

《資料》

若年者の禁煙治療指針

一般社団法人 日本禁煙学会
禁煙治療と支援委員会

委員長 藤原久義、副委員長 山本蒔子

安陪隆明、飯田真美、大坪陽子、鬼澤重光、加濃正人、川合厚子、北田雅子
倉本剛史、清水隆裕、高野義久、高畑裕美、土井たかし、長谷川純一、矢野直子

若年者の禁煙治療指針：Executive summary

「本指針」では、若年者を35歳未満の者（未成年者を含む）、未成年を20歳未満の者と定義する。

1. 2016年4月の診療報酬改定で新たにニコチン依存症管理料の算定が可能となったもの (35歳未満の若年者)

ブリンクマン指数(1日喫煙本数×喫煙年数)200未満でも他の要件*を満たす場合

- *・ニコチン依存症を診断するテストでニコチン依存症と診断されたもの
- ・直ちに禁煙することを希望し禁煙治療を受けることを文書により同意しているもの

(高校生などの未成年者)

依存状態等の医学的判断+本人の禁煙の意志+家族等との相談にて要件を満たす場合

2. これまでの未成年者のエビデンス(まだ不十分である)

- ・心理社会的治療が主体となる^{1,2)}。
- ・行動変容モデルのステージに沿うこと、動機づけ強化療法や認知行動療法を用いることなど複合的なアプローチは有効である²⁾。
- ・ニコチン置換療法(Nicotine Replacement Therapy: NRT)は安全である¹⁾。
- ・薬物治療の長期有効性を示すエビデンスはほとんどない^{1,2)}。

3. 禁煙治療の実際

年齢	心理的治療	薬物療法			社会的治療
			NRT	バレニクリン	
15歳未満			○	不可	<ul style="list-style-type: none"> ・20歳未満においては家族等の治療同意が必要 ・他の年齢においても必要に応じて家族等への対応と学校関係者との連携を行う
15歳以上 18歳未満	カウンセリングが基本 ・動機づけ面接法 ・認知行動療法など	心理的治療だけでは 困難な場合に併用	○	△	
18歳以上 20歳未満			○	○	
20歳以上 35歳未満	若年者の特徴や注意点を 念頭に置いた対応	「禁煙治療のための標準手順書」に沿って処方			

○:添付文書では若年者の使用に対して特別な注意記載はないが、使用可能と考えられる。

△:添付文書では「小児等に対する安全性は確立されていない」とあり、使用には慎重な対応が必要である。

連絡先

〒162-0063

東京都新宿区市谷薬王寺町 30-5-201

TEL: 03-5360-8233

e-mail: desk@nosmoke55.jp

受付日 2016年11月7日 採用日 2016年11月9日

1. はじめに

喫煙の本質は依存症である。いったん喫煙を開始すると脳に変化が起り、禁煙は容易ではない。喫煙開始年齢が低いほど禁煙は難しいとされる。喫煙防止教育が普及し、社会環境も受動喫煙防止に向かってきた現在、若年者の喫煙率は減少しているが、厚生労働省国民健康栄養調査によれば2014年の20～29歳喫煙率は男36.7%、女11.8%とわが国全体の喫煙率男32.1%、女8.5%より高い。一方、未成年者の喫煙率は中学1年生 男1.6%、女0.9%、高校3年生 男8.6%、女3.8% (2010年) とかなりの喫煙者が存在する。そこで、厚生労働省は、健康日本21(第二次)において成人喫煙率は12%へ、未成年者ではなくす、即ち0にすることを数値目標に掲げた³⁾。今回、2016年4月の診療報酬改定で35歳未満の若年者においてはプリンクマン指数(1日喫煙本数×喫

煙年数) 200以上を満たさなくても保険で禁煙治療ができることとなった(表1)。これを機会にこれまで方向性が示されてこなかった若年者の禁煙治療を検討し、若年者の禁煙治療や支援の一助としたい。本指針では、若年者を35歳未満の者(未成年者を含む)、未成年者を20歳未満の者と定義する。毎日喫煙者になる前に禁煙治療へ結びつけることが禁煙治療を容易にするという報告もあり⁴⁾、将来の喫煙者を効果的に減少させるためにも、本指針が役に立てば幸いである。

2. これまでのエビデンス

1) AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) ガイドライン (2008年 Fiore ら)

「未成年喫煙者への薬物治療」⁵⁾ (表2)

・7つの研究のメタ解析が行われ、ニコチン置換

表1 ニコチン依存症管理料について

a. 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について (通知)

(下線部が今回追加された部分) (平成28年3月4日:保医発0304第3号)

- (1) ニコチン依存症管理料は、入院中の患者以外の患者に対し、「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、日本癌学会及び日本呼吸器学会の承認を得たものに限る。)に沿って、初回の当該管理料を算定した日から起算して12週間にわたり計5回の禁煙治療を行った場合に算定する。
- (2) ニコチン依存症管理料の算定対象となる患者は、次の全てに該当するものであって、医師がニコチン依存症の管理が必要であると認めたものであること。
 - ア 「禁煙治療のための標準手順書」に記載されているニコチン依存症に係るスクリーニングテスト(TDS)で、ニコチン依存症と診断されたものであること。
 - イ 35歳以上の者については、1日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数が200以上であるものであること。
 - ウ 直ちに禁煙することを希望している患者であって、「禁煙治療のための標準手順書」に則った禁煙治療について説明を受け、当該治療を受けることを文書により同意しているものであること。
- (3) ニコチン依存症管理料は、初回算定日より起算して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。
- (4) 治療管理の要点を診療録に記載する。
- (5) (2)に規定するニコチン依存症管理料の算定対象となる患者について、「注1」に規定する厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、所定点数の100分の70に相当する点数を算定する。

b. 平成28年度診療報酬改定『Q&A』日本医師会からの疑義照会に対する厚労省の見解

Q. 今回、35歳未満の者については1日の喫煙本数×喫煙年数 ≥ 200 の要件が廃止されたと考えてよいか?

A. そのとおり。

Q. 今回の改定により、高校生などの未成年者への投与についてもニコチン依存症管理料の算定が可能と考えてよいか?

A. 依存状態等を医学的に判断し、本人の禁煙の意志を確認するとともに、家族等と相談の上算定することとなる。

表2 未成年喫煙者へのカウンセリング介入の効果と禁煙率 (n=7)

未成年喫煙者	研究数	オッズ比 (95%信頼区間)	禁煙率 (%) (95%信頼区間)
通常治療	7	1.0	6.7
カウンセリング	7	1.8 (1.1-3.0)	11.6 (7.5-17.5)

表3 未成年喫煙者への介入効果 (n=28)

介入方法	研究数	RR	95%信頼区間
行動変容ステージモデル	3	1.56	1.21-2.01
動機づけ強化療法*	12	1.60	1.28-2.01
米国肺協会によるティーンのための禁煙プログラム	6	1.31	1.01-1.71 ^a

*動機づけ強化療法：動機づけ面接法を研究用にプロトコル化したもの
 [文献選択基準] 20歳未満の常習喫煙者(平均 \geq 1本/週以上かつ半年以上継続喫煙者)への介入をしたRCT(無作為化比較試験)、C-RCT(クラスター-無作為化比較試験)、CT(比較試験)で少なくとも禁煙治療開始後6か月以上経過時点での禁煙成功率を出している論文
 [解析] ITT解析(intention to treat 解析、脱落例は喫煙者とみなす)
 [解析対象] 28件(約6,000人、26件が米国)：RCT 14、C-RCT 12、CT 2
 a：個々の研究では有意差なし

療法(Nicotine Replacement Therapy：NRT)は安全だが、長期効果の証明はほとんどなく、心理社会的治療が主体となるとされている。

であろう18歳以上に対してはバレニクリンも検討される。

・また、周囲の環境の改善、すなわち社会的治療も重要で効果があると考えられる。

2) コクランレビュー (2013年Stantonら)

「未成年者への禁煙支援」⁶⁾ (表3)

- ・行動変容モデルのステージに沿うこと、動機づけ強化療法や認知行動療法を用いることなど複合的なアプローチは有効である。
- ・薬物治療(NRT、ブプロピオン)の有効性を示すエビデンスはほとんどない。

以下、心理的治療、薬物治療、社会的治療について示す。

2) 心理的治療

(1) 若年者への対応の原則

A) 家族に対する守秘のルールを説明する

若年者が禁煙治療を受けるとき、周囲の大人に件が聞かれたり、勧められたりして受診することがほとんどである。本人の病識は乏しいこともあり、その場合には治療に対する誤解(例：叱責の延長と思う)が起こりやすい。たとえ治療意欲が明確なように思われる患者であっても、その意欲は健康意識からではなく、周囲の叱責から何とかして逃れたいという消極的なものである場合も多い。心身ともに発達過程にあって、精神的にはもちろん社会経済的にも家族等に依存しなければならない状況において、若年者の思考や行動は環境から多大な影響を受ける⁷⁾。面接中に語ることが家族等に知られ叱責につながるかもしれないと思うと、患者は喫煙の状況や背景について容易に話せなくなる。治療者が「命に関わることを別にして、ここで話したことは許可なくご家族には話しません」と守秘を確約することで、患者は本心を明かしやすくなる(可能なら文書化する)。

B) 治療目標の合意形成を十分に行う

初回診療において治療目標について十分な合意形成することが、治療の成否に影響する。明確な目標

3. 禁煙治療の実際

1) 基本的考え方

今回の診療報酬改定では、35歳未満において「ブリンクマン指数(1日喫煙本数×喫煙年数)200以上」が廃止され、これまで保険適用とならなかった若年者が保険での禁煙治療を受けやすくなった。未成年者においても、家族等の同意が得られ、かつ保険での禁煙治療基準を満たせば、薬物療法含め、保険治療が可能である。

〈20歳以上35歳未満の若年者〉

- ・「禁煙治療のための標準手順書」に沿って治療するが、心理的治療の項で示す若年者の特徴や注意点を念頭に置いた対応が望ましい。

〈未成年者〉

- ・心理的治療(カウンセリング)が基本である。
- ・薬物療法は、現段階では明らかなエビデンスはないが、離脱症状の強いものに対しては考慮してよいであろう。この場合、未成年でも安全とされるNRTが望ましい。ただし、今後成人とみなされる

合意なく診療回数を重ねても、患者が治療者の指導に反感を持ったり、診療で話し合われるテーマが迷走したりする危険が高い。「ここは3か月で、禁煙のやり方を一緒に考えていくことができるところだけど、もし通うとしたらどうになりたい?」と初めに聞き、禁煙に関する目標を明確化しておくことよい。治療目標は単純に「禁煙する」というものである場合もあるが、その手前の「先のことはともかく、いちど1週間タバコをやめてみる」という段階的な目標(達成後に新しい目標を相談できる)である場合もあるし、禁煙を阻む日常生活上の問題(例:家庭内で両親の不仲があり落ち着いた気分で過ごせるのが喫煙仲間との場だけ)があれば、禁煙との関連性を明確にした上で、家庭内の問題や仲間関係の問題を当面のテーマにする場合もあるだろう。ただしこの場合でも、後に禁煙と関係のない事象にまで話題が広がっていくことがあれば、「ちょっと待ってね。それは禁煙とどう関係するの?」と問いかけることで、面接が目標から逸脱するのを防ぐ必要がある。

C) 客観的認知能力、表現能力の未成熟さを考慮する

年齢が低いほど、自分の思考や気分を客観的に把握する能力や、それらを治療者に伝える言語表現力・語彙力が未成熟である。治療者として心がけるべきことの1つは、患者の内的・外的状況(何を感じているのか、どんな環境にいるのかなど)に関心を持ちながらも、それを表現できない患者に対して急かすことを控える態度である。ちょうど幼児が「ポンポン(お腹)が痛い」と言っても、痛いのが全身のどこだか分からなかったり、痛み以外の症状だったりするのと同じで、患者がたとえば「吸っちゃって、ここ(胸)が傷ついた」と言っても、患者の感じていたのが怒りなのか、絶望なのかは分からない。「コンチクショウ! って感じなのかな、それとももうダメ! って感じかな?」というふうに根気よく尋ねて明確化することにより、正確な心情を言葉にしていく作業が必要である。言語応答が乏しい患者には、特定の状況においてどのような行動を取るかについて絵を描かせたり、特定の状況における思考を漫画の吹き出しの形で書かせたりする工夫も有効である。

個人差があるが、年齢が低ければ低いほど、若年者の語彙力は低い。大人に対してよりさらに慎重に、若年者の目線に立った言葉を選んで説明等を行う必要がある。理解できたかどうかが怪しい事項につい

ては、理解を確認する作業も必要である。その際、大人に「分かった?」と問われると、若年者によってはYESの要求と受け取り、理解の度合いに関わらず「うん」と答えることがあるので、どのように理解したのかを質問することも必要になる⁸⁾。質問は、治療者の説明やアドバイスに同意を求める口調を避け、「～という風に言われているけど、どうかな?」と、否定や拒否もできるような形で尋ねるようすることが重要である。

D) 合理的行動を取るロールモデルとなる

治療過程のあらゆる局面において、治療者自身が事象を根拠に基づいた合理的思考で判断し、行動するロールモデル(手本となる役割モデル)となることが治療促進的となる。たとえば患者が「僕は吸ってきちゃったのに、先生はなぜ怒らないの?」と尋ねてきたら、「ここで僕が怒って君を叱りつけたとしよう。そしたら君は、ここに通り続けることについてどう思うだろう? それか、僕が怒らない理由だよ」と、合理性に基づいて行動をコントロールする実例を見せることができる。とくに、これまでの家族関係等において直情的な行動を取る大人とだけ交流してきた若年者は、眼前の治療者もいずれは自分を直情的に扱うと確信している傾向がある。そのような状況で、患者の再喫煙や攻撃的言動に対し、治療者が自己の気分を棚上げにした合理的な態度を見せることは、ロールモデルとしての強い印象を与えられる可能性がある。若年者は行動の学習能力が高く、ロールモデルの提示により同様の行動が取れる可能性が高い。

(2) 動機づけ面接法

動機づけ面接法(Motivational Interviewing; MI)は、「行動変容への動機と決心を強化するための協同的な会話スタイル」と定義される⁹⁾。意欲が不十分な患者に行動変容を動機づける方法として多種の領域で用いられており、若年喫煙者への介入における禁煙導入の効果は、一般的な短期介入に対してRR1.60(95%CI:1.28-2.01)であることが12編のRCTのメタアナリシスによって示されている(表3)⁶⁾。

動機づけ面接法そのものの紹介は本指針の趣旨から外れるので省く。学習を希望される場合には、関連教材^{10~12)}で基礎的な知識を身につけた上で、関連団体のワークショップ(日本禁煙学会禁煙治療セミナーを含む)を利用されたい。

すでに動機づけ面接法を習得、実践している禁煙指導者のために、若年者に適用する場合のポイントを述べる。患者が自暴自棄的(例:「俺なんかどうなったっていいんだ」)または反抗的(例:「あなたに何が分かるんだ」)な言動を取ったときにも、「どうなったっていいと思うんだね」「事情を知らない私は問題解決の妨げになる……」とそのまま受け止め(受容的応答)、「そう考えてはいけない」「その考えは間違っている」と否定することを避ける。このような態度が、治療者と患者が議論に陥ったり、治療者の言うことを患者が表面的にだけ素直に聞くだけになったりするのを防ぐのに役立つのは成人に対しても共通である。治療者の受容的応答は、若年者(とくにこれまで自由な意見表明・感情表出ができないような環境で生活していた若年者)にとっては、「自分も考えを表明していい人間なんだ」と思えることで自尊心の育成に寄与する。ときとして自己の価値や自己の健康の価値を低く見積もることが、喫煙継続の大きな要因となっている若年者がいるが、そのような若年者に受容的な態度で接することは、禁煙の動機づけ面接における中核的要素となる。

(3) 認知行動療法

認知行動療法(Cognitive Behavior Therapy)は、個人の抱える身体-心理-社会的問題を、認知(頭に浮かぶ考えやイメージ)と行動(客観的な把握が可能な動作や行為)の側面から解決しようとする体系的な心理療法である¹³⁾。成人の禁煙に対しても複数のRCT^{14~16)}によって効果が示されているほか、米国精神医学会の物質依存治療ガイドライン¹⁷⁾において心理-社会的治療の第1選択群(確固たる臨床的信頼性ととも推奨される)に挙げられている。若年者への禁煙治療においては、動機づけ面接法との併用条件だが表3に示した動機づけ面接法介入の12のメタアナリシスのうち2つのメタアナリシスにおいて有効性(RR:1.72、95%CI:1.03-2.86)が示されている⁶⁾。動機づけ面接法と同様、認知行動療法そのものの解説は文献^{18~22)}や専門団体の研修会に譲る。

禁煙治療において、治療者はとかく「喫煙するデメリット」「禁煙するメリット」に焦点を当てて説明しがちだが、若年者ではこれらを実感することが難しい。逆に、「喫煙するメリット」「禁煙するデメリット」が実際にどのようなものであるかを検討すると、これらが絶対的なものではないことに気づくことが多い。

検討のためには、禁煙しようと試みながら喫煙してしまった典型的な場面を題材に、進路や友人関係など外的な状況を発端として、どのような考えや感情変化を経て喫煙に至ったのかを明確化する作業が必要になる。これを助けるワークシートの自助教材も販売されている^{23,24)}。

3) 薬物療法

(1) 薬物療法の実際

〈20歳以上35歳未満の若年者〉

- ・「禁煙治療のための標準手順書」に沿って処方する。

〈未成年者〉

心理的治療だけでは困難な場合(離脱症状が強い、依存が強いなど)に併用

- ・15歳未満 NRT:ニコチンパッチ(個々の状態に応じて10、20、30を選択)
- ・15歳以上18歳未満 NRTを基本に、ニコチンパッチを使えない場合にバレニクリンを考慮
- ・18歳以上20歳未満 現在の成人(20歳以上)に準ずる。NRT、バレニクリンを適宜選択する。

上記の年齢区分としたのは、日本の医薬品の添付文書の基準として小児等に用いている年齢区分(おおよその目安)が小児:15歳未満とされていること、世界の多くの国では成人年齢が18歳と定められていること、日本における成人は20歳以上であることによる。また、薬剤選択において、日本において保険で使用可能な薬物で、未成年者で安全が確認されているのはニコチンパッチのみである。バレニクリンは、未成年者での臨床試験はなされておらず、添付文書にも「小児等に対する安全性は確立されていない」と記載されており、未成年者への使用には十分な注意を要する。

ニコチンパッチの具体的な使用方法については、わが国の9学会による「禁煙ガイドライン」(2010年改訂版)ニコチン代替療法の項を参照いただきたい²⁵⁾。

(2) 説明文書、添付文書の年齢についての記載

- ・OTCニコチンガム(ニコレットガム、ニコチネルガム)

「20歳未満の人」は使用前に医師、歯科医師または薬剤師に相談することとされている。

- ・OTCニコチンパッチ(ニコチネルパッチ、シガ

ノンCQ)

「20歳未満の人」は使用前に医師、歯科医師または薬剤師に相談することとされている。

- ・医療用ニコチンパッチ(ニコチネルTTS)
若年者の使用に対して特別な注意記載はない。
- ・バレニクリン(チャンピックス)
「小児等に対する安全性は確立されていない」と記載されている。

4) 社会的治療

(1) 家族等への対応

A) 家族等の治療同意を得る

平成28年度診療報酬改定に際して日本医師会が行った「今回の改定により、高校生などの未成年者への投与についてもニコチン依存症管理料の算定が可能と考えてよいか?」との疑義照会に対して、「依存状態等を医学的に判断し、本人の禁煙の意志を確認するとともに、家族等と相談の上算定することとなる」との回答がなされている(表1)。すなわち、未成年の禁煙治療においては家族等の同意が条件になるということである。もし家族等が治療に拒否的であった場合には、治療者は家族等に「治療に同意すること」の動機づけを行う必要が生じる。動機づけ面接法の学習が進んでいけば、用いるのもよいだろう。

B) 家族等の並行面接、同席面接について

親子関係等に機能不全が認められる(例:過干渉)場合には、親子関係等を主題とした親等への治療面接が、患者本人の問題解決に有効である場合がある。この場合、患者本人への面接者(例:医師)と親等への面接者(例:その他のメディカルスタッフ)を分担し、並行的に面接を進行させると、それぞれの面接で本心が語られやすい。面接者同士で情報共有するときには、それぞれの対象者に許可を得ることが、信頼関係を維持する上で重要である。

ひとりの治療者が、患者と家族等の両方との面接をするのであれば、患者との個別面接+患者・家族等との同時面接の組み合わせで行えばよい(順序は逆でもよい)。同時面接では、家族等にもニコチン依存症の病態や禁煙の方法について理解してもらい、日常生活の中で患者を支援できるように教育すると、治療の効果が増幅される可能性がある。さらに、同席面接を基本に治療を進め、家族のダイナミズムの中で治療効果を期待する家族療法という方法もある

が、個人面接よりも高度なスキルが要求されるので、本指針では割愛する。

C) 家族等の問題への対処

本人の機嫌を取るため気づかぬうちにタバコを与えてしまっているような場合(イネブリング=enabling)には、早期から家族等への介入を行うことが望ましい。適切な情報提供を行うとともに、患者が変わるための新しい役割行動を検討する。

喫煙している家族等がいたら、当該若年者は禁煙しにくく、再喫煙しやすくなる。同伴者を含め周囲の大人等の喫煙状態を聴取し、当該若年者と同時に禁煙治療を開始する動機づけを行う必要がある。禁煙治療への動機づけには、動機づけ面接法が有効である。すなわち、非難(例:「○○君が吸い始めたのはあなたのせいですよ」)や警告(例:「あなたが禁煙しないと○○君が禁煙できませんよ」)を控え、当該若年者に禁煙して欲しいと願う理由や、時間を割いて付き添ってきた理由などを、家族等の言葉として聞き出すことに主眼を置く。さらなる詳細は本指針の趣旨を外れるので割愛する。

子どもに対する親等の態度に余裕がなく自信を喪失しているようであれば、受容を重視した面接で、これまでの努力や本人が気づいていない成果を是認する。感情的混乱やそれに起因する自滅的行動が自覚されているようであれば、認知行動療法的な介入も有効であろう。家族等に診断しうる未治療の精神病理が存在する場合には、本人への禁煙治療の一環として、家族等の専門医療機関受診を動機づける必要がある場合もある。虐待の問題にも注意を払う必要がある。存在が疑われるときには児童相談所による保護も考慮に入れる。

(2) 学校関係者との連携

ときとして、担任教諭、養護教諭、生活指導の教諭などが患者の禁煙を助ける資源となりうる。そのように判断されるときには、連携を取ることも考慮に入れられるべきだろう。ただし、患者との信頼関係を崩さないために、できれば外部との連絡は患者の前(電話あるいは同席)で行うことが望ましい。

禁煙治療を通じて学校関係者と関わりを持つことができれば、防煙教育についての意見交換や動機づけを積極的に行うべきである。一般的な害についての教育はなされていても、①麻薬に匹敵する依存性

物質、②ストレス解消のように感じるのは離脱症状の緩和、③喫煙自体が病気であって治療の対象、④未成年でも治療が受けられる等については教えられていることが少ない。これらについて学校全体の生徒、教師、保護者等が正確な知識を有することが、受診した患者の禁煙継続にも役立つ。

4. おわりに

若年者の禁煙治療の重要性は、今回の診療報酬改定からも認識されてきたといえよう。一方、若年者の禁煙治療のエビデンスは少ない。今後、エビデンスを蓄積し、より安全で効果の高い治療が望まれる。

参考文献

- 1) Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al.: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008, 159-161.
- 2) Stanton A, Grimshaw G: Tobacco cessation interventions for young people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art.No.: CD003289. DOI: 10.1002/14651858.CD003289.pub5.
- 3) 厚生労働省: <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyou/h26-houkoku.html> (閲覧日: 2016年9月20日)
- 4) Sargent JD, Mott LA, Stevens M.: Predictors of smoking cessation in adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med. 1998; 152: 388-93.
- 5) Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al.: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008, 159-161. http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/clinicians-providers/guidelinesrecommendations/tobacco/clinicians/update/treating_tobacco_use08.pdf (閲覧日: 2016年7月29日)
- 6) Stanton A, Grimshaw G: Tobacco cessation interventions for young people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art.No.: CD003289. DOI: 10.1002/14651858.CD003289.pub5. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003289.pub5/full> (閲覧日: 2016年7月29日)
- 7) 村瀬 嘉代子, 飯田 昭人: 精神療法 児童期・青年期の統合的アプローチ. 精神科治療学 23 (増刊) 2008; 23: 82-86.
- 8) 菅沼憲治 編: REBTカウンセリング 現代のエスプリ: 518 (2010年9月), ぎょうせい, 東京, 2010.
- 9) Miller WR, Rollnick S: Motivational Interviewing 3rd edition. Guilford Press, New York, 2012.
- 10) 加濃正人: 今日からできるミニマム禁煙医療 第2巻 禁煙の動機づけ面接法. 中和印刷, 東京, 2015.
- 11) D・B・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, 東京, 2013.
- 12) 磯村毅, 加濃正人: 保健室動機づけ面接のすすめ. ジャパンライム, 東京, 2014.
- 13) 伊藤絵美: 生活習慣病の認知行動療法的介入 一般内科医にもできる介入法 禁煙指導. Medicina 2007; 44: 2056-2060.
- 14) Patten CA, Martin JE, Myers MG, et al.: Effectiveness of cognitive-behavioral therapy for smokers with histories of alcohol dependence and depression. J Stud Alcohol 1998; 59: 327-335.
- 15) Burling TA, Burling AS, Latini D: A controlled smoking cessation trial for substance-dependent inpatients. J Consult Clin Psychol 2001; 69: 295-304.
- 16) Alterman AI, Gariti P, Mulvaney F: Short- and long-term smoking cessation for three levels of intensity of behavioral treatment. Psychol Addict Behav 2001; 15: 261-264.
- 17) 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, 291-561.
- 18) 白井洋介: 禁煙の心理学. 日本禁煙学会編: 禁煙学 第3版, 南山堂, 東京, 2014, 120-124.
- 19) 伊藤絵美: 認知療法・認知行動療法カウンセリング 星和書店, 東京, 2005.
- 20) 伊藤絵美: DVD 認知療法・認知行動療法 面接の実際. 星和書店, 東京, 2006.
- 21) 菅沼憲治: 人生哲学感情心理療法入門 第1版. 静岡学術出版, 浜松, 2013.
- 22) 加濃正人: 禁煙を科学する 禁煙に向けた心理療法の科学. 呼吸 33(6): 557-562, 2014.
- 23) イヴィングス K: 喫煙の心理学. 産調出版, 東京, 2007.
- 24) 原田隆之: 認知行動療法・禁煙ワークブック Refreshプログラム. 金剛出版, 東京, 2014.
- 25) 循環器病の診断と治療に関するガイドライン (2009年度合同研究班報告): 禁煙ガイドライン (2010年改訂版), 54-59. <http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2010murohara.h.pdf> (閲覧日: 2016年7月29日)