

II. 原 著

II. 3 当院における禁煙外来の展開-開設への取り組みと約6年間の治療成績

富岡 洋海¹⁾ 関谷 怜奈¹⁾ 金田 俊彦¹⁾ 木田 陽子¹⁾
西尾 智尋¹⁾ 中村 武寛²⁾ 石本 学司³⁾ 板垣 紀子⁴⁾

神戸市立医療センター西市民病院 ¹⁾ 呼吸器内科、²⁾ 糖尿病・内分泌内科、³⁾ 薬剤部、⁴⁾ 看護部

要 旨

当院における禁煙外来開設から6年8ヶ月間の治療成績を報告する。開設前のアンケート調査（平成19年1月実施、入院・外来患者各169人・645人が回答）では、当時、当院受診患者の少なくとも約15%は現喫煙者で、約25%は敷地内全面禁煙に反対であった。同年8月、病院敷地内全面禁煙を実施し、禁煙外来を開設した。以後、平成26年3月までにニコチン依存症管理料を算定したのべ606例について検討した。男/女=377例/229例、平均年齢58±13歳、ブリンクマン指数868.0±540.9、初回呼気CO濃度15.3±11.1ppm、基礎疾患では、精神疾患（29.5%）、高血圧（18.2%）、糖尿病（17.3%）、心血管疾患（16.7%）などが多く、初回処方薬はバレニクリン237例、ニコチンパッチ369例で、309例（51.0%）が計5回の禁煙プログラムを完遂し、うち207例（67.0%）が禁煙に成功した。

キーワード：禁煙、ニコチン依存症、禁煙外来、禁煙補助薬

（神戸市立病院紀要 53：41-52, 2014）

Smoking cessation therapy at Kobe City Medical Center West Hospital — Six-years' experience since the establishment of the smoking cessation clinic —

Hiromi Tomioka¹⁾, Reina Sekiya¹⁾, Toshihiko Kaneda¹⁾, Yoko Kida¹⁾, Chihiro Nishio¹⁾,
Takehiro Nakamura²⁾, Gakuji Ishimoto³⁾, Noriko Itagaki⁴⁾

Department of ¹⁾ Respiratory Medicine, ²⁾ Diabetes and Endocrinology, ³⁾ Pharmacy,
and ⁴⁾ Nursing, Kobe City Medical Center West Hospital, Kobe, Japan

Abstract

We describe our 6 years' experience with smoking cessation therapy at Kobe City Medical Center West Hospital. According to a questionnaire survey of hospitalized patients (n=169) and outpatients (n=645) that was conducted in January 2007, approximately 25% of patients were not in favor of the full-scale smoking cessation program conducted in our hospital. In August 2007, after careful preparations, we implemented the full-scale smoking cessation program in our hospital and established a smoking cessation clinic. Between August 2007 and March 2014, 606 patients with nicotine dependence participated in a 3-month smoking cessation program that was covered by the Japanese medical insurance system. The participants consisted of 377 men and 229 women whose age was 58±13 years (mean±SD). The Brinkman Index score was 868.0±540.9, and the exhaled CO level was 15.3±11.1 ppm. The underlying diseases included mental disorders (29.5%), hypertension (18.2%), diabetes (17.3%), and cardiovascular diseases (16.7%). The initial prescriptions was transdermal nicotine patches in 369 subjects and varenicline in 237 subjects. Of the 606 participants, 309 (51.0%) completed the program, among whom 207 (67.0%) succeeded in smoking cessation.

Key words : Cigarette smoking, Smoking cessation therapy, Smoking cessation clinic, Nicotine dependence

（Kobe City Hosp Bull 53：41-52, 2014）

はじめに

喫煙は、肺癌をはじめとする様々な癌、COPD、気管支喘息、間質性肺炎などの呼吸器疾患や脳血管障害、心血管疾患など、様々な疾患の原因、増悪因子である¹⁻⁵⁾。欧米のみならず、わが国での疫学研究によっても、生涯喫煙する人は、全く喫煙しない人に比べ、約10年寿命が短いことが報告されている⁶⁻⁸⁾。現在、わが国を含む177カ国が批准している世界保健機構たばこ規制枠組み条約（WHO Framework Convention on Tobacco Control）は、喫煙の重大な有害性と、その予防の早急な必要性を唱っている。WHOによれば、タバコは毎年、約600万人の命を奪い、5000億ドル以上の経済損出を生じているとされる⁹⁾。喫煙の本質はニコチン依存症という病気であるため、禁煙は容易に達成できるものではなく、科学的根拠に基づいた禁煙治療が必要である。

当院が位置する神戸市長田区、兵庫区の神戸市西市街地域には喫煙者が多く、地域の中核病院として当院が禁煙指導に果たす役割は大きい。その一方で、禁煙の推進には様々な困難も予想される。このような中、当院は、病院全体での禁煙推進を掲げ、平成19年8月、病院敷地内全面禁煙を実施し、保険診療での禁煙外来を開設、以後、6年以上にわたり、のべ600人以上の喫煙者に禁煙治療を行ってきた。本論文では、これまでの当院における禁煙外来の展開とその治療成績について報告する。

I 禁煙対策推進委員会の設立

平成14年に制定、公布された「健康増進法」の第五章には、「受動喫煙の防止」として、「学校、病院、その他の多数の者が利用する施設を管理する者は、これらを利用する者について、受動喫煙（室内又はこれに準ずる環境において、他人のたばこの煙を吸わされることをいう）を防止するために必要な処置を講ずるように努めなければならない。」と述べられている。さらに、やめられない喫煙の実態はニコチン依存症として、平成18年4月より禁煙治療が保険診療となり、ニコチン依存症管理料が新設された。この算定の施設基準として、保険医療機関の敷地内が禁煙であることが必要とされている。しかし、当時、当院敷地内には2箇所、それぞれ職員用、患者用（図1）の喫煙所があり、基準を満たせず、保険診療での禁煙治療は不可能であった。そこで、以下を目的とした禁煙対策推進委員会が院内で設立された。

1. 健康増進法に基づき、病院敷地内禁煙を実施し、病

院および地域における喫煙による健康被害を防止する。

2. 保険診療による禁煙外来を開設し、禁煙を希望される方々の支援を行う。
3. 病院敷地内禁煙実施後の問題点への対応を行う



図1 救急外来入口にあった喫煙所（平成19年3月撮影）

II 当院受診患者の喫煙状況についての調査

禁煙対策推進委員会では、当院受診患者の喫煙状況を把握するため、当院患者サービス向上委員会が毎年実施している患者満足度調査に、喫煙に関する項目を入れ、平成19年1月に調査を実施し、入院患者169人、外来患者645人から回答を得た。

まず、当院における敷地内全面禁煙については、「是非実施すべき」と回答した人が入院患者で35.5%、外来患者で45.5%、「現状で良い」と回答した人が入院患者で26.0%、外来患者で24.7%と、約1/4は敷地内全面禁煙には賛同されなかった（図2a）。次に、喫煙状況について、「吸っている」との回答は入院患者14.5%、外来患者17.5%であった（図2b）。この現喫煙者について、禁煙についての意識調査を質問したところ（入院患者27人、外来患者113人より回答）、「今すぐ禁煙したい」、「禁煙したいが今すぐではない」、「禁煙する気は全くない」が、入院患者でそれぞれ、22.3%、51.9%、25.9%、外来患者でそれぞれ24.8%、52.2%、31.9%と、喫煙者の約3割は禁煙の意志が全くないという結果であった。

さらに、病院敷地内での喫煙状況を実態調査するため、委員会のメンバー（呼吸器内科医師、事務員）が、「禁煙パトロール」として病院敷地内の見回りを開始した。平成19年3月7日に行ったパトロールの記録を図3に示すが、病院敷地内・その周辺の数箇所でもまったタバコの吸い殻を発見している。「禁煙パトロール」では、それらを回収し、病院敷地内の美化活動を行うことで、敷地内全面禁煙の実施に向けたPRとした。

平成19年1月実施患者満足度調査アンケート結果

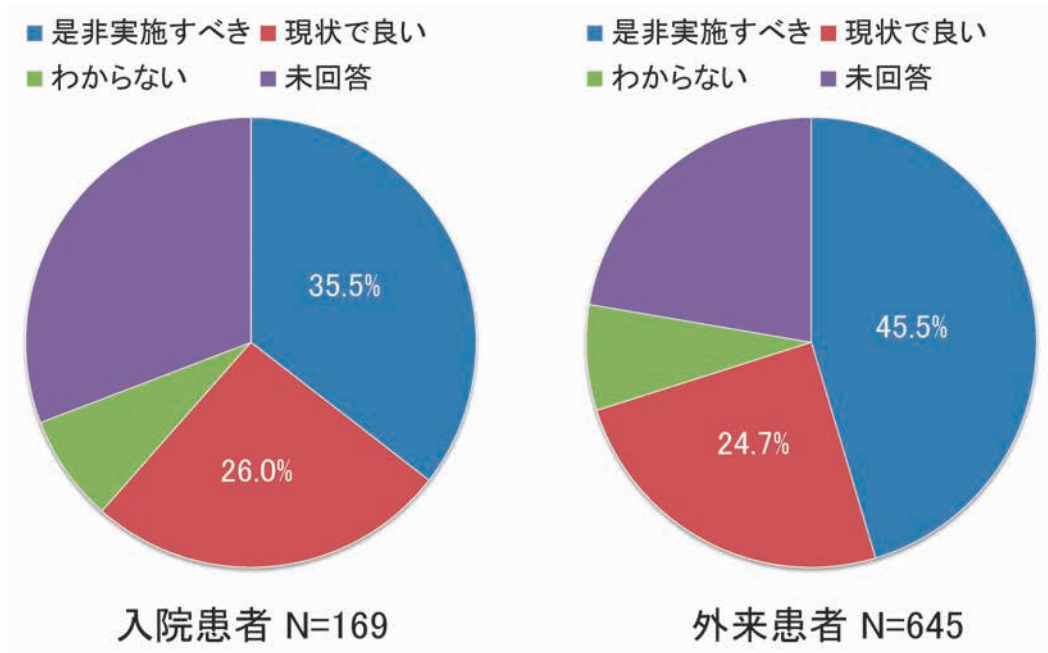


図2a 「当院における敷地内全面禁煙について」

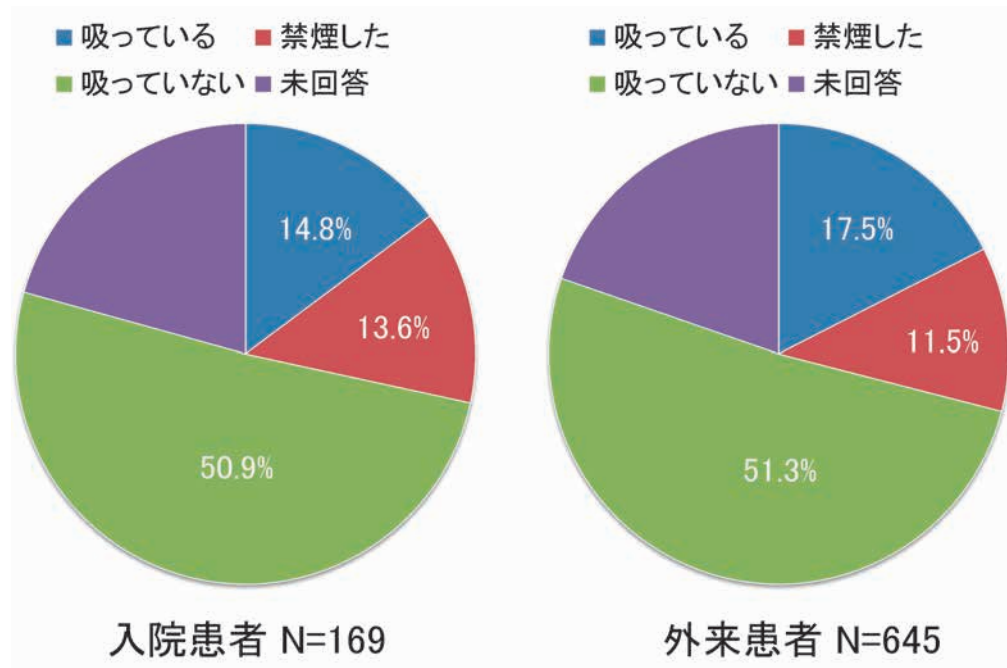


図2b 「喫煙状況について」

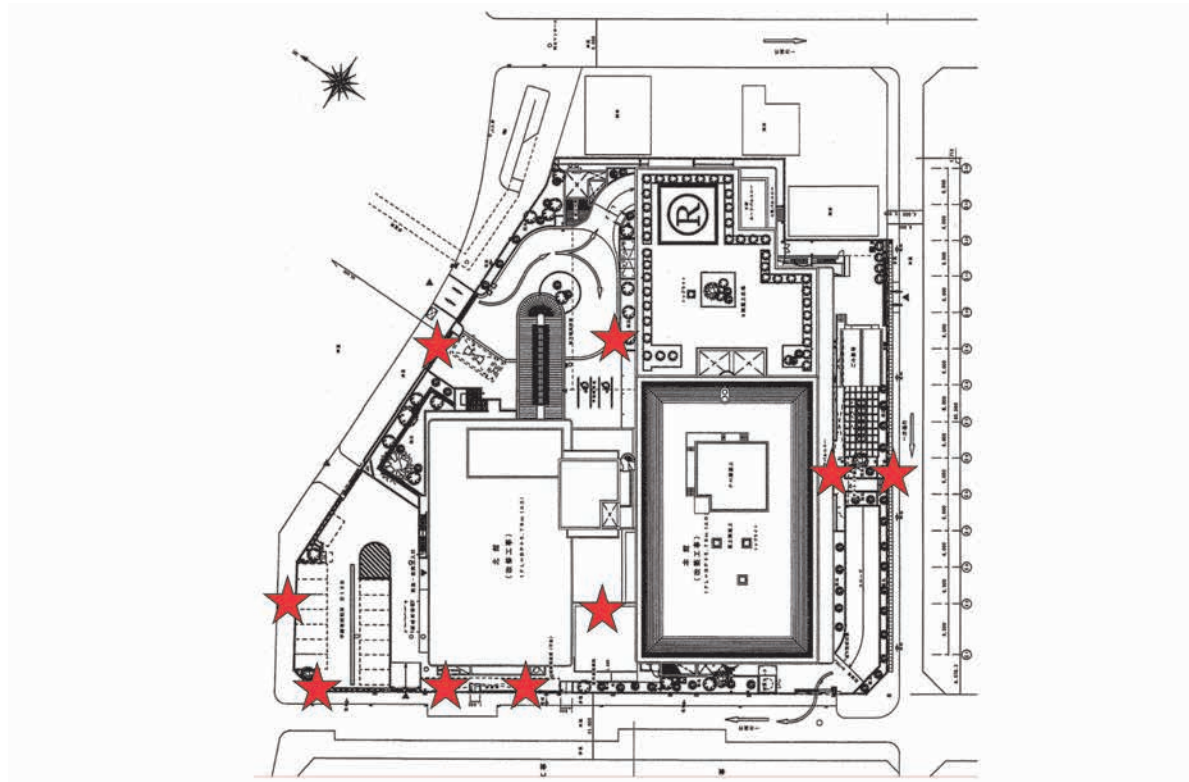


図3 「禁煙パトロール」でタバコの吸い殻を発見した場所 (★)

Ⅲ 施設内全面禁煙の実施

禁煙対策推進委員会により、病院敷地内全面禁煙実施、その後の禁煙外来開設のタイムスケジュールが設定された。実施前には、その理解を得るべく、病院広報誌においてPRを行い¹⁰⁾、また、病院職員に対しても、院長名（当時織野彬雄院長）で文書通達を行い、協力と呼びかけた。タバコによる健康被害に関する院内掲示ポスター（図4）を作成し、掲示を行った。患者用入院案内パンフレットにも敷地内全面禁煙のチラシを入れ、「タバコの持ち込み禁止」を明示した。敷地内全面禁煙実施についての院内放送を開始し、病院入り口路面にも、敷地内禁煙の掲示を行った。



図4 タバコによる健康被害に関する院内掲示ポスター

このような準備を経て、平成19年8月1日、職員用喫煙所の撤去に続き、救急外来入口にあった患者用喫煙所の撤去が行われた（図5）。病院敷地内全面禁煙実施後にも、病院敷地周囲にタバコの吸い殻が増えていないかを調査するため、「禁煙パトロール」を継続し、タバコの吸い殻の回収を行い（図6）、院内放送でもさらなる協力と呼びかけた。



図5 救急外来入口にあった喫煙所の撤去作業（平成19年8月撮影）



図6 病院施設内全面禁煙実施後に行った「禁煙パトロール」で回収されたタバコの吸い殻
(平成19年8月2日撮影)

IV 禁煙外来の開始

敷地内全面禁煙の実施により、ニコチン依存症管理料算定の施設基準を満たし、平成19年8月禁煙外来が開設された。禁煙外来は毎週水曜日午後1時に設け、水曜日に受診できない患者には、呼吸器内科外来でも対応した。「禁煙のための標準手順書」¹¹⁾に従い、計12週にわたる計5回の禁煙診療を行っている。その対象患者は、以下のとおりである。

- ① 直ちに禁煙することを希望している。
- ② ニコチン依存症に係るスクリーニングテスト (TDS)¹²⁾ が5点以上となりニコチン依存症と診断されている。
- ③ ブリンクマン指数(=1日の喫煙本数×喫煙年数)が200以上であること。
- ④ 禁煙治療を受けることを文書により同意していること。

初回受診日には、医師が、問診票にて年齢、性別、喫煙状況、基礎疾患・既往歴などを調査し、TDSを行い、禁煙理由の確認、禁煙補助薬(バレニクリン(チャンピックス®)またはニコチンパッチ(ニコチネルTTS®))の選択、禁煙開始日を決定し、禁煙補助薬を処方した。また、肺機能検査(スパイロメトリ)と健康関連QOL調査(St. George Respiratory Questionnaire 日本語版¹³⁾使用)も行っている。薬剤師は禁煙補助薬の使用方法ならびに副作用について説明し、看護師が呼気一酸化炭素(CO)濃度を測定し、禁煙につい

でのアドバイスを行っている。禁煙補助薬はそれぞれの添付文書を基本とした処方を行った。なお、バレニクリンは平成20年5月より保険適応となっている。禁煙2週～12週までの受診日には、まず、看護師が呼気CO濃度を測定し、禁煙状況の確認と相談を行い、次に担当医師が、呼気CO濃度測定結果の説明、禁煙状況の確認、禁煙指導、禁煙補助薬の処方を行った。薬剤師の副作用があれば、薬剤師が適宜対応した。禁煙の確認は、来院時の呼気CO濃度(≤10ppm)測定で行った。禁煙ができていれば賞賛し、できていなければ患者の努力を認め、再チャレンジを勧めた。禁煙成功の定義は、計12週にわたる禁煙診療を完遂し、自己申告により第4回(8週)～最終回(12週)の期間に全く喫煙していないことと、呼気CO濃度(≤10ppm)で確認できた者である。12週目まで受診した患者では、初回時と同様に肺機能検査と健康関連QOL調査を行い、禁煙成功者には「卒煙証書」を渡し、担当医師、看護師、事務員らの拍手で、その努力を讃えている。

V 禁煙教室の開始

禁煙外来の開設に併せ、広く禁煙に関心を持ってもらう目的で禁煙教室も開設した。広報「こうべ」、院内広報・ポスター、ホームページなどで広報を行い、入院・外来患者、地域住民、院内職員を対象とし、参加費無料で、月に一回(現在は第3木曜日午後3時から)、約1時間開催している。呼吸器内科医師、薬剤師、外来看護師から、たばこによる健康被害、禁煙補助薬、禁煙のこつ、などについてわかりやすく解説し(図7)、参加者には、「たばこ依存度テスト(TDS)」、スモーカーライザーでの呼気CO濃度測定を行い、各受講者へのアドバイス、また、希望者には「禁煙宣言書」を渡し、当院禁煙外来の案内も行っている。



図7 禁煙教室の様子

VI 禁煙外来の治療成績

当院における禁煙外来開設から平成26年3月まで（6年8ヶ月間）にニコチン依存症管理料を算定した患者のべ606例（性別：男/女=377/229、年齢：23-90歳、平均（±標準偏差）58±13歳）について解析を行った。なお、本報告は、神戸市立医療センター西市民病院倫理審査委員会にて承認を得た研究¹⁴⁾計画の一部であり、個人が特定できないよう配慮して統計処理を行った。

1) 患者数の推移

各年（2007年は4ヶ月間、2014年は3ヶ月間のみ）

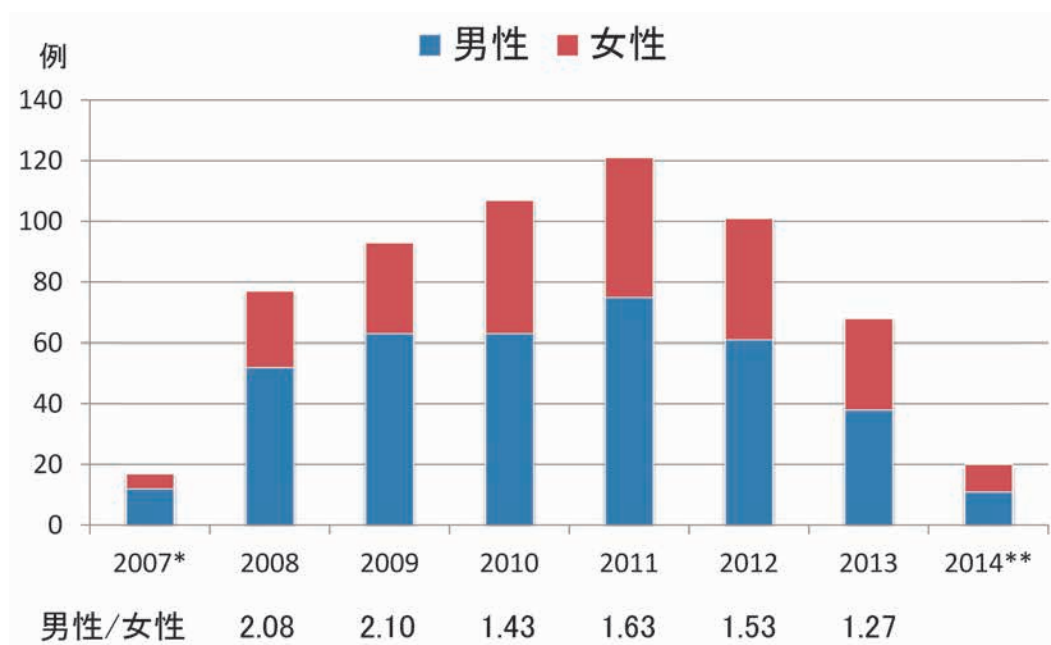


図8 ニコチン依存症管理料算定患者数の推移（*2007年は4ヶ月間、**2014年は3ヶ月間）

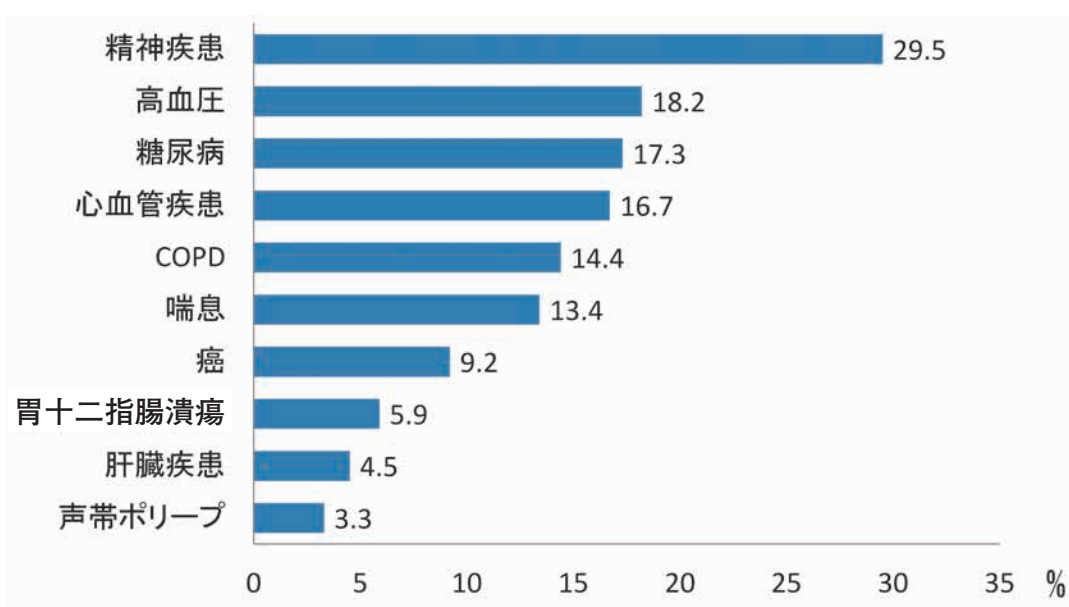


図9 ニコチン依存症管理料算定患者の基礎疾患・既往歴

の算定患者数を図8に示す。平成23年（2011年）をピークに算定患者数は減少傾向にあるが、男女比をみると、女性の割合が次第に増加してきている。

2) 基礎疾患・既往歴

算定患者の基礎疾患・既往歴について、最も多かったのは精神疾患で179例（29.5%）、ついで、高血圧111例（18.2%）、糖尿病105例（17.3%）、心血管疾患101例（16.7%）、などであった（図9）。

3) 禁煙指導プログラム導入時検査成績 (表1)

ブリンクマン指数は 868.0 ± 540.9 (最高5000) で、初回呼気CO濃度は 15.3 ± 11.1 ppm(最高100ppm)であった。肺機能検査では、 $\%FEV_1$ が $77.1 \pm 19.9\%$ と低下を認めた。

4) 禁煙指導プログラムの経過 (図10)

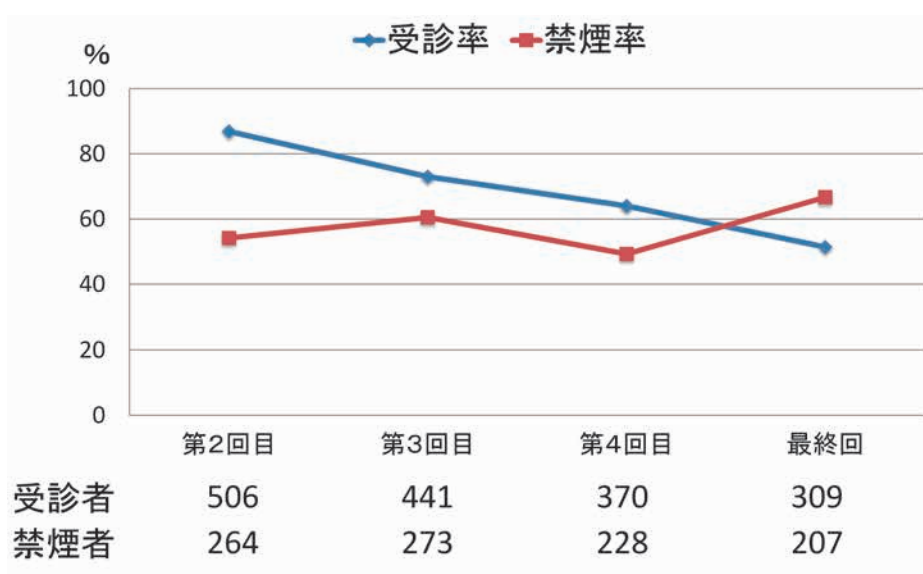
初回禁煙補助薬としてバレニクリンが237例、ニコチンパッチが369例に処方された。禁煙指導プログラ

ムの受診率は回を追うごとに低下し、計5回の同プログラムを完遂した患者はのべ606例中309例 (51.0%) で、そのうち禁煙に成功した患者は207例 (67.0%) であった。なお、第3回目まで受診し、以降受診しなかった72例のうち、第3回目受診時に禁煙していた者は37例、喫煙していた者は35例で、禁煙率51.4%、同様に、第4回目まで受診し、最終回に受診しなかった62例のうち、第4回目受診時に禁煙していた者は22例、喫煙していた者は40例で、禁煙率35.5%であった。

	平均±SD	範囲
Body mass index*	23.1±4.3	13.8-43.3
喫煙年数 (年)	36.0±13.2	3-70
ブリンクマン指数	868.0±540.9	200-5000
TDS スコア	7.8±1.6	5-10
呼気 CO 濃度 (ppm)**	15.3±11.1	0-100
肺機能検査		
FVC(L)*	2.8±0.9	0.49-5.42
%FVC(%)*	83.9±17.0	23.5-132.3
FEV ₁ (L)***	2.1±0.8	0.43-4.89
%FEV ₁ (%)***	77.1±19.9	18.1-123.7
1秒率(%)**	75.1±11.8	22.8-100.0

*N=602, **N=603, ***N=600

表1 禁煙プログラム導入時における検査成績 (N=606)



受診率=その回の受診者数/606

喫煙率=その回の受診者で禁煙していた患者数/その回の受診者数

図10 禁煙指導プログラムの経過 (各回の受診率と禁煙率)

5) 禁煙指導プログラム完遂例における検討

禁煙指導プログラム完遂例のうち、禁煙成功群207例と喫煙継続（禁煙失敗）群102例との間で、患者背景・初回パラメータの比較検討を行った。なお、これらの初回治療薬としてバレニクリン、ニコチンパッチが処方されたのはそれぞれ126例、183例であったが、副作用や患者の希望により、それぞれ7例、6例がもう一方の薬剤に変更されていた。禁煙成功群は、喫煙継続群と比較し、高齢で、喫煙年数が長く、呼気CO濃度が低く、また、精神疾患を有する頻度が有意に低い結果であった（表2）（カイ2乗検定、*t*検定またはMann - Whitney検定）。禁煙補助薬に関しては、禁煙成功率に差を認めなかった。さらに、この単変量解析の結果より、年齢、喫煙年数、呼気CO濃度、精神疾患、心血管疾患（*p*<0.10）を独立変数としたロジスティック回帰分析を行い、禁煙成功予測因子とし

て、呼気CO濃度と精神疾患が有意な因子であることが判明した（表3）。また、図11には、主な基礎疾患別の禁煙成功率を示すが、精神疾患を有する患者では、51.1%と最も低い結果であった。図12には、禁煙成功群と喫煙継続群の呼気CO濃度の変化を示す。禁煙成功群のみならず、喫煙継続群においても呼気CO濃度は低下を認め、最終回の中央値は7 ppmと禁煙域に入っていた。禁煙成功群、喫煙継続群における呼気CO濃度の低下（初回測定値との比較）は、それぞれ、 -10.3 ± 7.7 (95%信頼区間 $-11.4, -9.3$) ppm、 -8.9 ± 10.9 (同 $-11.1, -6.7$) ppmと、有意な低下を認めた。なお、各年ごとの計5回の禁煙指導プログラムの完遂率は、45.5%（平成20年）～55.4%（平成23年）、また、完遂者における禁煙成功率は、62.0%（平成22年）～73.1%（平成23年）であり、年を追っての特徴的な傾向は認めなかった（データ呈示せず）。

	禁煙成功 (N=207)	喫煙継続 (N=102)	P 値
男性	141 (68.1%)	63 (61.8%)	0.270
年齢	62.9 ± 11.4	57.1 ± 12.6	<0.0001
喫煙年数（年）	40.5 ± 12.4	35.0 ± 12.6	0.0003
ブリンクマン指数	892.7 ± 562.7	851.7 ± 538.2	0.542
TDS スコア	7.7 ± 1.6	7.7 ± 1.6	0.628
呼気 CO 濃度	12.1 ± 8.0	18.2 ± 10.4	<0.0001
Body mass index	23.2 ± 4.1	22.9 ± 4.9	0.499
%FVC (%)	82.0 ± 18.2*	84.7 ± 15.3**	0.205
%FEV ₁ (%)	74.7 ± 19.9*	77.3 ± 20.6**	0.288
1 秒率 (%)	73.9 ± 11.7*	74.5 ± 14.0**	0.727
バレニクリン処方	92 (44.4%)	40 (39.2%)	0.381
基礎疾患・既往歴			
精神疾患	46 (22.2%)	44 (43.1%)	0.0002
糖尿病	39 (18.8%)	18 (17.7%)	0.799
心血管疾患	51 (24.6%)	16 (15.7%)	0.067
COPD	37 (17.9%)	19 (18.6%)	0.872
喘息	27 (13.0%)	15 (14.7%)	0.690
癌	20 (9.7%)	8 (7.8%)	0.596

*N=206, **N=101

表2 禁煙プログラム終了時の喫煙状態と初回受診時パラメータ

	オッズ比	95%信頼区間	P 値
年齢 (歳)	1.00	0.96, 1.04	0.941
喫煙年数 (年)	1.01	0.98, 1.05	0.492
呼気 CO 濃度 (ppm)	0.94	0.91, 0.96	<0.0001
精神疾患あり	0.46	0.26, 0.82	0.009
心血管疾患あり	1.68	0.87, 3.41	0.125

表3 禁煙成功予測因子に関する多変量解析

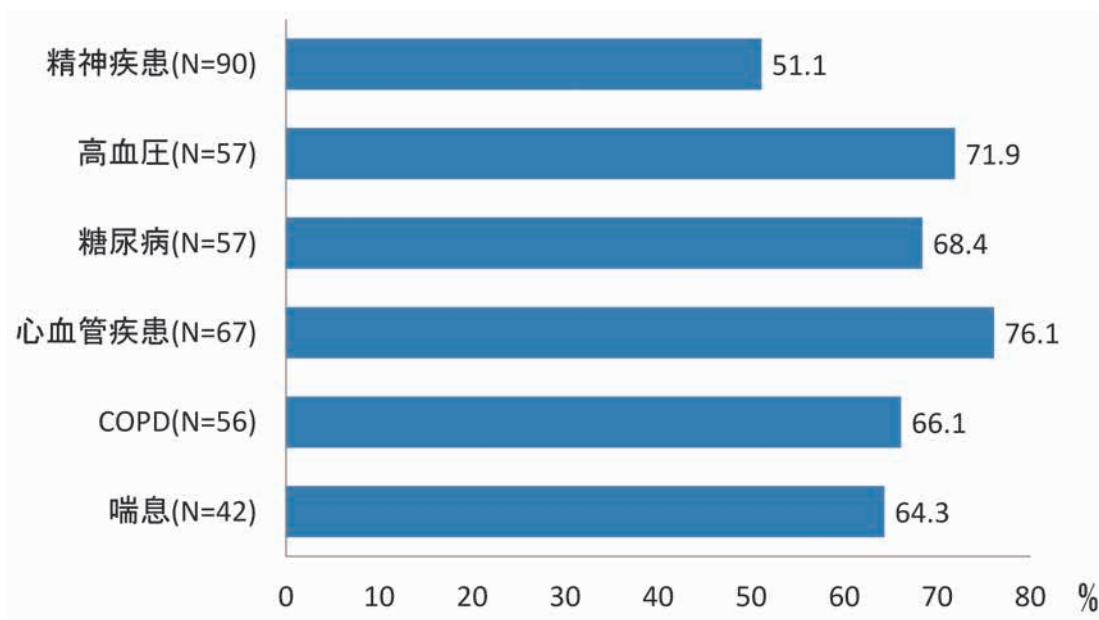


図11 禁煙指導プログラム完遂例における主な基礎疾患別の禁煙成功率

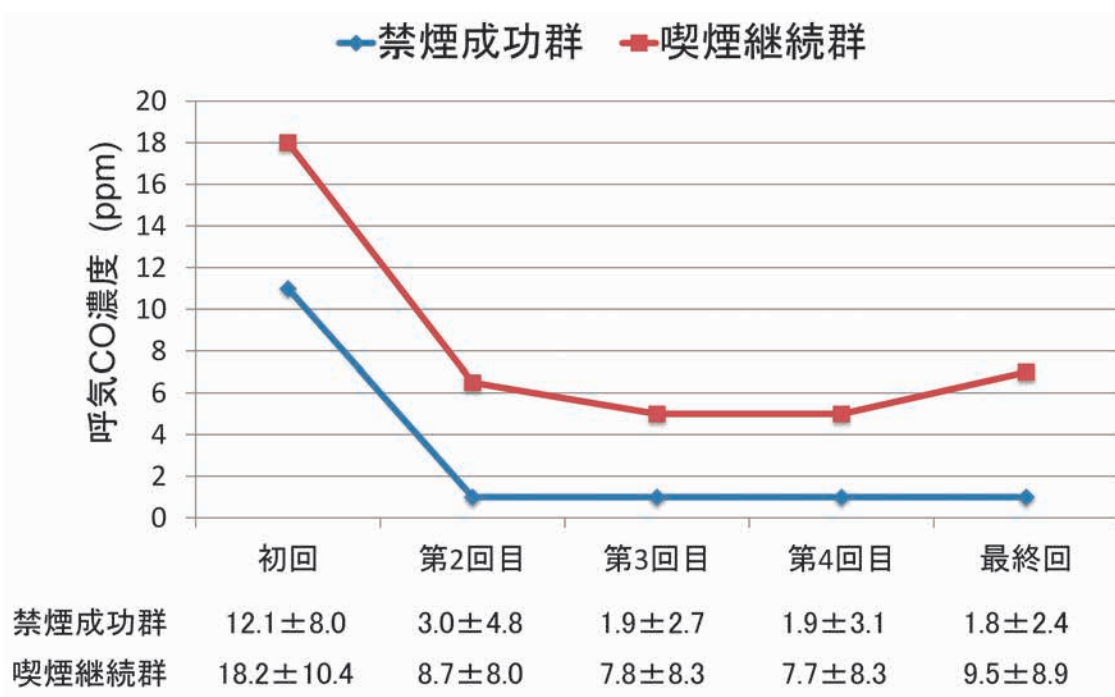


図12 禁煙成功群・喫煙継続群の呼気CO濃度 (中央値) の変化

Ⅶ 考 察

当院における禁煙外来の開設から6年8ヶ月間の治療成績を報告した。これまでの実績を振り返り、今後の課題について考察する。

喫煙者が多い当地域における禁煙の推進には、当初、困難も予想された。禁煙外来開設前の患者アンケート調査結果に示された通り、当時、当院を受診する患者の約15%は現喫煙者であり、喫煙状況について未回答が約20%あった点を考慮すると、喫煙率はより高いものであったと推定される。また、アンケート回答者の約1/4は敷地内全面禁煙に反対であった。このような困難な状況の中で、多職種（現喫煙者も含む）から構成される禁煙対策推進委員会を立ち上げ、敷地内全面禁煙の実施について準備を行った。その結果、敷地内全面禁煙を成功させ、保険診療での禁煙外来を開設することができた。さらに、当地域では禁煙外来受診者も少ないのではないかと憂慮されたが、禁煙教室などでのPRも行った結果、約6年間にのべ600人以上の喫煙者に禁煙治療を行うことができた。当地域住民の喫煙率やたばこ消費に関するデータはないものの、禁煙外来算定患者数の推移が、開設後より順調に増加し、4年後の平成23年をピークに減少に転じている経過は、当院が地域の禁煙推進に一定の成果を上げた結果であるとも考えられる。なお、この算定患者数がピークとなった平成23年の前年、平成22年10月1日に、タバコの値上げが実施されており、今後、さらなるタバコの値上げが実施されれば、禁煙外来受診患者数の再増加につながることも期待される。また、経年的に女性受診者の割合が増加している点も注目される。わが国における喫煙率の推移を見ると、成人男性の喫煙率は減少し続けているのに対し、成人女性の平均喫煙率は10.5%で、ピーク時（昭和41年）より漸減しているものの、ほぼ横ばいとなっている¹⁵⁾。よって、相対的な女性喫煙者の増加を反映した結果と考えられ、引き続き、女性喫煙者にも禁煙を勧めていきたい。

当院の禁煙外来の特徴として挙げられるのは、まず、精神疾患を有する患者が多い点である。基礎疾患・既往歴の中では最も頻度が高く、禁煙外来受診算定患者の約3割が精神疾患を有していた。精神障害者は喫煙率が高く、また、喫煙本数も多く、禁煙しにくい^{16,17)}とされており、実際、今回の検討でも、精神疾患を有する患者の禁煙成功率は、51.1%と低い結果であった。当院の禁煙外来には、当院または地域の精神神経科・心療内科で治療中の喫煙者が受診してきてい

る。このような場合、禁煙後にうつ症状が出現する場合があること、また、精神症状の悪化の可能性があること、禁煙後に薬剤血中濃度が上昇し、薬剤副作用の出現があること¹⁸⁾、などに注意が必要である。そのため、当院禁煙外来では、精神障害者が受診した場合には、精神科疾患治療中の医療機関に診療情報提供を行い、注意喚起を促し、協力をお願いしている。

次に、治療成績に関して、当院禁煙外来における禁煙成功率は、禁煙プログラム完遂者で67.0%であった。添付文書による禁煙補助薬別の治療成績では、ニコチンパッチで52.3%¹⁹⁾、バレニクリンで55.5%～65.4%²⁰⁾となっている。当院の禁煙外来治療が比較的良好な成績であったのは、医師のみならず、看護師、薬剤師との協力のもと、多職種のチームとして禁煙治療にあたっている成果であると思われる。実際、平成24年度より、呼吸器内科医師、外来看護師、薬剤師、事務から構成される「禁煙チーム」として、当院のチーム医療推進部に参加が認められ、活動を継続している。また、我々は12週後の短期治療効果をアウトカムとしているが、今後は1年禁煙率など、禁煙の継続率についても調査を行っていく方針である。

禁煙成功者のみならず、喫煙継続（禁煙失敗）者においても、呼気CO濃度が有意に低下している点も注目される。呼気CO濃度は、測定前日から当日の喫煙状況を反映しており、喫煙継続群においても、最終回（12週）におけるその中央値は7ppmと、禁煙域に入っていたことから、完全に禁煙はできなくとも、喫煙本数はかなり減らすことができていると想定される。

一方、図10に示されたように、禁煙外来受診率は回を追うごとに低下し、計5回の禁煙指導プログラムを完遂した患者は51.0%と、約半数は完遂できていなかった。中には、禁煙に早くから成功し、受診する必要がなくなったと自己判断した患者もいたことは予想されるが、途中脱落例の最終受診時における禁煙状況をみると、第3回目までの受診例では禁煙率51.4%、第4回目までの受診例では35.5%と、けっして満足できる成績ではない。中央社会保険医療協議会による禁煙成功率の実態調査²⁰⁾においても、受診回数が多いほど禁煙率が上がることが示されており、治療脱落例をいかに少なくするかが今後の課題である。そこで、我々は、受診しなかった患者には電話連絡を行い、受診を促すよう対策をはじめており、その成果が期待される。なお、ニコチン依存症管理料を算定した医療機関は、ニコチン依存症に係る報告書として、以下を毎年7月に社会保険庁事務局に報告する義務がある。

すなわち、1年間に本管理料を算定した患者数①、①のうち12週間にわたる計5回の禁煙指導を終了したものの②、②のうち禁煙に成功した者③、5回の指導を最後まで行わずに治療を中止した者(①-②)のうち、中止時に禁煙していた者④、これらから、喫煙を止めたものの割合 = ③+④/①、である。当院禁煙外来では、この“喫煙を止めたものの割合”について、平成21年度41.4%、平成22年度41.4%、平成23年度43.1%、平成24年度45.1%、平成25年度37.3%と報告している。この厚生労働省の示した“喫煙を止めたものの割合”については、来院しなくなった患者の扱いに問題があると思われるが、やはり、治療脱落例を少なくする努力が必要であろう。

禁煙成功群と喫煙継続群との比較では、禁煙成功群は、高齢で、喫煙年数が長く、呼気CO濃度が低く、また、精神疾患を有する頻度が低いという結果であった。呼気CO濃度は直近の喫煙量を反映したものであり、禁煙成功の予測として、有用と考えられた。また、精神疾患を有する患者での禁煙成功率が低いことは先に述べたとおりであり、精神疾患患者は自力での禁煙が困難であることから、精神神経科主治医との連携を密にしてサポートし続けることが重要である。なお、女性の禁煙が男性に比べて困難であるとの報告もある^{17,22)}が、当院の検討では、性別で有意な差は認められなかった。また、ニコチン依存症を評価するTDSスコアも禁煙の成功に関連するとする報告²²⁾もあるが、有意ではなかった。

以上、当院における禁煙外来開設から約6年間の治療成績を報告した。今後も、喫煙者が多い地域の基幹病院として、禁煙の推進を図り、病院・地域の喫煙による健康被害防止に努力していきたいと考えている。

謝辞：これまで当院の禁煙外来、禁煙教室にご協力をいただきました当院看護部竹内博美師長はじめスタッフの方々、当院地域医療推進課三好良典事務員はじめ事務の方々、その他、多くの職員の方々にお礼申し上げます。

文 献

- 1) Boyle P : Cancer, cigarette smoking and premature death in Europe: a review including the Recommendations of European Cancer Experts Consensus Meeting, Helsinki, October 1996. *Lung Cancer* 17 : 1-60, 1997
- 2) Flaherty KR, Hunninghake GG : Smoking: an injury

- with many lung manifestations. *Am J Respir Crit Care Med* 172 : 1070-1071, 2005
- 3) Selman M : The spectrum of smoking-related interstitial lung disorders: the never-ending story of smoke and disease. *Chest* 124 : 1185-1187, 2003
- 4) Chen Z, Boreham J : Smoking and cardiovascular disease. *Semin Vasc Med* 2 : 243-252, 2002
- 5) Gilliland FD, Islam T, Berhane K, et al: Regular smoking and asthma incidence in adolescents. *Am J Respir Crit Care Med* 174 : 1094-1100, 2006
- 6) Doll R, Peto R, Boreham J, et al : Mortality in relation to smoking: 50 years' observation on male British doctors. *BMJ* 328 (7455) : 1519-1528, 2004
- 7) Mamun AA, Peeters A, Barendregt J, et al : Smoking decreases the duration of life lived with and without cardiovascular disease: a life course analysis of the Framingham Heart Study. *Eur Heart J* 25 : 409-415, 2004
- 8) Sakata R, McGale P, Grant EJ, et al : Impact of smoking on mortality and life expectancy in Japanese smokers: a prospective cohort study. *BMJ* 345 : e7093, 2012
- 9) WHO Report on the global tobacco epidemic, 2013 : Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2013
- 10) 富岡洋海:西市民病院敷地内禁煙の実施について. *虹のはし* 16, 2007 (2007年7月1日発行)
- 11) 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 : 禁煙のための標準手順書, 第5版, 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, 2012
- 12) Kawakami N, Takatsuka N, Inaba S, et al : Development of a screening questionnaire for tobacco/nicotine dependence according to ICD-10, DSM-III-R, DSM-IV. *Addict Behav* 24 : 155-166, 1999
- 13) Hajiro T, Nishimura K, Tsukino M, et al : Comparison of discriminative properties among disease-specific questionnaires for measuring health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 157 : 785-790, 1998
- 14) Tomioka H, Sekiya R, Nishio C, et al : Impact of smoking cessation therapy on health-related quality of

- life. *BMJ Open Resp Res* 1 : e000047, 2014
- 15) 厚生労働省のTOBACCO or HEALTH 最新たばこ情報 <http://www.health-net.or.jp/tobacco/product/pd090000.html>
 - 16) Wilhelm K, Wedgwood L, Niven H, et al : Smoking cessation and depression : current knowledge and future directions. *Drug Alcohol Rev* 25 : 97 – 107, 2006
 - 17) 吉井千春, 西田千夏, 川波由紀子, 他 : 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* 8 : 13–20, 2013
 - 18) Strasser K, Moeller-Saxone K, Meadows G, et al : Smoking cessation in schizophrenia. *General practice guidelines. Aust Fam Physician* 31 : 21 – 24, 2002
 - 19) 禁煙補助薬 経皮吸収ニコチン製剤 ニコチネル TTS®添付文書 (第12版) : 2012年5月改訂
 - 20) $\alpha 4 \beta 2$ 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月改訂
 - 21) 中村正和, 大島 明, 森 亨, 他 : 一般用禁煙補助剤としてのニコチン貼付剤の有効性と安全性の評価に関するオープン多施設共同試験. *臨床医薬* 22 : 1013–1042, 2006
 - 22) 内田和宏 : 内田クリニックの禁煙外来の状況と禁煙成功率の検討. 女性の禁煙成功率が低い理由. *日呼吸会誌* 45 : 673–678, 2007