

## 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<sup>1</sup>、三徳和子<sup>2</sup>

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<sup>1,2)</sup>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<sup>3)</sup>。

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<sup>4)</sup>、身体活動度が低い<sup>5)</sup>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<sup>6)</sup>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<sup>7)</sup>であり、精神科看護師自身の喫煙率が高く<sup>8)</sup>、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<sup>9)</sup>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<sup>10)</sup>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<sup>11,12)</sup>。川合は、精神症状の安定した慢性期が禁煙に適している<sup>13)</sup>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<sup>14,15)</sup>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、 $\chi^2$ 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 $\chi^2$ 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<sup>3)</sup>(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<sup>16)</sup>(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<sup>4,5,17)</sup>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<sup>7)</sup>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<sup>18)</sup>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<sup>19)</sup>、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<sup>5)</sup>および唾液の減少<sup>20)</sup>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:  $\chi^2$  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<sup>21)</sup>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<sup>22, 23)</sup>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<sup>24)</sup>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<sup>25)</sup>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<sup>26)</sup>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 Nakajima<sup>1</sup>, Kazuko Mitoku<sup>2</sup>

### 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

<sup>1</sup> Department of Nursing, School of Health Science and Social Welfare, Kibi International University

<sup>2</sup> Former Department of Nursing, faculty of Health and Welfare Kawasaki University of Medical Welfare