



Japan Society for Tobacco Control

日本禁煙学会

<http://www.jstc.or.jp/> E-mail desk@nosmoke55.jp
〒162-0063 東京都新宿区市谷薬王寺町 30-5-201
Tel 03-5360-8233 FAX 03-5360-6736

厚生労働大臣 根本 匠様
保険局医療課長：森光 敬子様
健康局健康課長：武井 貞治様

2019年6月20日

一般社団法人 日本禁煙学会 理事長 作田 学
公益財団法人 健康・体力づくり事業財団 理事長 下光輝一
公益財団法人 結核予防会 理事長 工藤 翔二
公益財団法人 日本対がん協会 会長 垣添忠生

ニコチン依存症管理料の改訂について

日頃より厚生労働行政の推進に日々ご多忙のこととお察し申し上げます。
また、健康増進法の改正にともない、禁煙になる施設が増え、それをきっかけに禁煙を考
える人が増える結果となっております。そこで、禁煙外来がより効果を上げられますよう、
以下の改定をお願い申し上げます。

- (1) ニコチン依存症管理料の算定要件は初回算定日より1年経過後になっていますが、
これを半年経過後に算定が可能にさせていただきたく存じます。
- (2) 途中で脱落する理由としては、投与総ニコチン量が足りないことが多く、離脱症状を
抑えられないので、チャンピックスとニコチン製剤とのコンビネーション治療をお認めい
ただきたく思います。禁煙外来のスケジュールも、もう少しフレキシブルにして、脱落を
防止できるようにさせていただきたく、お願い申し上げます。
- (3) 医療機関は7月から、敷地内禁煙（屋外に喫煙場所（=特定屋外喫煙場所）設置可）
となり、兵庫県は条例で喫煙所設置不可、大阪府と山形県は努力規定で不可
なので、禁煙治療の保険適用要件の敷地内禁煙がより多くの医療機関で実現します。
「A200 総合入院体制加算」など診療報酬には様々の加算がありますが、これを法に合わせ、
整合性を持たせるようお願いいたします。

記

1) 2019年から薬の費用対効果を薬の価格に反映させる仕組みを厚生労働省がお作りにな
っています。これをさらに進めて保険の適用対象にするべきかの判定基準にしてほしいと
いう意見が出ています。（日本経済新聞社説 2019/4/9）

<https://www.nikkei.com/article/DGXMZO43533380Z00C19A4SHF000/>

近年医療技術評価が進歩して、質調整生存年や増分費用効果比が計算されるようになってきました。英国の資料によりますと健康な一年を増やすのにかかる額として 300-400 万円が上限とされていますが、禁煙をすると、健康寿命が一般に 7 年から 10 年長くなることが知られています。すなわち禁煙治療には一人あたり 2000 万から 4000 万円払っても十分におつりが来ることとなります。

たとえば、喫煙は癌の 1/3、心筋梗塞の 1/3、脳梗塞の 1/3、COPD の 9/10 だけではなく、うつ病、自殺、メタボリック症候群など多くの疾患に関係しています。

厚生労働省研究班（五十嵐中 東大特任准教授）による推計では、2014 年度の能動喫煙による超過医療費は 1 兆 2 千億円、受動喫煙では 3000 億円、社会に与える総損失額は 2 兆 500 億円となっています。

<https://www.asahi.com/articles/ASL8J4DNSL8JULBJ006.html>

2) しかし、タバコ（ニコチン）は高度の依存性を有しており、Nutt ら(2007)によると、ヘロインやコカインに次ぐものとされ、アルコール中毒、覚醒剤中毒、大麻中毒よりも離脱が困難なのです。（Nutt D, et al. Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. Lancet 369:1047-53,2007）

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17382831>

Dependence	mean	Pleasure	Psychological dependence	Physical dependence
Heroin	3	3	3	3
Cocaine	2.39	3	2.8	1.3
Tobacco	2.21	2.3	2.6	1.8
Barbiturate	2.01	2	2.2	1.8
Alcohol	1.93	2.3	1.9	1.6
Amphetamine	1.67	2	1.9	1.1
Cannabis	1.51	1.9	1.7	0.8
LSD	1.23	2.2	1.1	0.3
Ecstasy	1.13	1.5	1.2	0.7

3) 実際に平成 21 年度禁煙成功率実態調査結果概要を見ると、9 ヶ月後の禁煙成功率は全体の 30%に過ぎません。

<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/05/dl/s0526-7f.pdf>

また平成 27 年も同様に約 30%（27%）となっています。

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000184202.pdf>

とはいえ、30%という数字は世界的に見てもかなり高いのです。かつて禁煙外来がない頃は、自助努力による禁煙成功率は5~8%に過ぎませんでした。この数字は現在でも同様です。そのため、禁煙努力を6回から10回繰り返してはじめて禁煙に至る人が普通でした。

70%の人が結局禁煙に失敗するにしても、その努力を2回、3回と繰り返せば禁煙に至る人が多くなるはずで、たとえば、2回では $70 \times 0.3 = 21$ 、つまり51%が、また3回では $30 + 21 + 15 = 66\%$ の人が成功するに違いありません。

これは失敗した理由、つまりニコチン依存症が高度で、決められた程度の薬剤では禁煙を続けられなかった、酒の席上で一本吸ったらそのまま元に戻ったなどの記憶が未だに新しいうちに再度禁煙の努力を行えば、成功する確率が増えると考えます。

4) 反復治療の有効性についてはいくつかの文献があります。

Re-treatment with **varenicline** is a cost-effective aid for smoking cessation. Kautiainen K, Ekroos H, Puhakka M, Liira H, Laine J, Linden K, Hahl J.

J Med Econ. 2017 Mar;20(3):246-252. doi: 10.1080/13696998.2016.1249485. Epub 2016 Nov 4.

Cost-effectiveness of **retreatment** with **varenicline** after failure with or relapse after initial treatment for smoking cessation.

Annemans L, Marbaix S, Nackaerts K, Bartsch P.

Prev Med Rep. 2015 Mar 14;2:189-95. doi: 10.1016/j.pmedr.2015.03.004. eCollection 2015.

これらは、いずれも費用対効果が優れているとしています。

5) 現在のところ、ニコチン依存症管理料の算定要件は初回算定日より1年が経過してからでなければできません。現在でも、1年を待って再度禁煙に挑戦するために受診する患者はいるのですが、これでは、禁煙そのものを諦める人が多くなるでしょう。そうしているうちに、悪性腫瘍、心筋梗塞、脳梗塞、COPDなどに襲われ、高額な治療が必要になる可能性があるのです。

6) また、途中で脱落する例の多くが離脱症状に耐えられなかったことが理由として挙げられますので、チャンピックスとニコチン製剤とのコンビネーション治療をお認めいただきたく存じます。すでに米国では認められ、良い効果を上げております（下記の参考文献をご参照ください）。さらに、禁煙外来のスケジュールをもう少しフレキシブルにして（たとえば12週を少し延長できる、2-4-8-12週以外にも診察できるなど）、脱落を防止するようにお願い申し上げます。

7) 健康増進法の改正により、医療機関は 2019 年 7 月から敷地内禁煙（屋外に特定屋外喫煙場所設置可）となり、兵庫県は条例で喫煙所設置不可、大阪府と山形県は努力規定で不可なので、禁煙治療の保険適用要件の敷地内禁煙がより多くの医療機関で実現します。この際、「A200 総合入院体制加算」など診療報酬には様々の加算がありますが、これを法に合わせ、整合性を持たせてください。

以上

参考文献

Chang らは、バレニクリンと NRT の併用投与時の有効性および安全性について評価したシステマティックレビューおよびメタアナリシスを実施した。選択基準は、成人集団を対象としてバレニクリンと NRT を併用投与し、AR に関する転帰、安全性または忍容性について生化学的に妥当性の検証を行った公表無作為割り付け比較対照試験とした。3 件の試験が選択基準を満たした。^{1,2,3)} 併用投与により、単剤投与時と比較して早期転帰[投与前および投与終了時に評価した AR、n=904、44.4%対 35.1%、オッズ比(OR):1.50、95%信頼区間(CI):1.14 ~1.97]および後期転帰(投与終了後に評価した AR、n=787、32.4%対 23.1%、OR:1.62、95%CI:1.18~2.23)の両方における禁煙率(AR)に有意な増加が認められた。併用投与時に、単剤投与時と比較して嘔気(28.4%対 25.7%)、不眠症(18.7%対 15.4%)および異常な夢(13.6%対 10.7%)がより多く報告されたが、頭痛(7.1%対 7.8%)の報告はより少なかった[すべて有意差 はなかった(NS)]。⁴⁾

- 1) Koegelenberg CF, Noor F, Bateman ED, et al. Efficacy of varenicline combined with nicotine replacement therapy vs varenicline alone for smoking cessation: a randomized clinical trial. JAMA. 2014;312(2):155-61.
- 2) Ramon JM, Morchon S, Baena A, et al. Combining varenicline and nicotine patches: a randomized controlled trial study in smoking cessation. BMC Medicine. 2014;12(1):172.
- 3) Hajek P, Smith KM, Dhanji AR, et al. Is a combination of varenicline and nicotine patch more effective in helping smokers quit than varenicline alone? A randomised controlled trial. BMC Med. 2013;11(1):140.
- 4) Chang PH, Chiang CH, Ho WC, et al. Combination therapy of varenicline with nicotine replacement therapy is better than varenicline alone: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. BMC Public Health. 2015;15(1):689.