

医療法人田中会 武蔵ヶ丘病院呼吸器科 清藤千景

## 要約

1. 医療従事者の喫煙率は、以前より低下傾向にあり一般市民よりも低いですが、先進諸外国と比較すると高値である。
2. 医療従事者の中でも医師は、公衆衛生の向上および増進を目的とした職業であり、喫煙は公衆衛生上極めて重大な問題であることから、全ての医師にはタバコ対策に取り組む責務がある。
3. 医師の喫煙は、一般市民に対してタバコについての誤った認識を与える可能性がある上に、患者への禁煙指導への熱意は、医師自身の喫煙習慣と明らかに関連があり、喫煙医師は非喫煙医師よりも余り熱心に禁煙指導を行っていないことが指摘されている。そのため、保健医療関係の学会や団体がタバコ対策の強化を表明し、会員自らの禁煙の推進や医療機関の禁煙化などに取り組んでいる。
4. 健康増進法をはじめとした禁煙推進に関係する法律、条約、ガイドラインなどの法的根拠や病院機能評価における敷地内禁煙化の項目の追加、さらに、禁煙の保険治療が可能となり、敷地内禁煙を施行している医療機関は増加している。
5. 敷地内禁煙は禁煙治療を進めるためのまたそれ自体無言の禁煙治療の手段である。
6. 喫煙しにくい環境を提供すること自体が、医療従事者の喫煙率の低下だけでなく、患者の喫煙率の低下にもつながると考えられる。

**キーワード：敷地内禁煙、医療従事者の喫煙、健康増進法、病院機能評価、コンプライアンス**

### 1. はじめに

従来の医療機関の喫煙対策としては、建物の内部や外に喫煙コーナーを設置することが主であり、喫煙に対して寛容であったといえよう。しかし、タバコによる喫煙者自身への悪影響のみならず、受動喫煙による健康被害も次第に明らかとなるにつれて、建物内禁煙とする医療機関が増加した。2000年に札幌社会保険総合病院が日本全国ではじめて、医療機関の敷地内全てにおいての喫煙を禁止する敷地内禁煙に踏み切った。その後、2003年の健康増進法施行、2005年の病院機能評価における敷地内禁煙化の評価、2006年の禁煙の保険診療開始にともなって、全ての医療機関は敷地内禁煙を目指すべき時代が既に来ている。

## 2. 医療従事者の喫煙

### (1) 医療従事者の喫煙率

2008年に行われた無作為抽出の日本医師会員4,500名(男性3,000名、女性1,500名)を対象とした喫煙率調査の結果、わが国の医師の喫煙率は、男性15.0%、女性4.6%と報告されており<sup>1)</sup>、それ以前のデータと比較すると低下傾向を示している<sup>1)</sup>。同年の日本人全体の喫煙率は、日本たばこ産業の調査によると、男性39.5%、女性12.9%であり<sup>2)</sup>、年齢構成などの違いはあるが、医師の喫煙率は男女とも一般市民の半分以下であるといえよう。しかし、先進諸外国と比較すると高く、アメリカの医師の喫煙率は1991年時点で3.3%<sup>3)</sup>、オーストラリアでは2000年までのデータで男性4%、女性2%であり<sup>4)</sup>、イギリスでは男性8%、女性5.4%と報告されている<sup>5)</sup>。

一方、ヘルスケアの専門職として患者と日常的に接する看護師に関しては、国立病院および国立療養所の看護職員の喫煙調査の結果では、看護師16.3%に対して、准看護師は28.7%と高い値を示していた<sup>6)</sup>。また、2006年の日本看護協会の調査によると、全体で19.9%であり、性別では男性54.2%、女性18.5%と報告されており<sup>7)</sup>、一般女性と比較して2倍近い喫煙率であった。

また、上記の調査では女性看護職の喫煙に対する態度についても調査している。「保健医療従事者であっても勤務時間外の喫煙は自由である」と回答したものは、全体の31.6%(喫煙者46.3%、非喫煙者27.8%)、「保健医療従事者であることと喫煙とは関係がない」に賛成する回答は、全体の25.0%(喫煙者34.9%、非喫煙者22.0%)であった。一方、「保健医療従事者として喫煙は好ましくない」と回答したものは、全体の26.8%(喫煙者20.7%、非喫煙者28.4%)にとどまった。このように、わが国の看護職は、喫煙率が高いだけでなく、喫煙に対して寛容な態度をとる者が非喫煙者にも多いという実態が明らかになっている。

### (2) 医療従事者にとって喫煙とは

医師法の第1条は、「医師は、医療および保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものとする。」と定めているように、医師とは、公衆衛生の向上および増進を目的とした職業である。

そして、タバコは、世界保健機構などが繰り返し警告しているように、公衆衛生上極めて重大な問題であり、従って、全ての医師にはタバコ対策に取り組む義務があるといえる。

また、医師法第23条には、「医師は、診療をしたときは、本人またはその保護者に対し、療養の方法その他保健の向上に必要な事項の指導をしなければならない」とされている。2006年から禁煙治療の保険診療が可能となったが、我が国において一般的に「ニコチン依存症」が疾患として認められたことを意味し、タバコを吸う「患者」を放置しておくことはできないことになる。従って、タバコによる健康被害を最もよく理解している医療従事者が、自ら率先して患者の禁煙支援や治療にあたるべきであり、また地域住民に対する

禁煙についての啓発活動を行うことが求められている。

英国でのタバコ対策の豊富な経験を有し、2000年には英国医師会からの依頼を受けて「Doctors and Tobacco」（医師とたばこ— 医師会はいま何をなすべきか— 日本医師会翻訳）<sup>8)</sup>を記し、現在世界各国のたばこ対策のコンサルタントとして活躍しているデビッド・シンプソン氏は、その著作において、執筆した理由を二つ挙げている。

①「ほとんどの医師にとって、タバコは、日常診療を通じて遭遇する疾病の原因のうち、最大の予防可能なものである」

②「喫煙という大規模な保険医療問題に取り組むに当たり、医師の役割が極めて重要であるからである」

そして、医師がタバコ対策に取り組むべき理由を次のように記している（表1）。

表1. 医師がタバコ対策に取り組むべき理由（デビッド・シンプソン 2001）

- ・ 診察時間のかなりの部分が喫煙に起因する疾患をもつ患者に費やされている
- ・ 医師は、喫煙によって起こされる悲劇と苦痛に日々直面しており、予防しうる疾患原因の中で最も大きいものがタバコである
- ・ 医師個人あるいは各国医師会を通じてタバコ対策に参加することは、我々の時代が抱えている大きな公衆衛生上の課題について取り組む絶好の機会である
- ・ 健康問題について最も信頼性の高い情報と助言を提供してくれるのは医師であると認識されており、医師は市民のお手本でもある

### （3）医療従事者の喫煙の問題点

菌は、医療従事者の喫煙、とりわけ医師の喫煙は、以下の点で問題が大きいと次のように述べている<sup>9)</sup>。

- ① 医師の喫煙は、タバコの最大の広告となる。あるタバコ会社の重役が、「一人の喫煙医師は、タバコ産業にとっては数千万円の価値がある」と話したという出所不明の噂があるらしいが、医師の喫煙を見た患者は、「医者吸うのだから、タバコはそんなに悪くないのだろう」と誤解する恐れがある。また、「医者でも禁煙できないのだから、自分が禁煙できなくても仕方がない」と試みる前から諦めてしまう可能性がある。
- ② 喫煙する医師は、自らの喫煙行動の正当性確保のために、病院禁煙化を推進する上での最大の抵抗勢力となる。
- ③ 喫煙する医師は、依存症特有の適応機制のため、喫煙リスクの否定や過小評価があり、健康増進の専門家としての正しい情報提供ができない。例えば、患者に強く禁煙をすすめるべきところを「吸い過ぎないようにしなさい」と説明し、「禁煙のストレスはかえって体によくないので、少ない本数ならよい」などの誤った指導を行いやすい。

④ 医師自身が喫煙しながら患者には禁煙を勧めるということは、十分に患者の信頼を失う行為である。たとえ、患者には自らの喫煙を隠し通したとしても、説明責任や誠実さという要件を損なうことになると考えられる。

また、小西は、医師自身が喫煙しながら患者には禁煙を勧めるということは、十分に患者の信頼を損ねる行為であると記している<sup>10)</sup>。たとえ、患者には自らの喫煙を隠し通したとしても、説明責任や誠実さという要件を損なうことになると考えられる。

実際に、患者の喫煙状況への関心や禁煙指導への熱意は、医師自身の喫煙習慣と明らかに関連しており、喫煙している医師は非喫煙医師よりも、関心・熱意が薄く、余り熱心に禁煙指導を行っていないことが指摘されている<sup>11)</sup>。特に、ニコチン依存度が中等度以上の喫煙医師では、禁煙治療などの対策にはより消極的な傾向を示していた<sup>12)</sup>。また、2008年の日本医師会の調査によると、診療所の管理者を喫煙の有無で分けて、実施している喫煙防止策を集計したところ、現在喫煙している群において、敷地内全面禁煙の実施率が有意に低いことが示されている<sup>1)</sup>。

さらに、喫煙する医師には禁煙の働きかけがなされにくいという問題もある。つまり、医師は、職場内で他職種から禁煙を進言されることが少ないため、喫煙医師は自らのニコチン依存の重大性に気付くきっかけを得にくい状況がある<sup>9)</sup>。

#### **(4) 医療関係の学会や団体の取り組み**

1997年日本呼吸器学会は、国内の学会としては初めての「喫煙に関する勧告」を出した<sup>13)</sup>。それに引き続いて、保健医療関係の学術団体（各種学会）および日本医師会や日本看護協会などの職能団体が相次いでタバコ対策の強化を表明し、会員自らの禁煙の推進や医療機関の禁煙化、および禁煙教育の推進などに取り組み始め、喫煙対策・喫煙予防、禁煙などに関する提言・宣言が発表されている。

\* 禁煙宣言学会等の一覧 <http://www.eonet.ne.jp/~tobaccofree/sengengakkai.htm>

### **3. 医療機関の敷地内禁煙化**

#### **(1) 敷地内禁煙に取り組むにあたって**

禁煙推進に取り組むに当たっては、前述したように医療従事者として健康管理の観点から取り組まなければならないが、禁煙推進に関係する法律、条約、ガイドラインなどの法的根拠も明確にしておくことが必須である（表2）<sup>14)</sup>。企業において、あらゆるステークホルダーに企業の社会的責任を果たすように求められるようになって久しいが、ましてや、健康に関するプロフェッショナルである医療従事者が勤務する医療機関においても、コンプライアンス、すなわち、法の遵守や法の趣旨・目的とその背後にある社会的要請に応えること、という視点からも禁煙を推進することが重要である。これにより喫煙対策に取り組むという必要性がさらに明確になり、共通の認識をもつことで喫煙対策を推進することができるようにになると考えられる。

## (2) 医療機関の禁煙化状況

2003年に施行された健康増進法の第25条には、受動喫煙の防止について、「学校、体育館、病院、劇場、観覧場、集会場、百貨店、事務所、官公庁施設、飲食店、その他の多数の者が利用する施設を管理する者は、これらを利用する者について受動喫煙（室内またはこれに準ずる環境において、他人のたばこの煙を吸わされることをいう）を防止するために必要な措置を講じるように努めなければならない。」と記されている。これによって、医療機関等の多数のものが利用する場所における受動喫煙の防止が明文化され、医療機関の禁煙化が図られるようになった。

**表2 禁煙推進に関係する法律、条約、ガイドラインなど（春木宥子 2008、一部改変）**

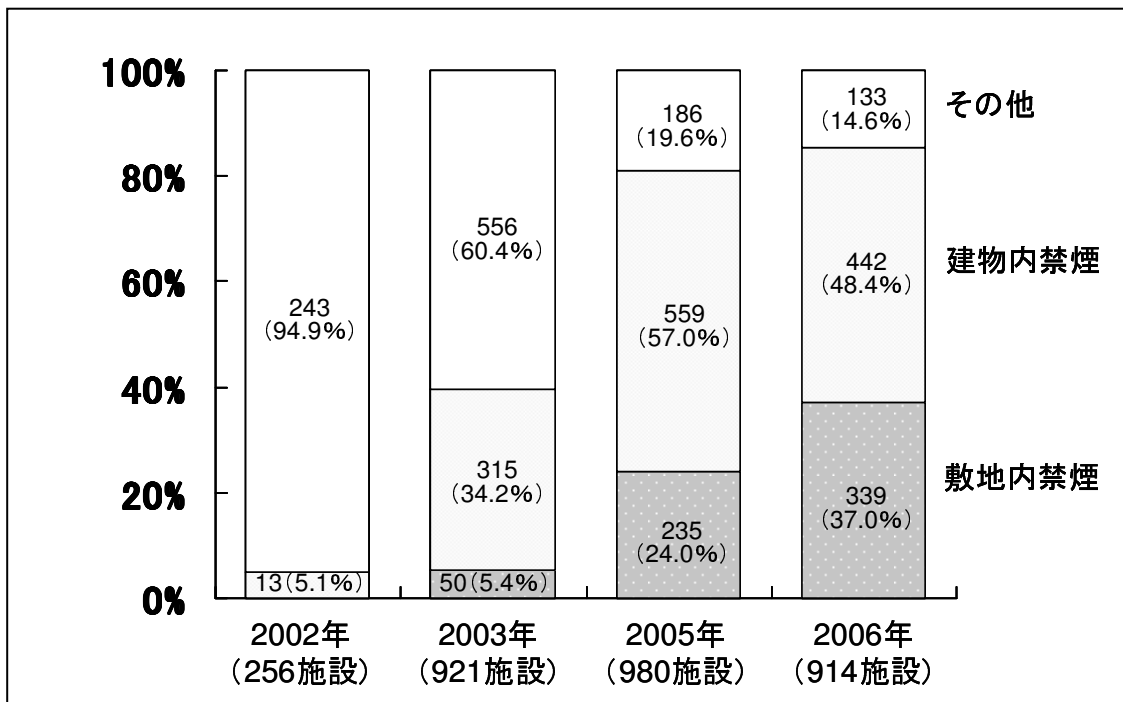
- 1) 労働安全衛生法（1972年） 第71条 快適な職場形成のための措置
- 2) 快適職場づくり（労働安全衛生法改正 1992年）～快適職場指針 作業環境管理
- 3) 健康増進法 第25条～受動喫煙の防止（2003年5月）
- 4) WHO たばこ規制枠組み条約発効（2005年2月）
- 5) 健康日本21（2000～2010年）タバコ目標設定
- 6) 禁煙治療が保険適用、ニコチンパッチ保険適用（2006年4、6月）
- 7) 未成年者喫煙禁止法（1900年3月、その後改正）
- 8) 厚生労働省通達、人事院指針  
「受動喫煙防止対策について」（2003年4月）  
「職場における喫煙対策のためのガイドライン」について（2003年5月）  
「職場における喫煙対策に関する指針」（2003年4月）  
「職場における喫煙対策のためのガイドライン」に基づく対策の推進について（2003年4月）
- 9) 「受動喫煙訴訟」棄却するも東京地裁が「タクシーも全面禁煙が望ましい」（2005年）
- 10) 「受動喫煙訴訟」で調停成立・札幌簡易裁判所（2006年9月）
- 11) がん対策基本法（2007年4月）
- 12) WHO：すべての加盟国に対し、飲食店やオフィスを含む公共スペースを全面禁煙とする法律を制定するよう勧告（2007年5月）
- 13) 特定健診・特定保健指導の導入、労働安全衛生法66条改正（2008年4月）

また、医療機関は、病気をもつ患者が診察や治療、相談などのために外来に訪れ、また入院する場所であることから、患者と病院スタッフが禁煙に取り組み、禁煙しやすい治療環境を形成する必要がある。つまり、病院の敷地内を全面的に禁煙化するという必要性があるという概念が、その後生まれた<sup>15)</sup>。病院機能に関する第三者評価と改善支援を目的に

設立された財団法人日本病院機能評価機構による認定事業（2009年9月4日現在、全国病院数8,766のうち、認定病院数は2,559）の評価項目にも2005年からの認定要件として敷地内禁煙化が設けられ、「療養環境と患者サービス」に関する評価項目に位置づけられている。

さらに、2006年4月から禁煙治療のニコチン依存症管理料が保険適用となることが決定された際に、その施設基準の五つの必須項目のひとつとして敷地内禁煙があげられたことにより、医療機関の禁煙化は急速に進んでいる。日本循環器学会禁煙推進委員会による調査によると、表3に示すように、循環器専門医研修施設・研修関連施設といった比較的規模の大きな医療機関における敷地内禁煙の比率は、2002年には0%であったが、2006年には37.0%となっており、今後更なる増加が予想される<sup>16)</sup>。

**表3. 循環器専門医研修施設・研修関連施設の禁煙化状況**  
(日本循環器学会禁煙推進委員会調査)



中央社会保険医療協議会の発表資料では、保険で禁煙治療を行っている施設、つまり敷地内禁煙を施行している施設は、病院17.8%、有床診療所10.7%、無床診療所71.3%とされている。診療所などの小規模な医療機関においても敷地内禁煙が進んでいると考えられる<sup>16)</sup>。

**(3) 医療機関の敷地内禁煙の意義**

敷地内全面禁煙化の実現を目指すべき理由を、大和は「なぜ、医療機関は敷地内禁煙でないといけないのか」の中で次のように記している<sup>17)</sup>。

- ①医療機関は、疾病の予防や治療を行い地域住民の健康を守るという重要な社会的使命を担っている。
- ②多くの患者が治療のために訪れ、またその家族が付き添いなどのために訪れる場であり、受動喫煙を防ぐことが必要である。
- ③医療機関は、タバコの健康への影響をよく知る保健医療専門職が勤務しており、率先してタバコ対策に取り組むことができる。
- ④医療機関が模範を示すことにより、周辺地域の公共施設や学校、職場等の分煙・禁煙化が一層推進される。また、秦らは、敷地内禁煙は禁煙治療を進めるための、またそれ自体無言の禁煙治療の手段であるとも述べている<sup>18)</sup>。

さらに、職場の禁煙化、すなわち喫煙しにくい環境を提供すること自体が喫煙者の禁煙動機づけの点でも、禁煙実行継続においても重要である。同時に禁煙治療を提供することで、急速に喫煙率を低下させるとの報告があり、先に述べた医療従事者の喫煙率の低下だけでなく、患者の喫煙率の低下にもつながると考えられる。

江口らは、建物内禁煙となった事業場の喫煙率と禁煙企図に関する研究を行っている<sup>19)</sup>。受動喫煙対策として建物内禁煙が実施され、産業医による禁煙治療が行われた某事業場では1年間に喫煙率が4.2%減少していたと述べている。また、対策開始1年後の時点で、毎日喫煙している者のうち禁煙を企図している者の割合は49.6%であり、そのうち7.7%は「工場の建物内が禁煙となったことが大きな理由である」と回答した。建物内禁煙と禁煙治療を同時に行うことで喫煙率は低下し、また、喫煙を継続している場合であっても禁煙を企図する者の割合を増やす効果があることが認められたと記している。

医療機関を禁煙化することで、医療機関側が得られると考えられるメリットについてまとめたものを表4に示す<sup>10)</sup>。

**表4. 医療機関禁煙化のメリット（小西明美 2006）**

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者の健康を守ることができる。</li> <li>・ 医療従事者の健康状態が改善する。</li> <li>・ 医療従事者が禁煙支援を体得すると、保健指導の能力が向上する。</li> <li>・ 地域医療の中心として地域の人々の健康を守ることができる。</li> <li>・ ひいては健康増進拠点病院としての機能アップにつながる。</li> <li>・ 施設の清潔が保ちやすく、見た目にもきれいで、清掃費や補修費用が余分にかからない。</li> <li>・ タバコが原因となる火災の心配が減る。</li> <li>・ 医療機関のイメージアップにつながる。</li> <li>・ 病院評価機構の禁煙化の審査基準を満たすことができる。</li> </ul>
--

#### 4. おわりに

以上、医療機関における敷地内禁煙の必要性を中心に解説をおこなった。本邦においてもさらに、敷地内禁煙が推進されることが望まれる。

#### 参考文献

- 1) 兼坂佳孝, 大井田隆, 内田健夫: 2008年日本医師会員の喫煙とその関連要因に関する調査. 日本医師会雑誌 1384: 770-777, 2009. [http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090204\\_1.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090204_1.pdf)
- 2) 平成20年全国たばこ喫煙者率調査: 日本たばこ産業株式会社による調査より. <http://www.health-net.or.jp/tobacco/product/pd090000.html>
- 3) David EN, Gary AG, Seth LE, et al: Trends in cigarette smoking among US physicians and nurses. JAMA 271: 1273-5, 1994.
- 4) The Tobacco Atlas. Geneva. World Health Organization, 2002.
- 5) Shafey O, et al. ed. Tobacco Control Country Profiles 2003. <http://www.globalink.org/tccp/>
- 6) 菱輪真澄: 厚生行政関係者の喫煙に関する意識ならびに実態に関する研究報告書. 平成4年度厚生科学研究補助金, 1993.
- 7) 社団法人日本看護協会: 2006年「看護職のたばこ実態調査」報告書. <http://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2007/tabakohokoku.pdf>
- 8) David Simpson: 医師とたばこー医師・医師会はいま何をなすべきかー. タバココントロールリソースセンター(日本医師会訳). 社団法人日本医師会, 東京, 2002. <http://www.med.or.jp/nosmoke/tabako.pdf>
- 9) 藤原久義班長ら: 循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2003-2004年合同研究班報告書) 禁煙ガイドライン. Circulation Journal 69: 1005-1103 (Suppl IV), 2005. [http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2005\\_fujiwara\\_h.pdf](http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2005_fujiwara_h.pdf)
- 10) 小西明美: 医療従事者のための禁煙外来・禁煙教育サポートブック. メディカ出版, 東京, 2006.
- 11) 川根博司: 医療従事者と喫煙. 成人病と生活習慣病 33: 789-793, 2003.
- 12) 櫻井秀也, 大井田隆: 日本医師会員の喫煙行動と喫煙に対する態度. 日本医師会会誌 124: 725-736, 2000.
- 13) 川根博司: 医療従事者自身の喫煙問題と禁煙運動. 治療 82: 21-24, 2000.
- 14) 春木宥子: 職域での禁煙支援. 総合臨床 57: 2091-2097, 2008.
- 15) 岩城紀男, 中島素子: 医療機関の禁煙化. 総合臨床 57: 2115-2118, 2008.
- 16) 吉田修監修, 富永祐民, 高橋裕子ら編集: 禁煙指導・支援者のための禁煙科学. 分光堂, 東京, 2007.



- 17) 大和浩：厚生労働省循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業「H20～H22 わが国の今後の喫煙対策と受動喫煙対策の方向性とその推進に関する研究」（H17～H19 受動喫煙対策にかかわる社会環境整備についての研究）。<http://www.tobacco-control.jp/>
- 18) 秦温信，大西勝憲，三橋公美ら：敷地内禁煙。治療 88：2499-2504，2006。
- 19) 江口 泰正，大和 浩：建物内禁煙となった事業場の喫煙率と禁煙企図に関する研究。厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業）平成 20 年（2008 年）度研究分担報告書。<http://www.tobacco-control.jp/documents/090418-report-low.pdf>