

産業看護職の職務と喫煙対策への意識

衛生看護学科 松本 泉 美

1. はじめに

喫煙は、喫煙者本人の健康だけでなく、周囲の非喫煙者の健康も阻害することが、これまでの研究や疫学調査で明らかになっている^{1, 2)}。これらの研究および世界的な喫煙対策の推進や社会情勢の影響を受けて、わが国の喫煙対策も受動喫煙防止に重点が置かれるようになった³⁾。2003年5月には「健康増進法」が施行され、公共機関や事務所など多数の人が集まる所での受動喫煙の防止が法律によって規定された。この健康増進法を受けて職域においても、同じく2003年5月に1996年に出された「職場における喫煙対策のためのガイドライン」が改訂され（以下新ガイドラインと記す）、受動喫煙防止に重点を置いた喫煙対策の推進が急務となっている。この新ガイドラインでは、たばこの煙が漏れない喫煙室の設置や空気環境の基準を明確化し、より確実な受動喫煙防止対策へと強化された⁴⁾。

この新ガイドラインにおいて、産業看護職は、喫煙に関する相談や助言、禁煙指導の担当とされており、喫煙対策における産業看護職の役割は重要であると認識されていることが伺われる。がその一方で、産業看護職には、産業医のような事業場での法的選任義務はなく、その従事状況の把握も困難であるのが実情である。産業看護職の就業人数は、保健師で約4000人、看護師で約2万人と推測されており、その半数近くが健康診断実施機関に所属すると推測されている⁵⁾。

産業看護職の業務内容は、労働衛生に関連する健康診断の実施や事後指導の健康管理のほか、公衆衛生看護の視点を基礎にした集団の健康課題の解析に基づく保健衛生計画の立案や、労働衛生教育（健康教育）、保健指導、健康相談、救急措置、作業環境や作業管理への対応など多岐に渡る。しかしその業務内容は、所属する事業場が求める業務となることも多く、健康診断実施機関や診療を行う企業内診療所および健康管理センター等においては、健康診断業務や診療補助業務を専任とする産業看護職も少なくない⁶⁾。これまで産業看護職と喫煙対策への関わり状況を調査した研究は少なく、産業看護職の業務実態調査の中にわずかに垣間見ることしかできないのが実情である。

そこで、産業看護職を対象として、新ガイドライン前後の喫煙対策の状況と、産業看護職の職務および喫煙対策への関わり状況に関する調査を実施した。本稿では、産業看護職の職務および喫煙対策への関わり状況と意識に主眼をおいて報告する。

2. 方法

1) 対象と方法

2005年1月時点での日本産業衛生学会の産業看護部会会員の内、異動、転居や退職等で所在が不明であった者を除く945人を対象として、自記式無記名調査票を郵送し、回収した。

倫理的配慮として、調査票の郵送時に、研究目的、内容、個人情報の厳守を明記した文書を添付し、回答は会員の自由意志とした。なお、調査対象である産業看護部会員の把握については、産業看護部会に調査への協力を要請し、審査を経て資料の提供を受けた。産業看護部会員を調査対象者とした理由は、日本産業衛生学会は産業保健分野では、日本でも最大の会員数を有し（2004年2月現在7486名）、全国の産業看護職が集う会であることから、全国規模の調査になり得ると思われたことによる。

調査期間は2005年2月6日～3月1日であった。

2) 調査内容

調査内容は、属性、喫煙対策実施状況、産業看護職の喫煙対策への関わり状況に関する内容とした。看護職の喫煙対策への関わり状況についての調査内容は、業務内容、喫煙対策への関わり度および関わり内容、喫煙対策への関心度、喫煙対策に関する意識や看護職の支援者の有無、および産業看護職自身の喫煙状況である。

3) 分析方法

各項目間の関連については、 χ^2 検定および3つ以上のグループ間の比較についてはKruskal-Wallis検定を行った。看護職の喫煙対策への関わり状況および意識については、関わり状況全てについて回答が得られた331人を解析対象として、喫煙対策との関連性を解析した。統計学的有意水準は5%とし、統計解析にはSPSS Ver13.0を用いた。

3. 調査結果

1) 回収状況と属性

356人の回答があり、有効回答率は、37.0%であった。回答者の職種は、保健師が66.3%（236人）、看護師33.7%（220人）であった。勤務形態は常勤92.4%（329人）、非常勤その他が7.0%（25人）であった。年代は40歳代33.1%、50歳代28.9%、30歳代27.2%、20歳代6.5%の順であった。

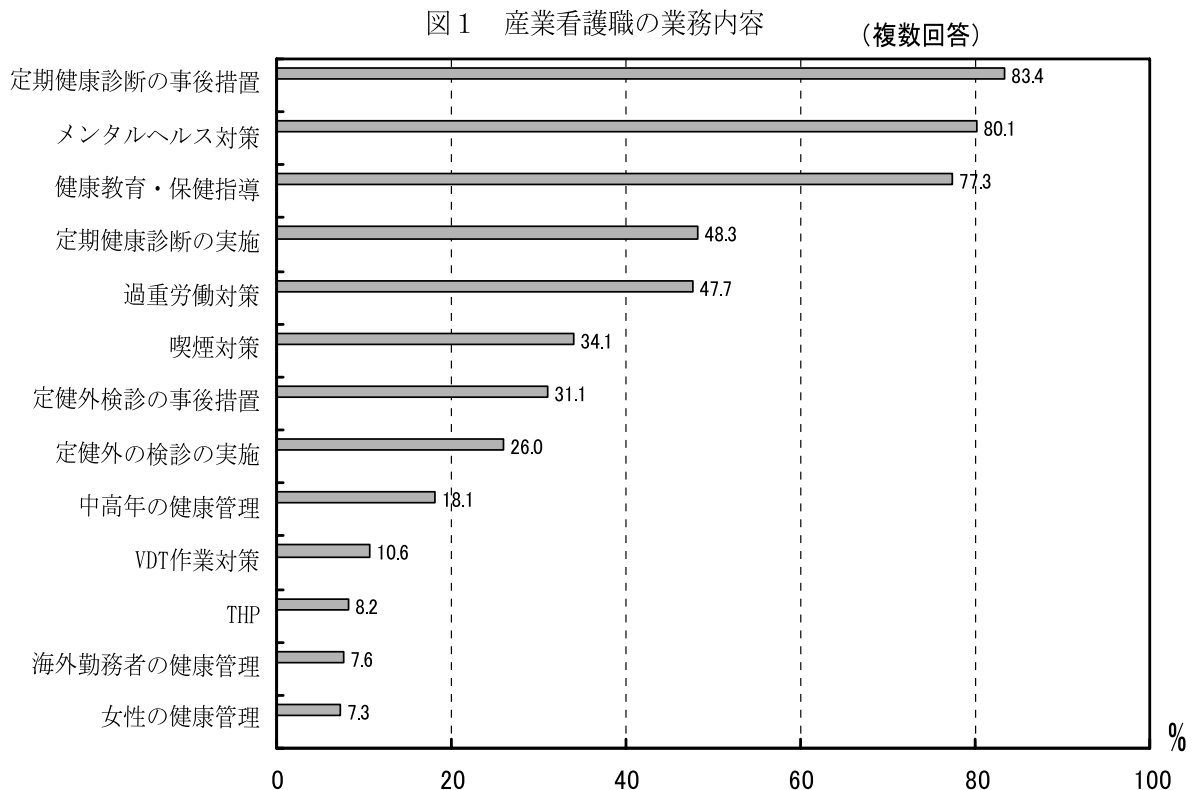
所属する事業場の業種は製造業が39.0%と最も多かった（表1）。

表1. 回答者の属性

| | 調査項目 | 人数 | (%) |
|--------|--------|-----|---------|
| 総数 | | 356 | (100.0) |
| 職種 | 看護師 | 120 | (33.7) |
| | 保健師 | 236 | (66.3) |
| 年代 | ～29歳 | 23 | (6.5) |
| | 30～39歳 | 97 | (27.2) |
| | 40～49歳 | 118 | (33.1) |
| | 50～59歳 | 103 | (28.9) |
| | 60歳～ | 11 | (3.1) |
| | 無回答 | 4 | (1.1) |
| 勤務形態 | 常勤 | 329 | (92.4) |
| | 非常勤 | 19 | (5.3) |
| | その他 | 6 | (1.7) |
| | 無回答 | 2 | (0.6) |
| 役職 | あり | 78 | (21.9) |
| | なし | 243 | (68.3) |
| | 無回答 | 35 | (9.8) |
| 事業場の業種 | 鉱業 | 1 | (0.3) |
| | 建設業 | 3 | (0.8) |
| | 製造業 | 139 | (39.0) |
| | 電気 | 21 | (5.9) |
| | 運輸業 | 22 | (6.2) |
| | 通信業 | 20 | (5.6) |
| | 販売 | 19 | (5.3) |
| | 金融 | 21 | (5.9) |
| | 医療・福祉 | 37 | (10.4) |
| | 研究・教育 | 22 | (6.2) |
| | その他 | 48 | (13.5) |
| | 無回答 | 3 | (0.8) |

2) 産業看護職の職務状況

喫煙対策への関わり状況について回答の得られた331名について解析した。産業看護職の業務内容の順位は、定期健康診断の事後措置、メンタルヘルス対策、健康教育・保健指導の順で、喫煙対策は6位であった（図1）。



3) 喫煙対策への関わり状況

産業看護職の喫煙対策への関わり度は、「大いにある」39.0%、「普通にある」44.4%、「あまりない」14.8%、「全くない」1.8%で、「大いにある」と「普通にある」を併せると、80%を超えていた。

関わり度は、回答者の職種・年代・担当従業員数・喫煙対策の進行状況については関連がなかったが、喫煙対策に関する教育受講の有無（以下教育とする）と関心度は、関わりが多いほど有意に高かった（教育 $p = 0.01$ 関心度 $p < 0.001$ ）。喫煙対策の関わり内容の順位では、相談業務82.6%、情報発信74.3%、喫煙や禁煙に関する教育73.6%の順であった。

また関わった内容についての周囲からの評価ややりがい感についても、「大いにある」と「普通にある」の比較では、関わりが多い方が有意に高かった（評価 $p = 0.001$ やりがい感 $p = 0.008$ ）。（表2）

関わり内容とやりがい感との関連では、喫煙対策の方針や計画への参画、禁煙支援において、やりがいを感じる傾向が有意に高かった（喫煙対策の方針 $p < 0.01$ 計画への参画 $p < 0.01$ 禁煙支援 $p < 0.01$ ）。

表2 喫煙対策への関わり度との関連 n=331

| 項目 | 喫煙対策への関わり度 | | | | P値 | | |
|------------------|-------------|-----------------|-----------------|----------------|---------|---------------------|-------|
| | n | 大いにある 129(%) | 普通にある 147(%) | あまりない 49(%) | | 全くない 6(%) | |
| 年代 | ～29 | 7(5.4) | 14(9.5) | 1(2.0) | 0(0.0) | n. s ^{b)} | |
| | 30～39 | 36(27.9) | 40(27.2) | 14(28.6) | 0(0.0) | | |
| | 40～49 | 41(31.8) | 52(35.4) | 18(36.7) | 2(33.3) | | |
| | 50～59 | 39(30.2) | 38(25.9) | 13(26.5) | 4(66.7) | | |
| | 60～ | 4(3.1) | 2(1.4) | 3(6.1) | 0(0.0) | | |
| 担当従業員数 | 50人未満 | 0(0.0) | 4(2.7) | 0(0.0) | 0(0.0) | n. s ^{b)} | |
| | 50～300人 | 13(10.1) | 20(13.6) | 10(20.4) | 2(33.3) | | |
| | 300～999人 | 46(35.7) | 45(30.6) | 16(32.7) | 2(33.3) | | |
| | 1000人以上 | 62(48.1) | 75(51.0) | 15(30.6) | 2(33.3) | | |
| | 不特定 | 8(6.2) | 3(2.0) | 8(16.3) | 0(0.0) | | |
| 教育 | あり | 107(82.9) | 114(77.6) | 27(55.1) | 4(66.7) | 0.001 ^{b)} | |
| | なし | 22(17.1) | 33(22.4) | 22(44.9) | 2(33.3) | | |
| 関心度 | とてもある | 91(70.5) | 50(34.0) | 9(18.4) | 2(33.3) | 0.000 ^{b)} | |
| | 多少ある | 37(28.7) | 89(60.5) | 27(55.1) | 2(33.3) | | |
| | あまりない | 1(0.8) | 8(5.4) | 13(26.5) | 2(33.3) | | |
| 喫煙対策進行状況の認識 | 大変進んでいる | 7(5.4) | 12(8.2) | 4(8.2) | 0(0.0) | n. s ^{b)} | |
| | ある程度進むも課題あり | 94(28.4) | 102(30.8) | 29(59.2) | 4(66.7) | | |
| | あまり進んでいない | 24(7.3) | 29(8.8) | 12(24.5) | 1(16.7) | | |
| | 全く進んでいない | 3(0.9) | 4(1.2) | 3(6.1) | 1(16.7) | | |
| | わからない | 1(0.3) | 0(0.0) | 1(2.0) | 0(0.0) | | |
| 関わり内容* (複数回答) | n=276(%) | | | | | } a) | |
| | 喫煙対策方針策定 | 69(25.0) | 47(36.4) | 22(15.0) | - | | 0.000 |
| | 推進計画参画 | 93(33.7) | 59(45.7) | 34(23.1) | - | | 0.000 |
| | 禁煙教育 | 203(73.6) | 105(81.4) | 98(66.7) | - | | 0.006 |
| | 禁煙支援 | 130(47.1) | 84(65.1) | 46(31.3) | - | | 0.000 |
| | 相談業務 | 228(82.6) | 116(89.9) | 112(76.2) | - | | 0.003 |
| 情報発信 | 205(74.3) | 103(79.8) | 102(69.4) | - | 0.048 | | |
| 評価* | 良い評価を得ている | 54(41.9) | 30(20.4) | - | - | 0.001 ^{a)} | |
| | 労力に見合う評価なし | 20(15.5) | 28(19.0) | - | - | | |
| | わからない | 55(41.1) | 89(59.9) | - | - | | |
| やりがい感* | 感じている | 91(70.5) | 79(53.7) | - | - | 0.008 ^{a)} | |
| | 感じていない | 13(10.1) | 32(21.8) | - | - | | |
| | わからない | 25(19.4) | 36(24.5) | - | - | | |

a) χ^2 検定 b) Kruskal Wallis 検定 n. s=not significant

*注) 関わり度が大いにある・普通にある者を抜粋した回答

4) 喫煙対策への関心度

喫煙対策への関心度では、「非常にある」45.9%、「多少ある」46.8%、「あまりない」7.3%で、「全くない」は0%であった。関心度は、教育や回答看護職に対する支援者がある方が、有意に高くなる傾向が見られた。(教育 p<0.001 支援者 p<0.01)。また支援者で最も多かったのは、産業医であった。(表3)

喫煙対策にあまり関心がない理由としては、業務優先外である、業務量が増えると負担が大きい、周囲の理解や支援が得られない等であった。

看護職の受動喫煙についての認識は、非常悪い88.8%、悪い10.6%と高く、ニコチン依存、ニコチン代替療法、健康増進法、健康日本21、新ガイドラインの認識も95%以上と高かった。

表3 喫煙対策への関心度との関連

n=331

| 項目 | | 関心度 | | | P値 |
|----------|-------------|------------|------------------|-----------------|-------|
| | | n | とてもある 152 (%) | 多少ある 155 (%) | |
| 職種 | 看護師 | 46 (30.3) | 50 (32.3) | 9 (37.5) | n. s |
| | 保健師 | 106 (69.7) | 105 (67.7) | 15 (62.5) | |
| 年代 | ～29 | 10 (6.6) | 12 (7.7) | 0 (0.0) | n. s |
| | 30～39 | 41 (27.0) | 44 (28.4) | 5 (20.8) | |
| | 40～49 | 52 (34.2) | 51 (32.9) | 10 (41.7) | |
| | 50～59 | 41 (27.0) | 45 (29.0) | 8 (33.3) | |
| | 60～ | 5 (3.3) | 3 (1.9) | 1 (4.2) | |
| 担当従業員数 | 50人未満 | 2 (1.3) | 2 (1.3) | 0 (0.0) | n. s |
| | 50～300人 | 18 (11.8) | 21 (13.5) | 6 (25.0) | |
| | 300～999人 | 51 (33.6) | 54 (34.8) | 4 (16.7) | |
| | 1000人以上 | 74 (48.7) | 69 (44.5) | 11 (45.8) | |
| | 不特定 | 7 (4.6) | 9 (5.8) | 3 (12.5) | |
| 教育 | あり | 131 (86.2) | 106 (68.4) | 15 (62.5) | 0.000 |
| | なし | 21 (13.8) | 49 (31.6) | 9 (37.5) | |
| 喫煙者の反応 | 非常に感じる | 25 (16.4) | 19 (12.3) | 3 (12.5) | n. s |
| | 多少感じる | 84 (55.3) | 88 (56.8) | 14 (58.3) | |
| | あまり感じない | 35 (23.0) | 35 (22.6) | 6 (25.0) | |
| | 全く感じない | 7 (4.6) | 10 (6.5) | 1 (4.2) | |
| | わからない | 1 (0.7) | 3 (1.9) | 0 (0.0) | |
| 新ガイドラインの | 非常に影響 | 48 (31.6) | 38 (24.5) | 6 (25.0) | n. s |
| | 多少影響 | 67 (44.1) | 73 (47.1) | 10 (41.7) | |
| | あまりない | 35 (23.0) | 38 (24.5) | 7 (29.2) | |
| | わからない | 2 (1.3) | 6 (3.9) | 1 (4.2) | |
| 喫煙対策進行状況 | 大変進んでいる | 6 (3.9) | 15 (9.7) | 2 (8.3) | n. s |
| | ある程度進むも課題あり | 106 (69.7) | 104 (67.1) | 19 (79.2) | |
| | あまり進んでいない | 34 (22.4) | 29 (18.7) | 3 (12.5) | |
| | 全く進んでいない | 5 (3.3) | 6 (3.9) | 0 (0.0) | |
| | わからない | 1 (0.7) | 1 (0.6) | 0 (0.0) | |
| 支援者 | いる | 137 (90.1) | 118 (76.1) | 15 (62.5) | 0.001 |
| | いない | 10 (6.6) | 15 (9.7) | 3 (12.5) | |
| | わからない | 5 (3.3) | 21 (13.5) | 6 (25.0) | |

検定：Kruskal Wallis 検定

5) 喫煙対策の現状と認識との関連

喫煙対策の進行状況についての認識は、「大変進んでおり、問題を感じない」6.9%、「ある程度進むも課題あり」69.2%、「あまり進んでおらず、課題が多い」19.9%、「全く進行していない」3.3%、「わからない」0.6%であった。喫煙対策が進むほど、喫煙場所の煙の漏れは少なく、喫煙ルールの遵守・企業の方針・健康管理の方針・相談窓口・禁煙支援の実施状況も高かった。(それぞれ $p < 0.001$)。喫煙対策の進行状況に影響している課題としては、喫煙者の反応の乏しさ70.3%、企業上層部の喫煙対策への理解不足67.3%、企業上層部の喫煙63.7%の順に多かった。

今後取り組みたい内容としては、禁煙支援の推進49.0%、社員教育40.2%、上層部への働きかけ35.6%の順に多かった(表4)。産業看護職における喫煙率は2.7%で、喫煙者のほとんどは、今後禁煙したいという意向があった。

表4 喫煙対策状況の認識と課題・今後の取り組み n=306*

| 項目 | 対策状況の認識 | | | | | | 計 306(%) | | |
|--------------------|----------------|---------|---------|--------|----------|---|-------------|-----|--------|
| | 進んでいるが 課題あり | | まだ課題が多い | | 全く進んでいない | | | | |
| | n | 229 (%) | 66 (%) | 11 (%) | | | | | |
| 今後の課題 (複数回答) | 上層部の理解 | 144 | (62.9) | 54 | (81.8) | 8 | (72.7) | 206 | (67.3) |
| | 上層部の喫煙 | 139 | (60.7) | 49 | (74.2) | 7 | (63.6) | 195 | (63.7) |
| | 喫煙者反応 | 160 | (69.9) | 48 | (72.7) | 7 | (63.6) | 215 | (70.3) |
| | 健康管理部門の理解 | 53 | (23.1) | 18 | (27.3) | 4 | (36.4) | 75 | (24.5) |
| | マンパワー不足 | 92 | (40.2) | 31 | (47.0) | 2 | (18.2) | 125 | (40.8) |
| | 経費問題 | 121 | (52.8) | 36 | (54.5) | 2 | (18.2) | 159 | (52.0) |
| | 情報不足 | 43 | (18.8) | 16 | (24.2) | 2 | (18.2) | 61 | (19.9) |
| 取り組みたい内容 (複数回答) | 禁煙支援の推進 | 117 | (51.1) | 30 | (45.5) | 3 | (27.3) | 150 | (49.0) |
| | 禁煙に関する教育 | 94 | (41.0) | 29 | (43.9) | 0 | (0.0) | 123 | (40.2) |
| | 上層部への働きかけ | 73 | (31.9) | 32 | (48.5) | 4 | (36.4) | 109 | (35.6) |
| | 喫煙対策調査 | 57 | (24.9) | 20 | (30.3) | 0 | (0.0) | 77 | (25.2) |
| | 喫煙対策委員会設置等 | 44 | (19.2) | 20 | (30.3) | 2 | (18.2) | 68 | (22.2) |
| | 禁煙情報の広報活動 | 65 | (28.4) | 22 | (33.3) | 2 | (18.2) | 89 | (29.1) |
| | 健康管理部門の調整 | 24 | (10.5) | 12 | (18.2) | 2 | (18.2) | 38 | (12.4) |

*) 注 喫煙対策が大変進んでおり問題ないと答えた群を除く

4. 考察

産業看護職の職務は、メンタルヘルス対策や定期健診の事後措置が優先順位として高くなっていた。近年の長時間労働や労働の質の変化により、精神疾患での労災認定数の増加が増加しており⁷⁾、メンタルヘルス対策が重要になってきていることを反映しているものと考えられる。また生活習慣病予防の取り組みとしての保健指導や健康教育の優先度も高く、生活習慣病予防関連項目の有所見者数の増加への対応が必要であることが影響しているものと考えられる。

そのような中でも、産業看護職の喫煙対策への関わりや関心度は高く、それらは喫煙対策への関わり度や、喫煙対策に関する教育の有無と関連していた。また産業看護職は、新ガイドラインに明記されている相談や禁煙に関する教育、禁煙支援などの役割の他に、喫煙対策の方針や推進計画にも関わりがあった。

これには、産業医が専任でなく非常勤の場合には、産業看護職が、専門職として重要な役割を果たしていることが考えられる。喫煙対策は、産業看護職が在職している方が推進しているとの報告があり⁸⁾、産業看護職が従事している事業場は、比較的大きな規模の事業場で、労働衛生に重点をおく必要があるため、健康管理や喫煙対策もある程度進んでいると考えられるが、そこには産業看護職の活動が影響しているとも考えられる。それを示すものとして、産業看護職は喫煙対策の方針や、推進計画および禁煙支援など喫煙対策の基盤となり、責任や能力を必要とするものに参画することで、周囲からの良い評価

を得ていると感じ、やりがい感を得ていた。特に禁煙支援は、今後も取り組みたい内容として挙げられており、産業看護職の関心度や関わり度が禁煙支援の推進に影響すると考えられる。

職域では、健康診断など健診の場やその事後指導において、個別指導の機会を持つことができ、対象とする従業員と継続的な関わりを持つことが可能である。健康管理センターや企業内診療所を有する企業では医療機関であることから、禁煙補助剤の処方も比較的容易であるなど禁煙支援に取り組みやすい環境にある。この利点を生かして、日々従業員と接する機会の多い産業看護職が、禁煙支援の知識と指導技術を高め、積極的に従業員への働きかけを行うことでさらなる効果が期待できるものと考えられる。喫煙はニコチン依存症⁹⁾であることから、その特性を理解して、喫煙者の関心を高めることが重要であり、また多くの従業員を対象とする職域では、効率良く行える禁煙指導が望まれる。

わが国ではProchaskaの行動変容モデルを用いた禁煙プログラム^{10,11)}やインターネットメールによる禁煙支援を行う禁煙マラソン¹²⁾などがあり、これらを有効に活用することで効率的な禁煙支援の実施が期待できる。看護師の禁煙指導に関する意識調査においても、禁煙指導への自信は、禁煙指導方法の教育歴、過去に実施した禁煙指導の手ごたえや、満足感があるほど高かったという結果がでており^{13,14,15)}、定期的な教育の機会を得ることで禁煙指導への自信を深めることや、自分の役割が認められ、能力を発揮しやりがいを感じることでさらに意欲が高まるものと考えられる。

2008年から開始される「特定健診」では、メタボックシンドロームに重点を置いた健診および保健指導による生活習慣病予防が展開されるが、その中でも喫煙は重要なリスクとして取り上げられている¹⁶⁾。この点からも今後、保健指導においても、禁煙への働きかけが重要性を増すものと考えられ、多数の労働者の保健指導を担う産業看護職を禁煙指導者として育成するために、禁煙指導や禁煙支援に必要な知識、面接技術の習得のための教育や研修の機会を定期的に与えることが重要である。

また産業看護職の喫煙対策への関心度には、看護職に対する支援者の存在が影響していることが示唆された。その産業看護職を支える支援者として最も多かったのは、産業医であった。産業保健専門スタッフの中でも、産業医とは最も連携して業務を遂行する関係であることから、産業医と良好な関係が形成されていること、および衛生管理者などの他職種や、従業員に産業看護職の活動が理解されていることが、産業看護職が産業保健の現場で円滑に業務を遂行するうえで、重要であると思われる。

そのためには、産業看護職が意欲を持って取り組めるよう、その位置づけが労働安全衛生法など法的に明確化され、専門職として認められることが必要であると考えられる。また産業看護職の禁煙指導および禁煙支援のスキルを高めるための教材の開発や、関連情報を入手しやすくするネットワーク形成なども必要であると考えられる。

5. 結語

産業看護職の職務と喫煙対策への関わり状況および意識を調査した結果、産業看護職は、社会背景の変化や疾病構造の変化に伴う健康問題への対応を余儀なくされていることが明らかとなった。その中で喫煙対策も上位取り組み課題となっていたことには「新ガイドライン」の指針が出されたことも影響し

ていると考えられた。

産業看護職は、現在の所属事業場の喫煙対策は、「新ガイドライン」が掲げる「受動喫防止」に関してまだ十分でないと考えており、今後の喫煙対策推進の課題としては、喫煙者の喫煙対策や禁煙への反応の乏しさ・企業上層部の喫煙・喫煙対策への理解不足が挙げられていた。今後、職域の喫煙対策の推進を図るには、喫煙者および経営首脳者に対して、喫煙対策の必要性の理解を深め、受動喫煙防止と禁煙支援推進の双方を講ずることが必要であり、職場の状況に詳しい産業看護職に喫煙対策のコーディネーター役および推進役としての活躍が期待される。

なお今回の調査は、日本産業衛生学会に所属する産業看護職を対象としたため、回答者は喫煙対策への関心や関わりが高いというバイアスの存在も考えられた。また今回の調査の限界として、回答率が過半数を超えなかったことから、産業看護職の全体を現すには至らない可能性も否定できないため、今後調査方法の検討が必要である。

今回の調査にご協力いただいた日本産業衛生学会産業看護部会ならびにご回答いただいた会員の皆様に深く感謝いたします。

なお、本稿は、奈良女子大学大学院 人間文化研究科修士課程の修士論文の一部に加筆修正したものである。また本研究の一部は第36回日本看護協会 地域看護学会、第15回日本産業衛生学会 産業医療看護全国協議会（いずれも2005年10月）において報告した。

文献

- 1) 喫煙と健康に関する検討会 新版喫煙と健康 - 喫煙と健康問題に関する検討会報告書. 東京：保健同人社, 2002；174-251
- 2) 望月友美子編. TOBACCO FREE * JAPAN. 東京：Tobacco free * Japan事務局, 2004；43
- 3) 労働省. 職場における喫煙対策のためのガイドライン 労働省基発第75号. 1996
- 4) 厚生労働省. 職場における喫煙対策のためのガイドライン. 厚生労働省基発第059001号 2003
- 5) 西内恭子 第4節 産業保健 地域看護学. 東京：中央法規出版社 2002；165-169
- 6) 平成13年 産業看護活動実態調査報告書 日本看護協会 2002年3月
- 7) 厚生労働省. 脳・心臓疾患及び精神障害等に係る労災補償状況（平成18年度）について. 2007
- 8) 堀江博 青山旬 奈良県内の事業所における事業所規模と産業看護職の確保が産業歯科保健活動や喫煙対策に及ぼす影響 厚生指標 2003；50（11）：30-36
- 9) 千先 康二. ニコチン置換療法の有用性. 島尾忠男監修. Smoking Control - その現況と今後の目標. 東京：トーレラザール マッキャン ヘルスケア ワールドワイド, 2001；39-43
- 10) 増居志津子, 中村 正和, 大島 明. 禁煙指導の実際. 臨床科学 1998；34：207-216
- 11) 木下 朋子, 中村 正和, 水田一郎, ほか. 通信制禁煙プログラム「禁煙コンテスト」の評価. 日本公衆衛生雑誌 2004；51：357-369
- 12) 高橋 裕子. 禁煙支援ハンドブック. 東京：じほう 2003；119-132
- 13) 田中英夫, 木下洋子, 蓮尾聖子, ほか. がん（成人病）専門施設に勤務する看護婦の禁煙指導の現況. 厚生指標 2001；48：22-27

- 14) 蓮尾聖子, 田中英夫, 脇坂幸子, ほか. 看護師に対する禁煙指導強化のための取り組みとその効果. 日本公衆衛生雑誌 2004 ; 51 : 496-506
- 15) Brata SK, Stacy RD. The effects of a theory-based training program on nurses' self-efficacy and behavior for smoking cessation counseling. J Contin Educ Nurs. 2005 May-Jun; 36 (3) : 117-123
- 16) 厚生労働省 健康局. 標準的な健診・保健指導プログラム (確定版). 2007 ; 25-28