

《原 著》

現業員による生活保護受給者への
禁煙支援に関するツールの有効性の検討

松浪容子、古瀬みどり

山形大学医学部看護学科

【目 的】 生活保護現業員を対象に、生活保護受給者への禁煙支援ツールの有効性について検討する。

【方 法】 生活保護現業員を対象に、禁煙支援マニュアルと生活保護受給者向けパンフレットから構成される禁煙支援ツールを配布し、半年間の使用を依頼した。ツール使用前後にアンケートを実施し、禁煙支援に関する認識や支援状況を前後比較した。

【結 果】 禁煙治療の医療扶助範囲の認知度がツール配布後に増加した。一方で、喫煙状況の把握割合と禁煙必要性の認識が低下し、禁煙支援に対する負担感が増加し、禁煙支援に関する自信が低下した。

【考 察】 ツールは現業員の禁煙に関する知識の増加に役立つ可能性がある一方で、ツールだけでは現業員の負担感や自信喪失につながり、受給者の禁煙に結び付けるのは難しいことが示唆された。

【結 論】 生活保護現業員と保健・医療従事者とが協働で生活保護受給者の禁煙を支援するためのシステムの検討が必要である。

キーワード：福祉事務所、現業員（ケースワーカー）、生活保護受給者、禁煙支援

緒 言

生活保護受給者の喫煙率は高く^{1,2)}、その多くは過去に自力で禁煙を試みたものの再喫煙している¹⁾ことが明らかにされている。生活保護開始理由として経済的理由に次いで「世帯主の傷病による」ものが19.2%と多く³⁾、医療扶助費が保護費全体の49.7%を占め³⁾、医療扶助の適正化が課題である。令和3年1月から「被保護者健康管理支援事業」が福祉事務所で必須事業となり⁴⁾生活習慣病の発症予防や重症化予防が推進されており、禁煙は重要な課題の一つである。

福祉事務所に配置され生活保護受給者に直接携わる現業活動を行う職員は社会福祉法第15条で「現業員」と規定されている。先行研究では、現業員の過半数が受給者の喫煙状況を把握し禁煙の必要性を認識し助言する一方で、受給者の禁煙治療に結び付けられるケースは少ない⁵⁾ことが明らかにされている。

受給者を禁煙に導くためには、喫煙そのものをニコチン依存症として認識し、禁煙治療に関して正しい知識を有することが必要⁴⁾である。したがって、福祉事務所で活用可能なマニュアルやパンフレット等の簡便な禁煙支援ツールを用いることで円滑な禁煙支援が可能になる⁵⁾と考える。

そこで本研究では、福祉事務所に勤務する現業員を対象に、生活保護受給者に対して禁煙支援を行うためのツールの有効性を検討することを目的とした。

方 法

1) 禁煙支援ツールの内容と介入方法

福祉事務所で活用可能な禁煙支援マニュアル（以下マニュアルと略す）と生活保護受給者向けパンフレット（以下パンフレットと略す）から構成される禁煙支援ツール（以下ツールと略す）を独自に作成した（図1）。福祉事務所には、現業員の指導監督を行う署員として「査察指導員」が社会福祉法第15条で規定されている。介入に先立ち、各福祉事務所の査察指導員に対し文書と口頭により研究の趣旨とツールの使用方法を説明すると同時に研究への協力を依頼した。初回アンケート後、福祉事務所に勤務する現業員に対し、査察指導員を通じてツールを配布し、

連絡先

〒990-9585

山形県山形市飯田西2-2-2

山形大学医学部看護学科 松浪容子

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

受付日 2023年2月14日 採用日 2023年3月31日

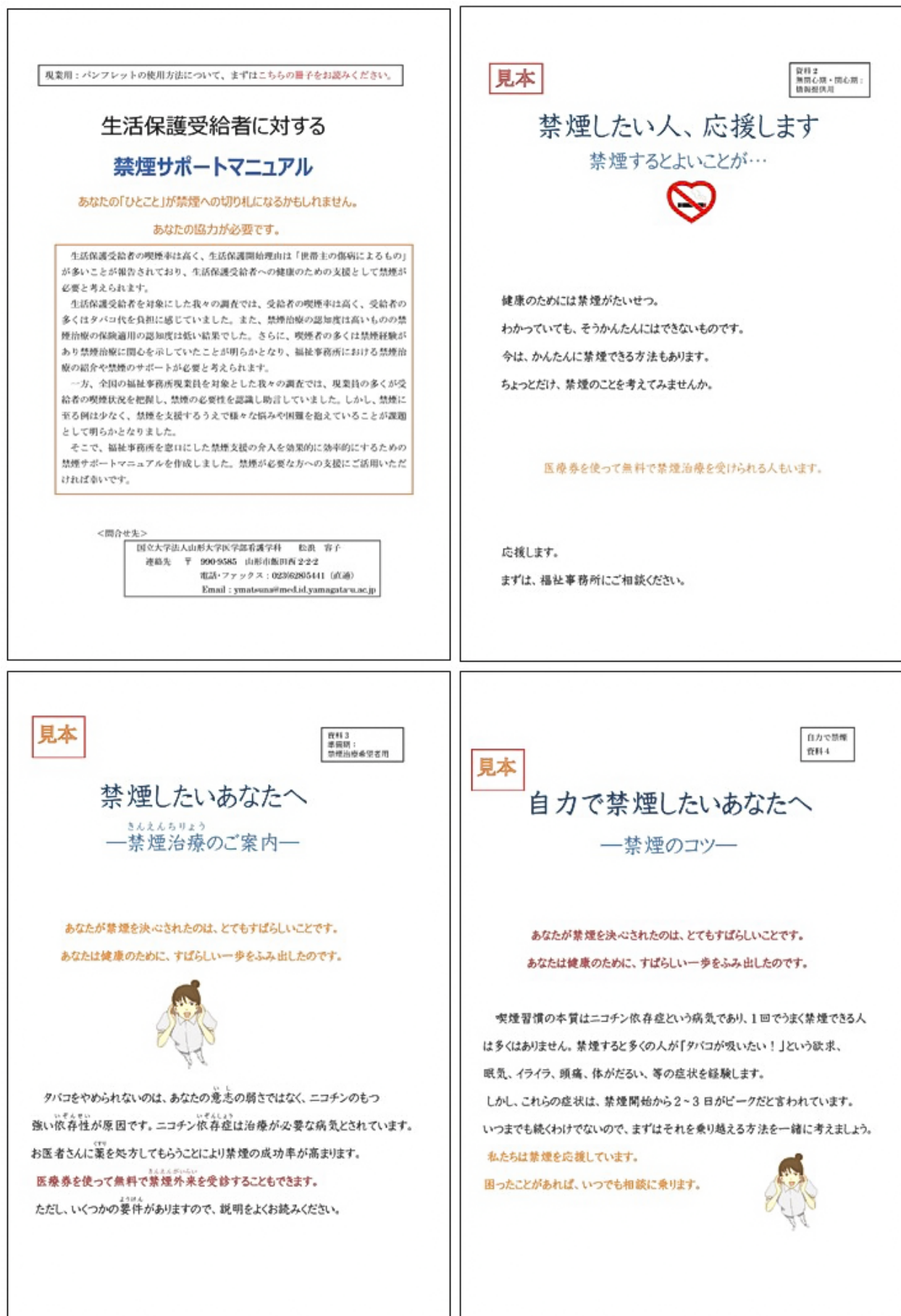


図1

それらの閲覧と半年間の実務上での使用を依頼した。ツールの使用方法と使用上の注意についてはマニュアルに記載した。

ツールの内容はProchaska⁶⁾らが開発した変容ステージモデルと筆者らの先行研究^{1,5)}の結果を参考に、複数の禁煙学会認定専門指導者で検討した。患者の行動変容が起こる過程にはステージがあり、無関心期、関心期、準備期、行動期、維持期の各ステージを行ったり来たり繰り返す⁶⁾。谷口ら⁷⁾は、変容ステージモデルを禁煙支援に導入することにより、対象者に合った支援が可能になると述べている。今回のツールは変容ステージモデルを土台とし、先行研究^{1,5)}の結果から得られた生活保護特有の社会的背景を内容に反映し、動機づけの方法を具体的に記載した。

マニュアルはA4サイズで表紙含め12ページ構成の冊子とした。内容は、①ニコチン依存の考え方、②禁煙治療の保険適用と医療扶助範囲、③変容ステージモデル⁶⁾に基づくステージ分析⁷⁾、④変容ステージに応じた介入⁷⁾と支援の手順、⑤山形県内のニコチン依存症管理料算定医療機関リストで構成し、非医療従事者でも理解できる内容にした。

パンフレットは、助言時に受給者に配布できる内容とし、①無関心期・関心期：動機づけ用の情報提供用(A4サイズで表紙含め8ページ構成)、②準備期・禁煙治療希望者用(A4サイズで表紙含め4ページ構成)、③準備期・自力で禁煙用(A4サイズで表紙含め4ページ構成)の変容ステージごとの3種類とした。

2) 調査方法

ツールの有効性について検討するため、アンケートをツール配布前後に実施した。アンケートは無記名自記式回答で実施し、個別の返信用封筒で研究者宛に直接郵送にて回収した。

対象は、山形県内の17か所の福祉事務所に勤務する全現業員92人とし、2018年8月の初回アンケート(以下、介入前調査)と2019年3月アンケート(以下、介入後調査)の両方のアンケートに回答した者を分析対象とした。

3) 調査内容

アンケートの内容は、性別、年齢、公務員歴、現業員歴、受給者の喫煙状況の把握状況、禁煙必要性

の認識、禁煙治療の保険適用の理解度、医療扶助範囲の理解度、禁煙に関する過去半年間の助言人数と禁煙を試みた人数、禁煙治療の受診人数、禁煙支援に関する自信(「とても自信がある」を100%とした百分率の数値)、禁煙支援に関する負担感の程度(「とても負担を感じる」から「全く負担を感じない」の4件法)、前項で禁煙支援を「とても・時々負担を感じる」と回答した者に「負担だと感じる理由」(「禁煙は必要ないと思うから」「禁煙することは難しいから」「禁煙以外の業務で忙しいから」「受給者が助言を聞こうとしないから」「その他」の五肢複数回答法)、自己の喫煙状況、加濃式社会的ニコチン依存度調査票^{8,9)}(Kano Test for Social Nicotine Dependence; 以下KTSND)とした。KTSNDは喫煙者だけでなく非喫煙者に対しても評価可能な質問票⁸⁾で、10項目の設問に対し4件法で回答を求め(0~3点)、合計点(0~30点)で評価を行う(表1)。9点以下を規準範囲(喫煙への寛容度が低い)とし、得点が高いほど喫煙を美化、合理化し、害を否定する意識が強く、喫煙を容認する傾向が高いと評価される⁸⁾。KTSNDは喫煙状況と関連があり、非喫煙者<前喫煙者<喫煙者の順で高く⁸⁾、喫煙者では禁煙への関心度⁸⁾と、過去喫煙者・非喫煙者では禁煙推進の立場⁹⁾との関連が示唆されている。今回の調査では、現業員の禁煙支援に対する意識の前後比較目的でKTSNDを用いることとした。

4) 分析方法

正規性の検定結果から、本調査の回答は非正規分布と判定され、ノンパラメトリック解析が適切と考えた。そこで各調査項目の比率の前後比較にMcNemar検定、人数と禁煙支援の自信、KTSND合計点の比較にWilcoxon signed-rank testを用いた。統計処理には統計解析用ソフトSPSS statistics Ver.24を使用し有意水準 $p < 0.05$ とした。

5) 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(承認番号H30-135)。対象に対しては、調査協力は任意であり調査協力を断ることによって不利益は生じないこと、調査結果は学会等の発表以外の目的で使用しないことを書面で説明し、同意者のみ記入するよう依頼した。

表1 加濃式社会的ニコチン依存度質問票 (KTSND)

質問内容:	
Q1.	タバコを吸うこと自体が病気である。
Q2.	喫煙には文化がある。
Q3.	タバコは嗜好品(しこうひん: 味や刺激を楽しむ品)である。
Q4.	喫煙する生活様式も尊重されてよい。
Q5.	喫煙によって人生が豊かになる人もいる。
Q6.	タバコには効用(からだや精神に良い作用)がある。
Q7.	タバコにはストレスを解消する作用がある。
Q8.	タバコは喫煙者の頭の働きを高める。
Q9.	医者はタバコの害を騒ぎすぎる。
Q10.	灰皿が置かれている場所は、喫煙できる場所である。
回答(カッコ内は点数)	
Q1.	そう思う(0) ややそう思う(1) あまりそう思わない(2) そう思わない(3)
Q2~10.	そう思う(3) ややそう思う(2) あまりそう思わない(1) そう思わない(0)

KTSND; Kano Test for Social Nicotine Dependence

結 果

92人中53人から介入前調査・介入後調査の両方への回答を得た(回収率: 57.6%)。

1. 対象者の属性(表2)

男性35人(66.0%)、女性18人(34.0%)、平均年齢30.2歳、公務員歴平均7.1年、現業員歴平均2.3年であった。

2. 禁煙に関する認識と禁煙治療に関する知識の変化(表3)

「受給者の喫煙状況を把握しているか」という質問に対して「必ず把握している・時々把握している」と「あまり把握していない・全く把握していない」の2群に分け、介入前後の比較をした結果、統計的に有意な差はないものの、介入後のほうが把握している者の割合が低下した。

また、「受給者の禁煙の必要性」を「とても必要性を感じる・時々必要性を感じる」と「あまり必要性を感じない・全く必要性を感じない」の2群に分け、介入前後の比較をした結果、統計的に有意な差はないものの、介入後のほうが必要性を感じる者の割合も低下した。

「禁煙治療の保険適用について」「よく知っている・少しは知っている」と「あまり知らない・全く知らない」の2群に分け、介入前後の比較をした結果、統計的に有意な差はないものの、介入後のほうが認知し

表2 基本属性

(N = 53)

			単位
性 別	男性	35 (66.0)	n (%)
	女性	18 (34.0)	
年 齢 (n = 52)	30.2 (7.4)	平均年齢 (SD)	
公務員歴 (n = 50)	7.1 (6.7)	平均年数 (SD)	
現業員歴 (n = 50)	2.3 (1.5)	平均年数 (SD)	

ている者の割合が上昇した。

「禁煙治療は医療扶助の範囲に含まれると思うか」という質問に対して、正答である「扶助の範囲に含まれる」と誤答である「扶助の範囲外である・わからない」の2群に分け、介入前後の比較をした結果、有意に介入後のほうが正答の割合が上昇した。

3. 禁煙支援状況の変化(表4)

禁煙に関する半年間の助言人数を介入前後で比較した結果、統計的に有意な差は認められないが、介入後のほうが0人と回答した割合が低下し、1人、2人以上と回答した割合が上昇した。

半年間の禁煙を試みた人数と禁煙治療の受診人数を介入前後で比較した結果、変化は認められなかった。

「禁煙支援に関する自信」は、介入前と比較し、有意に介入後のほうが低下した。

表3 禁煙に関する認識と禁煙治療に関する知識の変化

N = 53 n (%)

		介入前	介入後	p
受給者の喫煙状況の把握	必ず把握している	5 (9.4)	2 (3.8)	0.167
	時々把握している	37 (69.8)	31 (58.5)	
	あまり把握していない	10 (18.9)	15 (28.3)	
	全く把握していない	1 (1.9)	3 (5.7)	
	無回答	0 (0.0)	2 (3.8)	
受給者の禁煙の必要性	とても必要性を感じる	11 (20.8)	9 (17.0)	0.238
	時々必要性を感じる	34 (64.2)	27 (50.9)	
	あまり必要性を感じない	7 (13.2)	13 (24.5)	
	全く必要性を感じない	1 (1.9)	1 (1.9)	
	無回答	0 (0.0)	3 (5.7)	
禁煙治療の保険適用について	よく知っている	12 (22.6)	11 (20.8)	0.109
	少しは知っている	31 (58.5)	36 (67.9)	
	あまり知らない	7 (13.2)	3 (5.7)	
	全く知らない	3 (5.7)	1 (1.9)	
	無回答	0 (0.0)	2 (3.8)	
禁煙治療は 医療扶助の範囲に含まれるか	医療扶助の範囲に含まれる	42 (79.2)	47 (88.7)	0.021
	医療扶助の範囲外である	2 (3.8)	2 (3.8)	
	わからない	9 (17.0)	1 (1.9)	
	無回答	0 (0.0)	3 (5.7)	

p: McNemar 検定

表4 禁煙支援状況の変化

N = 53

単位		介入前			介入後		p
		上段 下段	平均 (SD) n (%)	Med (Min-Max)	平均 (SD) n (%)	Med (Min-Max)	
半年間の助言人数	平均		1.1 (1.8)	0 (0-10)	1.6 (1.7)	1 (0-10)	0.053
	0人		27 (50.9)		15 (28.3)		
	1人		12 (22.6)		14 (26.4)		
	2人		6 (11.3)		13 (24.5)		
	3人		4 (7.5)		7 (13.2)		
	4人～		4 (7.5)		0 (0.0)		
半年間の禁煙試行者の人数	平均		0.08 (0.3)	0 (0-2)	0.09 (0.4)	0 (0-2)	0.792
	0人		50 (94.3)		49 (92.5)		
	1人		2 (3.8)		3 (5.7)		
	2人		1 (1.9)		1 (1.9)		
半年間の 禁煙治療受診者の人数	平均		0.08 (0.3)	0 (0-1)	0.08 (0.3)	0 (0-1)	1
	0人		49 (92.5)		49 (92.5)		
	1人		4 (7.5)		4 (7.5)		
禁煙支援の自信			(n = 53)	(n = 50)			
(0-100%)		平均	30 (21.48)	30 (0-80)	24 (16.41)	20 (0-70)	0.043

p: Wilcoxon signed-rank test

4. 禁煙支援に関する負担感の変化(表5)

「禁煙支援に関する負担感」は「とても・時々負担を感じる」と「あまり・全く負担を感じない」の2群に分け、介入前後の比較をした結果、有意に介入後のほうが負担に感じる者の割合が上昇した。

禁煙支援を「負担だと感じる理由」は、介入前と介入後のいずれも「受給者が助言を聞こうとしないから」が最も多く、介入前では「禁煙することは難しいから」が2番目に多く、介入後では「禁煙以外の業務で忙しいから」が2番目に多い結果であった。

5. 介入時の現業員の喫煙状況の変化(表6)

介入前後の喫煙率を比較した結果、統計的に有意な差は認められないが、毎日喫煙する現業員の割合が低下した。

6. 介入時の現業員の喫煙状況と現業員歴別のKTSND変化(表7)

介入前後のKTSNDを比較した結果、全体では統計的に有意な差は認められないが、介入後の得点が高値を示した。

対象の喫煙状況別に介入前後のKTSNDを比較した結果、統計的に有意な差は認められなかった。

対象を現業員歴2年未満と2年以上の2群に分け、介入前後のKTSNDをそれぞれで比較した結果、2年未満の群では有意な差は認められないが、2年以上の群では統計的に有意な差は認められ介入後の得点が高値を示した。

考 察

1. 現業員の禁煙に関する知識と認識、支援状況の変化

生活保護法による医療扶助は、原則として福祉事務所からの「医療券」発行が前提であるため、受給者を禁煙に導くためには、現業員が喫煙そのものをニコチン依存症として認識し、禁煙治療に関して正しい知識を有することが必要⁵⁾である。その仮説のもと、今回は介入前調査後にツールを配布し、半年間の実務上での使用を依頼した。その結果、介入後のほうが「禁煙治療は医療扶助の範囲に含まれる」と認知している者の割合が有意に上昇した。また、統計的に有意な差はないものの、介入後のほうが禁煙治療の保険適用について認知している者の割合が上昇した。これらの結果から、ツールを用いることは、

現業員が喫煙をニコチン依存症として認識し、禁煙治療に関する知識を得るためには有用であったと考える。

一方で、介入前後の禁煙に関する認識を比較した結果、受給者の喫煙状況を把握している者と禁煙の必要性を感じる者の割合、禁煙に関する半年間の助言人数と禁煙を試みた人数、禁煙治療の受診人数に有意な差は認められなかった。したがって、ツールだけでは受給者の禁煙に結び付けることは難しいことが示唆された。

2. 現業員の禁煙支援に関する負担感と自信の変化

介入前後の禁煙支援に関する負担感と自信を比較した結果、介入後のほうが統計的に有意に禁煙支援を負担に感じる者の割合が上昇し、禁煙支援の自信も低下した。

現業員が禁煙支援を負担だと感じる理由として「受給者が助言を聞こうとしないから」が最も多かったことから、受給者は禁煙の助言に対し抵抗を示したと解釈でき、受給者の多くは禁煙に関心がない「無関心期」だった⁷⁾と考えられる。無関心期は助言に対して心理的抵抗を示し反論することが多く、禁煙支援の中でも無関心期への対応は難しい¹⁰⁾と言われている。現業員が禁煙を助言しても受給者の根強い抵抗で無力感が残り、その後の禁煙支援への意欲が失われ、負担感が増し自信を喪失した可能性が考えられる。

また、森川らが国内の現業員を対象に調査した報告¹¹⁾では、業務全般への負担感が高い場合は業務量過多という認識が強く、担当ケース数が多い場合は援助を振り返る余裕もなく、援助関係作りや援助方針の設定も困難になっていたと述べている。本研究でも禁煙支援を負担だと感じる理由として「禁煙以外の業務で忙しいから」との回答が多く見られたことから、業務量過多が負担感増加の背景として考えられる。

一方、赤間らの研究¹²⁾では、現業員としての経験不足や経験が蓄積されない2～3年サイクルの異動による専門性の低下、燃え尽き等のメンタルヘルス不調などにより、福祉事務所における本来の役割を発揮できていないことが指摘されている。本調査で介入後に禁煙支援の自信が低下した理由として、禁煙支援に関する経験不足や成功体験を蓄積できない状況が推測される。また、社会福祉法第15条第6項に「現業員は社会福祉主事の資格が必要」と規定さ

表5 禁煙に関する負担感の変化

N = 53 n (%)

	介入前	介入後	p
禁煙支援に関する負担感	とても負担を感じる*	4 (7.5)	0.023
	時々負担を感じる*	15 (28.3)	
	あまり負担を感じない	32 (60.4)	
	全く負担を感じない	2 (3.8)	
	無回答	0 (0.0)	
*とても・時々負担だと感じる理由(複数回答)	禁煙は必要ないと思うから	2	
	禁煙することは難しいから	6	
	禁煙以外の業務で忙しいから	4	
	受給者が助言を聞こうとしないから	9	
	その他	5	
		4	

p: McNemar 検定

表6 介入前後の現業員自身の喫煙状況の変化

N = 53 n (%)

	介入前	介入後	p
喫煙状況	非喫煙(計)	40 (75.5)	N/A
	性別 男	24 (68.6)	
	女	16 (88.9)	
	現業員歴 2年未満	12 (70.6)	
	2年以上	26 (78.8)	
過去喫煙(計)	6 (11.3)	5 (9.4)	N/A
	性別 男	5 (14.3)	
	女	1 (5.6)	
	現業員歴 2年未満	1 (5.9)	
	2年以上	4 (12.1)	
現在喫煙(計)	7 (13.2)	7 (13.2)	N/A
	性別 男	6 (17.1)	
	女	1 (5.6)	
	現業員歴 2年未満	4 (23.5)	
	2年以上	3 (9.1)	
(以下再掲)	時々喫煙	2 (3.8)	N/A
	性別 男	2 (5.7)	
	女	0 (0.0)	
	現業員歴 2年未満	1 (5.9)	
	2年以上	1 (3.0)	
毎日喫煙	5 (9.4)	0 (0.0)	N/A
	性別 男	4 (11.4)	
	女	1 (5.6)	
	現業員歴 2年未満	3 (17.6)	
	2年以上	2 (6.1)	
無回答	0 (0.0)	2 (3.8)	N/A
	性別 男	0 (0.0)	
	女	0 (0.0)	
	現業員歴 2年未満	0 (0.0)	
	2年以上	0 (0.0)	

p: McNemar 検定

表7 現業員の喫煙状況と現業員歴別のKTSND変化

N = 53

		介入前	介入後	p
全 体		(n = 52)	(n = 51)	
	平均 (SD)	13.9 (4.8)	14.7 (6.3)	
	Med (Min–Max)	14.0 (1–24)	15.0 (1–30)	0.188
喫煙状況	非喫煙	(n = 40)	(n = 38)	
	平均 (SD)	13.5 (4.8)	13.8 (6.1)	
	Med (Min–Max)	14.0 (1–22)	15.0 (1–25)	0.497
	過去喫煙	(n = 6)	(n = 6)	
	平均 (SD)	15.3 (5.5)	16.7 (7.1)	
	Med (Min–Max)	15.0 (9–24)	14.0 (10–30)	0.34
	喫煙	(n = 6)	(n = 7)	
	平均 (SD)	14.7 (4.6)	17.6 (6.2)	
	Med (Min–Max)	14.0 (9–22)	15.0 (11–27)	0.168
	時々喫煙	(n = 2)	(n = 2)	
	平均 (SD)	10.5 (2.1)	11.0 (0)	
	Med (Min–Max)	10.5 (9–12)	11.0 (11–11)	0.655
(以下再掲)	毎日喫煙	(n = 4)	(n = 5)	
	平均 (SD)	16.8 (4.1)	20.2 (5.2)	
	Med (Min–Max)	16.5 (12–22)	21.0 (15–27)	0.197
	2年未満 (n = 17)			
	平均 (SD)	13.8 (5.0)	13.0 (5.6)	
	Med (Min–Max)	15.0 (1–21)	15.0 (2–21)	0.394
現業員歴	2年以上 (n = 32)			
	平均 (SD)	14.3 (4.8)	16.1 (6.3)	
	Med (Min–Max)	14.5 (3–24)	16.0 (1–30)	0.026

p: Wilcoxon signed-rank test

*KTSND: Kano Test for Social Nicotine Dependence

れているものの、資格未取得者も現業員として配属され¹³⁾、社会福祉の専門的知識やソーシャルワーク技術を未習得の者が現業員として従事しているのが現状である。これらの課題解決には、現業員が援助について振り返るゆとりの確保と業務量軽減¹¹⁾、現業員としての専門性を身につけられる機会を提供し自己効力感を高められるようなエンパワーメントが必要である。

3. 現業員の喫煙状況とKTSNDの変化

今回の対象である現業員の喫煙率；全体13.2%、男性17.1%、女性5.6%は、調査時期；2018年における国内の喫煙率¹⁴⁾；全体17.8%、男性29.0%、女性8.1%と比較すると男女とも低く、今回の対象の男性比率が66%と高く、平均年齢30.2歳を考慮しても、本研究対象の喫煙率は低い状況であった。

これまでの医療者^{8, 9, 15)}や福祉事務所職員⁵⁾を対

象とした先行研究では、KTSNDは非喫煙者<過去喫煙者<現在喫煙者の順に高く、非喫煙者10～14点、過去喫煙者12～15点、喫煙者16～19点と報告されており、本調査対象のKTSNDは先行研究と同様の傾向を示した。また、本調査対象の喫煙率は男女ともに低いにもかかわらずKTSNDは高値を示した。吉井らの肺病学会総会参加者を対象とした調査¹⁵⁾では、禁煙指導に関心を持たない者ほど有意にKTSND高値を示したことが報告されている。本調査でも禁煙指導に関心を持たない現業員が多かったと推測できる。

一方で、介入前後のKTSNDを比較した結果、全体では統計的に有意な差は認められないものの介入前14.0と比較し介入後15.0と高値を示し、特に現業員歴2年以上の群で介入前14.5と比較し介入後16.0と有意に高値を示した。KTSNDは、喫煙の心理的依存の特に「メリットの錯覚」と「害の過小評価」の度

合いを定量化する検査法であり¹⁶⁾、それらの度合いが高い状態で意見や行動の選択権を制限されたと感じられた場合に心理的抵抗が発生して禁煙を拒む方向に動機づけられるリスクがあるとされている。今回の介入で受給者に対する禁煙支援を強化したことが禁煙支援の役割を一方的に押し付けられたと否定的に認識され、とりわけ部署内での役割が多いと想定される現業員歴2年以上の群では禁煙に対して心理的抵抗が発生しKTSNDの上昇に繋がったと考えられる。

4. 現業員を介した生活保護受給者への禁煙支援上の課題

現業員は受給者の禁煙の必要性を認識する一方で、禁煙に結び付けられているケースは少なく⁵⁾、福祉事務所で活用可能な非医療従事者でも理解できる内容の簡便なツールを用いることで禁煙支援が円滑になる⁵⁾と考えた。その仮説のもと、本研究ではツールの有効性について検討した。しかし、ツールは現業員の禁煙に関する知識の増加に役立つ可能性がある一方で、ツールだけでは現業員の負担感や自信喪失につながり、受給者の禁煙に結び付けるのは難しいことが示唆された。

今回は研究者が禁煙支援の介入を直接するのではなく、現業員を介して生活保護受給者に介入する研究デザインとしたため、現業員の禁煙支援に関する動機を高める工夫や意見交換の機会が必要であったと考えられる。しかし、今回は文書で先行研究結果を提示し研究の趣旨を説明するにとどまったことが結果に影響したと考えられ、今後、介入前の過程を再考する必要がある。なお、今回のアンケートの自由記述欄にツールの問題点や改善点について意見が記述されていた。ツールの実用性を高めるためには、これらの意見を分析するとともにツールの形式についても検討が必要である。

また、非医療従事者である現業員が依存症の問題をアセスメントし支援するためには、福祉現場の疲弊や燃え尽きを防止するための課題が多い。さらに、保健師の配置は社会福祉法により規定されていないため、福祉事務所には禁煙治療に関する知識を持つ職員の割合が少ないことも課題⁵⁾である。これらの解決策として、現業員としての専門性や支援スキルを習得できる任意でフリーアクセスの機会を提供し、自己効力感を高めるようなエンパワーメントとともに

に、福祉職と保健・医療従事者とが協働で受給者の禁煙を支援するためのシステム構築が必要と考える。

本研究の限界

本研究は、福祉事務所における生活保護受給者に対する禁煙支援の具体的な方法として禁煙支援ツールの有効性を検討したことが特徴である。しかし、今回の対象は山形県内の福祉事務所に限定されており、福祉事務所の規模や受給者数に応じた層化抽出による対象の選定をしていないため、対象に偏りがある可能性が考えられる。また、福祉事務所における禁煙支援の実態には地域差があると予想されるが、今回の調査の回収率は57.6%と低く、禁煙に積極的に取り組む地域に回答が偏っている可能性があり結果の解釈には留意が必要である。さらに、介入効果が得られなかった理由として、介入期間が半年間と短く長期的効果を追跡できていないことが考えられる。今後は地域の選定や介入期間、介入方法を修正し、更なる検討が必要である。

謝 辞

本研究の調査にご協力下さいました山形県内の福祉事務所の皆様に厚く御礼申し上げます。

本研究は2016～2019年度科学研究費助成事業(若手研究(B)/16K20848)による助成を受け、本研究の一部は第16回日本禁煙学会学術総会にて発表した。

引用文献

- 1) 松浪容子, 川合厚子: 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. 禁煙会誌 2015; 10: 51-58.
- 2) 富田早苗, 三徳和子, 中嶋貴子: 居宅の壮年期生活保護受給者の喫煙と健康行動の関連. 禁煙会誌 2016; 11: 114-120.
- 3) 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2021; 68 (10): 225-41.
- 4) 厚生労働省. 被保護者健康管理支援事業 https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_19953.html (閲覧日: 2022年12月10日)
- 5) 松浪容子, 古瀬みどり, 川合厚子: 福祉事務所現業員による生活保護受給者に対する禁煙支援の実態と社会的ニコチン依存. 禁煙会誌 2018; 13: 101-109.
- 6) Prochaska JO, Velicer WF: The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. Am J Health Promot 1997; 12 (1): 38-48.
- 7) 谷口千枝, 田中英夫: 事例で学ぶ禁煙治療のため

- のカウンセリングテクニック エキスパート編. 看護の科学社, 東京, 2012; 42-59.
- 8) Yoshii C, Kano M, Isomura T, et al: An Innovative Questionnaire Examining Psychological Nicotine Dependence, "The Kano Test for Social Nicotine Dependence (KTSND)". J UOEH. 2006; 28: 45-55.
 - 9) 吉井千春, 栗岡成人, 加濃正人, ほか: 加濃式社会的ニコチン依存度調査票 (KTSND) を用いた「みやこ禁煙学会」参加者の喫煙に関する意識調査. 禁煙会誌2008; 3: 26-30.
 - 10) 瀬在泉, 谷口千枝, 平野公康, ほか: 全国5か所で実施した看護職に対する禁煙支援研修会の効果: 研修会前後の比較. 禁煙会誌 2020; 15: 70-79.
 - 11) 森川美絵, 増田雅暢, 栗田仁子, ほか: 生活保護現業員の困難経験とその改善に関する研究 負担感・自立支援の自己評価を中心に. 厚生指標 2006; 53: 15-22.
 - 12) 赤間由美, 森鍵祐子, 大竹まり子, ほか: 生活保護現業員のメンタルヘルスとその関連要因. 日公衛誌, 2014; 61: 342-353.
 - 13) 厚生労働省. 平成28年 福祉事務所人員体制調査. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/125-1-01.pdf> (閲覧日: 2023年3月12日)
 - 14) 厚生労働省: 平成30年国民健康・栄養調査. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08789.html (閲覧日: 2023年2月2日)
 - 15) 吉井千春, 井上直征, 矢寺和博, 他: 加濃式社会的ニコチン依存度調査票 (KTSND) を用いた日本肺癌学会総会参加者の社会的ニコチン依存の評価. 肺癌 2010; 50: 272-279.
 - 16) 加濃正人: ニコチンの心理的依存. 日ア精医誌 2008; 15: 3-14.

Effectiveness of a Tool for Welfare Workers to Support Smoking Cessation by Welfare Recipients

Yoko Matsunami, Midori Furuse

Abstract

Objective: We examined the effectiveness of a tool for caseworkers to support smoking cessation by welfare recipients at social welfare offices.

Method: We distributed a smoking cessation support tool, consisting of a smoking cessation support manual and a pamphlet for welfare recipients, to caseworkers at welfare offices, and we asked them to use the tool for half a year. Questionnaires were conducted before and after use of the tool to compare recognition by the caseworkers and the status of smoking cessation support.

Results: Caseworkers' recognition of the extent of medical help for smoking cessation treatment increased after the tool was distributed. However, their awareness of smoking status and the need to quit smoking decreased; moreover, the caseworkers' sense of the burden imposed by their support of smoking cessation increased, and their confidence in smoking cessation support decreased.

Discussion: Although smoking cessation support tools may be useful for increasing welfare caseworkers' knowledge of smoking cessation, it is difficult to link the tools alone to smoking cessation in welfare recipients, because their use can lead to a sense of burden and loss of self-confidence among the workers.

Conclusion: There is a need to consider a full system of support, not just tools, for smoking cessation among welfare recipients through collaboration between welfare workers and health and medical professionals.

Key words

social welfare offices, welfare caseworker, welfare recipients, smoking cessation support

Faculty of Nursing, Yamagata University School of Medicine