

第5章

精神科の病院における禁煙外来の取り組みと成果

はじめに

精神科はスタッフ、患者ともに喫煙率が高い。海外の論文でも指摘され、国内の調査でも明らかになっている(68)。分煙の遅れている病院も多い。しかし、喫煙や受動喫煙の有害性が明らかとなっている今日、精神科の病院が、たばこの煙で充満した療養環境や職場環境を提供し続けていることは、患者や職員に対して過失に等しいとも考えられる。精神科医はニコチン依存症についての適切なアプローチで患者への禁煙支援に取り組む必要がある(29)。ところが、病院が精神科も含めて禁煙化されている米国とは異なり(61,69,70)、日本では、精神科疾患患者に積極的に禁煙支援を行ったという文献がない。精神科患者に対して禁煙指導を行うというより、むしろ、好ましい行動を強化するためのトークンとしてタバコを使用したり、次の走者にタバコの火をつける事をリレーのバトン代わりにする運動会の競技がレクリエーションで行われたりしている現状があった(71)。F病院の患者対象の調査でも喫煙する患者の2割は病院で喫煙を覚え、スタッフに喫煙を勧められたと答えていることから(72)も、精神科における喫煙を容認する風潮が患者の喫煙率の高さに影響を与えていた可能性がある。一方で喫煙に限らず、肥満、運動不足、多量飲酒など、高血圧、糖尿病、動脈硬化性疾患などの生活習慣病の危険因子を複数持つ精神科の患者にとって、これらの生活習慣上の問題はより深刻である(48,49)。

青森県F病院では患者の療養環境を守るため、非喫煙者の受動喫煙を防止し、喫煙者にも禁煙しやすい分煙環境を整えた。また、医師、看護スタッフ一体となって患者の禁煙支援に当たった。96年12月に禁煙外来を設置し、当時は精神科医として診療に従事していた筆者が禁煙指導担当医として院内の環境整備や禁煙指導に当たった。原則的には主治医の依頼により、主治医との連携の下に禁煙指導を行った。

本研究では患者への禁煙指導のアプローチの経過を、禁煙外来開設後、2年6ヶ月の時点で横断的にまとめた。

精神疾患患者の禁煙指導の症例は40名と少ないが、精神科における禁煙指導が精神科の患者の疾病や火事などの問題の予防に重要であること、全国の内科の外来で行われている禁煙外来の患者に精神科疾患合併症例が少なからずいて、精神科疾患をもった患者への禁煙指導のア

アプローチの研究が急がれることから、少ないながらも、禁煙指導の症例を紹介することは、今後の参考になると考える。はじめに、全体の結果を提示し、次に、個別に興味深い症例を提示し、最後に考察を加える。

対象と方法

(1) 対象者と指導方法

対象：F病院で開設した禁煙外来に、1996年6月から1998年5月までに受診した68名の受診者で、1年以上経過した人68名のうち、精神科疾患を持つ40名の患者（男性26名、女性14名）を対象とし、1999年5月に喫煙状況を調査した。禁煙外来開設を標榜したのは1996年12月であるが、1996年6月より12月まで13名の患者に禁煙指導をしているため、その患者も対象とした。この間に、同じ病院の禁煙外来を禁煙の目的だけで受診した精神疾患を持たない受診者が28名あったが、少数であるため、今回分析からは除外した。

指導方法：禁煙指導の方法は前章第4章で述べたとおり（本論文27ページ参照）であるが、精神科で禁煙外来をしていた当時は、ニコチンパッチはまだ発売されていなかった。また初診料は、当時2000円であったが、F病院の精神科の患者は半額の1000円、再診療は1000円のところ、同じく半額の500円で行っていた。禁煙の経過を、外来看護婦からの電話連絡および、外来での問診により、調べた。禁煙外来受診後1本も喫煙をしていない人を禁煙成功とした。3ヶ月以上1本も吸わなかった患者と、1年以上1本も吸わなかった患者の人数を調べた。

(2) 一般病院における禁煙外来受診者の禁煙の成功率と精神疾患患者の禁煙の成功率との比較

第4章の結果を元にして、一般病院の禁煙外来で3ヶ月以上禁煙が成功した場合の成功率と精神科での結果に関して、比率の差の検定を行った。また、ニコチン補充療法の違いについても検討した。

(3) 症例検討

カルテの記載を参考にして、禁煙の経過が特徴的だった症例の経過をまとめた。

結果

(1) 精神科における禁煙外来受診後の経過

患者の背景：患者40名中、男性26名、平均年齢 44.2 ± 10.3 歳、女性14名、平均年齢 42.8 ± 10.6 歳であった。

疾患別にみると、精神分裂病31名、そううつ病1名、精神発達遅滞4名、アルコール依存

症3名、その他1名であった。

禁煙外来受診後1年半以上経過した40名の患者の中で、3ヶ月の時点で経過が不明のもの8名を除く32名について検討した。3ヶ月以上禁煙に成功した人は10名で、31.3%であった。しかし、1年以上禁煙を継続していたのは半数の5名(15.6%)に過ぎなかった。再喫煙した5名(15.6%)は、もともと3ヶ月以上の禁煙には成功していたが、3ヶ月から6ヶ月の間に4名、6ヶ月から1年の間に1名が再喫煙に至っていたことがわかった。3ヶ月間の短期禁煙にも成功しなかったのは22名、68.8%で、そのうち、既に死亡した人が32名中、3名おり、うち1名は肺気腫、気管支炎による呼吸不全の増悪、他の2名は、ともに糖尿病、高脂血症、肥満を合併の突然死であった。

(2) 一般病院における禁煙外来受診者の禁煙の成功率と精神疾患患者の禁煙の成功率との比較

前章第4章で述べた一般病院における禁煙外来受診者の経過によると、3ヶ月以上経過を追うことのできた80名のうち、52名が成功し、成功率は65.0%であった。また、12ヶ月以上経過を追うことができた29名のうち、14名が成功し、成功率は48.3%であった(本論文の30ページ参照)。一般病院における禁煙外来受診者の3ヶ月間禁煙の成功率65.0%と、精神科疾患をもった患者の成功率31.3%とを比較すると、精神科疾患を持った患者の3ヶ月間禁煙の成功率は有意に($p<0.01$)低かった。また、一般病院における禁煙外来受診者の12ヶ月間禁煙の成功率48.3%と精神科疾患をもった患者の12ヶ月以上禁煙の成功率15.6%とを比較すると、精神科疾患をもった患者の12ヶ月禁煙の成功率は有意に($p<0.01$)低かった。

一般病院の禁煙外来でニコチン補充療法を受けたのは、適応のあった人全員であり、その数は受診者100名中、75名(75%)であったが(本論文29ページ参照)、精神科の禁煙外来では、ニコチンガムを処方したのは40名中、14名(35%)に過ぎず、処方した14名の人、十分な数のガムを購入することができなかった。ニコチンガムを処方した人の中で、3ヶ月以上禁煙に成功した人は3名、うち2名は3ヶ月から6ヶ月以内に再喫煙した。死亡した人と経過が追えなかった人が各1名で、ニコチンガムを処方しても3ヶ月以上禁煙できなかった患者は、9名だった。

(3) 症例検討

精神科の禁煙外来で禁煙指導をした精神科疾患を持った患者の中から、症例1：ヘビースモーカーでありながら、啓蒙活動により自発的に2年以上禁煙に成功している症例(喫煙関連合併症が強い動機となった可能性あり)、症例2：喫煙が環境により強く影響されていた短期成功例、症例3：健全な禁煙の動機付けができなかった症例、症例4：禁煙行動と精神症状の増悪が連

動し、禁煙指導を控えた方がよかった例、症例5：入院環境の禁煙ムードの流行が患者の自主的禁煙のきっかけになった例、症例6：保護室での禁煙が長期禁煙成功のきっかけとなった例を提示する。各症例にコメントを加える。

症例1. 啓蒙活動による自発的禁煙成功例、あるいは合併症が強い動機となった禁煙成功例
(症例の呈示)

R S 精神分裂病 当時 56 歳女性

(生活歴および、現病歴) 豊かな農家の 8 人同胞の第 5 子。成績優秀、親にも従順だった。短大卒業後 K 大学の哲学科に編入し卒業。69 年 5 月、本人 27 歳の時、大学院入試失敗後、突然帰省し、独語、空笑、妄想により発病し、69 年 5 月に初回入院をした。70 年 2 月に退院後上京し、70 年 4 月 T 大学西洋哲学科大学院に入学、73 年 3 月に同校を卒業したが、再び病状が増悪して同年 4 月に帰省した。73 年 4 月以降は入退院を繰り返した。退院時は、部屋の掃除や入浴などに問題があり、不潔になりやすかったため、母親が、実家で面倒を見ていた。40 歳になった 1982 年以降はアパート単身生活であった。大学院時代に男性と同棲したことはあるが、結婚歴、出産歴はない。

(喫煙歴)

精神科の入院をきっかけに、28 歳で他患からたばこを勧められ、好奇心から、喫煙を開始し、1 日に 60 本のヘビースモーカーとなった。その後 97 年、50 歳の頃、喘息を発症した。

(禁煙当時の服薬内容)

セレネース 18mg/day, ウィンタミン 37.5mg/day, タスモリン 3mg/day,
ロシゾピロン 50mg/day, センナシド 2 T/day, テオロング 200mg 2 T/day,
マーズレン S 2.0g/day, プレドニゾロン 10mg/day, セルシン 5mg 不眠時頓用

(禁煙支援の経過)

禁煙指導をした筆者は、音楽療法の司会担当で、ときおり参加する患者とは顔見知りであった。97 年の初夏、外来で R S が喘息の発作で苦しんでいる時、看護婦からの要請があり、外来処置室で禁煙指導を行った。主治医はヘビースモーカーで R S の喫煙を「吸いすぎ」と捉え、減らすように口頭で指導はしていたが、禁煙への積極的なアプローチには至らなかった。そのため、しびれをきらした看護婦から、禁煙指導を依頼された。禁煙パンフレットを与え、喫煙と喘息の増悪との関連について話すと、特に離脱症状の訴えもなく、精神症状に対する変化もなく禁煙できた。主治医は「喘息なので止められて良かった」という意見だった。その後 97 年 8 月に喘息の悪化が原因で入院してからは、病棟の看護婦の継続的な働きかけがあり、禁煙

を継続している。1度だけ喫煙要求があったが、筆者の励ましの言葉でのりこえた。その後、院内向けの禁煙通信という壁新聞の禁煙成功者のインタビュー記事にも登場した。

(症例1、コメント)

RSの禁煙は2年近くたった現在も続いている。ヘビースモーカーでありながら、禁煙補助剤も使わずに、禁煙に成功した。苦しい喘息の症状が、タバコで悪化するという自覚症状があったことが、禁煙への強い動機付けになった可能性は否めないが、一方で、どんなに苦しい症状があっても、喫煙し続けている患者もいる。RSの場合は、喫煙と喘息の病状悪化との因果関係を知的に理解していたことも、禁煙成功の要因だった可能性がある。繰り返し、禁煙について話題にし、支援し続けることも、禁煙継続には重要であった。分煙、禁煙支援が整った病院環境の中で生活していることが、禁煙の継続を助けている可能性もある。地域への復帰、その中での禁煙の継続ができるかどうかは今後の課題である。

症例2. 喫煙の環境依存性の高かった例

(症例の呈示)

症例S I 精神疾患の診断:精神分裂病 あるいは 精神遅滞と反応性精神病、37歳女性 (生活歴、および現病歴) T村生まれで、4人同胞の第2子。3歳時に口蓋麻痺と診断され、小学校6年生まで言語訓練を受けたが、成績は下位。機敏性に欠け、中学卒業後に肥満し、仲間外れになっていた。かろうじて高校卒業後T村の縫製工場に勤務したが、適応できず、頻回の欠勤の後、2年あまりで20歳のとき、辞職した。90年4月29日、22歳の時、ヒステリー性痙攣発作と診断され、2ヶ月間、抗てんかん薬が処方された。91年5月に夜間徘徊、摂食不良となり、9月にはひきこもり、独語が顕著となり、会話性幻聴も活発化した。また自傷行為も頻回となった。92年4月に、幻覚妄想状態による暴力行為で、警察に連行され、第1回目入院。94年3月の3回目入院以降は家族内葛藤(特に母子未分離)から暴行に至り、入退院を繰り返していた。F病院に6回、A病院に2回入院歴がある。デボ剤の効果によるものか、退院中の安定期がやや延び、以前よりは破壊的行為が減少してはいたが、家では器物破損、家族への暴言、暴行などの家庭内暴力と、衝動的かつ演技的なリストカットなどの自傷行為があり、入院中は飲酒、エスケープ、男性患者との性的逸脱行為があった。衝動的で、特別な誘因も無く気分不調となった。緊張が高じると、自傷行為に走った。調子の良いときはひたすら良い子で、スタッフに依存的であり、相手の状況にお構いなしに、甘えて話しかけてきていた。

(治療の目標)

緊張高揚からの問題行動というパターンの矯正が主題であった。母子分離をはかり、退院し

て精神薄弱者施設への入所、および長期安定をはかることが目標であった。

(喫煙歴) 15歳の時、仲間に誘われ、好奇心で喫煙を開始した。それから、日に約10本の喫煙が始まった。主治医は「喫煙は大人の判断」と考えていたが、本人が禁煙したいなら、支援して欲しいという考えだった。

(禁煙当時の服薬内容)

ゾピテ 150mg/day, アーテン 12mg/day, イソミタール 0.2g・ブロムワレリル尿素 0.3g/day・ベンザリン 10mg/day, サイレース 1mg/day 不眠時屯用、アナテナジンデポ 1A 筋注 (2週間に1回)

(禁煙の経過)

禁煙指導をした筆者とは音楽療法で顔見知り。筆者にはよい面だけを見せ、禁煙したいと媚びたように話していた。喫煙本数は少なかったが、喫煙室の中で他の患者とよく話し込んでいた。97年10月、問題行動で、保護室に入室したとき、ニコチンの離脱症状を乗り越えるため、保護室で禁煙にしてもらったらどうかと筆者が提案すると、同意した。その旨主治医に相談し、主治医の判断で保護室内たばこ禁止となり、そのまま禁煙した。

保護室では時々喫煙要求があったが、さほど、強烈なものではなかった。患者の喫煙行動には対人希求的な要素があったが、保護室から出た後も、喫煙室での他の患者との対話もあきらめ、禁煙を続けていた。

禁煙6ヶ月目、ベッド移動で床頭台の奥から忘れ物のたばこが出てくるというハプニングがあり、吸いたくないから友達にあげたということだったが、その日に2本喫煙してしまった。看護婦がたばこを預かったが、またたばこを取りにきたため、筆者がすかさず面接をした。禁煙の経過と努力をともに振り返り、禁煙にはぶり返しがあり今が頑張り時であることを話した。SIは、再度禁煙を決意し、その日、主治医に反省文を書き、以後喫煙していない。他の患者に喫煙を誘われても持ちこたえていた。反省文の内容は自己の行動の振り返りについて書かれたもので、反省文を見た主治医からは、患者に内省する力ができてきていることに驚いたという感想が聞かれた。SIの禁煙は、その後1年以上続いた。

SIは98年8月に退院し、精神薄弱者施設へ入所した。1年以上たった今でも施設内で精神的に安定していて、問題行動もない。しかし、喫煙の方は、施設に入って3ヶ月目に再開し、1年あまりたった現在は、喫煙を続けている。施設は食堂での喫煙が可能で、むしゃくしゃした時、身近で喫煙されたことが再発のきっかけになったということである。

(症例2コメント)

問題行動のたびに厳しく叱責され、徹底的に批判されてきたSIであったが、禁煙指導では

あまり責められず、ソフトに、遊戯的に対応されてきた。暴力などの問題行動と異なり、厳しく叱責されないため、あやまる側も深刻にならずに済むから、失敗の理由を考える余裕もできるし、がんばれば、ほめられる。このことにより、超自我が成長する良い機会になったようだ。治療者にとっては、患者の健康的な面を知り、治療の枠組みを作る上で、有効な対応のヒントにもなった。禁煙指導はプレイセラピーのような役割を果たしたようである。入退院を繰り返してきた SI が、現在施設で安定しているのは、禁煙を通しての関わりが少なくとも、患者の病状に対して悪影響を及ぼすものではなかったことが示唆された。

この患者の場合、精神症状が悪化し、保護室に隔離になっている間に、ニコチンの離脱症状(易怒、落ち着きのなさ、不安)を乗り越えたことも大きな成功の一因となっており、保護室の禁煙が禁煙成功を助けた可能性のある症例であった。

一方、この患者が入所した施設のように、禁煙への希望がありながら、再喫煙に至ったのは、受動喫煙が避けられない環境に影響されたと考えられる。自我機能に障害があり、環境依存性の高い精神科の患者にとって、喫煙が容認されている環境はとても禁煙を継続しにくい環境であることが示唆された。

症例 3. 健康な禁煙の動機がもてなかった例

(症例提示)

精神分裂病 38 歳女性

(生活歴および、現病歴)

生家は農家。幼少時は父に可愛がられ、元気で活発な子だった。家事手伝いはせず、楽しいことには積極的だが、目立たぬ地味な作業、義務的な行動は大嫌いで、グータラな性格と見られていた。高校卒業後、1978 年 18 歳の時、電気機器メーカー開発部で事務職をし、数年後帰省し、81 年 22 歳で恋愛結婚し 2 児をもうけた。共働きを続けていたが、91 年に 32 歳で体調を崩し、退職して、一時両親の元に移り住んだが、いつも家族内でのもめごとが絶えなかった。92 年 33 歳の時、頭重感、抑うつで発症し、同年 5 月から 3 ヶ月入院した。発症後は、さらに陰性症状が顕著になった。もめごとを避けるため、95 年 3 月に 36 歳で、夫と子供とともにアパートに移り住み、次いで、同年 G 市に家を新築し、生活の建て直しを図ったが、病状は悪化し、感情鈍麻が顕著になった。人から、自分の行いを責められるのを嫌うため、喧嘩が絶えず、95 年 7 月、離婚をめぐるトラブルを、二人きりのホテルの部屋で、男友達に相談したことを夫に話し、逆上した夫に殴られた。それから頭重感は頭痛に変わった。頭は単純レントゲン写真、CT、脳波などの各種検査で異常なし。表情は暗く、現実を検討する能力が低下し、将来

のことを話し合っても、「昔はこんなでなかった。頭さえ痛くなければいいのに。」と頭痛の問題に行き当たるばかりだった。今後は夫と別れ、単身生活か、あるいは実家へ帰るか、援護寮に入るかを検討中であった。

(喫煙歴) 喫煙開始は16歳から。1日にマイルドセブン20本。発病してから、たばこをめぐるトラブルが多発した。たばこは所かまわず吸い、寝たばこでふとん、じゅうたんは穴だらけ。石油のポリタンクに押しつけて火を消したため引火し、小火騒ぎもあった。火の始末がずさんで、寝たばこによる火事の危険が大きかった。そのため、家族にとって、禁煙は最大の悲願だった。病状は落ち着いており、思考のまとまりが悪いが、治療契約は結べるし、本人も禁煙に挑戦する気持ちがあるため、禁煙が無理でもせめて、危険のない方法で喫煙できるようにして欲しいと主治医から禁煙指導を依頼された。

(当時の服薬内容)

スルピリド 800mg/day, コンディション 10mg/day, イソミタール 0.2 g/day・ブロムワレリル尿素 0.3 g/day・ラボナ 100mg/day・ベンザリン 20mg/day・ウィンタミン 100mg/day

その他、注射は不眠時イソミタール(250mg)1A 静注、ネオペリドール (150mg) 1A を2週間に1回筋注

(禁煙の経過)

禁煙指導を始めたが、自分に起きる不幸なことをすべて、頭痛のせいにしていた。喫煙しても頭痛が良くなるわけでないと感じながらも、たばこを吸うのは頭痛のせいであると主張し、自分で努力すべき課題を提示すると話をそらした。「頭痛のために何もできない自分」というアイデンティティーを捨てたくないようにみえた。禁煙の動機は健康面からの配慮ではなく、火事防止のためという差し迫った理由であった。「たばこを吸うか吸わないか自分で決められること」、「無力感から抜け出すこと」から禁煙の支援を始めた。喫煙のメリットとデメリットをはかりにかけ、自分の判断でたばこを吸わない人生を選ぶ手助けをした。ニコチンガムの費用は実父が負担した。スモーカーライザー(呼気中のCOを測る機械)の値が一桁(ノンスモーカーを示す値)を示すこともあったが、結局、喫煙室にいてもあり、節煙にとどまった。院内の売店ではたばこが買えなかったが、外の販売機でたばこを買っている姿が目撃された。禁煙は難しく、せいぜい節煙がやっとだった。

(症例3コメント)

現実に直面できず、頭痛も身体化された精神症状と捉えられるこの患者にとって、タバコをやめて身体的に健康になることは、自らの精神病理と直面することを意味しており、逆に自己破壊的な行為は、残酷な現実からの唯一の逃げ道となっていた。そのために、健康的な禁煙の

動機を持つことが困難であった症例である。

症例4. 禁煙行動と精神症状の増悪が連動した例

(症例呈示)

KK 精神分裂病、30歳男性

(生活歴、および現病歴) 父はH市の包装紙会社に勤務。2人兄弟の長男で、祖母、同居の父の兄弟、父母などの大人たちに可愛がられ、過保護に育った。1980年、中学2年の頃から不適応が顕在化し、気に入らないとコンクリートをげんこつでたたいたり、怒鳴ったりする言動があった。82年16歳の頃、高校で陸上部の先輩から酒、たばこを教えられ、一過性にシンナーを吸ったこともあった。83年3月に、高校を1年で中退し、職を転々としたが、84年に退職後は、自宅に引きこもって生活していた。91年6月に、緊張性の困惑状態で発病、91年6月から96年4月までの入院のあと、約1.5ヶ月で再入院した。他者により侵入される恐怖のために、生活は自閉的であるが、集団の中では、混乱してしまっ、内的自閉を保てないという障害があった。そのため、地域に出て生活することは困難で、病院の敷地内にある援護寮で生活しながら、週1度外来に通い、毎日、朝の9時から3時までは、院内のデイケアに通院していた。過剰適応しようという意志が働いて無理が重なる傾向があった。悪化時は緊張と困惑を呈した。

(治療の目標)

他者に侵入される不安を軽減すること、内的自閉を保つことが課題であった。生活の技術面では、生活費の1割以上がたばこ代にかかってしまうほど喫煙本数が多い上、衝動的な無駄使いによるも浪費癖もあり、この点を克服することが課題であった。

(喫煙歴)

16歳より喫煙。自己申告では日に20本だが、実際は40本から60本吸っていた。FTQは9点。呼気中一酸化炭素濃度は67と高値であった。お金がかかる、朝起きると嘔気がする、などの理由で禁煙を決意した。

(当時の服薬内容)

セレネース 3mg/day, タスモリン 6mg/day, 塩酸エチレフリン 6 mg/day, PZC 8mg/day, センナシド 2 T/day, ニトロールR (20mg) 1 Cap/day, エバミール 2mg/day, アナテナジンデゴ 2A 筋注 1週間に1回

(禁煙支援の経過)

97年3月12日、30歳のとき、寮長の勧めで禁煙外来を初診。女性関係のトラブルなどで

悪化傾向のある時だったため、禁煙を勧めることがためらわれた。しかし、拒まずに様子を見ていた。2回目の3月19日に受診した際、喫煙本数は15本前後に減った。2回目の受診時は、シンナーに酔うような気分が求めて喫煙していること、禁煙しようと思っても、自分としては喫煙を我慢しているに過ぎず、周りが喫煙を止めてくれないと禁煙できそうにないこと、銘柄を変更し、喫煙しない時間を延ばす努力をしてみたが、水を飲みすぎていることなどを書いた手記を持参した。

主治医のカルテへの記載からも病状は悪化しており、余裕のなさが表情にもうかがえたため、禁煙への努力をたたえた上で、筆者から、禁煙は後日にのばすよう、ストップをかけた。病状が良くなったら禁煙に挑戦すること、もしも、保護室に入るくらい悪化した場合、保護室ではたばこを許可しないことを約束し、援護寮のスタッフに禁煙休止の連絡をした。

その後緊張、困惑など悪化傾向はあったが、外来での治療でなんとか病状は落ち着いた。98年2月4日に再受診するまでは、院内で筆者にあっても、禁煙のことは一切口に出さなかった。こちらから、禁煙のことに水を向けても、話をそらしていた。

98年2月4日に再受診した時には、病状は安定していたが、食後のたばこは気分がいい、周りにつられて吸ってしまう、たばこを吸わないと大儀になる、などと話し、喫煙していることに対する合理化がみられた。この発言から、抗精神病薬による薬剤性パーキンソニズムを和らげる self medication (47) として喫煙をしていた側面も推測された。この発言がむしろ本音で、悪化時は過剰適応への努力なのかもしれない。98年2月18日に3回目の受診をし、4月に再受診の約束をしたが、その後は、筆者の異動の後も禁煙外来を受診していない。

(症例4のコメント)

症例4は禁煙と病状の悪化が連動している例である。増悪時に禁煙という課題を選び、失敗して自責的になるために、禁煙にはさらに病状悪化へと向かう危険が伴う。また、禁煙が過剰適応の一種の手段になってしまっている例とも考えられる。このような場合、禁煙は先延ばしにした方がよいと考えた。

症例5. 禁煙ムードの重要性を示す症例

(症例呈示)

TK 精神分裂病 53歳男性

(生活歴および、現病歴) 農家の生まれ。4人同胞の長男。幼少時特記事項なし。難聴はあったが、成績も普通であった。1960年16歳で定時制高校を中退し、家業を手伝った後、1970年26歳でK市に店を持ったが、仕事をせず借金が出来た。両親が通年型の出稼ぎをするよう

になり、実質実家に一人暮らしになった。1988年春44歳の時から東京にいる両親に電話をして、「自分は神である」という妄想を語るようになった。1988年6月、44歳の時、出稼ぎ先にいる両親を実家に呼びつけて、他からねらわれているという妄想のために自宅にこもり、両親を監禁するという異常行動がみられ、同年7月に、往診後、医療保護入院となった。1988年9月に退院後、デイケア通院で安定していたが、原因不明に悪化し、宗教的な妄想が活発化して、1996年8月26日から9月25日再入院になった。退院後は外来通院で安定していた。自分が教祖であるという宗教の名刺を配っていた。97年4月17日から主治医が筆者にかわったが、以後は外来のたびに禁煙の話題を楽しみにしていた。

(既往症) なし

(喫煙歴) 20歳でたばこを覚え、以後日に20本吸っていた。

(当時の服薬内容)

セレネース 4.5mg/day, スルピリド 300mg/day, タスモリン 2mg/day, パントシン (100mg)/day, ウィンタミン 75mg/day, ベンザリン 15mg/day

(禁煙の経過)

退院後11月14日の面接の時、たばこは7月29日から、酒は7月7日からやめ、別につらい症状は出なかったということ語った。最後の入院の時、病棟は筆者が赴任してから、禁煙ムードがもり上がっていた。そのことが動機となって、もうたばこはやめようと思ったということだった。禁煙通信に「一生分吸った煙草(けむり)の重さかな」という川柳を投稿したり、他者に禁煙を勧めたり、禁煙バッジを付けたりして禁煙の普及に務め、2年たった今も禁煙が続いている。禁煙の環境作りをすれば、素直に反応する患者がいることを示す症例であった。

(症例5のコメント)

禁煙のムードを高めてゆくことが、禁煙への動機付けになることがある。環境に対する依存性が高く、喫煙を容認する環境の中にいた精神科の患者が、病棟の患者ミーティングなどで、毎週喫煙の危険性についての情報を得、ポスターや壁新聞で、禁煙についての啓蒙を受けた結果、個別指導を受けなくても、禁煙できる患者がいるという例である。環境的介入と喫煙の危険についての情報伝達は重要であることが、示唆された。

症例6 保護室での禁煙が長期禁煙成功のきっかけとなった症例、保護室での喫煙の問題

(症例提示)

SK 精神分裂病、38歳男性

(生活歴および、現病歴) りんご農家の長男。地元普通高校卒業後、農業に従事。妻と両親

と二人の子供の6人暮らし。まじめでおとなしく、受動的な人だった。33歳になった92年11月15日頃より、独語、不眠、空笑い、易怒、暴力行為などで同年11月20日に本院を初診し、医療保護入院となった。威嚇的挑発的で尊大な態度だったが、ECT（電気けいれん療法）、および服薬で落ち着き、通院治療可能と判断され翌年2月に退院した。順調に通院し、りんご農家の仕事も普通に行っていたが、しだいに通院が不規則となり、95年10月24日36歳の時、治療を中断していた。治療を中断して約1年後、96年9月25日37歳になった頃、夕方より独語、叫声などで、再発し、医療保護入院となった。

（喫煙歴）中学校から喫煙し、日に平均20本の喫煙をしていた。

（当時の処方内容）

セレネース 9mg/day, ゾピテ 75mg/day, タスモリン 3mg/day, ベンザリン 10mg/day

（禁煙への経過）

保護室内ではたばこを禁止。その間にニコチンの禁断症状のピークを乗り越えられると考え、観察していた。SKの執拗な喫煙要求はニコチン離脱の症状か、現疾患の症状かを明確には分けられなかった。約1週間の間、口汚いタバコ要求は激しく繰り返された。タバコを与えて、喫煙要求のはげしさが緩和されれば、離脱症状と診断出来るのだが、禁煙を治療の一環と考え、ニコチン離脱の鑑別診断のために喫煙をさせてみたりはしなかった。他の患者には本数を決めて喫煙が許される中で、「なぜ自分だけが」という葛藤もきかれた。看護スタッフも初めてのやり方にとまどい、たばこを吸わせた方が早く落ち着くのでは、という意見が聞かれた。しかし、喫煙要求の都度、主治医自身が説得に応じることにして、保護室禁煙を通した。病状の悪いときは飲水過多もあり、1.5Lの飲水制限をした。病状が回復し、保護室から開放の部屋に移るときに、ニコチンの離脱症状から自由になった時に、禁煙指導をし、患者自身が喫煙をするかどうかを決める方針にした。2週間の保護室での治療の後、病状が落ち着いてから禁煙をすすめると、患者自ら残りのたばこを捨て、その後禁煙を継続している。外来通院で病状も安定し、普通に農業に従事している。退院後、1回喫煙再開もあったが、毎回外来でたばこのことを尋ね、再開してもすぐに次の禁煙へと結びつけるうちに、次第に安定し、3年近くたった現在も喫煙していない。

（症例6のコメント）

この患者のように、病状の悪化に伴って多喫煙になる患者がいる。そんな場合、喫煙要求も強く、攻撃的でスタッフも根負けそうになる。しかし、激しい喫煙要求は病的であり、病状の悪化に共なうものである。看護スタッフや他の患者への受動喫煙の危険をおかしてまで、喫煙を優先する必要はない。病状が落ち着いてニコチンの身体依存から解放された時点で、患者

の自己選択にゆだねたら、この患者のように、タバコを吸わない人生を選ぶ患者もいるということが示唆された症例であった。

考察

禁煙外来受診後の経過

97年5月までの禁煙外来の成績については、F病院のように分煙環境を整え、禁煙ムードを高め、病院を上げて喫煙対策に取り組んだ中で行われる禁煙支援は、精神科疾患を持った患者の成績でも、32.1%は3ヶ月以上の短期禁煙に成功した。一般的な禁煙指導の個別指導の成果20~40% (73) と比べても、決して低い値ではなかった。Glassmanによると精神疾患患者の禁煙指導は必ずしも困難ではない(74)。うつ状態では成功しにくい、精神分裂病やアルコール依存症では必ずしも難しくない(75、76)。本研究においても、Glassmannの言うように、精神疾患患者に対しても、禁煙指導により、一定の成果を期待できることが示された。しかし、筆者が第4章で精神科疾患を持たない患者を中心に禁煙外来で禁煙指導をした成功率65.0%と比較すると、3ヶ月以上の禁煙成功率は有意に低かった。12ヶ月以上の禁煙成功率も第4章で精神科疾患をもたない48.3%であったのに比べ、精神科疾患患者の成功率15.6%は有意に低かった。受診者では再喫煙をした人の割合も大きい。本研究では、精神科疾患を持つ患者の禁煙指導が持たない患者に比べ、明らかに難しいことがわかった。

本研究で精神科疾患を持つ患者の禁煙成功率が悪かったのは、禁煙指導をした対象の側の問題だけではなく、禁煙指導の方法にも原因があると思われる。一般病院の禁煙外来では、ニコチン補充療法を受けることを前提として受診する人が多く、ほとんどが、ニコチン製剤の処方を希望して来院してくる。自由診療で、初診料2500円、再診療1050円に加え、ニコチンパッチ(1日分380~430円)や、ニコチンガム(1個120円:1日量2~3個から10数個必要な人までさまざまである)にかかる2万円弱の経費を払える経済的余裕のある人が来院するため、高いという声はあっても、経済的理由で処方できないケースはなかった。しかし、精神科の患者では、疾患のために職につけず、経済的に困窮している人が多く、ニコチン補充療法の適応であっても、ニコチンガムを処方することができないケースが多かった。ニコチン依存の治療のための、保険診療の必要性が示唆された。

精神科疾患の病状に左右されており、病状の悪化により喫煙本数が増えたり、「たばこを吸うな」と言う幻聴や、「たばこを吸ってもいいよ」という幻聴に左右されるなど、不安定で難しい面があった。しかし、意外にあっさり禁煙できる人もいて、職員が繰り返し、日常的に、喫煙者全員に機会をみつけて喫煙の害について正確な情報を与え、継続的に禁煙を話題にしてゆくことが禁煙への動機付けや禁煙の継続に有効である可能性が示唆された。精神科の疾患は

大多数が慢性病である。したがって、医療との関わりはほぼ一生続くため、医療関係者の姿勢が患者の生活を大きく、左右するように思う。喫煙を放任する医療か、禁煙を奨励する医療か、病院を上げて、禁煙を治療や生活指導の中できちんと位置付けて継続的に関わってゆくことの重要性は十分強調してよいと考える。

日本では禁煙はニコチン依存の治療であるという認識が、医師の間でさえまだ希薄である。日本ではコンビニやタバコの自動販売機が氾濫し、パッケージの表示や広告や販売の規制が甘い。このため、一歩病院から社会に出ると、患者はより強力な自己コントロールが必要となる。社会全体が変わらないと、環境依存性が高い精神科の患者の禁煙は難しい。

喫煙は生活習慣の側面があり、過食や運動不足といった他の生活習慣病の克服と同じように行動変容への働きかけが困難な面は否めない。その上、喫煙には精神依存、身体依存がからむ(77)。精神疾患のある患者では病状に左右されて喫煙を再開したり、動機が持続しなかったりする上、抗精神病薬との相互作用で止めにくくなる側面もある。抗精神病薬の副作用としての眠気や薬剤性のパーキンソニズムを軽減する self medication のために精神疾患患者は喫煙するという説もあり、そのため、禁煙が困難な点は否めない(45,47,46,78)。

一方で、精神科の患者ならではの禁煙の動機付けも可能である。たとえば、タールが肝のミクロソームを介して薬物の代謝を早め、抗精神病薬の血中濃度を下げるため、喫煙者ではより多くの抗精神病薬が必要になる(78)。逆に、禁煙により抗精神病薬を減量できる可能性があるという情報を提供することは、薬を減らしたい患者にとって、禁煙を決意するきっかけになるかもしれない。この点は抗精神病薬の血中濃度の測定により、さらに高い確度をもって患者に情報を提供できるはずである。

禁煙に成功した患者では、禁煙は、精神症状も安定し、病状にもよい効果を及ぼした可能性があるが、一方、精神症状が安定化したからこそ、禁煙が持続したという面もあり、症例の検討だけでは因果関係は断定できない。病状の悪化時に自分には無理な課題を自ら課して症状が悪化する患者もいるので、禁煙が必ずしも精神症状の安定につながるわけではなく、逆の側面もある。このことは、精神疾患患者での禁煙のタイミングの難しさを示しており、患者をよく知る主治医の判断が重要である。

保護室での禁煙化について

F病院の保護室での喫煙に対する従来の方針は、(1)患者が危険を伴うような病状の時は、喫煙は禁止する。(2)症状が落ち着き始めると、その病状を評価するためと、患者の人権を守るためにも、スタッフの観察の下で喫煙を許可する、であった。。一方、禁煙の意思のある患者にとって、保護室での治療が必要になったときはニコチンの離脱症状を乗り越える好機であると

いう側面がある。喫煙者では、ニコチン離脱症状が絡み、病像が複雑になるという問題もはらむ。措置入院や医療保護の入院患者、および保護室を用いた治療では、患者の人権の侵害には注意が必要であるが、外界の刺激から患者を保護して、病状の回復をはかる重要な意味がある。その意味から、飲酒は厳罰になるし、他の娯楽でさえ、精神状態が安定するまで許可にならないのに、タバコだけは、職員の立ち会いを付けてまで許可されているのはおかしい。保護室での治療が必要な患者にとっては禁煙の好機で、精神症状が落ち着いて、保護室から出るときに喫煙の危険、喫煙の経済的問題について説明すれば、喫煙に対する本来の自己選択が可能になると考える

アメリカでは既に、スモークフリー（禁煙）の精神科病棟が出来ていることを考えると、精神科の病院の禁煙化は決して無理なことではないように思う。たばこを吸わせなければ、精神的にいらいらする、怒りが病状の安定を妨げると決めてかかる前に、禁煙の精神科的な効果を評価する必要があると考える。保護室内での喫煙が、患者のニコチン依存を持続させ、ニコチンの減量によるニコチン渴望により、保護室から出る時期を遅らせていると考えられる症例や、強迫的な喫煙が患者の症状を悪く修飾してはいる症例、逆に保護室でニコチンという依存性の薬物と縁を切ることがニコチンの離脱症状のストレスから患者を解放し、より安定した精神状態を持続させる治療効果をもたらす症例、禁煙がむしろ治療的である症例などを調べてみる必要がある。

精神病院での喫煙に関する問題を解決するために以下の提案をする。

（１）精神科における療養環境の改善、禁煙化、完全分煙の徹底など禁煙支援の環境作り

精神病院でも、完全な空間分煙環境を整え、喫煙防止及び、禁煙支援の働きかけをすることが必要である。喫煙室はどうしても喫煙せざるを得ない人のために喫煙の目的のみで使用する。喫煙室への入室は、喫煙者に限ることで非喫煙者の受動喫煙を防ぎ、喫煙開始の機会をなくする。喫煙者の禁煙を助け、非喫煙者の健康を守る観点から、完全にたばこの煙に暴露されない快適な療養環境の整備は必須である。

（２）禁煙指導の取り組み

精神科においても患者の喫煙問題を真剣に評価し、その治療計画に禁煙支援を組み込むと同時に、スタッフ一丸となった禁煙支援体制を整えることが望まれる。職員が繰り返し、日常的に禁煙を話題にしてゆくことが禁煙への動機付けに有効である。禁煙希望を口にする患者だけでなく、たばこを吸っている人全員に機会をみつけて喫煙の害についての正しい情報を伝え、禁煙への声かけを継続的にやってゆくことが精神疾患の患者の喫煙率を減らし、患者の身体合併症やたばこによる火災、経済的負担のためにおこる QOL の低下を防ぐ上で重要であろう。

禁煙は治療の一環であるという意識を、職員の中で共有できれば、患者には伝わるだろう。

(3) 喫煙を薬物依存ととらえ(喫煙をストレス解消の道具と美化するのは止め)、ニコチン依存の治療を治療計画に組み込む。

精神科の患者にとって喫煙は楽しみであるかのようにとらえ、喫煙を促進するような働きかけをしないようにする。患者がタバコを止めたくても止められずに吸っている現状を認識し、依存症の治療としての禁煙支援に取り組むことが望まれる。精神疾患患者の禁煙指導法の研究により、患者にとってたばこ依存がいかなる意味を持つのか、その身体的副作用のみならず、精神的な副作用や薬物との相互作用を含めて、改めて評価されることが望まれる。

社会復帰をしても動脈硬化などの喫煙関連疾患によるADL低下のために病院での長期入院を余儀なくされる精神疾患患者を増やさないために、また、禁煙の精神科疾患そのものに対する治療的効果を評価する点でも、禁煙指導は精神科において、今後積極的に取り組まれるべき課題である。

結論

精神科疾患合併患者の禁煙指導では、3ヶ月以上の禁煙成功率は32.1%、12ヶ月以上の禁煙成功率は15.6%だった。しかし、この結果は、精神科疾患を持たない人と比べると、3ヶ月、12ヶ月どちらの時点でも有意に成功率が低く、禁煙は困難であることがわかった。