を務めている厚労科研の第3次対がん総合戦略研究事業において、2005年より、喫煙者の固定集団1,666名を対象として郵送による自記式アンケートによる追跡調査を毎年6月に実施している。わが国の喫煙者の年間禁煙試行率は徐々に増加傾向にあり、2010年に年間4人に1人以上が少なくとも1日間以上の禁煙を試みている(表1)。

表1. わが国の喫煙者の禁煙行動の実態

	禁煙治療の 保険適用 1年前	保険適用直後 たばこ禁煙行動 (保険適用) 1年後	保険適用 1年後	保険適用 2年後 N-QUIT化直後 N-QUIT化直後 N-QUIT化直後	保険適用 3年後	保険適用 4年後
	2005年6月	2006年6月	2007年6月	2008年6月	2009年6月	2010年6月
年間禁煙試行率	23.0%	27.8%	24.9%	28.8%	28.3%	
	上記全てP<0.01					
OTCを用いた割合	9.3%	7.0%	10.2%	14.2%	9.2%	
	P<0.01					
禁煙治療を用いた割合	4.2%	4.1%	7.2%	3.8%	7.4%	
年間禁煙率(7日間断面)						
禁煙試行者を分母	25.6%	25.5%	30.9%	29.3%	27.2%	
喫煙者全体を分母	5.9%	7.1%	7.7%	8.4%	7.7%	
	P<0.05					

(注) ベースライン時に生活習慣本数100本以上の者を対象とした。  
(注) パッチのみの対象者は保険適用2年までは禁煙治療に含めているが、3年後からはOTCに含めている。  
(原簿科学 第3次対がん研究 中村正和)

禁煙試行者における禁煙方法の割合の推移をみると、2010年においても自力が8割以上を占め、禁煙のためのOTC薬や禁煙治療の利用は2005年より増加傾向にあるものの、両者を合わせても2割以下にとどまり、2010年はそれぞれ9.2%、7.4%であった。年間禁煙率(7日間断面禁煙率)は、禁煙試行者と喫煙者全体を分母とした場合のいずれにおいても、2005年から少し増加傾向にあり、2010年にはそれぞれ27.2%、7.7%であった。わが国の結果をITC Projectによる禁煙行動のグローバル・サーベイランスの調査結果(ただし、15カ国の中から9カ国を選定、調査結果はITC Projectのホームページを参照)と比較すると、年間禁煙試行率は中国やドイツに次いで低かった(表2)。これはたばこ規制・対策が一般的に遅れていることを反映した結果と考えられる。禁煙試行者における禁煙補助薬や禁煙治療の利用割合については、これらの割合が最も高いイギリスと比べて、わが国の割合はそれぞれ1/3、1/2程度と低いことがわかる。イギリスで禁煙補助薬や禁煙治療の利用割合が高いのは、世界に先駆けて1999年からNHSのもとで無料の禁煙治療サービスを提供してきたことが関係していると思われる。クイットライン(無料の禁煙電話相談)についてはわが国において整備されていないが、オーストラリアやニュージーランドにおいては、禁煙治療よりもクイットラインの利用割合が高い。これは、両国におい



療に対する保険適用の検討に際して重要なエビデンスとして用いられた。その後2010年に改訂版が発行され、日本循環器学会のホームページで公開されている。諸外国においては、政府機関がガイドラインを発行しているところが多い。今後、厚生労働省が健康日本21次期計画や健康増進計画、がん対策推進計画での取り組みと関連づけて、上述の①の内容も含めた総合的なガイドラインを国として示すことが必要である。

③～⑤については、わが国における保険による禁煙治療の制度化において、禁煙治療を保険診療の中に位置づけることができ、持続可能な医療サービスとしての実現と自由診療時代に比べて費用負担の軽減につながった。しかし、④については、上述の国際比較の結果からもわかるように、わが国では医師からの禁煙アドバイスが不十分であることや、マスメディア等を通じての禁煙についての情報提供の不足などがその背景にあると考えられた。そのための制度的な後押しが必要かどうかについては検討が必要であるが、たとえばWHOのNCD (Noncommunicable diseases) 対策で取り上げられている5疾病 (がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、COPD) を有するニコチン依存症患者に対して、ニコチン依存症管理料の算定医療機関が一定の要件を満たす禁煙アドバイスを実施した場合に一定の頻度で診療報酬上の評価がされるといった制度化も検討に値するのではないかと考えている。

医療と並んで多くの喫煙者と出会う特定健診やがん検診、人間ドックの場での禁煙勧奨・支援の制度化も喫煙の課題である。たとえば、特定健診では健診当日にメタボの有無に関わらず、全ての喫煙者に禁煙を勧奨し、禁煙希望者には保険による禁煙治療や禁煙補助剤の紹介など、禁煙成功の可能性を高める情報提供を短時間で実施する制度化が必要である。この点については、筆者が研究代表者を務める厚労科研の研究班で政策提言の作業を行ってきており、厚生労働省の担当課と意見交換を行っている。

⑤の禁煙治療のアクセスに関しては、ニコチン依存症管理料の算定医療機関の増加に伴い、年々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約10%、病院に限っても約20%に過ぎない。今後

の禁煙推進の環境整備に伴い禁煙希望者の増加することを考えると、禁煙治療が実施できる医療機関数のさらなる増加が望まれる。さらに、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、歯科患者などにも保険が適用されるよう、適用範囲の見直しが必要であり、引き続き本連盟や関連学会等から要望を続けることが必要である。入院患者への禁煙治療の有効性のエビデンスは確立しており、退院後少なくとも1か月のフォローアップが退院後の禁煙継続につながるということが明らかにされているため、そのフォローアップの実施も含めて保険適用の条件とする必要あると考える。

⑥については、わが国では日本禁煙学会や日本禁煙科学会が禁煙治療に従事する指導者の資格認定を実施しているが、国の施策とリンクした指導者養成の位置づけとはされていない。現在のところ、保険による禁煙治療を実施するための要件として、指導者トレーニングの受講や資格認定は要件として含まれていないが、今後、登録医療機関が増加する中で一定の禁煙治療の質を確保するために、制度としての導入について検討が必要と思われる。

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が組み込まれ、その結果、保険者や医療団体、関連学会などが全国各地で開催した研修会においても禁煙支援が取り上げられ、その普及につながったことは評価できる。しかし、肝心の特定健診・特定保健指導の制度設計において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・特定保健指導の見直しの中で、喫煙に関する保健指導を重視することにより、施策とリンクした研修が実現することが期待される。

日本禁煙推進医師歯科医師連盟では、本通信で3回にわたって紹介してきたように、J-STOPのプロジェクトとして、保険による禁煙治療を実施するために必要な知識やスキルが習得できるeラーニングを開発した。大阪でのパイロット実施を経て、2010年10月より全国の登録医療機関を対象に全国的な規模での効果検証を実施し、現在そのデータを解析している。

これまでの予備的な解析において、パイロット実施の結果と同様、プログラムの使い勝手や有効性を示唆するデータが得られている。今後の本プログラムの普及にむけて、厚生労働省をはじめ、日本医師会、日本人間ドック学会や日本循環器学会等の関係者と面談し、組織を通じた普及方策の検討を開始している。今後準備の整った団体からプログラムを提供して順次普及を図りたい。また、これまでに開発した「禁煙治療版」に加え、新たに日常診療用の「禁煙治療導入版」、健診や各種保健事業用の「禁煙支援版」の開発の検討を進めている(表4)。これらの3つのプログラムを用いて、まず大阪で医師会等の関係組織と協同して指導者研修の地域展開パイロット事業を行い、その後、全国的な規模で組織または制度を通しての普及を図ることができれば、わが国の保健医療システムを活用した禁煙推進に貢献できるものと考えている。

表4. J-STOP  
指導者トレーニングプログラム



種類	用途	学習内容	対象
禁煙治療版	禁煙外来	「禁煙治療標準手順書医師やコメディカルに準拠した禁煙治療	
禁煙治療導入版	日常診療	短時間でできる禁煙の医師やコメディカル動機づけや情報提供	薬局・薬店の薬剤師
禁煙支援版	健診や人間ドック各種保健事業	短時間でできる禁煙の地域や職域の保健指導者動機づけや情報提供 禁煙カウンセリング	

⑦のマスメディアを活用したキャンペーンや無料の禁煙電話相談については多くの国で実施されているが、わが国では実施されていない。マスメディアを活用した全国的な規模でのキャンペーンを実施するためには多額の財源の確保が必要であり、他の関連施策と優先順位を検討する中で実行可能性を検討することが必要であろう。クイットラインについては、受け身で相談を待つreactiveな方式では、大々的なマスメディアのキャンペーンと組み合わせない限り、利用者は限定される。それに対して、カウンセラーから能動的に電話をして禁煙の働きかけや支援

を行うproactiveな方式が、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。現在、厚労科研の研究班で今後の制度化にむけての検討を行っている。これまでの検討では、健診やがん検診当日の禁煙勧奨のフォローアップ(禁煙希望者を対象に実施)や、入院患者への禁煙治療の保険適用が実現した場合の退院後のフォローアップとしての活用が実行可能性を調べるパイロット研究のテーマとしてあがっている。今後の普及にあたっては、がん診療連携拠点病院に整備されている相談支援の電話システムの活用が考えられる。

⑨については、自治体レベルでのたばこ規制・対策のモニタリングと評価については、厚労科研で開発した都道府県や市町村の担当者による自己点検方式のたばこ規制・対策のモニタリングシステムが活用できると思われる。すでに大阪府内で調査を実施し、実行可能性や有用性を確認している(詳細は大阪府庁のたばこ対策のホームページに掲載されている報告書を参照)。今後、全国調査を実施し、「全国自治体におけるたばこ規制・対策の市町村・都道府県マップ」を作成するとともに、健康日本21の次期計画策定での活用について政策提言したい。

⑩については、イギリスをはじめ、禁煙治療サービス等を公的なサービスや制度として実施している諸外国と交流して、その経験を交流することは有用である。Mayo Clinicが現在、禁煙治療に関する国際ネットワークを構築するプロジェクト(Global Bridge)を立ち上げており、今後の動向が注目される。また、2011年9月に国連本部で開催される国連総会のハイレベル会合においてNCD対策が議題として採択された。今後、疾病毎の対策からNCDに共通の原因である生活習慣に着目した対策がより重視されると思われる。喫煙はNCDの5疾病に共通の原因である。今後政府間の交流に加えて、NCDに関連したNGO組織(国際対がん連合、世界心臓連合など)のネットワークを活用した国際的協調・行動が重要と考える。