

資料

精神科看護における禁煙指導

藤野 邦夫¹⁾

要旨

わが国の喫煙の歴史は古く嗜好品として考えられていた。しかし、近年喫煙が呼吸器系疾患の有病率を高め、健康障害の発生要因となることが科学的に証明された。また、喫煙者のみでなく副流煙による受動喫煙の害が明らかになった。このため厚生労働省は、産業保健領域や未成年者の喫煙予防、公共の場における喫煙制限などを推進し、平成15年に健康増進法が施行された。

喫煙は、個人の問題であると同時に家族や社会問題としてとらえられ、神奈川県をはじめ自治体によっては条例によって禁煙指導を強化しようとしている。

一方、精神科病院では、古くから患者の喫煙率が高く、看護職員は喫煙制限や禁煙指導に苦勞しているが、他の診療科に比較して精神科看護職員の喫煙率が高いのが特徴である。また、精神障害者の禁煙指導が病状悪化を伴うこともあり、喫煙が容認されてきた歴史的背景がある。

近年、公共の場での喫煙場所が制限され、企業や学校、病院内での敷地内禁煙が当然となりつつある。この大きな流れの中で、入院中の精神障害者のみが適切な情報や指導を受けずに、嗜好品扱いされながら喫煙を続けることは、社会的に容認されがたい。今ではインターネットなど情報化が進み行政庁や各種団体からの禁煙指導や治療情報が容易に入手できるようになった。精神科看護師は、入院患者の一日も早い回復への努力は当然であるが、同時に入院中の患者の健康管理としての禁煙指導は看護業務に位置づけなければならない。

キーワード：精神科看護、喫煙率、禁煙指導、健康増進法

はじめに

健康志向が国民的関心となり、自分の健康は自分で責任を持つ時代になりつつある。2003（平成15）年健康増進法¹⁾が施行され、同法の第25条において受動喫煙の防止が施設管理者の努力義務となった。これにより学校や病院、官公庁、飲食店など多数の人が利用する施設での受動喫煙を防止する措置を講ずることになった。この効果は、喫煙者のマナーの向上、新幹線やタクシー内での禁煙、神奈川県の受動喫煙防止条例²⁾に見られるように社会的に大きく変貌している。これは、単なる法律の施行の効果のみでなく、喫煙の有害性と健康被害が科学的に証明され、治療や予防方法が解明されたことに裏付けられている。

喫煙関連問題は、喫煙者自身の健康や妊娠中の胎児に与える影響、同居家族など周辺の人に与える副流煙の有害性などを根拠に、日本循環器学会など3学会が「禁煙治療のための標準手順書³⁾」を作成し禁煙治療を急速に広めている。

しかし、精神科病院ではその対策が著しく遅れ、

特に入院中の精神疾患者の喫煙率は全国的に高い。背景には、精神科看護師自身の喫煙率が高く、入院中では喫煙の有害情報が入手し難く、病院内に喫煙区域が保障されるなど、精神障害者であることを理由に喫煙が容認されてきた。

近年、嫌煙・禁煙に対する社会全体の認識に変化が見られる。精神科看護師は、患者の健康に責任を持つ専門職であることからこの課題を放置・容認することは許されない。この課題について最近の資料を用いながら考察する。

I. わが国の喫煙に対する認識の変化

わが国では、たばこが嗜好品に位置づけられ、個人の問題として取り扱われていた。このため法や行政指導の対象ではなかった。わが国での嫌煙権訴訟では、旧国鉄禁煙車両設置等請求事件（東京地判昭62.3.27判例時報1226号33頁）名南中学校等喫煙室事件（名古屋地判平3.3.22判例時報1394号154頁）などがあるが受忍限度などの理由で申し立て者が敗訴していた。受動喫煙や健康上の問題とし

1) 看護学部

て取り上げられ始めたのは比較的最近である。

1 健康日本21から健康増進法へ

平成12年3月31日厚生省事務次官通知等により、国民健康づくり運動として「健康日本21」が開始された。健康日本21とは、「21世紀における国民の健康実現のための提言」で、死亡率の低減、健康寿命の延長、罹患率の低減、生活習慣の改善、疾病危険因子の低減と除去を目標設定の指標にしている。この中で、「たばこ」については、①喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及。②未成年者の喫煙をなくす。③分煙の徹底と知識の普及。④禁煙支援プログラムの普及。をあげている。

平成13年11月29日に政府・与党社会保障改革協議会において、「医療制度改革大綱」が策定され、「健康寿命の延伸・生活の質の向上を実現するため、健康づくりや疾病予防を積極的に推進する。そのため、早急に法的基盤を含め環境整備を進める」との指摘がなされた。平成14年3月1日 第154回通常国会において健康増進法案が提出され、両院において可決成立。平成15年5月に施行となった。

健康増進法 第二十五条

学校、体育館、病院、劇場、観覧場、集会場、展示場、百貨店、事務所、官公庁施設、飲食店その他の多数の者が利用する施設を管理する者は、これらを利用する者について、受動喫煙（室内又はこれに準ずる環境において、他人のたばこの煙を吸わされることをいう。）を防止するために必要な措置を講ずるように努めなければならない。

健康増進法の具体的な推進に向けては、平成15年4月30日厚生労働省は保健局長・医薬局食品保健部長名で「健康増進法等の施行について」（健発第0430001号、食発第0430001号）、健康局長名で「受動喫煙防止対策について」各都道府県知事、政令市長等に通知している。この通知では、健康増進法第25条の制定の趣旨、同法の対象施設、受動喫煙防止措置の具体的方法、受動喫煙防止策の進め方などについて触れている。

2 わが国の喫煙率

平成18年厚生労働省国民健康栄養調査⁴⁾を引用すると〔表1〕に見られるように、日本人の喫煙率は23.8%で、年々減少している。男性の喫煙率は39.9%で、30歳代がもっとも高く53.3%。女性の喫煙率は10.0%で、20歳代が17.9%、30歳代が16.4%と若年層で高い値を示している。

〔表1〕 喫煙習慣者の年次推移(性・年齢階級別)

		(%)						
		20~29歳	30~39歳	40~49歳	50~59歳	60~69歳	70歳以上	平均
男	平成元年	62.3	65.4	59.5	53.3	50.4	34.5	55.3
	2	52.9	63.3	56.6	50.1	51.8	38.8	53.1
	3	48.3	57.2	55.6	47	52.4	36.6	50.6
	4	47.8	56.9	55.6	47.2	48.1	38.4	50.1
	5	44.4	48.7	47.3	47.4	41.8	34.4	44.8
	6	45.1	51.2	46.4	41.9	40.8	34.3	43.8
	7	60.9	60.8	58.4	54.2	47	31.1	52.7
	8	53.6	61.6	56.9	53.1	43.8	38.4	51.2
	9	62.5	62.3	60.5	56.6	42.2	35.3	52.7
	10	60.3	61.9	60.5	52.5	41.8	32.4	50.8
	11	56.3	58.1	57.7	52.9	42.1	33.8	49.2
	12	60.8	56.6	55.1	54.1	37	29.4	47.4
	13	58.9	58.1	58.4	49.6	35.9	29	45.9
	14	53.3	57.1	54.3	48.1	34.7	28.3	43.3
	15	55.8	56.8	55.4	54.4	35.7	26.6	46.8
	16	51.3	57.3	51.4	47.7	33.3	24	43.3
	17	48.9	54.4	44.1	42.5	34	20	39.3
	18	45.1	53.3	46.5	46.2	34.8	19.9	39.9
女	平成元年	8.9	11.7	10.6	9.1	6.8	8.2	9.4
	2	11.9	11	11.3	8	8.5	7.2	9.7
	3	11.2	13.5	11.8	8	7	5.1	9.7
	4	9.7	11.8	11.1	6.6	6.9	7	9
	5	10.7	10.2	11.7	7.9	6.1	5.6	8.9
	6	12.7	11	9.9	8.6	5.6	6.3	9.1
	7	16.9	13.2	11.1	9.1	7.6	6.3	10.6
	8	12.8	15.3	9.9	8.9	7.2	6	9.8
	9	21.3	15.6	13.7	10	5.8	5.7	11.6
	10	19.1	13.8	12.7	9.6	7.9	5.4	10.9
	11	16	14.9	14.2	8.3	7.9	3.5	10.3
	12	20.9	18.8	13.6	10.4	6.6	4	11.5
	13	16.1	16	11.7	9.7	6.5	3.4	9.9
	14	17.4	17.2	14.4	9.4	7.5	2.9	10.2
	15	19.2	18.1	15.5	10.7	6.4	4.2	11.3
	16	18	18	13.7	13.7	7.6	4.5	12
	17	18.9	19.4	15.1	12.4	7.3	2.6	11.3
	18	17.9	16.4	13.8	9.2	6.4	2.8	10

厚生労働省「国民栄養の現状」(国民栄養調査結果)

3 神奈川県受動喫煙調査

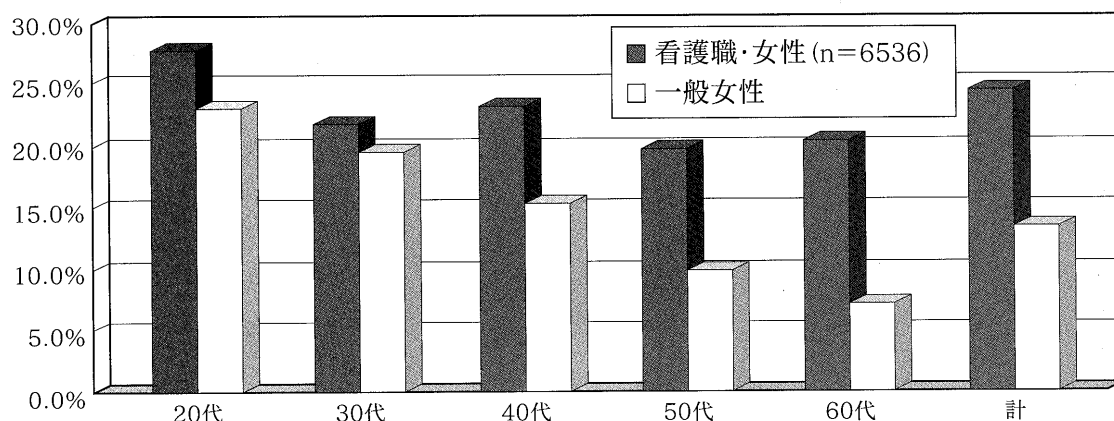
神奈川県保健福祉部は、「神奈川県における受動喫煙の現状⁵⁾」を調査し166頁にまとめ平成20年1月ネット上で公表した。これは、県全域の県民と施設を調査対象とした大がかりな調査で、県民対象の調査は、受動喫煙の認知度、暴露度、意識と行動。施設調査では、受動喫煙の認知度、健康増進法第25条の認知度、受動喫煙防止対策の実施状況など多角的な調査となっている。この調査によると病院・診療所においても5.9%の人が受動喫煙があったとしている。

神奈川県松沢知事は、平成20年9月神奈川県受動喫煙防止条例(案)の内容をネット上で公表し、現在県内で議論されている。この条例では、たばこ、喫煙、公共的空間などの定義、県の責務、県民の責務、保護者の責務について述べられている。禁煙対象とな

る施設を第一種と第二種に分け、利用者を選択の余地がなくそこで喫煙されると受動喫煙を避けることが出来ないなど、喫煙規制の必要性が高い施設を第一種とし、病院や診療所などをあげている。一方、第二種は、施設管理者が禁煙又は分煙のいずれかを選択し、施設入り口にその旨の表示を義務づけるパチンコ店、マージャン店などとして区分している。

4 看護職員の喫煙の実態

日本看護協会は、「2001年看護職とたばこ・実態調査」を実施し、2002年6月にインターネット上で報告書を公表⁶⁾した。これによると、女性看護職員の年齢階層別喫煙率は、一般国民を対象に行われた調査に比較し、各年齢層で喫煙率が高く、一般女性の喫煙率が年齢層が上がるとともに低くなるが看護職ではその傾向が見られない[図1]。



「一般女性」：平成10年度喫煙と健康問題に関する実態調査(厚生省)による。
「看護・女性」は10代の回答者を除く。

【図1】 女性看護職員の喫煙率（一般女性との比較）

また、病棟診療科と喫煙状況では、各科の平均喫煙率が28.6%に対し、精神科では40.9%と高く女

性看護師・准看護師ともに高い。特に男性看護職員の喫煙率が高い[表2]。

【表2】 2001年病棟診療科・喫煙状況

	合計		再掲							
	回答者数	喫煙率	看護師女性		准看護師女性		看護師男性		准看護師男性	
	回答者数	喫煙率	回答者数	喫煙率	回答者数	喫煙率	回答者数	喫煙率	回答者数	喫煙率
内科系	1,312	28.6%	1,137	26.9%	127	39.4%	17	47.1%	6	66.7%
外科系	1,260	29.5%	1,165	28.2%	45	40.0%	32	43.8%	1	0.0%
小児科	456	21.7%	402	20.1%	35	31.4%	5	60.0%	—	—
産科・婦人科	323	25.1%	127	31.5%	19	31.6%	—	—	—	—
精神科	470	40.9%	251	33.1%	72	45.8%	111	52.3%	31	51.6%
その他	586	24.4%	509	22.0%	58	32.8%	7	71.4%	2	100.0%
無回答・不明	90	27.8%	61	26.2%	20	25.0%	2	100.0%	3	33.3%
合計	4,501	28.6%	3,652	26.5%	376	37.8%	174	51.7%	43	53.2%

日本看護協会は、2001年の実態調査結果が看護者の4人に1人が喫煙者である実態に驚き、たばこ対策を重点事業に掲げ禁煙活動を積極的に展開した。そして、2006年までに看護職の喫煙率を半減させるこ

と、職場では、たとえ休憩時間であっても喫煙しない（職場内ゼロ%）の2つの目標を掲げ、「看護者の禁煙アクションプラン」をつくった。そして2006年に喫煙者の実態を評価するため再調査を実施した。

〔表3〕 2006年病棟診療科・喫煙状況

	全 体		看護師女性		准看護師女性		看護師男性		准看護師男性	
	回答者数	喫煙率	回答者数	喫煙率	回答者数	喫煙率	回答者数	喫煙率	回答者数	喫煙率
内科系	1,882	19.8%	1,682	17.3%	106	37.7%	41	63.4%	8	62.5%
外科系	1,685	20.3%	1,523	19.0%	78	30.8%	55	45.5%	2	50.0%
小児科	340	13.5%	317	13.9%	3	33.3%	3	33.3%	—	—
産科・婦人科	349	12.6%	142	19.7%	9	33.3%	—	—	—	—
精神科	206	28.2%	124	15.3%	29	41.4%	31	48.4%	15	66.7%
その他	778	22.2%	607	18.0%	95	36.8%	24	58.3%	3	66.7%
無回答	203	24.6%	147	18.4%	25	40.4%	5	80.0%	1	—
全 体	5,443	19.9%	4,542	17.8%	345	36.2%	159	53.5%	29	62.1%

〔表3〕に見られるように禁煙アクションプランの効果は歴然とし、看護専門職の職能団体としての威厳を保てた。つまり、5年間で全体の喫煙率を28.6%から19.9%と8.7%引き下げた。しかし、精神科に限定して見ると、各診療科の中で最も高い喫煙率28.2%が持続しており、看護師の女性では33.1%から15.3%と減少したが准看護師の女性の喫煙率は45.8%から41.4%とわずかであった。また、准看護師の男性では対象数が少ないものの51.6%から66.7%と上昇している。

II. 受動喫煙防止活動と行政などの取り組み

国際的な禁煙の動きに合わせて受動喫煙の防止に最初に取り組んだのは、厚生労働省である。健康増進法の施行が引き金となり、各省庁においても取り組みがなされ、近年その活動が加速度的に高まっている。

厚生労働省が最初に手がけたのは、「職場における喫煙対策のためのガイドライン」（平成8年2月21日付 基発第75号）で、企業を通しての働きかけであった。平成15年5月施行の健康増進法を背景に「新たな職場における喫煙対策のためのガイドライン」を策定した（労働基準局安全衛生部 労働衛生課環境改善室）。概要を紹介すると

1. 喫煙対策の推進計画として、喫煙対策の推進計画は衛生委員会等で検討し、当面の計画及び中長期的な計画を策定する。

2. 喫煙対策の推進体制として、喫煙問題を喫煙者と非喫煙者の個人間の問題として、当事者にその解決を委ねることは、喫煙者と非喫煙者の人間関係の悪化を招くなど、問題の解決を困難にする可能性がある。そのため、事業者の責任の下に次の措置を講じること。①衛生委員会等の下に喫煙対策委員会を設置し、喫煙対策を具体的に推進するための合意形成の方法の検討、喫煙対策の具体的な進め方、喫煙行動基準等を検討すること。②喫煙対策の担当部課やその担当者を定め、喫煙対策委員会の運営、喫煙対策に関する相談、苦情処理等の喫煙対策全般についての事務を所掌させること。

3. 施設・設備の対策として、①喫煙室又は喫煙コーナーの設置に当たっては、可能な限り、喫煙室を設置することとし、喫煙室の設置が困難である場合には、喫煙コーナーを設置すること。②喫煙室等には、たばこの煙が拡散する前に吸引して屋外に排出する方式である喫煙対策機器を設置すること。やむを得ない措置として、たばこの煙を除去して屋内に排気する方式である空気清浄装置を設置する場合には、喫煙室等の換気に特段の配慮を行うこと。など職場における喫煙対策を通知し、具体的な指導として「職場における喫煙対策のためのガイドライン」を示した。この通知による効果は、企業等において禁煙に対する意識と関心が急速に高まっている。

この通知は民間事業所のみでなく各省庁の動きも活発となった。平成17年1月18日厚生労働省は、第1回たばこ対策関係省庁連絡会議⁶⁾を開催した。議事は、たばこ対策関係省庁連絡会議の設置、たばこ対策に関するこれまでの取組み及び今後の取組み、未成年者喫煙防止対策ワーキンググループの設置、受動喫煙防止対策状況の調査、諸外国における最近のたばこ対策など各省庁の取組みについて振り返っている。

たばこと健康に関する情報ページの概要⁸⁾はホームページで公表しており、一部引用すると、

A. たばこに関する情報提供について

- ①ホームページを活用した情報提供 (人事院)
- ②各府省健康管理担当者及び医療スタッフに対する講習会の開催 (人事院)
- ③たばこパッケージへの新注意文言の表示について (財務省)
- ④たばこ広告の規制について (財務省)
- ⑤禁煙週間及び世界禁煙デー記念シンポジウム (厚生労働省)
- ⑥ホームページを活用した情報提供 (厚生労働省)

B. 未成年者の喫煙防止対策について

- ①「青少年の非行問題に取り組む全国強調月間」 (内閣府)
「全国青少年健全育成強調月間」 (内閣府)
- ②未成年者喫煙防止対策 (警察庁)
- ③たばこ広告の規制について (財務省・再掲)
- ④製造たばこ小売販売業許可等取扱要領の改正について (財務省)
- ⑤喫煙防止教育の充実 (文部科学省)
- ⑥未成年者の喫煙防止対策の推進 (厚生労働省)

C. 受動喫煙からの非喫煙者の保護について

- ①公務職場における受動喫煙等の防止対策の推進 (人事院)
- ②未成年者の喫煙防止対策の推進 (厚生労働省)
- ③たばこ対策緊急特別促進事業 (厚生労働省)
- ④職場における喫煙対策 (分煙) の実施 (厚生労働省)
- ⑤受動喫煙防止対策についての事業者への周知 (国土交通省)

D. 禁煙を希望する者に対する禁煙支援について

- ①たばこ対策担当者講習会 (厚生労働省)

②禁煙指導プログラムの作成 (厚生労働省)

E. 情報収集及び調査研究について

- ①国民健康・栄養調査 (喫煙率) (厚生労働省)
- ②健康科学総合研究事業 (厚生労働省)

F. その他 (A～E以外で締約国会議に報告を要するもの)

- ①条約に関する国際協力 (外務省)

Ⅲ. 精神科看護としての喫煙対策

精神科病院では、全国的に患者の喫煙率が高い。その要因として ①精神障害のために自己抑制能力が低下していること。②無理な禁煙指導は病状悪化につながり看護しにくいこと。③精神科看護師自身の喫煙率が他の診療科より高く、「喫煙の場がコミュニケーションの手段」と位置づけるなど喫煙を肯定又は容認してきたこと。④慢性長期入院患者では自由が制限され、「喫煙が唯一の楽しみでそれを奪うのは可愛そう」などの理由から禁煙指導に消極的であった。

このことを裏付けるものとして、精神科の臨床看護師が多く購読している月刊誌「精神科看護」⁹⁾ (2004.4) で、「タバコにまつわる問題あれこれ」が特集された。この特集に当たり日本精神科看護技術協会の仲野 栄氏が冒頭で次のような迷いを書いている。「私は嗜好品の摂取に対して寛容である。自分の欲求を我慢したり、人に制限されたりするのがたまらなく嫌だからである。略 嗜好品の摂取をとがめられたら人格を否定されたように感じてしまう 略 個人の楽しみを100%奪う権利があるのだろうか、略」

また、この特集の中で精神科病院の看護部長ら4人の対談がある。この中で駒木野病院の宮崎看護部長は、病院内で喫煙率を調査したところ「男性の患者さんの喫煙率が80%、アルコール依存症の患者さんでは93%であり禁煙なんて想像がつきません」「イライラして眠れない患者さんがタバコを吸うことで落ち着いて眠れるのなら良いのではないかと発言している。また、秋野病院の井上看護部長は、病院機能評価を受審することになり、禁煙・分煙の審査が厳しい。いままで、「タバコの制限をなくすべきだと言ってきた。各病棟の患者さんの喫煙率は、30%後半から50%、私自身1日3箱すうときがあ

る」と発言している。病院機能評価受審や社会の流れは理解できるが、精神科病院での全面禁煙化はとも困難と考えている対談内容となっている。

この雑誌の特集に藤代健生病院の大塚看護部長が「スタッフ・患者さんへの禁煙指導」を紹介している。病院内に喫煙対策委員会を設け組織的に取り組み成果を上げた実践例を取り上げている。精神科において禁煙指導が困難と諦めている看護師が多い一方で、看護専門職としての活動が進んでいることがわかる。

1 精神科看護師と社会認識のズレ

雑誌の特集に象徴されるように精神科看護師の中で「喫煙は、個人の価値観であり嗜好品を強制的に制限すべきでない」とされ容認されている。しかし、社会全体のたばこに対する認識が急速に変化している。新聞報道から引用してみると、2007年2月15日の朝日新聞、「私の視点」で東北大学加齢医学研究所（呼吸器腫瘍研究分野）の貫和敏博教授は、「たばこの嗜好品幻想を捨てよ」との論文を掲載している。この中で、個人の趣味とか嗜好品と主張するのは見当違いであり、幻想である。理由の第一は、健康障害を引き起こす「元凶」であり加齢とともに呼吸器疾患の罹患率が高まるのは明白であること、第二に、身体内部の環境汚染になり肺に入ったタール分は蓄積して消えることはないなど述べている。

2008年9月8日の読売新聞の第一面では、国立がんセンターの垣添忠生名誉総長は、「地球を読む」の中で、タバコの害「規制措置 最優先の課題」で次のように対策を急ぐよう述べている。毎年10万人がタバコを原因に亡くなっている。タバコは、健康、生命に直接関わる問題で、嗜好とか趣味の問題ではない。WHOは、03年に「たばこ規制枠組み条約」を採択し、①たばこ税や価格の引き上げ ②公共の場所や職場における禁煙環境の整備 ③たばこの広告の禁止 ④たばこ包装へのわかりやすい健康警告掲示 など日本政府も翌年批准したことなど説明している。垣添氏は、私達はたばこを直ちに禁止しろなど主張するつもりはない。しかし、国としては、公衆の健康問題として最優先でたばこ問題を規制面からも考えるべき時期に来たと述べ、精神科看護師の認識との差が大きい。

2 患者との喫煙・タバコの管理は看護師の業務か

精神科病棟では、決められた時間、場所で喫煙する姿が見られた。看護師が預かっているタバコを各自に渡し、患者と一緒に看護師がタバコを吸いながら会話している風景である。コミュニケーション障害のためほとんど喋らない患者が喫煙の場では笑顔で会話している様子もあった。

この行為が精神科看護といえるかである。精神障害のために服薬自己管理や金銭管理能力が低下し、タバコの火の始末が出来ず、喫煙コントロールが出来ない患者がいることも事実である。だからといって、喫煙による有害性と禁煙に向けての正しい情報提供、禁煙希望の患者に対する適切な支援を省略して良いはずはない。今日では、①ニコチン依存症と位置づけられ禁煙治療が可能であること、②吸い続けることで健康障害が進むこと、③退院後は、公共の場や電車内、食堂などでは自由に喫煙が出来ないことを説明し入院中から看護援助の対象にしなければならない。

入院中の精神障害者のQOLに関わる論文は多い。しかし、喫煙とQOLとの関わりを書いたものは少ない。長期入院とともに面会に来る家族が減り、楽しみさえ見いだせず、限られた日用品費で入院生活している患者はQOLも低い。平成18年の東京都の調査によれば、都内の精神障害者の総入院患者数は、22,017人で、そのうち生活保護法による入院患者は、6,324人で全入院者の28.7%¹⁰⁾である。入院精神障害者の日用品費は約2万円であり、長期入院患者の場合、衣類や洗剤、歯ブラシやタオルなど日用雑貨にあて観劇や外出時の買い物などは制限されている。これが、喫煙者になると、仮にセブンスター1箱（20本）300円/日の喫煙者は、月額9,000円がタバコで消える。指先がタバコの煙で黄色く染まり、靴下に穴が開き安物のスリッパ姿を見たとき、患者のQOLを高めるには禁煙指導を優先した看護課題となる。

健康度が高い成人では、喫煙か禁煙かの選択判断が出来、結果責任もある。しかし、精神障害者の場合は、判断能力や自己決定能力が低下しているからこそ、精神科看護師の禁煙指導が業務に位置づけられなければならない。

強引にタバコを取り上げるのは、麻酔をかけずに手術をするのと同様で苦痛である。適切な情報提

供と治療効果、禁煙によるメリットなどを看護師の立場で提供する。患者が禁煙に向けて正しい知識と認識が醸成され、自ら禁煙への行動に向かったときにタイムリーに禁煙指導を促すことで行動変容に導ける。それが時間がかかろうとも専門職の役割である。

3 禁煙治療

禁煙治療は、ニコチンの依存度により、「ニコチン依存症管理料」として診療報酬対象となり保険診療が出来る。その具体的な治療手順が日本循環器学会・日本肺癌学会・日本癌学会からインターネットで公開されており、誰でもが治療方法と費用や手順を確認できる。精神科看護師は、これらの情報を適切に利用することで積極的に看護活動が出来る環境にある。

参考までにその一部を資料として紹介する。

[資料1] 禁煙治療の概要説明資料

帳票 1

禁煙治療の概要説明資料

2006年4月から禁煙治療が保険適用されることになりました。これは喫煙を単なる習慣や嗜好と考えるのではなく、ニコチン依存症という病気としてとらえ、必要な治療を行うという考え方です。治療は一定の条件を満たした喫煙者なら、どなたでも受けることができます。

1. どんな治療をするの？

受診時期	治療内容
治療前の問診・診察	禁煙治療のための条件の確認
初回診療	①診療 ②呼気一酸化炭素濃度の測定 ③禁煙実行、継続に向けてのアドバイス ④禁煙補助薬の処方*
再診1 (2週間後)	
再診2 (4週間後)	
再診3 (8週間後)	
再診4 (12週間後)	

*禁煙補助薬としてバレニクリンを用いる場合、薬価取載から1年間 (2009年4月末日まで) は1回14日分を限度とする投薬期間制限が適用されるため、6週間後および10週間後にも受診し、薬の処方を受ける必要があります。



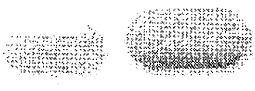
2. 費用はいくらかかるの？

	ニコチンパッチの場合*4		バレニクリンの場合*4	
	費用	自己負担額 (3割負担として)	費用	自己負担額 (3割負担として)
初診料+再診料*1	7,620円	2,286円	10,080円	3,024円
ニコチン依存症管理料	9,620円	2,886円	9,620円	2,886円
院外処方せん料*2	2,040円	612円	4,080円	1,224円
禁煙補助薬*3	20,730円	6,219円	37,660円	11,298円
計	40,010円	12,003円	61,440円	18,432円

- *1 禁煙のみを目的に、診療所で治療を受けると仮定。再診料には外来管理加算 (52点) を含むと仮定。
(注) 他の疾患の治療にあわせて禁煙治療を受ける場合、初診料および再診料については重複して支払う必要はありません。
- *2 禁煙補助薬のみ処方されると仮定。
- *3 禁煙補助薬を標準的な用法・用量で使用すると仮定 (ニコチンパッチは8週間、バレニクリンは12週間)。薬剤料のほか、調剤料などが別に必要。
- *4 上記費用は2008年4月に改訂された診療報酬点数に基づいて算出。実際に支払う自己負担額は、受診日毎の合計額の端数を10円未満で四捨五入した額になります。

3. 禁煙の薬ってどことなくすり？

禁煙のための補助薬であるニコチンパッチ、ニコチンガムまたはバレニクリンが使えます。これらの薬は禁煙後の離脱症状をおさえ、禁煙を助けてくれます。バレニクリンは喫煙による満足感もおさえます。ニコチンパッチ、ニコチンガムを使うと禁煙の成功率が約2倍、バレニクリンを使うと約3倍高まります。

ニコチンパッチ	ニコチンガム	バレニクリン
		
<ul style="list-style-type: none"> ・健康保険が使えます。 ・ニコチンを皮膚から吸収させる貼り薬です。 ・毎日1枚皮膚に貼り、離脱症状を抑制します。 ・禁煙開始日から使用し、8週間の使用期間を目安に貼り薬のサイズが大きいものから小さいものに切り替えて使用します。 	<ul style="list-style-type: none"> ・薬局薬店で購入します。 ・口の中の粘膜からニコチンを吸収させるガム製剤です。 ・タバコを吸いたくなった時に、1回1個をゆっくり間をおきながらかみ、離脱症状を抑制します。 ・禁煙開始日から使用し、12週間の使用期間を目安に使用個数を減らしていきます。 	<ul style="list-style-type: none"> ・健康保険が使えます。 ・ニコチンを含まない飲み薬です。 ・禁煙時の離脱症状だけでなく、喫煙による満足感も抑制します。 ・禁煙を開始する1週間前から飲み始め、12週間服用します。

[資料2] 禁煙治療を始めるにあたって

禁煙治療を始めるにあたって

「ニコチン依存症管理料」の対象患者や施設基準、算定要件などは下記の通りです。禁煙治療を開始するにあたっては、下記の施設基準を満たした上で、地方社会保険事務局に事前に届け出を行う必要があります。詳細については、厚生労働省のホームページや告示などを参照下さい。

1. 基本的考え方

ニコチン依存症について、疾病であるとの位置付けが確立されたことを踏まえ、ニコチン依存症と診断された患者のうち禁煙の希望がある者に対する一定期間の禁煙指導について、新たに診療報酬状の評価を行う。

2. 具体的内容

初回	230点
2回目、3回目及び4回目(2週目、4週目及び8週目)	184点
5回目(最終回)(12週目)	180点

対象患者

以下のすべての要件を満たす者であること

- ・ニコチン依存症に係るスクリーニングテスト(TDS)でニコチン依存症と診断された者であること
- ・プリンクマン指数(=1日の喫煙本数×喫煙年数)が200以上の者であること
- ・直ちに禁煙することを希望し、「禁煙治療のための標準手順書」(日本循環器学会、日本肺癌学会及び日本癌学会により作成)に則った禁煙治療プログラム(12週間にわたり計5回の禁煙治療を行うプログラム)について説明を受け、当該プログラムへの参加に付いて文書により同意している者であること

施設基準

- ・禁煙治療を行っている旨を医療機関内に掲示していること
- ・禁煙治療の経験を有する医師が1名以上勤務していること
- ・禁煙治療に係る専任の看護職員を1名以上配置していること
- ・呼気一酸化炭素濃度測定器を備えていること
- ・医療機関の構内が禁煙であること

算定要件

- ・「禁煙治療のための標準手順書」(日本循環器学会、日本肺癌学会及び日本癌学会により作成)に則った禁煙治療を行うこと
- ・本管理料を算定した患者について、禁煙の成功率を地方社会保険事務局長へ報告すること
- ・初回算定日より1年を超えた日からでなければ、再度算定することはできないこととする

注：本管理料の新設による効果については、診療報酬改定結果検証部会による検証の対象とする。

(中央社会保険医療協議会「平成18年度診療報酬改定における主要改訂項目について」、2006年2月)

(注)「2. 具体的内容」の「初回」については、上記の中央社会保険医療協議会の資料では、「初回(1週目)」と記載されていたが、「(1週目)」という表現が誤解を招くおそれがあるため、厚生労働省に確認を行い「(1週目)」の記述を削除して掲載した。

[資料3] 禁煙パッチ



IV. 考 察

わが国の喫煙と禁煙の流れを概観したが、精神科病院においても他の診療科と同様、治療の場である病院内では、敷地内禁煙に向けた行動が必要である。それは、喫煙が嗜好品としての位置づけられた時代背景にないこと。つまり、健康障害を引き起こす物質との認識に改める必要がある。各診療科の中で精神科看護師の喫煙率が高いが、看護師自らが禁煙努力をしなければ、患者への禁煙指導を進めにくい。

日本看護協会が看護職員の実態調査によって看護師の喫煙率が高いことに驚き、看護者の禁煙アクションプランを進めた。5年間で喫煙率の引き下げとなったように、各病院の看護部が目標を定めて職員が禁煙ができるよう環境を整える必要がある。そのためには、インターネットなど電子媒体による情報収集が容易に出来ることから積極的に進める。職員の認識の変化が患者への禁煙指導、禁煙治療に向けた行動につながると思われる。

精神科看護業務の中に患者の喫煙対策や禁煙指導がはっきり示されていない。しかし、精神科看護と患者の喫煙行動は、患者のQOLに関連する大きな課題である。

おわりに

10年前と同じ看護行為が重要な意味を持つものがある。一方、新しい法制度や人権意識、治療方法、看護方法に大きな変化が生じているものもある。喫煙に対する認識の変化は後者に該当する。看護師が患者と共に喫煙室で談笑する姿はいまや問題となる。つまり、10年前に正しかったが今では誤りか弊害とされる。看護専門職として「知らなかつ

た」「精神科患者の場合は難しい」といった理由は社会的に容認されない。全国の精神科看護師の職能団体である「日本精神科看護技術協会」は、禁煙対策へのガイドラインを至急作る必要がある。

脚注・引用文献

- 1) 健康増進法 (平成14年法律第103号) 国民の健康の増進の総合的な推進と、国民の栄養の改善その他の国民の健康の増進を図ることを目的とした法律。
- 2) 神奈川県受動喫煙防止条例 (神奈川県公共的施設における受動喫煙防止条例 (仮称))、神奈川県の松沢知事は、中央公論2008年8月号にこの条例は禁煙そのものを目的とするものでもない。としながらも、どの国でも賛否両論渦巻く中で、民主政治のプロセスを通じ、市民、国民の健康を守るために決断したと言う。条例の意図は、1.受動喫煙による健康被害を防止 2.厚生労働省と財務省の利害対立から、受動喫煙対策の糸口を乱すことができない 3.条約やガイドラインの精神を、この神奈川県からできるだけ実現する。など議論が活発。
- 3) 禁煙治療のための標準手順書第3版, 2008年4月, 日本循環器学会・日本肺癌学会・日本癌学会, オンライン入手先
http://www.j-circ.or.jp/kinen/anti_smoke_std/anti_smoke_std_rev3.pdf
- 4) 平成18年国民健康・栄養調査結果の概要, 厚生労働省健康局総務課, オンライン入手先
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/04/h0430-2.html>
- 5) 「受動喫煙に関する県民意識調査」及び「受動喫煙に関する施設調査」結果報告, 神奈川県保健福祉部健康増進課2008.1, オンライン入手先
http://www.pref.kanagawa.jp/osirase/kenkou/gan/tobacco/anc_kekka.html
- 6) 2001年看護職とたばこ・実態調査 2006年「看護職のたばこ実態調査」報告書, 社団法人日本看護協会, オンライン入手先
<http://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2007/tabakohokoku.pdf>

- 7) 第1回たばこ対策関係省庁連絡会議, 厚生労働省健康局総務課, オンライン入手先
<http://www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/kaigi/050118/index.html>
- 8) たばこ健康に関する情報ページ, 厚生労働省健康局総務課, オンライン入手先
<http://www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/main.html>
- 9) 精神科看護Vol.31/139号, p22-25 精神看護出版, 2004.4
- 10) 年次別入院費目別患者数, 東京都の精神保健福祉 (平成18年版) p14, 東京都福祉保健局障害者施策推進部精神保健・医療課, 2007.12.

Guidance to reduce smoking in psychiatric departments

Kunio FUJINO¹⁾

Abstract

Smoking has a long history in Japan. In recent years, however, evidence has accumulated that smoking is a risk factor for health damage, being related to a high prevalence of respiratory diseases. Health damage from second-hand smoke has also been demonstrated. The Ministry of Health, Labour and Welfare has been promoting activities to improve industrial health, prevent underage smoking, and restrict smoking in public places, and the Health Promotion Law went into effect in 2003.

Since smoking is not only a personal but also a family and social issue, some local governments including Kanagawa Prefecture are considering enacting ordinances to help people quit smoking.

On the other hand, smoking rates remain high among patients in psychiatric hospitals, and education by nurses to help promote smoking cessation and reduce the number of cigarettes smoked has been ineffective. Compared with other departments, smoking rates in nurses as well as patients are high in psychiatric departments. Another reason for delayed organizational efforts to promote smoking cessation is the recognition that activities to curb smoking may worsen patients' conditions.

Recently, smoking has been banned except for limited areas in public places, and completely banned on the premises of most companies, schools, and hospitals. We must immediately rectify the current situation in which only people with mental disorders have little or no access to proper information and guidance to stop smoking, continuing to smoke as their favorite activity. Information on smoking cessation programs and therapy is available from government agencies, local governments, and websites of the Japanese Cancer Association and Japan Lung Cancer Society. Psychiatric nurses are responsible not only for patients' recovery but also for preventing health damage resulting from smoking.

1) Faculty of Nursing