

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—

中村正和

公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所 へき地医療研究センター

要約

喫煙はがん、循環器疾患、呼吸器疾患など多くの疾患と関連し、日本人の主要な回避可能な死亡要因である。喫煙者の禁煙を推進するためには、保健医療従事者による質の高い支援が不可欠であり、そのための指導者トレーニング体制の整備が求められている。本稿では、日本禁煙推進医師歯科医師連盟が開発したeラーニングプログラム「J-STOP」および後継のWEB学習プログラム「J-STOPネクスト」の開発・普及の過程とその効果を概説した。プログラムの学習により、受講者の禁煙支援・治療に必要な知識の習得に加え、態度や自信、禁煙アドバイスなどの行動においても有意な改善が確認された。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。今後は、健診とオンライン禁煙治療を組み合わせたワンストップ型支援の仕組みを通じて、毎年の健診を通して受診者の禁煙を推進する健診システムの構築が求められている。その意味で、予防医療の推進と質の向上を目指す日本人間ドック・予防医療学会が果たす役割は大きく、そのためのアクションが期待されている。

キーワード 禁煙支援・治療、指導者トレーニング、eラーニング、社会実装

はじめに

喫煙は、がんをはじめ、脳卒中や虚血性心疾患などの循環器疾患、慢性閉塞性肺疾患(COPD)や結核などの呼吸器疾患、2型糖尿病、歯周病など、多くの病気と関係している。喫煙は高血圧と並んで日本人が命を落とす回避可能な2大リスク因子であり、2019年時点での喫煙による年間の超過死亡数は高血圧の19.6万人に次いで18.7万人(総死亡の13.5%)と多い¹⁾。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。これは、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るもので、喫煙の健康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。

喫煙は、脳卒中のほか、認知症や骨粗鬆症のリスクを高め、要介護の主要なリスク要因でもある。死亡年齢や障害の程度を加味した障害調整生存年(disability-adjusted life years: DALY)を用いた疾病負担の推計結果では、喫煙によるDALY損失年は4,134千人年であり、我が国の総DALY損失の21%を占め、比較された34個のリスク要因のなかで

第1位であった¹⁾。

2023年の国民健康・栄養調査によると、成人の喫煙率は15.7%(男性25.6%, 女性6.9%)であり、直近10年間で男女とも有意に減少している³⁾。しかし、男性の喫煙率は諸外国と比較して依然高い水準にある⁴⁾。なお、喫煙者において加熱式たばこの占める割合は男性38.4%, 女性42.3%であった³⁾。

2024年度からの健康日本21の第三次計画⁵⁾では、成人の喫煙率の目標については、第二次計画で達成できなかった12%までの低下目標が引き継がれた。この目標は、第二次計画においてたばこをやめたいと考えている喫煙者全員がたばこをやめることを想定して設定された。この目標達成のためには、WHOのたばこ規制枠組条約に沿って、たばこ税・価格の大幅な引き上げをはじめ、たばこ警告表示や受動喫煙対策の強化などの環境整備を進めるとともに、喫煙習慣の本質がニコチン依存症であることを踏まえ、健診や人間ドックをはじめ、広く保健医療の場での禁煙推進が求められる。

禁煙支援・治療の現状と指導者トレーニングの必要性

1) 禁煙支援・治療の現状と課題

我が国では喫煙者の約80%が1年間に医療か健診(がん検診や人間ドックを含む)のどちらかを受けているが、禁煙のアドバイスを受ける割合は約40%と諸外国に比べて低い⁶⁾。我が国では2006年に禁煙治療の保険適用が実現し、これまで実施された効果検証によって有効性が確認されている⁶⁾。しかし、禁煙試行者の8割以上は自力で禁煙を試みており、国際的にみて、禁煙治療の利用割合は低率にとどまっている⁶⁾。最近の調査でも禁煙試行者のうち禁煙治療を受療した割合は15%に過ぎない⁷⁾。その背景として、医療場での禁煙アドバイス不足のほか、禁煙治療へのアクセスの不足、禁煙を気軽に相談できる無料の電話相談(クイットライン)の整備不足などの要因が挙げられる。

禁煙治療へのアクセスについては、禁煙外来(ニコチン依存症管理料の届出医療機関数)は2025年7月27日現在16,238施設であり、医療機関全体に占める割合は14.3%にとどまっている⁸⁾。保険診療でありながら禁煙治療へのアクセスが十分でない状況にある。オンライン診療による禁煙治療については、保険者が保健事業(自由診療による禁煙治療)として実施する場合は2017年7月から初診も含めてすべてオンラインで実施できるようになった。一方、保険診療による禁煙治療については、コロナ禍の時限措置として2022年度から、かかりつけ患者をはじめ一定の要件を満たせば、すべてオンライン診療で実施できるようになったが、2024年度以降は時限措置が解除され、初診と最終回を除く再診3回のみオンライン診療が認められているにとどまっている。また、オンライン診療による禁煙治療を実施する医療機関は禁煙外来の11.9%にとどまっております⁸⁾、禁煙治療へのアクセスという点で課題が残る。

国際的には禁煙希望者を禁煙治療につなげるために、クイットラインが整備されている⁶⁾。我が国では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が、各種相

談業務の一つとして追加されたにすぎず、実際にはほとんど機能していない。

2) 指導者トレーニングの有効性と必要性

2023年の国民健康・栄養調査によると、喫煙者の5人に1人(20.7%)がたばこをやめたいと考えている³⁾。今後、たばこ対策の強化に伴って、禁煙への関心が高まることが予想され、多くの喫煙者と出会う保健医療の場で禁煙を勧め、禁煙希望者を確実に禁煙につなげる保健医療システムの構築が求められる。そのための基礎となるのが、保健医療従事者への教育トレーニングである。

多忙な医療従事者にとって、インターネットを活用した自己学習プログラムは、自分のペースで学習が可能であり、知識の習得だけでなくモデリングやシミュレーションを通して、スキルの習得までのトータルな学習が可能となる。医療にかかわる団体や学会においてもeラーニングを教育ツールとして活用する動きが活発になってきている。保健医療従事者にとってもコロナ禍を経験して、自己学習やオンラインセミナーへのニーズが高まっている。

たばこ規制枠組条約第14条の履行のためのガイドラインには、たばこ依存の治療とたばこ使用の中止のための具体的な方策として、①医療システムに短時間の禁煙アドバイスを組み込むこと、②マスメディアによる禁煙方法の広報とクイットラインの整備、③禁煙治療を身近で経済的負担が少ない形で提供することに加えて、保健医療従事者の能力向上のためのトレーニングと資格付与が挙げられている⁶⁾。

禁煙支援の指導者トレーニングの有効性については、トレーニングにより、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(表1)⁹⁾。我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

表1 禁煙支援・治療のトレーニングの効果(文献9より引用)

アウトカム	研究数	対象者数	リスク比
喫煙者の禁煙率			
断続禁煙	14	13459	1.36(1.20-1.55)
継続禁煙	8	9443	1.60(1.26-2.03)
受講者の禁煙支援にかかわる行動			
禁煙開始日設定の話し合い	8	4332	4.98(1.79-13.88)
フォローアップの予約	7	3114	3.34(1.51-7.37)
カウンセリングの実施	14	8531	2.28(1.41-3.67)
セルフヘルプ教材の提供	9	4925	3.52(1.56-7.91)
禁煙補助薬(ニコチン製剤)の提供	9	5073	1.57(0.72-3.42)
禁煙開始日の設定	3	1172	14.18(6.57-30.61)

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向上するとともに、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¹⁰⁾。

2008年度から開始された特定健診・特定保健指導において、厚生労働省が定めた指導者研修プログラムに禁煙支援のテーマが組み込まれた。その結果、日本人間ドック・予防医療学会をはじめ、都道府県や保険者、医療団体などが開催する同テーマの研修会において禁煙支援に関する研修が広く実施されることにつながった。2013年度からの第2期特定健診・特定保健指導では、健診当日からの喫煙の保健指導が強化されたため、禁煙支援の研修ニーズがより高まった。さらに、2024年度からの第4期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、禁煙などの生活習慣病のリスクの低減につながる生活習慣改善を目的とした保健指導が一定の要件を満たせば、特定保健指導の終了として認められることになった¹¹⁾。これらの制度改正を活かして特定健診や人間ドックの受診者、特定保健指導の対象者の禁煙を一層推進するためには、指導者の禁煙支援の質の均てん化と向上が重要であり、そのための指導者トレーニングの体制整備が求められる。

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

1) eラーニングプログラムの開発と評価

(1) eラーニングプログラムの開発

eラーニングは、情報通信技術を活用した教育・

学習であり、学校や企業等、さまざまな場で活用されている。必要な時に、必要なものを、必要なだけ学習することができ、受講者の自発的な学習を促進する、知識の習得だけでなくモデリングやシミュレーションを通して、スキルの習得や強化までのトータルな学習が可能となるといった特徴がある。多忙な保健医療職の学習方法として、有効な手段といえる。

日本禁煙推進医師歯科医師連盟では、日本における禁煙治療・支援の推進を目的に、2008年から禁煙治療のための指導者養成プログラムの開発・普及プロジェクトJ-STOP(Japan Smoking Cessation Training Outreach Project)を実施してきた。開発にあたっては、10名の禁煙支援・治療の専門家で構成されるワーキンググループを設置し、eラーニングを活用した禁煙支援・治療のための3種類のトレーニングプログラムを2008年から2010年にかけて開発し、J-STOPという名前で順次公開した。2015年からは公益社団法人地域医療振興協会との共同開催の形で実施してきた。

開発したプログラムは、禁煙外来での禁煙治療の方法を学習する「禁煙治療版」(以下、治療版)、日常診療や薬局・薬店での短時間の禁煙の働きかけについて学習する「禁煙治療導入版」(以下、治療導入版)、地域や職域の健診等の保健事業の場での禁煙支援の方法を学習する「禁煙支援版」(以下、支援版)の3種類である(表2)。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。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

表2 eラーニングの概要(J-STOP)

	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の場
学習内容	禁煙治療 (禁煙治療のための標準 手順書に準拠)	診療の場での禁煙の 動機づけや情報提供	健診等の場での禁煙の動機づけや 情報提供、禁煙カウンセリング (厚労省禁煙支援マニュアル第二版 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

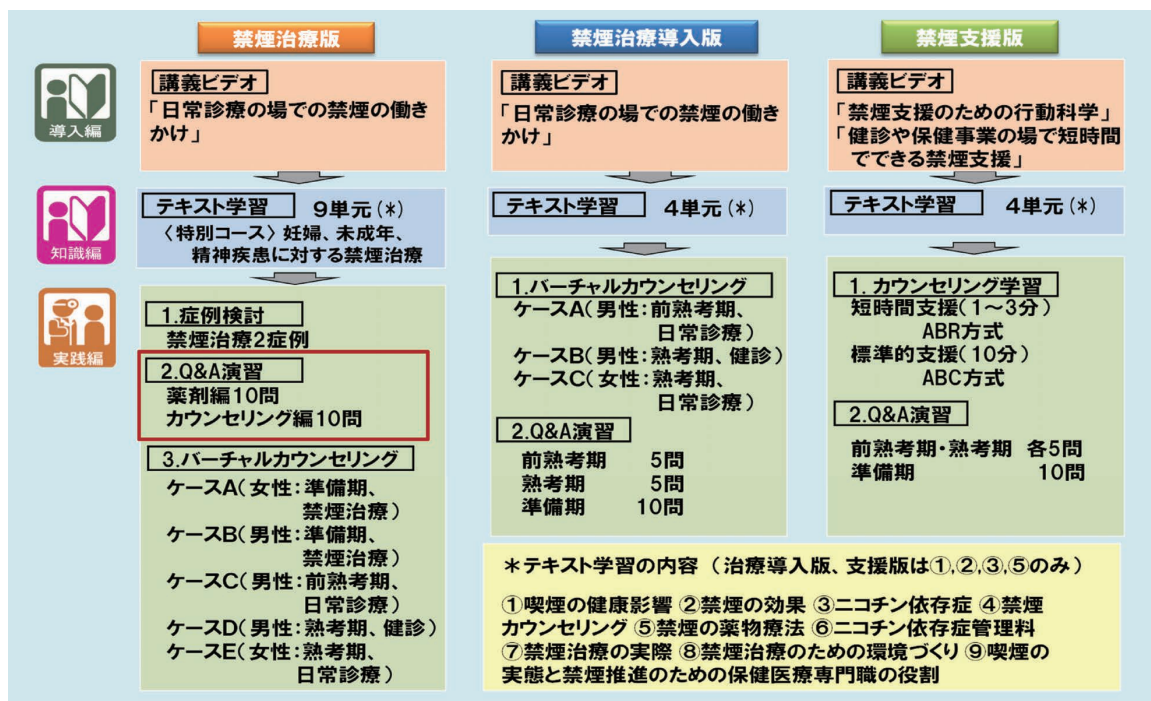


図1 eラーニングの学習コンテンツ(J-STOP)

(注)準備期: 今後1ヵ月以内に禁煙を考えている, 熟考期: 今後6ヵ月以内に禁煙を考えている, 前熟考期: 今後6ヵ月以内に禁煙を考えていない

「(令和6年度版)」に採用されており、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、治療版が10～12時間、導入版が3～4時間、支援版が4～5時間である。

プログラムは3種類とも、導入編、知識編、実践編の3部で構成されている(図1)。導入編では、日常診療や保健事業の場での禁煙支援等に関する講義動画を視聴する。続いて、知識編では、喫煙の健康影響や禁煙の効果、ニコチン依存症等の知識をテキストや動画を用いて学習する。学習後に各コンテンツの理解度を確認するため、アセスメントテストが出題される。すべてのアセスメントテストに7割以上の成績で合格すれば、知識編の

修了証書が発行され、実践編に進むことが可能となる。この知識編では、学習に使用するテキストを印刷することができるので、保管し資料として活用することができる。実践編では、喫煙者へのカウンセリングや症例検討、Q&A演習をコンピュータ上で仮想体験しながら学習し、禁煙の動機付けや禁煙治療に役立つ知識やスキル、問題解決カウンセリングのスキルを習得する。具体的には、治療版や導入版のバーチャルカウンセリングでは、コンピュータ画面の喫煙患者に対して仮想面接を行う。治療版のバーチャルQ&A演習では、禁煙したい患者からよくある質問に対する回答の演習(問題解決カウンセリングのスキル習得)を行う。個人ごとの学習の進捗状況や成績は、マイページ

で管理される。学習を中断したところから、いつでも学習を再開することができ、繰り返し学習することも可能である。また、治療版では、オプション学習として、妊婦、未成年者、精神疾患患者に対する治療方法についてテキストや動画で学習することができる。これらの学習内容は、著者を含めた禁煙支援・治療の専門家が、喫煙と健康に関する疫学研究や禁煙の介入研究等のエビデンス、禁煙支援・治療に関するガイドラインに基づいて作成した。

(2)開発したeラーニングプログラムの評価

開発した3種類のプログラムの有用性を前後比較研究デザインで評価した。2010～2013年に学習を終了した1,526名を対象として、eラーニング受講前後での禁煙治療・支援に関する知識(治療版20問、治療導入版10問、支援版10問)、態度(6項目)、自信(治療版2項目、治療導入版2項目、支援版3項目)、行動(5項目)のスコアの変化を調べた。その結果、いずれのプログラムにおいても、トレーニング後に知識、態度、自信の有意な改善がみられた¹²⁾。受講前後自信の変化を図2に示した。喫煙者の禁煙希望の有無にかかわらず、受講者の禁煙支援・治療の自信が高まることから3つのプログラムで観察された。行動について

は学習直後の調査であったにもかかわらず、喫煙者への禁煙アドバイスなどの行動において有意な改善が認められた。トレーニング前のスコアで3群に分類し変化をみたところ、知識、態度、自信、行動のいずれにおいても、低群での改善が他の群に比べて大きかった。さらにトレーニング前にみられた受講者の知識、態度、自信、行動の成績差がトレーニングにより7つの格差指標で一貫して縮小したことが確認された(図3)¹²⁾。これらの結果は、本プログラムが受講者の禁煙支援・治療のレベルの底上げにつながることを示している。

2)WEB学習プログラムへの切り替えによる持続性の担保

前述のJ-STOPによる無料のトレーニングを2010年から2021年にかけて毎年3～4ヶ月の期間限定で実施した。期間限定としたのはeラーニングの運用費用が3～4ヶ月の期間でも100万円余り要したためである。たばこ対策の進展に伴いトレーニングのニーズが高まり、通年での運用の希望が寄せられる一方、運用経費の節減は事業の持続性の点で課題であった。そこで、2022年に運用経費を削減して持続可能な提供体制を整えるため、WEB学習プログラムの形態に切り替えた。エビデンスやデータを全面的に更新して、同年8月にJ-STOP

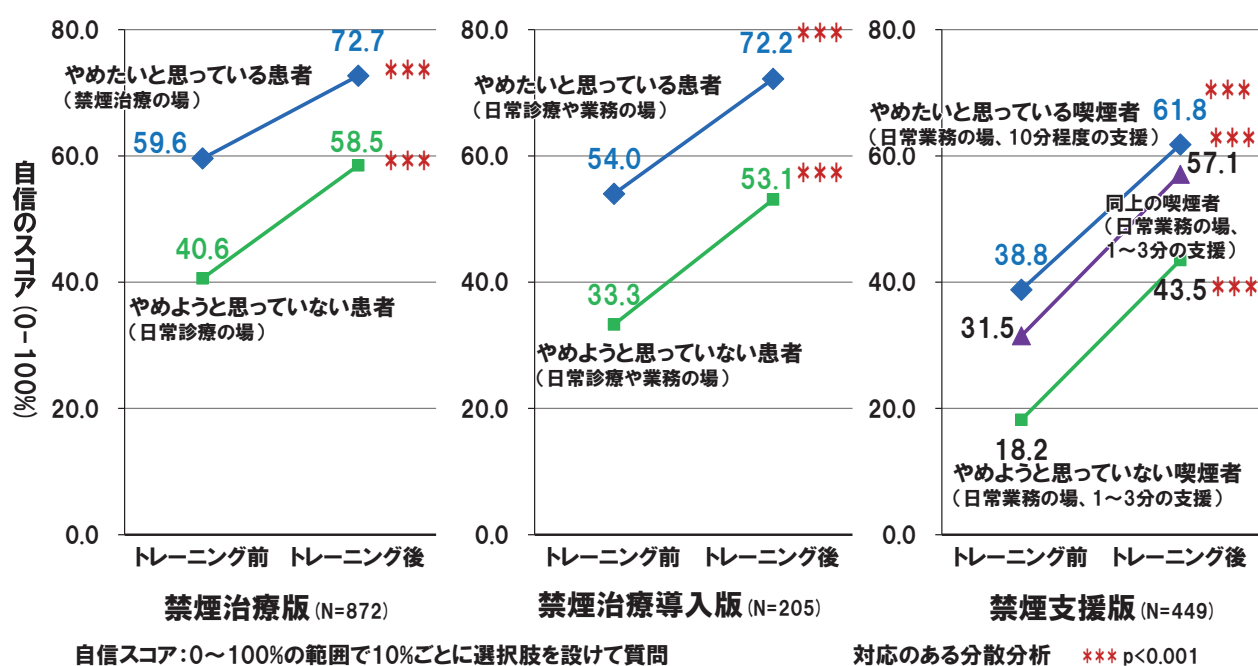


図2 eラーニング受講による禁煙治療・支援に対する自信の変化(文献12のデータをもとに作図)

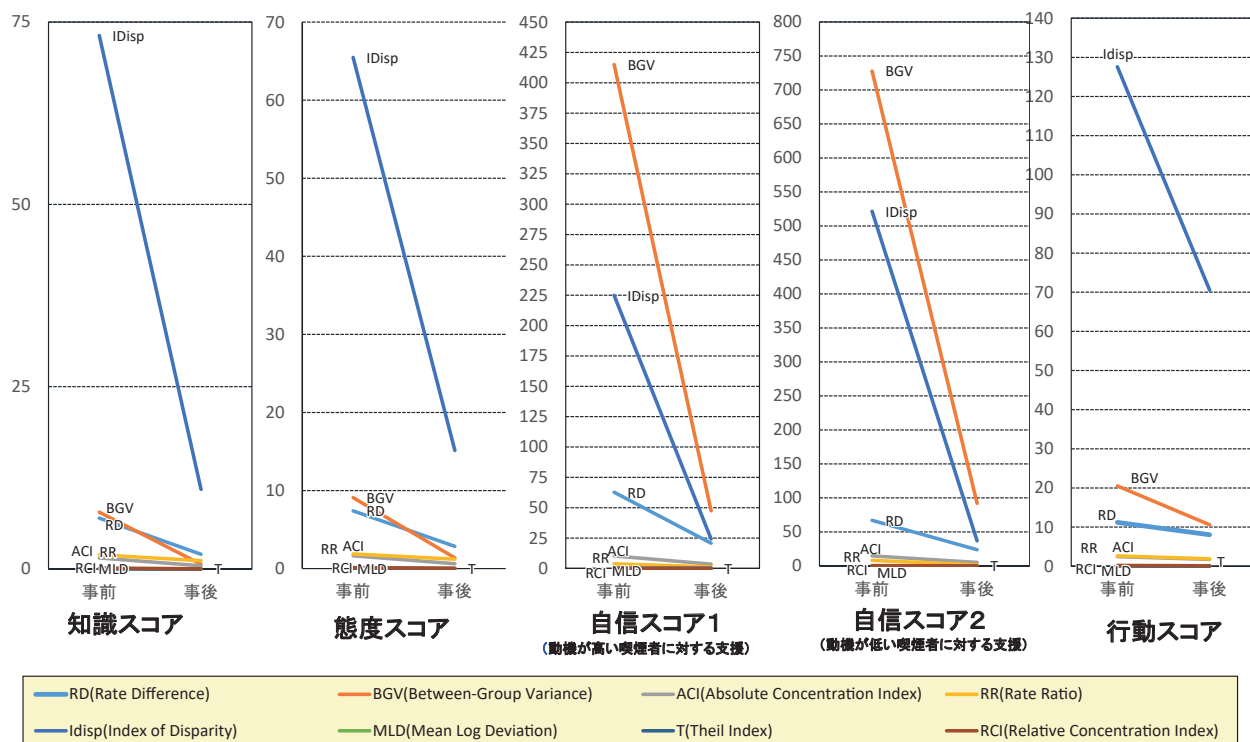


図3 eラーニング受講による受講者間格差の変化ー禁煙治療版(文献12のデータをもとに作図)

	禁煙治療コース	禁煙治療導入コース	禁煙支援コース
導入編 (講義動画)	「日常診療の場で短時間でできる効果的な働きかけ」	「日常診療の場で短時間でできる効果的な働きかけ」	「健診や保健事業の場で短時間でできる禁煙支援」
知識編 (テキスト学習)	テキスト学習の内容 (一部動画あり) 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禁煙治療の実例 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 ※④⑥⑦⑧⑨は禁煙治療コースのみ		
トピック学習 (太字は新しい教材)	①加熱式たばこ使用者への禁煙支援 ②ICTを用いた禁煙治療 ③ニコチン依存の脳科学 ④喫煙と感染症 ⑤禁煙支援におけるナッジの活用 ⑥第4期特定健診・特定保健指導における禁煙支援 ⑦禁煙支援のための行動科学 ⑧特定喫煙者 (テキスト学習, 一部動画): 妊婦、未成年、精神疾患		
実践編	1. バーチャル症例検討 禁煙治療2症例 2. バーチャルQ&A演習 薬剤10問 カウンセリング10問 3. バーチャルカウンセリング 禁煙治療2例, 日常診療, 健診, 小児科(保護者)	1. バーチャルカウンセリング 日常診療, 健診, 小児(保護者) 2. 質問形式によるQ&A演習 前熟考期 熟考期各5問, 準備期10問	1. 健診等の場での禁煙支援 (カウンセリング学習) テキスト学習と支援場面の動画 2. 質問形式によるQ&A演習 前熟考期 熟考期各5問, 準備期10問

図4 WEB学習プログラムの学習コンテンツ(J-STOP ネクスト)

ネクストとして公開した¹³⁾。

完成したJ-STOP ネクストでは、J-STOPと同様、3つの学習コース(禁煙治療コース、禁煙治療導入コース、禁煙支援コース)を設定した(図4)。後述するように、すべての教材から学習したい単元を自由に選んで学習することも可能にした。各教材の理解度を確認するため、学習コンテンツごとに

アセスメントテストを設けた。学習時間の目安は、治療コース13～15時間、治療導入コース6～7時間、支援コース7～8時間程度である。

J-STOP ネクストでは、3部構成であったJ-STOPに、新たにトピック学習の単元を追加した。その結果、3つの学習コースは、導入編、知識編、トピック学習、実践編の4部構成となった。トピック

ク学習では、禁煙支援・治療の最新情報を解説動画で学習できる。開発にあたって新しく6つのコンテンツを取り入れた。加熱式たばこ使用者への禁煙支援、ICTを用いた禁煙治療、ニコチン依存の脳科学、喫煙と感染症、禁煙支援におけるナッジの活用、第4期特定健診・特定保健指導における禁煙支援である。詳細を表3に示した。従来のコンテンツである禁煙支援の行動科学と特定喫煙者(精神疾患、妊婦、青少年)に対する支援については、内容を一部更新して含めた。

そのほか、WEB学習プログラムへの切り替えにあたり、禁煙支援・治療に関する施策情報、エビデンス、統計データの更新を行った。

WEB教材には受講者ごとの進捗管理機能がなく、eラーニングのように所定の学習項目の受講と理解度を確認して修了者の認定や認定証を発行することができない。そこで、知識編、トピック学習、実践編の3つのセッションで修了確認テストを実施し、3つのテストに合格すると修了認定証が発行される方式を用いた。修了確認テストでは各学習コンテンツのアセスメントテストの中から約50問を選んで出題し、禁煙支援・治療に関する知識の習得を確認できるようにした。

J-STOPでは導入編から実践編までのコンテンツを段階的に学習するように設計したため、既定の学習の流れに沿った学習が受講者に求められた。一方、J-STOPネクストでは受講管理ができない分、学習したいコンテンツを受講者のニーズに合わせて自由に選んで学習できる機能が加わった。これはWEB学習化による新たなメリットとなった。

3) 受講実績と社会的評価

(1) 受講者数と受講団体数

J-STOPの3種類のプログラムのうち、最初に治療版を2008年から2009年にかけて開発し、2010年から公開した。続いて治療導入版と支援版を2009年から2010年にかけて開発し、2011年から公開した。また、2022年8月からJ-STOPネクストに切り替えた。

これらのプログラムの普及を図るため、これまで全国のニコチン依存症管理料届出医療機関(禁煙外来開設施設)をはじめ、自治体、学会、医師会などの医療団体、保険者、職域等の組織を通じて受講を呼びかけてきた。そのなかで、我が国最大の保険者である全国健康保険協会(中小規模事業所で働く従業員とその家族の保険を管掌する保険者)、都道府県(大阪府、高知県など)、企業において、指導者養成事業として採用され、複数年にわたって指導者養成が実施された。また、日本禁煙学会や日本在宅薬学会では、このeラーニングがそれぞれ、禁煙指導者、在宅療養支援認定薬剤師の資格認定の研修単位として採用された。

その結果、これまでの総受講者数は11,733人にのぼる(2024年7月末時点)(図5)。そのうち、J-STOPとJ-STOPネクストの受講者数は、それぞれ9,128人、2,605人である。主な受講団体は、医療機関および保健医療団体(1,572名、修了率66.3%)、自治体(2,125名、71.5%)、学会(1,530名、57.7%)、保険者(1,912名、68.5%)、教育機関(850名、97.9%)であった(表4)。日本人間ドック・予防医療学会においては、2015年から人間ドック健診情報管理指導士研修会とブラッ

表3 トピック学習で取り上げた新しいコンテンツ

1. 加熱式たばこ使用者への禁煙支援
加熱式たばこの有害性や健康影響、加熱式たばこ使用者への禁煙カウンセリング方法
2. ICTを用いた禁煙治療
保険診療や自由診療でのオンライン診療、スマートフォンを用いた禁煙治療アプリ、医療機関での活用事例の紹介
3. ニコチン依存の脳科学
ニコチンの脳内報酬系への作用、ニコチン依存のメカニズム
4. 喫煙と感染症
喫煙と免疫機能や感染症との関係、喫煙と新型コロナウイルス感染症との関係
5. 禁煙支援におけるナッジの活用
ナッジの枠組みを用いた禁煙誘導のための禁煙支援や環境介入の方法の紹介
6. 第4期特定健診・特定保健指導における禁煙支援
禁煙支援にかかわる制度改正の解説、特定保健指導における禁煙支援の方法とポイント

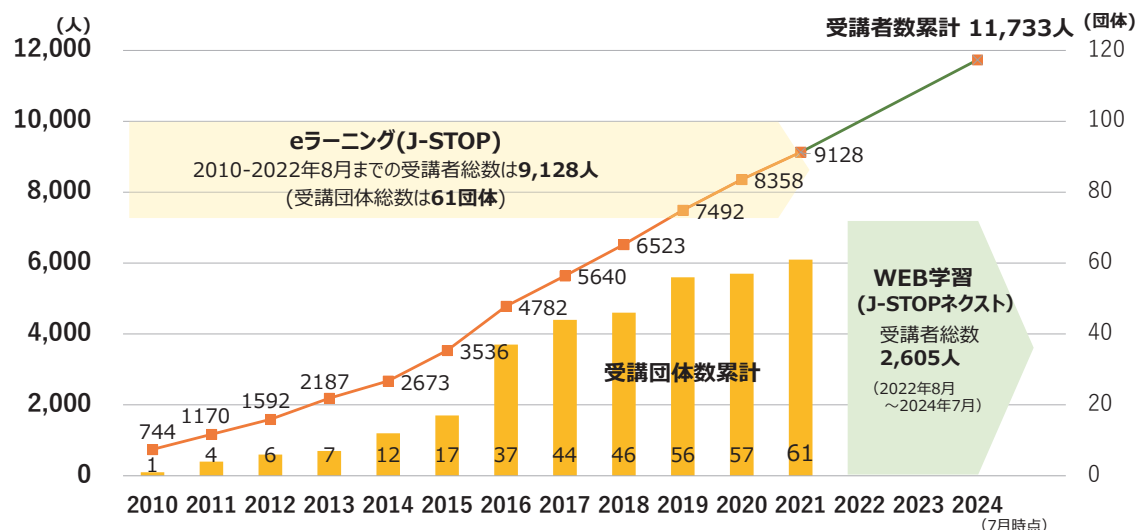


図5 受講者数・受講団体数の推移

表4 団体別にみた受講者数

団体	eラーニング 2010年～2022年8月 9128人		WEB学習教材 2023年10月～2024年7月 1152人	総数 10280人
	受講者数	修了率	受講者数	
保健医療関連の団体(日本医師会など)*1	1572	66.3%	172	1744
自治体(高知県、大阪府など)	2125	71.5%	78	2203
学会	1530	57.7%	131	1661
保険者(全国健康保険協会など)	1912	68.5%	86	1998
企業	376	64.1%	290	666
大学などの教育機関*2	850	97.9%	149	999
その他	763	60.8%	246	1009

(注)WEB学習受講者のうち、2022年8月～2023年9月の受講者1453人は、アンケートの手違いで団体を把握できていなかったため、表には含めていない

*1 ニコチン依存症管理料届出医療機関を含む

*2 学生教育への利用(医学部、管理栄養士養成課程)

シュアアップ研修会の受講者を対象にチラシを配布して受講案内を行っている。所属団体名を把握できるJ-STOPでの受講者数は131人(修了率55.7%)であった。

(2)本プログラムの特徴と社会的評価

本プログラムの特徴として、①公益性(保健医療従事者であれば、誰でも無料で受講できる)、②利便性(忙しい保健医療従事者が自分の都合のよい時間に学習ができる)、③新規性(eラーニングは今では普及しているが、2010年当時はまだ一般的でなく、しかも禁煙カウンセリングや症例検討、Q&A演習を仮想体験しながら学習できるプログラムは国際的にも前例がなかった)、④中立性(学習コンテンツがエビデンスに基づき、かつ特定の治療方法や薬剤に偏ることがないように

配慮して作成されている)、⑤実用性(公的なマニュアルや手順書に準拠しており、現場で導入しやすい)が挙げられる。

このようなプログラムの公益性やコンテンツの中立性をはじめ、新規性や成果などが評価され、2014年に厚生労働省「第3回健康寿命をのぼそう！アワード」で健康局長優良賞を受賞した。さらに、2023年11月には、「第12回健康寿命をのぼそう！アワード」において2度目の受賞(健康・生活衛生局長優良賞)の栄誉に輝いた。同じテーマでアワードを2回受賞した事例はこれまで前例がない。2度の受賞ができたのは、1回目受賞後の継続と発展が評価されたからである。1度目の受賞後の新たな取り組みとして、①喫煙格差是正を目指した指導者トレーニングの体制の整備(喫煙率

表5 禁煙支援・治療の「困りごとQ&A集」で取り上げたテーマ

1. バレニクリン出荷停止下での禁煙治療
2. 加熱式たばこ使用者への対応
3. ICTによる禁煙治療
4. 無関心層への対応
5. 精神疾患患者への対応
6. その他(ニコチンパッチやガムの使い方, 禁煙成功の客観的評価など)

の高い被保険者を抱える全国健康保険協会と協働してeラーニングによる自己学習と対面型研修を組み合わせた指導者トレーニングを実施。これにより全国の都道府県支部で働くすべての保健指導者約700人が入職者も含めて受講する体制を整備), ②現場の困りごとに寄り添ったオンラインセミナーの開催とコンテンツの開発(J-STOPネクストの完成を記念して, 禁煙支援・治療の困りごと解決をテーマとした「禁煙支援の困りごと解決!スキルアップセミナー」をオンラインで開催, 事前に寄せられた困りごとをセミナーで回答するとともに, 「困りごとQ&A集」(表5)として取りまとめ, セミナーの動画とともにJ-STOPネクストのホームページ¹³⁾で公開)が挙げられる。そのほか, 前述したように, 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)」の制作において, 短時間支援や標準的支援の方法として採用されている。このことも本活動の成果の1つとして追記しておきたい。

おわりに

健診や医療の場は, 禁煙の関心の程度にかかわらず, 多くの喫煙者への働きかけが可能である。とりわけ健診や人間ドックの場は, 受診者の健康意識の高まる機会である。効果的な禁煙支援の普及により, 喫煙関連疾患の発症・重症化予防を通して, 個人のウェルビーイングの向上に加えて, 医療費の節減や労働生産性の向上など社会としての大きな公衆衛生上のインパクトが期待される。

禁煙支援・治療の有効性や費用効果性については, 比較的豊富なエビデンスがそろっている。医療や健診等の場での短時間の禁煙支援をはじめ, 能動的なクイットライン, 禁煙治療における禁煙

補助薬, 禁煙治療アプリについて, それぞれの有効性が確認されている¹⁴⁾。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劣らないことが示されている¹⁵⁾。さらに, 禁煙支援・治療の費用効果性は, さまざまな予防介入のプログラムのなかで特に優れていることが確認されている¹⁶⁾。

このようなエビデンスがあるにもかかわらず, 前述したように, 現場での実践とのギャップがある。このギャップを埋めるための有効な手段の1つが指導者養成である。現場での困りごととして, 禁煙の動機が高まっている喫煙者に対して, 禁煙外来への受診を勧めても, 禁煙外来の受診に結びつかないことが少なくない。その場で禁煙外来の予約を取ることが禁煙治療の受療率を高め, 禁煙実行への橋渡しとなる。海外では, 喫煙者に医療の場で禁煙を勧め, 本人の了解を得たうえで喫煙者の連絡先をクイットラインに連絡し, クイットラインから連絡を取って禁煙治療を提供する取り組みが実施されている。このことにより, 禁煙治療の受療率が約12倍増加したという報告がある¹⁷⁾。クイットラインが十分機能していない我が国では, 健診実施機関が禁煙外来を開設し, できればオンライン診療で禁煙治療を提供できるようにすることである。これにより, 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, 毎年の健診を通して受診者の禁煙を推進する仕組みができる。予防医療の推進と質の向上を目指す日本人間ドック・予防医療学会が会員施設をはじめ, 保険者, オンライン診療提供事業者などと協働して禁煙を推進する健診システムを構築し, 国民の喫煙率の減少に貢献されることを提案したい(図6)。このような健診システムの構築は上述のエビデンス・プ

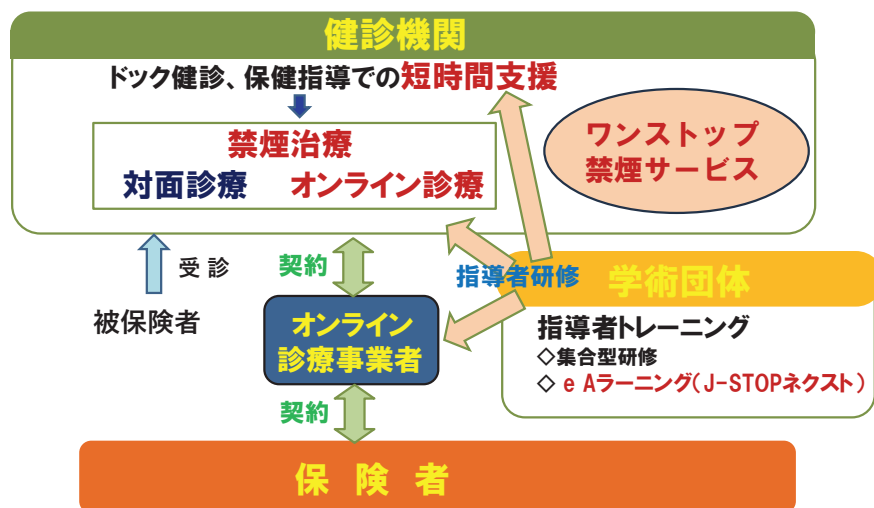


図6 保険者と健診機関、オンライン事業者等のコラボによる健診・人間ドックの場での禁煙推進(システムづくり)

ラックティス・ギャップのもう1つの有効な解決策である。その際の指導者養成として、本稿で述べたJ-STOPネクストを人間ドック健診情報管理指導士研修会やブラッシュアップ研修会と合わせて活用いただければ幸いである。

利益相反

本稿で述べたJ-STOPならびにJ-STOPネクストの開発と普及にあたり、Pfizer FoundationからのGlobal Health Partnershipsの助成金(2008年～2010年)、ファイザー株式会社から教育助成金MEG-J(2011年～2016年)、Global Bridge・日本対がん協会・Pfizer Medical Grantsからの教育助成金(2011年～2019年)の配賦を得た。いずれも資金提供を行う企業や団体は助成した事業や活動の内容に関与せず、助成団体が完全に独立して事業や活動を行う性質の助成金である。

謝辞

J-STOPならびにJ-STOPネクストの開発と普及にあたりご尽力いただいたJ-STOP開発・普及ワーキンググループの大島 明氏、増居志津子氏、飯田真美氏、加藤正隆氏、川合厚子氏、繁田正子氏(故人)、田中英夫氏、谷口千枝氏、野村英樹氏、論文作成にあたり資料整理等にご協力いただいた公益社団法人地域医療振興協会西日本事務局の阪本康子氏をはじめ関係者の皆様に感謝申し上げます。

また、J-STOPならびにJ-STOPネクストの運営にあたって協力・支援をいただいた日本禁煙推進医師歯科医師連盟の事務局の皆様、公益社団法人地域医療振興協会本部ならびに地域医療研究所の皆様に謝意を表する。

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: e1001160. doi: 10.1371/journal.pmed.1001160
- 3) 厚生労働省: 令和5年国民健康・栄養調査結果の概要. <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001338334.pdf>[2025.8.20]
- 4) World Health Organization: WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2023: Protect people from tobacco smoke. 2023, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077164>. [2025.7.31]
- 5) 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5月31日厚生労働省告示第207号。
- 6) 中村正和: FCTC14条 禁煙支援・治療。保健医療科2015; 64: 475-483。
- 7) 田淵貴大: 加熱式タバコの普及による喫煙状況のモニタリングおよび禁煙実施方法への影響。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)分担研究報告書。2018, https://takahiro-tabuchi.net/jastis/images/output/pdf_report_003_001.pdf[2025.7.31]
- 8) 日本禁煙学会: 禁煙治療に保険が使える医療機関。 <http://www.nosmoke55.jp/nicotine/clinic.html>[2025.7.31]

- 9) 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
- 10) Hagimoto A, Nakamura M, Masui S, et al: Effects of trained health professionals' behavioral counseling skills on smoking cessation outcomes. *Ann Behav Med* 2018; 52: 752-761.
- 11) 厚生労働省：標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)。
- 12) 中村正和, 増居志津子, 萩本明子ほか：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。 *日健教会誌* 2017; 25: 180-194.
- 13) 日本禁煙推進医師歯科医師連盟：J-STOP ネクスト。 <https://www.j-stop.jp> [2025.7.31]
- 14) 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。禁煙支援・治療—禁煙を推進する保健医療システムの構築。 https://kennet.mhlw.go.jp/information/information/wp-content/uploads/factsheet2021_07.pdf [2025.7.31]
- 15) 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: e13520. doi: 10.2196/13520.
- 16) 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。 https://healthprom.jadecom.or.jp/wp/wp-content/uploads/2018/03/factsheet_e.pdf [2025.7.31]
- 17) Vidrine JI, Shete S, Cao Y, et al: Ask-Advise-Connect: a new approach to smoking treatment delivery in health care settings. *JAMA Intern Med* 2013; 173: 458-464. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.3751