

## 単科精神科病院の敷地内禁煙化に伴う喫煙に対する意識変化

濱田昌範

兵庫県立光風病院 内科

**【目的】** 単科精神科病院でアンケート調査を行ない敷地内禁煙への賛否・満足度と問題を調査し喫煙意識の変化をみた。

**【方法】** 全職員、児童思春期を除く全入院患者および外来患者(200人抽出)を対象に無記名かつ提出自由のアンケートを実施。

**【結果】** 職員の喫煙率は18.6%。入院患者と外来患者の喫煙率は54.4%と39.5%。入院患者の喫煙率は入院期間に相関していた。職員の73%、入院患者の52%、外来患者の72%が敷地内禁煙に賛成。喫煙者の約半数は禁煙したい喫煙者だった。職員に限ると賛否と満足度は当人の喫煙習慣と相関していた。

**【考察】** 職員が敷地内禁煙に消極的な理由は①精神症状が悪化する不安、②業務が増える不安、③医療保護入院や措置入院の比率が増える不安であった。入院患者の反対意見はニコチン依存に起因する意見だった。

**【結論】** 敷地内禁煙が今後も継続可能か否かは職員の喫煙習慣と入院環境に依存する可能性がある。

**キーワード:** 精神科病院、敷地内禁煙、喫煙率

### 目 的

当院は精神科救急病棟(閉鎖病棟)60床、精神疾患慢性期病棟(閉鎖病棟)108床、アルコール病棟(開放病棟)53床、児童思春期病棟(閉鎖病棟)65床からなる単科精神科病院である。他の単科精神科病院同様、当院患者ならびに職員の喫煙率は高い<sup>1,2)</sup>と思われていたが、これまで喫煙率の調査はなされてこなかった。一般に精神科病院の医療者は喫煙に寛容で「喫煙は患者の憩い」、「他に楽しみも無いから」など認容する傾向があった。従って各病棟に設置されたベランダ型喫煙室からは副流煙が病室に拡散し、非喫煙者も受動喫煙を余儀なくされていた。精神科病院では喫煙関連疾患である虚血性心疾患、肺炎、慢性閉塞性肺疾患ならびに脳梗塞の罹患者も多いことが知られている。当院でも2009年から5年間で肺癌末期患者2名を見送った。慢性閉塞性肺疾患や虚

血性心疾患患者も少なくない。さらに昨今では、「アパートを借りるにも禁煙が条件」とか「作業所が全面禁煙になった」など、喫煙習慣が精神障害者の社会復帰を妨げている情報も入っている。そこで喫煙習慣のある精神障害者が禁煙できれば喫煙関連疾患を予防できる余地は広く<sup>3)</sup>、社会復帰促進も可能と考えられる。

既に多くの精神科病院では敷地内禁煙が行なわれており、大学病院をはじめ基幹病院では精神科病棟も敷地内禁煙の例外ではない。2013年4月に施行された「兵庫県受動喫煙防止条例」<sup>4)</sup>に従い他の兵庫県立病院は早々に敷地内禁煙に移行したが、単科精神科病院は対象除外になったため<sup>5)</sup>当院では敷地内禁煙が進まなかった。しかし2013年6月、児童思春期病棟運用開始と特別支援学校分教室併設を機に、「当院も敷地内禁煙にしてはどうか」との議論が持ち上がったので、全職員、全入院患者、抽出された外来患者のアンケート調査を行ない敷地内禁煙の賛否を検討した。さらに敷地内禁煙実施4か月後に同様の調査を実施し満足度と問題点を調べ、喫煙意識の変化を検討した。

### 連絡先

〒651-1242

神戸市北区山田町上谷上字登り尾3

兵庫県立光風病院 内科 濱田昌範

TEL: 078-581-1013 FAX: 078-583-3797

e-mail: hamada@hp.pref.hyogo.jp

受付日 2016年2月8日 採用日 2016年7月15日

## 方法

アンケート実施日は敷地内禁煙実施8か月前の2013年8月19日から5日間(以下、敷地内禁煙前)と敷地内禁煙実施4か月後の2014年8月11日から5日間(以下、敷地内禁煙後)。回答比率0.5、標本誤差5%、信頼区間95%と設定したときサンプルサイズは384人なので、回収率を見越して対象を全職員(約400名)、児童思春期病棟を除く全入院患者(約160名)および外来患者の毎日先着40人連続5日間(200名)とした。重症患者に対しては看護師の聞き取り回答も可とした。「敷地内禁煙に反対する理由」と「敷地内禁煙に不満な理由」は自由記述とし、筆者が新田らの研究結果<sup>6)</sup>を参考にカテゴリー分類した。月別隔離件数は看護企画室から提供を受けた。月別入院・外来患者数は医事企画課から提供を受けた。欠損値は集計から除外した。統計的有意差は $\chi^2$ 検定とマン・ホイットニーのU検定を用いた。禁煙方法とタイムスケジュールの詳細については別の論文に記した<sup>7)</sup>。

## 倫理的検討

アンケートの実施に際しアンケートに協力しないことで診療上、不利益を被らないことを明言し、個人が特定できないように無記名、自由提出とした。アンケートと敷地内禁煙の実施に関する倫理的および方法論的な問題は患者家族代表と多職種職員で構成された「喫煙問題研究WG」で検討した。敷地内禁煙

の開始日は幹部会で議論し院長が決定した。敷地内禁煙実施後も外泊・外出中の入院患者が敷地外で喫煙することは本人の判断とした。

## 結果

### アンケートの概要

アンケートの回収率は職員・入院患者・外来患者すべてで過半数に達し、敷地内禁煙に対する興味の高さを示した(表1)。敷地内禁煙前と敷地内禁煙後とで回収率に大きな変化はなかった。入院患者で回収率が予想外に低かったのは、意思疎通が困難な患者が多かったことに加え、敷地内禁煙に反対の喫煙者が提出しなかった可能性を否定できない。この種のアンケート調査に共通した限界である。いずれにせよサンプルサイズを大きく超えることができた。

### 喫煙率に関して

光風病院での職員の喫煙率は敷地内禁煙前18.6%で、2008年厚労省国民健康栄養調査の喫煙率(19.5%)と有意差は認めなかった( $\chi^2$ 値 0.087,  $P > 0.05$ )。看護師の喫煙率は27.2%と高かったが精神科看護師全国調査の喫煙率40.9%に比較すると有意に低値であった<sup>8)</sup>( $\chi^2$ 値 6.14,  $P < 0.05$ ) (表2)。医師の喫煙率は5.9%で医師会調査の喫煙率(15.8%)と有意差はなかった<sup>9)</sup>( $\chi^2$ 値 1.13,  $P > 0.05$ )。入院患者と外来患者の喫煙率はそれぞれ54.4%と39.5%で一般人の喫煙率(19.5%)に比べて有意に高値で

表1 敷地内禁煙アンケートの概要

調査対象	敷地内禁煙前			敷地内禁煙後		
	人数	有効回答	回収率(%)	人数	有効回答	回収率(%)
職員	393	335	85.2	406	312	76.8
入院患者	178	119	66.8	130	97	74.6
外来患者	200	200	100	200	196	98.0

表2 光風病院職員の職種別喫煙率

職種	喫煙率
事務職	7.9%
医療技術職	2.3%
医師	5.9%
看護師	27.2%
技能労務職	17.4%
委託・その他	18.6%
職員全体	18.6%

あった(入院患者;  $\chi^2$ 値 30.16、 $P < 0.001$ 、外来患者;  $\chi^2$ 値 19.23、 $P < 0.01$ )。喫煙する職員の41%が、「禁煙したい喫煙者」であった。入院、外来にかかわらず喫煙患者の半数が「禁煙したい喫煙者」であった(図1)。敷地内禁煙後、職員の喫煙率はわずかに減少した。「禁煙したい喫煙者」の一部が禁煙したと思われる(図1)。入院患者の喫煙率は「しかたなく禁煙した」患者を除けば、敷地内禁煙前後で変化はなかった。外来患者の喫煙率は敷地内禁煙後12

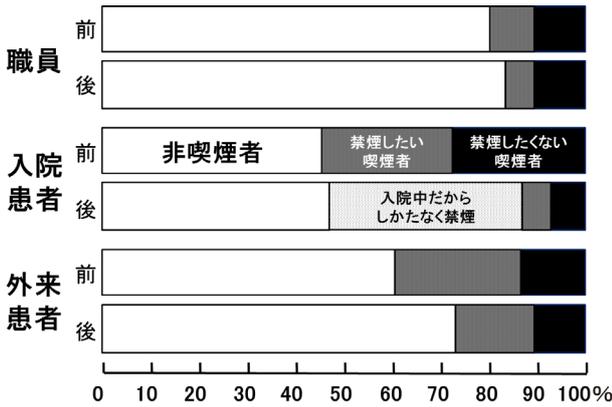


図1 敷地内禁煙前後での喫煙率の変化

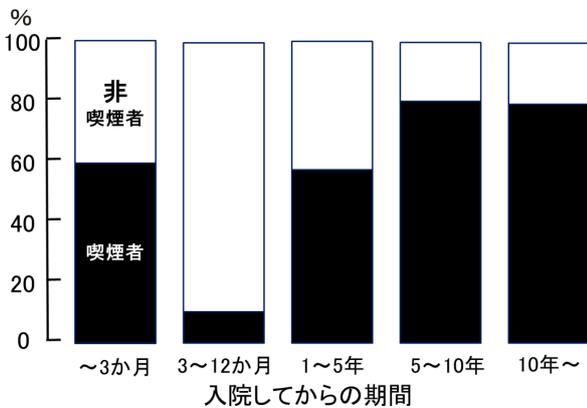


図2 入院期間別に見た喫煙率の変化

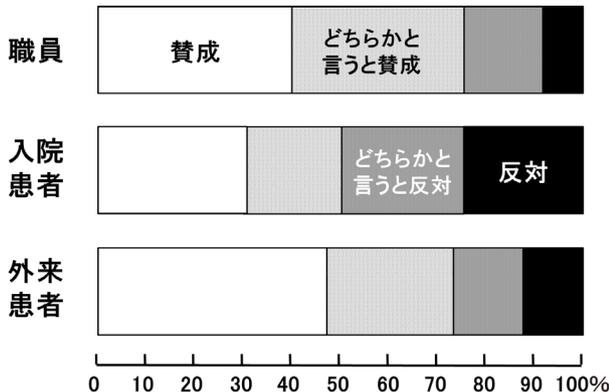


図3 敷地内禁煙への賛否

%減少した。敷地内禁煙と同時に開設したバレニクリンを用いた標準的禁煙外来の結果、連続19人の禁煙成功率は52.6%で一般患者の禁煙成功率63.0%(製薬会社DI資料)と有意差は認めなかった( $\chi^2$ 値 0.43、 $P > 0.05$ )。入院期間で喫煙率を比較すると最初の3か月を除けば、入院期間が延びるに従い喫煙率が有意に上昇した(図2、 $\chi^2$ 値 10.3、 $p < 0.05$ )。

敷地内禁煙への賛否

敷地内禁煙に「賛成」または「どちらかという賛成」と答えたのは職員の73%、入院患者の52%、外来患者の72%であった(図3)。職員と外来患者の賛否に有意差は認めなかった( $\chi^2$ 値 = 0.308、 $p > 0.05$ )。職員が敷地内禁煙に反対した理由は、「喫煙者の権利」「喫煙は個人の自由」や「タバコが好き」等の患者と共通の理由を除けば、「患者の症状が不安定になる。処方量も増える」といった医学的理由と、「禁煙にすると治療も看護も管理もできない」といった業務上の理由が少なくなかった(表3)。一方、患者が敷地内禁煙に反対した理由は圧倒的に「タバコが好き」「他に楽しみがない」「タバコを吸うと気分が落ち着く」といった単純な理由であった。「日本は愛煙民族である」とか「税収が減って財政が破たんする」等の

表3 敷地内禁煙前のアンケートで職員が敷地内禁煙に反対した理由

敷地内禁煙前に職員が反対した理由	件数
患者の精神症状が不安定になる。処方量も増える。	19
喫煙者の権利。喫煙は個人の自由。	14
禁煙にすると治療も看護も管理もできない。	13
タバコが好き(息抜き。患者とのコミュニケーションの場)。	11
喫煙する患者に禁煙を説いても無駄。	9
敷地外で吸うと周囲の住民から文句が出る。	7
喫煙マナー(ポイ捨てや失火が心配)	6
分煙や建物内禁煙で十分。喫煙場所を作ってほしい。	5
禁煙にすると任意入院が減り、強制入院が増える。	4

喫煙に対する間違っ理解も患者に見受けられた(表4)。

### 敷地内禁煙の満足度

敷地内禁煙後の職員と外来患者の満足度は敷地内禁煙前の賛否とほぼ同じ結果だった。これに対し入院患者では敷地内禁煙前は反対意見が多かった割に、敷地内禁煙後の満足度は予想以上に高かった(図4)。職員が敷地内禁煙後に不満に思っている理

由は、「喫煙者のマナー」に関するものと「喫煙者への同情や共感」が、「タバコを吸えなくなったから」という共通項を上回った。喫煙を目的とした外出が増えて、「帰院時の持ち物検査の手間が増した」に類した業務上の不満も多かった(表5)。これに対し患者が敷地内禁煙後に不満に思っている点は圧倒的に「タバコが吸えなくなったから」で敷地内禁煙前の調査と同じであった(表6)。

表4 敷地内禁煙前のアンケートで患者が敷地内禁煙に反対した理由

敷地内禁煙前に患者が反対した理由	入院	外来	合計
タバコが好き。他に楽しみがない。	24	7	31
喫煙すると気分が落ち着く。	5	11	16
喫煙に関する間違っ理解 (薬として開発中。日本は愛煙民族。税金が減る)	6	1	7
喫煙者に対する同情。	3	2	5
喫煙者の権利。喫煙は個人の自由。	1	3	4
分煙や建物内禁煙で十分。喫煙場所を作ってほしい。	0	3	3
急に禁煙すると精神症状が悪化する。	1	1	2

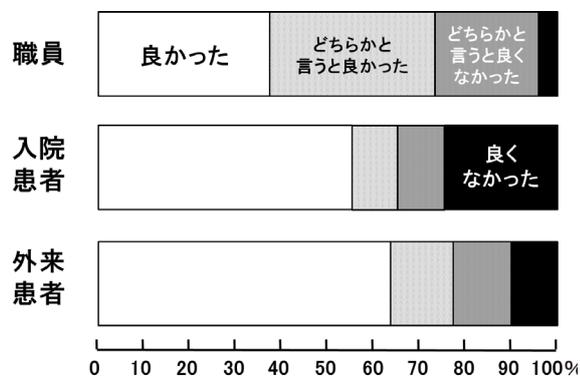


図4 敷地内禁煙の満足度

表5 敷地内禁煙開始後のアンケートで職員が不満に思った理由

敷地内禁煙後に職員が不満と感じた理由	件数
喫煙マナー (ポイ捨てや失火が心配)	25
外出が増え、帰院時の持ち物検査の手間が増した。	11
喫煙患者への同情や共感。	11
タバコが吸えなくなったから。	8
分煙や建物内禁煙で十分。喫煙場所を作ってほしい。	8
敷地外で吸うと周囲の住民から文句が出る。	8
禁煙を理由に外来・デイケアから患者が脱落した。	2
患者の精神症状が不安定になった。	1

表6 敷地内禁煙開始後のアンケートで患者が不満に思った理由

敷地内禁煙後に患者が不満と感じた理由	入院	外来	合計
タバコが吸えなくなったから。	10	14	24
喫煙患者への同情や共感。	0	6	6
喫煙マナー (ポイ捨てや失火が心配)	2	2	4
分煙や建物内禁煙で十分。喫煙場所を作ってほしい。	1	1	2
喫煙者の権利。喫煙は個人の自由。	1	1	2
病院の指示にはすべて従わない。	1	0	1
敷地外まで喫煙に行くのがしんどい。	1	0	1
意味不明の回答。	1	2	3

表7 職員の喫煙習慣別に見た敷地内禁煙に対する賛否と満足度

	敷地内禁煙前				敷地内禁煙後			
	賛成	どちらか という 賛成	どちらか という 反対	反対	良かった	どちらか という 良かった	どちらか という 良く なかった	良く なかった
喫煙者	6	15	18	20	7	13	18	10
非喫煙者	110	100	37	11	102	88	41	6
マン・ホイットニーの U test	Z値 6.72 >> Z(0.975) 1.96 P値(両側確率) < 0.001				Z値 5.49 >> Z(0.975) 1.96 P値(両側確率) < 0.001			

### 喫煙習慣と禁煙意識

対象を職員に限って敷地内禁煙についての賛否と、敷地内禁煙後の満足度を職員の喫煙習慣で分類したところ、どちらも判断と喫煙習慣が有意に相関していた(表7)。

### 考察

精神障害者の禁煙は困難と言われているが、ならば尚更、禁煙の支援は必要である<sup>10,11)</sup>。単科精神科病院で敷地内禁煙を成し遂げた前例は少なくない<sup>12~14)</sup>。当院の敷地内禁煙化は児童思春期精神科医療の開始が大きな後押しになったことは言うまでも無いが、看護師を中心に「患者にタバコを配るのは看護理念に反するのでタバコを預かりたくない」という意見が、大きく病院を敷地内禁煙に動かした。また患者からは「入院中に喫煙を覚えたのだから病院の責任で禁煙させてほしい」とか「タバコ代で年金の半分が無くなってしまうので是非禁煙したい」「作業所やグループホームが禁煙になるので是非禁煙したい」等の切実な意見も記載されていた。

これまで精神科病院の敷地内禁煙に関して施設を対象としたアンケート調査は報告があるが、同一施設で敷地内禁煙の前後で患者と職員にアンケートを実施して喫煙意識の変化を見た論文は見受けられない。この論文がこれから敷地内禁煙を実施しようと考えている精神科病院の一助になることを願う。

### 精神科入院患者の喫煙率の高さは入院環境に起因するかもしれない

敷地内禁煙前に比べ、敷地内禁煙後の満足度は入院患者で思いのほか高かった。敷地内禁煙に感謝する意見も記載されていたことからすると、声には出せないが副流煙に悩まされ続けてきた長期入院患者

が少なからず存在していたことが推測される。

敷地内禁煙前も敷地内禁煙後も「禁煙する気のない喫煙者」は職員・入院患者・外来患者を問わず約10%存在することが判明した。その一方で、職員・入院患者・外来患者の喫煙者の半数は「禁煙したい喫煙者」であることも判明した。「精神疾患のある患者に禁煙を説いても無駄」と言われてきた。しかしながら、敷地内禁煙に賛成と答えたのは入院患者の52%であったのに対し、外来患者では72%と職員の賛成率73%と有意差が認められなかったことから、入院患者に敷地内禁煙反対者が多い理由は精神疾患の有無よりもむしろ入院環境に原因があると思われる。

入院期間別の喫煙率は最初の3か月を除けば、入院期間が延びるに従い上昇していた。最初の3か月に喫煙率が高かった理由は、当院では3か月のアルコールのパス入院があり、患者のほとんどは外出自由なので外出先で喫煙していたからと分析している。一方3か月を過ぎると喫煙率が激減しそのうち入院期間に相関して上昇していた理由は、精神科救急に入院と同時に医師の指示で禁煙となった患者が、入院3か月を過ぎて一般病棟に転棟し再喫煙を始めるからと考えている。これらの結果も精神疾患の有無が喫煙行動を決定しているのではなく、入院環境が喫煙行動を決定している可能性を示唆している。

### 当院の敷地内禁煙に対する患者と職員に共通した反対意見と不満

「タバコが好きだから」「タバコは人生の憩い」「喫煙で気分が落ち着く」は基本的にニコチンによる身体依存形成の症状であり、精神障害者に限らず喫煙している職員にも共通した反対意見である。敷地内禁

煙開始に先立ち、禁煙教室を開いてみると患者は喫煙の危険性を十分承知しており、喫煙することで社会から阻害されていることも十分認識していた。当院の職員からは「タバコは息抜き」「患者とのコミュニケーションの場」をはじめ、喫煙する患者への同情意見が敷地内禁煙開始前にも後にも認められた。

### 精神科病院が敷地内禁煙に消極的な理由

今回のアンケートからも読み取れるように、職員が敷地内禁煙に消極的な主な理由は3つある。まず第一に「患者に禁煙させると症状が不安定になり、処方量が増える」医学的不安である。今回残念ながら精神症状の定量評価は実施できていないので個別の患者の精神状態がどのように変化したかは不明であるが、隔離件数(成人)は敷地内禁煙後に増加していないので、いわゆる「個々の症状の波」はあるものの、精神症状の集団的な悪化は認めなかったと判断している(図5)。同時進行で実施した調査でDIEPSS

(drug-induced extrapyramidal symptoms scale)<sup>15)</sup>は禁煙により悪化することも無く、クロルプロマジン換算した抗精神病薬処方量はむしろ有意に減少していた<sup>7)</sup>。これらの結果も、精神症状は改善しこそすれ悪化していなかったことを示唆している。以上のことから上記の不安は敷地内禁煙後には出てこなかったと考えられる。

第二に「禁煙にすると治療も看護も管理もできなくなる」といった業務上の不安である。

かつて病棟では「ちゃんと薬を飲んだらタバコ吸わせてあげる」とか「検査を受けたら吸わせてあげる」など管理上の条件提示に使われている場面も目にしたことがあった。入院患者間ではタバコが代用貨幣としての価値を持ち、貸し借りの問題を起こしていた。敷地内禁煙になってから服薬や検査を拒否する患者が増えたわけでもなく以前と同じように管理できることが判明したので敷地内禁煙後のアンケートではこれら管理上の問題が不満として出てこなくなったものと思われる。

第三に「敷地内禁煙になると喫煙患者が入院に任意同意せず、その結果、医療保護入院や措置入院が増える」といった不安である。月別の入院件数(成人)を見る限り敷地内禁煙後に医療保護入院や措置入院が増えた様子はなかった。また入院患者数が減少することもなかった(図6)。そもそも入院判断や入院形態の決定は禁煙習慣と無関係であるので当然の結果と言える。

同様の分析は「精神障害者に喫煙を続けさせる五つの神話」としてProchaskaからも報告されている<sup>16)</sup>。

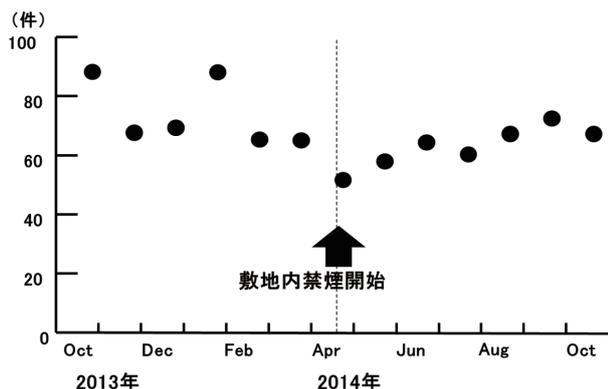


図5 敷地内禁煙開始前後6か月の隔離件数(成人)の推移

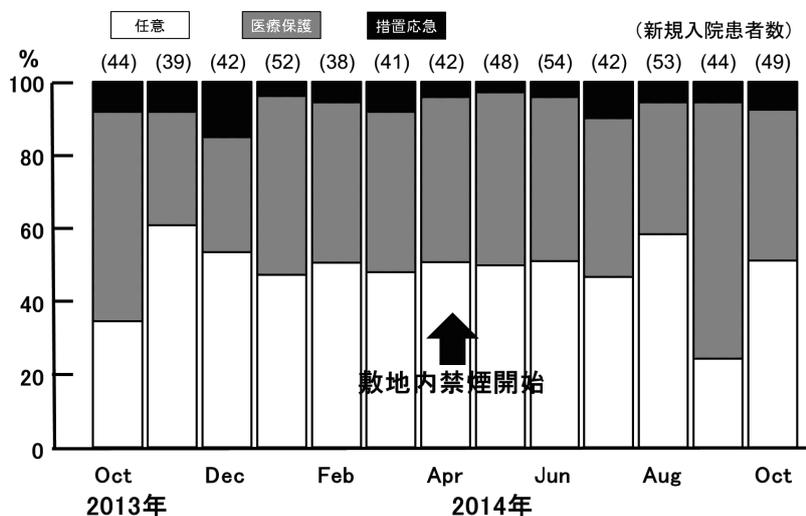


図6 敷地内禁煙開始前後6か月の入院形態別入院件数(成人)の推移

敷地内禁煙前に反対だった理由と敷地内禁煙後に出てきた不満は、患者では一致しているのに職員では一致しない

患者では敷地内禁煙前の反対意見と敷地内禁煙後の不満が一致していた。すなわち「タバコが好き」「やめたくない」で首尾一貫していた。一方、職員では敷地内禁煙前には「喫煙者の権利」「喫煙は個人の自由」等、喫煙患者の権利を擁護する意見が少なくなかったが、これらの意見は敷地内禁煙後にはまったくなくなった。さらに敷地内禁煙前に多かった「禁煙により精神状態が悪化する」「処方量が増える」あるいは「禁煙にすると治療も看護も病棟管理すらできなくなる」という意見も姿を消し、代わりに「外出・外泊から帰院時の持ち物検査が増えた」という不満が新たに出てきた。確かに敷地内禁煙後に喫煙を目的としたと思われる外出件数は増加した。精神科病院の閉鎖病棟で最も怖い事故は火災である<sup>17)</sup>。建物内禁煙であろうと敷地内禁煙であろうと、タバコやライターの開鎖病棟への持ち込みは本来厳重に管理されなくてはならない。一方で「患者の求めに応じてタバコを1本1本渡していた業務がなくなった」ことを評価する意見も看護師から少なからずあった。

敷地内禁煙後に「喫煙マナーに関する不満」が意外に多く寄せられた。当院のある神戸市はそもそも「路上喫煙禁止区域(努力義務)」であり、病院として路上で喫煙することは奨励していないので敷地外で喫煙する患者もさほどいない。微妙なところで喫煙している患者は残念ながら存在する。この種の不満の多くは「ルールが徹底されてないことへの不満」が原因と考えている。JRの構内禁煙ですら浸透するには3年以上を要したことは記憶に新しい。禁煙による精神症状の悪化と喫煙マナーの悪化を心配するHashimotoらの全国規模のアンケート調査とほぼ同じ内容になった<sup>18)</sup>。

#### 敷地内禁煙への賛否や満足度を規定する因子

抗精神病薬には喫煙欲求を増大するものもあるという報告があるので<sup>19)</sup>、対象を職員に限って敷地内禁煙についての賛否と、敷地内禁煙後の満足度を喫煙習慣で分類したところ、どちらも判断と喫煙習慣が有意に関連していた。つまり敷地内禁煙の理屈はともかく、喫煙者は最初から敷地内禁煙には反対で敷地内禁煙後には不満に思い、逆に非喫煙者は最初から敷地内禁煙に賛成で敷地内禁煙になって満足し

たと言える。「分煙や建物内禁煙で十分」「喫煙場所を作ってほしい」「患者サービス向上委員会で喫煙する患者のサービスを図るべきだ」という意見が職員からもあった。2015年時点で、列車内の一部で喫煙できる場所が存在する新幹線は東海道・山陽新幹線と九州新幹線のみである。さらに鉄道各社においてはホームに喫煙室を設けたが、結局のところ問題を先送りしただけであったことを考えると今さら敷地内禁煙を取り下げてまで喫煙場所を設置する必要はないと考えている。患者に喫煙させることが決して「患者サービス」ではなく、禁煙を補助することこそが医療者の提供できる患者サービスであることが浸透するにはまだ時間がかかりそうである。

#### 結 論

敷地内禁煙による満足度は個人の喫煙習慣に左右されるとはいうものの、単科精神科病院の敷地内禁煙は職員、入院患者、外来患者から概ね好評を得た。どうしても禁煙したくない喫煙者は精神障害の有無に関係なく10%程度存在する。職員の喫煙意識は敷地内禁煙化の前後で大きく変化した。入院患者の喫煙嗜好は精神疾患の有無ではなく入院環境に起因している可能性が示されたので、禁煙教育のみならず作業療法や屋外活動などの充実が望まれる。

#### 謝 辞

アンケートの実施と集計を担当した「喫煙問題研究WG」のメンバー 菅村幸代(看護部)、中西一夫(看護部)、田中雅子(薬剤部)、勝岡義勝(衛生委員会)、鈴木由美子(診療部)、白井純一(栄養指導課)、氏名非公表(患者家族代表)、黒崎彰啓(総務部)、川島美幸(相談室)、長野朋香(デイケア)に感謝する。アンケートのデザインと基本統計量の作成を行なった大島久典(作業療法)に特に感謝する。敷地内禁煙の実施に当たり関係諸機関との調節をした川下清春(管理局長)ならびに幸地芳朗(前院長)に深く感謝する。

#### 引用文献

- 1) Shinozaki Y, Nakano M, Takeuchi T, et al; Smoking rates among schizophrenia patients in Japan. *Psychiatry Res.* 2011; 186: 165-169.
- 2) Banham L, Gilbody S; Smoking in severe mental illness; what works? *Addiction* 2010; 105: 1176-1189.
- 3) Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, et al; Schizophrenia and increased risks of cardiovascu-

- lar disease. Am Heart J 2005; 150: 1115-1121.
- 4) 「受動喫煙の防止等に関する条例」(平成24年兵庫県条例第18号)
  - 5) 「受動喫煙の防止等に関する条例実施要綱」(兵庫県, 平成24年3月30日制定)
  - 6) 新田真由美、板山 稔、天谷真奈美; 統合失調症患者の禁煙認識と阻害因子. 日看研会誌 2011; 34(5): 31-40.
  - 7) 濱田昌範; 精神科慢性期入院患者の抗精神病薬処方量・自覚症状・薬剤原性錐体外路症状に及ぼす敷地内禁煙の影響. 禁煙会誌 2016; 11(1): 7-13.
  - 8) 井上仁美、伊賀上陸美; 精神科看護者の喫煙に関する現状と課題. 日精雑誌 2008; 27(10): 14-17.
  - 9) 兼板佳孝、大井田隆; 医師の喫煙率 - 2004年日本医師会委託研究より: 日精雑誌 2008; 27(10): 7-13.
  - 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(4): 104-108.
  - 11) 荻野佳代子、梅根真知子、中野和歌子; 単科精神科病院における受動喫煙対策. 循環器専門医 2012; 20(2): 360-363.
  - 12) 荻野佳代子、中野和歌子、梅根真知子; 単科精神科病院における敷地内禁煙の取り組み. 日アル  
コール精医誌 2008; 15: 39-43.
  - 13) 川合厚子; 精神障害者の禁煙治療. 日精協誌 2008; 27: 35-41.
  - 14) 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. 日精協誌 2008; 27: 42-48.
  - 15) Kim JH, Jung HY, Kang UG, et al; Metric characteristics of the drug-induced extrapyramidal symptoms scale (DIEPSS): a practical combined rating scale for drug-induced movement disorders. Mov Disord. 2002 Nov; 17(6): 1354-9.
  - 16) Judith J. Prochaska, Ph.D., M.P.H.; Smoking and Mental Illness - Breaking the Link. N Engl J Med 2011; 365: 196-198.
  - 17) 松尾典夫; 精神科病院における喫煙の関与する事故. 日精雑誌 2008; 27(10): 49-54.
  - 18) Hashimoto K, Makinoda M, Matsuda Y et al; Smoking bans in mental health hospitals in Japan: barriers to implementation. Ann Gen Psychiatry 2015; 14: 14-35.
  - 19) Els C; What is the role of pharmacotherapy in tobacco cessation in patients with schizophrenia. J Psychiatry Neurosci 2004; 29: 240.

## A questionnaire survey on the smoking behavior before and after smoking ban in hospital property

Masanori Hamada

### Abstract

Object: Smoking behavior was compared before and after smoking ban in our psychiatric hospital property.

Method: We sent out a questionnaire to all staff, all adult in-patient and sampled out-patients of our hospital.

Results: Smoking rates were 54.4% among in-patients, 39.5% among out-patients and 18.6% among staff. Smoking rate increased with hospitalization period significantly in in-patients. Fifty two percent among in-patients, 72% among out-patients and 73% among staff showed one's intention to approve the smoking ban. About half in the smokers of the three groups answered that they wanted to quit smoking. Yeas and nays significantly depended on one's smoking habit in staff.

Discussion: The reasons of the staff against the smoking ban include ① medical awareness of mental condition, ② awareness of increasing efforts and ③ awareness of increase in involuntary hospitalization. However, the reason of the in-patients against the smoking ban was nicotine dependency itself.

Conclusion: Success in smoking ban within the psychiatric hospital property depends largely on the smoking behavior of the staff and hospitalization environment.

### Key words

psychiatric hospital, smoking ban, smoking rate

Hyogo Prefectural Kohu Hospital. Department of Internal Medicine