

日本禁煙学会雑誌

Vol.9 No.4

CONTENTS

《巻頭言》

スポーツイベントにおける受動喫煙対策 高橋正行 62

《原 著》

禁煙希望者が禁煙開始に選んだ保険薬局の取り組み 堀田栄治、他 66

《原 著》

小規模作業所通所中の精神障害者の生活習慣と喫煙の関連 中嶋貴子、他 73

《記 録》

日本禁煙学会の対外活動記録(2014年9月) 80

Japan Society for Tobacco Control (JSTC)
特定非営利活動法人 日本禁煙学会



スポーツイベントにおける受動喫煙対策

びわこ成蹊スポーツ大学、NPO法人日本禁煙学会 理事

高橋正行

はじめに

日本におけるスポーツ振興は1964年の東京五輪が大きな契機となった。日本人選手の活躍と世界レベルのスポーツを運営したり、協力したり、見るという初めての経験は大変大きなものであった。夏季五輪を日本で開催するために、法的整備が進められてきた。スポーツ振興法が抜本的に改訂され、2011年8月にスポーツ基本法が施行された。多くの国民の努力が実って2013年9月に2020年東京五輪開催が決定された。法的整備ではアンチ・ドーピング法や受動喫煙防止法(禁煙法)が日本では未整備である。

一方、国内のスポーツも競技スポーツ、生涯スポーツ、障害者スポーツ、高齢者スポーツ、キッズスポーツなど多彩な領域で広がりを見せている。市民が参加するマラソン大会は全国で多数開催され、全国各地でスポーツジムの利用者が増加している。

国民体育大会(国体)では、タバコ会社からの寄付、タバコ会社が所有するスポーツチームからの選手派遣、不十分な受動喫煙対策による喫煙被害などFCTC違反^{1,2)}が目立つ状況が続いていた。禁煙推進のための要望が国体実行委員会に提出され、その効果が現れている。2014年10月に長崎国体と大阪マラソンに携わる機会を得たので、スポーツイベントにおける受動喫煙対策の進め方について、概説したい。

1. 喫煙者への個人攻撃は無意味

運動会や地域のスポーツイベントで、タバコ臭を感じることはよくある。我が国の男性の約3人に1人は喫煙者でありニコチン依存症も併存するため、非喫煙者が受動喫煙の被害に遭遇する。その際、喫煙者への個人攻撃は全く意味がなく、むしろ危険という事例は多い。喫煙者はニコチン渴望

でイライラが貯まっている状況であり、納税者であるのに喫煙場所が制限されているという不平不満を持っている。一方で、禁煙推進者は喫煙者がタバコ会社の最大の被害者であるとの認識から、救済してあげようという余計なお世話を試みようとする。その結果、人間関係を悪くするだけでなく、口喧嘩・殴り合いなどが生じる危険がある。

喫煙対策が広がっているため、喫煙者は喫煙可能な場所(スモーカーズパラダイス)を必ず探す習性がある。例えば、学校敷地内は完全禁煙になっている場所が多く、敷地境界やコンビニエンスストア前に喫煙者が集まる。大きなスポーツイベントでも、喫煙場所を設定することで上記トラブルを未然に防ぐことができる。注意しないといけないのは、タバコ会社の寄付や協賛で灰皿スタンド・テント・ベンチなどの寄付行為が多く行われていることである。これは、タバコ会社のCSR活動(企業の社会貢献活動)はFCTCで禁止されている喫煙推進活動となる。多くのスポーツイベントの主催者はこの事実を知らないために、寄付行為を受け入れることが多い。

救護テント・救護室の周辺での喫煙に対しては、厳しい対応が必要である。「怪我人を救護する場所なので、タバコは止めて下さい。」程度の対応で多くの喫煙者は理解する。禁煙の掲示や救護室の掲示、喫煙禁止の明確な掲示(文字)が有効である。喫煙者の問題ではなく、主催者や競技役員への周知徹底が有効である。

2. 国民体育大会における受動喫煙対策

スポーツイベントにおける受動喫煙対策の例として国体の禁煙化についてまとめたい。国体は都道府県・日本体育協会・文部科学省の3者が主催者である。かつて、国体会場は屋内受動喫煙の被害を受ける状況であったが、改善されてきた。しか

し、FCTCの基準では、まだまだ不十分な部分が多く残っている。2014年10月11日から長崎で開催されている国民体育大会での現状もまとめたい。

筆者はスポーツドクターとして国体を含むスポーツイベントに関わることが多いが、少しずつ受動喫煙被害は減少している。例えば、2009年(新潟国体)では競技会場の敷地内禁煙が6%であったのが2010年(千葉国体)³⁾では24%と増加した。これは、競技を実施する場所が敷地内禁煙である学校であることを反映している。国体が全国を一巡したため、新しいスポーツ施設を作るよりも、学校のスポーツ施設を充実して競技を開催するようになっている。

2009年の新潟国体では受動喫煙対策が不十分であるという感想が競技・役員参加者から寄せられた。同時に、タバコ会社が寄付したベンチなどの施設が目立ち、タバコ会社のチームに所属する選手が出場するというFCTC違反が目についた。受動喫煙では屋内での喫煙や喫煙場所が通路の横などの不適切さが目立つ。競技会場の競技役員や喫煙者に抗議しても理解されず、競技担当マニユ

ルに喫煙禁止や禁煙の掲示もなかった。2010年の千葉国体でも少し改善されたが、抜本的な改善が必要であるため、2010年12月に禁煙学会(作田理事長)から、主催者3者(文部科学省、日本体育協会、開催地都道府県)への要望書「国民体育大会の会場とその周辺を完全禁煙にしてください」が提出された。その後、少しずつ改善されてきた。

2014年長崎国体での状況をまとめたい。国体実行委員会宛に2014年8月に加來先生らが「喫煙規制のお願い」を提出した⁴⁾。このような依頼は継続して、複数の禁煙推進団体から提出することが有効である。その効果もあって競技担当者マニュアルに指定された喫煙場所が明記され、それ以外の場所は完全禁煙とされた。会場では禁煙の掲示や禁止行為に喫煙が明記されている。喫煙場所も通路が狭い会場(開会式の陸上競技場など)では出入り口から5m離れ、離れた場所に設置できる会場では、喫煙場所が出入り口から10m離れていた(図1)。また、その中には立派なスタンド型灰皿が設置されていた。このテントとスタンド型灰皿はタバコ会社から国体実行委員会に寄付されたもので、



図1 長崎国体主会場の喫煙所：8か所が明記されている

日本たばこ産業長崎営業所は国体のオフィシャルサプライヤーに指定され、感謝状とマスコットキャラクターぬいぐるみの寄贈が2013年12月25日に行われた⁵⁾。前述「喫煙規制のお願い」にはタバコ会社からの寄付や物品提供はFCTC13条違反と明記されているが、対応が遅いことと灰皿(+テント?)の代案が必要かもしれない。また、ユニフォームは都道府県であるが広島県男子バレーボールチームの主体はJTサンダースというタバコ会社所属の選手である。

2014年10月12日に国体開会式が陸上競技場で開催された。台風19号の影響で雨が降り風が吹く天候であったが、開会式の時間には雨が止まり、開会式は無事に実行された。集団演技など多くのイベントで競技場外で数千人が待機するような状態であった。図1、図2で示す喫煙所ではピーク時には、人が溢れ出る状態であり、テント外に喫煙する多くの人とタバコの煙が溢れ出してきた。

3. 国民体育大会における現状の問題点と今後の課題

今までは受動喫煙の被害に主点を置いての問題提起や要望が多かったのか、屋内完全禁煙は遵守されている。また、敷地内禁煙も競技会場の施設が学校など敷地内禁煙であれば、遵守される。一方で、通路や出入り口から10m以上離れた場所に

喫煙所を設置することは、場所としては困難で5m程度が多かった。国体というイベントというより、日常の受動喫煙対策が重要である。現場からの報告が重要なので、各都道府県の禁煙学会会員や地域の体育協会の役員などからの定期的な報告が必要である。幸い、禁煙学会会員や禁煙組織は全国に存在するため、国体禁煙化の手順書をマニュアル化すると取り組みやすい。

次に、タバコ会社に所属する選手の出場であるが、選手は都道府県チームとして出場しているので、FCTC違反としてはグレーゾーンになる。本来のチームをタバコ会社が所有していることが問題となるため、ターゲットは国体以外の部門になる。

現在、最も大きな問題となるのが、タバコ会社の寄付や商品提供(オフィシャルサプライヤー)がFCTCに違反していることを知らない人が多いことである。都道府県庁、文部科学省、日本体育協会などに時間をかけて説明する必要性を強く感じる。国体の予算が削減されている現状では主催者は寄付提供を喜んで受け入れる背景がある。禁煙推進団体からの要望は少なくとも1年以上前から出す必要があることが長崎国体で明らかとなった。国体の予定を見ながら、複数の団体から、タバコ会社からの寄付を受け入れないように経年的に強く要望を出す必要がある。



図2 長崎国体の喫煙所 緑色と白色のテントで中にスタンド型灰皿が設置されている

4. 大阪マラソンにおける受動喫煙対策

日本全体で大変盛んとなっているマラソン大会はロードレースであるため、競技場だけでなく、路上禁煙や救護所の禁煙が重要となる。心臓突然死が20,000～60,000人に一人発生するため、AEDを含めた救急処置以上に受動喫煙対策が必須となる。筆者は滋賀県陸上協会の医事委員としてびわ湖毎日マラソンの救護を担当して、受動喫煙被害の改善を行ってきた。

2014年10月に実施される大阪マラソンの救護の説明会で受動喫煙対策が不十分であることが3週間前に明らかとなった。救護はAEDを準備して、心臓突然死を現場で治療するのが使命であると説明を受けた。予防が大切なので受動喫煙対策について尋ねると、「特に喫煙や受動喫煙に対して取り組んではいない。あたりまえで常識的な対応をしている」という回答を得た。一方で「大阪マラソンの救護所がタバコ臭くて嫌だった」とランナーのブログやツイッターに書き込まれている。救護担当の責任者に、せめて救護担当者は受動喫煙対策の意識を高める情報提供をお願いしたが、救護のミッションは「発生するであろう心臓トラブルが心臓突然死に至ることを阻止する」であり、受動喫煙対策は含まれないという回答を得た。原稿締切が大阪マラソンの10日前であるため、競技日の状況は別途報告することとなる。禁煙と受動喫煙対策についての要望を出すタイミングが遅すぎたことが反省であり、要望を出す相手を救護担当ではなく、主催者とすべきであることも反省すべき点である。今回は競技会直後に対応したが、市民マラソンは全国各地で実施されているため、屋外のスポーツイベントであるマラソンにおける受動喫煙対策とタバコ会

社からのスポンサーを断るガイドラインを作成する必要を強く感じた。その際、メガイベントをタバコフリーにするガイド⁶⁾が役に立つため、主催者・マスコミ・参加者・役員・救護担当(医療者はこの機会がある)・ランニングドクター・観戦者などの立場から、タバコフリースポーツを実現することができる。禁煙学会として2020年の東京五輪を突破口にスポーツの禁煙化に取り組むことと並行して、禁煙のすそ野を広げる活動を地域で行うことの重要性を認識できた。

参考文献

- 1) 世界保健機構 たばこ規制枠組条約 <http://www.who.int/fctc/en/> (2014年10月20日確認)
- 2) 受動喫煙防止条約ガイドラインFCTC COP2 2007年 <http://www.nosmoke55.jp/data/0707cop2.html> (2014年10月20日確認)
- 3) タバコ問題を考える会・千葉 「ゆめ半島千葉国体・千葉大会 会場受動喫煙対策調査」 TMKC NEWS 第143号 2010年8月30日発行
- 4) 加來俊、吉井千春、橋本洋一郎 長崎がんばらんば国体・長崎がんばらんば大会実行委員会関係各位宛 長崎がんばらんば国体・長崎がんばらんば大会における喫煙規制のお願い <http://square.umin.ac.jp/nosmoke/2014nagasaki.pdf> (2014年10月20日確認)
- 5) 長崎国体ホームページ オフィシャルサプライヤーの日本たばこ産業(株)長崎営業所様に感謝状を贈呈しました。 <http://www.nagasaki-kokutai2014.jp/common/2014/01/29/150234> (2014年10月20日確認)
- 6) 世界保健機構西太平洋事務所 A Guide to Tobacco Free Mega Event メガ・イベントをタバコフリーにするためのガイド 2013年 http://www.nosmoke55.jp/action/megaevent_jp.pdf (2014年10月20日確認)

禁煙希望者が禁煙開始に選んだ保険薬局の取り組み

堀田栄治¹、福岡美紀^{2,6}、伊藤妃佐子¹、岡田喜代伸^{3,6}、角野雅之^{4,6}、篠田秀幸^{5,6}、高嶋孝次郎^{1,6}

1. 福井県済生会病院 薬剤部、2. 大阪大学大学院医学系研究科公衆衛生学教室博士課程
3. 岩並薬局、4. カドノ薬局、5. 株式会社エイチアンドケー、6. 福井県薬剤師会

- 【目的】** 保険薬局がより多くの禁煙支援に関わるために必要となる取り組みについて検討する。
【方法】 福井県薬剤師会会員薬局全213軒を対象にアンケート調査を行った。
【結果】 回収率は41.8%。タバコ価格値上げ前と比べて禁煙希望者が増加した保険薬局は43.8%であり、増加しなかった保険薬局は56.2%であった。禁煙希望者の来局者数が増加した保険薬局では「禁煙ポスターの掲示」オッズ比4.1(95%信頼区間:1.5-11.0)と「病院、診療所への受診勧奨」オッズ比6.5(95%信頼区間:1.6-26.7)を積極的に行っていることが明らかとなった。
【考察】 禁煙ポスターによるアピールと受診勧奨は禁煙希望者を取り込むための重要な取り組みである。

キーワード: 薬局、禁煙、タバコ価格値上げ、ポスター、受診勧奨

はじめに

喫煙は男性で8年、女性で10年も寿命を短くし¹⁾、非感染性疾患において日本人における最大の予防可能な成人死亡因子と報告されている²⁾。日本のタバコ価格は海外の高所得国と比べてはるかに安い価格で購入することが可能である²⁾。海外の報告ではタバコ価格を値上げすることにより禁煙もしくは減煙する人は増えている³⁾。日本でも2010年10月のタバコ税増税ならびに日本たばこ産業(株)によるタバコの価格上昇(以下、タバコ価格値上げ)により多くの喫煙者が禁煙へと意識を変化させた。そして、予想を上回る禁煙希望者が病院、診療所に禁煙治療目的で受診し、日本国内で約3か月間にわたる禁煙補助薬の供給不足が続くほどであった。保険薬局でも一般用医薬品(over the counter: 以下、OTC)のニコチン製剤を取り扱っており、禁煙を希望する来局者が増加したところがあると推測する。薬剤師による禁煙支援は海外⁴⁻⁶⁾ならびに国内⁷⁾でも積極的に行

われている。また、薬剤師の禁煙支援がニコレット[®]による禁煙成功率を1.83倍に向上させ⁸⁾、さらに、喫煙者に禁煙治療を行うことは無治療で行う禁煙と比べて費用対効果が良好な水準であったとの報告もある⁹⁾。薬剤師が禁煙支援を積極的に行うことは国民の健康増進に良い影響を与えることが推測される。医師だけでなく複数の職種が介入することにより禁煙成功率は上昇する¹⁰⁾。そして、薬剤師は常にその中の一員であり続けるように努めるべきである。喫煙によるタバコ関連疾患は数多くあり、保険薬局に処方せんを持ってくる喫煙者には禁煙支援を服薬指導と一緒に行う必要がある。しかし、薬剤師または保険薬局間では禁煙支援への態度に温度差を感じる。全ての保険薬局がより多くの禁煙支援に関わるために必要となる取り組みを検討するため、タバコ価格値上げによって禁煙へと意識変化した禁煙希望者が禁煙を開始する場所を選んだ保険薬局の取り組みの違いについてアンケート調査をもとに要因解析を行った。

連絡先

〒918-0063
福井県福井市和田中町舟橋 7-1
福井県済生会病院薬剤部 堀田栄治
TEL: 0776-23-1111 FAX: 0776-28-8542
e-mail: ejih121@yahoo.co.jp
受付日 2014年6月26日 採用日 2014年9月25日

対象と方法

1. 対象

2011年4月の時点で、福井県薬剤師会会員の全ての保険薬局213軒を調査対象とした。

2. 調査期間

調査期間は2011年4月13日から5月13日の1か月間とした。

3. 調査方法

1軒当たり1部の調査用紙を管理薬剤師宛にファクシミリを用いて送信した。回答は任意とし、調査用紙の記入後、当院薬剤部へファクシミリもしくは郵送などの配送にて返信とした。

4. 調査内容

1) 保険薬局の禁煙支援に関するアンケート調査

2010年10月のタバコ価格値上げにより禁煙を希望する来局者数の変化と保険薬局に従事している薬剤師数、保険薬局の取り組みとして患者への喫煙歴問診の有無、患者と同居している家族の喫煙歴問診の有無、来局した喫煙者への声かけによる禁煙啓発の有無、保険薬局内の禁煙ポスター掲示の有無、禁煙治療に関する病院・診療所への受診勧奨の有無、市販薬であるニコチンパッチ・ニコチンガムの店頭販売の有無、医療用禁煙補助薬(バレニクリン・ニコチンパッチ)の処方せんによる調剤と服薬指導の有無について調査した。なお、禁煙を希望する来局者数の変化は、タバコ価格値上げによる駆け込み需要が社会現象になった時期で、管理薬剤師が日常業務(販売、調剤)中に実感した「感覚」で増加、減少の判定を行った。

2) 禁煙希望者が禁煙開始に選んだ保険薬局の取り組み

来局した禁煙希望者の増減に影響した取り組みについて調査を行った。検討を行った項目は保険薬局の規模の確認のための「保険薬局に従事している薬剤師数」と保険薬局の取り組みである「患者への喫煙歴問診」と「同居者の喫煙歴問診」、「禁煙ポスター掲示」、「受診勧奨」、「禁煙の声かけ」、「ニコチン製剤(OTC)の店頭販売」、「禁煙補助薬の調剤と服薬指導」の8項目とした。禁煙を希望する来局者数が増加した保険薬局を「増加群」、変化しなかった保険薬局を「変化なし群」に分類した。そして、薬剤師数3名以上の「中規模、大規模薬局」と、主に個人経営と考えられる薬剤師数1~2名の「小規模薬局」で比較した。また、患者ならびに同居者への喫煙状況の問診について「必ず確認する」、「診療科や患者によって確認する」に回答した保険薬局は「問診あり」、

「確認しない」に回答した保険薬局は「問診なし」とした。なお、「診療科や患者によって確認する」とは喫煙歴問診を全患者に行っておらず、小児科など限定的な実施や、対応した薬剤師の判断で単発的に行っている状況を示す。禁煙の声かけについて「必ず勧める」、「勧めるよう努めている」に回答した保険薬局は「禁煙の声かけあり」、「勧めていない」、「勧める気なし」に回答した保険薬局は「禁煙の声かけなし」とした。OTCのニコチン製剤の店頭販売について「両方のニコチン製剤」、「ニコチンパッチのみ」、「ニコチンガムのみ」に回答した保険薬局は「販売あり」、「両方販売していない」に回答した保険薬局は「販売なし」とした。医療用禁煙補助薬の調剤と服薬指導について「両方の禁煙補助薬」、「バレニクリンのみ」、「ニコチンパッチのみ」に回答した保険薬局は「調剤あり」、「両方とも調剤なし」に回答した保険薬局は「調剤なし」とした。

3) 禁煙補助薬の販売と調剤経験がポスター掲示や受診勧奨の実施に与える影響

OTCの禁煙補助薬の販売状況が禁煙ポスターの掲示と受診勧奨を実施する影響について比較検討を行った。また、同様に医療用禁煙補助薬の調剤経験についても禁煙ポスターの掲示と受診勧奨を実施する影響について比較検討を行った。さらに、受診勧奨への影響については、禁煙補助薬のOTC販売ならびに調剤の両方を行っている保険薬局とそうでない保険薬局(禁煙補助薬の販売のみ、調剤のみ、どちらもなし)での受診勧奨の実施割合についても比較検討を行った。

5. 統計処理

検定は多重ロジスティック回帰分析とFisherの直接法をSPSS ver.17.0 for Windowsの統計処理ソフトを用いて有意差検定をした。いずれも $p < 0.05$ を有意差ありと判定した。

6. 倫理的事項

本研究は、福井県済生会病院の倫理委員会で審査承認されており、得られたデータの集計は、回答した管理薬剤師、保険薬局、そこへ来局した顧客が特定できないように行った。

結果

調査用紙を配布した213軒のうち、91軒(42.7%)より回答を得た。しかし、そのうちの2軒は未回答箇所があり除外し、89軒(41.8%)の回答結果について解析した。

1) 保険薬局の禁煙支援に関するアンケート調査(表1)

禁煙を希望して来局された喫煙者数がタバコ価格の値上げ前と比べて増加した保険薬局は39軒

(43.8%)と半数を下回り、一方で患者数に変化を認めなかった保険薬局は50軒(56.2%)であった。なお、減少したと回答した保険薬局は1軒もなかった。患者の喫煙問診状況は単発的なものも含めると94.3%の保険薬局で喫煙歴調査を実施しており、確認しないと回答したのは僅か5.6%に過ぎなかった。しかし、受動喫煙が問題となる同居者の喫煙歴について必ず確認する保険薬局はなく、一部の保険薬局では診療科や患者を選択した上で問診を行っている

表1 保険薬局が取り組んでいる禁煙支援の現状

禁煙を希望する患者数	増加	変化なし	減少	
	39 (43.8%)	50 (56.2%)	0 (0%)	
保険薬局に従事している薬剤師数	1-2名	3-4名	5-10名	11名以上
	54 (60.7%)	21 (23.6%)	12 (13.5%)	2 (2.2%)
患者の喫煙状況の問診	必ず確認する	診療科や患者によって確認する	確認しない	
	57 (64.0%)	27 (30.3%)	5 (5.6%)	
同居者の喫煙状況の問診	必ず確認する	診療科や患者によって確認する	確認しない	
	0 (0%)	21 (23.6%)	68 (76.4%)	
禁煙の声かけ	必ず勧める	勧めるよう努めている	勧めていない	勧める気なし
	5 (5.6%)	41 (46.1%)	42 (47.2%)	1 (1.1%)
禁煙ポスターの掲示	ポスター掲示している		ポスター掲示していない	
	37 (41.6%)		52 (58.4%)	
病院、診療所への受診勧奨	受診勧奨している		受診勧奨していない	
	69 (77.5%)		20 (22.5%)	
ニコチン製剤(OTC)の店頭販売	両方のニコチン製剤	ニコチンパッチのみ	ニコチンガムのみ	両方販売していない
	28 (31.5%)	18 (20.2%)	6 (6.7%)	37 (41.6%)
医療用禁煙補助薬の調剤と服薬指導	両方の禁煙補助薬	バレニクリンのみ	ニコチンパッチのみ	両方とも調剤なし
	41 (46.1%)	5 (5.6%)	21 (23.6%)	22 (24.7%)

た。また、喫煙者への禁煙の声かけやポスター掲示による呼びかけを行っている保険薬局は50%前後の実施に留まっていた。禁煙治療に関して病院、診療所への受診勧奨は77.5%と多くの保険薬局で行っていた。薬剤の提供に関しては、OTCのニコチン製剤は58.4%の保険薬局で取り扱っており、医療用禁煙補助薬の処方せんを受けている保険薬局は75.3%であった。

2) 禁煙希望者が禁煙開始に選んだ保険薬局の

取り組み(表2)

禁煙希望者が増加した保険薬局と変化しなかった保険薬局には喫煙者への取り組みに違いがみられた。多重ロジスティック回帰分析の結果、禁煙希望者の増加に繋がった保険薬局の取り組みのオッズ比(95%信頼区間)が統計的に有意であったのは、「禁煙ポスターの掲示」4.1(1.5-11.0)、「受診勧奨」6.5(1.6-26.7)の2項目であった。保険薬局に従事している薬剤師数は統計的な有意差は認められなかったが、薬剤師数3名以上が従事している保険薬局では薬剤師数1~2名の保険薬局と比べて禁煙希望者が増加した傾向がある。患者への喫煙問診についてはほとんどの保険薬局で実施されており、ここでの差は認

められなかった。また、同居者への喫煙問診については患者への問診状況とは異なり、ほとんどの保険薬局で実施されておらず、ここでも差は認められなかった。薬剤師からの禁煙の声かけも禁煙希望者の増加には繋がらず、OTCのニコチン製剤の店頭販売もしくは医療用禁煙補助薬の調剤を行っている保険薬局も禁煙希望者の増加に影響しなかった。

3) 禁煙補助薬の販売と調剤経験がポスター掲示や受診勧奨の実施に与える影響

禁煙補助薬の販売や調剤経験の有無ではポスター掲示の実施率に影響を与えなかった(図1)。一方で、受診勧奨に関しては禁煙補助薬の販売や調剤経験がある保険薬局ほど実施率が高かった。さらに、禁煙補助薬の販売と調剤経験の両方を兼ねた保険薬局はそうでない薬局と比べて受診勧奨の実施率が高かった(図2)。

考 察

2010年10月のタバコ価格値上げは喫煙者を禁煙へと意識変化させ、その影響により保険薬局の中には禁煙希望者の来局者数が増加するところも現れた。保険薬局では禁煙活動においてさまざまな取り組み

表2 禁煙希望者が禁煙開始に選んだ保険薬局の取り組み

		増加群 (n = 39)	変化なし群 (n = 50)	P-value ^{a)}	Odds 比	95% 信頼区間	P-value ^{b)}																																																																								
保険薬局に従事 している薬剤師数	3名以上	19	16	0.129	2.0	0.7-5.5	0.187																																																																								
	2名以下	20	34					患者への喫煙歴問診	あり	37	47	1.000	0.9	0.1-8.3	0.929	なし	2	3	同居者の喫煙歴問診	あり	10	11	0.803	1.4	0.4-4.6	0.553	なし	29	39	禁煙ポスター掲示	あり	23	14	0.005	4.1	1.5-11.0	0.005	なし	16	36	受診勧奨	あり	36	33	0.004	6.5	1.6-26.7	0.010	なし	3	17	禁煙の声かけ	あり	20	26	1.000	0.5	0.2-1.5	0.217	なし	19	24	ニコチン製剤(OTC) の店頭販売	あり	24	28	0.668	1.2	0.4-3.4	0.739	なし	15	22	禁煙補助薬の調剤と 服薬指導	あり	32	35	0.223	1.2
患者への喫煙歴問診	あり	37	47	1.000	0.9	0.1-8.3	0.929																																																																								
	なし	2	3					同居者の喫煙歴問診	あり	10	11	0.803	1.4	0.4-4.6	0.553	なし	29	39	禁煙ポスター掲示	あり	23	14	0.005	4.1	1.5-11.0	0.005	なし	16	36	受診勧奨	あり	36	33	0.004	6.5	1.6-26.7	0.010	なし	3	17	禁煙の声かけ	あり	20	26	1.000	0.5	0.2-1.5	0.217	なし	19	24	ニコチン製剤(OTC) の店頭販売	あり	24	28	0.668	1.2	0.4-3.4	0.739	なし	15	22	禁煙補助薬の調剤と 服薬指導	あり	32	35	0.223	1.2	0.3-3.9	0.808	なし	7	15						
同居者の喫煙歴問診	あり	10	11	0.803	1.4	0.4-4.6	0.553																																																																								
	なし	29	39					禁煙ポスター掲示	あり	23	14	0.005	4.1	1.5-11.0	0.005	なし	16	36	受診勧奨	あり	36	33	0.004	6.5	1.6-26.7	0.010	なし	3	17	禁煙の声かけ	あり	20	26	1.000	0.5	0.2-1.5	0.217	なし	19	24	ニコチン製剤(OTC) の店頭販売	あり	24	28	0.668	1.2	0.4-3.4	0.739	なし	15	22	禁煙補助薬の調剤と 服薬指導	あり	32	35	0.223	1.2	0.3-3.9	0.808	なし	7	15																	
禁煙ポスター掲示	あり	23	14	0.005	4.1	1.5-11.0	0.005																																																																								
	なし	16	36					受診勧奨	あり	36	33	0.004	6.5	1.6-26.7	0.010	なし	3	17	禁煙の声かけ	あり	20	26	1.000	0.5	0.2-1.5	0.217	なし	19	24	ニコチン製剤(OTC) の店頭販売	あり	24	28	0.668	1.2	0.4-3.4	0.739	なし	15	22	禁煙補助薬の調剤と 服薬指導	あり	32	35	0.223	1.2	0.3-3.9	0.808	なし	7	15																												
受診勧奨	あり	36	33	0.004	6.5	1.6-26.7	0.010																																																																								
	なし	3	17					禁煙の声かけ	あり	20	26	1.000	0.5	0.2-1.5	0.217	なし	19	24	ニコチン製剤(OTC) の店頭販売	あり	24	28	0.668	1.2	0.4-3.4	0.739	なし	15	22	禁煙補助薬の調剤と 服薬指導	あり	32	35	0.223	1.2	0.3-3.9	0.808	なし	7	15																																							
禁煙の声かけ	あり	20	26	1.000	0.5	0.2-1.5	0.217																																																																								
	なし	19	24					ニコチン製剤(OTC) の店頭販売	あり	24	28	0.668	1.2	0.4-3.4	0.739	なし	15	22	禁煙補助薬の調剤と 服薬指導	あり	32	35	0.223	1.2	0.3-3.9	0.808	なし	7	15																																																		
ニコチン製剤(OTC) の店頭販売	あり	24	28	0.668	1.2	0.4-3.4	0.739																																																																								
	なし	15	22					禁煙補助薬の調剤と 服薬指導	あり	32	35	0.223	1.2	0.3-3.9	0.808	なし	7	15																																																													
禁煙補助薬の調剤と 服薬指導	あり	32	35	0.223	1.2	0.3-3.9	0.808																																																																								
	なし	7	15																																																																												

a) : Fisher の直接法

b) : 多重ロジスティック回帰分析

が行われていると考える。特に、調査したアンケート結果からは「ポスター掲示」や「受診勧奨」を実施していた薬局が、そうでない薬局と比べて禁煙希望の来局者に影響した可能性がある。しかし、ポスター掲示を実施していた保険薬局は全体の41.6%と低い状態であった。ポスター掲示による啓発は安価で簡単に実践しやすい啓発方法である。そして、喫煙者に禁煙治療を考える機会を与えることができる。健康支援の拠点であるべき保険薬局は積極的に禁煙ポスターの掲示を行い、禁煙希望者に禁煙治療開始のきっかけを与えるべきと考える。一方で、禁煙補助薬の店頭販売や調剤、薬剤師による禁煙の声かけでは禁煙希望者の薬局選択に影響を与えることができなかった。保険薬局が禁煙希望者の禁煙治療開始に選ばれるためにはポスター掲示を追加で行うことが

有効であると考え。ただし、タバコ価格値上げによる喫煙者の禁煙への意識変化が強く現れた時期であり、禁煙の声かけの影響力が打ち消された可能性も考えられる。また、簡単な助言などと比べて動機づけ面接法をもちいることで禁煙率や禁煙継続率が高くなる¹¹⁾ため、声かけをするにはスキルと工夫を備えていく必要がある。また、禁煙の声かけは全体の50%ほどしか行われておらず、もっと多くの保険薬局で積極的に声かけを実施すべきと考える。声かけの実施率は従業員の喫煙状況¹²⁾など様々な要因が考えられるが、禁煙支援に関する教育やトレーニングを実施することでも改善できる¹³⁾。薬学生を対象にした報告では禁煙指導実習の前後で禁煙指導に対する意欲と自信は向上しており¹⁴⁾、薬剤師への教育が重要と考える。

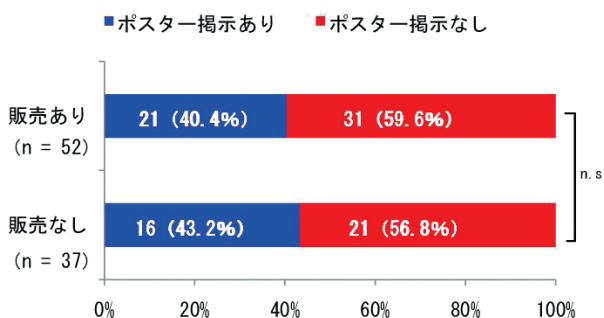


図1a OTC薬販売とポスター掲示の有無

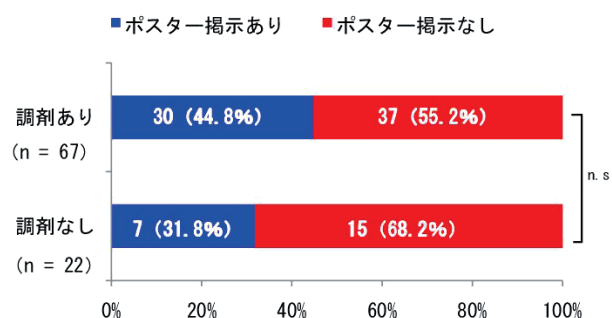


図1b 医療用禁煙補助薬の調剤とポスター掲示の有無

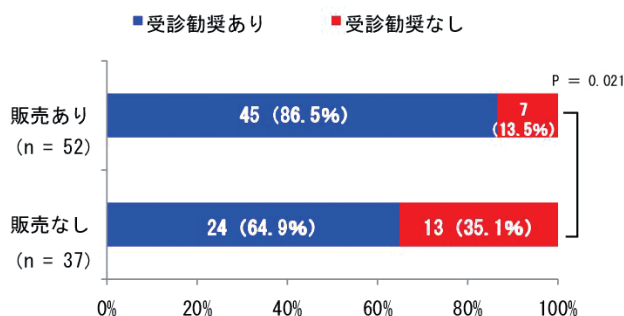


図2a OTC薬販売と受診勧奨の有無

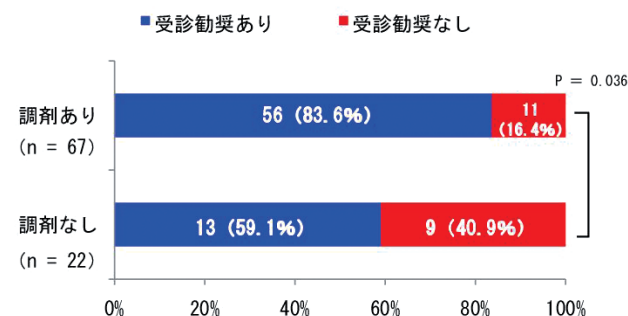


図2b 医療用禁煙補助薬の調剤と受診勧奨の有無

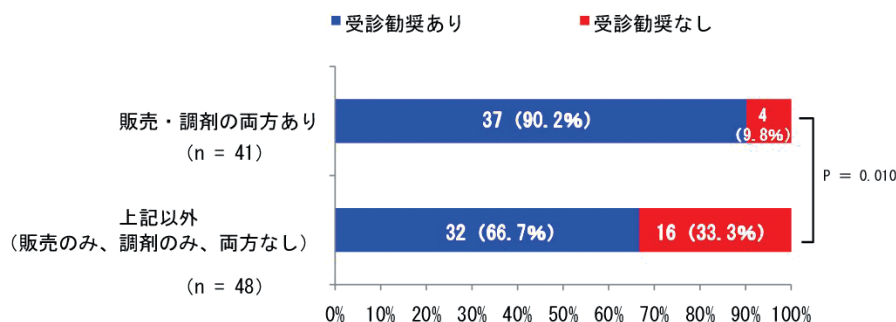


図2c 禁煙補助薬の販売、調剤の取り組み方と受診勧奨の有無

受診勧奨の取り組みもポスター掲示と同様に禁煙希望者が禁煙治療を始めもらう有効な手段である。例えば、過去にOTC薬のニコチン製剤で禁煙に失敗した喫煙者も受診勧奨することで薬物治療の選択肢を拡げることができる。禁煙希望者がOTC薬の購入を希望されたとしても、薬局薬剤師は顧客の利益に繋がるように禁煙支援を提供しなければならない。受診勧奨は禁煙希望者の状況によって選択すべき取り組みの一つと考える。頭痛医療に関する報告ではあるが、患者側の反応は仕事が忙しいなどの理由から受診勧奨を拒否することもあるが、80%前後の保険薬局では拒否されることはほとんどないと報告されている¹⁵⁾。セルフメディケーション目的で保険薬局へOTC薬を購入するために来局する患者側にとっても受診勧奨といった手段は受け入れられている。医療連携の形態には「地域勉強会型」、「院外処方せん対応型」、「退院時地域連携型」が報告されているが¹⁶⁾、保険薬局から病院、診療所へ患者紹介を行う「受診勧奨型」の連携も保険薬局にとって重要な連携の一つと考える。今回のアンケート結果より禁煙補助薬のOTC薬販売や調剤を行っている保険薬局ほど受診勧奨されている。また、販売と調剤の両方から禁煙支援に関わっている保険薬局は片方の取り組みしか行っていないところと比べて積極的に受診勧奨している傾向がある。しかし、禁煙補助薬の販売や調剤といった取り組みは禁煙希望者がその保険薬局で禁煙治療を始める要因にはならなかった。タバコ価格値上げといった一時的な社会状況の変化のため、ポスター掲示などの宣伝や顧客への直接的な対応である受診勧奨が大きく影響した可能性がある。

今回のアンケート調査によって保険薬局の取り組みであるポスター掲示ならびに受診勧奨は顧客である禁煙希望者の禁煙治療開始に結びついたことが明らかになった。ただし、アンケート回収率は41.8%と低かった。主に個人経営(小規模)と考えられる薬剤師数1~2名の保険薬局は80%以上を占めているが、アンケートに回答された割合では60.7%と低く、薬剤師数3名以上の中規模、大規模の保険薬局ほど積極的にアンケートに回答された傾向があった。また、薬剤師数3名以上の保険薬局は薬剤師数1~2名の保険薬局と比べて禁煙希望者が増加した傾向にあり、来局者数など保険薬局の規模も禁煙希望者の増加に影響していた可能性があると考えられる。

禁煙希望者の増加は2010年10月のタバコ価格値

上げによる影響である。本研究の限界として禁煙希望者の増加につながる保険薬局の取り組みについては検討できていない。禁煙ポスター掲示や受診勧奨の取り組みが禁煙希望者の直接的な増加に影響するかは不明である。また、アンケート調査は全て著者が提供した選択肢のみであり、回答者側からの自由な回答、保険薬局独自の対応策については得られていない。薬剤師による禁煙活動によって喫煙者に禁煙を希望してもらう取り組みと実績を作り上げることが今後の検討課題である。

謝 辞

本研究を実施するにあたり、多大なる御指導および御協力をいただきました福井県薬剤師会前会長廣部満先生、同会セルフメディケーション委員会前委員長山田健一郎先生、高塚英男先生、ならびにアンケート調査に御協力をいただきました管理薬剤師の諸先生方に深く感謝申し上げます。

REFERENCES

- 1) Sakata R, McGale P, Grant EJ, et al: Impact of smoking on mortality and life expectancy in Japanese smokers: a prospective cohort study. *BMJ* 2012; 345: 1-12.
- 2) Ikeda N, Saito E, Kondo N, et al: What has made the population of Japan healthy? *Lancet* 2011; 378: 1094-1105.
- 3) Peretti-Watel P, L'haridon O, Seror V: Responses to increasing cigarette prices in France: How did persistent smokers react? *Health Policy* 2012; 106: 169-176.
- 4) Maguire TA, McElnay JC, Drummond A: A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention based in community pharmacies. *Addiction* 2001; 96: 325-31.
- 5) Dent LA, Harris KJ, Noonan CW: Tobacco interventions delivered by pharmacists: a summary and systematic review. *Pharmacotherapy* 2007; 27: 1040-51.
- 6) Khan N, Anderson JR, Du J, et al: Smoking cessation and its predictors: Results from a community-based pharmacy tobacco cessation program in New Mexico. *Ann Pharmacother* 2012; 46: 1198-1204.
- 7) 石田詞子, 小野達也, 森本泰子, ほか: 薬剤師主導による禁煙外来の立ち上げとバレニクリンによる禁煙治療効果の検討. *医療薬学* 2012; 38: 25-33.
- 8) 望月眞弓, 初谷真咲, 六條恵美子, ほか: ニコレット®による禁煙達成に及ぼす保険薬局薬剤師の禁煙指導の有効性に関するランダム化群間比較調査研

- 究 - 禁煙開始3ヵ月後での評価 - . YAKUGAKU ZASSHI 2004; 124: 989-995.
- 9) 安田浩美, 池田俊也: 禁煙治療の経済評価. 薬剤疫学2009; 14: 61-68.
- 10) Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update A U.S. Public Health Service Report. Am J Prev Med 2008; 35: 158-176.
- 11) Lai DT, Cahill K, Qin Y, et al: Motivational interviewing for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 2010; CD006936: 1-38.
- 12) 堀田栄治, 高崎紗世, 好川隆志, ほか: 保険薬局における禁煙支援状況のアンケート調査. 禁煙会誌2013; 8: 21-27.
- 13) Bernstein SL, Boudreaux ED, Cabral L, et al: Efficacy of a brief intervention to improve emergency physicians' smoking cessation counseling skills, knowledge, and attitudes. Substance Abuse 2009; 30: 158-181.
- 14) 齋藤百枝美, 野館敬直, 丸山桂司, ほか: 認知行動療法と動機付け面接法を用いた禁煙指導実習の構築. YAKUGAKU ZASSHI 2012; 132: 369-379.
- 15) 内藤結花, 石井正和, 板入由貴, ほか: 頭痛医療における保険薬局と病院・診療所との医療連携の必要性. YAKUGAKU ZASSHI 2009; 129: 741-748.
- 16) 宮崎美子: 地域における医療連携-理想的な薬業連携とは. YAKUGAKU ZASSHI 2013; 133: 337-341.

Smoking cessation measures offered by insurance pharmacies when smokers sought support to quit smoking

Eiji Horita¹, Miki Fukuoka^{2,6}, Hisako Ito¹, Kiyonobu Okada^{3,6}, Masayuki Kadono^{4,6}, Hideyuki Shinoda^{5,6}, and Kōjiro Takashima^{1,6}

Abstract

Objective: To investigate what smoking cessation measures and endeavors insurance pharmacies should be offering, in order to support more smokers who desire smoking cessation.

Methods: A survey was sent out to all 213 insurance pharmacies that belong to the Fukui Pharmaceutical Association.

Results/Findings: We received responses from 41.8% of survey subjects. Compared to before the tobacco price hike, 43.8% of the insurance pharmacies had gained patients who desired smoking cessation, and 56.2% of insurance pharmacies did not experience an increase. Insurance pharmacies that experienced a surge in patients desiring smoking cessation had the following factors in common: “Displaying smoking cessation posters” (OR 4.1, 95% CI, 1.5-11.0) and “Encouraging smokers to get medical exams at hospitals or clinics” (OR 6.7, 95% CI, 1.6-26.7). These factors had a significant, positive influence on smokers who desired smoking cessation.

Conclusion: Displaying posters that advise smoking cessation, and encouraging smokers to get medically examined, are two important endeavors that insurance pharmacies can offer to motivate smokers who desire smoking cessation.

Key words

pharmacy, smoking cessation, tobacco price hike, smoking cessation poster, encouraging smokers to get medical exams

¹ Department of Pharmacy, Fukui-ken Saiseikai Hospital

² Doctoral Course, Department of Public Health, Graduate School of Medicine, Osaka University

³ Iwanami Pharmacy

⁴ Kadono Pharmacy

⁵ H&K Corporation

⁶ Fukui Pharmaceutical Association

小規模作業所通所中の精神障害者の生活習慣と喫煙の関連

中嶋貴子¹、三徳和子²

1. 吉備国際大学、2. 元川崎医療福祉大学

【目的】 小規模作業所通所中の精神障害者の生活習慣と喫煙の関連を明らかにする。

【方法】 A市内の全小規模作業所通所中の116人(男64人、女52人)を対象に、喫煙状況と生活習慣に関する質問紙による聞き取り調査を行った。分析は喫煙の有無別に生活習慣との関連をみた。

【結果】 喫煙率は男性59.4%、女性25.0%であった。男女全体の喫煙群は非喫煙群に比較し、熟睡感がなく($p < 0.01$)、野菜が不足($P = 0.022$)し、食事時間が不規則($p = 0.041$)であり、活動量が少なかった($P = 0.041$)。男性の喫煙群は非喫煙群に比較し、活動量が少なく($p = 0.043$)、女性の喫煙群は非喫煙群に比較し、熟睡感がなかった($p < 0.001$)。

【考察および結論】 小規模作業所通所中の精神障害者の喫煙率は一般国民に比較し2~3倍高かった。喫煙が不健康な生活習慣と関連していたことから、禁煙支援には生活習慣改善の支援を行いつつ、禁煙に関する情報提供、環境整備の必要性が示唆された。

キーワード: 小規模作業所、精神障害者、生活習慣、喫煙

はじめに

喫煙はがんなど多くの生活習慣病の最大の危険因子であり、総死亡リスクを上昇させることがこれまでの研究^{1,2)}などから示されている。我が国においては、2000年に国民健康づくり運動として健康日本21の策定、2003年に健康増進法が施行され、受動喫煙の防止が施設管理者の努力義務となった。また我が国は、2004年、タバコの規制に関する世界保健機関枠組条約(FCTC)を批准し、2005年に発効した。我が国の喫煙率の推移をみると、男性は諸外国から比べて高率であるものの低下傾向であり、女性は諸外国に比べて低率であるものの横ばい傾向である³⁾。

また、喫煙と日常生活の関連では、喫煙者はアルコール飲料、非アルコール飲料の摂取量が多く、食

物繊維摂取量、緑黄色野菜と果実類の摂取量が少ない⁴⁾、身体活動度が低い⁵⁾といった好ましくない生活習慣をしているとの報告もあり、生活習慣の重要性が示唆されている。

しかし、その一方で、入院中の精神障害者の喫煙率は一般国民の2~3倍⁶⁾との報告があるものの精神障害者の喫煙に関する実態調査は少なく、精神障害者の禁煙対策は著しく遅れている。この精神科病院の喫煙の背景として、タバコが精神障害者にとって制限の多い入院生活の中で唯一の潤いや楽しみ⁷⁾であり、精神科看護師自身の喫煙率が高く⁸⁾、喫煙をニコチンの依存形成と捉えずに精神科医療施設全体が喫煙を容認⁹⁾し、禁煙が精神状態を悪化させるといった誤解による喫煙の正当化¹⁰⁾などが挙げられる。

また、2003年に「新障害者プラン」10か年計画が策定され、精神科医療は入院医療中心から地域医療に移行されつつある。このまま喫煙を容認し続けた場合、生活習慣病を持ちながら地域で生活をする精神障害者の増加が懸念される。また思考障害や認知障害といった精神症状ゆえに治療中断も予測でき、禁煙推進による身体合併症予防が何よりも重要であると考えられる。

連絡先

〒716-8508

岡山県高梁市伊賀町8

吉備国際大学保健医療福祉学部看護学科

中嶋 貴子

TEL: 0866-22-9173 FAX: 0866-22-9173

e-mail: nakajima@kiui.ac.jp

受付日 2014年5月26日 採用日 2014年10月14日

近年になって精神科病院においても禁煙支援の取り組みが行われ始めた^{11,12)}。川合は、精神症状の安定した慢性期が禁煙に適している¹³⁾と述べている。しかし、慢性期の精神障害者が通所する社会復帰施設には、医療職を常駐とする義務付けがなく、禁煙を含む健康支援の後押しが弱い現状にある。現在、肥満・メタボリックシンドロームと生活習慣^{14,15)}に関心が寄せられているものの、地域で生活している精神障害者の健康支援の調査は少なく、特に喫煙の実態はもちろん、喫煙と生活習慣に関する研究は見当たらない。

そこで、地域で生活している精神障害者の中でも精神症状が安定している小規模作業所に通所中の精神障害者の生活習慣と喫煙の関連を明らかにすることを目的とした。

対象と方法

1. 対象と調査年月

A市内の全小規模作業所11か所に通所している156人を調査対象とし、看護師が質問紙を用いたインタビュー調査を行い、116人から回答を得た(回答率74.4%)。調査時期は2008年6~8月である。

2. 調査内容

調査票を用いて聞き取り調査を行った。調査内容は、対象者の属性(性別、年齢、作業所通所歴、精神疾患罹患歴、疾患名)、喫煙状況(喫煙の有無、喫煙群の1日喫煙本数、非喫煙群のうち過去喫煙の有無)、生活習慣等である。生活習慣および健康への意識の設問は、健康日本21の調査票を基に、調査時点からの1週間についての生活習慣、この数年間の健康への意識、この1年間の健康診断の受診とした。生活習慣などの具体的設問内容は、食習慣(野菜の摂取量、規則性、食事の量、咀嚼時間、間食の

量、甘い飲み物の量、飲酒)の7項目、活動(運動、散歩、家事、臥床傾向)の4項目、休息(ストレス、睡眠時間、熟睡感)の3項目、健康への意識(関心、市の健診)の2項目の計16項目とした。なお設問内容は本調査の対象者の特性を考慮して理解しやすい語彙に置き換えた。

3. 分析方法

分析は回答の得られた116人(男64人、女52人)で行った。生活習慣について質問項目の回答を4つの選択肢(「いつもしている」「だいたいしている」「あまりしていない」「全くしていない)のうち該当するものを選んでもらったが、分析では「いつもしている」「だいたいしている」を「している」とし、「あまりしていない」「全くしていない」を「していない」の2件法にまとめ、男女別に生活習慣および健康への関心と喫煙の有無別の関連を単純集計、 χ^2 検定(Fisherの直接法)で行った。解析にはSPSS ver 19 for Windowsを用いた。有意水準は0.05未満とした。

4. 倫理的配慮

対象者には、調査の趣旨・内容、調査の途中でも調査協力の取り止めができること、調査協力を取り止めても施設利用に不利益が生じないこと、匿名性を守ること、得られたデータは厳重に保管し調査以外に用いないこと、論文発表後にデータを破棄することを説明し、同意を得た。調査票に調査の趣旨と倫理的配慮を記載した。本研究は、川崎福祉医療大学研究倫理審査委員会の承諾(承認番号077)を得て行った。

結果

1. 対象者の属性(表1)

分析対象者の平均年齢は男性43.2(SD 11.8)歳、

表1 対象者の属性

	計	全体		男		女		男女の比較 P
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	
		116	100.0	64	100.0	52	100.0	
年齢	40歳未満	52	(44.8)	25	(39.1)	27	(51.9)	0.19
	40歳以上	64	(55.2)	39	(60.9)	25	(48.1)	
世帯構成	単身世帯	20	(17.2)	14	(21.9)	6	(11.5)	0.22
	同居世帯	96	(82.8)	50	(78.1)	46	(88.5)	
作業所通所歴	10年未満	98	(84.5)	52	(81.2)	46	(88.5)	0.32
	10年以上	18	(15.5)	12	(18.8)	6	(11.5)	
精神疾患罹患病歴	10年未満	32	(27.6)	14	(21.9)	18	(34.6)	0.15
	10年以上	84	(72.4)	50	(78.1)	34	(65.4)	

PIは χ^2 検定

表2 対象者の喫煙状況

	全体		男		女	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
計	116	(100.0)	64	(100.0)	52	(100.0)
喫煙群	51	(44.0)	38	(59.4)	13	(25.0)
1日20本以下	29	(56.9)	19	(50.0)	10	(76.9)
1日21本以上	22	(43.1)	19	(50.0)	3	(23.1)
非喫煙群	65	(56.0)	26	(40.6)	39	(75.0)
非喫煙者	60	(92.3)	22	(84.6)	38	(97.4)
過去喫煙者*	5	(7.7)	4	(15.4)	1	(2.6)

* 過去喫煙歴とは、過去に習慣的に喫煙していた経験があり、この1か月以上禁煙している者である

女性40.8 (SD 12.8) 歳で、男女とも40歳以上が約5～6割であった。世帯構成では、男女とも同居世帯が約8～9割を占めていた。また作業所通所歴では、男女とも10年未満が約8～9割、精神疾患罹患歴では、男女とも10年以上が約7～8割を占めており、男女の差はなかった。なお、疾患の内訳では、男女とも統合失調症が約6割、うつ病などの疾患が約3割、その他(わからない・言いたくない)が約1割を占めていた。

2. 対象者の喫煙状況 (表2)

喫煙群は男性38人(59.4%)、女性13人(25.0%)であった。喫煙群のうち1日21本以上の喫煙者は、男性19人(50.0%)、女性3人(23.1%)であった。非喫煙群のうち過去喫煙者は、男性4人(15.4%)、女性1人(2.6%)であった。

3. 喫煙の有無と生活習慣等 (表3)

1) 喫煙と生活習慣

食習慣において男女全体の喫煙群の「野菜の多い食事をしている」割合は24人(47.1%)であり、非喫煙群の45人(69.2%)に比較し、有意に低かった($p = 0.022$)。また喫煙群の「規則的な食事をしている」割合は39人(76.5%)であり、非喫煙群の59人(90.8%)に比較し、有意に低かった($p = 0.041$)。なお、活動・休息においても、喫煙群の「日中、横にならない」割合は19人(37.3%)であり、非喫煙群の37人(56.9%)に比較し、有意に低く($p = 0.041$)、喫煙群の「熟睡感がある」割合は28人(54.9%)であり、非喫煙群の51人(78.5%)に比較し、有意に低かった($p < 0.01$)。

また男性の食習慣において、喫煙群の「野菜の多い食事をしている」割合は20人(52.6%)であり、非喫煙群の20人(76.9%)に比較し、低い傾向にあっ

た($p = 0.067$)。活動・休息において、喫煙群の「日中、横にならない」割合は16人(42.1%)であり、非喫煙群の18人(69.2%)に比較し、有意に低く($p = 0.043$)、喫煙群の「散歩をしている」割合は5人(13.2%)であり、非喫煙群の9人(34.6%)に比較し、低い傾向であった($p = 0.064$)。

女性の食習慣において、喫煙群の「よく噛んで食べている」割合は2人(15.4%)であり、非喫煙群の23人(59.0%)に比較し、有意に低かった($p = 0.010$)。喫煙群の「規則的な食事をしている」割合は8人(61.5%)であり、非喫煙群の36人(92.3%)に比較し、有意に低かった($p = 0.017$)。休息・休息において、喫煙群の「熟睡感がある」割合は1人(7.7%)であり、非喫煙群の31人(79.5%)に比較し、有意に低かった($p < 0.001$)。

2) 喫煙と健康への意識

「この数年間、健康への関心がある」項目が約7～8割と高いにもかかわらず、「この1年間、市の健診を受けている」項目は約2～4割と割合が低かった。

考 察

本調査はA市内の全小規模作業所通所中の精神障害者全数を調査の対象者としており、回収率が約7割であったことから、結果は対象者の生活習慣と喫煙の特性を表していると考えられる。

まず、対象者の喫煙状況についてであるが、男性の喫煙率は59.4%、女性の喫煙率は25.0%であった。一般国民の調査とは方法が異なるため厳密な比較はできないが、2008年の一般国民の喫煙率³⁾(男36.8%、女9.1%)と比較して、男性は1.5倍、女性は2.8倍と高かった。これらの結果は、金田らの調査¹⁶⁾(男69.5%、女19.2%)と同様に高く、小規模作業所に通所している精神障害者の喫煙率の高いことが推

察できる。

次に、対象者の喫煙と生活習慣との関連についてであるが、男女とも喫煙者は非喫煙者に比べ、熟睡感がなく、野菜の摂取が少なく、不規則な食事時間、活動量が少ないという結果から、喫煙と不健康な生活習慣との関連が示唆された。これは、一般国民の調査^{4,5,17)}と同様の傾向であった。統合失調症患者の禁煙阻害因子としてタバコが唯一の潤いや楽しみといった認知が存在するという報告⁷⁾があるが、手持ち無沙汰から喫煙を優先し続けてきた可能性がある。このような喫煙の習慣化はニコチン依存形成¹⁸⁾と大きく関係し、活動量の不足がさらに喫煙の習慣化を、

またニコチン依存による抑うつ傾向も活動量不足、喫煙の習慣化を増強していると考えられる。そして喫煙の習慣化は活動量の低下に留まらず、熟睡感のない状態を引き起こし、野菜不足の食事、不規則な食事および短時間での食事といった不健康な食生活へ悪循環しているとも推測できる。つまり、熟睡感がない状態はニコチンによる覚醒作用、短時間での食事はニコチン離脱症状としてのイライラ感¹⁹⁾、野菜不足の食事はニコチンによる食欲低下、味覚・嗅覚の異常⁵⁾および唾液の減少²⁰⁾といった要因が考えられ、ニコチン依存が生活習慣に大きな影響を与えている可能性がある。本調査では経済面に関する質問

表3 生活習慣等と喫煙の有無

		男女全体			
		計	非喫煙群	喫煙群	p
		n (%)	n (%)	n (%)	
		116 (100.0)	65 (100.0)	51 (100.0)	
食習慣	野菜の多い食事をしている	69 (59.5)	45 (69.2)	24 (47.1)	0.022 *
	規則的な食事をしている	98 (84.5)	59 (90.8)	39 (76.5)	0.041 *
	腹八分目の食事をしている	79 (68.1)	44 (67.7)	35 (68.6)	1.000
	よく噛んで食べている	68 (58.6)	43 (66.2)	25 (49.0)	0.087
	間食を控えている	66 (56.9)	32 (49.2)	34 (66.7)	0.089
	甘い飲み物を控えている	43 (37.1)	26 (40.0)	17 (33.3)	0.562
活動	節酒をしている	91 (78.4)	55 (84.6)	36 (70.6)	0.074
	運動をしている	51 (44.0)	31 (47.7)	20 (39.2)	0.451
	散歩をしている	27 (23.3)	19 (29.2)	8 (15.7)	0.121
	家事をしている	44 (37.9)	29 (44.6)	15 (29.4)	0.123
	日中、横にならない	56 (48.3)	37 (56.9)	19 (37.3)	0.041 *
休息	ストレスがない(ない、あまりない)	52 (44.8)	29 (44.6)	23 (45.1)	1.000
	睡眠時間は7~9時間以内である	61 (52.6)	32 (49.2)	29 (56.9)	0.457
健康への関心	熟睡感がある(ある、まあまあある)	79 (68.1)	51 (78.5)	28 (54.9)	0.009 **
	この数年間、健康への関心がある	94 (81.0)	54 (83.1)	40 (78.4)	0.635
	この1年間、市の健診を受けている	29 (25.0)	20 (30.8)	9 (17.6)	0.132

p: χ^2 検定テストあるいは Fisher の直接法テスト

男				女			
計	非喫煙群	喫煙群	p	計	非喫煙群	喫煙群	p
n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)	
64 (100.0)	26 (100.0)	38 (100.0)		52 (100.0)	39 (100.0)	13 (100.0)	
40 (62.5)	20 (76.9)	20 (52.6)	0.067	29 (55.8)	25 (64.1)	4 (30.8)	0.054
54 (84.4)	23 (88.5)	31 (81.6)	0.510	44 (84.6)	36 (92.3)	8 (61.5)	0.017 *
43 (67.2)	16 (61.5)	27 (71.1)	0.588	36 (69.2)	28 (71.8)	8 (61.5)	0.506
43 (67.2)	20 (76.9)	23 (60.5)	0.189	25 (48.1)	23 (59.0)	2 (15.4)	0.010 *
38 (59.4)	12 (46.2)	26 (68.4)	0.119	28 (53.8)	20 (51.3)	8 (61.5)	0.749
27 (42.2)	14 (53.8)	13 (34.2)	0.132	36 (69.2)	27 (69.2)	9 (69.2)	1.000
52 (81.3)	23 (88.5)	29 (76.3)	0.331	39 (75.0)	32 (82.1)	7 (53.8)	0.064
31 (48.4)	15 (57.7)	16 (42.1)	0.309	20 (38.5)	16 (41.0)	4 (30.8)	0.743
14 (21.9)	9 (34.6)	5 (13.2)	0.064	13 (25.0)	10 (25.6)	3 (23.1)	1.000
20 (31.3)	9 (34.6)	11 (28.9)	0.784	24 (46.2)	20 (51.3)	4 (30.8)	0.336
34 (53.1)	18 (69.2)	16 (42.1)	0.043 *	22 (42.3)	19 (48.7)	3 (23.1)	0.194
34 (53.1)	14 (53.8)	20 (52.6)	1.000	18 (34.6)	15 (38.5)	3 (23.1)	0.502
35 (54.7)	11 (42.3)	24 (63.2)	0.128	26 (50.0)	21 (53.8)	5 (38.5)	0.523
47 (73.4)	20 (76.9)	27 (71.1)	0.775	32 (61.5)	31 (79.5)	1 (7.7)	<0.001 ***
51 (79.7)	21 (80.8)	30 (78.9)	1.000	43 (82.7)	33 (84.6)	10 (76.9)	0.674
12 (18.8)	5 (19.2)	7 (18.4)	1.000	17 (32.7)	15 (38.5)	2 (15.4)	0.178

* p < 0.05 ** p < 0.01 *** p < 0.001

の設定は行わなかったが、経済的余裕のない生活保護世帯が多い可能性もあることより、生活費のかなりの部分がタバコ代に消費され、食事代に困窮していることも考えられる。よって、生活費の使い方に関する指導も重要であろう。

また、男女とも健康への関心を持つ者の割合が高いにもかかわらず、市の健診を受けている割合が低かった。一般国民に比較して非喫煙率は低く、非禁煙群における過去喫煙者の割合は一般国民²¹⁾の(男28.8%、女5.3%)の約5割であった。小規模作業所は喫煙が容認された環境で、健康への関心がありながらも禁煙の重要性を理解する機会が得られていなかったとも推測できる。

以上より、禁煙の重要性を理解するための知識の普及や禁煙のための具体的な支援をしていくことが喫緊の課題である。健康相談や健康教育が効果的であったという報告^{22, 23)}があるように、禁煙への第一歩を踏み出すためには、禁煙に関する健康相談や健康教育プログラムの充実が求められよう。特に自分の健康状態に気づくためにも認知行動療法的な健康教育の場²⁴⁾が必要であると考えられる。また健診が禁煙に有効であったという報告²⁵⁾もあり、健診を促す支援も今後の大きな動機づけとなろう。家族に対しても勉強会等を開催するなどし、家族からの禁煙支援も重要であろう。

また、精神障害者は自我が脆弱で環境の影響を受けやすい²⁶⁾と言われている。再喫煙を誘わないためにも受動喫煙の防止のためにも、小規模作業所の施設内における全面禁煙が重要であろう。

小規模作業所に通所中の精神障害者の喫煙が不健康な生活習慣と関連していたことから、精神障害者への禁煙支援には食生活、活動および休息の側面から生活習慣の改善を支援していく必要があると考える。例えば、昼食後や休憩時間の合間に散歩などの運動をすることで喫煙時間や喫煙本数が減少したり、運動することで熟睡感が増し、規則的な食事につながるのではなかろうか。タバコ1箱代を栄養ある食品に1つ変更するだけでも野菜が多い食事に近づくのではなかろうか。このような禁煙への一歩が他の生活習慣にも良い影響を与え、QOLを高めることにつながると考えられる。

なお、禁煙を始めたいと申し出のあった精神障害者に対しては、まず精神科主治医に相談の上、精神科主治医から適宜、禁煙外来へ受診を紹介されるこ

とが求められる。禁煙開始後に精神症状の変動も時に見られるため、禁煙外来の医療者だけでなく、精神科外来の主治医・看護師、小規模作業所での相談業務担当の保健師および作業所職員によるヘルスケアチームとしての多職種連携が重要であろう。

研究の限界と課題

A市における本調査の有効回答率は約7割と高く、喫煙率は地域の精神障害者の状況を反映しているといえる。しかし、6年前に行われた1地方都市の結果であることから、今後各地での調査が求められる。

また、今回は生活習慣と喫煙を観察した断面調査である。追跡調査等により因果関係を明らかにし、小規模作業所に通所中の精神障害者に適した禁煙支援をしていくことが今後の課題である。

おわりに

小規模作業所通所中の精神障害者の喫煙率は男性59.4%、女性25.0%で、一般国民の2~3倍と高かった。男女全体の喫煙群は非喫煙群に比較し、熟睡感がなく、野菜が不足し食事時間が不規則で、活動量が少ない者が多かった。特に男性の喫煙群は活動量が少なく、女性の喫煙群は熟睡感がない者が多かった。対象者の喫煙支援には生活習慣改善の支援を行いつつ、禁煙に関する情報提供、環境整備の必要性が示唆された。

謝辞

本調査にご協力をいただきました小規模作業所通所中の皆様、職員の皆様に厚く御礼申し上げます。

附記

本論文の要旨は、第72回日本公衆衛生学会総会(2013年、三重)において発表した。本研究における利益相反はない。

参考文献

- 1) Jaycocks DR Jr, Adachi H, Mulder I, et al: Cigarette smoking and mortality risk: twenty-five-year of the Seven Countries Study. Arch Intern Med 1999; 159: 733-740.
- 2) Baba S, Iso H, Mannami T, et al: Cigarette smoking and risk of coronary heart disease incidence among middle-aged Japanese men and women: the JPHC Study Cohort I. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2006; 13: 207-213.

- 3) 厚生労働統計協会：国民衛生の動向2011/2012. 奥村印刷株式会社, 東京, 2011; P 92-93.
- 4) 矢口(田中)友里, 石川仁, 邵力, ほか：地域住民における喫煙習慣と栄養素ならびに食品群摂取量との関連. 日本栄養・食糧学会誌 2011;64:159-167.
- 5) Nakashita Y, Nakamura M, Kitamura A, et al: Relationship of cigarette smoking status with other unhealthy lifestyle habits in Japanese employees. 日健教誌 2011; 19: 204-216.
- 6) 田中いずみ, 神郡博：精神疾患患者の喫煙の実態. 富山医科薬科大学看護学会誌 1999;2:161-167.
- 7) 新田真由美, 板山稔, 天谷真由美：統合失調症患者の認識と禁煙阻害因子－禁煙支援のための課題を考える－. 日本看護研究学会雑誌 2011;34:31-40.
- 8) 日本精神看護技術協会：タバコにまつわる問題あれこれ. 精神科看護 2004; 31: 22-25.
- 9) 日本看護協会：2006年「看護職とたばこ実態調査」報告書. 日本看護協会 2007; 4.
- 10) 中野和歌子, 吉井千春, 中村純：統合失調症患者の禁煙支援. 禁煙会誌 2009; 4: 104-108.
- 11) 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治療成績. 禁煙会誌 2007;2:85-88.
- 12) 矢代樹依, 望月吉勝, ほか：精神科病院入院患者およびデイケア利用者を対象とした禁煙プログラムの試み. 北海道公衛誌 2007; 20: 122-126.
- 13) 川合厚子：禁煙外来の最前線 禁煙を成功に導く戦略・戦術. Modern Physician. 新興医学出版社, 東京都, 2009; 29, p1757-1760.
- 14) 吉野美夏：精神科デイケア通所者の健康教育に向けての生活習慣実態調査. 保健師ジャーナル 2006; 62: 488-493.
- 15) 清水恵子：地域で生活する統合失調症の生活習慣病に関する意識調査. 山梨県立大学看護学部紀要 2007; 9: 23-33.
- 16) 金田淑子, 田沢光正, 互野裕子, ほか：精神障害者の健康習慣の実態－健康いわて21プランの指標でみた健常者との比較－. 岩手県環境センター年報 2002; 2: 109.
- 17) 栗岡成人, 繁田正子, 田中善紹：看護学生の喫煙状況とタバコに対する意識. 京都医学会雑誌 2010; 67: 33-40.
- 18) 渡邊博幸：統合失調症と嗜好品－薬との相互作用や留意すること. 精神科看護 2008; 35: 37-41.
- 19) 三徳和子：高齢者施設ケア従事者の喫煙率及び喫煙と職業性ストレスの関連. 禁煙会誌 2010; 5: 10-17.
- 20) 松尾龍二：唾液分泌の中枢制御機構. 日本薬理学雑誌 2006; 127: 261-266.
- 21) 厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室：国民健康栄養の現状－平成20年厚生労働省国民健康・栄養調査報告より－. 初版. 第一出版, 東京, 2011; p 290.
- 22) 片倉直子, 島内直：精神障害者社会復帰施設における看護師の健康相談の内容と利用者からの評価. 日本在宅ケア学会誌 2009; 12: 60-67.
- 23) 遠藤智子：小規模作業所等に通う在宅精神障害者の肥満と生活習慣について. 保健医療科学 2004; 53: 309.
- 24) 安達淑子：禁煙支援の心理的アプローチ－行動療法の実際と女性における課題－. 禁煙会誌 2010; 5: 179-185.
- 25) 森益子, 星友香, 高橋渉, ほか：健康診断の場における禁煙支援介入は、喫煙率低下に有効である. 禁煙会誌 2012; 7: 103-108.
- 26) 川合厚子：精神障害者のケア. 禁煙支援 ヘルスプロフェッショナルのためのたばこの知識. 第1版. 騒人社, 東京, 2005; p89-99.

Associations between Smoking and Lifestyle Habits among Individuals with Mental Disability in Small-Scale Workplaces

Takako Nakajima¹, Kazuko Mitoku²

Abstract

Purpose: To clarify any association between smoking and lifestyle habits among individuals with mental disability in small-scale workplaces.

Method: A questionnaire regarding smoking and lifestyle habits was administered to 116 individuals (64 men, 52 women) employed in small-scale workplaces in City A. Analysis examined the association between lifestyle habits and whether the participants smoked.

Results: The smoking rate for men was 59.4% and 25.0% for women. Compared to the non-smoking group, the overall group of male and female smokers felt that they were more sleep-deprived ($p < 0.01$), had a greater degree of loss of appetite for vegetables ($p = 0.022$), had more irregular meal times ($p = 0.041$), and were less active ($p = 0.041$). Compared to the non-smoking group, the male smoking group was less active ($p = 0.043$). Compared to the non-smoking group, the female smoking group felt more sleep-deprived ($p < 0.001$).

Discussion and Conclusion: The smoking rate among individuals with mental disability in small-scale workplaces was between two and three times higher than that of the general Japanese population. The fact that smoking was found to be associated with unhealthy lifestyles suggests the need for smoking cessation support which involves environmental considerations and information provision related to non-smoking, while providing lifestyle support.

Key words

mental disability, small-scale workplaces, lifestyle habits, smoking

¹ Department of Nursing, School of Health Science and Social Welfare, Kibi International University

² Former Department of Nursing, faculty of Health and Welfare Kawasaki University of Medical Welfare

日本禁煙学会の対外活動記録
(2014年9月)

9月20日「FCTC事務局長は2020年東京オリンピックの100%スモーク・フリー化を強力に支持」を掲載。

日本禁煙学会雑誌はウェブ上で閲覧・投稿ができます。
最新号やバックナンバー、投稿規程などは日本禁煙学会ホームページ <http://www.nosmoke55.jp/> をご覧下さい。

日本禁煙学会雑誌編集委員会

●理事長	作田 学	
●編集委員長	山本蒔子	
●副編集委員長	吉井千春	
●編集委員	稲垣幸司	川根博司
	川俣幹雄	佐藤 功
	鈴木幸男	高橋正行
	野上浩志	蓮沼 剛
	山岡雅顕	(五十音順)

日本禁煙学会雑誌

(禁煙会誌)

ISSN 1882-6806

第9巻第3号 2014年10月31日

発行 特定非営利活動法人 日本禁煙学会

〒162-0063

東京都新宿区市谷薬王寺町 30-5-201 日本禁煙学会事務局内

電話：03-5360-8233

ファックス：03-5360-6736

メールアドレス：desk@nosmoke55.jp

ホームページ：http://www.nosmoke55.jp/

制作 株式会社クバプロ