

平成 23 年 7 月 吉日

厚生労働大臣 細川 律夫 殿
厚生労働省保険局長 外口 崇 殿

日本禁煙推進医師歯科医師連盟
会長 大島 明

ニコチン依存症管理料の算定要件等の見直しならびに
「ニコチン依存症指導料」（仮称）の新設に関する要望書

謹啓

盛夏の候、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、平成 18 年度の診療報酬改定において「ニコチン依存症管理料」が新設され、医療の場での禁煙治療に対する保険適用が実現しました。平成 23 年 6 月現在、12,600 を上回る医療機関が同管理料の届出を行っています¹⁾。本管理料の結果検証は、平成 18・19 年と平成 21 年の 2 回にわたって実施され、国際的にみても成果をあげていることが確認されました^{2・3)}。また、治療終了後 9 ヶ月間以上の禁煙継続に関連する要因を明らかにした結果、精神疾患やヘビースモーカーなどの患者側の禁煙困難特性が明らかになったほか、指導者側の要因として指導経験が禁煙継続と関係することが明らかになりました³⁾。

最近、平成 22 年 10 月のたばこの値上げや公共场所・職場の禁煙化が進むなかで、喫煙者の禁煙への関心が高まってきています。喫煙の本質はニコチン依存症⁴⁾であることから、禁煙したいがやめられない喫煙者に対する受け皿として、医療機関での禁煙治療がさらなる成果をあげるよう、入院患者や若年者などへの保険適用範囲の拡大や、専任看護師配置の施設基準の見直しなどが必要と考えます。特に入院患者への適用拡大については、その意義や効果が大きいことから、第一優先の検討を要望いたします。

また、新たに外来での「ニコチン依存症指導料」（仮称）の新設を要望いたします。これは、慢性疾患を有するニコチン依存症患者に対して、重症化予防の観点から一定の要件を満たす禁煙勧奨に対して診療報酬上の評価を要望するものです。

国際的には、平成 22 年 11 月にウルグアイで採択された WHO のたばこ規制枠組条約 14 条（たばこ使用の中止と禁煙治療の促進）のガイドライン⁵⁾においては、保健医療システムにおける禁煙推進の取り組みとして、禁煙成功率を高めるための禁煙治療の利用促進とそのための費用負担の軽減が求められています。本提案はこのガイドラインの趣旨にも添うものと考えます。

つきましては、平成 24 年度の診療報酬改定において、下記のとおりニコチン依存症管理料に関連した条件の見直しや新たな診療報酬の検討がなされますよう要望いたします。

謹白

1. ニコチン依存症管理料の算定要件等の見直し

1) 入院中の患者に対する適用拡大

平成20年度の診療報酬改定において、外来での禁煙治療中に入院した場合の治療継続と薬剤料の算定は認められましたが、入院患者に対する新規の禁煙治療は保険対象外です。入院が禁煙の良いきっかけになるため、入院患者についても禁煙補助薬が健康保険で処方できるように見直しが是非とも必要と考えます。

適用拡大の具体的な方法としては、DPCの対象でない病院では、外来で算定可能なニコチン依存症管理料を入院患者にも適用拡大するのが適当と考えます。一方、DPC対象病院では、禁煙治療を行うと薬剤費等が持ち出しになるため、一定の加算を行う形で診療報酬上の評価がなされるとよいと考えます。

入院患者への禁煙治療の有効性のエビデンスは確立しています⁶⁾。しかし、退院後喫煙を再開しやすいことから、禁煙継続につなげるためには、退院後少なくとも1ヵ月間のフォローアップが必要とされており⁶⁾、そのフォローアップも含めて入院患者への保険適用の条件とする必要があります。フォローアップについては、電話によるフォローアップの実行可能性が高いと考えます。海外ではIVR（自動音声応答装置、Interactive Voice Response）を活用して、禁煙のカウンセリングが必要なケースのみ抽出してカウンセラーが対応するという効率的なフォローアップシステムが先進的な病院ですでに実施されています⁷⁾。

2) 未成年者等の若年者への適用範囲の拡大

未成年者や20歳代の若者など、経済的に余力のない世代の喫煙者が禁煙したい場合に、現行のブリンクマン指数の条件は保険適用を難しくしています。喫煙開始が早いほど重症なニコチン依存になりやすく、肺がん等の喫煙関連疾患のリスクが上昇することがわかっています⁸⁻⁹⁾。また、喫煙を始めても若いうちに禁煙すれば病気の予防効果が大きいことも明らかになっています¹⁰⁾。以上の点から、若年者への保険適用の障壁となっているブリンクマン指数（喫煙本数×喫煙年齢）の算定要件を削除していただくことが必要と考えます。このことは近年増加している若い女性の喫煙問題への対策としても有用と考えます。

3) 治療期間の延長

精神疾患やヘビースモーカーなどの禁煙が難しい特性を有する喫煙者の場合、禁煙の導入が遅れたり、治療期間中に喫煙を再開することが少なくないため、そのような場合については、12週間の治療期間を延長して治療を継続できるよう（例えば、さらに12週間の治療期間の延長）、条件の見直しが必要と考えます。ただし、安易な治療の延長を防ぐため、例えば、5回の治療を全て受けた患者に限るなどの条件の付加が必要と考えます。

4) 1年以内の再治療への保険適用拡大

喫煙は他の薬物依存と同様、再発しやすいため、直近の治療の初回算定日から1年以内であっても再度保険による禁煙治療が受けられるよう見直しが必要と考えます。ただし、安易な治療の中断や再治療を防止するため、例えば、5回の治療を最後まで受診した患者、治療途中で転居した場合に限るなどの条件の付加が必要と考えます。

5) 専任看護師等の配置条件の緩和

診療所の中には経営上等の理由から看護師を雇用していない施設があることから、専任看護師等の配置条件の見直しが必要と考えます。ただし、医師以外に看護師などのスタッフが協力して

禁煙治療に取り組むことにより禁煙率が高まることが期待されることから、看護師を雇用していない施設に限り、この条件を求めないようにするのが適当と考えます。

6) 歯科疾患の管理指導報酬における禁煙指導の重視

歯学系学会から関連した提案が続いていると思いますが、医科と歯科で連携して禁煙治療が推進できるよう、歯科領域においても一定の条件を設定した形で、禁煙指導に対して診療報酬が新設（加算）されるよう検討が必要と考えます。

2. 「ニコチン依存症指導料」（仮称）の新設

新たに生活習慣病の重症化予防の観点から、厚生労働省が重点を置く4疾病（がん、脳卒中、心臓病、糖尿病）に COPD を加えた5疾病のいずれかを有するニコチン依存症患者に対して実施する禁煙指導に対して診療報酬上の評価を希望します。本指導料が診療報酬として認められることにより、禁煙動機の低い喫煙患者への禁煙勧奨がこれまで以上に推進されることになり、禁煙による重症化予防や医療費の節減が期待できます。本指導料で対象とした5疾病は、WHOのNCD (Noncommunicable diseases) 対策の対象疾患でもあり、喫煙が5疾病に共通した発症ならびに重症化の危険因子であることから、NCD対策としても禁煙推進は重要です¹¹⁾。

本指導料の技術内容は、①問診として TDS とステージ問診などの質問項目の聴取（「禁煙治療のための標準手順書の質問票」¹²⁾の活用）、②呼気 CO 測定による喫煙状況の客観的評価とその結果説明、③禁煙を促す情報提供やアドバイス、から成ります。本指導料はニコチン依存症管理料の届出施設のみで算定が可能とします。その理由は、同施設では禁煙治療だけでなく、禁煙動機の低い喫煙患者への禁煙勧奨にも熱心であり、そのための知識やスキルを有すると考えられ、診療報酬で後押しすることにより、日常診療の場での禁煙勧奨・治療がさらに進むと期待されるからです。

以上

【出典】

- 1) 日本禁煙学会：禁煙治療に保険が使える医療機関情報 (<http://www.eonet.ne.jp/~tobaccofree/hoken/sokei.htm>)
- 2) 厚生労働省中央社会保険医療協議会総会：診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成19年度調査）ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査報告書。平成20年7月9日 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/07/dl/s0709-8k.pdf>)
- 3) 厚生労働省中央社会保険医療協議会総会：診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成21年度調査）ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査報告書。平成22年6月2日 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/06/dl/s0602-3i.pdf>)
- 4) 9学会合同研究班 編：禁煙ガイドライン（2010年改訂版）。 (<http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2010murohara.h.pdf>)
- 5) WHO Framework Convention on Tobacco Control. Guidelines for implementation of Article 14 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Demand reduction measures concerning tobacco dependence and cessation. WHO, 2011. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501316_eng.pdf)
- 6) Rigotti N, Munafò MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3.
- 7) Reid RD, Pipe AL, Quinlan B. Promoting smoking cessation during hospitalization for

coronary artery disease. *Can J Cardiol.* 2006; 22(9): 775-80.

- 8) U. S. Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use Among Young People. A Report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994.
- 9) 新版 喫煙と健康 喫煙と健康問題に関する検討会報告書, 保健同人社, 2002.
- 10) International Agency for Research on Cancer: IARC Handbooks of Cancer Prevention, Volume11: Reversal of Risk After Quitting Smoking. IARC, Lyon, 2007.
- 11) World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. WHO, 2011. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf)
- 12) 日本循環器学会, 日本肺癌学会, 日本癌学会, 日本呼吸器学会: 禁煙治療のための標準手順書 第4版. 2010年4月. (各学会のホームページで公開)