

## 2) 禁煙治療中断時に喫煙していた患者の場合

- 患者が禁煙治療をあきらめたため。
  - ・ 自分は禁煙できないとあきらめた。
  - ・ 喫煙してしまい、自分は禁煙できないと思い込んでしまう。
  - ・ 「禁煙治療をせねば」という気持ちがストレスになってしまい、2回目の治療で中断した。
  - ・ 禁煙の決意が弱かった。 / 等
- 禁煙がうまくいかなかったため。
  - ・ 薬剤による効果が認められず、禁煙意欲も失せたため。
  - ・ 薬剤や各種指導しても喫煙を中止できず指導中断した。
  - ・ 喫煙が続いており、医師から治療終了といわれた。 / 等
- 精神疾患等の悪化のため。
  - ・ 精神科の治療を受けている患者はなかなか禁煙できない。
  - ・ 心療内科や精神科的な基礎疾患を有している方が多く、精神的ストレスが逆に増えてしまった。
  - ・ ニコチン離脱症状を強く訴えるケース（うつ症状の悪化）。 / 等
- 喫煙してしまい、通院しにくくなったため。
  - ・ 治療中でも喫煙を我慢できず喫煙してしまったため、外来受診がしにくくなり、足が遠のき、中断した。
  - ・ 処方を受けても禁煙できなかったもので、通院しづらくなった。
  - ・ 禁煙できていない自己嫌悪感を強く感じて通院中断してしまった。 / 等
- 禁煙補助剤の副作用により治療中断してしまったため。
  - ・ 薬の副作用がきつくて中断し、禁煙せず。
  - ・ バレニクリン内服で嘔気出現、気分不良強くなるため、続けることを中断した。
  - ・ ニコチンパッチでの皮膚炎が強いケース。 / 等
- その他
  - ・ タバコの本数が喫煙本数を減らせて満足してしまった。 / 1日40本は喫煙していたが、1日20本まで減量した。
  - ・ 仕事上の都合で決められた日に来院できない。 / 多忙で来院できず、禁煙治療を中断し、再喫煙してしまった。
  - ・ 引越により外来継続が難しくなったため。 / 等

## ② ニコチン依存症管理料についての今後の課題・要望等

- 若年者等への保険適応について
  - ・ 20歳代などの若年喫煙者では、ブリンクマン指数が保険適応の基準に達しないケースが多々ある。若年喫煙者に対する禁煙治療こそ、より重視すべきである。保険適応基準の再考を望む。
  - ・ 若年者・本数の少ない者を早期禁煙に導くことが大切なので、ブリンクマン指数の要件緩和が必要。
  - ・ 若い世代に禁煙治療が保険適用されることが疾病予防に大きな効果をもたらすと思われる。現在の「ブリンクマン指数 200 以上」という保険適応の条件を撤廃すべきである。 / 等
  
- 入院患者への保険適応について
  - ・ 入院患者を除外しているのはよくない。入院を禁煙のきっかけにすべきである。また、入院での禁煙治療（禁煙目的での入院治療）を望む患者もおり、効果的であると思われる。
  - ・ 入院中の患者で、禁煙を希望する場合、薬剤のみで保険がきくようにしてほしい。
  - ・ 入院を契機として禁煙を希望する患者が意外と多い。そのことに対応できる点数算定環境を。
  - ・ 入院中に初回算定できるようにしていただきたい。
  - ・ 入院中の患者に対してのニコチン依存症管理料の算定ができない点をただちに撤廃してください。患者にとって大きな不利益です。 / 等
  
- 保険再適応について
  - ・ 1年に1度だけでなく、3～6か月毎でも再度禁煙に挑戦できるようにした方が、禁煙成功率が上がると思います。
  - ・ 再治療を6か月以降、可能にしてほしい。
  - ・ 中断後1年間は受けられなくなっているが、やむを得ない理由で中断した場合もあるので、もう少し柔軟な対応でも良いのではないか。
  - ・ 喫煙習慣から離脱するために時間と機会が2～3回ほしい。年1回しかとれないので、次までのブランクが大きすぎ、モチベーションが下がっている。 / 等
  
- 診療報酬点数について
  - ・ ニコチン依存症管理料は慢性疾患の患者に比べて時間も手間もかかるのに管理料が安いと思いました。
  - ・ 算定料が低すぎると思います。当クリニックでは7割～8割の方が禁煙成功されて

います。支援側も時間をかけて行っているので成功されるとうれしく思います。今後算定料の見直しをしていただければありがたいと思います。10割の禁煙を目標とします。

- ・ コメディカルによる患者への説明、医師からの説明と何十分という時間をかけて指導を行っているので、算定点数をアップして頂ければと思います。
- ・ 医師や看護師が時間をかけて指導することに対してもう少し評価（診療報酬）される仕組みになってほしい。
- ・ 管理料の点数は、初回、2回～4回目、5回目（最終回）の区分しかないが、当院は、治療上、専門分野に精神科の医師を必要とするケースが多い。また、中断するケースにも「ニコチン離脱によるうつ状態のため」が挙げられる。ついては、精神科医師とチームで治療を行う場合の加算点数を作ってもらいたい。
- ・ 禁煙成功の結果に対しての加算を希望。
- ・ 治療の完結を重視する意味から最終5回目の管理料を上げるのはどうか。 /等

#### ○ 保険治療について

- ・ 医師の管理下で励まされながらやると成功する率が高い。薬局でニコチンパッチが販売されているが、今後も、保険制度でカバーしてもらおうよう強く希望する。
- ・ 初回～終了まで自費で、終了した時点で保険扱いということにはならないでしょうか。皆様ではありませんが、途中で来なくなる人もいますので。
- ・ 途中で「今回失敗しても、またやるからいいよ、保険きくんでしょ」という声を多く聞きます。そのようなかんじで保険をムダに使われるのもどうかと思います。初回のみ保険適応にする等の対策はどうか。 /等

#### ○ 5回目の患者について

- ・ 最終日（5回目）も受診できるように改善してもらいたい。説明だけじゃなかなか受診されない。
- ・ 5回目に患者から管理料を徴取しにくいので、4回までに振り替えてほしい。
- ・ 禁煙治療の最後の週は来院しない人が見受けられるが、処方なしなので管理料は不要にしたらいいのではないのでしょうか。
- ・ 途中で禁煙が完了した場合（5回の診察を満たす）の管理料の徴収の仕方について、5回目の診察では薬の処方がないため、来院されない。 /等

#### ○ 治療プログラム・算定回数等について

- ・ 治療期間に弾力性を持たせてほしい（14週など）。5回終了時15本→1～2本まで減っていた患者さんが、保険がきかないため挫折してしまい、半年後に再治療希望されるも保険がきかないため断念されるなどの例があり、もう少し長期に続けられ

るよう、また、1年以内も再開できるよう改善してほしい。

- 5回の指導ではやめられない患者もいる。ケースバイケースで、管理料も延長算定可能にするか、禁煙できない人にだけ算定できる点数を設定してほしい。
- 人それぞれ個人差があり、画一的に扱うのは問題があり、保険診療による禁煙治療も、もう少し、適用の範囲を広げたり、治療期間の延長、短縮を可能なものとした方が、より多くの人に禁煙してもらえるのではないかと思います。
- 喫煙年数10年～50年と開きがあるものの、このような長期的な習慣や依存を計5回の通院で完治させることの困難さに対して管理料が安すぎる。依存や社会背景は個別に異なるため、時として4週あけるのではなく、2週後の通院（強化）が必要な患者もいる。精神心理学的側面も考慮してほしい（算定回数を12週内に限り増やしてほしい）。
- 私は、保険診療適用以前は計3回のコースで禁煙治療を行っていた（自費で）。必要な方や希望のある方には5回以上の禁煙治療となっていた。順調なケースで5回の来院を強制するのは難しい。必要に応じて3～5回の来院というフレキシブルなコースのほうが良い。
- 禁煙治療を始めた早い段階で、禁煙補助薬を使用せずに禁煙を継続できる方もいます。そのような方は特に5回の受診が面倒と言われるのですが、医師が禁煙を確立できたと判断した時点で終了としてもよいのではないのでしょうか。 /等

#### ○ 施設基準について

- 管理料が算定できる施設基準を敷地内禁煙に限ることは禁煙治療の普及に障害を来たしており、施設基準の緩和を希望します。
- 制限をなくし、すべての医療機関で保険診療できるようにしていただきたい。
- このようにハードルを高くするのではなく、どこのクリニックでも自由に薬を出せるようにすべきである。タバコを吸っている患者がいろいろ病気になったり、突然死したりする割合は多い。 /等

#### ○ 指導者の育成

- 禁煙外来の内容について施設によって差がある。施設基準を満たしていても、担当する医療従事者が、禁煙学会認定資格を有していない場合、一定レベルの研修を要すると考える。
- 専門の看護師のさらなる育成制度を設けてほしい。AHRQ禁煙指導ガイドラインからも禁煙治療は複数職種で関わる必要があると考える。 /等

#### ○ 禁煙成功の定義について

- 5回の診察がなくても、1か月以上禁煙できれば、成功例に加えてほしい。

- ・ 外来通院回数にかかわらず禁煙成功者もカウントすべき。
- ・ 必ずしも 5 回の指導がなくても禁煙できている例が多く見られる。禁煙率算定の母数をもっと柔軟にすべきでしょう（指導回数は問題でなく、禁煙できたかできなかったかでよいと思います。） /等

○ その他

- ・ 現状に満足している。
- ・ パッチで接触性皮膚炎、チャンピックスが副作用（特に胃腸症状）で服用できないといった時に、他剤への切替ができない。
- ・ パッチ・内服の方法があるが、一方の方法で失敗した場合に、もう一方の方法を続けて行えるようにしていただければと思います。
- ・ 内服薬の場合は 2 週ごとの来院で、6 週目と 10 週目は算定外となるので混乱する。TTS と同じ間隔でよいのではないか。 /等