

医師の喫煙とタバコ依存度

加納 美緒* 曹 謙次* 岩下 拓司*
川上 憲人* 清水 弘之*

目的 医師は一般成人と比べ喫煙率が低い集団とされているが、その喫煙行動を明らかにする参考資料としてタバコ依存状況を知ることを目的とする。

方法 岐阜大学医学部附属病院に勤務する医師231人を対象に、質問紙を用いて、喫煙習慣などの喫煙行動とともに、タバコ依存症スクリーニング質問票（TDS）によりタバコ依存度を調査した。

成績 ①喫煙率は、男性医師25.1％、女性医師0％であった。

②喫煙男性医師の95.8％が医師になる前に喫煙を開始していた。

③喫煙男性医師のうち、禁煙したいと考えている者は62.5％であった。

④医師は喫煙すべきでないとする者の割合は、喫煙者に比べ喫煙していない者で著しく高かった。

⑤喫煙男性医師のタバコ依存度（TDS 得点）の平均値は5.4であった。

結果 医師の喫煙率は一般に比べ低いが、現喫煙医師のタバコ依存度は高い傾向にあった。

Key words : 喫煙, 医師, タバコ依存度

I はじめに

医師の喫煙率は、世界的に、一般住民より低いとされている¹⁾。日本でも、男性医師の喫煙率は、横田らの医師会員を対象にした調査（1988年）²⁾での36.9％、川根らの大学附属病院医師を対象とした調査（1989年）³⁾での24.2％など、一般成人男性の喫煙率56.1％（1997年、全国たばこ喫煙者率調査、日本たばこ産業株式会社調べ）と比べて低い傾向にある。

一方、喫煙習慣の基礎には、タバコ依存（ニコチン依存）があることが知られている。よって、禁煙指導に際して、一般に、対象のタバコ依存性の評価が行われる。評価の簡便な方法としては、Fagerstrom タバコ依存度調査表⁴⁾（以下FTQ）が広く用いられている。しかし、今まで、医師についてタバコ依存度を調査した報告はない。

このたび、はじめて医師のタバコ依存度を調査

したので、喫煙状況等と併せ、その結果を報告する。

II 対象と方法

1. 調査対象者

調査対象者は、平成8年当時の岐阜大学医学部附属病院勤務医317人（男性270人、女性47人）とした。このうち、270人から回答があったが（回収率85.2％）、所属診療科、年齢、性別、喫煙習慣等の調査項目に対する無回答例を分析の対象から除外した。その結果、有効調査対象数の合計は231人（男性191人、女性40人）で、調査対象に対する有効回答率は全体で73％（男性71％、女性85％）であった。

有効調査対象者は、診療科別にみると、内科、皮膚科、神経精神科、小児科、放射線科の内科系98人、外科、産科婦人科、脳神経外科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、麻酔科蘇生科、整形外科、歯科口腔外科（歯科医師）の外科系133人であった。

* 岐阜大学医学部公衆衛生学

連絡先：〒500-8076 岐阜市司町40

岐阜大学医学部公衆衛生学教室 加納美緒

2. 調査方法

調査は、平成8年7月に、附属病院各診療科に、無記名自記式アンケート用紙を配布して実施した。

基本事項として所属診療科、年齢、性別を尋ねたほか、喫煙行動として、喫煙習慣、医師の喫煙に対する考えを、喫煙者に対しては、さらに喫煙開始年齢と禁煙の意志を尋ねた。また、喫煙者と、過去に喫煙習慣があった者についてはタバコ依存度を調べた。本調査では、喫煙習慣の有無により、対象者を、現喫煙者、前喫煙者、非喫煙者に分類した。

タバコ依存度は、川上ら^{5,6)}が作成したタバコ依存症スクリーニングテスト (Tobacco Dependence Screener, 以下 TDS) を用いて調べた。タバコ依存度の調査には、一般に FTQ が使用されている。しかし、川上らは、FTQ は、国際疾病分類第10回改訂 (ICD10) によるタバコ依存症の診断との一致度が低いとし、精神医学における診断基準に合致するようなスクリーニング尺度を開発するため、TDS を作成した。

川上らは、日本人男性喫煙者 (n=58) を対象に WHO 統合国際診断面接 (CIDI) 日本語版により ICD-10 診断に基づくタバコ依存症の診断を行い、あわせて FTQ および TDS 得点を調べた。その結果、TDS 得点はタバコ依存症者で非依存症者よりも有意に高かった。

また、TDS はタバコ依存症のスクリーニングテストとして FTQ より高い感度および特異度を示し、TDS の内的整合性による信頼性係数 (Cronbach's α) は 0.74~0.81 であり、FTQ の 0.41~0.64 に比べ高かった。

TDS は、WHO 統合国際診断面接 (CIDI) のタバコ依存症の診断セクションの質問項目を基にした、タバコ離脱症状や健康問題があるにも拘わらず喫煙するなどの10項目の質問から構成され、それぞれの項目の「はい」の数を TDS 得点 (0-10点) とする (表3参照)。その信頼性と妥当性は検証済みである。

3. 分析方法

統計パッケージとしては SAS を使用し、収集した資料について、実数によるものは平均値の差の t 検定を、カテゴリーによるものは項目間の関連性についてカイ 2 乗 (χ^2) 検定を行った。検定

表1 大学病院勤務医における喫煙状況 (人)

	男					女		
	n	現喫煙者	%	前喫煙者	%	n	現喫煙者	前喫煙者
20~29歳	64	20	31.3	6	9.4	27	0	0
30~39歳	91	23	25.3	18	19.8	11	0	0
40~49歳	28	3	10.7	12	42.9	2	0	0
50歳~	8	2	25.0	5	62.5	—	—	—
内科系	80	15	18.8	13	16.3	18	0	0
外科系	111	33	29.7	28	25.2	22	0	0
合 計	191	48	25.1	41	21.5	40	0	0

については、確率水準 5% を有意限界とした。

III 結 果

1. 喫煙行動

男女別にみると、男性では、現喫煙者の割合 (喫煙率) は約 4 分の 1、前喫煙者の割合は約 5 分の 1 であった (表1)。女性では有効調査対象 40 人において現および前喫煙者がいなかったため、以下特に記さなければ、男性の結果について述べる。

喫煙率を年齢層別にみると、50歳以上を除き年齢とともに下降していた。逆に前喫煙者の割合は、年齢に伴い上昇していた。

診療科系統別では、内科系、外科系に分けると、喫煙率はそれぞれ 18.8%、29.7%、また前喫煙者の割合はそれぞれ 16.3%、25.2% と、統計的に有意な差は認めなかったが、いずれも外科系で高い傾向にあった。

現喫煙者 48 人のうち、21 人 (43.8%) が未成年で喫煙を開始していた (図1)。年齢別では、18~21歳時に吸い始めたものが多く、併せて 37 人と約 8 割を占めていた。

また、医師になってから吸い始めたと答えた者は 2 人 (4.2%) であった。

現喫煙者 48 人のうち、禁煙したいと考えている者は 30 人 (62.5%) であった。内科系・外科系別では、それぞれ 10 人 (66.7%)、20 人 (60.6%) と、統計的に有意な差は認めなかったが、禁煙を望む者は前者でやや多かった。

医師の喫煙に対する考えについては、無記入者

図1 喫煙男性医師48人における喫煙開始年齢の分布

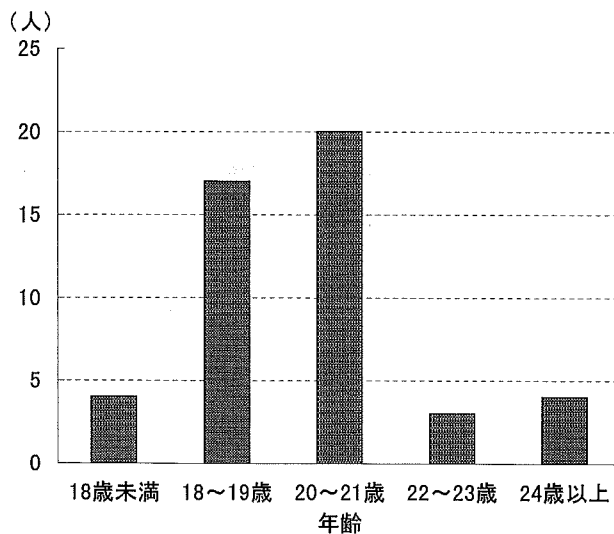


表2 男性医師中の現喫煙者および前喫煙者におけるタバコ依存症スクリーニング質問票 (TDS) 得点の比較

変数	現喫煙者			前喫煙者			有意差
	n	平均	S.D.	n	平均	S.D.	
TDS	48	5.4	2.8	41	3.9	2.7	p=0.0095
9項目TDS	48	4.7	2.6	41	3.3	2.4	p=0.0148

が多かったため、この分析の有効回答者は、他の分析より男女併せて37人少ない計194人であった。

うち、男性157人において、医師は喫煙すべきでないとする者は、現喫煙者での11人 (23.4%) に対し、前喫煙者22人 (64.7%)、非喫煙者47人 (61.8%) と、現喫煙者に対し、統計的に有意 (ともに $p=0.001$) に後二者が多かった。女性37人 (すべて非喫煙者) において同様に医師の喫煙に対し否定的な者は22人 (59.5%) であった。医師は喫煙すべきでないと答えた者の割合について、男性中の前喫煙者・非喫煙者別、内科系・外科系別、さらに、女性を加え、現喫煙者を除いた男女別に分析したが、統計的に有意な差は認めなかった。

2. タバコ依存度

現喫煙者および前喫煙者における TDS 得点の平均値は、前者の5.4に対し、後者では3.9と、有

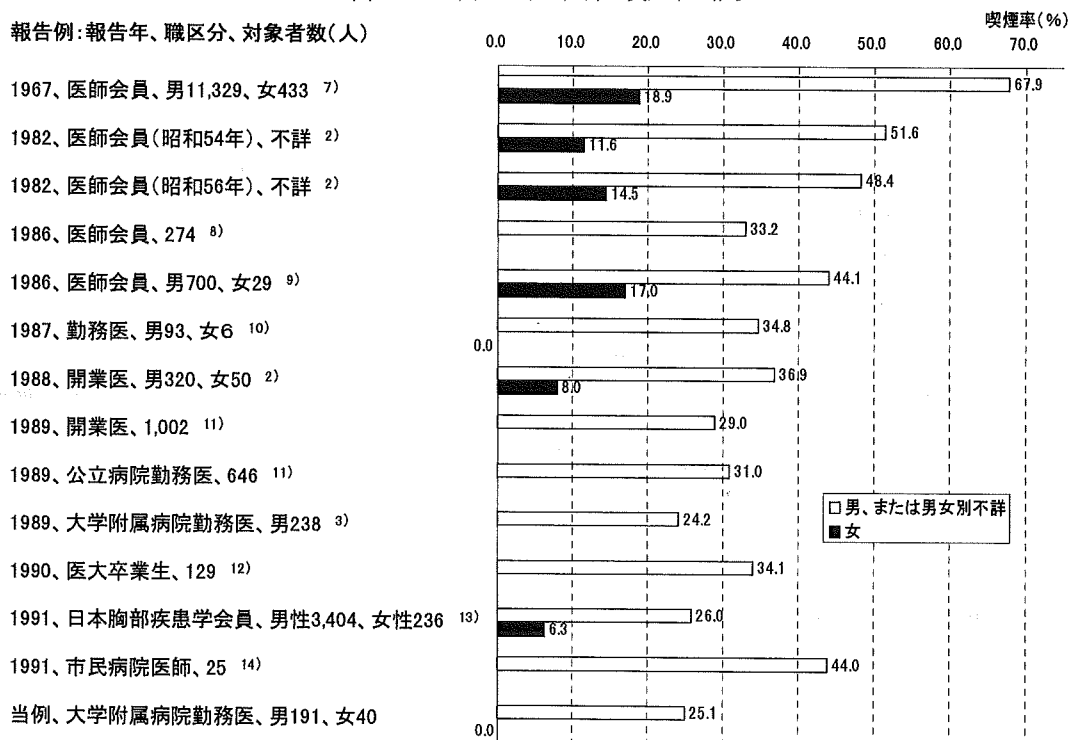
表3 男性医師中の現喫煙者および前喫煙者におけるタバコ依存症スクリーニング質問票 (TDS) 項目別回答状況の比較

		(%)		
質問項目		現喫煙者	前喫煙者	合計
		n=48	n=41	n=89
Q1	思ったより吸ってしまう	83.3	78.1	80.9
*Q2	禁煙、節煙の失敗	72.9	51.2	62.9
*Q3	禁煙時のタバコへの渴望	81.3	56.1	69.7
Q4	離脱症状	31.3	36.6	33.7
Q5	離脱症状のため喫煙	27.1	19.5	23.6
Q6	重い病気でも喫煙	39.6	24.4	32.6
Q7	身体疾患でも喫煙	68.8	53.7	61.8
Q8	精神的問題でも喫煙	35.4	26.8	31.5
*Q9	依存の自覚	75.0	34.2	56.2
*Q10	喫煙のため活動を制限	25.0	4.9	15.7

*: $p<0.05$

意に現喫煙者の方が高かった (表2)。一方、TDS 9項目の得点も算出した。これは、TDS 10項目中の Q2「禁煙、節煙の失敗」については、禁煙に成功したといえる前喫煙者の側で否定する者が多く、得点が低くなることが予想されるため、この Q2を除いた9項目の合計得点 (0-9点) である。この TDS 9項目の平均値も、現喫煙者で4.7、前喫煙者では3.3となり、やはり現喫煙者の方が有意に高かった。また、現喫煙者につい

図2 わが国における医師の喫煙率の推移



て、年齢層別、内科系・外科系別にみても、TDS 得点の平均値に統計的に有意な差はなかった。

現喫煙者と前喫煙者の回答状況を比べると、現喫煙者において、Q3「禁煙時のタバコへの渴望」、Q9「依存の自覚」、Q10「禁煙のため活動を制限」、の3項目について「はい」と答えた者の割合が統計的に有意に高かった(表3)。

IV 考 察

図2に、わが国における医師の喫煙率の推移を示した。本調査結果における男性の喫煙率は、1989年の川根らの調査と近い値を示し、その他の調査より比較的低かった。大学病院勤務医は、立場上、得られる情報も多く、社会的な要請に敏感であることが予想される。これまでの調査を総合してみると、全体として、医師の喫煙率は経年的に低下傾向にあると考えられる。

また、一般女性においては20歳代、30歳代の若い世代で喫煙率が近年増加している¹⁵⁾が、本調査では有効対象女性医師の95%が20歳以上40歳未満

であったのにも拘らず、喫煙者はいなかった。同じ医療従事女性である看護婦の喫煙率は、20～24歳代が最も低く(10%)、35～39歳代が最も高く(25%)なり、以後低くなっているとの報告¹⁶⁾がある。本調査では有効対象が40人と少なく、女性医師の喫煙率が0%という結果は偶然とも考えられる。あるいは、女性医師が自らの喫煙を正しく回答しなかった可能性もある。また、回答しなかった7人に喫煙者が多く含まれている可能性があるが、仮に7人全員が喫煙者であったとすると、喫煙率は15%と推定される。

喫煙状況について、診療科系統(内科系、外科系)別のはっきりした差異はみいだせなかったが、今回の調査では外科系医師においてやや喫煙率が高かった。各診療科ごとの特色を、十分な例数を用いて明らかにした報告はなく、今後、より大規模な調査が望まれる。

喫煙開始の状況をみると、現喫煙者のうち未成年で吸い始めた者は、本調査では43.8%、川根らの報告³⁾では58.6%(n=29)と半数近い。森¹⁾は、医学生生の喫煙について、入学時にすでに習慣

化され、入学後新たに形成、変更されることはあまりないとしている。今回の調査では、喫煙開始当時医学生であったかどうかは明らかでないが、多くの喫煙医師の喫煙は、少なくとも卒業前までに習慣化されている。よって、医師の喫煙率を低下させるためには、在学中に禁煙を奨めるなどの指導を行うことが重要と考えられる。

当然、現喫煙医師の禁煙を支援する体制も必要である。仮に、本調査における現喫煙者のうち、禁煙を希望する者すべてが禁煙に成功したとすると、喫煙率は計算上9.4%となり、10%未満とされる米国の医師の喫煙率に近づく。森¹⁾によると、喫煙している医師は患者への禁煙指導への関心・熱意も薄いという。また、医療従事者のうちでも看護婦(士)の喫煙率は一般成人より高いとされている¹⁶⁾。一般住民に対する効果的な禁煙方法として、医療の場での指導が求められている中、医療機関が、まず医師、看護婦(士)など医療従事者の禁煙支援に取り組むことが期待される。

また、医師は喫煙すべきでないと考える者の割合は、前喫煙者、非喫煙者では約60%であるのに対し、現喫煙者で約20%と差が大きい。喫煙医師に、タバコを吸わない同僚の厳しい評価を示すことも必要であろう。芳賀らの報告¹⁰⁾では男性医師の77.4%が、喫煙はやめるべきと回答しており(男性医師の喫煙率34.8%)、それに比べ、本調査対象医師は医師の喫煙に寛容なようである。医師自身の意識と比較するため、一般住民や患者を対象として医師の喫煙に対する評価を調査することも興味深い。

本調査では、現喫煙者において、TDSの各項目のタバコ依存症状が高頻度にみられた。Q9「依存の自覚」を肯定した者も75%あった。企業の従業員(以下従業員)を対象にTDSを用いてタバコ依存度の調査を行った報告⁵⁾では、喫煙している従業員(n=194)においてQ9に「はい」と答えた者は36%と低く、依存の自覚はTDS上の医師の特徴を示している可能性もある。

その他、従業員と比べると、離脱症状に関するQ4, 5については従業員の側で、それ以外の項目では医師の側で肯定した者の割合が高かった。

また、TDS得点の平均値を比べると、医師の5.4に対し、従業員では4.1と、医師は従業員より

タバコ依存度が高い可能性が示唆された。対象の喫煙率は、医師25%、従業員57%と後者の方が著しく高く、医師では、依存傾向の弱い者はすでに禁煙に成功し、強い者が喫煙を続けていることも考えられる。あるいは、医師という職業柄、タバコの影響を意識しつつ喫煙しているため、各項目により多く「はい」と回答した可能性もある。

今回の調査では喫煙本数について調べていないため、本対象医師のTDS得点が高かった理由が、医師の喫煙本数が多いためなのかどうかについては明確にすることができなかった。

今後、喫煙する医師のタバコ依存度が他の職種と比べて高いかどうかを再確認するための調査が必要と考える。

また、どのような要因が医師におけるタバコ依存度に関与しているかについての研究が必要と考える。仕事後の疲労感の程度、仕事への満足度、喫煙の動機などに関する断面的な研究とともに、医師あるいは医学生を対象とした縦断的研究が、喫煙する医師においてタバコ依存度が高かった理由を明らかにするのに有用であろう。

稿を終えるにあたり、本調査に御協力頂きました、前岐阜大医学部附属病院長河田幸道先生をはじめとする諸先生に深謝します。

(受付 '97.12.12)
(採用 '99. 6.29)

文 献

- 1) 森 亨. 医療従事者の喫煙. 日公衛誌 1993; 40: 71-73.
- 2) 横田文吉. 医師と教師の喫煙実態. 日医新報 1988; 3337: 95-97.
- 3) 川根博司, 副島林造, 矢木 晋, 他. 当大学附属病院における医師の喫煙状況. 川崎医学会誌 1989; 15: 351-357.
- 4) Fagerstrom KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. Addict Behav 1978; 3: 235-241.
- 5) Kawakami N, Takatsuka N, Inaba S, et al. Development of a screening questionnaire for tobacco/nicotine dependence according to ICD-10, DSM-III-R and DSM-IV. Addict Behav 1999; 24: 155-166.
- 6) 川上憲人, 高塚直能, 稲葉静代, 他. タバコ依存症スクリーニング質問票と禁煙成功との関連性. 日衛誌 1997; 52: 233.
- 7) 倉恒匡徳, 西住昌裕. 医師の喫煙・飲酒習慣と健

康状態. 日医新報 1967; 2273: 26-33.

- 8) 西村亮一. 医師会の実践. 公衆衛生 1986; 50: 258-263.
 - 9) 西住昌裕. 医師の喫煙・飲酒習慣の変化. 厚生指標 1986; 33(2): 33-39.
 - 10) 芳賀淳子, 島井哲志, 鈴木秀吉. 医師および医学生喫煙行動の実態. 厚生指標 1987; 34: 18-25.
 - 11) 五十嵐信一, 室谷静雄. 富山県医師会員の禁煙状況. とやま県医報 1989; 1012: 18-21.
 - 12) 縣 俊彦, 松島雅人, 豊永 和, 他. 医師・学生の喫煙行動に関する意識調査. 日衛誌 1990; 45: 225.
 - 13) 川根博司, 副島林造. 喫煙に関する意識調査. 日胸疾会誌 1991; 29(2): 182-185.
 - 14) 野村良彦, 嘉山保美, 松井孝輔, 他. 当院における医療従事者の喫煙. 神奈川医学会雑誌 1991; 18: 19-22.
 - 15) 国民衛生の動向・厚生指標. 東京: 財団法人厚生統計協会, 1998; 95.
 - 16) 大井田隆, 尾崎米厚, 望月友美子, 他. 看護婦の喫煙行動に関する調査研究. 日本公衛誌 1997; 44: 694-700.
-