

# 医療用禁煙補助薬欠品状況における外来禁煙治療の手引き

2022年9月版

2022年9月

日本禁煙学会  
禁煙治療と支援委員会  
(ワーキンググループ: 加濃正人、飯田真美、大野佳子)

## executive summary

1. チャンピックス錠の欠品状況は当分続くことが想定される一方で、ニコチネル TTS の限定出荷は解除された。
2. ニコチネル TTS や一般用禁煙補助薬は有用な禁煙補助手段であり、これらを利用する形で禁煙治療を行うことが推奨される。
3. 動機づけ面接、認知行動療法等の面接技術は、禁煙補助薬使用の有無にかかわらず禁煙治療の質を向上させる。日本禁煙学会を含む各種団体にこれらの研修機会を提供している。

## 1)はじめに

医療用禁煙補助薬チャンピックス錠(一般名バレニクリン酒石酸塩)は、製造販売元(ファイザー)の社内基準を超える不純物(N-ニトロソバレニクリン)が検出されたことにより、2021年6月より出荷が停止されています。その後2022年8月に同社より「チャンピックス錠 出荷停止継続のお詫びとご案内」との告知がなされました(資料1)。その内容は、厚生労働省の了承のもと、許容される該当不純物の基準値を定めたところであり、今後製造方法の変更と承認内容変更の承認を経てから出荷再開になるため、「当初想定していた出荷再開よりさらに時間を要する」(原文まま)とのことです。

一方、チャンピックス錠出荷停止直後に品薄にて限定出荷措置となっていたもう1つの医療用禁煙補助薬ニコチネル TTS については、2022年6月付けで、製造販売元(グラクソ・スミスクライン・コンシューマー・ヘルスケア)および販売元(アルフレッサ ファーマ社)より「ニコチネル TTS 製品限定出荷解除についてのご案内」との文書にて、通常出荷に戻った旨が告知されました(資料2)。

これらの情報は禁煙治療を行う医療機関に十分に周知されているとは言えず、ニコチネル TTS の使用方法等も一部では熟知されていない懸念があることから、本学会のワーキンググル

ープが昨年発表した「医療用禁煙補助薬欠品&品薄状況における外来禁煙治療の手引き 令和3年9月再改定版」をさらに改定し、「**医療用禁煙補助薬欠品状況における外来禁煙治療の手引き 2022年9月版**」として今回発表することといたしました。禁煙治療を実施する皆様の参考となれば幸いです。

## 2) 医療用ニコチン貼付剤の基礎知識

### 1. 作用機序と効果

ニコチン依存は、喫煙によるニコチンの間欠的かつ急激な血球ニコチン濃度上昇によって起こる。ニコチンを緩徐に体内に吸収させた場合には、禁煙時の離脱症状が緩和され、ニコチン依存自体は回復に向かう。ニコチンを緩徐に体内に吸収させる方法をニコチン代替療法といい、ニコチン貼付剤はニコチン代替療法の代表的な使用薬である。ニコチン貼付剤を処方される患者の中には「ニコチンを体に入れて依存が治るのだろうか」と不安を感じる者もいるので、喫煙とニコチン貼付剤では作用がまったく違うことを説明しておくといよい。

対プラセボ比での禁煙率への効果比では、ニコチン貼付剤は 1.64 (95%CI:1.53-1.75)、バレニクリンは 2.24 (95%CI:2.06-2.43)<sup>1)</sup>とややバレニクリンに分があるが、ニコチン貼付剤の効果も十分に実用に足るものであり、チャンピックス錠の出荷再開時期が未定な現時点において、禁煙治療を望む患者には適切な情報提供の上でニコチネル TTS の使用を提案することが推奨される。

### 2. 種類

医療用医薬品としてニコチネル TTS30、同 20、同 10 があり、24 時間でそれぞれ 21mg、14mg、7mg のニコチンを放出する(30、20、10 の数字は薬効面の面積を示す) (表 1)。ニコチネル TTS30 を貼付したときの平均血中ニコチン濃度の推移は、1 時間に 1 本ずつ喫煙した場合と同等である。

表 1 ニコチネル TTS(医療用禁煙補助薬)

ラインナップ	ニコチネル TTS30	ニコチネル TTS20	ニコチネル TTS10
製造販売元	グラクソ・スミスクライン・コンシューマー・ヘルスケア・ジャパン		
販売元	アルブレッサ ファーマ		
薬剤放出有効面積	30cm <sup>2</sup>	20cm <sup>2</sup>	10cm <sup>2</sup>
1枚あたりニコチン含有量	52.5mg	35mg	17.5mg
24時間ニコチン放出量	21mg	14mg	7mg
24時間ニコチン放出率	48%		
最高血中濃度到達時間	6～12時間		
使用方法	24時間貼付		
標準的使用期間	4週間	→ 2週間	→ 2週間 (2週間追加可能)
使用禁忌	非喫煙者、妊婦又は妊娠している可能性、授乳婦、不安定狭心症、急性期の心筋梗塞(発症後3ヵ月以内)、重篤な不整脈、経皮的冠動脈形成術直後、冠動脈バイパス術直後、脳血管障害回復初期、本剤の成分に対し過敏症の既往歴		
慎重投与	心筋梗塞、狭心症(異型狭心症等)の既往歴、狭心症で症状安定、高血圧、不整脈、脳血管障害、心不全、末梢血管障害(バージャー病等)、甲状腺機能亢進症、褐色細胞腫等の内分泌疾患、糖尿病(インスリンを使用している)、消化性潰瘍、肝・腎機能障害、アトピー性皮膚炎あるいは湿疹性皮膚炎等の全身性皮膚疾患、てんかん又はその既往歴、神経筋接合部疾患		

### 3. 使用方法

1日1回朝に、身体の適所(上腕部、腹部、背部)に貼付する。貼る場所は毎日変える。24時間貼付して次の朝に貼り替えるのが原則である。24時間製剤ではあるが、血中濃度のピークは12時間以内にあるので、朝ではなく夜の時間帯に貼り替えると、就寝時間中の不眠が起こったり、日中の効果が不十分だったりする可能性がある。24時間貼付したほうが起床時の喫煙欲求を緩和しやすいが、数日間使用してみて、不眠や長時間貼付による皮膚炎が強いようなら、就寝前にはがす方法も考慮する。

ニコチネル TTS30を4週間、同20を2週間、同10を2週間(合計8週間)使用するのが標準的使用法である。ただし添付文書上の最長使用期間は10週間とされており、標準的な8週間の処方に加えてニコチネル TTS10を2週間処方することが可能である。使用開始日からの禁煙開始を指導する。

## 4. 使用上の注意と副作用

ニコチネル TTS は、表 1 のような使用禁忌、慎重投与が添付文書上に記載されている。禁忌要件に該当する患者であれば、チャンピックス錠欠品時には原則として禁煙補助薬の処方なしで禁煙治療を行うことになるだろう。なお、2021 年 9 月 16 日に公開された『禁煙治療のための標準手順書 第 8.1 版』<sup>1)</sup>においては、「保険診療における禁煙治療で薬剤の使用は必須ではありません。薬剤を使用しなくても行動療法など、ニコチンの精神依存に対する治療を行うことは効果的であるため、積極的な治療に取り組んでください」との留意事項が追記された。したがって医療用禁煙補助薬の処方を行わずに保険での禁煙治療を行うことに問題はない。

慎重投与要件に該当する患者の場合は、適切なインフォームド・コンセント実施の上で処方の適否を決定する必要がある。しかし、慎重投与要件にて問題となる有害事象のほとんどはニコチンの作用によるものなので、ニコチン貼付剤使用よりもニコチン血中濃度ピーク値の高い喫煙を行っている喫煙者においては、ニコチネル TTS の使用が有害事象のリスクを増大させるとは言えない。

ただしニコチネル TTS 使用中に喫煙することは、ニコチン血中濃度の過剰な上昇をきたす可能性があるため危険である。使用中に我慢しきれずに喫煙してしまうことまでは止められないが、少なくとも、ニコチネル TTS 使用中に連続して喫煙したり、喫煙本数を制限する節煙の目的でニコチネル TTS を使用したりすることは、けっしてしないよう患者に指導しておく必要がある。

添付文書によれば、市販後調査における主な副作用は不眠(5.9%)と接触皮膚炎(紅斑(6.9%)、そう痒(5.8%))である。これらは使用方法を 24 時間貼付から就寝前にはがす方法に切りかえることで軽減できる。また、接触皮膚炎が起こればステロイド外用薬などを処方することで対処できる。塗布面積が小さいので、ステロイド外用薬は Strongest 群あるいは Very Strongest 群に分類されるもので問題ないと思われる。

体重の少ない患者、節煙の努力をしなくても 1 日喫煙本数の少ない患者などでは、ふだんのニコチン摂取量が少ない可能性があり、ニコチネル TTS(とくに 30)の使用によりニコチン過量症状(頭痛、めまい、悪心、動悸、冷汗など)が出現する可能性がある。そのような患者には、貼付剤の裏面をセロテープなどで部分的に被覆してニコチン放出量を減らす方法を教示しておくか、あるいは初めからニコチネル TTS20 など低用量の貼付剤で治療を開始することを検討してもよい。

### 2) 一般用禁煙補助薬の利用

一般用禁煙補助薬として、ニコチン貼付剤のニコチネルパッチ、ニコチンガム製剤のニコチ

ネル、ニコレットがある(表 2)。これらを禁煙治療実施中の患者に利用してもらうことも可能である。ただし、医療者が保険診療の中で患者に一般用医薬品の使用を「指示」すると混合診療に問われる可能性があるので、「情報提供」の形で患者に伝え、患者の自由意思で購入してもらうということをカルテに記載しておくといだろう。

表 2 一般用禁煙補助薬一覧

剤型	ニコチン貼付剤	ニコチンガム製剤	
分類	第一種医薬品	第二種医薬品	
製品名	ニコチネル パッチ	ニコチネル	ニコレット
ラインナップ	20、10	ミント、マンゴー スペアミント	ニコレット、クールミント アイスマント フルーティミント
標準的用量	20 を 6 週 10 を 2 週	1 日 4～12 個から漸減	
使用法	起床時から 就寝時まで貼付	歯と頬粘膜の間に挟みながら、 1 個を 30～60 分かけて噛む	
使用禁忌	ニコチネル TTS の禁忌&うつ病	ニコチネル TTS の禁忌 &うつ病、顎関節の障害	
販売元・HP	グラクソ・スミスクライン・ コンシューマー・ヘルスケア <a href="https://www.nicotinell.jp/p_otc/">https://www.nicotinell.jp/p_otc/</a>		ジョンソン・エンド・ ジョンソン <a href="https://www.nicorette.jp/">https://www.nicorette.jp/</a>

### 1. 一般用ニコチン貼付剤

ニコチネルパッチ 20、同 10 がある。医療用医薬品ニコチネル TTS と同等の製品だが、ニコチネル TTS30 に相当する容量のものがない。標準的な使用法(20 を 6 週間、10 を 2 週間)、使用法(起床時に貼り就寝時にはがす)、使用禁忌(うつ病が追加)の 3 点がニコチネル TTS と異なる。

禁煙治療におけるニコチネル TTS の使用期間は 8～10 週間であるが、ときとしてこれを越えて使用することが患者の禁煙達成に資する場合がある。そのような場合には、ニコチネル TTS の使用を引き継ぐ形でニコチネルパッチの購入を示唆するのも一法である。

### 2. ニコチンガム製剤

ニコチネル、およびニコレットの 2 製品があり、それぞれにフレーバーの違いによる 3～4 種類ずつのラインナップがある。1 個のガムに 2mg のニコチンが含有され、正しい噛み方をするとこのうち半量程度が口腔粘膜から吸収されニコチン離脱症状を緩和する。飲み込まれたニコチン成分は、肝臓の代謝を受けるためにほとんど全身循環に回らない。

正しい噛み方は、5～10 回ゆっくり噛み、歯肉と頬粘膜の間に 1 分以上挟む。ニコチンによるピリピリした感覚がなくなったら再度噛んで、同じことを 30～60 分繰り返す。普通のガムのように連続して噛んで唾液を飲み込んでしまうと、ニコチン成分の刺激作用で悪心が起こるばかりで、離脱症状を緩和する効果が得られない。1 日 24 個を超えない範囲で、喫煙欲求が起こったときに使用する。使用開始から 1 か月が経過したら徐々に使用個数を減らし、3 か月をめぐりに使用を中止する。

使用禁忌要件は一般用ニコチン貼付剤とほぼ同等であるほか、顎関節に障害のある場合も禁忌とされる。

ニコチンガム製剤の使用説明書には、他のニコチン製剤との併用は禁忌と書かれている。しかし、プラセボを用いた二重盲検試験では、ニコチン貼付剤単独に比べ、ニコチン貼付剤とニコチンガム製剤を併用した場合の禁煙率は、12 週で 1.51 倍、24 週で 1.80 倍、52 週で 1.43 倍と報告されている。米国医療品質局 (AHRQ) ガイドライン<sup>2)</sup>や『禁煙治療のための標準手順書 第 8.1 版』<sup>1)</sup>にも、ニコチン貼付剤による効果が不十分だった場合のニコチンガム製剤併用が記述されている。ニコチン製剤の慎重投与要件に該当する患者でなければ併用が検討されてもよいだろう。

ニコチン貼付剤との併用以外に、皮膚炎などのためニコチン貼付剤が使用できない患者の禁煙治療において、ニコチン代替療法のよい選択肢となりうる。

### 3) 治療面接技法

禁煙補助薬は確かに禁煙成功率を上昇させるが、治療者が面接技術を向上させ禁煙治療の中で実践することは、禁煙補助薬の使用に劣らぬ効果がある。禁煙補助薬が治療の場に登場する以前には、医療者等の面接が患者の禁煙を助けるもっとも根本的な治療手段であり、それは禁煙補助薬が使われるようになった現在でも変わることはない。

禁煙治療において有効とされる代表的な面接技術は、動機づけ面接と認知行動療法である。これらについて概説する。

#### 1. 動機づけ面接

動機づけ面接 (Motivational Interviewing; MI) は、受容・共感を旨とする面接スタイルを基調としながら、その中に患者が治療促進的な行動を取れるような方向づけを融合させた面接技法である。治療に乗り気でなかったり、有効な禁煙方法の提案を拒んだりする患者に対してとくに有効である。

メタ解析におけるプライマリ・ケア医のサブ解析で、アドバイスなどからなる一般的面接に比べ、動機づけ面接による介入の禁煙率は 3.49 倍 (95%CI 1.53-7.94) だったと報告されている

3)。動機づけ面接は、アメリカ精神医学会の物質使用障害治療ガイドライン<sup>4)</sup>においてニコチン依存症への介入法として推奨されている。

禁煙治療を受ける患者は、すでに禁煙すること自体についてはそれなりの動機を持っているはずである。動機づけ面接は、明確な標的行動を設定した上でその行動を動機づけるときに有効な技法であるから、禁煙治療の場面において、禁煙すること自体について動機づけ面接を使う機会はそう多くないかもしれない。しかし、禁煙に至る過程で選択しうる個別の行動(例:ニコチン貼付剤の使用、禁煙開始日の決定、喫煙具の破棄、次回の来院)に患者が拒否的な場合、これらを標的行動として動機づけ面接を用いることがしばしば有効である。

行動変容の問題を抱える患者は、変化の動機(○○したい)と現状維持の動機(○○したくない)を同時に持っている。一方のみが100%であることはまずない。2つの動機のバランスはさまざまな要因で変化するが、変化の意図やその理由について患者が自ら述べることによって変化の動機が高まる。したがって医療者は患者から変化を意図する発言をなるべく多く引き出すことによって、患者の動機を高めることができる。逆に、十分に変化の動機の高まっていない患者に対して医療者が変化の必要性を権威的に説得すれば、患者はそれに反論する形で現状維持の意図やその理由を述べることになり、現状維持の動機が高まってしまう。

患者の変化を意図する発言を引き出すために有効な動機づけ面接の技法は、患者の発言をそのままの形または意味を付け加えた形で返す「聞き返し」である。2つの相反する動機を有している患者に、変化するかどうかについて自由に話す機会を与えると、程度の差はあれ必ず変化を意図する発言が含まれる。治療者はその発言を聞き逃さず、その詳細や背景の理由、感情などを想像して患者に聞き返しを行う。

たとえば患者が会話の中で「スパッとやめたほうがいいんですけど、ストレスが心配なのでだんだん減らしていきます」と発言したならば、断煙を意図する発言である前半部分だけに焦点をあて、「スパッとやめたほうがいいと思われるのは、禁煙外来に来たこの機会を活かしたいからですかね…」などと仮説的な理由を添えて聞き返すことができる。このようにすると、患者からはさらに断煙を意図する発言を引き出すことができる。逆に、本数を減らすことを意図する後半に焦点をあてて、「仕事のストレスがあるんですね…」と返したり、「減らすやり方のほうがストレスは大きいですよ」と説得を始めたらしめると、患者が本数を減らす意図の発言を続ける展開となってしまうので注意が必要である。

動機づけ面接の理論体系には、効果的な聞き返しにするためのイントネーション、聞き返しの強度や深度、複数の聞き返しを並べるときの順序など、さまざまな技法上のポイントや、それらを実施するときの裏付けとなる基本的態度が含まれる。これらを学ぶためのリソースを表3にまとめる。

表 3 動機づけ面接の学習リソース

<p><b>書籍</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日本禁煙学会編『禁煙学 改訂第4版』南山堂</li> <li>・谷口千枝・田中英夫『事例で学ぶ 禁煙治療のためのカウンセリングテクニック エキスパート編』看護の科学社</li> <li>・加濃正人『禁煙の動機づけ面接法』中和印刷 <a href="https://www.chuwa-p.co.jp/product/minimumkinen02/">https://www.chuwa-p.co.jp/product/minimumkinen02/</a></li> <li>・清水隆裕『外来で診る“わかっちゃいるけどやめられない”への介入技法 動機づけ面接入門編』メディカルサイエンスインターナショナル</li> <li>・北田雅子、磯村毅『医療スタッフのための 動機づけ面接法 逆引き MI 学習帳』医歯薬出版</li> <li>・ミラー、ロルニック『動機づけ面接 第3版』(上・下)星和書店</li> <li>・ローゼングレン『動機づけ面接を身につける 一人でもできるエクササイズ集』星和書店</li> </ul>
<p><b>映像教材</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・原井宏明『動機づけ面接トレーニングビデオ[導入編]』(DVD)OCDの会 <a href="http://ocdnokai.web.fc2.com/kounyu.htm">http://ocdnokai.web.fc2.com/kounyu.htm</a></li> <li>・磯村毅、加濃正人『保健室動機づけ面接のすすめ』(DVD)ジャパンライム <a href="https://www.japanlaim.co.jp/fs/jplm/gd7010">https://www.japanlaim.co.jp/fs/jplm/gd7010</a></li> <li>・Psychwire: Courses for Health &amp; Mental Health Professionals(オンデマンド) <a href="https://psychwire.com/">https://psychwire.com/</a></li> </ul>
<p><b>専門団体 (研修実施)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日本禁煙学会(禁煙治療セミナーなど)</li> <li>・寛容と連携の日本動機づけ面接学会</li> <li>・日本動機づけ面接協会</li> </ul>



## 2. 認知行動療法

認知行動療法 (Cognitive Behaviour Therapy; CBT) は、問題の発生や維持に関与する要素を「外的状況」「認知」「感情」「行動」などに切り分けて概念化し、それら要素や相互作用を変化させることで問題解決を図る心理療法理論の総称である。動機づけ面接の効果がプライマリ・ケア場面での禁煙において示されているのに対し、認知行動療法は主として禁煙治療場面での効果が示されている<sup>5-7)</sup>。認知行動療法は、米国精神医学会の物質使用障害治療ガイドライン<sup>4)</sup>で、禁煙治療の方法として確固たる信頼性をもって推奨されている。認知行動療法には 200 種類以上とも言われる多様な理論が存在するが、ここではその中でも禁煙治療に頻用される 5 つを簡単に解説するとともに、詳細を学ぶためのリソースを**表 4**に紹介する。

### a. 行動療法

行動療法 (Behaviour Therapy; BT) は、行動に関する一般法則 (学習理論) に基づいて行う臨床的介入全般を指す。典型的には、先行状況において主体者が行動を起こしたときに何らかの強化子 (好子または嫌子) が提示されることによって行動が増減するという現象の組み合わせとして臨床的問題状況を分析し (応用行動分析)、先行状況や強化子を意図的に変化させることによって行動の生起確率に影響を与える。たとえば、「コンビニに行くときタバコを買ってその場で吸ってしまう」というような問題状況があるならば、先行状況である「コンビニに行く」をなくす方法もあれば、コンビニ前で 1 本吸ったら残りの 19 本を捨てるという嫌子を設定する方法もある。

### b. 問題解決法

問題解決法 (Problem-Solving Therapy) は、問題を具体化し、解決された状態としての目標を設定した上で、目標達成のための方法を治療者と患者でブレインストーミングの形で検討する一連の手順である。ブレインストーミングでは実行可能性や有効性を考慮せず対処方法をなるべく多数案出し、あとから実現可能性と有効性を評価する。禁煙に関してであれば、「飲み会で吸ってしまう」等の問題を設定した上で、1) 飲み会に誘われない、2) 誘われても飲み会に行かない、3) 飲み会に行っても吸わない、等の複数目標を立て、それらを実現するための手段をなるべくたくさん案出してから、実行可能性と有効性の積平均を算出するなどして対処プランを策定する。

### c. 認知再構成法

認知再構成法 (Cognitive Restructuring) は、外的状況を捉える認知における推論の正確性を検討して、非適応的な感情や行動を変容させる技法である。たとえば「喫煙所のコミュニケーションがなければ仕事にならない」との確信が禁煙継続を阻んでいる場合、その認知が真実だという根拠 (例: 効率が落ちる、貴重な情報が得られたことがある) と、その認知が真実で

はないという根拠(例:喫煙所に頼らなくても立派に仕事をしている同僚がいる、デスクを離れる時間をロスしている)をそれぞれ列挙していき、相反する根拠を概観することによって、必ずしも推論が真実でないことを確認していく。

#### **d. 論理情動行動療法(論理療法)**

論理情動行動療法(Rational Emotive Behaviour Therapy;REBT)は、問題状況を、きっかけとなる悪い状況(逆境;Adversity;A)、逆境を評価する信念(Belief;B)、結果として起こる感情や行動(Consequence;C)、に分けて整理する。喫煙など非適応的行動を生起させる不健康な感情(C)は、逆境(A)ではなく信念(B)の結果として発現することから、患者が信念を自己修正することによって健康な感情と適応的行動を獲得できるというABCモデルに基づいて介入を行う。不健康な感情を誘発させる信念は非理性的信念と呼ばれ、独断的要求(〜ねばならない)、破滅視(おしまいだ)、欲求不満不耐性(耐えられない)、条件付き受容(〜でなければ価値がない)の形式を取る。これらの論理性、実証性、実利性を検討することで、健康な感情を生み出す理性的信念への変容を促す。たとえば、離脱症状で仕事に集中できないときに不安を感じる理由は、「仕事に集中できなければならない」との信念である。もちろん仕事に集中できたほうがいいだろうが、「集中できなければならない」というルールは自分が決めたものだし(論理性)、集中できなかったとしても破滅的なことは起こらず(実証性)、「集中できたほうがいい」との願望を持つだけのほうが集中を高められる可能性が高い(実利性)。

#### **e. アクセプタンス&コミットメント・セラピー**

アクセプタンス&コミットメント・セラピー(Acceptance & Commitment Therapy;ACT)は、不快な感情や症状そのものが非適応的行動を引き起こすのではなく、不快な感情や症状を回避しようとする努力がむしろ感情や症状を増幅させ、結果として非適応的行動を生起させてしまうことに注目する。不快な感情や症状それ自体では危険なものではないので、それらを感じている自分を頭の中で想像し続ける(マインドフルネス)ことで客観視でき、結果としてそれらへの注目が薄れていく。禁煙においては、喫煙欲求が起こってもそれを紛らわす代償行動を取らず、喫煙欲求を感じている自分を客観視する練習を行う。

表 4 認知行動療法の学習リソース

<p><b>書籍</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日本禁煙学会編『禁煙学 改訂第4版』南山堂</li> <li>・谷口千枝、田中英夫『事例で学ぶ 禁煙治療のためのカウンセリングテクニック エキスパート編』看護の科学社</li> <li>・谷口千枝、田中英夫『トランスセオレティカルモデルに基づく 戦略的個別保健指導ガイド』看護の科学社</li> <li>・三田村仰『はじめてまなぶ行動療法』金剛出版</li> <li>・杉山尚子、島宗理『行動分析学入門』産業図書</li> <li>・奥田健次『メリットの法則 行動分析学・実践編』集英社</li> <li>・下山晴彦、神村栄一『認知行動療法〔改訂版〕-実践手続きを具体的に知ることができる- (放送大学教材)』NHK 出版</li> <li>・伊藤絵美『認知療法・認知行動療法カウンセリング初級ワークショップ』星和書店</li> <li>・伊藤絵美『世界一隅々まで書いた認知行動療法・問題解決法の本』遠見書房</li> <li>・伊藤絵美『世界一隅々まで書いた認知行動療法・認知再構成法の本』遠見書房</li> <li>・國分康孝『論理療法の理論と実際』誠信書房</li> <li>・ハリス『よくわかる ACT(アクセプタンス&amp;コミットメント・セラピー) 明日からつかえる ACT 入門』星和書店</li> <li>・ヘイズ『アクセプタンス&amp;コミットメント・セラピー実践ガイドーACT 理論導入の臨床場面別アプローチ』明石書店</li> </ul>
<p><b>映像教材</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・伊藤絵美『DVD 認知療法・認知行動療法カウンセリング初級ワークショップ』星和書店</li> <li>・『認知療法・認知行動療法 面接の実際 (DVD 版)』星和書店</li> <li>・認知行動療法研修開発センター: 認知行動療法 eラーニング <a href="https://cbtt.jp/videolist/">https://cbtt.jp/videolist/</a></li> </ul>
<p><b>専門団体 (研修実施)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日本禁煙学会(禁煙治療セミナーなど)</li> <li>・洗足ストレスコーピング・サポートオフィス</li> <li>・認知行動療法研修開発センター</li> <li>・国立精神・神経医療研究センター</li> <li>・日本認知・行動療法学会</li> <li>・日本認知療法・認知行動療法学会</li> <li>・日本人生哲学感情心理学会</li> <li>・ACT Japan</li> </ul>

#### 4) 読書療法

十分な面接時間を取れない場合、患者に適切な書籍を読んでもらう読書療法も有効である。喫煙がメンタルヘルスを悪化させるメカニズムなどは、医療者が説得口調で説明しても反発を生むことがあるが、書籍を読んでもらう形で説明に代えると受け入れられやすい。シートに書き込む形で禁煙の意欲と自信を上げていくワークブックは、宿題と治療面接中の添削を組み合わせることで最大の効果を上げるだろう。必ずしも「禁煙」を主題にしたものでなくてもよく、感情や行動全般の調整を目的とするような認知行動療法の自助書籍でもかまわない。いずれにしても、書籍をあらかじめ治療者が読んでおき、患者の問題状況に応じて、簡単な内容とともにその患者の助けになる理由を説明してから読むことを勧めるとよいだろう。書籍は、医療機関で販売、または貸与してもよいし、書籍情報や QR コードを記した資料を渡してもよい。禁煙治療での読書療法に適した書籍を**表 5**に挙げる。

表 5 禁煙治療での読書療法に適した書籍

<p>磯村毅『「吸いたい気持ち」がスッキリ消える リセット禁煙』PHP 文庫  <a href="https://www.amazon.co.jp/dp/4569761143/">https://www.amazon.co.jp/dp/4569761143/</a>                  タバコの“効用”に関する認知のゆがみを修整できるよう工夫がされた禁煙希望者向けの書籍</p>	
<p>磯村毅『二重洗脳—依存症の謎を解く』東洋経済新報社  <a href="https://www.amazon.co.jp/dp/4492043470/">https://www.amazon.co.jp/dp/4492043470/</a>                  依存症全般の認知のゆがみを修整できるよう工夫がされた書籍</p>	
<p>原田隆之『認知行動療法・禁煙ワークブック—Re-Fresh プログラム』金剛出版  <a href="https://www.amazon.co.jp/dp/4772413650/">https://www.amazon.co.jp/dp/4772413650/</a>                  認知行動療法の理論に基づき、ワークブック形式で禁煙をサポートできるよう組み立てられている</p>	
<p>川井治之『頑張らずにスッパリやめられる禁煙』サンマーク出版  <a href="https://www.amazon.co.jp/dp/4763135236/">https://www.amazon.co.jp/dp/4763135236/</a>                  認知行動療法を含むさまざまなアプローチで禁煙をサポート</p>	
<p>エデルシュタイン『論理療法による3分間セラピー—考え方で、悩みが消える』誠信書房  <a href="https://www.amazon.co.jp/dp/4414404177/">https://www.amazon.co.jp/dp/4414404177/</a>                  論理情動行動療法(論理療法)に基づく感情・行動コントロール書で、禁煙を扱う章を含む</p>	
<p>ハリス『幸福になりたいなら幸福になろうとしてはいけない: マインドフルネスから生まれた心理療法 ACT 入門』  <a href="https://www.amazon.co.jp/dp/4480843078/">https://www.amazon.co.jp/dp/4480843078/</a>                  ACT の理論に基づいた自助書籍で、感情や衝動と依存行動を切り離す方法が紹介されている</p>	

## 文 献

- 1) 日本循環器学会, 他: 禁煙治療のための標準手順書 第8.1版 ([http://www.j-circ.or.jp/kinen/anti\\_smoke\\_std/](http://www.j-circ.or.jp/kinen/anti_smoke_std/)), 2021.
- 2) AHRQ(AHCPR): Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. AHCPR Supported Clinical Practice Guidelines (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>), 2008.
- 3) Lindson-Hawley N et al: Motivational interviewing for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 3:CD006936, 2015.
- 4) American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Substance Use Disorders, 2nd Edition. Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Compendium 2006, 2006.
- 5) Alterman, AI et al: Short- and long-term smoking cessation for three levels of intensity of behavioral treatment. Psychol Addict Behav 15(3):261-264, 2001.
- 6) Simon JA et al: Intensive smoking cessation counseling versus minimal counseling among hospitalized smokers treated with transdermal nicotine replacement: a randomized trial. Am J Med [10.1016/s0002-9343(03)00081-0] 114(7):555-562, 2003.
- 7) Webb MS et al: Cognitive-behavioral therapy to promote smoking cessation among African American smokers: a randomized clinical trial. J Consult Clin Psychol [10.1037/a0017669] 78(1):24-33, 2010.