

# 禁煙科学

Vol. 10(03), 2016. 03



## 今月号の目次

### 【原著】

- 精神疾患を併存したニコチン依存症患者に対する  
精神科医と連携した禁煙治療の有効性に関する検討  
守 正浩 1

### 【報告】

- 第8回子どもの禁煙研究会 9

### 【連載】

- 禁煙科学 最近のエビデンス (2016/03 KKE166-KKE167)  
舘野 博喜 11

### 【連載】

- 週刊タバコの正体 (2016/03 No. 459-No. 461)  
奥田 恭久 17

### 【報告】

- 第196回 全国禁煙アドバイザー育成講習会 開催報告 in 千葉 18

### 【報告】

- 第197回 全国禁煙アドバイザー育成講習会 開催報告 in 愛知 18

## 【原著】

# 精神疾患を併存したニコチン依存症患者に対する 精神科医と連携した禁煙治療の有効性に関する検討

守 正浩<sup>1)</sup>

## 要 旨

**背景：**当院では2011年の禁煙外来開設以降、2014年6月までの期間に181例のニコチン依存症患者が受診し、39例が精神疾患を伴っていた。そのうち、2011年1月～2012年9月に受診した18例は禁煙治療のための標準手順書に則った12週間の禁煙プログラムを用いた禁煙治療を受けており、禁煙達成率は16.7%と低い結果だった。今回我々は、禁煙達成率を改善するため2012年10月～2014年6月に受診した21例についてかかりつけ精神科医と連携した禁煙プログラムを試み、その有効性について検討を行ったので報告する。

**方法：**2011年1月～2014年6月の期間中に当院禁煙外来を受診し、精神疾患を伴った患者39例を対象とした。対象を2012年9月以前の18例（A群：精神科医との連携なし）と2012年10月以降の21例（B群：精神科医との連携あり）の2群に分け、喫煙状況やプログラムの達成率、禁煙達成率に関して検討を行った。精神科医との連携は、初診時に禁煙治療の可否についてかかりつけ精神科医へ問い合わせを行い治療時の注意点について助言を受けることと、5回の通院加療中に複数回かかりつけ精神科医への通院を依頼し、その都度患者の精神状態の確認や精神疾患に対する薬剤の投与調整を検討してもらうという方法を用いた。

**結果：**B群では3例が初診時かかりつけ精神科医に問い合わせを行った時点で、患者の病状が不安定であるという理由で禁煙治療延期となった。A群の禁煙成功率16.7%に対してB群の禁煙成功率は66.1%と向上していた。

**考察：**精神疾患を伴うニコチン依存症患者に対する禁煙治療時には、かかりつけ精神科医との密な連携が禁煙成功率の向上に有効であることが示された。また、禁煙外来と精神科外来を交互に受診することで、禁煙補助薬の副作用発現や禁煙に伴う精神疾患の増悪を早期に発見し対処できる機会も増えるため、禁煙治療の安全性向上にも寄与できるものと考えられた。

**キーワード：**禁煙、精神疾患、禁煙外来

## 緒 言

統合失調症やうつ病、神経症、人格障害等の精神疾患をもつ患者の喫煙率は27.6～64.9%<sup>1)2)3)4)</sup>と高いが、これ

らの患者に対する禁煙治療は難しく、禁煙成功率は低い。本邦における先行の報告でも、精神疾患を併存したニコチン依存症患者の禁煙成功率は35.7～53.0%<sup>5)6)</sup>とされており、これは中央社会保険医療協議会が報告した2008年度のニコチン依存症管理料算定保険医療機関にお

1) 国立病院機構 千葉医療センター 外科、禁煙外来

責任者連絡先：守 正浩  
国立病院機構 千葉医療センター 外科  
〒260-8606 千葉県千葉市中央区椿森4-1-2  
TEL：043-251-5311、FAX：043-255-1675  
E-Mail：global-peace@dream.so-net.jp

ける禁煙成功率78.5%7)と比較して、25%以上も低い成功率となっている。

当院では禁煙外来開設以来、積極的に精神疾患併存ニコチン依存症患者に対する禁煙治療を行ってきたが、2011年1月～2012年9月の期間中に禁煙治療を行った患者の禁煙成功率は16.7%と惨憺たる結果だった。このことから、精神疾患併存ニコチン依存症患者に対して標準的な禁煙治療プログラムを行うだけでは満足のいく結果は得られないと考えられ、Strasserらの統合失調症患者に対する禁煙治療ガイドライン<sup>8)</sup>を参考に禁煙治療を検討し、最適な禁煙治療プログラムの構築を試みた。

Strasserらのガイドラインでは精神疾患の状態を常に評価すること、ニコチン置換療法やグループ支援を併用すること、頻回に外来受診をさせること等が述べられている。しかしながら、本邦では保険診療の適応とされる禁煙外来通院回数は3か月間に5回と定められているため、Strasserらのガイドラインをそのまま用いることは難しい。このような状況の中で外来受診回数を増やし、精神疾患の状態評価や投薬調整を行うためには精神科医と連携した禁煙外来を構築していくことが禁煙成功率の向上に効果的かつ効率的であると考え、最終的に図2のような禁煙プログラムを考案した。

今回、我々は、2012年10月～2014年6月に当院禁煙外来を受診した21例に対してかかりつけ精神科医と連携した禁煙治療を実践し、良好な成績を得ることができたので、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 対象と方法

2011年1月～2014年6月の期間中に当院禁煙外来を受診した181例のうち、初診時に精神科通院治療中であった39名を対象とした(図1)。対象を2011年1月～2012年9月の

期間に受診し、精神科医との連携のない禁煙治療を受けたA群と、2012年10月～2014年6月の期間に受診したB群(精神科医との連携あり)の2群に分けて禁煙成功率、禁煙プログラム完遂数を比較した。精神疾患の併存がない患者についても同様の期間の禁煙成功率、禁煙プログラム完遂数を比較した。また、精神疾患の有無で禁煙外来受診者を2群に分け、患者背景や禁煙補助薬の副作用発現について統計学的に検討を加えた。禁煙補助薬の副作用は嘔気や嘔吐、便秘等を消化器症状、眠気や不眠、異夢を睡眠障害、薬疹や皮膚炎を皮膚障害、前述の副作用以外をその他と定義した。

A群では禁煙外来担当医により、禁煙治療のための標準手順書に則った12週間の禁煙プログラムを用い、B群ではかかりつけ精神科医と連携した禁煙プログラムを用いた。精神科医との連携は、

①禁煙治療開始前に精神科を受診、患者の精神状態を評価し、禁煙治療の可否を判断すること

②12週の禁煙治療の間に複数回精神状態を評価することで禁煙治療継続の可否判断と精神疾患に対する投薬調整を行うことを目的とし、図2のごとく禁煙治療の間でかかりつけ精神科を受診する方法をとった。精神科医による禁煙治療開始可否の評価時に、治療不適と判断された症例では禁煙治療を延期した。精神科受診回数や間隔は精神科医および禁煙外来担当医、患者自身の判断で増減可能とした。禁煙外来担当医と精神科担当医間の情報の伝達は、手紙もしくは電話で行った。

対象のデータは千葉医療センター医療情報管理室で管理されており、外来カルテを用いて情報を収集した。統計解析にはU検定、 $\chi^2$ 検定を用いた。統計解析ソフトはSPSSを使用し、有意水準を $p=0.05$ とした。

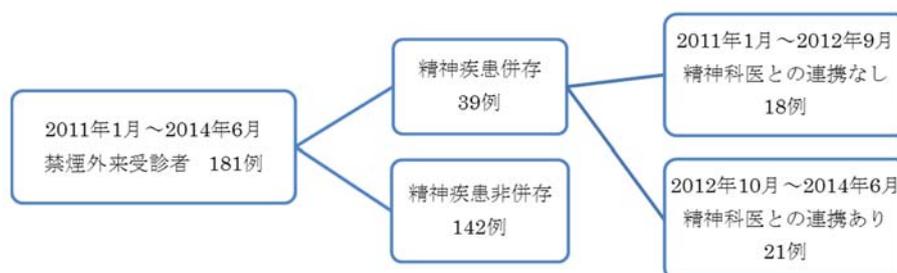


図1 Study Design

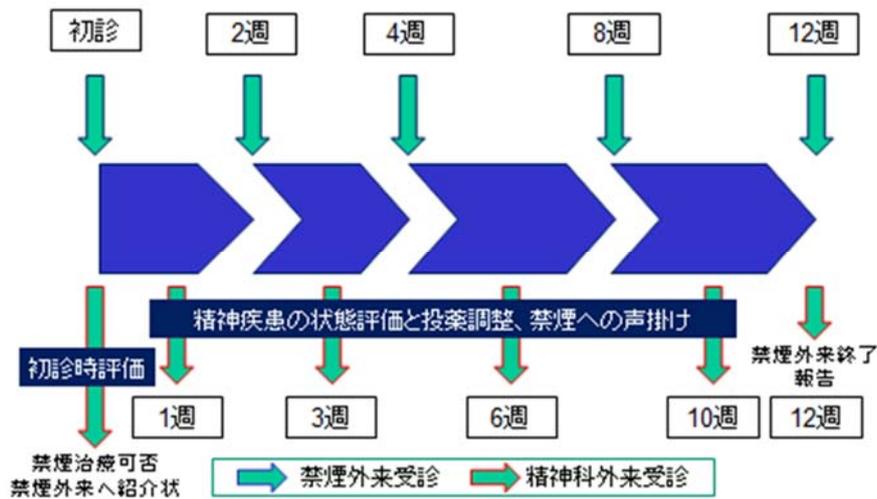


図2 精神科医と連携した禁煙プログラム

## 結果

表1に患者を精神疾患併存の有無で2群に分けた場合の患者背景の比較結果を示す。年齢、性別、1日喫煙本数、喫煙年数、Tobacco Dependence Screener (以下TDS)、初診時呼気CO濃度、生活保護費受給者数で有意差を認めた。精神疾患併存群では若年、女性、1日喫煙本数が多く、初診時の呼気COが高濃度だった。また、喫煙年数は短く、生活保護費受給者が多かった。身長や体重、喫煙開始年齢、Brinkman Index (以下BI) に有意差は認めなかった。それぞれの群における禁煙成功率は66.2%、38.9%で、禁煙成功者数および禁煙プログラム完遂数は精神疾患併存群で有意に低い結果だった (p=0.002、

表1 精神疾患併存群、併存無群の患者背景比較

	精神疾患併存無群 n=142	精神疾患併存群 n=39	p-value
年齢	59.1±13.5	49.6±12.5	<0.001
性別			
男性	98	18	0.008
女性	44	21	
身長	163.7±8.0	162.3±7.7	NS***
体重	62.8±12.9	67.7±14.4	NS
喫煙開始年齢	22.2±7.4	23.5±9.9	NS
1日喫煙本数	23.8±10.9	27.5±10.1	0.049
喫煙年数	36.9±13.6	26.1±11.1	<0.001
BI**	845±468.9	708.5±358.6	NS
TDS***	7.7±1.7	8.5±1.5	0.002
初診時呼気CO濃度	16.9±10.3	24.1±13.4	0.002
生活保護費受給者数	15	22	<0.001

※BI: Brinkman Index、※※TDS: Tobacco Dependence Screener  
 ※※※NS: Not Significant

表2 精神疾患併存群と

	精神疾患併存無群 n=142	精神疾患併存群* n=36	p-value
禁煙成功数 (成功率)	94 (66.2%)	14 (38.9%)	0.002
禁煙プログラム完遂数 (完遂率)	103 (73.0%)	19 (52.8%)	0.023

※2012年10月以降の症例で禁煙治療開始前の精神科医による評価時に禁煙治療が不可能と判断された3例を除外した36例を対象とした。

0.023、表2)。

2011年1月～2012年9月 (以下A群)、2012年10月～2014年6月 (以下B群) の期間中に禁煙外来を受診した精神疾患併存ニコチン依存症患者はそれぞれ18例、21例で、B群の3例は精神科医の評価時に禁煙治療不適と判断され、治療開始を延期したため実際に禁煙治療を受けた症例は18

表3 精神科医との連携開始前後での患者背景

A群: 2011年1月～2012年9月 (かかりつけ精神科医との連携なし)  
 B群: 2012年10月～2014年6月 (かかりつけ精神科医との連携あり)

	A群 n=18	B群 n=21	p-value
年齢	50.8±11.7	48.5±13.4	NS****
性別			
男性	7	10	NS
女性	11	11	
身長	160.9±7.8	163.3±7.7	NS
体重	72.8±14.6	63.1±12.9	NS
喫煙開始年齢	25.9±10.3	21.3±9.2	NS
1日喫煙本数	27.5±9.3	27.5±11.1	NS
喫煙年数	25.7±12.2	26.1±9.8	NS
BI**	706.1±385.8	710.8±342.5	NS
TDS***	8.8±1.0	8.3±1.3	NS
初診時呼気CO	27.9±15.4	20.3±10.0	NS
生活保護費受給者数	15	7	0.002

※BI: Brinkman Index、※※TDS: Tobacco Dependence Screener  
 ※※※NS: Not Significant

表4 併存した精神疾患の内訳

A群		B群	
精神疾患	患者数	精神疾患	患者数
統合失調症	2	統合失調症	6
うつ病	10	うつ病	10
不安神経症	6	不安神経症	3
		器質性精神障害	1
		解離性精神障害	1

表5 各期間の禁煙成功率とプログラム完遂率

A群：2011年1月～2012年9月（かかりつけ精神科医との連携なし）  
 B群：2012年10月～2014年6月（かかりつけ精神科医との連携あり）

A：精神疾患併存例

	A群 n=18	B群* n=18	p-value
禁煙成功数 (成功率)	3 (16.7%)	11 (66.1%)	0.006
禁煙プログラム完 遂数 (完遂率)	7 (38.9%)	12 (66.7%)	0.095

※2012年10月以降の症例で禁煙治療開始前の精神科医による評価時に禁煙治療が不可能と判断された3例を除外した18例を対象とした。

B：精神疾患非併存例

C群：2011年1月～2012年9月  
 D群：2012年10月～2014年6月

	C群 n=59	D群 n=83	p-value
禁煙成功数 (成功率)	36 (62.7%)	58 (71.1%)	0.271
禁煙プログラム完 遂数 (完遂率)	40 (77.9%)	63 (85.5%)	0.286

例であった。両群の患者背景を表3に示す。A群で生活保護費受給者数が有意に多かったが、その他の項目に有意差はみられなかった。併存した精神疾患の内訳はうつ病が最も多く20例(51.3%)、不安神経症が9例(23.1%)、統合失調症が8例(20.5%)を占めていた(表4)。精神疾患併存例の禁煙成功率はA群16.7%、B群66.1%で、禁煙成功者数はB群で有意に多い結果だったが、禁煙プログラム完遂者数に有意差はみられなかった(表5A)。一方で精神疾患非併存例ではC群、D群とも禁煙成功者数、禁煙プログラム完遂数に有意差はみられなかった(表5B)。

表6に精神疾患併存群と併存無群における禁煙補助薬の選択と、補助薬使用時の副作用発現数を示す。両群間で禁煙補助薬の選択に差はなく、副作用発現数についても有意差は認めなかった。発現した副作用を内訳ごとに比較した場合でも発現数に差はみられなかったが、禁煙治療中にうつやその他の精神症状の出現や増悪をきたした

患者数は精神疾患併存群で有意に多い結果だった(p<0.001)。

## 考 察

本邦では禁煙治療のための標準手順書をはじめとした複数の成書で禁煙治療の解説がなされているが、精神疾患を有するニコチン依存症患者に対する禁煙治療に関しては詳細な指針がないのが現状である。海外でも2002年にStrasserらが報告した統合失調症患者に対する禁煙治療ガイドライン<sup>8)</sup>のように単一の精神疾患を併存したニコチン依存症患者に対する指針は存在するが、その他多くの精神疾患を包括した禁煙治療指針は確立していない。一方で、過去の報告から精神疾患を有する患者の喫煙率は高いことが示されており<sup>1)2)3)4)</sup>、統合失調症患者では平均寿命が20%短く、喫煙に関連した呼吸器疾患がこの一因であるとの報告も散見される<sup>9)10)11)</sup>。これらの報告から、喫煙が精神疾患併存患者の健康状態に悪影響を与えていることが示唆され、禁煙治療の推進は重要な課題と考える。しかし、精神疾患併存ニコチン依存症患者では禁煙動機付けや意欲が低いこと、禁煙治療に伴う精神症状増悪の危険があることから禁煙成功率が低く、これらの患者を受け入れ可能な精神科医主導の禁煙外来数も十分ではない。実際に我々の検討結果でも、精神疾患を有するニコチン依存症患者の禁煙成功率は、精神疾患をもたないニコチン依存症患者の禁煙成功率と比較して有意に低いことが再確認された(表2)。この要因としては

表6 禁煙補助薬の選択と副作用発現数

		精神疾患併 存無群 n=142	精神疾患併 存群* n=36	p-value
禁煙補助薬				
バレニクリン		126	32	NS**
ニコチン置換療法		16	4	
副作用発現数		44	14	NS
内 副 作 用 の	消化器症状	26	11	NS
	睡眠障害	13	1	NS
	皮膚障害	3	1	NS
	その他	2	1	NS
精神症状の出現/増悪				
あり		0	3	<0.001
なし		142	33	

※2012年10月以降の症例で禁煙治療開始前の精神科医による評価時に禁煙治療が不可能と判断された3例を除外した36例を対象とした。

※NS: Not Significant

表7 精神疾患併存、生活保護費受給者の禁煙成功率

A群：2011年1月～2012年9月（かかりつけ精神科医との連携なし）  
B群：2012年10月～2014年6月（かかりつけ精神科医との連携あり）

生活保護費受給者数	A群 n=15	B群※ n=6	p-value
禁煙成功率	1	3	0.022
禁煙失敗数	14	3	
成功率	6.7%	50.0%	

※2012年10月以降の症例で禁煙治療開始前の精神科医による評価時に禁煙治療が不可能と判断された1例を除外した6例を対象とした。

表1に示した患者背景から、1日喫煙本数が多いためニコチン依存度が高いことや、若年者が多いため周囲の喫煙者からの喫煙の勧誘に流されやすいといった精神的脆弱性をもつこと、生活保護費受給者が多く周囲に喫煙者が多いといった生活環境も禁煙成功率を低下させている要因と考えられた。

今回、我々が考案した禁煙治療プログラムの運用開始後、禁煙成功率は有意に増加し、禁煙成功率も66.7%と精神疾患併存無群の禁煙成功率と同等のレベルにまで向上した（表5）。表3に示したごとく、かかりつけ精神科医との連携前後の患者背景は年齢、性別、身長、体重、喫煙開始年齢、1日喫煙本数、喫煙年数、BI、TDS、初診時呼気CO濃度のいずれにおいても有意差はみられなかったが、精神科医との連携開始前の症例で生活保護費受給者数が多かった。精神疾患を併存し生活保護費を受給しているニコチン依存症患者の禁煙成功率は18.1%で、生活保護費非受給者の禁煙成功率66.7%と比較して低い結果を示し、生活保護費受給者数の違いが禁煙成功率に関して負のバイアスとなっている可能性は否定できない。しかし、表7に示したごとく生活保護費受給者の禁煙成功率は、かかりつけ精神科医との連携後で有意に増加していたことから、かかりつけ精神科医と連携した禁煙プログラムは、患者背景にかかわらず精神疾患を有するニコチン依存症患者すべてに対して有効であると思われた。

禁煙補助薬の副作用や禁煙治療そのものが精神疾患を併存したニコチン依存症患者に与える影響について検討すると、副作用発現頻度は精神疾患発現無群で31.0%、精神疾患併存群では38.9%で、禁煙補助薬の副作用発現数は精神疾患併存の有無で差がなかった（表6）。他方、治療経過中に精神症状の出現や増悪がみられ、禁煙治療中止に至った症例は全て精神疾患を併存した患者で、精

神疾患を併存しない患者では治療経過中に精神症状が出現した者は一人もいなかった（表6）。治療経過中に精神症状の出現や増悪がみられた3例の基礎疾患は、統合失調症、うつ病、器質性精神障害がそれぞれ1例ずつで、精神疾患の内訳に偏りはなかった。幸いにもこれらの症例では早期に精神疾患の増悪に気づき、禁煙治療を中止することで速やかに精神疾患は安定化したが、精神疾患併存患者に対して禁煙治療を行う場合には治療経過中に精神疾患の増悪をきたす症例が存在することを念頭に置いて診療にあたり、常に患者の精神状態を評価することが大切であると思われた。また、タバコ煙に含まれる多環芳香族炭化水素類（Poly cyclic aromatic hydrocarbon : PAHs）は代謝酵素CYP1A1やCYP1A2、CYP2E1を誘導することが報告されている<sup>12)13)14)</sup>。これら代謝酵素の中でもCYP1A2は向精神薬や抗うつ薬の代謝に関与し、ハロペリドールやオランザピンでは血液中濃度の有意な低下をきたす<sup>15)16)</sup>。このため、禁煙することでCYP1A2の誘導が解除されると向精神薬や抗うつ薬の血中濃度の上昇やそれに伴う副作用が発現する可能性がある。禁煙治療中に精神症状の変化をきたした場合には薬剤投与量や投与間隔の変更等、内服調整を要する可能性が示唆され<sup>17)</sup>、禁煙治療期間中に精神科医の診察を受けることは大きな意味を持つと思われる。当院では今回の取り組み開始以降、禁煙治療開始前にかかりつけ精神科医で患者の禁煙治療可否を評価し、患者の精神症状が不安定な場合には治療を延期している。これにより3例の患者が禁煙治療延期となり、いずれも統合失調症の患者だった。禁煙治療開始前に精神症状増悪リスクの高い患者をスクリーニングし、除外できることは禁煙治療の安全性向上につながる可能性がある。

精神疾患併存患者に対する禁煙補助薬の選択は、Vareniclineに精神症状の増悪に伴う自殺企図を誘発する可能性があるとの理由から、従来ニコチン置換療法が選択されてきた。近年では多くの研究結果からVarenicline内服と自殺企図との因果関係は否定されている<sup>18)19)20)21)22)23)</sup>。また、ニコチン置換療法やVareniclineを使用した禁煙治療時の禁煙成功率は、偽薬を使用した禁煙治療と比較して有意に禁煙成功率は向上したとの報告も散見される<sup>24)25)</sup>。我々の検討においても精神疾患の有無で禁煙補助薬の副作用発現数に差はみられず（表6）、Vareniclineはニコチン置換療法と同様に精神疾患を併存したニコチ

ン依存症患者の有効な選択肢の一つと考えられた。

今回の我々の検討から、精神疾患を併存したニコチン依存症患者に対してかかかりつけ精神科医と連携した禁煙治療を行うことで禁煙成功率が向上することが示され、加えて以下の①～③のような利点もあることが明らかとなった。

①禁煙治療開始前に患者の精神疾患の安定性を評価し禁煙治療の可否判断ができる。

②患者の精神疾患の変化を早期にとらえ、向精神薬等の投薬調整を含めた対応や禁煙治療中止の判断ができる。

③禁煙外来だけでなく精神科外来でも禁煙への声掛けを行うことで、患者の禁煙意識を高いレベルで保つことができる。

①は禁煙治療に伴う精神疾患増悪リスクを孕んだニコチン依存症患者に対する不用意な禁煙治療の回避につながり、②は禁煙治療の安全性の向上につながる。③は患者の禁煙動機付け強化から、禁煙プログラム離脱症例の減少と禁煙成功率の向上に寄与するものと考えられる。前述のごとく、たとえ精神疾患を併存している患者であっても禁煙補助薬の副作用発現は精神疾患を併存しない患者と同等で、禁煙補助薬は安全に使用できる。重要なことは、禁煙治療を開始する前に患者の精神疾患が安定していることを確認することと、禁煙治療開始後の精神疾患増悪を鋭敏に拾い上げること、患者へ頻回に声掛けをして信頼関係を構築することである。そのためにかかかりつけ精神科医と密な連携をとり、協力することは非常に有効な禁煙治療法と考えられた。一般禁煙外来が精神疾患を併存したニコチン依存症患者に対して門戸を広げれば、よりいっそう禁煙しやすい環境の整備が進むと思われる。また、通常診療から禁煙治療が分離されるため、精神科医の負担軽減につながるかもしれない。

## 結 語

精神疾患を伴うニコチン依存症患者に対して、かかかりつけ精神科医と連携した禁煙プログラムを考案、実践し、その禁煙治療結果について報告した。禁煙外来と精神科外来を交互に受診することで、禁煙補助薬の副作用発現や禁煙に伴う精神疾患の増悪を早期に発見し対処できる機会も増えるため、禁煙治療の安全性向上にも寄与できるものと思われた。

## 文 献

- 1) 中島公博, 古根高, 千丈雅徳, 他: ある精神科病院における喫煙の実態調査ならびに喫煙対策. 臨精医 2004; 33: 805-809.
- 2) 川合厚子, 阿部ひろみ: 単科精神科病院における患者と職員の喫煙状況. 日本公衛誌2007; 54: 623-631.
- 3) 氷見治代: 精神科病院における敷地内禁煙実施後の患者意識について. 精神看護2009; 39: 30-31.
- 4) 中山秀紀, 浅利宏栄, 丸田真樹, 他: 総合病院精神科外来患者における喫煙状況. 精神医学2012; 54: 67-74.
- 5) 中野和歌子, 林 健司, 吉井千春, 他: 精神疾患を併存しているニコチン依存症患者の禁煙治療成績. 禁煙会誌2011; 6: 91-97.
- 6) 北村由香, 坂倉範昭, 内田達男, 他: 一般禁煙外来における精神障害患者の禁煙治療. 日本胸部臨床 2013; 72: 88-92.
- 7) 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報告書: <http://mhlw.go.jp/singi/2010/06/dl/s06023i.pdf> [2015. 02. 05].
- 8) Strasser K, Moeller-Saxone K, Meadows G, et al: Smoking cessation in schizophrenia. General practice guidelines. Aust Fam Physician. 2002; 31:21-24.
- 9) Brown S, Inskip H, Barraclough B: Causes of the excess of schizophrenia. Br J Psychiatry 2000; 177:212-217.
- 10) Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, et al: Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. Am Heart J 2005; 150: 1115-1121.
- 11) Joukama M, Heliovaara M, Knekt P, et al: Mental disorders and cause specific mortality. Br J Psychiatry 2001; 179: 498-502.
- 12) Bozikas VP, Papakosta M, Niopas I, et al: Smoking impact on CYP 1A2 activity in a group of patients with schizophrenic patients. Eur. Neuropsychopharmacol 2004; 14: 39-44.
- 13) Faber MS, Fuhr U: Time response of cytochrome P450 1A2 activity on cessation of heavy smoking. Clin Pharmacol Ther 2004; 76: 178-186.
- 14) Haslemo T, Eikeseth PH, Tanum L, et al: The effect of variable cigarette consumption on the interaction with clozapine and olanzapine.

- Eur J Clin Pharmacol 2006; 62: 1049-1053.
- 15) 戌亥敬一郎、水木 泰：喫煙と向精神薬の薬物動態学的相互作用について。日精協誌2008；27（10）：872-878.
  - 16) Zevin S, Benowitz NL: Drug interactions with tobacco smoking. An Update. Clin Pharmacokinet 1999; 36: 425-438.
  - 17) Tsuda Y, Saruwatari J, Yasui-Furukori N: The effect of smoking on the disposition of two commonly used antipsychotic agents, olanzapine and clozapine. BMJ Open 2014; 4: e004216.
  - 18) Banham L, Gilbody S: Smoking cessation in severe mental illness: What works? Addiction 2010; 105: 1176-1189.
  - 19) Williams JM, Anthenelli RM, Morris CD, et al: A randomized, double-blind, placebo-controlled study evaluating the safety and efficacy of varenicline for smoking cessation in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. J Clin Psychiatry 2012; 73: 654-660.
  - 20) Anthenelli RM, Morris C, Ramey TS: Effects of varenicline on smoking cessation in adults with stably treated current or past major depression: a randomized trial. Ann Intern Med 2013; 159: 390-400.
  - 21) Ragg M, Gordon R, Ahmed T, et al: The impact of smoking cessation on schizophrenia and major depression. Australas Psychiatry 2013; 21: 238-245.
  - 22) Kyla H Thomas, Richard M Martin, John Potokar, et al: Reporting of drug induced depression and fatal and non-fatal suicidal behavior in the UK from 1998 to 2011. BMC Pharmacology and Toxicology 2014; 15:54
  - 23) John R, Hughes MD: Varenicline as a Cause of Suicidal Outcomes. Nicotine & Tobacco Research 2015;1:1-8
  - 24) Stead LF, Perera R, Bullen C, et al: Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2012; 11: CD000146.
  - 25) Cahill K, Stead LF, Lancaster T: Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2012; 4: CD006103.

---

## Investigation of Smoking Cessation Treatment Efficacy Provided in Co-ordination with a Psychiatrist for Nicotine-dependent Patients with Mental Disorders

M Mori, H Komoda

**Background:** In 2011, outpatient smoking cessation treatment began being offered at our hospital, and 181 nicotine-dependent patients were examined by June 2014, 39 of whom had concurrent mental disorders. Eighteen of the 39 patients were examined between January 2011 and September 2012. They received outpatient smoking cessation treatment through a 12-week programme, in accordance with the standard procedures for smoking cessation treatment. Because the success rate for quitting smoking was low (16.7%), we tried a smoking cessation programme co-ordinated with the regular psychiatrists of 21 patients examined between October 2012 and June 2014. The purpose was to improve success rates for quitting smoking. We hereby report our findings on the efficacy of this programme.

**Methods:** Between January 2011 and June 2014, 39 patients with concurrent mental disorders were examined for outpatient smoking cessation treatment at our hospital. Subjects were divided into a group of 18 patients from before September 2012 (Group A: no co-ordination with psychiatrist) and a group of 21 patients from Oc-

tober 2012 onwards (Group B: co-ordination with psychiatrist). We investigated smoking status, programme success rates and quitting smoking success rates. Co-ordinating with a psychiatrist involved contacting the patient's regular psychiatrist at the initial exam, regarding whether outpatient smoking cessation treatment was possible and obtaining advice regarding caution points during treatment. Patients were requested to visit their psychiatrist multiple times over the course of five treatment sessions. Each time, the psychiatrist confirmed the patient's mental state and considered adjusting their medication for mental disorders.

**Results:** Smoking cessation treatment was discontinued for three patients in Group B after being indicated as mentally unstable by their psychiatrists when first contacted at the initial exam. The success rate for quitting smoking, which was 16.7% in Group A, improved to 66.1% in Group B.

**Conclusion:** Results indicated that while providing outpatient smoking cessation treatment to nicotine-dependent patients with mental disorders, close co-ordination with the patient's psychiatrist is effective in improving the quitting smoking success rate. Having patients undergo both outpatient smoking cessation treatment and psychiatric examinations increases opportunities for early side effects detection of smoking cessation aids and the exacerbation of mental disorders, therefore, helping improve the safety of smoking cessation treatment.

**Keywords:** quitting smoking, mental disorder, outpatient smoking cessation treatment

【報告】

# 第8回 子どもの禁煙研究会

2016年2月13日

【研究会】

- ◆開催日：2016年（平成28年）2月13日（土）
- ◆場所：沖縄小児保健センター
- ◆主催：日本禁煙科学会・子どもの禁煙研究会
- ◆後援：沖縄県医師会、沖縄県健康づくり財団、沖縄県小児科医会、  
 沖縄県薬剤師会、沖縄県歯科医師会、沖縄県小児保健協会、  
 沖縄県看護協会、沖縄県保健医療部、沖縄県教育委員会（順不同）



【主たるプログラム】

- ◇開会の辞 オリブ山病院 譜久山民子
- ◇第1部
  - ・未成年の喫煙と禁煙に関するエビデンス さいたま市立病院 館野博喜
  - ・奈良県の行政と連携した子どもタバコゼロプロジェクトの2年間の経過 日本禁煙科学会 高橋裕子
- ◇ミニコンサート 琉球交響楽団
- ◇第2部
  - ・子どもたちのタバコ標語紹介 内間小学校 金城輝美
  - ・事例紹介 薬剤師による未成年の禁煙支援事例 伊藤内科医院 伊藤裕子
  - ・事例紹介と参加型ディスカッション  
 未成年の事例、どのように支援する 徳山クリニック 永吉奈央子
- ◇質疑応答
- ◇特別講演  
 「ガッテン流・伝え方必勝テク!! ～行動変容しなきゃヘンヨウ～」  
元NHKためしてガッテン専任ディレクター 北折 一
- ◇閉会の辞 沖縄県立中部病院ハワイ大学卒後医学臨床研修事業団 安次嶺馨

第8回子どもの禁煙研究会

日本禁煙科学会HP（子どもの禁煙研究会のページ）

[http://www.jascs.jp/kodomo\\_kinen/kodomo\\_kinen\\_2016.php#area\\_8](http://www.jascs.jp/kodomo_kinen/kodomo_kinen_2016.php#area_8)

抄録集：「禁煙科学 vol.10(14),2016.02」として発行済

日本禁煙科学会HP（禁煙科学2016のページ）よりダウンロード可能です。

[http://www.jascs.jp/kinen\\_kagaku/kinen\\_kagaku\\_2016.html](http://www.jascs.jp/kinen_kagaku/kinen_kagaku_2016.html)

## 【開催御礼】

オリブ山病院 譜久山民子

学会本部のお力で、いつもに増して豪華な県外講師が揃い、密度の濃い「子どもの禁煙研究会&全国禁煙支援アドバイザー育成講習会」になりました。講師の皆様、参加者の皆様本当にありがとうございました。心から感謝致します。

館野先生は分かりやすく禁煙支援のエビデンスを「高齢者でも禁煙した効果あり、でもより若い年代での禁煙がおすすめです」等、伝えてくださいました。かりゆしウェアーバッチリ格好良かったです。

伊藤先生の動画。禁煙外来の流れを見せて頂き、当日参加の医療スタッフも「明日からはこんなにしよう！」と、喜びの感想を述べていました。

北折先生の講演では、最後の時間帯にも関わらず駆けつけた参加者もいて、皆さん、最後まで熱心に聴講して、次第に熱気に包まれて、行動変容へとモチベーションがアップして行くのを感じました。また北折先生には、前のディスカッションが長引いて、持ち時間を15分縮めてしまい、申し訳ありませんでした。

今回の参加者には、リピーター、様々な医療機関からのスタッフ、医師、薬剤師、行政（保健所、市町村）、八重山・宮古含めて養護教諭など一層の拡がりを感じました。皆様方の活動に支えられ、次回、7月の子どもの禁煙研究会に向けて、また頑張ります。皆様、よろしくお願いいたします。



講習会

## 【〇〇〇が続出！？子どもの禁煙研究会で起きた出来事とは】

徳山クリニック 永吉奈央子

タイトルが変ですね！いやー、北折マジックにかかっちゃいました。北折先生に「いきなり変なこといったほうがいい」なんて伝授されちゃいましたから。「つつい」「たくなる」・・・これってコツなんです。

北折マジック前の私：「どうやったら子どもにわかりやすく説明できるかな」

北折マジック後の私：「子どもが、つつい、禁煙したくなる落とし穴に、どう歩かせるようかな」

これ、私の行動変容です。（タイトルの〇〇〇〇の答え）講演タイトル「行動 変容しなきゃヘンヨウー」のとおりですね！恐れ入りました。

今日は、ひとまずクイズを出しました。

「〇〇〇をはるとたばこを吸いたくなくなっちゃう。なーんだ？」のクイズに意気揚々と「パッチ」と答えてくれた中学生、楽しそうな笑顔でした。こんなクイズをいろいろ考えるワークも楽しそうですね。

今回の参加者のアンケート回答者の9割の方に「とても良かった、良かった」の評価をいただきました。また、多数の感想の中には、北折先生の講演への感想が多数寄せられたほか、内間小学校の子どもたちのたばこ標語や、大分の伊藤内科医院の外来の動画、症例ディスカッションのこと、そしてしっかりした内容のエビデンスを紹介くださった館野先生への感想、奈良県のすばらしい取り組みを紹介くださった高橋先生への感想を多数いただきました。

研究会の記録を禁煙科学へ掲載予定です。参加できなかった方は楽しみにお待ちください。



琉球交響楽団のミニコンサート

# 禁煙科学 最近のエビデンス 2016/03

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。

## 2016/03 目次

- KKE166 「ツイッターによるSNS禁煙支援プログラムTweet2Quitは有効」
- KKE167 「断煙法は減煙法に勝る：無作為化非劣性試験」

### KKE166

## 「ツイッターによるSNS禁煙支援プログラムTweet2Quitは有効」

Pechmann C等、Tob Control. 2016 Feb 29. (Epub ahead) PMID: 26928205

- ソーシャル・ネットワーク・サイトSNSは、自助グループに最適な場と考えられるが、その有効性は未知である。
- 電子掲示板やメーリング・リストは、初期に関心は高いものの長期の参加率は低い。
- その理由として、投稿者へのレスポンスが遅い、新規参入者の投稿が無視される、参加者の関心が徐々に低下し参加しなくなる、の3つが指摘されている。
- これらの問題を解決するため、禁煙支援用のSNSであるTweet2Quitを開発した。
- 毎日自動的に禁煙治療に関する質問が流され、参加者同士がSNS上で会話し交流する、という禁煙介入法である。
- 40人の参加者を20人ずつに分けた無作為化2群比較対照試験を計4回行った（計160人）。
- 募集はGoogleを通して行われ、Eメールでコンタクトをとりネットでの参加を開始した。
- 参加基準は18-59歳、100本以上の喫煙歴、1日5本以上の現喫煙、翌月に禁煙希望あり、携帯でネット使用可、毎日Facebookを使用していること、などとした。
- 除外基準は、ニコチンパッチの禁忌がある、抗うつ剤・抗不安剤の内服、4週以内の違法薬物使用、マリファナ使用、などとした。
- 参加者にはニコチンパッチが配られ、政府の禁煙サイトが案内された。
- 個々に臨床試験サイトのためのユーザーネームとパスワードを与え、コホート開始から7日以内に禁煙開始日を設定するようメールで説明した。
- コホート開始の1週間前に、56日分のニコチンパッチを喫煙量に合わせて送付し、禁煙開始日から使用するようメールした。
- また政府の禁煙サイトを閲覧するように、自動お知らせメールを禁煙後の各時期に送った。
- 禁煙状況は7日、30日、60日目に過去1週間の喫煙状況をメールか電話で確認し、臨床試験サイトを介してニコチンパッチ使用状況などを調べた。
- 2点連続して1週間禁煙できていた場合、継続禁煙とみなした。
- 介入群はさらに、100日間、20人のツイッター・グループに参加し、1日2回自動メッセージによる連絡を受け、お互いの禁煙を励ましサポートした。
- ツイッター・グループ内のツイートはメンバーと研究スタッフのみが見られた。

- コホート開始時に介入群には自動メールが送られ、毎日ツイートするよう促された。
- 送られたツイートは全メンバーがいつでも見られるように、送信者と日時入りで時間順に表示された。
- 毎日17時に質問形式で本日の話題が自動送信され、100日間継続した。
- 毎日9時には過去24時間の参加状況について、個々の携帯に自動評価メッセージが送られ、ツイートした者は賞賛され、ツイートしなかった者には参加が呼びかけられた。
- 参加者個々の送ったツイートの総数、ツイートを送った総日数、ツイート期間（初回ツイートと最終ツイートの間の日数）、を計測した。
- 参加者の平均年齢は35.7歳（標準偏差SD 9.9）、男性は26.3%であった。
- 1日平均喫煙本数18.0(SD 8.2)本、喫煙年数16.8(SD 9.8)年、FTND 4.7(SD 2.1)であった。
- 160人中25人（15.6%）では禁煙状況の確認できない時点があった。
- 禁煙状況の確認できた135人では、60日継続禁煙率は、介入群40.0%、対照群20.0%、オッズ比OR=2.67(CI: 1.19-5.99, p=0.017)であった。
- 全例での解析では、60日継続禁煙率は、介入群32.5%、対照群17.5%、OR=2.27(CI: 1.04-4.97, p=0.039)であった。
- 禁煙状況不明=喫煙とみなして解析すると、7、30、60日目の1週間禁煙率は、介入群：41.25%、57.50%、55.00%  
対照群：37.50%、38.75%、41.25%となった。
- 介入群の53.8%はプロフィール写真を載せ、67.2%は携帯からツイートし、75.9%は仕事中にツイートしていた。  
介入群の3/4は1回以上ツイートし、各グループの平均ツイート数は1,177(SD 275)であった。
- 1人平均して計58.8(SD 68.1)ツイートを送り、ツイート期間は47.4(SD 38.9)日、ツイート総日数は22.9(SD 24.0)日、であった。
- ツイートの24.0%は自動メッセージ送信後の1時間以内に発生し、うち12.1%は本日の話題後に、11.9%は自動評価メッセージの後に発生していた。
- 背景因子では、女性より男性、完全禁煙を目標とした者、の禁煙率が有意に高かった。
- 介入群ではツイート総数と継続禁煙率が関連し（OR=1.02, CI: 1.02-1.03, p<0.001）、10ツイート増えるごとに継続禁煙率が20%増加した。
- ツイート数や参加状況に関連する因子は、プロフィール写真を載せる、携帯からツイートする、仕事中にツイートする、大学卒、であった。
- ツイート数は時間とともに指数関数的に減少したが、継続禁煙者では長期間かつ多数ツイートしていた。

	ツイート期間	ツイート総数
継続禁煙者	10.5(SD4.5)週	115.5(SD 81.7)
非継続禁煙者	6.0(SD 5.0)週	38.7(SD 39.5)

→介入群のうち最後まで調査に参加した者は、

1回以上ツイートした者	88.3%
1度もツイートしなかった者	60.0%

と、前者に有意に多かった（p=0.005）。

→介入群と対照群でニコチンパッチ使用や禁煙サイト閲覧に差はなかった。

→ツイッターを用いたSNS禁煙支援は禁煙効果を倍増する。

#### <選者コメント>

SNSのひとつツイッターを用いた禁煙臨床試験の報告です。

20人のグループを作り、毎日ひとつの禁煙治療に関するトピックスが流され、それを題材にツイートで切磋琢磨し合うよう促されました。ニコチンパッチや禁煙サイトも併用し、2か月後の禁煙率が対照群の20%に比し、ツイッター群では40%と倍増していました。さらに継続禁煙率は、ツイートを多くした人ほど高く、量反応関係がありました。既存のTwitterやFacebookアカウントを利用するだけの研究と異なり、新規のプログラムTweet2Quitを用い、20人の小グループを期限付きで設定したこと、医療者側から定期的に自動メッセージが送信されること、に新規性があり効果を発揮したものと考えられます。

呼気CO等による禁煙の客観的確認が難しい点がITを利用した支援の弱点ではありますが、本邦ではずっと以前から禁煙マラソンがピアサポートとして高い効果を上げており、今後益々の発展が期待される分野と思います。

### <その他の最近の報告>

KKE166a 「禁煙に関するエビデンスと臨床的まとめ」

Patel MS等、Ann Intern Med. 2016 Mar 1;164(5):ITC33-ITC48. PMID: 26926702

KKE166b 「禁煙後の代謝異常に関するレビュー」

Harris KK等、Nat Rev Endocrinol. 2016 Mar 4. (Epub ahead) PMID: 26939981

KKE166c 「低所得層喫煙者への能動的禁煙介入は効果的：無作為化比較試験」

Fu SS等、Thorax. 2016 Mar 1. (Epub ahead) PMID: 26931362

KKE166d 「薬局における禁煙支援は有効（系統的レビュー）」

Brown TJ等、BMJ Open. 2016 Feb 29;6(2):e009828. PMID: 26928025

KKE166e 「未成年者のニコチン依存の形成しやすさにはeIF2 $\alpha$ 活性の低さが影響している」

Placzek AN等、Elife. 2016 Mar 1;5. PMID: 26928076

KKE166f 「精神科病棟では喫煙させるためのコストや事故が生じている」

Sohal H等、Int J Environ Res Public Health. 2016 Feb 25;13(3). PMID: 26927143

KKE166g 「喫煙は日本人の膀胱癌リスクを2.14倍上げる：系統的レビュー」：日本からの報告

Masaoka H等、Jpn J Clin Oncol. 2016 Mar;46(3):273-83. PMID: 26941372

KKE166h 「三次喫煙はインスリン抵抗性をきたす（ネズミの実験）」

Adhami N等、PLoS One. 2016 Mar 2;11(3):e0149510. PMID: 26934053

KKE166i 「ニコチンは抗癌剤の細胞死作用を抑制する（細胞実験）」

Jia Y等、PLoS One. 2016 Feb 24;11(2):e0149120. PMID: 26909550

KKE166j 「長期電子タバコ使用者は長期NRT使用者より製品を好み継続を希望している」

Nelson VA等、Drug Alcohol Depend. 2015 Aug 1;153:300-5. PMID: 26026493

KKE166k 「中国では男性人口が多い市では男性喫煙率が高く女性喫煙率が低い」

Yang T等、Soc Sci Med. 2016 Feb 24;154:9-17. (Epub ahead) PMID: 26943009

KKE166l 「肺機能検査を行うと禁煙外来の受診と成功率が上がる」

Salepci B等、Respir Care. 2016 Mar 1. (Epub ahead) PMID: 26932380

KKE166m 「喫煙者の呼気温度は高く禁煙とともに下がる」

Carpagnano GE等、COPD. 2016 Mar 2:1-5. (Epub ahead) PMID: 26934668

KKE166n 「赤痢患者には喫煙者が多くコレラ患者には少ない」

Das SK等、BMC Public Health. 2015 Jul 12;15:646. PMID: 26164796

## 「断煙法は減煙法に勝る：無作為化非劣性試験」

Lindson-Hawley N等、Ann Intern Med. 2016 Mar 15. (Epub ahead) PMID: 26975007

→各国の禁煙ガイドラインでは、減煙より断煙を勧めている。

→コクランレビューでは10件の無作為化試験を解析し、減煙法と断煙法とで禁煙率に差がなかったとしているが、試験デザインが異なるため一概に禁煙法だけの比較とも言いがたい。

→非劣性試験は存在せず、統合解析で得られた95%信頼区間は、減煙法の有効性の低さを示唆している。

→今回、減煙法の禁煙率を断煙法と比較する大規模な非劣性臨床試験を行った。

→対象は英国の家庭医に登録している成人喫煙患者で、タバコ依存症として1日15本以上の喫煙者か呼気COが15ppm以上の者とした。

→試験開始2週間後に禁煙することを希望する者で、試験の遂行に問題のない限り心身疾患も除外しなかった。

→同人数ずつ減煙群と断煙群に無作為に割り付け、減煙群は禁煙設定日まで2週間かけて徐々に喫煙量を減らした。

→最初の1週間で半分に、2週目の最後には1/4に喫煙量を減らすよう指示された。

→減らし方は3種類の方法から選択し、臨床試験担当看護師と一緒に計画した。

1) 定時減煙法；喫煙間隔をタイマーを用いて決め、喫煙はタイマーが鳴った5分以内のみ行う。

2) 順位減煙法；1日のうち吸いたくなるタバコに順位をつけ、一番吸いたいタバコか吸いたくないタバコのどちらかから、順次減らしていく。

3) 回数減煙法；1日に喫煙しているタイミングをメモし、その回数を半減、1/4へと減少させていく。

→減煙群は短時間作用型ニコチン製剤(NRT)とニコチンパッチを減煙期間に使用した。

→断煙群はニコチンパッチだけを禁煙前の2週間使用し、禁煙設定日まで吸いたくだけ吸い、いっきに禁煙した。

→両群とも禁煙前の2週間は日記をつけ、薬剤使用や行動療法の遵守が調べられた。

→両群とも禁煙開始後は、行動療法のカウンセリング、ニコチンパッチ、短時間型NRTが提供され、禁煙開始1週間前、前日、禁煙後1, 2, 3, 4, 8週目に、臨床試験担当看護師と面接した。

→主要評価項目は禁煙4週後の継続禁煙率とし、禁煙は呼気CO<10ppmで確認され、禁煙初期2週間はスリップを許容するRussell Standardを採用した。

→副次評価項目は8週後、6か月後の継続禁煙率、4週・8週・6か月後の1週間禁煙率、1週目・4週目の喫煙欲求・離脱症状とした。

→脱落者は喫煙者とみなしITT解析を行った。

→非劣性マージンとして相対リスクRR 0.81か減煙法の成功率19%減を選択した。

→これは4週禁煙率で断煙群を50%と仮定したとき、絶対差9.5%に相当する。

→片側検定で有意水準5%、検出力80%とし、必要症例数は343人と算出された。

→また優越性の検定も行った。

→減煙群に342人、断煙群に355人が割り付けられた(2009/6-2011/12)。

→両群の背景は近似しており、平均年齢49歳、男性がほぼ半数、1日喫煙本数20本、FTND 6、94%が白人であった。

→4週後継続禁煙率は減煙群39.2%、断煙群49.0%で、非劣性は示されず(補正なしRR 0.80, 90%CI 0.68-0.96)、断煙群の優越性が示された(補正RR 0.80, 95%CI 0.66-0.93)。

→同様に副次評価項目でも断煙群が勝っていた(\*:有意差あり)。

	減煙群	断煙群	相対リスクRR(95%CI)
継続禁煙率			
4週間	39.2%	49.0	0.80*(0.66-0.93)
8週間	29.2	36.6	0.80*(0.63-0.95)
6か月	15.5	22.0	0.71*(0.46-0.91)
1週間禁煙率			
4週間	42.7	53.8	0.83*(0.72-0.98)
8週間	31.0	38.3	0.81(0.68-1.04)
6か月	18.4	26.5	0.70*(0.51-0.97)

→禁煙前日の面接受診者の割合は、減煙群の方が有意に少なく(67%対83.4%,  $P<0.001$ )、禁煙を予定日に開始した者の割合も少なかった(61.4%対71%,  $P=0.007$ )。

→再喫煙率は、4週後(減煙群36.2% 対 断煙群31.0%,  $P=0.28$ )、6か月後(74.8%対69.1%,  $P=0.21$ )とも、同等であった。

→減煙群の喫煙本数は、禁煙1週間前に48%、前日に68%と、目標近くまで減少していた。

→また断煙群でも、前日に29%減少していた。

→薬剤遵守率は、禁煙前日とともに85%を越え良好であった。

→離脱症状と喫煙欲求は4週間で減少したが、両群で差はなかった。

→試験開始の時点で、50.9%の喫煙者は減煙法を好み、32.1%は断煙法を、16.9%はどちらでもと回答していた。

→減煙法を好むと回答した者は、断煙法を好むと回答した者より、4週後の禁煙率が低かった(38.3%対52.2%,  $P=0.007$ )。

→減煙法を好むと回答しながら、意に反して断煙法に割り付けられた者と、減煙法に割り付けられた者とで4週後の禁煙率に差はなかった(42%対34.6%,  $P=0.152$ )。

→4週後に禁煙できていなかった者全員に聞くと、61%は今度禁煙するときは減煙法を希望すると答えた。

→もともと減煙法を希望した者ではそうでない者の5.38倍、減煙法に割り付けられた者では断煙法の4.47倍、有意に多く次回減煙法を希望した。

→NRTによる重篤な有害事象の報告はなかった。

→断煙法は減煙法より禁煙率で勝る。

### <選者コメント>

減煙法を断煙法と比較した中規模試験の報告です。

非劣性試験として組まれましたが、断煙法の優越性が示されました。減煙法では、禁煙予定日に禁煙できない者の割合が高く、多くのガイドライン等で推奨される断煙法の有効性があらためて確認されました。2012年のコクラン・レビューのメタ解析では(KKE50)、減煙法と断煙法の禁煙率に差がないと報告されましたが、今回厳密にデザインされた単一の比較試験で、短期・中期の差が明瞭に示されたことは、高いエビデンスになると思われます。

今回の試験の特徴として、対象に何らかの基礎疾患があること、NRTを併用していること、などが挙げられ、NRTを用いた禁煙支援の場にも役立つ報告と言えます。

### <その他の最近の報告>

KKE167a「喫煙の健康影響と禁煙方法のまとめ」

PDQ Cancer Information Summaries: National Cancer Institute (US);2016 Feb 19. PMID: 26389444

- KKE167b 「喫煙が未成年者の脳白質に及ぼす影響に関する系統的レビュー」  
Gogliettino AR等、Drug Alcohol Depend. 2016 Feb 27. (Epub ahead) PMID: 26948756
- KKE167c 「妊婦の喫煙に関わる要因のレビュー」  
Boucher J等、Int J Environ Res Public Health. 2016 Mar 4;13(3). PMID: 26959037
- KKE167d 「電子タバコによる事故報告の調査」  
Rudy SF等、Tob Control. 2016 Mar 9. (Epub ahead) PMID: 26962042
- KKE167e 「CHRNA4遺伝子の希少変異R336Cはニコチン依存と関連する」  
Thorgeirsson TE等、Mol Psychiatry. 2016 Mar 8. (Epub ahead) PMID: 26952864
- KKE167f 「タバコ依存は実行機能のうち抑制機能ともっとも関連する」  
Flaudias V等、PLoS One. 2016 Mar 8;11(3):e0150940. PMID: 26953688
- KKE167g 「fMRIによる禁煙成功者と失敗者の脳活動の違いの評価」  
Wang C等、Brain Imaging Behav. 2016 Mar 9. (Epub ahead) PMID: 26960945
- KKE167h 「豪州でタバコ販売を中止した店の特徴調査」  
Feletto E等、Tob Control. 2016 Mar 9. (Epub ahead) PMID: 26962041
- KKE167i 「現喫煙COPD患者も受動喫煙があるとさらに症状が悪くなる」  
Putchá N等、Thorax. 2016 Mar 9. (Epub ahead) PMID: 26962015
- KKE167j 「母体の妊娠中受動喫煙、子の出生後受動喫煙、その両者、の順に乳幼児の喘鳴が増える」  
Vardavas CI等、Eur Respir J. 2016 Mar 10. (Epub ahead) PMID: 26965294
- KKE167k 「中絶期限に間に合わなかった女性は喫煙量が増える」  
Roberts SC等、Matern Child Health J. 2015 Mar;19(3):438-46. PMID: 24880251
- KKE167l 「無料の禁煙アプリは行動変容支援の面で進歩が見られない」  
Ubhi HK等、Addict Behav. 2016 Jul;58:175-81. PMID: 26950256
- KKE167m 「男性脱北者の喫煙率とニコチン依存度」  
Kim SW等、Korean J Intern Med. 2016 Mar 8. (Epub ahead) PMID: 26951917
- KKE167n 「タバコの箱内に禁煙メッセージを入れるカナダの取り組みの効果」  
Thrasher JF等、Prev Med. 2016 Mar 9. (Epub ahead) PMID: 26970037
- KKE167o 「BMI 30以上の重度肥満者では禁煙1年での体重増加は有意でない」  
Krukowski RA等、PLoS One. 2016 Mar 15;11(3):e0151290. PMID: 26977598
- KKE167p 「電子タバコによる肺・肝多発偽腫瘍の一例」  
Ring Madsen L等、Chest. 2016 Mar;149(3):e65-7. PMID: 26965975

# 【週刊タバコの正体】

Vol.33 第8話～第10話

2016/03 和歌山工業高校 奥田恭久

## ■Vol. 33

### (No. 459) 第8話 時代遅れの法律

—世界の潮流に乗り遅れている日本の法律...

毎年、死者600万人をだす原因となるタバコを減らし無くす事は世界の課題です。そのために、WHO（世界保健機関）は『タバコ規制枠組条約』（FCTC）という国際条約を作り、日本を含む180カ国がタバコを減らす対策を約束している事を紹介しましたね。

ところが、まだ日本はこの約束をきちんと果たせていません。世界の主要先進諸国には「受動喫煙防止法」などの法律ができていのに、どうして日本には制定されていないのでしょうか。

これには、日本だけのちょっと特別な事情が関係しています。その事情とは「たばこ事業法」という法律が存在している事で、その条文は以下のとおりです。

### (No. 460) 第9話 平穏な幸せ

—大震災から5年、復興へ向けた思いを...

今からちょうど5年前の2011年3月11日金曜日午後2時46分、宮城県沖で発生したマグニチュード9.0の大地震とそれによる大津波は、東北地方を中心に甚大な被害を与え、15,894人もの命を奪い、町全体を破壊してしまいました。

小学生だった皆さんの脳裏には、どれほどの記憶が残っているでしょうか。想像を絶する自然の力の大きさに、日本じゅうの人々が衝撃を受けました。広大な地球の営みの中では、人間が作りあげた様々な生活環境は、アリの棲みかほどの存在でしかないと感じる災害でした。

それから5年、「東日本大震災」という言葉を目にし続けていますが、そんな当時の衝撃は薄らいでしまいました。しかし、多くのものを失った地域には、その痕跡がまだ多く残されていて、いまだに2563人もの行方が分かっていない事もその一つです。そのため、現在も宮城県石巻市の大川地区では、一列に並んだ警察官が砂の表面をかいて捜索する活動が続いています。

### (No. 461) 第10話 飲食店の当たり前

—飲食店でタバコを吸うのは当たり前、という時代から...

近年、タバコの煙やニオイに不快感を持つ人は多くなっています。受動喫煙を防止するためにも大勢の人が集まる場所や建物は禁煙が当たり前になっていますが、食事を楽しむ飲食店はそうとは限りません。

例えば、左上図のような状況のレストランもあるでしょう。おいしい料理を美味しく晴れやかな気分で味わいたいの、タバコの煙とニオイが漂っていたのでは、せっかくの食事も雰囲気も台無しになってしまいますか。対して、右上図のような禁煙飲食店では小さな子どもを連れた家族でも、有害なタバコの煙とニオイを気にせず安心して楽しめますよね。

ということで、左のグラフを見てください。いくつかの県の禁煙飲食店の数を表していますが、2016年3月現在の東京や愛知では約9000店舗もの禁煙飲食店が存在しています。

## 33 週刊 タバコの正体 第9話

今からちょうど5年前の2011年3月11日金曜日午後2時46分、宮城県沖で発生したマグニチュード9.0の大地震とそれによる大津波は、東北地方を中心に甚大な被害を与え、15,894人もの命を奪い、町全体を破壊してしまいました。



小学生だった皆さんの脳裏には、どれほどの記憶が残っているでしょうか。想像を絶する自然の力の大きさに、日本じゅうの人々が衝撃を受けました。広大な地球の営みの中では、人間が作りあげた様々な生活環境は、アリの棲みかほどの存在でしかないと感じる災害でした。それから5年、「東日本大震災」という言葉を目にし続けていますが、そんな当時の衝撃は薄らいでしまいました。しかし、多くのものを失った地域には、その痕跡がまだ多く残されていて、いまだに2563人もの行方が分かっていない事もその一つです。そのため、現在も宮城県石巻市の大川地区では、一列に並んだ警察官が砂の表面をかいて捜索する活動が続いています。



ある日突然、住む家や家族を失い平穏な暮らしを奪われた事を想像してみてください。住む家があり家族があり、ごく普通に平穏な日々を送れる事がどれだけ幸せなことなのか、タバコには関係ありませんが、この日を機念に考えてみてください。

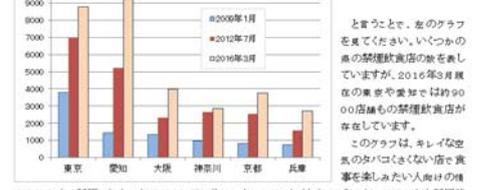


## 33 週刊 タバコの正体 第10話

近年、タバコの煙やニオイに不快感を持つ人は多くなっています。受動喫煙を防止するためにも大勢の人が集まる場所や建物は禁煙が当たり前になっていますが、食事を楽しむ飲食店はそうとは限りません。



例えば、左上図のような状況のレストランもあるでしょう。おいしい料理を美味しく晴れやかな気分で味わいたいの、タバコの煙とニオイが漂っていたのでは、せっかくの食事も雰囲気も台無しになってしまいますか。対して、右上図のような禁煙飲食店では小さな子どもを連れた家族でも、有害なタバコの煙とニオイを気にせず安心して楽しめますよね。



禁煙飲食店の数は増加しており、7年前(2009年)約12600店舗だったのが、現在は約46500店舗にまでなっています。その昔、「飲食店でタバコを吸うのは当たり前」という時代がありました。だんだんと飲食店は禁煙が当たり前になってきています。



毎週火曜日発行



URL: [http://www.jascs.jp/truth\\_of\\_tobacco/truth\\_of\\_tobacco\\_2011.html](http://www.jascs.jp/truth_of_tobacco/truth_of_tobacco_2011.html)

※週刊タバコの正体は日本禁煙科学会のHPでご覧下さい。  
 ※一話ごとにpdfファイルで閲覧・ダウンロードが可能です。  
 ※HPへのアクセスには右のQRコードが利用できます。



## 【報告】

## 第196回 全国禁煙アドバイザー育成講習会 in 千葉

## 【講習会】

- ◆開催日：2013年（平成28年）3月13日（日）
- ◆場 所：千葉県薬剤師会
- ◆主 催：日本禁煙科学会、禁煙健康ネット（千葉）、禁煙マラソン
- ◆共 催：千葉県薬剤師会
- ◆後 援：健康日本21推進全国連絡協議会

## 【主たるプログラム】

- ◇午前の部
  - 禁煙支援のためのエビデンス のだ小児科 野田 隆
- ◇ランチョンセミナー（共催：ファイザー）
  - 禁煙支援最新情報 日本禁煙科学会 高橋裕子
- ◇午後の部
  - クイズで学ぶ禁煙支援の秘訣 禁煙マラソン 三浦秀史
  - 手ごわいスモーカーもその気にさせる禁煙支援のノウハウ 日本禁煙科学会 高橋裕子
- ◇Q&Aタイム 全講師陣

## 【報告】

## 第197回 全国禁煙アドバイザー育成講習会 in 愛知

## 【講習会】

- ◆開催日：2016年（平成28年）3月21日（月・祝日）
- ◆場 所：名古屋大学鶴舞キャンパス 鶴友会館
- ◆主 催：日本禁煙科学会、禁煙健康ネット（愛知・三重）、禁煙マラソン
- ◆後 援：名古屋大学地域医療教育学講座、名古屋大学病院 循環器内科、呼吸器内科、総合診療科、看護部、薬剤部、健康日本21推進全国連絡協議会

## 【主たるプログラム】

- ◇午前の部
  - 禁煙支援と職場禁煙の基礎知識 日本禁煙科学会 高橋裕子
  - 職場の受動喫煙対策 シャープ多気工場 酒井秀精
  - 続・アイシン高丘の事例 アイシン高丘 池田亜紀
- ◇ランチョンセミナー（共催：ファイザー）
  - 禁煙支援多職種連携教育 名古屋大学病院 阿部恵子
- ◇午後の部
  - さあ、どう対応しますか？～ワークとロールプレイ～ アイシン高丘 池田亜紀
  - はぐる薬局 奥村智宏
  - 口から始まる美と健康～健口美体操 ライオン歯科衛生研究所 武儀山みさき
- ◇Q&Aタイム 全講師陣
- みなさんの疑問質問に講師陣がお答えします

### 日本禁煙科学会HP

URL: <http://www.jascs.jp/>

※日本禁煙科学会ホームページのアドレスです。  
※スマホ等でのアクセスは、右のQRコードをご利用下さい。



### ふえる笑顔 禁煙ロゴ

筋肉の疾患で体の不自由な浦上秀樹さん（埼玉県在住）が、口に筆を取って書いてくださった書画です。「けんこうなしゃかい ふえるえがお」という文字を使って『禁煙』をかたどっています。

※拡大画像は日本禁煙科学会ホームページでご覧頂けます。  
※スマホ等でのアクセスは、右のQRコードをご利用下さい。

URL : [http://www.jascs.jp/gif/egao\\_logo\\_l.jpg](http://www.jascs.jp/gif/egao_logo_l.jpg)



#### 編集委員会

編集委員長 中山健夫  
編集委員 児玉美登里 富永典子 野田 隆 野村英樹  
春木宥子 三浦秀史  
編集顧問 三嶋理晃 山縣然太朗  
編集担当理事 高橋裕子

#### 日本禁煙科学会

学会誌 禁煙科学 第10巻(03)  
2016年(平成28年)3月発行  
URL : <http://jascs.jp/>  
事務局 : 〒630-8506 奈良県奈良市北魚屋西町  
奈良女子大学 保健管理センター内  
電話・FAX : 048-722-5016 (連絡先)  
E-mail : [info@jascs.jp](mailto:info@jascs.jp)