

【原著】

禁煙の意思決定を導く禁煙支援に必要な項目に関する考察 —精神科職員に対する質問紙調査の因子分析から—

志野泰子¹⁾ 高橋裕子²⁾

要 旨

目的：精神科における禁煙支援を展開するために、医療従事者等の職員は、喫煙患者に対して禁煙の意思決定を導く必要がある。本研究の目的は、禁煙の必要性の理解と禁煙支援力の向上のため、禁煙支援への意識と知識及び職場の支援環境も含めた質問紙調査をもとに禁煙支援に必要な項目について、信頼性と妥当性を検討することである。

方法：調査項目は、文献検討と研究指導者との協議により作成し、予備調査後、修正した。調査対象はA県の精神科病院に勤務する精神科職員であり、調査方法は郵送又は留め置きによる自記式質問紙調査である。倫理的配慮は文書で説明し、調査票の回収をもって同意を得たものとした。研究計画は所属大学倫理審査委員会の承認を得た。

結果：調査票の配布数は1,390、回収数1,116(80.3%)うち有効回答928(66.8%)であった。項目分析の結果どの因子にも0.4以上の負荷量を示さない3項目を削除し、12項目に探索的および確認的因子分析において3因子の最適群を得た。因子は「喫煙のリスク」「禁煙継続時の情報」「禁煙支援の意識」と命名された。クロンバック α 係数は尺度全体で0.820であり、各因子との内的整合性が確認された。関連概念を測定する3因子間の相関係数は0.6~0.7であり1%水準の有意差がみられ、基準関連妥当性が確認された。共分散構造分析による各項目と潜在因子には適合度がみられた。喫煙のリスクと禁煙継続時の情報に関する抽出因子と禁煙支援の意識、研修受講、病院内禁煙検討会議の各独立変数と職種との交互作用を分散分析した検定では交互作用が有意であった。

考察：項目の信頼性について内的整合性は高く信頼性が確認された。3つの因子との間に有意な正の相関がみられたことから、妥当性が確認された。探索的因子分析と確認的因子分析によって因子妥当性が確認された。また、研修受講、病院内禁煙検討会議が職員への情報に影響することが確認された。

結語：結果より、本項目は精神科において職員が禁煙支援を行う項目として一定の信頼性、妥当性を有していることが確認された。

キーワード：禁煙支援の意識、喫煙のリスク、禁煙継続時の情報、検討会議、研修受講

I. 緒 言

精神障害者の喫煙は、がんや呼吸器疾患、循環器疾患等の罹患率を高めるとともに精神疾患治療にも影響を及ぼすと言われている。医療従事者等の職員が精神障害者

の禁煙を支援することは、精神障害者に対する重要な課題である。先行研究として精神科の禁煙に関する研究が国内外で報告されている¹⁾⁻⁶⁾もののその数は少ない。かつて、精神科において喫煙は精神障害者にとって治療的効果があるとされてきたことが影響し、今もなお、精神科の職員は患者の喫煙についての偏見や思い込みがあり⁷⁾、

1) 天理医療大学医療学部

2) 奈良女子大学大学院

責任者連絡先：志野 泰子

天理医療大学医療学部

〒632-0018 奈良県天理市別所町80-1

精神科における禁煙は、すすんでこなかったとされている。禁煙外来を併設した精神科患者の禁煙治療の報告では、その効果は一般人口とほとんど同じであったとしている⁸⁾⁻¹⁰⁾。中野らによると、患者に対しては禁煙を応援するという態度で接し、禁煙開始後 2、3 日目に診察を促し、その後も、こまめに精神症状の変化に留意することが必要であるとしている。また、村井¹¹⁾によると統合失調症、気分障害、アルコール依存症、認知症の禁煙支援において、精神障害者こそ禁煙が必要であると述べている。

精神科での禁煙支援は、単科精神科病院における敷地内禁煙の実施や精神科内の禁煙外来の設置の報告など精神科領域においても、禁煙支援は少しずつ広がっては、きている¹²⁾⁻¹⁴⁾。しかし、精神科の歴史的な背景から精神科病院において喫煙を続けることを容認する医療従事者も存在し、喫煙者への禁煙支援は、ほとんど実施されていないのが現状である。このような中、患者から禁煙することについて相談されても精神科内での具体的な禁煙支援方法が示されていないために、職員自身が躊躇してしまうという現状の課題があることがわかった。

この問題を解決するには、まず禁煙支援に必要な説明項目を明確にし、職員によって禁煙に関する情報量の差をなくすことと、禁煙を支援する職場環境を醸成することであると考える。職員が実施する禁煙支援について現状の課題を調査により明らかにした研究は希少である。

そこで本研究の目的は、精神科職員による禁煙支援に必要な項目を明確にするための調査を行い、禁煙支援の評価尺度を開発することとした。本研究の意義は、精神科において医療従事者等の職員による禁煙支援が学術的な共通の項目で実施できることである。今後は協力病院の職員と実践の評価を重ね、禁煙支援評価項目尺度の有効性を検証することが課題である。

II. 研究方法

1. 禁煙支援に必要な項目原案の作成

(1) 項目収集と項目検討

項目収集は、既存の禁煙に関する資料をもとに、内容の重複を除き文言を整えた後、2011年11月～12月にモデル病院において精神科と一般病棟の医療従事者65名に対し質問紙法による調査を実施した。その結果では、精神

科において喫煙や禁煙に関する意識や知識に一般病棟との間に有意な差があることを確認した。

その後、調査協力者であった調査取りまとめの3名に意見を求めたところ、「項目の抽象度が高く参加者による理解のばらつきがある」との課題があがった。このため原案作成においては、項目内容をより具体的に表現するよう検討した。項目の原案は禁煙に対する意識について問う4項目と喫煙や禁煙に関する知識についてそのレベルを問う11項目に整理された。対象の属性としては、職種、年齢、勤務場所、経験年数、および喫煙の有無、研修会参加有無、院内での禁煙検討会開催の有無等とし合わせて24項目とした。

2. 調査方法

(1) 対象

調査対象は、A県で精神科を標榜する10精神科病院の院長および事務長に調査の趣旨を説明した。このうち「精神科において禁煙は考えられない」とした1病院を除く9精神科病院に勤務する職員とした。

(2) 方法・期間

調査方法は無記名の自記式質問紙調査であり、調査期間は平成26年4月～5月であった。調査票は調査施設の病院代表者に手渡し、代表者あての依頼文、調査協力者依頼文書、倫理的配慮の説明文書、返送用封筒を配布するよう求めた。調査票の回収は、個別返送もしくは病院内留め置きとし、回収した。調査票の回収をもって承諾とみなすこととした。

(3) 調査内容

調査内容は、施設の禁煙実施状況、対象の属性(性別、年代、勤務場所、職種、経験年数)、禁煙研修受講有無、禁煙会議開催有無、喫煙有無、健康維持項目、および禁煙意識4項目と喫煙によるリスク6項目、禁煙の治療に必要な情報の4項目、患者の喫煙率1項目であった。設問に対しての評定尺度は、5段階(1～5点)のリッカート尺度を用いた。

(4) 分析方法

項目分析においては、平均値と標準偏差より天井効果・床効果の有無を確認し、Good-Poor分析、項目と潜在因子間のItem-Totalの相関分析、当該項目を削除した場合のクロンバック α 係数、項目間の相関分析により項目採用の是非を検討した。項目と潜在因子の構成概念妥当

性は探索的因子分析と確認的因子分析により検討した。項目ごとの相関については、5段階評定尺度にて禁煙に関する意識を聞いた4項目と喫煙によるリスクと禁煙治療に必要な情報を聞いた10項目、それぞれに因子分析を適用した(因子抽出法:最尤法、因子の数:相関行列の固有値1以上の数、回転:プロマックス回転、どの因子にも0.4以上の負荷量を示さない項目は除外)。因子の解釈は因子負荷量0.4以上の項目に注目して行った。項目の構成概念妥当性は、探索的因子分析と確認的因子分析により検討した。項目の信頼性についてはクロンバック α 係数により内的整合性を検討した。

つぎに喫煙によるリスクと禁煙治療の情報について聞いた10項目から因子分析にて抽出した2因子(喫煙のリスク、禁煙継続時の情報)を従属変数、禁煙に関する意識を聞いた4項目から因子分析にて抽出した1因子(禁煙支援の意識)、精神障害者の禁煙についての研修受講(あ

る・ない)、患者の禁煙に関する病院職員間での検討会議開催(ある・ない)を独立変数とし、従属変数と各独立変数との関係が職種(医師、看護師、准看護師、精神保健福祉士、臨床心理士、薬剤師、リハビリ職、事務、その他の職種によって差があるか、各独立変数と職種との交互作用を分散分析にて検定した。

交互作用が有意な場合は、職種ごとに従属変数と独立変数との関係を検定した。交互作用が有意でない場合は、その独立変数の主効果にて従属変数との関係を検定した。解析にはSPSS statistics22を用い、有意水準は5%(両側)とした。

(5) 倫理的配慮

本研究は天理医療大学倫理審査委員会の承認を得て行った(第7号、2011年7月13日受理)。対象への調査協力依頼は研究の目的と意義及び倫理的配慮を記載した依頼文を用い、調査票の返送をもって同意とみなすことを明示した。倫理的配慮としては、調査協力の自由、プライバシーおよび個人情報の保護、調査票記載に要する時間、データの管理方法や研究終了後の扱いと結果の公表方法について明記した。

III. 研究結果

1. 調査票の回収状況と施設の禁煙実施状況及び対象の属性

調査票の配布数は1,390、回収数1,116(80.3%)であり、うち有効回答928(66.8%)であった。

病院はA県の精神科を標榜する10病院のうち9病院であった。施設の禁煙実施状況は敷地内禁煙1施設、建物内禁煙1施設、分煙5施設、時間喫煙2施設であった。

対象の属性は、表1のとおりである。性別は男性が285人(29.6%)、女性641人(66.3%)であった。平均年齢は32.7歳であった。勤務経験年数は、平均10.7年(標準偏差11.76)であった。勤務場所は病棟697人(75.1%)、外来49人(5.4%)、その他182人(19.6%)であった。職種別は、医師28人(2.7%)、看護師439人(42.8%)、准看護師88人(8.6%)、精神保健福祉士53人(5.2%)、臨床心理士8人(0.8%)、薬剤師21人(2.0%)、リハビリ職100人(9.8%)、事務38人(3.7%)、その他の職224人(21.9%)であった。

表1 対象の属性 N=928

属性	人数	(%)	
性別	女	641	69.1
	男	285	30.8
年齢	32.7±13.47		
	10代	26	2.8
	20代	340	36.7
	30代	218	23.5
	40代	169	18.2
	50代	105	11.3
	60代以上	64	6.9
	欠損	6	0.6
勤務場所	病棟	670	72.2
	その他	186	20.0
	外来	48	5.2
	欠損	24	2.6
職種	医師	28	3.0
	看護師	417	44.9
	准看護師	67	7.2
	精神保健福祉士	51	5.5
	臨床心理士	7	0.8
	薬剤師	19	2.1
	リハビリ職	95	10.2
	事務	34	3.7
	その他	210	22.6
経験年数	10.7±11.76		
	1~5	371	40.9
	6~10	175	17.7
	11~20未満	222	18.5
	20以上	112	17.6
	欠損	48	5.3
研修	有	64	6.9
	無	864	93.1
検討会議	有	112	12.1
	無	816	87.9
喫煙有無	いいえ	667	65.1
	はい	221	21.5
	過去喫煙	127	12.4

表中の年齢・経験年数は平均値±標準偏差を示した

2. 禁煙支援の必要項目選定

(1) 項目分析

項目原案14項目への回答は、最小値1点～最大値5点の範囲にあり、各項目において、平均値±標準偏差が最大値または最小値を超える項目はなく天井効果と床効果は

みられなかった(表2)。

各項目の平均点を基準として上位群と下位群に分けG-P分析を行った結果、14項目すべてにおいて項目と総得点が適切に対応し有意差(有意確率.0019)がみられた。IT分析において各項目と3因子の相関係数は0.609～0.768と

表2 禁煙支援時の項目原案の平均値・標準偏差・度数分布 N=928

項目	平均値±標準偏差	1点	2点	3点	4点	5点
1. 敷地内禁煙の必要性を説明する	3.6 ±1.101	42 (4.5)	90 (9.7)	319 (34.3)	257 (27.7)	214 (23.0)
2. 患者の喫煙の影響を説明する	3.3 ±1.042	24 (2.5)	220 (23.7)	244 (26.3)	323 (34.8)	112 (12.1)
3. 患者に禁煙を推奨する	3.6 ±0.813	11 (1.2)	49 (5.3)	389 (42.0)	373 (40.2)	101 (10.9)
4. 精神科で禁煙支援の実施する	3.1 ±0.932	67 (7.2)	88 (9.5)	451 (48.6)	262 (28.2)	47 (5.1)
5. 喫煙による病気や影響を説明する	3.5 ±1.228	62 (6.7)	162 (17.5)	220 (23.7)	246 (26.5)	231 (24.9)
6. 嗜好品と依存物質の違いを説明する	2.7 ±1.382	189 (20.4)	321 (34.6)	112 (12.1)	142 (15.3)	147 (15.8)
7. 喫煙者のがんの発生率を説明する	3.9 ±0.812	10 (1.1)	31 (3.3)	196 (21.1)	497 (53.6)	179 (19.3)
8. ニコチ依存症と脳への働きを説明する	3.8 ±0.81	11 (1.2)	38 (4.1)	244 (26.3)	480 (51.7)	141 (15.2)
9. 受動喫煙の影響を説明する	3.9 ±0.767	7 (0.8)	19 (2.0)	179 (19.3)	516 (55.6)	191 (20.6)
10. 煙の化学物質と有害物質の説明	2.7 ±1.203	215 (23.1)	177 (19.0)	268 (28.9)	212 (22.8)	43 (4.7)
11. 禁煙補助薬の種類を説明する	3.0 ±0.973	91 (9.8)	98 (10.5)	478 (51.5)	202 (21.8)	53 (5.7)
12. 禁煙治療の保険診療を説明	3.2 ±1.011	75 (8.1)	106 (11.4)	402 (43.3)	263 (28.4)	74 (8.0)
13. 喫煙と治療疾患の死亡率関連説明	3.1 ±1.115	112 (12.1)	120 (12.9)	334 (36.0)	280 (30.1)	76 (8.2)
14. 禁煙ガイドライン精神科の関与説明	1.5 ±0.5	672 (72.4)	106 (11.4)	102 (11.0)	37 (4.0)	11 (1.2)

表3 精神科の禁煙支援の項目の探索的因子分析

	因子負荷量			共通性
	1	2	3	
Q1 病院を敷地内禁煙にすることについて	.042	-.037	.504	.268
禁煙支援の意識				
Q2 精神疾患患者さんの喫煙について	.038	.015	.754	.576
Q3 精神疾患患者さんに禁煙をすすめていくことについて	.098	.006	.828	.665
Q4 精神科で禁煙支援を行うことについて	.053	.147	.439	.183
喫煙のリスク				
Q7 非喫煙者と比較して喫煙者が、がんの発生率が高くなることについて	.774	.467	.098	.583
Q8 たばこに含まれるニコチンは、喫煙を繰り返すうちにニコチンがないと脳神経細胞が正常に働かなくなることで、常にたばこが、すいたくなってしまうニコチン依存症について	.837	.592	.039	.730
Q9 喫煙者であっても、たばこの煙をすうことで喫煙者と同じように健康に障害がおけるといわれる受動喫煙について	.846	.495	.062	.701
禁煙行動時の情報				
Q10 たばこの煙の化学物質と有害物質が含まれていることについて	.544	.626	.002	.451
Q11 禁煙補助薬(ニコチンパッチ、ニコチンガム、内服薬)がありますが、それぞれの特徴について	.519	.728	.064	.841
Q13 喫煙していると、治療中である病気の死亡率が上がることについて	.545	.644	.108	.458
Q14 わが国の「禁煙ガイドライン」に精神科関連の学会が関与されていないことについて	.183	.472	.007	.307
Q12 保険診療による禁煙治療について	.513	.673	-.021	.439
累積寄与率(%)	52.611	45.516	44.532	
因子間相関				
第1因子	1.000	.649	.609	
第2因子	.649	1.000	.768	
第3因子	.609	.768	1.000	

因子抽出法: 最尤法
回転法: Kaiser の正規化を伴う Varimax 法

表4 禁煙リスク・禁煙継続時情報と研修・会議・職種の分散表

従属変数	独立変数	平方和	自由度	平均平方 F	P値	
喫煙のリスク	研修受講	0.018	1	0.018	0.023	0.879
	検討会議開催	2.993	1	2.993	3.82	0.051
	職種	3.173	8	0.397	0.506	0.852
	禁煙の意識	0.472	1	0.472	0.602	0.438
	研修受講×職種	6.06	7	0.866	1.105	0.358
	検討会議開催×職種	13.465	7	1.924	2.455	0.017 *
	禁煙に関する意識×職種	10.615	8	1.327	1.693	0.096
	誤差	699.768	893	0.784		
禁煙継続時の情報	研修受講	0.689	1	0.689	1.071	0.301
	検討会議開催	5.346	1	5.346	8.306	0.004 *
	職種	1.893	8	0.237	0.368	0.938
	禁煙の意識	0.138	1	0.138	0.215	0.643
	研修受講×職種	9.476	7	1.354	2.103	0.041 *
	検討会議開催×職種	12.354	7	1.765	2.742	0.008 *
	禁煙に関する意識×職種	9.206	8	1.151	1.788	0.076
	誤差	574.836	893	0.644		

※P<0.05

低い値ではなかった。項目間相関では喫煙リスクと禁煙行動時の情報について聞いた2対の項目間にみられクロンバック α 係数は0.820と高く内的整合性を脅かす項目はなかった。

禁煙に関する意識を聞いた4項目に対する因子分析の結果からは1因子が抽出され、「禁煙支援の意識」と解釈した。喫煙の影響と禁煙行動時に必要な情報について聞いた10項目の因子分析の結果、どの因子にも0.4以上の負荷量を示さなかった項目は除外し、最終的な因子分析は8項目に対して行った。分析の結果、2因子が抽出された。第1因子は、受動喫煙、ニコチン依存症、喫煙によるがん発生率への影響に関する項目と関係が強いことから「喫煙のリスク」と解釈した。第2因子は、たばこの成分、禁煙ガイドラインへの精神科関連学会の関与、禁煙補助薬の知識、死亡率寄与といった項目と関係が強いことから「禁煙継続時の情報」と解釈した。これらの因子の探索的因子分析の結果を表3に示す。喫煙のリスク・禁煙継続時の情報と研修有無・会議開催有無・職種との分散分析

の結果は表4に示す。

喫煙のリスクに対しては、検討会議開催と職種の交互作用(p=.017)が有意であった。また、禁煙行動時の情報では検討会議開催(p=.004)が有意を示し、研修受講と職種(p=.041)、検討会議開催と職種(p=.008)の交互作用が有意であった。職種別因子得点として喫煙のリスクと禁煙行動時の情報と研修受講、検討会議の分散分析の結果を表5に示す。看護師(p=.018)とその他の職種(p<.001)で検討会議開催ありが、なしより喫煙のリスクの知識が有意に高かった。職種との交互作用が有意でなかった研修受講、禁煙の意識は主効果も有意ではなく喫煙のリスクの知識と有意な関係は認められなかった。

禁煙行動時に必要な情報に対しては研修受講と職種(p=.041)、検討会議開催と職種(p=.008)の交互作用が有意であった。職種別に研修受講と禁煙行動時に必要な情報との関係を分析した結果、看護師(p=.002)、事務(p=.046)、その他の職種(p<.001)にて研修受講ありが、なしより禁煙行動時の情報に関する知識が有意に高

表5 職種別因子得点と研修受講・検討会議開催の関係の有意差検定 (Student's-t-test)

因子	職種	研修受講(あるvsなし)			検討会議開催(あるvsなし)		
		t	df	P値	t	df	P値
喫煙のリスク	医師	-	-	-	-0.684	26	0.500
	看護師	-	-	-	2.366	415	0.018 *
	准看護師	-	-	-	-0.530	65	0.598
	精神保健師	-	-	-	1.412	49	0.164
	臨床心理士	-	-	-	0.489	5	0.646
	薬剤師	-	-	-	-0.401	17	0.694
	リハビリ職	-	-	-	0.837	93	0.405
	事務	-	-	-	1.534	32	0.135
	その他	-	-	-	3.623	208	0.000 *
禁煙行動時の情報	医師	0.901	26	0.376	-0.712	26	0.483
	看護師	3.123	415	0.002 *	2.284	415	0.023 *
	准看護師	-0.254	65	0.800	1.710	65	0.092
	精神保健師	1.448	49	0.154	0.830	49	0.410
	臨床心理士	2.019	5	0.100	2.019	5	0.100
	薬剤師	0.081	17	0.936	0.547	17	0.591
	リハビリ職	1.081	93	0.283	1.839	93	0.069
	事務	2.072	32	0.046 *	3.056	32	0.004 *
	その他	4.468	208	0.000 *	2.462	208	0.015 *

※交互作用が有意な組み合わせのみ実施

※P<0.05

かった。職種別に検討会議開催と禁煙行動時の情報の知識との関係を分析した結果、看護師 (p=.023)、事務 (p=.004)、その他の職種 (p=.015) にて検討会議開催ありが、なしより禁煙行動時の情報が有意に高かった。職種との交互作用が有意でなかった禁煙の意識は主効果も有意ではなく禁煙行動時の情報と有意な関係は認められなかった。

(2)信頼性と妥当性

項目の得点合計の平均は47.1点、標準偏差は14.4であり、項目の最小値は1点で最大値は4点、中央値の平均は2.5点を示した。これは2011年11月～12月にモデル病院において実施した一般病棟との職員の意識・知識の比較調査で有意の差がみられた結果と同様の中央値が確認された。知識項目全体の信頼性について、クロンバットα係数は0.820であり内的整合性が確認された。尺度の構造を確認するために探索的因子分析(最尤法、プロマックス回転)を行ったところ3因子の最適解が抽出された(表3)。尺度全体の共通性は0.183～0.841、因子負荷量は0.439～0.846の範囲と高く、他の因子にまたがって因子負荷量の高い項目はなかった。累積寄与率は52.61%、因子間相関は0.609～0.768であった。因子ごとのクロンバットα係数は順に0.717、0.807、0.716でありα係数が少なくとも0.7以上の場合に内的整合性が高いとされていることから、本項目の信頼性は高いと言えた。各因子に属する項目の内容を読み取り、「禁煙支援の意識」「喫煙のリスク」「禁煙継続時の情報」とした。原案4分類のうちQ10のたばこの成分とQ14の禁煙ガイドラインについては「禁煙継続時の情報」に統合し3因子となり、15項目のうちどの因子にも0.4以上示さない3項目は除外し12項目(80.0%)がもとの分類に収まった。

Amosを用いた確認的因子分析を行ったところ、3つの因子からそれぞれ該当する項目が影響を受け、すべての因

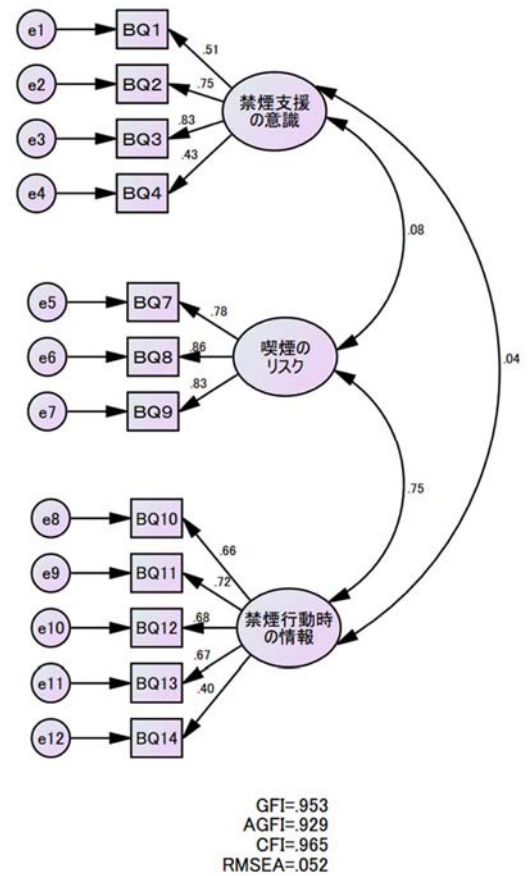


図1 禁煙支援項目の確認的因子分析

子間に共分散を仮定したモデルで分析を行ったところ、適合度指標は、GFI=.965、AGHI=.929、RMSEA=.052、AIC=271.383と許容できる妥当性が確認された(図1)。また、潜在因子から項目(観測変数)への影響力は十分な大きさで有意な相関がみられた。

3. 施設の禁煙実施状況と禁煙支援の取り組み特徴

施設の禁煙実施状況と患者への禁煙支援の取り組み状況は表6のとおりであった。施設別の禁煙支援の取り組み特徴を調整済み残差と比較した。敷地内禁煙や建物内禁

表6 禁煙実施状況別施設の禁煙支援への対応(調整済み残差)

	患者への禁煙支援					喫煙のリスクの説明				
	すすめない	患者の自由	病名による	なるべく禁煙	必ずすすめる	知らない	聞いたこと	詳しくは	概ね説明	詳しく説明
A 分煙	1.7	1.3	-1.8	-0.8	1	.1	-1.8	1.2	.2	-.5
B 建物内	1.4	-1.1	-4	1	4.7	-2.0	.3	.8	.0	.6
C 分煙	-1	-0.9	-0.9	2.1	-0.1	.4	-.8	1.2	-1.0	.1
D 時間	-0.6	-0.6	-0.1	0.5	0.5	-.4	-.5	-.8	.2	2.1
E 分煙	-1.2	0.9	1.6	0	-2.7	1.9	2.9	-.7	-1.9	-1.4
F 分煙	-0.1	-0.6	-0.6	2	-1.2	.6	.0	-.2	-.7	.8
G 分煙	-0.4	0.4	1.9	-1.7	-0.4	-.6	-2.3	-.2	2.7	-.5
H 敷地内	-2	-0.8	-0.7	2.2	0.1	-2.8	0.2	.6	0.1	.2
I 時間	1.3	-1	0.7	-1	1.2	-1.2	1.1	-.7	-.3	1.7

煙を実施している施設では、職員による禁煙支援は積極的に実施されており、喫煙リスクの説明においても説明できるとする度数が多いことが示された。

IV. 考 察

1. 結果データの適切性と信頼性・妥当性についての検討

本調査の対象はA県で精神科を標榜する病院の職員を対象とした。回収率は80,3%と高く、有効回答数も928と分析に十分な数が得られた。信頼性についての内的整合性は高く、本項目の信頼性が確認された。また、3つの潜在因子との間に有意な正の相関がみられたことから、項目の妥当性が確認された。探索的因子分析と確認的因子分析によって当初4分類のうち2つが統合され3因子からなる因子妥当性が確認された。

2. 項目の理論的構成

原案の検討と調査を経て、項目は「禁煙支援の意識(4項目)」と「喫煙のリスク(3項目)」と「禁煙継続時の情報(5項目)」の3つの因子で構成される12項目となった。

禁煙支援における先行研究による文献では¹⁵⁾、効果的な抗うつ薬(ノリトレプチン・スルピリド・SSRI など)の使用について病棟内で共通理解しておくことと精神障害者において禁煙支援がしやすい環境をつくれるとしており、本研究で抽出された因子の一つである「禁煙支援の意識」における内容を含んでいた。また、患者が禁煙するということは、身体脆弱性のある精神障害者にとり身体合併症の予防だけではなく、経済的・社会的にも大きなメリットがあるとしており、これは「喫煙のリスク」とした内容と一致していた。

そして、精神科ではこれまでの歴史的背景の中で、一般的に「患者さんの気持ちを落ち着かせるものとして喫煙は有効」と考えられ禁煙はきわめて困難としていた。これは「禁煙継続時の情報」とした理論的な知識の情報を得るという内容と一致していた。これより今回の潜在因子とした3つの因子が精神科で禁煙支援を実施していくうえで先立つ因子であることが確認された。

3. 精神科での禁煙支援実施への示唆

各項目の回答状況をみると、禁煙支援の意識での4項目

の平均の範囲は3.1~3.6喫煙のリスクの5項目では2.7~3.9禁煙継続時の情報での5項目では1.0~2.0と、いずれも5点に満たない結果であった。これは2011年11月~12月にモデル病院において精神科と一般病棟の医療従事者に対し質問紙法による調査を実施した結果での精神科において喫煙や禁煙に関する意識や知識は一般病棟との間に有意な差があったとする結果と類似していた。

禁煙を希望する患者に対し職員が実施する禁煙支援は、精神障害者の喫煙のリスクと禁煙の行動に導く情報量に影響を受け、これらは病院の禁煙支援環境の有無によっても差があることも明らかになった。さらに、情報を得る機会は職種にも差があり、特に看護師やその他の職員については禁煙に関する研修を受ける機会の有無や職場内での禁煙検討会議の開催有無により意識や知識に有意差が顕著であることが明らかになった。

「職員の禁煙支援にかかる意識の向上や禁煙支援技術の向上」は、その職員が所属する「組織の施設管理者の意向」に大きく影響されるとした今回の調査結果は、管理者の病院の禁煙支援環境の整備に向けた取り組みの重要性が示唆されたと考える。

4. 本研究の限界と今後の課題

精神科での禁煙支援を実践するための必要項目は一定の信頼性、妥当性を有していることが確認できたが、必要項目の安定性という点では、この項目を活用し尺度化を行い、プログラムを開発することが今後の課題である。そして医療従事者等の職員の実践能力の到達段階の自己評価と他者評価が出来るよう目安となる到達度を示す研究を行うことである。

V. 結 語

3因子12項目で構成された精神科での禁煙支援項目が明らかになった。この項目についての安定性という点での検討課題があるものの、信頼性(内的整合性)、構成概念妥当性(因子妥当性)が確認され、職員が禁煙支援に活用が出来ると考えられた。また、病院内での会議や研修等の環境の整備が禁煙支援に影響することが確認された。

謝 辞

今回の調査にご協力いただきました精神科病院の職員の皆様に深謝いたします。本研究は科学研究費補助金挑戦的萌芽研究課題番号24660068の助成を受けて行いました。

引用文献

- 1) Banham L, Gilbody S: Smoking cessation in severe mental illness: what works? *Addiction* 2010; 105: 1176-1189.
- 2) Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, et al.: Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA*. 2000; 284: 2606-2610.
- 3) Menezes PR, Johnson S, Thornicroft G, et al.: Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illness in south London. *Br J Psychiatry*. 1996; 168: 612-619.
- 4) Ziedonis D, Williams JM, Smelson D: Serious mental illness and tobacco addiction: a model program to address this common but neglected issue. *Am J Med Sci*. 2003; 326: 223-230.
- 5) Kalman D, Morissette SB, George TP: Comorbidity of smoking in patients with psychiatric and substance use disorders. *Am J Addict*. 2005; 14: 106-123.
- 6) Judith J. Prochaska, : Smoking and Mental Illness- Breaking the Link. 2011; n engl j med 365;3 nejm.196 org july 21,
- 7) 川合厚子、阿部ひろみ:単科精神科病院における患者と職員の喫煙状況 : neglected problem とされてきた精神科の喫煙問題に取り組むために、日本公衆衛生雑誌54(9), 2007 : 626-632.
- 8) 川合厚子: 精神、障害者の禁煙治療. 日本精神科病院 協会雑誌 2008; 27: 35-41.
- 9) 川合厚子: 精神障害者におけるニコチン依存症管理下の短期禁煙治療成績、禁煙学会誌 2007 ; 2: 85-88
- 10) 中野和歌子、林 健司、吉井千春他 : 精神疾患を併存しているニコチン依存症患者の禁煙治療成績、日本禁煙学会雑誌 2011;6-6
- 11) 村井俊彦:精神科病院で禁煙精神科病院でこそ全敷地内禁煙を、日本精神科病院協会雑誌 2008; 27: 42-48.
- 12) 荻野佳代子、中野和歌子、梅根眞知子: 単科精神科病院における敷地内禁煙の取り組み、日本アルコール精神医学雑誌 2008; 15: 39-43.
- 13) 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. 週刊日本医事新報 4463, 2009:96-99.
- 14) 村井俊彦 : タバコの煙よ、さようなら(前編)患者と病院職員が協働して禁煙に成功した取り組み、看護学雑誌 73(1), 2009 : 34-41.
- 15) 日本精神科救急学会 : ISSN: 1345-7837, 8 -11 2010

A discussion on the decision to quit smoking and the items necessary for smoking cessation support: Factor analysis of a questionnaire survey of psychiatric department staff

Yasuko Shino, Faculty of Health Care, Tenri Health Care University*1

Yuko Takahashi, Graduate School, Nara Women's University*2

Abstract

Objectives : To develop a support system in the psychiatric department for patients who quit smoking, department staff need to improve their ability to systematically explain the health effects of smoking in order to facilitate the decision to quit smoking. We conducted a questionnaire survey on awareness and knowledge of smoking cessation support, and the supportive environment at work, to examine the reliability

and validity of items necessary for supporting patients to quit smoking. The aim was to understand the necessity of smoking cessation and improve smoking cessation support.

Methods : A questionnaire was prepared after a discussion that was based on results of a literature review and supervisors' advice. It was revised after conducting a preliminary study. Subjects were staff of a psychiatric hospital in Prefecture A. A self-administered questionnaire was sent by post (ordinary delivery or poste restante). Ethical considerations were explained in writing, and consent was assumed if a completed questionnaire was returned. The study plan was approved by the ethics review board of our university.

Results : Among 1,390 questionnaire sheets that were distributed, 1,116 (80.3%) were returned, in which 928 (66.8% of the total) were valid. After analyzing questionnaire items, three items were eliminated. Exploratory and confirmatory factor analyses of 12 items found that three factors were strongly involved, namely, "risk of smoking", "information during abstention from smoking" and "perception of the support for smoking cessation". Items with a factor loading <0.4 under all factors were eliminated from factor analyses. The Cronbach's coefficient α of the whole scale was 0.820, confirming internal consistency. Correlation coefficients among three factors, indicative of concept association, were 0.609-0.768 with a significance level of 1%, confirming criterion-related validity. Covariance structure analysis found a good fit between an individual item and a potential factor. ANOVA showed that interactions of extracted factors related to "risk of smoking" and "information during abstention from smoking" with "perception of the support for smoking cessation", and of independent variables of "perception of the support for smoking cessation", training participation and in-house review meetings for smoking cessation with types of professions were significant.

Discussion : The high internal consistency confirmed high reliability across questionnaire items. Significant positive correlations among three factors confirmed validity. Exploratory and confirmatory factor analyses confirmed the validity of factors. Also, it was shown that preparing a good environment, such as training participation and in-house review meetings to help patients to quit smoking, influences the information received by staff members of the department.

Conclusion : Our results confirmed that these items have certain levels of reliability and validity in relation to the support of smoking cessation given by staff of the psychiatry department.

Key words: perception of the support for smoking cessation, risk of smoking, information during abstention from smoking, review meeting, training participation