

中で強調したことが、得点の上昇につながったものと考えられた。また、たばこ教育プログラムの評価をおこなうにあたり、介入前の喫煙関連疾患に関する知識得点を High、Middle、Low の 3 群に分けてそれぞれの推移をみたところ、介入によって 3 群全てに得点の上昇が認められた。

ii. たばこに関する基礎知識の変化

たばこに関する基礎知識を問う 15 項目では、全体的に介入後に得点の上昇がみられたが、「離脱症状の出現と消失時期」は約 5 割程度、「たばこ煙の有害成分の種類」については正解率が約 2 割であった。昨年度の介入後調査においても「ニコチン離脱症状の出現と消失時期」の正解率が低かったため、本年度のプログラムではこれを強調したが、今年度も同様の結果となった。このことから学生は具体的な数値に関わる事に関しての印象がうすいと考えられ、ロールプレイの事例設定に、「ニコチン離脱症状の出現と消失時期」を盛り込ませて学生の印象を強める必要があると考えた。

介入前のたばこに関する基礎知識得点を High、Middle、Low の 3 群に分けてそれぞれの推移をみたところ、介入後、Middle と Low 群において介入によって得点の上昇が認められ、低い基礎知識しか持たない学生を含めた学生全体の知識レベルの向上を図る上で望ましい結果となった。

(2) 禁煙サポート方法の知識の変化

喫煙者のステージ分類に関する問題とステージに応じた禁煙サポート方法に関する問題の両方に介入後の得点の上昇がみられた。喫煙者のステージ分類に関する問題の正解率を「無関心期」「関心期」「準備期」の 3 事例別にみても、3 事例とも正解率が 9 割を超えていた。しかしながらステージに応じた禁煙サポート方法では 3 事例とも正解率の上昇は認められたが、「関心期」の事例では正解率が 7 割にとどまっていた。第 2 回目の教育プログラムで「関心期」の事例についてロールプレイを実施したにも関わらず

禁煙サポート方法の正解率が他の事例より低かったことに対し、講義で喫煙者の各ステージに応じたサポート方法の特徴を強調することや、ロールプレイに用いる事例を再検討する必要性が考えられた。

(3) たばこに対する態度の変化

たばこに対する態度を問う 8 項目では、全体的に介入による変化は認められず、また各項目別においても介入による変化が認められなかった。また、介入前のたばこに対する態度の合計得点を High、Middle、Low の 3 群に分けてそれぞれの推移をみたところ、Low の群において介入後にたばこに対する態度の得点の上昇がみられたが、High、Middle の群においては得点が減少していた。このような結果になったのは昨年度の介入後調査と比較して、今年度の対象者のたばこに対する態度が介入前から高いことが関係しているのではないかと考えられ、全体でみると今年度のプログラムはたばこに対して積極的な態度を維持するものであったが、プログラムによる態度の変化については昨年同様に教育プログラム介入の 6 ヶ月後に経年的に追跡調査を行ない、将来指導を担う立場にある看護学生として、厳しい態度を維持するための教育プログラムの内容について検討する必要がある。

(4) たばこ保健指導への意欲の変化

たばこ保健指導への意欲を問う 3 項目では、今年度も同様に全体的に介入による変化はみられなかった。介入前のたばこ保健指導への意欲の合計得点を High、Middle、Low の 3 群に分け、それぞれの推移をみたところ、Low の群において介入後のたばこ保健指導への意欲が上昇していたが、High、Middle の群において得点が減少しており、このことが全体のたばこ保健指導への意欲の変化がみられなかった一因と考えられた。今回のたばこ教育プログラムは、Low の群のたばこ保健指導への意欲を高めるという点においては有効であったと思われるが、介入前からたばこ保健指導への意欲が高い者がそのまま高い意欲を維持できるようなプログラム内

容を検討する必要があると考えられた。また学生の喫煙の有無別にみると、現在喫煙者、非喫煙者ともに、たばこ保健指導への意欲が上昇しており、現在喫煙者、非喫煙者ともにたばこ保健指導への意欲を高めるという点で今回の教育プログラムは有効であったと考えられる。

(5) たばこ保健指導への自信の変化

今年度、新たに追加した評価指標であるたばこ保健指導への自信を問う3項目では、全体的に介入後に得点が増加していた。介入前のたばこ保健指導への自信の合計得点を High、Middle、Low の3群に分け、それぞれの推移をみても、3群全てにおいて得点の上昇がみられた。また、学生の喫煙の有無別では、現在喫煙者、非喫煙者同様に介入後に得点が増加しており、特に現在喫煙者の自信得点の上昇率が高く、介入後は非喫煙者と比べて得点差がほとんど認められなかった。学生のたばこ保健指導の自信をつけるという点で望ましい結果となった。

(6) たばこに関する社会の動きへの関心度の変化

今年度、新たに追加した評価項目であるたばこに関する社会の動きへの関心度を問う1項目では介入後に得点の上昇が認められた。学生の喫煙の有無別にみると、非喫煙者では介入後に関心度が上昇していたが、現在喫煙者は非喫煙者より関心度が低いまま、上昇は認められなかった。たばこに関する時事問題を問う15項目では介入後に得点の上昇が認められ、各項目で見ると9項目において介入後に正解率が上昇していた。学生の喫煙の有無別にみると、現在喫煙者、非喫煙者ともに得点の上昇が認められた。たばこに関する時事問題の正解率では介入による効果が認められたことから、今年度のたばこ教育プログラムは現在のたばこに関する社会の動きを理解させるという点については有効であったと考えられる。

(7) たばこ教育プログラムに対する学生の評価

1) 第1回目のたばこ教育プログラムの評価

第1回目の講義内容では、「妊婦の喫煙・受動喫煙と新生児出生体重」、「女性の喫煙についての喫煙者自身の健康被害」、「受動喫煙の健康被害」について学生の興味が強く、また理解度も高かった。「妊婦の喫煙・受動喫煙と新生児出生体重」、「女性の喫煙についての喫煙者自身の健康被害」は、今回の対象者が非喫煙者であり、受動喫煙を受ける可能性があるといった自分の問題としていたことや、看護学生の多くが女性であるために自身に関わる問題として興味をもった可能性が考えられる。学生が将来、保健医療の現場に従事することを考慮して、たばこのもつ有害性や社会の動向にも興味をもてるような内容とする必要があると考えられる。

2) 第2回目のたばこ教育プログラムの評価

第2回目の講義内容では、「カウンセリング方法」「禁煙開始日決定、離脱症状の対処法などの準備期の指導ポイント」「禁煙への動機の強化、禁煙への自身の強化などの関心期の指導ポイント」について学生の興味が強く、「行動変容のステージモデル・禁煙プロセス」、「禁煙開始日決定、離脱症状の対処方法などの準備期の指導ポイント」について学生の理解度が高い傾向があり、将来禁煙サポートを担う立場にある看護学生であることから、禁煙プロセスや実際の禁煙サポート方法に興味や理解を深めることができたと考える。また学生の講義に対する意見や要望を質的に検討したところ、講義内容に関しては「喫煙者の主体性を重視したカウンセリング方法が知ることができてよかった」や、「DVDで実際の禁煙サポートのシミュレーションが見られてよかった」などの意見があった。昨年度の課題から、今年度はDVDを用いて実際の禁煙サポート方法を見て理解を促すように再構成したことが学生が禁煙サポート方法についての理解を深めさせるという点で有効であったと考えられた。

E. 結論

保健学科学生の喫煙状況とたばこに対する態

度の本年度の調査では、平成 14 年度に比較して改善の兆候は認められるものの、学生がこれまでに受けたたばこに関する教育では喫煙行動を十分抑制できないことが明らかとなった。それゆえ保健医療系学生、特に看護学生においては基本的知識の習得とともに、医療従事者として社会に禁煙を啓発する模範的役割意識を高め、禁煙指導に対する積極的な姿勢を高め得る教育が必要であることが確認された。

このような点の改善を目的として昨年のプログラムを改訂した「看護学生へのたばこ教育プログラム」であったが以下のような改善すべき点を指摘しうる。

1) たばこ保健指導への意欲が高い者がそのまま高い意欲を維持でき、将来禁煙指導を担う立場にある看護学生として現在喫煙者、非喫煙者ともにたばこに対して厳しい態度を示すことができるようなプログラム内容をさらに検討していく必要がある。

2) 学生はたばこに対する知識は比較的容易に獲得する能力を有し、さらに実際の禁煙サポート方法に興味を持っていることから、将来の禁煙指導につながる実用的な禁煙サポート方法により重点をおいた教育方法を検討する必要がある。

《引用文献》

- 1) 櫻井秀也他. 日本医師会員の喫煙行動と喫煙に対する態度. 日本医師会雑誌, 2000; 124 (5) : 725-736
- 2) 大井田隆他. わが国における看護婦の喫煙行動. 厚生指針, 1999; 46 (6) : 18-22
- 3) 看護職とたばこ・実態調査. 日本看護協会, 2001
- 4) 少路誠一他. 病院職員の喫煙の問題. 日本胸部臨床, 2000; 59 (12) : 931-935
- 5) Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Br J Addict 1991;86(9):1119-1127
- 6) Kawakami M. Awareness of the harmful effects of smoking and views on smoking cessation intervention among Japanese medical students. International Medicine, 2000; 39 (9) : 720-726
- 7) 大井田隆他. 看護学生の喫煙行動および関連要因に関するコホート研究. 日本公衆衛生学雑誌, 2000; 47 (7) : 562-569
- 8) 斉藤麗子他. 医学部における喫煙規制状況. 日本衛生学雑誌, 1992; 40(10): 981-984
- 9) 田辺政裕. 受動喫煙による健康障害と禁煙教育. 千葉医学雑誌, 2000; 76 : 203-207

《参考文献・資料》

- 1) Tobacco Prevention Section International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. EDUCATION MEDICAL STUDENTS ABOUT TOBACCO; PLANNING AND IMPLEMENTATION, 1996.
- 2) Gloria M. B, Joanne C. M. NURSING INTERVENTIONS Effective Nursing Treatment. W. B. Saunders Company, 1999.
- 3) 厚生労働省編. 喫煙者個別健康教育マニュアル. 法研, 東京, 2000.
- 4) 中村正和, 増居志津子. 喫煙者個別健康教育講習会開催マニュアル. 大阪, 2001.
- 5) 中村正和 (監修). 「指導者用」ビジュアルで学ぶ「タバコと健康」教育マニュアル. 大阪, 2001.
- 6) 喫煙と健康問題に関する検討会. 喫煙と健康. 保健同人社, 東京, 2002.
- 7) 多田羅浩三. 健康日本 21 推進ガイドライン. ぎょうせい, 東京, 2001.
- 8) 中村正和 (監訳). 健康のための行動変容. 法研, 東京, 2001.
- 9) 松本千明. 健康行動理論の基礎編. 医歯薬出版, 東京, 2002.
- 10) 松本千明. 健康行動理論の実践編. 医歯薬出版, 東京, 2002.

- 11) 日本健康教育学会編. 健康教育ヘルスプロモーションの展開. 保健同人社, 東京, 2003.
 - 12) 日本健康心理学会編. 健康心理概論. 実務教育出版, 東京, 2002.
 - 13) 日本健康心理学会編. 健康心理アセスメント概論. 実務教育出版, 東京, 2002.
 - 14) 日本健康心理学会編. 健康心理カウンセリング概論. 実務教育出版, 東京, 2003.
 - 15) 日本健康心理学会編. 健康教育概論. 実務教育出版, 東京, 2003.
 - 16) Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 1997; 84(2) : 191-215
 - 17) アレン・E・アイビー著, 福原真知子訳編. マイクロカウンセリング“学ぶ-使う-教える”技法の統合: その理論と実際. 川島書店, 東京, 2002.
 - 18) 中村正和, 大島明. 禁煙セルフヘルプガイド. 法研, 東京, 2000.
 - 19) 千葉ロールプレイング研究会著, 外林大作監修. 教育現場におけるロール・プレイングの手引き. 誠信書房, 東京, 1999.
 - 20) 川畑徹朗, 西岡伸紀, 高石昌弘監訳. WHO ライフスキル教育プログラム. 大修館書店, 東京, 1997.
 - 21) 岡本夏木, 清水御代明, 村井潤一監修. 発達心理学辞典. ミネルヴァ書房, 京都, 2000.
 - 22) 辰野千寿, 高野清純, 加藤隆勝編. 教育心理学辞典. 教育出版, 東京, 1996.
 - 23) 平野かよ子, 尾崎米厚編集. 事例から学ぶ保健活動の評価. 医学書院, 東京, 2001.
 - 24) マリリンH. オーマン, キャスリーンB. ゲイバーソン著, 舟島なをみ監訳. 看護学教育における講義・演習・実習の評価. 医学書院, 東京, 2002.
 - 25) 鳩野洋子, 曾根智史訳. ヘルスプロモーションの評価. 医学書院, 東京, 2003.
 - 26) 箕輪真澄, 尾崎米厚訳. 喫煙対策の評価. 結核予防協会, 東京, 1998.
 - 27) 東京大学医学部保健社会学教室編. 保健・医療・看護調査ハンドブック. 東京大学出版会, 東京, 2000.
 - 28) 森敏昭, 秋田喜代美編著. 教育評価重要用語300の基礎知識. 明治図書出版, 東京, 2002.
 - 29) 田中敏, 山際勇一郎著. ユーザーのための教育・心理統計と実験計画法. 教育出版, 東京, 2002.
 - 30) 森敏昭, 吉田寿夫編著. 心理学のためのデータ解析テクニカルブック. 北大路書房, 京都, 2001.
 - 31) 中村正和, 増居志津子. 効果的な禁煙サポートの方法～ロールプレイを用いた解説 (90分ビデオ). Care Net.
- F. 健康危険情報
- この研究において健康危険情報に該当するものはなかった。
- G. 研究発表
1. 論文発表
 - 1) Masuo K, Kawaguchi H, Mikami H, Ogihara T, Tuck ML. Serum uric acid and plasma norepinephrine concentrations are predictors of weight gain, and blood pressure elevation. *Hypertension* 2003; 42: 474-480
 - 2) 許 翠萍, 三上 洋, 伊藤美樹子, 有馬志津子 中国における高齢者ケア体制の現状と課題 日本地域看護学会雑誌 2003; 6: 71-78.
 - 3) 三上 洋, 荻原俊男 【高齢者高血圧の治療】 高齢者高血圧の治療と QOL *Geriatric Medicine* 2003;41:67-72.
 - 4) 三上 洋, 荻原俊男 State of the Art 老年者高血圧と認知機能 臨床高血圧 2003;9:162-175.
 - 5) 三上 洋 【医療経済から考える高血圧治療の現況と将来展望】 降圧薬療法におけるコ

ンプライアンス—医療経済との関連 血圧
2003;10:493-498.

- 6) 三上 洋 老年医学、Ⅲ. 看護・介護・福祉・
リハビリテーション、5. 高齢者の QOL
荻原俊男編 2003年 319-323 頁 朝倉書店

2. 学会発表

- 1) 有馬志津子、谷川緑、山平優子、杉浦圭子、
三上洋、足立登志子、仲下祐美子、九津見雅
美 看護学生へのたばこ教育プログラム開
発と評価(第 1 報)—プログラム開発と課題—
第 62 回日本公衆衛生学会総会 2003 年 10
月 京都市
- 2) 谷川緑、有馬志津子、山平優子、杉浦圭子、
三上洋、足立登志子、仲下祐美子、九津見雅
美 看護学生へのたばこ教育プログラム開
発と評価(第 2 報)—実施前後、半年後の変化—
第 62 回日本公衆衛生学会総会 2003 年 10
月 京都市
- 3) 谷川緑、有馬志津子、三上洋 保健医療系学
生のたばこに対する態度の変化 第 23 回日
本看護科学学会学術集会 2003 年 12 月
三重県津市
- 4) 有馬志津子、谷川緑、三上洋 看護学生に対
するたばこ教育介入による有効性の検討
第 23 回日本看護科学学会学術集会 2003
年 12 月 三重県津市

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

この研究において知的財産権に該当するも
のはなかった。

表 1-1 回収人数と回収率(平成 15 年度)

人数(%)

	全体	学年			
		1 年	2 年	3 年	4 年
全体	661 (98.1)	172 (99.4)	157 (100.0)	179 (100.0)	153 (92.3)
看護学	332 (97.6)	84 (100.0)	78 (100.0)	94 (100.0)	76 (89.4)
検査技術科学	162 (97.6)	43 (97.7)	37 (100.0)	44 (100.0)	38 (92.3)
放射線技術科学	167 (99.4)	45 (100.0)	42 (100.0)	41 (100.0)	39 (97.5)

表 1-2 回収人数と回収率(平成 14 年度)

人数(%)

	全体	学年			
		1 年	2 年	3 年	4 年
全体	641 (94.5)	188 (98.2)	155 (89.6)	168 (96.6)	150 (93.8)
看護学	314 (97.5)	85 (100.0)	82 (96.5)	78 (96.3)	69 (97.2)
検査技術科学	168 (94.4)	42 (97.7)	39 (84.8)	43 (95.6)	44 (100.0)
放射線技術科学	159 (89.3)	41 (95.3)	34 (81.0)	47 (98.0)	37 (82.2)

表 1-3 専攻別の喫煙状況(平成 15 年度)

人(%)

	現在喫煙者	以前は吸っていたが1ヶ月は吸っていない	吸ったことはある	吸ったことは一度もない	無回答
看護(n=332)	11 (3.3)	11 (3.3)	40 (12.0)	269 (81.0)	1 (0.3)
検査(n=162)	6 (3.7)	3 (1.9)	11 (6.8)	141 (87.6)	0 (0.0)
放射(n=167)	18 (10.7)	7 (4.2)	28 (16.7)	115 (68.5)	0 (0.0)
合計(n=661)	35 (5.3)	21 (3.2)	79 (12.0)	525 (79.4)	1 (0.2)

表 1-4 専攻別の喫煙状況(平成 14 年度)

人(%)

	現在喫煙者	以前は吸っていたが1ヶ月は吸っていない	吸ったことはある	吸ったことは一度もない	無回答
看護(n=314)	17 (5.4)	7 (2.2)	47 (15.0)	242 (77.1)	1 (0.3)
検査(n=163)	7 (4.3)	2 (1.2)	11 (6.7)	143 (87.7)	0 (0.0)
放射(n=156)	12 (7.1)	9 (5.8)	38 (24.4)	97 (62.2)	0 (0.0)
合計(n=633)	36 (5.7)	18 (2.8)	96 (15.2)	482 (76.1)	1 (0.3)

()内の数値は各専攻の有効回答者に対する割合を示す

表 1-5 専攻、学年、性別による喫煙者数と喫煙率（平成 15 年度）

人(%)

		学年				合計
		1年	2年	3年	4年	
看護	女	0 (0.0)	1 (1.4)	6 (16.7)	3 (4.1)	10 (3.1)
	男	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (33.3)	0 (0.0)	1 (8.3)
検査	女	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (5.7)	2 (1.5)
	男	0 (0.0)	2 (25.0)	1 (25.0)	1 (33.3)	4 (16.7)
放射	女	0 (0.0)	1 (4.5)	2 (9.1)	2 (11.1)	5 (6.7)
	男	5 (16.1)	1 (4.8)	4 (21.1)	3 (14.3)	13 (14.1)
合計		5 (2.9)	5 (3.2)	14 (7.9)	11 (7.2)	35 (5.3)

表 1-6 専攻、学年、性別による喫煙者数と喫煙率（平成 14 年度）

人(%)

		学年				合計
		1年	2年	3年	4年	
看護	女	1 (1.2)	5 (8.9)	2 (2.2)	7 (8.1)	15 (4.4)
	男	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (33.3)	1 (16.7)	2 (11.8)
検査	女	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.7)	1 (2.4)	2 (1.3)
	男	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (25.0)	3 (50.0)	5 (18.5)
放射	女	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (4.3)	0 (0.0)	1 (1.1)
	男	1 (4.3)	2 (10.0)	4 (14.8)	4 (14.8)	11 (11.3)
合計		2 (1.2)	7 (4.0)	14 (5.9)	16 (8.2)	36 (4.9)

()内の数値は在籍者数に対する喫煙者の割合を示す

表 1-7 たばこに対する態度

	全体	看護	検査	放射
1) 病院などの医療施設が全面禁煙することは重要である(n=660)	6.3±1.2	6.4±1.1	6.5±0.9	6.1±1.5
2) 禁煙指導することは保健医療従事者としての責任である(n=660)	6.0±1.3	6.1±1.2	6.1±1.1	5.6±1.5
3) 保健医療系学校で患者を禁煙指導する方法を教育することは重要である(n=659)	6.2±1.2	6.4±1.0	6.1±1.1	5.8±1.4
4) 保健医療従事者は"たばこを吸わない人"として社会へのよい規範となるべきである(n=658)	5.5±1.6	5.6±1.5	5.5±1.5	5.1±1.8
5) 保健医療系学校が全面禁煙することは重要である(n=654)	5.7±1.5	5.8±1.4	5.8±1.4	5.3±1.8
6) 保健医療従事者が取り組むべき健康問題としてたばこ対策は重要である(n=656)	6.2±1.2	6.4±1.0	6.3±1.0	5.8±1.5
7) 保健医療系学生は効果的な禁煙指導の教育を受ける必要がある(n=655)	6.1±1.2	6.4±1.0	6.0±1.1	5.4±1.5
8) 保健医療従事者は喫煙するべきでない(n=656)	5.2±1.8	5.4±1.7	5.2±1.6	4.9±2.0

表 3-1 第 1 回目の目標・内容・媒体・時間について(90 分)

学習目標	内容	媒体	時間
たばこに関する知識と看護職の役割に関する知識を得る	<p>たばこ教育プログラムの目的と流れの説明</p> <p>喫煙の健康への害と看護職の役割に関する講義</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. たばこ煙の有害成分 2. 喫煙者自身の健康被害 3. 受動者の害 4. たばこの依存性 5. 禁煙の効果 6. 日本におけるたばこ対策 7. 保健医療従事者のたばこ問題 8. グループディスカッション 	講義資料 スライド DVD	60 分
禁煙指導や模範的な役割について積極的な態度をもつ	<p>看護職の役割に関するディスカッション</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ディスカッション方法について説明とグループ分け(5 分) テーマ「今後あなたは看護職として、わが国のたばこ問題に具体的に何ができると思いますか」 2. ディスカッションの実施(25 分) 	説明用資料 記録用紙	30 分

表 3-2 第 2 回目の目標・内容・媒体・時間について(90 分)

学習目標	内容	媒体	時間
禁煙のステージ別の指導のポイントについて分かる	<p>禁煙サポートの講義</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 行動変容のステージモデル 2. 喫煙者の主体性を高めるカウンセリング法 3. 喫煙状況の把握とたばこ検査 4. 準備期の禁煙サポート <ol style="list-style-type: none"> 1) 喫煙者のプロフィール 2) 準備期の指導のポイント 3) よいサポート例 4) 指導のポイントのおさらい 5. 関心期の禁煙サポート <ol style="list-style-type: none"> 1) 喫煙者のプロフィール 2) 関心期の指導のポイント 3) よいサポート例 4) 指導のポイントのおさらい 6. 無関心期の禁煙サポート <ol style="list-style-type: none"> 1) 喫煙者のプロフィール 2) 無関心期の指導のポイント 3) よいサポート例 4) 指導のポイントのおさらい 	講義資料 スライド DVD	40 分
禁煙サポートの実際についてイメージがもてる	<p>禁煙サポートのペアロールプレイ(受講者全員にロールプレイを体験させる方法)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ロールプレイの説明 2. ペアの作成と役決め(準備期の喫煙者役、看護職役) 3. ロールプレイの実施 4. 役を交代して、ロールプレイの実施 5. ペア内で指導の振り返り 	説明用資料 問診票 検査結果 禁煙宣言書 セルフヘルプガイド	50 分

表 3-3 介入前後の評価指標と評価項目

評価指標	評価項目
たばこに関する知識を得る	<ul style="list-style-type: none"> ・ 喫煙関連疾患の知識 10 問(無制限複数選択法) <ol style="list-style-type: none"> 1)膀胱がん 2)喘息 3)慢性気管支炎 4)心臓病 5)脳卒中 6)消化性潰瘍 7)歯周病 8)糖尿病 9)乳幼児突然死 10)乳幼児中耳炎 ・ たばこに関する基礎知識 15 問(真偽法) <ol style="list-style-type: none"> 1)喫煙と予防 2)たばこの有害成分 3)死亡数 4)主流・副流煙 5)たばこと呼吸器 6)たばこと妊婦 7)たばこと不妊 8)受動喫煙 9)ニコチン依存症 10)禁煙の効果 11)ニコチンガム・パッチ 12)離脱症状 13)わが国の喫煙率 14)男性喫煙率 15)看護職の喫煙率
禁煙サポート方法について理解できる	<p>3 事例の禁煙ステージとステージに応じた禁煙サポート方法の選択(7つの選択肢による組み合わせ法)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)無関心期:禁煙について話しあう 2)関心期:禁煙の動機を強化する 3)準備期:禁煙開始日を決め、具体的目標をたてる
禁煙指導や模範的な役割への積極的な態度をもつ	<p>たばこに対する態度 8 項目(全く賛成しない=1~大いに賛成する=7)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)医療施設の全面禁煙化 2)禁煙指導は医療者の責任 3)学校での禁煙指導教育の必要性 4)医療者の模範的役割 5)学校の全面禁煙化 6)たばこ対策の重要性 7)学生が禁煙指導教育を受ける必要性 8)医療者の禁煙
禁煙指導に対する意欲をもつ	<p>たばこ保健指導への意欲 3 項目(全く意欲がない=1~大いに意欲がある=7)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)たばこの害 2)たばこの依存性 3)禁煙指導方法
禁煙指導に対する自信をもつ	<p>たばこ保健指導への自信 3 項目(全く自信がない=1~大いに自信がある=7)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)たばこの害 2)たばこの依存性 3)禁煙指導方法
家族や友人に対する禁煙の呼びかけを行う	<p>禁煙の呼びかけの有無(択一法)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)家族にたばこの害について話をした 2)友人や知人にたばこの害について話をした 3)喫煙している家族を禁煙しようと働きかけた 4)喫煙している友人や知人を禁煙しようと働きかけた
たばこに関する社会の動きへの関心をもつ	<ul style="list-style-type: none"> ・ たばこに関する社会の動きへの関心度(全く関心がない=1~大いに関心がある=5) ・ たばこに関する時事問題(真偽法) <ol style="list-style-type: none"> 1)たばこ包装の警告 2)たばこの「マイルド」「ライト」の表示 3)日本癌学会の禁煙宣言 4)F1 マシンのたばこ広告禁止 5)欧州連合がたばこの箱に喫煙で黒くなった肺の写真を掲載 6)WHOの「たばこ対策枠組み条約」の採択 7)米疾病対策センターがたばこの健康影響に関する調査報告を疾病死亡週報に掲載 8)日本循環器学会が5年後までに喫煙率を看護師を含めた関係者で1/4に、医学生を0%にする数値目標を掲載 9)たばこ広告業界の自主的規制 10)大阪大学附属病院における病院建物内の禁煙実施

図1-1 たばこに対する態度得点の経年的変化(全専攻)

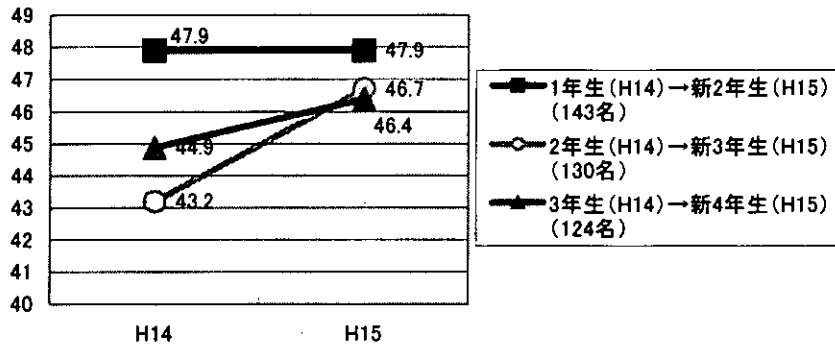


図1-2 たばこに対する態度得点の経年的変化(看護)

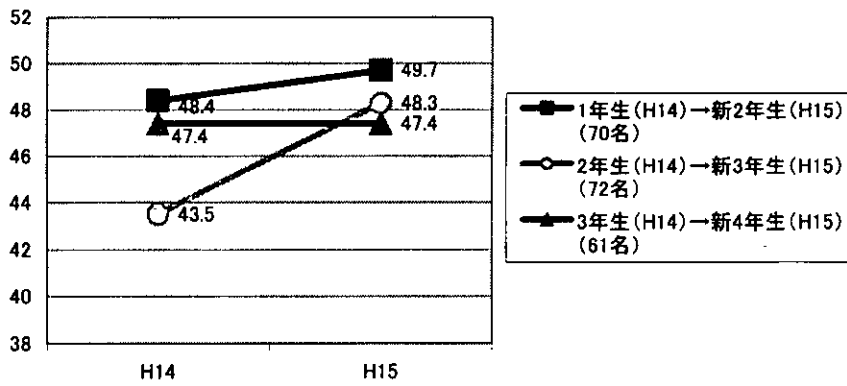


図1-3 たばこ保健指導への意欲の経年的変化(全専攻)

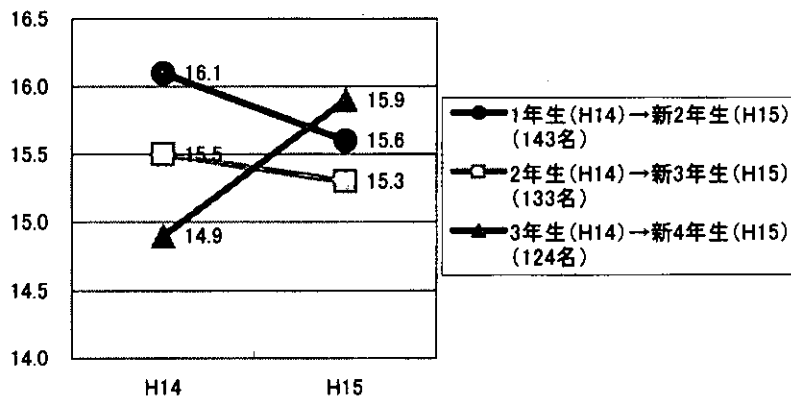


図1-4 たばこ保健指導への意欲の経年的変化(看護)

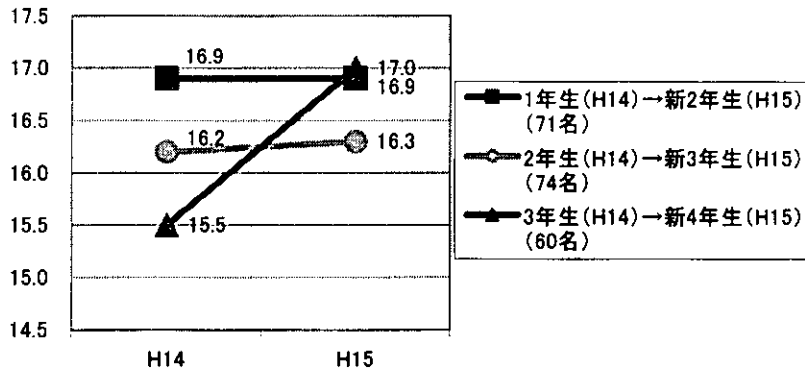
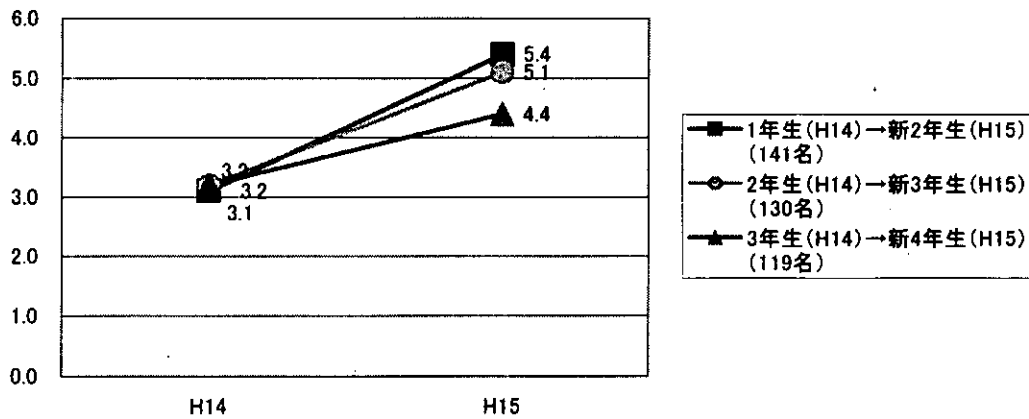


図1-5 喫煙関連疾患得点の経年的変化(全専攻)



(点) 図2-1 介入前の喫煙関連疾患の知識 3群別にみた知識の変化(n=76)

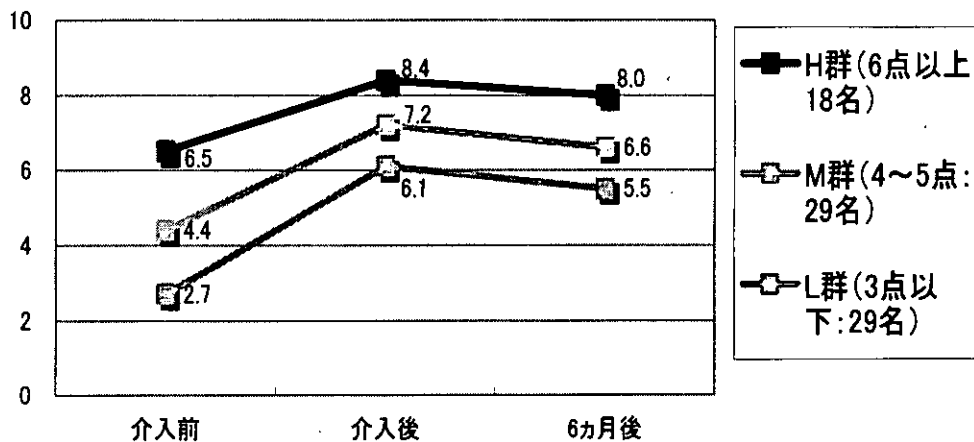


図2-2 介入前のたばこに関する基礎知識 3群別にみた知識の変化(n=76)

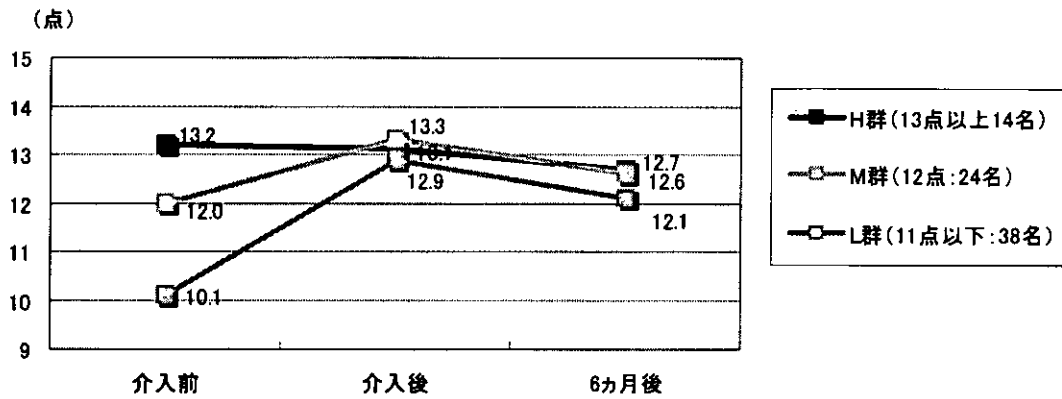


図2-3 介入前のたばこに対する態度 3群別にみた態度の変化(n=71)

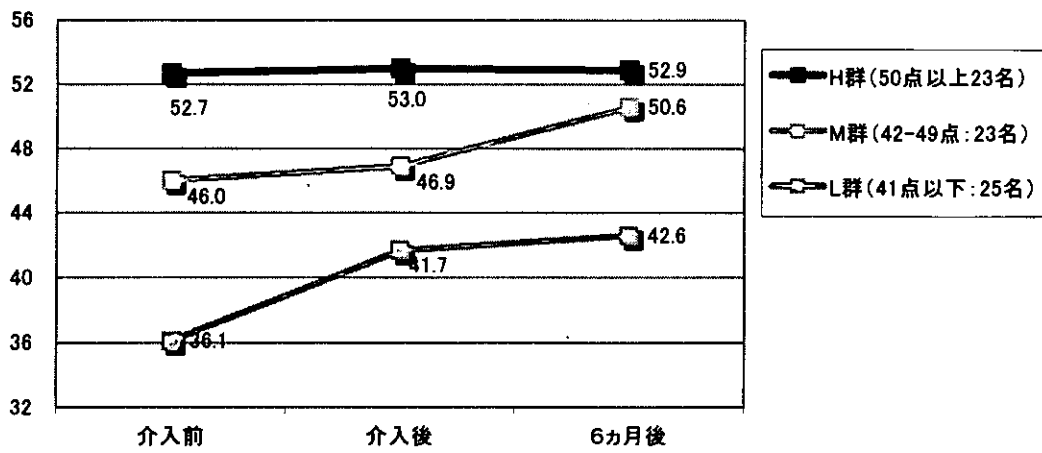
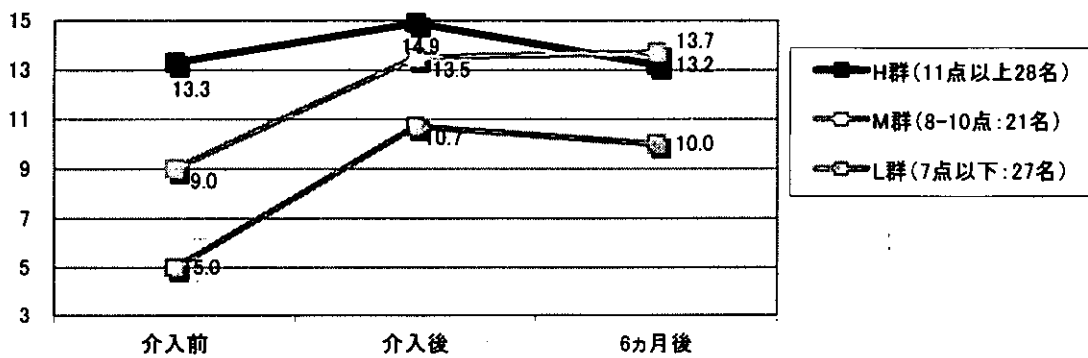


図2-4 介入前のたばこ保健指導への自信 3群別にみた自信の変化(n=76)



(点) 図2-5 介入前のたばこ保健指導への意欲 3群別にみた意欲の変化(n=75)

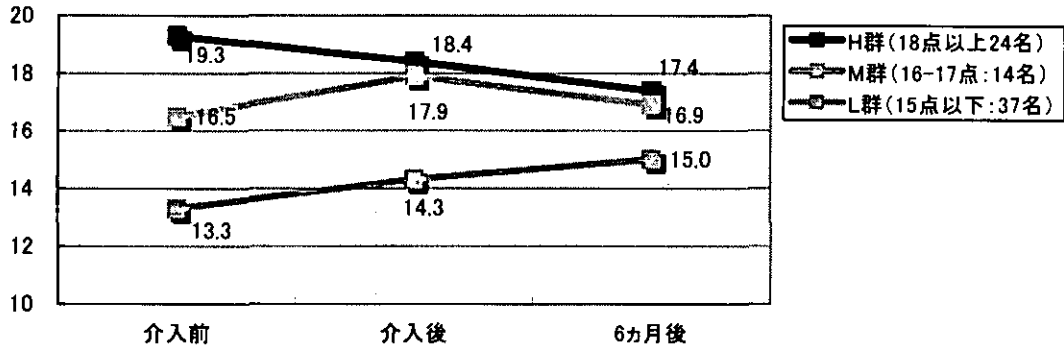


図3-1 喫煙関連疾患に関する知識の正解率(%) (n=77)

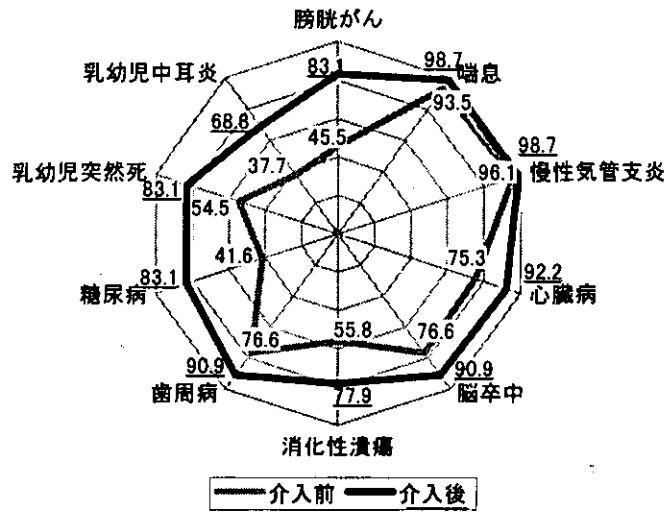
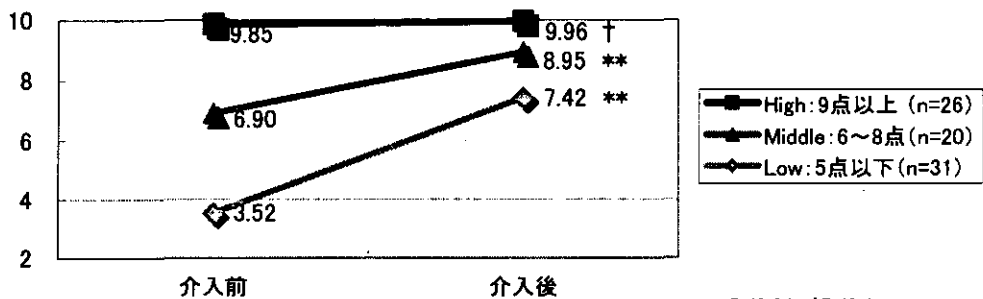


図3-2 喫煙関連疾患に関する知識3群からみた知識得点の変化(n=77)



**P<0.01 †P<0.1

図3-3 喫煙者のステージ分類の正解率の変化(n=77)

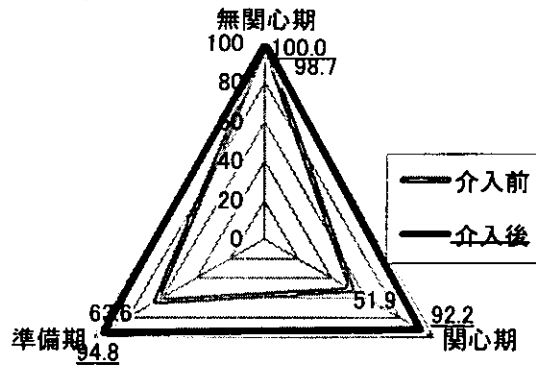


図3-4 禁煙サポート方法の正解率の変化(n=77)

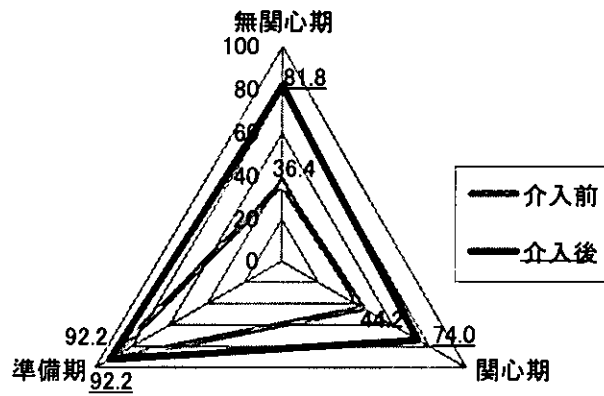


図3-5 介入前のたばこ保健指導への意欲からみた介入後の変化(n=77)

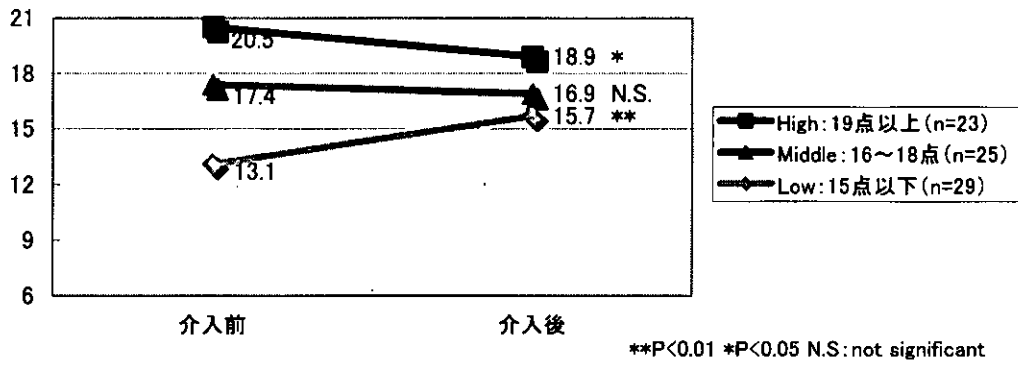


図3-6 介入前のたばこ保健指導への自信からみた介入後の変化

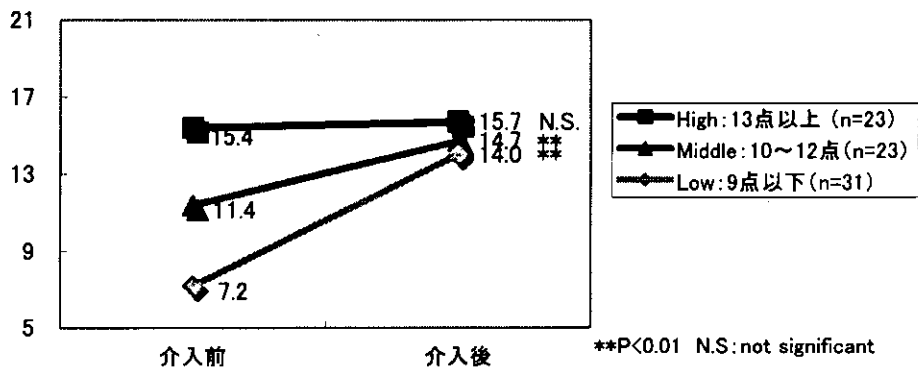
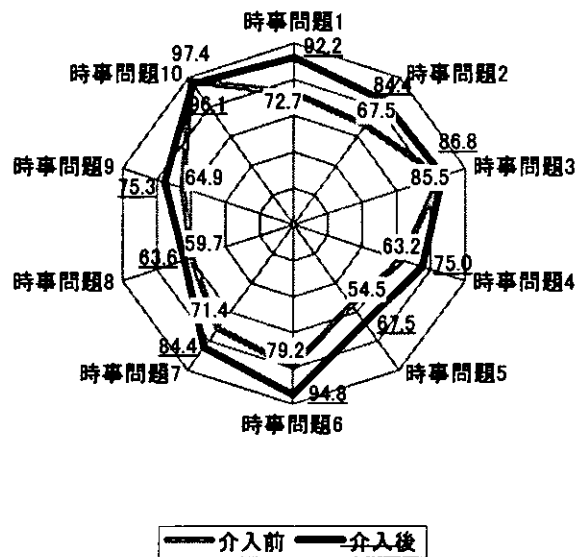


図3-7 たばこに関する時事問題の正解率(%) (n=77 欠損値除く)



(注) 上記のグラフ番号は以下の質問項目の番号と同じである

1. 2005年7月より、たばこ包装の主要面の30%以上に警告を載せることが義務付けられる
2. たばこの「マイルド」「ライト」などの表示は、有害性が低い印象を与えるため、2005年7月以降このような銘柄のたばこは、健康への悪影響が他の銘柄と変わらないことが解るように表示をすることが必要となる
3. 日本癌学会は2003年10月「禁煙宣言」を採択し、「あらゆる機会をとらえて喫煙の害を説き、禁煙を呼びかける」などの会員の努力目標を規定した
4. F1のマシンを飾る鮮やかなスポンサー広告の中心だった「たばこ広告」は2007年以降掲載が禁止される
5. 欧州連合(EU)は2004年10月からタバコの箱に、喫煙で黒くなった肺の写真やデザインなどを掲載し、タバコの害をさらに訴えていく方針を決めた
6. 2003年の世界保健機関(WHO)総会において、たばこ消費削減を目指し、広告、販売を世界的に規制する「たばこ対策枠組み条約」が採択された
7. 2003年9月米疾病対策センター(CDC)は、初めてたばこの健康影響に関する調査報告を「疾病死亡週報」に掲載した。それによると、国民の約3%にあたる約860万人が、喫煙に関係した慢性疾患に苦しんでいることがわかった
8. 2002年、日本循環器学会は5年後までに喫煙率を看護師などを含めた関係者で4分の1に、医学生で0%にする数値目標を掲げた
9. 現在たばこ広告は業界が自主的に規制しており、(1)テレビやラジオのCMは原則禁止(2)新聞や雑誌は読者層によって規制(3)学校周辺での宣伝禁止(4)たばこ会社がイベントの種類によってスポンサーになることの禁止、などが取り決められている
10. 2003年10月1日より、大阪大学医学部附属病院では病院建物内の禁煙が実施されている

厚生労働科学研究費補助金（がん予防等健康科学総合研究事業）

分担研究報告書

大阪府におけるたばこ対策の実施とその評価
医療機関における喫煙対策の実施状況について

分担研究者 中村 顕 大阪府健康福祉部地域保健福祉室地域保健課課長補佐
研究協力者 中村 正和 大阪府健康科学センター健康生活推進部長
大松 正宏 大阪府健康福祉部地域保健福祉室地域保健課参事
高山 佳洋 大阪府健康福祉部地域保健福祉室副理事兼地域保健課長

研究要旨

（目的）府内の医療機関におけるたばこ対策の現状を調査し、課題を明らかにするとともに、今後の対策推進のための基礎とする。

（方法）

平成12年5月に策定した「大阪府におけるたばこ対策ガイドライン（医療機関編）」（以下、「ガイドライン」という。）に基づき、保健所が実施する医療監視の機会を活用して、病院のたばこ対策に関する状況調査を行うとともに、平成15年2月末までに実施した14年度の調査結果を分析し、平成12年度から実施した調査結果とともに比較・評価・検討する。

（結果）

平成12、13年度に比較して、施設の禁煙分煙化及び禁煙サポートの提供に取り組む病院は着実に増加していた。

特に「職員のみが使用する場所」において対策が進んだ施設が多く、医療従事者の意識向上がうかがわれる一方で、「患者が出入りする場所」では対策が遅れており、患者への受動喫煙防止の観点からさらに対策を進める必要がある。

病院の施設の禁煙分煙化を進めるにあたり、多くの施設が分煙化ではなく、禁煙化を進めていること、また、待合室、病棟談話室、食堂など診療に直接関係しない場所の取り組みが依然として遅れていることは、これまでと同様の傾向であった。

（考察）

健康増進法の施行や病院機能評価における「全館禁煙」の評価方針などが示されたことから、今後病院においては急速に「全館禁煙」という形で喫煙対策が進むものと予想される。一方で診療所における喫煙対策については、調査の実施を含め、今後検討すべき課題である。

A. 研究目的

たばこ対策を推進するためには、たばこによる健康被害をよく知る医師をはじめとする保健医療専門職の役割は極めて大きいものがあり、率先

してたばこ対策に取り組むことが重要であると考える。

大阪府では、たばこ対策を総合的に推進するために平成11年5月に「大阪府たばこ対策行動計

画」を策定し、平成12年5月にはこの計画の具体的推進方策として(社)大阪府医師会、(社)大阪府病院協会、(社)大阪府私立病院協会、(社)大阪府看護協会等、関係団体の協力を得て、「大阪府におけるたばこ対策ガイドライン(医療機関編)」(以下、「ガイドライン」という。)を策定した。

ガイドラインでは、2005年までの目標として、「府内の全医療機関で全面禁煙またはたばこ煙が喫煙場所から完全に流れ出ない空間分煙を実施すること」、また「全ての府内医療機関において、何らかの禁煙サポートを実施すること」を設定し、関係団体が一体となりたばこ対策を推進することとしている。

また、関係団体による普及啓発等の働きかけに加え、保健所が医療監視の機会等を活用し、病院の取り組み状況を調査することを通じて、個別の病院にたばこ対策への協力を働きかけることとし、平成12年度から府保健所及び政令市(大阪市、堺市、東大阪市)と協同して、対策を開始したところである。

そこで、平成12、13年度に引き続き府内の病院におけるたばこ対策の現状について、医療監視の機会を活用して調査を行うとともに、今までの調査結果と比較・検討し、対策の進捗状況を把握・分析することにより、医療機関におけるたばこ対策を推進する際の課題を明らかにして、今後の対策の進め方に役立てることとした。

B. 研究方法

平成12年度と同様にガイドラインに基づき、保健所による医療監視の機会等を活用した病院のたばこ対策の状況調査を実施した。

また、平成14年度の調査の結果を分析し、平成12、13年度の調査結果と比較することにより、対策の進捗状況を評価検討した。

併せて、医療監視等の機会を活用して病院にたばこ対策への取り組みを啓発・普及する方法について検討を行った

1. 対象

調査対象は、府内の564病院。このうち、結果を回収できた564病院、回収率100.0%(平成13年度は97.2%)について、調査結果を分析した。

2. 調査期間

平成14年6月から平成15年2月まで

3. 調査方法

ガイドラインに基づき、「公共の場所における分煙の在り方検討会報告書(平成8年3月厚生省)」に沿って作成した「分煙・禁煙化チェック票」及び「禁煙サポート実施状況調査票」を用いて、保健所が医療監視等で医療機関を訪問する機会を利用して調査を行った。

4. 禁煙分煙環境の評価方法

禁煙分煙環境の評価方法は、報告書に従い空間分煙をA~Dのようにガイドラインにおいて定義した上で、表Iのとおり施設内の部屋毎に禁煙分煙環境を7段階に分類し評価をすることとしている。

各施設の分煙、禁煙対策及び禁煙サポートの実施状況は、次のルールにより評価し、調査結果としてまとめた。

- ・利用目的等が類似する部屋等が複数あり、それぞれ禁煙・分煙実施状況の回答がある場合は、1つにまとめてレベルの低い方を採用。
(例：病棟2階廊下は禁煙、病棟3階廊下は空間分煙Aという場合、一括して病棟廊下とし、空間分煙Aとした。)
- ・該当する部屋等を施設内に有していない病院は、集計対象から除外。
- ・禁煙欄にチェックがありながら、空欄または備考欄に喫煙室の記述がある場合、空間分煙Aとする。

なお、ガイドラインでは、対策の目標を、平成17年までに、府内の全医療機関で「(施設全体で)全面禁煙又はたばこの煙が喫煙場所から完全に流れ出ない空間分煙(表Iの空間分煙B以上に相当)を実施すること」及び「何らかの禁煙サポートを実施すること」と定めている。そして推進方

策として、表Ⅱのとおり施設内の場所（部屋）の利用目的、状況に応じて場所別に禁煙分煙環境の整備目標を定め、まず「①患者等が利用する場所」の分煙・禁煙化から始め、順次、「②職員が利用する場所」へ広げるとともに、分煙環境を「より煙のもれない方法」（表Ⅰの充実度「低」から「高」の方法）へと内容を充実させながら、最終的には禁煙原則に立脚した対策を行うこととしている。

そのため対策の進捗状況の評価は、ガイドラインの推進方針に示した整備目標別（表Ⅱ）の進捗状況の評価及び施設全体での対策の進捗状況の総合評価により行った。

（倫理面への配慮）

各種のたばこ対策そのものは、対象の賛同を得て実施される。モニターや評価のための調査は、個人名あるいは個別名を出さないとの条件のもとで同意を得て行った。なお、調査結果に基づいて医療機関名などを公表する場合には、再度同意を得て行った。

C. 研究結果

1. 禁煙分煙化

(a) 場所別の分煙禁煙環境の評価及び整備目標別の進捗状況

表Ⅱで分類した場所のうち、一般食堂を除くすべての場所について、ガイドラインの目標である空間分煙B以上の対策が完了している施設の割合が増加し、その対策の方法としては禁煙を実施している施設が増加する傾向が続いている。（表1, 2）

とりわけ、「患者が出入りする場所」のうち、病棟詰め所、外来待合室や、病棟談話室、外来ロビーなどで目標達成率が上昇している。「職員のみが使用する場所」では達成率の伸びが「患者が出入りする場所」より大きく、看護婦控室、放射線技師室などでは10%の伸びを見た。

ガイドラインでは「患者が出入りする場所」のうち「病室、診察室、処置室、手術室、検査室、病棟詰所、待合室、廊下、トイレ」などを「禁煙とすべき場所」として最初に対策に取り組むことを求めている。これらの場所の全てが禁煙となっ

ていた病院は 59.6%（54.5%）（以下カッコ内は平成13年度調査結果）、B以上の分煙対策を実施していた病院は5.7%（5.3%）、併せてガイドラインの目標である「禁煙またはB以上の分煙対策」が行われていた病院は、65.2%（59.9%）であった。（表3）

また、「患者が出入りする場所」のうち「談話室、食堂、ロビー等」は、「禁煙または空間分煙の実施」を整備目標にしているが、これらの場所の全てで禁煙又はB以上の空間分煙対策を実施し目標を達成していた病院は 26.4%（24.8%）であった。

「職員のみが使用する場所」については、「患者が出入りする場所」の次に分煙禁煙化対策を広げていくことを求めている。このうち、「検査室、会議室、応接室 等」は「禁煙とすべき場所」としているが、これらの場所の全てが禁煙となっていた病院は 60.6%（52.4%）、B以上の分煙対策を実施していた病院は2.0%（1.8%）、併せてガイドラインの目標である「禁煙またはB以上の分煙対策」が行われていた病院は、62.6%（54.2%）であった。

また、「職員のみが使用する場所」のうち、「事務室、医局、看護師控室等」は、「禁煙または空間分煙の実施」を整備目標にしているが、これらの場所の全てにおいて禁煙又はB以上の空間分煙を実施し、目標を達成していた病院は 38.1%（27.6%）であった。

いずれの整備目標も率にして 2.0~10.5%程度達成率が上昇している。特に「職員のみが使用する場所」では伸び率が高く、医療従事者の意識改革が進んでいることを示唆するが、「患者が出入りする場所」では伸びが少なく、患者への受動喫煙防止の観点からの対策が、さらに必要である。また、いずれの場所においても、達成された状況としては「全ての場所で禁煙」という形で達成された施設が多く、より好ましい状況での達成が進んでいる。

(b) 分煙・禁煙対策の総合評価（表4）

ガイドラインの最終目標は、「施設全館で全面禁煙又はたばこの煙が喫煙場所から流れ出ない

完全空間分煙（表 I の空間分煙 B 以上に相当）の実施」としているが、病院施設全館が全面禁煙となっているのは 6.7%（5.7%）、全館で空間分煙 B 以上は 3.1%（3.0%）で、併せて 9.8%（8.7%）が目標を達成していた。

一方、ガイドラインで最初に禁煙分煙化に取り組むべき場所としている「患者が出入りする空間で、禁煙とすべき場所」、すなわち病室、処置室、詰め所、診察室、待合室等のうち一部の場所で依然として空間分煙 B 以上の対策を行っていない

（空間分煙 C 以下の場所がある）病院は、35.4%（40.1%）であった。

2. 禁煙サポートの実施状況（表 5, 6）

何らかの禁煙サポートを実施している病院は、前年度の 68.1%から 69.7%と増加が鈍化した。実施している禁煙サポートの状況としては、外来または入院患者への個別指導が中心で、ポスター等の啓発やニコチン代替療法の実施も増加している。

また、禁煙専門外来を実施している病院は、当該外来を府民が利用しやすいように、「禁煙専門外来のある病院リスト」にまとめた。

3. 調査結果の公表

本調査結果は、ホームページにおいて公表するとともに、報道提供した。

(<http://www.kenkoukagaku.jp/hoken/eiyou/21/tabako.html>)

このうち、禁煙専門外来のある病院については、引き続き、病院、関係機関、団体の了解を得た上で、病院名、連絡先等を公表した。これらは、マスコミ（新聞報道）を通じて府民への情報提供を行ったことで、禁煙サポートを希望する府民からの問い合わせも多く、本リストによる情報提供は有用であった。

また、実施状況調査の結果は関係団体機関誌にも掲載した。

D. 考察

平成15年8月には健康増進法が施行され、その第25条において、学校、体育館、病院、劇場、観覧場、集会場、展示場、百貨店、事務所、官公庁施設、飲食店その他の多数の者が利用する施設を管理する者は、これらを利用する者について、受動喫煙（室内又はこれに準ずる環境において、他人のたばこの煙を吸わされることをいう。）を防止するために必要な措置を講ずるように努めなければならないとの受動喫煙防止対策の実施義務が盛り込まれた。

健康増進法が施行された前後は、マスコミで大規模に報道され、病院をはじめ官公庁、公共交通機関等で大幅に受動喫煙対策が進んだ。

また医療機関においては、（財）日本医療機能評価機構による病院機能評価が1,142施設（平成16年2月末）と進んでいる。この中で2004年度中に適用される次期評価では、「一部の病院を除き、全館禁煙の方針が確立し、それが適切に実施されていないければ認定されない」方向が示された。

このことから医療機関特に病院においては今後急速に、「全館禁煙」という形で喫煙対策が進むことが予想される。

以上のような社会状況の変化により、たばこ対策はより一層促進されると思われるが、今後のたばこ対策を進めるためには、引き続き調査を実施する必要がある。

また病院における喫煙対策が進む一方、診療所における対策も今後の課題として残っている。

E. 結論

平成12,13年度に引き続き平成14年度においても、医療監視等の機会にあわせて喫煙対策の状況調査を実施した。

施設の禁煙分煙化及び禁煙サポートの提供に取り組む病院は引き続き着実に増加していた。

病院の施設の禁煙分煙化にあたっては、分煙ではなく禁煙という形で喫煙対策が引き続き進んでいる。

健康増進法および病院機能評価における全館禁煙の方針などを受け、今後病院においては急速に喫煙対策が進むと予想されるが、診療所等も含