

2019年7月18日

厚生労働大臣 根本 匠 様
厚生労働省保険局長 濱谷 浩樹 様



一般社団法人禁煙推進学術ネットワーク

日本内科学会	日本産科婦人科学会	日本麻酔科学会
日本小児科学会	日本循環器学会	日本心臓病学会
日本呼吸器学会	日本人間ドック学会	日本動脈硬化学会
日本肺癌学会	日本高血圧学会	日本臨床腫瘍学会
日本血管外科学会	日本心血管インターベンション治療学会	
日本結核病学会	日本不整脈心電学会	
日本総合健診医学会		
日本心臓リハビリテーション学会		
日本呼吸ケア・リハビリテーション学会	日本健康心理学会	
日本公衆衛生学会	日本産業衛生学会	日本疫学会
日本口腔衛生学会	日本口腔外科学会	日本口腔インプラント学会
日本歯周病学会	ジャパンオーラルヘルス学会	
日本有病者歯科医療学会	日本口腔腫瘍学会	



日本遠隔医療学会

「ニコチン依存症管理料」へのオンライン診療導入に関する要望書

要望事項

1. オンライン診療料の算定要件に「ニコチン依存症管理料」を追加頂き、オンライン診療でも対面と同様の診療報酬上の評価がなされるようお願いしたい。
2. 「ニコチン依存症管理料」で定められた5回の治療のうち、初診を対面で診療し、再診1、2、3、4回目をオンライン診療とすることを認めていただきたい。

I. 背景と趣旨

我が国の高齢化率は世界最高水準であり、寿命の更なる延伸が見込まれるなか、個別化した質の高い医療を、より効率的に提供するテクノロジーの社会実装は喫緊の課題です。政府の「骨太方針2018」を踏まえ、厚生労働省としてもテクノロジー活用による医療の生産性向上に積極的に取り組まれておられると存じます。

喫煙および受動喫煙が原因と推定される年間超過死者数はそれぞれ13万人¹⁾、1万5千人²⁾にのぼり、それぞれの年間超過医療費は1兆1,669億円³⁾、3,233億円³⁾と推定されています。2017年の国民健康・栄養調査によると、わが国の成人の喫煙率は男女計17.7%⁴⁾であり、男性の喫煙率は諸外国と比較して依然高い水準にあります⁵⁾。喫煙者のうち3割近く(28.9%)はたばこをや

めたいと考えています⁴⁾。喫煙の本質はニコチン依存症であり⁶⁾、治療が必要な病気です⁷⁾。2020年4月の改正健康増進法の全面施行にむけて禁煙希望者のさらなる増加が予想され、ICTを用いた禁煙治療の効率化およびアクセスの向上による禁煙推進は喫煙の課題です。

わが国では2006年度から外来での健康保険による禁煙治療として「ニコチン依存症管理料」が新設されました。これまで3回実施された中医協の結果検証において治療終了時の禁煙率が55~60%（5回受診完了者では72~82%）、治療終了後9ヵ月間禁煙継続率が27~33%（5回受診完了者では46~49%）と一貫した成績が得られており、国際的にみても一定の成果をあげていることが報告されています^{8,9,10)}。これらの結果検証データを用いて禁煙治療の費用効果分析を行った研究によると、禁煙治療は予防プログラムの中でも費用効果に特に優れており、医療費の削減につながることを報告されています¹¹⁾。

全国のニコチン依存症管理料の登録医療機関数は徐々に増加しているものの（2019年4月現在16,800余施設）、医療機関全体に占める割合は15%、病院に限っても30%にとどまっています。

「身近に禁煙治療が受けられる医療機関がある」と回答する喫煙者の割合は、男性34.6%、女性42.9%であり¹²⁾、保険診療でありながら禁煙治療へのアクセスは十分とはいえない状況にあります。専門的な禁煙治療の利用率も欧米先進国や韓国に比べて、約1/2と低い現状にあります¹³⁾。

現行の保険診療における禁煙治療では、「禁煙治療のための標準手順書」¹⁴⁾に定められている5回の受診を完了できた喫煙者は、わずか29.8%にとどまっています¹⁰⁾。治療中断の理由の1つとしてはそもそもニコチン依存症特有の心理的依存の克服が薬物治療だけでは難しいことに加え、多忙または仕事関係で通院の継続が困難である点が挙げられており⁹⁾、これらが治療の成功率や禁煙治療の利用率、そして通院の完了率の低下と関係していると考えられます。

2018年、厚生労働省から指針（「オンライン診療の適切な実施に関する指針」）¹⁵⁾が示されたオンライン診療は、通院の障壁という課題解決に有用であると考えられます。当該指針においても、禁煙治療は直接対面診療を介さない実施が許容されると例示されておりますが、オンライン診療料を算定できる状況に至っていません。そこで、「ニコチン依存症管理料」に基づく外来での禁煙治療にオンライン診療の導入を要望します（図1）。現行の治療では対面診療を前提としていますが、全5回の通院の一部についてオンライン診療を可能とすることにより、患者の通院負担が軽減され、禁煙治療の効率化およびアクセスの向上につながると考えます。治療の内容は対面診療と同じく、12週間にわたり合計5回の治療を行います。初診については、オンライン診療の指針に準じて、患者の病状についての医学的評価やオンライン診療への同意確認などのため対面診療とし、再診1、2、3、4回目ではパソコンやスマートフォン等の情報通信機器を用いたテレビ電話によるオンライン診療を可能とします。禁煙補助薬としてニコチンパッチと内服薬のパレニコリンを保険薬として処方可能とし、処方箋または薬剤を患者に配送します。上記の治療スケジュールに基づくオンライン診療による禁煙治療の有効性については、両群共通で禁煙のためのポータブル呼気一酸化炭素測定器一体型治療用アプリを用いているという研究デザイン上の制約があるものの、無作為化比較試験により対面診療と比較して劣ることはないという研究結果が示されています（図2）¹⁶⁾。オンライン診療で行う再診についても、診療側の負担は軽減されないことから、対面診療と同等の診療報酬上の評価が適用されることを要望します。

オンライン診療に加えて、診察と診察の間の治療の空白を埋める形で、心理的依存に対して効率よく介入し、既存の薬物治療との併用で禁煙成功率を高める携帯電話を用いた双方向性の禁煙プログラム¹⁷⁾やスマートフォンを用いた治療用アプリ^{18,19)}の開発と効果検証が進んでいます。これらのICTを活用した新しい禁煙プログラムについて、治療効果が確認されたものに関しては、より多くの人々が利用できるよう、迅速な薬事承認と保険適用を要望します。

II. 期待される効果

ニコチン依存症管理料算定患者にオンライン診療料が算定可能となること、またデジタル療法の導入によって、禁煙治療の利用率や治療完了率の向上、そして禁煙成功率の改善につながり、その結果、喫煙関連疾患の減少ならびに医療費の削減が期待されます。

オンライン診療の導入に伴う医療費削減効果を試算すると、その導入により禁煙治療の受療割合（保険適用の要件を満たす喫煙者における利用率）が現行の対面診療の 19.7%の 1.25 倍または 1.50 倍に増加した場合、その医療費の削減効果は、現行の 1165.0 億円（1年間あたりの治療に伴う生涯医療費削減効果）に対して、利用率 1.25 倍で 1456.3 億円、1.50 倍で 1747.5 億円となり、それぞれ 291.3 億円、582.5 億円（割引率 3%の場合 124.6 億円、249.2 億円）の経済効果の上積みが見込めると推定されました。試算方法と結果の詳細については、文末資料の「ニコチン依存症管理料に基づく禁煙治療へのオンライン診療一部導入に伴う財政影響」をご参照下さい。

〈問い合わせ先〉

〒100-0011 東京都千代田区内幸町 1-1-1 帝国ホテルタワー18 階

(一社) 日本循環器学会内

(一社) 禁煙推進学術ネットワーク 理事長 藤原久義

TEL : 03-5501-0863 FAX : 03-5501-9855

E-mail: info@tcr-net.jp

事務局担当：小椋・高橋

URL : <http://tobacco-control-research-net.jp/>

【出典】

- 1) Ikeda N, Inoue M, Iso H, et al: Adult mortality attributable to preventable risk factors for non-communicable diseases and injuries in Japan: a comparative risk assessment. PLoS Med. 2012; 9(1): e1001160.
- 2) 片野田耕太, 笹月静, 田中宏和, 他: 受動喫煙と肺がんについての包括的評価および受動喫煙起因死亡数の推計. 厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「たばこ対策の健康影響および経済影響の包括的評価に関する研究」平成 27 年度総括・分担研究報告書 (研究代表者 片野田耕太) . 6-17, 2016.
- 3) 五十嵐中, 後藤励, 福田綾子: 受動喫煙防止等のたばこ対策による経済面の効果評価とモデルの構築. 厚生労働科学研究費補助金 (循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業) 受動喫煙防止等のたばこ対策の推進に関する研究 (研究代表者: 中村正和) . 平成 28 年度総括・分担研究報告書. 75-85, 2017.
- 4) 厚生労働省: 平成 29 年国民健康・栄養調査結果の概要. 2018.
- 5) WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, Monitoring tobacco use and prevention policies, 2017.
- 6) 厚生労働省 喫煙の健康影響に関する検討会編. 喫煙と健康 喫煙の健康影響に関する検討会報告書. 2016.
- 7) 9 学会合同研究班 編: 禁煙ガイドライン (2010 年改訂版) . 2011.
(<http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2010murohara.h.pdf>)
- 8) 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>)
- 9) 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>)

- 10) 厚生労働省中央社会保険医療協議会総会: 平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成 29 年度調査)ニコチン依存症管理料による禁煙治療の効果等に関する調査報告書 . 平成 30 年 1 月 26 日
(<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000192293.pdf>)
- 11) 五十嵐中, 後藤励: たばこ規制の行動経済・医療経済学的評価.厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)「たばこ規制枠組条約を踏まえたたばこ対策に係る総合的研究」(研究代表者: 中村正和). 平成 27 年度総括・分担研究報告書. 103-110, 2016.
- 12) 厚生労働省: 平成 27 年国民健康・栄養調査結果の概要. 2016.
- 13) 中村正和: FCTC14 条: 禁煙支援・治療. 保健医療科学 2015; 64: 475-483.
- 14) 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 6 版. 2014 年 4 月. (各学会のホームページで公開)
- 15) 厚生労働省 オンライン診療の実施に関する指針. 平成 30 年 3 月
(<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000201789.pdf>)
- 16) Nomura A, Tanigawa T, Muto T, et al. Clinical Efficacy of Telemedicine Compared with Face-to-face Clinic Visit on Smoking Cessation: A Multi-center, Open-label, Randomized Controlled Non-inferiority Trial. J Med Internet Res 2019. doi: 10.2196/13520.
- 17) Abrams LC, Boal AL, Simmens SJ, et al. A randomized trial of Text2Quit: a text messaging program for smoking cessation. Am J Prev Med. 2014;47(3):242–250. doi:10.1016/j.amepre.2014.04.010
- 18) Masaki K, Tateno H, Kameyama N, et al. Impact of a Novel Smartphone App (CureApp Smoking Cessation) on Nicotine Dependence: Prospective Single-Arm Interventional Pilot Study. JMIR Mhealth Uhealth 2019;7(2):e12694. doi: 10.2196/12694.
- 19) Bricker JB, Mull KE, Kientz JA, et al. Randomized, controlled pilot trial of a smartphone app for smoking cessation using acceptance and commitment therapy. Drug Alcohol Depend. 2014;143:87–94. doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.07.006

図1. 遠隔診療を導入した禁煙治療のプログラム

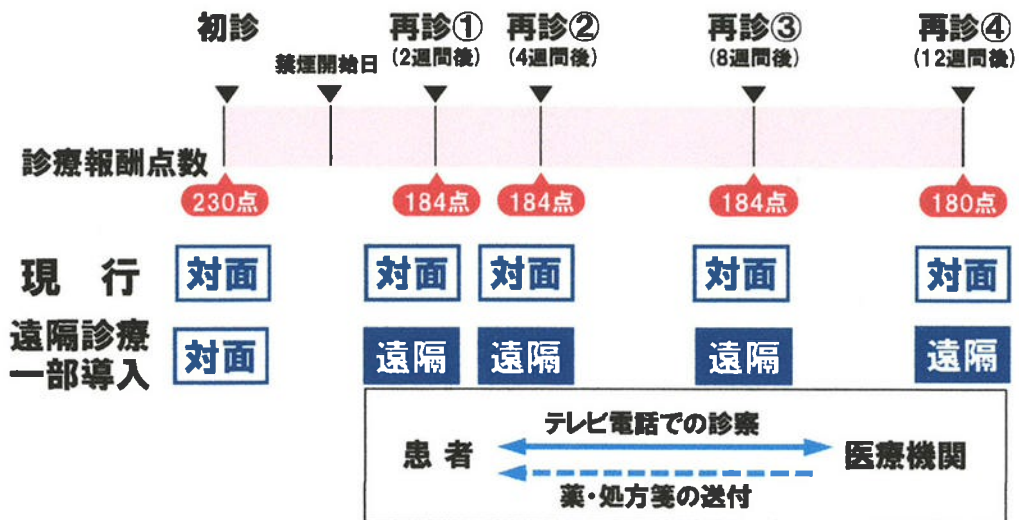


図2. オンライン診療による禁煙治療の有効性
—対面診療と比較（日本）—

【方法】

RCT研究

オンライン診療群 58人
初回は対面で共通、2回～5回をオンラインで実施

対面診療群 57人

※両群とも禁煙治療アプリを利用

【結果】

	オンライン	対面
9-12週の継続禁煙率	81.0%	78.9% (有意差なし)
9-24週の継続禁煙率	74.1%	71.9% (有意差なし)
脱落率 24週時	1.7%	3.5%

(Nomura A, et al: JMR. 2019. doi: 10.2196/13520)

ニコチン依存症管理料に基づく禁煙治療へのオンライン診療一部導入に伴う財政影響

- ・禁煙治療へのオンライン診療の一部導入による禁煙治療の利用率の増加に伴う経済効果を算出。
- ・本推計にあたっては、平成25年度厚労科学第3次対がん研究中村班の研究結果や既存の統計等を用いた。
- ・推計の対象は20-70歳代の喫煙者2131.3万人。
- ・ニコチン依存症管理料実態調査における年齢別禁煙成功率に基づいて、禁煙治療費による増加と喫煙関連医療費による減少の収支を算出。
- ・喫煙関連医療費は、推計対象者が90歳に達するまで喫煙を続けていた場合と現時点で禁煙治療を受けた場合の生涯医療費。
- ・禁煙治療費の算出にあたっては、全員が5回の治療を全て終了したと仮定。
- ・推計の結果、オンライン診療の一部導入により、保険適用の対象者における禁煙治療の受療割合が現行の対面診療の1.25倍になることで、禁煙治療を受ける喫煙者数は5.0万人増加して25.1万人となり、禁煙成功者が1.4万人増加して6.9万となる。
- ・同様に受療割合が1.50倍になると、禁煙治療を受ける喫煙者数は10.0万人増加して30.1万人となり、禁煙成功者が2.8万人増加して8.3万となる。
- ・禁煙治療費と喫煙関連医療費の減少額の収支は、現行の1165.0億円の節減に対して、受療割合が1.25倍になると1456.3億円の節減、1.50倍になると1747.5億円の節減となり、それぞれ291.3億円、582.5億円の経済効果が期待できると推定された。
- ・割引率を3%とすると、算定要件緩和による経済効果はそれぞれ124.6億円、249.2億円と推定された。

	オンライン診療の一部導入		現行の 対面診療 受療割合 19.7%	基礎データ
	受療割合 1.25倍 (24.6%)	受療割合 1.50倍 (29.6%)		
【前提】				
(ア) 推計対象喫煙者数	2131.3万人 $a \times b$	2131.3万人 $a \times b$	2131.3万人 $a \times b$	(a)性年齢別人口(*1) 参考表1 (b)喫煙率(*2) 参考表2
(イ) 保険適用対象数	101.9万人 $A \times c$	101.9万人 $A \times c$	101.9万人 $A \times c$	(c)ニコチン依存症かつ準備期かつ BI200以上の割合(*3) 参考表3 ただし、35歳未満はニコチン依存症 かつ準備期の割合(*3)
(ウ) 保険による禁煙治療数	25.1万人 $i \times d$	30.1万人 $i \times d$	20.1万人 $i \times d$	(d)保険適用対象者における 禁煙治療の受療割合(*4) 現行 19.7%
(エ) 禁煙成功者数	6.9万人 $u \times e$	8.3万人 $u \times e$	5.5万人 $u \times e$	(e)禁煙率(*5) 参考表4
(オ) 1人あたりの禁煙治療費	56,618円 (f)を(g)の比率で 按分	56,618円 (f)を(g)の比率で 按分	56,618円 (f)を(g)の比率で 按分	(f)5回完了費用(*6) パレニコリン 65,510円 NRT 43,620円 (g)禁煙補助剤の パレニコリン 51.6% 利用割合(*5) NRT 35.3%
(カ) 喫煙関連医療費 削減額(*7)	(h)-(i)	(h)-(i)	(h)-(i)	(h)禁煙成功者の喫煙関連生涯医療費 参考表5 (i)喫煙継続者の喫煙関連生涯医療費
【財政影響】				
禁煙治療費の増加	142.1億円	170.5億円	113.7億円	(オ)×(ウ)
喫煙関連医療費の削減 (割引3%)	1598.4億円 (765.2億円)	1918.0億円 (918.2億円)	1278.7億円 (612.2億円)	(カ)×(エ)
医療費の削減効果 (割引3%)	1456.3億円 (623.1億円)	1747.5億円 (747.7億円)	1165.0億円 (498.5億円)	禁煙治療費の増加と喫煙関連医療費の削減 の収支
オンライン診療一部導入による財政影響(導入後の削減効果と現行の削減効果の差)				
●受療割合1.25倍(24.6%)の場合：現行に比べて291.3億円の削減額上積み(割引3%の場合 124.6億円)				
●受療割合1.50倍(29.6%)の場合：現行に比べて582.5億円の削減額上積み(割引3%の場合 249.2億円)				

*1:平成26年7月1日人口(確定値)

*2:平成25年国民健康・栄養調査,図34

*3:平成25年度第3次対がん中村班 喫煙者コホート調査(2005-2006年)

*4:平成25年度厚労科学第3次対がん研究中村班 禁煙治療の保険適用対象者数の推計

*5:平成21年度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

*6:平成26年4月改訂診療報酬

*7:福田敬、五十嵐中:たばこ規制政策の医療経済評価と政策提言への活用(喫煙者および禁煙者の1人あたり生涯医療費の推計).
平成25年度厚労科学第3次対がん研究中村班

参考表

【参考表1】性年齢別人口

性	年代	人数(単位 千人)
男	20代	6,630
	34歳以下	3,804
	35歳以上	4,445
	40代	9,229
	50代	7,694
	60代	8,824
女	20代	6,312
	34歳以下	3,696
	35歳以上	4,329
	40代	9,074
	50代	7,737
	60代	9,322
	70代	7,711

出典：平成26年7月1日人口(確定値)

【参考表2】喫煙率

男性	20歳	36.3%
	30歳	44.0%
	40歳	39.5%
	50歳	41.5%
	60歳	33.2%
	70歳	14.5%
女性	20歳	12.7%
	30歳	12.0%
	40歳	12.4%
	50歳	11.8%
	60歳	6.4%
	70歳	2.3%

出典：平成25年国民健康・栄養調査 図34

【参考表3】ニコチン依存症かつ準備期、ニコチン依存症かつ準備期かつBI(プリンクマン指数)200以上の割合

	ニコチン依存症かつ準備期の割合	ニコチン依存症かつ準備期かつBI200以上の割合
20歳代	5.2%	0.3%
30歳代	6.1%	3.6%
40歳代	5.2%	4.0%
50歳代	4.3%	3.4%
60歳代	7.1%	7.1%
70歳以上	4.8%	4.8%

出典：平成25年度第3次対がん中村班 喫煙者コホート調査(2005-2006年)

【参考表4】ニコチン依存症管理料による禁煙治療の禁煙率

30歳未満	18.1%
30歳代	20.5%
40歳代	27.6%
50歳代	31.1%
60歳代	36.2%
70歳以上	36.4%

出典：平成21年ニコチン依存症管理料実態調査 指導終了9ヵ月後の禁煙/喫煙の状況

【参考表5】喫煙関連疾患の生涯医療費

		喫煙継続者	禁煙者	差額
男性	30歳	6,049,091	3,304,437	2,744,654
	40歳	6,055,999	3,299,358	2,756,641
	50歳	5,899,429	3,240,902	2,658,527
	60歳	5,728,268	3,514,322	2,213,946
	70歳	4,839,086	3,279,675	1,559,411
女性	30歳	4,232,571	2,317,963	1,914,608
	40歳	4,148,967	2,294,553	1,854,414
	50歳	4,029,306	2,243,005	1,786,301
	60歳	3,753,661	2,348,782	1,404,879
	70歳	2,948,088	2,080,772	867,316

出典：平成25年度第3次対がん中村班 喫煙者および禁煙者の1人あたり生涯医療費の推計

注) 喫煙者および禁煙者の1人あたり生涯医療費は、30-70歳の10歳刻みのモデルを使用して推計を行っているが、

① 30歳になるまでの自然死亡と、②30歳になるまでの喫煙関連疾患への罹患(より厳密には、喫煙関連疾患への「超過」罹患)は、いずれも30歳以降に比べてわずかな影響しかもたらさないことから、20歳代の医療費削減額については30歳スタートの値をそのまま利用している。