

# 日本禁煙学会雑誌

Vol.2 No.6

## CONTENTS

《原著論文》

動機づけ面接をとりいれた禁煙指導の客観的臨床能力試験 酒井哲夫 ..... 79

《原著論文》

精神障害者におけるニコチン依存症管理下の短期禁煙治療成績 川合厚子 ..... 85

《WAT特集》

WALK AGAINST TOBACCO 2006 WEEK 5 REVISITED Mark Gibbens ..... 89

《記 録》

日本禁煙学会の対外活動記録(2007年6~7月) ..... 93

Japan Society for Tobacco Control (JSTC)  
特定非営利活動法人 日本禁煙学会



# 動機づけ面接をとりいれた禁煙指導の客観的臨床能力試験

酒井哲夫

福井大学医学部附属病院総合診療部

キーワード：OSCE、禁煙指導、動機づけ面接、トレーニング

## はじめに

日常診療における禁煙指導を簡便に行う方法として、各種ガイドラインで5Aアプローチ(ASK、ADVISE、ASSESS、ASSIST、ARRANGE)が提唱されている。しかしながら、禁煙を希望しない無関心期の患者に「ADVISE」として禁煙の必要性を説いても、抵抗が強く指導を拒絶される場合も少なくない。このため、カナダ癌学会の「One Step at a Time」プログラムでは、喫煙者の気持ちを理解するように努力することが重要視されている。筆者らは「One Step at a Time」プログラムで使用される小冊子を翻訳し<sup>1)</sup>日常診療で活用しているが、さらに、行動の変化を促していくためのコミュニケーション技法を加えることで、患者の抵抗をより効果的に回避しうる感触を得ている。欧米諸国で薬物依存症の治療に汎用されている動機づけ面接(Motivational Interviewing; 以下MI)は、MillerとRollnickがアルコール依存症の臨床研究から考案した面接技法である<sup>2)</sup>。日本で唯一のMI国際トレーナーでありアルコール依存症、薬物依存症の診療にMIを実践している国立病院機構菊池病院の原井宏明によれば、MIは「患者がアンビバレンス(両価性; 一つの心の中に相反する感情や思考が併存すること)を探り解消していくことを援助することで行動変容を引き出す目的志向的かつ患者中心のカウンセリングスタイル」と定義される<sup>3)</sup>。また原井は、MIのスピリット(基本理念)を「患者と治療者の共同作業」「『させる』のではなく『するようにひきだす』」「自律を尊重する」の三点としている<sup>4)</sup>。

筆者は2006年に原井らの主催するワークショップでMIを学んだが、薬物依存症の一つであるニコチン依存症にも応用可能であることが推定できたので、以来、禁煙指導や禁煙指導者育成にMI導入を試みてきた。本論において、禁煙したくない人とのコミュニケ

ーション能力をトレーニングする必要があるかどうかを調べるために、MIに準拠して作成した禁煙指導評価表を、研修医の客観的臨床能力試験(Objective Structured Clinical Examination; 以下OSCE)に用いたのでその結果を報告する。

## 対象と方法

対象は研修医である。二年間の初期研修を終えている。研修には、救急外来での週一回の準夜勤務が含まれる。なお、全員が卒前に、医療面接の共用OSCEを修了している。禁煙指導OSCEは初期研修の終了時に(平成19年3月)施行され10名が参加し、年齢は平均28.4才、男女比が3:7であった。

OSCEの方法を示す。研修医が医師役となり、模擬患者と8分間の面接を行う。面接の直前に、模擬患者のプロフィールが提示される。内科外来の一診察室を、禁煙指導セッションとして使用し、そこでの面接のやりとりを評価者が評価する。

模擬患者役(standardized patient, 以下SP)について。教育学部の教官が参加した。医学生生の共用OSCEでのSPをされたことがあり、以前喫煙していた方である。詳しいシナリオ(表1)は事前にSPに渡してある。

評価の方法を示す。一般面接の構造的内容に動機づけ面接の技法を加えて評価表(表2)を作成した。評価項目は25項目になり、各々2点スコア化した(4項目のみは3点スコア化した)。29点満点である。評価者は筆者が務めた。SPにも同時に独自に評価(表3)を行ってもらった。

実際の課題(表4)を示す。面接の開始直前に、研修医に渡した。48歳、男性。内科外来に降圧剤が切れたと来院した。タバコ臭がある。禁煙指導の簡単なポイントが記載してある。

実際の評価の注意点を評価表(表2)に沿ってのべる。

表1 シナリオ (SP用)

患者：  
UY 48才 男性 会社勤務

場面設定：  
内科外来に降圧剤の内服がきれて来院された。タバコ臭がある。患者とは初対面である。  
カルテには20本/日と書いてある。他に待っている患者は今のところいない。主治医からはいつも禁煙をすすめられている。

医師役から尋ねられたら話す内容：  
1) タバコが好きな理由  
→仕事が忙しい時や仕事が一段落ついた時に昼休みに職場の喫煙所で同僚たちと吸うことが多い。(ストレス)  
→食後の一服がおいしい。(くつろぎ)  
→止めるとイライラするだろう。(ニコチン切れ)  
2) タバコで気になること。  
→家庭では娘や妻が、部屋の中で吸うのを嫌がる。(臭い)  
→妻が肝硬変で通院中でそれも心配である。(副流煙?)  
→実家の父が肺癌で亡くなっており、みていてつらかった。

患者背景：  
1. アルコール、コーヒーはあまり飲まない。  
2. 仕事; 最近は現場の仕事から、管理職についたために緊張が多い。  
3. これまで禁煙を試みたことはない。

既往歴：  
12歳 急性虫垂炎の手術

家族歴：  
妻、娘の三人暮らし  
母は80歳で健在  
父は80歳で肺癌で3年前に死亡

医師役の質問に対する対応上の注意点  
1. 尋ねられたら一つだけ答えてください。(2~3項目全てを答えてしまう必要はありません)  
2. 禁煙したい気持ちの強さはスケールで尋ねるので0から100までの値で答えてください。

表2 評価表

OSCE評価表：禁煙指導  
氏名 \_\_\_\_\_ 年 月 日実施

A. オープニング (1) (0)

1) 呼びいれと適切な配慮

2) 同じ目の高さでの挨拶

3) 自己紹介

4) 名前の確認

5) タバコを話題にしているのか確認

B. 医学的情報

タバコが好きな理由を聞く

6) ストレス

7) くつろぎ

8) ニコチン切れ

タバコで気になることを聞く

9) 臭い

10) 副流煙

11) 肺癌

禁煙したい気持ちの強さはどれくらいかを聞く

12)

C. クロージング

13) 聞き漏らしや質問がないか尋ねる

14) しめくくりの挨拶

D. コミュニケーション(OARS method)

(2) (1) (0)

15) Open questions (開かれた質問)

16) Affirming (認める)

17) Reflective Listening (聞き返し)

18) Summarizing (サマライズ)

19) 身だしなみ

20) 適切な声の大きさ・スピード

21) わかりやすい言葉づかい

22) 適切なアイコンタクト

23) 適切な姿勢・態度

E. 面接全体を通した流れ・円滑さ

24) 順序立ち

25) 円滑さ

合計 \_\_\_\_ / 29 = \_\_\_\_ %

F. 概略評価

合格 境界 不合格

6 5 4 3 2 1

概略評価:

表3 SPによる評価表

氏名 \_\_\_\_\_

1. マナーや態度は適切でしたか

3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
きわめて 適切だった	適切だった	やや 不適切だった	きわめて 不適切だった

2. あなたの話を耳を傾けて聴いてもらえましたか

3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
とても良く 聴いてもらえた	聴いてもらえた	あまり聴いて もらえなかった	全く聴いて もらえなかった

3. あなたの話は正確に理解されたと思いますか

3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
とても良く 理解された	理解された	あまり理解 されなかった	全く理解 されなかった

4. 医師の話はわかりやすかったですか

3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
とてもわかり やすかったです	わかりやす かったです	少しわかりにく かったです	とてもわかり にくかったです

【概略評価】

5. 全体の印象として今回はこの医師に診てもらって良かったですか

3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
とても 良かったです	良かったです	少し 良くなかった	とても 良くなかった

特記事項  
[ \_\_\_\_\_ ]

---

合計点 (15点満点) \_\_\_\_\_ 点

表4 課題

禁煙指導面接法ステーション 課題

患者：UY 48才 男性

内科外来に降圧剤の内服がきれて来院されました。タバコ臭があります。患者とは初対面です。

カルテには20本/日と書いてあります。他に待っている患者は今のところいません。

主治医からはいつも禁煙をすすめられています。

8分で下記項目に従い禁煙指導面接をして下さい。

1. タバコを話題にしていいか確認。
2. タバコが好きな理由。
3. タバコで気になること。
4. タバコについての本人の発言をまとめる。
5. 禁煙したい気持ちの強さはどれくらいか。

オープニングでは5)にあるようにタバコを話題にしていいかを必ず確認する。医学的情報では6~8)にタバコが好きな理由、9~11)にタバコで気になることを聞き出せたか確認する。最後に12)で禁煙したい気持ちがどれくらいか確認する。コミュニケーション内容は動機づけ面接に準じた。動機づけ面接のスキルで最も重要なOARS method<sup>2,3)</sup>を15~18)として挙げている。

Open questionsは開かれた質問である。「どのように」「他には」と言った開放型の質問がほとんどになるようにする。閉鎖型の質問が多ければ減点していく。

Affirmingは認めることである。相手の肯定的な点をほめる。相手の否定的な点を強調した時は減点していく。

Reflective Listeningは聞き返しである。相手の判断のフレームを理解することを求め、それを聞き返しによって行う。聞き返しは数多く使う。単純な聞き返しとして、繰り返し、言い直す、言い換える、気持ちの聞き返しなどがある。同情したりなだめたりが多いときは減点していく。

Summarizingはサマライズである。二つ以上の聞き返しをまとめる。両面的な面を含んでいない場合は減点していく。

以上の15~18)は3点スコア化とした。

25)の面接全体の円滑さでは、動機づけ面接のスピリットに反するような聞くことへの12)のさまたげがないように配慮しているかを確認した。(12)のさまたげとは、命令、警告、アドバイスの提供、議論、説教、批判、同意、ラベルをつける、分析する、同情、探る、話を変えるである<sup>2)</sup>。)

概略評価について；総得点数をふまえて、次の6段階に評価した。点数は各段階での最低点を示した。なお、点数が最低点あってもMIスピリットに反するようなことがあれば合格にならない。

6：MIのスピリットに反するようなことが全くなし。  
合格(点数：満点)

5：MIのスピリットに反するようなことが全くなし。  
合格(点数：25点~)

4：MIのスピリットに反するようなことが全くなし。  
合格(点数：20点~)

3：MIのスピリットに反するようなことが一つある。  
境界(点数：15点~)

2：MIのスピリットに反するようなことが二つ以上ある。  
不合格(点数：10点~)

1：MIのスピリットに反するようなことが二つ以上ある。  
不合格(点数：5点~)

## 結果

### (1) 評価の客観性

評価者による評価が同時に行ったSPによる評価と相関性があるのかどうかについて調べた。

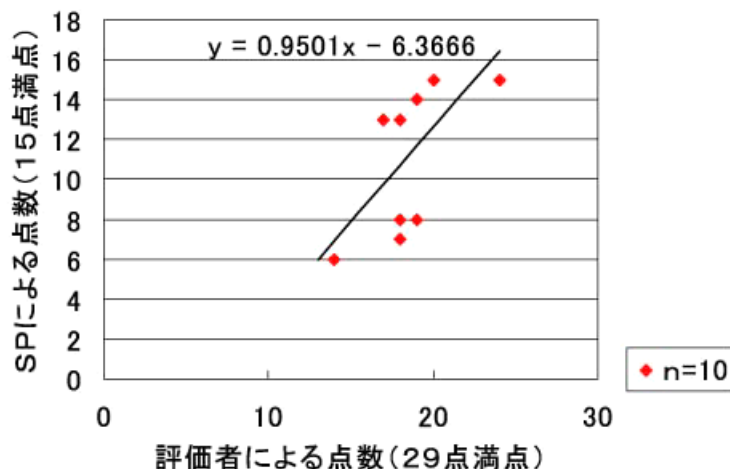
図1のように評価者による評価点数とSPによる評価点数の間には相関( $r = 0.654, p < 0.05$ )が認められた。

評価者による医師役に対する評価とSPによる医師役に対する評価に大きな食い違いはなかった。評価者は適正な評価を下しているものと考えている。

### (2) 評価結果

MIに準拠した概略評価において、合格が2名、境界

図1 評価者による評価とSPによる評価の相関について





が7名、不合格が1名という結果であった。(詳細は6段階0名、5段階0名、4段階2名、3段階7名、2段階1名、1段階0名)

よって合格者はOSCE参加者10名中2名のみであった。動機づけ面接のスキルが最小限身についている者は2割にすぎなかった。

境界、不合格における項目別平均得点は、オープニング4.8点/5点中、医学的情報3.0点/7点中、クロージング1.1点/2点中、コミュニケーション(OARS method)7.8点/13点中、面接全体の流れ及び円滑さ1.0点/2点中であった。医学的情報とコミュニケーションの点数が不足していた。

## 考察

患者に共感的に接し、傾聴し、患者自身もつ動機づけを引き出すという点ではロジャーズの来談者中心療法と共通点があるが、MIは介入研究を積み重ねてきた行動療法<sup>4)</sup>である点が異なる。

動機づけ面接はMillerらがアルコール依存症の患者を対象とした行動療法の効果検証研究から生まれた。具体的には、面接中にみられる治療者と患者の発言内容と飲酒転帰の関連を調べたのである。その後介入研究を重ねて、患者や治療者の言語を行動として評価し、研究の対象としてその結果を用いて、面接の方法と訓練の方法を洗練させてきた行動療法ととらえることができる。一方で、他の面接療法のような特異的な理論やモデルを持たず、実証の積み重ねから発展してきている<sup>4)</sup>ともいえる。

さて、治療者の発言には次の五つの原則<sup>3)</sup>がある。1. 共感。2. 矛盾を広げる。3. 言い争いを避ける。4. 抵抗を手玉にとる。5. セルフエフィカシーをサポートする。

五つの原則に準じて今回のOSCEの評価内容を補足説明する。OARSは主に1, 2.に関連する。開放型の質問は患者の具体的な自由な発言を引き出す。聞き返しにおいては、先行刺激として充分となるように治療者の判断を入れないようにする。サマライズの定義は二つ以上の聞き返しを含むことであるが、患者がたくさん報告してくれた場合は、選択的にまとめることが矛盾を広げるために効果がある。OARSは患者の自己動機づけ発言(チェンジトーク)を引き出すのに役立つ。チェンジトークは次の五種類がある。Desire(変りたいという願望)。Ability(変わる能力があると言う)。Reason(変わると良いことがあると言う)。Need

(変わる必要があると言う)。Commitment(変わる計画について言う)。

次に、話に入る時に許可を得ることや、聞くことへの12のさまたげがないようにすることは3, 4.に関連する。患者の抵抗は、治療者が患者の変化の準備性よりも一歩先んじてしまうことで増加するからである。

禁煙指導OSCEにおいて、禁煙したくない人どのようにコミュニケーションしていくかを課題とした。今回コミュニケーション技法として、動機づけ面接を選んだのは、アドバイスを提供するというよりも聞くというスキルを重視しており、行動変容でのエビデンス<sup>5,6)</sup>が蓄積されてきているからである。さらに最近、禁煙においてもその有用性が報告されている<sup>7,8)</sup>。

評価方法についてであるが、評価者は二人が必要と考えられたが、動機づけ面接がまだ日本ではあまり知られていない点や日本ではトレーナーがほとんどいない点などから、筆者のみで評価者を担当した。客観性を保つために患者視点からの一般的な医師役に対する評価表をSPに面接直後にチェックしてもらった。評価者による評価点数とSPによる評価とは相関が認められ関連性が認められた。評価方法については、面接時間や評価者の数、評価内容の詳細化の有無などいろいろな問題がある。目的志向的なアプローチの効果としてチェンジトークの発言をSPから得られたかどうかを同時にチェックすることも検討していきたい。

今回の評価結果から、動機づけ面接のスキルが最小限ではあるが、自然に身につけている者は2割にすぎなかった。動機づけ面接のトレーニングを様々なかたちで取り入れていくことも必要であると考え。私たちも今年から、医学部の5年からの臨床実習前に禁煙指導の講義として動機づけ面接を取り入れている。MIの全体のなかでの位置づけであるが、従来の方法(例えば5A)にも意義やメリットがあるが、従来の方法に患者中心の目的志向的なコミュニケーション面接技法を加えることで、従来の方法を補完して指導効果を高めることができると考えている。

## 結語

禁煙指導のOSCEに動機づけ面接をとりいれて、研修医の禁煙したくない人とのコミュニケーション能力を評価した。動機づけ面接のスキルが最低限身につけている者はごく少数であった。今後動機づけ面接のト

レーニングを様々なかたちで取り入れていく必要があると考えられた。

## 文献

- 1) 酒井哲夫(翻訳)石崎武志 寺沢秀一(監修): 禁煙を考えていない喫煙者のために(一度に一歩ずつ)カナダ癌学会著 しんふくい出版2004。(自費出版)  
<http://www1.fukui-med.ac.jp/home/ufh/03sinryou/03600.html>  
[http://www.cancer.ca/ccs/internet/publication-list/0,,3172\\_247810655\\_270458171\\_langId-en.html](http://www.cancer.ca/ccs/internet/publication-list/0,,3172_247810655_270458171_langId-en.html)  
(参考ホームページ)
- 2) Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing. Preparing people for change. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
- 3) 原井宏明 動機づけ面接とACT: MIACTing? 私はACTしてるのか? In: 武藤 崇編 アクセプト
- 4) 原井宏明 心身症の治療47. 動機づけ面接—行動変容を起こすためのコミュニケーション— 心療内科2006; 10: 403-412.
- 5) Rubak S, Sandback A, Lauritzen T, et al. Motivational interviewing: a systematic review and metaanalysis. Br J Gen Pract 2005; 55: 305-312.
- 6) Hetttema J, Steele J, Miller WR. Motivational Interviewing. Annu Rev Clin Psychol 2005; 1: 91-111.
- 7) 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.
- 8) Baker A, Richmond R, Haile M, et al. A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention among people with a psychotic disorder. Am J Psychiatry 2006; 163: 1934-1942.

---

## Motivational interviewing and OSCE in tobacco intervention

Tetsuo Sakai

Motivational interviewing (MI) has been found effective in communication skills for behavior change in the field of health risk behaviors such as alcoholism, tobacco use.

New tobacco intervention skill can be a tool of the treatment.

Medical residents communicate with standardized patient who don't want to quit, at the Objective Structured Clinical Skills Examination station in tobacco intervention.

According to MI spirit and scoring of skills, we grade six levels about the interview. Only 2 out of 10 medical residents were above grade 4.

Too small part of medical residents use the skills that were involved in MI from the assessment of the OSCE.

Training in MI should be applied for medical residents.

### Key Words

OSCE, tobacco intervention, motivational interviewing, training

University hospital of Fukui General medicine

# 精神障害者における ニコチン依存症管理下の短期禁煙治療成績

川合厚子

公徳会トータルヘルスクリニック

**キーワード:** 精神障害者、統合失調症、ニコチン依存症、保険、禁煙

## 1. はじめに

精神障害者の喫煙率は高く、禁煙は難しい<sup>1~5)</sup>と考えられている。また、日本においては精神障害者・精神科医療従事者共に禁煙に関する情報が少なかったために、精神障害者への積極的な禁煙治療は殆どなされてこなかった。精神障害者の禁煙治療成績の報告は少ないが、2006年4月にニコチン依存症に対する保険適用が認められ、さらに6月からニコチンパッチが薬価収載となったことにより禁煙治療をうける精神障害者が増加したので当院における短期治療成績を報告する。

## 2. 対象と方法

**【対象】** 2006年6月～8月に当院にて保険で禁煙治療を開始した精神障害者を持つ喫煙者27名(男20名、女7名)と精神障害を持たない喫煙者11名(男9名、女2名)を対象とした。精神障害者の内訳は統合失調症13名(男11名、女2名)、双極性気分障害3名(男2名、女1名)、うつ病2名(男1名、女1名)、アルコール依存症3名(男3名、女0名)、その他6名(男3名、女3名)であった。

**【方法】** ニコチンパッチを使用したニコチン代替療法と認知行動療法を組み合わせた治療を原則とした。ニコチン代替療法は保険による標準法[ニコチンパッチ(30)を4週間、ニコチンパッチ(20)を2週間、ニコチンパッチ(10)を2週間]で治療した者が13名、他は各対象者の状況にあわせて処方した。ニコチン依存症管理料を算定時には原則として呼気中COを測定したが3ヶ月での禁煙確認には電話での確認も含まれており呼気中COでの確認ができない者があった。各時点で禁煙の確認が取れない場合は喫煙したものと判定した。このような状況下で禁煙開始後1ヶ月、2ヶ月、3ヶ月での禁煙率を出した。また、アンケート

から禁煙関与因子(年齢・1日喫煙本数・喫煙年数・初回喫煙年齢・禁煙回数・起床から最初の喫煙までの時間・TDS)ニコチンパッチ総使用量・呼気中COをANOVAにて解析、検討した。

## 3. 成績

- 1) 精神障害者の禁煙開始後1ヶ月、2ヶ月、3ヶ月での禁煙率はそれぞれ70.4% [男70.0% (14/20)、女71.4% (5/7)]、44.4% [男40.0% (8/20)、女57.1% (4/7)]、29.6% [男30.0% (6/20)、女28.6% (2/7)]であった(図1)。
- 2) 精神障害を持たない者の禁煙開始後1ヶ月、2ヶ月、3ヶ月での禁煙率はそれぞれ90.9% [男100.0% (9/9)、女50.0% (1/2)]、90.9% [男100.0% (9/9)、女50.0% (1/2)]、63.6% [男77.8% (7/9)、女0% (0/2)]であった。男においては禁煙開始後3ヶ月の禁煙率に精神障害者と非精神障害者との間で $p = 0.03$ で有意差を認めた。
- 3) 禁煙開始後3ヶ月における精神障害者の禁煙導入成功群と再喫煙群において年齢・1日喫煙本数・喫煙年数・初回喫煙年齢・禁煙回数・起床から最初の喫煙までの時間・TDS・ニコチンパッチ総使用量では両群間で有意差は認められなかったが、呼気中COでは $P = 0.003$ で禁煙導入成功群で有意に低かった(図2)。
- 4) 精神障害者では自ら禁煙を希望して来る者は33.3% (9/27)と少なく、66.7% (18/27)は身体疾患で内科を受診した時に筆者の禁煙アプローチにより禁煙を決意した者であった。
- 5) 精神障害者のうち禁煙開始後3ヶ月における禁煙導入成功率は、自ら禁煙を希望して来た者では22.2% (2/9)、アプローチにより禁煙した者では38.9% (7/18)であった。



#### 4. 考察

公徳会トータルヘルスクリニックは公徳会佐藤病院という単科精神科病院を中心とした医療法人社団公徳会に所属するクリニックである。筆者はここで週4回午前中のみ外来診療を行っている。

ニコチン依存症治療の保険適用後、当院では禁煙に踏み切る精神障害者が増加した。当院にとって保険適用のメリットは2つあった。1つには禁煙治療を受けるのに経済的負担が少なくなったことである。特に精神科デイケアに通所されている方のほとんどは自立支援法第58条で自己負担の上限が低く、現在の治療にニコチン依存症の治療をしても自己負担が増えない。また、精神障害者には生活保護受給者が少なくないが、この場合医療費の自己負担がない。これまでお金がかかるからという理由でニコチンパッチを使用しなかった精神障害者も、保険適用によりニコチンパッチを使

用しての禁煙治療を受けることが容易になったのである。2つ目にはニコチン依存症管理料の施設基準に敷地内禁煙があったため、当院に所属する精神科デイケアを禁煙にでき、その結果として禁煙しやすい環境のもと精神科デイケア通所者に禁煙してみようかという者がでてきたことである。当院では喫煙者のすべてに禁煙へのアプローチをするので、ニコチンパッチなしで禁煙できる患者や自費で禁煙治療を受けられる患者の多くはすでに禁煙しており、中々禁煙に踏み切れない患者や経済的理由でニコチンパッチを使わずにいる患者が残っていた。

このような背景のもと、今回の保険適用をきっかけに禁煙したいと実行に踏み切った精神障害者は、禁煙開始後1ヶ月の時点で約70%、3ヶ月の時点で約30%が禁煙できていた。非精神障害者より有意に禁煙導入率が低かったが、周囲の喫煙(「みんなが吸っているの

図1 禁煙導入成功率

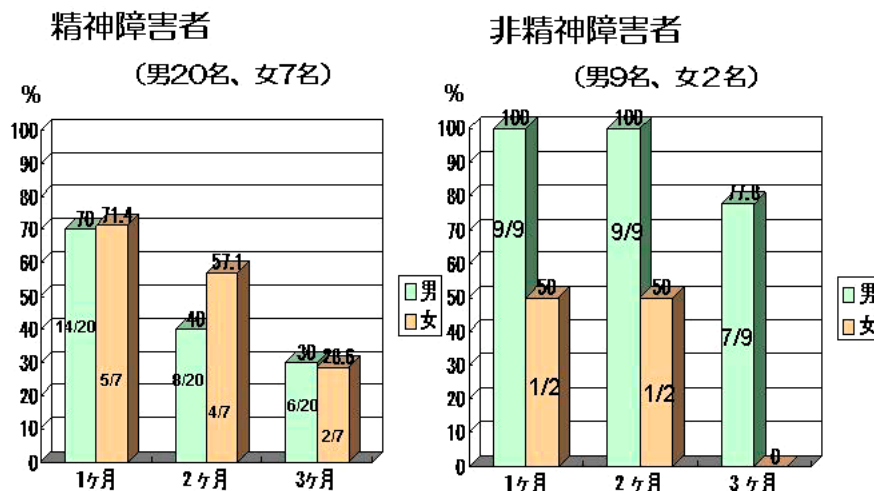
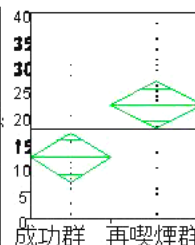


図2 精神障害者男性における禁煙導入成功率群と再喫煙群の比較

	年齢	1日喫煙本数	喫煙年数	初回喫煙年齢
成功群 (n=7)	55.4歳	21.4本	33.6年	19.4歳
再喫煙群 (n=13)	50.6歳	23.6本	29.6年	20.8歳
	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

	禁煙回数	起床から最初の喫煙までの時間	TDS	呼気CO
成功群 (n=7)	1.6回	5.7分	7.0	9.0ppm
再喫煙群 (n=13)	0.9回	20.7分	8.2	22.0ppm
	n.s.	n.s.	n.s.	P=0.003



でつい「吸っているのをみると吸いたくなる」)による再喫煙が非常に多いと感じている。身体的・精神的・社会的依存がからみあっていると考えられるが、吸えない環境では問題なく禁煙できると予想されるものが多い。

自ら禁煙を希望してきたかどうかにより禁煙導入成功の有無をみたが、予想に反してアプローチにより禁煙したの方が禁煙率が高い傾向にあった。これは自ら禁煙を希望してきた者では身体合併症が少なくあっても軽度であったのに対し、アプローチにより禁煙した者は慢性の身体合併症を持っており、しかも複数持っている者が多かったからと考えられた。合併身体疾患が多いと禁煙のモチベーションが高まるし、身体疾患時の受診により禁煙もフォローされる。当院では、5回のニコチン依存症管理料を算定する受診の他、身体疾患や基礎精神疾患の受診時にも禁煙のサポートを行っている。このこまめな頻回のサポートが禁煙継続に役立っていると感じている。オーストラリアの一般開業医向け“統合失調症患者における喫煙管理ガイドライン”でも頻回のモニター(禁煙開始後 初回は1~3日後、1ヶ月は毎週、その後6ヶ月までは毎月診察)を推奨している<sup>6)</sup>。

禁煙導入成功群において呼気中COが有意に低かったが、すでに禁煙を決意して受診日当日は吸わないで来たり、身体状態が悪くて吸えなかった例があったためと推察される。著者の検索した範囲では禁煙導入成功群と再喫煙群において呼気中COを比較検討した論文はなかった。

精神障害者においては、精神障害を持たない者と比較すると1ヶ月ごとに禁煙率が著減した。再喫煙の予防には、吸えない環境、周囲の人のサポート、専門家による定期的なフォローアップが特に重要であり有効と考える。

## 5. 結語

ニコチン依存症治療の保険適用後、禁煙に踏み切る

精神障害者が増加した。精神障害があっても禁煙開始後1ヶ月の時点では約70%、1ヶ月ごとに禁煙率が著減するものの3ヶ月の時点でも約30%の喫煙者が禁煙できる可能性があることがわかった。精神障害者における禁煙のメリットは大きく、精神科における禁煙の啓蒙・普及の推進が必要である。

本論文の要旨は、みやこ禁煙学会(2007年2月、京都)にて発表した。

謝辞：精神科における強力な禁煙推進者である佐藤忠宏公徳会理事長、精神科面からサポートいただいている医局の先生方、禁煙外来スタッフの松木五苗さん・嘉藤成美さんはじめ関係の皆様がこの場をお借りして感謝申し上げます。

## 参考文献・ホームページ

- 1) Hausteil, K. O., S. Haffner, et al.: A review of the pharmacological and psychopharmacological aspects of smoking and smoking cessation in psychiatric patients. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2002; 40: 404-418
- 2) Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH: Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *JAMA* 2000; 284:2606.
- 3) Kalman D, Morrisette SB, George TP: Co-morbidity of smoking in patients with psychiatric and substance use disorders. *Am J Addict* 2005; 14:106.123
- 4) Glassman AH: Cigarette smoking: implications for psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1993; 150:546.553
- 5) McChargue DE, Gulliver SB, Hitsman B: "Would" smokers with schizophrenia benefit from a more flexible approach to smoking treatment?" *Addiction* 2001; 97:785. 793
- 6) Strasser, K., et al., Smoking cessation in schizophrenia. General practice guidelines. *Aust Fam Physician*, 2002. 31 (1) : p. 21-4.

## Short term smoking cessation treatment by insurance coverage in psychiatric patients

Atsuko Kawai

Twenty-seven smoking patients with psychiatric diseases were treated to quit smoking. The quit rates in one, two, and three months after smoking cessation were 70%, 44%, and 30%, respectively. The corresponding rates for those without mental illness were 91%, 91%, and 64%, respectively. Carbon monoxide level of expired-air in a 3-month cessation group was significantly lower than those failing cessation ( $P = 0.003$ ). There were few psychiatric patients who hoped for smoking cessation by oneself (33%). The others decided smoking cessation when they had a check-up with internal medicine for a physical disorder, and were approached smoking cessation.

### Key Words

psychiatric patients, schizophrenia, nicotine dependence syndrome, health insurance, smoking cessation

Koutokukai Total Health Clinic

## WALK AGAINST TOBACCO 2006 WEEK 5 REVISITED

Mark Gibbens

なぜ、歩こうと思ったか

鹿児島島の佐多岬から、北海道の宗谷岬までの約3000 Kmを歩いて、このメッセージを伝えていきたいと考えています。

あなたの健康を大事にしてください。  
あなたの家族を大事にしてください。  
あなたの友達を大事にしてください。  
あなたの国を大事にしてください。  
禁煙は愛です！

なぜ私がこのキャンペーンを計画したか、それは私はオーストラリアから来ています。オーストラリアは喫煙率の低い国です。でも、昔からではありません。人々が喫煙、受動喫煙の危険を知り、今の数字になっていったのです。政府はとても明確な喫煙の害のCMを流し、タバコの表示も写真付きでわかりやすくしています。タバコ税も高く、建物、バーであっても禁煙エリアは何%と法律で決まっています。

今、世界の多くの国が禁煙の動きになってきています。政府の広告も日本に比べ、とてもはっきりと喫煙の危険を警告しています。

ところが、日本は成人男性の47%が喫煙者と、驚く数字です。

また、若い女性の喫煙率は増えていっているようです。

これは、喫煙、受動喫煙の危険性の認識がそれほど重要視されてないからではと思いました。ただ、体に悪いとは知っていても、どう悪いのかといった知る機会がない。三度の食事より口にするのに何が成分でそれはどう体に影響する、またその煙の方が害があるのに、その影響もあまり知られていない。吸う人も吸わない人もそこを知る機会もなく、禁煙、分煙と言われ

てもただ困惑し、憤慨すると思います。それを知るべきだ、知ってもらいたいと歩く事にしたのです。

また、私自身が主にICUの看護師でした。多くの医師、歯科医師が禁煙を推進しています。吸い続ける事がどんな事になるか、知っている私達が教えてあげなくてははいけない。治す事だけが、医療ではなく予防をする事も医療だと思えます。こうして、歩くことも私の日本においてできる看護師としての仕事のひとつと考えています。

こうして、歩く事ははたして意味があるのかと思われるかもしれませんが、でも、何もしないよりした方がいいと思っています。このメッセージが一人でも多くの人に伝わるきっかけになればいいなと願い、遍路姿で歩きます。





前号からの続き—

Having garaged the support vehicle at Ibaraki Hospital and been driven into central Osaka by Dr Inamoto the night before, we awoke in our home stay at the office of anti-smoking activist Dr Nogami, thankful for another rest day. Day 29 of the walk included a meeting with executive members of the Osaka Pharmacists Association, where we were given the most up to date information about their activities, including the previous months request to pharmacists nationwide, to stop selling tobacco in their pharmacies.

Next was a meeting with the Osaka Medical Association, where despite a warm welcome by all staff members, I had the feeling that the enthusiasm and ideas for fighting the tobacco problem was less than positive.

However our next event was far more grass roots and positive, with an assorted group of supporters following Dr Nogami and myself on a walk through the city from Umeda Station to Namba Station. This assorted group included all ages; a University law student, a wheelchair bound lady, a young man desperately trying to quit smoking and several high school students and their teachers making good news coverage for the reporters present and for our friends from ABC TV who were continuing their mini-documentary about us.

Our last event was a semi-formal evening discussion with local anti-smoking members over a bento dinner where I was able to give my thoughts on the cultural and psychological differences between Australia and Japan and the effect this has on attacking the problem of tobacco in this country. I was also able to provide some suggestions for future anti-smoking activities before the meeting broke up at 8:30 pm and we returned to Dr Nogami's office for some sleep.

May 12th saw an early rise at 6am to catch connecting trains and a taxi to get back to our support vehicle and then to the start point in Ibaraki to meet Tetsuya Hashimoto my walk companion for the day. He had read my story in the newspaper and wanted to help because he suffers from skin allergies related to tobacco smoke.

Setting off at a 7 km/hr pace and taking a 15 minute break halfway, we were able to arrive some 26 km later at Kyoto JR train station at 12:30 pm with time to spare



5月11日、大阪府薬剤師会訪問



田中医院内に開館したタバコ博物館開館式にて



城北病院の皆さんに歓迎されて



びわこ成蹊スポーツ大学の皆さんと草津保健所前にて



before my introduction at the annual Nurses Day event being held in the mall beneath the station. A brief but warm reception from the nurses and audience attending the event, after which Dr Tanaka, our Kyoto event organiser drove us to his house come clinic, come clinic, come temple. Here we were introduced to Dr Kurioka our home stay host for the night.

With him in the passenger seat and Reiko asleep in the back, I was directed first to his hospital where I made another brief anti-smoking speech to his nursing staff and then on to his condominium where he changed out of his doctor's coat and into a chef's apron and cooked us a lovely, healthy Japanese meal, before we retired early.

The next day I awoke to a canvas of grey skies and moderate but persistent rain. A hearty breakfast cooked by Iron Chef Kurioka allowed me to walk the 24 km to Kusatsu in 4 hours and then return by train to Kyoto for the afternoons anti-smoking education event, thus allowing Reiko some more rest time.

At 4 pm I met up with Reiko and Dr Tanaka's NPO group at Shijo Bridge to commence an education walk through Kyoto's crowded central shopping area. About 15 members attended, for this first event of its kind in Kyoto, including Dr Kato from Ehime, Dr Takahashi from Shiga, Dr Nakajima from Nara and Mr Takemoto who walked with me in Okayama. Parading through the rain soaked streets and picking up cigarette butts for an hour and a half with Dr Tanaka handing out education leaflets the event seemed to be received quite positively. To celebrate we attended a dinner at a no-smoking restaurant, "Taniguchi" near Shijo Bridge. Whilst dining on local cuisine we were able to relax and discuss events.

At this stage, having heard stories about the discord between some anti-smoking groups, I would just like to say, whilst I am not privy to the problems which exist between you neither do I care about these petty problems.

Your fight is with "Big Tobacco" and trying to save the lives of those who are being destroyed everyday by this deadly product.

Please remember,  
"United you Conquer, Divided you Fall"

Day 32 was another rest day and good timing for my

recuperating legs which continue to improve. The afternoon was devoted to business; the first of which was the opening of Dr Tanaka's "Tobacco-Free Museum", at which I was given the honour of cutting the ribbon. About 20 people attended the opening and then donned gloves and tongs for a parade through the local undercover shopping arcade to pick up cigarette butts and hand out quit-smoking info-tissues.

Thankfully for me the highlight for most people in the mall was not me but Dr Inamoto wearing a giant cigarette costume and stalking the local children. Returning to the museum for a brief concluding ceremony we were then free to view with interest the various posters, tobacco packets and displays that Doctor Tanaka has collected from all over the world for his unique museum. Having said final farewells to friends and guests, especially to the Sonos', Dr Inamoto and Dr Kato who had all interrupted Mother's Day celebrations to attend from other cities, we sat down with the Tanaka family for a shabu-shabu dinner.

May 15th proved to be a very full day from lunch time onwards when Dr Tanaka returned from his work at the clinic, and drove us to our first meeting at the Kyoto City Hall. A genuinely impressive building with a wide public space in front, marred by the large number of smokers who congregate there, many on breaks from their civic duties. Likewise the large stone entrance is scarred by a temporary looking smoking room, from which wafted through the open door, the stench of tobacco smoke. Pity the poor non-smoking citizens who have to walk through here to do business in the city office.



鈴鹿に向かう途中の茶畑で大雨にあう

Met and guided to the office of the Director of Health by Dr Kurioka, I was immediately asked my thoughts about the state of smoking behaviour in Kyoto compared to the other cities I had already visited. My answer was to point out the window to the public space below as my first bone of contention. My further comments during the meeting were born from an increasing frustration at dealing with Japanese bureaucrats who continue to see the tobacco problem as one of good manners versus bad manners. I was tired of people skirting the issue, so I told the Director, through Reiko, in as straight forward terms as possible; "This is not a question of good manners or bad manners, it is a question of LIFE or DEATH.

Consequently the meeting ended shortly there after, with me thinking I may have torpedoed Dr Tanaka's plans. However we were to learn later on the walk that the Kyoto City Office had indeed passed legislation to remove smokers from Kyoto's main shopping streets.

Our next meeting at the Kyoto Prefectural Office brought immediate changes where we may have convinced them to place "quit smoking" posters and information booklets in their smoking rooms. This was unfortunately a brief meeting because we were out of time to get to Kusatsu by 3 pm to resume my walk.

Arriving in Kusatsu we met up with Dr Takahashi of Shiga Prefecture, had a brief meeting with Dr Ooi and his staff at the city office and then set off from 4 pm with a couple of Dr Takahashi's students from Biwako Seikei Sports University. We completed the 24 km to Minakuchi at my fastest pace yet, thus proving the recuperative powers of Mr Tokumaru's massage on my legs.

Day 34's walk of 49 km from Minakuchi to Suzuka

again saw Dr Inamoto and his brother take time off from their busy schedules to accompany me through the rain and over the beautiful mountains to Mie Prefecture. At one point we were able to escape Route 1 and its diesel belching trucks and take the ancient Tokaido Path, past plantations of tea, through woods, past waterfalls and an ancient shrine and briefly forget about the blight of industrialisation as we breathed in the fresh mountain air.

The last day of week 5 saw me start the day in a bad mood probably due to the smoking room dominating the lobby of our business hotel but as usual something happens to put your life and your own efforts into perspective. This morning that something was someone, Mr Iwasaki, who met up with us shortly after I had started the mornings walk. His aim was to join me on my walk for a while and prepare for his own Walk Against Tobacco in some of the territory not covered by me. It wasn't until we started walking and talking together that I found out that he had driven six hours through the night without sleep from Toyama, just to walk with me for a while and then return six hours to commence his company night shift work. It is certainly efforts like this that both humble me and inspire me to keep walking against tobacco.

To be continued . . .

参考サイト：Walk Against Tobacco 2006 (<http://www.walkabout-tobacco.org/index.html> Gallery にいろいろな写真があります)

※ WAT : WALK AGAINST TOBACCO

日本禁煙学会の対外活動記録  
(2007年6月～7月)

- 6月7日 要請書「がん対策推進基本計画には、包括的なタバコ対策行動計画が不可欠です」を提出  
(内閣総理大臣、厚生労働大臣あてに提出)
- 6月18日 JTに対するFCTC遵守要請
- 6月18日 日本経済新聞社に対するFCTC遵守要請
- 6月18日 JTIのトルコにおけるタバコの広告、販売促進および後援活動を非難する声明  
(内閣総理大臣、厚生労働大臣、財務大臣、外務大臣、JT社長あてに提出)
- 6月18日 タバコ規制枠組み条約第21条の規定により提出された日本の条約履行状態に関する  
最初の報告書に対するコメント
- 6月29日 タバコに関する全国規制改革要望書提出(内閣府宛て)
- 7月2日 「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準案」への意見(禁煙支援を入れ込むべき)提出
- 7月13日 禁煙タクシーに関する7月12日付け毎日新聞記事に対する抗議(7月19日付で回答あり)
- 7月20日 参院選挙・各政党別タバコ対策公開アンケート結果
- 7月20日 ニコチン依存症管理料に係る禁煙成功率報告様式に関する至急の訂正要請  
(厚生労働大臣、社会保険庁長官宛送付)

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.nosmoke55.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
- 担当理事 清水央雄 山岡雅顕
- 編集委員 厚地良彦 大塚幸絵  
川俣幹雄 蓮沼 剛  
南 順一 吉井千春

日本禁煙学会雑誌査読小委員会

- 理事長 作田 学
- 担当理事 清水央雄
- 査読委員 加濃正人 川俣幹雄  
蓮沼 剛 久岡清子  
南 順一 吉井千春

(五十音順)

日本禁煙学会

(禁煙会誌)

ISSN 1882-6806

第2巻第6号 2007年8月1日

発行 特定非営利活動法人 日本禁煙学会

〒162-0063

新宿区市谷薬王寺町30-5-201 日本禁煙学会事務局内

電話：090-4435-9673

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.nosmoke55.jp/

制作 株式会社クパプロ