

渡辺愛先生 稲垣幸司先生 工藤里香先生 翻訳

武田聖子先生 坂田知子先生 藤岡譲先生 竹村充代先生 王 宝禮先生 高橋裕子 監修

Counseling for tobacco cessation 禁煙のための のカウンセリング

- 2011年3月16日 06:31:00 AMにアップデートされた(Arch Intern Med 2011 Mar 14)。 [更新を見る](#)
- 電話カウンセリングを含む行動療法は無煙タバコ使用者の禁煙率を増加させるかもしれない(Cochrane Database Syst Rev 2011 Feb 16)。 [更新を見る](#)
- 電話とインターネットの介入の組み合わせはインターネット単独の治療に比較して禁煙の個人記録を改善するかもしれない(Arch Intern Med 2011 Jan 10)。 [更新を見る](#)

Related Summaries:

- [Tobacco use disorder](#) タバコ使用による障害
- [Bupropion for smoking cessation](#) ブプロピオンによる禁煙
- [Nicotine replacement therapy for smoking cessation](#) ニコチン置換療法による禁煙
- [Varenicline](#) バレニクリン
- [Smoking cessation strategies for hospitalized patients](#) 入院患者における禁煙治療
- [Physician Quality Reporting System 2011 Quality Measures](#)

Overview: 概観

- すべての医師は禁煙介入を提供しなければならない。([PHS エビデンスの強さ A](#))
 - すべての医師はあらゆる患者がタバコをやめるように強くアドバイスすべきである。医師のアドバイスが禁煙率を増加させる根拠が示されている。([PHS エビデンスの強さ A](#))

- 複数の医療関係者による介入(例えば医師、看護師、薬剤師、歯科医師等口腔衛生に関わる者など)があればなお望ましい。(PHS エビデンスの強さ C)
 - 医師からの手短なアドバイスは、禁煙率を上げるのに、若干の効果しかない。(レベル 2[中程度の]エビデンス)
 - 看護職によるアドバイスとカウンセリング は禁煙率を若干増加させるかもしれない。(レベル 2[中程度の]エビデンス)
- カウンセリングと薬物治療の併用(PHS エビデンスの強さ A)
 - カウンセリングと薬物治療の併用はどちらか単独でするより効果的であり、できれば両方提供すべきである。
 - 薬物治療と合わせ、面談の回数を多くした方が、面談の少ない場合より、効果がある。
 - 臨床医は、個々の禁煙を 4 例以上経験すべきである。(PHS エビデンスの強さ A)
 - 問診結果によって禁煙を支持する。
 - スパイロメトリーによる肺年齢を知らせた患者は、12 ヶ月後禁煙継続している率が高い。(レベル 1[ほぼ信頼できる]エビデンス)
 - 患者と予測できる結果を共有することは、禁煙意欲を高める。(レベル 2[中程度の]エビデンス)
 - カウンセリングによるアプローチ
 - 集中的に介入するほど(回数を増やしたり、時間を長くすること)、効果的である。(PHS エビデンスの強さ A);集中介入 (レベル 2[中程度の]エビデンス)は禁煙者の増加に関連する。
 - 積極的な電話カウンセリング、集団カウンセリング、または個別のカウンセリングなどを組み合わせると、禁煙率を増加させることもできるし、個人を勇気づけることもできる。(PHS エビデンスの強さ A)
 - 禁煙介入には、以下の 2 つを提供すべきである。(PHS エビデンスの強さ B)
 - 積極的なカウンセリング(再喫煙リスクをしっかりと認識させること、そして面談者自身の面談技術を向上させること)および
 - 支援と激励。
 - 対面での個別の禁煙カウンセリングは、禁煙を助けるだろう。(レベル 2[中程度の]エビデンス)

- [動機づけ面接法](#)を用いると、通常の方法または手短な介入をした時と比較して禁煙率はややアップする程度。(レベル 2[中程度の]エビデンス)
- 個々人にあった教材(パンフレットとウェブに基づいたもの)は、禁煙補助になる。(PHS エビデンスの強さ B)
 - [いわゆる「禁煙のための教材」](#) はあまり効果的ではなく、ニコチン置換療法と組み合わせても同様の効果しか得られない。(レベル 2[中程度の]エビデンス)
 - [しかしいわゆる「禁煙のための教材」](#) を用いると禁煙の効果はアップする。(レベル 2[中程度の]エビデンス)
- [グループ指導](#)は、個人指導より効果がある。(レベル 2[中程度の]エビデンス)
- [電話によるカウンセリング](#)も禁煙に興味を持たせることができる。(レベル 2[中程度の]エビデンス)
- [ウェブやネットによる禁煙プログラム](#)は成人にとって効果がある。(レベル 2[中程度の]エビデンス)
- 未成年へのカウンセリングについて
 - [いくつかのカウンセリングプログラム](#)は未成年喫煙者の禁煙にほんの少し役立つかもしれない。(レベル 2[中程度の]エビデンス)
 - ティーンエイジャーに[動機づけ面接法](#) を用いると、喫煙率は下がる。(レベル 2[中程度の]エビデンス)
- [無煙タバコ使用者](#)に対して、電話面接を含む行動変容介入を行うと、禁煙率は増加する。(レベル 2[中程度の]エビデンス)
- [禁煙の意志のない者](#)に対し、動機づけ面接法を用いると、禁煙率はアップする。(PHS エビデンスの強さ B) (レベル 2[中程度の]エビデンス)

▼[Recommendations](#) 勧告

米国公衆衛生学サービス(PHS)の推奨

- 医師は全ての喫煙患者に禁煙を強く勧めるべきである。なぜなら医師のアドバイスは禁煙率を増加させるから。(PHS エビデンスの強さ A)
- 問診や血清コチニン測定や肺機能評価などのタバコに特異的な検査結果が有用でなくても、禁煙療法は有効である。(PHS エビデンスの強さ A)
- 種々の禁煙療法は禁煙率を向上させる。よってすべての臨床医は禁煙介入を提供すべきである。(PHS エビデンスの強さ A)

- カウンセリングと薬物治療の併用は、各々単独で行うより効果的なので、両方を用いるべきである。(PHS エビデンスの強さ A)
- 有効と思われる薬物治療は、禁忌を除く全ての患者に用いられるべきである。(PHS エビデンスの強さ A)
- 薬物療法のエビデンスが不十分な対象は以下のとおり。
 - 妊婦
 - 無煙タバコ使用者
 - 未成年
 - ライトスモーカー(10本/日未満)

- 臨床医による介入
 - 3分未満の最小限の介入でも禁煙率を増加させるため、あらゆる喫煙者に対して医師の介入はなされるべきである。(PHS エビデンスの強さ A)
 - より集中的な介入(回数が多かったり、時間が長かったり)は、より効果的であり、可能な限り行われるべきである。(PHS エビデンスの強さ A)
 - 臨床医は、個人に対し4回以上対応すべきである。(PHS エビデンスの強さ A)
- カウンセリングで考慮すべき事由
 - 積極的な電話カウンセリング、集団指導、個別指導は有効であり、禁煙指導に用いられるべきである。(PHS エビデンスの強さ A)
 - 上記を組み合わせた禁煙率は増加し、個々人の禁煙を奮い立たせるだろう。(PHS エビデンスの強さ A)
 - 禁煙のためには以下両者を行うべき。(PHS エビデンスの強さ B)
 - 積極的なカウンセリング(再喫煙のリスクを認識させることと面接者自身のコーピング技術を向上させること)
 - 支援と激励
 - パンフレットやウェブ教材など個々人に応じた教材が禁煙に有効である。(PHS エビデンスの強さ B)
- 禁煙の意志のない者に対しては、動機づけ面接を行う。(PHS エビデンスの強さ B)
- Reference – [DHHS 2008 May PDF](#) or at [National Guideline Clearinghouse 2008 May 12:12520^{\(1\)}](#)

▼[General Efficacy](#) 一般的な効用

- **対面での個別カウンセリングは、禁煙に効果的である。(レベル2[中程度の]エビデンス)**

- コクランレビューによる。
- 日常診療に関係のない医療従事者による個別面談を、7000人以上を対象に30のランダムおよび準ランダム試験で行った。
- 22試験では結果が不十分であった。
- カウンセリングによる介入を行った群とコントロールを比較した
 - 7855名、18試験の結果、面談介入群の禁煙率は11%であったのに対し、コントロール群は7.8%だった($p = 0.00001$, NNT 32)。
 - 1732名、4試験の結果、ニコチン代替療法と面談の併用群での禁煙率は18.2%であったのに対し、ニコチン代替療法単独の禁煙率は12.8%であった($p = 0.034$, NNT 19)。
- 1897名を対象に5試験を行った結果、集中面談群と短時間の面談群の禁煙率に有意差はなかった。
- Reference – [Cochrane Database Syst Rev 2008 Oct 8;\(4\):CD001292](#)

- **行動への集中介入(レベル2[中程度の]エビデンス)**

- 不均一なテストによる系統立てたレビューに基づいている
- 26927人の喫煙者に対し、①最小限の介入②個人への集中介入③集団指導④電話の4種類の方法を用いて、50ランダム試験で評価した。
- 禁煙成功の有無は、生化学的に6または12ヵ月後に評価する。
- 介入方法と期間は多岐にわたる。
- 禁煙に効果があった介入方法の各オッズ比
 - 医療従事者からの短時間のアドバイスは1.5(有意差なし)
 - 個別カウンセリングでは1.49($p < 0.05$)
 - 集団カウンセリングでは1.76($p < 0.05$)
 - 電話カウンセリングでは1.58であった($p < 0.05$)。
- Reference – [Eur Heart J 2009 Mar;30\(6\):718](#)
- *DynaMed 注釈* 明らかに不均質な介入試験が報告されているが、その検証はなされていない。

○

- **未成年における禁煙に対し、ある種の面談は若干効果的。(レベル2[中程度の]エビデンス)**

- コクランレビューに基づく
- 20歳未満の5000名の喫煙者に対し、24試験を行った。

- 禁煙増加に関係のあった介入方法
 - 1537名の未成年に対し2試験、TTM理論(変化期)に則ったアプローチ方法と通常方法で比較した。
 - 1年でのオッズ比 1.7(95% CI 1.25-2.33)
 - 10%が禁煙成功するための治療必要数は10-46人。
 - 2503名の未成年に動機づけ支援を11試験行い、短時間介入と比較した。
 - 6ヶ月以上でのオッズ比 1.7 (95% CI 1.31-2.2)
 - 9%が禁煙成功するための治療必要数は12-41人
 - 1073名の未成年に対し、認知行動療法を4試験行い、短時間介入と比較した。
 - 6ヶ月以上でのオッズ比(95% CI 1-3.11)
 - 有意差なし。
- 120名の未成年に対するニコチン代替療法+**underpowered trial**では6ヵ月後の禁煙増加はニコチン代替単独と有意差のない傾向だった。
- 211名の未成年に、ニコチンパッチ+ブプロピオンにて禁煙指導を行ったが、効果がなかった。
- 312名の未成年に対するブプロピオン療法を行ったところ、300mg/日と150mg/日の投与では有意差は認められなかった。
- Reference - [Cochrane Database Syst Rev 2010 Jan 20;\(1\):CD003289](#)

Motivational interviewing: 動機づけ面接法 (MI)

- MIは、通常の支援や短時間の介入に比べて、より禁煙を促すことが示唆されている(レベル2[中程度の]エビデンス)。
 - コクラン・レビューに基づいている
 - 対象者は、妊婦を除く成人喫煙者10,000名以上、動機づけ面接法にて14のランダム試験を行った。
 - 通常の支援方法や短時間介入法で比較した。
 - 不適切なものが11試験あった。
 - MIは、禁煙に有効であった。
 - 14研究(成人10,538名)におけるリスク比 1.27 (95% CI 1.14-1.42)
 - 対照群が9%禁煙するための治療必要数(NNT)は、27-80である。
 - 開業医による20分以上の禁煙のアドバイスだけでも、高い禁煙率があると報告されている。

- 1回だけでも複数回でも動機づけ面接法は効果的である。
 - Reference – [Cochrane Database Syst Rev 2010 Jan 20;\(1\):CD006936](#)

- **小児科で動機づけ支援で介入すると、母親の禁煙率を上げる（レベル 2[中程度の]エビデンス）。**
 - RCT に基づいているが、フォローアップができていないものも含まれている。
 - 子どもが小児クリニックに通院中の喫煙する母親 303 名を、介入群と対照群にランダムに割りつけた。
 - 介入方法は、小児科医からの動機づけの助言を行い、医師または研修を受けた看護師から禁煙の導入方法を説明し、10 分間の MI を行った。そして3か月以内に3回の電話カウンセリングを行った。
 - 3か月と12か月経過した時点の禁煙継続率は 80%であった。
 - MI 群と対照群を比較した。
 - 3か月時の自己申告による禁煙継続率は、MI 群 7.7%、対照群 3.4%であった。
 - 12 か月時の自己申告による禁煙継続率は、MI 群 13.5%、対照群 6.9%で、NNT15 となった。
 - Reference – [Arch Pediatr Adolesc Med 2003 Mar;157\(3\):295 full-text](#), summary can be found in [Am Fam Physician 2003 Oct 15;68\(8\):1658](#), commentary can be found in Evidence-Based Medicine 2003 Nov-Dec;8(6):180

- **特別に研修を受けた助産師による動機づけ支援では、禁煙率はアップしなかった（レベル 2[中程度の]エビデンス）。**
 - 低い遵守率の RCT に基づいた。
 - 762 名の妊婦を MI 群と標準的な教材を用いた群にランダムに割りつけた。
 - 動機づけ面談が行われたのは、介入群の 74%にすぎなかった。
 - 禁煙継続は、コチニン濃度の測定によって検証した。その結果、MI 群 4.8%、対照群 4.6%となり、有意な差異ではなかった。
 - Reference – [BMJ 2005 Aug 13;331\(7513\):373 full-text](#)

- **MI の介入は、10 代の子供達の喫煙率を低下させる可能性がある（レベル 2[中程度の]エビデンス）。**
 - 無作為 RCT に基づいた。

- 2,526 名の 14-17 歳を対象に、タバコ介入群と簡単な食事指導の群にランダムに割りつけた。
 - 介入方法は、喫煙状況や禁煙ステージにより、それぞれ適切なものを選んだ。具体的な介入方法は、①医師による 30 秒のアドバイス、②10 分の対話形式の PC プログラム、③5分間の MI、④2回までの 10 分間の電話カウンセリングおよび⑤対面カウンセリングからなる。
 - コントロール群には、果実や野菜の摂取を増やすよう5分間の MI を行った。
 - 介入群では 86%、コントロール群では 90%を 2 年間継続フォローした。
 - ベースライン時には、うつが疑われたものは、介入群 48.5%、対照の介入群 58.3%である点を除いて、有意な差異はなかった。
- 1年経過した時点で介入群と対照群を比較した。
 - 30 日間の禁煙継続率は、介入群 77.2%、対照群 72.8%で、そのオッズ比(OR)は、1.27 (95% CI 1.08-1.51)となった。
 - 30 日間、禁煙が継続したベースライン時喫煙者の禁煙継続率は、介入群 32.5%、対照群 23.1%で、その OR は、1.55 (95% CI 1.05-2.31)となった。
 - 30 日間、非喫煙が継続したベースライン時の非喫煙者の非喫煙継続率は、介入群 90.8%、対照群 87.9%で、その OR は、1.37 (95% CI 1.01-1.85)となった。
- 2年経過した時点で介入群と対照群を比較した。
 - 30 日間の禁煙継続率は、介入群 72.8%、対照群 68.6%で、その OR は、1.23 (95% CI 1.031-1.47)となった。
 - 30 日間、禁煙が継続したベースライン時の喫煙者の禁煙継続率は、介入群 29.7%、対照群 20.9%で、その OR は、1.55 (95% CI 1.02-1-2.36)となった。
 - 30 日間、非喫煙が継続したベースライン時の非喫煙者の禁煙継続率は、介入群 85.8%、対照群 83.1%で、有意な差異はなかった。
 - 6つの異なる解析を行ったが、ほぼ同じ結果となった。脱落例は、割り振られたすべての人に調整して解析した(ITT 解析)。
- Reference - [Pediatrics 2005 Apr;115\(4\):981 full-text](#), commentary can be found in Evidence-Based Medicine 2005 Sep-Oct;10(5):144
- 禁煙意思のない患者は、AHRQ ガイドラインが提唱した「5つの R」を用いる^①。

- Relevance 関連:個人的になぜ禁煙するのかについて関連づけて励ます.
- Risks 疾患リスク:喫煙に関連する疾患リスクを示す.
- Rewards 報酬:禁煙のメリットに気づかせる.
- Roadblocks 障壁:禁煙への障壁を評価させる.
- Repetition 反復:機会を捉えて, 動機づけを繰り返す.
- **MI 単独, もしくは, ニコチン代替療法(NRT)との併用療法により, 無関心な喫煙者の禁煙率を促すことが示唆されている (レベル 2[中程度の]エビデンス).**
 - アウトカムを盲検化していない RCT に基づいた.
 - 積極的に禁煙には興味を示していないが, 研究に同意して参加した 616 名の喫煙者(1名あたり\$75)をランダムに3群に割りつけた.
 - 無治療
 - 禁煙のカウンセリング後, 0週, 3週で NRT, 6週後に簡単なアドバイスを行う.
 - MI 後, 0週, 3週で NRT, 6週後に簡単なアドバイスを行う.
 - 研究の進行は, 電話で確認し, アウトカムは自己申告, インタビューでは, 治療の割りつけは盲検化しなかった.

アウトカム (p values vs. 無治療)

	禁煙推進のための カウンセリング プラス ニコチン置換療法 (NRT)	動機づけ面接	無治療
24 週時の7日 前に禁煙	18% (p < 0.01, NNT 8)	23% (p < 0.01, NNT 6)	4%
6週時の7日 前に禁煙	1%	1%	1%
24 週時での 禁煙の試み	54% (p < 0.01, NNT 4)	59% (p < 0.01, NNT 3)	24%
24 週時での 24 時間以内 の禁煙の試 み	43% (p < 0.01, NNT 4)	51% (p < 0.01, NNT 3)	16%

成績 (治療なし群に対する p 値)

	減煙面接とニコチン代 替療法の併用	動機付け 面接	治療なし
24 週間目でその前 7 日間の禁煙	18% (p < 0.001, NNT 8)	23% (p < 0.001, NNT 6)	4%
6 週間目でその前 7 日間の禁煙	1%	1%	1%
24 週のいずれかの 時点で禁煙企図	54% (p < 0.001, NNT 4)	59% (p < 0.001, NNT 3)	24%
24 週のいずれかの 24 時間に禁煙	43% (p < 0.001, NNT 4)	51% (p < 0.001, NNT 3)	16%

c

e - [J Consult Clin Psychol 2004 Jun;72\(3\):371](#), commentary can be found in Evidence-Based Medicine 2005 Jan-Feb;10(1):18

Stages of change: 変化期

- 禁煙ステージ別に介入することが、禁煙ステージに関係なく介入することと比べて、より効果的であるとするエビデンスはなかった（レベル 2 [中程度の] エビデンス）。
 - 質の低い研究や限られたエビデンスを用いたコクラン・レビューやシステマティック・レビューに基づいた。
- 禁煙ステージ別に介入することが、禁煙ステージに関係なく介入することと比べて、より効果的であるとするエビデンスはなかった（レベル 2 [中程度の] エビデンス）。
 - - ほとんど質の低い研究を用いたコクラン・レビューに基づいた。
 - 対象は 33,000 名、6 ヶ月以上経過を追った。ステージ別に介入した群とステージに関係なく介入した群、通常の支援を行った群等を比較した 41 の RCT のシステマティック・レビュー
 - 質の低い研究の直接比較。ほとんどの研究がランダム化や遮蔽化が不適切で、アウトカムの盲検化が行われていなかった。
 - ステージ別介入群とステージに関係のない介入群の禁煙率には有意な差異はなかった。

- 患者 2,117 名を対象とした2試験では, ステージ別介入群やステージに関係のない介入群を教材で比較した。
- 患者 1,138 名を対象とした2試験では, ステージ別の介入群と禁煙ステージに関係のない介入群をカウンセリングで比較した。
- ステージ別介入群において、教材を用いたものとカウンセリングしたもの进行比较したが、いずれもコントロール群と有意な差異はなかった(31 試験)。
- 電話カウンセリング, 対話形式の PC プログラム, 医師による支援, 一般の支援者による効果を比較したエビデンスは不十分であった。
- Reference – [Cochrane Database Syst Rev 2010 Nov 9;\(11\):CD004492](#)
- ステージ別介入は, エビデンスが限られ, ステージに関係のない介入や非介入に比べて, より効果的であるとするエビデンスはなかった。
 - 23 のステージ別の介入研究を用いたシステマティック・レビューに基づいた。
 - ステージ別介入とステージに関係のない介入や非介入と比較すると, 有意な差異はなかった。
 - 有効なツールを用いた禁煙ステージの変化を評価した研究は, 2研究だけであるが, ステージ毎の介入法を決定することはできない。
 - Reference – [BMJ 2003 May 31;326\(7400\):1175 PDF](#)
- 行動変容をサポートする禁煙ステージの変化に関するレビューは, 以下から [Am Fam Physician 2000 Mar 1;61\(5\):1409](#)

▶ [Counseling by Clinicians](#) 医師による面接

- すべての臨床医が禁煙介入法を提供する必要がある (エビデンスレベル A) .
- 介入法の提供は, 医師1人だけよりも, 内科医, 看護師, 薬剤師, 歯科医師, 歯科衛生士等, より多くの医療従事者から受ける方が望ましい (エビデンスレベル C) .

Counseling by physicians:

医師によるカウンセリング

- すべての医師が禁煙介入法を提供する必要がある（エビデンスレベル A）。
- **医師からの短時間のアドバイスだけでは、禁煙率のわずかしかが下らない。**
（レベル 2[中程度の]エビデンス）。
 - 方法論的な限界のある研究を用いたコクラン・レビューに基づいた。
 - 喫煙者 31,000 名以上を対象に、医療従事者による短時間アドバイスを行い、6 ヶ月以上経過した時点の禁煙率を 41 試験で評価した。
 - ほとんどの状況設定は、プライマリーケアであった。
 - ほとんどの研究のランダム化や割りつけの遮蔽化の方法は、曖昧であった。
 - 短時間のアドバイス群と、アドバイスを一切行わない群を 17 試験で比較したが、禁煙率は 2.1%の差異(NNT 48)を示したのみであった。
 - 集中的なアドバイスとその後の訪問追跡は、1 回だけのアドバイスよりより効果的である。
 - Reference – [Cochrane Database Syst Rev 2008 Apr 16;\(2\):CD000165](#)
- **気管支鏡検査を行っている患者に対し、医師が禁煙指導すると、禁煙率が上がる可能性がある**（レベル 2[中程度の]エビデンス）。
 - RCT に基づいているが、フォローアップができていないものも含まれている。
 - 気管支鏡検査を行っている患者 233 名(平均年齢 57 歳)をランダムに、医師による禁煙指導群と通常の指導群にわけ、12 か月後まで追跡した。
 - 医師による禁煙指導群には、15 分のカウンセリングを 2 回と禁煙支援の冊子を渡した。
 - 通常の指導群には、禁煙に関する簡単なアドバイスのみ行った。
 - 12 か月のフォローアップ時に、42%の対象が脱落、もしくは、死去していた。
 - 医師による禁煙指導群と対照群を比較した。
 - 6か月時の禁煙率は、医師による指導を受けた群は 41%であったのに対し、コントロール群は 27%であった($p < 0.05$, NNT 8)。
 - 12 か月時の禁煙率は、医師による指導を受けた群は 29%であったのに対し、コントロール群は 13%であり、これには有意差は認められなかった。
 - Reference – [Respir Med 2010 Jan;104\(1\):61](#)

- 医師のアドバイスに対する思いやりのある支持的な個々に応じたアプローチは、通常の支援や儀式的なアドバイスよりも、患者には受け入れやすい。
 - 質的研究に基づいた。
 - 禁煙介入プログラムに参加した対象者 42 名のインタビューを分析すると、多くの喫煙者は、禁煙についての医師のアドバイスに懐疑的であり、儀式的な介入だけでは禁煙に結びつかない。
 - 患者が受け入れやすい介入とは、患者を受容することであり、敬意をもった口調で伝え、説教のようなことは避け、支持と思いやりを示し、1人1人を尊重することである。
 - Reference – [BMJ 1998 Jun 20;316\(7148\):1878](#)

Counseling by nurses:

看護師によるカウンセリング

- 看護師によるアドバイスとカウンセリングは、禁煙率をわずかであるが上げることが示唆されている（レベル 2[中程度の]エビデンス）。
 - 異質性を限定したコクラン・レビューに基づいた。
 - 看護師による最小6か月のフォローアップを行った禁煙介入を評価した RCT42 研究を用いたシステマティック・レビュー
 - 対象は 15,205 名の喫煙者、31 研究から、最長のフォローアップ時の禁煙維持率は、それぞれ、13.8%、12%となった($p < 0.00001$, NNT 56)。
 - 入院患者や外来患者などの色々な患者層に対し、様々なカウンセリング法を用いて対応した。
 - サブグループ解析において、軽い中途半端な介入は、強い積極的な介入に比べると禁煙効果は劣った。
 - 冠動脈疾患により入院中の患者に対する介入は、他の疾患で入院中の患者に比べ、より効果的であるというエビデンスもある。
 - Reference – systematic review last updated 2007 Oct 21 ([Cochrane Library 2008 Issue 1:CD001188](#)), earlier version (meta-analysis of 34 trials) can be found in [Heart Lung 2006 May-Jun;35\(3\):147](#)

歯科医療従事者によるカウンセリング

- 公共の歯科医院における禁煙アドバイスや指導を受けた場合、一般的なアドバイスのみの場合に比べ、禁煙率が高くなる（レベル 2[中程度の]エビデンス）。
 - 脱落例が多い RCT に基づいた。
 - 喫煙者 2,549 名をランダムに、地域の健康センターの歯科医院における介入群（禁煙指導とニコチン代替療法や電話のカウンセリングによる支援）とコントロール群（歯科医師によるアドバイスのみ）に割りつけた。
 - コントロール群では、7.5 か月後のフォローアップ回収率が高く、71%が終了した($p < 0.01$)。
 - 人種による点禁煙率（フォローアップ 7.5 か月時の最近7日間の禁煙率）は以下の通りであった
 - 全対象者では、介入群の禁煙率が 11.3%であったのにたいし、コントロール群は 6.8% ($p < 0.05$, NNT 23)
 - 非ヒスパニック系黒人では、介入群の禁煙率は 12.2%, コントロール群は 7.7% ($p < 0.05$, NNT 23)
 - 非ヒスパニック系白人では、介入群の禁煙率は 10.7%, コントロール群は 4.9% ($p < 0.01$, NNT 18)
 - ヒスパニック系では、介入群の禁煙率 7.4%, コントロール群は 7.6% (有意差なし)
 - さらに長期的に観察し、6か月喫煙していない状態を禁煙継続とした場合、人種による禁煙率は以下の通り。
 - すべての対象者においては、介入群 5.3%, コントロール群 1.9% ($p < 0.01$, NNT 30)
 - 非ヒスパニック系黒人では、介入群 6.5%, コントロール群 2.0% ($p < 0.001$, NNT 23)
 - 非ヒスパニック系白人では、介入群 4.6%, コントロール群 2.3% ($p < 0.05$, NNT 44)
 - ヒスパニックでは、介入群 3.2%, コントロール群 1.1% (有意差なし)
 - 禁煙継続をより長期にさせる独立した介入因子としては
 - ニコチン置換療法(odds ratio [OR] 3.36, 95% CI 1.99–5.32)
 - 禁煙サポートのための電話利用(OR 2.04, 95% CI 1.14–3.66)
 - Reference – Am J Public Health 2010 Jul;100(7):1307

- **歯科衛生士による禁煙介入は、禁煙率アップにはつながらない。(レベル 2[中程度の]エビデンス).**
 - 信頼区間の大きな RCT に基づいた.
 - 歯周病専門クリニックに通院中の患者 118 名を、歯科衛生士による 5A (尋ねる, 助言する, 評価する, 支援する, 調整する) に基づいた禁煙アドバイスとニコチン置換療法併用群と通常の支援群(コントロール群)にランダムに分類し、比較検討した.
 - 介入群と通常の支援群で禁煙率を比較した.
 - 3 か月経過時では、介入群では 15%, コントロール群では 9% (95% CI -8.4% - 25.6%)
 - 6 か月経過時では、介入群は 10%, コントロール群 5%(有意差なし)
 - 12 か月経過時には、介入群は 7%, コントロール群は 4%(有意差なし)
 - 介入群で、3, 6 か月時の禁煙継続率が有意に高かった.
 - Reference - [BMC Oral Health 2007 May 2;7:5 full-text](#)
- **歯科医院での禁煙介入により、3, 6, 12 か月時の禁煙継続率が上昇した(エビデンスレベル 2) .**
 - 小規模の RCT に基づいた.
 - 禁煙を希望した患者 56 名に対して、介入群(5回のカウンセリングとニコチン置換療法併用群)と非介入群にランダムに割りつけた.
 - 27%の患者が研究中に脱落した(脱落者は喫煙者として扱う ITT 解析).
 - 唾液中のコチニン濃度から禁煙継続を判定した.
 - 介入群と非介入群の禁煙率を継続的に比較した.
 - 3 か月時、介入群 51.5%, 非介入群 13% (p = 0.006, NNT 3)
 - 6 か月時介入群 39.4%, 非介入群 13% (p = 0.01, NNT 4)
 - 12 か月時介入群 36.4%, 非介入群 13% (p = 0.021, NNT 5)
 - Reference - [J Dent Res 2010 Jan;89\(1\):66](#)
- **歯科医療従事者による禁煙介入により、無煙タバコ使用者の禁煙率が上がることが示唆された (レベル 2[中程度の]エビデンス).**
 - 異質性を限定したコクラン・レビューに基づいた.
 - フォローアップ最小6か月の RCT 6 研究を用いたシステマティック・レビュー

- 無煙タバコ使用者に限定した5研究
- すべての介入研究は、行動変容の介入と口腔検査を含めたものである。
- 介入により、12 か月時の禁煙率が上がり、対照群に対する OR は、1.44(95% CI 1.16–1.78)となった。
- サブグループ解析では、異質性は説明されない。
- Reference – systematic review last updated 2005 Nov 3 ([Cochrane Library 2006 Issue 1:CD005084](#))

薬剤師によるカウンセリング

- 訓練を受けた地域の薬剤師による介入により、禁煙率が上がることが示唆されている（レベル 2[中程度の]エビデンス）。
 - 限られたエビデンスであるが、コクラン・レビューに基づいた。
 - 喫煙者 976 名に対する2研究だけであるが、システマティック・レビューで検証されている。
 - 1研究だけであるが、12 か月時、自己申告の禁煙率が 2.7%から 14.3%に上がった。(p < 0.001, NNT 9)
 - 1研究で、9か月時、禁煙率が 7.4%から 12%に上がったが、有意ではなかった。(p = 0.09)
 - Reference – systematic review last updated 2003 Nov 18 ([Cochrane Library 2004 Issue 1:CD003698](#))
- 薬剤師による介入により、禁煙率が上がることが示唆されている（レベル 2[中程度の]エビデンス）。
 - 症例対照研究5研究、対照群のない研究 10 研究を用いたシステマティック・レビューに基づいた。
 - 症例対照研究: 3研究から、薬剤師の介入による有意な禁煙効果を示した。
 - Reference – [Pharmacotherapy 2007 Jul;27\(7\):1040](#)

メンタルヘルス専門家によるカウンセリング

- メンタルヘルスケアとメンタルヘルスの専門医による禁煙介入により、心的外傷後ストレス障害(PTSD)患者の喫煙を減らすことが示唆されている（レベル 2[中程度の]エビデンス）。

- 無差別の RCT に基づいた。
- 戦争に関連した PTSD を伴った喫煙者 943 名 (平均年齢 54 歳)
- PTSD に対するメンタルヘルスケアを併用した禁煙治療群と退役軍人局の禁煙専門クリニックへの紹介群をランダムに割りつけて、18~48 か月までフォローアップした。
 - PTSD に対する治療を受けさせると同時に、心療内科医によって 5 週間の禁煙指導を行い、3 ヶ月後にフォローのため訪問する。さらに毎月、禁煙補助薬を定期処方する。
 - 退役軍人局の禁煙専門クリニックでは、通常の禁煙ガイドラインの基づき、4~16 週間、禁煙補助薬を処方した。
- カウンセリングを 1 回以上行った群での禁煙率は 80%であったのに対し、コントロール群では 51.3%
- 症例数の集まりが悪く、患者 1,400 名の登録前、早期に研究を終了した。1,400 名の対象者登録を目標としたが、症例数が集まらず、早期に研究を終了した。
- 禁煙治療群とコントロール群を比較した。
 - 6~18 か月の自己申告による禁煙率は治療群 15.5%, コントロール群 7% ($p < 0.001$, NNT 12)
 - 6~18 か月の確証した禁煙率は治療群 8.9%, コントロール群 4.5% ($p = 0.007$, NNT 23)
 - 18 か月時の 7 日間点禁煙率は、治療群 18.2%, コントロール群 10.8% ($p < 0.001$, NNT 14)
 - 18 か月時の 30 日間点禁煙率は、治療群 16.9%, コントロール群 9.3% ($p < 0.001$, NNT 14)
 - 最初の 24 時間禁煙後の再喫煙までの平均期間は、治療群は 29 日であったのに対し、コントロール群は 8 日であった。($p < 0.001$)
 - 禁煙治療薬による禁煙率は 84%および 79.3%で、有意差はなかった。
 - 禁煙治療薬を用いた総日数は治療群の 104 日に対し、コントロール群は 68.5 日であった。($p < 0.001$)
- 18 か月経過時の精神状態や精神症状の発現では、治療群とコントロール群の間に有意差はなかった。
- Reference – [JAMA 2010 Dec 8;304\(22\):2485](#), editorial can be found in [JAMA 2010 Dec 8;304\(22\):2534](#)

▶ Tests Results for Counseling

Web-based interventions: ウェブサイトによる介入

- **インターネット禁煙プログラムは、成人に効果がある。(エビデンスレベル2)**
 - 高い脱落率のランダム化試験のシステマティック・レビューに基づく
 - 29, 549人の参加者を対象に、12週間から12ヶ月間、インターネット禁煙介入プログラムを用い、22のランダム化試験で評価した。
 - 10の試験において、補助介入としてカウンセリング、講義、ニコチン代替療法、ブプロピオンなどの禁煙補助剤を用いた。
 - インターネット支援群とコントロール群で禁煙率を比較した
 - 8試験をメタ解析した結果、3ヵ月後の禁煙率は インターネット支援群 14.8% vs コントロール群 14.3% (有意差なし)
 - 同試験の6~10ヵ月後の禁煙率は インターネット支援群 11.7% 、コントロール群 7% ($p < 0.001$)
 - 7試験のメタ解析結果、12ヵ月後の禁煙率は インターネット支援群 9.9% であったのに対し、コントロール支援群 5.7% ($p < 0.001$)
 - インターネット禁煙プログラムは禁煙に効果大。
 - 異質性のある補助介入を用いない12の試験(risk ratio 1.59) with heterogeneity
 - 補助介入を用いた10の試験(risk ratio 1.31)
 - 3つの試験のメタアナリシスにおける思春期のサブグループでは、有意差がない
 - Reference – Arch Intern Med 2009 May 25;169(10):929, correction can be found in Arch Intern Med 2009 Jul 13;169(13):1194, commentary can be found in Arch Intern Med 2009 Oct 26;169(19):1810
- **個々人に応じた対話型のインターネット介入は、無介入もしくはインターネットでの介入がない場合と比較して、禁煙率が上昇する。(エビデンスレベル2)**
 - 異質性のある臨床と統計を用いた試験のコクラン・レビューに基づく
 - インターネットを用いた禁煙介入群とインターネットを用いない禁煙介入群または無介入群の比較を20のランダム化試験で行い、比較検討した。
 - 追跡期間は4週間から12ヶ月以上
 - 介入方法や対象者層、最終判定法の差(異質性)のため、メタ解析結果は限定されたものとなる可能性がある。

- インターネットを用いた介入群と用いない介入群の禁煙率を、追跡の最終時点で比較した
 - 686 人の成人を対象とした 2 つの試験と 351 人の未成年を対象とする 1 つの試験の結果では、インターネットを用いた介入群の禁煙率は有意に高かった。
 - 1,657 人の成人への 3 つの試験と 275 人の未成年への 2 つの試験では、有意差はなかった
- 個々人に応じた対話型のインターネットによる介入群と対話型ではない介入群とインターネットを用いない介入群とを比較すると、対話型の介入は以下と関連する
 - 26,816 人の患者を対象に 10 試験を行った結果、1~3 ヶ月後の禁煙率は上昇した。
 - 26,816 人を対象とした 10 試験(研究)の結果では、1~3 ヶ月後の禁煙率は上昇した。
 - 危険率 1.25 (95% CI 1.18-1.34)
 - 有意差ありに見えるが、異質性により、結果の判定には限定を加える必要がある。(p = 0.00002)
 - 11,042 人の患者を対象に 8 つの試験を行った結果、禁煙率は上昇した。
 - 危険率 1.22 (95% CI 1.08-1.38)
 - 有意差はありに見えるが、異質性により、結果の判定には限定を加える必要があるかもしれない。(p = 0.0003)
- Reference – [Cochrane Database Syst Rev 2010 Sep 08;\(9\):CD007078](#)
- **大学生活におけるオンラインマガジンを利用した個人への禁煙メッセージは、30 日間の禁煙を成功させるが、それ以上長期の禁煙にはつながらない**
 - 脱落率の高いランダム化試験に基づく
 - 517 人喫煙大学生を対象に、大学のオンラインマガジンの個人の禁煙メッセージや仲間からのメールサポートを 30 週間行う禁煙介入群とコントロール群に無作為に割り付けた
 - 30 週間後に、30 日間禁煙した率は、介入群 41% vs コントロール群 23%(p < 0.001)
 - 30 週間後の、6 ヶ月以上禁煙したという自己申告結果に有意差はなかった
 - Reference – [Prev Med 2008 Aug;47\(2\):194](#)

Self-help materials: 自習教材

・自習教材は、教材を全く用いないよりは多少有益であるが、個人的な介入やニコチン代替療法に比べると効果は劣る。(エビデンスレベル2)

- 臨床的な有意性が不明瞭な結果を示すコクランレビューに基づいている
- 禁煙のための自習教材を用い、6ヶ月以上フォローした、68のランダム化比較試験を用いて、比較検討した。
- 自習教材を用いた群と長期的に禁煙を支援したコントロール群との禁煙率の比較は以下の通り。
 - 14,787人の成人を対象にした12研究(試験)の結果では自習教材群は5.6% vs コントロール群は4.9%($p = 0.0075$, NNT 143)
 - 28,189人の成人を対象に25試験を行った結果個人に合わせた教材を用いた場合は8% vs 一般的な教材もしくは教材なしでは6.2%($p < 0.00001$, NNT 56)
- ニコチン代替療法を併用した自習教材、追記された教材、ビデオ、対面での面会いずれを比較しても、長期的な禁煙率に有意差は見られなかった
- Reference – Cochrane Database Syst Rev 2009 Apr 15;(2):CD001118
- **自習パンフレットは喫煙妊婦に対してほとんど効果がなかった**
 - 妊娠初期に喫煙していた1,527人の妊婦を対象に、パンフレット(助産師から1冊渡し、その後メールにて4つの連続したパンフレットを送った)による介入群と介入のない群に無作為に振り分け、禁煙率を比較検討した。
 - 妊娠中期の終わりのコチニンの測定による禁煙率は、パンフレット介入群18.8%であったのに対し、非介入群は20.7%(95% CI for difference ranged from -3.5% to +7.3%)
 - Reference – BMJ 2002 Dec 14;325(7377):1383, commentary can be found in BMJ 2003 Feb 22;326(7386):446, Am Fam Physician 2003 Apr 15;67(8):1811

Comparisons of self-help materials: 自習教材の比較

- **個人に合わせて用意された自習教材は、あつらえられていない自助教材よりも効果的であることが示唆されている(エビデンスレベル2)**

- 包括解析の報告のない無作為化試験に基づいている
- ニコチンガムを使用している 3,627 人の喫煙者を、コンピュータがその人に合わせて作成した自習教材を使用するグループと、カウンセラーによって 1 回のフォローアップの電話をしてその人に合わせて作成した教材を使用するグループと、既成の教材を使用するグループに無作為に振り分け、禁煙率を比較検討した。
- その人に合わせて教材を作成した 2 つのグループの禁煙率に有意な差は見られなかった。また、電話訪問を受けたグループの最終的な禁煙率は報告されていなかった
- 12 週間後の禁煙率は、その人に合わせた教材を使用したグループは 32.3% であり、通常のケアのグループは 18.9% であった ($p < 0.001$, NNT 8)
- Reference – [Arch Intern Med 2000 Jun 12;160\(11\):1675 full-text](#)

▶ Group Counseling and Social Support

Group smoking cessation programs: グループで行う禁煙プログラム

- **グループ療法は個人プログラムよりもより効果がある。(エビデンスレベル2)**
 -
 - 不明瞭な無作為化もしくは割付を行ったコクラン・レビューに基づく
 - 禁煙のためのグループ行動変容療法に関して、53 のランダム化試験で検討した。
 - ほとんどの試験が無作為化や割付の詳細が不明瞭である
 - グループ療法群とコントロール群での禁煙率を比較した。
 - 4,375 人を対象にした 13 試験を分析した結果、グループ療法群 10.5% vs コントロール群 5.8% ($p < 0.00001$, NNT 22)
 - 有意差があるように見えるが、有意な異質性により、結果の判定には限定を加える必要性がある。 ($p = 0.02$)
 - 1,040 人を対象に 8 試験を行った結果、グループ療法群 19.4% vs コントロール群 6.5% ($p = 0.00001$, NNT 8)、
 - グループ療法のほかに有益な治療も行われていたという制限されたエビデンスがある
 - グループプログラムと密度の高い個人カウンセリングの比較という不十分なエビデンス
 - Reference – [Cochrane Database Syst Rev 2009 Jan 21;\(1\):CD001007](#)

- 公的グループでの禁煙プログラムは長期的な死亡率を減少させる(エビデンスレベル 2)
 - 長期的な追跡率が低いランダム化試験に基づく
 - Lung Health Study からの追跡が 14.5 年おこなわれた
 - 無症状の気道閉塞をもつ 5,877 人の中年層のボランティアを無作為に 3 つの群に分けた。1 群は 10 週間の集中禁煙介入群 (医師からの強いメッセージ、行動変容のための 2 時間のグループセッションを 12 回、ストレスに対処する継続プログラムを受けられなかった人へはニコチンガム) をイプラトロピウム吸入器を用いて行った、2 群は同様の介入をプラセボ吸入器を用いて行った。3 群は通常のケアしかおこなわなかった群である。
 - 約 75% の参加者を、10~12 年追跡調査した。
 - 禁煙介入群 (1 群と 2 群) と通常のケアの群の禁煙率を比較すると
 - 5 年間の禁煙の維持 21.7% vs 5.4% ($p < 0.001$, NNT 7)
 - 14.5 年の追跡の後、原因を問わない死亡率は 11.75% vs 13.75% (NNT 50) 。包括解析によると人口 1,000 人 / 年あたり 8.83% vs 10.38 ($p = 0.03$)
 - Reference – Ann Intern Med 2005 Feb 15;142(4):233, commentary can be found in Ann Intern Med 2005 Feb 15;142(4):299, ACP J Club 2005 Sep-Oct;143(2):41, Ann Intern Med 2005 Oct 18;143(8):614, 615, Am Fam Physician 2005 Nov 1;72(9):1836
- グループでの強力な行動療法は、一般的なグループ療法よりも、うつ症状のある患者への禁煙に効果であろう。(エビデンスレベル 2)
 - 研究の両方ともに 50% 以上の脱落がある無作為化試験に基づいている
 - うつ症状はあるが大うつ病ではない程度の 68 人の喫煙者を、30 分の強力な行動療法を行うグループと 8 週間の通常のケアを行うグループに、無作為に割りつけた
 - 通常のケア群には、ニコチン代替療法と一般的なグループ療法による介入を行った。
 - 強力な行動療法群には、周囲の環境に配慮し、毎日の楽しみを増やすようにした。
 - 強力な行動療法を行ったグループは、26 週間で禁煙率が高まりうつ症状が軽減した ($p = 0.02$)
 - Reference – J Consult Clin Psychol 2010 Feb;78(1):55

- **グループ認知行動療法(CBT)はアフリカ系アメリカ人の喫煙者の禁煙を促進する (エビデンスレベル 2)**
 - 脱落率の高い無作為化試験に基づいている
 - 禁煙に興味のある 154 人のアフリカ系アメリカ人の患者を無作為に、グループで認知行動療法を行う群と、一般的な健康教育を 6 回行い、8 週間にわたりニコチンパッチを貼付し 6 ヶ月間フォローを行った群に振り分けた
 - 追跡調査を完了できたのは、59%
 - CBT を行った群と一般的な健康教育のみの群で、7 日間の点禁煙率を比較した
 - 最終カウンセリングまで残ったのは、CBT 群 51% vs 一般群 27%($p < 0.003$, NNT 5)
 - 3 か月後は 34% vs 20% ($p < 0.047$, NNT 8)
 - 6 か月後は 31% vs 14% ($p < 0.014$, NNT 6)
 - Reference – J Consult Clin Psychol 2010 Feb;78(1):24

ソーシャルサポート

- **パートナーのサポートを強化するという介入デザインで行った禁煙プログラムは、禁煙率の増加やパートナーのサポートの教科も見られなかった。(エビデンスレベル2)**
 - コクランレビューに基づく、対象群と比較群の割付が不明瞭な試験。
 - 11 のランダム化試験(10 の報告)のシステマティックレビュー。2000 名以上の患者を対象にパートナーのサポートのある介入とサポートのない介入を行った。
 - すべての試験で、割付が不明である。
 - 治療から 12 ヶ月後の、自己申告による禁煙率に差は見られなかった。
 - 6 つの試験のうちの 2 つだけで、パートナーのサポートにより有意に禁煙率の増加が見られたと報告があった。
 - 文献 [Cochrane Database Syst Rev 2008 Jul 16;\(3\):CD002928](#),
 - 先行バージョン [Ann Fam Med 2004 Mar-Apr;2\(2\):170 full-text](#)
- **ニコチン代替療法からスタートした患者へ(3 回から 6 回)の行動変容サポートを追加したことは、高い禁煙率とは関連が見られなかった。**

- 69%という低い追跡率であるランダム化試験に基づく
 - 一日 10 本以上の 925 人の喫煙者を無作為に、週ごとにサポートするグループと、基本的なサポートのグループに分けた。
 - すべての参加者に、タバコをやめる日周辺に電話をかけ、最初の予約の1~4 週間の後に、16 時間当たり 15mgのニコチンパッチを処方した。
 - 週ごとにサポートするグループも、最初の予約から 10 日後と 3 週間後に電話訪問を受け、2 週目には訪問も受けた。
 - 集中した行動変容サポートを受けたグループと基礎的なサポートを受けたグループの禁煙率には、有意な差は見られなかった。
 - 4 週間後 22.4% vs 22.4%
 - 12 週間後 11.4% vs 14.1%
 - 26 週間後 8.8% vs 10.7%
 - 52 週間後 6.6% vs 7.7%
 - 文献 [Thorax 2007 Oct;62\(10\):898](#)
- ボランティア支援者からのサポートは、短期間での禁煙の機会を増加させる。(エビデンスレベル 2)
 - 割付が不明瞭なランダム化試験に基づいている。
 - 172 人の喫煙者が禁煙に関する 3 つのセッションに参加し、診療所が無作為にボランティア支援者がいるグループと通常のケアのグループとに分けられた。
 - ボランティア支援者がいるグループは、禁煙を決めた日から 4 週間後の禁煙率は 27%、通常のケアのグループは 12%だった。(NNT7)
 - 文献 [Addiction 1998 Jul;93\(7\):1007](#)
 - 危険因子を減らすための家族をベースとした、もしくはカップルをベースとした介入は、もしパートナーが同時に禁煙すればより禁煙に成功するだろう。(エビデンスレベル 2)
 - ランダム化コホート試験のサブグループ分析に基づいている。
 - 40 歳から 59 歳の少なくとも一人が喫煙者である 489 のカップルが含まれた、1,477 のカップルに対して、心臓疾患に対する多様で修正可能な危険因子を減らすための家族中心の生活スタイルプログラムを 1 年間追跡した。
 - 72%のカップルを追跡することができた。

- フォローアップの最後の時点で、喫煙者と暮らしている喫煙者の 12%が禁煙し、喫煙者でない人と暮らしている喫煙者の禁煙率は 19%であった。(p=0.03)
- パートナーも禁煙した男性の禁煙率は 63%であり、パートナーが禁煙していない男性の禁煙率は 11%であった。
- パートナーが禁煙した女性の禁煙率は 31%であり、パートナーが禁煙していない女性の禁煙率は 3%であった。
- 文献 [Arch Fam Med 1997 Jul-Aug;6\(4\):354 PDF](#)
- カウンセリングに関するインフォメーション ▶ [Additional Counseling Information](#)

煙の出ないタバコを吸う人(噛みタバコ、かぎたばこ)

- 電話相談を含む行動変容介入は、煙の出ないタバコを吸う人の禁煙率を増加させた。(エビデンスレベル2)
 - コクラン・レビューに基づく事後解析の結果である。
 - ランダム化試験のシステマティック・レビューが、6 カ月以上のフォローアップを行った煙の出ないタバコを吸う人への行動変容介入と、薬剤療法の評価をしている。
 - 行動変容介入は以下のものを含む
 - ウェブサイト、ビデオ、プリントなどの教材を用いた一般的な教育
 - グループカウンセリング
 - 電話によるカウンセリング
 - 専門家のアドバイスと同時に行う口頭試問
 - バレニクリンは著明に禁煙率を増加させることが、プラセボを用いた 431 人のかぎたばこを使用するスウェーデン人への調査で明らかになった。
 - ブプロピオン(抗鬱剤の一つ)を内服している人と2つのプラセボ群、ニコチン代替療法(パッチ、ガム、ドロップ)と 8 つのプラセボ群を比較した試験では、有意な差は見られなかった。
 - 14 の行動変容介入試験では、統計的に不均一という制限があった。
 - 7 つの試験が介入による効果を示していた。
 - 事後解析のグループでは、電話によるカウンセリングが禁煙率の増加と関連していることを示していた。
 - 文献 [Cochrane Database Syst Rev 2011 Feb 16;\(2\):CD004306](#)
- 口腔衛生の専門家による介入が、煙の出ないタバコを吸う人の禁煙率を増加

させる。(エビデンスレベル 2)

- コクラン・レビューに基づくレビュー。
 - 6 カ月以上フォローアップされた、6 つのランダム化試験、もしくは疑似ランダム化試験のシステマティック・レビュー。
 - 5 つの試験が煙の出ないタバコを使用する人に限って対象としていた。
 - すべての介入研究に、行動変容介入と、口頭試問が含まれていた。
 - 12 か月以上の禁煙率の増加と関係する介入がコントロール群と比較して明らかになった。(odds ratio 1.44, 95% CI 1.16-1.78)
 - 不均一さは、サブグループの分析でも説明することはできなかった。
- 文献—システマティック・レビュー最終アップデート 2005 年 11 月 3 日
([Cochrane Library 2006 Issue 1:CD005084](#))

他の依存における禁煙

- 禁煙への介入は、禁煙とは関連しない他の依存症の治療中にも行う必要がある。(エビデンスレベル2)
 - システマティック・レビューでは、追跡率の悪さが示されている。
 - 19 のランダム化試験のシステマティック・レビューでは、個人への禁煙への介入が、最新の依存症治療や回復プログラムの中に組み込まれている。
 - 追跡調査ができない範囲は0-73%であり、交差試験の mean attrition rate は21%であった。
 - 禁煙率が高まる介入は、治療後すぐに行う介入であった。(相対危険率 [RR] 2.03, 95% CI 1.21-3.39)
 - 介入は、6 カ月以上の追跡の改善とは関連しなかった。(RR 1.18, 95% CI 0.89-1.56)
 - 禁煙の介入は、長期の禁酒や違法薬物からの離脱の見込の増加と関連していた。
 - 文献 [J Consult Clin Psychol 2004 Dec;72\(6\):1144](#)
- 大量飲酒者で禁煙を希望している人への、禁酒への介入に加えての禁煙プログラムの実施は効果がなかった。(エビデンスレベル2)
 - 準ランダム化試験に基づく
 - 禁煙を希望している、長期の大量飲酒者 119 名が、8 週間のニコチン代替療法と、無作為に4グループに分かれ、一般的な禁煙プログラム、一般的な禁酒への介入プログラムと合併した禁煙プログラム、などを行い、26 週間追跡を行った。

- 合併したプログラムを行ったグループは、2 週間は禁煙することができたが、16 週間は続かなかった。
- 文献 [J Consult Clin Psychol 2008 Oct;76\(5\):852](#)
- アルコール中毒症から回復過程にある人への禁煙カウンセリングの戦略は、
[Am Fam Physician 1998 Apr 15;57\(8\):1869](#)

医療職者のトレーニング

- 禁煙の介入に関する医療職者へのトレーニングをサポートするエビデンスは不十分である。
 - コクラン・レビューに基づく
 - 8 つの試験のシステマティック・レビューからわかることは、医療職者の行動の効果は図ることができるが、禁煙という患者の結果としての効果としての強力なエビデンスではない。
 - 文献—8 つの試験のシステマティック・レビュー—2000 年 3 月 31 日
([Cochrane Library 2000 Issue 3:CD000214](#))

考察追記

- 遺伝子ベースの疾病の危険性の説明は、禁煙の成功には関連しない。(エビデンスレベル2)
 - コクラン・レビューによる。with inadequate power to rule out possible benefit
 - 遺伝子ベースでの疾病のリスクの説明の有効性を評価する 5 つのランダム化試験と準ランダム化試験を含むシステマティック・レビュー
 - 参考—[Cochrane Database Syst Rev 2010 Oct 6;\(10\):CD007275](#)
- プライマリーケア(第一次診療)における複合的な行動変容カウンセリングは、効果が見られない。(エビデンスレベル2)
 - ランダム化試験によれば、20%以上がドロップアウトしている。
 - 第一次診療所における 45-64 歳のアフリカ系アメリカ人 289 人が無作為抽出され、3 つのうちの 1 つの行動修正カウンセリングを受けた
 - 一度に 3 つの行動を変化させるセッションを 6 カ月ごとに診療所内で行い、プラスして、電話によって、やる気を起こさせる

- インタビューを 18 カ月ごとに行った。
 - プロトコルを用いた連続的なカウンセリングを 6 カ月ごとに行った。
 - 一度だけ自助グループを紹介するという通常のケアを行った。
 - 行動変容のゴールは
 - 禁煙
 - 食事からのナトリウム摂取量 < 100 mEq/L (100 mmol/L)
 - 週に 10,000 歩以上の運動量の増加
 - 79.6%の参加者をフォローアップできた。
 - 18 ヶ月後に少なくとも 2 つの行動変容ができた参加者は低率であった。
 - 同時にカウンセリングを行ったグループでは 6.5%
 - 順次にカウンセリングを行ったグループでは 5.2%
 - 1 度だけ紹介をしたグループでは 6.5%
 - 文献 [Arch Intern Med 2007 Jun 11;167\(11\):1152](#)
- 文化的に禁煙が受け入れられている状況でのニコチン代替療法と組み合わせて行う介入は、中国系アメリカ人、韓国系アメリカ人においては短期間での効果がみられる。(エビデンスレベル2)
 - 小規模なランダム化試験
 - 中国系アメリカ人と韓国系アメリカ人、計 66 人の喫煙者を無作為化抽出し、理論に基づいた禁煙の介入を母国語で行うグループと一般的な健康カウンセリングを行うグループに分けた。
 - どちらのグループもニコチン代替療法を受けた。
 - 介入群と健康カウンセリング群を比較すると、
 - 中国系の参加者の 1 ヶ月後の禁煙率は、52.6%vs23.5%であった。
 - 韓国系の参加者の 1 ヶ月後の禁煙率は、60%vs40%であった。
 - 3 ヶ月後のフォローアップでは、差は見られなかった。
 - 文献 [Prev Med 2006 Oct;43\(4\):321](#)

General references used:

- 1. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al; United States Department of Health and Human Services, Public Health Service. Clinical practice guideline: Treating tobacco use and dependence: 2008 update. [DHHS 2008 May PDF](#) or at [National Guideline Clearinghouse 2008 May 12:12520](#), endorsed by American Academy of Pediatrics ([Pediatrics 2008 Aug;122\(2\):471](#))
 - Public Health Service (PHS) guideline panel Strength of Evidence ratings
 - Strength of Evidence A – multiple well-designed randomized clinical trials, directly relevant to the recommendation, yielded a consistent pattern of findings
 - Strength of Evidence B – some evidence from randomized clinical trials supported the recommendation, but the scientific support was not optimal (for example, few randomized trials existed or trials that did exist were somewhat inconsistent or trials were not directly relevant to recommendation

Strength of Evidence C – reserved for important clinical situations in which Panel achieved consensus on recommendation in the absence of relevant randomized