

全ての医療従事者は
禁煙支援を



沖縄県立中部病院
呼吸器内科
玉城 仁

1. はじめに

喫煙は健康へ多大な害を及ぼすことが証明されている。全体の喫煙率は低下しつつあるが若年層の喫煙率は依然として高い。また、COPD、癌、心筋梗塞を罹患しても喫煙し続ける患者、さらには医療従事者の中に喫煙するものが少なからずみうけられる。疾患治療、高度な医療提供も重要だが禁煙支援を含めた予防医学にも力を入れていかなければならない。禁煙の重要性を地域住民にアピール・啓発していくことは地域医療を担うクリニック・病院の責務である。そこで本稿では、禁煙支援・治療の要点を概説する。

2. 喫煙の身体への影響

タバコには、ニコチンや一酸化炭素をはじめ約4,000種類の化学物質が含まれ、そのうち有害物質は200種類、発癌物質は60種類以上もある。2007年の厚生労働省研究班の報告では喫煙者は非喫煙者より平均寿命が3年半短い。英国では喫煙により10年間寿命が短縮したと報告されている。喫煙率が最も低く、受動喫煙

は少ないと考えられる先進国でスウェーデン（喫煙率15.9%：2005年）から興味深い報告があった。全死亡リスクを虚血性心疾患のリスクファクターより検討したもので、対象は50歳のスウェーデン男性2,322人で平均29.8年間追跡している。喫煙の全死亡のリスクは1.92倍と非喫煙者の2倍近く上昇することが示され、糖尿病、高血圧、メタボリック症候群、高脂血症以上に全死亡リスクは高いことが示された（図1）。喫煙者では、生活習慣病の治療のみでは不十分で、禁煙も同時に指導、支援しなければ、不十分な診療といえよう。

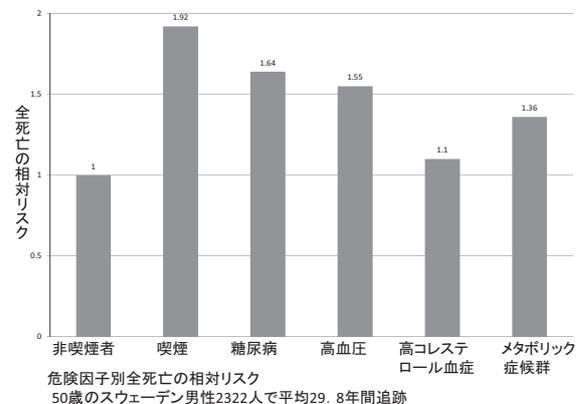


図1

また、喫煙者は非喫煙者と比べ、肺癌（男4.8倍、女3.9倍）、喉頭癌（男5.5倍）のみならず、食道癌（男3.4倍、女1.9倍）、肝臓癌（男1.8倍、女1.7倍）、胃癌（男1.5倍、女1.2倍）、子宮頸癌（2.3倍）等の発癌リスクを増加させる。呼吸器系病変（COPD、気管支喘息、間質性肺炎）、心血管・脳血管病変、糖尿病・脂質代謝異常、さらには不妊、周産期への影響、美容、骨粗鬆症、受動喫煙による影響（発ガン、子供の喘息、中耳炎、知能指数の低下等）など、喫煙の有害性は計り知れない。

3. 短時間禁煙指導と5A・5R

米国禁煙ガイドライン2008では、医療従事者（医師、看護師、歯科医師、薬剤師、臨床心理士、ソーシャルワーカー、カウンセラー等）は、医療機関を受診する全ての患者にタバコを

使用について尋ね、タバコ使用者を明らかにすべきであるとされている。その介入を戦略A：禁煙する意志のある現喫煙者、戦略B：禁煙する意志のない現喫煙者、戦略C：最近禁煙したばかりの前喫煙者にわけて指導すること推奨している。また、診察のたび、3分間以内の禁煙指導だけでも1.3倍有意に禁煙率が高まることが報告されている。指導1回あたりの時間や指導を行った総時間、指導に関わるスタッフの職種の数にそれぞれ比例して禁煙率が3倍近くまで高まることも明らかになっている。

患者の禁煙に対する気持ちの準備状態は様々であるため、禁煙指導の“5A”（表1）のAssess（評価）にてProchaskaらの行動変容ステージ分類を参考にすると便利である。行動変容ステージは次の5つに分類される。①前熟考期（禁煙に感心なし）、②熟考期（1～6ヶ月以内に禁煙の意志あり）、③準備期（1ヶ月以内に禁煙の意志あり）、④実行期（禁煙後6ヶ月以内）、⑤維持期（禁煙後6ヶ月以降）。人はこれら一連のステージを進んだり、後戻りして禁煙へ向かっていくことを理解して、禁煙支援を行っていくことが重要である。禁煙指導の

“5A”、禁煙を動機づける“5R”（表2）に関する具体的な質問や支援方法は文献4を参照されたい。

4. 禁煙外来

2006年4月より禁煙治療が一部保険適応になった。保険診療を行うための施設基準には、敷地内全面禁煙、呼気一酸化炭素濃度測定器を備え、禁煙治療の経験を有する医師が1名以上、専任の看護職を1名以上配置していることが必要である。また、ニコチン依存症患者で保険診療対象となるには、ニコチン依存症に係るスクリーニングテスト（TDS）が5点以上、ブリンクマン指数 ≥ 200 、直ちに禁煙することを希望し、「禁煙治療のための標準手順書」（日本

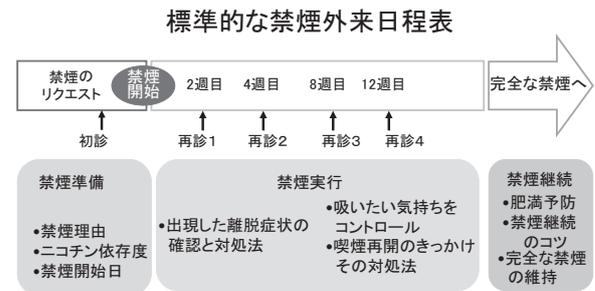


図2

表1. 禁煙指導の“5A”

Ask (尋ねる)	診療のたびに、全ての患者の喫煙に関して質問して、診療録に記載する。
Advise (助言)	全ての喫煙者にはっきりと強く、個別化した方法で禁煙するよう勧める。
Assess (評価)	現喫煙者には、すぐに禁煙する意志があるかどうか尋ねる。そうであれば禁煙支援を行う。そうでなければ禁煙への動機づけを行う。
Assist (支援)	患者が禁煙をする意志があれば、医療従事者は薬物を提供し、カウンセリングや行動療法を提供するか紹介して支援をするべきである。
Arrange (手配)	フォローアップのための診療予定を決めていく

表2. 禁煙を動機づける“5R”

Relevance (関連性)	禁煙への意欲を起こさせる情報が、患者個人に関連する場合はその影響力は大きい。自身の病気、健康不安、年齢、社会的立場、子供への影響、過去の失敗・その原因などと関連づけた情報を与えながら励ましていく。
Risk (リスク)	患者に喫煙の健康への影響を尋ね、医師は最も患者に関連がありそうな喫煙の害について情報提供を行う。
Reward (報酬)	禁煙の効果に関する情報を提供する。例えば、健康の回復、味覚・嗅覚の改善、経済的効果、自分に自信がつく、自体力の回復、子供のよい見本になれる、体力の回復、皮膚のしわや歯が白くなる等
Roadblocks (障害)	禁煙を妨げる要因は何か尋ね、その問題解決方法（カウンセリングや禁煙補助薬）について助言する。典型的な障害：禁断症状や失敗への恐怖、体重増加、支援体制が整わない、うつ状態、身近な喫煙者の存在など
Repeat (反復)	来院ごとに禁煙の動機づけを強化するように働きかける。反復して禁煙へ挑戦をして禁煙成功した患者が多いことを伝える。

循環器病学会のホームページより非会員もダウンロード可）に則った禁煙プログラム（12週間にわたり計5回の通院）の説明を受け、文書により同意をしていることが必要である（図2）。ブリンクマン指数 ≥ 200 では、未成年者がほとんど保険適応にならず、自由診療になるという制度上の問題も指摘されている。

禁煙外来で禁煙支援を行っていくためには、医師のみではなく、多くの職種が関わるということが重要といわれている。本来ならば、医師、看護師、薬剤師、臨床心理士、必要に応じ精神科医等が関わり適切な支援を行っていくことが望ましい。しかし、実際にはマンパワーの問題もあり当

////////////////////////////////// プライマリ・ケア ////////////////////////////////////

院では、週3日、午後の時間帯に原則予約制で看護師と医師の2人で行っている。初診時に看護師が禁煙外来のシステム説明、問診（同意書への患者サインも含む）、COモニター測定、薬物の適切な使用方法説明等を行い、医師が喫煙害と禁煙のメリットを説明し処方している（所要時間約20分）。そして、再診時には、まず看護師が受診した事を労う声かけ、副作用の有無を確認、呼気一酸化炭素濃度の測定、禁煙継続の確認、禁煙を継続できている場合は禁煙できていることを称賛、吸いたい気持ちがあった場合は、どんな場面で吸いたくなったのか、どう対処したのかを一緒に振り返っている。喫煙継続や再喫煙している場合は、禁煙の動機を振り返り、どんな場面で吸ってしまったのか、どうすれば吸わずにすんだのか看護師と一緒に考えていくようにしている。その後には医師は診察、アドバイスをして薬剤を処方する。

院外処方やニコチン製剤のOTC化により、薬剤師は禁煙支援を行う身近な担い手であるため、薬剤師との連携も大切となってくる。また、禁煙外来通院が理想ではあるが、定期的な5回通院（保険診療を受けるための条件の1つ）が困難な方は、薬局でニコチン製剤を直接購入・支援を受けられるよう提案している。

5. 禁煙補助薬

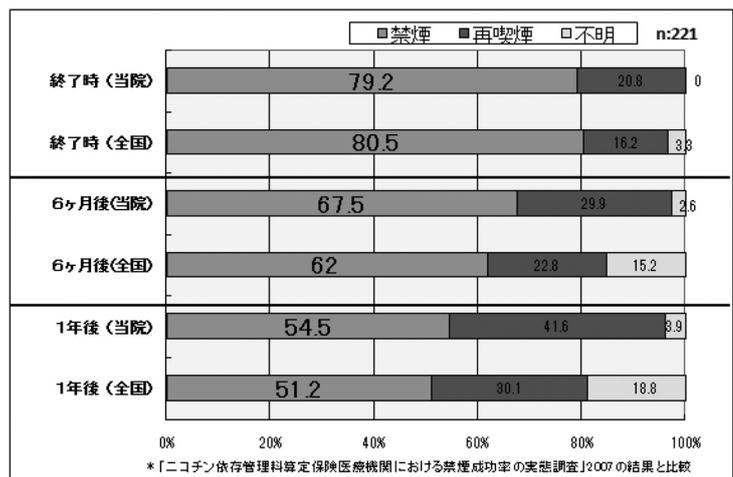
本邦では3種の禁煙補助薬が入手可能である。禁煙外来で保険診療可能な薬剤はニコチンパッチとバレニクリンである。OTCで入手可能な薬剤にはニコチンガムとニコチンパッチがある。それぞれの薬剤の特徴を踏まえたうえで、患者の状態を考慮し選択する（図3）。禁煙外来へ計5回通院（12週間）した場合、初診料+再診料、ニコチン依存症管理料、院外処方箋料、禁煙補助薬を合計すると、3割自己負

図3：禁煙補助薬の種類と使用上の特徴

一般名	ニコチン		バレニクリン酒石酸塩
	ニコレット®	ニコチネルTTS®	チャンピックス®
主な商品名	ニコレット®	ニコチネルTTS®	チャンピックス®
剤型	外用剤(ガム)	外用剤(貼付)	経口剤(錠剤)
長所	・効果発現が早い ・突然の喫煙欲求に対応 ・ニコチン摂取量を調整 ・食欲抑制効果	・ニコチンを皮膚から吸収 ・安定した血中濃度 ・食欲抑制効果	・ニコチンを含まない ・喫煙しながら治療開始 ・循環器患者に使用可 ・喫煙による満足感減少
短所	・噛み方の指導が必要 ・義歯・職種で使いにくい	・汗をかいた人には使いにくい ・皮膚のトラブル ・突然の喫煙欲求に対応できない	・突然の喫煙欲求に対応できない ・傾眠がみられることあり ・自動車の運転注意 ・抑うつ、自殺念慮の報告あり ・腎機能障害者では原料を必要
主な副作用	・口腔・咽頭ヒリヒリ感 ・顎筋肉・関節痛、吐き気 ・胃部不快感など	・皮膚の発赤・痒み ・不眠など	・嘔気、便秘、頭痛、鼓腸、異常な夢、不眠症など
その他	・薬局(OTC)で購入 ・12週間を目安に減量していく	・医療用医薬品・OTCでも購入可 ・8週間を目安に大→小サイズへ切り替えて使用	・医療用医薬品 ・禁煙開始1週間前から内服し、1週間内服

(禁煙治療のための標準手順書第3版より一部改変)

図4：当院と全国の継続禁煙率



担でニコチンパッチが12,003円、バレニクリンが18,432円の費用となる。

禁煙外来へ通院し禁煙補助薬を併用した場合、平成19年度中医協のまとめによると禁煙成功率は、外来終了時72.3%、治療開始から1年後の継続禁煙率32.6%である。禁煙外来5回全ての指導を終了した患者では、1年後の継続禁煙率45.7%であり、指導の回数が多いほど継続禁煙率が高い傾向が認められている。当院にてニコチン依存症管理料の算定を始めた2006年6月から2008年8月までの受診者の禁煙状況の調査結果でも同様の結果が得られている（図4）。

6. インターネット・携帯サイトによる禁煙支援

患者の多くは自宅へ帰ってから、喫煙欲求が強くなることが多い。同居されるご家族がいる場合は、その方より助言、励ましを継続的にお願いできるようにしている。

最近では禁煙支援に関するインターネット、携帯サイトが存在する。その代表的なものに「禁煙マラソン」(<http://kinen-marathon.jp/>)がある。当院の禁煙外来でも、インターネットや携帯サイトの使用が可能な方は、「禁煙マラソン」への登録を勧めている。禁煙マラソンは、1997年から奈良女子大学教授高橋裕子医師が主宰しているコミュニティーベースの禁煙プログラムとなっている。主な概要は、メーリングリストに送られるアドバイス、新たな禁煙チャレンジャーへの禁煙成功者（アドバイザー）の応援、運営スタッフからのアドバイスメール、必要に応じ専門家からの医療相談アドバイスを受けることができる。

7. 最後に

喫煙者に対する禁煙支援・治療は疾患治療の最初の一步である。現在、沖縄県医師会ホームページ、禁煙推進コーナーで紹介されている禁煙外来を行っている医療機関は85件（H22年

4月現在）である。今年11月26・27日には沖縄県医師会共催で第6回日本禁煙科学学会学術総会が沖縄県医師会館、薬剤師会館、小児保健センターで開催される。これを期にさらに多くの医療機関で禁煙支援の輪が広がっていくことを期待したい。

参考文献

1. Murakami Y et al : Life expectancy among Japanese of different smoking status in Japan : NIPPON DATA80. Journal of Epidemiology, 17 (2) : 31-37,2007
2. Johan Sunderstom et al: BMJ,332:878-882.2006
3. 日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会: 禁煙治療のための標準手順書第3版 : 2008 http://www.j-circ.or.jp/kinen/anti_smoke_std/anti_smoke_std_rev3.pdf
4. U.S.Department of Health and Human Services:Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update, 2008 http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf
5. 玉城仁: Medicina Vol.46, pp1677-1681,2009
6. Kota Katanoda et al:Population Attributable Fraction of Mortality Associated with Tobacco Smoking in Japan: A Pooled Analysis of Three Large-scale Cohort Studies. Journal of Epidemiology, Vol. 18 (2008) , No. 6 pp.251-264

原稿募集！

プライマリ・ケアコーナー(2,500字程度)

当コーナーでは病診連携、診診連携等に資するため、発熱、下痢、嘔吐の症状等、ミニレクチャー的な内容で他科の先生方にも分かり易い原稿をご執筆いただいております。

奮ってご投稿下さい。