

禁煙治療の保険適応について

日本循環器学会禁煙推進委員会 委員長 鄭 忠 和
Chuwa TEI, MD, FJCC

日本循環器学会禁煙推進委員会 幹 事 山口 昭彦
Akihiko YAMAGUCHI, MD

1. はじめに

喫煙は、肺癌をはじめとする各種がん、心筋梗塞や狭心症などの心血管病変、脳血管病変、四肢末梢血管病変、慢性閉塞性肺疾患などの原因であり、禁煙により上記の喫煙関連疾患の罹患率、死亡リスクが低下する。しかし、喫煙者が禁煙することは難しく、喫煙習慣の本質がニコチン依存症であることを考えると、禁煙のためには医療技術の介入(禁煙治療)が必要である。このような状況を踏まえ、日本心臓病学会をはじめとする禁煙に積極的に取り組む9学会(日本心臓病学会、日本循環器学会、日本肺癌学会、日本呼吸器学会、日本産科婦人科学会、日本小児科学会、日本口腔衛生学会、日本口腔外科学会、日本公衆衛生学会)が合同で、厚生労働省保険局に禁煙治療に対する保険適応のための医療技術評価希望書を提出した。この希望書は中央社会保険医療協議会で審議され、「ニコチン依存症管理料」の新設が決定された。

つまり、ニコチン依存症が疾病であるとの位置づけが確立され、条件を満たした患者については、一定期間ではあるが、保険診療により禁煙治療ができるようになったわけである。そこで、2006年4月より開始されている禁煙治療に対する保険適応の要件について紹介する。

2. 禁煙治療の流れ

禁煙を希望する患者については、禁煙治療の流れ

(Fig. 1)に沿って、禁煙治療を行う。保険適応の禁煙治療を行うためには、対象患者と施設基準を満たす必要がある。

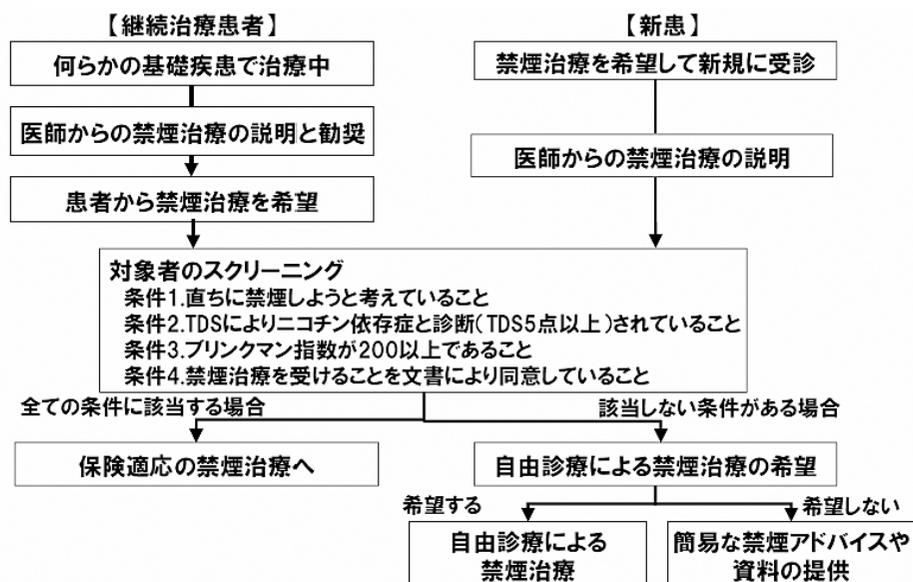
1) 対象患者

禁煙希望がある患者では、問診や質問票により対象患者の基準を満たすかどうかを検討する。対象患者は、ニコチン依存症に係るスクリーニングテストでニコチン依存症(Table 1で10項目中5項目以上が当てはまる)と診断されたものであること、プリンクマン指数(=1日の喫煙本数×喫煙年数)が200以上の者であること、ただちに禁煙することを希望し、『禁煙治療のための標準手順書』に則った禁煙治療プログラムについて説明を受け、当該プログラムへの参加について文書により同意しているものであること、の4つすべてを満たす必要がある。

なお、『禁煙治療のための標準手順書』とは禁煙治療保険適応の決定要件を受け、第三次対がん総合戦略研究班が作成した原案を日本循環器学会禁煙推進委員会、日本肺癌学会禁煙推進小委員会、日本癌学会喫煙対策委員会で検討し、各委員会が出された意見をもとに同研究班が手順書の最終案を完成し、同3学会が承認したもので、上記3学会のホームページから入手可能である。『禁煙治療のための標準手順書』は禁煙治療の流れ、禁煙治療の方法、禁煙治療に役立つ帳票、禁煙治療に役立つ資料から構成されており、実際の診療で使用できる問診表、ニコチン依存症の診断、禁煙宣言書

鹿児島大学大学院 循環器・呼吸器・代謝内科学: 〒890-8520 鹿児島県鹿児島市桜ヶ丘8-35-1

Department of Cardiovascular, Respiratory and Metabolic Medicine, Graduate School of Medicine, Kagoshima University, Kagoshima
Address for correspondence: TEI C, MD, FJCC, Department of Cardiovascular, Respiratory and Metabolic Medicine, Graduate School of Medicine, Kagoshima University, Sakuragaoka 8-35-1, Kagoshima, Kagoshima 890-8520; E-mail: jc-tei@m2.kufm.kagoshima-u.ac.jp



TDS = tabako dependence screener.

Fig. 1 喫煙治療の流れ
(『禁煙治療のための標準手順書』より)

Table 1 ニコチン依存症のスクリーニングテスト「TDS」

設問内容	はい 1点	いいえ 0点
問1. 自分が吸うつもりよりも、ずっと多くタバコを吸ってしまうことがありましたか。		
問2. 禁煙や本数を減らそうと試みて、できなかったことがありましたか。		
問3. 禁煙したり本数を減らそうとしたときに、タバコがほしくてほしくてたまらなくなることがありましたか。		
問4. 禁煙したり本数を減らしたときに、次のどれかがありましたか。(イライラ、神経質、落ちつかない、集中しにくい、ゆううつ、頭痛、眠気、胃のむかつき、脈が遅い、手のふるえ、食欲または体重増加)		
問5. 問4でうかがった症状を消すために、またタバコを吸い始めることがありましたか。		
問6. 重い病気にかかったときに、タバコはよくないとわかっているのに吸うことがありましたか。		
問7. タバコのために自分に健康問題が起きているとわかっているのに、吸うことがありましたか。		
問8. タバコのために自分に精神的問題が起きているとわかっているのに、吸うことがありましたか。		
問9. 自分はタバコに依存していると感じることがありましたか。		
問10. タバコが吸えないような仕事やつきあいを避けることが何度かありましたか。		
合計		

TDS = tabako dependence screener.

などが含まれている。

2) 施設基準

つぎに施設基準としては、禁煙治療を行っている旨を医療機関内に掲示していること、禁煙治療の経験を有する医師が1名以上勤務していること、禁煙

治療に係る専任の看護職員を1名以上配置していること、呼気一酸化炭素濃度器を備えていること、医療機関の構内が禁煙であることがある。なお、ここでの構内禁煙とは、施設内禁煙ではなく、敷地内禁煙をさす。

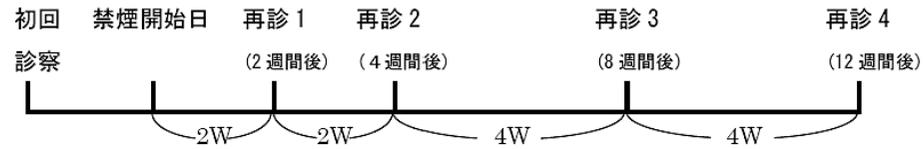


Fig. 2 標準禁煙治療のスケジュール
初回診察と禁煙開始は同日でもよい。
W = weeks.

3) 保険診療

上記の施設基準を満たす施設において、対象患者に『禁煙治療のための標準手順書』に則った禁煙治療を行った場合に、初診1回、再診4回(禁煙開始後2週後、4週後、8週後、12週後)の計5回が保険診療として認められる(Fig. 2)。さらに、ニコチン依存症管理料を算定した患者について、禁煙の成功率を地方社会保険事務局長へ報告する義務があり、初回算定日より1年を超えた日からでなければ、再度算定することはできない。なお、今回の保険適応は管理料のみの算定であり、ニコチンパッチなどの禁煙治療薬は従来どおり自費になることを十分説明する必要がある。

3. 問題点

今回の禁煙治療に対する保険適応の問題点として、喫煙期間が短い若年者や1日の喫煙本数が少ない女性などでは、プリンクマン指数が200以上の基準を満たさず、保険適応から除外される。禁煙が難しい現状では、12週間のプログラムでは不十分である。禁煙後の再喫煙率が高い状況では、「初回算定日より1年を超えた日からでなければ、再度算定する

ことはできない」では十分な保険診療ができない。施設が呼気一酸化炭素濃度器を備える必要があること。

などが挙げられる。上記の点については、2年ごとに改訂される保険収載の見直し時に、修正、改善を申し入れる必要がある。

また、現状では多くの施設が施設内禁煙にとどまっているため、医療機関の構内禁煙の基準を満たしていない。敷地内禁煙は、医療機関が早急に解決すべき課題である。

4. 最後 に

今回のニコチン依存症管理料の新設により、保健適応による禁煙治療の恩恵を受ける患者はほんの一部である。しかし、ニコチン依存症が疾病であると認められた点は大きく評価すべきである。医療従事者として、すべての喫煙者には禁煙を勧め、若年者には喫煙の習慣をつけさせないように努力しなければならない。そのためには、医療従事者自身の禁煙は必須と考える。ニコチン依存症管理料の新設を契機に禁煙への関心が高まり、禁煙治療が大きな広がりを見せることを願い、稿を終えたい。