

【第2回禁煙推進セミナー】

4. 禁煙支援・禁煙外来の実際

岐阜女子大学 家政学部, 岐阜大学大学院医学研究科 再生医科学循環器内科学・第2内科

飯田真美
ふじ だ ま み
わら ひ さ
よ し

岐阜大学大学院医学研究科 再生医科学循環器内科学・第2内科

藤原久義

はじめに

日本循環器学会の2002年の調査によると、日本循環器学会認定研修施設のうち、循環器科に禁煙外来が設置され、積極的な禁煙支援がされている施設はわずか5%にすぎないことが報告されている¹⁾。花井らの報告²⁾では、狭心症、心筋梗塞、不整脈、脳卒中、高血圧、糖尿病、癌、喘息などの慢性疾患患者においても継続して喫煙している者が男性36.5%、女性29.5%もあり、これらの喫煙者ではたばこの害の認識度が非喫煙者や禁煙者に比べて有意に低い。これらの患者が禁煙することは、治療のまず一歩ともいえるべき基本的なことであり、喫煙継続か禁煙かが疾患の進行や予後にまで関係してくるので、適切な禁煙指導は大変重要である。

岐阜大学では1998年5月から第2内科（循環器内科）に禁煙外来を開設し、循環器疾患患者をはじめとする大学病院通院および入院患者を中心に、医療上禁煙が必要な場合のみならず、禁煙希望者に対して広く禁煙支援を行ってきた。

今後、禁煙外来を設置し、禁煙支援を行っていく際に必要な情報を概説する。

禁煙支援の効果と方法

1. 短時間の禁煙介入でも効果がある

外来で積極的に禁煙支援をするうえで障害になると考えられているのは、禁煙指導を行うのに時間がかかることや診療報酬が保証されていないこと、禁煙支援法に関する教育を受けていないことなどがあげられる。しかし、英国コクランライブラリのレビュー³⁾と米国AHCPRのレビュー⁴⁾をもとに作成された1998年の英国の「保健医療従事者のための禁煙指導ガイドライン」⁵⁾では、臨床医が一般の患者に対して短時間の禁煙のアドバイスをするだけでも禁煙率をあげる効果があることが示されている（表1）。

臨床医が3分間の非常に簡易な禁煙のアドバイスをすると、何のアドバイスもしない場合に比べ、6ヵ月以上の継続した禁煙率が2%増加する。臨床医の10分間支援にニコチン代替療法を加えると、何も介入しない場合に比べ、6ヵ月禁煙率が9%上昇する。また禁煙外来でニコチン代替療法を使用した場合には16%禁煙率が上昇し、入院の機会や妊娠の機会にアドバイスすると効果がある。したがって、外来受診の機会を利用して

[Key words] 禁煙支援, 禁煙外来, ニコチン代替療法, 禁煙指導ガイドライン

表1 臨床の場での禁煙支援の効果

介入要素	データソース	6カ月以上禁煙した喫煙者の増加割合
・臨床医による非常に簡易なアドバイス（3分）vs アドバイスなし	AHCPR	2%
・臨床医による簡易な禁煙アドバイス（10分）vs アドバイスなし	AHCPR	3%
・簡易なアドバイスにニコチン代替療法を追加 vs 簡易なアドバイスのみ、または、簡易なアドバイスとプラセボ	Cochrane	6%
・強力な禁煙支援（例：禁煙外来）vs 介入なし	ARCPR	8%
・強力な禁煙支援とニコチン代替療法 vs 強力な禁煙支援、または、強力な禁煙支援とプラセボ	Cochrane	8%
・入院患者に対する禁煙アドバイスと支援 vs 支援なし	AHCPR	5%
・喫煙妊婦に対する禁煙アドバイスと支援 vs 通常のケア、または、介入なし	AHCPR	7%

コントロール群と比較した場合の各介入要素による禁煙率の増加分。いずれも統計学的に有意。

AHCPR: the Agency for Health Care Policy and Research (USA), Cochrane: the Cochrane Library (UK)

(文献5より引用)

短時間でも多くの医療従事者が禁煙支援を行えば、多くの喫煙者に働きかけを行うことができ、禁煙者も増えることになる。

喫煙者は禁煙することを考えていない段階（前熟考期）から、禁煙を考えている段階（熟考期と準備期）、禁煙を試みている段階（実行期）となり、そのうちの何人かが禁煙に成功するとされる⁶⁾。禁煙支援は喫煙者に即時の禁煙を求めるだけではない。そのときは禁煙成功としては現れなくても喫煙に対する認識や意識が変化し、1つ進んだ禁煙の段階に移動させることも重要な目標の一つである。短時間の禁煙アドバイスはこの進歩に有効であると考えられる。

2. 禁煙指導ガイドライン

2000年にはAHRQ（米国厚生省の下部組織、Agency for Healthcare Research and Quality）の禁煙指導ガイドライン（a Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence, 2000年）⁷⁾が作成された。これは6,000編を超える論文に基づく50以上のメタアナリシスを実施したエビデンスに基づいて作成されたものである。このガイドラインでは、さまざまな保健医療政策の提言のほか、臨床現場でプライマリケア医が禁煙支援をする際の手順が5つのAとして示されている。①まず喫煙している患者をもれなく把握

して（Ask）、②禁煙を希望する、しないにかかわらず、全員に禁煙の必要性をアドバイスする（Advise）。③次いで、禁煙を希望するかどうかを尋ね（Assess）、④禁煙希望者に対して禁煙開始の支援を行う（Assist）。これはニコチン離脱症状への対処が主となり、ニコチン代替療法剤の導入も含まれる。⑤最後にフォローアップの計画を立てる（Arrange）、とされている。このように、日本の医療現場でも利用できる禁煙の開始を支援するのに有効な手順を示している。一方、禁煙を開始したあと禁煙継続をフォローする手法としては、医療機関でのフォローのほか、インターネットを利用した長期禁煙支援プログラムも開発され、成果をあげるようになってきた⁸⁾。

3. 禁煙支援の実際

喫煙習慣には、「ニコチン依存」という薬物による身体的依存と「習慣依存」という精神的依存とが重なっているために、禁煙することが困難であることも事実である。

ここ数年、ニコチン依存に対してはニコチン代替療法、習慣依存に対しては行動療法を組み合わせる科学的な禁煙法が注目されている。これまでの、じつと辛い我慢をしてたばこをやめる時代から、ニコチン依存に対しては、ニコチンガムやニコチンパッチを使うことで、辛く不快なニコ

チン離脱症状を抑え、比較的楽に禁煙を進める時代になっている。

先に述べた AHRQ のガイドラインに沿った形で実際の手順を示す。

1) **Ask** : 問診, 呼気中一酸化炭素 (CO) 濃度測定, 可能ならば尿中コチニン測定を行う。

まず問診ではニコチン依存度を把握する。ファーガストロームニコチン依存度テスト⁹⁾が一般的であるが、「起床後何分でたばこを吸うか」という簡単な質問で、ほぼ正確に推定することができる。起床直後は1日の中でももっともニコチン血中濃度の低い時間であり、起床時の喫煙要求の程度がニコチン依存の強さを反映している。呼気中 CO 濃度測定にはスモーカーライザー (Bedfont 社) を用いるのが一般的である。CO 濃度が数値として表されるため、禁煙の動機付けに有効である。尿検査が可能ならば尿中コチニン濃度を視覚的に表す NicCheck (Dynagene 社) を併用する。

2) **Advise** : 曖昧なメッセージを避け、はっきりと強く個人にあった禁煙のメッセージを伝える。医療関係者の「できれば禁煙したほうがいいですよ」や「本数を減らさない」といった曖昧な発言は、禁煙の動機の低下につながるため絶対に避けなければならない。

3) **Assess** : 禁煙を考えている喫煙者を識別し、意思のある人を支援していく。禁煙の意思のない場合には、さらに繰り返し禁煙のメッセージを伝え、動機付けをしていく必要がある。

4) **Assist** : 喫煙の有害性を話すだけでは禁煙行動は起こりにくいため、禁煙の効果などの情報提供や、有効性が高く実行可能と喫煙者が感じる方法の提示 (ニコチン代替療法や行動療法) が必要である。

a) ニコチン代替療法剤の使用 : 禁煙開始に有効性が高く、容易に利用できる方法として、ニコチン代替療法がある。皮膚や口腔粘膜の接触面からニコチンを徐々に体内に吸収させ、禁煙に際して起こる離脱症状を軽減し、禁煙を補助する仕組みである。ニコチン代替療法剤にはニコチン以外

は含まれず、吸収されるニコチンは喫煙者が喫煙によって吸収するニコチンより通常少量で、緩やかな血中濃度の上昇を示し安全に使用できる。

日本ではニコチンガム (ニコレット, OTC) とニコチンパッチ (ニコチネル TTS, 処方薬) だけが使用しうる。喫煙とニコチン代替療法剤の併用はニコチンの過剰摂取の可能性があり危険なうえ、喫煙でニコチンが効率よく吸収されるために薬剤の効果が減弱するため、避けなければならない。まずは煙を吸ってニコチンを取り入れる習慣を、ニコチンパッチとニコチンガムに完全に置き換えてしまうことから始める。その後、ニコチン補給量を段階的に減らしていく。場合によっては、パッチとガムの併用もありうる。

心筋梗塞のようにニコチンの影響で悪化する懸念がある疾患に罹患したあとは注意が必要である。しかしながら、不安定狭心症や心筋梗塞の急性期、重篤な不整脈を除けば、心疾患患者にも有効に使うことができる。

b) 心理的依存への対処 : 習慣や条件反射など心理的依存からくる喫煙要求の軽減には行動療法をこまめに実行し (喫煙しない環境を整え、気持ちを喫煙からそらせる行動を実行する)、禁煙に関して先の見通しをもてる状況をアドバイスする。

5) **Arrange** : 長期にわたる周囲の励ましや緻密なフォローが重要となる。禁煙したことがよかったと感じられるよう定期的にフォローしていく。さらには、1本でも再喫煙につながることをあらかじめしっかり注意しておくことも大切である。

医療関係者の個人の状況に応じた的確なアドバイスと、ニコチン代替療法と行動療法の併用により、禁煙成功率は確実に上がると考えられる。

岐阜大学病院の禁煙外来の実際

禁煙外来とは、一般外来での短時間の指導では禁煙がむずかしい症例に対して禁煙のための専門的治療を行う外来である。最近は、未成年者に対

表2 禁煙外来の設定

- ・自由診療（自費診療）（岐阜大学では10割負担分に設定）
- ・保険診療と明確に区別する必要がある。
 - ・カルテを分ける。（岐阜大学ではカルテ in カルテ）
 - ・清算表も別に分ける。
 - “自費禁煙外来（入院・外来），処方（あり・なし）” のゴム印
 - 入院患者は処方料のみを請求する。 歯科入院中の場合は診療費・処方料ともに請求。
 - ・別の診療枠を設ける。（岐阜大学では午後外来に設定）
- ・外来患者・入院患者ともに可能である。
- ・処方については，院内・院外を問わない。

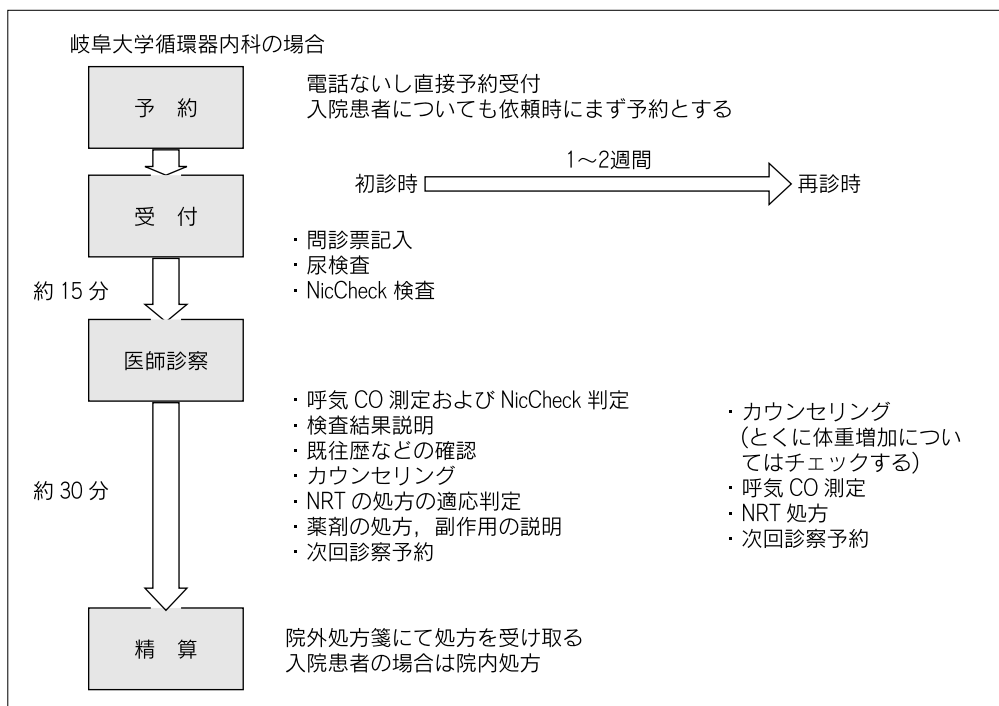


図1 禁煙外来（完全予約制）の流れ

する禁煙治療を専門とする外来も開設されている。

禁煙外来の一般的な設定の条件と岐阜大学病院の禁煙外来の受診の流れを表2，図1に示す。禁煙外来は自由診療であることから，保険診療との混合を避けるため，午後の外来を設定し，週2回完全予約制で行っている。初診は受付から受診終了まで約45分程度，再診は20～30分の診療と

なる。再診は，ニコチン代替療法を使用することが多いため1～2週間隔で設定し，受診者の希望や禁煙の進行状況に応じて次回の予約を行っている。基本的には，ニコチン代替療法が終了した時点より1ヵ月後の受診をもって，一応受診終了としており（禁煙開始後3～4ヵ月が多い），その後の経過観察は担当医にゆだねている。

岐阜大学病院は2003年4月より全館禁煙を実

施した。これに先立ち2003年1月より、全館禁煙になる旨のアナウンスやポスターの掲示、講演会などを行ったところ、禁煙外来受診者数が急増した。病院の禁煙化と禁煙支援がお互いの良循環して、禁煙挑戦者や禁煙成功者を増やすことができ、ひいては喫煙関連疾患の減少につながると期待している。

おわりに

健康日本21の喫煙対策、健康増進法の施行、WHO たばこ規制枠組み条約の批准、たばこ増税、たばこ警告表示の改訂などたばこを巡る環境や、世の中の意識は大きく変わりつつある。日常臨床の中での禁煙支援、禁煙外来の設置による積極的な禁煙支援を通じて、喫煙関連循環器疾患の減少を推進していきたいものである。

文 献

- 1) Anti-Smoking Declaration: A message from the Japanese Circulation Society. *Circ J* 2003; **67**: 1-2
- 2) 花井荘太郎, 友池仁暢: 慢性疾患患者の喫煙実態と喫煙に対する意識. 厚生労働科学研究費補助金健康科学総合研究事業平成14年度総括・分担研究報告書, 喫煙

の社会的損失と効果的な喫煙対策に関する研究, 2003, pp5-20

- 3) Silagy C, Mant D, Fowler G et al: Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Database of abstracts of reviews of effectiveness, in the Cochrane Library, Issue 2, update software, Oxford, 1998
- 4) Fiore MC, Bailey WC, Cohen Sj et al: Smoking cessation. clinical practice guideline No. 18. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, 1996 (AHCPR Publication No. 96-0692)
- 5) Raw M, McNeill A, West R: Smoking cessation: evidence based recommendations for the healthcare system. *BMJ* 1999; **318**: 182-185
- 6) Prochaska JO, Velicer WF: The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion* 1997; **12**: 38-48
- 7) A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: a US Public Health Service report. the tobacco use and dependence clinical practice guideline panel, staff, and consortium representatives. *JAMA* 2000; **283**: 3244-3254
- 8) 高橋裕子, 東山明子: インターネットを使った禁煙支援. *心療内科* 2001; **5**: 328-335
- 9) Fagerstrom KO, Schneider NG: Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom tolerance questionnaire. *J Behav Med* 1989; **12**: 159-182