

患者ニーズ調査に基づいた大阪府立成人病センター での喫煙対策：1997～2000年

ハスオ セイゴ タナカ ヒデオ キノシタ ヨウコ ナカムラ マサカズ
蓮尾 聖子*1 田中 英夫*2 木下 洋子*1 中村 正和*4
マスイ シズコ キノシタ トモコ チカモト ヨウスケ オオシマ アキラ
増居 志津子*5 木下 朋子*6 近本 洋介*7 大島 明*3

目的 がん・循環器専門医療施設を受療した患者の喫煙対策に関するニーズを定量するとともに、その成績を元に行われた喫煙対策について紹介する。

方法 1997年5月9日、大阪府立成人病センターに来訪した全員に自記式調査票を配布し、外来随所に設置した回収箱により回収した。同年5月8日、同センター入院患者のうち自分で調査票への記入が可能な者に対し看護婦が調査票を配布し、翌日回収した。調査票の質問項目は、同センター耳鼻咽喉科外来喫煙患者14人を対象に行った禁煙支援をテーマとしたフォーカスグループインタビューの分析結果を元に作成した。推定回収率は、外来で69.4% (874/1,259)、入院で76.8% (384/500) であった。

結果 回答者の80%が医療機関での副流煙による不快感を経験しており、97%が禁煙・分煙対策の必要性を認識していた。調査時喫煙者の割合は、外来・入院患者共に19%であった（外来156/839、入院70/375）。喫煙者のうち朝1本目を吸うまでの時間が5分以内と答えたニコチン依存性の高い者の割合は、外来患者では入院患者に比べて高かった(34%対21%)。また、入院喫煙患者は外来喫煙患者に比べて禁煙の準備性が高い者（準備期）の割合が高かった（29%対6%）。喫煙者の46%が医療従事者から禁煙指導を受けた経験がないと回答した。禁煙の阻害要因では「イライラしてストレスがたまる」が62%、促進要因では「体調を崩したり健康を害した時」が69%で最も多かった。禁煙の手助けとしては、禁断症状を和らげる薬剤を望む者が最も多かった（36%）。

これらの成績を元に当センターでは喫煙対策推進に向けた職員の合意形成を図り、喫煙コーナーの分煙化、タバコの自動販売機の撤去、禁煙教室の開催、保健婦による個別禁煙サポートの実施、そして全館禁煙を実施させた。

結論 がん・循環器専門医療施設における喫煙対策の推進には、対策を実施するための特別委員会の設置と患者（および医療従事者）側の正確なニーズ把握が必須となる。これらが円滑に行われ、得られた結果を喫煙対策推進の根拠として職員の合意形成を図り、具体策へとつなげて実現していくことが、患者に対する広義の禁煙サポートとなると推察した。

キーワード 喫煙対策、禁煙サポート、患者調査、ニーズ調査

I はじめに

虚血性心疾患患者が禁煙するとその後も喫煙

を継続する患者に比べて心筋梗塞の発症率が低下し、予後の大幅な改善が認められることが明らかに¹⁾²⁾。また、禁煙を開始した

* 1 大阪府立成人病センター調査部調査課保健婦
* 4 大阪府立健康科学センター健康生活推進部長
* 6 神戸女学院大学大学院人間科学研究科大学院生

* 2 同調査課長補佐 * 3 同調査部長
* 5 同生活推進部教育職
* 7 カリフォルニア州立大学フラトン校助教授

喉頭がん患者は、その後も喫煙を継続した患者に比べて重複がん発生率が低下し、予後が改善すること³⁾⁴⁾、喫煙を継続した肺小細胞がん患者では重複がんの発生率が高まることを示唆した研究が複数報告されている⁵⁾⁷⁾ことから、虚血性心疾患や呼吸器がんの患者が禁煙する事による健康上のメリットは大きい。また、1つ以上の慢性疾患、あるいはタバコが原因で引き起こったと考えられる症状を有する者は禁煙への準備性が高く⁸⁾⁹⁾、患者が医療機関に訪れる機会を利用して禁煙の導入を図ることは効果的であると考えられる。

一方、わが国における喫煙対策は、1987年に厚生省（現厚生労働省）が公表した「喫煙と健康問題に関する報告書」に始まり、1995年3月の「たばこ行動計画検討会議」報告書、2000年3月には「健康日本21」の策定と、国レベルでの取り組みが進んでいる。これに伴って、大阪府においても独自の喫煙対策として、防煙、分煙、禁煙サポートの3つの分野における取り組みの推進を掲げ、喫煙率の具体的な数値目標と

それを達成するための施策内容を示した「大阪府たばこ対策行動計画」が1999年5月に公表された。また、2000年5月には「大阪府におけるたばこ対策ガイドライン（医療機関編）」が公表され、その中で2005年までに府内の全医療機関において、禁煙または分煙の実現という目標が掲げられた。一方、当センターではこれに先立ち、1996年6月に結成された「喫煙対策プロジェクトチーム」、および1998年に結成された「禁煙サポート専門部会」という組織的な喫煙対策実施部門を中心に、喫煙対策案の具体化に着手した(表1)。その実施に当たっては、まず喫煙患者のニーズを正確に把握するために、耳鼻咽喉科外来喫煙患者に対してフォーカスグループインタビュー法による定性調査を実施した(1996年9月)。次に、そこで得られた情報をもとに調査票を作成し、全外来者に対する患者ニーズ調査(定量調査)を実施した(1997年5月)。さらには、禁煙サポートの中心的な担い手である看護婦を対象に、患者と同様のニーズ調査を実施し(定性調査¹⁰⁾、定量調査¹¹⁾、双方の認識や矛盾点を明らかにした。

これらの調査結果を基礎資料として、当センター職員の喫煙対策推進に向けた合意形成を図り、この結果、喫煙コーナーの分煙化、タバコの自動販売機の撤去、禁煙教室の開催、保健婦による個別禁煙サポートの実施、そして2000年8月の全館禁煙と、ここ4年の間に多くの喫煙対策が実現した(表1)。

本稿では、当センターにおける喫煙対策推進の流れと、これらの喫煙対策を実現するための原動力となった患者ニーズ調査の概要を記す。

II 方 法

調査対象は、1997年5月9日、午前8時30分から午後3時までに

表1 大阪府立成人病センターにおける喫煙対策関連の主な取り組みの経過
(1996年～2000年)

ニーズ調査/組織化等	禁煙環境の改善	禁煙サポート/情報提供
1996年 6月：喫煙対策プロジェクトチーム結成 9月：耳鼻科患者FG*実施 看護職員FG実施		
1997年 5月：患者ニーズ調査実施 7月：看護婦ニーズ調査実施	3月：病院喫煙コーナーを分煙化 11月：本館喫煙コーナーを分煙化 12月：手術室待ち合いを禁煙化	12月：保健婦による入院患者への個別禁煙サポート開始
1998年 5月：禁煙サポート専門部会発足	8月：会議室の禁煙と灰皿の撤去	11月：外来患者対象に第1回禁煙教室開催
1999年 5月：「大阪府たばこ対策行動計画」発表		7月：医療従事者向けの禁煙指導用ホームページを開設
2000年 5月：「大阪府におけるたばこ対策ガイドライン（医療機関編）」発表 9月：全職員対象に全館禁煙についてのアンケート実施	4月：タバコの自動販売機撤去 8月：執務室を含む全館禁煙実施	7月：禁煙による健康上のメリットに関するレビューをホームページに追加 12月：外来患者対象に第1回禁煙講座開催

注 *FGとはフォーカスグループインタビューのこと

当センターを受診した外来患者と、その日の入院患者のうち自分で調査票への記入が可能な者とした。

調査方法は、病院への入口3箇所に各々調査員を2～6人配置し、来訪者全員に対して調査票一式（A3版見開きの調査依頼文書を含む自記式調査票、ボールペン、下敷き用台紙）を配布した。当日は、成人病センター“看護の日”行事実施日であり、来訪者が本調査をイベントの一環と認識できるように、添付のボールペンとニコチン依存度判定テストが印刷された下敷き用台紙を御礼として進呈し、回収率を高めるよう配慮した。

調査票の回収は、外来各所、および病院出口に設置した約30個の回収箱に各自で入れてもらうことによった。調査当日は、外来待ち合いに計14人の調査員を配置して対象者からの記入方法に関する説明や質問等に対応し、混乱を防ぐよう努めた。

入院患者については、調査前日に13病棟の看護婦により調査票一式が対象者の病床に配布され、翌日の午後、看護婦により回収された。

外来来訪者における回答者数は1,322人で、そのうち、患者の付き添いやお見舞い等の受診以外の目的で来訪した448人を除いた外来患者は874人であった。医事会計システムにより、調査当日医療費が支払われた患者数から把握した外来患者実数は1,259人であり、これによる外来患者の推定回収率は69.4% (874/1,259) となった。また、入院患者における回答者数は384人で、医事会計システムの入院管理料支払日から把握された調査日の入院患者実数は500人であ

り、これから入院患者における回収率を推定すると76.8% (384/500) となった。

調査項目は、医療機関における喫煙環境への意識、調査時の喫煙状況、調査時喫煙者における禁煙への意識および禁煙サポートへの要望、とした。医療機関における喫煙環境への意識と調査時の喫煙状況については、外来患者874人、入院患者384人の計1,258人全てを集計対象とし、それ以外の問いについては、調査時喫煙状況の間に「タバコを吸う」と回答した233人を集計対象とした。性、年齢等の属性における割合の差の有意検定にはカイ二乗検定を用い、不明の者は除いて検定を行った。

調査項目の設定に当たっては、1996年11月に、当センター耳鼻咽喉科外来に通院する喫煙患者を対象に実施したフォーカスグループインタビューの結果を活用した。ここでは禁煙サポートをテーマとしたタバコに関するインタビュー調査に了承を得られた33人の中から、1グループ3～6人となる男性患者グループ2つ、女性患者グループ1つの計3グループを作り、著者らのうちの2人がモデレーター（進行役）となって、①喫煙行動の現状、②禁煙の動機、③禁煙に対する負担・障害、④禁煙支援に対するニーズについて、90分程度討論した。参加者の発言内容は参加者の了承を得た上で口述筆記とテープレコーダーにより記録し、分析した。この分析結果を元に、本稿で示す禁煙サポートに関する患者の意識、ニーズを定量するための調査の項目を作成した。

なお、本調査の成績がその後どのように当センターでの喫煙対策の推進に結びついたかを、著者らの体験および当センターの喫煙対策年次報告書を元に考察に記述した。

表2 回答者の属性

(単位 人、()内%)

	全患者 (n=1,258)	外来患者 (n=874)	入院患者 (n=384)	p値
男	664(52.8)	421(48.2)	243(63.3)	0.001
女	550(43.7)	418(47.8)	132(34.4)	
不明	44(3.5)	35(4.0)	9(2.3)	
49歳以下	231(18.4)	157(18.0)	74(19.3)	0.42
50～59歳	279(22.2)	184(21.1)	95(24.7)	
60～69歳	404(32.1)	290(33.2)	114(29.7)	
70歳以上	280(22.3)	192(22.0)	88(22.9)	
不明	64(5.1)	51(5.8)	13(3.4)	

III 結 果

(1) 回答者の属性

回答者の性別、年齢階級別割合を外来、入院別（以下患者種別とする）に表2に示す。外来患者においては性別分布の差は見られないが（各々48%）、入院患者では女性（34%）に比べ

男性(63%)の占める割合が有意に高かった($p < 0.001$)。年齢階級別分布では、60~69歳の割合が32%と最も高く、次いで70歳以上と50~59歳が各々22%で、患者種別による年齢階級別割合に差は認められなかった。

なお、表には示していないが、外来患者の複数科受診者を含む診療科別内訳は、内科34.8%、外科12.0%、婦人科7.9%、泌尿器科7.4%、耳鼻咽喉科6.8%、整形外科5.3%、放射線治療科3.9%、脳神経科2.3%、眼科1.7%、脳外科0.6%、不明22.8%であった。入院患者の入院病棟別内訳は、消化器内科18.0%、外科16.1%、循環器内科15.1%、泌尿器科9.9%、婦人科9.6%、呼吸器内科8.9%、耳鼻咽喉科8.9%、血液内科6.3%、脳・整形外科4.9%、脳内科2.3%、であった。

(2) 医療機関における喫煙環境への意識

医療機関における喫煙対策について、「全面禁止すべき」と回答した者の割合は33%、「指定場

所以外は禁止すべき」と回答した者の割合は65%であり、両者をあわせると97%が医療機関での喫煙に対し禁煙、あるいは分煙が必要であると考えていた(表3)。

医療機関での副流煙による不快経験について、迷惑に思う事が「よくある」者(39%)と「たまにある」者(41%)を合わせると、全体の80%が医療機関で副流煙による不快経験を持っていた。また、患者種別では、入院患者に比べ外来患者で副流煙による不快経験を持っていた者の割合が有意に高かった(70%対85%, $p < 0.001$, 表3)。

(3) 外来・入院患者の喫煙状況

外来・入院患者における調査時喫煙者の割合は各々19%であった(表4)。過去喫煙者の割合をみると、外来患者(29%)に比べて入院患者(45%)でその割合は高かった。外来患者と入院患者における喫煙状況別の割合には有意な差が認められた($p < 0.001$, 表4)。

(4) 喫煙行動に関連する属性

調査時喫煙者における喫煙行動に関連する属性を表5に示す。ニコチンへの依存の程度を、朝目覚めてから1本目のタバコを吸うまでの時間で簡易的に推測した問いでは、「5分以内」と回答した依存性の強い者の割合は、入院患者(21%)に比べ外来患者(34%)で高かった。禁煙の準備性を、禁煙への関心の程度により「関心がない(無関心期)」から「この1か月以内に禁煙する予定である(準備期)」までの4段階で聞いた結果、準備期の割合は、入院患者では外来患者に比べ有意に高かった(29%対6%, $p < 0.001$)。2週間以内に禁煙に成功する自信を「かなりある」「少

表3 医療機関における喫煙対策への意識と煙による不快経験

(単位 人、()内%)

	全患者 (n=1,258)	外来患者 (n=874)	入院患者 (n=384)	p値
医療機関での喫煙				
全面禁止すべきである	410(32.6)	299(34.2)	111(28.9)	0.156
指定した場所以外は禁止すべき	812(64.5)	554(63.4)	258(67.2)	
制限する必要はない	11(0.9)	6(0.7)	5(1.3)	
わからない	11(0.9)	6(0.7)	5(1.3)	
不明	14(1.1)	9(1.0)	5(1.3)	
病院内での煙による不快経験の程度				
よくある	493(39.2)	372(42.6)	121(31.5)	0.001
たまにある	516(41.0)	368(42.1)	148(38.5)	
ない	237(18.8)	127(14.5)	110(28.6)	
不明	12(1.0)	7(0.8)	5(1.3)	

表4 外来・入院患者における喫煙状況(性別)

(単位 人、()内%)

	外来患者			入院患者		
	総数	男	女	総数	男	女
総数	839(100.0)	421(100.0)	418(100.0)	375(100.0)	243(100.0)	132(100.0)
喫煙者	156(18.6)	112(26.6)	44(10.5)	70(18.7)	58(23.9)	12(9.1)
過去喫煙者	242(28.8)	219(52.0)	23(5.5)	169(45.1)	146(60.1)	23(17.4)
非喫煙者	374(44.6)	59(14.0)	315(75.4)	123(32.8)	32(13.2)	91(68.9)
喫煙状況不明	67(8.0)	31(7.4)	36(8.6)	13(3.5)	7(2.9)	6(4.5)

$P < 0.001$

$P < 0.001$

$P < 0.001$

注: 性別不明者44人を除く

しだけある」「ほとんどない」の3段階で聞いた結果、「かなりある」者の割合は、外来患者37%、入院患者34%とほぼ同じであったが、「ほとんどない」者の割合が入院患者でやや高かった。次に医療従事者から禁煙指導を受けた経験を尋ねた結果、外来・入院両患者合わせて46%の者が「指導なし」と回答し、「禁煙方法等に関する

指導を詳しく受けた」と回答した者はわずか2% (5人)であった。「もしタバコをやめるとしたら、どのような方法でやめたいと思いますか?」と禁断の手段を尋ねたところ、78%の者が「意志の力でやめる」と回答した。専門家等のアドバイスを受けてやめると回答した者の割合は入院患者(9%)に比べ、外来患者(17%)で高かった。禁煙の経験がある者の割合は51%であった(表5)。

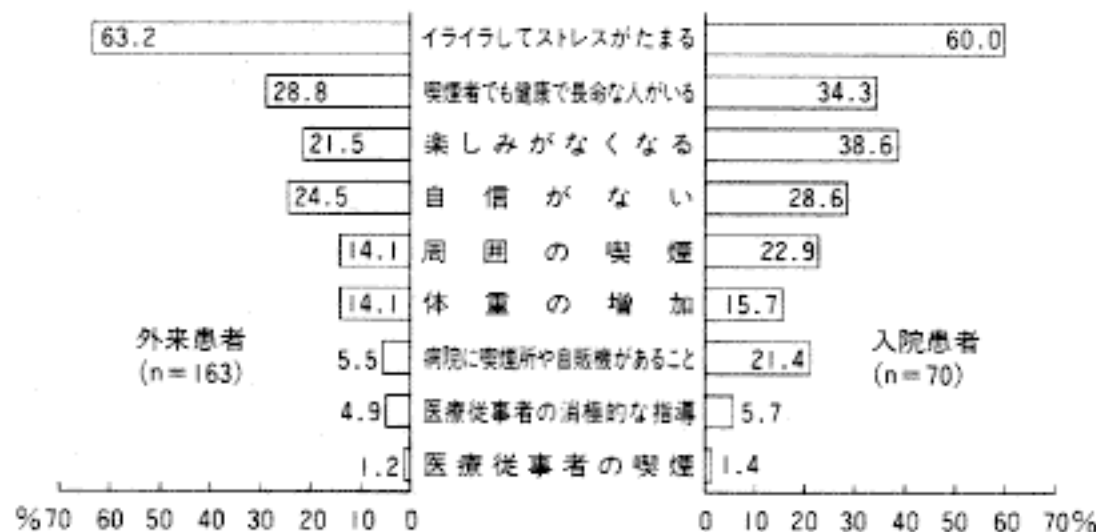
表5 喫煙者の喫煙行動に関連する属性

(単位 人、()内%)

	全患者 (n=233)	外来患者 (n=163)	入院患者 (n=70)	p値
朝1本目を吸うまでの時間				0.08
5分以内	70(30.0)	55(33.7)	15(21.4)	
6~30分	93(39.9)	63(38.7)	30(42.9)	
31~60分	38(16.3)	28(17.2)	10(14.3)	
61分以上	28(12.0)	15(9.2)	13(18.6)	
不明	4(1.7)	2(1.2)	2(2.9)	
禁煙への関心*				0.001
無関心	36(15.5)	29(17.8)	7(10.0)	
前関心	116(49.8)	86(52.8)	30(42.9)	
関心	38(16.3)	29(17.8)	9(12.9)	
準備	30(12.9)	10(6.1)	20(28.6)	
不明	13(5.6)	9(5.5)	4(5.7)	
2週間以内に禁煙に成功する自信				0.04
かなりある	84(36.1)	60(36.8)	24(34.3)	
少しだけある	97(41.6)	73(44.8)	24(34.3)	
ほとんどない	44(18.9)	24(14.7)	20(28.6)	
不明	8(3.4)	6(3.7)	2(2.9)	
医療従事者からの禁煙指導を受けた経験				0.13
指導なし	107(45.9)	78(47.9)	29(41.4)	
口頭で禁煙を勧奨	97(41.6)	68(41.7)	29(41.4)	
禁煙方法等詳しく	5(2.1)	1(0.6)	4(5.7)	
不明	24(10.3)	16(9.8)	8(11.4)	
禁煙手段				0.05
専門家等のアドバイスを受ける	34(14.6)	28(17.2)	6(8.6)	
本や資料を使ってやめる	5(2.1)	1(0.6)	4(5.7)	
意思の力でやめる	182(78.1)	127(77.9)	55(78.6)	
不明	12(5.2)	7(4.3)	5(7.1)	
禁煙経験				0.38
ある	118(50.6)	86(52.8)	32(45.7)	
ない	111(47.6)	75(46.0)	36(51.4)	
不明	4(1.7)	2(1.2)	2(2.9)	

注 *無関心期：禁煙に関心がない
前関心期：関心はあるが今後6か月以内に禁煙しようとは考えていない
関心期：今後6か月以内に禁煙しようと考えているが、この1か月以内に禁煙する予定はない
準備期：この1か月以内に禁煙する予定である

図1 禁煙の阻害要因



(5) 禁煙の阻害要因および促進要因の認知

「もしタバコをやめるとして、やめる決心がくじけそうになるのはどのような時ですか?」と禁煙の阻害要因を複数回答で尋ねたところ、外来、入院両患者において最も多かったものが「イライラしてストレスがたまること」で63%と60%、次いで外来患者では「喫煙者でも健康で長生きしている人がいる」で29%、入院患者では「楽しみがなくなる」の39%となった(図1)。その他、「自信がない」「周囲に喫煙している人がいる」「病院に喫煙所や自動販売機があること」等が禁煙の阻害要因となっており、全体的には、入院患者において阻害要因を多く感じている傾向が伺われた。

なお、図表には示していないが、「禁煙のきっかけになりそうな事はどのような事ですか?」と尋ねた結果、外来、入院両患者合わせて「体調を崩したり健康を害した時」と回答した者が69%で最も多く、次いで「医者や看護婦から禁煙をすすめられた時」が32%と続いていた。

次に「もしタバコをやめるとして、禁煙の手助けになりそうな事はどのような事ですか?」と禁煙

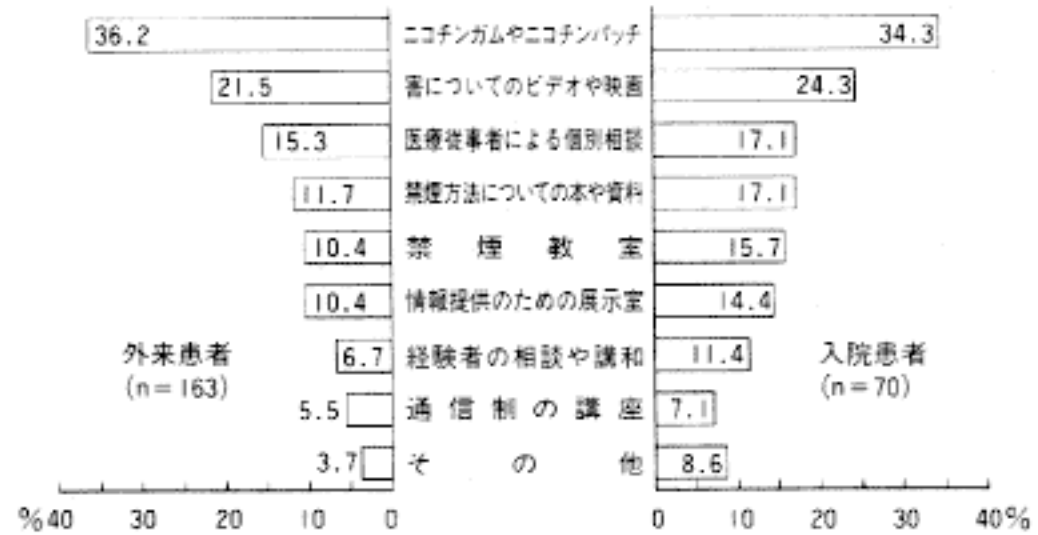
の促進要因を複数回答で尋ねたところ、外来、入院両患者において最も多かったものが「禁断症状を和らげる薬剤」で36%と34%、次いで「タバコの害についてのビデオや映画」で22%と24%、「医療従事者による個別相談」で15%と17%、「禁煙方法についての本や資料」で12%と17%、と続いた(図2)。

IV 考 察

本調査の実施は1997年のことであり、これ以降わが国では厚生省(現厚生労働省)から「健康日本21」の発表などがあったため、喫煙や喫煙対策に対する患者や医療従事者の意識が変化したことが推測される。従って、この調査の結果が現時点における専門医療施設の患者の喫煙対策に関するニーズを反映しているとは言えない。しかしながら、本調査は医療機関における喫煙対策を推進していくという流れの中で企画・実行されたものであり、実際に表1に示したように、この調査結果を基礎にして当センター職員の喫煙対策に関する合意形成が図られ、対策が前進したという効果を生み出す事になった。

ニーズ調査の結果を具体策へつなげるべく施設内での合意を促す場合、その結果がどれだけその時点における母集団(本調査の場合は当センターの患者)の正確なニーズを反映しているかという点が問われる。本調査の場合、定量的なニーズを把握する前に定性調査によって、まずニーズの性質と広がりを見明らかにし、それらを活用して具体的な選択肢を設け、それぞれについてのニーズの量を測れるよう調査票を設計した。具体的には、禁煙の阻害要因(やめる決心がくじけそうになるとき)についての質問項目で、「タバコを吸っていても健康で長生きしている人がいること」「病院内に喫煙所やタバコの自動販売機があるのを見たとき」「医者や看護婦から禁煙するよう強く言われないこと」等の、定性調査で実際の喫煙者から出た生の声をそのまま選択肢として用いた。その他の選択肢、「イ

図2 禁煙の手助けになるもの



ライラしてストレスが溜まる」「自信がない」「体重が増加する」等は、医療従事者であれば定性調査を実施しなくとも思い浮かべることが可能であるかもしれないが、前述のような選択肢は禁煙指導の経験を多くもつ医療従事者であっても自力で考案するのは困難であると思われる。このように、定量調査の実施にあたり定性調査の結果を活用する事で対象者の正確なニーズを把握する事ができたと考える¹⁰⁾。

次に、本調査の概要とそれらの結果を、環境面、患者への禁煙支援、禁煙に関する情報提供の3側面において当センターの喫煙対策にどのように反映させたかを紹介する。まず、環境面については、副流煙による被害の認知度が80%と非常に高く、患者の98%が禁煙あるいは分煙を望んでいたという結果から、喫煙コーナーにパーテーションによる間仕切りを設置し、喫煙コーナーを完全な喫煙室へと整備した。その後、2つの喫煙コーナーのうち1つを廃止し、残りの一つを完全な喫煙室として整備した(1997年11月)。また、禁煙の阻害要因として、入院患者の21%、外来患者の6%が「病院内に喫煙所やタバコの自動販売機があること」をあげていたことから、2000年4月にはタバコの自動販売機を撤去した。また、「周りの人が喫煙していること」についても入院患者の23%、外来患者の14%が禁煙の阻害要因としており、院内の喫煙(禁煙)環境は何れも入院患者の意識に大きく影響を与えていたと考えられた。これらハード面における取り組みの実施主体は喫煙対策プロジェクトチームであるが、その実施に当たって著者

らは繰り返し会議の中で本調査の結果を報告し、プロジェクトチームにおける合意形成を促した。これらの経緯の末に、2000年8月に喫煙コーナーを廃止し、執務室を含む全館禁煙を実施した。全館禁煙に当たっては、職員と患者・来訪者に対して1か月の周知期間を設けた。また、喫煙していた職員のうち、希望者には医師による禁煙指導が行われた。

次に、患者に対する禁煙支援については、本調査の結果、禁煙に対する関心や自信、意識等の喫煙行動に関連する属性が、外来患者と入院患者とでは異なることが判明したため別々の禁煙支援方法を考案した。特に、禁煙サポートの高い効果が期待できる禁煙準備期の者の割合は、外来患者6%に比べ入院患者で29%と高かったため、まずは入院患者へのサポートを優先して開始した。入院患者が禁煙の手助けとして希望したものは、「医療従事者による個別相談」、「禁煙方法についての本や資料」が多く、まずは限定した病棟の喫煙患者に対して、禁煙の資料を使った保健婦による個別禁煙サポートを開始した(1997年12月)。それ以降、取り組みは徐々に拡大して、現在では当センターに入院する全ての禁煙希望者にサポートを提供できるシステムが構築された。一方、外来患者に対しては「禁煙教室」という集団による禁煙サポートの提供を開始し(1998年11月)、禁煙の手助けとして最もニーズの高かったニコチン代替療法についてはこの教室の中で希望者に対して用いられた。2001年以降は集団ではあるが個別性を重視し、患者からのアクセスが容易な「禁煙講座」へと変化しながら外来患者への禁煙サポート事業を展開している。なお、本調査における患者の喫煙率や禁煙手段(どのような方法でタバコをやめたいか)に関する結果も、喫煙患者における禁煙サポートへのニーズ量を推測し、集団教室や禁煙講座等を実施する際の参加者数の予測やサポートの手段の決定において重要な手がかりとなった。これらの対人サービスの取り組みの実施主体は、喫煙対策プロジェクトチームの下部組織である禁煙サポート専門部会である。筆者らはこの部会の中心メンバーとして、医師、

看護婦等と協力しながら病院全体で禁煙サポートの取り組みを展開している。

次に、禁煙に関する情報提供の手段については、今後の課題として実現可能なものを考察した。一つは「タバコの害についてのビデオや映画の上映」を望む意見が多かったことから、外来待ち時間を利用したビデオ上映を検討しており、喫煙患者対象のビデオ製作を開始した。また、ニーズとしてはあまり多くはなかったが、タバコに関する本や資料等を並べ自由に閲覧できる「禁煙図書」の設置、あるいは禁煙に限らず健康情報や疾病に関する情報がインターネットから入手できる「情報提供コーナー」の設置も検討中である。以上、環境、禁煙支援、禁煙情報提供の3つの側面から、本調査の結果を具体的な対策にどのように活用したかを述べた。

これらの当センターにおける喫煙対策の一連の流れをまとめてみると、まず、喫煙対策を担当する特別委員会を設置し(喫煙対策プロジェクトチーム)、次に、実態調査・意識調査を実施し(定性・定量調査)、次いで、喫煙対策の立案(喫煙室の整備、自販機撤去等の案)、喫煙対策案の提示と承認(職員向け広報誌への掲載、公文書の配布等)、そして、対策の具体化(案の具体化、禁煙環境整備)、さらに、職員へのサポート(職員調査と喫煙職員への禁煙サポートの提供)、という手順で喫煙対策を進めてきた。これは、中村らが組織的な喫煙対策の推進において必要とした手順¹²⁾を参考に実施してきたものであり、時間はかかったが対策が順調に進んだ所以ではないかと考える。

当センターの看護職員に対する禁煙指導の現状について調査した結果では、「喫煙患者に対して禁煙するように言う行為」について「必ず」または「たいてい」実施していると回答した者の割合は72%であった¹¹⁾のに対して、患者側から見た今回の調査結果では「当センターにおいて医師や看護婦から禁煙指導を受けたことがない」と回答した者が喫煙者の約半数も存在した。この認識の違いからも、現状では医療現場において効果的な禁煙サポートが行われているとは考えにくい。従って、今後の課題としては診療

の場、あるいは看護の場で患者に必ず喫煙状況を尋ね、喫煙者には「禁煙するように」という医療従事者としての明確なメッセージを伝えることの定着を図りたいと考える。また、医療従事者に対して必要に応じて行動科学的なアプローチの必要性とその有効性に関する情報を伝える¹³⁾と共に、指導時に患者に手渡しできるようなリーフレットの作成を検討して行きたい。

謝辞

本調査費用の一部は平成9年度厚生科学研究費補助金健康増進研究事業「医療機関における禁煙サポート推進のあり方に関する研究」(主任研究者：大島明) から得た。

文 献

- 1) Hermanson B, Omenn GS, Kronmal RA, et al. Beneficial six-year outcome of smoking cessation in older men and women with coronary artery disease. Results from the CASS registry. *N Engl J Med* 1988 ; 319 : 1365-9.
- 2) Wilson K, Gibson N, Willan A, et al. Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction : meta-analysis of cohort studies. *Arch Intern Med* 2000 ; 160 : 939-44.
- 3) 味木和喜子, 津熊秀明, 大島明, 田中英夫. 喉頭がん患者における多重がんの発生状況—治療後の喫煙習慣の影響—. *Supplement to J. Epidemiol* 1997 ; 7 : 86.
- 4) Browman GP, Wong G, Hodson I, et al. Influence of cigarette smoking on the efficacy of radiation therapy in head and neck cancer. *N Engl J Med* 1993 ; 328 : 159-63.
- 5) Kawahara M, Ushijima S, Kamimori T, et al. Second primary tumours in more than 2-year disease-free survivors of small-cell lung cancer in Japan : the role of smoking cessation. *Br J Cancer* 1998 ; 78 : 409-12.
- 6) Tucker MA, Murray N, Shaw EG, et al. Second primary cancers related to smoking and treatment of small-cell lung cancer. *Lung Cancer Working Cadre. J Natl Cancer Inst* 1997 ; 89 : 1782-8.
- 7) Richardson GE, Tucker MA, Venzon DJ, et al. Smoking cessation after successful treatment of small-cell lung cancer is associated with fewer smoking-related second primary cancers. *Ann Intern Med* 1993 ; 119 : 383-90.
- 8) Clark MA, Hogan JW, Kviz FJ et al. Age and the role of symptomatology in readiness to quit smoking. *Addict Behav* 1999 ; Jan 24(1) : 1-16.
- 9) Boyle RG, O'Connor PJ, Pronk NP, et al. Stages of change for physical activity, diet, and smoking among HMO members with chronic conditions. *Am J Health Promot* 1998 ; Jan12(3) : 170-5.
- 10) 木下朋子, 中村正和, 近本洋介, 他. 医療機関における禁煙サポートのあり方に関する研究—看護婦を対象としたフォーカスグループインタビュー調査結果から—. *日本公衛誌* 2002 ; 49(1) : 41-51.
- 11) 田中英夫, 木下洋子, 蓮尾聖子, 他. がん(成人病)専門医療施設に勤務する看護婦の禁煙指導の現況. *厚生指標* 2001 ; 48(11) : 22-7.
- 12) 中村正和, 大島明. 喫煙対策の取り組み方—その方法と手順—. *労働衛生* 1993 ; 5 : 12-7.
- 13) 中村正和, 増居志津子, 大島明. 禁煙サポートの理論と方法. 個別健康教育ワーキンググループ編. 個別健康教育禁煙サポートマニュアル. 東京 : 法研, 2000 ; 17-20.