

【第5回禁煙推進セミナー】 〈医療従事者の喫煙状況と禁煙指導〉

2. 循環器学会会員に対する 喫煙アンケート調査結果

やまぐち あきひこ
山口昭彦
鹿児島大学循環器・呼吸器・代謝内科学

はじめに

日本循環器学会では、循環器疾患の予防と治療にとって喫煙対策はきわめて重要であると考え、循環器医療の専門家集団として、禁煙、受動喫煙防止活動を自らの足元から積極的に推進し、さらにその重要性を社会に発信する目的で2002年に「日本循環器学会禁煙宣言」を行った¹⁾。この禁煙宣言の中で禁煙推進の3つの基本方針と10の到達目標を掲げ、循環器関連医療関係者の喫煙率については、2007年までに宣言時の1/4にするとの数値目標を設定している(表1)。

さらに、循環器専門医資格認定試験受験要項の中に、「喫煙が心血管病の危険因子であることを認識し、禁煙の啓発につとめるもの」の1項があり、学会員の禁煙啓発を促している。今回、禁煙宣言の数値目標達成に向け、日本循環器学会認定の循環器研修施設と日本循環器学会会員に対して、喫煙に関する中間調査を実施し、2002年の前回調査と比較したので報告する。

方 法

2005年9月に日本循環器学会認定の循環器研修施設(全1,169施設)ならびに、無作為に抽出

した会員1,000人に喫煙に関するアンケートを送付した。施設については記名で、会員については二重封筒法でアンケートを回収した。なお会員については、回収率が低く前回アンケート回答数を下回ったので、12月にさらに1,000人にアンケートを追加送付した。

研修施設に対するアンケート結果

日本循環器学会認定の循環器研修1,169施設にアンケートを送付し、1,036施設(88.6%)から回答を得た。施設の禁煙対策について回答のあった980施設のうち235施設(24.0%)が敷地内禁煙、559施設(57.0%)が施設内禁煙であった。また、100施設(10.2%)で完全分煙、85施設(8.6%)で喫煙コーナーが設けられており、分煙の必要なしと答えたのは1施設のみであった(図1)。前回の調査では敷地内禁煙50施設(5.4%)、施設内禁煙315施設(34.2%)であり、敷地内禁煙、施設内禁煙とも大幅に増え、施設の禁煙への取り組みが進んでいることが示された。今後の喫煙対策については578施設(55.8%)が敷地内禁煙に、352施設(34.0%)が施設内禁煙にすべきであると考えていた。

禁煙外来は369施設(37.2%)に開設されてお

[Key words] 循環器学会会員, 循環器研修施設, 喫煙アンケート, 喫煙率

表1 日本循環器学会禁煙宣言 禁煙推進3つの基本方針と10の到達目標（抜粋，一部変更）

- I. 我々は自らの足元から始める。
1. 循環器学会会員の医師，循環器関連施設の看護師，技師，薬剤師，事務職員を含めて循環器関連医療関係者の喫煙率を2007年までに現在の1/4にする。
 2. 循環器学会評議員，専門医，事務局職員は全員非喫煙者であることを目指す。
 3. 循環器学会総会，地方会，教育講演会，市民公開講座等ではロビーや事務局を含めて会場施設は完全禁煙とする。
 4. すべての循環器外来，病棟は全面禁煙とする。
 5. 禁煙指導の専門家を養成し，すべての循環器関連施設において禁煙外来を設置する。
 6. 日本循環器学会会員が禁煙を推進するためのホームページをつくり，情報を発信すると共に，禁煙を希望する会員にインターネットを利用した禁煙支援をする。
- II. 我々は病院，医学部全体に呼びかける。
7. 病院の全館禁煙を達成し，かつ病院において売店および自動販売機によるたばこの販売はしない。
 8. 学部学生に対する循環器教育において禁煙教育を充実する。
- III. 我々は患者や一般市民，社会に対して呼びかける。
9. 喫煙が心臓病および脳卒中の危険因子であることを知っている人の割合を2007年までに現在の2倍にする。
 10. 他の禁煙推進グループと共同で禁煙推進活動に積極的に参加する。

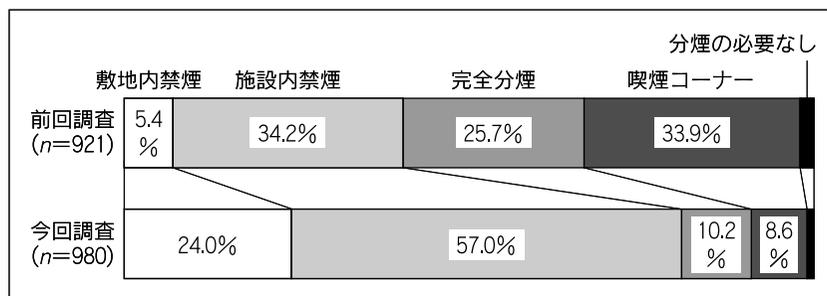


図1 施設の禁煙対策

り，前回の62施設に比べ大幅に増加していた。禁煙外来の担当科は呼吸器内科が37.0%ともっとも多く，次いで循環器内科が29.7%，内科21.7%であった。15施設が禁煙外来を開設予定，107施設が開設を検討中，320施設が開設希望であった。禁煙外来を開設していない理由として，スタッフ不足，収益の問題があげられた。

施設内でのたばこ販売については，853施設（83.1%）でたばこ販売はなかったが，45施設が自動販売機で，113施設が売店で，14施設が自動販売機と売店でたばこを販売していた。敷地内禁煙実現のためにも，施設内でのたばこ販売を禁止

する必要がある。

施設責任者の喫煙状況については143人（13.9%）が現喫煙者であり，前回の19.9%より低下していたが，後述する会員全体の喫煙率を上回っていた。

会員に対するアンケート結果

日本循環器学会会員2,000人を無作為に抽出し，喫煙意識調査を行い，606人（30.3%）から回答を得た。その結果，会員の現喫煙者は43人（7.1%）であり，前回調査時の14.7%に比べ低下

	現喫煙者	既喫煙者	非喫煙者
前回調査 (n=449)	14.7%	50.8%	34.5%
今回調査 (n=606)	7.1%	47.0%	45.9%

図2 会員の喫煙状況

していた。また、既喫煙者は50.8%から47.0%に減少していた(図2)。現喫煙者のうち、7人が現在禁煙に挑戦中であり、3人が近日中に禁煙を考えており、20人が今すぐ禁煙はしないが禁煙に関心ありと答えている。たばこをやめようと考えている理由は、健康上よくないがもっとも多かったが、職業上よくない、日常診療や患者指導に支障があるなどの意見があった。今回のアンケートは前回の追跡調査ではないため、前回の現喫煙者が禁煙したかどうかは不明であるが、会員の喫煙率は低下しているものと考えられる。しかし、施設責任者の喫煙率とのあいだに大きな差があり、現状を過小評価している可能性が残る。

次に、患者の禁煙指導については、会員の97.8%が診察の際に喫煙に関する問診を行っており、非喫煙または既喫煙者と現喫煙者間に差はなかった。一般に喫煙する医師は患者の禁煙指導にあまり積極的でないとされるが^{2,3)}、今回のアンケートでは喫煙の有無にかかわらず、患者に喫煙の問診を行っていた。なお、施設アンケートの意見と一部重複するが、喫煙指導の問題点として、時間がかかる、診療報酬で保証されていない、喫煙問題について十分な教育を受けていない、などの意見が出された。

医療従事者の喫煙率について

日本医師会調査では、2004年の男性医師の喫煙率は21.5%で、2000年の27.1%に比べ有意に低下している^{4,5)}。また、女性医師の喫煙率も2004

年は5.4%であり、統計学的有意差はなかったが、2000年の6.8%より低下していた。

診療科では呼吸器科(14.9%、前回18.9%)、循環器科(15.5%、前回20.0%)の喫煙率が低かった。肺癌、慢性閉塞性肺疾患、虚血性心疾患など喫煙との関連が深い疾患を担当する医師は、日常診療の中で喫煙の悪影響を実感しており、みずからも喫煙しない傾向にあると考えられる。

しかし、米国3~5%、英国4~5%、ニュージーランド5%に比べると日本の医師喫煙率はまだ高い⁶⁾。また、医師以外の医療従事者や医学生の喫煙率も高く^{7,8)}、喫煙問題を医療従事者全体の問題として捉える必要がある。

医師の禁煙について

英国での50年にわたる医師を対象とした追跡調査により、喫煙者では死亡率が高く、禁煙により喫煙関連の疾患の死亡率が低下することが報告されている⁹⁾。35歳からの生存率をみると、喫煙者と非喫煙者では生存率50%の年齢に10歳の差がみられる(図3)。したがって医師に限らず、すべての人において喫煙により寿命を縮めていると考えられる。

一般に、たとえ医師であっても、喫煙者は喫煙習慣を擁護し、禁煙に対する助言に対しては、自分たちの苦境に対する理解が足りないなどと批判的に捉えがちである¹⁰⁾。このため、喫煙する医師は患者の喫煙に対して寛容であり、禁煙指導にあまり積極的でない^{2,3)}。一方、禁煙に対する医

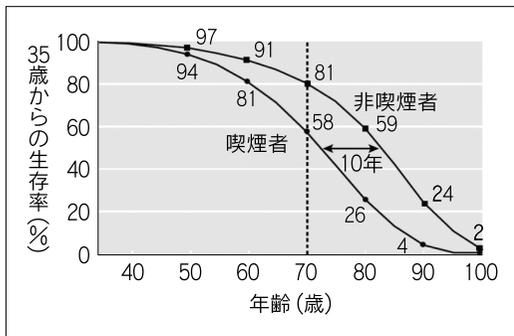


図3 喫煙者と非喫煙者の35歳からの生存率
(文献9より引用)

師の助言は非常に有効である。なぜなら、第一に医師は疾患に対する専門的な知識をもっており、健康に関する医師の助言はほかの誰よりも信頼できるからである。次に、多くの喫煙者は普段から喫煙をやめたいと思っており、何らかの健康障害を実感した時期に病院を受診するため、受診時が禁煙についての助言をもっとも受け入れやすい時期であるからである^{11,12)}。つまり、医師の喫煙状況が患者の禁煙に大きな影響を及ぼす。したがって、医師本人と患者の健康のために、医師は禁煙すべきである。

医療機関における禁煙の意義

医療機関は疾病の予防や治療を行い、地域住民の健康を守るという重要な役割を担っている。また、医療機関にはたばこの健康への影響をよく知る医療専門職が勤務しており、率先してたばこ対策に取り組むことができる。さらに、医療機関には多くの患者が治療のために訪れるため「受動喫煙」を防ぐことが重要である。以上の理由により、医療機関が禁煙の模範を示すことにより、他の公共施設や学校、職場等の分煙・禁煙化がいっそう促進される。

禁煙治療の保険適用

禁煙治療の問題点として、診療報酬で保障されていないことがある。そこで、禁煙に取り組む9学会（日本循環器学会、日本肺癌学会、日本呼吸器学会、日本産科婦人科学会、日本小児科学会、日本心臓病学会、日本口腔衛生学会、日本口腔外科学会、日本公衆衛生学会）が2005年6月に厚生労働省保険局医療課に禁煙治療に対する保険適用のための医療技術評価希望書を提出し、2006年4月より、ニコチン依存管理料が新しく設置され、禁煙治療が保険適用となった¹³⁾。また、保険適用に際し、日本循環器学会、日本癌学会、日本肺癌学会合同で「禁煙治療のための標準手順書」を作成し、ホームページ上で公開している¹⁴⁾。しかし、現在のところすべての患者が保険で禁煙治療を受けられる訳ではなく、患者基準と施設基準が設定されている（表2）。

この中で、患者については喫煙指数が設定されており、喫煙期間が短い若年者や1日の喫煙本数が少ない女性などでは、ブリンクマン指数が200以上の基準を満たさず、保険適用から除外される。また、施設に対しては、敷地内禁煙が求められているが、今回の調査の結果では敷地内禁煙を実施しているのは全体の1/4にすぎず、禁煙治療を希望する患者の受け入れのためにも早急に敷地内禁煙を進める必要がある。このためにも、医師はもちろん、他の医療従事者の禁煙は必須である。

おわりに

今回のアンケートにより、循環器学会会員の喫煙率は低下していることがわかったが、回収率が低いこと、施設責任者の喫煙率を考慮すると実情を過小評価している可能性がある。喫煙の危険性について警鐘を鳴らすべき医療専門家である医師は、社会の禁煙化に向けて、みずからが率先してたばこを止めなければならないと考える。

喫煙の悪影響を日常実感している循環器学会会

表2 ニコチン依存症管理料

[対象患者]

- ・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
- ・ブリンクマン指数 (=1日の喫煙本数×喫煙年数) が200以上の者であること
- ・ただ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、日本肺癌学会および日本癌学会により作成) に則った禁煙治療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つ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

員の喫煙率が減少していることを社会に向け発信することで、たばこの有害性を強調することができる。患者の指導の前に、まずみずからの喫煙習慣を見直し、患者に「医者でも禁煙できないのだから、自分は無理だ」と諦めるような思いをさせてはならない。

2004年度合同研究班報告)：禁煙ガイドライン。Circ J 2005; **69** [Suppl IV]: 1005-1103

- 7) 北村 論：医療従事者の喫煙問題を考える。日呼吸会誌 2004; **47**: 597-600
- 8) 倉田トシ子：禁煙啓蒙について：看護者の立場から。循環器医 2005; **13** (2): 345-351
- 9) Doll R, Peto R, Boreham J et al: Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ 2004; **328** (7455): 1519
- 10) デビット・シンプソン：医師とたばこ：医師・医師会はいま何をなすべきか、日本医師会 (訳)、タバココントロールリソースセンター、東京、2002
- 11) Heaton PC, Frede SM: Patients' need for more counseling on diet, exercise, and smoking cessation: results from the National Ambulatory Medical Care Survey. J Am Pharm Assoc 2006; **46** (3): 364-369
- 12) McEwen A, West R, Preston A: Triggering anti-smoking advice by GPs: mode of action of an intervention stimulating smoking cessation advice by GPs. Patient Educ Couns 2006; **62** (1): 89-94
- 13) ニコチン依存症管理料：厚生労働省中央社会保険医療協議会第85回議事資料。〈http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/02/dl/s0215-3a02.pdf〉
- 14) 禁煙治療のための標準手順書。〈http://www.j-circ.or.jp/kinen/anti_smoke_std/〉

文 献

- 1) 日本循環器学会禁煙宣言。〈http://www.j-circ.or.jp/kinen/anti_smoke_std/〉
- 2) Goldberg RG, Ockene IS, Ockene JK et al: Physicians' attitude and reported practices toward smoking intervention. J Cancer Educ 1993; **8** (2): 133-139
- 3) Braun BL, Fowles JB, Solberg LI et al: Smoking-Related Attitudes and Clinical Practices of Medical Personnel in Minnesota. Am J Prev Med 2004; **27** (4): 316-322
- 4) 櫻井秀也, 大井田隆：日本医師会会員の喫煙行動と喫煙に対する態度。日医師会誌 2000; **124**: 725-736
- 5) 兼板佳孝, 大井田隆：2004年日本医師会会員の喫煙行動と喫煙に対する態度。日医師会誌 2005; **133** (4): 505-517
- 6) 循環器病の診断と治療に関するガイドライン (2003-