

日常診療の場で短時間でできる 禁煙の効果的な働きかけ

Ask

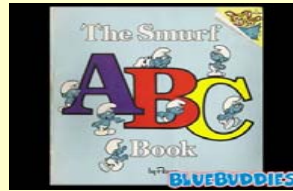
喫煙状況の把握

Brief advice

簡易なアドバイス

Cessation support

禁煙実行の支援



大阪府立健康科学センター
健康生活推進部 中村正和

日常診療の場での禁煙の推進

診療や健診の場での
禁煙の働きかけ



保険による
禁煙治療

Ask（喫煙状況の把握）

Brief advice（簡易なアドバイス）

Cessation support

（禁煙実行の支援）

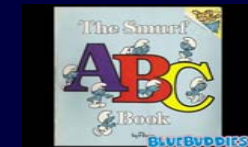
喫煙状況に関する問診項目に関する提案

- Q1. 現在(この1ヵ月間)、タバコを吸っていますか？ はい いいえ
以下の質問は、Q1で「はい」と回答した人のみお答え下さい。
- Q2. 吸い始めてからの総本数は100本以上ですか？ はい いいえ
- Q3. 6ヵ月以上吸っていますか？ はい いいえ
- Q4. 1日に平均して何本タバコを吸いますか？ 1日()本
- Q5. 朝目覚めてからどのくらいたって1本目のタバコを吸いますか？
5分以内 6～30分 31～60分 61分以上
- Q6. 習慣的にタバコを吸うようになってから何年間タバコを吸っていますか？ ()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、直ちに禁煙する考えはない
直ちに禁煙しようと考えている
- Q8. 今までタバコをやめたことがありますか？
ある()回、最長()年間/ ()ヵ月間 なし
- Q9. もし2週間以内に完全に禁煙すると決心したとして、どのくらい禁煙に成功する自信がありますか？
ほとんどない 少しだけある かなりある

(注)Q1～3は、特定健診において必要な喫煙に関する問診項目

禁煙の効果的な声かけ

Brief advice(簡易なアドバイス)



1. 禁煙の重要性を伝える

※禁煙すべきであることを「はっきり」と伝える

※禁煙が「重要かつ優先順位が高い健康課題である」ことを強調する

※喫煙の健康影響、禁煙の効果について「個別的に」情報提供する

2. 禁煙の解決策を提案する

※自力で禁煙するよりも、禁煙補助剤や禁煙外来を利用した方が
「楽に」「より確実に」「費用もあまりかからずに」禁煙できる
ことを伝える

禁煙の重要性を伝える

・病歴：喫煙関連疾患

糖尿病、脳血管障害（脳梗塞、SAH）、虚血性心疾患（異型狭心症を含む）、消化性潰瘍、COPDなど

・検査異常

脂質系（HDL↓、LDL↑、TG↑）、糖代謝（血糖↑）
多血症（RBC↑、Hb↑）、白血球増多（WBC↑）

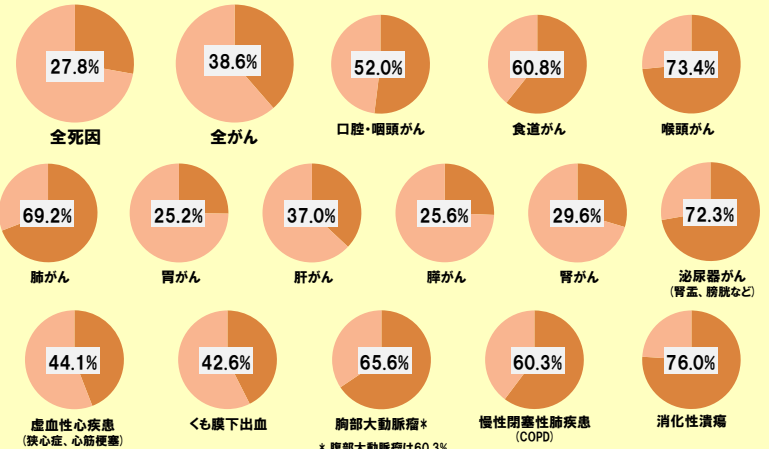
※メタボリック・シンドローム

・自覚症状

呼吸器系（咳、痰、息切れ）など、喫煙関連症状

（注）何も該当しない場合の対応

喫煙が原因として占める割合(男性の成績)



(Katanoda K, et al: J Epidemiol, 18: 251-264, 2008)

喫煙と大腸がんの関係

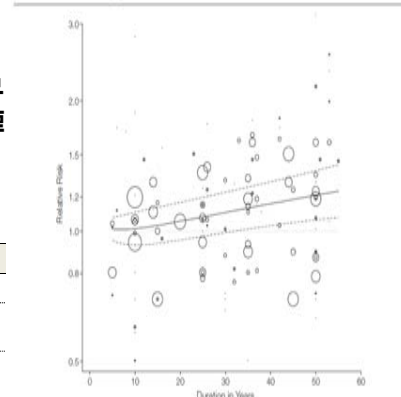
(Botteri E, et al, JAMA 300: 2765-2778, 2008)

- 罹患、死亡とも有意にリスクの上昇
- 有意の喫煙本数、喫煙本数×喫煙年数と量反応関係
- 喫煙年数が30年以上で有意にリスクの上昇

	罹患リスク	死亡リスク
研究数	26	17
全部位	1.18 (1.11-1.25)	1.25 (1.14-1.37)
結腸	1.12 (1.04-1.21)	1.20 (1.04-1.40)
直腸	1.25 (1.14-1.38)	1.40 (1.19-1.65)

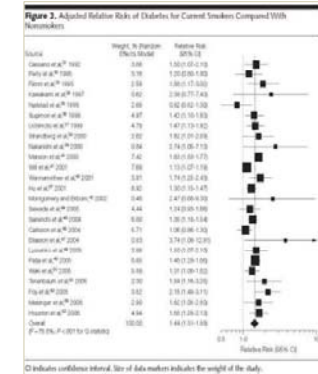
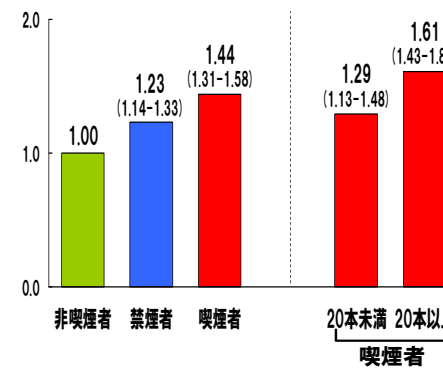
（注）非喫煙者を基準とした現在喫煙者+過去喫煙者のリスク

Figure 3. Dose-Response Relationship Between Relative Risk of Colorectal Cancer Incidence and Duration of Smoking

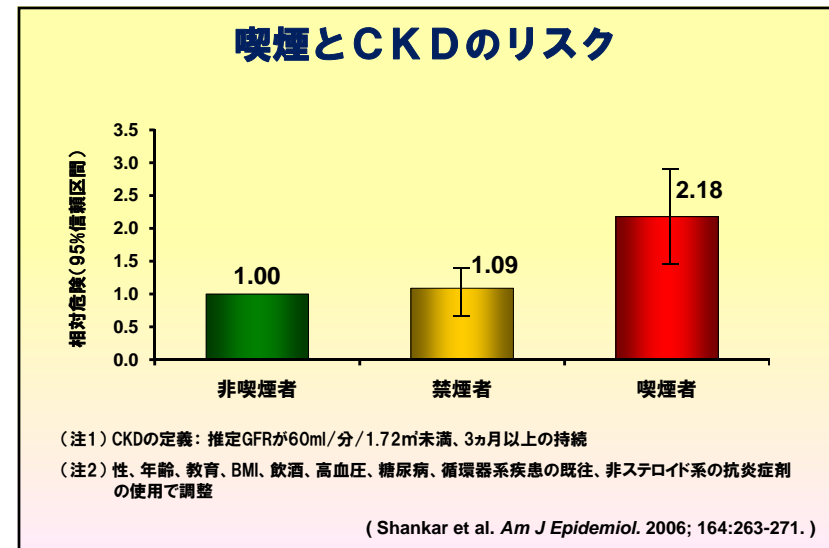
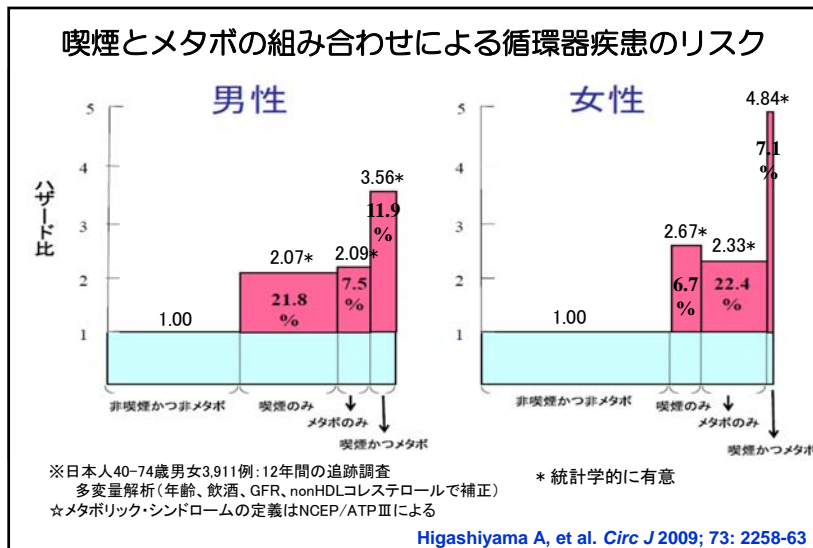
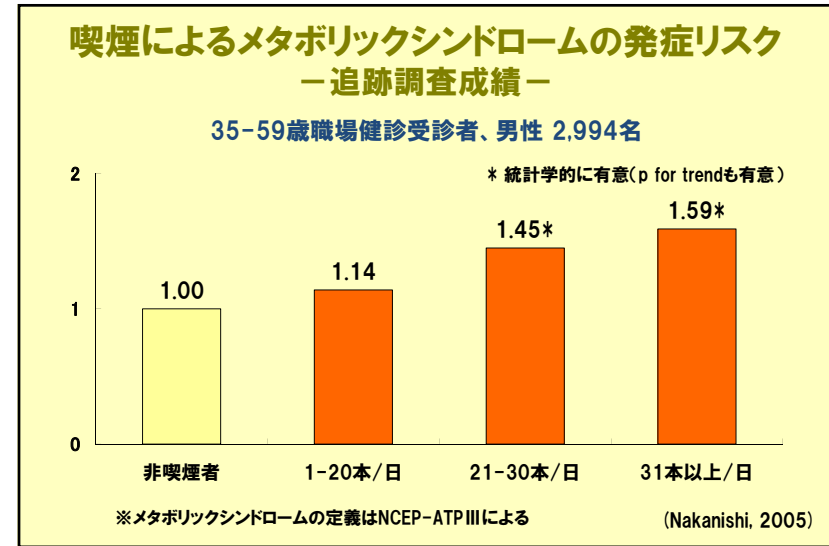
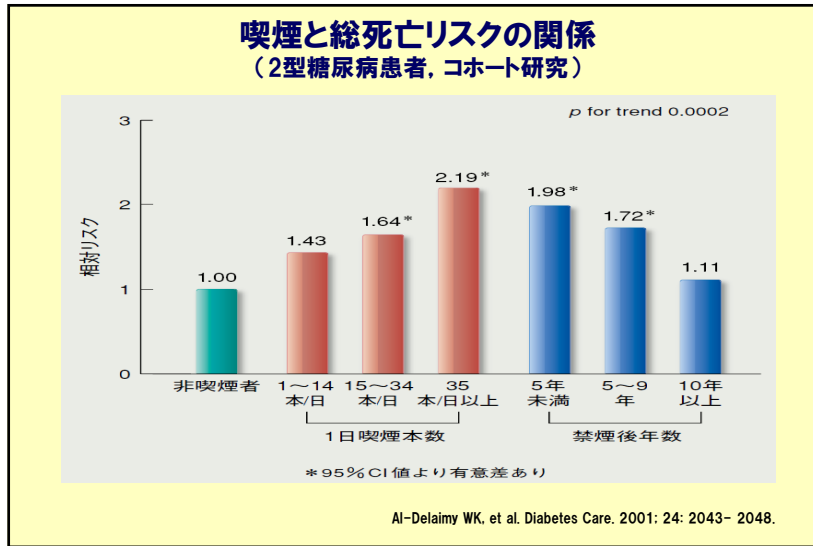


The relationship is modeled by a second-order fractional polynomial (dark line). Model-based 95% confidence intervals are also reported (dashed lines). Circles present the duration-specific relative risk estimates reported in each study (>1 point estimate per study). The area of each circle is proportional to the precision (ie, inverse variance) of the relative risk. The dotted line represents the null hypothesis of no association. The vertical axis is on a log scale.

喫煙状況別にみた糖尿病の発症リスク 25のコホート研究のメタアナリシスの結果



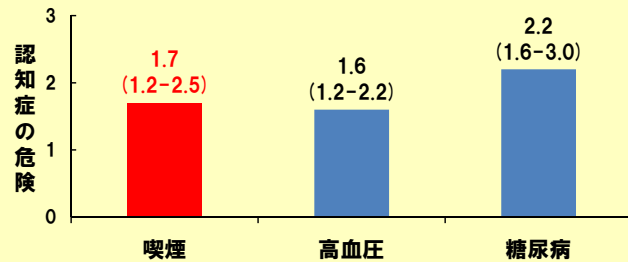
(Willi C, et al. JAMA 298: 2654-2664, 2007)



喫煙と認知症

喫煙すると認知症にかかりやすくなる

- 脳動脈硬化性認知症
- アルツハイマー病

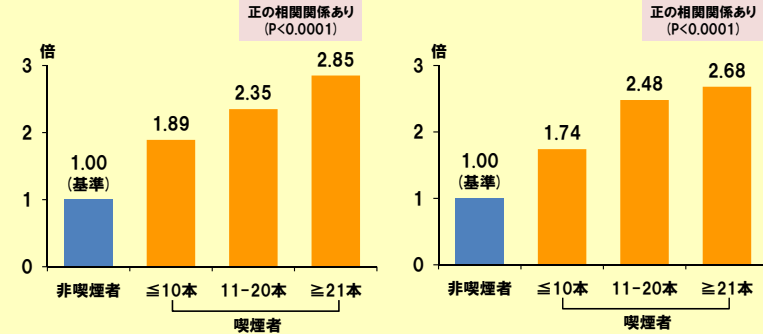


(Alonso, A., et al: J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2009, in press)

喫煙とインフルエンザ

罹患のリスク

重症化のリスク



出典: Kark JD, et al. The New England Journal of Medicine. 307: 1042-1046, 1982

精神障害者が禁煙することのメリット

1. 薬物依存症からの解放
2. 喫煙による身体合併症の予防・悪化防止
3. 精神症状の安定化
(但し禁煙中は一時的に悪化する場合あり)
4. 薬剤減量、副作用減少の可能性
5. 経済的な負担の軽減
6. QOLの向上

禁煙による血中濃度上昇が予想される精神科薬剤

CYP1A2やグルクロン酸トランスフェラーゼなどにより代謝される薬剤 ()内は主な商品名

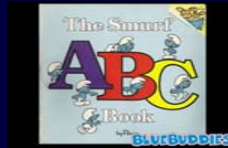
種類	薬剤名
向精神薬	クロルプロマジン(コントミン、ウインタミン)、フルフェナジン(フルメジン)、ハロペリドール(セレネース)、オランザピン(ジプレキサ)
抗うつ薬	アミトリプチリン(トリプタノール)、イミプラミン(トフラニール)、クロミプラミン(アナフラニール)、ノルトリプチリン(ノルトレン)、フルボキサミン(デプロメール、ルボックス)
抗不安薬	ジアゼパム(ホリゾン、セルシン)、アルプラゾラム(コンスタン、ソラナックス)、ロラゼパム(ワイパックス)
その他	βブロッカー フロプラノロール(インデラル)
	気管支拡張薬 アミノフィリン(ネオフィリン)、テオフィリン(テオドール、スローピット)

(注) 禁煙による血中濃度上昇がないと予想される向精神薬
リスベリドン(リスバダール)、アリピプラゾール(エビリファイ)、クエチアピン(セロクエル)

出典 1. 戸田 純子:禁煙指導各論 薬局などで 日本禁煙学会編, 禁煙学, 南山堂, 東京.p.106, 2007
2. 加瀬 正人編:タバコ病辞典 実践社

禁煙の効果的な声かけ

Brief advice (簡易なアドバイス)



1. 禁煙の重要性を伝える

- ※禁煙すべきであることを「はっきり」と伝える
- ※禁煙が「重要かつ優先順位が高い健康課題である」ことを強調する
- ※喫煙の健康影響、禁煙の効果について「個別的に」情報提供する

2. 禁煙の解決策を提案する

- ※自力で禁煙するよりも、禁煙補助剤や禁煙外来を利用した方が「楽に」「より確実に」「費用もあまりかからずに」禁煙できることを伝える

禁煙を手助けする薬剤の情報提供が重要!

■ 禁煙しようと思っている、または関心がある場合

「禁煙するなら**禁煙の薬**を使うと**結構楽に**、しかも**確実に**禁煙ができますよ。私達は水曜日午後に禁煙外来を実施していますが、皆さん禁煙の薬を使ってうまく禁煙されています。しかも保険で禁煙治療が受けられるようになって**1-2ヵ月分程度のたばこ代**で治療が受けられるようになりました。お知り合いの医療機関や産業医の先生に相談して処方してもらって下さい。」

■ 禁煙に関心がない場合

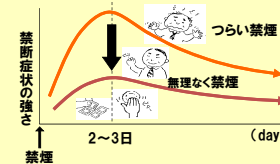
「今のところ、禁煙に関心をお持ちでないようですが、**今後禁煙しようと思われた場合に**、これからお話しすることを覚えておかれるときっと役にたつと思いますよ。それは、禁煙する際には自力でなく、**禁煙の薬**を使うと、**結構楽に禁煙できる**ということなんです。私達は水曜日午後に禁煙外来を実施していますが、皆さん禁煙の薬を使ってうまく禁煙されています。しかも保険で禁煙治療が受けられるようになって**1-2ヵ月分程度のたばこ代**で治療が受けられるようになりました。今後禁煙する時のために覚えておかれるといいですよ。」

「禁煙力」を高めるための方法



禁煙の補助剤や治療を受けると

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: U.S. Department of Health and Human Services. Treating Tobacco Use and Dependence, 2008.)

③ あまりお金をかけずにやめられる

保険による禁煙治療とタバコ代の比較 (いずれも12週分の費用)

ニコチンパッチ (貼り薬)

12,820円

バレニクリン (のみ薬)

19,050円

タバコ代 (1箱400円、1日1箱)

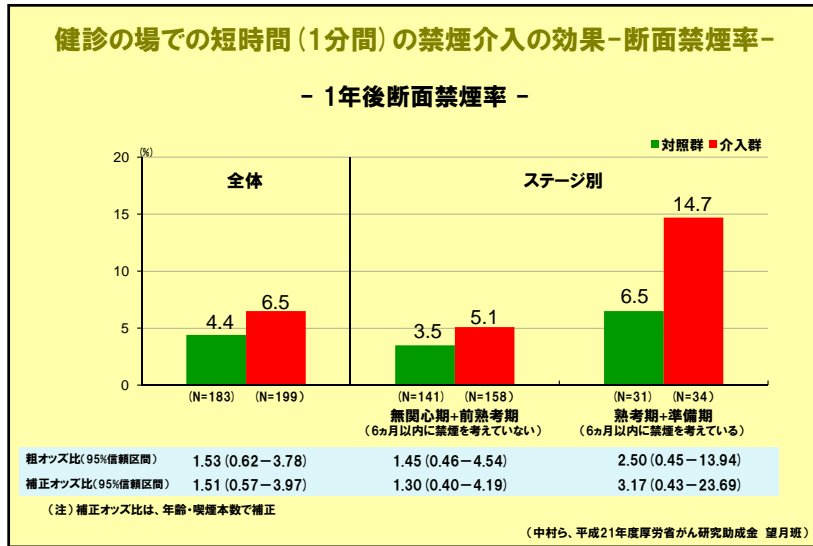
33,600円

VS

(注1) 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4版, 2010)



AHRQ「たばこ使用・依存の治療ガイドライン」(2008年)

禁煙の薬物療法の推奨

【レビュー方法】

- 1975~2007年の8700編の英文論文を対象
- 一定の条件(*)を満たした論文について、35以上のテーマでメタアナリシスを行い、ガイドラインの作成の基礎資料とした。
- *選定条件: 比例対照研究、禁煙開始日以降5ヵ月以上のフォローアップ、ピアレビューの雑誌に掲載

【結果】

- 第1選択薬**
ニコチン製剤(1.5~2.3倍)、プロピオン(2.0倍)、バレニクリン(3.1倍)
- 第2選択薬** ※有効性はあるが、副作用やFDA非承認
クロニジン(2.1倍)、ノルトリプチン(3.2倍)
- 併用療法**
ニコチンパッチの長期治療+ニコチンガムまたは鼻腔スプレー(3.6倍)、ニコチンパッチ+ニコチン吸入薬(2.2倍)、ニコチンパッチ+プロピオン(2.5倍)など

Treating Tobacco Use And Dependence
2008年 Update

AHRQ「たばこ使用・依存の治療ガイドライン」(2008年)

禁煙カウンセリングの効果

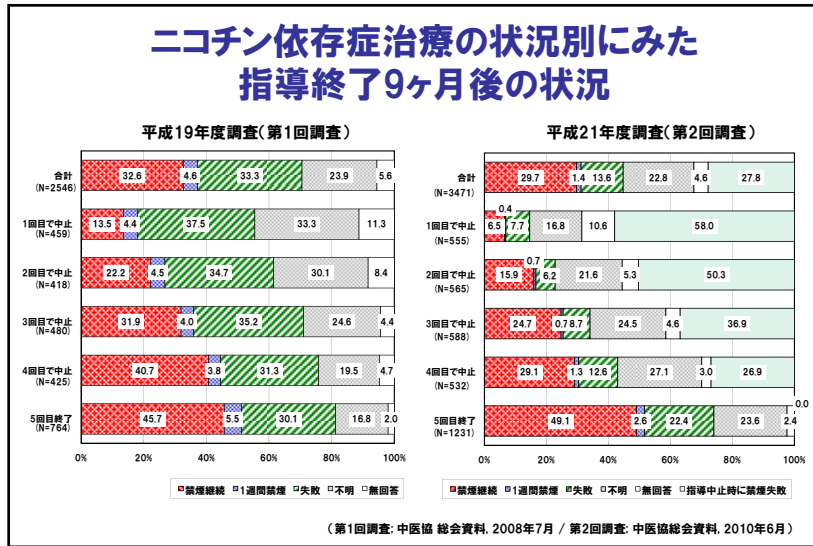
【レビュー方法】

- 1975~2007年の8700編の英文論文を対象
- 一定の条件(*)を満たした論文について、35以上のテーマでメタアナリシスを行い、ガイドラインの作成の基礎資料とした。
- *選定条件: 比例対照研究、禁煙開始日以降5ヵ月以上のフォローアップ、ピアレビューの雑誌に掲載

【結果】

- 3分以内の禁煙アドバイスで禁煙率が1.3倍有意に増加する。
- 治療の1回あたりの時間、治療を行った総時間、治療に関わるスタッフの数にそれぞれ比例して禁煙率が2-3倍近くまで増加する。
- 有効なカウンセリング内容は、問題解決カウンセリングとスキルトレーニング、治療の一環としてのソーシャルサポート(医療者からの励ましや賞賛)である。
- 薬物治療と禁煙カウンセリングを組み合わせると、それぞれ単独に比べて効果が高く、単独の場合に比べて禁煙率が1.4-1.7倍増加する。

Treating Tobacco Use And Dependence
2008年 Update (第3版)



禁煙治療施設の基準

施設基準を満たし届出をすると、
保険診療による禁煙治療ができます。

■ ニコチン依存症管理料算定のための施設基準

- ✓ 禁煙治療を行っている旨を医療機関内に掲示していること
- ✓ 禁煙治療の経験を有する医師が1名以上勤務していること
- ✓ 禁煙治療に係る専任の看護職員を1名以上配置していること
- ✓ 呼気一酸化炭素濃度測定器を備えていること
- ✓ 医療機関の構内が禁煙であること
(ビル診等の場合は、その医療機関のスペースのみでよい)

呼気一酸化炭素濃度測定器の例

呼気一酸化炭素濃度測定器の機種は特に指定はありませんが、薬事法により医療機器として承認を受けている機種である必要があります。価格は9~16万円程度です。

Core Story A-11 | 日本禁煙学会, 日本禁煙学会, 日本禁煙学会 | 禁煙治療のための標準手帳第2版 - 4, 2007 | [20070918170]

WHO たばこ規制枠組み条約 FCTC第14条(たばこ使用の中止とたばこ依存症の治療) 履行のためのガイドライン

2010年11月にウルグアイで開催されたFCTC第4回締約国会議で採択

【主な内容】

- ① たばこ規制・対策の一環としてたばこ依存症の治療を組み込む
- ② 包括的かつ総合的な指針の策定と周知
- ③ 既存の保健医療システムの活用
- ④ **保健医療システムに短時間の禁煙アドバイスを組み込む**
- ⑤ 禁煙治療や薬物療法が身近でかつ経済的負担が少ない形で受けられるようにする
- ⑥ 保健医療従事者の能力向上のためのトレーニングや資格付与
- ⑦ マスメディアによる禁煙方法の広報やクイットライン(無料電話相談)の整備
- ⑧ これらのインフラ整備と維持に必要な財源の確保
- ⑨ モニタリングと評価
- ⑩ 戦略や経験を共有するための国際的な連携や協力

医師の禁煙アドバイスに関する国別の比較

	1年間の医療機関の 受診割合*	医師から禁煙の アドバイスを受けた割合*
アメリカ	71.2%	72.6%
カナダ	71.0%	57.2%
イギリス	53.4%	51.9%
フランス	58.3%	27.4%
ドイツ	73.2%	35.2%
日本	57.9%	32.4%
韓国	50.7%	51.1%
中国	34.0%	51.8%
オーストラリア	72.9%	50.9%
ニュージーランド	61.5%	44.4%

(注) 日本以外のデータはInternational Tobacco Control Policy Evaluation Project: FCTC Article 14 Tobacco Dependence and Cessation Evidence from the ITC Project, 2010. <http://www.itcproject.org/keyfinds/itcessationreportpdfより引用> (数値はDr.Borlandとのpersonal communicationにより入手)
日本のデータは喫煙者コホート調査(2009年6月-2010年5月コホート解析データ)による。
*印で示した項目については、ドイツ、フランスは最近6ヵ月間の状況把握に基づく。

禁煙行動に関する国別の比較

年間禁煙 試行率	禁煙試行者における各種禁煙支援の利用割合			
	禁煙補助薬の 使用割合	専門的な禁煙治療の 利用割合*	クイットラインの 利用割合*	
アメリカ	38.2%	40.5%	12.3%	9.3%
カナダ	33.8%	46.3%	14.8%	7.2%
イギリス	30.5%	47.2%	17.2%	6.2%
フランス	23.9%	—	8.2%	2.8%
ドイツ	19.7%	7.9%	3.3%	3.2%
日本	28.3%	16.6%	7.4%	—
韓国	49.0%	24.3%	12.3%	3.9%
中国	18.3%	9.5%	—	3.9%
オーストラリア	34.8%	43.4%	3.9%	9.9%
ニュージーランド	36.9%	25.2%	6.2%	12.2%

(注) 日本以外のデータはInternational Tobacco Control Policy Evaluation Project: FCTC Article 14 Tobacco Dependence and Cessation Evidence from the ITC Project, 2010. <http://www.itcproject.org/kefindit/itcessationreportpdfより引用> (数値はDr.Borlandとのpersonal communicationにより入手)
日本のデータは、厚労科学第3次対がん研究(中村班)による喫煙者コホート調査(2010年6月実施分)による。
*印で示した項目については、ドイツ、フランスは最近6ヵ月間の状況把握に基づく。

まとめ

1. 喫煙はがんをはじめ、多くの疾患の予防できる主要な原因である。最近では、喫煙は糖尿病やメタボリック・シンドロームとの関係も明らかになってきている。
2. したがって、喫煙は病気の予防ならびに治療において、最大の健康障害因子であるので、全ての喫煙者に禁煙の働きかけが必要である。
3. 禁煙を働きかける場合、禁煙への関心度を踏まえながら、全ての喫煙者に対して禁煙をすべきことを明確に伝え、その解決法として禁煙補助剤や治療があることを説明することが大切である。
4. 短時間の禁煙のアドバイスでも効果が期待できるので、日常診療の場で個人に合わせた禁煙の情報提供や支援を継続的に行うことが重要である。

特定健診・特定保健指導における禁煙支援

脱メタバコ支援マニュアル

大阪府立健康科学センターのホームページで公開


はじめに

第I部 メタボリックシンドローム対策に禁煙は必須!

1. 喫煙は動脈硬化を促進する独立した要因
2. 喫煙とメタボリックシンドローム・糖尿病との密接な関係
3. 禁煙による健康面と経済面のダブル効果
4. 禁煙後の体重増加と検査値への影響

第II部 特定健診・特定保健指導における禁煙支援の取り組み

1. 禁煙についての情報提供
2. 禁煙をテーマとした動機づけ支援・積極的支援
3. 減量をテーマとした動機づけ・積極的支援における禁煙の情報提供



大阪府医師会 生活習慣病予防リーフレット

大阪府立健康科学センターのホームページで公開

【目的】

- 日常診療や健診の場で活用できる配布用教材の作成

【特徴】

1. メタボに限定していない
2. まず禁煙、そして食事と運動
3. 簡易な自己チェックが可能(食事、運動)

【作成および配布状況】

- 2009年5月完成
- 府医にて30万部印刷、64地区医師会に2500部ずつ配布

府医健康づくり推進委員会の2008年度事業として作成



小冊子「糖尿病の治療も予防も、禁煙が大切です」

治療編
 喫煙は糖尿病患者の治療を妨げ合併症を増やします
 ・ 喫煙は、糖尿病患者のインスリン抵抗性を悪化させます
 ・ 糖尿病の喫煙者では総死亡や心血管死亡のリスクが高まります
 ・ 喫煙は、腎障害をさらに悪化させます
 ・ 喫煙はその他の糖尿病合併症も進展させます
 ・ 海外では、すでにADAやIDFにより糖尿病治療における「禁煙の重要性」が指摘されています

予防編
 喫煙は、糖尿病発症の危険因子です
 ・ 喫煙により、糖尿病の発症リスクが高まります
 ・ なぜ、喫煙は糖尿病発症リスクを高めるのでしょうか？

禁煙導入編
 糖尿病患者では、特に体重を増やさない工夫が必要です
 ・ 患者さんには、禁煙の重要性が十分に認識されていない可能性があります
 ・ 糖尿病患者の禁煙介入にあたっての留意点は、禁煙後の体重増加と抑うつです
 ・ 禁煙による体重増加の原因について
 ・ ニコチン製剤は、禁煙時の体重増加を抑制します

(中村正和 編著: 小冊子「糖尿病の治療も予防も、禁煙が大切です」、ノバルティス ファーマ株式会社、2011年)

禁煙治療のための標準手順書 改訂第4版 (2010年4月)

【目次】

- I. はじめに
- II. 禁煙治療を始めるにあたって
- III. 禁煙治療の流れ
- IV. 禁煙治療の方法
 - 禁煙治療プログラムの説明とスクリーニング
 - 標準禁煙治療プログラム
 - 入院患者または入院予定患者に対する禁煙治療の留意点
- V. 禁煙治療に役立つ帳票
- VI. 禁煙治療に役立つ資料

禁煙治療のための標準手順書 第4版

本手順書は、日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会及び日本呼吸器学会のホームページでダウンロードすることができる。

禁煙外来ベストプラクティス

- I. 禁煙治療の現況
- II. 禁煙外来の実際 (33施設)
 - ～様々な場における禁煙治療・禁煙支援の取り組み～
 - 診療所 (5施設)
 - 一般病院 (8施設)
 - 精神科 (3施設)
 - 小児科 (1施設)
 - 産婦人科 (1施設)
 - 健診機関 (4施設)
 - 職域 (9施設)
 - 歯科 (2施設)
- III. 巻末資料

日経メディカル開発、定価3,000円+税