

## 全国がん（成人病）センター協議会加盟施設禁煙推進行動計画

### 1. 趣意

タバコはがんの最大のリスク要因であり、また、喫煙の継続はがんの再発や合併症の危険性を増加させることが知られている。これまでに日本癌学会、日本呼吸器学会、日本循環器学会をはじめとする各種医学会や(社)日本医師会、(社)日本看護協会は、禁煙宣言等を発表し、所属会員がさまざまな禁煙活動を推進することを要請・宣言している。しかし、施設単位で効果的な喫煙対策を推進するためには、個々の職員の自覚や経験に多くを期待することよりも、各施設が組織的な意思決定の下、計画的に対策を進めて行くことが望ましい。

平成16年度から開始された第3次対がん10か年総合戦略の目標として「がんの罹患率および死亡率の激減」が掲げられている。死亡率の減少に資する診断、治療の向上については、これまで全がん協加盟施設が日本の主導的役割を果たしてきたところであるが、罹患率減少に関しても、全がん協は積極的に取り組む必要がある。罹患率を激減するためには、予防対策を推進するしかない。そこで、全がん協としても、今般、がん罹患率減少に最も効果的であるタバコ対策を推進するため、下記の禁煙推進行動計画を加盟施設に提案することとする。

行動計画の活動範囲は、禁煙に関する施設内の環境面の整備、広報・掲示、患者への禁煙支援・禁煙治療、職員の研修等、研究、職員の喫煙行動、から成る。平成17年8月に地域がん診療連携拠点病院の整備指針に、「施設内禁煙等のたばこ対策に積極的に取り組むこと」が盛り込まれたことも踏まえ、全がん協事務局は、全ての加盟施設がこの行動計画に積極的に参画することによって、他の地域がん診療連携拠点病院をはじめとする地域の中核病院等に対し、禁煙推進のロールモデルになることを期待する。

## 2. 行動計画の進め方

### ・協議会事務局の役割

1. 協議会事務局は、本行動計画を全がん協総会等を通じて加盟施設に周知する。計画に変更等が生じた場合は、適宜加盟施設と連絡・調整を図る。
2. 協議会事務局は、本行動計画を全がん協のホームページ等で公表し、他の医療機関への禁煙推進ロールモデルとなるよう、周知を図る。
3. 協議会事務局は、加盟施設が各行動目標の進捗状況・達成度を把握するための調査票を作成し、これを各施設に1年に1回程度の間隔で発送し、回収する。
4. 協議会事務局は、3で得た情報を元に各施設の計画の達成度を判定し、その結果を全がん協ホームページに公表する。判定方法については協議会事務局が基準を設ける。
5. 協議会事務局は、各行動目標が加盟施設において円滑に進むことを支援するための情報を、収集・整理し、これを全がん協のホームページに掲載する。
6. 協議会事務局は、必要に応じて加盟施設から本行動計画の進め方等について意見を聴き、適宜これを反映させるものとする。

### ・各加盟施設の役割

1. 各施設は、本行動計画を推進するための委員会を設置し、本行動計画の施設内での周知、取りかかる行動目標の選定と進め方の検討、進捗状況の把握方法、役割分担、等について協議するものとする。
2. 各施設は、 . 3 に基く協議会事務局からの調査依頼に対して協力するとともに、この調査を通して自施設での禁煙の取り組みの自己評価を行うものとする。
3. 各施設は、 . 1 の協議に基き、各施設が定めた行動目標を順次実行に移すものとする。
4. 各施設は、2 に基く評価等により、必要に応じて推進方法の再検討を行い、これを修正するものとする。

5. 各施設は、テレビ会議等を通じて行動計画に関する意見交換を行う。
6. 各施設は、必要に応じて協議会事務局に対し、本行動計画の進め方等について意見するものとする。
7. 各施設が本行動計画の行動目標以外の禁煙推進に関する取り組みを行った場合には、他施設への啓発の意味から、その概要を協議会事務局に情報提供するものとする。

### 3. 行動目標

は必須項目、 は推奨項目、 は数値目標

#### . 環境面

1. 全館禁煙（医局・事務室含む）
2. 敷地内にタバコ自販機がない
3. 敷地内売店でタバコの対面販売をしない
4. 敷地内禁煙
5. 環境面、広報面、患者への禁煙支援等の総合的な喫煙対策を企画、普及するための委員会が設置されている

#### . 広報・掲示

1. 入院案内書に全館禁煙・敷地内禁煙の説明がある
2. 館内掲示板（ポスター）に全館禁煙・敷地内禁煙の説明がある
3. ホームページ（HP）の活用

#### . 患者への禁煙支援、禁煙治療

1. 患者への禁煙支援を企画、普及、モニタリングするための委員会が設置されている
2. 全ての外来および病棟で禁煙補助剤が処方できるシステムを持つ

3. 医療保険による「ニコチン依存症」の医学的管理が実施できる体制を持つ
  4. 全ての初診患者に対して喫煙歴を聴取し、外来カルテに記載している
  5. 4で「喫煙中」および「禁煙して1ヶ月以内」と答えた全ての患者に対し、禁煙の導入または禁煙の継続が指示されている
  6. 入院予約時の（または入院が決まった時点での）喫煙患者に対し、入院前に外来で禁煙の指示および全館禁煙・敷地内禁煙の口頭説明がなされている
  7. 入院予約時の喫煙患者に対し、入院当日に喫煙状況の確認と禁煙継続の指示がなされている
  8. 入院予約時の喫煙患者に対し、退院時に喫煙状況の確認と退院後再喫煙しない指示がなされている
  9. 6～8をもれなく実行する工夫（禁煙クリニカルパスシートの活用など）がなされている
  10. 手術対象患者には、麻酔科医の術前回診で喫煙状況の確認を行い、喫煙患者に対しては、術後の再喫煙防止の指導を行う
  11. 入院予約時の喫煙患者の入院前禁煙導入率を90%以上にする
  12. 入院予約時の喫煙患者の退院6ヵ月後の再喫煙率を30%以下にする
  13. 禁煙の導入、継続を目的とした特定の診療科に限定しない対人的取り組みがある（禁煙外来、禁煙相談など）
  14. 禁煙を希望する患者が手にするリーフレットが院内に用意されている
- ・職員の研修等
1. 新規採用看護師の研修プログラムに、禁煙指導法の講義がある
  2. 医師は禁煙ガイドライン等を学習する
  3. 看護学生など、併設医療者教育の中での禁煙指導がなされる

・研究

- 1．喫煙関連産業からの出資金で運営される団体からの研究助成を受けない
- 2．禁煙を推進するための基礎的、臨床的、疫学的研究を実施している

・職員の喫煙行動

- 1．医師（非常勤、研修医含む）の喫煙率を 10%以下にする
- 2．看護師、助産師、保健師（非常勤含む）の喫煙率を 10%以下にする
- 3．薬剤師、医療ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士（非常勤含む）の喫煙率を 10%以下にする
- 4．直接患者を指導する立場にないその他の職種における喫煙率は、男 20%以下、女 10%以下にする
- 5．喫煙している職員に対し、禁煙支援がなされる

・その他

- 1．本計画で記した行動目標以外に、禁煙の推進に関する独自の取り組みをしている

## 4．解説

### ・環境面

2003 年の健康増進法施行により、受動喫煙防止のために公共施設等での禁煙化・分煙化が進んでいる。病院がこの動きに率先して取り組むことにより、受動喫煙防止の重要性を社会に示すことができる。また、館内、敷地内の禁煙化を図ることにより、入院患者が禁煙を続けやすい環境を作ることができる。

環境面での取り組みは、施設長の決断と指導力に負うところが大きい。

1. 全館禁煙（医局・事務室含む）

全がん協加盟施設の中には、館内に患者・来訪者用の喫煙室を設けているところがある。喫煙室を閉鎖すると、隠れタバコをするなどの安全管理面での問題を指摘する向きもあるが、既に全館禁煙に踏み切った多くの医療施設では、このような事例は生じていない。事前の入院案内や院内放送・院内掲示等による周知を行うことにより、トラブル無く全館禁煙に移行することができる。

なお、閉鎖した後の喫煙室を患者情報提供コーナーや患者相談室のような形に整備し、有効活用することも考えられる。

2. 敷地内にタバコ自販機がない

タバコ自販機が敷地内にあることは、患者の禁煙しようとする意思を萎えさせる。さらに、患者の健康の回復を目指す病院のイメージを大きく損ねる。

タバコ自販機の撤去にあたっては、自販機をリースしている業者が営業上の権利を理由に難色を示すことが予想される。この場合、業者の病院内（敷地内）での営業活動に関する事務手続きを担当する総務部局が、リース契約の更新をしないことを当該業者に説得、指導、通告する必要がある。

3. 敷地内売店でタバコの対面販売をしない

売店でのタバコの対面販売も、タバコ自販機の設置と同様、患者が禁煙する意思を萎えさせ、病院のイメージを損ねる。売店で営業する業者の選定にあたっては、患者の健康の回復を阻害する商品売らないことを、その条件に含める必要がある。また、現在タバコ対面販売を行っている売店が営業を行っている施設の総務部局が、当該業者に対し、在庫が無くなり次第、販売を終了することを指導、通告する必要がある。

#### 4. 敷地内禁煙

##### (1) 全般事項

建物内を含めた敷地内禁煙とその徹底が、病院における喫煙対策の環境面での取り組みのゴールであると考えられる。多くのがん患者が、タバコががんの原因や病気の悪化になるなど健康状態に悪影響を与えていると感じているが、ニコチン離脱症状の苦痛から禁煙が困難であると感じており、喫煙を継続することに罪悪感や不安を感じていることが少なくない。この場合、喫煙所などを設けるなどの喫煙を認める対応は必ずしも患者に対するサポートとはならない。また、屋外の敷地内に喫煙所を設けることで、これを利用する入院患者の安全管理上の問題も生じる恐れがある。喫煙患者に対しては、適切な禁煙支援・治療こそが患者の助けになることを留意する必要がある。なお、保険による禁煙治療を実施できる医療施設の要件の1つは、その施設が敷地を含む構内禁煙であることである。

##### (2) 緩和ケア病棟の禁煙について

緩和ケア病棟を持つ施設においては、完全な敷地内禁煙の環境を維持することは難しいとの意見がある。その意見は、主として、緩和ケアにおいては患者のQOLを高めることが主目的となるが、患者の要望に沿った療養環境を整えることが患者のQOLの維持、向上につながる。よって、敷地内(または館内)で喫煙したいという希望のある患者に対しては、これを可能にする配慮を行うことが、緩和ケアにおいては重視されても良い、という考えに基づくと思われる。しかし、緩和ケア病棟の患者は身体状態の悪化に伴い喫煙が困難になることはほぼ避けられず、喫煙を継続した患者はがんの身体的苦痛に加えニコチンの離脱症状に苦しむという場合も考えられる。患者の苦痛緩和とQOL向上を目指す緩和ケアの役割を考慮すると、ニコチン代替療法など、患者の苦痛を少なくする禁煙支援を行うことがむしろ望ましい。また、緩和ケア病棟であっても病院という公共施設の一部であることから、職員を含む他の人への受動喫煙の影響も考えると、敷地内禁煙に協力していただくよう、入院時に説明することは、終末期の患者への配慮を欠くことには必ずしもならないと考える。

しかしながら、差し迫った終末期にあるがん患者等が、喫煙を切望している場合で、かつ

ニコチン補助剤等で対処できない場合は、例外的に喫煙を認めるという個別対応がやむを得ない場合も想定される。このような事例に個別的に対応することと、当該施設が全館または敷地内禁煙の原則を保持するということは、本来両立できる性質のものである。

### (3) 精神科病棟の禁煙化について

これまで日本においては精神科は喫煙対策の例外で、精神障害者が喫煙するのは仕方がないという風潮が強かった。その理由として、統合失調症などの精神疾患患者では、喫煙によるニコチン摂取が精神症状を緩和する効果があるとされてきたこと、精神疾患患者に禁煙指導を行っても、禁煙の実行は難しいと思われてきたこと、精神科においては精神障害者もスタッフも喫煙問題に関する関心が低く、禁煙に関する情報が少なかったこと、などが考えられる。

しかしながらその一方で、精神疾患患者における高い喫煙率が患者の喫煙関連疾患のリスクを増大させていることも事実であり、また、喫煙の継続が患者の経済状態をさらに圧迫していることも見逃せない。実際に日本の精神科病院で敷地内禁煙にしたところでは、入院例で抑うつ状態が悪化した例はなく、むしろ禁煙での入院治療はうつと禁煙の治療双方に有効であったことが報告されている(村井俊彦著・中村正和,田中善昭編,禁煙外来マニュアル 141-149頁,日経メディカル開発,2005年)。また、米国では精神症状を有する患者に対する禁煙治療の勧告が、豪州では、統合失調症患者に対する節煙と禁煙のガイドラインがそれぞれ出されている。そして、たとえ禁煙することによって精神症状に影響が出たとしても、入院中であれば十分な観察の下に、薬物治療等によるコントロールは可能と思われる。

以上の点をふまえると、日本の多くの精神科病棟では入院患者の喫煙を容認している現状を考慮したとしても、精神科病棟を有する全がん協加盟施設においては、精神症状を有する患者に禁煙治療が的確に行われる体制を取ることが望ましい。しかしながら、閉鎖病棟の中で患者がどうしても禁煙できない場合もあると思われる。この場合の個別対応は、施設の状態によっても患者個人の状況によっても異なり、一概に規定することはできない。しかしこのような個別の事例に病棟内で対応することは、施設全体としての全館または敷地内禁煙化の方針自体と矛盾することにはならないと考える。

5. 環境面、広報面、患者への禁煙支援等の総合的な喫煙対策を企画、普及するための委員会が設置されている。

各施設において総合的な喫煙対策を企画、普及するためには、責任と権限を有する組織横断的な構成員による委員会が設置されていることが望ましい。施設における委員会活動は、通常、組織横断的であるが故に、実行性に乏しかったり、休眠状態に陥ることが時々ある。そこで施設の長は、当該委員会から活動状況を定期的に報告させ、本計画に沿って委員会活動が適正に行われていることを把握する必要がある。

既存の委員会の中から、これに充てる委員会を選ぶ場合も考えられる。その場合でも、施設の長は、当該委員会から活動状況を定期的に報告させ、その取り組みをモニターする必要がある。

なお、新たに委員会を発足させる場合、後述する 1 の役割を併せ持つ委員会と位置付け、各施設での喫煙対策を包括的に牽引する権限を備えることが勧められる。

## ・ 広報・掲示

1. 入院案内書に全館禁煙・敷地内禁煙の説明がある

入院案内書は入院予定患者とその家族にその施設の概要、役割、特徴を示す重要な書類である。入院案内書に喫煙に関する環境面での約束事を明記することによって、病院との間に生じるかもしれない無用のトラブルを防止することができる。

2. 館内掲示板（ポスター）に全館禁煙・敷地内禁煙の説明がある

院内掲示板により、入院患者のみならず、外来患者や来訪者に対しても、環境面での病院の姿勢を示すことができる。

### 3. ホームページ（HP）の活用

最近、患者と家族が病院を選ぶ際に、病院のHPを閲覧し、その内容を元に判断するケースが急速に増えている。自施設のHPに各施設における環境面での取り組みの現況や経緯、および患者への禁煙支援の取り組みや禁煙治療に関する案内などを掲載することは、当該施設を選んだ患者にその実状を伝えることになるだけでなく、社会に対して受動喫煙防止や禁煙の推進に関する教育的効果をもたらす。

また、禁煙の推進に役立つ既存のHPのリンク集を用意しておくことは、利用者にとって便利である。

## ・患者への禁煙支援、禁煙治療

### 1. 患者への禁煙支援を企画、普及、モニタリングするための委員会が設置されている

患者への禁煙支援は、特定の職員のボランティア精神のみに期待するものであってはならない。また、喫煙の健康影響、治療効果への影響は、疾患や病態によってその強弱はあるが、だからと言って特定の診療科だけの取り組みで終わらせるものでもない。喫煙習慣を持つ患者に対し、禁煙の導入を図ること、および禁煙して間もない患者に対して禁煙の継続を支援することは、治療的アプローチを含めて、施設内で組織的・横断的かつ継続的に実施する必要がある。

このためには、複数の診療科の職員、看護部職員および事務職員を含む複数の職種の職員で構成される、患者への禁煙支援を企画、導入、普及、モニタリングするための権限と機能を有する委員会を設置しておくことが重要である。

既存の委員会の中から、これに充てる委員会を選ぶ場合も考えられる。その場合でも、施設の長は、当該委員会から活動状況を定期的に報告させ、その進捗状況を把握する必要がある。

## 2. 全ての外来で禁煙補助剤が処方できるシステムを持つ

ニコチン置換療法は、禁煙の導入、継続に有効である。ニコチン置換療法薬のうち、医師の処方せんが必要な保険適用外薬剤の処方せんの発行は、多くの全がん協加盟施設では、各医師の裁量に委ねられているのが現状である。これを処方するための手続きが整備されていない施設では、全ての外来・病棟でニコチン置換療法薬が処方できるよう、保険外診療のオーダー画面への同薬の追加、処方せん料の設定、自由診療録様式の作成、等の手続き面での整備を行う必要がある。

なお、厚労省保険局医療課長および同歯科医療管理官は、「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」(保医発第 0901002 号、平成 17 年 9 月 1 日)で、患者から求めることができる実費の項目例を示し、その中に、「ニコチン貼付剤の処方等」が明記された。

## 3. 保険を使った禁煙治療を外来で実施できる体制を持つ

2006 年 4 月から保険を使った禁煙治療を行えるようになった。対象となる患者は、直ちに禁煙しようと考えていること、ニコチン依存症のスクリーニングテスト「Tobacco Dependence Screener (TDS)」が 5 点以上であること、ブリンクマン指数(1日喫煙本数×喫煙年数)が 200 以上であること、禁煙治療を受けることを文書により同意していること、の 4 つの条件全てを満たした者である。また、この治療の対象者(ニコチン依存症管理料算定対象患者)には同年 6 月からニコチン貼付剤の使用が保険適用を受けることになった。

禁煙の導入と継続が合併症の予防や再発の予防のために必要ながん患者が、がん(成人病)センターへ多数来院している。そこで、禁煙する自信の低い患者に対して保険による禁煙治療が行える体制を整えることが望ましい。

具体的には、敷地内禁煙などの施設要件を整えること、医事会計システムを修正すること、治療に必要な帳票類や検査機器(呼気中 CO 濃度測定器)などをそろえること、日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会の 3 学会が 2006 年 3 月に公表した「禁煙治療

のための標準手順書」(<http://www.jca.gr.jp/e16.html>)を医師が学んでおくこと、が前提となる。

4. 全ての初診患者に対して喫煙歴を聴取し、外来カルテに記載している

全ての初診患者に対し、外来担当医が喫煙歴を尋ねること、およびその結果を外来カルテに記載することから、禁煙支援が始まる。

5. 4で「喫煙中」および「禁煙して1ヶ月以内」と答えた全ての患者に対し、禁煙の導入または禁煙の継続が指示されている

初診時の喫煙歴の聴取は、診断行為の一環として尋ねるものの、喫煙していると答えた患者に対して禁煙することをその場で指示しない場合がある。初診時に喫煙患者に対して外来担当医が手短に、しかし明確に禁煙を指示することは、その患者の喫煙行動の変化に影響を及ぼす。また、禁煙して間もない患者に対して、外来担当医がその継続を指示することは、患者の禁煙継続の意思を強固にする。

米国の the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) をはじめとする7つの連邦政府部門と NPO の支援を受けて設立されたパネルは、2000年にエビデンスに基づく禁煙のための医療者向けのガイドラインを発表した。この中で、医師が患者に対して明確に禁煙を指示することで、指示しなかった場合に比べて患者の禁煙率が明らかに増加したことを示すエビデンスがあることから、その実行を推奨している。

6. 入院予約時(または入院が決まった時点での)喫煙患者に対し、入院前に外来で禁煙の指示および全館禁煙・敷地内禁煙の口頭説明がなされている

病院では通常、入院が決まった外来患者に対し、看護師等が、外来等で入院に際しての説明、指導を行う場面があると思われる。この時に、喫煙中の患者に対しては、速やかに禁煙

することを指示するとともに、全館禁煙等の環境面での約束事を説明しておくことが、入院前の禁煙導入を図る上で重要である。

7. 入院予約時の喫煙患者に対し、入院当日に喫煙状況の確認と禁煙継続の指示がなされている

入院患者は、入院当日に病棟で看護師による問診と入院生活に関する説明を受ける。この時に入院予約時の喫煙患者に対しては、再度、喫煙状況の確認と、禁煙継続の指示を与える必要がある。

1人の喫煙習慣を有する患者に対して、診療の節目となる複数の場面において、異なる医療従事者から一貫性のある指示を与えることが、禁煙の導入と継続に効果的である。

8. 入院予約時の喫煙患者に対し、退院時に喫煙状況の確認と退院後再喫煙しない旨の指示がなされている

入院患者は退院が決まると、退院日またはその前日に病棟で看護師から退院に際しての説明を受ける機会が通常ある。この時に入院予約時の喫煙患者に対しては、再度の喫煙状況の確認と、退院後も禁煙を継続することの指示を与える必要がある。

なお、同じ患者に対して繰り返し喫煙状況を尋ねることに抵抗を感じる医療従事者もいる。しかし、入院を契機に禁煙を開始した患者は刻々と喫煙（禁煙）行動を変化させがちである。このため、バイタルサインを測るのと同じ感覚で、繰り返し喫煙状況の確認を行う必要がある。また、繰り返しこれを行うことが、患者に禁煙継続の重要性を意識づけることにつながる。

9. 5～7をもれなく実行する工夫（禁煙クリニカルパスシートの活用など）がなされている

上記5～7を一連の業務としてもれなく施設内で実行するには、対象患者の選定法、指導の場面、指示の内容を施設内で標準化するとともに、指導したことをチェックリスト等を用いて記録に残すことが重要である。各施設は、対象者の外来・入院カルテのマーキングや、

クリニカルパスシート等を活用するなどの工夫をすることが重要である。

10. 手術対象患者には、麻酔科医の術前回診で喫煙状況の確認を行い、入許時喫煙患者に対しては、術後の再喫煙防止の指導を行う。

麻酔科医による術前の患者指導は、主治医による指導とともに、患者に対して強い影響を与えることが期待できる。原疾患の再発防止や、手術となった場合の術後呼吸器合併症 (Nakagawa, M et al. Chest. 2001) および創傷治療合併症 (Kuri M. et al. Anesthesiol 2005) を回避するために、術前回診の際に、手短であっても明確な指示を与えることが望まれる。

術前の麻酔科外来のある施設では、この時に喫煙状況の確認と禁煙導入および術後の再喫煙防止の指導を行うことがより効果的である。

11. 入院予約時の喫煙患者の入院前禁煙導入率を 90%以上にする

12. 入院予約時の喫煙患者の退院 6 ヶ月後の再喫煙率を 30%以下にする

具体的な数値目標を持つことは、職員の目的意識を明確にし、取り組みの動機を維持するために必要である。

術後の呼吸器合併症予防のためには、術前 4 週間以上の禁煙期間が必要だが、現状では入院予約後も入院日が決まらなると禁煙を開始しない患者のほうが多い。また、ある全がん協加盟施設では、入院前に喫煙していたがん患者の、退院後 6 ヶ月時点での再喫煙率は、40%であった (Tanaka H, et al. J. Epidemiol. 2003 (13))。非がん患者では一般に、がん患者に比べて退院後の再喫煙率がより高い。

13. 禁煙の導入、継続を目的とした特定の診療科に限定しない対人的取り組みがある (禁煙外来、禁煙相談など)

上記 4 ~ 10 は、日常診療業務の中での、禁煙支援活動のルーチン化を図るものである。

これに対し、13は、これとは別に、患者の希望や必要性に応じて、個別に対応する对人的取り組みである。いわゆる喫煙難治例の対応が期待される。この取り組みは上記1の委員会の関与により、複数の職員によって輪番制で運営されることが望ましい。

14. 禁煙を希望する患者が手にするリーフレットが院内に用意されている

患者が必要とする情報を院内で手軽に入手する方法の1つとして、リーフレットがある。口頭での指導を補うツールとして、既成のリーフレット類を活用する方法が考えられる。

## ・職員の研修等

1. 職場における喫煙対策を講じている

社会に対するロールモデルを果たす意味からも、敷地内は全面禁煙とし、敷地内で働く委託業者を含む全ての職員に対し、これを徹底することを施設長は明確に伝えることが重要である。

非常勤職員の採用や委託業者との契約にあたる職員は、その際に本計画の意義とこれらの職員が従事する上で関連する内容を説明し、理解を得ておく必要がある。

国際がん研究機構（IARC・リヨン）は、日本の国立がんセンターなど世界の29のがんセンター・がん研究所の連名で、2006年の世界禁煙デーに合わせ、がんセンター・がん研究所は、もっとタバココントロールのロールモデルを果たす必要があること、WHOのタバコ規制枠組条約の内容の推進に、もっと影響力を発揮すべきであることを表明した(Boyle P, et al. Lancet 367, 1710-2, 2006)。

2. 新規採用看護師の研修プログラムに、禁煙指導法の講義がある

採用された看護師が日常業務の中で対象患者に対して確実に禁煙支援が実行できるように、研修プログラムの中に適切な内容を用意しておく。

### 3. 医師は禁煙ガイドライン等を学習する

日本循環器学会をはじめとする9学会は2005年11月に合同で、禁煙治療の手法を、喫煙者や個々の疾患・背景を持つ喫煙者ごとに解説した「禁煙ガイドライン」を作成、公表した(日本循環器学会誌. vol 69. suppl, IV, 2005)。各施設の喫煙対策担当委員会等は、この内容を当該施設に勤務する医師に普及するよう、その周知を図る必要がある。

### 4. 看護学生などの、併設する医療者教育過程の中で禁煙指導がなされる

次代を担う医療者の中で、既に喫煙習慣を持つ者に対しては、早期の禁煙指導を図ることは、医療者としての職業意識を醸成する上にも大切である。看護学校など併設医療機関での防煙教育、禁煙指導がなされるよう適切なカリキュラムを用意しておく。

なお、(社)日本看護協会は「看護者たちの禁煙アクションプラン2004」を発表し、その中で、看護学生の防煙・禁煙教育の推進を行動計画に盛り込んでいる(<http://www.nurse.or.jp/tabako/action.html>)。

## . 研究

### 1. 喫煙関連産業からの出資金で運営される団体からの研究助成を受けない

本行動計画の全てに共通している狙いは、全がん協加盟施設が禁煙推進のロールモデルになること、その活動を公表することによって、日本の医療機関全体に波及効果を生み出すことである。

ところで、全がん協加盟施設は、診療業務だけでなく、がんによって代表される難治性慢性疾患の基礎・臨床・予防に関する研究を行う役割も担っている。病院と研究所とを併設している加盟施設もある。研究活動と本行動計画との関連で、議論となる点に、喫煙関連産業からの出資金で運営される団体からの研究助成を得ることの是非がある。この点について、助成を

受けた当該研究テーマの選択、目的、方法、結果の解釈、公表の仕方が、助成団体から完全に独立していれば、当該研究者の責任において、このことを問題にするには及ばないとする考えがある。しかしながら、全がん協加盟施設がその設立主旨に基いて禁煙推進のロールモデルを担うということと、研究を進めるための手段として喫煙関連産業からの出資金で運営される団体からの研究助成を得ることを、同時にバランスさせることは、社会的通念からすれば困難であると思われる。

世界医師会は1997年に各国の医師会および医師に対して、タバコ産業から資金供与を受けないことを勧告し、同時に、各国の医師会及び医師が、国内の医科大学、研究施設、研究者個人に対して、これと同じ内容の指示を与えるよう呼びかけた (<http://www.wma.net/e/policy/h4.htm>)。また、WHOのTobacco Free Initiativeは、2004年に各国の保健医療専門職能集団 (health professional organizations) が行うタバコの消費の減少に向けた14の取り組みを勧告したが、その中の1つに、タバコ会社から資金やその他の形の援助を受けないこと、および団体の会員に対してこれを遵守させること、が盛り込まれている ([http://www.who.int/tobacco/communications/events/30jan\\_2004/en/index.html](http://www.who.int/tobacco/communications/events/30jan_2004/en/index.html))。このように、国民、患者の健康を保持増進する立場にある団体や個人は、タバコ産業から資金面で距離を取るべきであるとする姿勢は、国際的にスタンダードになりつつある。

そこで、本行動計画に賛同する加盟施設の長は、当該団体から職員が研究助成を受けることを自主規制するよう職員に対して指示するとともに、倫理審査委員会での研究計画の審査項目に、当該団体からの助成がないことを盛り込むなどの措置を講じることが求められる。

## 2. 禁煙を推進するための基礎的、臨床的、疫学的研究を実施している

日本癌学会が2004年8月に発表した禁煙宣言の10項目の中に、「喫煙の健康への影響のさらなる解明、効果的な禁煙方法の開発、その他喫煙対策に資する研究を推進する」がある。この分野の研究成果は、その多くがこれまで欧米諸国においてなされ、わが国に援用されて

きた。わが国においても独自の証拠に基く効率的な喫煙対策、禁煙支援、治療が実施・普及して行くために、全がん協加盟施設は、基礎、臨床、看護、疫学の各方面での研究に取り組むことを目標にする。また、地域がん登録資料や院内がん登録などの疾病登録を活用して、喫煙の健康影響と対策の効果を逐次モニタリングすることが期待される。

各施設の喫煙対策委員会は年報などに基き、自施設で上記研究に関する成果がどれくらい報告・公表されているかについて、定期的に把握することが望ましい。

### ・ 職員の喫煙行動

全がん協加盟施設に勤める職員の中で、患者に対して保健・医療・療養面で直接指導する立場にある医師、看護師、薬剤師、保健師、助産師、医療ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士は、患者に対する個人レベルのロールモデルとして、非喫煙者であることが望ましい。また、直接指導する立場に必ずしもない職員においても、公的役割を担った病院の職員であることから生じるロールモデルとして、一般人に比べて低い喫煙率であることが期待される。なお、日本癌学会喫煙対策委員会が2004年8月に発表した会員対象の喫煙状況アンケート調査によると、一般会員の喫煙率は、7% (16/243) 禁煙した者の割合は32% (78/243) (回収率40%)であった ([http://www.jca.gr.jp/e08\\_01.html](http://www.jca.gr.jp/e08_01.html))。また、日本呼吸器学会が2001年に実施した学会員の喫煙率調査では、男性16.2%、女性4.1%であった ([http://www.jrs.or.jp/citizen/topics/sengen\\_j.html](http://www.jrs.or.jp/citizen/topics/sengen_j.html))。また、(社)日本看護協会は「看護者のたばこ対策行動計画2004年」において、看護者の喫煙率2001年25.7%を、2006年までに半減する、としている (<http://www.nurse.or.jp/tabako/action.html>)。

各施設の喫煙対策委員会は、自記式アンケート等により、職員の喫煙率を定期的(1~2年に1回程度)に把握しておく。

1. 医師（非常勤、研修医含む）の喫煙率を 10%以下にする
2. 看護師、助産師、保健師（非常勤含む）の喫煙率を 10%以下にする
3. 薬剤師、医療ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士（非常勤含む）の喫煙率を 10%以下にする
4. 直接患者を指導する立場にないその他の職種における喫煙率は、男 20%以下、女 10%以下にする
5. 喫煙している職員に対し、禁煙支援がなされる

喫煙している職員で禁煙を希望する者に対しては、これを支援するための情報が提供されることが望ましい。上記の12を活用することも考えられる。

なお、職員に対するこのような対応の中で、禁煙補助剤を用いて禁煙を誘導することが考えられる。職員の禁煙については、当該職員の健康面でのメリットの他に、病院職員の患者および社会に対するロールモデルとしての位置付けもある。そこで本計画では、職員の禁煙補助剤使用に際しては、これに係る費用分を互助会等から支出していただけるよう、期待する。

## ・その他

1. 本計画で記した行動目標以外に、禁煙の推進に関する独自の取り組みをしている

各全がん協加盟施設はこの他にも、各地域の実状に合わせて中核病院等に対し、禁煙推進のロールモデルとなるような、独自の取り組みを行うことが望ましい。また、独自の取り組みは自施設のホームページ等で紹介し、他の全がん協加盟施設が参考に出来るよう、情報発信することが期待される。