

## 喫煙者に対する禁煙支援・禁煙治療の推進

中村正和（大阪府立健康科学センター健康生活推進部長）

### 1. はじめに

わが国の成人男性の喫煙率は減少しつつあるものの、まだ欧米先進国の約2倍の高さにとどまっている。男性の肺癌年齢調整死亡率は、1995年からゆるやかに減少しつつあったが、2004年には増加に転じた。また、わが国の喫煙による超過死亡数は2000年で11.4万人と推計されており、総死亡の12%を占め、今後、高齢化と相まって、さらに増加するものと予想されている。

今世紀前半のたばこの健康被害を抑止するためには、喫煙者層への禁煙の働きかけが特に重要であり、そのためには、喫煙者の禁煙の動機を高めるためのたばこ価格・税の大幅引き上げや公共场所・職場等での禁煙化などの環境整備と、医療や健診の場での禁煙支援・禁煙治療の体制を整備するための制度化が必要がある。医療の場での禁煙治療の制度化に関しては、2006年度の診療報酬の改定において、ニコチン依存症が治療の対象となる病気として認識され、「ニコチン依存症管理料」が新設され、外来での禁煙治療に対する保険適用が開始されることになった。ニコチンパッチについては、その使用をめぐって一時混乱があったが、2006年5月24日に薬価収載が決定し、2006年6月から「ニコチン依存症管理料」の算定に限って保険薬として処方が可能になった。

本発表では、保健医療の場での禁煙支援・禁煙治療の推進に焦点をあてて、まず禁煙支援・治療の制度化の必要性や意義を確認するとともに、保険適用に至る経緯、保険適用の内容とその効果、今後の禁煙支援・禁煙治療推進の課題について述べることとする。

### 2. 禁煙支援・禁煙治療普及のための制度化の必要性と意義

2005年2月27日に発効した、たばこ規制に関する世界保健機関枠組条約(Framework Convention on Tobacco Control、FCTC)において、禁煙治療の普及は、喫煙の流行を抑制するための社会環境整備・法的規制の一つとして位置づけられている。世界保健機関はFCTCの第14条において、締約国に対して、科学的証拠および最良の実例に基づいて禁煙治療のガイドラインを作成するとともに、禁煙治療を保健・教育プログラムに組み込んで普及のための効果的な措置をとることを求めている<sup>1)</sup>。

また、世界保健機関がFCTCに合わせて作成・出版した「禁煙とたばこ依存症治療のための政策提言」<sup>2)</sup>において、禁煙治療を包括的なたばこ規制政策に組み込み、制度として定着させることが重要であるとしている。わが国では、医療の場とならんで、広く実施されている健診やドック、がん検診の場での禁煙勧奨と支援の制度化が必要である。

たばこをやめることの困難さは、ヘロインやコカイン、アルコールと同等であり、依存症を引き起こす原因薬物のニコチンには、精神依存性だけでなく、身体依存性があることも明らかになっている<sup>3-4)</sup>。英米では約70%の喫煙者が禁煙したいと思ひ、年間約30~45%が禁煙を試みているが、禁煙成功率はわずか2~3%に過ぎないと報告されている<sup>3-5)</sup>。一方わが国でも、2003年の国民健康・栄養調査<sup>6)</sup>によると、たばこを吸わずに1日過ごすことが「とても難しい」と答えた割合は男47%、女35%で、「難しい」と答えた割合をあわせると、男87%、女81%にのぼっている。

欧米ではニコチン依存症を「再発しやすいが、繰り返し治療することにより完治しうる慢性疾患」と捉え、政府機関がエビデンスに基づいた禁煙治療のガイドラインを作成し、高血圧や糖尿病などの疾患と同様、医療の中でその治療に取り組めるよう、保険適用などの制度化を進めている<sup>7)</sup>。イギリスでは政府機関がエビデンスに基づいた禁煙治療のガイドラインを作成するとともに、世界に先駆けて 1999 年より禁煙治療を国民保健サービス (National Health Service) に組み込み、禁煙希望者に対して無料でそのサービスを提供する国家的取り組みを開始し成果をあげている。2005 年の実績報告によると<sup>8)</sup>、1 年間に喫煙者の約 6% にあたる約 60 万人が医師や薬剤師が実施する禁煙治療のサービスを利用して禁煙開始日を設定し、そのうち約 33 万人 (55%) が 1 ヶ月後時点で少なくとも 2 週間の禁煙に成功している。禁煙開始日を設定した者の 88% が薬物療法を受けており、その内訳は 82% がニコチン代替療法、5% がブプロピオン、1% が両者の併用であった。

イギリスのほか、アメリカやニュージーランド、オーストラリアなどの先進国や、香港、台湾、韓国などのアジア諸国において、禁煙治療を保険適用したり、禁煙治療を保健事業として実施するための制度化を図り、治療体制を整備する動きが進んでいる。

しかし残念ながら、わが国においてはこれまで医療の場での禁煙治療は自費で行われており、禁煙治療が日常診療の一環として普及していない現状にあった。2005 年に大阪府立健康科学センターが実施した調査結果<sup>9)</sup>によると、ニコチン依存症の患者 (後述するニコチン依存症に関するスクリーニングテスト (TDS) により判定) の 6 割が禁煙したいと思っているにもかかわらず、病気で受診した際に医師から禁煙をすすめられた割合は 3 割程度であり、具体的な禁煙方法まで指導を受けた割合は 5% に満たなかった。

禁煙を希望する喫煙者が禁煙しやすい環境をつくるためには、禁煙治療を保険適用化して医療サービスの一環として提供し、その普及を図ることが必要である。わが国でもイギリス並みに年間喫煙者の 5% が禁煙治療を利用すれば、医療費の削減額が単年ベースで 9 年目から禁煙治療費を上回り黒字に転じ、15 年目には 1,704 億円の黒字となる<sup>10)</sup>。15 年間の累積額でみると 3,386 億円の黒字となる。また、喫煙率は自然禁煙による変化と合わせて今後 15 年間で、男性では 27.2%、女性では 5.5% 減少させることが期待できると推定された<sup>10)</sup>。

### 3. 保険適用にいたるまでの経緯

演者らは 2004 年度より厚生労働省の第 3 次対がん総合戦略研究事業 (「効果的な禁煙支援法の開発と普及のための制度化に関する研究班」、主任研究者 大阪府立成人病センター調査部長 大島 明) として、医療の場での禁煙治療の制度化を目的に政策提案を行うための研究を実施してきた<sup>11)</sup>。この研究班の目的は、医療等の場での禁煙治療の制度化を目指してエビデンス構築のための研究と政策提言を行うことにある。本研究の一環として、2006 年度の診療報酬の改定に合わせて、医療の場での禁煙治療に対する保険適用の実現を図るべく、政策提言のためのエビデンスを収集・整理するとともに、医学会や日本医師会等の団体・組織と協同して厚生労働省に対して政策提言を行った。具体的には、禁煙治療の保険適用を申請するための「医療技術評価希望書」の作成にあたり、ニコチンの依存性や禁煙治療の有効性に関する科学的根拠に関するレビュー、保険適用の対象となる禁煙治療プログラムの検討、禁煙治療を保険適用した場合の医療費への影響の推定、諸外国での禁煙治療の実態の把握などをおこなった。そして、2005 年 6 月に日本循環器学会が厚生

労働省保険局医療課に対して医療技術評価希望書を提出したほか、日本気管食道科学会が日本循環器学会が提出した同じ内容の医療技術評価希望書を資料として、日本医師会長宛に禁煙治療に対する保険適用の要望書を提出した。さらに、日本循環器学会や日本肺癌学会などの禁煙に取り組む9学会（前記2学会のほか、日本呼吸器学会、日本産科婦人科学会、日本小児科学会、日本心臓病学会、日本口腔衛生学会、日本口腔外科学会、日本公衆衛生学会）が厚生労働省保険局医療課長に対して禁煙治療の保険適用の要望書を提出した。

これらの動きを受けて厚生労働省は、2006年度の診療報酬の改定にむけて、2005年11月9日の中央社会保険医療協議会・診療報酬基本問題小委員会にニコチン依存症に対する禁煙治療の保険適用を提案した。その後、保険適用をめぐりさまざまな議論があったが、2006年2月15日の中央社会保険医療協議会総会において、「ニコチン依存症管理料」が新設され、禁煙治療に対する保険適用が2006年度より開始されることになった。

なお、上述の9学会が2005年12月に禁煙ガイドライン<sup>12)</sup>を刊行したが、その中で喫煙を病気と捉え、喫煙者を「積極的な禁煙治療が必要な対象」とするとともに、禁煙治療に対する保険適用を緊急に解決すべき問題点として位置づけたことが今回の保険適用を検討ならびに決定する際の重要な根拠資料となったものと考えられる。

#### 4. 保険適用の内容

2006年度の診療報酬改定において新設された「ニコチン依存症管理料」は、外来患者を対象としている。「ニコチン依存症管理料」の対象患者や施設基準等の条件は以下のとおりである。

まず対象患者は、①ニコチン依存症に関するスクリーニングテスト（TDS）<sup>13)</sup>でニコチン依存症と診断された者、②1日の喫煙本数×喫煙年数（ブリンクマン指数）が200以上の者、③直ちに禁煙することを希望し、「禁煙治療のための標準手順書」<sup>14)</sup>（日本循環器学会、日本肺癌学会および日本癌学会により作成）にそった禁煙治療プログラムについて説明を受け、当該プログラムへの参加について文書により同意している者である。

禁煙治療プログラムの内容は、上述の手順書によると12週間にわたり、①初診、②初診から2週間後、③4週間後、④8週間後、⑤12週間後の合計5回の治療を行う。その具体的な内容は、1)喫煙状況、ニコチン依存度、禁煙関心度の把握、2)喫煙状況とニコチン摂取量の客観的評価と結果説明（呼気中CO濃度測定等）、3)禁煙開始日の設定、4)禁煙の実行・継続にあたっての問題点の把握とアドバイス、5)禁煙治療方法の選択と説明などである。禁煙治療の手順と方法の詳細については、上記3学会の標準手順書（各学会のホームページで閲覧可能）を参照されたい。この手順書には、外来での対象患者のスクリーニング方法や計5回の禁煙治療の方法が具体的に述べられているほか、禁煙治療に関する問診表や禁煙宣言書などの禁煙治療に役立つ6種類の帳票、禁煙治療場面での患者との問答集、ニコチン製剤の使い方が示されていて、禁煙治療を実施する上で有用と思われる。

次に、施設基準は、①禁煙治療を行っている旨を医療機関内に掲示していること、②禁煙治療の経験を有する医師が1名以上勤務していること、③禁煙治療に係る専任の看護職員を1名以上配置していること、④呼気一酸化炭素濃度測定器を備えていること、⑤医療機関の構内が禁煙であることである。さらに、算定要件は、①「禁煙治療のための標準手順書」（日本循環器学会、日本肺癌学会および日本癌学会により作成）にそった禁煙治療を行うこと、②本管理料を算定した患者について、禁煙の成功率を地方社会保険事務局長へ

報告すること、③再治療に関しては、初回算定日より1年を超えた日からでなければ、再度算定することはできないこととしている。なお、呼気一酸化炭素濃度測定器については、保険診療で用いるので医療機器としての承認を得ている必要がある。

当該技術の保険点数は、初回230点、2回～4回目（再診）184点、5回目180点である。ニコチンパッチ（ニコチネルTTS）の薬価は、同TTS30 401.80円、TTS20 374.30円、TTS10 355.80円である。

今回新設された「ニコチン依存症管理料」については、①施設基準が厳しい（病院にとっては敷地内禁煙の条件、診療所にとっては呼気一酸化炭素濃度測定器の設置の条件、さらに看護師を雇用していない診療所では専任看護師の配置の条件）、②未成年者が治療対象とならない、③12週間を超えて治療ができない、④再治療がすぐにできない、⑤入院患者が対象になっていない、などの問題点が現場から指摘されている。特に未成年者の禁煙治療に対する保険適用を難しくしているブリンクマン指数に関わる対象患者の要件については今後見直しのための検討が必要と考える。また、最近、診療所の中には経営上等の理由から看護師を雇用していない施設があることから、専任看護師の配置の条件を必須条件とするのかどうかについても検討が必要である。なお、敷地内禁煙については特に病院が同管理料を算定する際に問題となるが、敷地内禁煙は今後医療機関が目指すべき内容であり、患者や職員の禁煙の動機や禁煙率を高める効果も期待できることから見直しは必要ないと考える。

## 5. 保険適用の結果の検証

同管理料の効果については、中央社会保険医療協議会の診療報酬改定結果検証部会による検証の対象となった。算定要件として示されている禁煙成功率の地方社会保険事務局長への報告は年1回の頻度とされており、その報告内容は、本管理料を算定した数、12週間にわたる計5回の禁煙治療を終了した者の数、そのうち禁煙に成功した者の数（呼気一酸化炭素濃度測定器を用いて喫煙の有無を確認）である。この報告のデータを収集し解析することにより、「ニコチン依存症管理料」を用いて実施された禁煙治療の実施数と治療終了時12週時点での4週間継続禁煙率を算出することができ、全体での分析結果に加えて、地域別、医療機関別の成績の検討も可能になる。

また、本管理料の結果の検証作業として、2006年7月1日現在の本管理料の届出医療機関を対象として、①ニコチン依存症管理料算定医療機関の実態把握と、②禁煙治療の実施状況と禁煙率の把握を目的とした特別調査が実施されることになった。すでに、1次調査と2次調査が実施され、届出医療機関における禁煙治療の実施状況や体制、治療終了時ならびに治療終了後3ヵ月後および6ヵ月後時点の算定患者の禁煙状況に関わるデータの把握と分析が行われた<sup>15)</sup>。その結果、ニコチン依存症管理料により禁煙治療を受けた患者の約3人に1人が治療終了3ヵ月後および6ヵ月後も禁煙を継続していた。治療回数が多いほど禁煙継続率が高くなる傾向が認められ、規定通り5回の治療を終了した患者ではその半数以上が治療終了3ヵ月後および6ヵ月後も禁煙を継続していた。

ニコチン依存症管理料による禁煙治療においては、ほとんどがニコチンパッチの処方を行っていると考えられる。そこで、本成績をわが国におけるニコチンパッチの臨床試験の成績と比較検討した。ニコチン依存症者と喫煙関連疾患を対象とした2つの臨床試験<sup>16-17)</sup>における治療開始から6ヵ月後の1ヵ月間の継続禁煙率は各々26.8%、30.7%であり、ニ

ニコチン依存症管理料による禁煙治療の成績の方がより厳しい禁煙率の基準を用いているにも関わらず、禁煙率が高かった。厳密には対象者の特性等の違いを比較検討すべきであるが、ニコチン依存症管理料による禁煙治療が臨床試験でなく現実的な条件下で得られた成績であることを考えると、今回の検証結果は健康保険による禁煙治療の制度が十分機能していることを示すものとする。本調査結果に対して検証部会は、回収率が患者二次調査に比べて高い一次調査の成績を引用して、『指導終了 3 ヶ月後に「禁煙継続」と「失敗」がそれぞれ約 3 割である。しかし、患者数の多い禁煙指導を 5 回受けた患者に限定すれば指導終了 3 ヶ月後に「禁煙継続」が 58.9%、「失敗」が 21.6%であったことから一定の治療効果があると認められる』と評価した<sup>18)</sup>。さらに今後の課題として、「更に専門家の意見も踏まえつつ、平成 19 年度に行われる継続調査においてより長期間で禁煙指導の効果がどの程度持続するのかを明らかにする必要がある。また、これらの結果を国際比較することも重要である。さらに、指導の回数が多いほど、禁煙継続率が高い傾向が認められることから、禁煙指導が途中で中止されないような工夫を検討することも必要である。」と述べた。

本管理料の今後の結果検証については、治療終了後 9 ヶ月後の禁煙成功率の実態調査が 2007 年 6～7 月にかけて実施されている。今後、この特別調査のほか、本管理料の算定医療機関に求められている年 1 回の社会保険事務局長への報告や社会医療診療行為別調査などの検証方法を組み合わせて、本管理料の結果検証が総合的に行われ、2008 年度の診療報酬改定にむけての議論がなされるものとする。

## 6. 今後の課題と展望

禁煙治療の制度化に関しては、すでに述べたように、2006 年度から「ニコチン依存症管理料」が新設され、医療の場での禁煙治療に対する保険適用が実現した。今後、今回の禁煙治療に対する保険適用の措置が所期の成果をあげるよう、指導者教育等の充実を図り、一定の禁煙治療の質を保ちつつ、治療のアクセスをさらに向上するために実施機関を増やすことが必要と考える。また、現行の制度で禁煙治療の保険適用の対象とならない未成年者や入院患者などにも保険が適用されるよう、適用範囲の見直しが必要と考える<sup>19)</sup>。そして、さらに多くの喫煙者が禁煙治療にアクセスできる仕組みとして、2008 年度からの特定健診を含めてわが国で広く実施されている健診やドックの場での禁煙勧奨ならびに支援の取り組みの制度化と医療機関と連携した治療の推進が必要である。

2008 年度からの医療制度改革において、メタボリック・シンドロームに着目した特定健診と保健指導による生活習慣病の予防が強調されている。喫煙はメタボリック・シンドロームと並んで動脈硬化の重要なリスクファクターであり、両者が重なると、心血管疾患のリスクが特に高まることがわかっている。また、最近の研究によると、喫煙は受動喫煙を含めてメタボリック・シンドロームの発症のリスクを高めることが報告されている<sup>20)</sup>。

日本公衆衛生学会は 2008 年度からの特定健診・保健指導にむけて意見表明をおこない<sup>21)</sup>、その中で『禁煙指導は癌、循環器疾患、呼吸器疾患等の予防にとって、とりわけ重要な保健指導項目であり、メタボリックシンドロームの有無にかかわらず禁煙指導を実施すること。また、喫煙者にとっては健診を受診すること自体が禁煙の動機付けを促す介入となるように、健診の標準的な質問票には、現在の「喫煙の有無」のみでなく「禁煙意志」に関する質問を加えること。』と述べ、喫煙者への保健指導の重要性を指摘している。今後、

2008年度からの新しい健診制度の導入に合わせて、メタボリック・シンドロームだけでなく、ニコチン依存症にも重点を置いた健診と保健指導の取り組みが必要と考える。

禁煙の薬物療法についても進歩がみられている。わが国では現在のところ、ニコチン製剤として、ニコチンパッチとニコチンガムのみが利用可能であるが、世界的にはニコチン製剤のほか、もともと抗うつ剤として開発されたブプロピオンという内服薬が禁煙治療薬として使用されている。これらの薬剤は、2000年に発表されたアメリカの禁煙治療ガイドラインにおいて、禁煙治療の第1選択薬として推奨されており<sup>22)</sup>、その有効性については、最近のニコチン製剤では1.8倍、ブプロピオンでは2.1倍、それぞれプラセボに比べて禁煙率を有意に高めることが2004年のコクランレビューにより報告されている<sup>23-24)</sup>。さらに新しい薬剤として、脳内報酬回路においてニコチンが結合して依存症を引き起こす $\alpha 4 \beta 2$ ニコチン受容体に選択的に作用する薬剤が開発され、注目を集めている。これは、バレニクリンという薬剤で、 $\alpha 4 \beta 2$ 受容体に対してニコチンの部分作動薬かつ部分拮抗薬として作用し、禁煙に伴う離脱症状を緩和し、喫煙による満足感を抑える。アメリカではFDAにより優先審査の指定を受け、2006年5月に早期承認され、同年8月から処方箋薬として使用されている。この薬剤の有効性については、アメリカで実施された二つの大規模な臨床試験の結果によると、バレニクリンはプラセボに比べて短期または長期の禁煙率が約3~4倍有意に高く、ブプロピオンと比較しても禁煙率が1.5~2倍有意に高いことが報告されている<sup>25)</sup>。わが国でもすでに臨床試験が終了し、2006年6月に承認申請がなされた。わが国ではプラセボに比べて短期または長期の禁煙率が約2~3倍有意に高いという成績が得られている<sup>26)</sup>。今後、ニコチンパッチと同様、本薬剤が保険薬として薬価収載され、禁煙治療薬の選択肢が増えることが望まれる。

#### 引用文献

- 1) WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, 2003(日本語訳は外務省の以下のホームページに掲載されている。  
[http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/treaty/treaty159\\_17.html](http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/treaty/treaty159_17.html))
- 2) World Health Organization: Policy Recommendations for Smoking Cessation and Treatment of Tobacco Dependence. Geneva, World Health Organization, 2003. (日本語訳は、厚生労働省の以下のホームページに掲載されている。  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/kin-en-sien/izonshou/index.html>)
- 3) U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: nicotine addiction. A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): US Department of Health and Human Services. Public Health Services, Centers for disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health, 1988.
- 4) Royal College of Physicians. Nicotine addiction in Britain: a report of the tobacco advisory group of the Royal College of Physicians. Royal College of Physicians of London, 2000.
- 5) U.S. Department of Health and Human Services. Healthy people 2010. U.S. Department of Health and Human Services, 2000.
- 6) 厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室: 平成15年国民健康・栄養調査結果の概要. 2005.
- 7) 中村正和: 禁煙治療の制度化の必要性和欧米の動向. 公衆衛生 68(12): 948-952, 2004.

- 8) NHS Health and Social Care Information Centre: Statistics on NHS stop smoking services in England, April 2005 to March 2006, London, The Health and Social Care Information Centre, 2006.
- 9) 大阪府立健康科学センター: ニコチン依存症と禁煙行動の実態に関する調査. 2005.
- 10) 中村正和: 禁煙対策について,平成 18 年度日本癌学会シンポジウム, 2006 年 7 月,東京
- 11) 中村正和: 医療の場における効果的な禁煙治療法の開発と普及のための制度化に関する研究. 平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金 第 3 次対がん総合戦略研究事業「効果的な禁煙支援法の開発と普及のための制度化に関する研究」平成 17 年度 総括・分担研究報告書 (主任研究者:大島 明), 2006.
- 12) 9 学会合同研究班 編: 禁煙ガイドライン. Circulation Journal, 69(Suppl.IV): 1005-1103, 2005.
- 13) Kawakami N, et al: Development of a screening questionnaire for tobacco/nicotine dependence according to ICD-10, DSM-III-R, and DSM-IV. Addictive Behavior, 24:155-166,1999.
- 14) 日本循環器学会,日本肺癌学会,日本癌学会:禁煙治療のための標準手順書. 2006 年 3 月
- 15) 厚生労働省中央社会保険医療協議会診療報酬改定結果検証部会. 平成 18 年度診療報酬改定結果検証に係る調査 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 19 年 5 月 16 日  
(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0516-5c.pdf>)
- 16) 五島雄一郎、兼本成斌、並木正義、林高春、森亨、吉峯徳、大原健士郎、宮里勝政、中島光好. ニコチン依存喫煙者での Ba 37142(Nicotine TTS)の臨床効果—多施設協同二重盲検比較試験—. 臨床医薬 1994;10(9): 2023-2059.
- 17) 五島雄一郎、兼本成斌、並木正義、林高春、森亨、吉峯徳、中島光好. 喫煙関連疾患を有する喫煙者での禁煙補助薬 Ba37142(Nicotine TTS)の臨床効果—多施設協同第三相二重盲検比較試験—. 臨床医薬 1994;10(8):1801-1803.
- 18) 厚生労働省中央社会保険医療協議会診療報酬改定結果検証部会. 平成 18 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査 (平成 18 年度調査) の結果について. 平成 19 年 5 月 16 日 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0516-5a.pdf>)
- 19) 中村正和. 禁煙治療に対する保険適用の理念と今後の課題.治療 2006;88(10):2456-2463
- 20) 中村正和, 片野田耕太, 雑賀公美子: 喫煙とメタボリック・シンドローム発症の関係についての文献的考察. 平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業「たばこに関する科学的知見の収集に係る研究」平成 18 年度 総括・分担研究報告書 (主任研究者:祖父江友孝), 2007.
- 21) 日本公衆衛生学会「標準的な健診・保健指導プログラム」に対する意見表明について. 日本公衆衛生雑誌, 54(5): 291-292, 2007.
- 22) Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al: Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. US Department of Health and Human Services, Rockville (AHRQ publication No.00-0032), 2000.
- 23) Silagy C, Lancaster T, Stead L, et al: Nicotine replacement therapy for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue3.
- 24) Hughes JR, Stead LF, Lancaster T: Antidepressants for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue4
- 25) 中村正和: 新しい経口禁煙治療薬「バレニクリン」について. 日本禁煙医師連盟通信 16(1): 7-9, 2007.
- 26) Nakamura M, Oshima A, Fujimoto Y, Maruyama N, Ishibashi T, Reeves KR: Efficacy and Tolerability of Varenicline, an  $\alpha 4 \beta 2$  Nicotinic Acetylcholine Receptor Partial Agonist, in a 12-Week, Randomized, Placebo-Controlled, Dose-Response Study with 40-Week Follow-Up for Smoking Cessation in Japanese Smokers. Clinical Therapeutics, 29(6), 2007.(in press)