

【原著】

精神科における禁煙支援

—禁煙支援評価項目尺度の開発と有効性の検証—

志野泰子¹⁾ 高橋裕子²⁾

要 旨

目的：精神科の患者の禁煙を推進していくために、医療従事者等による禁煙支援の実施満足度が向上することを目的に禁煙支援評価項目尺度を開発し、モデル病院での実施結果をもとに、その有効性を検証した。

方法：開発した禁煙支援評価項目尺度については、医療従事者等の禁煙支援行動の強化を図るために医療従事者によるセルフモニタリング、弁別、研究者による評価のフィードバックの内容で構成した。ランダム化比較デザインのもとベースライン期、介入期の4週間からなる実験計画を用いた。禁煙支援行動の頻度、行動尺度評価、検査データの変化、禁煙支援評価項目尺度の満足度について介入群と対照群の群間比較を行った。1クール4週間の合計2クルールの8週間からなる実施とした。参加者は介入群10名、対照群11名であった。両群とも各期に自己評価を求め、アウトカム指標としたデータを収集した。

結果：介入群において、介入により医療従事者の禁煙支援行動の頻度が有意に増加した。また、禁煙支援評価項目尺度の満足度も有意に増加した。

結論：禁煙支援評価項目尺度は、医療従事者の禁煙支援の頻度を増加させる上で有効であり、禁煙行動尺度も有効であった。今後、その効果を維持させるための仕組みを評価に組み入れる必要性が示唆された。

キーワード：精神科病院の医療従事者、禁煙支援項目、禁煙行動

I. 緒 言

精神科における禁煙支援の課題は、2008年以降わが国の精神科病院でも敷地内禁煙の実施により、禁煙支援が少しずつ広がっているものの¹⁾⁻³⁾、禁煙支援の実施率が他の科に比べ低いことである。また、精神疾患患者の喫煙率が健常者の2~3倍であり、50%がheavy smokersであることが報告されている⁴⁾⁻⁶⁾。

精神疾患患者にとっての喫煙は、ニコチンがドパミン分泌を促進する作用があり、抗精神病薬の副作用である錐体外路症状を軽減する働きがあると言われ⁷⁾、陰性症状

や認知機能障害に対して自己治療的に働いている⁸⁾⁻⁹⁾、と考えられてきた。それは過去において、精神科の患者や医療従事者に対して禁煙に関する情報がほとんど知らされてこなかったことや、タバコはアルコールや覚せい剤などに比べて離脱症状が顕著でないことから依存性薬物として認識されず、精神科領域では治療の対象とされてこなかったことが影響していると言われている¹⁰⁾。

2013年、アメリカではJAMA Psychiatry誌で精神疾患患者の禁煙について特集が組まれ、精神疾患患者にもタバコ規制が必要だと提唱された¹¹⁾。統合失調症患者における心疾患のリスクを10年にわたって調査した研究では、喫煙が大きく関係していたとの報告もある¹²⁾⁻¹³⁾。禁煙は

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

患者の健康問題に寄与し、長期的な医療費の軽減や経済的な負担を軽減するというメリットがある。患者に喫煙の影響をきちんと伝え、禁煙を支えることが医療従事者に求められる。

そこで本研究では、医療従事者が禁煙支援を効果的に実施でき、かつ禁煙支援結果の満足度が向上することを目的に、医療従事者による禁煙支援の評価記録を活用した禁煙支援評価項目尺度を開発し、この禁煙支援評価項目尺度を導入する介入研究を実施する。そして、その効果を主観的・客観的指標を用いて検証するとともに、禁煙支援評価項目尺度の実用可能性について検証する。

II. 研究方法

1. 禁煙支援評価項目尺度の作成

(1) 禁煙支援評価項目尺度の理論的枠組み

本研究で開発・実践する禁煙支援評価項目尺度は、精神科の患者の禁煙を推進するために医療従事者等の職員に対する禁煙支援能力の獲得に向けたものであり、ヘルスプロモーションにおける行動変容理論¹⁴⁾や行動理論の強化の原理¹⁵⁾に基づくものである。行動はある条件下で生じ(先行条件)、ある環境の変化(結果)に帰結する。このように行動を環境との関係において、(先行条件)(行動)(結果)の3項随伴性で捉えるものである。そして、行動が結果の事象によって強められるプロセスを強化子、逆に行動を起こすことを減少するものを弱化学子という。医療場面では、医療者による賞賛、効果のフィードバック、効果のセルフモニタリング等が強化子として繁用されている。禁煙支援評価項目尺度の開発では、医療従事者が患者の喫煙影響を見極め、禁煙支援を行うことを目指す。これを3項随伴性の視点から、「敷地内禁煙化の実施に向けて(先行条件)、意図的に禁煙支援を行い(行動)、その後の禁煙支援評価項目尺度(即時結果)をセルフモニタリングする」と表すことができる。

患者が禁煙の意思表示を示せば、禁煙支援行動は増加し(強化)、禁煙を断念すれば行動は減少する(弱化)。同時にその説明内容が適切であったかどうかを判断する(弁別)ことが出来る。禁煙支援評価項目尺度では、この弁別基準を明示し、セルフモニタリングと医療従事者間(今回は研究者)の評価のフィードバックが強化子として機能する。これによって、禁煙支援の効果の満足度と患者の禁

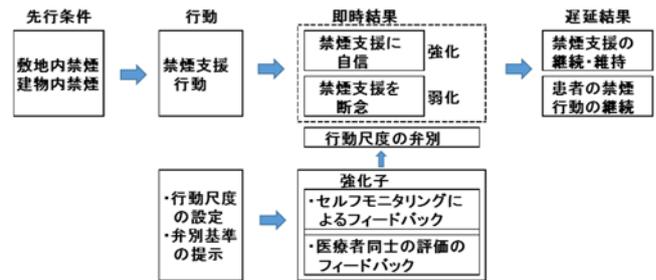


図1 禁煙支援プログラムの理論的枠組み

煙継続(遅延結果)という長期的な効果を禁煙支援により得られると考える(図1)。

(2) 禁煙支援評価項目尺度の内容

禁煙支援評価項目尺度の核は、医療従事者による禁煙支援力の向上を狙った医療従事者によるセルフモニタリング、弁別、医療者(今回は研究者)による評価のフィードバックである。セルフモニタリングのためのツールとして行動尺度の評価表を作成した。これはA4サイズ1枚に5段階評価の判断基準を示し、禁煙支援実施毎に記入する様式である。

また、弁別基準評価シートを作成し判断基準を設定した。具体的には「検査データについては、Co測定値と実際の喫煙本数との整合性をみることを示し、アウトカム指標については禁煙支援行動の平均値と患者の禁煙支援内容の理解と行動変容との関連を判断し、禁煙支援項目尺度の満足度、禁煙支援項目尺度の必要性については判断基準を示した。判断理由を項目ごとに備考欄に記入する」と示した。禁煙支援の説明に必要な情報として用いる教材は、2014年5月～6月に研究者が行った精神科病院医療従事者等の調査結果から項目尺度の信用性と構成概念妥当性の得られた12の支援項目尺度を基本にしてpower point形式にて全37画面を作成した。

具体的には「精神障がい者の喫煙率」、「禁煙の意義」、「喫煙によって代謝される抗精神病薬」、「喫煙による損失」等について示した。内容については研究共同者と再検討し内容的妥当性を確保した。医療従事者(今回は研究者)による評価のフィードバックは、研究参加者が禁煙支援実施後に、禁煙支援評価項目尺度について適切な弁別がなされているか確認するものである。適切な判断がなされているときは肯定的なフィードバックを行い、誤った判断がなされている場合には修正を行うことを表示した。

2. 研究デザイン

本研究では、対照群を設置するランダム化比較デザインに加え、シングルケース研究法のABデザインに基づき、ベースライン期、介入期からなる実験計画を用いた。ABデザインとは、変容させようとする行動の観察期間(A;ベースライン期)から始まり、この期間における標的行動が十分に安定していることを確かめた後で、それと対応する独立変数の操作を導入する期間(B;介入期)を設け、標的行動の測定を継続して行い、A・Bの両期間における測定値を比較することで導入した操作の効果を検討するものである¹⁶⁾。本研究の独立変数は開発した禁煙支援評価尺度の適用であり、従属変数は禁煙支援行動の頻度、禁煙支援内容が評価される行動尺度、検査データ、プログラム全体の満足度とした。そしてこれらの従属変数をアウトカム指標とした。

3. 研究参加者

研究者が2014年5月～6月に実施した精神科病院の調査の依頼先である協力病院で敷地内禁煙もしくは建物内禁煙を実施している病院長に依頼し、承諾を得た。前記の調査結果において、職種により禁煙に関する知識等の情報収集に差があったことから研究参加者の職種を看護師に限定することを説明した。具体的な依頼方法として病棟看護師長に連絡を行い承諾を得た。研究参加の依頼文書と同意書を手渡し同意のあった21名を研究対象者とし、乱数表を用いて介入群10名と対照群11名の2群に振り分けた。

4. 調査期間と方法

調査期間は2015年2月～4月の8週間であり、介入群にはベースライン期1週間、介入期3週間で割り当て、4週間で1クールとした。研究参加者を前半と後半に分けて実施した。対照群にも介入群と同じ4週間で1クールとし、同様に前半と後半に分けて実施した。

なお、介入群には、介入開始前に施設内において研究者が禁煙支援プログラムの目的を説明したうえで、評価表の記録方法と判断基準を説明し、研究者がフィードバックを行うことを15分間の個別面接で説明した。対照群には、評価表の提出を求めたのみで、介入は一切行わなかった。アウトカム指標のうち両群とも検査値Co値に

ついては、ベースライン期に1回と介入期に1回の計2回を研究者とともに実施した。介入群には、禁煙支援プログラムの行動尺度の評価表については、ベースライン期に2回、介入期に3回、プログラム全体の満足度については、ベースライン期に1回と介入期に1回の計7回についてセルフモニタリングによる評価表の提出を求めた。研究者による評価のフィードバックをベースライン期、介入期に導入した。対照群には、上記の4週間において計7回の評価結果を収集したのみで、それ以外の介入は一切行わなかった。

5. 調査内容

アウトカム指標項目は、以下に示す禁煙支援行動の頻度、行動尺度の評価、検査値データ、プログラム内容の満足度の4項目の調査内容である。

(1) 禁煙支援行動の頻度

4週間の禁煙支援のうち、患者に実施できた禁煙支援回数について回答を求めた。

(2) 行動尺度の評価

①禁煙決意のための説明

禁煙決意に必要な項目として「精神科の敷地内禁煙」「精神疾患と禁煙」等3つの項目について、評価の判断基準により5段階評価で回答を求めた。

②喫煙し続けるリスクの説明

喫煙の影響を説明する「喫煙関連疾患と健康リスク」「受動喫煙の影響」等4つの項目について、評価の判断基準により5段階で回答を求めた。

③禁煙行動時に必要な情報

禁煙を実行に移す時に必要な情報を説明する「禁煙補助薬の種類」「抗精神薬と喫煙との関連」等5つの項目について、評価の判断基準により5段階で回答を求めた。

(3) 検査データ

禁煙支援内容を評価する項目として患者の喫煙本数の継時的変化と呼気中一酸化炭素濃度(呼気中CO)の継時的変化を用いた。呼気中一酸化炭素濃度(呼気中CO)についてベースライン期と介入期に測定データの記入を求めた。

(4) プログラム全体の満足度

参加者のプログラム全体の主観的な満足度を調査した。「満足していない」を0、「満足している」を100と

表1 介入群と対象群の属性(平均値±標準偏差)

変数	介入群	対照群	効果量	P値
(一般属性)				
年齢(歳)	30.60±4.65	31.55±4.70	0.395	0.649 ^a
性別(男/女)*	3/7	3/8	0.001	0.633 ^b
勤務年数	5.65±5.17	7.97±5.97	0.586	0.355 ^a
喫煙有無(有/無)*	2/8	3/8	0.007	0.713 ^b
禁煙支援経験(有/無)*	4/6	3/8	0.018	0.560 ^b
(アウトカム指標)				
禁煙支援行動尺度				
ベースライン期(0週)	2.5±0.71	2.27±0.47	0.059	0.391 ^a
検査データ				
喫煙本数	23.10±6.28	20.45±5.66	0.377	0.323 ^a
呼気Co	22.60±5.91	21.64±6.22	0.364	0.721 ^a

注1)*を記した変数の表中の値は各群の人数を示す

注2)効果量は、t検定を行う変数は $r = \sqrt{t^2/t^2+df}$ 、 χ^2 検定を行う変数のうち性別、喫煙の有無、

禁煙支援の有無は、Mann-Whitney検定を行う変数は検定統計量をZ変換し、 $r=Z/N^{1/2}$ を指標とした

注3)P値のaは2標本t検定、bは χ^2 検定、無印はMann-Whitney検定の結果を示す($p<0.05$)

し、ベースライン期と介入期に1回ずつ参加者に0~100%の数字の記入を求めた。

6. 分析方法

禁煙支援評価項目尺度の開発にあたって介入群と対照群の属性の比較は、名義尺度である性別、喫煙の有無、禁煙支援経験の有無については χ^2 検定を実施した。順序尺度、間隔尺度、比率尺度である年齢、勤務年数、禁煙支援行動尺度、患者の呼気中COと喫煙本数についてはShapiro-Wilk検定による正規性の検討を行った。効果量については正規性の有無により2標本T検定またはMann-Whitney検定により検討した。

アウトカム指標のデータは、禁煙支援頻度回数、行動尺度評価についてはベースライン期に2回、介入期に3回、プログラム全体の満足度についてはベースライン期に1回、介入期に1回情報を収集しているが参加者ごとに各期の平均値を算出し分析データとした。なお、禁煙支援の頻度に関するアウトカム指標の評価結果の信頼性については、両者の相関係数(spearmanの順位相関係数)で確認したところ、 $r=0.733$ であった($n=21$, $p<.001$)。

アウトカム指標の比較には1要因に対応があり(ベースライン期と介入期)、1要因に対応のない(介入群と対照群)二元配置分散分析をおこなった。2要因間の交互作用については、Mauchlyの球面性検定を行った。交互作用が有意であった場合は、Mann-Whitney検定により検討した。各群の期間のアウトカム指標の差については一元配置分散分析を行い、多重比較にはScheffe法を用いた。また介入の効果や変数間の関係の強さを検討するため効果

量を算出した。なお、解析にはSPSS statistics22を用い、有意水準は5%とした。

7. 倫理的配慮

本研究は、所属大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(第7号、2011年7月13日受理)。対象への研究参加の目的と研究方法、個人情報保護、研究参加協力の自由、参加協力後、途中で辞退しても不利益を生じないことを記載した文書と依頼文を用い、同意書の提出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、プライバシーおよび個人情報の保護、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. 結果

1. 研究参加者の属性と禁煙支援を受ける患者の状況

参加の同意が得られた21名について、介入群、対象群に相違があるかを比較した。両群の一般属性、医療従事者の喫煙の有無、禁煙支援経験の有無に有意差はなく、検査データとしての患者の喫煙期間、喫煙本数およびベースライン期の呼気中一酸化炭素濃度(呼気中CO)の値に有意差がなかった。以上の結果から両群を比較することが出来ると判断した(表1)。なお、今回の禁煙支援の対象である患者の選定条件としては、禁煙を希望する精神状態が比較的安定している者とした。調査開始4週目に退院した患者が介入群で3名、対照群で2名いた。また、減煙しか出来なかった者が対照群で3名いた。両群い

表2 介入群と対象群のアウトカム指標の変化(平均値±標準偏差)

	介入群(n=10)		対象群(n=11)		P値(効果量 η^2)		
	ベースライン期 0~1週	介入期 2週~4週	0~1週	2~4週	Group	Period	Group× Period
禁煙支援行動の頻度	1.9±0.3	2.7±0.5	1.9±0.3	2.3±0.6	0.004** (0.536)	0.001 ^b ** (0.526)	0.002 ^b ** (0.512)
行動尺度評価	2.9±5.7	4.6±0.4	2.5±5.0	3.1±0.8	0.002** (0.694)	0.319 ^a (0.310)	0.153 ^a (0.472)
(検査データ)							
喫煙本数	23.1±6.28	1±2.11	20.45±5.66	9.36±8.80	0.009** (0.491)	0.187 ^b (0.101)	0.093 ^b (0.241)
呼気Co	22.6±5.91	3.2±2.35	21.64±6.22	9.22±5.83	0.008** (0.648)	0.503 ^b (0.352)	0.327 ^b (0.416)
プログラム満足度	59.6±6.37	87.5±6.35	59.0±9.3	63.18±5.14	0.000** (0.988)	0.004 ^b (0.895)	0.006 ^b (0.512)

注1) P値の^aはMauchlyの球面性検定, ^bHahuyh-^aはFeldtの修正による検定を示す

注2) Groupは介入群と対象群の2群間, Periodはベースライン期, 介入期の2時期, Group×Periodは両群と時期の交互作用の結果を示す(P<0.05)

ずれも研究参加者である医療従事者が調査開始から終了までの期間に、参加を中止した者はいなかった。

2. 禁煙支援行動尺度の実施状況

介入群の参加者10名の禁煙支援行動尺度についての完了率は、90%であった。4週目に1クール目の患者が2名退院し、2クール目では1名退院したことから4週連続の参加は7名であったが、禁煙支援行動尺度の完了率でみると3週目ですでに9名が5段階評価の最高得点を獲得し実施目標は完了していた。行動尺度評価について、全員が禁煙支援実施毎に毎回欠かさずに評価の記録をしていた。自己評価として、設定された基準通りに毎回適切に判断できた参加者は7名であった。3名は禁煙支援の説明が、すべて盛り込まれたかどうか自信がないとし、判断に迷うとした。しかし、フィードバックにより適切に判断ができた。誤った判断をした参加者はいなかった。行動尺度の自己評価が低いと判断した者は、「禁煙支援内容について理解が不足しており、情報収集不足が課題である。」としていた。

3. 禁煙支援行動の頻度

禁煙支援行動の頻度について、介入群と対象群の別に、ベースライン期、介入期の平均値と標準偏差、検定結果、効果量を表2に示した。Mauchlyの球面性検定による2要因間の交互作用の検討を行った結果、群間と時期に交互作用が認められたが、群間と時期はともに有意差を認め(p<0.01)、効果量 η^2 は0.5以上であった。介入群において、多重比較した結果、介入期に禁煙支援行動の頻度がベースライン期に比べ有意に増加した(p

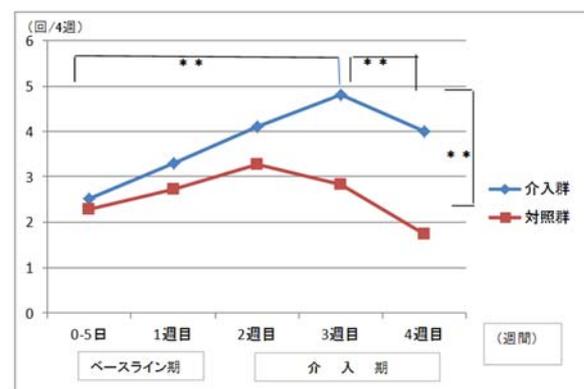
=0.003)。対象群では、行動尺度評価と検査データの時期間に有意な差は認められなかった。また、2群間の各時期における比較を行った結果、介入期において、介入群のほうが対象群より禁煙支援行動の頻度が有意に多かった(p=0.004)(図2)。禁煙支援行動の頻度については、1人あたり3~6回であった。

4. 検査データ

検査データについて、介入群と対象群の別に、ベースライン期、介入期の平均値と標準偏差、検定結果、効果量を表2に示した。検査データについて、多重比較をした結果、時期間において喫煙本数と呼気Co値に有意差を認め(p<0.01)、効果量 η^2 は0.3以上であったが、群間と時期の交互作用においては差を認められなかった。

5. 参加者の禁煙支援評価項目尺度に対する評価

禁煙支援評価項目尺度の満足度について、介入群の平



注) 2群間の各時期における比較にはMann-Whitney検定を用いた結果を示す。各群の時期間の比較には一元配置分散分析を行い、各群比較にはScheffeを用いた結果を示す。*^ap<0.01

図2 禁煙支援行動の頻度の変化

均は87.5%であり、全員が80.0%以上の数値を記入していた。一方、対照群の禁煙支援評価項目尺度の満足度の平均は63.2%であり「禁煙支援は精神科では、やはり難しいと思う」「説明内容の評価について、一人で判断するのは難しい」等の自由記述があった。介入群と対照群の両群の禁煙支援評価項目尺度の満足度の比較では有意な差が認められ ($p < .001$)、効果量 η^2 は0.9以上であった。

群間と時期においても有意差が認められ ($p = .004$)、効果量 η^2 は0.8以上であった。介入群の禁煙支援評価項目尺度である行動尺度評価の平均値は5段階評価の4.6 (± 0.31)を示し、禁煙支援評価項目尺度の満足度と介入群の行動尺度評価との関連度を表す連関係数 $\phi = 0.912$ であり、有意な相関を示した。自己の説明について、「精神疾患患者の禁煙は難しいと思っていたが、禁煙支援をきっちりやれば、できることを経験したのは大きな成果」「患者の禁煙支援で何を説明しなければいけないかを知ることができた」「ニコチンによる離脱症状を患者に伝えることが精神科では大切であることを確認できた」等の意見があった。

IV. 考 察

精神患者の禁煙について、Prochaskaは2011年に行った調査から精神疾患のある喫煙者は、そうでない喫煙者と同じように禁煙したいと思っており、また、実際に禁煙しても、精神疾患の改善を妨げる心配は全くないことが次第に明らかになってきているとしている¹⁷⁾。そのためには、医療従事者が主体的に患者の喫煙リスクを判断し、禁煙支援を行うことが必要である。本研究では、医療従事者に対する禁煙支援力の向上に向けた方法として、医療従事者による自己記録を活用した禁煙支援評価項目尺度を開発し、介入研究を実施した。8週間という限られた介入期間であったが、参加者全員が中断することなく終了出来たことから、禁煙支援評価項目尺度の構成を評価することができる。その禁煙支援評価項目尺度は、医療従事者によるセルフモニタリング、弁別、医療者どうしの評価のフィードバックの3つの介入条件から構成される。これらの条件を導入した介入群では、介入期間中、禁煙支援行動の頻度が有意に増加し、効果量の値も大であった。この結果から、3つの介入条件は総合

して医療従事者の禁煙支援行動を増加させる効果があり、禁煙支援評価項目尺度の構成の安全性が確認された。

本研究では、セルフモニタリングの媒体として、禁煙支援行動尺度の評価シートを使用した。介入群の全員が禁煙支援実施毎に記録していた。医療従事者において、禁煙支援行動尺度の評価シートを記録することで自分の禁煙支援の説明の課題を知り、再チャレンジするという禁煙支援行動が促進されたと考える。

禁煙支援行動の結果から禁煙支援について内容を評価するために、説明内容結果の判断基準を設定した。この基準について誤った判断をした参加者がいなかったことから、医療従事者が理解できる適切な判断基準であったといえる。ただし、説明内容についての知識が不足していたために判断がつかなかった参加者もいたため判断に迷った場合は保留とし、知識を確認してから再チャレンジする等の基準を追加すれば、1回限りの禁煙支援行動で終わらず、次の行動へ、そしてより明確な判断へとつながると考える。

医療者(研究者)による評価のフィードバックについて、今回、介入2週間後と3週間後および4週間後に行ったが、介入期の禁煙支援行動の頻度が有意に増加した。医療従事者の自己評価が正しかったことから、それに対するフィードバックが肯定的な内容となり、セルフモニタリング、弁別に加えて、医療従事者に対する医療者(研究者)の賞賛のフィードバックが強化子として有効に機能したと考える。

また、今回得られた禁煙支援行動の頻度の結果に基づき、差得点の標準偏差と効果量から統計的に必要とされる介入群の参加者数を推定すると、約34名となる¹⁹⁾。本研究においては、建物内禁煙もしくは敷地内禁煙を実施している病院に限定したことから、参加同意者数の限界から介入群は10名であったため、今後、対象者数を増やし有効性についてさらに検証を重ねていきたい。

介入群の禁煙支援評価項目尺度に対する評価では、9割以上から内容について満足であると高い評価を得たこと、必要性について5段階評価で4.3 (± 0.227)と高い評価していたことから禁煙支援評価項目尺度の実用可能性は高いと考える。なお、禁煙支援評価項目尺度の有効性を検証するために、介入群の参加者10名に対する評価へのフィードバックは、研究者が実施したが今後、本禁煙

支援評価項目尺度を発展、普及させていくためには、医療従事者同士が実施するのが現実的かつ効果的ではないかと考える。精神科における禁煙支援は、それぞれの立場で医療従事者が実施していくことが期待されている。精神科の治療を完全禁煙の環境で行えるようにするために、禁煙支援の効果を評価する介入研究を積み上げていくことが期待される。

V. 結 語

精神科の医療従事者等が禁煙支援行動をおこし、禁煙支援実施内容の満足度が向上することを目的に、精神科の医療従事者による自己評価記録を活用した禁煙支援評価項目尺度を開発し、その有効性を検証した。開発した禁煙支援評価項目尺度は、行動理論の強化の原理に基づくものであり、医療従事者の禁煙支援の強化を狙った実験計画を用いた。その結果、以下の結論を得た。

介入群の1グループ4週間とする2グループによる8週間にわたる禁煙支援行動尺度の完了率が90%であったこと、介入群において、介入により禁煙支援行動が有意に増加した($p < 0.01$)こと、禁煙支援行動回数の頻度を増加させる効果が確認されたこと。さらに、禁煙支援評価項目尺度の全体の満足度評価は高く、禁煙支援内容に示された行動尺度が適正であることが確認されたことから本禁煙支援評価項目尺度の実用可能性は高いことが示唆された。

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による助成を受けて行いました。

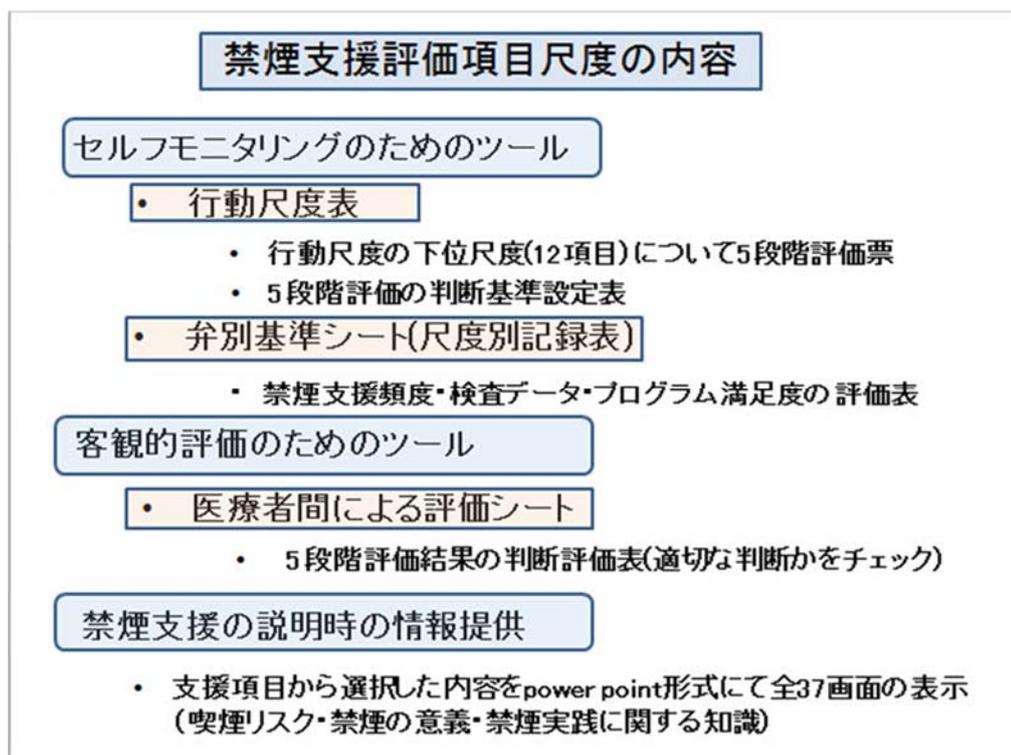
文 献

- 1) 河村裕: 禁煙指導・支援者のための禁煙科学 日本禁煙学会編、文光堂, 2011:167-171
- 2) 村井俊彦: 禁煙指導・支援者のための禁煙科学 日本禁煙学会編、文光堂, 2011:322-326
- 3) 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

- ル精神医学雑誌 2008; 15: 39-43.
- 4) Banham L, Gilbody S: Smoking cessation in severe mental illness: what works? *Addiction* 2010; 105:1176-1189.
- 5) Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, et al.: Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA*. 2000; 284: 2606-2610.
- 6) 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
- 7) Yang, Y K, Nelson, L, et al: Nicotine Decreases Bradykinesiarigidity in Haloperidol-treated Patients with Schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*, 27 (4) , 684-686, 2002.
- 8) 渡邊博幸: 統合失調症と嗜好品一薬との相互作用や留意すること. *精神科看護*, 35 (2) , 37-41, 2008.
- 9) Sacco, K A, Termine, A, et al: Effect of cigarette smoking on spatial working memory and attentional deficits in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 62 (6) , 649-659, 2005.
- 10) 中村正和: 喫煙とニコチン依存症. In: 井埜利博・監修. 喫煙病学. 最新医学社, 大阪, 2007; 56-65.
- 11) Brown S, Inskip H, Barraclough B: Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000; 177; 212-217.
- 12) Joukamaa M, Heliövaara M, Knekt P, et al.: Mental disorders and cause-specific mortality. *Br J Psychiatry* 2001; 179; 498-502.
- 13) Williams JM, et al: Partnership between tobacco control programs and offices of mental health needed to reduce smoking rates in the United States. *JAMA Psychiatry*, 2013; 70: 1261-2.
- 14) Robert T. Croyle, Ph.D. Director, Division of Cancer Control and Population Sciences, National Cancer Institute Spring 2005
- 15) Skinner B.F. *Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis* ' Prentice-Hall Inc. 1969
- 16) 岩本隆茂・川俣甲子夫(1990). シングルケース研究法新しい実験計画法とその応用. 勁草房.
- 17) Prochaska JJ, Hall SM, Smoking and Mental Illness—Breaking the Link 2011;21, 196-365;3
- 18) Miltenberger R. G. (2008) : Behavior

- Modication: Principles and Procedures 4th ed., 86-87, Wadsworth, USA.
- 19) 村井潤一郎 (2006). 「サンプルサイズに関する一考察」 吉田寿夫 (編) 『心理学研究法の新しい私たち』 (pp. 114-141). 東京: 大修館書店.
- 20) Hall SM, Prochaska JJ. Treatment of smokers with co-occurring disorders: emphasis on integration in mental health and addiction treatment settings. *Annu Rev Clin Psychol.* 2009; 5: 409-31.

資料 1



資料2

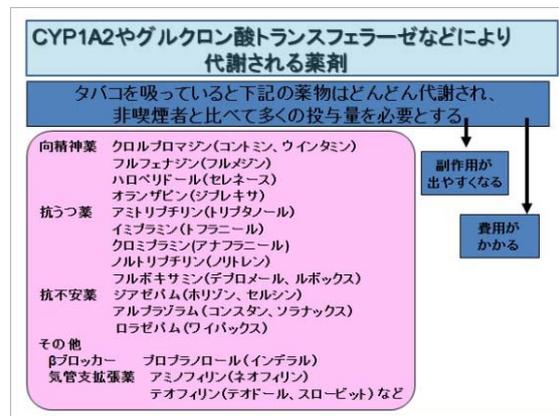
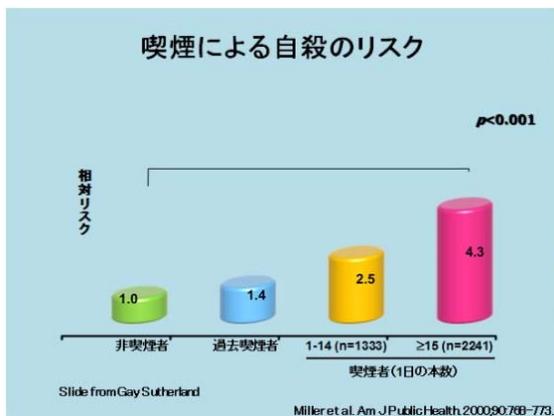
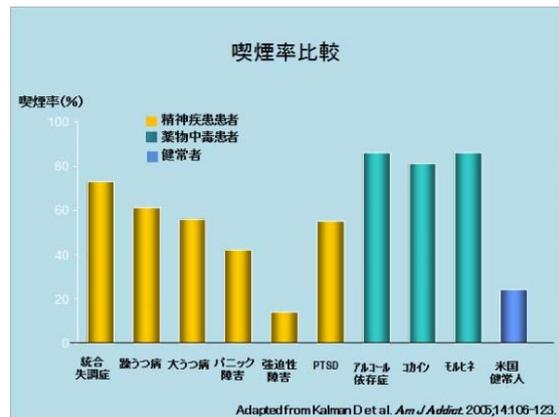
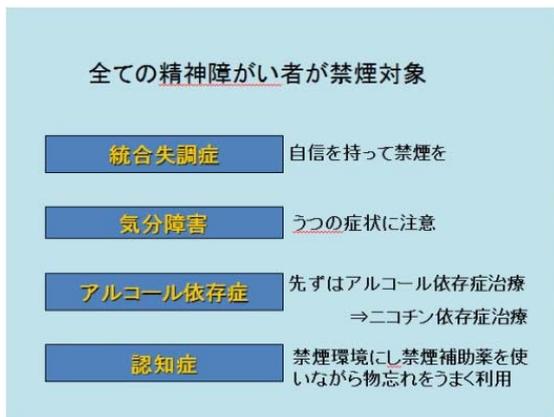
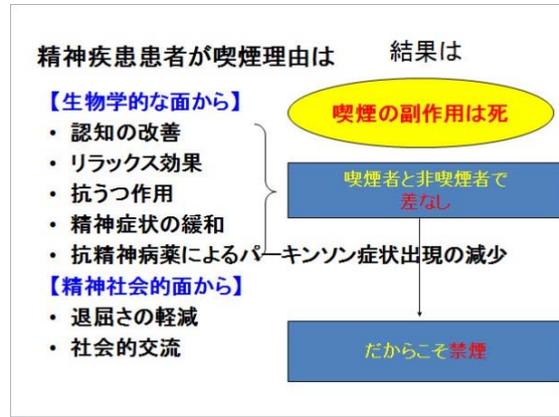
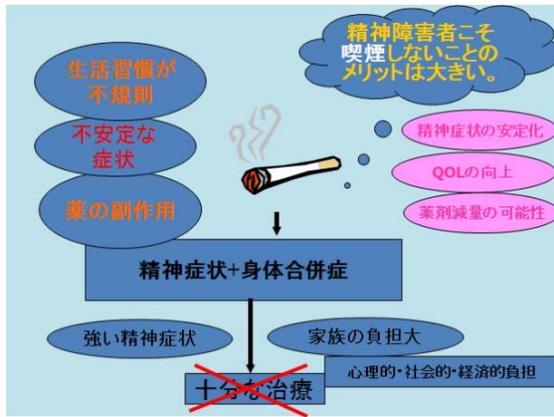
行動尺度評価表					
行動尺度の5段階に○をつけて下さい					
1 敷地内禁煙の必要性を説明する	5	4	3	2	1
2 患者の禁煙をメリットを説明する	5	4	3	2	1
3 精神科で行う禁煙支援について説明する	5	4	3	2	1
4 喫煙による関連疾患と身体への影響を説明する	5	4	3	2	1
5 喫煙者のがん等の病気の発生率について説明する	5	4	3	2	1
6 ニコチン依存と脳への働きについて説明する	5	4	3	2	1
7 受動喫煙の影響について説明する	5	4	3	2	1
8 タバコの煙の化学物質と有害物質について説明する	5	4	3	2	1
9 喫煙者の死亡割合について説明	5	4	3	2	1
10 禁煙補助薬の種類と保険適用を説明する	5	4	3	2	1
11 抗精神薬と喫煙との関連についてする	5	4	3	2	1
12 禁煙とうつ症状等ガイドラインの指摘事項について説明する	5	4	3	2	1
評価の判断基準					
5	項目の禁煙支援内容に創意工夫があり、結果が特に効果的であった				
4	項目の禁煙支援内容の創意工夫が充分ではなかったが結果は効果的であった				
3	項目の禁煙支援内容の創意工夫も結果も普通の出来であった				
2	項目の禁煙支援内容の創意工夫は普通だったが結果あまり期待出来なかった				
1	支援内容が乏しく結果は期待できないと考えられた				

資料3

検査データ・アウトカム指標弁別シート

研究協力者名		患者名	
禁煙支援実施期間		患者名	
【判断方法】			
①呼気Coについてはベースライン期と介入期の測定値、喫煙本数との関連にて判断			
②喫煙本数はベースライン期と介入期間き取り本数、Co値との整合により判断			
③行動尺度評価はベースライン期と介入期の平均値、患者の理解、行動変容にて判断			
④禁煙支援回数はベースライン期と介入期の支援回数			
⑤支援項目評価点・必要性については判断基準参照、備考欄に判断理由			
項目	判断内容(値も記入)		
ベースライン呼気Co			
介入期呼気Co			
ベースライン患者喫煙本数			
介入期患者喫煙本数			
ベースライン期行動尺度			
備考			
介入期行動尺度			
備考			
禁煙支援行動回数	ベースライン期	介入期	
プログラム評価点数			
備考			
プログラム必要性			
備考			
【ベースライン期・介入期行動尺度5段階判断基準】			
5:内容のすべてに詳しく説明できた 4:内容をほとんど説明できた 3:簡単な説明しか出来なかった			
2:ほとんど説明できなかった 1:分からなかったので説明が出来なかった			
【プログラム評価点】			
満点していない0、満点している100として数字を記入、判断基準を備考欄に記入			
【プログラム必要性】			
「良い」「やや良い」「どちらでもない」「やや悪い」「悪い」の5段階評価の選択、判断基準を備考欄に記入			

禁煙支援説明時の資料(ppt37枚の一部)



Given the patients quit smoking support in psychiatry -Verification of the development and effectiveness of patients quit smoking support evaluation-item scale -

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

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

Abstract

Objectives: To improve the ability of healthcare professionals in the psychiatry department to help patients quit smoking, thereby promoting abstention from smoking in psychiatric patients, we developed a support evaluation-item scale and examined its efficacy based on the results of support evaluation-item scale implementation in a model hospital.

Methods: The development of the support evaluation-item scale involved self-monitoring by staff (i.e. healthcare professionals), discrimination, and assessment feedback from researchers, in order to strengthen the evaluation-item scale implementation activities. A randomized control design was used to group participants at the model hospital into two groups (baseline group and intervention group). The test period was 4 weeks for each group (total of 8 weeks). The number of participants in the intervention group was 10, while that of the baseline group was 11. A questionnaire survey was conducted in each group during the corresponding test period, and data (outcome indexes) were collected.

Results: The evaluation-item scale implementation activity level was significantly increased in the intervention group. The satisfaction level gained from implementation of the support evaluation-item items was also increased in the intervention group.

Conclusion: This evaluation-item scale is effective in enhancing the activity level associated with the support evaluation-item that helps patients to quit smoking, and also in increasing the satisfaction levels of support items. It was suggested that integration of environmental assessment for the evaluation-item scale continuity would be necessary in future.

Key words: psychiatric hospital staff, support evaluation-item scale for smoking cessation, quit smoking activities