医師・看護職連携による健診時禁煙支援の有効性

山門 桂¹⁾ 北村 真紀¹⁾ 日野 翔子¹⁾
井上登紀子²⁾ 中澤 敦子²⁾ 繁田 正子³⁾

はじめに

喫煙はがん・循環器疾患・呼吸器疾患をはじめあらゆる疾病の原因となりうる¹⁾。そのため健診時に、普段医療機関と接点の少ない若年から中年層の受診喫煙者すべてに対し禁煙指導を行い、健診を受診すること自体が禁煙の動機づけとなるよう支援していくことが必須である。しかし、禁煙支援には特別な時間や労力が必要というイメージが先行し、必要性は認識しているが実践できていない健診施設も多い。当健診センターでは、約20年前から、人間ドック受診喫煙者に対し、研究とトレーニングを重ねた医師による禁煙支援が行われてきた²⁾。医師による指導は有効であったが、内科診察が時には1人20分に及ぶこともあり、待ち時間の問題や、支援を受ける側からも、禁煙指導よりも他の検査説明にもっと時間を割いて欲しいなどの不満の声も聞かれることがあった。そこで、2005年5月からは医師と看護職が連携して認知行動療法³⁾を応用した禁煙支援を施行している(図1)。今回その方法の有効性につ

いて検証したので以下に述べる。

対 象

2004年5月～2006年4月に当健診センターで人間ドックを受診した男性喫煙者2,893人。

方 法

医師のみで禁煙支援を行っていた1年間(2004年5月～2005年4月)の受診喫煙者1,480人(以下A群とする)と、医師と看護職が連携して禁煙支援を開始した2005年5月からの1年間(2005年5月～2006年4月)の受診喫煙者1,413人(以下B群とする)について、1年後の人間ドック再診時、診察と問診票により禁煙の有無・禁煙開始時期・動機を確認し、比較する。年齢・喫煙本数・禁煙期間は t 検定を、禁煙成功率の統計的解析には χ^2 検定を行った。本文の「禁煙」の定義は、期間にはこだわらず、1年後の人間ドック再診時点で喫煙していない(断面禁煙率)ということとする。

結 果

対象者の平均年齢はA群 52.4 ± 10.3 歳、B群 52.3 ± 10.3 歳、平均喫煙本数はA群 22.4 ± 11.1 本、B群 21.8 ± 11.7 本と有意差を認めなかった(表1)。両者の禁煙成功者におけるドック再診時までの平均禁煙期間も、A群 7.10 ± 3.98 か月、B群 7.64 ± 3.91 か月と有意差を認めなかった(表2)。ドック再診時の断面禁煙率はA群7.0%、B群8.3%($p < 0.05$)であった(表3)。A群のうち、B群における重複受診者は957人(63.8%)であり、禁煙成功者中の重複受診者の割合は32.2%であった。

図1 当健診センターにおける禁煙支援の方法

1) 京都第一赤十字病院 看護部
2) 京都第一赤十字病院 健診部
3) 京都府立医科大学 地域保健医療疫学

表1 平均年齢・平均喫煙本数 (*t* 検定)

		A 群 (2004 年 5 月～2005 年 4 月, 医師のみ) (<i>n</i> = 1,480 人)	B 群 (2005 年 5 月～2006 年 4 月, 医師 + 看護職) (<i>n</i> = 1,413 人)	<i>p</i> -value
年齢(歳)	平均	52.4	52.3	0.82
	標準偏差	10.3	10.3	
喫煙本数(本)	平均	22.4	21.8	0.79
	標準偏差	11.1	11.7	

表2 禁煙成功者の翌年ドック時までの継続禁煙期間 (*t* 検定)

		A 群 (2004 年 5 月～2005 年 4 月, 医師のみ)の 禁煙成功者 (<i>n</i> = 104 人)	B 群 (2005 年 5 月～2006 年 4 月, 医師 + 看護職)の 禁煙成功者 (<i>n</i> = 117 人)	<i>p</i> -value
禁煙期間(月)	平均	7.10	7.64	0.49
	標準偏差	3.98	3.91	

表3 禁煙成功者の禁煙率 (χ^2 検定)

	A 群 (2004 年 5 月～2005 年 4 月, 医師のみ) (<i>n</i> = 1,480 人)	B 群 (2005 年 5 月～2006 年 4 月, 医師 + 看護職) (<i>n</i> = 1,413 人)	<i>p</i> -value
禁煙成功者	104 人	117 人	<i>p</i> < 0.05
禁煙率(%)	7.0	8.3	

考 察

健診時に医師と看護職が連携して禁煙支援を行うことにより、従来の医師のみによる禁煙支援と比べ、効率的で、より高い禁煙率を得ることができた。ただし2006年7月にはタバコ税の値上げがあり、日本全体の動きとして禁煙する者が増加したことは否めない。また、今回は断面禁煙率を用いており、呼気中一酸化炭素や尿中コチニンなどのバイオマーカーによる確認を行っていないので、偽申告の混入は完全に排除されていない。B群の半数以上が繰り返しの禁煙支援を受けているとはいえ、重複していない喫煙受診者との間でその差は認めず、有効性は保持されていると思われる。当健診センターでは医師3名、看護職2名にて、約2年半にわたってこの方法で、年間3,000人を超える受診喫煙者すべてに対して禁煙支援を行ってきたが、時間・手段の上で無理なく行えており、受診者との目立ったトラブルも発生していない。

禁煙率8.3%という数字は禁煙外来受診者の禁煙率などを念頭におくと低くみえるが、このような効率的な方法ですべての健診受診喫煙者に対して禁煙

指導を行えば、多くの禁煙者を生み出すことができ、社会における禁煙の機運を高めることも期待できると考える。

結 語

健診時に医師と看護職が連携することにより、従来の医師のみの禁煙支援と比して、より効率的で遜色のない禁煙率を得ることができた。上記調査では男性喫煙者のみを対象に行ったが、さらに増加しつつある女性の喫煙者⁴⁾に対しても禁煙支援は急務であると考ええる。

文 献

- 1) 青山旬, 秋葉澄伯ほか: 喫煙者本人への影響. 新版 喫煙と健康—喫煙と健康問題に関する検討会報告書. 90-173, 保健同人社, 東京, 2002
- 2) 繁田正子: 健診における禁煙治療・支援. 中村正和, 田中善紹編, 禁煙外来マニュアル. 第1版, 74-85, 日経メディカル開発, 東京, 2005
- 3) 繁田正子: 認知行動療法の活用方法. 治療88: 2521-2529, 2006
- 4) 平成17年全国たばこ喫煙者調査. 日本たばこ産業株式会社, 2005

Katsura YAMAKADO, Maki KITAMURA, Shoko HINO, Tokiko INOUE, Atsuko NAKAZAWA, Masako SHIGETA

(497) 9