

我が国のクイットライン(禁煙電話相談)事業のあり方について(中間報告)¹

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
クイットライン(禁煙電話相談)事業 専門家パネル²

¹ 本中間報告は、国立がん研究センターがん対策情報センターに設置された「クイットライン(禁煙電話相談)事業専門家パネル」の討議(2013年2月25日)を踏まえ、パネル事務局の同たばこ政策研究部の文責でまとめたものである。

² パネルメンバー: 天貝賢二 茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター消化器内科部長、田中英夫 愛知県がんセンター研究所 疫学部長、田淵貴大 大阪府立成人病センターがん予防情報センター 企画調査課主査、中村正和 大阪がん循環器病予防センター予防推進部長。事務局: 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部長。オブザーバー: 野田博之 厚生労働省健康局がん対策・健康増進課たばこ対策専門官。

はじめに

2012年6月に閣議決定された「がん対策推進基本計画」の中で初めて、2022年までの10年間に成人の喫煙率を19.5%から12%に削減する、という数値目標が具体的に掲げられた。これを受け、厚生労働省による平成25年度の概算要求の中で新規の取り組みとして、「禁煙対策の強化」という項目が加えられている。

わが国は、WHO たばこ規制枠組条約(WHO Framework Convention on Tobacco Control: WHO FCTC)の締約国であるが、FCTC 第14条では、すべての締約国に対して、たばこ使用の中止(禁煙)とたばこへの習慣性/依存(たばこ依存症)の適切な治療を推進するために、有効策を取ることを義務付けている。同条の実施ガイドラインが提示する主要な有効策を履行することが奨励されており、その一つに無料の禁煙電話相談(以下、クイットライン)がある。

ガイドラインの内容と、わが国における保健医療制度やたばこへの依存治療・行動支援(禁煙支援)の実態を踏まえると、既存のインフラを活用できるクイットラインは、日本にとって最も費用効果の高いサービスであると位置づけられる。同時に、本サービスを通して既存の制度や関係機関との連携、さらに禁煙支援の人材のネットワーク化を図ることにより、この取り組みが禁煙支援活動の機運を高めるPR的役割を果たすことも期待できる。

本パネルは、この事業を全国規模で展開することを見据え、現在全国に点在している禁煙支援サービスを結びつけ、具体的な道筋を示すことをその存在意義としたい。その中で、関係者の参画、役割分担とニーズを検討しながら、我が国において実現可能、かつ効果的なクイットライン・モデルを構築することを活動目的とする。

1. 背景

世界保健機関は、たばこの使用中止を推進する(禁煙支援)取り組みとして、i) 医療や健診などにおけるたばこの使用中止(禁煙)のアドバイスや情報提供、ii) 医療機関で行われる禁煙治療が身近で経済負担が少なく利用できること、iii) 利用しやすい無料のクイットラインの3つを挙げている。うち、わが国では前者2項目についてはすでに実施されており、禁煙治療については2006年より一定条件下で健康保険が適用されている。また、特定健診の場での禁煙のアドバイスや情報提供が2013年度から強化されることから、3番目のクイットラインの創設・整備はこれらに続く、日本が取り組むべき禁煙支援制度として位置づけることができる。

WHOの調査によると、53ヶ国で禁煙支援事業を比較した場合、禁煙治療の保険適用など「医療制度との連携」があると答えたのは2010年時点で11ヶ国であり、日本はこの点において既に医療インフラが整備

されている。また、わが国では健診が広く地域や職域で実施されており、健診時における禁煙のアドバイスとクイットラインが緊密に連携することで、集団レベルでの禁煙率の向上に貢献することが期待される。これらの特徴および現状を踏まえると、全国に15,000施設以上ある禁煙外来のインフラと、禁煙外来をはじめ、地域や職域等で禁煙支援に関わる専門職の存在、という2点が、日本でのクイットラインをコスト効率良く成功に導く上での特徴として浮かび上がる。

厚生労働省は、平成25年度のがん診療連携拠点病院強化事業として、33億円を要求しているが、その中で、支援事業のメニューの一つとして、クイットライン予算が新たに設けられている。本パネルは、日本版クイットラインの継続的事業運営を目指し、国からの予算配分を強く望むと同時に、現状に即したクイットライン制度の整備を急務と考える。

2. クイットラインの目的

現行のたばこ対策の実態を俯瞰すると、拠点病院における敷地内禁煙の実施率や、禁煙外来の実施率など、地域での制度・設備、提供サービスの格差が浮き彫りになる。また、地域によって、禁煙希望者ならびに医療や行政などサービス提供側が求める情報も、ニーズも異なることが把握できる。全国に点在している現状の制度だけでは、潜在的に成人で800万人存在するとされる「禁煙希望者」に対応しきれないのも実情である。

たばこ対策促進事業(禁煙支援や受動喫煙防止対策等を行う自治体への支援)とクイットライン事業の協働を実現する際、都道府県の行政担当者、拠点病院の担当者との連携が鍵となる。厚生労働省事業と連動して推進するクイットラインには、以下の2つの役割が期待される。

a) 意欲的な拠点病院が率先して専門的スキルを持つボランティアなどを登用し、禁煙希望者を地域のインフラやさまざまなサービスと結びつける地域のコーディネーション

機能。

b) 喫煙者等に対してたばこの害について共通の認識を周知させ、禁煙への気運を高め、禁煙希望者へのはたらきかけと禁煙希望者からのアクセスの両方を活性化する役割。

3. 対象

日本の実情に即したクイットラインを展開していく際に、禁煙希望者へのサポートと、たばこ対策促進事業を担当する地域・職域の専門職へのサポートの2つの側面からのサポートを念頭に置く必要がある。また、行政だけではなく地域すべてのステークホルダーが連動して活動していく体制が望ましい。

また、リソースを効率良く配分するためには、クイットライン事業を立ち上げ、盛り上げていく中で、どれだけの対象集団をターゲットとするのか、どれだけの需要を創出できるのかを把握するニーズアセスメントが必要である。

4. 実施方法

公衆衛生的なモデルと、施設中心の臨床的モデルの二通りが考えられ、どちらのモデルに主軸を置くかが論点となる。当パネルでは、国からの予算配分に際して医療施設頭割り各病院一律な分配を考える臨床モデルよりも、ニーズと意欲のある施設により多く予算配分し、地方自治体と連携して、地域全体の禁煙ムードを高める公衆衛生的モデルを優先して発展させることを、日本の事情に即したクイットラインの展開として提案する。この展開ならば禁煙希望者も電話をかけやすく、受け入れ側も既存のインフラや人材を効率良く活用できると分析できる。

公衆衛生モデルを前面に押し出すには、クイットラインの電話番号表示や利用する喫煙者数や禁煙成功率等の数値目標の設定を、都道府県単位などに集約させる必要がある。各自治体での協議会設置など、ある程度都道府県の担当者の裁量に任せるこ

とで、地域の拠点病院と行政とが協力し、個人情報開示の許容範囲に照らしながら、がん検診や健康診断の機会に患者を誘導・紹介する連携を密に行えるローカルな体制を目指すことができる。

クイットラインに従事する専門支援の担当者には、地域のコーディネーションと実際のカウンセリングの技能の両方が求められる。人材教育については、都道府県がたばこ対策事業の一環として行政担当者を育成していくと同時に、国立がん研究センターが率先してがん拠点病院に対する教育を行うという、役割分担の連携が考えられる。

日本版のクイットラインではさらに、禁煙の相談者からのほたらきかけによって受け入れ側が動く(「リアクティブ」<受動的>)ではなく、医療施設・事業側主導で禁煙希望者に働きかける「プロアクティブ<能動的>」な活動に重点を置くことを特に強調したい。能動的クイットラインでは、医療や健診などでの禁煙の働きかけによって動機が高まり支援を受け入れやすくなっている喫煙者に、フォローアップを含めた禁煙支援を能動的に行うため、禁煙率の向上が見込める。運営側にとってもカウンセラーの労働量が管理しやすく、対象者にとって都合の良い時間に電話をかけて対応するなど、効率の良い事業運営が期待できる。

能動的な活動に軸足を置きながら、受動的な活動を推進するモデルを考えた場合、後述のオーストラリアでの事例にもあるように、クイットライン電話番号のたばこパッケージ上への記載など、費用効果の高いメディア活動が受動的な活動を支える。しかし、パッケージへの番号記載は、全国統一の番号の場合に限られ、また現行のたばこ事業法との関係で、財務省との協議が必要である。

低コストの需要創出戦略活動には、(全国一律ではない)地域に根ざしたローカルメディアを活用したクイットライン電話番号の周知とともに、低コストのソーシャル・メディアによるキャンペーン活動などが挙げられる。国立がん研究センターが近年着手した

取り組みに、たばこをテーマとした Ustream の番組があり、発足から 1 年で 1 万人の視聴を達成した実績がある。こうした低コストメディアをローカルなメディア活動と位置付け、地域の現場からの情報発信の場とするなど、公衆衛生モデルにおける地域ベースの推進ツールとしての有効活用が今後も期待できる。

禁煙希望者層(年齢・性別・妊婦など)のセグメンテーション、ニーズアセスメントを確実に行うことで、資金が潤沢なたばこ産業に対抗しうる、効率の良いメディア活動が展開できる。たとえば、たばこ産業が特に照準を合わせている顧客層である 20 代前半までの喫煙者はたばこへの依存性がまだ低いため、電話という弱い介入でもたばこの使用中止が見込める。また、クイットラインのボランティアカウンセラーへの大学生の配備や教育カリキュラムへの組み入れなど、大学と連携した取り組みや、妊婦対策として産婦人科との連携など、メリハリのある PR 戦略検討の余地は数多く残されている。

5. 評価方法

一律の事業評価は難しいが、検討すべき評価項目として下記の項目が挙げられる。

①量的評価:

- 地域指標 成人喫煙率
- 禁煙希望者の割合、年間禁煙試行者率や年間禁煙率
- 禁煙治療や禁煙補助薬の利用割合(年間禁煙試行者を対象)
- クイットラインのサービス状況のモニタリングとデータ評価
- 利用者数、利用者の禁煙率など

②質的評価

- 喫煙の悪影響や禁煙支援対策に関する意識向上(全国・地域)
- 地域講習会開催など、地域別に掘り起こしたニーズ対応 など

6. 参考(諸外国の事例)

<クイットラインの要員>

韓国:国立がん研究所(NCC)で全国クイッ

トラインサービスを実施、専属のソーシャルワーカーやカウンセラー資格を持つスタッフが従事。

ドイツ:ドイツがんセンター(DKFZ)が実施、医師ボランティアを登用。看護師、ソーシャルワーカー、薬剤師といった専門職ボランティアを起用した中で、ボランティアドクターの効率が最も優れていることが分かった。

<クイットライン運営の現状>

クイットライン設置済みのWHO加盟国34ヶ国:

- クイットラインサービスが、人口の75%~100%をカバー。
- 半数の国において、財源は政府。
- 無料、または安価なニコチン治療薬を提供しているのは5ヶ国。
- 能動(プロアクティブ)コールのみ、あるいは、能動+受動(リアクティブ)コールの組み合わせ。受動コールだけの国はない。

アメリカ:州ごとにさまざまなクイットラインがニーズに合わせて混在。国立がん研究所(NCI)とアメリカがん協会(ACS)が全国的に共同実施。

韓国:10年前から事業として実施。健康保険適用対象外。公衆衛生モデルではなく、能動的な個別支援に軸足を置く。クイットラインのサービスを受けている人数ならびに、コール数は多くないが、マンツーマンで集中的に高頻度のフォローアップをしている。受動的な電話を受けて患者登録し、能動的に患者を追いかけている。近々、クイットラインの電話番号がたばこパッケージに記載される。

<需要創出戦略と効果:オーストラリア>

オーストラリア:

すべてのたばこパッケージに国の禁煙電話相談の電話番号を記載している。また、禁煙電話相談の電話番号を目立つ場所に表示することが、法律で義務付けられている。政府や地方自治体による禁煙広告にもすべて、クイットラインの電話番号が記載されている。

禁煙キャンペーンが実施された1年間であっても、クイットラインに電話をかけたオーストラリアの成人喫煙者は、全体の3.6%に過ぎなかった。この数値は一見、小さい割合に見えるが、通常、ダイレクトメールの反応率が1-2%であることを考えると、決して悪い数字ではない。電話をかけてこなかった97%がまったく変化を起こさなかったか、といったら、そうではなく、必ずしも禁煙に導けなかったとしても、禁煙対策についてのPR効果は果たしたはずである。

<財源確保>

韓国:たばこ税が基金化され、がんセンターが潤沢な資金と陣営で運営。着々と、インフラが整備されている。

その他の国々のクイットライン財源については、調査中である。

おわりに

2022年までに成人喫煙率を12%にまで削減すると同時に、日本人の死亡原因の中でも大きな割合を占め続けている喫煙問題への意識を高めることが、わが国公衆衛生上の最重要課題である。本専門家パネル報告書「我が国のクイットライン(禁煙電話相談)事業のあり方について」では、日本の実情に即した費用効果の高いクイットラインとして、既存の制度や人材を有効活用できる、公衆衛生モデルに軸足を置いた展開を提言した。

行政と医療担当者が連携し、禁煙希望者にとってアクセスしやすいクイットラインを整備することは、WHO FCTC 締約国としての緊急課題である。これは、全国一律な予算配分では果たし得ず、地域、拠点病院のニーズに合わせた予算支援を行うことで、実現可能である。厚生労働省の事業として日本版クイットラインが発足し、全国に点在する禁煙支援サービスを結びつける継続的事業として発展することが、2022年までの10年間に強く望まれる。