

高喫煙率地域における禁煙外来の試み

2018（平成 30）年

大阪社会医療センター社会医学研究会

[大阪社会医療センター社会医学研究会]

医局：工藤 新三（副院長兼内科部長）、田中 浩明（外科部長）、
山田 賢太郎（整形外科長）、齊藤 忍（病院長）

医療福祉相談係：塚本 伸哉（医事・相談担当課長代理）、下村 春美（主査）、
片山卓司、坂東 徳久栄

看護部：習田 祐倫子（看護部長）

事務局：高澤 昭彦（事務局次長）

総務課：津村 直己（総務課長）

目 次

要旨	-----	1
1. はじめに	-----	2
2. 方法	-----	3
3. 結果	-----	4
4. 考察	-----	10
5. 結語	-----	12
6. 文献	-----	12
7. 付録	-----	13

要 旨

あいりん地域は単身高齢者が多く喫煙率が 2015 年の調査で 58.1% と非常に高い地域である。そのような地域において大阪社会医療センター付属病院では 2017 年 7 月から病院屋内禁煙から敷地内禁煙を実施し、同時に禁煙外来を開始した。今回、「禁煙治療のための標準手順書」に基づき 12 週間の禁煙治療を受けた患者の背景、喫煙の特徴、禁煙の成功率及び成功の因子について検討した。

2017 年 7 月から 2018 年 7 月までの間に 42 例の患者に禁煙治療を行った。全例男性で年齢平均値は 59.7 歳で高齢者が多く、単身あるいは施設居住者がほとんどであった。また、39 例 (92.9%) の患者が基礎疾患を持ち 12 例 (28.6%) に精神疾患を認めた。禁煙成功者は 14 例で成功率 33.3% と低値であった。禁煙成功者は 5 回の外来受診を全て受けたもの、プリンクマン指数の高いもの、高血圧患者に有意に多く認め、スポーツをするものに多い傾向を認めた。

禁煙外来初年度の治療成功率は低い値に終わった。単身で禁煙を支える家族がなく基礎疾患、特に精神疾患を持つものが多いことが原因と考えられた。今後、12 週 5 回の全外来を受診することが治療成功の重要な因子であることを患者に認識してもらい、単身者に対する医療者側のきめの細かい支援と地域での禁煙推進を図る組織作りなどが求められる。

1. はじめに

喫煙はがんや循環器疾患及び呼吸器疾患などへの影響が大きく社会経済的損失は計り知れないものがある。疾病ないし健康への取り組みにおいて禁煙は第一に取り組むべき課題である。日本において男性の喫煙率は2004年44.9%から2016年には31.1%と明らかに低下している¹⁾。全国、大阪府、大阪市、西成区、あいりん地域の喫煙率の値を表1に示した^{1)～4)}。調査方法に差はあるが、あいりん地域は喫煙率が非常に高く大阪社会医療センターが行った2回の調査では68.2%（2007年）³⁾と58.1%（2015年）⁴⁾であった。2002年に制定された健康増進法では受動喫煙防止も取り上げられた。さらに、2020年の東京オリンピックを迎えるにあたり健康増進法の改正が2018年に行われ、多くの人が使う事務所や飲食店などの施設では原則として屋内禁煙、学校や病院それに行政機関では敷地内禁煙とするなど受動喫煙対策も前進した。

表1 喫煙率

		喫煙率 (%)	調査方法	
全国	男	31.1	2016年国民生活基礎調査による ¹⁾	
	女	9.5		
大阪府	男	30.4	2016年大阪市福祉局が国保加入者の特定健診の際の問診において調査したもの。母数は国保加入者のうちの特定健診を受けた者 ²⁾	
	女	10.7		
大阪市	男	28.4	2016年大阪市福祉局が国保加入者の特定健診の際の問診において調査したもの。母数は国保加入者のうちの特定健診を受けた者 ²⁾	
	女	10.1		
西成区	男	35.1	N=299	大阪社会医療センター社会医学研究による ^{3, 4)}
	女	15.3		
あいりん地域 2007年	男	68.2	N=253	大阪社会医療センター社会医学研究による ^{3, 4)}
あいりん地域 2015年	男	58.1		

また、2006年にニコチン依存症管理料が新設され同年4月から禁煙治療に対する保険適応が開始された。大阪府健康医療部保険医療室健康づくり課による「平成29年度府内病院における禁煙化及び禁煙サポート実施状況調査結果」⁵⁾によると、平成29年時点で74.4%の病院で敷地内禁煙が実施されているが、保険適用による禁煙治療を提供しているのは33.9%に過ぎなかった。

当院のあるあいりん地域は単身高齢の男性が多く、喫煙率も58.1%（2015年）で全国（31.1%、2016年）あるいは大阪市全体（28.4%、2016年）に比較して高値である。また、西成区は健康指標の一つである平均寿命が男女ともに日本で最も短い地域である⁶⁾。このような地域において禁煙の推進は疾病や死亡の原因を低減させる具体的で非常

に有効かつ費用対効果の点でも優れた方法である。当院では遅いスタートではあるが2017年7月から敷地内禁煙及び禁煙外来を開始した。今回、禁煙外来の取り組みの成績をまとめ報告する。

2. 方 法

対象は禁煙外来を開始した2017年7月から2018年7月までに当院禁煙外来で禁煙治療を受けた患者とした。

治療は「禁煙治療のための標準手順書第6版」⁷⁾に従って行われた。すなわち、病院内に施設基準に従って禁煙治療の掲示を行い、外来において患者に禁煙外来受診を勧めた。対象患者はニコチン依存のスクリーニングテスト(TDS: Tobacco Dependence Screener)^{付録)}において5点以上の依存症であること、プリンクマン指数(1日の喫煙本数×喫煙年数)が200以上、さらに直ちに禁煙する意志があり、かつ、上記手順書に従って禁煙治療について説明し同意を得た患者とした。禁煙治療薬にはバレニクリン(チャンピクス[®])を用いた。

患者には初回診察日に喫煙状況の問診表^{付録)}に記入していただき、合わせてTDSの記入もお願いした。そして上記の基準を満足していることを確認し、その後、初回の呼気CO濃度(ピコプラススマーカーライザー、原田産業株式会社)の測定を行った。そして、診察室に入っていただき、禁煙治療について詳しく説明し、治療の同意を兼ねて禁煙宣言書に禁煙開始日と禁煙理由を記載していただき、確認署名を主治医と担当看護師が行った。禁煙治療は標準手順書に従って5回の外来、すなわち初診、2週後、4週後、8週後、12週後の外来診療で12週間とした。バレニクリンの投与は添付文書に従い0.5mg SIDで第1~3日、1.0mg SIDで第4~7日、1.0mg BIDで第8日~第12週とした。

禁煙の成功は治療終了の第12週に4週間以上の禁煙継続と呼気CO濃度7ppm以下の患者とした。

禁煙開始時に問診表により以下の項目について調査し当院におけるニコチン依存喫煙患者の特徴について検討した。

年齢、身長、体重、BMI(Body Mass Index)、飲酒・スポーツ・趣味の有無、基礎疾患、プリンクマン指数、喫煙年数、1日喫煙本数、TDS、禁煙チャレンジ及び禁煙を応援してくれる人の有無、禁煙の動機、喫煙の動機、禁煙外来受診回数、薬剤の副作用、タバコ依存のタイプ。

禁煙の成功と失敗についての統計解析はunpaired t検定及び χ^2 検定を行い有意水準は両側で5%未満とした。

3. 結 果

表2 患者背景 (N=42)

患者数		42
性別	男性/女性	42/0
年齢	中央値 (範囲)	64 (34-81)
	平均値 (標準偏差)	59.7±11.3
	30~39 歳	1 (2.4 %)
	40~49 歳	10 (23.8 %)
	50~59 歳	5 (11.9 %)
	60~69 歳	19 (45.2 %)
	70~79 歳	6 (14.3 %)
	80~89 歳	1 (2.4 %)
身長 (cm)	平均値 (標準偏差)	167.3±7.7
	中央値 (範囲)	169.0 (152-182)
体重 (kg)	平均値 (標準偏差)	69.3±14.8
	中央値 (範囲)	65.3 (45-123)
BMI (kg/m ²)	平均値 (標準偏差)	24.6±3.9
	中央値 (範囲)	24.0 (17.9-40.1)
住所		
西成区	萩之茶屋	25 (59.5 %)
	花園北	4 (9.5 %)
	太子	3 (7.1 %)
	鶴見橋	1 (2.4 %)
	潮路	1 (2.4 %)
	天下茶屋	1 (2.4 %)
	天下茶屋東	1 (2.4 %)
	松	1 (2.4 %)
浪速区	恵比寿西	2 (4.8 %)
	恵美須東	1 (2.4 %)
住之江区	西加賀谷	1 (2.4 %)
西区	本田	1 (2.4 %)

2017年7月から2018年7月までに42例が治療された。患者背景を表2に示す。

2017年7月から2018年6月までの1年間でみると39例の患者であった。全例男性で年齢は平均値で59.7歳、中央値は64歳で高齢者が多く、年齢範囲は34歳から81歳であった。年齢分布では60歳代が最も多く45.2%で、次いで40歳代、70歳代と続いた。BMIは平均で24.6であった。患者の住所は病院のある萩之茶屋が最も多く25例59.5%で、次いで花園北4例、太子3例、浪速区恵比寿西2例の順であった。

禁煙外来受診回数については規定の5回受診者数は半数の21例(表3)で、平均3.8回で中央値は4.5回であった。今回の検討期間中の禁煙成功者は14例33.3%であった

(表4)。禁煙治療開始時の喫煙に関する数値を表5に示した。喫煙年数は平均39.4年で中央値は41年であった。ブリンクマン指数は平均981.5で中央値は880であった。

TDSの平均値は8.3で、初診時の呼気CO濃度は平均で21.8ppmであった。表6に禁煙経験を示したが、初回は8例19.0%で禁煙経験者が8割を占めた。全例家族はなく単身男性であった(表7)。しかし、禁煙治療応援者があると答えた患者は26名(61.9%)と多かった(表8)。禁煙の動機は複数回答で、健康のため、自分の病気に悪い、費用がかかるがそれぞれ7割を占めた(表9)。一方、喫煙のきっかけは好奇心からが59.5%で、その他、人に勧められて26.2%、かっこいいと思って23.8%と続いた(表10)。タバコ依存度ではくつろぎ型59.5%と依存型54.8%が多かった(表11)。患者の生活背景として飲酒、趣味及びスポーツについては表12のようであった。基礎疾患としては高血圧症42.9%、精神疾患28.6%、糖尿病23.8%と高く、特に精神疾患の多さが目立った(表13)。

表3 禁煙外来受診回数 (N=42)

受診回数	患者数
1	3 (7.1 %)
2	8 (19.0 %)
3	6 (14.3 %)
4	4 (9.5 %)
5	21 (50.0 %)
平均値 (標準偏差)	3.8±1.4
中央値	4.5

表4 禁煙成功者数と成功率

患者数	42
禁煙成功者 (成功率)	14 (33.3 %)
失敗者	28 (66.7 %)

表5 禁煙治療開始時の喫煙数値 (N=42)

	平均値 (標準偏差)	中央値 (範囲)
喫煙年数 (年)	39.4±11.3	41 (15-55)
1日喫煙本数 (本)	23.9±10.3	20 (3-60)
プリンクマン指数	981.5±530.2	880 (153-2760)
喫煙開始年齢 (歳)	17.6±3.2	16.5 (13-30)
TDS 値	8.3±1.6	9 (5-10)
CO 濃度 ppm	21.8±11.4	21 (4-54)

TDS : The Tobacco Dependence Screener

表6 禁煙経験 (N=42)

	患者数	割合 (%)
初回	8	19.0
1~3回	21	50.0
4回以上	13	31.0

表7 家族構成 (N=42)

	患者数 (割合%)
家族あり	0 (0.0)
単身	37 (88.1)
施設	1 (2.4)
不明	4 (9.5)

表8 禁煙を応援してくれる人 (N=42)

	患者数 (割合%)
有	26 (61.9)
無	13 (31.0)
不明	3 (7.1)

表9 禁煙の動機 (N=42)

	患者数 (割合%)
健康のため	30 (71.4)
周りへの悪影響	7 (16.7)
自分の病気に悪い	30 (71.4)
費用がかかる	29 (69.0)
医師や友人に勧められた	9 (21.4)
美容に悪い	0 (0.0)
その他	2 (4.8)

複数回答あり

表 10 喫煙のきっかけ (N=42)

項目	患者数	(割合%)
好奇心	25	(59.5)
人に勧められた	11	(26.2)
いやなことがあって	0	(0.0)
かっこいいと思って	10	(23.8)
大人っぽいと思って	4	(9.5)
酒を飲まないので	2	(4.8)
タバコぐらいはと思ったから	7	(16.7)
その他	2	(4.8)
不明	3	(7.1)

複数回答あり

表 11 タバコ依存のタイプ (N=42)

タイプ	患者数	(割合%)
刺激指向型	12	(28.6)
感覚型	8	(19.0)
くつろぎ型	25	(59.5)
依存型	23	(54.8)
習慣型	16	(38.1)
ストレス解消型	18	(42.9)
不明	4	(9.5)

複数回答あり

表 12 飲酒、趣味、スポーツ (N=42)

	有 (割合%)	無 (割合%)
飲酒	20 (47.6%)	22 (52.4%)
趣味	25 (59.5%)	17 (40.5%)
スポーツ	6 (14.3%)	36 (85.7%)

表 13 基礎疾患 (N=42)

高血圧症	18 (42.9)	精神疾患(統合失調症、精神作用物質使用による精神及び行動の障害、双極性感情障害、神経症性障害、知的障害)、肝疾患(アルコール性肝疾患、慢性肝炎)、循環器疾患(狭心症、不整脈、心臓弁膜症)、呼吸器疾患(慢性閉塞性肺疾患、気管支喘息)、消化器疾患(胃潰瘍)、その他(前立腺肥大、神経因性膀胱、不眠症)
精神疾患	12 (28.6)	
糖尿病	10 (23.8)	
肝疾患	5 (11.9)	
脂質異常症	5 (11.9)	
整形外科疾患	4 (9.5)	
呼吸器疾患	4 (9.5)	
循環器疾患	2 (4.8)	
高尿酸血症/痛風	2 (4.8)	
消化器疾患	2 (4.8)	
その他	8 (19.0)	

複数回答あり

服薬は 83.3% の患者が毎日内服できており、副作用なしは 23 例 (54.8%) で、半数弱に副作用が出現し嘔気・嘔吐 (10 例、23.8%)、頭痛 (3 例、7.1%)、便秘 (2 例、4.8%) などが目立った (表 14、15、16)。

表 14 薬剤服薬状況 (N=42)

薬剤服薬状況患者数 (割合%)		
毎日飲む	35	(83.3)
時々忘れる	1	(2.4)
服薬していない	1	(2.4)
不明	5	(11.9)

表 15 副作用 (N=42)

項目	患者数	(割合%)
無	23	(54.8)
嘔気・嘔吐	10	(23.8)
頭痛	3	(7.1)
便秘	2	(4.8)
不眠	1	(2.3)
眠気	1	(2.3)
不明	3	(7.1)

表 16 嘔気・嘔吐 (N=42)

強さ	患者数 (割合%)
無	29 (69.0)
多少あり	3 (7.1)
かなり有り	3 (7.1)
嘔吐	4 (9.5)
不明	3 (7.1)

次に禁煙成功群と失敗群に分け、その因子について検討した (表 17~19)。その結果、有意差を認めたのは高血圧の患者 ($p=0.0472$)、プリンクマン指数が高い ($p=0.00907$)、禁煙外来受診回数 ($p=0.0000117$) であった。また、スポーツを定期的に行っている者に禁煙する傾向 ($p=0.0614$) があった。喫煙の動機、禁煙の動機及びタバコ依存タイプ別についても検討したが有意な因子はなかった。42 例という少数例での検討であり多変量解析は行わなかった。

表 17 患者背景による禁煙成功と失敗

項目	成功群 (N=14)	失敗群 (N=28)	p
年齢	62.9±7.2	58.1±12.5	n. s.
身長 (cm)	169.5±6.8	166.2±8.7	n. s.
体重 (kg)	72.4±6.8	67.8±16.2	n. s.
BMI (kg/m ²)	25.1±2.4	24.4±4.4	n. s.
飲酒 (有/無)	7/7	13/158	n. s.
スポーツ (有/無)	4/10	2/26	0.0614
趣味 (有/無)	8/6	17/11	n. s.
基礎疾患			
高血圧症 (有/無)	9/5	9/19	0.0472
精神疾患 (有/無)	3/11	9/19	n. s.
糖尿病 (有/無)	3/11	7/21	n. s.
肝疾患 (有/無)	2/12	3/25	n. s.

BMI : body mass index, n. s. : not significant

表 18 喫煙指標等による禁煙成功と失敗

項目	成功群 (N=14)	失敗群 (N=28)	p
プリンクマン指数	1279.9±661.8	832.4±368.7	0.00907
喫煙年数 (年)	43.4±10.5	37.4±11.2	n. s.
1 日本数 (本)	25.9±11.3	22.9±9.6	n. s.
初診時呼気 CO 濃度 (ppm)	20.6±12.5	22.0±10.2	n. s.
TDS	8.6±1.7	8.1±1.6	n. s.
禁煙チャレンジ歴 (有/無)	11/3	23/5	n. s.
禁煙を応援してくれる人 (有/無/不明)	3/10/1	10/16/2	n. s.

TDS: Tobacco Dependence Screener, n. s. : not significant

表 19 禁煙外来受診回数及びバレニクリンの副作用と禁煙成功と失敗

項目	成功群 (N=14)	失敗群 (N=28)	p
禁煙外来受診回数	5.0±0.0	3.1±1.4	0.0000117
副作用 (有/無/不明)	5/9/0	11/14/3	n. s.
嘔気・嘔吐 (強い/軽い～無)	2/12/0	5/20/3	n. s.

n. s. : not significant

4. 考 察

単身高齢の男性が多く喫煙率が高い地域での禁煙外来の成績をまとめた。

禁煙治療開始 1 年間でみると受診者は 39 名であった。中央社会保険医療協議会（中医協）の平成 29 年度調査報告⁸⁾によると 1 年間のニコチン依存症管理料の病院での算定患者数は平均 16.3 人であった。初年度の効果もあるが当院の患者数は倍以上であった。表 23 にバレニクリンによる禁煙治療の他施設の成績をまとめた。年齢についてみると、今回の調査では平均 59.7 歳で高齢者が多い傾向であった。これはあいりん地域そのものの高齢化によるものと考えられた。

禁煙外来 5 回全て来院した患者数は 21 人（50.0%）で中医協の報告 43.5%、杉山の報告 56.9% と比較して大きな差を認めなかった。一方、5 回の禁煙外来をすべて受診した患者 21 名の中で禁煙成功の患者数は 14 名で失敗は 7 名で、5 回受診した患者の成功率は 66.7% であった。これは中医協の 87.3%、杉山の 87.0%、Nakamura らの 71.4% に比べると低く、治療を完遂したものの禁煙成功に至らなかった者の割合が今回の検討では大きかった。今回の結果も含めほとんどの報告で禁煙外来全 5 回受診が 5 回未満の患者に比べて有意に禁煙成功率が高いことが指摘されている。従って、引き続き 5 回受診完遂を初診時に患者に勧めかつ禁煙成功に至るように細かな支援をすることが重要であると思われた。

バレニクリンを用いた禁煙治療の成功率はわが国では 60～70% の報告が多く、欧米では 40～50% の報告¹⁴⁾である。今回の調査での禁煙成功率は 33.3% であり低値であった。様々な要因が考えられるが、第一に同居家族がなく禁煙を支えてくれる人が少ないこと、精神疾患をはじめ基礎疾患を抱えるものが多いなどが原因と考えられた。また今回は禁煙外来初年度で初診時に禁煙の決意と理由を禁煙宣言書に記入していただいたが、禁煙の決意の固さについては少し緩い判断が医療者側にあった可能性もあり今後注意していく必要がある。

禁煙治療開始時の喫煙数値では他の報告と比較すると 1 日喫煙本数は 20 本余りで変わらないが、喫煙年数、プリンクマン指数が高値で、TDS も高値であった。高齢、プリンクマン指数高値が禁煙成功と有意に関連している報告が多い。我々の検討でもプリンクマン指数高値例が有意に禁煙の成功率が高かった。従って、禁煙を決意した高齢でプリンクマン指数の高値の患者はむしろ禁煙に有利と考え積極的に禁煙治療を支えていく必要があると考えた。

表 20 禁煙治療開始時の喫煙数値の比較

	大阪社会医療 センター	Nakamura ⁹⁾	岡崎他 ¹⁰⁾	杉山 ¹¹⁾	石井他 ¹²⁾	吉井他 ¹³⁾
患者数	42	130	230	230	190	133
男性の割合 (%)	100	79.2	72.6	69.6	66.8	69.2
年齢	59.7±11.3	40.1±11.6	45.7±12.7	56.8	54.7	54.1
喫煙年数 (年)	39.4±11.3	21.5±11.3	25.1±11.5	7.6	NR	NR
1日喫煙本数 (本)	23.9±10.3	24.0±9.8	25.7±9.9	21.0	NR	NR
プリンクマン指数	981.5±530.2	NR	632.1±367.4	726.3	620.8	857.7
基礎疾患あり (%)	92.9	NR	34.3	78.2	80.5	82.7
精神疾患あり (%)	28.6	NR	7.0	10.7	16.3	13.5
TDS 値	8.3±1.6	7.29±1.39	7.75±1.57	7.56	7.47	8.10
CO 濃度 ppm	21.8±11.4	NR	19.6±10.1	18.3	18.0	NR
禁煙成功割合	33.3	65.4	72.2	68.3	70.5	66.2

TDS : The Tobacco Dependence Screener, NR: not reported、平均値±標準偏差、Nakamura ; 報告は placebo, 0.25 mg, 0.5mg, 1.0mg 群に分けて検討されているがこの表では 1.0mg 群のみの値を検討した、杉山、石井他、吉井他の年齢、喫煙年数、1日喫煙本数、プリンクマン指数、TDS 値、CO 濃度 : 禁煙成功群、失敗群、あるいは男女別に報告されていたものから集計計算したもの

患者の基礎疾患について他の研究に比べると 92.9% と高値であった。表 23 では岡崎らの報告はクリニックによるもので、他の報告は一般市中病院や大学附属病院によるもので、病院で行われた禁煙治療では基礎疾患を持つものが多くクリニックでの治療では基礎疾患なしで禁煙治療のみのものが多いようであった。しかし、そのような病院の中でも今回の我々の調査では基礎疾患を持つもの多かった。疾患の内容は高血圧症 (42.9%)、糖尿病 (23.8%)、脂質異常症 (11.9%) などの生活習慣病に加え、精神疾患 (28.6%) と肝疾患 (11.9%) が多かった。今回の検討では疾患のうち高血圧症の有無で禁煙の成功に有意差がでた。同様の報告は石井ら¹²⁾も行っているがその理由は不明である。精神疾患については有意に禁煙失敗が多いとする報告^{10, 11, 13)}があるが、今回の検討では精神疾患の有無が禁煙成功に有意な因子とはならなかったが、失敗群に 9 例 (32.1%)、成功群に 3 例 (21.4%) の患者がおり失敗群に精神疾患患者が多かった。バレンクリンの添付文書の慎重投与に「統合失調症、双極性障害、うつ病等の精神疾患のある患者 [精神症状を悪化させことがある]」との記載があり精神疾患患者については精神科医との連携も考えいく必要がある。

バレニクリンの副作用についてみると、今回の検討では 19 例 (45.2%) に認め、嘔気・嘔吐が 10 例 (23.8%) で最も多く、これは他の報告も同様であった。副作用の全体数は他の報告に比べると少なかった。男性高齢者が多く女性患者が 0 で若年者が少なったことも影響があると考えた。注意深い副作用の聞き取りも引き続き行っていく必要がある。

5. 結 語

禁煙外来初年度の治療成功率は 33.3% と低い値に終わった。単身で禁煙を支える家族がなく基礎疾患、特に精神疾患を持つものが多いことが原因と考えられた。禁煙治療 12 週間で 5 回の全外来を受診することが治療成功の非常に重要な因子であり、プリンクマン指数の高いものが有意に高い成功が認められた。単身高齢者が多く喫煙率の高い地域で禁煙治療を行っていくには医療者側の一層のきめの細かい支援と地域ぐるみで禁煙推進及び禁煙治療患者のバックアップ組織作りなどが求められる。

6. 文 献

- 1) 都道府県別喫煙率データ、国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/dl/index.html#smoking
- 2) 大阪市、区別・性別・年齢階級別喫煙者割合（平成 28 年度国民健康保険特定健康審査受診者データ）
- 3) 大阪市西成区あいりん地域における ホームレスを含む住民の栄養摂取の考察、資料 No.66 平成 20 (2008) 年大阪社会医療センター社会医学研究会
- 4) あいりん地域における疾患および食生活についての調査、資料 No.73 平成 28 (2016) 年大阪社会医療センター社会医学研究会、
http://osmc.or.jp/publics/index/19/&anchor_link=page19_270#page19_270
- 5) 平成 29 年度 府内病院における禁煙化及び禁煙サポート実施状況調査結果、大阪府健康医療部保健医療室健康づくり課
<http://www.pref.osaka.lg.jp/attach/2440/00099420/H29byouintousahoukoku.pdf>
- 6) 市区町村別にみた平均寿命、平成 27 年市区町村別生命表の概況、厚生労働省、
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/ckts15/dl/ckts15-02.pdf>
- 7) 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、禁煙治療のための標準手順書、第 6 版、2014 http://www.j-circ.or.jp/kinen/anti_smoke_std/pdf/anti_smoke_std_rev6.pdf
- 8) 中央社会保険医療協議会、平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平

成 29 年度調査) , ニコチン依存症管理料による禁煙治療の効果等に関する調査 報告書, <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisaku-0000192293.pdf>

- 9) Nakamura M, et al. Efficacy and tolerability of varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, in a 12-week, randomized, placebo-controlled, dose-response study with 40-week follow-up for smoking cessation in Japanese smokers. Clin Ther. 29: 1040, 2007
- 10) 岡崎伸治, 他. 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. 2: 327, 2013
- 11) 杉山牧子. 市中病院におけるバレニクリンの治療成績と関連する要因の検討. 日本禁煙学会雑誌. 13: 64, 2018
- 12) 石井正和他. 禁煙補助薬であるバレニクリンの治療反応性. 日本禁煙学会雑誌. 12: 58, 2017
- 13) 吉井千春他. バレニクリン (チャンピクス®) による 12 週治療成績の検討. 日本禁煙学会雑誌. 8: 13, 2013
- 14) Cahill K, et al. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016

7. 付 錄

喫煙状況の問診表 (ニコチン依存のスクリーニングテスト (TDS: Tobacco Dependence Screener) 含む)

問診表

本日は禁煙外来へようこそ。この外来ではあなたの「禁煙」という重要な決断を成功に導くためのお手伝いをします。一般に禁煙は「一度でやめられる人は10人に1人」と言われています。失敗することもありますが、1日120本吸っていたひとも、何回も禁煙に失敗した人も必ずやめられます。あきらめずに何回でも挑戦しましょう。禁煙をやりやすくするためにご自身の喫煙習慣を振り返っていただき、以下の質問にお答え下さるようお願ひいたします。

もし答えたくない質問がありましたら、空欄にしておいて下さって結構です。

1. あなたはなぜ禁煙したいと思いましたか。丸をつけてください。いくつでも結構です。

- (1) 健康に害があると思うから。
- (2) 周りの人の健康に悪い影響を与えるから。
- (3) 自分の病気（肺・心臓・胃など）に悪いから。
- (4) たばこ代がもったいないから。
- (5) 病院の先生や友人に勧められたから。
- (6) 美容によくないから。
- (7) その他 ()

2. あなたがタバコを吸って、良いと思うことはどのようなことですか。丸をつけてください。いくつでも結構です。

- (1) ストレス解消になる。
- (2) 精神が落ち着き不安の解消になる。
- (3) やる気が出て、肥満を防ぐ効果がある。
- (4) タバコの生産で生活している人があり、国の税収も大きいので禁煙を勧める必要はない。
- (5) その他 ()

3. あなたは今病院にかかっていますか。

- (1) はい
- (2) いいえ
はいの方。それはどんな病気ですか。かかっている病気に○を付けて下さい。
 - (a) 糖尿病
 - (b) 高血圧症
 - (c) 高脂血症
 - (d) 脳卒中

- (e) 虚血性心疾患
- (f) がん
- (g) 呼吸器疾患 ()
- (h) アレルギー疾患 ()
- (i) 婦人科疾患 ()
- (j) 歯科疾患 ()
- (k) その他 ()

4. あなたの身長と体重を教えてください。

身長 _____ cm

体重 _____ kg

5. アルコールやコーヒーは飲みますか。

ビール大中小瓶	_____ 本／日
ビール大中小缶	_____ 本／日
日本酒	_____ 合／日
焼酎	_____ 合／日
ワイン (グラス)	_____ 杯／日
コーヒー	_____ 杯／1日

6. あなたがなさっているスポーツはなんですか。

()

7. ご趣味は何ですか。

()

8. タバコを吸い始めた年齢ときっかけを教えてください。

() 歳

- (a) 好奇心
- (b) 人に勧められて
- (c) いやなことがあって
- (d) かっこいいと思って
- (e) 大人っぽいと思って
- (f) 酒を飲まないので
- (g) タバコくらいはと思ったから
- (h) その他

9. 今までタバコを 1 日何本吸ってきましたか。

() 歳 () 本くらい
() 歳 () 本くらい
() 歳 () 本くらい

10. 今は何本くらい吸いますか。またいつも吸っているタバコの銘柄はなんですか。

多いとき 1 日 () 本くらい
少ないとき 1 日 () 本くらい
平均して 1 日 () 本くらい
タバコの銘柄 ()

プリンクマン指数：1 日平均喫煙本数 × 喫煙年数

() 本 × () 年 = ()

11. あなたは禁煙なさったことがありますか。

- (1) はい
(2) いいえ

はいの方、何回くらい挑戦なさいましたか。

- (a) () 回くらい
(b) 数え切れない

そのときの禁煙の動機は？

()

失敗の理由は？

()

12. あなたの職場では喫煙対策がとられていますか。

- (1) はい
(2) いいえ

はいの方、それはなんですか。

- (a) 職場内禁煙
(b) 分煙（時間分煙・空間分煙）
(c) その他 ()

13. あなたの家族構成を教えてください。

1 人暮らし

ご家族と暮らしている（両親・配偶者・子ども・兄弟姉妹・その他）

あなたと一緒に住んでいるご家族にはタバコを吸う人がいますか。

(1) はい

(2) いいえ

はいの方、それはどなたですか

(a) 夫

(b) 妻

(c) 祖母

(d) 祖父

(e) 母

(f) 父

(g) 息子

(h) 娘

(i) その他 ()

14. あなたの禁煙を応援してくれる人がいらっしゃいますか。

(1) はい

(2) いいえ

はいの方、それはどなたですか。

(a) 家族 ()

(b) 上司・同僚 ()

(c) 友人 ()

15. ニコチン依存度テストをやってみましょう（あなたのタバコ依存度がわかります）。

TDS（ニコチン依存症に係るスクリーニングテスト）

はい：1点／いいえ：0点 丸で囲んでください。	
問1 自分が吸うつもりだった本数よりも、ずっと多くのタバコを吸ってしまうことがありますか。	1/0
問2 禁煙や本数を減らそうと試みて、できなかったことがありましたか。	1/0
問3 禁煙したり本数を減らそうとしたときに、タバコが欲しくて欲しくてたまらなくなることがありますか。	1/0
問4 禁煙したり本数を減らしたときに、次のどれかがありましたか。 (イライラ、神経質、落ち着かない、集中しにくい、ゆううつ、頭痛、眠気、胃のむかつき、脈が遅い、手のふるえ、食欲増進、体重増加)	1/0
問5 問4の症状を消すために、またタバコを吸い始めましたか。	1/0
問6 重い病気にかかったときに、タバコはよくないとわかっているのに吸うことがありますか。	1/0
問7 タバコのために自分に健康問題が起きているとわかっていても、吸うことがありますか。	1/0
問8 タバコのために自分に精神的問題（神経質になつたり不安などの症状が出ている状態）が起きているとわかっていても、吸うがありましたか。	1/0
問9 自分はタバコに依存していると感じましたか。	1/0
問10 タバコを吸うことが出来ないような仕事やつきあいを避けることが何度ありましたか。	1/0

点

16. タバコ依存のタイプを調べてみましょう。

(タバコをやめるときの気晴らしの工夫に参考になります。)

* 該当するところに印をつけましょう	いつも□	しばしば□	時々□	まれにある□	全くない□
A : 仕事のペースを落とさない為に吸う	5	4	3	2	1
B: タバコを手にした感じも喫煙の一部になっている	5	4	3	2	1
C : タバコを吸うとリラックスできる	5	4	3	2	1
D : 怒りを感じたとき吸ってしまう	5	4	3	2	1
E:いつもタバコが手元にないと何か落ち着かない	5	4	3	2	1
F:無意識のうちに吸っていることがある	5	4	3	2	1
G:やる気を出す為にあるいは刺激を求めて吸うことがある	5	4	3	2	1
H:タバコを口にくわえて火をつけるまでの手順も楽しい	5	4	3	2	1
I : タバコを吸うのは楽しい	5	4	3	2	1
J : イライラした時はタバコを吸う	5	4	3	2	1
K:タバコを吸っていない時、そのこと自体が気になる	5	4	3	2	1
L : 吸い残しが灰皿にあるうちに、もう1本吸い始めてしまうことがある	5	4	3	2	1
M : 気分を引き立てるために吸う	5	4	3	2	1
N : 口から吐き出した煙を眺めることもなかなか良い	5	4	3	2	1
O : 一段落して、落ち着いた時に吸いたくなる	5	4	3	2	1
P : ゆううつな時や、心配事を忘れた時に吸いたくなる	5	4	3	2	1
Q : しばらく吸わないと、タバコに対する欲求が非常に強くなる	5	4	3	2	1
R:無意識のうちにくわえタバコをしていることがある	5	4	3	2	1

合計が 7 点以下なら低く、11 点以上では高い傾向を表しています。

A口十G口十M口=□ (1 刺激指向型)

B口十H口十N口=□ (2 感覚型)

C口+I口+O口=□ (3 くつろぎ型)

E口十K口十Q口=□ (4 依存型)

F口十L口十R口=□ (5 習慣型)

D口十J口十P口=□ (6 ストレス解消型)

禁煙外来担当医 : _____