

## 教育講演3

# どうやってたばこから離脱するか

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  
中村正和

## 日本人間ドック学会 COI開示

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  
中村正和

発表に関連し、開示すべきCOI関係にある  
企業などはありません。

## 喫煙による健康影響と超過医療費

### 能動喫煙

超過罹患者数  
79.2万人

超過医療費  
11,669億円

超過死亡数  
13万人

### 受動喫煙

超過罹患者数  
24.2万人

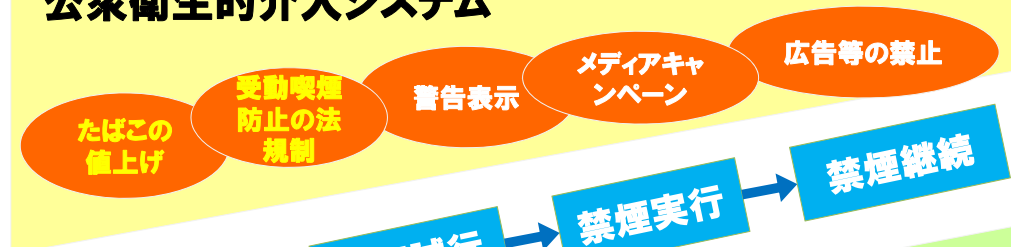
超過医療費  
3,233億円

超過死亡数  
1.5万人

【出典】超過罹患者数・超過医療費  
・五十嵐中：受動喫煙防止等のたばこ対策による経済面の効果評価とモデルの構築。厚労科研費2016年度 新FCTC中村班報告書。  
超過死亡数  
・Ikeda N, 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.  
・片野田耕太ら：受動喫煙と肺がんについての包括的評価および受動喫煙起因死亡数の推計。厚労科研費2015年度 片野田班報告書。

## 禁煙推進のための2つの社会環境整備

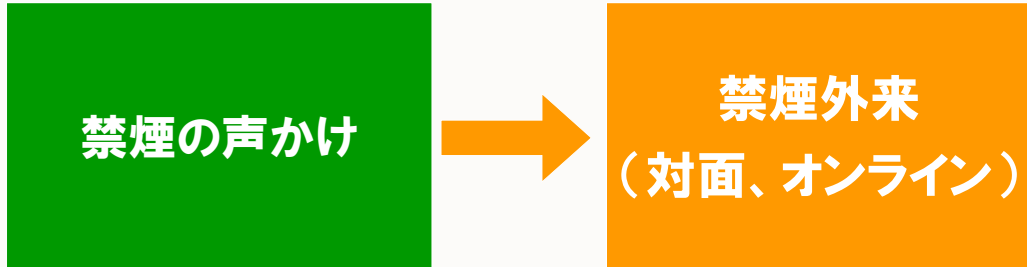
### 公衆衛生的介入システム



### 保健医療介入システム



# 様々な機会を用いた禁煙の声かけ



## 第2期特定健診・特定保健指導における喫煙の保健指導の強化

### ■厚労省「標準的な健診・保健指導プログラム」

「**血圧及び喫煙については、虚血性心疾患や脳血管疾患の発症リスクとして重視すべき項目であるため、健診当日を含め、面接での対応を強化することが求められる。特に喫煙者に対しては、禁煙支援および積極的な禁煙外来の利用を促すことが望ましい。**」

- ※簡易禁煙支援マニュアル
- ※喫煙へのフィードバック文例集

### ■厚労省「禁煙支援マニュアル(第二版)」の発行



図表1 簡易禁煙支援(ABR方式)と標準的支援(ABC方式)の流れ

1. 健診・保健指導での禁煙支援の取り組み方  
健診・保健指導の中で喫煙支援は、タブレット端末やパソコンでの実施やSMSの活用により行われる。全ての喫煙者を対象として行うことが重要である。  
簡易支援(ABR方式)や標準的支援(ABC方式)など、喫煙者の喫煙状況や健康状態に応じて実施する。喫煙者の喫煙状況や健康状態に応じて実施する場合は「簡易支援」から「標準的支援」へと段階的に移行する。

図表2 簡易禁煙支援(ABR方式)と標準的支援(ABC方式)の流れ

標準的支援(ABC方式)の流れ

健診結果と喫煙に関するフィードバック文例集  
下記の1と2の情報を組み合わせ

1. 喫煙の重要性を高めるための情報  
喫煙と高血圧は日本人が命を落とす二人原因であることがわかってきました。喫煙と高血圧が重なると、いずれも該当しない人と比べて、約4倍、脳卒中や心臓病で命を落とす危険が高まります。この健診を機会に認知されることをお勧めします。

2. 禁煙の実践  
喫煙すると、血中のコレステロールが減少したり、中性脂肪や悪玉(LDL)コレステロールが増加することがわかっています。また、喫煙と禁煙が重なると、動脈硬化がさらに進んで、脳梗塞や心筋梗塞になりやすくなります。この健診を機会に認知されることをお勧めします。

## 禁煙支援マニュアル(第二版) 増補改訂版(2018年)

- I. 本教材のねらいと特徴
- II. 知識編
  1. 非感染性疾患(NCDS)対策における禁煙の意義
  2. 健診・保健指導などのできる短時間支援法
  3. 受動喫煙に関する健康影響と情報提供
- III. 実践編
  1. 健診や保健事業での禁煙支援の取り組み方
  2. 受動喫煙に関する情報提供
  3. 短時間支援(ABR方式)の取り組み方
  4. 標準的支援(ABC方式)の取り組み方
  5. 禁煙支援・受動喫煙に関する情報提供の実例
  6. 喫煙に関するフィードバック文例集
  7. 短時間の禁煙アドバイスーお役立ちセリフ集
- IV. 資料編  
禁煙支援に役立つ教材や資料

- 今回の主な改訂点
- 喫煙・受動喫煙の健康影響のデータ更新
  - 加熱式たばこに関する情報提供と利用者への対応
  - 受動喫煙の健康影響に関する情報提供

## 日常業務の中で実施する禁煙支援 1分メソッド

Brief advice(簡易なアドバイス)

### 1. 禁煙の重要性を高める

- ※禁煙すべきであることを「はっきり」と伝える
- ※禁煙が「重要かつ優先順位が高い健康課題である」ことを強調する
- ※喫煙の健康影響、禁煙の効果について「個別的に」情報提供する

### 2. 禁煙のソリューションを提案する

- ※自力で禁煙するよりも、禁煙補助剤や禁煙外来を利用した方が「楽に」「より確実に」「費用もあまりかからずに」禁煙できることを伝える

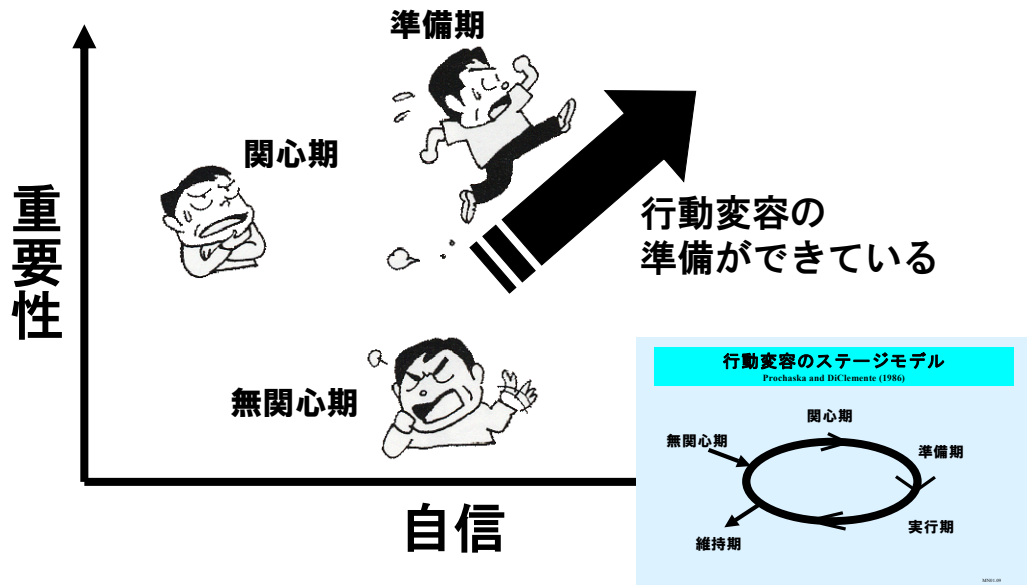
禁煙支援マニュアル(第二版) 増補改訂版

厚生労働省 健康局 健康課編

カウンセリングの映像は厚生労働省 e-ヘルスネットで見覧可能

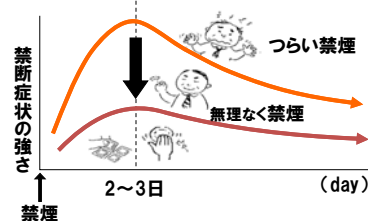
[http://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/health-guidance/no\\_smoking\\_manual.html](http://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/health-guidance/no_smoking_manual.html)

# 準備性と重要性・自信の関係



# 楽に、確実に、お金をかけずに禁煙できる

## ①比較的楽にやめられる



## ②より確実にやめられる

禁煙の可能性が  
自力に比べて**3~4倍アップ**  
※6か月継続禁煙では  
ニコチンパッチでは4倍、バレニクリン6倍アップ  
(Kasza KA, et al: Addiction. 108 (1): 193-202, 2013)

## ③あまりお金をかけずにやめられる

保険による禁煙治療とタバコ代の比較 (いずれも12週分の費用)

ニコチンパッチ (貼り薬) **13,080円**

バレニクリン (のみ薬) **19,660円**

VS

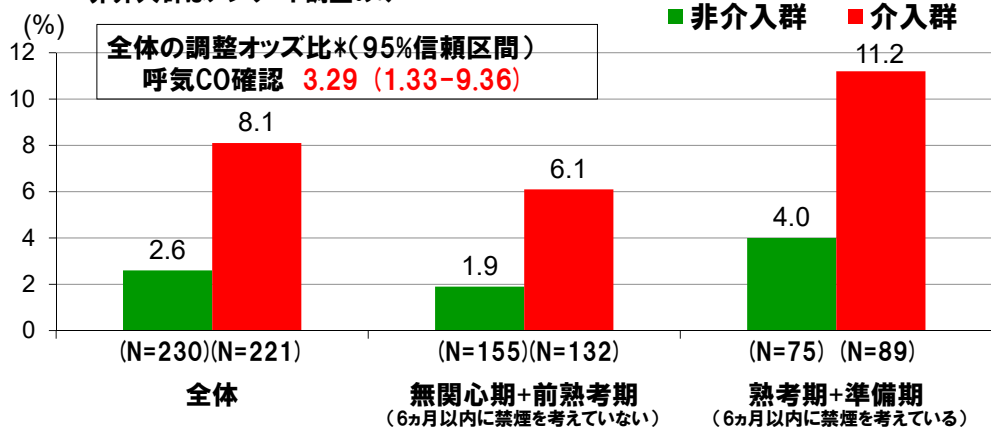
タバコ代 (1箱430円、1日1箱) **36,120円**

(注1) 保険による禁煙治療の自己負担は3割として計算  
(注2) ニコチンパッチは8週間、バレニクリンは12週間の標準使用期間として費用を算出

(出典: 禁煙治療のための標準手順書 第6版、2014)

# 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)—

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.

# 禁煙の動機を高めるアプローチ—5つのR

5R	内容
Relevance	患者の特性(病状や健康への関心事、家族構成、社会的立場、性や年齢など)を考慮して、それぞれの患者に合った禁煙の必要性についての情報を伝える。
Risks	患者が喫煙による健康影響についてどのように考えているのか聞き出すとともに、患者の特性を踏まえて、最も関係のありそうな健康影響についての情報を提供する。
Rewards	患者が禁煙の効果についてどのように考えているのか聞き出すとともに、患者に最も関係のありそうな禁煙の効果についての情報を提供する。
Roadblocks	患者の禁煙を妨げる障壁について聞き出し、それを解決するための方法(問題解決カウンセリング、禁煙補助薬)について助言する。
Repetition	上記の動機を高める働きかけは受診の機会を利用して繰り返して行う。

(Fiore MC, et al: Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical Practice Guideline. 2008をもとに作成)

# 禁煙にむけてよくある不安や心配

- 初めてなので心配 → リハーサルのつもりで。
- 何度も失敗していて自信がない → ゴールに近い
- 意志が弱いので自信がない → 意志の問題でない
- ストレスが増えるのでは？ → 禁煙できれば、むしろ減ります
- 体重が増えるのでは？ → 平均2キロ、禁煙してから大丈夫
- 禁煙宣言した方がよいですか？ → 人によりけり、周りによりけり

# 動機づけ面接法の原則

1. 共感
2. 矛盾を明らかにする
3. 抵抗を減らす
4. 自己効力感(自信)をサポートする

(中村正和: 禁煙治療への導入と非薬物治療. 藤原久義(編). 各科領域における禁煙治療の実践. 医薬ジャーナル社, p46-55, 2010年)

# やめたい人への支援のポイント (禁煙専門外来での支援のポイント)

1. 禁煙開始日の設定(目標設定)
2. **禁煙実行にむけての問題解決カウンセリング**  
※禁煙にあたっての不安や心配事を聞き出して解決策を一緒に考える
3. **治療の一環としてのソーシャルサポート**  
※禁煙にむけて励ましたり、ほめたりして、情緒的なサポートを提供する
4. **禁煙補助薬の利用**

(日本循環器学会, 他. 禁煙治療のための標準手順書 第6版. 2014年4月)  
(Fiore MC, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical Practice Guideline. 2008)

# 日本禁煙推進医師歯科医師連盟と地域医療振興協会共同事業(J-STOP) eラーニングによる指導者トレーニング

[開講期間] 毎年、12月～3月頃にかけて開講

[トレーニング内容] 下記からいずれか1つを選択

- 禁煙治療版(学習時間10-12時間)  
禁煙外来での禁煙治療
- 禁煙治療導入版(学習時間3-4時間)  
日常診療や薬局・薬店での短時間支援
- 禁煙支援版(学習時間4-5時間)  
保健事業の場での短時間支援と標準的支援  
☆厚生労働省「禁煙支援マニュアル(第二版)」に準拠

[申込方法] J-STOPホームページからオンラインで申込  
<http://www.j-stop.jp/>



J-STOP(Japan Smoking Cessation Training Outreach Project)は、日本禁煙推進医師歯科医師連盟が実施しているeラーニングを用いた禁煙支援・治療のための指導者養成プロジェクトの名称である。これまでの活動が認められ、2014年に厚生労働省主催の第3回「健康寿命をのばそう! アワード」において、健康局長優良賞を受賞した。

禁煙治療版	禁煙治療導入版	禁煙支援版
禁煙外来	日常診療 薬局・薬店	地域や職場の保健事業 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 指導や支援 禁煙ついでや禁煙後 のフォローアップ
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 等
学習時間	10-12時間 (目安)	3-4時間 4-5時間

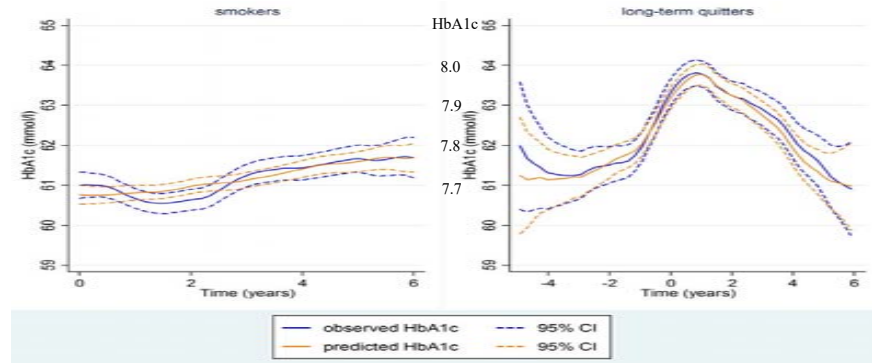
# J-STOP eラーニングの概要

禁煙治療版	禁煙治療導入版	禁煙支援版
<b>講義ビデオ</b> 「日常診療の場での禁煙の働きかけ」	<b>講義ビデオ</b> 「日常診療の場での禁煙の働きかけ」	<b>講義ビデオ</b> 「禁煙支援のための行動科学」 「健診や保健事業の場で短時間でできる禁煙支援」
<b>テキスト学習</b> 9単元(*) (特別コース)妊婦、未成年、精神疾患に対する禁煙治療	<b>テキスト学習</b> 4単元(*)	<b>テキスト学習</b> 4単元(*)
<b>1.症例検討</b> 禁煙治療2症例 <b>2.Q&amp;A演習</b> 薬剤編10問 カウンセリング編10問 <b>3.バーチャルカウンセリング</b> ケースA(女性:準備期、禁煙治療) ケースB(男性:準備期、禁煙治療) ケースC(男性:前熟考期、日常診療) ケースD(男性:熟考期、健診) ケースE(女性:熟考期、日常診療)	<b>1.バーチャルカウンセリング</b> ケースA(男性:前熟考期、日常診療) ケースB(男性:熟考期、健診) ケースC(女性:熟考期、日常診療) <b>2.Q&amp;A演習</b> 前熟考期・熟考期 各5問 熟考期 5問 準備期 10問	<b>1.カウンセリング学習</b> 短時間支援(1~3分) ABR方式 標準的支援(10分) ABC方式 <b>2.Q&amp;A演習</b> 前熟考期・熟考期 各5問 準備期 10問
*テキスト学習の内容(治療導入版、支援版は①,②,③,⑤のみ) ①喫煙の健康影響 ②禁煙の効果 ③ニコチン依存症 ④禁煙カウンセリング ⑤禁煙の薬物療法 ⑥ニコチン依存症管理料 ⑦禁煙治療の実際 ⑧禁煙治療のための環境づくり ⑨喫煙の実態と禁煙推進のための保健医療専門職の役割		

## 2型糖尿病患者における禁煙後の血糖の変化

英国のプライマリケアデータベースを用いた後ろ向きコホート研究  
 18歳以上の2型糖尿病患者10,692例(禁煙者3,131例)

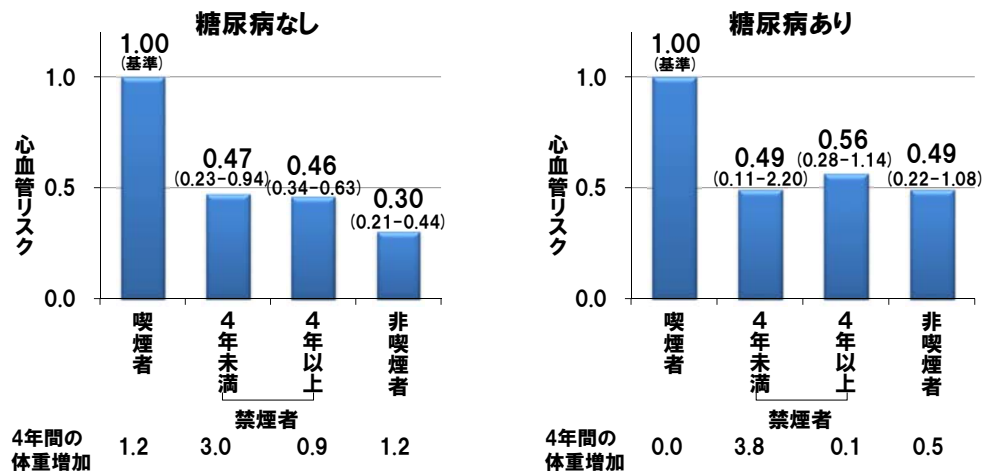
禁煙1年後にはHbA1cは**0.21%(2.3mmol/mol)**増加  
 禁煙3年後には喫煙者と同レベルまで改善



Lycett D et al. Lancet Diabetes & Endocrinology. 2015; 3: 423-430.

## 禁煙後の体重増加と心血管疾患リスクへの影響

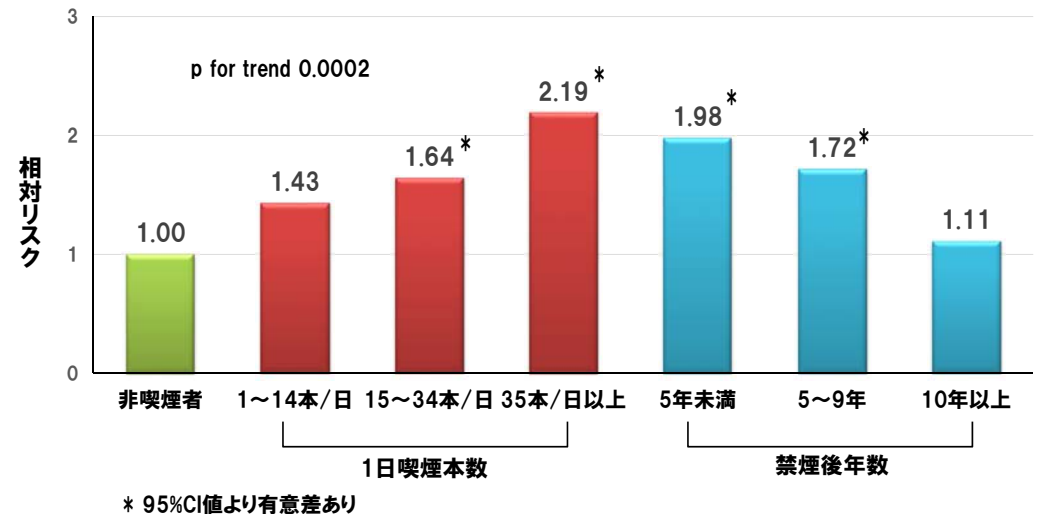
Framingham offspring studyのデータ(1984~2011年)を用いて解析。4年毎に調査を行い、喫煙状況と6年間の心血管イベントの関係を分析。  
 禁煙後4年間の体重変化が禁煙と心血管イベントの关系到及ぼす影響を検討。



(Clair C. et al. JAMA 309 (10): 1014-1021, 2013)

## 喫煙と総死亡リスクの関係

(2型糖尿病患者, コホート研究)



(Al-Delaimy WK, et al. Diabetes Care. 2001; 24: 2043-2048.)

# 日本の糖尿病患者の死亡原因

日本糖尿病学会

糖尿病の死因に関する委員会報告

アンケート調査による日本人糖尿病の死因

2001年～2010年、45708名での検討

- 第1位 **がん** 38.3%
- 第2位 **感染症** 17.0%
- 第3位 **血管障害\*** 14.9%      \* 心筋梗塞、脳卒中、腎不全

(中村二郎、他:糖尿病、59: 667-684, 2016)

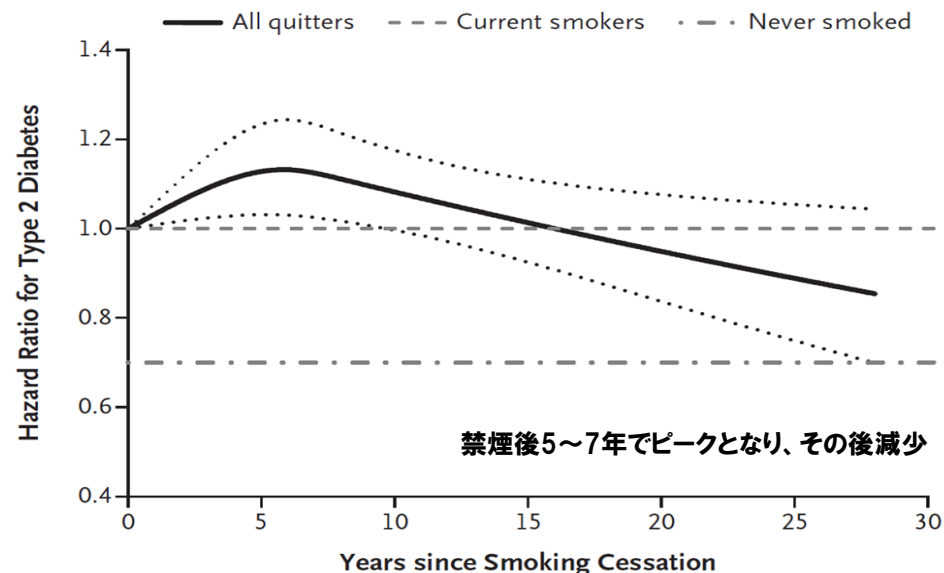
【参考】糖尿病患者の死亡の予測因子

- 第1位 **喫煙**、第2位 **運動不足**、第3位 **婚姻状態**
- 第4位 **HbA1c**、第5位 **脂質異常**、第6位 **腎機能**

(注) 脳卒中、急性心筋梗塞の最大の予測因子はHbA1c値

Rawshani A, et al: N Engl J Med. 2018; 379(7): 633-644.

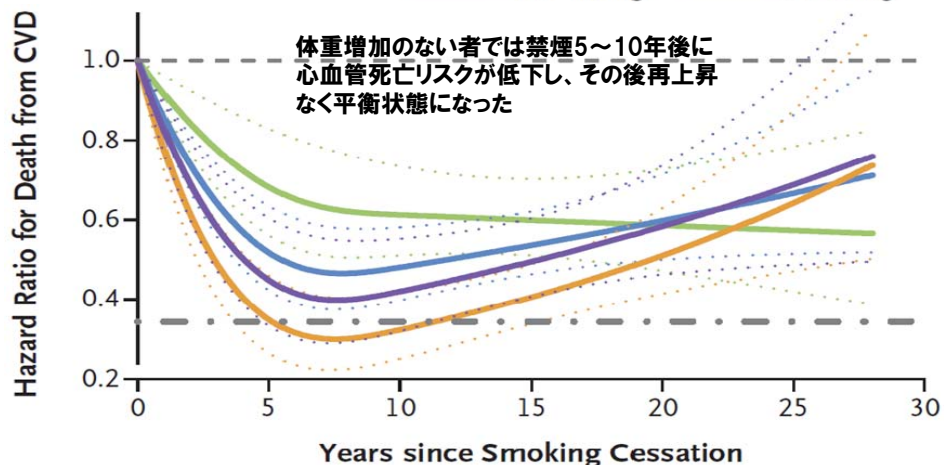
# 禁煙後の2型糖尿病の発症



Hu Y, et al: N Engl J Med. 2018; 379 (7) : 623-632.

# 禁煙後の心血管疾患による死亡

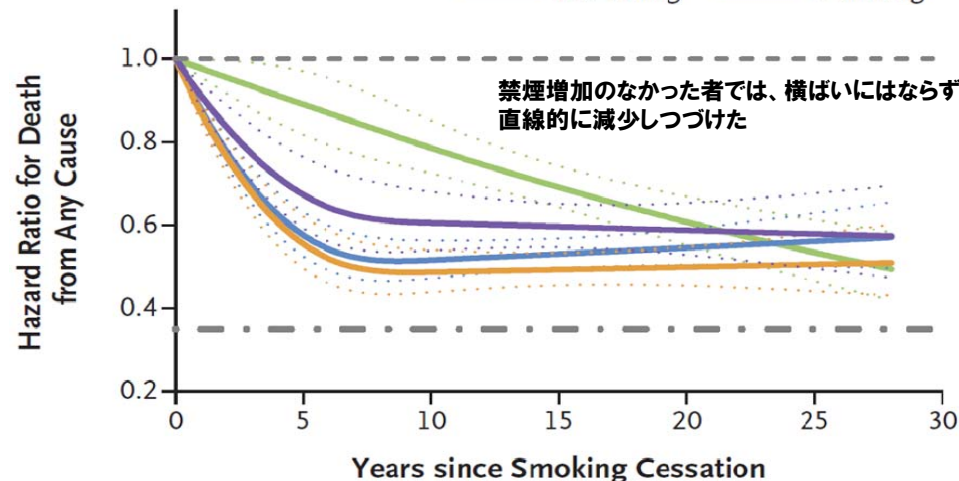
Weight Gain after Quitting: — ≤0 kg, — 5.1-10.0 kg  
— 0.1-5.0 kg, — >10.0 kg



Hu Y, et al: N Engl J Med. 2018; 379 (7) : 623-632.

# 禁煙後の全死亡

Weight Gain after Quitting: — ≤0 kg, — 5.1-10.0 kg  
— 0.1-5.0 kg, — >10.0 kg



Hu Y, et al: N Engl J Med. 2018; 379 (7) : 623-632.

# 禁煙後の体重増加への効果的な対応

## 体重増加の主な原因

1. ニコチン離脱症状としての中枢性の食欲亢進
2. ニコチンによる基礎代謝の亢進作用がなくなること

## 禁煙後の体重増加のコントロール

### 1. ニコチン離脱症状のコントロール

- ① 禁煙補助薬を使う(少なくとも標準使用期間使用する)
- ② 身体活動を増やす(中等度の強度)

### 2. エネルギーバランス

- ① 身体活動を増やす(禁煙直後から)
- ② 食事の改善(禁煙が安定してから)

# ニコチン離脱症状

症状	持続期間	頻度
イライラ・易攻撃性	<4 weeks	50%
抑うつ #	<4 weeks	60%
落ち着きのなさ	<4 weeks	60%
集中困難	<2 weeks	60%
食欲亢進	>10 weeks	70%
軽度の頭痛	<48 hours	10%
夜間覚醒	<1 week	25%
便秘	>4 weeks	17%
口腔内の潰瘍	>4 weeks	40%
喫煙欲求 #	>2 weeks	70%

# 喫煙の再開と強く関係

(Manual of Smoking Cessation A Guide for Counsellors and Practitioners, 2006)

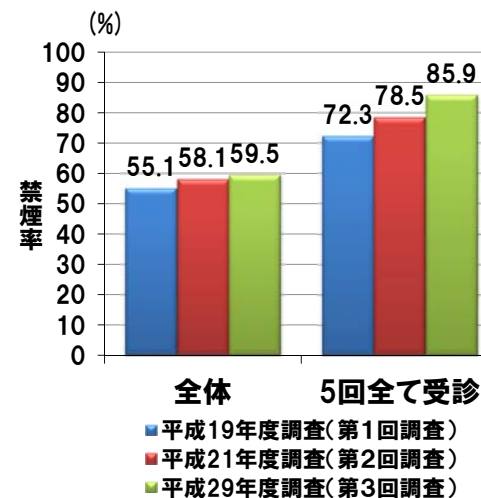
# 第三期特定健診・保健指導の運用の見直し

○ 喫煙については、40歳代男性の喫煙率が最も高く、年齢階級が上がるにつれて喫煙率は低くなっていた。また、積極的支援該当者の喫煙率は、男性では40~60%台、女性では10~40%台であり、概ね5%であった動機付け支援該当者に比べ非常に高かった。このため、保険者は事業者と共同して、喫煙しない職場環境づくりの推進、40歳以前からの禁煙に関する保健指導の実施、積極的支援の中で禁煙効果の高い保健指導を的確に実施など喫煙者を減らす取組が求められる。また、40歳以前からの取組により喫煙者を減らすことは、特定保健指導対象者を減らす取組としても有効である。

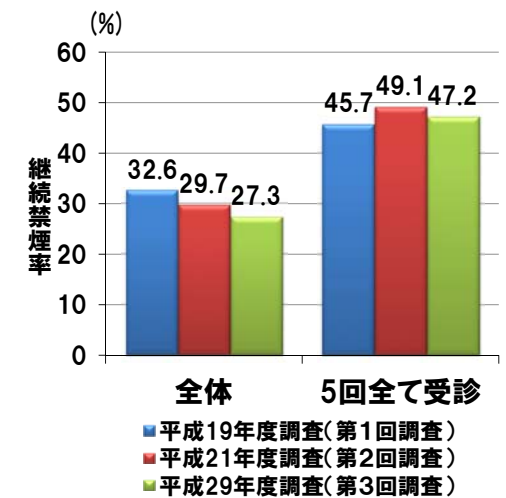
平成30年度から積極的支援対象者に対する柔軟な特定保健指導のモデル実施の要件の一つとして、禁煙支援が位置づけられた。

# 健康保険による禁煙治療の効果検証結果

治療終了時の禁煙率



治療終了9ヵ後の継続禁煙率

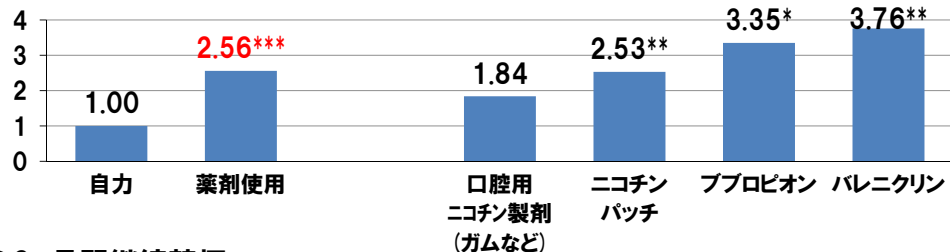


(注)治療終了時の全体の禁煙率は、治療中止時および治療終了時点の禁煙率を合計して算出  
 (第1回調査: 中医協 総会資料, 2008年7月 / 第2回調査: 中医協総会資料, 2010年6月 / 第3回調査: 中医協総会資料, 2018年1月)

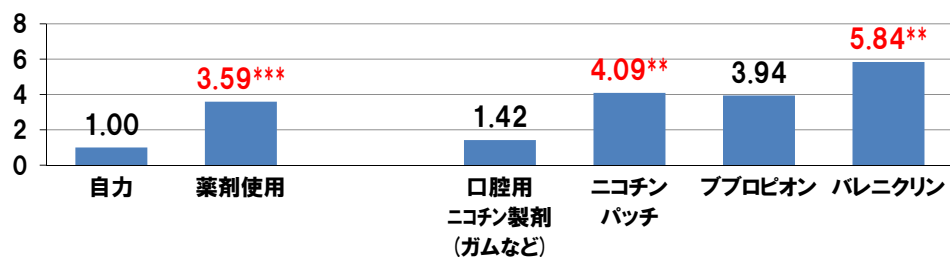
## 現実的な条件下での禁煙補助剤の効果

—ITC Four Country Study—

### ●1ヵ月間禁煙



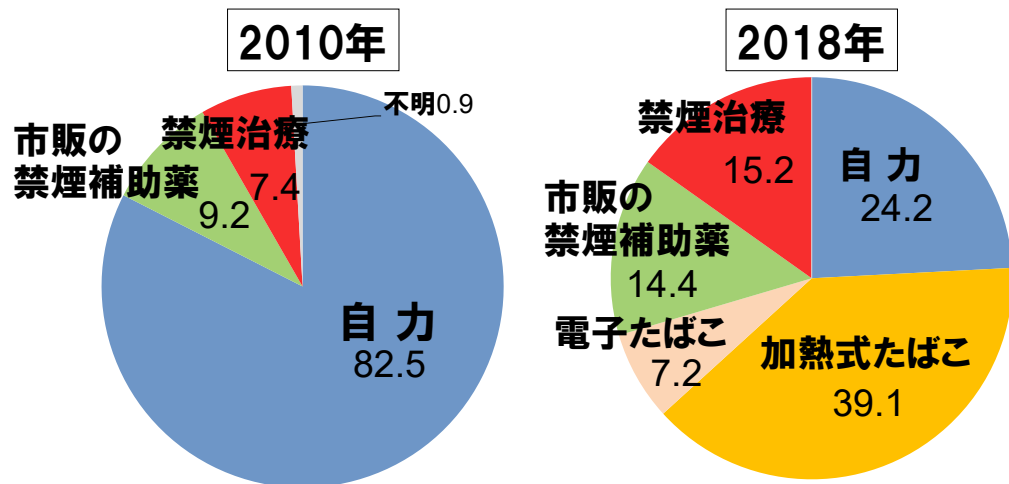
### ●6ヵ月間継続禁煙



\* p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001

(Kasza KA, et al: Addiction. 108 (1): 193-202, 2013)

## 禁煙試行者における禁煙方法



(注)実人数での禁煙方法の利用割合を算出するため、①禁煙治療、②市販の禁煙補助薬、③加熱式たばこ(2018年のみ)、④電子たばこ(2018年のみ)、⑤自力の順に順位付けを行い、複数の方法を選択した回答者を再分類した。

2010年:厚労科学第3次対がん研究(中村班)喫煙者コホート調査(2010年実施)  
2018年:厚労科研新FCTC班 研究分担者田淵貴大インターネット調査(2018年実施)

## 自力での禁煙が多い理由とその改善策

### 1. 禁煙治療のメリットについての理解不足

⇒**ドック・健診を含めた種々の機会の情報提供**  
**治療メニューの充実(保険者)**

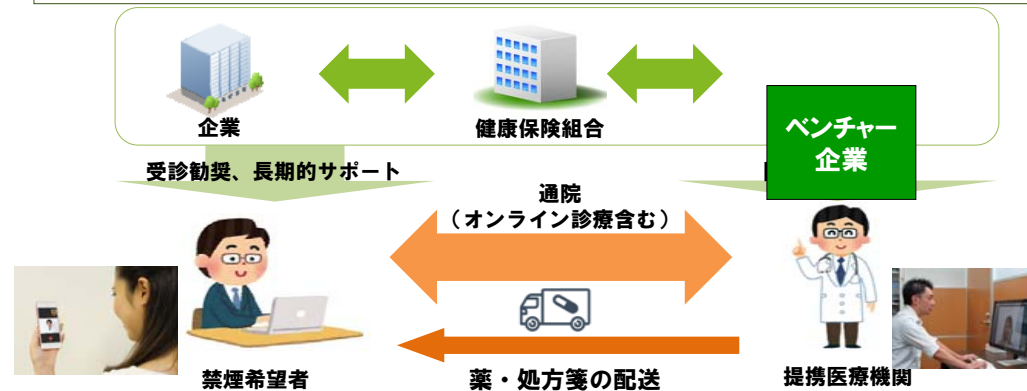
### 2. 治療へのアクセスが不十分

⇒**禁煙手当、治療のための職務免除(事業者)**  
**費用補助、遠隔診療の活用(保険者)**

☆上記の取組みを効果的に実施するためには、  
**保険者、事業者、禁煙外来、ドック健診機関、遠隔診療**  
**事業者とのコラボが大切**

## オンライン診療を利用した禁煙治療プログラム

◆健保等の保険者、事業者、医療機関が連携し、禁煙をサポート



- ・自由診療による遠隔診療の治療期間は8週間で実施されていることが多い
- ・治療終了後のフォローアップのプログラムも組み合わせて実施可能
- ・**治療アプリ**を活用した禁煙支援プログラムもある



2019年7月18日

厚生労働大臣 橋本 武 雄  
厚生労働省保険局長 瀧谷 清 雄

一般社団法人禁煙推進ネットワーク

日本の科学会  
日本心臓科学会  
日本呼吸器学会  
日本神経学会  
日本皮膚科学会  
日本泌尿器学会  
日本結核学会  
日本心臓リハビリテーション学会  
日本呼吸ケア・リハビリテーション学会  
日本公衆衛生学会  
日本口腔衛生学会  
日本歯科医師会  
日本歯周病学会  
日本歯内科学会  
日本歯槽顎外科学会  
日本歯槽顎外科学会  
日本歯槽顎外科学会

日本歯科医師会  
日本歯周病学会  
日本歯内科学会  
日本歯槽顎外科学会  
日本歯槽顎外科学会  
日本歯槽顎外科学会

「ニコチン依存症管理料」へのオンライン診療導入に関する要望書

要望事項

- オンライン診療料の算定要件に「ニコチン依存症管理料」を追加頂き、オンライン診療でも対面と同様の診療報酬上の評価がなされるようお願いしたい。
- 「ニコチン依存症管理料」で定められた5回の治療のうち、初診を対面で診療し、再診1、2、3、4回目をオンライン診療とすることを認めていただきたい。

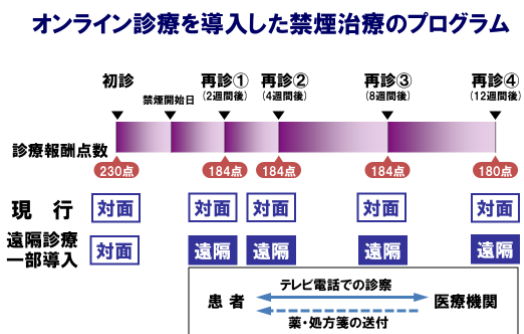
1. 背景と趣旨

我が国の禁煙率は世界最高水準であり、寿命の更なる延伸が見込まれるなど、喫煙に起因する高い健康を、より効果的に提供するための社会的な役割は喫煙者の健康です。政府の「日本方針2018」を踏まえ、厚生労働省としてもテクノロジー活用による医療の生産性向上に積極的に取り組まれているとします。

喫煙および受動喫煙が原因と推定される年間脳死患者数はそれぞれ13万人、1万5千人\*に及び、それ以外の年間脳死患者数は1万1600人、5335人\*と推定されています。2017年の国民健康・栄養調査によると、わが国の成人の喫煙率は男性が17.7%であり、男性の喫煙率は諸外国と比較して依然高い水準にあります。喫煙者のうち3割近く(28.9%)はたばこをや

**要望事項**

- オンライン診療料の算定要件に「ニコチン依存症管理料」を追加頂き、オンライン診療でも対面と同様の診療報酬上の評価がなされるようお願いしたい。
- 「ニコチン依存症管理料」で定められた5回の治療のうち、初診を対面で診療し、再診1、2、3、4回目をオンライン診療とすることを認めていただきたい。



# オンライン診療による禁煙治療の有効性 —対面診療との比較(日本)—

**【方法】**  
RCT研究

オンライン診療群 58人  
初回は対面で共通、2回-5回をオンラインで実施

対面診療群 57人

※両群とも禁煙治療アプリを利用

**【結果】**

	オンライン	対面
9-12週の継続禁煙率	81.0%	78.9% (有意差なし)
9-24週の継続禁煙率	74.1%	71.9% (有意差なし)
脱落率 24週時	1.7%	3.5%

(Nomura A, et al: JMIR. 2019. doi: 10.2196/13520)

## 厚生労働省医政局長通知 2017年7月14日付 情報通信機器を用いた診療(いわゆる「遠隔診療」)について

遠隔診療だけで完結する禁煙外来や、遠隔診療における電子メールやソーシャルネットワークサービス(SNS)の利用が可能であることを明確化した。

・診療は医師または歯科医師と患者が直接対面して行われることが基本であるとしているが、患者側の要請に基づき、患者側の利点を十分に勘案した上で、直接の対面診療と適切に組み合わせて行われるときは、遠隔診療によっても差し支えないこととされており、**直接の対面診療を行った上で、遠隔診療を行わなければならないものではない**、とした。

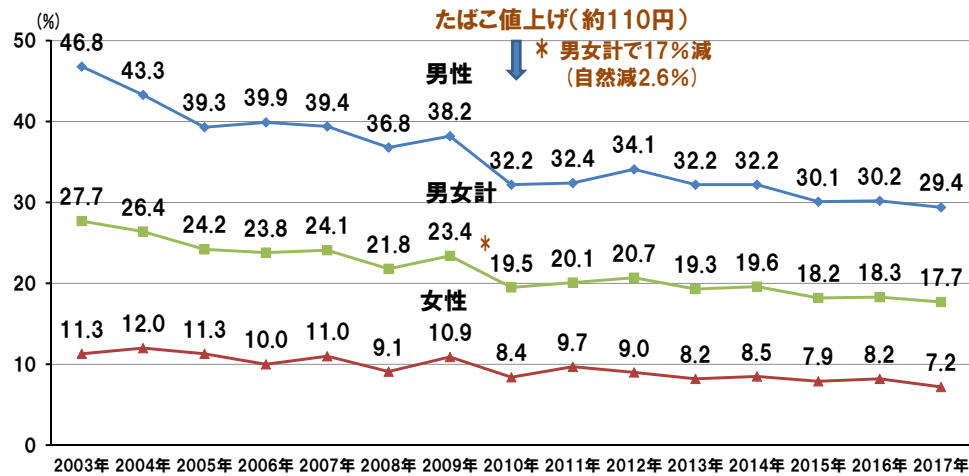
また、保険者が実施する禁煙外来については、定期的な健康診断・健康診査が行われていることを確認し、患者側の要請に基づき、患者側の利益と不利益を十分に勘案した上で、**医師の判断により、直接の対面診療の必要性については柔軟に取り扱っても直ちに医師法第20条等に抵触するものではない**、とした。患者側の理由により診療が中断し、結果として遠隔診療のみで診療が実施された場合には、直接の対面診療が行われなくとも直ちに医師法第20条等に抵触するものではない、ともしている。

日経デジタルヘルス 2017年7月19日

## 遠隔診療を生かす条件

- 1. コラボレーション**  
保険者・事業者、ドック健診機関、遠隔診療事業者  
★上記の組織が加盟する団体間でのコラボも必要
- 2. ワンストップサービス**  
ドック健診機関の役割  
短時間支援(1分)と遠隔禁煙治療の予約  
遠隔禁煙治療の提供
- 3. 指導者のトレーニング**  
講演会・ワークショップ+eラーニング(J-STOP)

## 喫煙率の年次推移



※ 喫煙者の定義：2003～10年は、これまで合計100本以上または6ヶ月以上たばこを吸っている(吸っていた)者のうち、この1ヶ月間に毎日または時々たばこを吸っていると回答した者。2011～12年は、これまで習慣的にたばこを吸っていたことがある者のうち、この1ヶ月間に毎日または時々たばこを吸っていると回答した者。2013～17年はたばこを毎日吸っている、または時々吸う日があると回答した者。

(厚生労働省 平成29年国民健康・栄養調査結果)

## 禁煙困難者とは

1. 高度依存者
2. 精神障害者(薬物依存を含む)
3. 禁煙治療経験者
4. 禁煙低関心者  
生活困難者  
糖尿病患者：体重増加への心配  
加熱式たばこ使用者：「低害性」への安心

## 禁煙成功率を高めるために

**カウンセリングの充実**  
問題解決カウンセリング  
ソーシャルサポート  
フォローアップ(ICTを含む)  
カウンセラーの人数、  
指導時間、指導回数

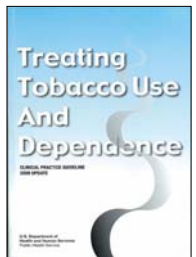
**薬物治療の充実**  
追加治療(維持療法)  
段階的禁煙法など

## AHRQ「たばこ使用・依存の治療ガイドライン」(2008年) 禁煙カウンセリングの効果

### 【レビュー方法】

- 1975～2007年の8700編の英文論文を対象
- 一定の条件(\*)を満たした論文について、35以上のテーマでメタアナリシスを行い、ガイドラインの作成の基礎資料とした。

\*選定条件：比例対照研究、禁煙開始日以降5ヵ月以上のフォローアップ、ピアレビューの雑誌に掲載



2008年 Update  
(第3版)

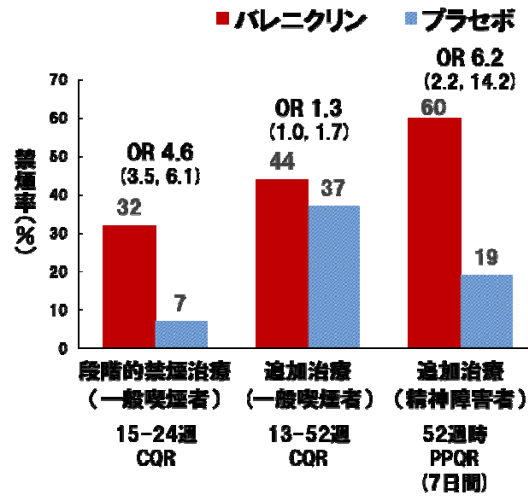
### 【結果】

- 有効なカウンセリング内容は、問題解決カウンセリングとスキルトレーニング、治療の一環としてのソーシャルサポート(医療者からの励ましや賞賛)である。
- 薬物治療と禁煙カウンセリングを組み合わせると、それぞれ単独に比べて効果が高く、単独の場合に比べて禁煙率が1.4-1.7倍増加する。
- 治療の1回あたりの時間、治療を行った総時間、治療に関わるスタッフの数にそれぞれ比例して禁煙率が2-3倍近くまで増加する。

# 新しい禁煙補助薬のエビデンス 減煙治療と追加治療

治療	内容
減煙治療 <sup>1)</sup> (段階的禁煙治療)	本数を減らして、3ヵ月以内に禁煙したい喫煙者を対象に24週間の治療(12W減煙+12W禁煙)
追加治療 一般喫煙者 <sup>2)</sup> 精神障害者 <sup>3)</sup>	12週間の治療で禁煙した者を対象とした12週間の追加治療

<sup>1</sup> Ebbert JO, et al. JAMA. 2015; 313 (7): 687-694.  
<sup>2</sup> Tonstad S, et al. JAMA. 2006; 296 (1): 64-71.  
<sup>3</sup> Evins AE, et al. JAMA. 2014; 311 (2): 145-154.



# 喫煙再開に関わる要因ーバレンニクリン治療

要因	オッズ比 (95% CI)		
	Lapse(一時的再開)	Relapse(7日以上以上の再開)	
最長禁煙期間 (週)	4-6	4.649 (2.071, 10.434)	3.337 (1.538, 7.239)
	7-9	2.342 (1.269, 4.320)	2.474 (1.315, 4.654)
	10-11	1.00	1.00
年齢 (歳)	21-34	3.453 (1.851, 6.441)	3.442 (1.795, 6.597)
	34-46	1.553 (0.828, 2.913)	1.845 (0.943, 3.609)
	47-72	1.00	1.00
ニコチン離脱症状スケール (MNWS)	0	-	1.00
	1	-	1.975 (1.097, 3.556)
	2-4	-	3.175 (1.166, 8.644)
過去の禁煙試行経験	なし	-	1.00
	あり	-	2.108 (1.168, 3.805)

Lapse: 治療終了期間中(第13-52週)における一時的な喫煙再開(来所時の呼気CO濃度増加または自己申告)  
 Relapse: 治療終了期間中(第13-52週)における7日以上以上の喫煙再開(来所時の自己申告に基づく)  
 (Nakamura M, et al: Clinical Therapeutics. 36 (6): 918-927, 2014)

# 最新のエビデンスに基づいた禁煙支援ー台東区立病院

## ①標準治療コース (全5回・12週)

- 初診から1週間以内に禁煙開始
- ニコチン切れによる禁断症状を抑えるために禁煙補助薬を使用

禁煙 12週間	自己負担分の治療費 2万円	補助額 2万円	実質負担 0円
------------	------------------	------------	------------

協会施設の禁煙外来を受診し、バレンニクリンを使用したと仮定

## ②追加治療コース (全10回・24週)

- 標準治療コース終了後、12週間の治療を追加

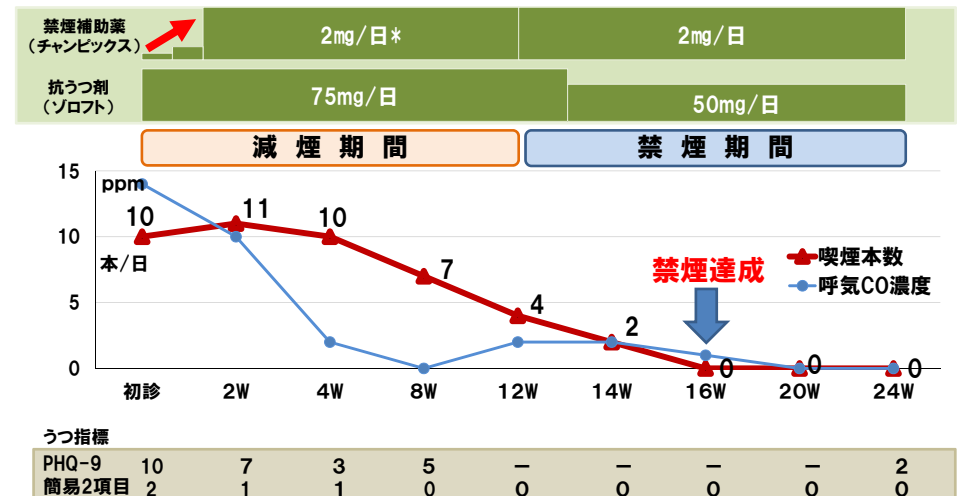
禁煙 12週間	禁煙 12週間	自己負担分の治療費 6.5万円	補助額 4万円	実質負担 2.5万円
------------	------------	--------------------	------------	---------------

## ③減煙治療コース (全10回・24週)

- 最初の12週間は薬を使って本数を0まで減らし、次の12週間は薬を使って禁煙を継続

減煙 12週間	禁煙 12週間	自己負担分の治療費 6.5万円	補助額 4万円	実質負担 2.5万円
------------	------------	--------------------	------------	---------------

# うつ病で治療中の喫煙者の禁煙治療の経過ー減煙治療コースー



\* 減煙期間中は嘔気のため1mg/日を服用  
 PHQ-9(Patient Health Questionnaire-9): プライマリ・ケアにおいてうつ病のスクリーニングのために開発された自記式質問紙調査判定 0点:症状無し 1~4点:軽微 5~9点:軽度 10~14点:中等度 15~19点:中~重度 20点以上:重度  
 簡易2項目: PHQ-9の主要2項目で判定する簡易版スクリーニングテスト (Whooley MA, et al: J Gen Intern Med 1997; 12: 439-45)

## 薬剤の有効性と安全性に関する大規模試験(EAGLES)

### 【研究目的】

精神神経面での薬剤の有効性と安全性の検討  
3種類の薬剤間での直接比較による検討

### 【研究方法】

非精神疾患患者4028名、精神疾患患者4116名  
バレニクリン、プロピオン、ニコチンパッチ、プラセボの4群に割り付け(1:1:1:1の割り付け比)

### 【結果】

#### 有効性

バレニクリンは、プラセボおよび他の2剤に比べて、有意に禁煙率が高かった(p<0.0001)。精神疾患の有無別にみても同様の結果であった。

<禁煙オッズ比(全体)>

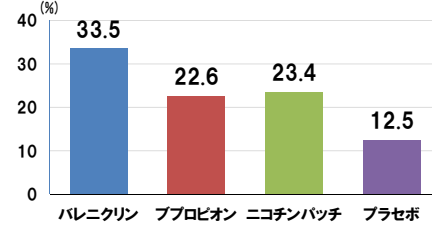
	vsプラセボ	パッチ	プロピオン
9-12週禁煙	3.61	1.51	1.75
9-24週禁煙	2.74	1.52	1.45

#### 安全性

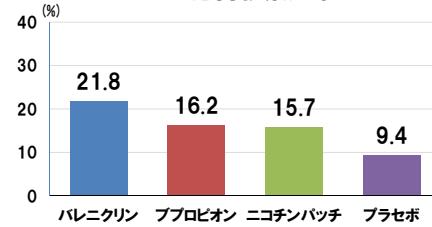
精神疾患の有無に関わらず、バレニクリン、プロピオン服薬による**精神神経症状の悪化は認められず**。

全体の有効性の成績

9-12週持続禁煙率



9-24週持続禁煙率



(Anthenelli RM, et al: Lancet 2016; 387: 2507-20)

## 職域における禁煙治療プログラムの参加率と禁煙率

実施事業所名	台東区立 台東病院・老健千束	船員保険 健康管理センター	昭和電工 塩尻・大町事業所	日立製作所 大森・新川崎事業
実施時期	2017年	2007年	2008~2010年	2009~2011年
募集期間	6ヵ月	1ヵ月半	1年8ヵ月	2年
従業員数	285	121	780	2,600
喫煙者数	41	31	487	832*1
喫煙率	14.4	25.6*2	38.2	32.0
参加者数	9	4	37	42
参加率	22.0	12.9	7.6	5.0
禁煙率				
治療終了時	89.0	—	80.6	71.4
治療終了3ヵ月後 (継続禁煙)	89.0	—	61.3	—
備考	—	小形ら、2007	松澤ら、2011	吉野ら、2012

\*1 喫煙者数が報告されていないため、従業員数と喫煙率より推定

\*2 アンケート未回答者15名を含む121名を分母として喫煙率を算出

\*3 中医協の結果検証(2007、2009年) 禁煙率(治療終了時) 55-58%

## 加熱式たばこの流行

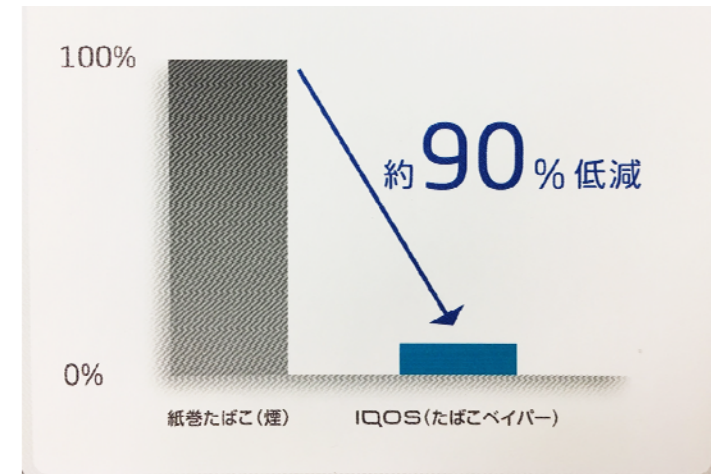
### アイコス使用者の割合

Tabuchiら(2017) 0.3%(2015年)→0.6%(2016年)→3.6%(2017年)  
厚労科研大和班(2016年12月調査) 紙巻たばこ経験者の約2割

商品名	アイコス	プルーム・テック	グロー
メーカー	フィリップモリス ジャパン	JT	プリティッシュ・ アメリカン・ タバコ・ジャパン
発売	2014年11月	2016年3月	2016年12月

## フィリップモリスの広告

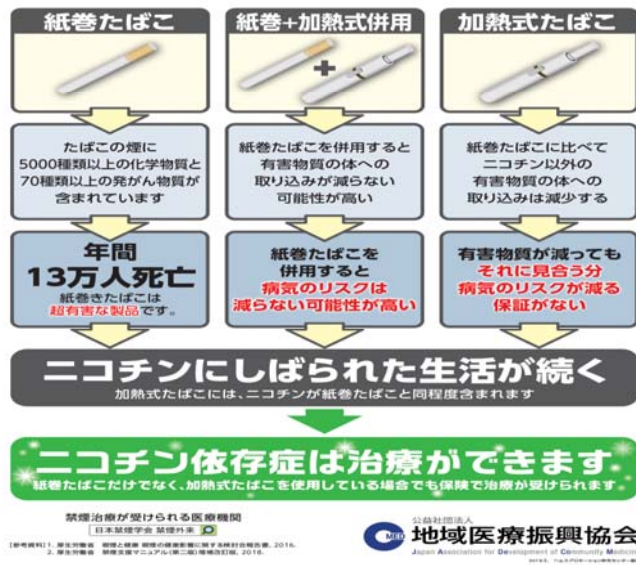
### iQOSの有害成分の量の低減率(平均)



有害成分: WHOが健康へのリスクの観点から含有量の低減を優先して推奨している9つの健康懸念物質。  
ベンゾピレン、ホルムアルデヒド、アセトアルデヒド、アクリロレイン、N-ニトロソノルニコチン(NNN)、  
4-(メチルニトロソアミン)-1-(3-ピリジル)-1-ブタン(NNK)、一酸化炭素、1,3-ブタジエン、ベンゼン

iQOSパンフレット、2017より

# 「加熱式たばこ」は安全？



## 加熱式たばこに切り替えた場合の問題点

1. 紙巻たばこに比べるとニコチン以外の有害物質の曝露量を減らせる可能性がある。しかし、曝露量が少ないとはいえ、発がん物質等の有害物質への曝露は継続される。
2. ニコチンの吸収動態は紙巻たばこと類似しており、ニコチン依存症は継続される。
3. 有害物質の曝露が少ないからといって、それに見合った分、病気のリスクが減るかどうかの保証はない。
4. 紙巻たばこを併用した場合に有害物質の曝露が低減は期待できない可能性が高い。

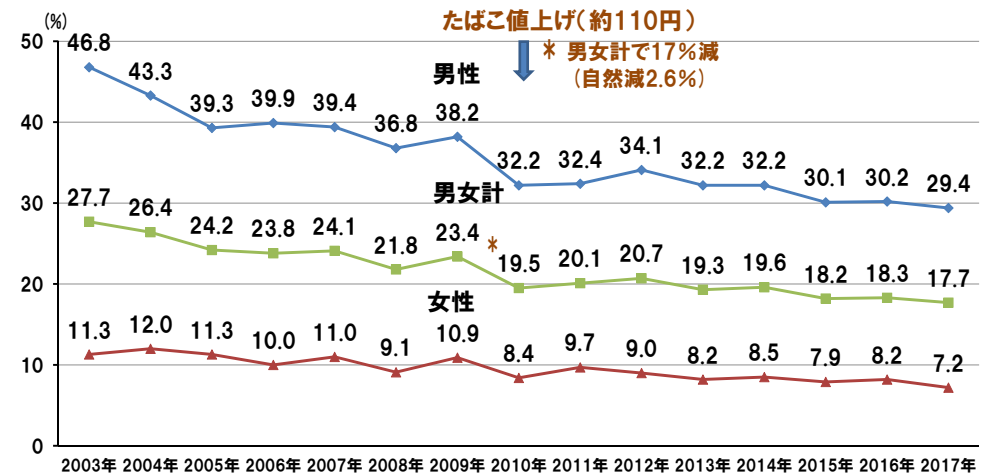
1) Bekki K, et al. Journal of UOEH 2017; 39(3): 201-207.  
2) McNeill A, et al. Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products 2018. A report commissioned by Public Health England. Public Health England, 2018.  
3) Law MR, et al. Prog Cardiovasc Dis 2003; 46(1): 31-38.

## 加熱式たばこ使用者への対応

以上のことを踏まえて、たばこ関連の健康リスクを軽減させるために、加熱式たばこを単独で使っている場合であっても、それをゴールとするのではなく、最終的にはその使用も中止するよう、**情報提供や支援を行うことが重要**である。

その際に、**加熱式たばこに切り替えた理由や切り替えて感じていることなどを聞き出して、喫煙者の気持ちを受容しながら、次へのステップについて話し合うことが大切**である。

## 喫煙率の年次推移



※ 喫煙者の定義：2003～10年は、これまで合計100本以上または6ヶ月以上たばこを吸っている(吸っていた)者のうち、この1ヶ月間に毎日または時々たばこを吸っていると回答した者。2011～12年は、これまで習慣的にたばこを吸っていたことがある者のうち、この1ヶ月間に毎日または時々たばこを吸っていると回答した者。2013～17年はたばこを毎日吸っている、または時々吸う日があると回答した者。

# 改正健康増進法(受動喫煙防止法)の内容

2018年7月18日成立

改正健康増進法のポイント	
▽学校、病院、行政機関は敷地内禁煙が原則	
▽事務所、飲食店は屋内禁煙が原則	
▽飲食店のうち、個人・中小企業経営で客席面積100㎡以下の既存店は喫煙を認める	
▽20歳未満は喫煙場所に立ち入り禁止	
▽悪質な違反者には罰則を適用	●喫煙者: 30万円以下 ●施設管理者: 50万円以下

受動喫煙対策は2020年に全面施行する

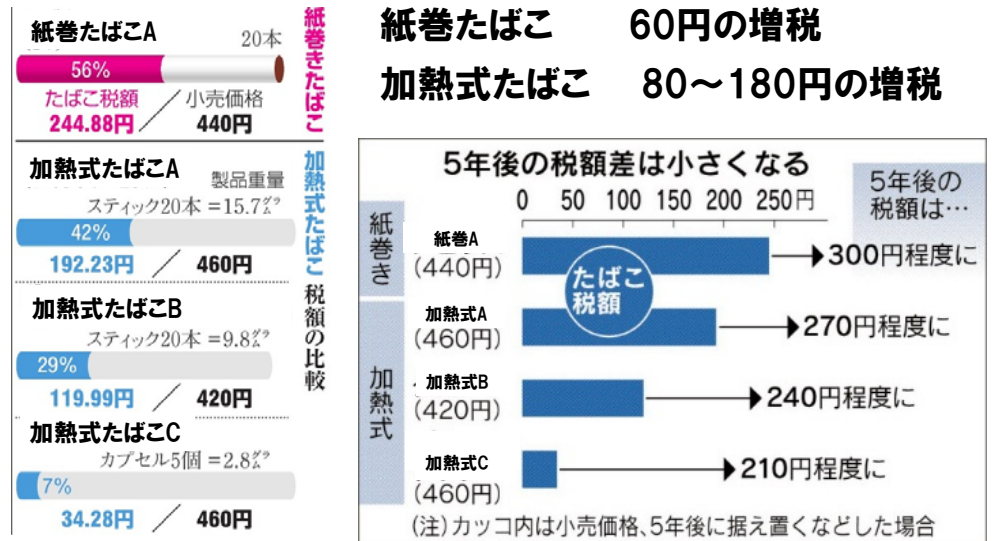
**2019年7月～**  
 学校・保育所・病院・行政機関  
 原則禁煙 (屋外の喫煙場所はOK)

**2020年4月～**  
 事務所・飲食店 (チェーン店など)  
 原則禁煙 (喫煙専用室はOK)

飲食店 (100平方メートル以下の個人店など)  
 「喫煙可」などと掲示すれば喫煙OK

日本経済新聞、2018年7月19日 一部追加

# 今後5年間のたばこの段階的値上げ



朝日新聞デジタル、2017年12月6日

日本経済新聞(電子版)、2017年12月10日

東京オリパラにむけて  
禁煙推進のチャンスが到来

↓  
禁煙ニーズの増加

↓  
その受け皿づくりが求められる

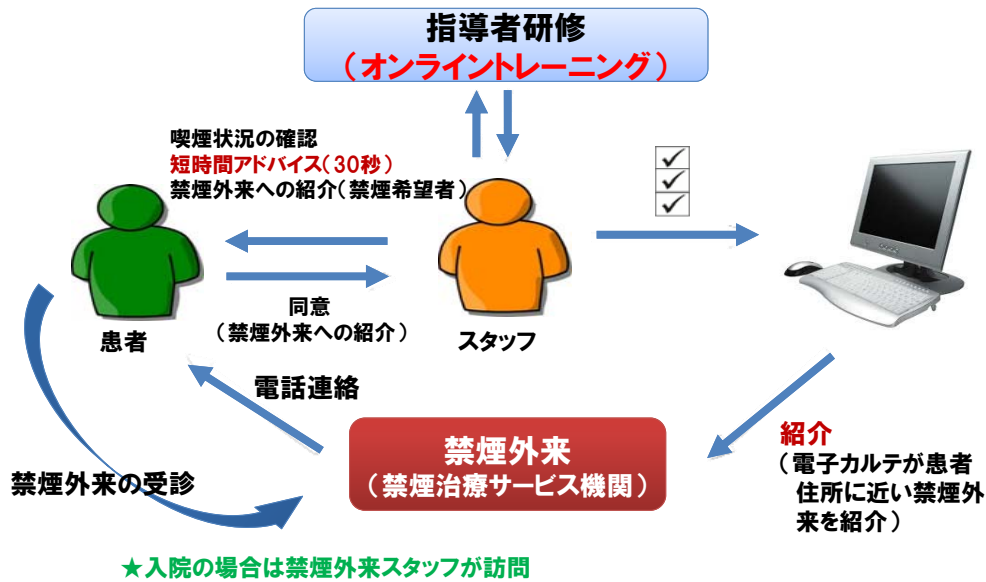
ドック健診の場はその有用な受け皿になる

禁煙外来の「勧め」(AAR) から  
「予約・提供」(AAC) へ  
☆キーワードはConnect

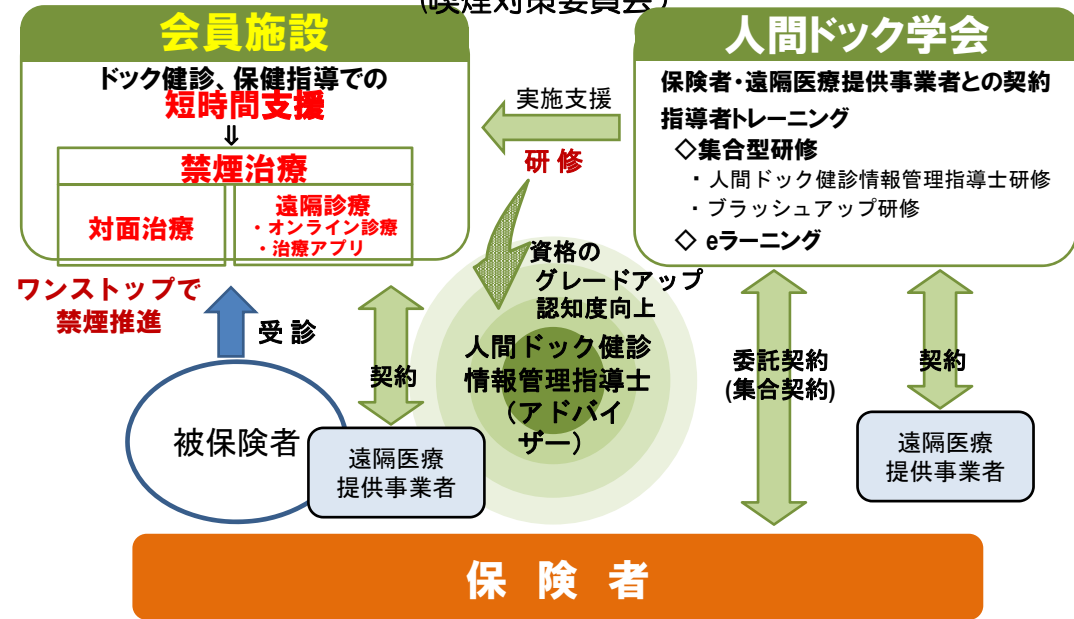


遠隔診療  
保健事業ではオール遠隔可  
保険診療(2020年実現?)  
初回対面、再診

# イギリスでの病院における禁煙推進システム



# 人間ドック施設における禁煙推進のための提案 (喫煙対策委員会)



## 人間ドック健診施設における禁煙支援等に関する実態調査 2017年

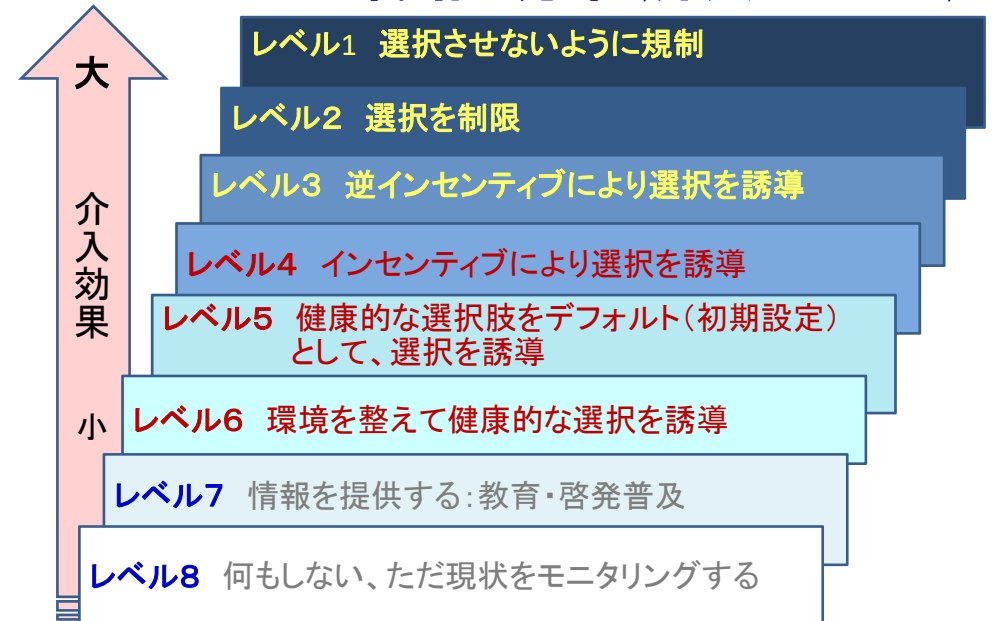
### 結果のまとめ

項目	内容	2011年	2017年	p値
施設について	敷地内禁煙	67%	74%	***
	施設責任者が非喫煙の施設	85%	88%	*
	職員の喫煙率10%未満の施設	46%	54%	***
人間ドック	全員の喫煙状況の把握	91%	90%	
	全員に事後指導で情報提供・アドバイスを実施	18%	13%	**
禁煙外来	設置(ドック内または併設施設内)	47%	52%	
特定健診	全員に情報提供・アドバイスを実施	—	11%	
特定保健指導	全員に情報提供・アドバイスを実施	—	20%	
禁煙治療・支援の研修	何らかの研修の機会を提供	—	74%	

χ<sup>2</sup>検定: \* p<0.05 \*\* p<0.01 \*\*\* p<0.001

(注) 2011年については「敷地内(全館)禁煙」と回答した施設を「敷地内禁煙」とみなして集計した

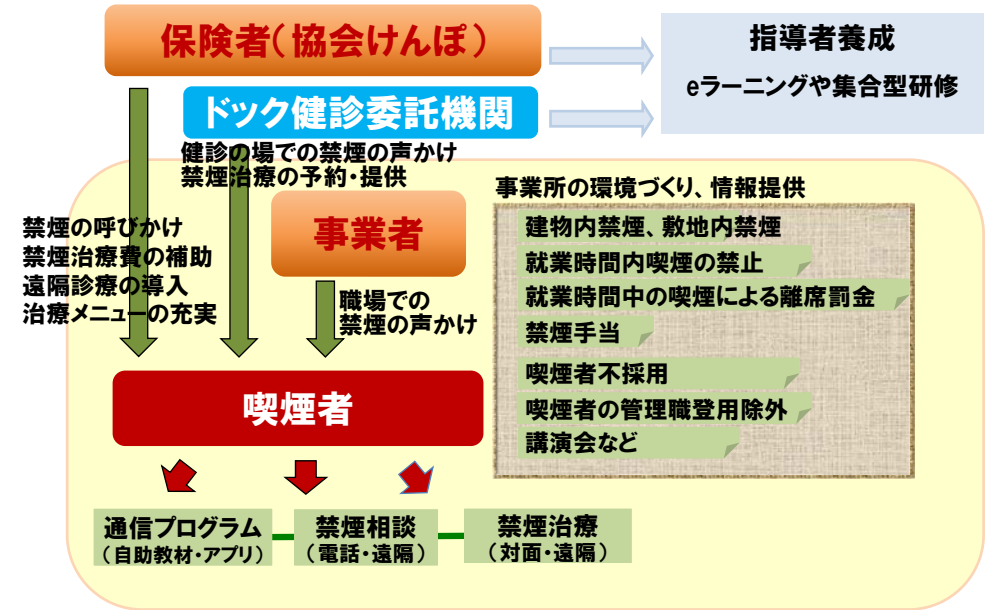
## ポピュレーション戦略の方策(介入のはしご)



## 「たばこ対策のはしご」

介入レベル	内容	保険者	事業者
2. 選択の制限	建物内禁煙、敷地内禁煙 就業時間内喫煙の禁止		○
3. 逆インセンティブにより選択を誘導	就業中の喫煙による離席罰金		○
4. インセンティブにより選択を誘導	禁煙手当 禁煙治療費の補助	○	○
5. 健康的な選択肢をデフォルトとして、選択を誘導	喫煙者不採用 喫煙者の管理職登用除外		○ ○
6. 環境を整えて健康的な選択を誘導	健診での禁煙支援 保健指導での禁煙支援 指導者養成(支部、健診機関、事業者) 治療メニューの充実 治療のための職務免除 遠隔診療 禁煙支援イベント	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
7. 情報提供 (教育・啓発普及)	講演会 教材配布	○ ○	○ ○

## 総合的な禁煙推進を目指して



## 地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター作成 受動喫煙防止・禁煙のすすめ教材



### ポスター 2種類

#### 受動喫煙防止



#### 禁煙のすすめ



### リーフレット 2種類

#### 受動喫煙防止



#### 禁煙のすすめ



### ここが特徴!

- ◆2020年の改正健康増進法の完全施行にむけて、受動喫煙による健康影響やその被害の大きさ、改正された法律の概要とその意義、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。
- ◆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もち、禁煙に成功するための情報が満載。

### お問い合わせ

教材はHPからダウンロードできます  
<https://healthprom.jadecom.or.jp/>

ヘルスプロモーション研究センター TEL: 03-5212-9152 FAX: 03-5211-0515  
 E-Mail: health-promotion@jadecom.or.jp

## まとめ

1. わが国では、健診ドックが広く実施されているが、禁煙の動機が高まる機会であり、健診ドック当日ならびに保健指導における禁煙支援の強化が必要である。
2. 効果的な禁煙アドバイスや禁煙治療の方法が明らかになっているが、新しい治療方法として、遠隔診療(オンライン診療や治療アプリ)や禁煙補助薬を用いた充実治療が開発され、その有効性も明らかになっている。
3. 2010年の改正健康増進法の全面施行に加えて、たばこ税・価格の引き上げに伴い、禁煙のニーズが増加する。
4. **人間ドック学会ならびに会員施設は、予防医学を推進する立場から、ICTを活用して、健診ドック当日の禁煙アドバイス(短時間支援)と禁煙を希望する受診者への禁煙治療の予約・提供に取り組む必要がある。**