

IV. 資料編一
禁煙支援に役立つ
教材や資料

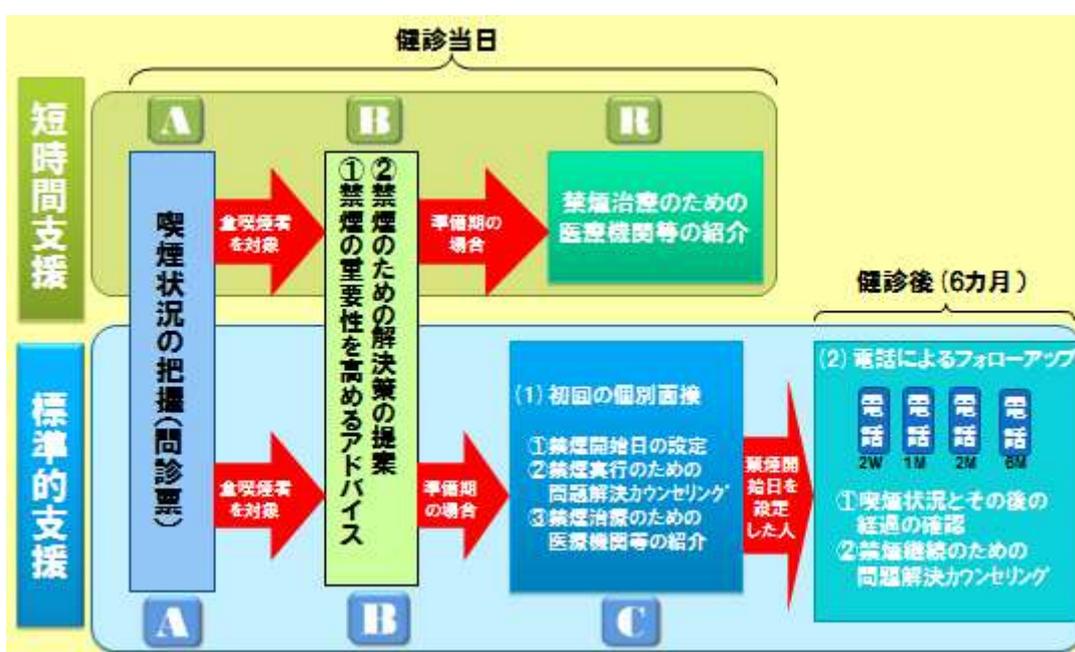
保健指導のための禁煙支援簡易マニュアル¹

1. 健診・保健指導での禁煙支援の取り組み方

健診・保健指導の場での禁煙支援は、メタボリックシンドロームの有無やリスクの大小に関わらず、全ての喫煙者を対象として行うことが重要です。

特定健診やがん検診の場など、禁煙支援の時間が確保できない場合は「短時間支援」、事後指導の場など禁煙支援の時間が確保できる場合は「標準的支援」を行います。短時間支援と標準的支援の流れを図表1に示します。

図表1. 短時間支援(ABR方式)と標準的支援(ABC方式)の流れ



- 短時間支援は、「ABR方式」で個別面接の形式で実施します。A (Ask) では、問診票を用いて喫煙状況を把握します。B (Brief advice) では、喫煙者全員を対象に(1)禁煙の重要性を高めるアドバイスと(2)禁煙のための解決策の提案を行います。R (Refer) では、準備期(1ヵ月以内に禁煙しようと考えている)の喫煙者を対象に、禁煙治療のための医療機関等の紹介を行います。
- 標準的支援は、「ABC方式」で(1)初回の個別面接と(2)電話によるフォローアップの組合せで実施します。A (Ask) とB (Brief advice) の内容は、短時間支援と同様です。C (Cessation support) では、(1)初回の個別面接で、準備期の喫煙者を対象に、①禁煙開始日の設定、②禁煙実行のための問題解決カウンセリング、③禁煙治療のための医療機関等の紹介、を行います。

¹ 本マニュアルは「禁煙支援マニュアル(第二版)」の要点をまとめた簡易マニュアルです。詳細については、「禁煙支援マニュアル(第二版)」をご参照ください。

禁煙開始日を設定した喫煙者には、初回面接後に禁煙実行・継続を支援するための(2)電話によるフォローアップを行います。電話フォローアップを行う時期の目安は、初回の個別面接から2週間後(2W)、1ヵ月後(1M)、2ヵ月後(2M)、6ヵ月後(6M)です。フォローアップでは、①喫煙状況とその後の経過の確認、②禁煙継続のための問題解決カウンセリング(困難な状況をあらかじめ予想し、その解決策と一緒に検討する)を行います。

短時間支援(ABR方式)と標準的支援(ABC方式)の特徴を図表2に整理しました。どのくらい時間が確保できるかによって、いずれの方式を採用するかを決めるとよいでしょう。²

図表2. 短時間支援(ABR方式)と標準的支援(ABC方式)の内容

	短時間支援(ABR方式)	標準的支援(ABC方式)
回数	個別面接1回	個別面接1回と電話フォローアップ4回
時間	1~3分	初回面接10分、フォローアップ5分
内容	A sk (喫煙状況の把握) B rief advice (短時間の禁煙アドバイス) ①禁煙の重要性を高めるアドバイス ②禁煙のための解決策の提案 R efer (医療機関等の紹介) ☆準備期のみ	A sk、 B rief adviceは左記と同様 C essation support (禁煙実行・継続の支援) (1) 初回の個別面接 ☆準備期のみ ①禁煙開始日の設定 ②禁煙実行のための問題解決カウンセリング ③禁煙治療のための医療機関等の紹介 (2) 電話によるフォローアップ ☆禁煙開始日設定者のみ ①喫煙状況とその後の経過の確認 ※禁煙に対する賞賛と励まし ②禁煙継続のための問題解決カウンセリング
支援の場	各種健診(特定健診やがん検診など)	特定保健指導や事後指導等の各種保健事業

なお、喫煙者が1人で喫煙や禁煙などについて理解できる自記式ワークシート「たばこを卒業するために」を作成しました。効果的かつ効率的に禁煙支援を行うために、短時間支援(ABR方式)や標準的支援(ABC方式)と組み合わせてご活用ください。

² ここに記載した所要時間は、個別面接や電話フォローアップにかかる時間の目安です。質問紙の記載には時間を必要とする人もいます。A(Ask)で問診票を用いて喫煙状況を把握する前に、事前に質問紙を配付して記載してもらうことで、効率的に禁煙支援を進めるようにしましょう。

2. 禁煙支援の実際—短時間支援（ABR 方式）

短時間支援の ABR 方式の A（Ask）、B（Brief advice）、R（Refer）を解説します。

喫煙状況の把握（Ask）

まず、短時間支援（ABR 方式）の A（Ask）にあたる「喫煙状況の把握」の具体的方法について解説します。質問票を用いて喫煙状況や健康保険による禁煙治療の患者要件を満たしているかどうかを確認します。質問票を図表 3 に示します。

● Q1～Q4：喫煙者の把握

喫煙者を特定するための質問項目です。

喫煙していると回答した全ての人に次のステップで示す短時間の禁煙アドバイスを行いましょ。また、禁煙していると回答した人には、禁煙していることを賞賛し、禁煙を継続するよう伝えましょ。なお、禁煙して 1 年以内の人に対しては、再喫煙防止のためのフォローアップを行いましょ。

Q1～Q4 の 4 項目を用いて特定健診で定義された喫煙者を把握することが可能です。特定健診の標準的な質問票では「現在、習慣的に喫煙している者」の定義として、「合計 100 本以上、又は 6 ヶ月以上吸っている者であり、最近 1 ヶ月間も吸っている者」と定めています。従って、Q1 で「吸う」と回答し、かつ Q4 で最近 1 ヶ月間たばこを吸っているに「はい」と回答した人で、さらに Q2 のこれまでの喫煙総本数が 100 本以上の喫煙に「はい」と回答するか、または Q3 のこれまで 6 ヶ月以上の喫煙に「はい」と回答した人が特定健診では喫煙者と定義されます。しかし、保健指導では喫煙者の定義に関わらず、Q1 で「吸う」と回答した喫煙者全員に短時間の禁煙アドバイスを行いましょ。

● Q5～Q8：健康保険による禁煙治療の受診条件の確認

健康保険による禁煙治療を受けるためには、下記の 3 つの条件を全て満たす必要があります。³

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① 1 日喫煙本数 × 喫煙年数 が 200 を超えること② いますぐに禁煙したいと考えており、禁煙治療を受けることを文書により同意していること③ TDS のスクリーニングテストでニコチン依存症と診断されていること |
|---|

条件①は、Q5 と Q6 の回答結果から計算します。たとえば、喫煙本数が 1 日 10 本で 30 年間喫煙している人は、 $10 \times 30 = 300$ となり、200 を超えているので条件を満たしていることとなります。

条件②は、Q7 の喫煙のステージに関する質問の回答結果から確認します。Q7 の「直ちに（1 ヶ月以内に）禁煙しようと考えている」に回答していること（準備期の喫煙者）が条件となります。

条件③は、Q8 の 10 項目の質問のうち、「はい」と回答した項目が 5 項目以上あれば、ニコチン依存症と診断されるための条件を満たしていることとなります。

³ 平成 25 年 3 月現在。

● Q9：禁煙経験の把握

禁煙経験の有無とこれまで最も長い禁煙期間を把握します。禁煙経験がある人には、過去に用いた禁煙方法や出現した離脱症状の強さ、再喫煙のきっかけなどについて確認しておきましょう。今回の禁煙支援に役立つ情報を得ることができます。

● Q10：禁煙に対する自信

禁煙に対する自信を0から100%の数値で把握します。「全く自信がない」を0%とし、「非常に自信がある」を100%とした場合の自信の程度を明らかにします。禁煙の自信が低い人には、禁煙治療や禁煙補助剤についての情報提供のほか、後述する問題解決カウンセリングにより禁煙の自信を高めます。

図表3. 喫煙に関する質問票

喫煙に関する質問票

Q1. 現在、たばこを吸っていますか？
 吸う やめた（ 年前/ カ月前） もともと吸わない

以下の質問は、吸うと回答した人のみお答え下さい。

Q2. 吸い始めてから現在までの総本数は100本以上ですか？ はい いいえ

Q3. これまで6ヵ月以上吸っていますか？ はい いいえ

Q4. 最近1ヵ月間、たばこを吸っていますか？ はい いいえ

Q5. 1日に平均して何本たばこを吸いますか？ 1日（ ）本

Q6. 習慣的にたばこを吸うようになってから何年間たばこを吸っていますか？（ ）年間

Q7. あなたは禁煙することにどのくらい関心がありますか？
 関心がない
 関心はあるが、今後6ヵ月以内に禁煙しようとは考えていない
 今後6ヵ月以内に禁煙しようと考えているが、直ちに(1ヵ月以内に)禁煙する考えはない
 直ちに(1ヵ月以内に)禁煙しようと考えている

Q8. 下記の質問を読んであてはまる項目に✓を入れてください。該当しない項目は「いいえ」とお答え下さい。

設問内容	はい 1点	いいえ 0点
問1. 自分が吸うつもりよりも、ずっと多くたばこを吸ってしまうことがありましたか。		
問2. 禁煙や本数を減らそうと試みて、できなかったことがありましたか。		
問3. 禁煙したり本数を減らそうとしたときに、たばこがほしくてほしくてたまらなくなることがありましたか。		
問4. 禁煙したり本数を減らしたときに、次のどれかがありましたか。(イライラ、神経質、落ちつかない、集中しにくい、ゆううつ、頭痛、眠気、胃のむかつき、脈が遅い、手のふるえ、食欲または体重増加)		
問5. 問4でうかがった症状を消すために、またたばこを吸い始めることがありましたか。		
問6. 重い病気にかかったときに、たばこはよくないとわかっているのに吸うことがありましたか。		
問7. たばこのために自分に健康問題 ^① が起きているとわかっているのに、吸うことがありましたか。		
問8. たばこのために自分に精神的問題 ^② が起きているとわかっているのに、吸うことがありましたか。		
問9. 自分はたばこに依存していると感じることがありましたか。		
問10. たばこが吸えないような仕事やつきあいを避けることが何度ありましたか。		
(注)禁煙や本数を減らした時に出現する離脱症状(いわゆる禁断症状)ではなく、喫煙することによって神経質になったり、不安や抑うつなどの症状が出現している状態。	合 計	

Q9. 今までたばこをやめたことがありますか？
 はい（ 回、最長 年間/ カ月 日間） なし

Q10. たばこをやめることについてどの程度自信をもっていますか？「全く自信がない」を0%、「大いに自信がある」を100%として、0~100%の間であてはまる数字をお書きください。（ ）%

氏 名 _____ 記入日 _____ 年 月 日

短時間の禁煙アドバイス (Brief advice)

短時間支援 (ABR 方式) 中の B (Brief advice) にあたる「短時間の禁煙アドバイス」の具体的方法について解説します。

ここでは、喫煙のステージや健診結果にかかわらず、全喫煙者を対象に短時間の禁煙アドバイスをを行います。短時間の禁煙アドバイスでは、1) 病歴や検査値、自覚症状、本人の関心事などを切り口に禁煙が重要であること (①禁煙の重要性を高めるアドバイス)、2) 禁煙には効果的な禁煙方法があること (②禁煙のための解決策の提案) を伝えます。

禁煙に対して気持ちが高まっている喫煙者に対しては、①禁煙の重要性を高めるアドバイスよりも②禁煙のための解決策の提案にウエイトを置くことが一般に有用です。一方、まだ禁煙しようと考えていない喫煙者に対しては、個々人の喫煙者に合った情報提供で禁煙の重要性を高めることが大切です。しかし、禁煙しようと考えていない喫煙者においても、禁煙のための解決策の提案を行うことで、禁煙に対する動機が高まることも少なくないので、忘れずに情報提供しましょう。

(1) 禁煙の重要性を高めるアドバイス

質問票で喫煙状況を把握した喫煙者に対して、診察や問診、保健指導の場を活用して禁煙の重要性を伝えます。複数の保健医療関係者が連携をとりながら声をかけることが効果的です。

まず、「禁煙する必要があること」をはっきりと伝え、さらに、「禁煙が優先順位の高い健康課題であること」を伝えます。

喫煙者に病歴や検査値の異常、自覚症状がある場合は、それらと喫煙との関係を結びつけて、喫煙の影響や禁煙の効果について説明します。喫煙関連疾患としては、がん、虚血性心疾患 (異型狭心症を含む)、脳血管障害 (脳梗塞、くも膜下出血)、糖尿病、COPD、消化性潰瘍などがあります。喫煙に関連した検査値の異常としては、脂質異常⁴ (HDL コレステロールの低下、LDL コレステロールやトリグリセライド (中性脂肪) の上昇)、糖代謝異常 (血糖値や HbA1c の上昇、インスリン感受性の低下)、血球異常 (多血症、白血球増多) などがあります。

病歴や検査値に問題がない喫煙者に対しては、異常がないことを賞賛した上で、喫煙が取り組むべき重要な健康課題であることを伝えて禁煙を促しましょう。また、喫煙者本人の関心事や家族状況、生活背景などが把握できている場合は、それらを切り口として禁煙の重要性を高めるアドバイスをするとさらに効果が高まります。

ここでの働きかけは、喫煙者全員に対して行いますが、特に禁煙に対して気持ちが高まっていない喫煙者に対しては、禁煙の重要性を高めることが大切です。個々人にあったメッセージで喫煙者の気持ちが禁煙に対して高まるようアドバイスしましょう。

⁴ 喫煙の血清脂質への影響のうち、HDL コレステロールについては喫煙で低下、禁煙で増加することが認められ、両者の関係は明らかです。また、中性脂肪や LDL コレステロールへの影響についても下記のメタアナリシス研究や 2010 年の米国公衆衛生総監報告書において、喫煙との関係が指摘されています。

- ・ Craig WY, et al. BMJ 1989; 298: 784-788.
- ・ U.S. Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General, 2010.

(2) 禁煙のための解決策の提案

次に、禁煙治療を受ければ「比較的楽に」「より確実に」「あまりお金もかけずに」禁煙できることを伝えます。喫煙者の多くは、「禁煙は自分の力で解決しなければならない」「禁煙はつらく苦しい」と思い込んでいる傾向があります。禁煙は、治療を受けて薬を使うことで、苦しまずに楽にやめることができる^{5,6}ことを伝えます。これまでに何度も禁煙を失敗するなど、禁煙に自信がない喫煙者に対して、禁煙のための効果的な解決策を情報提供することは、禁煙に対する自信を高めることにつながり、有効です。

禁煙に関心のない人に、いきなり禁煙の効果的な解決策について説明しても抵抗や反発を招くだけです。このような人に対しては、現在禁煙する気持ちがないことを保健指導実施者が受けとめ、「今後の禁煙のために覚えておかれるといいですよ」と前置きした上で情報提供するとよいでしょう。前置きをすることで相手は抵抗感なく耳を傾けてくれることが多くなります。



禁煙治療のための医療機関等の紹介 (Refer)

短時間支援 (ABR 方式) の中の R (Refer) にあたる「禁煙治療のための医療機関等の紹介」の具体的方法について解説します。

質問票で直ちに (1 ヶ月以内に) 禁煙しようと考えていると答えた喫煙者や、短時間の禁煙アドバイスの結果、禁煙の動機が高まった喫煙者に対しては、禁煙治療の利用を勧め、禁煙治療が健康保険で受けられる医療機関を紹介します。禁煙治療を勧める理由は、自力に頼る方法に比べて禁煙を成功する可能性が高い⁷からです。健康保険による禁煙治療の条件を満たさない場合や医療機関を受診する時間が取れない場合は、禁煙後の離脱症状を軽くするために、薬局・薬店で OTC 薬のニコチンパッチやニコチンガムを購入して禁煙する方法を紹介しましょう。また、健康保険を利用できる条件を満たさない場合でも、自由診療で禁煙治療を受けることができることを伝えましょう。特に喫煙本数が多く、OTC 薬では離脱症状が十分抑えられない多量喫煙者や、精神疾患など、医学的管理の必要性が高い合併症を有する喫煙患者⁸に対しては、医療機関での治療につなげるように支援しましょう。

禁煙治療が健康保険で受けられる医療機関は、日本禁煙学会のホームページから検索することができます。喫煙者に渡す近隣の医療機関のリストを準備しておきましょう。

- 健康保険で禁煙治療が受けられる医療機関の検索サイト

日本禁煙学会 <http://www.nosmoke55.jp/nicotine/clinic.html>

ただし、健康保険を利用して禁煙治療を受けるためには条件があります。条件は、前述の質問票 (図表 3) の Q5~Q8 の項目の回答で確認できます。健診の場など時間が限られている場合には、喫煙者が後で確認できるように Q5~Q8 の質問を自己チェック用のリーフレットとして作成し、渡せるように準備しておきましょう。

⁵ Royal College of Physicians. Nicotine addiction in Britain. A report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians, London: Royal College of Physicians, 2000.

⁶ Nakamura, M., et al. Efficacy and tolerability of varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, in a 12-week, randomized, placebo-controlled, dose-response study with 40-week follow-up for smoking cessation in Japanese smokers. Clin Ther, 2007; 29: 1040-1056.

⁷ Kasza KA, et al. Effectiveness of stop-smoking medications: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. Addiction, 2013; 108: 193-202.

⁸ 厚生労働省中央社会保険医療協議会総会: 診療報酬改定結果検証に係る特別調査 (平成 21 年度調査) ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査報告書. 2010 年

3. 禁煙支援の実際－標準的支援（ABC方式）

標準的支援（ABC方式）のA（Ask：喫煙状況の把握）とB（Brief advice：短時間の禁煙アドバイス）については、前述した短時間支援（ABR方式）と同様です。ここでは、C（Cessation support）にあたる「禁煙実行・継続の支援」の具体的方法について解説します。

禁煙実行・継続の支援（Cessation support）

禁煙実行・継続の支援（Cessation support）は、(1)初回の個別面接と(2)電話によるフォローアップの2つから成ります。対象となる喫煙者は、質問票で直ちに（1ヵ月以内に）禁煙しようと考えていると答えた喫煙者や、短時間の禁煙アドバイスの結果、禁煙の動機が高まった喫煙者です。目安として10分程度の時間をかけて面接を行い、禁煙に踏み出せるように支援します。面接の結果、禁煙開始日を設定した喫煙者には、禁煙の実行の確認と継続の支援を行うために、(2)電話によるフォローアップを行いましょう。

（1）初回の個別面接

初回の個別面接では、①禁煙開始日の設定、②禁煙実行のための問題解決カウンセリング、③禁煙治療のための医療機関等の紹介、を行います。

① 禁煙開始日の設定

禁煙を開始する日は、喫煙者と話しあって具体的に決めます。禁煙開始日が決まったら、それまでに禁煙治療を利用するように伝えましょう。時間があれば禁煙宣言書を喫煙者と保健指導実施者の間で取り交わしておく、本人の禁煙の決意を固めたり、保健指導実施者としてフォローアップを行う上で有用です。

初回面接で禁煙開始日を設定した人には、6ヵ月間にわたり計4回のフォローアップを行います。フォローアップは、原則電話で行います。フォローアップの電話が通じやすい連絡先（携帯があれば携帯電話の番号）を確認し、電話に出やすい時間帯を把握しておきましょう。

② 禁煙実行のための問題解決カウンセリング

禁煙実行のための問題解決カウンセリングの内容は、禁煙にあたって喫煙者が不安に思っていることや心配していることを聞き出し、その解決策を喫煙者が保健指導実施者と共に考えることです。

仕事をしている喫煙者では「禁煙するとイライラして仕事が手につかなくなるのでは」とか、「禁煙しても仕事の付き合いでお酒を飲む機会が多いのですぐに吸ってしまうのではないか」といった心配をする場合があります。その場合、本人が心配していることを受けとめ、イライラなどの禁煙後の離脱症状は概ね2~4週間で治まること、禁煙補助剤を使えば離脱症状が軽減できることを伝えます。また、禁煙してしばらくの間は、お酒を飲みに行くことを控えたり、外でお酒を飲む場合は、で

きるだけたばこを吸わない人の隣の席に座る、周囲に禁煙宣言をするなど具体的な対処法を本人と話しあって決めておきましょう。

③ 禁煙治療が受けられる医療機関等の紹介

より確実に禁煙ができる禁煙治療の利用を勧めます。健康保険で禁煙治療が受けられる医療機関は、日本禁煙学会のホームページで検索できます。近隣の医療機関のリストを準備しておき、喫煙者に渡せるようにしておきます。

- 健康保険で禁煙治療が受けられる医療機関の検索サイト

日本禁煙学会 <http://www.nosmoke55.jp/nicotine/clinic.html>

ただし、健康保険を利用して禁煙治療を受けるためには条件があります。条件は、前述した質問票（図表3）のQ5~Q8の項目の回答でチェックしておきましょう。

健康保険による禁煙治療の条件を満たさない場合や医療機関を受診する時間が取れない場合は、禁煙後の離脱症状を軽くするために、薬局・薬店でOTC薬のニコチンパッチやニコチンガムを購入して禁煙する方法を紹介しましょう。現在、ニコチンパッチのOTC薬は3社から発売されていますが、いずれも医療用医薬品のニコチンパッチと比べて有効成分が高用量の剤形がないため、ニコチンの補充が不十分となる場合があります。OTC薬で禁煙できなければ医療機関での禁煙治療を勧めます。

健康保険を利用できる条件を満たさない場合でも、自由診療で禁煙治療を受けることができることを伝えましょう。特に喫煙本数が多く、OTC薬では離脱症状が十分抑えられないヘビースモーカーや、精神疾患など、医学的管理の必要性が高い合併症を有する喫煙患者に対しては、医療機関での治療につなげるように支援しましょう。

(2) 電話によるフォローアップ

初回の個別面接で禁煙開始日を設定した喫煙者には、禁煙が継続できるように電話によるフォローアップを行います。電話によるフォローアップの時期の目安は、初回面接日から2週間後、1ヵ月後、2ヵ月後、6ヵ月後の計4回です。フォローアップに要する時間は、5分程度です。

電話によるフォローアップの内容や時間については、OTC薬を使って禁煙している場合や自力で禁煙している場合は、カウンセリングを十分受けていないことが多いため、少し時間をかけて行います。一方、禁煙治療を利用している喫煙者は、医療機関で禁煙のためのカウンセリングやアドバイスを受けているため、特に問題がなければ禁煙の経過を確認し、禁煙が継続していることを賞賛したり、励ましたりする程度の内容となり、あまり時間をかけずにフォローアップを行うことができます。

フォローアップの主な内容は、①喫煙状況とその後の経過の確認、②禁煙継続のための問題解決カウンセリングです。

① 喫煙状況とその後の経過の確認

フォローアップではまず喫煙状況とその後の経過の確認を行います。初回の個別面接から2週間後にあたる1回目のフォローアップでは、本人が選択した禁煙の方法と禁煙開始日を確認しておきます。禁煙治療を利用した場合は、禁煙ができると自己判断で禁煙治療を中断してしまうこともあるので、12週間の治療を完了した方が禁煙成功率が高いこと8を伝え、禁煙治療を完了するようにアドバイスします。

OTC薬を使っている場合には、離脱症状を十分に抑えられているかどうかを確認します。ニコチンガムは噛み方が間違っていると効果が低下するので、ニコチンガムを使っても効果を実感できていない場合には、まずは噛み方の確認と指導を行うことが重要です。喫煙本数が多い喫煙者の場合には、OTC薬では離脱症状が十分に抑えられない可能性があります。その場合は、禁煙治療を受けるようにアドバイスします。

禁煙ができている場合には「よくがんばりましたね」と禁煙に踏み出せたことや禁煙できていることについて賞賛します。この言葉は、喫煙者にとって何よりの励みとなります。

禁煙して1ヵ月が経過すると禁煙がある程度安定してきますが、吸いたい気持ちはまだしばらく残ります。アルコール、過労や仕事上のストレス、気分の落ち込みなど、ちょっとしたきっかけで喫煙は再開しやすいので、注意するように声をかけましょう。

2回目以降の電話でのフォローアップでは、本人が実感する禁煙の効果について聞き出しておきましょう。身体面の効果だけでなく、精神面や日常生活面においても禁煙の効果を確認し、禁煙継続の励みにしてもらいましょう。

② 禁煙継続のための問題解決カウンセリング

禁煙継続にあたって心配していることや不安に思っている点を聞き出し、禁煙が継続できるよう支援します。たとえば、禁煙してそれほど時間がたっていない人では「たばこが吸いたいので、吸ってしまうのではないかと心配することがあります。まず、本人が心配していることを受けとめます。次に、離脱症状が改善しても吸いたい気持ちはしばらく残ること、しかし時間の経過とともに吸いたい気持ちがおさまっていくことを伝えます。たばこを吸いたくなったら、深呼吸をしたり、お水を飲んだりするなどの対処法を身につけることが有用であることを伝え、禁煙を続ける自信が高まるよう話し合いを行います。禁煙できた日が増えていくにつれて、禁煙の自信は高まっていきます。「今日1日禁煙しよう」という気持ちで禁煙を続けるよう支援しましょう。

禁煙を継続できている場合は、禁煙後の体重増加の有無を確認しておきます。禁煙後の体重増加は、禁煙した人の約 8 割に見られますが、平均 2~3kg 程度といわれています。⁹ 喫煙本数が多い人ほど体重が増加しやすいといわれています。体重をできるだけ増やしたくない場合は、禁煙補助剤の使用と、禁煙後比較的早い時期から運動に取り組むのがよいでしょう。運動としては、中等度の身体活動強度の運動（速歩、ジョギング、水泳など）がお勧めです。¹⁰ 食事については、禁煙直後からの過度な食事制限は、喫煙欲求を高める可能性がある¹⁰ので、禁煙が安定するのを待ちましょう。禁煙が安定してきたら、食生活の改善として、食べ過ぎを改善する、肉類や油料理などの高エネルギーの食事や間食を減らして、代わりに野菜や果物を増やす、飲酒量を減らすことなどを行うことを勧めましょう。

<禁煙に踏み出せなかった場合や再喫煙した場合の対応>

電話でのフォローアップで注意すべきことは、禁煙に踏み切れなかった場合や再喫煙した場合の対応です。禁煙に踏み切れなかった場合には、その理由を聞き出し、話し合しましょう。できれば再度禁煙開始日を設定して禁煙に踏み出せるように支援しましょう。禁煙の自信が低い喫煙者には、禁煙治療を勧めましょう。

一旦禁煙したが再びたばこを吸い始めた喫煙者に対しては、再喫煙のきっかけや禁煙の問題点を明らかにし、再挑戦を勧めるようにしましょう。喫煙を再開した者では、喫煙を再開したこと自体を問題にしてくじけたり、自己嫌悪に陥ったりする場合があります。禁煙した人が再喫煙することはよくあることであり、もう一度チャレンジする気持ちが重要であることを伝えましょう。

⁹ U.S. Department of Health and Human Services. The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General. Atlanta: 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, 1990.

¹⁰ Fiore MC, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical Practice Guideline. Rockville: US Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2008.

喫煙に関する質問票

Q1. 現在、たばこを吸っていますか？

吸う やめた（ 年前/ カ月前） もともと吸わない

以下の質問は、吸うと回答した人のみお答え下さい。

Q2. 吸い始めてから現在までの総本数は 100 本以上ですか？ はい いいえ

Q3. これまで 6 カ月以上吸っていますか？ はい いいえ

Q4. 最近 1 カ月間、たばこを吸っていますか？ はい いいえ

Q5. 1 日に平均して何本たばこを吸いますか？ 1 日（ ）本

Q6. 習慣的にたばこを吸うようになってから何年間たばこを吸っていますか？（ ）年間

Q7. あなたは禁煙することにどのくらい関心がありますか？

- 関心がない
 関心はあるが、今後 6 カ月以内に禁煙しようとは考えていない
 今後 6 カ月以内に禁煙しようと考えているが、直ちに(1 カ月以内に)禁煙する考えはない
 直ちに(1 カ月以内に)禁煙しようと考えている

Q8. 下記の質問を読んであてはまる項目に✓を入れてください。該当しない項目は「いいえ」とお答え下さい。

設問内容	はい 1 点	いいえ 0 点
問1. 自分が吸うつもりよりも、ずっと多くたばこを吸ってしまっていましたか。		
問2. 禁煙や本数を減らそうと試みて、できなかったことがありましたか。		
問3. 禁煙したり本数を減らそうとしたときに、たばこがほしくてほしくてたまらなくなることがありましたか。		
問4. 禁煙したり本数を減らしたときに、次のどれかがありましたか。(イライラ、神経質、落ちつかない、集中しにくい、ゆううつ、頭痛、眠気、胃のむかつき、脈が遅い、手のふるえ、食欲または体重増加)		
問5. 問 4 でうかがった症状を消すために、またたばこを吸い始めることがありましたか。		
問6. 重い病気にかかったときに、たばこはよくないとわかっているのに吸うことがありましたか。		
問7. たばこのために自分に健康問題が起きているとわかっているのに、吸うことがありましたか。		
問8. たばこのために自分に精神的問題 ^(注) が起きているとわかっているのに、吸うことがありましたか。		
問9. 自分はたばこに依存していると感じることがありましたか。		
問10. たばこが吸えないような仕事やつきあいを避けることが何度かありましたか。		
(注) 禁煙や本数を減らした時に出現する離脱症状(いわゆる禁断症状)ではなく、喫煙することによって神経質になったり、不安や抑うつなどの症状が出現している状態。	合 計	

Q9. 今までたばこをやめたことがありますか？

はい（ 回、最長 年間／ カ月 日間） なし

Q10. たばこをやめることについてどの程度自信をもっていますか？「全く自信がない」を 0%、「大いに自信がある」を 100%として、0~100%の間であてはまる数字をお書きください。（ ）%

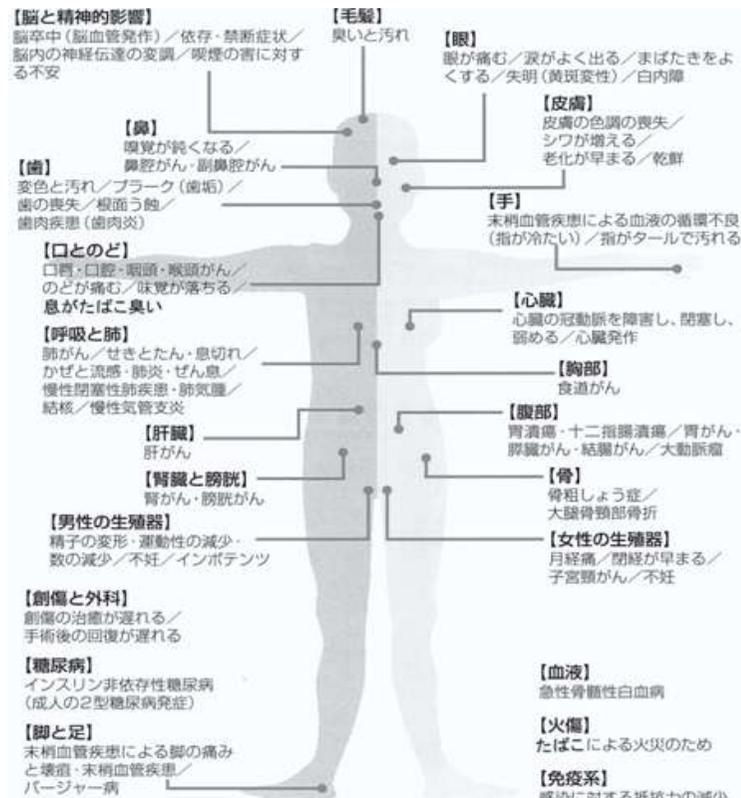
氏 名 _____ 記入日 _____ 年 月 日

3. 喫煙者用リーフレット(短時間支援用)

こんなにあるたばこの害

1. 本人への影響

日本人が命を落とす最大の原因がたばこです。たばこは、脳卒中や心臓病をはじめ、多くの病気と関係しており、年間約13万人がたばこが原因で亡くなっていると報告されています。



(出典:WHO「タバコ・アトラス」,2006,一部改変)
イラストは「らくらく禁煙ブック」(法研,2008.)による

2. 周囲への影響

受動喫煙の健康被害も深刻です。受動喫煙により肺がん、虚血性心臓病で年間6800人が亡くなっていると報告されています。低体重児、乳幼児突然症候群、子どもの中耳炎や肺炎も受動喫煙によってリスクが高くなります。

上手に禁煙するために

1. 禁煙に成功しやすい方法とは？

禁煙は自力でも可能ですが、医療機関での禁煙治療や禁煙補助薬を利用すると、ニコチン切れの症状を抑えることができるので比較的楽に、しかも自力に比べて3~4倍禁煙に成功しやすくなることがわかっています。



2. 自分にあった禁煙方法を選ぼう

タイプ別にお勧めの禁煙方法の目安を示しました。自分に合った禁煙方法を選びましょう。

禁煙方法	お勧めのタイプ
医療機関で禁煙治療を受ける	<ul style="list-style-type: none"> ニコチン依存度が中程度~高い人 禁煙する自信がない人 過去に禁煙して禁断症状が強かった人 精神疾患など、禁煙が難しい特性がある人 薬剤の選択など、禁煙にあたって医師の判断を必要とする人
薬局・薬店でニコチンパッチやニコチンガムを使ってやめる	<ul style="list-style-type: none"> ニコチン依存度が低い~中程度の人 禁煙する自信が比較的人 忙しくて医療機関を受診できない人 健康保険適用の条件を満たさない人

健康保険で禁煙治療が受けられます！



2006年4月から、健康保険で禁煙治療が受けられるようになりました。
 「楽に」「確実に」「あまりお金をかけずに」禁煙するためにも医療機関を受診して禁煙治療を受けることをおすすめします。

~~~~~禁煙治療の流れ~~~~~

準備 健康保険で禁煙治療が受けられる医療機関を調べる

受診する医療機関が決まったら、予約が必要な場合があるので、予め電話で確認しておきましょう。

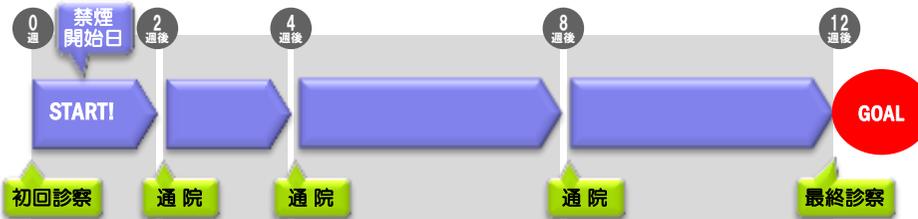


医療機関の検索サイト

<http://www.nosmoke55.jp/nicotine/clinic.html>
 (日本禁煙学会ホームページ)
 検索キーワード「日本禁煙学会禁煙外来」

スタート 禁煙治療を受診する(受診回数は5回)

- 健康保険を使った禁煙治療は、12週間で5回の診察を受けます。
- スケジュールを下記に示します。



- 禁煙治療では、チャンピックスという飲み薬やニコチンパッチという貼り薬を使うことができます。
- 治療は5回全て受診したほうが、禁煙成功率が高いことがわかっています。
- 禁煙できなくても治療は最後まで継続しましょう。

受診条件の確認

健康保険で禁煙治療を受けるためには、4つの条件を満たしている必要があります。自己チェックしてみましょう!!

- 条件① 現在たばこを吸っていて、ただちに禁煙しようと考えている
- 条件② ニコチン依存症の診断テスト(下表)の結果が5点以上である
- 条件③ 医療機関で禁煙治療の同意書に署名を求められることに同意する
- 条件④ 1日平均喫煙本数×喫煙年数が200以上である
例) 1日平均喫煙本数20本で30年間吸っている場合、20本×30年間=600と計算

~~~~~ニコチン依存症の診断テスト~~~~~

項目	はい 1点	いいえ 0点
1. 自分が吸うつもりよりも、ずっと多くたばこを吸ってしまうことがありましたか。		
2. 禁煙や本数を減らそうと試みて、できなかったことがありましたか。		
3. 禁煙したり本数を減らそうとしたときに、たばこがほしくてほしくてたまらなくなることがありましたか。		
4. 禁煙したり本数を減らしたときに、次のどれかがありましたか。(イライラ、神経質、落ちつかない、集中しにくい、ゆううつ、頭痛、眠気、胃のむかつき、脈が遅い、手のふるえ、食欲または体重増加)		
5. 4でうかがった症状を消すために、またたばこを吸い始めることがありましたか。		
6. 重い病気にかかったときに、たばこはよくないとわかっているのに吸うことがありましたか。		
7. たばこのために自分に健康問題が起きているとわかっているのに、吸うことがありましたか。		
8. たばこのために自分に精神的問題 ^{注)} が起きているとわかっているのに、吸うことがありましたか。		
9. 自分はたばこに依存していると感じることがありましたか。		
10. たばこが吸えないような仕事やつきあいを避けることが何度かありましたか。		
合計		

注) 禁煙や本数を減らした時に出現する離脱症状(いわゆる禁断症状)ではなく、喫煙することによって神経質になったり、不安や抑うつなどの症状が出現している状態。

このリーレットは、平成18年度がん研究助成金 田中班および平成23年度 対がん総合戦略研究 中村班の配賦を得て作成されたものです。

4. 喫煙者用ワークシート(標準的支援用)

たばこを卒業するために

STEP1

<自分の喫煙について考えよう>

1. 喫煙行動を観察しよう

これまであまり意識せずに吸い続けてきた喫煙行動を手帳などにメモして観察すると、たばこを意識して吸うようになるので、喫煙を見直すのに役立ちます。

◆喫煙行動の観察の方法

時間	吸ったときの状況や気分	程度
7:00	起床	
7:10	起きてすぐ。目覚めが悪い	5
7:40	朝食後、新聞を読みながら	3
9:00	出勤	
9:05	出社後、とりあえず1本	2
12:00	昼食	
12:40	昼食後、コーヒーを飲みながら	5
15:00	企画書の作成がはかどらない 気分転換と眠気ざましに2本	3
18:30	退職する鈴木さんの送別会	2
20:00	酒が入るとたばこが増える	5
21:20	帰宅途中、道を歩きながら	2
22:00	帰宅後、ベランダで	1
22:40	入浴後、ベランダで	1
23:10	就寝	

* 時間の欄には、起床、食事、就寝時間なども書き入れておく
* 程度: たばこを吸いたい程度を、下のようにも段階で評価する



◆行動を観察して感じたこと

①

②

③

2. 喫煙のよいこと・悪いことを考えよう

たばこは、あなたにとってどのようなものですか? あなたが考える「よいこと」と「悪いこと」を書き出してみましょう。

◆あなたが考える「よいこと」

例) 気分が落ち着く
ストレス解消になる

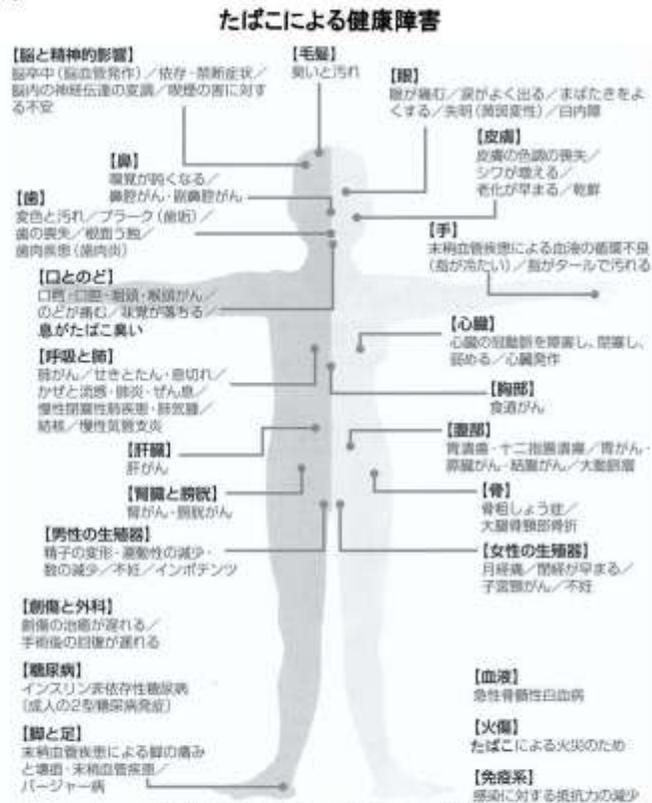
◆あなたが考える「悪いこと」

例) たばこ代がかかる
吸う場所を探すのが大変

STEP2 〈たばこの害について知ろう〉

1. 本人への影響

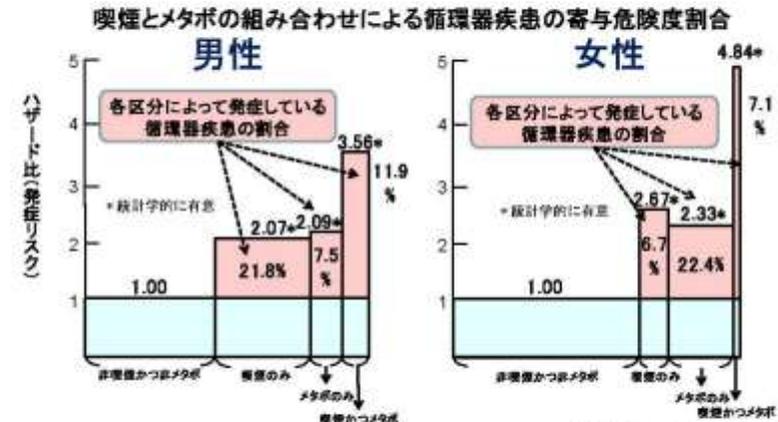
たばこが関連する病気を以下に示しました。たばこは、多くの病気と関係しています。



(出典:WHO「タバコ・アトラス」、2006、一部改変)
イラストは「もくもく禁煙ブック」(法研、2008)による

喫煙は、脳卒中や心臓病の独立した危険因子です。さらに、喫煙とメタボリックシンドローム(メタボ)が重なると、循環器疾患のリスクが高くなります。

喫煙率の高い男性では、メタボではない喫煙者から循環器疾患が多く発症しています。



2. 周囲への影響

受動喫煙の健康被害も深刻です。

国立がん研究センターの推計によると、受動喫煙により肺がん、虚血性心疾患で年間 6800 人が亡くなっていると報告されています。



(出典:アメリカ公衆衛生長官報告書、2004 および 2006)

STEP3

<ニコチン依存度をチェックしよう>

1. ニコチン依存度チェック

あなたがどれくらいニコチンに依存しているかをチェックしてみましょう。

質問	答え			
	0点	1点	2点	3点
① 朝、目が覚めてから何分後ぐらいでたばこを吸いますか？	61分後以降	31～60分	6～30分	5分以内
② 喫煙できない場所(たとえば図書館、映画館など)で喫煙をガマンするのが難しいと感じていますか？	いいえ	はい	—	—
③ 1日のうちのどの時間帯のたばこをやめるのに、いちばん未練を感じますか？	目覚めの1本以外	目覚めの1本	—	—
④ 1日、何本のたばこを吸いますか？	10本以下	11～20本	21～30本	31本以上
⑤ 目覚めてから2～3時間以内に吸う本数のほうが、それ以降に吸う本数よりも多いですか？	いいえ	はい	—	—
⑥ 病気で1日寝ているようなときでもたばこを吸いますか？	いいえ	はい	—	—

(出典: Heatherton, 1991)

2. ニコチン依存度は？

上記質問①から⑥の回答の合計点数を計算し、下記の表に当てはめてニコチン依存度を判定しましょう。

点数	0～3点	4～6点	7～10点
ニコチン依存度	低い ライトスモーカー レベル	中程度 ミドルスモーカー レベル	高い ヘビースモーカー レベル

STEP4

<上手に禁煙するための方法を知ろう>

1. 禁煙しやすくするための方法とは？

禁煙補助剤を使ったり、医療機関で禁煙治療を受けると、自力で禁煙する場合に比べて、「比較的楽に」「より確実に」そして「あまりお金をかけずに」、たばこをやめられます。

禁煙治療を利用すると

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
禁煙補助剤で2～3倍アップ
指導を受けるとその内容に応じて3倍近くまでアップ

(出典: Treating Tobacco Use and Dependence, 2008.)

③「あまりお金をかけずに」やめられる

健康保険による禁煙治療とたばこ代の比較(いずれも12週分の費用)

ニコチンパッチ(貼り薬)	12,830円	VS	たばこ代(1箱400円、1日1箱)	33,600円
バレニクリン(のみ薬)	19,090円			

(注1) 健康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5版、2012)

禁煙治療が受けられる医療機関については、パソコンや携帯から「禁煙外来」で検索するが、地元の保健所や保健センターに問い合わせしてみましょう。

2. 禁煙補助剤について知っておこう

禁煙のための薬剤としては、ニコチンガム、ニコチンパッチ、バレニクリンがあります。ニコチンガムと市販のニコチンパッチは、薬局・薬店で購入することができます。内服薬のバレニクリンと医療用のニコチンパッチは、医師の処方箋が必要です。各薬剤の特徴は、下記のとおりです。

禁煙補助剤の種類の特徴

名称	入手場所	特徴	ニコチン依存度
ニコチンガム	薬局・薬店	短時間で禁断症状が抑えられる。間違ったかみ方をすると胃の不快感が出やすい。	低い～中程度の人向き
市販のニコチンパッチ	薬局・薬店	パッチを貼るだけで簡単。突然の欲求に対処できない。皮膚がかぶれることもある。	低い～中程度の人向き
医療用ニコチンパッチ	医療機関	高用量のものが使え、24時間貼るので、起床時も含めて禁断症状を抑えやすい。	中程度～高い人向き
内服薬（バレニクリン）	医療機関	ニコチンを含まない。服用中に喫煙しても満足感が少なく再喫煙しにくい。	中程度～高い人向き

3. 自分にあった禁煙方法を選択しよう

あなたのニコチン依存度の結果（STEP3 参照）を参考にして、自分にあった禁煙方法を選びましょう。

禁煙方法	お勧めのタイプ
医療機関で禁煙治療を受ける	ニコチン依存度が中程度～高い人 禁煙する自信がない人 過去に禁煙して禁断症状が強かった人 精神疾患など、禁煙が難しい特性がある人 薬剤の選択など、禁煙にあたって医師の判断を必要とする人
薬局・薬店でニコチンパッチやニコチンガムを使ってやめる	ニコチン依存度が低い～中程度の人 禁煙する自信が比較的ある人 忙しくて医療機関を受診できない人 健康保険適用の条件を満たさない人

健康保険による禁煙治療

2006年4月から健康保険で禁煙治療が受けられるようになりました。健康保険を使った禁煙治療は、12週間で5回の診察を受けます。禁煙治療の健康保険の適応には条件がありますので、受診前にチェックしておきましょう（平成25年1月現在）。

- 条件1：ただちに禁煙しようと考えている
- 条件2：ニコチン依存症と診断される
- 条件3：禁煙治療の同意書に署名をする
- 条件4：一日喫煙本数×喫煙年数が200以上である

STEP5 ＜禁煙宣言をしよう＞

禁煙する気持ちが高まったら、禁煙を始める「禁煙開始日」を決めましょう。「禁煙開始日」は仕事が忙しい時期や宴会の多い時期は避けたほうがいいでしょう。

1. 禁煙開始日を決める

禁煙宣言書

わたしは、 年 月 日より、禁煙することを誓います。

氏名 _____

2. 禁煙理由を確認する

あなたが禁煙したい理由のうち、特に重要だと思うものを2つ選んで下記に書き出しましょう。禁煙する理由をあらためて確認することで、あなたの禁煙に対する意欲は確実に高まっていきます。

禁煙する理由①

禁煙する理由②

STEP6 ＜禁煙を始めよう＞

禁煙を始めるとニコチン切れによる禁断症状(ニコチン離脱症状)が出現します。よくみられる禁断症状を下記に示します。

1. よくみられる禁断症状とは？

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> イライラする | <input type="checkbox"/> 頭痛がする |
| <input type="checkbox"/> 元気が出ない | <input type="checkbox"/> 夜中に目が覚める |
| <input type="checkbox"/> 落ち着きがない | <input type="checkbox"/> 便秘になる |
| <input type="checkbox"/> 集中できない | <input type="checkbox"/> 口内炎や口の中に潰瘍ができる |
| <input type="checkbox"/> 食欲が増す | <input type="checkbox"/> たばこが吸いたくてたまらない |

(出典: Manual of Smoking Cessation, Blackwell Publishing, 2006)

2. 禁断症状を乗り切る

禁煙補助剤を使えば禁断症状を和らげることができます。しかし、薬だけに頼るのではなく、下記のような工夫をして吸いたい気持ちをコントロールしましょう。

① 行動パターン変更法

喫煙と結びついている行動パターンを変える

例) 食後は早めに席を立つ、コーヒーやお酒を控える

② 環境改善法

喫煙のきっかけとなる環境を改善する

例) パチンコ店、居酒屋など吸いたくなる場所に行かない

喫煙道具を片づける

③ 代償行動法

喫煙の代わりに別の行動をする

例) シュガーレスのガムやあめ、深呼吸、歯みがき

STEP7 ＜禁煙を続けよう＞

1. 再喫煙しないために

自分にとって再喫煙のきっかけとなりやすい状況を予測しておき、自分なりの対策を考えておきましょう。

例) お酒を飲みに行った時

対処法: 飲む前に禁煙宣言をする、非喫煙者の隣に座る

仕事や人間関係でイライラしたとき

対処法: 深呼吸をする、人のいないところで大声を出す

吸いたくなる状況①

対処法①

吸いたくなる状況②

対処法②

2. 過度な体重増加を予防するために

禁煙すると、約8割の方に平均して2～3kgの体重増加がみられます。禁煙による健康上のメリットは、たとえ体重が4～5kg増えても十分埋め合わせができるほど大きいことがわかっています。体重増加が気になる方は、禁煙補助剤を使うほかに、禁煙直後から身体活動を増やしましょう。速歩や水中歩行、自転車に乗るなど中等度の活動強度のものがお勧めです。また、禁煙が安定したら、食生活の改善にも取り組みましょう。

たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約第 14 条履行のための指針
(たばこ依存とたばこの使用中止に係る需要減少施策)
(原文 : <http://www.who.int/fctc/Guidelines.pdf>)

緒言

1. たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約 (WHO FCTC) の第 14 条には、「締約国は、たばこの使用中止及びたばこへの依存の適切な治療を促進するため、自国の事情及び優先事項を考慮に入れつつ科学的証拠及び最良の実例に基づく適切な、包括的及び総合的な指針を作成し及び普及させ、並びに効果的な措置を取る」と記載されている。
2. たばこ依存の治療の定義は、様々な文化や言語によって異なる。集団全体のたばこの使用を減らす対策が含まれている場合もあるが、個人への介入のみを指すこともある。この指針は両方を対象にしているため、「たばこの使用中止の促進」という言葉と「たばこ依存の治療」という言葉を使用する。たばこの使用中止を促進するさらに効果的な対策は、WHO FCTC の他の条項、およびその履行に関する指針に記載されている。
3. 締約国は、WHO FCTC に基づく義務を果たし、公衆衛生の保護に役立てるため、これらの指針を使うことが奨励される。また締約国は、条約の第 2 条第 1 項の規定に従い、指針の推奨を上回る対策を実施することが奨励される。¹

目的

4. これらの指針の目的は、締約国が、WHO FCTC の他の条項に基づく義務と締約国会議の意図との整合性を保ち、入手可能な最善の科学的証拠をもとに、自国の事情および優先事項を考慮に入れつつ、締約国会議 WHO FCTC 第 14 条に基づく義務を果たせるよう支援することである。
5. この目的のために、本指針は：
 - (i) 締約国に、たばこの使用中止の取組みを促し、たばこの使用中止を希望するたばこの使用者が支援を得るために幅広く利用でき、持続可能な資源を提供してこのような支援が利用可能であることを保証する持続可能な社会基盤を、強化または創出することを奨励する。
 - (ii) たばこの使用中止を奨励するのに必要で、たばこ依存治療を自国のたばこ規制計画や保健医療制度に取り入れるための、鍵となる効果的な対策を明らかにする。
 - (iii) 締約国に、たばこの使用中止とたばこ依存治療への支援の開発または強化を促進するため、互いの経験を共有し協力するよう促す。

¹ 締約国は WHO FCTC のウェブサイト (<http://www.who.int/fctc/>) をご覧いただきたい。ここには本指針の対象となった事項に関する詳しい情報源が掲載されている。

用語の使用

6. これらの指針については、以下の定義を適用する。
- 「たばこの使用者」：たばこ製品を使用する人。
 - 「たばこへの習慣性／依存」：繰り返したばこを使用した後に発現し、通常はたばこの使用を強く欲し、その使用の抑制が困難で、有害な影響にもかかわらずたばこの使用を継続し、他の活動や義務よりたばこの使用を優先し、耐性が高まり、時には身体的な禁断症状をとともなう、行動的、認知的及び心理学的な一連の現象。²
 - 「たばこの使用中止」：補助を受け、あるいは受けずに、たばこ製品の使用を中止する過程。
 - 「たばこの使用中止の促進」：たばこ依存治療も含め、たばこの使用を中止させるのに役立つ、集団全体に対する施策と取組み。
 - 「たばこ依存治療」：たばこの使用者がたばこの使用を中止するのを手助けするため、行動支援もしくは薬物治療、または両方を提供すること。³
 - 「行動支援」：人々のたばこの使用中止を手助けすることを目的とした、薬物治療以外の支援。これには、たばこの使用と使用中止に関する知識を与え、支援を提供し、行動を変えるための技能や戦略を知らせるすべてのたばこ使用中止への支援が含まれる。
 - 「短時間支援」：通常、一連の定期的な保健指導や介入時に、すべてのたばこの使用者に与えられるたばこの使用中止のための助言で、通常は数分しかかからない。

考慮すべき基本点

7. **たばこの使用には高い習慣性がある。**^{4,5} たばこの使用とたばこ煙への曝露は健康、経済、環境、社会に深刻な悪影響を及ぼすものであり、人々にはこれらの悪影響とたばこの使用中止の利益についての教育を受けるべきである。⁶ このような悪影響についての知識は、ほとんどのたばこの使用者が使用を中止する動機の強力な一要素であり、したがって、それらを公衆と政策立案者に十分に理解させることが重要である。
8. **たばこ依存治療施策を、他のたばこ規制施策との相乗効果を高めるように実施することが重要である。** たばこの使用中止の促進とたばこ依存治療は、包括的かつ統合的なたばこ規制計画の主要な構成要素である。たばこの使用中止に取り組む使用者を支援し、たばこ依存の治療を成功させることは、他のたばこ規制政策に対する社会の支持を増やし受容性を高めるため、他のたばこ規制政策を強化することにもなる。たばこの使用中止と治療施策を、WHO FCTC の他の条項で定められた集団への介入と併用して実施すると、相乗効果が生まれ、その影響を最大化することができる。

² 定義は疾病及び関連保健問題の国際統計分類、第 10 版 (ICD-10) (ジュネーブ、世界保健機関。2007 年) から引用した。

³ 本書では「たばこ使用中止への支援」と書かれている箇所もある。

⁴ 疾病及び関連保健問題の国際統計分類、第 10 版 (ICD-10) (ジュネーブ、世界保健機関。2007 年) を参照。

⁵ WHO FCTC の前文、第 4 条および第 5 条にあるように、本指針では習慣性と依存という言葉を区別せずに用いている。

⁶ WHO FCTC 第 12 条に説明されている通りである。

9. たばこの使用中止とたばこ依存治療の戦略は、効果を示す入手可能な最善の証拠に基づいたものであるべきである。たばこ依存の治療は、効果があり費用対効果の高い保健医療介入だという明白な科学的証拠があるため、これは保健医療の仕組みにとって価値ある投資である。
10. 治療は入手しやすく手頃であるべきである。たばこ依存の治療は幅広く利用可能で、入手しやすく、手頃であるべきであり、また利用できる様々な使用中止の選択枝についての教育⁷も含まれるべきである。
11. たばこの使用中止とたばこ依存の治療は包括的であるべきである。たばこの使用中止戦略とたばこ依存の治療においては、性別、文化、宗教、年齢、学歴、識字能力、社会経済的地位、障害、たばこの使用率の高い集団の必要性などの要素を考慮に入れるべきである。たばこの使用中止戦略はできる限り包括的なものとし、必要に応じて、個々のたばこの使用者の必要性に合わせて調整されるべきである。
12. 観測と評価は不可欠である。たばこの使用中止とたばこ依存の治療の計画を成功させるためには、観測と評価は不可欠な要素である。
13. 市民社会との積極的な連携。WHO FCTC の前文および第 4 条第 7 項に規定されているように、市民社会の積極的な参加と連携は、この指針を効果的に実施する上で不可欠である。
14. あらゆる商業上および既存の利益から保護する。WHO FCTC 第 14 条を実施するための戦略の策定は、条約第 5 条第 3 項とその指針に従い、たばこ産業の商業上およびその他の既存の利益から、また、その他の実際のまたは潜在的なすべての利益相反から保護されるべきである。
15. 経験を共有することの価値。締約国が経験を共有し相互協力することで、これらの指針の実施能力を大きく高めることができる。
16. 保健医療の仕組みの中心的な役割。たばこの使用中止とたばこ依存の治療を促進するためには、既存の保健医療の仕組みを強化することが不可欠である。

たばこの使用中止とたばこ依存の治療を支援する社会基盤を構築する

背景

17. たばこの使用中止を促進し、効果的にたばこ依存の治療を行うためには、いくつかの社会基盤の要素が必要となる。この社会基盤の多く（プライマリ・ヘルス・ケアの仕組みなど）はすでに数多くの国に存在している。たばこの使用中止を促進し、できる限り迅速でかつ安価な

⁷ 教育に関して指針は、FCTC/COP/4(7)の議決により採択された WHO FCTC 第 12 条の履行に関する指針案にも記載されている。

たばこ依存の治療を開発するために、締約国は既存の資源と社会基盤をできる限り利用し、たばこの使用者が少なくとも短時間支援を受けられるようにしなければならない。これを実現した後に、専門家による取組みを増やすことも含めた、その他のたばこ依存治療のための仕組み（下記の「たばこの使用中止への支援を策定する：段階的な取組み」を参照）を整備するとよい。

18. 必要な社会基盤を設計し構築する早期の段階で、職能団体やこの分野に関係する専門家の集団の参加を仰ぐべきではあるが、その過程では実際のまたは潜在的な利益相反から保護されなければならない。

勧告

19. 締約国は、たばこの使用中止を効果的に促進し、たばこ依存の適切な治療の提供に必要な社会基盤を強化または創出するため、自国の事情および優先事項を考慮に入れつつ、以下の行動を実施すべきである。

行動

国内状況の分析を行う

20. 必要に応じて、以下のことを分析する。(1) 国内のすべてのたばこ規制政策の状況とその影響。特に、たばこの使用者にやめようという気を起こさせ、治療支援の需要を生み出す；(2) たばこの使用中止を促進し、たばこ依存の治療を行う政策；(3) 既存のたばこ依存の治療事業とその影響；(4) たばこの使用中止とたばこ依存の治療事業を強化する（または、このような事業がまだないところでは、それを創設する）ために利用可能な資源。これには、訓練する能力⁸、保健医療基盤、その他有益と思われる社会基盤；(5) 利用可能な観測データ（下記の「観測と評価」を参照）。この状況分析を必要に応じて利用し、戦略的な計画を作成する。

国内調整機関を創設または強化する

21. たばこの使用中止の促進とたばこ依存の治療を行う計画の強化または創設を、国内調整機関または調整拠点が推進するようにする。
22. たばこの使用者のために、入手可能なたばこ使用中止のための事業と有資格の事業提供者に関する、最新式の利用しやすい情報システムを維持、またはその創設を検討する。

包括的な指針を策定し、普及させる

⁸指針教育に関しては、FCTC/COP/4(7)の議決により採択された WHO FCTC 第 12 条の履行に関する指針案にも記載されている。

23. 締約国は、入手可能な最善の科学的証拠と最優良事例に基づき、自国の事情および優先事項を考慮に入れつつ、包括的なたばこ依存治療のための指針を策定しなければならない。これらの指針には2つの大きな要素がある、(1) たばこの使用中止を促進し、たばこ依存の治療を行うための**国のたばこ使用中止戦略**。これは主に資金提供や政策・計画の実施の責任者のためのものである。(2) **国の治療指針**⁹。これは主にたばこの使用者向けの使用中止の支援を開発、管理、提供する人のためのものである。

24. 国のたばこ使用中止の戦略と国のたばこ依存治療の指針は、次のような鍵となる性質を有するべきである。

- その指針は、科学的証拠に基づくべきである。
- その指針のそれらの策定にあたっては、実際のまたは潜在的なすべての利害相反から保護されるべきである。
- その指針は、主要な関係者と協力して策定されるべきである。主要な関係者とは、この分野に関係のある専門知識を持った健康科学者、保健医療専門機関、保健医療従事者、教育者、若年労働者、非政府機関が含まれるが、これらに限るものではない。
- その指針は政府の委託または主導によるものであるべきであるが、他の関係者とも積極的な協力や協議が行われるべきである。しかし、他の機関が治療指針の策定を開始した場合には、その機関は政府との積極的な協力の下で進めるべきである。
- 指針は、普及と実施の計画を盛り込み、すべての事業提供者（保健医療部門の内部者か外部者かに関係なく）がたばこを使用しない手本を示すことの重要性を強調し、科学的証拠の提出をふまえ、そして WHO FCTC の第5条第1項に定められた義務に従い、定期的に見直しを行い、内容を更新すべきである。

25. 国の治療指針に追加する主要な特徴は以下のとおりである。

- 保健医療系職能団体や協会を含めて、全国規模で幅広く支持されるべきである。
- たばこの使用者の系統的な特定、短時間支援の提供、クイットライン、訓練を受けた従事者による対面式の行動支援、入手しやすく無料または手頃な価格で薬物治療を実施できる仕組み、すべての診療記録にたばこの使用状況を記載することを含めて、たばこの使用中止する手助けに関わる主要な段階を支援する仕組みを、できる限り幅広く盛り込むべきである。
- 保健医療部門の内外に関係なく、すべての場面、すべての提供者を対象としたものであるべきである。

たばこの使用中止に関係する、保健医療従事者およびその他の人々におけるたばこ使用への対応

26. 保健医療従事者は次のような理由から、たばこの使用を避けるべきである。

- 彼らは模範であり、彼らがたばこを使用すると、そのこと自体が健康影響に関する公衆衛生への発言を弱めることになる。

⁹ 治療の指針は、事業責任者、実務者、患者が、たばこの依存と使用中止の適切な治療について判断を下すときの手助けになるように、体系的に策定された文書である。

- たばこの使用に対する社会的受容性を低減させることが重要であり、医療従事者はこの点についてよい見本を示すという特別な責任がある。

27. したがって、たばこの使用中止を促進し、たばこ依存の治療を提供するための具体的な計画を、たばこの使用者の使用中止の支援に関わる医療従事者やその他の団体に向けて提供すべきである。

訓練する能力を開発する¹⁰

28. ほとんどの国では、たばこの使用中止を促進し、たばこをやめたい人に支援を提供することにおいて、保健医療の仕組み¹¹や保健医療従事者が中心的な役割を果たすべきである。しかし必要に応じて、他の集団の参加も仰ぐべきである。

29. すべての保健医療従事者は、たばこの使用を記録し、短時間支援を提供し、たばこの使用中止の取組みを促し、必要に応じてたばこの使用者を専門的なたばこ依存の治療事業へ紹介するための訓練を受けるべきである。

30. 保健医療の場以外において、その他の人が、短時間支援を提供し、たばこの使用中止の取組みを促し、必要に応じてたばこの使用者をたばこ依存の治療専門事業へ紹介する訓練を受けることがある。従って、それらの者についてもたばこの使用中止とたばこ依存の治療において中心的な役割を果たすことになる。

31. 保健医療従事者と保健医療の場以外での集中的な専門支援の提供者（下記の「たばこをやめたい人がやめられるように手助けする仕組みの主要な構成要素」を参照）はどちらも、可能な限り最高水準の訓練を受け、継続的に教育を受けるべきである。

32. すべての保健医療専門家、その他の資格取得前および資格取得後の関連職業の訓練教科課程および継続的な専門教育に、たばこの規制と使用中止について盛り込まれるべきである。訓練には、たばこの使用とその害、使用中止の利益、訓練を受けた従事者がたばこの使用中止を促すことで与えられる影響についての情報が含まれるべきである。

33. 訓練基準は国として所轄官庁が制定すべきである。

事業をできる限り入手しやすくするため、既存の仕組みと資源を利用する

34. 締約国は、すべてのたばこ使用者が特定され、少なくとも短時間支援を受けられるように、

¹⁰ 教育に関しては、FCTC/COP/4(7)の議決により採択された WHO FCTC 第 12 条の履行に関する指針案にも記載されている。

¹¹ 政府機関、公的・私的な保健医療施設及び資金提供機関が含まれるがこれらに限るものではない。

保健医療やその他の場の双方において、既存の社会基盤を利用すべきである。

35. 締約国はたばこの使用をやめたい人のために、たばこ依存を治療するために、既存の社会基盤を利用すべきである。このような治療は幅広く利用でき、科学的証拠に基づいたもので、手頃であるべきである。
36. 締約国は、たばこの使用者にとってできる限り利用しやすい既存の社会基盤の利用を検討すべきである。これにはプライマリ・ヘルス・ケアや結核や HIV/AIDS の治療の提供など、その他の事業が含まれるが、これらに限るものではない。

診療録にたばこの使用の記録をつけることを義務化する

37. 締約国は、すべての診療録およびその他の関連する記録にたばこの使用状況の記録をつけることを義務化すべきであり、また、死亡診断書にたばこの使用の記録をつけることを促すべきである。

共同作業を推奨する

38. WHO FCTC 第 14 条の規定の履行を迅速に進めるためには、これらの指針の背景で考えられた精神に従い、政府機関と非政府機関が協力して作業することが不可欠である。

使用中止の支援への持続可能な財源を確立する

39. たばこの使用中止を促進したばこ依存の治療を行う国の社会基盤を強化または創出するには、財源および技術資源の双方が必要であり、そのため、WHO FCTC 第 26 条に従い、そのような社会基盤への資金を見つけることが不可欠でなる。
40. 政府予算への圧力を軽減するため、締約国は、たばこの使用中止の支援費用をたばこ産業と小売業者に負担させることを検討してもよい。その方法としては、たばこ特別税；たばこの製造および／または輸入免許交付料；たばこ製品登録料；流通業者および小売業者のためのたばこ販売免許料；たばこ産業および小売業者に対する課徴金などの法令違反金；たばこ産業および小売業者に対する年次たばこ調査／規制料などがある。たばこ製品の不法な取引を減らすための行動が成功を収めれば（WHO FCTC 第 15 条に記載されているように）政府の歳入も大幅に増加する可能性がある。

たばこ使用者がやめられるように支援する仕組みの主要な構成要素

背景

41. 先の段落で述べたように、たばこの使用者には様々な場面や様々な提供者によって支援を提供することが可能であり、その中には、全国民を対象とした集中度の低い取組みから、訓練を受けた有料の専門家による集中度の高い取組みまで様々な選択枝がある。たばこ使用者がやめられるように支援する仕組みの主要な構成要素には、短時間支援やクイットライン¹²など広範囲を対象とした取組み、訓練を受けた専門家による行動支援のような集中度の高い取組み、および効果的な薬物治療がある。非常に多くの科学的証拠により、行動支援と薬物治療は個別で行っても組み合わせても効果的であり費用対効果が高いが、組み合わせるといっそう効果が高まることが分かっている。

勧告

42. 保健医療およびその他の場における国のたばこ使用中止のための支援と治療のための仕組みの設計にあたっては、締約国は自国の事情および優先事項を考慮に入れつつ、以下に挙げた要素を盛りこむべきである。
43. 締約国はすべての保健医療の場において、またすべての保健医療提供者により、たばこの使用中止のための支援と治療を行うべきである。締約国はまた、特定のたばこの使用者の集団¹³に対してより良い事業が提供できることが科学的知見によって示されている場合には特に、保健医療以外の場で、適切な訓練を受けた保健医療提供者以外の者によって、たばこの使用中止の支援と治療を行うことを検討すべきである。

行動

集団への取組みを確立する

44. **マスコミュニケーション。**たばこの使用中止を促し、たばこの使用中止に対する支援を促進し、たばこの使用者にこの支援を利用するよう奨励するためには、マスコミュニケーションと教育の計画は不可欠である。¹⁴ これらの計画には無料および有料メディアへの出稿を含めることができる。
45. **短時間支援。**すべての保健医療の仕組みに短時間支援を取り入れる。すべての保健医療従事者はたばこの使用の有無について尋ね、診療録に記録し、中止について短時間支援を行い、たばこの使用者にその地域で利用できる最も適切かつ効果的な治療を紹介するよう訓練を受けるべきである。短時間支援は標準的業務の基本事項として実施し、その実施状況を定期的に観測すべきである。

¹² クイットラインは、電話による相談事業であり、受動的および能動的な相談を提供することができる。受動的なクイットラインは、たばこの使用者からかかってきた電話にすぐ対応するが、かかってきた電話にしか対応しない。能動的なクイットラインは、たばこの使用者へ計画的に電話する予定の作成も行う。

¹³ このような集団としては、若年者、親、社会経済的地位の低い者が含まれるが、それに限るものではない。

¹⁴ WHO FCTC 第 12 条の履行に関する指針（文章 FCTC/COP/4(7)）を参照。

46. **クイットライン。**すべての締約国は、相談者が訓練を受けたたばこの使用中止の専門家からの相談を受けられるクイットラインを提供すべきである。理想的には、無料で能動的な支援を提供することが望ましい。クイットラインは幅広く宣伝広告され、十分な要員が配置され、たばこの使用者がいつでも個人的な支援を受けられるようにすべきである。締約国は、クイットラインの電話番号をたばこ製品の包装に表示することが奨励されている。

より集中的な個人への取組みを確立する

47. **たばこ依存の専門治療事業。**たばこの使用中止の支援が必要なたばこの使用者には、資源が許せば、専門教育を受けた臨床家による集中的な専門支援が与えられるべきである。このような事業では行動支援を提供し、必要に応じて薬物治療、または薬物治療の提供に関する助言を与えられるべきである。この事業は、国内の状況に応じて、医師、看護師、助産師、薬剤師、臨床心理士などを含む、保健医療またはその他の様々な訓練を受けた従事者によって提供されてもよい。これらの事業は、様々な場所で提供することができ、たばこの使用者が容易に入手可能であるべきである。可能な場合は無料または手頃な価格で提供されるべきである。専門治療事業は、自国のまたは適切な療養基準に合致しているべきである。

薬物治療を利用可能にする

48. たばこの使用中止の可能性が高まるのが科学的証拠によって明らかにされている医薬品は、たばこ使用中止希望者が利用できるようにされ、可能であれば無料または手頃な価格で提供されるべきである。
49. いくつかの医薬品について、関連法規に照らして、利用規制がほとんどなく、すべての者にとって利用可能にしてもよい。いくつかの国の経験からは、いくつかの医薬品について入手しやすく、利用可能性を高めると、たばこの使用中止の試行件数が増えることが分かっている。
50. たばこ使用を中止しようとしている者において、使用中止の治療に高額な費用が課されることがないようにするため、政府または地域の経済機関による団体交渉を利用し、一括購入またはその他利用可能な方法で医薬品の価格を低減するべきである。低価格で効果の高い¹⁵医薬品のあるところでは、それらが標準的な治療と見なされるかもしれない。

新たな研究による証拠や斬新な取組みおよびメディアを検討する

51. 締約国は、たばこの使用中止を促進し、たばこの依存治療を提供する新しい取組みについて、新たに開発される科学的証拠を検討しつづけるべきである。

¹⁵ 科学的証拠による（下記の「観測と評価」を参照）。

52. 締約国は、より有力な科学的証拠に基づく取組みを優先すると同時に、たばこの使用中止を促進し、たばこ依存の治療を行う、新しい画期的な取組みを受け入れる姿勢を持つべきである。
53. 世界禁煙デーに実施されることもある、全国的な禁煙の日が、たばこの使用者に使用中止を試みる気持ちにさせる、効果的で安価な介入であるという知見がいくつかの国で存在する。携帯メールとインターネットによる行動支援は、電話やインターネットの使用率が高い国では特に有用であるかもしれない。これらの介入やその他の取組みについては、提供される治療の中核として提言するにはまだ証拠が不十分であり、現在、科学的な検証が行われている。多くの国ではラジオが最も普及度が高く費用のかからないマスメディアであるので、たばこの使用中止の言葉や助言を送るのに、ラジオなどの電波メディアを利用することについても検討することができる。いくつかの国では草の根で非常に利用度の高い地域の公共メディアもあり、他の文化的に受け入れられる治療の取組みと共に、たばこ使用中止のための設備が利用できることについての情報を普及させるためにこれらのメディアを利用することも検討されるかもしれない。

たばこの使用中止の支援を策定する：段階的な取組み

背景

54. たばこの需要を低減するたばこ規制政策、また WHO FCTC の他の条項で規定されている規制政策¹⁶は、使用中止を奨励し、使用中止の支援策を実施する支持的環境を生み出すことによって、たばこの使用中止を促進する。このような政策と共に、たばこの使用中止およびたばこ依存の治療施策を実施すると、相乗効果が生まれ、公衆衛生への影響を最大化することができる。
55. たばこの使用中止を希望し、そのための支援を必要としている者の割合が低い国でも、たばこの使用者の絶対数が高ければ、たばこの使用中止への支援に対する需要は大きいと考えられる。
56. たばこの使用中止を促進し、たばこ依存の治療を行う包括的で統合的な仕組みを構成する各要素は、各締約国の事情および優先事項に従い、同時に、または段階的に導入することができる。一部の締約国はすでに包括的な治療の仕組みを制定しているが、すべての締約国は、たばこの使用中止とたばこ依存の治療のための介入を完全に補完することを目指すべきである。
57. しかし資源には限りがあるので、この段落では、たばこ依存治療を開発する段階的な取組みについて、適切と思われる場合に、提言を行う。

¹⁶ 第 6 条、第 8 条、第 11 条、第 12 条及び第 13 条を含むが、これらに限るものではない。

勸告

58. 未だ実施していない締約国は、WHO FCTC の他の条項に記載された、たばこの使用中止を促進し、たばこ依存治療の需要を増やす施策を実施すべきである。¹⁷
59. 締約国は、すべてのたばこの使用者を明らかにし、少なくとも短時間支援を提供するために、保健医療の場やその他の場の双方で、既存の社会基盤を利用すべきである。
60. 締約国は、自国の事情および優先事項を考慮に入れつつ、以下に挙げる行動を実施すべきである。

行動

基本的な社会基盤を構築し、使用中止する試行を促す環境を作り出す行動

仕組みの構成要素を確立する

- その集団がたばこ製品の有害な影響について十分な情報を与えられている。
- 国のたばこ規制計画の一環として、たばこの使用中止とたばこ依存の治療のための国内調整機能を強化または創出し、資金拠出する。
- 国のたばこ使用中止戦略と国のたばこ依存症治療指針を作成し普及させる。
- たばこの使用中止とたばこ依存の治療の計画のために持続可能な財源を見つけ、資金を配分する。
- 必要に応じて、医療保険またはその他の資金による保健医療事業が、たばこ依存を疾病または病気と記録し、その治療を事業で賄えるようにする。

保健医療従事者の問題に対処する

- たばこ依存とたばこの使用中止を、医学、歯学、看護学、薬学、その他の関係のある学部、大学院課程の必修科目および持続的な専門教育並びに、免許試験および資格試験に取り入れる。
- 簡単な定式に従った短時間支援を与えられるよう、保健医療従事者を訓練する。
- 必要に応じて、保健医療部門以外の従事者や事業提供者に対して、たばこの使用中止やたばこ依存の治療の技能を訓練する。
- たばこを使用している保健医療従事者および事業提供者において、たばこの使用中止を促進し、必要な場合は使用を中止できるように支援を行う。

¹⁷ 第6条、第8条、第11条、第12条及び第13条を含むが、これらに限るものではない。

短時間支援を既存の保健医療の仕組みに取り入れる

- すべての療養の段階で、診療録またはその他の関連する記録に、たばこの使用を必ず記録する。
- 短時間支援を既存のプライマリ・ヘルス・ケアの仕組みに取り入れる。
- 短時間支援の提供については、国内の保健医療の仕組みのすべての関連部門を巻き込む。
- 機会または必要が生じた場合には、保健医療部門以外の文化的に関連する他の場でも短時間支援を取り入れる。
- 必要に応じて、保健医療従事者がたばこ使用中止の相談に使った時間、および薬剤の費用を払い戻すことが推奨される。

たばこの使用中止の取組みが成功する可能性を高める行動

たばこの使用中止に対する支援とたばこ依存の治療の能力を創出する

- その集団に対するたばこ依存の治療事業の利用可能性と入手しやすさについて、十分情報を与えられることを確実にして、それを利用するよう奨励する。
- たばこの使用中止方法について助言を与える無料の能動的なクイットラインを創設するか、もし資源が少ない場合には、無料の受動的なクイットラインの開設から開始する。
- 効果のある薬剤がすぐにも利用可能で、入手しやすく、無料または手頃な価格である。
- 自国のまたは適切な療養基準を満たした、専門的及び包括的なたばこ依存治療事業のネットワークを確立する。

観測と評価

背景

61. 観測と評価の活動では、変化の有無を示すデータ／情報を収集することによって、介入または計画の進捗状況と影響を測定する。これには、介入および計画を定期的に見直すことが含まれる。科学的証拠は、通常は正式な研究を通じた科学的探究によって得られる証拠であるが、観測と評価を通じて得られた証拠もこれに含まれる¹⁸。
62. 観測と評価は、たばこの使用者への効果的な治療の開発と実施のために最善の方法を用いる上で不可欠である。国内的には、観測と評価は、進捗状況を測定し、必要に応じて介入を修正し改善できるようにするものであり、限りある資源を最も効率的に使用するのに役立つ。国際的には、経験の共有は、締約国が自国の戦略を調整し改善するために役立つ。
63. 観測と評価データの収集について情報提供し支援するために活用できる、国内外にいくつか

¹⁸ 科学に基づく証拠の定義については、FCTC/COP/4(7)の議決により採択された WHO FCTC 第 12 条の履行に関する指針案を参照。

のデータ収集の仕組みがある。

勧告

64. 締約国は、過程や結果の尺度を含め、すべてのたばこの使用中止とたばこ依存の治療の戦略および計画を観測および評価し、その動向を観察すべきである。WHO FCTC 第 20 条、第 21 条、第 22 条の規定に従い、締約国は情報交換を通して、他国の経験から恩恵を受けるべきである。

行動

65. 測定可能な目標を立て、必要な資源を決定し、各目標までの進捗状況が評価できる指標を見つける。
66. 自国の事情および優先事項を考慮に入れつつ、保健医療従事者と事業提供者に対して、明確に定義された指標を通して事業の状況を観測することに参加するよう奨励する。
67. 実用的かつ効果的で、有力な方法論を基に構築され、地域の事情に合った、データ収集の仕組みを用いる。

国際協力

背景

68. 締約国同士の国際協力は、WHO FCTC 第 22 条に定められた条約の義務である。たばこの使用中止とたばこ依存の治療における国際協力は、条約の履行を支持し強化するためのひとつの手段でもある。

勧告

69. 締約国は、WHO FCTC 第 20 条、第 21 条及び第 22 条の規定に従い、たばこの使用中止において最も効果的な施策を実施するため、国際的に協力すべきである。

行動

70. たばこの使用中止と治療の経験を他の締約国と共有する。これには、たばこの使用中止の支援の開発と資金提供の戦略、国の治療指針、訓練戦略、たばこ依存の治療の仕組みの評価から得たデータおよび報告などが含まれる。
71. 必要に応じて、WHO FCTC の履行に関する定期報告などの国際的な報告の仕組みを用いて、

二国間および多国間の連絡や協定を有効活用する。

72. 締約国に引き続き効果的な指導と支援を提供するために、定期的にこれらの指針を見直し、改訂する。

健 発 1 0 2 9 第 5 号
平成 2 4 年 1 0 月 2 9 日

各

都道府県知事 保健所設置市長 特別区長

 殿

厚生労働省健康局長

受動喫煙防止対策の徹底について

健康増進法（平成 1 4 年法律第 1 0 3 号）第 2 5 条に規定された受動喫煙の防止については、別添「受動喫煙防止対策について」（平成 2 2 年 2 月 2 5 日付け健発 0 2 2 5 第 2 号厚生労働省健康局長通知。以下「平成 2 2 年健康局長通知」という。）において、その必要な措置の具体的な内容及び留意点、今後の受動喫煙防止対策の基本的な方向性等を示しているところである。

受動喫煙防止対策については、平成 2 2 年 6 月 1 8 日に閣議決定された「新成長戦略」では「受動喫煙の無い職場の実現」が目標として設定され、また、平成 2 4 年 6 月 8 日に閣議決定された「がん対策推進基本計画」や平成 2 5 年度から開始される「健康日本 2 1（第二次）」では、受動喫煙に関する数値目標が盛り込まれるなど、これまで以上の受動喫煙防止対策の徹底が求められている。

このような状況を受けて、平成 2 2 年健康局長通知において示した基本的な方向性等を踏まえた受動喫煙防止対策の徹底について、改めて、関係方面への周知及び円滑な運用に御配慮をお願いしたい。

別添

健発0225第2号
平成22年2月25日

各
〔 都道府県知事
保健所設置市長
特別区長 〕 殿

厚生労働省健康局長

受動喫煙防止対策について

健康増進法（平成14年法律第103号。以下「法」という。）第25条に規定された受動喫煙の防止については、「受動喫煙防止対策について」（平成15年4月30日付け健発第0430003号厚生労働省健康局長通知。以下「旧通知」という。）において、その必要な措置の具体的な内容及び留意点を示しているところである。

その後、平成17年2月に「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」が発効し、平成19年6月から7月にかけて開催された第2回締約国会議において、「たばこの煙にさらされることからの保護に関するガイドライン」が採択されるなど、受動喫煙を取り巻く環境は変化してきている。

このような状況を受け、平成21年3月に「受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会報告書」（別添）が取りまとめられたことを踏まえ、今後の受動喫煙防止対策の基本的な方向性等について下記のとおりとするので、御了知の上、関係方面への周知及び円滑な運用に御配慮をお願いしたい。

また、職場における受動喫煙防止対策は、厚生労働省労働基準局安全衛生部において、「職場における受動喫煙防止対策に関する検討会」において、今後の方向性についての議論をしているところであり、併せてご了知いただきたい。

なお、旧通知は、本日をもって廃止する。

記

1 法第25条の規定の制定の趣旨

法第25条の規定において「学校、体育館、病院、劇場、観覧場、集会場、展示場、百貨店、事務所、官公庁施設、飲食店その他の多数の者が利用する施設を管理する者は、これらを利用する者について、受動喫煙を防止するために必要な措置を講ずるように努めなければならない」とした。また、本条において受動喫煙とは「室内又はこれに準ずる環境において、他人のたばこの煙を吸わされること」と定義した。

受動喫煙による健康への悪影響については、科学的に明らかとなっている。
注)

本条は、受動喫煙による健康への悪影響を排除するために、多数の者が利用する施設を管理する者に対し、受動喫煙を防止する措置をとる努力義務を課すこととし、これにより、国民の健康増進の観点からの受動喫煙防止の取組を積極的に推進することとしたものである。

注) 受動喫煙による健康への悪影響については、流涙、鼻閉、頭痛等の諸症状や呼吸抑制、心拍増加、血管収縮等生理学的反応等に関する知見が示されるとともに、慢性影響として、肺がんや循環器疾患等のリスクの上昇を示す疫学調査があり、IARC（国際がん研究機関）は、証拠の強さによる発がん性分類において、たばこをグループ1と分類している。

また、受動喫煙により非喫煙妊婦であっても低出生体重児の出産の発生率が上昇するという研究報告がある。

また、国際機関や米英をはじめとする諸外国における公的な総括報告においては、受動喫煙の煙中には、ニコチンや一酸化炭素など様々な有害化学物質が含まれており、乳幼児突然死症候群、子どもの呼吸器感染症や喘息発作の誘発など呼吸器疾患の原因となり、特に親の喫煙によって、子どもの咳・たんなどの呼吸器症状や呼吸機能の発達に悪影響が及ぶなど、様々な報告がなされている。

2 法第25条の規定の対象となる施設

法第25条の規定においてその対象となる施設として、学校、体育館、病院、劇場、観覧場、集会場、展示場、百貨店、事務所、官公庁施設、飲食店が明示されているが、本条における「その他の施設」は、鉄軌道駅、バスターミナル、航空旅客ターミナル、旅客船ターミナル、金融機関、美術館、博物館、社会福祉施設、商店、ホテル、旅館等の宿泊施設、屋外競技場、遊技場、娯楽施設等

多数の者が利用する施設を含むものであり、本条の趣旨にかんがみ、鉄軌道車両、バス、タクシー、航空機及び旅客船などについても「その他の施設」に含むものである。

3 今後の受動喫煙防止対策の基本的な方向性

今後の受動喫煙防止対策の基本的な方向性として、多数の者が利用する公共的な空間については、原則として全面禁煙であるべきである。一方で、全面禁煙が極めて困難な場合等においては、当面、施設の態様や利用者のニーズに応じた適切な受動喫煙防止対策を進めることとする。

また、特に、屋外であっても子どもの利用が想定される公共的な空間では、受動喫煙防止のための配慮が必要である。

4 受動喫煙防止措置の具体的方法

(1) 施設・区域における受動喫煙防止対策

全面禁煙は、受動喫煙対策として極めて有効であると考えられているため、受動喫煙防止対策の基本的な方向性として、多数の者が利用する公共的な空間については、原則として全面禁煙であるべきである。全面禁煙を行っている場所では、その旨を表示し周知を図るとともに、来客者等にも理解と協力を求める等の対応をとる必要がある。

また、少なくとも官公庁や医療施設においては、全面禁煙とすることが望ましい。

(2) 全面禁煙が極めて困難である施設・区域における受動喫煙防止対策

全面禁煙が極めて困難である場合には、施設管理者に対して、当面の間、喫煙可能区域を設定する等の受動喫煙防止対策を求めることとし、将来的には全面禁煙を目指すことを求める。

全面禁煙が極めて困難である場合においても、「分煙効果判定基準策定検討会報告書」（平成14年6月）等を参考に、喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れ出ないことはもちろんのこと、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努める必要がある。喫煙可能区域を設定した場合においては、禁煙区域と喫煙可能区域を明確に表示し、周知を図り、理解と協力を求めるとともに、喫煙可能区域に未成年者や妊婦が立ち入ることがないように、措置を講ずる必要がある。例えば、当該区域が喫煙可能区域であり、たばこの煙への曝露があり得ることを注意喚起するポスター等を掲示する等の措置が考

えられる。

5 職場における受動喫煙防止対策との連携と調和

- (1) 労働者のための受動喫煙防止措置は、「職場における喫煙対策のためのガイドライン」（平成15年5月9日付け基発第0509001号厚生労働省労働基準局長通達）に即した対策が講じられることが望ましい。
- (2) 都道府県労働局においても、職場における受動喫煙防止対策を推進していることから、法第25条に基づく施策の実施に当たっては、管内労働局との連携を図る。
- (3) 法第25条の対象となる施設の管理者は多岐にわたるが、これらの管理者を集めて受動喫煙の健康への悪影響や各地の好事例の紹介等を内容とした講習会を開催するなど、本条の趣旨等の周知徹底を図る。この際、職場における受動喫煙対策推進のための教育については、「職場における喫煙対策推進のための教育の実施について」（平成16年5月13日付け基発第0513001号厚生労働省労働基準局長通達）により都道府県労働局が推進していることに留意する。

6 その他

- (1) 平成15年度より、株式会社日本政策金融公庫（旧国民生活金融公庫）の生活衛生資金貸付の対象として、受動喫煙防止施設が追加されていることから、飲食店、旅館等の生活衛生関係営業者に対して、これを周知する。また、都道府県や市町村において、禁煙支援の保健指導、分煙方法の情報提供等を実施している場合、事業者や個人の参加をより一層促すよう努力する。
- (2) 受動喫煙防止対策を実効性をもって継続的に推進するためには、社会全体として受動喫煙防止対策に取り組むという気運を醸成することが重要である。このためにも、本通知を幅広く周知し、理解と協力を求めるとともに、健康日本21の枠組み等のもと、たばこの健康への悪影響や、禁煙を促す方法等について、さまざまな機会をとらえて普及啓発を行うなどの受動喫煙防止対策を進めていく必要がある。

(3) エビデンスに基づいた情報の発信及び普及啓発

ア 受動喫煙による健康影響に関する客観的な研究成果を活用し、受動喫煙の実態や健康への悪影響、諸外国の取組状況等について情報提供を進める。

イ 受動喫煙防止対策の推進に当たり、ニコチン代替製剤や内服薬等の禁煙補助薬による禁煙方法等の禁煙を促す情報等を提供する。

ウ たばこの健康への悪影響について普及啓発し、禁煙を促す方法等について、健康教育の一環として、地域、職域、家庭等において、関係者の対話と連携のもとで一層推進する。

特に健康被害を受けやすい乳幼児の家庭内受動喫煙防止のために、妊婦健診や両親教室など様々な機会を捉えて、禁煙とその継続を図るよう啓発する。

受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会 報告書

I はじめに

我が国の受動喫煙防止対策は、平成12年に策定された「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」において「たばこ」に関する目標の一つとして「公共の場及び職場における分煙の徹底及び効果の高い分煙に関する知識の普及」を掲げ取り組んでいるほか、平成15年から施行されている健康増進法第25条に基づき、取組を推進してきたところである。

平成17年2月には、「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」（以下「条約」という。）が発効し、平成19年6月から7月にかけて開催された第2回締約国会議において、「たばこの煙にさらされることからの保護に関するガイドライン」がコンセンサスをもって採択された。我が国も条約の締約国として、たばこ対策の一層の推進が求められている。

また、これらを受けて、公共の場や職場においても禁煙区域を設ける動きがみられてきた。

こうした背景のもと、我が国の受動喫煙防止対策について、改めて現状を把握し、基本的考え方を整理するとともに、今後の対策の方向性を示すため、受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会を開催し、平成20年3月26日より6回にわたり議論し、意見聴取を踏まえた検討を経て、報告書をまとめるに至った。

II 現況認識と基本的考え方

1. 現況認識

(1) 受動喫煙が死亡、疾病及び障害を引き起こすことは科学的に明らかであり、国際機関や米英をはじめとする諸外国における公的な総括報告において、以下が報告されている。

- ① 受動喫煙は、ヒトに対して発がん性がある化学物質や有害大気汚染物質への曝露である。¹⁾
- ② 受動喫煙の煙中には、ニコチンや一酸化炭素など様々な有害化学物質が含まれており、特にヒトへの発がん性がある化学物質であるベンゾピレン、ニトロソアミン等も含まれている。¹⁾
- ③ 受動喫煙は、乳幼児突然死症候群、子どもの呼吸器感染症や喘息発作の誘発など呼吸器疾患の原因となる。特に親の喫煙によって、子どもの咳・たんなどの呼吸器症状や呼吸機能の発達に悪影響が及ぶ。¹⁾
- ④ 受動喫煙によって、血管内皮細胞の障害や血栓形成促進の作用が認められ、

冠状動脈疾患の原因となる。¹⁾

⑤ 受動喫煙によって、急性の循環器への悪影響がある。¹⁾

また、受動喫煙を防止するため公共的な空間での喫煙を規制した国や地域から、規制後、急性心筋梗塞等の重篤な心疾患の発生が減少したとの報告が相次いでなされている。²⁾³⁾

(2) 我が国の現在の成人喫煙率は男女合わせて24.1%⁴⁾であり、非喫煙者は未成年者を含む全人口の4分の3を超えているが、受動喫煙の被害は喫煙者が少なくなれば軽減されるというものではない。たとえ喫煙者が一人であっても、その一人のたばこの煙に多くの非喫煙者が曝露されることがある。

また、家庭に子どもや妊産婦のいる割合が高い20代・30代の喫煙率は、その他の年代と比べて高く、20代では男性47.5%、女性16.7%、30代では男性55.6%、女性17.2%となっている⁴⁾。少量のたばこの煙への曝露であっても影響が大きい子どもや妊婦などが、たばこの煙に曝露されることを防止することが重要で喫煙の課題となっている。

(3) こうした中、我が国では、日本学術会議からの脱たばこ社会の実現に向けた提言⁵⁾、神奈川県公共的施設における受動喫煙防止条例の制定に向けた取組、成人識別機能付自動販売機の導入(平成20年7月より全国稼働)、JRやタクシーなど公共交通機関における受動喫煙防止対策の取組の前進など、たばこをめぐる環境が変化しつつあり、たばこ対策について国民の関心も高まってきている。

(4) 国際的には、平成17年2月に、たばこの消費及び受動喫煙が健康、社会、環境及び経済に及ぼす破壊的な影響から現在及び将来の世代を保護することを目的として、条約が発効され、第8条において、「たばこの煙にさらされることからの保護」として、受動喫煙防止に関する下記条項が明記されている。

- ・ 1 締約国は、たばこの煙にさらされることが死亡、疾病及び障害を引き起こすことが科学的証拠により明白に証明されていることを認識する。
- ・ 2 締約国は、屋内の職場、公共の輸送機関、屋内の公共の場所及び適当な場合には他の公共の場所におけるたばこの煙にさらされることからの保護を定める効果的な立法上、執行上、行政上又は他の措置を国内法によって決定された既存の国の権限の範囲内で採択し及び実施し、並びに権限のある他の当局による

当該措置の採択及び実施を積極的に促進する。

また、平成19年6月から7月にかけて開催された第2回締約国会議において「たばこの煙にさらされることからの保護に関するガイドライン」が策定されたことや各国の状況等の国際的な潮流も踏まえ、条約締約国である我が国においても受動喫煙防止対策を一層推進し、実効性の向上を図る必要がある。

2. 基本的考え方

- (1) 受動喫煙防止対策の推進に当たって、受動喫煙を含むたばこの健康への悪影響についてエビデンスに基づく正しい情報を発信し、一人ひとりがたばこの健康への悪影響について理解を深めるとともに、ニーズに合わせた効果的な普及啓発を一層推進することにより、受動喫煙防止対策があまねく国民から求められる気運を高めていくことが重要である。

また、喫煙者の喫煙の自由や権利が主張されることがあるが、喫煙者は自分の呼出煙、副流煙が周囲の者を曝露していることを認識する必要があるとともに、喫煙者の周囲の者が意図せずしてたばこの煙に曝露されることから保護されるべきであること、受動喫煙というたばこの害やリスク(他者危害)から守られるべきであることを認識する必要がある。

- (2) 今後の受動喫煙防止対策は、基本的な方向性として、多数の者が利用する公共的な空間については、原則として全面禁煙であるべきである。特に、子どもが利用する学校や医療機関などの施設をはじめ、屋外であっても、公園、遊園地や通学路などの空間においては、子どもたちへの受動喫煙の被害を防止する措置を講ずることが求められる。そのためには、国や地方公共団体はもちろんのこと、様々な分野の者や団体が取組に参画し、努力する必要がある。

- (3) 一方で、我が国の飲食店や旅館等は、中小規模の事業所が多数を占めている中で、昨今の世界的な社会経済状態の影響等も相まって、飲食店経営者や事業者等にとって、自発的な受動喫煙防止措置と営業とを両立させることが困難な場合があるとの意見がある。このような意見も考慮した上で、受動喫煙防止対策の基本的な方向性を踏まえつつ、対策を推進するためには、社会情勢の変化に応じて暫定的に喫煙可能区域を確保することもとり得る方策の一つである。

Ⅲ 今後推進すべき受動喫煙防止対策について

(施設・区域において推進すべき受動喫煙防止対策)

- (1) 国及び地方公共団体は、多数の者が利用する施設・区域のうち、全面禁煙とするべき施設・区域を示すことが必要である。例えば、その施設を利用することが不可避である、医療機関、保健センター等の住民の健康維持・増進を目的に利用される施設、官公庁、公共交通機関等が考えられる。
- (2) 国は、多数の者が利用する施設における受動喫煙防止対策の取組について、進捗状況や実態を把握する必要がある。
- (3) 施設管理者及び事業者は、多数の者が利用する施設の規模・構造、利用状況等により、全面禁煙が困難である場合においても、「分煙効果判定基準策定検討会報告書」⁶⁾等を参考に、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努める必要がある。また、将来的には全面禁煙を目指すよう努める必要がある。
- (4) 中小規模の事業所が多数を占める飲食店や旅館等では、自発的な受動喫煙防止措置と営業を両立させることが困難な場合があることに加え、利用者に公共的な空間という意識が薄いため、受動喫煙防止対策の実効性が確保し難い状況にある。しかしながら、このような状況にあっても、受動喫煙をできる限り避けたいという利用者が増えてきていることを十分考慮し、喫煙席と禁煙席の割合の表示や、喫煙場所をわかりやすく表示する等の適切な受動喫煙防止措置を講ずることにより、意図せずしてたばこの煙に曝露されることから人々を保護する必要がある。

また、国民は、受動喫煙の健康への悪影響等について十分理解し、施設内での受動喫煙防止対策や表示等を十分意識する必要がある。国及び地方公共団体等は、わかりやすい情報提供がなされるよう環境整備に努める必要がある。
- (5) 喫煙可能区域を確保した場合においては、喫煙可能区域に未成年者や妊婦が立ち入ることがないようにする措置を講ずる必要がある。例えば、その場が喫煙可能区域であり、たばこの煙への曝露があり得ることを注意喚起するポスター等を掲示する等の措置が考えられる。

また、このような場合においては、従業員についてみれば、長時間かつ長期間にわたりたばこの煙に曝露されることもあるため、従業員を健康被害から守るための対応について

検討を深める必要がある。

(エビデンスに基づく正しい情報の発信)

(6) 国内での受動喫煙防止対策に有用な、下記のような調査・研究を進める必要がある。

- ① 我が国の特殊性を考慮しながら、室内空間の変化に対応した受動喫煙による曝露状況の調査やバイオマーカー(注1)を用いた受動喫煙によるたばこの煙への曝露を評価・把握するための研究
- ② 受動喫煙曝露による生体への影響の詳細について諸外国との比較研究調査や規制によるサービス産業への経済影響に関する調査研究、これまでの研究結果を利用したメタアナリシス(注2)等
- ③ 調査・研究によって得られたエビデンスや結果を有効に発信するための仕組みに関する研究

(注1)バイオマーカー:血液や尿に含まれる生体由来の物質で、体内の生物学的変化をとらえるための指標となるもの

(注2)メタアナリシス:過去に行われた複数の研究成果を集積・統合し解析する研究手法。これにより、研究成果の信頼性の向上を図ることができる

(7) 国・地方公共団体は、これらの研究成果を活用し、受動喫煙の実態や健康への悪影響、諸外国の取組状況等について情報提供を進めることが必要である。

(8) このほか、受動喫煙防止対策の推進に当たり、ニコチン代替製剤や内服薬等の禁煙補助薬等、禁煙希望者が安くかつ楽に禁煙する方法等の禁煙を促す情報等についても発信する必要がある。特に薬局にて禁煙補助薬が入手可能になったことを広く周知する必要がある。また、「残留たばこ成分」等の新しい概念や煙の出ないいわゆる「無煙たばこ」等の新しいたばこ関連製品に関する健康影響についての情報提供も重要である。

(普及啓発の促進)

(9) たばこの健康への悪影響について普及啓発し、禁煙を促す方法等について、健康教育の一環として、地域、職域、学校、家庭等において、関係者の対話と連携のもとで一層推進する必要がある。特に健康被害を受けやすい乳幼児の家庭内受動喫煙防止

のために、妊婦健診や両親教室など様々な機会を捉えて、禁煙とその継続を図るよう啓発することが重要である。

- (10) また、保健医療従事者は、専門領域や本人の喫煙状況等にかかわらず、たばこの健康への悪影響について正確な知識を得て、健康教育、特に禁煙教育や喫煙防止教育にこれまで以上に積極的に携わっていく責務があることを自覚する必要がある。

IV 今後の課題

今後検討を行っていく必要のある課題として、以下の事項が考えられる。

- (1) 受動喫煙については、子どもや妊産婦など特に保護されるべき立場の者への悪影響が問題となっている。屋外であっても、子どもや多数の者の利用が想定される公共的な空間(例えば、公園、通学路等)での受動喫煙防止対策は重要である。しかしながら、路上喫煙禁止等の措置によって喫煙者が公園において喫煙するという状況がみられる。受動喫煙防止対策の基本的な方向性を踏まえつつ、対策を推進するために、暫定的に喫煙可能区域を確保する場合には、子どもに被害が及ばないところとする等の措置も検討する必要がある。
- (2) 職場によっては従業員本人の自由意思が表明しにくい可能性もあることも踏まえ、職場において可能な受動喫煙防止対策について検討していく必要がある。
- (3) たばこ価格・たばこ税の引上げによって喫煙率の低下を図ることは重要であり、その実現に向けて引き続き努力する必要がある。
- (4) 国、地方公共団体等の行政機関の協働・連携を図るなど、受動喫煙防止対策を実効性を持って持続的に推進するための努力を更に継続していく必要がある。
また、諸外国におけるクイットライン(電話による禁煙相談)のように手軽に活用できる禁煙支援のための方策・連携体制の構築等について検討する必要がある。
- (5) 受動喫煙の健康への悪影響について、国民や関係者が十分理解し、自ら問題意識をもって、共同体の一員として問題解決に臨む必要がある。受動喫煙防止対策を実効性をもって持続的に推進するためには、社会全体として受動喫煙防止対策に取り組むという気運を従来にも増して醸成することが重要であり、そのための効果的な方策を探ると

ともに速やかに行動に移す必要がある。

V おわりに

健康日本21や健康増進法、条約に基づき、今後とも受動喫煙防止対策を含めたたばこ対策を推進し、国民の健康増進を図る必要がある。受動喫煙防止対策は、その進捗状況及び実態を踏まえるとともに、諸外国の状況や経験を参考にしながら、更なる対策の進展に向け、関係者の参画のもとで系統的な取組を行い、評価する必要がある。

- 1) The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke “A Report of Surgeon General 2006
- 2) Glantz SA. Meta-analysis of the effects of smokefree laws on acute myocardial infarction: An update. Preventive Medicine. 2008;47:452-53
- 3) Pell JP et al. Smoke-free legislation and hospitalizations for acute coronary syndrome. N Engl J Med 2008;359:482-91
- 4) 平成20年12月25日「平成19年国民健康・栄養調査概要」:厚生労働省
- 5) 平成20年3月4日「脱タバコ社会の実現に向けて」:日本学術会議
- 6) 平成14年6月分煙効果判定基準策定検討会報告書:厚生労働省

受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会 報告書（概要）

- 基本的な方向性として、多数の者が利用する公共的な空間については、原則として全面禁煙であるべき。
- 社会情勢の変化に応じて暫定的に喫煙可能区域を確保することもとり得る方策の一つ。
- 受動喫煙を含むたばこの健康への悪影響についてエビデンスに基づく正しい情報を発信し、受動喫煙防止対策が国民から求められる気運を高めていくことが重要。
- 喫煙者は自分のたばこの煙が周囲の者を曝露していることを認識することが必要。

施設・区域において推進すべき受動喫煙防止対策

- ・ 国及び地方公共団体は、全面禁煙とするべき施設・区域を示すことが必要。
- ・ 国は、受動喫煙防止対策の取組について、進捗状況や実態を把握することが必要。
- ・ 施設管理者及び事業者は、全面禁煙が困難である場合においても、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努めることが必要。
- ・ 喫煙可能区域を確保した場合には、その区域に未成年者や妊婦が立ち入ることがないようにする措置を講ずることが必要。
- ・ 従業員を健康被害から守るための対応について検討を深めることが必要。

その他の対策

- ・ 受動喫煙防止対策に有用な調査・研究を進め、エビデンスに基づく正しい情報を発信することが必要。
- ・ 禁煙を促す情報等を発信することが必要。また、「残留たばこ成分」等の新しい概念や新しいたばこ関連製品に関する健康影響についての情報提供も重要。
- ・ たばこの健康への悪影響について普及啓発し、禁煙を促す方法等について、健康教育の一環として一層推進することが必要。
- ・ 保健医療従事者は、健康教育（特に禁煙教育や喫煙防止教育）に積極的に携わっていく責務があることを自覚することが必要。

今後の課題

- ・ 暫定的に喫煙可能区域を確保する場合には、子どもに被害が及ばないところとする等の措置も検討することが必要。
- ・ 職場における受動喫煙防止対策について検討していくことが必要。
- ・ たばこ価格・たばこ税の引上げによる喫煙率低下の実現に向けて引き続き努力することが必要。
- ・ 受動喫煙防止対策を実効性を持って持続的に推進するための努力を更に継続していくことが必要。
- ・ 社会全体として受動喫煙防止対策に取り組むという気運を従来にも増して醸成することが重要であり、そのための効果的な方策を探るとともに、速やかに行動に移すことが必要。

事務連絡
平成25年2月12日

各

都道府県
保健所設置市
特別区

 衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省健康局
がん対策・健康増進課長

受動喫煙防止対策について

健康増進法（平成14年法律第103号）第25条に規定された受動喫煙防止対策については、「受動喫煙防止対策について」（平成22年2月25日付け健発第0225第2号厚生労働省健康局長通知。以下「平成22年健康局長通知」という。）及び「受動喫煙防止対策の徹底について」（平成24年10月29日付け健発1029第5号厚生労働省健康局長通知。）により、その必要な措置の具体的な内容及び留意点を示し、特に、多数の者が利用する公共的な空間については全面禁煙を原則とした上で、全面禁煙が極めて困難である場合においても、「喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れ出ないことはもちろんのこと、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努める必要がある」と施設管理者に求めているところである。

平成22年7月30日には、「受動喫煙防止対策について」（平成22年7月30日付け厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室長事務連絡。以下「平成22年事務連絡」という。）により、施設の出入口付近にある喫煙場所の取り扱いについて周知を図ったところであるが、未だに、施設出入口付近に喫煙場所が設けられ、その結果、施設利用者が喫煙場所からのたばこの煙の曝露を受ける事例が指摘されている。

受動喫煙を防止するためには、平成22年健康局長通知の趣旨及び平成22年事務連絡に鑑みて、喫煙場所を施設の出入口から極力離すなど、必要な措置が講じられるよう、関係方面への周知及び円滑な運用に御配慮をお願いしたい。

(様式7)

厚生労働省発健 第 号
平成 年 月 日

殿

厚生労働事務次官

厚生労働省名義の使用の許可について

平成 年 月 日付けで申請のあった厚生労働省名義の使用については、下記の事項を条件として、許可します。

記

1. 厚生労働省名義の種類は、「〇〇（後援等）」とすること。
2. 貴殿は、厚生労働省名義の使用の許可に係る事項を変更しようとするときは、その申請をしなければならないこと。
3. 貴殿は、事業報告書及び収支決算書を厚生労働省〇〇局〇〇課に提出しなければならないこと。
4. 厚生労働省〇〇局〇〇課は、貴殿の行為が厚生労働省名義の使用の許可の趣旨に反すると認めたときは、貴殿に対し、その是正を勧告することができること。
5. 厚生労働省〇〇局〇〇課は、貴殿が4の勧告に従わないときは、厚生労働省名義の使用の許可を取り消すことができること。
6. 健康増進法第25条の規定に鑑み、原則、多数の者が利用する公共的な空間については、全面禁煙とすること。全面禁煙が極めて困難な場合等においては、施設の態様や利用者のニーズに応じて、適切な受動喫煙防止対策を講じるよう努めること。

編著者

- 平成 23 年度および 24 年度厚生労働科学研究費補助金 第 3 次対がん総合戦略研究事業
「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」 研究班
「健診等の保健事業の場における禁煙支援のための指導者用学習教材」 作成担当¹

中村 正和	大阪がん循環器病予防センター予防推進部
増居 志津子	大阪がん循環器病予防センター予防推進部
大島 明	大阪府立成人病センターがん相談支援センター
飯田 真美	岐阜県総合医療センター内科
加藤 正隆	医療法人かとうクリニック
川合 厚子	社会医療法人公徳会トータルヘルスクリニック
繁田 正子	京都府立医科大学医学研究科地域保健医療疫学
田中 英夫	愛知県がんセンター研究所疫学・予防部
谷口 千枝	国立病院機構名古屋医療センター
野村 英樹	杏林大学医学部総合医療学教室

- 厚生労働省 健康局 がん対策・健康増進課（編纂時（平成 25 年 3 月現在））

宮寄 雅則	課長
望月 友美子	医療技術参与
野田 博之	たばこ対策専門官
藤本 昭彦	健康情報管理係長

¹本マニュアルは、平成 23 年度および 24 年度厚生労働科学研究費第 3 次対がん総合戦略研究事業（研究代表者 中村正和）において作成された「健診等の保健事業の場における禁煙支援のための指導者用学習教材」を元に、厚生労働省健康局がん対策・健康増進課が編著した。

禁煙支援マニュアル（第二版）

平成 25 年 4 月 1 日発行

発行／編集 厚生労働省 健康局 がん対策・健康増進課

〒100-8916 東京都千代田区霞が関 1 丁目 2-2

厚生労働省健康局がん対策・健康増進課編. 禁煙支援マニュアル（第二版）. 東京(日本): 厚生労働省健康局がん対策・健康増進課. 2013 年

Ministry of Health, Labour and Welfare, Health Service Bureau, Cancer Control and Health Promotion Division, ed. Manual for Smoking Sessation Support (The second edition). Tokyo (Japan): Ministry of Health, Labour and Welfare, Health Service Bureau, Cancer Control and Health Promotion Division. 2013