

## もくじ

### 基礎編

- 基礎 1. 喫煙はニコチン依存と喫煙関連疾患からなる「喫煙病」です。
- 基礎 2. タバコの煙には 200 種類以上の有害物質が含まれています。
- 基礎 3. 喫煙は多くの臓器に様々な疾患を引き起こします。
- 基礎 4. 禁煙は最も確実に疾病を減らすことのできる方法です。
- 基礎 5. 喫煙習慣にはニコチン依存と心理的依存が影響しています。
- 基礎 6. ニコチン依存度はこのように判定します。

### 治療編

- 治療 1. 日常の診療や健診の場での禁煙アドバイスが効果的です。
- 治療 2. 喫煙状況の把握はこのように行われます。
- 治療 3. 禁煙意思のない患者さんへは禁煙の動機付けを強化します。
- 治療 4. 禁煙意思のある患者さんへは禁煙実行・継続を支援します。
- 治療 5. ニコチン依存にはニコチン代替療法が行われます。
- 治療 6. ニコチン代替療法剤にはガムとパッチがあります。
- 治療 7. 心理的依存には行動療法が行われます。
- 治療 8. 禁煙に伴うこのような症状には注意が必要です。
- 治療 9. 再喫煙の防止のためのフォローアップが重要です。

参考 . 保険適用による禁煙治療

#### 〈文献〉

日本口腔衛生学会、日本口腔外科学会、日本公衆衛生学会、日本呼吸器学会、  
日本産科婦人科学会、日本循環器学会、日本小児科学会、日本心臓病学会、日本肺癌学会：  
禁煙ガイドライン，Circulation Journal  
循環器病の診断と治療に関するガイドライン（2003-2004 年度合同研究班報告），  
69 (Suppl. 4) : 1005-1103, 2005

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，2006

## 喫煙はニコチン依存と喫煙関連疾患からなる「喫煙病」です。

喫煙は、喫煙者と周囲の非喫煙者に様々な喫煙関連疾患を引き起こしますが、ニコチン依存をもとに心理的依存を生じて強固な習慣性を持つに至ることが多く、禁煙は非常に困難です。従来、喫煙は個人の趣味・嗜好の問題とされてきましたが、最近では、喫煙は依存症と喫煙関連疾患からなる「喫煙病」であり、喫煙者は「積極的禁煙治療を必要とする患者」であるとの位置づけが示されています。

**喫煙** : 「喫煙病（依存症+喫煙関連疾患）」という全身疾患  
**喫煙者** : 積極的禁煙治療を必要とする患者

### 日本における喫煙の状況

日本における成人の喫煙率は年々減少する傾向にありますが、依然として欧米先進諸国に比べ高い水準となっています。男性の喫煙率は各年齢層で減少傾向を示していますが、20~30歳代女性の喫煙率は増加傾向にあり、女性全体の喫煙率は今後増加することが懸念されます。また、喫煙開始の低年齢層化が指摘されており、喫煙開始年齢が低いほど心筋梗塞やがんによる若い年代での死亡率が上昇することや、喫煙開始年齢が低いと短期間でニコチン依存状態となることなどから、未成年者への防煙対策は今後重要性を増すと考えられます。

- |                           |            |            |
|---------------------------|------------|------------|
| ◆現在習慣的に喫煙している者の割合（満15歳以上） | [男性] 46.8% | [女性] 11.3% |
| ◆現在習慣的に喫煙している者のうち、        |            |            |
| ・タバコをやめたい、または本数を減らしたい者の割合 | [男性] 65.1% | [女性] 68.5% |
| ・禁煙を試みたことがある者の割合          | [男性] 53.5% | [女性] 61.1% |

平成15年 国民健康・栄養調査結果の概要より

### 日本における喫煙による超過死亡数

WHOなどの試算によると、日本におけるタバコが原因とされる死亡数は最近20年で約2倍に増加しています。喫煙関連疾患の多くは喫煙を開始してから20~30年かかって発症し死に至るため、現在の死亡の状況は過去の喫煙の状況を反映していることになり、喫煙による超過死亡数の増加傾向はさらに続くことが予想されています。

- |                     |                |              |              |
|---------------------|----------------|--------------|--------------|
| ◆タバコが原因とされる死亡数（全年齢） | 2000年：114,200人 | [男性] 90,000人 | [女性] 24,200人 |
|                     | 1980年：59,400人  | [男性] 46,000人 | [女性] 13,400人 |

#### — タバコ対策 —

国民の健康増進の観点から、今後、タバコ対策に一層取り組むことにより、喫煙率を引き下げ、タバコの消費を抑制し、国民の健康に与える悪影響を低減させていくことが必要であると考えられています。現在、具体的なタバコ対策として「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」により以下の4つのタバコ対策が推進されています。

- ① 喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及
- ② 未成年者の喫煙をなくす（防煙対策）
- ③ 受動喫煙の害を排除・減少させるための環境づくり（分煙対策）
- ④ 禁煙支援プログラムの普及・充実

## タバコの煙には 200 種類以上の有害物質が含まれています。

タバコの葉を燃焼させて生じるタバコ煙には、タバコの葉の成分やタバコ製品を作る際に加えられる添加物のほか、これらの成分が燃焼により変化した化合物など、4,000 種類以上の化学物質が含まれ、そのうち有害物質は 200 種類以上、発がん物質は 60 種類以上あるといわれています。

### タバコの煙の成分

タバコの煙は「粒子相」と「気相」にわけられ、主に含まれる成分が異なります。タバコ煙の中で健康への有害性が大きいのはニコチン、タール、一酸化炭素 (CO) です。

粒子相	気相
全タバコ煙の数%を占めるに過ぎないが、ニコチンや種々の発がん物質などを含む 《主な成分》 ニコチン、ベンツピレン、ナフチルアミン、ヒ素	タバコ煙の顕著な臭いのもととなっている揮発性物質のほか、一酸化炭素、気道刺激物質などを含む 《主な成分》 一酸化炭素、ニトロソアミン、窒素酸化物、アンモニア

※緑字は発がん物質

ニコチン	<ul style="list-style-type: none"> <li>ニコチン性アセチルコリン受容体に作用して中枢神経系や末梢神経系を刺激し、心拍数増加、血管収縮、遊離脂肪酸増加、覚醒または寛ぎ感の増大、成長ホルモン増加、プロスタサイクリン合成抑制などを示す</li> <li>ニコチン依存を形成する</li> </ul>
タール	<ul style="list-style-type: none"> <li>粒子相を総称してタールと呼ぶ。この中に水分とニコチンが含まれている状態を粗タール、これらを除いたものをドライタールと呼ぶ</li> <li>ベンツピレンなど発がん物質、発がん促進物質を多く含む</li> </ul>
一酸化炭素	<ul style="list-style-type: none"> <li>血液中のヘモグロビンと強固に結合 (酸素の約 210~250 倍) し、慢性の酸素欠乏状態を作り出す</li> <li>ヘモグロビンと結合した一酸化炭素はコレステロールの変性を促進し、血管内皮を障害するとともに HDL コレステロールを減少させ、動脈硬化を促進する</li> </ul>

CO : carbon monoxide      HDL : high density lipoprotein

### 主流煙と副流煙

タバコの煙は、喫煙者が直接吸い込む「主流煙」、タバコの燃焼部から立ち昇る「副流煙」、喫煙者が主流煙を吸い込んだ後に吐き出した「呼出煙」にわけられます。副流煙と呼出煙を合わせて一般に「環境中タバコ煙 (ETS)」と呼び、これが「受動喫煙」により周囲の非喫煙者にも影響を与えています。喫煙者がタバコの煙を吸うことを「能動喫煙」といいますが、「受動喫煙」とは室内又はこれに準ずる環境において自分の意思とは関係なく他人のタバコの煙、つまり環境中タバコ煙を吸わされることをいいます。

ETS : environmental tobacco smoke

#### 主流煙と副流煙の違い

- 主流煙はタバコの葉やフィルターにより濾過されること、また燃焼温度が高いことなどから、主流煙に含まれている有害物質量は副流煙より少ない
- 主流煙は酸性であるのに対し、副流煙はアルカリ性で刺激が強い

#### — 低タール・低ニコチンタバコ —

近年、タバコの葉の改良や種々のフィルターチップの開発などにより、低タール・低ニコチン化したタバコ (いわゆる「軽いタバコ」) が流通するようになりました。しかし、喫煙者は本数を増やしたり吸い方を工夫したりしてニコチン摂取量を調節する傾向があるため、喫煙者が体内に吸収する有害物質量は低タール・低ニコチンタバコにおいても表示ほどは減少していないことに注意が必要です。

## 喫煙は多くの臓器に様々な疾患を引き起こします。

喫煙により循環器系、呼吸器系などに対する急性の影響がみられるほか、長期にわたる喫煙は肺がんをはじめとする多様な臓器のがん、虚血性心疾患、呼吸器疾患、胃・十二指腸潰瘍など様々な疾患のリスクを増大させます。また、喫煙者だけではなく、周囲の非喫煙者も受動喫煙により肺がん、虚血性心疾患、呼吸器疾患などのリスクが増大することが報告されています。

### 能動喫煙の影響

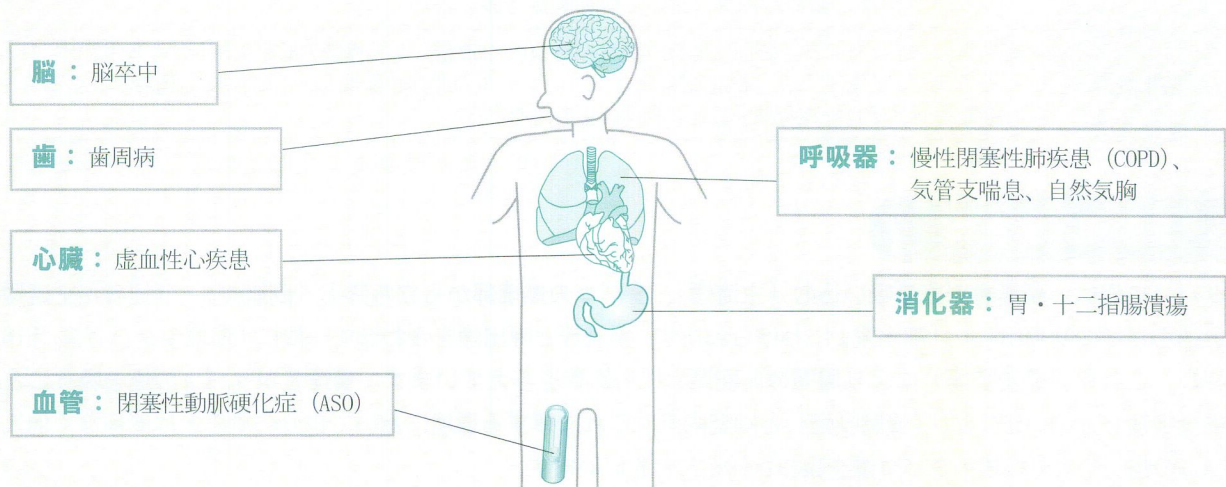
#### ◆急性の影響

能動喫煙による急性の影響は、主にニコチンおよび一酸化炭素によって引き起こされます。

循環器系	血圧上昇、心拍数増加、末梢血管収縮・循環障害（手足のしびれ感・冷感、肩こり、首のこり、まぶたの腫れなどの症状） など
呼吸器系	咳・痰、息切れ など
精神神経系	鎮静感・寛ぎ感・安定感の増大、認識能力・情報処理能力・短期記憶の促進 など
その他	体重減少、エネルギー消費量増大、食欲低下、口臭 など

#### ◆慢性の影響

長期にわたる喫煙は、下記のリスクを増大させます。喫煙関連疾患の多くは、いったん罹患すれば完全な回復が困難なものが少なくありません。



#### がん

##### 【因果関係があるもの】

肺がん、食道がん、膵臓がん、口腔がん、中咽頭がん、下咽頭がん、喉頭がん、腎盂尿管がん、膀胱がん

##### 【弱い因果関係があるもの】

腎細胞がん、胃がん、肝臓がん、骨髄性白血病

#### その他

- ・2型糖尿病の発症
- ・糖尿病性腎症の発症や悪化
- ・骨粗鬆症
- ・ホルモン異常（とくに女性における更年期の早期発来）
- ・スモーカーズフェイス（年齢よりも顔のしわが増えたり頬がこけたりするなど特有の顔貌）

#### 妊婦、胎児への影響

- ・早産、周産期死亡の増加
- ・低体重児など胎児の発育遅延の増加
- ・乳幼児突然死症候群の増加

COPD : chronic obstructive pulmonary disease  
ASO : arteriosclerosis obliterans

## 受動喫煙の影響

### ◆急性の影響

受動喫煙による急性の影響は、環境中タバコ煙の粘膜への直接刺激と肺からの吸収によって引き起こされます。

流涙、眼のかゆみ、鼻汁、咳、頭痛 など

### ◆慢性の影響

受動喫煙による下記に対する慢性の影響が明らかとなっています。

#### 【確実な関連があるもの】

虚血性心疾患、肺がん、副鼻腔がん、急性下気道感染症（小児）、気管支喘息の発病と悪化（小児）、慢性呼吸器症状（小児）、中耳炎（小児）、低体重出生、乳幼児突然死症候群

#### 【関連の可能性があるもの】

子宮頸がん、気管支喘息の悪化（大人）、呼吸機能低下、自然流産、認識と行動の障害

### － ブリンクマン指数（喫煙指数）－

喫煙が人体に与える影響は、それまでに吸い込んだタバコ煙の総量と密接に関係しており、その総量の目安として一般に下記の式で求められる「ブリンクマン指数（喫煙指数）」が用いられます。ふかすだけなのか、肺まで深く吸い込むのかなど、様々な条件の違いにより異なりますが、ブリンクマン指数が400を超えると肺がんの危険性が高くなるといわれています。

1日の平均喫煙本数 × 喫煙している年数

例) 1日1箱（20本）のペースで20年間喫煙

$$20（本） \times 20（年） = 400$$

## 禁煙は最も確実に疾病を減らすことのできる方法です。

喫煙は疾病の原因のなかで防ぐことのできる最大のものであり、禁煙は今日最も確実に疾病を減らすことのできる方法と考えられています。また、喫煙者の健康面以外でも、タバコの不始末による火災の減少や健康保険費用の減少、受動喫煙の軽減など、禁煙のもたらすメリットは大きいと考えられます。

### 禁煙による健康改善効果

禁煙により喫煙関連疾患のリスクが低下することが多くの調査で証明されています。循環器疾患においては、禁煙は冠動脈疾患および脳卒中の罹患率を急速に低下させます。循環器疾患の予防は薬物治療のみでは不十分であり、禁煙により予防効果が増すため、禁煙は循環器疾患の一次予防のためだけでなく、冠動脈疾患および脳卒中の再発予防のためにも必須です。また、禁煙により肺がん、口腔がん、食道がん、胃がん、膵臓がん、膀胱がんのリスクが低下することが確認されています。

#### 禁煙による医学的变化

20分	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 血圧や脈拍が正常に戻る</li> <li>・ 手足の血行が良くなり、手足の体温が正常に戻る</li> </ul>
8時間	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 血液中の一酸化炭素濃度が正常になり、血液中の酸素濃度が上昇し正常になる</li> </ul>
1日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 心臓発作を起こす確率が減少する</li> </ul>
2日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 味覚や嗅覚が改善し始める</li> </ul>
3日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ニコチンが体内から検出されなくなる</li> <li>・ 気管支の緊張がとれ、呼吸が楽になる</li> <li>・ 肺機能が改善し始める</li> </ul>
2~3週	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 循環機能が改善する</li> <li>・ 歩行が楽になる</li> <li>・ 肺機能が30%回復する</li> </ul>
1~9ヶ月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 咳、息切れ、疲れやすさが改善する</li> <li>・ 気道の自浄作用が改善し、細菌などの感染が起こりにくくなる</li> </ul>
5年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 虚血性心疾患死亡率が非喫煙者とほぼ同じレベルになる</li> <li>・ 肺がんで死亡する率が半分に減少する</li> </ul>
10年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 前がん状態の細胞が修復され、口腔がん、咽頭がん、食道がん、膀胱がん、膵臓がんになる確率が減少する</li> </ul>

#### 禁煙による健康面以外のメリット

- ・ 食事がおいしく食べられる
- ・ 顔色がよくなる
- ・ 肌にハリが戻る、しわ、シミ、吹き出物などのトラブルが解消される
- ・ タバコ代が節約できる
- ・ 家や車が汚れない
- ・ タバコの不始末による火災の心配がなくなる
- ・ 喫煙場所や灰皿を探さなくてよい
- ・ 家族や周囲の人に迷惑がかからない
- ・ タバコやライターなど持ち物が少なくて済む

## 喫煙習慣にはニコチン依存と心理的依存が影響しています。

ニコチンはアルコールや麻薬、覚せい剤などと同じ依存性薬物で、喫煙習慣を生じる主な原因となります。喫煙者にはニコチンの精神的効果を再び体験したいという強い欲求があり、喫煙を繰り返しているうちに耐性\*ができたり、喫煙をやめるとニコチン離脱症状が現れたりします。また、喫煙習慣にはニコチン依存をもとに生じた心理的依存も影響しています。

\*耐性：反復投与を続けるうちに薬の効果が弱まり、効果を維持するのに増量が必要となる現象

### ニコチン依存

ニコチンは口腔粘膜や皮膚からも吸収される極めて吸収の良い物質で、煙を吸い込んで数秒以内に脳に達し、脳内の神経伝達物質を分泌させ、快感を引き起こしたり、報酬効果を感じさせたりします。これを繰り返すうちに、ニコチンがないと正常な脳神経細胞の働きができなくなってしまいます。

#### ◆ニコチン依存の形成

ニコチンはアンフェタミン、コカイン、オピオイドなどの物質と同様に脳の報酬系である中脳辺縁系のドーパミン作動神経系のドーパミン分泌を促進し、快感を引き起こすことが明らかとなっており、ニコチン依存形成の主要因と考えられています。その他、脳内のノルアドレナリン、セロトニンなどの神経伝達物質の分泌による、覚醒作用、不安の軽減なども依存形成に関与していると考えられています。

#### ◆ニコチン離脱症状

ニコチン依存となった喫煙者の大部分では、喫煙をやめるとニコチン離脱症状が起こります。通常、離脱症状は2~3時間以内に始まり、1~4日で最高に達し、ほとんどの症状は3~4週間以内に消失します。ニコチン依存を有する喫煙者はニコチンの血中濃度をタバコを吸う頻度と深さで調節し、最適なニコチン血中濃度による精神的効果を得るとともに、ニコチン離脱症状を避けています。

#### 主なニコチン離脱症状

- ・不快または抑うつ気分
- ・不眠
- ・いらだたしさ、欲求不満、怒り
- ・不安
- ・集中困難
- ・落ち着きのなさ
- ・心拍数の減少
- ・食欲増加または体重増加

### 心理的依存

いつも喫煙していた場面、他人の喫煙シーン、困難に遭遇したときなどに喫煙欲求が高まる状態を心理的依存といいます。喫煙は環境によっても条件づけられ、喫煙で良いことがあった体験の積み重ねが、心理的な条件反射を強化します。心理的依存は経験や記憶によるところが大きく、喫煙年数が長いほど強固となります。

## ニコチン依存度はこのように判定します。

ニコチン依存の程度は喫煙者によって異なり、ニコチン依存度は「ファガストロームニコチン依存度テスト (FTND)」や「タバコ依存症スクリーニング (TDS)」などにより判定されます。日常診療では「起床後何分でタバコを吸いますか」という簡単な質問で、ニコチン依存度を推定することも可能です。ニコチン依存度と禁煙成功の是非は合致するものではありませんが、ニコチン依存度を参考にして、その人に適する禁煙治療法を選択することができます。

### ◆起床後何分でタバコを吸いますか

5分以内	最も強い依存症
30分以内	強い依存症
1時間以内	中程度の依存症
1時間以上	軽い依存症

### ファガストロームニコチン依存度テスト (FTND)

FTND は、ニコチン依存度を簡便に判定するために 1978 年に Fagerström が開発したテストである「FTQ」を 1991 年に改訂したものです。FTND は FTQ に比べ臨床的により有用性が認められ、汎用されています。

#### ファガストロームニコチン依存度テスト (FTND)

		0点	1点	2点	3点
1	朝目が覚めてから何分位で最初のタバコを吸いますか	61分以後	31～60分	6～30分	5分以内
2	禁煙の場所でタバコを我慢するのが難しいですか	いいえ	はい		
3	あなたは1日の中でどの時間帯のタバコをやめるのに最も未練が残りますか	右記以外	朝起きた時の目覚めの1本		
4	1日何本吸いますか	10本以下	11～20本	21～30本	31本以上
5	目覚めて2～3時間と、その後の時間帯とどちらが頻繁にタバコを吸いますか	その後の時間帯	目覚めて2～3時間		
6	病気でほとんど寝ている時でも、タバコを吸いますか	いいえ	はい		

ニコチン依存度判定 0～2点：たいへん低い、3～4点：低い、5点：ふつう、6～7点：高い、8～10点：たいへん高い

(注) わが国では簡便的に0～3点：低い、4～6点：ふつう、7～10点：高いと3段階で利用されていることも多い。

禁煙ガイドラインより引用

FTND : The Fagerström Test for Nicotine Dependence

FTQ : The Fagerström Tolerance Questionnaire



## タバコ依存症スクリーニング（TDS）

TDSはICD-10、DSM-ⅢR、DSM-Ⅳをもとに日本で作成されたテストです。TDSは日本人における検討の結果、FTQよりもよくニコチン依存症の診断に合致する患者さんをスクリーニングできることと、そのスコアは有意にニコチン依存の重症度と相関があることが示されています。

### タバコ依存症スクリーニング（TDS）

1	自分が吸うつもりよりも、ずっと多くタバコを吸ってしまいましたか。
2	禁煙や本数を減らそうと試みてできなかったことがありましたか。
3	禁煙したり本数を減らそうとしたときに、タバコがほしくてほしくてたまらなくなることはありませんでしたか。
4	禁煙したり本数を減らそうとしたときに、次のどれかがありましたか。（イライラ、神経質、落ちつかない、集中しにくい、ゆううつ、頭痛、眠気、胃のむかつき、脈が遅い、手のふるえ、食欲または体重増加）
5	上の症状を消すために、またタバコを吸い始めることがありましたか。
6	重い病気にかかって、タバコはよくないとわかっているのに吸うことがありましたか。
7	タバコのために健康問題が起きているとわかっているのに吸うことがありましたか。
8	タバコのために精神的問題が起きているとわかっているのに吸うことがありましたか。
9	自分はタバコに依存していると感じることがありましたか。
10	タバコが吸えないような仕事やつきあいを避けることが何度かありましたか。

「はい」（1点）、「いいえ」（0点）で回答を求める。

「該当しない」場合（質問4で、禁煙したり本数を減らそうとしたことがない等）には0点を与える。

判定方法：合計点が5点以上の場合、ICD-10診断によるタバコ依存症である可能性が高い（約80%）。

スクリーニング精度等：感度＝ICD-10タバコ依存症の95%が5点以上を示す。

特異度＝ICD-10タバコ依存症でない喫煙者の81%が4点以下を示す。

得点が高い者ほど禁煙成功の確率が低い傾向にある。

禁煙ガイドラインより引用

TDS:The Tobacco Dependence Screener

### － 喫煙の精神疾患としての取り扱い －

1980年に発表された米国精神医学会の「精神疾患の診断・統計マニュアル 第3版（DSM-Ⅲ）」で、喫煙は「タバコ依存」と明記され、精神疾患の公的な診断分類としてはじめて取り上げられました。その後、喫煙の習慣化がニコチンの依存によるものであることをより正確に表現するために、改訂版のDSM-ⅢR、DSM-Ⅳでは「ニコチン依存」に用語が変更されました。また、WHOの「国際疾病分類 第10改訂（ICD-10）」においても、喫煙は「ニコチン依存」として取り扱われています。

日本では、2005年に発表された「禁煙ガイドライン」において喫煙が疾患であるとの位置づけが示され、2006年度の診療報酬改定において、一部の患者さんに対し禁煙治療に対する保険適用が認められました（P.19、20参照）。

DSM：diagnostic and statistical manual of mental disorders

WHO：world health organization

ICD-10：international statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision

## 日常の診療や健診の場での禁煙アドバイスが効果的です。

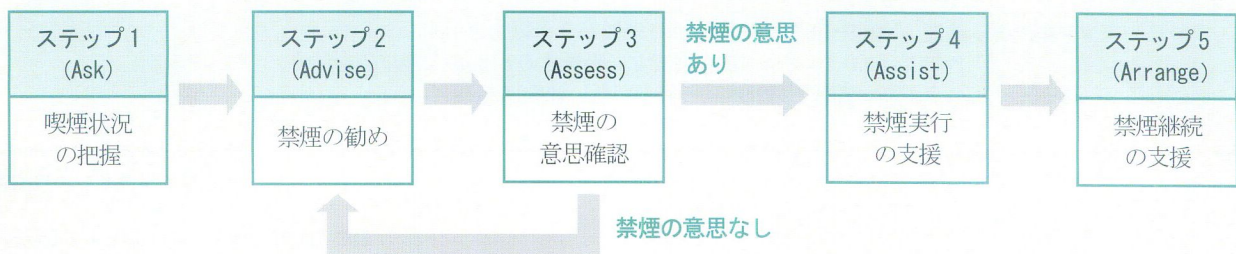
喫煙者の多くは禁煙を希望していますが、禁煙はニコチン依存や心理的依存のために必ずしも容易でないことから、禁煙を諦めている喫煙者も少なくありません。そのため、禁煙治療においては喫煙者に関心を持たせて動機付けを行い、禁煙を実行させるかが問題となります。医師が喫煙者と対面して3分間以内の簡易な禁煙アドバイスをするだけでも禁煙率が高まることがわかっており、日常の診療や健診の場で禁煙治療（禁煙支援）が日常的に実施される意義は大きいといわれています。医師による個人の状況に応じた的確なアドバイスと、ニコチン依存に対する「ニコチン代替療法」、心理的依存に対する「行動療法」の併用により、禁煙成功率は確実に上がると考えられます。

### 外来診療などで短時間にできる禁煙治療の手順－5Aアプローチ

日常の外来診療や健診の場で短時間に実施できる禁煙治療の方法として、「5A アプローチ（Ask、Advise、Assess、Assist、Arrange）」という指導手順が世界各国で採用されています。

#### 5Aアプローチの流れ

5Aアプローチでは、喫煙している患者さんをもれなく把握し（ステップ1：Ask）、全ての喫煙者に禁煙の必要性をアドバイスします（ステップ2：Advise）。ついで、禁煙の意思があるかどうかを尋ね（ステップ3：Assess）、禁煙の意思のある患者さんに対しては禁煙実行の支援を行い（ステップ4：Assist）、禁煙継続のためのフォローアップを行います（ステップ5：Arrange）。禁煙の意思のない患者さんに対しては、さらに繰り返し禁煙の必要性を伝え、禁煙の動機付けをしていく必要があります（ステップ2：Advise）。



#### － 禁煙ステージ －

喫煙者は下表の5つのステージに分類され、この順にステージを巡りながら禁煙と再喫煙を繰り返すたびに、何人かの喫煙者は禁煙に成功していきます。禁煙治療は喫煙者に即時の禁煙を求めるばかりではなく、喫煙者の禁煙ステージをより進んだものとするのも重要な目標としており、医療従事者から短時間のアドバイスを繰り返し受けることはステージの移行に有用です。

1	無関心期	禁煙には関心がないと答えた場合
2	関心期	禁煙に関心があるが、今後1ヵ月以内に禁煙しようとは思わないと答えた場合
3	準備期	今後1ヵ月以内に禁煙しようと考えている時期
4	実行期	禁煙して6ヵ月以内
5	維持期	禁煙して6ヵ月以上

ステップ	実施のための戦略
<b>ステップ1: Ask</b> (診察のたびに、全ての喫煙者を系統的に同定する)	<ul style="list-style-type: none"> <li>診察のたびに、全ての患者の喫煙に関して、質問し、記録するよう、医療機関としてのシステムをつくる。</li> <li>血圧、脈拍、体温、体重などのバイタルサインの欄に喫煙の欄（現在喫煙、以前喫煙、非喫煙の別）を追加する、あるいは、喫煙状況を示すステッカーを全てのカルテに貼る。</li> </ul>
<b>ステップ2: Advise</b> (全ての喫煙者に止めるようにはっきりと、強く、個別的に忠告する)	<ul style="list-style-type: none"> <li>はっきりと：「あなたにとって今禁煙することが重要です。私もお手伝いしましょう」「病気のときに減らすだけでは十分ではありません」</li> <li>強く：「あなたの主治医として、禁煙があなたの健康を守るのに最も重要であることを知ってほしい。私やスタッフがお手伝いします」</li> <li>個別的に：タバコ使用と、現在の健康/病気、社会的・経済的なコスト、禁煙への動機付け/関心レベル、子どもや家庭へのインパクトなどと関連づける。</li> </ul>
<b>ステップ3: Assess</b> (禁煙への関心度を評価する)	<ul style="list-style-type: none"> <li>全ての喫煙者に、今（これから30日以内に）禁煙しようと思うかどうかを尋ねる。もし、そうであれば禁煙の支援を行う。もし、そうでなければ禁煙への動機付けを行う。</li> </ul>
<b>ステップ4: Assist</b> (患者の禁煙を支援する)	
◎患者が禁煙を計画するのを支援する	<ul style="list-style-type: none"> <li>禁煙開始日を設定する（2週間以内がよい）。</li> <li>家族や友人、同僚に禁煙することを話し、理解とサポートを求める。</li> <li>禁煙するうえでの問題点（特に禁煙後の最初の数週間）をあらかじめ予測しておく。このなかには、ニコチン離脱症状が含まれる。</li> <li>禁煙に際して、自分のまわりからタバコを処分する。禁煙に先立って、仕事や家庭や自動車など、長時間過ごす場所での喫煙を避ける。</li> </ul>
◎カウンセリングを行う（問題解決のスキルトレーニング）	<ul style="list-style-type: none"> <li>1本も吸わないことが重要：禁煙開始日以降は、1ふかしもダメ。</li> <li>過去の禁煙経験：過去の禁煙の際、何が役に立ち、何が障害になったかを振り返る。</li> <li>アルコール：アルコールは喫煙再開の原因となるので、患者は禁煙中は節酒あるいは禁酒すべきである。</li> <li>家庭内の喫煙者：家庭内に喫煙者がいると、禁煙は困難となる。一緒に禁煙するように誘うか、自分のいるところでタバコを吸わないように言う。</li> </ul>
◎診療活動のなかで、ソーシャル・サポートを提供する	<ul style="list-style-type: none"> <li>「私と私のスタッフは、いつでもお手伝いします」と言う。</li> </ul>
◎患者が医療従事者以外からソーシャル・サポートを利用できるよう支援する	<ul style="list-style-type: none"> <li>「あなたの禁煙に対して配偶者/パートナー、友人、同僚から社会的な支援を求めなさい」と言う。</li> </ul>
◎薬物療法の使用を勧める	<ul style="list-style-type: none"> <li>効果が確認されている薬物療法の使用を勧める。これらの薬物がどのようにして禁煙成功率を高め、離脱症状を緩和するかを説明する。 第一選択薬はニコチン代替療法剤、および塩酸ブプロピオンSR（日本未認可）。</li> </ul>
◎補助教材を提供する	<ul style="list-style-type: none"> <li>政府機関や非営利団体などが発行する教材のなかから患者の特性に合った教材を提供する。</li> </ul>
<b>ステップ5: Arrange</b> (フォローアップの診察の予定を決める)	<ul style="list-style-type: none"> <li>タイミング：最初のフォローアップの診察は、禁煙開始日の直後、できれば1週間以内に行うべきである。第2回目のフォローアップは1ヵ月以内がよい。その後のフォローアップの予定も立てる。</li> <li>フォローアップの診察ですべきこと：禁煙成功を祝う。もし再喫煙があれば、その状況を調べて、再度完全禁煙するように働きかける。失敗は成功へ向けての学習の機会とみなすように言う。実際に生じた問題点や今後予想される問題点を予測する。</li> <li>薬物療法の使用と問題点を評価する。さらに強力な治療の使用や紹介について検討する。</li> </ul>

禁煙ガイドラインより引用

### — 禁煙外来 —

禁煙外来は集中的な禁煙治療を専門とする診療の場で、禁煙治療に関する知識や技術を持った医師・歯科医師によって治療が行われます。禁煙外来で行われる治療は、ニコチン依存に対するニコチン代替療法を初めとする薬物療法と、心理的依存に対する行動療法の併用を基本としており、複数回の面談により行われます。集中的な禁煙治療は有効性が高く、1回あたりの指導時間、指導回数、指導スタッフの職種数（医師、歯科医師、看護師、薬剤師など）を増やすことでさらに禁煙率を高めることができます。

## 喫煙状況の把握はこのように行われます。

禁煙治療の基本は、一般外来や健診などにおけるすべての受診者に対して、受診のたびに喫煙状況や禁煙意思などを質問し、禁煙治療の必要性や禁煙への関心度などの評価を行うことです。その上で、禁煙の意思や実行段階に応じた指導が行われます。

### 喫煙状況の把握（ステップ1：Ask）

すべての患者さん（受診者）に対して喫煙状況について問診し、カルテなどに記録しておきます。喫煙している患者さんには、禁煙への関心度についての問診や、ニコチン依存度テストを実施し、禁煙治療（禁煙支援）を行う上で必要な情報を明らかにします。

#### ◆喫煙状況などの評価

禁煙治療に必要な喫煙状況や禁煙経験に加えて、現病歴や喫煙に伴う症状などを問診票を用いるなどして確認します。

#### 主な問診項目

- ・ 1日の平均喫煙本数
- ・ 習慣的に喫煙を開始した時期
- ・ 家族の喫煙状況
- ・ 過去の禁煙経験（禁煙理由、禁煙期間、再喫煙の状況）
- ・ 禁煙に対する自信
- ・ 現病歴
- ・ 喫煙に伴う症状

#### ◆ニコチン依存度の評価（P.7、8参照）

#### ◆禁煙への関心度の評価（P.9「禁煙ステージ」参照）

### － 喫煙程度の参考となる検査 －

喫煙量や喫煙状況を客観的に評価する方法として、呼気中一酸化炭素濃度や尿中コチニン濃度の測定などが行われることがあります。これらの検査は測定結果を数値で示せるため、患者さんの禁煙の動機付けや禁煙効果の確認に役立ちます。

検査項目	特徴
呼気中一酸化炭素濃度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 当日の喫煙本数や吸い込み方を反映する</li> <li>・ 半減期が3～5時間と短く、禁煙後すぐに正常値に戻る</li> <li>・ 血液中的一酸化炭素濃度と呼気中的一酸化炭素濃度はよく相関する</li> <li>・ 呼気中的一酸化炭素濃度は、非喫煙者では10ppm未満であるが、喫煙者では数十ppmになる（環境基本法に定められた環境基準の上限値は10ppm）</li> </ul>
尿中コチニン濃度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 最近2、3日の喫煙状況を反映する</li> <li>・ コチニンはニコチンの主要代謝産物として尿中に排泄される。半減期が約17時間とニコチンの2～3時間に比べて長いいため測定値の変動が少なく、尿では一定時間累積された情報が非侵襲的に得られる</li> </ul>

## 禁煙意思のない患者さんへは禁煙の動機付けを強化します。

禁煙意思のない患者さんに対しての禁煙の動機付けに当たっては、患者さんが禁煙ステージの「無関心期」から「関心期」、さらには「準備期」へと段階的に進むのを支援する必要があるため、喫煙している患者さんの立場を理解し、患者さんの不安などに共感しながら話し合う姿勢が大切です。

### 禁煙の勧め（ステップ 2：Advise）

禁煙意思のない患者さんに対しては、禁煙の動機付けを強く促すために「5A アプローチ」のステップ 2 (Advise) の指導方法を行います。指導の際は下記の点に留意し、短時間で効果的にアドバイスします。

- ◆はっきりと：医療従事者からの曖昧な禁煙メッセージは喫煙者の禁煙意欲の低下につながるので発言しない（「できれば禁煙した方がよい」、「禁煙が無理なら、まず本数を減らさない」などの表現）
- ◆強く：ここでいう「強く」とは、受診者が取り組む課題として禁煙の優先度が高いことを強調するという意味である。禁煙することが患者さんにとっていかに大切なことであることを伝える
- ◆個々人に合った：社内が禁煙になった、タバコの値段が上がった、体力が落ちた、子供が生まれたなどの個人的問題と禁煙を関連づけて、禁煙を始めるきっかけをみつけることが大切である

### 禁煙の動機付けを強化するための「5つのR」

外来受診時などの繰り返し指導が可能な状況下では、禁煙の動機付けを強化するための「5つのR（関連性：Relevance、リスク：Risks、報酬：Rewards、障害：Roadblocks、反復：Repetition）」という指導方法が有効です。また、「5つのR」のリスクに関連して、患者さんの呼気中一酸化炭素濃度や試験紙による尿中コチニン濃度の測定（P. 11 参照）を行い、その結果をフィードバックすることは禁煙の動機付けに役立ちます。

関連性 (Relevance)	患者個人の特性（自身の病気、健康への不安、家庭での子どもへの影響、社会的立場、過去の禁煙経験や失敗の原因など）と関連つけた情報の提供を行いながら励ます。禁煙の意欲を起こさせる情報が、患者個人の特性と関連する場合は、その影響力が大きいものになる。
リスク (Risks)	患者が喫煙の健康影響についてどのように考えているかを尋ね、その中から、その患者に最も関係のありそうな健康影響に焦点を当てて情報を提供する。低タールや低ニコチンまたはその他のタバコ（かぎタバコ、パイプタバコなど）を使用した場合でも、様々なリスクを排除することは不可能であることを強調する。 具体的には、喫煙による急性リスク（息切れ、喘息の悪化、妊娠への悪影響など）、慢性リスク（心疾患、脳卒中、肺がん等の悪性腫瘍、慢性閉塞性肺疾患など）及び環境リスク（受動喫煙による家族のリスクなど）を念頭に置く。
報酬 (Rewards)	禁煙の効果について患者自身がどのように考えているかを尋ねるとともに、その患者に最も関係のありそうな禁煙の効果についての情報を提供する。 具体的な効果の例としては、健康（感）の回復、味覚や嗅覚の回復、経費の節約、自分自身を良く思える、部屋・車・衣類のタバコ臭の消失、禁煙を思い悩むことからの開放、子どもへの良い見本となる、運動能力や体力の回復、肌のしわや老化現象の緩和などがある。
障害 (Roadblocks)	患者の禁煙を妨げる要因（障害）となっているものは何かを尋ね、それを解決するための方法（問題解決型のスキルトレーニング、ニコチン代替療法などの薬物治療）について助言する。 典型的な障害としては、禁断症状、失敗への恐怖、体重増加、不十分な支援体制、うつ状態、喫煙の楽しみなどである。
反復 (Repetition)	禁煙の動機付けを強化するための働きかけは、患者の来院ごとに繰り返し行うことが重要。過去に禁煙の失敗を経験した患者には、反復の挑戦で禁煙に成功した患者が多いことを伝える。

禁煙意思のある患者さんに対しては、禁煙実行・継続を支援するために、グループ学習、電話や面接による個別カウンセリングなどを用いて「5Aアプローチ」のステップ4 (Assist)、ステップ5 (Arrange) の指導方法を行います。

### 禁煙実行の支援（ステップ4：Assist）

禁煙実行の支援には下記のような方法があり、複数の方法を組み合わせて行うと効果的です。

#### ◆患者さんが自らの禁煙プランを作成できるように支援する

- ・禁煙開始日を具体的に決定する（できれば2週間以内に設定する）ように助言する

##### ◎禁煙開始日の決め方

- ・仕事が一段落したあとなど、ストレスが少なく、時間的にゆとりがあり、精神的にもゆったりした時期を選ぶ。
- ・夏休みや正月休みなど、禁煙開始日の前後（とくに禁煙開始後の1週間）を休みにできるときを選ぶ。
- ・お酒を飲むと再喫煙の危険性が高まるため、忘年会や新年会、歓送迎会をはじめ、宴会やつきあいでお酒を飲む機会が多い時期は避ける。
- ・自分や家族の誕生日、結婚記念日など自分にとって特別な意味のある日を禁煙開始日に設定するとよい。また、転居、転勤、年始めや月始めなど、何らかの節目にあたる日もよい。

- ・禁煙後の離脱症状（P. 6 参照）を説明したり、禁煙欲求のコントロールの仕方（P. 16 参照）を助言する
- ・患者さんが自信を持って禁煙に踏み切れるように働きかける（禁煙プランの目標を「今後ずっと禁煙しよう」ではなく、「今日1日禁煙しよう」というように達成可能なレベルに設定するなど）

#### ◆禁煙のためのカウンセリングを行う

- ・節煙ではなく完全に禁煙することが禁煙達成の近道であること、禁煙開始直後はアルコールを控えること、家族に喫煙者がいる場合の対処法などを助言する
- ・過去に禁煙に失敗した経験がある患者さんの場合は、禁煙を続けるのに障害となったことについて尋ね、その対策を助言する
- ・禁煙はプロセスであることを説明し、過去の経験を生かして今回の禁煙に踏み切れれば、生涯禁煙者になれる可能性が高いことを伝え、自己効力感（P. 14 参照）を高めるよう働きかける

#### ◆医療従事者や家族・友人・職場の同僚からの支援の活用について助言する

- ◆禁煙のための薬物療法（ニコチン代替療法）を併用する（P. 14、15 参照）
- ◆禁煙の補助教材の提供を行う

### 禁煙継続の支援（ステップ5：Arrange）

禁煙プランを立てた患者さんの禁煙達成に向けてフォローアップの診察などを行います。

- ◆**タイミング**：1回目のフォローアップの時期は、禁煙開始直後（できれば1週間以内）、2回目は1ヵ月以内が適当とされている
- ◆**フォローアップの診察すべきこと**：もし禁煙が継続していれば、それを賞賛し共に喜びあうことが、患者さんにとっての何よりの励みとなる

## ニコチン依存にはニコチン代替療法が行われます。

人により程度の差はありますが、喫煙習慣には「ニコチン依存」が深く関係しているため、喫煙習慣からの脱却にはニコチン代替療法が有効です。ニコチン代替療法は、禁煙時に出現するニコチン離脱症状に対してニコチンを薬剤の形で補給し、その症状を緩和しながらまず心理的依存から抜け出し、次にニコチン補給量を調節しながらニコチン依存から離脱するというものです。ニコチン代替療法を行うと、ニコチン離脱症状が緩和されるため、禁煙成功率が約2倍に高まることが明らかになっています。現在、日本で使用可能なニコチン代替療法剤には、ニコチンガムとニコチンパッチがあります。

### ニコチン代替療法

ニコチン代替療法は、禁忌の場合を除いて禁煙を希望するすべての喫煙者に推奨されています。とくに、過去に禁煙したときに離脱症状が強く出現した人や、ニコチン依存度が高く強い離脱症状が出現しそうな人には、禁煙時の離脱症状の緩和のみならず、禁煙に対する自己効力感を高める効果も期待できます。

#### ニコチン代替療法の主な適応

- ◆禁煙を強く望んでいる患者さんまたは健康人で、かつ、禁煙時のイライラや集中困難などのニコチン離脱症状の緩和が必要なケース
  - ・タバコなしに数時間以上過ごすことができない人
  - ・これまで一度も禁煙を試みたことがない人
  - ・禁煙を試みたが、強い離脱症状が出現したため禁煙が長続きしなかった人 など
- ◆ニコチン依存度が低い場合でも、禁煙に対する自信が低いケースや禁煙に伴う体重増加を気にしているケース  
(ニコチン代替療法により禁煙がより確実に実行でき、また、体重増加を遅らせたり、抑えたりする効果が期待できる)

#### ニコチン代替療法の主な禁忌

- ・非喫煙者
- ・急性期の心筋梗塞（発症後3ヵ月以内）の患者さん
- ・急性期の脳血管障害の患者さん
- ・重篤な不整脈の患者さん
- ・妊娠中や授乳中の婦人 など

#### ニコチン代替療法施行中の注意事項

- ・ニコチン代替療法中は喫煙しない（ニコチン代替療法と喫煙との併用は一時的に喫煙本数を減少させるものの、ニコチンの過剰摂取につながることもあり危険である。また、喫煙でニコチンが効率よく吸収されるため、治療効果が減弱する）
- ・ニコチン代替療法中の喫煙欲求には行動療法で対処する（P. 16 参照）

#### － 自己効力感 (self-efficacy) －

自己効力感とは、その人自身が実際にその行動を起こすことができると自信を持つことです。禁煙が自分に望ましい結果をもたらすという信念（結果期待）と、自分は禁煙することができそうだという信念（効力期待）からなる「自己効力感」を感じることは、禁煙に踏み切ったり、禁煙を続けてゆくなど禁煙を成功させるために役立ちます。自己効力感は、下記の4つにより生み出され促進されます。

- ① 自己の達成体験や成功体験
- ② 身近な人の達成体験や成功体験による自信
- ③ 周囲からの褒め言葉や期待
- ④ やり遂げたことによる感動や爽快感、高揚感などの自覚

## ニコチン代替療法剤にはガムとパッチがあります。

タバコ煙には200種類以上の有害物質が含まれていますが、ニコチン代替療法剤にはニコチンのみが含まれています。ニコチン代替療法剤は、かんだり皮膚に貼ったりすることでニコチンが口腔粘膜や皮膚の接触面から徐々に体内に吸収され、禁煙に際して起こる離脱症状を軽減し禁煙を補助します。

### ニコチン代替療法剤

ニコチン代替療法剤には、一般用医薬品である「ニコレット」と医療用医薬品である「ニコチネルTTS」があります。ニコチン代替療法剤を過去に使用して禁煙を試みたが失敗したケースの中には、ニコチン代替療法剤の使い方が誤っていたり、1日の使用量や使用期間が不十分であったケースも含まれるため、使用量や使用期間を含め使用方法を十分に理解することが重要です。

#### ◆ニコチンガム

商品名	ニコレット（一般用医薬品）
剤形・含量	ガム1個中 ニコチン2mg含有（使用法どおりのかみ方で、約0.86mgが口腔粘膜から吸収される）
使用方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・タバコを吸いたいと思ったとき、1回1個をゆっくりと間をおきながら30～60分間かけてかむ（1回に2個以上かまない）</li> <li>・通常、1日4～12個から始めて、禁煙になれてきたら（1ヵ月前後）、1週間ごとに1日の使用個数を1～2個ずつ減らし、1日の使用個数が1～2個となった段階で使用をやめる（使用期間は3ヵ月をめどとする。1日の総使用個数は24個を超えない）</li> <li>・速くかむと唾液が多く出てニコチンが唾液と一緒に飲み込まれ、口腔粘膜からの吸収が低下するとともに、口内・喉の刺激感、吐き気、胸やけ、胃の不快感、しゃっくりなどの症状が現われやすくなるため、ゆっくりかむ</li> </ul>
特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ニコチン補充と口寂しさをまぎらわすことが同時にできる</li> <li>・効果発現までの時間がニコチンパッチに比べて短いため、突然の喫煙欲求に対処できる</li> <li>・ニコチン摂取量の自己調節が可能である</li> <li>・ニコチンガム依存を生じることがある</li> <li>・かみ方の指導が必要である</li> <li>・顎関節症の人や義歯を使用している人などガムをかめない人がいる</li> </ul>
主な副作用	口内・喉の刺激感、顎の筋肉や関節の痛み

#### ◆ニコチンパッチ

商品名	ニコチネルTTS（医療用医薬品）
剤形・含量	貼付剤1枚中 10：ニコチン17.5mg含有 20：ニコチン35mg含有 30：ニコチン52.5mg含有
使用方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1日1枚を24時間貼付する。使用開始後の喫煙欲求の程度によって減量してゆく</li> <li>・通常、最初の4週間はニコチネルTTS30から貼付し、次の2週間はニコチネルTTS20を貼付し、最後の2週間はニコチネルTTS10を貼付する（10週間を超えて継続投与しない）</li> <li>・貼付部位は、上腕部、腹部あるいは腰背部とし、皮膚刺激を避けるため、毎回貼付部位を変え、繰り返し同一箇所には貼付しない</li> <li>・ニコチン過量症状（頭痛、めまい、嘔気、嘔吐、動悸、冷汗など）が出現した場合は、ただちに使用を中止する</li> <li>・接触皮膚炎は毎回貼付部位を変えることで改善がみられるが、それでも改善しない場合は、抗ヒスタミン薬やステロイドの外用薬を使用する。水疱形成など皮膚症状が強い場合は、使用を中止する</li> <li>・就寝中に不眠などの睡眠障害が出現した場合は、就寝中の使用を中止する</li> </ul>
特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・安定した血中濃度の維持が可能で、使用していても人からはわからない</li> <li>・突然の喫煙欲求に対処できない</li> </ul>
主な副作用	不眠、接触皮膚炎（紅斑、そう痒など）、頭痛、めまい



## 心理的依存には行動療法が行われます。

経験や記憶に基づく「心理的依存」は禁煙後も長期にわたり出現します。心理的依存に対処し長期に禁煙を継続するために、吸いたい気持ちをコントロールする行動療法が行われます。

### 行動療法を継続する3つの条件

- ・行動療法のこまめな実行を促す周囲からのサポート
- ・禁煙に関しての良いモデルの存在や先の見通しを持てる状況
- ・禁煙したことが良かったと感じることのできる経験を積むこと（自己効力感）

### 禁煙に有効な行動療法

禁煙に有効な行動療法には、喫煙と結びついている生活行動パターンを変える「行動パターン変更法」、喫煙のきっかけとなる環境を改善する「環境改善法」、喫煙の代わりに他の行動を実行する「代償行動法」などがあります。複数の行動療法を行うことは禁煙の成功率を高めるため、薬物療法に加え複数の行動療法を併用します。

#### 行動パターン変更法

喫煙と結びついている今までの生活行動パターンを変え、吸いたい気持ちをコントロールする方法

- ・洗顔、歯磨き、朝食など、朝一番の行動順序を変える
- ・いつもと違う場所で昼食をとる
- ・食後早めに席を立つ
- ・コーヒーやアルコールをひかえる
- ・食べ過ぎない
- ・過労をさける
- ・夜更かしをしない
- ・電話をかける時にタバコを持つ側の手で受話器を持つ など

#### 環境改善法

喫煙のきっかけとなる環境を改善し、吸いたい気持ちをコントロールする方法

- ・タバコ、ライター、灰皿などの身近な喫煙具をすべて処分する
- ・タバコが吸いたくなる場所をさける（喫茶店、パチンコ店、居酒屋など）
- ・喫煙者に近づかない
- ・タバコを吸わない人の横にすわる
- ・タバコが購入できる場所に近づかない
- ・自分が禁煙していることを周囲の人に告げる
- ・「禁煙中」と書いたバッジや張り紙をする
- ・周囲の喫煙者にタバコをすすめないように頼んだり、自分の近くで吸わないようお願いする など

#### 代償行動法

喫煙の代わりに他の行動を実行し、吸いたい気持ちをコントロールする方法

- |                |  |
|----------------|--|
| ◆イライラ、落ちつかないとき | <ul style="list-style-type: none"> <li>・深呼吸をする</li> <li>・水やお茶を飲む</li> </ul>  |
| ◆体がだるい、眠い時     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・散歩や体操などの軽い運動をする</li> <li>・シャワーを浴びる</li> </ul>                                  |
| ◆口寂しいとき        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・糖分の少ないガムや清涼菓子、干し昆布を噛む</li> <li>・歯をみがく</li> </ul>                               |
| ◆手持ちぶさたのとき     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・机の引き出しなどの整理をする</li> <li>・プラモデルの制作など細かい作業をする</li> <li>・庭仕事や部屋の掃除をする</li> </ul>  |
| ◆その他           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・音楽を聴く</li> <li>・吸いたい衝動がおさまるまで秒数を数える</li> <li>・タバコ以外のストレス対処法を見つける など</li> </ul> |

## 禁煙に伴うこのような症状には注意が必要です。

禁煙に伴う体重増加や睡眠障害、うつ症状の出現などが、禁煙導入の妨げや再喫煙の原因となる可能性があるため、禁煙指導を行う際はこれらの症状や対処法を患者さんに十分説明する必要があります。

### 体重増加

禁煙すると体重が増加することが一般的に指摘されています。禁煙により必ずしも体重が増えるわけではありませんが、増える人で平均2~3kgの増加がみられます。

#### 禁煙に伴う体重増加の主な原因

- ◆ 離脱症状の一症状としての食欲増加
- ◆ 味覚の改善による食事量の増加
- ◆ 禁煙に伴う口寂しさに対しての代償的な食物摂取量や食事回数の増加
- ◆ 胃粘膜微小循環系血行障害の改善
- ◆ エネルギー安静時代謝率、安静時・運動時エネルギー消費量を増加させていたタバコ煙中のニコチンの消失

#### 禁煙に伴う体重増加に対する指導法

- ① 禁煙による体重増加は、本来の自分の体重にもどることであると認識を促し肯定的にとらえるようにする。
  1. 体重増加は“喫煙により無理に体重減少していた状態”から復帰すること
  2. 禁煙して食べ物がおいしい、食欲が進むことは悪いことではなく良いこと
  3. 禁煙による体重の増加は喫煙によるリスクよりはるかに小さいこと
- ② ニコチン代替療法を可能な限り使用する。
  - ・ 離脱症状の一つとしての食欲増加を抑制しながら禁煙導入する。
- ③ 行動療法における注意点
  - ・ 口に何かを入れる、口に手を運ぶ動作を繰り返すという喫煙行動の中止により、口寂しさや手持ちぶさが生じる。
  - ・ 「食べる」「飲む」行為によってこの行動を置き換える場合には、摂取する飲食物のエネルギー量をチェックする。
- ④ 過剰な体重増加を防ぐために、食事についても次のような注意点をアドバイスする。
  - ・ よく噛んで食べる
  - ・ 野菜を多く食べる
  - ・ ドレッシングは最小限に
  - ・ 間食を避ける。特にスナック類は食べない
  - ・ 寝る前2時間は食べない
  - など
- ⑤ 過剰な体重増加を防ぐために、運動習慣を身につけるようアドバイスをする。

禁煙ガイドラインより引用

### 睡眠障害

禁煙に伴って出現する睡眠障害には、下記の2つの場合が考えられます。

- ◆ 覚醒作用のあるニコチンの減少、消失に伴う昼間の覚醒状態の低下 → ニコチン代替療法により改善
- ◆ ニコチンパッチの24時間使用による夜間の睡眠障害 → ニコチンパッチの夜間使用中止により改善

### うつ症状

タバコ煙にはモノアミンオキシダーゼ(MAO)を阻害する成分を含んでいる可能性があるとの報告があり、禁煙に伴って出現する意欲の低下や絶望感などのうつ症状の多くは、ニコチン離脱症状に伴う一時的なものです。

- ◆ うつ症状が出現する場合 → 十分な量・期間のニコチン代替療法により、うつ症状を軽減できる
- ◆ うつ症状が深刻な場合 → 専門医を紹介し、カウンセリングや薬物治療を行う

MAO: monoamine oxidase (ノルエピネフリン、ドパミン、セロトニンなどのモノアミンを代謝する酵素)

## 再喫煙の防止のためのフォローアップが重要です。

喫煙はニコチン依存症であり、再発性があるため、いったん禁煙に成功してもちょっとしたきっかけで喫煙を再開し、喫煙習慣に戻ってしまうことが多くみられます。再喫煙のほとんどは禁煙開始直後の3ヵ月以内に発生するため、この時期の再喫煙の防止のためのフォローアップが極めて重要です。

### 喫煙再開の主なきっかけ

- ・社会的圧力（例えば、宴席でタバコを勧められる）
- ・気分の落ち込み
- ・仕事上のストレス
- ・対人関係のトラブル

### 禁煙開始後の指導（再喫煙の防止）

禁煙実行直後の患者さんは、離脱症状など禁煙のデメリットに意識が集中しやすいため、支援側は禁煙のメリットに気づかせ、禁煙できていることを賞賛する姿勢が重要です。また、喫煙の再開はちょっとしたきっかけで起こるため、禁煙の継続のためには、受診の機会や電話などを活用したフォローアップを充実させ、喫煙再開の危険の高い状況への気づきとその対処法などが身につくように支援することが重要です。最近では、インターネットを利用した禁煙支援プログラムが普及し、高い成果を上げるようになっていきます。

### 再喫煙防止のための基本的な指導内容

◎再喫煙を防止するための支援は、禁煙開始直後から患者の受診ごとに行うべきである。

元喫煙者に再喫煙の防止を目的とした支援を行う場合は、禁煙のメリットに気づかせ、禁煙できていることを賞賛し、禁煙の継続を強く勧めるべきである。

禁煙開始直後の患者に対しては、個別の問題を把握しそれを解決に導くための自由回答式の質問を行い（例：禁煙してよかったことは何ですか？）、これについて積極的に話し合う。具体的な内容を下記に示す。

- ・禁煙による利点（健康上のものを中心に）
- ・禁煙中に達成したこと（禁煙持続、禁断症状の軽減など）
- ・禁煙の持続にあたり発生が予想される問題（うつ状態、体重増加、飲酒、家族内の喫煙者など）

禁煙ガイドラインより引用

### － 喫煙を再開した患者さんへのアドバイス －

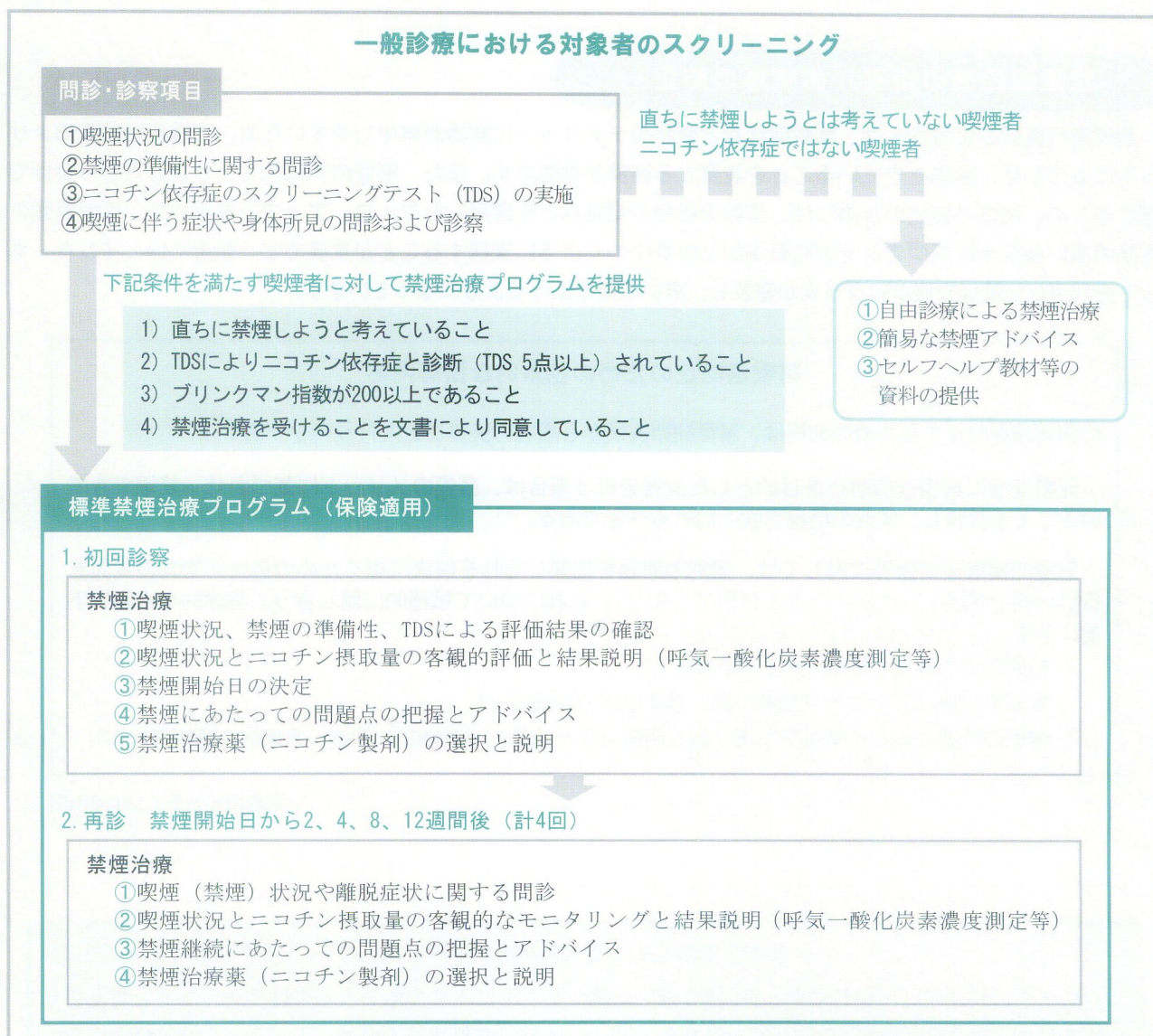
ニコチン依存症は再発しやすいが、繰り返し治療することにより完治しうる慢性疾患であると考えられており、喫煙者は通常、7～10年の年月をかけ、3～4回の禁煙実行を経て、ようやく生涯禁煙者になることがわかっています。喫煙を再開した患者さんの中には、失敗したと考え、もう一度禁煙にチャレンジする気持ちをなくしてしまう人もいます。このため、喫煙を再開した患者さんには、喫煙再開は失敗ではなく通常のプロセスであることを伝え、あきらめずに繰り返し禁煙にチャレンジするようにアドバイスすることが大切です。

## 保険適用による禁煙治療

喫煙習慣の本質はニコチン依存症という疾患であるとの位置づけが確立されたことを踏まえて、ニコチン依存症と診断された患者さんのうち禁煙を希望する患者さんに対する一定期間の禁煙治療について、2006年度の診療報酬改定により「ニコチン依存症管理料」の保険適用が認められました。禁煙治療は、日本循環器学会、日本肺癌学会および日本癌学会により作成された「禁煙治療のための標準手順書」に則った「標準禁煙治療プログラム」により行われます。

### 禁煙治療の流れ

禁煙を希望する患者さんで問診や診察の結果、下記の4つの条件を満たした場合には、保険適用により「標準禁煙治療プログラム」が実施されます。標準禁煙治療プログラムは、初回診察と禁煙開始日から2、4、8、12週間後の計4回の再診で構成されています。



禁煙治療のための標準手順書より引用

4つの条件のうち1つでも該当しないものがある場合は、保険適用による禁煙治療を実施することができません。この場合は、自由診療による禁煙治療の受診希望を確認し、患者さんが希望する場合は「標準禁煙治療プログラム」を参考にし、禁煙治療を実施します。自由診療による禁煙治療を希望しない場合は、簡易な禁煙アドバイスを行うとともに、禁煙に役立つ資料などがあればそれを手渡し、禁煙を支援します。一方、禁煙に対して動機が低い患者さんには、禁煙することの必要性や禁煙の効果について説明し、禁煙治療を受けるよう勧めます。



**SAFE-DIガイドラインシリーズに関するお問い合わせ先** (五十音順)

アルフレッサ株式会社	学術情報部	〒101-0047	東京都千代田区内神田1-12-1	TEL 03-5217-2621
アルフレッサ日建産業株式会社	医薬企画推進部	〒500-8023	岐阜県岐阜市今町4-20	TEL 058-262-3141
安藤株式会社	DI室	〒370-8578	群馬県高崎市小八木町309番地	TEL 027-364-7124
岩瀬薬品株式会社	DI室	〒264-0022	千葉県千葉市若葉区桜木町425-2	TEL 043-231-0086
株式会社小田島	医薬情報センター	〒025-0311	岩手県花巻市卸町68番地	TEL 0198-30-2006
株式会社ケーエスケー	薬事部 (DI担当)	〒657-0845	兵庫県神戸市灘区岩屋中町2-2-1	TEL 078-871-2254
株式会社恒和薬品	薬事室	〒963-0547	福島県郡山市喜久田町卸1-125-13	TEL 024-959-6719
シーエス薬品株式会社	DI室	〒460-8533	愛知県名古屋市中区丸の内3-2-26	TEL 052-962-1652
四国アルフレッサ株式会社	営業推進部	〒760-0050	香川県高松市亀井町4-2	TEL 087-832-0100
成和産業株式会社	カスタマーサポートセンター	〒733-8633	広島県広島市西区商工センター1-2-19	TEL 082-501-0215
常盤薬品株式会社	DIセンター	〒759-0292	山口県宇部市大字妻崎開作860-1	TEL 0836-41-6118
明祥株式会社	医薬情報部	〒920-0392	石川県金沢市無量寺町ハ1番地	TEL 076-266-4141
株式会社琉葉	DI室	〒901-2686	沖縄県浦添市牧港5-6-5	TEL 098-878-3314

安全

**SAFE-DI ガイドラインシリーズ** 編集者：山本みちる／発行者：久保泰三／株式会社SAFE 学術部

〒101-0047 東京都千代田区内神田1-12-1 TEL 03-5217-2351 FAX 03-5217-2353

本誌内容は、インターネットでもご覧頂けます。アドレスは <http://www.safe-di.jp> です。

－ 禁煙治療に対する保険適用について －

「禁煙治療のための標準手順書」に沿った禁煙治療が保険適用になりましたが、2006年4月現在、ニコチンガムやニコチンパッチは保険適用になっていません。そのため、ニコチンパッチを処方する場合は従来どおり自由診療録を作成し、保険外として実費を徴収します。この際、ニコチンパッチの費用徴収は厚生労働省通知（平成17年9月1日）により混合診療には該当しないため、保険診療と同時に実施できます。

ニコチン依存症管理料

初回（1週目）	230点
2回目、3回目及び4回目（2週目、4週目及び8週目）	184点
5回目（最終回）（12週目）	180点

【算定要件】

- ・入院中の患者さん以外の患者さんに対し、「禁煙治療のための標準手順書（日本循環器学会、日本肺癌学会および日本癌学会の承認を得たものに限る）」に沿って、初回の当該管理料を算定した日から起算して12週間にわたり計5回の禁煙治療を行った場合に算定する
- ・初回算定日より起算して1年を超えた日からでなければ、再度算定することはできない
- ・治療管理の要点を診療録に記載する

【対象患者】

- ・ニコチン依存症管理料の算定対象となる患者さんは、次のすべてに該当する者であって、医師がニコチン依存症の管理が必要であると認めた者であること

- ①「禁煙治療のための標準手順書」に記載されているニコチン依存症に係るスクリーニングテスト（TDS）で、ニコチン依存症と診断された者であること
- ②1日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数（ブリンクマン指数）が200以上である者であること
- ③直ちに禁煙することを希望している患者さんであって、「禁煙治療のための標準手順書」に則った禁煙治療について説明を受け、当該治療を受けることを文書により同意している者であること

【施設基準】

- ・禁煙治療を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること
- ・禁煙治療の経験を有する医師が1名以上勤務していること
- ・禁煙治療に係る専任の看護師又は准看護師を1名以上配置していること
- ・禁煙治療を行うための呼気一酸化炭素濃度測定器を備えていること
- ・保険医療機関の敷地内が禁煙であること。なお、保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること
- ・ニコチン依存症管理料を算定した患者さんのうち、喫煙を止めた者の割合などを、社会保険事務局長に報告していること