

臨床報告

術前患者への禁煙支援体制の構築と禁煙外来専任保健師の役割

松本 夏子¹⁾ 高田美也子¹⁾ 島 孝友²⁾

1) 京都第一赤十字病院 看護部

2) 同 健診部

Construction of smoking cessation support system to preoperation patients and roles of non smoking outpatient nurse.

Natsuko Matsumoto¹⁾ Miyako Takada¹⁾ Takatomo Shima²⁾

1) *Department of Nursing, Japanese Red Cross Kyoto Daiichi Hospital*

2) *Center for Health Promotion, Japanese Red Cross Kyoto Daiichi Hospital*

要 旨

(目的) 周術期禁煙ガイドライン (2015) には、「喫煙は単独かつ独立した周術期合併症の危険因子である。そして、術前禁煙により様々な周術期合併症の発生頻度が減少する」とあり、喫煙しているすべての周術期患者に術前禁煙を勧めるべきである。当院では外来認定看護師と禁煙外来が連携して術前禁煙できた1症例を契機として組織的な禁煙支援体制を構築したので、その過程と禁煙外来専任保健師が果たした役割について報告する。

(方法) 禁煙外来と外科系外来看護師による禁煙支援チームを病院の包括的周術期管理チームの中に構築する。2015年5月～2017年3月に禁煙外来を受診した術前患者20名のうち、外来看護師からの紹介患者16名について術前から術後の禁煙状況を分析する。

(結果) 2015年5月に周術期管理チームを立ち上げ、外来看護師による禁煙指導のスキルアップ教育を行ない、指導ツールと禁煙外来へ繋げる業務フローを作成して運用した。外来看護師から紹介されて禁煙外来を受診した術前患者16名の入院時禁煙率は87.5%で、禁煙者の1年後禁煙継続率は80.0%であった。

(結論) 組織的な術前禁煙支援体制の中で、外科系外来看護師の重要性が再認識された。また、禁煙外来専任保健師が外科系外来看護師のスキルアップ教育を行い、自力禁煙困難な患者には禁煙外来が治療をすることで、高い術前禁煙率が得られた。

Key words : 術前患者, 術前禁煙, 禁煙支援, 禁煙外来, 外来看護師

平成30年4月17日受付 平成30年7月5日受理

責任著者名: 松本 夏子

連絡先: kensinka@kyotol-jrc.org

緒 言

喫煙が周術期患者の術前機能に悪影響を及ぼす¹⁾ことは広く知られており、禁煙することで周術期合併症が有意に減少することは研究で明らかとなっている²⁾。周術期禁煙ガイドラインには、「喫煙は単独かつ独立した周術期合併症の危険因子である。そして、術前禁煙により様々な周術期合併症の発生頻度が減少する」³⁾とあり、喫煙しているすべての周術期患者に術前禁煙を勧めるべきである。

当院の禁煙外来は、1999年健診センター内に設置され、自由診療での禁煙治療を始めた。2006年度の診療報酬改定でニコチン依存症管理料が算定できるようになり、2007年から保険適用による禁煙治療を開始した。現在は専任保健師2名と医師1名が従事し、ここ数年は年間約40人の受診者があり、禁煙成功率は80%前後である。2015年2月に自力での術前禁煙が困難な外科術前患者が、外科外来の認定看護師からの紹介で禁煙外来を受診して術前禁煙に成功し、周術期合併症なく退院した。この事例をきっかけに、禁煙外来が当院関連部署の多職種有志に呼びかけて、「包括的周術期管理チーム」が発足し、その中で組織的な禁煙支援体制を構築したので、その過程と禁煙外来専任保健師が果たした役割について報告する。

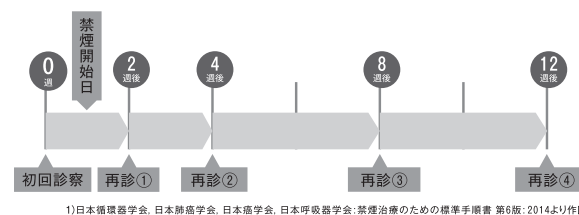
方 法

術前患者への禁煙支援体制の構築

当院の術前禁煙支援体制を構築するために、禁煙外来専任保健師と外科系外来看護師による禁煙支援チームを病院の「包括的周術期管理チーム」の中に結成する。両者の役割分担を明確にして、その連携を確実にするための術前禁煙支援フロー図を作成する。また、外科系外来看護師の患者指導技術レベルアップや使用するツール整備を共同で行う。

術前禁煙における禁煙外来の成績

2015年5月から2017年3月までに当院の禁煙外来を受診した術前患者を対象にして、術前から術後の禁煙状況を分析する。術前禁煙治療は、「禁煙治療のための標準手順書第6版⁴⁾」に従う。標準治療スケジュール(図1)では、計5回の受診日のうち第2回受診日を初回の2週間後に



1)日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会、日本呼吸器学会；禁煙治療のための標準手順書 第6版；2014より作成

図1 標準禁煙治療スケジュール

設定するが、それまでに手術入院となる場合は早めに第2回受診日を設定して禁煙状況や処方薬の副作用の有無を確認する。最終の第5回受診日まで完結せずに入院する患者には、退院後も禁煙治療が継続できるように退院前に禁煙外来専任保健師が訪問して禁煙状況や禁煙治療継続の意思を確認し、継続希望者には、退院後の禁煙外来を予約して禁煙治療完了を目指す。一方、禁煙治療の中止希望者には、退院後の禁煙継続について助言する。卒煙者に対して、禁煙外来初回受診日から1年後に禁煙状況についての手紙によるアンケート調査を行う。

結 果

術前患者への禁煙支援体制の構築(表1)

2015年2月の成功事例をきっかけに、禁煙外来から関連部署の多職種有志に呼びかけて当院の

表1 術前患者への禁煙支援体制構築の流れ

年 月	実施項目
2015 5	包括的周術期管理チームの発足 禁煙外来の取り組み ・必要時、診療枠以外の受診を受け入れ ・健診課事務の術前患者受診時の対応手順作成 ・術前禁煙支援フロー図作成 ・無料禁煙相談開始 外来看護師による術前オリエンテーションの際の禁煙支援開始
12	外来看護師向けに禁煙勉強会開催1回目 内容：禁煙治療の紹介・ニコチン依存症・禁煙のコツなど
2016 1	外来看護師向けに禁煙勉強会開催2回目 内容：外来で禁煙支援により禁煙治療を行った術前患者の事例紹介
9	術前禁煙パンフレット作成 外来看護師により術前禁煙パンフレット活用開始
11	外来看護師向けに禁煙勉強会開催3～4回目

目的

高侵襲外科手術予定患者の周術期合併症を減らし、退院後も生活習慣改善を維持することで長期的予後を改善させる

方法

手術予定決定後、早期に禁煙、運動、栄養管理そして心理などに関する指導を開始し、入院診療に繋げる

参加職種

医師(麻酔科・禁煙外来担当)
看護師(専門・認定・外科系外来・手術室)
理学療法士、管理栄養士
禁煙外来担当保健師

図 2 周術期管理チーム概要

「包括的周術期管理チーム」が2015年5月に発足した(図2)。周術期管理のうちの術前禁煙支援について禁煙外来専任保健師と外科系外来看護師が禁煙支援チームを結成し、「周術期禁煙ガイドラインの重要ポイント10項目」(図3)を参考にして協議を重ねて、以下の体制を構築した。

- 1) 禁煙外来専任保健師と外科系外来看護師の役割分担を術前禁煙支援フロー図に定めた(図4)。
- 2) 外科系外来看護師は、喫煙習慣のある術前患者へのオリエンテーションの際に15分の禁煙支援を行い、自力禁煙が困難な患者を抽出して禁煙外来へ紹介した。
- 3) 既存の禁煙外来は週半日のみであったが、術前禁煙に限って随時受け入れ可能とし、そのための業務フローを担当事務と確立した。
- 4) 禁煙治療を逡巡している患者には、禁煙外来専任保健師が無料で禁煙相談に応じた。
- 5) 禁煙外来専任保健師は、外科系外来看護師の禁煙支援のスキルアップを目的とした勉強会を4回開催して、禁煙支援で使える「術前禁煙パンフレット」を作成した。
- 6) 外科系外来看護師は、術前禁煙パンフレットを自力禁煙希望者に配布し、入院前の外来受診日に合わせて術前禁煙カレンダーに沿った禁煙指導を行った。

術前禁煙における禁煙外来の成績

2015年5月から2017年3月までの約2年間に禁煙外来を受診した術前患者は20名であった(表2)。このうち、術前禁煙支援フローに則って外来看護

1. 喫煙で種々の周術期合併症は増加し、術後の回復が遅延する。
2. 術前患者には喫煙の有無を確認し、喫煙者には禁煙の意義と目的を理解させ、禁煙を促す。
3. 手術前のいつの時点からでも禁煙を開始することは意義がある。
4. 手術直前の禁煙でも周術期合併症の増加はみられない。
5. 可能な限り長期の術前禁煙は、周術期合併症をより減少させる。
6. 受動喫煙も能動喫煙と同様に手術患者に悪影響を及ぼす。
7. 敷地内禁煙などの無煙環境の確立は重要である。
8. 禁煙指導は術前禁煙を促進し、術後の再喫煙率を低下させる。
9. 周術期禁煙を契機とし、生涯の禁煙を目標にする。
10. 周術期医療チームや外科系医師、禁煙外来など他科や他職種と協同して周術期禁煙を推進する。

(周術期禁煙ガイドライン 日本麻酔科学会2015年3月制定より引用)

図 3 「周術期の禁煙 重要ポイント10項目」

師から紹介された患者は16名、入院後に病棟看護師から紹介された患者が1名、自己判断で禁煙外来を受診した患者が3名であった。術前禁煙支援フローに則って紹介した外来看護師の内訳は、がん看護専門看護師や認定看護師が6名、外科系外来看護師が9名、内科系外来看護師が

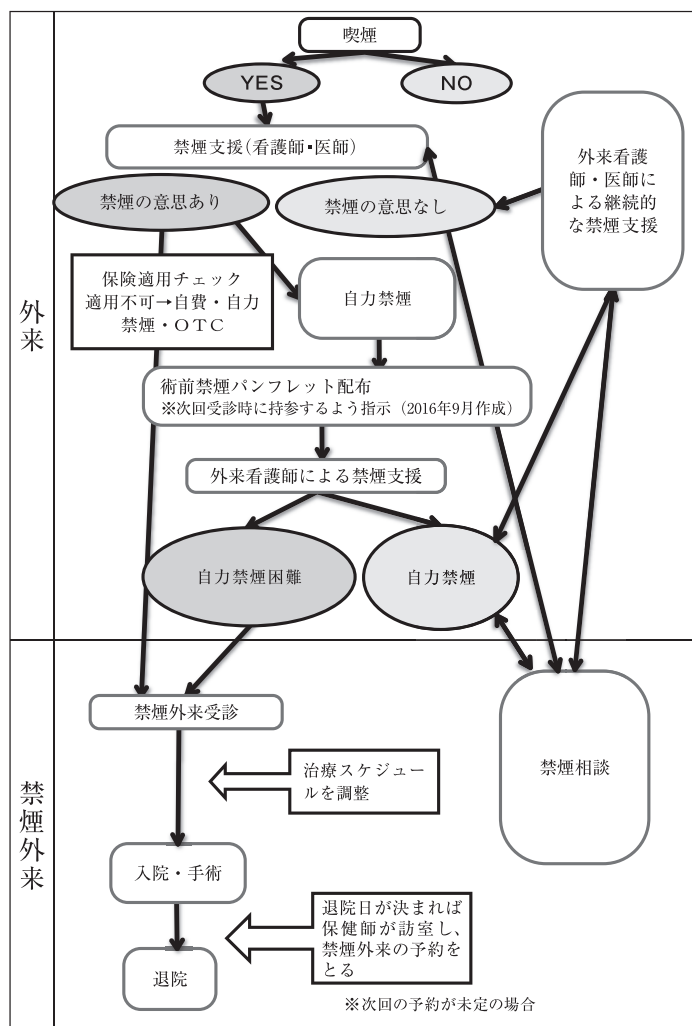


図 4 術前患者への禁煙支援フロー図

表 2 禁煙外来を受診した術前患者の結果まとめ

	初回 受診日	使用 薬剤	紹介者	初回受診か ら手術まで の日数	初回受診か ら禁煙する までの日数	手術までの 禁煙日数	手術までの 受診回数	退院後の 受診回数	入院時	終了時	1年後 の結果	BI
1	20150526	V	K	155*	14	141*	4	0	禁煙	卒煙	禁煙	1920
2	20150617	N	K	30	1	29	2	0	禁煙	卒煙	禁煙	855
3	20150630	N	K	64*	1	63*	3	0	禁煙	卒煙	不明	900
4	20150729	N	病棟	48	1	47	2	3	禁煙	喫煙	不明	780
5	20150821	N	K	41	37	4	1	1	禁煙	喫煙	不明	1500
6	20150901	N	外来	28	1	27	2	0	禁煙	卒煙	不明	860
7	20151124	N	K	9	1	8	1	2	禁煙	卒煙	不明	1100
8	20160209	V	外来	20	3	17	1	0	禁煙	卒煙	再喫煙	1000
9	20160216	V	外来	30	26	4	2	0	禁煙	喫煙	不明	600
10	20160315	N	外来	11	0	0	1	0	喫煙	喫煙	不明	1200
11	20160405	V	外来	14	12	2	1	4	禁煙	卒煙	不明	1080
12	20160415	N	外来	11	1	10	2	2	禁煙	卒煙	禁煙	1200
13	20160419	N	なし	7	2	5	1	1	禁煙	喫煙	不明	850
14	20160524	N	外来	14	1	14	2	3	禁煙	卒煙	禁煙	900
15	20160527	N	K	201*	1	0	3	0	喫煙	喫煙	不明	600
16	20160802	N	なし	14	1	14	2	1	禁煙	卒煙	再喫煙	375
17	20160802	V	外来	23	8	15	2	1	禁煙	卒煙	不明	300
18	20161214	V	外来	14	0	16	1	4	禁煙	卒煙	不明	315
19	20170307	N	外来	16	0	18	3	0	禁煙	卒煙	不明	1600
20	20170328	N	なし	55	44	11	3	2	禁煙	卒煙	不明	600

V：バレニクリン

K：がんカウンセリング実施者

BI：Brinkman Index

N：経皮的ニコチン吸収剤

外来：外来看護師

病棟：病棟看護師

1名であった。専門や認定看護師を除く外来看護師からの紹介件数は、2015年9月までは1件であったが、スキルアップ勉強会後の2016年2月以降は9件であった。

フローに則って紹介された16名のうち入院までに禁煙した患者は14名(87.5%)、禁煙できなかった患者は2名(12.5%)であった。入院までに禁煙できた14名のうち1ヶ月以上完全禁煙した卒煙者は12名で、卒煙率は75%であった。術前に外来化学療法を行った3名を除くと、禁煙外来初回受診日から手術までの平均日数は20.1日で、平均受診回数は1.6回であった。

卒煙者を対象として一年後に行った手紙によるアンケート調査で回答が得られた5名のうち、禁煙者は4名(80.0%)であった。

考 察

「手術を控えた喫煙者は一般の喫煙者集団に比較して禁煙へのモチベーションが高まっている。そのため医療職の周術期喫煙のリスク提示など、比較的簡単な禁煙指導で禁煙がスタートできる場合も多い」と中川ら⁵⁾が述べているように、喫煙する術前患者の大半は禁煙治療をしなくても主

治医などからの禁煙指示により禁煙に至る。しかしその一方で、術前であっても自力禁煙が困難な患者もいる。今回我々は、多職種が禁煙支援を組織的に行うことで、より多くの喫煙患者が術前禁煙できるのではないかと考えてその支援体制を構築した。

術前禁煙支援において、外来初診時から手術入院まで、患者の状態を包括的にアセスメントして栄養や運動等の指導を行なう外科系外来看護師が果たす役割は非常に重要である。本体制の運用開始当初は、がん看護専門看護師や認定看護師の一部が中心となって支援が行われ、外科系外来看護師から禁煙外来への紹介患者は少なかった。その原因として、外科系外来看護師に禁煙支援の経験者が少なく、具体的な支援マニュアルや指導ツールがないことが考えられた。Carson(2012)は、「トレーニングを受けた者は、より禁煙支援の達成度が高い⁶⁾」と述べていることから、禁煙外来専任保健師が外科系外来看護師の禁煙支援スキルアップ目的の勉強会を複数回開催した。また、外科系外来看護師用の禁煙支援マニュアルとして「術前禁煙パンフレット」を作成した。その結果、煩雑な外来業務の中でも短時間で均一な禁煙支援が行

える自信が外科系外来看護師に生まれ、禁煙外来への紹介患者が増加した。また、2回目以降の禁煙勉強会では、術前禁煙治療の実例を共有して理解を深め、禁煙支援中に生じた問題点について禁煙外来専任保健師に気軽に相談してくれるようになった。こうした外科系外来看護師の禁煙支援スキルアップによって、今後ますます術前禁煙成功者が増加することが期待される。

禁煙外来での術前禁煙は、紹介受診日から手術入院日まで期間が短いため術前検査などで多忙な患者のスケジュールに合わせて個別に受診日を設定したが、平均1.6回しか面談日を設けることができなかった。そうした状況下で、術前禁煙の重要性を理解していても自力禁煙できない喫煙者を対象にしたにもかかわらず術前禁煙率は87.5%と高率であり、周術期管理チーム医療の中で禁煙外来が一定の役割を果たすことができた。

京都禁煙推進研究会がタバコをやめる科学的方法として提案している「あいうえお卒煙法」の中に「えんを結んでやめよう」という第4の禁煙のコツ⁷⁾がある。繁田は、「えんを結んでやめよう」は医療関係者の支援を受けたり、禁煙補助剤を使ったりすることに加えて、友人や家族との協力体制を推奨するものである⁸⁾と述べている。今回一人の患者をきっかけに始まった当院での術前禁煙支援の取り組みにおいても、禁煙外来専任保健師だけではなく、主治医や外来看護師など術前患者に関わる多職種と患者・家族が「えんを結んで」、患者の術前禁煙に寄与することができた。また、谷口⁹⁾は、「術前患者の禁煙に対する高いモチベーションは、手術後は半減し、再喫煙のリスクは高くなる」と述べている。我々も、手術後から退院までの入院期間と退院後の外来通院期間の継続した禁煙支援が、その後の患者の禁煙継続に向けて非常に重要であると考えており、そのためには入院病棟看護師と外来看護師がさらに連携を強化してシームレスな禁煙支援を継続しなければならない。

本研究の限界は、当院で麻酔科管理による待機的手術を受けるすべての喫煙患者の術前禁煙について詳細な情報を把握できていないことである。そのため、外科系外来看護師による禁煙支援の実

施率や禁煙成功率などは不明である。

結 語

術前禁煙を組織的に推進する体制を構築する中で、術前術後の患者に直接関わる外科系外来看護師の重要性が再認識された。禁煙外来専任保健師が、外科系外来看護師の禁煙支援スキルアップ教育を行い、自力禁煙困難な患者には禁煙外来で治療することで、高い術前禁煙率が得られた。

本論文内容に関連する著者の利益相反はない。

文 献

- 1) 日本口腔衛生学会, 日本口腔外科学会, 日本公衆衛生学会ほか. 禁煙ガイドライン. 2010年改訂版.
- 2) 守 正浩, 小林 純, 森嶋友一ほか. 喫煙が下部消化管手術に与える影響と外科医による術前禁煙指導の効果に関する検討～周術期合併症の減少を目指して～. 禁煙科学 2012; 6(12) 1-7.
- 3) 公益社団法人 日本麻酔科学会. 周術期禁煙ガイドライン. 2015.
- 4) 日本循環器学会, 日本肺癌学会, 日本癌学会, 日本呼吸器学会. 禁煙治療のための標準手順書 第6版. 2014.
- 5) 中川雅史, 田中英夫, 柴田晶カールほか. 術前喫煙対策の充実に向けて－術前患者の喫煙状況および喫煙者の特性に関する基礎調査結果－. 麻酔 2002; 51: 296-300.
- 6) Carson KV, Verbiest ME, Crone MR, et al: Training health professionals in smoking cessation. Cochrane Database of Syst Rev 2012; 5: CD000214.
- 7) 繁田正子. 卒煙ハンドブック. NPO法人京都禁煙推進研究会編. 京都新聞出版センター 2002; 33-44.
- 8) 繁田正子, 松井大輔, 渡辺 功. 卒煙(禁煙)の医学. 京府医大誌 2010; 119(6): 405-415.
- 9) 谷口千枝. 田中英夫編. 事例で学ぶ禁煙治療のためのカウンセリングテクニック. 東京: 看護の科学社, 2009; 88-93.