福島県立医科大学 学術機関リポジトリ

Title	たばこ対策の現状と課題 : 福島県立医科大学敷地内全面禁煙にあたって
Author(s)	加藤, 清司
Citation	福島県立医科大学看護学部紀要. 8: 1-10
Issue Date	2006-03
URL	http://ir.fmu.ac.jp/dspace/handle/123456789/59
Rights	© 2006 福島県立医科大学看護学部
DOI	
Text Version	publisher

This document is downloaded at: 2024-04-23T21:25:16Z

Fukushima Medical University

福島県立医科大学看護学部紀要 第８号 1-10, 2006
Bulletin of Fukushima School of Nursing

■ 論 説 ■

たばこ対策の現状と課題
－福島県立医科大学敷地内全面禁煙にあたって－

加藤　清司[1)]

The Status and Tasks of Tobacco Control:
Creating a Tobacco-Free Campus for Fukushima Medical University

Kiyoshi KATOH [1)]

Ⅰ．はじめに

たばこは，喫煙者本人ばかりではなく受動喫煙者に対しても有害であり，喫煙は「嗜好」ではなく「薬物依存」であるとの認識も一般的になりつつある．喫煙の健康影響については様々な推計がなされているが，Mackay[1)]は2025年には全世界で1,000万人が喫煙に関連した疾患により死亡するものと予測している．「前世紀に全世界に拡がり，現在も蔓延し続けている疾病が２つある．ひとつは言わずと知れたAIDSであり，もうひとつがたばこ病だ」[2)]との指摘を待つまでもなく，喫煙は公衆衛生上の最優先課題であり，世界保健機関（WHO）は1970年代以降，世界保健総会において様々なたばこ対策決議を採択し，1989年には「たばこに関する行動計画」決議を行った．2003年の総会では，国際協力によりたばこが健康に及ぼす悪影響から現在および将来の世代を保護することを目的とした「たばこ規制枠組み条約」が採択された．

わが国では，政府が独占的にたばこ事業を所管する専売制が長く続き，専売制廃止後も財務省が事業の保護に当たるなどの事情により[3,4)]，喫煙対策は他の先進国やシンガポールやタイに比べても遅れていた[3)]．しかしながら，第３次国民健康づくり運動である「健康日本21」計画の策定過程で，喫煙対策についての数値目標化について論議を呼んだことがかえって喫煙対策の重要性を浮き彫りにしたこと，「健康日本21」の根拠法である2003年施行の健康増進法で施設の管理者に受動喫煙対策の努力義務を課したことなどもあり，全国的に喫煙対策への取り組みが加速している．特に，教育の場では，2002年４月に学校保健学会が全国の教育委員会に学校敷地内全面禁煙を要請したこともあり，敷地内全面禁煙の波は拡がっている．

福島県においても，「健康日本21」の地方版である「健康ふくしま21」で，2010年までに喫煙率を半減することをめざして県民健康づくり運動をすすめていくこと，が確認された．2005年４月からは，教育庁所轄の全ての県立学校が敷地内全面禁煙に踏み切り，同年５月現在で市町村立学校でも６割が敷地内全面禁煙となった．

本学は1944年に福島県立女子医専として出発し，1950年に旧制大学として開設されたが，1987年から88年にかけ現在地に移転するまでは喫煙規制に関する対策はほとんどとられていなかった．移転後，学生食堂や病院食堂の時間分煙や空間分煙などが行われたが，組織だった対策としては1994年の部長会で決定された病院での喫煙指定場所以外建物内禁煙であった．1998年開設の看護学部では当初より館内全面禁煙であったが，一部の教員の研究室での喫煙を黙認したため問題を残した．同年11月作成の大学施設管理運営マニュアルでは指定場所以外は禁煙とされたが，場所の指定はされなかった．初めて全学の問題として喫煙対策が取り上げられたのは2001年度の衛生委員会である．「大学及び病院とも全面禁煙とすることが望ましい」としながらも，「本学のこれまでの現状や喫煙者の立場にも配慮して，基本的には分煙が適当と判断される」ことから，屋外７カ所を含む14カ所を喫煙箇所として指定し，それ以外は原則禁煙とした．ただし，その後も一部の医局で喫煙が日常化するなど必ずしも原則禁煙が完全には守られているとはいえない状況が

１）福島県立医科大学看護学部　ケアシステム開発部門
環境・保健学／看護管理学領域

key words : tobacco control, tobacco free campus, Fukushima Medical University
キーワード：喫煙対策，敷地内全面禁煙，福島県立医科大学
受付日：2005. 9．5　受理日：2005. 10. 11

表１　福島県立医科大学における喫煙対策の推移

年	決定事項等	実施等
1994	部長会にて病院分煙決定	病院館内喫煙場所以外禁煙
1998	看護学部創立	当初より看護学部棟内全面禁煙
	大学施設管理マニュアル策定 （施設内指定場所以外禁煙）	
2001	衛生委員会にて大学分煙化決定	指定喫煙所（屋内７カ所屋外７カ所）以外全面禁煙 （全面禁煙が望ましいが現状に配慮）
2004	病院敷地内全面禁煙決定	
2005	大学敷地内全面禁煙決定	５月より病院敷地内全面禁煙実施
		10月より総合科学棟喫煙所を除き大学館内全面禁煙
2006		４月より大学敷地内全面禁煙実施（予定）

続いている．その後，2005年５月をもって附属病院敷地内全面禁煙となり，同年７月の評議会で2006年４月から大学敷地内全面禁煙とする学長方針が報告され，全面禁煙までの移行処置として喫煙箇所を屋内１カ所，屋内３カ所に制限するとともに，衛生委員会に禁煙対策ワーキンググループを設置し，全面禁煙に向けた課題の明確化と対策の提案を行うこととなった（表１）．

本稿では，本学敷地内全面禁煙にあたり，たばこ対策の現状を，主に教育・医療・公的機関に絞って概観するとともに，医師・看護師養成機関での喫煙問題と本学が敷地内禁煙とすべき根拠および実施にあたって配慮すべき事項について考察する．

Ⅱ．世界の喫煙対策の現状

アメリカ先住民の宗教儀式等に用いられていたたばこは，15世紀末にヨーロッパにもたらされ，16世紀の中頃には日本に伝来した．ヨーロッパ同様日本でも喫煙習慣は拡がっていき，為政者により喫煙の制限政策がとられた時期があったにもかかわらず人々の間に定着していった．なお，喫煙量（本数）の増加には19世紀末の紙巻きたばこの普及が，喫煙率の増加には，喫煙が前線で戦う兵士の勇姿のシンボルとも捉えられていたこともあり，第１次および第２次世界大戦が大きく貢献したとされている．米国では第２次世界大戦後消費は順調に伸び続け，わが国でも終戦後の男子の喫煙率は８割を超えていた．このような喫煙の流行に転換が訪れたのは1964年の米国公衆衛生局長報告「喫煙と健康」であり，この後米国で喫煙の健康影響の周知と対策の推進により喫煙率は急速に低下していった．

米国でのたばこ消費量の減少に伴い，たばこ産業のターゲットは途上国に向けられている．途上国における喫煙増加が続けば，たばこによる健康および経済の損失は今後減少が予想される感染症による被害を大きく上回り，21世紀初頭には世界的脅威になると予想されている．WHOは喫煙対策を全世界的課題と捉え，1970年以降，世界保健総会において法的規制を視野に入れた様々なたばこ対策決議を採択し，加盟国に対して包括的たばこ対策推進を勧告するようになった．1989年５月の第42回世界保健総会における，たばこ減少とたばこ関連疾患の予防に関する「たばこに関する行動計画」決議を記念して，５月31日が世界禁煙デーとなった．2003年５月の総会で採択された「たばこ規制枠組み条約」は，たばこの消費等が健康に及ぼす悪影響から現在および将来の世代を保護することを目的とし，たばこに関する広告，包装上の表示の規制及びたばこの規制に関する国際協力について定めている．この条約の批准により，１）受動喫煙防止対策，２）たばこ製品の包装･ラベルについて「ライト」「マイルド」等の形容的表示など，誤った印象を生ずる手段を用いたたばこの販売促進の防止対策，３）たばこ製品の包装・ラベルの表示面の30％以上を占める健康に関する警告を付すこと，４）あらゆるたばこの広告，販

売促進及び後援の包括的禁止，または制限，５）未成年に対するたばこ販売を禁止するための効果的な措置，がわが国に義務づけられることとなった[5,6]．

Ⅲ．わが国での喫煙対策の現状

米国で1960年代後半から喫煙率が低下していったのに対し，わが国では1970年代に喫煙率のピークを迎えその後漸減傾向が続いている．暴露から健康障害発生までの期間を考えると現在たばこ関連死亡のピークに突入しつつあると考えられている[4]．わが国の喫煙対策は古く，1900年には未成年喫煙禁止法が制定されているが実効性に問題があった．1964年には厚生省が未成年の喫煙について通知を出し，喫煙と肺がんについても検討していたが，有効な対策を打ち出すにはいたらなかった．喫煙対策については所管官庁が多岐にわたり調整を担当する省庁がないこと，専売制は廃止されたが，財務省が税収上の理由からたばこ事業の保護にあたり，国民の健康の保持増進の立場から喫煙対策を進めようとする厚生労働省との間にかなりの乖離がみられていること，が指摘されている[3]．このようにたばこ対策が遅れたわが国でも，2000年に制定された「健康日本21」のたばこ対策では「『たばこのない社会』という社会通念を確立するために，不特定多数の集合する公共空間（公共の場所及び歩行中を含む）や職場では原則禁煙を目指す」とされ，2003年施行の健康増進法で公共の場での分煙が努力義務化された．こうした動きと前後して，航空機内の全面禁煙化をはじめ公共交通機関での原則禁煙化，学校敷地内全面禁煙など，禁煙の波は確実に広がっている．この章では特に学校および地方自治体庁舎内での対策について述べる．

１．教育の場での喫煙対策　学校敷地内全面禁煙のうねり

教育の現場での喫煙対策は学校敷地内全面禁煙に向け大きなうねりが生じている．

旧文部省は1995年５月，「喫煙防止教育等の推進について（通知）」において，公衆衛生審議会の「たばこ行動計画検討委員会報告書」で指摘された防煙教育の推進および学校等における禁煙原則にもとづく対策をうけ，各都道府県教育委員会等に防煙教育の徹底を指示した．前述の「健康日本21」では「教育関係者は，国民に対する範として，自ら禁煙に努める」としている．また，日本学校保健学会は，2001年11月の第48回大会において，「青少年の喫煙防止に関する提言」[7]を採択し，「学校をタバコのない場所に！」をスローガンとし，「『学校のヘルスプロモーション』の一環として，学校全体を禁煙とすること」を第一番目に掲げた．さらに「教師本人が意識しようとしまいと児童生徒の強力なモデルとなっており，学校こそ健康な人間を育てる場である」ことから，教職員に対して「自らが，タバコを吸わないという望ましいモデルを児童生徒に示す」ことを求めている．中学生の調査[8]によると，男子教員の喫煙率が高いことが中学生の喫煙率の高さと関連していた．高校生ではそうした関連は認められないことから，年少者ほど教員の喫煙に影響されやすいと考えられる．「最強の喫煙対策で，効率がいいのは，大人がタバコをやめること」との指摘[9]もあり，教職員が禁煙モデルを示すことはきわめて重要である．この「青少年の喫煙防止に関する提言」に基づき翌2002年４月，日本学校保健学会理事長名で各都道府県教育長あて「『学校全体の禁煙』を始めとする喫煙防止対策推進のお願い」で都道府県立学校全体の禁煙および市町村教育委員会への働きかけを求めた．都道府県単位で最初に学校敷地内全面禁煙が実施されたのは和歌山県で2002年４月のことであった．その後この動きは瞬く間に全国に広がり，2005年６月現在23都道府県で都道府県立学校の敷地内全面禁煙が実施ないし決定されている．福島県でも１年間の周知期間の後，2005年４月から県立学校の敷地内全面禁煙が実施された．政令市でも仙台市が2003年11月から公立学校の敷地内全面禁煙を実施したのに続き，札幌市，横浜市，名古屋市，広島市，神戸市，京都市，福岡市などが実施ないし実施を決定している[10]．また，多くの市町村にも同様の動きがあり，福島県保健福祉部健康増進グループの調査[11]によれば福島県内で2005年５月現在61％の市町村立小中学校が全面敷地内禁煙となっている．

２．地方自治体庁舎等での喫煙対策の遅れ

人事院が2003年７月に出した「職場における喫煙対策に関する指針（勤務条件局長通知）」では，「空間分煙を最低基準とし，可能な範囲で全面禁煙の方向で改善に努めること」としている．その理由として「全館禁煙化や空間分煙により受動喫煙防止対策を徹底することは，これまで禁煙を希望しながら禁煙できなかった喫煙者にとっても，たばこをやめる機会になる」とし，同時に「産業医，産業看護職から禁煙を勧奨し，禁煙希望者にはニコチン代替療法を用いた禁煙サポートを実施することにより，短期間で喫煙率が大幅に低減することを経験している．全ての職場で全館禁煙や有効な空間分煙による受動喫煙対策を推進するとともに禁煙サポートを併行推進することが求められる」と喫煙者対策の重要性を指摘している．しかしながら，2003年６月に行われた全国規模の実態調査によれば[12]，喫煙対策は96.4％の市町村で行われていたが，庁舎内禁煙は18.1％の実施率にとどまり，

禁煙支援プログラムは14.0％という低さだった．2000年度の調査（厚生労働省：平成12年度地方自治体における喫煙対策実施状況調査結果概要）での庁舎内禁煙の実施率5.2％に比べ増加しているが，分煙の実施増加率と比べると低い．

福島県内に目を向けると，市町村庁舎内の喫煙対策は1990年代中頃からみられはじめたが，1996年現在で空間分煙ないし禁煙を行っていると答えた市町村は，執務室内では20％，窓口では22％に過ぎなかった[13]．前述の福島県保健福祉部健康増進グループの調査[11]によると，2001年の調査では市町村の住民窓口の82.2％，執務室の85.6％が空間分煙ないし禁煙を行っていると回答するほどに増えたが，空間分煙の要件を厳密（他に煙がもれる，あるいは空気清浄器の設置のみでは空間分煙とは認めない．現在市販されている空気清浄器には脱塵効果以外の有害成分除去効果はほとんどないため）にしたところ，庁舎内の分煙率は５割台に落ち，2005年の調査でようやく61.4％になった．健康増進法の施行後であるにもかかわらず依然法律違反状態が続いている．また，本来全面禁煙であるべき市町村保健センターでも15％では何ら対策を施していない現状にある．

保健医療機関や教育機関，官公庁においてはその社会的使命や施設の性格に照らし，「禁煙原則」に立脚した対策を確立すべきという提言[14]がなされている．公共性が高く，さらに規範的立場の公共機関である官公庁庁舎内では，率先して禁煙を実施する姿勢が求められる．

Ⅳ．医療従事者等の喫煙の現状

医師は自分自身を非喫煙モデルとして提示することによって喫煙をコントロールする技術を指導し[15]，青少年が喫煙を開始することを防止する上で重要な役割を担う[16]ことが期待されており，医師法でも健康教育は医師の職務と定められている．看護職もまた患者や地域住民に最も身近な存在として非喫煙モデルが期待される．ここでは，医療従事者特に医師，看護師および医学生，看護学生の喫煙の状況・喫煙に関する意識について観察する．

１．医師および医学生の喫煙の現状と意識

医師の喫煙率は一般人よりも低いとはいえ，欧米と比較すると高率であり，禁煙指導をする立場にある者として更に努力する必要があると考えられる[17]．本学附属病院勤務医に対する調査[18]でも1996年現在で約20％が喫煙者であった．日本医師会会員の調査[19]によると，喫煙率は男女ともに日本全体のほぼ半分であったが，専門家別にみると男子では耳鼻科医・外科医で高く，呼吸器科医や循環器科医では低くなっていた．近年医師の喫煙率は下がってきており，2000年の調査に比べ2004年には男子で有意の減少を示した[20]．日本呼吸器学会員では，1996年の22.7％から2003年には13.9％となっているが[17]，この間後述するように1997年には学会として禁煙勧告がなされている．

医学生についてみると，1994年の自治医大の調査[21]では高学年ほど喫煙率が高く，６年生では30％近い喫煙率であった．1995年に北日本の某国立大学医学部の第３学年から第５学年までの学生333名を対象に行った調査[22]では，現喫煙率は男子で25％，女子で４％，前喫煙率は男子12％，女子２％であった．80％以上の者が，「医師の喫煙は何らかの制限があれば認められる」と回答し，「医師は喫煙すべきではない」とした者は13％のみであった．また，2003年の北海道大学医学部の調査[23]によると学部学生の喫煙率は男子15.4％，女子４％，教職員では男子21.7％，女子４％，事務職員では男子34.8％，女子6.7％であった．これらの値は，私立医科大学医学部の医学生の喫煙状況を調査した，第７回私立医科大学・医学部学生生活実態調査報告書（2000年）の男子36.7％，女子10.4％と比較して低かった．例えば，川崎医大では1998年および1999年の５年生の調査[24]によると，男子52.6％，女子20％が喫煙者であった．また，喫煙者に留年経験者が多かったという．

本学医学部についてみると，1985年当時[25]の男子学生の喫煙率は３，４年生では41％であった．同時に調査した附属病院医師の意識調査では25.8％が「喫煙は絶対やめるべき」と回答し，これを加えた77.4％が「喫煙はやめるべき」と回答し，「個人の自由である」とした者は9.7％であったが，喫煙者と非喫煙者でその割合に差はなかった．一方，医学部生では非喫煙者で37.5％，喫煙者で60.7％が「喫煙は個人の自由」と答えていた．著者らは，「この違いは，単に知識の違いだけでなく，社会的な立場の違い，すなわち，医師は，医療に携わる者として，健康を守る社会的立場にあるため評価が厳しいが，医学生は多少の医学知識はあるものの，将来医療に携わる者としての社会的な責任もあまり強く自覚していないため」としている．筆者が1996年に本学医学部３年生を対象に行った調査（未発表）でも，男子学生の約３分の１が喫煙者であり，前喫煙者を含めると半数が喫煙経験者であった．喫煙者および前喫煙者20名中５名が，本学入学後に始めてたばこを吸い，また６名が入学後に常習喫煙者となっていた．入学後に始めて喫煙した５名についてそのきっかけをみると，４名が「友人との飲み会やクラブ等のコンパ」と答えた．現在喫煙している12名について禁煙の意志について尋ねたところ，９名が「禁煙を試みたことがある」と答えたものの，「今後禁煙

するつもりはない」とした者が８名と３分の２を占めた．医師の喫煙に対する見解については，「非喫煙者へ配慮した上で吸うのであれば問題ない」とするものが全体の３分の２を占めており，「健康教育者として，喫煙する姿を患者にみせるべきでない」とする者は３割に満たなかった．「医師は喫煙すべきではない」とするものも１名のみであった．なお，喫煙状況による医師の喫煙に対する見解の差はみられなかった．

以上，本学医学部学生についての２つの調査から，入学後に喫煙者となるものがいること，受動喫煙者の保護については意識があるものの，医師の健康教育者としての禁煙についてはほとんど意識がないことから，入学初期からの教育の必要性がうかがわれた．なお，筑波大学医学専門群の学生600名の調査[26]でも，大学入学後喫煙を開始する学生が多く，その喫煙習慣はその後も続く可能性が示唆されている．

２．看護師および看護学生の喫煙状況と意識

看護師の喫煙率が高いことは世界的に知られており，職業に伴うストレスの影響も指摘されている[27]．一方，カナダやフィンランドの看護師では低く，看護師の社会的地位が関連しているのかもしれない．河野らの調査[28]によると，わが国の女性看護師の喫煙率は22.9％であり一般女性より高くなっていた．支援が低い群，報酬が低い群で喫煙率が有意に高いことが示されたが，年齢を調整すると有意ではなくなった．また，現喫煙者の70％で看護学生時代またはそれ以前に喫煙が習慣化していると考えられるため，看護学生時代の喫煙行動も含めた検討が必要であると指摘している．国立病院および国立療養所での調査[29]では，看護職の喫煙率は女子18.5％，男子67.8％と当時の一般成人の喫煙率（13.3％，60.4％）よりも高くなっていた．女子について見ると看護婦の喫煙率は16％であるのに対し准看護婦では29％と高くなっていた．准看護婦では特に20歳代での喫煙率が高く，順次低下していた．職業満足感が高いほど喫煙率は低かった．「医療従事者として喫煙すべきでない」とする者は非喫煙者で37％，喫煙者で15％なのに対し「他の職業と区別することなく吸ってもよい」とする者はそれぞれ33％と58％であった．喫煙が習慣になった年齢は各年代とも20～24歳が圧倒的に多く，学生時代ないし就業後すぐに喫煙を開始していることをうかがわせる．100床以上の11病院に勤務する看護職を対象にした調査[30]では，女子の18.8％が喫煙者であり前喫煙者を加えると４割を超した．また男子では54％が喫煙者であった．「医療従事者として看護職は喫煙すべきでない」に賛成する者は10.2％のみであり，「医療機関である病院は全館禁煙にすべきである」には喫煙者の18.6％，非喫煙者の47.4％のみ，「病院におけるタバコの販売はやめるべき」にはそれぞれ36.5％，56.8％が賛成したのみであった．

看護学生についてみると，2002年の石川県内の全看護系学生に対する調査[31]では，未成年者も含まれているにもかかわらず，男子の喫煙率は43.1％，女子では15.1％であった．学校形態別では大学生の喫煙率は9.8％と専門学生の21.0％の半分以下であった．これは大井田らが首都圏で行った調査結果[32]での看護大学学生13％，専門学校学生26％と同様の傾向であった．ただし，大井田の調査では女子のみに限定している．未成年者の喫煙率も大学7.8％，専門学校22.8％では差がみられた．喫煙率に影響を与える要因として母親および友人の喫煙率が挙げられた．喫煙に対する態度では「保健医療従事者の喫煙は好ましくない・喫煙すべきでない」とする者は，非喫煙者では50.2％，喫煙者では20.7％のみであった．初回喫煙年齢をみると，看護学校在学期間中と思われる18～21歳時が52.7％と半数以上を占めており，入学前後に喫煙を開始する者が多いことを示している．森は[33]，「医療従事者が健康なライフスタイルの模範となることを自覚して，みずから禁煙する（喫煙しない）ことは職業上の重要な使命である．一方看護婦での各種の調査結果から喫煙の害に関する知識は一般に比べ多少高いものの，医療従事者としてのexemplar roleの自覚の弱さを示している」と指摘している．看護学生も医学生同様入学初期からの医療従事者としての役割モデルの自覚を含めた教育が必要であろう．

Ⅴ．学会等の対応

日本呼吸器学会が1997年に総会において「禁煙に関する勧告」を決議して以降，多くの学会や保健関連団体が組織として「禁煙宣言」等を行ってきている．主なものを表２にまとめた．

日本呼吸器学会は「禁煙に関する勧告」で禁煙推進運動を社会に対して行う姿勢を明確に打ち出したのに引き続き，2003年には「禁煙宣言」[34]を行った．同学会はこの宣言の基本方針の中で，「専門医の資格要件として非喫煙者であること」「会員が所属するすべての保健医療施設において，全館禁煙を目指す」「広く保健医療従事者へ禁煙を促す」「医療従事者を目指す学生への喫煙問題についての教育を求める」ことなどを掲げており，他の学会等に先んじた内容となっている．

日本学校保健学会は，前述のように2001年11月の第48回大会において，「青少年の喫煙防止に関する提言」[7]を採択し，「学校をタバコのない場所に！」のスローガンのもと，「学校全体を禁煙とする」目標を掲げ，翌2002年４月，各都道府県教育長あての「『学校全体の禁

表2　学会，保健医療関連団体における禁煙宣言等

年	学　　会	宣　　言　　等
1997	日本呼吸器学会	禁煙に関する勧告
1998	日本がん疫学研究会	がん予防のための日本がん疫学研究会提言
1999	日本小児科学会	小児期からの喫煙予防に関する提言
2000	日本肺癌学会	禁煙宣言
	日本公衆衛生学会	「たばこのない社会」の実現にむけて
2001	日本学校保健学会	青少年の喫煙防止に関する提言
2002	日本循環器学会	禁煙宣言
	日本口腔衛生学会	禁煙宣言「たばこのない世界」を目指して
	日本気管支学会 (現日本呼吸器内視鏡学会)	禁煙活動宣言
2003	日本呼吸器学会	禁煙宣言
	日本癌学会	禁煙宣言
	日本公衆衛生学会	「たばこのない社会」の実現に向けた行動宣言
2004	日本歯周病学会	禁煙宣言
	保健医療関連団体	
2001	日本看護協会	看護職のたばこ対策宣言
	日本医師会	日本医師会禁煙キャンペーン
2003	日本小児科医会	日本小児科医会宣言
	日本医師会	禁煙推進に関する日本医師会宣言
	日本薬剤師協会	禁煙運動宣言
	日本対がん協会	禁煙宣言
2004	全国保健所長会	喫煙対策の推進に関する行動宣言
2005	日本歯科医師会	禁煙宣言

煙』を始めとする喫煙防止対策推進のお願い」で都道府県立学校全体の禁煙および市町村教育委員会への働きかけを求めた．

日本公衆衛生学会は2000年７月「たばこのない社会の実現に向けて」[35]で「たばこのない社会」が実現するよう，あらゆる機会や関係団体をとおして，個人，集団，および社会環境を対象とした喫煙対策の推進を支援することを宣言した．さらに，2003年には「たばこのない社会の実現に向けた行動宣言」[36]において，「2004年の総会時に喫煙率を調査し，2010年までの６年間に喫煙率を４分の１とする」「学会関連の施設，機関（研究教育，衛生行政，医療等）の禁煙をめざす」「たばこ産業との共同研究は行わない」「学校・地域・職域との連携により，たばこ対策の実践活動を推進する」ことなどを掲げている．また，「保健医療従事者の教育研修機関（大学，保健所等）が連携し，医科・歯科学生，看護学生及び研修医等に対して，たばこ対策（自らの禁煙，禁煙希望者に対する禁煙指導等）を実践できるように教育・研修を行う」こととしている．

日本小児科学会は，1999年に「小児期からの喫煙予防に関する提言」[37]において「小児科医の喫煙予防活動」「喫煙予防教育の実施」「たばこ自動販売機の規制」「たばこ広告の禁止」「テレビ放送中などの喫煙場面の禁止」の５項目からなる提言を行っている．

日本循環器学会は2002年に「禁煙宣言」[38]を行い，「2007年までの数値目標として会員，事務員を含む関連施設従業員の喫煙率を４分の１とする」「医学部学生の喫煙率を０％とする」ことを掲げるとともに，「すべての公的施設の完全な禁煙を要請する」ことなど掲げている．

日本医師会は2001年以降禁煙キャンペーンを開始し，反タバコのテレビコマーシャルを毎週１回放映するなどしてきた．2003年３月には定例代議員会において，「禁煙推進に関する日本医師会宣言」[39]を承認した．これは「国民の健康を守るために，喫煙大国からの脱却をめざして，今後とも禁煙推進に向けて積極的に取り組んでいく」ことを宣言したものであり，具体的には，「医師及び医療関係者の禁煙の推進」「全国の病院・診療所及び医師会館の全館禁煙の推進」「医学生に対するたばこと健康についての教育の充実」「たばこの健康に及ぼす悪影響の国民への普及啓発」「あらゆる受動喫煙による健康被害からの非喫煙者の保護，特に妊婦，未成年者に対しての喫煙防止の推進」「たばこに依存性があることを踏まえて，禁煙希望者に対する医学的支援の充実」「禁煙を推進するための諸施策について，政府等関係各方面への働きかけ」を行っていく，としている．

日本看護協会は2001年の「看護職のたばこ対策宣言」[40]で，保健医療福祉施設の「禁煙・分煙」環境の整備を目指していたが，2004年５月世界禁煙デーに合わせ，「看護者たちの禁煙アクションプラン」３年計画[41]を発表した．計画では2006年までに，「看護者の職場内での喫煙ゼロ」「保健医療福祉施設や看護教育機関の敷地と建物内の全面禁煙」「看護学生に対する防煙・禁煙教育」「看護者による地域の人々への禁煙支援と教育活動の実践」を目指すこととしている．このアクションプランは，行動計画と禁煙支援ガイドの２本立てであり，ガイドは，「喫煙する看護者のインタビューなどの調査に基づき，喫煙に関する知識の普及と職場を完全禁煙にする」ことが重要だとしている．協会は禁煙環境の整備を目指し，たばこ対策委員会を各施設に作り，看護者の相談窓口となる禁煙支援担当者を育成するなどの方針を打ち出した．禁煙実行法としては，ストレス管理法や体重管理法の教育，インターネットや携帯メールを使用した既存の禁煙プログラム，ニコチンガム，ニコチンパッチなどの代替療法や禁煙外来も紹介している．また，禁煙指導や治療が盛んになるよう禁煙診療を報酬化し，医療保険でカバーできるよう国に要望していくとしている．なお「禁煙・分煙環境の整備」から「敷地と建物内の全面禁煙」への転換は，日本医療機能評価機構の病院機能評価項目の改訂に対応しているとされている．

Ⅵ．医療機関の敷地内全面禁煙への動きと課題

日本医療機能評価機構の最新の評価体系では，「全館禁煙を原則」とし，「敷地内を含む全面禁煙の場合は高く評価する」としている．しかしながら，福島県の状況をみると，2004年の相双保健福祉事務所の調査[42]では，対象とした16病院のうち６病院（38％）のみが館内全面禁煙であり，2005年の会津保健福祉事務所の調査[43]でも，対象24施設中敷地内全面禁煙は３施設のみ，館内全面禁煙を含めても全体の46％の11施設しかなく，長野県医師会の2003年調査[44]の全館禁煙65.8％に比べ低くなっていた．本学の附属病院敷地内禁煙から大学敷地内全面禁煙への動きが，福島県内の各医療機関の禁煙化へ波及することを期待したい．

禁煙広報センター[45]の事例紹介で，2000年の開設時より全館・敷地内完全禁煙とした塩尻共立病院の矢崎顕二院長は，「医師・看護師に限らず，医療機関に勤務する人は人々の健康を守る立場にある．健康を害することがはっきりわかっている喫煙は，自己否定であり，職業倫理に反する行為である」と考え，「喫煙を容認する『分煙』を認めるつもりはなかった．医療従事者であっても禁煙でニコチン依存から抜け出すと，たばこの煙やにお

いが，いかに患者に迷惑なものであったかを悟る」と述べている．順天堂医院および順天堂大学医学部は2003年より全館禁煙となったが，中村は[2]「これらの措置は健康増進法と病院機能評価受審に対応したもので，いわば外圧に押されて決定した形であった．このため禁煙の必要性について，医師・患者双方に充分な理解が得られていないという問題点が残されている」とし，「喫煙の害が明らかになっている今，喫煙を容認する理由は何一つない．疾患の原因や悪化因子を取り除くことが，病院の機能・医療従事者の職務であり，喫煙者を禁煙に導いてあげるのが医療従事者としての本当の配慮」であることの再確認を求めている．これに対し精神科領域特に統合失調症では禁煙に導くことが難しく[46]，いわゆる強制入院である医療保護入院や措置入院での禁煙に対する疑問の表明[47]もあるが，中村の言うように「病院の機能・医療従事者の職務」を考えるなら，精神科病棟を含め医療機関が敷地内全面禁煙であるのは当然のことといえよう．

敷地内全面禁煙を実施している施設では喫煙者対策は必須である．札幌社会保険病院[48]では「禁煙外来」に専任医師はおかず，全医師が「禁煙外来マニュアル」にもとづき担当することにより効果を挙げている．同病院では[49]，トイレや玄関前などでのかくれ喫煙対策として，事務局職員を中心に禁煙指導パトロールを実施するとともに吸い殻の収拾を行っており，年々ポイ捨ては少なくなっている．野村[50]も「『場所の禁煙』が有効なのは，そのルールが額面どおり守られている場合に限る．最初の小さなルール違反，一部の確信犯的喫煙者による喫煙に，きちっと対応することが最も効果的である．巡回するなどの対応をあらかじめ決めておく必要がある．また，巡回中でなくても，病院職員がルール違反の現場を通りかかった場合には必ず声をかけるよう徹底する」ことが重要としている．広報活動，施設整備や各種団体との連絡・調整なども含め，事務局職員の役割が大きいことがうかがえる．

なお，本学病院領域医事グループが附属病院敷地内全面禁煙に先立ち全国の国公立大学附属病院に対して行った調査（未発表）では，2005年1月現在で，49施設中敷地内全面禁煙が8施設，建物内全面禁煙が28施設であり，建物内全面禁煙の施設でも敷地内全面禁煙への移行を検討していた．また，日本学校保健学会「たばこのない学校推進プロジェクト」[51]の調査によると，医療系では多くの大学が全館禁煙となっており，2003年7月から実施している秋田大学医学部のように敷地内全面禁煙が主流になっていくものと思われる．

Ⅶ. おわりに

たばこが喫煙者本人ばかりではなく受動喫煙者の健康にも悪影響を及ぼすこと，喫煙習慣は嗜好ではなく薬物依存であること，は疑問の余地のないこととして受け入れられるようになってきた．「健康日本21」や健康増進法，各種学会の禁煙宣言，日本医療機能評価機構の評価項目，学校での敷地内全面禁煙化のうねりなど，わが国の喫煙対策は着実に前進している．

喫煙対策のうち分煙は，非喫煙者を喫煙者の発する有害なたばこの煙から守るための対策であり，喫煙者の健康への配慮はない．一方，敷地内全面禁煙は，喫煙者にとってもその場にいる限りたばこの害から守られ，かつ禁煙の動機付けとなることから禁煙対策の側面を持つとともに，児童・生徒・学生に喫煙を開始する場を与えないことから防煙対策の側面も持つ．「患者の健康を回復し，疾病の原因や悪化因子を取り除く場」である附属病院の敷地内全面禁煙に引き続き，「県民の保健・医療・福祉に貢献する医療人の教育および育成の場」である本学が2006年4月をもって敷地内全面禁煙となることは当然のことであるが，全国の大学のなかでも早期に踏み切るに至ったことは評価される．このことは県民に対し「たばこは健康にとって有害である」という明らかなメッセージを本学から発信するという意味を持つ．

大学敷地内全面禁煙にあたっては，学生に対し入学後早期に，喫煙の有害性のみならず，将来医療人として自ら健康行動役割モデルを担い，また健康教育を行う立場に立つという自覚を促す教育が必要であろう．また，学内の全ての教職員および学生が，本学が敷地内全面禁煙すべき理由を正しく理解し，現喫煙者の禁煙に向けたサポートを行うことが必要とされる．教職員・学生の禁煙サポートには新設が予定されている「健康管理センター」がその役割を担うことが期待される．また，現在「大学禁煙化プロジェクト」[52]や前述の「たばこのない学校推進プロジェクト」[51]など，大学での喫煙対策を支援する活動も活発に行われており，積極的に利用していく価値があると思われる．なお，かくれ喫煙や確信犯喫煙者への対策は敷地内全面禁煙を実効あるものとするために重要であり，教職員が喫煙現場を目撃した場合かならず声をかけることを徹底する必要がある．

すなわち，

1）学生に対する入学初期からの喫煙の有害性および医療人としての自覚を促す教育
2）全ての学生・教職員が敷地内全面禁煙すべき理由について共通理解をもつこと
3）現喫煙者への禁煙に向けたサポートの充実

4）かくれ喫煙・確信的喫煙への対策
5）学外からの来訪者や委託業者等に対する周知の徹底
が本学敷地内全面禁煙のために必要であろう．

筆者自身，医学部在学中から喫煙者であり，「公衆衛生の医者のくせに」という妻からの非難の声でやっと禁煙できた経験から，喫煙は「嗜好」ではなく「薬物依存」であるということを身をもって感じている．本学の敷地内全面禁煙を機に，学内の喫煙者が禁煙に踏み切り，県内の喫煙者のひとりでも多くが禁煙へ動機付けられることを期待している．

引　用　文　献

1）Mackay, J.L.: The fight against tobacco in developing countries, Tubercle and Lung Disease, 75, 8-24, 1994.
2）中村靖：病院が禁煙でなければならない訳，順天堂医学，50，104-105，2004.
3）島尾忠男：日本と世界の喫煙対策，成人病と生活習慣病，33，845-849，2003.
4）吉見逸郎，祖父江友孝：日本のたばこ問題に関する現状・歴史的背景・今後の見通しについて，日本呼吸器学会雑誌，42，581-588，2004.
5）臼田寛，紺野圭太，河野公一他：「たばこ規制枠組み条約」を中心としたWHOのたばこ政策：わが国のたばこ政策への影響，日本公衆衛生雑誌，49，236-245，2002.
6）臼田寛，玉城英彦，紺野圭太他：「たばこ規制枠組み条約」の成立過程と今後の運用方向性，日本公衆衛生雑誌，50，1058-1065，2003.
7）日本学校保健学会：青少年の喫煙防止に関する提言，学校保健研究，43，532-533，2002.
8）Osaki, Y. and Minowa, M.: School factors and smoking prevalence among high school students in Japan, Environmental Health and Preventive Medicine, 1, 107-113, 1996.
9）大竹修一：学校敷地内禁煙を急げ　なぜ，今，タバコが問題なのか？　山形県医師会学術雑誌，26，1-9，2003.
10）学校の禁煙化を支援するホームページ
http://nosmoke.hp.infoseek.co.jp/gakkou/.
11）福島県保健福祉部健康増進グループ：公共施設における分煙化実態調査（平成17年５月）の概要
http://pref.fukushima.jp/imu/bunen_tyousa_0505.htm.
12）新村洋未，萱場一則，國澤尚子他：全国の市町村における喫煙対策事業の実施状況と重要性の認識，日本公衆衛生雑誌，51，814-821，2004.
13）加藤清司：福島県市町村における喫煙対策の現状，福島県保健衛生情報，7，2-4，1997.
14）箕輪真澄：喫煙対策における保健所活動の重要性，日本公衆衛生雑誌，41，289-293，1994.
15）Glanz, K., Hewitt A., M. and Fiel, S.B. : Preventive pulmonary medical education: A review of its importance, status, and challenge, Chest, 10, 487-493, 1991.
16）Epps, R.P. and Manley, M.W. : Prevention of tobacco use during childhood and adolescence, Cancer, 72, 1002-1004, 1993.
17）北村諭：医療従事者の喫煙問題を考える，日本呼吸器学会雑誌，42，597-600，2004.
18）阿部和道，小野悟，菊地久美子他：医師の喫煙状況とその意識：福島県立医科大学付属病院において，福島県立医科大学衛生学セミナー報告書　平成８年度，48-54，1996.
19）櫻井秀也，大井田隆：日本医師会員の喫煙行動と喫煙に対する態度，日本医師会雑誌，124，725-736，2000.
20）兼坂佳孝，大井田隆：日本医師会員の喫煙行動と喫煙に対する態度，日本医師会雑誌，133，505-512，2005.
21）小林淳，北村諭：自治医科大学職員と医学生の喫煙に関する意識調査，呼吸，16，934－938，1997.
22）加藤清司，本橋豊，久松俊一他：医学部学生の喫煙状況および意識，学校保健研究，39，157-162，1997.
23）今井必生，紺野圭太，武蔵学他：北海道大学医学部における喫煙実態調査，日本公衆衛生雑誌，51，540-551，2004.
24）川根博司，松島敏春：当大学医学生の喫煙状況に関する調査，1998年～1999年，川崎医学会誌，26，129-134，2000.
25）芳賀淳子，島井哲志，鈴木秀吉：医師および医学生の喫煙行動の実態，厚生の指標，34，18-25，1987.
26）大塚盛男，松井裕史，久賀圭祐他：医学生の喫煙に関する意識と実態についての調査，Campus Health，37，353-356，2001.
27）Adriaanse, H., Van Reek J., Zandbelt, L. 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, 361-375, 1991.
28）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，日本公衆衛生雑誌，49，126-131，2002.
29）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，日本公衆衛生雑誌，44，694-701，1997.
30）古株ひろみ，廿佐京子，藤田きみゑ：看護職の喫煙対策に関する研究：看護職の喫煙に対する意識調査，滋賀県立医科大学看護短期大学部学術雑誌，7，23-28，2003.
31）木勢育子，丸銭笑子，井岡道子他：石川県下の全看護学生の受動喫煙に関する実態調査（第１報）：喫煙状況の実態，北陸公衆衛生学会誌，31，24-29，2004.
32）大井田隆，尾崎米厚，岡田加奈子他：看護専門学校と看護大学の学生における喫煙行動の比較，日本衛生学雑誌，54，539-543，1999.

33）森亨：医療従事者の喫煙，日本公衆衛生雑誌，40，71-73，1993.
34）永井厚志：喫煙問題と日本呼吸器学会の取り組み，日呼吸会誌，42，589-591，2004.
35）日本公衆衛生学会：たばこのない社会の実現に向けて，日本公衆衛生学雑誌，47，844，2000.
36）日本公衆衛生学会：たばこのない社会の実現に向けた行動宣言，日本公衆衛生学雑誌，50(11)，巻頭，2003.
37）日本小児科学会：小児期からの喫煙予防に関する提言 http://plaza.umin.ac.jp/~harasho/nsmk/kzh/jps9912.htm.
38）日本循環器学会禁煙推進委員会：日本循環器学会禁煙宣言 http://www.j-circ.or.jp/kinen/sengen.
39）日本医師会：禁煙推進に関する日本医師会宣言 http://www.med.or.jp/nosmoke/kinensengen.html.
40）日本看護協会：看護職のたばこ対策宣言 http://www.nurse.or.jp/koho/h13/tabako-sengen.pdf.
41）日本看護協会：看護者たちの禁煙アクションプラン http://www.nurse.or.jp/tabako/action.html.
42）酒井浩樹，草野文子，磯部弘美他：相双地域における受動喫煙防止及び禁煙支援の取り組みについて，福島県保健衛生学会誌，35，36-37，2005.
43）佐々木りつ子，加藤一夫，鈴木洋子：管内病院の分煙化実態調査からの一考察，福島県保健衛生学会誌，35，38-39，2005.
44）浦田剛：日本における喫煙対策，公衆衛生，69，59-62，2005.
45）禁煙広報センター http://www.kin-en.info.
46）Esterberg, M.L. and Compton, M.T.: Smoking behavior in persons with a schizophrenia-spectrum disorder: a qualitative investigation of the transtheoretical model, Social Science & Medicine, 61, 293-303, 2005.
47）新井平伊：メンタルクリニックから「病院が禁煙でならなければならない訳」に答える，順天堂医学，50，192-194，2004.
48）秦温信，安田秀美，檜山繁美他：院内・敷地内全面禁煙の取り組みと問題点，日本病院会雑誌，50，298-302，2003.
49）江口精一，井上正俊，山谷修二他：院内・敷地内全面禁煙の取り組みにおける事務局職員の役割，社会保険医学雑誌，43，119-122，2004.
50）野村英樹：さまざまな取り組みから学ぶ　一歩先ゆく禁煙サポート　敷地内禁煙病院における禁煙サポート，呼吸器ケア，2，814-822，2004.
51）たばこのない学校推進プロジェクト，http://www.cnc.chukyo-u.ac.jp/users/ ieda/ project. htm.
52）大学禁煙化プロジェクト，http://www.nara-wu.ac.jp/hoken/annai3.htm.