

がん専門病院における禁煙支援クリニカルパスの実施

タナカ マサヒロ タナカ ヒデオ タニウチ カヨ イズモト ミカ アカギ ヒロコ
田中 政宏*1 田中 英夫*2 谷内 佳代*3 泉本 美佳*4 赤木 弘子*5
オオニシ セイコ マツオ シゲコ ミチヒラ ケイコ ワカバヤシ エイコ
大西 聖子*6 松尾 茂子*7 道平 恵子*8 若林 榮子*9

目的 都道府県がん診療連携拠点病院である大阪府立成人病センターにおける，入院喫煙患者を対象とした禁煙支援クリニカルパス（以下，パス）の実施について報告する。

方法 初回入院の喫煙患者（禁煙開始後1カ月以内を含む）に対して以下のような禁煙支援介入を実施した。同意を得ることのできた喫煙患者に対して，入院予約日にパスを発行して外来看護師による禁煙指導と情報提供を行い，入院日に病棟看護師による禁煙指導と情報提供を行った。また，退院日には病棟看護師による入院中の禁煙状況の確認，禁煙継続の勧奨と情報提供を行い，さらに退院後1カ月，6カ月時点での調査票の送付による禁煙状況の確認（自己申告によるフォローアップ）を行った。実施方法を標準化するために，それぞれの介入はいずれもパスと禁煙情報提供用のリーフレットに基づいて行われ，実施時間は原則として数分間の簡単なものとした。

結果 2005年5月～2009年3月までに1,789人（年齢中央値59歳）に対してパスを発行した。うち，2009年3月末までに退院した1,585人（以下，パス発行者）の77%が入院予約日時点で喫煙中であり，20%が禁煙開始後1カ月以内であった。パス発行者の入院予約から入院までの日数の中央値は18日であり，入院までの喫煙状況は，対象者の52%が入院前日まで喫煙し，13%が入院前2～7日以内の間に喫煙していた。入院時介入はパス発行者の82%に行われており，入院中に喫煙した者は21%であった。退院時介入は対象者の67%で実施されており，そのうちの81%がフォローアップに同意していた。同意者のうち，退院後1カ月時点，6カ月時点での禁煙継続割合（未返答者は喫煙者とみなす）はそれぞれ48%，42%であった。

結論 パス実施上の課題としては以下が考えられた。入院時・退院時ともに介入を実施できた患者の割合は対象患者全体の7割程度であり，退院時が特に低く，ともにパス制度の導入時から漸減傾向にあったこと。その理由としては，職員の入れ替わりと，パスの必要性の認知が他のクリニカルパスよりも低い可能性などが考えられた。パスの対象者が比較的禁煙困難な者であり，かつ介入がごく簡単なものであることから考えると，退院後6カ月時点での禁煙継続割合が4割という値は予想以上に高い印象をうけること。この理由としては，入院・手術という環境介入効果が大いこと，また自己申告の不正確さの可能性等が考えられた。退院後の禁煙継続のためには，禁煙指導のフォローアップ体制の強化が必要であり，患者に影響力の高い主治医の外来での協力を得る方策の検討が望まれること。他に，入院前後の禁煙治療とパスの連携の強化が望まれる。

キーワード 禁煙，クリニカルパス，入院，治療効果，がん，循環器

*1 大阪府立成人病センターがん予防情報センター企画調査課長 *2 愛知県がんセンター研究所疫学・予防部長

*3 大阪府健康医療部職員 *4 大阪府立成人病センターがん予防情報センター職員 *5 同副主査

*6 大阪府富田林保健所企画調整課主査 *7 大阪府立成人病センター看護部副部長 *8 同看護師長 *9 同部長

緒 言

喫煙は、わが国の3大死亡原因である、がん、心疾患、脳血管疾患の主要なリスクファクターである。わが国は、欧米はもとより、タイ、シンガポール、香港などの他のアジアの諸国に比べても喫煙対策が遅れており、公衆衛生的視点から喫煙対策の今後の一層の推進が求められる¹⁾。

治療の視点からみても、がん・循環器疾患の患者が喫煙を継続すると、周術期の循環器・呼吸器合併症や手術創の感染および手術創治癒への障害が起こること²⁾、原病の再発のリスクが上昇し³⁾⁴⁾、治療の効果が減少すること⁵⁾が報告されている。また逆に、これらの疾患の患者が禁煙を行うと次のような治療上の利点がみられる。禁煙を開始したがん患者は、その後も喫煙を継続した患者に比べて二次がん発生率が低下する⁶⁾。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⁷⁾⁸⁾。冠動脈バイパス手術、肺切除、頭頸部腫瘍の再建手術、人工関節置換手術等の予定の喫煙患者における術前の禁煙は、術後の合併症の予防に有効である^{9)・12)}。以上の根拠により、がん・循環器疾患の専門医療機関においては、単に個々の疾患の治療のみを行うのではなく、治療効果の向上のために積極的に喫煙患者への禁煙指導を行ってゆくことが必要である。

がん・循環器疾患を含む生活習慣病の治療効果の向上には禁煙が必要であることについての知見は、近年急速に蓄積しつつあるものの、患者への禁煙指導の必要性はわが国の臨床家からはあまり重要視されない傾向があった。しかしながら、2005年には口腔医学、呼吸器、産婦人科、循環器、小児科などの臨床分野8学会を含んだ9学会による禁煙ガイドラインが提示され、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会、日本麻酔学会など、独自に禁煙（推進）宣言を行う臨床系の学会・組織も増加している。また、2008年3月に発出された厚生

労働省健康局長通知「がん診療連携拠点病院の整備について」においては、「敷地内禁煙の実施等のたばこ対策に積極的に取り組むこと」が同拠点病院の指定要件となり、拠点病院における喫煙対策への取り組みが義務化された。さらに、全国のがん専門診療施設32施設で作る全国がん（成人病）センター協議会（以下、全がん協）加盟施設では、加盟施設が連携して喫煙対策に取り組むための「全がん協加盟施設禁煙推進行動計画」を2006年度に策定し、加盟各施設における行動計画の推進を支援するための情報を整備し、全がん協のホームページで公開している¹³⁾。また、2007年度にはその加盟施設における同行動計画の実施状況の調査を行い結果を公開している。このように、医療機関における患者への禁煙指導強化への取り組みは徐々にではあるが進みつつある。

しかしながら、喫煙患者の手術後の合併症の予防には手術の1～2カ月前からの禁煙が必要であり^{10)・12)}、また入院を機会に始められた禁煙を継続させ、退院後の治療効果向上を目指すためには、入院待ちの期間から入院中そして退院時と、継続した禁煙の勧奨が必要となる。入院を契機とした、このような制度的な禁煙勧奨の試みについての報告は未だ少ない。

大阪府立成人病センター（以下、当センター）は、独立行政法人大阪府立病院機構が運営する、府下有数のがん・循環器疾患の専門医療機関である。病床は500で、2007年度の入院患者数は約8,800人、外来のべ患者数は約27万人であり、2006年には特定機能病院に、2007年には都道府県がん診療連携拠点病院に指定されている。その組織は、病院、研究所、そしてがん予防情報センター（がんの疫学研究とがん対策に関する政策提言および大阪府下のがん登録を行う部門：以下、情報センター）からなる。当センターでは禁煙を推進するために1996年に喫煙対策プロジェクトチームを設立し、当センター内のたばこの自動販売機の撤去および館内禁煙を推進するなどの禁煙環境の整備を行ってきた。また、1998年には患者の禁煙を支援するために禁煙サポートチームを組織し、患者向け

の禁煙教室や個別禁煙相談の開催や、禁煙を支援する資料の作成と配布を行ってきた。2009年9月現在、当センターにおける患者への禁煙サポート事業としては、看護部と情報センターが共同で実施している「禁煙支援クリニカルパス」、情報センター所属の保健師が実施している「個別禁煙相談」、そして禁煙専門外来の3つからなる。個別禁煙相談は毎週1回実施しており、禁煙に関する情報提供を、患者ごとに個別に1人当たり30分以内で行うものである（無料）。

当センターでは、喫煙患者を対象とした入院前から退院までの継続した禁煙介入である、禁

煙支援クリニカルパス（以下、パス）を2005年5月から実施している。パスを実施する主な目的としては、入院予定の喫煙患者に対し、禁煙に関する情報を提供し、入院待機中から禁煙の開始を促すこと、喫煙患者に入院中の禁煙の必要性を説明し支援することで、敷地内禁煙化に伴う入院中の喫煙関連の問題行動を抑制すること、入院を契機に開始した禁煙を継続できるように、退院時にも勧奨すること、以上を通じて、日常診療の中で職員による喫煙患者への禁煙指導を一般化・定着させることの4点がある。

方 法

パスの実施方法は以下のとおりである。まず、パス対象者は、「初回入院予定患者」でかつ、「入院予約日の1カ月以内に1本以上たばこを吸っていた者（喫煙者の定義）」とした。パスによる禁煙支援介入は、入院予約時、入院時、退院時の3回行った。この3回の介入の際に確認または実施する項目は、パスにチェック項目として記載されている¹⁴⁾（図1）。個々の介入は、患者からの質問等がない限りにおいては通常数分で行うこととして、以下のように行われた。

1) 入院予約時の介入

まず、外来看護師が入院予約（当センターでは、入院が必要と主治医が判断した時点で入院予約を行い、ベッドが空いた時点で患者に通知して入院する制度をとっている）を行う患者において喫煙者を同定し、パスの対象となることに関しての同意を得る。同意を得た患者に対しては、パスを発行し、喫煙状況の問診および禁煙指導を行い、入院に備えた禁煙開始

図1 禁煙支援クリニカルパスシート

カルテ用

大阪府立成人病センター看護部

病棟	ご氏名	様	カルテ No
● 入許日	20 年 月 日	この1ヵ月間にたばこを1本以上吸いましたか？ ・（ ）日前から禁煙中（現在喫煙中は“○”を記入） ・喫煙本数（ ）本/日（禁煙中は喫煙中の本数） ・ ☐ 禁煙（継続）を勧めます ・ ☐ 禁煙相談をお受けします ・ ☐ 当院は敷地内禁煙です ・ ☐ リーフレットⅠ配布 ・ ☐ 禁煙治療の紹介・禁煙治療機関一覧配布	備考 サイン
● 入院日	20 年 月 日	入院前日にたばこを1本以上吸いましたか？ どちらかに必ず○を Yes → 入院前日に（ ）本吸った No → 禁煙したのは（ ）日前 ・ ☐ 当院は敷地内禁煙です ・ ☐ 禁煙（継続）を勧めます ・ ☐ 禁煙治療を受けましたか？ → No / Yes ・ ☐ 入院中に吸わない自信は？ →（ ）%/分からない ・ ☐ 禁煙相談の勧め（吸わない自信 70%以下の場合） ・ ☐ リーフレットⅠを讀みましたか？ → Yes / No ・ ☐ リーフレットⅡ配布	備考 サイン
● 退院日	20 年 月 日	入院中にたばこを1本以上吸いましたか？ どちらかに必ず○を Yes → どこで？ 敷地内/敷地外/外泊中/ その他（ ） No ・ ☐ 退院後も禁煙（継続）を勧めます ・ ☐ 吸いたい時の対処方法は？ → ある/ない/不明 ・ ☐ 退院後に吸わない自信は？ →（ ）%/分からない ・ ☐ リーフレットⅡを讀みましたか？ → Yes / No ・ ☐ 退院セット（リーフレットⅢと禁煙加ガ-）配布	備考 サイン

退院から約1ヵ月後と6ヵ月後に、封書で喫煙状況をお尋ねしてもいいですか？
・退院後の喫煙状況調査について了承します。
ご署名

● 退院後

年 月 日

備考
サイン

資料 大阪府立成人病センターがん予防情報センターホームページ¹⁴⁾

(すでに禁煙を開始している場合は禁煙継続)のためのリーフレット(図2)を配布し、さらに禁煙治療の紹介と禁煙治療のできる大阪府内の医療機関のリストの配布を行う。また、入院待ち期間中の当センター外来における禁煙支援として、禁煙相談を行っていることを紹介する。入院時の目印として、外来カルテの表紙に目印として「禁煙シール」を貼る。

2) 入院時の介入

病棟の職員は、カルテに貼られたシールを目印にしてパス対象患者を入院当日に確認する。パス担当の看護師(個々の患者の担当看護師、看護師長など、病棟によってパス担当者が決められている)は、入院当日にパスシートを用いて入院予約日から入院当日までの対象患者の喫煙状況を把握し、入院前の禁煙治療の利用の有無、入院中に禁煙できる自信の程度(0~100%で表現)を確認し、禁煙に自信がない場合(70%以下の場合)は入院中の禁煙相談の利用を勧め、また入院予約時に配布したリーフレットを読んだかどうかを確認する。以上の事項をパスシートに記入し、入院時用リーフレットを配布して(図2)、入院中に禁煙するまたは継続するように指導を行う。

3) 退院時の介入

患者の退院時には、病棟の担当看護師が入院中の喫煙状況を把握し、退院後の禁煙継続の治療上の意義を退院時オリエンテーションの中で説明する。また、喫煙しなくなった時の対処法、退院後禁煙を継続できる自信の程度(0~100%で表現)を確認した上で、退院後も禁煙を継続することを指導する。また、退院時用リーフレットを配布する。

現実問題としては、以上のうち2)、3)の介入は、患者または病棟の事情により、実施漏れがある場合も見られた。また、以上の介入とは別に、退院後の禁煙継続の支援として、退院後1カ月および6カ月時点の喫煙状況に関する質問用紙を郵送し、返送してもらった。以上の禁煙

図2 入院時用リーフレット

たばこを吸っている・やめて間もない患者さまへ

—入院が決まったら—

○ **手術の1ヵ月前には禁煙しましょう(続けましょう)**
 たばこを吸っていると、手術後に肺炎や呼吸困難など
 苦しい合併症をおこしやすくなります。
 手術の傷の治りが悪くなることもあります。
 予防するには手術の1ヶ月前から禁煙しないと
 あまり効果はありません。

○ **たばこは治療の効果を損ないます**
 入院して治療が始まっても、たばこを吸い続けていると
 治療の効果が現れにくくなります(特にがん、循環器、糖尿病など)。
 病気が早く治るように、1日も早く禁煙を始めましょう。

○ **禁煙相談をお受けします**
 たばこや禁煙についてのご相談は何でもお受けします。
 ぜひご相談ください。詳しくは4ページです。

大阪府立成人病センターは敷地内禁煙です

たばこは、がんや循環器病の重大な危険因子です。
 当センターでは、治療の一環として駐車場を含む敷地内
 を全て禁煙にしています。また、大阪市内は平成19年
 4月から条例で路上喫煙しないことが努力義務となり
 ました。

サポートチームとしての連携活動を通じて、当センター全体での禁煙支援が実施されている。

結 果

(1) パスの発行、実施状況(表1)

2005年5月から2009年3月末までのパス発行件数は1,789件あった。そのうち2008年3月末までに退院した1,585人(以下、パス発行者)について以下に概観する。パス発行者の年齢分布は17~85歳で、中央値は59歳、男性が全体の76.8%(1,218人)であった。入院期間の分布は1~281日で、中央値は15日であった。入院時に病棟で介入を実施された者は1,304人(82.3%)で、未実施が254人(16.0%)、パス発行者の介入拒否が10人(0.6%)であった。退院時の介入は1,065人(67.2%)が受けており、入院時の確認忘れ等で実施されなかった者が409人(25.8%)、外泊退院や退院時に時間が

なかったなどの理由による実施不可能例が47人(3.0%), 実施拒否が24人(1.5%)であった。

(2) 入院予約時点, 入院待ち期間, および入院期間中の喫煙状況(表1)

バス発行者で入院予約時に喫煙していた者は, 1,216人(76.7%), 禁煙を開始して1カ月以内の者が323人(20.4%)であった。入院時に介入を受けた1,304人のうち, 入院前日に吸った者は676人(51.8%), 入院前2~7日以内の喫煙者が174人(13.3%)であった。この入院待ち期間中の喫煙状況は男女間で有意差はなかった(有意水準=0.05)。退院時に介入を受けた1,065人のうち, 入院中に1本でも吸ったと答えた者は222人(20.8%)であった。入院期間中の喫煙者の割合は男性で有意に高かった($p=0.02$)。

(3) 退院後フォローアップの結果(表2)

退院後の追跡調査に同意をした者のうち, 2009年1月末までに退院した801人に対して退院1カ月後時点での喫煙状況を問い合わせたところ, 返信した人は630人(78.8%)で, そのうち最近1週間に1本も吸わなかった人は436人(69.2%), 退院後1本も吸わなかった人は382人(60.6%)であった。未返信者を喫煙者とみなした退院後禁煙継続割合は47.7%であった。同様に, 2008年8月末までに退院した715人に対する退院6カ月後時点での喫煙状況への問い合わせに対して, 返信した人は498人(69.7%)で, そのうち, 最近の1週間で1本も吸わなかった人は298人(59.8%)であった。未返信者を喫煙者とする退院後禁煙継続割合は41.7%であった。未返信者を喫煙者とする退院1カ月, 6カ月後

表1 禁煙支援クリニカルパスの対象となった入院患者における禁煙指導(介入)および禁煙実施の状況

(単位 人, ()内%)

	総数	男	女
入院予約時介入数(バス発行者)	1 585	1 218	367
バス発行者への入院時の介入実施状況			
入院時に指導を受けた(入院時介入者)	1 304(82.3)	998(81.9)	306(83.4)
入院時に指導を受けず	254(16.0)	202(16.6)	52(14.2)
拒否	10(0.6)	6(0.5)	4(1.1)
不眠(バス紛失)	17(1.1)	12(1.0)	5(1.4)
バス発行者への退院時介入の実施状況			
実施(退院時介入者)	1 065(67.2)	809(66.4)	256(69.8)
実施忘れ	409(25.8)	317(26.0)	92(25.1)
実施不可能	47(3.0)	44(3.6)	3(0.8)
拒否	24(1.5)	17(1.4)	7(1.9)
死亡	8(0.5)	6(0.5)	2(0.5)
その他	15(0.9)	13(1.1)	2(0.5)
不眠(バス紛失)	17(1.1)	12(1.0)	5(1.4)
バス発行者の入院予約時喫煙状況			
喫煙	1 216(76.7)	913(75.0)	303(82.6)
禁煙1カ月以内	323(20.4)	273(22.4)	50(13.6)
不明	46(2.9)	32(2.6)	14(3.8)
入院予約から入院までの期間の中央値	18日	16日	25日
入院待期間中の喫煙状況 ²⁾			
入院前日に吸った	676(51.8)	513(51.4)	163(53.3)
禁煙2~7日	174(13.3)	133(13.3)	41(13.4)
禁煙8~14日	89(6.8)	72(7.2)	17(5.6)
禁煙15~31日	188(14.4)	145(14.5)	43(14.1)
禁煙32日以上	87(6.7)	71(7.1)	16(5.2)
不明	90(6.9)	64(6.4)	26(8.5)
入院期間の中央値	15日	16日	12日
入院中の喫煙状況 ³⁾			
入院中に吸った	222(20.8)	180(22.2)	42(16.4)
退院する時点で, 退院後吸わないでいられる自信が70%以上の者の割合	601(56.4)	467(57.7)	134(52.3)

注 1) 2009年3月31日までに退院した患者1,585人についてである。

2) 入院時介入者中の割合

3) 退院時介入者中の割合

表2 退院後の喫煙状況

(単位 人, ()内%)

	総数	男	女
退院1カ月後の喫煙状況 ¹⁾			
退院1カ月後調査票発送数	801	628	173
返信した人	630(100.0)	502(100.0)	128(100.0)
最近1週間以内に1本も吸わなかった人	436(69.2)	354(70.5)	82(64.1)
退院後1本も吸わなかった人	382(60.6)	315(62.7)	67(52.3)
未返信者を喫煙者とする退院後禁煙継続割合	(47.7)	(50.2)	(38.7)
退院6カ月後の喫煙状況 ²⁾			
退院6カ月後調査票発送数	715	563	152
返信した人	498(100.0)	399(100.0)	99(100.0)
最近1週間以内に1本も吸わなかった人	352(70.7)	288(72.2)	64(64.6)
退院後1本も吸わなかった人	298(59.8)	247(61.9)	51(51.5)
未返信者を喫煙者とする退院後禁煙継続割合	(41.7)	(43.9)	(33.6)

注 1) 2009年1月31日までに退院した者

2) 2008年8月31日までに退院した者

の禁煙継続割合は, それぞれ男性で有意に高かった($p<0.01$)。

考 察

禁煙支援クリニカルパスを導入するメリットとしては, 特定の職種または職員に禁煙支援の

負担が集中しないこと、特定の職員が1人の患者に対して何度も指導するよりも、その患者に関わる複数の職員から支援を受ける方が説得力があると考えられること、パスシートを用いることで標準化された支援を行うことができること等があげられる。

パス実施上の課題としては以下が考えられた。

第1に、入院時・退院時ともに介入を実施した割合はパス発行者全員の7割程度であり、退院時が特に低く、ともに導入時から漸減傾向にあったことがあげられる。その理由としては、いわゆる7対1看護制の導入による看護職員の入れ替わりと、パスの実施の必要性の認知が他のクリニカルパスよりも低い可能性が考えられる。また、2007年に当センターの職員を対象にして行った喫煙状況調査¹⁵⁾によると、当センターの看護職員全体の喫煙割合は他の医療機関よりも低い傾向(7%)にあったものの、20歳代の看護師の喫煙割合は高い傾向(14%)にあり、今後の看護職員の世代交代によって、禁煙指導の実施状況に影響がでる可能性も予想される。職員研修において、患者の治療効果の向上には禁煙が必要であることを周知する等、今後の対応が必要と考えられた。

第2に、対象者は禁煙が比較的困難と考えられる者であり、かつ介入がごく簡単なものであることから考えると、退院後6カ月時点での禁煙継続割合が4割という数値は予想以上に高い印象をうけることがある。当センターの入院患者の疾患のほとんどががん・循環器疾患であり、自分の疾患に喫煙が影響していること知っている患者の割合は他の医療機関より高いことが予測される。また、手術予定患者に対して呼吸器外科、耳鼻科などいくつかの科においては、術前の禁煙が必須であることを主治医が説明している。パス発行者はより準備性の高い喫煙者であるものの、以上を考えると喫煙を継続している当センター患者においては禁煙困難例が少なくないことが予測される。入院前1週間の喫煙者の割合が約2/3と高いことはこのことを反映していると考えられる。以上から考えると退院後6カ月時点での禁煙継続割合は予想以上に

高い印象をうける。この理由としては、自宅とは異なり、入院中は敷地内禁煙下や周術期におかれること等の環境の効果が大きいと考えられ、また自己申告の不正確さの可能性も考えられる。後者に対しては、退院後の喫煙状態のより正確な確認のために、外来担当者との協力で呼気CO測定を行うことが強く望まれる。

第3に退院後の禁煙継続割合を一層高めるためには、禁煙指導のフォローアップ体制の強化が必要であり、外来での禁煙指導に対する主治医の協力を得ることが望まれることがある。当センター入院患者へのアンケート調査の結果によると¹⁶⁾、入院時点で喫煙をしている患者については、主治医から禁煙(減煙を含む)の指導を受けた者の割合は約半数であり、主治医からの禁煙指導の強化を図る余地は大きいと考えられる。医療従事者全体からみた患者に対する影響力は主治医で最も高いと考えられるために、外来での主治医による禁煙指導が強く望まれる。この点については、臨床関係学会等による治療効果の向上における禁煙の必要性に関する知識の普及への一層の努力が必要であろう。しかしながら、極めて多忙である外来の現場で主治医自らが禁煙指導を行うことには自ずと限界があるために、長期的には感染管理看護師と同様に禁煙指導看護師等の専門職の外来への設置が計画されるべきであろう。

第4に、入院前後の禁煙治療との連携の強化が望まれることがある。入院中に禁煙補助薬を使ってニコチンの離脱症状を緩和するためには、入院前から禁煙治療を受けておくことが望ましい。そのため、当センターでは禁煙治療についての情報を2007年7月よりパスの実施項目の中に組み込み、入院予約時に禁煙治療を紹介し、近医または当センターの禁煙外来で禁煙治療を開始した上で入院してもらうように働きかけている。しかしながら、当センターの患者においては、高齢者やがん治療の経過で全身状態が悪くなっている者等、健常人への禁煙治療とは異なる対応が必要なものも見られる。また、他院での禁煙治療に失敗した例や、身体的依存よりも心理的依存の強いタイプの喫煙者への支援が

必要になることもある。多忙である当センター各科の外来において禁煙治療を行うことは現実問題として期待できないために、今後当センター内での禁煙専門外来の強化も必要と考えている。

結 語

今回の報告では、パスの効果について対照群をにおいて評価したデータは供覧できなかったが、現在その評価を準備しており、近い将来に報告する予定である。クリニカルパスはわが国において急速に普及し、パスの導入と運営については各医療機関の経験が蓄積されてきている。禁煙支援パスの導入においては、個々の医療機関の経験に基づいて改善の余地があり、今後、実施する医療機関が増え、その相互の情報交換が行われるならば、より良い形の禁煙支援パスの開発が可能になる。同パスの趣旨に賛同し、導入する医療機関が増加することを希望したい。

謝辞

通常業務で大変お忙しい中、禁煙支援パスを実施していただいている当センター看護部職員の皆様、当センターにおける喫煙対策に日頃から協力いただいている患者さんと職員の皆様、そして全がん協の各施設で喫煙対策に関わっておられる皆様に感謝の意を表します。

文 献

- 1) World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2008-The MPOWER. 2008 ; 180-265. <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/>.
- 2) Warner DO. Tobacco control for anesthesiologist. J Anesth. 2007 ; 21 : 200-11.
- 3) Howe HL (ed) A Review of the Definition for Multiple Primary Cancers in the United States. Workshop Proceedings From December 4-6, 2002, in Princeton, New Jersey. Springfield (IL) North American Association of Central Cancer Registries, May 2003.
- 4) Liu YY, Chen YM, Yen SH, et al. Multiple primary malignancies involving lung cancer-clinical characteristics and prognosis. Lung Cancer, 2002 ; 35 : 189-94.
- 5) 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.
- 6) 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.
- 7) Critchley JA, Capewell S. Mortality Risk Reduction Associated With Smoking Cessation in Patients With Coronary Heart Disease: A Systematic Review. JAMA. 2003 ; 290 : 86-97.
- 8) Kinjo K, Sato H, Sakata Y, et al. Impact of smoking status on long-term mortality in patients with acute myocardial infarction. Circ J. 2005 Jan ; 69 : 7-12.
- 9) Warner MA, Offord KP, Warner ME. Role of preoperative cessation of smoking and other factors in postoperative pulmonary complications: a blinded prospective study of coronary artery bypass patients. Mayo Clin Proc. 1989 ; 609-16.
- 10) Nakagawa M, Tanaka H, Tsukuma H, et al. Relationship between the duration of the preoperative smoke-free period and the incidence of postoperative pulmonary complications after pulmonary surgery. Chest. 2001 ; 120 : 705-10.
- 11) Kuri M, Nakagawa M, Tanaka H, et al. Determination of the duration of preoperative smoking cessation to improve wound healing after head and neck surgery. Anesthesiology. 2005 ; 102 : 892-6.
- 12) Møller AM, Villebro N, Pedersen T, et al. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. Lancet. 2002 ; 359 : 114-7.
- 13) 全国がん（成人病）センター協議会ホームページ (<http://www.zengankyo.ncc.go.jp/no-smoking/index.html>). 2009.10.13.
- 14) 大阪府立成人病センターがん予防情報センターホームページ (<http://www.mc.pref.osaka.jp/ocr/tobacco/clinicalpath.html>). 2009.10.13.
- 15) 田中政宏, 谷内佳代, 杉本聡, 他. 全国がん（成人病）センター協議会加盟施設禁煙推進行動計画にもとづいた、がん・循環器専門医療機関における職員の喫煙状況調査. 公衆衛生. 2009 ; 73(2) : 154-58.
- 16) 松岡孝子, 田中政宏, 中山富雄. がん専門病院における入院がん患者の喫煙状況について（第67回日本公衆衛生学会における報告）. 日本公衆衛生雑誌. 2008 ; 55 : 408.