



**Japan Society for Tobacco Control**

**日本禁煙学会**

<http://www.jstc.or.jp/> E-mail [desk@nosmoke55.jp](mailto:desk@nosmoke55.jp)  
〒162-0063 東京都新宿区市谷薬王寺町 30-5-201  
Tel 03-5360-8233 FAX 03-5360-6736

厚生労働大臣 塩崎恭久様  
日本ホスピス緩和ケア協会会長様

一般社団法人 日本禁煙学会  
理事長 作田 学

**緩和ケア病棟は、例外とすべきではありません。**

(記)

「緩和ケア病棟を持つ病院などで作る日本ホスピス緩和ケア協会は、敷地内禁煙によって喫煙者が同病棟への入院を断られたり、退院を迫られたりする事態を懸念。全面禁煙の対象から除外するよう求めている。」と報じられ、

また厚労省は、

「新法案では、医療機関は、原則「敷地内を禁煙」とし、屋外の喫煙所の設置も認めない考えだが、終末期の医療を行う「ホスピス」や「緩和ケア病棟」では、個室では吸えるようにするなど、一部を例外とすることを検討していることがわかった。」と一部報じられていますが、日本ホスピス緩和ケア協会の言い分は事実誤認があり、認めるべきではありません。

日本ホスピス緩和ケア協会の2016年6月の調査では、緩和ケア病棟311施設、回答数：199施設/回収率：64%で、169施設(84%)が敷地内全面禁煙とのことでした。(厚労省の2016/10/31公開ヒアリング(第1回)資料)

[http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000110201\\_2.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000110201_2.pdf)

本学会で2016年12月末までに調査したところでは、315施設のうち、少なくとも214(68%)が敷地内禁煙で、禁煙治療を行っている施設は175(56%)でした。

<http://notobacco.jp/hoken/kanwacare.htm>

本学会はこれを踏まえ、年末に日本ホスピス緩和ケア協会、及び厚労省に以下を進言しました。

-----  
2016/10/31の政府(厚労省)の受動喫煙防止対策強化の第1回公開ヒアリングで、日本ホスピス緩和ケア協会は「終末期の患者の希望に配慮し喫煙を許可しているホスピスや緩和ケア病棟があるため、「生命予後の短い患者が多数入院する病棟は『原則建物内禁煙(喫

煙室設置可)』としてほしい」と発言しました。

しかし同協会の会員病院では、以下のように少なくとも68%は敷地内禁煙としています。約7割もの病院が既に敷地内禁煙の実施の努力をしているのですから、同協会の反対意見は実態から余りにかけ離れています。『原則建物内禁煙(喫煙室設置可)』発言は撤回し、敷地内禁煙の実施病院の経験と叡智を集め、全ての会員病院が敷地内禁煙を実施するよう要請し、努力されるべきではないでしょうか。

-----

喫煙はメンタルヘルス悪化のリスクファクターです。喫煙者が喫煙時に感じる“効用”はニコチン離脱症状が消失する感覚に過ぎず、喫煙自体に精神的効用は存在しません。喫煙者が禁煙すると、精神的健康度が向上することが知られています。

喫煙による肝酵素誘導により、各種鎮痛薬、抗不安薬を含む各種向精神薬の効果が減弱し、疼痛コントロールが困難になることが知られています。緩和ケアにおいては、他の領域と同等またはそれ以上に、患者さんのQOL維持のため、敷地内禁煙による禁煙への動機づけを行うことが重要です。

入院している患者さんの多くは喫煙していません。受動喫煙の毒性には閾値がなく、喫煙区画、換気、空気清浄機などの解決策では受動喫煙を防ぐことができません。緩和ケアを受けている非喫煙患者さんの平穏のため、タバコの煙から完全に解放された療養環境を提供すべきです。

厚労省は、緩和ケア病棟の少なくとも7割は敷地内禁煙を実施し、それら多数の緩和ケア病棟が日々努力されている実態と現状を評価するとともに、緩和ケアを受けるすべての患者さんのQOLを高めるため、緩和ケア病棟を敷地内禁煙とするよう、お願いいたします。

(以上)

〒162-0063 東京都新宿区市谷薬王寺町 30-5-201  
一般社団法人 日本禁煙学会 理事長 作田 学  
[TEL:03-5360-8233](tel:03-5360-8233)  
[desk@nosmoke55.jp](mailto:desk@nosmoke55.jp)