

《調査報告》

改正健康増進法を目前にした精神科における禁煙推進事業 —改正健康増進法で精神科病院の喫煙対策はどう変わったか—

川合厚子¹、北田雅子¹、中井陸運²、安陪隆明¹、飯田真美¹、大坪陽子¹
鬼澤重光¹、倉本剛史¹、清水隆裕¹、高野義久¹、高畑裕美¹、土井たかし¹
長谷川純一¹、三間 聡¹、矢野直子¹、山本蒔子¹、加濃正人¹、藤原久義¹

1. 一般社団法人日本禁煙学会 禁煙治療と支援委員会、
2. 国立循環器病研究センター、オープンイノベーションセンター、循環器病統合情報センター

【目的】 改正健康増進法を目前にタバコ依存症治療・支援の専門家育成と情報提供(以後事業)を通して精神科病院の禁煙推進を図る。

【方法】 2019年に禁煙治療の講義と動機づけ面接ワークショップからなるセミナーを全国7か所で開催、国内精神科病院に情報提供した。

【結果】 事業前後での精神科病院送付質問票では、敷地内禁煙が2018年での33.0%に対し、2020年には69.0%と有意に増加していた($p < 0.001$)。保険での禁煙外来設置は、2018年質問票では42病院であったが、2020年質問票では54病院と29.0%増加傾向であった。セミナー参加者は605人であった。

【考察】 敷地内禁煙は困難とされていた精神科病院のほとんどが、大きな問題なく原則敷地内禁煙になった。改正健康増進法によるところが大きかった。

【結論】 敷地内禁煙が進む状況において今後精神科病院の禁煙外来を増やすことが必要であり、本事業は関係者の理解を進める上で有益であった。

キーワード: 精神科病院、敷地内禁煙、禁煙外来、動機づけ面接、改正健康増進法

1. 背景と目的

2012年策定のがん対策推進基本計画では2022年度までに成人喫煙率を12%まで下げることが目標としている。しかしながら、厚生労働省の2016年の国民生活基礎調査による成人喫煙率は19.8%であり、2015年の国民健康・栄養調査による禁煙ないし減煙希望率は男性55%、女性56%、自力で禁煙できるのは約8%ということを見ると、目標達成のためには禁煙治療が必要である^{1,2)}。一方、日本においては、保険で禁煙治療ができる医療機関(以下、禁煙外来)の全医科医療機関数に占める割合概数は15.1%

(2017年9月5日時点)であり、精神科においては5.7%(2016年12月26日時点)と推定される^{3,4)}。また、健康増進法では医療機関は全面禁煙とされているが、2014年の厚生労働省データでは敷地内禁煙の病院は51.2%(4,351病院)、2013年の橋本らによる精神科病院への質問票では敷地内禁煙は23.5%(144病院)と低い^{5,6)}。

このように、現状の喫煙率と目標の喫煙率とのギャップ、禁煙したいができない喫煙者が多いというギャップ、現状の敷地内禁煙の病院の割合とあるべき敷地内禁煙の病院とのギャップがあり、特に精神科においては精神疾患患者に禁煙が困難な方が多く喫煙対策が遅れており、そのギャップが大きい。

そこで、精神科における禁煙推進を主な目的として情報提供と全国各地でセミナーを行い、「禁煙治療のための標準手順書」に基づいた「タバコ依存症治療や支援ができるヘルスケア専門家やサポーターを育成する事業」(以下、事業)を企画した。折しも東京オリンピック・パラリンピックを前に受動喫煙防

連絡先

〒999-2221
山形県南陽市柵塚1180-5
社会医療法人公徳会トータルヘルスクリニック
川合厚子
TEL: 0238-40-3406 FAX: 0238-40-3406
e-mail: dr-kawai@koutoku.or.jp
受付日 2021年6月27日 採用日 2021年9月16日

止のための法律で医療機関の全面禁煙義務化が検討されていた。この場合、精神科においては特に喫煙対策の必要性や禁煙治療ニーズの高まりが予想された。そのためには、敷地内禁煙への助言、禁煙治療や支援ができる人材を育成し、精神科の禁煙外来を増やすことが必要である。

この事業企画を2017年「グローバルブリッジ・ジャパン・プロジェクト」に応募し、世界中から50近い応募があったなか、16の採用プロジェクトの一つとなり、付帯条件なしの助成金を得た(Grant ID :

35678279)。

2. 対象と方法

事業スケジュールの概要を図1に示す。セミナーは禁煙治療の講義と、禁煙に効果が認められる動機づけ面接のワークショップを組み合わせ、2019年に全国7か所で開催した(図2)。セミナー対象者は医師、歯科医師、薬剤師、看護師、心理学カウンセラーなどのヘルスケア専門家とし、事業のホームページ(以下、HP)、日本禁煙学会HP・メールマガジン(以

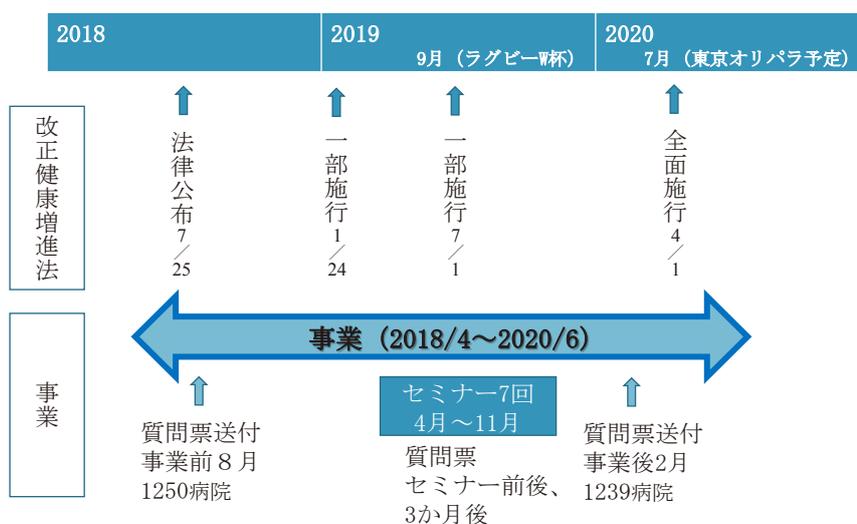


図1 事業の概要

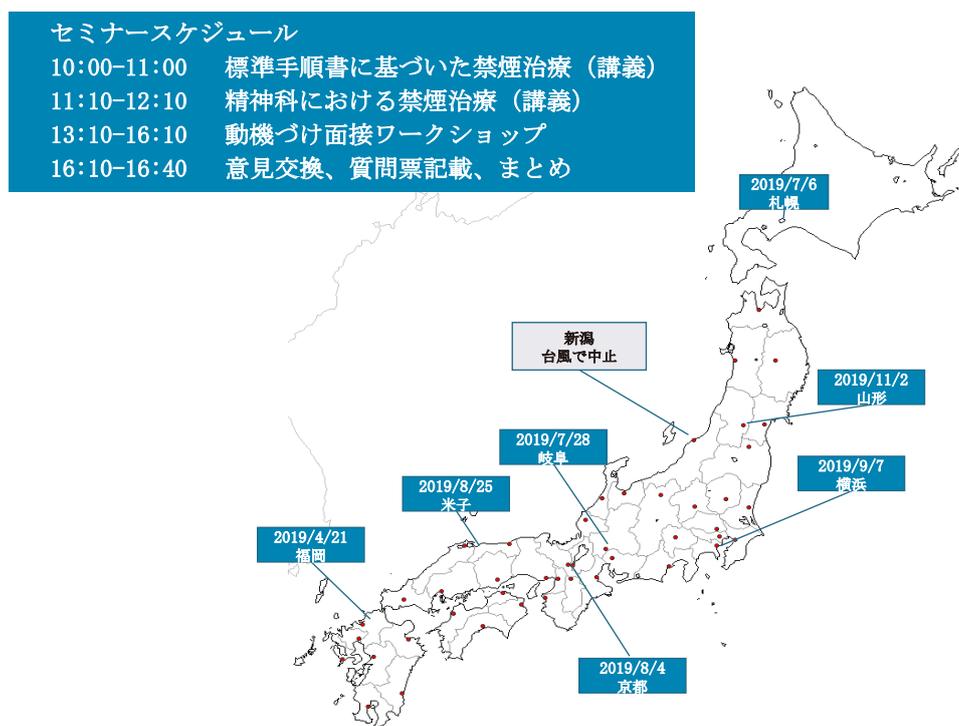


図2 セミナースケジュール

下、MM)・メーリングリスト(以下、ML)、日本精神科病院協会(以下、日精協)MM、日本公的病院精神科協会(以下、公精協)の案内、第8回日本精神科医学会学術大会HP、チラシ等にて、参加者を募集した⁷⁾。

なお、付随的に日精協が主催する第8回日本精神科医学会学術大会においてシンポジウム「精神科病院における禁煙推進」を企画運営した。

セミナーやシンポジウムのために作成したスライドや資料は一定期間無料で公開し、さらなる禁煙推進を諮った。

事業の評価は下記で行った。①事業前後で日精協、公精協所属の精神科病院に質問票を郵送し、敷地内禁煙と禁煙外来の数の変化をみる。事業前は改正健康増進法(以下、改正法)成立翌月の2018年8月に病院敷地内禁煙の周知を兼ねて、事業後は2020年2月とした。②事業前後で、厚生労働省データより敷地内禁煙の医療機関数、社会保険庁データよりニコチン依存症管理料届出医療機関数を収集し分析する。③セミナー参加者数を人材育成数として評価する。

統計処理として、各群の比率の差の検定を行った。統計ソフトはSTATA17を使用し、有意基準を

0.05と定めた。

倫理的配慮：事業の内容は「グローバルブリッジ・ジャパン」により検討され、倫理面も含めて実施可能と判断された。質問票は、精神科病院においては事業前後、セミナー参加者においてはセミナー前後と約3か月後に無記名で実施したが、提出は任意であり、得られたデータは統計的処理を行うこと、学会等で報告する場合も匿名性は保たれることを文書で説明し、回答・提出をもって同意とした。

3. 結果

1) 精神科病院の喫煙環境

事業前は2018年8月に日精協、公精協の協力を得て所属の1,250病院に質問票を送付し403病院からの回答(回収率34.4%)、事業後は2020年2月、1,239病院に質問票を送付し377病院から回答を得た(回収率30.4%)。2018年の敷地内禁煙率は33.0%に対し、2020年は69.0%で有意に増加していた($p < 0.001$; 図3)。2018年質問票で、改正法施行後の喫煙環境について設問したところ、敷地内禁煙予定194病院、屋内禁煙予定68病院、未定110病院、その他21病院であった(表1)。2020年質問票では、2019年6月30日時点での喫煙環境についても設問し

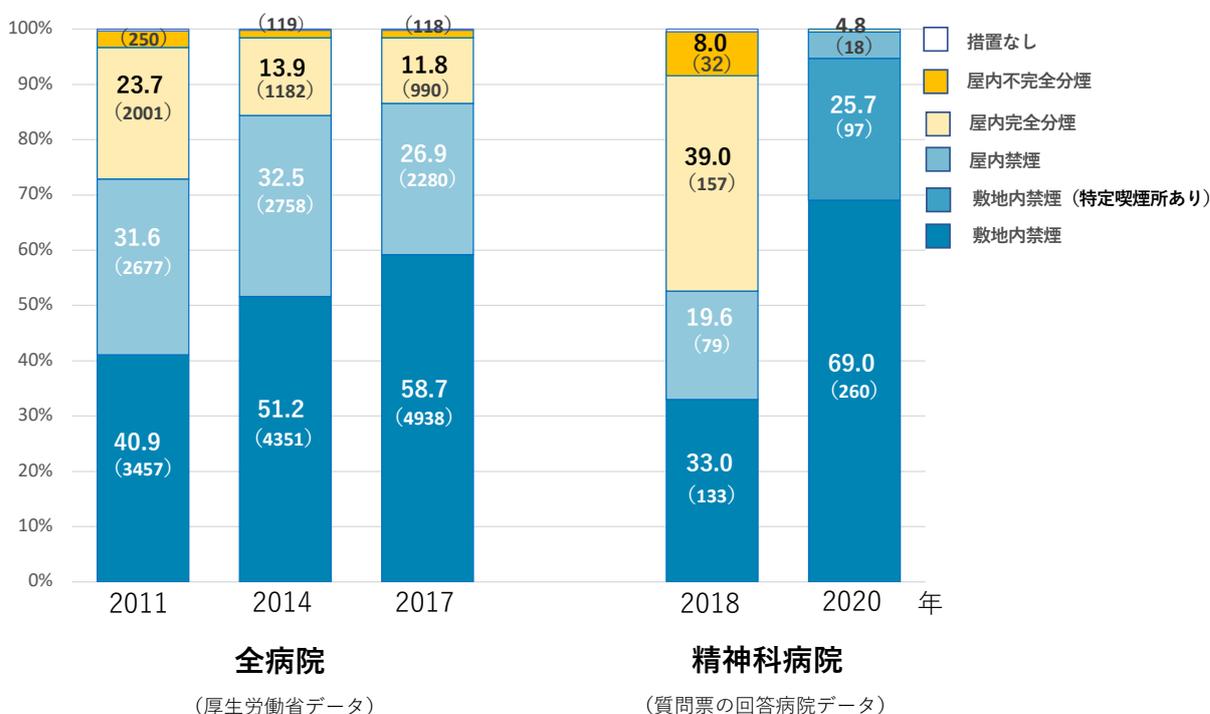


図3 日本の病院の喫煙環境(カッコ内は病院数)

精神科病院：2018年(事業前)回収率34.4%(403/1,250)
2020年(事業後)回収率30.4%(377/1,239)

表1 2018年における喫煙環境と、健康増進法改正案(原則敷地内禁煙)が施行された場合の喫煙環境予定(2018年の事業前質問票)

喫煙環境	敷地内禁煙	屋内禁煙	屋内分煙		対策なし	未定	その他	無回答	計
			完全	不完全					
Q1 現在, n (%)	133 (33.0%)	79 (19.6%)	157 (39.0%)	32 (7.9%)	2 (0.50%)				403
Q2 法施行後の予定, n (%)	194 (48.1%)	68 (16.9%)				110 (27.3%)	21 (5.2%)	10 (2.5%)	403

Q1. 現在の貴病院の喫煙環境について該当するものの番号に○をおつけください。
 Q2. 今国会で成立した健康増進法改正案では病院は原則敷地内禁煙となっています。この法施行後、貴病院の喫煙環境をどうされるか、該当するものの番号に○をおつけください。

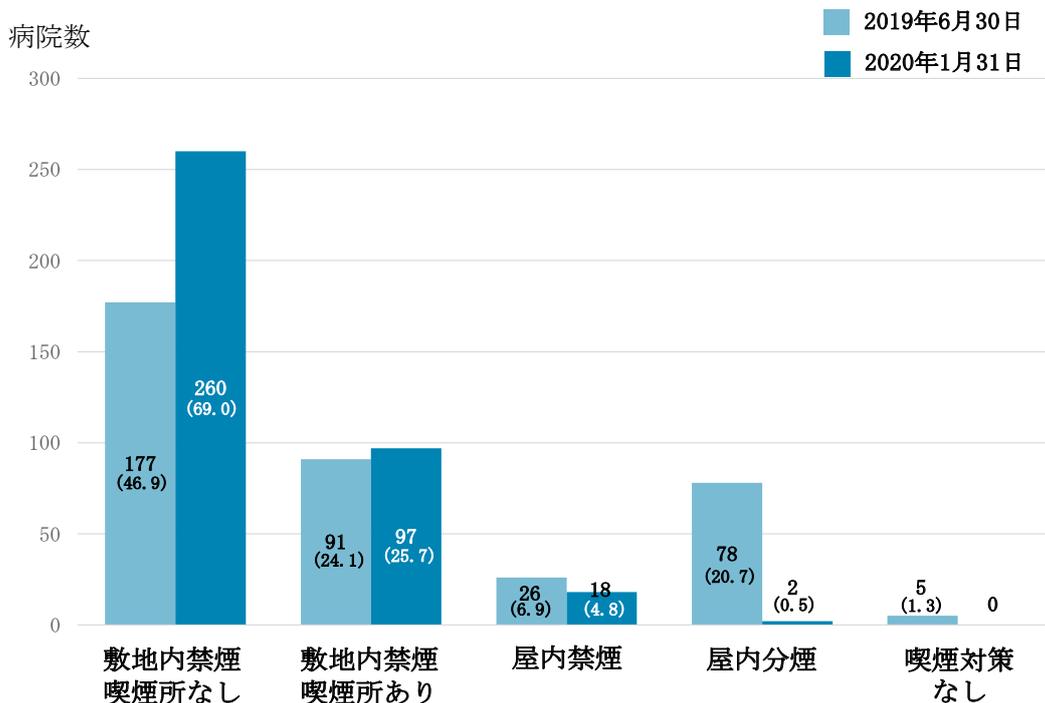


図4 2020年質問票回答病院における2019年6月30日と2020年1月31日の喫煙環境(カッコ内はその年の割合%)

た(図4)。2020年1月31日時点で敷地内禁煙(喫煙所なし)の260病院のうち173病院(66.5%)は2019年6月30日時点でも敷地内禁煙(喫煙所なし)であったが、87病院(33.5%)は敷地内禁煙(喫煙所なし)以外の喫煙環境から変更したものであった。

2) 禁煙外来設置状況

禁煙外来設置の精神科病院は2018年質問票では42、2020年の質問票では54であり、29.0%増加傾向であった。2018年質問票での、仮に敷地内禁煙にできた場合の禁煙外来設置予定病院数は52であった(表2)。2020年質問票で禁煙外来を設置しない理由としては、選択式設問(複数回答可)で、回答の

あった357病院中、スタッフがいない49.6%、時間がない23.0%、メリットが少ない18.5%、方法がわからない9.8%、その他21.3%であった。

3) セミナーの効果

多職種605人が参加した。精神科病院を敷地内禁煙にすることの重要性について、セミナー前質問票では88.7%(457/515)、後では95.9%(491/512)、フォローアップ質問票では93.0%(240/258)が、重要である、少し重要であると回答した。各セミナーの約3か月後の質問票において精神科における禁煙支援や治療に関するセミナー内容は53.5%が役に立った、どちらかという役に立ったと回答した。

表2 仮に敷地内禁煙にできた場合の禁煙外来設置の予定(2018年の事業前質問票)

禁煙外来設置	保険での禁煙外来	自由診療での禁煙外来	両方での禁煙外来	禁煙外来の実施なし	未定または無回答	計
Q3-1(現在), n(%)	35(8.7%)	15(3.7%)	7(1.7%)	344(85.4%)	2(0.5%)	403
Q3-2 敷地内禁煙にした場合, n(%)	51(12.7%)	6(1.5%)	1(0.2%)	77(19.1%)	268(66.7%)	403

Q3-1. 禁煙外来の現在の設置状況につき、該当するものの番号に○をおつけください(複数回答可)

Q3-2. 仮に敷地内禁煙にできた場合、該当するものの番号に○をおつけください(複数回答可)

精神疾患のある喫煙者に禁煙を働きかける機会は59.9%(151/252)が増えた、または少し増えたと回答した。

4. 考察

1) 精神科病院の喫煙環境

—改正健康増進法の効果は絶大—

健康増進法においては病院の敷地内禁煙は努力義務であり、厚生労働省の3年に1度の医療施設調査によると、日本の全病院の敷地内禁煙率は2011年40.9%、2014年51.2%、2017年58.7%と不十分であった(図3)⁸⁾。事業前の2018年質問票における精神科病院の敷地内禁煙率は33.0%と、2017年の全病院の58.7%よりもはるかに低かった($p < 0.001$)。全病院には精神科病院も含まれ、質問票回答病院に喫煙対策が進んでいるところが多いだろうことを考えると、精神科以外の病院と精神科病院の喫煙対策には、さらに大きな差があったと考えられる。一方、事業後2020年の質問票では69.0%の精神科病院が敷地内禁煙となり、2017年の全病院の58.7%より有意に多かった($p < 0.001$)。また、特定喫煙所ありの敷地内禁煙25.8%とあわせると原則敷地内禁煙の精神科病院は94.8%となり、この変化は大きい。

2020年質問票で、2019年6月30日時点と2020年1月31日時点の喫煙環境について設問したところ、2019年6月30日時点では喫煙所なしの敷地内禁煙であったのに、その後特定喫煙所を設けた病院が4病院あった。改正法で特定喫煙所を認めなければ敷地内に喫煙所を設置することはなかったと推測する。一方、屋内分煙から一気に喫煙所なしの敷地内禁煙に移行した病院が49あり、特定喫煙所ありの敷地内禁煙24病院をいれると、屋内分煙から原則敷地内禁煙に移行した病院は93.6%(73/78)であった。これは改正法が特定喫煙所を認めたにせよ医療機関の敷地内禁煙を義務とし、2019年7月1日から施行となったことが大きい。2013年の橋本らの質問票にお

いて、敷地内禁煙にしていない468病院への将来の喫煙環境の設問で、敷地内禁煙予定が10.0%、屋内禁煙予定が8.1%、現状維持が73.7%であったことからもうかがわれるように、精神科病院の敷地内禁煙は困難と考えられていた⁶⁾。一方、義務を伴う法律ができるとかくも急激に敷地内禁煙となり、しかも大きな問題は起きていない。以前は敷地内禁煙による隠れ喫煙での火事、患者の抵抗、精神症状の悪化が懸念されたが実際にはほとんどなく、火事は喫煙環境のほうが多い^{6,9)}。栗岡が2019年改正施行前後に行った京都府下精神科病院対象の調査でも、敷地内禁煙後の問題点の設問で「特に問題は起こらなかった」が46.7%、「近隣住民からのクレーム」が26.7%であり、精神症状の悪化や火災の発生はなかった¹⁰⁾。敷地内禁煙により、受動喫煙による健康被害の減少と入院患者の喫煙率低下が見込まれ、改正法は精神疾患患者の疾病罹患率と死亡率の低下に大きく寄与すると考える。

今回、精神科における禁煙推進のすそ野を拡げるため、前述のシンポジウムやHP、MMの他、セミナーにおいて、全国レベルでは後援を日本医師会・日精協・公精協・日本対がん協会に依頼し、都道府県レベルではセミナーごとに行行政機関・医療関係団体・精神科関係団体・禁煙推進団体・動機づけ面接(MI)関係団体等に後援や広報を依頼した。セミナーの座長は日精協支部長など地域のステークホルダーに依頼した。また、「グローバルブリッジ・ジャパン」参加団体への広報、同じ精神科における禁煙推進をテーマとしたMedscapeとの連携も行った。喫煙所設置を考えていたが設置しないことにしたなどのメッセージも多く寄せられた。

2) 禁煙外来設置状況

—1.4倍増加したものの数としては微増—

精神科病院の禁煙外来を増やすことは事業目的の一つであった。2020年地方厚生局データでは2017

年から27病院増えて96病院となり1.4倍の増加ではあるものの、数としてはまだまだ足りない。事業質問票では2018年42病院、2020年54病院と約1.3倍で、厚生局データとほぼ同様の増加率であった。回答病院は、少なくともこの点においては、大方精神科病院全体の傾向を反映していると考えられた。

精神疾患患者にも健康、経済面などのデメリットから禁煙希望者は多い。厚生労働省の2017年度調査「ニコチン依存症管理料による禁煙治療の効果等に関する調査報告書」(以下、2017年度調査)によると、ニコチン依存症管理料算定開始時点における治療中の合併症ありは38.2%で、うち精神疾患を合併している者は14.8%(男性12.7%、女性20.3%)であった¹¹⁾。禁煙治療希望受診者の5.6%が精神疾患を合併していることになる。しかるに禁煙外来のある精神科病院は2017年の地方厚生局データで6.5%(69病院)、精神科標榜診療所は2017年度調査で3.8%と非常に少なく、禁煙治療希望の精神疾患患者の多くは身体科医療機関の禁煙外来を受診していると推察する。

そこで「精神科病院における禁煙外来設置の課題と対策」を考えてみた。禁煙外来の医療機関側の条件は4つあるが、精神科病院において一番ハードルが高いのは敷地内禁煙である。69.0%の精神科病院が喫煙所なしの敷地内禁煙になったが、禁煙外来があまり増えないのはなぜか。質問票から見えた課題と対策を列挙してみる。

課題1：スタッフがいない、方法がわからない

事業はまさに禁煙支援・治療ができる人材育成が主な目的であった。セミナー参加者に重要性は理解してもらえた一方、禁煙外来設置までは結びついていない。今後キーパーソン対象の禁煙外来設置についての情報提供が重要と考える。キーパーソンがアクセスしやすいようにWebセミナーやYouTubeでの情報提供、日精協・公精協・日本精神神経学会等でシンポジウムやワークショップを行うなどが考えられる。実務者にも同様にアクセスしやすい方法で禁煙外来の実際について情報提供する。

課題2：時間がない

・精神科医師だけではなく看護師や心理士等とチームで治療支援する。問診票の活用などシステム化する。

・2020年12月から保険適用の「禁煙治療用アプリ及びCOチェッカー(以下、禁煙治療用アプリ)」を使う¹²⁾。精神疾患患者は一般に禁煙が難しく再喫煙率が高いため、こまめな受診と長期のフォローが必要である¹³⁾。禁煙治療用アプリは禁煙治療開始初日から24週まで毎日サポートがあり、受診以外の時間において治療介入してくれる。難点は、①スマートフォンが必要、②費用負担がある(保険点数は2,540点)、③理解力が低い精神疾患患者にはアプリの説明や入力サポートに時間がかかる、等である。

課題3：禁煙外来のメリットがない

精神科主治医による禁煙治療のメリットは実は多い。

- ・患者は禁煙外来のために他医療機関に行く必要がなく、時間と労力と費用の節約になる。特に生活保護、自立支援医療や心身障害者医療費助成制度の受給者は費用負担がないか軽減され、タバコ代と合わせて禁煙による費用効果は大きい。精神疾患患者の禁煙治療は、より安全により効果的に行うためにこまめの通院が望ましく、結果として精神科病院の収入が上がる。
- ・禁煙外来があれば禁煙治療のハードルがさがり、禁煙治療を受ける精神疾患患者が増える。また、禁煙外来のない精神科医療機関の患者が禁煙治療のために受診することも見込める。さらに喫煙者は精神疾患罹患率が高く、禁煙治療を契機に精神疾患治療に結びつくこともある。
- ・精神科主治医はその患者の精神症状増悪のサインや薬剤副作用等について他科医師より知っており、より安全に治療ができる。禁煙により精神症状が良くなることが多いため治療が楽になる。
- ・精神疾患患者は長期通院者が多く、長期フォローが可能で再喫煙を予防しやすい。禁煙継続により入院リスクが減る。
- ・患者の早逝予防となり、患者を失うリスクが減る。統合失調症患者の寿命は約15年短く、死因の50~75%は喫煙が大きな要因の虚血性心疾患である¹⁴⁾。また喫煙は、より多くの抗精神病薬を必要とする場合があり、副作用も心身の合併症も起こりやすい。
- ・医師患者関係が良くなる。禁煙すると自信ができ生活スタイルが変わり生活の質が上がるため治療者に感謝することが多い。治療者も結果が目に見

えモチベーションがアップする。

- ・他の依存症治療に役立つ。
- ・入院中喫煙できないことで入院を躊躇する患者がいる場合、禁煙外来があれば入院前に禁煙治療を開始することにより入院中の禁煙補助薬を保険で処方できる可能性があり、入院という禁煙の大きなチャンスをかかして楽に安全に禁煙治療ができる。禁煙により、少ない薬剤で治療できることが多く薬剤費の軽減につながる。また火事や感染症の予防、タバコをめぐる患者間トラブルの減少、喫煙に関わる労力の減少にもつながる。

これらは個々の精神科病院においてはさまざまなリスクと経費を下げ、日本における精神科医療費を下げ、精神科医療の質を上げるのに寄与すると考えられる。診療報酬により禁煙外来への更なるインセンティブが望まれる。

3) セミナーの効果

講義と動機づけ面接のワークショップを組み合わせたことにより多職種の参加が得られ、効果的であった。詳細については別論文にて述べる。

結 論

敷地内禁煙は困難とされていた精神科病院のほとんどが大きな問題なく原則敷地内禁煙になり、日本の精神科病院の敷地内禁煙は十分可能であった。敷地内禁煙が進む状況において今後精神科病院の禁煙外来を増やすことが必要であり、本事業は関係者の理解を進める上で有益であった。

謝 辞

稿を終えるにあたり、後援を賜りました日本医師会・日本精神科病院協会・日本公的病院精神科協会・日本対がん協会、事業に協力・ご支援いただきましたすべての皆様に深謝申し上げます。

グローバルブリッジは、世界中のタバコ依存症治療の対処能力向上に重点的に取り組んでいる組織です。今回は日本が対象で目的の一端を担わせていただき、あらためてここに謝意を表します。

なお、事業の一部は、日本禁煙学会学術総会(第12回香川・第13回山形・第14回福島)において発表した。

引用文献

- 1) 厚生労働省：平成27年国民健康・栄養調査報告 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyuu/h27-houkoku.html> (閲覧日：2021年3月31日)
- 2) Moore RA, Aubin HJ: Do placebo response rates from cessation trials inform on strength of addictions? *International journal of environmental research and public health* 2012; 9: 192-211.
- 3) 日本禁煙学会：ニコチン依存症管理料算定医療機関 <http://www.nosmoke55.jp/nicotine/clinic.html> (閲覧日：2021年3月31日)
- 4) 日本禁煙学会：日本精神科病院協会加盟の病院の禁煙治療の保険適用と敷地内禁煙の有無 <http://notobacco.jp/hoken/seisinka.htm> (閲覧日：2021年3月31日)
- 5) 厚生労働省：平成26年(2014)医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/14/> (閲覧日：2021年3月31日)
- 6) Hashimoto K, Makinoda M, Matsuda Y, et al: Smoking bans in mental health hospitals in Japan: barriers to implementation. *Ann Gen Psychiatry*. 2015; 14:35.
- 7) 「タバコ依存症治療の専門家とサポーターの育成」プロジェクト <https://gbsmokefree2019.jimdo-free.com/> (閲覧日：2021年3月31日)
- 8) 厚生労働省：平成29年(2017)医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/17/> (閲覧日：2021年3月31日)
- 9) 松尾典夫：精神科病院における喫煙の関与する事故. *日精協誌* 2008; 27: 899-904.
- 10) 栗岡成人：改正健康増進法施行前後の京都府下精神科病院の喫煙対策の状況. *禁煙会誌* 2020; 15: 17-27.
- 11) 厚生労働省：平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成29年度調査) <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000192293.pdf> (閲覧日：2021年3月31日)
- 12) 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 第8.1版. http://www.j-circ.or.jp/kinen/anti_smoke_std/index.htm (閲覧日：2021年9月16日)
- 13) 川合厚子：精神疾患患者に対する禁煙支援. *日本禁煙学会編. 禁煙学(改訂4版)*. 南山堂, 東京, 2019 : p207-212.
- 14) Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, et al: Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J*. 2005; 150: 1115-1121.

精神科病院向けアンケート（事業前）

- Q1. 現在の貴病院の喫煙環境について該当するものの番号に○をおつけください。
1. 敷地内禁煙
 2. 屋内禁煙
 3. 屋内完全分煙
 4. 屋内不完全分煙
 5. 特に受動喫煙対策は取っていない
- Q2. 今国会で成立した健康増進法改正案では病院は原則敷地内禁煙となっています。この法施行後、貴病院の喫煙環境をどうされるか、該当するものの番号に○をおつけください。4の場合は具体的にお答えください。
1. 敷地内禁煙
 2. 屋内は禁煙として敷地内に喫煙所を設ける
 3. 1にするか2にするかわからない
 4. その他（ ）
- Q3. 敷地内禁煙にすると、保険での禁煙治療が可能になります*。また、保険で禁煙治療を始めその治療中に入院した場合、禁煙治療薬（ニコチンパッチまたはバレンクリン）が保険で算定できます*。（*いくつかの条件があります。）
- Q3-1. 禁煙外来の現在の設置状況につき、該当するものの番号に○をおつけください（複数回答可）。
1. 保険での禁煙外来をしている
 2. 自由診療での禁煙外来をしている
 3. どちらも実施していない
- 上記 Q3-1 で 1 に○をつけられなかった方にお聞きます。
- Q3-2. 仮に敷地内禁煙にできた場合、該当するものの番号に○をおつけください（複数回答可）。
1. 保険での禁煙外来をする
 2. 自由診療での禁煙外来をする
 3. どちらもしない
 4. 現時点ではわからない
- Q4. これから全国7か所で精神科向けの無料の禁煙セミナーを行います。医師・スタッフの参加希望についてお教えてください。
1. 参加したい
 2. 参加しない
 3. 現時点ではわからない
- Q5. ご質問ご意見等がありましたら、ご自由にお書きください。

貴施設名（ ）
 回答者の役職（ ） お名前（ ）
 連絡先メールアドレス（ ）
 今後、禁煙セミナー（無料）のご案内やセミナーで使用したスライド、精神科の喫煙対策や禁煙治療についての資料や情報を共有できますよう、メールアドレス記載をお願い致します。
 ご回答、誠にありがとうございました。

参考資料1 精神科病院への質問票（事業前）

精神科病院向けアンケート（事業後）

- Q1 2019年6月30日時点での貴病院の喫煙環境について該当するものに○をおつけ下さい。
1. 敷地内完全禁煙
 2. 敷地内禁煙（特定喫煙所あり）
 3. 屋内禁煙
 4. 屋内分煙
 5. 特に受動喫煙対策は取っていない
- Q2 2020年1月31日時点での貴病院の喫煙環境について該当するものに○をおつけ下さい。
1. 敷地内完全禁煙
 2. 敷地内禁煙（特定喫煙所あり）
 3. 屋内禁煙
 4. 屋内分煙
 5. 特に受動喫煙対策は取っていない
- 敷地内禁煙にすると、保険での禁煙治療が可能になります*。また、保険で禁煙治療を始めその治療中に入院した場合、禁煙治療薬（ニコチンパッチまたはチャンピックス）が保険で算定できます*。*：いくつかの条件はあります。
- Q3-1 2020年1月31日時点での禁煙外来設置状況につき、該当するものに○をおつけ下さい（複数回答可）。
1. 保険での禁煙外来をしている
 2. 自由診療での禁煙外来をしている
 3. どちらもしていない
- Q3-2 Q3-1 で 1 に○をつけなかった方にお聞きます。今後1年以内の禁煙外来設置について該当するものに○をおつけ下さい（複数回答可）。
1. 今後1年以内に保険での禁煙外来をする
 2. 今後1年以内に自由診療での禁煙外来をする
 3. どちらもしない
 4. 現時点ではわからない
- Q3-3 Q3-2 で 1 に○をつけなかった方にお聞きます。禁煙外来を設置しない理由について該当するものに○をおつけ下さい（複数回答可）。
1. 禁煙外来をする時間がない
 2. 禁煙外来をするスタッフがいない
 3. 禁煙外来設置の方法がわからない
 4. 経済的メリットが少ない
 5. その他
- Q4 2019年に全国7か所で精神科向けの無料の禁煙セミナーを行いました。またこのようなセミナーがあった場合、貴病院スタッフの参加についてお教えてください。
1. 参加させたい
 2. 参加しない
 3. 現時点ではわからない
- Q5 ご質問ご意見等がありましたら、ご自由にお書きください。

貴病院名（ ）
 回答者の役職（ ） お名前（ ）
 連絡先メールアドレス（ ）
 Q4の2019年セミナースライドをお送りしますのでアドレス記載をお願いいたします。昨年メールアドレスお知らせいただいた病院の中に送信エラーでお送りできなかったところがありました。3月までに情報が届かない場合は jetcg@gmail.com にご連絡ください。
 ご回答、誠にありがとうございました。

参考資料2 精神科病院への質問票（事業後）

Promoting smoke-free psychiatric hospitals prior to the amended Health Promotion Act – How did the amended Health Promotion Act change smoking measures in psychiatric hospitals? –

Atsuko Kawai¹, Masako Kitada¹, Michikazu Nakai², Takaaki Abe¹, Mami Iida¹, Yoko Otsubo¹, Shigemitsu Onizawa¹, Tsuyoshi Kuramoto¹, Takahiro Shimizu¹, Yoshihisa Takano¹, Hiromi Takahata¹, Takashi Doi¹, Junichi Hasegawa¹, Satoshi Mitsuma¹, Naoko Yano¹, Makiko Yamamoto¹, Masato Kano¹, Hisayoshi Fujiwara¹

Abstract

Purpose: To promote smoke-free psychiatric hospitals by training specialists in tobacco addiction treatment and providing information ahead of the amended Health Promotion Act.

Method: In 2019, seminars were held at seven locations nationwide. These consisted of lectures on smoking cessation treatments and “motivational interviewing” workshops. Information, specifically concerning the promotion of a smoke-free environment, for domestic psychiatric hospitals was provided.

Results: There were 605 seminar participants. A questionnaire prior to the smoke-free promotion project was administered to the directors of 1250 Japanese psychiatric hospitals in August 2018. In February 2020, after the project, further questionnaires were sent out to 1239 of these directors. In 2018, 34.4% (n = 403) of the hospital directors responded to the first questionnaire. In 2020, 30.4% (n = 377) responded to the second questionnaire. As per the questionnaires, it was discovered that the hospital-wide smoking bans significantly increased from 33.0% in 2018 to 69.0% in 2020 (p < 0.001). The number of smoking cessation outpatient services covered by health insurance increased from 42 in 2018 to 54 in 2020.

Discussion: Many of the psychiatric hospitals in which it was considered difficult to ban smoking were able to achieve it without major problems after the amended Health Promotion Act.

Conclusion: It is necessary to increase the number of non-smoking outpatients at psychiatric hospitals in situations wherein smoking cessation is under progress on the premises, and this project was useful for promoting the understanding of the parties concerned.

Key words

psychiatric hospital, smoking ban, smoking cessation outpatient services, motivational interviewing, the amended Health Promotion Act

¹ Japan Society for Tobacco Control, Smoking cessation treatment and support committee

² National Cerebral and Cardiovascular Center, Open Innovation Center, Center for Cerebral and Cardiovascular Diseases information