

委員会報告

歯科医師・歯科衛生士養成機関における禁煙介入教育の課題と展望^{*1}

日本口腔衛生学会禁煙推進委員会

埴岡 隆¹⁾ 青山 旬²⁾ 川口 陽子³⁾ 小島 美樹⁴⁾ 日野出大輔⁵⁾
 尾崎 哲則⁶⁾ 山中 玲子⁷⁾ 瀬川 洋⁸⁾ 細見 環⁹⁾ 田野 ルミ¹⁰⁾
 千葉 逸朗¹¹⁾ 小川 祐司¹²⁾ 平田 幸夫¹³⁾ 三宅 達郎¹⁴⁾ 谷口 奈央¹⁾
 井下 英二¹⁵⁾ 花田 信弘¹⁶⁾ 眞木 吉信¹⁷⁾ 於保 孝彦¹⁸⁾

口腔衛生会誌 67 : 298-305, 2017

はじめに

WHO たばこ規制枠組み条約第 14 条では「締約国は、たばこの使用の中止及びたばこへの依存の適切な治療を促進するため、自国の事情及び優先事項を考慮に入れて科学的証拠及び最良の実例に基づく適当な、包括的及び総合的な指針を作成し及び普及させ、並びに効果的な措置をとる」とされている。また、2011 年の国連総会で採択された NCD (Non Communicable Disease : 非感染性疾患) の予防管理のための政治宣言第 19 条には「歯科疾患と NCD のコモンリスクファクターへの対策により、国民に恩恵がもたらされる」ことが説明されてい

る^{*2}。わが国では、生活習慣病による死亡の最大の危険因子は喫煙であり¹⁾、喫煙と歯科疾患の関係については、口腔がんおよび歯周病の因果関係は確実、う蝕 (子どもの受動喫煙を含む)、歯の喪失、口腔インプラント治療の因果関係が示唆されると報告された^{*3}。そして、タバコ箱の健康注意文言に「喫煙は、あなたが歯周病になる危険性を高めます。」といった歯科領域の内容も採用される^{*4}。日本の歯科領域のタバコ対策は政策の面で重要課題として位置づけられる基盤が整ったことを受けて、日本口腔衛生学会は、「受動喫煙防止と禁煙推進についての歯科口腔保健専門家の役割を果たす機会を制度面で生かすことが口腔疾患と NCD による国民の健康負荷の

¹⁾ 福岡歯科大学口腔保健学講座
²⁾ 栃木県立衛生福祉大学校歯科技術学部
³⁾ 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科健康推進歯学分野
⁴⁾ 梅花女子大学看護保健学部口腔保健学科
⁵⁾ 徳島大学大学院医歯薬学研究所口腔保健歯学分野
⁶⁾ 日本大学歯学部医療人間科学分野
⁷⁾ 岡山大学病院中央診療施設医療支援歯科治療部
⁸⁾ 奥羽大学歯学部口腔衛生学講座
⁹⁾ 関西女子短期大学歯科衛生学科
¹⁰⁾ 埼玉県立大学保健医療福祉学部健康開発学科口腔保健科学専攻
¹¹⁾ 北海道医療大学歯学部口腔構造・機能発育学系保健歯学分野
¹²⁾ 新潟大学大学院医歯学総合研究科口腔健康科学講座
¹³⁾ 神奈川歯科大学
¹⁴⁾ 大阪歯科大学歯学部口腔衛生学講座
¹⁵⁾ 滋賀県衛生科学センター
¹⁶⁾ 鶴見大学歯学部探索歯学講座
¹⁷⁾ 東京歯科大学衛生学講座
¹⁸⁾ 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科予防歯科学分野

^{*1} 本研究は日本口腔衛生学会禁煙推進委員会 2013-2014 期と 2015-2016 期の事業として実施されたものである。本報告書では、特に示さない限り、無煙タバコおよび電気加熱式タバコ使用中止を禁煙に含めて表記した。
^{*2} United Nations: A/RES/66/2 - Political Declaration of the High Level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of NCDs, http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf (2017 年 6 月 19 日アクセス)。
^{*3} 喫煙の健康影響に関する検討会編：喫煙と健康、喫煙の健康影響に関する検討会報告書, <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000135585.pdf> (2017 年 6 月 19 日アクセス)。
^{*4} 財務省財政制度等審議会：たばこ事業等分科会 (第 35 回, 平成 28 年 6 月 7 日開催)「注意文言表示の在り方について」, http://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_tabacco/proceedings/material/tabakoa20160607.pdf (2017 年 6 月 19 日アクセス)。

低減につながる」との政策声明を発表した*5。

一方、禁煙推進委員会と WHO 口腔保健協力センターは歯科専門家による禁煙介入の文献レビューを行い、歯科禁煙介入で一貫して報告された障壁要因は、歯科専門家の準備不足だったことを報告した^{2,3)}。米国は歯科領域のタバコ対策でも先行国であり、歯科医師養成校（以後、歯科大学と記す）や歯科衛生士養成校（同、歯科衛生校）では、1990年から歯科専門教育機関において禁煙介入教育の調査が行われ⁴⁻⁸⁾、2002年には米国歯科医学教育学会による総括が行われた⁹⁾。そこで、禁煙推進委員会では、先行国での経験を踏まえ、歯科大学および歯科衛生校における禁煙介入の教育実態と意識を調べて、禁煙介入の臨床能力獲得のための卒前教育の課題を検討した。

調査の概要

禁煙介入に関わる講義、対人サービスを想定した実習、臨床実習準備教育、健康調査票の喫煙の記載、参加型臨床教育、禁煙介入臨床教育への意識を調査項目とした。本調査は福岡歯科大学倫理審査委員会の審査を経て行われた（許可番号 243 号）。調査項目の質問および選択肢の詳細は、結果の部分で記載した。

調査の説明書類および調査票を、全国の歯科大学 29 校および歯科衛生校 155 校に、2014 年 1 月に郵送し、未回答校には翌月に再送し、3 月には FAX で回答を督促した。最終的に歯科大学 25 校、歯科衛生校 132 校（反応率は、それぞれ、86.2%、85.2%）から回答を得た。したがって、本調査の結果は、全国の状況が相当の程度まで反映されているものと考えられる。なお、歯科大学の調査では日本口腔衛生学会関連の講座・分野の長に調査票を送付したため、臨床教育への関わりが比較的少ない教員が回答した可能性があり、臨床教育の実態が低く見積もられている可能性があることに注意が必要である。

臨床前教育について

講義およびケーススタディ、ロールプレー、オスキー形式、SP（標準模擬患者）実習等の対人サービスを想定した実習での教育内容（図 1）を、それぞれ、12 項目および 11 項目の中から、重複回答方式で尋ねた。教育時間は、講義と実習の合計時間について、選択肢を一つ選ぶように指示した。

1. 実施の状況

講義は 153 校（97%）で行われていた。最も回答が多かったカテゴリー分類は、歯科大学では『10-12 項目』（31%）で、『4-6 項目』（28%）、『7-9 項目』（24%）が続き、『1-3 項目』は 8% だった。歯科衛生校では、歯科大学より少ない項目数に分布しており、最大の回答があったのは『4-6 項目』（35%）で、『7-9 項目』（30%）が続き、『1-3 項目』（19%）、『10-12 項目』（14%）は少なかった。一方、実習を行っている機関は、歯科大学で 20%、歯科衛生校で 30% と少なく、6 項目以上の回答をした機関は 2-4% で、多くは 1-3 項目（16-26%）だった。

1989 年の米国調査では、歯科大学・歯科衛生校のタバコ病理講義の実施率は、91%・98% だった^{3,4)}。タバコ使用中止支援機関への紹介は 34%・32%、カウンセリングは 28%・29%、ニコチン置換療法は 34%・17% だったことから、実施率を指標とした場合、講義形式の教育は、1990 年当時の米国と同様に全国に普及しているが、臨床に繋がる教育は依然不足していた。臨床教育の普及の違いは、米国では喫煙対策が進展する中で、無煙タバコが早い時期から若年者に流行し、若年患者の口腔の状況を通じて、タバコ使用による健康被害に、歯科医療従事者が早くから気づいていたことが理由として挙げられる。

2. 講義の内容（図 1A）

『喫煙と歯周病の関係』（92%）が最も多く、『喫煙の健康影響』（82%）、『受動喫煙の健康影響』（76%）、『喫煙と歯周病治療の関係』（71%）、『喫煙と口腔がんの関係』（68%）、『禁煙支援』（66%）が続いた。『ニコチン依存』（39%）、『禁煙補助薬』（38%）、『喫煙とインプラント治療の関係』（30%）は少なかった。『医師による禁煙治療』（16%）はさらに少なく、『無煙タバコ』（6%）は最も少なかった。この結果では、わが国での口腔インプラント治療の普及率が高く、口腔インプラント治療が高額であることを考えると、喫煙とインプラント治療との関係の知識が少ないことは、インフォームドコンセントの面から特に早期の改善が必要である。また、医療用医薬品を用いた医師による禁煙治療の効果が高いことから、医師との医療連携を推進するための禁煙補助薬とニコチン依存の知識の改善も課題である。一方、『公衆衛生教育』は、歯科大学（64%）と歯科衛生校（35%）の差が大きく、歯科衛生校におけるタバコ対策に係る教育の充実が課題である。

3. 実習の内容（図 1B）

歯科大学では『喫煙状況の聴取』（20%）が最も高く、

*5 日本口腔衛生学会：歯科口腔保健における受動喫煙防止と禁煙の推進についての日本口腔衛生学会声明（2016 年 6 月 19 日確認）、http://www.kokuhoken.or.jp/jsdh/file/statement/statement_04_text.pdf（2017 年 6 月 19 日アクセス）。

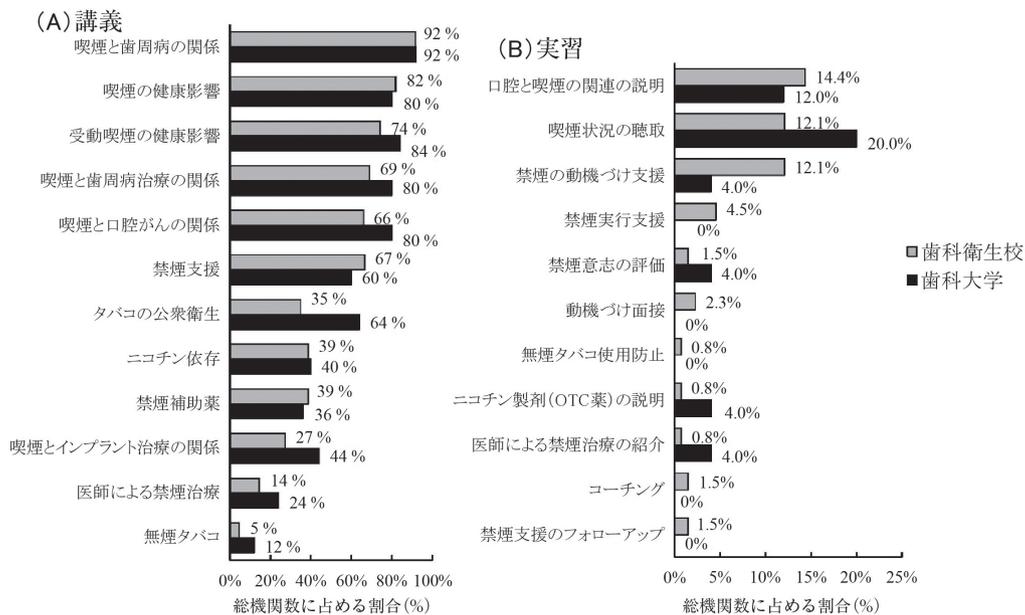


図1 講義 (A) および実習 (B) の内容別の実施割合 (%)

医療面接の実習を反映していると思われる。一方、『動機づけ支援』が歯科衛生校に多くみられたことは、患者とのカウンセリングの機会が歯科衛生士に多いことを反映しているものと思われる。『口腔の状態と喫煙の関連づけ』の内容は、歯科大学と歯科衛生士養成校では、ほぼ同じだった。また、『禁煙意志の評価』、『ニコチン製剤の説明』、『医師による禁煙治療の紹介』は歯科大学の割合が歯科衛生校に比して高く、歯科医師による医科への紹介が反映していると考えられる。こうした歯科大学と歯科衛生校の違いは、将来、診療に従事する際の禁煙介入診療の役割の分担を反映するものと思われる。

4. 教育時間 (カリキュラム時間)

歯科大学・歯科衛生校の教育時間は、『0時間』が36%・42%で、『1-3時間』が36%・33%、『4-6時間』が20%・12%、『7時間以上』は0%・4%で、ほぼ半数の教育機関が1時間以上教育を実施していた。米国では、1989年の報告では、それぞれ、35%、47%、8%、10%であったが^{3,4)}、4年後の1993年では、7%、41%、26%、26%⁵⁾と時間が長いほうに分布がシフトした。わが国の教育活動レベルは、時間的な指標では、米国の1989年当時より低いと思われる。米国で4年間に急速に教育時間が向上した背景には、無煙タバコの流行の経験が影響していると思われる。

臨床前教育の実施状況、内容および時間に関わる調査結果から、日本の多くの学生は禁煙介入の臨床能力が不十分なまま卒業していると推測される。米国では臨床教

育が初めて報告されてから10年程度で全米に禁煙介入教育が普及した⁹⁾。わが国のタバコ対策は国際標準からいまだ低いレベルである。タバコ対策を歯科医療の面から世界水準にまで引き上げるためには、歯科臨床前教育の高いレベルでの均てん化が課題である。

健康調査票の喫煙状況の内容

診療録の喫煙状況の記載は、タバコ使用介入の臨床実習の第一歩(尋ねる)として重要な役割がある。「参加型臨床実習を行っている主な施設の診療録(全科共通の様式に限る)の喫煙状況の記載」の質問に『ある』と回答したのは、歯科大学の79%に対して、歯科衛生校は30%だった。1989年の米国調査の結果は75%だった⁶⁾ことから、わが国の歯科大学に限ると、臨床実習を導入するうえで、診療録の機能は整っていると思われる。

喫煙状況の項目数(歯科大学・歯科衛生校)は、『1-3項目』(42%・20%)が最も多く、次いで『4, 5項目』(33%・8%)だった。質問内容別では『現在の喫煙状況』(79%・31%)が最も多く、『喫煙経験』(58%・19%)、『1日喫煙本数』(42%・19%)、『喫煙年数』(38%・9%)、『使用頻度』(29%・10%)が続いた。『タバコの形式』(4%・1%)、『禁煙等の意志』(1%・3%)は少なかった。現在、急速に流行が拡大している電気加熱式タバコは害がより少ないと謳われているが、燃焼式タバコと同様に発生するミスト中の有害物質に最初に晒される器官は口腔である。そして、無煙タバコと同様に

表1 タバコ使用介入臨床教育への教員意識の質問

1. 全面あるいは敷地内禁煙の方針を適用する（した）際に、教職員に禁煙支援を行うことを重要と考えます（ました）か³⁾.
2. 禁煙支援についてのFD（Faculty Development, 教員の教育能力開発）講習を行うことは、教員が参加型臨床実習で学生に禁煙支援を勧めることに役立つと思いますか⁴⁾.
3. 禁煙支援についてのFDを行い、そのフォローアップを行うことは学生に禁煙支援を勧める自信を高めると思いますか⁴⁾.
4. 他大学での先駆的な取組み事例の講演会の開催を通じて、禁煙支援のカリキュラムモデルの構築や展開を図ることは重要だと思いませんか⁷⁾.
5. 喫煙の防止指導および禁煙支援の技術と喫煙による口腔の健康リスクについて教員が学生に教えるための教員研修が重要だと思いませんか⁸⁾.
6. 生活習慣病の危険因子となる行動の変容を促す社会心理学的なスキル（動機づけ面接やコーチングなど）教育をカリキュラムに含めることを重要だと思いませんか⁴⁾.
7. 禁煙指導・支援の臨床教育には複数の分野への包括的対応が必要になるため、カリキュラム展開の対応を合理化するコーディネーターを指定することが重要であると考えますか⁴⁾.
8. 学生が講義を受講し、参加型臨床実習で禁煙指導・支援の臨床経験を積み、卒業後の臨床能力が身につくためのモデルとなるカリキュラムは重要だと思いませんか⁴⁾.
9. 禁煙指導・支援等のカリキュラム内容を充実していくために行動科学や総合専門的な患者ケア教育の必要性の教員の意識を高めることが重要だと思いませんか⁵⁾.
10. 禁煙指導・支援等の患者診療を行うために、病理、薬理、行動科学等の包括的な臨床教育プログラムは学生の臨床能力の獲得に重要だと思いませんか⁵⁾.
11. 喫煙と口腔がんや歯周病との関係および歯周病治療やインプラント治療との関係から、患者の疾病発症・重症化のリスクを減らすための教育を重要だと考えますか⁶⁾.
12. 患者の様々な健康リスクを減らすための臨床教育の導入のために様々な障壁があることがわかっていますが、こうした障壁を乗り越えていくことを重要だと考えますか⁸⁾.

害がより少ないことから、燃烧式タバコ使用のゲートウェイになったり、禁煙意志を後退させたりすることが懸念される*⁶⁾。歯科は、新型タバコ使用に関心のある患者を繰り返し診る機会のある医療機関であることから、歯科専門家は、地域の電気加熱式タバコ使用の議論に積極的に参加し、必要に応じて健康基盤の科学情報を真先に提供する社会的責務がある。したがって、卒前教育においても、各種のタバコに関する内容の充実が課題である。

参加型臨床実習での禁煙介入の展望

参加型臨床実習での禁煙指導・支援を奨励していたのは歯科大学・歯科衛生校で56%・27%だった。内容別では、『喫煙状況の質問』（32%・18%）、『禁煙の助言』（28%・12%）に対して、『禁煙支援』（4%・8%）は少なく、『奨励していない』は24%・18%、『評価方法がない』は8%・9%だった。米国歯科大学で学生による臨床介入を奨励していた機関は85%だった⁴⁾ことと比べて、わが国での参加型臨床実習の奨励意識は低かった。喫煙状況を尋ねることは禁煙介入の第1歩であることか

ら、喫煙状況の質問の奨励が不足していることは、禁煙介入奨励のレベルが全体的に低い主要な要因であると考えられる。生活習慣の行動変容介入を臨床教育でも推進するために、電子カルテのトップページや診療録表紙への患者背景の表示・把握システムを導入するなど、能動的な介入教育の基盤づくりが課題である。歯科衛生校では臨床教育現場が開業医の診療所であることが多く、開業医でのシステムの普及が課題である。

禁煙介入臨床教育の意識

先行研究³⁻⁸⁾から50項目の意見を抽出した。これらの中から、タバコ対策に係ってきた3名が「現状を変える重要なポイントである」もしくは「少し遠い将来になるが意識が必要である」を基準として評価し、スコアの高かった14の意見を抽出し、調査票に用いた。

1. 禁煙介入臨床教育への意見

12項目の質問（表1）への回答選択肢には、『大変重要である』、『少し重要である』、『あまり重要でない』、『重要でない』、『わからない』を用いた。『大変重要である』、『少し重要である』（質問2, 3では『大変役立つ

*6 World Health Organization: Electronic Nicotine Delivery Systems and Electronic Non-Nicotine Delivery Systems (ENDS/ENNDS) Report by WHO, http://www.who.int/fctc/cop7/FCTC_COP_7_11_EN.pdf?ua=1&ua=1 (2017年6月19日アクセス)。

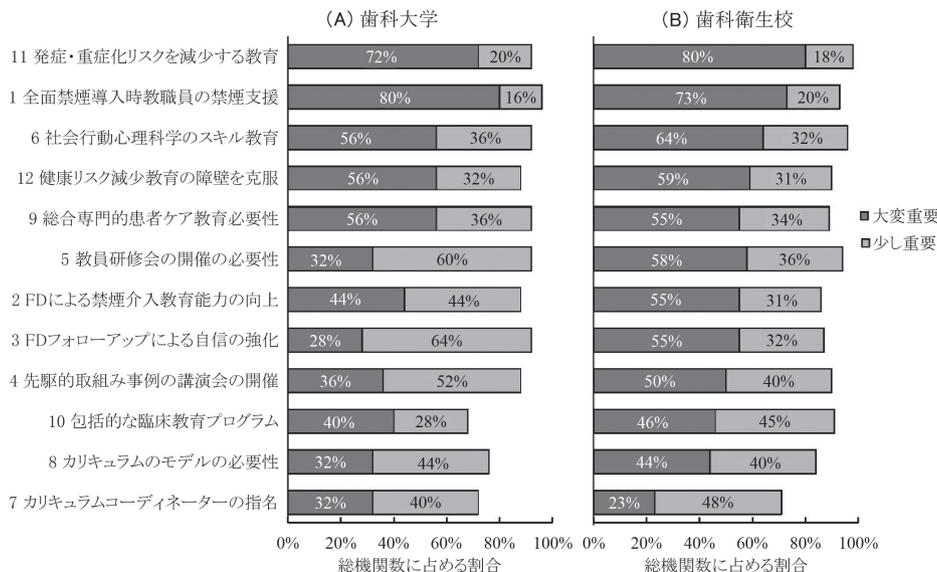


図2 タバコ介入の臨床教育の重要性への意識の歯科大学 (A) および歯科衛生校 (B) 別の分布割合 (%)

つ』、『少し役立つ』と回答した機関の割合を歯科大学 (図2A), 歯科衛生校 (図2B) 別に示した。歯科大学, 歯科衛生校の70%以上が11項目に『少し重要である』『大変重要である』と回答した。歯科大学では『包括的な臨床教育プログラム』が70%未満だったが, 歯科衛生校は91%と高かった。『カリキュラムコーディネーターの指名』は, 歯科大学 (72%), 歯科衛生校 (71%) とともに比較的少なかった。歯科大学, 歯科衛生校ともに90%以上の機関が選択したのは『全面禁煙時の教職員への禁煙支援』、『教員研修会開催の必要性』、『社会行動心理科学のスキル教育』、『発症・重症化リスクを減少させる教育』の4項目だった。『大変重要』の回答割合は, 歯科大学より歯科衛生校が高く, 10%ポイント以上の差があったのは、『カリキュラムモデルの必要性』、『教員研修会の開催の必要性』、『先駆的取組み事例の講演会の開催』、『FDフォローアップによる自信の強化』、『FDによる禁煙介入教育能力の向上』だった。これらの結果は, 歯科大学に比して, 歯科衛生校のタバコ介入臨床教育への意識の高さを反映しているものと思われる。

2. 喫煙環境の変化への対応

「全面あるいは敷地内禁煙の方針を適用する (した) 際に, 禁煙支援 (治療) サービスの提供や禁煙教室の開催を行います (ました) か⁹⁾。」の質問に、『行う予定である (行った)』と回答したのは, 歯科大学32%, 歯科衛生校20%と少なかった。わが国では歯科での禁煙治療が健康保険制度の適用になっておらず, サービスへの

アクセスが悪いことが回答の低さに影響しているものと思われる。

3. 教育の連鎖への重要性意識

「教員のFDから始まり, 学生の能力獲得を通じて, 患者の健康に繋がる教育の連鎖の中で, 禁煙指導・支援について, 現時点で, 最も重要と考えるのはどの部分ですか⁹⁾。」の質問への回答として、『教員のFD』は28%・35%, 『患者対応を想定した実習』は32%・30%と, 歯科大学・歯科衛生校ともに高く, 一方で『参加型臨床実習』は8%・14%と低く, 『講義』は中間の20%・11%だった。このことから, 多くの機関で参加型臨床実習に向かう姿勢が伺われ, 着手する内容として, FDか臨床準備実習かの判断が分かれているものと考えられる。

調査結果からみた課題と解決

米国歯科医学教育学会は, 教育システムへの組織的な変化を起こすために次の6つのステップを推奨している⁹⁾。最初の2つのステップは, ①取組み成功の事例を共有し自校の導入に生かすこと, ②タバコ使用介入教育の重要性を唱道し, 公衆衛生問題解決への教育の価値が認識されることである。次いで, ③障壁を乗り越えてカリキュラムを導入した成功事例がモデルとなって, 自校のカリキュラム改善の取組意識を向上させること, ④専門横断的な教員能力向上のためのFD研修を実施すること, そして, ⑤FD研修を実施するための助成金の情報提供も必要である。最後に, ⑥健康格差の拡大を防止す

るために特別な患者に焦点を当てた学生の臨床教育も必要である。

卒前教育の充実のための助成金獲得への学会の役割は課題である。わが国でも喫煙による健康格差の拡大のエビデンスが蓄積されてきた¹⁰⁾。医療機関の中でも、男女あらゆる年代の患者を繰り返し診る機会のある歯科の禁煙介入の面からの健康格差拡大防止の役割は重要課題である。

本調査結果からのわが国の歯科禁煙介入教育の課題を整理した。

1. 講義から臨床教育への移行

教育機関の臨床実習への重要性の意識は全体的に高く、臨床実習の現状に反映されていなかったことから、FDと臨床準備実習の充実により、教育の重点を臨床教育に移していくことが直近の課題である。特に、歯科大学に比して臨床教育推進の意識が高い歯科衛生校では、開業医での介入の第一歩となる喫煙歴の聴取と記録システムの設備面での教育環境の整備が課題である。患者対応の臨床教育については、カウンセリングの役割の信念に基づいて教員が学生にすべきことは、学生が卒業して専門診療に従事する際に、必要な知識と自信をもち患者へのカウンセリングを確実に実施できるように教育することであると指摘されており⁹⁾、行動変容カウンセリングの教育研修FDが課題である。また、歯科大学では医科との連携、歯科衛生校では個別のコミュニケーションといった将来分担する役割への対応も課題である。

2. タバコ介入診療の総合専門的な特性

卒前臨床教育の次のステップは、すでにいっぱいのカリキュラムの限られた教育時間のどこに、どのように、モデルとなる介入プログラムを効率的に組み込むかである。米国の調査では「時間の割当」が障壁要因として78%と最も高く、禁煙介入の臨床教育への統合は容易ではないと認識されていた⁹⁾。禁煙介入教育を専門に担当する指定ユニットやコースはほとんどなく、複数分野からの教員の参加が望まれたことから、タバコ使用中止介入教育コーディネーターの指名がプログラムの導入に役立った⁴⁾。今回の調査結果では、禁煙介入教育を担当するカリキュラムコーディネーターの必要性意識は米国ほど認識されていなかった。米国での調査が行われた時期は、まだ、喫煙と歯周病の因果関係が明確ではなく、因果関係が確立した後に行われたわが国の調査では、歯周病専門医が教育を主に担当することを前提と考えてい

る可能性がある。しかし、禁煙推進学術ネットワークには、口腔外科、歯周病、口腔インプラント等の歯学系の7学会が参加し、脱タバコ社会実現委員会にも歯学系9学会が合同で活動を担当している。したがって、わが国でも専門分野の異なる教員がタバコ介入臨床教育を担当する機会が多くあり、FDの研修や教育時間を調整するコーディネーター役が必要になると思われる。

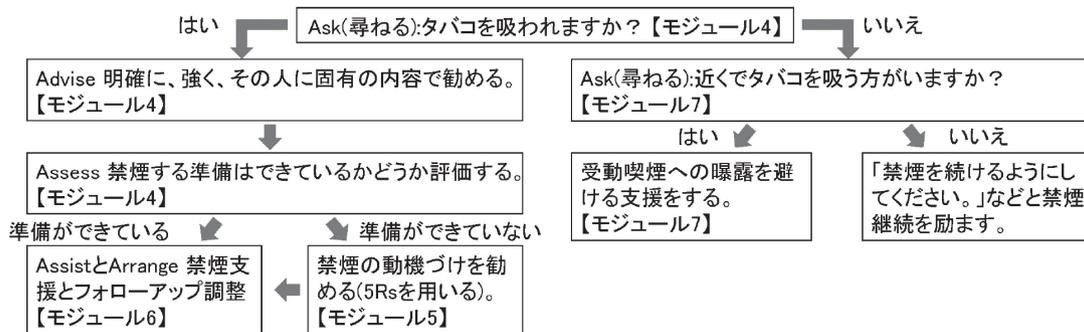
3. タバコ対策と歯科でのタバコ介入教育

北米のタバコ使用介入の歯科診療への統合がすすんだ背景の一つに、ヘルシーピープルの健康づくり運動の目標に歯科診療所におけるタバコ使用への介入の数値目標が設定され、卒前歯科臨床教育でのタバコ使用介入の充実の必要性が教育の現場でも理解されるようになったことがある⁸⁾。わが国では医師による禁煙治療が国民皆保険制度の適用となったが、歯科での介入ははまだ健康保険の適用に至っていない。喫煙率などの数値目標が設定されて間もないが、禁煙介入の数値目標は設定されないままである。タバコ白書第4版では、受動喫煙による年間死亡者数の推計の根拠が示されるようになり、喫煙と口腔疾患の因果関係が政策レベルでようやく根拠データと認識されたばかりである^{*3)}。国連での政府高官による政治宣言に含まれた歯科疾患とNCDのコモンリスクファクター・アプローチの第一歩は禁煙介入であり、医療費の大幅な削減も期待できる。歯科でのタバコ介入教育の普及を押し進める制度面での継続的な働きかけは重要課題であり、歯科での介入の健康保険制度への適用が望まれる。

4. 標準的なタバコ介入歯科プログラム

米国のタバコ介入教育の導入時期では、高いレベルの対人コミュニケーション技法を必要としない定型的な禁煙カウンセリングにより、患者に禁煙を助言し、動機づけ支援や禁煙支援を行う能力を獲得するカリキュラムが推奨された⁵⁾。北米での教員の研修と患者対応の臨床教育の急速な普及を支えたのは、米国がんセンター(NCI)から提供されたタバコ使用介入指導者向けの研修プログラムと米国保健福祉省から提供されたタバコ使用と依存の治療のためのガイドラインの存在だった⁶⁾。北米の歯科タバコ中止介入の専門家が関わった欧州合同ワークショップでは、歯科での標準的な介入レベルを簡易介入と集中的介入の中間に設定した¹¹⁾。一方、英国では、公衆衛生面での予防歯科教育のガイドラインが2014年に公表され、タバコ介入診療および行動変容介入の技術が重視されており^{*7)}、30秒の超短時間型の簡易介入の臨

^{*7)}Public Health England: Section 7 Smoking and tobacco use and Section 10 Helping patients to change their behaviour. In: Delivering better oral health: an evidence-based toolkit for prevention. Third edition, 2014, pp51-62 and pp74-78. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/605266/Delivering_better_oral_health.pdf (2017年6月19日アクセス)。



トレーニングの9つのモジュール*

1. プライマリケア提供者のタバコ対策とタバコ依存治療の役割
2. タバコ使用とタバコ依存の基本
3. 簡易タバコ介入の外観
4. 尋ねる、勧める、禁煙の準備状況の評価
5. 動機づけが低い方への対応
6. 禁煙支援とフォローアップ調整
7. 非喫煙者の受動喫煙曝露への対応
8. 薬理的療法の紹介
9. 地域での簡易タバコ介入の推奨

*各モジュールは、準備→提示→練習→評価から構成される。また、ファシリテーター用のガイダンスが示されている。

図3 WHO 簡易タバコ介入のアルゴリズムとトレーニングの構成内容

床教育が歯科大学で義務とされた*8。

WHOはプライマリケア向けと結核患者向けの介入・トレーニングパッケージ*9を歯科向けに拡充したパッケージを開発し*10-12、日本での歯科診療への統合試験で良好な成績が得られた12)。このプログラムはトレーニング期間が1日と短く、また、介入時間が3～5分であり(図3)、オスキーによる評価にも対応しやすいことから、日本の歯科臨床教育への標準プログラムとして期待される。わが国では、国民健康保険制度に医師による禁煙治療が採用され、比較的安価で効果的な禁煙治療の受入れ体制は整っているが実際の利用は限られていることから、禁煙治療の健康保険制度をさらに効率的に活用するためにも、医科との連携の機能を含んだ簡易介入プログラムを用いた歯科臨床教育統合が課題である。

結 論

歯科での禁煙介入の卒前教育の重要性への歯科教育機関の認識は高く、禁煙介入の教育は、講義中心から臨床実習に展開しつつある。たばこ対策や喫煙と歯科疾患の因果関係の科学的根拠など、歯科のタバコ介入臨床教育

をとりまく政策面での基盤整備がすすんできた。わが国では、先行国の経験を踏まえて、医師による禁煙治療の健康保険制度の利用を促進する歯科禁煙介入の臨床教育への統合が課題である。WHOのプライマリケア向けの簡易介入の世界標準プログラムは、日本での卒前臨床教育の普及を早める鍵となると思われる。卒直後臨床研修での介入能力の定着と向上を経て、欧州の歯科専門家会議で提唱されたカウンセリングを重視した中間レベルの行動変容介入への発展に繋がると期待される。一方、最近の北米の教育機関調査では、タバコ使用中止介入教育はすべての歯科教育機関のカリキュラムに含まれてはなかった13)。教員はタバコ病理の教育には自信があったが、歯科臨床教育への統合に必要な関心と技術は不足していた。わが国においても、導入と普及だけでなく、カリキュラムの維持に配慮することも必要である。

本調査の実施にご協力をいただきました全国口腔衛生学教授協議会および全国歯科衛生士教育協議会ならびに、全国の禁煙介入教育担当者の先生方にお礼申し上げます。

*8 Public Health England: Guidance. Smokefree and smiling. Helping dental patients to quit tobacco Second edition, 2014. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/288835/SmokeFree_Smiling_110314_FINALjw.pdf (2017年6月19日アクセス)。

*9 Prevention of Noncommunicable Diseases (PND) World Health Organization: Part III: Training for primary care providers: Brief tobacco interventions. In: Strengthening health systems for treating tobacco dependence in primary care. Building capacity for tobacco control: training package. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84388/4/9789241505413_eng_Part-III_service_providers.pdf?ua=1 (2017年6月19日アクセス)。

*10 Prevention of Noncommunicable Diseases (PND) World Health Organization: WHO monograph on tobacco cessation and oral health integration. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255692/1/9789241512671-eng.pdf?ua=1> (2017年8月8日アクセス)。

*11 Prevention of Noncommunicable Diseases (PND) World Health Organization: Toolkit for oral health professionals to deliver brief tobacco interventions. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255628/1/9789241512510-eng.pdf?ua=1> (2017年8月8日アクセス)。

*12 Prevention of Noncommunicable Diseases (PND) World Health Organization: A guide for oral disease patients to quit tobacco use. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255626/1/9789241512503-eng.pdf?ua=1> (2017年8月8日アクセス)。

文 献

- 1) Ikeda N, Inoue M, Iso H et al: Adult mortality attributable to preventable risk factors for non-communicable diseases and injuries in Japan: a comparative risk assessment. *PLoS Med* 9: e1001160, 2012.
- 2) Hanioka T, Ojima M, Kawaguchi Y et al: Tobacco interventions by dentists and dental hygienists. *Jpn Dent Sci Rev* 49: 47-56, 2013.
- 3) Hanioka T, Ojima M, Kawaguchi Y et al: Education on tobacco use interventions for undergraduate dental students. *Jpn Dent Sci Rev* 51: 65-74, 2015.
- 4) Cheney HC: Smoking policies of U.S. Dental Schools. *J Dent Educ* 54: 216-217, 1990.
- 5) Fried JL, Rubinstein-DeVore L: Tobacco use cessation curricula in the U.S. dental schools and dental hygiene programs. *J Dent Educ* 54: 730-735, 1990.
- 6) Grinstead CL, Dolan TA: Trends in U.S. dental schools' curriculum content in tobacco use cessation 1989-93. *J Dent Educ* 58: 663-667, 1994.
- 7) Yellowitz JA, Goodman HS, Horowitz AM et al: Assessment of alcohol and tobacco use in dental schools' health history forms. *J Dent Educ* 59: 1091-1096, 1995.
- 8) Barker GJ, Williams KB: Tobacco use cessation activities in U.S. dental and dental hygiene student clinics. *J Dent Educ* 63: 828-833, 1999.
- 9) Weaver RG, Whittaker L, Valachovic RW: Tobacco control and prevention effort in dental education. *J Dent Educ* 66: 426-429, 2002.
- 10) Tabuchi T, Kondo N: Educational inequalities in smoking among Japanese adults aged 25-94 years: Nationally representative sex- and age-specific statistics. *J Epidemiol* 27: 186-192, 2017.
- 11) Davis JM, Ramseier CA, Mattheos N et al: Education of tobacco use prevention and cessation for dental professionals — a paradigmshift. *Int Dent J* 60: 60-72, 2010.
- 12) Hanioka T, Taniguchi N, Ojima M et al: Integrating tobacco interventions into oral health program — Pilot implementation of the WHO brief tobacco intervention program in Japan. *Int J Oral Health* 13: 30-40, 2017.
- 13) Davis JM, Arnett MR, Loewen J et al: Tobacco dependence education: A survey of US and Canadian dental schools. *J Am Dent Assoc* 147: 405-412, 2016.