

健診現場での禁煙支援 短時間で効果, 普及を

喫煙は多くの疾患の原因や進行に関与しており、2006年わが国でも禁煙治療が保険適用になった。東京都で開かれた第39回日本総合健診医学会(大会長=東京医科大学臨床検査医学講座・福武勝幸主任教授)のシンポジウム「禁煙指導：一人でも多くの成功者を」(司会=京都工場保健会診療所・武田和夫診療所長, 日本大学総合健診センター・久代登志男所長)では、健診現場での禁煙支援の効果が報告され、普及が奨励された。

健診部門から禁煙支援を普及させる

京都府立医科大学大学院地域保健医療疫学の繁田正子講師は、健診現場での禁煙支援を紹介。「総合健診が対象とする疾患の原因や進行にたばこが関連していることが多く、健診現場での効果的で負担のない禁煙支援は多くを救命できるため、普及させてほしい」と述べた。

1年後の禁煙率8%

京都第一赤十字病院健診センターでは、5つのA(Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange)を基本に、20年間、禁煙支援を実施してきた。方法は、①喫煙に関する自記式問診票で詳しい問診を取り、待合室にはポスターや視覚教材を置き、禁煙の重要性を訴える②内科診察時に、医師が1～3分で受診者の禁煙の関心度をつかみ、それに応じて助言する③保健指導時には、看護職や栄養士が禁煙支援のための助言と資料提供を行う④2週間後のドック結果送付時には、禁煙支援の印刷物の

コメントを添えて同封する。

1995～99年の同院での禁煙支援1年後の禁煙率は、呼吸器外来、胸部CT検診、健診結果説明日(対象はそれぞれ100人程度)の介入で約20%、ドック当日(対象は500～1,000人)の介入で約8%であったが、実際の禁煙者数はドック当日が最も多かった。

また、2007年8月～08年7月に同健診センターを受診した男性喫煙者1,056人の1年後の禁煙率は、医師のみの介入で3.7%、医師+看護職の介入で7.2%、医師+栄養士の介入で8.8%だった。

たばこ対策を地域で包括的、総合的に行うには、①禁煙推進②受動喫煙対策③若年での喫煙開始の防止④喫煙者の特徴を見つけて禁煙させるの4つが必要だとされる。繁田講師は「健診における禁煙推進は4本柱の1本で、非常に重要な役割を果たす。禁煙支援は喫煙者を減らし、確実に救命できるため、健診部門で普及させてほしい」と述べた。

健診現場で禁煙治療の推奨, 支援を

大阪府立健康科学センター健康生活推進部の中村正和部長は、禁煙治療は効率的に救命できる医療であるため、医療従事者は個人では禁煙を推奨する声かけ・支援を行い、学会では禁煙宣言をして会員・社会に働きかけていくべきと述べた。

短時間でも効果的

禁煙治療は2006年4月に「ニコチ

ン依存症管理料」(カウンセリングと薬物療法による12週間、5回の指導)が保険適用になり、届出医療機関が1万施設を超えたが(2011年1月26日現在1万1,863施設)、まだ全国の病院の2割、診療所の1割にすぎない。

中央社会保険医療協議会(中医協)が行った禁煙治療の効果検証では、全体で約3割が長期間の禁煙に成功している。また、禁煙治療による生涯禁煙率を20%

とすると、10人の禁煙治療を行えば1人の早期死亡が予防できることになる。

2009年度厚生労働科学第3次対がん研究・中村班の結果、禁煙治療は乳がん検診などの予防プログラムと比べて経済効率性に優れていることが示された(図)が、禁煙試行者のうち禁煙

治療を利用したのは約1割にすぎなかった。

中村部長は禁煙支援・治療の今後の課題として、精神疾患患者への治療期間延長、入院患者・若年者への適用、健診での禁煙勧奨の制度化、無料電話相談サービス、届出医療機関の増加、指導者トレーニングの体制づくりなどを挙げた。

同部長らは、健診当日に、すべての喫煙者に禁煙情報を提供することを義務付け、禁煙したい人には医療機関での保険治療を勧めることを施策に導入するように提言しており、

看護職による禁煙支援は短時間でも効果

名古屋医療センター禁煙外来専任看護師の谷口千枝氏は、同外来で看護職が行っている禁煙カウンセリングについて報告。看護職による禁煙支援は短時間でも効果があるため、積極的に取り組むことを推奨した。

無関心期の禁煙達成者は多い

同外来は2003年9月に開設し、2006年6月1日からニコチン依存症管理料算定を開始した。医師がニコチン依存度の判定、検査・検査結果の説明、基礎疾患からの動機付け、ニコチン依存度に合わせた処方を行い、その後、看護職が個別の禁煙カウンセリングを行う。例えば、行動科学に基づいたステージ変容モデルでは、行動の準備性を①無関心期②関心期③準備期④実行期⑤維持期の5段階に分類し、各段階の特徴に合わせた支援を行っていく。

無関心期に受診者は、認知的不協和によるストレスを回避するため、認知をゆがめ、医療者の助言に抵抗を示す。この段階では、いつか禁煙したくなったときに役立つ情報を提供する。関心期は喫煙継続と禁煙実行の両方に価値を置いている段階であるため、喫煙のリスクとともに禁

健診現場での診察担当医による禁煙介入は短時間でも効果があるので、特定健診などの見直し時に加えるよう働きかけている。

禁煙治療・支援に従事する指導者トレーニングとして、日本禁煙医師歯科医師連盟がeラーニングプログラムを開発。禁煙治療版は既に完成、全国展開している。今後さらに禁煙支援版を開発し、健診従事者、地域・職域の指導者、薬局・薬店の薬剤師に利用してもらいたいという。

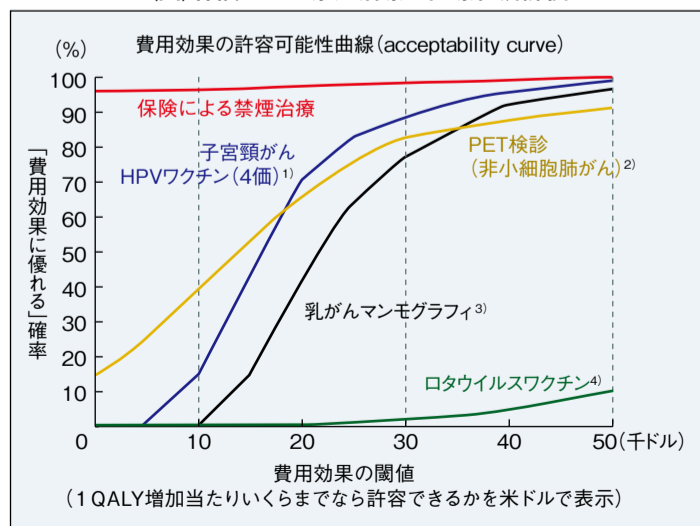
学会としては2010年の「禁煙宣言」を踏まえて、会員が禁煙支援・治療に取り組むように働きかけるのと同時に、他学会と連携して行政に対し「健診での禁煙勧奨・支援の強化」を政策提言していくべきと指摘した。

煙のメリットを説明し、動機を強化する。準備期は禁煙を決心している段階であるため、自信の強化と具体的な禁煙法を指導する。実行期は実際に頑張っているが時々不安になる段階のため、自信の強化を継続するとともに、人間関係を構築して、頑張りを褒める。維持期は喫煙しないことが普通になり、自立している段階であるが、サポートが必要なきにはいつでもサポートが受けられることを示す。

2006年にある企業の喫煙者1,290人の禁煙準備性を調べたところ、無関心期944人(73%)、関心期304人(24%)、準備期42人(3%)で、無関心期の割合が最も多かった。これらに簡易的な禁煙支援を実施した3年後の禁煙成功率は、準備期31.6%、関心期19.3%、無関心期9.8%だったが、実際の禁煙者数は、それぞれ9人、52人、72人と、無関心期が最も多かったことから、無関心期でも介入する意義が十分あることが分かる。

谷口氏は「看護職の禁煙介入は何もしない場合に比べ1.5倍効果があることが報告されている。失敗を恐れずに、短時間でも禁煙支援をすることを推奨している」と述べた。

〈図〉保険による禁煙治療の医療経済評価



1) Brisson M, et al. Vaccine 2007; 25: 5399-5408

2) Centre for health economics research and evaluation, オーストラリア

3) 大貫ら(日本乳癌検診学会誌 1997)のデータを用いて推定

4) 五十嵐ら: ISPOR Europe 2009

(2009年度厚生労働科学第3次対がん研究・中村班)