

禁煙科学 最近のエビデンス 2015/09

さいたま市立病院 館野博喜
Email:Hrk06tateno@aol.com

本シリーズでは、最近の禁煙科学に関する医学情報の要約を掲載しています。医学論文や学会発表等から有用と思われたものを、あくまで私的ではありますが選別し、医療専門職以外の方々にも読みやすい形で提供することを目的としています。より詳細な内容につきましては、併記の原著等をご参照ください。

2015/09 目次

- KKE147 「2010年のタバコ値上げは日本人の禁煙率を有意に高めた」
- KKE148 「喫煙のため院外に出る患者の安全性確保」
- KKE149 「禁煙目標は時間とともに変化しがちである」

KKE147

「2010年のタバコ値上げは日本人の禁煙率を有意に高めた」

Tabuchi T等、J Epidemiol. 2015 Aug 15. (Epub ahead) PMID: 26277880

- タバコ税と価格の値上げは、タバコ使用と喫煙格差に対する最適な方策であると考えられている。
- 日本では1998年にタバコ特別税が創設されて以来、2003年7月、2006年7月、2010年10月の3度、タバコ税/価格の引き上げが行われた。
- これにより例えばマイルドセブンの価格は、2003年に250円から270円に8%増加し、2006年に300円に11%、2010年には410円に37%増加した。
- タバコ産業は増税への便乗値上げも行ってきた。
- 値上げの影響も一部あり、日本の成人喫煙率は、男性2001年48%、2010年33%、女性2001年14%、2010年10%と低下している。
- しかし購買力指数から見た日本のタバコ価格は、2009年時点でとても安いものである。
- 全先進国の調査からは、2009年時点で日本はタバコを最も手に入れやすい国であり、タバコ1箱の価格は労働11.5分間ぶんにしか相当していない。
- 2010年の大幅値上げ後でさえ、労働約16分間ぶんにしか相当していないが、豪州、カナダ、オランダなど他の先進国では、タバコ1箱の価格は労働30分間ぶんに相当する。
- タバコを入手しやすい日本において、値上げが喫煙行動や格差に与える影響を調べることは意義がある。
- 値上げが禁煙率に与える影響を縦断的に調べた報告は少なく、今回日本での縦断的解析を試みた。
- 厚労省の国民生活基礎調査、国民健康・栄養調査から、2007年と2010年のデータを解析した。
- 国民生活基礎調査は3年ごとの6月に、国民健康・栄養調査は毎年の11月に喫煙状況を調査している。
- 国民健康・栄養調査は国民生活基礎調査の対象者から無作為に選択して調査されており、2007年と2010年の調査は、それぞれ独立・無作為に行われている。
- 国民生活基礎調査は、2007年229,821人(回答率79.9%)、2010年228,864人(79.1%)、国民健康・栄養調査は、2007年3,508人(66.5%)、2010年3,684人(68.8%)、のデータが解析可能であり、両方の調査に回答した20-79歳のデータを解析した。
- 現喫煙者は、連日または非連日喫煙者とし、1か月以上禁煙しているものは除外した。

→2010年10月のタバコ大幅値上げが、6月の国民生活基礎調査と11月の国民健康・栄養調査の間にあり、2007年には両調査の間にタバコ値上げがなかったことから、禁煙率の変化を2007年と2010年で比較した。

→全体の喫煙率は2007年6月と2010年6月で、男性は40.9%から37.0%に有意に低下したが、女性の低下は有意ではなかった。

→6月の国民生活基礎調査時には現喫煙者であったが、同年11月の国民健康・栄養調査時には現喫煙者でなくなっていた者の割合から禁煙率を計算すると、男女とも2007年より2010年のほうが有意に禁煙率が高かった（男性は3.7%から10.7%に、女性は9.9%から16.3%に上昇）。

→2007年と2010年で禁煙率が有意に上昇したのは男女とも、1日11-20本喫煙者、家系支出の高い人、持ち家でない人、結婚している人、であり、男性ではさらに、1日21本以上喫煙者、持ち家に住む人、仕事をしている人、自己申告で健康状態が悪くない人、であった。

→2007年と2010年の禁煙率のオッズ比をロジスティック回帰分析で求めると、男性3.01(95%CI:2.06-4.39)、女性1.80(1.13-2.87)と男性の上昇が顕著であった。

→オッズ比が高かったのは、男女とも1日11本以上喫煙者であり、男性では家系支出の少ないほうが、女性では家系支出の多いほうが、オッズ比が高かった。

→年齢層によるオッズ比の傾向は見られなかった。

→2010年10月のタバコ大幅値上げは、日本人の禁煙率を高めた。

<選者コメント>

大阪府立成人病センター／がん予防情報センターから、民主党政権下2010年10月のタバコ税大幅引き上げの禁煙効果を検証した報告です。

禁煙外来受診者が殺到し、禁煙補助薬が売り切れたこともまだ記憶に新しいところですが、2007年6月と11月、2010年6月と11月、各5か月間に禁煙した人の割合を、厚労省の国民調査のデータをもとに比較解析されました。値上げのなかった2007年に比べ、大幅値上げのあった2010年では、1か月以上禁煙率は男性で3倍(+7%)、女性で1.8倍(+6.5%)上昇していました。喫煙率は年々低下傾向にありますが、これまで指摘されてきたとおり、タバコ税(大幅)引き上げの禁煙効果の高さが本邦においても示されました。一方、翌2011年11月の喫煙率20.1%は、2010年11月の19.5%より再上昇したことも記されており、今後は一時的でなく、大幅な値上げを継続していくことが望まれます。

成人年齢の18歳への引き下げと同時に喫煙可能年齢をも引き下げる案が議論されたり、加熱式タバコがコンビニに並び始めたりしており、

<http://getnews.jp/archives/1113473>

<https://www.iqos.jp/>

禁煙政策推進のためには、まだまだ気の休まることはなさそうです。

<その他の最近の報告>

KKE147a 「タバコが世界の平均余命に与える影響について：過去30年の変化」

Rentería E等、Tob Control. 2015 Aug 25. (Epub ahead) PMID: 26307052

KKE147b 「喫煙は糖尿病患者の死亡率を1.5倍上げ禁煙は下げる」

Pan A等、Circulation. 2015 Aug 26. (Epub ahead) PMID: 26311724

KKE147c 「喫煙は高齢女性の骨折を増やし禁煙は減らす」

Thorin MH等、Osteoporos Int. 2015 Aug 25. (Epub ahead) PMID: 26302684

KKE147d 「禁煙者は喫煙継続者より生活の満足度が高い」

- Schoberberger R等、Public Health. 2015 May;129(5):539-44. PMID: 25773313
 KKE147e 「再喫煙は飲酒者に多い」
- Kocak ND等、Respir Care. 2015 Aug 18. (Epub ahead) PMID: 26286738
 KKE147f 「未成年者への禁煙介入のレビュー」
- Simon P等、Curr Addict Rep. 2015 Mar;2(1):15-23. PMID: 26295017
 KKE147g 「大学禁煙コンテストでの長期禁煙に関与する因子の検討」
- Thomas JL等、Am J Health Promot. 2015 Aug 25. (Epub ahead) PMID: 26305605
 KKE147h 「禁煙希望のない喫煙者への薬剤による減煙介入は禁煙効果がある」
- Wu L等、Int J Environ Res Public Health. 2015 Aug 25;12(9):10235-53. PMID: 26308034
 KKE147i 「ニューメキシコ州の薬剤師による禁煙支援プログラムの効果」
- Shen X等、Ann Pharmacother. 2015 Mar;49(3):303-10. PMID: 25527101
 KKE147j 「オレキシン受容体2遺伝子多型は日本人のニコチン依存と関連している可能性」 ; 日本からの報告
- Nishizawa D等、Mol Brain. 2015 Aug 20;8(1):50. PMID: 26289589
 KKE147k 「CYP2D6遺伝子型とメチル化と喫煙量の相関」
- Tiili EM等、Pharmacogenet Genomics. 2015 Aug 18. (Epub ahead) PMID: 26287939
 KKE147l 「タバコ煙成分の情報をタバコ会社は正確に開示していない」
- Velicer C等、Tob Control. 2015 Aug 20. (Epub ahead) PMID: 26292701

KKE148

「喫煙のため院外に出る患者の安全性確保」

Harolds LB、Nurs Womens Health. 2015 Aug;19(4):357-63. PMID: 26264801

- ここ数十年で多くの病院が敷地内禁煙になっている。
- しかし、急に禁煙が出来ない入院患者の中には、ルールを守らなかつたり敷地の外に吸いに行く者も多い。
- 入院患者が敷地外に出れば、危険な車道に近づいたり、急変時に対応が出来なくなったりする。
- 点滴やカテーテルをぶら下げていることも多く、引っかけたり外れる危険もある。
- 喫煙しに行くとき患者は医療者にことわらないことも多く、医療者が心配したり、患者を探すのに時間を費やすことにもなる。
- ある報告では、入院患者の4人に1人が禁煙ルールを守らず、離脱症状があるほどその頻度が高い。
- また、喫煙するために介助なしで長距離を歩くことや、危険な場所や悪天候の中で吸わなくてはならないことを心配する医療者の声もある。
- 米国医療研究品質局からは、喫煙のため病院を離れ、転倒して腕を骨折した例が報告されている。
- 認定医療保護管理者で認定防衛士のトーマス・スミス氏によれば、敷地内禁煙が増えるにつれ患者の外出も増えているようであり、病院には患者を監督し安全を守る法的義務がある。
- そのためもし事故が起これば、たとえ病院の免責についてサインを得ていても、病院には訴訟のリスクがある。有効な安全策を取り入れるなど計画的な介入を行うことで、このリスクを減じることができる。
- 敷地内禁煙の病院では一般に、医学的助言に反して (Against Medical Advice, AMA) 喫煙のため病院を離れるには、AMA免責書類にサインをさせている。
- 患者のほとんどは病院の方針に従いたくないわけではないのだが、強い喫煙衝動があり、喫煙の代わりになるものを持たない。

- AMA免責書類を病院側が得ていても、外出中に患者が事故にあえば病院は責任を問われる可能性がある。
- 妊婦のように予め入院が予定されている場合には、前もって禁煙を計画することができる。
- 現行のガイドラインでは、妊婦・授乳婦にはNRTの使用が勧められている。
- 米国産婦人科学会は2010年に、リスクを説明した上でNRTを使用することができるとし、米国小児科学会は、喫煙量相当以下のNRTを授乳婦が使用することは問題ないとしている。
- 専門家にかかれば、包括的で長期的なケアも受けることができる。
- 医療従事者から患者への教育も重要である。
- 敷地外喫煙の危険性、NRTやカウンセリングを受けられること、そして他の方法がうまくいかない場合には、外に喫煙に行くときの安全な方法について、さらに病院を離れる際には点滴などの扱い方について、外に行くのに適切な時間帯の説明、外出する前にスタッフに伝えること、安全な移動方法の相談、必要時に助けを求める方法、などについて、患者は教育を受けるべきである。
- 外出時に携帯電話を持たせるのも良いであろう。
- 受動喫煙の観点からは、産後の女性が喫煙から戻ってきたら、ガウンを直ちに交換すべきである。
- 病院の禁煙政策は受動喫煙や火事のリスクを減らすのが、まだまだ問題も多い。
- 遵守率の低さ、患者がひとりで外に吸いに行くことの危険性、不適切なタバコ依存症治療、喫煙を疾患としてでなく個人の選択として捉えていること、一度NRTを断ると再度勧められないこと、看護スタッフに知らせずに外出すること、などである。
- 病院の禁煙政策の目標は、可能な限り喫煙を減らすことであるが、入院中にタバコをやめられない患者を適切にケアすることでもある。
- 医療機関が安全な喫煙所を提供することは許容されないため、より強固な支援体制の構築が喫煙の課題である。
- 喫煙のための免責書類は喫煙の害を伝えるために重要である。

喫煙免責書類の例)

私は下記につき説明を受けました。

- 1) 喫煙のため病院を離れるのは自分の意思です。
- 2) 喫煙は私の健康を害し、医学的な推奨に反し、私の治療を遅らせる可能性のあること、を理解します。
- 3) 医師の同意のもとNRTや禁煙カウンセリングを受けることができます。
- 4) 看護師に伝えずに病室を離れると自分の病状が把握されなくなることを、緊急時に病院スタッフが速やかに対応できなくなることを理解します。
- 5) 喫煙に行く時間を看護師と相談し、1回1時間を越えないようにする義務があることを理解します。
- 6) 外出時に安全のため移送スタッフが同伴することを理解します。
- 7) 緊急時のために病院の外に緊急用ボタンがあることを理解します。
- 8) これらの病院の規則に従うことに同意します。

署名；

(オクラホマ外科病院2008年版、聖ビンセント病院2010年版から改定引用)

- 病院の禁煙推進安全委員会には、病院管理者や看護師、医師のみならず、喫煙者を含めた地域からのメンバーを迎えるべきである。

→ヘンリー・フォード・ヘルス・システム連合委員会によれば、喫煙者のみからなる委員会も、禁煙指針の適切性を検証するのに有用としている。

→用語の定義も重要であり、喫煙には葉巻や水タバコ、電子タバコも含まれる。

→指針には同時に医療従事者の義務も明記されるべきである。

病院の禁煙指針の例)

- 1) 喫煙は病院内および敷地内で禁止される。
- 2) 入院予定のある喫煙患者の主治医は、禁煙のためのプランを準備する。
- 3) 看護スタッフはすべての患者の喫煙歴を聴取する。
- 4) 喫煙歴のある患者は入院時に喫煙免責書類にサインをし、病院の禁煙指針のコピーを受け取る。
- 5) 喫煙を希望する患者には、看護スタッフから安全性教育の支援を行う。
- 6) 喫煙歴のある患者にはNRTやカウンセリングなどを計画する。
- 7) 看護スタッフは喫煙希望患者の移送方法を検討する。病室を離れる時間は1回1時間以内とする。
- 8) 化学療法や血液製剤を投与中の患者は、投与終了まで病棟を離れない。
- 9) モニター中の患者には、院外では心電図モニターは機能しないことを伝える。
- 10) 指定喫煙場所は安全かつ清潔に管理する。
- 11) 555-5555に電話すれば、職員や来訪者に対し禁煙支援チームからのカウンセリングが可能である。
- 12) 病院の禁煙標識は分かりやすく表示し、指定喫煙場所の地図も掲示する。
- 13) 屋外の緊急アラームは移送スタッフが毎月検診する。
- 14) 禁煙指針を守れなかった患者には再度指針の教育と禁煙支援の提供を行う。

患者が予期せずに離棟したり、離棟中にインシデントが生じた場合には、インシデント報告を行う。
もし患者が障害を負った場合には、院内救急対応チームに連絡する。

(アーカンソー医科大学2004年版指針から改定引用)

→病院の禁煙指針には、喫煙のため敷地外に出る患者への安全性の配慮も必要である。

<選者コメント>

ルイジアナ大学の看護教員の方による実臨床のための識者見解です。女性と新生児を対象とした医学誌に投稿されたものですが、患者の安全が最優先されるという普遍的な内容でありご紹介させて頂きました。

禁煙ができず喫煙のために外出する患者さんを、自己責任として放置することは危険であり、院外で喫煙中の安全性を守ることも禁煙指針に含むべきであるとしています。また病院の禁煙指針を現実的なものにするためには、喫煙者を含めた委員を地域からも招いて検討すべきと提案しています。

一見、喫煙を擁護しているかのようにも聞こえそうですが、HIV感染から守るためには教育はもちろんのことコンドームの配布も有効であることと同様、敷地内禁煙遂行のためには現実的に必要となる対応なのだと考えられます。

<その他の最近の報告>

KKE148a 「米国の香料入りタバコ使用に関する研究のシステマティック・レビュー」

Fairman SP等、Nicotine Tob Res. 2015 Aug 26. (Epub ahead) PMID: 26315475

KKE148b 「肥満の喫煙者はやせた喫煙者より依存が強い可能性がある (レビュー)」

- Rupprecht LE等、Yale J Biol Med. 2015 Sep 3;88(3):289-94. PMID: 26339212
KKE148c 「電子タバコの広がり方の違いによる健康影響のシミュレーション」
- Kalkhoran S等、JAMA Intern Med. 2015 Aug 31. (Epub ahead) PMID: 26322924
KKE148d 「電子タバコの併用で紙巻きタバコだけの喫煙より有害物質の吸入は減る」
- McRobbie H等、Cancer Prev Res (Phila). 2015 Sep;8(9):873-8. PMID: 26333731
KKE148e 「癌患者への禁煙支援推進には医師の教育と経験、支援施設の推進が必要」
- Warren GW等、J Thorac Oncol. 2015 Aug 27. (Epub ahead) PMID: 26317914
KKE148f 「食道癌術前は90日以上禁煙が必要である」 ; 日本からの報告
- Yoshida N等、World J Surg. 2015 Sep 2. (Epub ahead) PMID: 26330238
KKE148g 「中国の喫煙事情と癌死への影響」
- Chen ZM等、Cancer. 2015 Sep 1;121 Suppl 17:3097-106. PMID: 26331816
KKE148h 「家庭での三次喫煙を減らすには一日10本以下の喫煙におさえる必要がある」
- Northrup TF等、Nicotine Tob Res. 2015 Aug 26. (Epub ahead) PMID: 26315474
KKE148i 「尿管結石症は喫煙者が多い」
- Soueidan M等、Can Urol Assoc J. 2015 Jul-Aug;9(7-8):257-62. PMID: 26316909
KKE148j 「米国では学校に行かない自宅学習生の方が喫煙率が低い」
- Vaughn MG等、Drug Alcohol Depend. 2015 Aug 21. (Epub ahead) PMID: 26338482
KKE148k 「心房細動患者には幼少時の受動喫煙歴が多い」
- Dixit S等、Heart Rhythm. 2015 Aug 25. (Epub ahead) PMID: 26340844

KKE149

「禁煙目標は時間とともに変化しがちである」

Hall SM等、Addict Behav. 2015 Mar;42:148-53. PMID: 25462664

- 禁煙治療開始時の禁煙目標は、禁煙成功の予測因子と考えられている。
 - 終生の禁煙を目標にする人と、たまにしか吸わないという目標をたてる人では、禁煙治療の成果が異なる。
 - 永遠に断つという目標をたてるかどうかは、他の薬物依存症でも成功を左右する。
 - 飲酒では、
 - 1) アルコール摂取量を自分でコントロールする、
 - 2) たまのスリップは許容する、
 - 3) 永遠に断つ、
- の3つの目標のうち、3) 2) 1) の順に断酒率が高い。
- 禁煙目標の設定に関連する因子は何か、禁煙目標は時間とともに変化するのか、変化した目標は禁煙成功と関係するか、などについては不明であり、今回これらを調べるために研究を行った。
 - 一般の禁煙希望者を対象にした二つの介入試験のデータを解析した。
 - 臨床試験1は50歳以上で1日10本以上の喫煙者402人を対象としており、集団カウンセリングとNRT、ブプロピオン、認知行動療法が12週間行われた。
 - その後は、無治療、52週までの認知行動療法、52週までのNRT+認知行動療法、52週までのNRT治療、の後治療に無作為に割り付けられた。

→臨床試験2は18歳以上で1日10本以上の喫煙者406人を対象としており、ブプロピオンの偽薬を含む同様の治療を受けた。

→評価は0, 12, 24, 52, 104週目に行われた。

→過去7日間に喫煙した場合を喫煙とみなし、呼気CO等で確認した。

→禁煙の目標は、終生の禁煙とそれ以外に分類した。

→終生禁煙以外の禁煙目標としては、目標なし、自分で喫煙量をコントロールする、短期間禁煙をしてみても続けるか考える、いつもではなくたまに吸う、禁煙するがスリップするかもしれない、その他、に分類して問診した。二つの臨床試験の差異を調節するためプロペンシティブスコア解析を行った。

→変数には、生活環境、収入、ニコチン依存度、1日喫煙量、喫煙年数、禁煙希望度、禁煙成功への期待感、禁煙の困難感、を用いた。

→禁煙目標設定や目標変化の予測因子としては、治療内容、1日喫煙量、教育レベルを相互作用項に用いた。

→禁煙目標と禁煙成功との関係を調べるため多変量ロジスティック回帰分析を行った。

→二つの臨床試験の参加者の、各時点における禁煙目標の割合は下記であった。

<禁煙目標>	0週目	12週目	24週目	52週目	104週目
目標なし	0.6%	1.9%	4.1%	6.9%	8.5%
自己コントロール	0.6	1.7	3.2	5.5	5.0
短期禁煙して再考	0.6	1.3	3.4	3.4	2.2
たまには吸う	3.6	6.3	6.1	6.9	4.6
スリップするかも	25.8	29.1	25.6	21.4	21.7
終生禁煙	67.6	56.6	55.9	53.9	54.5
その他	1.2	3.1	1.6	2.0	3.7

→禁煙希望が強いほど、成功への期待感が高いほど、終生禁煙を目標にする者が多かった。

→教育レベルが高くなるほど、終生禁煙を目標にする者は少なくなった。

→2年間の追跡期間に禁煙した者の割合は、終生禁煙を目標にした者のほうが、それ以外を目標にした者より57%多かった (AOR 1.57, 95%CI 1.45-1.70)。

→全体で37%の参加者が2年間の間に禁煙目標を変化させた。

→他の目標から終生禁煙へと変化した者と、終生禁煙から他の禁煙目標へと変化した者の割合を、評価期間ごとに区切って見ると下記であった。

	0-12週	12-24週	24-52週	52-104週
終生禁煙へと変化	32.0%	19.4%	23.0%	30.3%
終生禁煙から変化	30.0%	21.0%	19.9%	23.1%

→禁煙目標は時間とともに変化した、徐々に終生禁煙へと変化する傾向が見られる。

→時間とともに禁煙目標を変化させる要因として、有意なものは検出できなかった。

→重要なことに、以前の禁煙状況で補正しても、禁煙目標は禁煙の予測因子になっていた。

→12週目の時点での禁煙目標は、24週目の時点での禁煙と関連していた (AOR 1.96, 1.27-3.02)。

→12週目の時点での禁煙は、24週目の禁煙と関連していた (AOR 18.00, 11.83-27.39)。

→24週目の時点での禁煙目標と (AOR 2.30, 1.50-3.53)、禁煙も (AOR 14.25, 9.32-21.79)、ともに52週目の

禁煙と関連していた。

→52週目の禁煙は104週目の禁煙と関連していたが (AOR 13.32, 8.83-20.09)、52週目の禁煙目標と104週目の禁煙とに関連は見られなかった (AOR 1.57, 0.99-2.50)。

→多変量回帰分析では、0週目の禁煙目標は12, 24, 52週目の禁煙の予測因子ではなかったが、104週目の禁煙の予測因子になっていた (AOR 1.59, 1.11-2.28)。

→禁煙目標は変化しやすく、継続的なカウンセリングが重要である。

<選者コメント>

禁煙の目標が、禁煙治療中および治療後にどのように変化するかを調べた研究です。

終生禁煙を目標とした人は、それよりゆるい目標の人より1.57倍禁煙に成功していました。終生禁煙は、治療開始時には7割近くの人が目標としていましたが、2年後には全体として5割程度にまで減っていました。

これは禁煙に成功しなかった人も含まれているためと思われます。

禁煙目標は固定したものではなく約4割の人で変化しましたが、かつての目標がどうであれ、いま終生禁煙を目標にしている人は近未来の禁煙率が高くなりました。ゆるい目標から終生禁煙へと目標を上げた人の割合は、治療初期の3か月間が最も多く、後治療に入った3-6か月目でぐっと減り、その後は徐々に増えていきました。治療密度の低下がモチベーションの低下につながった可能性が考えられます。

禁煙したら終わり、なのではなく、喫煙はタバコ依存症という慢性疾患であり、再発管理も禁煙支援の重要なポイントであることがあらためて認識されます。

<その他の最近の報告>

KKE149a 「喫煙・受動喫煙・禁煙と2型糖尿病発症の関連：システマティック・レビューとメタ解析」

Pan A等、Lancet Diabetes Endocrinol. 2015 Sep 17. (Epub ahead) PMID: 26388413

KKE149b 「米国予防医療専門委員会による妊婦を含む成人への禁煙支援のレビュー」

Patnode CD等、Ann Intern Med. 2015 Sep 22. (Epub ahead) PMID: 26389650

KKE149c 「バレニクリンはNRTより心血管疾患や神経精神的リスクを減らしこそすれ増やさない」

Kotz D等、Lancet Respir Med. 2015 Sep 4. (Epub ahead) PMID: 26355008

KKE149d 「CT肺癌検診の実社会でのメリットは臨床試験より低く禁煙が重要である。」

Howard DH等、Cancer. 2015 Sep 15. (Epub ahead) PMID: 26372542

KKE149e 「職場の完全禁煙法とタバコ増税は若者の喫煙開始を抑制する：11年間の縦断的研究」

Song AV等、JAMA Pediatr. 2015 Sep 8;169(9):e152285. PMID: 26348866

KKE149f 「未成年者へのNRT禁煙介入のレビュー」

King JL等、Addict Behav. 2015 Sep 1;52:39-45. (Epub ahead) PMID: 26355397

KKE149g 「喫煙者への肝移植に関する米国移植センターの対応調査」

Fleetwood VA等、J Gastrointest Surg. 2015 Sep 10. (Epub ahead) PMID: 26358276

KKE149h 「重症精神疾患患者への精神科看護師と薬剤による支援効果（無作為化比較試験）」

Gilbody S等、Lancet Psychiatry. 2015 May;2(5):395-402. PMID: 26360283

KKE149i 「米国では過去15年で禁煙時平均年齢は変わらないが成功率は増えている」

Schauer GL等、Am J Prev Med. 2015 Sep 8. (Epub ahead) PMID: 26362404

KKE149j 「タバコ1箱の本数を減らすと禁煙に結びつくか？（擬似購買実験）」

Marti J等、PLoS One. 2015 Sep 10;10(9):e0137520. PMID: 26356844

KKE149k 「依存性薬物による睡眠障害のレビュー」

- Garcia AN等、Am J Addict. 2015 Oct;24(7):590-8. PMID: 26346395
KKE149l 「喫煙は多発性硬化症患者の二次性進行型への移行を早める」
- Ramanujam R等、JAMA Neurol. 2015 Sep 8:1-7. (Epub ahead) PMID: 26348720
KKE149m 「脳卒中で島皮質が障害されるとタバコ離脱症状が軽減する」
- Abdollahi AL等、Addiction. 2015 Sep 8. (Epub ahead) PMID: 26347067
KKE149n 「タイの禁煙支援ではバレニクリンやノルトリプチリンに費用対効果がある」
- Tosanguan J等、Addiction. 2015 Sep 11. (Epub ahead) PMID: 26360507
KKE149o 「喫煙者は全人工膝関節置換術後の再置換が2.87倍多い」
- Nwachukwu BU等、BMC Musculoskelet Disord. 2015 Sep 9;16(1):245. PMID: 26353801