

# 5. 「禁煙指導」

～かかりつけ医に不可欠な禁煙に関する知識～

かかりつけ医機能強化研修会

～第2回 日本医師会 在宅医リーダー研修会～

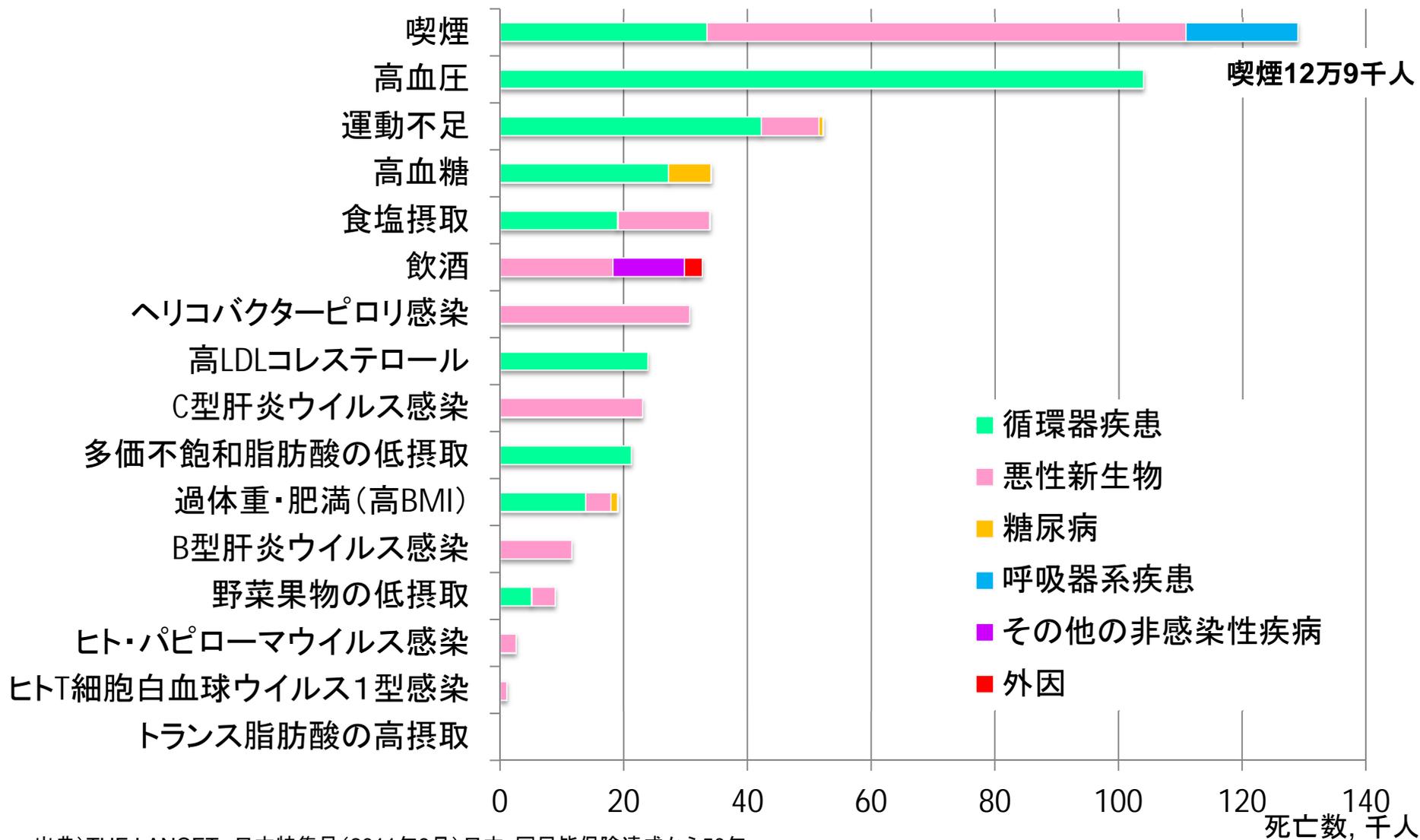
平成26年10月13日(月)

日本医師会常任理事

羽鳥 裕

# 非感染性疾患と傷害による成人死亡の主要な2つの決定因子は喫煙と高血圧

2007年の我が国における危険因子に関連する非感染症疾病と外因による死亡数

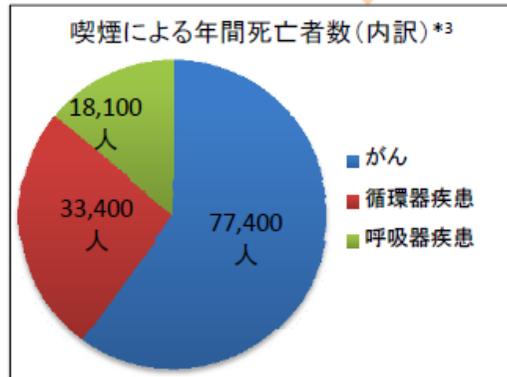


出典) THE LANCET 日本特集号(2011年9月)日本:国民皆保険達成から50年

なぜ日本国民は健康なのか(厚生科学研究:我が国の保健医療制度に関する包括的実証研究、渋谷健司より作成)

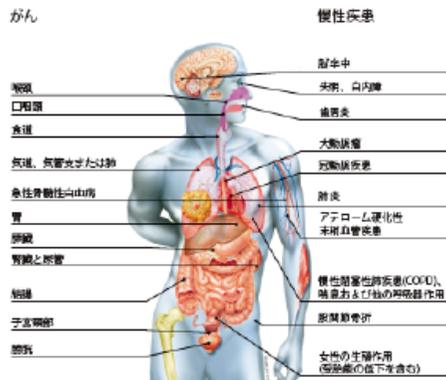
# たばこの健康影響

	喫煙による年間死亡者数	受動喫煙による年間死亡者数	出典
世界	540万人	60万人	WHO 世界のたばこの流行に関する報告書2011年版
日本	12-13万人※1~3 年間死亡者数119万人(H22)の約1割	6,800人※4 肺がん、虚血性心疾患のみ計上	※1. Katanoda K, et al.2008, ※2. Murakami Y, et al. 2011 ※3. Ikeda N, et al.2011, ※4. 片野田ら、2010



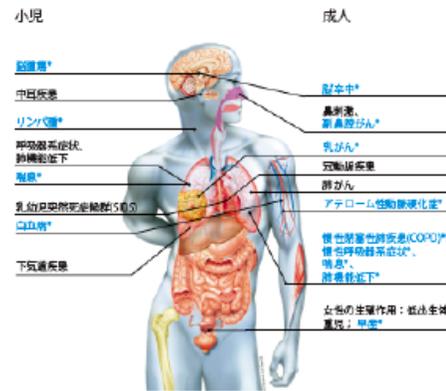
\*喫煙によるがん死亡者は年間がん死亡者35万人の4分の1

## 喫煙が引き起こす疾患

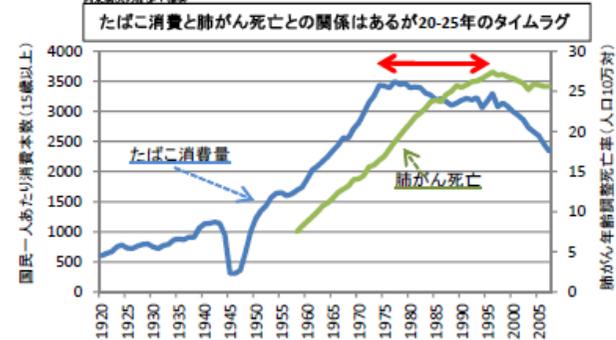
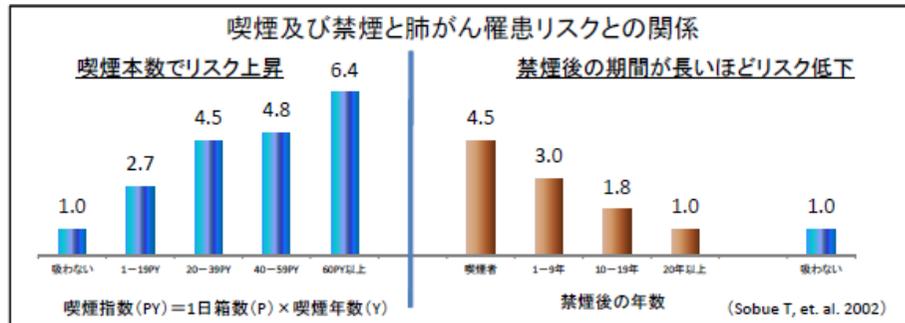


(上図:WHO 世界のたばこの流行に関する報告書2009年版  
原典:米国民衆衛生総監報告書2004, 2006)

## 受動喫煙が引き起こす疾患



\*因果関係の証明:示唆的  
因果関係の証明:確実



平成24年2月27日 たばこアルコール担当者講習会  
厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室

# 全身に及ぶ、たばこの害

## 【がん】

- ・わが国では1950年当時、年間わずか1,000人であった肺がん死亡数が、現在では50,000人を超え、約50年間に50倍も増加。
- ・この増加傾向は、喫煙率が高い男性で顕著。喫煙者は非喫煙者に比べて肺がんで死亡するリスクが男性で4.5倍、女性で2.3倍。
- ・男性の場合、喉頭がんで死亡するリスクは喫煙しない人に比べて32.5倍。
- ・呼吸器系(肺がん、喉頭がん)だけでなく、消化器系(口腔・咽頭がん、食道がん、胃がん、肝臓がん、膵臓がん)、泌尿器系(腎盂がん、尿管がん、膀胱がん)、子宮頸がん等、喫煙により全身にわたる様々ながんの罹患リスクが上昇。

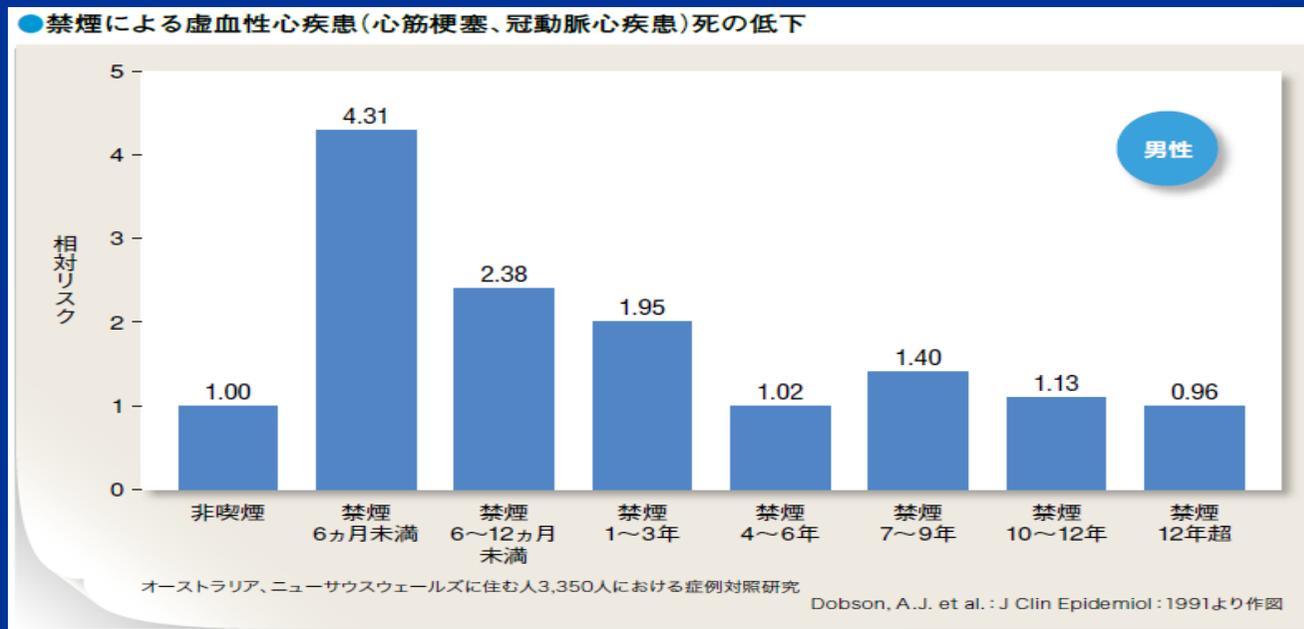
●喫煙者のがんによる死亡のリスク(非喫煙者を1とした場合)

性別	がんの種類	リスク(非喫煙者を1とした場合)
男性	喉頭がん	32.5倍
	肺がん	4.45倍
	口腔・咽頭がん	3.00倍
	食道がん	2.24倍
	全部位のがん	1.65倍
	膀胱がん	1.61倍
	膵臓がん	1.56倍
	肝臓がん	1.50倍
	胃がん	1.45倍
女性	喉頭がん	3.29倍
	肺がん	2.34倍
	膀胱がん	2.29倍
	食道がん	1.75倍
	肝臓がん	1.66倍
	子宮頸がん	1.57倍
	膵臓がん	1.44倍

Hirayama, T.:1990

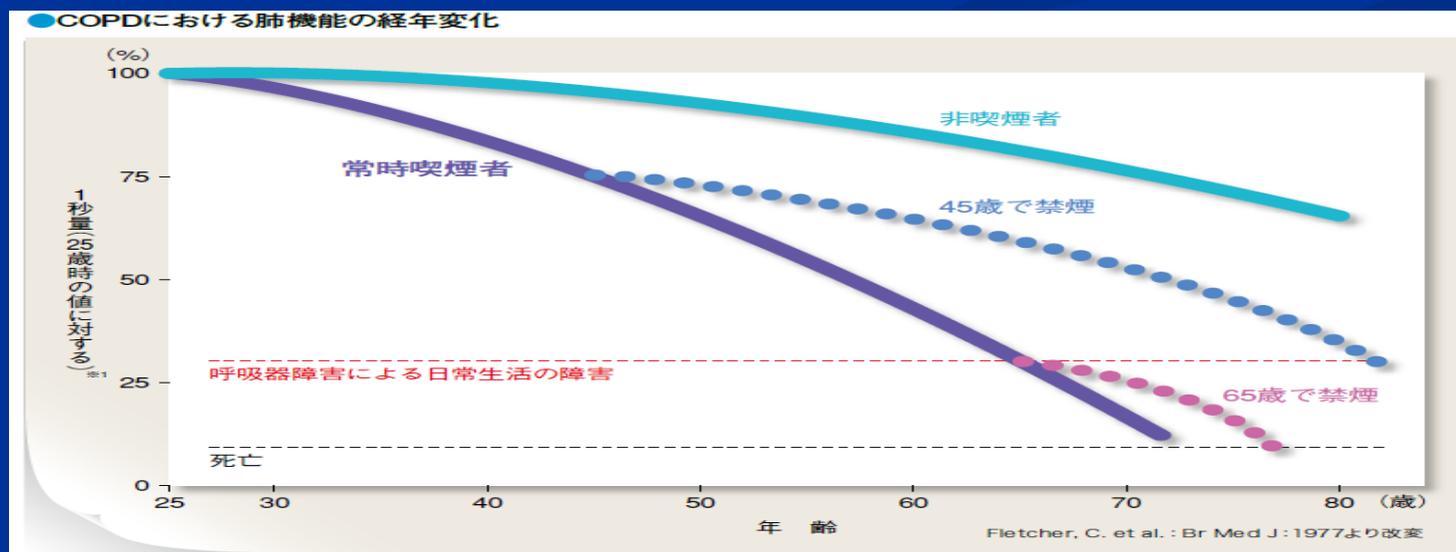
## 【循環器疾患】

- ・喫煙により、虚血性心疾患(狭心症、心筋梗塞)・脳卒中・血管病(閉塞性動脈硬化症、バージャー病、大動脈瘤)の罹患率が上昇するだけでなく、悪化する確率が上昇。
- ・喫煙を起因として、血液を粘稠にする血中成分の増加や善玉(HDL)コレステロールの減少により動脈硬化が促進。
- ・男性では喫煙により虚血性心疾患のリスクは約3倍に上昇。喫煙本数が増えるほどリスクが増加。
- ・ただし、禁煙すれば2年以内にリスクは減少。禁煙は虚血性心疾患の予防に即効的な効果。
- ・脳卒中の発症率も喫煙により男性では1.3倍、女性では約2倍に上昇。
- ・たばこを吸わなければ、男性では17%、女性では5%、合わせて16万人もの人において脳卒中の発症を予防可能。



## 【呼吸器疾患】

- ・喫煙はCOPD(慢性閉塞性肺疾患＝肺気腫、慢性気管支炎など)、喘息などの呼吸器系の疾患を発症する一因。
- ・COPDは発症原因の90%以上が喫煙。「たばこ病」として注目。
- ・COPDの有病率は8.6%と推定、健康日本21(第二次)でも着目。
- ・40歳以上では約530万人、70歳以上では約210万人がCOPDに罹患。
- ・日本の年間COPD治療経費は直接経費6,451億円、間接経費1,604億円、総経費8,055億円に上ると推定。
- ・どんな人でも加齢とともに肺の働きは低下。喫煙者ではそれがより急速。
- ・長期間たばこを吸っている人の約20%が、定年の頃になると咳や痰の量が増加。階段を上ることも息苦しくなる。
- ・進行すると、ひどい息切れによって生活が不自由になり、酸素療法が必要。
- ・禁煙によってCOPDの進行を遅らせることが可能。



出典 Nippon COPD Epidemiology Study:2001 日本呼吸器学会:COPD診断と治療のためのガイドライン 他

## 【女性と喫煙】

・女性にとって、たばこは健康を害するだけでなく、美容の大敵。

### ①スモーカーズ・フェイス

・喫煙により皮膚の弾力が低下。

深いシワが増え、肌のきめが粗くなる。

・頭髪の変化(白髪、脱毛)、唇の乾燥や歯、

歯肉の着色、口臭、声の変化などが起こり、実際の年齢よりも老けた、いわゆる「スモーカーズ・フェイス(喫煙者の顔つき)」になる。



22歳の双子の女性のうち、一方が喫煙した場合、一方が喫煙しなかった場合の、40歳になったときの容貌の差。

(イギリスBBC制作)

# 受動喫煙による被害

- ・たばこの煙には、本人が吸う「主流煙」と、たばこの先から立ちのぼる「副流煙」がある。
- ・たばこの煙には多くの有害物質が含まれる。その量は主流煙よりも副流煙のほうが、数倍から数十倍も多量。

## ●副流煙に含まれる有害物質(主流煙との比較)

ニコチン	2.6～3.3倍	各種発がん物質	100倍
窒素酸化物	4～10倍	ホルムアルデヒド	0.1～50倍
一酸化炭素	2.5～4.7倍	アンモニア	47～170倍

Wigle, D.T. et al. : Can J Public Health : 1987

## 日本のたばこ対策について

喫煙と受動喫煙に関連した疾病、障害、死亡を減少させることが必要。

### たばこの健康への影響と経済損失

- 喫煙による年間超過死亡数は 12~13万人 (参考:年間死亡者全体119万人)
- 超過医療費1.7兆円
- 受動喫煙による年間超過死亡は、年間約6,800人
- 入院・死亡による労働力損失 2.3兆円
- がん死亡の約20-27%は喫煙が原因であり、喫煙していなければ予防可能。

### たばこ対策の系譜

- 1900年 未成年者喫煙禁止法
- 1960年代 喫煙と肺がん等の疾病との因果関係確立
- 1981年 受動喫煙による肺がんの可能性が報告
- 1997年 厚生白書にたばこは健康問題と記載
- 2005年 WHOたばこ規制枠組条約 (FCTC) 発効

#### たばこ依存および需要の減少(条約14条)

- 禁煙支援マニュアル作成 (H18)
- 禁煙治療への保険適応 (H18)
- 診療報酬改定において、ニコチン依存症管理料新設

#### 未成年者対策(条約16条)

- TASPO等全国導入 (H20)
- 成人識別機能付き自動販売機の導入等

#### 受動喫煙対策(条約8条)

- 健康増進法施行 (H15.5)
- 「受動喫煙防止対策について」健康局長通知 (H22.2)
- 新成長戦略 (H22.6閣議決定)
- 「2020年までに受動喫煙のない職場の実現を目指す」

#### その他

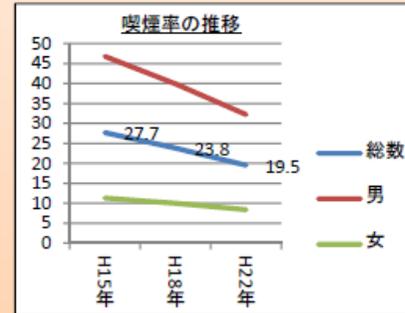
- 広告規制の強化 (H16年以降順次) (条約13条)
- たばこパッケージの注意文言の改正 (H17) (条約11条)
- たばこ対策促進事業 (H17) (条約12条)
- たばこ税増税 (H22) (条約6条)
- 国民健康・栄養調査、厚生科学研究 (条約20条)

条約を踏まえた日本の対策

### たばこに関する目標 (案)

-がん対策推進基本計画-

- 成人の喫煙率の低下 (平成22年19.5%→平成35年12.2%)



平成19年に策定された「がん対策推進基本計画」では、個別目標として「喫煙をやめたい人に対する禁煙支援を行っていくことを目標とする」ことが閣議決定。  
このような状況を踏まえ、現在の成人の喫煙率から禁煙希望者が禁煙した場合の割合を減じたものを設定

- 未成年の喫煙をなくす

高校3年生 (平成22年男8.6%、女3.8%)、中学1年生 (平成22年男1.6%、女0.9%) の喫煙率を0%にする。

未成年の喫煙は、法律上禁止されているとともに、健康影響が大きく、かつ成人期を通じた喫煙継続につながりやすいことから、中、長期的な観点で対策が必要

- 受動喫煙の防止

行政機関 (平成20年16.9%)、医療機関 (平成20年13.3%) で受動喫煙の機会を有する者を0% (平成34年度) にし、職場は、平成32年までに受動喫煙のない職場を実現し、家庭 (平成22年10.7%)、飲食店 (平成22年50.1%) は、受動喫煙の機会を減らす (平成34年度家庭3%、飲食店15%)。

平成24年2月27日 たばこアルコール担当者講習会  
厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室

## TDSスコア

「はい」を1点、「いいえ」を0点として、合計点数を計算します。合計点数(TDSスコア:0~10点)が5点以上の場合をニコチン依存症として診断します。

設問内容	はい (1点)	いいえ (0点)
1. 自分が吸うつもりよりも、ずっと多くタバコを吸ってしまいましたか。		
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。		
3. 禁煙したり本数を減らそうとしたときに、タバコがほしくてほしくてたまらなくなることがありましたか。		
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、落ちつかない、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、食欲または体重増加)		
5. 上の症状を消すために、またタバコを吸い始めることがありましたか。		
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したか。		
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るのに、吸うことがありましたか。		
8. タバコのために自分に精神的問題 <sup>(注)</sup> が起きているとわかっているのに、吸うことがありましたか。		
9. 自分はタバコに依存していると感じることがありましたか。		
10. タバコが吸えないような仕事やつきあいを避けることが何度かありましたか。		

(注) 禁煙や本数を減らした時に出現する離脱症状(いわゆる禁断症状)ではなく、喫煙することによって神経質になったり、不安や抑うつなどの症状が出現している状態。

Kawakami, N. et al. : Addict Behav : 1999より作図

## 【施設基準】

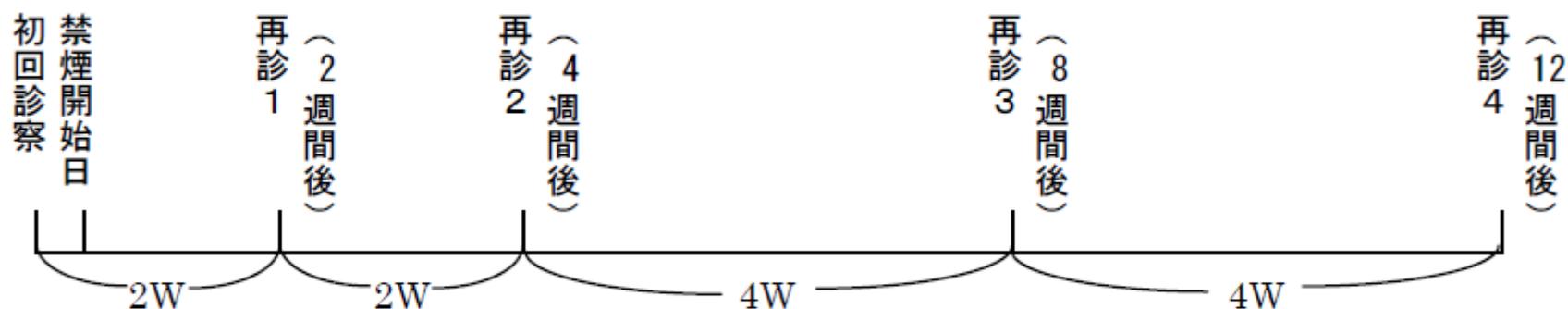
- ・禁煙治療を行っている旨を医療機関内の見やすい場所に掲示していること
- ・禁煙治療の経験を有する医師が1名以上勤務していること（診療科は問わない）
- ・禁煙治療に係わる専任の看護師又は准看護師を配置していること
- ・禁煙治療を行うための呼気一酸化炭素濃度測定器を備えていること
- ・保険医療機関の敷地内が禁煙であること（ビルの一部であるときは、当該保険医療機関の保有または借用する部分が禁煙であること）
- ・ニコチン依存症管理料算定患者のうち喫煙をやめたものの割合を定期的に地方厚生局長に報告していること

## ■標準禁煙治療プログラム

標準的な禁煙治療プログラムは、12週間に渡り計5回の禁煙治療を行います。まず、初回診察で患者と話し合っって禁煙開始日を決定します。初回診察から2週間後、4週間後、8週間後、12週間後の計4回、禁煙の実行継続のための治療を行います。それぞれの治療の内容は、以下の通りです。

初回	230点
2回目、3回目及び4回目（2週目、4週目及び8週目）	184点
5回目（最終回）（12週目）	180点

### 【標準禁煙治療のスケジュール】



なお、本治療プログラムに基づき禁煙治療を受けている患者が、12週間の治療期間の途中で、何らかの理由により入院治療が必要となった場合、入院中も禁煙治療を継続して行うことができます。この場合、ニコチン依存症管理料は算定できませんが、禁煙治療に要した薬剤料を算定することができます。ただし、ニコチン依存症管理料の届け出を行っていない施設では、上記の算定はできません（詳細については、各薬剤の薬価収載に伴う留意事項通知を参照）。

## 【喫煙状況とニコチン摂取量評価】

- ・呼気一酸化炭素濃度は、半減期が3－5時間と短く、禁煙後速やかに正常値になる。  
その数値の低下が患者にとって禁煙維持の励みになる。
- ・ニコチン依存症管理料算定には薬事法で医療機器としての承認を受けた機器での検査が必須。  
この検査のみを保険請求することはできない。



## 【禁煙補助薬の選択と説明】

- ・わが国で入手可能な禁煙補助薬
  - ニコチン製剤(ニコチネルTTS): 保険収載
  - ニコチンパッチ、ニコチンガム: 保険収載されていないが薬局、薬店で購入可能
  - $\alpha$   $\beta$  ニコチン受容体部分作動薬のバレニクリン(チャンピックス: 経口薬): 保険収載
- ・禁煙補助薬は禁煙時の離脱症状の軽減を主目的に処方。
- ・チャンピックスは喫煙による満足感も抑制。
- ・保険収載されている禁煙補助薬は、ニコチン依存症管理料算定に伴い処方された場合には保険薬としての処方が可能。
- ・院外処方の際は処方箋備考欄に“ニコチン依存症管理料に伴い処方”と記載。記載がない場合には、調剤薬局で、自費請求されることもあるため注意が必要。

# 最近のトピック

## 【電子タバコ】

- ・日本で正式に販売されているものにニコチンが入っていないが、欧米ではニコチンを含んだ液を加熱し吸入するのが主流。
- ・これに関してアメリカ心臓協会(AHA)やWHOからPolicy statementが出された。
- ・WHOは電子タバコを「健康への深刻な脅威」として未成年者への販売禁止やすべての自動販売機の撤去を勧告、「電子タバコの蒸気が健康を害さないことが証明されない限り」、公共の施設で屋内使用を禁じるよう促した。
- ・また、メーカーが「禁煙グッズ」と称し、健康に役立つような印象を与える広告を出していると問題視し、「説得力のある科学的根拠と当局の認可」が得られるまで、こうした謳い文句の使用を禁じるよう指摘。
- ・日本においては薬事法の規制があり、欧米のような電子タバコは販売されていないが、個人輸入などで手に入るため、特に未成年においては注意が必要。

## 【喫煙とオリンピック】

- ・国際オリンピック委員会 (IOC) は1988年のカルガリー大会以降、オリンピックの禁煙方針を採択し、会場の禁煙化とともにタバコ産業のスポンサーシップを拒否。
- ・2010年7月、IOCとWHOは健康的なライフスタイルとタバコのないオリンピックを目指す合意文書にも調印。オリンピックはスポーツの祭典であることから、健康的な環境の下で実施されなければならない。そのためには心臓病、ガン、糖尿病などの生活習慣病のリスクを減らすべきであり、「タバコフリー・オリンピック」を目指す。
- ・1988年以降のオリンピック開催都市は全て受動喫煙防止条法・条例が制定され、喫煙大国と言える中国においても、北京オリンピック開催に際して北京市にて条例を制定。
- ・2020年には東京オリンピックが開催される。日本では神奈川県・兵庫県にしか受動喫煙防止条例がないが、東京はオリンピック開催都市として条例制定を検討することが予想される。
- ・日本循環器学会など21学会からなる「禁煙推進学術ネットワーク」から、舛添知事あてに、受動喫煙防止条例制定の要望書を提出。
- ・日本医師会も、健康日本21推進全国連絡協議会の加入団体として、要望書と共に条例案を提出。
- ・受動喫煙防止条例の制定が喫煙者の禁煙の契機にもなるため、禁煙を希望する喫煙者の受け皿となる医療機関への期待はさらに高まる。

# 禁煙、喫煙者に関する様々な取り組み

- ・たばこを吸わない社員に「健康手当」毎月2000円支給  
(山形県 天童温泉・滝の湯ホテル 2014)
- ・「禁煙誓約書」を書かせ、喫煙者は昇進や海外駐在員の選抜で「減点」  
(韓国 サムスン電子 2012)
- ・来年より、たばこ価格の値上げ、コンビニ等での広告禁止(韓国 2014)
- ・ニコチン吸入器が医薬品として認可(イギリス 2014)
- ・値上げ前のたばこ買い占めに最高500万円の罰金(韓国 2014)
- ・電子たばこの広告や公共の屋内での使用禁止を求める報告書の公表  
(WHO 2014)
- ・危険な場所に置かれた喫煙所を描いた禁煙啓発広告(ブラジル 2014)
- ・健康保険公団がたばこ製造会社に損害賠償請求(韓国 2014)
- ・中国の電子たばこ数種類を商品棚から撤去(EU 2014)