

要約

1. 喫煙者の約6~7割は禁煙を希望しており、一般外来における禁煙支援は、短時間のアドバイスでも、多くの医療従事者が関わることにより大きな効果が生み出される。
2. 具体的には「5Aアプローチ」が世界的に採用されており、患者の禁煙の行動変容のステージに応じた支援や動機付けを行うことが効果的である。
3. 禁煙外来を行うにあたって、チーム医療を行う体制を整える必要があり、結果的に禁煙率を高める。医療従事者側の態度としては、患者の自己効力感を高めるアプローチや、援助的コミュニケーションを用いて禁煙にあたり苦しむ患者の理解者になろうとする努力が重要である。
4. 初診時の支援は、アイスブレイキングに始まり、喫煙行動の本質は「ニコチン依存症」であると説明すること、禁煙後の自分をイメージさせること、タバコに対する認識を改めること、行動療法について説明すること、禁煙日誌の利用がポイントである。
5. 再診時には、経過を確認し、禁煙できていたら賞賛し、できていなかったとしても努力したことを評価しあきらめさせない姿勢が重要である。また禁煙により得られたメリットを確認することや、周囲の対応を確認することがポイントである。

キーワード：禁煙支援、5Aアプローチ、5つのR、行動変容、自己効力感、援助的コミュニケーション

1. はじめに

本章のタイトルは、禁煙「指導」の要点ではなく、「支援」の要点である。

「支援」と「指導」は似たような言葉だが、大きな違いがある。「指導」という言葉から得られるイメージとしては、威圧的に指示をして強制的に禁煙をさせ、間違ったことをした場合は罰せられるという、医療従事者が上から患者を見下ろす姿である。一方、「支援」の場合は、患者のつらい気持ちに寄り添いながら、失敗したとしても暖かく見守りながらサポートをしていくという、医療従事者が患者と同じ目線に立っている姿である。

禁煙外来のやり方やスタイルは、医療機関や医療従事者によっても多種多様であり、これが正解という方法はないが、当院の禁煙外来は、平成21年5月に「ポジティブ志向の禁煙支援外来」をコンセプトに開設された。イソップ寓話の「北風と太陽」でいえば、患者

にとって北風型ではなく太陽型の支援を行うことを目指している。このやり方でどの程度の禁煙成功率を導き出せるかは分からないが、ここでは当院での試みについて紹介する。

2. 一般外来における禁煙支援

世界で行われた禁煙治療に関する randomized controlled trial のメタアナリシスの成績によれば、臨床医が一般の患者と対面して3分間以内の禁煙アドバイスをするだけでも、禁煙率が1.3倍（有意に）高まることがわかっている¹⁾。英米の調査によると、喫煙者の80~90%が一年間に1回以上医療機関を訪ねることが明らかとなっており、その機会を利用して禁煙指導を行えば、その1回1回の効果（Efficacy）は大きくななくても、医師をはじめ多くの保険医療従事者が取り組むことにより、多くの喫煙者への働きかけ（Reach）が可能になり、その結果、多くの喫煙者が禁煙に成功する（Impact=Efficacy×Reach）²⁾。簡易な禁煙支援であっても、一般外来や健診などにおけるすべての受診者に対して、受診の都度、喫煙状況や禁煙意思などの評価を行うことが、臨床医の禁煙治療への関与を促す要因にもなる。

平成10年度の「喫煙と健康問題に関する実態調査」（厚生省）によれば、15歳以上で現在喫煙している者のうち「やめたい」、「本数を減らしたい」と考えている禁煙希望者は64%にのぼる。このような者には、医師や歯科医師による直接のアドバイスが禁煙成功への有効な引き金になるはずであり、禁煙に無関心な者にとっても、医療機関受診や健診は禁煙の動機付けの好機となる¹⁾。

日常診療の場で短時間に実践できる方法としては、「5Aアプローチ」（表1）が世界各国で採用されている^{1) 3)}。具体的な実施戦略は、「禁煙ガイドライン Smoking Cessation Guideline（JCS 2005）」を参照いただきたい⁴⁾。

表1. 5Aアプローチ

ステップ	内 容
ステップ1 : Ask	診察のたびに、全ての喫煙者を系統的に同定する
ステップ2 : Advise	全ての喫煙者に対して、タバコを止めるようにはっきりと、強く、個別的に忠告する
ステップ3 : Assess	禁煙への関心度を評価する
ステップ4 : Assist	患者の禁煙を支援する <ul style="list-style-type: none"> ・禁煙を計画するのを支援する ・カウンセリングを行う ・薬物療法の使用を勧める ・禁煙の補助教材の提供 等
ステップ5 : Arrange	フォローアップの診察の予定を決める

ステップ3では、現時点で禁煙を試みる意思があれば、具体的な支援（ステップ4～5）を行う⁴⁾。その意思がない場合は、禁煙の動機付けを目的とした行動科学的な支援の方法が用いられる。行動変容のステージを認識して、患者の状態に応じたアプローチをする。

行動変容とは、全て「自ら」行動を変えていくことであり、医療スタッフは自分自身で行動を変えていくことを「専門的に導くだけ」である。「問題行動をやめさせる」、「望ましい行動に変えさせる」のではなく、本人が「問題行動をやめよう」、「新しい自分にかかわろう」という気持ちや意思を支えることである。よって治療者は、常に本人の自発性を促すような働きかけを心がけ、行動変容全体の過程を俯瞰しながら正しい時期に正しい戦略を用いることができるように、常に客観的な視点を持つようにする必要がある⁵⁾。

Prochaskaらは、この行動変容の過程を5つのステージに分類する「行動変容のステージモデル」を提唱し⁴⁾、中村らはこれを参考により実際的なステージ分類を行った(表2)。

表2. 行動変容のステージ

ステージ	内 容
無関心期	今後6ヵ月以内に禁煙しようとは考えていない時期
関心期	今後6ヵ月以内に禁煙しようとは考えているが、1ヵ月以内に禁煙する予定がない時期
準備期	今後1ヵ月以内に禁煙しようと考えている時期
実行期	禁煙を始めて6ヵ月以内
維持期	禁煙を始めて6ヵ月以上

(中村正和：生活習慣改善対策としての禁煙サポート. 予防医学 41：18-25, 1999)

禁煙の動機付けに当たっては、患者が「無関心期」から「関心期」、さらには「準備期」へと段階的に進むのを支援する必要があるが(具体的な方法は本章では割愛)、議論を戦わせる姿勢ではなく、喫煙している患者の立場を理解し、患者の不安などに共感しながら話し合う姿勢が大切である⁴⁾。また、患者の自主的な行動変容の選択や目標設定を促し、小さな目標でもそれを達成できたら誉め、患者の「自己効力感」(後述)を高めるように接するとよい⁴⁾。

動機づけにあたり、外来受診などの繰り返し指導可能な状況下では、「**5つのR**」という指導方法が有効とされている¹⁾。これは、関連性(Relevance)、リスク(Risks)、報酬(Rewards)、障害(Roadblocks)、反復(Repetition)を意味しており、詳細は「禁煙ガイドライン Smoking Cessation Guideline (JCS 2005)」をご一読いただきたい⁴⁾(禁煙無関心期の喫煙者へのアプローチの項参照)。呼気一酸化炭素濃度を測定し、結果とその意味を患者に伝えることも有用である。

3. 禁煙外来における禁煙支援

具体的な治療の流れの詳細については、「禁煙治療のための標準手順書第4版（2010年4月日本循環器学会・日本肺癌学会・日本癌学会）」を参照していただきたい⁶⁾。

(1) 医療者側の支援体制の準備

■多職種で関わるチーム医療

医療者側としては、多職種で患者に関わるチーム医療の体制をとる必要がある。増居らは、チーム医療のメリットは、複数の指導者が様々な視点からのアドバイスを患者に行うことができる点にあると述べている⁷⁾。禁煙がうまくいっていない患者には、看護師からの声かけを行い、医師や保健師がそれぞれ患者に合ったアドバイスや必要だと考える支援を行う。うまくいっている患者には、医師、看護師、そして保健師のそれぞれから賞賛の言葉がかけられる。世界で行われたニコチン依存症の治療に関する介入研究のメタアナリシスの成績によると、禁煙治療に関わるスタッフの数に比例して、禁煙率が高くなることが報告されている。

支援に関わるスタッフにとってもメリットは大きい。それぞれの職種で役割分担をすることで、効率よくカウンセリングをすすめることが可能であり⁷⁾、より多くの患者の支援をすることができる。また個々のスタッフのエンパワーメントにもつながると考えられる。さらには、カンファレンスを開催しそれぞれの経験をシェアし、治療が困難な事例に関しては、意見を交換しながらよりよいアプローチを見出すことも可能である。

■支援にあたっての医療者側の態度

禁煙支援において、患者とのコミュニケーション技術はとても重要な役割を担う。禁煙治療は、薬だけを処方すれば禁煙ができるのではなく、医療従事者との関わりの中で禁煙の動機付けや禁煙達成の自身を強化していくことが、行動変容を成し遂げる大きな鍵となる。また、患者－医療従事者関係が良好であることは、禁煙の成果にも影響を及ぼす⁸⁾。

キーワードは、「自己効力感」と「援助的コミュニケーション」であると筆者は考えている。

A. 自己効力感 (self-efficacy)

禁煙支援においては、自己効力感を高めるようなアプローチが有効であるとされている。自己効力感とは、米国の心理学者 Bandura (1977年) が提唱した概念で「ある具体的な状況において適切な行動を成し遂げられるという予期、および確信」のことである。それを生み出す源泉は、達成体験、代理体験、言語的説得、生理的情緒的高揚の4つであるとされている (フリー百科事典『ウィキペディア (Wikipedia)』より) (表3)。

表 3. 自己効力感の例（小西明美 2009 より一部改変）

達成体験：自分で体験する	「何とか 3 日間禁煙ができた。ニコチンパッチを使ったので、思ったほどつらくない。」
代理体験：身近な他人の体験を知る	「あんなにヘビースモーカーだった部長が禁煙しているらしい。あの人にできる位なら私にもできそうだ。」
言語的説得：第三者から信頼を示される	「3 日も続いているのですね。初めの 3 日が一番大変なのですよ。大変な時期をよく乗り切りましたね。ここが辛抱できたのですから、きっと禁煙できますよ。」という主治医の声
生理的情緒的高揚：禁煙して体調がよくなったという実感を持つ	「禁煙すると口の中がこんなにさっぱりするのですね。痰も減ったし、前より楽に動けるような気がします。」
その他：悪い条件下においても禁煙できたという自信ができる	「息子が志望の大学を落ちましてね。私もすっかり気落ちしてしまって、よほど一服吸おうかと思ったのですが、私がこれではいけないと思い、何とかこらえることができました。」

B. 援助的コミュニケーション

「治療者は共感をもってクライアントの言葉を傾聴する」ことが心理療法共通の基本姿勢である。喫煙者にはそれぞれの立場や思いがあり、「禁煙しなさい」といわれてすぐできるものではない。そのつらさに共感してこそ多くの情報を得ることができる⁹⁾。

在宅医療・在宅ホスピスに携わる小澤武俊医師は、その著書「13 歳からの『いのちの授業』」¹⁰⁾ や「苦しむ患者さんから逃げない！医療者のための実践スピリチュアルケア」¹¹⁾ の中で次のように述べている、「苦しんでいる人は、苦しんでいる自分のことをわかってくれる人、理解してくれる人がいるとうれしい」と。この理解してくれる人になることが、援助的コミュニケーションの目的である。

理解者になるための聴き方の第一段階は「反復」である。苦しんでいる人は、自分の伝えたいことをサインとして発する（図 2 ①）。そのサインを聴き手である私は、メッセージとして受け取る（図 2 ②）。そして受け取ったメッセージを言葉にして相手に返す（図 2 ③）。これが「反復」である。苦しむ人は、聴いてくれた私が、自分の発したサインを受け止め返してくれたとき、満足、安心、信頼する（図 2 ④）¹¹⁾。



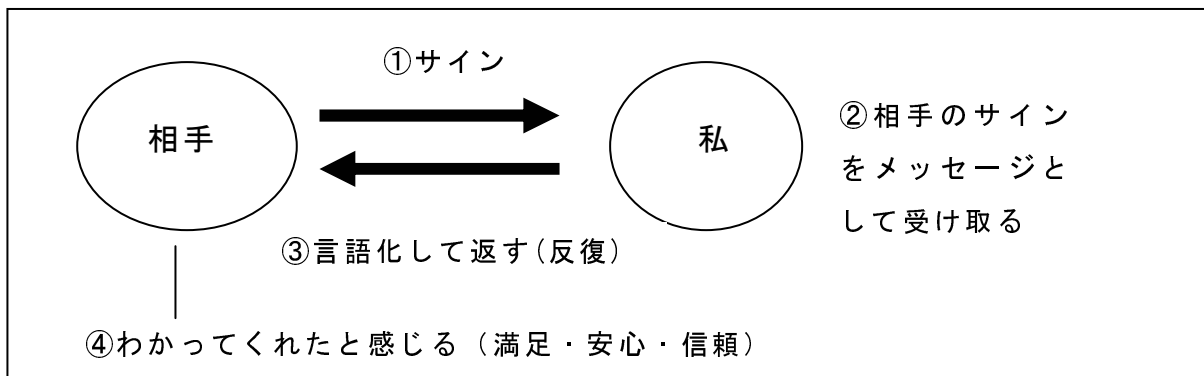
図 1. EU のタバコパッケージ写真

例えば、患者が「ゆうべは眠れなくて」と言ったら、助言するのではなく「眠れなかったんですね」と反復する。「心配事があって」と言われたら、「心配事があるんですね」と反復する。「そうなんです」と返してくれたら、相手が「共感を得られた」と思えたサインである。大切なことは、話した人が「言いたいことが伝わった」という感覚がもてるかどうかにかかわっている。人は、わかってもらえたと思った時にはじめて、生きる力がわいてくる¹⁰⁾。

第二段階は「沈黙」である。つらいことや苦しいことに関する話しになった時に、話しが途切れた時に、話題を変えたり励ましたりするのではなく、意識して少し待つ。この間こそ、苦しむ人が重たい自分自身の心の扉を開ける大切な時間である。重たい雰囲気の中で、言葉を選びながら、自分の苦しみを言葉という形に練り上げていくためには、それなりの時間が必要になる。この大切な時間が「沈黙」の時間である¹¹⁾。

第三段階は「問いかけ」である。苦しむ人が、どうしてもあることが気になって仕方がないときなど、同じ話を何度も繰り返すことがある。苦しむ人が納得するまで徹底的に聞く姿勢が求められるが、少し交通整理をするためにフォーカスをあてて問題点を明確化することがあり、これを「問いかけ」という¹¹⁾。

図 2. 理解者になるための聴き方



4. 禁煙支援外来の実際

(1) 初診時カウンセリング

■アイスブレイキング

椅子から立ち上がり、相手の顔を見て笑顔で迎え、挨拶と簡単な自己紹介をする。禁煙とは無関係の、気候、交通、待ち時間等の話題から話をはじめることによって受診者の不安が軽減される¹²⁾。患者は、喫煙していることに対して非難や叱責されるのではと緊張していることも多いため、まずは安心していただけるような雰囲気作りをする必要がある。

そして「よく受診を決意されましたね」といったねぎらいの言葉や「受診してくださって嬉しいです。ありがとうございます」などといった喜びや感謝の言葉をかける^{8) 13)}。

■ 支援の実際

A. 喫煙行動の本質はニコチン依存症であると説明する

喫煙という行動の本質は、ニコチン依存とそれに結びついた習慣である。「ニコチン依存症」という疾患として治療法が確立されている現在、どのような考えの患者に対しても、まずそのことを伝え理解してもらうことが重要である¹⁴⁾。そして、例えば高血圧や糖尿病のように通院して専門的治療が必要な病気であることを強調する。

禁煙が困難な理由について「自分は意思が弱いから止められない」と思い込んでいる患者は多く、「意志のせいではなく、病気なのです」との声かけに対して、それだけでも「気持ちが楽になった」と安心する患者も多い。

B. 禁煙後の自分をイメージしてもらう

喫煙者の中には、長期間にわたり喫煙を習慣とした生活と決別するにあたり、今後どのように自分自身が変化していくのか、ということに対して不安を抱いているものも少なくない。まずは、いつどこで吸っているか、喫煙パターンを観察してもらい、タバコがなかったらこんな素敵な暮らしになるというイメージを作る⁹⁾。その際には、例えば「咳が減る」、「朝のさわやかさ」、「食べ物が美味しい」、「口臭が減る」などのメリット面をアドバイスする。また禁煙により、タバコに費やしていたコストを有効活用できることについても具体的に金額を計算して提示するとより効果的である。このようにして、禁煙開始後の自分自身が具体的にイメージできると禁煙の継続にもつながる。

C. タバコに対する認識を改めること

患者自身がタバコに関して間違った認識を持っているならば、改めることができるような説明をする。例えば、軽いタバコは軽くないということ、禁煙によるストレスはニコチン切れによるストレスであることなど、タバコの「トリック」についてもイラスト等を用いて理解しやすいように説明する¹⁵⁾。

また、タバコに関する知識をつけることも重要であるが、喫煙関連疾患ばかりを強調しすぎる「脅かし型」の禁煙支援は、抑止効果による禁煙導入には一定の効果があるが、禁煙継続の力にはならない。知識を伝えることは大切なことであるが、余り強調しすぎないことである¹⁶⁾。伝える時期としては、禁煙が一段落して油断や慢心がしやすい2~8週間後が望ましいとされている¹⁶⁾。

D. 行動療法について説明する

心理的依存に対し行動療法を用いることは、禁煙の成功率を高めることが知られている。行動療法とは、自分の行動を振り返って、タバコにとらわれている気持ちや行動に気づき、タバコにとらわれない行動に置き換える治療を行うことである。

表4には、高橋が行った禁煙マラソンの禁煙達成者100人の聞き取り調査による日常生活の工夫のポイントを示す。

高橋は、経験則に基づく多様な行動療法のうち、どのような組み合わせで、あるいはど

のようなタイミングで実施するかなどについては、実際に各人が実行してみて工夫を重ねて習得していくものである、と述べている。行動療法の支援の原則は、禁煙の先人達が編み出してきた多くの行動療法のリストから、禁煙する各人が自分の生活に合わせて選択しうるようにサポートすることである¹⁶⁾。

表 4. 日常生活の工夫のポイント

1. 冷たい水を口に含む、熱いお茶を少しずつ飲む
2. 痛み刺激で気を紛らわせる 耳介や手掌の中心部をボールペンの先や爪などを利用して圧迫するなど
3. 体を動かす 体操、入浴、掃除、歩く、体をひねる、大きな身振りで背伸びをするなど
4. 歯ブラシなどの禁煙グッズの利用、歯磨き
5. 深呼吸とリラックスの練習をする
6. 野菜を食べる 細く切った昆布、野菜、ミカン類、ミント、玉ネギ、セロリや人参など
7. お酒の席は用心する（再発しやすい）
8. タバコの煙の多い場所や従来喫煙していた場所をさける
9. 気楽な気持ちで禁煙している時間を延ばしていく 「一分だけタバコを吸うのを先に延ばそう」と自分に言い聞かせる

E. 禁煙日誌の利用

禁煙日誌などを記入することで、患者自身が客観的に自分のおかれている状況の振り返りができるようにしておくことも重要である。

ここでは日本禁煙科学会薬剤師分科会により作成された「禁煙日誌」を紹介する（禁煙日誌の主な内容：http://www.jascs.jp/kinen_kagaku/download/otc_manual/otc_diary.pdf）。

記入する頁の対面に禁煙開始日から、経過した期間に応じたの注意点が予め記してあり有用である。その他、禁煙のメリット、禁煙治療薬についての説明、前述の日常生活の工夫のポイントなども記載されている。患者自身が自宅でゆっくり見返して聞き漏らした点などを確認することも可能である。



(2) 再診時カウンセリング

■アイスブレイキング

初診時と同様に、椅子から立ち上がり、相手の顔を見て笑顔で迎え挨拶をする。そして「よく来てくださいましたね」とねぎらいの言葉をかけ、「また受診していただいて嬉しいです」など再度来院したことに対し喜びや感謝の言葉をかける^{8) 13)}。

■支援の実際

A. 経過を確認する

再診時、まずは前回からの経過を確認するが、その際には「その後の経過はいかがですか」などとオープン・クエスチョンを用いてたずねる。

例えば、「禁煙はちゃんとできていますか」といった直接的なクローズド・クエスチョンを用いることは避ける。喫煙してしまったことに罪悪感を抱いて受診した患者には、責められているように受け取ることもある。緊張や萎縮してしまい、それ以後、本当のことが言えなくなる可能性が高く、治療を継続していく上で悪影響を及ぼす。

禁煙継続ができている場合には、賞賛を与える。しかし、禁煙が開始できていない場合や、タバコを吸ってしまった場合でも、決して叱責することはせず、受診に訪れたことを褒めて喜び、仕切り直しは十分に可能なことを伝える。努力したことはきちんと評価して認め、あきらめることなく再度喫煙に向かう姿勢が大切である。喫煙したときの状況を詳細にたずね、同じような状況で吸わないようにするためにはどうするか対処方法を、患者とともに改めて考える。罪悪感を抱かせたりすることなく、物事は常に前向きにとらえ、いい面やよかった点を見つけて褒め称え（例えば、今回まで一度も禁煙をしたことがなかった患者に対して「一週間も禁煙できた」など）、禁煙をあきらめさせないことが重要である。禁煙という選択を褒め、目標を一つ達成できたらまた褒めるようにする。これにより患者の自己効力感が高められ、禁煙への意欲を持続することができる¹⁷⁾。

また「危ないと思うことはなかったですか？」と問いかけ、そこを乗り越えることができたことを褒める。ただ、危ない場面が繰り返されれば、再喫煙につながることも十分にあり得るので、そういう場の切り抜け方などを患者とともに考えておく⁹⁾。

B. 禁煙により得られたメリットを確認する

喫煙者は、少なからず喫煙することのメリットを感じているが、それを打ち消すのは、タバコの有害性ではなく、禁煙のメリットである。喫煙するメリット以上に、禁煙のメリットが大きければ禁煙を維持することができる可能性が高まると考えられる^{8) 16)}。

禁煙により心身に起きている変化を、患者自身が認識していない場合も多いので、起こりうる変化を予めリストアップしておき患者と共にひとつひとつ確認する作業を行い、気付きを促すことは重要である。例えば、健康面に関しては「咳・痰が少なくなった」、生活面では「タバコを吸う場所を探さなくてよくなった」「タバコを吸わない人に気がつかなくてよくなった」、その他「家族が喜んでくれた」「時間が増えた」等が挙げられる⁸⁾。

C. 周囲の対応を確認する

禁煙中の患者は、離脱症候による普段の判断力や理性が抑制された状態にあると考えられる。一方、その症候の大部分は自覚的なものにとどまり、他覚的な所見がないために家族や周りのものからは「たかがタバコで不機嫌になるのは見苦しい」と非難される場合がある¹⁷⁾。また、何度も禁煙を試みてこれまで達成できていない患者の場合、家族が「どうせ無理なんだから」などと冷たい対応をされる場合もあり、その苦しみが余計につらくなる場合もある。受診時に「禁煙されてみて、ご家族はいかがですか」とオープン・クエスチョンを用いて家族や周囲の反応について確認を行い、必要であれば家族に対しても適切な説明が望ましい¹⁷⁾。

また「よかったら診察の際に、ご家族をお連れください」と声をかけておき、ご家族が来院された場合には、禁煙中の患者への声かけなどの対応の仕方を説明しておく。来院が困難な場合には、家族としてどのような対応をすればよいかを記した用紙を渡す（家族にも禁煙支者になってもらおうの項参照）。

（参考文献：神奈川県内科医学会編 日本臨床内科医会推薦 禁煙医療のための基礎知識 「あなたの禁煙を望んでいるご家族にお見せ下さい」¹²⁾）

5. おわりに

当院における禁煙支援外来での試みについて紹介させていただいたが、本章が皆様にとって何かの参考になれば幸いである。

参考文献

- 1) 2002U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD, 2000.
<http://www.ahrq.gov/clinic/tobacco/>
- 2) 厚生労働省健康局：新版喫煙と健康：喫煙と健康問題に関する検討会報告書。保健同人社、東京、2002。
- 3) 日本禁煙学会（理事長 作田学）編：禁煙学。南山堂、東京、2007。
- 4) 循環器病の診断と治療に関するガイドライン合同研究班（班長 藤原久義）：循環器病の診断と治療に関するガイドライン（2003-2004年合同研究班報告書）禁煙ガイドライン。Circulation Journal 69：1005-11243（Suppl. IV），2005。
http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2005_fujiwara_h.pdf
- 5) 益子雅笛，市来真彦：行動変容のスキル。JIM 16：264-270，2006。
- 6) 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 第4版。
http://www.j-circ.or.jp/kinen/anti_smoke_std/anti_smoke_std_rev4.pdf
- 7) 増居志津子，中村正和：禁煙治療のチーム医療。治療 88：2513-2519，2006。

- 8) 田中英夫, 谷口千枝: 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. 看護の科学社, 東京, 2009.
- 9) 中村正和, 田中善紹: 全臨床医必携 禁煙外来マニュアル. 日経メディカル開発, 東京, 2005.
- 10) 小澤竹俊: 13歳からの「いのちの授業」. 大和出版, 東京, 2006.
- 11) 小澤竹俊: 苦しむ患者さんから逃げない. 医療者のための実践スピリチュアルケア. 日本医事新報社, 東京, 2008.
- 12) 神奈川県内科医学会編 (日本臨床内科医会推薦): 禁煙治療のための基礎知識. 平成18年4月診療報酬改定対応改訂版, 東京, 2006.
- 13) 高橋裕子: 禁煙支援ハンドブック. じほう, 東京, 2000.
- 14) 小西明美: 医療従事者のための禁煙外来・禁煙教育サポートブック. メディカ出版, 大阪, 2006.
- 15) 磯村毅: リセット禁煙プラクティスマニュアル. 東京六法出版株式会社, 東京, 2007.
- 16) 吉田修監修, 富永祐民, 高橋裕子ら編集: 禁煙指導・支援者のための禁煙科学. 分光堂, 東京, 2007.
- 17) 岡山明, 速水佐知子, 宮田恵美子ら: 行動変容のすすめ方, 禁煙支援. JIM 16: 272-276, 2006.