

喫煙の被害と東邦大学医療センター大森病院の アンケート調査結果を含めた敷地内禁煙の現状について

高井雄二郎

東邦大学医学部内科学講座呼吸器内科学分野（大森）

要約：タバコ煙は、多くの発癌物質や有害物質を含んでおり嗜好品ではなく、近年習慣的な喫煙行為はニコチン依存症として認知されている。能動喫煙のみならず受動喫煙によっても、多種多様な疾患や症状を来し死亡リスクを増大させることが報告されており、非喫煙者の受動喫煙防止が課題となっている。世界保健機関（World Health Organization：WHO）の勧告により分煙による受動喫煙防止は否定されており、わが国でも健康増進法や病院機能評価により敷地内禁煙が強く求められている。その状況下で東邦大学医療センター大森病院（当院）では2011年より敷地内禁煙を開始した。敷地内禁煙を開始する前後に行ったアンケート調査結果では、喫煙率の低下および喫煙行動の改善が有意に認められた。禁煙の動機としては、敷地内禁煙やタバコ税の値上げが影響していた。敷地内禁煙の問題点としては、敷地内および周辺での喫煙が最も挙げられ、受動喫煙被害も一部に残存しており、解決していく必要性が認められた。当院の患者および職員健康増進のためには、禁煙対策および敷地内禁煙の継続が重要であることが示唆された。

東邦医学会誌 60(2)：90-92, 2013

KEYWORDS： smoking risks, second hand smoke, tobacco-free campus

敷地内禁煙の根拠

1. タバコ

喫煙習慣者の年次推移としては、平成21年度の成人喫煙率調査（厚生労働省国民健康栄養調査）で日本人の喫煙率は21.7%であり年々減少してきている。しかし、女性の喫煙率は若年女性で最も高く問題になっている。タバコ煙には有害物質が約200種類含まれており、そのうち発癌物質は40～60種類に及ぶ。また、ほとんどの有害物質の含有量は副流煙の方が主流煙より多い。

タバコ煙に含まれる代表的な成分であるニコチンは、摂取することで大量に神経終末のニコチン受容体に結合してドパミンを分泌し、ニコチン報酬系回路を刺激して多幸感をもたらす。一方でニコチン量に対応するため受容体が異常に増加する。その結果として脳細胞の働きを維持するためには絶えずニコチン摂取が必要になり、強力な依存性を形成する¹⁾。

低ニコチンや低タールの銘柄は、依存性の軽減や発癌リ

スクを下げることはなく、むしろ増加させる危険性すらあるため、欧州連合（European Union：EU）では2003年より「マイルド」「ライト」「低タール」といった表記を全面的に禁止している。

2. 能動喫煙被害

能動喫煙により日本人男性ではおよそ4年寿命が短くなり²⁾、喫煙に関連した世界の死亡者数は、2005年で500万人以上である。また喉頭癌や肺癌をはじめとしたさまざまな悪性腫瘍のリスクとなることは疫学的に確立されており、肺癌で死亡するリスクは早期に禁煙するほど低下する。他にも能動喫煙を原因とする代表的な疾患として、慢性閉塞性肺疾患（chronic obstructive pulmonary disease：COPD）、虚血性心疾患をはじめとした循環系疾患、脳血管障害、糖尿病、アルツハイマー型認知症、その他ほぼすべての呼吸器疾患のリスクを増加させる。妊婦の喫煙は子供の流産および乳幼児突然死症候群を増加させ、また胎児の発育と発達を障害し、近年注意欠陥/多動性障害（attention deficit/hyperactive disorder：AD/HD）を発症す

るリスクも増加する報告が相次いでいる。周術期管理との関係では、手術創の一時治癒の遅延、手術部位感染や術後肺炎のリスクを増加させる。

3. 受動喫煙被害

受動喫煙は、全死亡、肺癌など能動喫煙が原因となる代表的な疾患のリスクを増加させることは確実であり、国際がん研究機関（International Agency for Research on Cancer：IARC）の発癌性分類において環境タバコ煙はグループ1（十分な証拠あり）とされている。家庭内の受動喫煙は全死亡リスクをおよそ20%増加させる³⁾。さらに受動喫煙は小児や妊婦に対して、成人と比較してより著しく大きな健康被害をもたらす。小児においては乳幼児突然死症候群、気管支喘息などの呼吸器疾患のリスクを増加し、成長や知能の発達にも悪影響を及ぼす。成人においても受動喫煙は「受動喫煙症」として扱われ⁴⁾、急性症状としてさまざまな頭痛やめまいなどの体調不良をもたらす。慢性化すると気管支喘息や狭心症などを発症し、最終的に致死的な受動喫煙症に至る。

またタバコ煙による受動喫煙（セカンドハンド・スモッキング）被害を避けたとしても、喫煙が行われた場所に残ったタバコ成分や、喫煙者からの衣服、頭髮、呼気からも発散されたタバコ成分により、心身の健康を損なうことが知られており、このような「サードハンド・スモッキング」の危険性があることを十分認識する必要がある。

4. 敷地内禁煙を求めるもの

非喫煙者の受動喫煙によるさまざまな健康被害防止のため、世界的には、わが国も批准している世界保健機関（World Health Organization：WHO）からの「たばこ規制に関する世界保健機関枠組み条約」により、個人の受動喫煙を防止することは義務であるとされた⁵⁾。わが国においては2003年に施行された健康増進法の第5章第2節「受動喫煙の防止」の対象として第25条には病院が含まれており、「必要な措置を講じるように努めなければならない」とされている。また2006年の診療報酬改定では禁煙治療が保険適応となり、その施設基準として「敷地内が禁煙であること」が盛り込まれた。その後厚生労働省より2009年には公共空間について「原則禁煙」とすることを強く推奨する「受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会」報告書、および2010年の「受動喫煙防止対策について」の通知により医療機関などの施設をはじめとして「多数の者が利用する公共的な空間については、原則として全面禁煙であるべきである」とされた。喫煙に関連する学会からも「禁煙宣言」が出されており、2005年には2003年に開始された9学会合同の「禁煙ガイドライン」が発表され、日本医師会からも2008年に発表された「禁煙に関する声明文」が出されている。また近年医療機関が積極的に取得している、医療機関の質の向上を計るために公益財団法人日本医療機

能評価機構が行っている病院機能評価においても、ver.5.0での「禁煙に取り組んでいる」から最も新しいver.6.0では「禁煙が徹底されている」に変更され、より敷地内禁煙がその評価において重要視されることとなった。

このように年々医療機関が敷地内禁煙を導入しなければならぬ状況になっていく中で、大学附属病院である東邦大学医療センターの本院である大森病院においては、病院機能評価 ver.6.0の受審を契機として、2011年1月より病院の敷地内禁煙を開始し、また同年4月より隣接する医学部においても敷地内禁煙を開始した。

東邦大学医療センター大森病院の アンケート調査結果

東邦大学医療センター大森病院（当院）の敷地内禁煙は、2011年1月から、病院敷地内各所の道路や掲示板、入り口などに敷地内禁煙の表示を行い、病院建物の外にあった喫煙所を撤去した。併設している医学部も連動して2011年4月より敷地内禁煙を開始した。敷地内禁煙の施行前と施行1年後に全病院職員を対象にして、敷地内禁煙前後での喫煙行動や禁煙動機、問題点などを目的にしてアンケート調査を行った。

対象と方法

当院に勤務する職員で、アンケート調査を回収できた2010年の1340名と、2012年の1071名を対象として調査した。質問内容は、1回目と2回目の共通項目として職種、喫煙の有無、その内容、禁煙に対する意識について、2回目の調査では共通項目に加えて性別、年齢層、非喫煙者については過去の喫煙歴や禁煙動機について、さらに敷地内禁煙の問題点の有無やその内容についても調査した。

結果

1. 職種背景

アンケートに回答した職種の分布としては、2回ともに看護師の回答数が最も多かった（2010年54.2%、2012年60.3%）。個別にみると、2010年対2012年の比率で助教以上の医師（11.6% vs 7.0%、 $p < 0.001$ ）、レジデント・シニアレジデント（4.3% vs 2.2%、 $p = 0.005$ ）、前期研修医（1.7% vs 0.7%、 $p < 0.044$ ）が有意に少なく、看護師（54.2% vs 60.3%、 $p = 0.003$ ）が有意に多かった。2回目のアンケートの性別は男性272名、女性793名、無回答6名であり、年齢構成は20歳代476名、30歳代282名、40歳代173名、50歳代105名、60歳代以上29名、無回答6名であった。

2. 喫煙率

2010年と2012年の職種別比較では、看護師において21.6% vs 17.2%と有意な喫煙率の低下を認めた（ $p = 0.038$ ）。また全体の喫煙率についても、2010年23.1%、2012年18.3%と有意な減少を認めた（ $p = 0.005$ ）。

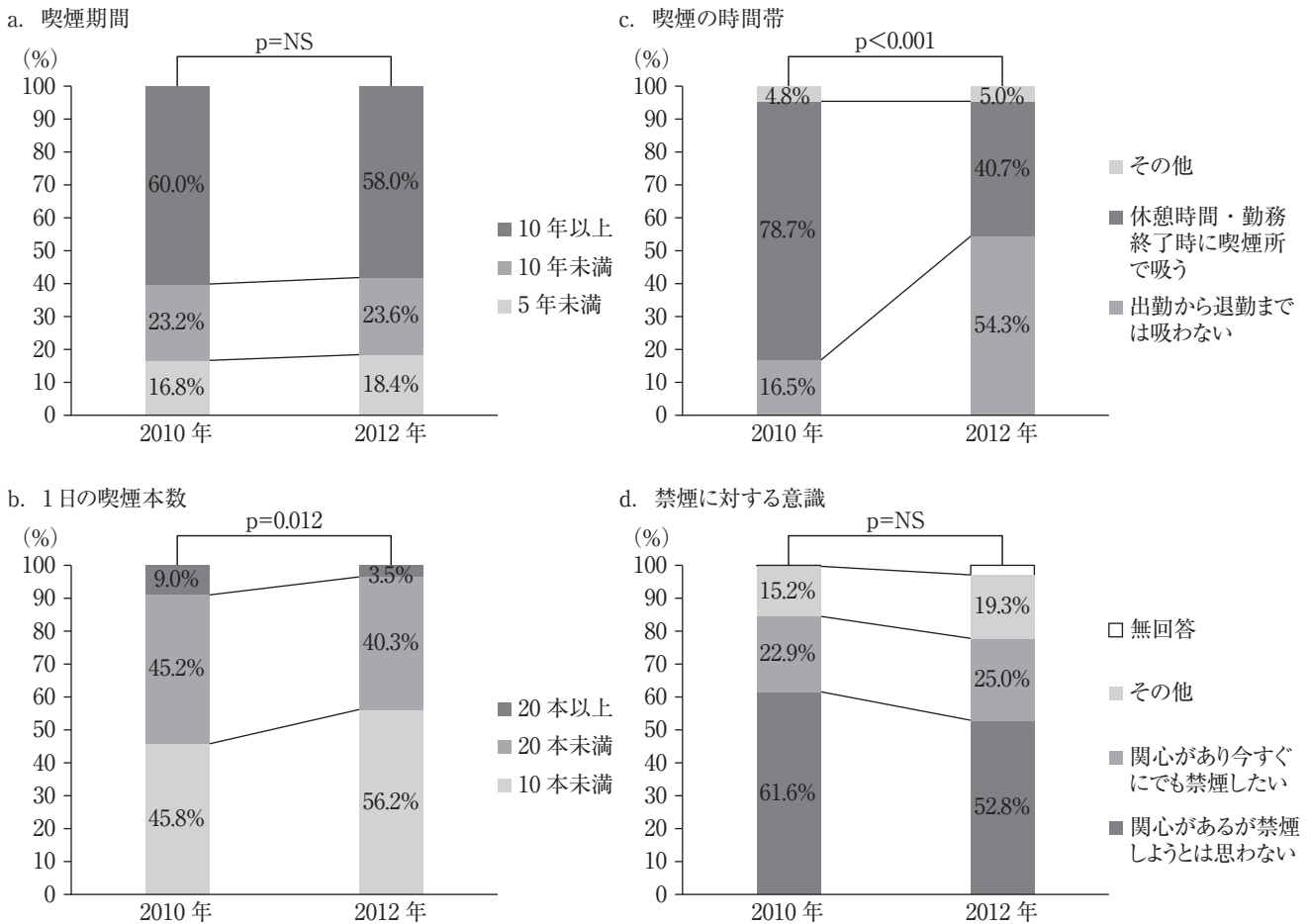


図1 喫煙状況および禁煙意識（喫煙者）

1日の喫煙本数については、2012年で有意な減少を認めた。喫煙の時間帯についても、勤務時間帯に喫煙しない割合が有意に増加した。禁煙に対する意識については有意差がなかったが、2012年で禁煙に関心がある割合が77.8%を占めていた。

NS : not significant

3. 喫煙状況の比較（図1a-d）

喫煙期間については2群間で有意差を認めなかった。1日の喫煙本数については、2010年に比較して、2012年で有意な減少を認めた（ $p=0.012$ ）。喫煙の時間帯についても、勤務時間帯に喫煙しない割合が有意に増加した（ $p<0.001$ ）。禁煙に対する意識については有意差がなかったが、2012年において今すぐにも禁煙したい禁煙準備状態に相当する職員が25.0%存在し、関心がある喫煙者は合計77.8%を占めていた。

4. 禁煙の期間とその動機（前喫煙者）

前喫煙者214名における禁煙の動機については、もっとも多く挙げられたのがタバコの値上げ（29名、13.6%）であり、その次に家族のすすめ（27名、12.6%）、敷地内禁煙（26名、12.1%）、自身の病気（21名、9.8%）の順番であった。

5. 敷地内禁煙の問題点

敷地内禁煙の問題点があると回答したのは42%であった。問題点の内訳としては、敷地内および周辺での患者、

家族、職員、タクシー運転手の喫煙や“タバコのポイ捨て”についての指摘が多数を占めていた。また一部に受動喫煙およびサードハンド・スモッキングによる健康被害を訴える意見も寄せられた。

結語

敷地内禁煙は、喫煙率の低下や喫煙状況の改善をもたらしたことが示唆されたが、いまだ多くの問題点を残していることも示唆された。今後さらなる禁煙推進対策とともに、敷地内禁煙の継続が重要であることが示唆された。

文 献

- 1) Dani JA, Heinemann S: Molecular and cellular aspects of nicotine abuse. *Neuron* 16: 905-908, 1996
- 2) Ozasa K, Katanoda K, Tamakoshi A, et al: Reduced life expectancy due to smoking in large-scale cohort studies in Japan. *J Epidemiol* 18: 111-118, 2008
- 3) Hill S, Blakely T, Kawachi I, et al: Mortality among “never smokers” living with smokers: Two cohort studies, 1981-4 and 1996-9. *BMJ* 328: 988-989, 2004
- 4) 作田 学：受動喫煙症の判定基準. *呼吸* 25: 274-277, 2006
- 5) たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約（外務省訳）. (http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/treaty/treaty159_17.html)