

《資料》

シンポジウム「病院の敷地内禁煙の問題点と進め方」報告

1. がん診療連携拠点病院等への敷地内禁煙のアンケート

水野雄二^{1,3}、川合厚子²、佐藤英明^{3,4}、高野義久^{3,5}、橋本洋一郎^{3,6}、宮崎恭一⁷

1. 熊本機能病院、2. 社会医療法人公徳会トータルヘルスクリニック
3. くまもと禁煙推進フォーラム、4. 健生会明生病院、5. たかの呼吸器科内科クリニック
6. 熊本市市民病院神経内科、7. 日本禁煙学会理事・総務委員長

キーワード：病院敷地内禁煙、喫煙対策委員会、クリニカルパス、がん診療連携拠点病院、アンケート

はじめに

2003年施行された健康増進法の第25条では、「学校、体育館、病院、劇場、観覧場、集会場、展示場、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、受動喫煙を防止するために必要な措置を講ずるように努めなければならない。」とされ、2010年都道府県等に発出された厚生労働省健康局長通知「受動喫煙防止対策について」(健発0225第2号)では「少なくとも官公庁や医療施設においては、全面禁煙とすることが望ましい」とされている。

しかるに、厚生労働省の調査によると、2014年10月1日時点で国内の全病院(8,493病院)のうち敷地内全面禁煙(以下、敷地内禁煙)としているのは4,351病院(51%)と約5割であった。屋内禁煙は2,758病院(32%)、「喫煙場所を設置し煙が流れ出ないような措置」を取っているのは1,182病院(14%)、「その他の措置」としたのは119病院(1%)、「何も措置を講じてない」としたのは14病院(0.2%)であった。¹⁾敷地内禁煙ではない医療機関は、病気の治療を行い健康になりたいと来院する患者をサポートする機関として十分な役割を發揮しづらい。

そこで、病院の敷地内禁煙推進をはかるため、第9回日本禁煙学会学術総会においてシンポジウム「病

表1 シンポジウム概要

第9回日本禁煙学会学術総会シンポジウムⅣ
病院の敷地内禁煙の問題点と進め方
—がん診療連携拠点病院アンケート結果から伺える
現状と問題点と対策—

日 時：2015年11月22日(日)

場 所：市民会館崇城大学ホール(熊本市)

総司会：川合厚子(社会医療法人公徳会トータルヘルスクリニック院長)

座 長：宮崎恭一(日本禁煙学会理事・総務委員長、全国禁煙推進協議会事務局長)

[講演演題名および発表者一覧]

- 病院敷地内禁煙の意義と問題点
川合厚子(社会医療法人公徳会トータルヘルスクリニック院長)
- 病院の敷地内禁煙の現状と対策
(1)がん診療連携拠点病院等へのアンケート結果報告
(2)病院敷地内禁煙の進め方—入院患者禁煙パスを含めて—
水野雄二(熊本機能病院副院長)
- 単科精神科病院における敷地内禁煙化の取り組み
佐藤英明(健生会明生病院医局長)

連絡先

〒860-8518

熊本機能病院 循環器内科・熊本加齢医学研究所
水野雄二

TEL: 096-345-8111 FAX: 096-345-8188

e-mail: mizuno@juryo.or.jp

受付日 2016年5月17日 採用日 2016年9月9日

院の敷地内禁煙の問題点と進め方」が企画された(表1)。受動喫煙の防止や患者への禁煙支援のため、病院の敷地内禁煙が必要であるということへの理解は進んできたが、実践するには多くの問題があると想定される。今回、問題点を整理し、その対策について話し合うために、敷地内禁煙が施設基準となっているがん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院(以下、がん診療連携

拠点病院等)へのアンケートを実施した。

本稿は、このシンポジウムで発表と討論をされた内容を、各演者と関係者で構成し直したものである。本稿でアンケート結果を示し、シンポジウム報告書「病院の敷地内禁煙の問題点と進め方」²⁾で敷地内禁煙実践の方法と対策を示す。一つでも多くの病院がスムーズに敷地内禁煙を進めていくことに寄与できれば幸甚である。

がん診療連携拠点病院等への敷地内禁煙のアンケート

1. 目的

施設基準として敷地内禁煙が求められているがん診療連携拠点病院の敷地内禁煙の実施状況と問題点を調査し、その結果をもとに本シンポジウムで討論、対応策を提案することを目的にアンケートを依頼した。

2. 対象と方法

2015年8月、全国のがん診療連携拠点病院のうち2015年7月1日時点で保険診療として禁煙外来が設置されていない129病院にアンケート(別添)を郵送し、ファックスまたはメールにての回答を依頼した。

3. 基礎的データ

最終的に、50病院から回答を得られ、これは我々の当初の予想回答率を超え39%に至り敷地内禁煙対策が注目されていることを反映したものと考えられた。各病院の規模は、200床未満2病院(4%)、200~500床未満が26病院(52%)、500床以上22病院(44%)であった。回答者の立場は、病院長または理事長21名(42%)、副院長2名(4%)、事務局長5名(10%)、その他22名(44%)であった。

4. 敷地内禁煙の実施率

回答があった50病院のうち、敷地内禁煙を実施しているのは35病院(70%)、実施していないのは15病院(30%)であった。全国のがん診療連携拠点病院等は423病院あり、このうち禁煙外来が設置されている病院は294病院であった²⁾。保険での禁煙外来は敷地内禁煙が要件となっているため、禁煙外来設置の294病院と禁煙外来は設置していないが敷地内禁煙を実施していた35病院を合わせると、全国423病院のうち少なくとも329病院(78%)が敷地内禁煙となっていた。一方、一部のがん診療連携拠点病院

等は敷地内禁煙となっていないことが判明した。

5. 一旦敷地内禁煙を実施した後、敷地内禁煙を中止した病院

回答があった病院の中で、一旦敷地内禁煙を実施したものの、その後敷地内禁煙を中止した経緯のある病院は6病院(12%)であった。

6. がん診療連携拠点病院等の要件への理解

がん診療連携拠点病院等の指定要件として、「敷地内禁煙の実施等のタバコ対策に積極的に取り組むこと」という要件があることを理解していると回答したのは49病院(98%)であった。

7. 敷地内禁煙の支障となる事項

回答があった病院の中で、敷地内禁煙を実施する際(または実施した際)、支障となる(支障となった)事項についての回答を集計した。

(1) 病院職員について

病院職員に関する事項では、「職員の喫煙率が高い」12病院(24%)、「医師の喫煙率が高い」8病院(16%)、「看護師の喫煙率が高い」6病院(12%)であった。(図1)。

(2) 病院幹部について

病院幹部に関する事項で回答があったものは12病院であり、無回答が多数(38病院)であった。回答があった中では、「幹部の喫煙」8病院(67%)、「幹部が積極的でない」2病院(17%)、「その他」4病院(33%)であった。敷地内禁煙を行っていない15病院のうち、この項目への回答は8病院であった(7病院は無回答)。回答があった8病院のうち「幹部の喫

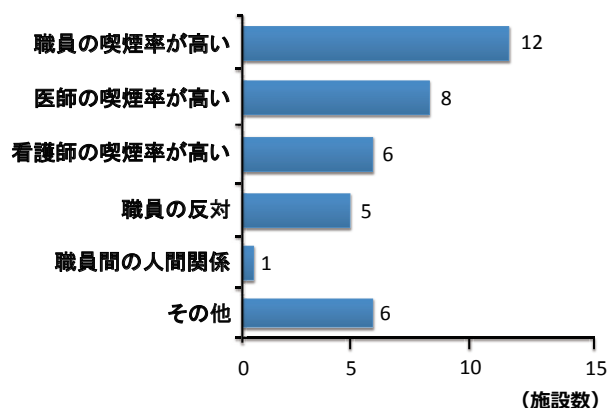


図1 敷地内禁煙化への支障/病院職員に関する事項(全回答数50施設、複数回答可)

煙」は5病院(63%)、「幹部が積極的でない」1病院(13%)であった。

(3) 経営・運営について

経営・運営に関する事項では、「精神科患者様の問題行動や症状悪化の懸念」10病院(20%)、「患者の反対」8病院(16%)であった(図2)。

(4) 敷地内禁煙実施に向けた方法について

敷地内禁煙実施に向けた方法に関する事項では、「禁煙化へ向けたリーダーの不在」8病院(16%)、「患者への指導の方法がわからない」7病院(14%)、「方法や進め方がわからない」6病院(12%)であり、「敷地内禁煙の意義が理解できない」はゼロであった。

(5) 実施環境に関して

実施環境に関する事項では、「近隣施設等からの苦情」18病院(36%)、「火災の心配」17病院(34%)、「トラブル対処」9病院(18%)であった(図3)。

6. 敷地内禁煙の意義について

敷地内禁煙の意義について質問したところ、①「受動喫煙の防止に役立つ」47病院(94%)、②「患者

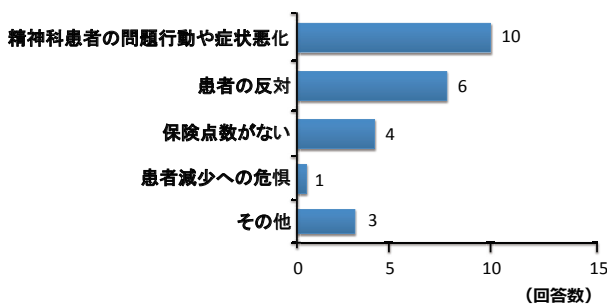


図2 敷地内禁煙化への障壁／
経営・運営に関する事項(1)
(全回答数50施設、複数回答可)

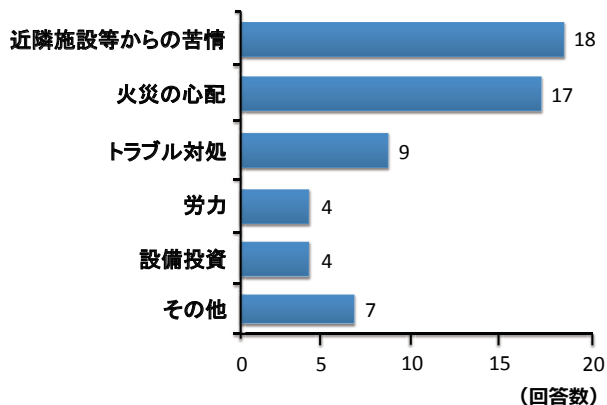


図3 敷地内禁煙化への障壁／
経営・運営に関する事項(2)
(全回答数50施設、複数回答可)

さんが禁煙に取り組む機会を提供でき健康づくりに資する」43病院(86%)、③「敷地内禁煙を望む声は実際には多い」23病院(46%)、④「院内感染のリスクの減少」12病院(24%)、⑤「職員の健康づくり」42病院(84%)、⑥「職員の業務効率向上」20病院(40%)、⑦「病院のイメージ向上」40病院(80%)、⑧「喫煙場所の有効利用と維持管理費の低下」11病院(22%)、⑨「病院へのよい経済的効果」7病院(14%)であった。

7. 敷地内禁煙を実施するために必要な事項

敷地内禁煙を実施するために必要な事項について質問したところ、「職員の理解と協力」37病院(74%)、「敷地外の喫煙可能な緩衝地」23病院(46%)、「病院幹部の理解や意思」22病院(44%)、「患者や利用者の声」21病院(42%)の順であった(図4)。

8. すでに実施している事項

病院においてすでに実施されている事項について質問したところ、「職員の喫煙率等の喫煙に関する調査」27病院(54%)、「定期的清掃活動」16病院(32%)であった(図5)。

9. 考察

受動喫煙の有害性は科学的に報告されている^{3~6)}。日本でも健康増進法等により受動喫煙防止のため医療機関の敷地内禁煙が求められているが、実際には敷地内禁煙の実施と継続には多くの問題があり、その取り組みには工夫が必要である。特に、禁煙外来と異なり24時間、禁煙を指導、管理するとなると、手をこまねいている医療機関も多い。このため2014

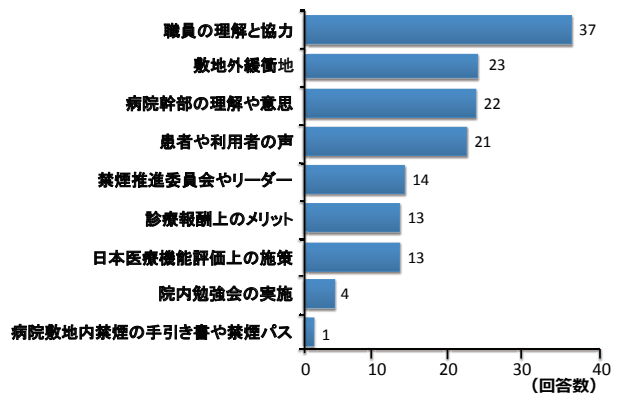


図4 敷地内禁煙を実施するために必要な事項
(全回答数50施設、複数回答可)

年の厚生労働省調査では全国の病院敷地内禁煙実施率は51%と低く、伸び悩んでいたと考えられる¹⁾。

今回のアンケートの結果では、がん診療連携拠点病院等の指定要件にある「敷地内禁煙の実施等のタバコ対策に積極的に取り組むこと」については、ほぼ理解がなされていた。しかし、アンケートに回答があった50病院中、実際には15病院(30%)の施設で敷地内禁煙が施行できていなかった。中には一旦敷地内禁煙を実施した後、敷地内禁煙を中止した病院が6病院(12%)あり、敷地内禁煙を実施するにあたり障害となる要因があることが推察された。

今回の結果では、敷地内禁煙の支障となる事項として、病院職員(特に医師と看護師)の喫煙があげられ(図1)、敷地内禁煙を実施されていない病院では、幹部の喫煙率が高いことが明らかになった。特にヘビースモーカーでは敷地内禁煙に反対することが多いことも報告されており⁷⁾、職員の喫煙は、病院全体の動向を考える上で今も重要課題と言える。またリーダーや喫煙対策部門が設定されておらず病院全体に職員の敷地内禁煙に向けた教育や理解が広がりにくいことが示唆された。さらに、敷地内禁煙実施の懸念としては、精神科患者の問題行動や症状悪化、近隣施設等からの苦情、火災の心配、トラブル対処などがあげられた。

アンケートや学会での質問をまとめると、病院敷地内禁煙を目指す病院では、以下のような幾つかの対応が望まれた。1) 病院の方針提示：病院幹部が病院敷地内禁煙の方針を示すこと 2) リーダーシップ：運営指導者を確認し喫煙対策委員会などにて継続的に管理を行うこと 3) アナウンス：敷地内禁煙の各種アナウンス、入院誓約書などで入院中禁煙の確認等を行うこと 4) 想定される問題：近隣からの苦情や精神科患者の問題行動への最新の考え方や対処方法を理解しておくことが重要と考えられた。喫煙に関する問題は、病院全体として、『慢性疾患を管理するが如く継続的に管理すること』が重要であり、計画や対応策のない実施は挫折に繋がる可能性があることが議論された^{8,9)}。

病院敷地内禁煙は、禁煙外来と異なり、禁煙体制に非協力的な患者に対しても入院中継続的に指導教育が必要である。また、病院の特性上から風紀を保つ必要があり、管理は容易ではない^{7,8)}。しかし、その実施により受動喫煙を防止でき³⁾、さらに患者と職員に禁煙機会の提供がなされ、健康維持と疾病予

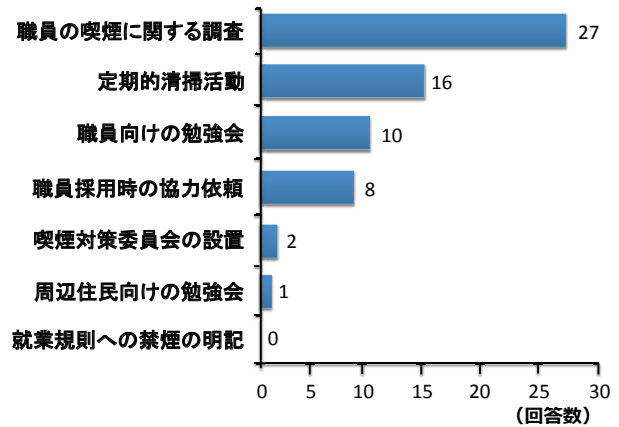


図5 病院ですでに実施している事項
(全回答数50施設、複数回答可)

防の面でも大きな効果が期待できる^{4,5)}。社会的または医療経済的に禁煙のもたらす効果は極めて大きいことから⁶⁾、我々は医療人としての自覚と使命をもって敷地内禁煙の問題点に取り組むべきだと考える。厚生労働省も、2020年までに医療機関での受動喫煙を無くす目標を掲げている。しかし、今回の結果からも喫煙というニコチン依存症が関与する問題の解決は簡単ではなく、実施にあたり病院幹部やスタッフの負担が生じるのも事実であり、スタッフの理想と良心だけに頼っても全国的には十分に進んでいない状況である。敷地内禁煙の病院を増やし、国民の健康改善を目指す方針は正しいが、禁煙による医療経済効果が大きいことを考慮すれば、病院幹部や職員に理解を得る正当な理由付けとして病院敷地内禁煙への保険診療上の加点(診療報酬インセンティブ)が望まれる。と質疑応答にあった。最後に患者の禁煙支援の前に、まずは、受け皿となる病院の禁煙体制作りが、敷地内禁煙成功の鍵となると考えられた。

10. 結論

本研究により、敷地内禁煙が施設要件となっているがん診療連携拠点病院でも敷地内禁煙が実施できていない状況が明らかになった。その原因として、病院幹部を含めたスタッフの喫煙や継続的な管理体制、禁煙への理解不足があげられた。今回はこれらの問題への対処方法も本シンポジウムでの質疑などで検討を行った。病院敷地内禁煙は受動喫煙防止のみならず、喫煙者にとって禁煙の最高の機会提供となり、国民の健康維持、意識改革のために今後、システムと診療報酬面で改善が望まれた。

おわりに

本研究とシンポジウムを通して病院敷地内禁煙の現状と問題点を検討した結果、重要な点が明らかになった。本研究を通じて問題点とその対処方法を検討できた意義は大きいと考えられた。

謝 辞

アンケートにお答えいただいた病院および本研究にご協力いただいた日本禁煙学会 作田 学 理事長はじめ関係者の皆様に感謝申し上げます。

文 献

1) 厚生労働省: 医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/14/> (閲覧日: 2016年2月4日)
 2) 一般社団法人日本禁煙学会調査. <http://notobacco.jp/hoken/kokuritutabyoin.htm#gansinryo> (閲覧日: 2016年2月4日)
 3) 大和 浩: 受動喫煙(特集 タバコの害と禁煙対策). 臨床と研究 2010; 87(6): 752-757.
 4) Sargent RP, Shepard RM, Glantz SA. Reduced

incidence of admissions for myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study. BMJ 2004; 328: 977-980.
 5) 高野義久: 受動喫煙への曝露と健康への影響 第一章 禁煙の意義 (社会編) 敷地内禁煙と禁煙外来実践の要点-受動喫煙のない環境のために. くまもと禁煙推進フォーラム (2010年公開版) 137-148. http://square.umin.ac.jp/nosmoke/text/1-18SHS_harm.pdf (閲覧日: 2016年2月4日)
 6) 効果的な禁煙支援法の開発と普及のための制度化に関する研究(主任研究者 中村正和). 平成19年度厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業研究報告書 2008.
 7) 種市摂子, 佐々木司: 敷地内禁煙への賛否を予測する要因は何か. 日健医学会誌 2014; 22: 240-246.
 8) 秦 温信, 堀田大介, 佐野文男: 第1回禁煙推進セミナー: 院内、敷地内全面禁煙の取り組みについて. 循環器医 2002; 10(2), 373-378.
 9) 水野雄二, 橋本洋一郎, 高野義久ら: 敷地内禁煙と禁煙外来実践の要点-受動喫煙のない環境のために. くまもと禁煙推進フォーラム (2010年公開版) 173-210. <http://square.umin.ac.jp/nosmoke/text.html> (閲覧日: 2016年2月4日)

添付資料 アンケート内容

病院敷地内禁煙を実践するためのアンケート調査
 (該当する番号に○をつけください。カッコ内には適語をご記入ください。)

1. 貴院の病床数をご選択ください。
 病床数 1) 100床未満 2) 200床未満 3) 200～500床未満 4) 500床以上

2. アンケートにお答えいただく方のお立場をお答えください。
 1) 理事長または病院長 2) 喫煙対策委員会等委員長または喫煙管理者
 3) 副院長 4) 医局長
 5) 看護部長 6) 事務局長
 7) その他 ()

3. 貴院では、現在病院敷地内全面での禁煙を実施しておりますか。
 1) はい 2) いいえ

4. 貴院は一旦敷地内禁煙を実施後、敷地内禁煙の実施を中止された経緯がございますか。
 1) はい 2) いいえ

5. がん診療連携拠点病院の指定要件として「敷地内禁煙の実施等のタバコ対策に積極的に取り組むこと」という要件があることをご存知でしょうか。
 1) はい 2) いいえ

6. 貴院で敷地内禁煙を実施する際(または実施した際)、支障となる(支障となった)事項の番号(1) 2) 3)・・・、
 ①、②、③・・・)に○をつけてください(複数回答可)。
 1) 病院職員に関する事項
 () ①職員の反対 () ②医師の喫煙率が高い () ③看護師の喫煙率が高い
 () ④職員の喫煙率が高い () ⑤職員間の人間関係 () ⑥その他

- 2) 病院幹部に関する事項
 ① 幹部の喫煙 ② 幹部が積極的でない ③ その他
- 3) 経営・運営に関する事項
 ① 患者の反対 ② 保険点数がない ③ 患者数減少への危惧
 ④ 精神科患者様の問題行動や症状悪化 ⑤ その他
- 4) 敷地内禁煙実施に向けた方法に関する事項
 ① 禁煙化へ向けたいリーダーの不在 ② 患者への指導の方法がわからない
 ③ 方法や進め方がわからない ④ 敷地内禁煙の意義が理解できない
 ⑤ その他 ()
- 5) 実施環境に関する事項
 ① 火災の心配 ② 近隣施設等からの苦情 ③ トラブル対処
 ④ 労力がかかる ⑤ 設備投資に費用がかかる
 ⑥ その他 ()
7. 一般に病院の敷地内禁煙の意義は次のようなことが指摘されています。ご理解をいただいているものすべて○をつけてください(複数回答可)。
- 1) 受動喫煙の防止に役立つ
 - 2) 患者さんが禁煙に取り組む機会を提供でき、健康づくりに資することができる
 - 3) 利用者の間では敷地内禁煙を望む声は実際には多い
 - 4) 院内感染のリスクが減少する
 - 5) 職員の健康づくりに役立つ
 - 6) 職員の業務の効率を向上させる
 - 7) 病院のイメージ向上や清潔環境づくりに資する
 - 8) 喫煙場所の有効利用が行え、病院の維持管理費が低下する
 - 9) 病院へのよい経済的効果がある
8. どのような事項が加われば、敷地内禁煙を実施することが可能になる(あるいは敷地内禁煙が可能となった)と思われますか(複数回答可、最大5つまで)。
- 1) 院内勉強会の実施
 - 2) 禁煙推進委員会等の設置やリーダーの存在
 - 3) 職員の理解と協力
 - 4) 患者や利用者の声
 - 5) 病院幹部の理解や意思
 - 6) 診療報酬上のメリット
 - 7) 日本医療機能評価機構の施策
 - 8) 病院敷地内禁煙への手引書や禁煙パス
 - 9) 敷地外の喫煙可能な緩衝地(コンビニ、公園など)
9. 以下のうち、貴院ですでに実施されているものすべて○をつけてください(複数回答可)。
- 1) 喫煙対策委員会の設置
 - 2) 職員の喫煙率等の喫煙に関する調査
 - 3) 1年に1回以上の職員向けの勉強会の実施
 - 4) 職員採用時の禁煙への協力の要望
 - 5) 就業規則への禁煙規定の明記
 - 6) 病院周辺地域における住民向けの禁煙勉強会
 - 7) 職員による病院敷地内や敷地周辺のポイ捨てタバコの定期的清掃活動
10. 病院敷地内禁煙に関する問題点やご意見、ご要望があれば、空いたスペースや別紙に自由にご記入ください。
11. ご協力いただいた施設には、敷地内禁煙に関する資料をお送りする予定です。
ご希望の施設は、送付先のmail addressをご記入ください。

以上で終了です。お忙しいところ、アンケート調査へのご協力、誠にありがとうございました。

《謝 辞》

このシンポジウムを開催するにあたり、アンケートに協力くださいました病院の皆様、関係の皆様へ深謝いたします。