

たばこのない社会を目指して

看護師たちの 禁煙アクションプラン 2004

I・看護師のたばこ対策行動計画

II・看護師のための禁煙支援ガイド

はしがき

近年、国内外におけるたばこ対策への取り組みは活発化し、喫煙が健康に及ぼす悪影響については、本人だけでなく、周囲に及ぼす受動喫煙を含め多くの疫学研究等によって明らかになっています。また、喫煙に依存性があることは科学的知見であり、薬物依存の視点からの支援が重要だと指摘されています。さらに、喫煙を原因とした疾病にかかわる医療費の社会経済への負担や環境汚染など、喫煙が及ぼす多方面への影響は今や社会問題として取り上げられています。

現在、わが国では、男性の喫煙率は年々減少しているにもかかわらず、未成年者と女性の喫煙率は増加傾向にあり、看護者の喫煙率も決して低くはありません。WHOは、1999年に喫煙をしてはいけない集団を「妊婦」「青少年」「医療関係者」とであると提言し、2003年5月「たばこ規制枠組み条約」を全会一致で採択しました。

また、日本でも同年5月、受動喫煙の防止規定を含む「健康増進法」が施行され、公共施設における受動喫煙防止が努力義務として明文化されました。保健医療分野においても、各職能団体や学会から禁煙宣言・たばこ対策が表明されております。

日本看護協会は、女性の会員が大部分を占める国内最大の保健医療福祉の職能団体の責務として、2001年に「たばこ対策宣言」を公表、委員会による検討や「2001年看護職とたばこ・実態調査」の結果から見出された課題の解決に向けて、啓発パンフレットの作成や禁煙キャンペーン活動の展開、看護教育・研究センター、神戸研修センターでの「禁煙支援リーダー研修会」等に積極的に取り組んでまいりました。

たばこに関する社会情勢の変化の中、たばこ対策推進における保健医療関係者への役割期待はますます強まることが予想され、その責任は大きいと考えます。本会は、今後さらなるたばこ対策の推進をめざし、一人ひとりの看護者の主体的な取り組みと看護者を支える各組織の具体的な行動を示す「たばこ対策行動計画」を策定いたしました。さらに今回、「たばこ行動計画」と「看護者のための禁煙支援ガイド」の2つの柱からなる「看護者たちの禁煙アクションプラン2004」として取りまとめました。いずれも本会のたばこ対策が向かう方向を示しています。ぜひ、多くの看護者の理解と賛同をいただき、個人で、各職場で、また職能団体として、ご活用いただければ幸いです。

2004年 3月

(社) 日本看護協会
会長 南 裕子

第1部 看護師のたばこ対策行動計画

I. 本行動計画の位置付け	8
II. 基本方針決定の背景	8
III. 基本方針	9
IV. 対象	9
V. 期間	9
VI. 目標設定	10
VII. 行動計画	11
1. 国民の健康を守る専門職としての「たばこ対策」の推進	11
1) 現状と課題	
2) 目標	
3) 行動計画	
2. 看護師の禁煙支援対策	14
1) 現状と課題	
2) 目標	
3) 行動計画	
3. 保健医療福祉施設における禁煙環境整備の推進	17
1) 現状と課題	
2) 目標	
3) 行動計画	
4. 看護学生の防煙・禁煙教育の推進	20
1) 現状と課題	
2) 目標	
3) 行動計画	
VIII. 普及方策と評価	23
IX. おわりに	23
資料編	24
1. 日本看護協会 たばこ対策宣言 全文 (2004年)	
2. 看護師の倫理綱領条文 (日本看護協会 2003年)	
3. ICN (国際看護師協会) のたばこに関する所信声明	
4. 受動喫煙防止対策について (厚生労働省健康局長通達 2003年4月30日)	
5. 病院機能評価の「禁煙・分煙」に関する評価項目	

第2部 看護者のための禁煙支援ガイド

はじめに	30
第1章 喫煙看護者の特性の把握と禁煙への行動変容支援のあり方の検討	31
1. 文献調査による検討	32
2. アンケート調査による検討	36
3. フォーカス・グループ・インタビュー調査による検討	40
第2章 喫煙看護者に対する禁煙への行動変容支援のための方法論の検討	
1. 禁煙への動機づけ方策	47
2. 禁煙への実行・継続支援方策	51
第3章 看護者の働く職場における禁煙支援の環境づくりの検討	
1. 禁煙支援のための環境づくり	55
2. 実践事例の紹介	57
1) 組織としての取り組みとポリシーの明確化	57
2) たばこ対策委員会の設置	59
3) 施設内の禁煙化	61
4) 職員への教育・啓発	63
5) 禁煙支援看護師の育成と配置	64
6) ストレスマネジメント教育やリラクゼーションのための環境づくり	65
第4章 看護者の禁煙推進における日本看護協会の役割	
1. 日本看護協会のこれまでの取り組み	66
2. 現在の推進状況と今後の課題	72
3. 禁煙推進環境の整備にむけた政府や社会への働きかけ	74
おわりに	78
○資料編・禁煙支援プログラムのツールガイド	79
○文献一覧	86
○平成14年度・15年度看護職の喫煙問題対策検討委員会 名簿	
○禁煙支援プログラム開発ワーキンググループ 名簿	90

第1部

看護者のたばこ対策行動計画

(2004年～2006年)

I. 本行動計画の位置付け	8
II. 基本方針決定の背景	8
III. 基本方針	9
IV. 対象	9
V. 期間	9
VI. 目標設定	10
VII. 行動計画	11
1. 国民の健康を守る専門職としての「たばこ対策」の推進	11
2. 看護者の禁煙支援対策	14
3. 保健医療福祉施設における禁煙環境整備の推進	17
4. 看護学生の防煙・禁煙教育の推進	20
VIII. 普及方策と評価	23
IX. おわりに	23
資料編	24

注) 本稿で用いるたばこ対策に関連する用語については、以下のように定義している。

<看護者>

看護者とは、看護職の免許によって看護を実践する権限を与えられた者であり、保健師、助産師、看護師、准看護師を総称している。

<能動喫煙>

自らの意志でたばこを吸うこと。

<受動喫煙>

室内またはこれに準ずる環境において、他人のたばこの煙を吸わされること。

<禁煙支援>

狭義には、禁煙を希望する人に対して、禁煙相談等を実施し、禁煙の手助けを行うこと。広義には、喫煙者に対して教育と環境づくりの両面から、禁煙の動機づけと実行の支援を行うこと。

<防煙教育>

未成年の喫煙を防止するために行う喫煙防止教育のこと

<禁煙教育>

すでに喫煙している看護学生に対して、禁煙を促す教育・指導を行うこと。

<禁煙環境整備>

受動喫煙の防止のために施設内および敷地内を完全禁煙とすること。

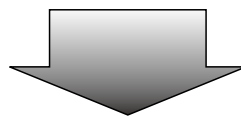
<分 煙>

受動喫煙の防止のために、完全に分割された喫煙空間を設置するなどの措置を講ずること。

日本看護協会 看護者のたばこ対策行動計画概要

2004年～2006年の3年間

基本方針		1.国民の健康を守る専門職としての「たばこ対策」の推進	2.看護者の禁煙支援対策	3.保健医療福祉施設における禁煙環境整備の推進	4.看護学生の防煙・禁煙教育の推進
主な目標		①看護者の責務として「たばこ対策」への認識を深め、積極的に行動する。	①看護者は、喫煙が及ぼす健康影響に関する正しい知識を習得する。 ②職場での看護者の喫煙率を0%にする。	①保健医療福祉施設内での全館禁煙をめざす。 ②施設内にたばこ対策委員会を設置する。	①看護教育機関は、構内を全面禁煙とする。 ②看護学生に対する防煙・禁煙教育を行う。
対象別の取り組み目標	○看護者・看護学生	○積極的にたばこ対策に参画し、患者・地域住民に対し、あらゆる場面で支援・教育活動を実践する。	○看護者自身が、たばこ関連疾患による健康被害から自身の健康を守るための知識を習得し、必要な行動を実践する。	○職場の全館禁煙にむけて、環境整備に対して積極的に行動する。	○看護学生は看護者の使命を自覚し、学生自身や家族・友人・患者・地域住民をたばこの健康被害から守るため行動する。
	○保健医療福祉施設・看護教育の看護管理部門	○組織として、たばこ対策の方向性を示し、看護者のあらゆる活動を支援する。	○看護管理者はたばこ対策の知識を習得し、職場喫煙0%のために具体的な行動を起こす。	○職場を全館禁煙とするために必要な行動を実行する。	○全ての看護学生に、防煙・禁煙教育を実践し、構内の禁煙環境に向けて体制を推進する。
	○都道府県看護協会	○たばこ対策行動計画を策定し、たばこ対策の重要性を広く社会に発信し、積極的に行動する。	○看護者に対し、禁煙支援の基盤を整備する。	○都道府県における保健医療福祉関連施設の全館禁煙をめざし環境整備や体制づくりを支援する。	○看護教育機関と協働し、看護学生のたばこ対策や看護教育機関の敷内禁煙を支援する。
	○日本看護協会	○「たばこのない社会の実現」に向けて、国内外のあらゆる活動に参加する。	○都道府県看護協会・看護者に対し、たばこに関する知識の普及・啓発を図る。	○国や公共施設、教育機関、看護者の利用する施設が全館禁煙となるよう行動する。	○国に対して看護教育機関でのたばこ対策の推進や教育の実践を要請する。
2004年度事業計画		○たばこ対策推進者の育成 ○都道府県看護協会との連携	○「たばこ対策行動計画」・「禁煙支援ガイド」の普及啓発	○通常総会・学会・会議等の会場禁煙の徹底	○看護学生啓発パンフレットの作成配布



最終目標 看護者の喫煙率…2001年の25.7%を2006年までに半減する

I. 本行動計画の位置付け

日本看護協会は、1999年から“看護者のたばこ対策”への取り組みを公式に表明し、たばこ対策を推進してきた。また、近年は各都道府県看護協会においても様々な取り組みが行われている。今後、各機関・団体と協働してより一層たばこ対策の重要性を広く社会に発信して行動していくために、本会は国内の看護職能団体を代表し、マスタープランとなるべく本行動計画を策定した。

II. 基本方針決定の背景

①看護者の喫煙状況

本会では、2001年に基本的な方針を示すための「たばこ対策宣言」を公表した。同年実施した「2001年 看護職とたばこ実態調査」の結果では、看護者の喫煙率は全体で25.7%（女性のみ24.5%）であり、一般成人女性の2倍以上の結果となった。また、喫煙をしている看護者は非喫煙者に比べ、患者に対する禁煙指導の実施率が5～10%低かった。これらの結果は、国民の健康を守る看護者が専門職として、社会的責任を果たすために、できるかぎり速やかに、まず自らの喫煙問題に取り組まなければならないという警鐘となった。

②国民の命と健康を守る看護者の役割と責任

WHOによる「たばこ規制枠組み条約」では、公衆衛生上の法整備、たばこの製造・販売の抑制など禁煙対策の促進に向けて、保健医療福祉分野に限らず政界・財界などを含めた様々な分野の連携を国の政策として図っていくことが求められている。WHOは特に保健医療福祉業務の従事者をその活動の重要な担い手であると位置づけており、看護者への期待も大きい。エビデンスに基づいて喫煙の弊害をはっきりと主張し、他者の禁煙及び喫煙開始を未然に阻止するための活動を実践することは、看護者の責務である。

③専門職としての影響力

看護者は、社会的に自立した専門職という職業イメージで捉えられており、看護者の喫煙行動が青少年や他の女性に与える影響は大きい。さらに女性の看護者は、ライフサイクルの中で妊娠・出産・子育て・教育など、自分たちの子どもに対しても影響を与える立場にある。次世代の健康を守るために、自らが喫煙をせず、看護者としての社会的役割を認識し、たばこ対策に取り組むことが求められている。

④保健医療福祉施設での禁煙環境整備の必要性

禁煙・分煙環境の整備については、「健康増進法」改正に伴い、厚生労働省健康局長通達として「受動喫煙防止対策について」（2003年4月30日付）、「職場における喫煙対策のためのガ

イドライン」(2003年5月9日付)などにより、公共の場としての環境整備とともに、働く場としても施設管理者による対策推進が求められている。また、病院施設については病院機能評価の療養環境整備項目として2004年度からは一部の例外を除き施設の禁煙化が義務付けられているが、現在会員のいる、保健医療福祉施設において、これら環境整備は十分とはいえず、施設管理者を中心とした施設ぐるみの禁煙対策が求められている。

Ⅲ. 基本方針

本会では、看護師1人ひとりがたばこに関する正しい知識を持ち、保健医療職としての自覚を持って禁煙行動を実践することにより、看護師の喫煙率の軽減をはかること、また、たばこ対策に関する適切な保健行動の提案・実践を図っていくことが重要であると考えている。

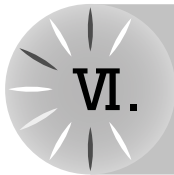
日本看護協会の目指すたばこ対策の本質的な目標は、看護師をたばこによる健康被害から守ることであり、さらには、看護師への正しい知識の普及や、たばこ対策への取り組みを支援することにより、「国民の喫煙に起因する疾病・死亡の低減とたばこ対策の普及・啓発」に寄与することである。

Ⅳ. 対象

1. 看護師・看護学生
2. 保健医療福祉施設・看護教育の看護管理部門
3. 都道府県看護協会
4. 日本看護協会

Ⅴ. 期間

2004年～2006年（3年間）とする



VI. 目標設定

基本方針は「たばこ対策宣言」の4項目とし、以下のような達成目標を設定した。

目標の達成までの期間は2004～2006年の3年間とし、2001年時点の看護者の喫煙率(25.7%)を2006年までに、一般成人女子並に**半減**する。また、職場での看護者の喫煙率を**ゼロ**にする。

(※2002年の日本たばこ産業調査では、一般男性：48.3%
一般女性：13.6%)

看護者のたばこ対策行動計画 基本方針及び目標

1. 国民の健康を守る専門職としての「たばこ対策」の推進

<目標>

- ①看護者の責務として「たばこ対策」への認識を深め、積極的に行動する。

2. 看護者の禁煙支援対策

<目標>

- ①看護者は、喫煙が及ぼす健康影響に関する正しい知識を習得する。
- ②職場での看護者の喫煙率を0%にする。

3. 保健医療福祉施設における禁煙環境整備の推進

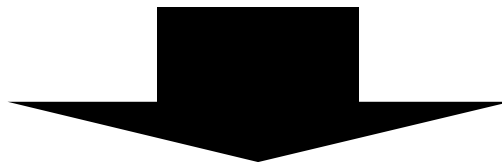
<目標>

- ①保健医療福祉施設内での全館禁煙をめざす。
- ②施設内に「たばこ対策委員会」を設置する。

4. 看護学生の防煙・禁煙教育の推進

<目標>

- ①看護教育機関は、構内を全面禁煙とする。
- ②看護学生に対する防煙・禁煙教育を行う。



最終目標

看護者の喫煙率…2001年の25.7%を2006年までに半減する

1. 国民の健康を守る専門職としての「たばこ対策」の推進

1) 現状と課題

(1) 保健医療福祉現場における現状と課題

2003年WHOは「たばこ規制枠組み条約」の中で、禁煙プログラムやたばこ教育計画等に関して、保健医療従事者の参加のもと、ガイドラインを作成するよう明言している。

また本会の看護者の倫理綱領では、「9. 看護者は、他の看護者及び保健医療福祉関係者とともに協働して看護を提供する」「13. 看護者は、社会の人々の信頼を得るように、個人としての品行を常に高く維持する」「14. 看護者は、人々がよりよい健康を獲得していくために、環境の問題について社会と責任を共有する」と明示している。

看護者が「たばこ対策」に関して効果的に教育活動を進め、国民へ普及させることは、重要な社会的役割として期待されている。

しかし、本会の実態調査³⁾では、看護者が「患者・対象者の喫煙について尋ね、記録している」47.0%、「喫煙者に喫煙の危険性や禁煙の重要性について助言している」50.1%と、たばこ教育を半数程度は行っているが、「禁煙を勧め小冊子などの情報を提供している」14.5%、「禁煙するための話し合いをしている」18.9%と、低い数値であり、「禁煙指導者研修・講習会に参加したことがある」はわずか2.2%であった。このことから、現時点では看護者による患者・住民・未成年者等の対象者に対するたばこに関する指導は必ずしも十分に実施されていない。

さらに、喫煙者は、非喫煙者と比較して「情報提供や教育をしていない」という回答の比率が5～10%高く、喫煙している看護者は、患者・対象者への「たばこ教育」を避けている傾向が認められた。

(2) 社会的背景と現状

1980年以降、WHOは「世界禁煙デー」など積極的に活動を展開し、国内でもその動きに連動するように各省庁、地方自治体により「たばこ対策」が検討・公表され、健康日本21や健康増進法に基づく自治体条例など法整備も行われるようになった。

このような状況の中、1995年頃より喫煙率は年々漸減傾向にあり（5年間で2%減）、公共の場での禁煙スペースが拡充されており、完全禁煙も珍しくはなくなった。

欧米諸国では、たばこ会社のスポーツへのスポンサーとしての参画や広告の禁止、喫煙者によるたばこ関連疾患訴訟に対する賠償責任を問う判決など、社会全体としてたばこによる被害への認識や責任追及が進んでいる。しかし、日本ではたばこ会社がスポンサーとして、スポーツやメディアに参画し、たばこ関連疾患訴訟での判決では依存性や健康被害への影響は少ないとの理由から、原告敗訴の判決が下される事例があり、政策としての対応の甘さが指摘されている。

このような状況を看護者は国民の健康被害の観点から憂慮すべきであり、予防に焦点をあてた「たばこ対策」を推進することが望まれている。

1. 国民の健康を守る専門職としての「たばこ対策」の推進

2) 目標

○看護者の責務として「たばこ対策」への認識を深め、積極的に行動する

3) 行動計画

看護者・看護学生

<取組み目標>

○看護者であることを自覚し、職場の内外を問わず、積極的にたばこ対策に参画し、患者・地域住民等に対し、あらゆる場面で積極的に支援及び教育活動を実践する。

<具体的な行動>

1. 国内外のたばこ対策の動向について関心をもち、常に情報収集を行う。
2. 禁煙支援・防煙教育の普及啓発に必要な知識及び技術を習得する。
3. 特に、患者・妊産婦・未成年者等に対し、正しい知識や行動を普及する。
4. 禁煙外来や禁煙教室を実践する健康教育スキルを身につける。
5. たばこ対策に関する実践と研究を学会等で発表する。

保健医療福祉施設・看護教育の看護管理部門

<取組み目標>

○保健医療福祉の組織として取り組むべきたばこ対策の方向性を示し、看護者のあらゆる活動を支援する。

<具体的な行動>

1. 国内外のたばこ対策の動向について常に情報収集を行い、看護者に情報を提供する。
2. 施設のたばこ対策行動計画の策定に参画し、行動目標を利用者・職員に公表する。
3. 禁煙相談外来の開設を働きかける。
4. 看護者があらゆる場面で、患者・住民に対し、たばこ教育を実施することを推進する。
5. 施設・地域等で禁煙支援、防煙教育の研修会・講演会を企画・立案・実施する。
6. たばこ対策等の実践を定期的に評価し、新たな課題に応じた対応策の検討・提言を行う。

都道府県看護協会

<取組み目標>

- たばこ対策行動計画を策定し、たばこ対策の重要性を広く社会に発信し積極的に行動する。
- 都道府県内のたばこ対策の実践者及び指導者の育成を図る。
- 都道府県内の他の組織・機関と連携・協働し、たばこ対策の活性化を図る。

<具体的な行動>

1. たばこ対策行動計画を策定、地区支部・看護者及び都道府県民に公表する。
2. 計画策定のための委員会を設置し、実態調査等の実施、動向や課題の把握に努める。
3. 事業評価を行い、新たな課題に応じた対応策を検討・実施する。
4. まちの保健室や看護の日等のイベントでは、積極的に禁煙相談や禁煙教室を開催するとともに、都道府県内の禁煙外来等の実態の把握と開設を推進する。
5. 地域住民に対して、イベントや公式ホームページ（以下、HPとする）、マスコミ等を利用してたばこ対策をPRする。
6. 都道府県内のたばこ対策相談事業、ボランティア活動を支援する。
7. 都道府県内の市民活動、政党や議員等及び、保健医療福祉の関係団体とともに、たばこ対策推進活動を協働で実施する。
8. 地方自治体におけるたばこ対策に参画する。

日本看護協会

<取組み目標>

- 「たばこのない社会の実現」に向けて国内外のあらゆる活動に参加する。
- 国内外の他の組織・機関と連携・協働し、たばこ対策の推進を図る。
- 行政のたばこ対策に参画する。
- 国民に対し、「看護者は喫煙をしない」イメージの定着をはかる。

<具体的な行動>

1. 行動計画に基づいた活動を実践し、事業評価や成果について会員・国民に公表する。
2. 保健師・助産師・看護師の3職能で、女性、妊産婦、未成年者のたばこ教育を強化する。
3. WHOや日本政府、その他のたばこ産業等に対して提案や要望等の活動を積極的に行う。
4. イベントや公式HP、マスコミの活用等により情報提供を行う。
5. 国内外及び都道府県看護協会のたばこ対策関連のイベント、市民活動、政党や議員の活動等を協働で実施する。また活動が円滑に実施されるように支援する。
6. 禁煙支援、防煙教育実践者の資質向上のための方策を検討する。
7. マスメディアをモニターし、テレビ局、出版社等に対して、看護者の喫煙シーンなどの放送、掲載をしないよう要請する。

2. 看護者の禁煙支援対策

1) 現状と課題

(1) 看護者の喫煙率

本会調査³⁾によれば、女性看護者の喫煙率は24.5%、男性看護者では54.4%であった。女性看護者の喫煙状況を一般国民に対する喫煙実態調査⁴⁾と比較した結果、女性看護者の喫煙率は、各年齢層において一般女性の喫煙率より高い。一般女性の喫煙率は年齢層が上がるとともに低くなるが、女性看護者については20代の喫煙率が特に高いものの、30代以降は年齢層が上がっても喫煙率の低下は見られない。

(2) 職場での看護者の喫煙状況

看護者の喫煙場所を「職場」と「職場外」とに大別したところ、「職場でも職場外でも喫煙している」50.4%、「職場では喫煙せず、職場外のみで喫煙」40.3%であった。看護者の喫煙パターンは出勤前と帰宅後に偏っていると推測されるが、このような特殊な喫煙パターンに問題はあるものの、勤務時間内は禁煙しており、個人の禁煙には職場の禁煙環境が大きく影響している。一方、患者や住民からは、「たばこ臭のある看護者には触れられたくない」「禁煙指導の説得力が弱い」などの意見も聞かれ、患者の信頼を得ることや患者教育の観点からも、看護者が休憩時間であっても職場では喫煙しないことを徹底すべきである。

しかし、看護管理者などからの一方的で強制的な職場内禁煙の推進は、職員の抵抗感が強く、喫煙場所を求め隠れて喫煙するようになったり、職員の少ない夜勤帯に喫煙することもある。また、看護者が施設の玄関や戸外で喫煙する行為が目立ち、施設内外から批判されることもある。具体的な取り組みに際しては、健康増進法や職場の特性を踏まえて、施設または敷地内の禁煙化を目標とする一方、合意形成のプロセスを大切に、段階的に取り組むことが重要である。

(3) 喫煙の健康への影響に関する知識

たばこは肺がんをはじめとした多くのがん、虚血性心疾患・脳血管疾患・各種消化器疾患・慢性閉塞性肺疾患、歯周疾患、そして妊娠・出産の周産期に関連した異常（低出生体重児の出産・流産、乳幼児突然死症候群など）と関連があることは、多くの疫学的研究等により指摘されている。看護者においては夜間勤務などの不規則な労働条件に「喫煙」というリスクが加わることで、さらに深刻な健康障害が懸念される。

本会の実態調査で喫煙の健康への影響に関する知識をたずねたところ、能動喫煙の影響では、「肺がん」94.2%、「妊娠への影響」83.9%の回答率が高いが、「歯周病」33.2%、「胃潰瘍」34.5%であり、その回答率は一般成人と同様程度であることが明らかとなった。受動喫煙では、「肺がん」87.1%、「妊娠への影響」82.5%は回答率が高いが、「乳幼児の中耳炎」8.7%、「乳幼児の突然死」25.7%、「乳幼児の肺炎」32.5%であり、一般対象の調査結果と比較して看護者の回答率のほうが高かった。

疾病の罹患率や死亡率だけでなく、ニコチン依存のメカニズムなど科学的な情報を正しく理解することが、患者に対する積極的な禁煙指導につながり、自らの禁煙へのモチベーションを高めることにもつながる。たばこに関する正しい知識の普及・情報提供を十分実施することを前提として、看護者の喫煙率の減少をめざすことが重要である。

2) 目標

- 看護者は、喫煙が及ぼす健康影響に関する正しい知識を習得する
- 職場での看護者の喫煙率を0%にする

3) 行動計画

看護者・看護学生

<取組み目標>

- 看護者自身がたばこ関連疾患による健康被害から自身の健康を守るための知識を習得し、必要な行動を実践する。

<具体的な行動>

1. 喫煙している看護者は禁煙する（直ちに職場での喫煙を止める）。
2. 喫煙をしていない看護者は、周囲の喫煙している看護者に禁煙を勧める。
3. 喫煙をしていない看護者は、喫煙をしている保健医療関係職員の禁煙に支援・協力する。
4. 禁煙に成功した看護者は体験談を話し、自らの体験を禁煙支援に活かす。
5. たばこ対策の動向に関心を持ち、最新の知識・技術を取得し自己研鑽に心がける。

保健医療福祉施設・看護教育の看護管理部門

<取組み目標>

- 看護管理者はたばこ対策の知識を習得し、職場喫煙0%のために具体的な行動を起こす。

<具体的な行動>

1. 喫煙している看護管理者は禁煙する（直ちに職場での喫煙を止める）。
2. 喫煙している看護者に対して、禁煙をするように働きかける。
3. 看護者が禁煙しやすい体制（職場の禁煙化、補助・奨励制度）を整備し、禁煙の継続を支援する。
4. 施設長に対し、喫煙している看護者を採用しないように働きかける。
5. 全ての看護者に禁煙支援・防煙教育の研修の機会を確保し、活動を支援する。
6. 看護者のための禁煙相談窓口を設置し、喫煙者の禁煙支援活動を行う。
7. 実践を定期的に評価し、新たな課題に応じた対応策の検討・提言を行う。

2. 看護者の禁煙支援対策

都道府県看護協会

<取組み目標>

○都道府県内の看護者に対し、禁煙支援の基盤を整備する。

<具体的な行動>

1. たばこの害やたばこ関連疾患に関する啓発媒体を作成・配布し、啓発に努める。
2. 禁煙方法や看護者の取り組み事例紹介等、実践的な情報提供を行う。
3. 看護者のための禁煙相談窓口の設置、禁煙外来の紹介などの体制を作る。
4. 看護者を対象に禁煙支援、防煙教育の研修会・講演会などを開催する。
5. 「たばこ対策研修会」を開催し、指導者の人材育成を図る。

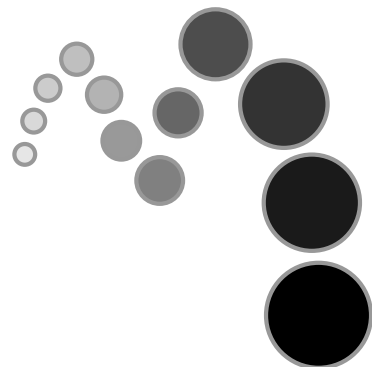
日本看護協会

<取組み目標>

○都道府県看護協会および看護者に対し、たばこに関する知識の普及・啓発を図る。

<具体的な行動>

1. 公式HP、協会ニュース等で社会資源、研修・講演等の情報提供を行う。
2. 様々な媒体を通じて、「たばこ対策行動計画」「禁煙支援ガイド」の啓発普及に努める。
3. 看護者の実施するたばこ対策事業、ボランティア活動を支援する。
4. 本会の認定する「認定看護管理者」「認定看護師」「専門看護師」等看護者への教育・指導的立場にある者は、「非喫煙者」であることが望ましい。



3. 保健医療福祉施設における禁煙環境整備の推進

1) 現状と課題

保健医療福祉施設では禁煙対策の一環として「分煙」が推進されているが、看護者にとっての休憩スペースは狭く、仕切りや席の分離、空気清浄機の設置など十分に整備されていないため、非喫煙の看護者も受動喫煙を余儀なくされているのが現状である。

また、職員のたばこ臭や施設内の喫煙所の設置が、患者にとっては「無言のたばこ容認メッセージ」となっている。保健医療福祉施設での「分煙」はあくまで移行的な措置であり、患者の治療や教育の観点からも原則的には「全館禁煙」をめざすべきである。

本会の実態調査³⁾では、すべての場所で「完全禁煙」である施設は8施設（9.0%）、「戸外（庭）」のみ「分煙」で施設内については「完全禁煙」である施設は11施設（12.4%）である。

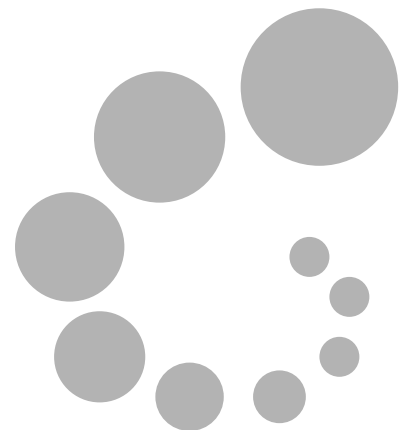
一方、「戸外（庭）」については「自由に吸える」という回答が35.2%に上り、次いで「職員休憩室」「事務室（医局）」「応接室」では20%を超える。

さらに施設内でのたばこ対策（禁煙・分煙、禁煙支援等）の検討・推進を目的とする委員会などの組織が「ある」施設は8施設（9.0%）であり、「ない」が75施設と（84.3%）多数を占めている。たばこ対策推進のための組織がある8施設のうち、7施設では看護者がこれに参画していた。

施設全体のたばこ対策を推進するためには、施設長の方針が大きく影響すると言われているが、医療施設の機能評価には2002年より新たに療養環境の整備の項目に「禁煙、分煙への配慮」の有無が加えられ、さらに、2004年4月からは全館禁煙が認定の条件として求められるようになっていく。

また、健康増進法が施行されたことに伴い、厚生労働省健康局長通達「受動喫煙の防止対策」や「職場における喫煙対策のためのガイドライン」などにより、「禁煙・分煙環境の整備」や「たばこ対策の体制づくり」は、施設長が最優先課題として取り組むべき事項となっている。

さらに、本会の看護者の倫理綱領では「14. 看護者は人々がよりよい健康を獲得していくために、環境の問題について社会と責任を共有する」を掲げており、他職種と連携を強化しながら、組織的な取り組みを施設長に働きかけ、積極的に推進していくことが重要である。



3. 保健医療福祉施設における禁煙環境整備の推進

2) 目標

- 保健医療福祉施設内での全館禁煙をめざす。
- 施設内に「たばこ対策委員会」を設置する。

3) 行動計画

看護者・看護学生

<取組み目標>

- 職場の全館禁煙にむけての環境整備に対して積極的に行動する。

<具体的な行動>

1. 看護管理者及び施設管理者に対し、全館禁煙、たばこ対策委員会の設置等を要望する。
2. 職場の健康管理に関する委員会で、たばこ対策を提案する。
3. 職場の禁煙環境整備について、不備な点や改善方策を職場に助言、提案する。
4. 職場の他職種に対して、たばこ対策の理解を求め、組織ぐるみの環境づくりに協力する。
5. 患者・住民等の受動喫煙を防止し、禁煙しやすいような環境を積極的に提案・推進する。

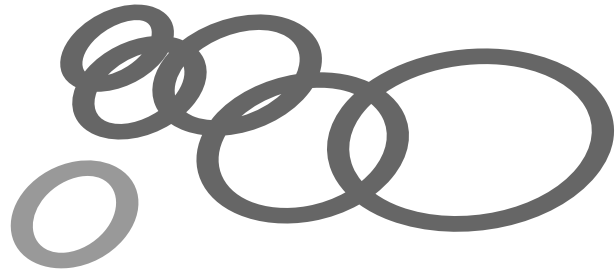
保健医療福祉施設・看護教育の看護管理部門

<取組み目標>

- 職場を全館禁煙とするために必要な行動を実行する。

<具体的な行動>

1. 職場の他職種と連携し、施設の環境づくり、体制づくりが円滑に行われるよう、たばこ対策委員会を設置する。または施設長に設置を働きかける。
2. 看板やポスター掲示、ステッカーの貼付等により職員や利用者に対して禁煙を周知する。
3. 施設内でのたばこ自販機の撤廃、売店での販売禁止等を実施する。
4. 病院機能評価を積極的に受けるよう施設長に働きかける。
5. 実践を定期的に評価し、新たな課題に応じた対応策の検討・提言を行う。
6. 分煙措置をとっているところは、全面禁煙を職場に助言、提案、実施する。



都道府県看護協会

<取組み目標>

○県内における保健医療福祉関連施設的全館禁煙をめざし環境整備や体制づくりを支援する。

<具体的な行動>

1. 看護協会会館及び協会が開催する総会、学術集会、会議、研修、イベントなどは全て全面禁煙とする。
2. 保健医療福祉施設、教育機関及び公共施設的全館禁煙に向け、啓発媒体（ステッカーやポスター等）を作成・配布し、啓発普及を推進する。
3. 都道府県看護協会として、「たばこ対策委員会」を設置し、他団体との連携・協力のもと、都道府県内の保健医療福祉施設の禁煙環境の整備、体制づくりに向けて、支援活動を実践する。

日本看護協会

<取組み目標>

○国や公共施設、教育機関、看護者の利用する施設が、全館禁煙となるよう行動する。

<具体的な行動>

1. 会館及び協会が開催する総会、学術集会、会議、研修、イベントなどは全て全面禁煙とする。
2. 政府や国の保健医療福祉施設・教育機関の施設管理者に対し、全館禁煙の実施を含め、たばこ対策活動の推進を要請する。
3. 都道府県看護協会と定期的にたばこ対策を検討する機会をもち、看護者のたばこ対策行動計画の各分野における課題や情報の共有、推進方策の統一を図る。

4. 看護学生の防煙・禁煙教育の推進

1) 現状と課題

(1) 看護学生の喫煙に関する全国調査

看護学校での防煙・禁煙教育の遅れや教師・看護学生の喫煙習慣が問題視されている。

大井田らが2000年に実施した看護学生の喫煙実態調査⁵⁾によれば、看護学生の喫煙率は女性24.6%（1年生：16.3%、2年生：26.2%、3年生：31.4%）、男性52.6%（1年生：42.9%、2年生：57.9%、3年生：58.7%）と同世代の学生より高く、しかも学年が上がるにつれて高くなっている。岡田も同年代の看護学生以外の大学・短大生に比べて看護学生の喫煙率が高いことを指摘している⁶⁾。

この全国調査では、学生周辺の人的環境と喫煙状況との関連性について検討しているが、喫煙している学生群では非喫煙群に比べて父親、母親、兄弟、姉妹、友人（男）、友人（女）、教師の喫煙率が有意に高い。また周囲の喫煙率を学校別にみると、保健師や助産師の養成校に比べて看護学校の学生の母親と教師の喫煙率が極めて高かった。したがって、周囲の喫煙状況が学生の喫煙に影響を与えると指摘している。

(2) 看護学生の喫煙者の特性に関する調査から

また、倉田らが2001年に実施した喫煙看護学生の調査⁷⁾によれば、小・中学校で防煙教育を受けているにもかかわらず、看護教育入学前に喫煙を開始している者が多く、短期間のうちに習慣化していた。血液検査では、喫煙歴が短期間であるにもかかわらず、中性脂肪の増加や喫煙直後の白血球の増加も認められた。さらに喫煙前後の作業能率の変化では、喫煙後の作業能率の乱れや気力の衰弱を示すものが多く、喫煙が作業能率を低下させていると指摘している。

(3) 看護教育基礎調査から

本会調査⁸⁾によれば、看護教育機関の禁煙環境は、「屋内でも屋外でも敷地内は全面禁煙」は56.4%と半数であり、「屋外では自由に喫煙できる」が23.5%、「屋内分煙」は13.5%であり、半数以上の教育機関では学内で喫煙できる環境にある。また学生への禁煙指導體制について「組織的な対応を行っている」のは13.2%にとどまっている。さらに教科以外での学生への防煙教育の実施状況は「実施している」が41.4%と半数に満たなかった。

看護教育機関においては、これらの専門的知識や科学的知見は勿論のこと、看護者としての倫理観を基本においた教養をも兼ね備え、国民の健康を担う専門職として「責任感を持った行動が実践できる看護者の育成」を目指していかなければならない。学生生活の中で看護教育・一般教育・生活指導を通し、あらゆる場面において「防煙・禁煙教育」を積極的に取り入れるとともに、学内の禁煙環境をさらに推進していくことが重要である。

2) 目標

- 看護教育機関は、構内を全面禁煙とする
- 看護学生に防煙・禁煙教育を行う

3) 行動計画

看護者・看護学生

<取組み目標>

- 看護学生は看護者の使命を自覚し、学生自身や家族・友人・患者・地域住民をたばこの健康被害から守るために行動する。

<具体的な行動>

1. 看護学生は喫煙しない。また喫煙している学生は禁煙をする。
2. 看護者が喫煙してはいけない理由について、看護者の専門性や倫理性の観点から理解を深める。
3. たばこの害やニコチン依存の知識を学び、防煙・禁煙教育等の技術を習得する。
4. 学生自治活動、サークル活動、学園祭・文化祭等において、たばこ対策に取り組む。
5. 家族・友人など周囲の喫煙者に対して、禁煙を勧める。
6. 臨地実習では、患者・住民に対し、たばこに関する教育・禁煙支援の方法を習得する。

保健医療福祉施設・看護教育の看護管理部門

<取組み目標>

- 全ての看護学生に、防煙・禁煙教育を実践し構内の禁煙環境整備に向けて体制を推進する。
- たばこ対策に関する教育と研究を推進する。

<具体的な行動>

1. 喫煙している看護教育機関の教職員は禁煙する。また、直ちに職場での喫煙を止める。
2. 喫煙している看護学生に対して、禁煙をするように働きかける。
3. 看板やポスター掲示、ステッカーの貼付などにより啓発を行う。
4. たばこ対策委員会を設置し、学生に対する防煙・禁煙教育を計画的に実施する。
5. 学生の自主的活動の実践を働きかけ、その活動を支援する。
6. 教職員が防煙・禁煙教育や相談の実践が出来るように、人材育成を行う。
7. 看護学生のための禁煙相談窓口を設置し、喫煙者の禁煙支援活動を行う。
8. 他の学部・学科の教職員と連携し、教育機関全体としてのたばこ対策を推進する。
9. 看護学生のたばこ対策の推進に役立つ研究を奨励する。
10. 実践を定期的に評価し、新たな課題に応じた対応策の検討・提言を行う。

4. 看護学生の防煙・禁煙教育の推進

都道府県看護協会

<取組み目標>

○看護教育機関と協働し、看護学生のたばこ対策や看護教育機関の敷地内禁煙を支援する。

<具体的な行動>

1. 都道府県内の教育機関に対し、構内禁煙や防煙・禁煙教育の実施を要請する。
2. 適切な環境整備や防煙・禁煙教育に関する情報を積極的に提供する。
3. 公式HPや卒業時の協会への入会勧誘時等にたばこ対策をPRする。
4. 看護学生や教職員への研修会の開催、講師派遣等、防煙・禁煙教育活動を支援する。
5. 都道府県内の看護教育機関連絡協議会等を通じ、教育機関相互の連携・啓発を図る。

日本看護協会

<取組み目標>

- 国に対して、看護教育機関でのたばこ対策の推進や教育の実施を要請する。
- 看護教育機関団体と連携し、たばこ対策の検討、活動を支援する。

<具体的な行動>

1. 文部科学省や厚生労働省に対し防煙・禁煙教育や教育施設の構内禁煙の義務化を要請する。
2. 資格取得の試験問題に喫煙に関する設問を必須とすることを要請する。
3. 防煙・禁煙教育カリキュラム作成に関する研究ならびに看護学生の防煙・禁煙教育に関する研究を支援する。
4. 看護系教育機関やそれらの協議会・団体と定期的にたばこ対策を検討する機会を持ち、看護学生に対するたばこ対策の課題の共有、推進方策を検討する。

Ⅷ. 普及方策と評価

本会のたばこ対策行動計画は、本会のあらゆる事業や活動に盛り込み、組織的な行動として普及啓発に努めるものである。また、本計画は、会員のいる保健医療福祉施設への配布とともに、本会公式HPへの掲載により、会員及び会員施設への普及を図る。

さらに、たばこ対策の推進状況及び本計画の活用状況などについて、必要に応じて実態を調査し、状況の推移を把握するとともに、各目標の達成度評価は2006年度に行う。

Ⅸ. おわりに

本会のたばこ対策に対する取り組みは、2000年度から開始し2004年度で5年目を迎えることとなった。この間に実施してきた活動は、看護者のみならず、他の保健医療福祉専門職や施設のたばこ対策に大きな影響を与え、わが国の禁煙運動の推進力となったのではないかと考える。

本計画は2004年から2006年までの3カ年を期間としたものであるが、国民に対するたばこによる健康被害が根絶しない限り、看護者のたばこ対策は継続されるものであり、本会としては計画期間終了後も引き続き、時代や社会の流れにあわせた対策の推進を継続していくことが必要だと考えている。

なお、この「たばこ対策行動計画」は、2002年度から設置された本会の「看護職の喫煙問題対策検討委員会」で2年間にわたって検討してきたものである。たばこ対策を推進していくためには、明確な方針のもと計画を策定し、実施・評価してフィードバックしていく必要がある。

そのためには、各組織で「たばこ対策委員会」を設置し、協議・合意のプロセスをオープンにして、多くの看護者に理解と協力を求めるための普及啓発活動が不可欠である。今後、個人と組織が一体となり、たばこ対策行動が積極的に推進されるよう期待している。

日本看護協会 たばこ対策宣言 全文 (2004年)

1.国民の健康を守る専門職として「たばこ対策」に積極的に取り組みます

喫煙が健康に与える影響は大きく、本人のみならず周囲に及ぼす受動喫煙の危険性を考えると、たばこ問題は国民的な健康課題です。看護者は、健康増進・疾病予防活動を通して国民の健康を守る専門職であり、患者教育・健康教育を担う立場から、関係者との連携のもと、様々な保健行動を提案・実践し「たばこのない健康な社会づくり」に貢献します。

2.看護者の禁煙をサポートします

看護者の喫煙率は、一般成人と比べて高率と指摘されています。国民の健康を守る専門職として、まず自らの喫煙率を下げるのが最重要課題です。本会では、「禁煙支援プログラム」の開発・普及をはかり、これを推進する人材を育成し、「たばこを止めたい」と思っている看護者を、積極的にサポートしていきます。

3.保健医療福祉施設における受動喫煙を予防するため、禁煙の環境整備を推進します

病院や保健所をはじめ保健医療福祉施設は、疾病や障害を持つ多くの人々が利用する場でありながら、禁煙の取り組みが遅れていると指摘されています。看護者は、喫煙が本人のみならず周囲の人々に与える影響について熟知し、受動喫煙による健康被害を予防するため、保健医療福祉施設の全面禁煙の環境整備を推進していきます。

4.看護学生の防煙・禁煙防煙教育に積極的に取り組みます

喫煙する看護者の中には、学生時代に喫煙習慣が形成される傾向もみられます。「未成年者の喫煙率ゼロ」を目標に掲げ、看護教育に「禁煙指導プログラム」「防煙プログラム」が導入されるよう、積極的に推進します。

※2001年の宣言は、「3.保健医療福祉施設における受動喫煙を予防するため、禁煙・分煙の環境整備を推進します」としていたが、2004年の病院評価機構から出されるVersion5.0は「全館禁煙」の方針が出されており、「分煙」では時代にそぐわないため、2004年より「禁煙の環境整備」と改訂する。

看護者の倫理綱領条文（日本看護協会 2003年）

1. 看護者は、人間の生命、人間としての尊厳及び権利を尊重する。
2. 看護者は、国籍、人権・民族、宗教、信条、年齢、性別及び性的指向、社会的地位、経済的状态、ライフスタイル、健康問題の性質にかかわらず、対象となる人々に平等に看護を提供する。
3. 看護者は、対象となる人々との間に信頼関係を築き、その信頼関係に基づいて看護を提供する。
4. 看護者は、人々の知る権利及び自己決定の権利を尊重し、その権利を擁護する。
5. 看護者は、守秘義務を遵守し、個人情報保護に努めるとともに、これを他者と共有する場合は適切な判断のもとに行う。
6. 看護者は、対象となる人々への看護が阻害されているときや危険にさらされているときは、人々を保護し安全を確保する。
7. 看護者は、自己の責任と能力を的確に認識し、実施した看護について個人としての責任をもつ。
8. 看護者は、常に、個人の責任として継続学習による能力の維持・開発に努める。
9. 看護者は、他の看護者及び保健医療福祉関係者とともに協働して看護を提供する。
10. 看護者は、より質の高い看護を行うために、看護実践、看護管理、看護教育、看護研究の望ましい基準を設定し、実施する。
11. 看護者は、研究や実践を通して、専門的知識・技術の創造と開発に努め、看護学の発展に寄与する。
12. 看護者は、より質の高い看護を行うために、看護者自身の心身の健康の保持増進に努める。
13. 看護者は、社会の人々の信頼を得るように、個人としての品行を常に高く維持する。
14. 看護者は、人々がよりよい健康を獲得していくために、環境の問題について社会と責任を共有する。
15. 看護者は、専門職組織を通じて、看護の質を高めるための制度の確立に参画し、よりよい社会づくりに貢献する。

資料 3

ICN（国際看護師協会）のたばこに関する所信声明

たばこの流行は公衆衛生への深刻な脅威となっているが、たばこ抑制の対策は不十分である。国際看護師協会（ICN）は以下の事項を明言する。

- ◎たばこ使用の完全な禁止。
- ◎看護師や看護学生による喫煙の防止と排除。
- ◎ICNおよび各国会員協会による全ての会議の場で禁煙方針を推進する。
- ◎ICNはたばこの流行と闘うために、他の国際的な政府組織や非政府組織、保健専門職団体と協働していく。

1999年 ICN(国際看護師協会)のたばこに関する所信声明より（一部抜粋）

資料 4

受動喫煙防止対策について(厚生労働省健康局長通達 2003年4月30日)

1.健康増進法第25条の制定の趣旨

健康増進法第25条において、「学校、体育館、病院、劇場、観覧場、集会場、展示場、百貨店、事務所、官公庁施設、飲食店その他多数のものが利用する施設を管理する者は、これらを利用する者について、受動喫煙を防止するために必要な措置を講ずるよう努めなければならない」とこととされた。また、本条において受動喫煙とは「室内又はこれに準ずる環境において、他人のたばこの煙を吸わされること」と定義された。

受動喫煙による健康への悪影響については、流涙、鼻閉、頭痛等の諸症状や呼吸抑制、心拍増加、血管収縮等生理学的反応等に関する知見が示されるとともに、慢性影響として、肺がんや循環器疾患等のリスクの上昇を示す疫学的研究があり、IARC（国際がん研究機関）は、証拠の強さによる発がん性分類において、たばこを、グループ1（グループ1～4のうち、グループ1は最も強い分類。）と分類している。さらに、受動喫煙により非喫煙妊婦であっても低出生体重児の出産の発生率が上昇するという研究報告がある。

本条は、受動喫煙による健康への悪影響を排除するために、多数の者が利用する施設を管理する者に対し、受動喫煙を防止する措置をとる努力義務を課すこととし、これにより、国民の健康増進の観点からの受動喫煙防止の取組みを積極的に推進することとしたものである。

2.健康増進法第25条の対象となる施設

健康増進法第25条においてその対象となる施設として、学校、体育館、病院、劇場、観覧場、集会場、展示場、百貨店、事務所、官公庁施設、飲食店が明示されているが、同条における「その他の施設」は、鉄軌道駅、バスターミナル、航空旅客ターミナル、旅客船ターミナル、金融機関、美術館、博物館、社会福祉施設、商店、ホテル、旅館等の宿泊施設、屋外競技場、遊技場、娯楽施設等多数の者が利用する施設を含むものであり、同条の趣旨に鑑み、鉄軌道車両、バス及びタクシー車両、航空機、旅客船などについても「その他の施設」に含むものである。

3.受動喫煙防止措置の具体的方法

受動喫煙防止の措置には、当該施設内を全面禁煙とする方法と施設内の喫煙場所と非喫煙場所を喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れないように分割（分煙）する方法がある。全面禁煙は、受動喫煙防止対策として極めて有効であるが、施設の規模・構造・利用状況等は、各施設により様々であるため、施設の態様や利用者のニーズに応じた適切な受動喫煙防止対策を進める必要がある。その際には、公共性等の当該施設の社会的な役割も十分に考慮に入れて、「分煙効果判定基準策定検討会報告書」などを参考にしながら、喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れないように、適切な受動喫煙防止措置の方法を採用する必要がある。

なお、完全禁煙を行っている場所では、その旨を表示し、また、分煙を行っている場所では、禁煙場所と喫煙場所の表示を明確に行い、周知を図るとともに、来客者等にその旨を知らせて理解と協力を求める等の措置を取ることも受動喫煙防止対策として効果的と考えられる。さらに、労働者のための受動喫煙防止措置は、「職場における喫煙対策のためのガイドライン」に即して対策が講じられることが望ましい。

4.受動喫煙防止対策の進め方

- (1) 都道府県労働局においても職場における受動喫煙防止対策を推進していることから、健康増進法第25条に基づく施策の実施に当たっては、管内労働局との連携を図る。
- (2) 健康増進法第25条の対象となる施設の管理者は多岐にわたるが、これら管理者を集めて受動喫煙の健康への悪影響や各地の好事例の紹介等を内容とした講習会を開催するなど、本条の趣旨等の周知徹底を図る。この際、職場における喫煙対策推進のための教育については、「職場における喫煙対策推進のための教育の実施について」により都道府県労働局が推進していることに留意する。
- (3) 平成15年度より、国民生活金融公庫の生活衛生資金貸付の対象として、受動喫煙防止施設が追加されていることから、飲食店、旅館等の生活衛生関係営業者に対して、これを周知する。また、都道府県や市町村において、禁煙支援の保健指導、分煙方法の情報提供等を実施している場合、事業者や個人の参加をより一層促すよう努力する。

資料 5

病院機能評価の「禁煙・分煙」に関する評価項目 (Version4.0 ; 2002年度から抜粋)

3.6 療養環境の整備

3.6.4 禁煙、分煙に配慮されている

3.6.4.1 喫煙区域が設けられ分煙されている

3.6.4.2 喫煙区域の内外に適切な表示がある

3.6.4.3 喫煙場所の換気に配慮されている（換気的能力）

3.6.4.4 職員に対して院内における分煙が徹底されている（職員の分煙の実態）

- 2004年度中にも適用される次期改訂版（Version5.0）では、全館禁煙の方針が確立し、それが適切に実施されていなければ、認定されない方向が確定している。ただし、精神科医療、長期療養、および緩和ケアにおいては、運用の実情を踏まえて判断される⁹⁾。

<参考文献>

- 1) 新版・喫煙と健康—喫煙と健康問題に関する検討会報告書，保健同人社，2002.
- 2) 望月友美子，他：たばこ増税の効果・影響等に関する調査研究報告書，平成13年度厚生科学研究費補助金（政策科学推進事業）による研究報告書，2002.
- 3) 日本看護協会：2001年「看護者とたばこ・実態調査」報告書，2002.
- 4) 厚生省：平成10年度喫煙と健康問題に関する実態調査，1998.
- 5) 大井田隆，尾崎米厚，岡田加奈子：看護学生、新人看護婦の喫煙行動関連要因，学校保健，40，332-340，1998.
- 6) 岡田加奈子：女子短期大学生の喫煙行動の実態及び関連因子の検討，帝京平成短期大学紀要 2，37-40，1992.
- 7) 倉田トシ子：喫煙看護学生の心理的・生理学的特性と喫煙による作業能率の変化に関する研究，健康・体力づくり財団平成13年度健康づくり等調査研究委託事業報告書，2001.
- 8) 日本看護協会：日本看護協会調査研究報告 No.69 「2003年看護教育基礎調査」，2004.
- 9) 日本医療機能評価機構評価委員会：病院機能評価における「禁煙・分煙」の考え方について，2003. 5. 19.

第2部

看護師のための禁煙支援ガイド

はじめに	30
第1章 喫煙看護師の特性の把握と禁煙への行動変容支援のあり方の検討	31
第2章 喫煙看護師に対する禁煙への行動変容支援のための方法論の検討	47
第3章 看護師の働く職場における禁煙支援の環境づくりの検討	55
第4章 看護師の禁煙推進における日本看護協会の役割	66
おわりに	78
資料編・禁煙支援プログラムのツールガイド	79
参考文献	86

はじめに

日本看護協会は、2002年に看護師が保健医療職としての自覚を持って禁煙の保健行動を積極的に提案・実践し、看護師の喫煙率の低下を図るため、「禁煙支援プログラム開発ワーキンググループ」を設置した。

このワーキンググループの諮問事項は、以下の3つである。

- ①喫煙する看護師の行動や心理的な特性を明らかにし、個人的要因・環境的要因などの観点から、看護師に対する禁煙支援に必要な全体的な枠組みを明らかにする。
- ②看護師の喫煙特性を考慮した禁煙サポート（行動変容に必要な知識・スキル）の方法論を検討する。
- ③看護師の働く職場内で、禁煙支援を推進する条件やシステムを検討する。

このプログラムの開発にあたっての基本的な考え方は、単に禁煙を支援する教材やプログラムを作成するというのではない。ややもすると「魔法の禁煙プログラム」があって、それを使えば全てが解決するというような過度な期待や幻想をもたれるかもしれない。

しかし、多くの喫煙者は、個人の健康状態や社会環境の影響を受けながら、禁煙に対する動機が高まり、何度か禁煙に挑戦し、失敗しては、また禁煙してというプロセスを繰り返しながら、生涯禁煙者になっていくことがわかっている。ひとつの禁煙プログラムがあればそれで禁煙できるような単純なものではない。一方、昨今、様々な禁煙プログラムが利用できるようになり、既存のプログラムをうまく活用することで、多様な禁煙支援が可能になってきている。

このような状況の中でワーキンググループでは、ヘルスプロモーションの考え方に基づいて、禁煙したいというモチベーションを高め、また禁煙しようとしている人が確実に禁煙できるように、禁煙支援を「教育」と「環境づくり」の両面から検討することとした。具体的には、まず喫煙する看護師の行動や心理的特性を明らかにした上で、そこから禁煙支援の方策を検討し、禁煙支援を推進するシステムを構築することとした。

これらの作業方針に基づいて、ワーキンググループは、精力的に調査・研究、討議を進め、検討結果を「看護師のための禁煙支援ガイド」として取りまとめた。また、既存の利用可能な主たるプログラムは本書の巻末にツールガイドとして紹介した。

禁煙支援ガイドは、看護師のみならず、職場や看護協会の組織としての取り組み、さらに、禁煙支援環境の整備に向けた政府や社会への働きかけまで、幅広く方向づけている。これらが実行されるには、保健医療職としての強い信念と継続的な取り組みが求められる。この「看護師のための禁煙支援ガイド」が禁煙支援に取り組んでいる看護師並びに保健医療福祉や教育関係者など多くの方々に、ご活用いただけることを願っている。

喫煙看護者の特性の把握と 禁煙への行動変容支援のあり方の検討

要 旨

本章では、文献調査、アンケート調査、フォーカス・グループ・インタビュー調査から、看護者の喫煙行動特性や禁煙に関わる要因、禁煙支援のニーズ等を把握し、看護者に合った禁煙支援の方策を検討することを目的とした。

まず、文献調査からは、看護者禁煙支援プログラムには、①ストレスマネジメント、②サポートネットワーク、③禁煙による体重増加予防への対処の方策、を盛り込むことが明らかになった。さらに、あまりにも一方的に「ロールモデル」を強調して禁煙支援を押し付けるような方法は、看護者にとって反発を招き、あまり効果的な方法ではないことが示唆された。

次に、アンケート調査からは、①一般女性と比較して女性看護者は喫煙率が約2倍と高く、年齢が高くなっても喫煙率は低下しない、②喫煙率は一般学歴、専門学歴、職種、勤務場所による差が大きい、③女性看護者のニコチン依存度は一般女性に比較して総体的に高くないが、禁煙の希望が少ない、④たばこに関する知識が全体として低い、⑤喫煙してはいけない職業でありながら、職場の環境が喫煙に寛容である、等が明らかになった。

さらに、フォーカス・グループ・インタビュー調査の結果から、看護者の喫煙行動特性として、出勤前後や休憩時間のたばこの吸いだめにより、病院内の禁煙化に適応していることが明らかとなった。また、禁煙を妨げる主な要因として、①たばこについての知識不足・ニコチン依存症の認識不足、②看護者としての役割意識欠如、③病院内の喫煙者集団の存在、④気分転換手段としてのたばこ使用、などが明らかとなった。喫煙看護者の中には、日本看護協会の「たばこ対策宣言」や病院内の全面禁煙化に対し、趣旨を理解せず反発感情を高めている者もあり、趣旨の周知徹底を図りつつ、看護者の禁煙支援や施設の禁煙化を推進する必要性が示唆された。

これらのことから、看護者個人に対しては、「たばこ対策」と喫煙に関する知識の普及が先決であること、また、組織に対しては看護者が働く職場を完全禁煙にするための対策が講じられなければならないことが明らかになった。

1. 文献調査による検討

1) 目的

本調査は、過去の文献を対象に、「看護者の喫煙行動に影響を与える要因」と「喫煙看護者の禁煙阻害要因」を分析し、喫煙看護者の特性の把握と禁煙への行動変容のあり方を検討するための基礎資料とすることを目的とした。

2) 方法

文献検索データベース「Medline」「CINAHL」「雑誌記事索引」「医学中央雑誌」等を用いて、「看護師」「看護婦」「喫煙」「禁煙」「Nurse」「Smoking」等のキーワードにより、検索された文献の中から、「看護者の喫煙行動に影響を与える要因」と「喫煙看護者の禁煙阻害要因」に関連する文献を抽出し、検討を行った。

3) 結果

以下、喫煙看護者の喫煙行動に影響を与える要因、禁煙阻害要因の2つの視点から、述べる。

(1) 看護者の喫煙行動に影響を与える要因

看護者の喫煙行動の継続に影響を与える要因について、大きく分けて、環境要因、本人の特性、およびその他について言及されていた。

①環境要因

まず、看護者の喫煙行動に影響を与える環境要因として、ストレスが理由にあげられることが多い。

実際、看護者の環境はストレスフルなことは確かだが、複数の文献では、総論的にはそれだけでは喫煙を直接結びつける証拠はない¹⁻²⁾とし、関係しない³⁾とされていた。ただし、ストレスに関連して、サポートが低かったり、職業的に不満足感があると喫煙行動に影響していることが指摘されていた⁴⁻⁵⁾。これは、看護学生についても同様であった⁶⁾。喫煙看護者の職業的な満足度の低いことが喫煙の原因となっている⁴⁻⁵⁾という報告のなかでは、質問紙調査により、看護者になってよかったと思っている看護者の喫煙率は低く、思っていない看護者の喫煙率は高い⁷⁾と指摘している。中には、年齢別に言及した文献もあり、看護師になってよかったと思っていない40～45歳の看護者では喫煙者率が46%にも達していた報告もあった⁷⁾。

さらに、喫煙者で職業的不満足感をもっている看護者の喫煙理由を明らかにした研究もあった。具体的には、658名(喫煙者156名)を対象とした質問紙調査を行った結果、喫煙者で看護業務に不満を感じている群では、忙しさ、夜間勤務の多さと疲労感、医師や患者からプライドを傷つけられた、生死に関わる責任、を喫煙したい理由に挙げている⁸⁾。また、ある調査では、仕事量が多く(8時間以上労働)、サポートが低い人は、喫煙本数が実際に多かった⁹⁾と報告している。

②特 性

第2番目としては、個人の特性が指摘されていた。喫煙者は非喫煙者に比べ、外向的な特性があり、看護師はそれらの特性のある者が多い¹⁰⁾と言われている。また、大学生を対象とした調査ではあるが、若年女性喫煙者は、自分を素直に表現するが他者へも気を遣い、失敗を気にするなど気持ちの揺れも多く、ストレスをうまく処理できずに喫煙する¹¹⁾ことが指摘されている。

③その他の要因

<勤務先>

その他としては、勤務場所の違いが言及されていた。地域医療機関（病院、診療所）のほうが、国立病院より喫煙率が高かった⁷⁾。ただし、この比較は、地域医療機関調査は三重県の調査で、国立病院の調査は全国調査であるという違いがあるため、一概に地域医療機関と国立病院との差とは断定できない。

また、診療科では、精神科が高く⁷⁾、¹²⁾、小児科が低かった⁷⁾。

<資 格>

さらに、看護資格別では、看護師より准看護師の喫煙率が高く、特に20-29歳では、准看護師は看護師に比べ約4倍の喫煙率を示していた。また、准看護師は20歳代が最も高く、順次低下していくのに対し、看護師は20歳代が最も低く、30歳代が最も高くなっており、以後低くなっていた。

准看護師と多少関係する事項として、職業的社会的背景として、カナダでは、低収入の女性は、高収入の女性より喫煙率が高く（1.6倍、35%VS. 22%）、より喫煙を継続する傾向になる¹²⁾ことが指摘されていた。さらに、カナダの喫煙率は、ブルーカラーでは男女差がないが、ホワイトカラーやマネージャー、専門職では、男性より女性の方が喫煙率が高かった（27%VS. 31%）¹³⁾。

以上、看護師の喫煙行動に関連する要因について言及したが、ここで、喫煙開始要因についても触れておきたい。

<喫煙開始要因について>

以前より、ストレスフルな環境、ピアプレッシャー、社会経済的状況や教育等との関連で看護師の喫煙が議論されることが多かったが、実際には、看護学生はトレーニングを受ける以前に喫煙を開始している者も多く、喫煙開始要因を考える際には、看護師は若い世代の女性のもものと類似している²⁾、ことが考えられる。

看護学生に限らず、学生の具体的な喫煙関連要因として、家族、特に母親や兄弟の喫煙、友人というような環境要因、テレビ、雑誌などまたはスポーツ番組での広告宣伝をよくみる等が指摘されていた¹⁴⁾。

(2) 喫煙看護師の禁煙阻害要因

看護師の禁煙阻害要因について、以下のことが明らかになった。

①ロールモデルについて

ロールモデルとしての看護師の役割から看護師の禁煙を論じている¹⁵⁾ものが多いが、多くの場合喫煙看護師はそれに反発している⁵⁾、¹⁶⁾。ある調査では、医療従事者としてたばこを吸うべきではないという考え方に賛成したのは、30%であった⁷⁾。もちろん、

それが禁煙阻害要因とは断定はできない。しかし、喫煙看護者の禁煙支援を考える際には、考慮すべき事項と考えられる。

②ストレス

喫煙関連要因でも言及されたストレスがある。喫煙者の禁煙阻害要因はストレス解消と習慣化（60%）と答えているものが多かった。参考までに、その他の解答として意志薄弱、好きだから、依存（30%）、理由はない、やめると肥る（10%）、健康に悪いとは思わない（2%）であった⁸⁾。また、他の文献でも、サポートが低く、仕事のストレスが高い人は、喫煙をやめるのに否定的であった⁹⁾と指摘している。

③禁煙による体重増加

禁煙による体重増加量の多さへの懸念¹³⁾がある。これは、看護者に限った問題ではないが、禁煙阻害要因として、禁煙支援にはそれに対処する方法を入れておくべきである。

④禁煙成功に関わる要因

最後に、禁煙に寄与する要因の重回帰分析を行った結果、やめた人と喫煙を続けている人の違いとして、「禁煙の試み」の影響が最も大きく、ついで「受動喫煙への懸念」「女性は常識として喫煙すべきではない」「私は一人で生きている」「父親の喫煙」「友達の喫煙」「真剣な禁煙の試み」の順に禁煙に影響を与えていた¹⁷⁾。

しかしながら、一方では、禁煙意志がある者が多く、喫煙看護者の80%が喫煙をやめようと考えたことがあり、44%が禁煙に取り組んだことがあると回答し、80%が禁煙を望んでいた⁷⁾。

4) 考 察

(1) 看護者の喫煙理由と禁煙阻害要因

看護者の喫煙理由はストレスが多いからと一般的に言われていたが、文献からはその明らかな証拠はなかった。しかし、喫煙看護者自身は、喫煙する原因としてストレス（解消）をあげている者が多かった。健康に悪い喫煙を、看護者としての自分が行っているという事実から、自己の行動と矛盾する事実との間に認知的不協和が生じ、そのいわけとしてストレスが使われるということも考えられる。しかし、忙しさや夜間勤務と疲労感、プライドが傷つけられたり、生死に関わる責任等で、ストレスが多い職業であることは確かであろう。

ストレス解消の一つのはけ口として、または、喫煙行動をストレス解消の理由とし、自己の喫煙行動を肯定する理由として使われているとも考えられる。それゆえ、ストレスをうまく処理できれば、喫煙し続けることは避けられる可能性があるであろう。

つまり、禁煙支援には、ストレスマネジメントの具体的内容、方法をとりいれることが大切である。これは、禁煙のみならず、QOLの高い生活を構築していく点から重要な要素であろう。

(2) サポートネットワークの構築

サポートネットワーク構築の視点からも、自分をサポートしてくれる人や物を、うまく構築できる能力を育てることも大切であろう。また、看護者に限ったことではないが、女性が多いことから、禁煙する女性の懸念する「体重増加」に対処する内容も禁煙支援プログラムには、含む必要があると考えられる。

(3) ロールモデルについて

看護者として、職業的なロールモデルを考えれば、保健医療従事者としての自覚を持ち、喫煙しないことは、きわめて重要である。また、禁煙支援対策には、ロールモデルを強調すべきであるという意見もある。

一方で、「看護者としてのロールモデル」を強調しすぎることは反発を生み、禁煙を阻害すると指摘している文献もある。また、ロールモデルの考えに賛成する者は30%程度であったこと、禁煙を希望しながら、達成できていない看護者が多いこと、医療従事者として喫煙の害を熟知しながら喫煙するといった相反することがらが、認知的不協和を引き起こし、禁煙を促す方向には働かない場合もある。これらを考えれば、ロールモデルをあまりに強調しすぎることは、得策とはいえないと考えられる。

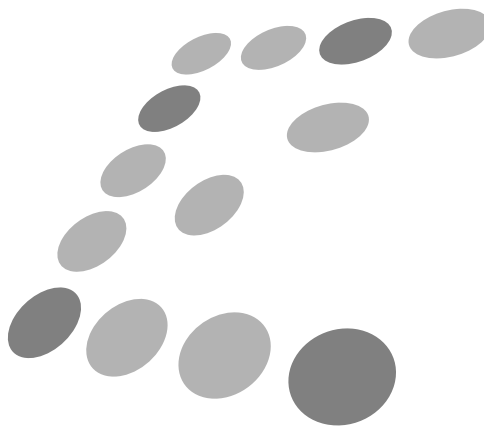
(4) 対象の特性

対象の特性によって考慮することがらとして、精神科の看護師の喫煙率が高いことが指摘されていた。しかしながら、なぜ高いのかは、明らかにされていなかった。また、准看護師の喫煙率が高いことは、准看護師は、看護師に比べて職業につく年齢が低いことから、同じ年齢の看護学生に比べ、金銭的にゆとりがある。さらに、喫煙看護者に接触する機会が多く、喫煙開始年齢が看護師よりも早くなることは容易に想像できる。これらの特性に配慮した禁煙支援プログラムの開発と、それらを念頭においた実施が重要となるであろう。

5) まとめ

文献から明らかになったことは、以下のことである。看護者の禁煙支援プログラムには、①ストレスマネジメント、②サポートネットワークの構築方法、③禁煙による体重増加予防への対処の要素を取り入れることが必要である。

一方、ロールモデルをあまりに強調しすぎる支援方法は、反発感情を生む可能性があり十分に考慮する必要がある。さらに、禁煙意志のある看護者に対しては、喫煙看護者の禁煙阻害要因を分析し、それに即した禁煙支援を行うことが重要と考えられた。



2. アンケート調査による検討

1) 調査目的

2001年7月の「たばこ対策宣言」後、日本看護協会では看護者のたばこ問題に取り組むにあたり、さまざまな領域で働く看護者の喫煙実態をはじめとして、たばこ問題に関する基礎的なデータの把握を目的として実態調査を行った。その結果についてはすでに報告書が出ているが、ここでは主要な結果を抜粋し、考察の一助とした。

2) 調査対象と方法

日本看護協会会員が勤務する89施設を対象として、看護者を対象とする個人調査と、看護管理者が回答する施設調査を行った。回収は89施設6840名からの回答があった。基本属性等の詳細は「2001年看護者とたばこ・実態調査報告書」¹⁾によることとし、本稿では略す。女性喫煙看護者の特徴をとらえるために、「2001年看護者とたばこ・実態調査報告書」¹⁾結果と、厚生省保健医療局「平成10年度 喫煙と健康問題に関する実態調査報告書」²⁾の対象者(3,761人のうち一般女性723人)の結果との比較を可能な範囲で試みた。なおこの報告書における対象全体を一般国民とし、うち女性を一般女性と表現した。

3) 結果

(1) 喫煙率

喫煙率は女性看護者24.5%、男性看護者54.4%であり、女性看護者は平成10年度の厚生省「喫煙と健康問題に関する実態調査」における一般女性の13.4%の2倍近い喫煙率であることが判明した。また一般女性は20歳代で23.2%と高いが、30歳代以降各年代で19.8%、15.5%、10.1%、7.2%と低下しているのに対し、看護者では20代27.8%、30代22.0%と20%台で推移し、60代以上も20.4%の喫煙率であった。女性看護者についてみると、職種と喫煙率の関係は保健師が8.2%、助産師が18.6%、看護師25.1%、准看護師33.6%であった。

勤務場所別による喫煙率回答者の最も多くが働く病院では27.2%であり、老人保健施設26.2%、診療所32.6%、特別養護老人ホーム35.5%と喫煙者の割合が高くなっている。反対に市町村・保健所6.3%、看護教育機関9.9%と喫煙者は1割に満たない。勤務場所に夜間勤務があるか否かでは、夜勤のない職場の喫煙率が11.3%であるのに対し、三交代、当直など何らかの夜間勤務をしている所は20%から40%近くの喫煙率であった。

部所別の喫煙率では手術室32.3%、病棟28.8%と高い。診療科別では精神科が最も高く、女性看護師33.1%、女性准看護師45.8%であった。しかし、その他の診療科においても看護師では20~30%台前半であり、准看護師では30%~40%と高値であった。

就業継続と喫煙の関係をみると、看護者として働きたい者では25.8%に対し、看護者以外の仕事や離職を希望する者では30%を超える喫煙率となっていた。

(2) 喫煙行動

喫煙したくなる時については、イライラしたときが60.6%と高く、次いでお酒を飲んだ時57.1%、気分転換したいとき47.9%であり、毎日喫煙している者では53.2%と半数以上が気分転換の方法として喫煙している。

(3) ニコチン依存度

起床後の喫煙開始時間が5分以内の割合は女性看護師で23.1%、男性看護師で33.1%であった。女性看護師で「毎日吸っている者が喫煙しないで1日を過ごす」ことが「とても難しい」23.1%、「難しい」55.3%であった。1日の喫煙本数は毎日吸っている女性看護師で13.1本、時々吸う者で5本であった。これらからニコチン依存度スコアを算出すると、女性看護師では6点から7点が16%台で中央値となり8点14.9%、5点14%となる。一般女性の山が8点ないし9点であるのと比較すると、ニコチン依存度スコアは一般女性に比べて多少低いといえる。男性看護師では8点と10点に山があり、一般男性よりも依存度は高い傾向にある。

喫煙場所は毎日吸っている者で81.4%が自宅であるが、59.1%が職場の所定の喫煙場所と挙げているのは今後問題視されるべきである。職場での喫煙が寛容なのは老人保健施設であるが、病院においても50%以上が職場での喫煙が可能としている。

(4) たばこに関する知識

看護者であっても、能動喫煙の健康影響に関する知識は一般国民と変わらない。喘息にいたっては一般国民よりも知識が乏しい傾向にある。歯周病、胃潰瘍の正解率は30%台であり、脳卒中、心臓病、喘息で50%台、気管支炎66%であった。正解率が80%を超えているのは妊娠への影響と肺がんであった。受動喫煙に関しては能動喫煙よりも知識が乏しく、一般国民よりも低いのは、乳幼児の肺炎、乳幼児の中耳炎、乳幼児の突然死といったたばこの小児への影響であった。

(5) 禁煙への意向

「今すぐにも禁煙したい」が12.6%、「関心はあるが今すぐに禁煙しようとは考えていない」が59.5%、「ない」者は21.2%で、約8割が禁煙に興味を持っており、「すぐにもやめたい」が1割強であった。

禁煙経験については1本でも吸ったことがある者に、これまでの禁煙経験について聞いたところ、「禁煙を考えたことがない」は毎日喫煙者15.7%、時々喫煙者21.8%のみで、ほとんどの喫煙経験者は禁煙を考えていた。実際の禁煙では「禁煙して成功した」は毎日喫煙者、時々喫煙者合わせて9.9%であったが、「禁煙を実施して成功しなかった」が43.4%であった。「禁煙を考えたが何もしなかった」が24.3%で「毎日喫煙者」に失敗した者が多かった。

女性看護者で過去の禁煙理由を尋ねたところ、最も多いのは「健康に悪い」が約6割であった。2番目の理由は、禁煙成功者では「自分の妊娠」14.2%、「自分の体調不良」13.9%、であり、禁煙不成功者は「自分の妊娠」26.3%、「たばこ代がかかる」19.3%、であった。禁煙を考えたが実行しなかった者では「たばこ代がかかる」22.0%、「他人に迷惑」19.4%であった。

今すぐにも禁煙したい者では「他人に迷惑」25.6%、「たばこ代がかかる」25.1%、「自分の妊娠」21.6%、「自分の体調不良」20.6%であった。一般国民では、禁煙希望理由は「健康に悪い」が85.5%、「家族の健康」が31.5%と自分と家族の健康が最も多く、看護者よりも健康に関する理由が多かった。また「たばこ代がかかる」は39.2%で、看護者よりも多かった。

今すぐにも禁煙したい者が知りたいと希望する知識は「禁煙支援プログラム」およ

び「禁煙補助手段」がともに48.5%、「受動喫煙の害」および「能動喫煙の害」が34～35%であった。

(6) 日本看護協会の「たばこ対策」の認知

日本看護協会が「たばこ対策」を行っていることを知っているのは喫煙者で17.6%、非喫煙者で16.6%と認知度は低く、日本看護協会の取り組みに賛同し、協力するか否かの姿勢では、喫煙者では12.3%、非喫煙者でも43.4%と協力の意思は低い。

(7) 職場環境

医療機関において、診察室・検査室の87%が完全禁煙、待合室では57.4%、病棟・病室64.8%、ナースステーション83.3%であり、全面禁煙とはなっていない。職員休憩室48.1%、食堂66.7%と看護者がくつろぐ場所での喫煙に寛容であった。

(8) 看護者としての役割

看護者の喫煙について、医療従事者として「喫煙は好ましくない」は喫煙者13.0%、非喫煙者24.5%であり、「医療従事者と喫煙は関係ない」「勤務時間外の喫煙は自由」は喫煙者44～45%、非喫煙者33～34%で、「時と場所を選べば、喫煙は個人の自由」は喫煙者72.3%、非喫煙者58.0%であった。また男性看護者もほぼ同様であった。

看護者として、患者や看護の対象者、未成年者に対して「たばこ教育をしているか」と聞いたところ、「している」のは15.7%であり、喫煙者・非喫煙者別にみると、非喫煙者のほうが喫煙者より「している」と答えたものが多かった。

4) 考 察

女性看護者に特徴的なこととして、まず喫煙率が一般女性に比較して2倍近く高い。さらに一般女性が年齢の上昇と共に低下していくのに対し、看護者では年齢が上がっても喫煙率は低下していかない。総体として看護者といっているが、職種によって喫煙率には大きな幅があり、喫煙率の高い准看護師の意識改革への働きかけがポイントとなりそうである。

診療科別喫煙率で最も高いのは「精神科」で、最も低いのは「小児科」であった。これまでの習慣として、他の診療科に比べて、精神科では閉鎖的な雰囲気がある中で患者の自由を認めるという意思表示として、たばこに寛容な態度の傾向があることなどが影響しているのではないかと推測される。今後精神科病院（病棟）がなぜ喫煙率が高いのかについての研究が望まれる。

3交代勤務など夜間に勤務する者では高い喫煙率であり、就労継続の意思の低い者も喫煙率は高い結果となっている。

ニコチン依存度は一般女性と比較すると高くはないが、職場での喫煙が容認されている施設もあり、周囲に喫煙者が存在することによって、禁煙行動がおきにくい環境にいるといえる。

また、喫煙者のほとんどが、禁煙したいと希望しながらも失敗を繰り返している。

ニコチン依存が低い者ほど禁煙希望が多く、今後禁煙支援の対象者として、「今すぐ禁煙したい者」を最優先で支援することはもちろんであるが、ニコチン依存の低い層である若い喫煙者、時々喫煙者への働きかけを積極的に行うことが効果的であると考えられる。

喫煙者の禁煙への明確な動機づけができれば、一般女性よりも禁煙の成功率は高い可能性があり、有効な禁煙への動機づけと、禁煙支援方法が必要である。動機づけとしては、女性看護者が過去に禁煙を考えた理由で一番多いのが自分と家族など他人への「健康」であり、健康影響の正しい知識を伝えていくことが重要である。

たばこの健康影響について能動喫煙、受動喫煙ともに、知識の低さが際立つ。特に乳幼児の健康被害への理解の乏しさは一般人以下であり、憂慮すべきである。

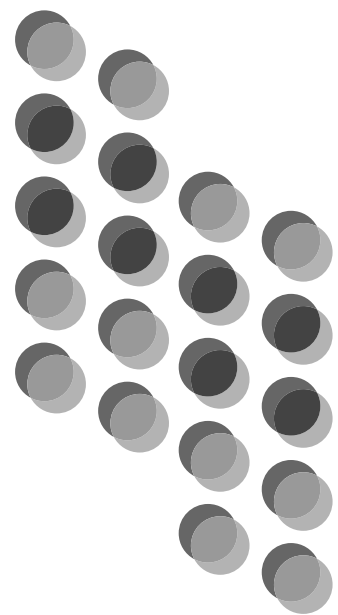
5) まとめ

アンケート調査から喫煙看護者の特性は以下の点に集約できる。

- ①一般女性と比較して女性看護者は喫煙率が約2倍と高く、年齢を増しても喫煙率は低下しない
- ②喫煙率は一般学歴、専門学歴、職種、勤務場所による差が大である
- ③女性看護者のニコチン依存度は一般女性と比較して総体的に高くない
- ④たばこに関する知識が全体として低い
- ⑤喫煙してはいけない職業でありながら、職場の環境が喫煙に寛容である

以上の特性を踏まえた上で、看護者個人に対しては、焦点を絞った「たばこ対策」が必要である。禁煙支援の対象としての優先順位は「禁煙希望者」「若い年代」「看護学生」であり、いずれもたばこの「正しい知識」を普及することが最優先課題である。

さらに、喫煙してはいけない保健医療機関を完全禁煙にするべき対策が多方面から講じられなければならない。



3. フォーカス・グループ・インタビュー調査による検討

1) 目的

本調査は、喫煙看護者を対象に、喫煙行動の特性、禁煙に関わる要因、禁煙支援に対するニーズを明らかにし、禁煙への行動変容に対する支援のあり方を検討するための基礎資料を得ることを目的とした。

2) 方法

2003年1月10日に、近畿在勤の看護師27人（すべて女性）を対象に、フォーカス・グループ・インタビューを用いた定性調査を実施した。調査対象の選定方法は、主として禁煙に関心がある看護者を対象として、協会ニュース（2002年10月号）及び公式ホームページで公募したほか、近畿圏の看護協会を通して募集した。本調査では調査方法として、グループダイナミックスにより、調査対象者のたばこについての本音や幅広い考え方が表出されやすいという理由から、フォーカス・グループ・インタビューを採用することとした。

グループ構成においては、所属、役職、年齢等を考慮し、比較的特性の似た者が同一のグループになるようにした。その結果、1グループあたりの人数は3～6人で、合計6グループ27人（20歳代関心期2グループ10人、20歳代準備期1グループ4人、30歳代関心期1グループ4人、30歳代後半～40歳以上関心期1グループ6人、40歳代無関心期1グループ3人）であった。インタビューにあたっては、調査対象者の意見を引き出しやすいように、インタビュー項目を設定し、調査を実施した（表1）。調査時間は、各グループ90分とした。

インタビューは、フォーカス・グループ・インタビューの実施経験を持つ医師2人が各々3グループの司会進行を担当し、それぞれの担当グループにおいて、1人の記録者が筆記による記録を担当するとともに、調査対象者の許可を得た上ですべてのインタビューを録音テープに記録した。

また記録者のほかインタビュー中の主な発言内容を把握するため、各グループに2～3名の観察者を設けた。

結果の分析は、各インタビュー終了直後の記憶の新しいうちに、司会、観察者、記録者が集まり、発言の意図や言外に含まれる意味にも細心の注意を払いながら、主な発言内容について確認を行った。また、全インタビュー終了後、関係者全員が集まって各グループから得られた主な結果について確認を行った。その後、記録者が当日の記録や録音テープをもとに発言録を作成するとともに、司会者と観察者がインタビュー直後の発言要旨のまとめと発言録をもとに分析・解釈を行った。

喫煙者の5つのステージ

1. 無関心期

禁煙のことをまだ考えていないステージ

2. 関心期

禁煙に関心を持っているが、すぐに禁煙しようとは考えていないステージ

3. 準備期

禁煙に関心を持っており、すぐにでも（今後1ヶ月以内）禁煙しようと考えているステージ

4. 実行期

禁煙を実行するステージ

5. 維持期

禁煙を続けているステージ

3) 結果

インタビュー調査で得られた主な結果を表2 (P45) にまとめた。

(1) たばこの基本的な知識不足とニコチン依存症の認識不足

看護師という職業にも関わらず、たばこが及ぼす健康影響やニコチン依存症についての基本的知識が不足していることが明らかとなった。まずたばこの健康被害については、「吸えるのは元気な証拠」「(たばこを) 吸わないとやる気になれない」「お茶を飲むより何より (たばこが) 吸いたい」などの発言にみられるように、喫煙によって自分の健康が損なわれることの自覚やニコチン依存症に陥っている

ことの認識も不足している。また、「患者は患者という切り離しをしまっているので、自分の身に何か危険がないと (禁煙できない)」などの発言にみられるように、喫煙患者の健康被害と自分の問題とは切り離して考えている姿勢が伺えた。

(2) 看護師としての禁煙に関する役割意識の欠如

禁煙について看護師としての社会的役割が理解できておらず、なぜ看護師は喫煙すべきでないのかという意識が希薄であることが伺われた。「看護師だけでなく、他の医療職も吸っているのに、看護師は禁煙と言われると腹が立つ」といった発言にみられるように看護師の役割意識の欠如は、たばこ問題についての認識不足に起因するところが大きいと思われる。

また、「看護協会が禁煙サポートを提供すること自体がプレッシャーで嫌だ」など、職能団体としての看護協会の「たばこ対策宣言」について批判的な意見も聞かれた。さらに「看護協会が禁煙に取り組む意図がわからない、禁煙に取り組むとは聞いたが、その理由は聞いたことがない」などの意見もあり、「たばこ対策宣言」については趣旨の周知が十分でない可能性が伺えた。

(3) 禁煙に関する知識不足とそれに基づく患者への不十分な対応

看護師として患者を指導する立場でありながら、たばこに関する一般的な知識不足に加えて、禁煙に関する知識も不足していることが明らかとなった。このことは、「禁煙すると体重が増える、間食が増えるので困る」といった発言にみられるように、看護師本人の禁煙の妨げになっているものと考えられる。さらに、禁煙に関する知識不足は、看護師自身の喫煙と相まって、「喫煙している患者に身体に悪いとは言わない」などの発言にみられるように、患者指導の妨げにもなっていることが伺われた。

また、「ニコチンパッチとか1枚1万円と聞いて・・・ (中略) ...お金をかけたくない」「(パッチの) 副作用の不眠が気になった」などの発言から、有効性が確立している禁煙補助剤についての知識も不足しており、看護師自身の禁煙にも、禁煙補助剤を有効に活

1. 現在の喫煙状況と過去の喫煙経験

「先日実施したアンケートによると、みなさんは現在タバコを吸われていますが、どんな時にタバコを吸われていますか。また、過去何度か禁煙をされている方は、うまくいかなかった理由について、教えてください」

2. 禁煙に対する負担

「今一步、禁煙に踏み出せない理由は何ですか」

3. 禁煙支援のニーズ

「何があれば、次はうまくいくと思いますか」

表1 フォーカス・グループ・インタビューの項目

用できていない現状が伺われた。

(4) 病院内の禁煙の徹底化と禁煙化推進にあたっての手順の問題や説明不足

「他の病棟に行けば、師長さんも吸うので、そこへ行けば吸える」などの発言にみられるように、病院内が全館禁煙になっても、各病棟のルールに一貫性がなく、禁煙が徹底されていない現状が明らかとなった。また、「師長がたばこ（を吸う人）が悪いみたいに（言う）、もって行き方がよくない、吸う権利もある」といった発言にみられるように、職員に対して禁煙宣言の趣旨や施設の禁煙化の意義を十分説明せずに、一方的に禁煙を指示すると、喫煙者の反発感情を高める結果につながるものと考えられた。

(5) 看護者特有の喫煙パターンと病院内全館禁煙化への適応

インタビュー結果から、看護者の特有の喫煙パターンが明らかになった。これには職業と職場の特性が関係している。具体的には、「職場では吸わないが、仕事の前後で立て続けに吸う」「夜勤の時は詰め所で吸うのが暗黙の了解なので、（本数が）増える」など、出勤前後や休憩時のたばこの吸いだめ、夜勤時の喫煙本数の増加などがあげられる。

また、看護者の特有の喫煙パターンから伺えるように、「病院が全館禁煙になっているため、朝出勤前や仕事が終わった時にしっかり吸いだめする」「勤務は1日の中でそんなに時間を占めてないので、その時やめていけばよい」など、職場の全館禁煙化にも適応している実態が伺われた。

(6) 喫煙者集団の形成と気分転換手段としてのたばこ使用

看護者間では、勤務中に病棟外の人と交流する機会が少なく、「他の看護者の人と一服して情報交換している。たばこを吸って話すのが潤滑油になっている」「休憩の時、皆で喫煙所に行っているんな話をする」などの発言から、病院内の喫煙場所が交流・情報交換の場となり、そこで喫煙者仲間による喫煙者集団ができあがっているものと考えられる。また、喫煙者集団（同僚、友人の喫煙者）の存在は、「（友達が）皆吸っており、絶対（たばこを）やめさせないと引き込まれる」といった発言にみられるように、喫煙を続ける上での安心材料となり、禁煙を妨げる一因となっているものと考えられる。

また、一般の喫煙者と同様、「上司や同僚より、患者さんとの接触でイライラしてしまふ。そんな状態なので禁煙することでストレスを溜めたくない」といった発言にみられるように、喫煙している看護者においても職場のストレスが禁煙の妨げになっていることが伺われた。

(7) 禁煙支援のニーズ

禁煙支援のニーズに関する発言はあまり多くみられなかったが、得られた発言としては、「仲間がやめれば（禁煙を）考えるかもしれない」「たばこの値段がむちゃくちゃ高くなったらやめるかも知れない」「（禁煙補助剤を）いろいろ試さないといけない。いろいろ試せるようにしてほしい」「（たばこを）やめた人の話は聞きたい。同じような環境（看護者）の人が良い」「たばこに代わる何かがあると良い」「ある職場で、勤務後1時間リフレッシュタイムがあって、みんなで話すとか（をすると聞いた）。…（中略）…職場のストレスが言える時間が5-10分でも作れているとやめられるかなと」などがあつた。

禁煙支援のニーズに関しては、関心期の喫煙者を対象としたため、準備性の高まった喫煙者が少なかったこともあり、禁煙支援のニーズについては十分把握することはできなかった。しかし、得られた発言から禁煙支援のニーズをみると、気軽に禁煙補助剤が試せること、看護師で禁煙成功者の体験談を聞くこと、気分転換手段としてたばこに代わる何かを見つけること、勤務時間後にストレスを解消するためのリフレッシュタイムを設定すること、などがあげられる。

4) 考 察

本調査結果を踏まえて、看護師に対する禁煙支援の具体的な方策について以下に考察する。

(1) 看護師・看護学生に対するたばこ問題の教育啓発活動の強化

禁煙支援のための教育面からの取り組みが必要である。インタビュー結果にもみられるように、看護師のたばこに関する基本的知識の不足がみられることから、講演会のほか、既存の研修や教育カリキュラムにたばこに関する教育を組み込み、たばこ問題についての教育啓発活動の強化を図ることが大切である。また、たばこ対策における看護師の役割や意義について教育啓発活動を行う必要がある。さらに看護師の禁煙に関する知識や禁煙指導のスキルを高めるために、十分な情報提供とトレーニングを行うことが必要であると考えられる。

(2) 施設内の禁煙支援環境およびシステムの整備

看護師に対する禁煙支援環境づくりやシステム整備が必要である。まず病院としてのたばこに対するポリシーや禁煙化のルールを明確にし、職員に対して施設の禁煙化の目的や意義を十分に説明することが重要である。

病院の全館禁煙にも関わらず病棟によりルールの遵守度が異なることや、夜勤の時間帯は職員の禁煙が完全に守られていないという実態を考えると、病院の禁煙化を導入した後に実施状況のモニタリングを行い、禁煙化の徹底を図ることが必要である。また、看護師特有の喫煙パターンを考えると、喫煙看護師の禁煙の動機を高めるためには、病院の建物内のみならず敷地内の禁煙化や勤務時間中禁煙というルールを設けることが必要であると考えられる。

(3) 禁煙支援指導者の育成・配置をプログラム活用

禁煙の阻害要因の一つとして、職場でのストレスや交流場所としての喫煙場所の利用があり、この状況を改善するために、看護師に対するストレスマネジメント教育の実施、リラクゼーションのための環境整備や喫煙場所に代わる交流場所の設定が必要であると考えられる。(巻末のツールガイドを参照)

喫煙看護師への禁煙支援については、禁煙支援の専門看護師を各地域または施設毎に養成・配置し、個別的な支援のニーズに対応するほか、既存の禁煙支援プログラムを有効活用することが効率的な支援体制の整備につながると考えられる。既存のプログラムとして、禁煙コンテストや禁煙マラソンのような通信教育やインターネットプログラムのほか、禁煙専門外来が利用可能である。

(4) 他団体との連携強化

最後に、看護者への禁煙の働きかけや禁煙支援を効果的に推進するためには、保健医療職全体での取り組みが必要であり、医師会等の保健医療団体への働きかけや連携事業を進めていくことが必要であると考えられる。

5) まとめ

本調査の目的は、フォーカス・グループ・インタビュー法を用いて、看護者の喫煙行動特性や禁煙に関わる要因、禁煙支援のニーズを把握し、看護者に合った禁煙支援の方策を検討することにあった。調査の結果、看護者の喫煙行動特性として、出勤前後や休憩時間にたばこを吸いだめし、それにより病院内の禁煙化に適応している実態が明らかになった。

また、喫煙看護者の中には、日本看護協会の「たばこ対策宣言」や病院内の全館禁煙化に対し、これらの趣旨を十分に理解しないで反発感情を高めている者がいることも明らかになり、まず趣旨の周知徹底を図りながら、看護者への禁煙の働きかけや施設の禁煙化を進めていくことが必要であると考えられた。

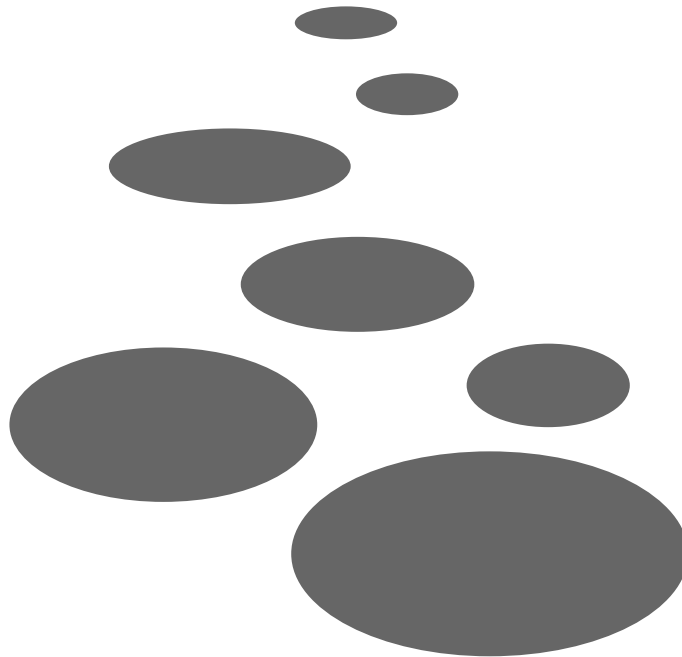


表2 フォーカス・グループ・インタビューで得られた主な結果

	Big Idea	具体的内容	今後の対策・方向性
1	<p>たばこの基本的な知識の不足およびニコチン依存症に関する自己認識の欠如</p> <p>一看護者という立場であるにも関わらず、たばこの健康影響やニコチンの依存性などについての基本的な知識が不足している。喫煙者としての自分がニコチン依存症であるという認識が欠如している。喫煙患者の健康被害を目の当たりにしても、自分の問題とは切り離して考えている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 身体がどこもおかしいわけではないので禁煙する気にならない。 吸えるのは元気な証拠 2人目妊娠中に、夫に2年間も禁煙するのかわられ、妊娠中に喫煙してしまった。 「たばこ」についての知識を得た経験はない。 (たばこを)吸わないとやる気になれない。 お茶を飲むより、何より(たばこが)吸いたい。 間をあけて吸うと末梢(血管)が閉まっていくのを感じて恐怖を感じた。まれに(時間をおいて)吸ってくらくらすと恐怖だけど、なぜやめられないのか。 喫煙した後、患者の前に行く時は歯磨きしていくようにしている。ちゃんとにおいに気をつけている。 患者は患者と(して)切り離しているので、自分の身に何か危険がないと(禁煙できない)。 肺がんの人をいつも仕事で見ているから病気のことを良く知っているし、怖いとも思わない。 喫煙関連疾患とくに循環器疾患や歯周病を知っていますよね、という問いかけに無反応。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 看護師ならびに看護学生に対するたばこ問題の教育啓発活動の強化(講演会、研修、冊子の配布、インターネット等)
2	<p>看護師としての禁煙に関する役割意識の欠如</p> <p>一喫煙の健康影響への理解不足から看護師としての社会的役割が理解できていない。自己の喫煙を正当化する発言も見られる。役割意識の欠如は、基本的知識不足に起因するところが大きく、なぜ看護師は喫煙すべきではないのかについての意識が希薄である。また、職能団体としての看護協会の「たばこ対策宣言」にも批判的な意見も出ている。「たばこ対策宣言」については趣旨の周知が十分でないことが考えられる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 看護師だけでなく、他の医療職も吸っているのに、看護師は禁煙と言われると腹が立つ。 たばこを吸う者が看護師をしているとおかしいと言われてるように感じる。 上司や同僚より、患者さんとの接触でイライラしてしまう。そんな状態なので禁煙することでストレスを溜めたくない。 病院内が禁煙になったからといって、家でも禁煙しなければならないということはないでしょう。自分の自由なのだから。 師長さんが熱心で、ショッピング中の喫煙も注意を受けたが、自分の勝手だと反発している。 救急患者が来る前に吸いだめをしておく。においが残ることは意識しない(役割モデルの意識の欠如)。 看護協会が禁煙に取り組む意図がわからない。禁煙に取り組むとは聞いたが、その理由は聞いたことがない。 非喫煙者の代表のような看護協会に反発を感じる。 看護協会が禁煙サポートを提供すること自体がプレッシャーで嫌だと感じている。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. たばこ対策における看護師の役割や看護師の禁煙化の意義についての教育啓発 2. 医師会等の保健医療団体への働きかけや連携事業による医療職全体の禁煙化と医療施設の禁煙化の推進

3	<p>禁煙に関する知識の不足とそれに基づく患者への不十分な対応</p> <p>一禁煙に関する知識・情報不足が看護者本人の禁煙のみならず、患者指導においても妨げとなっている。また、有効性が確立している禁煙補助剤についての知識も不足しており、その結果、有効に使用できていない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・禁煙すると体重が増える、間食が増えるので困る。 ・研修などでたばこに関してはいろんな知識を得た。また呼吸リハの患者の禁煙指導担当にもなってニコチンパッチも紹介していて、禁煙指導は立派に行っている。しかしながらニコチンパッチを使っても禁煙できない患者さんには、それ以上禁煙を強くは言わない。 ・喫煙している患者に身体に悪いとは言わない。 ・「長年吸ってもこんなに元気」と、禁煙できない患者さんを励ますこともある。 ・たばこを吸っている患者には、たばこのことは触れないようにしている。 ・禁煙外来にもかよって、パッチも貼ってみて、貼りながら吸ってみようと思って、吸っても変わらないし、5回ぐらいで貼るのをやめた。ガムも買ったけど、噛みながら吸っていた。医者から(パッチは)半分に切って貼れと言われて貼っていたけど(あまり効果がなかった)一緒だった。 ・パッチとかすぐ肌が荒れるので(使うのは考える)。ガムは使ったことがある人の声を聞いたことがない。 ・ニコチンパッチとか1枚1万円と聞いて…(中略) …お金をかけたくない。 ・(パッチの)副作用の不眠が気になった。 ・通販でタブレットとかを試したが、使っているそばから吸ってしまう。効果がなかった。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 看護者ならびに看護学生に対する禁煙に関する情報提供と禁煙支援環境の整備 2. 看護者に対する禁煙支援のための指導者講習会の開催
4	<p>病院内の禁煙化の不徹底と禁煙化の推進にあたっての手順の問題や説明不足</p> <p>一病院内が全館禁煙になっても、病棟間のルールに一貫性がなく、禁煙が徹底されていない。また、職員に対し、禁煙化の趣旨が十分説明されていない。日本看護協会の「たばこ対策宣言」を受けて、師長から職場の禁煙化を指示されるものの、一方的な指示は逆に反発感情を高める結果につながっている。なお、「たばこ対策宣言」に基づいて作成されたポスターは禁煙環境を勧める一助となったと考えられる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・(全館禁煙になっても)上の経験年数が高い人が吸っている病棟は、詰め所で吸ってたりする。 ・(全館禁煙化されているが)他の病棟に行けば、師長さんも吸うので、そこへ行けば吸える。外来にもスポットがあって吸える。病棟にいると外に行けないので吸わない。 ・吸う師長がいるところは堂々と吸っている。方針が違う。なぜ自分のところだけと、もっと違うもって行き方があるのではないか。 ・禁煙になったから腹立つなあって(たばこの)本数が増えた。 ・(院内でのたばこの吸い方は)師長のいるいないによる。夜勤は師長の目もないし、吸える。 ・今日は禁煙デー、朝のミーティングで今日は吸えないと言われると反発したくなる。 ・師長がたばこ(を吸う人)が悪いみたいに(言う)、もって行き方が良くない。吸う権利もあるよと反抗している。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病院としてのたばこに対するポリシーや禁煙化のルールの明確化と関係者への目的や意義の説明

喫煙看護者に対する 禁煙への行動変容支援のための方法論の検討

要 旨

喫煙看護者に対する禁煙への行動変容支援のための方法論を検討した。喫煙看護者への動機づけ方策としては、喫煙者の把握に続いて①喫煙有害性についての正しい知識、②喫煙行動のコントロールに有効な対処方法の知識と有効な対処方法を入手しやすい状況、③喫煙看護者が気軽に相談できる窓口（相談要員）、④施設の禁煙化などが有効であると考えられた。

一方、禁煙実行支援方策としては、①セルフヘルプ教材の配布、②ニコチン代替療法剤の利用への働きかけと利用しやすい環境の整備、③行動療法の提供と外部既存行動療法の併用が考えられた。

禁煙継続支援方策としては、①長期禁煙支援プログラムの利用を勧める、②禁煙看護者が禁煙支援を行う、③ストレスマネジメント、④体重コントロール法の習得などが有用と考えられた。

なおこうした要望に適切に応じるためには喫煙看護者全員に対してのアンケート調査の実施、適切な資料の配布や設置とともに各人の禁煙進捗状況を把握する相談役看護者の設置などがあげられた。

1. 禁煙への動機づけ方策

禁煙に関して積極的に取り組む意欲をもてない「無関心期」「関心期」の看護者に対する禁煙への動機づけについて検討した。喫煙者は、禁煙することを考えていないステージ、禁煙することを考えているステージ、禁煙を試みようとしているステージ、禁煙を実行するステージの4つの禁煙ステージに分類される¹⁾が、禁煙の動機づけ方策は喫煙者の禁煙ステージをより進んだものとし、禁煙への実行を引き起こしやすくすることを目標とするものである。

「2001年看護職とたばこ・実態調査報告書」の結果では、禁煙への興味に関する質問に対して「関心があるが今すぐには考えていない」と「ない」をあわせると80%を超えていた。喫煙看護者の大多数は禁煙の意欲をもてない状況にあり、看護者の禁煙への行動変容支援のためには、動機づけ方策が重要である。

1) たばこの有害性に関する情報提供

動機づけ強化に必要な条件Planned behaviorモデル (Ajzen 1975) では、行動に関してポジティブイメージの保有の重要性 (行動結果としての前向きな将来予測と将来予測に関する価値づけ) に加え、主観的規範 (周囲からの期待の感知や周囲の期待に沿いたいとの希望を持つこと) や行動コントロール感 (行動をすることが簡単だと思うことや、方法の有効性の確信) の重要性が述べられている。

これらのいずれのモデルにおいても、行動変容の動機づけのひとつとして喫煙の有害性・たばこ依存およびたばこ依存への治療についての知識の重要性が示唆される。また禁煙支援方法をまとめた1996年のAHCPRによる禁煙臨床治療ガイドライン²⁾ や1998年の英国での禁煙指導ガイドライン³⁾、さらに2000年のAHRQ禁煙指導ガイドライン⁴⁾ などにおいても、禁煙開始における動機づけとしては喫煙の有害性、禁煙効果などの情報提供の重要性が述べられている。

喫煙看護者へのインタビュー調査や「2001年看護職とたばこ・実態調査報告書」から、喫煙看護者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、または低いという、まことに残念な状況が示唆されたが、逆に正しいたばこの知識を有する高学歴看護者では喫煙率が低かった。こうしたことから喫煙看護者に対して、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動機づけ支援の重要な柱となる。

2) 禁煙に必要な知識と技術の提供

また禁煙への動機づけに関して、行動コントロール感 (行動をすることが簡単だと思うことや、方法の有効性の確信) を増大させることも重要である。しかしながら常習喫煙者においては喫煙行動に関しての行動コントロール感を得ることは一般に困難である。

1980年に米国精神医学会によって、ニコチン依存は精神疾患の診断分類としてとりあげられた。ニコチンには依存性があり、たばこ使用時に依存を生じることが主たる原因である。ニコチン依存形成のプロセスは、中枢神経系のうちドパミンを介する脳内報酬系に作用するとされ⁵⁾、

- (1) 周りからの影響をうけて喫煙を開始する
- (2) ニコチンのドパミン系への直接影響によって喫煙を続ける
- (3) 離脱症状軽減のために喫煙を続けざるを得ない

との3段階で、喫煙開始後数年で形成される。さらにいつも喫煙していた場面、他人の喫煙シーン、困難に遭遇したときなど、記憶や体験の積み重ねが心理的な条件反射や喫煙行動の習慣化を強化し、ますます禁煙が困難となる。

ニコチン依存の程度は喫煙者によって異なる⁶⁾。一般にニコチン依存度が高くなるほど禁煙の困難感が増大し、動機づけが困難となる。「2001年看護職とたばこ・実態調査報告書」の結果では、女性看護者の起床から最初の喫煙までの時間は、起床後5分以内が23.1%と高かった。これは喫煙看護者の高いニコチン依存度を示す結果であり、ニコチン依存からの脱却の困難感が禁煙動機づけの阻害因子になっていることが示唆された。

こうしたことから看護者における禁煙への動機づけには、ニコチン代替療法剤をはじ

めとする喫煙行動のコントロールに有効な対処方法の知識の提供と、有効な対処方法が入手しやすい状況にあることが必要である。

3) 相談窓口の設置

われわれの行った喫煙看護者へのインタビュー調査から、喫煙看護者は喫煙の有害性・たばこ依存や治療についての知識が乏しいことに加えて、気軽に相談できる相談窓口をもたず、禁煙支援についての情報を受け取ることができていない状況があきらかになっている。禁煙外来など正規の医療相談窓口の他に、喫煙看護者が気軽に相談できる窓口（相談要員）を職場内や都道府県看護協会内に設け、ニコチンパッチなど有効な禁煙補助剤や禁煙情報を入手しやすくし、禁煙治療の心理的閾値を下げる工夫も必要であると思われた。

喫煙の健康被害や禁煙治療についての知識は長時間のまとまった形での提供も重要であるが、同時に短時間の働きかけを繰り返すことで禁煙動機を高める役割があるとされる。喫煙看護者に対する組織的・系統的な学習機会の提供とともに、医療機関のすべての構成員が喫煙や禁煙に関しての正しい知識を持ち、随時喫煙者に正しい知識を提供できるような体制づくりが望ましい。

なお教材やインターネットなど、セルフヘルプのプログラムを利用した知識の提供によっても、禁煙の動機が高まる可能性があり、そうしたものの利用を呼びかけることも知識の習得を促し、動機づけ支援として重要である。

非医療者においては、医療者からの禁煙のアドバイスや短時間の禁煙の知識の提供は強力な禁煙への引き金であり、禁煙を勧められた患者の半数が禁煙にむかって努力することが示されている。看護者では同じ医療職同士という面もあるが、医師や先輩や上司の看護者によるアドバイスは動機づけとなり得る。

4) 施設の徹底した禁煙化

禁煙行動に関するステージの移行は、たばこ代の出費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社会環境からの刺激によって引き起こされることも多く²⁾、前述の2000年のAHRQ禁煙指導ガイドライン⁴⁾でも、喫煙しにくい環境の整備が動機づけ方策としてあげられている。

今回われわれが行った喫煙看護者へのインタビュー調査では、建物内禁煙化では喫煙場所を見つけて喫煙を継続する方向に進みやすく禁煙動機とならないことが明らかになった。こうしたことから、喫煙看護者の禁煙動機づけ支援のひとつに、看護者が勤務する場所の徹底した禁煙化、すなわち敷地内を含む施設内禁煙化の推進が必要である。

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（レントゲン技師は喫煙可、薬剤師なら可など）、喫煙看護者の動機づけを阻害する。医療機関の禁煙ポリシーの提示や、喫煙対策委員会の設置など医療機関をあげて禁煙に取り組む状況を創り、非喫煙者も含めた徹底したたばこ対策が動機づけ支援として重要である。

5) 医療職としての認識

今回の喫煙看護者へのフォーカス・グループ・インタビューでも明らかになったように、喫煙の有害性の知識や禁煙方法に関する知識が不十分な状態では、医療者自身に禁煙支援者としての自覚が乏しく、ニコチン依存によって禁煙推進そのものへの反発を

感じる事となる。喫煙有害性は看護者だけでなくすべての医療職がもつべき共通認識であり、医療機関のすべての構成員が禁煙支援を提供していくような状況になることによって、禁煙化は促進される。看護者だけでなく医療職全体を含む喫煙禁煙に対する明確なポリシーの提示が必要となる。

日本呼吸器学会において専門医の資格要件に非喫煙者であることを入れるなど、医療者としての明確なポリシーが明示されたが、これはすべての医療職に求められることであり、看護者の職能集団においても、また他の医療専門者集団においてもぜひ取り入れるべき禁煙の動機づけ方策である。

こうした禁煙動機づけ支援を提供する具体的方策としては、まずすべての看護者の喫煙状況を把握する。それには個人ファイルの作成、あるいはファシリテーターや禁煙支援看護者など喫煙看護者の禁煙支援進捗状況を把握する体制が必要であり、各医療機関においてこうした役割の設置が望ましい。

6) まとめ

喫煙看護者への動機づけ方策として下記の項目が挙げられる。

- ①個人ファイルの作成、あるいはファシリテーターなどの利用により、すべての看護者の喫煙状況を把握する。
- ②喫煙看護者対象の知識の提供を実施する。とくに不足している知識としては喫煙の有害性やニコチン代替療法、セルフヘルプ教材やセルフヘルプサポートなど、有効な禁煙方法の知識が挙げられる。
- ③喫煙看護者が気軽に相談できる窓口（相談要員）を正規の医療相談窓口の他に設置する。
- ④医師や看護管理者によるアドバイスや喫煙看護者に対して短時間の働きかけを繰り返し提供する体制づくりを行う。
- ⑤敷地内禁煙化による喫煙しにくい環境の整備や喫煙対策委員会の設置、明確な禁煙ポリシーの提示など職種間に差がなく医療機関をあげて禁煙に取り組む状況を創り出す。

2. 禁煙への実行・継続支援方策

禁煙に関して行動を起こそうとする「関心期」後期から「実行期」「維持期」の看護者に対する禁煙への行動変容支援について検討した。

「2001年看護職とたばこ・実態調査報告書」では、全喫煙看護者のうち約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。したがって決心した禁煙を実行し再喫煙や逸脱を防いで禁煙を継続し定着を図る禁煙への実行・継続支援方策も重要である。

禁煙支援方法をまとめた2000年のAHRQによる禁煙臨床治療ガイドライン^{1), 2)}では、表のような禁煙支援手順が示されている。

これは主として臨床現場での禁煙支援手順であるが、禁煙希望者に対してニコチン離脱症状への対処を主としてニコチン代替療法剤の導入も含まれる禁煙実行（開始）の支援を行う（Assist）とともに、禁煙継続のためのフォローアップの計画を立てる（Arrange）といった手順は、喫煙看護者に対する禁煙への実行・継続支援方策においてもあてはまる。

本項目では禁煙への実行支援方策と禁煙継続支援方策に分けて述べる。

1) 実行支援方策

(1) セルフヘルプ教材の提供

ニコチン依存症の包括的治療モデルであるStepped Care Model では、禁煙の準備性が高まった喫煙者に対する禁煙実行支援方法を提示している³⁾。

しかしニコチン依存度が低い喫煙者の禁煙開始は比較的容易と考えられるため、セルフヘルプ教材の提供による禁煙実行を促し、ニコチン依存度が中程度以上の喫煙者や喫煙関連疾患のリスクを有する喫煙者には、ニコチン代替療法を含む禁煙サポートを提供することが提唱されている。

したがって禁煙実行支援方策として喫煙看護者が利用しやすいセルフヘルプ教材の提供と配布が挙げられる。

(2) ニコチン代替療法利用の働きかけ

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。ニコチン代替療法剤にはニコチンそのものが含まれ、皮膚や口腔粘膜の接触面から徐々に体内に吸収されて禁煙に際して起こる離脱症状を軽減し禁煙を補助する仕組みである。欧米

AHRQ禁煙支援の5つの手順

1. Ask

- ・喫煙している患者をもれ落ちなく把握する

2. Advice

- ・禁煙を希望するしないにかかわらず全員に禁煙の必要性をアドバイスする

3. Assess

- ・禁煙を希望するかどうかを尋ねる

4. Assist

- ・禁煙希望者に対して禁煙開始の支援を行う（ニコチン離脱症状への対処が主であり、ニコチン代替療法剤の導入も含まれる）

5. Arrange

- ・最後にフォローアップの計画を立てる

では鼻腔スプレー、インヘラー、舌下錠など多くの剤形のニコチン代替療法剤が薬局で市販されているが、日本においてニコチンガムは1996年から、ニコチンパッチは1999年から使用が認可された（文末の資料編を参照）。ニコチンガムに比べ、ニコチンパッチのコンプライアンスは良好で⁴⁾、ニコチンガムで禁煙できなかつた場合でも、ニコチンパッチの使用に切り替えて成功する可能性がある^{5)、6)}ことが報告されている。

今回のフォーカス・グループ・インタビュー調査において、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からくるニコチン代替療法への誤解がみられたことから、知識の不足が禁煙治療を受ける阻害因子となっていることが示された。これは同時に禁煙支援を提供する側としても重大な問題であり、基本的な禁煙方法とその効力についての知識提供の必要性が示唆される結果であった。

なお日本国内における医療機関の看護者への禁煙支援の文献では、矢崎らの報告¹²⁾で病院内禁煙化にともない看護者の禁煙支援を実施したことが報告されている。この塩尻協立病院内科の例では支援方法についての具体的記述はないが通常のニコチン代替療法を利用したと推察され、2000年4月に喫煙していた職員37人に禁煙支援を提供し9人（24.3%）が禁煙に成功した。内訳は看護師（士）5人、介護士3人、技術系1人とのことであった。

(3) 行動療法の提供と外部既存行動療法の併用

「2001年看護職とたばこ・実態調査報告書」において、女性喫煙看護者の1日の平均喫煙本数は11.7本と少な目であり、ニコチン依存については起床から最初の喫煙までの時間は起床後60分以降が18.5%であった。ニコチン依存度が軽いにもかかわらず喫煙を続けている女性喫煙看護者が多いことから、ニコチン代替療法剤のみならず行動療法的治療の提供が重要であることが示唆された。

一般に、禁煙治療では行動療法単独での成功率は高いとはいえないが、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や、指導回数を増やした場合には有効性が高まる^{1)、7)}ことから、看護者への禁煙実行支援において集団的行動療法の提供が有用と考えられた。

なお集団的行動療法としては、医療機関内においてグループセラピーを形成する方法のほか、インターネットや携帯メール支援などを用いた外部既存の集団的行動療法を利用する方法もあり、一定の成果を挙げている。複数の行動療法を用いることは禁煙の成功率を高めることが先行研究からも指摘されているが、参加人数が少ないながらもニコチン代替療法にIT支援を併用した場合の喫煙看護者への禁煙実行支援では禁煙を開始している率が高かったことなどから（禁煙マラソン参加看護者13名中11名が1か月以上の禁煙）、こうした外部既存プログラムを看護者の禁煙実行支援に取り入れることの有用性が示唆された。

以上により、喫煙看護者に対する禁煙実行支援方策として（1）セルフヘルプ教材の配布（2）ニコチン代替療法剤の利用への働きかけ（3）行動療法の提供と外部既存行動療法の併用が有用と考えられた。

2) 禁煙継続支援

2週間から2か月程度で消退してゆ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。その結果、禁煙外来における1年後の禁煙成果は30～31%であり、単に禁煙実行支援だけでは禁煙の継続を十分に図ることは困難であることがわかる⁷⁾。

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^{4-6), 8-12)}。Prochaskaのステージモデルによると¹³⁾、禁煙行動の継続については、代替行動の学習・社会的支援 (social support) ・自己効力感 (self efficacy) ・環境統御の4つの因子が関係するとされるが、Bandura (1977)¹⁴⁾らは、禁煙が望ましい結果をもたらすと結果期待と、禁煙ができそうだとする効力信念からなる自己効力感 (self efficacy) の重要性を強調した。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) や人からの励ましによる自己効力感の増大 (言語的説得)、行動により改善された生理的状态や感情面の変化が惹起されること (生理的情動的状态) により強化されるものである。

(1) 長期禁煙支援プログラムの利用

近年、インターネット禁煙マラソンなどIT利用長期禁煙支援プログラムが開発されてきた。これらのITプログラムは禁煙実行支援・継続支援の双方を含むプログラムであり、看護者の禁煙支援方策として推奨すべきものと考えられた。こうしたプログラムにおいては、ネットコミュニティ形成による社会的サポートによって代替行動の学習をすすめるとともに、ネットコミュニティメンバーの禁煙経過をメールで知ることによる代替経験や、言語的説得による自己効力感の増大を確認するなど、さまざまな手法によって禁煙継続のメリットを実感して自己効力感を強めるプログラムとなっている。

ITプログラムのひとつである禁煙マラソン (文末の資料編を参照) では、全申込者を母数とした場合の1年後の禁煙継続成果は2001年の参加者223名では76%と高く、過去の看護者の参加者は13名でそのうち9名が1年以上の禁煙に成功していた。また、パソコンをもたない喫煙者を対象に携帯メール通信で利用できるコースも提供されており、職域単位で利用を申し込む場合には無料提供を受けることができるなど、参加しやすい形となっている。

(2) ストレスマネジメント

Rienzo, P.G. (1993)¹⁵⁾は、喫煙看護者の禁煙支援にストレスマネジメントをいれるべきであると指摘しているが、インタビュー調査からも喫煙がストレス解消の一つの出口ととらえられている現状がみられた。客観的には喫煙そのものがストレスであり、禁煙がストレス解消の糸口であると考えられるものの¹⁶⁻¹⁸⁾ ストレスマネジメント習得のためのサポートは組み入れるべき項目である。ストレスマネジメントに関しては既存の禁煙プログラム (資料編参照) などでも取り入れられているが、気分転換を図るためのリラックスルームの設置や休憩時間の確保、リラクゼーションスキルの向上をめざす講習会なども望まれる。

(3) 体重コントロール法の習得

禁煙に際して体重増加をみることはさまざまな先行研究から示唆されているが、Ellen, R.Gritz (1988)¹⁹⁾は「体重コントロールと仕事の休憩の取り方、禁煙するために支えとなるサポートネットワークの重要性」を指摘した。禁煙継続の行動療法の中で野菜を多食する、継続的に運動を生活に取り入れる、などの方法により体重増加を抑えることは有用と考えられた。しかしながら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思われることから、体重コントロールに対してのサポートも同様に取り入れるべき項目である²⁰⁻²⁴⁾。

以上から、喫煙看護者に対する禁煙継続支援方策としては、IT利用長期禁煙支援プログラム（禁煙マラソン、携帯禁煙マラソンなど）の利用を勧める、組織内で禁煙支援を提供する立場となる、ストレスマネジメント、体重コントロール法の習得などが挙げられた。

しかしながら、数多い喫煙者の個別の行動パターンに応じて、日々の生活の中で行動療法を支援することは、マンパワー的に容易なことではない。院内禁煙担当者による簡単な行動療法のオリエンテーションに加えて、既存の長期支援プログラムを利用しやすい形で提供することが看護協会や医療機関に求められる。既存長期支援プログラムにはそれぞれ特性があり、喫煙者の特性にあわせて適切な選択が可能となるように資料を設置したり、相談担当看護者が知識を有することも必要である。

(4) 患者や住民への禁煙支援の実践

実社会における禁煙支援経験はエンパワメントレベルを高め、禁煙継続に有用であると考えられる。「2001年看護職とたばこ・実態調査報告書」から、喫煙看護者は患者や住民に対してのたばこについて助言をあまり提供していないことが判明した。しかし、看護者は職務として禁煙支援を提供すべき立場であり、禁煙している看護者が患者や住民の禁煙支援の役割を担うことが禁煙継続支援方策となる。

3) まとめ

喫煙看護者に対する禁煙実行支援方策としては、セルフヘルプ教材の配布、ニコチン代替療法剤の利用への働きかけと利用しやすい環境の整備、行動療法の提供と外部既存行動療法の併用が重要である。そして禁煙継続支援方策としては、IT利用など長期禁煙支援プログラムの利用を勧める、ストレスマネジメント、体重コントロール法の習得、患者や住民への禁煙支援の実践などが有用と考えられた。

看護師の働く職場における 禁煙支援の環境づくりの検討

要 旨

本章では禁煙支援のための環境づくりの方策とその実例について検討した。禁煙の達成には環境整備が大きな要因となることはいうまでもないが、環境整備は組織としての取り組みとポリシーの明確化、たばこ対策委員会、施設内の禁煙、職員への教育啓発、禁煙支援看護師（またはたばこ対策推進看護師）の育成、ストレスマネジメント教育やリラクゼーションのための環境づくりがあげられた。禁煙支援の成功例では各要因が重なっていることがわかった。

1. 禁煙支援のための環境づくり

1) 組織としての取り組みとポリシーの明確化

喫煙看護師へのインタビュー調査からも、医療機関内の他の職種が喫煙可である場合は喫煙看護師の禁煙動機が阻害されることが指摘されている。またロールモデルを看護師に限定せず、職種間に差なくすべての医療者が禁煙支援に取り組むことが必要であり、すべての職種による禁煙推進体制づくりが重要となる。また、禁煙化の計画段階から看護部長、看護師長、主任、スタッフ等、すべてのレベルの看護スタッフを巻き込んでおくことの重要性が指摘されている¹⁾。

2) たばこ対策委員会の設置

喫煙しにくい環境の提供として、医療機関の禁煙化のプロセスと核となる組織の存在が重要になる。医療機関禁煙化の手順を示した論文²⁾では委員会の設置、禁煙化前2か月にわたる病院スタッフからの患者に対してのアナウンスや外部の喫煙場所の設置、入院患者も含めた喫煙者への手厚い禁煙治療や禁煙補助剤の無料配布が必要であることが述べられている。喫煙対策委員会の設置そのものが看護師の禁煙化を促進することはいい切れないが、医療機関の禁煙化の第一歩として重要であることから項目に挙げた。

3) 施設内の禁煙

さまざまな先行研究から、医療機関の禁煙化が医療スタッフの禁煙に大きく寄与することが示されてきた^{3), 4)}。医療機関を禁煙化しても医療スタッフの中では医師は禁煙し

やすく看護者の禁煙はすすまないとの報告もみられる⁵⁾ことや、喫煙しにくい環境の提供が喫煙看護者の禁煙動機づけの点でも禁煙実行継続においても重要であることは明らかである。今後、健康増進法や日本医療評価機構による機能評価指針等により、さらに多くの医療機関が建物内禁煙を実施していくと思われる。

4) 職員への教育啓発

非喫煙者もふくめて医療機関のすべての職員が喫煙禁煙に関して正しい知識を共有するための教育啓発は、禁煙支援のための環境づくりとして重要である。医療機関においてはすべての構成員が禁煙支援を提供しうる体制でなければならない。これは、喫煙看護者のもつ不公平感を和らげ、看護者のロールモデルを強調しすぎることなく禁煙についての知識を習得するものであり、非喫煙者の喫煙への寛容的態度を避けるためでもある。

5) 禁煙支援看護師の育成

禁煙支援を受けやすい体制づくりとして喫煙看護者が気軽に相談できる窓口（相談要員）の設置は重要である。海外の研究ではファシリテーターの役割が重要視されているが³⁾、医療機関の受診者向けの禁煙相談窓口とは別に、看護者が相談しやすい担当窓口を設置することや、看護者専用の禁煙支援担当者を決める必要がある。

なお「準備期」以外の喫煙看護者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るが、適切な外部サポートへの積極的な誘導なども禁煙支援看護師によって提供できる。こうした情報を医療機関側や支援担当者が正確に把握していることも重要であり、都道府県看護協会等において積極的に有用な情報を提供する体制づくりも必要となる。

6) ストレスマネジメント教育やリラクゼーションのための環境づくり

適切なストレスマネジメント教育やリラクゼーションのための環境づくりは、禁煙の成功率を上げることが示唆されている。職場の勤務体制の中でこうした教育を取り入れることは、単に禁煙のみならずさまざまな方面での効果を生むものであり、喫煙者・非喫煙者双方が利用できる職場の労働衛生対策としても取り入れることが望ましい。快適なリラクゼーション環境は禁煙の動機づけとしても働く可能性がある。

7) まとめ

看護者の働く職場における禁煙支援の環境づくりとしては環境整備は組織としての取り組みとポリシーの明確化、たばこ対策委員会、施設内の禁煙、職員への教育啓発、禁煙支援看護師（または喫煙対策推進看護師）の育成、ストレスマネジメント教育やリラクゼーションのための環境づくりが挙げられた。

2. 実践事例の紹介

1) 組織としての取り組みとポリシーの明確化

健康増進法、病院機能評価などにより、医療機関をあげての禁煙化に取り組む事例は著しく増加している。しかしながら、組織としての取り組みやポリシーの明確化を看護者の禁煙につなぐことができた事例は多くない。本項においては、看護者の禁煙化につながった事例と、つながらなかった事例を挙げた。なお、成功事例では、職員教育や禁煙支援体制の整備など、さまざまな取り組みを同時に実践し、前向きに取り組んでいることに注目したい。

事例 1 ●病院の強い禁煙推進姿勢が看護者の禁煙につながった例

①施設の概要

- | | | |
|--------------|---------------|-------------|
| ○福岡県私立病院145床 | ○施設内の禁煙対策あり | ○敷地内禁煙実施 |
| ○禁煙外来設置あり | ○喫煙対策委員会の設置なし | ○禁煙支援者の配置あり |

②禁煙対策のきっかけ

院長が、医療者の使命としての禁煙推進に目覚め、1999年より九州地区でも早い時期に、院長の強い意向で付属の健診機関に禁煙外来を開設した。

③対策の経緯

主たる指導には看護者があたり、一日20名程度の集団禁煙指導を続けてきたことが高い評価を得るようになった。2000年2月、2001年1月と2回にわたり病院が主催する禁煙支援の勉強会を開催。2002年11月30日には看護者の全面的協力のもと、県看護協会と提携して「看護学生のための一日研修会」を病院主催で開催している。

2000年1月、建物内禁煙。2002年4月、病院敷地内禁煙実施。これは院長の「医療人は命をまもるプロとして、病気の予防に真剣に取り組む使命がある」との考えから実施に踏み切ったもので、病院敷地入り口には理念と敷地内禁煙を示す看板を設置した。

敷地内禁煙化と同時に、職員は全員が非喫煙者であることが必要との院長の決定が職員に知らされ、看護部長が院長の意向をうけて病院全体の禁煙推進と看護者の禁煙支援にあたった。喫煙看護者に対してはニコチンパッチの無償提供と携帯あるいはインターネット支援が無償提供された。さらに看護者には病院の顔として積極的に病院内外での禁煙支援にあたる役割が課せられた。

1年後には19名いた喫煙看護者全員が禁煙を達成した。また新規採用看護者にも敷地内禁煙化を伝え、非喫煙者のみの採用とした。敷地内禁煙化にともなう問題としてしばしば挙げられる敷地境界部分への吸殻捨ても、病院では問題と捉えず清掃人数を増やすなどにより乗り切っている。

④実施の問題点と評価

院長による明確な禁煙ポリシーの掲示が、病院全体の雰囲気のけん引役となり看護者の禁煙化に成功した例であるが、禁煙を単に「実施すべき院長命令」とせず、積極的に医療機関の禁煙の意義を職員に明らかにし、院内の良好な人間関係を構築しつつ日本最初の病院敷地内禁煙化を実現した。また本例においては明確なポリシーの掲示のほか、日本初の病院敷地内禁煙化、看護者の禁煙推進への積極的関与、職員教育など、リラクゼーションのための環境づくりを除くほとんどすべての有効と考えられる手法を実施していたことも注目に値する。

⑤今後の課題

新規採用者もすべて非喫煙者を求めるという状況の中で、敷地内禁煙と職員の非喫煙の方向はすでに定着し、看護者も積極的に禁煙を推進する状況である。院長が強いリーダーシップを発揮できる個人病院ならではの禁煙化推進方法であるともいえる。

事例 2

●組織としてのポリシーがなく、禁煙化がすすまない例

①施設の概要

- | | | |
|---------------|-------------|---------|
| ○公立病院700床 | ○建物内に喫煙室を設置 | ○禁煙外来なし |
| ○喫煙対策委員会の設置なし | ○禁煙支援者の配置なし | |

②対策のきっかけ

新設病院。2002年の病院開設前には病棟や外来にオープン式（仕切りなし）の喫煙コーナーが多数設置されていたが、開設前に病院職員からの訴えにより、玄関先タクシー乗り場、5階廊下、緩和病棟に喫煙室が設置されている状態で病院開設を迎えた。

③対策の経緯

開設後5階喫煙室において、病院浴室に通じる廊下にたばこ煙の流出が常時あり、受動喫煙防止の観点から複数の病院職員から撤去を求める声があがったが、病院の対応はなかった。過去に何度か看護者の喫煙臭について病院長に苦情がよせられたことはあったが、禁煙化推進にはつながっていなかった。

この状態を危惧した職員（医師）から、喫煙室の撤去など禁煙ポリシーを病院として明確に打ち出すようにとの要望が出たが、看護部長は「新設で、いろいろなことを職員に求めているところであり、看護師不足の現状で職員の禁煙までいうのはいかがなものか」との意見であった。また病院トップである理事長も「今のままで十分であり、病院内禁煙化や職員禁煙というポリシーの提示の必要はない。禁煙外来もつくる必要はない」との意見であった。院長は「禁煙の方向に進むことが望ましい」と述べるものの、組織内での決定権を持たない立場にあった。

④実施後の問題点と評価

新設病院であり、明確なポリシーを打ち出しやすい状況であるにもかかわらず、病院上層部に禁煙推進や禁煙支援についての明確なポリシーの提示がないことが職員の喫煙温存につながっていると考えられた。医師からの禁煙外来・職員禁煙支援の申し出も現時点では実現をみていない。また禁煙推進に関しての講習会開催予定もない。看護部長としても理事長や事務長に反対してまでも、禁煙化を推進するに至らない状況は残念といわざるを得ない。

⑤今後の課題

新築病院での看護者の確保の困難さもあるが、地域中枢病院をめざす新設大規模病院としての立場からも、明確な禁煙ポリシーの掲示と実施がほしいところである。

2) たばこ対策委員会の設置

職域の禁煙化の第一歩として重要であるが喫煙対策委員会の設置そのものが看護者の禁煙化に寄与することは少ない。実践事例としては設置が喫煙対策委員会のメンバーの禁煙に寄与し、それが看護者全体の禁煙化に良好な影響を及ぼすと期待される2例を挙げる。

事例3

●たばこ対策委員に推挙されたことが禁煙開始につながった例

①略歴

- | | | |
|---------------|----------------|---------|
| ○58歳女性 | ○公的病院看護部長 | ○喫煙歴38年 |
| ○1日の喫煙本数5～10本 | ○既往歴・現病歴、とくになし | |
| ○たばこ対策委員会あり | ○勤務施設の禁煙支援者あり | |

②支援のきっかけ

2002年、病院機能評価を受けるための委員会が院内に設置された頃から、喫煙対策の必要性について院内で討議がもたれることが増えた。2004年以降は建物内禁煙が病院機能評価に必須となることが明らかになり、2003年7月にはたばこ対策委員会が設置され、副委員長に指名された。看護部長の立場から一連の委員会にはすべて所属していたが、たばこ対策委員会の中で喫煙室の撤去や病棟詰め所での喫煙の禁止の方向が提示されたことから、自ら禁煙する決意をした。

③支援内容

院内の医師に依頼してニコチンパッチを入手し、禁煙を開始した。喫煙場所となっていた看護部長室も禁煙化した。ニコチンパッチは2枚を使用した時点でかぶれが強くなり使用を続けることができなかったが「看護部長としての立場がありますので、喫煙できませんでした」と述懐している。再喫煙することなく現在にいたっている。

④支援の問題点と評価

喫煙看護者がたばこ対策委員会設置によって禁煙した事例は少ないが、委員会メンバーとなることで禁煙が推進された。看護部長やたばこ対策委員会副委員長という特殊な立場が禁煙実行に有利に働いたことは明らかである。今後の院内における看護者への喫煙対策や禁煙支援の提供には看護部長の禁煙はよい方向に働くことが予測され、一般看護者の禁煙化にも大きく影響すると考えられる。

⑤今後の課題

たばこ対策委員会に属さない多くの喫煙看護者にとって、たばこ対策委員会設置が禁煙の直接的な動機づけとなることは少ない。しかし、たばこ対策委員会設置のアナウンスと同時に、今後提供するサポートや実施される可能性のある喫煙対策などを提示するなど、一般の喫煙看護者が身近なものとして感じる工夫も必要である。

事例 4

●たばこ対策委員に推挙されたことが禁煙開始につながった例

①経歴

- | | | |
|-------------|---------------|---------|
| ○38歳女性 | ○私立病院看護係長 | ○喫煙歴20年 |
| ○1日の喫煙本数30本 | ○既往歴・現病歴とくになし | |
| ○たばこ対策委員会あり | ○勤務施設の禁煙支援者あり | |

②支援のきっかけ

従来から熱心に禁煙推進を行っている医療機関に勤務してきた。

2003年4月、病院禁煙化委員会が設置され、委員会メンバーに指名された。同年6月には、建物内禁煙化の実施と、2004年度内の敷地内禁煙化方針が決定された。委員会メンバーとして委員会に出席していたものの、禁煙動機は高まらず、禁煙化が実施されたのちも喫煙を続けるつもりでいた。

2003年8月に、たばこ対策委員会が主催する病院職員対象の「医療機関禁煙化についての講演会」が開催され、主催者として終了後の講師を囲んでの懇談会に出席した。その席上、講師から禁煙についてのアドバイスや「この機会を将来、感謝できるようになりますよ」との言葉を受けたこと、委員会メンバーで喫煙者であった副院長が禁煙を宣言したことから、禁煙チャレンジを決意した。

③支援内容

院内の医師からニコチンパッチを入手し禁煙を開始した。同時にインターネットメールによるサポートも受けることになった。深夜勤務・当直勤務では喫煙看護師とペアになることも多く、最初の3週間に2回、ニコチンパッチをはがしては喫煙したが、インターネットメールサポートの中で、半年前に禁煙した他県の看護者から「今吸ったら元の木阿弥。私もはじめのころは深夜（勤務）のたびに吸いたいと思ったけど、今はもうすっかり大丈夫。看護者なんだから、頑張れるよ。だって今までいろんなこと、頑張ってきたじゃない！」とのメールを受けたことなどが大きな気持ちの支えとなり、以後再喫煙はない。

院内で顔をあわせる委員会メンバーから絶えず「禁煙している？」と尋ねられることも励みになり、現在禁煙中である。

④支援の問題点と評価

委員会メンバーとなっても、敷地内禁煙化が委員会で決定されても、禁煙には至らなかったが、委員会主催の講演会と懇親会が契機となり禁煙した例である。委員会設置や委員会メンバーになることが直接的に禁煙を推進したのではないが、広い意味での関連があることから提示した。

⑤今後の課題

たばこ対策委員会に属して、禁煙化にむけての活動を展開してゆくことは、喫煙看護者にとって禁煙支援となりうる。今後の課題として、いかに多くの喫煙看護者を、たばこ対策委員会活動に巻き込むかということがある。ワーキングの設置、さまざまな企画の運営や実行に誘うなどの方法で、喫煙看護者がたばこ対策委員会に何らかの関与をもつように促せば、たばこ対策委員会設置は看護者の禁煙推進に役立つといえよう。

3) 施設内の禁煙化

医療機関の禁煙化が医療スタッフの禁煙を促進することは明らかだが、多くの医療機関では禁煙化は始まったばかりである。本項では施設内禁煙化が禁煙動機づけとなって禁煙に踏み切った個人事例とともに、施設内禁煙化したものの職員の禁煙化には至らなかった事例を挙げた。

事例5 ●施設内禁煙化を契機に禁煙に踏み切った例

①経歴

- | | | |
|------------------------|--------------------|---------|
| ○43歳女性 | ○私立病院に併設された看護学校の教員 | ○喫煙歴23年 |
| ○1日の喫煙本数20本 | ○既往歴・現病歴、特になし | |
| ○建物内禁煙化実施（たばこ対策委員会はない） | ○勤務施設の禁煙支援者なし | |

②支援のきっかけ

禁煙したいという漠然とした思いはあったがとくにいつからとは考えていなかった。勤務先に併設する病院が禁煙化を決定し、同じ敷地内にある看護学校も禁煙することになった。講義のあとの一服がなくなることに戸惑いつつ、禁煙を真剣に考えるようになった。ちょうどそのころに、禁煙マラソンというインターネットプログラムを放映するテレビ番組を見て、その中に紹介されていた同年輩の女性のように明るく堂々と過ごせるようになりたいと考え、プログラムに参加を申し込んだ。

③支援内容

インターネットを利用した長期禁煙支援を受けた。勤務先医療機関に禁煙外来は設置されていたが、ニコチンパッチの処方を依頼する気になれずニコチンガムを利用している。参加して最初の自己紹介メールでは「学校も自宅も、落ち着いてたばこが吸える場所ではなくなってしまいました。私も、あの禁煙できた人のような達成感を味わいたい。そして、自分に自信を持てたらと思いながらやや不安です」24時間後には「きょうは午前の講義中ずっと終わったらたばこ吸いたい！ばかり出てきました。午後にはこんどは眠くて、明日までにやらなくてはいけない仕事があったのにはかどらず、ああこんなときに吸えたらなあとしきりに思いましたが何とか。学校禁煙化で吸えないからよかったものの、吸えるのだったら吸ってしまっていたと思います」と、禁煙化が禁煙実行を助けたことが記載されている。

禁煙2か月目には、先輩の指導に従って自分よりあとに禁煙を開始した人の支援に携わるようになり「今は、先のことは考えず、今吸わない、絶対吸わないことです。習慣を変えるのはたいへんだけど、その習慣がなかったときに戻れることを信じて歩いていきましょう」など、積極的にアドバイスを送ることによって自身の禁煙が強化されている。現在に至るまで1年半禁煙を継続中である。

④支援の問題点と評価

職場の禁煙化が禁煙開始の契機となり、さらに禁煙を継続するポイントともなっていたが、職場の禁煙化だけでは禁煙達成は成し得ない。長期にわたって出現する習慣に由来する喫煙要求をメール支援や支援者側となる体験をうまく組み合わせることで、職場の禁煙化を自身の禁煙に利用することができるようになる状況がよくわかる例であった。

⑤今後の課題

施設禁煙化にうまく禁煙支援が連動して個人の禁煙化が達成されるためには、制度としての敷地内禁煙化と同時に職場の内外の禁煙支援を受けやすい環境づくりが課題となる。

本例は看護学校教職にあり、学生教育において禁煙経験を生かすことを今後工夫することがもうひとつの課題である。

事例 6

●敷地内禁煙化が実現したが職員の禁煙化はすすまない例

①施設の概要

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| ○公立病院270床 | ○敷地内禁煙実施 | ○禁煙外来設置あり |
| ○たばこ対策委員会の設置あり | | ○禁煙支援者の配置あり |

②禁煙対策のきっかけ

日本医療評価機構の病院評価を受けるために院長が医療機関の禁煙化の必要性を感じた。

③対策の経緯

2002年夏、看護者を含む職員の禁煙アンケートを実施した。当時の看護者の喫煙率はおよそ22%であった。同年秋には院長命令でたばこ対策委員会を設置した。しかし当時の日本医療評価機構の病院評価では院内禁煙についての明確な表示はなく、たばこ対策委員会では現状改善について消極的な意見や喫煙室の設置でよいとする意見が多かった。

平成14年10月禁煙推進講演会を実施した。喫煙の有害性と医療機関禁煙化が地域社会に果たすべき役割についての講演内容であった。さらに、ほぼ同時期に競合病院がそれまでの「どこでも喫煙可」の状況から喫煙室の設置による建物内禁煙化に踏み切ったことから、それより一歩進んだたばこ対策をとることで一挙に建物内禁煙化に意見が進んだ。しかし院長は「建物内禁煙化では、敷地面積の狭い当院では入り口付近の受動喫煙は避けられない」とし、2003年5月1日からの敷地内禁煙を決定した。

病院入り口に禁煙化を表示する看板を設置し、院内に多数の禁煙の必要性についてのポスターや掲示を張り出した。院長が担当医となつての禁煙外来を設置し、看護部長による禁煙サポートグループを組織し、職員にもニコチンパッチやIT支援を紹介する体制をつくった。しかし、禁煙支援の呼びかけに対し、医師2名が禁煙を開始したが、看護者や事務職の応募はなかった。

2003年5月、日本医療評価機構による病院評価に合格。敷地内禁煙化を実施して以後、喫煙職員はほとんどそのまま喫煙者であるが、勤務時間内は喫煙しない状況で現在に至っている。

④実施の問題点と評価

院長による明確な医療機関の禁煙ポリシーの提示、手順を踏んだ施設内禁煙化、非喫煙者もふくめた職員への教育・啓発、看護者禁煙相談窓口の設置、外部既存プログラムの紹介など、さまざまな方策にもかかわらず職員の禁煙化は現在に至るまで進んでいない。患者はもちろんのこと職員による隠れ喫煙もある。喫煙者である職員は黙々と道路の吸殻清掃にあたっている。上からの命令には反対はしないが、積極的に賛同もしない日本社会の風潮が端的にあらわれたと見ることができる。事務職員も看護者も禁煙を実行することなく敷地内禁煙状況に順応しているとみられる。

⑤今後の課題

医療機関外での禁煙推進を実施することによって、職員の禁煙化、医療機関としての自覚を促すことが課題である。

4) 職員への教育・啓発

非喫煙者もふくめて、医療機関のすべての職員が喫煙禁煙に関して正しい知識を共有することは、喫煙者にとって禁煙動機づけを推進すると考えられる。また喫煙者が正しい禁煙の知識を得ることも重要である。

事例7 ●正しい知識を得たことが禁煙動機につながった例

①経歴

- | | | |
|---------------|---------------|------------|
| ○43歳女性 | ○知的障害者更生施設看護師 | ○喫煙歴21年 |
| ○1日の喫煙本数15本 | ○既往歴・現病歴、特になし | ○喫煙対策委員会なし |
| ○勤務施設の禁煙支援者なし | | |

②支援のきっかけ

一日15本と比較的本数は少ないものの、起床後5分以内に喫煙する高度ニコチン依存者であった。小学生の娘に口臭を指摘されても禁煙に失敗したことから、禁煙は無理とあきらめていた。偶然にNHKテレビをみて、喫煙の有害性の知識と、自力で頑張る以外の禁煙方法があることに驚き、ただちに禁煙マラソンに申し込んだ。

③支援内容

申し込みと同時に送付されるレクチャーメールを通じてニコチンパッチの有効性を知った。さらに送られてくる禁煙経験者の自己紹介メールの多くがニコチンパッチの有効性について記載しているのをみて、自分もニコチンパッチを利用しようと考えようになったが、勤務先では入手を依頼する気になれず、数日後他の医療機関の医師に依頼してニコチンパッチを入手した。

再喫煙の危機に際しても、メールからの知識が役立った。「きょうは、たまにはビールを飲んで、たばこ吸うのもいいじゃないかなあと一日中考え続けていました。でも本日送られてきた主宰メール（レクチャーメール）を読んで、もう一度喫煙したらすぐに元通りの喫煙者に戻ってしまう仕組みがよくわかりました」吸わなくて本当によかった。

再喫煙が起こる仕組みに加え、先の見通しについての知識は禁煙を続ける上で大きく役立った。禁煙22日目のメールでは、「主宰のレクチャーメールと先輩のみなさんの励ましに支えられて22日。夢のようです。3回、タバコを吸ってしまった！という夢を見ましたがこれも怖い話ではないと先輩のみなさんのメールで教えてもらって安心することができました。タバコを吸わないので仕事はかどります」以後禁煙を継続している。禁煙5か月後には後から禁煙しようとする参加者にアドバイザーとしてメールを送信する役割を担うようになった。

④支援の問題点と評価

インターネット禁煙プログラムによる知識の習得が禁煙につながった例である。

本例の場合、ニコチンパッチの有効性・喫煙の有害性・禁煙経過（夢にみること・再喫煙など）の知識をすべて、IT禁煙プログラム（禁煙マラソン）を通じて得ていた。ITプログラム禁煙マラソンにおいては、知識がレクチャーメールとして届くほか、先輩の経験を通じた代理体験として知識が提供されることでさらに習得されやすくなる。医療機関内においてもITプログラムなどの外部禁煙支援の紹介を積極的にすべきと考えられた。

⑤今後の課題

看護者への積極的な禁煙知識の提供は必須であるが、同時にインターネットプログラムや郵送プログラム、携帯メール支援プログラムなど、外部支援の積極的な紹介のシステムを構築する必要がある。勤務する医療施設の禁煙化が重要な課題であることはいうまでもない。

5) 禁煙支援看護師の育成と配置

禁煙支援を受けやすい体制づくりとして喫煙看護師が気軽に相談できる窓口（相談要員）の設置は重要である。勤務先内での禁煙相談は利用しにくいと感じる看護師のためには、適切な外部サポートへの積極的な誘導を禁煙支援看護師によって提供することとなる。本項においては窓口看護師となった看護部長の部屋の前の掲示板で外部支援について情報を得た看護師の禁煙実行例を挙げた。

事例 8

●ITによる支援が禁煙につながった例

①略歴

- | | | | |
|---------------|------------|-------------|-------------|
| ○36歳女性 | ○一般市中病院看護師 | ○喫煙歴16年 | ○1日の喫煙本数20本 |
| ○既往歴・現病歴、特になし | | ○たばこ対策委員会なし | |
| ○勤務施設の禁煙支援者なし | | | |

②支援のきっかけ

臭いを気にする生活から開放されたいと考え、いずれは禁煙と考えていたものの必要性を感じず、禁煙に踏み出す気にはならなかった。看護協会の講習会で禁煙マラソンのことを聞いてきた病院看護部長が、看護師に対する禁煙マラソンの無料提供についての掲示を看護部長室前に出した。それを見た本人が参加を決めた。

③支援内容

禁煙マラソンに参加して最初に送信する「自己紹介メール」でこのように書いている。「せっかく参加したのだから頑張ろうと思っています。でも本当に先輩のみなさんのように素晴らしい人生になるのかな。本当にやめられるとも思えないし、禁煙したら食欲旺盛になって太ることも恐いです」

さらに禁煙スタート46時間後。勤務先でニコチンパッチを入手して使用中「食後が最もつらいです。何とか耐えています。明日は喫煙している同僚と日勤当直です。もう、誘惑に負けてしまいそう！」これに対して先輩アドバイザーたちからのメールが届いた。「ようこそお待ちしていましたよ。46時間経過！みごとです。明日はお仕事とのこと出掛ける前にメールチェックです！そして、なにより吸いたくなったらまずメール！！応援してます」「あと一時間で禁煙二日突破ですね。食欲が増して眠いのはなんと健全な禁煙のスタートでしょう。今は『吸わない』を最優先してくださいね。職場で禁煙宣言をなさってはいかがでしょう。味方になってくれるかもしれませんよ」・・・その後、現在も禁煙は継続している。

④支援の問題点と評価

外部既存プログラムの併用は禁煙の成果を高めると同時に、内部の支援者の労力を大幅に軽減する。本例においても、ほとんどのSOSがメール職場の稼働時間外に出されているが、そうした「時間外」サポートが負担なく継続的に提供される点、禁煙窓口による直接的支援よりも成果は上回る。インターネット禁煙マラソンのように職場担当者からの申し込みにより無償で参加できるプログラムもあり、積極的に利用すべきであろう。

またこうしたプログラムでは緻密なサポートカリキュラムによって元喫煙者を支援者に育成してゆくものであり、支援は成功しすでに本人は支援者側にいる。元喫煙看護師を強力な禁煙支援者に育成する点も重要である。

⑤今後の課題

組織として外部既存プログラムや外部支援の参加方法についてのアナウンスを提供するシステムづくりが今後の課題である。

6) ストレスマネジメント教育やリラクゼーションのための環境づくり

ストレスマネジメント教育やリラクゼーションのための環境づくりは禁煙の成功率を上げると考えられる。職場教育や禁煙サポートの一部にストレスマネジメント教育を取り入れることは多く行われているが、安全衛生法などによる快適環境整備の一環としてリラクゼーション設備を設置することが多い一般企業職場とは異なり、医療機関でそうした設備を提供した例はまれである。今回病院の方針としてリラクゼーションの環境を整えて禁煙化にあたった事例を提示する。

事例9 ●リラクゼーション環境整備を行って禁煙化を進めた例

①施設の概要

- | | | |
|----------------|--------------|-----------|
| ○私立病院120床 | ○施設内のたばこ対策あり | ○禁煙外来設置あり |
| ○たばこ対策委員会の設置なし | ○禁煙支援者の配置あり | |

②対策のきっかけ

2001年夏に禁煙専門家の講演を聞き感銘を受けたことから、院長が医療機関禁煙化の実施を決意した。院内各病棟に喫煙室が設置されている状況であったが、同年9月に職員・患者アンケートを実施し、禁煙化の方向に過半数の賛成を得た。2002年春には医療機関機能評価を受ける予定もあり、医療評価ではまだ要求されていなかったものの敷地内禁煙化を実施することを2001年11月に決定し、職員および利用者には訓示や通知、掲示を通じてアナウンスを行った。2002年1月、第一段階として建物内禁煙化に踏み切ったが、この当時18名の看護師が喫煙者であった。2002年10月、敷地内禁煙化を実施した。

③対策の経緯

2002年1月、病院の全職員に対して禁煙・喫煙に関する知識を啓発することを目的として、第一回の院内職員むけ禁煙推進講習会を開催した。講演会と同時に患者むけ禁煙外来の設置、喫煙職員へのニコチンパッチ無料配布、看護部長を担当者とする禁煙相談体制の整備、インターネット支援の紹介などを実施したが同時に、職員食堂をリラクゼーションのために開放した。こうしたさまざまな方策が効を奏し、2002年7月には喫煙看護師は18名から3名まで減少した。

2002年後半から、3名の喫煙看護師による駐車場の片隅や職員食堂の奥でのかくれ喫煙が生じた。「きびしい措置をせず、喫煙室をもう一度つくってあげてもいいのでは」という声があがってきたが2002年12月、再度の喫煙の健康影響や世界の禁煙化の動向、医療者としての役割についての講習会を全職員対象に開催して知識啓発を強化した。医療機関としての禁煙化の必要性が職員に周知徹底することで、禁煙方針の緩和を求める声はなくなっている。

④実施の問題点と評価

本例においては強い医療機関としての禁煙化ポリシーの提示に加え、知識の習得とくに非喫煙者もふくめた禁煙知識の定期的な提供が病院によってなされ、ニコチンパッチの配布が行われるなど、手厚いサポートに加えてリラクゼーション設備が提供されている。3名が喫煙者のまま勤務を続けているが院内での喫煙はなくなったこと、再喫煙者が出なかったことはさまざまなサポートの成果といえよう。

⑤今後の課題

リラクゼーション設備の提供はさまざまなサポートの効果を挙げる役割を果たすが、費用的な問題もあり、設備提供は実施する医療機関が限定されることが課題である。

看護師の禁煙推進における 日本看護協会の役割

要 旨

日本看護協会は、1999年国際看護師協会（ICN）から発表されたたばこ対策についての声明を受け、同年11月神戸で開催された「たばこと健康に関するWHO神戸会議」において職能団体としての喫煙問題への取り組みの必要性を表明した。そして翌2000年11月に「看護職の喫煙対策検討プロジェクト」を発足させ、2001年7月に看護師の喫煙率の低下と保健医療機関における禁煙化をめざして「たばこ対策宣言」を公表した。

この「たばこ対策宣言」を踏まえて、まず「看護職とたばこ・実態調査」を実施するとともに、禁煙キャッチコピーの公募や「看護職とたばこ」啓発パンフレットの配布をはじめ、看護師の教育、研修体制の確立のために禁煙支援リーダーの養成に取り組んでいる。

また、喫煙看護師への禁煙支援体制の確立のために、都道府県看護協会と連携し、たばこ対策の取り組みへの情報交換や検討を行うとともに、日本看護学会の禁煙化を実施している。

今後、さらにたばこ対策を推進する上で、法的規制を伴う社会環境の整備が必要であり、その実現のために日本看護協会がまず取り組むべき課題として、1) 医療施設の禁煙化、2) 保健医療学生の喫煙防止および禁煙推進教育の義務化と養成機関の禁煙化、3) 禁煙指導料の診療報酬の実現があり、その実現のためには日本医師会等の保健医療組織・団体等との協働が必要と考えられる。

1. 日本看護協会のこれまでの取り組み

日本看護協会は1999年から看護師のたばこ対策について取り組みをすすめてきた。本稿では、その対策を概括し、今後職能団体として取り組むべき課題を述べる。

1) 取り組みのはじまり

たばこ問題が社会化する中、1999年国際看護師協会（ICN）は、たばこの流行は公衆衛生への深刻な脅威となっているが、たばこの抑止対策が不十分として、①たばこ使用の完全な禁止、②看護師や看護学生による喫煙の防止と排除、③ICN及び各国会員協会

による全ての会議の場で禁煙方針を推進すると、いった3つの事項を明らかにした。

同年11月WHOの主催で国内外の専門家による「たばこと健康に関するWHO神戸会議」が開かれた。会議の共同議長を務めたのが日本看護協会・南裕子会長であった。オープンディスカッションのなかで、保健医療専門職の職能団体として看護者の喫煙問題への取り組みが遅れているとして、南会長は、①会員に対するたばこ対策のキャンペーンと教育、②住民への健康教育や禁煙指導のためのガイドラインの作成、③他のNGOとのネットワークの確立、④国際看護師協会との連携の必要性、の4点を表明した。この発言を契機に日本看護協会は、たばこ対策に関する本格的な取り組みを開始した。

2) 実施体制

(1) 看護職の喫煙対策検討プロジェクト

2000年11月には11名の看護者、医師、その他の有識者による「看護職の喫煙対策検討プロジェクト」を発足させ、①看護者の喫煙および喫煙行動に関する概念の整理と現状の把握、②看護者の喫煙に関する意識を高め、禁煙対策を支援する行動計画の立案、の2つの諮問事項について検討を開始した。その中で、委員から出された報告書や調査結果、委員会の検討内容を踏まえ、現状の問題点と方向性を整理し、「看護職の喫煙対策における基本的な考え方と行動計画」として、会長に答申した。

(2) 看護職の喫煙問題対策検討委員会

2001年4月から看護職の喫煙対策検討プロジェクトは、日本看護協会の特別委員会となり「看護職の喫煙問題対策検討委員会」（委員長：倉田トシ子）が設置された。委員は9名で構成され、積極的かつ組織的に看護者の喫煙問題に取り組むこととなった。諮問事項は、①看護者の喫煙問題対策の検討と推進、②「たばこ対策」に関する看護者の役割の検討と推進の2項目である。

3年間の検討内容の概要は以下のとおりである。

<2001年度>①喫煙に関する実態調査の検討、②禁煙対策の普及啓発活動の検討（たばこ対策宣言の起草、先駆的に取り組んでいる施設の視察など）、③都道府県看護協会との連携に関する検討（対策会議の提案）、④対策推進のための人材育成（禁煙支援指導者研修カリキュラムの検討）

<2002年度>①禁煙支援プログラムの開発（方向性の検討、看護者のたばこ対策行動計画の検討）、②禁煙対策の普及啓発活動の検討（禁煙キャッチコピーの選考、啓発パンフレットの検討）、③看護学生のたばこ対策（看護学生の調査研究情報の資料化）

<2003年度>①看護者のたばこ対策行動計画の検討、②看護者の禁煙特性に応じた禁煙支援プログラムの開発と普及の検討、③看護学生のたばこ対策の検討（看護教育機関の実態調査の検討）、④都道府県看護協会との連携のあり方の検討（たばこ対策行動計画および禁煙支援の普及方策等）

(3) 禁煙支援プログラム開発ワーキンググループ

2002年8月、看護者が保健医療職としての自覚をもって禁煙の保健行動を積極的に提案・実践し、看護者の喫煙率の低下をはかるために、看護者のための禁煙支援プログラムの開発を目的に、禁煙支援プログラム開発ワーキンググループ（委員長：中村正和）

を発足させた。同ワーキンググループの諮問事項は以下のとおりである。

- ①喫煙する看護者の行動や心理的な特性を明らかにし、個人的要因・環境的要因などの観点から、看護者における禁煙支援に必要な全体的な枠組みを明らかにする
- ②看護者の喫煙特性を考慮した禁煙サポート（行動変容に必要な知識・スキル）の方法論を検討する
- ③看護者の働く職場内で、禁煙支援を推進する条件やシステムを検討する

ワーキンググループの委員は、具体的に禁煙支援の臨床実績と研究実績を持つ複数の専門職と「看護職の喫煙問題対策検討委員会」のメンバーを加えた構成とした。禁煙支援のあり方について検討し、本報告書に詳細を示している。

3) 具体的な対策

(1)「たばこ対策宣言」の公表

2001年4月から6月にかけて、看護職の喫煙問題対策検討委員会で「たばこ対策宣言」を起草した。宣言は対策の方向性を、①国民の健康を守る専門職としての「たばこ対策」の推進②看護者の禁煙支援対策、③保健医療福祉施設における禁煙環境整備の推進、④看護学生の防煙・禁煙教育の推進、の4つの柱に沿って、平易な言葉で明文化した。その後、この宣言はポスターやチラシに記載し、全国の会員施設や看護教育機関、行政組織など関係団体に配布した。さらにマスコミ関係者にも公表し、新聞や雑誌にも取り上げられ、広く国民にも知られることとなった。

(2)「看護職とたばこ・実態調査」の実施

2001年7月の「たばこ対策宣言」を具体化するために、全国の会員の所属する保健医療福祉施設を対象に喫煙の実態調査を実施した。調査の企画・分析は日本看護協会「看護職の喫煙問題対策検討委員会」が行い、調査の実施は日本看護協会調査・情報管理部および専門職業務部が担当した。調査結果については2002年6月に、2001年「看護職とたばこ・実態調査」報告書として会員施設や都道府県看護協会、看護教育機関など関連団体に配布された。

(3) 看護者のたばこ対策行動計画の策定と禁煙支援プログラムの開発

2002年度の看護職の喫煙問題対策検討委員会では、看護者の喫煙率の低減をはかるために、「看護者のたばこ対策行動計画の策定」と「禁煙支援プログラムの開発」に着手し、2003年度に計画書と報告書を作成した。

(4) 普及啓発活動の推進

たばこ対策について、看護者個人や施設全体の具体的な取り組みを喚起するために、以下のような啓発活動を展開した。

①禁煙ポスター・チラシの作成と配布

2002年2月に「禁煙ポスター」と「チラシ」を作成した。

ポスターは、若い看護者をターゲットに絞り、若く元気に働く女性が、窓を開けて新しい世界に踏み出すようなイメージで、ブルーを基調にしたさわやかな印象に描かれた。それらは会員施設や都道府県看護協会、看護教育機関など関連団体に配布された。

②禁煙キャッチコピーの募集

2002年5月から7月31日まで、看護者のたばこ対策の一貫として「ナースのところに響く禁煙キャッチコピー」を公募した。応募総数5,240作品から20作品が選ばれ、最優秀賞、奨励賞、ユニーク賞を決定した。応募者の多くが一般市民であり、看護者の喫煙に対して、予想以上に市民の関心が高いことがうかがえた。応募作品の傾向として、入院中、ケアする看護者のたばこ臭が不快で不安を感じた体験をストレートに表現した作品、自らの健康が守れない看護者が患者の指導ができるのか、説得力がない…など、専門職の姿勢を問う作品が目立った。その一方で、看護者を「白衣の天使」というクリーンなイメージでとらえ、あこがれる白衣や天使にたばこは似合わない禁煙を期待する作品、多忙でストレスの多い看護者の健康を気遣うメッセージを込めた作品も少なくなかった。入賞作品は、禁煙啓発パンフレットや本会公式ホームページなどで紹介しながら、禁煙キャンペーンに活用した。

③禁煙環境づくりの取り組み

2002年3月、日本看護協会の常務理事会では、看護者のたばこ対策を一層推進するために本会主催の総会・会議・研修会・学会等の行事では、「会場及び周辺を禁煙とすること」を決定した。

2002年5月の通常総会からは、会場内は禁煙とし屋外に喫煙所を設けて分煙の環境づくりに努めた。また同年の日本看護学会（9会場）においても、会場内の全面禁煙、ポスターの掲示、禁煙バッチの着装などを実施した。

2003年の日本看護協会総会（大阪府・大阪城ホール）からは全面禁煙のために、灰皿の封印など積極的な措置がとられ、会場内、および周辺も禁煙とした。

④啓発パンフレット「看護職とたばこ」の作成・配布

2003年2月、広く看護者にたばこ対策を普及啓発することを目的として、啓発パンフレットを作成した。内容は2001年「看護職とたばこ・実態調査」報告書の結果を踏まえ、たばこの基本的な知識や禁煙の方法を紹介し、「禁煙キャッチコピー」の入賞作品なども引用し、看護者に対する国民の期待を広く呼びかけるものとした。

パンフレットは、会員1名以上の施設、看護教育機関、都道府県看護協会を中心に配布し、施設等における看護者の入職時オリエンテーション、看護学生の入学・臨地実習オリエンテーション、都道府県看護協会、看護研修センターでの研修・講演会などで活用された。

⑤情報発信

協会ニュース・公式ホームページなどを活用して、随時関連情報を発信し、たばこ対策の推進をめざした。

(5)人材育成

2002年から、たばこ対策推進のための人材育成を目的に、「禁煙支援リーダー研修会」を実施した。目的は、看護者のたばこ健康問題への理解を深め、たばこ対策に必要な知識・技術を修得し、組織的な取り組みの企画・実践・評価ができる人材を育成することとし、「看護教育・研究センター」「神戸研修センター」の2か所で、1コース3日間・

定員50名で実施された。

2003年「禁煙支援リーダー研修会」プログラム(看護教育・研究センター)

日 程	時 間	講義時間	研修内容
第1日目	9:30~9:45	15分	開講・オリエンテーション
	9:45~10:35	50分	看護者としてのたばこ対策
	10:45~12:10	85分	健康問題としてのたばこ
	13:10~14:35	85分	根拠に基づく対策と評価
	14:45~16:10	85分	たばこ対策の枠組み
	16:20~17:15	55分	事例発表
第2日目	9:30~12:30	180分	分煙の理論と実際 禁煙に向けての組織的な取り組み
	13:30~15:00	90分	防煙の理論と実際
	15:10~17:00	110分	禁煙支援の理論と実際
第3日目	9:00~11:00	120分	たばこ対策のための要因分析 (グループワーク)
	11:10~12:40	90分	たばこ対策のための企画・立案 (グループワーク)
	13:30~15:00	90分	発表とまとめ

(6) 都道府県看護協会との連携

2002年度より、都道府県看護協会のたばこ対策担当者が一堂に集まり「看護者におけるたばこ対策推進会議」を開催した。内容は取り組み状況の情報交換、課題の共有化、たばこ対策の基盤整備と啓発活動のあり方等について議論を深めた。

(7) 看護学生のたばこ対策

看護教育機関における喫煙状況、禁煙環境の取り組み状況等について意見交換を行い、今後の看護学生のたばこ対策について検討するために2002年より「看護学生のたばこ対策会議」を実施した。

参加者は、国立大学医療技術短期大学部看護学科協議会、国立病院看護学校副校長教育主事協議会、全国公立短期大学協会医療看護系協議会、全国助産師教育協議会、全国保健師教育機関協議会、日本看護学校協議会、日本看護系大学協議会、日本私立大学看護系大学協議会の8団体である。

また2003年は、看護教育機関の「たばこ対策の実施状況」を把握するため、本会実施の「看護教育基礎調査」に盛り込むべき調査項目について検討し、①防煙教育の実施、②禁煙環境の整備、③禁煙支援の3項目について調査した。調査は看護基礎教育課程(約1600か所)の機関で実施した。調査結果の詳細については2004年度に報告書として、会員施設や看護教育機関など関連団体に配布をした。

(8) たばこ対策推進のための社会的活動

①「たばこ規制枠組み条約」批准に向けて

2003年1月に提示されたWHO『たばこ規制枠組み条約』の新議長案に対し、政府間交渉の際、議長案の後退を許さず、効果的な条約策定および成立とたばこ規制・対策のより一層の取り組みを、財務大臣、厚生労働大臣、外務大臣宛に要望した。

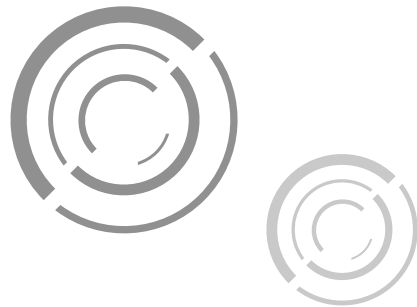
②その他

毎年5月31日の「世界禁煙デー」には、厚生労働省や他の職能団体、関連団体等と協働主催で、様々なイベントや大会を開催し、たばこ対策の推進に努めた。

また、本会のたばこ対策の取り組みと成果については、日本公衆衛生学会¹⁻⁴⁾等で発表し、職能団体としての活動の立場を明確にし、他の研究・実践者との意見交換や情報交換に努めた。さらに、他団体やNPO（日本禁煙医師連盟、こどもに無煙環境を推進協議会など）の活動にも積極的に参加し、協力した。

4) まとめ

1999年11月のWHO主催「たばこと健康に関するWHO神戸会議」での会長の発言に端を発した日本看護協会の禁煙推進の取り組みであるが、2000年に発足した「看護職の喫煙対策検討プロジェクト」に続く「看護職の喫煙問題対策検討委員会」の検討結果を踏まえ、医療職の先頭を切って「たばこ対策宣言」を出した功績は大きい。具体的な業績として2001年に行った「看護職とたばこ・実態調査」、「禁煙支援プログラム開発」「禁煙キャンペーンの実施」「看護職のたばこ対策行動計画」の策定など、看護者内外へアピールを行ってきた。



2. 現在の推進状況と今後の課題

1) 看護者の教育・研修体制の確立

(1) 禁煙支援リーダーの養成

日本看護協会が2002年から年2回東京の看護教育・研究センターと神戸の研修センターで50名ずつの禁煙支援リーダー教育を行っている。

教育目標は「看護者が主体的にたばこ対策を推進するために必要な知識・技術を修得し、組織的な取り組みの企画・実践・評価ができる人材を育成する」としている。

2002年度の受講者は計102名であり、所属長の推薦がある者であって、看護管理や職場教育に携わっている、または看護学生の教育に携わっている等の参加資格要件を満たした看護者が受講した。講義形式の教育内容に対しては93.5%と大半の受講生が「習得した」と答えている。実際に病院等で禁煙に取り組んでいる事例の発表では91%が「研修会参加時の課題を達成した」としている。禁煙を実施する、調査をするといった「何らかの行動を起こす」と表明したのは56.9%の受講生に見られた。受講者は成果を所属施設で生かしたい抱負を持って、それぞれの施設にもどっている。

受講者による各施設における禁煙を推進する環境づくりが、この教育の成果をあげるか否かにかかっている。職場内を禁煙にするために、たばこ対策委員会の設立やその運営、禁煙したい看護者への支援など課題は多い。職場内禁煙が実現するためには、管理看護者が禁煙支援リーダー研修修了者をどう活用するか、活動しやすい条件づくりも必要だろう。

研修修了者が禁煙に関する知識をさらに獲得し、所属する施設の禁煙に取り組むとともに、地域の看護者への禁煙普及啓発活動に携われる能力を育成する必要がある。年間約100名の禁煙支援リーダーが養成され、全国の保健医療福祉機関で活躍できるためには、フォローアップ研修の必要性と、地域・施設での積極的な活用が望まれる。

さらに、日本看護協会が資格認定している「認定看護師」に「禁煙支援看護」を加えられることを提言したい。禁煙支援認定看護師によって、保健医療職の喫煙に対する意識を変革し、さらに患者や地域住民、未成年者など多くの人々の禁煙支援を行える人材となると考える。

2) 喫煙看護者への禁煙支援体制の確立

(1) 都道府県看護協会との連携

日本看護協会は社団法人であり、各都道府県には同様に社団法人として看護協会が設置されている。さらに都道府県内には支部が組織されている。都道府県によって会員の数は異なり、地域による喫煙の状況もさまざまであることから、都道府県レベルでの「看護者のたばこ対策」が求められる。年1回都道府県看護協会のたばこ対策担当者が集まり、各都道府県での取り組みについての情報を交換し、日本看護協会のたばこ問題対策への理解及び課題の共有化が行われ、今後の都道府県レベルでの対策が検討されている。

准看護師比率や離職状況、保健医療機関の分布など看護者の就業は都道府県による違いが大きい。看護者の特性についても地域性があると考えられ、たばこ問題に関しても都道府県ごとの取り組みはより具体的に行えると思われる。各都道府県看護協会独自の

「たばこ対策」が看護者全体の喫煙率低下に、大きな役割を果たすと思われる。

(2) 日本看護学会での禁煙キャンペーン

すでに日本看護協会主催の学会においては会場の禁煙を実施しており、学会会場に喫煙コーナーを設けていない。日本看護学会のすべての会場に禁煙ポスターを掲示し、参加者の禁煙への意識向上に努めている。今後は各都道府県看護協会主催の学会や、総会においても、全面禁煙が浸透することを期待したい。看護者が一同に会する場での禁煙は、相互に医療職としての健康モデルに対する認識を深める上で重要な取り組みといえる。

日本看護協会と各都道府県看護協会は、たばこ対策には協働して対応すべきであり今後もお互い一層、連携を密にしていくべきである。また学会、総会、研修会など主催が日本看護協会・都道府県看護協会だけでなく、看護者の集う場においては関係者の協力のもと、全面禁煙を推進していくことが必要である。

(3) 公式ホームページの充実

すでに日本看護協会は公式ホームページ (<http://www.nurse.or.jp>) を開設している。今後禁煙を支援するにあたり、個々の看護者が必要に応じて禁煙関連の情報を気軽に入手できるよう、関連サイトのリンクを充実させ、看護者独自の情報の発信など、公式ホームページの充実を図っていく必要がある。

3) 看護学生の防煙・禁煙教育の推進

看護基礎教育を受けている学生に対する防煙・禁煙教育は看護者の役割を学習する意味からも重要である。しかし看護教育関係者が体系的に「たばこに関する教育」を行っているかは疑問である。日本看護協会は大学、短期大学、専門学校、保健師・助産師教育の代表者を招集して、「看護学生のたばこ対策会議」を開催し、看護基礎教育でこそ禁煙教育が行われるべきであるとの理解と協力を求めた。将来看護者として従事する前にたばこの身体影響についての知識と、看護者が医療従事者として果たすべき役割の認識が、個々の学生に浸透することが期待される。

看護者の喫煙開始は18歳以降、看護教育機関に入学後とみられる。そこで入学時からたばこの身体影響を解剖学的、生理学的な見地を踏まえて解説し、学年の進行に合わせてたばこの病理的問題を理解できるような構成をもった教材を開発し、啓発用のパンフレット等の作成・活用が必要であろう。

4) たばこ問題に関する研究の推進

病院等の医療機関をはじめ、看護教育機関においてもたばこに関する研究が活発化することを期待したい。従来は喫煙率や喫煙とストレスの関係などが研究の中心になっていたが、今後は喫煙する看護者の性格特性や喫煙が業務に与える影響、あるいは看護者の中で喫煙が原因となる疾患に罹患しているかといった、疫学的な研究が推進されることを期待したい。

5) まとめ

看護者の禁煙支援リーダーは最優先課題であり、2002年から年間100名を対象に教育

が行われている。また禁煙キャンペーンを看護者の集まる場、学会や総会などで展開している。こうした活動は日本看護協会のみでは難しく、各都道府県看護協会と連携を取って行っている。今後これらの活動は、組織的あるいは会員個々に浸透するように、より具体的内容を打ち出しながら実施していくことが重要である。

3. 禁煙推進環境の整備にむけた政府や社会への働きかけ

看護者のみならず国民のたばこ離れを一層促進するためには、法的規制を伴う社会環境の整備が必要であり、それを実現する上で、保健医療関係団体や学会組織の果たす役割は大きい。日本看護協会が2001年の「たばこ対策宣言」に基づいて行動する上で、まず取り組むべき課題を以下に示す。

1) 医療施設の禁煙化

(1) 禁煙化の意義

医療施設は患者にとっては医療を受ける場所であり、喫煙看護者にとっては働く職場である。医療施設を禁煙化することの意義としては、

- ①患者に対し受動喫煙による健康被害を防止し、快適かつ良好な療養環境を提供できること
- ②喫煙する患者や職員に対して環境面から禁煙の動機づけや喫煙再開の防止のための働きかけができること
- ③社会において施設の禁煙化を推進する上での先駆的モデルになること
などがあげられる。

このように、医療施設の禁煙化は受動喫煙の防止はもとより、喫煙する患者のみならず、喫煙看護者等の職員に対しても禁煙を促す効果が期待できる。最近実施されたメタアナリシスの研究によれば、職場を全面禁煙化にすると、そこで働く労働者の喫煙率を4%低下させるだけでなく、喫煙者の喫煙量を29%減少することが明らかになっている¹⁾。

(2) 禁煙化にあたっての留意点

今回のインタビュー調査の結果から、病院の全館禁煙にも関わらず、看護師長の喫煙行動や考え方の違いなどによって、病棟間でルールの遵守度が異なることや、夜勤の時間帯は職員の禁煙が完全に守られていないという実態が示されている。

そこで、職員の禁煙化を促進するためには、単に医療施設の禁煙化を導入するにとどまらず、禁煙化を導入した後に実施状況のモニタリングを行い、禁煙化の徹底を図ることが必要である。また、吸いだめをするという看護者特有の喫煙パターンを考えると、喫煙看護者の禁煙の動機を高めるためには、病院の建物内のみならず、敷地内の禁煙化や勤務時間中は禁煙するというルールを設けることが必要と考える。

(3) 禁煙化をめぐる最近の動向と今後の推進方策

最近わが国では、2003年5月1日の健康増進法の施行を受けて、医療施設の禁煙化にむけた取り組みが活発化しつつある。医療施設における禁煙化の動きについては、健康増

進法の施行以外にも、日本看護協会や日本医師会、日本呼吸器学会や日本循環器学会などの医学関係の学会がそれぞれ発表してきた禁煙宣言の中に、医療施設の禁煙化を盛り込んできたことの影響も大きいと考えられる。

さらに、2003年6月に日本医療機能評価機構が健康増進法の施行を受けて、2004年度から病院内での全館禁煙を認定証取得要件とする方針を固めた。同機構の現在の評価体系においても、外来や病棟だけでなく、医局や事務室などの職員のみが利用する場所も含めて、分煙が設定要件の1つとして位置付けられている。2004年度からは、これまでの分煙基準をさらに進めて、全面禁煙が適切に実施されていなければ認定されない方向が確定した。このことは、今後病院の禁煙化に拍車をかけるものと期待できる。

環境たばこ煙は規制を必要とする環境汚染物質であり、医療施設についてはその性格上、他の公共施設に比べて、より厳格な受動喫煙の防止が求められる。日本看護協会は医師会等の関係団体と連携して、健康増進法第25条(受動喫煙の防止)の強化の一環として、医療施設の敷地内禁煙化が罰則規定を伴う形で実現するよう、政府へ働きかけることが必要である。

2) 保健医療学生の喫煙防止および禁煙推進教育

(1) 教育の意義

医療機関における禁煙推進環境を整備していく上で、喫煙する看護者への禁煙の働きかけのみならず、将来看護者となる看護学生に対しても、喫煙防止および禁煙推進教育を実施する必要がある。2001年に日本看護協会が実施した看護者を対象とした実態調査によると、女性看護者の喫煙率は24.5%で、一般女性の約2倍と高く、その約8割は18歳以上に喫煙を開始していることが明らかになっている²⁾。これまでの諸外国のいくつかの研究でも、看護学校入学後に喫煙を開始する者または喫煙本数が増加する者が多いことが報告されている³⁾。これらの実態を踏まえると、看護学生に対して効果的な喫煙防止教育や禁煙教育が実施されると、看護者の喫煙率の低下につながるものと期待される。

(2) 教育目標

看護学校における喫煙防止教育および禁煙教育の教育目標として、Royce⁴⁾ は以下の3点をあげている。すなわち、1) 禁煙指導できる看護者の養成、2) 禁煙環境の主たる提唱者となること、3) 看護学生自らが禁煙すること、である。

岡田³⁾ はわが国での看護学生への喫煙防止ならびに禁煙教育の実施経験や研究を踏まえて、教育にあたっての留意点として以下の4点を指摘している。

- ①教育は重要であるが、数時間の指導だけでは効果があがらないことから、看護学校内の禁煙化や家族・友人を巻き込んだ禁煙教育など、環境面からも併せて働きかけることが大切であること。
- ②看護学校は授業が過密で学生にストレスが多いことから、教育内容にストレスマネジメントを入れること。
- ③たばこ対策における看護者の役割意識を持つことは大切だが、あまり役割モデルを過度に強調すると管理的な意識を植えつけ、効果があがらない可能性があること。
- ④喫煙をすでに開始している看護学生がいることから、喫煙防止教育に加えて禁煙教育も実施する必要があること。

(3) 教育内容と方法

今回のフォーカス・グループ・インタビュー調査の結果では、看護者のたばこに関する基本的知識の不足がみられた。看護学生の時期からたばこ問題への気づきを促すとともに、将来、禁煙指導を実践するために最低限必要な知識やスキルの習得を図るための教育を実施することが必要である。

禁煙指導のスキルの習得を効果的にするためには、岡田³⁾が指摘するように、喫煙する家族や友人などに対する禁煙指導の体験学習を教育内容に組み込むことのほか、体験学習に先立ってビデオ学習やロールプレイ実習を取り入れることがよいと考える。ただ教育カリキュラム上、授業時間数に時間的余裕がないことを考慮すると、今後の方向としてはeラーニングの導入も検討する必要があると考える。

(4) 今後の推進方策

今後、日本看護協会は医師会等の関係団体や学会組織と連携して喫煙防止教育や禁煙指導に関する学習が正規のカリキュラムに導入されるよう、政府に働きかけることが必要である。また、看護系をはじめ、保健医療従事者を養成する教育施設の敷地内禁煙化は喫煙防止ならびに禁煙指導に関する教育効果を高め、学生の禁煙を促進する効果が期待できるので、併せて働きかけることが必要である。

3) 禁煙指導料の診療報酬化や禁煙補助剤の保険薬としての承認

(1) 意義と方法

禁煙指導料を診療報酬化し、経済的なインセンティブを設けることによって、より多くの医療従事者が禁煙指導に取り組むことが期待できる。

禁煙指導料の設定方法として、一般診療の中で一定の基準を設けて禁煙指導を点数化し、医療保険でカバーする方法がある。たとえば、口頭での禁煙指導に加えて、尿中のニコチン濃度の測定や呼気中の一酸化炭素の検査、ニコチン代替療法などを実施し、これらの医療行為に対して保険点数を与え、診療報酬として認めるという方法である。

もう一つの方法としては、現在、自由診療の形で実施されている禁煙外来を保険診療として認め、禁煙指導料の支払いをする方法である。しかし、禁煙外来の数は全国で200~300か所と限られており、禁煙指導の普及を考えた場合は、前者の方法がより公衆衛生的インパクトが大きいと考えられる。なお、禁煙指導料の導入にあたっては、その財源として、たばこ価格を増税し、その増収分を費用に充てるなどの対策も併せて考えておくことが必要となる。

禁煙指導の治療報酬化に加えて、有効性の確認された禁煙補助剤を保険薬として薬価収載することも禁煙指導の普及に有効と考えられる。対策となる禁煙補助剤としては、すでに一般薬として薬局で入手可能なニコチンガムを除くニコチン代替療法剤のほか、海外で処方箋薬としてすでに使用されているブプロピオンや、海外で治験が実施されつつあるバレニクリンなどの内服薬がある。

(2) 諸外国の状況

アメリカで保険会社を対象に実施された調査⁵⁾によれば、禁煙指導を保険によってカバーしている保険会社の割合は、対面指導では24%、電話カウンセリング37%、禁煙補助剤(少なくとも1種類以上) 59%と報告されている。

禁煙指導料の支払い制度が禁煙指導をどの程度推進するのかについては、次の2つの報告がある。

すなわち、1つ目は、イギリスでプライマリーケア医師を対象として、禁煙指導をした喫煙者が3か月間禁煙した場合に1人当たり£15（約3000円程度）の禁煙指導料を導入する前後で、禁煙指導の実施割合を比較検討した研究である⁶⁾。

2つ目は、アメリカのHMO（Health Maintenance Organization）の1つであるBlue Cross and Blue Shield of Minnesotaがニコチン依存症を慢性疾患とみなし、その治療を行う費用を保険でカバーするという制度を導入した事例である⁷⁾。しかしながら、これらの禁煙指導の経済的な見返りや保険による支払いは、少なくとも短期間では禁煙指導の促進にはつながらなかったと報告されている。このことは、禁煙指導に対する経済的な見返りを制度として単に導入するだけでは問題解決につながらないことを示しており、禁煙指導を実施しやすくする他の環境づくり、たとえば、医療機関における禁煙指導のシステム化や医療従事者に対するトレーニングなどにも併せて取り組むことが必要であると考えられる。

(3) イギリスにおける禁煙治療の公的サービス化

このような問題点を踏まえ、イギリス政府は1998年12月に、新しいたばこ対策の方針を“Smoking Kills”という名前の白書にとりまとめ、包括的なたばこ対策の一環として、禁煙治療のサービスをNHS（National Health Service）に組み込むことを決定した。たばこ対策の全体の予算は3年間で1億1千万ポンド（約200億円）で、そのうちの約半分がこの禁煙治療サービスに割り当てられた。この政策決定は全て科学的根拠に基づいて行われた。その根拠となった資料として、禁煙治療の有効性と指針を示した禁煙治療のガイドライン⁸⁾や、禁煙治療が費用対効果に優れていることを示した研究報告⁹⁾がある。

禁煙治療の具体的な内容は3種類あり、禁煙専門クリニックにおける専門家による支援（主に小グループ）、一般医の診療所や薬局でのトレーニングを受けた医療従事者による支援（主に個別）、一般の医療従事者による簡易な禁煙アドバイスがある。どのようなサービスを提供するかは、禁煙治療の地域コーディネーターが地域の実情を踏まえてサービス計画を立てている。前二者のサービスについては、費用の支払いがNHSでカバーされ、禁煙補助剤であるニコチン代替療法剤やブプロピオンについても、一定の所得以下の者に対しては無料で提供される。

これまでに得られた成果をみると、この国家的な実験は成功しており、導入3年目の2001年度には、当初の目標数を上回る22.7万人がサービスを利用して禁煙開始日を設定し、そのうち12.0万人（53%）が4週間の禁煙に成功した。このサービスの費用対効果についても1救命人、年当たり600～750ポンドと、これまでの研究成績と差がなく良好であることが確認されている。イギリスでは喫煙によるヘルスサービスの超過コストは年間15億ポンド（約3000億円）と推計されている。それに対し、禁煙治療サービスに要するコストは60分の1の年間2500万ポンド（約50億円）を要するにすぎないと報告されている。

(4) わが国における禁煙治療の普及にむけて

禁煙治療を広く普及することにより、国民の健康指標の改善につながるだけでなく、医療費の効果的な再配分が可能になる。高齢化と相まって医療費が高騰しているわが国においても、今回のイギリスの取り組みを参考に、たばこ対策の一環としての禁煙指導

料の診療報酬化や禁煙補助剤の保険薬としての承認等について検討する価値があると考ええる。ただし、その際にはたばこ税の値上げや公共场所等の禁煙化の一層の推進など、喫煙者の禁煙動機を高める対策が同時に実施されることが必要である。

4) まとめ

たばこ対策における保健医療専門職の職能団体としての日本看護協会が果たすべき役割は大きい。今後の禁煙推進環境の整備実現に向け、日本看護協会がまず取り組むべき課題として、①医療施設の禁煙化、②保健医療学生の喫煙防止および禁煙推進教育の義務化と養成機関の禁煙化、③禁煙指導料の診療報酬化の実現があり、その実現のためには日本医師会等の保健医療組織・団体等との協働が必要である。

おわりに

看護者の喫煙率の低下を図ることを喫緊の目標にしている本会は、看護者が保健医療職として、自らの喫煙の問題に気づき、行動変容を図ることを支援するための対策を検討するために、「禁煙支援プログラム開発ワーキンググループ」を設置し、2年間にわたり検討を進めてきた。

ワーキンググループの2年間の取り組みでは、文献調査、看護者のアンケート調査、喫煙看護者のグループインタビュー調査などを、検討のための基礎資料として用い、禁煙支援の方策を「教育」と「環境づくり」の2つの側面から検討した。

その結果、喫煙看護者への禁煙支援方策として、単に個人に対する支援方法の検討にとどまるのではなく、看護者が働く職場の環境づくりや看護協会の役割など、ヘルスプロモーションの視点から、広角的に禁煙支援の方策を打ち出し、「看護者の禁煙支援ガイド」としてまとめることができた。

看護者は、保健医療職員のなかで、重要な部分を占める構成員でもあり、医療機関においては中心的な存在でもある。また、看護者の大多数は女性で占められており、今回の検討結果は、近年喫煙率が増加している一般女性に対する対策にも役立つものと考えられる。

看護者の喫煙行動の変容を期す禁煙支援のガイドとして、本書が多くの方々に活用されることを願っている。

禁煙支援プログラムのツールガイド

この資料編では禁煙支援に役立つ郵送式やインターネットのプログラムをはじめ、禁煙専門外来や情報サイト、ニコチン代替療法に関する情報を紹介する。

禁煙サポートプログラム

1. 郵送を利用したプログラムー禁煙コンテスト（有料）

- 概略：郵送される教材を用いて指定された1ヵ月間の禁煙にチャレンジするもの。郵送という方法のため、多くの喫煙者が気軽に参加できる点が特徴である。これまで約4万人が利用。禁煙率は約25%。
- サポート方法：郵送されてくる教材に従って、参加者が段階的に禁煙方法を学習し、1週目、2週目、6週目の3回、所定の書式に基づいたレポートを提出する。1ヵ月間の禁煙に成功すれば、禁煙成功者証と抽選で景品がもらえる。
- 開催期日：年1～2回開催
- 問い合わせ：「らくらく禁煙コンテスト」事務局
TEL 03-3649-3809（日本予防医学協会）
- 参加費用：1人4000円

2. インターネットを利用した禁煙支援プログラム

(1) インターネット禁煙マラソン（有料）

- 概略：インターネットを用いた長期禁煙サポートプログラム。禁煙者からのリアルタイムのアドバイスが提供されることや、アドバイザーの役割教育によって禁煙の長期継続を図るネットコミュニティの形成などにより、禁煙率が高いことが特徴。個人参加のほか、企業や職域などの集団参加に対応して企業職域ごとの禁煙マラソンが提供されている。一斉禁煙スタートにも、個別スタートにも対応しうる。
- サポート方法：禁煙進捗状況に応じた禁煙についての情報がメールで提供されるとともに、禁煙状況に応じて禁煙した先輩や医療者からのリアルタイムでのアドバイスを受ける。また早期から「他の人の禁煙をサポートする」カリキュラムがプログラムに組み込まれている。
- 開催期日：スタート期日を定めて集団で禁煙をスタートする禁煙マラソン開始コース（年2回開催）以外、すべてのコースは随時参加可能。
- 参加費用：コースにより参加費が異なるため、ホームページにての確認のこと。たとえば禁煙メルマガは3000円、生涯にわたる禁煙サポートの提供を受ける個人参加用の

禁煙コースは1万円。職域企業からの参加費用は事務局に相談のこと。

○問い合わせ：インターネット禁煙マラソン <http://kinen-marathon.jp/>

(2) 三健人(有料)

○概略：インターネットによる健康増進と生活習慣改善の支援サービス。禁煙のほか、運動、食事、節酒、ストレスの5つのテーマについてのプログラムがある。

○サポート方法：禁煙プログラムを選べば、禁煙のための準備、工夫や禁煙継続のコツ、アドバイスなどのメールや情報が週1回届き、6ヶ月間の禁煙に挑戦できる。

○参加費用：有料

○問い合わせ：三健人 <http://www.health.ne.jp/>

○その他：インターネットのプログラム以外に、携帯用のプログラム「ケータイ三健人」もある (<http://keitai.health.ne.jp/>)。

3. 携帯メール通信を利用したプログラム

(1) 携帯禁煙マラソン(無料)

○概略：インターネット禁煙マラソンを基盤に構成された職域用の禁煙サポートプログラム。看護職など医療機関職員も利用可能。職域での一斉禁煙スタートにも、個別スタートにも対応できる。

○サポート方法：携帯メールで禁煙進捗状況に応じた禁煙についての情報が提供されるとともに、携帯掲示板に状況を報告し、掲示板上で禁煙した先輩や医療者からのリアルタイムでのアドバイスを受ける。サポート提供期間は半年。

○開催期日：随時参加可能。職場の申し込み窓口となる人を通じて参加希望者のメールアドレスを禁煙マラソン事務局へ申し込む。1名からの参加申し込みも多人数での申し込みも可能。

○費用：無料

○問い合わせ：インターネット禁煙マラソン <http://kinen-marathon.jp/>

○その他：このほか、大学生専用の無料の「禁煙カレッジマラソン」(nakai@cc.nara-wu.ac.jp) や、携帯メールを利用した有料の「禁煙ナビ」(<http://cs16-plaza.com/a/kinen/>) もある。

(2) 卒煙ネット(有料)

○概略：携帯メールを利用した禁煙サポートプログラム。時間的な制限や場所的な制限を受けることなく、禁煙したい人のニーズに対応できる。

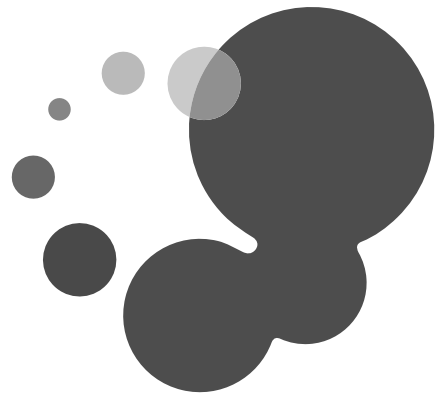
○サポート方法：90日間の禁煙を成功の目安とし、利用者は毎日「禁煙日記」をつける。禁煙の達成度に応じ、禁煙外来の医師による励ましの言葉、アドバイスが送られてくる。SOSボタンを押せば、突然の喫煙欲求への対処の仕方のアドバイスが返信される。

○参加費用：有料

○問い合わせ：卒煙ネット <http://k-tai.impress.co.jp/news/2001/01/16/sotsuen.htm>

4. 禁煙専門外来（有料）

- 概略：禁煙治療のための専門外来。禁煙したい人なら誰でも利用可能。専門の医師やスタッフが禁煙をサポートしてくれる。今まで何度も禁煙に挑戦したけれど駄目だった人、禁煙に自信がない人、ニコチン依存度の高い人にお勧めのプログラム。現在、日本には数百から1000ぐらいの禁煙専門外来があると言われている。
- ・大阪府立健康科学センター：
(http://www.kenkoukagaku.jp/healthy/tabako/kinen_list.html)
- ・株式会社じほう：
(<http://www.jiho.co.jp/kinen>)
- ・インターネット禁煙マラソン：
(<http://kinen-marathon.jp/info/hospital-01/index.html>)
以上のようなホームページで、全国の禁煙外来リストが紹介されている。
- サポート方法：サポート期間や内容、スタッフの体制などは、それぞれの禁煙外来によって異なる。
- 診療期日：外来の曜日や時間など、決められているところが多い。また、予約が必要な施設も多いので、予め確認してから受診すること。
- 費用：日本では禁煙指導は健康保険が適用されないので、全て自由診療となる。それぞれの施設で費用は異なる。



公的施設の開設する喫煙や禁煙に関する情報提供のサイト

- ①厚生労働省ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/main.html>
世界禁煙デーの標語やプログラムなどの情報、各種報告書や検討会などの資料統計情報など掲載。WHO（世界保健機関）などの情報入手に適する。
- ②健康・体力づくり事業財団 <http://www.health-net.or.jp/>
「全国禁煙支援医療機関情報へのリンク」「各界のオピニオンリーダーからのたばこと禁煙についてのメッセージ」などの情報や「厚生労働省の最新たばこ情報」をわかりやすく解説したもの。
- ③あいち健康プラザ <http://www.ahv.pref.aichi.jp/kinen/comment/expl.html>
肌への影響や受動喫煙の影響などをふまえ、「禁煙のヒント」が提示されている。禁煙によって「あなたの平均余命」はどうか分かるサイトもある。
- ④国立循環器病センター <http://www.ncvc.go.jp/cvdinfo/cvdinfo.htm>
循環器の専門医療機関からの禁煙情報の提供。
- ⑤兵庫県立健康センター <http://www.hyogohsc.or.jp/nosmoke/frame.htm>
兵庫県立健康センターのホームページ内にある「禁煙プラザ」では喫煙の害、禁煙やタバコに関する格言や雑学、禁煙方法が紹介されている。
- ⑥大阪府立健康科学センター <http://www.kenkoukagaku.jp>
禁煙についてわかりやすい解説がなされている。また「全国禁煙クリニックリスト」も掲載されている。
- ⑦大阪がん予防検診センター <http://www.gan-osaka.or.jp>
診療の場で短時間にできる禁煙指導の指導者用マニュアルや患者用リーフレットがホームページで閲覧またはダウンロードできる。医療機関の分煙・禁煙化を進めるためのマニュアルなども掲載されている。

団体の開設する喫煙や禁煙の情報提供のサイト

- ①日本禁煙推進医師歯科医師連盟 <http://www.nosmoke-med.org/>
「たばこをやめたい方のコーナー」「喫煙者而非喫煙者の肺の写真の比較」「CT所見からみた喫煙者の肺気腫」など禁煙についての情報を掲載している。
- ②インターネット禁煙マラソン <http://kinen-marathon.jp/>
「ニコチンパッチの貼り方は」「禁煙して2週間、どうしてラクにならないのでしょうか」など禁煙についての質問に答える形で構成。禁煙経過途中で出るほとんどすべての質問を網羅している。
- ③禁煙指導研究会 <http://www.nosmoking.jp/>
禁煙指導の専門医たちが作成した禁煙を考えている人たちのためのホームページ。禁煙の準備、禁煙のテスト&ゲーム、禁煙のコツなど、禁煙に関する情報を掲載している。また、コンピューターによる禁煙アドバイスシステム「禁煙コンサルタント」も利用できる。
- ④Tobacco Free*Japan <http://www.tobaccofree.jp>
日米の研究者による証拠に基づいたたばこ政策のための提言報告書。

個人が開設する喫煙や禁煙についての情報提供のサイト

(1) 医師が開設したもの

- ① Medical Lounge http://www.secom.co.jp/well/lou_home.html
- ② Smoke Free Page～禁煙をしたい人のために <http://www.eeee.net/kin-en/>
- ③ 禁煙を川柳で訴えるDr. SHUNのホームページ
<http://homepage1.nifty.com/drsyun/>
- ④ まゆみ先生の禁煙外来 <http://www.venus.dti.ne.jp/~drmayumi/>
- ⑤ こちら禁煙外来～今日から禁煙にチャレンジ
<http://www2.wbs.ne.jp/~ktw/index.htm>

(2) 薬剤師が開設したもの

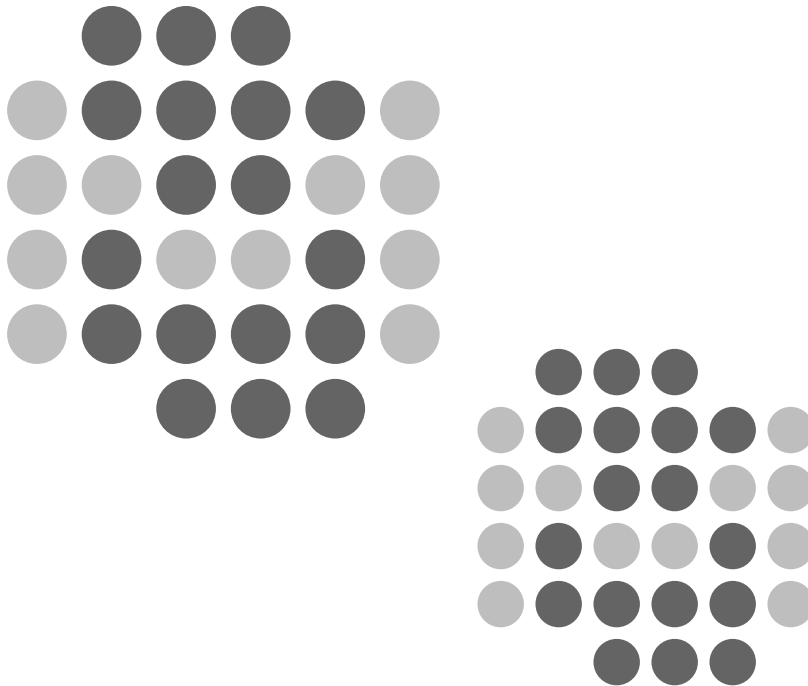
- ① たばことさよなら <http://www.tabacotosayonara.com/>

(3) 医療関係者以外の開設したもの

- ① 禁煙のススメ <http://www3.justnet.ne.jp/~suedon/>

各種の禁煙プログラムやツールを紹介した書籍

- これで禁煙！決定版 禁煙ツールガイド, 法研, 東京, 2002



ニコチン代替療法（ニコチンガムとニコチンパッチ）

(1) ニコチンガム

ニコチンガムはニコチン・レジン複合体をガム基材に含ませたもので、商品名は「ニコレット」。2001年9月から薬局での市販が認可された。ニコチンガム1個に含まれるニコチン2mgのうち約0.86mgが徐々に口腔粘膜から吸収されて血中ニコチン濃度を上昇させ、ニコチン離脱症状を軽減する。効果発現までの時間が短いことや、噛み方を調整するなどの方法でニコチン吸収量の調整がしやすいことが特徴である。

副作用としては、口腔内トラブル、喉や胃の痛みなどがあげられる。なお副作用を防ぐためにも、ニコチンガムは使用方法を守ることが重要である。

〔ニコチンガムの使用上のポイント〕

- ①完全に禁煙してから、ニコチンガムを使用すること。たばこ併用すると、体内に摂取するニコチン量が過剰になり、吐き気やめまいなどの症状がおこることがある。
- ②たばこを吸いたくなかった時、ニコチンガムを一個、口の中に入れ、ピリッとした味を感じるまで、約15回ゆっくり噛む。噛むことによって、ニコチンがガムから放出される。
- ③ガムからニコチンが出てきたら（ピリッと感じたら）噛むのを中止。約一分間、ガムを頬と歯ぐきの間にはさんでおく。この時、ニコチンが口の粘膜を通して体内に吸収される。
- ④再び、ピリッとした味がするまで、約15回ゆっくり噛む。②と③の動作を約30分間繰り返す。
- ⑤普通のガムのようにクチャクチャと早く噛み続けない。唾液がたくさん出て、ニコチンが唾液と一緒に飲み込まれてしまう。すると本来、口の粘膜から吸収されるべきニコチンが胃に運ばれてしまう。ニコチンは胃からはあまり吸収されず、吐き気や胸やけなどの副作用を引き起こしたりすることがある。
- ⑥⑤と同じ理由から、ガムを口に入れたまま、お茶やコーヒーなどを飲まない。
- ⑦最初の数日間は、ガムの味を不快に感じることもあるが、噛むにしたがって改善してくるので、そのまま使用を続ける。
- ⑧1回の使用量は必ず1個。1日24個以上は噛まない。

〈使用開始時の1日使用個数の目安〉

喫煙本数	1日	20本以下（依存度が低い）	4～6個
		21～30本（依存度が普通）	6～9個
		31本以上（依存度が高い）	9～12個

- ⑨使用期間は3か月を目安とし、1～2か月で禁煙に自信がついたら、1日の使用量を少しずつ減らす。1日1～2個になったら、ガムをやめてみる。

ニコチンガムのホームページ <http://www.nicorette-j.com>

禁煙および禁煙補助剤ニコレットのページ。たばこに関する知識から禁煙のメリット、禁煙への動機づけ、禁煙治療に対する質問まで数多くの情報を掲載している。

(2) ニコチンパッチ

ニコチンを含んだ円形のパッチ（シール）を皮膚に貼ることによって、皮膚の毛細血管を通してニコチンを体内に補給する。使用期間は8週間を目安とする。日本国内で発売されているニコチンパッチには、ニコチネルTTS30、20、10と3種類あり、それぞれ52.5mg、35mg、17.5mgのニコチンを含有している。ニコチンパッチは、朝1回の張り替えで安定した血中濃度が得られるが、突然の喫煙欲求に対処できないという問題もある。

主な副作用としては次の3点があげられる。

- ①接触皮膚炎：ニコチンと貼布剤による化学的刺激により起こる。毎日貼る場所を変える。ひどい場合は塗り薬を併用する。
- ②頭痛や全身倦怠：使用量が多過ぎた時に起こる。使用サイズを一段小さくする。
- ③不眠：夜間にもニコチンを供給し続けるため起こる。夕刻のはがす時間を早めるとこの症状は軽減する。

【ニコチンパッチの使用上のポイント】

- ①完全に禁煙してから、ニコチンパッチを貼付すること。タバコと併用すると体内に摂取するニコチン量が過剰になり、吐き気やめまいなどの症状がおきることがある。
- ②使用量は、1日1枚で、原則として朝起床後に、上腕部、腹部、腰背部などの部位にしわがでないように伸ばして貼る。傷や皮膚病のある場所、またはベルトラインや体毛の濃い部分には貼らないこと。
- ③皮膚刺激を避けるため、毎日貼る場所を変え、繰り返し同じところには貼らない。
- ④貼ったまま入浴はできるが、上から強くこすらないこと。はがれた場合は、水分を十分に取り除き、乾燥させてから貼る。
- ⑤1日24時間貼り続ける。ただし、不眠や夜中に目が覚めるなど問題が出てきた場合は、医師に相談の上、夜寝る前や夕方など早めにニコチンパッチをはがす。
- ⑥標準的な使い方としては、ニコチネルTTS30を1日1枚ずつ4週間使用し、その後、ニコチネルTTS20を2週間、それからTTS10を2週間使用する。
- ⑦1日の喫煙本数が少ない場合、初期使用量の目安として、10～15本の場合はTTS20、5本以上の場合はTTS10から開始することとされている。

ニコチンパッチのホームページ <http://www.nicotinell.jp>

禁煙補助剤のニコチネルTTSのホームページ。医療従事者向けと患者向けのページがあり、たばこの健康影響や禁煙の効果、ニコチンパッチの使い方や禁煙成功のポイントについての情報を掲載している。文字情報のほか、ビデオも閲覧可能。

第1章 喫煙看護者の特性の把握と禁煙への行動変容支援のあり方の検討

1. 文献による検討

- 1) Elkind, A. K. : Do nurses smoke because of stress?. Journal of Advanced Nursing, 13, 733-745,1988.
- 2) Kathy, Rowe, & JillMacleod, Clark : Why nurses smoke: A review of the literature, International Journal of Nursing Studies, 37, 173-181,2002.
- 3) 河野由理, 三木明子, 川上憲人, 他 : 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, 日本公衆衛生学雑誌, 49, 126-131, 2002.
- 4) Okada, K. & Kawata, C : Correlation between smoking behavior and school life satisfaction among students of nursing in Japan. New York:Tobacco and Health Plenum Press, 717-720,1995.
- 5) Adriaanse, H., Jan, V. Reek, Linda, Zandbelt, et al. : Nurses' smoking worldwide: A review of 73 surveys on nurses'tobacco consumption in 21 countries in the period 1959-1988. International Journal of Nursing Studies, 28 (4) , 361-375,1991.
- 6) 箕輪真澄, 尾崎米厚, 大井田隆, 他 : 国立病院看護職員の喫煙率, 日本公衆衛生雑誌, 40 (10), 353, 1993.
- 7) 大井田隆, 尾崎米厚, 望月友美子, 他 : 看護婦の喫煙行動に関する調査研究, 日本公衆衛生学雑誌, 44 (9), 694-701, 1997.
- 8) 藤元美穂子, 川波真理子, 中島利恵子, 他 : 看護婦の喫煙と業務に対する意識の関連性, 福岡県立看護専門学校看護研究論文集, 16, 25-40, 1993.
- 9) Westman, M., Eden, D., & Shirom, A : Job stress, cigarette smoking and cessation: The conditioning effects of peer support. Social Science and Medicine, 20, 637-644,1985.
- 10) 小川浩 : 喫煙習慣の社会的・心理的背景, 現代医学, 28 (1), 119-126, 1980.
- 11) 長澤順子, 松尾ミヨ子, 安田晃 : 20歳代女子学生の喫煙と性格特性, Quality Nursing, 8 (6), 523-532, 2002.
- 12) 大井田隆, 尾崎米厚, 望月友美子, 他 : 三重県における看護婦の喫煙行動に関する調査研究, 日本衛生学雑誌, 53 (4), 611-617, 1999.
- 13) Waterhouse, P : Report on Women and Smoking, Health Canada, 1993.
- 14) 岡田加奈子 : 一般学生と看護学生の喫煙行動と禁煙教育, 帝京平成短期大学紀要, 3, 55-62, 1995.
- 15) Cynthia, A. Paula : Nurse and smoking: Review and Implementations. Journal of Professional Nursing, 8 (2) , 120-132,1992.
- 16) 森亨 : 喫煙に対する看護婦の意見と喫煙習慣に関する調査, 効果的な禁煙指導に関する研究, 昭和61年度環境庁委託業務報告書, 1987.
- 17) Kitajima, T., Ohida, T., Harano, S., et al. : Smoking behavior, initiating and cessation factors among Japanese nurses : A cohort Study. Public Health, 116, 347-352, 2002.

2. アンケート調査による検討

- 1) 日本看護協会:2001年 看護職とたばこ・実態調査報告書,2002.
- 2) 厚生省保健医療局:平成10年度 喫煙と健康問題に関する実態調査報告書, 1999.

3. インタビュー調査による検討

文献なし

第2章 喫煙看護者に対する禁煙への行動変容支援のための方法論の検討

1. 禁煙への動機づけ方策

- 1) 中村正和 : 禁煙サポートを科学する, 臨床科学, 34, 195-206, 1998.
- 2) Fiore, M. C., Bailey, W. C., Cohen, S. J., 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. (AHCPR Publication No.96-0692), 1996.

- 3) Raw M, McNeill A, West R : Smoking cessation: Evidence based recommendations for the healthcare system. *British Medical Journal*, 318, 182-185,1999.
- 4) The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Panel, Staff and Consortium Representatives. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence. A US Public Health Service Report. *Journal of the American Medical Association*, 283, 3244-3254,2000.
- 5) Hausteil, KO., Haffner, S, Woodcock BG. : A review of the pharmacological and psychopharmacological aspects of smoking and smoking cessation in psychiatric patients. *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 40, 404-418, 2002.
- 6) Fagerstrom, K.O. & Schneider, N.G : Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*, 12, 159-182,1989.

2. 禁煙への実行・継続支援方策

- 1) The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Panel, Staff and Consortium Representatives. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence. A US Public Health Service Report. *Journal of the American Medical Association*, 283, 3244-3254,2000.
- 2) 中村正和：医療機関(禁煙外来を含む)での指導の実際，*日本医師会雑誌*，127(7)，1025-1030，2002.
- 3) 中村正和：日常生活習慣と健康教育，*保健の科学*，42(7)，530-535，2000.
- 4) Fiore, M. C., Bailey, W. C., Cohen, S. J., 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. (AHCPR Publication No.96-0692).1996.
- 5) 高橋裕子：禁煙支援の実際，*日本臨床内科医会誌*，16, 344，2001.
- 6) 五島雄一郎，兼本成斌，並木正義，他：喫煙関連疾患を有する喫煙者での喫煙補助Ba37142 (Nicotine TTS) の臨床効果，－多施設協同第Ⅲ相二重盲検比較試験－，*臨床医薬*，10, 1801-1830，1994.
- 7) 喫煙と健康-喫煙と健康問題に関する検討会報告書，*保健同人社*，324-325，2002.
- 8) Schneider, N.G., Jarvik, M.E., Forsythe, A.B., et al : Nicotine gum in smoking cessation: a placebo-controlled, double-blind trial. *Addictive Behaviors*, 8, 253-261,1983.
- 9) 橋本栄理子：インターネットを利用した禁煙支援プログラム，*日本保健医療行動学会年報*，16, 68，2001.
- 10) 橋本栄里子，東山明子，高橋裕子：「電子コミュニティを利用した禁煙指導プログラムの有効性の検討」，「インターネット禁煙マラソン」の再喫煙者へのフォローアップの取り組み，*医療と社会*，20, 39-59，2000.
- 11) 高橋裕子：インターネットを利用した健康支援－その可能性と問題点，*臨床栄養*，107, 22-27，2002.
- 12) 矢崎顕二：病院における喫煙規制と職員の態度の変化，*産業衛生学雑誌*，43(6)，224，2001.
- 13) Prochaska JO, Velicer WF : The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion* 12(1): 38-48, 1997
- 14) Bandura A : Self-efficacy:toward a unifying theory of behavioral change.*Psychological Review*(2):191-215,1977
- 15) Rienzo, P. G.. : The nurse who smokes: Nursing care of the person who smokes. New York: Springer publishing company, 141-148, 1993.
- 16) Elkind, A. K. : Do nurses smoke because of stress? . *Journal of Advanced Nursing*, 13, 733-745,1988.
- 17) Kathy, Rowe, Jill, & Macleod, Clark. : Why nurses smoke: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 37, 173-181, 2002.
- 18) 河野由理，三木明子，川上憲人，他：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，*日本公衆衛生学雑誌*，49, 126-131,2002.
- 19) Ellen, R. Gritz. : Evaluation of a worksite self-help Smoking cessation program for Registered Nurses. *American Journal of Health Promotion*, 3(2), 26-35,1988.
- 20) 大井田隆，尾崎米厚，望月友美子，他：看護婦の喫煙行動に関する調査研究，*日本公衆衛生学雑誌*，44(9)，694-701，1997.
- 21) 大井田隆，尾崎米厚，望月友美子，他：三重県における看護婦の喫煙行動に関する調査研究，*日本衛生学雑誌*，53(4)，611-617，1999.
- 22) Waterhouse, P. : Report on Women and Smoking.Health Canada.,1993.
- 23) 森亨：喫煙に対する看護婦の意見と喫煙習慣に関する調査，効果的な禁煙指導に関する研究，昭和61年度環境庁委託業務報告書，1987.
- 24) Kitajima, T. Ohida T., Harano, S., et al. : Smoking behavior, initiating and cessation factors among Japaneses nurses: Acohort Study. *Public Health*, 116, 347-352, 2002.

第3章 看護者の働く職場における禁煙支援の環境づくりの検討

1. 禁煙支援のための環境づくり

- 1) Brown, Mary. H., & Kiss, Margaret. E. : Evaluation of Competition as a Method to Recruit Nurses into an Employee Self-Help Quit-Smoking Program. *Cancer Nursing*, 10(4), 227-230, 1987.
- 2) Stillman, F.A., Hantula, D.A., & Swank, R.: Creating a smoke-free hospital: Attitudes and smoking behaviors of nurses and physicians. *Am J Health Promot*, 9(2), 108-114. 1994, Nov-Dec.
- 3) Karen, Chalmer, Ina, J. Bramadat, et al.: A Smoking Reduction and Cessation Program with Registered Nurses: Findings and Implications for Community Health Nursing. *Journal of Community Health Nursing*, 18(2), 115-134, 2001.
- 4) Longo, D. R., Johnson, J. C., Kruse, R.L., Brownson, R. C., & Hewett, J.E. : A prospective investigation of the impact of smoking bans on tobacco cessation and relapse. *Tob Control*. 10(3), 267-72, 2001, Sep.
- 5) Longo, D.R., Brownson, R.C., Johnson, J.C., Hewett, J.E, Kruse, R.L, Novotny, T.E, & Logan, R. A. : Hospital smoking bans and employee smoking behavior: Results of a national survey. *JAMA*, 275(16), 1252-7, 1996, Apr. 24

第4章 看護者の禁煙推進における日本看護協会の役割

1. 日本看護協会のこれまでの取り組み

- 1) 小野光子, 和田幸恵, 倉田トシ子, 他: 日本看護協会におけるたばこ対策と実態調査 (1報第61回日本公衆衛生学会抄録集, 456, 2002.
- 2) 高橋幸恵, 小野光子, 和田幸恵, 他: 日本看護協会におけるたばこ対策と実態調査 (2報), 第61回日本公衆衛生学会抄録集, 457, 2002.
- 3) 倉田トシ子, 小野光子, 和田幸恵, 他: 日本看護協会におけるたばこ対策と実態調査 (3報), 第61回日本公衆衛生学会抄録集, 220, 2002.
- 4) 和田幸恵, 小野光子: 日本看護協会における「たばこ対策」推進状況について, 第62回日本公衆衛生学会抄録集, 290, 2003.

2. 現在の推進状況と今後の課題

文献なし

3. 禁煙推進環境の整備にむけた政府や社会への働きかけ

- 1) Fichtenberg, C.M., & Glantz, S.A. : Effect of smoke-free workplaces on smoking behavior: Systematic Review. *British Medical Journal*, 325, 1-7, 2002.
- 2) 日本看護協会: 2001年「看護職とたばこ・実態調査」報告書, 2002.
- 3) 岡田加奈子: 喫煙に関する看護婦の役割と看護学生に対する教育, 千葉大学教育学部研究紀要, 43, 75-81, 1995.
- 4) Royce, J.M., Gorin, S.S., Edelman, B., et al: Student nurses and smoking cessation. Engstrom PF, Rimer B, Mortenson LE, *Advances in cancer control: Screening and prevention research*. New York: Wiley-Liss, Inc., 49-71. 1990.
- 5) McPhillips-Tangum, C. Cahill, A. Bocchino, C. et al: Addressing tobacco in managed care: results of the 2000 survey. *Prev Med Manag Care*, 3, 85-94, 2002.
- 6) Coleman, T., Wynn, A.T., Keith, S., et al. : Qualitative study of pilot payment aimed at increasing general practitioners' antismoking advice to smokers. *British Medical Journal*, 323, 1-5, 2001.
- 7) Manley, M. : Paying physicians to treat tobacco use disorder. *British Medical Journal*, 1, 498-499, 2001
- 8) Raw, M., McNeill, A., & West, R.: Smoking cessation guidelines for health professionals : -A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax*, 53, Suppl, 5 Pt, 1, S1-19. 1998.
- 9) Parrot, S., Godfrey, C., Raw, M. et al. : Guidance for commissioners on the cost effectiveness of smoking cessation interventions. *Thorax*, 53, Suppl, 5 Pt, 2, S1-38, 1998.

あ と が き

看護者の喫煙率の低下を図ることを喫緊の目標にしている本会は、2004年から3年間に看護者の喫煙率半減を目指す「看護者のたばこ対策行動計画」と、看護者が保健医療職として、自らの喫煙の問題に気づき、行動変容を図ることを支援するための「看護者のための禁煙支援ガイド」を、2年間にわたり検討してきた。その成果として、ここにまとめ、看護者の手元に届けることになった。

たばこ対策を「看護者たちの禁煙アクションプラン2004」と銘打った背景には、喫煙の意識の变革を期待するからである。3年後には評価に耐えられるプランでありたいと願っている。

平成14年度・15年度看護職の喫煙問題対策検討委員会 名簿

- 委員長：倉田 トシ子 (山梨県立看護大学短期大学部)
委員：打野 ミエ子 (亀田総合病院)
齊田 昭子 (昭和大学歯科病院・看護師職能委員)
津田 茂子 (久留米大学医学部看護学科)
中島 峯子 (川崎市幸区役所保健福祉センター・保健師職能委員)
望月 友美子 (国立保健医療科学院 研究情報センター)
山崎 圭子 (横浜市立大学医学部附属病院・助産師職能委員)
吉田 公代 (茨城県看護協会理事)
○大井 田 隆 (日本大学医学部社会医学講座公衆衛生学部門)
○高橋 幸 恵 (北多摩看護専門学校)
○田口 良子 (神奈川県立こども医療センター・保健師職能委員)
○仲野 暢子 (喫煙と健康女性会議・禁煙教育をすすめる会)
○三徳 和子 (川崎医療福祉大学医療福祉学部)
(○印は平成14年度のみ)

禁煙支援プログラム開発ワーキンググループ 名簿

- 委員長：中村 正和 (大阪府立健康科学センター 健康生活推進部)
委員：高橋 裕子 (奈良女子大学健康管理センター)
岡田 加奈子 (千葉大学教育学部)
倉田 トシ子 (山梨県立看護大学短期大学部)
三徳 和子 (川崎医療福祉大学医療福祉学部)

担当役員：小野 光子 (常任理事)

事務局：和田 幸恵 (専門職業務部)
小松 利恵 (同 上)
久保田 加代子 (同 上)

たばこのない社会をめざして
看護者たちの禁煙アクションプラン2004

発行日 2004年3月31日
編集 社団法人 日本看護協会専門職業務部
発行 社団法人 日本看護協会
〒150-0001
東京都渋谷区神宮前5-8-2
TEL：03-5778-8831（代表）FAX:03-5778-5601（代表）
URL：http://www.nurse.or.jp

※本書からの無断転載を禁ずる