

# インターネット調査から見た 今後の問題点

野村英樹 金沢大学医学部附属病院総合診療部・総合診療内科 助教授

## SUMMARY

ニコチン依存症管理料導入に際し、医師・歯科医師を対象にインターネット調査を行った。その結果、

- ① 医療費削減効果の有無は、禁煙する喫煙者の絶対数の増加で判断すべきであり、そのためにも適用範囲の拡大が必要
- ② すべての喫煙者へと対象を拡大するための理論的戦略が必要
- ③ 非喫煙者への不公正を解消するため、タバコ価格の値上げなどの戦略と組み合わせることが必要

以上の3点が、主たる問題点として浮上してきた。

## はじめに

「ニコチン依存症管理料」の保険収載には、厳しい適用患者基準（表1）および施設基準（表2）が設けられ、また2年後の見直しが明示されるなど異例のスタートとなった。その背景には、禁煙支援の医療費削減効果に懐疑的な保険者側の反対があったため、試行的な実施に留めざるを得なかった事情があるとされている。このこ

とはすなわち、2年後の段階でニコチン依存症管理料の条件が緩和される可能性もある代わりに、逆に保険適用が縮小ないし廃止される可能性もあることを意味している。また、禁煙を希望する患者に等しく保険診療を行えない現状は、禁煙支援の現場に混乱と戸惑いを生むことが予想された。

表1 ニコチン依存症管理料の適用患者基準

- ニコチン依存症と診断（TDS 5点以上）
- ブリンクマン指数（本数×年数）200以上
- すぐに禁煙を始めたいと希望
- 外来患者
- 5回の通院
- 自筆での署名
- 前回の算定から1年以上の間隔

表2 ニコチン依存症管理料の施設基準

- 禁煙治療の経験をもつ医師が1人以上勤務
- 専任の看護師
- 呼気中一酸化炭素濃度測定装置
- 医療機関が敷地内禁煙
- 禁煙支援を行っている旨の表示
- 禁煙成功率の報告

そこで筆者はPLAMED.com（医師・歯科医師向けインターネット調査サービス）と共同で、現行の「ニコチン依存症管理料」に対する現場臨床医・歯科医の評価を明らかにするため、保険

収載が開始された2006年4月前後に、医師・歯科医師を対象としたインターネット調査を実施した。本稿ではその結果の概要を報告し、今後の方向性について問題提起を行いたい。

## I

## 対象と方法

調査の対象は、医師ないし歯科医師とし、200名以上を目標とした。調査対象の募集方法は、複数の医療系メーリングリスト（表3）に各管理者の承諾を得て筆者名で募集案内を投稿し、医師および歯科医師に対し、記載された調査用ウェブサイトのURLへのアクセスを依頼した。対象者の職種は医師ないし歯科医師に限定し、インターネット調査の最初の質問項目で「あなたは医師または歯科医師ですか？」に「はい」と回答した場合にのみ、本調査を実施した。調査期間は、2006年3月23日から同4月22日の1ヵ月間とした。本調査の結果については、個人が特

定される情報が含まれない形で公表されることを、あらかじめ回答者の承諾を得た。なお、本調査の回答者に対しては、謝礼支払いなどのインセンティブは供与されなかった。

調査の内容は、今回の保険収載の理論的な根拠となったと考えられる4項目（表4）に対する正誤判断を尋ねる質問に加え、これらを根拠に保険適用を行うことに対する賛否、およびそれらの回答の理由を尋ねる質問を中心に構成された。

表3 調査への協力依頼を投稿したメーリングリスト一覧

- pEBMJ
- fmj
- TFC
- 内科専門医会ML (ML2)
- 禁煙健康ネット (kk)
- 禁煙医師歯科医師連盟ML (quit)
- 日本総合診療医学会リサーチネット (JGeMRN)
- 公衆衛生ネットワーク

表4 質問の4項目

- A 喫煙習慣は、癌、心臓病、脳卒中を初めとする多くの疾患の原因であり、わが国における最大の健康障害要因である
- B わが国の喫煙者の約7割は、ICD-10\*やDSM-IV\*\*の「ニコチン依存」の基準に合致し、本人が喫煙を希望しても止められない状況にある
- C 医療者による禁煙支援により、禁煙の成功率を高めることができる
- D 医療経済的にも、禁煙支援は将来の医療費の削減に効果がある

\*：ICD-10 国際疾病分類第10版

\*\*：DSM-IV米国精神医学会「精神疾患の分類と診断の手引き」第4版

## II

## 結果

### 1 有効回答数

当初設定した回答期間中の有効回答者数は272名と目標数を上回っていたが、調査終了後に一部質問文に記述上の誤りがあったことが判明した。このため、結果報告用の連絡先を入力

した回答者に対して該当部分の再質問を実施し、111名から回答を得た。また、該当部分についても目標回答数を確保する目的で、PLAMED.comの登録医を対象に追加調査を計画し、新たに137名の回答を得た。その結果、回答者数の合計は409名となったが、再質問部分について

は有効回答数は248名となった。

## 2 回答者の属性

回答者の属性を表5に示す。40歳代の回答者が約半数を占め、30歳代以下および50歳代以上が約4分の1ずつであった。回答者の9割が医師で、その内訳は一般内科・総合診療系、臓器別内科系、外科系ないしその他の順で多かった。歯科医師は約1割を占めていた。

主たる勤務先医療機関は、診療所（19床以下）と病院がほぼ半々の割合であり、診療所勤務者の9割は無床診療所、病院勤務者の6割は300床以上の大病院に勤めていた。回答者の3割強は敷地内禁煙、5割強は建物内禁煙の医療機関に勤務していたが、分煙以下に留まっている医療機関に勤務している回答者も1割強含まれていた。

## 3 ニコチン依存症管理料導入の根拠

### A～Dに対する正誤判断（図1）

ニコチン依存症管理料導入の根拠としてあげられる前述のAの記述（喫煙習慣は、癌、心臓病、脳卒中を初めとする多くの疾患の原因であり、わが国における最大の健康障害要因である）に対しては、「正しいと思う」「まあ正しいと思う」が合わせて95%近くを占めていた。B～Dの記述についても、何れも「正しいと思う」「まあ正しいと思う」が回答の8割前後を占め、逆に「誤りだと思う」「やや誤りだと思う」とする回答は5%前後に留まっていたものの、「どちらともいえない」とする回答が15%前後含まれていた。

## 4 「ニコチン依存」の基準を満たす喫煙者に対する禁煙支援の健康保険適用について（図1）

ニコチン依存症管理料の患者基準では、TDS（Tobacco Dependence Screener）で5点以上を

表5 回答者の属性

属性	区分	回答者数 (%)
年齢	< 35歳	49 (12.0)
	35～39歳	47 (11.5)
	40～44歳	102 (24.9)
	45～49歳	115 (28.1)
	50～54歳	50 (12.2)
	55～59歳	32 (7.8)
	≥60歳	14 (3.4)
主たる診療科目	一般内科・総合系	155 (37.9)
	専門内科・小児科	121 (32.0)
	外科系・その他	85 (20.8)
	歯科	38 (9.3)
勤務先医療機関の病床規模	無床	180 (44.0)
	1～19床	17 (4.2)
	20～99床	25 (6.1)
	100～299床	55 (13.4)
	300～499床	41 (10.0)
	500～999床	74 (18.1)
	≥1,000床	17 (4.2)
主勤務先医療機関のタバコ対策	敷地内禁煙	132 (32.3)
	建物内禁煙	213 (52.1)
	完全分煙	29 (7.1)
	不完全分煙	20 (4.9)
	対策なし	3 (0.7)
	非医療機関に勤務	12 (2.9)
計		409 (100.0)

もってICD-10およびDSM-IVの「ニコチン依存」の基準に合致したものとみなし、健康保険を適用することと定められており、喫煙者の約7割がこの基準に合致するとされている。この基準を満たす喫煙者に対する禁煙支援を保険でカバーすることについて、「妥当である」とする意見は約4分の1に過ぎず、「喫煙者すべてに健康保険を適用すべきである」および「基準を引き下げて、健康保険の適用範囲を拡大すべきである」とする意見が過半数（219名）を占めた。この219名にその理由を尋ねたところ、「喫煙習慣そのものが健康障害のリスク要因であるので、『ニコチン依存症』であるかどうかで保険適用を決めるべきではない」および「ICD-10やDSM-IVの『ニコチン依存』の基準では厳し過ぎ、『止めた

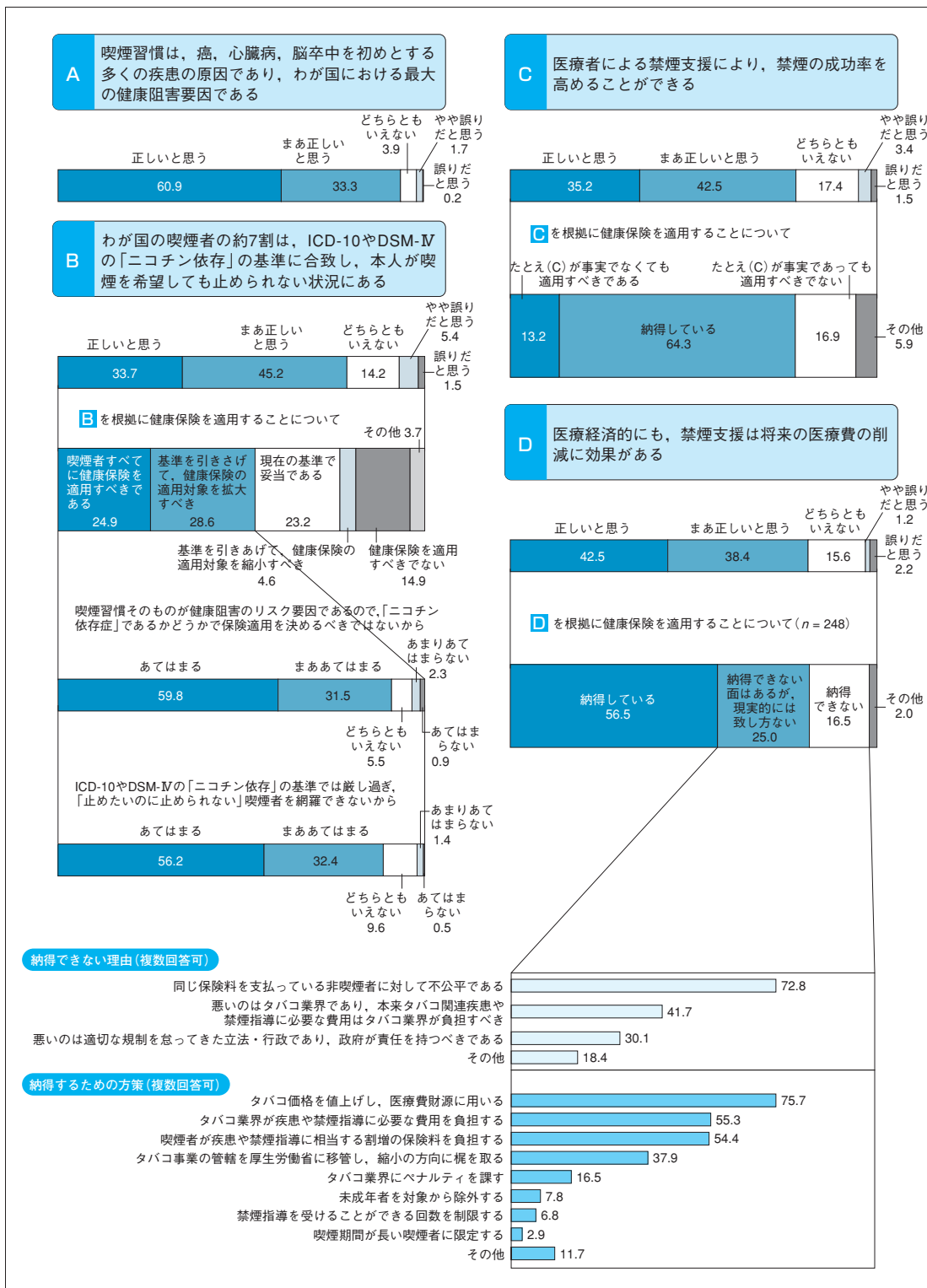


図1 インターネットによるアンケート調査の結果

いのに止められない』喫煙者を網羅できない」に「あてはまる」「まああてはまる」とした回答者が何れも9割前後を占めた。一方、「基準を引きあげて、健康保険の適用範囲を縮小すべきである」とする回答は少数(5%弱)であったが、その約7割は、理由として「喫煙者の7割を『ニコチン依存症』という病気扱いすることに抵抗がある」に「あてはまる」「まああてはまる」としている。なお、『ニコチン依存』の基準を満たすことを理由に健康保険を適用すべきでない」とする回答も、15%を占めていた。

ICD-10およびDSM-IVで用いられている「Nicotine Dependence」という用語の日本語訳については、すでに保険収載に使用された「ニコチン依存症」が適当とする回答は46.2%と半数に満たず、言語学的には訳として適当と思われる「ニコチン依存」ないし「ニコチン依存状態」が適当とする回答が30.8%を占めていた。

## 5 医療者による禁煙支援で成功率を高めることを理由に保険適用することについて(図1)

「医療者による禁煙支援により、禁煙の成功率を高めることができる」を根拠に健康保険を適用することについて、「納得している」という回答は全体の64.3%を占め、「たとえが事実でなくても適用すべきである」と合わせると4分の3を上回っていた。しかし一方、「たと

えが事実であっても適用すべきでない」との回答も16.9%あった。

## 6 禁煙支援は将来の医療費削減に効果があることを根拠に保険適用することについて(図1)(有効回答数248名)

「医療経済的にも、禁煙支援は将来の医療費の削減に効果がある」を根拠に健康保険を適用することについて、「納得している」という回答は全体の過半数を占め、「納得できない面はあるが、現実的には致し方ない」と合わせると8割を上回った。

一方、「納得できない」との回答も16.5%あり、上述の「納得できない面はあるが、現実的には致し方ない」と合わせると4割を上回ることになる。この4割に対して、納得できない理由を尋ねた(複数回答可)ところ、「同じ保険料を支払っている非喫煙者に対して不公平」に7割、「タバコ関連疾患や禁煙指導に必要な費用はタバコ業界が負担すべき」に4割、「政府が責任を持つべき」に3割が賛同していた。また、保険適用を納得するための条件として、4分の3が「タバコ価格を値上げし、医療費財源に用いる」をあげ、また過半数が「タバコ業界が必要な費用を負担する」および「喫煙者自身が割増の保険料を負担する」ことをあげていた。「タバコ事業の管轄を財務省から厚生労働省に移管し、縮小の方向に梶を取る」にも、4割近くが賛成した。

### Ⅲ

## 考 察

### 1 本調査の妥当性

今回行ったインターネット調査では、設問の一部に誤りがあり再調査を行うこととなったが、質問文のなかで「を根拠に健康保険を適用す

ること」を「を根拠に健康保険を適用すること」と誤記した軽微な誤りであったこと、誤記のあった3つの質問が最後に並んで質問されていたことなどから、ほかの質問に対する回答に影響した可能性は考えられない。また、再質問

を行った結果、いずれの質問にも200名を上回る回答数を確保しており、サンプル数としては十分である。

回答者は、医療系メーリングリストの参加者や医療系調査会社の登録者で、なおかつインセンティブのない本調査への呼びかけに応じた医師・歯科医師であり、タバコ問題や禁煙支援への関心があり、インターネットの利用が可能な程度のITの知識を持った母集団を代表しているものと考えられる。すなわち、タバコ問題や禁煙支援に関心のない医師・歯科医師の意見が反映されているとはいいがたいが、タバコ問題に関しては医師・歯科医師のなかでもオピニオンリーダー的な存在の回答者集団といえるだろう。そのほかの回答者の属性では、概ねわが国の現状を反映した偏りのないサンプリングが行われている。

なお、本調査の依頼に用いたメールは、タバコ産業関係者を除いて転送を可としていたが、悪意を持った者が意図的に特定の意見を増やす目的で重複回答したり、特定の集団に回答を依頼することは不可能ではなかったが、とくにそのような現象を示唆する結果は得られていないと筆者は考えている。

## 2 ニコチン依存症管理料の保険収載の根拠について

A～Cの記述については、国内外に明確なエビデンスの集積が以前より得られている事実であり、Dについても国外ではきわめて大きな医療費削減効果があったことが示されている。しかしながら、そのような事実が存在することと、医師・歯科医師がそのような情報を入手していることとの間、あるいは、それらの情報を真実と信じていることとの間には乖離が存在する可能性がある。

そのような点から観ると、まずAについては、ほぼすべての医師・歯科医師が「喫煙習慣が癌、心臓病、脳卒中を始めとする多くの疾患の原因であり、わが国における最大の健康障害要因である」という、禁煙支援の保険収載の大前提を真実と信じていることが判る。B・Cについては、喫煙者の多くが「ニコチン依存」状態に陥っており、意思に反して止められない状況にあること、および医学的な支援により禁煙成功率を高めることができることを真実と信じている医師・歯科医師が大多数であるものの、逆にこの事実を信じていなかったり、判断しかねている医師・歯科医師が2割程度存在したことは、一定の注意が必要と考えられる。一つには、彼らは恐らくは禁煙支援には消極的と考えられるので、患者に対して禁煙の機会の提供が行われない可能性があることであるが、逆に、患者から禁煙支援の依頼があったときに、十分な支援能力を發揮できず、医師による禁煙支援の成功率を下げってしまう可能性もあり得る。しかしながら、現状では禁煙支援に関わる医師は都道府県の社会保険事務所に届出の必要があり、このステップがあるために、このような医師が保険診療として禁煙支援を行っている可能性は低いものと考えられる。

Dについては逆に、禁煙支援に医療費削減効果があるかどうかは国外では前例があるものの、わが国での効果は保険収載の効果を観るまでは不明であるにも関わらず、多くの医師が禁煙支援の医療費削減効果を真実と信じていることが明らかとなった点で興味深い。もう一点興味深いことに、C(医療者による禁煙支援により禁煙の成功率を高めることができる)に対して「正しいと思う」または「まあ正しいと思う」とした回答者より、Dの禁煙支援の医療費削減効果に対して「正しいと思う」または「まあ正しいと思

う」とした回答者は3.2%多い80.9%に達していた。理論的には、医療費削減効果を発揮するためにはAが真実である以外に、

「禁煙支援の保険収載を行うことにより、保険収載を行わない場合と比較して、**実際に禁煙に踏み切る喫煙者の「絶対数」が増加することが必要**」

であるものの、

「禁煙支援の保険収載を行うことにより、保険収載を行わない場合と比較して、『保険による禁煙支援を受けた患者の禁煙成功率』が高まること」

は必要条件ではない(概ね十分条件ではあるが)ため、この現象はとくに矛盾ではない、むしろこの現象は、試験的に限定的に禁煙支援の保険適用を導入し、そこでの「禁煙成功率」を報告させて2年後に再検討するという現在の方針に矛盾が内在することを指摘しているともいえるだろう。

### 3 「ニコチン依存」の基準を満たす喫煙者に対する禁煙支援に限定した保険適用について

「喫煙者すべてに健康保険を適用すべき」または「基準を引き下げて健康保険の適用範囲を拡大すべき」と回答した過半数の医師も、多くは「喫煙者の約7割がICD-10やDSM-IVの『ニコチン依存』基準に合致している」こと自体は正しいと回答しているので、相当数の医師・歯科医師が、ICD-10やDSM-IVの「ニコチン依存」基準を禁煙支援の保険適用の対象と結びつけて考えてはいないことが判る。「喫煙者すべてに健康保険を適用すべき」または「基準を引き下げて健康保険の適用範囲を拡大すべき」と回答した医師・歯科医師に限定した質問で、彼らの約9割が、「喫煙習慣そのものを保険適用の条件とすべきだから」や「ICD-10やDSM-IVの基準では『止めた

いの止められない』喫煙者を網羅できないから」に同意しており、これは回答者全体でも約半数に相当する。

今回の保険収載に際して厚生労働省は、「喫煙はニコチン依存症という病気であり、病気であるから健康保険を適用する」との三段論法を採った。そのこと自体は、限定的にでも禁煙支援を保険診療化するに際し、政治的な駆け引きという意味では効果があった可能性はある。このため、ICD-10やDSM-IVでは「Nicotine Dependence」と表現されている状態を、言語学的にはより正しいと思われる「ニコチン依存」ではなく、「病気」というイメージを強調できる「ニコチン依存『症』」と敢えて訳したと思われる。しかし、たとえば自覚症状のない高血圧、高脂血症、糖尿病などを治療する理由は、それ自体が「病気だから」ではなく、「心臓病・脳血管障害(など)の主たる危険因子だから」である。医学的見地から高血圧、高脂血症、糖尿病を「治療」することに異論がないのであれば、喫煙習慣そのものも同様に「治療」する必要がある。本来、精神医学的な薬物依存の診断基準をニコチン含有製品に当てはめたICD-10やDSM-IVのニコチン依存の基準を引っ張ってきたことや、「病気」を強調したことが将来の足かせとならないよう、今後、**ICD-10やDSM-IVの「ニコチン依存『症』」から、すべての喫煙者へと対象を拡大するための理論的戦略が必要と考えられる。**

### 4 医療者による禁煙支援で成功率が高まることを理由に保険適用することについて

約65%の医師・歯科医師が納得していると回答しているうえ、「たとえ事実でなくても適用すべきである」との回答も13%あった。この13%の理由は尋ねてはいないが、前述のように、禁煙

成功率よりも禁煙に踏み切る喫煙者の絶対数の問題であるから、あるいは後述のように、喫煙習慣の責任はすべてが喫煙者自身に帰するものではない(タバコ業界や立法・行政にも責任がある)からとの考えが背景にあることが予測される。逆に、たとえ事実であっても適用すべきではない」との回答も17%と相当数あったが、これも同様にタバコ業界や立法・行政の責任を健康保険が被ることは不合理との考えから生じたものである可能性がある。

## 5 禁煙支援は将来の医療費削減に効果があることを根拠に保険適用することについて

将来の医療費削減効果を理由に保険適用することについて、必ずしも納得すくではないが受け容れていた回答者も含めると、不満を感じている医師・歯科医師が4割に上った。納得できない理由として、彼らの73%が「非喫煙者に対する不公平」をあげ、また納得するための条件として54%が「疾患や禁煙指導に相当する割増保険料の喫煙者による負担」をあげたことは、喫煙者自身の自己責任を問うものにとらえるこ

ともできる。しかしながら、それを上回る76%が「タバコ価格を値上げして、医療費財源に用いる」に賛同していることは注目に値する。よく知られているように、タバコ価格の値上げは喫煙率の低下に確実に効果をあげる戦略であることが諸外国の経験で明らか<sup>1)</sup>であり、医師・歯科医師らは、社会的不公正の解消と公衆衛生上の目標達成の2つをシナジャイズ(一石二鳥)させるべきと考えていることが判る。

なお、タバコ業界に負担させるべきとの意見はタバコ業界の責任を、政府が負担すべきとの意見は立法・行政の責任を問うものであるが、これらに賛同する医師・歯科医師もそれぞれ4割および3割存在したことを、タバコ業界や立法・行政関係者(とくに財務省)は肝に銘じるべきであろう。

**謝辞:** 本稿に報告したインターネット調査に御協力下さった回答者の皆さまに、心よりお礼を申し述べたい。なお、本調査の概要および解析結果は(<http://www.plamed.com>)で閲覧可能である。

### (参考文献)

- 1) Task Force on Community Preventive Services : Recommendations regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. Am J Prev Med, 20 (2 Suppl) : 10-15, 2001.