

【第3回禁煙推進セミナー】
〈禁煙率を上げるにはどうすべきか〉

4. 喫煙する医療従事者の問題点と禁煙サポート

岐阜女子大学 家政学部, 岐阜大学大学院医学研究科 再生医科学循環・呼吸病態学

岐阜大学大学院医学研究科 再生医科学循環・呼吸病態学

澤田病院内科, 元岐阜大学保健管理センター

飯田 真美
藤原 久義
後藤 紘司

はじめに

日本循環器学会が2002年に行った調査によれば、日本循環器学会会員の喫煙率は男性14%、女性13%であった¹⁾。2000年に日本医師会などが行った全国調査²⁾では男性27.1%、女性6.8%であり、男性が30歳代と40歳代、女性が70歳以上で高かった。これらの調査の男性医師喫煙率は一般の喫煙率よりは低いものの、アメリカの男女医師(1991年)3.3%、オーストラリア(1996年)の男性医師4.2%、女性医師1.6%など世界の喫煙対策先進国の医師の喫煙率と比べるとかなり高い(図1)³⁾。

日本循環器学会会員女性医師の喫煙率は一般女性医師よりも高く重大な問題である。わが国では看護師の喫煙率も高く、2001年の日本看護協会の調査によれば⁴⁾、女性が24.5%、男性は54.4%であり、女性は一般の女性よりも高い喫煙率であった。医療従事者の喫煙、とくに医師の喫煙をみると患者は喫煙の健康影響を過小評価してしまう可能性が大きく、医師の喫煙は問題が大きい。WHOの「タバコ禍の実態をつかみ制圧するため

のガイドライン」(1998年)においても表1に示すように医療従事者の役割が記載されている。このセミナーでは医師の喫煙の問題点と医師の喫煙率を下げるためにはどうするべきなのかを考えた。

日本循環器学会禁煙宣言、その後

2002年4月に行われた日本循環器学会禁煙宣言¹⁾では、「循環器医療の専門家集団として、日本循環器学会は禁煙、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ことをここに宣言する」とし、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にすることや、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ことを掲げている。

これを受け、2004年度から、日本循環器学会認定循環器専門医資格認定審査において受験資格の基本項目二つのうちの一つに「喫煙が心血管病

[Key words] 喫煙率, 禁煙サポート, 喫煙防止教育, 医療従事者

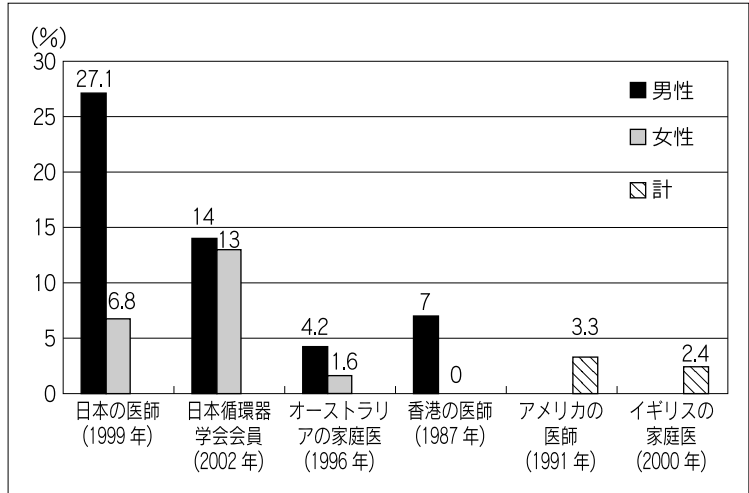


図1 各国の医師の喫煙率の比較

表1 医療従事者の役割

- ・医療専門家が積極的に参加協力して、禁煙方法をはじめとしたタバコと健康に関する教育プログラムを学校教育と社会教育のために作りあげること。
- ・医療機関は禁煙にすること。医療従事者は禁煙して、よいライフスタイルの手本を示すこと。医療従事者は自己訓練とカウンセリング、禁煙の支援活動を通してタバコを吸わない生活のすばらしいことを強調すること。
- ・医療専門家からのアドバイスは、禁煙に挑戦して成功するかを左右する大きなきっかけのひとつである。医療専門家による手短で首尾一貫した禁煙のアドバイスは、タバコの使用を減らす最大の戦力であることが証明されている。他方、患者が医療従事者の喫煙を目の当たりにしているなら、いくらタバコが健康に悪いと指導されても禁煙するはずがない。
- ・先進国のほとんどの国民は毎年少なくとも1回は医療機関を受診する。これは効果的な禁煙カウンセリングの絶好の機会である。
- ・歯科医はタバコ使用による口腔疾患をはじめとするさまざまな健康被害を直接みる立場にあるため、タバコ規制には強い関心を持っている。歯科医は治療よりも予防が大事だという立場をとり、特に若い患者に対して、タバコを吸わないこと、吸っていたらやめるようにアドバイスできる立場にある。

(WHOの「タバコ禍の実態をつかみ制圧するためのガイドライン」(1988年)より抜粋)

の危険因子であることを認識し、禁煙の啓発に努めるもの」という項目が入り、資格認定を受けよ

うとするものは、「私は、喫煙が心血管病の危険因子であることを認識し、禁煙の啓発に努めます」という宣誓書に署名をすることが必要となった。このことは、専門医資格を喫煙者は認めないとする日本呼吸器学会には及ばないが、循環器専門医としての当然のあるべき姿勢と良心を問うものであり、意義が大きいと考えられる。

喫煙する医師の問題点

日本循環器学会2002年の調査によると、循環器医師は喫煙すべきでないかどうかという問いに対して、非喫煙者や過去喫煙者に比較して、喫煙者(時々喫煙、毎日喫煙の両者とも)は吸うべきではないとする比率が少なく、喫煙に対する意識が低いことが明らかである(図2)。

また、患者に禁煙すべきであると伝えない割合をみると、明らかに喫煙医師の場合が伝えていないことがわかる。各種心疾患についてもこの傾向がみられるが、冠動脈疾患のリスクファクターをもつ患者においても同様であった(表2)。したがって、喫煙する医師は適切な禁煙指導を行っていない可能性が示唆され、患者は不利益を受けている可能性がある。医師の喫煙をみると患者は喫煙の健康影響を過小評価してたいしたことがない

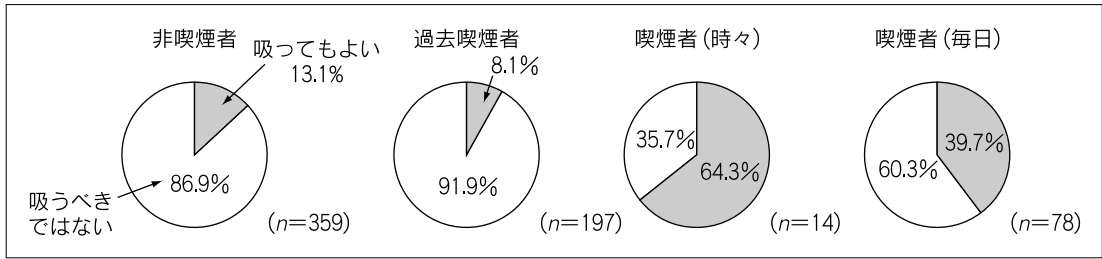


図2 喫煙状況別意識の差（日本循環器学会2002年調査）
循環器医師は立場上、タバコを吸うべきではないと思いますかという問いに対する回答

表2 喫煙者、過去喫煙者、非喫煙者別禁煙指導意識の差
患者さんに禁煙すべきと伝えていきますかという問いに対する回答

	非喫煙者 (n=359)			過去喫煙者 (n=197)			喫煙者 (n=92)		
	いつもする	時々する	しない	いつもする	時々する	しない	いつもする	時々する	しない
①心筋梗塞	94.5%	5.3%	0.2%	91.0%	8.5%	0.5%	95.6%	4.4%	0%
②冠動脈器質性病変のある狭心症	93.7%	5.8%	0.5%	91.9%	7.6%	0.5%	94.4%	4.5%	0.1%
③冠攣縮性狭心症	91.9%	7.5%	0.6%	91.4%	8.1%	0.5%	89.9%	9.0%	1.1%
④弁膜症	41.7%	37.4%	20.1%	43.7%	38.3%	18.0%	29.2%	37.1%	33.7%
⑤不整脈	67.1%	23.6%	9.3%	68.1%	27.0%	4.9%	68.5%	20.2%	11.2%
⑥慢性心不全	66.5%	25.1%	8.4%	64.1%	30.0%	5.9%	60.2%	27.3%	12.5%
⑦脳梗塞	73.7%	23.6%	2.7%	69.0%	25.5%	5.5%	69.3%	21.6%	9.1%
⑧脳出血	64.8%	26.5%	8.6%	61.7%	30.6%	7.7%	61.4%	32.4%	6.2%
⑨高血圧	67.6%	26.6%	5.8%	62.0%	34.2%	3.8%	65.6%	21.8%	12.6%
⑩糖尿病	62.9%	28.7%	8.4%	62.5%	29.8%	7.7%	61.4%	21.6%	17.0%
⑪高脂血症	53.5%	37.1%	9.4%	49.7%	38.4%	11.9%	53.4%	25.0%	21.6%
⑫肥満	46.7%	37.1%	16.2%	45.7%	40.8%	13.5%	36.0%	34.8%	29.2%
⑬基礎疾患なし	24.7%	38.4%	23.9%	28.4%	38.7%	32.9%	17.2%	27.5%	55.3%

(日本循環器学会2002年調査)

と思ってしまう、禁煙のきっかけを逸してしまう可能性があるうえに、喫煙する医師は、喫煙リスクの否定や過小評価があり、健康増進の専門家としての正しい情報提供ができない可能性がある。

日本医師会の調査結果をみても²⁾、喫煙医師は非喫煙医師に比べて、院内禁煙化や患者への禁煙指導について消極的な回答が多く、とくにニコチン依存度が中等度以上の喫煙医師では、禁煙指導などの対策にはより消極的な傾向が認められている。

Simpsonによれば、禁煙指導の介入時間によ

って禁煙成功率は上がるが、長時間一人にかかるほど、禁煙指導できる人数は少なくなる。患者一人当たり5分の禁煙介入(成功率8%)をすると、介入50時間で600人に禁煙指導が可能で、そのうち48人が禁煙に成功することとなる。禁煙指導にフォローアップを加え(成功率15%)一人当たり1時間かけると、50人介入でき、7.5人が禁煙に成功する。禁煙外来など強力な禁煙介入(成功率25%)をする場合は、17人に介入でき4人禁煙に成功することとなる。したがって、禁煙成功率は少なくとも、より多くの機会に、より多く

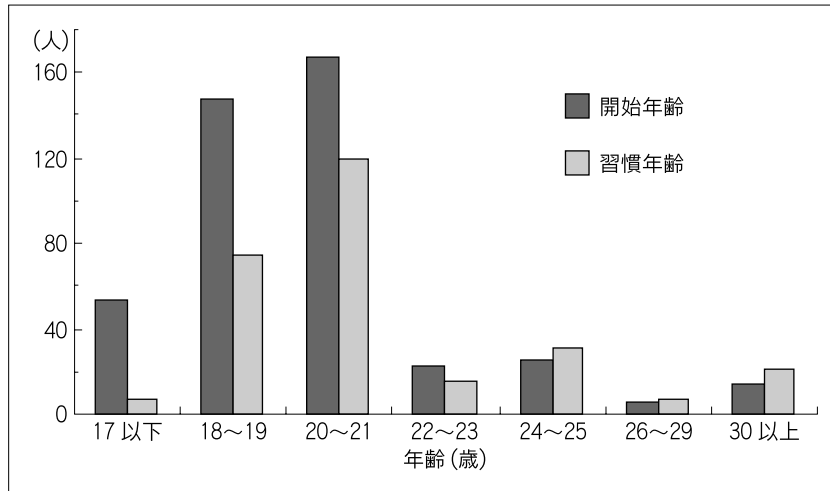


図3 喫煙を開始した年齢と習慣になった年齢の分布 (日本循環器学会2002年調査)

の医師が禁煙指導をすることが、より多くの禁煙者を増やすことにつながる。このことは、一人一人の臨床医が短時間でも禁煙指導することが重要であることを示している。

これらのことから、喫煙しない医師を増やすことが、より多くの患者に禁煙指導をし、喫煙率を下げるうえで重要であると考えられる。

医学教育の中での喫煙防止教育の重要性

「我々は病院、医学部全体に呼びかける。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」と日本循環器学会の禁煙宣言の中で述べられており、医学部、歯学部、薬学部、看護学部など医療関係の教育のカリキュラムに喫煙防止教育、禁煙支援の項目を加えるように提言した。全国医学部学生の喫煙率を調査し、2007年には0%とすることに、より多くの禁煙支援ができる医師を育てることを目標としている。

この背景には医師の喫煙を開始する年齢は図3に示すように、急増するのは大学に入学する18~19歳で、21歳までに喫煙を開始する者がほとんどであり、それ以降は喫煙を開始するものはまれであるという事実に基づく。したがって、大学

入学初期に喫煙防止教育を行うことはきわめて重要であると考えられる。

岐阜大学医学部では日本循環器学会禁煙宣言に先だって、1997年から保健管理センターを中心に学部学生(主に1年生)に対する喫煙防止教育ならびに実際に喫煙者に対する禁煙支援をはじめた。その内容は以下のとおりである。

1) 入学式の日には、1997年から保健管理センターが担当するオリエンテーションの時間(15分)に喫煙防止教育を5~7分行う。

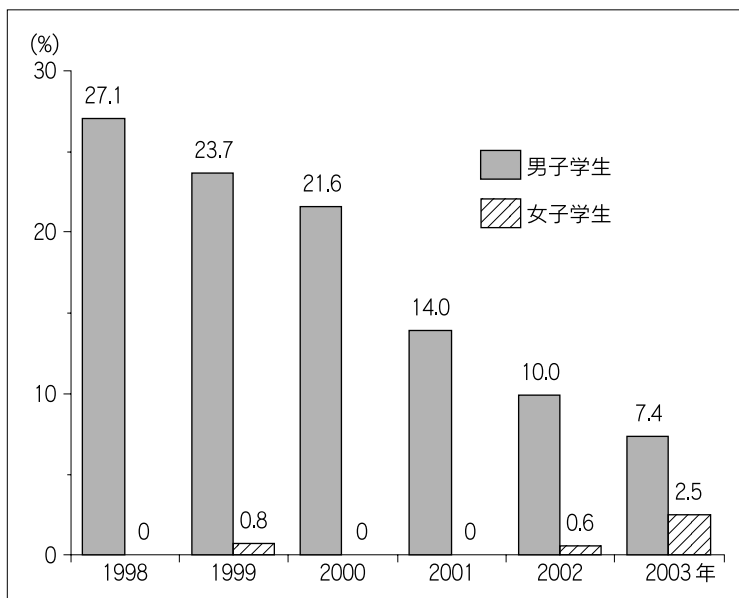
2) 全学共通教育「医療の行動科学」の中で2001年から6月に講義(90分)を行っている。「禁煙外来と禁煙支援」というタイトルで、①喫煙の健康に与える影響について理解しよう、②喫煙の本質について理解しよう、③禁煙の行動科学、④禁煙外来とは、⑤実際の禁煙支援、について教育している。

3) プレテュトリアル「呼吸と循環」の中で、1998年から秋に講義(60分)を行い、さまざまな喫煙の健康影響について教育している。

以上の、喫煙防止教育・禁煙支援教育を継続して行ってきた結果、毎年4月に行う健康診断時に施行している生活状況調査(喫煙調査を含む)において、1998年の医学部男子学生の喫煙率は

図4 岐阜大学医学部医学科学生喫煙率

医学生への喫煙防止教育の結果、確実に喫煙率は低下している。



27.1%であったものが毎年確実に減少し、2003年には7.4%となったことから、教育の効果が大きいことがわかった(図4)。全国の医学部において、喫煙防止教育・禁煙支援教育が行われれば、将来は喫煙する医師がいなくなることが期待できる。

喫煙する医療従事者への禁煙サポート

医療従事者といえども、喫煙習慣の本質はニコチン依存である。自尊心の高い禁煙無関心期の医療従事者に、その認識をもってもらうことは困難な場合が多い。周囲の医療従事者のねばり強い働きかけと、医療環境の敷地内禁煙をはじめとする無煙環境整備が重要である。関心期や準備期の喫

煙者には、ニコチン代替療法を中心とした科学的なサポートの提供が必要であることはもちろんである。医師は患者および公衆に対する模範として禁煙の遵守が期待されていることを再認識する必要がある。

文 献

- 1) Anti-Smoking Declaration: A message from the Japanese Circulation Society. Circ J 2003; **67**: 1-2
- 2) 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**(5): 725-736
- 3) Shafey O, Dolwick S, Guindon GE (eds): Tobacco Control Country Profiles 2003, American Cancer Society, Atlanta, GA, 2003
- 4) 日本看護協会専門職業部調査情報管理部: 2001年「看護職とたばこ・実態調査」報告書, 社団法人日本看護協会, 東京, 2002