

禁煙支援・治療

— 禁煙を推進する保健医療システムの構築 —

MPOWER: わが国が批准しているWHO のたばこ規制枠組条約のたばこ規制の主要政策
Oは禁煙支援・治療

KEY FACT (要約)

- わが国では2006年に禁煙治療に対して保険が適用されたにも関わらず、その利用は国際的に低率にとどまっている
- 近年の加熱式たばこの流行が禁煙治療の利用を妨げる可能性が指摘されている
- 2020年の診療報酬改定により、禁煙治療にオンライン診療が可能となり、利便性が向上した。また、禁煙治療アプリが保険適用され、禁煙率の向上を図ることが可能となった
- 現行の禁煙治療の制度の充実を図りながら、医療や健診等の保健事業の場での短時間禁煙支援(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、多くの喫煙者に禁煙を促し支援する保健医療システムを構築することが必要である

1 なぜ必要か？

- 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19万人にのぼります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6万人増加しています。
- 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重要です。
- 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に合わせて、喫煙の本質がニコチン依存症であることを踏まえ³⁾、保健医療の場での禁煙支援や禁煙治療の取組が必要です。
- 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、能動的なクイットライン(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ます。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ます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)の増加も予想されます。社会経済状況による喫煙率の格差が進んでおり、格差是正のための取組も求められています。

2 現状はどうか？

- 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17,000施設を越えるまで増加し、全医療機関に占める割合が15%を占めるようになりました(2022年3月末現在)。
- 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ます⁸⁾。
- 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ます⁹⁾。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(電話等による無料禁煙相談)の整備不足、などがあげられます。
- 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などが求められるようになりました。しかし、努力義務であることもあり、実施率は低率にとどまっています。
- アジアを含め諸外国ではクイットラインの整備が進んでいますが、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ましたが、まだ十分機能しているとはいえない状況にあります。
- 近年の加熱式たばこが流行し、たばこ使用者の約3割を占めています¹⁰⁾、本製品の流行は禁煙意欲を低下させ、禁煙治

療の利用を妨げる可能性が指摘されています¹¹⁾。

- 一方、禁煙支援・治療の推進を後押しする制度改正(図1)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回の治療をオンラインで実施できるようになり¹²⁾、利用者にとっての利便性が向上しました。
- 次に、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¹³⁾、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ます。
- 2020年12月には有効性が確認された禁煙治療アプリ⁶⁾が保険適用されました。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医療機器で、適切な使用により禁煙率の向上を図ることが期待されています。

図1. 禁煙治療におけるオンライン診療の導入



3 取り組むべきことは何か？

- **禁煙治療の適切な利用を促す情報提供や働きかけ**
 - ・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す。
- **保健医療の場で禁煙を推進する環境づくり**
 - ・特定健診をはじめ、医療や健診等の場での短時間禁煙支援の実施に加えて、禁煙希望者を禁煙外来やクイットラインなどにつなぐ取組(受診当日の禁煙外来の予約や実施、クイットラインの紹介)を組合せて行い、医療や健診等の受診の機会を通じて禁煙を推進する環境を整えることが必要です。
- **ハブ機能としてのクイットラインの整備**
 - ・禁煙の動機を高める取組(医療や健診等の場での短時間禁煙支援、メディアキャンペーン、たばこ増税や警告表示の強化などのたばこ規制の強化)と連携して、禁煙の動機が高まった喫煙者への相談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体制を整備することが必要です¹⁴⁾。
- **オンライン診療などのICTの活用**
 - ・制度改正により利用範囲が広がったオンライン診療を提供できる医療機関を増やして、禁煙治療へのアクセスを改善し、禁煙希望者を禁煙により確実に導く環境を整備することが必要です。

- ・禁煙治療アプリをはじめ、今後有効性が確認されるICT(情報通信技術)に基づくデバイスなどを活用し、禁煙率の向上と禁煙治療の効率化を図ることが必要です。
- **禁煙治療の制度の拡充**
 - ・禁煙治療の普及と充実を図るために、1)対面ならびにオンライン診療の普及にむけた登録医療機関への制度上の支援、2)健康保険の適用拡大(入院患者、歯科分野)、3)わが国で未承認の禁煙補助薬(ニコチンガムやパッチ以外のニコチン製剤)やエビデンスの確立した新しい治療プロトコール¹⁵⁾への保険適用、4)禁煙治療アプリの適用拡大が必要で。
- **指導者養成の普及**
 - ・禁煙治療や支援の効果の向上を図るために、指導者トレーニングの普及が必要です。トレーニングにより指導者の禁煙支援の知識や自信、行動だけでなく、支援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ます^{16,17)}。

WHOのたばこ規制枠組条約と禁煙支援・治療

わが国が批准している「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」の第14条(たばこ使用の中止とたばこ依存症の治療)のガイドラインには、批准国が禁煙支援・治療において取り組むべき内容が示されています。その具体的な方策には、保健医療における短時間の禁煙アドバイス、禁煙治療の公的サービスや禁煙補助薬に対する費用補助、指導者のトレーニング、マスメディアによる禁煙方法の広報、クイットライン(電話等による無料禁煙相談)があります。

4 期待される効果は？

- 医療や健診等での短時間支援の普及に加えて、クイットラインやオンライン診療等を活用して、禁煙希望者を禁煙により確実に導く環境を整備することにより、地域全体の禁煙率を高める効果が期待できます。
- わが国の保健医療制度の特徴(公的健康保険制度、法律に基づく健診の普及など)を生かして、保健医療システムの中に禁煙支援・治療の仕組みを組み込むことは、持続可能性を担保できます。
- 医療(外来や入院)や健診等の保健事業を利用すると、禁煙が推進されるシステムの構築は、禁煙の関心の程度に関わら

ず、多くの喫煙者への働きかけが可能であり、大きな公衆衛生的インパクトが期待できます。

- 禁煙支援・治療は、さまざまな予防介入のプログラムの中でも、費用効果性に優れています¹⁸⁾。その普及により、喫煙に関連する多くの疾患の1次予防や重症化予防につながり、その結果、QOLの改善や医療費の節減につながることが期待できます。
- 禁煙治療アプリなどのデジタル機器の活用は、禁煙率の向上だけでなく、医療者のカウンセリングの負担軽減にもつながる効果が期待できます。

5 よくある疑問や反論についてのQ&A

Q. 禁煙は自力でも禁煙できるのに、禁煙治療を勧めるのはどうしてですか？

- A. 喫煙の本質はニコチン依存症という薬物依存症です。ニコチンの依存性はアルコールや麻薬と同程度であり、やめたくても禁煙できない喫煙者には依存症という病氣に対する治療が必要となります。ヘビースモーカーでも自力で禁煙できる場合もありますが、一般的には禁煙後のニコチン離脱症状が強く出現するため禁煙が難しい場合が多く、禁煙できても体重が過度に増加したり、長続きしないといった問題があります。そのため、より確実に禁煙をするためには、自力に比べて禁煙率が高まる禁煙補助薬や禁煙治療アプリを用いた禁煙治療が勧められます。

Q. 禁煙治療が保険適用になっているのに、さらにクイットラインを整備することが必要ですか？

- A. 禁煙に関心のある喫煙者が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、利用にあつての心理的バリア(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、仕事などのため時間の制約があるなど)などがあります。クイットラインは禁煙外来に比べて気軽に相談ができる特徴があります。治療に興味がある方だけでなく、自力で禁煙したい方や経済的に余裕がない方なども含めて相談できることとなります。また、医療や健診等の場での禁煙の働きかけなどと組合せて、能動的なクイットラインを整備することにより、禁煙治療の利用が高まることで期待でき、禁煙治療の保険診療制度の有効利用につながります。

【参考文献】

- 1) Nomura S, 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, doi:10.1016/j.lanwpc.2021.100377.
- 2) 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.
- 3) 循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2009年度合同研究班報告) 禁煙ガイドライン(2010年改訂版). https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/02/ICS2010murouhara_h.pdf.
- 4) 中山富雄, 他. 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, 他編集. 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. 日本公衆衛生協会. 2013年5月.
- 5) Matkin W, et al. Telephone counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2019, Issue 5. CD002850.
- 6) Masaki K, et al. A randomized controlled trial of a smoking cessation smartphone application with a carbon monoxide checker. NPJ Digit Med 2020; 3(35).
- 7) Nomura A, 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.
- 8) 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. 新薬と臨床 2020; 69(9): 1109-1115.
- 9) 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.
- 10) 厚生労働省. 令和元年 国民健康・栄養調査報告. 2020.
- 11) 中村正和. UP DATE 禁煙支援・治療における新型たばこ問題. 公衆衛生2022; 86(2): 132-138.
- 12) 厚生労働省. オンライン診療の適切な実施に関する指針. 平成30年3月(令和4年1月一部改訂).
- 13) 情報通信機器を用いた診療(いわゆる「遠隔診療」)について. 厚生労働省医政局長通知 医政発0714第4号(2017年7月14日).
- 14) 田中英夫, 谷口千枝, 他. ファクトシート5: クイットライン(電話での無料禁煙相談). 厚労科研費 平成25年度「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」報告書.
- 15) 中村正和, 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ー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ー. 月刊地域医学 2018; 32(8): 687-695.
- 16) Carlson KV, et al. Training health professionals in smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2012, Issue 5. CD000214.
- 17) 中村正和, 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効性. 日本健康教育学会誌 2017; 25(3): 180-194.
- 18) 五十嵐中, 他. ファクトシートE: 予防介入における禁煙治療の費用対効果. 厚労科研費 平成27年度「たばこ規制枠組条約を踏まえたたばこ対策に係る総合的研究」報告書.

本ファクトシートは、令和3年度厚生労働科学研究費補助金による循環器疾患・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政策のインパクト・アセスメントに関する研究」班(研究代表者 中村正和)により作成しました。
作成担当: 中村正和(公益社団法人 地域医療振興協会)