

シンポジウム「病院の敷地内禁煙の進め方」報告*

3. 多職種協働で実現した単科精神科病院の敷地内禁煙 ～煙害防止活動理念にもとづく試行錯誤の4年間と今後の課題～

佐藤英明^{1,8}、阿部裕子^{1,8}、趙 岳人^{2,8}、川合厚子³、水野雄二^{4,8}、高野義久^{5,8}、橋本洋一郎^{6,8}、宮崎恭一⁷

1. 健生会明生病院、2. 藤田保健衛生大学医学部精神神経科学講座、3. 社会医療法人公徳会トータルヘルスクリニック、
4. 熊本機能病院、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、8. 一般社団法人くまもと禁煙推進フォーラム

キーワード：多職種協働、単科精神科病院、喫煙スペースを一切設けない敷地内禁煙、
煙害防止活動理念の共有、トップダウンを引きだすボトムアップの実践

*報告1、2は禁煙会誌第11巻第5号を参照

はじめに

熊本市北区にある健生会明生病院は、234床の単科精神科病院である。おもに統合失調症・気分障害・アルコール依存症などの診療を行っている。

2006年に新病棟が建設された後も、患者は常時喫煙可能な状況におかれ、喫煙習慣のある職員にはタバコ休憩が黙認されていた。推計、病院敷地内で1日1,000本以上のタバコが消費され、病棟喫煙者が「煙で息苦しいから」と喫煙室の扉はしばしば解放されていた。換気扇の能力を超えたタバコ煙が喫煙室から病棟中に漏れ出すため、ダイルームはモヤがかかり、喫煙室の白壁はヤニ色に染まっていた。職員の間には、「何の楽しみもない患者さんからタバコを取り上げるのは可哀そう」「無理に禁煙させると精神症状が悪くなる」「喫煙室での患者との対話にタバコは有用」などといったスティグマ(思い込み・先入観)が蔓延していた。

しかし、このようなタバコの影響を直視すべく、2009年には煙害防止活動委員会(きんえんプロジェクト)が職員有志の発案により正式に発足した。以後同委員会を中心に、喫煙者・非喫煙者にかかわら

ず全職員を対象に、タバコ煙害に関する啓発活動と敷地内禁煙に向けた基本的な考え方の普及が行われた。その結果ボトムアップ式の地道なタバコ煙害防止活動の広がりによって、最終的には病院長のトップダウンによるリーダーシップが引き出された。そして敷地の内外を問わず喫煙スペースを一切設けない「完全敷地内禁煙」を目指すことが病院の基本方針として定められ、2012年2月22日に敷地内禁煙が達成された。

以下に示すように敷地内禁煙を達成するまでの経緯(図1)と、禁煙化維持のための課題や考察を述べる。

敷地内禁煙達成までの歩み

1. 喫煙率実態調査・報告(2008年2月)

2008年2月、患者・職員の喫煙率調査が有志(薬剤師)によって行われた。

患者(入院患者およびデイケア利用者：N=252)の喫煙率は52%と1966年の全国成人喫煙率(49%)さえも上回っていた(図2)。また職員(N=183)の喫煙率も32%と高く、2007年の全国成人喫煙率(26%)を上回っていた(図2)。上記の結果と問題点を共有するため、院内報に薬剤師の執筆する「tobacco ニュース」が毎月掲載されることになった。この薬剤師によって始められた禁煙啓発活動は、院内の日本禁煙学会認定指導者を新たに執筆陣に加えて、現在も継続されている。

連絡先

〒860-0083

熊本市北区大窪2丁目6番20号

健生会明生病院 佐藤英明

TEL: 096-324-5211 FAX: 096-322-6293

受付日 2016年11月21日 採用日 2017年3月3日

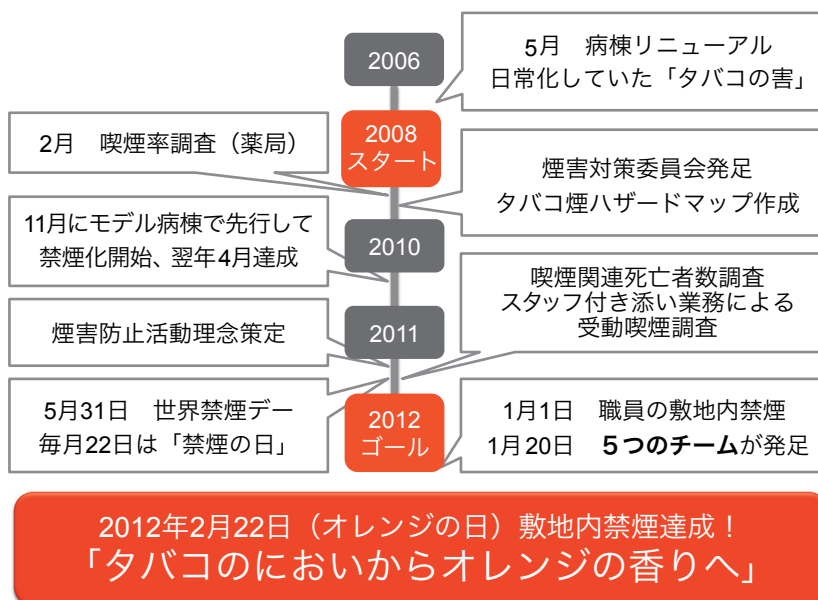


図1 敷地内禁煙達成までのロードマップ

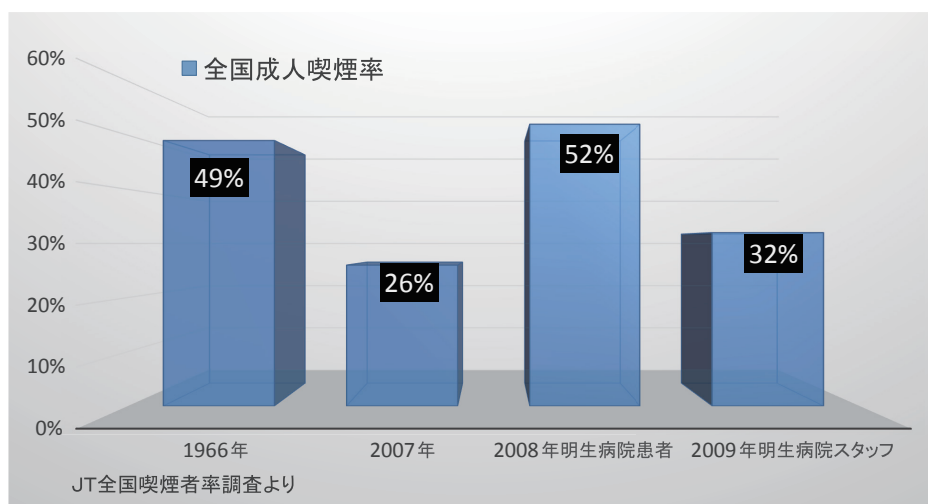


図2 喫煙率実態調査 (全国平均との比較)

2. 煙害ハザードマップ(煙害実態地図)の作製 (2009年10月)

病院中にたばこ臭の有無・強弱についてフェイススケール(5段階評価)を用いて実態調査し、図面化した。その結果、喫煙室を中心に病棟内の広範囲にタバコ臭が充満している実態が確認され、あらためて分煙は無意味であることを再認識した。

3. 煙害防止活動委員会(きんえんプロジェクト)の設立

2009年には、タバコ問題に取り組む初の組織である煙害防止活動委員会(きんえんプロジェクト)が、病院幹部の集う意思決定機関の一つ「管理運営会議」と同時開催される正式な委員会として設置された。

禁煙推進派の幹部のみならず、喫煙者でもある病院幹部の声にも耳を傾け、精神科病院内で「当たり前のように吸われる大量のタバコ」の実態と課題について見つめなおす好機を得ることができた。

4. パイロット病棟での先行禁煙実施と煙害防止活動理念の制定

単科精神科である明生病院で完全禁煙をめざすにあたり、当初は喫煙患者擁護論が大勢を占めた。そこできんえんプロジェクトでは、パイロットケースとして2010年11月にパイロット病棟での試験的禁煙化に踏み切った。

当時、精神科療養病棟(51床)には、統合失調症患者を中心に15人(29.4%)の喫煙患者が入院して

いた。薬剤師や看護師の協力を得て、主に看護助手チームがタバコ煙害の勉強会・禁煙指導を行った。看護助手には喫煙者も多く存在していた。当然のように現場からは「なぜ喫煙者が患者に禁煙指導をしないといけないのか？」等という疑問が出され、煙害防止活動は暗礁に乗り上げそうになった。またトップダウンの指示が明確になっていないことへの不満や疑念が現場に広まっていた。

そこで2011年2月に、健康増進法を根拠に受動喫煙防止を第一に掲げた「煙害防止活動理念」をまとめ、同理念に基づく職員の行動指針をあわせて打ち出した(表1)。行動指針では、タバコ煙害の啓発を進めること、さらには生命と健康を守る医療機関に働く者としての自覚もうたわれていた。活動理念と行動指針の原案は、明生病院の最高意思決定機関である全職員総会(全体会)に提出され、全会一致で承認された。

理念と行動指針が定まったあともしばしば禁煙化の難しさに直面した。しかし迷ったときには、煙害防止活動理念と行動指針とに立ち返るようにした。このような経過を経て、パイロット病棟での完全禁煙の試みは、開始後5か月目に無事達成された。

5. ミーティングを重ねて徐々に禁煙化

2011年3月には、明生病院の入院患者における「がん死亡者数」や隔離室スタッフの「喫煙立会い業務による受動喫煙実態」が報告された。

隔離室エリアでは、持ち回り業務として1週間あたり20本以上の喫煙に付き添わされて受動喫煙の被害にあっている看護師・看護助手の実態が明らかとなった。役職のない人・若い人ほど受動喫煙の頻度が高いこともわかり、調査結果を重くみた病院長の指示により、隔離室エリアでの即時禁煙(喫煙介助業務の廃止)が決定された。

6. 毎月22日の24時間禁煙「スワン・スワンデー」

開催と職員を対象とした敷地内禁煙の先行実施

パイロット病棟での館内禁煙が成功したあとも、全病棟での完全敷地内禁煙実施に対して懐疑的な職員への働きかけに、2011年5月31日「WHO世界禁煙デー」に賛同・連動する取り組みとして「明生病院24時間禁煙デー」を実施した。

世界的行事にあわせて「みんなで24時間禁煙してみること」を全職員・全入院患者・全外来患者に周

表1 タバコ煙害防止活動理念に基づく
職員の行動指針

【敷地内禁煙化の推進】

私は、病院敷地内のタバコ煙害から患者・職員・出入り業者等のすべての利用者を守ります。

【煙害・健康被害の啓発】

私は、煙害による余命短縮・健康被害について多くの患者・利用者に理解を深めて頂けるよう努めます。

【医療機関の職員としての自覚】

私は、生命・健康を保持する医療機関の職員として自覚をもち、煙害防止活動に積極的な役割を果たします。

知徹底し、5月31日午前0時から病棟内の喫煙室を完全封鎖するとともに、「タバコのおいからオレンジの香りへ」を合言葉に、全入院患者にオレンジの配布がなされた。その後も、明生病院では毎月22日を「スワン・スワンデー」と定めて24時間禁煙を実践しながら、敷地内禁煙化を進める覚悟を示しつつけた。

さらには、2012年1月1日に職員の敷地内禁煙化を先行実施した。職員には事前に周知徹底しておいたため、とくに混乱は生じなかった。この日を境に、勤務時間内の喫煙は事実上禁止となり、長年にわたる喫煙者/非喫煙者間の休憩をめぐる不公平感の解消が進んだ。

7. 5つのプロジェクトチームによる完全敷地内禁煙達成

ミーティングを重ねて、病院全体の敷地内禁煙化を2012年2月22日に定めたものの、職員から「本当に敷地内禁煙ができるのか？」という不安の声は絶えなかった。そこで5つの禁煙プロジェクトチーム(広報・学術・禁煙支援・クリーン活動・イベント)を煙害防止活動委員会内に設置し、完全敷地内禁煙を目指すことになった。

① 広報・啓発チーム

- ・ 近隣住民への情報提供・相談受付
- ・ 応援するモン(くまもん)バッジ配布
- ・ 敷地内禁煙周知のための看板設置
- ・ Twitter (@MeiseiOrangeDay) の活用

② クリーン活動チーム

- ・ 病院敷地周辺の定期的な清掃活動
- ・ 定期的な禁煙啓発パトロール

③ 学術チーム

- ・入院患者を対象としたアンケート調査
- ・敷地内禁煙実施前後の統合失調症入院患者の精神症状評価 (PANSS)・睡眠時間調査・向精神薬使用量調査

④ 禁煙支援チーム

- ・2012年4月に自前の禁煙外来を設置
- ・デイケアにおいて禁煙支援教育・自助グループの発足
- ・職員を対象とした日本禁煙学会認定指導者資格取得支援・資格手当の支給

⑤ イベントチーム(敷地内禁煙達成記念式典および関連イベント)

- ・屋外喫煙スペースの跡地にオレンジの樹を植樹(2012年から3年連続植樹)
- ・禁煙達成者の表彰・体験発表
- ・院長挨拶【トップダウンの決意表明】

上記の経過を経て2012年2月22日に記念式典を行い、敷地内禁煙化が達成された。

敷地内禁煙達成後の経過

① 敷地内禁煙継続のカギは地域住民との対話

敷地内禁煙達成後も、病棟内での隠れタバコの問題、病院周辺における歩きタバコや吸い殻のポイ捨ての問題は後を絶たない。さらにはタバコ煙害に無関心をつらぬく職員・患者などの意識・行動変容のためには丁寧な働きかけと忍耐強く待つ姿勢が必要不可欠となる。とりわけ地域住民からの苦情の窓口となる事務職員の精神的負担は決して軽くはないが、

彼らは煙害防止活動リーダーとして丁寧に対応し、ニコチン依存症もふくめた依存症診療の専門施設である精神科病院として、受動喫煙防止とニコチン依存治療の重要性について、ねばり強く地域の方々と対話を続け、理解を求めている。また敷地内禁煙の次の段階を見すえた次なるスローガン「敷地の外でも禁煙を！」を掲げ、職員一人ひとりが現場に向向いて患者と向き合い、路上の吸い殻を拾いながら禁煙パトロールを継続している。

② 統合失調症長期入院患者における禁煙化前後の精神症状評価

敷地内禁煙実施に合わせて禁煙補助薬を使用せずに完全禁煙に成功した16人の統合失調症患者の精神症状を評価 (Positive and Negative Symptoms Score : PANSS) したところ (図3)、禁煙後に陽性症状に変化はなく、陰性症状は有意差をもって改善した。症例数の少ない点を考慮すべきであるが、少なくとも著しい精神症状の悪化を認めなかった。

③ 禁煙外来の現状・病棟禁煙支援ミーティングの開始

2012年4月に明生病院は自前の禁煙外来を開設した。受診者の多くが統合失調症・うつ病・アルコール依存症をもつ自院通院中の患者であり、2015年8月までに禁煙達成率の評価ができる総数81名の治療実績があった (表2)。

全体の成功者は28名で、成功率は34.6%であった。この数値は一般の禁煙外来と比べて低く、禁煙

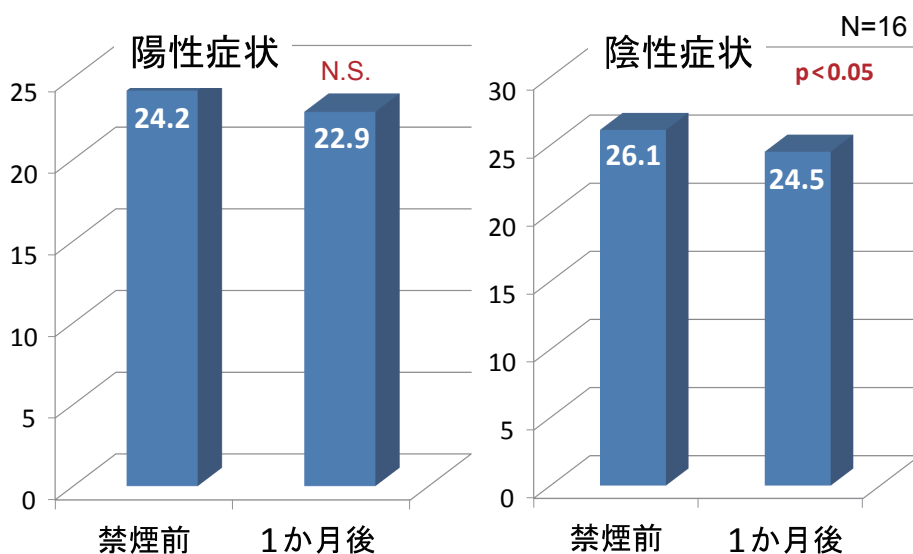


図3 敷地内禁煙達成前後の統合失調症入院患者

達成率のさらなる向上は今後の課題である。また表2に示したように、疾患別禁煙成功率には有意差を認めなかった。

また、病棟では2014年8月から「禁煙の理由が分からない」「無理やり禁煙させられた」と感じている長期入院患者に対して、心理士・看護師・薬剤師・医師などの多職種が集まり、週1回の頻度で禁煙ミーティングを開始することにした。ミーティングでは、ときに外来での禁煙未達成者・禁煙希望者も参加して、病棟での禁煙の工夫や、禁煙達成にまつわる喜びや苦しみをともに語り合っている。参加者は、それぞれに1週間の小さな禁煙目標を立て、小さな目標を達成できた一人ひとりを皆でほめて励ましあっている。またクリーン活動に参加したり、茶話会を開いたりして、禁煙の難しさを分かちあう支援活動に発展している。そして、禁煙ミーティングに参加しなくても毎朝自主的に吸い殻拾いをする患者もあらわれている。

④ 禁煙認定指導者育成とインセンティブ

明生病院では、次世代の禁煙推進リーダーの育成を視野に、日本禁煙学会認定禁煙指導者資格の取得を推奨・支援している。2015年は新たに13名の合格者を輩出し、平成28年1月の時点で院内禁煙指導者は25名となっている。資格取得者には、活動実績に応じたインセンティブ(資格手当)の支給を行っている(平成28年12月現在)。

考 察

ニコチン依存症は、国際疾病分類第10版(ICD-10)F分類「タバコ使用障害(喫煙)による精神および行動の障害」にコードされる依存症の一種である。精神疾患の診療に従事する精神科領域のすべての職種にとって依存症診療は、避けて通れない領域であり、タバコ使用障害・ニコチン依存症も例外ではない。一般的に精神疾患患者には、身体合併症を発症しやすい傾向があるが、喫煙によって合併症の危険性は一層高まる。統合失調症患者は一般の人に比べて、心疾患の死亡率は2倍から3倍になるといわれている¹⁾。また禁煙によってストレスが軽減し、うつ状態や不安状態が改善し、生活の質が向上することが指摘されている²⁾。これらの事実は禁煙を支持する大きな理由になっている。さらには、喫煙者は肝酵素・チトクロームP1A2の代謝が亢進しているため、オラン

表2 精神疾患別禁煙成功率

疾患別	人数	成功率
統合失調症圏	14/35	40.0%
気分障害群	8/26	30.3%
アルコール依存症	4/10	40.0%
知的障害	2/5	40.0%
その他	0/5	0%

ザピンやクロザピンなどの一部の抗精神病薬の代謝を早め、血中濃度が低下しやすい^{3,4)}。本来は十分であるはずの用量で効果発現が期待できず、結果的に過剰投与にいたることもある。これらは禁煙により、当該抗精神病薬を必要最小限の適正用量で足りるように改善できれば、副作用を最小化することも期待できる。

我が国の禁煙治療のための標準手順書⁵⁾では、精神疾患患者の禁煙治療補助薬の第一選択薬としてニコチン貼付剤が推奨されている。また、バレニクリンに対しては臨床試験において精神疾患が除外されており、十分な治療データが存在しないとされている⁶⁾。一方、海外の報告では統合失調症をもつ人に禁煙治療薬・バレニクリンを使用し、禁煙に効果的であり、大きな精神症状の悪化はないという報告がある^{7,8)}。当院精神科禁煙外来では禁煙補助薬を用いる場合、第一選択薬として、ニコチン貼付剤を推奨している。またバレニクリンを使用した41例において、1例の患者で精神症状の悪化を認め、入院となった。これは禁煙による離脱症状の可能性が高いと考えられたが、精神疾患をもつ患者へのバレニクリン投与に際しては、副作用に対する注意が必要であろう。

長年タバコ煙害に悩まされていた精神科病院・明生病院では、4年間におよぶ煙害防止活動によって敷地内禁煙を達成したのち、複数の精神科医が自己研鑽をして日本禁煙学会認定禁煙指導医の資格を得て、自前の禁煙外来を継続してきた。禁煙を目指す精神疾患患者の病状や問題点を、主治医や担当看護師などと情報共有できる点でも、より安全に禁煙を支援・推進できる意義は大きい。もともと精神科病院には、アルコール依存症リハビリテーションプログラムや種々の認知行動療法・精神科チーム医療のノウハウがあるため、禁煙支援・禁煙推進に取り組む力量と素地は十分に備わっているものと思われる。

その際、病状によって敷地内禁煙をなかなか順守できない人びとがいることも事実である。そのようなときに、「ペナルティを考える前に愛情を持って禁煙支援することを考えなさい」という明生病院院長のようなトップダウンのリーダーシップは、患者にとっての励みとなり、現場の禁煙リーダーの支えになる。

敷地内禁煙を推進させるには、タバコ煙害の現状をデータ化して会議で報告し、幹部をはじめ職員に周知させることで、患者や人びとの健康を守る医療従事者の倫理観を引き出すことが何より重要である。そして職員一人ひとりが受動喫煙の実害の対策に取り組み、その経緯の中で敷地内禁煙化のリーダーが誕生していった。感情的な対立を避けるためにも、複数のリーダーの存在が必要となるであろう。現在は認定指導者以外にも看護師、栄養師、事務、心理士、作業療法士、精神保健福祉士ほぼ全職種にわたり禁煙化に賛同する有志が集まり、それぞれが役割を理解し、各方面での防煙、禁煙活動を実行している。日々の地道な活動の積み重ねにより、数々の波紋が形成され、ついには「大きな敷地内禁煙化の波」へと変化していった。ボトムアップからトップダウンへ、当院でそれが成功した大きな要因は、病院理念を踏まえた各々の意見や院内の活動に対する自由度が高いことがあげられ、多職種の協働プロジェクトにおいて、病院長ら幹部の意向や方針が十分浸透していた結果と考えられる。

終わりに

経営効率の最適化や地域生活への移行支援・職員の高齢化・離職問題などさまざまな課題を抱える精神科病院において、患者や職員をタバコの煙から守る煙害防止活動は、職員の雇用を守る意味でも、地域に暮らす人びとの生命と健康を守る意味でも年々重要性を増している。それぞれの精神科病院に合った煙害防止活動・禁煙サポートを根気よく進めていくことが、近隣の地域住民との関係性を良好に保つ上でも肝要である。日々患者や近隣住民との対話を続けながら単科精神科病院での完全敷地内禁煙のあり方を模索し続けている明生病院の取り組みが、精神科領域で敷地内禁煙を目指そうとする方々の参考

になれば幸いである。

最後に、猛烈なタバコ煙の消えた病院内では19人の女性職員が、妊娠中もクリーンな空気の中で勤務を続け、無事に20人の新しい命「スモークフリー・ベビー」を迎えることができた。これも日々禁煙化維持のため努力を積み重ねている職員一人ひとりの大きな誇りであり、私たち自身の健康問題だけでなく、次世代へ繋がる試みであるということにあらためて気づかされる。

(2015年11月22日 第9回日本禁煙学会学術総会シンポジウムで発表、一部改正)

参考文献

- 1) Brown S, Kim M, Mitchell C, et al: Twenty- five year mortality of a community cohort with schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 2010; 196: 116-121.
- 2) Taylor G, McNeill A, Gling A, et al: Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ*2014; 348: doi: 10.1136/bmj.g1151
- 3) Huang HC, Lua AC, Wu LS, et al: Cigarette smoking has a differential effect on the plasma level of clozapine in Taiwanese schizophrenic patients associated with the CYP1A2 gene-163A/C single nucleotide polymorphism. *Psychiatry Genet* 2016 Aug; 26(4); 172-177.
- 4) Dervaux A, Laqueille X: Tobacco and schizophrenia: therapeutic aspects. *Encephale*, 2007; 33: 629-632.
- 5) 日本循環器学会・日本肺癌学会・日本癌学会・日本呼吸器学会：禁煙治療のための標準手順書, 2014；6.2014；p24.
- 6) 川合厚子：精神疾患患者に対する禁煙支援. 禁煙学 改訂3版, 日本禁煙学会編, 南山堂, 東京, 2014; p181-186.
- 7) Williams JM, Anthenelli RM, Morris CD, et al: A randomized, double-blind, placebo-controlled study evaluating the safety and efficacy of varenicline for smoking cessation in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *J Clin Psychiatry* 2012; 73: 654-660.
- 8) Jeon DW, Shim JC, Kong BG, et al: Adjunctive varenicline treatment for smoking reduction in patients with schizophrenia: A randomized double-blind placebo-controlled trial. *Schizophr Res* 2016; 176: 206-211.