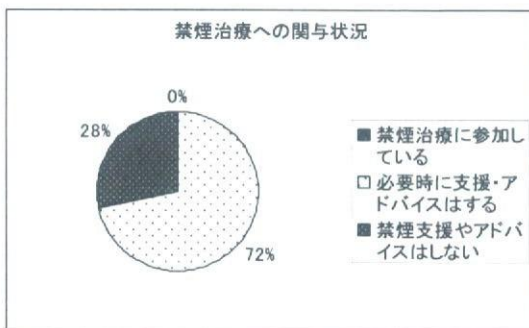
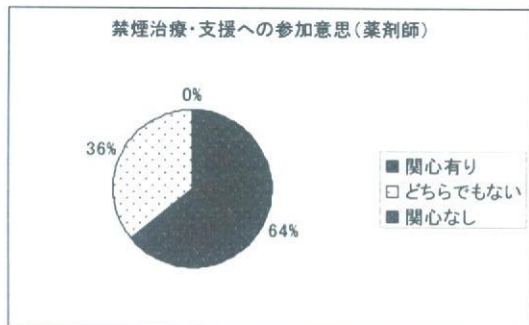
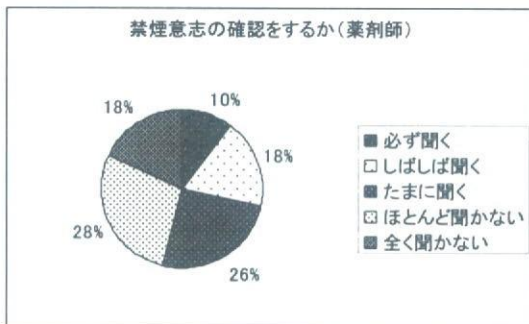
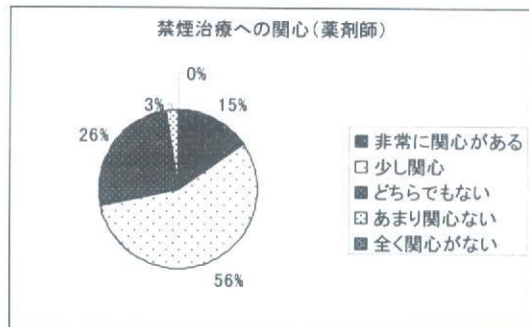
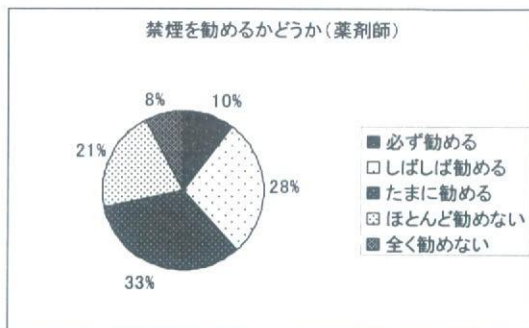
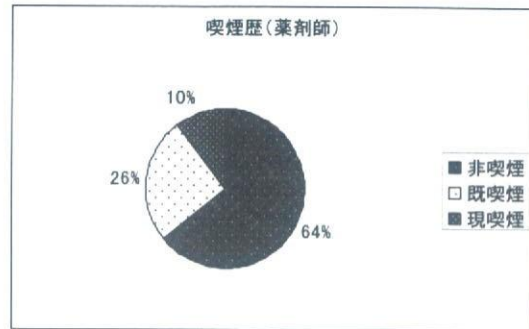
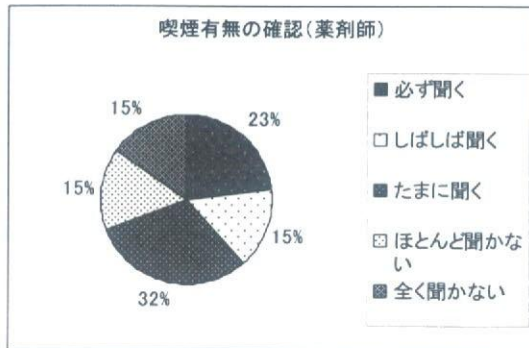
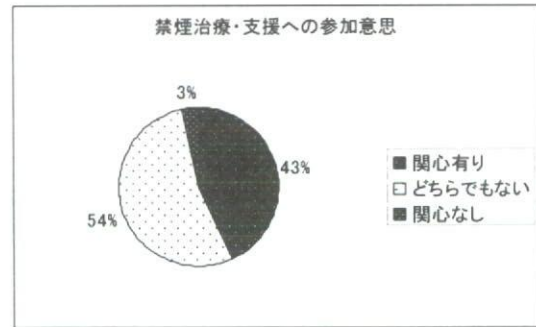
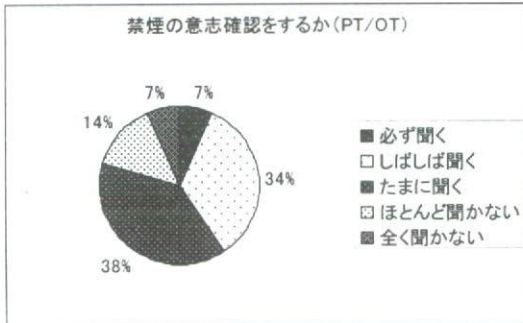
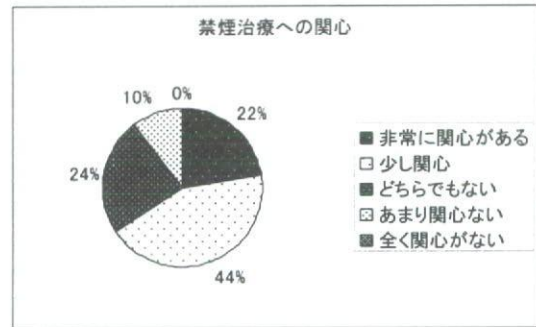
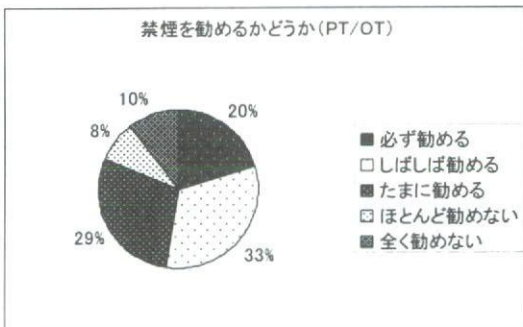
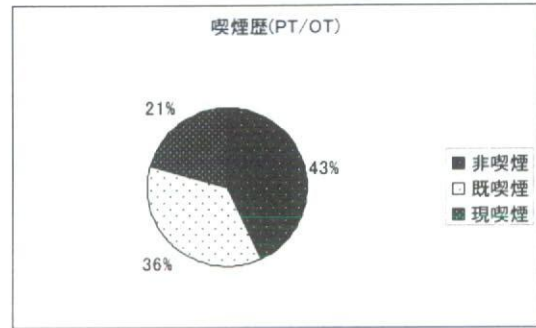
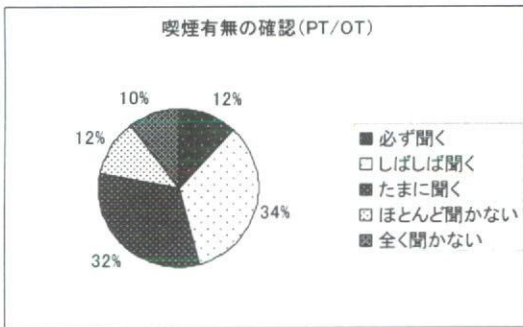


2) 薬剤師 (回答者 39 人)

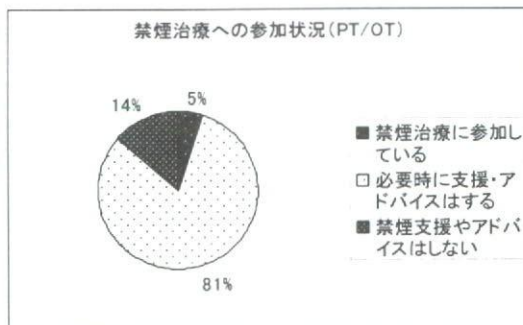


禁煙治療にかけられる時間は平均 14.5 分, 中央値 10 分.

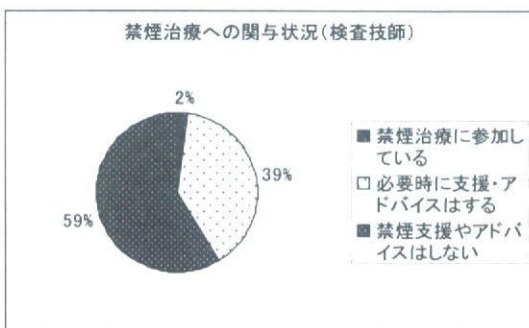
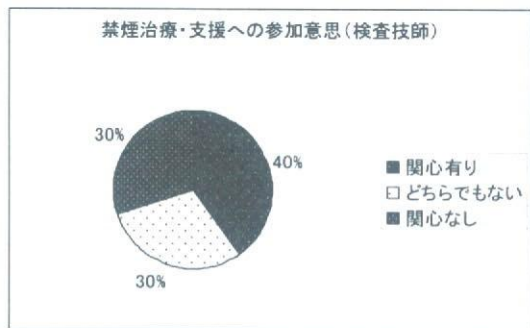
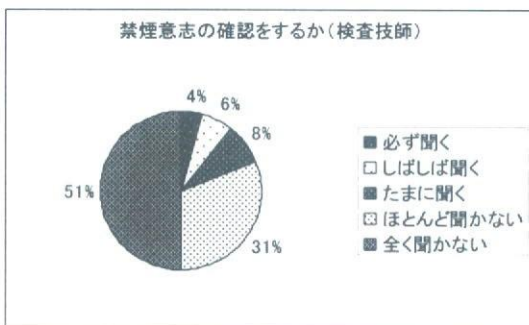
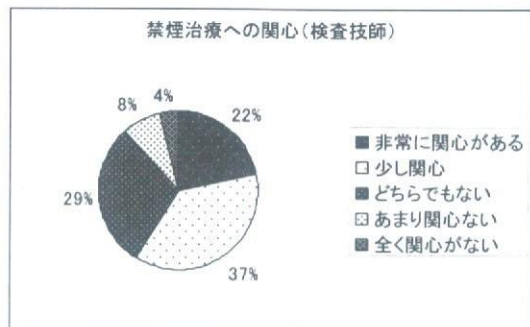
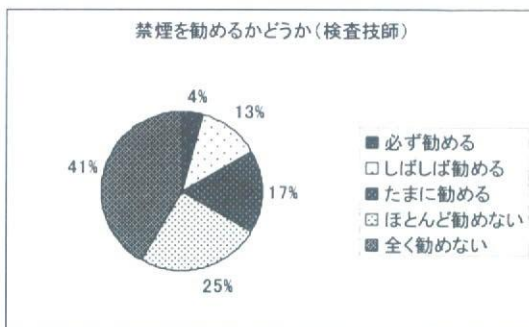
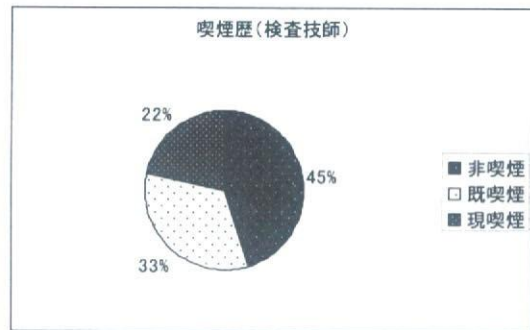
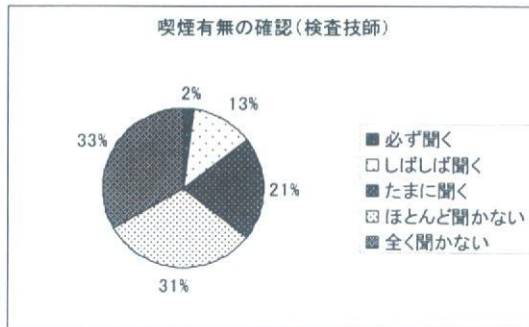
3) 理学療法士・作業療法士など (回答者 59人)



禁煙治療にかけられる時間は平均9.6分、中央値5分。

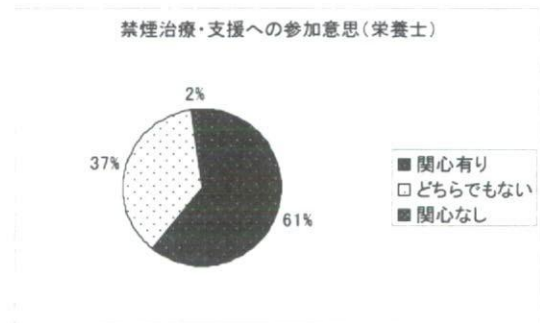
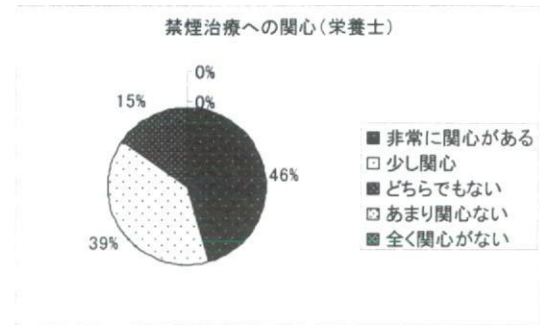
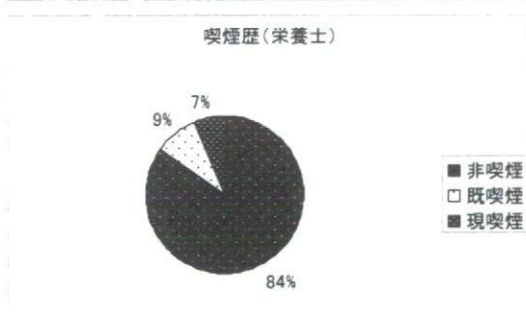
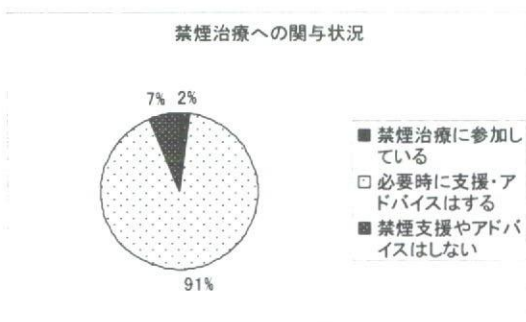
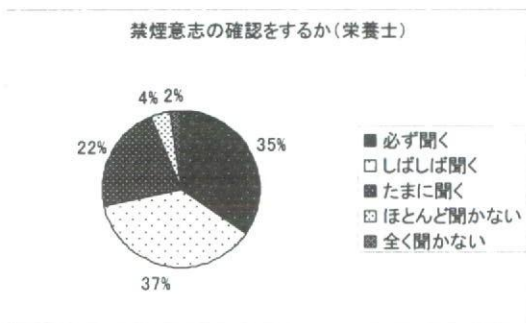
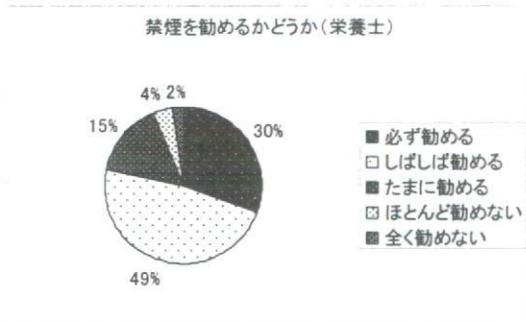
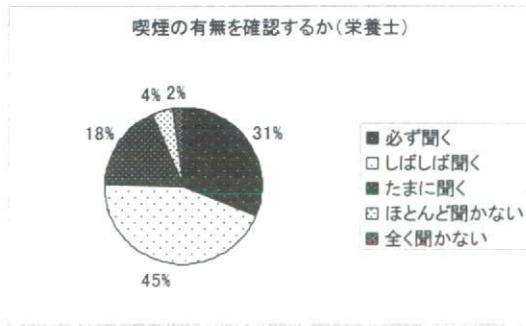


4) 検査技師 (回答者 51人)



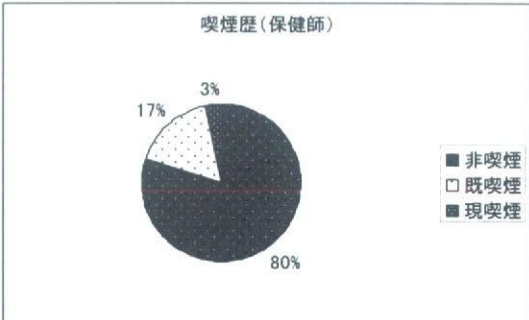
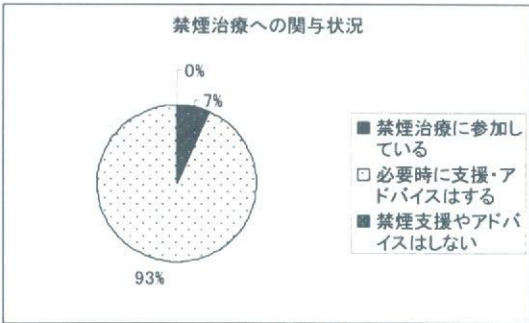
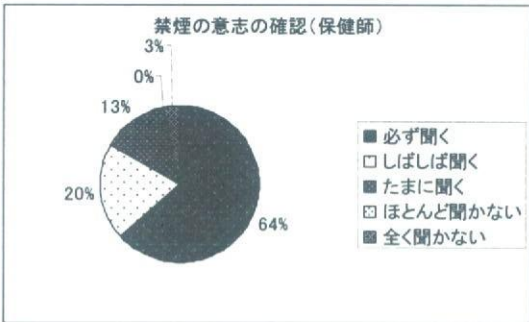
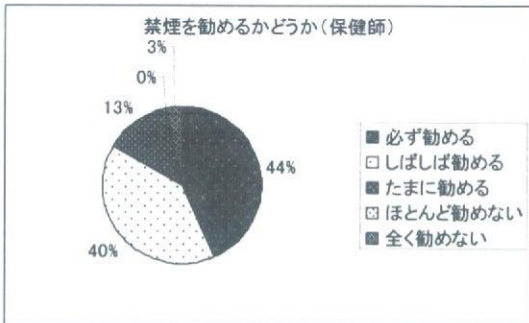
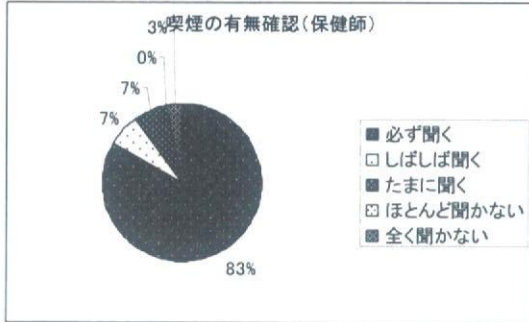
禁煙治療にかけられる時間は平均 13.3 分, 中央値 10 分.

5) 栄養士 (回答者 46 人)

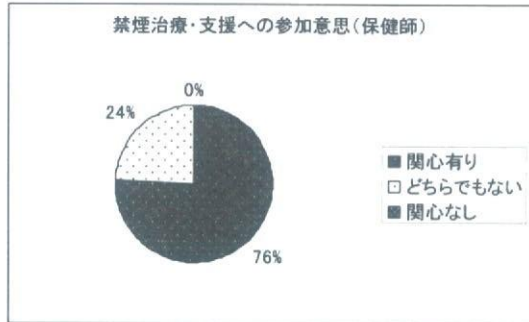
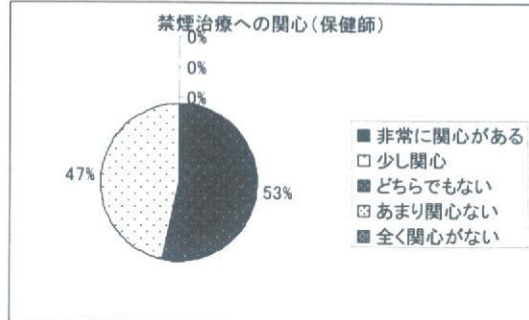


禁煙治療にかけられる時間は平均 10.8 分, 中央値 10 分

6) 保健師 (回答者 30人)



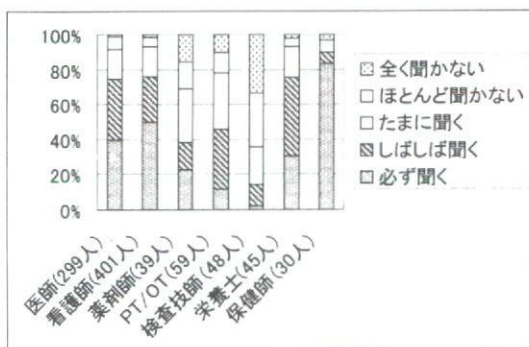
禁煙治療への関心は全員が少し～非常に
関心があると回答した。



禁煙治療にかけられる時間は平均 13.9 分,
中央値 9 分

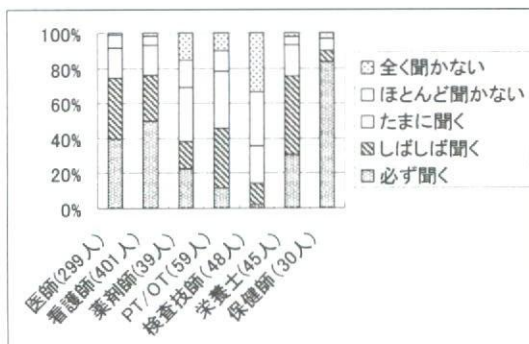
3-2. 回答内容の職種別の比較

3-2-1. 患者の喫煙の有無を確認するかどうか



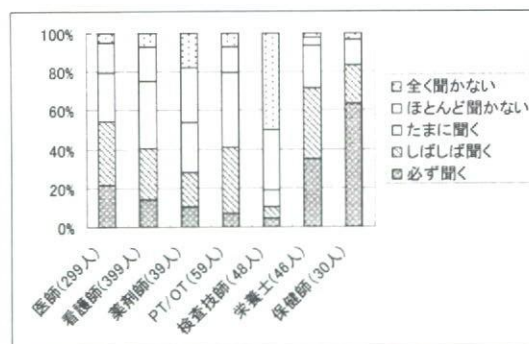
しばしば～必ず聞く割合は保健師，栄養士，看護師，医師の順に高く，最も低いのは検査技師であった。

3-2-2. 喫煙者に禁煙を勧めるかどうか



しばしば～必ず勧める割合は保健師，栄養士，医師，看護師の順に高かった。

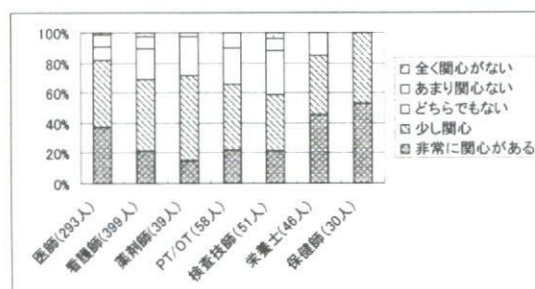
3-2-3. 禁煙の意志の確認をするか



しばしば～必ず勧める割合は保健師，栄養士，医師，看護師，PT/OTの順に高かった。

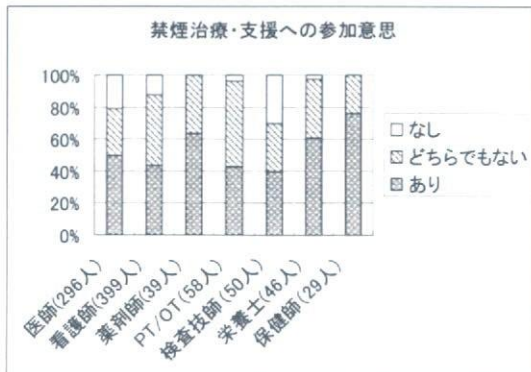
以上3項目については職種別にほぼ同様の傾向を示し，この調査の中では比較的保健師，栄養士のポジティブな回答が多かった。検査技師はいずれの項目も最も低かった。保健師，栄養士，検査技師については回答施設自体の喫煙に対する体制が影響している可能性がある。医師は3項目ともほぼ一定の割合であるのに対し，看護師は喫煙の有無の確認以後は低くなる傾向がみられた。すなわち看護師は喫煙歴の確認だけで終わり，それ以上の介入が不十分であることが推察された。薬剤師は患者からの信頼は医師・看護師に劣らないはずであるが，この調査の中では比較的禁煙に関する関心が低い傾向が伺われた。

3-2-4. 禁煙治療・支援に関する関心の有無



非常に関心があると回答したのは保健師，栄養士，医師の順に高かった。少し関心があるという回答も入れると，最も関心が低いのは検査技師であった。

3-2-5. 禁煙治療・支援への参加意思

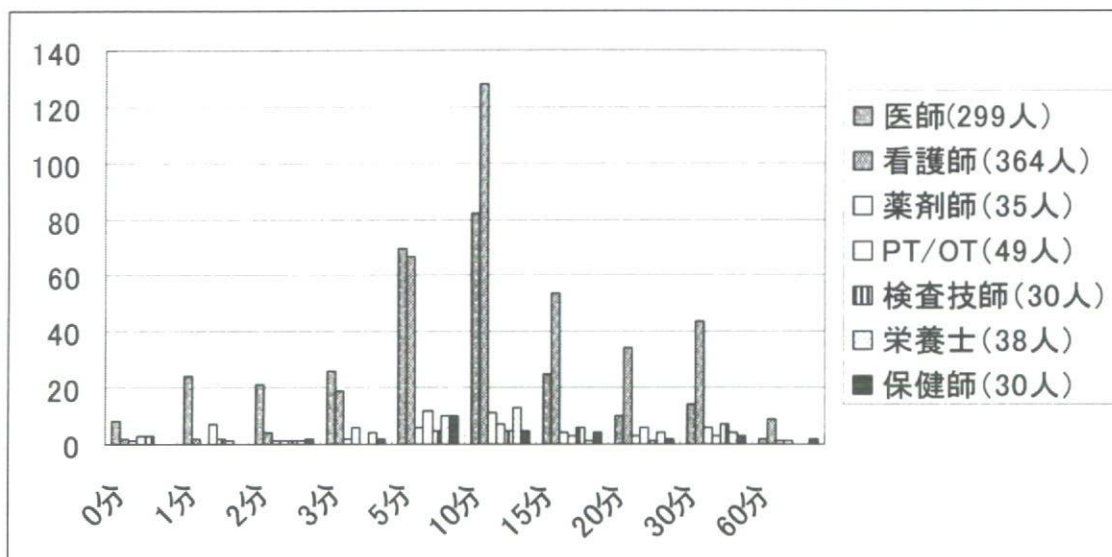


参加意志が多かったのは保健師，薬剤師，栄養士，医師の順であった。薬剤師は現状では患者への直接的な禁煙の働きかけは少ないが（質問 1~3 の結果より），禁煙治療・支援への参加意欲はあることが伺われた。

3-3. 禁煙治療に費やせる時間の職種別比較

1人の喫煙者あたりに禁煙治療・支援のため費やせる時間は最も多い回答が10分、次に5分とする回答が多かった。医師は1~3分以内とする回答も23.7%に認め、全

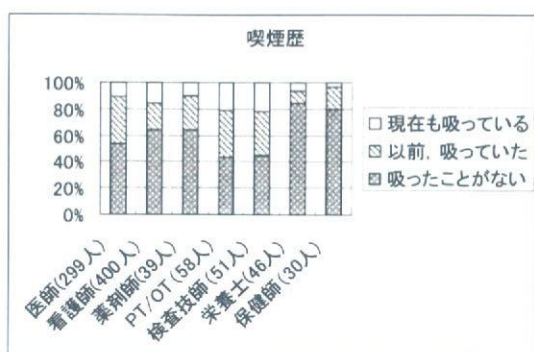
く時間がないという回答も2.7%あった。これに比べ看護師は15~30分とする回答も多く、医師よりも比較的時間がかけられる傾向がみられた。



回答	医師 (299人)	看護師 (364人)	薬剤師 (35人)	PT/OT (49人)	検査技師 (30人)	栄養士 (38人)	保健師 (30人)
0分	8	2	1	3	3	0	0
1分	24	2	0	7	2	1	0
2分	21	4	1	1	1	1	2
3分	26	19	2	6	0	4	2
5分	70	67	6	12	5	10	10
10分	82	128	11	7	5	13	5
15分	25	54	4	3	6	1	4
20分	10	34	3	6	1	4	2
30分	14	44	6	3	7	4	3
60分	2	9	1	1	0	0	2

3-4. 回答者の喫煙状況と禁煙治療への影響

していることが示唆された。



喫煙率は医師 11%，看護師 15.8%，薬剤師 10.3%，PT/OT 20.7%，検査技師 21.6%，栄養士 6.5%，保健師 3.3%であった。

次に喫煙状況別の回答結果を比較した（次頁 3-4 喫煙状況別の比較解析を参照）。

医師、コメディカルとも現喫煙者は非・既喫煙者に比べ、「患者の喫煙の有無の確認」、「禁煙を勧めるかどうか」、「禁煙の意志を確認するかどうか」の3項目とも患者に対して積極的に質問していない傾向を認めた。また現喫煙者の医師のうち 21%が禁煙指導やアドバイスはしないと答えていた。コメディカルも同様に 27%の現喫煙者が指導・アドバイスはしないと回答した。

禁煙治療への関心の程度については、医師の現喫煙者のうち 25%はあまり～全く関心がないと回答し、コメディカルの 15.7%も同様の回答であった。

禁煙治療・支援への参加の意思については、医師・コメディカルとも非・既喫煙者とも約半数が参加の意思を示したのに対し、現喫煙者は医師で 15%、コメディカルで 29%しか参加の意思がない有意に低い回答であった ($p < 0.0001$)。

以上から、医療者の喫煙状況が患者に対しての禁煙治療・支援への積極性にも影響

3-4. 喫煙状況別の比較解析

(医師全体)

質問1. 患者の喫煙有無の確認をするか

	必ず聞く	しばしば聞く	たまに聞く	ほとんど聞かない	全く聞かない	計, n(%)
非喫煙	69(43.1)	60(37.5)	21(13.3)	10(6.3)	0(0)	160(100)
既喫煙	42(40)	34(32.4)	19(18.1)	7(6.7)	3(2.9)	105(100)
現喫煙	7(21.2)	9(27.3)	12(36.4)	5(15.2)	0(0)	33(100)

カイ2乗値 21.4, p=0.0061

質問2. 喫煙者に禁煙を勧めるか

	必ず勧める	しばしば勧める	たまに勧める	ほとんど勧めない	全く勧めない	計
非喫煙	63(39.4)	64(40)	24(15)	8(5)	1(0.6)	160(100)
既喫煙	39(37.1)	47(44.8)	16(15.2)	1(1.0)	2(1.9)	105(100)
現喫煙	9(27.3)	7(21.2)	14(42.4)	2(6.1)	1(3.0)	33(100)

カイ2乗値 21.6, p=0.0056

質問3. 禁煙の意思があるか患者に尋ねるか

	必ず聞く	しばしば聞く	たまに聞く	ほとんど聞かない	全く聞かない	計
非喫煙	38(23.8)	50(31.3)	44(27.5)	20(12.5)	8(5)	160(100)
既喫煙	21(20)	41(39.1)	24(22.9)	16(15.2)	3(2.9)	105(100)
現喫煙	4(12.1)	7(21.2)	8(24.2)	11(33.3)	3(9.1)	33(100)

カイ2乗値 14.8, p=0.0627

質問4. 禁煙治療・支援の関与状況

	直接担当	必要時介入	指導しない	計
非喫煙	47(29.6)	100(62.9)	12(7.6)	159(100)
既喫煙	39(36.8)	54(50.9)	13(12.3)	106(100)
現喫煙	4(12.1)	22(66.7)	7(21.2)	33(100)

カイ2乗値 12.1, p=0.0164

質問 9. 禁煙治療への関心

	非常に関 心あり	少し関心 あり	どちらで もない	あまり関 心がない	全く関心 がない	計
非喫煙	61(38.9)	72(45.9)	12 (7.6)	10 (6.4)	2 (1.3)	157(100)
既喫煙	42(40.4)	46(44.2)	8 (7.7)	7 (6.7)	1 (1.0)	104(100)
現喫煙	6 (18.8)	12(37.5)	6 (18.8)	7 (21.9)	1 (3.1)	32 (100)

カイ 2 乗値 16.8, p=0.0325

質問 10. 禁煙治療・支援への参加意思

	参加意思 あり	どちらで もない	関心ない	計
非喫煙	93(58.9)	44(27.9)	21(13.2)	158(100)
既喫煙	49(46.7)	27(25.7)	29(27.6)	105(100)
現喫煙	5(15.2)	17(51.5)	11(33.3)	33(100)

カイ 2 乗値 26, p<0.0001

(コメディカル全体)

質問 1. 患者の喫煙有無の確認をするか

	必ず聞く	しばしば 聞く	たまに 聞く	ほとんど 聞かない	全く聞か ない	計, n(%)
非喫煙	175 (43.5)	98(24.4)	75(18.7)	30 (7.5)	24 (6.0)	402(100)
既喫煙	53(37.1)	34(23.8)	34(23.8)	11 (7.7)	11 (7.7)	143(100)
現喫煙	34(33.7)	27(26.7)	17(16.8)	14(13.9)	9 (8.9)	101(100)

カイ 2 乗値 9.84, p=0.27

質問 2. 喫煙者に禁煙を勧めるか

	必ず勧め る	しばしば 勧める	たまに 勧める	ほとんど 勧めない	全く勧め ない	計
非喫煙	985 (23.6)	128 (31.8)	107 (26.6)	46(11.4)	27 (6.7)	402(100)
既喫煙	26(18.2)	59(41.3)	31(21.7)	14 (9.8)	13 (9.1)	143(100)
現喫煙	6 (5.9)	29(28.7)	30(29.7)	25(24.8)	11(10.9)	101(100)

カイ 2 乗値 32.8, p<0.0001

質問 3. 禁煙の意思があるか患者に尋ねるか

	必ず聞く	しばしば聞く	たまに聞く	ほとんど聞かない	全く聞かない	計
非喫煙	82(20.4)	94(23.4)	123 (30.6)	67(16.7)	36(9)	402(100)
既喫煙	20(14)	43(30.1)	46(32.2)	16(11.2)	18(12.6)	143(100)
現喫煙	5(5)	23(22.8)	26(25.7)	30(29.7)	17(16.8)	101(100)

カイ 2 乗値 32.3, $p < 0.001$

質問 4. 禁煙治療・支援の関与状況

	直接担当	必要時介入	指導しない	計
非喫煙	16(4)	310 (76.7)	78(19.3)	404(100)
既喫煙	9(6.3)	106 (74.7)	27(19)	142(100)
現喫煙	1(1)	72(72)	27(27)	100(100)

カイ 2 乗値 12.1, $p = 0.0164$

質問 9. 禁煙治療への関心

	非常に関心あり	少し関心あり	どちらでもない	あまり関心がない	全く関心がない	計
非喫煙	107 (26.4)	188 (46.3)	74(18.2)	31(7.6)	6(1.5)	406(100)
既喫煙	40(28)	67(46.9)	28(19.6)	8(5.6)	0	143(100)
現喫煙	16(15.7)	44(43.1)	26(25.5)	10(9.8)	6(5.9)	102(100)

カイ 2 乗値 20.1, $p = 0.0099$

質問 10. 禁煙治療・支援への参加意思

	参加意思あり	どちらでもない	関心ない	計
非喫煙	209 (51.6)	163 (40.3)	33(8.1)	158(100)
既喫煙	69(49.3)	60(42.9)	11(7.8)	105(100)
現喫煙	30(29.1)	46(44.7)	27(26.2)	33(100)

カイ 2 乗値 35.3, $p < 0.0001$

3-5. 禁煙に対する個別意見

アンケートの最後に記載された個別意見から主な内容をまとめると「タバコ税をもっとあげるべき」、「医師、医療施設は完全禁煙すべき」、「喫煙者の意志が問題」「国家としての取り組みに問題がある」の4つが多かった。

以下に回答者の意見を列記する。

意見(医師回答)

- ・ 病院内の職員（医師を含む）が禁煙をすべき
- ・ 禁煙は誰しもした方がいい。禁煙外来の敷居が低くなるような商業活動が必要（うつのように）
- ・ やめつづけたい
- ・ アルコールとどちらが悪い比較した調査をみてみたい
- ・ 社会的啓蒙がもっと必要
- ・ (職員も含め) 病院内全面禁煙にすべき
- ・ タバコ料金を値上げ
- ・ 喫煙をやめない人は、癌に罹患しても、リスクを医学的に理解し十分に知識があってもやめない。最初から吸わないようにすべき
- ・ 患者さんのモチベーションを保つのが難しい。自信がなくなる
- ・ 医師は何科であっても喫煙すべきでない
- ・ とても重要
- ・ 推進すべき
- ・ 一人でも多く非喫煙者が増えてほしい
- ・ まずは医療者の喫煙をなくしないと説得力がない。医療施設は一部（PCUや精神科など）を除いて全面禁煙にした方がよいのではないか
- ・ タバコ税をもう少し上げて良い
- ・ 禁煙は手術を行う患者には必要だが、外科医としての業務があり、指導までは手が回らないのが現状
- ・ タバコの価格を 1,000 円くらいに値上げする
- ・ 禁煙は禁酒より認識度が高いが禁煙できないのが現状。禁煙区域の拡大と税金↑が早いと思う
- ・ 患者本人の意志が重要
- ・ 内科医よりも精神科医（カウンセラー）の介入がもっと必要
- ・ 12 週間の保険適応後、内服等の中止に不安（また吸い始めるのではない）が強い
- ・ 咳そうなどの症状があれば喫煙有無の確認・指導したりする。しかしまず必要なのは本人の意志と考えるので強く禁煙はすすめない
- ・ タバコは嗜好品なので愛煙家の権利を守る必要があるが、生保患者からはその権利は剥奪（？）すべき
- ・ 施設内禁煙にないと禁煙外来ができないことは問題
- ・ 禁煙を指導する立場として、まず医師の禁煙、病院を禁煙施設にすべき
- ・ 自身がなかなか禁煙できない
- ・ 呼吸器専門医は学会にいても禁煙するように指示されているが、専門医でさえ禁煙できない状況。もう少し一人一人に強く影響する項目、dataはないものか
- ・ もっと強力な薬物療法があればいい
- ・ 精神科が必要と思われるケースがよくある

- ・禁煙意識は全国的に高まっていると感じるが、喫煙率はもっと下げなければならない
- ・コメディカルの協力が大切。当院も施設内禁煙にしてほしい
- ・タバコの値段を1箱1,000円ぐらいにしてほしい
- ・日本は先進国に比較して遅れている。予防医学にもっと力をいれるべき
- ・医療施設に喫煙所があることがおかしい
- ・個人的な意志もあるので強制はしない。一応説明している。臨機応変に対応している。術前必要な場合はかなり厳しくしている
- ・医師は吸うべきではない
- ・治療を希望する人のために禁煙外来は必要。社会的啓蒙は意志のない人に無理にやってもあまり意味がない
- ・当院は院長がヘビースモーカーなので禁煙がまったく進まない
- ・外来にフリーペーパーのような形でパンフレットをおく
- ・ぜひ広げて行ってほしい
- ・QOL重視
- ・タバコは嫌い。タバコの臭いのする患者はおこっている
- ・時間がほしい
- ・手術患者に対して禁煙→中止とムンテラしている。その際、家族への配慮をさせている（禁煙も視野に入れて）
- ・タバコを1箱1,000円にしてください
- ・あくまでも禁煙は必要だが、いまの院内に喫煙所がない状況はやりすぎな気がする。（呼吸器入院は禁煙だが、整形入院などの人は普通に売っているものをすうだけ、いささか違和感がある）
- ・税金やタバコ栽培農家のことを考慮して国をあげて禁煙（？）の方向に向かないのは問題である
- ・重要。日本は遅れている
- ・職域における産業医として積極的に活動している（学会なども）。すべての喫煙者に禁煙を働きかけましょう
- ・指導の時間がない。機器の購入が負担
- ・産業医にPowerPointを用いて禁煙指導をしている
- ・産業医でみていると若い人のタバコは多い。病院で待っていても無理。
- ・「百害あって一利なし」ならなぜ存在するのか？考える
- ・住民に対して禁煙のメリットの情報提供、知識普及を十分に行う必要がある
- ・小児科医のため未成年者への禁煙支援に一番関心がある。中学、高校では今でも喫煙は非行として処分されるが、具体的な禁煙支援を行わないのは非科学的。そんな現状を変えたい
- ・関心はあるが時間がとれない
- ・JTのコマーシャルを禁止する。タバコの大幅増税を。
- ・税金をタバコ1箱1,000円程度にアップすることも有効だと思う
- ・タバコによる合併症のある場合は禁煙指導するが、タバコの好きな人は個人の自由。本人のやる気がないと言っても効果がない
- ・喫煙を禁止するなら化粧も禁止すべき。煙を嫌う人の前で控えれば十分。あとは自己責任。
- ・禁煙法を制定し公共の場での喫煙を制

- 限。飲食店等の従業員の健康被害を防ぐことが必要。
- ・施設内禁煙の基準がとれたらもっと禁煙指導をしたい
 - ・禁煙はもとより好ましいことですが、あまりヒステリックに喫煙者を阻害しようとする今の風潮もいかなものかと思う
 - ・喫煙による障害の啓蒙の強化
 - ・医療機関であれば、禁煙外来または保険点数がとれるようにすれば、強力に効果が出る
 - ・個人の強い意志が必要であり、それができなければ国家的な統制、規制が必要
 - ・タバコは毒物（有害物質）である事実を一般社会に定着させる必要がある
 - ・諸外国に比し本邦では政府そのものの取り組みがなされていない。JTに問題がある。
 - ・タバコはもう少し高くしても良い。禁煙補助薬ももっと普及が必要。
 - ・死にたい奴は吸え。
 - ・分煙化を禁煙化を含めもっと社会的に変革させないとあまり意味がない
 - ・本人をその気にさせることが最も大切。
 - ・外来フォローアップで脱落する例が多いと聞く。そういった点の工夫（ノウハウなど）教えてほしい
 - ・入院患者の保険適用が必要。

コメディカル回答（抜粋）

- ・本人に強い意志をもってもらうことが必要
- ・ストレスのため禁煙できない場合がある。

- ・ストレスについても一緒にフォローし禁煙する必要があるのではないか
- ・本人への指導はもちろん家族等の支援が必要なので家族指導も含めて検討すべき
- ・パッチは気分不良になる人が多いよう。ガムやあめは太ると言われる。ダイエットとして吸っている人もいる
- ・禁煙することは患者の治療において大事である
- ・禁煙したい気持ちはあるがなかなかやめられない
- ・本人の身体に悪く、周囲にも迷惑
- ・体によくないこと、禁煙した方がいいことはみなさんよくわかっている。自分がやめようと思わなければいくら周りが言ってもダメ
- ・本人の意志もあるのでなかなか難しい
- ・2〜3週くらいで禁煙しても失敗する人が多い。そこをどのように指導しすすめていくかがレベルアップのポイント
- ・病気（肺Caなど）になってもやめられない人が多い

D 考察

今回のアンケート集計結果より以下のことが判明した。

1) 5Aのアプローチに基づいて患者の喫煙対策をみた場合、「喫煙の確認」→「禁煙の勧め」→「禁煙意志の確認」と進むにつれて患者への問診が減っていく傾向があり、特に看護師でこの傾向が顕著であった。

2) 禁煙治療の問題点として、時間的余裕がない、担当者が不足という意見が全体に多かった。また特にコメディカルからは禁煙指導用の資料不足をあげる意見が多かった。

含む)
なし

3) 患者1人あたりに費やせる禁煙治療・支援の時間として10分という回答が最も多かった。看護師はさらに医師よりも長く時間がとれる傾向があった。

4) 薬剤師は直接的な患者の禁煙治療・支援に関与する機会が少ないが、参加の意思は高い可能性がある。

5) 喫煙者は非喫煙者よりも禁煙治療・支援に関する関心が低く、積極的な禁煙治療に参加する見込みも低かった。

6) 個別意見では、「タバコに対する国家的な取り組みが不十分」、「医療者自身の禁煙が強く求められる」、「タバコ増税をすべき」という意見が多かった。

E 今後の課題

禁煙治療に対する医療者の現状をみたアンケート調査にて、多くのコメディカルも禁煙治療に対する関心があることが判明した。しかしながら具体的に参加できる手段が少なく、システムとしても不十分であることが明らかであった。

F 研究発表

なし

G 知的財産権の出願・登録状況（予定を

平成20年度厚生科学研究「たばこ関連疾患の予防のための効果的な禁煙教育及び普及啓発活動に関する研究」に関するアンケート調査、ご協力をお願い

平成21年2月吉日

貴下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

この度、私たちは平成20年度厚生労働科学研究「たばこ関連疾患の予防のための効果的な禁煙教育及び普及啓発活動に関する研究」に基づき、医療従事者の禁煙に関する実態調査を行うこととなりました。

近年、喫煙習慣により発生する3大疾患として、肺がん、COPD、虚血性心疾患があり、いずれもわが国では患者数が急増していることから対策が急がれています。私たちは緊急性の高い研究としてこれらのうち特にCOPD対策を目的として厚生労働省からの内示を受け専門医グループによる研究班を組織し研究を開始しました。

本計画では全ての医療従事者が診療科の領域を越えて、全喫煙者に1分以内、あるいは5分以内の短く要点を得たアドバイスをする運動を展開しようと考えています。短時間の禁煙アドバイスは英国を中心に研究・発展してきた手法です。

これらの運動は今後、日本医師会ほかの医療団体のご協力を頂きながら展開する計画ですが今回のアンケートはこの運動を展開するための予備的な調査として行うものです。研究の趣旨をご理解いただきご協力をお願い致します。

研究班 班長 木田厚瑞(日本医科大学内科学講座呼吸器・感染・腫瘍部門)
相澤久道(久留米大学医学部内科学講座呼吸器・神経・膠原病内科部門)
久保恵嗣(信州大学医学部 内科学第一講座)
土橋邦生(群馬大学医学部保健学科・呼吸器内科および基礎理学療法学)
茂木 孝(日本医科大学内科学講座呼吸器・感染・腫瘍部門)
佐藤直樹(日本医科大学内科学講座循環器・肝臓・老年・総合病態部門)

* アンケートのご回答は本状が届いてから2週間以内を目途にいただくと幸いです

* アンケート用紙は同封の封筒にてご返送ください

医師用アンケート

施設名・部署名 ()

回答者年齢： 20代 30代 40代 50代 60代 70代以上

ベッド数： 0-19床 20~199床 200床以上

主に専門としている領域 ()

日常の外来診療において該当する項目か番号に○をつけて、あるいは文章にてお答え下さい(できるだけ呼吸器疾患に限らず、日常で担当される全患者を想定してお考え下さい)

1. 診療の際、患者の喫煙の有無を確認しますか？

必ず聞く しばしば聞く たまに聞く ほとんど聞かない 全く聞かない

2. 喫煙している患者に禁煙を勧めていますか？

必ず勧める しばしば勧める たまに勧める ほとんど勧めない 全く勧めない

3. 喫煙患者に禁煙の意志があるかどうかを尋ねますか？

必ず聞く しばしば聞く たまに聞く ほとんど聞かない 全く聞かない

4. あなたは患者に対して直接的に禁煙治療（禁煙補助薬剤の処方まで行う診療）あるいは禁煙支援（薬は処方しないが禁煙についてのアドバイスはする）を行っていますか？以下の①～③の中から選んでください。

①あなたが直接、禁煙治療を担当している（保険形態も選んでください）

() 保険診療のみ行う

() 保険診療と保険外診療どちらも行う

() 保険外診療のみ行う→保険診療をしない・できない理由は

() だから

②あなた自身は禁煙治療を直接担当していないが必要なら支援やアドバイスはする

(以下、該当するものを全て選択してください)

() 口頭でのみ助言する

() 禁煙パンフレットなど教材を利用する

() ニコチン・ガムやパッチの使用を勧める

() 禁煙専門外来を紹介する

③禁煙に関してはほとんど支援やアドバイスはしない

理由 ()

(③の方のみ) 禁煙が必要な患者の場合、禁煙治療のできる他の医療機関を紹介していますか？

必ず紹介する しばしば たまに ほとんど紹介しない 全く紹介しない

5. 施設内に禁煙治療の案内や、禁煙を勧めるポスター、パンフレットなどを掲示していますか？

掲示している 掲示していない

6. 禁煙治療・支援において何が不足している、あるいは問題であると感じますか？該当するものに○を付けて下さい（複数回答可）

- () 禁煙治療・支援を担当できる医師
- () 禁煙治療・支援を担当できるコメディカル
- () 指導・支援のための十分な時間
- () 禁煙の保険診療ができる施設
- () 禁煙治療の保険適応期間が 12 週間では不足
- () 指導・支援のための使いやすい資料・パンフレット
- () 禁煙に関する科学的な情報
- () 医療者側の禁煙に対する認識
- () 喫煙や禁煙治療に関する医学教育
- () 喫煙者への社会的啓蒙運動
- () 未成年者への社会的啓蒙運動
- () 未成年者への禁煙指導・支援
- () その他 ()

7. あなたは日常の外来診療で喫煙者 1 人あたりの禁煙治療・指導にどのくらいの時間をかけることができますか？

() 分くらい

8. (回答者自身について) あなたは喫煙しますか？

- () 吸ったことがない
- () 以前吸っていた
- () 現在も吸っている → () 止めたい () 止めたくない

9. あなた自身は禁煙治療・支援に対してどのように考えていますか？

非常に関心がある 少し関心がある どちらでもない あまり関心がない 全く関心がない

