

# 兵庫県受動喫煙防止対策検討委員会

## 第1回精神病床を有する病院等の屋外喫煙区域に関する

### ワーキンググループ会議録

日時：令和3年10月1日(金)16:00～18:00

場所：兵庫県民会館 902会議室

#### ※この議事録について

開会、あいさつ、座長の指名、委員紹介、別冊資料の説明については省略するとともに、事務局等の説明内容や各委員等の発言内容は一部要約しています。

#### ○座長

受動喫煙等の防止に関する条例ができたときの委員会からずっと参加させていただいておりました、流れを把握させていただいております。とりわけ前回の条例改正のときに一番最後に問題になりました精神科病院における喫煙の問題のところで宿題が残っているという事がございますので、改めてこのようなワーキンググループを設けて、さらに詳細な検討をしようという事になりましたので、ご了解をいただき、ご協力いただければとよろしく願いいたします。

それでは次第に従いまして、今日メインとなります意見陳述ということで、協議事項として精神病床を有する病院等の屋外喫煙区域についての論点について、まずは事務局から今までの流れの紹介をいただき、その後、関係団体として保健所長会と精神科病協会からの意見陳述をいただきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

まずは事務局から経過説明をお願いいたしたいと思っております。

#### ○事務局

私の方から資料1に基づいて、簡単に説明させていただきます。資料1をご覧ください。

精神病床等を有する病院等の屋外喫煙区域・特例区域の取扱いの主な論点ですが、説明させていただきます。

まず、現状の条例におきまして、第9条において対象施設の管理者は別表に掲げる区域を喫煙をすることが出来ない区域としなければならない、という規定があります。施設ごとに受動喫煙防止区域を設定しておりまして、条例の中に別表が示されております。

病院・診療所・助産所の区域については、建物内・敷地内の区域が指定されております。これに加えて、資料に書いております第9条第5項におきまして、知事が別に定める敷地内の区域については、受動喫煙の防止等に関する措置を講ずるもの、と規定されております。

今回、論点に上がっております精神病床に関する件でございますが、前回の平成30年の検討委員会の終了後に、精神病床を有する病院団体から県に対しまして治療の観点から屋外喫煙区域の設置を認めて欲しいという強い要望がございました。

このことを踏まえまして、最終的に受動喫煙防止条例の実施要領におきまして第2条1項に示しているとおりであります。精神病床を有する病院及び診療所において、施設管理者が治療のために必要と認めて設置した屋外喫煙区域を設けることを認めることとしております。これらに対しまして前回の検討委員会の方で意見が出ましたので、参考に記載しているところでございます。

#### ○座長

前回の条例交付前の段階で、最終的にそういった申出がありそのような規定を加えたという説明だと思っております。今の説明に対して何かありますでしょうか。

それでは、そういった経過を踏まえて関係団体の意見ということで、今日は保健所長会と精神病院協会からそれぞれ10分程度のご意見をいただいて、質疑させていただければと思っております。

それでは最初に、保健所長会の方からご意見をいただきますので、意見陳述席の方へ。保健所長会、よろしくお願いいたします。

事務局より意見陳述についての案内をあらかじめ少し説明をさせていただきます。

#### ○事務局

それでは意見陳述について、簡単に説明申し上げます。一団体当たりの意見陳述は10分間でございます。その後質疑応答を10分設けておりますが、意見陳述の時間は10分以内で早く終わっても構わないとしております。意見陳述開始後10分経過後、ベルを鳴らしますので参考にしてください。

質疑応答終了後は座長の指示に従い、自席にお戻りいただきますようお願いいたします。

意見陳述は時間内に簡潔に陳述いただきますようお願いいたします。複数名で出席される場合は、一人ずつ発言をお願いいたします。質疑応答では、委員からの質問に簡潔にお答えをお願いいたします。

全団体の意見陳述後、グループ内の協議となります。意見陳述者はこの時点で退出いただいても構いませんが、傍聴を希望される場合は引き続き自席で傍聴することが可能となっておりますので、よろしくお願いいたします。

#### ○兵庫県保健所長会

兵庫県保健所所長会を代表して参りました。

私どもの意見は陳述書に書いたとおりなので繰り返し述べる事は差し控えますが、最終的には全ての医療機関における例外なき無煙化実現という全国保健所長会の決議に従い、保健所長会として、本実施要領の廃止を求めるものであります。数的根拠となる兵庫県下の調査論文も添付しました。

兵庫県精神病院協会のお示しのとおり、県下の33精神科病院の内、80%もの病院が既に敷地内禁煙に移行し、それにより精神科医療が滞ったという問題も生じておりません。

依存症治療の医療現場で、敷地内禁煙にすれば医療の機会を失うというのが、兵庫県精神科病院協会の主な主張と理解しましたが、依存症治療のメッカである久里浜病院でも敷地内禁煙でありながら、アルコール依存はじめ、薬物依存症の治療を行っております。ヘビースモーカーに限らず、喫煙はそれ自体、医学的に依存症に分類されます。光風病院勤務当時、再飲酒を繰り返すヘビースモーカーの患者から聞いた話ですが、喫煙すると飲酒したくなる、飲酒するとシャキッとさせるためにまた喫煙する、これは依存物質の連鎖とされます。

入院は禁酒のみならず禁煙の絶好の機会です。アルコール依存症の治療をより良いものにするためにも、敷地内禁煙にしない理由はないと考えます。

陳述書を拝読し、兵庫県精神科病院協会の思いも十分わかりました。論点がかみ合わない理由も理解出来ました。病院内の隠れ喫煙による失火は論外で、これは消防署に通報する事柄です。外出によるコロナの感染を心配する、あるいはクラスターがご心配でしたら、喫煙による感染リスクの上昇・コロナの重症化を職員並びに入院患者さんに教育いただきたい。

アルコール依存症の患者が身体症状の迫った危機で一般病院に入院しなくてはいけなくなった場合、一般病院の管理者が禁煙が医療に必要と判断する場面が果たしてあるのでしょうか。入院の判断と禁煙習慣の有無は本来別次元の判断と考えております。

大切なのは依存症患者からアルコールやたばこを取り上げる事ではなく、これらの依存性物質がなくても、幸福と感じるに値する社会的な価値を本人の中に見出してあげる、あるいは価値を植え付けることと理解しております。

垂水病院におかれましては、最高水準の精神科医療を提供いただくようお願いいたします。

○座長

主な論点について簡略に要約して述べていただいたと思いますが、ただ今の陳述に対してご質問などありませんか。

○委員

質問は全く無く、まさしく 100%同意したいと思います。

○座長

大丈夫でしょうか

○委員

大丈夫です

○座長

兵庫県保健所長会、今日は先生から追加資料を先生の論文を付けていただいておりますが、少し時間があるようなので、少しご紹介いただけますか。

○兵庫県保健所長会

私がこの問題に首を突っ込んだのは、加古川医療センターの立ち上げが終わったときに、光風病院の看護部長から光風病院では突然死が多いので原因を調べてと解決して欲しいという依頼を受けました。週に1回通っていたのですが、それでは責任が持てないと言うことで私は移籍してこの2つの論文を書きました。1つは、本当に皆が喫煙を必要としているのかどうかというアンケートを取りました。その結果、精神的な疾患をお持ちの方でも出来ればやめたいと思っている方が半分、絶対にやめないという人は残念なことに職員も患者さんも10%ほどおられるのは事実です。

当初、敷地内禁煙にするのは非常に不安がありまして、患者さんは楽しみがなくなるということで主義が一貫しているけれども、職員の方は隠れ喫煙をするのではないか、精神症状が悪化するのではないかとかいう意見があったんですけども、前後でアンケートを取ってみると、ほとんど精神症状が悪化したというものはありませんでした。もちろん精神疾患の分類によるものかも知れません。吸いたい人は任意なのでアルコール依存症の方は外でマナーを守って吸っておられました。

その論文をする中で、元々、これは意図した研究ではないので、正確かどうかは分かりませんが、クロルプロマジン(CP)換算した薬剤がごく僅かですけれども有意に低下した。

再喫煙した人は、その上がり下がりが非常に多かったというデータが得られました。このことから DEEPS（薬剤性錐体外路症状）による転倒転落・誤嚥窒息を防げます。精神科病院で喫煙している人は確かに楽しみがないのかもしれないが、その結果として脳梗塞、心筋梗塞、がんが余りにも多い。

それから、吸いたくないけど近くで吸われている入院患者さん、あるいは喫煙のために立ち合わなくてはいけない非喫煙の職員の受動喫煙の害に気がつくに至った次第です。

そういうことで、私は公衆衛生の方へ移りました。保健所長になり、兵庫県の全保健所に協力していただきまして、兵庫県の非常に自慢できる法律の上乗せ条例がどのくらい有効だったかということ調べました。

一般病院は完璧に禁煙が守られておりました。精神科病院は予想以上に無煙化が進んでいます。それがためにクーデターが起こったとか、患者さんの具合が悪くなったという報告はありません。

やはり、精神科病院においても一般病院と同じように、受動喫煙の害を避ける、敷地内禁煙をする意味がある、また、できると確認した次第です。

#### ○座長

先生ご自身の精神科病院でのご経験あるいは保健所における調査の結果と言うことで、特段、喫煙防止・禁煙等が精神症状に悪影響していない、むしろそういったものを軽減する事にもつながっているというご意見だと思います。

ただ今後の追加についてのご質問はよろしいでしょうか。

それでは続きまして、精神病院協会の方の意見陳述をお願いいたします。

#### ○兵庫県精神科病院協会

意見陳述の資料を読み上げさせていただきます。

精神症状とは、意識障害、感情障害、睡眠障害、記憶障害などがその例です。

幻聴や幻覚などの陽性症状には抗精神病薬が有効ですが、感情表現が乏しくなったり、意欲が低下する陰性症状や日常生活に困難をもたらすことがある認知機能障害は現在の抗精神病薬は有効性が低いとされています。

そのためコミュニケーションなどの人間関係が苦手で引きこもりになるなど社会生活全般に支障をきたします。精神障害者は医療の対象者と障害者という福祉の対象の両面を持っています。ここが他の疾病との大きな違いです。

精神科病院に入院される年間約 40 万人の入院者のうち、3 か月以内に退院される方が約 40%、1 年以内に退院される方が約 90%です。残りの 10%、すなわち約 4 万人の方は退院に結びつかずに長期入院となっているのが現状です。

厚生労働省は入院医療から地域医療へと「精神障害者にも対応した地域包括

システム」を推進していますが、精神障害者に対する世間の偏見は未だに根強く、また地域における精神障害者の社会資源（住宅・就労・ヘルパー等）はまだまだ不足している現状です。

精神障害者の中には精神科病院の入院が長期化し、生活の場となっている方も見かけられるのも現状です。

会員病院 33 病院のうち、26 病院は（79%）が敷地内禁煙を実施しており、喫煙区域を設定しているのは 7 病院（21%）であり、大勢としては敷地内禁煙の方向であります。入院患者さんは昼間の外出が自由なため敷地外（コンビニに買い物等）に出るのも原則自由であり、喫煙を禁止しているわけではありません。

また、依存症を専門に扱う病院では更なる深刻な問題があるようです。このあと、意見陳述いたします。

ただし、喫煙区域を設定している病院では、コロナ禍で外出制限を課している状況で、一律禁煙はどうかという意見や、法律の目的が「受動喫煙防止」であることから、それを推進できるのであれば、分煙でもかまわないのではないかとの意見があります。これは先ほど述べた精神障害者が疾病と生活障害の二面性を持っているからです。

また、現在敷地内禁煙を実施している病院においても、入院患者の状況に応じた対応の必要性や、敷地外への外出や居室内へのたばこ持込等が懸念されるため、一律的な禁煙には疑問を感じている病院も見受けられます。過去に病室内で隠れて喫煙し、布団に燃え移りスプリンクラーが稼働した例もあります。

敷地内禁煙という方向性は容認できるが、精神疾患、認知症、アルコールや薬物依存等患者層が一律ではない各病院の実情を勘案し、受動喫煙防止という条例の趣旨を十分に勘案した上で、喫煙区域の設定もやむを得ないのではないかと考えます。

委員の先生方には精神障害者の特性をご理解いただき、精神障害者の地域移行・地域定着の推進に更なるご協力をいただくとともに、精神障害者がストレスとならないような現実的な検討を切にお願いする次第です。

最後に文章にはないのですが、私の個人的な意見を加えさせていただきます。私の病院では既に 2 年前から全面施設内禁煙を行っております。その結果、当院入院中の患者様には依存症の人が少ないという事があるのですが、特に大きなトラブルなく、また明らかな精神症状の増悪もありませんでした。これは言われているとおりです。

問題はむしろ外来患者、特にディケア通所者の敷地外喫煙です。道路での喫煙、吸い殻を田んぼや道のど真ん中にいっぱい捨てているような事が頻繁に見られるようになってまいりまして、正直近所からの苦情も出ております。注意しても目の行き届きにくい所で喫煙してしまうという事で、いちごっ

こがずっと続いているのがここ2年間の現状です。

他の病院では、コンビニの喫煙所にたむろする外来患者さんに対して苦情が出ているとのことで、そのことにより周囲の近隣の方々の偏見が強まる事が心配されております。敷地外で喫煙にすれば済むことだという保健所長会のご意見ですけれど、実状的にはそんな単純なものではないと言う事をご理解いただきたいと思います。

#### ○兵庫県精神科病院協会

520名前後の入院患者さんの70～75%、これが依存症です。その多くはアルコールですが、違法薬物の方も30～50名入院されます。こういう患者さんの持っている病気の一番根本のところにある疾病否認、先ほどからちょっと聞いていて、やはりその疾病否認に対しての現場の苦勞、治療が解っていただけてないのではないかと、そんな風に私は思っています。

資料に沿って少しお話しすると、通院では解決が困難なケースで、身体的に例えば肝硬変末期のような方、あるいは目の前で患者さんの入院拒否に対して、娘さんがパニックの発作を起こして、こういう方々をどうしたら良いかと言う、我々は苦勞しておるわけです。

以前から、依存症の方はアルコール依存とたばこと同時にやるのはなかなか難しいので、まずはアルコールをやろう、それからたばこの方で、これが我々依存症の医者の中でしばしば語られたことです。

それがご本人に対して家族の教育や色々な機会を通じて、今、認知行動療法的なアプローチでやっとやってきた方が入院に際して、さて禁煙ですよと言う話をしたときに、どんなに明日命がなくなるかも知れない方も入院拒否する。こういう場面に現実に我々しばしば出会っている。

こういう方々をどうして入院にするんだと言うけれど、実際、精神医療の方では強制入院させるわけには行かない。しかも長い断酒あるいは断薬をやろうとおもうと信頼関係がベースにありますから、何とかここまで持ってきた、目の前に現れた方が、容易にたばこで逃げちゃうと言う事があります。

ちょっと否認の事で言いますと、たばこの事で言いますと、禁煙した人たちはあの臭いを嗅ぐと嫌な思いををすると言うのですが、吸ってる方はそう思えない、この辺の感覚的な否認と言いますか、感覚的な乖離が起こっている。吸う人吸わない人がいて、それが依存というレベルになる人とそうでない人の中には乖離が非常に強くなっている。これはなかなか気づけない部分が多いですけれど、否認というのは本当に厄介で、否認の有り様というのは現場で見えないと解らない。

先ほど久里浜の話があつて、よく解らないんですけれど、いま依存症治療という

のは入院から通院へ、という流れが割とある。通院の流れがあるというのは確かにそうで我々通院の方でのプログラムを組んでいる。しかし、それで治まらない、という例はやはりかなりあります。通院で出来るものは我々外来でやっています。我々の所は土曜日にアディクションの外来をしたりして、通院の方のために通院でやっているという例はあるんですが、それでは難しいという例が確実にあるということとお伝えしたいと思います。

未治療の女性の患者さんは自分が引き起こしている様々な問題に対する病的否認を残していますので、自身に差し迫った身体的危機などに対してどのようにひどい状況であっても、院内禁煙を理由に断られるケースが少なくありません。また何とか入院出来た後、病棟内で喫煙を繰り返してしまい止む無く強制退院になることは、たびたびあります。

敷地内の全ての喫煙を徹底することはこういった依存症治療の医療現場に起こっているマイナス要因に目をつぶることであって、個人的・社会的・家族的な医療機会を奪うということを理解いただきたいと思います。

#### ○座長

精神科医療の現場からの直接的なお声だったと思いますが、ただ今の陳述に対してご意見・ご質問はございませんでしょうか。

#### ○委員

兵庫県精神科病院協会の陳述資料に書いてありますが、今や80%が敷地内禁煙になっているということを考えると、その人たちがどうやって上手く導入して運営しておられるのかというのを学ばれていけばよろしいのではないかと思います。

私が提出した3つの論文、2016年前後の日本禁煙学会雑誌です。これらもやはり精神科に敷地内禁煙を導入しても問題なかった。導入したことによって内科的な疾患が減った、精神症状も良くなったと報告しております。確かに導入前、現時点では、そういったマイナス面が心配になってしまうのかも知れませんが、長期的に考えると禁煙の方が患者さんのために良い事だということを、今討議するべきではないかと思います。

#### ○座長

ただ今の意見に対しまして何かありますか。

#### ○兵庫県精神科病院協会

長期的に見ればおそらく喫煙の割合は必ず減って来る。病院という特殊化さ



れなくても、地域でもそうです。おそらくそういう方々は減っていくという、自然減と退院するときに禁煙をしてみないか、と我々やっている。

しかし、正にやってきたときに、たばこもだめなのか、と言う話が出ます。これは我々すごい大事なことでと実は思っている。問題の大きい人ほど深い依存を呈している人ほど、このところを無視するんですね。もう大丈夫、要らん、と行って帰る。

我々の喫煙所の写真を入れているが、50~100m くらい離れています。そこに皆集まっているんですけど、副流煙と言うのは関係ありません。そんな状況でも夕方から夜間の間は止めないといけない、そんな中で喫煙が持ち込まれて、2回繰り返すと強制退院、そこを何とかやりきるために6か月間は外来は診るけれども入院はさせないと、こういう事をやっているんですが、結構な数続けて強制退院がでたりします。こういう状況を今アルコールの問題、薬物の問題を扱おうとしている時にその事ではじいていいんだらうか、それは我々の中で非常に痛切な問題です。

否認という問題をあまり簡単に考えてもらおうと困る。

先ほど言いそびれたんですけども、久里浜などは全体としては外来の流れ、そういう中であって、そうじゃない例があって、我々の病院はアルコールにせよ、薬物にせよ、かなり県内の多くの方が病院が少ないですから集まってきています。そのの所をご理解していただきたいと思います。

#### ○兵庫県精神科病院協会

精神科病院協会の会員病院ともお話しましたけれど、何が何でも全面的にそれを解除して欲しいとか、特例を設けて欲しいとか言ってるわけではありません。

実際、私の病院では、依存症の患者さんが比較的少ないという事がありまして、院内の患者さんほとんど問題ありませんでした。先生方の論文、資料に書かれたとおりだと思います。実際に生活されている患者さんが病院に来られた時、うちの場合ディケアです。その時に全然禁煙が守れない。ディケアですから病院施設ですから分煙をいう形にしますと、ディケアには行きたいけれど、来ると隠れた状態で吸う。周辺の所にご迷惑をかけてしまう。これは直接医療と関係ないと思いますが、施設外喫煙は関係ないと言われるかもしれませんが、そこまでケアする必要ないと言われるかもしれませんが、かなり周辺のご近所さんには迷惑をかけているというのが実情でして、結局その方に注意しましても、職員が目を通らない所で吸っている、踏切を越えた向こう側でいっぱい吸って、結局そこに吸い殻がいっぱい落ちている、と言う状況になるのが実情です。

こういうふうな事まで考えなければいけないのかという議論があるかと思

ますが、精神障害者はやはりこんなものだという危惧を与えたくないというのも事実です。特に私の所は周辺が田舎ですので、ご近所の方々の目を非常に気にしながら問題がないようにやってきています。たばこの問題でご近所さんとの信頼関係とか周囲の偏見を増幅させたくないというのが1つの考えです。

#### ○座長

おっしゃる通り、薬物依存・アルコール依存で、ましてや、疾病拒否という中で、禁煙指導により入院拒否あるいは外来途中での迷惑行為があるというご意見だったと思うんですけど、一方で、ニコチンそのものも依存症なんです。ニコチン依存症治療というものは、ある意味ではアルコールや薬物と比べると、投薬コントロールを含めて進歩してきていることも事実。

精神科病院において、アルコール、薬物依存以前にニコチン依存そのものを、事前チェックし、治療するというアプローチするのはどうでしょうか。

#### ○兵庫県精神科病院協会

なかなか、疾病的な条件もあるのかと思いますが。アルコールや薬物依存の今直面している問題と、やや長めに見ることが出来る、退院した後、ここへ行きなさいとか、そういう話が出来るとなると一緒にしてしまうと、すごく難しいことになる。

#### ○座長

例えば兵庫県精神科病院協会会長の所なんかは敷地内禁煙を完全実施されていますよね、そうすると禁煙指導が出来るともあろうかと思いますが。そして外来でのそういった問題が起こった場合、外来患者さんへのニコチン依存治療と言うのか、その辺についてのアプローチがどうだったかと思うのですが、いかがでしょう。

#### ○兵庫県精神科病院協会

希望する方はニコチン外来やっているところを紹介させてもらっています。ただ外来の方、デイケアですから、自由です。本人がやめたいというならいくらでも指導出来るのですが、あえて希望していない方に、こういうのがあるからやろうと言うのをやってしまうと、そんなにうるさくできません。

デイケアプログラムの中で、健康相談のセッションがあって、たばこの弊害というのをやらせていただいたのですが、自ら希望されていないのに押しつけがましくさしてしまうというのがあります。デイケアは禁煙だからと言って、うちの場合はデイケアでは禁煙ですけど、一筋離れると敷地外なのでそこで吸

えてしまう。

患者さんにとってそこまでニーズがあるかどうか、そうしないといけないという思いがあれば当然させていただく。それは以上はと難しいのではと思う。

○委員

質問ですが、病院から通り1筋離れた所でも吸わないでください、という呼びかけなどはされたのでしょうか。

○兵庫県精神科病院協会

やっています。一筋離れたと言っても、うちは市道に挟まれていますので、市道の路上で吸われるんですね。車がほとんど通らないのでまだいいんですが、通った時危険になりますので止めてくださいと言うんですね。そうしたら居なくなったなと思ったらそこからもう一つ離れた所で吸ってらっしゃる。

○委員

路上で吸う行為は改正健康増進法の配慮義務に違反することになりますので、当ディケアに来る場合、たばこは持って来ないで下さい、間違っって持って来た場合は、帰るまでこちらで預かります、という対応はいかがでしょうか。

○兵庫県精神科病院協会

それは検討させていただきますが、そこまでしてしまうと今度は来ていただけなくなってしまって、ますます引きこもりになってしまう可能性があると思います。

○座長

それでは予定した陳述時間と質疑時間が過ぎた。何か質問とかありましたら

○委員

病院の中で79%が既に取り組まれているということは、やり方であったり、工夫であったりとか、本人がたばこに対してどう向き合うのかというところに話が行かないと。ここでは吸ってはいけない所だけでは、なかなか難しいのではないかな。

そうした全体を踏まえての看護や医療の在り方というのが大事なのではないかなと思いつながりながら読ませていただいた。

21%の病院の方でどうしても出来ない理由があるなら、少し話し合いの中で課題を把握して対策を考えていく。入院中に吸ったからと退院になる方がおら

れるとのことだが、特例として病院で吸うことを認めるのではなく、たばこを間違えて吸ってしまったとしても退院にならないようにすると言うか、病院のルールの特例の解釈を変えたり出来ないのかなと思いつきながら見せていただきました。

#### ○兵庫県精神科病院協会

特例を作れたら作りたいですよ。

アルコール依存・薬物依存などは、横のつながりがあり、あいつはこうだと言う話になると、それはまたすごいですよ。お互い裏情報が走り回ったりする。個別にやりたいのだが、それをやってダメだったりしたことがいくつもある。

#### ○座長

それでは保健所長会、精神科病院協会の陳述を終了させていただきたいと思います。それらを踏まえてワーキンググループとしての議論を深めて行きたいと思います。

それでは今の陳述を踏まえ、もちろん今日結論を出すようなことではございませんので、今日の時点での総括的な議論として、ご意見を伺いたいと思います。先生の方から事前に資料もいただいておりますので、今日のご意見を踏まえてご紹介をしていただければと思います。

#### ○委員

これはいずれも日本禁煙学会の雑誌に掲載されていたものです。

資料1に書かれている、川合厚子先生が精神科の中で特にこの問題を早くから取り上げてリーダー的に活動されて来ました。

そして、山形県では確か17だったと思いますけど、精神科病院があつて、100%全て敷地内禁煙が達成されている。入院したら吸えない、というのは県内のどの病院も同じことなので、何の問題にもならなくなったと仰っていました。

そして、資料2ですけれども、熊本の精神科単科の病院の導入事例ですけれども、ここではさっき私が申し上げたように、精神科疾患は治療が維持出来たとしても、肺がんですとか胃がんですとか、喫煙関連疾患によって亡くなる方がたくさんいたので、根本的にたばこも解決しましょうということで、うまくいった事例が紹介されています。

高野義久先生、橋本洋一郎先生は禁煙外来を熊本で開業されておりますので、この病院が敷地内禁煙になる前、つまり自分の病院で禁煙治療が出来なかった期間は他所の禁煙外来を紹介していた。そして、自分たちの病院が敷地内禁煙になって禁煙治療出来るようになってからは、自分達の患者さんに自院で禁煙治

療をできるようになった。2018年に改正健康増進法が公布され、2019年7月からは、精神科病院も敷地内禁煙にならねばならないとのことで、熊本県のある精神科病院の理事長から相談を受けました。1年契約の嘱託産業医として、川合先生、高野先生、佐藤先生たちの事例を月に1回の出務で、まず最初の半年で職員の敷地内禁煙、出勤から退勤まで吸わないように、と教育。その後、半年は長期間そこで生活しているような患者さん達、指が黄色くなるまで吸ってる人もいたんですが、併行して1年かけて、来年7月には法律ですから変わりますよ、病院が法律違反になったら院長先生には罰金も発生しますから、すみませんが今から禁煙の練習をしてください、と12回かけて研究したら、そこに長期住んでいる人も含め、苦情もなく、スムーズに敷地内禁煙を実施できた事例を経験しています。施設管理者が敷地内禁煙の方向に向かって行くつもりがあるかどうか重要だと思います。その病院は周りが住宅街に囲まれていましたので、周りもダメですよと言う事で、特に問題もなく今までできております。

本日紹介された先行事例、兵庫県では79%などの事例の良い所取りをしながら、79%の中には敷地の外も含めてと言う所もきっとあると思うので、見習いながらやって行ければ良いのではないかと思います。

#### ○座長

具体的な論文にまとめられましたけども、それぞれの敷地内禁煙を踏まえた病院の実状、またかなり長期的にそれを徹底することによって、スムーズに移行できた事例が紹介されておられたと思います。そういった事例を踏まえて、こういった方向性で、それぞれの病院が努力する。向き合うのかどうかと言うところが問われているというふうにご紹介いただいたと思いますが、ただ今のことについて、先ほどの意見陳述とも関連しますけれど、どう言う方向性で考えて行くかと言うことですが、今の時点で何かご意見ございませんでしょうか。

#### ○委員

治療のために必要と認められた場所とあるが、精神科治療のために必要と認められる場合があるのでしょうか。

#### ○座長

この条例の書き方、喫煙することが治療につながるみたいな誤解を招いていると思うんですが、そうではないと思うんです。

精神科治療は今ご紹介いただいたようなアルコール依存や薬物依存の治療上禁煙をさらに追加する事が、非常にその事に対してマイナスになるのではないかということもあったので、精神科治療上の必要性からの表現であったのかな

と思います。喫煙そのものが精神科治療につながるということではなかったと思うので、尚且つそしたら兵庫県精神科病院協会の方からもご紹介いただいたように、厳しい依存の中でそういった事を追加することが治療の拒否や中断につながるという話があったと思うのですが、果たしてこの辺をどういうふうに解決して行くのかということだと思います。

#### ○委員

私共は禁煙指導薬剤師と言う認定制度を設けており、禁煙治療のお手伝いさせていただいております。研修を受けた薬剤師を認定し、禁煙のお手伝いをさせていただいているんですけど、先ほど座長が仰っておられましたように禁煙の成功率と言うのも非常に良くなってきていますし、たばこの価格も上がっていてたばこを吸っている方が減ってきているので、禁煙しませんかとお声かけするタイミングも減っている。例えば、生活保護を受けていらっしゃる方は、非常に喫煙率という所の問題があって、尚且つそういうかたに声掛けしても、色々なバックグラウンドがあって、ほっといてという具合になってしまう。それとよく似たようなケースなのかなと思って聞いているんですけど、本人さんの意志と言うのは禁煙については大きいと思いますので、やはりそこを促してあげるところ、だから例えば入院が一つのきっかけになるというのは、大きなきっかけではないのかなと。

今の社会情勢のなかで、吸っているのが当たり前という状況ではないので。ましてや、このコロナ禍でマスクを外して集団で吸っているとか、ありえない光景になってきているので、色々な事情があって、そこは厳しいのかなと思ったりもしている。

#### ○委員

患者さんからたばこを取り上げるというような表現があるが、入院することで自分と病気との向き合い方、直していこうというところ、看護があり、医療があり、どういうことができるかが大事だと考えます。

そのなかで、病院のなかでたばこを配ったりするのではなくて、ここは病院で吸えない場所ですよと指導ができたらいいかないかなと思います。たばこを取り上げることが難しいとか、たばこ以外に楽しみがないから無理という方に、なんらかの働きかけが必要と考えます。

#### ○座長

薬剤師会、看護協会から禁煙指導におけるアプローチと一体で考えないといけないというご意見だったと思います。

精神科病院の意見にも、これは受動喫煙防止という立場なので、敷地内であってもそういった事が確保されておれば可能ではないかというご意見も出ていたと思うのですが、我々もこの委員会の議論でしてきたと思うのですが、受動喫煙防止と本人の禁煙はやはり裏表でしっかりと両面で進んでいくということが理想である。

最終的には本人がそういった被害を受けないようにしていくと言うかももちろん周囲は当然なんですけど、そう言った方向性で考えてきた経緯がある。ですからその点で、「いや、本人の禁煙指導はこの話と関係ないのではないか」という話ではないのではないかと思います。今後の方向性のなかでそういったことも含めてこの条例の趣旨の中で喫煙そのものの位置づけなり、あるいは今日議論になったような精神科病院における禁煙指導の在り方みたいな所がやはり非常に問われて来ているのではないかと思いますし、その所と今回の病院での施設の在り方にどういうふうに反映していくのかと言う事になると思います。

#### ○委員

私も以前、36歳までたばこを吸っていました。今、8回目の禁煙をしています。禁煙後体調がものすごくいいし、持ち物は減る、お金は減らない。そしてニコチン濃度の上がり下がりによるストレスの波が全く無くなって、大変幸せです。この感覚を、今吸っている人たちに教えてあげたいと思います。

だから、単に受動喫煙だけ防止すれば良いというのではなく、それはきっかけであって、吸えない場所が増えてくれば、いずれやめざるを得なくなる、患者さんの幸せまで見据えてやっていかねばならないと思います。

1年間私が敷地内禁煙化に関わった精神科病院について先ほど触れましたけれど、閉鎖病棟の入院患者さんたちが吸えていた頃、自由に吸わせるのではなく、看護ステーションで全員のたばこを預かっていた。そして、時間がこないと吸えないというルールになっていた。預かっているたばこを見せてもらったら、大半は「わかば」とか「echo」とか旧3級品の安いたばこでした。

限られた収入の中からたばこ代にかなりの部分が出て行ったのがなくなって、それが本人達のシャツですとか靴ですとか、より生活をより良くするものに変わっていくということが、その時点で看護師長さん達もわかられていました。

もう一つの事例では、2010年に敷地内禁煙にした熊本にある単科の精神科病院があるんですけども、そこは、禁煙化する前と後、2回講演に呼ばれて行きましたが、呼ばれて行った後、たばこ代がアンパンに替わって、食後甘いものを食べるのを決して推奨するわけではないが、たばこ以外のもの、生活を豊かにする物にお金が使えようになったと、患者さん達から喜ばれていますということを経営者さんから聞きました。その人の、アルコールにしてもたばこにしても、

依存症を治療するという観点でこの問題を考えて行ってほしいなと思います。

#### ○座長

なかなか依存と言う問題をどう捉えてどう対応するのか、精神科の先生方はご苦労されていると思うのですが、その中でニコチン依存という問題をやはりどう捉えてどういう風にアプローチ出来るのか問われていると思いますが、保健所長会からは、これまでの経過のなかで精神科にも悪影響したという事例が無いのではないかと、というご提案であったと思います。そのことが精神科の治療にもいい側面を果たしているのではないかとのご意見もいただきました。

今日は代表的な2つの立場からのご意見をいただきました。少し長期的な観点に立って、この条例案の見直しをすべきかどうか、するとすればどのような方向で進めるべきなのか、このグループワークを進めているわけですが、非常に貴重な直接のご意見をいただきましたので、改めて議論をさせていただきたいと思いますが、これからの方向性の中で、これだけはというご発言があれば。

次回以降、さらにすすめさせていただく訳ですが、ご提案何かございませんでしょうか。もう少しこういった資料なりデータが要るのではないかとというのはありますか。県の方でも色々調査されていると思いますが、今日ご紹介いただいた団体にも追加いただいても結構でございます。

#### ○委員

これは一昔前の一般病院と全く同じことだと思います。昔は敷地の中のどこかに喫煙コーナーが一般病院でも、産業医科大でもありました。それを無くす時に、無くしたら、隠れ喫煙が心配とか、門の外で喫煙する人が発生したら近隣に迷惑、とかの話がたくさん出ました。実際に門の外で患者さんだけでなく、職員が吸う姿もしばらくは見られましたが、定期的にパトロール繰り返して、ここは禁煙ですという看板を増やして、死角をなくした事によって、問題が緩やかに収束していった。一般病院でも10年前問題であったが、今は、それが常識になった。ですから、精神科病院だって同じ事です。特に、今回は、法律が改正されたのですから、良い機会だと思います。

精神科病院も含めて敷地内禁煙、と定められたわけですから。

#### ○座長

今後はそういった法的な全体像や今までの検討の方向を踏まえて、どういったタイミングで、どのような条件も含めて考えて行くのかということかと思う。



○委員

兵庫県保健所長会の調査では県内精神病院の79%が禁煙に成功しているとのことだが、残りの病院は何らかの取組みをされようとしているのか。全く手をつけてなくて今までと同じ状況なのか、治療上の必要があるから残っているのか。事務局では把握しているのか。

○事務局

事務局では把握していません。兵庫県保健所長会が調査したデータを本日報告されている。

○座長

この点について、兵庫県保健所長会の発言を許可します。

○兵庫県保健所長会

保健所は年1回病院の立入検査を行います。その時に実際の場所を確認するんですけども、敷地内に喫煙所がある所で表示が不十分だったり、それどころか院内でたばこが買えるところが有った。

○座長

追加調査等が必要であれば、また考え、県側で対応いただく。今日の時点では各団体から直接そう言った報告を頂いた。今後も各団体から追加情報をいただきながら、進めさせていただくということかどうかと考える。

○事務局

今の条例の書き方が、治療の効果があるような誤解を招くような書き方をしているということはお指摘のとおりで、治療を受ける、入院を拒否する、そういった妨げになり得るという点についてはもう少し丁寧な説明が必要であるかなと思いました。ただ方向性といたしましては、兵庫県精神科病院協会も仰ったとおり、喫煙率は減っていくわけで、コロナの状況や様々なことを考えますと、残りが21%と言う事であるならば、それぞれの病院の課題などを把握しながら、関係者で出来る支援をしながら、直ぐにと言うわけにはいかないと思うが、どのくらいまで容認するのかということは置いておいて、方向性としてはすべての病院で患者本人や職員を守るために、受動喫煙を無くすという方向に向かって、関係者がどういった形でもって行ければ良いかというご意見をいただければと思います。

本日はそれぞれのお立場から貴重なご意見をいただきましたこと、感謝申し

上げますと共に引き続き、更により良い方向になりますように、次回の委員会までにお気づきの点がございましたらご指摘いただきましたら、こちらの方で出来る資料や調査など事務局として進めてまいりたいと思います。

○座長

今日のワーキングとしては終了させていただきます。