

簡易治療戦略 B. 禁煙への動機づけを高める「5つのR」

<p>関連性 (Relevance)</p>	<p>禁煙と患者個人の関連性について可能な限り明確に表示させる。禁煙の意欲を起こさせる情報が患者の病状・リスク、家族・社会的状況（家庭での子供への影響など）、健康への不安、年齢、性別、その他重大な患者個人の特性（過去の禁煙経験や禁煙への個人的な障害など）と関連する場合には、その影響力が大きいものになる。</p>
<p>リスク (Risk)</p>	<p>喫煙によって起こりうる悪影響を患者に尋ね、その中から最も患者個人に関連すると思われるものに焦点をあてる。低タールや低ニコチンまたはその他のタバコ（かぎタバコ、葉巻、パイプタバコなど）を使用した場合でも、様々なリスクを排除することは不可能であることを強調する。具体的なリスクについて下記に示す。</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 急性リスク：息切れ、喘息の悪化、妊娠への悪影響、勃起障害、不妊症、血清一酸化炭素の増加 ■ 長期間のリスク：心臓麻痺および脳卒中、肺ガンおよびその他のガン（喉頭ガン、口腔ガン、咽頭ガン、食道ガン、膵臓ガン、膀胱ガン、頸部ガン）、慢性閉塞性肺疾患（慢性気管支炎および気腫）、長期障害、延長治療の必要性など ■ 環境リスク：配偶者の肺ガンおよび心臓病のリスク増加、子供の喫煙可能性増加、生下時低体重児のリスク増加、乳幼児突然死症候群（SIDS）、喘息、中耳の疾患、子供の呼吸器感染のリスク増加
<p>報酬 (Rewards)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 禁煙によって有益となるものを患者に尋ね、その中から最も患者個人に関連すると思われるものに焦点をあてる。具体的な利点について下記に示す。 ■ 健康の回復 ■ 味覚の回復 ■ 嗅覚の改善 ■ 経費の節約 ■ 気分の高揚 ■ 部屋、車、衣類のタバコ臭や口臭の消失 ■ 禁煙への不安解消 ■ 子供への規範 ■ 乳幼児および子供の健康状態の改善 ■ 他者の間接喫煙の阻止 ■ 運動能力の改善 ■ 体力の回復 ■ 肌のしわや老化現象の緩和

<p style="text-align: center;">障 害 (Road block)</p>	<p>禁煙の障害になりうるものを患者に列挙させ、対処法（問題解決、薬物治療）を知らせる。典型的な障害について下記に示す。</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 禁断症状 ■ 失敗への恐怖 ■ 体重増加 ■ 支援の不足 ■ うつ病 ■ 喫煙の楽しみ
<p style="text-align: center;">反 復 (Repetition)</p>	<p>患者の来院ごとに治療を繰り返す。過去に禁煙の失敗を経験した患者には、反復治療により禁煙に成功した患者が多いことを伝える。</p>

C. 禁煙開始直後の患者の治療法

再喫煙の防止

タバコ依存症は慢性的な再発性を有するため、再喫煙防止に有効な簡易治療を実施するべきである。禁煙開始直後の患者に対しては禁煙の意思を強化させ、禁煙の利点について再確認を行い、禁煙後に起こった問題の解決に向けて支援を行わなければならない。再喫煙のほとんどは禁煙開始直後に発生するが^{59,60}、禁煙後数ヵ月および数年後に発生するケースもある^{31,61}。したがって、もはや禁煙の必要性がないと考える過去の喫煙者にも再喫煙防止の治療が行われるべきである。

再喫煙の防止は開始直後の患者にとって特に重要であり、定期的な通院、電話によるカウンセリング、元喫煙者の診察などの手段で実施される。禁煙直後の患者を特定し連絡を取るためには体系的に制度化されたメカニズムが必要であり、これにより再喫煙の予防メッセージが効果的に広まる。

再喫煙防止のための治療は、最小限の治療および個別処方による治療という2つのカテゴリーに分けられる。

最小限の再喫煙防止治療は、禁煙直後の患者の通院ごとに行われるべきである（短期間の戦略 C1）。このような治療は禁煙直後の患者に対して提供されるのが適切であり、通常の受診やフォローアップ診療に伴い短期間で行われる。再喫煙のほとんどは禁煙開始直後の3ヵ月以内に発生するため、予防治療はこの期間に行われることが必要である^{62,63}。また、再喫煙率の低下に向けた戦略は禁煙治療の初期段階にも取り入れられるべきである（第3章 A、簡易治療戦略 A4、患者への禁煙支援、第3章 B、簡易治療戦略 B、禁煙への動機付けを高める治療法「5つのR」を参照のこと）。ただし、禁煙治療期間中に発生した問題（再喫煙、うつ病、薬物による副作用など）は直ちに報告させる。

個別処方による再喫煙防止は、禁煙期間中に発生した問題に基づいた患者別の治療法である（簡易治療戦略 C2）。このようなより集中的な予防治療については、フォローアップ期間中に（直接診療または電話）専門医またはプログラムから提供する。

再喫煙防止に向けた簡易治療戦略

簡易治療戦略 C1. 最小限の再喫煙防止治療の内容

このような予防治療は、禁煙開始直後の患者の受診ごとに行うべきである。

元喫煙者に再喫煙予防治療を行う場合は、患者の成功を賞賛し、禁煙持続を強く勧めるべきである。禁煙開始直後の患者には問題解決に導くための自由回答式質問を行い（例：禁煙は有益ですか？）、これについて積極的な話し合いをさせる。具体的な内容を下記に示す。

- 禁煙による利点（健康上のものを中心に）
- 禁煙中に達成したこと（禁煙持続、禁断症状の軽減など）
- 禁煙の持続にあたり発生が予想される問題（うつ病、体重増加、飲酒、家族内の喫煙者など）

簡易治療戦略 C2. 再喫煙防止のための治療の内容

再喫煙防止のための治療にあたり、禁煙を脅かす問題を認識させる。具体的な問題点および可能な対策を下記に示す。

問題点	対策
禁煙後の支援不足	<ul style="list-style-type: none"> ■ フォローアップ治療または電話によるカウンセリングの日程を決める。 ■ 患者に対する周囲の協力・支援について認識させる。 ■ 禁煙に関するカウンセリングまたは支援を行う専門機関について知らせる。
陰性な気分またはうつ病	<p>深刻な場合にはカウンセリングや薬物治療を行い、専門医を紹介する。</p>
強い禁断症状の持続	<ul style="list-style-type: none"> ■ 喫煙意欲や禁断症状が持続する場合は、承認済み薬物療法の導入または薬剤の追加・組み合わせについて検討し、強い禁断症状を軽減させる。
体重増加	<ul style="list-style-type: none"> ■ 運動を勧め無理なダイエットを防ぐ。 ■ 禁煙後の体重増加は一般的なものであり、自己制御の結果であると説明し患者を安心させる。 ■ 正しい食生活の重要性を強調する。 ■ 体重増加を抑えるための薬物治療（塩酸プロピオン SR、ニコチンガムなどのNRT）を続ける。 ■ 専門医または専用プログラムを紹介する。
意欲の低下や絶望感	<ul style="list-style-type: none"> ■ 通常起こるものであると説明し安心感を持たせる。 ■ やりがいのある活動を行うことを勧める。 ■ 禁煙状態が維持されているか確認・調査を行う。 ■ 再喫煙はたとえ一服でも喫煙欲を高めるため、禁煙が困難になることを強調する。

第4章 集中的臨床介入

背景

集中的なタバコ依存症治療は、その分野の知識を有し訓練を受けた臨床医によって提供される。第6章のエビデンスの項によると、より集中的なタバコ依存症治療は短期間の治療に比べて有効性が高いことが明らかである。またこのような治療は、参加を希望する全ての喫煙者に対応する点に注目すべきである。集中治療の有効性または費用効果が、重症のタバコ依存症患者といった一部の集団に制限されるという証拠は何もない⁶⁴。

多くの場合、集中的な治療はタバコ依存症専門医により提供される。このような治療は専門的な訓練を受けた専門医に限定されるものではなく、むしろ初期治療の臨床医の役割であるというのが専門医の見解である。専門医は有効な集中治療を提供するための専門的な技能、知識、訓練経験を有し、集中治療プログラム（カウンセリングを含むタバコ依存症治療専門スタッフを伴って行われるプログラム）を実施することも多い。このような治療に加え、タバコ依存症および治療に関する研究を行っている専門医も多い。

上記および本ガイドラインの調査結果が示すように、集中治療はそれ以外の治療法に比べて禁煙成功率を高めるといった実質的証拠がある。また、主治医がタバコ依存症治療を行わない場合、専門医の集中治療は患者にとって重要である。

専門医のそのような努力にもかかわらず、効果は現在のところ限られている。たとえば、専門医が実施する集中プログラムに参加できる患者はほんの少数に過ぎない^{51,65}。そこで、将来的には専門医による次のような取り組みを通じて、タバコ依存症治療を行うことが提案される。

- 専門医は、一般的な診療の一環としてタバコ依存症治療を行う非専門医にとって医療資源の役割を果たす。これには、非専門医向けのカウンセリングに関する指導、困難なケースの対処、入院患者の診察、専門医としての評価などが含まれる。
- 喫煙者の識別および治療の頻度を増やすために、医療機関内の制度変更について計画および評価を行う。
- 関係医療機関で現在行われているタバコ依存症治療について、その有効性を評価するための調査を行う。
- タバコ依存症治療の有効性および利用率を高めるために、新しい治療法の開発および評価を行う。

集中的なタバコ依存症治療戦略

第6章での分析および審議会の見解に基づいた、集中治療の実施に関する調査結果を表5に示す。このような調査結果により集中治療の戦略が策定された（集中的な治療戦略 集中的治療の要素を参照のこと）。医療資源の有用性および時間的制約といった要因により、その実施状況は当然異なったものになる。

表 5. 集中的治療に関連する調査結果

<ul style="list-style-type: none"> ■ カウンセリングの密度と禁煙の成功には強い相関関係がある。治療の集中度が増すほど禁煙率が高くなるのが一般的である。(a) 治療時間および (b) 治療回数を増やすことによって、より集中的な治療が可能となる。
<ul style="list-style-type: none"> ■ 様々な医療分野（内科医、看護師、歯科医、心理学者、薬剤師など）による治療は禁煙率を高めるのに効果があることから、複合的に治療を行うことが重要である。
<ul style="list-style-type: none"> ■ 電話および個別・グループによるカウンセリングは有効な禁煙治療法である。
<ul style="list-style-type: none"> ■ 個別のカウンセリングおよび行動療法は特に有効である。実際的なカウンセリング（問題解決および技能指導）や院内および院外での他者からの支援は、急速喫煙といった嫌悪喫煙法と同様に禁煙率を大幅に高める。
<ul style="list-style-type: none"> ■ 塩酸プロピオン SR または禁煙補助療法といった薬物治療は禁煙率を高めるのに常に有効である。したがって、こういった治療法は全ての禁煙試行者に行われるべきであるが、妊婦の喫煙者や若者といった特定の集団に対しては注意が必要になる。
<ul style="list-style-type: none"> ■ タバコ依存症治療は性別、年齢、人種などによって分類される様々な集団に対して有効である。

集中的治療戦略 集中的治療の要素

評 価	集中治療プログラムにより、禁煙に対する意欲を促進するための評価が行われるべきである。またその他の評価により、カウンセリング時に有用な情報（ストレス・レベル、共存症など、第 6 章 A、個別の評価を参照のこと）を提供することが可能になる。
プログラムを実施する臨床医	異なる分野による複合的な治療は有効であり、様々な臨床医が治療に参加すべきである。臨床医は患者に健康上のリスク・利点に関するメッセージを伝えて薬物治療を行ない、非臨床医は心理社会的または行動的治療を担当するといった方法は、今後のカウンセリング戦略の一つになるであろう。
プログラムの集中度	強力な用量反応関係に基づいたプログラムの集中度について、次のように設定する。 ・時間：10分以上 ・回数：4回以上 ・合計治療時間：30分以上
プログラムフォーマット	個別またはグループによるカウンセリングを行う。電話でのカウンセリングも有効である。補助的な自助教材の使用については選択式とする。フォローアップによる評価治療法が用いられるべきである（第 6 章 B 参照のこと）。
カウンセリングおよび行動療法のタイプ	カウンセリングおよび行動療法には実際的なカウンセリング（問題解決および技能実習）（表 21 参照）や院内（表 22 参照）および院外（表 23 参照）での他者からの支援が含まれるべきである。
薬物治療	特別な場合を除き、全ての喫煙者に対して本ガイドラインで承認された薬物治療法を行うべきである。しかし、妊婦の喫煙者や若者といった特定の集団に治療を行う際には注意が必要になる（臨床ガイドライン、表 4 参照、個別の指導および予防、表 33～39 参照）。薬物治療がどのように禁煙達成率を高め禁断症状を軽減するかについて説明が行われるべきである。第一選択治療薬としては塩酸プロピオン SR、ニコチンガム、ニコチン吸入剤、ニコチン鼻スプレー、ニコチンパッチが含まれる。
集 団	集中治療プログラムは、禁煙に積極的に取り組む全ての喫煙者に対して用いられる。

第5章 制度的介入：保健医療当局、保険会社、医療保険加入者に関連するもの

背景

タバコ依存症治療の普及を目的とした医療現場の取り組みは、伝統的に個々の臨床医に委ねられてきたが、もはやそのような限定は適切ではない。禁煙治療の範囲拡大に向けた議論の背景には2つの理由がある。まず、臨床医による禁煙への取り組みは不本意であることがあげられる。一例としては、医療機関で受診した喫煙者のうち3分の1以上が禁煙のアドバイス、支援を受けなかったことが国の調査で明らかになっている^{11,14,41}。次に、最近ではマネジドケア方式の医療を受ける米国人が増加している点である。その結果、保健医療当局、保険会社、保険加入者が医療に果たす役割が重要になっている。たとえばマネジドケア機関および保険会社は、処方制限、臨床医に対する評価のフィードバック、患者の需要を促進するためのマーケティングアプローチを通じて医療に影響を与えている。

理論上では、保健医療当局、保険会社、保険加入者が及ぼす影響力によって、喫煙者の一貫した有効な同定および治療の促進・支援が行われるはずである。また、禁煙治療を医療に不可欠な分野にするための支援制度、政策の立案・実施、環境的な整備が行われるべきである。実際に、制度的変更によりマネジドケア加入者の喫煙率が低下する可能性があるという調査結果が報告されている⁶⁶。

保健医療機関、保険会社、保険加入者による、社会全体としての禁煙への取り組みが今まで行われてこなかったのは残念なことである。たとえば、薬物治療およびカウンセリングといった禁煙治療は、医療保険の加入者を対象とする一貫した有料サービスとして提供されていない^{67,68}。最近の調査では、タバコ依存症治療に対しメディケイドによる受給が行われたのは22州に過ぎなかった⁶⁹。また、旧ガイドラインの勧告を部分的に実施したマネジドケア機関はわずか39%であり、全面的に実施したのは9%に過ぎないことが別の調査から明らかにされた⁷⁰。軽度または中程度の高血圧症や高コレステロール治療と同様に、医師による禁煙アドバイスは費用効果が高いことが証明されている状況を考えると、このような補償範囲の欠如は不可解である^{71,72}。これらは、2000年に向けた国民の健康促進と疾患予防の目標「Healthy People 2000」の一つとしてあげられた。その内容は次の通りである。

ニコチン中毒治療（医療提供者による禁煙カウンセリング、禁煙教室、禁煙補助製剤の処方その他禁煙に関連する医療サービス）を提供する医療保険の割合を100%にする⁷³。

この目標は「Healthy People 2010」において次のように変更された：

ニコチン依存症の実証的治療について、保険による全額補償を目標とする⁷⁴。

つまり、制度や政策および環境的な整備なしでは、喫煙者への評価および治療が個々の臨床医によって常に行われる可能性は低い。したがって、臨床医が禁煙治療を提供する責任を負うのと同様に、保健医療当局、保険会社、保険加入者は、一貫した有効な禁煙治療が実施されるような政策づくりや医療資源の提供において指導的役割を果たすべきである。

禁煙治療の費用対効果

禁煙治療は臨床的に有効であると同時に経済的にも正当な分野である。臨床医の助言、薬物治療、専門医が提供する集中プログラムなどの禁煙治療は他の治療に比べて費用対効果が高いことを、本ガイドラインの対象である保健医療機関、保険会社、保険加入者は認識すべきである⁶⁴。禁煙治療は高血圧症や高コレステロール血症といった通常の治療および定期的な乳がん検診などの予防治療と同様に、費用効果の高いことが費用対効果分析から明らかになった^{71,75-77}。実際のところ、禁煙治療は予防医療における「ゴールド・スタンダード」と呼ばれている⁷⁸。タバコ依存症治療により禁煙に成功する患者はごく少数とは言え、その費用効果はきわめて高い。

なお、本ガイドライン勧告の費用・効果分析については、第8章にその詳細が述べられている。

保健医療当局、保険会社、医療保険加入者に対する勧告

保健医療当局、保険会社、医療保険加入者による制度的なアプローチにより、タバコ依存症治療の普及が可能になる。そのためには、保険加入者（団体医療保険に加入する企業、会社、共同体を含む）は、喫煙に関する評価や治療を医療保険会社および医療の提供者の契約義務とすべきである。また、被雇用者または保険加入者の健康改善に加えてタバコ依存症治療への保険による補償が義務づけられることにより、無断欠勤⁷⁹や医療資源の利用⁸⁰を抑えることができるだろう。保健医療当局、保険会社は臨床医への支援を行い、タバコ依存症治療の普及を目的とする制度の変更が普遍的・体系的に行われるようにすべきである。制度に関する政策の実施により、次の医療行為が促進される。

全ての医療機関における喫煙者の識別システムの実施（システム戦略1）

指導、医療資源、フィードバックの提供を通じた治療行為の促進（システム戦略2）。

タバコ依存症治療専門スタッフに対する治療の成果による評価（システム戦略3）。

医療機関に対するタバコ依存症治療の支援および提供の促進（システム戦略4）。

本ガイドラインにおいて有効性が実証されたタバコ依存症治療（カウンセリングおよび薬物療法）について、全ての医療保険商品の償還対象またはサービスに含めること（システム戦略5）

有効なタバコ依存症治療を提供する臨床医や専門医に対する診療報酬の出来高払い、およびそのような治療を臨床医の規定義務に含めること（システム戦略6）

上記の戦略は、第6~8章に示されたエビデンスおよび審議会の見解に基づくものである。

保健医療当局、保険会社、保険加入者に対する戦略

システム戦略 1. 全ての医療機関で喫煙者の識別システムを実施する

対 策	実施に向けた戦略	
<p>すべての患者に対し、受診の都度、喫煙状態に関する問診および記載を行うシステムを実施する。</p>	<p>システムの変更方法</p> <p>責 任 者</p> <p>頻 度</p> <p>システム実施のステップ</p>	<p>喫煙に関する項目をバイタルサインに追加または他の普遍的な識別方法を実施する。</p> <p>バイタルサインを既に担当する看護師、医療助手、受付係または他のスタッフがその責任を負う。担当者は治療活動の重要性について指導を受け非喫煙者の手本にならない。</p> <p>受診理由にかかわらず、全ての患者に受診の都度実施する[*]。</p> <p>従来のバイタルサインに加えて、喫煙の項目を含むカルテまたは電子記録を患者別に作成する。バイタルサインスタンプを利用してもよい。バイタルサインの代替案としては、喫煙状態を示すステッカーを患者のカルテに貼付する方法または電子カルテやコンピュータのリマインダーシステムを利用し喫煙状態を表示する方法がある。</p> <div data-bbox="614 1012 1369 1330" style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;">バイタルサイン</p> <p>血 圧：-----</p> <p>脈拍数：----- 体 重：-----</p> <p>体 温：-----</p> <p>呼吸数：-----</p> <p>喫煙状況： 現在喫煙中 過去に喫煙 非喫煙 (いずれか1つを丸で囲んでください)</p> </div>

* 非喫煙者または多年にわたる非喫煙成人および喫煙に関する情報がカルテに明記されている患者に対し、評価を繰り返して行う必要はない。

システム戦略 2. 指導、医療資源、フィードバックの提供を通じて治療行為を促進する

対 策	実施に向けた戦略	
<p>タバコ依存症患者の治療にあたる臨床医は十分な研修を受けること、臨床医および患者は禁煙関連の医療資源を有すること、臨床医はタバコ依存症治療に関するフィードバックを提供されることが医療保障制度により保証されるべきである。</p>	<p>指 導 タバコ依存症治療の CME およびその他の単位がつけた院内講義およびセミナーを定期的実施する。</p> <p>情報提供 患者に自助教材を配布し、それと同時に塩酸プロピオン SR および禁煙補助剤のスターターキット（試験現場では既に入手可能）を処方する。</p> <p>報 告 タバコ依存症治療の内容を管理医療組織および保険会社（NQQA HEDIS など）に報告する。</p> <p>フィードバックの提供 病歴検査、電子カルテ、患者データベースの情報に基づき、臨床医による喫煙患者の識別、関係書類、治療に対する評価を行った上で臨床医にフィードバックを提供する。</p>	

システム戦略 3. タバコ依存症治療専門スタッフに対し、治療の成果により評価を行う

対 策	実施に向けた戦略
<p>臨床現場では禁煙治療の重要性をスタッフ全員に伝えると同時に、タバコ依存症治療の調整を行うスタッフ（看護師、医療助手あるいは他の臨床医など）を選任する必要がある。医師以外が選任された場合は、有効で低コストの禁煙治療の提供が可能になるかもしれない。</p>	<p>各臨床現場においてタバコ依存症治療コーディネーターを選任する。</p> <p>治療（薬物療法、禁煙予定者との電話連絡、定期的な追跡訪問（特に禁煙開始直後の期間）など）の効果的利用に関する患者への指導を含めた、タバコ依存症治療コーディネーターの責任範囲を明確にする。</p> <p>タバコ依存症治療の責任範囲についてスタッフ（看護師、医師、医療助手あるいは他の臨床医など）同士が協議し、その結果を新規および臨時スタッフの指導に反映させる。</p>

システム戦略 4. 医療機関に対してタバコ依存症治療の支援および提供を行うよう促進する

対 策	実施に向けた戦略
<p>入院喫煙患者に対するタバコ依存症治療を実施する。</p>	<p>全ての入院患者に対して、喫煙状況の識別および文書化を行うシステムを実施する。</p> <p>各病院においてタバコ依存症の入院患者の診察を行う臨床医を決定する。</p> <p>全ての入院喫煙患者を対象にタバコ依存症治療を行う。</p> <p>タバコ依存症入院患者に対する治療の診療報酬を出来高払いとする。</p> <p>院内医薬品リストに、FDA 認可のタバコ依存症薬物療法を付け加える。</p> <p>病院内は全て禁煙とする JCAHO 規約の遵守を徹底する。</p> <p>たとえ患者に禁煙する意思がない場合でも、第一次薬物治療は禁断症状を軽減するために有効であることを病院スタッフに指導する。</p>

システム戦略 5. 本ガイドラインにおいて有効性が実証されたタバコ依存症治療（カウンセリングおよび薬物治療）について、医療保険の加入者全員が保険による補償を受けられるようにする

対 策	実施に向けた戦略
<p>MCO 加入者を含む全ての保険加入者が、薬物療法およびカウンセリングを中心とした有効なタバコ依存症治療を受けられるよう、保険給付の対象とする。</p>	<p>補 償 有効なタバコ依存症治療（カウンセリングおよび薬物療法）を全ての医療保険の基本的給付に含める。</p> <p>指 導 MCO 加入者を含む全ての医療保険加入者に対し、タバコ依存症治療（カウンセリングおよび薬物療法）に対して保険による補償が行われることを伝え、利用を促す。</p>

システム戦略 6. 有効なタバコ依存症治療を提供する臨床医や専門医には診療報酬の出来高を支払い、そのような治療を臨床医の規定義務に含める

対 策	実施に向けた戦略
<p>タバコ依存症有効治療にあたる臨床医および専門医には診療報酬の出来高払いを行う。勤務医や人头割り支払い制度に基づく医師が義務規定内で行うタバコ依存症治療に対しても同様である。</p>	<p>タバコ依存症治療を診療報酬出来高払いの対象とする。</p> <p>臨床医および専門医に対し、有効なタバコ依存症治療に対する診療報酬の出来高払いを行うことを伝える。</p> <p>タバコ依存症治療を勤務医および勤務専門医の職務および勤務評定の対象とする。</p>

喫煙およびタバコ依存症治療に関するシステムアプローチ

保健医療当局・保険会社・マネジドケア組織・保険加入者向けガイド

なぜシステムアプローチが必要なのか

喫煙による計り知れない人的損失

現在、米国では喫煙が病気や早死の最大原因となっており、それによる死亡者数は毎年43万人を超える。米国人成人の喫煙率は約25%を占め、子供や若者のタバコ常用者数は毎日3,000人ずつ増加している。

喫煙者の驚くべき金銭的負担

喫煙が原因の死亡や病気による社会的損失は約1,000億ドルに上る。米国人が喫煙関連疾患を治療するのに支払う直接医療費は年間約500億ドルである。また、喫煙による健康障害によって失われる生産力および利益は年間470億ドルになる。

2000年6月に米国公衆衛生サービス局(PHS)より発表された標準的治療法ガイドライン「喫煙およびタバコ依存症治療」(Treating Tobacco Use and Dependence)によると、喫煙者に対する禁煙治療は有効であり、標準的治療法の一部として確立されるべきであるとしている。さらに、喫煙者に対する治療は費用対効果が高いことが研究により立証されている。禁煙への治療行為は、軽症及び中程度の高血圧治療といった通常の医療行為

や定期的な乳がん検診などの予防医療に比べてコストが低い。実際、喫煙者一人当たりの禁煙治療費は平均165.61ドルである。

つまり、多くの喫煙者に影響を与える禁煙治療行為を成功させるためには、臨床医および保健医療システム(保健医療当局、保険会社、保険加入者を含む)により各喫煙者に対する一貫性のある喫煙者の識別、文書化および医療現場における禁煙治療の制度化が極めて重要である。

マネジドケアを受ける米国人が増加している現在、保健医療当局、保険会社、加入者が保健医療において果たす役割は大きい。なぜなら、その影響力によって喫煙者に対する一貫性のある効果的な識別及び治療が促進・支援されるからである。実際にシステムレベルの変更が行われた場合、マネジドケア・プラン加入者の喫煙率は減少することが研究結果から明らかにされている。したがって、喫煙者に対し一貫性のある効果的な治療を行うためには、関係者による政策づくり、情報提供、指導力の発揮が必要になる。

システム変更に向けてのガイドライン勧告

PHS ガイドライン「喫煙およびタバコ依存症治療」では次にあげる6つの戦略が提案されている。

- 全ての診療所において喫煙者識別システムを実施する。
- 病院はタバコ依存症治療の支援及び実施に向けた政策づくりを促進する。
- 保健医療システムによる指導、情報提供及びフィードバックを行い、医療行為を促進する。
- 保険会社および管理医療組織(MCO)はカウンセリングや薬物療法によるタバコ依存症治療について、医療保険の加入者全員が保険による全額負担または補償を受けられるようにする。
- スタッフは臨床現場におけるタバコ依存症治療に専念し、その成果によってスタッフの評価を行う。

- 保険会社およびマネジドケア組織(MCO)は、タバコ依存症有効治療にあたる臨床医や専門医に診療報酬を出来高で支払うとともに、そうした医療行為を臨床医の規定義務に含める。

上記の6つの戦略は、一貫性のある効果的な禁煙治療を行う場合の組織的な取り組みの一部として有効であることが証明されている。これらの戦略を採用することにより禁煙率が上昇し、関連疾患の治療費削減につながることを期待される。

6つの戦略

ガイドラインで勧告されたシステム戦略及び対策を以下に述べる。

戦略1. 全ての診療所において喫煙者識別システムを実施する。

- 喫煙者に対する評価及び文書化の促進を目的とする診療所システムを実施することにより、喫煙患者への医療行為をかなり増やすことができる。バイタルサインに喫煙状況を追加することにより、喫煙者の評価及び文書化を一貫して行える可能性が高くなる。
- 喫煙者を識別するための診療所システムを実施することにより、禁煙率が高まる。
- 全ての患者を対象に喫煙に関するアンケートを取り、喫煙状況の定期的な文書化を奨励する。

対 策	実施に向けた戦略	
診療所システムを実施するために、診療所を訪れる全ての患者について喫煙状況を探ね、文書化を行う。	診療所システムの変更	バイタルサインに喫煙状況を付け加えるか、もしくは他の一般的な識別方法を採用する。
	責任者	バイタルサインの測定を担当する看護師、医療助手、受付係、または他のスタッフがその責任を負う。担当者は治療活動の重要性について指導を受け、非喫煙者の役割モデルにならない。
	頻 度	受診理由にかかわらず、診療所を訪れる全ての患者を対象に実施する。
	システム実施の手順	受診時に記入する従来のバイタルサインに喫煙状況の記録欄を診療録または電子カルテに追加する。バイタルサイン・スタンプの利用も可能である。それ以外では、喫煙状況を示すステッカーを患者のカルテに貼ったり、コンピュータのリマインダーシステムを利用し喫煙状況を表示する方法などがある。
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;">バイタルサイン</p> <p> 血圧： _____ 脈拍数： _____ 体重： _____ 体温： _____ 呼吸数： _____ 喫煙状況： 現在喫煙中 以前喫煙 非喫煙 (いずれか1つを丸で囲んでください) </p> </div>		
<p>* 非喫煙または長期にわたる非喫煙成人に対する評価を繰り返す必要はない。これらの情報は患者のカルテに明記しておく。</p>		

**戦略2. 保健医療システムによる指導・情報提供・
フィードバックを行い、医療行為を促進する。**

- 様々な医療関係者（歯科医、看護師、心理学者、ソーシャルワーカー等）による禁煙治療行為により、自己管理介入といった医療関係者の非介入時に比べ禁煙率が著しく高まる。
- 医療行為を進めるにあたって、臨床医や研修医は、禁煙への動機づけを促進し禁煙率を高めるのに有効な戦略に基づく教育を受けるべきである。
- リマインダーシステムやスタッフ研修など、他のシステム変更と並行して教育を行った場合の効果については、多くの研究で検証されている。システム変更と一体で行われる指導はより有効と考えられる。

対 策	実施に向けた戦略
保健医療システム下では、タバコ依存症患者の治療にあたる臨床医は十分な研修を受けていること、臨床医及び患者が禁煙に関する情報を共有すること、臨床医はタバコ依存症治療に関するフィードバックを受けることが求められる。	教 育 タバコ依存症治療について、CMEや他の機関主催の院内講義およびセミナーを定期的実施する。
	情報提供 患者に禁煙自助教材を配布し、同時に塩酸プロピオンSR及びニコチン代替薬「スターターキット」（臨床試験の場では既に入手可能）を処方する。
	報 告 タバコ依存症治療の内容をマネジドケア組織及び保険会社（NCQA HEDISなど）向けの「調査報告書」に添付する。
	フィードバック 病歴検査・電子カルテ・患者データベースの情報に基づいて臨床医が行う患者の識別・文書化・喫煙者への治療を評価し、フィードバックを行う。

禁煙治療における臨床医の教育を促進する要因は以下のとおりである。

- タバコ依存症治療の指導および研修を臨床分野での必修カリキュラムに入れる。
- タバコ依存症の効果的治療に関する質問を臨床分野の認定試験に取り入れる。
- タバコ依存症治療の能力評価を行う専門学会統一基準に基づき、全ての禁煙治療関係者を認定する。

戦略3. スタッフは臨床現場でのタバコ依存症治療に専念し、その成果によって評価を受ける。

- 様々な臨床医が治療にあたれば、患者の禁煙率は上昇する。したがって、全ての臨床医が禁煙治療を行うべきである。

対 策	実施に向けての戦略
<p>臨床現場では禁煙治療の重要性をスタッフ全員に伝えると同時に、タバコ依存症治療の調整を行うスタッフ（看護師、医療助手あるいは他の臨床医など）を選任する必要がある。医師以外の職種を選任すれば、より効果的かつ低コストの禁煙治療が可能になるかもしれない。</p>	<p>各臨床現場においてタバコ依存症治療コーディネータを選任する。</p> <p>タバコ依存症治療コーディネータの責任範囲を明確にする。治療の有効利用（薬物療法、禁煙達成見込者との電話連絡、定期的な追跡訪問（特に禁煙達成直後）など）について患者に指導を行う。</p> <p>タバコ依存症治療の責任範囲についてスタッフ（看護師、医師、医療助手あるいは他の臨床医など）同士が協議し、その結果を新任や臨時スタッフの指導に反映させる。</p>

戦略4. 病院はタバコ依存症治療の支援及び実施に向けた政策づくりを促進する。

喫煙は病気の回復を妨げる恐れがあるため、入院患者に対する禁煙指導は極めて重要である。

入院患者には以下の2つの動機づけにより、禁煙誘導が行われる場合がある。

- 心臓病患者が喫煙を継続すれば、心臓発作の再発率は高くなる。
- 肺癌、頭部癌、頸部癌患者では、たとえ治療に成功しても、喫煙を継続すれば癌の再発率は高くなる。喫煙は骨や創傷治癒に悪影響を与える。
- 喫煙は骨や創傷の治癒に悪影響を及ぼす。
- 患者が病気を悪化させ入院に至った原因は喫煙にある可能性があり、喫煙による健康上のリスクに関する患者の脆弱性を強調する。
- 医療機関認定合同委員会(JCAHO)の認定を受けた米国内の病院は、全面禁煙である。したがって、喫煙習慣のある入院患者全員が一時的に禁煙環境に置かれる。

対 策	実施に向けての戦略
入院喫煙患者に対するタバコ依存症治療の実施。	<p>全ての入院患者に対して、喫煙状況の識別及び文書化を行うシステムを実施する。</p> <p>各病院においてタバコ依存症の入院患者の診療を行う臨床医を決めておく。</p> <p>喫煙習慣のある全ての入院患者を対象にタバコ依存症治療を実施する。</p> <p>タバコ依存症の入院患者に対する治療の診療報酬は、出来高払いにする。</p> <p>院内医薬品リストに FDA 認可のタバコ依存症薬物療法を追加する。</p> <p>病院内は全面禁煙とする JCAHO 規約の遵守を徹底する。</p> <p>たとえ患者に禁煙する意思がない場合でもプライマリケアは禁断症状の軽減に有効であることを、病院スタッフに教育する。</p>

戦略5. カウンセリングや薬物療法によるタバコ依存症治療について、医療保険の加入者全員が保険による全額負担または補償を受けられるようにする。

- 禁煙治療は臨床上に有効であると同時に、他の一般的な病気の予防行為及び治療と同様に極めて費用効率が低い。
- 費用対効果に関する分析結果から、禁煙治療は高血圧症や高コレステロール血症など定期的に診療報酬が支払われる医療介入及び定期的な乳がん検診やパバニコロウ染色塗抹標本（PAP）などの予防行為（健診）に匹敵するということが明らかになった。
- タバコ依存症治療は心臓疾患、がん、呼吸器系統の病気など関連する様々な医学的危険を防止するために有効である。
- 禁煙治療が保険によって全額負担されると、自己負担率の大きい健康保険に比べて禁煙治療率が上昇し、被保険者の喫煙率が低下することが証明されている。「Healthy People 2010」計画では2010年に向けての国民の健康増進及び疾病予防が提唱されており、医療関係者による禁煙カウンセリング、薬物療法及び他の禁煙治療などニコチン中毒治療を提供する医療給付制度の割合を100%にすることを目標としている。
- 前払い及び値引き処方薬剤の給付により、ニコチンガムの利用率が高くなると同時に、その使用期間が延び、禁煙率が上昇する。

対 策	実施に向けての戦略
MCO 加入者を含む全ての保険加入者に対し、薬物療法及びカウンセリングを含むタバコ依存症の効果的治療補償を提供する。	<p>補 償 タバコ依存症の効果的治療（カウンセリング及び薬物療法を含む）を全ての健康保険の基本医療給付の一部として位置づける。</p> <p>指 導 MCO 加入者を含む全ての保険加入者に対し、タバコ依存症治療（カウンセリング及び薬物療法）補償が提供されることを伝え、患者に治療を促す。</p>

**戦略6. タバコ依存症治療にあたる臨床医や専門医の診療費は出来高払いとし、
そのような医療行為を臨床医の規定義務に含める。**

- 保険で支払われる医療費が不十分なために禁煙治療などの予防医療の提供が妨げられていることが、プライマリケア専門医によりしばしば指摘されている。
- 保険による補償は禁煙治療率を高め、その結果禁煙率が上昇することは明らかである。
- 保険業界の8年間にわたる調査から、診療報酬の出来高払いにより予防的ケアの提供率が全体的に増加することが明らかになった。したがって、健康保険及びマネジドケアの加入者に対する禁煙治療（薬物療法及びカウンセリング）は全額保険により負担するとともに、禁煙治療にあたる臨床医に対しては診療報酬を出来高で支払うべきである。禁煙プログラムへ参加する意思のある患者に対し、保険会社はプライマリケアにあたる医師への指導及び動機づけを通じて集中プログラムへの参加を促すべきである。

対 策	実施に向けての戦略
<p>タバコ依存症治療にあたる臨床医及び専門医に対する診療報酬は出来高払いとする。勤務医及び人頭制で働く医師が義務規定内で行うタバコ依存症治療についても同様である。</p>	<p>タバコ依存症治療を診療報酬出来高払いの対象とする。 臨床医及び専門医に対し、タバコ依存症有効治療の診療報酬は出来高払いであることを伝える。 タバコ依存症治療を勤務医及び勤務専門医の職務、並びに勤務評定に加える。</p>

照 会 先

本指針に記載された情報は PHS 主唱の標準的治療法ガイドライン「喫煙およびタバコ依存症治療」からの抜粋である。当該ガイドライン及び他の関連商品の入手に関する情報またはガイドライン冊子が必要な場合は、下記のフリーダイヤルを利用のこと。

米国医療研究・品質局：800-358-9295
 米国疾病管理予防センター：800-CDC-1311
 米国国立がん研究所：800-4-CANCER

本ガイドラインの全文は Surgeon General のホームページで閲覧できます。
www.surgeongeneral.gov/tobacco/default.htm

米国厚生省
 公衆衛生サービス局

2000年11月

表1 禁煙を希望する患者を援助するための簡便な方策（5つのA）

活 動	実 施 計 画
<p>診療所全体にわたるシステムを実施して全ての患者に来診時に必ず喫煙状況を質問して記録する。</p>	<p>ステップ1：質 問 (Ask) 全喫煙者について毎回の来診ごとに系統的に確認する。</p> <p>バイタルサインに喫煙状況の項目を追加するか、それに代わる形で確認できるようにする。</p> <p><u>バイタルサイン</u> 血圧: 脈拍: 体重: 体温: 呼吸数: 喫煙: 現在 過去 経験なし (ひとつに丸)</p> <p>代替方策としては、喫煙状況ステッカーの全患者カルテへの貼付、電子カルテまたはコンピュータ記憶システムによる喫煙状況の表示などがある。</p>
<p>明確に、そして各個人に合わせた方法で全喫煙者に対して禁煙を強く勧告する。</p>	<p>ステップ2：助 言 (Advise) 全喫煙者に対して禁煙するよう強く勧告する。</p> <p>勧告に際して必要なことは、 <u>明確に</u> 「今、あなたにとっては禁煙することが大切です。私がお手伝いします。」「病気の間だけ本数を減らすのでは不十分です。」</p> <p><u>強く</u> 「あなたの医師として、あなたの現在そして将来の健康を守るために、今あなたができることで最も重要なのは禁煙であることを理解してもらいたい。診療スタッフと私がお手伝いします。」</p> <p><u>各個人に合わせて</u> 現在の健康・疾病、社会的及び経済的コスト、禁煙の意欲・準備、家庭での子どもや他の家族に及ぼす影響を喫煙と結びつける。</p>
<p>全喫煙者に対し、現時点で（例えば30日以内に）禁煙の意思があるか否かを尋ねる。</p>	<p>ステップ3：評 価 (Assess) 患者の禁煙努力に対する意欲を判断する。</p> <p><u>患者の禁煙に対する意欲を評価する。</u> 現時点で患者に禁煙努力に対する意欲がある場合、援助する。 患者が集中治療に参加したい場合、そのような治療を行うか、もしくは集中治療を紹介する。 患者が現時点で禁煙努力はしたくないとはっきり言う場合、啓発的な介入を行う。 患者が特定の集団に属している場合（未成年、喫煙妊婦、少数派人種・民族）、追加情報の提供を考慮する。</p>
<p>禁煙計画を立てて患者を支援する。</p>	<p>ステップ4：援 助 (Assist) 患者の禁煙を援助する。</p> <p><u>禁煙のための患者の準備とは、</u> 禁煙開始日を設定する（理想的には2週間以内）。 家族、友人、同僚に禁煙することを告げ、理解と協力を求める。 特に重要な最初の数週間は、計画された禁煙努力に対する難題を覚悟しておく。つまり、ニコチン禁断症状等である。 自分の周囲からタバコ製品を取り除く。禁煙に先立ち、長時間を過ごす場所での喫煙を止める（仕事場、家庭、車内など）。</p>
<p>実際的なカウンセリングを行う。（問題解決／技能訓練）（表2参照）</p>	<p><u>節 制</u> 絶対的な禁煙が極めて重要である。「禁煙開始日以降は一服も吸わない。」 過去の禁煙経験 以前に禁煙努力をした際に役に立ったことと障害となったことを確かめる。 やがて起こる喫煙の引き金となること、または難題を覚悟する。難題または引き金について、患者がどのようにそれらを克服することができるかについて話し合う。 アルコール アルコールは喫煙への逆戻りの原因となり得るので、禁煙中はアルコールを制限もしくは禁酒することを考えるべきである。 家庭内のその他の喫煙者 家庭内に他に喫煙者がいると禁煙はさらに困難になる。患者は同居している人に、共に禁煙するよう、あるいは患者がいる場合は喫煙しないよう促すべきである。</p>
<p>治療中に社会的支援を行う。（表2参照）</p>	<p>患者の禁煙努力を促すと同時に支援的な臨床環境を整える。 「この診療スタッフと私はあなたを支援する態勢にあります。」</p>
<p>治療以外の社会的支援を提供する。（表2参照）</p>	<p>患者の治療以外に社会的な支援を受けられるよう支援する。 「配偶者またはパートナー、友人、同僚にあなたの禁煙努力を支援してもらえるように頼みなさい。」</p>
<p>特殊な環境にある場合を除き、認可された薬物療法を行うことを勧める。（表3及び表4参照）</p>	<p>有効性が明らかな薬物療法の利用を勧める。これら薬剤によって禁煙に成功することが多く、また禁断症状が軽減されることを説明する。薬物療法に最もよく使用されるのは以下のような薬剤である。すなわち、徐放性塩酸ブプロピオン、ニコチンガム、ニコチン吸入薬、ニコチン鼻スプレー、及びニコチンパッチ等である。</p>
<p>補助具を提供する。</p>	<p>提供元 連邦機関、非営利機関、地域／州保健局 種類 患者にとって教養的・民族的・教育的・年令的に合うもの。 地域 各診療所において入手が可能。</p>

対面あるいは電話でフォローアップ診療のスケジュールを調整する。	ステップ5：アレンジ (Arrange) フォローアップ診療のスケジュール 時 期 フォローアップ診療は禁煙開始後すぐ、1週間以内に行うのが望ましい。2回目のフォローアップ診療は、1ヵ月以内が望ましい。以降のフォローアップ診療は指示どおりに計画する。 フォローアップ診療中の活動 成功を喜ぶ。喫煙していた場合、環境を見直し、再び喫煙した患者を完全な禁煙に導く。患者には、過ちを学ぶべき経験に転化させるよう指導する。問題が既に克服されたことを確認し、近い将来に起こる難題を覚悟する。薬物療法の利用と問題点を評価する。さらなる集中治療の実施または紹介を考慮する。
---------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

表2 禁煙に対する有効なカウンセリングおよび行動学的治療の一般原則

原 則	具 体 例
実践的カウンセリング（問題解決／技能訓練）治療	
喫煙あるいは再喫煙の危険性を増加する出来事、内部事情、活動を確認する。	悪影響 他の喫煙者の近くにいる 飲酒 衝動 時間による重圧
対処あるいは問題解決技能を確認および実践する。 （通常この技能は危険な状況に対処することを目的とする。）	誘惑を覚悟して避けることを学習する。 否定的な気分を減少させる認識法を学習する。 ストレスが低減し、生活の質が改善され、また喜びが生まれるライフスタイルの変化を実現する。 喫煙衝動に対応する認識および行動活動を学習する（注意をそらす等）。
禁煙および禁煙成功に関する基本的な情報を提供する。	いかなる喫煙も（たとえ一服でも）完全な逆戻りの可能性を高めるという事実を理解する。 禁煙の撤回は通常禁煙後1週間ないし3週間以内にピークとなる。 禁断症状としては、不快な気分、喫煙衝動、そして集中困難等がある。 喫煙の中毒特性を認識する。
治療中の支援措置	
禁煙努力中の患者を励ます。	現在有効なタバコ依存症治療が行えることを指摘する。 喫煙したことのある人の半分は現在禁煙していることを指摘する。 患者の禁煙する力を信じることを伝える。
親身になり、関心をもって伝える。	禁煙をどのように考えているかを患者に聞く。 関心があり、異存がないことを直接患者に表明する。 禁煙への不安、経験した困難、そして相反する感情といった患者の表現を受け入れる。
禁煙の経過について述べるよう患者を励ます。	以下のことについて尋ねる。 ・禁煙したい理由 ・禁煙についての心配および不安 ・患者が達成した成功 ・禁煙中に遭遇した困難
治療以外の支援措置	
患者への支援要求技能の訓練を行う。	支援要求技能のモデルとなるビデオを見せる。 家族、友人、同僚からの社会的支援を求める練習をする。 喫煙しない家庭を確立するよう患者を助ける。
速やかな支援を求める。	患者が支援者を確認するのを助ける。 支援を求めることを思い出すよう患者に電話する。 ホットライン・ヘルプライン等の地域援助を患者に知らせる。
臨床家は支援以外の準備をする。	協力者に手紙を書く。 協力者に電話する。 禁煙の会合に協力者を招く。 患者を互いに「仲間」として割り当てる。

表3 禁煙のための薬物療法処方に関する一般臨床ガイドライン*

禁煙のための薬物療法を受けるべきなのは誰か？	特別な環境下にある場合を除き、禁煙をしようとする全ての喫煙者が対象となる。特定の人に薬物療法を行う前には特別な配慮をしなければならない。すなわち、医学的な禁忌がある者、1日当りの喫煙量がタバコ10本以下の者、妊娠/授乳婦、未成年喫煙者である。
最新のガイドラインで推奨されている第一選択治療薬は何か？	禁煙に対してはFDA認可の薬物療法が全部で5つ推奨されている。すなわち、徐放性塩酸プロピオン、ニコチンガム、ニコチン吸入器、ニコチン鼻スプレー、ニコチンパッチである。
5種類の第一選択治療薬の中から選択する場合、臨床家はどのような要素を考慮すべきか？	この5つの薬物を順位付ける十分なデータはないため、臨床家の薬物に対する精進度、特定の患者についての禁忌、患者の好み、特定の薬物療法に関する患者の以前の経験（好ましい、あるいは好ましくない）、患者の特性（例えば、うつ病歴、体重増加についての懸念）等の因子を勘案して、特定の第一選択治療薬の選択をしなければならない。
比較的軽度の喫煙者(例えば、喫煙量がタバコ10-15本/日)については、薬物療法は適切か？	薬物療法を比較的軽度の喫煙者に対して行う場合、臨床家は第一選択NRT薬物療法の投与量を減らすことを考慮すべきである。徐放性塩酸プロピオンを使用する場合は、調整の必要はない。
最新のガイドラインで推奨されている第二選択治療薬は何か？	塩酸クロニジン、塩酸ノルトリプチリンである。
タバコ依存症に対して第二選択治療薬を使用しなければならないのはどのような場合か？	禁忌のために第一選択治療薬を使用できない、もしくは第一選択治療薬が有効でない患者については、第二選択治療薬を処方することを考慮する。第二選択薬に関して知られている有害事象について患者を調査する。
特に体重増加が懸念される患者については、いずれの薬物療法を考慮すべきか？	徐放性塩酸プロピオン及びニコチン代替療法、特にニコチンガムは、体重増加を防止はしないが遅らせることが知られている。
うつ病歴を有する患者について特に考慮しなければならない薬物療法はあるか？	徐放性塩酸プロピオンおよび塩酸ノルトリプチリンはこのような患者に有効とされる。
心血管系疾患歴を有する患者においてニコチン代替療法は避けるべきか？	いいえ。特にニコチンパッチは安全であり、心血管系の有害事象を引き起こすことはないとされている。しかし、心筋梗塞直後について、あるいは重篤なまたは不安定な狭心症を有する患者については、これら製品の安全性は確立されていない。
タバコ依存症に対する薬物療法は長期間にわたって行ってよいのか（例えば6カ月以上）？	はい。この方法は、薬物療法を行う期間中に持続的な禁断症状が報告される喫煙者、あるいは長期間の治療を望む患者について有用である。禁煙に成功したうちの少数の人々はNRT薬剤（ガム、鼻スプレー、吸入薬）を長期間、任意で使用している。長期にわたるこれら薬剤の使用による健康被害は知られていない。さらに、FDAは長期間の維持のための徐放性塩酸プロピオンの使用を認可している。
薬物療法を組み合わせてもよいのか？	はい。ニコチンパッチをニコチンガムあるいはニコチン鼻スプレーと組み合わせる使用することにより長期間の禁煙率が単独でNRTを使用した場合より増加するとの証拠がある [†] 。

* FDAは食品医薬品局、MIは心筋梗塞、NRTはニコチン代替療法をそれぞれ指す。

† この結論は、2種類のNRT療法を行った状況を単独のNRT療法を行った状況と比較した試験でのメタ分析に基づくものである。

表4 禁煙のための薬物療法の臨床利用に関する提言*

薬物療法	警告/禁忌	有害事象	用量	期間	利用法	1日当りの費用
《第一選択》 徐放性塩酸ブプロピオン	発作歴 摂食障害歴	不眠 ドライマウス	毎朝 150mg を 3 日間、 その後 150mg を 1 日 2 回(禁煙 1~2 週間前に投 与を開始)	7~12 週間、 (最大 6 ヶ月)	処方箋のみ	\$3.33
ニコチンガム		口潰瘍 消化不良	タバコ 1~24 本/日: 2mg ガム(24 個/日まで) タバコ 25 本以上/日: 4mg ガム(24 個/日まで)	12 週間まで	OTC のみ	2mg を 10 個で\$6.25 4mg を 10 個で\$6.87
ニコチン吸入薬		口および喉の 局所刺激	6~16 カートリッジ/日	6 ヶ月まで	処方箋のみ	カートリッ ジ 10 個で \$10.94
ニコチン鼻スプレー		鼻刺激	8~40 回/日	3~6 ヶ月	処方箋のみ	12 回で \$5.40
ニコチンパッチ		局所皮膚反応 不眠	21mg/24 時間 14mg/24 時間 7mg/24 時間 15mg/16 時間	4 週間 その後 2 週間 その後 2 週間 8 週間	処方箋 および OTC†	\$4.22 \$4.51
《第二選択》 クロニジン	高血圧症の 再発	ドライマウス 嗜眠 めまい 鎮静	0.15~0.75mg/日	3~10 週間	処方箋のみ (経口剤) 処方箋のみ (パッチ)	0.2mg は \$0.24 \$3.50
ノルトリプチリン	不整脈の危 険性	鎮静 ドライマウス	75~100mg/日	12 週間	処方箋のみ	75mg は \$0.74

* この表に記載された情報は包括的なものではない。さらに詳しい情報については添付文書を参照。価格は 2000 年 4 月の国内の系列薬局(ウィスコンシン州マジソン)での小売価格。第一次薬物療法は、禁煙に対して食品医薬品局により認可されているが、第二次薬物療法は認可されていない。OTC は大衆薬を表す。

† ニコチンパッチのジェネリックブランドが最近利用できるようになり、価格は下がると考えられる。

表5 禁煙への動機づけの強化 現時点で禁煙を望まない患者に対する「5つのR」

関連性 (Relevance)	禁煙がその人にとって何故問題となるのか、できるだけ特定して患者を励ます。禁煙の啓蒙情報はそれが患者の疾病状況または危険性、家族もしくは社会的状況(例えば、家庭に子どもがいる等)、健康問題、年齢、性別、その他の重要な患者特性(過去の禁煙経験、禁煙に関する個人的障壁など)に関連している場合に、最も大きな影響を与える。
危険性 (Risks)	臨床家は喫煙による、可能性のある望ましくない帰結を確認するよう患者に頼むべきである。臨床家は患者に最も関連のあるものを示し、強調する。臨床家は低タール/低ニコチンタバコ、あるいは他の形態のタバコ(無煙タバコ、葉巻、パイプなど)を使用することによりこれら危険性が消えるものではないことを強調すべきである。危険性の例としては以下のものがある。 急性危険性: 息切れ、喘息増悪、妊娠への悪影響、インポテンツ、不妊症、血清一酸化炭素レベルの上昇 長期危険性: 心筋梗塞および脳卒中、肺および他のガン(喉頭、口腔、咽頭、食道、膵臓、膀胱、頸)、慢性閉塞性肺疾患(慢性気管支炎および気腫)、長期にわたる障害および延長治療の必要 環境的な危険性: 配偶者の肺ガンおよび心疾患の危険性が増大、喫煙者の子どもの喫煙率が高い、低体重出生、乳児突然死症候群、喘息、中耳疾患、喫煙者の子どもの呼吸器感染症の危険性増大
見返り (Rewards)	臨床家は、患者に対して禁煙によって得られるであろう利益を確認させるべきである。臨床家は患者に最も関連があるとみられるものを提案および強調する。見返りとしては以下のものがある。健康改善、食事がおいしい、嗅覚の改善、お金の節約、自分自身で気分がいい、家・車・衣服への臭いの付着がなくなる、息がきれいになる、禁煙の心配をしなくてよい、子どもによい見本を見せられる、より健康な赤ちゃんや子どもを産める、他の人を煙にさらす心配がない、体調が良くなる、身体活動がうまくいく、しわ/皮膚老化の低減。
障害物 (Roadblocks)	臨床家は禁煙の障害または妨害を確認し、障害を克服する治療要素(問題解決/薬物療法)に気付くよう患者に頼む。通常の障害としては以下のものがある。禁断症状、失敗への恐れ、体重増加、支援の欠如、うつ病、タバコの楽しみ。
反復 (Repetition)	動機づけのなされていない患者が臨床施設を訪れるたびに、繰り返して、動機づけのための指導を行わなければならない。以前、禁煙を試みて失敗した喫煙者には、たいていの人が禁煙を繰り返して試みた後にやっと成功することを伝えなければならない。