

## クリニックでできるC型慢性肝炎の インターフェロン療法

～『肝臓週間 (5/18～5/22)』に因んで～



なかそね和 内科 仲宗根 和則

### 【要旨】

ウイルス検診に続いて、国の『肝炎治療費の助成』も始まり、インターフェロン (IFN) を希望する患者の増加が見込まれ、たとえ専門外であっても IFN 治療後の管理を依頼される場合も想定される。患者への丁寧な説明は、長くて、つらい、そして高額な IFN 治療の要である。クリニックでの患者指導と病診連携の現状についても触れたい。当内科は肝臓病を専門とする無床のクリニックであるので、診療所でできる C 型慢性肝炎、特に難治例の IFN 治療の要点を述べる。

### 【はじめに】

我が国では肝癌死が毎年 3 万 5 千人前後に上り、その 9 割に C 型肝炎ウイルス (HCV)、B 型肝炎ウイルス (HBV) の持続感染がある。特に HCV は肝細胞癌の 80 % で原因ウイルスと推定されている。IFN 治療の最終目的は、ウイルスを排除して持続感染を断ち切り、肝発癌を防ぐことである。IFN 治療で HCV が除去され、治療完了後 6 ヶ月の時点でウイルスが検出されない状態 (これを著効、Sustained Viral Response : SVR という) が臨床的な治癒となる。著効になると、10 年後の累積肝発癌率が IFN 非投与群の 8～9 分の 1 以下に抑制される。しかし IFN 治療に抵抗する半数の患者や、高齢の患者の急増が問題となっている。これら難治例で、IFN の再投与や投与期間を延長することで著効率が向上し、例え著効が得られない場合でも、肝発癌率が有意に低下することも明らかになった。IFN の少量、長期投与は、その延長線上にあるが、色々な課題も浮かび上がってきている。

### 【IFN 治療の前に】

C 型慢性肝炎は自然治癒することがなく、長期の HCV の持続感染 (その間、無症状が多い。) の終末像の肝硬変になると、高率 (年率 8 %) に肝細胞癌を発症する。HCV を排除するには、IFN 以外の選択肢は今のところない。以上の説明は、医師と患者間の信頼を築くに際し、IFN 治療の前に必ず患者と確認しておきたい。基本的な説明の不徹底で医師側が敗訴した判例 (IFN 未実施で肝発癌例) が最近でている。IFN の抗ウイルス効果を大きく左右するのが HCV-RNA の遺伝子型と HCV のウイルス量である。遺伝子型は、塩基配列の差によって Genotype 1 型 (1a, 1b) と 2 型 (2a, 2b) へ分けられ、又それによって作られる異なる蛋白質に対する抗体の差によって Sero-group 1 型と 2 型に分類される。厚生労働省の研究班が作成したガイドラインには Genotype が用いられているが、保険適応外なので、一般的には保険に収載され、しかも安価な Sero-group で代用する。本邦では HCV の大部分 (70 %) を占める Genotype 1b 型 (本邦では 1a 型は稀) は Sero-group 1 型にほぼ相当する (表 1)。また

表 1 HCV のウイルス亜型と頻度

serogroup	genotype	頻度 (日本)
1 型	1a	0%
	1b	70%
2 型	2a	20%
	2b	10%

Genotype1bは高ウイルス量になりやすく、『1b高ウイルス量』はIFNが効きにくい難治例の代名詞になっている。高ウイルス量とは、real-time PCR法のTaqMan HCVで5Log (IU/ml) 以上、つまり血液1ml中のHCV量が10の5乗IU以上を意味する。対数表示なので2の増加はウイルス量が100倍へ、逆に減少は100分の1に減小したことを説明する。既存のHCV-RNA定量法では100KIU/ml (Kは10の3乗) 以上が高ウイルス量となる。IUは厳密には異なるが、ウイルスのコピー数、又はウイルス個数と簡単に説明している。過去に色々な検査法が登場したが、低量域と高量域に測定レンジを広げ(15~6.9×10の7乗IU/mL)、定性と定量の両方の性格を兼ね備えるreal-time PCR法に以後統一される見込みである。HCVコア抗原は、より安価でIFN治療後の経過観察や、検診のスクリーニングに用いられる。前出、核酸増幅によるHCV-RNAの測定と違い、コア抗原に対応する蛋白質を測定する系だが、感度も良く、HCV-RNAの定量とよく相関する。femto mol/Lで表示され、約1,800 femto mol/L以上が高ウイルス量に相当する。

**【IFN 治療の説明】**

眼前のC型慢性肝炎の患者は、地域の中核病院からの紹介(著効後の経過観察やIFN導入後で継続治療の依頼もある。)、あるいは検診でHCV抗体(+)とALT(GPT)異常を指摘されたIFNの初回治療例、又はIFN無効例や再燃例で再投与のセカンド・オピニオンを求めて来院した患者など様々であるが、大半が、前記の如く難治性の『1b高ウイルス量』の患者である。逆にそれ以外の型は完治の可能性が80~90%と高いので、より一層IFNを勧めるべき患者でもある。ガイドラインには「初回治療」か「再治療」か、又、ウイルス量が「多い」か「少ない」か、ウイルスの型が「1型(1b)」か「2型(2a,2b)」かによってIFNの種

表2 C型慢性肝炎に対する初回治療ガイドライン

Genotype ウイルス量	Genotype 1	Genotype 2
高ウイルス量 5 Log IU/mL 100 KIU/mL 以上	Peg-IFN-α-2b+リバビリン (ペグ-イントロン) (レボートル) (1年間)  Peg-IFN-α-2a+リバビリン (ペガシス) (コペガス) (1年間) 著効率(40~60%)	Peg-IFN-α-2b+リバビリン (ペグ-イントロン) (レボートル) (6か月間) 著効率(90%)
低ウイルス量 5 Log IU/mL 100 KIU/mL 未満	IFN (6か月間) Peg-IFN-α-2a (ペガシス) (6か月~1年間) 著効率(80%)	IFN (2~6か月間) Peg-IFN-α-2a (ペガシス) (6か月~1年間) 著効率(90%)

類と期間が設定されている。表2は当内科で使用している説明用の図表で、ガイドラインを分かりやすく改編している。多施設の実績に基づく著効率(プロトコール通り治療を完遂すれば、何処で治療しても、誰が治療しても、ほぼ同じ著効率に集約される)を前もって告げることが可能である。これは、治療前の見積もり書に相当する。最近欧米より、IFN治療中にウイルスが消失した時期によって、その時点で著効率を予測する(ウイルスの消失時期が早い程、著効率が高くなる)新しい指針が報告されている。これは、『Response-guided therapy』といい、治療途中の比較的早期で著効率や治療期間をより正確に、修正して患者に知らせることが可能で、治療のモチベーションを維持するのに重宝している。表3は説明用に簡明に改編したものである。ウイルス消失の判定を、従来のアンプリコア定性法(検出限界:50 IU/ml)と、更に検出限界を厳しくしたreal-time PCR

表3 Response-guided therapy  
PEGIFNとリバビリン併用療法(1b高ウイルス量)  
(アンプリコア定性法~real-time PCR法%)

ウイルス学的効果	定義	治療期間	予測著効率
RVR	1か月時:HCV-RNA陰性	1年	100%
	2か月時:HCV-RNA陰性	1年	80~100%
EVR	c-EVR 3か月時:HCV-RNA陰性	1年	70~90%
	p-EVR 3か月時:HCV-RNA陽性 かつ1/100以上減少  (3~6か月でHCV-RNA陰性)	1年半	20~50%
Non-EVR	3か月時:HCV-RNA陽性 かつ1/100未満減少	単独長期 2~3年	5%以下

RVR: rapid virological response EVR: early virological response  
c-EVR: complete-EVR p-EVR: partial-EVR LVR:late virological response

法（定量限界：15 IU/ml、検出限界は10 IU/ml）の、両法で評価した値を参考にしている。real-time PCR法ではウィルス消失の診断基準がより厳格になり、一旦『検出せず』が出ると、治療終了後の著効率の予測はより確度を増す。特に4週間以内でウィルスが消失（Rapid Virological Response：RVR）した場合は勿論のこと、real-timePCR法では8週以内でウィルスが消失しても、限りなく100%に近い著効率になると予想して患者を励ますことができるのが、この説明表の良い点である。

**【IFNの副作用の説明】**

IFN治療直前には、患者の同意を書面で確認するが、副作用については、否定せず、侮らず、恐れず、が肝要である。基本的にIFNは細胞毒でもあるので、全ての副作用は否定してはならない。しかし肺線維症や脳出血、うつ病等の重篤な副作用は、慢性肺疾患、高度な高血圧、糖尿病、精神疾患等の基礎疾患を有する患者を、最初からエントリーしないことで、かなり避けることができる。血小板数は肝病変の進行によって低下し、発癌率と逆相関することは専門医にとっては周知の事実であるが（図1）、患者は意外とそのことを知らされていない。IFN治療による血小板数の一時的な減少とは区別して説明する必要がある。又治療による血小板数の回復は、肝組織が治癒に向かう可逆的変化を反映していると説明して患者を元気づける（図1）。皮膚病変は毎ってはいけない副作用で、頑固な掻痒はしばしば治療中止の原因となる。

難治性の皮膚、粘膜病変は扁平苔癬を疑って、皮膚科専門医への紹介が必要になる。甲状腺疾患や眼底出血は必ずしもIFN中止の適応ではない。患者の副作用に対する恐怖を緩和する為には投薬の減量や一時中止は躊躇しないこと、又ガイドラインで決められたIFN量の80%、リバビリンの60%以上を投薬できれば、ほぼ遜色ない著効率が得られる事を説明すると高齢者や初回治療でトラウマを有する再投与例に有効である。リバビリンは高齢者では貧血による減量や中止が問題となり、また青、壮年では催奇形性と精子へ移行するという報告がある為、治療中はもとより、治療後も6ヵ月は避妊が必要となるので年齢や家族計画を考慮に入れて治療法を選択する。副作用を早期よりきめ細かく聴取（看護師と受付からの情報は詳細で具体的である）して管理するのは、むしろ小さなクリニックならではの利点がある。

**【IFN治療の実際と課題】**

1b高ウィルス量の初回治療や再発、再燃例は難治性で、ペグ-IFNとリバビリンの併用が原則である。リバビリンは、内服の抗ウィルス剤で、単独では効果が乏しく、保険でもIFNとの併用投与以外は認められていない。1990年代はIFN単独治療の時代で、1b高ウィルス量の難治例の著効率は3%前後の低率であったが、2004年、2007年と相次いで併用療法が認可され、著効率も40~60%と飛躍的に向上している。しかし、残り半分の難治例や患者の高齢化に伴う著効率の低下（特に女性）が残された課題である。患者の高齢化が急速に進んでいるが、（いまや、我が国のHCV感染者の過半数は60歳以上である。）IFN治療にエントリーする年齢の上限は75歳前後が、併用療法は65歳までが無難である。65~75歳では、併用にこだわらず、IFNの単独投与や少量、長期投与も現実的選択肢となる。そもそもIFNの再投与が必要な患者は、肝病変の進展した症例が多く、赤血球数、白血球数、血小板数が少ない為、full doseの併用投与が困難である。（併用では

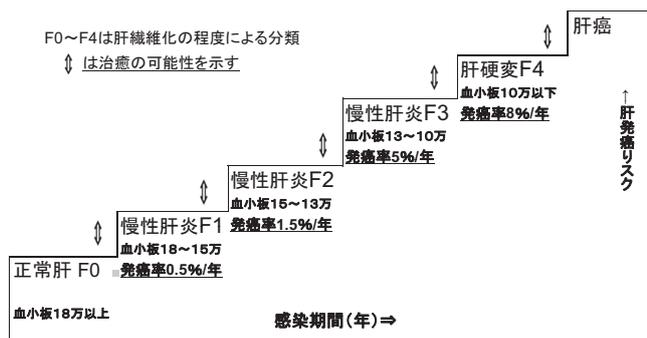


図1 血小板数と肝発癌の関係

//////////////////////////////// 月間(週間)行事お知らせ //////////////////////////////////

血小板数8万以下でIFNを半分量へ、ヘモグロビン10g未満でリバビリンを減量する。又血小板数5万以下になるか、あるいはヘモグロビン8.5g未満では両剤中止となる。) 以上のような例で、抗癌目的のIFN単独、少量、長期投与が適応となる。ガイドラインでは $\alpha$ -IFNの300万単位(筋注、皮下注)2~3回/週が推奨されている。しかし治療が長期に及ぶ為、コンプライアンスの面からは1週間に1回の注射(皮下注)で済むペグ-IFN $\alpha$ は好都合である。ペグ-IFN $\alpha$ は現在2剤が承認されているが、2b(ペグイントロン)はリバビリンとの併用が原則で、まだ単独投与は保険で認められていない。一方2a(ペガシス)は単独投与も認可されているが、開発治験時に重篤な血小板減少例があり(市販後調査での推定発現率は0.02%)、IFN注射直前に、毎回末梢血を測定しなければならない(当然院内測定)。ただ、インフルエンザ症状を含む他の副作用は2b(ペグイントロン)に比べてややマイルドな印象があり、当内科では、リバビリンとの併用が困難な症例に対し常用量180 $\mu$ gの2分の1~8分の1量を用いた少量、長期投与を試みている(表4)。平均17.6ヵ月の時点で約7割の症例でウィルス量が低値を維持し、38.5%で、アンプリコア定性法で(-)、real-time PCR法でもウィルス検出されず(-)が持続している。図2に18例のALT、HCV-RNA量、血小板数の推移を示す。ペガシスは

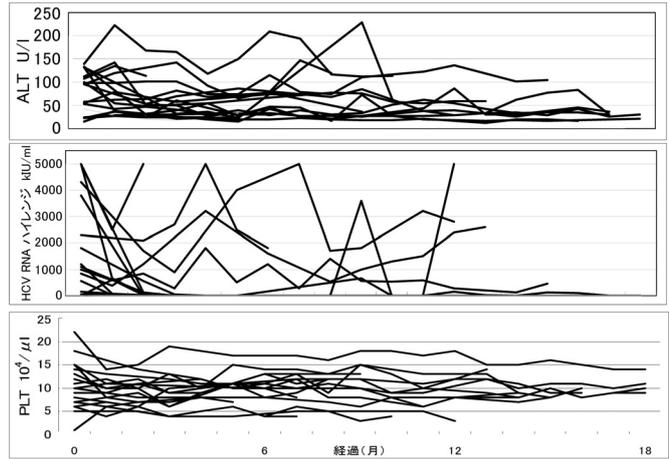


図2 Peg-IFN  $\alpha$  2aの少量長期投与 (n=18)

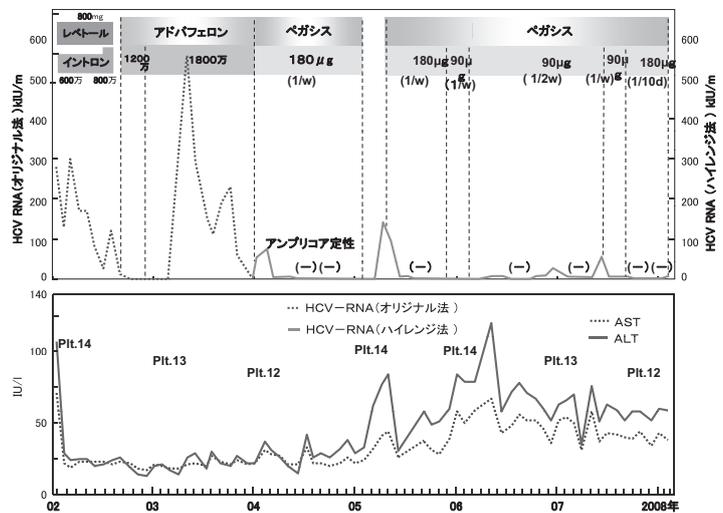


図3 症例：52歳 男性 genotype 1b型慢性肝炎

単独投与の場合、血小板数5万以下で半量へ、2.5万以下で中止という基準がある。90 $\mu$ g以下の少量では、投与基準はないが、血小板減少も軽度で、投与間隔を延長したり、一時中止等で調整が容易で、10万以下の低値例でも安全に継続できた。一部の高ウィルス量例を除いて、ウィルス量も良くコントロールされている。図3は52歳の男性例。1b高ウィルス量で15年間で延べ6回のIFN治療を受けているが、著効が得られず、抗癌目的のIFNの少量、長期投与を継続している症例である。ウィルスは著減するも著効はなかなか得られない。リバビリンの貧血が「生活の質」を損ない、併用が困難でペガシスの少量、単独投与中である。本例は脂肪肝合併によるALTの上昇が問題で、肝の脂肪化は、著効率を下げるだけでなく、肝発癌の促

表4 Peg-IFN  $\alpha$  2a (ペガシス) 単独長期(少量) 療法

9ヵ月以上の単独投与13例(9~50ヵ月 平均17.6ヵ月)  
180~22.5 $\mu$ g/週

1) 男/女: 6/7		
2) 年齢 : 58.5歳 (35~74歳)		
3) HCV-RNA定性(-)持続	5(3)/13	38.5%
4) HCV-RNA定性(+ )持続	2(1)/13	15.4%
5) HCV-RNA定性(+ ) $\leftrightarrow$ (-)	2(1)/13	15.4%
6) 無効	4/13	30.8%

} 69.2%  
(38.5%)

(ALT正常)

進にもつながると最近報告されているので、栄養面での介入が必要となる。長期投与の現実的な目標はALTの正常化であるが、真の目的は肝発癌を抑止する事であるので、当院では定期的なスクリーニングの為に腹部エコー用のチェックリストを作成して、看護師だけでなく、医事課も参加して腹部エコーを忘れないよう注意している。腹部エコーは主治医が3~4ヵ月毎に実施しているが、スクリーニング目的の腹部CTは近くの病院へ依頼し、AFP上昇例は地域の中核病院を紹介している。高齢男性の、線維化進行例では、著効が得られても、5年以上もたってから発癌する症例が少なからず存在することが問題となっている。著効後も血小板数が低下する例は注意が必要である。IFNの少量、長期投与は、ガイドラインでも期間が明確には設定されていないが、2~3年を目途に、評価(血小板数の増加、AFP、ALTの正常化)し、IFN抗体や他の自己抗体、インターロイキン6(肺線維症で上昇する)等を確認して、一時休薬し、経過を見て再開の可否を患者と話し合うことにしている。(α-IFNは2002年より投与期間の制限が廃止されたが、ペグIFNはまだ、撤廃されていない) その際、在宅自己注射(α-IFNは認可されているが、ペグIFNはまだ、両方とも認可されていない)も多忙な患者には貴重な選択肢になる。厚労省の研究班が作成する「C型慢性肝炎治療ガイドライン」は毎年のように改定されているが、治療現場の方が絶えず先行している。それ故に保険診療との間でも、細部では多少のグレイゾーンが出現する。そのような局面で主治医の裁量権がどの程度認められるか、は今後の課題である。最もハイリスクである肝硬変へのα-IFN、ペグIFNの適応拡大や高齢者独自の容量設定は、ガイドライン策定の焦眉の急であると考えている。

### 【IFN治療の経済的側面】

最後に経済的側面について延べる。IFN治療費助成制度は、肝炎の原因の如何を問わず、B型、C型慢性肝炎でIFN治療を実施する際に、支払われる患者個人の1ヵ月の窓口負担の上限を1万円、3万円、5万円と世帯の市町村税に応じて3段階に決め、超えた部分を1人、1年間、1治療機会に限り、公費で助成するもので負担上限1万円の患者が過半数を占めるように制度設計されている。沖縄県の場合、平成20年4月~21年1月までの中間報告で、IFN治療受給者証を交付された患者の内72%が上限1万円のクラスに属する。通常は月の窓口負担はIFN少量、単剤投与で2~4万円、リバビリンとの併用で6~8万円位の開きがある。従って、高額な併用療法を必要とする難治例がこの制度の最大の受益者であり、特に、積極的な利用が望まれる。

### 【まとめ】

診療所で実施可能なC型慢性肝炎(難治例)のIFN治療について、患者への説明の要点、患者管理と病診連携の現状、治療の課題、特にIFN単独、少量、長期投与について述べた。

### 参考文献

- 1) Kenji Ikeda et al : Hepatology 29, 1124-1130,1999
- 2) Arase. Intervirology 47:355-361,2004
- 3) 佐久川 廣 : 沖縄医報 Vol.42 No.5 75-81,2006
- 4) 仲宗根 和則 : 沖縄医報 Vol.36 No.10 25-31,2000
- 5) Samuel S lee and Peter Ferenci : Antiviral Therapy 13 Suppl 1: 9-16
- 6) 泉 並木 : 厚生科学研究費補助金肝炎等克服緊急対策 研究事業(肝炎分野)分担研究報告書 41-42
- 7) Reddy KR et al : Clin. Gastroenterol. Hepatol, 5 : 124-129, 2007.
- 8) 飯野四郎 : 検査と技術 Vol.31 No.1 23-28,2003

『はしかにならない。はしかにさせない。』  
—はしか0キャンペーン週間(5/17～5/23)に寄せて—



沖縄県はしか0プロジェクト委員会 安慶田 英樹

【はじめに】

麻疹は根絶可能な疾患です。疾患の根絶とは、地球上から疾患そのものが消滅した状態です。一方、一定の地域や国から消滅した場合は、排除と呼んでいます。麻疹はヒトの感染症であり、不顕性感染がなく、有効なワクチンがあるという条件を満足しており、根絶可能な感染症と見なされています。我が国は、2012年までの国内からの麻疹排除を目標としています。世界、我が国、沖縄の麻疹の現状と沖縄県「はしか0キャンペーン週間」についてご紹介します。

【世界の麻疹の現状】

麻疹は子どもの死因の中で大きい比率を占めてきました。現在でも、麻疹の死亡率は先進国で0.1%、開発途上国で3～6%と推定されています。ワクチン導入前(1963年以前)の全世界の麻疹の年間患者数は1億645万人、年間死亡数は578万人と推定されていました。WHOは過去数回にわたって、麻疹制圧のプロジェクトを策定しました。1974年、予防接種拡大計画を策定し、麻疹を含む6つの対象疾患(ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ、結核)の予防接種率の向上に努めました。その結果、1997年の麻疹の推定患者数3,097万人、推定死亡数は96万人に減少しました。2001年には「世界麻疹戦略計画」を策定し、死亡数の半減化、一定地域における麻疹排除などの目標を定め、さらに2回接種の勧告を行いました。2005年には①12生月時点での初回接種率90%以上、②全ての子どもに2回接種の機会提供、③検査を含む効果的なサーベイランス、④麻疹患者に対する適切な治療の4項目を戦略目標にしています。その結果、世界の麻疹の推定死亡数

は2000年の75万人から、2007年の19.7万人まで減少しています。麻疹に対する熱心な活動から、麻疹をワクチンで予防可能な疾患と認識し、積極的な接種により麻疹を排除・根絶に導くというWHOと世界各国の強い政策的意志を伺い知ることができます。

【日本の麻疹の現状】

古い絵馬から、「はしかは子どもの命定め」と古くから恐れられていたことを知ることができます。我が国でも、ワクチン導入前はほとんどの乳幼児が自然麻疹に罹患していたと見なされ、1950年頃の年間死亡数は約1万人と驚くほど多い数が報告されています。1978年から定期接種化されましたが、接種率は80%以下と低く、数年毎の流行が見られていました。麻疹排除には95%以上の接種率が必要とされています。先進国では80年代から2回接種が行われています。これは、生ワクチンの1回接種だけで追加免疫がない状態では、終生免疫を獲得できないことが判明したためです。我が国に麻しん風しんワクチンによる2回接種が導入されたのは2006年4月であり、先進国に比し実に20年以上の遅れがありました。1期は1歳、2期は小学校入学前1年間と定められています。

2007年には10～20代の麻疹流行が観察されました。首都圏の大学の休校が相次ぎ社会的にも注目されました。未接種者と1回接種後の免疫消失者(免疫が得られなかった一次性ワクチン不全と、一旦獲得後に免疫が減衰した二次性ワクチン不全があります)の蓄積がその原因です。欧米先進国でも2回接種法が導入される前に観察されていた事象です。このため、10～20代の麻疹を防止することを目的に、3期、4期の定期接種が2008年度から5年間の期限付

きで実施されることになりました。3期は中学1年生、4期は高校3年生の年齢層に相当します。予定どおり5年間実施されると2013年には、6歳(小学入学1年前)から23歳までの年齢層の全員が2回接種を受けることとなります。2回接種の徹底により、我が国は2012年までの国内からの麻疹排除を目標にしています。なお、風疹の免疫も同時に獲得することを目的に、1～4期を通して通常、麻しん風しん混合ワクチンを接種しています。

表 麻疹ワクチンの定期接種

(注:風疹ワクチンと同時接種する場合は、麻しん風しんワクチンを用いる)

接種時期	対象者	備考
1期	生後12月から生後24月まで	1期の接種はできるだけ早期に行う
2期	5歳以上7歳未満で、小学校入学前1年	
3期	13歳となる日の属する年度(中学1年相当)	3期・4期の接種は4月から6月が望ましい
4期	18歳となる日の属する年度(高校3年相当)	3期・4期は平成20年から5年間の措置

【沖縄の麻疹の現状】

90年代まで沖縄県の麻疹ワクチン接種率は60～70%台と低く、数年毎に大きな流行が引き起こされ、その度に乳幼児に犠牲者が出ていました。そのため、県・国から麻疹を排除する事を目的に医師会、行政、保健所、保育園、小児科医など関係者が一堂に会し、2001年に沖縄県はしかゼロプロジェクト委員会を組織しました。その成果の一部として以下の三点を紹介します。一つは2001年に行った6ヶ月～1歳未満児への緊急接種です。定期接種対象年齢に達していない6ヶ月～1歳未満の年齢層の乳児が麻疹流行時に犠牲になっていたため、市町村の合意のもとに流行時にその年齢層を対象に県下16自治体で緊急接種を行い、犠牲を防ぐとともに、流行の終息を早めるなど大きな成果をあげ注目を集めました。二つめには、2003年に麻疹発生時対応ガイドラインを作成し、流行拡大防止を目的に、発生段階毎に各組織の具体的な役割、対応と連携を明確にしたことです。三つ目に、2003年から麻疹の全数把握事業を開始したことです。これは診断時に疑い例を含

め全症例の報告からスタートし、県衛生環境研究所において患者の咽頭ぬぐい液・血液を検体としてPCR検査やウイルス分離等の検査室診断を行い、保健所で患者・接触者を対象に積極的疫学調査を行うという内容です。三つの成果のいずれも全国に先駆けて実施され、高い評価を受けています。

また、麻疹全数把握事業の成果として、以下の点が明らかになりました。①2003年以降、沖縄県には麻疹は常在しておらず、県外から持ち込まれていること、②確定例の確認後、各組織がガイドラインに従って迅速に対応することにより流行拡大が防止されていること、③過去5年間の確定麻疹患者数は2003年19例、2004年16例、2005年に発生ゼロを達成し、2006年18例、2007年22例、2008年41例であったこと、④分離された麻疹ウイルスの遺伝子型別を行うことにより、感染源・感染経路の推定が可能であることなどです。

【はしか0キャンペーン週間】

小児科医にとって、残念でならないことは、複数の感染症がワクチンで予防できるにもかかわらず、未だに流行し、死亡を含む健康被害が認められることです。麻疹はその最も象徴的な疾患です。麻疹は痘瘡、ポリオに並んで根絶可能な疾患と見なされています。南北アメリカ大陸、北欧、韓国などでは政策的意志を有した国家的な取り組みにより国・地域からの麻疹排除に成功しています。日本は未だに麻疹の流行が見られ、麻疹輸出国と侮られています。小児科医としては憤慨に堪えない所であり、麻疹は不倶戴天の敵であります。

来る5月17日～23日は「はしか0キャンペーン週間」です。表に現在の麻疹ワクチン定期接種のスケジュールを示します。「はしかにならない、はしかにさせない」というスローガンは、県出身のシンガーであるキロロさんに提唱していただき、全国に広まっています。沖縄県と我が国からの麻疹排除をめざして、麻疹ワクチンの積極的な接種をよろしくお願い申し上げます。

# 世界禁煙デー (5/31) にちなんで

～タバコのない社会を～

徳山クリニック 内科 永吉 奈央子



## 1. 世界禁煙デー

毎年5月31日は世界禁煙デー「World No Tobacco Day」です。世界各国で禁煙を呼びかけるために世界保健機関（WHO）により定められ、今年で22回目を迎えます。毎年スローガンが掲げられ、2009年は、「Tobacco Health Warnings（厚生労働省訳：警告！たばこの健康被害）」です。WHOのホームページでは「Show the truth. Picture warnings save lives.」と書かれ、とくにタバコパッケージについて、健康被害の真実が伝わる画像を用いた警告をするよう、呼び掛けています。今の日本のパッケージは、箱の1/3の面積で警告文が書かれていますが、わかりやすい画像を用いた警告は残念ながらなく、むしろ若者や女性に受けそうなおしゃれで格好良いものが多いばかりか、中にはおまけグッズやアロマ付きのもあります。財政面を含めて社会全体がタバコに依存している日本では、これだけタバコの害がわかっている現在においても、変わるのには難しいものです。



写真1. 海外のタバコパッケージの例

海外では、何年も前から画像付きのわかりやすい警告を載せている国もあります（写真1）。これなら子供たちにも伝わりやすいですね。

## 2. 若者よだまされるな

2008年世界禁煙デーのスローガンは、「Tobacco-Free Youth（厚生労働省訳：たばこの害から若者を守ろう）」でした。タバコ業界の若者向け販売作戦はよく知られた事実で、アメリカのRJレイノルズ社の「中学生ぐらいをねえ」という社内文書が暴露されたことは有名です。大人がタバコ病で亡くなると消費者がいなくなるので新たな消費者が必要、13歳から24歳が売り込みのターゲットだとされていました。ほんの数本でニコチン依存症になってくれる未成年は恰好のお客さんです。禁止ほど好奇心を駆り立てるものではなく、「子供はまだだめ」と禁止しながら、さりげなく中学校前のコンビニに並べておくのも実は販売作戦だそうです。それによって子供たちはタバコを大人の象徴であるかのように思い、体に悪いと聞いても、つい背伸びして試し吸いし、売り込み側の思う壺にはまってしまう。やがて、ニコチン切れのイライラが毎日1時間おきにおしよせ、年中無休でタバコを買わなければならない日を過ごし、やめようと思ってもやめられない自分を根性なしだと思いこんでしまう、悲しい青春が待っています。皆の宝である若者の人生がタバコによって汚されると悲しいです。そんな手口にだまされることなく、持って生まれた本来の自分を損なわずに幸せな人生を送ってほしいと切に願っています。

### 3. 子供たちへの防煙教育

子供たちへの防煙教育は、タバコのない社会、幸せな未来のためにも最重要事項の一つです。喫煙者の喫煙開始年齢は、10～20才代がほとんどであり（図1）、喫煙者になるかどうかは、若い時代に最初の1本を吸ってしまうかどうかにかかっているといても過言ではありません。私は年に数回学校で防煙教育授業をさせていただいています。タバコが体に悪いことは子供たちにも常識で、吸い始めたらやめられなくなることも知っています。しかし「ちょっとだけなら吸ってみたいと思う」と答える子供は少なくありません。宮崎県の野田馨先生の「タバコをやめるのはとても難しい。けれど、最初から吸わないのは誰でもできる、簡単なこと」という名言があります。子供たちに伝えたい素敵な言葉です。吸い始めるきっかけは、友人にすすめられて普通になんとかという人が多いのですが、その子供たちの気持ちについて、昨年の日本禁煙科学会で和歌山県元学校教師の北山敏和先生から貴重なお話がありました。子供たちは仲間が喫煙していると吸わない自分が不安になるのだそうです。従って子供たちには、吸うとはどういうことなのかを伝えるとともに、あたたかい励ましをもって、今吸っていないことの価値の大きさを伝えることが重要だとのお話に感銘を受けました。害でおどす話よりも、吸わないあなたはすばらしいという話の方が、吸わないという行動の勇気付けになると思います。そして、自分がかけがえのない大切な存在であることに気づき、自分を大切にすること、そのためにタバコを吸わない人生を選択することこそ、防煙教育の目標だと考えさせられました。一方で、すでに吸い始めてしまった子供にはさらに温かい励ましと治療、支援の輪が必要です。昨年の禁煙科学会の講演で三浦秀史禁煙マラソン事務局長から「罰は行動の抑制には役立つが行動の形成には役立たない」という考えを教わりました。喫煙はよく問題行動として罰則で取り締まられるのですが、この考え方に照らし合わせても、罰則だけで禁煙という行

動を勇気付けるのは限界があると思われます。規則を守る教育とともに、学校と家庭と医療との連携でうまく治療と温かい支援に結びつけてあげることが重要と思いますが、まだこれからの部分が多いのが現状だと思います。

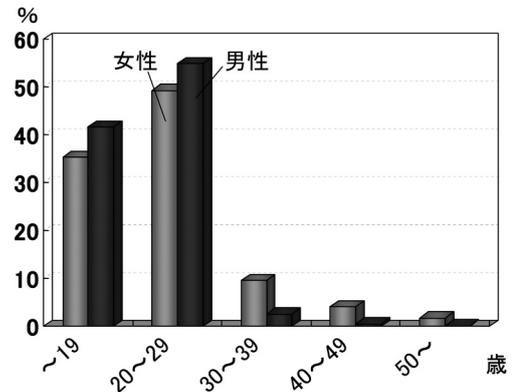


図1. タバコを習慣的に吸うようになった年齢  
厚生労働省 喫煙と健康問題に関する実態調査 平成10年度 (概要)

### 4. うれしい楽しい禁煙支援

当院では平成14年7月から禁煙外来を開設しました。それまで全く禁煙支援経験がなかった私にとって、奈良女子大学の高橋裕子教授との出会いは大きな転機となりました。先生が主宰されるインターネット禁煙マラソンの支援者のためのメーリングリスト「禁煙健康ネット」(kk)、全国禁煙支援アドバイザー育成講習会への参加を通して、先生の温かい支援マインドの影響を受けて取り組んできました。最近の当院の成績では、受診者の45%、保険診療3ヶ月コース修了者の80%が禁煙し、禁煙したすべての人の65%が1年後も継続中で、徐々に成績が上がってきたと感じています。その背景として看護師とのチーム医療と、科学的でレベルの高いkkからの情報は欠かせないものとなっています。当院では初診時に、どうしてやめにくいのか（意志ではなく脳の病気）、どうしたらやめられるか（薬の使い方と心理的依存の対処法）の大事なポイントを「禁煙ステーション」というDVDで学習していただき看護師支援でさらに補足しています。そして日記や手帳などを利用しながら、フォローの回数はできるだけ多く、うまくいかないときこそ温かく頻回

にフォローし、電話による看護支援も入れるようにしています。また、インターネット環境にある方には積極的に禁煙マラソンへの参加を勧めています。外来では「あたたかい励まし」「ほめ上手になる」「敬意を表しともに喜ぶ」「焦らず待つ」を心がけ、禁煙の効果に目を向け「やりましたね」「続ければもっとよくなりますよ」などの励ましを送ります。患者さんからは「ここにくると皆にほめてもらえるので足が向く」、「大丈夫できますよと言われてできる気持ち良かった」「受付でも薬局でも励ましてもらえてうれしい」「ここにくるのが楽しみ」との声もきかれます。そしてうまく禁煙がスタートできたときの喜びは支援する側もされる側も格別です。肌が若々しくなるだけでなく、うれしさや自信からくる美しさはすばらしいもので、「何回チャレンジしてもできなかった禁煙ができて、何にでも自信がもてるようになり、人生がすばらしいものになった。」「禁煙できて初めて自分を好きになれた」「禁煙は家族の幸せ」など聞くと感動します。禁煙とは単に体が健康になるというだけでなく人生そのものに大きな価値をもたらすもので、そんな喜びに出会える禁煙支援とは本当に楽しいものです。最近、すばらしい治療成績を上げている大分県の伊藤内科医院に習って、当院でも「禁煙してよかったこと」の感想を待合の情報コーナーに掲示しています(写真2)。禁煙の価値を実感することが、禁煙継続のモチベーションと、幸せな人生につながるのだということが、この感想からも読み取れて、読んでいてうれしくて思

わず笑顔になります。また、禁煙支援にはもうひとつ楽しいことがあります。それは支援者の仲間ができることです。kkでは県内外の支援仲間とネットでつながっており、医療、行政、学校関係と様々な職種の人たちと仲間になれます。県内でも高橋先生や三浦事務局長が沖縄に来られる際には懇親会をもち、年に数回楽しい時間を過ごします。禁煙支援していなければありえなかったことです。kkメンバーが多く参加する日本禁煙科学会では、初対面でも打ち解けあえ、他の学会にはない楽しさがあり、こうした楽しい時間は、さらにがんばろうという元気の源となります。禁煙支援は人の力や温かさを感じさせてくれるとつくづく思います。



写真2. 禁煙してよかったこと 掲示板

**原稿募集!**

**随筆のコーナー (2,500字以内)**

随時、募集いたします。日常診療のエピソード、青春の思い出、一枚の写真、趣味などのほか、紀行文、特技、書評など、お気軽に御寄稿下さい。