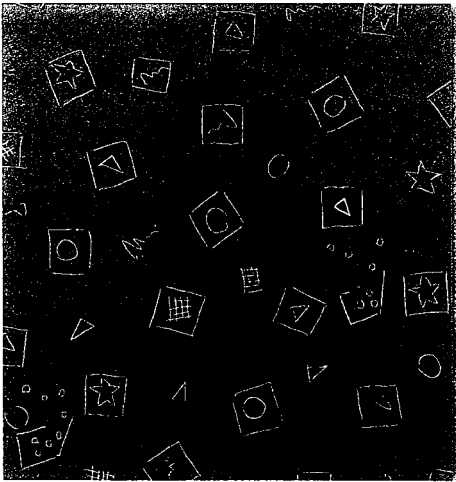



タバコにさよならして、
快適職場をつくる。

監修
大阪府立健康科学センター
健康生活推進部長
中村正和



なぜする？ どうする？
職場の喫煙対策



CONTENTS

第Ⅰ部
喫煙対策に
なぜ取り組まなければならないのか？

1. 今、管理者責任が問われている —1
2. 喫煙は仕事の能率を下げる ———2
3. 喫煙は企業の負担を増やす ———3

第Ⅱ部
企業は喫煙対策にどう取り組んだか？

- 喫煙対策のきっかけ —————5
1. 日立金属株式会社 若松工場 —6
 2. ダイハツ工業株式会社 ———10
 3. 中国電力株式会社 広島支社 —13
 4. 管工業健康保険組合 ———17

1

今、管理者責任が問われている

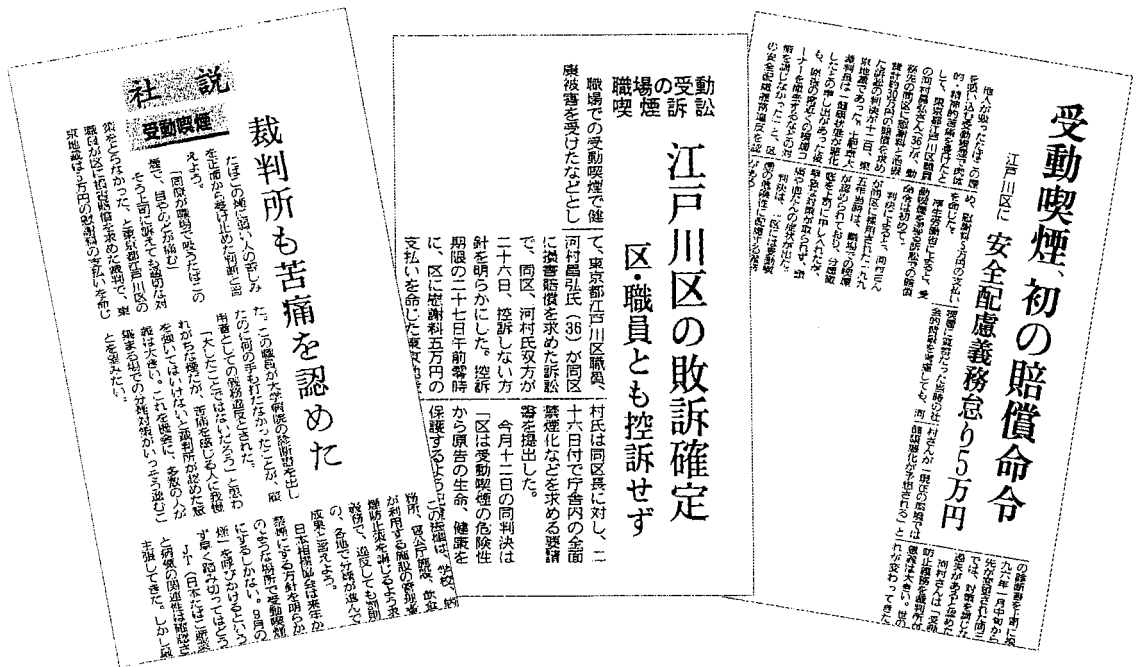
受動喫煙の裁判で賠償命令が出される

健康増進法の施行や新ガイドラインの策定を受けて、公共交通機関や官公庁ばかりでなく、多くの企業でも職場の禁煙化が進められています。厚生労働省の「労働者健康状況調査」(2002年)によると、事業所全体の約6割、従業員が300人以上の事業所では9割以上がなんらかの喫煙対策に取り組んでいます。健康増進法は努力義務なので、違反しても罰則規定はありません。しかし法律に違反することは、

企業イメージを大きく損なうだけでなく、受動喫煙の被害者から告訴された場合、敗訴することを覚悟しなければなりません。

実際に、東京地裁は2004年7月12日「同僚が職場で吸うタバコの煙で目やのどが痛むと上司に訴えていたにもかかわらず、改善策をとらなかったのは安全配慮義務違反である」として、職場(江戸川区)を告訴していた職員の言い分を認め、区に慰謝料5万円の支払いを命じる判決を出しました。

これは受動喫煙をめぐる裁判で賠償命令が出され、原告の勝訴が確定した初のケースです。今後こうした受動喫煙の裁判では、原告有利の判決が続くものと考えられています。



喫煙対策を進める法的根拠が整備された

2003年5月に施行された「健康増進法」では、事務所、官公庁施設、金融機関、飲食店、商店、集会場、学校、病院、百貨店など多数の人が利用する施設の管理者は「受動喫煙を防止するため、必要な措置を取るよう努めなければならない」とされています。

ではこれらの施設の管理者は、喫煙対策をどこまで行う必要があるのでしょうか。2003年5月に厚生労働省は「職場における喫煙対策のためのガイドライン」(新ガイドライン)の中で具体策を示しました。旧ガイドラインから特に大きく変更された点は、●喫煙コーナーの設置ではなく、確実に受動喫煙を防ぐために、事業所全体を「全面禁煙」とするか、

「タバコの煙がもれない喫煙室」の設置を推奨していること。

●空気清浄機は、タバコのガス成分をほとんど除去することができないため、受動喫煙の防止策にならないとされたこと。

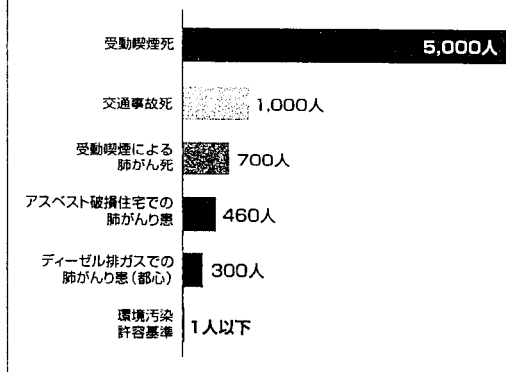
などです。

つまり事業所の中に喫煙コーナーを設け、そこに空気清浄機をぼんと置いただけでは、受動喫煙の防止策を実施しているとは認められません。受動喫煙を防ぐために施設を禁煙化するか、換気管理のしっかりした喫煙室を設けて確実に煙を屋外に出すことが、管理者に求められています。

タバコの煙は有害な環境汚染物質

タバコの煙には4,000種類以上の化学物質が含まれ、その中にはニコチン、タール、一酸化炭素、ヒ素、カドミウム、ホルマリン、ダイオキシンなど200種類以上の有害物質があります。しかも、タバコの先端から出ている煙(副流煙)は、喫煙者が吸い込んでいる煙(主流煙)の2~100倍多く有害物質を含んでいるといわれています。受動喫煙は肺がんや心筋梗塞などになる可能性を高め、死亡率で見ると環境汚染物質を規制する基準に比べて5,000倍の危険性があると指摘されています。タバコの煙は「迷惑」というレベルではなく、「有害な環境汚染物質」として取り締まるべきものなのです。

10万人あたりの生涯リスク



出典：松崎道幸「臨床科学34巻号」1998

2

喫煙は仕事の能率を下げる

喫煙習慣の本質はニコチン依存

喫煙者がなぜタバコをやめることができないのか。その理由は、喫煙習慣の本質がニコチン依存症であるからです。ニコチンは脳でドーパミンの分泌を促進して快感や多幸感を強める作用があり、これが依存症の成立と深く関わっています。

ニコチンの依存性は、ヘロインやコカインと同等の強さがあるにもかかわらず、禁断症状が目立ちにくいいため依存していることに本人も気づきにくいのです。

つまり喫煙が単なる習慣ではなく、薬物依存という病気であることを認識して対策を立てない限り、職場の喫煙率を低下させることは困難です。

タバコが社員の能力を低下させている

ニコチンが足りなくなると、いらいらしたり、集中できなくなったりといった離脱症状が現れます。脳がニコチンを要求しているのです。そこで一服。するといらいらがおさまリ、仕事にも集中できるようになります。喫煙者がよく「タバコは集中力を高める」「ストレスを解消する」といいますが、決して喫煙が能率を上げるのではなく、ニコチンを補給しないと脳が正常に働かないというだけなのです。

喫煙と作業能率の関係を調べた研究でも、タバコを吸うと15分後には作業能率が低下することが明らかになっています。

喫煙する社員が多いということは、100%の能力を出せない社員をたくさん雇っていることを意味します。

ニコチン依存症の姿

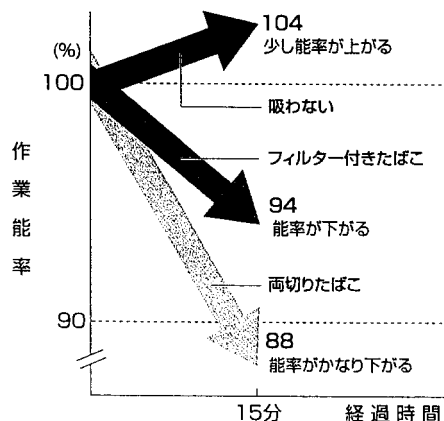
ニコチン依存症はニコチンという寄生虫が脳に感染して、取り憑いたような状態。



ニコチンの脳への作用により、大切な心や体の動きがニコチンに支配される。

Aspinall RDC: Nicotine Cessation program, 1997
イラスト：Andrew Struthers

タバコと作業効率



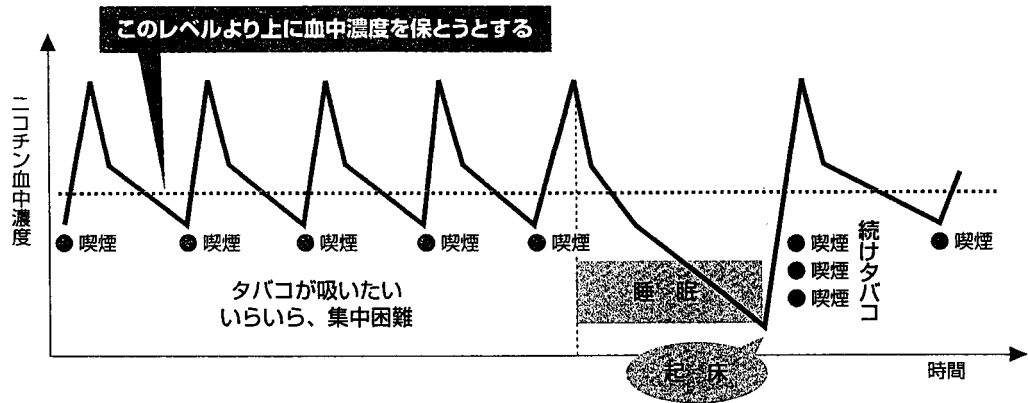
出典：浅野牧茂「最後の禁煙宣言」講談社、1982

仕事中にタバコを吸うという行為は……

喫煙する社員は血中のニコチン濃度を保つため、しばしば仕事を中断して喫煙します。これは仕事の能率低下を意味しています。シアトル大学のワイズ博士の研究によると、喫煙者が勤務時間中にタバコを吸っている時間は平均35分間。例えばあなたの

会社に月給24万円の社員がいて、その人が喫煙者の場合、1日約700円の損失を企業に与えることとなります（1日8時間、月25日の労働条件）。これは1カ月で約1万8,000円、1年で約21万円の損失となります。

ニコチン血中濃度と喫煙行動



3

喫煙は企業の負担を増やす

喫煙者は長期病欠しやすい

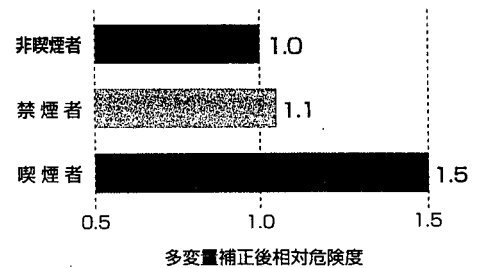
喫煙による能力の低下、能率の悪化、時間のロスによる企業の損失。こうしたことの他にも、喫煙はさまざまなデメリットを企業に与えます。そのもっとも代表的なものが、喫煙している本人の健康被害です。喫煙が、心筋梗塞やがんなど、重大な病気の発症率を大きく高めることはよく知られています。

最近では生活習慣病の代表であり中高年に多い「糖尿病」の発症にも、喫煙が関与していることがわかってきました。大阪ガスの健康管理センターの調査によると、在職中に糖尿病を発病する危険は、非喫煙者に比べて喫煙者では1.5倍高まることわ

かりました。しかし、禁煙者では、その危険は非喫煙者に近いことも明らかになりました。

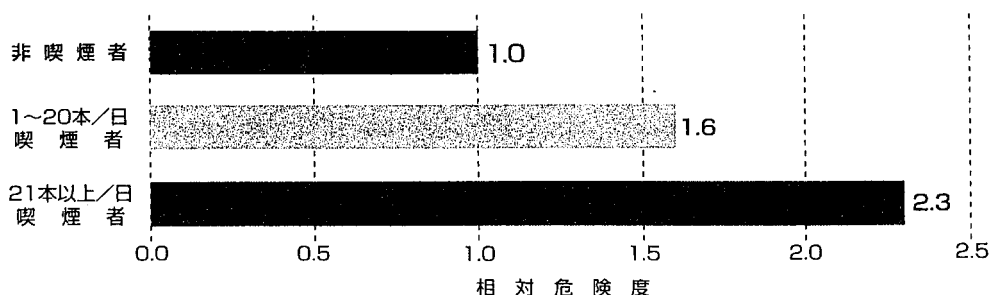
東京ガスが、定期健康診断の受診者を対象に行った調査では、病気のため14日以上仕事を休んだ人の割合は、非喫煙者を1とすると、1~20本/日の喫煙者で1.6倍、21本以上/日の喫煙者では2.3倍と、喫煙本数と共に増加することがわかりました。

喫煙習慣別みた糖尿病の発病の相対危険度



出典：大阪ガス健康管理センター、Diabet.Med. 16.951-955.1999

喫煙習慣別みた疾病休業発生(14日以上)の相対危険度



出典：三富美千代ほか、産業衛生学雑誌46巻 臨時増刊号 2004

喫煙は企業に
コスト面で損失を与える

喫煙によって社員が病気にかかりやすくなり、欠勤日数が多いということは、企業にコスト面での負担を強いることとなります。

企業の厚生年金保険の保険料率は、定められた一定の範囲内で企業と従業員が折半する形態となっています。医療費の増加は、健保組合の財政悪化を招き、保険料率の引き上げにもつながります。企業も、従業員も負担額が増えるのです。それでも健保組合の赤字が続けば、組合を解散せざるを得なくなり、企業のイメージダウンを招くだけでなく、従業員に対してさらなる経済的負担を強いる結果となります。

アメリカで従業員4万6,000人以上の大企業6社を対象に実施された研究によると、喫煙による医療保険料の超過支出は、1社あたり年間5億4,000万円に達すると報告されています。

先に述べた、シアトル大学のワイズ博士の研究では、タバコを吸っている人を企業が雇うと、年間55万円も余分なコストがかかるこ

とが指摘されています。その内訳は、就業時間中にタバコを吸うことによる労働時間の損失のほか、タバコを吸うことによる病気欠勤、喫煙による医療費や保険料などの超過支出、OA機器の寿命低下や空調フィルターの交換費用等の維持管理費の増加が含まれます。

喫煙者1人当たりの企業コスト



出典：シアトル大学・ワイズ博士の試算 1981年（1ドル=120円で換算）

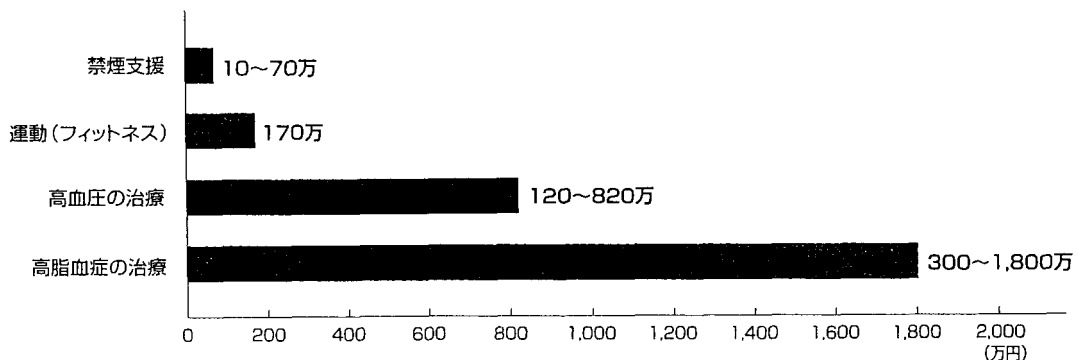
禁煙支援は
経済効率性に優れている

これまでの多くの研究結果から、喫煙者に対する禁煙支援活動は、運動プログラムと並んで、数ある予防活動や医療サービスの中でも極めて経済効率性にすぐれた保健事業であることがわかっています。

企業が喫煙者に禁煙支援を行った場合のコストを

調べてみると、1年目は人件費や教材費などの初期投資が必要なものの、2年目以降は支出が減り、5年目で黒字に転じることがわかっています。このように、職場における禁煙支援は、経済効率性にすぐれた優先順位の高い健康増進活動なのです。

予防活動の費用効果比（円/救命1年）



保健医療の経済的効率性を判断する目安として、救命年（生きられたはずの生存年数）を1年延長させるのに200万円以下だと経済効率性が「非常に良い」、1,000万円を超えると経済効率性が「悪い」とされています。

出典：Urban, 1992

喫煙対策の進め方は、
右記のホームページが参考になります

▶ <http://www.e-kinen.jp/office/index.html>

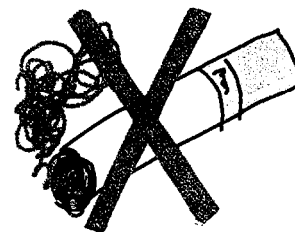
喫煙対策のきっかけ

だれが主導するのか？

今、多くの企業が喫煙対策の必要性を感じ、何かはじめなければと思っています。

しかし、職場の喫煙対策は、だれかが漠然と考えているだけでは、実際に動き出すことはありません。主体となって進める部署や人が必要です。これまで行われてきた取り組みを見ると、産業医、健康保険組合、総務部（安全衛生課など）が主導するケースが多いようです。

では各企業がどのようなきっかけで職場の喫煙対策に「本気で」取り組むようになったのでしょうか。



リーダーシップが求められている

本書で取り上げる日立金属若松工場の場合は、職場の分煙化の研究を行っていた大和先生が産業医として赴任したことが転機となりましたが、喫煙対策がまったく行われていなかった工場で喫煙対策を進めるにあたって、工場長から「工場全体として取り組もう」とメッセージをもらったことが後押しとなりました。

また、ある電子部品メーカーでは、安全環境課の事業計画を立てる際、取締役から「自分もタバコをやめたいのだが、何かできないか」と提案があり、

禁煙サポートの実施に結びついたというケースもあります。

このように大手企業の場合でも、トップの姿勢や決断が企業の喫煙対策の進め方を大きく左右します。また、中小企業の場合は、社長の一言で社も含めて全面禁煙になることもあります。

喫煙対策を進めていく上での法的整備が進む中で、企業として喫煙対策に対するポリシーを明確に従業員に伝えるためにも、トップの決断とリーダーシップが求められています。

まず全社的に喫煙状況を把握する

他社と比べて喫煙率が高いことがわかり、喫煙対策が本格化するケースも少なくありません。後のページで登場するダイハツは系列各社と比べて、また中国電力広島支社は他の支社に比べて喫煙率が高いことがわかり、それがきっかけになったといえます。全国平均に比べて……といった一般論ではなく、身近な企業と比較したことが、担当者たちのやる気に火をつけたのです。

他社と比較を行うには、健診時の問診データを分析したり、新たにアンケート調査を実施するなどして、全社的に従業員の喫煙状況を把握することが必要です。数字で喫煙率等を冷静にみつめたり、受動喫煙など現場の悩みを拾い上げることで、喫煙対策の気運が高まります。

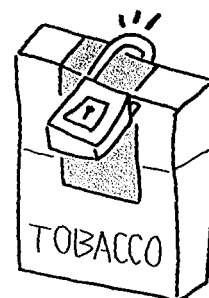
法を守り、従業員の健康を守る

「ガイドラインが策定されたから」「健康増進法が施行されたから」「取引先が全面禁煙になったから」喫煙対策を進めているという企業も多いようです。

例えば、ある金属系の健康保険組合では、96年に旧労働省が「職場における喫煙対策ガイドライン」(旧ガイドライン)を出したことをきっかけとして職場の喫煙対策に取り組み、1999年のニコチンパッチの発売と同時に禁煙キャンペーンを開始しました。

法的遵守は企業の使命であり、これを否定することはできません。さらに、企業の財産ともいえる従

業員の尊い命が、喫煙によって失われたり、労働生産性の低下や医療費の増加が生じることを考えれば、一刻も早い対応が望まれます。



1 日立金属株式会社 若松工場



指導者
日立金属若松工場嘱託産業医
(産業医科大学助教授)
大和 浩 先生

<会社概要> 事業内容：製鉄用圧延ロール、建築部材などの製造
従業員数：708人(喫煙対策導入時)

<喫煙対策の主導> 産業保健スタッフ
(嘱託産業医1名、看護師2名)

喫煙対策前の喫煙率：52.7% (1999年1月)



対策後の喫煙率：46.0% (2003年11月)

産業医の指導のもと、総合的な喫煙対策をゼロからスタートさせたのが日立金属若松工場です。職場の禁煙化や禁煙サポートなどが喫煙率低下にどのような効果をあげるのか……厚生労働省のがん克服戦略研究事業の下で、大阪府立健康科学センターの中村正和医師や大阪府立成人病センターの大島明医師の協力を得て、喫煙対策を実施していない対象工場と比較しながら、科学的データを蓄積・分析した点が、取り組みの大きな特徴となっています。

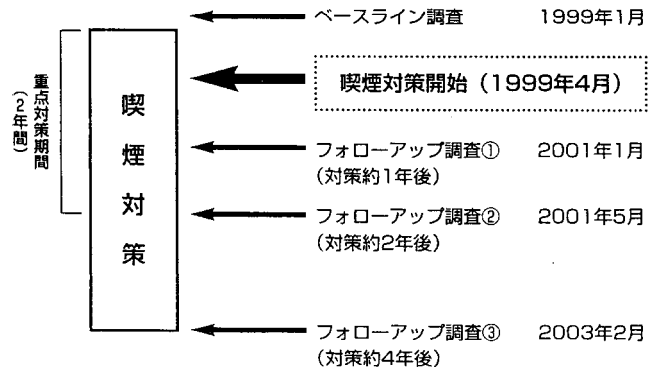
喫煙対策をゼロからスタート

若松工場と対照工場

- 産業保健スタッフ主導のタバコ対策（分煙と禁煙支援）の有効性評価
- 対照工場（県内のグループ工場）との比較検討

	若松工場 (喫煙対策実施工場)	K工場 (対照工場)
従業員数 (ベースライン時)	708人	784人
産業保健 スタッフ	嘱託産業医：1名 産業看護師：2名	専属産業医：1名 産業看護師：1名

喫煙対策の調査のスケジュール



喫煙対策の内容

	1年目	2年目	
1. 職場の分煙化	1) 労働衛生部会による「受動喫煙ゼロ運動」	●	●
	2) 事務室・休憩室の空間分煙化	●	●
	3) 自販機コーナーやロッカー室の分煙化		●
	4) 懇親会の分煙化		● (一部)
2. 広報活動	1) 工場長からの喫煙対策や禁煙に関するメッセージ	●	
	2) イン트라ネットによる広報活動	●	
	3) ポスターによる広報活動	●	●
	4) 社内報による広報活動	●	●
	5) 衛生教育での禁煙の推奨		●
3. 健診結果を用いた禁煙の働きかけ	1) 健診結果に書かれた産業医からの手書きの禁煙メッセージ (2年目はニコチン代替療法(NRT)に関する情報提供を追加)	●	●
	2) 健診結果に「喫煙は有害である」と自動判断されたこと		●
4. 診療所での禁煙活動 (禁煙サポートやNRTの処方など)	1) 診療所の産業医、看護師の働きかけとサポート	●+1	●+2
	2) 診療所における呼気一酸化炭素濃度の測定	●	
	3) 診療所における禁煙に関する図書無料貸出	●	
	4) ニコチン代替療法(NRT)を用いた禁煙外来		●

*1： 血圧、高脂血症などの有所見者 *2： 全喫煙者
(注) 禁煙コンテストを2年目に開催したが、応募が2名と少なかったため、上記の内容から除外した。

日立金属若松工場が、喫煙対策に取り組むきっかけになったのは、1998年6月、産業医として大和先生が赴任したことによります。職場の喫煙対策に関して研究を進める中で、その実践舞台を探していた大和先生と、「喫煙対策のノウハウがわからない」という悩みをかかえていた企業の思いが合致し、対策がスタートしたのです。

対策の第一歩は「職場の喫煙状況を把握すること」。1999年1月、全従業員に対して喫煙アンケー

ト調査が行われました。

「職場の雰囲気としては“タバコを吸って何が悪い”という雰囲気が多勢を占めていましたね。半分以上の事務室、すべての休憩室で吸いたい時に自由に吸うという状態でした。アンケート結果からも、喫煙率が全国平均を上回る52.7%という実態が明らかになりました」（大和）

この集計結果を受けて、1999年4月から本格的な対策が開始されました。

COLUMN

だれもが気にする社内評価

アンケートをとる意味は、職場の喫煙実態を知るためだけではありません。「受動喫煙という言葉を知っていますか？」→よく知っている・聞いたことがある・わからない。「受動喫煙は他人の健康にたいへん悪いことを知っていますか？」→よくわかる・わからない・どちらともいえない。「喫煙しない人がタバコの煙で非常に迷惑しているということを知っていますか……」というように、アンケート自体が喫煙者に対する教育効果をもってい

ます。集計結果を喫煙室に貼れば「周囲の人は、あなたのことをこのように思っている」と示す材料にもなります。喫煙者は全国的な話題より、身近な「社内評価」を気にするものなのです。



喫煙に関するアンケート調査は、喫煙者を禁煙に導く教育効果がある。

大和先生は、タバコは健康に悪くストレスの原因になること、他人の健康も害していることなどを、安全衛生委員会や衛生教育の場など、機会あるたびにデータで示しました。また若松工場のトップ(工場長)から、受動喫煙ゼロ運動を支持する旨のメッセージをもらい、それをイントラネットで流したことも職場の雰囲気を変える後押しとなりました。

その上で、喫煙対策1年目に重点的に取り組んだのが、職場の受動喫煙対策でした。診療所を完全禁煙にすることはもちろん、職場のあちこちに置かれていた灰皿を撤収(写真1)。喫煙室や喫煙コーナーを

設置し、タバコを吸う場所を限定しました。この際重要なのが、喫煙室や喫煙コーナーからタバコの煙がもれないこと。つまり形だけの分煙ではなく、受動喫煙を防ぐ本当の意味での分煙を行うことでした。

「例えばどの職場にも換気扇があります。その周囲を防災性シートで囲むだけで、煙がもれない喫煙コーナーができます(写真2)。費用はせいぜい3万円程度。10万~25万円で完璧な禁煙室もできます。」(大和)



写真1



写真2

禁煙化の進捗状況

	対策前	1年後	2年後	3年後
完全禁煙	6	13	16	24
漏れない分煙 違反なし	0	10	11	19
漏れない分煙 違反あり	4	0	0	0
漏れる分煙	1	0	1	0
自由に喫煙	52	40	35	20



社内でタバコを吸える場所がどんどん限られてきたこともあり、正月休みを機会に禁煙に踏み切りました。1日3箱吸っていたので、月に1万5千円ほどお金がうきました。私(課長)がヘビースモーカーだったため周囲も吸いやすかったようですが「課長が禁煙できるなら私もやってみよう」という部下も現れました。(加工/岩崎)

700名の従業員（内350名を超える喫煙者）に対して、禁煙サポートを行うのはわずかなスタッフ。1人ひとりをご指導する時間も余裕もない中で、喫煙率を下げるために採用した方法は、健康診断を利用した「禁煙の勧め」です。

「職場の分煙化・禁煙化と同時に、年1回行われる健康診断時に、すべての喫煙者にタバコをやめるよう話しました。相手がやめたいそぶりをみせたら名前をリスト化し、後で診療所に来ていただくのです」(大和)

やみくもに“やめなさい”ではなく、相手の喫煙

ステージ（無関心期、関心期、準備期）に対応したアドバイスをすることが大切です。

さらに、健診結果にも手書きでコメントを加えました。

コメントは、なるべく個人の実状を考慮したものにします。たとえば「課長になられたのだから、部下の健康のためにもタバコをやめましょう。血圧が高いのも気になります。喫煙を続けていると脳血栓などの危険が高まりますよ」と書いてあれば、それを読んだ家族も禁煙を応援するようになります。

禁煙のきっかけ

	禁煙のきっかけ—禁煙者 (N=47)	禁煙しようと思ったきっかけ—喫煙継続者 (N=73)
職場の分煙化	3 (6.4%)	12 (16.4%)
広報活動	6 (12.8%)	21 (28.8%)
健診結果を用いた働きかけ	14 (29.8%)	26 (35.6%)
診療所での働きかけ (禁煙サポートやNRTの処方など)	11 (23.4%)	27 (37.0%)
職場での禁煙者の増加	11 (23.4%)	14 (19.2%)
その他	6 (34.0%)	26 (35.6%)

(注1) 禁煙のきっかけは、対策実施1年目、2年目の各時点で禁煙者について調査した結果をもとに集計。ただし、ここでの禁煙者は2年後の時点で禁煙していた者。

(注2) 禁煙しようと思ったきっかけは、対策実施2年目時点で喫煙者について調査した結果をもとに集計。

出典：大和浩、中村正和ほか「空間分煙と禁煙サポートからなる有効な職場の喫煙対策」産業衛生学雑誌43巻 臨時増刊号、2001

禁煙サポートは、 5つのアプローチ



1. 禁煙サポートについてのアンケート調査
- ↓
2. 禁煙しやすい雰囲気づくり(ポスター等によるパッチの紹介など)
- ↓
3. 医療職の禁煙サポートの学習
- ↓
4. 喫煙ステージに対応した「声かけ」
- ↓
5. ニコチンパッチを主体とした禁煙プログラムの実践(禁煙外来)

診療所の禁煙外来は、職場の禁煙化をはじめた1年目からスタートしています。健診で血圧が高かったり、コレステロール値が高い人、糖尿病がある人などを中心に、スモーカーライザーによる呼気測定や、ニコチン依存度テストなどを実施。行動療法による禁煙プログラムを行いました。

禁煙サポートは2年目からは、ニコチンパッチを導入。これにより禁煙指導が、かなり容易になりました。健診の際にもパッチの啓発教材や「禁煙セルフヘルプガイド」(法研)を喫煙者に渡し、ニコチンパッチの説明を行い、興味をもった人に診療所で処方を実施しました。

禁煙外来3年目からは、最初のパッチ3枚を診療所負担で無料提供することにしました。

「心理的バリアを低くしたのです。タバコはやめたい、パッチに興味はある、でもお金を払うのはちょっと……。こういう人たちも3枚貼って禁煙でき

そうだと思ったら4枚目から購入してください」というと、抵抗なく導入できるのです」(大和)

また禁煙外来では最初からパッチを多めに処方して、使った分だけお金を払い、余ったパッチは返却するシステムとしました。さらに2003年度からは、健診で「タバコをやめるつもりはない」と答えた人たちにも、パッチを1枚進呈する試みを始めています。

「苦しくて何度も禁煙に挫折したけれど、パッチを使ったらできた」という人が多いですね。毎年20~30人、タバコをやめています。工場の喫煙率も53%から46%に下がりました」(大和)



コストに対する
抵抗感をなくし、
パッチを貼ってもらう。

喫煙対策4年間の喫煙率の比較

	若松工場			対照工場			差の比較
	対象者	喫煙率	ヘースラインとの差	対象者	喫煙率	ヘースラインとの差	
ベースライン	692	52.4%		777	61.7%		
1年目	662	47.5%	-4.9%	703	61.2%	-0.5%	-4.4%
2年目	650	47.5%	-4.9%	698	62.1%	0.4%	-5.3%
4年目	554	46.0%	-6.4%	559	63.3%	1.6%	-8.0%



タバコの自動販売機にも診療所からのメッセージが...

「調理場で働いているのだから、味覚を大事にするため禁煙した方がいいですね」と健診結果に書かれたことが禁煙のきっかけです。ニコチンパッチを使えば楽にやめられることは、工場に貼ってあるポスターや社内報で目にしていました。20歳から60歳まで毎日10本吸い続け、1度も禁煙したことはありませんが、1回でやめることができました。(総務課・外来者用調理師/鈴木)

会議などで喫煙が制限されるようになったことや、健診結果にタバコをやめるよう書かれたことが、禁煙に踏み切るきっかけでした。今回が人生で3回目の禁煙。1年続いています。パッチは初めて使いましたが、これまで辛かった禁煙初期が圧倒的に楽でしたね。最初に21～22枚渡され、10枚ちょっと使いました。禁煙して、空港や出張先で灰皿を探して歩き回ることから解放されたのが、大きな収穫ですね。(品質保証センター/大島)



Q 企業が禁煙サポートを行う上で大切なことは……

A スタッフのスキルアップですね。喫煙ステージにかかわる禁煙指導者の講習会を、看護師の方にも受けていただきました。禁煙サポートの理論的ベースをスタッフが共有することで、喫煙者に対する対応に一貫性が生まれます。禁煙サポートは、教育プログラムですから、やる気があれば医療関係者でなくても勉強でき、実践できます。

Q 産業医主導で喫煙対策を進める上で留意することは……

A 喫煙対策に協力的な部署の対応が終わると、簡単に分煙できない環境(排気設備がない等)や、担当者にまったく禁煙意志がない部署ばかりが残ります。こうなると産業医の働きかけだけではどうにもなりません。総務の安全衛生責任者などが、強制力を働かせなければならない時期が必ずやってきます。

Q 若松工場での成果は他工場に反映されましたか？

A 後発グループとして喫煙対策をはじめた工場では、対策は急速に進みました。喫煙場所のリスト(対策の内容、煙もれの有無、責任者の名前、どのような対策をするかなど)を作成し、最初から会社の方針に基づいた取り組みによって、職場単位で競わせたのです。分煙化・禁煙化があっという間に進み、1年間で喫煙率が7.5%も下がりました。