

たかの呼吸器科内科クリニック 高野義久

要約

1. 禁煙が難しいのは、「ニコチン依存症」という病態と、タバコに対するゆがんだ認知によるものが大きい。
2. タバコに対する思い込み（認知）を正す必要がある。
3. 「5つのA」のアプローチにより、禁煙への行動変容ステージを分類する。
4. 無関心期の喫煙者に対する基本対策は「5つのR」である。
 - ①喫煙と個人的な問題を関連付ける（Relevance）
 - ②喫煙の危険性を説明する（Risks）
 - ③禁煙の効果を説明する（Rewards）
 - ④禁煙の妨げになるものを明確にする（Roadblocks）
 - ⑤繰り返し介入する（Repetition）
5. 「なぜ毎日喫煙しているのか」や「自分の意思で喫煙しているか」などの基本的な質問をして、喫煙者の認知を正していく。
6. ニコチン依存症は治療が可能な病気であり、市販のニコチン製剤や保険が適応される禁煙外来を受診可能であることを伝える。

キーワード： ステージモデル、無関心期、ニコチン依存、認知、5つのR、禁煙外来

1. なぜ喫煙者はタバコをやめようとししないのか（ニコチン依存症の病態：参照）

喫煙はニコチンを含む4000種類の化学物質を煙として摂取する行為である。ニコチンには麻薬や覚せい剤に匹敵する依存性があり、ニコチンを摂取すると脳内に快感をもたらすドーパミンが放出される。快感は一時的であるため、それを求めて喫煙者は次の喫煙を行う。これがニコチン依存症である。さらに長年以上のような喫煙場面を経験しているため、「喫煙はストレスをとってくれる」とか「タバコのない人生なんて」というゆがんだ認知が形成されている。喫煙者はその多くは「タバコをやめなければならない」と思いながら、実際には禁煙に踏み切れないジレンマの中にいるのである。

2. おさえておきたいこと：タバコに関する「医学的な非常識」

（1）いまさらやめても・・・⇒禁煙はいつでも有益

たとえ高年齢や疾患の進行期になってからの禁煙であっても、それは「意味のない」ものではない。例えば、心筋梗塞後の禁煙はその後の死亡率を改善させ、肺気腫患者の禁煙はその後の肺機能悪化を軽減させる¹⁾²⁾。しかも、喫煙を止めた時点から効果が現れる。肺

がんになってからの禁煙でも、手術の合併症、放射線肺臓炎や二次発がんの頻度が減り、呼吸機能、食欲、免疫力が低下するのを軽減し、抗がん剤の感受性低下を防ぐことなどが報告されている³⁾。特に小細胞がんにおいて、禁煙できたかどうかによって予後に差があるという報告が多く見られる。肺がんが発症してしまった後でもそのような結果であるから、高齢者や進行した疾患を有する患者においても、当然禁煙は考慮されるべきである。

(2) それほど悪いものではないではないか ⇒ 正確な知識の欠如

医療従事者にとっては当然のことであっても、喫煙者の医学的知識は乏しいかあいまいである。過去にも、喫煙と肺がんとの関連性についての知識は高率であるが、心臓病・気管支喘息・胃がん・胃十二指腸潰瘍・高血圧・胎児発育障害といった項目に関する知識は乏しい⁴⁾。

喫煙は日本において11万人以上の死亡者を出している依存性のある毒物である⁵⁾。喫煙が体に影響する医学的な知識を正確にもっている喫煙者はむしろ少数で、大多数は知識が乏しいことを前提に指導にあたる必要がある。

3) 「軽いタバコ」のうそ

⇒ 軽いタバコも「軽くない」

喫煙者は自身の健康を気遣い、低タール・低ニコチンタバコ（いわゆる軽いタバコ）を好む傾向にある。

低タール・低ニコチンタバコは、吸い口に小さな穴がけられており、機械で測定される量が調整されている（図1）。空気の混入が多くなるため、喫煙者はスカスカした感じを覚え、喫煙者はより多くのニコチンを求めて、吸う頻度・本数を増やしたり、深く吸い込んだりしようとする自己調節を働かせる。穴を唇でその穴をふさいでしまうと、より濃い煙を吸い込むことになる。

図2はニコチンの少ない軽いタバコとニコチンの多いタバコ、中間のタバコを吸ってもらい血中一酸化炭素濃度を測定した結果である。軽いタバコを吸っている方が、血中一酸化炭素濃度が低いと想像されるが、そうではない。

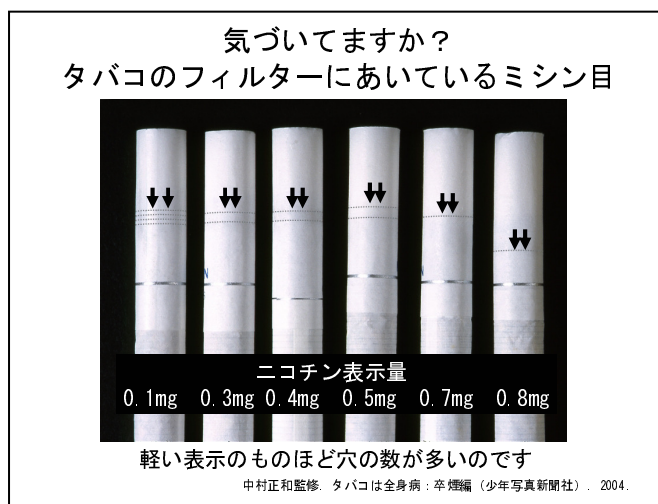


図1. 軽いタバコほど多い空気穴⁶⁾

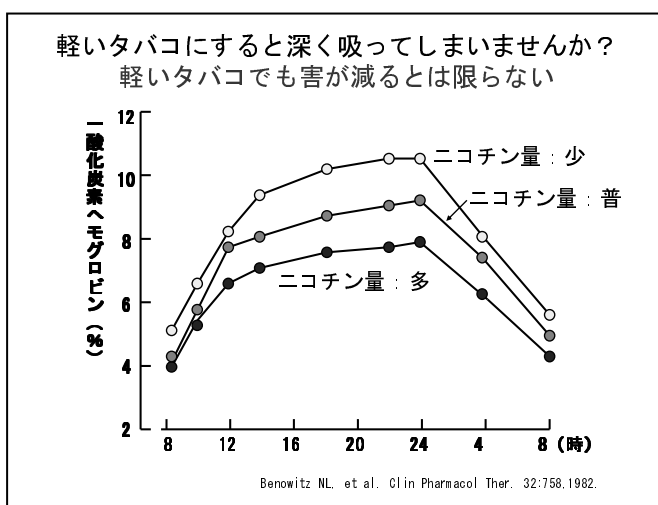


図2. 軽いタバコでも軽くない⁶⁾

タバコパッケージに書かれたニコチン表示量（収量：タバコ1本当たり人工喫煙装置を用いて発生させた煙の中に含まれているニコチンの量）と実際のニコチン吸収量を調査した研究では、パッケージに表示されたニコチン量と喫煙者の尿中ニコチン量は相関せず、同じくらい高値であったと報告されている⁷⁾。パッケージに表示された、特殊な条件で測定されるニコチン収量は、喫煙者への暴露量を正確に反映していない。軽いタバコで、疾患リスクが減少したという証拠はない。「軽いタバコ」は、体には「軽くない」。「マイルド」や「ライト」、「スーパー」といったネーミングは、喫煙者を間違った方向に向かわせていると指摘される所以である。

（４）節煙・減煙では無効

喫煙者に禁煙を指導すると「タバコの本数を徐々に減らします」という返事が返ってくる。喫煙本数を次第に減らして行き、最終的に禁煙に到達することができるのではないかと考えるのである。

節煙・減煙は「軽いタバコ」と同様、無意識のうちに自己調節が働き、大切に吸うことになり、健康上へのよい効果は期待できない（図3）。タバコを吸わない時間が長い分、禁断症状に苦

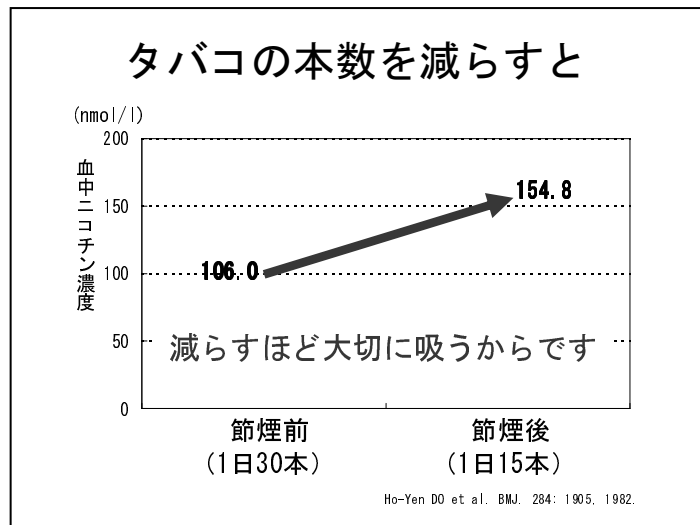


図3. 減らしても減らない有害物質⁶⁾

しみ、最終的に禁煙できるに到る可能性は極めて低い。これまでの研究から、喫煙本数を減らしたことで、疾患リスクが減ったという証拠はない。「軽いタバコ」や「節煙・減煙」ではなく、唯一「完全な禁煙」だけが健康上のリスク軽減につながることを伝える必要がある。人間ドックの指導などで「タバコの本数を減らしましょう」などという文言が並んでいることがあるが、これでは「喫煙量を減らせさえすれば禁煙しなくてよい」と医療機関がお墨付きを与えていることになる。受診者は、せっかくの禁煙の機会を逸し、疾患リスクを減らすことにはならないので、「完全禁煙」を推奨すべきである。

（５）喫煙者の70%はタバコをやめないといけないと思っている

日本人における研究では、喫煙者の70%程度は、やめる決心はつかなくても、タバコをやめないといけないと思っている。医療者の一言で最後の決心がつく人や、繰り返し介入していくことでやめられる人がいることも知っておくべきである。

「やめたいがなかなかやめられない」、「意思が弱くて」、と逃げられることがある。このように答える喫煙者のほとんどは、ニコチン依存症に陥っている。

3. 喫煙者全員に行うアプローチ（5つのA）

禁煙について無関心期の喫煙者に対するアプローチの前にやっておくべき「5つのA」について述べる⁸⁾。基本的禁煙支援はこの中で Ask・Advice・Assess の繰り返しになる。

（1）喫煙習慣について聞き出す（Ask）

日常診療の場面でことある毎に生活習慣の現状について質問する。喫煙をしている（していた）と答えた人には例えば、喫煙本数・喫煙期間・朝おきてから吸うまでの時間・喫煙を始めた理由・やめられない理由・禁煙経験の有無や失敗した理由などの情報を、自分で語ってもらう。

（2）生活習慣改善の必要性を助言する（Advice）

喫煙者には喫煙の害についての科学的情報を客観的に説明し、禁煙について考えてもらう。この際、言い分にも耳を傾けながら、喫煙が健康に悪いこと、「軽いタバコ」や「減煙」ではリスクを減らすことができないことをしっかり説明する。

（3）禁煙への意思を確かめる（Assess）

禁煙への行動変容ステージモデル（表1）のどの段階にあるかを確かめる。「タバコを止めたいと思いませんか」、「タバコについてどう思っていますか」と質問すると判明する。

（4）生活習慣改善を支援する（Assist）

禁煙の意志を示した患者には、さっそく禁煙を支援する。タバコがやめにくい理由にはニコチン依存という病態があるということを理解して、単に意志の問題で片づけないようにする。医学的情報を正確に伝えること、相手の立場に立つこと、患者自身に考えさせること、できた行動や医学的所見を挙げ、ほめて励ますことが大切である。

（5）良い生活習慣を維持できるようにフォローする（Arrange）

禁煙を達成できても禁煙は継続することが非常に難しい。医療者や家族による禁煙継続のための継続的な支援が必要である。

周囲に非喫煙者が多いとき「禁煙が当然」という状況で受け止められる。一方、禁煙に成功した人は心の中では頑張っている場合が多い。禁煙成功者を「孤独なチャレンジャー」にしないようにしなければならない。周囲に喫煙者が多いとき、再喫煙のリスクが高いことは当然である。喫煙は「再発しやすい脳の慢性疾患」であるという認識が重要である。

禁煙に成功した成果を教えて励ます、禁煙までの動機と苦労を再認識する、禁煙再発の危険因子（つい1本・酒宴・喫煙場所）を避けることである。特に「つい1本を避ける」ことは非常に重要であるので、繰り返し説明しておく。自分で体験したことや自分で知った喫煙の害を、他の喫煙者に話したり、禁煙を勧めたりするのは、自身の禁煙維持にも非常に有効である。

一旦禁煙に成功した人への Arrange は簡単で、短時間で済む。しかし、これを怠り、喫煙が再発すると、喫煙状態から再度禁煙するのは非常に厄介である。このことを医療者はよく知っておき、少なくとも1年（場合によっては数年の一言声かけ）の Arrange を行っ

ていく必要がある。

4. 行動変容モデルを利用する

喫煙者の行動を変えるために、行動変容ステージモデルを用いると対応しやすい⁸⁾。これらのどの段階にあるかによって、介入方法も異なってくる（表1）。

表1. 禁煙への行動変容ステージモデル

ステージ	状態	介入法
無関心期	6 ヶ月以内に禁煙しようと思わない。	①健康や喫煙に対する考え方を聞く。 ②パンフレットで客観的情報を提供する。 ③完全禁煙の重要性を説明する。 ④禁煙についての関心を問う。 ⑤禁煙が楽にできる方法があると伝える。
関心期	悪いとはわかっているが、まだ禁煙に踏み切れない。しかし6 ヶ月以内には禁煙を始めるつもりである。	①喫煙のメリットとデメリットを確認する。 ②禁煙への妨げになるものを確認する。 ③市販のニコチンパッチのことを説明する。 ④保険が使える禁煙外来のことを説明する。 ⑤禁煙補助薬を使用すると楽に禁煙ができることを説明する。
準備期	1 ヶ月以内に禁煙してみようかと考えている、またはすでに少しずつ禁煙を開始している。	①具体的で簡単な達成目標や禁煙開始日を提案する。 ②うまくいったことをほめ、失敗の原因を思い出す。 ③市販のニコチンパッチのことを説明する。 ④保険が使える禁煙外来のことを説明する。 ⑤禁煙補助薬を使用すると楽に禁煙ができることを説明する。
実行期	禁煙中であるが、まだ6 ヶ月まで経っていない。	①ストレスへの対処法を考える。 ②失敗しやすい状況を確認し避ける。 ③つい1本の怖さを説明する。 ④禁煙の効果を確認する。
維持期	6 ヶ月以上禁煙を継続できている。	①簡単な時期だがないがしろにされている。 ②離脱症状と戦った禁煙成功者を孤独にしない姿勢。 ③喫煙に対する気持ちの確認と修正。 ④つい1本の怖さを説明する。 ⑤再発しやすい状況を確認し、対処する。

関心期以降の患者は、禁煙支援にすんなり参加してもらえる場合が多いが、無関心期の喫煙者に強く働きかけても拒絶されてしまうので、まずは信頼関係の構築が大切である。まずは話し合うことから始めて、本人の喫煙に関する考えを聞き出し、禁煙への糸口をみつけるようにする。禁煙が難しいのは意志の強弱の問題ではなく、ニコチン依存という病態があることも理解し、禁煙を妨げる要因を聞き出し、その対処法を考えるようにする。無関心期の喫煙者への禁煙支援は年余にわたる長期戦である。

5. 無関心期の喫煙者に対する基本対策：「5つのR」

禁煙無関心期の喫煙者に対して、一般に「5つのR」を意識することが示されている⁹⁾。

(1) 喫煙と個人的な問題を関連付ける (Relevance)

本人の関心のある健康事項と喫煙を関連付ける。ほとんどの健康事項は、喫煙と関連している。病気への心配、家族の問題などを関連付けて考えてもらう。

(2) 喫煙の危険性を説明する (Risks)

喫煙は様々な疾患の発症を促進し、予後を悪化させる。このことを明確に伝える必要がある。

(3) 禁煙の効果の説明する (Rewards)

禁煙することによるメリットを説明する。①脳卒中、心臓病、がんなど多くの病気のリスクが減り、再発が抑制される。②咳や痰が減り呼吸が楽になる。③感染症の頻度が減る。④健康が取り戻せる。⑤1日20本の喫煙者であれば年間15万円の節約になる。多くのことがあげられると思う。

(4) 禁煙の妨げになるものを明確にする (Roadblocks)

生活の中で、禁煙の妨げになるものを質問し、取り除いていくことを話し合う。

(5) 繰り返し介入する (Repetition)

受け入れがうまくできなかった喫煙者には、繰り返し介入していき、禁煙への関心を高めてもらう。関心期へ移行すれば第一関門は成功である。

6. 基本的な質問から「依存症を理解してもらう」

喫煙者の多くは、喫煙の有害性や禁煙の必要性についてある程度理解しているが、実際にはなかなか禁煙できない。喫煙はニコチンを定期的に摂取する行為である。しばらくタバコを吸わないでいると、喫煙者はイライラ、不安などのニコチン離脱症状にさらされる。離脱症状から開放される方法は、喫煙することしかないため、喫煙者はタバコを吸ってしまう。この行為を繰り返すことにより、喫煙者は「タバコはストレスをとる」、「タバコなしでは生きていけない」などとゆがんだ認知をするようになる。このゆがんだ認知を、基本的な質問で正していくことが動機付けの第一歩となる¹⁰⁾。

(1)「あなたはなぜ毎日タバコを吸うのですか？」

なんとなくとか習慣という返事が多い。そこで、他の習慣に置き換えてみる。仮にその習慣が体に害があるということがわかれば、あなたはその習慣をやめますか、と質問する。通常はその習慣をあきらめるであろう。喫煙を続けているのは、習慣のためだけではないことを理解してもらおう。

(2)「あなたは自分の意思で喫煙していますか？」

毎日「今からタバコを吸うぞ」と決めていますか、タバコを吸い始めたときこれから何年も吸い続けようと思いましたが。このように尋ねると、タバコを吸う意志があって吸っているわけではないことに気づかれるかもしれない。

トイレに行くことと比較してもよい。あなたはこれからトイレに行こう、と思ってトイレに行きませんか、トイレでは行こうと思う意思がある。「知らない間にトイレに立っていることはないと思いませんか」。喫煙には「何らかの力」によって、知らず知らずのうちに吸わされている、どんな力だと思うか、答えてもらってもよい。

(3) タバコを吸っておいしいと感じることはどんなときですか？

食後、仕事が一段落ついたとき、早朝起床時などという答えが多い。タバコをすわなかったときにはおいしい食事だけで満足できたのに、今はおいしい食事だけでは物足りず、タバコを吸わないと一段落できないことはないか。なぜ、今のようになったのでしょうか、と尋ねてみる。回答は別項の「ニコチン依存症の病態」で説明可能である。

(4) タバコを吸ってよいことは何ですか？

患者が、タバコを吸ってよいと思うことを整理してもらおう。逆に悪いと思うことも整理してもらおう。よいと思っていることの多くは、ニコチン依存により説明可能である。悪いと思っていることの中で、不足している医学的知識については補完してみてもいいだろう。

7. すべての喫煙者に禁煙のための薬物療法の紹介を

禁煙が難しいのは決して「意志の弱さ」からではない。ニコチン離脱症状が禁煙を困難にしている。ニコチン離脱症状は、ニコチン代替療法やバレニクリンにより克服することが可能である。ニコチンパッチとバレニクリンには条件付きながら保険が適応されることを伝える：「禁煙補助薬を使えば、楽に禁煙ができますよ」、「禁煙外来があり保険が使えますよ」等。

8. 禁煙無関心期への喫煙者との関わり方

「禁煙無関心期」の方へのアプローチは最も困難である。支援者があまりに大きな責任感にとらわれると、患者とけんかになったり、怒らせてしまうこともあるだろう。そうになると、失敗したとき無力感だけが残り、その後の禁煙支援への意欲が失われることがある。

「禁煙無関心期」の方へは必要な事項を説明し、「禁煙関心期」になってくれるのをゆっく

り(時には数年間)待つ姿勢がよいと思われる。禁煙するための治療があることを説明し、「いつでも相談してください」と一言付け加えておく。

参考文献

- 1) Dobson AJ, Alexander HM, Heller RF, et al: How soon after quitting smoking does risk of heart attack decline? J Clin Epidemiol 44: 1247-1253, 1991.
- 2) Anthonisen NR, Connett JE, Kiley JP, et al: Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV1. The Lung Health Study. JAMA 272: 1497-1505, 1994.
- 3) Dresler CM: Is it more important to quit smoking than which chemotherapy is used? Lung Cancer 39: 119-124, 2003.
- 4) 高野義久, 興梠博次, 松本充博, 他: 喫煙の有害性に関する市民の理解度: 公開セミナーのアンケート調査より. 日呼吸会誌 39: 389-393, 2001.
- 5) 厚生労働省: たばこのリスク. 最新たばこ情報 <http://www.health-net.or.jp/tobacco/front.html>
- 6) 日本内科学会旧認定内科専門医会, タバコ対策推進委員会, 禁煙講演スライド作成部会(部会チーフ: 高野義久). 喫煙と健康に関するスライド集. 内科専門医会誌 18(Suppl), 2005.
- 7) Nakazawa A, Shigeta M, Ozasa K: Smoking cigarettes of low nicotine yield does not reduce nicotine intake as expected: a study of nicotine dependency in Japanese males. BMC Public Health 4: 28, 2004. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/4/28>
- 8) 高野義久: 患者教育: 禁煙指導の重要性. 内科臨床研修指導マニュアル. 日本内科学会(認定内科専門医会編), 杏林社(東京) 2001, pp83-86.
- 9) 阿部真弓: 禁煙に関心のない喫煙者への喫煙介入の考え方. 日本醫事新報 4023: 1-9, 2001.
- 10) 磯村 毅: 禁煙支援:【紹介】「リセット禁煙」による心理的ニコチン依存へのアプローチ. 治療 87: 1947-1951, 2005.