

日本禁煙学会雑誌

Vol.11 No.6

CONTENTS

《巻頭言》

第10回日本禁煙学会学術総会を終えて

尾崎治夫 144

《資料》

若年者の禁煙治療指針

藤原久義、他 145

《報告》

WHO FCTC(タバコ規制枠組条約)

第7回締約国会議に参加して

作田 学 152

《報告》

第11回APACT参加報告

宮崎恭一 155

《原著》

禁煙専門指導者・禁煙認定指導者における

「動機づけ面接」の認知、および学習状況に関連する要因

—禁煙外来に携わる医師・看護職の調査より—

瀬在 泉、他 158

《原著》

女性に対する禁煙補助薬バレニクリン減量投与法の

長期有効性についての検討

谷口まり子、他 166

《資料》

第22回世界禁煙デー・宮城フォーラム開催報告

日本のタバコの常識は世界の非常識

2016年5月29日(日)開催

菅野 庸、他 172

《記録》

日本禁煙学会の対外活動記録(2016年10月~11月)

..... 174

Japan Society for Tobacco Control (JSTC)

一般社団法人 日本禁煙学会



《巻頭言》

第10回日本禁煙学会学術総会を終えて

第10回日本禁煙学会学術総会 大会長

尾崎治夫

私「タバコを吸う人はね、いまや2割なんだから、そろそろこの店も禁煙にしたらどうかな。せっかく旨い料理を出す、いいお店なんだし。従業員もタバコの煙をずっと吸わされていると病気になるよ。」

女将「でも先生、まだ2割は吸っているんでしょう。お客さんて、食事をしている間に吸いたくなるみたいなんですよ。私たちもサービス業だし……。」

いやはや、これがこの国の平均的な飲食店を営んでいる経営者の感覚なのである。よく気が付くし、如才ない頭のよい女将だと思っていたのだが、タバコに対する感覚はこんなものである。

1,100名を超える方にお越しいただき、熱気溢れる会場で大いに盛り上がった禁煙学会総会。確かに、世の中の喫煙に対する考え、タバコの害、受動喫煙の害に対する認識が変わってきていることは事実だと思う。多くの会員をはじめ、禁煙に関心のある方もそう感じたに違いない。厚生労働省による受動喫煙防止の法的整備のたたき台案も出て、塩崎厚生労働大臣も「世界最低レベルの受動喫煙対策」と、我が国のタバコ対策に対する甘い認識を示し、法案の成立に向け厳しい態度で臨む決意表明をした。さらに東京都知事が、受動喫煙防止条例制定を一部の都議の抗議で即座に引っ込めてしまった舛添知事から小池百合子知事に代わり、長年断られていた禁煙学会への後援許可も即座に下り、私にも「しっかりとした受動喫煙防止対策を東京オリンピック・パラリンピックに向けてとっていく」と約束してくれている。

しかしながら、ごく普通の巷の飲食店では、冒

頭のような認識で生きている人々が、ほとんどである。また、「精魂こめて出す料理をタバコの煙で汚してもらいたくない。本当は、自分の店の中ではタバコを吸ってもらいたくない」と考えるオーナーも少なからずいることも事実で、「先生是非、法的にお店の中で吸えないようにして下さい。なかなか自分の店だけ禁煙ですとは言にくいんですよ。」という声もよく耳にする。

日本人という国民性は、トップダウンの政策に弱く、とやかく言っても、一度法律で決めてしまふときわめて従順に従う国民性である、というように私は認識している。ということで、東京オリンピック・パラリンピック開催に向けて、今までの開催国がきちんと守ってきたように、法的整備のもと、タバコフリーの都市でのスポーツの祭典の開催を迎えなければならないという外圧を活かすことが千載一遇のチャンスである。東京都も、受動喫煙防止のしっかりとした流れを絶やすことなく、守ってもらいたいし、守らなければいけない。そのためには、タバコの害を認識していない多くの人々に、これからどのようにアプローチをして世論形成をしていくか。まだまだ、タバコ業界や飲食関連団体の抵抗は続くに違いない、多くの飲食店を利用する都民の強い世論の後押しのもと、世界に恥ずかしくない、しっかりとした受動喫煙防止の法的整備が行われるよう、みんなでぶれることなく目指していくことが、今後の禁煙学会の果たすべき大きな役割ではないかと考える次第である。

会員の皆さん、これからも一緒に禁煙活動を盛り上げていきましょう。

《資料》

若年者の禁煙治療指針

一般社団法人 日本禁煙学会
禁煙治療と支援委員会

委員長 藤原久義、副委員長 山本蒔子
安陪隆明、飯田真美、大坪陽子、鬼澤重光、加濃正人、川合厚子、北田雅子
倉本剛史、清水隆裕、高野義久、高畑裕美、土井たかし、長谷川純一、矢野直子

若年者の禁煙治療指針：Executive summary

「本指針」では、若年者を35歳未満の者（未成年者を含む）、未成年を20歳未満の者と定義する。

1. 2016年4月の診療報酬改定で新たにニコチン依存症管理料の算定が可能となったもの
〈35歳未満の若年者〉

ブリンクマン指数（1日喫煙本数×喫煙年数）200未満でも他の要件*を満たす場合

- *・ニコチン依存症を診断するテストでニコチン依存症と診断されたもの
 - ・直ちに禁煙することを希望し禁煙治療を受けることを文書により同意しているもの
- 〈高校生などの未成年者〉

依存状態等の医学的判断＋本人の禁煙の意志＋家族等との相談にて要件を満たす場合

2. これまでの未成年者のエビデンス（まだ不十分である）

- ・心理社会的治療が主体となる^{1,2)}。
- ・行動変容モデルのステージに沿うこと、動機づけ強化療法や認知行動療法を用いることなど複合的なアプローチは有効である²⁾。
- ・ニコチン置換療法（Nicotine Replacement Therapy: NRT）は安全である¹⁾。
- ・薬物治療の長期有効性を示すエビデンスはほとんどない^{1,2)}。

3. 禁煙治療の実際

年 齢	心理的治療	薬物療法			社会的治療
			NRT	バレニクリン	
15 歳未満	カウンセリングが基本 ・ 動機づけ面接法 ・ 認知行動療法など	心理的治療だけでは 困難な場合に併用	○	不可	・ 20 歳未満においては家族等 の治療同意が必要 ・ 他の年齢においても必要に応 じて家族等への対応と学校関 係者との連携を行う
15 歳以上 18 歳未満			○	△	
18 歳以上 20 歳未満			○	○	
20 歳以上 35 歳未満	若年者の特徴や注意点 を念頭に置いた対応	「禁煙治療のための標準手順書」に沿って処方			

○：添付文書では若年者の使用に対して特別な注意記載はないが、使用可能と考えられる。

△：添付文書では「小児等に対する安全性は確立されていない」とあり、使用には慎重な対応が必要である。

連絡先

〒162-0063

東京都新宿区市谷薬王寺町 30-5-201

TEL: 03-5360-8233

e-mail: desk@nosmoke55.jp

受付日 2016年11月7日 採用日 2016年11月9日

1. はじめに

喫煙の本質は依存症である。いったん喫煙を開始すると脳に変化が起り、禁煙は容易ではない。喫煙開始年齢が低いほど禁煙は難しいとされる。喫煙防止教育が普及し、社会環境も受動喫煙防止に向かってきた現在、若年者の喫煙率は減少しているが、厚生労働省国民健康栄養調査によれば2014年の20～29歳喫煙率は男36.7%、女11.8%とわが国全体の喫煙率男32.1%、女8.5%より高い。一方、未成年者の喫煙率は中学1年生 男1.6%、女0.9%、高校3年生 男8.6%、女3.8% (2010年) とかなりの喫煙者が存在する。そこで、厚生労働省は、健康日本21(第二次)において成人喫煙率は12%へ、未成年者ではなくす、即ち0にすることを数値目標に掲げた³⁾。今回、2016年4月の診療報酬改定で35歳未満の若年者においてはブリンクマン指数(1日喫煙本数×喫

煙年数) 200以上を満たさなくても保険で禁煙治療ができることとなった(表1)。これを機会にこれまで方向性が示されてこなかった若年者の禁煙治療を検討し、若年者の禁煙治療や支援の一助としたい。本指針では、若年者を35歳未満の者(未成年者を含む)、未成年者を20歳未満の者と定義する。毎日喫煙者になる前に禁煙治療へ結びつけることが禁煙治療を容易にするという報告もあり⁴⁾、将来の喫煙者を効果的に減少させるためにも、本指針が役に立てば幸いである。

2. これまでのエビデンス

1) AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) ガイドライン (2008年 Fiore ら)

「未成年喫煙者への薬物治療」⁵⁾ (表2)

・7つの研究のメタ解析が行われ、ニコチン置換

表1 ニコチン依存症管理料について

a. 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について (通知)

(下線部が今回追加された部分) (平成28年3月4日:保医発0304第3号)

- (1) ニコチン依存症管理料は、入院中の患者以外の患者に対し、「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、日本癌学会及び日本呼吸器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。
- (2) ニコチン依存症管理料の算定対象となる患者は、次の全てに該当するものであって、医師がニコチン依存症の管理が必要であると認めたものであること。
 - ア 「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ものであること。
 - イ 35歳以上の者については、1日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数が200以上であるものであること。
 - ウ 直ちに禁煙することを希望している患者であって、「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ものであること。
- (3) ニコチン依存症管理料は、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。
- (4) 治療管理の要点を診療録に記載する。
- (5) (2)に規定するニコチン依存症管理料の算定対象となる患者について、「注1」に規定する厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、所定点数の100分の70に相当する点数を算定する。

b. 平成28年度診療報酬改定『Q&A』日本医師会からの疑義照会に対しての厚労省の見解

Q. 今回、35歳未満の者については1日の喫煙本数×喫煙年数 ≥ 200 の要件が廃止されたと考えてよいか?

A. そのとおり。

Q. 今回の改定により、高校生などの未成年者への投与についてもニコチン依存症管理料の算定が可能と考えてよいか?

A. 依存状態等を医学的に判断し、本人の禁煙の意志を確認するとともに、家族等と相談の上算定することとなる。

表2 未成年喫煙者へのカウンセリング介入の効果と禁煙率 (n=7)

未成年喫煙者	研究数	オッズ比 (95%信頼区間)	禁煙率 (%) (95%信頼区間)
通常治療	7	1.0	6.7
カウンセリング	7	1.8 (1.1-3.0)	11.6 (7.5-17.5)

表3 未成年喫煙者への介入効果 (n=28)

介入方法	研究数	RR	95%信頼区間
行動変容ステージモデル	3	1.56	1.21-2.01
動機づけ強化療法*	12	1.60	1.28-2.01
米国肺協会によるティーンのための禁煙プログラム	6	1.31	1.01-1.71 ^a

*動機づけ強化療法：動機づけ面接法を研究用にプロトコル化したもの

[文献選択基準] 20歳未満の常習喫煙者(平均 ≥ 1 本/週以上かつ半年以上継続喫煙者)への介入をしたRCT(無作為化比較試験)、C-RCT(クラスター無作為化比較試験)、CT(比較試験)で少なくとも禁煙治療開始後6か月以上経過時点での禁煙成功率を出している論文

[解析] ITT解析(intention to treat 解析、脱落例は喫煙者とみなす)

[解析対象] 28件(約6,000人、26件が米国)：RCT 14、C-RCT 12、CT 2

a：個々の研究では有意差なし

療法(Nicotine Replacement Therapy：NRT)は安全だが、長期効果の証明はほとんどなく、心理社会的治療が主体となるとされている。

であろう18歳以上に対してはバレニクリンも検討される。

・また、周囲の環境の改善、すなわち社会的治療も重要で効果があると考えられる。

2) コクランレビュー (2013年Stantonら)

「未成年者への禁煙支援」⁶⁾ (表3)

- ・行動変容モデルのステージに沿うこと、動機づけ強化療法や認知行動療法を用いることなど複合的なアプローチは有効である。
- ・薬物治療(NRT、ブプロピオン)の有効性を示すエビデンスはほとんどない。

以下、心理的治療、薬物治療、社会的治療について示す。

2) 心理的治療

(1) 若年者への対応の原則

A) 家族に対する守秘のルールを説明する

若年者が禁煙治療を受けるとき、周囲の大人に伴われたり、勧められたりして受診することがほとんどである。本人の病識は乏しいこともあり、その場合には治療に対する誤解(例：叱責の延長と思う)が起こりやすい。たとえ治療意欲が明確なように思われる患者であっても、その意欲は健康意識からではなく、周囲の叱責から何とかして逃れたいという消極的なものである場合も多い。心身ともに発達過程にあって、精神的にはもちろん社会経済的にも家族等に依存しなければならない状況において、若年者の思考や行動は環境から多大な影響を受ける⁷⁾。面接中に語ることが家族等に知られ叱責につながるかもしれないと思うと、患者は喫煙の状況や背景について容易に話せなくなる。治療者が「命に関わることを別にして、ここで話したことは許可なくご家族には話しません」と守秘を確約することで、患者は本心を明かしやすくなる(可能なら文書化する)。

B) 治療目標の合意形成を十分に行う

初回診療において治療目標について十分な合意形成することが、治療の成否に影響する。明確な目標

3. 禁煙治療の実際

1) 基本的考え方

今回の診療報酬改定では、35歳未満において「ブリンクマン指数(1日喫煙本数×喫煙年数)200以上」が廃止され、これまで保険適用とならなかった若年者が保険での禁煙治療を受けやすくなった。未成年者においても、家族等の同意が得られ、かつ保険での禁煙治療基準を満たせば、薬物療法含め、保険治療が可能である。

〈20歳以上35歳未満の若年者〉

- ・「禁煙治療のための標準手順書」に沿って治療するが、心理的治療の項で示す若年者の特徴や注意点を念頭に置いた対応が望ましい。

〈未成年者〉

- ・心理的治療(カウンセリング)が基本である。
- ・薬物療法は、現段階では明らかなエビデンスはないが、離脱症状の強いものに対しては考慮してよいであろう。この場合、未成年でも安全とされるNRTが望ましい。ただし、今後成人とみなされる

合意なく診療回数を重ねても、患者が治療者の指導に反感を持ったり、診療で話し合われるテーマが迷走したりする危険が高い。「ここは3か月で、禁煙のやり方を一緒に考えていくことができるところだけど、もし通うとしたらどうになりたい?」と初めに聞き、禁煙に関する目標を明確化しておくといよい。治療目標は単純に「禁煙する」というものである場合もあるが、その手前の「先のことはともかく、いちど1週間タバコをやめてみる」という段階的な目標(達成後に新しい目標を相談できる)である場合もあるし、禁煙を阻む日常生活上の問題(例:家庭内で両親の不仲があり落ち着いた気分で過ごせるのが喫煙仲間との場だけ)があれば、禁煙との関連性を明確にした上で、家庭内の問題や仲間関係の問題を当面のテーマにする場合もあるだろう。ただしこの場合でも、後に禁煙と関係のない事象にまで話題が広がっていくことがあれば、「ちょっと待ってね。それは禁煙とどう関係するの?」と問いかけることで、面接が目標から逸脱するのを防ぐ必要がある。

C) 客観的認知能力、表現能力の未成熟さを考慮する

年齢が低いほど、自分の思考や気分を客観的に把握する能力や、それらを治療者に伝える言語表現力・語彙力が未成熟である。治療者として心がけるべきことの1つは、患者の内的・外的状況(何を感じているのか、どんな環境にいるのかなど)に関心を持ちながらも、それを表現できない患者に対して急かすことを控える態度である。ちょうど幼児が「ポンポン(お腹)が痛い」と言っても、痛いのが全身のどこだか分からなかったり、痛み以外の症状だったりするのと同じで、患者がたとえば「吸っちゃって、ここ(胸)が傷ついた」と言っても、患者の感じていたのが怒りなのか、絶望なのかは分からない。「コンチクショウ! って感じなのかな、それとももうダメ! って感じかな?」というふうに根気よく尋ねて明確化することにより、正確な心情を言葉にしていく作業が必要である。言語応答が乏しい患者には、特定の状況においてどのような行動を取るかについて絵を描かせたり、特定の状況における思考を漫画の吹き出しの形で書かせたりする工夫も有効である。

個人差があるが、年齢が低ければ低いほど、若年者の語彙力は低い。大人に対してよりさらに慎重に、若年者の目線に立った言葉を選んで説明等を行う必要がある。理解できたかどうかが怪しい事項につい

ては、理解を確認する作業も必要である。その際、大人に「分かった?」と問われると、若年者によってはYESの要求と受け取り、理解の度合いに関わらず「うん」と答えることがあるので、どのように理解したのかを質問することも必要になる⁸⁾。質問は、治療者の説明やアドバイスに同意を求める口調を避け、「～という風に言われているけど、どうかな?」と、否定や拒否もできるような形で尋ねるようにすることが重要である。

D) 合理的行動を取るロールモデルとなる

治療過程のあらゆる局面において、治療者自身が事象を根拠に基づいた合理的思考で判断し、行動するロールモデル(手本となる役割モデル)となることが治療促進的となる。たとえば患者が「僕は吸ってきちゃったのに、先生はなぜ怒らないの?」と尋ねてきたら、「ここで僕が怒って君を叱りつけたとしよう。そしたら君は、ここに通り続けることについてどう思うだろう? それか、僕が怒らない理由だよ」と、合理性に基づいて行動をコントロールする実例を見せることができる。とくに、これまでの家族関係等において直情的な行動を取る大人とだけ交流してきた若年者は、眼前の治療者もいずれは自分を直情的に扱うと確信している傾向がある。そのような状況で、患者の再喫煙や攻撃的言動に対し、治療者が自己の気分を棚上げにした合理的な態度を見せることは、ロールモデルとしての強い印象を与えられる可能性がある。若年者は行動の学習能力が高く、ロールモデルの提示により同様の行動が取れる可能性が高い。

(2) 動機づけ面接法

動機づけ面接法(Motivational Interviewing; MI)は、「行動変容への動機と決心を強化するための協同的な会話スタイル」と定義される⁹⁾。意欲が不十分な患者に行動変容を動機づける方法として多種の領域で用いられており、若年喫煙者への介入における禁煙導入の効果は、一般的な短期介入に対してRR1.60(95%CI:1.28-2.01)であることが12編のRCTのメタアナリシスによって示されている(表3)⁶⁾。

動機づけ面接法そのものの紹介は本指針の趣旨から外れるので省く。学習を希望される場合には、関連教材^{10~12)}で基礎的な知識を身につけた上で、関連団体のワークショップ(日本禁煙学会禁煙治療セミナーを含む)を利用されたい。

すでに動機づけ面接法を習得、実践している禁煙指導者のために、若年者に適用する場合のポイントを述べる。患者が自暴自棄的(例:「俺なんかどうなったっていいんだ」)または反抗的(例:「あんたに何が分かるんだ」)な言動を取ったときにも、「どうなったっていいと思うんだね」「事情を知らない私は問題解決の妨げになる……」とそのまま受け止め(受容的応答)、「そう考えてはいけない」「その考えは間違っている」と否定することを避ける。このような態度が、治療者と患者が議論に陥ったり、治療者の言うことを患者が表面的にだけ素直に聞くだけになったりするのを防ぐのに役立つのは成人に対しても共通である。治療者の受容的応答は、若年者(とくにこれまで自由な意見表明・感情表出ができないような環境で生活していた若年者)にとっては、「自分も考えを表明していい人間なんだ」と思えることで自尊心の育成に寄与する。ときとして自己の価値や自己の健康の価値を低く見積もることが、喫煙継続の大きな要因となっている若年者がいるが、そのような若年者に受容的な態度で接することは、禁煙の動機づけ面接における中核的要素となる。

(3) 認知行動療法

認知行動療法(Cognitive Behavior Therapy)は、個人の抱える身体-心理-社会的問題を、認知(頭に浮かぶ考えやイメージ)と行動(客観的な把握が可能な動作や行為)の側面から解決しようとする体系的な心理療法である¹³⁾。成人の禁煙に対しても複数のRCT^{14~16)}によって効果が示されているほか、米国精神医学会の物質依存治療ガイドライン¹⁷⁾において心理-社会的治療の第1選択群(確固たる臨床的信頼性ととも推奨される)に挙げられている。若年者への禁煙治療においては、動機づけ面接法との併用条件だが表3に示した動機づけ面接法介入の12のメタアナリシスのうち2つのメタアナリシスにおいて有効性(RR:1.72、95%CI:1.03-2.86)が示されている⁶⁾。動機づけ面接法と同様、認知行動療法そのものの解説は文献^{18~22)}や専門団体の研修会に譲る。

禁煙治療において、治療者はとかく「喫煙するデメリット」「禁煙するメリット」に焦点を当てて説明しがちだが、若年者ではこれらを実感することが難しい。逆に、「喫煙するメリット」「禁煙するデメリット」が実際にどのようなものであるかを検討すると、これらが絶対的なものではないことに気づくことが多い。

検討のためには、禁煙しようと試みながら喫煙してしまった典型的な場面を題材に、進路や友人関係など外的な状況を発端として、どのような考えや感情変化を経て喫煙に至ったのかを明確化する作業が必要になる。これを助けるワークシートの自助教材も販売されている^{23,24)}。

3) 薬物療法

(1) 薬物療法の実際

〈20歳以上35歳未満の若年者〉

- ・「禁煙治療のための標準手順書」に沿って処方する。

〈未成年者〉

心理的治療だけでは困難な場合(離脱症状が強い、依存が強いなど)に併用

- ・15歳未満 NRT:ニコチンパッチ(個々の状態に応じて10、20、30を選択)
- ・15歳以上18歳未満 NRTを基本に、ニコチンパッチを使えない場合にバレニクリンを考慮
- ・18歳以上20歳未満 現在の成人(20歳以上)に準ずる。NRT、バレニクリンを適宜選択する。

上記の年齢区分としたのは、日本の医薬品の添付文書の基準として小児等に用いている年齢区分(おおよその目安)が小児:15歳未満とされていること、世界の多くの国では成人年齢が18歳と定められていること、日本における成人は20歳以上であることによる。また、薬剤選択において、日本において保険で使用可能な薬物で、未成年者で安全が確認されているのはニコチンパッチのみである。バレニクリンは、未成年者での臨床試験はなされておらず、添付文書にも「小児等に対する安全性は確立されていない」と記載されており、未成年者への使用には十分な注意を要する。

ニコチンパッチの具体的な使用方法については、わが国の9学会による「禁煙ガイドライン」(2010年改訂版)ニコチン代替療法の項を参照いただきたい²⁵⁾。

(2) 説明文書、添付文書の年齢についての記載

- ・OTCニコチンガム(ニコレットガム、ニコチネルガム)

「20歳未満の人」は使用前に医師、歯科医師または薬剤師に相談することとされている。

- ・OTCニコチンパッチ(ニコチネルパッチ、シガ

ノンCQ)

「20歳未満の人」は使用前に医師、歯科医師または薬剤師に相談することとされている。

- ・医療用ニコチンパッチ(ニコチネルTTS)

若年者の使用に対して特別な注意記載はない。

- ・バレニクリン(チャンピックス)

「小児等に対する安全性は確立されていない」と記載されている。

4) 社会的治療

(1) 家族等への対応

A) 家族等の治療同意を得る

平成28年度診療報酬改定に際して日本医師会が行った「今回の改定により、高校生などの未成年者への投与についてもニコチン依存症管理料の算定が可能と考えてよいか?」との疑義照会に対して、「依存状態等を医学的に判断し、本人の禁煙の意志を確認するとともに、家族等と相談の上算定することとなる」との回答がなされている(表1)。すなわち、未成年の禁煙治療においては家族等の同意が条件になるということである。もし家族等が治療に拒否的であった場合には、治療者は家族等に「治療に同意すること」の動機づけを行う必要が生じる。動機づけ面接法の学習が進んでいけば、用いるのもよいだろう。

B) 家族等の並行面接、同席面接について

親子関係等に機能不全が認められる(例:過干渉)場合には、親子関係等を主題とした親等への治療面接が、患者本人の問題解決に有効である場合がある。この場合、患者本人への面接者(例:医師)と親等への面接者(例:その他のメディカルスタッフ)を分担し、並行的に面接を進行させると、それぞれの面接で本心が語られやすい。面接者同士で情報共有するときには、それぞれの対象者に許可を得ることが、信頼関係を維持する上で重要である。

ひとりの治療者が、患者と家族等の両方との面接をするのであれば、患者との個別面接+患者・家族等との同時面接の組み合わせで行えばよい(順序は逆でもよい)。同時面接では、家族等にもニコチン依存症の病態や禁煙の方法について理解してもらい、日常生活の中で患者を支援できるように教育すると、治療の効果が増幅される可能性がある。さらに、同席面接を基本に治療を進め、家族のダイナミズムの中で治療効果を期待する家族療法という方法もある

が、個人面接よりも高度なスキルが要求されるので、本指針では割愛する。

C) 家族等の問題への対処

本人の機嫌を取るため気づかぬうちにタバコを与えてしまっているような場合(イネブリング=enabling)には、早期から家族等への介入を行うことが望ましい。適切な情報提供を行うとともに、患者が変わるための新しい役割行動を検討する。

喫煙している家族等がいたら、当該若年者は禁煙しにくく、再喫煙しやすくなる。同伴者を含め周囲の大人等の喫煙状態を聴取し、当該若年者と同時に禁煙治療を開始する動機づけを行う必要がある。禁煙治療への動機づけには、動機づけ面接法が有効である。すなわち、非難(例:「〇〇君が吸い始めたのはあなたのせいですよ」)や警告(例:「あなたが禁煙しないと〇〇君が禁煙できませんよ」)を控え、当該若年者に禁煙して欲しいと願う理由や、時間を割いて付き添ってきた理由などを、家族等の言葉として聞き出すことに主眼を置く。さらなる詳細は本指針の趣旨を外れるので割愛する。

子どもに対する親等の態度に余裕がなく自信を喪失しているようであれば、受容を重視した面接で、これまでの努力や本人が気づいていない成果を是認する。感情的混乱やそれに起因する自滅的行動が自覚されているようであれば、認知行動療法的な介入も有効であろう。家族等に診断しうる未治療の精神病理が存在する場合には、本人への禁煙治療の一環として、家族等の専門医療機関受診を動機づける必要がある場合もある。虐待の問題にも注意を払う必要がある。存在が疑われるときには児童相談所による保護も考慮に入れる。

(2) 学校関係者との連携

ときとして、担任教諭、養護教諭、生活指導の教諭などが患者の禁煙を助ける資源となりうる。そのように判断されるときには、連携を取ることも考慮に入れられるべきだろう。ただし、患者との信頼関係を崩さないために、できれば外部との連絡は患者の前(電話あるいは同席)で行うことが望ましい。

禁煙治療を通じて学校関係者と関わりを持つことができれば、防煙教育についての意見交換や動機づけを積極的に行うべきである。一般的な害についての教育はなされていても、①麻薬に匹敵する依存性

物質、②ストレス解消のように感じるのは離脱症状の緩和、③喫煙自体が病気であって治療の対象、④未成年でも治療が受けられる等については教えられていることが少ない。これらについて学校全体の生徒、教師、保護者等が正確な知識を有することが、受診した患者の禁煙継続にも役立つ。

4. おわりに

若年者の禁煙治療の重要性は、今回の診療報酬改定からも認識されてきたといえよう。一方、若年者の禁煙治療のエビデンスは少ない。今後、エビデンスを蓄積し、より安全で効果の高い治療が望まれる。

参考文献

- 1) Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al.: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008, 159-161.
- 2) Stanton A, Grimshaw G: Tobacco cessation interventions for young people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art.No.: CD003289. DOI: 10.1002/14651858.CD003289.pub5.
- 3) 厚生労働省: <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyou/h26-houkoku.html> (閲覧日: 2016年9月20日)
- 4) Sargent JD, Mott LA, Stevens M.: Predictors of smoking cessation in adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med. 1998; 152: 388-93.
- 5) Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al.: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008, 159-161. http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/clinicians-providers/guidelinesrecommendations/tobacco/clinicians/update/treating_tobacco_use08.pdf (閲覧日: 2016年7月29日)
- 6) Stanton A, Grimshaw G: Tobacco cessation interventions for young people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art.No.: CD003289. DOI: 10.1002/14651858.CD003289.pub5. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003289.pub5/full> (閲覧日: 2016年7月29日)
- 7) 村瀬 嘉代子, 飯田 昭人: 精神療法 児童期・青年期の統合的アプローチ. 精神科治療学 23 (増刊) 2008; 23: 82-86.
- 8) 菅沼憲治 編: REBT カウンセリング 現代のエスプリ: 518 (2010年9月), ぎょうせい, 東京, 2010.
- 9) Miller WR, Rollnick S: Motivational Interviewing 3rd edition. Guilford Press, New York, 2012.
- 10) 加濃正人: 今日からできるミニマム禁煙医療 第2巻 禁煙の動機づけ面接法. 中和印刷, 東京, 2015.
- 11) D・B・ローゼングレン: 動機づけ面接を身につける 一人でもできるエクササイズ集. 星和書店, 東京, 2013.
- 12) 磯村毅, 加濃正人: 保健室動機づけ面接のすすめ. ジャパンライム, 東京, 2014.
- 13) 伊藤絵美: 生活習慣病の認知行動療法的介入 一般内科医にもできる介入法 禁煙指導. Medicina 2007; 44: 2056-2060.
- 14) Patten CA, Martin JE, Myers MG, et al.: Effectiveness of cognitive-behavioral therapy for smokers with histories of alcohol dependence and depression. J Stud Alcohol 1998; 59: 327-335.
- 15) Burling TA, Burling AS, Latini D: A controlled smoking cessation trial for substance-dependent inpatients. J Consult Clin Psychol 2001; 69: 295-304.
- 16) Alterman AI, Gariti P, Mulvaney F: Short- and long-term smoking cessation for three levels of intensity of behavioral treatment. Psychol Addict Behav 2001; 15: 261-264.
- 17) American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders, 2nd Edition. Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Compendium 2006, 291-561.
- 18) 臼井洋介: 禁煙の心理学. 日本禁煙学会編: 禁煙学 第3版, 南山堂, 東京, 2014, 120-124.
- 19) 伊藤絵美: 認知療法・認知行動療法カウンセリング 星和書店, 東京, 2005.
- 20) 伊藤絵美: DVD 認知療法・認知行動療法 面接の実際. 星和書店, 東京, 2006.
- 21) 菅沼憲治: 人生哲学感情心理療法入門 第1版. 静岡学術出版, 浜松, 2013.
- 22) 加濃正人: 禁煙を科学する 禁煙に向けた心理療法の科学. 呼吸 33(6): 557-562, 2014.
- 23) イヴィングス K: 喫煙の心理学. 産調出版, 東京, 2007.
- 24) 原田隆之: 認知行動療法・禁煙ワークブック Re-Fresh プログラム. 金剛出版, 東京, 2014.
- 25) 循環器病の診断と治療に関するガイドライン (2009年度合同研究班報告): 禁煙ガイドライン (2010年改訂版), 54-59. <http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2010murohara.h.pdf> (閲覧日: 2016年7月29日)

《報 告》

WHO FCTC (タバコ規制枠組条約) 第7回締約国会議に参加して

作田 学

一般社団法人 日本禁煙学会 理事長

第7回目のWHO FCTC COP7 (WHOタバコ規制枠組条約 第7回締約国会議) は2016年11月7日から12日までインドのデリーで行われました。参加人数は総数約1,000名。その直前5、6日にはFCA (FCTC同盟=日本禁煙学会も加盟) の会議が行われました。今回のFCAの参加人数は約200名、その約4分の1は各国の代議員を兼ねています。まだ全員は揃っていませんが、会議の合間に撮った集合写真が図1です。日本禁煙学会からは作田と総務委員長の宮崎理事がFCAの代議員として出席いたしました。

ご覧になりますように、当地はスモッグがひどく、この時はPM_{2.5}がなんと500 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ とのことでした。

太陽はオレンジ色に見え、夜、部屋に戻っても口・鼻がジャリジャリするようで、妙な咳が日本に帰国するまで止まりませんでした。

COP7の目的は5条3項 (公衆衛生の政策をタバコ産業から守る)、17条・18条 (経済的に実行可能な代替の活動に対する支援、環境および人の健康の保護)、19条 (タバコ会社の責任)、9条・10条 (タバコ製品の含有物および情報の開示についての規制)、E-Cigarettesの規制についてなどを話し合い、コンセンサス方式で追加事項を決定していくことでした。(図2~4)

とくに重要なことには次の3点がありました。



図1



図2



図3

1. COP6において議決された、各国の30%の喫煙率低下の目標と状況報告。
2. 各国の条約実行状況を知るIRM (Implementation Review Mechanism) の整備。
3. 各国の条約実行のための持続可能な資金調達。
の3点です。

IRMに関しては、少し形は変わりましたが、FCTCのための戦略的枠組を書くワーキンググループが設立されました。これはIRMなどFCTCの色々な事柄を含むことになるでしょう。

30%の喫煙率低下については、最後の日まで論議が行われましたが、結局COP7からCOP8までは各国がそれぞれのターゲットを決めること、またFCTC事務局が各国の目標を集計することが決定されました。

次に重要な3つの問題の論議が行われました。

1. 密輸に関する議定書 (ITP : Illicit Trade Protocol)
2. E-Cigarettes (ENDS/ENNDS : electronic nicotine/non-nicotine delivery system)
3. 5条3項/タバコ産業/透明性
の3点です。

ITPに関しては、ITPの専門パネルは引き続き、より広い観点から検討することと、MOP1 (第1回関係国会議) のあり方について決定されました。

ENDS (E-Cigarettes) については、harm reductionという詭弁などでタバコ産業の息がかかった国や、息がかかった代議員が会議を妨害しました。

結局、電子タバコ (E-Cigarettes) は「各国がその国の法律にしたがい、製造、輸入、配送、保持、売買及び使用することを禁止または制限する」という宣言がはっきりと入りました。

There is no tobacco with less harm, there is only a dangerous tobacco. (害の少ないタバコはない。ただ危険なタバコがあるだけである) というのが、私の感想です。

日本では特にIQOSなどの加熱タバコがこれから大きな問題になるでしょう。まずはその実際の構造/機構などを調べていかねばならないと思いました。IQOSは現在、主に日本でその70%が販売されており、その他、イタリア、トルコ、ルーマニア、ロシアのFCAから販売が報告されています。いまわっていることはニコチンの沸点が247度であるのに対し、正確に240度までに発熱がコントロールされていることです。どのようにして、ニコチンが出てくるのでしょうか？ この問題はCOP8までには決着を付



図4

けたいものです。私はとくに新型タバコ委員会の活躍に期待しております。

FCTC9条、10条については、これまでのガイドラインに加えて、魅力を増す要素とくにスリムなタバコなどのデザインを規制することが付け加えられました。依存性に関しては、COP8までに報告することが決定されました。

また、FCTC19条 (タバコ産業の責任) も通りました。日本政府が守るかどうかはわかりませんが、各国がタバコ産業を訴えていこうとするものです。いずれタバコ産業は逆の訴訟で大忙しになるでしょう。

私ができるかどうか危ぶんでいたItem 6.7 Trade and investment issues, including agreements, and legal challenges in relation to the implementation of the WHO FCTC. (事項6.7 WHO FCTCを履行する上での貿易と投資、協定と法的な異議) も無事に通りました。

これは、ISDS条項 (Inter State Dispute Settlement) といって、public welfareに関係することはTPP協定から外すというものです。

これが通ったことは世界中で裁判を起こしているタバコ産業の一つの拠り所が無くなって困ることは間違いありません。来年にWTOのsettlementが出ますが、これを後押しするものになるでしょう。

FCTCではこれまでに5.3条、6条、8条、9条、10条、11条、12条、13条、14条、17条、18条のガイドラインと、密輸に関するプロトコルが成立しています。枠組条約は、最初で大枠を決め、ついで細目はコンセンサス方式で、議定書、附属書、ガイドラインによって定めていくものです。

したがって、日本政府はすべてのガイドラインに賛成しているわけで、ガイドラインには拘束力はないという弁明は認められません。

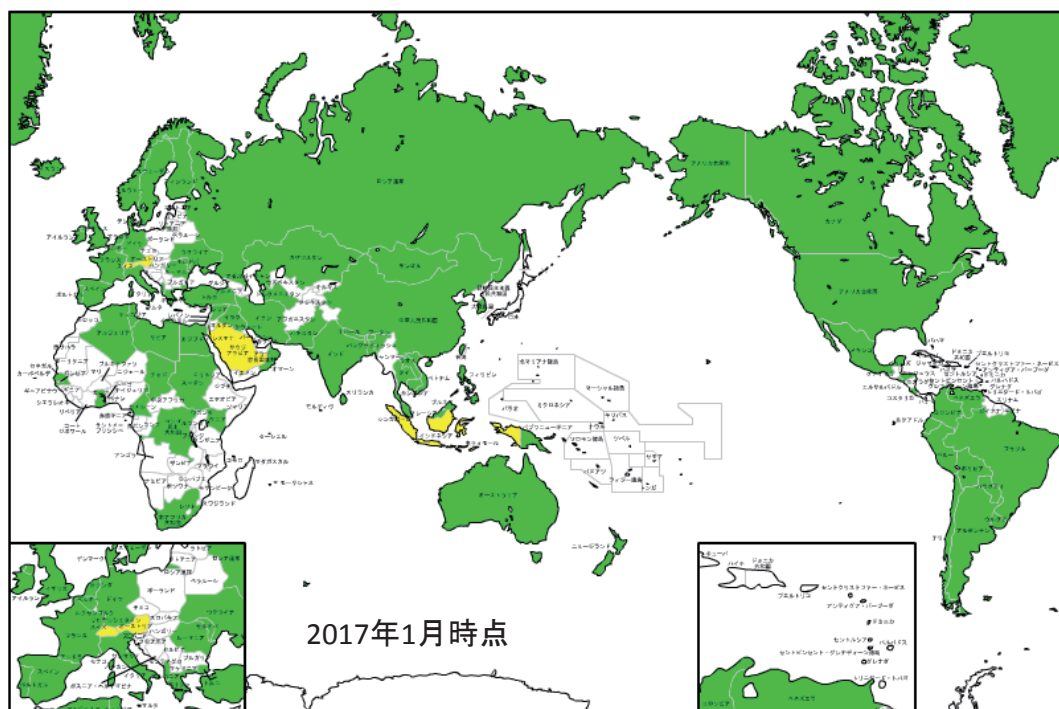


図5

緑は受動喫煙防止法ができている国。黄色は条例ができているが、50%の国民は守られていない。分煙は除く。レストランなどの喫煙室も含む。

これからの日本は遅れていた受動喫煙防止法が曲がりなりにも通ることでしょう。

それに続けて、タバコの値上げを行わなくてはなりません。これはオリンピックの歳費不足から、行われるのではないかと思います。また、パッケージの健康警告を何としても画像にすることが必要です。それに伴って、タバコを陳列するという売り方をやめ、要求があれば(できればオーストラリアのように「健康のためにやめた方が良い」と言いながら)外から見えない棚の扉を開けて渋々出すようになっていくと思われます。これらはすでに各国が行っていることですが、オリンピックが押し通してくれると考えるな

らば、私たちはオリンピックに深く感謝しなければならないでしょう(図5)。

終わってみれば、素晴らしいCOPの一つになったと思います。

Bettcherさんと話し合いましたが、東京都知事がGood governorで、promisingという、嬉しそうにされていました。

Secretariatのベラさんは、初めは疲れを見せていましたが、最後には堂々の復活ぶりでした。

次のCOP8は2018年10月1日か、11月26日の週にスイスのジュネーブで行われます。

《報 告》

第11回APACT参加報告

宮崎恭一

日本禁煙学会理事・総務委員長、全国禁煙推進協議会事務局長

2013年8月に幕張メッセで開催されました、第10回アジア太平洋タバコ対策会議(Asia Pacific Association for the Control of Tobacco = APACT)のあと、第11回APACTは2015年の9月に青島で開催予定でしたが、人事異動などがあり、ほぼ1年延びて、2016年9月23日～25日に北京国際会議センター(Beijing International Convention Centre = BICC)で開催されました。最終報告によると、参加者は21か国から800人となりました。

23日の午後3時からAPACT理事会がもたれ、中国、台湾、香港、韓国、インドネシア、フィリピン、オーストラリア、タイ、マレーシア、日本からの代議員約30名が集まりました。

名誉事務局長のTed Chen氏から、今日までのいきさつについての挨拶があり、中国タバコ規制協会(Chinese Association on Tobacco Control = CATC)会長兼第11回APACT大会長の胡大一医師(Dr. Hu, Dayi)が大会の概要と宣言文の披露と説明をしました。その中に、「アジア太平洋地域の西太平洋、東南アジアも含めて、世界人口の半分を占め、6億人の喫煙者がおり、タバコ関連疾患で230万人が毎年死んでいる」と述べています。

次回(12回)はインドネシアのバリ島で2018年9月12日～14日に開催されることが決定しました。会長はArifin Panigoro教授です。さらに13回にはタイが名乗りを上げ、2020年開催を考えています。会長はRonnachai Kongsakon教授で、ご子息が大阪大学医学部に在学中の親日家です。彼はタイ医師会の次期会長とのことです。

実は、13回は韓国が名乗りを上げていたのですが、2021年の「タバコか健康か世界会議」に申請しているとのことで、タイに譲った形となりました。APACTとしても応援するところです。ちなみに2018年には世界会議が、南アフリカで開催される予定です。

開会式に続いてゲストスピーカー

開会式に先立って、控室で、国家健康家族計画省の副大臣の王賀月生氏、広報部長の毛群安氏(2014年1月7日のニュースで中国の喫煙対策を発表した人)や、WHOのDouglas Bettcher氏、WHO-WPRO代表のDr. Bernhard Schwartlander、Judis Mackay氏、Ted Chen氏らとの名刺交換があり、いよいよ開会式となります。

開会式では、上記の方々の挨拶、講演の後、プレ



CATCのスタッフ



Ted Chen氏と

ナリーセッションでは、上記の毛氏が、2015年に中国では8%の税率アップで、喫煙率が下がったことを発表しました。北京市では2015年6月から屋根のある場所では全面禁煙となり、路上では灰皿のある場所でのみ喫煙可能ということで、会場周辺でもゴミ箱に灰皿が付いておりました。

北京市の空気

今回、日本から森田純二ご夫妻、加藤正隆氏、大和浩氏と姜英氏(産業医科大学)、藺夫妻、宮崎の8名が確認できました。会場はバードネスト(オリンピックスタジアム)の近くでしたが、加藤先生の計測によると、戸外でPM_{2.5}は100 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ 、ホテル内でも40 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ とのことで、涙目になることもありました。タイからはなんと61名が参加していました。Thai Health Promotion FoundationのStephen Hamann氏の話では、タバコ税の収益の2% (約2億USドル) がタイ・ヘルスにいき、その1% (約200万USドル) がタバコ対策に使用されるとのことです。そのため、



インドネシア事務局スタッフと閉会式で

タバコ対策に取り組んでいる多くの団体から代表を募り、国際会議に参加させて、次世代の養成に心がけているとのこと。

The declaration on the 11th APACT

Tobacco is harmful to health, and it can cause many diseases. For over half a century, scientists have confirmed that smokers are at much higher risk of dying from chronic noncommunicable diseases such as cancer, cardiovascular disease, and chronic obstructive pulmonary disease (COPD). 22% of overall cancer deaths and 70% of lung cancer are caused by tobacco use. Smoking causes 6 million deaths globally in a year, 0.6 million of these from exposure to second-hand smoke, including 0.13 million children. Exposure to tobacco smoke is harmful. It will cause immediate and long-term damage to one's health. All tobacco products are harmful, and any illusion of a "safe" tobacco product is merely that - an illusion. There is no safe level of exposure to tobacco smoke.

The World Health Organization (WHO) Framework Convention on Tobacco Control which came into effect in 2003 serves as the common consensus and commitment of the world's governments in guiding them in collectively tackling the harms of tobacco use in a comprehensive and coordinated fashion.

In 2011, The Political Declaration of the sixty-sixth high level meeting of the United Nations on the prevention and control of chronic noncommunicable diseases pointed out that the tobacco use is one of the important leading risk factors for chronic diseases.

The Asia Pacific region covers both the WHO Western Pacific and Southeast Asia region, with a total population covering half of the world. There are approximately 600 million smokers in this region. About 2.3 million people die each year from tobacco related diseases in this region. Needless to say, tobacco use has brought enormous disease and economic burden to all countries in the Asia Pacific region.

In recent years, countries in the Asia Pacific region have made great efforts in advancing the work of tobacco control and fulfilling the obligations set out in the FCTC. These have included pushing the government to develop comprehensive tobacco control policy and legislation, banning all forms of tobacco advertising and promotion,

raising cigarette taxes and prices, designation and enforcement of smoke-free environments, providing smoking cessation services, carry out publicity and education campaigns on the dangers of tobacco use, and to develop and strengthen tobacco surveillance and monitoring systems.

However, despite these advances, the biggest challenge we are facing is still the intense interference by the tobacco industry. Governments in the Asia Pacific region who are trying to formulate tobacco control policies for the good of the health of their populations, are constantly having to face blatant tobacco industry interference during the policy-making process. Even if a law is passed, the tobacco industry will continue to find legal loopholes in the law, to force exemptions and jeopardize the effective implementation of the law itself. In addition, also deserving of special vigilance are the following: with the strong economic strength, the tobacco industry would continue brand marketing via sponsored media, using disguising tobacco advertising, promotion and sponsorship activities under the banner of corporate social responsibility, taking advantage of poverty and disaster relief assistance activities for promotion of tobacco brands. All these developments only serve to hinder and weaken efforts to strengthen tobacco control.

In order to protect public health, let us join hands and strive to achieve:

Firstly, vigorously strengthen national mechanisms for tobacco control in order to ensure sustainability of tobacco control efforts.

Secondly, urge countries in the Asia Pacific region as soon as possible to implement effective tobacco control policies and laws in particular to issue and effectively enforce a comprehensive ban on smoking in indoor public places.

Thirdly, call] for all governments to implement graphic health on tobacco products packaging and raising tobacco taxes to at least 75% of the retail price in accordance with WHO FCTC recommendations.

Fourthly, to strive to reduce the population smoking rate by 5% in the next five year.

Due to the population size and sheer number of smokers in the Asia Pacific region (accounting for 1/2 of the global total), it is therefore no surprise that any advances or progress made in tobacco control in this region will have a huge impact on tobacco control globally. The countries of the Asia Pacific region should actively and conscientiously ensure effective implementation of the WHO FCTC, and continue focusing its efforts to establish a smoke-free and healthy Asia Pacific for all.

第11回APACT大会宣言を原文(英文)で掲載いたします。

Chinese Association on Tobacco Control (CATC) : The declaration on the 11th APACT.

<http://www.cateprc.org.cn/index.aspx?menuid=25&type=articleinfo&lanmuid=156&infoid=7563&language=en>

(閲覧日: 2016年12月21日)

《原 著》

禁煙専門指導者・禁煙認定指導者における 「動機づけ面接」の認知、および学習状況に関連する要因 —禁煙外来に携わる医師・看護職の調査より—

瀬在 泉^{1,4}、加濃正人^{2,4}、埴岡 隆^{3,4}

1. 防衛医科大学校医学教育部看護学科、2. 新中川病院
3. 福岡歯科大学口腔保健学講座、4. 禁煙心理学研究会

【目 的】 禁煙外来に携わる禁煙専門指導者・禁煙認定指導者における「動機づけ面接」(MI)の普及の現状把握、および、MIの学習に関連する要因を検討する。

【方 法】 日本禁煙学会認定禁煙専門指導者、および、禁煙認定指導者のうち無作為に抽出した医師・看護職500名に対し、無記名自記式質問紙調査を実施。回答の得られた251名の結果を分析した。

【結 果】 MIを言葉として知っている者は81.3%、MIの概要を知っている者は70.9%であった。多変量解析の結果、MIの認知や学習状況に関連する有意な要因は「MI学習重要度」および「禁煙支援困難度」、「勤務地域」、「認定資格」「禁煙外来に関わる看護職数」であった。

【考 察】 MIの認知は概ね高く、禁煙学会等における取り組みが反映されていると考える。一方で、継続的な学習方法を考慮する必要がある。

【結 論】 本対象者がMIの学習を継続するためにはMIを学ぶ重要性以外の要因も考慮する必要があることが示唆された。

キーワード：禁煙外来、動機づけ面接、日本禁煙学会認定禁煙専門指導者・禁煙認定指導者、医師、看護職

1. はじめに

動機づけ面接(Motivational Interviewing、以下MI)は、米国のMiller WRと英国のRollnick Sによって開発された対人援助理論、および面接スタイル¹⁾である。具体的には、患者の行動変容に伴う両価性「変わりたい、一方で、変わりがたくない」という気持ちや状況を、面接者側が十分な共感の中で丁寧に引き出しつつ、好ましい行動変容に指向する発言をより深く引き出していく。MIは元々アルコール依存症患者に対する治療介入技法から研究されてきたが、その後薬物乱用、健康増進活動、精神疾患や慢性疾患の治療アドヒアランス等の領域で徐々に有効性が示されてきた²⁾。

連絡先

〒359-8513
埼玉県所沢市並木3-2
防衛医科大学校医学教育部看護学科
地域看護学講座 瀬在 泉
TEL: 04-2995-1211
e-mail: sezai@ndmc.ac.jp
受付日 2016年5月8日 採用日 2016年9月9日

禁煙治療でのMIの効果に関する先行研究として、米国のプライマリケアにおいてタバコの害を教示する指導に比べ1年禁煙維持率が5.2倍³⁾、急性期・慢性期の在宅療養患者に対して訪問看護師がAHCPR(米国医療政策研究局)ガイドラインに基づくマニュアルで行った指導に比べ1年後も禁煙を試してみた者1.4倍⁴⁾等が挙げられる。AHRQ(米国医療研究品質局)ガイドラインにおける“Treating Tobacco Use and Dependence”では、特に禁煙する気持ちが今すぐはない、いわゆる無関心期や関心期層へのアプローチとしての一つの方法として推奨されている(レベルB)⁵⁾。なお、2015年に報告されたCochrane Database of Systematic Reviews⁶⁾では、禁煙治療におけるMIの効果について28の研究について検討し、医師や看護師、カウンセラーによるMIでの介入は通常の治療に比べて1.26倍の有意な効果を示した一方で、その介入内容については質の担保や患者の集団的特徴等によってばらつきが生じている、と結論付けている。日本の禁煙治療や禁煙支援におけるMIの紹介として、『禁煙学 改訂3版』⁷⁾にて禁煙の

心理学として認知行動療法とともにMIが記されたことをはじめ、日本禁煙学会主催の禁煙治療セミナー開催や関連書籍などがある。

一方、MIトレーニングの国際団体が推奨するカリキュラム⁸⁾や先行研究⁹⁾によれば、臨床場面においてMIを患者の行動変容のために効果的に使えるためには、2～3日の基礎的なワークショップに参加後、実際の面接に沿ってコーチングやスーパーバイズを継続的に受ける必要があるとしている。したがって、MIのスキル習得に関して現状の把握を行い効果的な学習方法を検討することは、我が国での専門的な禁煙治療や禁煙支援の質を高めるために意義あることと考える。

本調査は、日本の禁煙外来に従事している医師・看護職の中でも、禁煙治療や禁煙支援への関心が特に高いと思われる、日本禁煙学会認定禁煙専門指導者、および禁煙認定指導者に対し、MIの普及の現状や学習状況を把握するとともに、基本属性や禁煙治療に対する意識などからMIの学習に関連する要因を分析することで、禁煙外来に携わる医師や看護職に対するMIの学習促進に活かすことを目的とする。

2. 研究方法

1) 調査対象者

日本禁煙学会認定禁煙専門指導者(以下専門指導者)と禁煙認定指導者(以下認定指導者)1,735名(2015年5月現在)のうち、禁煙外来のある医療機関所属の医師・看護職(保健師・助産師・看護師・准看護師)1,211名の中から無作為に抽出した500名を調査対象とした。調査対象者の内訳は、勤務地地域別が北海道31名、東北29名、南関東115名、北関東・甲信44名、北陸25名、東海49名、近畿79名、中国29名、四国47名、九州52名。資格として医師342名、保健師8名、助産師0名、看護師139名、准看護師11名であった。専門指導者は223名、認定指導者は277名であった。

2) 調査方法

調査は郵送法による自記式無記名質問紙調査法とし、発送は2015年8月15日、回収期間は2015年8月15日～9月30日であった。

3) 調査内容

(1) 基本属性

性別、年齢、医師・保健師・助産師・看護師・准

看護師の区別、勤務先の都道府県・病院規模・標榜科、医療従事年数、禁煙支援従事年数、専門指導者・認定指導者の区別、勤務先の禁煙外来に関わる医師数・看護師数を尋ねた。

(2) MIの認知および学習状況

MIについて、①言葉として知っている(以下「①言葉」)、②概要を知っている(以下「②概要」)、③半日～1日程度の研修会やワークショップ(WS)に参加したことがある(以下「③半～1日WS」)、④2～3日程度の研修会やワークショップ(WS)に参加したことがある(以下「④2～3日WS」)、⑤個人的なコーチやスーパーバイズ(SV)を受けたことがある(以下「⑤コーチ・SV」)、⑥定期的な勉強会に参加している(以下「⑥定期勉強会」)、の6つの状況について「はい」「いいえ」の選択枝から二者択一で尋ねた。

また「禁煙支援のためにMIを学ぶことは重要と思う」(以下「学習重要度」)について「思わない」から「そう思う」の5件法で尋ねた。

(3) 禁煙支援について

対象者の禁煙支援に対する意識として、禁煙支援困難度と禁煙支援回避度について尋ねた。具体的には、「私は禁煙支援に難しさを感じる」(以下「禁煙支援困難度」)と「私は禁煙支援はできれば避けたい」(以下「禁煙支援回避度」)の2項目について、「思わない」から「そう思う」の5件法を用いた。

(4) 組織内自尊感情¹⁰⁾について

組織内自尊感情とは「個人が組織の成員として自己を有能で価値ある重要な存在と捉える度合い」と定義され、職務満足感、組織コミットメント、組織市民行動、業績などに正方向に作用することが実証されている¹¹⁾。本邦では、松田らによって構成概念妥当性、因子妥当性、信頼性が確認されている。禁煙外来における職務は、チームでの対応や禁煙支援の難しさ、また自分の意志によらない配置や相談者からの抵抗は少なからず経験があると思われるため、組織内自尊感情が禁煙支援の1つのツールであるMI学習の程度と関連するのかを検討するために用いた。

具体的には、「職場では私に対する信頼がある」「私は職場で役に立つ」など8項目を「思わない」から「そう思う」の5件法で尋ね、その平均得点を組織内自尊感情の得点とした。1点が最低得点、5点が最高得点であり、松田らの調査では20～60歳の一般企業勤務者1,000人余で平均3.67点という結果であった。

4) 倫理的配慮

対象者には、質問紙と一緒に調査の目的や結果の公表、質問紙の返送をもって調査への同意が得られたものとする旨等について記した調査依頼状を送付し、二重封筒法を用いて返送を依頼した。回答は氏名・住所と連結しない形で統計的処理を行った。なお、本調査は防衛医科大学校倫理委員会の承認(第2312号)を経て実施した。

5) 統計分析

統計分析にはSPSS22.0を使用した。グループ間のカテゴリーデータおよび数値データの単変量解析に χ^2 乗検定もしくはMann-WhitneyU検定、数値データ同士の関連性の検討にSpearman順位相関分析、MIの認知および学習の状況と調査項目との関連性の検討に二項ロジスティック回帰分析にてオッズ比(odds ratio: OR)と95%信頼区間(95% confidential interval: 95% CI)を算出した。なお、統計分析の有意水準は危険率5%未満とした。

3. 結果

1) 回収数(率)・基本属性

郵送500名のうち、勤務先変更等により郵便不達が25名、251名の返送があった(回収率52.8%)。勤務地域別返送者は、北海道18名(不達2名)、東北16名(不達1名)、南関東47名(不達7名)、北関東・甲信20名(不達5名)、北陸15名、東海26名(不達3名)、近畿34名(不達4名)、中国15名、四国28名、九州30名(不達3名)、記載なし2名であり、勤務地域別の回収率は南関東の43.5%から北海道の62.1%であった。

表1は251名の内訳である。なお、勤務先の禁煙外来に関わる医師数の平均は 2.03 ± 2.12 人(不明7名)、勤務先の禁煙外来に関わる看護職数の平均は 3.21 ± 2.74 人(不明23名)であった。

表2は、医師と看護職の平均年齢、男性の人数と割合、平均医療従事年数、平均禁煙支援従事年数、

専門指導者の人数と割合、組織内自尊感情について、全体の結果および、医師と看護職を比較した結果である。両者ではすべての項目について有意差が認められた。組織内自尊感情は、5件法8項目の平均点(8項目の合計得点/8)が医師と看護職合わせて 4.21 ± 0.73 点であった。

表1 分析対象者の基本属性 (N = 251)

本分析対象者の性別、年齢、職種、医療従事年数、禁煙支援従事年数、専門指導者・認定指導者の区分、勤務する病院規模、勤務の標榜科、勤務先の禁煙外来に関わる医師数、勤務先の禁煙外来に関わる看護職数について、N数と%を表記した。

		N	%
性別	男性	139	(55.4)
	女性	111	(44.2)
	不明	1	(0.4)
年齢	29歳以下	1	(0.4)
	30～39歳	42	(16.7)
	40～49歳	81	(32.3)
	50～59歳	91	(36.3)
	60～69歳	25	(10.0)
	70歳以上	8	(3.2)
職種	医師	160	(63.7)
	保健師	4	(1.6)
	看護師	77	(30.7)
	准看護師	7	(2.8)
	不明	3	(1.2)
医療従事年数	5年未満	0	(0.0)
	5～9年	8	(3.2)
	10～14年	38	(15.1)
	15～19年	28	(11.2)
	20～24年	47	(18.7)
	25～29年	53	(21.1)
	30～34年	43	(17.1)
	35年以上	32	(12.8)
	不明	2	(0.8)
禁煙支援従事年数	5年未満	37	(14.7)
	5～9年	102	(40.6)
	10～14年	62	(24.7)
	15～19年	35	(13.9)
	20～24年	47	(18.7)
	25年以上	4	(1.6)
	不明	2	(0.8)
資格	専門指導者	123	(49.0)
	認定指導者	121	(48.2)
	不明	7	(2.8)
病院規模	病院	137	(54.6)
	有床診療所	12	(4.8)
	無床診療所	99	(39.4)
	不明	3	(1.2)
標榜科	内科	106	(42.2)
	呼吸器科	45	(17.9)
	外科	18	(7.2)
	循環器科	14	(5.6)
	消化器科	6	(2.4)
	精神科	5	(2.0)
	その他	54	(21.5)
	不明	3	(1.2)
禁煙外来に関わる医師数	1人	145	(57.8)
	2人	53	(21.1)
	3人	16	(6.4)
	4人	11	(4.4)
	5人	4	(1.6)
	6人	5	(2.0)
	7人以上	10	(4.0)
禁煙外来に関わる看護職数	不明	7	(2.8)
	1人	69	(27.5)
	2人	53	(21.1)
	3人	21	(8.4)
	4人	24	(9.6)
	5人	26	(10.4)
	6人	15	(6.0)
	7人以上	16	(6.4)
	不明	27	(10.8)

2) MIの認知および学習の状況

表3はMIの認知や学習の状況について示したものである。結果1)において医師と看護職の基本属性に差が認められたため、医師と看護職間の差も比較した。医師と看護職の比較では、「②概要」において看護職が医師に比べて「はい」と回答した割合が有意に高かった。

3) MI学習重要度・禁煙支援困難度・禁煙支援回避度

表4はMI学習重要度、禁煙支援困難度、禁煙支援回避度である。結果1)において医師と看護職の基本属性に差が認められたため、医師と看護職間の差も比較した。MIを学ぶことは重要と思う・やや思うと答えた者を合わせると、医師・看護職合わせて197名(78.5%)が禁煙支援を行うためにMIを学ぶことは重要と答えた。また、禁煙支援に難しさを感じ

ると答えた者は168名(66.9%)、禁煙支援をできれば避けたいと答えた者は18名(7.2%)であった。医師と看護職の比較では、MI学習重要度と禁煙支援困難度において有意差が認められた。

4) MI学習重要度・組織内自尊感情・禁煙支援困難度・禁煙支援回避度・年齢・医療従事年数・禁煙従事年数の関連

表5はMI学習重要度・組織内自尊感情・禁煙支援困難度・禁煙支援回避度・年齢・医療従事年数・禁煙従事年数の相関である。各変数の類似性を確認するために分析した。相関係数が0.3以上を示したものは、年齢と組織内自尊感情、医療従事者年数と組織内自尊感情、年齢と医療従事者年数、年齢と禁煙従事年数、医療従事年数と禁煙従事年数であった。

表2 主な基本属性、組織内自尊感情(全体、医師・看護職別)

年齢・医療従事年数・禁煙支援従事年数・組織内自尊感情の全体、医師、看護職の平均値を示した。医師と看護職の比較はMann-Whitney U検定を行った。性別・学会認定資格について、それぞれ男性と専門指導者の人数と割合を、全体、医師、看護職別に示した。医師と看護職の比較は χ^2 乗検定を行った。

	全 体	医 師	看護職	p value
年齢(歳)	49.41 ± 9.73	52.00 ± 9.97	44.76 ± 7.30	<.001
男性の人数と割合	160人(64.5%)	134人(83.3%)	3人(3.4%)	<.001
医療従事年数(年)	24.17 ± 9.16	26.00 ± 9.69	20.85 ± 7.04	<.001
禁煙支援従事年数(年)	9.30 ± 5.42	10.82 ± 5.87	6.55 ± 2.93	<.001
専門指導者の人数と割合	122人(50.4%)	98人(62.0%)	24人(28.6%)	<.001
組織内自尊感情(点)	4.21 ± 0.73	4.38 ± 0.68	3.92 ± 0.73	<.001

表3 MIの認知や学習の状況(全体、医師・看護職別)

MIの認知や学習の状況①～⑥(表に付記)について「はい」「いいえ」の選択肢から二者択一で尋ね、「はい」と答えた者の人数と割合を全体、医師、看護職別に示した。医師と看護職の比較は χ^2 乗検定を行った。

	全 体	医 師	看護職	p value
①言葉	202(81.5)	128(80.0)	74(84.1)	0.428
②概要	176(71.0)	106(66.3)	70(79.5)	0.027
③半～1日WS	84(33.9)	50(31.3)	34(38.6)	0.240
④2～3日WS	20(8.1)	12(7.4)	8(9.1)	0.660
⑤コーチ・SV	22(8.9)	13(8.1)	9(10.2)	0.559
⑥定期勉強会	25(10.1)	14(8.8)	11(12.5)	0.348

①言葉→MIを言葉として知っている

②概要→MIの概要を知っている

③半～1日WS→半日～1日程度のMI研修会やワークショップに参加したことがある

④2～3日WS→2～3日程度のMI研修会やワークショップに参加したことがある

⑤コーチ・SV→(MIの)個人的なコーチやスーパーバイズを受けたことがある

⑥定期勉強会→(MIの)定期的な勉強会に参加している

①～⑥について「はい」「いいえ」の選択肢から二者択一で尋ね、「はい」と答えた者の割合

表4 MI学習重要度・禁煙支援困難度・禁煙支援回避度(全体、医師・看護職別)

MI学習重要度・禁煙支援困難度・禁煙支援回避度について、5択の回答の人数と割合を全体、医師、看護職別に示した。医師と看護職の比較は χ^2 乗検定を行った。

		思わない	あまり 思わない	どちらとも いえない	やや思う	そう思う	未記載	p value
MI学習重要度	全体	6 (2.4)	9 (3.9)	35 (13.9)	91 (36.3)	106 (42.2)	1 (0.4)	< .001
	医師	6 (3.8)	9 (5.6)	27 (16.9)	65 (40.9)	53 (33.1)	0 (0.0)	
	看護職	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (9.1)	26 (29.5)	53 (60.2)	1 (1.1)	
禁煙支援困難度	全体	11 (4.4)	33 (13.1)	35 (13.9)	97 (38.6)	71 (28.3)	1 (0.4)	0.004
	医師	11 (6.9)	20 (12.5)	24 (15.0)	69 (43.1)	35 (21.9)	1 (0.6)	
	看護職	0 (0.0)	13 (14.8)	11 (12.5)	28 (31.8)	36 (40.9)	0 (0.0)	
禁煙支援回避度	全体	148 (59.0)	57 (22.7)	25 (10.0)	10 (4.0)	8 (3.2)	0 (0.0)	0.898
	医師	97 (60.6)	38 (23.8)	14 (8.8)	6 (3.8)	5 (3.1)	0 (0.0)	
	看護職	51 (58.0)	19 (21.6)	11 (12.5)	4 (4.5)	3 (3.4)	0 (0.0)	

表5 MI学習重要度・組織内自尊感情・禁煙支援困難度・年齢・医療従事年数・禁煙支援従事年数の関連

MI学習重要度・組織内自尊感情・禁煙支援困難度・年齢・医療従事年数・禁煙支援従事年数について、2変数間のSpearman順位相関係数を示した。

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. MI学習重要度		-.129*	.165**	-.139*	-.163*	-.175**	-.097
2. 組織内自尊感情			-.095	-.225**	.396**	.337**	.261**
3. 禁煙支援困難度				.121	-.133*	-.098	-.089
4. 禁煙支援回避度					-.050	-.015	-.116
5. 年齢						.928**	.457**
6. 医療従事年数							.479**
7. 禁煙支援従事年数							

* $p < .05$, ** $p < .01$

5) MIの認知および学習の状況との関連要因

MIの認知および学習の状況に関連する要因をみるために、以下の手順で多変量解析を行った。

従属変数①「①言葉」、②「②概要」、③「③半～1日WS」、④「④2～3日WS」、⑤「⑤コーチ・SV」、⑥「⑥定期勉強会」のそれぞれについて、カテゴリデータの変数「性別」「医師・看護職」「専門指導者・認定指導者」「勤務地域」「病院規模」「標榜科」「MI学習重要度」「禁煙支援困難度」「禁煙支援回避度」、数値データの変数「組織内自尊感情」「年齢」「医療従事年数」「禁煙支援従事年数」「禁煙外来に関わる医師数」「禁煙外来に関わる看護職数」の15変数との単変量解析(Mann-Whitney U検定・ χ^2 検定)を行った。その結果、従属変数①～⑥の中の1つ以上に関連傾向($p < .10$)が認められた独立変数は、「性別」「医師・看護職」「専門指導者・認定指導

者」「勤務地域」「病院規模」「MI学習重要度」「禁煙支援困難度」「禁煙支援回避度」「禁煙外来に関わる看護職数」の9変数であった。結果4)より独立変数同士で高い相関を示す変数はなかったが、「性別」と「医師・看護職」は多重共線性を考慮する必要があるため、先の独立変数9変数から「性別」を除外した8変数を投入し、従属変数①～⑥について二項ロジスティック回帰分析を行った。その結果を表6に示す。

従属変数①～⑥それぞれについて有意な要因であった独立変数およびオッズ比は、「①言葉」が「MI学習重要度」(2.45)、「②概要」が「MI学習重要度」(2.64)・「勤務地域が中国地方」(0.23)、「③半～1日WS」が「MI学習重要度」(1.73)・「勤務地域が北関東甲信越地方」(4.09)・「専門指導者・認定指導者」(0.33)、「④2～3日WS」が「MI学習重要度」(3.76)、「⑤コーチ・SV」が「禁煙支援困難度」(2.04)・「⑥

表6 MIの認知および学習状況に関連する要因

二項ロジスティック回帰分析(強制投入法)にて、従属変数①～⑥、独立変数「医師・看護職」「専門指導者・認定指導者」「勤務地域」「病院規模」「MI学習重要度」「禁煙支援困難度」「禁煙支援回避度」「禁煙外来に関わる看護職数」を投入し、オッズ比(odds ratio: OR)と95%信頼区間(95% confidential interval: 95%CI)を算出、有意な結果について示した。

	①言葉 オッズ比 (信頼区間)	②概要 オッズ比 (信頼区間)	③半～1日WS オッズ比 (信頼区間)	④2～3日WS オッズ比 (信頼区間)	⑤コーチ・SV オッズ比 (信頼区間)	⑥定期的な勉強会 オッズ比 (信頼区間)
MI学習重要度	2.45 (1.58-3.82)	2.64 (1.76-3.95)	1.73 (1.14-2.63)	3.76 (1.31-10.82)		3.02 (1.33-6.86)
勤務地域 *南関東地方=1		中国地方 0.23 (0.05-0.96)	北関東甲信地方 4.09 (1.19-14.13)			
専門指導者・ 認定指導者 *専門指導者=1			0.33 (0.16-0.70)			
禁煙支援困難度					2.04 (1.15-3.63)	
禁煙外来に 関わる看護職数						1.20 (1.03-1.39)

*二項ロジスティック回帰分析(強制投入法)にて従属変数①～⑥それぞれについて、独立変数「医師・看護職」「専門指導者・認定指導者」「勤務地域」「病院規模」「MI学習重要度」「禁煙支援困難度」「禁煙支援回避度」「禁煙外来に関わる看護職数」を投入、有意な結果について提示

定期勉強会」が「MI学習重要度」(3.02)・「禁煙外来に関わる看護職数」(1.20)であった。

4. 考 察

1) MIの認知および学習の状況、MIの学習重要度について

今回の対象者は、禁煙支援を行うためにMIを学ぶことは重要と考えている者が約8割、MIを言葉として知っている者が全体の8割以上、MIの概要を知っている者も7割を超えていた。また、全体の約3割の者は半日～1日程度のWSに1回以上参加していた。さらに定期的な勉強会等に参加している者が10.0%、SVやコーチを受けたことがある者が8.8%という結果であった。

対象者が所属している日本禁煙学会では、2011年3月の第4回禁煙治療セミナーで、動機づけ面接をテーマとした研修会が初めて行われ、その後も第7回・第12回・第14回と、計4回実施されてきた。また、前述したように2014年に出版された『禁煙学 改訂3版』にもMIの概要について5頁に渡り紹介されている⁷⁾。MIの認知度に関してはこのような学会の取り組みが反映された調査結果であったと考える。

一方で、本調査の回収率は52.8%であったが、MIを言葉として知っていたり、MIの学習経験がある者の方が返送しやすいことは十分考えられる。そのため、調査対象者における実際のMIの認知度や学習の程度に関しては、本調査で得られた結果より

も低い可能性がある。なお、MIを実際の臨床場面で応用するための学習方法としては、文献学習や単発のワークショップへの参加以外に、継続的かつ事例に基づいた自分の面接のフィードバックを受けることが効果的とされている⁹⁾。今後のMIの学習機会としては、ワークショップ以外に、定期的な勉強会やスーパービジョン等も全国に拡げ、MIの継続学習を希望する者が容易にアクセスできるような環境を整える必要があると考える。

また、選択バイアスを考慮する必要はあるが、全体として8割の対象者がMI学習について重要であると答えており、医師よりも看護職がMIの学習をより重要と答えていた。同時に看護職は医師よりも禁煙支援に対する困難感が高く、医療従事年数や禁煙支援従事年数が短く、専門指導者が少なかった。看護職の組織内自尊感情の得点も一般企業勤務者より高いものの医師よりも低い結果であった。先行研究¹²⁾では、病院看護職が禁煙支援を行う上での困難な点として、禁煙支援のサポートの必要性が不明瞭、禁煙を勧めにくい患者への具体的なサポートが分からないなどが報告されている。今後、特に看護職に対してはMIの学習も含めた禁煙支援の新しい動向や具体的な支援方法についての継続的な情報提供や研修の機会も必要と考える。

2) MIの認知および学習の状況と関連要因について

MIの認知および学習の状況に関連する要因を多変

量解析した結果、「個人的なコーチやSVを受けたことがある」を除いた5つの学習状況(「言葉として聞いたことがある」、「概要を知っている」、「半日～1日のワークショップに参加したことがある」、「2～3日のワークショップに参加したことがある」、「勉強会や学習会に定期的に参加している」)で、最も強い関連性を示したのが「MI学習重要度」であった。当然ではあるが、今回の調査で、集中的なWSや定期的な勉強会等に参加する行動に繋がっているのは、MIの学習重要度が高いことであることが示唆された。同時に、「個人的なコーチやSVを受けたことがある」のみ、「禁煙支援困難度」がオッズ比2.04で有意な関連性を示したことも特徴的であった。自分の面接を振り返るスーパーバイズやコーチ形式の学習スタイルを継続するには、自ら実践する禁煙支援の中で困難と覚えることを経験することが動機の一つになることが推察された。

MIの認知および学習の状況に関連する他の要因としては、対象者の勤務地域や認定資格、禁煙外来に関わる看護職数も有意な関連性を示した。勤務地域による差は、MIに関する研修会や勉強会等の開催回数の差や、禁煙治療や支援の場においてMIを実践している医師や看護職の人数の差が反映されている可能性がある。しかし、今回の調査では地域によって返送率自体に差があることや回収されたn数が少ないこともあるためさらなる検討が必要である。禁煙外来に関わる看護職数による差は、「勉強会や学習会に定期的に参加している」と有意な関連性を示していた。矢野の調査では、禁煙外来専任看護師の95%以上が何らかの講習会を希望しており、そのうち約50%の者が禁煙支援内容、コミュニケーション、カウンセリング技法を身につけたいとしている¹³⁾。しかし、本対象者が勤務している禁煙外来の平均看護職数は3.21人であるものの、全体の半数近くは看護職数が1人、または2人の職場での勤務である。禁煙外来に関わる看護職が少ない職場は、医師も含め定期的な学習の機会が少ないことや、研修の情報を得ることが難しい環境であることも推察された。認定資格の差については、認定専門指導者は認定指導者に比べてより専門的な観点から禁煙支援に関する研修を受講したり、学術総会や禁煙治療セミナーに参加している状況が推測された。

なお、今回、MIの認知および学習の状況に対する独立変数としてMI学習重要度を投入したが、MI学

習重要度はMIの認知および学習の状況に対する従属変数にもなりうる(例:MIの学習を行っているからMI学習重要度が上がる)。要因と結果が逆転している可能性もあり、今回の横断調査は両者の関連性を示したに過ぎないことを念頭に入れる必要がある。

5. 本研究の課題

本調査は、無作為抽出調査であるものの全体の回収率は52.8%であり、勤務地域ごとの回収率の差もある。したがって、日頃MIに馴染みがある対象者がより多く返送してきた可能性などデータ収集において偏りがある可能性は否定できない。また、調査対象者は日本禁煙学会の認定禁煙専門指導者や禁煙認定指導者であるため、禁煙支援への意欲が高い集団であることは十分に考えられ一般化はできない。

今後、全国に拡がりつつある動機づけ面接のネットワークも利用しながら、禁煙支援に役立つMIの研修会や定期的な勉強会、困難事例へのスーパーバイズの機会を増やしていくことや、小規模の禁煙外来にもそれらの情報を得られるように考慮すること、また、禁煙支援者側が実際にMIを活用しての効果等についても検討を行い、広く共有していく必要がある。

本研究は、第8回(2015年)日本禁煙学会調査研究事業助成を受けたものである。

謝 辞

お忙しいなか調査に快く協力して頂いた学会員の皆様をはじめ、関係各位に心より感謝いたします。また、調査票作成にあたりご指導頂きました久保田聡美氏、倉本剛史氏、土井たかし氏、石川利江氏(桜美林大学)に御礼申し上げます。

引用文献

- 1) Miller WR, Rollnick S: Motivational Interviewing, Third Edition, Helping People Change, Guilford Press, 2012; p 3-13.
- 2) Hettema J, Steele J, Miller WR: Motivational Interviewing, Annu Rev Clin Psychol 2005; 1: 91-111.
- 3) Soria R, Legido A, Escolano C, et al: A randomized controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation. Br J Gen Pract 2006; 56: 768-774.
- 4) Borrelli B, Novak S, Hecht J, et al: Home health care nurses as a new channel for smoking cessation treatment: Outcomes from project CARES (Community-nurse Assisted Research and Educa-

- tion on Smoking). Preventive Medicine 2005; 41: 815-821.
- 5) AHRQ : Treating Tobacco Use and Dependence, 2008 up date (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63943/>) (閲覧日 : 2016年4月20日)
 - 6) Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R: Motivational interviewing for smoking cessation. The Cochrane Library, 2015 up date (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006936.pub3/full>) (閲覧日 : 2016年6月19日)
 - 7) 加濃正人 : 禁煙の心理学 : ②動機づけ面接法. In : 日本禁煙学会編. 南山堂, 東京, 2014; 125-129.
 - 8) Motivational Interviewing Training New Trainers Manual. http://www.motivationalinterviewing.org/sites/default/files/tnt_manual_2014_d10_20150205.pdf (閲覧日 : 2016年4月20日)
 - 9) Miller WR, Yahne CE, Moyers TB, et al: A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. J Consult Clin Psychol 2004; 72: 1050-1062.
 - 10) Y Matsuda, JL Pierce, R Ishikawa: Development and validation of the Japanese version of organization-based self-esteem scale. J Occup Health 2011, 53: 188-196.
 - 11) 松田与理子, 柴田恵子, 石川利江 : 組織内自尊感情(Organization-Based Self-Esteem) – 本邦の産業保健領域における活用可能性. ヒューマン・ケア研究 2009; 10(2): 114-126.
 - 12) 木下朋子, 中村正和, 近本洋介, ほか : 医療機関における禁煙サポートのあり方に関する研究. 日本公衛誌 2002; 49: 41-51.
 - 13) 矢野直子 : 禁煙外来専任看護師の禁煙支援の実態. 禁煙会誌 2015; 10: 22-28.

Recognition of motivational interviewing and factors related to its learning situation among Board-certified Members and Fellows of the Japan Society for Tobacco Control – Results of a study of doctors and nurses in smoking-cessation clinics –

Izumi Sezai^{1,4}, Masato Kano^{2,4}, Takashi Hanioka^{3,4}

Abstract

Purpose: This study described the recognition of motivational interviewing (MI) and the factors related to its learning situation among doctors and nurses licensed as Board-certified Members and Fellows of the Japan Society for Tobacco Control in smoking-cessation clinics.

Method: An anonymous self-administered questionnaire survey was administered to Board-certified Members and Fellows of the Japan Society for Tobacco Control. A total of 500 of these experts were randomly selected, and 251 responded.

Results: Of the respondents, 81.3% were aware of MI as a term, 70.9% knew the outline of MI. The factors that had a significant effect on the recognition and learning situation of MI were “importance of learning MI,” “difficulties in smoking cessation support,” “work area,” “licentiate,” and “number of nurses working in smoking-cessation support” based on multivariable analysis.

Discussion: In this study, recognition of MI was generally high. This result is considered to reflect efforts in the Japan Society for Tobacco control. On the other hand, it is necessary to consider the system of continuous learning methods about smoking cessation.

Conclusion: It is necessary to take into account some of the factors suggested, in addition to the importance of learning about MI, in order to continue the learning of MI.

Key words

smoking cessation clinic, motivational interviewing, Board-certified Members and Fellows of the Japan Society for Tobacco Control, doctor, nurse

¹.Community Health Nursing Section of National Defense Medical College, Saitama, Japan

².Shin-Nakagawa Hospital, Yokohama, Japan

³.Department of Preventive and Public Health Dentistry, Fukuoka Dental College, Fukuoka, Japan

⁴.Research Group on Smoke-Free Psychology, Japan

《原 著》

女性に対する禁煙補助薬バレニクリン減量投与法の長期有効性についての検討

谷口まり子¹、千葉 渉²

1. 高槻赤十字病院 看護部、2. 高槻赤十字病院 呼吸器外科

【目 的】 女性に対するバレニクリン減量投与法と標準投与法における1年後禁煙率を比較し、減量投与法による禁煙治療の長期有効性を明らかにする。

【方 法】 バレニクリン投与量を0.5 mg × 1回/日3日間、4～7日目まで0.5 mg × 2回/日、以後12週まで0.5 mg × 2～3回/日継続投与とした減量投与法(2014年4月から2015年1月までに禁煙治療を受けた14名)と、添付文書に従った投与量で禁煙治療を受けた標準投与法(2008年5月から2014年3月までに禁煙治療を受けた50名)の半年後、1年後禁煙率を比較検討した。

【結 果】 患者背景では身長のみ有意差を認めた。半年後禁煙率は減量投与法78.6% (11/14)、標準投与法78.0% (39/50)、1年後禁煙率は減量投与法78.6% (11/14)、標準投与法66.0% (33/50)で有意差を認めず、同様に有効であった。

【結 論】 長期有効性の観点から、女性の禁煙治療におけるバレニクリン減量投与法は有意義であると考えられた。

キーワード: バレニクリン、女性、長期有効性、減量投与法、標準投与法

はじめに

喫煙は疾病や死亡の原因の中で防ぐことができる単一で最大のものであり、禁煙は今日最も確実に多くの重篤な疾病や死亡を劇的に減らすことができると考えられている¹⁾。

喫煙の本質はニコチン依存症という治療を必要とする慢性疾患であり、タバコに含まれるニコチンの慢性使用は身体的依存と精神的依存を惹起する²⁾。依存性物質であるニコチンはアンフェタミン、コカインなどの精神刺激作用物質と同様に脳内報酬系である中脳辺縁系のドーパミン作動性ニューロンからドーパミンの放出を促す。ドーパミンは快感、報酬感をもたらす神経伝達物質であるため薬物依存成立の中心的役割を果たすと考えられており³⁾、この作用が多くの喫煙者の禁煙を困難なものにしている。

2008年から禁煙補助薬バレニクリンが保険適応となり、禁煙外来で投与可能となった。バレニクリンはニコチンを含まない経口薬であり、ニコチン依存の形成に関与している脳内の $\alpha 4 \beta 2$ 受容体を選択的に阻害する(アンタゴニスト)作用と同時に、少量のドーパミンを誘導する(アゴニスト)作用があり、喫煙者が喫煙時に感じる満足感の減少と、禁煙時に血中ニコチン濃度の減少による渴望感を軽減させる二面性を持つ⁴⁾。国内外の臨床試験において、バレニクリン1.0 mg × 2回/日投与群では第9週～12週の4週間持続禁煙率が44.0～65.4%と報告があること⁵⁾、経口剤という利便性とニコチン置換療法が禁忌の循環器疾患や脳血管障害回復期の患者にも使用できる安全性などにより、我が国でも使用機会が増加している⁶⁾。

バレニクリンの添付文書⁷⁾によると、内服開始から3日間は0.5 mg × 1回/日、4～7日目までは0.5 mg × 2回/日、以後12週目まで1.0 mg × 2回/日投与となっている(以後、標準投与法とする)が、重度の腎機能障害のある患者や、バレニクリンの忍容性に問題がある場合には8日目以降も0.5 mg × 2回/日に減量投与できると記載されている。

連絡先

〒569-1045

大阪府高槻市阿武野 1-1-1

高槻赤十字病院 看護部 谷口まり子

TEL: 072-696-0571

e-mail: trc@takatsuki.jrc.or.jp

受付日 2016年6月25日 採用日 2016年11月3日

バレニクリン投与時の主な副作用として嘔気が約3割の患者に認められることが報告されているが⁸⁾、我々の検討では標準投与法での嘔気発現には女性、低e-GFR値が独立した因子であること、嘔気を認めた女性の嘔気発現時期は2週目までが53.8%と高く、バレニクリン1.0mg錠を内服開始後から嘔気が発現しやすいことが明らかとなっている⁹⁾。嘔気・嘔吐発現のメカニズムとして、延髄第四脳室底にある化学受容体引金帯 (Chemoreceptor Trigger Zone: CTZ) に存在するドパミン受容体が関与している。ドパミンの遊離はこの受容体を活性化させ、CTZを直接刺激する。その刺激が延髄にある嘔吐中枢 (Vomiting Center: VC) に伝わり、嘔気・嘔吐が発現する¹⁰⁾。バレニクリンは最大作用がニコチンの約40%となる部分作動薬作用を示し、ドパミン遊離作用においてニコチンの約40~60%の最大作用を示したことから¹¹⁾、用量依存的に嘔気が発現する可能性が考えられた。そこで女性に対するバレニクリンの投与量について検討する必要があると考え、バレニクリン総投与量を減量した減量投与法 (0.5mg×1回/日3日間、以後12週まで0.5mg×2~3回/日継続投与) を実施し、標準投与法と比し禁煙成功率を低下させることなく有意に嘔気発現を抑制する事が明らかとなった¹²⁾。

今回、減量投与法と標準投与法の半年後、1年後禁煙率を調査し、減量投与法における禁煙治療の長期有効性について検討したので報告する。

対象と方法

高槻赤十字病院禁煙外来を受診し、バレニクリン総投与量を減量 (0.5mg×1回/日3日間、4~7日目まで0.5mg×2回/日、以後12週まで0.5mg×2~3回/日継続投与) して治療を受けた症例を減量投与法 (2014年4月から2015年1月までに終診した14名)、添付文書に従った投与量 (0.5mg×1回/日、4~7日目まで0.5mg×2回/日、以後12週目まで1.0mg×2回/日) で禁煙治療を受けた症例を標準投与法 (2008年5月から2014年3月までに受診した50名) とした。減量投与法では2週後の診察時に喫煙欲求がある場合、バレニクリン投与量を0.5mg×3回/日、または標準投与法への変更を患者が選択した。

治療は禁煙治療のための標準手順書第5版¹³⁾ に従い、Brinkman Index (BI: 1日あたり喫煙本数×喫煙年数) 200以上、タバコ依存度テスト (Tobacco Dependence Screener: TDS) 5点以上で、禁煙の

意志があり文書上も同意している者に対して行った。12週禁煙プログラム脱落者も解析対象に含めた。

減量投与法、標準投与法ともに禁煙治療開始日に呼気中CO濃度測定、胸部レントゲン撮影、肺機能検査を実施した。(禁煙治療開始3か月以内に胸部レントゲン撮影、肺機能検査を実施している場合は、初診時の検査は不要とした。) 初診時に基礎疾患の有無を含めた問診を行い、呼吸器専門医が胸部レントゲン、肺機能検査の結果を併せて肺がん、COPD、喘息等の呼吸器疾患のスクリーニングも行った。

再診時は呼気中CO濃度測定を行い、嘔気など副作用の有無、喫煙欲求の有無と対処方法について問診した。医師の診察後に看護師も禁煙指導介入を行い、禁煙外来受診時以外にも電話で禁煙に関する相談を適宜行った。

禁煙成功は呼気中CO濃度7ppm以下かつ禁煙治療開始4週後から12週後までの8週間以上禁煙を継続できた者とした。禁煙外来予約日に受診がない場合は電話連絡を取り、禁煙治療継続を希望された場合は禁煙外来再予約とした。電話連絡がつかない、禁煙外来の受診を希望しない場合は、呼気中CO濃度が確認できないため禁煙失敗に含めた。半年後、1年後の追跡調査について禁煙外来初診時に文書及び口頭にて説明し、同意を得られた場合、同意書に署名、連絡可能な電話番号を患者自身が記載した。半年後、1年後の禁煙については自己申告、電話にて確認を基本とするが、患者カルテから次回診療予約の有無を確認し、来院予定がある場合はアンケート記入 (図1) を依頼した。電話連絡がつかない、予約日に来院されずアンケートの回収ができない場合は禁煙失敗に含めた。

減量投与法と標準投与法について患者背景はt検定またはマンホイットニーのu検定、禁煙成功率は χ^2 二乗検定で解析した。統計解析は患者背景についてはSPSS15.0、禁煙成功率はExcel 2013を用い有意水準は5%未満とした。患者データについては連結可能匿名化処理を行い解析した。本研究は高槻赤十字病院倫理委員会の承認を得て実施した。

結 果

1. 患者背景

減量投与法14名、標準投与法50名であった。12週禁煙プログラム完遂率は減量投与法92.9% (13/14)、標準投与法94.0% (47/50) であった。

禁煙外来を受診された方へ

ID ()月()日()時()分 () Dr外来予約
()様

アンケートにご協力を お願いします

禁煙しています (はい ・ いいえ)

喫煙されている場合、一日の喫煙本数の記入をお願いします。 ()本

禁煙に関するご質問がございましたら、外来看護師 谷口までお問い合わせください。

禁煙外来

図1 禁煙外来 アンケート

患者カルテから次回診療予約の有無を確認し、来院予定がある場合はアンケート記入を依頼した。

表1 減量投与法と標準投与法の患者背景

数値は平均値±標準偏差(範囲)、もしくは人数を表記した。

*t検定で解析した、**マンホイットニーのu検定で解析した。

	減量投与法 (n=14)	標準投与法 (n=50)	p 値
年齢(歳) **	50.4 ± 15.1 (27~70)	57.1 ± 12.3 (29~74)	0.089
身長 (cm) *	160.1 ± 5.5 (149.0~168.0)	154.7 ± 4.9 (146.0~172.0)	0.00076
体重 (kg) *	53.9 ± 8.6 (39.2~69.8)	54.1 ± 9.5 (42.0~81.9)	0.92
BMI *	21 ± 3.3 (17.2~27.3)	22.6 ± 3.7 (16.2~31.8)	0.15
喫煙本数 (本/日) *	21.8 ± 7.5 (10~40)	21 ± 8.1 (10~50)	0.75
喫煙年数 (年) *	25.6 ± 14 (9~52)	33.1 ± 10.6 (8~59)	0.083
BI *	569.3 ± 483.5 (225~2080)	680.5 ± 342.9 (220~1840)	0.34
呼気中CO濃度 (ppm) *	8.6 ± 5.8 (1~20)	9.1 ± 5.8 (1~30)	0.76
TDS (点) **	8.1 ± 1.7 (5~10)	7.8 ± 1.5 (5~10)	0.35
肺機能検査1秒率 (%) *	73.7 ± 13.2 (38.3~88.3)	76.1 ± 10 (35.3~89.2)	0.47

12週禁煙プログラム脱落の理由は、減量投与法1名は喫煙欲求のため2週後から標準投与法に変更後、嘔気の為内服継続が困難となり内服中止、その後禁煙したため受診を希望されなかった。標準投与法3名の内訳は、嘔気のためにバレニクリン内服不可となり禁煙外来受診希望されず(2名)、家族が喫煙するため禁煙が困難(1名)であった。

減量投与法では2名の患者が喫煙欲求のため2週後から0.5mg×3回/日を選択したが、副作用を認めず12週禁煙プログラムを終了し、1年後追跡調査時にも禁煙を継続していると答えた。

1日の喫煙本数、喫煙年数、BI、身長、体重、BMI、呼気中CO濃度、TDS、肺機能検査1秒率について、身長のみ両群間に有意差を認めた(表1)。

2. 禁煙成功率

禁煙外来終了後の追跡調査は、すべての患者が同意した。12週禁煙プログラム終了時の禁煙率は減量投与法92.9%(13/14)、標準投与法92.0%(46/50)、半年後禁煙率は減量投与法78.6%(11/14)、標準投与法78.0%(39/50)、1年後禁煙率は減量投与法78.6%(11/14)、標準投与法66.0%(33/50)で、有意差は認めなかった。

追跡調査において電話連絡が取れなかった患者(減量投与法7.1%(1/14)、標準投与法16.0%(8/50))は、禁煙できているか確認が取れないため禁煙失敗に含めた。連絡がつかず禁煙失敗に含めた患者の12週禁煙プログラムの結果は、減量投与法1名失敗(脱落)、標準投与法8名は7名が成功、1名が

失敗(脱落)であった。

3. 基礎疾患の有無

両群共に基礎疾患無しが最も多かった。基礎疾患(重複あり)を有する場合、気管支喘息、COPDが多かったが、両群間に有意差を認めなかった。標準投与法における、その他の基礎疾患の内訳は甲状腺疾患、関節リウマチ、乳癌、腎疾患、肺癌等であった。減量投与法ではその他の基礎疾患を有する患者を認めなかったため、 χ^2 二乗検定で解析できなかった(表2)。

考 察

女性に対して行う減量投与法は嘔気発現を低下させるだけでなく¹¹⁾、1年後禁煙率も標準投与法と同様の効果があり有意義であると考えられた。

今回の調査において両群間の1年後禁煙率に有意差を認めなかったが、女性の1年後禁煙率が59.5%という既報¹⁴⁾と比較し、減量投与法の禁煙成功率が高かった。これは副作用の有無が1年後の禁煙状

況にも影響がみられたという報告からも¹⁴⁾、バレニクリン投与時の副作用発現頻度で最も多い嘔気を減量投与法で抑えることで長期的な禁煙継続が可能であったと考えられた。

また喫煙者が禁煙を決意し、実行し、成功するためには医療者による正確で具体的な情報提供、心理的サポートが必要であるが¹⁵⁾、我々の禁煙外来では医師のみではなく看護師も禁煙指導介入を行っており、より多くの情報提供やサポートを行うことが可能であった点で、減量投与法と標準投与法の両群とも長期禁煙継続に有効であったと考えられた。

女性における禁煙の困難性を示した報告は多く、理由として月経周期の影響、体重増加の懸念、ニコチン離脱症状が黄体期後半に強まる、家族に喫煙者がいる、仕事を持たない場合タバコを手にすることが可能であり禁煙のきっかけを作りにくい、などが挙げられている¹⁶⁾。また女性は男性よりも喫煙の非薬理的側面に敏感であり、リラックス、感情の調節、体重コントロールのために喫煙する傾向があるため、女性に特化した禁煙プログラム構築の必要性

表2 基礎疾患の有無

数値は人数(%)を記載した。基礎疾患は重複あり。

減量投与法と標準投与法における基礎疾患の有無、および基礎疾患別に有意差を検討した。

* χ^2 二乗検定で解析した。

	全体 (n=64)	減量投与法 (n=14)	標準投与法 (n=50)	p値*
基礎疾患なし	21 (32.8)	7 (50.0)	14 (28.0)	0.12
気管支喘息	15 (23.4)	4 (28.6)	11 (22.0)	0.61
COPD	5 (7.8)	2 (14.3)	3 (6.0)	0.31
高血圧	5 (7.8)	1 (7.1)	4 (8.0)	0.92
糖尿病	4 (6.3)	1 (7.1)	3 (6.0)	0.88
心疾患	4 (6.3)	1 (7.1)	3 (6.0)	0.88
消化器疾患	3 (4.7)	2 (14.3)	1 (2.0)	0.054
その他	19 (29.6)	0 (0)	19 (38.0)	

表3 投与量と禁煙成功率の比較

数値は人数(%)を記載した。

禁煙プログラム脱落者(減量投与法1名、標準投与法3名)は、12週禁煙プログラム失敗に含めた。

半年後、1年後の追跡調査で電話連絡がつかなかった患者(減量投与法1名、標準投与法8名)は、禁煙失敗に含めた(追跡調査回答率: 減量投与法92.9%(13/14)、標準投与法84.0%(42/50))。

* χ^2 二乗検定で解析した。

	全体 (n=41)	減量投与法 (n=14)	標準投与法 (n=50)	p値*
禁煙成功	35 (85.4)	13 (92.9)	46 (92.0)	0.92
半年後禁煙率	28 (68.3)	11 (78.6)	39 (78.0)	0.96
1年後禁煙率	26 (63.4)	11 (78.6)	33 (66.0)	0.37

が提唱されている¹⁷⁾。

標準投与法において追跡調査が出来ず禁煙失敗に含めた患者で、12週禁煙プログラム成功者がその後も継続して禁煙していたと仮定した場合は減量投与法と長期的な禁煙成功率が変わらない可能性があるが、バレニクリンの投与量を減量しても標準投与法と同等もしくはそれ以上の有効性が示されたと言え、女性がバレニクリンによる禁煙治療を受ける際に選択肢となり得ると考えられた。

薬剤の標準投与量はそれぞれ規定されているが、必要最低限の用量で期待する効果を得ることが望ましい¹⁸⁾。バレニクリンの標準投与法は漸増投与法であり、12週後に高用量で内服を中止することから再喫煙に繋がる可能性を考え、漸減投与法で有効性が示されている報告がある¹⁹⁾。バレニクリンの総投与量が少ないということは身体への負担のみでなく経済的にも負担が軽減されるという利点があるが、今回の調査において長期的な禁煙継続にも有効であることが分かった。しかし本研究は少数例、単施設での調査であり症例に偏りが生じている可能性がある点、同時期の2群の比較でないことから説明や相談における治療者の差異の可能性がある点が考えられる。今後症例数を増やし、更なる検討が必要と考えられる。

引用文献

- 1) 石田詞子、小野達也、森本泰子、ほか：薬剤師主導による禁煙外来の立ち上げとバレニクリンによる禁煙治療成功の検討。医療薬学 2012; 38: 25-33.
- 2) 阿竹聖和、吉村玲児、中村純：ニコチン依存とニコチン依存症の違い：精神疾患を併存しているニコチン依存症の治療。The LUNG perspectives 2013; 21: 55-58.
- 3) 阿部眞弓：禁煙支援とその実際。治療 2009; 91: 2375-2381.
- 4) 清水隆裕：バレニクリン酒石酸塩製剤。薬局 2009; 60: 2399-2045.
- 5) $\alpha 4 \beta 2$ ニコチン受容体部分作動薬(禁煙補助薬)チャンピックス錠添付文書(第9版)：2012年8月改定。
- 6) 岡崎伸治、上田恵一：バレニクリンを用いた禁煙治療効果の検討—禁煙成功率と性別、年齢との関連—。日呼吸会誌 2013; 2: 327-332.
- 7) $\alpha 4 \beta 2$ ニコチン受容体部分作動薬(禁煙補助薬)チャンピックス錠添付文書(第11版)：2014年5月改定。
- 8) 小川雅史：チャンピックス錠0.5mg・1mg。調剤と情報 2009; 15: 51-54.
- 9) 谷口まり子、谷村和哉、千葉渉：禁煙補助薬バレニクリンによる嘔気出現に関連する患者背景の検討。禁煙会誌 2015; 10: 7-12.
- 10) 田所杏子、三宅知宏：嘔気・嘔吐の発現原因を明確にする。薬局 2010; 61: 127-133.
- 11) 相沢政明、黒山政一：バレニクリンの服薬指導をする際の基礎知識。薬局 2009; 60: 112-119.
- 12) 谷口まり子、千葉渉：禁煙治療を受ける女性患者に対する禁煙補助薬バレニクリン減量投与の検討。禁煙会誌 2015; 10: 31-36.
- 13) 日本循環器学会・日本肺癌学会・日本癌学会・日本呼吸器学会編：禁煙治療のための標準手順書。第5版2012年4月。
- 14) 宮城眞理、豊里竹彦、小林修平、ほか：禁煙外来における禁煙治療の長期的効果に関する疫学的研究—3ヵ月及び1年後のフォローアップ—調査結果より。心身健康科学 2012; 8: 91-99.
- 15) 鈴木幸男、平岡理佳、竹下啓、ほか：禁煙 1) 禁煙薬物療法の現状。日本胸部臨床 2011; 70: 13-19.
- 16) 中村靖：女性に対する禁煙支援。In: 日本禁煙学会。禁煙学。2. 南山堂、東京、2010; 164-168.
- 17) 吉井千春、西田千夏、川波由紀子、ほか：バレニクリン(チャンピックス®)による12週治療成績の検討。禁煙会誌 2013; 8: 13-20.
- 18) 長尾哲彦：外来処方において考えるべきこと—医師の立場から—。臨牀と研究 2014; 91: 317-322.
- 19) 川本仁：バレニクリン漸減投与法の有用性。日本臨牀内科医会誌 2013; 28: 581-585.

To examine the long-term effectiveness of a reduced dosage of varenicline among female patients attending a smoking cessation clinic

Mariko Taniguchi¹, Wataru Chiba²

Abstract

Objective: To examine the long-term effectiveness of a reduced dosage of varenicline on smoking cessation among female patients by comparing half-year and 1-year rates of successful smoking cessation between reduced and standard dosages of varenicline.

Subjects and Methods: We evaluated and compared the data between two groups of female participants: 14 who received a reduced dosage of varenicline (0.5 mg/day for 3 days, 0.5 mg twice daily for 4 days, and 0.5 mg twice or thrice daily for 12 weeks) and 50 who received the standard dosage (0.5 mg/day for 3 days, 0.5 mg twice daily for 4 days, and 1.0 mg twice daily for 12 weeks). Patient characteristics and half-year and 1-year rates of successful smoking cessation were compared between the groups.

Results: Patient characteristics were similar between the groups with the exception of height. Half-year rates of successful smoking cessation were similar between the two groups (78.6% vs. 78.0%; $p = 0.96$). There was no significant difference in the 1-year rates of successful smoking cessation between the two groups (78.6% vs. 66.0%; $p = 0.37$). However, it was determined that a reduced dosage of varenicline has the same efficacy as that of the standard dosage.

Discussion and Conclusion: From the perspective of long-term effectiveness for smoking cessation in female patients, a reduced dosage of varenicline is beneficial.

Key words

varenicline, female patients, long-term effectiveness, reduced dosage of varenicline, standard dosage of varenicline

¹Department of Nursing, Red Cross Society Takatsuki Hospital, Japan

²Department of Respiratory Surgery, Red Cross Society Takatsuki Hospital, Japan

《資料》

第22回世界禁煙デー・宮城フォーラム開催報告 日本のタバコの常識は世界の非常識

2016年5月29日(日)開催

菅野 庸、安達哲也、安藤由紀子、大高要子、佐藤 研、渡部光子、山本蒔子

NPO 法人禁煙みやぎ

キーワード：三世代コホート、妊婦と夫の喫煙、精神科と禁煙指導、受動喫煙防止、FCTCの遵守

はじめに

NPO法人禁煙みやぎは、毎年5月31日の「世界禁煙デー」にちなみ、5月29日(日)にエル・パーク仙台セミナーホールにおいて、第22回世界禁煙デー・宮城フォーラムを開催した。今回は、喫煙対策が諸外国よりも遅れている我が国の現状にかんがみ「日本のタバコの常識は世界の非常識」と題して基調講演とシンポジウムを行い、参加者は130名で盛会だった。

基調講演Ⅰ、Ⅱ

東北医科薬科大学若林病院安達哲也氏の総司会で、NPO法人禁煙みやぎ山本蒔子理事長の開会挨拶に始まり、東北大学環境・安全推進センター黒澤一氏の座長により基調講演が開始された。

基調講演Ⅰは、東北大学東北メディカル・メガバンク機構栗山進一氏が「妊婦と夫の喫煙実態と懸念される次世代への禍根」と題して講演した。同機構による三世代コホート調査は、被災地の地域医療再建と健康支援に取り組みながら、健康調査や遺伝情報の研究を基に一人ひとりの体質に合った医療の実現を目指すために計画された。

三世代コホート調査では、宮城県と岩手県の一部に住民基本台帳登録のある妊婦(母親)2万人とその子ども、子どもの同胞、子どもの父親、子どもの祖母・祖父、その他子どもの家族(拡大家族)をリクルートの対象者として7万人以上のコホートを形成、

リクルート期間は2013年7月から2017年3月までを予定している。妊婦(母親)は妊娠中にも基本調査として採血、採尿、調査票調査を実施するほか、産後1か月における母乳採取を行う。出産後は成人女性としての検体採取・調査票による調査を実施するとしている。子どもについては出生時の臍帯血を採取することになっている。

現時点での生活習慣に関する調査から、妊婦とその夫の喫煙の実態が明らかになった。妊娠が確実であると判明した後の妊婦の喫煙継続が少なからず存在すること、その夫の半数近くも喫煙を継続しており妊婦の受動喫煙のリスクが大いに高いことなども分かった。

これまでの知見では、妊娠中の喫煙によって胎児の発育不全が生じやすく、出生時になんらかの障害を持った子どもが生まれる可能性が高くなることも知られている。次の世代に喫煙による禍根を残さないように、妊婦やその夫に対する禁煙指導をさらに進めていく必要性が認識された。

基調講演Ⅱは、こころのホスピタル・古川グリーンヒルズ菅野庸(筆者)が、「精神科における禁煙指導について」講演した。あえて精神科におけるというタイトルにした理由は、精神科であっても他科と同じように禁煙指導が実施可能であり、決して敷地内禁煙化が困難ではないということを伝えたかったからである。これまで長年、精神科においては長期の入院生活によって、喫煙だけが楽しみ、退屈しのぎの喫煙、楽しみを奪ったら落ち着かなくなるなどの理由から、精神科病院での敷地内禁煙はなかなか進まなかった。しかし、医療機関は何科であっても快適な治療環境を提供する義務があり、適切な医療を行う責任がある。その中で精神科だけが特別扱いされ「禁煙の必要性なし」とされたのは、精神科の患者は禁煙ができないという差別的な見方をされ続けてきたためと考えている。

連絡先

〒989-6156

宮城県大崎市古川西館 3-6-60

医療法人菅野愛生会 こころのホスピタル・

古川グリーンヒルズ 精神科 菅野 庸

TEL: 0229-22-1190 FAX: 0229-24-2521

e-mail: yok@sm.rim.or.jp

受付日 2016年7月14日 採用日 2016年11月3日

当院では1年をかけて敷地内禁煙を成し遂げ、その経過においても患者さんが非協力的だった事実はなく、禁煙施行に際してなら困難な状況は生じなかった。そのような体験を通して、禁煙化されていない精神科病院において患者さんや職員の協力の下、敷地内禁煙を推進していくことは可能であることが分かった。特に県立病院の中には未だ敷地内禁煙を実施していない病院もあることから、「禁煙みやぎ」としても県内すべての精神科のある病院における敷地内禁煙の実施に向け、啓発活動を展開していくことが望まれた。

シンポジウム「日本のタバコの常識は世界の非常識」

シンポジウムは、禁煙みやぎ副理事長の安藤由紀子氏が座長を担当し、「日本のタバコの常識は世界の非常識」として行った。

最初に宮城県登米市長の布施孝尚氏が「登米市内集会施設における喫煙状況調査を実施しての変化」と題して話された。登米市において、平成22年に厚生労働省から「受動喫煙防止対策」の通知が出された頃は、宮城県内での男性喫煙率は第6位で35.7%であり、高い方だった。そこで、平成24年から3年にわたり、市内302行政区の集会施設における喫煙状況を調査したところ、このことがきっかけとなり、地域で禁煙や受動喫煙を考えるようになった。平成24年では集会場の屋内禁煙が29.7%であったが、禁煙を実施する箇所が年々増えて、その後は56.6%になったという。

次は、角田市で長く保健師として活躍された都筑美智子氏が、角田市における取り組みを話された。平成15年に施行された健康増進法に基づき「角田にここ健康プラン」のもとでタバコ対策に取り組み、公共施設のタバコ自販機の撤廃や禁煙希望者への支援・分煙促進を行った。その結果、平成24年度の調査では喫煙率は男性31%、女性9.9%と平成18年の調査よりも減少が見られた。行政のみでなく、市民一人ひと

りが禁煙を考えて、禁煙活動に向けてできることをやりましょうと結論された。

禁煙みやぎ理事長の山本蒔子氏は「日本のタバコの常識は世界の非常識」と題して、日本がWHOのタバコ規制枠組み条約(FCTC)を批准しているにもかかわらず、この国際条約を守っていないことを明らかにした。FCTCに基づき、受動喫煙防止を法律で定めること、分煙では受動喫煙は防止できないこと、タバコのパッケージはロゴや製品名を禁止し、警告写真のみにするいわゆるプレーンパッケージにすること、およびタバコの価格を高くすることを指摘した。また、タバコ対策の管轄は健康を守るために、日本のように財務省ではなく、厚労省がすべきことなどを話した。

総合討論

安藤氏と黒澤氏の座長で、基調講演Ⅰの栗山進一氏も交えて総合討論が行われた(写真1)。三代目コホート研究から妊娠初期の妊婦自身の喫煙率が3%だっただけでなく同じ時期の夫の喫煙率も約48%で、特に夫が25歳未満の場合に喫煙率は60%に達しており、驚くべき結果であると同時に、妊婦だけでなく夫の禁煙指導も必須であるとの意見が出ていた。また、震災の被災地である石巻や気仙沼における禁煙支援を進める努力が必要であることや、受動喫煙防止の方法を住民が自ら理解して進めることが大切であるとする意見があった。山本氏は、タバコ対策は自主性やマナーでは解決できず、FCTCでは法律の制定が必要であるとしていると発言し、その後に活発な意見交換が行われた(写真2)。

今後も県民の健康増進のために、みんなが協力して地域でできることをまず推し進めることを確認し、禁煙みやぎ監事渡部光子氏が閉会の挨拶を行って盛会の内にフォーラムを終了した。



写真1 総合討論

手前からシンポジストの山本、都筑、布施の各氏と栗山氏、奥は座長で左から安藤氏と黒澤氏



写真2 総合討論

会場から多数の質問があった

日本禁煙学会の対外活動記録 (2016年10月～11月)

- 10月 6日 2016年度「無煙テレビ大賞」がNHK「とと姉ちゃん」に決まりました。
10月 8日 日本禁煙学会HPに、外国人エッセイコンテスト第2回目の結果発表と総評を掲載致しました。
10月11日 日本禁煙学会HPに「受動喫煙症の診断基準 version 2」を掲載いたしました。
10月18日 日本禁煙学会HPに「厚労省の受動喫煙たたき台に対する日本禁煙学会の見解」を掲載しました。

〈日本禁煙学会誌優秀論文賞(2016年)〉

今年度初めての試みで、昨年の第10巻5号から今年の第11巻4号までに掲載された原著論文から、優秀論文を編集委員会で選定しました。

第10回日本禁煙学会学術総会で発表し、賞状と記念盾をお贈りしました。

富田早苗氏(川崎医療福祉大学保健看護学科)

第11巻第4号

「居宅の壮年期生活保護受給者の喫煙と健康行動の関連」

http://www.jstc.or.jp/uploads/uploads/files/gakkaisi_160830_114%281%29.pdf

〈編集後記〉

今回、禁煙会誌第11巻第6号を無事に発行することができました。直近の3年間は、発行のタイミングが少しづつ遅れて5号で終わっていましたが、今年は順調に投稿が続き、編集委員一同、嬉しい悲鳴を上げています。第11巻は、原著が11編、症例報告が1編、資料が6編、報告が2編でした。

今年から、本誌に掲載された原著論文の中で最優秀論文を表彰することとし、第1回の最優秀論文は、「富田早苗ほか：居宅の壮年期生活保護受給者の喫煙と健康行動の関連. 禁煙会誌 2016; 11:114-120.」に決定しました。これは第10巻第5号から第11巻第4号までの原著論文を対象に、編集委員が採点したもので、社会への貢献、オリジナリティー、わかりやすさの評価項目による総合判定で、本論文は高い評価を得ました。

また第11巻は、昨年に引き続き、《資料》がとても充実しました。第2号と第3号で掲載した英国の Action on Smoking and Health (ASH) による “Smoking Still Kills” は、理事の松崎道幸先生が膨大な内容を翻訳して下さいました。第5号では、第9回学術総会(熊本)のシンポジウム「病院の敷地内禁煙の問題点と進め方」から、2つの資料が掲載されており、敷地内禁煙化の問題点と対応策が、理解しやすくまとめられました。さらに今号では、今年4月の診療報酬改定で35歳未満の若年者において、プリンクマン指数が禁煙治療の保険適用の条件から撤廃されたことを受け、「若年者の禁煙治療指針」を掲載しました。禁煙治療の場で是非、活用していただければと思います。

本誌の特長は、研究成果の発信のみならず、社会の変化にリアルタイムで対応していることだと思います。一方、発行から11年の歳月を経て、投稿規定がわかりにくくなっている問題があり、年明けには投稿規定の改訂版をお届けする予定です。編集委員一同、来年も頑張りますので、引き続き投稿と愛読をよろしく御願い申し上げます。

(副編集委員長 吉井千春)

〈第11巻査読者一覧〉

日本禁煙学会雑誌第11巻の発行に際しまして、下記の方々に論文査読のご協力を賜りました。ここにお名前を挙げさせていただき、厚く御礼申し上げます。

お名前(五十音順、敬称略)

天貝賢二、稲垣幸司、稲本 望、加藤正隆、加濃正人、川合厚子、川根博司、川俣幹雄、菅野 庸、北田雅子、栗岡成人、黒澤 一、郷間 巖、鈴木幸男、高橋正行、谷口千枝、坪井貴嗣、蓮沼 剛、平山陽示、松崎道幸、三澤吉雄、三徳和子、森田純二、山岡雅顕、山代 寛、吉井千春

日本禁煙学会雑誌はウェブ上で閲覧・投稿ができます。
最新号やバックナンバー、投稿規程などは日本禁煙学会ホームページ <http://www.jstc.or.jp/> をご覧下さい。

日本禁煙学会雑誌編集委員会

●理事長	作田 学	
●編集委員長	山本蒔子	
●副編集委員長	吉井千春	
●編集委員	稲垣幸司	川根博司
	川俣幹雄	佐藤 功
	鈴木幸男	高橋正行
	野上浩志	蓮沼 剛
	山岡雅顕	(五十音順)

日本禁煙学会雑誌

(禁煙会誌)

ISSN 1882-6806

第11巻第6号 2016年12月26日

発行 一般社団法人 日本禁煙学会

〒162-0063

東京都新宿区市谷薬王寺町 30-5-201 日本禁煙学会事務局内

電話：03-5360-8233

ファックス：03-5360-6736

メールアドレス：desk@nosmoke55.jp

ホームページ：http://www.jstc.or.jp/

制作 株式会社クバプロ