

(平成 23 年度研究報告書)

23-B-13 たばこ政策推進基盤としてのがん専門医療機関を中核とした
包括的な禁煙支援体制のモデル構築とその普及に関する研究

独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センターたばこ政策研究部 望月友美子

研究の分類・属性

疫学・公衆衛生・がん対策

研究の概要

がん専門医療機関を中核とした禁煙支援体制は、非がん患者におけるがんの罹患や死亡のリスクを減らすのみならず、がん患者の治療予後の向上と療養生活の改善を図ることができる。がん患者やがん専門医療機関という特性を活かし、多職種協働による包括的な禁煙支援体制のモデルを構築し、がん診療連携拠点病院等に普及させ、他の病院ネットワークへも波及させる。特に、禁煙支援に関わる医師以外の歯科医師や薬剤師、看護師等の積極的な役割構築も主眼とする。

研究経費

5,000 千円

研究班の組織

望月友美子	国立がん研究センターがん対策情報センターたばこ政策研究部長	研究総括、たばこ政策推進の基盤整備と社会環境整備に関する研究
片野田耕太	国立がん研究センターがん対策情報センター統計情報部室長	たばこ政策の監視・評価のためのデータベースの構築と運用に関する研究
大橋 健	国立がん研究センター中央病院 総合内科医長	がん専門医療機関における多職種協働型禁煙支援体制の整備と人材開発に関する研究
山本弘史	国立がん研究センター中央病院 薬剤部長	がん専門医療機関における多職種協働型禁煙支援体制の整備と人材開発に関する研究
野村英樹	金沢大学附属病院 総合診療科准教授	多職種協働型禁煙支援体制の整備と人材開発に関する研究

研究の目的と到達目標及び実績要点

全期間

(目的と到達目標)：我が国におけるたばこ政策推進基盤として、がん専門医療機関を中核とした包括的な禁煙支援体制を構築し、国民全体の禁煙の促進を図る。そのために、国立がん研究センターにおける多職種による禁煙支援のモデル構築と評価、がん診療連携拠点病院における禁煙支援体制の実態把握とモデル普及、地域における医歯薬連携の促進のため薬剤師の役割強化と歯科医等他職種との連携構築、さらに禁煙のための電話相談事業(クイットライン)の試行と制度化を目指すことでシームレスな禁煙支援体制を完成させ、より多くの喫煙者を効率よく禁煙させることを最終目標とする。

第1年次

(到達目標)

- 1 がん診療連携拠点病院におけるたばこ対策の実態把握、たばこ政策の監視・評価、制度設計のために必要な各種調査の収集
- 2 地域における医歯薬連携の促進による禁煙支援体制を拡充するため、日本薬剤師会を軸とした作業部会の設置、実態把握、及び歯科領域との調整
- 3 主要国におけるがん専門医療機関を中核とした禁煙支援体制に関する情報収集

(年次評価時点の実績要点)

がん診療連携拠点病院の指定要件「敷地内禁煙の実施等のたばこ対策に積極的に取り組んでいる」に関して、調査に答えた 388 施設のうち、敷地内禁煙の実施は 313 施設 (80.7%) であるのに対し、禁煙外来の実施は 258 施設 (66.5%) と少なかった。それぞれ都道府県拠点病院の方が実施率は高く、全体の実施率向上のための方策が必要である。また、これらの病院におけるたばこ対策の監視評価と制度設計のためには、各拠点病院における禁煙支援体制とマンパワー、禁煙支援による診療報酬、地域における行政や他の団体(患者会や NGO 等)との連携、情報発信などについて実態把握するための新たな調査設計が必要である。地域における医歯薬連携については、日本薬剤師会と共同で、会員薬剤師に対するアンケート調査を実施した結果、喫煙率は保健医療職種としては著しく低く禁煙に関する意識と関心は高いものの、共通の教育資材がなく研修機会も乏しいことから、薬剤師のための実践的な禁煙支援ガイドブックの作成を企画した。並行して歯科医師会との資材共有の方策についても検討を進めているほか、歯科領域については、文部科学省のコアカリキュラムに禁煙に関する事項が含まれたことを参考にして、薬剤師教育への浸透について薬剤師会としての検討を進めている。電話相談事業(Quitline)については、アジア太平洋 Quitline 会合(韓国がんセンター主催)での情報収集や世界保健機関(WHO)の Quitline マニュアルを参考に、我が国における実現可能性について検討した。少なくとも 53 カ国が何らかの電話相談事業を有し、そのうち 34 カ国が大多数(75~100%)の国民をカバーするサービスを提供しており、実施主体は政府、NGO、大学、民間会社など多様であった。我が国において Quitline を実施するための準備段階として、幾つかのモデルを検討しているところである。

研究成果と考察

第1年次評価時点

○がん診療連携拠点病院における禁煙支援体制に関する研究

がん診療連携拠点病院の指定要件(必須)「敷地内禁煙の実施等のたばこ対策に積極的に取り組んでいる」の状況を把握したところ、全 388 施設のうち敷地内禁煙の実施率は 313 (80.7%)、禁煙外来の実施は 258 (66.5%)、職場の喫煙対策ガイドラインに準拠した対策の実施は 356 (91.7%) で、都道府県拠点病院の方が地域拠点病院に比べ、各項目とも実施率が高かった。ニコチン依存症管理料の保険適用要件に敷地内禁煙が含まれていることから、敷地内禁煙の未実施と禁煙外来の未実施の間には関連がある可能性がある。がん診療連携拠点病院における禁煙支援体制の整備は、非がん患者におけるがんの予防のみならず、がん患者においても術前術後管理上の必要性、療養環境の整備、さらにがんの再発や二次がんの予防のためにも、

いっそう取り組むべきである。がんの厚生労働省健康局長通知や労働安全衛生法改正など新たな政策強化の動向や、がん対策推進基本計画等でのたばこ対策の方向性を鑑み、がん診療連携拠点病院を臨床と地域をまたぐ禁煙推進拠点として、実質的に機能させることが必要である。精神科病棟や緩和ケア病棟の禁煙化は多くの病院で課題ではあるが、既に実施している施設もあり、今後の政策動向を踏まえ、調査結果を含む情報提供や研修支援などを通じて、拠点病院における禁煙推進の浸透を図る必要がある。特に、職場のガイドラインに準拠した対策というのは、平成15年策定のガイドラインのため、喫煙場所の設置（分煙）を前提とし、また医療機関を対象に作られたものではないため、前述したような政策動向を踏まえると、拠点病院の要件としては、禁煙を前提とした内容に再考する余地がある。

拠点病院種別	実数	禁煙の状況				禁煙外来の実施	職場ガイドライン(H15)に準拠
		敷地内禁煙	施設内のみ禁煙	精神科病棟は分煙	その他		
都道府県	51	46 (90.2%)	5 (9.8%)	0	0	38 (74.5%)	50 (98%)
地域	335	265 (79.1%)	64 (19.1%)	4 (1.2%)	2 (0.6%)	219 (65.4%)	304 (90.7%)
国がん	2	2 (100%)	0	0	0	1 (50%)	2 (100%)
計	388	313 (80.7%)	69 (18.6%)	4 (1.0%)	2 (0.5%)	258 (66.5%)	356 (91.7%)

○ 地域における医歯薬連携の促進に関する研究

日本薬剤師会の11地域支部からの回答を得、勤務形態は薬局従事者が全体の72%（薬局開設21%、薬局勤務51%）、その他医療機関勤務11%で大半を占めた。現在喫煙率は9.9%と他の保健医療職種と比べ著しく低かったが、30歳代、40歳代でやや高かったのは一般集団と同様の傾向である。禁煙した理由については、健康上良くない（64.1%）について、医療人として吸うべきでない（28.5%）、受動喫煙による周囲への影響（26.9%）と続いた。禁煙支援に関する学習機会としては、薬剤師会の研修会（56.8%）、自己学習（40.4%）、製薬会社主催の研修会（22.8%）が多く、その他、勤務先独自や他の医療関係団体・禁煙関連団体による研修会などであった。自身の啓発活動への取組としては、薬局でのポスター掲出やパンフレット配布（32.5%）、学校での活動（10.5%）、地域での活動（4.5%）と低調であった。日本薬剤師会は、平成15年に「禁煙運動宣言」を採択し、国際薬剤師・薬学連合評議会声明を受けて平成18年には「薬局・薬店でのたばこ販売を行わないこと」を禁煙運動宣言に追加するなど、国際的な潮流を踏まえてのポリシーを有している。しかし、宣言そのものの認知状況については、よく知っており宣言に基づき行動している（6.2%）は少なく、知っている（36.1%）か、聞いたことがある程度（38.2%）が大半であった。薬局・店舗販売業における禁煙支援の取り組みは48%が行っており、支援開始からの平均年数は4.4年であったが、禁煙補助剤の発売、禁煙治療の選択肢の広がりから、これらの機会に薬剤師による禁煙支援が広がっていることが分かる。禁煙補助剤の販売については、60%が販売しており、ガム・パッチとも扱っている者が53.1%と多かったが、パッチのみも24.8%であった。指導内容は服薬指導に加え簡単な禁煙助言を行う（67%）が多く、服薬指導のみ（27.3%）であった。医療機関からの禁煙補助剤の処方応需については、67.7%に経験があった。しかし、OTC販売と処方応需とも、1ヶ月の対象人数は2人前後と少なかった。薬局は地域における保健医療体制の最前線を担い、特に2000万人の喫煙者、ニコチン依存症患者だけでも1500万人の潜在顧客に対して、予防的なアプローチのできる拠点である。さらに薬剤師は、学校薬剤師として学校保健の現場においても専門性を発揮するので、今後はより積極的に喫煙者（潜在的な禁煙希望者）へのアプローチとともに、薬剤に関する専門知識を活用した学校教育での活躍が求められる。歯科医師との連携により、教育資材や教育機会の共有を通じて、また相互紹介により地域における禁煙支援体制の強化を図ることができる。

[参考]

禁煙運動宣言
私達は、国民の健康を守るために、以下のような取り組みを進め、禁煙の推進・受動喫煙の防止に貢献します。

1. 国民の禁煙支援に積極的に取り組みます。
2. 特に妊婦・未成年者への禁煙啓発活動を行います。
3. 薬剤師の禁煙を徹底します。
4. 薬局・薬店内の禁煙を徹底します。
5. 薬剤師会館の全館禁煙を徹底します。
6. 薬局・薬店ではたばこの販売を行いません。

○がん専門医療機関を中核とした禁煙支援体制に関する研究

世界保健機関（WHO）は、たばこ規制枠組条約の締約国に対し、条約第 14 条のガイドラインの履行を奨励している。特に、1）プライマリヘルスケアサービスにおける禁煙アドバイスを組み入れること、2）アクセスが簡単な無料の電話相談（Quitline）事業、3）安価な薬物療法へのアクセスが推奨されている。Quitline は1）3）を促進することから、最も実践的な禁煙支援方策であるとともに、費用対効果が高いことも証明されているが、世界の 3 分の 1 の国々しか全国的な無料の禁煙電話相談サービスにカバーされていない。最近では、禁煙補助剤の OTC 薬を電話相談サービスに組み入れることで成功率を上げる事例も蓄積されている。財源問題は共通の課題であるが、たばこ税、健康保険料、新たなたばこプログラム基金、民間健康保険、官民共同パートナーシップなどがあり、有料にすると参加率が低下することも知られている。

これらを踏まえ、世界的な実態を把握した。アジア太平洋地域及びヨーロッパ地域、北米等の禁煙電話相談（Quitline）事業の実態をワークショップやホームページからの情報から、また世界保健機関（WHO）資料により世界の状況を把握した。調査内容の得られた 50 カ国のうち、能動的なコールと受動的なコールの組み合わせが 23 カ国、能動コールのみが 15 カ国あった。人口の 75-100%をカバーする全国的な Quitline を実施していたのは 34 カ国、また政府財源によるものが 25 カ国あった。欧州連合の Quitline Network メンバー国には、たばこのパッケージに Quitline の番号が義務付けられている。このように世界では、地域的に国際的なネットワークが構築され、ノウハウの蓄積や公衆衛生政策上の Quitline の地位向上の協働作業を行っているが、我が国には全くそのような体制は整っていない。一方、我が国には、がん診療連携拠点病院のような地域インフラが整備されつつあるので、例えば、「相談支援センターなどに Quitline を併設する」モデル、あるいは「国立がん研究センターを拠点として全国的な Quitline 窓口を設ける」ことは、比較的实现可能性は高いと考えられる。次年度以降、フィージビリティの検討と財源確保について検討を始め、研究期間内での少なくともパイロット実施を行いたい。

国	能動 + 受動コール	人口の 75-100% カバー	無料もしくは安価な NRT	財源		医療制度との連携	国	能動 + 受動コール	人口の 75-100% カバー	無料もしくは安価な NRT	財源		医療制度との連携
				政府	NGO 等						政府	NGO 等	
アルゼンチン	能動	Yes	No	-	-	-	キルギスタン	-	Yes	-	-	-	-
オーストラリア	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	ラオス	-	No	-	-	-	-
オーストラリア	Yes	Yes	-	Yes	Yes	Yes	マルタ	能動	Yes	No	Yes	-	-
バーレーン	能動	-	-	-	-	No	メキシコ	-	Yes	-	-	-	-
バルバドス	-	Yes	-	-	-	-	ミクロネシア	-	No	-	-	-	-
ベルギー	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes	オランダ	Yes	Yes	No	Yes	Yes	-
ブラジル	能動	Yes	No	Yes	No	Yes	ニュージーランド	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	-
ブルガリア	-	Yes	-	-	-	-	ノルウェー	Yes	Yes	No	Yes	-	-
カナダ	Yes	Yes	No	-	-	-	ポーランド	Yes	Yes	No	Yes	-	-
キューバ	能動	No	No	-	-	Yes	ポルトガル	能動	-	No	-	Yes	-
シブルス	Yes	-	No	-	-	-	韓国	Yes	Yes	No	Yes	-	-
チェコ	能動	-	No	Yes	Yes	-	ルーマニア	Yes	Yes	No	Yes	-	-
デンマーク	能動	Yes	No	Yes	Yes	No	サウジアラビア	-	No	-	-	-	-
エストニア	-	Yes	-	-	-	-	セネガル	-	No	-	-	-	-
フィンランド	能動	Yes	No	Yes	Yes	-	シンガポール	Yes	Yes	No	-	-	-
フランス	Yes	Yes	No	Yes	-	Yes	スロバキア	能動	-	No	Yes	Yes	-
ジョージア	能動	-	No	-	-	Yes	スロベニア	能動	Yes	No	-	Yes	-
ドイツ	Yes	Yes	No	-	-	Yes	南アフリカ	能動	No	No	Yes	Yes	No
ホンジュラス	-	Yes	-	-	-	-	スペイン	Yes	No	Yes	Yes	No	Yes

ハンガリー	能動	Yes	No	Yes	-	-	スウェーデン	Yes	Yes	No	Yes	-	-
アイスランド	Yes	Yes	No	Yes	-	-	スイス	能動	Yes	No	Yes	-	-
イラン	Yes	No	No	-	-	-	アラブ首長国連合	Yes	No	Yes	-	-	-
アイルランド	Yes	Yes	No	Yes	-	-	イギリス	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes
イスラエル	-	Yes	-	-	-	-	アメリカ	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
イタリア	Yes	Yes	No	Yes	-	No	ウルグアイ	-	Yes	-	-	-	-
							Yesの数	23	34	5	25	17	11

倫理面への配慮

患者や住民等への調査を行う場合には、個人情報保護につとめ、不利益を生じない配慮を行い、倫理委員会での承認を得てから実施する。

本研究に関連する、本研究期間中の主な発表論文等

(雑誌論文)

望月友美子. 職場の受動喫煙防止対策の方向性 健康障害の防止に向けて “Good Air, Good Taste and Good Health for All” 健康管理 688 号 Page2-24, 2011

望月友美子. 肺がんを理解する たばこ肺がん. からだの科学 270 号 Page13-16, 2011

Katanoda K, Ajiki W, Matsuda T, Nishino Y, Shibata A, Fujita M, Tsukuma H, Ioka A, Soda M, Sobue T. Trend analysis of cancer incidence in Japan using data from selected population-based cancer registries. Cancer Sci. 2011 Nov 8.

Katanoda K. Circ J. 2011 Nov 25;75(12):2763-4 Tobacco or health.

Matsuda T, Marugame T, Kamo K, Katanoda K, Ajiki W, Sobue T. Cancer incidence and incidence rates in Japan in 2005: based on data from 12 population-based cancer registries in the Monitoring of Cancer Incidence in Japan (MCIJ) project. Jpn J Clin Oncol, 41: 139-47, 2011

Katanoda K, Yako-Suketomo H. Jpn J Clin Oncol. 2011 Aug;41(8):1046-7. Time trends in lung cancer mortality between 1950 and 2008 in Japan, USA and Europe based on the WHO mortality database.

Katanoda K, Saika K. Comparison of time trends in multiple myeloma mortality (1990-2006) between countries based on the WHO mortality database. Jpn J Clin Oncol. 2011 Mar;41(3):444-5.

Katanoda K, Sobue T, Satoh H, Tajima K, Suzuki T, Nakatsuka H, Takezaki T, Nakayama T, Nitta H, Tanabe K, Tominaga S. An association between long-term exposure to ambient air pollution and mortality from lung cancer and respiratory diseases in Japan. J Epidemiol. 2011 Mar 5;21(2):132-43.

Katanoda K, Saika K, Yamamoto S, Tanaka S, Oshima A, Nakamura M, Satoh H, Tajima K, Suzuki T, Tamakoshi A, Tsugane S, Sobue T. Projected cancer mortality among Japanese males under different smoking prevalence scenarios: evidence for tobacco control goal setting. Jpn J Clin Oncol. 2011 Apr;41(4):483-9.

片野田耕太, 助友裕子. エビデンスの最前線&ナラティブな実践事例 適切ながん予防情報を国民に届ける. 公衆衛生情報, 40: 24-6, 2011

大橋健. 糖尿病患者の心理と指導 行動変容を生み出すエンパワーメント. 糖尿病の療養指導: 糖尿病学の進歩 45 回 Page137-141, 2011

大橋健. 役者はそろった、私たちはどんなシナリオを演じさせるのか?, Diabetes Strategy.1 巻 2 号 Page67, 2011

植木浩二郎, 寺内康夫, 綿田裕孝, 森豊, 大橋健, 谷口由紀子, 土屋博久. 食後高血糖の是正をどのように進めるか インクレチン関連薬、 α -GI、速効型インスリン分泌促進薬(座談会), Diabetes Strategy, 1 巻 2 号 Page55-66, 2011

大橋健. 個でみる糖尿病 患者を中心とした多職種チーム医療. 内科 108 巻 4 号 Page645-648, 2011

田中丈夫, 木下牧子, 野村英樹, 山本昌弘, 清水貴子, 神代龍吉, 船崎俊一, 向原茂明, 松村真司. 医師

の生涯教育制度. 医学教育 42 巻 4 号 Page239-242(2011.08)

小泉順二, 前田哲生, 橋本麿和, 尾山治, 野村英樹. 仮想シナリオにおける効用値測定. 日本未病システム学会雑誌 16 巻 2 号 Page363-366(2011.03)

野村英樹. 指導医のために プロフェッショナルリズム プロフェッショナルリズムの本質 利他主義と社会契約を理解する. 日本内科学会雑誌 100 巻 4 号 Page1110-1120(2011.04)

野村英樹. 【Systems-based Practice】 プロフェッションとしての社会的責任 JIM: Journal of Integrated Medicine 21 巻 3 号 Page212-214(2011.03)

(学会発表)

Yumiko Mochizuki. Tobacco Control –lessons learned from Japan. Global Health Conference, Heidelberg, June, 2011.

Yumiko Mochizuki. Tobacco Tax as the most effective tobacco control policy. 第70回日本癌学会学術総会 (2011年10月、名古屋)

Yumiko Mochizuki. Effective policies against tobacco epidemic- the need for the implementation of WHO Framework Convention on Tobacco Control. World Health Summit, Berlin, October, 2011.

片野田耕太. たばこ規制の現状と今後の課題 FCTC の批准国として実効性のある規制・対策をどう進めるか? 喫煙による健康被害の実態とたばこ対策の疾病減少効果. 日本公衆衛生学会第69回学術総会 (2011年10月、秋田)

野村英樹. 卒後研修と生涯教育 学習者としての独立をめざす卒後教育とたゆまぬ研鑽を支援する生涯教育 Practice-based Learning & Improvement(PBLI)とは. 第43回日本医学教育学会大会 (2011年7月、広島)

野村英樹. プロフェッショナルリズム教育の必要性とあり方 プロフェッショナルリズムの本質 プロフェッション、利他主義、社会契約とは. 第43回日本医学教育学会大会 (2011年7月、広島)