

禁煙治療の概要説明資料

2006 年 4 月から禁煙治療が保険適用されることになりました。これは喫煙を単なる習慣や嗜好と考えるのではなく、ニコチン依存症という病気としてとらえ、必要な治療を行うという考え方です。治療は一定の条件を満たした喫煙者なら、どなたでも受けることができます。

1. どんな治療をするの？

受診時期	治療内容
治療前の問診・診療	禁煙治療のための条件の確認
初回診療	①診察
再診 1（2 週間後）	②原則、呼気一酸化炭素濃度の測定
再診 2（4 週間後）	③禁煙実行、継続に向けてのアドバイス
再診 3（8 週間後）	④禁煙補助薬の処方
再診 4（12 週間後）	⑤禁煙治療用アプリ及び CO チェッカーの処方

2. 費用はいくらかかるの？

		ニコチンパッチの場合* ⁶		バレニクリンの場合* ⁶		バレニクリン+アプリ及び CO チェッカーの場合* ⁶	
		費用	自己負担額 (3 割負担)	費用	自己負担額 (3 割負担)	費用	自己負担額 (3 割負担)
診療所	初診料+再診料* ¹	7,780 円		7,780 円		7,780 円	
	ニコチン依存症管理料* ²	9,620 円		9,620 円		9,620 円	
	アプリ及び CO チェッカー指導管理料・材料加算	-	5,830 円	-	6,040 円	25,400 円	13,660 円
	院外処方箋料* ³	2,040 円		2,720 円		2,720 円	
保険薬局	調剤基本料・調剤料* ⁴	2,910 円	7,260 円	6,370 円	13,920 円	6,370 円	13,920 円
	禁煙補助薬* ⁵	21,280 円		40,040 円		40,040 円	
合計		43,630 円	13,090 円	66,530 円	19,960 円	91,930 円	27,580 円

*¹ 禁煙のみを目的に、診療所で治療を受けると仮定。再診料には外来管理加算を含むと仮定。

(注) 他の疾患の治療にあわせて禁煙治療を受ける場合、初診料および再診料については重複して支払う必要はありません。

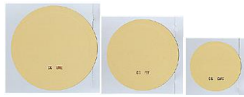
*² 5 回の通院全てを対面で行うものと仮定。 *³ 院外処方で、禁煙補助薬のみ処方されると仮定。

*⁴ 調剤基本料 1 で算出。調剤料のほか、一般的な薬剤服用歴管理指導料を含むと仮定。

*⁵ 禁煙補助薬を標準的な用法・用量で使用すると仮定 *⁶ 上記費用は 2020 年 11 月に改定された診療/調剤報酬点数に基づいて算出。

3. 禁煙の薬や治療用アプリって何？

禁煙補助薬であるニコチンパッチ/ガムまたはバレニクリンが使えます。これらの薬は禁煙後の離脱症状をおさえ、禁煙を助けてくれます。バレニクリンは喫煙による満足感もおさえます。ニコチンパッチ/ガムを使うと禁煙の成功率が各々約 1.7 倍、1.4 倍、バレニクリンを使うと約 2.3 倍高まります。治療用アプリ及び CO チェッカーを使うと、さらに約 1.7 倍高まります。

ニコチンパッチ*	ニコチンガム	バレニクリン	禁煙治療用アプリ及び CO チェッカー
			
- 健康保険が使えます。 - ニコチンを皮膚から吸収させる貼り薬です。 - 毎日 1 枚皮膚に貼り、離脱症状を抑制します。 - 禁煙開始日から使用、8 週間の使用期間を目安に貼り薬のサイズが大きいものから小さいものに切り替えて使用します。 - 高用量の剤形は医療用のみです。	- 薬局薬店で購入します。 - 口の中の粘膜からニコチンを吸収させるガム製剤です。 - タバコを吸いたくなった時に、1 回 1 個をゆっくり間をおきながらかみ、離脱症状を抑制します。 - 禁煙開始日から使用し、12 週間の使用期間を目安に使用個数を減らしていきます。	- 健康保険が使えます。 - ニコチンを含まない飲み薬です。 - 禁煙時の離脱症状だけでなく、喫煙による満足感も抑制します。 - 禁煙を開始する 1 週間前から飲み始め、12 週間服用します。	- 健康保険が使えます。 - ご自身のスマートフォンにインストールして使用するアプリです。 - 日常生活における禁煙を支援します。 - 自宅で呼気一酸化炭素濃度を測定し、動機づけになります。 24 週間、使用します。

* 一般用医薬品にもニコチンパッチがありますが、ここでは医療用のニコチンパッチについて説明しています。

禁煙治療に関する問診票

帳票 2

Q1. 現在、タバコを吸っていますか？

☐ 吸う ☐ やめた (年前/ カ月前) ☐ 吸わない

〈以下の質問は、吸うと回答した人のみお答え下さい。〉

Q2. 1 日に平均して何本タバコを吸いますか？ 吸っているタバコすべてについて記載してください。

紙巻タバコ 1 日 () 本

加熱式タバコ

スティックタイプ [アイコス、グロー、ブルーム・エス、パルズなど] 1 日 () 本

カプセル・ポッドタイプ [ブルーム・テック、グロー・センスなど] 1 日 () 個

Q3. 習慣的にタバコを吸うようになってから何年間タバコを吸っていますか？ 吸っていたタバコすべてについて記載してください。

紙巻タバコ () 年間 加熱式タバコ () 年間 うち併用 () 年間

Q4. あなたは禁煙することにどのくらい関心がありますか？

☐ 関心がない

☐ 関心はあるが、今後 6 カ月以内に禁煙しようとは考えていない

☐ 今後 6 カ月以内に禁煙しようと考えているが、直ちに禁煙する考えはない

☐ 直ちに禁煙しようと考えている

Q5. 下記の質問を読んであてはまる項目に✓を入れてください。該当しない項目は「いいえ」とお答え下さい。

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		

Q6. 禁煙治療を受けることに同意されますか？

☐ はい ☐ いいえ

氏 名 _____
記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

喫煙状況に関する問診票

帳票 3

氏 名 _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

Q1. 1日に平均して何本くらいのタバコを吸いますか？吸っているタバコすべてについて記載してください。

紙巻タバコ 1日 () 本

加熱式タバコ

スティックタイプ [アイコス、グロー、プルーム・エス、パルズなど] 1日 () 本

カプセル・ポッドタイプ [プルーム・テック、グロー・センスなど] 1日 () 個

Q2. 朝目覚めてからどのくらいたって1本目のタバコを吸いますか？

☐ 5分以内 ☐ 6～30分 ☐ 31～60分 ☐ 61分以上

Q3. 今までタバコをやめたことがありますか？

☐ ある (回、最長 年間/ カ月間/ 日間)

☐ なし

Q4. 習慣的にタバコを吸うようになったのは何歳ぐらいの頃ですか？

(歳)

Q5. タバコをやめることについてどの程度自信をもっていますか？「全く自信がない」を0%、「大いに自信がある」を100%として、0～100%の間であてはまる数字をお書き下さい。

(%)

Q6. 同居する家族の中でタバコを吸っている人はいますか？

☐ はい→ (続柄) ☐ いいえ

Q7. 現在、気になる症状はありますか？

Q8. 現在、治療中の病気はありますか？

氏名

タバコに含まれている有害成分の摂取状況の把握

タバコには、約 200 種類以上の有害物質が含まれています。代表的な有害物質としては、ニコチン、一酸化炭素、タールがあります。これらの有害物質をどれくらい体内に取り込んでいるかは、タバコの吸い方によって変わり、タバコの本数だけでは正確に把握することができません。

ここでは一酸化炭素を指標として、あなたがタバコに含まれている有害成分をどれくらい取り込んでいるか、調べてみましょう。

呼気一酸化炭素濃度の測定**■検査の意味**

一酸化炭素の体内への取り込み状況を示す検査(測定前日から当日の紙巻タバコの喫煙状況を反映)

■コメント

- 1.一酸化炭素はニコチンと一緒に動脈硬化を促進させ、心筋梗塞や脳梗塞などを引き起こします。
- 2.また、酸素の運搬を妨害するため、持久力(スタミナ)や作業効率が低下します。

■あなたの測定結果

呼気一酸化炭素濃度結果

PPM

禁 煙 宣 言 書

私はニコチン依存症であることを認識し、喫煙の害ならびに禁煙の効果をも十分に理解した上で、____月____日より、禁煙することを宣言します。

____年____月____日

患者氏名_____

担 当 医_____

私は、禁煙が成功するよう温かく支援することを約束します。

支援者_____

禁煙日記

●初診日

年 月 日

●禁煙開始日

年 月 日

〔記入例〕

- 1) 喫煙した場合は本数、ニコチンパッチを使用した場合は使用サイズ、ニコチンガムを使用した場合は個数、パレクリンを使用した場合は錠数をご記入下さい。
- 2) 医療機関に受診した時には受診欄に★を付けてください。
- 3) 網掛けは医療機関を受診する目安を示しています。

受診	禁煙治療開始	喫煙本数	禁煙補助薬	体重
★	1日目 1/22	0本	TTS30	66.3kg
	2日目 1/23	0本	TTS30	66.4kg
★	1日目 5/10	20本	0.5mg1個	72.1kg
	2日目 5/11	19本	0.5mg1個	72.3kg

受診	禁煙治療開始	喫煙本数	禁煙補助薬	体重
	1日目 /	本		kg
	2日目 /	本		kg
	3日目 /	本		kg
	4日目 /	本		kg
	5日目 /	本		kg
	6日目 /	本		kg
	7日目 /	本		kg
	8日目 /	本		kg
	9日目 /	本		kg
	10日目 /	本		kg
	11日目 /	本		kg
	12日目 /	本		kg
	13日目 /	本		kg
	14日目 /	本		kg
	15日目 /	本		kg
	16日目 /	本		kg
	17日目 /	本		kg
	18日目 /	本		kg
	19日目 /	本		kg
	20日目 /	本		kg
	21日目 /	本		kg

受診	禁煙治療開始	喫煙本数	禁煙補助薬	体重
	22日目 /	本		kg
	23日目 /	本		kg
	24日目 /	本		kg
	25日目 /	本		kg
	26日目 /	本		kg
	27日目 /	本		kg
	28日目 /	本		kg
	29日目 /	本		kg
	30日目 /	本		kg
	31日目 /	本		kg
	32日目 /	本		kg
	33日目 /	本		kg
	34日目 /	本		kg
	35日目 /	本		kg
	36日目 /	本		kg
	37日目 /	本		kg
	38日目 /	本		kg
	39日目 /	本		kg
	40日目 /	本		kg
	41日目 /	本		kg
	42日目 /	本		kg

受診	禁煙治療開始	喫煙本数	禁煙補助薬	体重
	43日目 /	本		kg
	44日目 /	本		kg
	45日目 /	本		kg
	46日目 /	本		kg
	47日目 /	本		kg
	48日目 /	本		kg
	49日目 /	本		kg
	50日目 /	本		kg
	51日目 /	本		kg
	52日目 /	本		kg
	53日目 /	本		kg
	54日目 /	本		kg
	55日目 /	本		kg
	56日目 /	本		kg
	57日目 /	本		kg
	58日目 /	本		kg
	59日目 /	本		kg
	60日目 /	本		kg
	61日目 /	本		kg
	62日目 /	本		kg
	63日目 /	本		kg

受診	禁煙治療開始	喫煙本数	禁煙補助薬	体重
	64日目 /	本		kg
	65日目 /	本		kg
	66日目 /	本		kg
	67日目 /	本		kg
	68日目 /	本		kg
	69日目 /	本		kg
	70日目 /	本		kg
	71日目 /	本		kg
	72日目 /	本		kg
	73日目 /	本		kg
	74日目 /	本		kg
	75日目 /	本		kg
	76日目 /	本		kg
	77日目 /	本		kg
	78日目 /	本		kg
	79日目 /	本		kg
	80日目 /	本		kg
	81日目 /	本		kg
	82日目 /	本		kg
	83日目 /	本		kg
	84日目 /	本		kg

受診	禁煙治療開始	喫煙本数	禁煙補助薬	体重
	85日目 /	本		kg
	86日目 /	本		kg
	87日目 /	本		kg
	88日目 /	本		kg
	89日目 /	本		kg
	90日目 /	本		kg
	91日目 /	本		kg

禁 煙 証 明 書

私は、現在禁煙しています。

_____年____月____日

患者氏名_____

上記の人が現在禁煙していることを証言します。

氏名_____

患者との関係（あてはまるものに○）

家族 友人 同僚 その他

診療計画書（ニコチン依存症管理料 2）

初回診察から最終回までの、あなたの診察予定日をお知らせします。

なお、今回の治療にあたっては、ニコチン依存症管理料 2 により、診療報酬の算定にあたっては、一連の治療による評価を行います。

				(診察 1～3 では○をつける)
初回診察	年	月	日	対面のみ
再診 1 (2 週間後)	年	月	日	対面 情報通信機器利用
再診 2 (4 週間後)	年	月	日	対面 情報通信機器利用
再診 3 (8 週間後)	年	月	日	対面 情報通信機器利用
再診 4 (12 週間後)	年	月	日	対面のみ

年 月 日

_____(医療機関名)

_____(医師名)

上記の説明を受け、診療報酬の算定にあたっては、ニコチン依存症管理料 2 により、一連の治療による評価を行うことに同意します。

年 月 日

_____(患者住所)

_____(患者署名)

(注)

この書類は 2 部作成し、一部は患者交付用、一部は医療機関の保存用とする。

患者の署名は、医療機関の保存用の一部のみでも差し支えない。

初回・最終回診察において情報通信機器利用の場合は、診察予定日の横に、その旨を書き加えるなどの対応を行えばよい。

ニコチン依存症治療用アプリ及び呼気一酸化炭素測定器（CO チェッカー）による治療の同意書

ニコチン依存症治療用アプリ及び呼気一酸化炭素測定器（CO チェッカー）について十分な説明を受け、利用を希望します。

年 月 日

_____（患者住所）

_____（患者署名）

上記の申告・同意を受け、次の項目について確認を行った上で、禁煙治療用アプリ及び呼気一酸化炭素測定器（CO チェッカー）を処方します。

【確認事項】

- ・呼気一酸化炭素濃度の測定等、10ppm 以上に濃度が上昇するたばこの使用を確認している
- ・バレニクリンを処方している
- ・患者のスマートフォンがアプリの推奨利用環境を満たしている
- ・専用 Web サイトを通じたモニタリング、分析・利用環境の整備している

年 月 日

_____（医療機関名）

_____（医師名）

（注）

この書類は 2 部作成し、一部は患者交付用、一部は医療機関の保存用とする。
患者の署名は、医療機関の保存用の一部のみでも差し支えない。