

禁煙推進委員会報告「たばこのない世界を目指して」

3. 歯科における禁煙診療

埴岡 隆 稲葉 大輔¹⁾ 平田 幸夫²⁾ 雫石 聰³⁾ 川口 陽子⁴⁾

口腔衛生会誌 57 : 214-220, 2007

はじめに

WHOのたばこ規制条約が2005年2月27日に発効し、本年6月には、第2回締約国会議がバンコクで開催され、各国の条約履行状況の報告に基づいて、主に受動喫煙およびたばこ製品規制についての詳細が議論される。わが国の報告には、ニコチン依存症治療に対する「医師による禁煙指導」が保険適用となったことが含まれると思われる。WHOは「たばこ対策の国家能力の構築のためのハンドブック」を発行し、各国の政策担当者に具体的な対策を進めるように促している¹⁾。

たばこ対策の世界的な動きに、歯科も積極的にかかわってきた。米国歯科医師会は、1964年の患者への禁煙の助言に関する声明を採択²⁾し、その後、米英をはじめ世界各国で歯科組織がたばこ対策を積極的に推進している。日本口腔衛生学会も禁煙宣言を発するとともに、禁煙推進委員会が「たばこ対策に関する基礎知識」³⁾、「喫煙および禁煙の口腔の健康および歯科治療への影響」⁴⁾等、たばこ対策に関する報告を行ってきた。本稿では、歯科における禁煙診療に関する活動および研究の概要を報告する。

1. 歯科組織における禁煙推進活動

米国歯科医師会は1964年の声明採択以来、たばこ対策の指針と勧告に関して12回の改訂を行っている。1989年には禁煙シンポジウムを開催し⁵⁾、口腔がんのスクリーニングとともに禁煙診療のガイドを発行した。米国歯科医師会のこうした積極的な活動には、無煙たばこ

口腔がんとの関係が明確であったことが背景にある。そして、歯科医師会の歯科治療ガイド第2版31章には「たばこ使用の中止についての診療」が掲載され、禁煙診療が歯科治療において一般化されている。

米国政府も、たばこ対策、特になん予防における歯科の重要性を早くから認識し、歯科における禁煙診療を支援している。国立癌研究所は「口腔保健チームのための患者のたばこ使用中止支援マニュアル」⁶⁾を制作し、医科を含めた臨床家向けに「たばこの口腔への影響チャート」を配布した(図1)。1980年初頭に国立癌研究所が中心になり、たばこ使用者への大規模介入試験(COMMIT)が行われた。たばこ対策へのさまざまな健康資源の活用が研究され、医科と歯科の同時実施介入研究では、禁煙診療における歯科固有の特徴が明らかとなり(表1)⁷⁾、米国政府が歯科における禁煙診療を推進する根拠となった。

歯科職種によるたばこ対策の米国での評価は、やがて、世界各国でも評価されることとなり、英国では政府保健機関と歯科医師会が共同して「歯科チーム向けの喫煙中止支援のためのガイド」を1999年に発行し、現在は第2版が使用されている(図1)。カナダ、オーストラリア歯科医師会雑誌にも禁煙歯科診療の特集が発表され、EU諸国にも普及している。国際歯科連盟(FDI)は、口腔保健機関のためのたばこ対策行動規範⁸⁾を制定し(表2)、WHOと共同して、「たばこか口腔の健康か」口腔保健専門家のためのアドボカシーガイド⁹⁾を2005年の世界禁煙デーに発行した(図1)。

福岡歯科大学口腔保健学講座

¹⁾岩手医科大学歯学部予防歯科学講座

²⁾神奈川歯科大学社会歯科学講座

³⁾大阪大学大学院歯学研究科予防歯科学教室

⁴⁾東京医科歯科大学大学院健康推進歯学分野

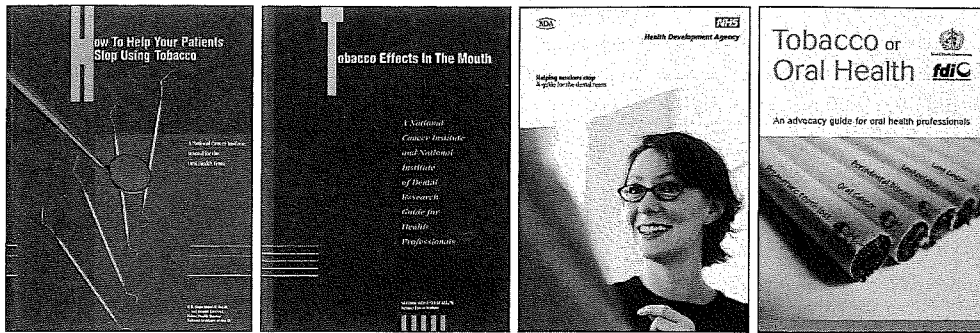


図1 歯科組織による禁煙推進マニュアル

左から、①口腔保健チームのための患者のたばこ使用中止支援方法マニュアル(米国国立癌研究所制作, 1991年), ②たばこの口腔への影響チャート(米国国立癌研究所, 米国歯科研究所制作, 1994年), ③歯科チーム用喫煙中止支援のためのガイド(英国健康開発局, 英国歯科医師会制作, 1999年), ④「たばこか口腔の健康か」口腔保健専門家のためのアドボカシーガイド(世界保健機関, 国際歯科連盟制作, 2005年)

表1 歯科と医科の同時実施介入研究による歯科固有の特徴(米国)

1. チームアプローチは重要である: 歯科医師は, 歯科衛生士等の診療スタッフと協働しながらも個別に患者と接する診療形態であるため, 患者ひとりに費やした禁煙に関する診療(禁煙診療)時間の総計が長かった。
2. 早期の禁煙の疾病予防効果は高い: 医師の対象は, 喫煙関連疾患ですでに病気になっている患者に対して行われ, 歯科が扱う患者は, 全身疾患を発病していないことが多く, 医科では喫煙関連の疾病や主訴をもたない場合の対象者に相当する患者への禁煙診療を行う。
3. 禁煙継続のアプローチに対応できる: 効果的な患者の禁煙診療にはフォローを継続して行うことは欠かせないが, 歯科では受診間隔が短く, 禁煙後のフォローアップをきめ細かく行うことができる。
4. 歯科の役割が再認識させられた: 歯科臨床家は自分自身の健康に関する助言の重要性を低く見積もっているのに対して, 一般の人々は歯科医師からの喫煙についての助言を, 医師からの助言を聞くときと同様に, 関心をもって聞いている。

表2 国際歯科連盟が採択した口腔保健機関のためのたばこ対策行動規範

国・地域・世界の各レベルで, たばこ消費の削減に積極的に貢献し, たばこ対策を公衆衛生施策とするために口腔健康機関に以下のことを推奨する。

1. たばこを使用せず, たばこのない文化を勧める手本の役割を担うことを会員に推奨し, 支援する。
2. 会員のたばこ消費状況やたばこ対策への態度を調査により, また, 適切な制度の導入を評価し, 対応する。
3. 各機関の敷地や行事を禁煙化し, 会員にも同様に禁煙化を推奨する。
4. 健康関連の大会や総会のすべての行事で, たばこ対策をテーマに含める。
5. 患者や依頼者に日常的にたばこ使用や受動喫煙状況を尋ね, 根拠に基づいた方法と最良の対応により禁煙の助言を行い, 禁煙継続の支援を行うことを会員に助言する。
6. 教育機関に対して, 卒後研修等のプログラムや教育カリキュラムにたばこ対策を含めるように影響を与える。
7. 5月31日の世界禁煙デーの活動に積極的に参加する。
8. 財務その他の形態によるたばこ産業からの支援およびたばこ産業への投資はすべて拒絶し, 会員にも同様のことを推奨する。
9. 歯科医師会は, たばこ産業とかかわりがある, あるいは, たばこ産業から利益を得ている団体と商業的あるいはその他の関係を有する際には, たばこ産業との利害関係を表明することを前提とする, という規約を担保する。
10. 敷地内におけるたばこ販売あるいは使用の推奨を禁止し, 会員にも同様のことを推奨する。
11. たばこ規制条約の署名, 批准, 施行についての政府活動を積極的に支援する。
12. この行動規範を実行することを含むたばこ対策の財源や資源を確保する。
13. 健康専門家のネットワークのたばこ対策活動に参加する。
14. たばこのない公共の場へのキャンペーンを支援する。

表3 米国禁煙診療ガイドラインの簡易的禁煙介入方法として推奨される5Aの手順と Assessで禁煙意志がないと評価された者に対する介入方法として推奨される5Rの内容

5Aの手順	5Rの内容
Ask (質問) 喫煙状況を尋ねる	Relevance (関連) 健康状況と関連づける
Assess (評価) 禁煙意志を評価する	Risks (危険) 将来の危険を示す
Advise (助言) 禁煙を助言する	Rewards (報酬) 禁煙で得ることを示す
Assist (支援) 禁煙を支援する	Roadblocks (障壁) 禁煙を妨げるものを話しあう
Arrange (都合) 禁煙継続の予約を都合する	Repetition (反復) 禁煙の働きかけを繰り返す

2. 歯科における禁煙診療の普及

近年、喫煙および禁煙の口腔の健康および歯科治療への影響に関する基礎・臨床研究が活発に行われるとともに、歯科における禁煙診療に関する研究も活発化しつつある。禁煙への介入は、初期には行動科学における段階的変容モデルに対応した禁煙介入法¹⁰⁾が提案された。やがて、ニコチン製剤の普及に伴い、米国政府が制作した禁煙診療ガイドライン¹¹⁾が、現在の禁煙診療の標準になっている。特に、5A・5Rの手法(表3)を用いた簡易的禁煙診療が紹介され、欧米の歯科における禁煙診療に5A・5Rの手法が推奨されている¹²⁾。

一方、歯科における禁煙診療を普及するために、歯科職種に対して、行動科学的なアプローチに基づく調査研究が行われるようになった。普及の対象となる歯科職種集団のたばこ対策に関する知識、態度、診療活動の実態、さらに、禁煙診療を日常的に行うことへの障壁に関する調査が行われ、普及の検討資料として用いられた。教育面では、卒前教育の推奨されるカリキュラムが検討され、卒業研修での禁煙診療トレーニングが行われている¹³⁾。近年、喫煙と歯周病との因果関係が決定的となったことから、米国および欧州の歯周病学会からは、喫煙する歯周病患者への対応についての見解が発表されている。

3. 歯科職種による禁煙診療研究

米国禁煙診療ガイドライン¹¹⁾やいくつかのシステムチックレビューでは、医師による禁煙診療の有効性が確認されている。一方、歯科における禁煙診療の効果は、医師以外の健康専門家職種による禁煙介入に包含されており、歯科職種単独での評価は行われていない。最近、歯科職種による禁煙診療の研究のレビュー^{14,15)}が発表され、最新の文献を加えて、歯科職種による禁煙診療研究を総括した(表4)。多くの介入研究で、歯科における禁煙診療の有効性が実証された。歯科における禁煙診療研究の手法はさまざまであり、医科における禁煙診療研究

の結果と比較するために、研究方法や結果の解釈に以下のような注意が必用である。

介入が行われる診療形態では、病院歯科と開業歯科医院で行われたものがあり、病院では多くの対象者を扱うことができるが歯科疾患に限られる場合が多く、開業医院では、必用とされる患者数を満たすために、多くの施設を募集する必要がある。さらに、介入を行う職種、たとえば、歯科医師、歯科衛生士、その他のスタッフにも注意が必用であり、米国では歯科スタッフによるチームアプローチが禁煙診療の効果を高めるために重要とされる。禁煙診療のトレーニングも、普及面にかかわる重要な要素である。介入の方法は、短時間のカウンセリングによる簡易的介入が大部分である。この場合、ニコチン製剤等の薬理学的方法を用いているかどうか禁煙成功率にかかわる重要な要素である。禁煙診療では、行動科学的手法を用いたカウンセリングが基本であり、ニコチン離脱症状を緩和するためにニコチン製剤等が補助的に用いられる。

禁煙診療の効果を評価するための指標には、禁煙成功率が一般に用いられる。禁煙の維持が困難であることから、禁煙成功を評価する時期は、禁煙開始後6カ月以上の場合が多い。禁煙開始から禁煙成功の評価までの期間が長いために、禁煙成功を評価する場合に、多くの対象者が脱落する。さらに、喫煙再開者は、禁煙評価を受けないことが想像される。そこで、禁煙成功の過大評価を避ける保守的な分析法として、禁煙評価の脱落者をすべて喫煙再開者とみなす評価法(intention-to-treat分析)が用いられる。これに対して、評価を受けた者に限って禁煙成功率を算出する方法(on treatment分析)もある。禁煙診療の効果は、介入を行った群と介入を行わなかった群の禁煙成功率を比較する。

禁煙成功の評価に、いくつかの方法が用いられる。自己申告による方法は安価で簡便であるため、初期の研究で用いられていたが主観的評価である。現在では、化学的な禁煙評価が確実とされている。ニコチンの代謝産物

表4 歯科職種によるたばこ使用中止診療の方法と効果

著者	診療形態	人数	介入条件	追跡期間, 成功率		禁煙評価, 結果, 結論	
Christen ら (1984) ¹⁶⁾	大学歯科診療所 一般喫煙者	103	簡易指導+プラセボガム	6週	15週	CO(呼気一酸化炭素濃度)評価. ニコチンガム使用は禁煙に効果的であった(6週 p < 0.001, 15週 p < 0.05).	
				10.7%	4.8%		
			簡易指導+ニコチンガム	34.3%	12.4%		
Cohen ら (1989) ¹⁷⁾	開業歯科医院 50 施設 歯科患者 スタッフにトレーニング実施.	1027 (374*)	禁煙講習のみ +診療録用喫煙者同定シール +ニコチンガム +両方	1年		CO評価. ニコチンガム使用が禁煙に効果的だった(p < 0.05). また, ニコチンガム使用により, 禁煙カウンセリングの診療時間が増加した.	
				3.1%	(7.7%*)		
				2.8%	(8.6%*)		
				7.7%	(16.3%*)		
				4.7%	(16.9%*)		
Cooper ら (1989) ¹⁸⁾	病院歯科 一般重度喫煙者	118 (101*)	6カ月の長期介入, ニコチンガム+グループ討論	1年		CO評価. ガム使用と長期介入により重度喫煙者の4割が禁煙に成功した.	
				40% (47%*)			
Stevens ら (1995) ¹⁹⁾	開業歯科 8 施設 定期受診患者(無煙タバコ使用者) 歯科衛生士にトレーニング実施.	273	定期口腔清掃診療 +口腔粘膜のフィードバック +助言(4分以内)+ビデオ +禁煙セルフヘルプ教材	1年(喫煙者含む)		自己申告評価. 無煙タバコの使用中止の介入は効果的だった(p < 0.05). 喫煙を含めた場合は有意差なし. 歯科簡易介入は無煙タバコ中止に効果的である.	
				12.5%	(7.0%)		
				18.4%	(10.2%)		
		245					
Macgregor ら (1996) ²⁰⁾	病院歯周病科 歯周ケアの患者	38	口腔清掃指導 +歯周病との関係+禁煙計画	6カ月		自己申告評価. 禁煙助言は禁煙維持に効果的だった(p < 0.001). 減煙にも効果がみられた.	
				5.3%			
				13.3%			
		98					
Severson ら (1998) ²¹⁾	開業歯科医院 75 施設 歯科衛生士による介入 3施設群に, ①トレーニングなし, ②最小, ③簡易の3段階のトレーニングを実施.	喫煙(紙巻たばこ使用)		1年(禁煙実行)		歯科衛生士による簡易介入は, 喫煙者の禁煙には効果的ではなかったが, 禁煙実行には簡易介入が有効であった(p < 0.05).	
		1035	一般歯科診療	2.4%	(35.8%)		
		1305	+最小介入(セルフヘルプ教材)	2.6%	(35.0%)		
		1374	+簡易介入(セルフヘルプ教材+助言+ビデオ)	2.5%	(41.1%)		
		無煙たばこ使用		1年(中止実行)			無煙たばこ使用中止には, 歯科衛生士による簡易介入は効果的だったが(p < 0.05), 中止実行に有意差はなかった.
		239	一般歯科診療	3.3%	(40.9%)		
		394	+簡易介入(セルフヘルプ教材+助言+ビデオ)	10.2%	(49.6%)		
Smith ら (1998) ²²⁾	開業歯科医院 54 施設 登録, 実施は 22 施設 トレーニング実施.	154	対照(非介入)群なし 簡易介入(カウンセリング) +ニコチンパッチ	9カ月		唾液コチニン評価. 歯科禁煙診療の実施程度は施設により大きな変動がみられた.	
				11%			
Kentala ら (1999) ²³⁾	地域歯科医院の12歳 歯科検診受診者の禁煙	1348 (845*)	年1回の検診時(2年分) 一般歯科検診 歯の着色の写真を見せる	2年		自己申告. 介入の有無による有意差は認められなかった. 若者の長期禁煙プログラムを安定して実施することは困難である.	
				20.8%*			
				18.1%*			
		1238 (726*)					
Gordon ら (2005) ²⁴⁾	公衆歯科医院 2 施設. スタッフトレーニング実施. 低所得者. 変則割付.	178 (87*)	一般歯科診療	6カ月		自己申告評価. 禁煙希望者は71%であり, 簡易介入は禁煙に効果的であった(p < 0.01).	
				4.6%*			
				190 (80*)	簡易介入(5A)+ニコチンパッチ・ガム+セルフヘルプ教材		18.8%*
Barnfather ら (2005) ²⁵⁾	開業歯科医院 唾液ニコチン代謝産物検査, 口腔の状況のフィードバック	49	簡易介入+検査結果後日告知	8週間		唾液ニコチン代謝産物評価. 唾液検査結果を即時に示すことにより短期禁煙が17%増加した(p < 0.05).	
				7%			
				48	簡易介入+検査結果即時告知		23%
小島ら (2005) ²⁶⁾	大学病院口腔保健科 歯科医師, 後ろ向きに調査	25	対照群なし 歯科定期受診ごとに簡易介入を行う	禁煙(実行)	36% (64%)	自己申告. 定期歯科受診の際に継続して簡易介入を行うことで禁煙実行が導入される.	

表4 つづき

著者	診療形態	人数	介入条件	追跡期間, 成功率	禁煙評価, 結果, 結論
Havlicek ら (2006) ²⁷⁾	地域歯科医院 8 施設				電話禁煙ヘルプラインの利用者とタバコ依存治療のための薬物療法利用者を増やすためのトレーニングを実施し, その有効性が確かめられた。
Binnie ら (2007) ²⁸⁾	外来歯周病科 歯科衛生士が介入	57	一般歯科診療	1年(禁煙実行) 4% (16%)	唾液コチニン+CO評価, 1週間以上の禁煙実行には効果的(p<0.05)だった。
		59	+簡易介入(5A)+NRT	7% (47%)	
Ebbert ら (2007) ²⁹⁾	開業歯科医院 8 施設	22	簡易介入	実行6ヵ月 27.3%	7日間禁煙実行自己申告評価, 時間が限られる歯科医院では, 電話禁煙ライン紹介も簡易介入と同程度に効果的かもしれない。
		60	電話禁煙ライン紹介	25.0%	
Hanioka ら (2007) ³⁰⁾	開業歯科医院 45 施設 登録, 35 施設実施。			禁煙実行	自己申告, 禁煙実行のオッズ比は2.2で有意だった(p<0.05). 禁煙意志の促進, 後退抑制効果も有意だった。喫煙の口腔を繰り返しフィードバックすることは禁煙実行と禁煙意志の維持に効果的である。
		381 (249*)	介入なし	48%*	
	トレーニングなし, 施設内で2群に分け, 口腔への影響を治療機会ごとにフィードバック。	416 (248*)	口腔影響のフィードバック+禁煙方法説明	12.1%*	

* On treatment 分析 (脱落者を禁煙成功率の分母に含まない) による禁煙成功率, これ以外は, Intention-to-treat 分析 (調査脱落者をすべて喫煙継続とみなす保守的分析)

表5 喫煙の口腔の健康への影響と歯科治療の効果への影響に着目した日本歯科医師会禁煙宣言

喫煙と無煙たばこの使用, ならびにそれに伴う受動喫煙による健康被害は, がん・心臓病等全身の健康に影響を及ぼすことが明らかになっている。喫煙は口から行われるため口腔領域に直接的影響を及ぼし, 歯周疾患, 口腔がん, 根面のう蝕, 口唇・口蓋裂*, 歯の喪失, 歯や歯肉の着色, 口臭など, その被害は多様である。さらに, 喫煙は, 歯周治療, インプラント, 抜歯等の術後治療に影響し, 治療歯の喪失や充填物の着色など主要な歯科治療の効果にも重大な影響を及ぼす。

たばこの消費等が健康に及ぼす悪影響から現在及び将来の世代を保護するため, 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すすめることは, 保健医療専門職としての基本的な役割である。また, 口腔領域は喫煙の悪影響と禁煙の効果とを直接確認することが容易であることから, 歯科保健医療専門職による喫煙対策の推進は効果的であり, 国民の健康に大きく貢献できるものである。

このような背景をもとに, 日本歯科医師会は, 国民の口腔および全身の健康とより良い歯科治療を確保するため, 喫煙対策が重要な課題であることを認識し, 以下に掲げる行動規範を推奨することにより, 積極的に喫煙対策を推進することを宣言する。

行動規範

- 喫煙対策を推進する保健医療専門職の模範としての役割を担う。
- 喫煙対策に関する調査とその評価を行い対応する。
- 施設ならびに行事を禁煙化し, 健康に関連する行事に喫煙対策を含める。
- 日常的に喫煙の状況を尋ね, 禁煙の助言と支援を行う。
- 歯科専門職の教育研修プログラムに喫煙対策を含める。
- 5月31日の世界禁煙デーの活動に積極的に参加する。
- 喫煙対策活動のネットワークに参加する。

平成 17 年 5 月 31 日

日本歯科医師会

*筆者注: 妊婦の喫煙による先天性異常

であるコチニン量を血液, 尿, 唾液, 毛髪を採取して測定する方法が一般的であるが, 歯科における禁煙診療研究では唾液を用いることが多い。また, 呼気一酸化炭素

濃度測定も行われるが, 高額な測定機器が必要である。

禁煙診療の効果指標は禁煙成功率が一般的である。歯科における禁煙診療は, 治療が繰り返し行われるという

歯科固有の特徴が、禁煙の動機づけに利用しやすいことから、禁煙実行割合や禁煙意志レベルの変化も禁煙診療の効果指標として用いられる。初期の研究では、歯科患者以外の喫煙者も禁煙介入の対象となっていたが、最近の研究では、歯科患者が禁煙診療の対象となっている。禁煙成功率は禁煙意志の有無により大きく異なるために、対象集団における禁煙意志のある者とならない者の割合により、禁煙成功率が異なる。したがって、世界各地で行われた禁煙診療の成功率を単純に比較することはできない。

禁煙カウンセリングを効果的に行うためには相当の時間が必要であることから、禁煙診療の普及の障壁とされている。すでにさまざまな禁煙支援方法が整っている米国では、歯科における禁煙診療は、禁煙の動機づけまでを行い、禁煙希望者へのカウンセリングは、電話相談等の支援組織が利用できるかどうかについての研究が進んでいる^{15, 27, 29)}。

おわりに

ニコチン依存症に対する医師による禁煙指導が保険適用となったことの背景の一つに、日本循環器学会が中心になり9学会が合同で作成した禁煙ガイドライン³⁰⁾があるといわれている。禁煙ガイドライン作成班には、日本口腔衛生学会および日本口腔外科学会の歯科2学会が参加しており、歯科における禁煙診療研究のレビューが行われた。しかし、このガイドラインには1999年以後の文献は含まれておらず、また、禁煙による歯科治療効果の改善は着目されなかった。最近、歯周治療の開始前に禁煙した場合は、禁煙を続けた場合に比して歯周治療の効果が向上することが確認された³²⁾。喫煙は日本人の歯の喪失のリスク因子としても重要であり、長期の禁煙維持により非喫煙者のレベルまで回復する⁴⁾ことから、歯科治療効果を確保する意味で歯科における禁煙診療は重要である。日本歯科医師会禁煙宣言(表5)においても、喫煙の歯科治療への影響が説明されている。

歯科における禁煙診療の研究は、欧米を中心に行われてきた。わが国においても科学的根拠に基づいた効果的な禁煙治療の標準化と普及が急務であることから、歯科関連学会と政策担当者との協働による、たばこ対策の推進に資する政策的研究が必要である。制度により裏づけされた効果的な歯科における禁煙診療が普及することにより、歯科職種がたばこ対策の国家能力に資することで、たばこ対策に厚みが増すものと思われる。

- 1) World Health Organization, WHO Tobacco Free Initiative, Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster : Building blocks for tobacco control : A handbook. (Tools for advancing tobacco control in the 21st century). Geneva, 2004, Publications of the WHO, 1-289.
- 2) American Dental Association : News of dentistry, More than 23,000 attend annual session. JADA 69 : 775-778, 1964.
- 3) 埴岡 隆, 川口陽子, 稲葉大輔ほか : 禁煙推進委員会報告「たばこのない世界を目指して」1. 保健医療従事者としての喫煙対策の基礎知識. 口腔衛生会誌 53 : 150-156, 2003.
- 4) 埴岡 隆, 稲葉大輔, 平田幸夫ほか : 喫煙および禁煙の口腔の健康および歯科治療への影響. 口腔衛生会誌 57 : 48-53, 2007.
- 5) American Dental Association : The first national dental symposium on smoking cessation : Helping dental patients to quit smoking. JADA 120 : s1-s41, 1990.
- 6) Mecklenburg RE, Christen AG, Gerbert B et al. : How to help your patients stop using tobacco : a National Cancer Institute manual for the oral health team. Bethesda, Md. : NCI, NIH, PHS, USDHHS (NIH Publication #91-3191), 1991.
- 7) Cohen SJ, Stookey GK, Kelly SA : Physician and dentist interventions for smoking cessation. In : Cohen SJ, Kottke TE, Gritz ER, editors. Tobacco and the clinician. Interventions for medical and dental practice, Smoking and tobacco control monograph No. 5, Bethesda, DHHS, PHS, NIH (NIH Publication #94-3693), 1994, pp. 113-142.
- 8) FDI World Dental Federation : FDI policy statement : Code of practice on tobacco control for oral health organizations, FDI World Dental Federation, Ferney Voltaire, France/World Dental Press, Lowestoft, UK, 2004.
- 9) FDI/WHO : Tobacco or oral health : an advocacy guide for oral health professionals, Beaglehole RH, Benzian HM, editors. FDI World Dental Federation, Ferney Voltaire, France/World Dental Press, Lowestoft, UK, 2005. available at http://www.fdiworldental.org/public_health/assets/Tobacco/Tobacco_or_Oral_Health.pdf
- 10) Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC : In search of how people change. Applications to addictive behaviors. Am Psychol 47 : 1102-1114, 1992.
- 11) Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. : Treating tobacco use and dependence : a clinical practice guideline. Rockville, MD : US. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.
- 12) Tomar SL : Dentistry's role in tobacco control. J Am Dent Assoc 132 : 30S-35S, 2001.
- 13) Geboy MJ, Fried JL : A model curriculum for tobacco use cessation and prevention intervention. Health Value 18 : 96-101, 1994.
- 14) Warnakulasuriya S : Effectiveness of tobacco counseling in the dental office. J Dent Educ 66 : 1079-1087, 2002.
- 15) Gordon JS, Lichtenstein E, Severson HH et al. : Tobacco cessation in dental settings : research findings and future directions. Drug Alcohol Rev 25 : 27-37, 2007.
- 16) Christen AG, McDonald JL, Olson BL et al. : Efficacy of nicotine chewing gum in facilitation smoking cessation. J Am Dent

- Assoc 108 : 594-597, 1984.
- 17) Cohen SJ, Stookey GK, Katz BP et al. : Helping smokers quit : a randomized controlled trial with private practice dentists. J Am Dent Assoc 118 : 41-45, 1989.
 - 18) Cooper TM, Clayton RR : Stop-smoking program using nicotine reduction therapy and behavior modification for heavy smokers. J Am Dent Assoc 118 : 47-51, 1989.
 - 19) Stevens VJ, Severson HH, Lichtenstein E et al. : Making the most of a teachable moment : a smokeless tobacco cessation intervention in the dental office. Am J Public Health 85 : 231-235, 1995.
 - 20) Macgregor IDM : Efficacy of dental health advice as an aid to reducing cigarette smoking. Br Dent J 180 : 292-296, 1996.
 - 21) Severson HH, Andrews JA, Lichtenstein E et al. : Using the hygiene visit to deliver a tobacco cessation program : results of a randomized clinical trial. J Am Dent Assoc 129 : 993-999, 1998.
 - 22) Smith SE, Warnalulasuriya KAAS, Feyerabend C et al. : A smoking cessation program conducted through dental practices in the UK. Br Dent J 185 : 299-303, 1998.
 - 23) Kentala J, Utriainen P, Pakkala K et al. : Can brief intervention through community dental care have an effect on adolescent smoking? Prev Med 29 : 107-111, 1999.
 - 24) Gordon JS, Andrews JA, Lichtenstein E et al. : The impact of a brief tobacco-use cessation intervention in public health dental clinics. J Am Dent Assoc 136 : 179-186, 2005.
 - 25) Barnfather KD, Cope GF, Chapple IL : Effect of incorporating a 10 minute point of care test for salivary nicotine metabolites into a general practice based smoking cessation programme : randomised controlled trial. Br Med J 331 : 999, 2005. Epub 2005, Oct 6.
 - 26) 小島美樹, 埴岡 隆, 浜島信之ほか : 歯科患者の喫煙への継続的介入に伴う禁煙ステージの移動. 日本公衛誌 52 : 796-801, 2005.
 - 27) Havlicek D, Stafne E, Pronk NP : Tobacco cessation interventions in dental networks : A practice-based evaluation of the impact of education on provider knowledge, referrals, and pharmacotherapy use. Prev Chronic Dis 3 : A96, 2006. Epub 2006 Jun 15.
 - 28) Binnie VI, McHugh S, Jenkins W : A randomised controlled trial of a smoking cessation intervention delivered by dental hygienists : a feasibility study. BMC Oral Health 7 : 5, 2007.
 - 29) Ebbert JO, Carr AB, Christi A : Tobacco use quitline enrollment through dental practices. A pilot study. J Am Dent Assoc 138 : 595-601, 2007.
 - 30) Hanioka T, Ojima M, Hamajima N et al. : Patient feedback as a motivating force to quit smoking. Community Dent Oral Epidemiol 2007. (in press)
 - 31) 禁煙ガイドライン作成 9 学会合同研究班 (班長藤原久義) : 禁煙ガイドライン. Circulation Journal 69 (Supple. IV) : 1005-1103, 2005.
 - 32) Preshaw PM, Heasman L, Stacey F et al. : The effect of quitting smoking on chronic periodontitis. J Clin Periodontol 32 : 869-879, 2005.

著者への連絡先 : 埴岡 隆 〒814-0193 福岡市早良区田村 2-15-1 福岡歯科大学口腔保健学講座
Tel/Fax : 092-801-0616
E-mail : haniokat@college.fdcnet.ac.jp