

地域で暮らす精神障害者を対象としたロールプレイを多用した禁煙動機付け集団プログラム (Var2.0) の開発と紹介

小松 洋平¹⁾ 青山 宏²⁾ 皿田 洋子³⁾

I. はじめに

精神障害者における喫煙率は、一般人の2～3倍である¹⁾。特に統合失調症患者の喫煙者の割合は70～80%であり、心疾患が懸念されている²⁾。一方、禁煙治療は精神疾患にも有効^{3:4)}とのメタアナリシスがある。そして、このような禁煙治療を希望する者は、精神障害を持つ喫煙者のうち50～70%と多い^{5:6:7)}。しかし、地域で暮らす精神障害者が禁煙補助剤を用いた治療をするには、禁煙の専門医を受診しなければならない。そのため精神科デイケアや就労支援事業所の職員は、精神障害がある喫煙者が、上記のような禁煙治療を開始したくなるような、禁煙を動機付けるアプローチを行なう必要がある。

そこで、本論執筆者らは、精神障害者で喫煙者の禁煙動機を高めことを目的とする精神障害者の学習特性に応じた精神障害者の禁煙動機付け集団プログラム Ver 2 (以下本プログラム) を考案した。以下にその内容について述べる。

II. 地域で暮らす精神障害者の禁煙支援に関する海外の先行研究

地域で暮らす精神障害者の禁煙支援に関して、国内では、対照群をおいた介入研究による実証はされていない。そこでまず、海外論文を精査した。

Baker A は8セッションの個別の動機付けインタビューと認知行動療法が含まれる心理療法と禁煙補助剤の治療の併用を実施した結果、非介入群と比較して、禁煙率に全体的な差はなかったが、すべての治療セッションを完了した者は禁煙した割合が有意に高かったと報告している⁶⁾。

PeckBam E は英国のGPにて、個別禁煙介入(行動支援および投薬)と通常GPケアとを比較した結果、個別禁煙介入の方が12ヶ月間禁煙をしている者が多かった。これは呼気一酸化濃度測定で確認された⁸⁾。Steinberg は無関心期にある統合失調症の喫煙者を、1セッションの動機付け介入群、標準的な心理カウンセリング群、アドバイスのみを受ける群に、無作為に割りつけた。その結果、動機付け介入を受けた参加者の多くは、禁煙治療の専門家を訪問した⁹⁾。

Dickerson et al は、重度の精神病患者の禁煙プログラムに参与するピアカウンセラーを養成した。そしてピアカウンセラー禁煙プログラム参加者と個別に会い、参加者の呼気一酸化炭素濃度を測定し、その結果をフィードバックした。その結果、両当事者は対人同盟を高く評価し、プログラムの参加者の一酸化炭素レベルが低下し、1日に喫煙したたばこの数も減った¹⁰⁾。

このように、地域で暮らす精神障害者の禁煙支援介入は、カウンセリング、禁煙補助薬、および対人支援を組み合わせなければならないとされている¹¹⁾。

III. 想定する対象者と目標

上記のように、海外の精神障害者の禁煙支援は、多くが最初から禁煙補助薬を併用している。しかし、日本においては、医師や薬剤師以外の職種が禁煙補助剤を与えることはできない。そのため、まず、参加者が禁煙補助剤を使用して禁煙治療を開始するように、禁煙動機の高揚を図るような心理的支援が求められる。

また健康行動は、無関心期→関心期→準備期→行動期→維持期と変容する^{12:13)}。精神障害者の多くは禁煙に関心がある⁷⁾との指摘があり、われわれの調査でも、

受付日：平成30年10月1日、採択日：平成30年11月1日

所属：1) 西九州大学リハビリテーション学部

2) 前所属：西九州大学リハビリテーション学部

3) 前所属：福岡大学人文科学研究科

地域で暮らす精神障害者の半数が禁煙に関心を持っていた。

そこで本プログラムは、禁煙に対して無関心期や関心期にある精神障害者に対して、禁煙の動機を高め、禁煙補助剤の使用を開始したり、禁煙外来を受診したりするなど、禁煙に向けた行動を始めることを目標とする内容とした。

IV. 禁煙を支援する心理学的方法とそれが禁煙に対して無関心期や関心期にある精神障害者への適応かを検討

一般を対象とした禁煙を支援する心理学的方法としては、動機付け面接¹⁴⁾、5R・5A指導法¹⁵⁾、再喫煙予防のための認知行動療法¹⁶⁾がある。このうち、再喫煙予防のための認知行動療法は、禁煙外来において、禁煙補助剤開始前後から治療中、さらに禁煙維持中に実施される方法である。本研究が対象とする無関心期～関心期の人を対象にする方法は、動機付け面接と5R指導法がある。

動機付け面接は、「やめたいけどやめたくない」という両価性を持つ者に対して、その矛盾に気づかせるようセラピストが働きかけ、行動変容に向かう発言を引き出す手法である¹⁴⁾。そのため、思考障害、特に思路障害あり、言語学習が苦手とされる統合失調症患者には難しく、また被害的念慮を抱かれかねないと考えた。

5R指導法は、関連性の説明、リスクを尋ねる、報酬を尋ねる、禁煙を妨げる障害をたずね、それを解決する方法を助言する、の4つを反復して指導する方法である¹⁵⁾。松本¹⁷⁾も同様に、無関心期から関心期においては、健康問題に関する情報を提供し、それを理解し行動変容への関心をもってもらう働きかけが必要と述べている。しかし、精神障害者の場合、特に統合失調症の患者は、言語学習障害が重度である¹⁸⁾。精神障害者は喫煙で認知機能の低下も指摘されているので、喫煙している精神障害者の認知機能障害・学習特性に応じた支援法が必要である。

Bandura, A. が提唱した社会学習理論は、結果期待と自己効力感を高めることを目指す方法である¹⁹⁾。

著者らは、禁煙に成功した精神障害者にインタビュー調査を行い、禁煙決意までのプロセスを分析した。その結果、精神障害者が禁煙を決意し行動するには「将来の自己イメージを描くこと」や「禁煙可能感の高揚」が必要であることが明らかになった。社会学

習理論の結果期待感、本研究であきらかになった禁煙促進要因である「将来の自己イメージを描く」際に必要な主体的体験であり、自己効力感、禁煙可能感の高揚」に必要な主体的体験であり、本研究の概念を社会的学習理論に帰納できる。社会学習理論では、結果期待と自己効力感、成功体験、モデリング学習、言語的説得、情動体験が、影響をもたらすとされている。そのため、本プログラムにおいても、これらを含むことにした。具体的には、本プログラムにおいても、バイオフィードバックとして、呼気一酸化炭素濃度を測定し、単に喫煙の害を知るだけでなく、結果期待を高めることを目的で行うことにした。またモデリングやスキル訓練も行ない、単に禁煙方法教授ではなく、自己効力感を高めることが目的で行うことにした。そして、モデリングやスキル訓練を行うために、グループで行うことにした。

V. 本プログラムをグループで実施する意義

海外で行われている介入アプローチは個別介入であった。しかし、「日本人は集団主義的、欧米人は個人主義的」と言われる。実際に、日本の精神障害者へのリハビリテーションプログラムも集団介入の形態が多い。プログラム参加者も集団療法に慣れていると推察され、デイケアにおいては、集団介入の方が実施しやすいと予測される。また、海外の先行研究のようにピアカウンセラーを採用することが理想的であるが、日本では、ピアカウンセラーの活躍がまだ十分に理解されているとは言いがたい。これは、ピアカウンセラーの関与を否定するのではなく、近い将来にはピアカウンセラーが行うプログラムに発展させることを予定しているが、現状では困難であることを示している。そこで、後述する集団療法により予測される効果をもって、ピアカウンセラーの効果を補うことを考えた。Irvin D. Yalom²⁰⁾は、グループ療法の効果を11項目あげている。それを本プログラムに当てはめ、以下のようなグループ療法による効果を狙う。

1) 希望をもたらす

参加者同士が禁煙を目指す姿を自分自身にも置き換えて、「参加すると禁煙できそうな気がする」など、禁煙に向けて希望をもつことを狙う。

2) 普遍的体験

禁煙を目指す者同士の交流によって、「禁煙を目指すのは自分だけではない」「禁煙が難しいのは自分だけではない」という安心感が持てるような場を提供す

る。

3) 受容される体験

ロールプレイのポジティブフィードバックを受けることで、受容される体験を提供する。

4) 愛他的体験

ロールプレイのフィードバックを受けることで、自尊心の回復を狙う。

5) 情報の伝達

禁煙の方法や、吸いたくなかった時の対処法について、他の参加者から情報を得ることで、禁煙に向けた方法や対処法が増えることを狙う。

6) 現実検討

他の参加者のロールプレイを見て、自身の方法の妥当性を確認することを狙う。

7) 模倣・学習・修正

他の参加者からの様々な情報を得ることで、「そういった方法もあるのか」「こんな方法でも良い」などを学ぶことを狙う。

8) 表現・カタルシス

「禁煙したいけどできない」「禁煙するときの不安」などについて表現し、他の参加者が賛同することで、それが少しずつ薄らいでいくことを狙う。

9) 相互作用・凝集性

集団が成熟していくことで、参加者同士がお互いに禁煙に向けて助け合い繋げられることを狙う。

10) 共有体験

他の参加者という誰かと一緒に、禁煙に取り組む効果を狙う。

11) 実存的体験

参加者と共にロールプレイにて、禁煙を試みるときに生じる場면을体験することで、禁煙を現実的に受け入れていく効果を狙う。

以上のような集団療法での効果を狙い、本プログラムでは5～6名の集団形態での介入の実施を予定した。

VI. 本プログラムでの学習形式

精神障害者の言語学習の不得意な点などを考慮すべきである。学習した内容を他者に教えることは学習定着の効果が高いといわれている。そのため、精神障害のリハビリテーションの技法のひとつである Social Skills Training の服薬自己管理モジュールでは、服薬アドヒアランスを高めるために、習ったことを他者に伝えるというモデリング学習やロールプレイを実施し、効果をあげている²¹⁾。

また Social Skills Training は多くの精神科病院、地域の就労支援事業所で実施されており、対象者もスタッフも、ロールプレイを用いた体験学習には慣れている。またアメリカの禁煙治療ガイドラインにおける短時間の禁煙カウンセリングでは、問題解決カウンセリングとスキルトレーニングさらにソーシャルサポート(励ましや賞賛)を推奨している¹¹⁾。Social Skills Training には、これと同様の要素が含まれる。よって、同様の学習形式を採用した。具体的には、①呼気一酸化炭素濃度を測定しその結果を他者に伝える場面、②学習した禁煙のメリットを他者に伝える場面のロールプレイを行ない、良いところを賞賛することにした。

VII. セッション回数と時間

アメリカの禁煙治療ガイドラインでは、無関心期から関心期にある者に対しては、3分以内短時間の禁煙アドバイスが効果的¹¹⁾とされており、なるべく短い時間で効果的に実施することが望ましい。一方、本研究では、先述したグループ療法の効果も狙う。そこで、セッションの内容は、1時間で終了できるものとした。また、海外の実践例は、少なくとも4セッションであった。またセッションを完遂するほど、禁煙する者が多かった。本プログラムは、喫煙している精神障害者全体に対してのポピュレーションアプローチの要素を含む。したがって、本プログラムは、まずは1セッションでどのような効果があるのを検証することにした。その後セッション回数を検討することにする。

VIII. 内容について

これらを基礎として、セッションの内容については、精神科医、禁煙外来担当医師(内科医)、精神障害者のリハビリテーションを専門とする作業療法士、健康心理士、臨床心理士、地域で暮らす喫煙中の精神障害者当事者よりアドバイスを得て、テキストを作成した。

まず、禁煙の害を知るために、呼気一酸化炭素濃度を測定する。そして、このまま、たばこをやめない自己の将来をイメージすることで、喫煙の脅威を感じてもらうために、10年後に主治医から余命宣告をうける場面を演じてもらい、その感想をディスカッションする(図1)。

次に、正しい健康情報を得るために、精神科のお薬と喫煙の関係を中心に禁煙のメリットを説明し、それを誰かに伝えるロールプレイを行ない、良かったところのフィードバックを受ける。これにより禁煙のメ

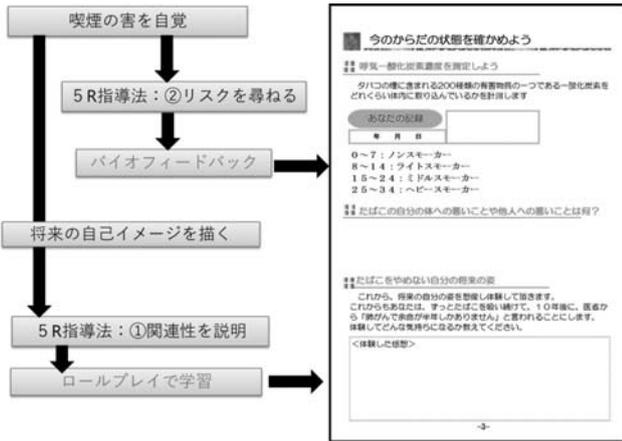


図1：作成したテキストと目的と学習方法①

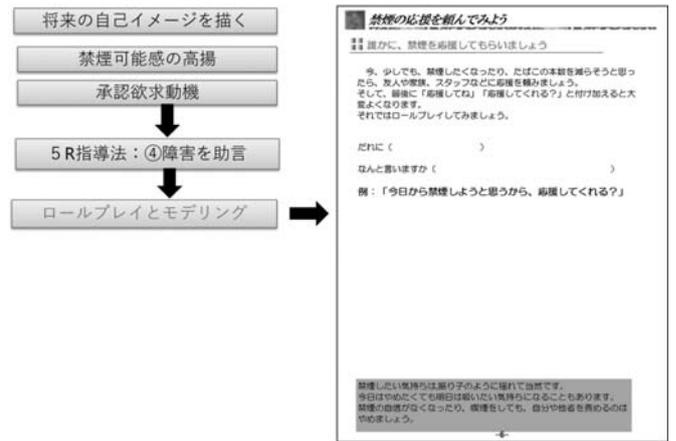


図4：作成したテキストと目的と学習方法④

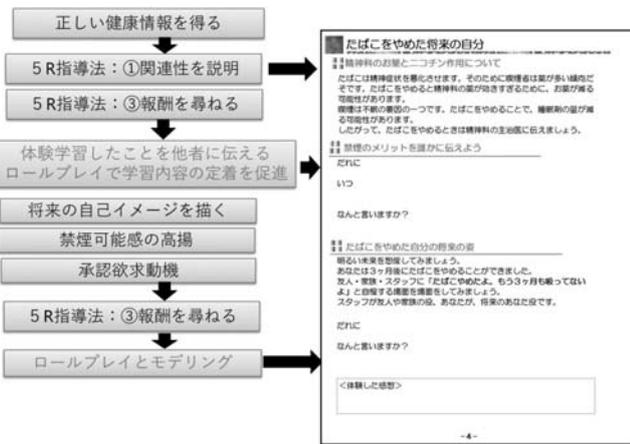


図2：作成したテキストと目的と学習方法②

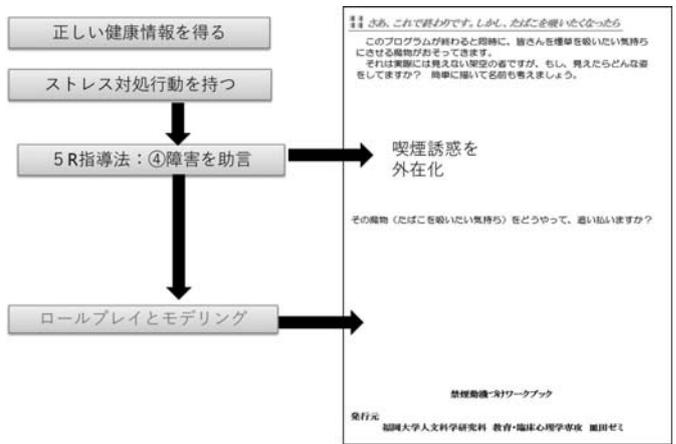


図5：作成したテキストと目的と学習方法⑤

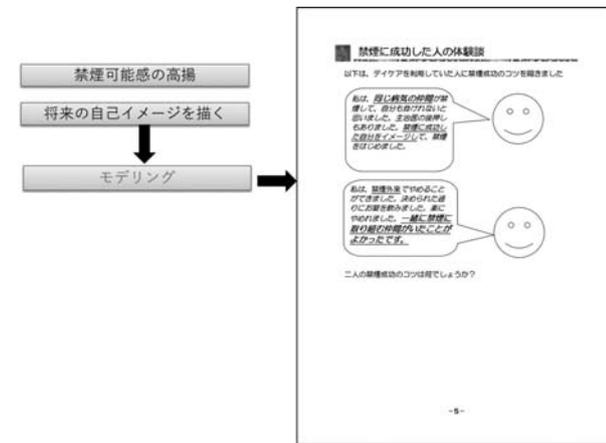


図3：作成したテキストと目的と学習方法③

リットについて、学習の定着を図る。また本研究であきらかになった禁煙促進要因である「将来の自己イメージを描くこと」「禁煙可能感が高揚すること」「承認欲求動機を高めること」を目的に、スタッフや家族などに、「もう3ヶ月もたばこ吸ってないよ」と自慢する場面を演じてもらい、良かったところのフィードバックを受ける(図2)。

次に、デイケア利用者で禁煙に成功した人の実際の

体験を読む。これには、禁煙には仲間や禁煙外来が必要であることを学び、本研究であきらかになった禁煙促進要因である「禁煙可能感の高揚」を狙っている(図3)。

次に、身近な人に禁煙の応援を頼む場面を演じてもらい、良かったところのフィードバックを受ける。これも、本研究であきらかになった禁煙促進要因である「将来の自己イメージを描くこと」や「禁煙可能感の高揚」「承認欲求動機」を狙っている(図4)。

最後に、喫煙したい時のストレス対処行動を持つために、喫煙誘惑の外在化を行う。具体的には、たばこを吸いたい気持ちを魔物と称し、もし、それが見えたら、どのような姿かを描く。そして、その魔物を追い払う場面を演じてもらい、良かったところのフィードバックを受ける。この単元は、さらに良い方法を皆で考え、他の良い対処法があれば、もう一度、演じてもらい、再び、良かったところのフィードバックを受ける(図5)。

今後の展開

今後、地域で暮らす精神障害者を対象に、本プログラムを多施設で実施し、介入効果を実証する。さらにセッション回数や内容もさらに吟味していきたい。

本論は、福岡大学に提出した学位請求論文の一部を加筆修正したものである。

また、本研究はJSPS 科研費 18K10300の助成を受けたものです。

文献

- 1) Lasser K., Boyd J., Woolhandler S. ・他 : Smoking and Mental Illness: A Population-Based Prevalence Study. JAMA. 284: 2606-2610, 2000
- 2) McCreddie R. G.Scottish Schizophrenia Lifestyle Group: Diet, Smoking and Cardiovascular Risk in People with Schizophrenia: Descriptive Study. Br J Psychiatry. 183: 534-539, 2003
- 3) Loreto A. R., Carvalho C. F. C., Frallonardo F. P. ・他 : Smoking Cessation Treatment for Patients with Mental Disorders Using Cbt and Combined Pharmacotherapy.J Dual Diagn. 13: 238-246, 2017
- 4) Banham L.Gilbody S.: Smoking Cessation in Severe Mental Illness: What Works?Addiction. 105: 1176-1189, 2010
- 5) Coulthard Melissa, Farrell Michael, Singleton Nicola ・他 : Tobacco, Alcohol and Drug Use and Mental Health.London: The Stationery Office. 2002
- 6) Baker A., Richmond R., Haile M. ・他 : A Randomized Controlled Trial of a Smoking Cessation Intervention among People with a Psychotic Disorder.Am J Psychiatry. 163: 1934-1942, 2006
- 7) 川合厚子 : 精神障害者も禁煙したい, 禁煙できる!精神科救急. 13 : 8 -11, 2010
- 8) Peckham E., Man M. S., Mitchell N. ・他 : Smoking Cessation Intervention for Severe Mental Ill Health Trial (Scimitar): A Pilot Randomised Control Trial of the Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of a Bespoke Smoking Cessation Service. Health Technol Assess. 19: 1-148, v-vi, 2015
- 9) Steinberg Marc L, Ziedonis Douglas M, Krejci Jonathan A ・他 : Motivational Interviewing with Personalized Feedback: A Brief Intervention for Motivating Smokers with Schizophrenia to Seek Treatment for Tobacco Dependence.J Consult Clin Psychol. 72: 723, 2004
- 10) Dickerson Faith B, Savage Christina Lg, Schweinfurth Lucy Ab ・他 : The Use of Peer Mentors to Enhance a Smoking Cessation Intervention for Persons with Serious Mental Illnesses.Psychiatric rehabilitation journal. 39: 5, 2016
- 11) Phs Guideline Update Panel LiaisonsStaff: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline Executive Summary.Respir Care. 53: 1217-1222, 2008
- 12) Prochaska J. O.Velicer W. F.: The Transtheoretical Model of Health Behavior Change.Am J Health Promot. 12: 38-48, 1997
- 13) 松本千明 : やる気を引き出す保健指導・患者指導 健康行動理論に基づいて. 日本保健医療行動科学会雑誌. 31 : 40 -45, 2016
- 14) 日本禁煙学会 (編) (2017). 禁煙の心理学②動機付け面接法. 禁煙学改訂第3版. 加濃正人. 東京, 南山堂.
- 15) 日本禁煙学会 (編) (2017). 5a, 5r などの指導法. 禁煙学改訂3版. 作田学. 東京, 南山堂 : 156-159.
- 16) 日本禁煙学会 (編) (2017). 認知行動療法. 禁煙学改訂第3版. 臼井洋介. 東京, 南山堂.
- 17) 松本千明 : 健康行動理論 栄養指導のための健康行動理論 健康信念モデル. 臨床栄養. 105 : 563, 2004
- 18) Harvey Philip DKeefe Richard Se: Cognitive Impairment in Schizophrenia and Implications of Atypical Neuroleptic Treatment. CNS spectrums. 2: 41-55, 1997
- 19) Bandura A.: Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change.Psychol Rev. 84: 191-215, 1977
- 20) Yalom Irvin D. 岩田真理 (2007). ヤーロムの心理療法講義 : カウンセリングの心を学ぶ85講, 白揚社.
- 21) Corrigan P. W., Liberman R. P.Engel J. D.: From Noncompliance to Collaboration in the Treatment of Schizophrenia. Hosp Community Psychiatry. 41: 1203-1211, 1990