

されてきた。たとえば禁煙開始早期からの禁煙支援者育成教育の提供や、各人がプログラムの中で適切な役割を担うことによる超長期支援の提供などは、創設当初のプログラムには含まれず、禁煙マラソン参加者の意見によって作り上げられてきたしくみである。また禁煙支援内容には当初から認知行動療法、行動療法、その他さまざまな心理学的メソッドが複合的に組み合わせられていたが、それらのプログラム内でのウエイトや細かい表現の仕方等は禁煙マラソン参加者によって改善が重ねられてきた。

社会の中核にいた組織づくりのプロとも言える人たちが参加者として禁煙マラソンの運営を自発的に担った結果、実社会のコミュニティ（企業など）で当たり前とされるロール（職場などの組織体制）、ルール（社内規定など）がITコミュニティにて実現されたものである。禁煙マラソンコミュニティの良質さも、創設当初の参加者が創始者とともに構築したコミュニティが「場の雰囲気」として後輩に受け継がれてきたものであるという言い方もあながち間違いではない。

⑦安全・安心して参加できるプログラム

安全性はITプログラムの提供のために欠かすことのできない重要な要素であり、たとえばメール送信者の個人情報完璧に保護することは、禁煙支援の安全な提供のために必須である。禁煙マラソンでは安全性を高めるために様々な技術面での工夫を重ねて来た。

禁煙マラソンはボランティアで提供されてきたプログラムであるが、ボランティアの負のイメージである「粗悪品の提供」ではなく「可能な限りの高品質な支援を、可能な限り安く」提供してきた。

⑧多種多様な心理学的スキルを含有したプログラム

禁煙マラソンプログラムがAHRQ (Agency for Health Care Research and Quality) ガイドラインに合致したものであることは前述したが、Prochaskaの理論やそのほかの行動変容に関する心理学理論にも合致したプログラムとなっていることが多くの心理学の専門家から指摘されている。

禁煙マラソンのプログラムの詳細と成立過程、運営をふくめた特性について述べたが、最後にソーシャルキャピタルの視点からの禁煙マラソンについて述べ、今後の展望につい

て論じる。

近年、ソーシャルキャピタルの視点から禁煙マラソンを評価する動きがある。禁煙マラソンにおいては「真心が通じる稀なインターネットコミュニティである」（慶応義塾大学金子郁容）、「PCを開けばそこにいつでも応援してくれる仲間、相談できる仲間がいる。だから禁煙を頑張れる。」（禁煙マラソンの参加者）などの言葉に代表されるように、禁煙マラソンはインターネット環境においてソーシャルキャピタルの豊富なコミュニティを形成してきた。

ソーシャルキャピタルの充実は地域住民が個人レベルあるいはコミュニティレベルにおいて、健康・安全に対する不安に適切に対処できる自己効力感を高める強力な推進要因（京都大学 中山健夫）とされ、医療現場におけるソーシャルキャピタルの重要性が注目されているが、ソーシャルキャピタルの豊富なITコミュニティを構築する禁煙マラソンのノウハウを通じて、コミュニティベースの医療のあり方に関しての提言が将来的になされるものと期待する。

なお禁煙マラソンのプログラムの提供や運営に関しては、本来公共的な事業として提供されるべきものであったとの意見がしばしば寄せられてきた。今後の禁煙マラソンの運営のひとつの方向として、公共的な提供者による提供に切り替えることも視野に入れたい。

禁煙支援者向けSNSの提供について、今回開発した禁煙支援者向けSNSは全国ベースの大規模なコミュニティから市区町村レベルの小規模なコミュニティまで、全てのコミュニティに対して有効なツールであることの確認が確認された。

自治体向け禁煙マラソンの提供は、職員・地域住民自身の禁煙に役立つ同時に、スタッフ自身の労力の削減にもつながり全ての自治体や職域の有効ツールであることが確認された。特に、パフォーマンスで考えた場合、スタッフが1人の喫煙者に書ける時間、禁煙成功率、支援を提供した喫煙者数の3つのミックスした場合、2つの典型的モデルが考えられる。どちらのモデルがその職場、地域の役割として有効化を考えながら構築することも不可欠であることを今回の研究を通じて再確認した。

成功率	90%	50%
対象者	10人	100人
時間	1時間/人	5分/人

成功者	9人	50人
労働時間	10時間	8.3時間

E. 結論

禁煙マラソンプログラムは「ピアサポートのプログラム」「コミュニティベースのプログラム」「自己研鑽機能を有するプログラム」「早期からの支援者教育の組み込まれたプログラム」「負担感が適度に軽減されたプログラム」「イノベティブなプログラム」「安心・安全性の高いプログラム」「多種多様な心理学的スキルを含有したプログラム」などの特性がみられた。

インターネットを利用したコミュニティについては、メリット、デメリットがいろいろな面から各方面で報告・議論されている。しかし、これからの禁煙推進にとって欠くことのできないものであるので積極的な普及を図るべきである。そして、世間で言われるデメリットの多くが、コミュニティがきちんとコントロールされていないために起こるものであり、それは実社会となんら変わるものではない。

また、医療者不足、医療関係費用の圧縮が叫ばれる昨今、禁煙経験者によるピア・サポートの積極的採用は様々な面で、今後の禁煙支援に効果を生むものだと言える。

こういった背景を踏まえ、インターネットコミュニティによる禁煙支援の場の確立に向けて引き続き本研究を継続していくことが必要である。

現在、遠隔医療学会において【永続性のある遠隔医療を考える分科会】のリーダーとして、「最近、BCM (Business Continuity Management) が重要視されている。遠隔医療でも地域医療でも、特定の人とシステムに依存するために継続性のある医療が提要されないケースが散見される。本分科会では、遠隔医療、地域医療の領域において、永続性のあるチーム医療作りを目標に活動する。そのために、禁煙マラソンなどの成功モデルを研究し、そこから、組織、人材育成のあり方を提言する。その結果として、個人・組織と技術が調和して永続性ある遠隔医療の提供に資す

ること目標にする。」というテーマで活動を始めた。

今回の研究で、SNSの構築、禁煙マラソンの提供が、「遠隔医療、地域医療の領域において、永続性のあるチーム医療作り」に資することが確認できた。引き続き、多くの現場に対して、SNSの提供、禁煙マラソンの提供を行うことで禁煙支援の発展に寄与をしていきたい。

G. 研究発表

伊藤裕子、高橋裕子、清原康介、三浦秀史、住田実：大分県におけるタクシー全車禁煙化～タクシー乗客への調査報告（短報）

三浦秀史：インターネットを活用した禁煙支援コミュニティの形成と禁煙支援プログラムの提供についての研究、平成21年度日本遠隔医療学会の学術大会、熊本市、2009年10月10日。

【参考文献】

K. Hotta, K. kinumi, Knaito, H. sakane, A. Imai, M. kobayashi, M. Ohnishi, T. Ouga, H. Miura, Y. Takahashi, K. Tobe An intensive group therapy programme for smoking cessation using nicotine patch and internet mailing supports in a university setting Jounal compilation Int J Clin Pract, December 2007, 61, 12, 1997-2001

高橋裕子 行動療法とソーシャルサポート 禁煙指導・支援者のための禁煙科学 2007

三浦秀史 高橋裕子インターネットを用いた禁煙支援 禁煙指導・支援者のための禁煙科学（日本禁煙科学会編） 2007

高橋裕子 大学禁煙化プロジェクト 大学と学生 2007<12>28~32

高橋裕子 インターネットプログラム～禁煙マラソンとストレスマネジメント 喫煙病学 2007 266~277

三浦秀史、高橋裕子禁煙に見るナラティブと

アート 日本保健医療行動科学会 2007
vol. 22 71-76

A. Ohta, Y. Takahashi FACTORS ASSOCIATED
WITH SUCCESSFUL SMOKING CESSATION AMONG
PARTICIPANTS IN A SMOKING CESSATION
PROGRAM INVOLVING USE OF THE INTERNET,
E-MAILS, AND MAILING-LIST Japanese
Journal of Public Health 2006 vol. 52
No. 11 999-1005

高橋裕子 メールでやめる禁煙マラソン2005
ダイヤモンド社 東京、

高橋裕子 大学での禁煙支援におけるITの有
効利用ー大学禁煙化プロジェクトCAMPUS
HEALTH 2005 42: 57-61

高橋裕子 子どもの禁煙外来 子ども白書
(2005年版) 2005 Pp. 123-125
高橋裕子 禁煙支援における性差の考慮 性
差と医療2005 343~49

Yuko Takahashi Woman and Smoking
Cessation Circulation Journal 2005 (69)
100

高橋裕子、三浦秀史他・禁煙支援はたのしく・
シービーアール・2005

三浦秀史、高橋裕子 禁煙ジュニアマラソン
から見た子どもたち・健康教室(東山書房)・
2005・第56巻第9号(33-39)

吉川貴子、高橋裕子 三浦秀史他・インター
ネット禁煙マラソンを利用した禁煙支援の試
み・産業衛生学会・2005・第47巻(818)

高橋裕子、三浦秀史・タバコに灰、サヨナラ
(最新禁煙マニュアル)・現代けんこう出版
東京

高橋裕子、三浦秀史・職域単位での禁煙支援・
日本呼吸器学会近畿地方会・2004・(22)

Yuko Takahashi, Akiko Higashiyama, Hideshi
Miura・smoking cessation program
using pocket mail communication for

adolescence・INTERNATIONAL JOURNAL OF
BEHAVIORAL MEDICINE・2004

高橋裕子、三浦秀史 完全禁煙マニュアル
2004 PHP研究所 東京

絹見洋子、戸部和夫、高橋裕子 三浦秀史 当
大学における禁煙への取り組みー禁煙教室の
試みー「CANPAUS HEALTH」2004 41(2) 63
~68

高橋裕子 「成人の喫煙と未成年の喫煙」の悪
循環を断ち切るツール 学校保健フォーラム
2004、8(77) 13~17

高橋裕子 大学における予知・予防医学への
取り組み CAMPUS HEALTH 2004 41(3)46

高橋裕子 健康増進法施行と大学における喫
煙対策のあり方について SPS 2004、47 92
~105

橋本栄里子、東山明子、高橋裕子: 「電子コミ
ュニティを利用した禁煙指導プログラムの有
効性の検討」~「インターネット禁煙マラソ
ン」の再喫煙者へのフォローアップの取り組
み~ 医療と社会 20:, 39-59, 2000.

K. Hotta, K. kinumi, Knaito, H. sakane, A. Imai,
M. kobayashi, M. Ohnishi, T. Ouga, H. Miura, Y. T
akahashi, K. Tobe An intensive group
therapy programme for smoking cessation
using nicotine patch and internet mailing
supports in a university setting Jounal
compilation Int J Clin Pract, December
2007, 61, 12, 1997-2001

高橋裕子 行動療法とソーシャルサポート
禁煙指導・支援者のための禁煙科学 2007

三浦秀史 高橋裕子インターネットを用いた
禁煙支援 禁煙指導・支援者のための禁煙科
学(日本禁煙科学会編) 2007

高橋裕子 大学禁煙化プロジェクト 大学と
学生 2007<12>28~32

高橋裕子 インターネットプログラム~禁煙
マラソンとストレスマネジメント 喫煙病学
2007 266~277

三浦秀史、高橋裕子禁煙に見るナラティブと
アート 日本保健医療行動科学会 2007
vol. 22 71-76

パリ発・地域SNSのコミュニティ・デザイン(富
士通総研ホームページ) オピニオン 2008年2
月

松尾 豊, 安田 雪: SNSにおける関係形成原理

— mixiのデータ分析—, 人工知能学会論文誌,
Vol. 22, No. 5, 2007

長谷川 高志, レケアのモデルとしての医
療・健康コールセンターの研究, 日本遠隔医
療学会誌、vol. 3(2), 2007

1) 黒川 清、イノベーション思考、PHP研究所、
2008

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
たばこ対策による健康増進策の総合的な支援かつ推進に関する研究
総合研究報告書 資料6

わが国における歯科診療所の禁煙指導の実施状況に関する調査

今井 博久 国立保健医療科学院疫学部 部長

研究要旨：平成19年度から21年度の間にはわが国における歯科診療所の禁煙指導の実施状況に関する調査を行った。本研究では、全国の歯科診療所における禁煙指導の取り組みの実態や歯科医自身の喫煙状況、禁煙指導に対する意識などを包括的に調査し、歯科医療現場で実施可能なたばこ対策の在り方を検討することを目的にした。初年度の平成19年度には全国調査に向けた予備調査としてパイロット・スタディを実施し、平成20年度および21年度に全国調査を実施した。

平成19年度のパイロット・スタディでは、岩手県、山梨県、東京都の歯科医師会の協力を得て、歯科診療所院長1489名に対して質問紙調査を行った。847名の有効回答のデータを分析した。患者の喫煙率の把握と禁煙指導を積極的に行っている歯科診療所は20～30%と推計された。禁煙指導の必要性は理解しているが、指導のための時間や人手の不足の他、指導者を支援・教育するための機会が不足していることが示唆された。

平成20年から21年度の全国調査では、47都道府県の歯科医師会会員10000人に対して質問紙を用いた大規模調査を行い、5879名の有効回答を得た。その結果、診療所歯科医師の禁煙に対する意識は高かったが、患者の喫煙状況を必ず尋ねている者は28.7%にとどまり、そのうち禁煙を進めているのは21%であった。歯科医療現場における禁煙指導は十分に実施されていない現状が明らかにされた。また禁煙指導の方法として最も多かったのは「口頭説明のみ」で、ニコチンパッチやガム、がんや身体疾患に絡めたアプローチを導入しているのは少数だった。

わが国で初めての歯科診療所における禁煙指導の実態に関する全国調査が実施され、禁煙指導の現状および始動の阻害要因が明らかになった。歯科診療所における禁煙指導はほとんど実施されておらず、禁煙指導が進まない要因は、時間やマンパワーの負担が大きく、その一方で収益に結び付かないこと、禁煙指導の歯科医師に向けた研修・教育の機会が少ないことなどが明らかになった。

今後は診療所歯科医師に対する研修・教育体制の整備や歯科衛生士などの歯科医以外のスタッフを含んだ禁煙指導の導入、歯科医師に対する禁煙指導の意識面の啓発、歯科から医科への患者へのルート体制の構築などが期待される。

A. 研究目的

禁煙指導は様々な機会を捉えて実施されるならば、公衆衛生上大きな効果が期待できる。一般診療所だけでなく、歯科診療所においても禁煙指導が実施されることが期待される。一般に、歯科診療所は比較的身近な存在であり、禁煙指導において期待される役割は大きい。特に、専医学知識を持った歯科医師が継続的に関われること、禁煙への動機づけが比較的实施可能なこと、患者の口腔内を実際に示しながらの指導が可能なことなど、様々な利点がある。特にわが国の喫煙率は年々低下傾向を認めているものの先進諸国で依然として高水準にあり、今後より多面的な見地からのアプローチが期待される中、歯科医師は重要な位置を占める。

初年度にパイロット・スタディとして歯科医師および歯科診療所における喫煙状況と禁煙指導の実態ならびに喫煙対策における歯科医師・歯科診療所のあり方等の検討を行うことを目的とし、それらの現状を把握するための質問紙の作成と予備調査を行った。

その成果を踏まえて、次年度では全国の47都道府県の歯科医師会会員10000人を対象にした大規模な質問紙調査を行い、歯科医師個々の背景情報や医院の特性、禁煙に関する意識、実際に行われている禁煙指導の内容・時間など現場レベルでのたばこ対策の現状を網羅的に把握し、効果的なたばこ対策の立案に質することを目的とした。

B. 研究方法

1) 予備調査(平成19年度)

【調査対象】予備的調査として、以下の3つの歯科医師会およびその会員の協力を得て実施した。対象者数は以下のとおりである。

- ・ 岩手県歯科医師会会員(悉皆) 607人
- ・ 山梨県歯科医師会会員(悉皆) 410人
- ・ 東京都歯科医師会会員で中野区及び豊島区歯科医師会(無作為抽出)各472人

【研究項目】調査票は、以下の項目により構成した。

- ・ 歯科医師の属性
- ・ 診療所のプロフィール
- ・ 診療所の標榜
- ・ 歯科医師ならびにスタッフの喫煙状況
- ・ 待合室やスタッフ控え室の分煙・禁煙状況
- ・ 診療所での禁煙指導の状況
- ・ 禁煙指導に必要とされる推定所要時間や保険点数
- ・ その他

2) 全国調査(平成20~21年度)

【調査方法】全国調査においては、予備調査の質問票の改訂版を使用した。平成21年9月に47都道府県歯科医師会会員10000人に対し別添の質問票を個別に送付し調査を実施した。調査票の回収は回答者に個別に返送させる形で行った。また、期日までに回答が得られない者に対しては催促状を送付した。

C. 研究結果

【予備調査】

平成20年3月に回答のあった者を対象に分析を行った。対象者は847名で、回答率は56.9%であった。

患者の喫煙状態については、10.2%が「必ず尋ねている」、17.9%が「多くの場合尋ねている」と答えたが、大半(41.2%)は「時々尋ねている」と答え、30%は「ほとんど尋ねない」あるいは「全く尋ねない」と答えた。

禁煙指導を行っているのは、22%であった。禁煙指導を行う者は、歯科医師が85.5%、歯科衛生士が31.7%であった。

使用している教材は、パンフレットやちらしが半数以上で、ニコチン依存症テストやニコチンパッチ・ガムの使用はほとんどなかった。

禁煙指導時に話す内容としては、歯周病、ヤニ・歯の色、口臭との関連が、がんや循環器疾患との関連よりも多く認められた。

禁煙指導を行わない理由として、「時間が無い」や「人手や費用が無い」ことに加えて、「やり方がわからない」ことをあげたものが多かった。

歯科診療所での禁煙指導は積極的にすすめるべきと答えたものが多くを占めていたが(75.8%)、禁煙指導についての研修や教育を受けたことがあるものは少なかった(10.6%)。

禁煙指導に必要な時間は、5分～15分と答えたものがほとんどで、保険点数としては60点あるいは120点が多くを占めていた。

なお、回答者の喫煙率は20%、待合室とスタッフ控え室はそれぞれ88.1%、77.3%が完全禁煙であった。

【全国調査】

1. 回答者の属性

得られた回答のうち、記入に不備があったものを除いた5879人分を対象とした(有効回答率:58.8%)。回答者の属性は(1)性別:男性92.2%、女性:7.8%、(2)年齢:51-55歳が全体の20.5%と最も多く、次いで46-50歳が18.7%と多かった。

2. 禁煙指導の実態

来院患者の年齢層は、男女共に50-70歳代が最も多く、10-20歳代が少ない結果となった。

「問診表に喫煙の有無を尋ねる項目があるか」には、69.0%の歯科医師が「ない」と回答しており、「診療時に喫煙について尋ねているか」には「時々尋ねている(40.8%)」との回答が最も多く、「禁煙を勧めているか」には「勧めている(21.0%)」「患者によって勧めている(59.8%)」との回答が得られた。

「禁煙指導時に実際に使用している教材で効果があったもの」として高い割合で回答が得られたのが「本人の口腔内を見せる(42.4%)」「口腔内写真・教材(26.0%)」であり、回答の割合が低かったのは「ニコチンガム(2.3%)」「ニコチンパッチ(3.3%)」「口頭説明のみ(5.6%)」であった。一方、「禁煙指導時に実際に使用している教材」では、「口頭説明のみ(64.4%)」が多かった。「指導したときに話す内容」として回答が多かったのは「歯周病との関連(89.7%)」「ヤニ・歯の色との関連(69.8%)」であった。「どのような時に禁煙指導をしますか」では、「診療の途中(63.8%)」「診療の終わり(32.3%)」「診療のはじめ(30.8%)」が多く、「待ち時間(3.7%)」や「診

療とは無関係にとる(3.6%)」は少なかった。

3. 禁煙指導への意識

「歯科診療所では禁煙を勧めるべきだと思いますか」には「はい(87.8%)」「いいえ(9.7%)」との回答が得られ、「いいえ」と回答した場合の理由として多かったのは「時間がない」「個人の嗜好の問題だから」「人手や費用がない」「効果がないと思う」「やり方がわからない」であった。

禁煙指導の研修経験は「受けたことがない(57.2%)」が「受けたことがある(20.2%)」を上回った。「研修をどこで受けたか」は「都道府県医師会(27.0%)」「学会(18.5%)」が多かった。

「適切だと思う初回の禁煙指導時間」は「10-14分(24.8%)」「5-9分(16.5%)」の順に多く、「適切だと思う指導回数」は「3回(23.5%)」が最も多く、「適切だと思う初回の保険点数」は「100-199点(33.6%)」が多かった。

4. 歯科医の喫煙状況

歯科医自身の喫煙状況は、「非喫煙(65.4%)」「喫煙(18.8%)」「過去喫煙(15.2%)」であった。男女別にみると「現在喫煙している」は男性歯科医師で20.0%、女性歯科医師で6.5%であり、厚生労働省の平成20年国民栄養調査における50歳代の喫煙率(男性:41.2%、女性:9.5%)と比較すると男女ともに低い傾向にあった。

「喫煙開始年齢」は「20歳(57.5%)」「20歳未満(23.6%)」の順に多く、喫煙者の80%以上が20歳までに喫煙開始をしていた。「一日の喫煙本数」は「20-24本(39.5%)」が多く、概ね1箱程度の者が多かった。「喫煙をやめた年齢」は「30-39歳(33.7%)」「40-49歳(32.9%)」の順に高かった。

D. 考察

平成19～21年度において歯科医師および歯科診療所における喫煙状況と禁煙指導の実態ならびに喫煙対策における歯科医師・歯科診療所のあり方等の検討を行うことを目的に、郵送式で質問紙を用いて予備調査および全国調査を実施した。

禁煙指導の実態としては、歯科医師の禁煙指

導の意識は高いものの実際の診療場面において問診票で喫煙の有無を尋ねていたのは3割以下にとどまり、歯科医療現場において禁煙指導が十分に実施されていない現状が明らかになった。

禁煙指導を担当するのは過半数が歯科医師で、歯科衛生士を活用しているのは3割程度と少ない傾向にあった。

禁煙指導時に効果があった教材としては多くの歯科医師が「患者自身の口腔内を見せること」「口腔内写真・教材を使うこと」が効果的だと答えたが、実際に使用している教材としては「口頭説明のみ」と答えた者が最も多かった。禁煙指導の手法としては、「ニコチン依存症テスト」「ニコチンパッチ」などの導入は5%前後と極めて低く、指導時に話す内容としてもがんや循環器疾患との関連を交えて行っていると答えた者は低かった。

禁煙指導への意識としては、9割近くの歯科医師が「歯科診療所で進めるべきである」とその必要性を認識していた。必要性を感じていない者の理由として「時間がない」「人手や費用がない」が多く、この点からも「歯科医師が診療時間に禁煙指導を行う」ことの限界が示唆される。「個人の嗜好の問題だから」「効果がない」などの意見も多いことから歯科領域における禁煙指導の意義や可能性について歯科医師に一層の啓発を行って意識付けをすることも課題である。

「禁煙指導のやり方がわからない」という意見も多くみられ、禁煙指導に関わる研修や教育の経験は過半数の歯科医師が持っていなかった。

今後は診療所歯科医師・衛生士に対する地域レベルでの禁煙指導の教育・啓発事業を均てん

化していくことが期待されるだろう。

E. 結 論

わが国で初めて全国47都道府県の歯科医師会会員を対象にした大規模調査を行い、5879名のデータを分析した。その結果、診療所歯科医師の禁煙に対する意識は高いものの歯科医療現場における禁煙指導は十分に実施されておらず、今後は歯科医師に対する禁煙指導法や意識づけの一層の啓発が求められる。

G. 研究発表

(1) Imai H, Fukuda Y, Nakao H, Yahata Y, Sata F, Yoshimi I. Dental practitioners' attitudes and practices in smoking cessation. American Public Health Association 137th Annual Meeting and Expo, Philadelphia, Pennsylvania, USA, November 7-11, 2009.

(2) Nakao H, Yoshimi I, Fukuda Y, Sata F, Imai H. A survey of tobacco cessation interventions in the dental setting in Japan: nicotine replacement therapy, attitudes towards tobacco cessation education, and barriers to cessation counseling. International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research 12th Annual European Congress, Paris, France, October 24-27, 2009. Value in Health 2009;12(7): A307-8.

H. 知的財産権の出願・登録状況 (なし)

地域における喫煙対策での諸問題の抽出及び
地域住民のがん、たばこに関するリスクコミュニケーションの研究

堀口逸子 順天堂大学医学部公衆衛生学教室
研究協力者 加藤太一 東京大学大学院学際情報学府学際情報学専攻後期博士課程

研究要旨：保健所における先進地域での取り組みについて問題点などをインタビューによって抽出した。継続性を図ることが困難であり、協議ができる環境とそれを牽引していく強いリーダーシップを図れる人材が必要であることが伺えた。また、がん、たばこに関連するリスク認知の状況について調査を実施し、他の感染症や環境、食品の問題に比べて、自分にとってリスクがあると認識されており、社会において対策が十分に講じられていないと認識されていた。しかし、このリスク認知は2カ年の調査では、劇的な変化はみられなかった。人の行動変容の際の多くの葛藤（ジレンマ）を伴う重大な決断を、リスクコミュニケーションによって回避できるよう、その能力向上のためのゲーミングシミュレーションを利用した教材開発を試みた。内容はカードゲーム形式で、禁煙中の「当事者」に起こりうる「危機」に対して、数種類の「対策」によって対応し、その対策について当事者や対策をとった者以外がどのように「評価」するか、ゲームによってシミュレーションするものである。どのように危機状況を分類するか、また考えられる対策の何を採択するのか、「勝利」をどのように設定するのかなど議論をすべてき点が残されている。しかし、このカードゲームにより喫煙対策への「取り組みやすさ」への寄与、非喫煙者も参加可能であり、たばこ問題をあらゆる人々で考えるきっかけになることも考えられた。

A 目的

本研究は、(1)保健所が実施した過去の喫煙対策の取り組みについて精査することによって、問題点などを抽出すること、および、(2)がんたばこ対策において、受動喫煙やがんなどに対するリスク認知構造を明らかにするためのプレ調査を実施すること、そして(3)リスクコミュニケーションの方策を探ることである。

B 対象と方法

I 地域で取り組む喫煙対策

保健所の担当者及び実際に取り組みを行った協議会委員にインタビューを実施した。

II リスク認知調査

goo 消費者モニターのうち全国に居住する20歳から59歳の男女2000人を対象とした。Web アンケ

ー調査で、調査実施期間は2008年3月、2009年3月である。

(倫理面の配慮)

goo 消費者モニターとして登録された対象への調査であり、また個人を特定できる情報は研究班へは入手不可能であり、問題はないと考えている。

III リスクコミュニケーションの方策

教材利用の目的は禁煙中に起こる「危機」への「対策方法を知る」その対策方法が「できそうである」とのセルフエフィカシーを高めること、「他人を気にする」ことに対して「他者からの評価を知る」である。ゲームの開発では、ゲーミングシミュレーションの研究やこれまで健康危機分野でゲーム開発を行ってきた研究協力者との議論によった。

C 結果及び考察

I 地域で取り組む喫煙対策

【桑名保健福祉部における取り組みの概要】

平成 12 年 3 月に三重県は健康増進計画「ヘルシーピープルみえ 21」を策定し、それにともない各保健福祉部(保健所)では重点課題を設定し取り組みを開始することとなった。桑名保健福祉部(以下保健所)においては喫煙を課題とし、平成 13 年より3カ年にわたる取り組みを開始した。当初、取り組む内容が担当者によって2つの「分煙」「禁煙」と決められていたが、ヘルスプロモーション¹⁾の考え方および住民参加の考え方に則さないのではないかと助言から協議会を「唱道」や「住民参加」による主体的な取り組みのための「合意形成の場」と位置づけ、協議会での議論を中心にすすめていくこととなった。事業全体は、プリシードプロシードモデルによってすすめられていた。協議会運営にあたり、既存の取り組みについての資料および文献の収集をはかっていた。委員は「地域(公募の市民、地域組織構成員、たばこ産業関係者、企業など)」「学校(校長、保健主事、養護教諭)」「有識者(学識経験者、医師、歯科医師、薬剤師の専門職)」「市町行政(担当課長)」の4分野から構成されるように保健所側で選出し、各分野の取り組むべきテーマを決定するための協議方法として「デルファイ法」²⁾を採用していた。結果として各分野の取り組み内容が「分煙(市町行政)」「禁煙支援(有識者)」「喫煙マナー(地域)」「未成年者の喫煙(学校)」と決定された。たばこ産業関係者からはその後複数の関係者の参加希望の申し出があった。協議会での「未成年者の喫煙」について学校現場の専門家である養護教諭の発言から健康教育スキル不足が伺えたため、保健所では養護教諭を対象とした健康教育スキルアップを目的とした研修会を企画し実施していた。プリシードプロシードモデル

を構成概念とした質問紙調査を実施し、調査項目なども協議会で意見をもらっていた。取り組みには、目標値を設定しており、それは調査結果を基準としていた。目標値の設定は協議会においてグループワークによって決定されていた。協議会を定時で終了させるため考えられる複数の目標値案を所内で作成し、自由選択を加えた選択方式で検討する方法であった。目標値が決定されたところで平成 13 年度の取り組みが終了した。その後、高校の養護教諭から担当者への相談があり、保健所の担当者は学校と協働を図っていった。学校ではPLAにおいて高校生主体の取り組み(自販機のマッピング)が行われていた。その後は、年2回の協議会のみで取り組みがなされた。年度の初めに開催される第1回は運営・政策診断をし、各組織のテーマにそった活動内容の提案、また各組織での取り組みの現状を3因子にそって把握していた。活動内容提案はグループワークにより行い、協議会開催前にまた取り組み現状について調査票を各委員のもとへ出向き配布していた。各組織の活動が継続されることを支援するため、あらゆる機会を利用し唱道を重ねていた。年度末の第2回はプロセス評価をし、事前に調査票を配布回収し、当日各組織の状況が全員にわかるように資料が作成されていた。医師会では禁煙外来実施機関が増加し、管内市における校内禁煙実施、ヘルスマイトの取り組み、県教育委員会主催に換わる養護教諭対象健康教育スキルアップ研修、保健所では禁煙シールの開発と配布が開始された。3年目には、協議会において影響評価がなされ、グループワークによる評価指標の考案などがされていた。保健所主催の管内住民への唱道をフォーラムが実施され専門家の講演と各組織からの活動報告がなされた。また調査結果や目標値、禁煙外来機関を掲載し

たパンフレットが配布された。

【特徴】

健康増進法が制定される前の先駆的な取り組みであった。

取り組むべきテーマ及び内容を実施者側に決定させていたが、大きい「喫煙」というテーマについては保健所側がによって決定されたものであった。しかし、その他はすべて取り組む人々によって決められており、その支援者として保健所が存在していた。

事業を健康政策モデルによって運営することにより、方向性が定まり混乱することがなく、取り組みが異なることがなかった。

実施者側は協議会で決定されたことを所属する組織に持ち帰っていたが、その組織において代表者が伝達し、組織内で協働してもらうことが非常に困難な状況がうかがえた。いずれの組織も代表者をリーダーシップがあるからといった能力的な評価によって選定していないことから発生していると考えられた。各組織内での問題点を外部組織に所属する委員に相談するためなどには、協議会の開催回数は2回では不十分であった。

取り組みが地域に根付くためには、協議会じたいを強いリーダーシップで導くひとが必要であると考えられた。その資質としては、各組織(委員)から意見や困りごとを引き出すなどが必要であり、方向性を決めてしまう者ではない。

II リスク認知調査

今年度と昨年度で、括弧内は昨年度の調査のデータを示す。有効回答数は1308(1273)であった。喫煙者は25.4%、男性49.8(50.4)%、女性50.2(49.6)%であった。

「自分にとってどの程度危険性があるか」という

問に対して「鳥インフルエンザ」「SARS」「BSE」「肝炎」「結核」「HIV/AIDS」「受動喫煙(タバコの煙)」「大気中の発ガン物質」「電磁波」「遺伝子組換え食品」「魚介類に含まれる水銀」「放射能」「残留農薬」「食品添加物」の14項目で0点(危険がない)から10点(とても危険)までの評価において、その傾向は、昨年度と変化がなかった。「受動喫煙(タバコ)」は「とても危険がある」10点と認識した者が最も多く、次いで5点となる2極性を示していた。

早急に対応しなければならぬものを同じ14項目で順位づけしてもらったところ、「受動喫煙(タバコ)」は1位に挙げた者が14.0(13.8)%であり、ほぼ同じで、1位にあげた項目としては同じ第3位であった。

また、現状としてどの程度対策を講じているかでは、「受動喫煙(タバコ)」は、5点を境にして、より低い点数に偏ることに違いはなかった。さまざまな出来事に関する可能性において、タバコの煙で健康を害する可能性については、「起こりそう」「どちらかといえば起こりそう」で60%を超え、変化が見られなかった。

リスク認知構造を始めとして、たばこに対する政策の捉え方などに差があるとは考え難い状況であった。

III リスクコミュニケーションの方策

今回は、簡易性を重要視し、カードを利用した(カードゲーム)。内容は、禁煙中の者やこれから禁煙に取り組もうとしている「当事者」(親プレーヤー)に起こりうるさまざまな「危機」(カード)に対して、数種類の「対策」(カード)によって対応し、その対策について当事者や対策をとった者以外がどのように「評価」(カード)するか、ゲームによってシミュレーションする。

「危機」としては、「社会的圧力」「(たばこの)入手」「否定的感情」「ストレス」「体調」「脅迫」などが考えられる。「社会的圧力」では、例えば上司からのすすめ、喫煙ルームの存在などであり、「入手」では喫煙者とともにいることによって容易に入手できること、「否定的感情」ではむしろくしゃしてその対応としての喫煙、「ストレス」ではその解消法としての利用、「体調」では空腹を紛らわせるための喫煙などである。これについて喫煙しないためにどのような「対策」をとるのか、あらかじめ数種類を設定しておく。そして、それに対して「かっこいい」「無理している」など感情としての「評価」のカードも数種類準備する。

ゲームのルールは、大枠で「危機」のカードの山から親プレイヤーが1枚カードを引き、それに対して2名程度のプレイヤーが「対策」を考え、カードによって対応する。その対応策について、残りのプレイヤー(複数名)が「評価」カードによって評価するものである。

リスクコミュニケーションの目的が情報伝達による知識習得の場合では、知育玩具として主としてドイツで多種利用され、日本では、すでに新型インフルエンザを題材にしたものが活用されている³⁾ カードゲーム「カルテット」がある。このカードゲームは、リスクコミュニケーションの当事者が、未成年の場合、たばこの害などを学ぶためには有用であろうと考えられる。今回の開発の目的を、当事者の危機回避とそのセルフエフィカシーを高めることとしたため、ジレンマ対応のカードゲーム⁴⁾を参考にした。

どのように危機状況を分類するのか、また考えられる対策の何を採択するのか既存の研究やディブリーフィングなどによって選定するなどしなければならぬ。また、「勝利」をどのように設定するのかなど議論をすべてき点が残されて

いる。しかし、リスクコミュニケーションの能力をゲームといった簡易に取り組むことが可能な教材を利用し、向上させることは、喫煙対策への「取り組みやすさ」に寄与するのではないか。また、当事者としてどのように考えるかだけでなく、第三者として客観的にどうするのか、またそれに対してどう評価するのかなど、得てして強要されるようなイメージで捉える人々などに遊びのなかから興味を抱かせる効果があるように思われる。また、ゲームであるために、非喫煙者も参加可能であり、たばこ問題をあらゆる人々で考えるきっかけになることも考えられる。

ゲーミング・シミュレーションの実施妥当性の検討については、兼田は「現実の問題状況や問題構造を深く知るひとたちが、ゲーミングに参加した後ディブリーフィングの場において主観を交錯させながら判定すべきものである」としている⁵⁾。今回は、試作まで至らず、開発途中であり、試行できなかったため、実施妥当性について検討はできなかった。

リスクコミュニケーションの視点からの教材開発が十分可能であることが示唆された。

E. 結 論

I 地域で取り組む喫煙対策

取り組みが地域に根付くためには、協議会じたいを強いリーダーシップで導くひとが必要であると考えられた。その資質としては、各組織(委員)から意見や困りごとを引き出すなどが必要であり、方向性を決めてしまう者ではないと考えられた。

II リスク認知調査

早急に対応しなければならない事項として、「受動喫煙(タバコ)」は上位に選択されている傾向が

強かったが、どの程度対策を講じているかでは「受動喫煙(タバコ)」は5点よりも低い点数に偏っており、認知と対策との乖離が存在する可能性が示唆された。

III リスクコミュニケーションの方策

リスク認知を高めていくためにも、リスクコミュニケーションを推進し、そのための教材開発が欠かせない。

【参考文献】

- 1) 神馬征峰, 岩永俊博, 松野朝之, 鳩野洋子訳: ヘルスプロモーション, 医学書院, 東京, 1997
- 2) 吉田新一郎: 会議の技法, 中央公論社, 東京, 2000
- 3) 厚生労働省ホームページ. 新型インフルエンザカードゲーム Pandemic Flu <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/pdf/14.pdf> 2009. 2. 28.
- 4) 矢守克也, 吉川肇子, 網代剛. 防災ゲームで学ぶリスク・コミュニケーション——クロスロードへの招待. ナカニシヤ出版, 2005.
- 5) 兼田敏之. 社会デザインのシミュレーション&ゲーミング. 共立出版, 2005: 7-32

保健医療従事者等のための簡易な禁煙支援ガイドの開発に関する研究

研究分担者 黒澤 一 東北大学高等教育開発推進センター准教授

概要) 国内の禁煙支援をめぐる状況の変化に伴い、地域における禁煙支援を広げるためには、心理的なアプローチが必要であると考えられた。

関係者のスキルアップを図るには、研修の対象となる関係者の特徴を考慮しつつ、心理的アプローチの基本的要素として、面接の基礎、問いかけの方法、という要素の学習を十分意識して研修会を企画することが重要であると考えられた。

研究協力者 吉見 逸郎 国立保健医療科学
院研究情報センター

A. 研究目的

国内では、保険診療による「ニコチン依存症管理料」が設定され、かつニコチン製剤はOTC化し入手しやすくなるなど、禁煙に取り組む環境はここ数年で飛躍的に変化してきた。

加えて、特定健診保健指導の開始に伴い、生活習慣改善を目指した介入が注目されている。

こうした状況のもと、地域における禁煙支援をさらに広げるためには、禁煙支援に従事する関係者のスキルアップが必要である。

そのため、禁煙支援に従事する関係者にとって、また、一般的に保健医療職にとって、様々な場面で応用できるコミュニケーション・面接スキルについての要素を明らかにするとともに、その研修会を通じた技能向上のあり方について模索する。

B. 研究方法

禁煙支援について、心理学的なアプローチを中心として、禁煙支援に従事する関係者への研

修会の実施を通じ、また意見交換を行いながら、禁煙支援において学習すべき要素について考察する。

（倫理面への配慮）

個人情報を取ったり介入を行うなどはないため該当なし。

C. 研究結果

国内の禁煙支援をめぐる状況の変化に伴い、心理的なアプローチが重要となっている。その中で、コーチングをはじめ、利用者中心のアプローチが今日的には拡がりを見せていることがわかった。

そうした流れを踏まえ、コメディカル向け、及び禁煙支援実践者向け、の研修会を企画、実施し、振り返ることによって、禁煙支援については、コミュニケーション技法、とくに、協同的なスタンスによるアプローチが、日常の実践の振り返りとさらなるスキルアップのためにも意義があることがわかった。

具体的な要素としては、面接の基礎、及び問いかけの方法、が重要で、かつ一般性が高いことが示唆された。

該当なし

D. 考察

国内の禁煙支援をめぐる状況の変化から、より心理的なアプローチを、薄く広く普及することは意義があるが、特にコミュニケーション技法の要素については、面接法、問いかけの方法、が重要であることが明確になった。今後は、禁煙支援にかかわる関係者の日々の通常業務の環境を踏まえ、研修の企画に際し、対象やテーマに注意しながらセグメント化して研修内容を構成することが重要と考えられる。

E. 結論

国内の禁煙支援をめぐる状況の変化に伴い、地域における禁煙支援を広げるためには、心理的なアプローチが必要であると考えられた。

関係者のスキルアップを図るには、研修の対象となる関係者の特徴を考慮しつつ、心理的アプローチの基本的要素として、面接の基礎、問いかけの方法、という要素の学習を十分意識して研修会を企画することが重要であると考えられた。

なお、本研究班で実施した研修会を通じて得られた知見等は、今後も推進事業はじめさまざまな研修企画等に反映していく予定である。

F. 研究発表

1. 論文発表

1) 黒澤 一. 症例呈示 (関心期) —喫煙継続と禁煙の相反する潜在希望をもった一例.

Modern Physician 29: 1772-1774, 2009.

2) 黒澤 一. 症例呈示 (無関心期) —呼吸器感染症状で来院し COPD の説明から禁煙指導につなげた一例. Modern Physician 29: 1769-1771, 2009.

2. 学会発表

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

厚生労働科学研究費補助金 (がん臨床研究事業)
たばこ対策による健康増進策の総合的な支援かつ推進に関する研究
総合研究報告書 資料9

愛知県におけるがん対策の取り組みのまとめ
(地域における禁煙推進ネットワークの構築)

田中 英夫 愛知県がんセンター研究所 疫学・予防部 部長

研究要旨

【目的】地域での禁煙治療または禁煙支援を実施する施設間でネットワークを構築し、患者および地域住民への禁煙サポートを効率的に実施することで、地域での禁煙成功者の増加を目指すとともに、ネットワークの形成過程のプロセス評価を行うことを目的とした。

【方法】愛知県内の禁煙支援実施施設である病院、調剤薬局、ドラッグストア、歯科診療所で連携し、ネットワークを構築した。参加施設は、各施設に準備された禁煙介入を対象者に実施した。保健所、歯科診療所は、禁煙介入にOTC禁煙補助薬を用い、連携しているドラッグストアに対象者を紹介する。OTC禁煙補助薬を用いた禁煙で禁煙失敗した患者には、保険治療を紹介する。以上のようなネットワークを構築するとともに、ドラッグストアにおいて、簡易的な禁煙支援を実施した後の禁煙成功率を調査し、解析した。

【結果】ネットワークの参加施設は、2010年2月までに病院4施設、歯科診療所4施設、保健所・保健センター1施設、薬局89店舗であった。各施設が実施した介入数は、2008年12月から2010年2月までの1年間に、病院252名、歯科診療所8名、保健センター0名、薬局(OTC)98名、薬局(調剤)117名であった。OTC禁煙補助薬を購入した者は、保険を使った禁煙治療の対象外であるブリンクマン指数200未満が24%おり、簡易的な禁煙介入の効果は、介入群全体からみた断面禁煙成功率が、3日後65%、2週間後49%、4週間後23%、10週間後15%、14週間後13%であった。

【結論】禁煙支援を実施する施設間での連携は、各施設の患者・顧客に対する禁煙指導の役割が未成熟な組織においては、連携機関としての役割を十分果たせず、まずは各機関の禁煙介入力の向上を図ることが優先されると思われた。OTC禁煙補助薬を購入する顧客は、若年層に多く、今後若年層を対象とした禁煙介入を考慮することで、さらに地域での禁煙成功率を上昇させることができると考えられる。

A. 研究目的

愛知県内において禁煙治療または禁煙支援を実施する有志・有識者で交流を図り、相互に情報交換をすることで、より良い禁煙治療および禁煙支援を目指すとともに、禁煙治療・支援ネットワークの形成過程の評価を行うことを目的とする。

1) OTC薬利用人口の増加

2) OTC薬貫透率の増加

3) OTC薬による禁煙成功率の増加

4) 保険治療受診人口の増加

5) 保険治療による禁煙成功率の増加

B. 研究方法

(1) 会則の作成

ネットワークを構築するにあたり、提携

する各機関の役割と分担を明確にするため、会則を作成した。(資料9-1)

(2) 役割

1. 薬局 (OTC) に勤務する会員

1) 禁煙補助薬を購入する顧客に対し、禁煙指導及び禁煙補助薬の使用法の指導(資料9-2)を実施する。

2) 禁煙補助薬の指導をした顧客に対し、説明文書(資料9-3)を用いて初回指導後2, 4, 10, 14週後に同意を得る。

3) 同意を得た顧客に対し禁煙手帳(資料9-10)の配布をし、次回来店時に提示するよう話す。

4) 顧客の喫煙状況を、電話調査し、調査票(資料9-4)に記入し、OTC薬の使用後禁煙率を把握する。

5) 10週後の調査にて禁煙できていない患者に対しては、保険治療施設の紹介状(資料9-5)を郵送する。紹介状を送った旨と連番を調査票(資料9-4)に記載する。[A]

6) 保健所・歯科診療所より紹介され、禁煙サポートガイドを持参した顧客に対し、薬剤指導を実施する。以下はOTC薬購入顧客に順ずる。

(禁煙サポートガイド(資料9-11)の連番)は調査票(資料9-4)に記載する。[B]

2. 薬局 (調剤) に勤務する会員

1) 病院からクリニカルパス(資料9-6)を持参した患者に対し、記入事項に基づいて薬剤指導を実施し、特記事項を記入した上、患者にクリニカルパスを返す。[C]

2) 患者指導を行った旨を調査票に記入する。また紹介元の施設とパスNo.を調査票に控える。(資料9-7)

3) 初回指導後3日目, 2, 4, 12週後に電話調査する旨を伝え、同意を得る。(□に✓する)

4) 患者の喫煙状況を電話調査し、調査票(資料9-7)に記入する。

3. 歯科診療所に勤務する会員

1) 喫煙患者を同定し診療時に禁煙指導を実施する。指導は愛知県歯科医師会禁煙パンフレ

ットを用いた指導とする。禁煙指導には原則としてOTC薬を用い、患者に禁煙サポートガイド(資料9-11)を発行し、連携薬局にOTC薬の使用説明を依頼する。[B]

2) 禁煙サポートガイドの連番と氏名、発効日を調査票(資料9-8)に記載し保管する。(カードは薬局にて回収する。)

3) 指導をした利用者に対し、その後の喫煙状況を電話調査する旨を伝え、同意を得る。

4) 禁煙支援終了後の2, 4, 12週間後の喫煙状況を電話にて把握し、調査票に記入する。(資料9-8)

5) 12週間後に禁煙できていなかった利用者に対しては、保険治療施設の紹介状(資料9-5)を郵送する。[D]

6) 紹介状を送った旨と連番を調査票(資料9-8)に記載する。

4. 病院・診療所に勤務する会員

1) 保険診療を同一のパスに沿った指導で実施する。

2) 院外処方箋薬局と患者用パス(資料9-6)で連携し[C]、薬剤使用のポイントを院外薬局の薬剤師に依頼する。患者用パスには連番をふる。

3) 連携した患者数の把握を行う。

4) 禁煙治療終了後から3ヵ月後, 6ヶ月後, 12ヵ月後の喫煙状況の評価を実施する。(資料9-9)

5) 薬局, 保健所, 歯科診療所から紹介された患者に対し、粗品を進呈し保険診療を実施し、回収された保険治療施設の紹介状(資料9-5)をファイリングし、紹介数を把握する。[A][D]

(3) キックオフミーティングの開催

各施設の役割分担と連携を図るため、キックオフミーティングを年に2回開催することとした。

(4) 連携に用いる資料

1) 資料9-2

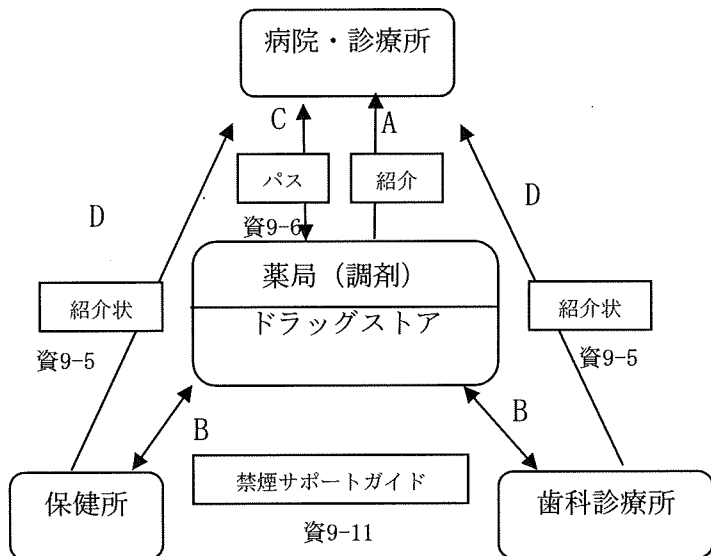
OTC薬局指導内容

2) 資料9-3

OTC薬局説明文書

3) 資料9-4

- OTC調査票
- 4) 資料 9-5
病院紹介状
 - 5) 資料 9-6
患者用パス
 - 6) 資料 9-7
調剤薬局調査表
 - 7) 資料 9-8
歯科調査票
 - 8) 資料 9-9
病院追跡調査票
 - 9) 資料 9-10
禁煙手帳
 - 10) 資料 9-11
禁煙サポートガイド



(5) ホームページの運営

施設間での情報伝達や帳票類の掲示のために、愛知禁煙推進ネットワークのホームページを作成した。

URL: <http://aichikinnen.web.fc2.com/index.html> (資料 9-12)

(倫理面への配慮)

本研究の実施にあたっては、関係する法令および指針（「疫学研究に関する倫理指針」など）

を遵守する。なお、会則にて以下の事項を厳守する。

1) 会員間でデータを移送する際は、個人識別情報を付与しない。

2) 個人識別情報付きの個人データは、会員個人の責任において適正に保管・処分する。

3) 会員が自らの施設で得られた個人データに基づき、これを集計、解析、公表することは自由である。ただし、公表に際して、その素原稿、抄録、公表先を事務局に報告するものとする。

C. 研究結果

1. ネットワークの構築

保険診療による禁煙治療の標準化を図り、禁煙成功率の増加を図るため、クリニカルパスとワークシートを作成し、連携医療機関に普及した。また、OTC薬貫遂率を高め、OTC薬による成功率を高めるため、セルフヘルプ教材（禁煙手帳）を開発・発行し、連携薬局に配布するとともに、OTC薬を販売する薬剤師が用いる問診シートを作成、配布した。

次に、対象となる患者・顧客を互いに紹介し、その動態が把握できるよう地域連携クリニカルパス（病院と調剤薬局間）、紹介状（調剤薬局、ドラッグストア、歯科診療所、保健所から病院への）、禁煙サポートガイド（歯科クリニック、保健所からドラッグストア）を作成し、連携体制を構築した。

2. 参加施設と介入数

ネットワークの参加施設は、2010年2月までに病院4施設、歯科診療所4施設、保健所・保健センター1施設、薬局89店舗であり、98施設がネットワークに所属している。

各施設が実施した介入数は、2008年12月から2010年2月までの1年間に、病院252名、歯科診療所8名、保健センター0名、薬局（OTC）98名、薬局（調剤）117名であった。

3. OTC禁煙補助薬使用後調査

OTC禁煙補助薬の使用後の喫煙状況調査について、次のような結果がみられた。

(1) 対象者の属性 (n=80)

対象者の属性を表1に示す。性別は男性が80%を占めた。平均年齢は42.3歳(標準偏差SD:16.1)であった。1日の平均喫煙本数は19.7本(SD:9.3)、平均喫煙年数は19年(SD:13.4)であった。ブリンクマン指数は、平均409(SD:353)であり、保険を使った禁煙治療の条件となる200を下回る者は19名(24%)であった。今までに禁煙補助薬を使用した経験のある者は全体の76%を占め、今回購入した薬剤は、ニコチンガムが20%、ニコチンパッチが80%であった。

(2) 禁煙率 (表2)

事後調査に対し電話にて喫煙状況を確認できた顧客のうち、禁煙がその時できているものの割合(断面禁煙率)は3日後69%、2週間後59%、4週間後78%、10週間後75%、14週間後71%であり、介入群全体からみた断面禁煙成功率は、3日後65%、2週間後49%、4週間後23%、10週間後15%、14週間後13%であった。

(3) 禁煙治療との対象者の比較

OTC禁煙補助薬購入者の特徴を把握するために、禁煙治療受診者と属性を比較した。

禁煙治療は、参加施設に協力している6施設を受診した患者373名を対象とした。対象群の平均年齢は54.8(標準偏差SD:14.0)、性別は男性が266名71%であった。

OTC禁煙補助薬を購入した群(介入群)との属性の比較を表3に示す。

年齢は、介入群では40歳未満が39名49%、禁煙治療では60名16%であった。ブリンクマン指数は800未満が介入群では61名86%、対象群では184名51%であった。禁煙を達成できる自信は、介入群では50%未満が21名28%に対し、対象群では67名20%であった。禁煙経験があると

答えた者の割合は介入群、対象群ともに64%であった。対象者全員を分母とした時の断面禁煙成功率は、初回の介入から4週間後で介入群18名/80名23%、対象群207名/373名56%であった。また、最終介入を行った時点(介入群では14週目、対象群では12週目)の断面禁煙成功率は、介入群は10名13%、対象群は140名38%であった。

D. 考察

本調査では、地域における禁煙支援実施施設でネットワークを作り、OTC薬と保険治療を用いた禁煙を効率的に推進することを目指した。しかし実際の参加施設での連携数は少なく、各施設の患者・顧客に対する禁煙指導の役割が未成熟な組織においては、連携機関としての役割を十分果たせず、まずは各機関の禁煙介入力の向上を図ることが優先されると思われた。

ドラッグストアによるOTC禁煙補助薬の介入の効果については、介入後14週の調査で、介入群全体で13%の断面禁煙率であった。五島らは、ニコチンパッチ使用開始から12週の禁煙成功率は40.1%、16週目では35.0%と述べている¹⁾。本調査においては追跡調査が不可能であった者が14週の時点で66名おり、このことが今回の計算で得た低い禁煙率の原因になっていると考えられる。

次に、OTC薬を購入する顧客の属性と、禁煙治療を受ける患者の属性を比較した。禁煙治療では、年齢が比較的高い層が対象であるのに対し、OTC販売顧客は年齢層が有意に低く、禁煙治療の対象外であるブリンクマン指数200未満の者の割合が24%と高かった。禁煙成功率は禁煙治療において有意に高かったが、OTC禁煙補助薬での簡易的な介入であっても13%の禁煙成功率があるということは、対象者が若年であり、ニコチン依存度が

低いことが関与していると予測される。さらに対象者を絞り、若年層に対する介入策を考慮していく必要があると考えられる。

本調査では、対象者が80名と少なく、また追跡調査が不可能であったケースが多く含まれたため、地域全体のOTC禁煙補助薬を用いた顧客の禁煙成功率を予測することは困難である。しかし、OTC禁煙補助薬販売時の薬剤師による簡易的な介入に対し、ある程度の成果がみられた。

2008年のCochrane reviewでは、ニコチン代替療法の有効性を、ニコチンガムでは禁煙のオッズ比1.43、ニコチンパッチでは1.66と報告している²⁾。また、3分以内の簡易な禁煙アドバイスだけでも準備性に応じて的確に行えば、禁煙率は1.3倍増加すると報告されている³⁾。

今後、対象者の属性を考慮した介入を行うことにより、OTC販売が禁煙治療とともに地域での禁煙成功率を上昇させる鍵となり得ることが予測された。

E. 結論

禁煙支援を実施する施設間での連携は、各施設の患者・顧客に対する禁煙指導の役割が未成熟な組織においては、連携機関としての役割を十分果たせず、まずは各機関の禁煙介入力の向上を図ることが優先されると思われた。

また、OTC禁煙補助薬を購入する顧客は、若年層に多く、今後若年層を対象とした禁煙介入を考慮することで、さらに地域での禁煙成功率を上昇させることができると考えられる。

表1. OTC禁煙補助薬使用者の属性(n=80)

性別(男/女)	64(80%)/16(20%)
平均年齢(SD)	42.3(16.1)
平均喫煙本数(SD)	19.7(9.3)
平均喫煙年数(SD)	19(13.4)
平均BI (SD)	409(353)
BI 200未満	19(24%)
200以上	61(76%)
初回SE	55(30)
禁煙経験(有/無)	51(64%)/29(36%)
禁煙補助剤の使用経験(有/無)	61(76%)/19(24%)
購入した薬剤	
ニコチンガム/ニコチンガム	16(20%)/64(80%)

表2. OTC禁煙補助薬初回購入日からの経過別にみた禁煙率

	ニコチンガム	ニコチンパッチ	総計	全体から見た禁煙率(n=80)
3日後禁煙	9/16(56%)	43/59(73%)	52/75(69%)	52/80(65%)
2週間後禁煙	8/15(53%)	31/51(61%)	39/66(59%)	39/80(49%)
4週間後禁煙	5/7(71%)	13/16(81%)	18/23(78%)	18/80(23%)
10週間後	5/6(83%)	7/10(70%)	12/16(75%)	12/80(15%)
14週間後	4/5(80%)	6/9(67%)	10/14(71%)	10/80(13%)