

平成 28 年 8 月 17 日

厚生労働大臣 塩崎 恭久 殿  
厚生労働省健康局長 福島 靖正 殿  
厚生労働省保険局長 鈴木 康裕 殿

#### 禁煙推進学術ネットワーク

日本癌学会	日本口腔衛生学会	日本口腔外科学会
日本公衆衛生学会	日本呼吸器学会	日本産科婦人科学会
日本歯周病学会	日本循環器学会	日本小児科学会
日本心臓病学会	日本肺癌学会	日本麻酔科学会
日本人間ドック学会	日本口腔インプラント学会	日本頭頸部癌学会
日本歯科人間ドック学会	日本動脈硬化学会	日本産業衛生学会
日本内科学会	日本有病者歯科医療学会	日本血管外科学会
日本口腔腫瘍学会	日本疫学会	日本外科学会
日本衛生学会	日本高血圧学会	日本臨床腫瘍学会



#### 特定健康診査・特定保健指導における禁煙支援の義務化等に関する要望書

謹啓

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

第一期の特定健康診査（特定健診）・特定保健指導の見直しにおいて、平成 23 年 5 月に当学術ネットワークから「特定健康診査における禁煙の勧奨・支援のための制度化に関する要望書」を厚生労働大臣等に提出しました。それを受けて平成 25 年度の第二期の制度改正において、健診当日を含め喫煙に関する保健指導が強化され、厚生労働省から「禁煙支援マニュアル（第二版）」<sup>1)</sup>が発行され、現場での取り組みの推進が期待されました。しかし、本制度における喫煙の保健指導は努力義務にとどまったため、現場の実践には必ずしもつながっていないことが最近の調査で明らかになっています<sup>2)</sup>。それによると、市町村国保の集団健診当日に喫煙者に対して短時間の禁煙支援を実施している市町村の割合は、一部の喫煙者への実施を含めても約 1 割にとどまっていました。

喫煙は、虚血性心疾患、脳卒中、がん、糖尿病、COPD、妊娠・出産・胎児異常、歯周病など多くの病気を引き起こします<sup>3)</sup>。喫煙は、今なお日本人が命を落とす最大の原因であり、年間約 13 万人が喫煙が原因で死亡していると推定されています<sup>4)</sup>。喫煙は脳卒中や骨粗鬆症等に加えて、認知症のリスクを高めることにより、要介護の要因としても重要であることが明らかになっています<sup>5)7)</sup>。さらに受動喫煙は、非喫煙者に対して肺がん、脳卒中、虚血性心疾患、低体重出生、乳幼児突然死症候群などの病気を引き起こします<sup>3)</sup>。最近の報告によれば、受動喫煙により年間 1 万 5 千人（肺がん 2480 人、虚血性心疾患 4460 人、脳卒中 8010 人）が死亡していると推定されており、前期高齢者の介護の主たる原因である脳卒中への影響が改めて大きいことがわかります<sup>8)</sup>。

喫煙者を対象としたインターネット調査によれば、わが国では喫煙者の約 8 割が 1 年間に医療や健診等を受診しているものの、医療や健診における医師等による禁煙アドバイスの実施率は各々約 3 割と、諸外国に比べて低い現状にあります<sup>9)</sup>。国際的に禁煙治療や禁煙補助薬の有効性はすでに確認されており、自力での禁煙に比べても禁煙率が 3~4 倍高まることが示されています<sup>10)</sup>。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約 2 割と諸外国に比べて低い状況にあります<sup>9)</sup>。さらに、わが国の喫煙者は喫煙ならびに受動喫煙の健康影響の認識が諸外国と比べて極めて低く、その理由としてメディアキャンペーンの不足やたばこの箱の警告表示が不十分であることが示唆されています<sup>11)</sup>。

健診は受診者にとって健康意識が高まる機会であり、健診を受ける多くの国民に個別の情報提供が実施できる絶好の機会です。平成 28 年 6 月に示された厚生労働省の「特定健康診査・特定保健指導の在り方に関する検討会」の中間報告において、「喫煙は虚血性心疾患・脳血管疾患の発症に強く関連することから、現在情報提供レベルである喫煙以外の危険因子を持たない者に対しても、対策を検討すべきである」と述べられています<sup>12)</sup>。第三期の本制度の見直しとして、第二期における喫煙に関する保健指導を義務化することに加えて、国民の受動喫煙の健康影響の認識が高まるよう、受動喫煙の健康影響についての情報提供を行うことを保険者に努力義務として新たに求めることを要望します。

謹白

## 記

### 1. 禁煙支援と受動喫煙の健康影響に関する情報提供の内容

特定健診の受診者を対象とし、喫煙者に対して禁煙支援、非喫煙者を含む受診者全員に対して受動喫煙に関する情報提供を実施する（図 1）。

#### (1) 喫煙者に対する禁煙支援

健診当日または健診後の情報提供ならびに特定保健指導において、すべての喫煙者に 1 分程度の「短時間禁煙支援（ABR）」を実施する。禁煙を希望する喫煙者には特定保健指導において「標準的禁煙支援（ABC）」を実施する（図 1）。短時間禁煙支援と標準的禁煙支援は、厚生労働省の「禁煙支援マニュアル（第二版）」に準拠して行う。

#### (2) 受動喫煙の健康影響についての情報提供

健診当日または健診後の情報提供の場で、すべての受診者に受動喫煙の健康影響についての情報提供を行う。

### 2. 指導者研修の実施可能性

第二期の制度改正を受けて、保険者や学会等が実施する指導者研修において、喫煙の保健指導が研修項目として取りあげられつつあるが、習得度は十分とは言えない<sup>13)</sup>。そこで、従来の研修に加えて、指導者がアクセスしやすく、かつ効率的な学習が可能となるよう<sup>14)</sup>、eラーニングの活用を提案する。

すでに、厚生労働省の「禁煙支援マニュアル（第二版）」に準拠した eラーニング（J-STOP）<sup>14,15)</sup>が開発され、自治体や保険者、学会等の組織を通じて、普及が図られている。有効性についても評価が行われており、受講前後で禁煙支援に必要な知識、態度、自信が有意に改善するとともに、受講者間格差も縮小することが報告されている<sup>15)</sup>。受動喫煙の健康影響についても eラーニングの学習内容として含まれている。

また、指導用の教材については、「禁煙支援マニュアル（第二版）」において喫煙者用のリーフレットとワークシートが提供されている<sup>1)</sup>。受動喫煙の健康影響に関する情報提供についても、本学術ネットワークからエビデンスに基づく新たなリーフレット等の教材を作成して提供することが可能である。

### 3. 実施状況の把握

保険者に義務化する禁煙支援の実施状況を把握するため、実施機関ならびに保険者に対して以下の報告を求める。短時間禁煙支援については、特定健診受診者における喫煙者数と禁煙支援の実施数の報告を求める。標準的禁煙支援については、特定保健指導の「保健指導情報」に減量支援か禁煙支援かの区別が可能となる項目を追加し、その報告を求める。指導内容（実施日、支援形態、実施ポイント、実施者）については現行の特定保健指導の報告の枠組みを利用して報告を

求める。

#### 4. 期待される効果

##### (1) 喫煙率減少効果

大阪府摂津市が実施する総合健診（特定健診とがん検診を同時実施）の場で短時間禁煙支援（ABR）の効果を調べた介入研究によると、短時間禁煙支援を実施した介入群（ただし、医師による禁煙の助言を含む）では、非介入群に比べて、6ヵ月後の禁煙率（呼気CO濃度で禁煙状況を確認）が3.3倍有意に高まることが報告されている<sup>16)</sup>（図2）。

さらに、大阪府において、市町村に対して集団特定健診における短時間禁煙支援を事業化し、保健指導者を対象として指導者トレーニング（研修会やeラーニング）と教材提供を複数年にわたって継続実施した結果、喫煙者全員に短時間禁煙支援を実施する市町村の割合が2年間で17.9%から32.1%に1.8倍増加するとともに、健診連続受診者における喫煙率減少割合が短時間支援を実施していない市町村と比べて2.6%から5.3%と2.0倍増加する効果が観察されている<sup>17)</sup>（図3）。

##### (2) 経済効果

平成25年度の特定健診受診者2,510万人を対象に、特定健診・特定保健指導の場ですべての喫煙者を対象に禁煙支援を15年間継続実施した場合の経済効果を推計した研究<sup>18)</sup>によると、最初の数年間は禁煙治療費の増加額が、喫煙関連医療費の削減額や特定保健指導費の削減額を上回るが、単年で6年目、累積で8年目には黒字に転じ、15年目には累積で432億円（割引率3%）の経済効果が得られると推定された（図4）。なお、ここでいう経済効果は、禁煙治療の受療割合の増加に伴う禁煙治療費の増加額、禁煙率の上昇に伴う喫煙関連医療費の削減額、喫煙リスクを持つ特定保健指導対象者の減少に伴う特定保健指導費の削減額の収支である。試算方法と結果の詳細については、文末資料「特定健診・特定保健指導の場での禁煙支援の制度化に伴う財政影響」を参照されたい。

##### 【出典】

- 1) 厚生労働省. 禁煙支援マニュアル(第二版). 2013.
- 2) 道林千賀子, 中村正和, 坂井友美, 他. 岐阜県内市町村のたばこ対策の推進の実態. 東海公衆衛生雑誌 2016年 第4巻 第1号 掲載予定.
- 3) U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: 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, 2014.
- 4) 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.
- 5) Takashima N, Miura K, Hozawa A, et al: Cigarette smoking in middle age and a long-term risk of impaired activities of daily living: NIPPON DATA80. Nicotine Tob Res 2010; 12: 944-949.
- 6) Hayakawa T, Okayama A, Ueshima H, et al: Prevalence of impaired activity of daily living and the impact of stroke and lower limb fracture in elderly persons in Japan. CVD Prev 2000; 3: 187-194.
- 7) McKenzie J, Bhatti L, Tursan d'Espaignet E. WHO Tobacco Knowledge Summaries: Tobacco and dementia. WHO, 2014.
- 8) 片野田耕太, 笹月静, 田中宏和, 他: 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「たばこ対策の健康影響および経済影響の包括的評価に関する研究」平成27年度総括・分担研究報告書（研究代表者 片野田耕太）. 6-17, 2016.

- 9) 中村正和: 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 FCTC14 条 禁煙支援・治療. 保健医療科学, 64(5): 475-483, 2015.
- 10) Kasza KA, Hyland AJ, Borland R, et al. Effectiveness of stop-smoking medications: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Addiction*. 2013; 108 (1) : 193-202.
- 11) 仲下祐美子, 大島明, 増居志津子, 他: たばこ規制に対するたばこ使用者を対象にした調査結果の国際比較. 厚生学の指標, 63(6): 24-32, 2016.
- 12) 厚生労働省 特定健康診査・特定保健指導の在り方に関する検討会: 特定健康診査・特定保健指導の在り方について (これまでの議論の整理) . 平成 28 年 6 月.
- 13) 村本あき子, 中村誉, 杉田由加里, 他: 保健指導技術に関する自己評価結果についての考察. 人間ドック, 30(3): 81-89, 2015.
- 14) 国立研究開発法人日本医療研究開発機構委託研究開発費 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) . 健診・保健指導の研修ガイドライン改訂に向けての提案 (効果的な保健指導のために必要とされる人材と研修の在り方) . p8, p20. 2016.
- 15) 増居志津子, 阪本康子, 中村正和: 禁煙支援・治療に関する e ラーニングを活用した指導者トレーニングの普及 (J-STOP 事業) . 月刊地域医学, 29(11): 906-910, 2015.
- 16) 中山富雄, 嶋田ちさ: 第 1 部健診・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: 一般財団法人日本公衆衛生協会, p125-133, 2013.
- 17) 中村正和: 自治体等のたばこ対策の効果的な推進方策や支援環境の検討. 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「健康日本 21 (第二次) の推進に関する研究」平成 27 年度総括・分担研究報告書 (研究代表者 辻一郎) . 104-109, 2016.
- 18) 平成 28 年度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推進に関する研究」総括・分担報告書(研究代表者 中村正和) 掲載予定

(お問い合わせ先)

禁煙推進学術ネットワーク

理事長 藤原久義

〒660-8550 尼崎市東難波町二丁目 17 番 77 号

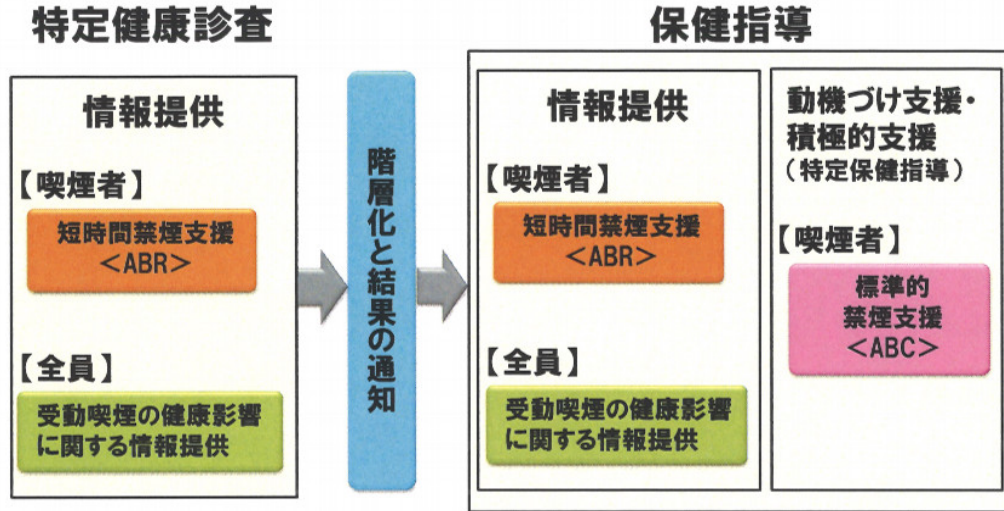
兵庫県立尼崎総合医療センター 院長

TEL : 06-6480-7000(代)

E-mail: info@tcr-net.jp

以上

図1. 特定健診・特定保健指導における禁煙支援等



ABRは、Ask、Brief advice、Referの手順から成る短時間禁煙支援。ABCは、Ask、Brief advice、Cessation supportの手順から成る標準的禁煙支援。具体的な支援内容は、「禁煙支援マニュアル(第二版)」(厚生労働省、2013年)を参照。

図2. 健診の場での短時間禁煙支援の効果—6ヵ月後の断面禁煙率

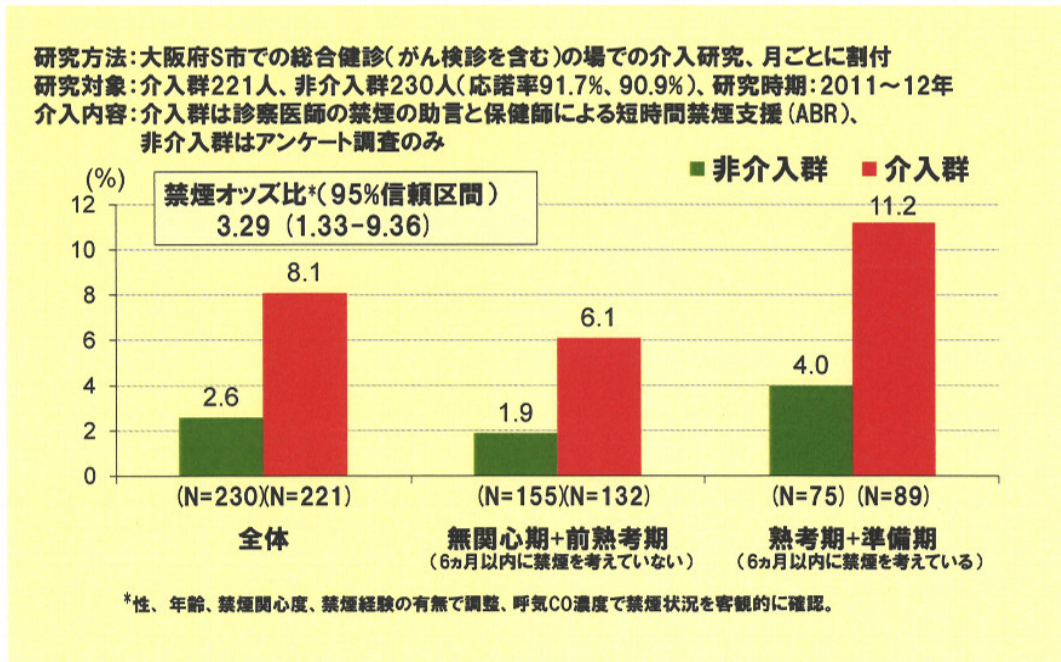


図3. 短時間禁煙支援による喫煙率減少効果

— 大阪府内市町村特定健診（集団健診）の場合における実施状況別の効果 —

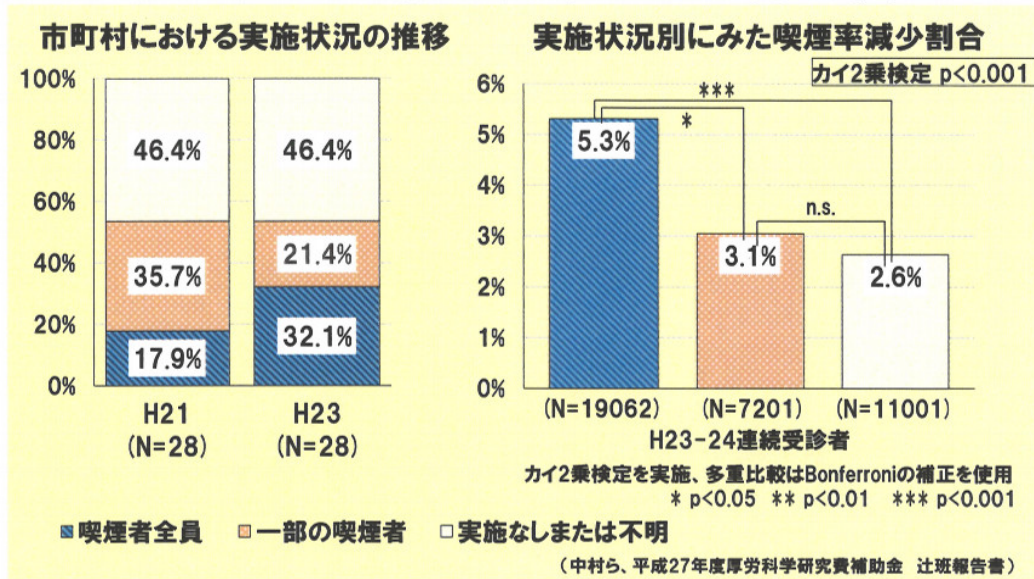
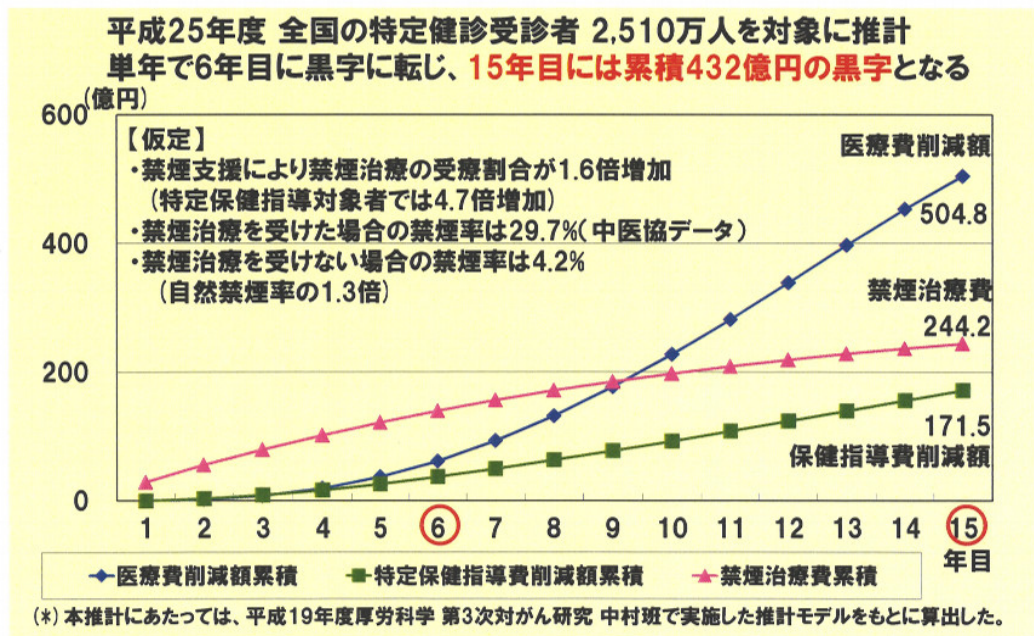


図4. 特定健診・特定保健指導における禁煙支援の経済効果（累積）



**特定健診・特定保健指導の場での禁煙支援の制度化に伴う財政影響**  
**《特定健診受診者を対象とした15年間のシミュレーション》**

- ・全国の平成25年度特定健診受診者2,510万人を対象とし、15年間特定健診・特定保健指導の場で禁煙支援を実施した場合の財政影響を試算した。
- ・本制度化では、特定健診と特定保健指導の場で、全ての喫煙者に「短時間禁煙支援」を、禁煙を希望する特定保健指導対象者には「標準的禁煙支援」をそれぞれ実施する。短時間支援と標準的支援については、厚生労働省の「禁煙支援マニュアル(第二版)」に準拠して実施する。
- ・本推計にあたっては、平成19年度厚生労働省第3次対がん研究(中村班)で実施した推計のモデルを使用し、禁煙治療費の増加と、特定保健指導費ならびに喫煙関連医療費の減少の収支を算出した。
- ・健診受診者における性年齢別分布、階層化に用いるリスク別の分布割合、および性年齢別喫煙率については、平成15～18年の大阪府立健康科学センターの健診受診者データ(8,179名)における割合を用いた。
- ・禁煙治療の受療割合は、特定健診と特定保健指導の両方で禁煙支援を受けた場合に英国並みの5.2%、すなわち、わが国(1.1%)の4.7倍になると仮定した。特定健診の場での短時間禁煙支援のみを受けた場合は、両方を受けた場合の3分の1の増加割合(1.6倍)を乗じて、1.8%になると仮定した。
- ・禁煙治療を受けた者の禁煙率は平成19年と平成21年の中医協の結果検証データ(指導終了9か月後の継続禁煙率)を用いた。両年における禁煙率32.6%、29.7%のうち、低い方の数値である平成21年の29.7%を使用した。
- ・禁煙治療を受療しない者の禁煙率については、特定健診での短時間の禁煙支援を受けた場合、現行の1.3倍として推計した。なお、本推計では、OTC補助剤の利用割合の増加による禁煙率の上昇については考慮しなかった。
- ・喫煙継続者、禁煙者の医療費は、廣岡らの論文(厚生指標、2001)のデータを用いて、性年齢別の対象集団ごとに15年間の削減額を推計した。
- ・本制度化に伴う禁煙治療費の増加額と、特定保健指導費および喫煙関連医療費の削減額との収支は、単年で6年目、累積で8年目より黒字に転じた。
- ・特定健診・特定保健指導の場での禁煙支援の制度化により、432億円(割引率3%)の経済効果が期待できると推定された。

【前提】	禁煙支援の制度化	現行	基礎データ
(ア) 特定健診受診者数	2509.7万人	2509.7万人	(*1)
(イ) 特定保健指導対象数	423.5万人	423.5万人	(*1)
(ウ) 特定健診受診者の喫煙率	男性32.7% 女性4.6%	男性32.7% 女性4.6%	(*2)
(エ) 禁煙治療の受療割合 ・特定健診のみの受診者における割合 (特定保健指導の非対象者)  ・特定保健指導対象者における割合	1.8%と仮定  5.2%と仮定 (b)	1.1% (a)  1.1%	(a) 日本における禁煙治療受療割合 保険による禁煙治療数 24.2万人(*3) ÷ 喫煙者人口 2,249万人(*4) (b) 英国における禁煙治療受療割合(*5)
(オ) 禁煙治療による禁煙成功率	29.7%	29.7%	(*6)
(カ) 自然禁煙率	4.2% (c)	3.2% (d)	(c) 現行の1.3倍(*7) (d) (*8)
(キ) 1人あたりの禁煙治療費	56,618円	56,618円	(e)を(f)の比率で案分 (e) 5回完了費用(*9) パレニコリン 65,510円 NRT 43,620円 (f) 利用割合(*6) パレニコリン 51.6% NRT 35.3%
(ク) 1人あたりの特定保健指導価格 積極的支援 動機付け支援	45,000円 9,500円	45,000円 9,500円	(*10)
(ケ) 喫煙関連医療費			(*11)
<b>【財政影響…15年間の累計、割引率3%】</b>			
(A) 禁煙治療費の増加額		244億円	
(B) 特定保健指導費の削減額		172億円	
(C) 喫煙関連医療費の削減額		505億円	
		(287億円)	
		(223億円)	
		(673億円)	
特定健診・特定保健指導の場での禁煙支援による財政影響		432億円の削減	
(禁煙治療費、特定保健指導費用、喫煙関連医療費の収支)		(割引を考慮しない場合 609億円)	

\*1: 特定健康診査・特定保健指導に関するデータ 平成23年度(厚生労働省)  
 \*2: 平成19年度厚生労働省第3次対がん研究(中村班)による健診受診者モデル集団を対象とした推計  
 大阪がん循環器病予防センター(当時 大阪府立健康科学センター)2003-2006年度健診受診者8,179名  
 \*3: 国民健康・栄養調査(2012年)より推定  
 \*4: ニコチン依存症管理料の初回算定管理料(厚生労働省社会医療診療行為別調査2013年6月審査分)×12ヵ月  
 \*5: ITC Project: FCTC Article 14 tobacco dependence and Cessation: Evidence from the ITC Project.2010.(基礎データをDr.Borlandから入手)  
 \*6: 平成21年ニコチン依存症管理料実態調査 指導終了9か月後の禁煙/喫煙の状況(全対象者)  
 \*7: Fiore MC, et al.Treating Tobacco Use and Dependence:2008 update.Clinical Practice Guideline. Rockville: U.S. Department of Health & Human Services. Public Health Service, 2008  
 \*8: 平成18年度厚生労働省研究(下光班: 研究代表者 下光輝一)による喫煙者コホート調査(2005-2006年)6ヵ月継続禁煙率  
 \*9: 平成26年4月改訂診療報酬  
 \*10: 厚生労働省調査による事業者団体における積極的支援の価格(週刊保健衛生ニュース1402号 2007年4月)  
 \*11: 廣岡康雄, 厚生指標, 48:3-10,2001(基礎データを著者から入手)

## 参考表

【参考表1】喫煙習慣別の1人あたり医療費の推定結果

喫煙習慣別の1人あたり医療費の推定結果						
	男			女		
	40	50	60	40	50	60
<b>喫煙者</b>						
1年目	103074	175614	297823	116217	175428	277490
1年後	108283	184789	309464	120338	183204	289185
2年後	113829	194298	321765	124781	191333	302561
3年後	119709	204106	334606	129542	199802	317541
4年後	125918	214172	347859	134620	208596	334038
5年後	132451	224452	361387	140010	217697	351957
6年後	139374	234899	375047	145757	227088	371189
7年後	146745	245460	388690	151903	236748	391618
8年後	154546	256078	402162	158441	246657	413116
9年後	162757	266694	415306	165361	256791	435541
10年後	171352	277243	427964	172653	267126	458745
11年後	180305	288079	439597	180306	278385	482558
12年後	189584	299530	449475	188306	291262	506631
13年後	199153	311484	457022	196641	305682	530398
14年後	208975	323821	461649	205296	321563	553217
15年後	219006	336414	462784	214253	338812	574379
<b>禁煙者</b>						
1年目	103074	175614	297823	116217	175428	277490
1年後	106759	181466	302835	118629	179774	283139
2年後	110788	187688	308961	121379	184594	290846
3年後	115144	194243	316095	124456	189868	300478
4年後	119813	201099	324131	127852	195574	311913
5年後	124785	208223	332955	131560	201691	325033
6年後	130109	215580	342454	135620	208200	339721
7年後	135825	223136	352507	140069	215079	355862
8年後	141911	230854	362991	144898	222308	373338
9年後	148345	238695	373781	150099	229864	392029
10年後	155107	246618	384747	155661	237725	411812
11年後	162174	254999	395435	161575	246568	432457
12年後	169526	264193	405240	167832	257039	453585
13年後	177137	274121	413695	174420	269072	474751
14年後	184983	284697	420317	181329	282594	495470
15年後	193036	295831	424618	188546	297533	515213

出典：廣岡康雄. 厚生の指標, 48: 3-10, 2001 (図6の基礎データを著者から入手)