

【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〉

3. 医師・看護職に対する禁煙支援

奈良女子大学保健管理センター たか はし ゆう こ
高橋裕子

はじめに

日本循環器学会はその禁煙宣言において「我々は自らの足元から始める」とし、「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」と宣言している¹⁾。医療職は禁煙支援を積極的に提供すべき立場にあるが、医療職の喫煙状況によって患者への禁煙支援の提供姿勢が影響を受ける^{2,3)}ことから、医療者自身の禁煙は重要である。

医師の喫煙率の現状と禁煙の促進因子

日本医師会の委託研究「2004年日本医師会員喫煙意識調査報告」⁴⁾で、男性医師の喫煙率は21.5%（2000年調査⁵⁾では27.1%）であったことが報告されている。

1994年に、アメリカ合衆国北東部の約1,000床教育研究病院のすべてのフルタイム職員（2,996人）を対象として、敷地内禁煙化の前後での医師や看護師の喫煙状況の変化について質問表調査（回答率：医者41%、看護職39%）を行っているが、男性医師の場合は環境整備が重要であることが示された⁶⁾。男性医師の喫煙に対しては、環境

整備としての医療機関の禁煙化を徹底的に推し進めることが禁煙を促進するといえる。一方看護職に関しては、病院の敷地内禁煙によって禁煙努力に向かうより、順応によって乗り切ろうとする傾向が強く、環境整備の重要性は示唆されるもののそれのみでは有効な禁煙推進になりえないことも示された。医療機関の禁煙化とそれに伴う自助努力のみでは看護職の喫煙率低下を引き起こすことは困難である。

看護職の喫煙の実態

日本看護協会による「2001年看護職とたばこ・実態調査報告書」⁷⁾では、「毎日吸う」「時々吸う」を合わせた喫煙率が女性看護職員6,543人中24.5%であった。平成10年度「喫煙と健康に関する実態調査」（厚生労働省）において発表されている成人女性の喫煙率は13.4%であることから、一般成人女性の2倍近いことになる（表1）。

この看護職喫煙率を年齢層別に一般成人女性と比較すると、40歳代から60歳以上の看護職女性の喫煙率が23.3%から20.4%とほとんど低下しないことに加え、20歳代や30歳代においても一般成人女性より高いことが判明した（図1）。

喫煙看護職の1日の喫煙本数（平均）は、11.7

[Key words] 禁煙, 看護職, 禁煙ガイドライン, ニコチン代替療法, 禁煙マラソン

表1 男女別・年齢階層別の看護職喫煙率

	女 性		男 性		参考：一般喫煙率	
	回答者数	喫煙率	回答者数	喫煙率	一般女性	一般男性
10代	7	14.3%	—	—	4.3%	19.0%
20代	2,756	27.8%	91	54.9%	23.2%	57.9%
30代	1,770	22.0%	85	62.4%	19.8%	62.1%
40代	1,277	23.3%	47	36.2%	15.5%	60.0%
50代	643	19.9%	43	58.1%	10.1%	51.6%
60代以上	49	20.4%	5	40.0%	7.2%	46.8%
無回答	40	27.5%	1	100.0%	—	—
合計	6,542	24.5%	272	54.4%	—	—
成人喫煙率	6,535	24.5%	272	54.4%	13.4%	52.8%

※「一般女性」「一般男性」（平成10年度喫煙と健康に関する実態調査・厚生労働省）による
 （文献7より引用，報告書13ページ）

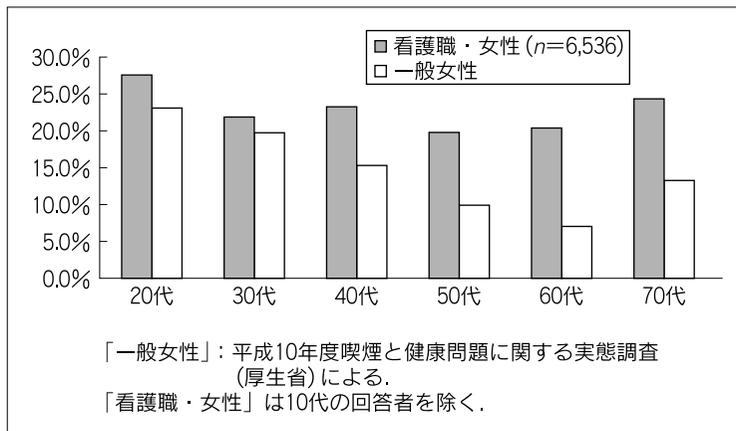


図1 女性看護職員の喫煙率（一般女性との比較）
 （文献7より引用，報告書14ページ）

本と少ないものであったが、喫煙者の23.1%が「起床後5分以内に最初のたばこを吸っている」と答えていることから、ニコチン依存度が高い傾向にあることがわかる。すなわち看護職の喫煙も一般の女性の喫煙と同様に、喫煙本数が少ないものの、強いニコチン依存度を有する傾向にあることから、禁煙しにくい状況が示唆された。「今すぐにも禁煙したい」と回答したのは12.6%にすぎなかった（図2）ことから看護職の禁煙しにくさが示唆された。なお同時期の世界各国での女性

看護職の喫煙の状況は、調査によって差があるものの7~25.8%であった⁹⁾（表2）。

喫煙看護職に対する禁煙支援

1. 喫煙有害性や禁煙の正しい知識の習得

海外のさまざまな禁煙ガイドライン¹⁰⁾や、日本の禁煙ガイドラインにおいて、禁煙開始における動機づけとしての喫煙の有害性、禁煙方法、禁煙の効果などの情報提供の重要性が述べられてい

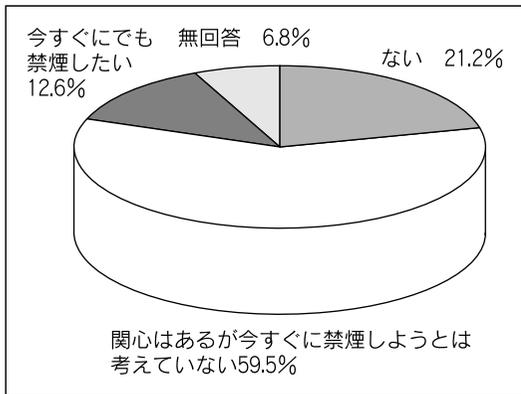


図2 喫煙看護職の禁煙意向
(文献7より引用, 報告書25ページ)

表2 世界各国の看護職の喫煙率 (1996~2001年)

喫煙率(回答率)	国	執筆者 (年)
14% nurses (78%)	United States	Trinkoff and Storr (1998)
22% nurses (88%)	Australia	Nagale et al (1999)
21% nurses (80%)	Australia	Hughes and Rissel (1999)
21% nurses (84%)	Northern Ireland	Rowe and Mcleod Clark (1999)
7% nurses (38%)	United States	Sarna et al (2000a)
12% nurses (65%)	Canada	Chalmers et al (2000)
25.8% nurses (60%)	United Kingdom	McKenna et al (2001)

(文献9より引用)

るが、看護職の実態調査から、喫煙看護職はたばこ依存についての理解やたばこ依存への治療についての知識が乏しいだけでなく、喫煙の健康への影響についての知識も、非医療者を含めた一般国民とほぼ同程度であるか低いという誠に残念な状況が示唆された。

こうしたことから、喫煙看護職に対して喫煙の有害性や禁煙方法とその効果などの、正しい知識の提供が支援の重要な柱となる。こうした知識は長時間のまとまった形での学習も重要であるが、同時に短時間の曝露を繰り返すことで禁煙動機を



図3 冊子「Stop Smoking! ~やめた人からキレイになれる~」
(<http://www.nurse.or.jp/tabako/index.html>)

高める役割があることから、医療機関のすべての構成員が喫煙や禁煙に関する正しい知識を有し、随時喫煙者に正しい知識を提供しうる体制づくりが望ましい。

なお、冊子「Stop Smoking! ~やめた人からキレイになれる~」(図3)が日本看護協会から提供され、セルフヘルプ教材として利用しうる。こうしたツールの利用を呼びかけることも喫煙看護職の正しい知識の習得を促進する。

知識の習得で重要なのは「禁煙メリットについての知識」である。これは通常の知識提供プログラムからは習得が困難で、禁煙経験者の体験談や他の禁煙者の経過をみることで習得される。筆者が提供するナース禁煙マラソン (<http://kinemarathon.jp/nurse/>・無料)は、喫煙の有害性や禁煙方法についての知識の習得プログラムのほ

か、禁煙経験者によるアドバイスにより、禁煙メリットについての知識習得を促すプログラムが提供される。

2. 施設の徹底した禁煙化

タバコによる出費の増大や、職場での喫煙を限定する方向の職場規則の変更など、医療とは関係のない環境からの刺激は、禁煙の動機づけとともに禁煙の継続にも重要である^{11,12)}。看護職の実態調査においても、医療機関が全面禁煙となっていないことが禁煙の動機づけの阻害因子となっていた。近年、敷地内全面禁煙に踏み切る病院が増加してきたことは誠に望ましいことであるが、それのみでは看護職の禁煙推進に不十分であることは前述のとおりである。

なお、医療機関内で職種間の喫煙に対してのポリシーの差が存在することは、喫煙看護職の動機づけを阻害する。医療機関全体の明確な禁煙ポリシーの提示や、喫煙対策委員会など医療機関をあげて禁煙に取り組む状況の創出、さらにローモデルを看護職のみに求めることは喫煙看護職の反発を招きやすいことから、禁煙化には医療機関のすべての職種が加担することが重要である。

3. 禁煙開始支援の提供

2001年の看護職喫煙実態調査では、全喫煙看護職のうち約7割が「禁煙を試みたことはあるが成功しなかった」と答えるなど、喫煙者のほとんどが禁煙したいと希望しながらも失敗していることが判明した。これに対してニコチン代替療法剤をはじめとする有効な禁煙開始方法を入手しやすい状況にするとともに、再喫煙防止のための方策を立てることが重要となる。

禁煙開始にニコチン代替療法剤を利用することは世界的に広く行われているが、喫煙看護職のニコチン依存度が高い傾向にあることから、禁煙開始時にニコチン代替療法剤、とくにニコチンパッチの使用が推奨される^{13,14)}。看護職の中にはニコチンパッチなど禁煙方法の存在は知っていてもその効果などの詳細については知らないこともあ

り、ニコチンパッチを含む禁煙治療についての正確な知識の提供も必要である。

4. 禁煙継続への支援の提供

2週間から2ヵ月程度で消退していくことの多いニコチン依存とちがって、記憶に起因する心理的依存や習慣からくる喫煙要求は禁煙後も長期にわたり出現し、再喫煙を引き起こす。一般に禁煙外来における1年後の禁煙成果は30%前後であり、禁煙開始時の支援だけでは禁煙の継続を十分に図ることが困難であることが示唆される。

心理的依存や習慣への対処には、行動変容理論に立脚した支援を提供することが必要となるが、中でも自己効力感 (self efficacy) は重要である。自己効力感は自己の成功経験のほか、身近な人の成功経験による自信 (代理経験) や周囲のサポートによる自己効力感の増大 (言語的説得) により強化される。禁煙ガイドラインにおいても、禁煙治療の一環として周囲からのサポートを得やすい状況をつくることが求められている。さらに、一般に女性の長期禁煙には、男性よりも傾聴や同感に基づいた手厚いサポートが長期にわたり必要なことが示されている¹⁵⁾。

禁煙継続に有用な周囲からのサポートは、家族・職場・地域等によって提供されることが多い。ファシリテーターの役割が重要視されている¹⁶⁾が、医療機関の受診者向け禁煙相談窓口と別個に、看護職が相談しやすい担当窓口を設置することや、看護職専用の禁煙支援担当者によるサポートなども望まれる。

なお準備期 (1ヵ月以内に禁煙したいと考えるもの) 以外の喫煙看護職からは、勤務先内での禁煙相談は利用しにくいとの声があり、適切な外部サポートへの積極的な誘導も重要である。外部サポートにはそれぞれ特性があり、喫煙者の特性に合わせて適切な選択が可能となるように相談担当看護職が知識を有する必要がある。

近年のIT利用禁煙プログラムの中でも前述のナース禁煙マラソンは、喫煙看護職向けの長期サポートプログラムとして開発されたもので、禁煙

マラソンの社会貢献として無料で提供されている。禁煙開始支援・継続支援の双方を含み、知識習得プログラムとともに、禁煙看護職から送付される状況報告（メール）に対して、先輩の禁煙経験者から傾聴や同感に基づいた手厚いサポートが提供されるプログラムである。

一般に、禁煙治療では集団治療の手法によりグループダイナミクスを加えた場合は、有効性が高まる。医療機関内においてグループを形成する方法があるが、看護職対象の場合は勤務シフトの関係上困難なことが多い。前述のナース禁煙マラソンはインターネットや携帯メールを用いたバーチャルな集団的行動療法であり、こうした外部既存プログラムを看護職の禁煙支援に取り入れることも有用と考えられる。

5. ストレスと体重

文献からは少なくとも喫煙開始に看護職のストレスは無関係であることが示唆されている¹⁷⁻¹⁹が、ストレス解消を喫煙のメリットとしてあげる喫煙看護職は多い。禁煙支援の一環として適切なリラクセス方法の提示も必要である。

ストレスと同様に看護職の禁煙行動への阻害因子と考えられるものに、「体重増加」懸念がある。体重コントロールと禁煙の二つの面での行動変容が困難と感じられる場合には、まず禁煙の定着を図り、ついで体重コントロールを実行する段階的手法が有用と考えられている。

おわりに

喫煙医師や喫煙看護職に対する禁煙支援方策として、医療機関の完全禁煙化は重要である。同時に、喫煙看護職に対する禁煙支援方策として知識の習得や禁煙支援の提供、とくに長期にわたる共感に基づいた傾聴を含む支援が必要となる。このためには、職場の支援体制の構築のほか、IT利用長期禁煙サポートプログラムなど、外部サポートも利用することが望まれた。

- 1) 日本循環器学会禁煙宣言 〈<http://www.j-circ.or.jp/kinen/sengen/index.htm>〉
- 2) Goldberg RJ, Ockene IS, Ockene JK et al: Physicians attitudes and reported practices toward smoking intervention. *J Cancer Educ* 1993; **8**: 133-139
- 3) Hollis JF, Lichtenstein E, Vogt TM et al: Nurse-assisted counseling for smokers in primary care. *Ann Intern Med* 1993; **118**: 521-525
- 4) 兼極佳孝, 大井田隆: 2004年日本医師会員の喫煙行動と喫煙に対する態度. *日医師会誌* 2005; **133**: 505-512
- 5) 櫻井秀也, 大井田隆: 日本医師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
- 6) Stillman FA, Hantula DA, Swank R: Creating a smoke-free hospital: attitudes and smoking behaviors of nurses and physicians. *Am J Health Promot* 1994; **9**(2): 108-114
- 7) 2001年「看護職とたばこ・実態調査」報告書 〈<http://www.nurse.or.jp/senmon/tabako/index.html>〉
- 8) Prochaska JO, Velicer WF: The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot* 1997; **12** (1): 38-48
- 9) Schultz AS: Nursing and tobacco reduction: a review of the literature. *Int J Nurs Stud* 2003; **40** (6): 571-586
- 10) Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al: Smoking Cessation. Clinical Practice Guideline No18. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, 1996 (AHCPR Publication No.96-0692)
- 11) Longo DR, Johnson JC, Kruse RL et al: A prospective investigation of the impact of smoking bans on tobacco cessation and relapse. *Tob Control* 2001; **10** (3): 267-272
- 12) Longo DR, Brownson RC, Johnson JC: Hospital smoking bans and employee smoking behavior: results of a national survey. *JAMA* 1996; **275** (16): 1252-1257
- 13) 高橋裕子: 禁煙支援の実際. *日臨内科医会誌* 2001; **16**: 344
- 14) 五島雄一郎, 兼本成斌, 並木正義ほか: 喫煙関連疾患を有する喫煙者での喫煙補助薬 Ba37142 (Nicotine TTS) の臨床効果: 多施設協同第Ⅲ相二重盲検比較試験. *臨医薬* 1994; **10**: 1801-1830
- 15) Royce JM, Corbett K, Sorensen G et al: Gender, social pressure, and smoking cessations: the Community Intervention Trial for Smoking Cessation (COMMIT) at baseline. *Soc Sci Med* 1997; **44** (3): 359-370
- 16) Chalmer K, Bramadat IJ et al: A Smoking Reduction and Cessation Program with Registered Nurses: findings and implications for community health nursing. *J*

- Community Health Nurs 2001; **18** (2): 115-134
- 17) Elkind AK: Do nurses smoke because of stress? J Adv Nurs 1988; **13**: 733-745
- 18) Rowe K, Clark J: Why nurses smoke: a review of the literature. Int J Nurs Stud 2002; **37**: 173-181
- 19) 河野由理, 三木明子, 川上憲人ほか: 病院勤務看護婦における職業性ストレスと喫煙習慣に関する研究. 日公衛誌 2002; **49**: 126-131