

特定健診・特定保健指導における禁煙支援

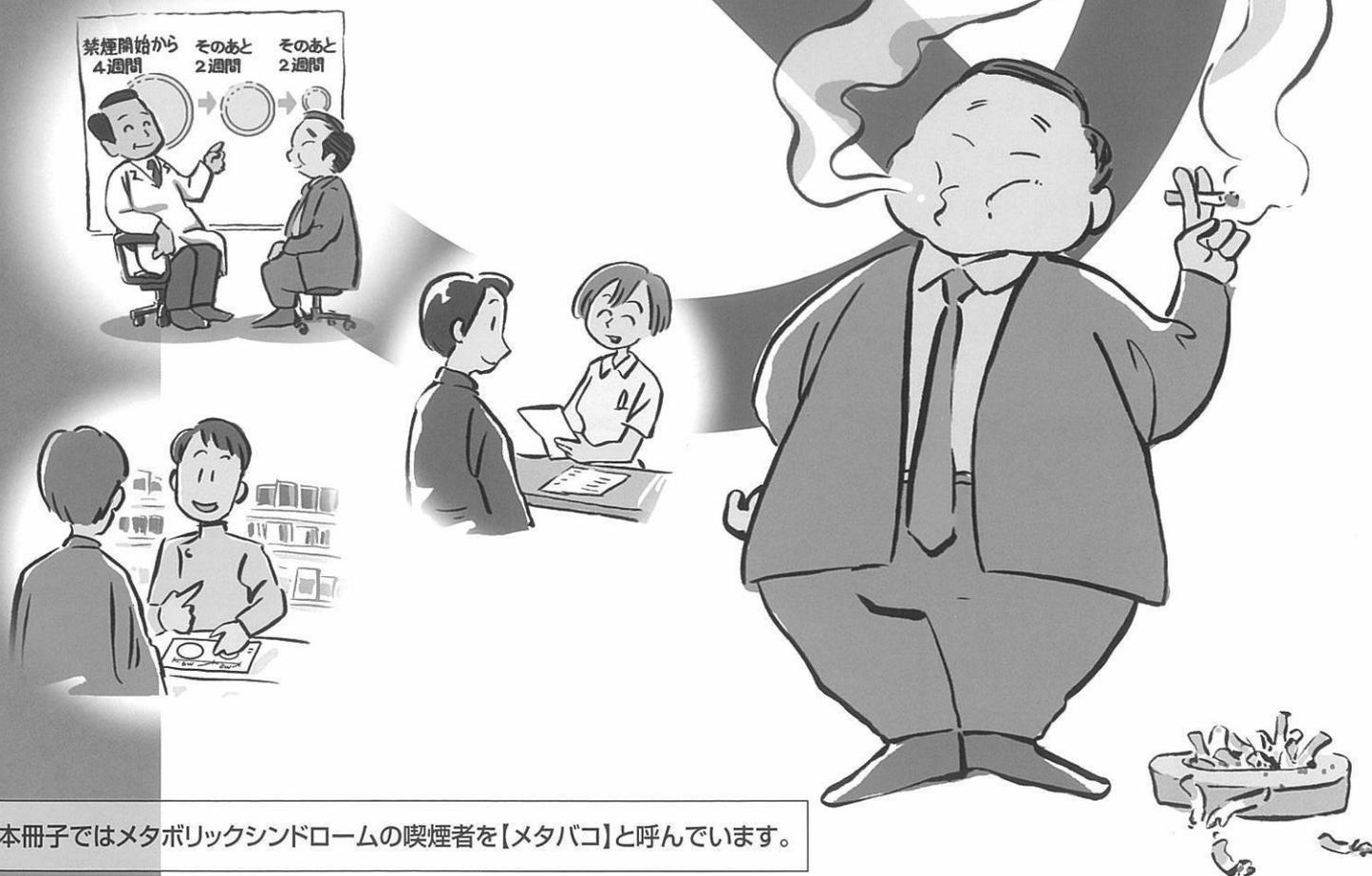
編 著

大阪府立健康科学センター 健康生活推進部長 中村 正和

大阪府立健康科学センター 健康生活推進部 増居 志津子

脱 メタバコ

支援マニュアル



本冊子ではメタボリックシンドロームの喫煙者を【メタバコ】と呼んでいます。

はじめに

2008年度から特定健診・特定保健指導がスタートしました。メタボリックシンドロームに対する保健指導では減量を目的とした食事や身体活動に重点が置かれることとなりますが、喫煙は動脈硬化性疾患の独立した原因であり、メタボリックシンドロームや糖尿病の発症のリスクを高めることから、禁煙にも取り組む必要があります。また、肥満を伴わない場合でも喫煙は多くの病気の原因となることから、すべての喫煙者に禁煙を働きかけることが重要です。

日本公衆衛生学会は、2007年3月23日に特定健診・特定保健指導に対して意見表明を行い、禁煙に関する保健指導について以下の内容の提言を行い、その重要性を指摘しています。

- 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。
- 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づ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。

また、厚生労働省保険局の「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」には、「医療保険者は、特定保健指導以外の保健指導の実施は義務付けられていないが、医療保険者の判断で自由に保健指導を行うことは差し支えない。(中略) 加入者の健康の保持増進のために必要があると認める時は、加入者に対し、適切な保健指導を行うよう努めるものとする」と明記されています。

喫煙の健康影響が広範囲でかつ深刻なことから、そして喫煙自体がニコチン依存症という病気であることを考えると、保険者として喫煙している加入者に対して積極的に禁煙を働きかける必要があります。

本冊子は、以上の点を踏まえ、特定健診・特定保健指導や職場での定期健康診断などの場で禁煙に取り組むことの意義とその具体的な方法について紹介します。

Contents

はじめに	2
メタバコって何?	3
第I部 メタボリックシンドロームや糖尿病対策に禁煙は必須!	4
1. 喫煙は動脈硬化を促進する独立した原因	4
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	5
3. 禁煙による健康面と経済面のダブル効果	6
4. 禁煙による体重増加とその対策	7
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	8
禁煙支援の流れ—メタバコさん編	8
禁煙支援の流れ—オタバコさん編	16
禁煙支援に役立つ資料	19

本冊子の登場人物

メタバコさん



特定健診の結果、特定保健指導の対象となった喫煙者
(メタボリックシンドロームを有する喫煙者)

オタバコさん



特定健診の結果、特定保健指導の対象とならなかった喫煙者
(メタボリックシンドロームを有さない喫煙者)

医師



健診を担当する
医師

保健指導担当者



保健指導を担当する保健師、
管理栄養士、看護師など

メタバコって何？



本冊子では「メタバコ」という言葉を使っています。
これは、メタボリックシンドローム(メタボ)と
タバコを組み合わせた造語です。
「メタバコ」に込めた意味は次のように3つあります。



●タバコを吸うとメタボになりやすい

タバコを吸うとメタボリックシンドロームを発症するリスクが高まります。メタボリック

- 1 シンドロームの原因として、過食や身体活動不足がまず頭に浮かびますが、喫煙も脂質代謝や糖代謝への影響などを介してメタボリックシンドロームの発症リスクを高めます。

●メタボとタバコが重なるとスーパーハイリスク

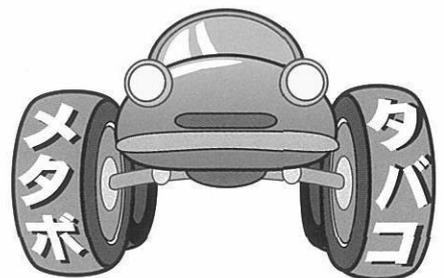
メタボリックシンドロームでかつ喫煙している人は、脳梗塞や虚血性心疾患のリスクが著しく高くなり、「スーパーハイリスク群」と考えられます。本冊子では、両者を併せ持っている方を「メタバコさん」、メタボリックシンドロームを有しない喫煙者を「オタバコさん」と呼ぶことにしました。メタバコさんもオタバコさんも、喫煙しているだけでハイリスクです。とりわけメタバコさんは早急にリスクを軽減させる必要があり、積極的な禁煙の働きかけや支援が重要です。

- 2

●メタボ対策と同時にタバコ対策を!

肥満と並んで喫煙は多くの病気の原因です。生活習慣病の予防対策のためには、メタボリックシンドローム対策と喫煙対策は「車の両輪」であり、両者を組み合わせることにより、生活習慣病の予防だけでなく、医療費のより確実な節減が期待できます。最近では社会として禁煙化が進む中で喫煙者の禁煙への関心が高まる一方、効果の確立した禁煙治療が健康保険で受けられるなど、これまでよりも禁煙しやすい環境が社会として整ってきています。今こそタバコ対策に取り組む好機といえます。

- 3



わが国では、肥満を伴わないリスク要因の集積者(たとえば、やせていて高血圧や糖尿病などの複数のリスク要因の保有者)においても循環器疾患のリスクの上昇がみられます。しかも、その対象者数が多いために、循環器疾患の発症者数は肥満を伴わない集団からのほうがむしろ多いことが明らかにされています。このことは、肥満を伴わない危険因子の集積者への保健指導の必要性を示しています。このことに関連して、日本公衆衛生学会は、前述した意見表明の中で、「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」を提言しています。

第 I 部

メタボリックシンドロームや 糖尿病対策に禁煙は必須!

●喫煙は、肺がんなどの多くのがん、虚血性心疾患や脳梗塞、くも膜下出血などの循環器疾患、慢性閉塞性肺疾患、消化性潰瘍など、さまざまな疾患の発症の原因です。最近では喫煙がメタボリックシンドロームや糖尿病の発症リスクを上昇させることが明らかとなっています。また、喫煙とこれらの病態が重なると動脈硬化性疾患をはじめとした重大な合併症のリスクがさらに高くなることから、メタボリックシンドロームや糖尿病対策として、禁煙は必要不可欠です。

1 喫煙は動脈硬化を促進する独立した原因

1) 喫煙していると動脈硬化性疾患のリスクが上昇する

喫煙は、高血圧、糖尿病、脂質代謝異常と並んで、動脈硬化を促進する独立した原因です。したがって、喫煙すると動脈硬化性疾患のリスクが上昇します。

日本人95,000人を対象として10年間の追跡調査を行ったJACC Studyによると、喫煙者は非喫煙者に比べて循環器疾患全体の死亡リスクが1.6~2.0倍有意に上昇することが明らかにされています(表1)¹⁾。疾患別では、虚血性心疾患では男女とも約3倍、脳卒中では1.4~2.0倍、喫煙者で死亡リスクが高くなります。また、脳血管疾患の中で脳梗塞と喫煙の関係は知られていますが、意外と知られていないのがくも膜下出血です。くも膜下出血は、喫煙により男女とも約3倍リスクが上昇します。くも膜下出血の原因として、高血圧や先天的な血管の脆弱性が知られていますが、喫煙も原因の約3割を占める主要な原因です。

表1 循環器疾患死亡における現在喫煙者の相対危険度

	男性	女性
全脳卒中	1.39 (1.13~1.70)	1.65 (1.21~2.25)
脳梗塞+脳血栓	1.23 (0.90~1.69)	1.64 (0.97~2.79)
くも膜下出血	2.98 (1.34~6.63)	3.25 (1.92~5.52)
虚血性心疾患	2.51 (1.79~3.51)	3.35 (2.23~5.02)
全循環器疾患	1.60 (1.39~1.84)	2.06 (1.69~2.51)

非喫煙者を基準として相対危険度を算出。()内は95%信頼区間
(Iso H, et al: Am J Epidemiol. 2005; 161: 170-179)

2) 喫煙による動脈硬化のメカニズム

喫煙による動脈硬化のメカニズムとしては、血管への直接傷害作用のほか、糖代謝障害、脂質代謝障害、凝固・線溶能の亢進といった、複合したメカニズムで動脈硬化を進行させることがわかっています(図1)²⁾。これら4つの作用について以下に解説をします。

①血管内皮の傷害

タバコの煙に含まれる一酸化炭素が血管拡張物質の産生を低下させ、血管内皮を傷害します。さらに喫煙すると酸化ストレスにより、LDLコレステロールなどの血清脂質の変性が起こり、それを貪食した泡沫細胞が血管内へ浸潤して動脈硬化が進むと考えられています。

②糖代謝障害

喫煙はアドレナリンなどのストレスホルモンの分泌を高め、血糖値の上昇を引き起こします。また、喫煙は脂肪組織から分泌される善玉のサイトカインであるアディポネクチンの減少や悪玉のサイトカインであるTNF α を上昇させ、インスリン抵抗性を高めます。そのほか、タバコの有害成分が膵臓の β 細胞を傷害してインスリンの分泌能を低下させることも指摘されています。

③脂質代謝障害

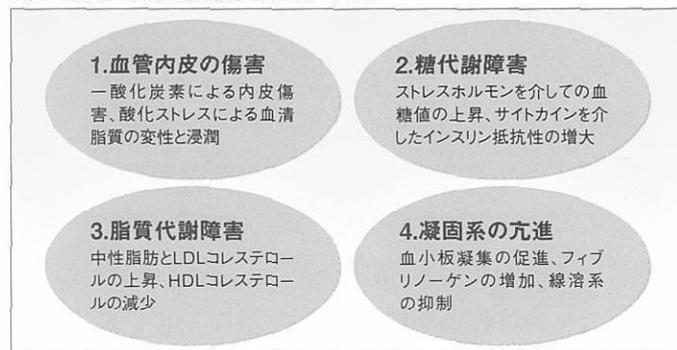
喫煙は中性脂肪やLDLコレステロールを増加させるほか、善玉コレステ

ロールであるHDLコレステロールを減少させます。このメカニズムとして、喫煙による脂肪組織のリポプロテインリパーゼの活性の低下が関係しています。

④凝固・線溶能の亢進

喫煙はニコチンによる血小板凝集の促進、凝固系因子であるフィブリノーゲンの増加などを通して血栓の形成を促進します。凝固系の亢進には、喫煙によりPAI-1という悪玉のサイトカイン(血栓を溶かすプラスミノゲンを阻害する作用のある物質)が増加することも関係しています。

図1 喫煙による動脈硬化のメカニズム



【文献】

- 1) Iso H, et al: Smoking cessation and mortality from cardiovascular disease among Japanese men and women: the JACC Study. Am J Epidemiol. 2005; 161: 170-179.
- 2) Hausteil K-O: TOBACCO or Health? Physiological and social damages caused by tobacco smoking. Springer. 2003, pp118-147.

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

1) 喫煙しているとメタボリックシンドロームになりやすい

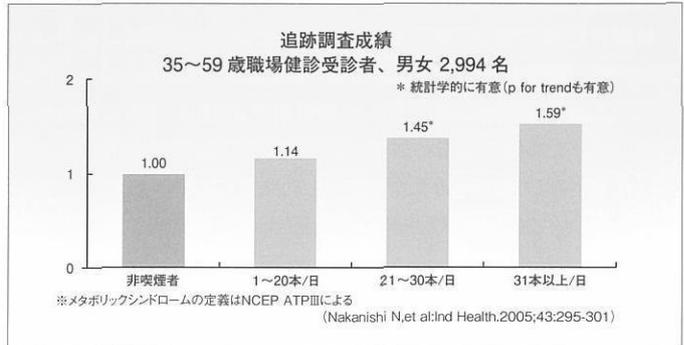
喫煙はメタボリックシンドロームの発症のリスクを高めることが複数の国内外の研究で報告されています¹⁾。わが国で職域の健診受診者約3,000人を追跡した研究によると、喫煙本数に比例してメタボリックシンドロームの発症のリスク(年齢、飲酒量、身体活動などで補正)が有意に上昇し、1日31本以上の喫煙者では非喫煙者に比べて1.6倍高くなることが示されました(図2)²⁾。

喫煙によりメタボリックシンドロームになりやすいメカニズムとして、①喫煙はコルチゾールなどのホルモンの影響や、喫煙に付随した不健康な生活習慣(過食や身体活動の不足)を介して、内臓脂肪の蓄積を引き起こすこと³⁾、②喫煙は、前述したように、脂肪組織から分泌されるサイトカインやリポタンパク質に影響を与えて、糖代謝や脂質代謝異常を引き起こすこと⁴⁾、がわかっています。その結果、メタボリックシンドロームが発症しやすくなると考えられています。

そのほか、禁煙後の体重増加により増えるのは内臓脂肪よりも皮下脂肪

肪が多いことが指摘されています^{3, 4)}。しかし、禁煙後の体重増加で内臓脂肪も増加しますので、何度も禁煙のチャレンジを繰り返した場合は、そのために内臓脂肪が蓄積することも原因の一つとして考えられています³⁾。

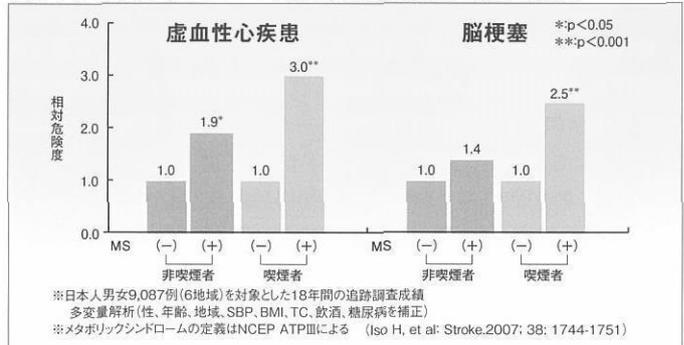
図2 喫煙によるメタボリックシンドロームの発症リスク



2) 喫煙+メタボリックシンドロームで動脈硬化性疾患のリスクがさらに上昇

喫煙とメタボリックシンドロームが重なると、動脈硬化がさらに進行し、虚血性心疾患や脳梗塞の発症リスクが増大します。非喫煙者でもメタボリックシンドロームに該当する場合、メタボリックシンドロームでない人に比べて、虚血性心疾患や脳梗塞を発症するリスクはそれぞれ1.9倍、1.4倍高くなりますが、喫煙者ではメタボリックシンドロームがあると、それぞれ3.0倍、2.5倍とさらに高くなります(図3)⁵⁾。

図3 メタボリックシンドローム(MS)と動脈硬化—喫煙の影響



3) 喫煙は糖尿病になるリスクを高める

喫煙は前述したように、血糖の上昇やインスリン抵抗性を高めるなどのメカニズムを介して、糖尿病の発症リスクを高めることがわかってきました。

最近発表された25編の研究をメタアナリシスした報告によると、喫煙は、他の要因(BMI、身体活動、飲酒など)を調整しても糖尿病(2型)の発症リスクを1.4倍上昇させることが明らかにされています(図4)⁶⁾。喫煙本数

が多いほどリスクが上昇することや、禁煙者ではリスクが低下することも示されています。

25編の研究にはわが国の研究が7編含まれていますが、いずれもオッズ比が1以上(1.3~2.7)で、両者の関係を示す結果でした(表2)。

図4 喫煙状況別にみた糖尿病の発症リスク-メタアナリシス研究

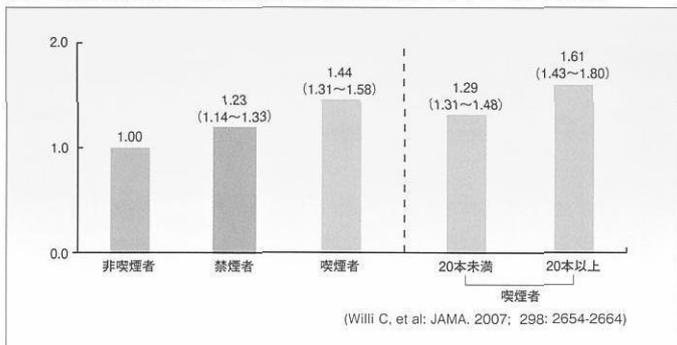


表2 喫煙と糖尿病(2型)の発症—国内追跡調査

報告者(報告年)	研究対象	対象数	診断基準 (FGT, mg/dl)	追跡期間	オッズ比
Kawakami (1997)	職域従業員	2,312	≥140	8年	2.38 (0.77~7.40)
Sugimori (1998)	健診受診者	2,573	≥110	16年	1.42 (1.10~1.83)
Uchimoto (1999)	職域従業員	6,250	≥126	16年	1.47 (1.13~1.92)
Nakanishi (2000)	職域従業員	1,266	≥126	5年	2.74 (1.05~7.13)
Sawada (2003)	職域従業員	4,745	≥126	14年	1.24 (0.93~1.66)
Sairenchi (2004)	健診受診者	128,141	≥126	9年	1.35 (1.18~1.54)
Waki (2005)	地域住民	28,893	問診による把握	10年	1.31 (1.06~1.62)

【文献】

- 1) 中村正和. 喫煙とメタボリックシンドローム発症の関係についての文献的考察. 平成18年度厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業「たばこに関する科学的知見の収集に係る研究」平成18年度 総括・分担研究報告書(主任研究者:祖父江友孝). 2007. 59-66.
- 2) Nakanishi N, et al: Cigarette smoking and the risk of the metabolic syndrome in middle-aged Japanese male office workers. Ind Health. 2005; 43: 295-301.
- 3) Chiolero A, et al: Consequences of smoking for body weight, body fat distribution, and insulin resistance. Am J Clin Nutr. 2008; 87: 801-809.
- 4) Filozof C, et al: Smoking cessation and weight gain. Obesity Reviews. 2004; 5: 95-103.
- 5) Iso H, et al: Metabolic syndrome and the risk of ischemic heart disease and stroke among Japanese men and women. Stroke. 2007; 38: 1744-1751.
- 6) Willi C, et al: Active smoking and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2007; 298: 2654-2664.

3 禁煙による健康面と経済面のダブル効果

1) 「禁煙は健康の大前提」

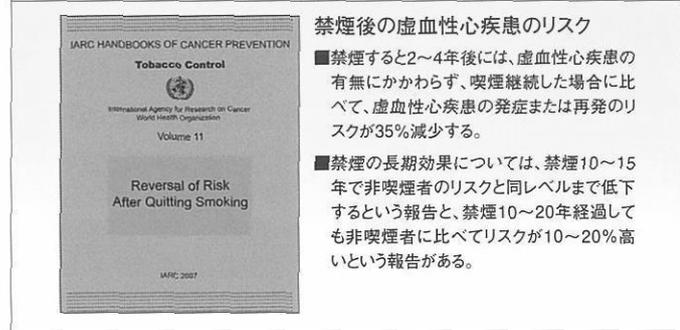
禁煙すれば、動脈硬化性疾患はもとより、肺がんなどの喫煙関連が
ん、慢性閉塞性肺疾患、消化性潰瘍などの喫煙関連疾患のリスクが確
実に低下することが数多くの観察的疫学研究で報告され、十分な科学
的証拠があります。これらの研究成果を一言でまとめると、「禁煙は健康
の大前提」といえます。

禁煙の効果に関する最近の情報としては、世界の研究をレビューして
2007年に国際がん研究機関(IARC)が発表した“Reversal of Risk
After Quitting Smoking”¹⁾という報告書があります。図5に虚血性心
疾患における禁煙の効果の要約を示しましたが、禁煙により確実にリス
クが低下することが明らかになっています。また、禁煙の脳血管疾患へ
の効果についても、虚血性心疾患とほぼ同様に効果があることが報告さ
れています。

肺がんについては、循環器疾患に比べて禁煙によるリスクの改善は
遅れるものの、禁煙5～9年以内にリスクの低下が明らかとなり、その後、
禁煙年数とともにリスクが低下することが明らかになっています。

図5 Reversal of Risk After Quitting Smoking

～ IARC HANDBOOKS OF CANCER PREVENTION Tobacco Control Vol.11 - (2007)



禁煙後の虚血性心疾患のリスク

■禁煙すると2～4年後には、虚血性心疾患の
有無にかかわらず、喫煙継続した場合に比
べて、虚血性心疾患の発症または再発のリス
クが35%減少する。

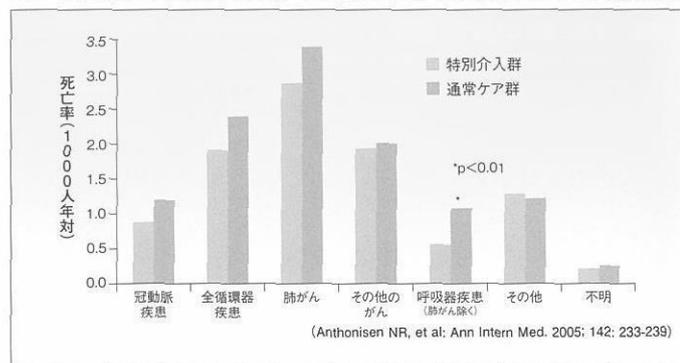
■禁煙の長期効果については、禁煙10～15
年で非喫煙者のリスクと同レベルまで低下
するという報告と、禁煙10～20年経過して
も非喫煙者に比べてリスクが10～20%高
いという報告がある。

2) ランダム化比較対照試験でも禁煙の予防効果が証明されている

禁煙の効果をランダム化比較対照試験の形で明らかにした有名な介
入研究としては、Lung Health Study (LHS)があります²⁾。この研究で
は軽度の肺の閉塞性障害を有する35～60歳の喫煙者約5,800人を
研究対象とし、禁煙に積極的に介入する群(特別介入群)と通常ケア
群の2つの群を設定して、その後11年間追跡調査を実施しました。特別
介入群には、禁煙プログラムとして、10週間に計12回のグループ学習と
ニコチンガムの無料提供、さらに禁煙者に対して再発予防の禁煙維持
プログラム(禁煙後の体重増加やストレス対処など)を提供しました。そ
の結果、5年後の時点で4年以上禁煙を継続した者の割合は特別介入
群21.7%、通常ケア群5.4%と、両群間で差がみられ、さらに15年後の
特別介入群の全死因死亡率が、通常ケア群と比べて15%有意に低く
なりました。肺がんを除く呼吸器疾患の死亡率は、特別介入群では通常
ケア群の約1/2まで有意に低下しました(図6)。また、虚血性心疾患や

肺がんの死亡率は、サンプル数が少ないため有意ではなかったものの、
その低下傾向が観察されました。

図6 死因別にみた禁煙の効果—Lung Health Study(15年間の追跡結果)

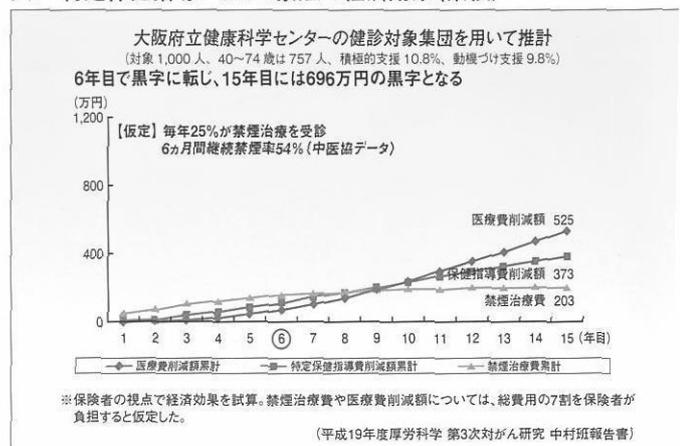


3) 禁煙の医療経済効果

喫煙はさまざまな疾患の原因となることから、喫煙者は非喫煙者よりも
医療費が多かかると報告されています。また、特定保健指導では喫
煙率が低いほど、積極的支援の対象者は少なくなり、特定保健指導にか
かる費用が軽減されます。禁煙支援により喫煙者を減らすことは、健康面
だけでなく、医療経済面にも好影響を与えます。

特定保健指導による禁煙の経済効果について、大阪府立健康科学セ
ンターの健診対象集団を用いて試算した結果を図7に示します³⁾。禁煙治
療開始から最初の数年間は、禁煙治療費が医療費削減額や特定保健
指導費削減額を上回りますが、累積6年で黒字に転じ、15年目には696
万円の黒字になることが推定されました。つまり、禁煙支援をメタボリックシ
ンドローム対策と並行して行うことにより、将来的に医療費を低減できるば
かりでなく、当面の特定保健指導の費用も抑制できると考えられます。

図7 特定保健指導における禁煙の経済効果(累積)



[文献]

- 1) International Agency for Research on Cancer World Health Organization: IARC Handbooks of Cancer Prevention, Volume11: Reversal of Risk After Quitting Smoking. IARC, Lyon, 2007, pp269-293.
- 2) Anthonisen NR, et al: The effects of a smoking cessation intervention on 14.5-year mortality. Ann Intern Med. 2005;142:233-239.
- 3) 効果的な禁煙支援法の開発と普及のための制度化に関する研究(主任研究者 中村正和)。平成19年度厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業研究報告書。2008。

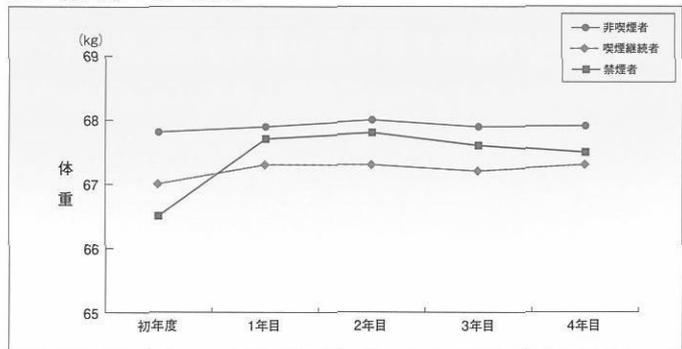
4 禁煙による体重増加とその対策

1) 禁煙後の体重増加は一時的

喫煙者が禁煙を考える際に躊躇するのが禁煙後の体重増加です。大阪府立健康科学センターの男性の健診受診者2,033人(特にメタボリックシンドロームに限定せず)を対象に調べた研究¹⁾によると、禁煙1年後には禁煙者の8割に平均約2kgの体重増加がみられました。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、一時的であることがわかりました(図8)。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²⁾。禁煙時の主な離脱症状は概ね4週間以内におさまるのに対して、食欲亢進は10週以上続いたため³⁾、禁煙が落ち着いてからも体重増加に留意することが必要です。

図8 禁煙後の体重変化



(注)ここでの禁煙者は、初年度と1年目の間に禁煙し、その後も禁煙を継続した人。

2) 禁煙後のメタボ関連検査値の悪化も一時的

上述の大阪府立健康科学センターの研究¹⁾によると、禁煙後の中性脂肪、空腹時血糖、血圧の値は、1年目の体重増加に伴って少し悪化する傾向がみられますが、禁煙2年目以降に改善する傾向がみられています。中性脂肪や血圧については、禁煙4年目には禁煙前値近くまで改善がみられます(図9、図10)。空腹時血糖については、禁煙1年目には増加しますが、その後は他の喫煙区分と同様の増加率まで改善する傾向がみられています(図11)。HDLコレステロールは、禁煙1年後に増加し、2年目までその傾向が続きます(図12)。

このように、禁煙直後には体重増加に伴って、一時的にメタボリックシンドロームに関連した検査値が上昇しますが、その後の禁煙の経過とともに改善する傾向がみられています。

図9 禁煙後の中性脂肪値の変化

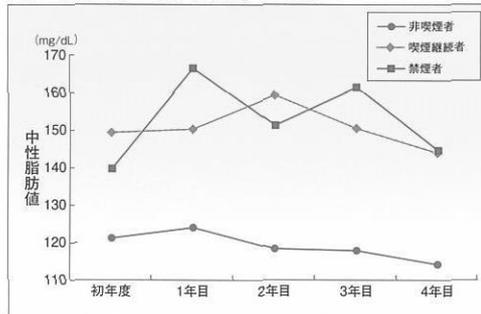


図10 禁煙後の収縮期血圧の変化

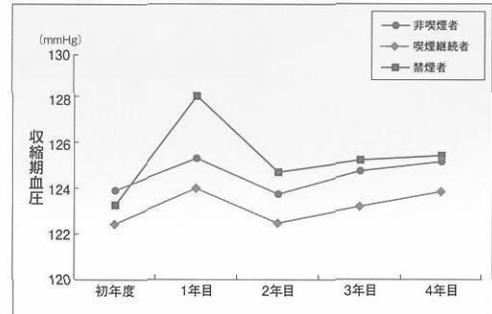


図11 禁煙後の空腹時血糖値の変化

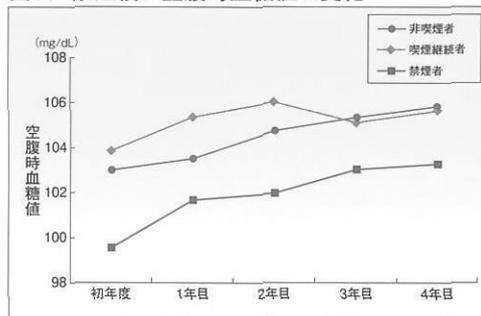
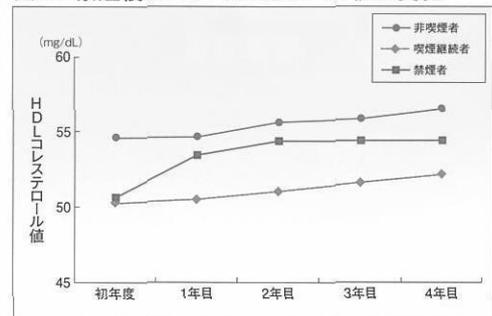


図12 禁煙後のHDLコレステロール値の変化



(注1)ここではメタボリックシンドロームの受診者に限定した分析結果については、その対象数が少ないため示していません。これまでに得られた分析結果によると、禁煙後の平均体重の増加がみられていないこともあって、検査値が顕著に悪化するような傾向は認められていません。(注2)上記のデータは健診当日も含めて保健指導を熱心に行っている施設で得られた結果であり、かつ毎年健診を受診した人を対象としていますので、保健指導等の介入の影響が加味されている可能性があります。

3) 禁煙補助薬の体重への影響

禁煙で得られる効果は体重増加による健康リスクを大きく上回りますが、過度な体重増加は喫煙再開の原因となるので、その対策が必要となります。

禁煙後の体重は喫煙本数が多いほど増加しやすいといわれています⁴⁾。体重をできるだけ増やしたくない喫煙者には、禁煙補助薬の使用と禁煙後比較的早期から運動をすすめるのがよいと思います。禁煙補助薬を使用するメリットとしては、ニコチン製剤の使用時にみられる体重増加の遅延効果⁴⁾のほか、ニコチン離脱症状の抑制によって、間食等の摂取エネルギー

量の増加を抑えたり、禁煙直後から運動に取り組む余裕が生まれます。運動については、中等度の身体活動強度の運動(速歩、ジョギング、水泳など)がおすすめです⁴⁾。ただし、循環器疾患や腰痛等の疾患を有する喫煙者においては、運動に際して主治医への相談やメディカルチェックが必要です。食事については、禁煙直後からの過度な食事制限は喫煙欲求を高める可能性があるため、禁煙が安定するのを待って、高エネルギーの食品を減らして代わりに野菜や果物を増やしたり、飲酒量を減らすのがよいと報告されています⁴⁾。

[文献] 1) 禁煙がメタボリックシンドロームの構成因子に及ぼす長期的影響に関する検討(研究代表者 中村正和). 平成19年度科学研究費補助金実績報告書(研究実績報告書). 2008.

2) Filozof C, et al: Smoking cessation and weight gain. Obesity Reviews. 2004; 5: 95-103.

3) McEwen A, et al: Manual of smoking cessation. A guide for counselors and practitioners. Black Publishing. 2006, pp47-48.

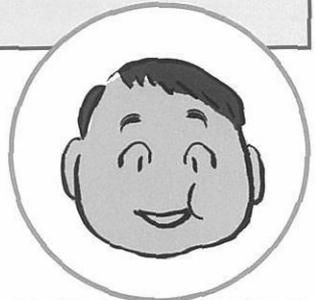
4) Fiore MC, et al: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, US Department of Health and Human Services. Public Health Service. 2008, pp173-176.

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

第II部では、健診や健診後の保健指導において、喫煙者に禁煙に関する情報提供やその具体的支援をどのように行っていくのかについて解説します。ここでは、特定健診において特定保健指導の対象となったメタバコさんと特定保健指導の対象とならなかった喫煙者のオタバコさんを例に、具体的な指導方法について紹介します。

禁煙支援の流れ — メタバコさん編



1日平均30本のヘビースモーカー
47歳 会社員

健診当日は、まず問診票(P.19参照)を用いて喫煙行動のアセスメントを行います。アセスメントの結果、喫煙している受診者には全員、診察時に医師が禁煙に関する情報提供を行い、禁煙に対する動機を強化します。保健指導担当者は医師からの禁煙の情報提供を受けて、まず禁煙に取り組むかどうか話し合います。その結果、禁煙に取り組むことになったメタバコさんには、保健指導担当者から階層化のレベルに合わせて禁煙を優先した保健指導を行います。初回の保健指導では、1)医療機関で禁煙治療を受診する、2)薬局・薬店でOTC薬を使って禁煙する、の2つの方法から個人に合った禁煙方法を紹介します。なお、禁煙後は、体重増加が予想されるため、運動や食事を組み合わせた減量支援を行います。

一方、禁煙の意思がないメタバコさんには、階層化のレベルに合わせて食事や運動を優先した保健指導を行います。このときに重要なことは、機会のあるたびに禁煙についての情報提供を行い、禁煙の動機を高めることです。

メタバコさんに対する禁煙支援

