

兵庫県受動喫煙防止対策検討委員会

第2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29日（金）16：00～18：00

場所：神戸市教育会館2階203

※オンライン希望委員はオンライン参加

1 開 会

2 協 議

- ・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1）
- ・精神病床を有する病院等の屋外喫煙区域に関する調査結果（資料2）

3 その他

4 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1-1 主な見直しのポイント（別紙）
資料2 精神病床を有する病院等の屋外喫煙区域に関する調査結果

【委員長提供資料】

- 提供資料1 日本禁煙学会雑誌 第16巻第4号
「改正健康増進法を目前にした精神科における禁煙推進事業—改正健康増進法で精神科病院の喫煙対策はどう変わったか—」

【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 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（10月1日）会議録
参考資料3 精神病床を有する病院等の屋外喫煙区域に関する調査 調査票
参考資料4 兵庫県受動喫煙の防止等に関する条例
参考資料5 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2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2回 出欠
アヅチ ヒコヘイ 足立 光平	(一社)兵庫県医師会 副会長	出席
トモエジマ フジコ 友藤 富士子	兵庫県連合婦人会 会長	欠席
ニシグチ ヒサキヨ 西口 久代	(公社)兵庫県看護協会 専務理事	出席
フジワラ ヒサヨシ 藤原 久義	県立尼崎総合医療センター 名誉院長	出席 (オンライン)
ヤスダ リエ子 安田 理恵子	(一社)兵庫県薬剤師会 常務理事	出席
ヤマト ヒロシ 大和 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)

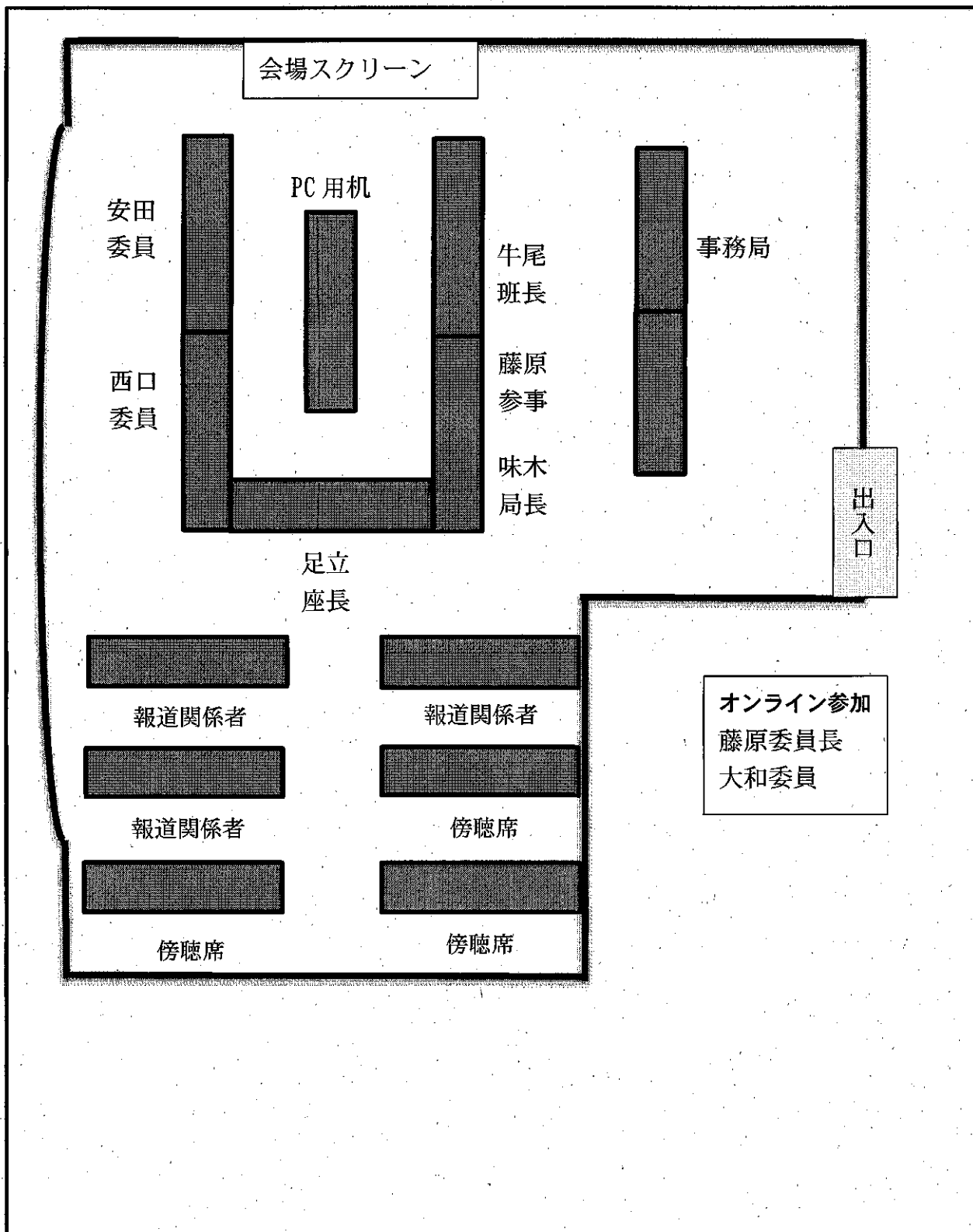
事務局名簿

氏名	所 属 ・ 役 職
アジキ ワキコ 味木 和喜子	健康福祉部健康局長
フジワラ エミ子 藤原 恵美子	健康福祉部健康局参事兼健康増進課長
ウシオ トシアキ 牛尾 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 カズヒロ 山口 和浩	健康福祉部健康局健康増進課受動喫煙対策班主任

兵庫県受動喫煙防止対策検討委員会
第2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29日（金）16:00～18:00

場所：神戸市教育会館 203



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

現在の規定	10月1日 第1回ワーキンググループ概要		主な議論のポイント
	意見陳述要旨	意見陳述後の主な意見	
<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>※病院は、敷地内禁煙（屋外喫煙区域設置不可）であるが、精神病床を有する病院等については、施設管理者が治療のために必要とする場合は同区域を設置可能としている。（令和元年7月～）</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>【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>【兵庫県保健所長会】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●最終的には全ての医療機関における例外なき無煙化実現という全国保健所長会の決議に従い、保健所長会として、本実施要領の廃止を求める。 ●県下の33精神科病院の内、約79%もの病院が既に敷地内禁煙に移行し、それにより精神科医療が滞ったという問題も生じていない。 ●入院の判断と禁煙習慣の有無は本来別次元の判断。 <p>【兵庫県精神科病院協会】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●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る。 ●長期的に見ればおそらく喫煙の割合は必ず減って来る。 ●病院敷地外にたむろする外来患者に対して苦情が出ることで周囲の近隣の偏見が強まる事が心配。 ●院内禁煙を理由に断られるケースが少なくない。入院出来た後、病棟内で喫煙を繰り返してしまい止め無く強制退院になることは、たびたびある。 ●希望する方にはニコチン外来を紹介しているが、あくまで任意のため、強要はできない。 	<p>【見直しに積極的な意見】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●現在の条文が「喫煙することが治療につながる」との誤解を招いている ●精神科に敷地内禁煙を導入しても問題なかった。導入したことによって内科的な疾患が減り、精神症状も良くなったとの報告がある。 ●ニコチン依存症治療は、アルコールや薬物と比べると、投薬コントロールを含めて進歩してきていることも事実。 ●山形県内の17精神科病院は全て敷地内禁煙。どこに來ても禁煙なので問題ならなくなった。 ●敷地内禁煙に向かっていくつもりがあるかが重要 <p>【見直しに慎重な意見】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●患者からたばこを取り上げるのではなく、入院することは自分と病気との向き合い方、直していこうというとき、そのサポートが大事だと考える。 ●精神科病院協会の約79%が禁煙に成功しているとのことだが、残りの病院は何らかの取組をされようとしているか。 	<ul style="list-style-type: none"> ●現在の要領の表記について見直すべきか。 ●特例区域の扱いを今後も継続するか。見直す（要領を廃止する）場合は、一定の準備期間を設けるか。 ●精神科病院として取り組むべき対策について ●県として取り組むべき対策について

1. 現在の要領の表記について見直すべきか。

【事務局案】

第1回ワーキンググループにおいて、現在の要領の表記が「喫煙することが治療につながる」との誤解を招いているとの指摘があったことを踏まえ、下案のとおり、見直しを行う。

	旧	新
受動喫煙の防止等に関する条例 実施要領 第2条1項	条例第9条第5項に規定する知事が別に定める敷地内の区域は、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 <u>治療のために必要と認めて設置した屋外喫煙区域</u> （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（以下「特例区域」という。）とする。	条例第9条第5項に規定する知事が別に定める敷地内の区域は、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 <u>治療環境を整えるため、特別に必要と認めて設置した屋外喫煙区域</u> （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（以下「特例区域」という。）とする。

2. 特例区域の扱いを今後も継続するか。

見直す（要領を廃止する）場合は、一定の準備期間を設けるか。

3. 精神科病院として、取り組むべき対策について

4. 兵庫県として取り組むべき対策について

精神病床を有する病院等の屋外喫煙区域に関する調査（令和3年10月実施）

資料2

病院		A病院	B病院	C病院	D病院	E病院	F病院	G病院
屋外喫煙区域・設備を設置している理由	患者減少（入院・外来受信拒否等）を懸念				○			○
	患者からの要望や不安	○	○	○	○	○	○	○
	他の依存症の治療への影響							○
	敷地外で患者がたばこを吸わないように		○	○			○	○
	その他					患者のイライラ、興奮抑制効果があるため	長期入院患者への配慮と人権擁護	
今後の方針	敷地内にする予定	R4. 10月より実施予定						
	屋外喫煙区域を継続		○	○	○	○	○	○
	どのような要件が整えば、廃止が可能になるか		・コロナウイルス感染症の収束時は敷地内禁煙に賛同致します。	・「入院中の喫煙は無理」という考え方に、患者さん達もかなりなじんできた。長期入院の方を除けば、新規入院に関しては、近い将来可能と考える。		・喫煙者が有害などを自覚して禁煙努力をする。 ・たばこ製造の中止	・長期入院患者の地域移行がさらに進み、公的受皿（グループホーム）が設置されること ・病院入院が生活の場とならないような施策 ・たばこのさらなる値上げ	・治療するにあたり、依存症（アルコール・薬物）での入院は任意入院が原則となる。疾病否認が存在する中でもう一つのタバコ依存を同時に出来ると考えるのは、全く依存症治療というものを知らない方の非常に乱暴な意見と考えています。今後、一般の喫煙の減少は徐々に見込めると思われ、これによる自然減を屋外喫煙区域で見守るということかと思う。
禁煙治療の取組	取り組んでいる			H25. 4月より実施	R3. 1月より禁煙指導	有害を説明して禁煙を勧めている	個別に指導している	
	取り組む予定							
	取り組む予定はない	専門知識を有するスタッフがいないため	将来的に敷地内禁煙となった際には検討					優先順位を作るのが臨床現場では必要になるため
	その他意見		コロナ禍で患者には必要不可欠な事由以外の外出や外泊を自粛頂いている。第6波が懸念される状況下での敷地内禁煙の強行は、無断離院や院内へのウィルス持込のリスク上昇を助長すると考えられ、院内感染対策面からも同意出来ない。	新規入院患者が喫煙に関する問題（隠れて吸う等）を起こすことも無くなり、また唯一の喫煙場所は中庭の隅にあり、受動喫煙は防止はできていると考える。かといって性急に廃止すれば、周辺地域で吸殻を捨てる等の問題を起こす懸念がある。	禁煙に同意しない患者が多く対応に困っている。	1日の喫煙本数が5～7本と少量であり、風が吹き抜ける屋外での喫煙のため、受動喫煙防止の目的は十分満たしていると思う。 他人に迷惑をかけないのであれば、（禁煙の）強制はしない。	先日の委員会（10/01）で「依存で入院した方が、タバコを止める良い機会では？」という議論が委員の中に出たことにはあきれてしまった。治療の現場をちゃんと経験すればそのような外的な議論はとて出来ないと思う。アルコール依存の方で、消化器内科や糖尿病外来に行っている患者さんが、内科で禁煙を指示されたことを話してくれるが、全くそれに乗る人が極めて少ない。禁煙を目的に禁煙外来に来た人たちは集団が異なる。	

兵庫県精神科病院協会共通意見

- ・50～60歳以上の長期入院者に今後も地域で生活することが極めて困難な人（病状だけでなく社会的要因を含め）に禁煙を勧めるのは如何なものか
- ・患者全体の1割程度がどうしても禁煙が難しい
- ・病院敷地外に行くために民家を通り、交通量の多い道で喫煙することは交通事故の危険性が高い
- ・周辺住民から喫煙のみでなく色々な苦情が持ち込まれ、精神障害者は社会の偏見などからのストレスもあり生活している
- ・出入り口が玄関前1か所であり、玄関前の道路等の喫煙となることが多い
- ・病院敷地内と言っても建物から50m以上も離れたところに「特例区域」を設けている

《調査報告》

改正健康増進法を目前にした精神科における禁煙推進事業 —改正健康増進法で精神科病院の喫煙対策はどう変わったか—

川合厚子¹、北田雅子¹、中井陸運²、安陪隆明¹、飯田真美¹、大坪陽子¹
鬼澤重光¹、倉本剛史¹、清水隆裕¹、高野義久¹、高畑裕美¹、土井たかし¹
長谷川純一¹、三間 聡¹、矢野直子¹、山本蒔子¹、加濃正人¹、藤原久義¹

1. 一般社団法人日本禁煙学会 禁煙治療と支援委員会、
2. 国立循環器病研究センター、オープンイノベーションセンター、循環器病統合情報センター

【目的】 改正健康増進法を目前にタバコ依存症治療・支援の専門家育成と情報提供(以後事業)を通して精神科病院の禁煙推進を図る。

【方法】 2019年に禁煙治療の講義と動機づけ面接ワークショップからなるセミナーを全国7か所で開催、国内精神科病院に情報提供した。

【結果】 事業前後での精神科病院送付質問票では、敷地内禁煙が2018年での33.0%に対し、2020年には69.0%と有意に増加していた($p < 0.001$)。保険での禁煙外来設置は、2018年質問票では42病院であったが、2020年質問票では54病院と29.0%増加傾向であった。セミナー参加者は605人であった。

【考察】 敷地内禁煙は困難とされていた精神科病院のほとんどが、大きな問題なく原則敷地内禁煙になった。改正健康増進法によるところが大きかった。

【結論】 敷地内禁煙が進む状況において今後精神科病院の禁煙外来を増やすことが必要であり、本事業は関係者の理解を進める上で有益であった。

キーワード：精神科病院、敷地内禁煙、禁煙外来、動機づけ面接、改正健康増進法

1. はじめに

2012年策定のがん対策推進基本計画では2022年度までに成人喫煙率を12%まで下げることが目標としている。しかしながら、厚生労働省の2016年の国民生活基礎調査による成人喫煙率は19.8%であり、2015年の国民健康・栄養調査による禁煙ないし減煙希望率は男性55%、女性56%、自力で禁煙できるのは約8%ということ考えると、目標達成のためには禁煙治療が必要である^{1,2)}。一方、日本において、保険で禁煙治療ができる医療機関(以下、禁煙外来)の全医科医療機関数に占める割合概数は15.1%

(2017年9月5日時点)であり、精神科においては5.7%(2016年12月26日時点)と推定される^{3,4)}。また、健康増進法では医療機関は全面禁煙とされているが、2014年の厚生労働省データでは敷地内禁煙の病院は51.2%(4,351病院)、2013年の橋本らによる精神科病院への質問票では敷地内禁煙は23.5%(144病院)と低い^{5,6)}。

このように、現状の喫煙率と目標の喫煙率とのギャップ、禁煙したいができない喫煙者が多いというギャップ、現状の敷地内禁煙の病院の割合とあるべき敷地内禁煙の病院とのギャップがあり、特に精神科においては精神疾患患者に禁煙が困難な方が多く喫煙対策が遅れており、そのギャップが大きい。

そこで、精神科における禁煙推進を主な目的として情報提供と全国各地でセミナーを行い、「禁煙治療のための標準手順書」に基づいた「タバコ依存症治療や支援ができるヘルスケア専門家やサポーターを育成する事業」(以下、事業)を企画した。折しも東京オリンピック・パラリンピックを前に受動喫煙防

連絡先

〒999-2221

山形県南陽市柗塚 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: 0238-40-3406

e-mail: dr-kawai@koutoku.or.jp

受付日 2021年6月27日 採用日 2021年9月8日

止のための法律で医療機関の全面禁煙義務化が検討されていた。この場合、精神科においては特に喫煙対策の必要性や禁煙治療ニーズの高まりが予想された。そのためには、敷地内禁煙への助言、禁煙治療や支援ができる人材を育成し、精神科の禁煙外来を増やすことが必要である。

この事業企画を2017年「グローバルブリッジ・ジャパン・プロジェクト」に応募し、世界中から50近い応募があったなか、16の採用プロジェクトの一つとなり、付帯条件なしの助成金を得た (Grant ID:

35678279)。

2. 対象と方法

事業スケジュールの概要を図1に示す。セミナーは禁煙治療の講義と、禁煙に効果が認められる動機づけ面接のワークショップを組み合わせ、2019年に全国7か所で開催した(図2)。セミナー対象者は医師、歯科医師、薬剤師、看護師、心理学カウンセラーなどのヘルスケア専門家とし、事業のホームページ(以下、HP)、日本禁煙学会HP・メールマガジン(以

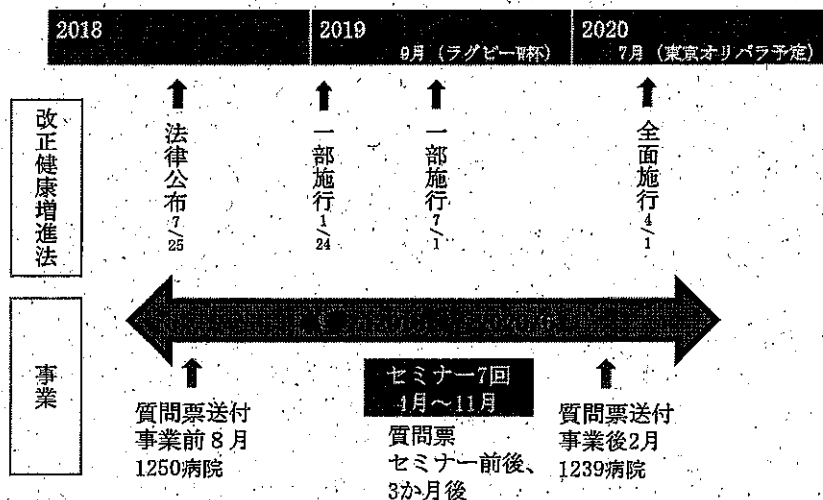


図1 事業の概要

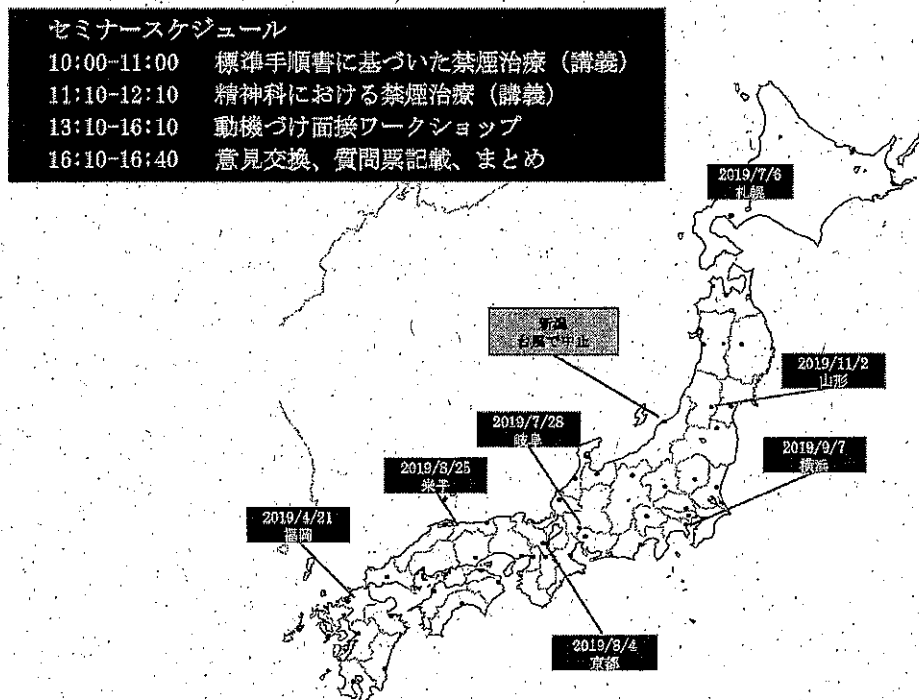


図2 セミナースケジュール

下、MM)・メーリングリスト(以下、ML)、日本精神科病院協会(以下、日精協)MM、日本公的病院精神科協会(以下、公精協)の案内、第8回日本精神科医学会学術大会HP、チラシ等にて、参加者を募集した⁷⁾。

なお、付随的に日精協が主催する第8回日本精神科医学会学術大会においてシンポジウム「精神科病院における禁煙推進」を企画運営した。

セミナーやシンポジウムのために作成したスライドや資料は一定期間無料で公開し、さらなる禁煙推進を諮った。

事業の評価は下記で行った。①事業前後で日精協、公精協所属の精神科病院に質問票を郵送し、敷地内禁煙と禁煙外来の数の変化をみる。事業前は改正健康増進法(以下、改正法)成立翌月の2018年8月に病院敷地内禁煙の周知を兼ねて、事業後は2020年2月とした。②事業前後で、厚生労働省データより敷地内禁煙の医療機関数、社会保険庁データよりニコチン依存症管理料届出医療機関数を収集し分析する。③セミナー参加者数を人材育成数として評価する。

統計処理として、各群の比率の差の検定を行った。統計ソフトはSTATA17を使用し、有意基準を

0.05と定めた。

倫理的配慮：事業の内容は「グローバルブリッジ・ジャパン」により検討され、倫理面も含めて実施可能と判断された。質問票は、精神科病院においては事業前後、セミナー参加者においてはセミナー前後と約3か月後に無記名で実施したが、提出は任意であり、得られたデータは統計的処理を行うこと、学会等で報告する場合も匿名性は保たれることを文書で説明し、回答・提出をもって同意とした。

3. 結果

1) 精神科病院の喫煙環境

事業前は2018年8月に日精協、公精協の協力を得て所属の1,250病院に質問票を送付し403病院からの回答(回収率34.4%)、事業後は2020年2月、1,239病院に質問票を送付し377病院から回答を得た(回収率30.4%)。2018年の敷地内禁煙率は33.0%に対し、2020年は69.0%で有意に増加していた(p<0.001;図3)。2018年質問票で、改正法施行後の喫煙環境について設問したところ、敷地内禁煙予定194病院、屋内禁煙予定68病院、未定110病院、その他21病院であった(表1)。2020年質問票では、2019年6月30日時点での喫煙環境についても設問し

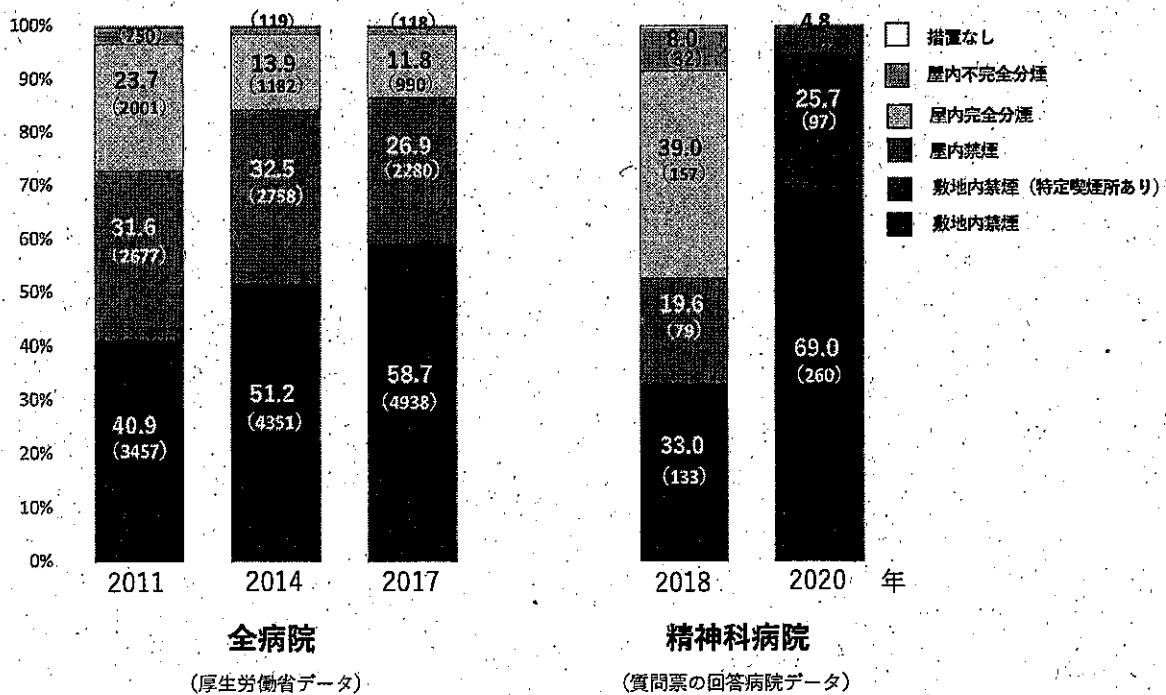


図3 日本の病院の喫煙環境(カッコ内は病院数)
精神科病院：2018年(事業前)回収率34.4%(403/1,250)
2020年(事業後)回収率30.4%(377/1,239)

表1 2018年における喫煙環境と、健康増進法改正案(原則敷地内禁煙)が施行された場合の喫煙環境予定(2018年の事業前質問票)

喫煙環境	敷地内禁煙	屋内禁煙	屋内分煙		対策なし	未定	その他	無回答	計
			完全	不完全					
Q1 現在, n (%)	133 (33.0%)	79 (19.6%)	157 (39.0%)	32 (7.9%)	2 (0.50%)				403
Q2 法施行後の予定, n (%)	194 (48.1%)	68 (16.9%)				110 (27.3%)	21 (5.2%)	10 (2.5%)	403

- Q1. 現在の貴病院の喫煙環境について該当するものの番号に○をおつけください。
 Q2. 今国会で成立した健康増進法改正案では病院は原則敷地内禁煙となっています。この法施行後、貴病院の喫煙環境をどうされるか、該当するものの番号に○をおつけください。

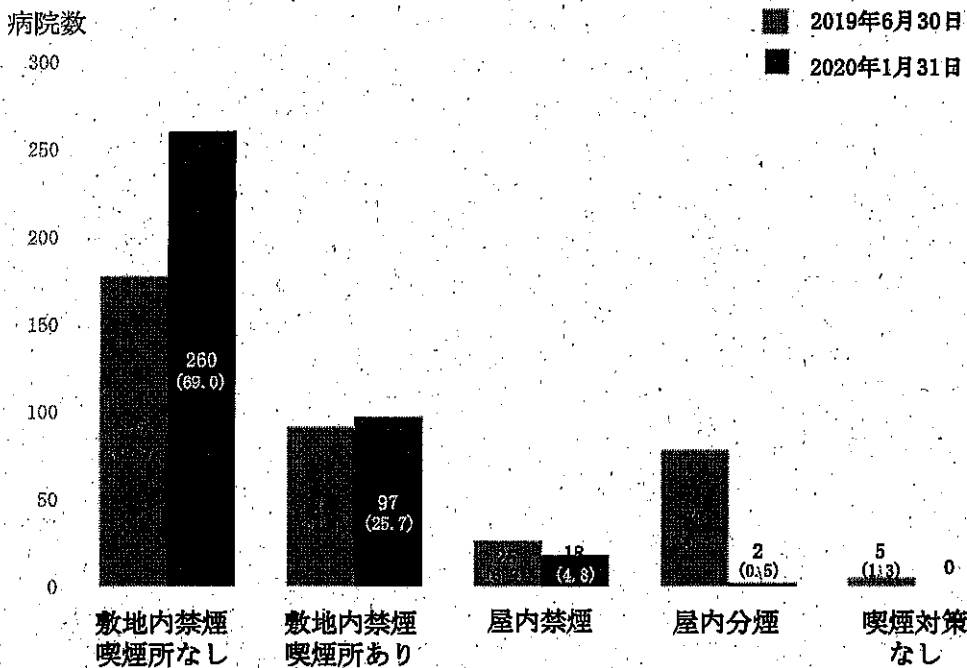


図4 2020年質問票回答病院における2019年6月30日と2020年1月31日の喫煙環境(カッコ内はその年の割合%)

た(図4)。2020年1月31日時点で敷地内禁煙(喫煙所なし)の260病院のうち173病院(66.5%)は2019年6月30日時点でも敷地内禁煙(喫煙所なし)であったが、87病院(33.5%)は敷地内禁煙(喫煙所なし)以外の喫煙環境から変更したものであった。

2) 禁煙外来設置状況

禁煙外来設置の精神科病院は2018年質問票では42、2020年の質問票では54であり、29.0%増加傾向であった。2018年質問票での、仮に敷地内禁煙にできた場合の禁煙外来設置予定病院数は52であった(表2)。2020年質問票で禁煙外来を設置しない理由としては、選択式設問(複数回答可)で、回答の

あった357病院中、スタッフがいない49.6%、時間がない23.0%、メリットが少ない18.5%、方法がわからない9.8%、その他21.3%であった。

3) セミナーの効果

多職種605人が参加した。精神科病院を敷地内禁煙にすることの重要性について、セミナー前質問票では88.7%(457/515)、後では95.9%(491/512)、フォローアップ質問票では93.0%(240/258)が、重要である、少し重要であると回答した。各セミナーの約3か月後の質問票において精神科における禁煙支援や治療に関するセミナー内容は53.5%が役に立った、どちらかというと役に立ったと回答した。

表2 仮に敷地内禁煙にできた場合の禁煙外来設置の予定(2018年の事業前質問票)

禁煙外来設置	保険での禁煙外来	自由診療での禁煙外来	両方での禁煙外来	禁煙外来の実施なし	未定または無回答	計
Q3-1(現在), n(%)	35(8.7%)	15(3.7%)	7(1.7%)	344(85.4%)	2(0.5%)	403
Q3-2 敷地内禁煙にした場合, n(%)	51(12.7%)	6(1.5%)	1(0.2%)	77(19.1%)	268(66.7%)	403

Q3-1. 禁煙外来の現在の設置状況につき、該当するものの番号に○をおつけください(複数回答可)

Q3-2. 仮に敷地内禁煙にできた場合、該当するものの番号に○をおつけください(複数回答可)

精神疾患のある喫煙者に禁煙を働きかける機会は59.9%(151/252)が増えた、または少し増えたと回答した。

4. 考 察

1) 精神科病院の喫煙環境

一 改正健康増進法の効果は絶大

健康増進法においては病院の敷地内禁煙は努力義務であり、厚生労働省の3年に1度の医療施設調査によると、日本の全病院の敷地内禁煙率は2011年40.9%、2014年51.2%、2017年58.7%と不十分であった(図3)⁸⁾。事業前の2018年質問票における精神科病院の敷地内禁煙率は33.0%と、2017年の全病院の58.7%よりもはるかに低かった($p < 0.001$)。全病院には精神科病院も含まれ、質問票回答病院に喫煙対策が進んでいるところが多いだろうことを考えると、精神科以外の病院と精神科病院の喫煙対策には、さらに大きな差があったと考えられる。一方、事業後2020年の質問票では69.0%の精神科病院が敷地内禁煙となり、2017年の全病院の58.7%より有意に多かった($p < 0.001$)。また、特定喫煙所ありの敷地内禁煙25.8%とあわせると原則敷地内禁煙の精神科病院は94.8%となり、この変化は大きい。

2020年質問票で、2019年6月30日時点と2020年1月31日時点の喫煙環境について設問したところ、2019年6月30日時点では喫煙所なしの敷地内禁煙であったのに、その後特定喫煙所を設けた病院が4病院あった。改正法で特定喫煙所を認めなければ敷地内に喫煙所を設置することはなかったと推測する。一方、屋内分煙から一気に喫煙所なしの敷地内禁煙に移行した病院が49あり、特定喫煙所ありの敷地内禁煙24病院をいれると、屋内分煙から原則敷地内禁煙に移行した病院は93.6%(73/78)であった。これは改正法が特定喫煙所を認めたにせよ医療機関の敷地内禁煙を義務とし、2019年7月1日から施行となったことが大きい。2013年の橋本らの質問票にお

いて、敷地内禁煙にしていない468病院への将来の喫煙環境の設問で、敷地内禁煙予定が10.0%、屋内禁煙予定が8.1%、現状維持が73.7%であったことからもうかがわれるように、精神科病院の敷地内禁煙は困難と考えられていた⁶⁾。一方、義務を伴う法律ができるとかくも急激に敷地内禁煙となり、しかも大きな問題は起きていない。以前は敷地内禁煙による隠れ喫煙での火事、患者の抵抗、精神症状の悪化が懸念されたが実際にはほとんどなく、火事は喫煙環境のほうが多い^{6,9)}。栗岡が2019年改正施行前後に行った京都府下精神科病院対象の調査でも、敷地内禁煙後の問題点の設問で「特に問題は起こらなかった」が46.7%、「近隣住民からのクレーム」が26.7%であり、精神症状の悪化や火災の発生はなかった¹⁰⁾。敷地内禁煙により、受動喫煙による健康被害の減少と入院患者の喫煙率低下が見込まれ、改正法は精神疾患患者の疾病罹患率と死亡率の低下に大きく寄与すると考える。

今回、精神科における禁煙推進のすそ野を拡げるため、前述のシンポジウムやHP、MMの他、セミナーにおいて、全国レベルでは後援を日本医師会・日精協・公精協・日本対がん協会に依頼し、都道府県レベルではセミナーごとに行行政機関・医療関係団体・精神科関係団体・禁煙推進団体・動機づけ面接(MI)関係団体等に後援や広報を依頼した。セミナーの座長は日精協支部長など地域のステークホルダーに依頼した。また、「グローバルブリッジ・ジャパン」参加団体への広報、同じ精神科における禁煙推進をテーマとしたMedscapeとの連携も行った。喫煙所設置を考えていたが設置しないことにしたなどのメッセージも多く寄せられた。

2) 禁煙外来設置状況

一 14倍増加したものの数としては微増

精神科病院の禁煙外来を増やすことは事業目的の一つであった。2020年地方厚生局データでは2017

年から27病院増えて96病院となり1.4倍の増加ではあるものの、数としてはまだまだ足りない。事業質問票では2018年42病院、2020年54病院と約1.3倍で、厚生局データとほぼ同様の増加率であった。回答病院は、少なくともこの点においては、大方精神科病院全体の傾向を反映していると考えられた。

精神疾患患者にも健康、経済面などのデメリットから禁煙希望者は多い。厚生労働省の2017年度調査「ニコチン依存症管理料による禁煙治療の効果等に関する調査報告書」(以下、2017年度調査)によると、ニコチン依存症管理料算定開始時点における治療中の合併症ありは38.2%で、うち精神疾患を合併している者は14.8%(男性12.7%、女性20.3%)であった¹¹⁾。禁煙治療希望受診者の5.6%が精神疾患を合併していることになる。しかるに禁煙外来のある精神科病院は2017年の地方厚生局データで6.5%(69病院)、精神科標榜診療所は2017年度調査で3.8%と非常に少なく、禁煙治療希望の精神疾患患者の多くは身体科医療機関の禁煙外来を受診していると推察する。

そこで「精神科病院における禁煙外来設置の課題と対策」を考えてみた。禁煙外来の医療機関側の条件は4つあるが、精神科病院において一番ハードルが高いのは敷地内禁煙である。69.0%の精神科病院が喫煙所なしの敷地内禁煙になったが、禁煙外来があまり増えないのはなぜか。質問票から見えた課題と対策を列挙してみる。

課題1: スタッフがいない、方法がわからない

事業はまさに禁煙支援・治療ができる人材育成が主な目的であった。セミナー参加者に重要性は理解してもらえた一方、禁煙外来設置までは結びついていない。今後キーパーソン対象の禁煙外来設置についての情報提供が重要と考える。キーパーソンがアクセスしやすいようにWebセミナーやYouTubeでの情報提供、日精協・公精協・日本精神神経学会等でシンポジウムやワークショップを行うなどが考えられる。実務者にも同様にアクセスしやすい方法で禁煙外来の実際について情報提供する。

課題2: 時間がない

精神科医師だけではなく看護師や心理士等とチームで治療支援する。問診票の活用などシステム化する。

2020年12月から保険適用の「禁煙治療用アプリ及びCOチェッカー(以下、禁煙治療用アプリ)」を使う¹²⁾。精神疾患患者は一般に禁煙が難しく再喫煙率が高いため、こまめな受診と長期のフォローが必要である¹³⁾。禁煙治療用アプリは禁煙治療開始初日から24週まで毎日サポートがあり、受診以外の時間において治療介入してくれる。難点は、①スマートフォンが必要、②費用負担がある(保険点数は2,540点)、③理解力が低い精神疾患患者にはアプリの説明や入力サポートに時間がかかる、等である。

課題3: 禁煙外来のメリットがない

精神科主治医による禁煙治療のメリットは多い。

- 患者は禁煙外来のために他医療機関に行く必要がなく、時間と労力と費用の節約になる。特に生活保護、自立支援医療や心身障害者医療費助成制度の受給者は費用負担がないか軽減され、タバコ代と合わせて禁煙による費用効果は大きい。精神疾患患者の禁煙治療は、より安全により効果的に行うためにこまめの通院が望ましく、結果として精神科病院の収入が上がる。
- 禁煙外来があれば禁煙治療のハードルがさがり、禁煙治療を受ける精神疾患患者が増える。また、禁煙外来のない精神科医療機関の患者が禁煙治療のために受診することも見込める。さらに喫煙者は精神疾患罹患率が高く、禁煙治療を契機に精神疾患治療に結びつくこともある。
- 精神科主治医はその患者の精神症状増悪のサインや薬剤副作用等について他科医師より知っており、より安全に治療ができる。禁煙により精神症状が良くなることが多いため治療が楽になる。
- 精神疾患患者は長期通院者が多く、長期フォローが可能で再喫煙を予防しやすい。禁煙継続により入院リスクが減る。
- 患者の早逝予防となり、患者を失うリスクが減る。統合失調症患者の寿命は約15年短く、死因の50~75%は喫煙が大きな要因の虚血性心疾患である¹⁴⁾。また喫煙は、より多くの抗精神病薬を必要とする場合があり、副作用も心身の合併症も起こりやすい。
- 医師患者関係が良くなる。禁煙すると自信ができ生活スタイルが変わり生活の質が上がるため治療者に感謝することが多い。治療者も結果が目に見

えモチベーションがアップする。

- ・他の依存症治療に役立つ。
- ・入院中喫煙できないことで入院を躊躇する患者がいる場合、禁煙外来があれば入院前に禁煙治療を開始することにより入院中の禁煙補助薬を保険で処方できる可能性があり、入院という禁煙の大きなチャンスをかかして楽に安全に禁煙治療ができる。禁煙により、少ない薬剤で治療できることが多く薬剤費の軽減につながる。また火事や感染症の予防、タバコをめぐる患者間トラブルの減少、喫煙に関わる労力の減少にもつながる。

これらは個々の精神科病院においてはさまざまなリスクと経費を下げ、日本における精神科医療費を下げ、精神科医療の質を上げるのに寄与すると考えられる。診療報酬により禁煙外来への更なるインセンティブが望まれる。

3) セミナーの効果

講義と動機づけ面接のワークショップを組み合わせたことにより多職種の参加が得られ、効果的であった。詳細については別論文にて述べる。

結 論

敷地内禁煙は困難とされていた精神科病院のほとんどが大きな問題なく原則敷地内禁煙になり、日本の精神科病院の敷地内禁煙は十分可能であった。敷地内禁煙が進む状況において今後精神科病院の禁煙外来を増やすことが必要であり、本事業は関係者の理解を進める上で有益であった。

謝 辞

稿を終えるにあたり、後援を賜りました日本医師会・日本精神科病院協会・日本公的病院精神科協会・日本対がん協会、事業に協力・ご支援いただきましたすべての皆様に深謝申し上げます。

グローバルブリッジは、世界中のタバコ依存症治療の対処能力向上に重点的に取り組んでいる組織です。今回は日本が対象で目的の一端を担わせていただき、あらためてここに謝意を表します。

なお、事業の一部は、日本禁煙学会学術総会(第12回香川・第13回山形・第14回福島)において発表しました。

引用文献

- 1) 厚生労働省：平成27年国民健康・栄養調査報告 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyou/h27-houkoku.html> (閲覧日：2021年3月31日)
- 2) Moore RA, Aubin HJ: Do placebo response rates from cessation trials inform on strength of addictions? International journal of environmental research and public health 2012, 9:192-211.
- 3) 日本禁煙学会：ニコチン依存症管理料算定医療機関 <http://www.nosmoke55.jp/nicotine/clinic.html> (閲覧日：2021年3月31日)
- 4) 日本禁煙学会：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 <http://notobacco.jp/hoken/seisinka.htm> (閲覧日：2021年3月31日)
- 5) 厚生労働省：医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況。 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/chousahyo/index.html> (閲覧日：2021年3月31日)
- 6) Hashimoto K, Makinoda M, Matsuda Y, et al: Smoking bans in mental health hospitals in Japan: barriers to implementation. Ann Gen Psychiatry. 2015; 14:35.
- 7) 「タバコ依存症治療の専門家とサポーターの育成」プロジェクト <https://gbsmokefree2019.jimdo-free.com/> (閲覧日：2021年3月31日)
- 8) 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(閲覧日：2021年3月31日)
- 9) 松尾典夫：精神科病院における喫煙の関与する事故。日精協誌2008; 27: 899-904.
- 10) 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状況。禁煙会誌 2020; 15: 17-27.
- 11) 厚生労働省：平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成29年度調査) <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000192293.pdf> (閲覧日：2021年3月31日)
- 12) 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 第8版 http://www.j-circ.or.jp/kinen/anti_smoke_std/index.htm (閲覧日：2021年4月22日)
- 13) 川合厚子：精神疾患患者に対する禁煙支援。日本禁煙学会編。禁煙学(改訂4版)。南山堂、東京、2019：p207-212.
- 14) Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, et al: Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. Am Heart J. 2005; 150: 1115-1121.

精神科病院向けアンケート (事業前)

- Q1. 現在の貴病院の喫煙環境について該当するものに番号に○をおつけください。
1. 敷地内禁煙
 2. 屋内禁煙
 3. 屋内完全分煙
 4. 屋内不完全分煙
 5. 特に受動喫煙対策は取っていない
- Q2. 今国会で成立した健康増進法改正案では病院は原則敷地内禁煙となっています。この法施行後、貴病院の喫煙環境をどうされるか、該当するものに番号に○をおつけください。4の場合は具体的にお答えください。
1. 敷地内禁煙
 2. 屋内は禁煙として敷地内に喫煙所を設ける
 3. 1)にするか2)にするかわからない
 4. その他 ()
- Q3. 敷地内禁煙にすると、保険での禁煙治療が可能になります*。また、保険で禁煙治療を始めその治療中に入院した場合、禁煙治療薬（ニコチンパッチまたはバレニクリン）が保険で算定できます*。（*いくつかの条件があります。）
- Q3-1. 禁煙外来の現在の設置状況につき、該当するものに番号に○をおつけください（複数回答可）。
1. 保険での禁煙外来をしている
 2. 自由診療での禁煙外来をしている
 3. どちらも実施していない
- 上記 Q3-1 で1に○をつけられなかった方にお聞きします。
- Q3-2. 仮に敷地内禁煙にできた場合、該当するものに番号に○をおつけください（複数回答可）。
1. 保険での禁煙外来をする
 2. 自由診療での禁煙外来をする
 3. どちらもしない
 4. 現時点ではわからない
- Q4. これから全国7か所で精神科向けの無料の禁煙セミナーを行います。医師・スタッフの参加希望についてお教えてください。
1. 参加したい
 2. 参加しない
 3. 現時点ではわからない
- Q5. ご質問ご意見等がありましたら、ご自由にお書きください。

貴施設名 ()
 回答者の役職 () お名前 ()
 連絡先メールアドレス ()
 今後、禁煙セミナー（無料）のご案内やセミナーで使用したスライド、精神科の喫煙対策や禁煙治療についての資料や情報を共有できますよう、メールアドレス記載をお願い致します。
 ご回答、誠にありがとうございました。

参考資料1 精神科病院への質問票 (事業前)

精神科病院向けアンケート (事業後)

- Q1. 2019年6月30日時点での貴病院の喫煙環境について該当するものに○をおつけ下さい。
1. 敷地内完全禁煙
 2. 敷地内禁煙 (特定喫煙所あり)
 3. 屋内禁煙
 4. 屋内分煙
 5. 特に受動喫煙対策は取っていない
- Q2. 2020年1月31日時点での貴病院の喫煙環境について該当するものに○をおつけ下さい。
1. 敷地内完全禁煙
 2. 敷地内禁煙 (特定喫煙所あり)
 3. 屋内禁煙
 4. 屋内分煙
 5. 特に受動喫煙対策は取っていない
- 敷地内禁煙にすると、保険での禁煙治療が可能になります*。また、保険で禁煙治療を始めその治療中に入院した場合、禁煙治療薬（ニコチンパッチまたはチャンピックス）が保険で算定できます*。（*いくつかの条件があります。）
- Q3-1. 2020年1月31日時点での禁煙外来設置状況につき、該当するものに○をおつけ下さい（複数回答可）。
1. 保険での禁煙外来をしている
 2. 自由診療での禁煙外来をしている
 3. どちらもしていない
- Q3-2. Q3-1で1に○をつけなかった方にお聞きします。今後1年以内の禁煙外来設置について、該当するものに○をおつけ下さい（複数回答可）。
1. 今後1年以内に保険での禁煙外来をする
 2. 今後1年以内に自由診療での禁煙外来をする
 3. どちらもしない
 4. 現時点ではわからない
- Q3-3. Q3-2で1に○をつけなかった方にお聞きします。禁煙外来を設置しない理由について該当するものに○をおつけ下さい（複数回答可）。
1. 禁煙外来をする時間がない
 2. 禁煙外来をするスタッフがいない
 3. 禁煙外来設置の方法がわからない
 4. 経済的メリットが少ない
 5. その他
- Q4. 2019年に全国7か所で精神科向けの無料の禁煙セミナーを行いました。またこのようなセミナーがあった場合、貴病院スタッフの参加についてお教えてください。
1. 参加させたい
 2. 参加しない
 3. 現時点ではわからない
- Q5. ご質問ご意見等がありましたら、ご自由にお書きください。

貴病院名 ()
 回答者の役職 () お名前 ()
 連絡先メールアドレス ()
 Q4の2019年セミナースライドをお送りしますのでアドレス記載をお願いいたします。昨年メールアドレスお知らせいただいた病院の中に送信エラーでお送りできなかったところがありました。3月までに情報が届かない場合は jstoph@gmail.com にご連絡ください。
 ご回答、誠にありがとうございました。

参考資料2 精神科病院への質問票 (事業後)

Promoting smoke-free psychiatric hospitals prior to the amended Health Promotion Act – How did the amended Health Promotion Act change smoking measures in psychiatric hospitals? –

Atsuko Kawai¹, Masako Kitada¹, Michikazu Nakai², Takaaki Abe¹, Mami Iida¹,
Yoko Otsubo¹, Shigemitsu Onizawa¹, Tsuyoshi Kuramoto¹, Takahiro Shimizu¹,
Yoshihisa Takano¹, Hiromi Takahata¹, Takashi Doi¹, Junichi Hasegawa¹, Satoshi Mitsuma¹,
Naoko Yano¹, Makiko Yamamoto¹, Masato Kano¹, Hisayoshi Fujiwara¹

Abstract

Purpose: To promote smoke-free psychiatric hospitals by training specialists in tobacco addiction treatment and providing information ahead of the amended Health Promotion Act.

Method: In 2019, seminars were held at seven locations nationwide. These consisted of lectures on smoking cessation treatments and “motivational interviewing” workshops. Information, specifically concerning the promotion of a smoke-free environment, for domestic psychiatric hospitals was provided.

Results: There were 605 seminar participants. A questionnaire prior to the smoke-free promotion project was administered to the directors of 1250 Japanese psychiatric hospitals in August 2018. In February 2020, after the project, further questionnaires were sent out to 1239 of these directors. In 2018, 34.4% (n = 403) of the hospital directors responded to the first questionnaire. In 2020, 30.4% (n = 377) responded to the second questionnaire. As per the questionnaires, it was discovered that the hospital-wide smoking bans significantly increased from 33.0% in 2018 to 69.0% in 2020 (p < 0.001). The number of smoking cessation outpatient services covered by health insurance increased from 42 in 2018 to 54 in 2020.

Discussion: Many of the psychiatric hospitals in which it was considered difficult to ban smoking were able to achieve it without major problems after the amended Health Promotion Act.

Conclusion: It is necessary to increase the number of non-smoking outpatients at psychiatric hospitals in situations wherein smoking cessation is under progress on the premises, and this project was useful for promoting the understanding of the parties concerned.

Key words

psychiatric hospital, smoking ban, smoking cessation outpatient services, motivational interviewing, the amended Health Promotion Act

¹ Japan Society for Tobacco Control Smoking cessation treatment and support committee

² National Cerebral and Cardiovascular Center, Open Innovation Center, Center for Cerebral and Cardiovascular Diseases information