

病院における禁煙推進の取り組み — 好事例から学ぶ —

公益社団法人地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター 増居志津子 中村正和

はじめに

2016年8月厚生労働省が「喫煙の健康影響に関する検討会報告書」を公表した。この報告書によると、わが国の能動喫煙による年間死亡数は約13万人、受動喫煙による年間死亡数は約1万5千人と推計され、合わせて年間14万5千人が命を落としていることが明らかになった¹⁾。喫煙は、肺がんをはじめ多くのがん、虚血性心疾患、脳卒中、慢性閉塞性肺疾患、2型糖尿病などの疾患の最大のリスク要因である¹⁾。しかし禁煙により、これらの疾患の予防や予後の改善につながる事が明らかになっている。わが国で喫煙関連疾患を取り扱っている学会の診療ガイドラインの内容を調査した報告によると、欧米に比べると劣るものの、約6割の学会が診療ガイドラインにおいて禁煙勧奨や禁煙治療の推奨をしており、禁煙支援に積極的に取り組む動きがみられている²⁾。

病院における入院患者への禁煙支援の有効性については本誌の2015年10月号で筆者らが紹介している³⁾。コクランレビューによると入院中の禁煙支援に加え、退院後のフォローアップを1ヵ月以上継続して実施すると、禁煙率が有意に高いと報告されている⁴⁾。イギリスでは、NHSにおいて電子カルテを活用して喫煙する外来・入院患者全員に禁煙アドバイスを実施し、禁煙希望者には最寄りの禁煙外来を紹介し、禁煙外来から患者に受診を勧奨する組織的な取

り組みが実施されている³⁾。また、ニュージーランドでは、病院とプライマリ・ケアなどの場における短時間禁煙支援の実施率の目標値が設定され、国をあげて医療の場における禁煙推進が行われており、2015年には病院の実施率は96%にまで上昇している³⁾。

本稿では、わが国で取り組みが遅れている病院での組織的な禁煙推進を図るため、先進事例を収集し、その内容を紹介するとともに、今後の課題について検討した結果を述べる。

病院における好事例の文献収集

病院における好事例を収集するため、医中誌Webを用いて文献検索を実施した。文献検索は、以下のキーワードがタイトルに含まれている会議録を除き、本文があるものを条件として検索した。①病院AND(禁煙OR喫煙)で76件、②患者AND(喫煙OR禁煙)で176件、③クリニカルパスAND(喫煙OR禁煙)で4件、④病院AND敷地内禁煙で20件、⑤ヘルスプロモーションホスピタルで2件であった。上記の文献から、禁煙外来や症例検討、介入研究、アンケート調査、敷地内禁煙の取り組みに関する論文を除外して、病院ぐるみの職員や患者への禁煙支援について書かれた計14論文、10病院の取り組みを選択した。さらに病院のホームページやWEBで公開されている資料等に加え、表1に示した全がん協加盟施設禁煙推進行動計画の

表1 病院における喫煙対策の取り組みの評価項目

大項目	中項目
環境面	1 全館禁煙(医局・事務室を含む)
	2 敷地内にたばこ自販機がない
	3 敷地内売店でたばこの対面販売をしない
	4 環境面, 広報面, 患者への禁煙支援等の総合的な喫煙対策を企画, 普及するための委員会が設置されている
広報・掲示	1 入院案内書に全館禁煙・敷地内禁煙の説明がある
	2 館内掲示板(ポスター)に全館禁煙・敷地内禁煙の説明がある
	3 ホームページ(HP)の活用
患者への禁煙支援, 禁煙治療	1 患者への禁煙支援を企画, 普及, モニタリングするための委員会が設置されている
	2 全ての初診患者に対して喫煙歴を聴取し, 外来カルテに記載している
	3 2で「喫煙中」および「禁煙して1ヶ月以内」と答えた全ての患者に対し, 禁煙の導入または禁煙の継続が指示されている
	4 入院予約時の(または入院が決まった時点での)喫煙患者に対し, 入院前に外来で禁煙の指示および全館禁煙・敷地内禁煙の口頭説明がなされている
	5 入院予約時の喫煙患者に対し, 入院当日に喫煙状況の確認と禁煙継続の指示がなされている
	6 入院予約時の喫煙患者に対し, 退院時に喫煙状況の確認と退院後再喫煙しない旨の指示がなされている
	7 入院予約時の喫煙患者の入院前禁煙導入率を90%以上にする
	8 入院予約時の喫煙患者の退院6ヵ月後の再喫煙率を30%以下にする
研究	1 喫煙関連産業からの出資金で運営される団体からの研究助成を受けない
職員の喫煙行動	1 医師(非常勤, 研修医含む)の喫煙率を10%以下にする
	2 看護師, 助産師, 保健師(非常勤含む)の喫煙率を10%以下にする
	3 薬剤師, 医療ソーシャルワーカー, 理学療法士, 作業療法士(非常勤含む)の喫煙率を10%以下にする
	4 直接患者を指導する立場にないその他の職種における喫煙率は, 男20%以下, 女10%以下にする

(全国がん(成人病)センター協議会加盟施設禁煙推進行動計画の行動目標)

行動目標⁵⁾の必須項目ならびに数値目標に当てはめ, 実行できている項目数が多かった2病院を選択した. 一般病院としては医療法人社団寿量会熊本機能病院(熊本県)を, 単科の精神病院としては医療法人陽和会南山病院(沖縄県)を好事例として取り上げた.

好事例の紹介

熊本機能病院と南山病院の取り組みの概要を表2にまとめた. 熊本機能病院はクリニカルパスを使った入院患者を対象にした組織的・系統的禁煙支援が特徴である^{6)~9)}. 南山病院は, 精神科単科の病院における職員喫煙率ゼロへの取り組みと患者への禁煙支援が特徴である^{10)~11)}. それぞれの取り組みを以下に紹介する.

1. 熊本機能病院における禁煙推進の取り組み

1) 取り組みの開始

熊本機能病院では, 副院長の提案により, 九州では2番目に早い2004年4月に敷地内禁煙の実施に踏み切った. 現場のリーダーからなる喫煙対策委員会を設立し, 委員会を中心に病院組織としての取り組みを開始した. 翌2005年には, 敷地内禁煙の受け皿として禁煙外来を開設するとともに, 入院患者への禁煙支援の取り組みを開始した.

2) 入院患者に対する組織的・系統的な禁煙支援

入院が決まった患者には, クリニカルパスを使って組織的・系統的に禁煙支援が実施されている(図1). まず, 外来の場で主治医と看護師が喫煙状況や喫煙ステージを判定し, 禁煙の働きかけを行う. その結果, 入院時に禁煙外来を受診するコース, 禁煙外来を受診せず禁煙補助剤のみを処方するコース, 自力で努力する3コースに患者を振り分ける. 入院にあたっては, 入院中の禁煙体制と敷地内禁煙への協力に

表2 病院における禁煙推進好事例の概要

	介入対象	取り組みの特徴	効果
熊本機能病院 (一般病院) 410床 職員数 約900名	職員と 入院患者	1. 入院患者に対する禁煙パスを用いた組織的な禁煙支援 2. 職員に対する喫煙行動規制と禁煙支援 3. 委員会活動を中心にした組織的な取り組み	1. 新規入院患者に禁煙支援を実施、47.2%が禁煙に成功 2. 職員の喫煙率が30%から2.6%に減少
沖縄南山病院 (精神科単科) 215床 職員数 約220名	職員と 入院患者、 デイケア患者	1. 時間をかけて取り組んだ職員に対する禁煙支援 2. 禁煙が難しいとされる精神科病棟の入院患者、デイケア患者に対する禁煙支援	1. 職員の喫煙率が17%から0%に減少 2. 職員・入院患者ともに全員が禁煙

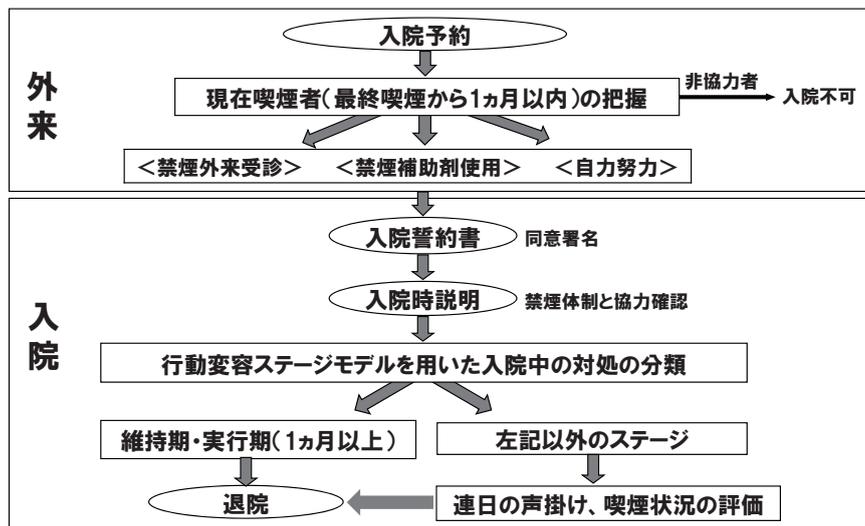


図1 入院患者用禁煙クリニカルパスー熊本機能病院

(水野雄二:敷地内禁煙と禁煙外来実践の要点ー受動喫煙のない環境のために 第二章敷地内禁煙. p182-197, 2010, 一部改変)

ついで患者本人の確認を取り、入院同意書に署名を求める。入院した際にも同様の確認が繰り返され、喫煙者に入院中の禁煙について再度説明を行っている。入院時点で最終喫煙から1ヵ月未満の禁煙者と喫煙者に対しては、入院中は病棟看護師が、禁煙の働きかけや喫煙状況のチェックを行う。喫煙状況は、毎日午後1時の検温と同時にチェックするシステムになっており、チェック漏れがないよう電子カルテ上に入力項目が表示されている。

入院期間が終了し、患者が退院する時には、最終の喫煙状況を確認し、禁煙成功の判定を行う。退院後の禁煙治療の希望の有無を確認し、外来での禁煙治療がスムーズに継続できるよう

入院中の禁煙支援の状況や退院時の状況をカルテに詳しく記入する。

禁煙支援の内容や取り組みの結果は、電子カルテ上の「禁煙システム」に記録する。この禁煙システムは、全病棟で共通して使用することができ、効率的に禁煙支援が実施できるよう工夫されている。

入院患者への禁煙支援にクリニカルパスを導入することで、病棟の看護師なら誰でも標準的な禁煙支援ができるように工夫されている。また、クリニカルパスの使い方や禁煙支援の方法については、研修会や勉強会を開催して、職員のスキルアップを行っている。

3)職員に対する喫煙行動規制と禁煙支援

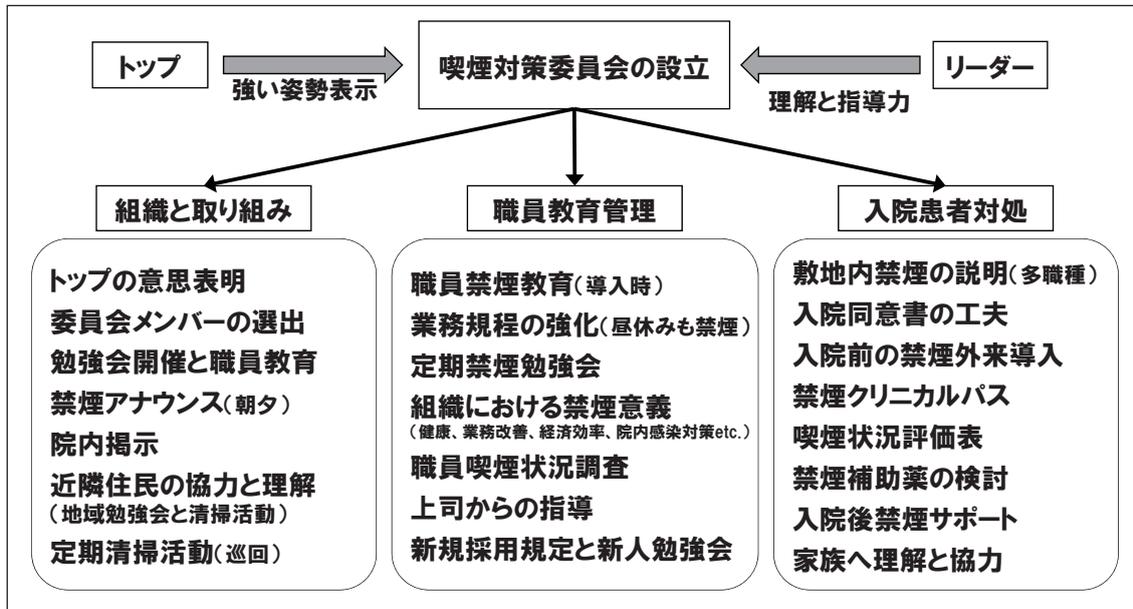


図2 熊本機能病院の取り組みの概要

(水野雄二: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 第二章敷地内禁煙. p182-197, 2010)

患者の禁煙支援の担い手となる職員に対して、徹底した教育・研修を行ってきた。職員が率先して禁煙してこそ患者にその意義や機会を提供できるという考えからである。まず、喫煙する職員への禁煙支援として、禁煙補助剤の費用の50%を互助会から補助することを始めた。職員業務規程には、勤務時間内の喫煙を禁止する規定を設けた。さらに昼休みの休憩時間や駐車場、近隣の食堂での喫煙についても禁止した。新規職員の採用にあたっては喫煙しないことを条件にした。禁煙する気持ちが低い職員には、喫煙対策の計画や実践を通して、禁煙への気持ちが高まるよう喫煙対策委員会の委員に就任させた。さらに禁煙していた職員が再びたばこを吸うことのないよう定期的に喫煙状況についてモニタリング調査を実施している。

4)委員会を中心とした禁煙推進への取り組み

病院内の禁煙を推進するにあたり、現場のリーダーから構成される喫煙対策委員会を設置した。病院が目指しているビジョンを全職員が理解できるよう、職員の教育研修をはじめ、患者への禁煙支援や禁煙環境の維持のために必要な対策を検討し、委員会が中心となってその対策を実行に移してきた(図2)。例えば、敷地内禁煙を周知し、患者や近隣住民に理解してもら

うために院内や病院玄関、駐車場にわかりやすい禁煙の掲示を行った。院内では、朝夕2回の院内放送で病院敷地内が禁煙であることをアナウンスするとともに、委員が院内パトロールを実施し、敷地内禁煙の遵守に努めてきた。病院組織として10年以上にわたり禁煙推進の取り組みを継続している。

5)取り組みの効果

2005年9月1日から30日までの1ヵ月の間に入院してきた循環器病棟の患者に対して口頭による禁煙支援を導入した結果、喫煙患者の47.2%が退院時点の禁煙に成功した。入院を機会にクリニカルパスを使って系統的な禁煙支援を実施することにより約半数の患者が禁煙に成功、入院患者への禁煙支援の有効性が示唆される結果であった。入院患者に対する禁煙支援の効果については、今後コース別の禁煙率や禁煙外来導入率などについて評価が行われる予定である。

一方、職員については、長期にわたって禁煙推進の取り組みを実施してきた結果、取り組み前2000年時点では約30%であった喫煙率が2009年には6.8%に、2017年には2.6%にまで低下し、その効果が十分にみられた。

6)まとめ

熊本機能病院のように敷地内禁煙を維持し、クリニカルパスを使って入院患者への禁煙支援を組織的・系統的に実施している病院は、全国でも珍しい。しかし入院前に禁煙外来を受診する患者はそれほど多くないことが病院関係者へのインタビューで明らかになった。それは、喫煙がニコチン依存症という病気であることや禁煙の効果的な方法として薬や禁煙治療があることが患者に知られていないことが原因ではないかと推察される。しかし、混合診療の観点からニコチン依存症患者には入院中から禁煙治療を開始することができないため、入院前の禁煙外来の受診が大きなポイントとなる。そのため、入院することが決定すれば、入院前に必ず禁煙外来を受診するよう主治医から強く、はっきりと説明することが重要である。禁煙外来の受診は、費用が伴うため、患者の同意が必要であるが、術後の合併症を減少させ、早期退院を実現するために禁煙が必要な治療であることを説明すればスムーズに禁煙外来に導入できる可能性が高いと考える。

また、入院中は禁煙ができていた患者も退院後に喫煙を再開しやすいことが分かっている。コクランレビューによると入院中の禁煙支援に加え、退院後のフォローアップを1ヵ月以上継続して実施すると、禁煙率が1.37倍有意に高いと報告されている⁴⁾。退院後に禁煙外来の受診が継続されない場合は、喫煙の再開を防ぐために、最低でも1ヵ月間は電話でフォローアップを行うのがよいと考える。この場合、禁煙外来の看護師が外来業務の一環として、電話フォローを実施するのがよいと考える。

今後、熊本機能病院での取り組みがさらに効果を上げ、全国に広まることを期待したい。

2. 南山病院の取り組み

1) 取り組みのきっかけ

精神科病院の閉鎖病棟の出入り口は、患者の安全への配慮から通常施錠されており、多くの患者には睡眠薬が処方されている。そのため、火災発生時には甚大な被害が避けられないという恐れから、精神科単科の南山病院では禁煙への

の取り組みを開始することになった。

まず、2003年9月に職員と患者を対象にたばこに関する勉強会をスタートさせた。翌2004年には、病院全体として禁煙活動に本格的に取り組むことになったこと、近い将来敷地内禁煙にすることを院長自らが宣言した。

2) 職員に対する禁煙支援

取り組み開始前の職員の喫煙率は7割という高い状態であった。

2004年4月には院内の喫煙場所を限定した。しかしそれは患者や見舞客、施設利用者向けであって、職員には院内での喫煙を一切禁じ、敷地内禁煙とした。しかし、駐車場の車内で喫煙するなどのケースがあったため、職員に対する禁煙支援や教育に力を入れて取り組むことになった。具体的には院内で喫煙に関する講演会を年に6回実施し、敷地内禁煙の意義や必要性を職員に明確に説明した。また、職員向けに禁煙教室を開始した。

2006年4月に、院内の売店でのたばこの販売を禁止し、2006年9月には院内に禁煙支援委員会を発足させた。委員会のメンバーは、院内の禁煙推進に寄与するため、日本禁煙学会主催の講習会に参加し、禁煙アドバイザーの資格を取得した。院長の禁煙宣言から2年後の2007年5月には敷地内禁煙の実施に踏み切り、院内に禁煙外来を開設した。精神病院における敷地内禁煙は沖縄県内では初で、全国的にもまだ例が少なかった。

3) 入院患者、デイケア患者に対する禁煙支援

敷地内禁煙の実施に向けて、まず各入院病棟およびデイケアの患者を対象に、敷地内禁煙の説明会を開催した。入院患者の病棟では混乱が3ヵ月間続いたが、4ヵ月目には落ち着いたと報告がされている。しかし、面会時にたばこをこっそり受け取る、外出から帰宅した際に隠してたばこを持ち込むなどの問題行動がみられた。さらに、院内へのたばこの持ち込みが難しくなったため、近隣のコンビニで店長にたばこを預かってもらう、院外にライターやたばこを隠す患者も出てきた。そこで、週1回リハビリ課の職員が出向いて禁煙教室を開催するなど、

患者への禁煙支援に積極的に取り組んできた。この支援は、入院患者だけでなくデイケア患者に対しても同様に行われた。

4) 取り組みの効果

2006年には職員206名のうち、36名が喫煙者(17%)であったが、2009年1月には全職員が非喫煙者となった。その後も禁煙している職員が再喫煙しないよう、さわやか検問というネーミングで不定期に呼気CO濃度の測定が職員向けに実施されている。

入院患者については、隠れて喫煙する患者はいなくなり、入院患者で喫煙している者は現在ほぼゼロになった。現在も患者が喫煙することのないように禁煙教室を継続して開催している。

デイケア患者の駐車場で、喫煙している患者がいると通報があれば、職員の目が行き届くよう職員朝礼を駐車場で行うなどの対策を取った。現在は駐車場で喫煙もなくなり、職員朝礼は院内で行われている。

5) まとめ

精神科の病院では敷地内禁煙や患者への禁煙支援は難しいという医療関係者の偏見や思い込みがあるが、南山病院の取り組みはその思い込みを一掃した。患者に対して禁煙支援を行うなら、医療関係者が率先してたばこを吸わない姿勢を見せることが重要であるとの考えから、まず職員自らの禁煙に取り組んだことがポイントである。職員のだれもが喫煙しない環境であってこそ、患者への禁煙支援に対しても説得力が増し、患者への禁煙支援の効果をあげることができたのではないかと考える。

喫煙している職員もニコチン依存症患者の一人であり、依存症からの離脱を支援することは病院としては重要なことである。院長を含め、病院全体があきらめない限り、時間をかければ職員の喫煙者ゼロ、入院患者の喫煙者ゼロを達成することは十分可能であることが示唆された。

考察

現在、病院における敷地内禁煙は多くの病院で実施されている。しかし、入院してくる患者に対して禁煙支援を組織的・系統的に実施している施設はまだ少ない。その理由として、1)多忙な診療業務において、禁煙支援の取り組みは優先順位が低いと考えられていること、2)患者への禁煙支援や治療は、時間と労力が必要であるにもかかわらず診療報酬上のメリットがないこと、3)患者の禁煙支援を担うべき職員の中に喫煙している者がいること、これらが阻害要因になっているのではないかと推察される。

しかし、今回紹介した熊本機能病院と南山病院の事例が示すように、病院での禁煙推進は、決して優先順位が低い取り組みではない。患者の今後の健康にとっては、禁煙は必要かつ、重要な健康課題である。そのことを病院のトップをはじめ、職員が理解していることが必要である。

また、病院としての禁煙推進の取り組みを診療報酬として評価されるような仕組みができれば、取り組みは間違いなく広がることが予想される。例えば、入院中の禁煙治療から退院後の電話フォローまでの一貫した指導を入院患者に行った場合、患者1人あたりの禁煙指導料が認められ、入院加算ができると理想的である。それはDPC病院であっても同様である。

さらに現行のシステムでは、ニコチン依存症患者に対して入院中に禁煙治療を始めることができないため、入院してからでも禁煙治療が始められるようにすることも現場のニーズとして高いことが分かった。

病院における禁煙推進は、喫煙する職員や禁煙問題に関心がない職員の存在が取り組みを阻むことが予想される。組織の改革や改善をやり遂げるには、トップの強い信念と、トップを補佐する現場のリーダーの存在、それに応える職員の資質が求められる。つまり、病院として組織力が高ければ禁煙推進の取り組みに限らず、

どのような改革や運動であってもそれを遂行する力を組織は備えていると言える。今回紹介した2つの病院は組織力が高いことが十分に推察される。病院や職員が一丸となって一つの問題に取り組み、課題を解決するプロセスは、病院の組織力を高める素晴らしいテーマであり、今後多くの病院で取り込まれることをお勧めしたい。

今回紹介した2事例は、医中誌Webの文献検索から収集した事例であるが、把握漏れをしている可能性がある。今後、海外誌を含めた文献検索に加えて、病院調査等を実施して総合的に好事例を把握する必要がある。

おわりに

病院における禁煙推進の好事例を収集した結果、敷地内禁煙を維持し、職員や患者への禁煙を支援することは多くの時間と労力が必要であることが分かった。しかし、これらの取り組みは、患者に対して良好な療養環境を提供することになり、職員と患者の健康維持と疾病予防の点から非常に重要な取り組みである。これはまさにWHOが推奨しているHPH(Health Promoting Hospitals & Health Services)¹²⁾の考え方にほかならない。今回の取り組みが多くの病院の禁煙推進の参考になれば幸いである。

謝辞

本稿作成にあたっては、国立研究開発法人日本医療研究開発機構(AMED)の平成28~29年度循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策実用化研

究事業「公共的な空間におけるたばこ等から生じる有害物質による健康障害の予防法の開発に関する研究」の研究費を得た。

また、熊本機能病院の事例を紹介するにあたり、副院長の水野雄二先生、齋藤圭子看護師、藤本恵子看護師から資料提供や内容説明をいただいた。その協力を深く感謝する。

参考文献

- 1) 厚生労働省 喫煙の健康影響に関する検討会編. 喫煙と健康 喫煙の健康影響に関する検討会報告書. 2016.
- 2) 長谷川浩二, 尾崎裕香, 小見山麻紀, 他: 診療ガイドラインにおける禁煙推奨の位置づけに関する調査研究. 日本公衆衛生雑誌 2016;63(12):758-768.
- 3) 増居志津子, 中村正和: 協会施設における今後の禁煙推進にむけて. 月刊地域医学 2015;29(10):793-797.
- 4) Rigotti NA, Clair C, Munafò MR, et al: Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5. CD001837.
- 5) 田中英夫, 宮松 篤, 天貝賢二, 他: 全がん協「禁煙推進行動計画」の策定. 日本医事新報 2007;4352:75-79.
- 6) 水野雄二: 第二章 敷地内禁煙「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」. 水野雄二, 他(編): 敷地内禁煙と禁煙外来実践と禁煙外来実践の要点 2010―受動喫煙のない環境のために―サマリー集. くまもと禁煙推進フォーラム, p182-197. 2010.
- 7) 前高圭子: 第二章 敷地内禁煙「敷地内禁煙実践の問題点と対処法―病棟看護師の立場から」. 水野雄二, 他(編): 敷地内禁煙と禁煙外来実践 と禁煙外来実践の要点 2010―受動喫煙のない環境のために―サマリー集. くまもと禁煙推進フォーラム, p198-204. 2010.
- 8) 米満弘之, 水野雄二: 第二章 敷地内禁煙「敷地内禁煙を行ってみたい」. 水野雄二, 他(編): 敷地内禁煙と禁煙外来実践 と禁煙外来実践の要点 2010―受動喫煙のない環境のために―サマリー集. くまもと禁煙推進フォーラム, p205-210. 2010.
- 9) 内田美紗子: 第三章 禁煙外来の実践「入院患者の禁煙指導における薬剤師の役割」. 水野雄二, 他(編): 敷地内禁煙と禁煙外来実践 と禁煙外来実践の要点 2010―受動喫煙のない環境のために―サマリー集. くまもと禁煙推進フォーラム, p287-290. 2010.
- 10) 譜久原朝和: 精神科病院における敷地内禁煙と全職員が非喫煙者になるまでの経過. 日本医事新報 2009;4463:96-99.
- 11) 医療法人陽和会 南山病院: 禁煙活動について (http://www.nanzan.or.jp/kinen/kinen_keii.html, 2017年9月6日アクセス).
- 12) 嶋田雅子, 保科ゆい子, 吉葉かおり, 他: 医療場におけるヘルスプロモーション-HPHの概要について. 月刊地域医学 2016;30(5):386-389.