

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 次第

日時：令和3年10月1日（金）16：00～18：00

場所：兵庫県民会館 902

※オンライン希望委員はオンライン参加

- 1 開 会
- 2 協議事項について
- 3 意見陳述
 - (1) 兵庫県保健所長会
 - (2) 一般社団法人兵庫県精神科病院協会
- 4 協 議
- 5 閉 会

【配布資料】

資料1 精神病床を有する病院等の屋外喫煙区域（特例区域）の取り扱いの主な論点

資料2-1 意見陳述書 「兵庫県保健所長会」

資料2-2 意見陳述書 「一般社団法人兵庫県精神科病院協会」

【委員提供資料】

委員提供資料1 日本禁煙学会雑誌「敷地内禁煙実践の方法」

委員提供資料2 日本禁煙学会雑誌「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～」

委員提供資料3 日本禁煙学会雑誌「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」

【参考資料】

参考資料1 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概要

参考資料2 第1回受動喫煙防止対策検討委員会（7月20日）会議録

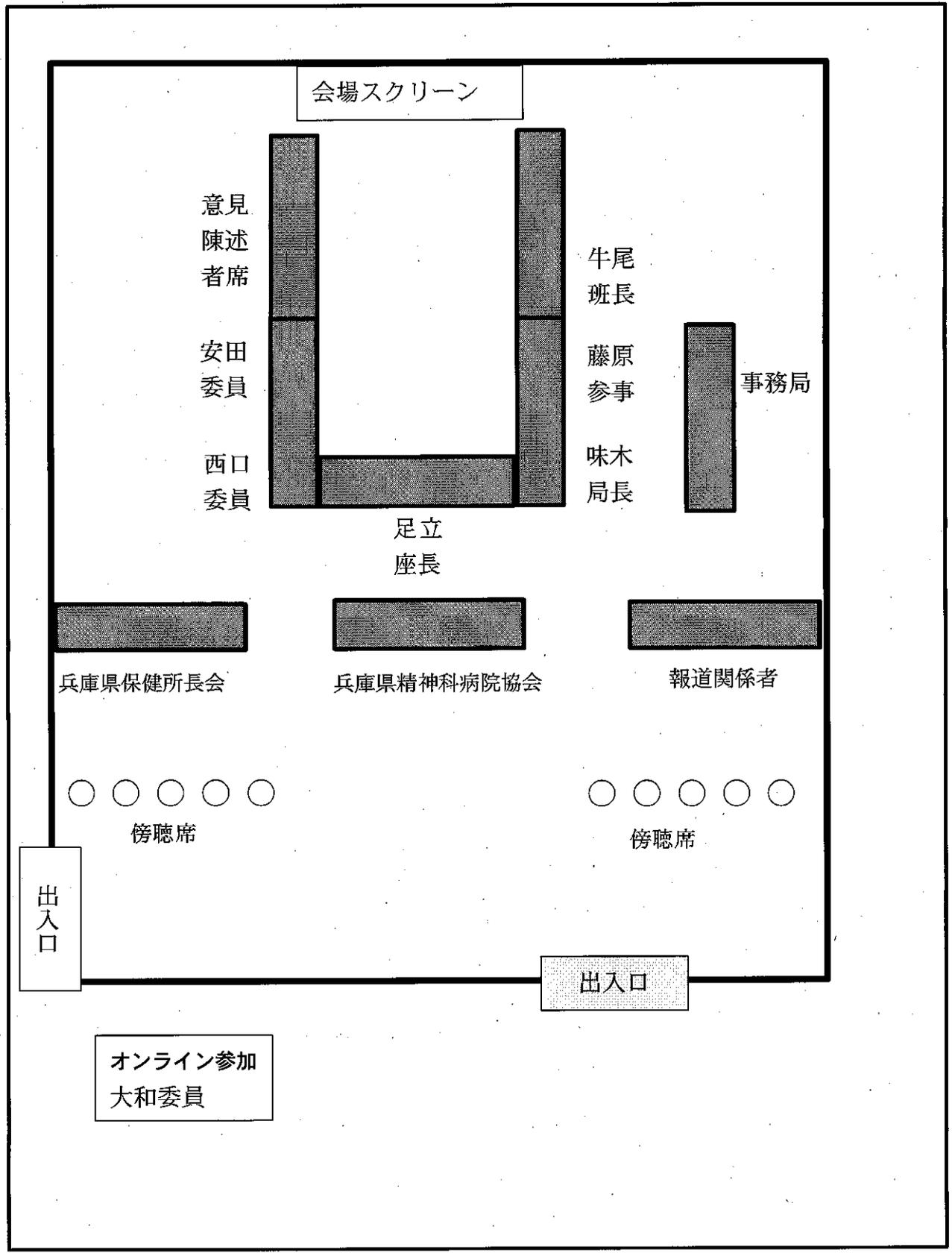
参考資料3 兵庫県受動喫煙の防止等に関する条例

参考資料4 兵庫県受動喫煙の防止等に関する条例実施要領

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
配席図

日時：令和3年10月1日（金）16:00～18:00

場所：県民会館 902



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
出席者名簿

五十音順

| 今回委員（敬称略） | 所 属 ・ 役 職 | 第1回 出欠 |
|-----------|--------------------|---------------|
| アダチ 光平 | (一社)兵庫県医師会 副会長 | 出席 |
| トモフジ 富士子 | 兵庫県連合婦人会 会長 | 欠席 |
| ニシグチ 久代 | (公社)兵庫県看護協会 専務理事 | 出席 |
| ヤスダ 理恵子 | (一社)兵庫県薬剤師会 常務理事 | 出席 |
| ヤマト 浩 | 産業医科大学産業生態科学研究所 教授 | 出席 (オンライン) |

| 意見陳述者 | 所 属 ・ 役 職 | 出欠 |
|---------|-------------------|----|
| ハマダ 昌範 | 兵庫県保健所長会 会員 | 出席 |
| フカイ 光浩 | (一社)兵庫県精神科病院協会 会長 | 出席 |
| ヤマモト 訓也 | (一社)兵庫県精神科病院協会 会員 | 出席 |

事務局名簿

| 氏名 | 所 属 ・ 役 職 |
|----------|------------------------|
| アジキ 和喜子 | 健康福祉部健康局長 |
| フジワラ 恵美子 | 健康福祉部健康局参事兼健康増進課長 |
| ウシオ 敏明 | 健康福祉部健康局健康増進課受動喫煙対策班長 |
| ヤマグチ 和浩 | 健康福祉部健康局健康増進課受動喫煙対策班主任 |

意見陳述について

1 陳述時間

- 1団体あたり10分間です。その後、質疑応答を10分設けます。
- ただし、意見陳述は予定より早く終わっても構いません。

2 進め方

- 座長が進行しますので、座長の指示に従ってください。
指示がありましたら、意見陳述する団体は前方の陳述席に移動してください。
- 進行時間管理のため、事務局でベルを意見陳述開始10分経過後に1回鳴らしますので、参考にしてください。
- 意見陳述終了後、質疑応答の時間を設けます。
- 質疑応答終了後は座長の指示に従い、自席にお戻りください。

3 意見陳述等の方法

- 意見陳述書に従い、意見陳述者が口頭で時間内に簡潔に陳述してください。
複数名で出席する団体は1人ずつ発言を行ってください。
- 質疑応答では、委員からの質問に対し、簡潔に応答してください。

4 その他

- 資料の追加配付はできません。意見陳述書を補足する場合は、口頭で説明してください。
- 全団体の意見陳述終了後、グループ内協議となります。意見陳述者はこの時点で退室していただいて構いませんが、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です。

精神病床を有する病院等の屋外喫煙区域（特例区域）の取り扱いの主な論点

| 第1回受動喫煙防止対策検討委員会（7/20）での論点整理 | | | 事前陳述の要旨 | |
|--|---|---|---|---|
| 論点 | 経緯 | 意見要旨 | 兵庫県保健所長会 | 兵庫県精神科病院協会 |
| <p>●精神病床を有する病院及び診療所における治療のための屋外喫煙区域（特例区域）の取り扱いについて</p> <p>【受動喫煙の防止等に関する条例の規制内容】 第9条第5項（抜粋） その利用の形態を考慮し、これらの規定による措置を講ずることが著しく困難であるものとして知事が別に定める敷地内の区域については、知事が別に定める受動喫煙の防止等に関する措置を講ずるもの</p> | <p>●前回（平成30年）検討委員会終了後、精神病床を有する病院団体から県に対し、「治療の観点から、屋外喫煙所の設置を認めてほしい」という強い要望があった。</p> <p>●このことを踏まえ、同条例実施要領にて知事が別に定める敷地内の区域として、屋外喫煙区域（特例区域）を設けることを認めることとした。</p> <p>【受動喫煙の防止等に関する条例実施要領】 第2条1項（抜粋） ・精神病床を有する病院及び診療所（以下「特定施設」という。）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（屋外の区域の一部の区域のうち、施設管理者によって区画された区域</p> | <p>●2019年の7月に日本精神科医学会で講演した際に、「今は精神科病院でも敷地内禁煙が当たり前になった」ということをシンポジストから伺った。かつては、閉鎖病棟の喫煙室はなくせない、と思われていた。しかし、精神科の閉鎖病棟でも「法律が変わったから禁煙になります」と周知することでスムーズに敷地内禁煙が導入できている。</p> <p>●精神科病院団体から非常に強い申し入れがあったという経過だったと思う。今の時点、治療のために喫煙所を設けるというのは論外な時代になっているのではないかと思う。それ以降も各種データが揃い、精神科の領域でもはや主張すべき時代ではないと思う。</p> | <p>●喫煙が精神疾患に治療効果があるという論文は検索した限り見当たらない。</p> <p>●精神障害者でも受動喫煙による害は同じであり、禁煙したい喫煙者は半数存在し、禁煙できる報告がある。</p> <p>●喫煙が向精神薬の代謝を促進させ処方量が増えるので、薬剤誘発性錐体外路症状など望まない薬理作用が増えることを示した論文は存在する。喫煙により増量を余儀なくされた向精神薬の錐体外路症状のため、誤嚥窒息や転倒転落が後を絶たない。</p> <p>●兵庫県受動喫煙防止条例の上乗せにより既に県内の75%の精神科病院が無煙化を達成できたが、そのために精神症状の悪化も健康被害も報告はない。</p> <p>●敷地内禁煙に反対の精神科病院では「敷地内禁煙すれば患者の精神状態が不安定になる」と言うが、敷地内禁煙した精神科病院でその様な報告は無い。任意入院患者であれば、外出して敷地外で喫煙すればいいだけの話である。</p> | <p>●会員病院33病院のうち、「敷地内禁煙」が26病院（79%）、「喫煙区域を設定」が7病院（21%）であり、入院患者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ない。</p> <p>●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、一律禁煙はどうかという意見。目的が「受動喫煙防止」であることから、分煙でもかまわないのではないか。</p> <p>●依存症者群は一般の対象群に比べて極めて喫煙率が高く、それもヘビースモーカーが多い。ヘビースモーカーの枠を超え、タバコへの依存を呈している例も少なくない。</p> <p>●通院による治療では対処が困難な依存症群に対して、病的否認しているため、自身の身体的危機や自分の家族の危機的状況であっても、院内禁煙を理由に入院を断る事は少ない。また、入院後も病棟内で喫煙を繰り返してしまい、やむなく強制退院となることも繰り返されている。</p> |

令和 3 年 9 月 24 日

兵庫県受動喫煙防止対策検討委員会 様

団体名称 ; 兵庫県保健所長会

代表者氏名 ; 会長 野原 秀晃

精神病床等を有する病院等の屋外喫煙所の見直し検討にかかる意見陳述について

意見陳述の要旨

- ・ 条例実施要領の第 2 条に「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」とあるが、喫煙が精神疾患に治療効果があるという論文は検索した限り見当たらない。
- ・ 兵庫県の行政文書に「喫煙に何らかの治療効果がある」と誤解されるような文言があるのは、公衆衛生に関与する保健所長のみならず、医学・看護に携わるすべての者として容認できない。
- ・ 精神障害者でも、職員でも、一般市民でも受動喫煙による害は同じである。
- ・ 精神障害者でも禁煙したい喫煙者は半数存在し、禁煙できる報告がある。
- ・ 喫煙が向精神薬の代謝を促進させ処方量が増えるので、薬剤誘発性錐体外路症状など望まない薬理作用が増えることを示した論文は存在する。
- ・ 喫煙により増量を余儀なくされた向精神薬の錐体外路症状のため、誤嚥窒息や転倒転落が後を絶たない。
- ・ 兵庫県受動喫煙防止条例の上乗せにより既に県内の 75% の精神科病院が無煙化を達成できたが、そのために精神症状の悪化も健康被害も報告はない。
- ・ 敷地内禁煙に反対の精神科病院では「敷地内禁煙すれば患者の精神状態が不安定になる」と言うが、敷地内禁煙した精神科病院でその様な報告は無い。
- ・ 任意入院患者に禁煙まで押し付けるのは権利の侵害との意見があるが、そもそも任意入院患者であれば、外出して敷地外で喫煙すればいいだけの話である。

以上より、全国保健所長会で決議した「全ての医療機関における例外なき無煙化」実現のため、兵庫県保健所長会として本実施要領の廃止を希望するものである。

単科精神科病院の敷地内禁煙化に伴う喫煙に対する意識変化

濱田昌範

兵庫県立光風病院 内科

原著論文

単科精神科病院の敷地内禁煙化に伴う喫煙に対する意識変化

兵庫県立光風病院 内科 濱田昌範

日本禁煙学会雑誌

第11巻 第4号 2016年8月30日 別刷

Japanese Journal of Tobacco Control
2016 Vol. 11 No. 4 P106-113

【目的】 単科精神科病院でアンケート調査を行ない敷地内禁煙への賛否・満足度と問題を調査し喫煙意識の変化をみた。

【方法】 全職員、児童思春期を除く全入院患者および外来患者(200人抽出)を対象に無記名かつ提出自由のアンケートを実施。

【結果】 職員の喫煙率は18.6%。入院患者と外来患者の喫煙率は54.4%と39.5%。入院患者の喫煙率は入院期間に相関していた。職員の73%、入院患者の52%、外来患者の72%が敷地内禁煙に賛成。喫煙者の約半数は禁煙したい喫煙者だった。職員に限ると賛否と満足度は当人の喫煙習慣と相関していた。

【考察】 職員が敷地内禁煙に消極的な理由は①精神症状が悪化する不安、②業務が増える不安、③医療保護入院や措置入院の比率が増える不安であった。入院患者の反対意見はニコチン依存に起因する意見だった。

【結論】 敷地内禁煙が今後も継続可能か否かは職員の喫煙習慣と入院環境に依存する可能性がある。

キーワード：精神科病院、敷地内禁煙、喫煙率

目 的

当院は精神科救急病棟(閉鎖病棟)60床、精神疾患慢性期病棟(閉鎖病棟)108床、アルコール病棟(開放病棟)53床、児童思春期病棟(閉鎖病棟)65床からなる単科精神科病院である。他の単科精神科病院同様、当院患者ならびに職員の喫煙率は高い^{1,2)}と思われていたが、これまで喫煙率の調査はなされてこなかった。一般に精神科病院の医療者は喫煙に寛容で「喫煙は患者の憩い」、「他に楽しみも無いから」など認容する傾向があった。従って各病棟に設置されたベランダ型喫煙室からは副流煙が病室に拡散し、非喫煙者も受動喫煙を余儀なくされていた。精神科病院では喫煙関連疾患である虚血性心疾患、肺炎、慢性閉塞性肺疾患ならびに脳梗塞の罹患者も多いことが知られている。当院でも2009年から5年間で肺癌末期患者2名を見送った。慢性閉塞性肺疾患や虚

血性心疾患患者も少なくない。さらに昨今では、「アパートを借りるにも禁煙が条件」とか「作業所が全面禁煙になった」など、喫煙習慣が精神障害者の社会復帰を妨げている情報も入っている。そこで喫煙習慣のある精神障害者が禁煙できれば喫煙関連疾患を予防できる余地は広く³⁾、社会復帰促進も可能と考えられる。

既に多くの精神科病院では敷地内禁煙が行なわれており、大学病院をはじめ基幹病院では精神科病棟も敷地内禁煙の例外ではない。2013年4月に施行された「兵庫県受動喫煙防止条例」⁴⁾に従い他の兵庫県立病院は早々に敷地内禁煙に移行したが、単科精神科病院は対象除外になったため⁵⁾当院では敷地内禁煙が進まなかった。しかし2013年6月、児童思春期病棟運用開始と特別支援学校分教室併設を機に、「当院も敷地内禁煙にしてはどうか」との議論が持ち上がったので、全職員、全入院患者、抽出された外来患者のアンケート調査を行ない敷地内禁煙の賛否を検討した。さらに敷地内禁煙実施4か月後に同様の調査を実施し満足度と問題点を調べ、喫煙意識の変化を検討した。

連絡先

〒651-1242

神戸市北区山田町上谷上字登り尾3

兵庫県立光風病院 内科 濱田昌範

TEL: 078-581-1013 FAX: 078-583-3797

e-mail: hamada@hp.pref.hyogo.jp

受付日 2016年2月8日 採用日 2016年7月15日

喫煙に対する間違っ理解も患者に見受けられた(表4)。

敷地内禁煙の満足度

敷地内禁煙後の職員と外来患者の満足度は敷地内禁煙前の賛否とほぼ同じ結果だった。これに対し入院患者では敷地内禁煙前は反対意見が多かった割に、敷地内禁煙後の満足度は予想以上に高かった(図4)。職員が敷地内禁煙後に不満に思っている理

由は、「喫煙者のマナー」に関するものと「喫煙者への同情や共感」が、「タバコを吸えなくなったから」という共通項を上回った。喫煙を目的とした外出が増えて、「帰院時の持ち物検査の手間が増した」に類した業務上の不満も多かった(表5)。これに対し患者が敷地内禁煙後に不満に思っている点は圧倒的に「タバコが吸えなくなったから」で敷地内禁煙前の調査と同じであった(表6)。

表4 敷地内禁煙前のアンケートで患者が敷地内禁煙に反対した理由

| 敷地内禁煙前に患者が反対した理由 | 入院 | 外来 | 合計 |
|------------------------------------|----|----|----|
| タバコが好き。他に楽しみがない。 | 24 | 7 | 31 |
| 喫煙すると気分が落ち着く。 | 5 | 11 | 16 |
| 喫煙に関する間違っ理解(薬として開発中。日本は愛煙民族。税金が減る) | 6 | 1 | 7 |
| 喫煙者に対する同情。 | 3 | 2 | 5 |
| 喫煙者の権利。喫煙は個人の自由。 | 1 | 3 | 4 |
| 分煙や建物内禁煙で十分。喫煙場所を作ってほしい。 | 0 | 3 | 3 |
| 急に禁煙すると精神症状が悪化する。 | 1 | 1 | 2 |

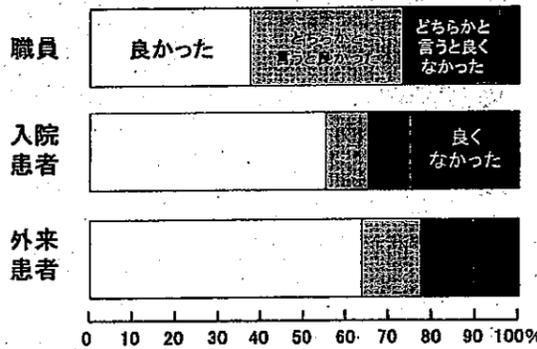


図4 敷地内禁煙の満足度

表5 敷地内禁煙開始後のアンケートで職員が不満に思った理由

| 敷地内禁煙後に職員が不満と感じた理由 | 件数 |
|--------------------------|----|
| 喫煙マナー(ポイ捨てや失火が心配) | 25 |
| 外出が増え、帰院時の持ち物検査の手間が増した。 | 11 |
| 喫煙患者への同情や共感。 | 11 |
| タバコが吸えなくなったから。 | 8 |
| 分煙や建物内禁煙で十分。喫煙場所を作ってほしい。 | 8 |
| 敷地外で吸うと周囲の住民から文句が出る。 | 8 |
| 禁煙を理由に外来・デイケアから患者が脱落した。 | 2 |
| 患者の精神症状が不安定になった。 | 1 |

表6 敷地内禁煙開始後のアンケートで患者が不満に思った理由

| 敷地内禁煙後に患者が不満と感じた理由 | 入院 | 外来 | 合計 |
|--------------------------|----|----|----|
| タバコが吸えなくなったから。 | 10 | 14 | 24 |
| 喫煙患者への同情や共感。 | 0 | 6 | 6 |
| 喫煙マナー(ポイ捨てや失火が心配) | 2 | 2 | 4 |
| 分煙や建物内禁煙で十分。喫煙場所を作ってほしい。 | 1 | 1 | 2 |
| 喫煙者の権利。喫煙は個人の自由。 | 1 | 1 | 2 |
| 病院の指示にはすべて従わない。 | 1 | 0 | 1 |
| 敷地外まで喫煙に行くのがしんどい。 | 1 | 0 | 1 |
| 意味不明の回答。 | 1 | 2 | 3 |

表7 職員の喫煙習慣別に見た敷地内禁煙に対する賛否と満足度

| | 敷地内禁煙前 | | | | 敷地内禁煙後 | | | |
|------------------|--|------------|------------|----|--|--------------|----------------|--------|
| | 賛成 | どちらかというど賛成 | どちらかというど反対 | 反対 | 良かった | どちらかというど良かった | どちらかというど良くなかった | 良くなかった |
| 喫煙者 | 6 | 15 | 18 | 20 | 7 | 13 | 18 | 10 |
| 非喫煙者 | 110 | 100 | 37 | 11 | 102 | 88 | 41 | 6 |
| マン・ホイットニーのU test | Z値 6.72 >> Z(0.975) 1.96 P値(両側確率) < 0.001 | | | | Z値 5.49 >> Z(0.975) 1.96 P値(両側確率) < 0.001 | | | |

喫煙習慣と禁煙意識

対象を職員に限って敷地内禁煙についての賛否と、敷地内禁煙後の満足度を職員の喫煙習慣で分類したところ、どちらも判断と喫煙習慣が有意に関連していた(表7)。

考察

精神障害者の禁煙は困難と言われているが、ならば尚更、禁煙の支援は必要である^{10,11)}。単科精神科病院で敷地内禁煙を成し遂げた前例は少なくない¹²⁻¹⁴⁾。当院の敷地内禁煙化は児童思春期精神科医療の開始が大きなた後押しになったことは言うまでも無いが、看護師を中心に「患者にタバコを配るのは看護理念に反するのでタバコを預かりたくない」という意見が、大きく病院を敷地内禁煙に動かした。また患者からは「入院中に喫煙を覚えたのだから病院の責任で禁煙させてほしい」とか「タバコ代で年金の半分が無くなってしまふのでは非禁煙したい」「作業所やグループホームが禁煙になるのでは非禁煙したい」等の切実な意見も記載されていた。

これまで精神科病院の敷地内禁煙に関して施設を対象としたアンケート調査は報告があるが、同一施設で敷地内禁煙の前後で患者と職員にアンケートを実施して喫煙意識の変化を見た論文は見受けられない。この論文がこれから敷地内禁煙を実施しようと考えている精神科病院の一助になることを願う。

精神科入院患者の喫煙率の高さは入院環境に起因するかもしれない

敷地内禁煙前に比べ、敷地内禁煙後の満足度は入院患者で思いのほか高かった。敷地内禁煙に感謝する意見も記載されていたことからすると、声には出せないが副流煙に悩まされ続けてきた長期入院患者

が少なからず存在していたことが推測される。

敷地内禁煙前も敷地内禁煙後も「禁煙する気のない喫煙者」は職員・入院患者・外来患者を問わず約10%存在することが判明した。その一方で、職員・入院患者・外来患者の喫煙者の半数は「禁煙したい喫煙者」であることも判明した。「精神疾患のある患者に禁煙を説いても無駄」と言われてきた。しかしながら、敷地内禁煙に賛成と答えたのは入院患者の52%であったのに対し、外来患者では72%と職員の賛成率73%と有意差が認められなかったことから、入院患者に敷地内禁煙反対者が多い理由は精神疾患の有無よりもむしろ入院環境に原因があると思われる。

入院期間別の喫煙率は最初の3か月を除けば、入院期間が延びるに従い上昇していた。最初の3か月に喫煙率が高かった理由は、当院では3か月間のアルコールのパス入院があり、患者のほとんどは外出自由なので外出先で喫煙していたからと分析している。一方3か月を過ぎると喫煙率が激減しそのうち入院期間に相関して上昇していた理由は、精神科救急に入院と同時に医師の指示で禁煙となった患者が、入院3か月を過ぎて一般病棟に転棟し再喫煙を始めると考えている。これらの結果も精神疾患の有無が喫煙行動を決定しているのではなく、入院環境が喫煙行動を決定している可能性を示唆している。

当院の敷地内禁煙に対する患者と職員に共通した反対意見と不満

「タバコが好きだから」「タバコは人生の憩い」「喫煙で気分が落ち着く」は基本的にニコチンによる身体依存形成の症状であり、精神障害者に限らず喫煙している職員にも共通した反対意見である。敷地内禁

煙開始に先立ち、禁煙教室を開いてみると患者は喫煙の危険性を十分承知しており、喫煙することで社会から阻害されていることも十分認識していた。当院の職員からは「タバコは息抜き」「患者とのコミュニケーションの場」をはじめ、喫煙する患者への同情意見が敷地内禁煙開始前にも後にも認められた。

精神科病院が敷地内禁煙に消極的な理由

今回のアンケートからも読み取れるように、職員が敷地内禁煙に消極的な主な理由は3つある。まず第一に「患者に禁煙させると症状が不安定になり、処方量が増える」医学的不安である。今回残念ながら精神症状の定量評価は実施できていないので個別の患者の精神状態がどのように変化したかは不明であるが、隔離件数(成人)は敷地内禁煙後に増加していないので、いわゆる「個々の症状の波」はあるものの、精神症状の集団的な悪化は認めなかったと判断している(図5)。同時進行で実施した調査でDIEPSS

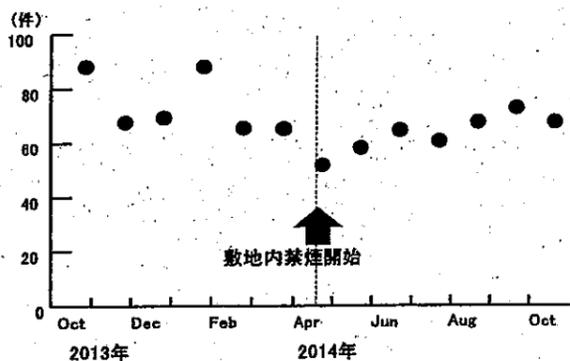


図5 敷地内禁煙開始前後6か月の隔離件数(成人)の推移

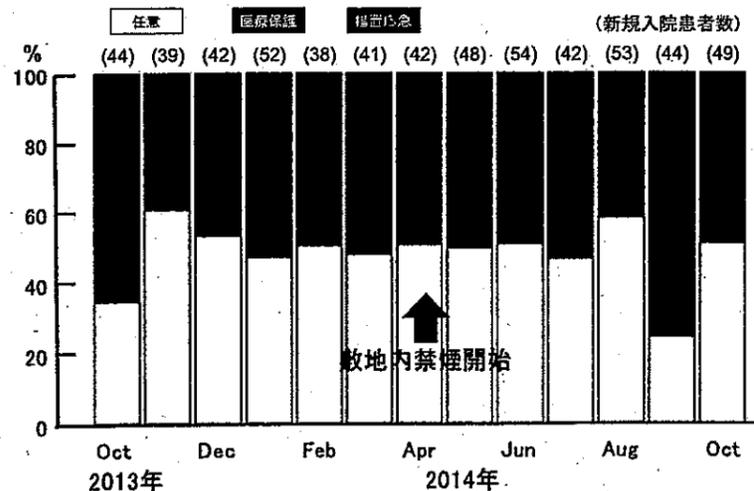


図6 敷地内禁煙開始前後6か月の入院形態別入院件数(成人)の推移

(drug-induced extrapyramidal symptoms scale)¹⁵⁾は禁煙により悪化することも無く、クロルプロマジン換算した抗精神病薬処方量はむしろ有意に減少していた⁷⁾。これらの結果も、精神症状は改善しこそすれ悪化していなかったことを示唆している。以上のことから上記の不安は敷地内禁煙後には出てこなかったと考えられる。

第二に「禁煙にすると治療も看護も管理もできなくなる」といった業務上の不安である。

かつて病棟では「ちゃんと薬を飲んだらタバコ吸わせてあげる」とか「検査を受けたら吸わせてあげる」など管理上の条件提示に使われている場面も目にしたことがあった。入院患者間ではタバコが代用貨幣としての価値を持ち、貸し借りの問題を起こしていた。敷地内禁煙になってから服薬や検査を拒否する患者が増えたわけでもなく以前と同じように管理できることが判明したので敷地内禁煙後のアンケートではこれら管理上の問題が不満として出てこなくなったものと思われる。

第三に「敷地内禁煙になると喫煙患者が入院に任意同意せず、その結果、医療保護入院や措置入院が増える」といった不安である。月別の入院件数(成人)を見る限り敷地内禁煙後に医療保護入院や措置入院が増えた様子はなかった。また入院患者数が減少することもなかった(図6)。そもそも入院判断や入院形態の決定は禁煙習慣と無関係であるので当然の結果と言える。

同様の分析は「精神障害者に喫煙を続けさせる五つの神話」としてProchaskaからも報告されている¹⁶⁾。

敷地内禁煙前に反対だった理由と敷地内禁煙後にでてきた不満は、患者では一致しているのに職員では一致しない

患者では敷地内禁煙前の反対意見と敷地内禁煙後の不満が一致していた。すなわち「タバコが好き」「やめたくない」で首尾一貫していた。一方、職員では敷地内禁煙前には「喫煙者の権利」「喫煙は個人の自由」等、喫煙患者の権利を擁護する意見が少なくなかったが、これらの意見は敷地内禁煙後にはまったくなくなった。さらに敷地内禁煙前に多かった「禁煙により精神状態が悪化する」「処方量が増える」あるいは「禁煙にすると治療も看護も病棟管理すらできなくなる」という意見も姿を消し、代わりに「外出・外泊から帰院時の持ち物検査が増えた」という不満が新たにでてきた。確かに敷地内禁煙後に喫煙を目的としたと思われる外出件数は増加した。精神科病院の閉鎖病棟で最も怖い事故は火災である¹⁷⁾。建物内禁煙であろうと敷地内禁煙であろうと、タバコやライターの開鎖病棟への持ち込みは本来厳重に管理されなくてはならない。一方で「患者の求めに応じてタバコを1本1本渡していた業務がなくなった」ことを評価する意見も看護師から少なからずあった。

敷地内禁煙後に「喫煙マナーに関する不満」が意外に多く寄せられた。当院のある神戸市はそもそも「路上喫煙禁止区域(努力義務)」であり、病院として路上で喫煙することは奨励していないので敷地外で喫煙する患者もさほどいない。微妙なところで喫煙している患者は残念ながら存在する。この種の不満の多くは「ルールが徹底されてないことへの不満」が原因と考えている。JRの構内禁煙ですら浸透するには3年以上を要したことは記憶に新しい。禁煙による精神症状の悪化と喫煙マナーの悪化を心配するHashimotoらの全国規模のアンケート調査とほぼ同じ内容になった¹⁸⁾。

敷地内禁煙への賛否や満足度を規定する因子

抗精神病薬には喫煙欲求を増大するものもあるという報告があるので¹⁹⁾、対象を職員に限定して敷地内禁煙についての賛否と、敷地内禁煙後の満足度を喫煙習慣で分類したところ、どちらも判断と喫煙習慣が有意に相関していた。つまり敷地内禁煙の理屈はともかく、喫煙者は最初から敷地内禁煙には反対で敷地内禁煙後には不満に思い、逆に非喫煙者は最初から敷地内禁煙に賛成で敷地内禁煙になって満足し

たと言える。「分煙や建物内禁煙で十分」「喫煙場所を作してほしい」「患者サービス向上委員会で喫煙する患者のサービスを図るべきだ」という意見が職員からもあった。2015年時点で、列車内の一部で喫煙できる場所が存在する新幹線は東海道・山陽新幹線と九州新幹線のみである。さらに鉄道各社においてはホームに喫煙室を設けたが、結局のところ問題を先送りしただけであったことを考えると今さら敷地内禁煙を取り下げてまで喫煙場所を設置する必要はないと考えている。患者に喫煙させることが決して「患者サービス」ではなく、禁煙を補助することこそが医療者の提供できる患者サービスであることが浸透するにはまだ時間がかかりそうである。

結論

敷地内禁煙による満足度は個人の喫煙習慣に左右されるとはいうものの、単科精神科病院の敷地内禁煙は職員、入院患者、外来患者から概ね好評を得た。どうしても禁煙したくない喫煙者は精神障害の有無に関係なく10%程度存在する。職員の喫煙意識は敷地内禁煙化の前後で大きく変化した。入院患者の喫煙嗜好は精神疾患の有無ではなく入院環境に起因している可能性が示されたので、禁煙教育のみならず作業療法や屋外活動などの充実が望まれる。

謝辞

アンケートの実施と集計を担当した「喫煙問題研究WG」のメンバー 菅村幸代(看護部)、中西一夫(看護部)、田中雅子(薬剤部)、勝岡義勝(衛生委員会)、鈴木由美子(診療部)、白井純一(栄養指導課)、氏名非公表(患者家族代表)、黒崎彰啓(総務部)、川島美幸(相談室)、長野朋香(デイケア)に感謝する。アンケートのデザインと基本統計量の作成を行なった大島久典(作業療法)に特に感謝する。敷地内禁煙の実施に当たり関係諸機関との調節をした川下清春(管理局長)ならびに幸地芳朗(前院長)に深く感謝する。

引用文献

- 1) Shinozaki Y, Nakano M, Takeuchi T, et al; Smoking rates among schizophrenia patients in Japan. Psychiatry Res. 2011; 186: 165-169.
- 2) Banham L, Gilbody S; Smoking in severe mental illness; what works? Addiction 2010; 105: 1176-1189.
- 3) Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, et al; Schizophrenia and increased risks of cardiovascu-

- lar disease. Am Heart J 2005; 150: 1115-1121.
- 4) 「受動喫煙の防止等に関する条例」(平成24年兵庫県条例第18号)
 - 5) 「受動喫煙の防止等に関する条例実施要綱」(兵庫県, 平成24年3月30日制定)
 - 6) 新田真由美、板山 稔、天谷真奈美; 統合失調症患者の禁煙認識と阻害因子. 日看研会誌 2011; 34(5): 31-40.
 - 7) 濱田昌範; 精神科慢性期入院患者の抗精神病薬処方量・自覚症状・薬剤原性錐体外路症状に及ぼす敷地内禁煙の影響. 禁煙会誌 2016; 11(1): 7-13.
 - 8) 井上仁美、伊賀上陸美; 精神科看護者の喫煙に関する現状と課題. 日精雑誌 2008; 27(10): 14-17.
 - 9) 兼板佳孝、大井田隆; 医師の喫煙率 - 2004年日本医師会委託研究より: 日精雑誌 2008; 27(10): 7-13.
 - 10) 中野和歌子、吉井千春、中村 純; 統合失調症患者の禁煙支援. 禁煙会誌 2009; 4(4): 104-108.
 - 11) 萩野佳代子、梅根真知子、中野和歌子; 単科精神科病院における受動喫煙対策. 循環器専門医 2012; 20(2): 360-363.
 - 12) 萩野佳代子、中野和歌子、梅根真知子; 単科精神科病院における敷地内禁煙の取り組み. 日アルコール精医誌 2008; 15: 39-43.
 - 13) 川合厚子; 精神障害者の禁煙治療. 日精協誌 2008; 27: 35-41.
 - 14) 村井俊彦; 精神科病院で禁煙? 精神科病院でこそ敷地内禁煙を. 日精協誌 2008; 27: 42-48.
 - 15) Kim JH, Jung HY, Kang UG, et al; Metric characteristics of the drug-induced extrapyramidal symptoms scale (DIEPSS): a practical combined rating scale for drug-induced movement disorders. Mov Disord. 2002 Nov; 17(6): 1354-9.
 - 16) Judith J. Prochaska, Ph.D., M.P.H.; Smoking and Mental Illness - Breaking the Link. N Engl J Med 2011; 365: 196-198.
 - 17) 松尾典夫; 精神科病院における喫煙の関与する事故. 日精雑誌 2008; 27(10): 49-54.
 - 18) Hashimoto K, Makinoda M, Matsuda Y et al; Smoking bans in mental health hospitals in Japan: barriers to implementation. Ann Gen Psychiatry 2015; 14: 14-35.
 - 19) Els C; What is the role of pharmacotherapy in tobacco cessation in patients with schizophrenia. J Psychiatry Neurosci 2004; 29: 240.

A questionnaire survey on the smoking behavior before and after smoking ban in hospital property

Masanori Hamada

Abstract

Object: Smoking behavior was compared before and after smoking ban in our psychiatric hospital property.
 Method: We sent out a questionnaire to all staff, all adult in-patient and sampled out-patients of our hospital.
 Results: Smoking rates were 54.4% among in-patients, 39.5% among out-patients and 18.6% among staff. Smoking rate increased with hospitalization period significantly in in-patients. Fifty two percent among in-patients, 72% among out-patients and 73% among staff showed one's intention to approve the smoking ban. About half in the smokers of the three groups answered that they wanted to quit smoking. Yeas and nays significantly depended on one's smoking habit in staff.
 Discussion: The reasons of the staff against the smoking ban include ① medical awareness of mental condition, ② awareness of increasing efforts and ③ awareness of increase in involuntary hospitalization. However, the reason of the in-patients against the smoking ban was nicotine dependency itself.
 Conclusion: Success in smoking ban within the psychiatric hospital property depends largely on the smoking behavior of the staff and hospitalization environment.

Key words

psychiatric hospital, smoking ban, smoking rate

Hyogo Prefectural Kohu Hospital. Department of Internal Medicine

6

原著論文

精神科慢性期入院患者の抗精神病薬処方量・ 自覚症状・薬剤原性錐体外路症状に及ぼす 敷地内禁煙の影響

兵庫県立光風病院 内科 濱田昌範

日本禁煙学会雑誌

第11巻 第1号 2016年 2月 29日 別刷

Japanese Journal of Tobacco Control
2016 Vol. 11 No. 1 P7-13

精神科慢性期入院患者の抗精神病薬処方量・自覚症状・ 薬剤原性錐体外路症状に及ぼす敷地内禁煙の影響

濱田昌範

兵庫県立光風病院 内科

【目的】統合失調症入院患者の敷地内禁煙前後で自覚症状・薬原性錐体外路症状評価尺度(DIEPSS)・クロルプロマジン(CP)換算抗精神病薬処方量を調査した。

【方法】喫煙入院患者26名を敷地内禁煙前と禁煙3か月後・1年後で自覚症状(午前中の眠気、睡眠障害、排尿障害、むせ)、他覚症状(心拍数、QTc、排便回数)、DIEPSS(歩行、動作緩慢、流涎、筋強直、振戦、アカシヤ、ジストニア、ジスキネジア)、滑舌を評価。

【結果】3か月後、筋強直、振戦とジスキネジアは有意に改善した。1年後、むせ以外の自覚症状とDIEPSSに有意な改善なし。滑舌とCP換算量は禁煙3か月、1年後とも有意に改善した。

【考察】CP換算量の減量効果は、禁煙によるCYP1A2の抑制より局所のドパミンの減少が関与していると思われる。

【結論】禁煙は統合失調症入院患者の自覚症状、DIEPSSには悪影響を与えず抗精神病薬を減量できる可能性が有る。

キーワード：統合失調症、禁煙、抗精神病薬、薬原性錐体外路症状評価尺度、敷地内禁煙

目 的

兵庫県立光風病院は精神科救急病棟(60床)、精神疾患慢性期病棟(108床)、アルコール病棟(開放病棟)(53床)、児童思春期病棟(65床)からなる単科精神科病院である。

入院患者の喫煙率が54.4%と他の精神科病院と同程度に高く¹⁻³⁾、喫煙関連疾患である虚血性心疾患、肺炎、慢性閉塞性肺疾患ならびに脳梗塞の罹患率も多い⁴⁾。タバコに含まれるニコチンはCYP1A2を誘導し、オランザピンやクロザピン等の抗精神病薬の代謝を促進することが知られている⁵⁾。オランザピン内服患者に喫煙させるとCYP1A2活性が6倍上昇し、オランザピン血中濃度が非喫煙者の1/5に低下する⁶⁾。禁煙による精神症状悪化の危惧に加え、薬剤血中濃度が上昇し副作用が一時的に増える恐れが

あることが、精神科医療者の敷地内禁煙に消極的な主たる理由であった。一方、禁煙により抗精神病薬を減量できれば長期的には副作用を減じ患者にも医療経済にも好影響をもたらすことが期待できるので既にいくつかの精神科病院では敷地内禁煙が実施されており⁷⁾、入院患者の健康上大きな問題が起こっていないという先行論文が報告されている^{8,9)}。

2013年4月に施行された「兵庫県受動喫煙防止条例」¹⁰⁾に従い他の兵庫県立病院は早々に敷地内禁煙に移行したが、単科精神科病院は対象除外になったため¹¹⁾当院では建物内での喫煙が常態化していた。2013年6月に児童思春期病棟の運用が始まり、特別支援学校分教室を併設したため当院も学校としての適用を受けることになったので、2014年4月から敷地内禁煙を実施することに決めた。しかしながら当院の医師を中心に禁煙が患者の身体に及ぼす影響を危惧する意見が上がり、「内科で丁寧な観察を実施すること」が敷地内禁煙実施の条件となったため、敷地内禁煙前後で抗精神病薬の副作用に関する自覚症状・薬原性錐体外路症状評価尺度(DIEPSS; drug-induced extrapyramidal symptoms scale)¹²⁾・クロルプロマジン(CP)換算抗精神病薬処方量¹³⁾を定期的

連絡先

〒651-1242
神戸市北区山田町上谷上字登り尾3
兵庫県立光風病院 内科 濱田昌範
TEL: 078-581-1013 FAX: 078-583-3797
e-mail: hamada@hp.pref.hyogo.jp
受付日 2015年11月19日 採用日 2016年2月5日

に追跡し比較することにした。

対象と方法

組み入れ基準は2014年1月時点で敷地内禁煙開始予定の4月までに退院の見込みの無い精神疾患慢性期病棟の喫煙入院患者とした。対象となる37名全員に本人および保護者に敷地内禁煙の実施と禁煙方法に関する説明を行い、本人または保護者から敷地内禁煙になることの同意を文書で得た。除外基準は設けなかったが本人の同意しない検査は行わないこととした。2014年1月から夜間喫煙の禁止、喫煙本数の自主的減量を開始。4月1日から病院売店でのタバコ販売を中止し4月21日に敷地内禁煙に移行した。

敷地内禁煙前の2014年3月(以下、禁煙前)と敷地内禁煙後の2014年7月(以下、禁煙3か月後)および2015年4月(以下、禁煙1年後)で抗精神病薬の副作用のうち、α1遮断作用ならびに抗コリン作用を示唆する自覚症状(午前中の眠気、睡眠障害、排尿障害、食事のむせ)の有無を問診で、他覚症状(心拍数、QTc、排便回数)を定期検査から取得した。D2遮断による副作用はDIEPSS(歩行、動作緩慢、流涎、筋強直、振戦、アカシシア、ジストニア、ジスキネジア)と滑舌で評価した。抗精神病薬処方量は内服、デポ剤を問わずクロルプロマジン(CP)換算量を診察直近の定期処方から薬剤部が算出した。処方増減は精神科主治医の判断にゆだね、内科からの干渉は一切行わなかった。禁煙しているか否かの判断は本人の申告に加え病棟スタッフの観察で行った。検査未実施の場合は欠損値として解析から除外した。数値はmean ± SDで表記した。独立2群の比較はStudent t test、関連2群の検定はウィルコクソン符号付き順位和検定またはpaired-t testを採用し、p < 0.05を有意と判断した。

倫理的検討

敷地内禁煙に関する倫理的な問題と禁煙方法および内科による観察項目・観察間隔は患者家族代表と多職種職員で構成された「光風病院 喫煙問題研究WG」で半年検討し、幹部会の議論を経て院長の判断で敷地内禁煙の開始日を決定した。

敷地内禁煙同意に際し、既に入院している患者には保険診療によるパレニコリンを用いた禁煙治療が行えないため、禁煙補助剤の購入に協力できる家族に対して「禁煙治療のための標準手順書 第5版」

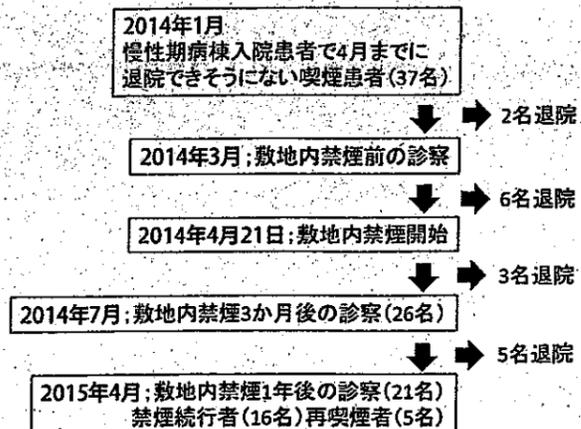


図1 患者エントリーのフロー

(2012年4月)に基づくニコチン製剤を用いた禁煙補助を事前に説明したが、希望する本人並びに家族はいなかった。任意入院を含め、外出許可のある患者が外出中に敷地外で喫煙するのは個人の判断とした。

結果

2014年1月に組み入れ基準を満たした37名のうち、禁煙3か月後まで入院していたのは26名であった(全員、統合失調症で閉鎖病棟入院中。医療保護入院23名、任意入院3名。平均年齢 50.6 ± 15.1歳。女性2名。平均入院日数 3,056 ± 2,612日)。この時点での禁煙率は100%であった。禁煙1年後、21名の患者が入院を継続しており(全員閉鎖病棟)、そのうち再喫煙していた患者は5名いた。従って禁煙の影響を評価するための統計解析は、禁煙3か月後は26名で、禁煙1年後は16名で行った(図1)。

服用抗精神病薬の内訳は多剤併用を含めると、パリペリドン9名、レボプロジン8名、リスパリドン7名、クエチアピン7名、クロルプロマジン6名、オランザピン5名、ゾテピン5名、その他7名であった。

観察期間中、誤嚥、麻痺性イレウス、転倒転落、低ナトリウム血症など抗精神病薬がリスクとなる医療事故は起こらなかった。禁煙3か月後までに退院した11名のうち2名が広範囲の脳梗塞を発症し、1名が致死的不整脈で死亡。さらに1名が自宅で自殺した。

(1) 患者の自覚症状に及ぼす禁煙の影響(表1)

午前中の眠気・睡眠障害・排尿障害・食事のむせ、は個々の変動はあるものの禁煙3か月後は有意な変化を示さなかった。禁煙1年後、食事のむせ

が有意に増加したがそれ以外の自覚症状に有意な変化は認めなかった。

(2) 患者の他覚症状に及ぼす禁煙の影響(表2、3)

心拍数とQTc時間は禁煙3か月後も禁煙1年後も有意な変化を認めなかった。排便回数は禁煙3か月後で減少する傾向にあったが禁煙1年後では有意な差を認めなかった。禁煙3か月後のDIEPSSのうち筋強直、振戦とジスキネジアは禁煙3か月後でわずかではあるが有意な改善を認めた。しかしながら禁煙1年後、これらの有意

表1 自覚症状におよぼす禁煙の影響

| 禁煙3か月後 | 午前中の眠気 | 睡眠障害 | 排尿障害 | むせ |
|-------------|--------|-------|-------|-------|
| 改善 | 7 | 7 | 7 | 3 |
| 悪化 | 3 | 5 | 3 | 4 |
| 不変 | 15 | 13 | 15 | 18 |
| T値 | 16.5 | 32.5 | 16.5 | 12 |
| T値上側有意点 | 47 | 65 | 47 | 26 |
| T値下側有意点 | 8 | 13 | 8 | 2 |
| 同順位補正P値(両側) | 0.206 | 0.564 | 0.103 | 0.705 |

| 禁煙1年後 | 午前中の眠気 | 睡眠障害 | 排尿障害 | むせ |
|-------------|--------|-------|-------|-------|
| 改善 | 4 | 4 | 4 | 0 |
| 悪化 | 4 | 2 | 2 | 4 |
| 不変 | 6 | 8 | 10 | 11 |
| T値 | 18 | 7 | 7 | 0 |
| T値上側有意点 | 33 | 21 | 21 | *** |
| T値下側有意点 | 3 | 0 | 0 | *** |
| 同順位補正P値(両側) | 1 | 0.414 | 0.414 | 0.046 |

表2 心電図、排便回数、CP換算処方量に及ぼす禁煙の影響

| 禁煙3か月後 | 心拍 | QTc | 排便回数 | CP換算処方量 |
|--------|-------------|--------------|-----------|------------|
| 単位 | /分 | msec. | 日/週 | mg/日 |
| 禁煙前 | 77.6 ± 21.5 | 402.4 ± 16.2 | 4.6 ± 2.0 | 1145 ± 863 |
| 禁煙後 | 81.2 ± 17.9 | 405.6 ± 14.6 | 3.8 ± 1.4 | 849 ± 747 |
| 症例数 | 20 | 18 | 25 | 26 |
| P値(両側) | 0.538 | 0.174 | 0.108 | 0.018 |

| 禁煙1年後 | 心拍 | QTc | 排便回数 | CP換算処方量 |
|--------|-------------|--------------|-----------|------------|
| 単位 | /分 | msec. | 日/週 | mg/日 |
| 禁煙前 | 82.4 ± 17.3 | 399.7 ± 15.9 | 4.1 ± 2.1 | 1218 ± 807 |
| 禁煙後 | 78.9 ± 21.5 | 405.4 ± 14.1 | 4.1 ± 1.1 | 987 ± 826 |
| 症例数 | 14 | 12 | 15 | 16 |
| P値(両側) | 0.575 | 0.113 | 1.0 | 0.002 |

表3 薬原性錐体外路症状評価尺度(DIEPSS)と滑舌に及ぼす禁煙の影響

| 禁煙3か月後 | 歩行困難 | 動作緩慢 | 流涎 | 筋強直 | 振戦 | アカシシア | ジストニア | ジスキネジア | 滑舌 |
|-------------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|--------|-------|
| 改善 | 9 | 11 | 11 | 12 | 9 | 6 | 11 | 13 | 11 |
| 悪化 | 7 | 4 | 6 | 2 | 1 | 1 | 4 | 5 | 2 |
| 不変 | 10 | 11 | 9 | 11 | 16 | 19 | 11 | 8 | 13 |
| T値 | 56 | 33.5 | 57.5 | 10 | 4 | 4.5 | 31.5 | 40 | 16.5 |
| T値上側有意点 | 107 | 95 | 119 | 84 | 47 | 26 | 95 | 131 | 74 |
| T値下側有意点 | 29 | 25 | 34 | 21 | 8 | 2 | 25 | 40 | 17 |
| 同順位補正P値(両側) | 0.491 | 0.109 | 0.348 | 0.0058 | 0.013 | 0.101 | 0.089 | 0.033 | 0.035 |

| 禁煙1年後 | 歩行困難 | 動作緩慢 | 流涎 | 筋強直 | 振戦 | アカシシア | ジストニア | ジスキネジア | 滑舌 |
|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|
| 改善 | 5 | 4 | 6 | 4 | 5 | 4 | 5 | 2 | 8 |
| 悪化 | 4 | 5 | 1 | 3 | 3 | 0 | 4 | 3 | 0 |
| 不変 | 5 | 4 | 6 | 6 | 6 | 9 | 5 | 9 | 6 |
| T値 | 20.5 | 18.5 | 7 | 12.5 | 10.5 | 0 | 22.5 | 7.5 | 0 |
| T値上側有意点 | 40 | 40 | 26 | 26 | 33 | *** | 40 | 15 | 33 |
| T値下側有意点 | 5 | 5 | 2 | 2 | 3 | *** | 5 | 0 | 3 |
| 同順位補正P値(両側) | 0.803 | 0.623 | 0.206 | 0.792 | 0.271 | 0.058 | 1 | 1 | 0.0067 |

差はなくなっていた。滑舌は、禁煙3か月後、禁煙1年後を通して有意な改善を認めた。

(3) 抗精神病薬処方量に及ぼす禁煙の影響(表2、図2)

CP換算抗精神病薬処方量は禁煙3か月後で有意に減少し、禁煙を続行した患者(以下、禁煙続行群)では禁煙1年後も有意な減少を示した。一方、禁煙3か月後までは禁煙していたがその後再喫煙している患者(以下、再喫煙群)では禁煙開始1年後にはCP換算処方量が開始前と有意差がない量まで戻ることが判明した。再喫煙群は禁煙続行群に比較し、禁煙前のCP換算処方量が多い印象を受けたが統計上の有意差は認めなかった(再喫煙群; n = 5, 1,509 ± 1,150 mg/日、禁煙続行群; n = 16, 1,171 ± 856 mg/日、n.s., Student t test)。再喫煙群と禁煙続行群の禁煙前の喫煙量を比較してみたが有意な差は認めなかった(再喫煙群; n = 5, 22.0 ± 22.1本/日、禁煙続行群; n = 16, 12.0 ± 8.9本/日、n.s., Student t test)。再喫煙群と禁煙続行群の入院期間にも有意な差を認めなかった(再喫煙群; n = 5, 2,841 ± 1,364日、禁煙続行群; n = 16, 3,537 ± 2,760日、n.s., Student t test)。

考察

本研究で、精神科病院での敷地内禁煙により身体的に重大な副作用を認めず、わずかではあるが有意にCP換算の抗精神病薬を減量できることが示されたので、これから敷地内禁煙を実施しようとする精

神科病院にとって安心材料になると考えている。

精神科病院の喫煙環境

精神科病院入院患者、とりわけ統合失調症患者では喫煙率が高いことが知られている¹⁴⁾。単科精神科病院である当院も敷地内禁煙前は各病棟に不完全な喫煙室が有り、病室にはタバコ臭が満ちていた。入院患者の喫煙率は54.4%で、職員の喫煙率18.6%と比較して3倍程度高かった。従来より我が国の精神科病棟では入院患者が喫煙することが当たり前で、患者の憩いとして容認されてきた背景がある。精神科病院に勤務する医療従事者が禁煙に反対する理由は、喫煙する患者への同情以外に、禁煙させた場合の精神的および身体的影響が予測できなかったからであろう。しかしながら精神症状の急性増悪時に隔離して急に禁煙させても身体上何の問題も無いことは日常経験されることである。2000年を境に、諸外国の精神科病院からも禁煙の安全性に関する報告がなされるようになった^{15,16)}。さらに国内の大学病院や総合病院を含む144の精神科病院が既に敷地内禁煙を実施している⁷⁾が大きな問題は精神的にも内科的にも報告されていない。

統合失調症とニコチン

統合失調症の発症メカニズムはまだ明確にはされていないが、現在、主流となっている抗精神病薬のほとんどはdopamine receptor2 (DA2)の遮断薬であることから、統合失調症の発症には脳内ドパミンの

過剰が少なからず関与していることは間違いなさそうである¹⁷⁾。α7ニコチン性アセチルコリン受容体刺激が統合失調症の症状悪化に関係している報告¹⁸⁾や統合失調症の発症年齢が、喫煙者では若年であることが知られている¹⁹⁾ので統合失調症の発症とニコチンには何らかの因果関係が想像できる。また統合失調症患者ではニコチン性アセチルコリン受容体の発現が低下していることが報告されており、ニコチンアナログを摂取すると統合失調症の陰性症状が改善したという報告もある²⁰⁾。抑うつ状態をCESD (Center for Epidemiologic Depression Scale) で評価した研究では禁煙によりニコチン依存度に関係なく抑うつが改善された報告もある²¹⁾。

ニコチンは腹側被蓋野のドパミン系報酬回路を刺激し、側坐核や前頭前野でのドパミンを増加させて報酬系としての依存を成立させる^{22,23)}。抗精神病薬を服用中の統合失調症の喫煙者は禁煙が特に困難と思われている。その理由として第1世代の抗精神病薬には喫煙欲求を高める作用が有るからといわれている²⁴⁾。ニコチンはCYP1A2を誘導し、オランザピンやクロザピン等の抗精神病薬の代謝を促進するので⁶⁾、喫煙により患者が血中濃度を自己調節している可能性も考えられている。今回の調査では禁煙前の喫煙量、入院期間、CP換算抗精神病薬処方量は禁煙続行群と再喫煙群で有意差は認めなかった。

禁煙による減量の可能性

喫煙患者の方が抗精神病薬の服用量が多い²⁵⁾という報告、さらに喫煙統合失調症患者ではニコチン摂取によるCYP1A2関連の薬物代謝の影響で非喫煙患者より抗精神病薬を多く服用している可能性を示す報告がある^{26,27)}。一方、荻野らの報告では単科精神科病院の敷地内禁煙で、元々喫煙しない患者のCP換算処方量は有意に減少したが、禁煙した患者では有意な減少が認められなかった²⁸⁾。

今回の解析ではCP換算処方量は、禁煙続行群では禁煙1年後も有意に減少していたが、再喫煙群では喫煙再開後、元のレベルまで戻り有意差は認められなくなった。再喫煙群に含まれる患者は、禁煙3か月後にCP換算抗精神病薬処方量を大きく減量できた患者が多かった。CP換算処方量を大きく減じた4名を個別に検討したが、重篤な合併症が理由による減量は認めなかった。再喫煙群と禁煙続行群で禁煙前の喫煙量に有意差は認めなかった。対象患者

のうちCYP1A2で代謝されることが判明しているオランザピンまたはクロザピンの少なくともどちらか一方を服用している患者は26名中6名で、禁煙続行群に多かった。この6名が特に禁煙によりCP換算抗精神病薬の減量が大きかったわけではなかった。そこでCP換算処方量が減じた機序としては禁煙によりCYP1A2活性が低下して減薬に有利に働いたことよりか、ニコチン性アセチルコリン受容体刺激による局所のドパミン増加が禁煙で減少したことが考えられる²⁹⁾。

本研究は単科精神科病院が敷地内禁煙に移行するに当たり、抗精神病薬による重大な副作用が起こらないかを観察した研究であり、精神科疾患を持つ患者に禁煙させた場合に抗精神病薬を減量できるかを検討するためにデザインされた大規模前向き介入調査とは異なるが、禁煙によりCP換算抗精神病薬を減量できる可能性が示唆された。

結論

敷地内禁煙は長期入院慢性精神疾患患者の抗精神病薬による副作用に関する自覚症状、他覚症状、薬原性錐体外路症状に短期的には悪影響を与えずに抗精神病薬処方量を減量できる可能性がある。

謝辞

敷地内禁煙の是非と実施方法を検討した「喫煙問題研究WG」菅村幸代(看護部)、中西一夫(看護部)、田中雅子(薬剤部)、勝岡義勝(衛生委員会)、鈴木由美子(診療部)、大島久典(作業療法)、氏名非公表(患者家族代表)、臼井純一(栄養指導課)、黒崎啓彰(総務部)、川島美幸(相談室PSW)、長野朋香(デイケア)に感謝する。CP換算薬量を計算した薬剤部の横田哲子、開田郁代に感謝する。敷地内禁煙の実施に当たり関係諸機関との調節を行った川下清春(管理局長)並びに幸地芳朗(前院長)に深く感謝する。

参考文献

- 1) Banham L, Gilbody S: Smoking in severe mental illness; what works? *Addiction* 2010; 105: 1176-1189.
- 2) Shinozaki Y, Nakano M, Takeuchi T, et al: Smoking rates among schizophrenia patients in Japan. *Psychiatry Res.* 2011; 186: 165-169.
- 3) 村井俊彦: 精神科病院で禁煙? 精神科病院でこそ敷地内禁煙を。日精協誌 2008; 27: 42-48.
- 4) Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, et al:

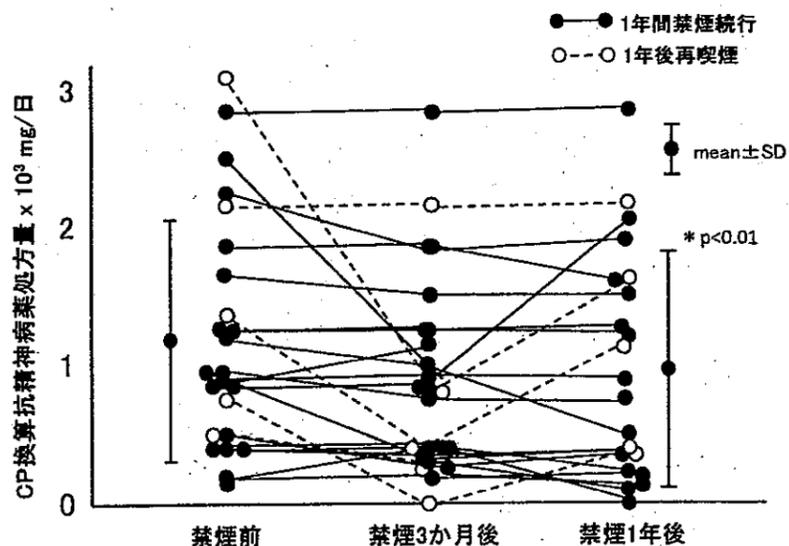


図2 CP換算抗精神病薬処方量に及ぼす禁煙と再喫煙の影響

- Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J* 2005; 150: 1115-1121.
- 5) 戌亥敬一郎、水木 泰: 喫煙と向精神薬の薬物動態学的相互作用について。日精協誌 2008; 27 (10): 22-28
 - 6) Carrillo JA, Herraiz AG, Ramos SI, et al: Role of the smoking-induced cytochrome P450 (CYP) 1A2 and polymorphic CYP2D6 in steady-state concentration of olanzapine. *J Clin Psychopharmacol* 2003; 23: 119-127.
 - 7) Hashimoto K, et al: Smoking bans in mental health hospitals in Japan: barriers to implementation. *Ann Gen Psychiatry* 2015; 14:35.
 - 8) 荻野佳代子、中野和歌子、梅根真知子: 単科精神科病院における敷地内禁煙の取り組み。日アルコール精医誌 2008; 15: 39-43.
 - 9) 川合厚子: 精神障害者の禁煙治療。日精協誌 2008; 27: 35-41.
 - 10) 「受動喫煙の防止等に関する条例」(平成24年兵庫県条例第18号)
 - 11) 「受動喫煙の防止等に関する条例実施要綱」(兵庫県。平成24年3月30日制定)
 - 12) Kim JH, Jung HY, Kang UG et al.: Metric characteristics of the drug-induced extrapyramidal symptoms scale (DIEPSS): a practical combined rating scale for drug-induced movement disorders. *Mov Disord.* 2002 Nov; 17 (6): 1354-1359.
 - 13) 稲垣中、稲田俊也: 第18回: 2006年版向精神薬等価換算。臨床精神薬理 2006; 9 (7): 1443-1447.
 - 14) Glassman AH: Cigarette smoking: implication for psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 546-553.
 - 15) Hemplel AG, Kownacki R, Maline DH et al: Effect of total smoking ban in a maximum security psychiatric hospital. *Behav Sci Law* 2001; 20: 507-522.
 - 16) Smith CM, Pristach CA, Cartagener M: Obligatory cessation of smoking by psychiatric inpatients. *Psychiatry Serv* 1999; 50: 91-94.
 - 17) Lewis DA, Liberman JA: Catching up on schizophrenia: natural history and neurobiology. *Neuron* 2000; 28: 325-334.
 - 18) Olincy A, Harris JC, Johnson LL et al: Proof of concept trial of an alpha7 nicotinic agonist in schizophrenia. *Ach Gen Psychiatry* 2006; 63: 630-638.
 - 19) Schwartz K, Iancu I, Stryjer R et al: Reduced platelet vesicular monoamine transport density in smoking schizophrenia patients. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005; 15: 557-561.
 - 20) Freedman R, Olincy A, Buchanan RW et al: Initial phase2 trial of a nicotinic agonist in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 931-936.
 - 21) 村井俊彦: 長期・超長期入院患者へ禁煙導入は可能か? 精神科救急 2013; 16: 57-68.
 - 22) Corrigan WA, Coen KM: Selective dopamine antagonists reduce nicotine self-administration. *Psychopharmacology (Berl)* 1991; 104: 171-176.
 - 23) Kalivas PW, Volkow ND: The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1403-1412.
 - 24) Els C: What is the role of pharmacotherapy in tobacco cessation in patients with schizophrenia. *J Psychiatry Neurosci* 2004; 29: 240.
 - 25) Salokangas RK, Honkonen T, Stengard E et al: Cigarette smoking in long-term schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2006; 21: 219-223.
 - 26) Adler LE, Hoffer LD, Wiser A et al: Normalization of auditory Physiology by cigarette smoking in schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1856-1861.
 - 27) Carrillo JA, Herraiz AG, Ramos SI et al: Role of the smoking-induced cytochrome P450 (CYP) 1A2 and polymorphic CYP2D6 in steady-state concentration of oranzapine. *J Clin Psychopharmacol* 2003; 23: 119-127.
 - 28) 荻野佳代子、梅根真知子、中野和歌子: 単科精神科病院における受動喫煙対策。循環器専門医 2012; 20 (2): 360-363.
 - 29) Yang YK, Nelson L et al: Nicotine decreases bradykininesiarigidity in Haloperidol-treated patients with schizophrenia. *Neuropsychopharmacology.* 2002; 27 (4): 684-686.

The effect of smoking ban in hospital property on dosage of antipsychotic medications, symptoms and drug-induced extrapyramidal symptoms scale in inpatients with psychotic disorders

Masanori Hamada

Abstract

Object: Smoking increases cardiovascular and pulmonary mortality in every patient. The smoking rate is higher in psychiatric wards than the others. The anxiety about changes in physical conditions, rather than mental conditions, prevents medical staff from smoking ban in psychiatric hospital property. We compared symptoms, drug-induced extrapyramidal symptoms scale (DIEPSS), and dosage of antipsychotic medications among patients with schizophrenia, before and after smoking ban in hospital property.

Method: The subjects were 26 inpatients with psychotic disorders. Symptoms (somnolence, insomnia, urinary difficulties and dysphagia), objectives (heart rate, QTc and bowel motions) and DIEPSS (drug-induced extrapyramidal symptoms scale) were compared before and after smoking ban in hospital property.

Results: Three months after stop-smoking, muscle rigidity, tremor and dyskinesia were significantly improved. Twelve months later, dysphagia was slightly but significantly, impaired. DIEPSS were not changed, at this point. The dosages of psychiatric medications were decreased at both points after cessation of smoking.

Discussion: The decreases in psychiatric medications might be promoted by decrease in dopamine rather than by reduction of CYP1A2 activities induced by nicotine.

Conclusion: The cessation of smoking can reduce dosage of antipsychotic medications significantly and safely.

Key words

schizophrenic disorders, cessation of smoking, antipsychotic medications, drug-induced extrapyramidal symptoms scale, smoking ban in hospital property

Hyogo Prefectural Kohu Hospital. Department of Internal Medicine

資料

「改正・健康増進法」ならびに「兵庫県受動喫煙の防止等に関する条例」
施行による病院の無煙化達成状況

日本公衆衛生雑誌

Japanese Journal of
Public Health

第68巻 別刷

| | | | | | | | |
|----------------------|-------------------|------|-------------------|------|-------------------|------|---------------------|
| ハマダ | マサノリ | ナカニシ | ヒロコ | ノハラ | ヒデアキ | シミズ | ミツエ |
| 濱田 | 昌範* | 仲西 | 博子 ^{2*} | 野原 | 秀見 ^{3*} | 清水 | 光恵 ^{4*} |
| イマイ | マサナオ | ナガエ | トシユキ | ヤナガワ | タクミ | カキモト | ユウイチ |
| 今井 | 雅尚 ^{5*} | 長江 | 利幸 ^{6*} | 柳川 | 拓三 ^{7*} | 柿本 | 裕一 ^{8*,9*} |
| ヤナギ | ヒサオ | スドウ | アキラ | オウサカ | コロウ | スミ | ヒロシ |
| 柳 | 尚夫 ^{10*} | 須藤 | 章 ^{11*} | 逢坂 | 悟郎 ^{12*} | 鷺見 | 宏 ^{13*} |
| イデ | チアキヒロ | タドロ | マサヤ | スズイ | ヒロシ | ヒロタ | サトシ |
| 伊地智昭浩 ^{14*} | | 田所 | 昌也 ^{15*} | 鈴井 | 啓史 ^{16*} | 廣田 | 理 ^{17*} |

目的 2019年7月の「改正・健康増進法」(以下、同法)施行に伴い兵庫県では「受動喫煙防止等に関する条例」(以下、同条例)が上乘せ施行された。具体的には精神科病院を除く病院(以下、一般病院)は全国に先んじ、「敷地内・建物内のすべてを禁煙。敷地の周囲も禁煙」(以下、無煙化)、精神科病院は「施設管理者が治療のために必要と認めた」場合は屋外喫煙区域(以下、特例区域)を設けることができる運用になった。本調査の目的は、兵庫県下の病院における同法・同条例施行後の無煙化の達成状況と課題を明らかにすることである。

方法 兵庫県保健所長連絡会に所属する全保健所が病院立入検査対象病院の喫煙環境を調査した。同法・同条例の施行日以前に立入が完了した病院と、新型コロナウイルス感染拡大のため、やむなく立入りを来年度に延期した病院は質問紙による調査も可とした。調査項目は、全面禁煙であることの表示の状態、灰皿の有無、職員を受動喫煙から守る仕組みの有無等である。同法・同条例施行後に新たに生じた問題と精神科病院で治療のために喫煙が必要と施設管理者が認めた理由については自由記載とした。無煙化達成の判断は「全面禁煙を表示したうえで、敷地内と、その周囲にも灰皿が設置されていないこと」と定義した。

結果 神戸市と西宮市は所轄との調整がつかず計134か所の調査を見送った。残り15保健所管内の病院205か所を調査対象とした。調査した全病院のうち同法・同条例のもと、無煙化を達成した病院は195か所(95.1%)、無煙化を達成した一般病院は178か所(97.3%)であった。精神科病院22か所のうち特例区域を設けた病院は4か所、残り18か所のうち無煙化を達成した病院は17か所(94.4%)であった。精神科病院で治療のために喫煙が必要と施設管理者が認めた理由は「禁煙にすると精神状態が悪化する」であった。一般病院と特例区域を設けなかった精神科病院での、無煙化に伴い新たに生じた問題点は「敷地外での喫煙に関する苦情」22件、「吸殻のポイ捨て」15件、「敷地内での隠れ喫煙」7件などであった。

結論 同条例は病院の無煙化を目指した画期的な条例である。同法・同条例の施行により、一般病院の無煙化はほぼ達成できている。精神科病院の無煙化も大きく前進した。

Key words : 禁煙, 健康増進法, 受動喫煙, 敷地内禁煙, 精神科病院

日本公衆衛生雑誌 2021; 68(8): 559-563. doi:10.11236/jph.20-147

* あかし保健所
2* 芦屋保健所
3* 宝塚保健所
4* 伊丹保健所
5* 加古川保健所
6* 加東保健所
7* 福崎保健所
8* 龍野保健所
9* 赤穂保健所兼務
10* 豊岡保健所

11* 朝来保健所
12* 丹波保健所
13* 洲本保健所
14* 神戸市保健所
15* 兵庫県健康福祉部(前姫路市保健所)
16* 尼崎市保健所
17* 前西宮市保健所
責任著者連絡先: 〒674-0068 明石市大久保町ゆりのき通り1-4-7 あかし保健所 濱田昌範

I 緒言

受動喫煙防止対策は非喫煙者ならびに喫煙者の健康被害を低減させるために非常に重要な施策である。病院敷地内で、喫煙しない患者が受動喫煙の被害に会うことはあってはならないことに加え、喫煙する患者には禁煙のきっかけを与える意味があることから、受動喫煙防止対策は院内感染防止対策・医療安全対策と並び、病院における公衆衛生活動の三本柱のひとつと言って過言でない。そこで全国保健所長会でも「保健所は、管轄区域の学校、医療機関、行政機関などの敷地内全面禁煙をめざす。」と宣言している¹⁾。しかし3年ごとに実施される厚生労働省の医療施設静態調査によると2017年度に調査した病院8,412か所のうち「敷地内を全面禁煙としている」病院は4,938か所(58.7%)に留まっている²⁾。

欧米での医療機関の無煙化(Smoke-free)は、1990年代の話題であり、最近の状況を調べた調査は少なかった³⁾。少なくとも先進7か国で病院の敷地内で喫煙できるのは日本だけである⁴⁾。

2019年7月に施行された「改正・健康増進法」⁵⁾(以下、同法)により、医療機関は教育機関と同じく第一種施設に分類されたが、教育機関とは異なり「敷地内禁煙ではあるものの屋外に喫煙所設置することができる」扱いになった。これでは病院機能評価およびニコチン依存症管理料算定の施設基準である、本来の敷地内禁煙の定義と大きく矛盾する。

兵庫県では同法と同時に「受動喫煙防止等に関する条例」⁶⁾(以下、同条例)を上乗せ施行し、全国ではじめて「医療機関は敷地内・建物内のすべてを禁煙。敷地の周囲も禁煙」(以下、無煙化)を決定した。これまで筆者らが精神科病院でもそれ以外の病院(以下、一般病院)と同様に全面禁煙が可能であることを示してきた^{7,8)}。しかし、後日通知された実施要領⁹⁾により、精神科病院では「施設管理者が治療のために必要と認めた」場合は屋外喫煙区域(以下、特例区域)を設けることができる例外扱いになった。

本調査の目的は、兵庫県下の病院における同法・同条例施行後の無煙化の達成状況と課題を明らかにすることである。

II 研究方法

調査対象は兵庫県下の医療法第25条第1項に基づく立入検査対象の病院339か所。同法・同条例の立入権限が兵庫県・政令指定都市・中核市で異なるため調整を要した。具体的には、兵庫県では同法・同

条例の所轄が健康福祉部健康局健康増進課にあるので、本調査は保健所長会の自主研究として実施し、結果を同課に情報提供することにした。神戸市保健所は他の政令指定都市の大部分と同様に、同法・同条例の所轄が保健所ではなかったため同管内の病院は調査対象外となった。中核市の保健所はそれぞれに同法・同条例の立入権限があるので病院立入検査時に調査することにした。

調査期間は同法・同条例施行日の2019年7月1日から2020年3月31日までとした。保健所医師による病院立入時の実地見分による調査を原則にするものの、一部の病院では施行日までに立入検査が終了していたことに加え、年明けからの新型コロナウイルス感染症の拡大のため、やむなく病院立入を次年度に延期した医療機関では、質問紙による調査も認めた。

無煙化が達成されているか否かの判断基準は「全面禁煙であることを表示したうえで敷地内とその周辺にも灰皿が設置されていないこと」と定義した。

一般病院と精神科病院に共通した調査項目は同条例第9条および第10条に掲げられた必要要件、すなわち敷地内全面禁煙であることを表示していること、および敷地内とその周辺にも灰皿が設置されていないこと、に加えLongoらの論文³⁾を参考に職員の喫煙調査、病院の就業規則の有無、禁煙支援システムの有無、病院でのタバコの販売の有無とした。

特例区域を設けた精神科病院の調査項目には同条例実施要領に記載されている特例区域の要件5項目に加え、喫煙に同伴する看護師の受動喫煙防止対策を追加した。

無煙化になって新たに生じた問題点と、治療のために喫煙が必要と施設管理者が認めた理由については自由記載とした。

本調査は受動喫煙対策という行政活動の把握を目的とし、病院(組織)が調査対象である。ヒトや動物を対象とした医学系研究ではない。また個人情報を取り扱っていないので倫理委員会の審査の適応外と判断した。集計にあたり、特定の病院の結果であることが類推できないように配慮した。

分析は単純集計を行った。統計計算にはフリーソフトのEZR¹⁰⁾を用いFisherの検定でP<0.01を有意とした。自由記載はカテゴリー分類して集計した。

III 研究結果

兵庫県下17の保健所のうち西宮市の病院25か所は前年度に大規模な調査を実施したばかりだったので今回の調査には所内の合意を得られなかった。また神戸市の病院109か所は同法・同条例の所轄部署と

表1 一般病院における敷地内全面禁煙開始時期

Table with 5 columns: 項目, 同法・同条例に合わせた無煙化, 同法・同条例施行以前に全面禁煙化, 無記入その他, 合計. Row 1: n(%), 51(27.9), 95(51.9), 37(20.2), 183(100)

表2 一般病院と精神科病院に共通した調査結果

Table with 5 columns: 項目, 一般病院 [合計183か所] n(%), 精神科病院 [合計22か所] n(%), 有意差**, P値. Rows include: 無煙化の達成*, 職員の喫煙率調査実施したことがある, 職員の喫煙に関する規則や就業規程がある, 禁煙したい職員を支援するシステムがある, 院内売店や自販機でタバコを販売していない

*「全面禁煙であることを表示したうえで敷地内とその周辺にも灰皿が設置されていないこと」と定義した。

** Fisherの検定

の調整がつかなかったのと同じく参加できなかった。その結果、上記の2保健所を除く15保健所の立入対象病院205か所、すべてから回答を得た。病院立入時の実地見分により調査した病院131か所(63.9%)。残りの病院74か所(36.1%)は質問紙による調査であった。

一般病院183か所では同法・同条例施行以前にすでに95か所(51.9%)の病院で全面禁煙を実施していたが(表1)、同法・同条例施行後は178か所(97.3%)が無煙化を達成した(表2)。一方、精神科病院で無煙化を達成したのは17か所(77.3%)であった。4か所(18.2%)が特例区域を設け喫煙を続行し、もう1か所は喫煙所が現認された。一般病院と精神科病院とでは無煙化達成率に有意差があった(表2)。

職員の喫煙率を調査している病院、喫煙に関する就業規則や禁煙支援システムがある病院も25%以下と少なかったが、一般病院と精神科病院で有意差はなかった。院内でタバコを販売している一般病院はなかったが、精神科病院のうち2か所(9.1%)では院内でタバコを販売していた。いずれも特例区域を設けた病院であった(表2)。

特例区域を設けた精神科病院4か所のうち1か所(25.0%)で特例区域であることの表示と未成年者

表3 特例区域を設けた精神科病院における調査結果 [合計4か所]

Table with 4 columns: 項目, 適正 n(%), 不適正 n(%). Rows include: 特例区域は病院利用者が通常立ち入らない屋外にある, 特例区域であることが表示されている, 特例区域に20歳未満および妊婦の立入り禁止が表示されている, 治療上喫煙を必要とする旨が診療録等に記載されている, 治療上喫煙が必要とされた者以外、特例区域で喫煙していない, 喫煙に同伴する看護師の受動喫煙防止対策が立案されている

と妊婦は立入禁止の表示がなかった(表3)。治療のために喫煙が必要であることを患者ごとに評価して、診療録等に記録してある病院は1か所(25.0%)しかなく、残りの3か所(75.0%)では入院形態と病棟単位で喫煙を許可していた。入院患者以外が喫煙していた病院が2か所(50.0%)あった。また、これら4か所すべてで患者の喫煙に同伴する看護師の受動喫煙防止対策が立案されていなかった(表3)。治療のために喫煙が必要と認めた理由は「禁煙により精神症状が不安定になる」で一致していた。一般病院と特例区域を設けなかった精神科病院で、無煙化により新たに生じた問題点は、「敷地外での喫煙に関する苦情」が22件(10.5%)と最も多く、続いて「吸殻のポイ捨て」15件(7.2%)、「敷地内での隠れ喫煙」7件(3.3%)、「喫煙者に注意して逆切れされた」等、その他4件(1.9%)であったが、「とくに問題なかった」21件(10.0%)と、無記入が140件(67.0%)あった。

IV 考察

同条例は病院の無煙化を目指した画期的な条例で、現時点で兵庫県以外の都道府県に例を見ないので、その成否は他の自治体の注目を集めている^{11,12)}。加えて、無煙化が困難とされていた精神科病院においても、問題なく実施できることが判明すれば、全国の精神科病院の無煙化が加速することが期待できる。

1. 保健所による病院の喫煙状態調査の難しさ
病院立入検査時に受動喫煙防止対策に関する調査を実施している保健所は、鈴木らの報告によると2019年度30.2%にとどまっている¹³⁾。本調査で最も苦勞した点は、自治体ごとに同法・同条例の所轄が

異なるため、約60%の病院しか調査できなかったことである。同法・同条例に基づく所轄が保健所以外にあるのであればその部署が病院の調査を行うのは当然であるが、日本循環器学会も禁煙ガイドラインのなかで「保健所は病院の無煙化も地域課題の1つと考え、立入時には無煙環境の実現に向けた支援的な調査や指導に配慮することを期待したい」と言及している¹⁴⁾。そもそも地方分権推進法により病院立入検査は都道府県の自治事務になったので、各自治体の裁量で病院の無煙化を立入検査の第2表の項目に加えることはできるはずである。この法的根拠は、今後、同様な調査を検討している保健所でも参考になると考えられる。

2. 兵庫県条例施行後の病院の無煙化達成状況

病院の敷地内禁煙に関する全国規模の調査は少ない。

調査した一般病院と精神科病院205か所のうち無煙化を達成した病院は195か所(95.1%)で、先に述べた厚生労働省による医療施設静態調査(2017年)²⁾の58.7%に比べ有意に高かった($P < 0.001$)。これは、この間に喫煙に対する社会情勢が変化したことが主要因と考えられるが、一般病院では敷地内とその周辺にも喫煙所設置を認めなかったにもかかわらず、同法・同条例の施行をきっかけに51か所(27.9%)もの病院が新たに無煙化に移行し、最終的に183か所(97.3%)が無煙化を達成したことは極めて注目に値する。病院敷地内に喫煙所設置を認める同法の配慮は本来、必要ないのかもしれない。2020年の医療施設静態調査の結果が公表されれば他都道府県との比較が可能となり、上記の仮説が検証されるのではないかと考える。敷地外での喫煙やポイ捨てに対する苦情が比較的多かったが、横浜市が行った路上喫煙に関する苦情調査も同様の苦情が多く、とくに病院の無煙化に限ったことではないと考える¹⁵⁾。

3. 同条例実施要領で精神科病院が特例扱いになった件

今回、同法・同条例の施行直前になって、兵庫県から、精神科病院では「施設管理者が治療のために必要と認められた」場合は特例区域を設けることができると実施要領で通知された経緯については説明を得られなかった。上記の実施要領にもかかわらず同条例施行後、精神科病院22か所のうち17か所(77.3%)が無煙化になったことが判明した。この結果は2016年に行われた「日本精神科病院協会加盟の病院の禁煙治療の保健適応と敷地内禁煙の有無」¹⁶⁾の調査結果、「全国1,203の精神科病院のうち敷地内禁煙を達成していた病院126か所(10.5%)」に比べ有意に

高かった($P < 0.001$)。

栗岡らによる京都府下の精神科病院における全面禁煙の調査でも「同法施行前42%が施行後67%に増加した」と報告している¹⁷⁾。多くの精神科病院で、患者の精神状態に不利益なく全面禁煙できることが示されていることが理由であろう^{7,8,18)}。

特例区域を設けていた精神科病院4か所で、治療のために喫煙が必要と認めた理由は「禁煙にすると精神症状が悪化する」であったが、これを医学的に支持する論文は検索した限り見当たらなかった。精神科病院における特例区域設置の配慮も本来必要がないのかもしれない。

4. 職員の喫煙に関すること

職員の喫煙率を調査している病院は予想に反し少なかった。衛生委員会のある病院であれば、健康診断の質問項目に加えれば、個人を特定することなく喫煙率を把握できるはずである。職員の喫煙に関して就業規程に記載されている病院は少なかったが、兵庫県下の一般病院では全面禁煙になったので、勤務中には喫煙できないと思われる。特例区域を設けた精神科病院では、患者に同伴する職員も一緒に喫煙していることが判明している。病院はまず職員の喫煙率を減らすために、禁煙外来などの支援システムを用意することが望まれる。患者の喫煙のため同伴を強いられる非喫煙者の看護師への受動喫煙防止対策は最低限必要であると考えられる。

5. 本調査の限界

今回、同法・同条例施行の2019年7月1日以前に立入が実施された病院と、新型コロナウイルス感染拡大のため、やむなく各保健所の判断で立入検査が次年度に延期されたことで、74か所(36.1%)の対象病院で病院立入時の実地見分による調査ができなかった。立入を中止した各保健所では作為的な抽出はなく、調査項目からも質問紙による調査が介入したことで回答傾向が変わる可能性はないと考えている。今回、神戸市と西宮市の参加が結果のところ述べてきた理由により、かなわなかったのもこの種の調査の限界である。

V 結 論

同法に加え、全国に先立ち病院の無煙化を目指した同条例の施行により、調査した兵庫県下の一般病院の無煙化は大きな問題もなく概ね達成されていた。精神科病院での無煙化も着実に浸透してきている。

本研究において開示すべきCOI状態はない。

受付 2020.12.21
採用 2021. 3. 5
J-STAGE早期公開 2021. 5.14

文 献

- 1) 全国保健所長会. 喫煙対策の推進に関する行動宣言. 2019. http://www.phcd.jp/02/sengen/pdf/sengen_20191021.pdf (2020年10月12日アクセス可能).
- 2) 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. 2017. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/17/dl/02sisetu29-3.pdf> (2020年10月12日アクセス可能).
- 3) Longo DR, Feldman MM, Kruse T, et al. Implementing smoking bans in American hospitals: results of a national survey. *Tobacco Control* 1998; 7: 47-55.
- 4) WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2019. https://www.who.int/tobacco/global_report/en/ (2020年10月12日アクセス可能).
- 5) 健康増進法の一部を改正する法律(平成30年法律第78号)概要. 2019. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunituite/bunya/0000189195.html> (2020年10月12日アクセス可能).
- 6) 兵庫県. 受動喫煙の防止等に関する条例(平成24年3月21日制定. 平成31年3月19日改正). 2019. <https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf17/documents/020401.pdf> (2020年10月12日アクセス可能).
- 7) 濱田昌範. 単科精神科病院の敷地内禁煙に伴う喫煙に対する意識変化. *日本禁煙学会誌* 2016; 11: 106-113.
- 8) 濱田昌範. 精神科慢性期入院患者の抗精神病薬処方・自覚症状・薬剤原性錐体外路症状に及ぼす敷地内禁煙の影響. *日本禁煙学会誌* 2016; 11: 7-13.
- 9) 兵庫県. 受動喫煙の防止等に関する条例実施要領(平成24年3月30日制定. 平成31年6月11日改正). 2019. <https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf17/documents/>

- 2020041youryou.pdf (2020年10月12日アクセス可能).
- 10) Kanda Y. Investigation of the freely-available easy-to-use software "EZR" (Easy R) for medical statistics. *Bone Marrow Transplant*. 2013; 48, 452-458. advance online publication 3 December 2012; doi: 10.1038/bmt.2012.244
 - 11) 一般財団法人 地方自治研究機構. 受動喫煙防止に関する条例. 2020. http://www.rilg.or.jp/htdocs/img/reiki/011_passivesmoking.htm (2020年10月12日アクセス可能).
 - 12) 剣持麻衣. 受動喫煙対策をめぐる改正健康増進法の上乗せ・横出し条例. *都市とガバナンス* 2019; 32: 172-183.
 - 13) 鈴木仁一, 揚松龍治, 田中英雄, 他. 改正健康増進法の対応について—全国保健所長会の調査から—. *保健医療科学* 2020; 69: 130-137.
 - 14) 禁煙ガイドライン(2010年改訂版)循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2009年度合同研究班報告): 2010. <https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/02/JSC2010murohara.h.pdf> (2020年10月12日アクセス可能).
 - 15) 高橋朋子, 遠藤 新. 路上喫煙等に関する苦情・要望の発生傾向と対策の課題. *日本建築学会技術報告集* 2019; 25: 899-904.
 - 16) 子どもに無煙環境を推進協議会. 日本精神科病院協会加盟の病院の禁煙治療の保健適応と敷地内禁煙の有無. 2016. <http://notobacco.jp/hoken/seishinnka.htm> (2020年10月12日アクセス可能).
 - 17) 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現状. *日本禁煙学会誌* 2020; 15: 17-27.
 - 18) 荻野佳代子, 中野和歌子, 梅根真知子. 単科精神科病院における敷地内禁煙の取り組み. *日アルコール精医誌* 2008; 15: 39-43.

令和 3 年 9 月 22 日

兵庫県受動喫煙防止対策検討委員会 様

(団体名称) 一般社団法人兵庫県精神科病院協会
(代表者氏名) 会長 深井 光浩

精神病床等を有する病院等の屋外喫煙所の見直し検討にかかる意見陳述について

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。（後述「依存症の現場から～禁煙がもたらす様々な側面について～」垂水病院 院長 山本訓也 参照）

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願います次第です。

依存症治療の現場から～禁煙がもたらす様々な側面について～

精神科医療、特に依存症関連の治療を特色とする垂水病院では、通院では解決困難なケース、例えば過度の飲酒による身体状況の差し迫った危機、あるいは即座に介入しなければならぬ妻や子供への虐待などに直面することがしばしばあるのです。

これはマリファナ、覚せい剤など違法薬物の依存症者にもあてはまることですが、これら依存症者群は一般の対象群に比べて極めて喫煙率が高く、それもヘビースモーカーが多いという事実です。こうしたことは、依存症を扱う医療現場では極めて明白な事実として理解されているものです。なかにはヘビースモーカーの枠を超え、タバコへの依存を呈している例も少なくありません。

前述したように、通院による治療では対処が困難な依存症群に対して、我々は入院治療に導こうとするのですが、これがなかなか大変なのです。

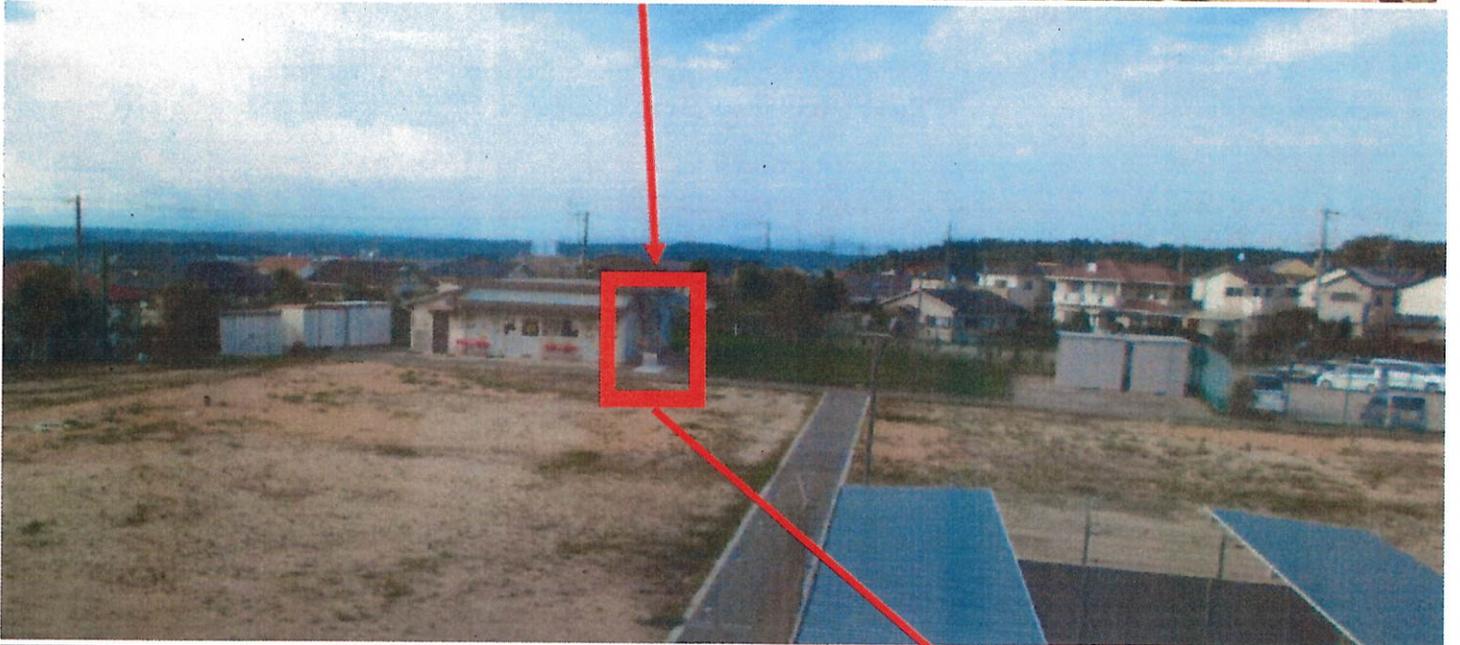
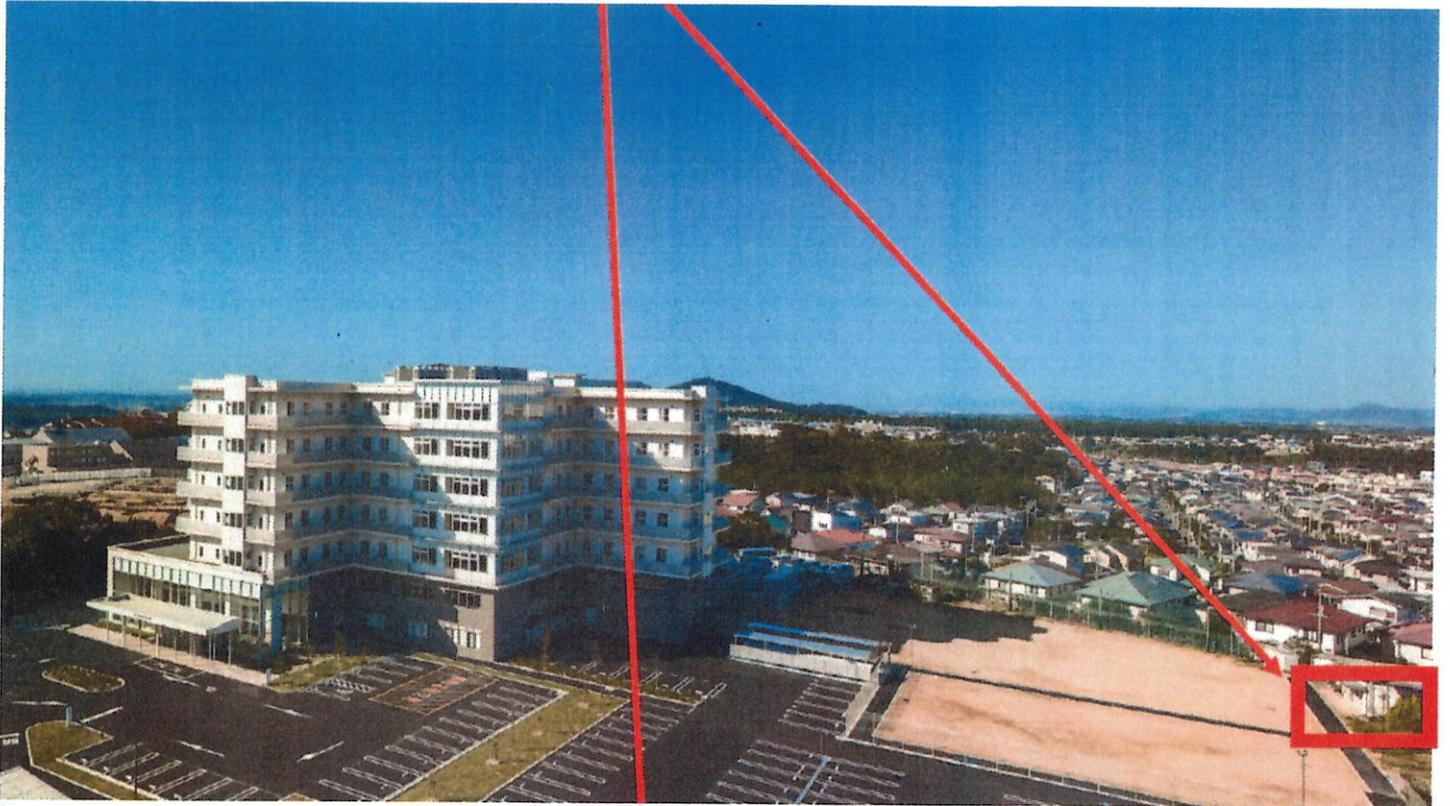
未治療の依存症者は、自分が引き起こしている様々な問題に対する病的否認を残していますので、自身に差し迫った身体的危機や現在の自分の家族の危機的状況がどのように酷い状況であっても、院内禁煙を理由に入院を断る事は少なくありません。

また、なんとか入院できた後にも病棟内で喫煙を繰り返してしまい、やむなく強制退院となることも繰り返されています。

敷地内でのすべての禁煙を徹底するという事は、こうした依存症治療の医療現場に起こっている大きなマイナス要素に目を瞑ることであり、個人的、家族的、社会的大事に至る前の医療機会を奪うことになっていることを理解して頂きたいと思います。

公益財団法人復光会 垂水病院
院長 山本訓也

特定屋外喫煙場所



《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
2. 敷地内禁煙実践の方法と対策川合厚子¹、水野雄二^{2,3}、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. 社会医療法人公徳会トータルヘルスクリニック、2. 熊本機能病院
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、行動変容ステージ、精神科病院

はじめに

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「病院の敷地内禁煙の問題点と進め方」が行われた。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」¹に引き続き、本稿では、シンポジウムで発表・討論された内容を元に敷地内禁煙実践の方法と対策を提言する。また敷地内禁煙に至っていない病院、敷地内禁煙にしたものの課題を抱えている病院の参考になれば幸甚である。

1. 能動喫煙と受動喫煙に伴う疾病と超過死亡

能動喫煙は、がん、心臓血管疾患、呼吸器疾患、糖尿病を含め、多くの疾患の原因となる¹⁾。日本では能動喫煙により年間12～13万人が死亡しているといわれている²⁾。一方、受動喫煙による年間死亡者は、2010年推計では肺がんや心筋梗塞だけで約6,800人であったが、厚生労働省研究班による最新データ(2014年の死亡数を元に2016年5月発表)では脳卒中と乳幼児突然死症候群が加わり約15,000人と報告されている^{1,3)}。現在、病院に通院・入院している患者の多くも能動喫煙や受動喫煙との関連のある疾病を有していると推定される。

2. 受動喫煙防止の効果

受動喫煙防止の効果は、世界各地において受動喫煙防止法実施後に行われた研究により明らかになっている^{4,5)}。メタ解析により、虚血性心疾患、脳血管疾患、COPD等で個別の治療に匹敵する、または上回る程の効果が認められている⁶⁾。

3. 市民は受動喫煙防止を求めている

受動喫煙防止は一般市民に一定の理解が得られていると推測される。熊本県民を対象にした受動喫煙に関するアンケートでは、全体の87%、非喫煙者の94%、前喫煙者の91%、喫煙者であっても57%が、受動喫煙を迷惑と回答した⁷⁾。また、この調査の中で、病院へ求める受動喫煙対策レベルにおいて70%が終日禁煙を求めている。

2005年敷地内禁煙を実施した熊本機能病院は、入院患者を対象として敷地内禁煙の評価を調査した。アンケート対象入院患者262名を対象としてアンケートを施行し、有効回答者数225名(有効回答率85.9%)、うち喫煙者は14.7%であったが、回答があった者のうちの91%は敷地内禁煙を好ましいものにとらえており、喫煙者でも半数以上が敷地内禁煙に前向きな評価をしていた。

4. 病院敷地内禁煙の現状

2014年厚生労働省調査によると全国の病院の敷地内禁煙の実施割合は51%であり、少なくとも78%は敷地内禁煙になっているがん診療連携拠点病院より低率であった⁸⁾。

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: 0238-50-1871
e-mail: dr-kawai@koutoku.or.jp
受付日 2016年3月31日 採用日 2016年6月29日

5. 病院敷地内禁煙の意義

病院敷地内禁煙の意義は、①受動喫煙の防止ができる ②患者に対し職員と共に禁煙の機会を提供できる ③健康増進と医療費削減が期待される ④社会に対して健康増進のためのロールモデルを提示できることである。

6. 病院敷地内禁煙には病院トップの理解と意思が必須

病院敷地内禁煙を推進していくためには、まず病院トップの禁煙推進の重要性の理解が必要である。喫煙できる環境は喫煙を容認することになり、喫煙者の禁煙の機会を奪うだけでなく、健康になろうと来院している患者を受動喫煙に曝してしまう。患者、職員、来院者の健康や命を守るために敷地内禁煙は必須であるという認識を病院幹部が持つことが重要である。また、病院トップが喫煙者である場合、認識が甘くなりがちであり、自身の健康のためにも、また職員の規範となるためにも禁煙を実行することが、喫煙対策の推進、職員の禁煙につながるとされる。

7. 病院敷地内禁煙への実際

病院を敷地内禁煙にする際、一気に敷地内禁煙を行おうとすると、問題が噴出する。したがって、段階を踏んで1歩ずつ進めていく必要があると考えられる。この中で最も重要であると思われるのは、職員向け勉強会である。病院職員の知識や理解が共有さ

れてくれば士気も高まり、敷地内禁煙化とともに職員の一部は禁煙を実行すると思われる。

段階の例を次に示す。

- (1) 病院トップの認識、トップダウンで将来敷地内禁煙を実施することを宣言。
- (2) 喫煙対策委員会(または禁煙推進委員会)の設立と対策リーダーの指名。
- (3) タイムテーブルの作成(段階的な実行)。
- (4) 職員向け勉強会(全職員対象、喫煙の害・ニコチン依存症・禁煙治療とサポート等)。
- (5) 周辺住民向け勉強会(説明と協力要請)。
- (6) 患者向け勉強会。
- (7) 病院敷地内禁煙の実施。
- (8) 喫煙対策委員会で継続管理。
 - ・入院前からの徹底したアナウンスと告知。
 - ・院内放送(朝夕食後時間帯に「入院は禁煙の最大のチャンス」と放送等)。
 - ・患者への教育や支援。
 - ・入院患者への禁煙クリニカルパスの試み。

重要な柱は、①喫煙対策委員会を中心とした組織と取り組み ②職員への教育 ③入院患者への禁煙支援と対応である(図1、2)。

病院敷地内を禁煙化する前には、さまざまな懸念があると思われるが、段階を経て準備をしっかりと行っていけば、その多くは杞憂、もしくは解決できる問題となる。

望ましいと考えられる方策の詳細を次に示す。

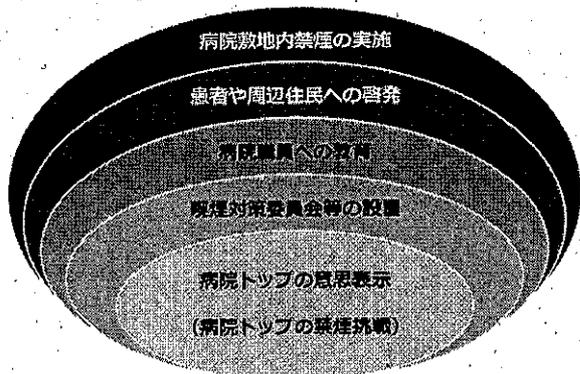


図1 病院敷地内禁煙への考え方

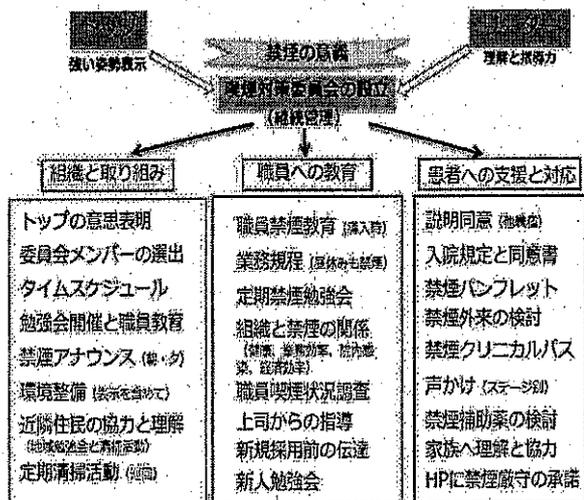


図2 敷地内禁煙実践の方法と対策

- (1) 喫煙対策委員会(または禁煙推進委員会)の役割
- ① 委員には、院長、事務長、病棟責任者等を含む。
 - ② 目的を明らかにしてタイムスケジュールを立てる。
敷地内禁煙の実施日と通達日の設定、準備期間の活動内容(以下の④～⑨参考)の決定とその時期の設定、役割分担等
 - ③ アンケートを実施する。
 - ④ 職員への勉強会と対策を実行する。
 - ⑤ 患者への勉強会と禁煙支援を実行する。
 - ⑥ 広報活動(患者、職員、近隣住民、一般向け)を行う。
 - ⑦ 禁煙治療の準備(ニコチン依存症管理料届出、患者、職員への周知)を行う。
 - ⑧ 近隣住民や自治会へのあいさつをする。
 - ⑨ 環境整備体制(吸殻拾い、美化運動など)を整える。
- (2) 職員対策
- ① 就業規則に就業中禁煙を明記する、昼休みも禁煙にする等を考慮する。
 - ② 喫煙状況を幹部部署も含め部署別に評価し公表する。
 - ③ 禁煙の勉強会を開催する。
 - ④ 各部署に禁煙担当を育成し、推進する。
 - ⑤ 喫煙者の採用は禁煙を条件とし、禁煙を助言、支援する。
- (3) 患者への禁煙支援
- ① 入院は禁煙のチャンスと捉えてもらう。
 - ② 行動変容ステージごとに対応する。
 - ③ 情報提供の工夫をする(特に無関心期)。
 - ④ 職員が毎日話を聞いて患者の努力をほめる工夫をする(看護記録に禁煙状況を記録等)。
 - ⑤ メディカルスタッフ(医師、看護師、薬剤師など)が多職種で支援する。
 - ⑥ 禁煙クリニカルパスの作成を考慮する。
- (4) 入院誓約書
- 入院時に署名する書類に以下のような文言を入れておく方法もある(図3)。
- 「私および連帯保証人は、〇〇病院に入院するにあたり、下記のことを遵守いたします。
- ……自他の健康のために病院敷地内で禁煙を厳守し、職員の指導に従います。」
- (5) 病院における患者や来院者へのアピール
- 病院にさまざまな掲示を行ったり、ホームページで禁煙への取り組み状況を示すことで、来院者やホームページ訪問者に病院の姿勢をアピールすることができる。また、敷地内禁煙のスムーズな運営に役立つ。熊本機能病院の取り組みを提示する(図4)。

8. 禁煙クリニカルパスと行動変容ステージ別の対応

敷地内禁煙は、入院患者が禁煙へ挑戦する絶好の機会である。職員全体で患者の禁煙を支援する上で、病院独自の禁煙クリニカルパスを作成することも考慮される。その際に留意する点を図5に示した。

喫煙する患者の禁煙への気持ちは個々に異なり、禁煙への意向の程度(行動変容ステージ)に応じた禁煙サポートが望ましい。概念図を以下に提示する(図6)。詳細は禁煙支援の具体例をまとめたくまもと禁煙推進フォーラムの資料も参照されたい⁹⁾。

9. 敷地内禁煙の効用

敷地内禁煙を実施した病院からは、禁煙にしてよかった点として以下があげられた。

- ・ 受動喫煙防止の実践ができ、患者と職員の健康増進になった。
- ・ 環境衛生が改善し、清潔感が向上した。
- ・ 喫煙所だったところを有効活用できるようになった。
- ・ 喫煙時間がなくなり、労働時間がより確保できるようになり、職員の欠勤が減少した。
- ・ 院内感染対策になった(非喫煙者のインフルエンザ罹患率が低いことが報告されている)。
- ・ 病院のイメージアップにつながった。
- ・ 患者に禁煙に挑戦する機会を提供できた。
- ・ 患者と家族からの感謝の声、賛成の声が多かった。
- ・ 地域に向けて禁煙の意義をアピールできた。

10. 精神科病院の禁煙化に向けて

精神科患者は喫煙率が高く、精神科があるため病院の敷地内禁煙ができないと捉えられている傾向がある。しかし、単科精神科病院の敷地内禁煙に取り組んだ病院から以下のような考え方が発表された。

- ・ 喫煙は、ニコチン依存症という精神疾患である。
- ・ ニコチン依存症は、他の精神疾患や致死的な身体疾患を引き起こす。
- ・ 敷地内禁煙は、受動喫煙を防止するだけではなく、環境に影響されやすい精神科患者のニコチン依存症治療を容易にする。
- ・ 敷地内禁煙の精神科病院は年々増加しており、合併症予防、感染予防、火災予防、トラブル回避等メリットが知られてきている。一方、精神症状の悪化はまれである。
- ・ 上記を職員が理解し、精神科患者や職員、来院するすべての人を受動喫煙から守ることが重要で、精神科のバリアフリーとなる。
- ・ 精神科患者もタバコの真実を知ると禁煙したい者は多く、教育が必要である。

◆入院誓約書◆ 平成 年 月 日

病院 院長 様

私および連帯保証人は、熊本健能病院に入院するにあたり、下記のことを遵守いたします。

1. 入院中は、入院案内に記載されている事項ならびに医師・看護師の指示を守り、医師の行う診療方針に従って、療養に専心します。
2. 外出・外泊中の事故等については、貴院に迷惑をかけません。
3. 病状等により、回復の遅延が必要と判断されたときには医師の指示に従います。
4. 自己の健康のために病院内敷地内で禁煙を厳守し、職員の手順に従います。
5. 貴重品などの持込物は、自分で管理し、万一、盗難や紛失などがあっても病院に迷惑をかけません。
6. 救急または急遽失火により貴院の施設・備品等に損害を与えた場合には、保証人と連帯して弁償します。
7. 飲酒や暴言等、貴院や他の入院患者さん等に迷惑をかける行為を行い、退院を勧告された時は、速やかに従います。
8. 入院治療費、一部負担金、その他病院に対する支払いについては滞りなく納めました。万一、本人が所定の期日までに納金できないときは連帯保証人がその責任を兼ね、貴院の請求に従い滞りなく支払います。
9. 集団感染予防のため、感染症に罹患した場合には、一旦自宅での療養等を行い、病院内の指示に従います。

平成 年 月 日 入院

| | | | | |
|----------|------|-------|-------|-------|
| ご本人 | 氏名 | | 印 | |
| | 所在地 | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| | 勤務先 | | | |
| 署名 又は 捺印 | | | | |

図3 入院誓約書の例



図4 病院における患者や来院者へのアピール例

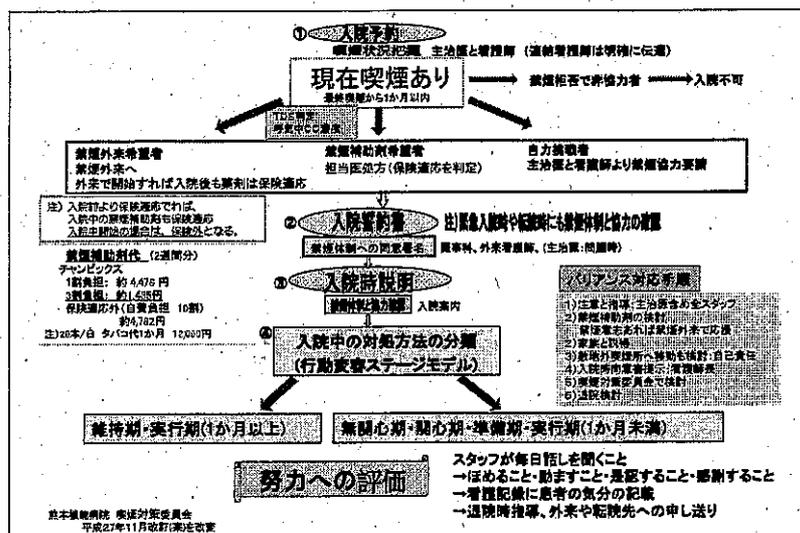


図5 入院患者用禁煙クリニカルパスの基本

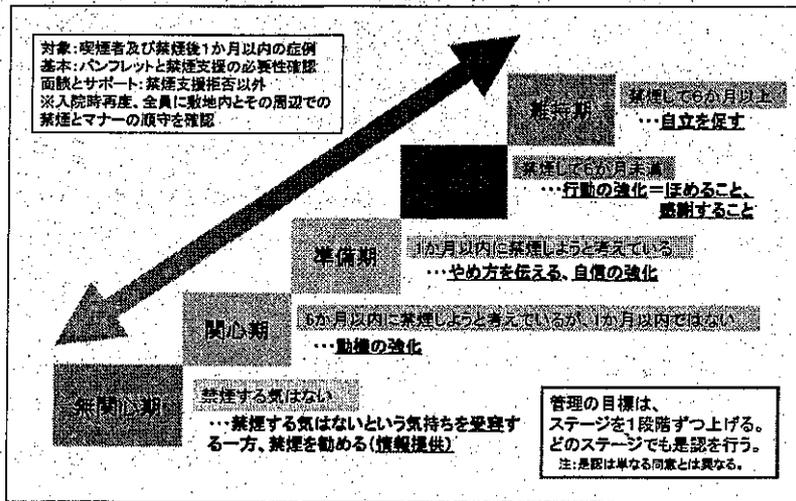


図6 行動変容ステージ別対応⁹⁾

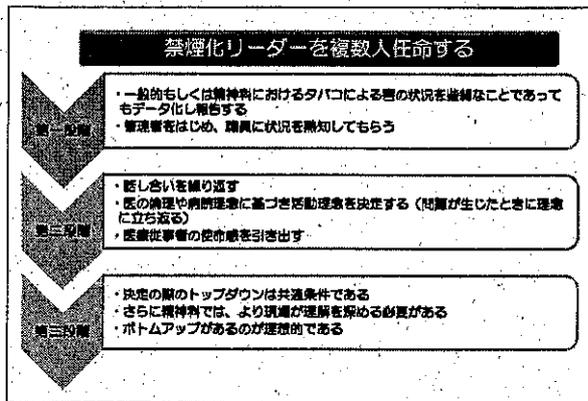


図7 精神科における禁煙化に向けて¹⁰⁾

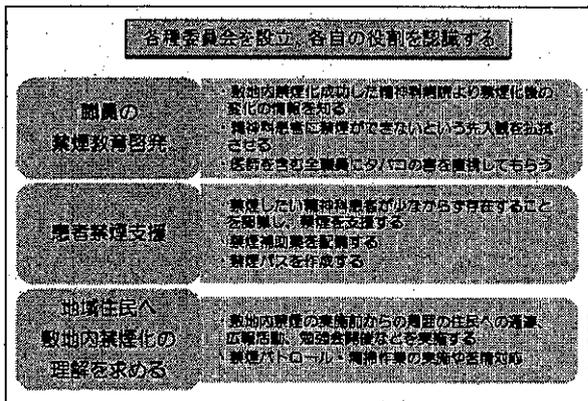


図8 精神科における禁煙化に向けて

図7および図8に、敷地内禁煙にした精神科病院がどのような取り組みを行ったかの概要を提示した。これまでの病院敷地内禁煙化に向けた取り組みと共通点も多い。

熊本県の単科精神科病院の敷地内禁煙化活動を紹介しているので、参照していただきたい¹⁰⁾。

11. 病院敷地内禁煙の問題等

病院敷地内禁煙を実施した際の問題等も発表された。

(1) 診療報酬

- 効果と労力を考えれば加算が必要ではないが、禁煙外来より効果が期待できる入院患者には指導料がない。
- 入院中に禁煙を開始した場合、禁煙補助薬の保険適応がない。

(2) 職員の禁煙指導

- 職員の喫煙は、一時的に入院する患者の喫煙よりも問題であり、対応が必要である。
- 幹部の喫煙は特に問題であり、幹部としての認識と決断が重要である。
- 全職員の喫煙状況評価を定期的に行う。
- 定期的な勉強会を行う。
- 禁煙支援を中心的に行う多職種スタッフを育成する必要がある。
- 昼食後の禁煙がポイントである。
- 就業規則への明記も検討する。

(3) 近隣住民への対策

- 敷地内禁煙実施前から地域向けに勉強会や説明会を開催し、理解と協力を仰ぐ。
- 職員持ち回り制で、地域周辺の清掃活動を行う。
- 病院周辺、例えば500mなど、禁煙領域を周知する。

(4) 火災の不安に関して

- 敷地内禁煙に伴い増加した火災の報告はない。
- 喫煙対策されていない病院より、敷地内禁煙を実施した病院では減少している。一方、喫煙による火災の責任は、喫煙者に示唆すべきである。

12. 質疑応答

Q1. 患者が反対するのではないか。患者が来院しなくなるのではないか。

実際にはほとんど反対はなく患者数の減少は認められません。本文書に示したように、入院患者の9割以上が敷地内禁煙に賛同されました。患者の声の中でも敷地内禁煙へ良い評価の声が多い状況です。患者の家族からも喜ばれます。入院中の喫煙の懸念がなく、安心して入院や通院をさせられるという声もあります。敷地内禁煙を実施している病院への入院は、禁煙へのとても良いチャンスです。

たとえ何らかの問題が生じて、患者への丁寧な説明、教育や啓発、入院前の事前確認などで解決ができます。風紀を乱す者には、警備員の協力や主治医からの忠告、それでも無効な時には、入院時に書いてもらった誓約書を見せて説明を行うこともあります。

統合失調症患者が短命な理由は自殺ではなく、喫煙が大きく関与する心臓血管系障害です。敷地内禁煙にするだけで、禁煙ができる精神科患者も多くおられ、敷地内禁煙は患者の命を救うという認識が必要です。

喫煙する職員が、患者のことを盾にして「患者の反対や患者数の減少」を訴える場合もあります。精神科病院においても病院のイメージが良くなり、むしろ患者数が増えたところもあります。

Q2. 病院敷地内で忠告を聞かない喫煙者への対策はどうするのか。

食後は喫煙欲求が高まることが判明しており、食後30分位の時間帯に清掃パトロールの腕章をつけ、複数人で巡回を行うことが最も効果的です。禁煙であることを入院条件に入れて、入院前に確認しておくことが望ましいと考えられます。主治医からの明瞭な忠告はより効果的です。禁煙には時間をかけたサポートが必要です。早朝や就寝前、食後の時間帯には、患者へ直接声かけをしたり、アナウンス等を使ったアドバイスに効果があります。

Q3. 精神科患者において問題行動が出たり、症状が悪化するのではないか。

概ね問題行動は出ませんし症状は悪化しません。精神症状は良くなることが多くなります。これから喫煙できる場所はさらに減少するでしょう。禁煙ルールを守ることは社会生活を送る上で社会生活訓

練の一つとなります。一般患者でも、禁煙後に抑うつが出現することがあります。抑うつへの対応は精神科の得意分野です。

Q4. 隠れ喫煙による火事が起こるのではないか。

敷地内禁煙にすると火事は起こりにくくなると考えています。隠れて喫煙をしても敷地内禁煙にしていると空気がきれいなので、タバコの臭いはすぐに分かります。また、敷地内禁煙にすると、喫煙率が下がりライターを持ち込みが減少します。喫煙による病院火災の原因の多くはむしろ喫煙できることに関連しています。

Q5. 近隣から苦情が出るのではないか。

喫煙対策委員会等による患者・住民双方への教育、啓発事業、院内パトロールなどで対処できます。

Q6. トラブルにうまく対処できないのではないか。

個人で対応するのではなく、病院としての対応が必要です。想定されるトラブルに対しQ&A集を作成しておくのが良いと思われます。喫煙対策委員会等による患者・住民双方への教育、啓発事業、院内パトロールなどが有効です。慢性疾患を管理するように、病院組織で管理を継続していきましょう。

Q7. それでも精神科を禁煙化することは不安だ。

まず、喫煙の害について、外来や病棟の職員、患者へアンケートを行うことはいかがでしょうか。

「精神科にタバコは当たり前」という風潮がまだまだ根強いですが、一方で精神科だからこそ受動喫煙などの著しいタバコの被害を被っている職員や患者は多いはずで、アンケートにより実情を把握できれば、より早く禁煙化へ賛成する者、リーダーにふさわしい人物が見つかる可能性があります。たとえ現実にならなくても、アンケートにより「禁煙化の波がこの精神科に来るかもしれない」と喫煙者の幹部や職員、患者にも禁煙化について予見をしてもらうことができます。それによって感情的な強い反発は減るかもしれませんし、事前に対策がとれるかもしれません。

いずれにしても、多くの職員がタバコの害について正しい知識を習得し、現実を直視すれば、精神科といえども反対者数に劣らないくらい賛同者も現れるはずで、タバコの問題が大きければ、より禁煙

化へ転じる可能性は高いと考えられます。是非、医療のあるべき本来の姿を取り戻しましょう。

Q8. 前向きでない幹部を前向きに変えるための方法は?

幹部や職員の動機付けには、今後病院敷地内禁煙の取り組みへの正当な診療加算を訴えていくことでしょうか(この提案に会場では賛同をいただけたと思われまます)。

Q9. 病院の敷地内禁煙に向けて何から始めればよいのでしょうか。

病院の敷地内禁煙の意義について、病院幹部がよく理解すること、喫煙対策委員会を設置し、そのリーダーを決めることから始めてはいかがでしょうか。

おわりに

病院敷地内禁煙の意義を理解し、病院を敷地内禁煙にするにはどのようにしていったらよいのか、具体的にイメージできるようにまとめてみた。喫煙していたから、受動喫煙に曝されていたから健康を損ねた、命を失った、という方が周囲にいないだろうか。本稿が「敷地内禁煙が、患者の、来院者の、職員の命と健康を守る」、そのための一歩を踏み出す参考になれば幸甚である。

なお、精神科病院の敷地内禁煙については、第9回日本禁煙学会学術総会シンポジウム「病院の敷地内禁煙の問題点と進め方」報告書3にてさらに詳しく報告する。

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。

文 献

- 1) US Department of Health and Human Services: The Health Consequences of Smoking —50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General 2014
- 2) Katanoda K, Marugame T, Saika K, et al: Population attributable fraction of mortality associated with tobacco smoking in Japan: a pooled analysis of three large-scale cohort studies. *J Epidemiol* 2008; 18: 251-264.
- 3) 片野田耕太, 望月友美子, 雑賀久美子ほか: わが国における受動喫煙起因死亡数の推定. *厚生指標* 2012; 57: 14-20.
- 4) Tan CE, Glantz SA.: Association between smoke-free legislation and hospitalizations for cardiac, cerebrovascular, and respiratory diseases: a meta-analysis. *Circulation* 2012; 126: 2177-2183.
- 5) Been JV, Nurmatov UB, Cox B, et al: Effect of smoke-free legislation on perinatal and child health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2014; published online March 28. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60082-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60082-9) (閲覧日: 2016年2月4日)
- 6) Stallings-Smith S, Zeka A, Goodman P, et al: Reductions in cardiovascular, cerebrovascular, and respiratory mortality following the national Irish smoking ban: interrupted time-series analysis. *PLoS One* 2013; 8: e62063.
- 7) 高野義久, 橋本洋一郎, 川俣幹雄ほか: 熊本県民の受動喫煙に関するアンケート調査. *禁煙会誌* 2012; 7: 83-92.
- 8) 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/dl/gaikyo.pdf> (閲覧日: 2016年2月4日)
- 9) くまもと禁煙推進フォーラム: 禁煙支援の裏技! http://square.umin.ac.jp/nosmoke/material/quit_support.pdf (閲覧日: 2016年2月4日)
- 10) 精神科単科病院における敷地内禁煙の取り組み <http://square.umin.ac.jp/nosmoke/meeting/jsscsato.pdf> (閲覧日: 2016年2月4日)

《資料》

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、デ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害を直視すべく、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

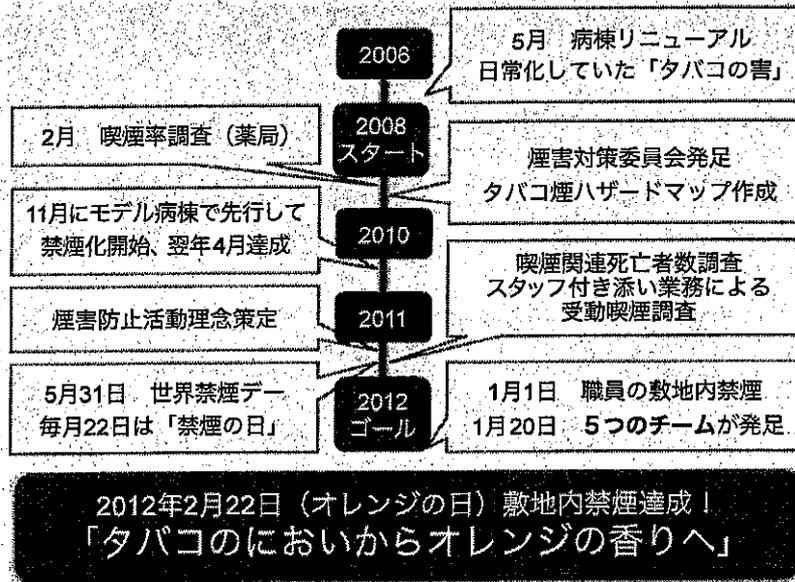


図1 敷地内禁煙達成までのロードマップ

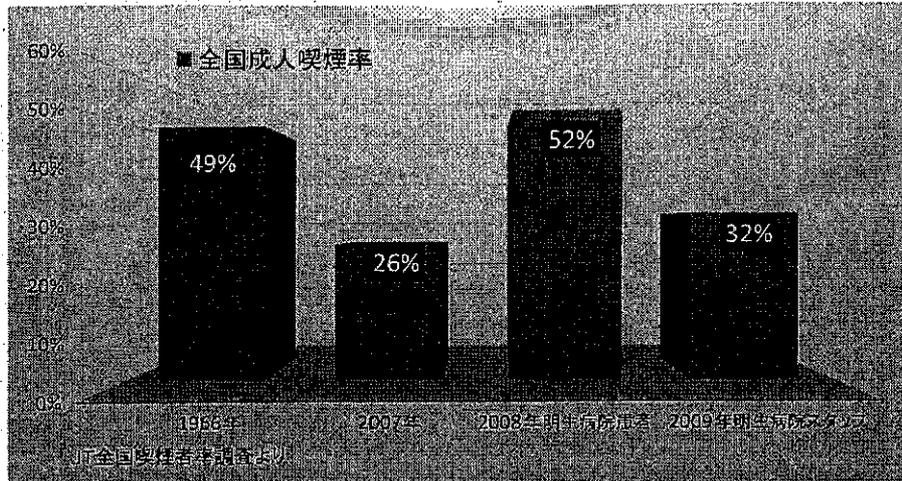


図2 喫煙率実態調査(全国平均との比較)

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

| |
|---|
| <p>【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。</p> <p>【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。</p> <p>【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。</p> |
|---|

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づけた。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出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病症状評価

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病症状を評価 (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

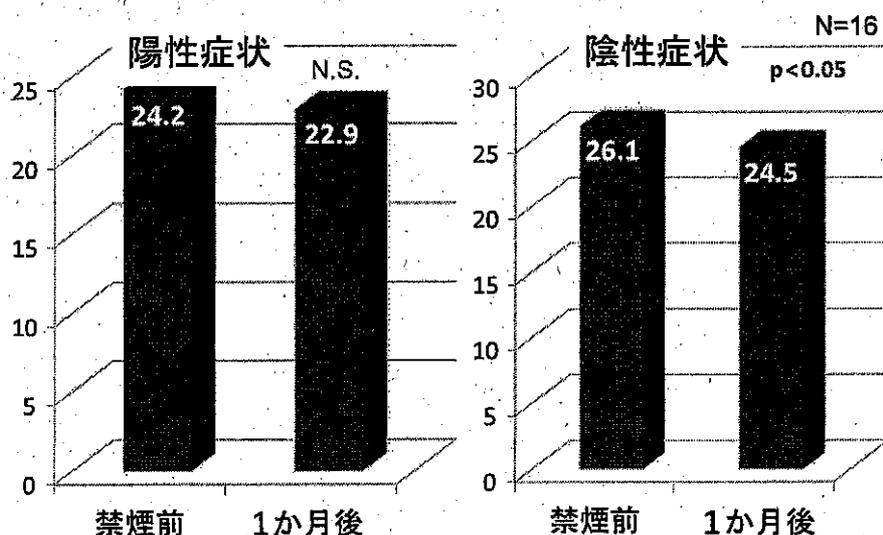


図3 敷地内禁煙達成前後の統合失調症入院患者

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, Laquille 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.

《調査報告》

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

栗岡成人

社会福祉法人 京都博愛会 京都博愛会病院

今日でも精神科病院の喫煙規制は特別扱いされているが、改正健康増進法(改正法)が2019年7月1日に施行され、精神科病院を含むすべての病院は原則敷地内禁煙になった。京都府下の精神科病院間で敷地内禁煙化の情報を共有し、円滑な敷地内禁煙化を進めることを目的に、改正法施行前後に病院管理者宛に喫煙対策の状況についてアンケートを行った。改正法施行前には、12病院中敷地内禁煙は5病院(42%)、建物内禁煙3病院(25%)、建物内隔離喫煙所4病院(33%)であった。改正法施行後、15病院中敷地内禁煙は10病院(67%)、建物内禁煙で屋外喫煙所設置は5病院(33%)であった。改正法施行後、約半数の病院は特に問題は起こらなかったと回答したが、隠れ喫煙と病院周辺での喫煙が残された問題である。アンケート結果を各精神科病院に報告し、敷地内禁煙への対処に関する情報の共有化を行うことで、円滑な敷地内禁煙実施に寄与できた。

キーワード：精神科病院、タバコ対策、敷地内全面禁煙、改正健康増進法

はじめに

受動喫煙防止対策強化を目的に改正健康増進法(以下、改正法と略)が2018年7月18日に成立した。改正法では、第1種施設である学校・病院等と行政機関は原則として敷地内禁煙と規定されており、2019年7月1日に法律が一部施行された。

精神科患者は喫煙率が高く精神疾患を有する患者の禁煙は困難で、精神科病院では敷地内禁煙の実施が容易ではないと考えられてきた。精神科病院では、宇治おうばく病院などの敷地内禁煙化の先駆的な取り組み¹⁾はあるものの、敷地内禁煙を実施している精神科病院は、改正法施行前には約10%とまだ少数であり²⁾、精神科病院では敷地内禁煙施行に伴ってさまざまな問題が生じるのではないかと懸念されてきた。

筆者が所属する京都博愛会病院も精神科病棟を有

する病院であるが、法改正を契機にタバコフリースピタルを目指すために喫煙対策委員会を設置し、敷地内禁煙実施に向けて準備を進め、改正法施行と同時に敷地内禁煙を実施した。

今回、京都府下の精神科病院間で病院敷地内禁煙化の情報や疑問点を共有し、今後の円滑な敷地内禁煙化を進めることを目的として、京都府下の精神科病院の改正法施行前後の喫煙対策の状況について、精神科病院協会京都支部の協力を得てアンケートを実施し、精神科病院における改正法施行による影響と精神科病院における喫煙対策の課題について検討したので報告する。

対象・方法

改正法の施行に対する精神科病院の対処方針、準備状況、法施行後の問題点などについて改正法施行前後に調査した。精神科病院協会京都支部16病院および公立精神科病院1病院の管理者宛にアンケート用紙(参考資料1、2)を郵送した。調査期間は、改正法施行前2019年5月13日～5月27日、改正法施行後2019年10月7日～10月21日とした。なお倫理規定に関しては、京都博愛会病院の倫理委員会では、審査の対象外と判定された。

連絡先

〒603-8041

京都市北区上賀茂ケシ山1

社会福祉法人 京都博愛会 京都博愛会病院

栗岡成人

TEL: 075-781-1131(代表) FAX: 047-722-9400

e-mail: smokefree@sd5.so-net.ne.jp

受付日 2019年12月27日 採用日 2020年3月13日

結果

I. 改正法施行前のアンケート結果

精神科病院協会京都支部16病院のうち11病院(68.6%)および1公立精神科病院、計12病院から回答を得た。

改正法施行前の受動喫煙対策の状況は、5病院(42%)が敷地内禁煙、建物内禁煙3病院(25%)、建物内隔離喫煙所4病院(33%)であった(図1A)。なお、敷地内禁煙の病院のうち1病院が特定喫煙所設置予定であった。入院患者、病院職員の喫煙率については、「入院患者の喫煙率を把握している」:7病院(58.3%)、「職員の喫煙率を把握している」:4病院(33.3%)であった。喫煙率を把握している病院の入院患者、職員の喫煙率はそれぞれ平均5.1%(0~15%)、12%(5~17%)であった(表1)。病院敷地内(売店等)でのタバコ販売は3病院で行われていた。

敷地内禁煙実施にあたって、考えられる問題点と懸念については図2のとおり、隠れ喫煙と病院周辺

での喫煙に対する懸念を挙げる病院が多かった。改正法で規定されている「特定屋外喫煙所」については、「屋外喫煙所を設置しない」:8病院(66.7%)、「設置予定」:3病院、「未定」1病院であった(図1B)。タバコ、マッチ、ライターの敷地内持ち込みについて規制対象別に尋ねたところ、入院患者については「持ち込み・携帯を禁止する」が8病院(66.7%)であったが、職員については「持ち込み・携帯を禁止する」は1病院のみで、「持ち込まないことを努力目標とする」3病院、「持ち込みについては規制しない」が4病院であった。外来患者・家族、出入り業者等については「持ち込まないことを努力目標とする」がともに4病院であった。加熱式タバコの取り扱いについては12病院すべてが紙巻タバコと同じように規制すると回答した。職員の喫煙に対する対応については、休憩時間も含め就業時間内禁煙が9病院(75%)と多かった。喫煙者は禁煙を条件に雇用するという病院も1病院あった。敷地内禁煙実施後の禁

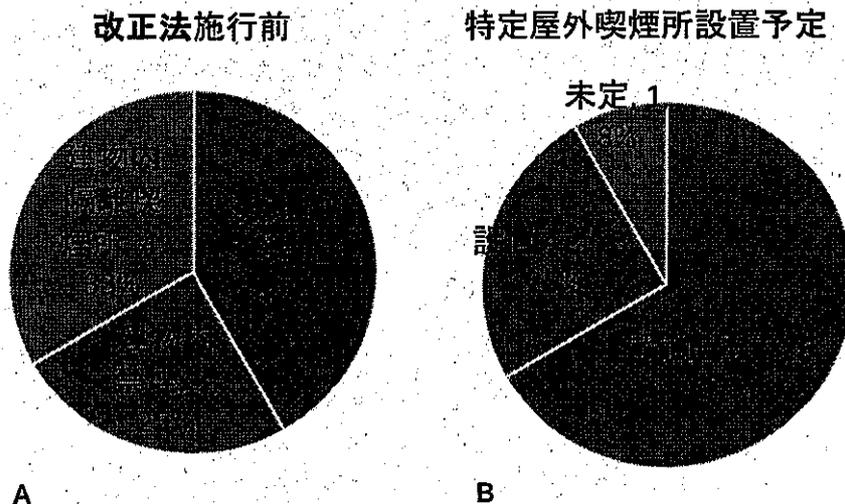


図1 京都府下精神科病院の喫煙規制と特定屋外喫煙所設置予定の状況(改正法施行前 12病院)
 A: 改正健康増進法施行前の受動喫煙対策の状況は、5病院(42%)が敷地内禁煙、建物内禁煙3病院(25%)、建物内隔離喫煙所4病院(33%)であった。
 B: 改正法で規定されている「特定屋外喫煙所」については、「屋外喫煙所を設置しない」:8病院(66.7%)、「設置予定」:3病院、「未定」1病院であった。

表1 病院管理者が把握している入院患者、職員の喫煙率(改正法施行前 12病院)

| | 把握している (病院数) | 喫煙率(%) | 平均喫煙率(%) |
|------|-----------------|--------|----------|
| 入院患者 | 7 | 0~15 | 5.1 |
| 病院職員 | 4 | 5~17 | 12.0 |

喫煙率を把握している病院では、入院患者よりも職員の喫煙率が高い。

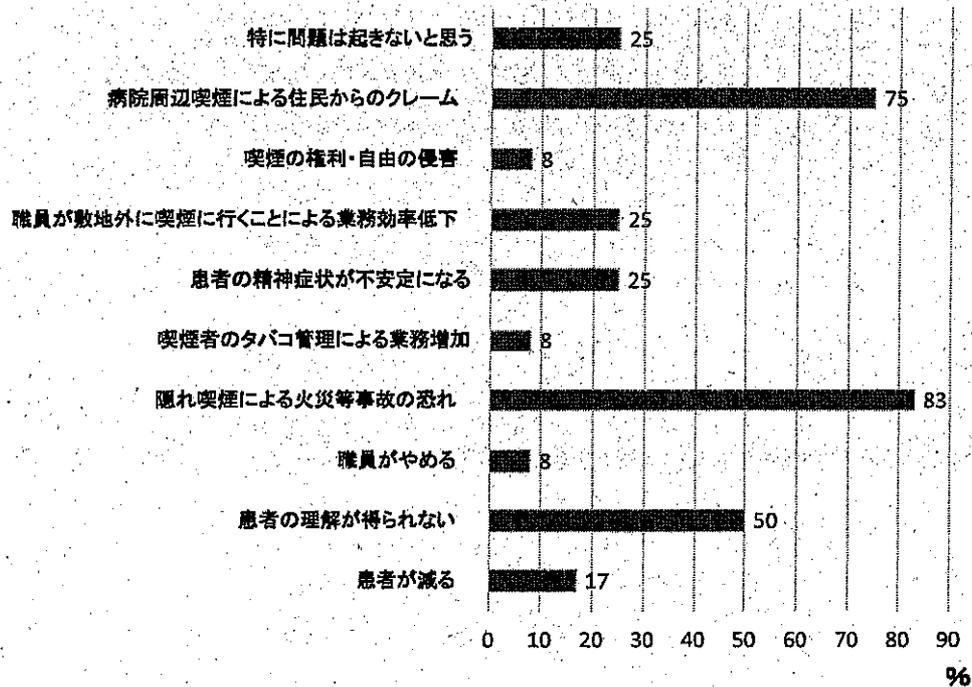


図2 敷地内禁煙実施の問題点と懸念(改正法施行前 12病院 複数回答)
敷地内禁煙実施にあたって、考えられる問題点と懸念については隠れ喫煙と病院周辺での喫煙に対する懸念を挙げる病院が多かった。

煙外来開設については、開設予定が1病院、一方、開設しないは9病院(75%)であった。職員の禁煙支援のために病院として対応を考えている病院は少なかった。

法施行後、敷地内での喫煙が発覚した場合の対応については、入院患者に対しては「禁煙を支援して繰り返す場合は強制退院」が8病院(66.7%)であった。職員に対しては「繰り返す場合は処罰の対象」が8病院(66.7%)と多かった。外来患者・家族に対しては口頭・文書で注意を繰り返す、出入り業者に対しては業者の管理者から本人に注意する、が多かった。

II. 改正法施行後のアンケート結果

精神科病院協会京都支部16病院うち14病院(87.5%)および1公立精神科病院、計15病院から回答を得た。

改正法で敷地内禁煙の施設で規定されている特定屋外禁煙所の設置は15病院中5病院(33.3%)であった(図3)。設置場所は敷地内の目立たないところ、という回答であった。禁煙外来を開設している病院は15病院中2病院(13%)であった。敷地内禁煙実施によって特に問題は起こらなかったと回答した病院が7病院(46.7%)あった。敷地内禁煙実施後に生じた問題では、「隠れ喫煙による火災等事故の恐れ」、

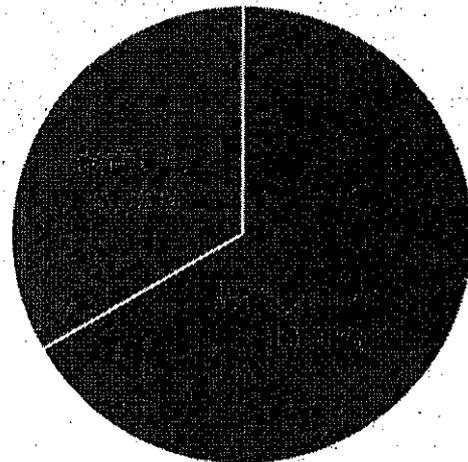


図3 特定屋外喫煙所設置の状況
(改正法施行後 15病院)
改正法施行後、5病院(33.3%)は特定屋外喫煙所を設置していた。

「病院周辺喫煙による住民からのクレーム」をそれぞれ4病院が挙げていた(図4)。その他、「患者の理解が得られない」、「職員が敷地外に喫煙に行くことによる業務効率低下」がそれぞれ1病院あった。病院周辺(敷地外)の喫煙について問題になっていることがあると回答した病院は7病院(46.7%)あった。具体的な問題は、道路上、公園、コンビニ等での喫煙の増加、タバコ、ゴミのポイ捨てなどであった。加熱

式タバコ・電子タバコの問題が生じたと回答した病院が1病院あった。改正法施行後の職員の喫煙に対する対応については、「休憩時間も含め就業時間内禁煙」が11病院(73.3%)、「就業時間内禁煙(休憩時間

除く)」4病院(26.7%)であった(図5)。就業中禁煙を就業規則に明記している病院が2病院あった。

改正法施行後敷地内での喫煙が発覚したと回答した病院は、入院患者で8病院(53.3%)、外来患者・

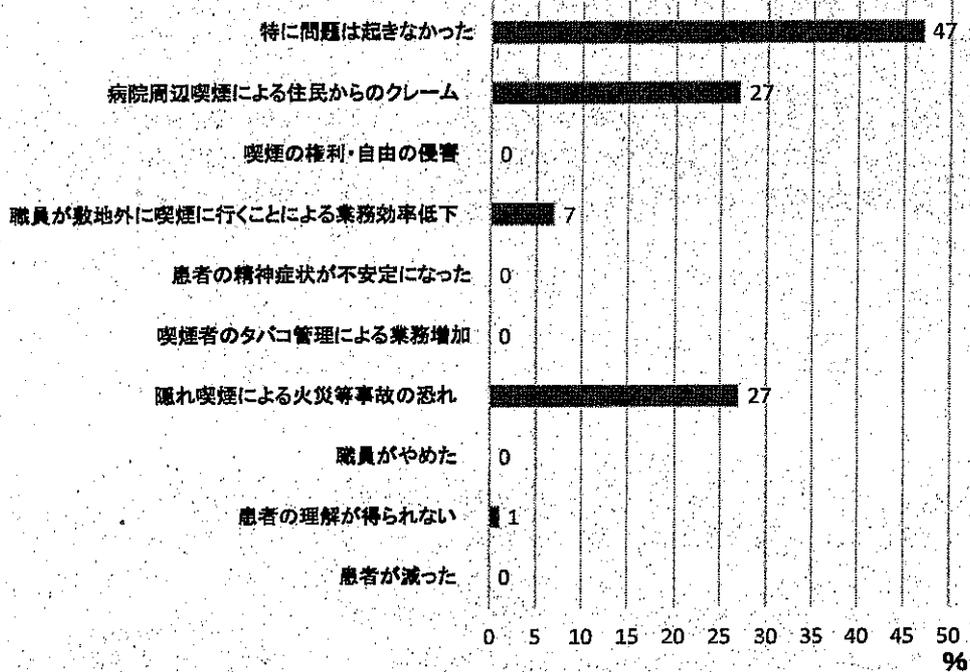


図4 敷地内禁煙実施後の問題点(改正法施行後 15病院 複数回答)

敷地内禁煙実施後に生じた問題では、「隠れ喫煙による火災等事故の恐れ」、「病院周辺喫煙による住民からのクレーム」をそれぞれ4病院が挙げていた。その他、「患者の理解が得られない」、「職員が敷地外に喫煙に行くことによる業務効率低下」がそれぞれ1病院あった。

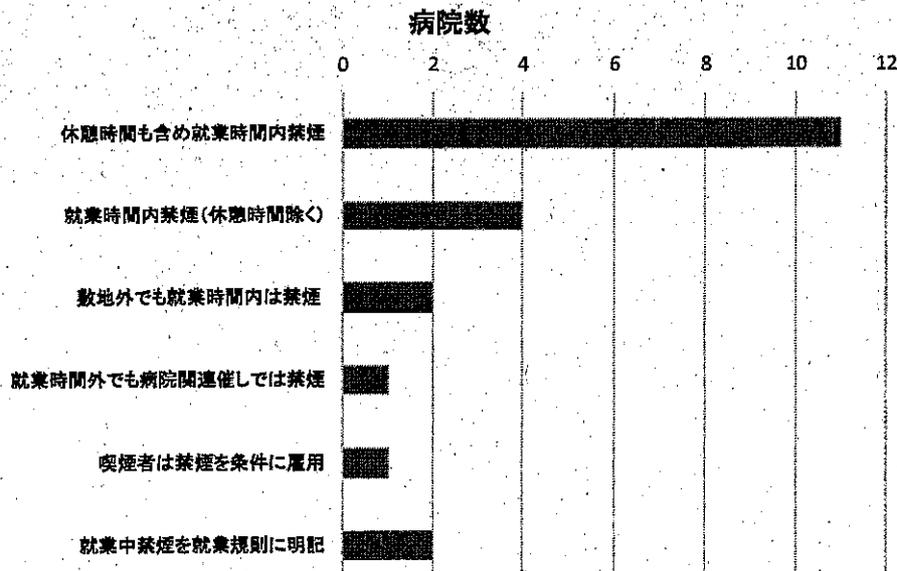


図5 職員の喫煙に対する対応(改正法施行後 15病院 複数回答)

改正法施行後の職員の喫煙に対する対応については、「休憩時間も含め就業時間内禁煙」が11病院(73.3%)、「就業時間内禁煙(休憩時間除く)」4病院(26.7%)であった。就業中禁煙を就業規則に明記している病院が2病院あった。

家族で9病院(60%)、職員で5病院(33.3%)、出入り業者で3病院(20%)であった。対処法は、入院患者では、強制退院とする病院は少なく、多くがそのつと注意、指導を繰り返すということであった。職員の喫煙に対しては、所属長からの注意、始末書提出で対応し、処罰の対象は1病院であった。禁煙支援、禁煙外来への受診勧奨をしているところはなかった。

以上のアンケート結果については京都府下の各精神科病院に報告し、敷地内禁煙への対処についての情報の共有化を行った。

考 察

結果に示したとおり、京都府下精神科病院の改正法施行前後の喫煙対策の状況がある程度把握することができた。

法施行前に、すでに5病院(42%)が敷地内禁煙を実施していたが、改正法施行に伴いすべての病院が原則敷地内禁煙になったことの意義は大きい。改正法施行後、15病院中敷地内全面禁煙は10病院(67%)となった。一方、5病院(33.3%)は特定屋外喫煙所を設置していた。つまり実質的には建物内禁煙である。特定屋外喫煙所については、敷地内に喫煙所を設置するとさまざまな問題が生じると指摘されている³⁾。すなわち、①非喫煙者への受動喫煙が避けられない、②入院に伴う禁煙体験の絶好の機会が失われる、③医療者側が喫煙の機会を提供している、④職員の健康維持・増進が期待できない、⑤受動喫煙防止のために高額な設備投資と場所が必要、⑥喫煙休憩のため削られる労働時間などの業務上の問題などが生じ、建物内禁煙のみではこれらの矛盾は解消できない。敷地内全面禁煙はこれらの問題は生じず、健康的かつ経済的であり、今回大多数の病院が特定屋外喫煙所を設置せず、敷地内全面禁煙としたのは妥当であると思われる。なお、禁煙外来を開設する場合は、ニコチン依存症管理料では施設要件として敷地内禁煙(敷地内喫煙所不可)が規定されている。

敷地内禁煙化で、施行前に懸念されていたさまざまな問題は、改正法施行後にはそれほど目立たず、約半数の病院では特に問題は起こらなかったと回答していた。法改正施行後実際に生じた問題は、法施行前にも多くの病院で懸念されていた隠れ喫煙と病院周辺での喫煙であった。今までに敷地内禁煙を

施した病院の経験では、敷地内禁煙実施にあたってのさまざまな問題点や懸念は多くは杞憂に終わっている^{4,5)}。しかし、まったく問題が生じないというわけではなく、喫煙者が存在する限り問題は残る。患者、職員などの喫煙に対して、どのように対処するかが問われている。

改正法施行後のアンケートで、禁煙外来を設置している病院は15病院中2病院(13%)とほとんどの病院が禁煙外来を設置していなかった。敷地内禁煙は、単に受動喫煙防止対策の強化にとどまらず、喫煙者の禁煙支援対策としても意義がある。病院の敷地内禁煙化は、喫煙者に対する禁煙支援と相まってより効果的なタバココントロール対策となりうる。その意味で禁煙外来を開設する病院が少ないことは残された課題である。

タバコ、マッチ、ライターの敷地内持ち込みについては、入院患者に対しては持ち込み・携帯を禁止するところがほとんどであったが、職員、外来患者・家族、出入り業者等に対しては持ち込まないことを努力目標とするか持ち込みについては規制しないのが大半であった。持ち込みのチェックが難しいことなど現実的な対応としてはダブルスタンダードを取らざるを得ないと思われる。

喫煙対策を実施するには、まず喫煙者の実態を把握することが重要だと考えられるが、今回の調査では入院患者、職員の喫煙率を把握している病院がそれほど多くないことが判明した。特に、職員の喫煙率を把握している病院が少ない(33%)ことが問題である。また、喫煙率を把握している病院では、入院患者よりも職員の喫煙率が高い(入院患者と職員の平均喫煙率は各々5.1%・12%)ことから、敷地内禁煙施行の際には喫煙職員に対する対策が課題となることが示された。

職員の喫煙に対する対応については、休憩時間も含め就業時間内禁煙とするところが大半であった。また敷地外や就業時間外でも禁煙と規定し、非喫煙を条件に雇用する病院もあった。休憩時間であっても、喫煙すると受動喫煙やサードハンドスモークの恐れがあり、病院の外や勤務時間外でも喫煙しないという規範は、病気の予防や治療を行い、地域住民の健康を守る病院の職員としては当然のことであろう。ただし、職員の禁煙支援体制については特に対応する予定のない病院が多く、今後の課題と考えられる。

加熱式タバコについてはどの病院も紙巻タバコと同じように取り扱うことで一致していた。改正法施行後のアンケートでも、加熱式タバコ・電子タバコなど新型タバコを紙巻タバコと同じように取り扱うことで加熱式タバコに関する問題はほとんど生じていなかった。加熱式タバコが国内でブームを巻き起こしている現在、加熱式タバコを紙巻タバコと同じように規制することはニコチン依存症とタバコによる健康被害の拡大を防ぐために大いに意義がある。ただし、新型タバコについては一般の人々はもとより、医療者でも十分理解が進んでいないため、更なる啓発が必要と思われる。

改正健康増進法施行後に敷地内で喫煙が発覚した場合の対応については、改正法施行前アンケートでは入院患者に対しては、繰り返す場合は強制退院とするところがほとんどであった。改正法施行後アンケートでは、敷地内での喫煙に対しては注意を繰り返すことで対処する病院がほとんどであった。トラブルを少なくし、入院する喫煙患者の自覚を促すために入院案内への敷地内禁煙の明記や入院時に誓約書を書いてもらうことが有効であると思われる。職員の喫煙については、所属長からの注意や始末書提出で対応する病院が多く、禁煙支援を行っている病院はなかった。病院として入院患者や職員に対する禁煙支援体制を整備することが今後の課題と考えられる。

自由意見では、以前から敷地内禁煙を実施している病院からは、敷地内禁煙が定着することで問題が減少するとの回答があった。

アンケート結果について京都府下の各精神科病院に報告し、敷地内禁煙への対処についての情報の共有化を行うことで、京都府下精神科病院の円滑な敷地内禁煙実施に寄与できたのではないかと考える。

まとめ

京都府下の精神科病院の改正法施行前後の対応の現状についてアンケート結果をもとに、各情報を各精神科病院で共有化し、円滑な禁煙化に寄与できたと考えられる。

・法施行前の受動喫煙対策の状況は、12病院中5病院(42%)が敷地内禁煙、建物内禁煙3病院、建物内隔離喫煙所4病院であった。

- ・改正法施行後、15病院中敷地内全面禁煙は10病院(67%)、建物内禁煙で特定屋外喫煙所設置は5病院(33%)であった。
- ・敷地内禁煙実施にあたって約半数(46.7%)の病院は特に問題は起こらなかったと回答したが、隠れ喫煙と病院周辺での喫煙が残された課題である。
- ・入院患者に対してはタバコ、マッチ、ライターの敷地内持ち込みを禁止する病院が大半であった。
- ・加熱式タバコについてはどの病院も紙巻タバコと同じように取り扱うことで一致し、法施行後も加熱式タバコについての問題は生じていなかった。
- ・職員の喫煙に対する対応については、休憩時間も含め就業時間内禁煙とするところが大半であった。
- ・法施行後に敷地内で喫煙が発覚した場合の対応については、入院患者に対しては、繰り返し指導する病院が多かった。

謝辞

今回のアンケート実施にあたりご協力いただいた日本精神科病院協会京都支部会員病院および事務局に深甚なる謝意を表します。

本研究の要旨は、第13回日本禁煙学会学術総会(山形)にて発表した。

引用文献

- 1) 村井俊彦：精神科，精神科病院と喫煙との関係を変えた十余年 全敷地内禁煙全国初の試みのその後. 日本精神科病院協会雑誌 2017; 36: 54-63.
- 2) 各種病院の禁煙治療の保険適用と敷地内禁煙の有無と%：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(2016年12月26日現在)
<http://notobacco.jp/hoken/kokuritutabyoin.htm>
(閲覧日：2019年11月10日)
- 3) 米満弘之，水野雄二：敷地内禁煙を行ってみて，第二章 敷地内禁煙 熊本機能病院 205-210.
http://square.umin.ac.jp/nosmoke/text/2-4smokefree_top.pdf (閲覧日：2018年5月18日)
- 4) 川合厚子：病院敷地内禁煙の問題点と進め方. 治療 2017; 99: 1403-1406.
- 5) 川合厚子，水野雄二，佐藤英明，ほか：シンポジウム「病院の敷地内禁煙の問題点と進め方」報告 2. 敷地内禁煙実践の方法と対策. 禁煙会誌 2016; 11: 136-142.

Tobacco control measures of psychiatric hospitals in Kyoto Prefecture before and after the enforcement of the amended Health Promotion Act

Narito Kurioka

Abstract

Even today psychiatric hospitals are exempted from smoke free environment. But with the implementation of the amended Health Promotion Act of the July 1st, 2019, all the hospitals in Japan including psychiatric ones became in principle smoke free in their premises.

We intended to share the information and problems for making hospital smoke free and to execute the hospital total smoking ban smoothly among the psychiatric hospitals in Kyoto Prefecture.

We send a questionnaire to psychiatric hospital administrators in Kyoto Prefecture before and after the enforcement of the Act.

Before the implementation, five to twelve (42%) hospitals were smoke free in their premises, three (25%) were smoke free indoors and four (33%) had indoor separated smoking area. After implementation, 10 to fifteen (67%) hospitals became smoke free in their premises; and five (33%) were smoke free indoors. Although about half of the hospitals replied that no problem in particular happened, closet smoking and smoking around hospitals remain as challenges.

We reported results of the questionnaire to the surveyed hospitals and could share the information for tobacco control measures of other hospitals. This study contributed to a smooth implementation of the smoking ban of psychiatric hospitals.

Key words

psychiatric hospital, tobacco control, total smoking ban, the amended Health Promotion Act

Kyoto Hakuai Hospital, Department of Internal Medicine

参考資料1 精神科病院協会京都支部病院改正健康増進法施行に伴う喫煙対策アンケート用紙

7月1日の改正健康増進法施行について、対処方針、準備状況、法施行後の問題点などについて貴院のお考えをお尋ねします。以下の質問で該当する項目を1つまたは複数選び、番号に○をしてください。(既に敷地内禁煙を実施しておられる病院は、現在の状況についてお答えください。)

《 現 状 》

1. 貴院においては、現在どのような受動喫煙対策を実施していますか？

- ① 敷地内全面禁煙
- ② 建物内は禁煙だが屋外に喫煙場所あり
- ③ 建物内に隔離された喫煙所あり
- ④ 建物内に喫煙スペースを仕切ったり、空気清浄器を設置
- ⑤ その他()

2. 入院患者、病院職員の喫煙率を把握していますか？

- 1)入院患者 ① 把握している(喫煙率 約 %) ② 把握していない
- 2)病院職員 ① 把握している(喫煙率 約 %) ② 把握していない

3. 病院敷地内(売店等)でのタバコ販売をしていますか？

- ① あり ② なし

「①あり」の場合、敷地内禁煙後、タバコ販売はどうする予定ですか？

- ① 中止する ② 続ける ③ 未定

4. 敷地内禁煙実施にあたって、考えられる問題点と懸念は何ですか？(複数回答可)

- ① 患者が減る
- ② 患者の理解が得られない
- ③ 職員がやめる
- ④ 隠れ喫煙による火災等事故の恐れ
- ⑤ 喫煙者のタバコ管理による業務増加
- ⑥ 患者の精神症状が不安定になる
- ⑦ 職員が敷地外に喫煙に行くことによる業務効率低下
- ⑧ 喫煙の権利・自由の侵害
- ⑨ 病院周辺喫煙による住民からのクレーム
- ⑩ 特に問題は起きないと思う
- ⑪ その他()

《 敷地内禁煙後の対処方針 》

5. 改正健康増進法では、医療機関は敷地内禁煙と定められていますが、屋外で受動喫煙を防止するために必要な措置を取られた場所に、喫煙場所を設置することができる、とされています。貴院では屋外喫煙所についてどうされる予定ですか？

- ① 屋外喫煙所を設置しない
- ② 屋外喫煙所を設置する(既存の喫煙所を利用・新たに喫煙所を設置)

6. タバコ、マッチ、ライターの敷地内持ち込みについてどのようにお考えですか？以下の項目別に規制対象の番号を記入してください。規制の対象：① 入院患者、② 職員、③ 外来患者・家族、④ 出入り業者等

- ① 持ち込み・携帯を禁止する()
- ② 持ち込まないことを努力目標とする()
- ③ 持ち込みについては規制しない()

裏面もご記入下さい。

7. 加熱式タバコの取り扱いについてはどのようにお考えですか？

- ① 紙巻タバコと同じように規制 ② 紙巻きタバコより規制を弱める ③ 規制しない ④ 未定

8. 職員の喫煙に対する対応についてはどのようにお考えですか？(複数回答可)

- ① 休憩時間も含め就業時間内禁煙 ② 就業時間内禁煙(休憩時間除く)
③ 敷地外でも就業時間内は禁煙 ④ 就業時間外でも病院関連催しでは禁煙
⑤ 喫煙者は禁煙を条件に雇用 ⑥ 就業中禁煙を就業規則に明記
⑦ その他()

9. 敷地内禁煙実施後の禁煙外来開設についてはどのようにお考えですか？

(なお、ニコチン依存症管理料では施設要件として、敷地内禁煙(敷地内喫煙所不可)が規定されています。)

- ① 開設予定 ② 開設しない ③ 未定

10. 職員の禁煙支援のために病院として対応をする予定はありますか？(複数回答可)

- ① 禁煙治療の費用補助 ② ニコチンパッチ・ガム等の提供 ③ 禁煙カウンセリングの実施
④ その他()

《 法施行後の問題点 》

11. 敷地内で喫煙したことが発覚した場合どのように対応される予定ですか？(複数回答可)

- 1)入院患者 ① 即刻強制退院 ② 禁煙を支援して繰り返す場合は強制退院
③ その他()
2)外来患者・家族 ① 注意を繰り返す(口頭 文書) ② その他()
3)職員 ① 所属長から注意 ② 始末書提出 ③ 繰り返す場合は処罰の対象 ④ 禁煙支援
⑤ 禁煙外来への受診勧奨 ⑥ その他()
4)出入り業者等 ① 当事者に直接注意 ② 業者を介して注意 ③ 繰り返す場合は出入り禁止
④ その他()

12. その他、敷地内禁煙施行にあたって気がかりなことがありましたらお教えてください。

()

病院名:

役 職:

お名前:

連絡先: E-mail

TEL

参考資料2 精神科病院協会京都支部病院改正健康増進法施行後の状況についてのアンケート

受動喫煙防止対策を強化するために7月1日に改正健康増進法が学校、病院、行政機関などの公的施設で施行され、病院は敷地内禁煙になりました。改正健康増進法施行後の貴院の状況と問題点について、お伺いします。以下の質問で該当する項目を1つまたは複数選び、番号に○または()内に適当な語句を記入してください。

1. 貴院では敷地内に特定屋外喫煙場所を設置されていますか？

- ① はい ② いいえ

↓
はいと答えられた場合:どのような場所に設置されましたか？()

2. 禁煙外来を開設されていますか？

- ① はい ② いいえ

3. 敷地内禁煙実施後に生じた問題点は何ですか？(複数回答可)

- | | |
|--------------------|---------------------------|
| ① 患者が減った | ⑥ 患者の精神症状が不安定になった |
| ② 患者の理解が得られない | ⑦ 職員が敷地外に喫煙に行くことによる業務効率低下 |
| ③ 職員がやめた | ⑧ 喫煙の権利・自由の侵害 |
| ④ 隠れ喫煙による火災等事故の恐れ | ⑨ 病院周辺喫煙による住民からのクレーム |
| ⑤ 喫煙者のタバコ管理による業務増加 | ⑩ 特に問題は起きなかった |
| ⑪ その他() | |

4. 病院周辺(敷地外)の喫煙について問題になっていることはありますか？

- ① はい ② いいえ

↓
はいの場合:どのような問題ですか？()

5. 加熱式タバコ・電子タバコの問題が生じたことはありますか？

- ① はい ② いいえ

↓
はいの場合:どのようなトラブルですか？()

6. 職員の喫煙に対する対応についてはどのようにされていますか？(複数回答可)

- | | |
|------------------|------------------------------|
| ① 休憩時間も含め就業時間内禁煙 | ② 就業時間内禁煙(休憩時間除く) |
| ③ 敷地外でも就業時間内は禁煙 | ④ 就業時間外でも病院関連イベント(懇親会など)では禁煙 |
| ⑤ 喫煙者は禁煙を条件に雇用 | ⑥ 就業中禁煙を就業規則に明記 |

裏面もご記入下さい。

⑦ その他()

7. 敷地内で喫煙したことが発覚したことがありますか? その場合どのように対処されましたか?

1)入院患者 ① はい ② いいえ

対処法 ① 即刻強制退院 ② 禁煙を支援して繰り返す場合は強制退院

③ その他()

2)外来患者・家族 ① はい ② いいえ

対処法 ① 注意をする(口頭 文書) ② その他()

3)職員 ① はい ② いいえ

対処法 ① 所属長から注意 ② 始末書提出 ③ 処罰の対象 ④ 禁煙外来への受診勧奨

⑤ その他()

4)出入り業者等 ① はい ② いいえ

対処法 ① 当事者に直接注意 ② 業者を介して注意 ③ その他()

8. その他、敷地内禁煙によって生じた問題点がありましたら教えてください。

()

質問は以上です。ご協力をありがとうございました。最後に貴院及び記載頂いた方の連絡先をお願いします。

病院名:

役職:

お名前:

連絡先: E-mail

TEL