

協青支部発 第 151113 - 06 号
平成 27 年 11 月 13 日

一般社団法人 青森県建設業協会
会長 今 誠康 様

全国健康保険協会青森支部長



青森県若者禁煙サポート推進事業にかかる禁煙モニターの
募集協力について (お願い)

平素より当協会の健康保険事業について、ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、全国健康保険協会青森支部 (以下「青森支部」) では加入者の健康づくりを支えるため、関係団体と連携を図りながら取り組んでおります。

青森県の喫煙率は全国的に高く、特に若い年代の喫煙はニコチン依存症になり易く、また喫煙本数や年数により生活習慣病の発症リスクが高まることから、早期の対策が必要であると考えております。

そこで、青森支部では、若者の禁煙を支援する下記「青森県若者禁煙サポート推進事業」を県と連携して行うため、禁煙モニターを募集することといたしましたので、本事業について貴団体のご理解と会員事業所への広報についてご協力くださいますようお願いいたします。

記

事業名 青森県若者の禁煙サポート推進事業における「禁煙モニターの募集」

事業目的 禁煙サポートによる生活習慣病やがんの予防対策の推進

※ 応募条件やお問い合わせ先等詳細については、別添「禁煙モニター募集」チラシをご参照願います。

「青森県若者禁煙サポート推進事業」に申し込んでみませんか？協会けんぽが窓口となります。

禁煙モニター募集

締切は
27年12月末
協会けんぽ必着

禁煙したい・・・でも自分で禁煙できるか自信がない・・・



そんな方には☆『禁煙外来』☆がオススメです！！

通常全額自己負担の治療費が → 今ならなんと **県が約7割分を補助**します！！

禁煙外来で使用する薬剤により異なりますが、自己負担額※は約13,000～20,000円。

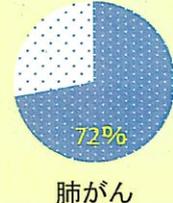
※医療機関により料金が前後する場合がありますので詳しくは受診する医療機関へお問い合わせください。

モニターとなられた方へは、必要に応じて協会けんぽの保健師等が**禁煙継続を無料でサポート**いたします。

対象の条件

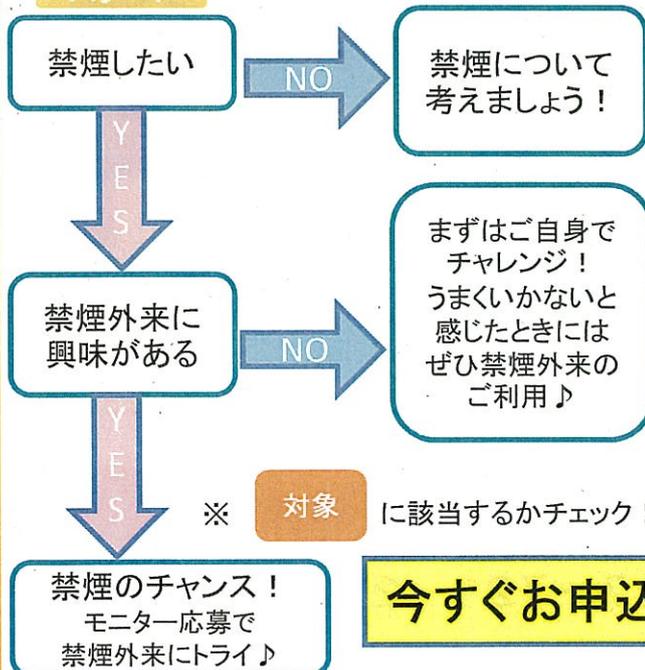
- ・おおむね40歳未満
 - ・青森県内居住者
 - ・各種保険等の適用を受けずに禁煙治療を受ける
 - ・禁煙治療後に支援に対するアンケートに応じてくれる方
- ↓モニター申込み用紙裏面でチェック↓
- ・喫煙年数×1日の平均本数の指数が200未満
 - ・ニコチン依存度判定が5点以上

喫煙によるがん死亡の寄与危険度



「私は応募できるかな？」フローチャートで確認しよう！

スタート



【禁煙は家族や恋人・同僚への愛】⇒たばこを吸わない妻の受動喫煙による肺がんや乳がんリスク約2倍

【禁煙は財産】⇒1日1箱430円を禁煙すると・・・
1年で15万円、5年で77万円、10年で154万円、
20年300万円も貯まる！！

申込みは簡単！！
詳しくは裏面へ♪

今すぐお申込みを

禁煙モニター応募の流れ

事前にお申込書のご提出をお願いします！

ご夫婦やお友達、同僚の方々とこの機会にご応募してみませんか？

1. 「青森県若者の禁煙サポート推進事業実施要綱」をご覧の上、対象者本人または事業所経由で協会けんぽに**登録連絡票【第1号様式】**及び**登録者情報連絡票【協会けんぽ用】**を提出

- ① 受診する病院と薬局を決める

詳しくは

青森県 若者 禁煙

検索

参照URL <http://www.pref.aomori.lg.jp/welfare/health/kinnennsapo-to.html>

- ② 「ブリンクマン指数200未満」「ニコチン依存度テスト5点以上」を確認



2. 県から対象者本人にモニター決定通知



3. 対象者が禁煙外来にて治療開始（窓口での自己負担約3割）

※申請書に記載した医療機関及び薬局を受診した場合には、補助対象外となりますのでご注意ください。

禁煙外来の主な内容

1. 初診

2. 再診(2週間目)

- ・禁断症状や薬の副作用の確認
- ・呼気一酸化炭素濃度測定

3. 再診(4週間目)

1か月後

- ・呼気一酸化炭素濃度測定

4. 再診(8週間目)

2か月後

- ・呼気一酸化炭素濃度測定
- ・体重増加の確認
- ・パッチは使用終了

5. 再診(12週目)

3か月後

- ・呼気一酸化炭素濃度の測定
- ・内服薬(バニクリン)内服終了

<医療機関による禁煙治療終了>

協会けんぽ保健師による確認・サポート

1. 禁煙外来受診日および禁煙開始日の確認

2. 確認・サポート内容

禁煙スタートから半年間、禁煙状況の確認(中断の場合には理由確認)・体重増加の有無・禁煙継続のためのアドバイス等のために、月1回程度お電話またはお手紙させていただきます。

3. アンケート調査

「医療機関による禁煙治療終了後」と「禁煙開始から半年後」に簡単なアンケート調査(第8号様式および第9号様式)へのご協力をお願いいたします。

お願い

お申し込み・お問い合わせ先



全国健康保険協会 青森支部
協会けんぽ

☎ 017-721-2723

禁煙担当
保健師まで

〒030-8552 青森市長島2-25-3

ニッセイ青森センタービル8階

青森県若者の禁煙サポート推進事業実施要綱

(目的)

第1 本県の喫煙率は、平成25年国民生活基礎調査によると、男性40.3%（全国1位）、女性14.3%（全国2位）と男女とも高い喫煙率であり、特に20～29歳の喫煙率については男女とも全国1位である。若い年代の喫煙はニコチン依存症になりやすく、喫煙年数・本数が多いほど生活習慣病の発症リスクが高くなることから、若い年代における禁煙治療者の実態は禁煙治療終了後の状況を把握し、禁煙継続に必要な禁煙サポート体制を構築することで、生活習慣病やがんの発症リスクが高くなる前の段階で禁煙することにより、生活習慣病やがんの予防対策を推進することを目的とする。

(実施主体)

第2 実施主体は、青森県とする。

(対象医療)

第3 この事業の対象となる医療は、禁煙を目的として行われるニコチンパッチ治療及びバレニクリン治療である。ニコチン依存度やブリンクマン指数（＝1日の喫煙本数×喫煙年数）が200以上であること等の、がんの発症リスクが高い喫煙量である場合には健康保険適用となるが、ブリンクマン指数が200未満であるために保険適用外となる場合における保険適用となる禁煙治療に準じた治療を対象とする。

なお、当該治療と無関係な治療は助成の対象としないものとする。

(対象となる禁煙治療希望者)

第4 第3に掲げる対象医療を希望する者であって、次の全てに該当する者（以下、「モニター」という。）とする。

- (1) 申請時において、県内に住所を有する者
- (2) 概ね40歳未満の者
- (3) ニコチン依存症にかかるスクリーニングテスト（TDS）で5点以上となり、ニコチン依存症と診断された者
- (4) ブリンクマン指数が200未満の者
- (5) 県内の保険適用を受けた禁煙に関する外来治療ができる医療機関で、保険適用となる禁煙治療に準じた治療（以下、「禁煙治療」という。）を受ける者
- (6) 直ちに禁煙治療を希望する者
- (7) 当該治療を受けることを文書により同意している者
- (8) 各種保険の適用を受けず禁煙治療を受ける者

(補助対象治療期間)

第5 当該事業にかかる補助の対象期間は、原則として、平成28年1月7日までに禁煙治療を開始し、平成28年3月31日までに禁煙治療を終了しているものとする。

(モニターが負担する医療費)

第6 禁煙治療に直接要した費用（初診料、再診料、ニコチン依存症管理料、処方料及び処方箋料、調剤基本料、調剤料及び薬剤服用歴管理指導料並びに薬剤料並びにこれらの費用に係る消費税及び地方消費税の合計額）について、ニコチンパッチ治療は32,000円、バレニクリン治療は49,000円を上限額として県が負担することとし、残りの費用を負担する。

- 2 県が負担する費用は、モニターが受診した医療機関及び薬局に直接支払うものとし、別途補助金交付要綱に定めるものとする。
- 3 保険適用となる禁煙治療に準じた治療以外の治療を受けた場合については、10割負担とする。

(補助金の申請)

第7 医療機関及び薬局（以下「医療機関等」という。）が第8に規定する事業に必要な費用に相当する金額についての請求は、別に定める。

(実施方法)

第8 県は、県内の保険者経由で第4に規定するモニターの募集を行う。

- 2 治療希望者は、保険者経由で「青森県若者の禁煙サポート推進事業モニター登録申請書」（第1号様式）によるモニター申請を行う。
- 3 県は、前項により提出された「青森県若者の禁煙サポート推進事業モニター登録申請書」の内容を審査のうえ、保険者経由で本人に「青森県若者の禁煙サポート推進事業モニター決定通知」（第2号様式）による通知を行う。
- 4 県は、対象者として決定したモニターが希望する医療機関等に対し、モニターに係る情報提供を行う。（第3号、第4号様式）
- 5 医療機関等は、モニターに対する禁煙治療を行う。
- 6 保険者は、モニターが行う禁煙治療に対し、治療が継続的に行われるようモニター本人及びモニターが所属する事業所等に対する支援を行う。

(対象モニターの管理)

第9 県は、様式第1号により申請された内容を審査のうえ、決定したモニターに関する情報について、「青森県若者の禁煙サポート推進事業モニター登録台帳」（様式第4号）により管理するものとする。

- 2 モニターは、禁煙治療を途中で終了した場合は、「青森県若者の禁煙サポート推進事業モニター登録内容変更届」（以下、「変更届」という。）を、保険者を經由して県に

届け出るものとする。

- 3 モニターは、氏名、住所等に変更があった時は、変更届に当該変更を確認できる書類を添えて、保険者を經由して県に届け出るものとする。

(保険者の役割)

- 第10 保険者は、決定したモニターが継続的な治療を受けられるよう、モニターごとに「青森県若者の禁煙サポート推進事業に係るモニター支援計画書」(様式第6号)(以下「支援計画書」という。)により、計画的かつ必要に応じたサポートを行うものとする。
- 2 保険者は、モニターごとに支援計画に基づき治療継続についてのサポートが行われたかを把握するため、「青森県若者の禁煙サポート推進事業に係るモニター支援実績報告書」(様式第7号)(以下「支援実績報告書」という。)のモニター支援実績によりモニターへの支援方法を管理するものとする。

(対象となる医療機関等)

- 第11 対象となる医療機関等は、県内に所在地を有し、モニターの治療について同意していることとする。
- 2 医療機関については、平成27年8月1日時点で禁煙治療実施医療機関(ニコチン依存症管理料届出医療機関)である医療機関のうち、当該事業における協力医療機関とする。

(追跡調査)

- 第12 モニターとなり禁煙治療を受けたものは、治療中の状況や治療後の状況について、県又は保険者から追跡調査があった場合は、様式第8号及び第9号により回答するものとする。
- 保険者は、モニターの追跡調査について取りまとめた上で、県に報告することとする。

(報告)

- 第13 県は、必要により医療機関等に対し、本事業に関する報告を求め、又は調査することができる。

(留意事項)

- 第14 本事業の関係者は、モニター等に関し、知りえた事実の取扱いについて慎重に配慮するよう留意するとともに、特に個人が特定されうるものに係る情報(個人情報)の取扱いについては、十分配慮するものとする。

(その他)

第15 この要綱に定めるもののほか、必要な事項はがん・生活習慣病対策課長が別に定める。

附則 この要綱は、平成27年10月1日から施行する。

平成 年 月 日

青森県若者の禁煙サポート推進事業モニター登録申請書

青森県知事 殿

住 所 青森県
氏 名
生年月日
電話番号

青森県若者の禁煙サポート推進事業のモニターとして禁煙治療を受けたいので、青森県若者の禁煙サポート推進事業実施要綱第8の規定によりモニター登録の申請をします。

1 受診予定医療機関等名

医療機関 _____

薬 局 _____

※支店名まで記入すること

2 申請に伴う確認事項

①治療開始時におけるブリンクマン指数【200未満】

1日あたり平均本数（ ）本×喫煙年数（ ）年間＝（ ）

②ニコチン依存度判定テスト【5点以上】

	質問項目	1点	0点
1	自分が吸うつもりよりも、ずっと多くタバコをすってしまうことがありましたか。	はい	いいえ
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。	はい	いいえ
3	禁煙したり本数を減らそうとしたときに、タバコがほしくてたまらなくなることがありましたか。	はい	いいえ
4	禁煙したり本数を減らそうとしたときに、次のどれかがありましたか。 <ul style="list-style-type: none"> ・イライラ ・集中しにくい ・眠気 ・手のふるえ ・神経質 ・ゆううつ ・胃のむかつき ・食欲または体重増加 ・落ち着かない ・頭痛 ・脈が遅い 	はい	いいえ
5	上の症状を消すために、またタバコを吸い始めることがありましたか。	はい	いいえ
6	重い病気にかかって、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。	はい	いいえ
7	タバコのために健康問題が起きていることがわかっているのに吸うことがありましたか。	はい	いいえ
8	タバコのため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。	はい	いいえ
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。	はい	いいえ
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。	はい	いいえ

③今すぐ禁煙したいと思っていますか。 (はい ・ いいえ)

平成 年 月 日

青森県若者の禁煙サポート推進事業モニター登録内容変更届

青森県知事 殿

住 所 青森県
氏 名
生年月日
電話番号

青森県若者の禁煙サポート推進事業モニター登録内容に変更が生じたので、青森県若者の禁煙サポート推進事業実施要綱第9の規定により届出します。

1 変更理由

- 禁煙治療をやめた
- 氏名・住所・連絡先の変更
- その他

2 変更内容（変更があった部分のみ記載すること）

	変更後の内容	備考
氏 名		
住 所		
連絡先		

第8号様式（第12関係）

青森県若者の禁煙サポート推進事業に係る追跡調査（禁煙治療終了・中断直後）

- ・このアンケートは、青森県若者の禁煙サポート推進事業のモニターを対象に、禁煙治療終了後の一定期間の禁煙状況等について、追跡調査を行い、今後の禁煙サポート体制の構築をすることを目的として行っています。
- ・追跡調査は、禁煙治療終了・中断後から3か月後にも行います。

記入年月日	平成 年 月 日			
氏名	年齢		性別	
住所				
電話番号				

1 禁煙治療の状況をお尋ねします。

問1 禁煙治療は最後まで終了しましたか。

- ア 終了した → 禁煙成功 ・ 喫煙している
 イ 中断した → 禁煙成功 ・ 喫煙している
 ※中断した理由 ()

問2 禁煙治療中に喫煙したくなることはありませんか。

- ア ない
 イ ある → いつ、どんな時 ()

2 青森県若者の禁煙サポート推進事業を利用された感想・ご意見をお願いします。

問3 この制度は、あなたが禁煙に取り組むきっかけになりましたか。

- ア きっかけになった
 イ きっかけではなかった
 → 禁煙に取り組んだ理由 ()

問4 禁煙治療中のサポートについて、ご意見・ご要望があればご記入ください。必須

- ア 良かった点 ()
 イ 悪かった点 ()
 ウ その他 ()

御協力ありがとうございました。

第9号様式（第12関係）

青森県若者の禁煙サポート推進事業に係る追跡調査（3か月後）

- ・このアンケートは、青森県若者の禁煙サポート推進事業のモニターを対象に、禁煙治療終了後の一定期間の禁煙状況等について、追跡調査を行い、今後の禁煙サポート体制の構築をすることを目的として行っています。

記入年月日	平成 年 月 日			
氏名	年齢		性別	
住所				
電話番号				

1 禁煙治療終了後の状況をお尋ねします。

問1 喫煙継続の状況

ア 禁煙中

イ 喫煙している

→いつから 治療終了（ ）後

→きっかけ（ ）

問2 終了後の追加禁煙治療の有無

追加の治療を ア 受けていない

イ 受けた（治療時期： ）

2 青森県若者の禁煙サポート推進事業に対する感想・ご意見をお願いします。

問3 禁煙を継続する上で困ったこと、困っていることがあればご記入ください。

問4 禁煙治療終了後のサポートについて、ご意見・ご要望があればご記入ください。

御協力ありがとうございました。

禁煙治療モニター

登録申請書

*登録者情報連絡票（協会けんぽ提出用）と一緒に提出願います。

第1号様式（第8の2関係）

平成 年 月 日

青森県若者の禁煙サポート推進事業モニター登録申請書

青森県知事 殿

住 所 青森県
氏 名
生年月日
電話番号

青森県若者の禁煙サポート推進事業のモニターとして禁煙治療を受けたいので、青森県若者の禁煙サポート推進事業実施要綱第8の規定によりモニター登録の申請をします。

1 受診予定医療機関等名

医療機関 _____

薬 局 _____

※支店名まで記入すること

2 申請に伴う確認事項

①治療開始時におけるブリンクマン指数【200未満】

1日あたり平均本数（ ）本×喫煙年数（ ）年間＝（ ）

②ニコチン依存度判定テスト【5点以上】

	質問項目	1点	0点
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。	はい	いいえ
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。	はい	いいえ
3	禁煙したり本数を減らそうとしたときに、タバコがほしくてたまらなくなることがありましたか。	はい	いいえ
4	禁煙したり本数を減らそうとしたときに、次のどれかがありましたか。 <ul style="list-style-type: none"> ・イライラ ・集中しにくい ・眠気 ・手のふるえ ・神経質 ・ゆううつ ・胃のむかつき ・食欲または体重増加 ・落ち着かない ・頭痛 ・脈が遅い 	はい	いいえ
5	上の症状を消すために、またタバコを吸い始めることがありましたか。	はい	いいえ
6	重い病気にかかって、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。	はい	いいえ
7	タバコのために健康問題が起きていることがわかっているのに吸うことがありましたか。	はい	いいえ
8	タバコのため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。	はい	いいえ
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。	はい	いいえ
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。	はい	いいえ

③今すぐ禁煙したいと思っていますか。 (はい ・ いいえ)



禁煙治療モニター

登録者情報連絡票(協会けんぽ提出用)

*登録申請書【第1号様式】と一緒にご提出願います。

このたびは、「青森県若者の禁煙サポート推進事業モニター」にご応募いただきまして、誠にありがとうございます。

ご応募いただくにあたりまして、下記の必要事項をご記入の上、登録連絡票【第1号様式】と一緒に郵送にてご提出をお願いいたします。

1. 協会けんぽ発行の健康保険証をご参考に、登録者の情報(赤枠部分)をご記入ください。

健康保険
被保険者証

本人(被保険者)

00111

平成26年 6月25日交付

記号

番号

氏名

生年月日

性別

※個人情報の取り扱いについて

今回、全国健康保険協会青森支部で頂いた個人情報は、青森県健康福祉部 がん・生活習慣病対策課や受診予定先の医療機関とともに、ご応募者の禁煙サポートのためにご利用させていただきます。どうぞご了承くださいませ。

事業所名称 株式会社

保険者番号 01010016

保険者名称 全国健康保険協会 支部

保険者所在地 市 区 町 - -

2. 状況確認アンケート・支援文書送付等のための連絡先をご記入ください。

送付先住所	〒 青森県	(自宅・会社)
電話番号①		(携帯・会社)
電話番号②		(携帯・会社)

* 8:30~17:15の間で対応可能な連絡先(携帯等)の提供をお願いいたします。

お申し込みに関するお問い合わせ・送付先



全国健康保険協会 青森支部

協会けんぽ

〒030-8552 青森市長島2-25-3

ニッセイ青森センタービル8階

☎017-721-2723

禁煙担当保健師まで