

<特集「心と身体の健康—最近の話題—」>

卒煙（禁煙）の医学

繁田 正子, 松井 大輔, 渡辺 功

京都府立医科大学大学院医学研究科地域保健医療疫学*

A Review of Smoking Cessation

Masako Shigeta, Daisuke Matsui and Isao Watanabe

*Epidemiology for Community Health and Medicine**Graduate School of Medical Science, Kyoto Prefectural University of Medicine*

抄 録

タバコをやめることを卒煙とここではよぶ。多くの疫学研究が、卒煙の劇的なメリットを証明している。日本のコホート研究では、喫煙継続者と比較して、40歳、50歳、60歳、70歳で禁煙すると、それぞれ4.8歳、3.7歳、1.6歳、0.5歳平均余命が伸びていた。英国の研究では10年近い差になっている。タバコをやめた時から一酸化炭素は下がり、組織の酸素化は改善する。呼吸機能の改善や歯周病の予防効果についても明らかである。末梢血流低下も早期から改善に向かう。

喫煙継続の理由として「ストレスがたまる」「太る」「気分がふさぐ」「便秘になる」などをあげる喫煙者が多いが、これらは「ニコチン離脱症状」であり、基本的には一時的なものである。離脱症状は多彩で個人差も大きいので注意深く見守る必要がある。

卒煙を支援する方法として、根拠に基づく禁煙治療のガイドラインが存在する。このガイドラインに従って喫煙者に禁煙を促せば必ず効果がでる。5つのA（ASK/ADVISE/ASSESS/ASSIST/ARRANGE）としてまとめられている。喫煙理由や状況を何気なく聞き出すこと（ASK）が大事である。また、喫煙はニコチン依存症という疾患であり、成功までにはいくつかの障壁があるが、それに対しても各種薬物治療が可能になり成功率は高まっている。

キーワード：タバコ、喫煙、ニコチン依存、禁煙、卒煙。

Abstract

Many epidemiological studies have proved the great benefits of smoking cessation. It lengthens people's life expectancy. According to a cohort study in Japan, if smokers quit smoking at 40, 50, 60 and 70 years of age, their lives were extended 4.8, 3.7, 1.6, and 0.5 years respectively. A British study shows it was extended almost 10 years. As soon as people quit smoking, their blood levels of carbon monoxide decrease. Large-scale studies have shown the improvement in respiratory function. Peripheral blood flow also improves soon after cessation.

Although many smokers state reasons for not quitting such as "it is stressful", "it causes weight gain", "feeling depressed", and "getting constipated", these are nicotine withdrawal symptoms and basically temporary.

In order to support smoking cessation, an evidence-based guideline for the treatment has been issued. Guiding smokers according to this guideline will be effective. The guideline can be summarized the 5 A's; ASK/ADVISE/ASSESS/ASSIST/ARRANGE. It is important to ASK casually why and how they smoke. For ADVICE, telling them vigorously and firmly to quit is necessary. Smoking is an illness of nicotine addiction and there are a few barriers before they can quit successfully. However, there are all sorts of medications available, which are increasing the success rate.

Key Words: Smoking, Tobacco, Quit smoking, Smoking cessation, Nicotine.

緒 言

欧米の禁煙支援に関するガイドライン¹⁾を元に、2005年、日本でも9学会合同ガイドライン²⁾が発表され、2006年度より「禁煙治療のための標準手順書 (http://www.j-circ.or.jp/kinen/anti_smoke_std/anti_smoke_std_rev2.pdf)」にもとづく禁煙指導に対して「ニコチン依存症管理料」が保険給付されている。とはいえ、実際に日本の医学教育や臨床の場面では、まだ禁煙外来が定着しているようにはみえない。

この「禁煙」という言葉にしても、字の通りに受け止めれば、映画館や電車内などで「吸ってはいけません」という「規則」を示す用語であろう。喫煙者が自らタバコを止めていく過程にふさわしいとは思えない。用語のないところに概念がないのは明らかで、医学的にも社会的にも我が国では理解は進んでいないといわざるをえない。前記の米国のガイドラインでは「Treatment for Tobacco Use」と表現されている。

筆者自身もこの課題に取り組み始めた頃、文献検索をしようとなげなく「no-smoking」といれ目的とする論文が全く得られず自分の無知に気づいた経験がある。「no-smoking」では何もでてこなくても「smoking cessation」に関する論文は何万も存在したし、短期の成功を示す「quit」、長期の成功を示す「ex-smoke」など、それまで意識していなかった用語に次々出会い、がぜん興味がわき現在にいたっている。

それから15年がすぎて「禁煙外来」はずいぶん一般化してきた。しかし「禁煙」という言葉が違和感なく使われていること自体、「smoking cessation」の本質が日本社会に浸透していない証拠ではないだろうか。タバコを止めるという

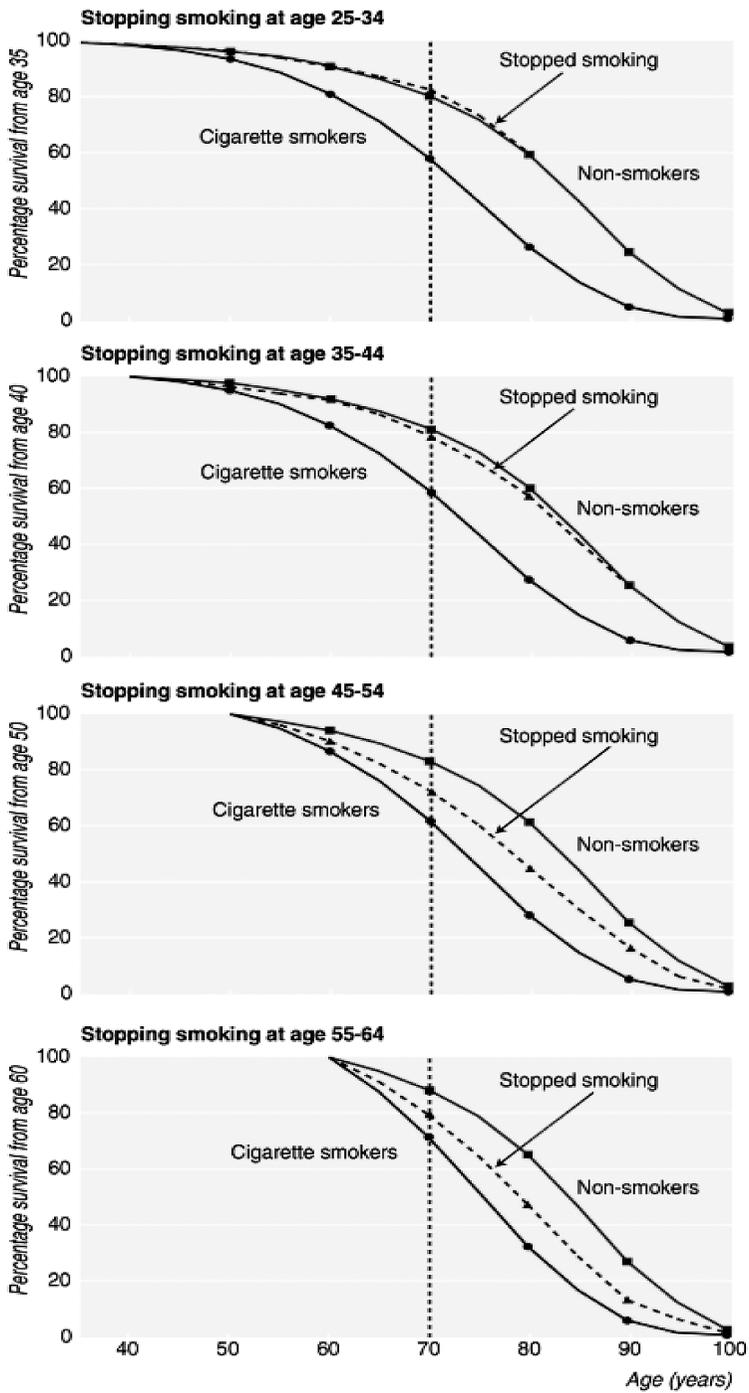
ことが、いかに大事業で、いかに有意義で、いかに医療の対象になるのか、は専門家の間でもまだ知られていないようである。

そこで、本稿では「smoking cessation」を「卒煙」と表現してみた。自らの力をもって、依存症から脱出していくという意味で使っている。「卒煙」という言葉がマスメディアに取り上げられたのは1999年のことである。世界禁煙デーに、きょうと分煙生活舎という任意団体が「禁煙新語大賞」を募り、街角で投票してもらったところ「卒煙」が1位になった、というものである。特に難しい漢字の組み合わせではないことから、それ以前から個別に使っていた人はおられたらう。

筆者らも、1996年の京都第一赤十字病院のニュースで「卒煙しませんか?」と表現し、1998年に「卒煙ノート」を京都市の助成金を受けて製作した。2001年には小学館などが「卒煙ネット」の配信を始め、京都禁煙推進研究会は2002年に「さよならタバコ・卒煙ハンドブック」を発行している。2010年4月にgoogleにて検索すると147000件がヒットしており一般用語としてそれなりに根付いてきていると考え、表題に使用することにした。「なぜ卒煙か」「卒煙で何が起きるか」「どうすれば卒煙できるのか」を概説していきたい。

卒煙の意義

多くの疫学研究が、卒煙によって平均余命が伸びることを明らかにしている。英国における50年にわたる医師を対象とするコホート研究³⁾では喫煙者と非喫煙者平均余命とは10年近い差になり、卒煙者はその間に位置した(図1)。この研究によれば、30歳前後での卒煙なら、非



Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 2004; 328: 1519-1527より.

図1 卒煙による平均余命の改善

喫煙者とほぼ同じになり吸い続けるより10年、40歳前後の卒煙なら9年、50歳前後なら6年、60歳前後なら3年長かった。日本のコホート研究では、喫煙者と比べて、40歳で、50歳で、60歳で、70歳で禁煙すると、それぞれ4.8歳、3.7歳、1.6歳、0.5歳平均余命が伸びていた⁴⁾。多くの科学論文をレビューして卒煙の意義を検討した米国公衆衛生総監では、「卒煙しても、もう手遅れということはありません。何歳であろうと卒煙は意義がある」と結論している⁵⁾。

さらに認識すべきは、単なる平均余命の差ではなく、卒煙によって元気でいられる年齢が延長するという点である。スモーカーが「長生きだけでは意味がない。太く短く生きようと思う。」と語ることはよくあるが、それは勘違いである。死因第3位の脳血管障害や、第4位の肺炎、第10位の慢性閉塞性肺疾患（Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD）など、要介護の原因として代表的なものがタバコ関連疾患であることを想起すれば論じるまでもないだろう。ここでは「長く苦しい死に方になってしまいます」というEUのタバコパッケージを示しておく（図2）。

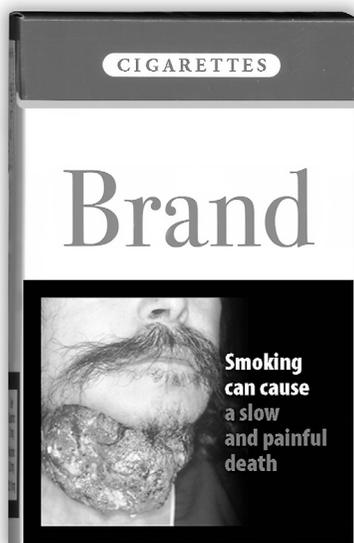


図2 EUで使用されているタバコパッケージの図柄

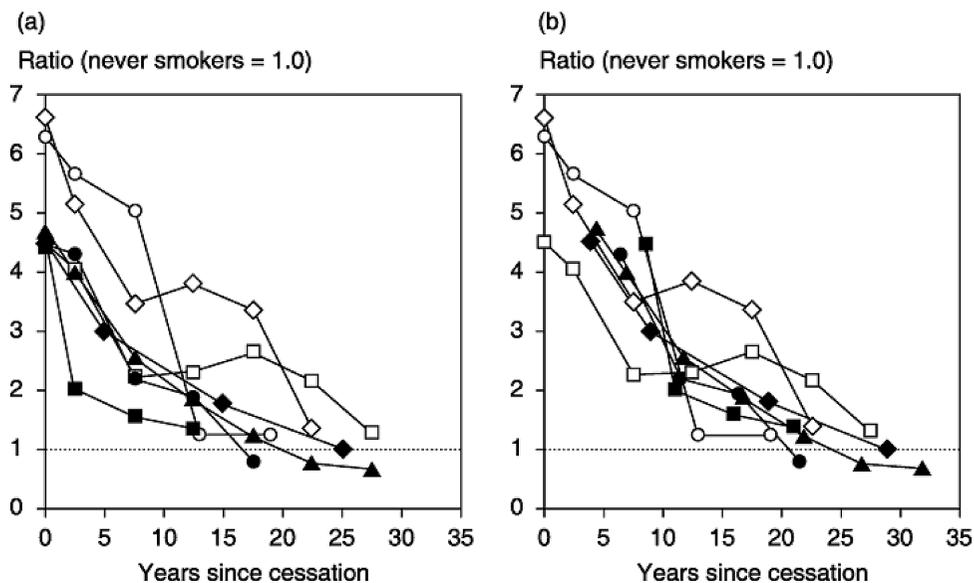
それでも「今更止めても遅いでしょう」とつぶやく中高年は多い、それどころか、中高年のスモーカーに対し「まあ、癌になる確率はすぐには下がらないので…」など、やる気を損なうような言葉を返している医療関係者も多いようである。長年、多種多量の発癌物質を取り込んでいた卒煙者の肺癌罹患率や死亡率は確かに非喫煙者と比べれば高いが、喫煙者と比べれば確実にリスクは下がっている（図3⁶⁾。他の癌においても同様であり、リスクの低下に比較的時間がかかるがんを念頭においても、常に卒煙をめざすべきである³⁾⁵⁾⁸⁾。

何より、毎日一酸化炭素を吸入し全身の酸素不足に陥っていたわけで、禁煙したその時から一酸化炭素は下がり、組織の酸素化は改善する。ニコチンによる末梢血流低下も早期から改善に向かう⁵⁾。したがって、循環器疾患のリスクの減少は特に早くおきるし、効果も大きい。IARCの2007年の総括⁷⁾によれば、卒煙すると2~4年後には虚血性心疾患の発症あるいは再発のリスクは35%減少するとされている。

医療関係者は、イベントを経験した後も吸い続けている患者としばしば対峙しなければならない。患者は疾患に遭遇したことで自己肯定感が下がり、喫煙の悪影響を実際に体験しながら喫煙を継続してしまう方向にいきやすい。未来への希望を掲げることが重要である。発症をきっかけに卒煙すると約5年で虚血性心疾患のリスクは非喫煙者に追いつく⁹⁾ということを示せば、患者も医療関係者も卒煙への動機が高まるのではないだろうか。

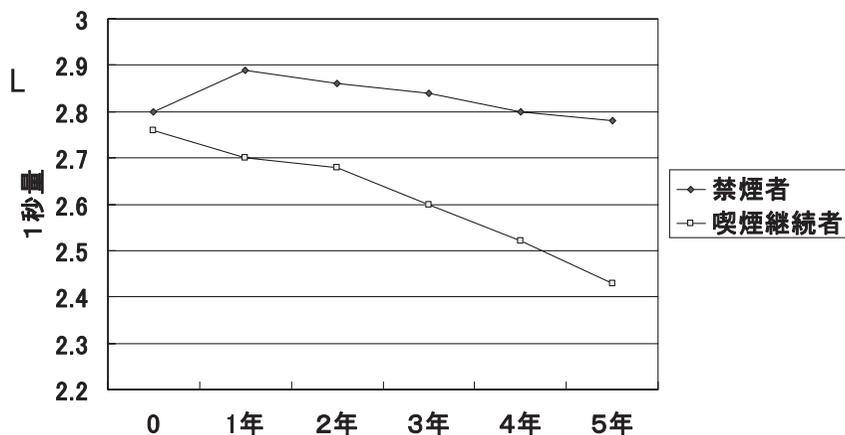
呼吸機能の改善についても多くの詳細かつ大規模な研究で明らかになっている¹⁰⁾¹¹⁾。特に、COPDに関しては、卒煙が唯一根拠をもって有効な治療であり、1年後で1秒量が大きく改善する（図4）ことを、社会に対してももっと広報していくべきである。日本人における研究でも、同様の知見が得られつつある¹²⁾¹³⁾。

意外に気づかれていないが、早期に効果を実感できるのが口腔内の変化である。卒煙者が一番早く感じたものとして、口の中がさわやかであることや歯肉の色がよいということあげら



Decreasing patterns of lung cancer risk in men after quitting smoking in case-control and cohort studies in Japan (a), and the graph redrawn adding half of the follow-up period to years since cessation in the cohort studies (b). Odds ratios or mortality/incidence rate ratios compared with never smokers are displayed from published data

図3 禁煙後の年数別にみた肺がん死亡危険度（日本人男性）



Anthonisen NR, et al. JAMA 272:1497, 1994.

図4 禁煙者と喫煙継続者の呼吸機能 (Lung Health Study 1994 より)

表1 タバコを止めた時のメリット

禁煙開始からの時間	現れる健康へのメリット
24時間	肺から粘液や沈着物を排出し始める
48時間	体内の一酸化炭素が消失する 味覚や嗅覚が劇的に改善する
72時間	呼吸がしやすくなる 気管支が拡張し始め、活動レベルが上がる
2-12週間	血液循環がよくなる
3-9ヶ月	咳や喘鳴など呼吸関連問題が改善に向かい、 呼吸機能が10%よくなる
1年	心臓発作のリスクが喫煙者の半分になる
10年	肺癌のリスクが喫煙者の半分になる
15年	心臓発作のリスクが非喫煙者レベルに下がる

McEwen A, et al: Manual of Smoking Cessation. p23,

れることが多い。実際に喫煙は歯周病の重大な要因であり、卒煙で歯周病が改善することが明らかになっている¹⁴⁾¹⁵⁾。

紙面に限りがあるので、ここでは表1に主な改善項目を示すにとどめるが、多くの疾患で卒煙の効果が認められるので成書¹⁶⁾¹⁷⁾¹⁸⁾を参考に理解を深めてほしい。

ニコチン離脱症状

卒煙に取り組まない理由として「ストレスがたまる」「イライラする」「太る」「気分がふさぐ」「便秘になる」などをあげる人が多い。これらを「禁煙によるデメリット」と多くの日本人は捉えているが、実は「ニコチン離脱症状」のひとつであり、基本的には一時的なものであ

表2 禁煙による離脱症状、徴候

精神障害の診断・統計のマニュアル第4版 (DSM-IV)	WHO国際傷病疾病分類第10版 (ICD-10)
(1) 不快または抑うつ気分	(1) たばこ(または他のニコチン含有物)を熱望すること
(2) 不眠	(2) 倦怠感、虚脱感
(3) 易怒性、欲求不満、または怒り	(3) 不安
(4) 不安	(4) 不快気分
(5) 集中困難	(5) 易刺激性、落ちつきのなさ
(6) 落ち着きのなさ	(6) 不眠
(7) 心拍数の減少	(7) 食欲亢進
(8) 食欲増加または体重増加	(8) 咳の増加
	(9) 口腔内の潰瘍形成
	(10) 集中困難

る。ニコチン依存に陥っていた脳細胞や自律神経の改善症状ととらえるべきものも多い。

WHO 国際傷病疾病分類第 10 版 (ICD-10) や精神障害者の診断統計マニュアル第 4 版 (DSM-IV) には表 2 のようなニコチン離脱症状があげられている。広く知られている「タバコへの渴望」や「易怒性 (いわゆるイライラ)」から、あまり知られていない「口内炎」「咳の増加」「しびれ」など多彩である¹⁶⁾。「当り散らされるので吸ってもらったほうがまだ、と思って再喫煙を勧めた」という家族の弁や「ストレスがたまると、しかたがない」と伝えている医療関係者の話を聞いてがっかりすることがある。医療関係者はニコチン離脱症状を熟知し、本人はもちろん周囲の人にも症状の存在と対策を説明すべきである。

禁煙開始直後の 1~2 週間に咳が増える例があるが、これは繊毛の動きが回復するためではないかといわれている。口内炎も、喫煙で損なわれていた IgA が分泌されるため、といわれており、回復の途上であることを説明して禁煙を継続させれば 1 ヶ月もすれば消失する¹⁸⁾。離脱症状は多彩で消失までの期間には個人差も大きい (表 3)。経験を積み重ねて指導していく必要がある。

禁煙開始直後の激しいいらだちやうつ傾向を越えた次の壁は食欲の亢進に伴う体重増加である。肥満のリスクが強調される時代なので、少し太り始めると「これなら吸っていたほうがま

しだ」と再喫煙している人が多い。体重増加の影響は、喫煙の害に比べると明らかに小さく一過性である。よくかむこと、口寂しい時は身体を動かすこと、ニコチン代替療法を使うことでかなり制御できる¹⁹⁾。便秘は自律神経の不均衡によるものと考えられているがこれも運動や一定期間の緩下剤で乗り切れる²⁰⁾。

この「ストレスがたまる」「体重が増える」「便秘」などは、喫煙によって正しい生活習慣が失われていたという面も大きい。喫煙者ほど運動しない、濃い味のものを好む、朝食を抜く、夜更かし、など、問題行動が重なっていることが多い。ニコチンでそれらを粉飾していたため、禁煙後さまざまな問題が顕在化し不調になることがある。実際に疾患に罹患していることも稀ではない。喫煙にからむ深刻な問題を浮き上がらせてくれただけで、将来の健康への踏み切り板のような問題と理解して支援していく。

卒煙の方法

卒煙の成功に関して、さまざまな研究がなされ、社会的個人的特徴による差はあるにせよ、標準的方法が確立されている。モチベーションを高めること、徐々に減らすのではなく、ある日を境に一本も吸わないようにする「cold turkey」法を行うこと、各種補助剤を使用することで、成功率は高まる¹¹⁾¹⁸⁾。

京都禁煙推進研究会では、これを「あいうえお卒煙法」として 1999 年より府市民に伝えている²¹⁾。幼稚に聞こえるが内容は科学的研究の集大成であり、書籍として 1 万冊、日本心臓財団編集の小冊子として 100 万刷全国にでており、医療関係者が使うにも適していると思われる。「あかるく」「いっきに」「うごいて」「えんをむすんで」「おきあがりこぼしで」止めようという内容である。京都府立医大の予防医学センターのホームページにも 2009 年から概略が掲載されており誰でも利用できる。図 5 は、その一部である。

「あかるく止めよう」はモチベーションの明確化や前向きに取り組むことが成功に必須であることから、一番にあげるべきポイントとされて

表 3 離脱症状の頻度と持続期間

症状	持続期間	発生頻度
いらだち・怒りっぽさ	<4週間	50%
うつ傾向	<4週間	60%
落ち着かない	<4週間	60%
集中困難	<2週間	60%
食欲増進	>10週間	70%
頭がふわふわする感じ	<2日間	10%
夜中に目覚める	<1週間	25%
便秘	>4週間	17%
口腔潰瘍	>4週間	40%
喫煙衝動	>2週間	70%



図5 タバコのやめ方を示すイラストの一例

いる。「いっきに止めよう」は「cold turkey」のほう徐徐に減らすより2~3倍成功しやすいという比較研究に基づいている¹⁶⁻¹⁸⁾。喫煙者に示すには、30本を15本に減らしたら血中ニコチン濃度が106.0 nmol/lから154.8 nmol/lへと上っていた²²⁾というデータを示すと理解されやすい。同様に、軽いタバコに変えることも卒煙には無意味である。

「うごいてやめよう」は行動科学で言う「行動代償法」にあたる。卒煙開始前に対策をたてておくことをすすめるが身体を動かすのが一番のぞましい。上記の離脱症状を軽減する効果が期待される。「えんをむすんでやめよう」は医療関係者の支援を受けたり、禁煙補助剤を使ったりすることに加えて、友人や家族との協力体制を推奨するものである。最後に「おきあがりこぼしで止めよう」であるが、これは卒煙に至るまでに3~5回の再発があるのが一般的であること、挑戦回数によって成功率が高まるということなどの根拠によっている。

卒煙支援の方法

ガイドライン¹⁾²⁾によれば卒煙支援は「タバコを止めたい」者だけに行うのではなく、喫煙者全員になされるべきものである。そこで、すべての喫煙者に対して行う支援と禁煙希望者に対する支援に分けて述べる。

A: すべての喫煙者への支援¹⁾²³⁾²⁴⁾

世界的に5つのAといわれる方法が推奨されている。① ASK; 喫煙するか必ず聞く。できれば本数や禁煙経験なども尋ねる。② ADVISE; 止めるようにはっきり言う。タバコの危険を明確に語る。③ ASSESS; 止める気があるかどうかを確かめる。その気がなければ5つのRへ。④ ASSIST; 止める気があれば、日を決めてすっぱり止めるよう勧める。⑤ ARRANGE; 禁煙を支援することを伝え、次にあう日を決めるというものである。

5つのRとは① Relevance; 一般論ではなく自分自身の身体に関係しているということ②

Risks；健康被害の大きさが極めて大きいということ③ Rewards；止めれば多くのよいことがあること④ Repetition；禁煙までに何度かの失敗は普通だということ⑤ Roadblocks；禁煙への障害を切り抜ける方法があることの5つである。すべてを話せというものではなく、そのうち最低一つを伝えるべきというものである。

診察のたびに医師や看護師から口頭で伝えられるのが理想とはいえ、実際に日本の忙しい外来の現場では難しいことが多い。そんな時も、待合ホールにタバコに関するポスターを貼り、リーフレットを置くことだけでも支援の一つになる。喫煙を当然と感じている喫煙者でも外来受診時は健康に意識が向かっている。そこに「どれくらい吸っているのですか？」「そろそろトライしましょう。」と一言添えれば、必ず効果はある。若年者や少量喫煙者、妊婦など、禁煙外来の保険適用にならない喫煙者に対しては、唯一ともいえる介入方法である。本邦では、この一般外来での支援についての研究が遅れており、実践とともに研究もすすめられるべき分野である。

B：禁煙外来における支援

京都府立医大においては、2010年4月に全国的にも珍しい全科横断的協力体制のもと禁煙外来がスタートした。スタートは全国の大学に遅れをとったが、普及のモデルとなるような禁煙外来の遂行ができれば、大学の責務を果たせるのではないだろうか。そこで、全医師必携といえる基本的支援方法を紹介しておく。なお、保険診療に関しては、あらかじめ「ニコチン依存症管理料算定医療機関」として社会保険事務所に届出が必要である。

まず、ニコチン依存の状態を診断するため、ニコチン依存度テスト (FTND) や、タバコ依存スコア (TDS) といった問診を行う。これらの問診表はガイドライン²⁾ からダウンロードできる。TDS5点以上で喫煙指数 (吸っている本数×年数) が200以上なら保険給付の適用になる。それ以下なら、現時点では自費診療として支援する。タバコを止めようと思った動機やこれまでの挑戦歴についても聞き出しておく

あとで役立つ。生体指標として呼気中の一酸化炭素測定 (呼気CO) を行う。呼気COはすぐに結果がみえ、喫煙者では環境基本法の基準である10 ppmを超えていることがほとんどなので、その説明を同時に行う。

動機付け面接法²⁴⁾ として「なぜタバコを吸うのか」「どういう利点を感じているのか」と訊ね、セルフモニタリングを促す。嗜好として吸っているのではなくニコチン依存に陥っていることに自ら気づいてもらうことをめざす。行動療法としては、禁煙開始日を設定することや、吸いたいときの対処法をあらかじめ考えておくことが望ましい。禁煙宣誓書などが手順書にあるので利用すればよい。

特に禁忌にあたらない限り禁煙補助剤を併用する。ニコチンガムは薬局で処方箋なしで購入できる。吸いたくなかった時に10回ほど噛み、しばらく口唇と歯茎の間に置いてニコチンを粘膜吸収させる。ニコチンパッチは最大サイズのニコチネル TTS30 以外は同じようにOTCで購入できるが、ニコチネル TTS30 に関しては処方箋が必要である。ニコチンパッチを用いる支援については、条件があれば保険給付可能である。

ニコチンパッチは皮膚に貼付することによって禁断症状を緩和させるもので、24時間効果が持続する。夜間に不眠や悪夢などの副作用がでることがあり、その際は朝起き抜けに貼って寝る前にはがすように指示する。皮膚のかぶれも時に見られるが場所を大きく変えたり少量のステロイド軟膏を使用したりすることでほぼ切り抜ける。ニコチンガムもパッチも、使い始めたら決してタバコを吸わないということが最も重要なことである。

2008年に日本でも使用可能になったバレニクリン (チャンピックス) は、ニコチン依存症の本丸ともいえる $\alpha 4\beta 2$ ニコチン性Aセチルコリン受容体に、ニコチンのアンタゴニストと部分的アゴニストとして働くとされる。ニコチン製剤でないため血管系疾患患者にも仕えるなど禁忌が少なく、わが国における治験でも、成功率を2倍近く上昇させた²⁵⁾。副作用として嘔気があげられるが、空腹時の服用を避けるこ

とと、水を多めに飲むこと、量の調整で切り抜かれるといわれている。欧米ではニコチン代替療法と共に、第一選択にあげられており、この2年で日本の禁煙外来の主流になっている。ただし、米国FDAが、自殺企図があったとして注意喚起しており、うつなどの既往のある人や精神疾患患者への投与には注意が必要である。慎重に使用され安全性を担保しつつ、禁煙率の向上に寄与して欲しいと期待している。

お わ り に

くしくも、2010年1月1日より本学が敷地内全面禁煙になり、4月1日からは禁煙外来もスタートした。これだけでも府民の健康増進に寄与できることは確実だが、円滑な無煙化推進には喫煙者の卒煙を促すことがきわめて重要になる。この時期に、卒煙について書く機会をいただいたことは望外の喜びであり、関係各位の協力や支援に感謝の意を表するものである。

文 献

- 1) US Department of Health and Human Services. Treating Tobacco Use and Dependence. A Clinical Guideline., Rockville (AHRQ publication No.00-0032), 2000. (<http://www.ahrq.gov/clinic/tobacco/>)
- 2) 9学会合同研究班編：禁煙ガイドライン. Circ J 69 (Suppl. IV): 1005-1103, 2005. <http://www.twmu.ac.jp/DNH/byouki/kinenguidlin.pdf>
- 3) Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ 2004; 328: 1519-1527.
- 4) Ozasa K, Katanoda K, Tamakoshi A, Sato H, Tajima K, Suzuki T, Tsugane S, Sobue T: Reduced life expectancy due to smoking in large-scale cohort studies in Japan. J Epidemiol 2008; 18: 111-118.
- 5) US Surgeon General. The Health Benefits of Smoking Cessation. <http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/B/C/T/> 1990.
- 6) Wakai K, Marugame T, Kuriyama S, Sobue T, Tamakoshi A, Satoh H, Tajima K, Suzuki T, Tsugane S. Decrease in risk of lung cancer death in Japanese men after smoking cessation by age at quitting: Pooled analysis of three large-scale cohort studies. Cancer Sci 2007; 98: 584-589.
- 7) IARC 2007. IARC Handbooks of Cancer Prevention, Tobacco control, volume11: Reversal of risk after quitting smoking, Lyon, France.
- 8) 繁田正子. 肺癌治療における「卒煙療法」の重要性. 治療学 2004; 38: 614.
- 9) Dobson AJ, Alexander HM, Heller RF, Lloyd DM. How soon after quitting smoking does risk of heart attack decline? J Clin Epidemiol. 1991; 44: 1247-53.
- 10) The Lung Health Study. Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV1. JAMA 1994; 272: 1497-1505.
- 11) 繁田正子. COPDの予防および治療における禁煙の重要性—その科学的根拠—. 日本胸部臨床 2001; 60: 295-307.
- 12) Shigeta M. Improvement of pulmonary function after smoking cessation. J Kyoto Pref. Univ. Med 2000; 109: 229-238.
- 13) Omori H, Nonami Y, Morimoto Y: Effect of smoking on FEV decline in a cross-sectional and longitudinal study of a large cohort of Japanese males. Respiriology 2005; 10: 464-9.
- 14) Heasman L, Stacey F, Preshaw PM, et al. The effect of smoking on periodontal treatment response: a review of clinical evidence. J Clin Periodontol 2006; 33: 241-253.
- 15) Preshaw PM, Heasman L, Steen N, et al. The effect of quitting smoking on chronic periodontitis. J Clin Periodontol 2005; 32: 869-879.
- 16) 喫煙と健康問題に関する検討会報告書：喫煙と健康 東京：保健同人社，2002.
- 17) 日本禁煙学会. 能動吸煙禁煙学改訂2版. 東京：南山堂，2010.
- 18) McEwen A, Hajek P, McRobbie H and West R. Health benefit of smoking cessation. In Manual of smoking cessation. Blackwell UK 2006; 23-32.
- 19) 松崎道幸. 糖尿病と禁煙：禁煙後の肥満をどうするか. 糖尿病診療マスター 2009; 7: 551-555.
- 20) 上田三穂, 繁田正子. 禁煙と便秘. 日本医事新報 2006; 4300: 92-93.
- 21) 繁田正子：だれでもできる楽々卒煙法. 卒煙ハンドブック. 京都：京都新聞出版センター，2002: 33-44.
- 22) Ho-Yen DO, Spence VA, Moody JP, Walker WF: Why

- smoke fewer cigarettes?. BMJ 1982; 284: 1905-1907.
- 23) 村手孝直：一般外来における禁煙指導の進め方. モダンフィジシャン 2009; 29: 1728-1733.
- 24) 繁田正子：禁煙治療の実際 (カウンセリング・行動療法). モダンフィジシャン 2009; 29: 1739-1743.
- 25) 繁田正子：禁煙治療の実際 (薬物療法). モダンフィジシャン 2009; 29: 1744-1749.

著者プロフィール



繁田 正子 Masako Shigeta

所属・職：京都府立医科大学大学院医学研究科地域保健医療疫学 講師

- 略 歴：1981年 京都府立医科大学卒業
- 1983年 松下記念病院第一内科勤務
- 1986年 京都府立医科大学第一内科研究生・修練医等
- 1989年 明治鍼灸大学内科講師
- 1991年 米国マサチューセッツ州クインシガモンド大学
- 1995年 京都第一赤十字病院健診部医長
- 1999年 同副部長
- 京都府立医科大学客員講師
- 2003年 京都第一赤十字病院健診部部长
- 2007年 京都府立医科大学医学研究科
地域保健医療疫学教室学内講師
- 2008年 同大学同教室講師

専門分野：公衆衛生学 地域保健 健康増進 呼吸器内科

- 主な業績：著書 2002年 卒煙ハンドブック (共著) 京都新聞出版センター
- 2003年 禁煙外来マニュアル (共著) 日経メディカル開発社
- 2007年 喫煙病学 (共著) 最新医学社