

N市における生活保護受給者の喫煙に関する 実態と禁煙治療に対する認識

松浪容子¹、川合厚子²

1. 山形大学医学部看護学科、2. 社会医療法人公徳会トータルヘルスクリニック

【目的】 生活保護受給者の喫煙に関する実態と禁煙治療に対する認識を明らかにする。

【方法】 N市において生活保護受給者を対象に喫煙に関する自記式アンケートを行った。

【結果】 有効回答者 86 人のうち、調査時点で毎日喫煙 33.7%、時々喫煙 9.3%、過去喫煙 32.6%、非喫煙 24.4%で、喫煙率は全体で 43.0%、男性 54.5%、女性 22.6%であった。禁煙治療を知っている者は喫煙者の 78.4%、禁煙治療の保険適用を知っている者は喫煙者の 37.8%であった。タバコ代を負担に感じる喫煙者が 83.8%で、「無料なら禁煙治療を受けたい」と回答した者は 29.7%であった。

【考察および結論】 N市における生活保護受給者の喫煙率は男女共に高く、喫煙者の多くはタバコ代を負担に感じており、禁煙治療の広報や周知の必要性が示唆された。今後、介入方法、保健・医療・福祉の連携方法等の検討が必要である。

キーワード：生活保護受給者、喫煙、禁煙治療、タバコ代

目 的

生活保護受給者数は増加傾向にあり、生活保護開始理由として「世帯主の傷病による」が多く、保護費全体の約半数を医療扶助費が占め¹⁾、医療扶助の適正化が課題とされている。「医療扶助実態調査」²⁾によると、精神・行動の障害による診療件数を除くと、循環器系疾患などの生活習慣病、つまり禁煙による予防が可能な疾患の診療件数が多い。また、所得が低い人ほど不健康な生活習慣が多く喫煙率も高い³⁾ことが指摘されており、生活保護受給者に対する禁煙支援が重要である。

国内において生活保護受給者を対象に禁煙について調査した研究は少ない。精神科外来における生活保護と喫煙の有意な関連⁴⁾が実態として報告されているが、生活保護受給者を対象にした禁煙支援は検討されていない。福祉事務所は、生活保護の相談・

申請窓口であり、生活保護受給者の家庭を訪問・面接し、生活指導を行う等の事務を司る機関であるため、禁煙分野においても継続的支援が可能と考える。福祉事務所を窓口にした先行研究では、未成年禁煙希望者に無償でニコチンパッチ処方を行う介入の効果⁵⁾が報告されている。生活保護受給者の禁煙支援においても、福祉事務所を窓口にした介入が有効である可能性が考えられる。しかし、生活保護受給者を対象にした禁煙に関する研究はなされていない。

そこで本研究では、生活保護受給者の喫煙の実態と禁煙治療に対する認識を明らかにし、生活保護受給者に対する禁煙支援の基礎資料とすることを目的とする。

方 法

山形県内陸部に位置するN市社会福祉事務所に調査協力を依頼し、N市に住む生活保護受給者を対象とした。ただし、認知症などで回答困難な者を除外した。調査方法は自記式アンケートとし、対象者自身による筆記が困難な場合など対象の希望に応じて適宜N市社会福祉事務所職員による聞き取りを行った。調査時期は2012年10月～2013年3月である。

調査内容は、基本属性、生活保護開始理由、喫煙

連絡先

〒990-9585

山形市飯田西 2-2-2

山形大学医学部看護学科 松浪容子

TEL: 023-628-5441 FAX: 023-628-5441

e-mail: ymatsuna@med.id.yamagata-u.ac.jp

受付日 2015年4月20日 採用日 2015年7月6日

状況、タバコの銘柄、喫煙していて困ったこと、タバコの害と禁煙治療に対する認識、禁煙のステージ、無料なら禁煙治療を受けたいか否かとした。

倫理的配慮

山形大学医学部倫理委員会の承認を得て実施した。対象に対しては、アンケートは任意であり、アンケート調査への協力を断ることによって不利益は生じないこと、研究の結果は学会等で発表する以外の目的では使用しないことを書面と口頭で説明し、同意する者のみ記入するよう依頼した。

結果

生活保護受給者133人のうち87人がアンケートに回答した(回答率65.4%)。そのうち、性別の項目に回答がなかった1人を分析から除外し、86人を分析対象とした(有効回答率64.7%)。

1. 対象の属性(表1)

平均年齢60.4歳、男性55人(64.0%)、女性31人(36.0%)であった。婚姻状況は未婚者42人(48.8%)が最も多く、最終学歴は中学校52人(60.5%)が最も多い状況であった。生活保護開始理由は、自分の病気・けが37人(43.0%)が最も多かった。

表1 対象者の属性 (n = 86)

項目		
年齢	60.4 ± 14.3 (89 ~ 19)	
歳: 平均 ± SD (最小 ~ 最大)		
性別 人 (%)	男	55 (64.0)
	女	31 (36.0)
婚姻状況 人 (%)	既婚	10 (11.6)
	未婚	42 (48.8)
	離別	28 (32.6)
	死別	6 (7.0)
最終学歴 人 (%)	小学校	4 (4.7)
	中学校	52 (60.5)
	高校	24 (27.9)
	高校以上(大学等)	4 (4.7)
	無回答	2 (2.3)
保護開始理由 人 (%)	自分の病気やけが	37 (43.0)
	家族の病気やけが	4 (4.7)
	失業	10 (11.6)
	働いていた家族の死亡・離別	1 (1.2)
	社会保障・仕送りの減少・喪失	2 (2.3)
	貯金等の減少・喪失	8 (9.3)
	その他	4 (4.7)
無回答	20 (23.3)	

表2 対象者の喫煙状況 (n = 86)

	性別		合計
	男	女	
非喫煙	7 (12.7)	14 (45.2)	21 (24.4)
過去喫煙	18 (32.7)	10 (32.3)	28 (32.6)
喫煙 (以下再掲)	30 (54.5)	7 (22.6)	37 (43.0)
時々喫煙	7 (12.7)	1 (3.2)	8 (9.3)
毎日喫煙	23 (41.8)	6 (19.4)	29 (33.7)

2. 対象の喫煙状況(表2)

調査時点での喫煙者は毎日喫煙する者29人(33.7%)、時々喫煙する者8人(9.3%)、過去喫煙者28人(32.6%)、非喫煙者21人(24.4%)で、喫煙率は全体で43.0%、男性54.5%、女性22.6%であった。

3. タバコの害と禁煙治療に関する認識(表3)

タバコの害を知っていると回答した者は、「肺がん」が全体の81.4%と最も多く、次いで「気管支炎」72.1%、「喘息」69.8%であった。タバコの害を知っていると回答した者が少なかった項目は「胃潰瘍」44.2%と「歯周病」45.3%で、共に半数に満たな

表3 タバコの害と禁煙治療に関する認識 (n = 86)

人 (%)

		喫煙状況				合計
		非喫煙	過去喫煙	時々喫煙	毎日喫煙	
肺がん	知っている	13 (61.9)	23 (82.1)	7 (87.5)	27 (93.1)	70 (81.4)
	知らない	6 (28.6)	2 (7.1)	1 (12.5)	1 (3.4)	10 (11.6)
	無回答	2 (9.5)	3 (10.7)	0 (0.0)	1 (3.4)	6 (7.0)
喘息	知っている	10 (47.6)	21 (75.0)	7 (87.5)	22 (75.9)	60 (69.8)
	知らない	9 (42.9)	3 (10.7)	1 (12.5)	6 (20.7)	19 (22.1)
	無回答	2 (9.5)	4 (14.3)	0 (0.0)	1 (3.4)	7 (8.1)
気管支炎	知っている	9 (42.9)	21 (75.0)	7 (87.5)	25 (86.2)	62 (72.1)
	知らない	10 (47.6)	2 (7.1)	1 (12.5)	3 (10.3)	16 (18.6)
	無回答	2 (9.5)	5 (17.9)	0 (0.0)	1 (3.4)	8 (9.3)
心臓病	知っている	7 (33.3)	15 (53.6)	6 (75.0)	20 (69.0)	48 (55.8)
	知らない	12 (57.1)	9 (32.1)	2 (25.0)	8 (27.6)	31 (36.0)
	無回答	2 (9.5)	4 (14.3)	0 (0.0)	1 (3.4)	7 (8.1)
脳卒中	知っている	8 (38.1)	14 (50.0)	6 (75.0)	19 (65.5)	47 (54.7)
	知らない	11 (52.4)	9 (32.1)	2 (25.0)	9 (31.0)	31 (36.0)
	無回答	2 (9.5)	5 (17.9)	0 (0.0)	1 (3.4)	8 (9.3)
胃潰瘍	知っている	6 (28.6)	9 (32.1)	6 (75.0)	17 (58.6)	38 (44.2)
	知らない	13 (61.9)	13 (46.4)	2 (25.0)	11 (37.9)	39 (45.3)
	無回答	2 (9.5)	6 (21.4)	0 (0.0)	1 (3.4)	9 (10.5)
妊娠中の早産・ 低体重児	知っている	10 (47.6)	15 (53.6)	6 (75.0)	19 (65.5)	50 (58.1)
	知らない	9 (42.9)	8 (28.6)	2 (25.0)	9 (31.0)	28 (32.6)
	無回答	2 (9.5)	5 (17.9)	0 (0.0)	1 (3.4)	8 (9.3)
歯周病	知っている	7 (33.3)	14 (50.0)	4 (50.0)	14 (48.3)	39 (45.3)
	知らない	12 (57.1)	9 (32.1)	4 (50.0)	14 (48.3)	39 (45.3)
	無回答	2 (9.5)	5 (17.9)	0 (0.0)	1 (3.4)	8 (9.3)
受動喫煙の害	知っている	13 (61.9)	22 (78.6)	8 (100)	23 (79.3)	66 (76.7)
	知らない	6 (28.6)	2 (7.1)	0 (0.0)	5 (17.2)	13 (15.1)
	無回答	2 (9.5)	4 (14.3)	0 (0.0)	1 (3.4)	7 (8.1)
ニコチン依存症	知っている	9 (42.9)	21 (75.0)	8 (100)	21 (72.4)	59 (68.6)
	知らない	10 (47.6)	4 (14.3)	0 (0.0)	7 (24.1)	21 (24.4)
	無回答	2 (9.5)	3 (10.7)	0 (0.0)	1 (3.4)	6 (7.0)
禁煙治療	知っている	10 (47.6)	22 (78.6)	7 (87.5)	22 (75.9)	61 (70.9)
	知らない	9 (42.9)	3 (10.7)	1 (12.5)	6 (20.7)	19 (22.1)
	無回答	2 (9.5)	3 (10.7)	0 (0.0)	1 (3.4)	6 (7.0)
禁煙治療の 保険適用	知っている	4 (19.0)	6 (21.4)	4 (50.0)	10 (34.5)	24 (27.9)
	知らない	15 (71.4)	19 (67.9)	4 (50.0)	18 (62.1)	56 (65.1)
	無回答	2 (9.5)	3 (10.7)	0 (0.0)	1 (3.4)	6 (7.0)

かった。受動喫煙の害を知っていると回答した者は76.7%であった。いずれの項目においても、非喫煙者・過去喫煙者と比較して喫煙者のほうが害について知っているという回答した者の割合が多かった。

ニコチン依存症を知っていると回答した者は全体の68.6%で、喫煙者の78.4% (29/37) であった。禁煙治療を知っていると回答した者は全体の70.9%で、喫煙者の78.4% (29/37) であった。一方で、禁煙治療に保険が適用となることを知っているという回答した者は全体の27.9%のみで、喫煙者の37.8% (14/37) であった。

4. 喫煙者のタバコに関する負担感と禁煙に関する実態 (表4)

タバコ代を非常に負担に感じると回答した者は、時々喫煙する者62.5%、毎日喫煙する者37.9%で、やや負担に感じると回答した者と合わせると喫煙者の83.8%を占めた。毎日喫煙する者の約半数の48.3% (14/29) が安い銘柄のタバコを買い、54.1%が喫煙本数10本以下/日と回答した。タバコによる支出の月額を、(タバコの調査時価格/1箱) × (喫煙本数/日) / 20 × 365/12として算出した結果、時々喫煙する者では平均4,584 ± 3,012円、毎日喫煙者では6,339 ± 3,552円、喫煙者全体では5,998 ± 3,484円と、支出額の分布にバラツキが認められた。喫煙していて困ったこととしては、「食費が足りなくなった」と回答した者が29.7%であった。

喫煙者の62.2%が過去に禁煙した経験があると回答した。喫煙者の禁煙ステージは、時々喫煙する者では準備期25.0%、関心期25.0%と禁煙したいと思っている者が半数であった。一方、毎日喫煙する者では準備期3.4%、関心期6.9%と禁煙したいと思っている者は少なかった。また、「無料なら禁煙治療を受けたい」と回答した者は、時々喫煙する者の50%、毎日喫煙する者の24.1%で、喫煙者の29.7%であった。

考 察

1. 生活保護受給者の喫煙の実態

対象者の喫煙率は、43.0% (男性54.5%、女性22.6%) であり、対象者の平均年齢が60.4歳であることを考慮すると、全国の60代の喫煙率19.3% (男性32.2%、女性8.2%)⁶⁾と比較しても、山形県の喫煙率20.5% (60代男性32.7%、女性4.8%)⁷⁾と比較し

ても、本調査の対象者の喫煙率は男女ともに非常に高い状況であった。この喫煙率の高さは、精神科外来にて調査された生活保護受給者の喫煙率73.1%⁴⁾ほど高くないものの、改めて生活保護受給者の喫煙率が高いことが確認された。

タバコの影響を知っていると回答した者の割合は、「肺がん」や「気管支炎」等の呼吸器系の害においては喫煙者の8割を超えており、この結果は、平成20年国民健康・栄養調査⁸⁾による「たばこを吸うと病気にかかりやすくなる」と回答した国民の割合と比較しても同等以上となっている。また、タバコの影響を知っていると回答した者の割合は、非喫煙者よりも喫煙者で多い状況であった。したがって、喫煙者の大部分はタバコが健康に悪いということを理解しているながら喫煙を継続している状況であると説明できる。しかも、ニコチン依存症を知っていると回答した者は喫煙者の78.4%と8割近くを占めており、喫煙者の多くは自分がタバコに依存していることを自覚しているながらも喫煙を継続している状況であり、ニコチン依存症の特徴とも一致する。

タバコ代を非常に負担に感じると回答した者は、やや負担に感じると回答した者と合わせると喫煙者の83.8%を占めた。その対処として、喫煙者の多くが安い銘柄のタバコを選んで買ったり、喫煙本数を制限したり、食費を削ったりしている現状も明らかとなった。タバコによる支出額を試算した結果、月額平均5,998円となり、最大14,000円以上の者も存在した。調査対象地域の生活保護基準によると、生活保護費の生活扶助は高齢者単身世帯で約7万円、高齢者夫婦世帯で約10万円であり、生活扶助におけるタバコによる支出割合は約1割前後を占めると推測される。つまり、生活保護受給者にとって喫煙習慣が本人の経済的負担となっているにもかかわらず、依存症であるがゆえに禁煙できない状況であると考えられる。また、日本のタバコの価格は国際的にも安く、低所得者層でも購入可能であることが生活保護受給者の喫煙率に影響していると考えられる。タバコの値上げは強い禁煙動機となり、タバコ増税政策はタバコ消費抑制効果があり、健康情報や保健サービスが届きにくい低所得層などのハイリスク集団にも効果が及ぶことが明らかにされている^{9,10)}。したがって、日本においてもタバコ増税を政策に位置づけることによって、生活保護受給者の喫煙率を低下させることが可能になると考えられる。また、喫

表4 喫煙者のタバコに関する負担感と禁煙に関する実態

		喫煙状況		全 体 (n=37)
		時々喫煙 (n=8)	毎日喫煙 (n=29)	
タバコ代の負担 人 (%)	非常に負担に感じる	5 (62.5)	11 (37.9)	16 (43.2)
	やや負担に感じる	2 (25.0)	13 (44.8)	15 (40.5)
	負担に感じない	0 (0.0)	4 (13.8)	4 (10.8)
	無回答	1 (12.5)	1 (3.4)	2 (5.4)
タバコの銘柄 (調査時価格/1箱) 人 (%)	セブンスター (440)	2 (25.0)	3 (10.3)	5 (13.5)
	マイルドセブン (410)	3 (37.5)	5 (17.1)	8 (21.6)
	ラーク (410)	1 (12.5)	3 (10.3)	4 (10.8)
	その他1 (410)	1 (12.5)	3 (10.3)	4 (10.8)
	わかば (250)	0 (0.0)	6 (20.6)	6 (16.2)
	エコー (240)	0 (0.0)	4 (13.8)	4 (10.8)
	ホープ (220)	0 (0.0)	2 (6.8)	2 (5.4)
	その他2 (240以下)	0 (0.0)	2 (6.8)	2 (5.4)
	その他3 (不明)	0 (0.0)	1 (3.4)	1 (2.7)
喫煙本数/日 人 (%)	無回答	1 (12.5)	0 (0.0)	1 (2.7)
	10本以下	6 (75.0)	14 (48.3)	20 (54.1)
	11～20本	1 (12.5)	13 (44.8)	14 (37.8)
	21～30本	0 (0.0)	2 (6.9)	2 (5.4)
	31本以上	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
タバコによる支出額/月※ 円：平均±SD (最小～最大)		4,584±3,012 (1,247～9,353)	6,339±3,552 (380～14,342)	5,998±3,484 (380～14,342)
喫煙していて困ったこと (複数回答) 人 (%)	困ったことはない	2 (25.0)	13 (44.8)	15 (40.5)
	食費が足りなくなった	2 (25.0)	9 (31.0)	11 (29.7)
	住居を借りられなかった	0 (0.0)	1 (3.4)	1 (2.7)
	周囲の人から臭いと言われた	1 (12.5)	4 (13.8)	5 (13.5)
	その他	1 (12.5)	3 (10.3)	4 (10.8)
	無回答	2 (25.0)	0 (0.0)	2 (5.4)
過去の禁煙経験 人 (%)	禁煙経験なし	2 (25.0)	11 (37.9)	13 (35.1)
	禁煙経験あり (以下再掲)	5 (62.5)	18 (62.1)	23 (62.2)
	1回	1 (12.5)	5 (17.2)	6 (16.6)
	2回	2 (25.0)	6 (20.7)	8 (22.2)
	3回	1 (12.5)	2 (6.9)	3 (8.3)
	5回以上	0 (0.0)	5 (17.2)	5 (13.5)
	回数無回答	1 (12.5)	0 (0.0)	1 (2.7)
	無回答	1 (12.5)	0 (0.0)	1 (2.7)
禁煙ステージ 人 (%)	準備期	2 (25.0)	1 (3.4)	3 (8.1)
	関心期	2 (25.0)	2 (6.9)	4 (10.8)
	無関心期	2 (25.0)	15 (51.7)	17 (45.9)
	禁煙予定なし	0 (0.0)	11 (37.9)	11 (29.7)
	無回答	2 (25.0)	0 (0.0)	2 (5.4)
無料なら禁煙治療を 受けたいか否か 人 (%)	ぜひ受けたい	4 (50.0)	7 (24.1)	11 (29.7)
	詳しい説明を受けてみたい	0 (0.0)	1 (3.4)	1 (2.7)
	少しなら説明を聞いてもいい	1 (12.5)	8 (27.6)	9 (24.3)
	受けたくない	2 (25.0)	12 (41.4)	14 (37.8)
	無回答	1 (12.5)	1 (3.4)	2 (5.4)

※タバコによる支出額/月 = (タバコの調査時価格/1箱) × (喫煙本数/日) / 20 × 365 / 12 として算出した。

煙者の多く(48.3%)が安い銘柄のタバコを選んで買っていることについて、その消費抑制のために、これら安い銘柄のタバコ税の特例税率が、平成28～31年に段階的に引き上げられ特例が廃止される¹¹⁾ので、この効果も期待されると思われる。

一方で、喫煙者の6割以上は過去に禁煙した経験があり、自力で禁煙を試みたものの再喫煙している者が多いことが明らかとなった。ニコチン依存症は身体的依存と精神的依存を特徴とする精神疾患であり¹²⁾、数週間～数か月の禁煙ができて、ちょっとしたきっかけで再喫煙してしまうケースが多い¹²⁾と言われている。本調査対象における喫煙者は、ニコチン依存症である可能性が高く、認知行動療法や動機づけ面接、禁煙補助薬を使用した禁煙治療など、専門的な禁煙支援が必要と考えられる。

2. 生活保護受給者の禁煙治療に対する認識

本調査における喫煙者の禁煙ステージは、毎日喫煙する者では準備期3.4%、関心期6.9%と禁煙したいと思っている者は少なかった。しかし、時々喫煙する者では準備期25.0%、関心期25.0%と禁煙したいと思っている者が半数であった。また、「無料なら禁煙治療を受けたい」と回答した者は、毎日喫煙する者では24.1%と少なかったが、時々喫煙する者では50%と、半数が治療を希望していた。さらに、禁煙治療を知っている喫煙者は78.4%である一方で、禁煙治療に保険が適用となることを知っている者は喫煙者の半数以下の37.8%であった。この結果から、生活保護受給者の多くは禁煙治療が医療扶助の対象となることを認識しておらず、禁煙を希望していても禁煙治療にまで至らない場合が多い現状が示唆される。生活保護法による医療扶助を受けようとする場合は、原則として被保護者が居住地域を管轄する福祉事務所に申請して「医療券」の発行を受けてから指定医療機関を受診して診療を受ける必要がある。したがって、喫煙する生活保護受給者を禁煙に導くためには、生活保護受給者だけでなく福祉事務所職員が禁煙治療に関して正しい知識を有することが重要であると考えられる。

福祉事務所には、社会福祉法の規定に基づき、査察指導員と現業員などを配置することが規定され、査察指導員と現業員は、社会福祉主事でないならならぬとされている¹³⁾。しかしながら、社会福祉主事の任用資格については、社会福祉士などが規定さ

れているが、配置数が十分でないことも指摘されている¹³⁾。また、保健師などの保健・医療職者の配置は規定されていないため、禁煙治療に関する知識を持つ職員の割合が少ないことが予想される。福祉事務所職員が禁煙治療に関する知識を持つことによって、禁煙治療を必要とする生活保護受給者に対して禁煙外来の受診を促すことが可能となり、より多くの対象を禁煙に導く可能性が期待できる。白井は、医療機関と福祉事務所とで緊密な連携をとり、禁煙指導と共に就労支援等も交え、生活保護からの脱却をも目標にした支援が必要⁴⁾と述べている。今後、福祉事務所職員の禁煙治療に関する認識を高め、福祉事務所と保健・医療機関との連携システムの構築が必要である。

生活保護法は第1条で日本国憲法25条の「すべて国民は、健康で文化的な最低限の生活を営む権利」という理念に基づき、最低限の生活を保障するとともに、その自立を助長することを目的にしている。生活保護受給者の喫煙は、本人のみならず家族にとっても健康面とタバコ代支出の両面から負担となっており、福祉の理念や自立とは程遠いと言える。生活保護受給者数は増加傾向にあり、保護費の約半数を医療扶助費が占め¹⁾、地方自治体の財政を圧迫している現状もある。生活保護受給者が禁煙することにより、疾病予防が見込まれ、自立による生活保護からの脱却へとつなげることも可能であり、福祉本来の趣旨に合致するだけでなく、医療扶助の適正化に寄与し、生活保護費の抑制に貢献できると考える。

さらに、依存症者はニコチン、ギャンブル、アルコールなどの多重依存傾向に陥りやすいことや、喫煙が多重依存への入口になっていることが報告されている¹⁴⁾。ニコチン依存に対する介入は、他の依存症に対する介入よりも禁煙外来で代表される介入システムが確立している。したがって、ニコチン依存症に対する介入を、他の依存症に対する介入機会とする可能性も期待できる。

本調査の対象は少数かつ1地域における調査であり、対象に偏りがある可能性があることが本研究の限界であり、今後さらなる検討が必要である。

結 論

生活保護受給者の喫煙に関する実態と禁煙治療に対する認識を明らかにするため、生活保護受給者を対象に喫煙に関する自記式アンケートを行った結果、

以下のことが示唆された。

- ・生活保護受給者の喫煙率は男女共に高く、喫煙習慣が本人の経済的負担となっている。
- ・タバコ増税によって、生活保護受給者の喫煙率低下が期待できる。
- ・禁煙治療とその保険適用に関して広報や周知の必要がある。
- ・生活保護受給者の禁煙支援には保健・医療・福祉の連携を視野に入れた専門的支援が必要である。

謝 辞

本研究の調査にご協力下さいました生活保護受給者の皆様、N市福祉事務所職員の皆様に厚く御礼申し上げます。

本調査は、第5回日本禁煙学会調査研究事業助成を受け実施した。本研究の一部は、第8回日本禁煙学会学術総会ならびに第24回禁煙医師歯科医師連盟総会・学術総会にて発表した。

引用文献

- 1) 厚生労働統計協会：国民の福祉と介護の動向・厚生指標，増刊2014；61（10）：192-205.
- 2) 医療扶助実態調査 (http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020101.do?_toGL08020101_) (閲覧：2015年4月6日)
- 3) Fukuda Y, Nakamura K, Takano T: Accumulation of health risk behaviors is associated with lower socioeconomic status and women's urban residence : a multilevel analysis in Japan. *BMC Public Health*, 5 (1) , 53, 2005.
- 4) 白井 洋介, 酒谷 佐和子, 平賀 典子, 他：精神科外来における生活保護と喫煙の関係. *日本医事新報*4531, 107-111, 2011.
- 5) 辻 恵, 金高 久美子, 原田 久, 他：未成年喫煙者への禁煙支援に影響を与えるニコチン置換療法等の要因の検討. *日本公衆衛生雑誌*, 54 (5) , 304-313, 2007.
- 6) 厚生労働省：平成25年国民健康・栄養調査 (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyou/h25-houkoku.html>) (閲覧：2015年4月6日)
- 7) 山形県：平成22年県民健康・栄養調査 (<http://www.pref.yamagata.jp/ou/kenkofukushi/090002/kenkotanto/eiyoushokuseikatu/kenkoeiyou/kenkoueiyouchousahome.html>) (閲覧：2015年5月26日)
- 8) 厚生労働省：平成20年国民健康・栄養調査 (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyou/h20-houkoku.html>) (閲覧：2015年4月6日)
- 9) WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, The MPOWER package, 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596282_eng.pdf?ua=1) (閲覧：2015年5月26日)
- 10) International Agency for Research on Cancer. IARC Handbooks of Cancer Prevention Tobacco Control Volume 14: Effectiveness of Tax and Price Policies for Tobacco Control Lyon, France 2011. (<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook14/>) (閲覧：2015年5月29日)
- 11) 厚生労働省：平成27年度厚生労働省関係税制改正について. (<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000070200.html>) (閲覧：2015年6月8日)
- 12) 白井洋介, 加濃正人：禁煙の心理学. 禁煙学会編. 禁煙学. 改訂3版. 南山堂, 東京, 2014 ; 114-129.
- 13) 総務省：生活保護に関する実態調査 結果に基づく勧告 平成26年8月 (http://www.soumu.go.jp/main_content/000305410.pdf) (閲覧：2015年4月6日)
- 14) 福山 翔, 鈴木 文一, 小松 知己, 他：依存症治療施設における多重依存の実態調査. *日本禁煙学会学術総会プログラム・抄録集*, 8回, 109, 2014.

Smoking among recipients of public assistance benefits from N city, and their recognition of smoking cessation therapy

Yoko Matsunami¹, Atsuko Kawai²

Abstract

Objectives: To investigate smoking status among recipients of public assistance benefits from N city and evaluate their recognition of smoking cessation therapy.

Methods: Self-administered questionnaires were collected from recipients of public assistance benefits living in N city.

Results: Smoking rates were as follows: every day, 33.7%; sometimes, 9.3%; total, 43% (male 54.5%, female 22.6%); past smoker, 32.6%; nonsmoker, 24.4%. A total of 78.4% of all smokers were aware of the availability of smoking cessation therapy. A total of 37.8% of all smokers were aware of the availability of new Health Insurance Cover for smoking cessation therapy. A total of at least 83.8% of smokers thought that the need to spend money on cigarettes was a burden. A total of 29.7% of smokers answered, “If no fee were applied for smoking cessation therapy, I would like to receive it.”

Discussion and Conclusions: Smoking rates among both male and female recipients of public assistance benefits from N city were high. Many smokers found spending money on cigarettes to be a burden and were interested in smoking cessation therapy. A support program for smoking cessation needs to be developed for these subjects. Cooperation among the fields of health, medical care, and welfare is required for effective delivery of the program.

Key words

recipients of public assistance benefits, smoking, smoking cessation therapy, money spent on cigarettes

¹School of Nursing, Yamagata University, Faculty of Medicine, Yamagata, Japan

²Social Medical Corporation, Koutokukai Total Health Clinic, Yamagata, Japan