

NPO 法人京都禁煙推進研究会

高齢者介護施設のタバコ に関する実態調査報告

NPO 法人 京都禁煙推進研究会

医療・介護連携部会

一般社団法人 京都府薬剤師会

公益社団法人 京都府看護協会

公益社団法人 京都府栄養士会

公益社団法人 京都府介護支援専門員会

一般社団法人 京都私立病院協会

一般社団法人 京都府病院協会

NPO 法人 京都禁煙推進研究会

2017年4月

高齢者介護施設のタバコに関する実態調査報告

1. 背景

喫煙は、癌、循環器疾患、呼吸器疾患、骨粗鬆症、認知症などの様々な疾患をひき起こすだけでなく、健康寿命を縮め、要介護状態に至る重要な要因の一つである。能動喫煙による年間死亡者数は国内で約 13 万人と推計されており、2016 年 5 月の厚生労働省の発表では、受動喫煙によっても年間 1 万 5000 人が死亡しているとされている。また、喫煙は要介護の原因である脳血管疾患、認知症、骨折・転倒の重大な危険因子であり、65 歳以上の日本人男性では、喫煙者の平均自立期間（健康寿命）は、非喫煙者よりも 4.2 年短いことが厚生労働省の調査で明らかになっている（禁煙学改訂 3 版 2014, p17）。それゆえ、健康寿命を延伸し、要介護状態の悪化を防止するために、高齢者介護施設においても喫煙対策に取り組む必要がある。

安全管理の面から考えると、高齢者介護施設での喫煙は、受動喫煙の危害や火災の危険性があり、施設においては、何らかの喫煙対策が行われている。一方で、利用者、入居者の今までの生活を尊重するという考え方から、施設内の喫煙を容認しているところもある。また、介護職員の喫煙による様々な問題が少なからず発生しており、「タバコ」の取り扱いについて苦慮している施設も少なくない。そこで、高齢者介護施設におけるタバコ問題の現状について把握し、今後の高齢者介護施設のタバコ対策について提言することを目的に、京都府下の高齢者介護施設におけるタバコに関する実態調査を実施した。

2. 対象と方法

京都府下の高齢者介護施設のうち、入居介護施設を京都府、京都市等のウェブサイトで見つけ、リストアップした。施設の種類および数は、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム；以下特養と略）150、介護老人保健施設（以下老健と略）72、介護療養型医療施設（以下療養型と略）29、軽費老人ホーム（以下軽費と略）4、ケアハウス（軽費老人ホーム C 型）53、認知症対応型共同生活介護（グループホーム；以下グループと略）205、有料老人ホーム（以下有料と略）44、サービス付き高齢者向け住宅（以下サ高住と略）105、合計 662 施設であった。

これら高齢者入居介護施設（662 施設）に対し、別紙のアンケートを送付し、施設の代表者または代理者にアンケートの回答と返送を依頼した。

調査期間：2016 年 10 月 12 日～11 月 12 日

3. 結果

アンケートを送付した 662 施設のうち、あて所に届かなかった 5 施設を除くと調査対象施設は 657 施設であった。そのうち回答のあったのは 254 施設（38.7%）であった。

I 施設の種類の種類

調査対象施設の内訳は、特養 22.7%、老健 11.0%、療養型 4.4%、軽費 0.6%、ケアハウ

ス 8.0%、グループ 31.2%、有料 6.5%、サ高住 15.5%であった。一方、回答施設の内訳は、多いものからグループ 29.1%、特養 26.4%、サ高住 13.8%、老健 11%の順であった（表 I-1）。これらの比率は、調査対象施設の比率とほぼ同等であった。

種類	特養	老健	療養型	軽費	ケアハウス	グループ	有料	サ高住	合計
回答数	67	28	8	3	19	74	20	35	254
%	26.4	11	3.1	1.2	7.5	29.1	7.9	13.8	100

施設の種類の回答数、回答率は表 I-2 のとおりであった。

種類	施設数				回答数	回答率(%)
	京都府	京都市	合計			
特養	86	63	149	67	45.0	
老健	31	41	72	28	38.9	
療養型	10	19	29	8	27.6	
軽費	3	1	4	3	75.0	
ケアハウス	41	12	53	19	35.8	
グループ	96	109	205	74	36.1	
有料	16	27	43	20	46.5	
サ高住	29	73	102	35	34.3	
合計	312	345	657	254	38.7	
注) あて先不明を除く						

設立主体は、社会福祉法人が最も多く 48%、ついで株式会社 24.8%、医療法人 18.5%の順であった（表 I-3）。

	社会福祉法人	医療法人	株式会社	財団法人	NPO	その他	合計
回答数	122	47	63	6	4	12	254
%	48	18.5	24.8	2.4	1.6	4.7	100

施設の所在地域は表 I-4 のとおりで、調査対象施設の所在地域の比率とほぼ同様であった。

	京都市	乙訓	山城	相楽	中部	中丹	丹後	無記入	合計
回答数	145	13	23	11	16	24	20	2	254
%	57.1	5.1	9.1	4.3	6.3	9.4	7.9	0.8	100

施設の種類の入居者数と従業員数の平均値は表 I-5 のとおりであった。

種類	平均入所者数	平均従業員数
特養	71.0	77.4
老健	89.1	83.7
療養型	114.5	170.3
軽費	36.7	32.7
ケアハウス	44.2	13.5
グループ	16.4	19.7
有料	55.8	42.1
サ高住	30.4	19.0
合計	48.9	48.4

施設の種類の入居者数・従業員数

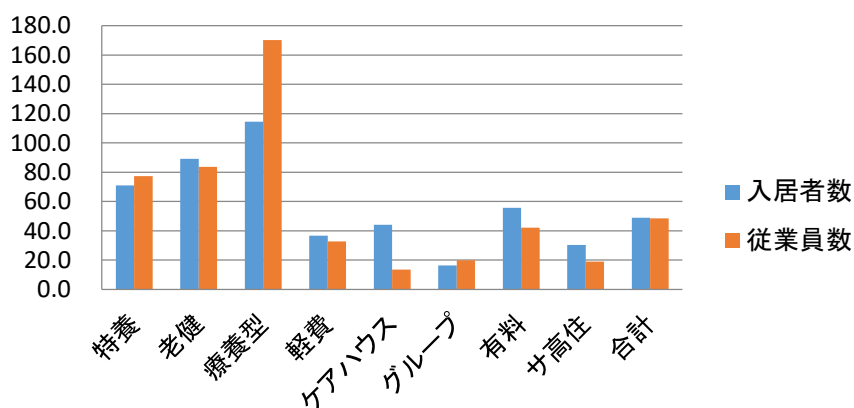


図 I-5 施設の種類の入居者数・従業員数

Ⅱ. 入居者へのタバコ対策

Ⅱ-1 施設の喫煙対策

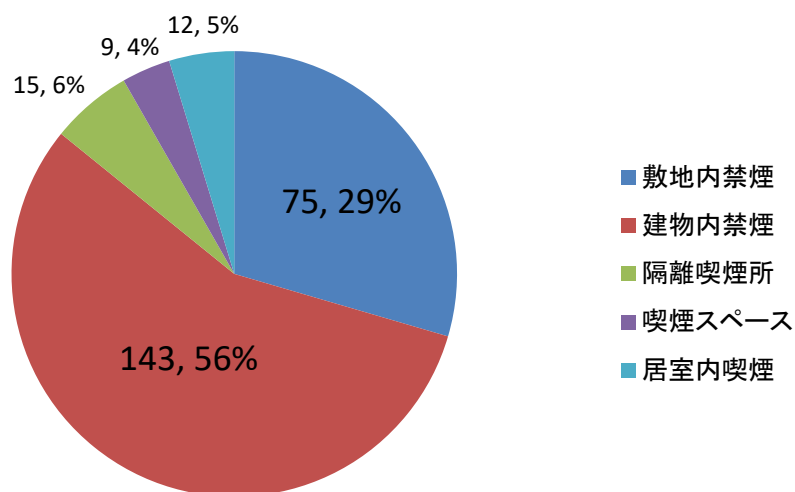


図 Ⅱ-1 高齢者介護施設の喫煙対策

施設の喫煙対策は、敷地内禁煙が 75 施設、29%、建物内禁煙が 143 施設、56%で、全体の 86%が敷地内禁煙か建物内禁煙であった。一方、建物内の隔離喫煙所は 15 施設、6%、喫煙スペースは 9 施設、4%、自分の居室内で喫煙可能は 12 施設、5%であった。

施設の種別別喫煙対策は表Ⅱ-2のとおりであった。

	特養	老健	療養型	軽費	ケアハウス	グループ	有料	サ高住	合計
敷地内禁煙	13	17	5	0	1	25	5	9	75
建物内禁煙	43	11	3	3	12	44	9	18	143
隔離喫煙所	6	0	0	0	3	3	2	1	15
喫煙スペース	5	0	0	0	2	2	0	0	9
居室内喫煙	0	0	0	0	1	0	4	7	12
合計	67	28	8	3	19	74	20	35	254

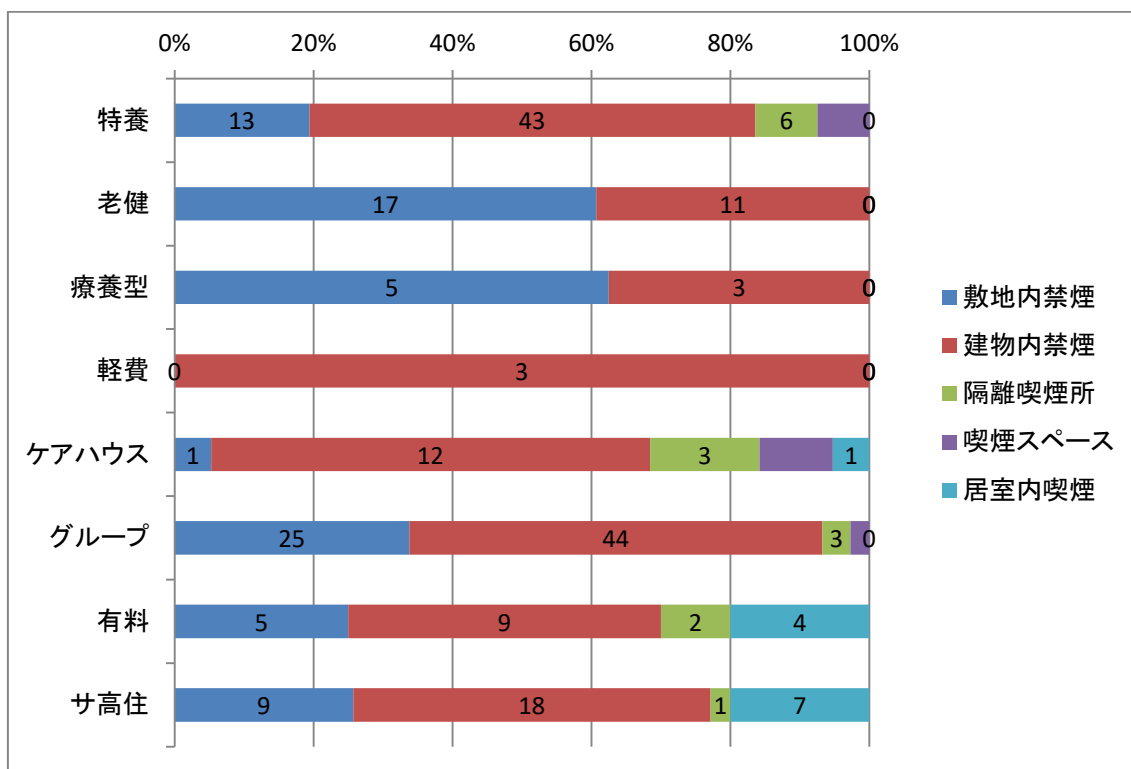


図 II-2 施設の種類別喫煙対策

施設の種類別の喫煙対策は、老健、療養型で敷地内禁煙が多く、建物内で喫煙可能な施設は、ケアハウス、有料、サ高住で多く、有料、サ高住で居室内喫煙可能なところが多かった。

1	火災予防	224
2	受動喫煙防止	187
3	命と健康	98
4	その他	11

入居者の喫煙を規制する理由で最も多かったのは火災予防 224 件で、次いで受動喫煙防止 187 件、命と健康を守る 98 件の順であった。

1	生き方・嗜好を尊重	132
2	個人の自由	86
3	自己決定権	84
4	その他	14

入居者の喫煙を許可する理由で最も多かったのは生き方・嗜好を尊重 132 件で、次いで個人の自由 86 件、自己決定権を尊重 84 件であった。

	施設数	%
喫煙者自身	86	51.2
管理者・職員	82	48.8

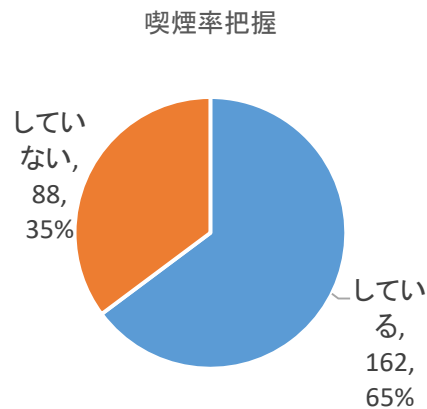
タバコ・ライター・マッチ等の管理に関しては、喫煙を許可している場合にタバコ、ライター等の管理は、喫煙者自身 86 (51.2%)、管理者・職員 82 (48.8%) とほぼ拮抗していた。

	施設数	%
あり	67	40.1
なし	100	59.9

喫煙時間制限については、あり 67 (40.1%)、なし 100 (59.9%) で、なしのほうが多かった。

Ⅲ. 職員の喫煙対策

	施設数	%
している	162	64.8
していない	88	35.2



職員の喫煙を把握しているのは 162 施設 (64.8%) であった。喫煙率は、回答のあった 144 施設で平均 22.2% であった。

施設の種類別の喫煙率は表Ⅲ-2 のとおりで、ケアハウスで 12.3% と低く、グループホーム、サ高住でそれぞれ 25.5%、27.4% と高かった。

職員に対する喫煙対策では、休憩時間のみ喫煙可が最も多く 57.1% であった。非喫煙者のみ雇用が 7 施設 (2.8%) あった (表Ⅲ-3)。

喫煙場所は敷地外 14.6%、敷地内喫煙所 46.5% で建物内喫煙所は計 10.6% であった。規制なしは 3 施設、1.2% があった (表Ⅲ-4)。

施設の種類	施設数	平均値	標準偏差
特養	30	17.0	9.19
老健	8	19.3	9.93
療養型	3	20.3	13.05
軽費	1	25	
ケアハウス	10	12.3	14.43
グループホーム	57	25.5	17.72
有料老人ホーム	14	20.9	17.70
サ高住	21	27.4	19.3
合計	144	22.2	16.21

	無回答	非喫煙者のみ雇用	就業時間内禁煙	休憩時間のみ喫煙	タバコ休憩可	規制なし	合計
回答数	4	7	35	145	28	35	254
%	1.6	2.8	13.8	57.1	11	13.8	100

	無回答	敷地外	敷地内喫煙所	建物内隔離喫煙所	建物内喫煙スペース	規制なし	合計
回答数	69	37	118	19	8	3	254
%	27.2	14.6	46.5	7.5	3.1	1.2	100

1	個人の権利	143
2	ストレス解消	99
3	嗜好品	96
4	離職防止	34
5	その他	17

職員の喫煙を許可する理由は、喫煙は個人の権利が最も多く 143 件で、次いでストレス解消 99 件、嗜好品だから 96 件、離職防止が 34 件であった。

1	健康保持増進	87
2	受動喫煙防止	82
3	業務に影響	41
4	介護職として当然	21
5	その他	17

喫煙を禁止する理由としては、職員の健康保持増進 87 件、受動喫煙防止 82 件、業務に影響 41 件、介護職として当然 21 件の順であった。その他としては火災予防が 9 件と多かった。

タバコ問題については、喫煙希望入居者への対応、隠れ喫煙、喫煙場所（不適切な場所、敷地外での喫煙による周辺住民からの苦情）、喫煙者の臭い（third-hand smoke：サードハンドスモーク、3次喫煙）、職員のタバコ休憩、職員の休憩時間外の喫煙、喫煙場所の管理などの記述があった。

なお、自由記載で、24 施設が現在のところ、入居者に喫煙者はいないと記入していた。

4. 考察

1) 高齢者介護施設の喫煙対策の現況

これまで高齢者介護施設を対象にタバコ問題について詳細に調査した報告は少ないため、今回、京都府下の高齢者入居介護施設における喫煙対策について調査した。

京都市公共施設等の受動喫煙防止対策実態調査によれば、介護老人保健・福祉施設の受動喫煙防止対策の状況は、健康増進法が制定された平成 15 年度（2003 年）には敷地内禁煙 3.4%、建物内禁煙 15.5%、建物内喫煙場所 77.6%、自由に喫煙できる 3.4%であったものが、平成 22 年度（2010 年）には敷地内禁煙 15.5%、建物内禁煙 50.5%、隔離喫煙室 18.6%、喫煙スペース 15.5%と受動喫煙防止対策に進展がみられている（京都市保健福祉局保健衛生推進室保健医療課：京都市たばこ対策行動指針（第 2 次）. 京都市，京都，2013；p8.）。

なお、2005 年の厚生労働省社会福祉施設等調査では、老人福祉施設調査総数 13882 施設のうち施設内全面禁煙 4715（34.0%）、施設内喫煙場所しきりあり 3962（28.5%）、しきりなし 4109（29.6%）、対策なし 709（5.1%）であった。また、2011 年の京都府受動喫煙防止対策実態調査では、介護老人保健・福祉施設については調査施設が 11 と少数であるが、敷地内禁煙 18.2%、建物内禁煙 45.5%、隔離喫煙所 18.2%、喫煙スペース 18.2%という結果であった（京都府：京都府受動喫煙防止対策実態調査【事業所調査結果報告書】. 京都

府，京都，2011；p11.)。

今回の調査では、敷地内禁煙 29%、建物内禁煙 56%で、全体の 86%が敷地内禁煙あるいは建物内禁煙であり、以前の調査より対策が進んでいることが明らかになった。老健や療養型が病院の関連施設あるいは病院の一病棟に位置付けられており、これらの設立主体の 69%が医療法人であった。老健や療養型に敷地内禁煙が多かったのは、健康増進法による受動喫煙防止の法的根拠に加えて、医療機関では、疾病の原因となる喫煙を容認すべきではないという規範や、病院機能評価で敷地内禁煙が高く評価されているためであると思われる。ただし、本調査の回答率が 38.7%であり、一般化するには慎重を要する。一方で、建物内喫煙場所が 10%、自分の部屋で喫煙できる施設が 5%と、屋内で喫煙できる施設も一定の割合で存在した。

なお、喫煙対策規制を考える際には、喫煙者が高齢者全体のどの程度を占めるのかを考慮しておく必要がある。現在日本人成人の喫煙率は、18.2%と報告されている（平成 27 年度国民健康・栄養調査結果）が、高齢者の喫煙率については、若年者よりさらに低下していると考えられる。例えば、70 歳以上の高齢者の人口は、男女計 1420 万人（総務省統計局平成 27 年 9 月 15 日現在推計）とされている。一方、平成 27 年「国民健康・栄養調査結果」において、70 歳以上の現在習慣的に喫煙している者の割合（20 歳以上、性・年齢階級別）は、男性 15.2%、女性 2.3%である。これを掛け合わせると 70 歳以上の喫煙者は、183.9 万人となり、人口の 7.6%である。すなわち、70 歳以上の高齢者の 92.4%は非喫煙者である。今回の調査では、少なくとも 24 施設が現在のところ喫煙者はいないと記載しており、当然のことながら、喫煙者がいない施設では入居者のタバコ問題は生じることはない。

2) 入居者の喫煙を規制する理由

入居者の喫煙を規制する理由として火災予防が最も多かったが、タバコは火災の原因として重要である。総務省消防庁によれば、全火災 34,248 件を出火原因別にみるとタバコが 4,048 件、11.8%と最も多い。

（総務省消防庁ホームページ <https://www.fdma.go.jp/html/new/geninbetu.html>）

高齢者介護施設において、グループホームなどの施設で、タバコによる火災で多くの生命が失われている。このため、消防庁などが高齢者介護施設の火災予防対策を講じているが、タバコの規制を抜きにした防火対策は極めて不十分と言わざるを得ない。日本禁煙学会は、2006 年 3 月、長崎県大村市のグループホームでの火災により多数の犠牲者が出たことを受けて「認知症及び介護施設入居者の喫煙に関する法的禁止措置のお願い」という要望・提言・声明を公表した。この声明では「高齢者の喫煙が、火災や喫煙、及び受動喫煙により、高齢者の QOL（生活の質）・ADL（日常生活行為）を低下させ、精神状態を悪化させ、生きる機会を奪い、もっとも重大な生存権の侵害につながらないよう、その点にこそ、改善・改革のメスが入られるべきではないでしょうか。」と述べている。そして、政府に、グループホームなど的高齢者集団生活施設の敷地内禁煙、及びタバコ・ライター・マッチ類の発火元の持ち込み禁止を徹底する法の整備を要請した。しかし、根本的なタバ

コ対策がとられないまま、その後も高齢者施設でのタバコが原因の火災により死亡者がでている。

受動喫煙防止の問題は、最も重要である。2016年の厚生労働省の発表では、年間1万5000人が受動喫煙のために死亡していると推定されており、受動喫煙防止対策の強化は、喫煙の課題である。受動喫煙防止のためには、少なくとも建物内禁煙が必要であり、高齢者介護施設においても喫煙対策の強化が要請されている。

3) 入居者の喫煙を許可する理由

施設内での喫煙を許可する理由では「今までの生き方・嗜好を尊重する」が最も多かった。高齢者の今までの生活や生き方を尊重することは、大切なことである。しかし、喫煙の本質がニコチンに対する薬物依存であることを鑑みれば、喫煙を許すことが必ずしも本人を尊重することにはならないのではないか。尊重すべきは、その人のかけがえのない命であり、人生の質ではないだろうか。実際、ニコチンの呪縛から解放されることで、真に豊かな老後が送れる人も少なくない。またグループホームの入居者は、認知症の人々であり、喫煙は、認知症の重大なリスクファクターである。医学的観点からは、集団生活の中での喫煙は、他者への健康被害なしにはできない行為であり、介護施設を利用する人は、何らかの介護を必要とするため、要介護者の喫煙は、必然的に介護者に対しても健康被害を及ぼすことになる。受動喫煙は、他人の生命と健康を危うくするものであり、受動喫煙を防止することは、基本的人権の問題である。他人の基本的人権を侵す可能性のある行為を、多数の人が共同生活を営む施設で許可するのは、問題があるのではないだろうか。

喫煙が自由意思に基づくものであるのか、自己決定であるのかは、喫煙がニコチンという依存性薬物を摂取する行為でもあることから議論のあるところである。この問題については後述する。

4) 喫煙を許可する場合のタバコ、ライター等の管理、喫煙時間の制限

今回の調査では、喫煙を許可している施設の約半数がタバコ、ライター、マッチ等の管理を喫煙者に任せていた。火災が発生した場合の被害の重大性と、高齢者の認知機能の低下を考慮すると、火元となりうるタバコ、ライター、マッチ等の管理を喫煙者に任せることには、防火の面から問題があると思われる。また、喫煙時間を制限することは、喫煙者にとってはニコチン切れを我慢しなければならないので、かえってつらい時間が増えることになる。

5) 職員の喫煙

今回の調査では、施設が把握している職員の平均喫煙率は22.2%であった。今回の調査は、職員個人に対する調査ではないので単純に比較はできないが、この喫煙率は、一般国民の成人喫煙率（2016年厚生労働省国民健康栄養調査）の18.2%よりも高い。

三徳の調査（禁煙会誌、2010；5）によると、高齢者ケア施設のケア従事者の喫煙率は、男性51.0%、女性23.9%であった。また、職業別の喫煙率は、男性は、介護職53.1%、相談職38.9%であった。女性は、介護職24.5%、看護職24.8%、相談職17.9%であった。

今回の調査は、男女別で喫煙率を調査しておらず、介護施設職員の男女比は男性 1 に対し女性 4 であり（介護労働安定センター：平成 27 年度 介護労働実態調査結果）、女性のほうが多いので、見かけ上喫煙率が低くみえている可能性がある。一般に介護施設職員の喫煙率は高いといわれており、職員の喫煙は、高齢者介護施設のタバコ問題解決には重要な課題の一つである。

職員に対する喫煙規制では、休憩時間のみ喫煙可とする施設が多かった。また、就業時間内は禁煙とするところも 13.8%と、一定の割合で認められた。根本的な職員喫煙対策である、非喫煙者のみ雇用が少数ながらあったことも注目に値する。

6) 喫煙を許可する理由

職員の喫煙を許可する理由は、喫煙は個人の権利、ストレス解消、嗜好品だから、離職防止が主なものであった。これら喫煙を容認する考え方は、社会的ニコチン依存（喫煙を美化、正当化、合理化し、またその害を否定することにより、文化性を持つ嗜好として社会に根付いた行為と認知する心理状態[吉井、加濃 2004]）といわれる状態であり、「社会全体の喫煙に対する認知の歪み」を表していると考えられる。

喫煙という行為は、一般に自ら選択する自主的な行動と考えられている。一方で、ニコチンは依存性薬物であり、喫煙は依存性薬物であるニコチンを体内に取り込む行為であるともいえる。

仮に喫煙する「権利」があるとしても、それは、他人の「基本的人権」を侵害しない限りにおいて認められるものであるとするのが妥当であろう。日本国憲法第十三条に「すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。」とあるように、生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利についても「公共の福祉に反しない限り」という制限があると考えられている。喫煙する権利あるいは自由が、生存権や自由権などと同等の基本的人権といえるかどうかには疑義がある。岡本によれば、「喫煙の自由について論じた最高裁昭和 45 年 9 月 16 日判決は『喫煙の自由は、あらゆる時、所において保障されなければならないものではない。』と判示して」おり、「最高裁調査官の解説も踏まえれば、喫煙の自由は『権利』とまでは断定されておらず、仮に権利としても制限に服しやすいものにすぎない、と解されている」としている。また、近年のニコチン依存症の医学的知見からは、「喫煙は依存性薬物の摂取行動と捉えられ、この点からも『権利』と呼べるかは疑問」であり、「現在の知見から言えば、喫煙は『権利』ではなくて、『依存症』の発現、『依存』における摂取行動と考えられる」と述べている（労務事情 2011；No1201：p22-23、<http://sugu-kinen.jp>。喫煙対策の法律 Q&A Q1 <http://sugu-kinen.jp/office-kinen/question/>）。

喫煙はストレス解消とよく言われるが、ストレス解消どころか逆にストレスの原因になる。常習喫煙者がタバコを吸う直前の状態が「ニコチン切れ」の状態である。タバコを吸って小一時間もすると、なんとなく落ち着かず、そわそわ、イライラし、集中力がなくな

る。時に眠気が生じることもある。これらの症状は、タバコを吸った結果生じるニコチン離脱（禁断）症状である。すなわち、ニコチン切れのストレスが生じる。そこで、タバコを吸うと脳にニコチンが補給され、ニコチン切れのストレスが解消することで、ストレス全般がなくなったと錯覚してしまうのである。

また、タバコは嗜好品とよく言われるが、一般に嗜好品とは、味や香りを楽しむものである。しかし、タバコ使用者の多くがタバコをやめたい、減らしたいと考えていることはよく知られている。タバコ会社の役員は「人はなぜタバコを吸うのか。…（それは）禁煙するのが辛すぎるから吸っているのだ」と発言しているが、タバコの本質をよく言い当てている。先に述べたように、医学的には、喫煙の本質はニコチンという依存性薬物を脳に取り込むという行為である。それゆえ、喫煙は“喫煙病(依存症+喫煙関連疾患)”という全身疾患であり、喫煙者は“積極的禁煙治療を必要とする患者”（禁煙ガイドライン(2010年改訂版) 2011/7/14 更新版）と考えられている。

介護職員不足の中で、タバコを吸えなければ退職するという職員への対応は難しいが、離職防止のために喫煙を認めるのではなく、職員の健康問題としてとらえ、禁煙支援を行うのも管理者の責務ではないだろうか。

7) 就業時間内に喫煙を禁止する理由

就業時間内に喫煙を禁止する理由としては、職員の健康保持増進、受動喫煙防止、業務に影響、介護職として当然、火災予防などがある。施設管理者は労働安全衛生法第 70 条により、従業員の健康保持増進のための措置を有効かつ適切に実施する義務がある（事業場における労働者の健康保持増進のための指針）。それゆえ、喫煙職員に対しては、禁煙を支援し、非喫煙者の受動喫煙防止に努める必要がある。また、喫煙者では、タバコ休憩やニコチン切れによる作業能率の低下や事故リスクの上昇が指摘されており、施設の禁煙推進によって、より良質な介護サービスが提供できる可能性がある。また、介護職員が利用者に受動喫煙（二次喫煙）や三次喫煙（サードハンドスモーク）の危害を及ぼすべきでないことも当然のことであろう。

利用者や非喫煙職員に対する受動喫煙防止のため勤務中の喫煙は、当然禁止されるべきであるが、休憩時間の喫煙についてはどう対処すべきであろうか。休憩時間にタバコを吸うと、喫煙してしばらくは呼気からかなりのタバコ煙が呼出され（呼出煙）、受動喫煙を起こす可能性がある。呼気一酸化炭素は喫煙後 8 時間程度呼気中に検出されるので、他の有害物質もその間呼出されている可能性がある。またタバコの臭いやヤニが衣服や毛髪に付着し、それらが揮発してサードハンドスモーク（三次喫煙）を引き起こす恐れがある。特に化学物質過敏症や気管支喘息、狭心症患者などには発作を引き起こす可能性があり危険である。また、「タバコ休憩」は非喫煙者との不公平感も生じるため認めるべきではないと考えられる。

すなわち、介護職員は非喫煙者が理想であるが、喫煙者であっても少なくとも就業時間内は喫煙を禁止することが必要である。

5. まとめと提言

京都府下の高齢者介護施設におけるタバコに関する実態調査を実施し、以下の結果を得た。

- 高齢者入居介護施設では、火災予防や受動喫煙防止のために86%の施設で敷地内か建物内禁煙が実施されていた。
- 喫煙を認める理由として、利用者および入居者の今までの生き方・嗜好を尊重するとする理由が最も多かった。
- 職員の喫煙についての規制は施設により様々であった。
- 職員に喫煙を許可する理由は、個人の権利、ストレス解消、嗜好品だからが主なものであった。

以上より、我々は、高齢者介護施設に対し以下の提言を行いたい。この提言が、高齢者介護施設のタバコ問題解決の一助となることを願うものである。

- 高齢者介護施設は、火災予防、受動喫煙防止および喫煙者の禁煙支援のため、敷地内禁煙が望ましい。
- 喫煙入居者に、「積極的禁煙治療を必要とする患者」という観点から、禁煙を支援する必要がある。
- 職員の喫煙について、就業時間内は休憩時間も含め禁止し、喫煙職員の禁煙を支援すべきである。
- 介護職員は非喫煙者であることが望まれる。
- すべての高齢者介護施設関係者に対しタバコの真実を伝え、啓発する活動を行うよう推奨する。

NPO 法人 京都禁煙推進研究会医療・介護連携部会委員

一般社団法人	京都府薬剤師会	松井 常孝
公益社団法人	京都府看護協会	中島すま子
公益社団法人	京都府栄養士会	菅森 悦子
公益社団法人	京都府介護支援専門員会	樋口 孝子
一般社団法人	京都私立病院協会	富士原正人
一般社団法人	京都府病院協会	三木 真司
NPO 法人	京都禁煙推進研究会	安田 雄司
		南部 吉彦
		栗岡 成人
		友沢 明德
		石川 信仁

2017年4月25日

NPO 法人 京都禁煙推進研究会