

当院精神科病棟における禁煙への取り組み*

増田慶一¹⁾ 富田洋平 住吉秀律²⁾ 樽本尚文¹⁾
萬谷昭夫³⁾

Key words

No smoking, Ward of psychiatry, Psychiatric disorder

背景

喫煙により悪性腫瘍，呼吸器疾患の罹患率は上昇し，平均寿命は10歳短縮するといわれている²⁾。精神障害者は一般人と比較して喫煙率が高く^{4,7,8)}，特に統合失調症患者は喫煙と関係する呼吸器疾患や心疾患に罹患している割合が高く，平均寿命も20%短い^{1,5)}。また喫煙は抗精神病薬の血中濃度を下げ精神症状を悪化させるとの報告もみられ，精神疾患患者においても禁煙を積極的に進めるべきであるとのデータも報告されている⁶⁾。2003年5月1日より施行された健康増進法第25条において受動喫煙の防止について規定されたことにより，精神科医療機関でも禁煙が実施されるようになってきたが，まだ十分とはいえないのが現状である。

当院は閉鎖病棟60床，開放病棟60床の計120床の精神科病棟を有する340床の総合病院であるが，主に長期間精神科へ入院している患者が病棟喫煙室や屋外喫煙所で喫煙していた。当院でも2005年7月より精神科病棟以外の館内禁煙を開始し，2007年4月より精神科入院患者に対しても禁煙指導を開始，2010年6月精神科病棟も含めた全館禁煙を達成した。

今回我々は，当院精神科病棟における禁煙の取り組みについて報告する。精神疾患患者の禁煙について考える契機となっただけであれば幸いである。

禁煙の取り組み

2007年4月禁煙運動を進めるにあたって，まずは入院患者の分煙を徹底した。また禁煙指導として分煙室に喫煙の身体面に及ぼす影響に関するポスターを貼るなどして，受動喫煙の問題や喫煙にかかるコスト，ニコチンパッチなどの禁煙治療についての説明を行った。長年病棟で喫煙する生活が習慣となっていた患者の中には，禁煙により生活リズムが変化することや，他患者との交流の場である喫煙所を奪われることに抵抗を示し，喫煙自体を正当化する発言なども聞かれたが，医師，看護スタッフ，薬剤師らが根気よく禁煙の必

* Smoking Cessation Treatment on Department of Psychiatry in Yoshida General Hospital

- 1) 吉田総合病院精神神経科 (☎ 731-0595 安芸高田市吉田町吉田 3666), MASUDA Yoshikazu, TOMITA Yohei, TARUMOTO Naofumi : Department of Psychiatry, Yoshida General Hospital, Akitakata, Japan
- 2) 瀬野川病院, SUMIYOSHI Hidenori : Senogawa Hospital
- 3) まんたに心療内科クリニック, MANTANI Akio : Mantani Mental Clinic

要性について説明を続けた。実際、禁煙に移行した際には、開始して1~2週間はイライラ感を訴える患者が多数存在し、外出時に喫煙する者がみられた。しかし大部分は一時的なものであり、禁煙が原因で精神症状が悪化し薬物の増量が必要となったり、退院を強く希望するような患者は認められなかった。むしろ禁煙を継続するにつれて「食事がおいしくなった」、「よく眠れるようになった」など体調面の改善を伝える患者が多く、また中には「お金が増えてよかった」と金銭面の利点を喜んでいる患者もみられた。

2007年6月からは病院の方針として禁煙を当院入院の条件とすることとし、入院説明をする時点で文面による禁煙の取り組みに関する説明を行い、同意できない方の入院は原則お断りすることとした。また院長より紹介元医療機関へも当院での禁煙の取り組みについての通知を郵送し、当院へ患者紹介する際には、あらかじめ禁煙が条件である旨を患者に了承していただくようお願いした。当初喫煙できないことを理由に入院を拒否する患者が生じることが懸念されたが、幸いにも当院ではそのようなケースは認められず、筆者の印象では、特に家族より入院をきっかけに禁煙できることを歓迎する発言がよく聞かれた。その後3年にわたって禁煙の取り組みを続け、2010年6月より精神科病棟でも全面禁煙を達成した。

結果

当科が禁煙に取り組んだ2007年4月から2010年10月までの期間、当院精神科に入院していた患者のうち、喫煙患者は39例(全入院患者の32.5%)、疾患別には統合失調症17例、物質関連障害10例、気分障害9例、その他3例であった。そのうち禁煙達成者は24例(喫煙患者の61.5%)、疾患別には統合失調症11例、物質関連障害6例、気分障害5例、その他2例であった。

患者に対し行ったアンケート調査によると、禁煙を達成できた理由に関しては「スタッフや家族が協力してくれたから」という意見が多数聞かれた。その他、身体への影響や金銭面を理由に禁煙し

た例も認められた。反対に禁煙が達成できなかった患者の理由に関しては「周りの人間が吸っていたから」「付き合いで吸った」「時間が空いて暇であったから」という周囲の環境や時間の影響を理由にしたものであった。特に外出時に寮、周辺の喫煙スペースなどの病院敷地外で知人から勧められて喫煙し、病院へ戻ってくる例が目立っていた。精神症状の悪化を理由にした例は1例のみ認められ、焦燥感の増悪がみられた。禁煙補助薬使用を希望した患者は4例であり、同患者に対しては薬剤師によりニコチン製剤(ニコチンパッチ)に関する説明・薬剤指導を行い、4例とも禁煙を達成した。患者の家族の中には、患者の強い要求によって、外泊中や退院後にタバコを渡してしまう家族もみられたが、ほとんどは患者の禁煙活動に理解を示し、協力的であった。実際、入院して禁煙が達成されると「あきらめていた禁煙が、入院したことで達成できてよかった」と喜びの声が多く聞かれた。

考察

精神科病棟で禁煙を実施するうえでは、精神症状の悪化が懸念される。しかし当院では幸いにも禁煙群で精神症状が増悪した症例はほとんど認められなかった。また、禁煙治療を必要とした症例は少なく、禁煙教育と家族やスタッフの励ましによって禁煙達成をした症例が大多数であったのも注目される。開始当初、慢性期の統合失調症患者や認知症を合併した症例などでは禁煙教育は理解されないとの懸念があったが、多くは治療者側の先入観、偏見であった。繰り返し、根気よく禁煙教育を続けていくことが大切であると思われらる結果となった。

当院では過去に精神科へ入院して喫煙を覚えて帰ってきた、との苦情が聞かれたことがあったが、現在では本人や家族より入院を契機に禁煙ができたことと喜ばれる声を聞くようになった。また使われなくなった喫煙室を他の用途へ有効に利用することができるなどのメリットも生まれている。

一方で今回の取り組みでわかったことは、喫煙

を継続してしまう理由は、精神症状の悪化を理由にしたものは少なく、周囲の他の喫煙者の影響を理由にしたものが多数であったことである。引き続き外来での禁煙指導が必要とされるのは当然であるが、自宅で家族の理解と協力、また病院、寮やグループホーム、授産所といった福祉施設での禁煙に対する取り組みが今後重要になると考えられた。譜久原は、精神科病院で禁煙が進まない理由の 1 つとして、精神科医療関係者の偏見や思い込みがあり、まず職員の禁煙を達成することが重要であると述べている³⁾。当院でも全館禁煙は達成されたものの依然として敷地内禁煙は達成されておらず、屋外の喫煙所で精神科以外の患者や病院職員の一部が喫煙を続けている。喫煙所近くを行き来する患者やスタッフが受動喫煙被害を受けているなどの問題点も依然として残されており、当院での今後の重要な課題であると考えられた。

文献

1) Brown S, Inskip H, Barraclough B : Causes

- of the excess mortality of schizophrenia. Br J Psychiatry 177 : 212-217, 2000
- 2) Doll R, Peto R, Boreham J, et al : Mortality in relation to smoking : 50 years' observations on male British doctors. BMJ 328 : 1507-1519, 2004
- 3) 譜久原朝和 : 精神科病院における敷地内禁煙と全職員が非喫煙者になるまでの経過. 日本医事新報 4463 : 96-99, 2009
- 4) Glassman AH : Cigarette smoking : implications for psychiatric illness. Am J Psychiatry 150 : 546-553, 1993
- 5) Joukama M, Heliovaara M, Knekt P, et al : Mental disorders and cause-specific mortality. Br J Psychiatry 179 : 498-502, 2001
- 6) 川川厚子 : 各科領域における禁煙治療の実際 6. 精神科領域. 医薬ジャーナル 44 : 2373-2378, 2008
- 7) Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, et al : Smoking and mental illness : A population-based prevalence study. JAMA 284 : 2606-2610, 2000
- 8) 高橋長秀, 稲田俊也 : 統合失調症と喫煙. 臨床精神薬理 7 : 951-957, 2004

本誌の複写利用について

日頃より本誌をご購読いただき誠にありがとうございます。

ご承知のとおり、出版物の複写は著作権法の規定により原則として禁止されており、出版物を複写利用する場合は著作権者の許諾が必要とされています。弊社は本誌の複写利用にかかる権利の許諾ならびに複写使用料の徴収業務を(社)出版者著作権管理機構(JCOPY)に委託しております。本誌を複写利用される場合にはJCOPYにご連絡のうえ、許諾を得てください。JCOPYの連絡先は以下のとおりです。

一般社団法人 出版者著作権管理機構 (JCOPY)

所在地 〒162-0828 東京都新宿区袋町 6 日本出版会館

電話 03-3513-6969 FAX 03-3513-6979 e-mail info@jcopy.or.jp

著作権法は著作権者の許諾なしに複写できる場合として、個人的にまたは家庭内その他これに準ずる限られた範囲で使用すること、あるいは政令で定められた図書館等において著作物の一部(雑誌にあっては掲載されている個々の文献の一部分)を一人について一部提供すること、等を定めています。これらの条件に当てはまる場合には許諾は不要とされていますが、それ以外の場合、つまり企業内(政令で定められていない企業等の図書室、資料室等も含む)、研究施設内等で複写利用する場合や図書館等で雑誌論文を文献単位で複写する場合等については原則として全て許諾が必要です。

複写許諾手続の詳細についてはJCOPYにお問い合わせください。なお、複写利用単価を各論文の第1頁に、ISSN番号と共に表示しております。

(株)医学書院