

平成20年度【特定研修】
生活習慣病対策健診・保健指導に関する企画・運営・技術研修(2008年5月8・22日、埼玉)

IV.特定保健指導の実際:2. 効果的な保健指導のポイント

(3) 禁煙指導のポイント

1. 特定保健指導における喫煙の位置づけ
2. 禁煙支援の基本的な流れ
3. 禁煙支援のポイント
 - 1) 情報提供 2) 動機づけ支援 3) 積極的支援
4. 健診と医療が連携した禁煙治療の推進

大阪府立健康科学センター
健康生活推進部 中村正和

厚生労働省

「健やか生活習慣国民運動」

1に運動

2に食事

しっかり禁煙

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。

特定健康診査の結果に基づく階層化

腹囲	追加リスク* 血糖、脂質、血圧	喫煙歴	年齢	
			40～64歳	65～74歳
男性：≧85cm 女性：≧90cm	2つ以上該当	－	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外で BMI ≧ 25	3つ該当	－	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当	－		

*追加リスクの判定基準

血糖：空腹時血糖100mg/dl以上、HbA1c5.2%以上、薬剤治療を受けている場合のいずれか
脂質：中性脂肪150mg/dl以上、HDLコレステロール40mg/dl未満、薬剤治療を受けている場合のいずれか
血圧：収縮期血圧130mmHg以上、拡張期血圧85mmHg以上、薬剤治療を受けている場合のいずれか
服薬中の者は、特定保健指導の対象としないが、主治医の依頼または了解の下に実施できる

禁煙に取り組むことによる経済効果

— 特定保健指導 —

40-74歳 1000人を仮定



150人が積極的支援



うち、30人が喫煙のために積極的支援



喫煙のため余分にかかる特定保健指導の費用

積極的支援の費用 動機付け支援の費用

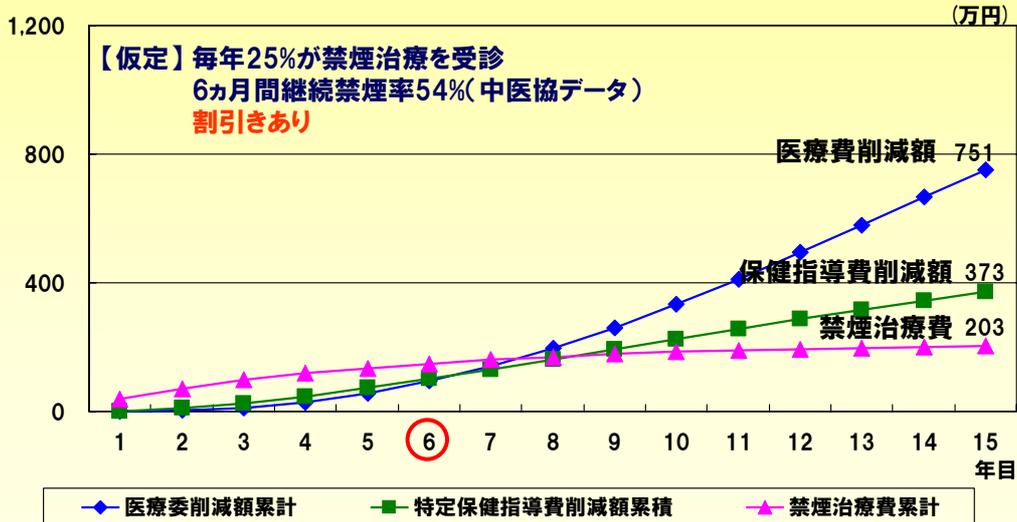
30人×(4.5万円－1.0万円)=約100万円/年間

(注)特定保健指導の価格は、厚生労働省調査による(保健衛生ニュース、第1402号、18、2007)

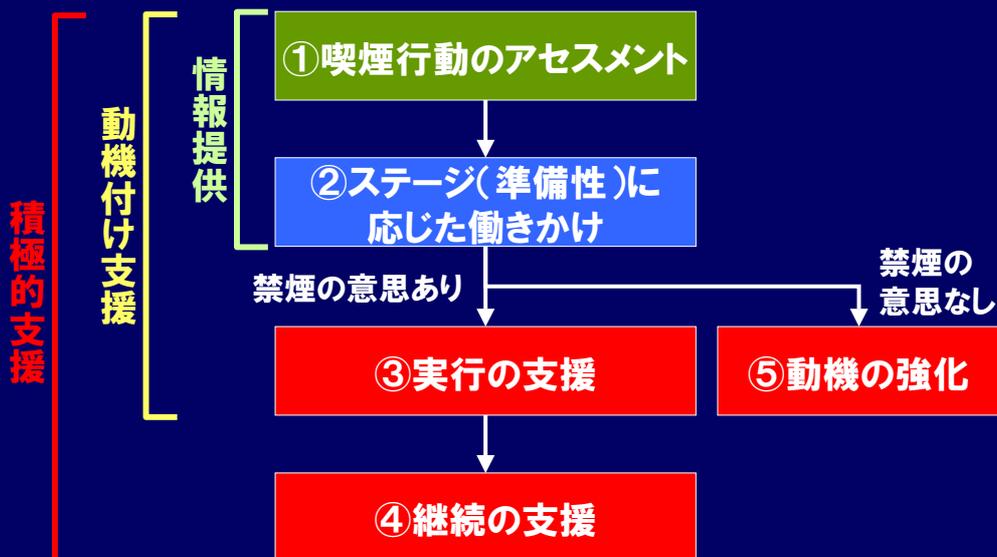
特定保健指導における禁煙の経済効果(累積)

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921万円の黒字となる



禁煙支援の基本的な流れと特定保健指導



①喫煙行動のアセスメント

- ・ 問診(喫煙状況、本数、ステージ、禁煙経験、自信、FTND、TDSなど)
- ・ たばこ検査(呼気一酸化炭素、尿中ニコチン代謝産物の測定)

②ステージ(準備性)に応じた働きかけ

- ・ ステージなどを考慮した個別化した情報提供や話し合い
ステージ低い→重要性を高める働きかけ
ステージ高い→自信を高める働きかけ

③実行の支援

- ・ 禁煙開始日の設定
- ・ 自信を高める話し合い(「傾向と対策」など)
- ・ 禁煙の薬剤に関する情報提供(効果、使用上の留意点など)

④継続の支援

- ・ 言語的賞賛(「言葉の花束」)
- ・ 喫煙再開の予防
失敗した場合:情緒的支援、問題点の検討、再チャレンジの促し

⑤動機の強化

- ・ 個別化した情報提供や話し合いの繰り返し(喫煙の健康影響、禁煙の効果、禁煙の障壁)
- ・ たばこ検査による動機づけ

保健指導区分別の禁煙支援方法の提案

区分	ねらい	喫煙ステージ	方法
情報提供	禁煙の気づきや禁煙に役立つ情報提供	全喫煙者 全ステージ	ステージなどに合わせた個別化した情報提供、リーフレット、IT
動機づけ支援	(禁煙をテーマとした場合) 禁煙の意思決定と実行にむけての支援	準備期	個別支援、又はグループ支援
	(食事・運動をテーマとした場合) 禁煙の気づきや禁煙に役立つ情報提供	無関心期、関心期、準備期の一部	ステージなどに合わせた個別化した情報提供、タバコ検査
積極的支援	(禁煙をテーマとした場合) 禁煙の実行・継続の支援	準備期	動機づけ支援(初回支援)とフォローアップ(個別、グループ、電話、メール等)
	(食事・運動をテーマとした場合) 禁煙の気づきや禁煙に役立つ情報提供	無関心期、関心期、準備期の一部	ステージなどに合わせた個別化した情報提供、タバコ検査

情報提供

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. 喫煙は治療が必要な病気であり、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↑）

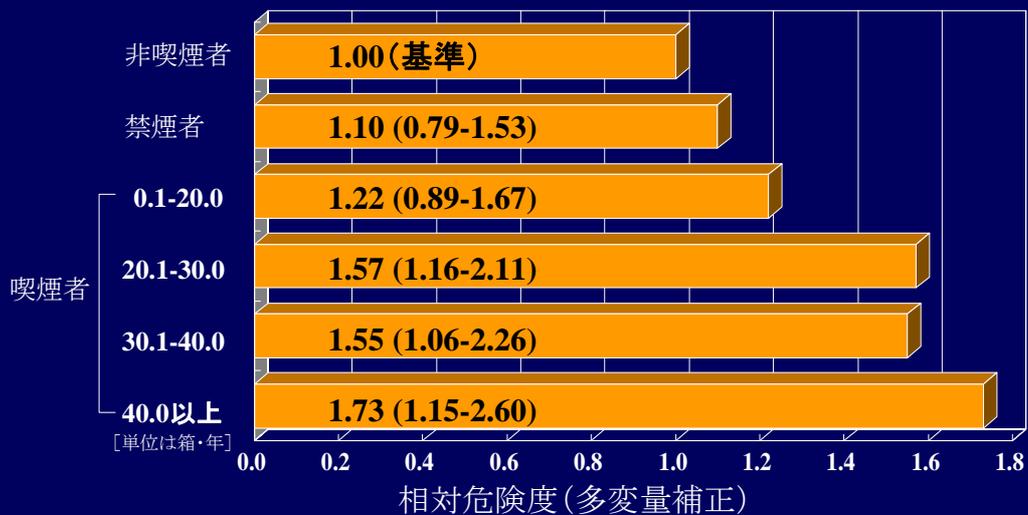
※メタボリック・シンドローム

•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

糖尿病の発症と喫煙習慣



(Uchimotoら、1999)

Active Smoking and the Risk of Type 2 Diabetes

A Systematic Review and Meta-analysis

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

■25のコホート研究をレビュー

- 対象 120万人
- DMの発症 4.5万人
- フォローアップ 5-30年

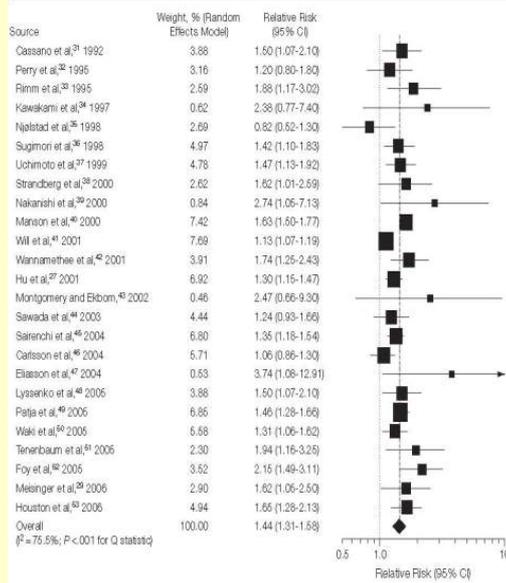
■24の研究がオッズ比1以上

■統合した補正オッズ

- 喫煙者 **1.44**
- 20本未満 **1.29**
- 20本以上 **1.61**
- 禁煙者 **1.23**

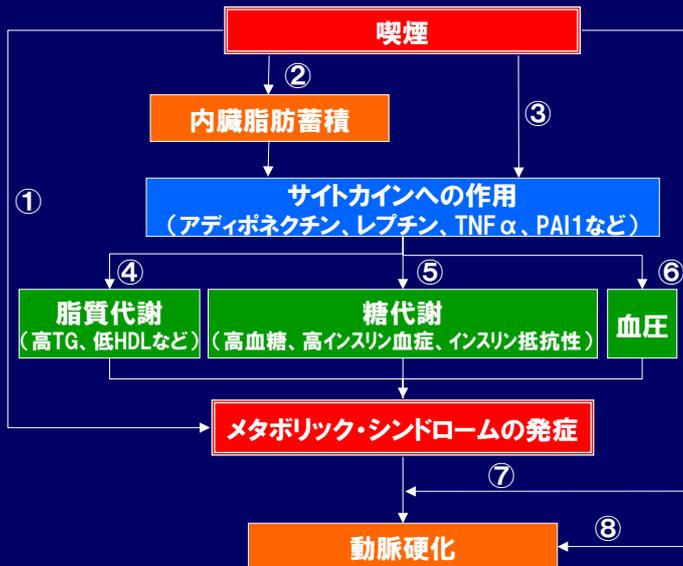
(注)いずれも、非喫煙者に比べて有意

Figure 2. Adjusted Relative Risks of Diabetes for Current Smokers Compared With Nonsmokers



CI indicates confidence interval. Size of data markers indicates the weight of the study.

喫煙とMSの関係についてのAnalytic Frameworkと対応する課題



[喫煙とMSの発症の関係]

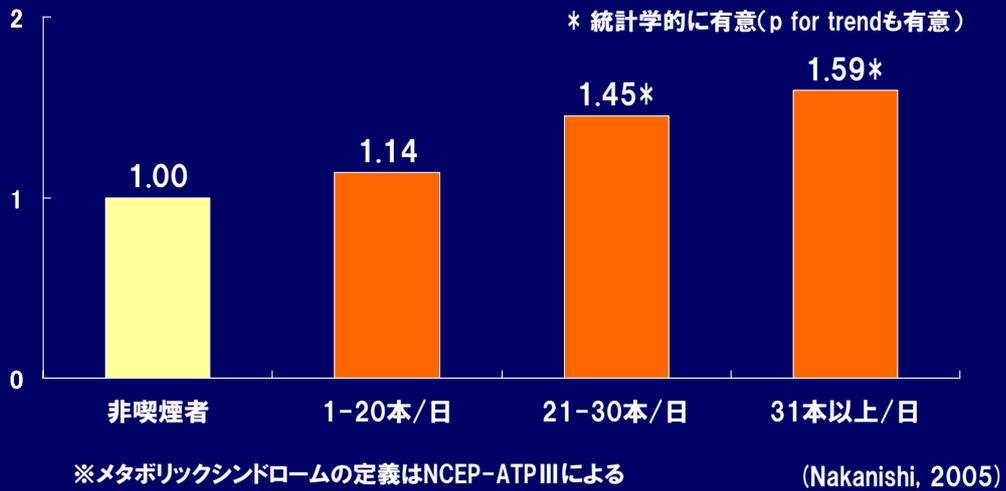
- AF1. 喫煙がMS発症の危険因子であることを示す直接的証拠
- AF2. 喫煙の内臓脂肪蓄積への影響(間接的証拠)
- AF3. 喫煙のサイトカインへの作用(間接的証拠)
- AF4. 喫煙の脂質代謝への影響(間接的証拠)
- AF5. 喫煙の糖代謝への影響(間接的証拠)
- AF6. 喫煙の血圧への影響(間接的証拠)

[その他]

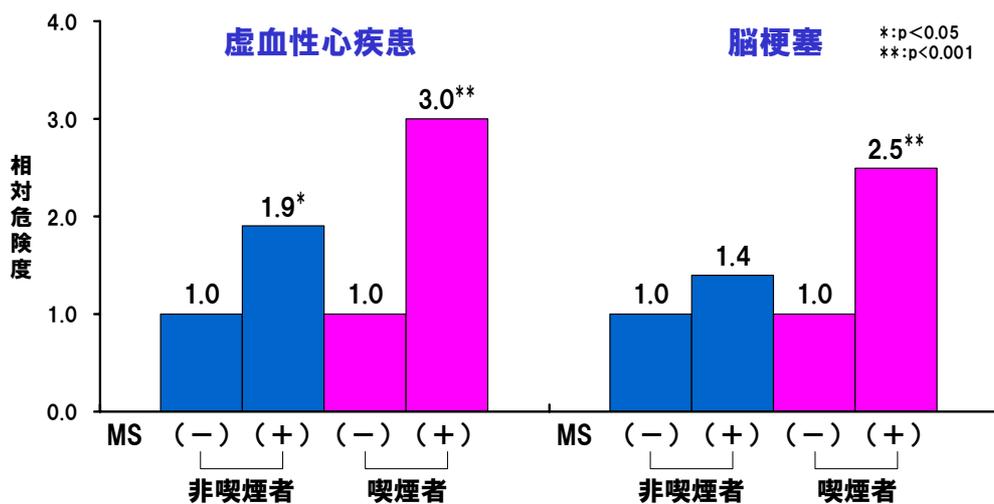
- AF7. 喫煙とMSが合併した場合の動脈硬化のリスク
- AF8. 喫煙の動脈硬化への直接作用(間接的証拠)

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

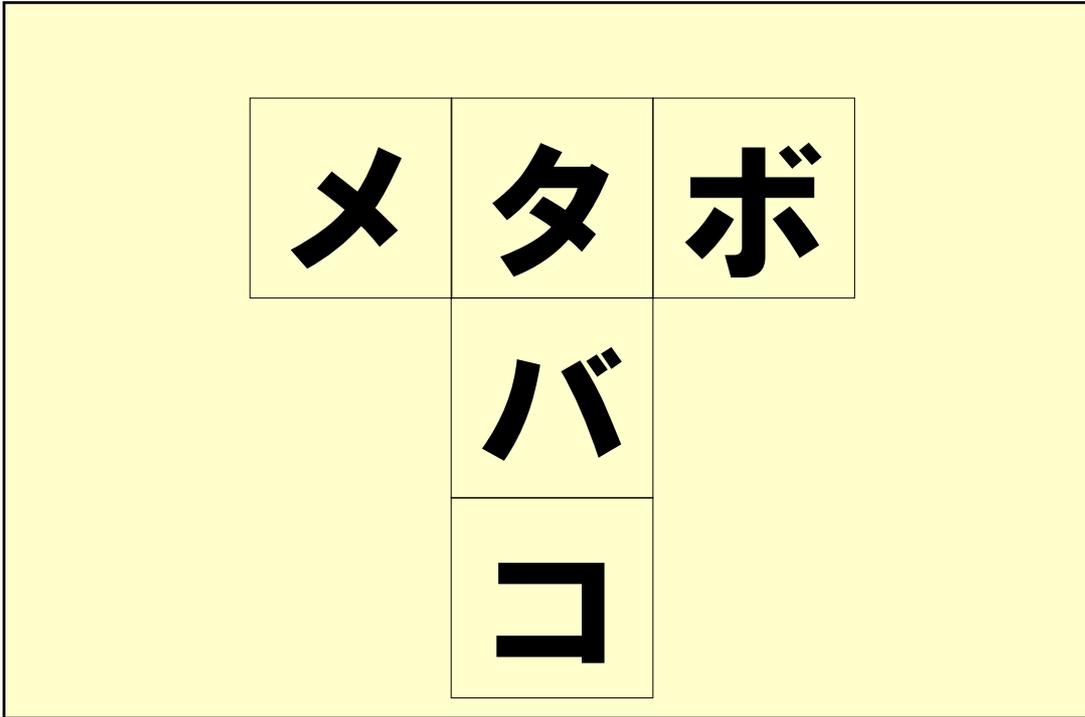


メタボリック・シンドローム(MS)と動脈硬化—喫煙の影響



※日本人男女9,087例(6地域)を対象とした18年間の追跡調査成績
多変量解析(性、年齢、地域、SBP、BMI、TC、飲酒、糖尿病を補正)
☆メタボリック・シンドロームの定義はNCEP/ATP IIIによる

Iso H, et al. Stroke 38: 2007 (in press)



禁煙に関する情報提供の内容

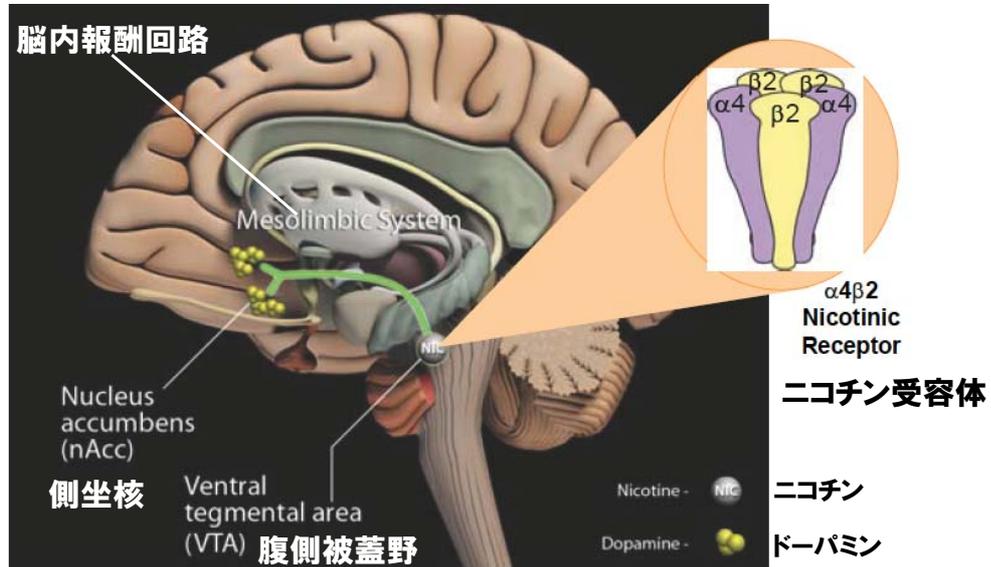
1. 禁煙の重要性を伝える

- ※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. 喫煙は治療が必要な病気であり、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

喫煙習慣の本質はニコチン依存症という病気



**たばこを吸っている人の
禁煙の基本ニーズは・・・**

**楽に自然に苦しまずに
やめられること**

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・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	1.8%	(中村ら、H16浜島班報告書)
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

禁煙治療の薬剤の有効性

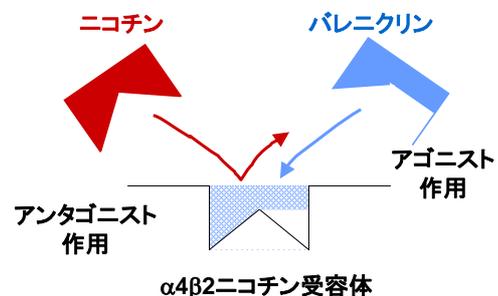
	種類(試験数)	禁煙率のオッズ比 (95%信頼区間)
ニコチン製剤	ガム (53)	1.43 (1.33-1.53)
	パッチ (41)	1.66 (1.53-1.81)
	鼻腔スプレー (4)	2.02 (1.49-3.73)
	インヘーラー (4)	1.90 (1.36-2.67)
	舌下錠・トローチ剤 (6)	2.00 (1.63-2.45)
	全体	1.58 (1.50-1.66)
ブプロピオン (31)		1.94 (1.72-2.19)
バレニクリン (4)		3.22 (2.43-4.27)

(ニコチン製剤: Stead,2008/ブプロピオン: Hughes,2007/バレニクリン: Cahill,2007)

新規禁煙治療薬バレニクリン

- 新しい作用機序を有する経口投与の非ニコチン製剤
- 中枢神経系に特異的に発現し、ニコチン依存の形成に寄与している $\alpha 4\beta 2$ ニコチン受容体を選択的に作用する部分作動薬

- 作動薬(アゴニスト)作用により、
たばこに対する切望感、
離脱症状が軽減される
- 拮抗薬(アンタゴニスト)作用により、
喫煙によって得られる満足感が
抑制される



- 米国でチャンティックス™, EUでチャンピックス®の製品名で承認されている。
- 国内では2006年6月に承認申請し、現在審査中。

バレニクリンの要約

(Bobak, Journal of smoking cessation, 2: suppl 8-11, 2008をもとに作成)

1. 作用機序

脳内の $\alpha 4 \beta 2$ ニコチン受容体への結合 → “Dual Action”

部分作動薬として → 喫煙欲求や離脱症状の緩和

部分拮抗薬として → 喫煙による満足感の減少

2. 有効性

- コクランレビューで禁煙の統合オッズ比は3.22で、NRT (1.81) やブプロピオン (2.66) に比べて、オッズ比はより高い。
(ニコチン製剤: Silagy, 2004 / ブプロピオン: Hughes, 2004 / バレニクリン: Cahill, 2007)
- ブプロピオンとの直接比較 (3つの研究) では統合オッズ比は1.66で有意に高い (Cahill, 2007)
- NRTとの間接比較 (NRT 49件、バレニクリン4件) では統合オッズ比は1.78で有意に高い (Wu, 2006)

3. 適応

バレニクリンの要約(続き)

(Bobak, Journal of smoking cessation, 2: suppl 8-11, 2008)

- 特に禁忌はないが、重度の腎機能障害者や透析患者には慎重な投与と観察が必要。
- 精神疾患において、禁煙後にうつなどの精神症状の悪化がみられるので注意深くフォローすることが必要。
- ただし、妊婦や授乳婦、未成年、精神疾患患者に対しては臨床試験のデータがない。

4. 用量・用法

- 服薬期間は12週間。最初の1週間は投与量の漸増を行う

時間	用量	
1-3日目	0.5mg	1日1回
4-7日目	0.5mg	1日2回
8日目以降	1mg	1日2回

禁煙補助薬の使用上の特徴

	ニコチンパッチ	ニコチンガム	バレニクリン
長所	<ol style="list-style-type: none"> 1. 使用法が簡単(貼り薬) 2. 安定した血中濃度の維持が可能 3. 食欲抑制効果により体重増加の軽減が期待できる 4. 健康保険が適用される 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 短時間で効果が発現 2. ニコチン摂取量の自己調節が可能 3. 口寂しさを補うことが可能 4. 食欲抑制効果により体重増加の軽減が期待できる 5. 処方箋なしで購入可能 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 使用法が簡単(飲み薬) 2. ニコチンを含まない 3. 離脱症状だけでなく、喫煙による満足感も抑制 4. 循環器疾患患者に使いやすい 5. 健康保険が適用される
短所	<ol style="list-style-type: none"> 1. 突然の喫煙欲求に対処できない 2. 汗をかく、スポーツをする人は使いにくい 3. 医師の処方箋が必要 	<ol style="list-style-type: none"> 1. かみ方の指導が必要 2. 歯の状態や職業によっては使用しにくい場合がある 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 突然の喫煙欲求に対処できない 2. 医師の処方箋が必要

(「禁煙治療のための標準手順書」第3版、2008)

禁煙補助薬の主な副作用と対処法

	副作用	対処法
ニコチンパッチ	皮膚の発赤や痒み	貼る場所を毎日変えるよう指導。抗ヒスタミン剤やステロイドの外用剤を必要時投与。水疱形成など皮膚症状が強い場合は使用を中止し、他剤の使用や禁煙補助薬なしでの禁煙を検討。
	不眠	貼り替えている時間を確認し、朝起床時に貼り替えるように指導。それでも不眠が見られる場合は、朝貼って就寝前にはがすよう指導。
ニコチンガム	口腔内・咽頭刺激感、嘔気、口内炎、腹部不快感	かみ方を確認し、正しいかみ方を指導。症状が強い場合は、他剤の使用や禁煙補助薬なしでの禁煙を検討。
バレニクリン	嘔気	飲み始めの1～2週で最も多いことを説明。対処法としては飲水や食後服用を徹底させるとともに、必要に応じて標準的な制吐剤を処方するか、用量を減らすことを検討。
	頭痛、便秘、不眠、異夢、鼓腸	標準的な頭痛薬、便秘薬、睡眠薬を処方するか、用量を減らすことを検討。

(注) ニコチンパッチおよびバレニクリンの副作用については、添付文書で5%以上の発現率の副作用を示した。ニコチンガムについては、5%以上の副作用がみられなかったため、3%以上の発現率の副作用を示した。なお、ニコチンガムの一般医薬品の添付文書では副作用の発現率が報告されていないので、ここでは医療用医薬品当時の添付文書を参考とした。

(「禁煙治療のための標準手順書」第3版、2008)

薬剤の効果－治療すべき喫煙者数(NNT)の比較

治療内容	長期禁煙 (Cahill, 2007)	早期死亡の予防
NRT+カウンセリング	20	40
ブプロピオン+カウンセリング	15	30
バレニクリン+カウンセリング	8	16

NNT: number needed to treat

(Bobak, Journal of smoking cessation, 2: supp8-11, 2008)

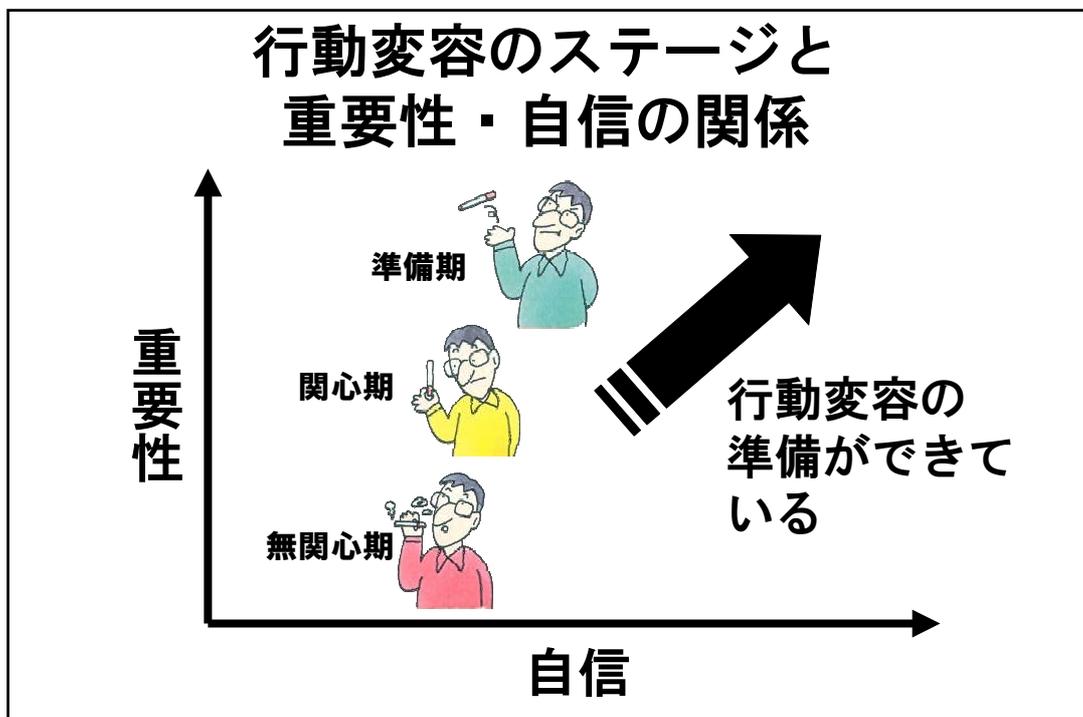
動機づけ・積極的支援

禁煙を改善テーマとした場合

動機づけ支援・積極的支援 —やめたい人の禁煙を手伝う—

【ポイント】

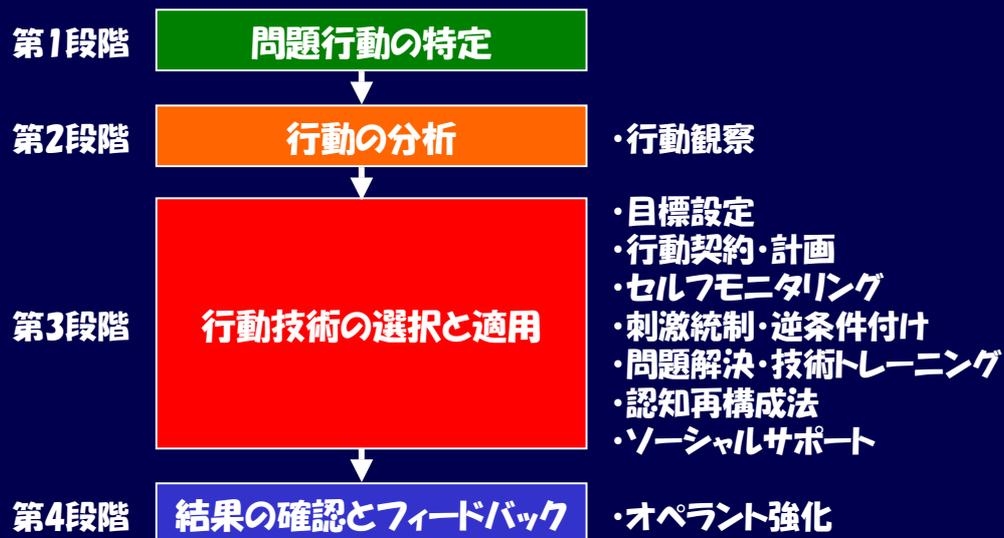
1. 禁煙開始日を話し合って決める
2. 禁煙にあたっての不安や心配事を聞き出して
解決策を一緒に考える(「**傾向と対策**」)
3. ニコチン代替療法に関する情報提供を行う
※保険による禁煙治療を実施している医療機関の紹介



自信の強化

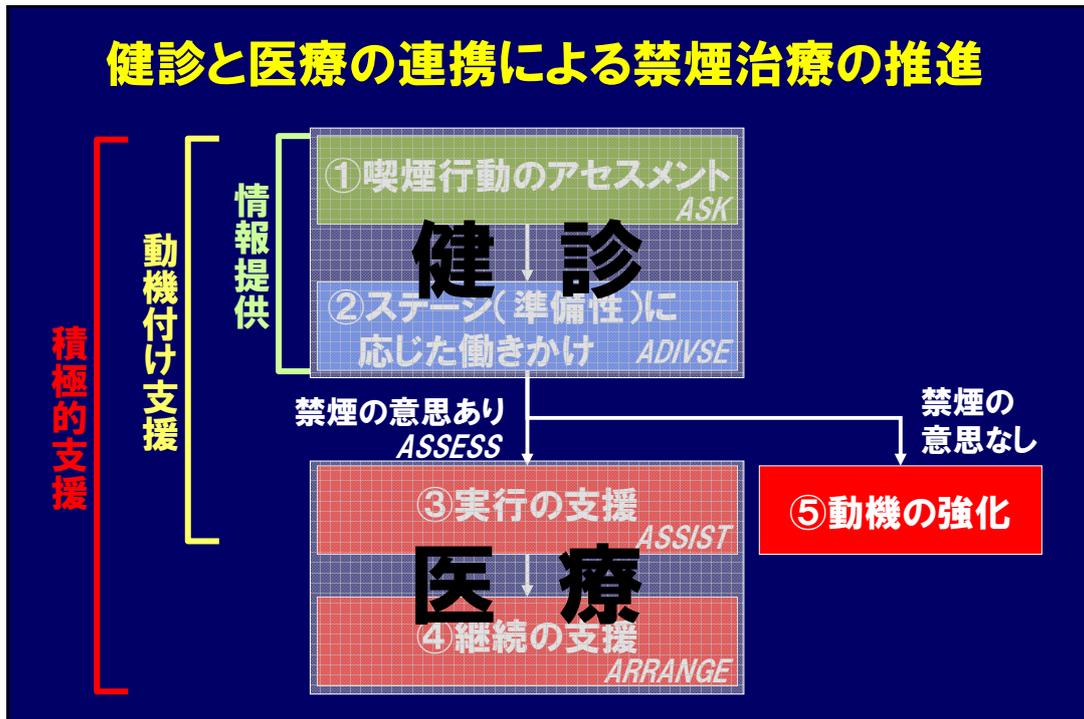
1. 達成可能な目標設定と成功体験の積み重ね
2. 「傾向と対策」(問題解決 / スキルトレーニング)
3. あなたならできると言う / 禁煙できたらほめる
4. うまくいった身近な事例を紹介する
5. 禁煙の思いこみを変える
 - 「自分は意志が弱いから無理」
 - 「何度やってもできないから自分には無理」
 - 「1本でも吸ったら禁煙は失敗」

行動療法の手順と行動技術



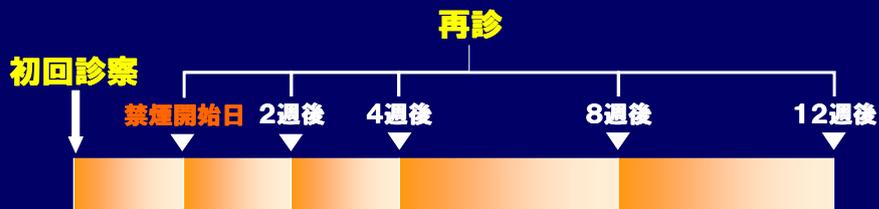
(中村正和: 行動科学に基づいた健康支援. 栄養学雑誌 60: 213-222, 2002)

健診と医療の連携による禁煙治療の推進



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)の禁煙指導について、診療報酬上の評価を行う。5回分合計の保険点数は962点。2006年6月からニコチンパッチの薬価収載。



- 社会保険方式による医療制度の国の中で、全国的な規模で禁煙治療に保険適用をしたのは、わが国が初めて。

ニコチン依存症管理料－対象患者

1. ニコチン依存症のスクリーニングテスト (TDS) でニコチン依存症と診断された者
2. ブリンクマン指数(1日喫煙本数×喫煙年数)が200以上の者
3. 直ちに禁煙することを希望し、「禁煙治療のための標準手順書」に則った禁煙治療プログラム(12週間にわたり計5回)について説明を受け、参加について文書により同意した者

タバコ依存症スクリーニングテスト(TDS)

1. 自分が吸うつもりよりも、ずっと多くタバコを吸ってしまいましたか。
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、タバコ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、またタバコ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、タバコ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. タバコ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. タバコのために自分に精神的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。
9. 自分はタバコに依存していると感じることがありましたか。
10. タバコ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。

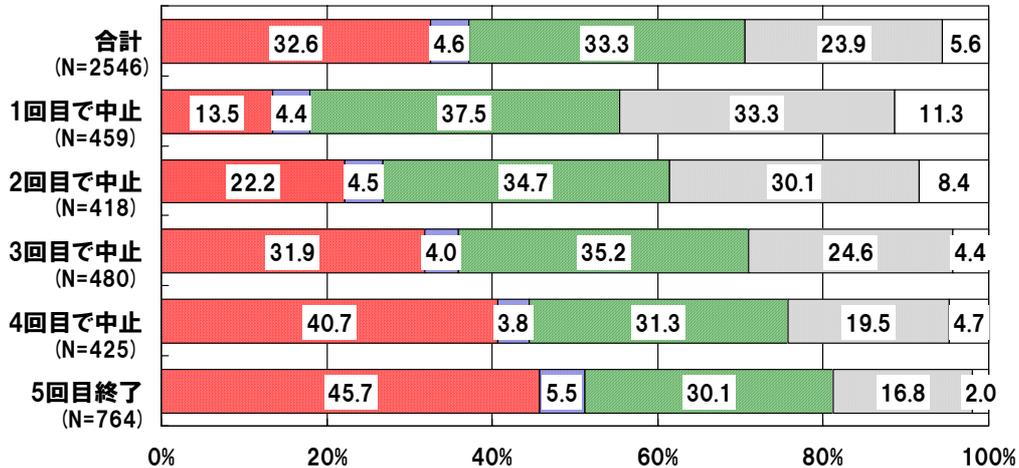
構成内容: 1:自己制御困難、2:失敗体験、3-5:渴望や離脱症状、6-8:有害体験をしながらの使用継続、9:依存の自覚、10:たばこ中心の生活

判定方法:「はい」(1点)、「いいえ」(0点)で回答を求める。「該当しない」場合は0点を与える。
合計点が5点以上の場合、ICD10診断によるタバコ依存症である可能性が高い(約80%)。

スクリーニング精度等:感度=ICD10タバコ依存症の95%が5点以上を示す。特異度=ICD10タバコ依存症でない喫煙者の81%が4点以下を示す。得点が高い者ほど禁煙成功の確率が低い傾向にある(Kawakami, et al: Addictive Behaviors 24: 155-166, 1999)。

三次調査

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



(注)回収率は61.2%(一次調査回答施設
456施設のうち、279施設が回答)

(中医協 診療報酬改定結果検証部会資料、2007年10月10日)

禁煙治療の費用—ニコチンパッチ

	費用	自己負担額 (3割負担として)
初診料+再診料4回分*1	7,620円	2,286円
ニコチン依存症管理料	9,620円	2,886円
院外処方箋料*2	2,040円	612円
ニコチンパッチ*3	20,730円	6,219円
計	40,010円	12,003円

(注) 上記費用は2008年4月に改定された診療報酬点数に基づいて算出。実際に支払う自己負担額は、
受診日毎の合計額の端数を10円未満で四捨五入した額になります。

- *1 禁煙のみを目的に、診療所で治療を受けると仮定。再診料には外来管理加算(52点)を含むと仮定。
- *2 禁煙補助薬のみ処方されると仮定。
- *3 禁煙補助薬を標準的な用法・用量で使用すると仮定(ニコチンパッチは8週間、バレニクリンは12週間)。
薬剤料のほか、調剤料などが別に必要。

禁煙治療の費用ーバレニクリン

	費用	自己負担額 (3割負担として)
初診料＋再診料6回分*1	10,080円	3,024円
ニコチン依存症管理料	9,620円	2,886円
院外処方箋料*2	4,080円	1,224円
バレニクリン*3	37,660円	11,298円
計	61,440円	18,432円

(注) 上記費用は2008年4月に改定された診療報酬点数に基づいて算出。実際に支払う自己負担額は、受診日毎の合計額の端数を10円未満で四捨五入した額になります。

- *1 禁煙のみを目的に、診療所で治療を受けると仮定。再診料には外来管理加算(52点)を含むと仮定。
- *2 禁煙補助薬のみ処方されると仮定。
- *3 禁煙補助薬を標準的な用法・用量で使用すると仮定(ニコチンパッチは8週間、バレニクリンは12週間)。薬剤料のほか、調剤料などが別に必要。

禁煙者を増やすためには

禁煙試行率 ↑

×

禁煙成功率 ↑

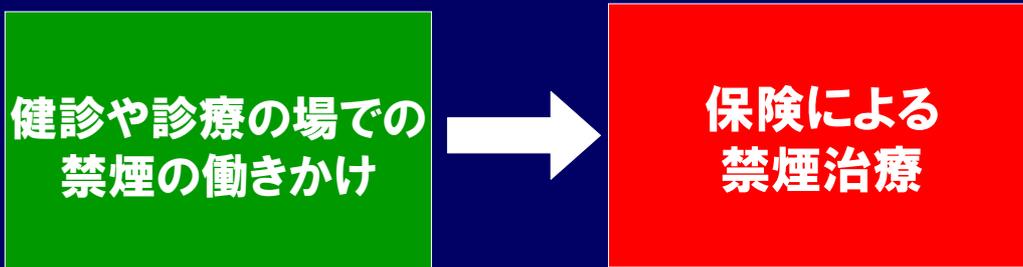
包括的なたばこ規制の推進

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

日常診療の場での禁煙の推進



日本公衆衛生学会 「標準的な健診・保健指導プログラム」に対する意見表明について

平成19年3月23日

- 高血圧、糖尿病、高コレステロール血症等の確立した循環器疾患の危険因子に対する保健指導は、**内臓脂肪蓄積の有無とは独立して行うこと。**
- **禁煙指導**は癌、循環器疾患、呼吸器疾患等の予防にとって、とりわけ重要な保健指導項目であり、**メタボリックシンドロームの有無にかかわらず禁煙指導を実施すること。**
また、喫煙者にとっては健診を受診すること自体が禁煙の動機付けを促す介入となるように、健診の標準的な質問票には、現在の「喫煙の有無」のみでなく「禁煙意志」に関する質問を加えること。

メタバコ

タバコ



特定健診・特定保健指導における禁煙支援

2008年7月インターネット公開予定

脱 メタバコ支援マニュアル

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. 喫煙とメタボリックシンドロームの関係
2. メタボリックシンドローム患者に対する禁煙支援の医療経済効果
3. 禁煙による体重増加への対策
4. 禁煙がさまざまな疾患の死亡リスクを下げる
5. 非メタボリックシンドロームの場合の禁煙対策も重要
6. 禁煙支援は委託も可能

第Ⅱ部 特定保健指導における禁煙支援の取り組み

1. 情報提供の具体的な方法
2. 動機付け・積極的支援の具体的な方法
3. 環境整備について



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。



一般用 禁煙支援マニュアル
(大阪がん予防検診センターのHPで公開)



妊産婦用 禁煙支援マニュアル
(大阪府立健康科学センターのHPで公開)

禁煙治療のための標準手順書 改訂第3版（2008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

主な改訂内容

1. バレニクリンの保険薬収載に伴う記述事項の追加
2. 禁煙治療中に入院した場合の治療継続と薬剤料算定の認可



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

Thank you for your attention