

資料

「改正・健康増進法」ならびに「兵庫県受動喫煙の防止等に関する条例」 施行による病院の無煙化達成状況

ハマダ 濱田	マサノリ 昌範*	ナカニシ 仲西	ヒロコ 博子 ^{2*}	ノハラ 野原	ヒデアキ 秀晃 ^{3*}	シミズ 清水	ミツエ 光恵 ^{4*}
イマイ 今井	マサナオ 雅尚 ^{5*}	ナガエ 長江	トシユキ 利幸 ^{6*}	ヤナガワ 柳川	タクミ 拓三 ^{7*}	カキモト 柿本	ユウイチ 裕一 ^{8*,9*}
ヤナギ 柳	ヒサオ 尚夫 ^{10*}	スドウ 須藤	アキラ 章 ^{11*}	オウサカ 逢坂	ゴロウ 悟郎 ^{12*}	スミ 鷺見	ヒロシ 宏 ^{13*}
イチチ 伊地智	チアキヒロ 昭浩 ^{14*}	タドコロ 田所	マサヤ 昌也 ^{15*}	スズイ 鈴井	ヒロシ 啓史 ^{16*}	ヒロタ 廣田	サトシ 理 ^{17*}

目的 2019年7月の「改正・健康増進法」（以下、同法）施行に伴い兵庫県では「受動喫煙防止等に関する条例」（以下、同条例）が上乘せ施行された。具体的には精神科病院を除く病院（以下、一般病院）は全国に先んじ、「敷地内・建物内のすべてを禁煙。敷地の周囲も禁煙」（以下、無煙化）、精神科病院は「施設管理者が治療のために必要と認めた」場合は屋外喫煙区域（以下、特例区域）を設けることができる運用になった。本調査の目的は、兵庫県下の病院における同法・同条例施行後の無煙化の達成状況と課題を明らかにすることである。

方法 兵庫県保健所長連絡会に所属する全保健所が病院立入検査対象病院の喫煙環境を調査した。同法・同条例の施行日以前に立入が完了した病院と、新型コロナウイルス感染拡大のため、やむなく立入りを来年度に延期した病院は質問紙による調査も可とした。調査項目は、全面禁煙であることの表示の状態、灰皿の有無、職員を受動喫煙から守る仕組みの有無等である。同法・同条例施行後に新たに生じた問題と精神科病院で治療のために喫煙が必要と施設管理者が認めた理由については自由記載とした。無煙化達成の判断は「全面禁煙を表示したうえで、敷地内と、その周囲にも灰皿が設置されていないこと」と定義した。

結果 神戸市と西宮市は所轄との調整がつかず計134か所の調査を見送った。残り15保健所管内の病院205か所を調査対象とした。調査した全病院のうち同法・同条例のもと、無煙化を達成した病院は195か所（95.1%）、無煙化を達成した一般病院は178か所（97.3%）であった。精神科病院22か所のうち特例区域を設けた病院は4か所、残り18か所のうち無煙化を達成した病院は17か所（94.4%）であった。精神科病院で治療のために喫煙が必要と施設管理者が認めた理由は「禁煙にすると精神状態が悪化する」であった。一般病院と特例区域を設けなかった精神科病院での、無煙化に伴い新たに生じた問題点は「敷地外での喫煙に関する苦情」22件、「吸殻のポイ捨て」15件、「敷地内での隠れ喫煙」7件などであった。

結論 同条例は病院の無煙化を目指した画期的な条例である。同法・同条例の施行により、一般病院の無煙化はほぼ達成できている。精神科病院の無煙化も大きく前進した。

Key words : 禁煙, 健康増進法, 受動喫煙, 敷地内禁煙, 精神科病院

日本公衆衛生雑誌 2021; 68(8): 559-563. doi:10.11236/jph.20-147

* あかし保健所
2* 芦屋保健所
3* 宝塚保健所
4* 伊丹保健所
5* 加古川保健所
6* 加東保健所
7* 福崎保健所
8* 龍野保健所
9* 赤穂保健所兼務
10* 豊岡保健所

11* 朝来保健所
12* 丹波保健所
13* 洲本保健所
14* 神戸市保健所
15* 兵庫県健康福祉部（前姫路市保健所）
16* 尼崎市保健所
17* 前西宮市保健所
責任著者連絡先：〒674-0068 明石市大久保町ゆりのき通り 1-4-7 あかし保健所 濱田昌範

I 緒 言

受動喫煙防止対策は非喫煙者ならびに喫煙者の健康被害を低減させるために非常に重要な施策である。病院敷地内で、喫煙しない患者が受動喫煙の被害に会うことはあってはならないことに加え、喫煙する患者には禁煙のきっかけを与える意味があることから、受動喫煙防止対策は院内感染防止対策・医療安全対策と並び、病院における公衆衛生活動の三本柱のひとつと言って過言でない。そこで全国保健所長会でも「保健所は、管轄区域の学校、医療機関、行政機関などの敷地内全面禁煙をめざす。」と宣言している¹⁾。しかし3年ごとに実施される厚生労働省の医療施設静態調査によると2017年度に調査した病院8,412か所のうち「敷地内を全面禁煙としている」病院は4,938か所(58.7%)に留まっている²⁾。

欧米での医療機関の無煙化(Smoke-free)は、1990年代の話題であり、最近の状況を調べた調査は少なかった³⁾。少なくとも先進7か国で病院の敷地内で喫煙できるのは日本だけである⁴⁾。

2019年7月に施行された「改正・健康増進法」⁵⁾(以下、同法)により、医療機関は教育機関と同じく第一種施設に分類されたが、教育機関とは異なり「敷地内禁煙ではあるものの屋外に喫煙所設置することができる」扱いになった。これでは病院機能評価およびニコチン依存症管理料算定の施設基準である、本来の敷地内禁煙の定義と大きく矛盾する。

兵庫県では同法と同時に「受動喫煙防止等に関する条例」⁶⁾(以下、同条例)を上乗せ施行し、全国ではじめて「医療機関は敷地内・建物内のすべてを禁煙。敷地の周囲も禁煙」(以下、無煙化)を決定した。これまで筆者らが精神科病院でもそれ以外の病院(以下、一般病院)と同様に全面禁煙が可能であることを示してきた^{7,8)}。しかし、後日通知された実施要領⁹⁾により、精神科病院では「施設管理者が治療のために必要と認めた」場合は屋外喫煙区域(以下、特例区域)を設けることができる例外扱いになった。

本調査の目的は、兵庫県下の病院における同法・同条例施行後の無煙化の達成状況と課題を明らかにすることである。

II 研究方法

調査対象は兵庫県下の医療法第25条第1項に基づく立入検査対象の病院339か所。同法・同条例の立入権限が兵庫県・政令指定都市・中核市で異なるため調整を要した。具体的には、兵庫県では同法・同

条例の所轄が健康福祉部健康局健康増進課にあるので、本調査は保健所長会の自主研究として実施し、結果を同課に情報提供することにした。神戸市保健所は他の政令指定都市の大部分と同様に、同法・同条例の所轄が保健所ではなかったため同管内の病院は調査対象外となった。中核市の保健所はそれぞれに同法・同条例の立入権限があるので病院立入検査時に調査することにした。

調査期間は同法・同条例施行日の2019年7月1日から2020年3月31日までとした。保健所医師による病院立入時の実地見分による調査を原則にするものの、一部の病院では施行日までに立入検査が終了していたことに加え、年明けからの新型コロナウイルス感染症の拡大のため、やむなく病院立入を次年度に延期した医療機関では、質問紙による調査も認めた。

無煙化が達成されているか否かの判断基準は「全面禁煙であることを表示したうえで敷地内とその周辺にも灰皿が設置されていないこと」と定義した。

一般病院と精神科病院に共通した調査項目は同条例第9条および第10条に掲げられた必要要件、すなわち敷地内全面禁煙であることを表示していること、および敷地内とその周辺にも灰皿が設置されていないこと、に加えLongoらの論文³⁾を参考に職員の喫煙調査、病院の就業規則の有無、禁煙支援システムの有無、病院でのタバコの販売の有無とした。

特例区域を設けた精神科病院の調査項目には同条例実施要領に記載されている特例区域の要件5項目に加え、喫煙に同伴する看護師の受動喫煙防止対策を追加した。

無煙化になって新たに生じた問題点と、治療のために喫煙が必要と施設管理者が認めた理由については自由記載とした。

本調査は受動喫煙対策という行政活動の把握を目的とし、病院(組織)が調査対象である。ヒトや動物を対象とした医学系研究ではない。また個人情報を取り扱っていないので倫理委員会の審査の適応外と判断した。集計にあたり、特定の病院の結果であることが類推できないように配慮した。

分析は単純集計を行った。統計計算にはフリーソフトのEZR¹⁰⁾を用いFisherの検定で $P < 0.01$ を有意とした。自由記載はカテゴリー分類して集計した。

III 研究結果

兵庫県下17の保健所のうち西宮市の病院25か所は前年度に大規模な調査を実施したばかりだったので今回の調査には所内の合意を得られなかった。また神戸市の病院109か所は同法・同条例の所轄部署と

表1 一般病院における敷地内全面禁煙開始時期

項目	同法・同条例 に合わせて 無煙化	同法・同条例 施行以前に 全面禁煙化	無記入 その他	合計
n (%)	51(27.9)	95(51.9)	37(20.2)	183(100)

表2 一般病院と精神科病院に共通した調査結果

項目	一般病院 [合計183か所] n (%)	精神科病院 [合計22か所] n (%)	有意差** P
無煙化の達成*	178(97.3)	17(77.3)	P=0.002
職員の喫煙率調査実施 したことがある	39(21.3)	5(22.7)	P=1.00
職員の喫煙に関する規 則や就業規程がある	36(19.7)	2(9.1)	P=0.26
禁煙したい職員を支援 するシステムがある	43(23.5)	2(9.1)	P=0.17
院内売店や自販機でタ バコを販売していない	183(100.0)	20(90.9)	P=0.01

*「全面禁煙であることを表示したうえで敷地内とその周辺にも灰皿が設置されていないこと」と定義した。

** Fisher の検定

の調整がつかなかったのと同じく参加できなかった。その結果、上記の2保健所を除く15保健所の立入対象病院205か所、すべてから回答を得た。病院立入時の実地見分により調査した病院131か所(63.9%)。残りの病院74か所(36.1%)は質問紙による調査であった。

一般病院183か所では同法・同条例施行以前にすでに95か所(51.9%)の病院で全面禁煙を実施していたが(表1)、同法・同条例施行後は178か所(97.3%)が無煙化を達成した(表2)。一方、精神科病院で無煙化を達成したのは17か所(77.3%)であった。4か所(18.2%)が特例区域を設け喫煙を続行し、もう1か所は喫煙所が現認された。一般病院と精神科病院とでは無煙化達成率に有意差があった(表2)。

職員の喫煙率を調査している病院、喫煙に関する就業規則や禁煙支援システムがある病院も25%以下と少なかったが、一般病院と精神科病院で有意差はなかった。院内でタバコを販売している一般病院はなかったが、精神科病院のうち2か所(9.1%)では院内でタバコを販売していた。いずれも特例区域を設けた病院であった(表2)。

特例区域を設けた精神科病院4か所のうち1か所(25.0%)で特例区域であることの表示と未成年者

表3 特例区域を設けた精神科病院における調査結果
[合計4か所]

項目	適正 n (%)	不適正 n (%)
特例区域は病院利用者が通常立ち入らない屋外にある	4(100.0)	0(0)
特例区域であることが表示されている	3(75.0)	1(25.0)
特例区域に20歳未満および妊婦の立入り禁止が表示されている	3(75.0)	1(25.0)
治療上喫煙を必要とする旨が診療録等に記載されている	1(25.0)	3(75.0)
治療上喫煙が必要とされた者以外、特例区域で喫煙していない	2(50.0)	2(50.0)
喫煙に同伴する看護師の受動喫煙防止対策が立案されている	0(0)	4(100.0)

と妊婦は立入禁止の表示がなかった(表3)。治療のために喫煙が必要であることを患者ごとに評価して、診療録等に記録してある病院は1か所(25.0%)しかなく、残りの3か所(75.0%)では入院形態と病棟単位で喫煙を許可していた。入院患者以外が喫煙していた病院が2か所(50.0%)あった。また、これら4か所すべてで患者の喫煙に同伴する看護師の受動喫煙防止対策が立案されていなかった(表3)。治療のために喫煙が必要と認めた理由は「禁煙により精神症状が不安定になる」で一致していた。

一般病院と特例区域を設けなかった精神科病院で、無煙化により新たに生じた問題点は、「敷地外での喫煙に関する苦情」が22件(10.5%)と最も多く、続いて「吸殻のポイ捨て」15件(7.2%)、「敷地内での隠れ喫煙」7件(3.3%)、「喫煙者に注意して逆切れされた」等、その他4件(1.9%)であったが、「とくに問題なかった」21件(10.0%)と、無記入が140件(67.0%)あった。

IV 考 察

同条例は病院の無煙化を目指した画期的な条例で、現時点で兵庫県以外の都道府県に例を見ないので、その成否は他の自治体の注目を集めている^{11,12)}。加えて、無煙化が困難と思われていた精神科病院においても、問題なく実施できることが判明すれば、全国の精神科病院の無煙化が加速することが期待できる。

1. 保健所による病院の喫煙状態調査の難しさ

病院立入検査時に受動喫煙防止対策に関する調査を実施している保健所は、鈴木らの報告によると2019年度30.2%にとどまっている¹³⁾。本調査で最も苦勞した点は、自治体ごとに同法・同条例の所轄が

異なるため、約60%の病院しか調査できなかったことである。同法・同条例に基づく所轄が保健所以外にあるのであればその部署が病院の調査を行うのは当然であるが、日本循環器学会も禁煙ガイドラインのなかで「保健所は病院の無煙化も地域課題の1つと考え、立入時には無煙環境の実現に向けた支援的な調査や指導に配慮することを期待したい」と言及している¹⁴⁾。そもそも地方分権推進法により病院立入検査は都道府県の自治事務になったので、各自治体の裁量で病院の無煙化を立入検査の第2表の項目に加えることはできるはずである。この法的根拠は、今後、同様な調査を検討している保健所でも参考になると考えられる。

2. 兵庫県条例施行後の病院の無煙化達成状況

病院の敷地内禁煙に関する全国規模の調査は少ない。

調査した一般病院と精神科病院205か所のうち無煙化を達成した病院は195か所(95.1%)で、先に述べた厚生労働省による医療施設静態調査(2017年)²⁾の58.7%に比べ有意に高かった($P<0.001$)。これは、この間に喫煙に対する社会情勢が変化したことが主要因と考えられるが、一般病院では敷地内とその周辺にも喫煙所設置を認めなかったにもかかわらず、同法・同条例の施行をきっかけに51か所(27.9%)もの病院が新たに無煙化に移行し、最終的に183か所(97.3%)が無煙化を達成したことは極めて注目に値する。病院敷地内に喫煙所設置を認める同法の配慮は本来、必要ないのかもしれない。2020年の医療施設静態調査の結果が公表されれば他都道府県との比較が可能となり、上記の仮説が検証されるのではないかと考える。敷地外での喫煙やポイ捨てに対する苦情が比較的多かったが、横浜市が行った路上喫煙に関する苦情調査も同様の苦情が多く、とくに病院の無煙化に限ったことではないと考える¹⁵⁾。

3. 同条例実施要領で精神科病院が特例扱いになった件

今回、同法・同条例の施行直前になって、兵庫県から、精神科病院では「施設管理者が治療のために必要と認めた」場合は特例区域を設けることができると実施要領で通知された経緯については説明を得られなかった。上記の実施要領にもかかわらず同条例施行後、精神科病院22か所のうち17か所(77.3%)が無煙化になったことが判明した。この結果は2016年に行われた「日本精神科病院協会加盟の病院の禁煙治療の保健適応と敷地内禁煙の有無」¹⁶⁾の調査結果、「全国1,203の精神科病院のうち敷地内禁煙を達成していた病院126か所(10.5%)」に比べ有意に

高かった($P<0.001$)。

栗岡らによる京都府下の精神科病院における全面禁煙の調査でも「同法施行前42%が施行後67%に増加した」と報告している¹⁷⁾。多くの精神科病院で、患者の精神状態に不利益なく全面禁煙できることが示されていることが理由であろう^{7,8,18)}。

特例区域を設けていた精神科病院4か所で、治療のために喫煙が必要と認めた理由は「禁煙にすると精神症状が悪化する」であったが、これを医学的に支持する論文は検索した限り見当たらなかった。精神科病院における特例区域設置の配慮も本来必要がないのかもしれない。

4. 職員の喫煙に関すること

職員の喫煙率を調査している病院は予想に反し少なかった。衛生委員会のある病院であれば、健康診断の質問項目に加えれば、個人を特定することなく喫煙率を把握できるはずである。職員の喫煙に関して就業規程に記載されている病院は少なかったが、兵庫県下の一般病院では全面禁煙になったので、勤務中には喫煙できないと思われる。特例区域を設けた精神科病院では、患者に同伴する職員も一緒に喫煙していることが判明している。病院はまず職員の喫煙率を減らすために、禁煙外来などの支援システムを用意することが望まれる。患者の喫煙のため同伴を強いられる非喫煙者の看護師への受動喫煙防止対策は最低限必要であると考えられる。

5. 本調査の限界

今回、同法・同条例施行の2019年7月1日以前に立入が実施された病院と、新型コロナウイルス感染症拡大のため、やむなく各保健所の判断で立入検査が次年度に延期されたことで、74か所(36.1%)の対象病院で病院立入時の実地見分による調査ができなかった。立入を中止した各保健所では作為的な抽出はなく、調査項目からも質問紙による調査が介入したことで回答傾向が変わる可能性はないと考えている。今回、神戸市と西宮市の参加が結果のところ述べた理由により、かなわなかったのもこの種の調査の限界である。

V 結 論

同法に加え、全国に先立ち病院の無煙化を目指した同条例の施行により、調査した兵庫県下の一般病院の無煙化は大きな問題もなく概ね達成されていた。精神科病院での無煙化も着実に浸透してきている。

本研究において開示すべきCOI状態はない。

(受付	2020.12.21
	採用	2021. 3. 5
	J-STAGE早期公開	2021. 5.14

文 献

- 1) 全国保健所長会. 喫煙対策の推進に関する行動宣言. 2019. http://www.phcd.jp/02/sengen/pdf/sengen_20191021.pdf (2020年10月12日アクセス可能).
- 2) 厚生労働省. 平成29年(2017)医療施設(静態・動態)調査, 病院報告の概況. 2017. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/17/dl/02sisetu29-3.pdf> (2020年10月12日アクセス可能).
- 3) Longo DR, Feldman MM, Kruse T, et al. Implementing smoking bans in American hospitals: results of a national survey. *Tobacco Control* 1998; 7: 47-55.
- 4) WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2019. https://www.who.int/tobacco/global_report/en/ (2020年10月12日アクセス可能).
- 5) 健康増進法の一部を改正する法律(平成30年法律第78号)概要. 2019. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunituite/bunya/0000189195.html> (2020年10月12日アクセス可能).
- 6) 兵庫県. 受動喫煙の防止等に関する条例(平成24年3月21日制定. 平成31年3月19日改正). 2019. <https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf17/documents/020401.pdf> (2020年10月12日アクセス可能).
- 7) 濱田昌範. 単科精神科病院の敷地内禁煙に伴う喫煙に対する意識変化. *日本禁煙学会誌* 2016; 11: 106-113.
- 8) 濱田昌範. 精神科慢性期入院患者の抗精神病薬処方量・自覚症状・薬剤原性錐体外路症状に及ぼす敷地内禁煙の影響. *日本禁煙学会誌* 2016; 11: 7-13.
- 9) 兵庫県. 受動喫煙の防止等に関する条例実施要領(平成24年3月30日制定. 平成31年6月11日改正). 2019. <https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf17/documents/2020041youryou.pdf> (2020年10月12日アクセス可能).
- 10) Kanda Y. Investigation of the freely-available easy-to-use software “EZR” (Easy R) for medical statistics. *Bone Marrow Transplant*. 2013; 48, 452-458. advance online publication 3 December 2012; doi: 10.1038/bmt.2012.244
- 11) 一般財団法人 地方自治研究機構. 受動喫煙防止に関する条例. 2020. http://www.rilg.or.jp/htdocs/img/reiki/011_passivesmoking.htm (2020年10月12日アクセス可能).
- 12) 剣持麻衣. 受動喫煙対策をめぐる改正健康増進法の上乗せ・横出し条例. *都市とガバナンス* 2019; 32: 172-183.
- 13) 鈴木仁一, 揚松龍治, 田中英雄, 他. 改正健康増進法の対応について—全国保健所長会の調査から—. *保健医療科学* 2020; 69: 130-137.
- 14) 禁煙ガイドライン(2010年改訂版)循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2009年度合同研究班報告). 2010. <https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/02/JSC2010murohara.h.pdf> (2020年10月12日アクセス可能).
- 15) 高橋朋子, 遠藤 新. 路上喫煙等に関する苦情・要望の発生傾向と対策の課題. *日本建築学会技術報告集* 2019; 25: 899-904.
- 16) 子どもに無煙環境を推進協議会. 日本精神科病院協会加盟の病院の禁煙治療の保健適応と敷地内禁煙の有無. 2016. <http://notobacco.jp/hoken/seishinnka.htm> (2020年10月12日アクセス可能).
- 17) 栗岡成人. 改正健康増進法施行前後の京都府下精神科病院の喫煙対策の現状. *日本禁煙学会誌* 2020; 15: 17-27.
- 18) 荻野佳代子, 中野和歌子, 梅根真知子. 単科精神科病院における敷地内禁煙の取り組み. *日アルコール精医誌* 2008; 15: 39-43.