

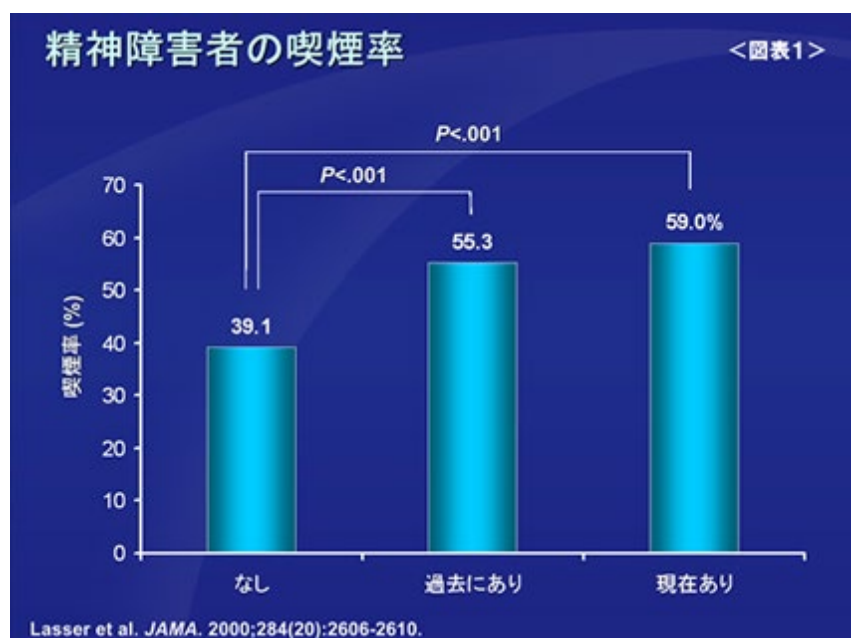


本項では、ニコチン依存症以外の精神疾患を持つ喫煙者の禁煙治療について学習する。たばこの使用はWHOの国際傷害疾病分類第10版(ICD-10)において「精神作用物質による精神及び行動の障害」に分類されており、ニコチン依存症もまた精神疾患に含まれる。しかし本項においては、精神疾患とはニコチン依存症以外の精神疾患を意味し、精神障害者とはニコチン依存症以外の精神疾患のある個人を意味するものとする。ただし、引用資料については、資料によって定義が異なるため、この限りではない。

1. 精神障害者の喫煙の実態と禁煙の必要性

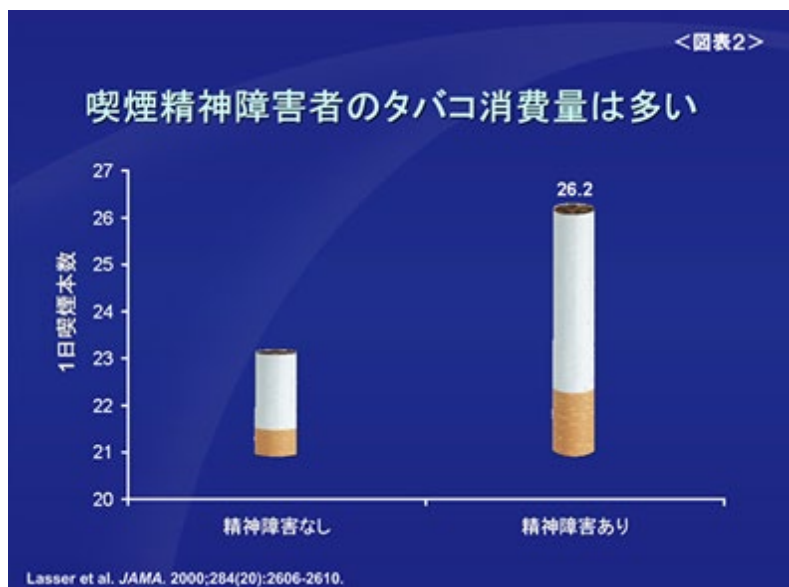
(1) 精神障害者の喫煙率の高さ

精神障害者の喫煙率は高い(図表1)。統合失調症における喫煙率は一般人口の約3倍といわれている。

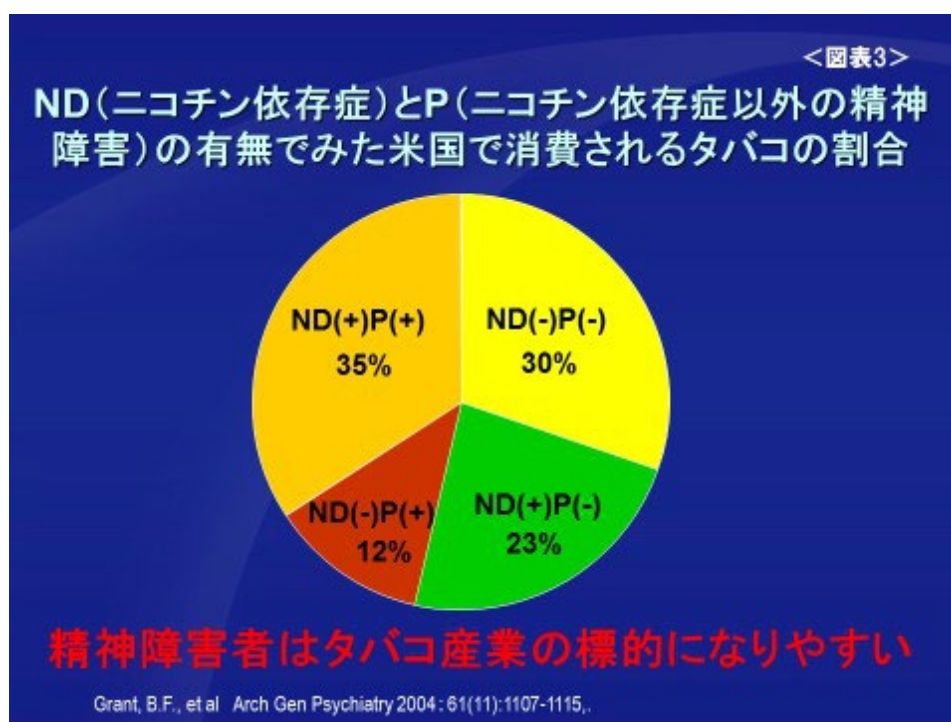


(2) 精神障害者のタバコ消費量の多さ

精神障害のある喫煙者は精神障害のない喫煙者に比べてタバコ消費量が有意に多い(図表2)

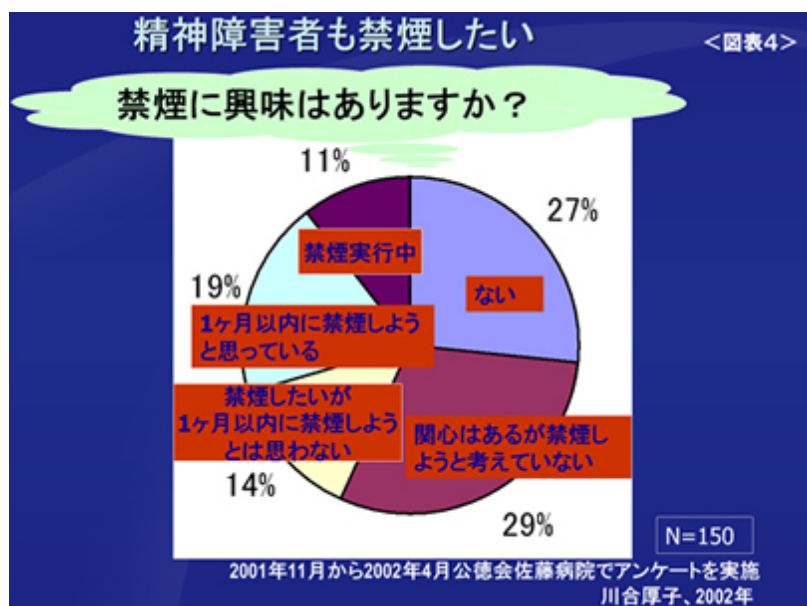


ニコチン依存症と精神疾患の有無別に米国で消費されるタバコの割合をみると、ニコチン依存症も精神疾患もない喫煙者が消費するタバコは30%にすぎず、70%はニコチン依存症か精神疾患のある喫煙者が消費している(図表3)。このことからアメリカ国立衛生研究所National Institutes of Health (NIH)は精神障害者が喫煙者になりやすいことを発見し、これらの人々の禁煙に焦点を当てる必要性を指摘している。





(3)精神障害者にタバコについての正しい情報を提供すると多くは禁煙に興味を持つ



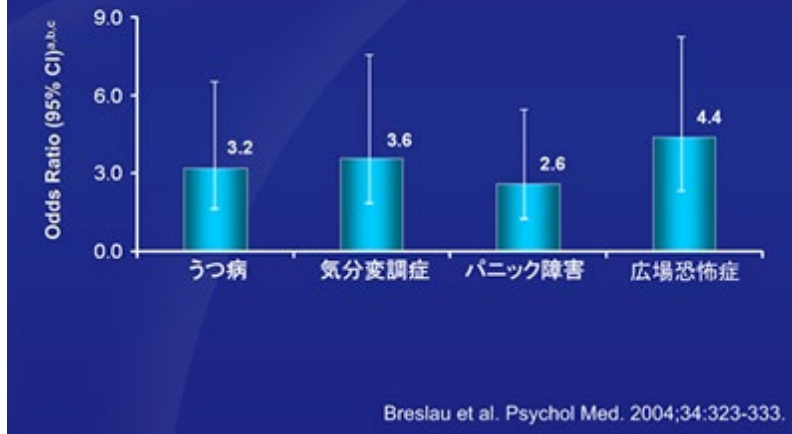
ニコチン依存症治療の保険適用により、禁煙治療を希望する精神障害者は増加している。禁煙外来に精神障害者が受診されることがあるので、基本的な考え方や治療の方法を知っておくことは重要である。

(4)喫煙は精神疾患を引き起こしやすい

毎日喫煙はうつ病、気分変調症、パニック障害、広場恐怖症、アルコールや薬物乱用または依存症の明らかな予測因子である。非喫煙者に比べ、喫煙者がこれらの精神疾患を発症するオッズ比(人種、性、年齢、教育、発症年などで補正)はパニック障害の2.6(95%信頼区間 1.2-5.4)から広場恐怖症の4.4(95%信頼区間 2.3-8.2)であった(図表5)。

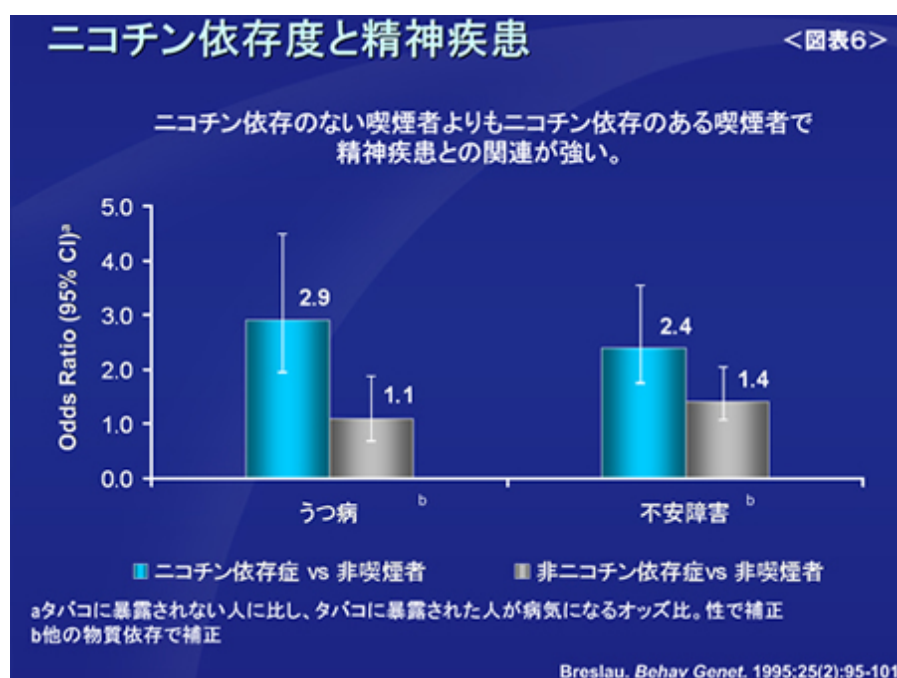
喫煙は精神障害の危険因子

<図表5>



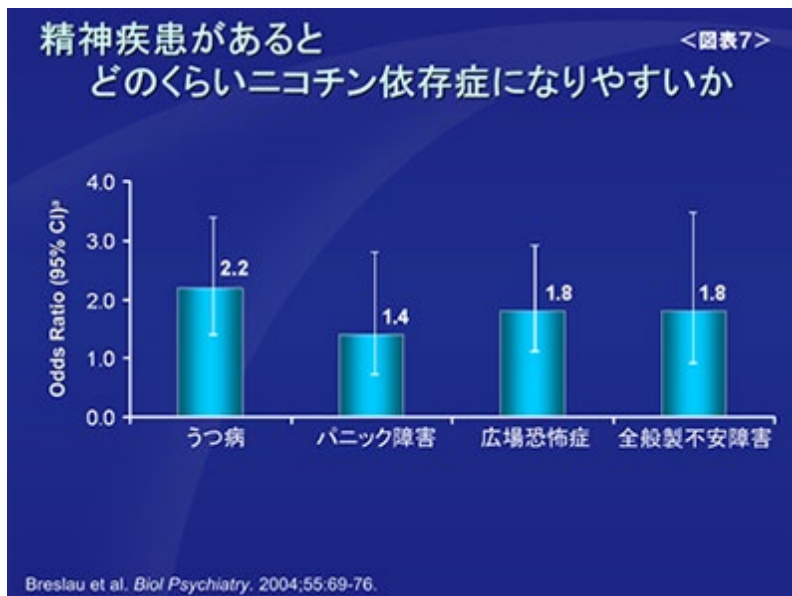
(5)ニコチン依存のない喫煙者よりもニコチン依存のある喫煙者で精神疾患との関連が強い
非喫煙者に比べてニコチン依存のある喫煙者はうつ病になるリスクが高く、ニコチン依存のない喫煙者と比べてもニコチン依存のある喫煙者は不安障害になりやすい。

非喫煙者に比べてニコチン依存のある喫煙者がうつ病になるオッズ比(95%信頼区間)は2.9(1.9–4.5)、ニコチン依存のない喫煙者では1.1(0.6–1.8)であった(図表6)。また、ニコチン依存のある喫煙者が不安障害になるオッズ比(95%信頼区間)は2.4(1.7–3.5)、ニコチン依存のない喫煙者では1.4(1.0–2.0)であった。



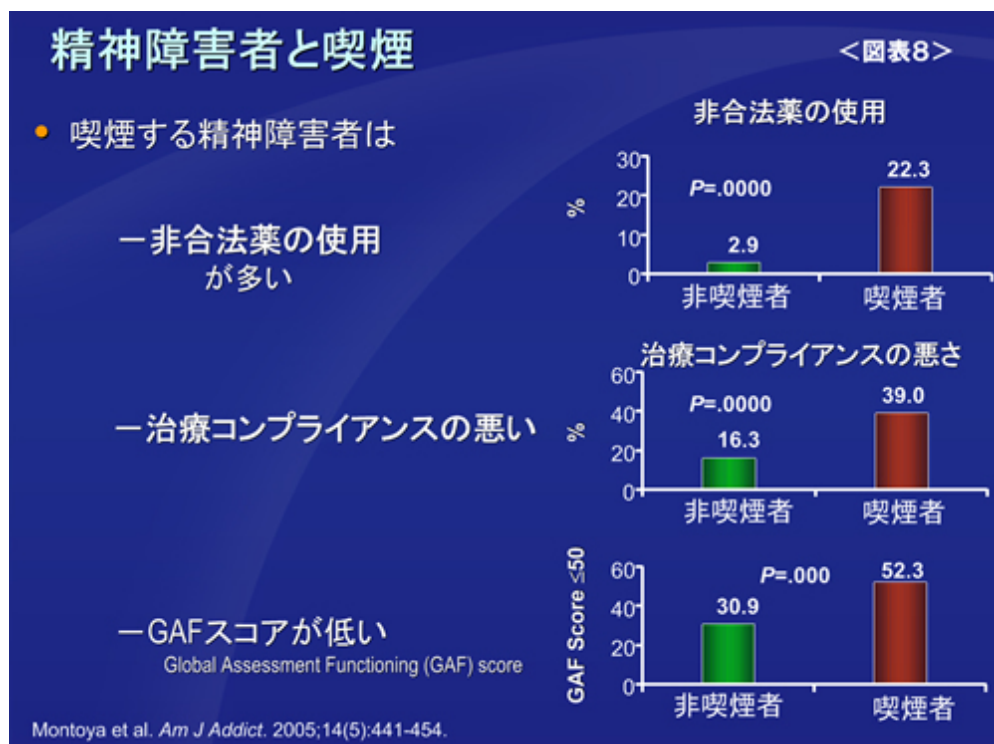
(6)精神障害があるとニコチン依存症になりやすい

うつ病患者がニコチン依存症に移行するオッズ比(95%信頼区間)は2.2(1.4–3.4)、広場恐怖症患者では1.8(1.1–2.9)と有意に増加した(図表7)。



(7)精神障害者の喫煙は基礎疾患に影響を与える

喫煙する精神障害者においては、非合法薬の使用が多い・治療コンプライアンスが悪い・GAFスコア(Global Assessment Functioning score：機能の全体的評定尺度)が低いとされる(図表8)。





(8)精神障害者においても禁煙の効果は大きい

- ・高い死亡率と疾病罹患率が改善される可能性がある。

自殺を計数に入れても精神障害者における死亡率は一般人口よりも高い。特に心血管疾患、呼吸器疾患は統合失調症において年齢を一致させた対照群よりも3倍高い。しかし、禁煙により改善が望める。

- ・抗精神病薬減量の可能性がある。

タールに含まれる炭化水素が肝臓の酵素を誘導することで、ある抗精神病薬の代謝が亢進するため、喫煙していると抗精神病薬増量となりうる。

- ・抗精神病薬減量により不随意運動減少の可能性がある。
- ・更なる物質依存の危険性が減少する。
- ・経済的困窮が軽減される。
- ・禁煙の場所の増加に伴う活動制限がなくなる。
- ・スモーカーズ・フェイスや臭いは就職の妨げとなるが、タバコ臭がなくなる。

実際、禁煙した精神障害者からは下記のような喜びの声がしばしばきかれる。

- ・お金が減らない(タバコ代がかからなくなった)。その分、別なものを買える。
- ・自分に自信が出来た。
- ・いらいらしなくなった。前より穏やかな気持ちでいられる。
- ・よく眠れるようになった。
- ・咳や痰が減った。息切れがしなくなった。
- ・においを気にしなくていい。
- ・吐き気がしなくなった。
- ・火事の心配がなくなった。
- ・家族が喜んでいる。
- ・薬が減った。

QOLの改善の他、特に身体合併症の予防効果・経済面での効果は大きいと考えられる。

2. 禁煙治療にあたっての基本的な考え方

これまで精神科において喫煙問題は“無視されてきた問題”であった。精神科病院というとタバコのヤニで真黄色の壁、もうもうとしたタバコの煙でいっぱいの室内、根元までタバコを吸い、爪がヤニで黄色くなっている精神障害者というイメージであったかもしれない。そして“精神障害者にはタバコが必要”、“タバコを吸わせないと大変なことになる”、“精神障害者からタバコをとりあげたらかわいそう”、と考える精神科医療従事者も少なくなかった。しかし、タバコの真実が解明されてきた現在、精神障害者だからといってタバコについての情報をあたえず受動喫煙対策を行わないのは、精神障害者を特別視してバリアーを作ることになるだけでなく、倫理違反ともいえる。

精神障害者は身体脆弱性がある上に、薬剤副作用が加わったり、生活習慣のコントロールがうまくできなかつたりで、身体合併症を起こしやすい(図表9)。そこに喫煙するとさらに合併症を起こしやすくなる。しかし、その精神症状ゆえに十分な治療を受けられなかつたり、経済的・心理的・社会的負担が大きく家族の支援を得られなかつたりする。従って精神障害者こそ喫煙しないことのメリットは大きいといえる。





すべての患者にタバコを吸っているか聞き、吸っている場合には状況に応じて禁煙を勧める。これまで禁煙について話をされることがないという精神障害者は多く、タバコについての正しい情報を知ると、禁煙に関心を示す者は少なくない。

現在では、患者・職員の受動喫煙を防ぎ、禁煙環境を整えるという意味合いから、単科精神科病院でも敷地内禁煙にするところが増加している。そこではきれいな空気の中で職員は働き、患者は治療を受けている。患者・職員とも喫煙率が低下し、患者の喫煙率がゼロになった病院もある。精神障害者は禁煙環境があれば禁煙できるのである。むしろ精神障害者の禁煙を妨げているのは“精神障害者は禁煙できない”といった医療従事者の意識であろう。

喫煙はWHOの国際傷害疾病分類第10版(ICD-10)において「精神作用物質による精神及び行動の障害」に分類され、米国精神医学会 American Psychiatric Association(APA)による「精神障害の診断・統計マニュアル第4版」(DSM-IV)においては物質関連障害の項においてアルコール、大麻、コカイン、などと共に薬物障害の一つとして取り上げられ、“病気”と認識されている。喫煙している精神障害者は基礎精神疾患の他にニコチン依存症という更なる精神疾患を合併していることになる。喫煙はニコチン依存症という治療すべき疾患であるという認識で精神障害者にも対応することが望まれる。

[最初に戻る](#)[前へ](#)[4](#)[5](#)

6

[7](#)[8](#)[次へ](#)

6/17

[↑ ページトップへ](#)



3. 禁煙治療の方法と実際

(1) 禁煙の動機付け

すべての精神障害者に喫煙の有無を聞き、喫煙者にはあらゆる機会を捉えて「はっきりと」「なぜ禁煙すべきか」「禁煙がいかに大切か」について個人に合わせたメッセージを用いて、「繰り返し」禁煙を促す。特に身体疾患合併時や入院時は禁煙のいいチャンスである。以下に具体的に解説する。

1) 「はっきりと」「繰り返し」禁煙するように言う

慢性精神障害者には認知機能障害として注意の障害・記憶の体制化の障害・情報の文脈的処理の障害がみられる。このため、あいまいな表現ではなく、わかりやすく・繰り返し・はっきり言ってあげることが必要である。

【アドバイスの例】

- ・ 喫煙はニコチン依存症という病気です。タバコをやめなさい（タバコをやめることを強くお勧めします）。今は禁煙のためのいいお薬があって楽にやめられますよ。

2) 「なぜ禁煙すべきか」「禁煙がいかに大切か」を機会を捉えて言う

精神障害者が喫煙するとニコチン依存症になりやすく、ニコチン依存症になると治療コンプライアンスが悪くなったり、日常生活機能の低下が見られたり、QOLが低くなったりする。タバコを吸わないと離脱症状が出て精神状態にも影響がでるために吸わずにはいられず、1日喫煙本数も多くなる。また、身体合併症を起こしやすく、精神障害者では糖尿病や高脂血症、呼吸器感染症などが多いが、これには喫煙の影響もある。

精神障害者はきっかけがないとなかなか禁煙に踏み切れず、身体疾患の合併症や入院を禁煙のチャンスと捉えて禁煙を勧める。

【アドバイスの例】

- ・ 咳が出て苦しそうですね。これは〇〇さんが言っていた風邪ではなく、COPD慢性閉塞性肺疾患というタバコ病です。一番の治療は禁煙です。タバコをやめることが必要です。
- ・ 今回の入院をきっかけにタバコをやめましょう。入院中はスタッフみんなが〇〇さんの禁煙を応援しますから、外来で治療するよりも楽ですよ。禁煙して逆にいらいらしくなくなっ

た、不安が少なくなったという人は多いですよ。

[最初に戻る](#)

[前へ](#)

[5](#)

[6](#)

[7](#)

[8](#)

[9](#)

[次へ](#)

7/17

[↑ ページトップへ](#)

(2)禁煙の実行・継続の支援

図表12の資料1に相当 <図表10>

精神障害者の禁煙支援の実際

禁煙の準備性を評価	できていない場合には禁煙する個人的な理由を見つける 喫煙歴を聞く
禁煙のリスクを評価	精神症状の再燃: その患者のいつもの再燃症状を知っておく うつ: うつの既往や家族歴の有無を知っておく 薬物効果の変化: 現在の服用薬の副作用を知っておく
安定期に禁煙開始	
個々の禁煙計画を書く	認知障害があるような場合は重要
ニコチン代替薬を使う	著明に禁煙率を上げ、離脱症状を抑える 図3
グループ支援を推奨する	再燃予防の助けとなる
頻回にモニターする	禁煙開始後1-3日で診る: いかなる問題をも取り扱う 1ヶ月は毎週診る
がんばりましたね	精神症状の再燃
順調です	うつ
うまくいってますよ	薬物効果の変化
その調子	の評価をする
	6ヶ月は毎月診る: 精神症状と薬物療法のモニターを継続する ごん前速をも褒める

オーストラリアの統合失調症における喫煙管理ガイドラインより川合改変

精神障害者の禁煙治療も基本的には非精神障害者と同じである。喫煙の有無を聞き、吸っている場合には禁煙を勧める。ただし、外来患者では精神症状が落ち着いているときに開始する。精神障害者の禁煙支援のキーワードは「信頼関係」「こまめな診察」「長期のフォロー」「精神科医との連携」「薬物療法」「家族・周囲のサポート」「環境」が重要なポイントである。以下に概説する。

1) 「信頼関係」・・・ラポールを作る

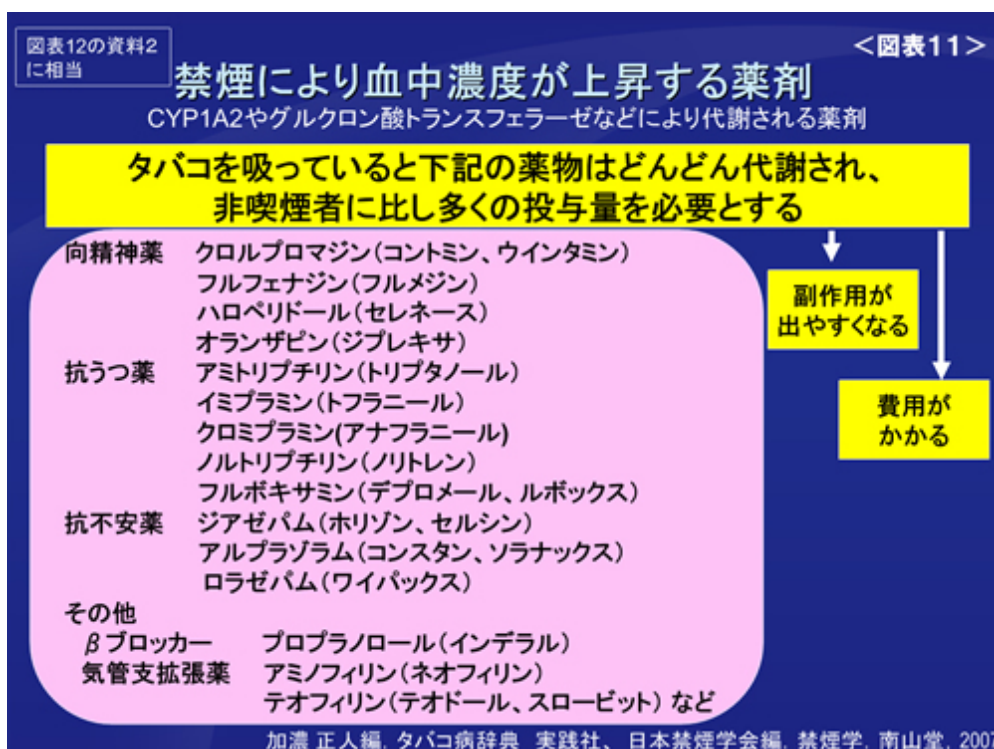
精神障害者の禁煙治療にあたってはまず患者と信頼関係を築くことが特に重要である。相手を受け止め、相手との間に信頼関係を作り出すことを“ラポールを作る”というが、これがあると以後の禁煙治療が非常にスムーズにいき、再喫煙した時の受診にもつながる。入室時より「あなたの禁煙を一所懸命応援します」ということを、言葉だけではなく、目や表情などもフル動員して全身で伝えることが短時間でラポールを作るのに有効である。

2) 「こまめな診察」

オーストラリアの統合失調症患者のためのガイドラインでは禁煙開始後3日以内の受診を勧めてい(文献1)。精神障害者は最初の3日を乗り切れない者が多い。この3日は肝要で、精神症状の変化・うつ症状の有無をチェックの上、禁煙状況はどうであったか、使用薬剤の副作用の有無などを聞く。禁煙できている場合には、困ったこと・つらかったことはなかったか、あった場合にはそれをどうやって乗り越えたかを聞き、思いきりほめる。また、禁煙してよかったことをできるだけ多く聞き出し、ともに喜ぶ。禁煙できていない場合には何が阻害要因であったか、その阻害要因を取り除くにはどうしたらよいかを一緒に考えていく。

その後1カ月は1週間毎、半年までは1カ月毎とこまめに見ていくことが望ましい。

禁煙の2週後位から**精神科使用薬剤の血中濃度**が上がる可能性があり、**精神症状の変化・うつ症状の有無**の他、この点にも留意が必要である(図表11)。



精神障害者は、禁煙治療期間中もニコチン依存症管理料の5回に限らず、精神疾患の治療の一環として保険でフォローができる。精神科基礎疾患の再診の機会を活用して禁煙治療のフォローをすることを推奨する。



3) 「長期のフォロー」・「精神科医との連携」

精神障害者は再喫煙しやすいため長期のフォローを要する。一方禁煙治療を求めて来る精神障害者には精神科主治医がいる場合が多い。禁煙後に生じうる**精神症状の変化・抑うつ**の出現・治療薬への影響は精神科主治医のほうが把握しやすいし、精神科主治医なら長期のフォローが可能である。ゆえに禁煙治療を開始する際に精神科主治医と連携をとっておくと、より安全により効果的に治療できる。情報提供書の例を図表12に挙げておく。

診療情報提供書の例 <図表12>

診療情報提供書

〇〇 病院
精神科主治医待史

平成 年 月 日

〇クリニック
〇〇 〇〇

住所:
電話・FAX:

フリガナ
患者氏名
生年月日
住所
電話

紹介目的 ニコチン依存症治療に関するお願い

大変お世話になります。

上記患者様がニコチン依存症の治療を希望して来院されました。ご本人より、貴院にて の治療を受けていることをお聞きしました。「標準手順書」や「精神障害者における禁煙治療の実際」(資料1)を参考に禁煙治療をしたいと考えております。精神疾患が安定期にあれば禁煙治療は可能とされますが、いかがでしょうか。注意すべき点などありましたらご教示どうぞよろしくお願いいたします。

禁煙治療により精神症状に変化がでたり、服用薬物によっては血中濃度に変化がでたりすることがございますが(資料2)、精神障害者においても禁煙は重要とされてきており、精神科専門のお立場からサポートしていただけますと大変ありがたく存じます。何卒どうぞよろしくお願いいたします。

[参考]禁煙治療のための標準手順書
http://www.j-circ.or.jp/kinen/anti_smoke_std/

紹介状の骨子は以下のとおりである。“「標準手順書」や「精神障害者における禁煙治療の実際」を参考に禁煙治療をしたい。一般に精神疾患が安定期にあれば禁煙治療は可能とされるが、いかがか。注意すべき点があれば教えてほしい。薬剤の血中濃度が禁煙により上昇す

ることがあり、モニターをお願いしたい。”

事情により連携が難しい場合には、**精神症状の悪化・うつ症状の出現・治療薬の血中濃度上昇**の3つに留意しながらこまめにみていくことが望ましい。

4)「薬物治療」

2006年の禁煙治療の保険適用後、経済的負担が少なくてすむために、禁煙治療を受ける精神障害者が増加した。精神障害者にも薬物療法は有効である。

現在、日本で使用できる保険治療薬はニコチンパッチとバレニクリンの2つである。

ニコチンパッチはニコチン製剤の一つで、精神障害者においても有効である。禁忌がなければ第一選択薬と考えられる。ニコチネルTTS30を4週間、ニコチネルTTS20を2週間、ニコチネルTTS10を2週間使用するのが標準手順書に基づいた一般的な治療であるが、患者によってこれより少なくてすむ人もいれば、自費でもう少し必要な人もいる。

バレニクリンはその臨床試験において精神障害者が除外されており精神障害者における安全性は確認されていない。また、因果関係は明らかではないものの精神症状の悪化例が報告されている。しかしながら、精神障害者は禁忌ではなく、ニコチンパッチの禁忌例、ニコチンパッチで禁煙ができなかった者、バレニクリンを強く希望する者には、有害事象を説明の上処方することが可能と考えられる。処方の際には、本人・家族に、いつもと異なる異常な行動をとりたくなったり、衝動性の亢進などがあつた際には服用を中止しすぐに主治医に連絡するように話しておくことが望ましい。

[最初に戻る](#)[前へ](#)[7](#)[8](#)

9

[10](#)[11](#)[次へ](#)

9/17

[↑ ページトップへ](#)



？5) 「家族・周囲のサポート(含心理社会的治療)」

家族には喫煙がニコチン依存症という病気であることを理解してもらい、精神障害者の禁煙をあたたくサポートしてもらおうとよい。家族に喫煙者がいると再喫煙しやすくなるため、家族にも一緒に喫煙を勧め、それができない場合には喫煙は外で患者から見えないようにしてもらおう。再喫煙時は受診するように本人や家族に話しておくことが推奨される。1本吸ってしまった時に本人を責めるような言動は慎んでもらう、けんかをしないというようなことが大事である。

医師以外の医療従事者のサポートも得られると効果は大きく、心理社会的支援の量が多いほど禁煙率は高いとされる。

米国精神医学会(以後APA)の「物質使用障害患者の治療、第2版」(以後APAガイドライン)によると、国立がん研究所が推奨するプロトコルを使った医師からの簡単な助言は、禁煙率を2倍(約5%から10%に)に高める。医師以外の職種の助言も有効で、多職種による助言はさらに効果的である。このように精神科医だけではなく、看護師やソーシャルワーカーなど他の精神科医療従事者が直接「タバコをやめなさい」「タバコをやめることを強くお勧めします」というはっきりとした助言をすることは、禁煙治療の準備と動機を増強する必須の治療ステップである。

認知行動療法は禁煙治療においても効果的で、薬物療法と併用することにより、さらに禁煙率を高める。特にうつ病や薬物依存症で有効とされる。

6) 「環境」・・・敷地内禁煙は広義の禁煙治療

精神障害者は環境に左右されやすい。周囲に喫煙者がいたり、喫煙できる環境であった場合、タバコを吸いたくなるのは非精神障害者以上である。逆に禁煙しやすい環境があれば意外と楽に禁煙できる。建物や敷地内を禁煙にする精神科病院も増えてきたが、そこでは大きな問題なく多くの患者が禁煙を達成している。沖縄県のある単科精神科病院では敷地内禁煙前は入院患者の喫煙率が6割であったが、敷地内禁煙にしたところゼロになった。まさに敷地内禁煙は入院患者にとって個々の禁煙治療を上回る広義の禁煙治療といえよう。



(3)禁煙と精神疾患、各論

1)統合失調症

慢性期にある統合失調症患者は前述の図表10「精神障害者の禁煙支援の実際」に従って治療すると比較的楽に禁煙できる。こまめなフォローがポイントとなる。

喫煙する統合失調症患者が急性症状で入院して高容量の薬物投与を受けた時の不穏状態は、ニコチン離脱症状や禁煙による投与薬剤の過度の血中濃度上昇による症状である可能性もあり、鑑別を要する。

精神障害は再喫煙のリスクを増加するがニコチンパッチによる治療は統合失調症の陰性症状とうつ症状を改善することを示唆する報告がある。

ニコチンが抗精神病薬の副作用である錐体外路症状を軽減することを過剰評価する精神科医療従事者もいるが、統合失調症患者においても禁煙のメリットのほうが大きい。

喫煙すると薬によっては肝臓での抗精神病薬の代謝が促進されより多くの抗精神病薬が必要となり、その結果、逆に錐体外路症状を含めた副作用が出やすくなる可能性がある。また、最近の非定型抗精神病薬は錐体外路症状が少ないことが特徴の一つである。したがって、錐体外路症状軽減のために喫煙を継続させるというのは誤った考え方である。

2)うつ病

喫煙者ではうつ病の生涯罹患率は非喫煙者の2倍以上であり、逆にうつ病患者はニコチン依存症になりやすい、抑うつの重症度と喫煙との間には相関関係がある、禁煙初期の抑うつ症状は再喫煙率を高める、とされている。その理由としては、うつ病患者はニコチンによる抗うつ効果を経験しているため抑うつ症状があると喫煙への欲求が強くなること、禁煙でより多くの離脱症状や以前よりも強い抑うつ症状を経験すること、喫煙は身体疾患を惹起しやすいがうつ病ではその疾患特性により身体疾患を合併しやすく、身体疾患の存在がうつ病を悪化させるという悪循環に陥りやすくすることが考えられる。

うつ病の既往がある場合には、禁煙をきっかけにうつ病の再燃をきたしやすくなるので注意が必要である。禁煙治療プログラムに参加したうつ病の寛解患者を対象に、禁煙後の再燃を調べた研究によると、禁煙者では禁煙継続者に比べてうつ病の再燃が約7倍と高く、その危険性は少なくとも6カ月まで続いたと報告されている(文献1)。

以上から、うつ病患者の禁煙は精神科主治医との連携がより重要であり、抑うつ症状の変化

には最大の注意を払わなければならないことが理解できよう。

うつ病患者でうつ症状がある場合、ノルトリプチリンや認知行動療法を考慮するとよい。ノルトリプチリンはAPAガイドラインでもUSガイドラインでも禁煙補助剤の第2選択薬に挙げられており、うつの有無にかかわらず禁煙治療に有効とされる。なお、うつ病の既往のある喫煙患者において、ブプロピオンとノルトリプチリンvsプラシーボを比較したメタ解析では、長期禁煙率のオッズ比は3.42(95%信頼区間1.70–6.84)、禁煙率は29.9%(95%信頼区間17.5%–46.1%)であった。これらの研究ではすべての患者に集中的な心理社会的介入が行われていた。

引用文献

1) Glassman AH, Covey LS, Stetner F, Rivelli S. Smoking cessation and the course of major depression: a follow-up study. Lancet. 2001; 357(9272): 1929-32.

[最初に戻る](#)[前へ](#)[9](#)[10](#)

11

[12](#)[13](#)[次へ](#)

11/17

[↑ ページトップへ](#)



3) アルコール依存症

多くの研究が禁煙と断酒を一緒に行う試みを支持している。1つだけアルコール依存症への介入と同時に禁煙介入すると禁煙率は変わらないが断酒率は下がるかもしれないとする研究がある。

4) 薬物依存症

ニコチン依存症の介入(カウンセリングと薬物治療の両方)は薬物依存の治療を受けている喫煙者の治療において効果があることが示唆されている。

ニコチン依存症の介入が、薬物依存の治療を受けている患者においてタバコ以外の薬物依存からの回復を妨げるということについては殆どエビデンスがない。

5) 認知症

ニコチンに認知作用の改善作用があるという報告もあるが、喫煙により認知機能が低下することがメタ解析で明らかになっている。認知症患者は身体疾患を合併していることが多く、喫煙するとさらに合併症を起こしやすくなる。しかしながらその治療は認知症の中心症状や周辺症状のためにしばしば困難となる。また、火事の危険も大きい。したがって、認知症患者における禁煙のメリットは大きい。

薬物療法と家族のサポート、禁煙環境があれば禁煙は容易である。忘れることもうまく利用する。

[最初に戻る](#)[前へ](#)[10](#)[11](#)

12

[13](#)[14](#)[次へ](#)

12/17

[↑ ページトップへ](#)



4. 禁煙治療にあたっての留意点

(1) 精神科治療歴を聞くことは必須

精神科治療歴を訊くことは必須 <図表13>

見た目では中々わからない

精神疾患の既往があるか、現在治療中か
また、精神疾患ある場合には病状が安定しているのかどうか

精神障害者では精神症状が悪化することがある。
禁煙後にうつになる場合がある。
禁煙により、治療薬の血中濃度が上がる場合がある。

上記のことに注意しながらこまめに見ていく必要がある

今、目の前にいる患者さんは精神疾患をもっているかもしれない

精神疾患の生涯罹患率は25% by WHO

精神疾患を持っているか、既往があるかの問診は必須である(図表13)。精神疾患があれば治療薬の選択やフォローのしかたに前述したような留意があるからである。

WHOによると精神疾患の生涯罹患率は25%とされる。また、統合失調症は全人口の約1%、うつ病の生涯罹患率は約10%、医療機関にかかっている精神障害者数が日本全国で200万人以上などを考え合わせると、今、目の前で禁煙を希望している患者さんが精神疾患を持っている可能性は少なくない。見た目では中々わからないので問診票で尋ねるだけでなく、口頭でも聞くのが望ましい。

(2) うつ症状の把握

禁煙後の抑うつはしばしばみられるがうつ症状の把握は意外と難しい。図表14を参考に視診・問診などでうつのチェックをするとよいが、一般の禁煙治療の場ではCES-D (Center for Epidemiological Studies Depression Scale 合衆国国立精神保健研究所疫学的抑うつ尺

度) やSDSのような自記式のうつ病スクリーニングテストを使うことが实际的であろう(図表15)。

<図表14>

うつのチェック

- おいしく食べれていますか?
- よく眠れていますか?
- 休みの日はどうしていますか?
- 朝と夕方では具合はどうですか?

意欲の低下or抑うつ気分
2週間以上

入室時、診察時
の様子

うつ病の既往歴のある人では

信号症状: その人固有のうつ病の信号。簡単には変わらない。

頭痛・頭重を繰り返す、腹痛や下痢の症状を呈する、口の中が荒れるなど

<図表15>

質問項目	1. まれに～ なし (1日未満)	2. いくらか～ 少し (1日～2日)	3. 時に～ まあまあ (3～4日)	4. ほとんど～ いつも (5～7日)
1 普段ではなんでもないことがわずらわしかった				
2 食べなくなかった・食欲がなかった				
3 たとえ家族や友人が助けてくれたとしても、 ゆううつな気分は晴れないと感じた				
4 自分は、他の人と同じくらいに価値があると感じた				
5 ものごとに集中できなかった				
6 気分が落ち込んでいると感じた				
7 やることすべてに骨が折れると感じた				
8 将来に希望があると感じた				
9 これまでの人生は失敗だったと感じた				
10 何かにびくびくすることがあった				
11 落ちつかず、眠れなかった				
12 幸せな気分だった				
13 普段より口数が少なかった				
14 ひとりぼっちだと感じた				
15 人々がよそよそしいと感じた				
16 人生を楽しんだ				
17 涙ぐむことがあった				
18 悲しい気分だった				
19 まわりの人が自分を嫌っていると感じた				
20 ものごとに手がつかないと感じた				

CES-D
(合衆国国立精神保健研究所疫学的抑うつ尺度)

http://www.gummasanpo.jp/mental/mental08.html

CES-Dは「身体的症状」、「うつ感情」、「ポジティブ感情」、「対人関係」の4尺度20項目の各質問に対して『ない』『1～2日』『3～4日』『5日以上』のいずれかで自己評価する。総得点可能範囲は0-60点で16点以上の場合にはうつ傾向があると判定される。「特異度」や「陽性的中立」が高く、実施判定が簡便である。検査用紙は(50部1組)4,200円で購入できる。

重症うつ病や 自殺の危険性がある場合は精神科医に紹介したほうがよい。



(3)精神症状増悪時と自殺念慮が出てきた場合の対応

禁煙は治療の有無を問わず様々な症状を伴うことが報告されており、基礎疾患として有している精神疾患の悪化を伴うことがある。特にバレニクリンを服用している場合には、バレニクリンとの因果関係は明らかではないが、抑鬱気分、不安、焦燥、興奮、行動変化又は思考変化、精神障害、気分変動、攻撃的行動、敵意、自殺念慮及び自殺が報告されているため、このような症状が出てきた際には服用を中止しすぐに主治医に連絡するよう本人・家族に話しておくことが重要である。精神科主治医と連携して今後の方針を決めるのが望ましい。

自殺念慮に関しては場所や時間、方法を具体的に考えている場合や過去に自殺未遂をしている場合には危険性が高く、できるだけ本人の了解を得て精神科主治医や家族に連絡の上、管理体制の整った医療機関への紹介を検討する。

[最初に戻る](#)[前へ](#)[12](#)[13](#)

14

[15](#)[16](#)[次へ](#)

14/17

[↑ ページトップへ](#)



(4)禁煙と精神症状・・・精神症状の増悪とニコチン離脱症状の識別について

APAガイドラインの心理社会的治療の章に「精神症状の増悪の同定」の項がある。ここでは以下のように述べられている。

精神障害者(過去に精神症状または精神異常のあった者も含む)は禁煙後14日間以内の早めのモニタリングを必要とする。特に不安、抑うつ、睡眠障害、被刺激性、不穏状態、体重増加のようなニコチン離脱症状が他の精神障害の症候または薬剤副作用に似ていたり、悪化させたりすることがあるからである。例えば、ニコチン依存もあるアルコール依存症患者がアルコール離脱のために禁煙病棟に入院したときの不安、抑うつ、集中困難、不眠、被刺激性と不穏状態はニコチン離脱によるものかニコチン離脱により増悪したものであろう。うつ病や統合失調症の患者において禁煙がうつや精神症状を悪化させるかどうかについて調べた前向き研究がいくつかある。禁煙の際に精神症状が安定していれば禁煙のリスクは低いとするエビデンスが多い。患者の精神症状もモニターされなければならない。なぜならばある抗精神病薬(例えばCYP 1A2ミクロソームのシステムにより代謝されるクロザピン、フルフェナジン、ハロペリドール、オキサゼパム、デスメチルジアゼパム、クロミプラミン、ノルトリプチリン、イミプラミン、デシプラミン、ドキセピン、プロプラノロールなど)は禁煙すると血中濃度が3-6週以内に実質的に増加する可能性があり、これらの薬物の血中濃度増加は副作用を悪化させたり中毒を惹き起こす可能性がある。この効果は、ニコチンによるものではなく、むしろベンゾピレン(タバコ発がん物質)やP450システムの関連産物によるものようである。

以上のことから、オーストラリアのガイドラインにもあるように、精神障害者の禁煙治療に関しては、**禁煙開始後早期の診察、精神症状・抑うつ・薬剤血中濃度をこまめにモニターしたほうがよい**ことがわかる。



【コラム】精神障害者に関する禁煙ガイドライン

以下の3つのガイドラインは精神障害者の禁煙治療において大変参考になる。

1. 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」
(以後オーストラリアガイドライン)(文献2)

図表10の精神障害者における禁煙治療の実際はこれをもとに他の精神障害者にも応用できると考え改変したものである。ここには「信頼関係」「こまめな診察」「薬物治療」「長期のフォロー」「精神科医との連携」のポイントがはいっている。これを踏まえて禁煙治療をすると効果が高い。

ただし、このガイドラインでは、禁煙開始後3日以内の初回受診、最初の1カ月は毎週、2カ月目から6カ月までは毎月の受診が推奨されているが、日本では保険での禁煙治療の枠で治療を行うことが前提となるので、5回の診療以外にケースの困難性にあわせて頻度と時間をかけることを勧める。

2. APAによるガイドライン(文献3)

APAは1996年に「ニコチン依存症患者の治療のための実践ガイドライン」を出しており、2006年には「物質使用障害患者の治療、第2版」(以後APAガイドライン)の中にニコチン依存症を含めて更新され、統合失調症などのガイドライン同様、禁煙治療においてもホームページで最新のものをみることができる。

3. 「喫煙およびタバコ依存症治療に関する米国の標準ガイドライン」2008年版(以後USガイドライン)(文献4)

精神障害を合併している場合の治療について触れている。

引用文献

2) Strasser, K., et al: Smoking cessation in schizophrenia. General practice guidelines. Aust Fam Physician, 2002; 31(1): 21-4.

3) Treatment of Patients With Substance Use Disorders, Second Edition
<http://www.psychiatryonline.com/content.aspx?aID=141810> 2008.8.1.

4) U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service: Treating

Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline.2008

http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf 2008.8.1.

[最初に戻る](#)

[前へ](#)

[13](#)

[14](#)

[15](#)

16

[17](#)

[次へ](#)

16/17

[↑ ページトップへ](#)



【コラム】精神科医による禁煙治療

精神障害者については、精神科医が自分の患者に対して禁煙治療することが望ましい。精神科医ならず「信頼関係」が構築されている場合が多く、「こまめな診察」「長期のフォロー」が可能なおうえ、精神症状の変化・抑うつ症状・薬剤副作用を把握しやすく、主剤の調整や抗うつ薬ノルトリプチリンを含む「薬物療法」が容易、「家族・周囲のサポート(含心理社会的治療)」も得やすい。精神障害者は禁煙治療のために他の医療機関を受診しなくてすむ上、経済的負担も少なくてすむ。特に自立支援法第58条の支給認定者では禁煙治療が保険診療であれば診察費が軽減される。しかし、現実には精神科の病院やクリニックで禁煙治療を行っているところは少なく、今後が期待される。

【サマリー】

<図表16>

サマリー

- すべての精神障害者に喫煙歴を訊く。
- 状況に応じてタバコについての正しい情報を伝える。
- 禁煙治療時には精神症状・抑うつ症状・薬剤血中濃度をこまめにモニターし、長期にフォローする。
- 薬物療法は有効で認知行動療法の併用はさらに禁煙率を高める。
- 精神科医や他の医療保健従事者との連携が望ましい。
- 精神科病院の敷地内禁煙は患者、特に入院患者の禁煙に有効と考えられる。

すべての精神障害者に喫煙歴を聞き、状況に応じてタバコについての正しい情報を伝えた方がよい。禁煙治療時には精神症状の変化・抑うつ症状・薬剤血中濃度をこまめにモニターし、長期にフォローする。薬物療法は有効で、認知行動療法の併用はさらに禁煙率を高める。精神科医や他の医療保健従事者との連携が望ましい。精神科病院の敷地内禁煙は患者、特に入院患者の禁煙に有効である。

なお、精神障害者と一般喫煙者の禁煙治療の比較を図表17にまとめた。

精神障害者と一般喫煙者の禁煙治療の比較

	精神障害者に対する禁煙治療	一般喫煙者に対する禁煙治療
保険による禁煙治療	可	可
禁煙治療の方針	密度の濃い禁煙カウンセリングと薬物療法の組合せ	禁煙カウンセリングと薬物療法の組合せ
禁煙補助剤の使用	ニコチン製剤	可
	バレニクリン	禁忌ではないが、臨床試験のデータなし

注意点 精神症状・精神科服用薬剤血中濃度の変化

[最初に戻る](#)

[前へ](#)

[13](#)

[14](#)

[15](#)

[16](#)

17

[テストへ](#)

17/17

[↑ ページトップへ](#)