

たかの呼吸器科内科クリニック 高野義久

要約

1. 診療所は禁煙支援に最適の場である。
2. 診療所の禁煙支援は、子どもたちへの喫煙防止活動も含まれる。
3. 無関心期の喫煙者には「種まき」の気持ちで接する。
4. 禁煙の5Aアプローチの診療所での実践を紹介する。
5. 禁煙治療にあたって、まずはニコチン依存症の病態を説明し、理解してもらうことが重要である。
6. 禁煙治療の最中によく経験される症状等に対して、具体的な対処法を紹介した。
7. 禁煙支援が成功するかどうかは、最終的には「社会の禁煙化」が進むかにかかっており、そのための公衆衛生活動としての医師の役割が求められる。

キーワード：禁煙支援、喫煙防止、種まき、5Aアプローチ、ニコチン依存症

1. はじめに

診療所は禁煙支援に最適の場である。患者さんと地理的・時間的・精神的に近いこと、家族とも知り合いであること、予防から治療まで包括的にケアができること、病気の時も健康な時も関わりがあること、小児期から老年期まで経過をみることができることなどがその理由である。

ここでは、私が日々実践している診療所ならではの喫煙防止や禁煙支援、禁煙外来について紹介する。皆様の日々の診療の参考になれば幸いである。なお、禁煙外来でのアドバイス法、運営の詳細、治療薬については別項を設けているので、そちらも参照していただきたい。

2. 喫煙防止活動

(1) 喫煙防止活動の意義

未成年者がタバコを4本吸うと、90%の確率で喫煙が常習化するといわれる¹⁾。ニコチン依存症になった喫煙者に禁煙してもらうことは非常に困難である。

「禁煙することはとても困難であるが、吸い始めないことは簡単である」。

喫煙防止の活動は、禁煙活動として非常に重要である。

(2) 学校医としての喫煙防止活動

多くの診療所医師は学校医としての活動をしている。私は学校医という立場で、受け持っている学校において毎年、喫煙防止授業（防煙授業）を行なっている。防煙授業では、

タバコの手、タバコの手の実験（図1）、ニコチン依存症の説明、セルフコントロール（タバコを断るロールプレイ）などを行なっている。

（注）授業のためのスライド・資料等は、くまもと禁煙推進フォーラムに問い合わせいただきたい（メール smokefreeaction@yahoo.co.jp 又は FAX 0965-32-2729）。



図1. タバコ実験の様子（発明者：越前禁煙友愛会副会長 土田雅道先生）

フットポンプを使ってタバコの手をペットボトルにためる（左・中）。10分程経つと、手はほ水に溶解、水がひどく臭い黄色い水になる（右写真：左のペットボトル）。ペットボトルを人の口、水をだ液だと考えてもらうと喫煙の状態が理解されやすい。

（3）受診した子どもへのアドバイス

中学生の時期までは、風邪などの病気で診療所を受診する子どもは多い。このときに折に触れて、タールジャー（図2）を見せたり、タバコの手の写真を数秒間説明したり、受動喫煙の手を簡単に説明する（別紙資料）。そして、「タバコは少しでも吸い始めるとやめられなくなるから、将来決してタバコを吸ってはいけないよ」と説明する。多くの子どもは親が吸っているなどの情報を与えてくれ、それが親の禁煙のきっかけになる。

高校生の時期になると、診療所へ受診する子どもはめっきり少なくなる。風邪をひかなくなるのが最も大きな要因と思われる。喫煙開始防止という観点から、この15～18歳の時期は非常に重要である。たまたま受診した千載一遇のチャンスを逃さず、ワクチン予防接種の機会、診断書交付の機会など、あらゆる機会をとらえて、タールジャー（図2）を見せ、喫煙の手、ニコチン依存症のことを説明する。そしてこれからたとえ周囲の者が吸っていても、決してタバコを吸い始めてはいけない旨を伝えておく。

（4）受診した小児の親へのアドバイス

受診した子どもからの情報、長引く咳や痰、気管支喘息などのある小児に、受動喫煙環境にあるかと尋ねる問診で、親が喫煙しているという情報が入ってくる。その際には別紙資料を渡した上で、分煙は無効であり、子どもを喫煙者にしてしまうことを説明する。さらに禁煙治療を受けると、想像しているより簡単に禁煙できることを説明し、製薬メーカー

一の資料（図3、図4）を渡しておく。

（5）予防接種や健診目的受診者へのアドバイス

子どもに限らず、予防接種や健診目的で受診する方がいる。この場合にも、必ず喫煙や飲酒歴を問診し、健康上のアドバイスを行なう。喫煙している場合には、後述する禁煙支援のための「種まき」を行なう。

3. 禁煙支援

（1）種まき

喫煙者に禁煙を呼びかけて、すぐに禁煙を開始する人は少数派である。多くは「今はやめる気がない」、「仕事が忙しくてストレスがたまる」、「早死にしてもよい」などの言い分で禁煙することを拒否する。これはニコチン依存症に加えて、「喫煙はストレス解消」というニコチンという薬物に対するゆがんだ認知があるからである。このような禁煙無関心期の方に、禁煙するように強く言っても、禁煙は成功しない。

禁煙支援の始まりは「種まき」である。種が芽吹いて、花を咲かせることを根気強く待つ耕作者と同じ心境が必要である。芽吹かない種もある（禁煙しない人もいる）かもしれないが、根気強く水や肥料を与え（禁煙への呼びかけ）、ひたすら待つ。禁煙無関心期の方へのアプローチは根気が要る。治療をする側の医療者があきらめては終わりである。「言い続ける」ことが大切である。数年～場合によっては、10年以上かかることもある。このような長い期間にわたり、一人の医師が関わることができる医療機関は診療所だけである。よい関係を保ちながら、この「種まき」と「水・肥料やり」を続けていく。あとは「待ち続ける」。

すると、職場が禁煙になったとか、知り合いの病気に接した、友人が簡単に禁煙したなど、何らかのきっかけから「私タバコやめます」と申し出てくる人がいる。自力での正しい禁煙の方法を教えておくと、自力で禁煙に成功し、「禁煙できた」とうれしそうに報告してくる人もいる。不幸にして大病を発症し、そのフォローのために受診してくる人もいる。この場合には、自身で後悔と諦めの念を持っているので、禁煙開始はスムーズであり、比較的簡単に維持できる。

これまでの経験から、禁煙に成功した元喫煙者から言われることは「禁煙を勧められたときには、いやだったが、今は禁煙してよかった」という意見ばかりである。禁煙はとも感謝される。「禁煙して今は後悔している」と述べる元喫煙者はいない。そして一番感謝されるのは家族からである。家族は、その方の健康も受動喫煙も心配している。禁煙は意地悪ではなく、愛情である。禁煙支援は副作用のない最も効果のある治療である。何度でもアプローチし、何度でも失敗すればよい。どんなに有能な禁煙カウンセラーでも多くの失敗を繰り返している。失敗を繰り返しながら、成功する話し方などを自然に会得していくものと思われる。

(2) 喫煙している患者へのアドバイス

喫煙している患者への禁煙支援の基本は、5Aアプローチである²⁾(表1)。これをどのように実践しているかを示す。

表1. 5Aアプローチ

ステップ	内 容
ステップ1 : Ask	診察のたびに、全ての喫煙者を系統的に同定する
ステップ2 : Advise	全ての喫煙者に対して、タバコを止めるようにはっきりと強く、個別的に忠告する
ステップ3 : Assess	禁煙への関心度を評価する
ステップ4 : Assist	患者の禁煙を支援する <ul style="list-style-type: none"> ・ 禁煙を計画するのを支援する ・ カウンセリングを行う ・ 薬物療法の使用を勧める ・ 禁煙の補助教材の提供 等
ステップ5 : Arrange	フォローアップの診察の予定を決める

健診、風邪症候群を含むすべての受診の際に、すべての患者に対して、喫煙しているかどうかを必ず尋ねる(Ask)。以前に禁煙した患者には今も禁煙しているかどうか尋ね(Ask)、禁煙が継続している場合には心からほめる(Arrange)。喫煙している患者には、禁煙へのアドバイスを行なう(Advise)。このときの反応で大まかに、禁煙への関心度(無関心期、関心期、準備期、実行期)がわかる(Assess)。



図2. タールジャー

「1日20本喫煙すると1年間で
 これだけの量のタールを肺に摂取」
 (連絡先：日本光電 096-335-8338)



図3. ファイザー社製冊子

(連絡先：096-384-7372)



図4. ノバルティス社製冊子

(連絡先：096-359-8668)

別紙資料を予め印刷しておき、タバコ煙に含まれる成分の説明、喫煙・受動喫煙の紹介（喫煙者が最も関係し、関心のある内容を強調する）をする。タールジャー（図2）という現実を見せる。さらに自身で禁煙する場合の正しい方法（セルフヘルプ教材：別紙資料や製薬メーカー冊子：図3、図4）を渡す。自身だけで禁煙する場合の注意点として、① **禁煙日を決めてキッパリやめること**、② **3～7日程度の禁断症状は覚悟すること**、③ **禁煙に成功した後は「つい1本を吸わないこと」、「1本くらいならと思わないこと」**を説明しておく。うまく禁煙できないときの対処法（禁煙外来と禁煙補助薬）についての情報を与え、資料を渡しておく（Advice）。これくらいであれば、1～2分程度で済み、忙しい診療時間でも対応が可能である。

（3）受診した患者の家族（喫煙者）へのアプローチ

タールジャーを診察室机に置いたり、禁煙を促すポスターを掲示したりすると、受診した患者から「〇〇がタバコを吸うのだからやめずに困っている」という話を聞くことがある。このときにも別紙資料や製薬メーカーの禁煙冊子（図3、図4）を配布し、想像するより楽に禁煙ができる禁煙外来への受診を促しておく。“稀に”禁煙外来を受診されることがある。

（4）禁煙に成功した患者のフォロー（Arrange）

最も重要であるが意外に忘れられるのが、「禁煙に成功した患者のフォロー」である（Arrange）。禁煙は一旦成功しても、**ほとんどの者は1年以内に再喫煙**する。自身が一旦禁煙化できても、社会の禁煙化が遅れているからである。家庭、職場、宴会、旅行など様々な場所に喫煙環境があり、「1本だけなら」と甘い考えの下に再喫煙し、その後は坂道を転げるように元に戻る。1年後禁煙継続率は、自分で禁煙した場合10%程度しかない。禁煙外来を経て禁煙した場合であっても30～60%程度である³⁾。一旦禁煙に成功しても、その多くは1年以内に再喫煙すると思っていた方がよい。再喫煙すれば、ニコチン依存症の状態に戻り、禁煙支援のやり直しは大変である。再喫煙をさせないようにするには一言の声かけ（アドバイス）が重要であり、声かけは簡単なことである。

会う度に、タバコ煙のこと、不調がないか、困ったことはないかを尋ね、再喫煙のリスク（宴会、ストレス、盆正月の親戚の集まり、冠婚葬祭の集まり、友人とも集まり、旅行など）、つい1本を避けることの重要性を説明しておく。

禁煙成功者は、禁煙のために費やした頑張りの割には、家族の中では忘れられた存在となりやすい。喫煙しない家族には、禁煙の大変さはわからないので、「禁煙くらい当然ではないか」と思われがちである。家庭の中では「孤独」になりやすい。従って、医療機関を受診したときくらいは、禁煙が継続している場合には「すばらしいですね、なかなかそうはいかないのですよ」と、スタッフ共々大げさにほめてあげたい。

4. 禁煙外来の実際 (Assist)

(1) 挨拶と医療面接

■リラックスモード

禁煙成功者に話を聞くと、受診前の禁煙外来の敷居は高い。受診した際にタバコを吸ったことを怒られると思っている節がある。緊張関係では禁煙治療は成功しない。禁煙のために受診してくれたことを祝うムードを漂わせ、まず笑顔で優しく対応する。

以下に一般の外来と面接内容が異なることを列挙する。

■面接①なぜタバコを吸い始めたのか？

なぜタバコを吸い始めたのか、ということ語ってもらう。吸い始めたときの味を覚えていれば、どうだったか話してもらうのもよい。失敗した経験があるときには、その理由は重要である。吸い始めた理由や失敗した理由の中に、禁煙成功の鍵がある。

■面接②なぜタバコをやめようと思ったのか？

なぜ禁煙しようと思ったのかも重要である。将来禁煙に挫折しそうになるとき、動機を忘れないようにすることは、モチベーションの維持に重要である。語ってもらうとよい。

■面接③これまで禁煙にチャレンジしたことはあるか？

これまで禁煙しようとしたことはあるか、という質問は重要である。

ニコチンパッチやガムを使ったことがあるが、失敗や副作用経験のある人には同種薬は使いづらい。

3～7日でイライラしたという人には、ニコチン離脱症状の説明が理解されやすい。

1ヵ月～数年程度一旦禁煙に成功していたが、結局再喫煙した人には、今回禁煙に成功した後に「つい1本を決してしない」ことの重要性を理解してもらいやすい。

いずれにしても、本人の経験を、ニコチン依存という病態という視点から、本人が理解しやすいように説明することが重要である。

■面接④同居家族の喫煙状況

同居家族の喫煙状況を知っておくことは重要である。喫煙者がいると、禁煙成功の阻害因子になるからである。特に女性では夫の喫煙が阻害因子になる⁴⁾。家族に禁煙を宣言し、目前で禁煙しないことや灰皿やタバコを放置しないことなどの協力を要請すること、喫煙する家族にも禁煙することを誘ってみることをアドバイスする。

■面接⑤精神科あるいは心療内科通院歴

精神科あるいは心療内科への通院歴は必ず聞いておく。禁煙は精神の変調をきたしやすい治療であること、バレニクリンの副作用として稀ながら抑うつ気分、不安など精神的変調が報告されるためである⁵⁾。現在も精神科あるいは心療内科へ通院している場合には、まず主治医へ報告をし、治療開始の可否、薬物治療へのアドバイスをもらうのがよい。

■面接⑥基本は傾聴 (Listen, Listen, Listen!)

初診時の面接の基本は傾聴である。本人にいろいろな思いや経験を語ってもらう。この

話しの中に、禁煙成功と失敗しやすい鍵がいろいろと出てくる。同じ話しをこの後の外來で繰り返し、意識付けしていく。

（２）ニコチン依存症の病態の説明

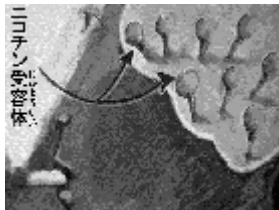
面接が一通り終了すると、ニコチン依存症の病態を説明する。初診時の説明はこの後の体の変化を実感したときにも重要である。別紙資料を見せながら以下のような説明する。

■初めての喫煙



どの喫煙者にも初めて吸ったタバコがある。タバコを吸うと数秒でニコチンが脳内に供給される⁶⁾。喫煙という吸引する方法は、注射と同じくらい一気にニコチンを体内に摂取できる⁶⁾⁷⁾。ニコチンは、「一気に」、「間欠的に」摂取するのが最も依存を形成しやすく、吸引という方法は、依存の形成のために最も適していると言える⁶⁾。さて、初めてタバコを吸ったときから「うまい！」と思う人はまずいない。「気持ち悪かった」という感覚の人がほとんどではないか。この「気持ち悪さ」は人体の自然な反応である。依存性のある薬物であるニコチンを受け取る神経が脳内にないからである。しかし、しばらく「我慢」してタバコを吸っていると、だんだんタバコを「うまく」感じるようになる。

■ニコチン受容体の形成



続けてタバコを吸っていると、1週間程度で脳内にニコチン受容体が「増加」してくるという。ニコチン受容体の役割は、ニコチンを受け取り、脳内にドパミンを供給することである⁶⁾⁷⁾。ニコチンによるドパミンの供給は「強制的」であり、必ず脳内にはドパミンが供給される。ドパミンが脳内に増えると、人は「気持ちがよい」、「ストレスがとれた」感覚を覚える。喫煙者がタバコを吸って「おいしい」と思う理由である。「おいしく」感じるようになった人は、さらにニコチンを摂取する。

ところで、喫煙しない人の脳内にはドパミンはないのであろうか。実はある。何が違うかということ、タバコを吸わない人の脳内にドパミンが供給されるのは、何かを達成したとき、おいしい食事をしたときなどである。自前のドパミンが供給され「満足」が得られている。しかし、喫煙者はドパミン供給を常にニコチンという薬物により行なっているため、普段の生活の中、例えば食後等で自前のドパミン供給がなされないという。食後に何か物足りないのは、ドパミンが足りないのである。食後にお決まりのように、喫煙し、わざわざドパミンを脳内に供給しないと「食後の満足」が得られなくなっている。

■ニコチン依存の強化



ドパミン供給により、タバコを吸うとうまく感じるようになった脳はますますタバコを要求し、毎日同じだけタバコを吸うようになる。ニコチンによるドパミン供給は安定的になる。「ニコチン依存症」の完成である。喫煙は毎日同じ時間、同じ状況（例えば、朝起きて

から、食後、仕事の合間など）で行なわれるようになる。喫煙は毎日続く。喫煙は、人が主体である「嗜好」ではなく、いわばニコチン補給が主体の「嗜癖」という行為である。

■禁煙したとき、喫煙までの時間が空いたとき



禁煙の飛行機や列車などを降りた後、たくさんの人が喫煙している光景を目にする。喫煙者の脳内ではニコチン受容体によりニコチンの要求が起こり、イライラしているのである。禁煙を試みた方がイライラするのも同じである。このイライラがニコチン離脱症状である。

ある。

■イライラしているときにタバコを吸うと



タバコが吸えずイライラしているときにタバコを吸うと、喫煙者はホッとする。喫煙サルと同じ表情である。しかし、この「安心」は一時的であり、次の喫煙をしないと、次のニコチン離脱症状が待っている。終わることのない喫煙サイクルである。

■喫煙の維持

喫煙が毎日維持される理由をまとめると以下のようなになる（図5）。

- ①喫煙により脳にニコチンが到達する。
- ②ニコチンはニコチン受容体を介して、脳内にドパミンを放出させる。
- ③ドパミンは快感や快楽をもたらす。
- ④ニコチンは代謝され、時間とともに欠乏してくる。
- ⑤喫煙者は、ドパミンによる快感を回復させようとニコチンを切望する。実際にはイライラを感じている。喫煙者のいう「ストレス」である。「ストレス」は喫煙により生じる。
- ⑥タバコを吸いたい、イライラ、タバコを我慢できない感覚である。この感覚は、喫煙し、ニコチンを供給することでしか解消されない。やむを得ず、次の喫煙行為に向かわざるを得ない。

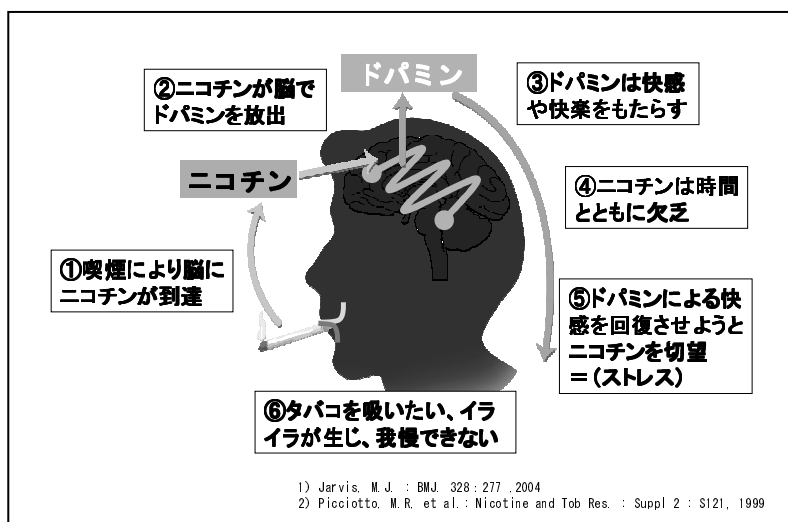


図5. 喫煙の維持とニコチンの役割

(3) 薬物治療の説明

なぜやめられないのかを説明した後に、薬物治療について説明する。禁煙補助薬は、バレニクリンもニコチン製剤も禁煙により欠乏するドーパミンがなくならないようにする作用があること(A)、バレニクリンにはさらにニコチンのニコチン受容体への結合を阻止する効果があり、タバコ煙をおいしいと感じにくくする作用があること(B)を説明する。ニコチンパッチの禁煙成功率はプラセボ使用時に比べ1.66倍であるのに対し、バレニクリンの禁煙成功率は3.22倍である⁸⁾。



図6. ニコチン補助薬の効用の説明 (ファイザー株式会社資料)

バレニクリンの副作用(最も多いのは吐き気、最も危惧するものは精神的副作用)、ニコチンパッチの副作用(最も多いのはかぶれ)を説明した上で、どちらの治療薬を選択するかを相談していく。薬物治療の詳細は別項を参照いただきたい。

(4) 初診後1週間後に1度診る

診療所は患者のアクセスがよいので、受診後1週間後には診察をするのもよい。

バレニクリンで治療を行なった場合には、副作用のチェックができること、1週間目から完全禁煙を開始することになるため、気持ちの区切りが付きやすいためである。

ニコチンパッチで禁煙を行なった場合には、すでに禁煙してから1週間位が経過しているため、この時期が最もニコチン離脱症状が強く、患者の心が折れそうになっている時期であるからである。ニコチンパッチの場合、ニコチン離脱症状が起こり始める3日目頃に担当看護師等から電話で励ましの一言を伝えるとさらによい。

（５）経過中の症状や態度について

■タバコの味が変わってきたという患者に対して

治療により、タバコがまずくなるのは自然な経過である。バレニクリンを処方したとき、中には吐き気がすると言う患者もいる。このときに、これまで「うまい」と思っていたのはニコチンという薬物の錯覚であること、今はニコチン受容体があまり活動しないようになったので、まずくなったという自然の経過であることを説明する。今まではニコチン依存症という病気を意識してもらうことが重要である。

■あまりタバコがほしくならなくなったという患者に対して

これまでタバコは好きで吸っていたわけではなく、ニコチン離脱症状の欲求のままに吸っていただけであることがわかる。今は薬物治療で、ニコチンの欲求が生じにくいために欲しくならなくなったのである。これまでのことはニコチン依存症ゆえであることをわかりやすく説明する。ニコチン依存症という病気を意識してもらうことが重要である。

■禁煙治療をしながらタバコを数本だけ吸っているという患者に対して

禁煙を成功させるための最低条件は何であろう。①「やめること」と②「吸わないこと」である。聞くと当然のことと思うのであろうが、禁煙治療において実行できない人もいる。やめることは、「少しずつ制限しながら吸うこと」ではない。

完全にやめると、ニコチン受容体が減少し、それに合わせて喫煙欲求も少なくなり、最終的には禁煙が達成できる。しかし、少しずつ吸っているとニコチン受容体が減少しない。これでは喫煙への欲求はいつまでも持続し、最終的には禁煙に失敗する。

バレニクリンの場合には１週間目、ニコチンパッチの場合には開始時から、完全な禁煙を促し、できていない患者には「節煙」を許容せず、早めに（時期を話し合う）完全禁煙した方がよいことを説明する。

■タバコを吸う夢をみるという患者に対して

禁煙した人にとって、夢の中でタバコを吸い飛び起きるといったことはよくあることである。当初は偶然のことと捉えていたが、多くの人を診察し多くの人が同じことを述べられることを経験すると、これは禁煙に伴う症状であると思われる。

今では「タバコを吸った夢を見ませんか」と尋ねると、「なぜわかるのですか」と返される。禁煙した人にとって、「タバコを吸う夢」は当然のことかもしれない。夢の話がでたときには、ニコチンの記憶が脳に焼き付いているのでしょう、と話している。

■夜間不眠がでた患者に対して

ニコチン製剤は不眠を起こしやすい。夜間はパッチを貼らない、つまり寝る前にはがして、朝貼るという対処で対応可能である。バレニクリンの場合にも、夜間不眠を訴える場合がある。この場合には、夕食後の薬剤量を 0.5mg（白色）錠剤へ減量（場合によっては夕食後は飲まない）で対応し、ほとんどは解決している。

■むかつき、吐き気を訴える患者に対して

タバコ煙でむかつきを覚える患者に対しては「それが正常です」と述べればよい。

バレニクリンの副作用で最も多いのは吐き気である。発売時データでは29%であった⁵⁾。特に0.5mg(白色)錠剤から1mg(青色)錠剤に変わった直後から1週間目によく聞かれる。そのまま構わず内服し慣れてしまう人もいるが、特に女性では受容が難しいことが多く、0.5mg錠剤に減量することで問題はなくなることが多い。禁煙という目標において、0.5mg錠剤に減量することで問題が生じれば別であるが、禁煙治療に支障がなければ、0.5mg錠剤のまま継続するようにしている。

■便秘が悪化した患者に対して

ニコチンは自律神経に働き、便通においては下痢に向かう薬物である。従って禁煙をすると便秘傾向になりやすい。女性は元々便秘のある方が多く、喫煙を開始する理由の1つに便秘解消があるくらいである。禁煙をすると、便秘に困る方が出てくるので、特に女性には必ず「便秘になっていませんか」と尋ねておく。女性では便秘の悪化のために再喫煙する人がいるくらいである。便秘の方の多くは硬便であるので、酸化マグネシウムでコントロール可能である。ここでも、喫煙(ニコチン)で便秘を解消しなくても、他の方法があることを教えるとよい。

■電子タバコや禁煙グッズを口にくわえている患者に対して

禁煙したときに、タバコの代わりに電子タバコや市販の禁煙グッズをくわえて気分を紛らわす人がいる。一見有用なように見えるが、口にくわえことを継続しているとくわえる癖が抜けず、禁煙補助療法とはならない。禁煙治療終了後にはそのくわえる癖から実際のタバコ、タバコ吸引からニコチン依存状態になってしまう。禁煙治療をやっている間にくわえる癖をとる必要があり、くわえることから「飲むこと」など代替行為を見つけていく必要がある。

また、米国食品医薬品局(FDA)は、電子タバコのサンプルを調査したところ、人体に有害な化学物質(ジエチレングリコール、有毒不凍剤、ニトロソアミン)が検出された、と発表している⁹⁾。

■人のタバコの煙が臭くなったという患者に対して

禁煙治療が進んでいくと、タバコの煙が臭くなってくる。「ニコチン受容体の働きが悪くなって、ニコチンはあまり働けなくなったからですよ」と、ニコチン依存症だったことを意識されるよう説明している。また「本当ですね」と共感していると、これまで自身がどれくらい人に迷惑をかけていたかわかったと、自ら言われる場合も多い。

■早く治療を終了したいという患者に対して

禁煙が1~4週程度継続できると、これからずっとうまく行くような感覚になる患者もいる。最初は最後まで受診すると言ったものの「うまくいったからやめたい」という申し出がある。受診を中断すると禁煙は結局失敗する¹⁰⁾(図7)。このことは初診の時に説明し、薬

は要らないと思っても、これから自分でやっていけると思っても、途中でやめずに最後まで受診することが重要と説明し、同意してもらうことが重要である。

■禁煙して体重が増えることを心配する患者、禁煙して体重が増えたという患者に対して

喫煙と肥満において、最も注目すべきは手足はやせているにも関わらず、腹部中心におこる中心性肥満との関係である。中心性肥満は、メタボリックシンドローム・内臓脂肪型肥満との関連が深い。喫煙により、体の脂肪分布の変化がおこり、低体重でも腹部を中心とした脂肪沈着がおこることが報告されている¹¹⁾。意外かもしれないが喫煙は、中心性肥満のリスクとなる。

佐藤によると、禁煙により80.7%の者に体重増加が見られ、その平均は1.5kgであった¹²⁾。禁煙後の体重増加という現象は一般にもよく知られており、「禁煙すると太るから」と禁煙しない理由付けを行う者もいる。禁煙による体重増加について、医療者はどのように答えればよいだろうか。

禁煙の目的は、病気や死亡のリスクを下げることである。禁煙して体重が増加すると、禁煙のメリットを上回るほどの死亡リスクの上昇があるだろうか。禁煙したことによる体重増加に伴い、平均すると総コレステロール値で7.7mg/dl・最大血圧で1.5mmHgの増加がみられたが、このデメリットを虚血性心疾患の発症リスクとして喫煙本数に換算すると7本程度であったと報告されている¹²⁾。循環器疾患による死亡リスクで見ると、「身長163cmの女性が禁煙して体重が42kgも増加すること」と「喫煙を継続すること」が同程度のリスクであるとする報告もみられる¹³⁾。禁煙に伴い多少体重が増加しても、虚血性心疾患の発症や死亡リスクがかえって増加することはないと考えてよい。喫煙は心臓循環器疾患以外に、がんなど他の疾患リスクとも深く関係している。多少の体重増加があっても、禁煙した方

図7. 禁煙治療は途中でやめると失敗しやすい

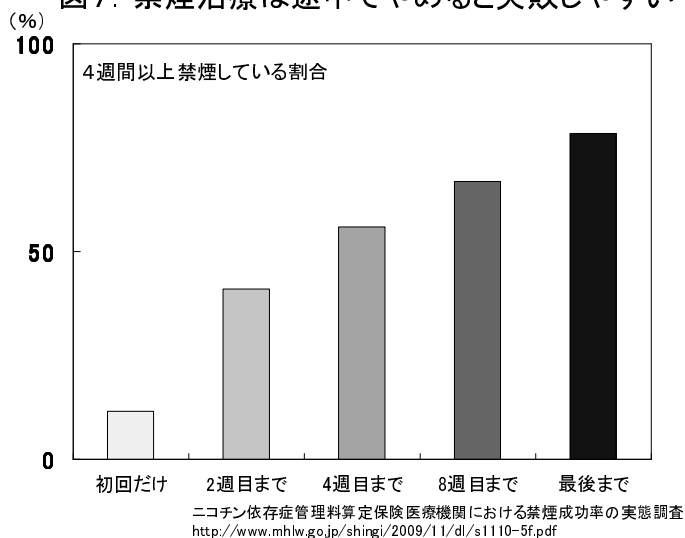
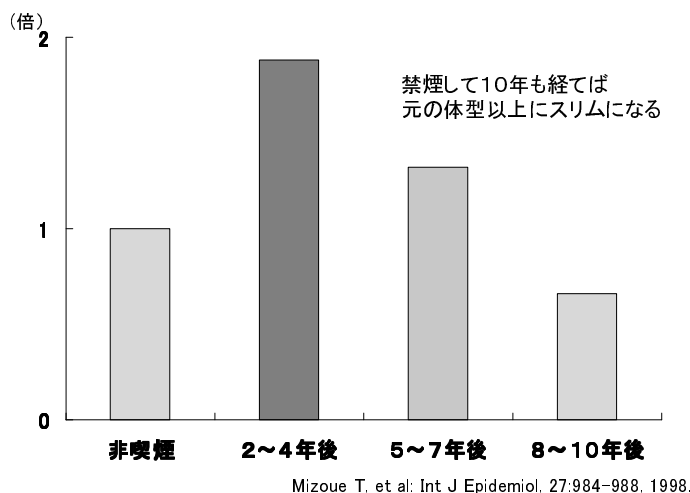


図8. 1日25本以上喫煙者のBMI>25kg/m²のリスク



が健康上の利益が大きいのは明らかである。

また、禁煙後に体重が増加しても、中心性肥満はおこりにくいこと¹⁴⁾、禁煙後増加した体重は徐々に低下し、特に1日25本以上の喫煙者においては、禁煙後8~10年経てば、非喫煙者と変わらないBMIの程度になることも報告されている¹⁵⁾(図8)。

禁煙に伴う体重増加は、病的に亢進したエネルギー代謝の低下や間食等エネルギー摂取の増加などの関与が考えられる。指導にあたっては、①禁煙後に「太った」のではなく「本来の姿に戻った」だけであること、②元々喫煙は中心性肥満をおこしやすいこと、③禁煙後の体重増加があっても禁煙した方が健康的であり、その後中心性肥満にはなりにくいこと、④適切な食事と運動により体重と体型は元に戻っていくこと、を説明する。当然のことであるが、禁煙とともに、薄味で野菜を多くした食事を中心とし、運動量を増やし、体重増加の予防のための支援を行っていくのも大切である。

■これから薬なしでやっていけるだろうかと心配される患者に対して

禁煙補助薬がよく効いた患者の中で、これから治療薬なしでうまくやっていけるだろうかと心配する患者がでてくる。このような患者には、以下のように説明する。

『3ヵ月禁煙できれば、ニコチン受容体の活動はほとんどなく、異常な欲求は生まれないうでしょう。しかし、禁煙した人の多くが数年の間「ここでタバコを吸ったらうまいだろう」という感情が一瞬~数秒程度生じることがあります。ここで重要なことは、実際に吸わないことです。変な感情がわいた自己(セルフ)をコントロールする自律(セルフ・コントロール)が重要です。何か別のことを考えていれば忘れるでしょう。決して1本くらいと喫煙を実行してしまわないことです。1本吸えばまた依存症という病気、ニコチンの虜に戻ってしまいます』。

■「1本だけおぼけ」に対して

禁煙をしている最中、「つい1本だけ」という気持ちが起こる。このふとした気持ちは「1本だけおぼけ」と形容される。禁煙した後には必ず「1本だけおぼけ」がでる。ふとでてきては消える。「1本くらいいいじゃないか」と。そのような時「一本くらいならいいかな」と喫煙すると、必ずニコチン依存に逆戻りする。依存になれば、後は自分の意思ではコントロール不能となり、元の常習喫煙になる。「1本だけおぼけ」がでるのは、多くは数秒間である。別のことを考えたり、水を1杯のむなど他の行動したりすれば忘れてしまうことを説明しておく。

■「タバコの煙の実験」で使用したペットボトルの水を利用して

私は、前述した「タバコの煙の実験」で使用したペットボトルの水を残している。この黄色に変色した水を喫煙者に見せて臭いをかがせたり、禁煙した人にこれはこれまで吸っていた煙の正体であると説明したりする。いろいろな反応があるが、どの反応も禁煙に結びつけることができるものである。

(6) 最終日(間近)の注意点(Arrange)

禁煙に対する自信が固まってくる時期である。自信が強化されると、人は慎重さを失い、大胆な行動をとることがある。禁煙の場合には、「1本くらいなら明日からやめればよい」と考える誘惑である。宴会やストレスのあるときが多い。

実際には「1本だけ」吸う人は、まず100%喫煙者に戻っていく。説明には初回受診時に説明した図がよい(資料1)。1本のタバコ煙の刺激がニコチン受容体を増やし、ニコチン受容体がニコチンを欲求し、ついにはやめられなくなる。このことを何度も繰り返し説明し、行なってはいけないことを理解してもらう必要がある。

(7) 受診スケジュールの決定(Arrange)

受診は患者の都合に合わせて決定すればよいが、受診の中断のリスクを減らすため、診療所の診療においても次回受診予定日を決定しておくのがよい。当院では図8のような用紙を用い、受診予定日と当日の簡単なアドバイスを書いて渡している。

(8) 女性特有の注意点

女性に特に多い問題点は、①バレニクリンによる吐き気、②便秘(禁煙したらまず起こると考えるのが妥当)、③家族の喫煙への対処である。受診中断の理由になりやすいので、予め説明しておくのが望ましい。対応については前述した。

(9) 治療終了後のフォローについて(Arrange)

禁煙治療は1年以内の再発が多く、本来1年間のフォローを行なうのがよい。保険ではこの時期までは認められていないので、善意で電話にてフォローをすることもある。自院に通院中の患者である場合や家族がいる場合には、フォローが可能である。フォローの詳細は「(4) 禁煙に成功した患者のフォロー」に述べた。

5. おわりに：無煙環境を整える活動

禁煙に成功した患者の多くは数年後には再喫煙している。なぜ再喫煙したか聞くと、宴会場や職場でもらったということが多い。これらの社会が禁煙環境になっていれば、患者の再喫煙はないと思われる。禁煙環境(無煙環境)を整えることは、受動喫煙を防止する以外に、禁煙成功者の禁煙を維持する効果もある。

くまもと禁煙推進フォーラムが目標とする、社会の無煙化は重要な活動であると考えられる。

次回受診(予定)日は
____月 ____日 (____曜日) です。
よろしくお願いいたします。

この欄に簡単だが
重要な
アドバイスを書く

たかの呼吸器科内科クリニック
電話番号 〇〇-〇〇〇〇

図8. 次回受診予定の用紙

参考文献

- 1) Ivings K (作田学監修, 福池厚子翻訳): どうしたら依存症になるの?. 喫煙の心理学, 産調出版, 東京, 2007, pp51-61.
- 2) 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: 禁煙ガイドライン.
http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2005_fujiwara_h.pdf
- 3) ノバルティスファーマ株式会社: 高い1年禁煙率には禁煙指導とニコチネル TTS.
<http://www.nicotinell.jp/medical.html>
- 4) 内田和宏: 内田クリニックの禁煙外来の状況と禁煙成功率の検討, 女性の禁煙成功率が低い理由, 日呼吸会誌 45: 673-678, 2007.
- 5) ファイザー株式会社: チャンピックス®インタビューフォーム. 2009年8月(第6版).
- 6) 菌はじめ: 「喫煙の心理学」~なぜタバコを吸うのか. 禁煙学, 日本禁煙学会編, 南山堂(東京), 2007, pp41-48.
- 7) Jarvis MJ: Why people smoke. BMJ 328:277-279, 2004.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC324461/?tool=pubmed>
- 8) 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4版.
http://www.j-circ.or.jp/kinen/anti_smoke_std/anti_smoke_std_rev4.pdf
- 9) U.S. Food and Drug Administration: FDA Warns of Health Risks Posed by E-Cigarettes.
<http://www.fda.gov/downloads/ForConsumers/ConsumerUpdates/UCM173430.pdf>
- 10) 厚生労働省: ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査.
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/11/dl/s1110-5f.pdf>
- 11) Barrett-Connor E, Khaw KT: Cigarette smoking and increased central adiposity. Ann Intern Med, 111:783-787, 1989.
- 12) 佐藤真一, 内藤義彦, 飯田稔: 禁煙による体重増加とその対処法. 循環科学, 18:76-79, 1998.
- 13) Diverse Populations Collaboration. Smoking, body weight, and CHD mortality in diverse populations. Prev Med, 38:834-840, 2004.
- 14) Lissner L, Bengtsson C, Lapidus L, et al: Smoking initiation and cessation in relation to body fat distribution based on data from a study of Swedish women. Am J Public Health, 82:273-275, 1992.
- 15) Mizoue T, Ueda R, Tokui N, et al: Body mass decrease after initial gain following smoking cessation. Int J Epidemiol, 27:984-988, 1998.