

## IV. 特定保健指導の実際： 効果的な保健指導のポイント

### 禁煙指導のポイント

#### 1. メタボ対策における禁煙の意義

#### 2. 禁煙支援のポイント

##### 効果的な情報提供の方法

※保険による禁煙治療の利用を勧める

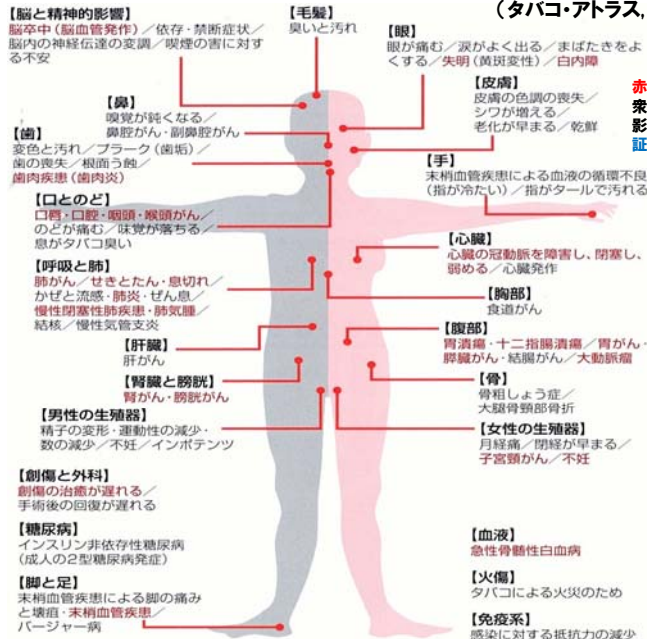
※禁煙後の体重増加とその予防

#### 3. 禁煙を推進する保健医療システムの構築にむけて

大阪府立健康科学センター  
健康生活推進部 中村正和

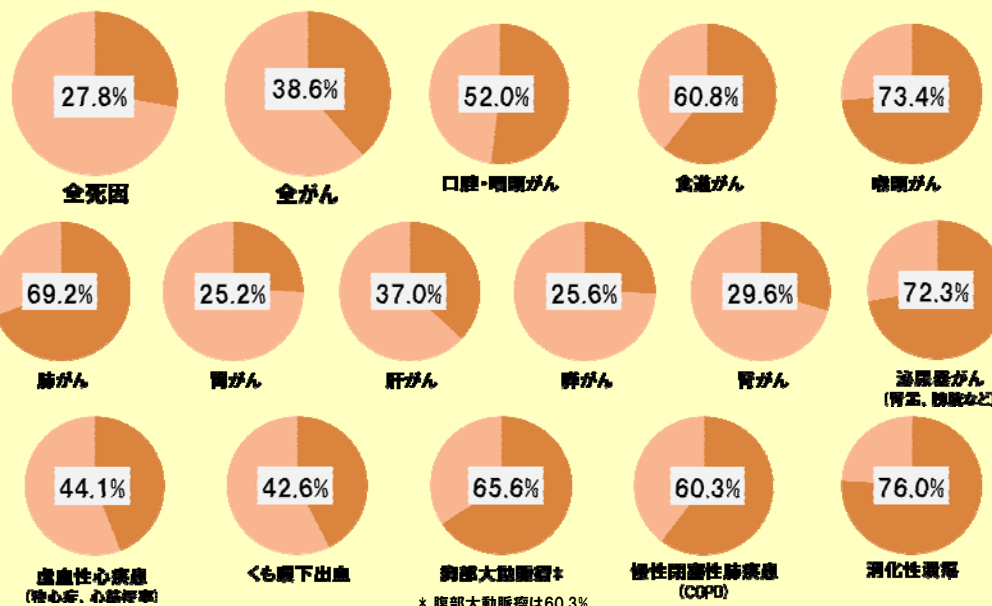
## タバコによる健康障害

（タバコ・アトラス, WHO, 2006, 一部改変）



赤字で示したものは、アメリカの公衆衛生長官の報告書「喫煙の健康影響」(2004年)において、**確実な証拠**があるとされたもの。

## 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

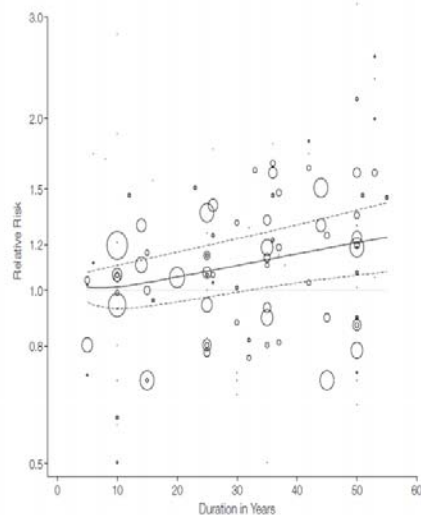
(Botteri E, et al, JAMA 300: 2765-2778, 2008)

- 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

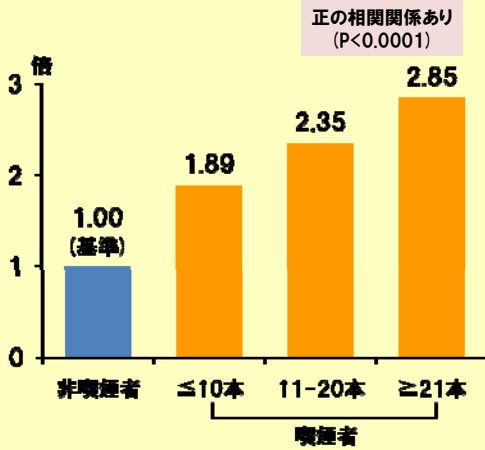
Figure 3. Dose-Response Relationship Between Relative Risk of Colorectal Cancer Incidence and Duration of Smoking



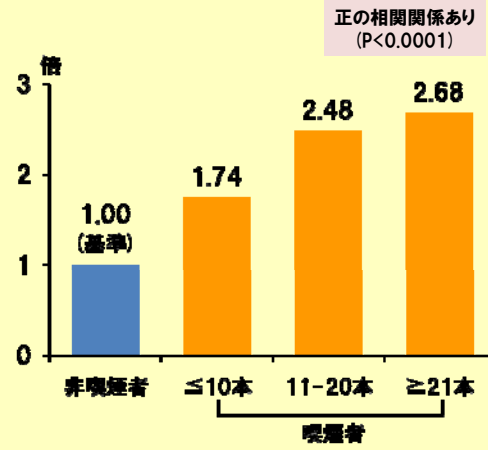
The relationship is modeled by a second-order fractional polynomial (dark line). Model-based 95% confidence intervals are also reported (dashed lines). Circles present the duration-specific relative risk estimates reported in each study (>1 point estimate per study). The area of each circle is proportional 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



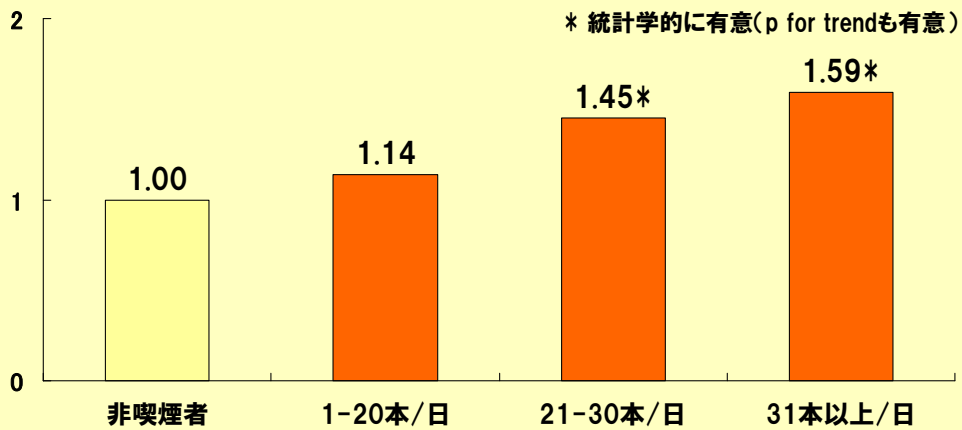
## 重症化のリスク



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

# 喫煙によるメタボリックシンドロームの発症リスク — 追跡調査成績 —

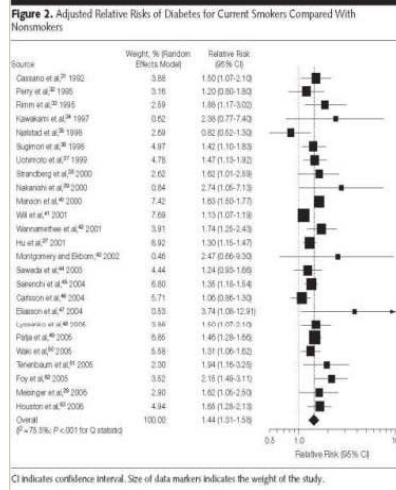
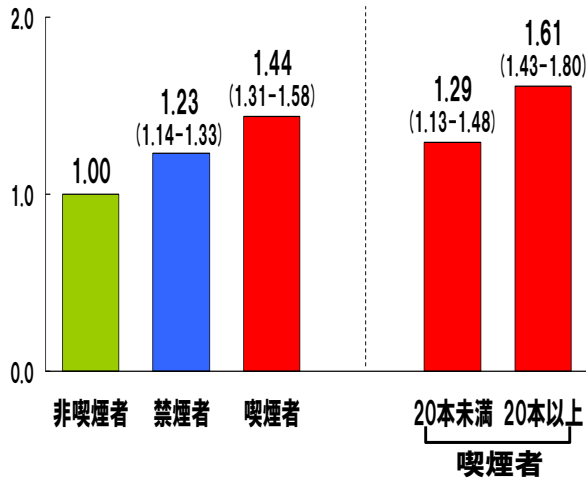
35-59歳職場健診受診者、男性 2,994名



※メタボリックシンドロームの定義はNCEP-ATP IIIによる

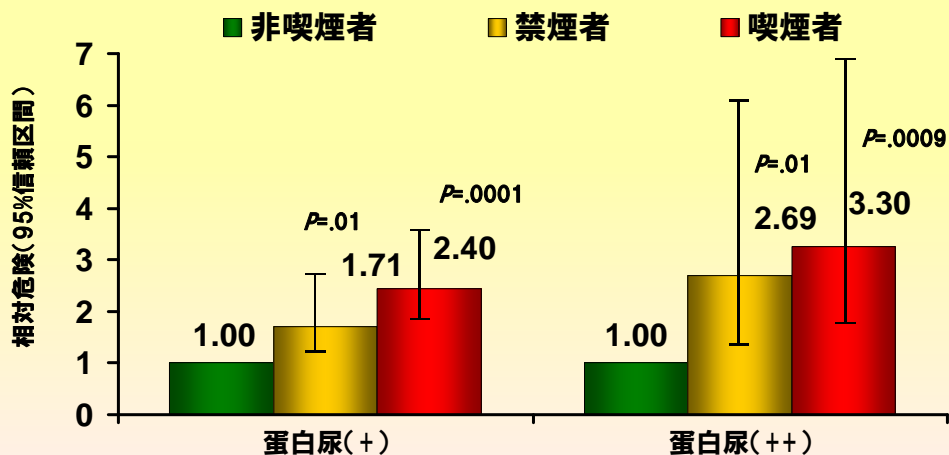
(Nakanishi, 2005)

## 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)

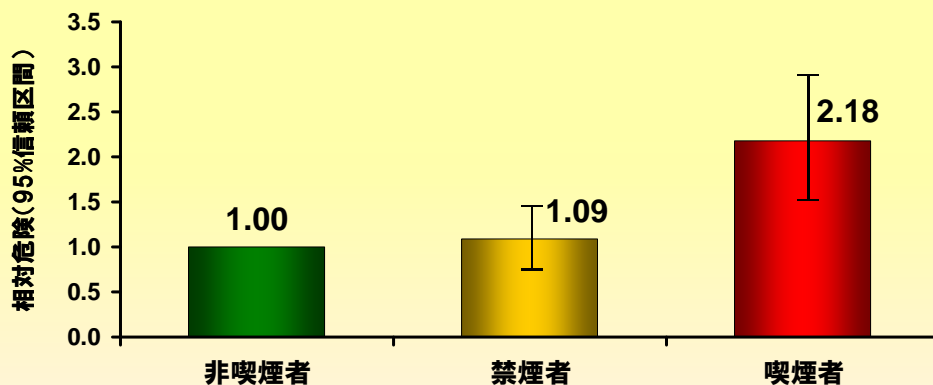
## 喫煙とタンパク尿



(注) 蛋白尿(+): 0.3g/l、蛋白尿(++): 1g/l

(Halimi et al. *Kidney Int.* 2000;58: 1285-1292)

## 喫煙とCKDのリスク

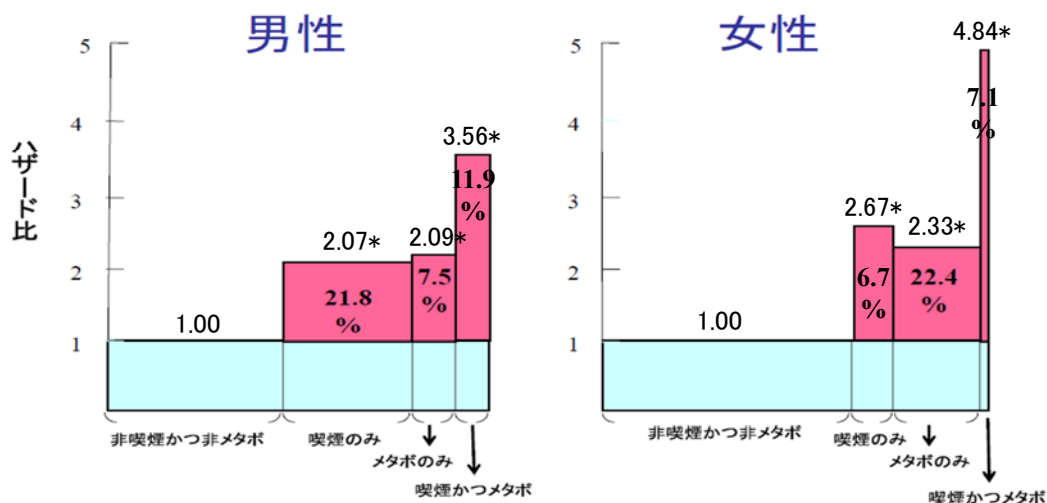


(注1) CKDの定義: 推定GFRが60ml/分/1.72m未満、3ヵ月以上の持続

(注2) 性、年齢、教育、BMI、飲酒、高血圧、糖尿病、循環器系疾患の既往、非ステロイド系の抗炎症剤の使用で調整

( Shankar et al. *Am J Epidemiol.* 2006; 164:263-271. )

## 喫煙とメタボの組み合わせによる循環器疾患のリスク



※日本人40-74歳男女3,911例:12年間の追跡調査  
多変量解析(年齢、飲酒、GFR、nonHDLコレステロールで補正)  
☆メタボリック・シンドロームの定義はNCEP/ATPⅢによる

\* 統計学的に有意

Higashiyama A, et al. *Circ J* 2009; 73: 2258-63

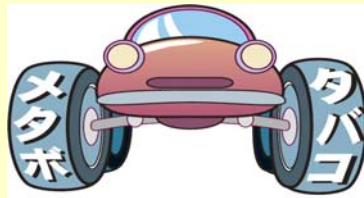
## 「メタバコ」って何？－3つの意味

●タバコを吸うとメタボになりやすい

●メタボとタバコが重なると  
スーパーハイリスク



●メタボ対策と同時にタバコ対策を！



# メタバコ

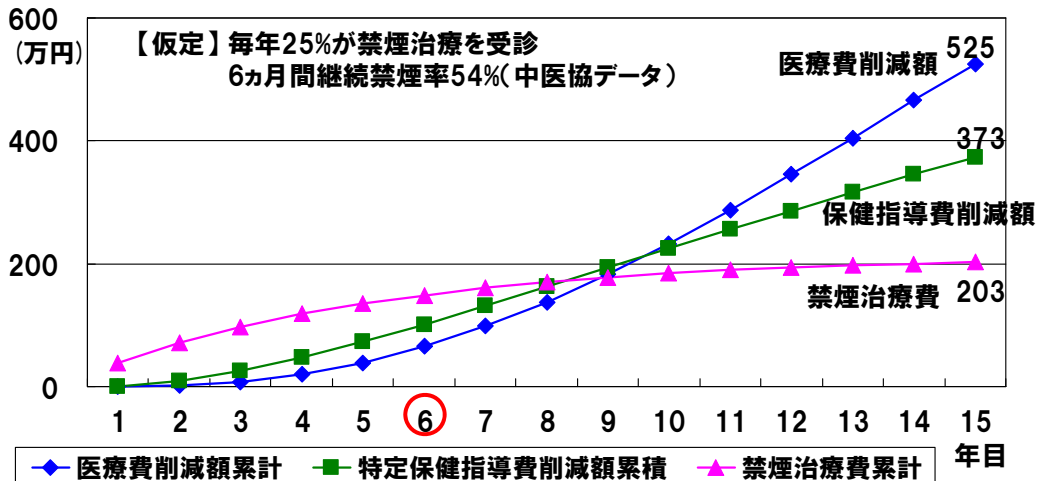
# タバコ



## 特定保健指導における禁煙の経済効果(累積)

大阪府立健康科学センターの健診対象集団を用いて推計  
 (対象1000人、40-74歳は757人、積極的支援10.8%、動機付け支援9.8%)

●6年目で黒字に転じ、15年目には696万円の黒字となる



(平成19年度厚労科学 第3次対がん研究 中村班報告書)

## 体重減少率に及ぼす要因の検討

体重減少率を目的変数とした重回帰分析

説明変数: 性・年齢・介入前体重・喫煙・保健指導プログラム  
 支援ポイント、6ヶ月後血液検査の有無

全体 (n=1854)	標準化係数(β)	t	有意確率
保健指導プログラム	0.208	5.935	<0.001
支援ポイント	0.087	3.568	<0.001
喫煙	-0.083	-3.225	0.001
血液検査で評価	0.090	2.736	0.006
介入前体重	0.058	2.298	0.022
有意でない項目	性(p=0.078)、年齢(p=0.177)		
R=0.263, 調整済み R <sup>2</sup> =0.066, p<0.001			

保健指導プログラム、支援ポイント、血液検査による評価が 減量に影響  
 減量効果に対して、喫煙はマイナスの、体重がプラスの影響

2009年度 津下班 (生活習慣病予防による医療費適正化効果に関する研究)

## 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

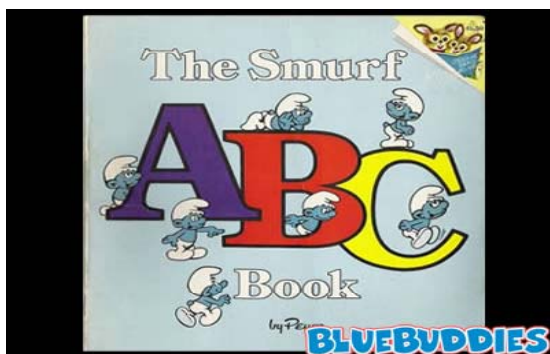
種類	薬剤名
向精神薬	クロルプロマジン(コントミン、ウインタミン)、フルフェナジン(フルメジン)、ハロペリドール(セレネース)、オランザピン(ジプレキサ)
抗うつ薬	アミトリプチリン(トリプタノール)、イミプラミン(トフラニール)、クロミプラミン(アナフラニール)、ノルトリプチリン(ノリレン)、フルボキサミン(デプロメール、ルボックス)
抗不安薬	ジアゼパム(ホリゾン、セルシン)、アルプラゾラム(コンスタン、ソラナックス)、ロラゼパム(ワイパックス)
その他	βブロッカー　プロプラノロール(インデラル)
	気管支拡張薬　アミノフィリン(ネオフィリン)、テオフィリン(テオドール、スロービット)

(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 紘子: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. 加濃 正人編:タバコ病辞典 実践社



## 短時間でできる禁煙支援



**A**sk

喫煙状況の把握

**B**rief advice

簡易なアドバイス

**C**essation support

禁煙実行の支援

## 健診の場での禁煙の推進



健診の場での  
禁煙の働きかけ



保険による  
禁煙治療

**A**sk (喫煙状況の把握)

**B**rief advice (簡易なアドバイス)

**C**essation support

(禁煙実行の支援)

## Ask (喫煙状況の把握) 喫煙状況に関する問診票(私案)

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/ ヲ月間) なし

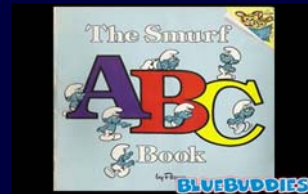
Q9. もし2週間以内に完全に禁煙すると決心したとして、どのくらい禁煙に成功する自信がありますか?

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

## 禁煙に関する情報提供

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. 楽に禁煙できる有効な方法があることを伝える

※喫煙習慣の本質はニコチン依存症という「脳の病気」

※自力で禁煙するよりも禁煙の薬剤を使ったり、専門家による支援や治療を受けた方が禁煙できる可能性が2-3倍程度高まる

## 禁煙の重要性を伝える一健診の場

### ・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

## 禁煙に関する情報提供の内容

### 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. 楽に禁煙できる有効な方法があることを伝える

※喫煙習慣の本質はニコチン依存症という「脳の病気」

※自力で禁煙するよりも禁煙の薬剤を使ったり、専門家による支援や治療を受けた方が禁煙できる可能性が2－3倍程度高まる

## 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

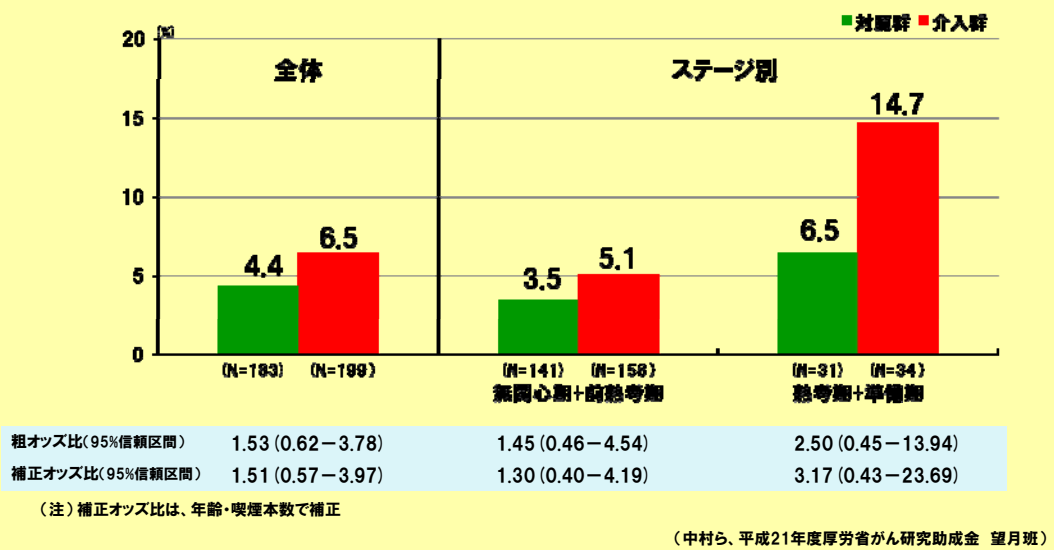
「禁煙するなら**禁煙の薬**を使うと**結構楽に**、しかも**確実に禁煙**ができますよ。私達は水曜日午後に禁煙外来を実施していますが、皆さん禁煙の薬を使ってうまく禁煙されています。しかも保険で禁煙治療が受けられるようになって**1-2ヵ月分程度のたばこ代**で治療が受けられるようになりました。お知り合いの医療機関や産業医の先生に相談して処方してもらって下さい。」

### ■ 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。」

## 健診の場での短時間（1分間）の禁煙介入の効果-断面禁煙率-

### - 1年後断面禁煙率 -



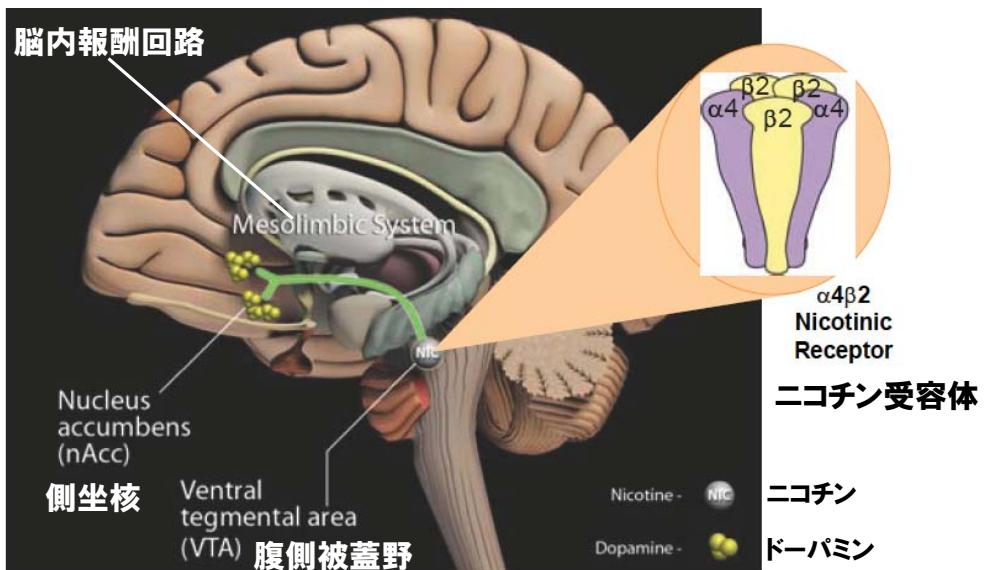
## 「禁煙力」を高めるための方法

やめたい  
気持ち

薬剤

カウンセリング

## 喫煙習慣の本質はニコチン依存症という病気



## ニコチン離脱症状

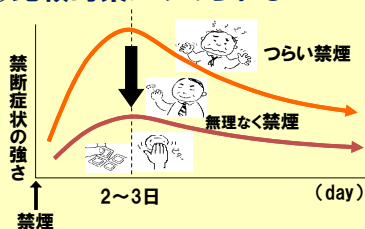
症状	持続期間	頻度
イライラ・易攻撃性	<4 weeks	50%
抑うつ #	<4 weeks	60%
落ち着きのなさ	<4 weeks	60%
集中困難	<2 weeks	60%
食欲亢進	>10 weeks	70%
軽度の頭痛	<48 hours	10%
夜間覚醒	<1 week	25%
便秘	>4 weeks	17%
口腔内の潰瘍	>4 weeks	40%
喫煙欲求 #	>2 weeks	70%

# 喫煙の再開と強く関係 (Royal College of Physicians, "Nicotine addiction in Britain", 2000)

(Manual of Smoking Cessation A Guide for Counsellors and Practitioners, 2006)

## 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



VS

タバコ代 (1箱300円、1日1箱)  
25,200円



(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)

## 健診の場での効果的な禁煙推進

### 1. 問診票の工夫

※喫煙ステージ、禁煙相談の希望、保険適用の患者要件の把握

### 2. 健診当日に喫煙者全員に禁煙の働きかけ

### 3. 禁煙治療を開始しやすい働きかけと体制づくり

※健診当日に禁煙外来の予約

※可能であれば健診当日に禁煙治療を開始

### 4. お試しパッチなどの薬剤体験

※離脱症状の緩和効果、かぶれなどの副作用  
依存の程度のスクリーニング → 使用する薬剤の選択



### 5. ポスター等の掲示による禁煙治療の情報提供

### 6. 事前の広報や禁煙の啓発活動(講演会、広報誌、ホームページなどを活用した情報提供)

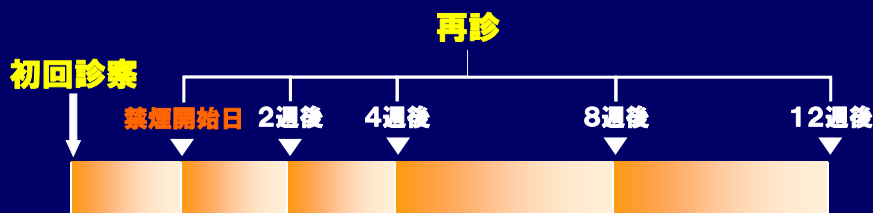
## 禁煙治療に対する保険適用

### ■ 「ニコチン依存症管理料」の新設(2006年4月)

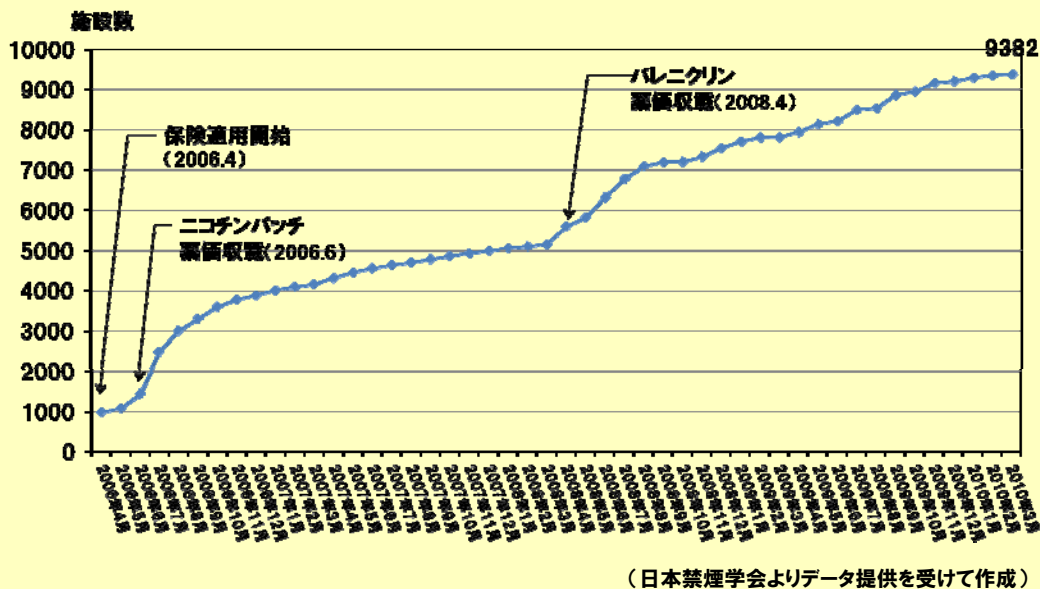
- ニコチン依存症と診断された患者のうち、直ちに禁煙することを希望する者に対しては、一定期間(12週間、5回)の指導に対して、診療報酬上の評価を行う。5回分合計の保険点数は962点。

指導内容はカウンセリングと薬物療法。

ニコチンパッチとバレニクリンが禁煙補助剤として薬価収載

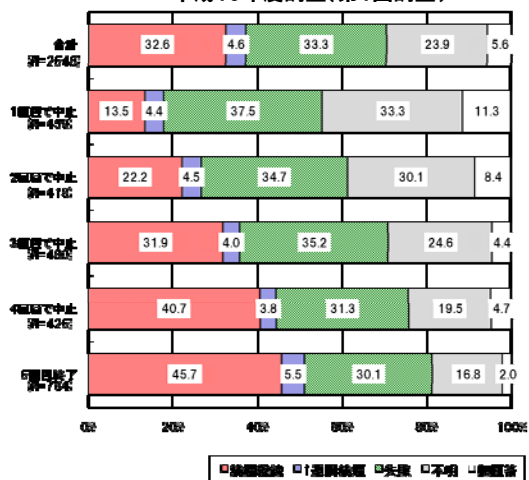


## 禁煙治療の保険適用登録施設数の推移

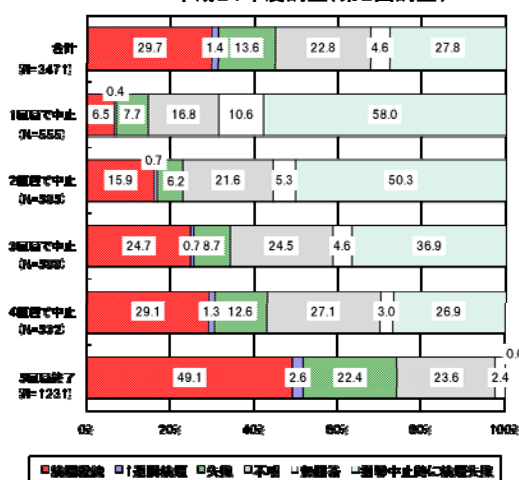


## ニコチン依存症治療の状況別にみた 指導終了9ヶ月後の状況

平成19年度調査(第1回調査)



平成21年度調査(第2回調査)



(第1回調査: 中医協 総会資料, 2008年7月 / 第2回調査: 中医協 診療報酬改定結果検証部会, 2009年11月)



## 禁煙率に関する日英比較

国名	追跡期間	禁煙率の定義	禁煙率 (COで客観的確認)
日本 <sup>1),2)</sup>	1年後 (治療終了9ヵ月後)	9ヵ月間継続禁煙率	2007年調査 32.6% (28.6%) 2009年調査 29.7%
イギリス <sup>3)</sup>	1年後(52週後)	50週間継続禁煙率	17.7% (14.6%)

- 1) 第1回調査: 中医協 総会資料, 2008年7月  
 2) 第2回調査: 中医協 診療報酬改定結果検証部会, 2009年11月)  
 3) Ferguson, et al. Addiction 100 (Supp2): 59-69, 2005.

(注)英国の禁煙治療

禁煙開始前に1-2回、開始日以降は4週間にわたって毎週1回、全体で5-6回の個別指導またはグループ療法が実施されているが、期間が1か月あまりと短く、日本のほうがより密度の濃い指導内容となっている。なお、薬物療法は8週間であるが、毎週引換券をもらう必要があり、日本に比べてより手間がかかり、使用期間が短くなる可能性が考えられる。

## 禁煙のための薬剤



医療用ニコチンパッチ



バレニクリン



OTC用ニコチンパッチ



ニコチンガム

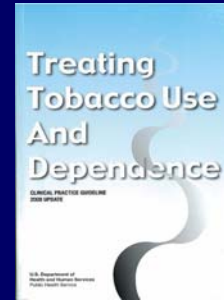
## AHRQ「たばこ使用・依存の治療ガイドライン」(2008年)

### 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



2008年 Update

#### 【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

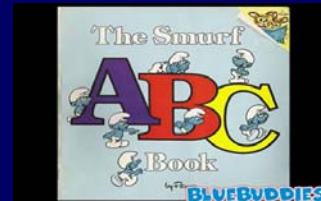
クロジジン(2.1倍)、ノルトリプチン(3.2倍)

##### ■ 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

## 医療機関を受診しない場合

### 禁煙実行の支援



Cessation support

#### 【ポイント】

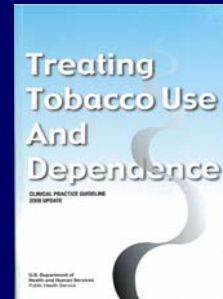
1. 禁煙開始日を話し合って決める
2. 禁煙にあたっての不安や心配事を聞き出して解決策を一緒に考える(「傾向と対策」)
3. うまくいかない場合は禁煙治療を勧める

## 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



2008年 Update  
(第3版)

### 【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。

## 自信の強化

1. 達成可能な目標設定と成功体験の積み重ね
2. 「**傾向と対策**」(問題解決 / スキルトレーン
3. あなたならできると言う / 禁煙できたらほめる
4. うまくいった身近な事例を紹介する
5. 禁煙の思いこみを変える
  - 「自分は意志が弱いから無理」
  - 「何度やってもできないから自分には無理」
  - 「1本でも吸ったら禁煙は失敗」

## 健診・検診の場での禁煙介入方法別の効果

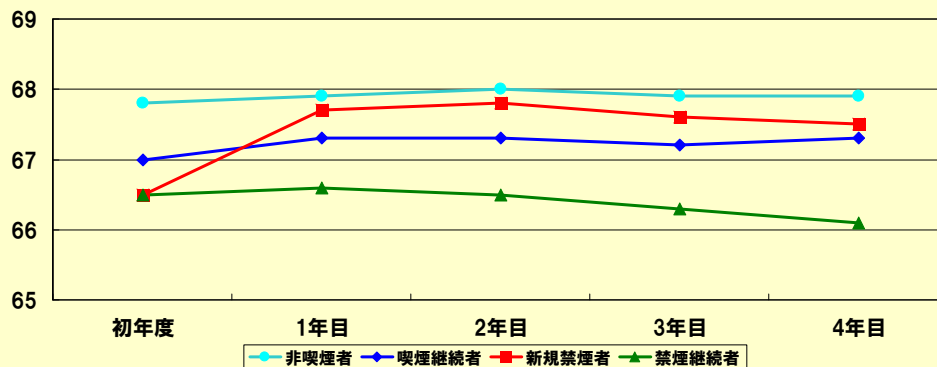
介入内容	オッズ比	禁煙率比の増加分	
情報提供 (1~2分の個別介入)	1.5	2.1%	(中村ら、H21望月班報告書)
動機づけ支援 (15~20分の対面個別介入+4回の電話カウンセリング)	2.4*	4.4%	(中村ら、2001)
積極的支援 (5回の対面個別介入、初回40分+それ以降20~30分)	5.4**	11.1%	(Nakamura et al, 2004)

\* $p < 0.05$ 、\*\* $p < 0.001$

## 禁煙後の体重増加は一時的

禁煙すると、**禁煙者の約8割に平均2kgの体重増加**がみられます。しかし、禁煙2年目以降には体重がさらに増加する傾向はなく、血糖や中性脂肪などの**検査値の悪化も一時的**であることがわかりました。体重が3kg以上増加した人は禁煙者の約4人に1人(27%)にみられましたが、**5kg以上増加した割合は禁煙者の7%と少数**でした。体重増加の**主な原因**として、ニコチン離脱症状としての中枢性の食欲亢進と、ニコチンによる基礎代謝の亢進作用がなくなることがあげられます。

図. 禁煙後の体重変化—大阪府立健康科学センターの調査成績



(平成19年度 文部科学省 科学研究費補助金 中村班報告書)

## 禁煙後の体重増加を防ぐーまず身体活動から始める

禁煙後の体重増加を抑制するためには、**まず身体活動を増やす**ことから始めましょう。身体活動の**強度は中等度がおすすめ**です。身近にできる中等度の身体活動の具体例としては、速歩、水中歩行、床磨き、風呂掃除、自転車に乗る、子どもと遊ぶ、庭の草むしり、ゴルフ、野球などです。

## 禁煙後の体重増加を防ぐー禁煙が安定したら食事に取り組む

禁煙開始から1ヵ月以上経過し、**禁煙が安定してきたら、食生活の改善**にも取り組みましょう。食べ過ぎないようにする、肉類や油料理などの高エネルギーの食事を減らす、間食を減らす、代わりに野菜や果物を増やす、飲酒量を減らす、などがおすすめです。禁煙直後から食事制限を厳しくすると、タバコを吸いたい気持ちが強く出る場合があるので、注意が必要です。

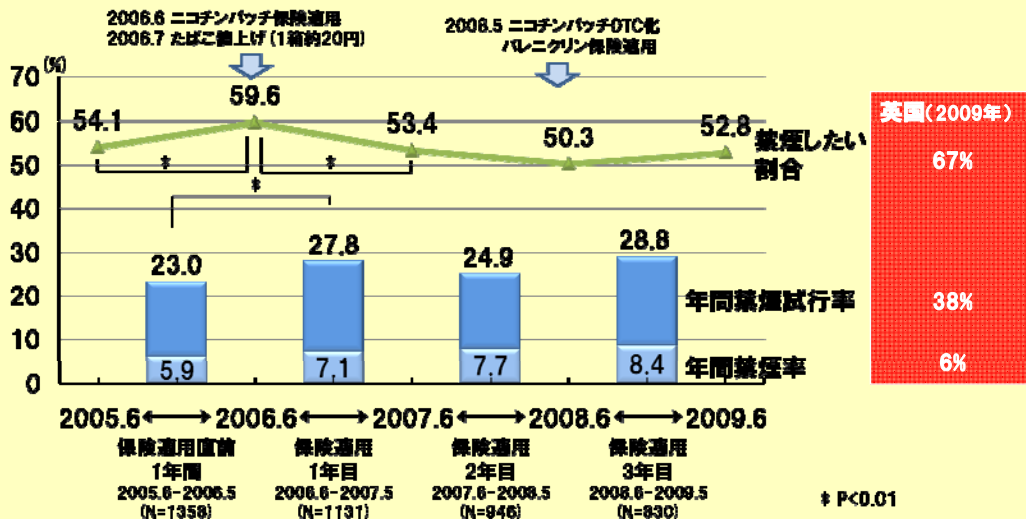
### 食生活の改善のための具体的なプラン例

- ① 食べすぎを改善する
  - ・腹八分目にする
  - ・おかわりをしない
  - ・おかずの量を減らす
  - ・夕方に果物や軽食を摂り、夜食はその分控える
  - ・ゆっくりよく噛んで食べる
- ② 高エネルギーの食事を減らす
  - ・脂身の多い肉や加工品を減らす
  - ・揚げ物を食べない日をつくる
  - ・脂っこい料理を食べない日をつくる
  - ・マヨネーズやドレッシングは低カロリータイプのものにかえる
  - ・乳製品は1日300mlまでにする
- ③ 間食を改善する
  - ・間食に菓子パンやスナック菓子をやめて、果物にかえる
  - ・砂糖入り飲料をやめる
- ④ 栄養バランスを改善する
  - ・毎日朝食を食べる
  - ・主菜の量を減らし、副菜を増やす
  - ・外食時は、野菜料理のついたメニューを選ぶ
  - ・朝食に野菜を食べる
- ⑤ 飲酒量を減らす
  - ・お酒を1〜2ヵ月間やめてみる
  - ・休肝日をつくる

(大阪府立健康科学センター、メタボリック改善プラン、テキストVer.6より作成、一部改変)

## 喫煙者の禁煙行動の実態

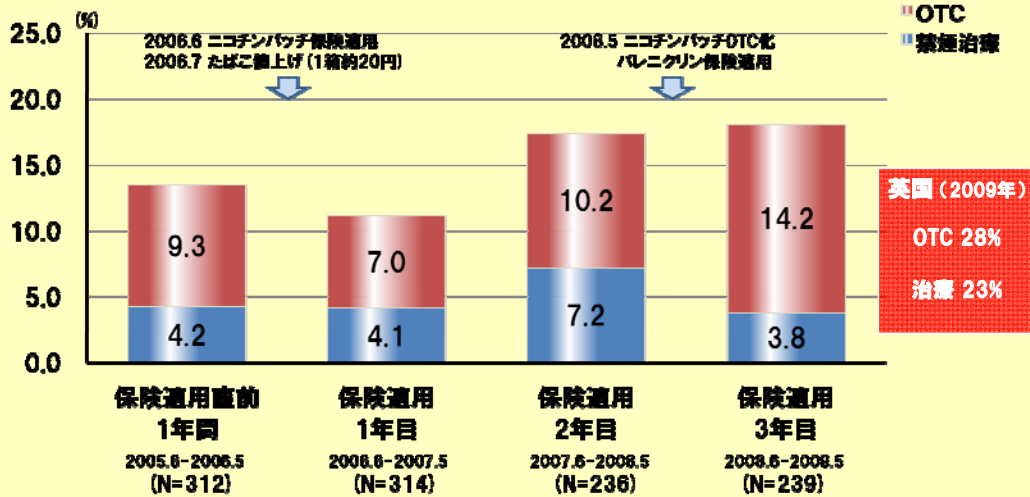
### 環境変化に伴う主な禁煙指標の変化 2005年→2009年



(注) 英国の成績は、West R, et al. Smoking and smoking cessation in England: Findings from the Smoking Toolkit Study. 2009. 但し、禁煙したい割合はSmoking-related behaviour and attitudes, 2008/09. Office for National Statistics. (厚労科学 第3次対がん研究 中村班)

## 喫煙者の禁煙行動の実態

禁煙試行者における薬剤・禁煙治療を用いた割合 2005年→2009年



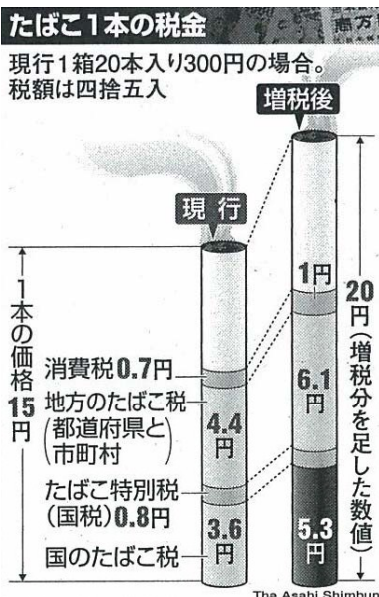
(注) 英国の成績は、West R, et al. Smoking and smoking cessation in England: Findings from the Smoking Toolkit Study. 2009.

(厚労科学 第3次対がん研究 中村班)

## 2010年10月 100円の値上げ 平成22年度税制改正大綱

2009.12. 22閣議決定

### たばこ税の引き上げとたばこ事業法の改廃



(朝日新聞、2009年12月22日)

#### (2) たばこ税・酒税

たばこ税・酒税は、いずれも消費税と実質的に二重の負担をもたらすものであると同時に、これまで安易な財源確保策として用いられてきたという問題があります。

これはたばこ税・酒税が財源確保を目的に創設されたことに由来するものですが、前記の基本的な考え方に照らして、このようなあり方は望ましいものではありません。

たばこ税・酒税は国民の健康に対する負担を踏まえた課税に改めるべきであり、その際には国民に分かりやすい仕組みにすることが必要です。その観点から、酒税については、酒類の生産・消費の状況等に配慮しつつ、類似の酒類については、基本的に致酔性の観点からアルコール度数に着目した税制とすることを検討します。

たばこ税については、国民の健康の観点から、たばこの消費を抑制するため、将来に向かって、税率を引き上げていく必要があります。その判断にあたっては、たばこの消費や税収、葉たばこ農家、小売店、製造者等に及ぼす影響等を見極めつつ行っていくこととします。その過程で、たばこ法制について、現行のたばこ事業法を改廃し、たばこ事業のあり方について、上記のたばこ関係者の生活や事業の将来像を見据えて、新たな枠組みの構築を目指すこととします。

上記の方針に沿って、平成22年度において、1本あたり3.5円の税率引上げ (価格上昇は5円程度)を行います。

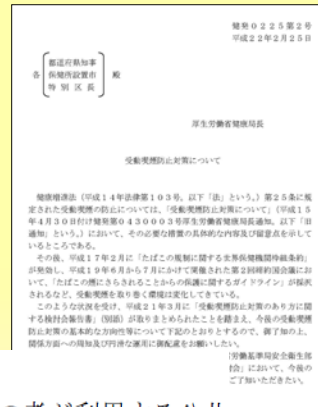
## 受動喫煙防止対策に関する 厚生労働省健康局長通知 (2010年2月25日)

### 多数のものが利用する公共的な空間 は原則禁煙

#### 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。



## 禁煙者を増やすためには

禁煙試行率 ↑

×

禁煙成功率 ↑

### 包括的なたばこ規制の推進

- ・たばこ税の値上げ
- ・公共場所等の禁煙化
- ・広告禁止、警告表示強化など
- +
- マスメディア・キャンペーン
- 医療従事者からの働きかけ

### 有効な治療法の利用の促進

- ・医療従事者からの働きかけ
- ・指導者トレーニング (J-STOP)
- ・治療へのアクセスの向上 (保険適用やOTC化)
- ・マスメディア・キャンペーン (治療の必要性の啓発)
- ・効果的な治療方法の開発

厚生労働省  
「健やか生活習慣国民運動」

しっかり禁煙

1に運動

2に食事

最後に薬

たばこに関する保健指導—まとめ

1. 喫煙はメタボリック・シンドロームと並んで動脈硬化性疾患のハイリスク要因である。また、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。さらに、近年の研究により、喫煙はメタボリック・シンドロームの発症の原因となることが報告されている。
2. 喫煙とメタボリック・シンドロームが重なると動脈硬化性疾患のリスクが相乗的に上昇するので、「超ハイリスク」とみなすべきである。



3. 禁煙は2－3年続けば行動変容として達成されるので、**禁煙の準備性が高まっている場合、まず禁煙から取り組むとよい。**その際、禁煙後の体重増加や検査値についてモニターし、食事や運動についてのフォローアップ指導が必要である。
4. 食生活や運動指導を主に行う場合でも、喫煙者には**禁煙が健康上の重要な課題であることを常に伝え、いつでも支援できることを伝えておくことが重要である。**
5. 短時間の禁煙のアドバイスでも効果が期待できるので、**特定健診をはじめ種々の健診やドックの場で、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。**

## 参考教材

## 禁煙支援に役立つ教材



指導者が禁煙支援に必要な知識を習得するための自己学習用教材。講義ビデオや個別支援のロールプレイビデオを付属のCD-ROMで視聴することができる。



対象者の禁煙の準備性に合わせて具体的な個別支援の方法を解説したマニュアル。

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

## 【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】

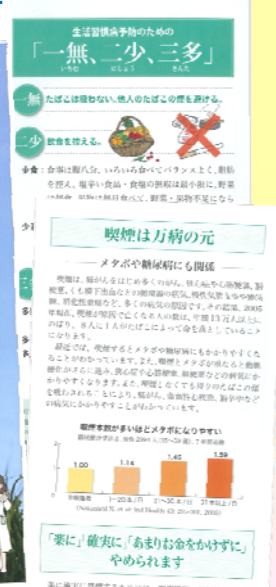
1. メタボに限定していない
2. まず禁煙、そして食事と運動
3. 簡易な自己チェックが可能（食事、運動）

## 【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

大阪府立健康科学センター  
のホームページで公開



## 生活習慣病予防のための「一無、二少、三多」



**一無：たばこは吸わない。他人のたばこの煙を避ける。**



**二少：飲食を控える。**

**少食：**食事は腹八分、いろいろ食べてバランスよく。脂肪を控え、塩辛い食品・食塩の摂取は最小限に。野菜は毎食、果物は毎日食べて、野菜・果物不足にならないように。

**少酒：**適度な飲酒。日本酒なら1日1合以内、ビールなら中ビン1本以内。多く飲んだら休肝日で調節。



**三多：身体を動かし、しっかり休養、人や物に多く接する。**

**多動：**定期的な運動の継続。現状より1日2000歩増やす。目標は1日1万歩。

**多休：**しっかり休養する。

**多接：**多くの人や、事に接して趣味豊かに創造的な生活を送る。たとえば、親しい友人や家族とのつきあい、趣味を楽しむ、ボランティア活動に参加する。



(注)「一無、二少、三多」は、池田義雄氏(日本生活習慣病予防協会理事長)が提唱された健康習慣です。ここでは、日本生活習慣病予防協会のホームページの情報を基本として、厚生労働科学研究津金班による「現状において日本人に推奨できるがん予防法」や厚生労働省「食生活指針」などをもとに一部変更して示しました

(池田義雄、1991年、一部改変、大阪府医師会生活習慣病予防リーフレットより)

## 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



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。

## らくらく禁煙ブック

—あなたも無理なくタバコがやめられる—

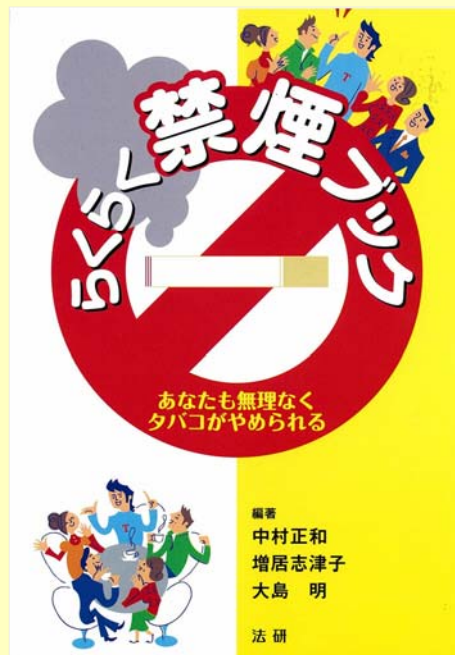
### 心の準備編

- 1章 タバコの正体を知り、禁煙の「重要性」を高めよう
- 2章 タバコの害を知り、禁煙の「重要性」を高めよう
- 3章 禁煙の「自信」を高めよう

### チャレンジ編

- 4章 あなたに合った禁煙方法を選ぼう
- 5章 まず4週間の禁煙をめざして準備しよう
- 6章 禁煙補助薬を使いながら禁煙を実行しよう
- 7章 3ヵ月間禁煙を継続しよう

### 付録



定価 1300円＋税

# 禁煙セルフヘルプガイド — 第3版 —

禁煙の決心がついていない人  
STEP1 タバコの害の再確認

禁煙するつもりでいる人  
STEP2 喫煙習慣の分析

すぐにでも禁煙を始めたい人  
STEP3 禁煙への準備

禁煙を始めている人  
STEP4 禁煙の実行

1ヵ月以上禁煙している人  
STEP5 禁煙の継続

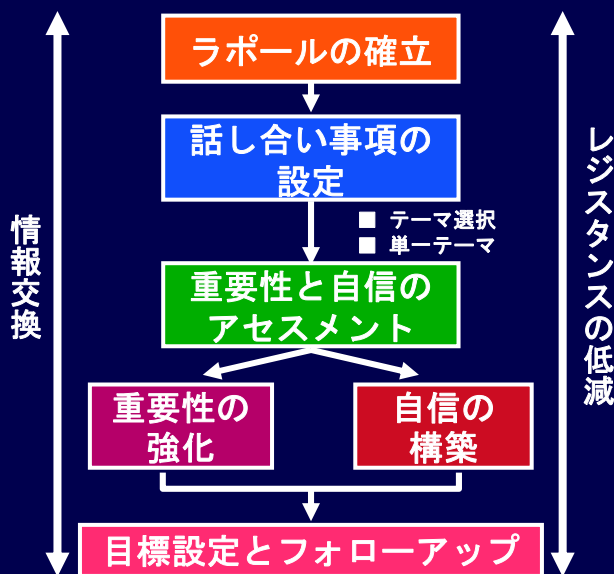


定価 250円

## 対象者の主体性を重視した面接方法の手順



( Rollnickら著「健康のための行動変容」  
法研、2001年)



**プロチャスカ博士の  
ステージ変容理論  
指導者のための手引き書**

**【目次】**

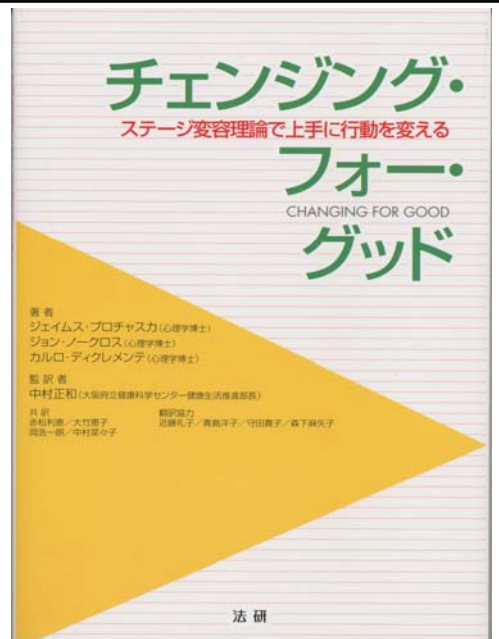
**第1部 科学編**

- 第1章 どのように行動は変わるか
- 第2章 行動を変えるとき
- 第3章 行動変容を始める

**第2部 応用編**

- 第4章 前熟考期—行動変容への抵抗
- 第5章 熟考期—近づきつつある変化
- 第6章 準備期—準備を始める
- 第7章 実行期—動き出すとき
- 第8章 維持期—そこにとどまること
- 第9章 繰り返し—逆戻りから学ぶ
- 第10章 自分自身で行動変容しようとする人の  
マニュアル
- 第11章 完了期—変容サイクルから抜け出す

(Prochaskaら著「チェンジング・フォー・グッド」法研、2005年)



**妊産婦への禁煙支援教材**

**妊産婦用小冊子**



(財)母子衛生研究会発行

**妊産婦用マニュアル**



大阪府立健康科学センターの  
ホームページで閲覧可