

病院・一般診療所における喫煙対策の現状

山田 敬子*1 阿彦 忠之*2

I はじめに

超高齢社会を迎え、生活習慣病に大きく関わる喫煙問題は最近ようやくクローズアップされてきた。具体的には、1995年に公衆衛生審議会から意見答申された「たばこ行動計画検討会報告書」に基づき、①防煙(喫煙防止)対策、②分煙対策、③禁煙サポート・節煙対策などが進められつつある。

これを受けてわれわれは、管内の喫煙対策の実態を把握し、それを推進することを目的とした特別事業を実施した。その内容は、①分煙キャンペーン、②喫煙防止ならびに禁煙指導研修会の開催、③公衆の場における喫煙対策の実態調査を3本柱とするものである。このうち③の調査は、山形県村山2次医療圏の公共施設、学校、病院、一般診療所および歯科診療所を対象に実施したが、本稿では病院・一般診療所(以下、診療所)の調査結果の概要を報告する。

II 方 法

(1) 対象

村山2次医療圏内(人口58万人)の病院34施設、および診療所345施設のすべてを対象とした。

(2) 調査方法

1997年12月、対象施設の院長あてに調査票を郵送し自計式で回答を依頼。回収も郵送法で実施した。

表1 分煙方法の分類

1. 全面禁煙	調査対象の空間全体を禁煙とする
2. 時間分煙	調査対象の空間全体で時間帯を決めて禁煙とする
3. 空間分煙	喫煙場所を決めて喫煙する(空気清浄装置の設置を行う)
3-a	喫煙場所を完全に分割された空間(喫煙室など)とする
3-b	喫煙コーナー等を設置し、分煙機器でたばこの煙が流れ出ないようにする
3-c	喫煙コーナー等を設置しているが、分煙機器は使用しない
4. 全面喫煙可	調査対象の空間全体のどこでも喫煙を認めている

(3) 調査項目

外来待合室の分煙方法、施設内におけるたばこ販売の有無と方法(病院のみ)、院長および常勤医師の喫煙歴、患者に対する禁煙指導の実施状況と方法、禁煙補助薬(ニコチンガム)の使用状況などを調査した。

なお、待合室の分煙方法については表1のとおり分類した。このうち空間分煙については、1996年に厚生省が公表した「公共の場所における分煙のあり方検討会報告書」による分類に準じた。

III 結 果

調査票の有効回答数(回答率)は、病院29施設(85.3%)、診療所295施設(85.5%)であった。各項目の調査結果は次のとおりであった。

(1) 外来待合室の分煙状況

病院の外来待合室については(表2)、全面禁煙が20.7%、空間分煙が75.9%となっていた。これに対し診療所では全面禁煙が59.7%、空間分煙が25.4%であった。ただし、空間分煙を実施していると答えた施設でも、完全に空間を分

*1 山形県村山保健所技術専門員 *2 同所長

表2 外来待合室の分煙状況

(単位 施設、()内%)

	総数	病院	診療所
総数	324(100.0)	29(100.0)	295(100.0)
1. 全面禁煙	182(56.1)	6(20.7)	176(59.7)
2. 時間分煙	2(0.6)	-(-)	2(0.7)
3. 空間分煙	97(29.9)	22(75.9)	75(25.4)
(再掲)			
3-a 空間分割	31	8	23
3-b 分煙機器使用	15	6	9
3-c 分煙機器未使用	51	8	43
4. 全面喫煙可	30(9.3)	1(3.4)	29(9.8)
5. 不明	13(4.1)	-(-)	13(4.4)

表3 院長の喫煙歴

(単位 人、()内%)

	総数	病院	診療所
総数	324(100.0)	29(100.0)	295(100.0)
現在喫煙	112(34.5)	7(24.1)	105(35.6)
過去喫煙	134(41.4)	9(31.1)	125(42.4)
未喫煙	76(23.5)	13(44.8)	63(21.4)
不明	2(0.6)	-(-)	2(0.6)

表4 診療所の標榜診療科と院長の喫煙歴

診療科	A 総数	B 現在喫煙	C 過去喫煙	D 未喫煙	B/A 現在 喫煙率(%)
内科	177	65	76	36	36.7
外科	50	15	25	10	30.0
小児科	62	23	20	19	37.1
産婦人科	19	7	11	1	36.8
整形外科	36	16	14	6	44.4
脳外科	3	1	1	1	33.3
精神科	11	6	4	1	54.5
皮膚科	35	13	14	8	37.1
泌尿器科	10	4	5	1	40.0
眼科	21	7	8	6	33.3
耳鼻科	18	11	2	5	61.1
その他	33	16	10	7	48.5

注 診療所総数は295施設。複数の診療科を標榜している場合は、それぞれに再掲で計上した。

表5 病院・診療所の院長の喫煙と分煙の実施状況

(単位 人、()内%)

	総数	現在喫煙	過去喫煙	未喫煙	不明
病院	29(100.0)	7(100.0)	9(100.0)	13(100.0)	...
1. 全面禁煙	6(20.7)	3(42.9)	2(22.2)	1(7.7)	...
2. 時間分煙	-(-)	-(-)	-(-)	-(-)	...
3. 空間分煙	22(75.9)	3(42.9)	7(77.8)	12(92.3)	...
4. 全面喫煙	1(3.4)	1(14.2)	-(-)	-(-)	...
診療所	295(100.0)	105(100.0)	125(100.0)	63(100.0)	2(100.0)
1. 全面禁煙	176(59.7)	53(50.5)	78(62.4)	44(69.8)	1(50.0)
2. 時間分煙	2(0.7)	1(1.0)	1(0.8)	-(-)	-(-)
3. 空間分煙	75(25.4)	33(31.4)	29(23.2)	12(19.0)	1(50.0)
4. 全面喫煙	29(9.8)	12(11.4)	12(9.6)	5(8.0)	-(-)
不明	13(4.4)	6(5.7)	5(4.0)	2(3.2)	-(-)

表6 病院・診療所の院長の喫煙と分煙機器の設置状況

(単位 人、()内%)

	総数	現在喫煙	過去喫煙	未喫煙	不明
病院	22(100.0)	3(100.0)	7(100.0)	12(100.0)	...
1. 空間分割	8(36.4)	2(66.7)	2(28.6)	4(33.3)	...
2. 分煙機器設置	6(27.2)	-(-)	3(42.8)	3(25.0)	...
3. 分煙機器未設置	8(36.4)	1(33.3)	2(28.6)	5(41.7)	...
診療所	75(100.0)	33(100.0)	29(100.0)	12(100.0)	1(100.0)
1. 空間分割	23(30.7)	10(30.3)	7(24.1)	6(50.0)	-(-)
2. 分煙機器設置	9(12.0)	5(15.2)	3(10.4)	-(-)	1(100.0)
3. 分煙機器未設置	43(57.3)	18(54.5)	19(65.5)	6(50.0)	-(-)

割しているのは3割程度に過ぎず、病院の36.4%(8/22)、診療所の57.3%(43/75)が喫煙場所を指定していても分煙機器(空気清浄器など)未設置であり、副流煙対策は十分とはいえなかった。

(2) 病院内におけるたばこの販売状況

病院内でたばこの販売が行われていたのは62.1%(18/29)であったが、そのうち66.7%(12/18)に不特定多数の人がたばこを購入できる自動販売機が設置されていた。

(3) 医師の喫煙率について

病院長は、現在喫煙が24.1%、未喫煙(一度もたばこを吸ったことがない)が44.8%であった(表3)。これに対して診療所の院長では、現在喫煙が35.6%、過去喫煙が42.4%と喫煙歴のある者が多かった。

男性医師の喫煙率は、病院32.8%(198/604)、診療所36.1%(114/316)で、同時期に調査した男性歯科医師の喫煙率34.6%(64/185)とほぼ同等であった。女性医師の喫煙率は、病院5.4%(5/93)、診療所8.0%(4/50)であった。

診療所の標榜診療科(複数回答)別にみた院長の喫煙率を検討した結果、精神科54.5%(6/11)や耳鼻科61.1%(11/18)、整形外科44.4%(16/36)で高い傾向があった(表4)。

(4) 院長の喫煙歴と分煙等の関連

院長の喫煙状況と施設の喫煙環境整備との関係では、診療所の院

表7 病院内でのたばこ販売と院長の喫煙歴

(単位 人、()内%)

	総数	現在喫煙	過去喫煙	未喫煙
総数	29(100.0)	7(100.0)	9(100.0)	13(100.0)
販売あり	18(62.1)	4(57.1)	5(55.6)	9(69.2)
販売なし	11(37.9)	3(42.9)	4(44.4)	4(30.8)

表9 ニコチンガムが一般化しにくい理由(複数回答)

(単位 人、()内%)

	病院 (n=19)	診療所 (n=172)
保険適応外の医薬品だから	5(26.3)	86(50.0)
医師への情報提供が足りないから	7(36.8)	55(32.0)
患者の禁煙に対する意識が低いから	11(57.9)	62(36.0)
ニコチンガムなしでも禁煙できるから	3(15.8)	37(21.5)
その他	1(5.3)	24(14.0)

長が未喫煙の場合で外来待合室の全禁煙実施の割合が高くなっていったが(表5), 分煙機器の整備や(表6), たばこ販売(表7)との関連は認められなかった。

(5) 禁煙指導の実施状況

今回調査対象とした医療施設で禁煙指導を実施していたのは、病院が29施設のうち19施設(65.5%), 診療所が295施設のうち172施設(58.3%)であった。ただし、この中で「禁煙外来」という形で患者指導を実施していたのは、わずか1病院だけ(1998年4月からさらに1病院で開設)であった。禁煙指導を実施しない理由としては、病院・診療所とも「診療科の性質上指導対象となる患者がない」が最も多かった(表8)。

そこで有効回答を得た一般診療所295施設のうち、禁煙指導を行う機会が最も多いと思われる内科を標榜していた179施設についてさらに検討を加えた。このうち134施設(74.9%)が禁煙指導を実施していたが、内科を標榜し禁煙指導を実施しない施設の院長の現在喫煙率は46.7%(21/45)と、実施している院長の現在喫煙率は32.8%(44/134)と比べて高値であった。内科標榜医が禁煙指導を実施しない理由(複数回答)としては、「対象患者なし」24.0%(12/50)よりも「患者の要望なし」30.0%(15/50), 「指導の必要性なし」28.0%(14/50)が高かった。

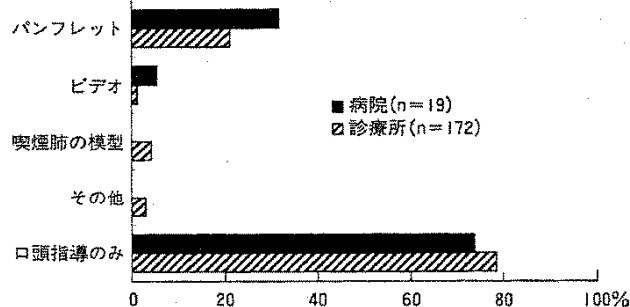
禁煙指導を実施している施設のうち、ニコチンガムは42.1%(8/19)の病院, 30.8%(53/172)

表8 禁煙指導を実施しない理由(複数回答)

(単位 人、()内%)

	病院 (n=10)	診療所 (n=123)
診療科の性質上対象患者がないから	5(50.0)	71(57.7)
患者からの要望がないから	2(20.0)	28(22.8)
指導する時間がないから	3(30.0)	5(4.1)
指導の必要性を感じないから	1(10.0)	25(20.3)
その他	2(20.0)	13(10.6)

図1 禁煙指導で使用している指導教材



注 口頭指導のみ以外は複数回答

の診療所で使用経験ありと回答していた。また、ニコチンガムが一般化しない理由としては、診療所の院長は「保険適用外であること」を、病院院長は「患者の禁煙に対する意識が低いから」をもっとも多く挙げていた(表9)。

禁煙指導の教材としては、病院・診療所ともに70%以上の施設が「口頭指導のみ」で指導していると回答していた(図1)。

IV 考 察

医療機関における喫煙対策の実態と今後のあり方について、分煙の実態、医師の喫煙状況、禁煙指導の内容(特に喫煙習慣をニコチン依存症ととらえているか否かについて)を中心に考察する。

(1) 分煙の実態について

前述の「公共の場所における分煙のあり方検討会報告書」の分類を用いた、医療機関における分煙の実態調査の報告は、われわれが文献を検索した限りでは、見当らなかつた。分煙の有無については、小林らが1996年の第36回日本胸

部疾患学会総会（1997年に日本呼吸器学会に改名）参加者3,725人を対象に行なった調査によれば¹⁾、病院の79%で分煙が実施されているとの報告がある。

これと比べ、われわれの調査では診療所・病院ともに外来待合室の分煙実施率は高かったが、空間分煙を実施していると答えた施設でも完全に空間を分割しているのは3割程度に過ぎなかった。また、喫煙場所を指定していても分煙機器（空気清浄器など）の設置は徹底しておらず、副流煙対策は十分といえなかった。

本来、多様な疾患を抱えた患者さん達がじっと待つ外来では、他のどの空間よりも全面禁煙が実施されるべきである。病院では入院患者に対して喫煙コーナーを設けざるを得ない場合もあるかもしれないが、空間分割を徹底し、さらに分煙機器等を用いて副流煙が喫煙空間から漏れないよう環境整備を進めることは、今後の重要な課題である。

また、患者に治療を行なう場である病院内において、その6割以上で堂々とたばこが販売され、うち67%に自動販売機が設置されている実態が信じがたい事実であった。

病院長は医師として、また、病院の管理責任者として、これらの改善を何よりも最優先に図るべきである。

(2) 医師の喫煙状況について

日本人男性医師の喫煙率については複数の報告があり^{2)~10)}、それぞれ16~44%台と幅がある。これらの数値が極端に低い報告はいずれも有効回答率が50%前後のものが多く、喫煙者が回答していない可能性を指摘されている。その点、われわれの調査は85%を超える有効回答率であり、実態をよく反映していると思われる。

今回の男性医師の喫煙率（病院32.8%・診療所36.1%）は、川根がその文献で推測している値にほぼ一致しているが¹¹⁾、アメリカの内科医における90年代の喫煙率3.3~3.8%に遠く及ばない¹²⁾¹³⁾。今後日本でも、欧米のように医師の過剰時代が本格的に到来し、喫煙の有無が医師の評価につながるようになれば急速に喫煙率は低

下すると思われるが、未だ「喫煙は本人の嗜好の問題」と容認され危機感のない医師が多いのが現状である³⁾。

一方、医学生の間では、喫煙経験者の9割が18歳以降に喫煙を開始しているという報告がある¹⁴⁾。医学生自身に対する喫煙対策（喫煙防止教育・分煙推進・禁煙サポート）を進め、医師としての自己管理能力を高める教育を地道に行なうことが、欧米並みに医師の喫煙率を低下させる第1歩であるという主張^{14)~16)}に同感である。

(3) 禁煙指導について

数多くの疾患の原因として挙げられている喫煙習慣について、医師として患者の禁煙指導を行なうのは当然の義務である。全米内科医に対する調査では¹²⁾、その90%が喫煙に対するカウンセリングを行なっていると回答しているが、日本の調査では診療科ごとの検討を行なっておらず、調査対象とした病院の医師全体で70~90%が禁煙指導を実施しているとの報告がある³⁾¹⁴⁾¹⁵⁾。

今回のわれわれの施設院長に対する調査（施設としての禁煙指導の有無）では病院の66%、診療所の58%で禁煙指導が行なわれていたが、さらに、内科標榜医に限れば75%が禁煙指導を実施していた。

一方、内科を標榜していながら禁煙指導を実施しない診療所の院長の現在喫煙率が、禁煙指導を実施している場合より高いという結果は、喫煙する医師は禁煙指導を実施しない傾向があるという報告⁹⁾¹⁰⁾と同様であった。内科標榜医でありながら禁煙指導を実施しない理由（複数回答）としては、「多忙で指導の時間がない」という回答より、「患者の要望なし」「指導の必要性なし」など消極的な意見の割合が高かった。

近年、喫煙習慣がニコチン依存症という面から捉えられるようになり、1994年にニコチンガムが発売されてからは、全国各地に専門的なプログラムによる禁煙外来が相次いで開設されている。今回の調査では、禁煙外来という専門的な外来の開設は1施設のみ、ニコチンガムの使用経験は禁煙指導を実施している診療所院長で

も3割程度であり、圧倒的に口頭指導のみで、専門的プログラムを用いず禁煙指導を終了している実態が明らかになった⁹⁾。このように医師が禁煙指導に消極的になったり、指導内容に工夫が見られない背景には、医学教育における禁煙指導のための教育が系統立てられていないことが深く関連していると考えられる。

現在、厚生省が策定中の「健康日本21」(仮称)において、1次予防の重要性はひととき強調されているが、禁煙サポートも重要な柱の1つである。今後、医師の卒前・卒後教育において、単なる喫煙の害を伝えるにとどまらず、行動・薬物療法を含めた専門的なプログラムによる禁煙指導を広めることが急務と思われる。

V ま と め

山形県村山2次医療圏の病院・診療所における喫煙対策の現状と課題を分析した。

(1) 本来全面禁煙であるべき外来待合室の喫煙対策は、全面禁煙の実施が病院の2割、診療所の6割にとどまっていた。空間分煙の実施はそれぞれ75%、25%であったが、空間分煙による分煙の実施はそのうちの3割程度で、副流煙対策を含め空間分煙でさえ十分とは言えなかった。

(2) 医師の喫煙率は、病院・診療所とも30%台で、診療所の院長は約8割が喫煙経験者であった。

(3) 内科標榜医のうち25%が禁煙指導を実施していなかったが、そのうち3割が禁煙指導の必要性なしと考えており、医師の意識改革が重要であると思われた。

(4) ニコチンガムやパンフレット等を用いた専門的なプログラムによる禁煙指導はいまだ普及しておらず、医学教育の充実が急務と思われた。

これをもとに、われわれは平成10年度の保健所の活動として、医療監視の際に病院のタバコ自動販売機の撤去を求め、一般住民に対しては、マスコミや研修会を通してニコチン依存症の周知を図った。また、喫煙対策は平成10年1月に

策定された村山地域保健医療計画の重点推進項目としてとりあげられた。今後は保健所の機能強化の中で、医療機関を含めた公衆の場における喫煙対策を推進するための環境を整備してゆきたいと考えている。

最後に、ご多忙中にもかかわらず、本調査にお答えいただいた病院・一般診療所の先生方に深く御礼を申し上げます。

本研究は1997年度地域保健推進特別事業(厚生省)の一環で実施した。

本論文の要旨は第57回日本公衆衛生学会総会(1998年10月、岐阜市)において発表した。

文 献

- 1) 小林 淳ほか. 医療従事者と喫煙. 医学のあゆみ, 1998; 185(7): 437-440.
- 2) 桑原正彦. 広島県医師会の禁煙・分煙活動. Jpn. J. Prim. Care 1996; 19(2): 94-97.
- 3) 大西洋司. 医師と喫煙. 新潟市民病院医誌, 1993; 14(1): 31-37.
- 4) 野村良彦ほか. 当院における医療従事者の喫煙. 神奈川医学会雑誌, 1991; 18(1): 19-22.
- 5) 井上千恵子ほか. 医療職員の喫煙状況とその健康状態との関連. 仙台赤十字病院医誌, 1994; 3(1): 59-65.
- 6) 芳賀淳子ほか. 医師および医学生の喫煙行動の実態. 厚生指標, 1987; 34(8): 18-25.
- 7) 西住昌裕. 医師の喫煙・飲酒習慣の変化. 厚生指標, 1986; 33(2): 33-39.
- 8) 川根博司ほか. 当大学付属病院における医師の喫煙状況. 川崎医会誌, 1989; 15(2): 351-357.
- 9) 川上雅彦ほか. 医院と総合病院の医師の喫煙状態と禁煙指導の差異. 気管支学, 1998; 20(6): 467-471.
- 10) Kawane H. Smoking among Doctors in a Medical School Hospital. KAWASAKI MED J 1996; 22(4): 211-216.
- 11) 川根博司. 医学会・医療団体の喫煙対策への取り組み. 臨床科学, 1998; 34(2): 225-234.
- 12) Nelson DE et al: Trends in cigarette smoking US physicians and nurses. JAMA 1994; 271(16): 1273-1275.
- 13) Lewis CE et al: The counseling practices of internists. Ann Intern Med 1991; 114(1): 54-58.
- 14) 小笹晃太郎ほか. 医学生の喫煙状況(1992~95年) 京府医大誌, 1996; 105(6): 701-707.
- 15) 斎藤麗子. 医学部における喫煙規制状況(1992年). 日本公衛誌, 1993; 40(10): 981-984.
- 16) 斎藤麗子. 医師, 看護婦, 医学生の喫煙状況と対策. Jpn. J. Prim. Care 1996; 19(2): 98-102.