

# 敷地内禁煙の実践とクリニカルパス 禁煙チーム医療の展開（熊本機能病院の取り組み） —医師および管理者の立場から—

（第二章 敷地内禁煙）

熊本機能病院 循環器内科、熊本加齢医学研究所 水野雄二

## 要約

1. 病院敷地内禁煙は、タバコによる患者と職員の健康被害防止と、禁煙指導普及の推進に極めて重要な取り組みである。
2. 病院敷地内禁煙は、患者や職員の健康維持と疾患予防、さらに職員の労働時間の確保、施設管理費の節約などの各方面に大きな経済効果をもたらす。
3. 建物内だけの禁煙体制では、受動喫煙予防・健康維持・経済効果・業務改善・教育指導の面で極めて不十分である。
4. 病院敷地内禁煙は、社会へ禁煙の意義を普及すべき医療関係施設の基本的体制と考えられる。
5. 病院敷地内禁煙の推進には、トップの明確な姿勢表明とリーダーの存在が必要である。
6. 敷地内禁煙の運営上の問題に対策が講じられ、安定すると敷地内禁煙の継続・維持は比較的容易である。
7. 病院敷地内禁煙は、患者・職員・病院・社会などにとって、建物内だけの禁煙より利益と効果が大きいと考えられる。
8. 入院患者のアンケート調査では、92%が敷地内禁煙に賛成であった。

**キーワード：敷地内禁煙、禁煙パス、受動喫煙、業務改善、職員教育**

### 1. はじめに

喫煙は、健康被害、火災、環境悪化、社会経済の相対的減益などを含めて社会全体への悪影響が大きい。特に、身体的には、発がん・呼吸器障害だけでなく、動脈硬化症・冠れん縮性などの心血管障害・脳血管障害・子どもや胎児への身体障害など多岐にわたるの障害を引き起こす全身疾患であることがよく知られている。しかし日本は、先進国でありながら禁煙後進国として世界で名高い状況である。社会ではあたかも健康被害の損害よりタバコ税収の利益が大きいかの如く誤解されており、禁煙による疾病予防効果や経済効果は、一時的なタバコ税収を上回ることが伝わりにくい状況さえ感じられる。

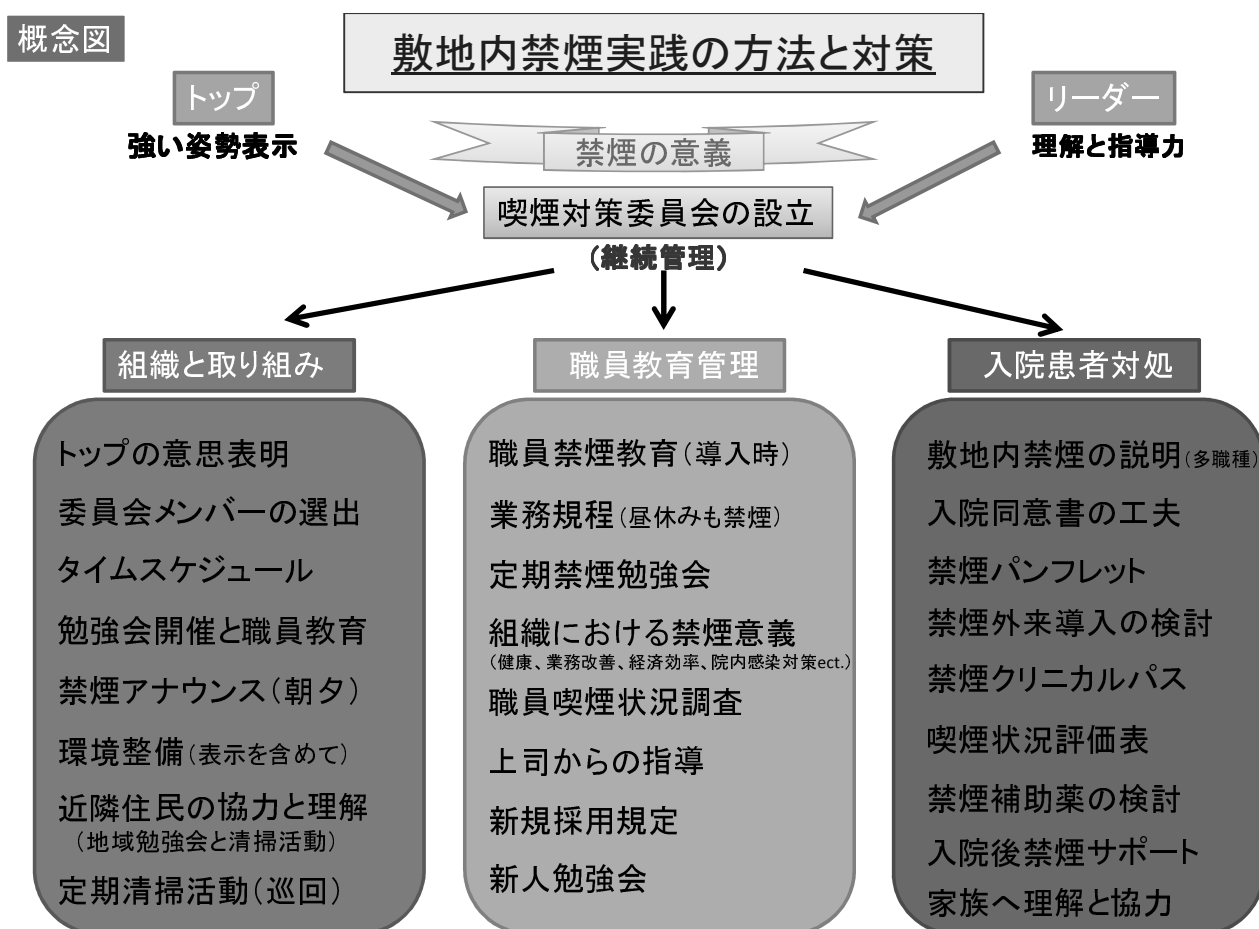
現時点ではまずは、この『タバコの害』の身体への影響の大きさを認識している医療関係者が率先して『喫煙は全身疾患』であるという認識を普及していくことが重要と考えられる。

現在、一部の医療関連施設や学校で禁煙推進活動が全国で始まっていることは非常に望ましいことだが、多くの施設で行われている建物内禁煙では、タバコの煙の影響は、十分に排除できず受動喫煙の問題や教育の点からも十分な効果が上がらない状況がある。これらの点から、建物内禁煙ではなく敷地内禁煙が望ましく、最近では、地域の中核病院や禁煙の意義を理解している関係施設では、徐々に敷地内禁煙に取り組む施設が増加している。しかしながら、実際に敷地内禁煙に取り組む際には、工夫と対策が必要であり、特に大病院内で実行継続していくには、しっかりとしたシステム創りと具体的な取り組みが必要である。今回は、実際の敷地内禁煙を実現する際の手順書を目指して、実例として当院の組織としての取り組みを挙げて、問題点を具体的に示しながら今後の対応策を論じてみたい。

## 2. 敷地内禁煙のための組織

当院の敷地内禁煙実践は、振り返ってみて図1に示す概念図をもとに組織的に対処することを行ったので参考にさせていただきたい。実施する際のポイントは、①トップの敷地内禁煙に対する強い意志表明、②リーダーを中心とした継続的な委員会活動、③職員の教育指導の3つに大きく分類できる。

図1. 敷地内禁煙の概念図



入院患者の指導対策のみについて目が行きがちであるが、長期的に重要なことは、**職員への禁煙指導の徹底**である。受け入れる病院基盤の維持が重要であり、職員が率先して禁煙して初めて患者にその意義や機会を提供できると考えられる。敷地内禁煙を実践する効果は、患者（学校敷地内禁煙では、大切な子ども達）の健康だけでなく、受動喫煙の害を防ぐことから職員の健康維持にも効果が期待できる。

### 3. 敷地内禁煙の効果

敷地内禁煙の施行後の効果としては以下のような多くのことがあげられる。

- (1) 環境衛生の改善（清潔感アップ）。
- (2) 患者と職員の健康増進、疾患予防。
- (3) 労働未遂行時間と欠勤の減少（業務改善効果は大きい）。
- (4) 喫煙所だった場所の有効活用。
- (5) 防煙費や設備代などの経費削減。
- (6) 院内感染予防効果（インフルエンザ予防など）。
- (7) 病院のイメージアップ。
- (8) 喫煙の害と禁煙の意義のアナウンス。
- (9) 受動喫煙なし（宴会でも）。
- (10) 院内風紀の改善。
- (11) 患者と家族の経済効果。
- (12) 患者と家族からの感謝の声。
- (13) 保健医療費の削減。

### 4. 問題点と対処すべき項目

**敷地内禁煙における問題点と対処すべき項目は以下のことが挙げられる。**

- ①関係職員の負担が多い（禁煙指導：禁煙外来より対処が難しくかつ診療報酬なし）。
- ②禁煙補助薬の入院開始分に保険適応がない。
- ③行政の認識不足（省庁の狭い視野：喫煙合併症の医療費高騰より税収を気にする）。
- ④職員および近隣住民の理解と協力が必要（近隣への迷惑、たまり場対策）。

### 5. 具体的な敷地内禁煙の進め方（当院の場合）

- (1) **禁煙の意義を理解するリーダーの存在**
- (2) **トップ（理事長）の意思表示**
- (3) **喫煙対策委員会の立ち上げ**
  - ①タイムテーブル作成
  - ②職員向け『喫煙の害』勉強会

- ③予定アナウンスと環境整備
- ④清掃活動（巡回）
- ⑤近隣向け勉強会
- ⑥職員：声かけロールプレイ（実演）

#### （４）職員教育指導

- ①リーダー勉強会：特に最初の頃は、モチベーション向上のために重要であり、当時は、本邦には禁煙ガイドラインがなく、海外のガイドラインや薬物療法集を英語の勉強を兼ねて開催した。現在では、わが国にも素晴らしい禁煙ガイドラインがあり大変便利である<sup>1)</sup>。
- ②喫煙の害、禁煙推進導入勉強会：全職員対象、喫煙者は複数回参加を義務付け、上司が確認する。定期勉強会（年に1回）。
- ③職員喫煙状況調査：定期的に職員喫煙調査を全職員対象に行うことが望ましい。  
これにより、職員の意識付けが強化でき、全体の状況を評価できる。部署で意識付けが低いところには、勉強会の開催を行い、今後改善が認められない時には、対処として、上司からの医療人としての意識指導を行うことも必要な場合がある。
- ④新規採用規程の改訂：新規採用時は、職員禁煙導入の最大のチャンスである。採用試験の条件に、（ニコチン）依存症ではないこと、自分の健康管理と医療人の常識として、喫煙をしていないこと（喫煙者は禁煙して入社）を、規程に導入することは極めて有効な方法である。当院では、長年の取り組みにより職員の喫煙率は、取り組み前約30%であったものが、現在6.8%まで低下してきており、医局関連職員の現喫煙者は認められなくなった。昼休みを含めた敷地内禁煙は、職員の喫煙率低下や健康被害抑制の効果もあると思われる。
- ⑤喫煙者職員への禁煙応援システム構築：禁煙勉強会の開催を行い、勉強会の中で禁煙手順を指導した。また、一定期間に禁煙推進を行い、その期間中の禁煙努力者には、職員互助会の協力を得て、禁煙補助薬の50%を互助会からサポートするシステムを構築して応援を行った。当院には、約900名の職員が在籍しているが、平成12年に約30%以上認めた職員の喫煙率も平成21年6月現在で6.8%まで低下しており、少なくとも病院では、昼休みを含めて喫煙している職員はいないはずである（病院内で徹底）。また、病院で最も姿勢が注目される医師関係職員の属する医局関連職員55名には現在、現喫煙者は認められなくなった。今後、病院をあげて自信を持って患者さんの禁煙指導に行える状況にあると考えている。
- ⑥新入社員勉強会：新入社員のオリエンテーションにも禁煙を確認するが、実際には、禁煙できていない職員がいるので、その職員を中心として、禁煙勉強会を毎年開催することとしている。

- ⑦業務規程：熊本機能病院では、業務規程の最初に、勤務時間内の喫煙を禁止する規定を述べている。また、実際問題上は、昼間の休憩時間での職員の喫煙が、病院全体、敷地内禁煙実践の患者さんへの指導の甘さにつながることで、昼間の休憩時間や駐車場内（車内）や近隣や周囲の食堂で喫煙などを行わないように徹底した指導と協力を頂いている。
- ⑧声かけロールプレイ：喫煙者を敷地内にて認めた時に、どのように声をかけるか、実際のロールプレイを指導することが望ましい。その際や敷地内にて約束を守らず喫煙を行っている人がいる時などに、声かけを職員に可能な範囲で協力を求めている。我々の事前のアナウンスや敷地内禁煙施設であることや協力していただくことを入院承諾書にて確認しているため、大部分の患者は、声かけ指導には素直に、指示に従っていただけることが多い。

### 一般的な声かけロールプレイの例

#### ■ 敷地の隅で喫煙されている患者（一般的・声かけ事例）

- ・おはようございます。なかなか喫煙難しいですかね。もしもやめたいとお考えなら、教えてください。今は、いい薬がありますよ。いろんな形で応援しますので、頑張ってみてくださいね。敷地内禁煙ですので、宜しくお願いしますね。  
（その場で、喫煙をやめられることを確認）  
（ポイントは、くどくなく、さっぱりと。これを、通りがかる多くの職員でさわやかに少しずつ声をかけるのが理想的）

#### ■ 禁煙を少しでも頑張っている患者

- ・頑張っておられますね。タバコは、病気ですから。まず、これだけやめられただけで、すごいですよ。もう少しです。応援してますからね。  
（ほめるのがポイント）

#### ■ 指導を聞かない患者（声かけ事例）

- ・こんにちは・・・。  
なかなか喫煙難しいですか。やめたい気持ちが少しだけあれば、いつでも声をかけてください。  
→(a) 主治医にも相談されていますか。禁煙しやすい方法がありますよ。  
→(b)（きびしい抵抗がある場合）既に入院同意書で禁煙の同意署名いただいていると思いますのでよろしくお願いします。（これで終了）

3例目のようなことが予測される場合やたまり場では、複数で指導するのが望ましい。

しかし、事前のアナウンスをしっかりと行っていれば、心配されるような問題や抵抗はあまりない。敷地内禁煙にして、以前より明らかに風紀の改善も認められ、敷地内禁煙施行前より望ましい雰囲気となっている。

#### ■ 指導の機会がその後も複数回ある難渋する患者の場合

・禁煙パスに従い、主治医や看護師長、場合によっては喫煙委員会から複数で出向き、別室で教育的に指導する。

(対処) ①禁煙補助薬処方、②禁煙外来指導、③家族とともに指導

④タバコを購入したコンビニがある時には、主治医に連絡の元、本人の責任で院外まで移動、その後当院に喫煙で迷惑をかけないことを約束させる。

事前アナウンスを徹底しているのでほとんどの症例で、実際にはここまでの対処で終了できている。

危害を加える可能性がある時には、カルテ記載して、安全対策委員等に連絡。場合によっては、強制退院もあり得ることは、本人とスタッフ間で確認しておく。ただ、当院では、ここまで至ったことはない。アナウンスを事前に行っていれば、対応に苦慮するほどの問題となることはなく、事前のアナウンスや職員の教育が最も重要であると考えられる。

## 6. 入院患者禁煙クリニカルパス

### (1) 喫煙アルゴリズムパス (対応手順)

当院では、入院前1ヵ月以内の喫煙がある患者を対象に、アルゴリズム型の入院患者禁煙クリニカルパスを作成した。それに従い対応し、入院後は喫煙評価表を使って指導するようにしている(図2. 入院患者禁煙クリニカルパス)。

必ずしも禁煙指導を喜んでいない患者さんへの対応を含め、難しい入院禁煙指導に対処するために入院前からアルゴリズムパス(図2)に従い、システムを組んで対処を行っている。

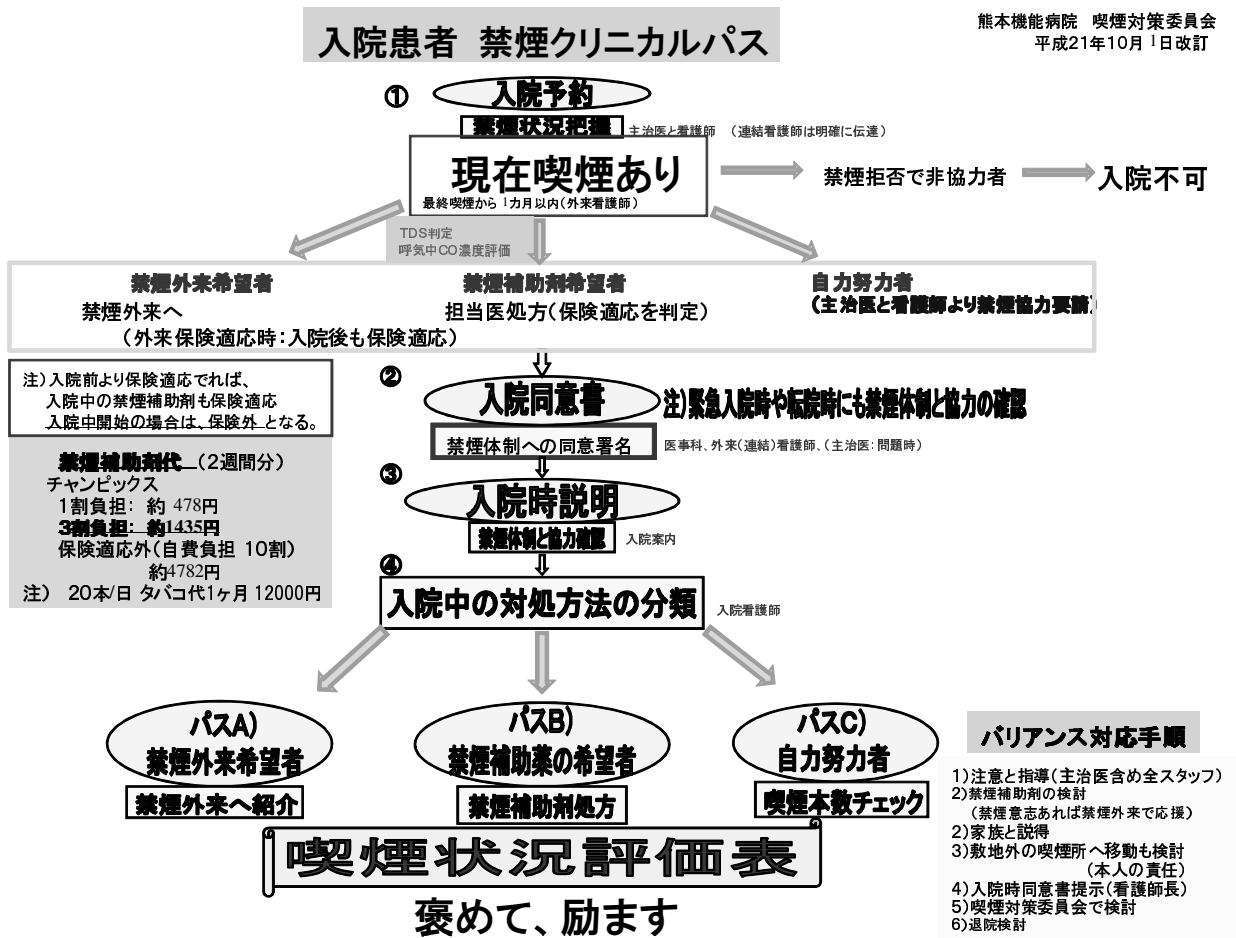
#### ①入院前からのアナウンス

禁煙の意義と体制協力に対して、主治医、看護師、事務職員で、それぞれで禁煙体制のアナウンスを行い、禁煙協力体制に協力し自らも禁煙の努力を行う同意を入院同意書でも得ておくことが効果的である。

#### ②外来での禁煙治療開始

入院予約(外来)時点で、できるだけ禁煙外来受診を勧め、薬物療法も検討する。入院前から保険適応となれば、薬剤代は入院後も保険適応となる。

図 2. 入院患者禁煙クリニカルパス



③パスによる分類指導

入院担当看護師による入院中の禁煙対処をパスに従い分類指導する(図3. オーバービューパス)。さらに、当院では、患者用パスを、パスA(禁煙外来受診希望者)、パスB(禁煙補助剤の希望者)、パスC(自己努力者)の3つに分類して、対応や指導方法を変えている。

具体的には、3種類の患者用パス(敷地内禁煙実践の問題点と対処方法-病棟看護師の立場から-の項の添付資料参照)に従い対処を行っている。

(2) 喫煙状況評価表

詳しくは、入院看護師の役割の項に資料を添付しているが、この評価表を使い、患者が不愉快にならないよう考慮して、担当看護師を中心に一日一回の声かけを行うこととしている。一日一回医師、薬剤師、管理栄養士などを含めた多職種での協同アプローチが望ましい。そこで、新たな対処の必要性やパスの分類の変更を確認しながら、基本は、ほめて応援することにより、モチベーションを保てるよう支援的な対処をしている。

入院患者 禁煙パス(外来～入院:スタツフ用) 熊本機能病院 喫煙対策委員会  
2009年10月1日作成

**適応基準**  
・喫煙者  
・禁煙開始1か月未満の入院症例

**除外基準**  
・なし(禁煙は、健康維持の基本)

指示日付( ) 指示医サイン( ) 指示受外来№( ) 病棟№( ) 日付( )

外来にて( / )		入院日( / )～		禁煙外来		退院日( / )	
合併症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患(痲、COPDなど) <input type="checkbox"/> 頭神経障害 <input type="checkbox"/> ASU <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 胸膈		喫煙合併症の増悪 <input type="checkbox"/> 胸部症状 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> ニコチン離脱症状		禁煙外来パスに従う (入院中:指導料(一)病院サービス)			
身体状態	禁煙の苦が健康で老る <input type="checkbox"/> 禁煙への姿勢が認められる <input type="checkbox"/> 禁煙の効果:身体、経済、社会的 <input type="checkbox"/> 手術の合併症抑制効果		禁煙外来パスに <input type="checkbox"/> 禁煙記録を指導 <input type="checkbox"/> 禁煙外来紹介 <input type="checkbox"/> 合併疾患(煙)の外來受診検討				
知識・教育	禁煙の苦が健康で老る <input type="checkbox"/> 禁煙への姿勢が認められる <input type="checkbox"/> 禁煙の効果:身体、経済、社会的 <input type="checkbox"/> 手術の合併症抑制効果		禁煙外来パスに <input type="checkbox"/> 禁煙記録を指導 <input type="checkbox"/> 禁煙外来紹介 <input type="checkbox"/> 合併疾患(煙)の外來受診検討				
意義の説明	<input type="checkbox"/> 喫煙は全身性疾患である。 <input type="checkbox"/> 術後合併症に影響 <input type="checkbox"/> 寿命短縮 <input type="checkbox"/> 受動喫煙病的意義 <input type="checkbox"/> 禁煙の効果		禁煙外来パスに <input type="checkbox"/> 禁煙記録を指導 <input type="checkbox"/> 禁煙外来紹介 <input type="checkbox"/> 合併疾患(煙)の外來受診検討				
対処と指導	<input type="checkbox"/> 禁煙外来紹介 <input type="checkbox"/> 禁煙補助剤のみ処方 <input type="checkbox"/> 自己努力		禁煙外来パスに <input type="checkbox"/> 禁煙記録を指導 <input type="checkbox"/> 禁煙外来紹介 <input type="checkbox"/> 合併疾患(煙)の外來受診検討				
喫煙状況	<input type="checkbox"/> 現在喫煙 有り 無し 本/日 年間 最終喫煙日 月 日 <input type="checkbox"/> 過去喫煙状況 本/日 年間		禁煙外来パスに <input type="checkbox"/> 禁煙記録を指導 <input type="checkbox"/> 禁煙外来紹介 <input type="checkbox"/> 合併疾患(煙)の外來受診検討				
薬剤	<input type="checkbox"/> チヤンピックス <input type="checkbox"/> TTS <input type="checkbox"/> OTG <input type="checkbox"/> その他( )		禁煙外来パスに <input type="checkbox"/> 禁煙記録を指導 <input type="checkbox"/> 禁煙外来紹介 <input type="checkbox"/> 合併疾患(煙)の外來受診検討				
状況確認	<input type="checkbox"/> 禁煙体制同意 <input type="checkbox"/> 非協力患者→主治医から説明 <input type="checkbox"/> 入院不可		禁煙外来パスに <input type="checkbox"/> 禁煙記録を指導 <input type="checkbox"/> 禁煙外来紹介 <input type="checkbox"/> 合併疾患(煙)の外來受診検討				
タスク(介入プログラム)							
外来時 プラクティカム	禁煙体制の同意書 ( / 達成) 喫煙の害の理解 ( / 達成) 禁煙指導対処方法の社団 ( / 達成)		入院時 プラクティカム	禁煙協力の再確認 ( / 達成) 禁煙補助剤の承認 ( / 達成) 禁煙指導方針の確認 ( / 達成)		退院時 プラクティカム	禁煙成功 ( / 達成) 禁煙意志継続 ( / 達成)

図 3. オーバービューパス



喫煙状況評価表を用い禁煙成功率について、平成17年9月1日～30日までの1ヵ月間の評価を行った。対象は新規入院患者112名で、喫煙率は32.1% (36/112)、平均年齢47.7±2.8歳、平均喫煙本数20.9±2.0本であった。喫煙状況評価表による声かけを喫煙者36名の全員に行った。

禁煙補助薬使用なしでの禁煙指導で退院前7日以上成功率が47.2%であった。禁煙補助薬を使用せずとも、この数字は一般の禁煙外来の成績より高い禁煙成功率であり、入院は禁煙の絶好のチャンスになるものと考えられた。その点からも入院中の禁煙指導料の加算が望まれる。

### (3) バリエーション対応

禁煙クリニカルパス上、禁煙できない方や体制に非協力的な方をバリエーションとして対処することとしている。具体的な対処方法は、図2のパスの中にも、記載しているように段階的に予定している。

- ①注意と指導（主治医含め全スタッフ）。
- ②禁煙補助薬の検討（禁煙意志あれば禁煙外来で応援を提案）。
- ③家族と一緒に説得。
- ④敷地外への移動も検討（本人の責任）。
- ⑤入院時同意書提示（看護師長）。
- ⑥喫煙対策委員会で検討し、対処方法がなければ退院としている。

敷地内禁煙開始して5年以上になるが、マナーを守らない患者さんのところに直接に向き指導したことも取り組み開始後はたびたびあったが、その後は落ち着き、自己退院や強制退院などに至った症例は今のところない。

### (4) 禁煙挑戦患者応援体制作り

禁煙を突然強制しても、患者側も対応しにくい点もあると思われる。もちろん禁煙は本人が後々最も利益を受けることになるのだが、何せ喫煙中はニコチン依存に陥っており、禁煙のメリットに気付きにくいし、周囲に気を配る余裕がない。我々はその点に配慮し、将来の最高の理解者として、患者を応援する必要がある。その点からも入院患者が禁煙しやすいような応援システムが重要と考えられる。

#### ①禁煙補助薬保険適応

1日20本のタバコ代より10割負担の禁煙補助薬の方が、まだ費用はかからないものの入院中の患者は費用が心配であろうし、やはり禁煙補助薬もより安く使えるようにすべきである。現在、敷地内禁煙を行っている施設では、入院前から保険適応を確認できていれば、入院中の禁煙補助薬にも保険が適応となる。よって、なるべく入院前より入院中の禁煙補助薬の保険適応のために外来から対処する方が望ましい。しかしながら、病院の勤務医は、極めて多忙であり、禁煙外来担当医師が、日常業務を行いながら、入院予定の喫煙者全てに対応するのは、実際には不可能である。

現在、保険適応の基準は TDS テスト（タバコ依存度スクリーニングテスト）5 点以上と呼気中一酸化炭素濃度測定が施行されていることとなっており、それを速やかに外来評価して、システムとして禁煙指導を行い、禁煙補助薬をもらえる体制を構築しておくことが望まれる。そのためには、いくつかの準備が必要である。(a)上記 2 項目を速やかに評価できる体制作り、(b)入院に関わった医師が禁煙体制の説明をする際に、簡単に禁煙補助薬の処方が可能となるように、処方オーダーリングの工夫が必要である。このような工夫は、実際に患者支援および禁煙体制維持のためにも有効と考えられる。

## ②禁煙支援

入院中は禁煙強制に傾きやすいが、禁煙支援の面からは、禁煙の意義を説明した後は、励まし、ほめて、やる気を継続させ行動変容を起こさせることがより重要である。スタッフ間で、声のかけ方をロールプレイで練習することが重要である。喫煙状況評価を行う際にも、先に述べたように工夫して、ほめて励ます声かけの方が患者のモチベーションが維持されることが多い。この声かけ支援は、もちろん看護師だけでなく、関連する多職種で応援する体制が望ましい。当院では、循環器内科の医師が現在ボランティアで、入院中の患者（パス A）にも禁煙外来の患者と同様に指導を行っている。しかし、それ以外（パス B）でも薬剤師が禁煙補助薬の説明を兼ねて指導したり（入院薬剤師の役割参照）、自己努力の患者（パス C）では、主治医と看護師を中心に支援を行っている。

## ③院内禁煙勉強会

時折、禁煙のコツなどを題材に院内勉強会を開催したり、DVD を流して禁煙を応援したりすることは有用である。

## ④退院時の賞与

当院でもまだ計画中であるが、入院中に禁煙を行い、成功した患者さんには、退院時に病院で作成した入院中禁煙証明書などを発行し家族や職員一同で称賛すれば、さらにモチベーションがあげられると考え検討中である。

## 7. 禁煙体制の維持に有効な取り組み

### (1) 徹底したアナウンスと表示 (写真)

写真1：駐車場入り口



写真2：院外表示



写真3：救急外来入り口



写真4：院内表示

**全館禁煙のお知らせ**

熊本機能病院は、平成17年4月1日より

**敷地内禁煙**

健康増進法第25条の定めにより、受動喫煙防止のため、敷地内での喫煙を禁止します。

**禁煙について**

- 日本人の死因の第1位は癌、第2位が心疾患、第3位が脳血管疾患、第4位が肺炎です。実に死因の第1位から第4位まで、喫煙が関与する疾患群です。
- 健康増進法第25条において「多数の者が利用する施設を管理する者は、受動喫煙を防止する為に必要な措置を講ずるよう努めなければならない」とされました。
- 受動喫煙による健康への悪影響については、慢性影響として、肺がんや循環器疾患等の上昇を示す疫学的研究があり、IARC(国際がん研究機構)は、証拠の強さによる発がん性分類において、たばこを、グループ1(グループ1~4のうち、グループ1は最も強い分類)と分類しています。

以上より、当院は禁煙モデル施設として当院施設内においては喫煙を禁止させていただきます。何卒ご協力下さい。

医療法人社団 寿量会 熊本機能病院

### (2) 勉強会

職員と患者、地域住民向けの喫煙の害、禁煙の仕方の勉強会が必要である。近年、院内感染が病院組織の安全衛生管理と経済性を考えても極めて重要な問題となってきた。特にインフルエンザはタバコの煙の害で罹患率が有意に上昇することや重症化しやすいことが報告されており<sup>2)</sup>、今後院内感染対策の柱としても、禁煙を徹底する必要性があり理解を求める点からも勉強会は有用性がある。



### (3) 清掃活動

食後 30 分から 1 時間目を目安に、喫煙者が集まりやすい場所を含めてボランティアで清掃活動する。喫煙者には、無言の指導もしくはアピールとなり、喫煙の状況評価もできる。また、近隣施設との境界を清掃活動することによって、地域の住民の方にもご理解いただきやすくなる。活動はできれば腕章などを付けて清掃係がやるのではなく、職員のボランティアを伝えた方が効果的である（写真 5）。



写真 5：職員のボランティア活動の様子



写真 6：ギブソンさんと共に（オーストラリアの看護師：日本の喫煙状況に驚き、禁煙アピールのために徒歩で日本縦断を慣行）

写真 6 は、オーストラリアの心臓外科の男性看護師のギブソンさんが、喫煙の動脈硬化への悪影響を感じているところ、日本に来てみて、日本の喫煙状況の悲惨さと末恐ろしさを感じて、日本の喫煙状況への変革につながればと徒歩で日本縦断をされ、熊本機能病院へ立ち寄られた際のスタッフとの写真である。他国の喫煙状況の変革を求めたこのボラン

ティア精神を思い出して我々も活動を続けている。

#### **(4) 昼休み中の禁煙体制の維持**

昼休み中の禁煙体制の維持は、しっかりとした敷地内禁煙の徹底のために重要である。職員の中には、昼休みに、駐車場や近隣にて喫煙を行うものが見受けられる。この傾向が強い人こそしっかり指導し、禁煙の意義を伝えることが重要である。そうでなければ、敷地内禁煙も徹底できず、患者さんからは「職員は吸っているのに」などと苦情がでてくる。職員の間でも禁煙という規則が守られなくなる。本人のニコチン依存症対策と禁煙成功への近道という点からも、この点をトップが徹底通知できるかがポイントである。

#### **(5) 夜の会合でも禁煙ルール**

飲酒の時にも禁煙ルールを徹底することが重要である。当院も少なくとも病院の公の会では禁煙が守られており、もちろん受動喫煙がなく、とても良好な雰囲気は保たれている。禁煙外来ではよく知られていることだが、禁煙挑戦中の人にとって、飲酒時の友人からの「一本くらい」の勧めが最も危険である。受動喫煙防止の点からも、夜の会合でも禁煙ルールを徹底することが病院の取り組みとして必要と考えられる。医療人としては、一般市民からも尊敬される集団を目指すべきである。

#### **(6) 警備とコンビニ**

喫煙がなされる危険性が高い場所「たまり場」には、禁煙表示が求められる。警備の方の協力があれば、さらに効果が上がる。我々の目的は、警備・監視ではなく、教育指導である。担当者に警備まで求めるとストレスになるので、あくまで教育的に組織としての運用が望ましい。どうしても風紀が守れない施設は、必要に応じて警備会社と事前に契約したり、近くのコンビニとの間に前向きの連携体制が保たったりできれば有効かもしれない。

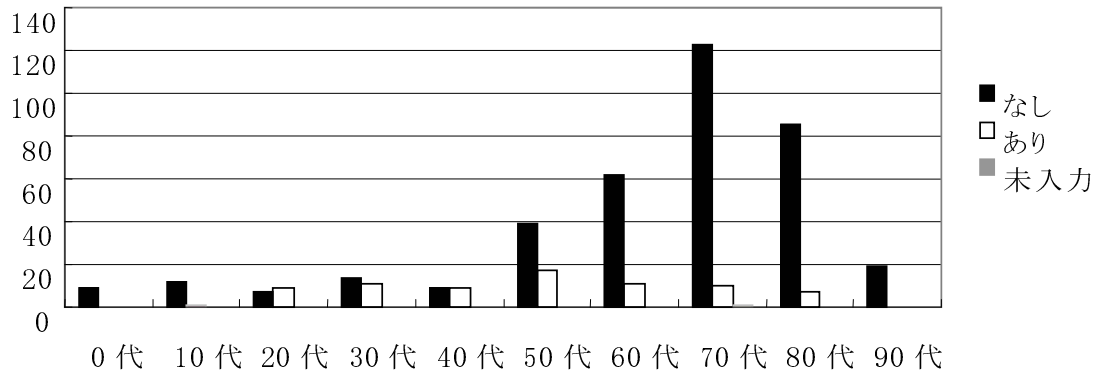
#### **(7) ミラー（鏡）と表示の工夫**

最近有効とされる対策として、たまり場になりそうな場所に姿見用の鏡を設置する方法がある。その他、隠れたたまり場になりやすい駐車場の入口の昇降バーの「ここより禁煙」の表示は、多く人の目につき効果がある。

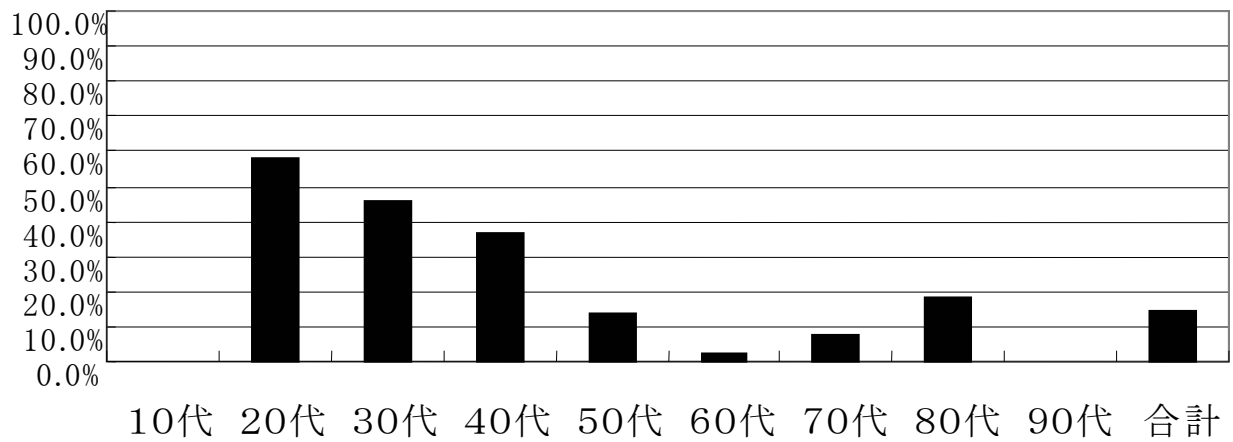
### **8. 入院患者アンケート調査結果**

平成19年2月5日より1週間の間に入院していた患者を対象に、敷地内禁煙を実施したことを評価のためにアンケート調査を施行した。対象は入院患者455名中、成人しアンケート返答が可能と判断された全ての患者262名とした。喫煙者は入院前より2週間以内に喫煙した場合とした。262名の中の喫煙率は16%であった。アンケート内容への有効回答は、225名（85.9%）で、喫煙者14.7%、非喫煙者85.3%であった。

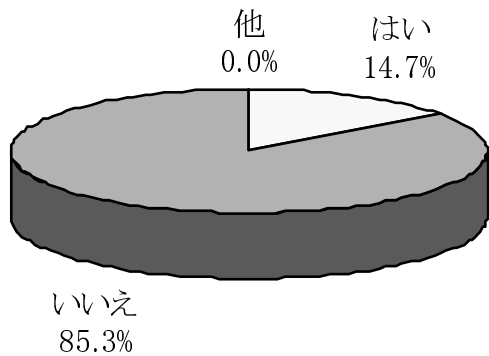
アンケート対象者：新規入院 年代別喫煙患者数（1週間）



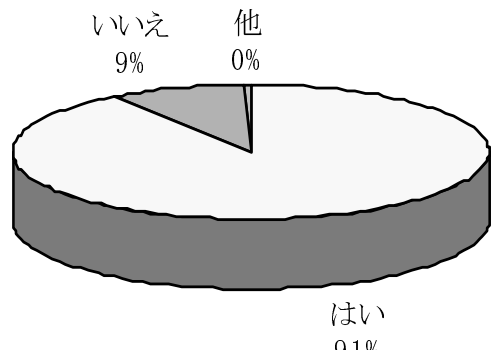
アンケート対象者：入院患者 年代別喫煙率



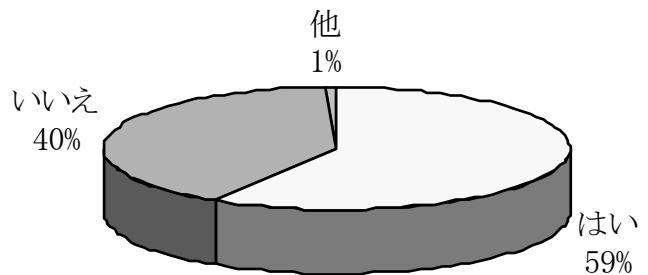
問1 あなたはタバコを吸われますか？



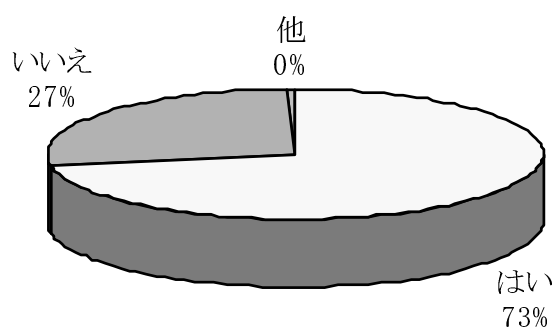
問2 当院では敷地内禁煙を行っていることをご存知ですか？



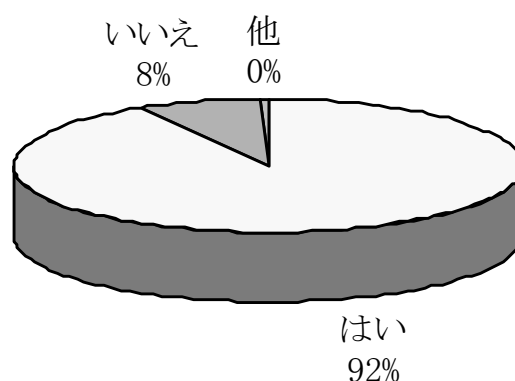
問3 健康増進法「病院などの多数の者が利用する施設では受動喫煙を防止するよう努めなければならない」をご存知ですか？



問4 当院には、禁煙外来（入院中は職員  
のボランティア）がありますがそのこと  
をご存知ですか？



問5 当院のような敷地内禁煙への取り組み  
について好ましいと思われますか。



入院患者全体の 92%の患者が敷地内禁煙に賛成（喫煙者の46%も敷地内禁煙に賛成）であった。これらのアンケート調査で驚いたのは、92%と大多数の患者が敷地内禁煙賛成であった。さらに、喫煙者の半数近くも敷地内禁煙体制に賛成であった。喫煙者の中にも禁煙体制に賛成者が半数程度いることから、「本当は禁煙したい」という気持ちを持ちながら禁煙できない患者が相当いることが推定され、ここでもニコチン依存症の恐ろしさを実感する。

## 9. おわりに

敷地内禁煙の推進には、これまでに述べたように、患者、職員の健康維持と受動喫煙を含めたタバコの煙による合併症を予防する効果だけでなく、病院側にも業務改善や経済効果など多くの利点を有している。計画的に対処し、管理をあせらず行っていけば、必ず実行できるものと考えられる。敷地内禁煙で最も重要なことは、患者への強制的な指導ではない。むしろ患者を受け入れる病院の組織的管理体制および職員の姿勢と言えよう。

患者は入れ替わっても、職員は簡単には入れ替わらない。職員の教育指導の方がより重要である。病院は、社会の中で最もタバコの有害性を認知している我々医療人が、禁煙のメッセージと禁煙の機会を社会に提供すべき場と考えられる。当院の禁煙体制創りの取り組みが少しでも医療機関の禁煙化推進の参考になれば幸いである。

## 参考文献

- 1) 禁煙治療のための標準手順書（第4版）

[http://www.j-circ.or.jp/kinen/anti\\_smoke\\_std/anti\\_smoke\\_std\\_rev4.pdf](http://www.j-circ.or.jp/kinen/anti_smoke_std/anti_smoke_std_rev4.pdf)

- 2) Kark JD, Lebiush M, Rannon L: Cigarette smoking as a risk factor for epidemic a(h1n1) influenza in young men. N Engl J Med 307:1042-1046, 1982.