

Welfare. 2008年8月27日. UICC World Cancer Congress 2008.  
谷口千枝、平木章夫、田中英夫、他. 全がん協加盟施設に勤務する看護師の禁煙指導に関する意識と現状. 2009年2月7日. 第18回禁煙医師歯科医師連盟総会.

田中英夫. 病院における喫煙対策と禁煙支援の推進に関する研究(特別講演). 2008年11月6日. 第67回日本公衆衛生学会総会.

H. 知的財産権の出願・登録状況  
(なし)

## 愛知禁煙推進ネットワーク 会則

(名称)

**第1条** この会は、愛知禁煙推進ネットワーク（以下ネットワークと略す）と称する。

(目的)

**第2条** 愛知県内において禁煙治療または禁煙支援を実施する有志・有識者で交流を図り、相互に情報交換をすることで、より良い禁煙治療および禁煙支援を目指すとともに、禁煙治療・支援ネットワークの形成過程の評価を行うことを目的とする。

(会員・組織)

**第3条**

1. ネットワークに次の役員を置く。
  - (1) 代表世話人 1名
  - (2) 世話人 若干名
2. 役員役割を以下に示す。
  - (1) 代表世話人は、ネットワークを代表し、会務を総理する。
  - (2) 世話人は、代表世話人を補佐し、代表世話人に事故あるときはその職務を代理する。
3. 本ネットワークの事務局を愛知県がんセンター研究所 疫学・予防部に置く。  
事務局は、本ネットワークの庶務等を行う。

(会員の役割)

**第4条** ネットワーク形成過程の評価

1. 薬局（OTC）に勤務する会員

- (1) 禁煙補助薬を購入する顧客に対し、禁煙指導及び禁煙補助薬の使用法の指導を実施する。
- (2) 禁煙補助薬の指導をした顧客に対し、説明文書を用いて初回指導後2, 4, 10, 14週後に電話調査する旨を伝え、同意を得る。
- (3) 同意を得た顧客に対し禁煙手帳（事務局より配布）の配布をし、次回来店時に提示するよう話す。
- (4) 顧客の喫煙状況を、電話調査し、調査票に記入し、OTC薬の使用後禁煙率を把握する。
- (5) 10週後の調査にて禁煙できていない患者に対しては、保険治療施設の紹介状（13、14）を郵送する。紹介状を送った旨と連番を調査票に記載する。

- (6) 保健所・歯科診療所より紹介され、禁煙サポートカード（事務局より配布）を持参した顧客に対し、薬剤指導を実施する。以下は OTC 薬購入顧客に順ずる。（禁煙サポートカードの連番）は調査票に記載する。

## 2. 病院・診療所に勤務する会員

- (1) 保険診療を同一のパスに沿った指導で実施する。
- (2) 院外処方箋薬局と患者用パスで連携し、薬剤使用のポイントを院外薬局の薬剤師に依頼する。患者用パスには連番をふる。
- (3) 連携した患者数の把握を行う。
- (4) 禁煙治療終了後から 3 ヶ月後、6 ヶ月後、12 ヶ月後の喫煙状況の評価を実施する。
- (5) 薬局、保健所、歯科診療所から紹介された患者に対し、粗品を進呈し保険診療を実施し、回収された保険治療施設の紹介状（13, 14, 32）をファイリングし、紹介数を把握する。

## 3. 歯科診療所に勤務する会員

- (1) 喫煙患者を同定し診療時に禁煙指導を実施する。指導は愛知県歯科医師会禁煙パンフレットを用いた指導とする。
- (2) 禁煙指導には原則として OTC 薬を用い、患者に禁煙サポートカード（事務局より配布）を発行し、連携薬局に OTC 薬の使用説明を依頼する。(A)
- (3) 禁煙サポートカードの連番と氏名、発効日を調査票に記載し保管する。（カードは薬局にて回収する。）
- (4) 指導をした利用者に対し、その後の喫煙状況を電話調査する旨を伝え、同意を得る。
- (5) 禁煙支援終了後の 2, 4, 12 週間後の喫煙状況を電話にて把握し、調査票に記入する。
- (6) 12 週間後に禁煙できていなかった利用者に対しては、保険治療施設の紹介状（32）を郵送する。(C)
- (7) 紹介状を送った旨と連番を調査票に記載する。

## 4. 薬局（調剤）に勤務する会員

- (1) 病院からクリニカルパスを持参した患者に対し、記入事項に基づいて薬剤指導を実施し、特記事項を記入した上、患者にクリニカルパスを返す。
- (2) 患者指導を行った旨を調査票に記入する。また紹介元の施設とパスNo.を調査票に控える。
- (3) 初回指導後 3 日目、2, 4, 12 週後に電話調査する旨を伝え、同意を得る。（□に✓する）

(4) 患者の喫煙状況を(3)のように調査し、調査票(41)に記入する。

6. 事務局は本ネットワークの形成過程の評価に必要な情報を会員から収集し、整理するものとする。
7. 代表世話人・世話人は、前項のデータにより評価を行い、その進捗状況・成果を本ネットワークの名において、厚生労働科学研究費補助金「たばこ対策による健康増進策の総合的な実施の支援かつ推進に関する研究」班等に報告するものとする。

(データ処理及び公表等)。

#### 第5条

1. 会員間でデータを移送する際は、個人識別情報を付与しない。
2. 個人識別情報付きの個人データは、会員個人の責任において適正に保管・処分する。
3. 会員が自らの施設で得られた個人データに基づき、これを集計、解析、公表することは自由である。ただし、公表に際して、その素原稿、抄録、公表先を事務局に報告するものとする。

(情報交換会)

#### 第6条

1. 情報交換会は、会員(代表世話人、世話人、会員)をもって構成し、年2回開催する。
2. 情報交換会は代表世話人が招集し、議長となって次の事項を審議する。
  1. 会則の制定及び改廃
  2. 事業計画における各部署の進捗状況報告
  3. 班会議報告
  4. 計画変更等
3. その他情報交換会において必要と認めた事項、情報交換会の議事は、出席者の過半数で決し、可否同数の場合は代表世話人の決するところによる。

(経費)

#### 第7条

本ネットワークの運営に必要な経費は、厚生労働科学研究費補助金「たばこ対策による健康増進策の総合的な実施の支援かつ推進に関する研究」(H19-がん臨床一般-010)(主任研究者 林 謙治)によって充当する。なお、会員が第4条の役割を超えてこれに関連した活動を行う際は、この限りではない。

(会計年度)

## 第 8 条

本ネットワークの会計年度は、毎年 4 月 1 日に始まり、翌年 3 月 31 日に終わるものとする。

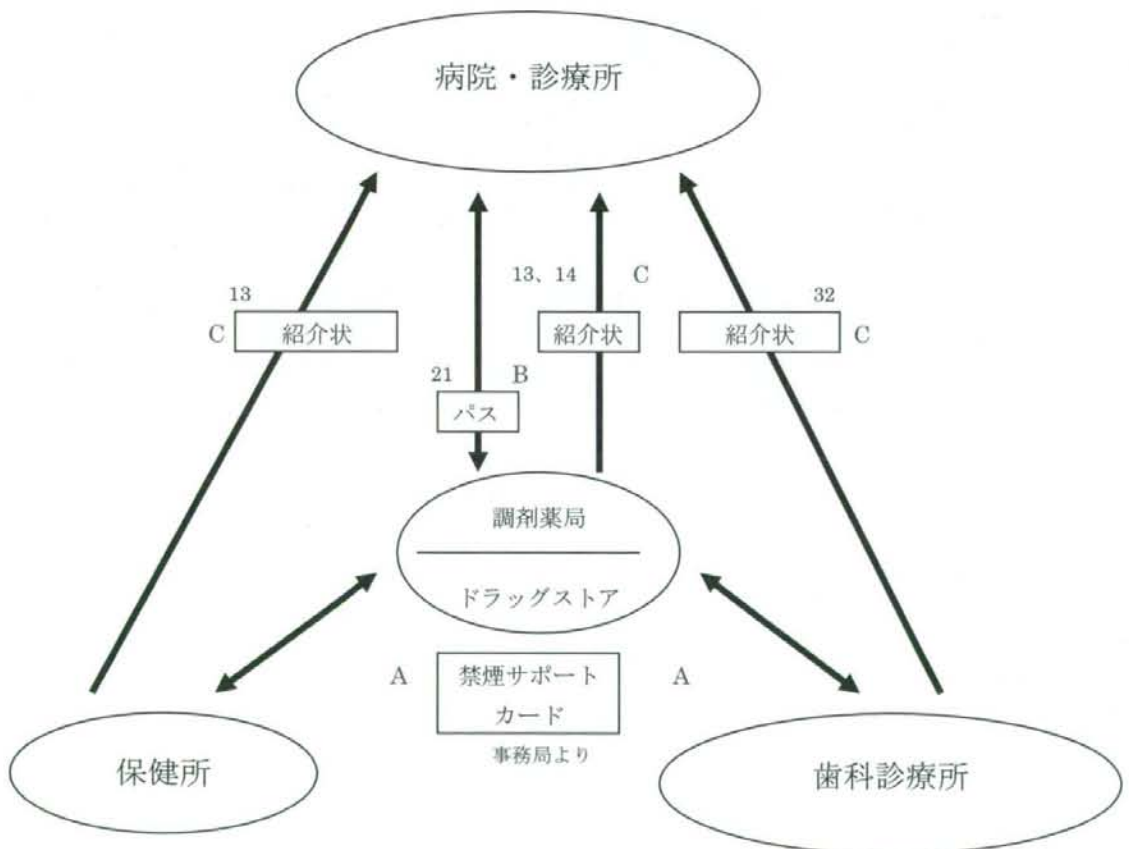
(実施期間)

## 第 9 条

本ネットワークは、平成 20 年 9 月 30 日から平成 22 年 3 月 31 日までの期間とする。その後継続した活動が必要な場合は、総会での決議のもとに実施する。

## 附則

1. この会則は、平成 20 年 9 月 30 日より試行する。



## 禁煙に役立つ！4匹のカエル

### 環境をカエル

▶▶▶ 再喫煙のきっかけとなる環境を改善する

- 喫茶店、パチンコ店、居酒屋など、タバコが吸いたくなる場所を避ける
- タバコを吸う人のそばに近づかない
- タバコを購入できる場所に近づかない
- 禁煙していることをまわりの人に告げる（机の上に禁煙中の立て札を置く、禁煙中のバッジをつけるなど）
- まわりの喫煙者に「タバコをすすめないで！」と頼む



### 行動パターンをカエル

▶▶▶ 喫煙と結びついた行動パターンを変える

- 朝起きてからすぐにタバコを吸っていた人は、洗顔、歯磨き、朝食など、朝の行動の順番を変える
- 昼食（外食）は、いつもと違う場所や店でとる
- 食事のあとは早めに席を立つ
- お酒やコーヒーをひかえる
- 働きすぎてストレスをためないように気をつける
- 夜ふかしをしないで早めに寝る



## ほかの行動に置きカエル ▶▶▶ タバコを吸う代わりにほかの行動をする

・タバコが吸いたいとき  
・イライラするとき  
・落ち着かないとき

深呼吸をする  
水やお茶を飲む  
氷のかけらを口に含む

・体がだるいとき  
・眠いとき

散歩や体操などの軽い運動をする  
シャワーをあびる

・口さみしいとき

氷のかけらを口に含む  
アメをなめたり、ガムをかむ

・手持ちぶさたのとき

部屋の掃除、ガーテニング、  
趣味などで手を動かす

・その他

音楽を聴く  
時計を見て、吸いたい気持ちが  
おさまるまで秒数を数える



## タバコのイメージをぬりカエル ▶▶▶ つくられたタバコのプラスイメージを転換する

・タバコはストレスを  
やわらげる

禁断症状が一瞬消えるだけ。吸い続けると  
ストレスはかえって強まる

・タバコを吸えるのは  
健康な証拠

原因と結果が逆。たとえ今は元気に  
みえても、いずれタバコの悪影響がでる

・タバコを吸っていると  
男(女)らしくみえる

広告やテレビ、映画などでつくりあげら  
れたイメージにまどわされてはダメ!

・食後の一服は至福の喜びだ

食事をとっている間にニコチン切れが  
ひどくなったから、おいしく感じるだけ





## 禁煙補助剤をご購入のお客様へ

平素より\_\_\_\_\_薬局をご愛顧いただき、誠にありがとうございます。

\_\_\_\_\_薬局も協力しております愛知県禁煙推進ネットワークでは、厚生労働科学研究費補助金「たばこ対策による健康増進策の総合的な実施の支援かつ推進に関する研究」(H19-がん臨床一般-010) (主任研究者 林 謙治)の一環として、禁煙補助剤をご購入されるお客様に、アンケートによる喫煙・禁煙状況の調査にご協力をお願いしております。

### 1. 調査の目的

2008年6月、ニコチンパッチは医師の処方を経ずに薬局で購入が可能となり、今後自力で禁煙を試みる方にとってより禁煙しやすい環境となりました。またニコチンパッチ使用の際の適切な禁煙支援・服薬指導は、禁煙成功の大きな鍵になると言われています。

本調査の目的は、薬局での禁煙指導とその後の喫煙状況を調査することにより、禁煙と禁煙補助剤の販売の実態を把握し、薬剤師が禁煙指導を行う上で、より効果的に禁煙を開始・継続できるよう、よりよい禁煙指導を行うことに役立て、地域での禁煙成功者の増加を目指しています。

なお、本調査は、厚生労働科学研究費補助金「たばこ対策による健康増進策の総合的な実施の支援かつ推進に関する研究」(H19-がん臨床一般-010) (主任研究者 林 謙治)の一環として実施しております。

### 2. 個人情報の利用について

本調査にあたり以下の利用目的および関係者による個人情報の利用に関して、ご了承いただきますようお願いいたします。以下の目的以外で皆様の個人情報を利用することはありません。またプライバシーの厳守については十分な注意を払い、漏洩などの危険防止に努めます。

#### 1) 情報の利用目的

ご記入いただいた調査内容は、禁煙指導を実施した上での薬局での禁煙補助剤販売の効果を検証するために使用させていただきます。

#### 2) 個人情報を利用させていただく関係者

- 本調査を依頼させていただいた薬剤師
- \_\_\_\_\_薬局の本調査関係者

#### 3) 第三者への情報の開示と提示について

本調査における皆様の個人情報は第三者には提供いたしません。



店舗名：\_\_\_\_\_

## 喫煙状況 調査票

お手数ですが、太枠内のみご記入願います。なお個人情報の利用に関しては、説明文書にて説明させていただきます。

記入日（初回購入日）		年 月 日	
氏名	様		
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
連絡のとれる電話番号（調査の際には、こちらにご連絡させていただきます。）		（ ）	
今までの喫煙状況	1日（ ）本（ ）年間喫煙		
最後にタバコを吸ったのは	年 月 日（ ）本		
禁煙できる自信は何%ありますか？	（ ）%		
禁煙経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 （ 継続期間： 年 ヶ月 日 ）		
今までの禁煙補助剤使用経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ニコチンガム・ニコチンパッチ・チャンピックス		

紹介元	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（施設名： _____ カード連番 _____）	
3日後、2・4・10・14週後の電話連絡について同意	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未実施	
販売した薬剤	<input type="checkbox"/> ニコレットガム（レギュラー・ミント・クールミント）（ _____ 個入り） <input type="checkbox"/> ニコレットパッチ（1・2・3）（ _____ 枚入り） <input type="checkbox"/> シガノン（CQ1・CQ2）（ _____ 枚入り） <input type="checkbox"/> ニコチネルパッチ（1・2）（ _____ 枚入り） <input type="checkbox"/> ニコチネルミントガム（ _____ 個入り）	
資料お渡し	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
薬剤説明	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施 （実施項目） <input type="checkbox"/> 解説書等を活用し、ご使用になれるかの確認 <input type="checkbox"/> 効能・効果（禁煙時のイライラ・集中困難・落ち着かない等の緩和） <input type="checkbox"/> 貼るだけでは禁煙出来ないことの確認 <input type="checkbox"/> 注意事項確認：用法（使用部位、1日1回1枚を起床時に貼り、寝る前にはがす） <input type="checkbox"/> 禁止事項確認：使用中または使用直後にタバコ・ニコチン製剤を併用できない	
（備考欄）		
	担当 薬剤師印	

店舗名：\_\_\_\_\_

お客様氏名：\_\_\_\_\_

## 《来局時 商品購入情報記入欄》

2回目	3回目	4回目	5回目	6回目
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> ニコレットガム	<input type="checkbox"/> ニコレットガム	<input type="checkbox"/> ニコレットガム	<input type="checkbox"/> ニコレットガム	<input type="checkbox"/> ニコレットガム
<input type="checkbox"/> ニコレットパッチ	<input type="checkbox"/> ニコレットパッチ	<input type="checkbox"/> ニコレットパッチ	<input type="checkbox"/> ニコレットパッチ	<input type="checkbox"/> ニコレットパッチ
<input type="checkbox"/> シガノン	<input type="checkbox"/> シガノン	<input type="checkbox"/> シガノン	<input type="checkbox"/> シガノン	<input type="checkbox"/> シガノン
<input type="checkbox"/> ニコチネルパッチ	<input type="checkbox"/> ニコチネルパッチ	<input type="checkbox"/> ニコチネルパッチ	<input type="checkbox"/> ニコチネルパッチ	<input type="checkbox"/> ニコチネルパッチ
<input type="checkbox"/> ニコチネルミントガム	<input type="checkbox"/> ニコチネルミントガム	<input type="checkbox"/> ニコチネルミントガム	<input type="checkbox"/> ニコチネルミントガム	<input type="checkbox"/> ニコチネルミントガム
(味・サイズ： )	(味・サイズ： )	(味・サイズ： )	(味・サイズ： )	(味・サイズ： )

## 《電話確認時 内容記入欄》

禁煙補助剤 使用開始日	年 月 日
-------------	-------

初回購入より3日後 ( 年 月 日 )	
最後にタバコを吸ったのはいつですか？	( )年( )月( )日( )本
この3日間(前回来局後)で毎日薬を使いましたか？	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々使ってない( )日
(できている方のみ)	
今後3ヶ月間禁煙できる自信は何%ありますか？	%
(薬を使わなかった方のみ) 薬をやめた理由はなんですか？	<input type="checkbox"/> 副作用( ) <input type="checkbox"/> 経済的理由 <input type="checkbox"/> 禁煙できなかったから(喫煙してしまった) <input type="checkbox"/> 禁煙できたから <input type="checkbox"/> その他( )
(相談された内容、アドバイスした内容)	担当 薬剤師印
初回購入より2週間後 ( 年 月 日 )	
最後にタバコを吸ったのはいつですか？	( )年( )月( )日( )本
前回電話してから毎日薬を使いましたか？	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々使ってない( )日
(できている方のみ)	
今後3ヶ月間禁煙できる自信は何%ありますか？	%
(薬を使わなかった方のみ) 薬をやめた理由はなんですか？	<input type="checkbox"/> 副作用( ) <input type="checkbox"/> 経済的理由 <input type="checkbox"/> 禁煙できなかったから(喫煙してしまった) <input type="checkbox"/> 禁煙できたから <input type="checkbox"/> その他( )
(相談された内容、アドバイスした内容)	担当 薬剤師印

お客様氏名：\_\_\_\_\_

店舗名：

初回購入より4週間後（ 年 月 日）	
最後にタバコを吸ったのはいつですか？	（ ）年（ ）月（ ）日（ ）本
前回電話してから毎日薬を使いましたか？	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々使ってない（ ）日
（できている方のみ） 今後2ヶ月間禁煙できる自信は何%ありますか？	%
（薬を使わなかった方のみ） 薬をやめた理由はなんですか？	<input type="checkbox"/> 副作用（ ） <input type="checkbox"/> 経済的理由 <input type="checkbox"/> 禁煙できなかったから（喫煙してしまった） <input type="checkbox"/> 禁煙できたから <input type="checkbox"/> その他（ ）
（失敗した方のみ） 病院では、保険を使った禁煙治療をしていますよ。飲み薬もありますから、是非受診してはいかがでしょうか？	<input type="checkbox"/> 伝えた <input type="checkbox"/> 伝えていない
（相談された内容、アドバイスした内容）	担当 薬剤師印
初回購入より10週間後（ 年 月 日）	
最後にタバコを吸ったのはいつですか？	（ ）年（ ）月（ ）日（ ）本
前回電話してから毎日薬を使いましたか？	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々使ってない（ ）日
（できている方のみ） 今後2ヶ月間禁煙できる自信は何%ありますか？	%
（薬を使わなかった方のみ） 薬をやめた理由はなんですか？	<input type="checkbox"/> 副作用（ ） <input type="checkbox"/> 経済的理由 <input type="checkbox"/> 禁煙できなかったから（喫煙してしまった） <input type="checkbox"/> 禁煙できたから <input type="checkbox"/> その他（ ）
（失敗した方のみ） 病院では、保険を使った禁煙治療をしていますよ。飲み薬もありますから、是非受診してはいかがでしょうか？ 紹介状を郵送しますので、ご覧になってください。	<input type="checkbox"/> 伝えた <input type="checkbox"/> 伝えていない （紹介施設： ） <input type="checkbox"/> 郵送した <input type="checkbox"/> 郵送していない （紹介状 No. ）
（相談された内容、アドバイスした内容）	担当 薬剤師印
（前回電話した際に禁煙に成功した方のみ）初回購入より14週間後（ 年 月 日）	
その後禁煙は続いていますか？ 喫煙した方は、どのような時にどれくらいですか？	<input type="checkbox"/> 続いている <input type="checkbox"/> たまたま吸ってしまう <input type="checkbox"/> 元に戻ってしまった （いつ： ， 本/日）
（再喫煙した方のみ）喫煙した理由は何ですか？	（ ）
（失敗した方のみ） 病院では、保険を使った禁煙治療をしていますよ。飲み薬もありますから、是非受診してはいかがでしょうか？	<input type="checkbox"/> 伝えた <input type="checkbox"/> 伝えていない
（プログラム終了後のお客様・薬剤師の感想）	担当 薬剤師印

# 薬局の禁煙補助薬で禁煙がうまくいかなかった方へ

## —連携病院への紹介状—

前回の電話調査にお答えいただき、ありがとうございました。禁煙がうまくいかなかったということでしたので、病院で行う保険を使った禁煙治療を紹介させていただきます。

禁煙がうまくいかず自信をなくされたかもしれませんが、保険を使った禁煙治療は成功確立も高く、薬局の薬で禁煙がうまくいかなかった場合でも禁煙できる可能性は高くあります。

禁煙治療は健康保険が適応され、飲み薬等も用いてラクに確実に禁煙することができるようになりました。

禁煙治療は、医師と看護師による重複した指導が効果的と言われています。以下の4施設は、医師と看護師から細やかな指導を受けることができる連携病院となっています。

以下の4施設に、この紙を持ってきていただければ、禁煙に役立つステキな小物をプレゼントします。

- ・ 国立病院機構名古屋医療センター  
名古屋市中区三の丸 4-1-1      052-951-1111 (3137)
- ・ 愛知県がんセンター 中央病院  
名古屋市中区千種区鹿子殿 1-1      052-764-9832 (直通)
- ・ 社会保険 中京病院  
名古屋市中区南区三条 1-1-10      052-691-7151
- ・ 名古屋掖済会病院  
名古屋市中川区松年町 4-66      052-652-7711

No.

氏名

紹介施設名

紹介日

病院記入：来院日

## その他の禁煙治療施設

医療機関名称	医療機関所在地	電話番号
〇〇〇〇〇クリニック	名古屋市千種区	052-xxx-xxxx
〇〇〇〇〇クリニック	名古屋市千種区	052-xxx-xxxx
〇〇〇 〇〇〇内科	名古屋市千種区	052-xxx-xxxx
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>愛知社会保険事務局より 開示請求により入手</p> <p>2008年5月28日 114 施設入手分 日本禁煙学会HPより</p> </div>	名古屋市千種区	
	名古屋市千種区	
	名古屋市千種区	
	名古屋市千種区	
	名古屋市千種区	
	名古屋市千種区	
	名古屋市千種区	
	名古屋市千種区	
	名古屋市千種区	
	名古屋市東区	
	名古屋市東区	
	名古屋市東区	
	名古屋市東区	
	名古屋市東区	
	名古屋市北区	
	名古屋市北区	
名古屋市西区		
名古屋市西区		
名古屋市西区		
名古屋市中村区		
名古屋市中村区		
名古屋市中村区		
名古屋市中村区		
名古屋市中村区		
名古屋市中村区		
名古屋市中村区		



	名古屋市中川区	
	名古屋市中川区	
	名古屋市中川区	
	名古屋市中川区	
	名古屋市中川区	
	名古屋市中川区	
	名古屋市中川区	
	名古屋市中川区	
	名古屋市中川区	
	名古屋市港区	
	名古屋市港区	
	名古屋市南区	
	名古屋市南区	
	名古屋市南区	
	名古屋市南区	
	名古屋市南区	
	名古屋市南区	
	名古屋市守山区	
	名古屋市守山区	
	名古屋市守山区	
	名古屋市守山区	
	名古屋市緑区	
	名古屋市緑区	
	名古屋市緑区	
	名古屋市緑区	
	名古屋市緑区	
	名古屋市緑区	
	名古屋市緑区	
	名古屋市緑区	
	名古屋市緑区	
	名古屋市緑区	
	名古屋市緑区	
	名古屋市緑区	
	名古屋市緑区	
	名古屋市名東区	

	名古屋市名東区	
	名古屋市名東区	
	名古屋市名東区	
	名古屋市名東区	
	名古屋市名東区	
	名古屋市名東区	
	名古屋市天白区	
	名古屋市天白区	
	名古屋市天白区	
	名古屋市天白区	
	名古屋市天白区	
	名古屋市天白区	
	名古屋市天白区	
	名古屋市天白区	
	名古屋市天白区	

愛知社会保険事務局より開示請求により入手 2008年5月28日入手分  
日本禁煙学会HPより



# 禁煙治療の保険診療を受けられる患者様へ

院外薬局様へ

バスに記載してある医師の指示通りにお薬の説明をお願いします。  
説明内容を記載の上患者様へ持たせてください。

病院名 患者氏名 薬局名

バス№

禁煙治療の保険診療は、以下の表のように実施されます。場合によっては内容を変更することがあります。  
※飲み薬やチャンピックスを使う方は、初回から6週間後と10週間後にお薬だけを取りのきで

	初回	2回目 初回から2週間後	3回目 初回から4週間後	4回目 初回から8週間後	5回目 初回から12週間後
あなたの 目標！	<ul style="list-style-type: none"> <li>保険診療の流れを理解しましょう！</li> <li>離脱症状を理解し、対処法を身につけましょう！</li> <li>禁煙開始日を決定しましょう！</li> <li>問診・心の状況チェックをします。</li> <li>体重測定をします。</li> <li>尿検査をします。</li> <li>吐く息の一酸化炭素の検査をします。</li> <li>禁煙の必要性を説明します。</li> <li>禁煙開始日を決め、禁煙宣言書を記入します。</li> <li>検査結果の説明をします。</li> <li>あなたの禁煙のやる気をお話してもらいます。</li> <li>欲しい気持ちがあった時の対処方法を話し合います。</li> <li>禁煙できる自信について話し合います。</li> <li>禁煙手帳の記載の仕方を説明します。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>禁煙開始後の問題点の把握と対処法を考えましょう！</li> <li>禁煙継続の自信を50%以上に保ちましょう！</li> <li>心の状況チェックをします。</li> <li>体重測定をします。</li> <li>尿検査・吐く息の検査をします。</li> <li>禁煙開始後の問題点を話し合います。</li> <li>お薬の使用状況について確認します。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>禁煙の効果を実感し言葉にだすことができます！</li> <li>禁煙継続の自信を60%以上に保ちましょう！</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>禁煙の効果を実感し言葉にだすことができます！</li> <li>禁煙継続の自信を70%以上に保ちましょう！</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>禁煙継続の自信を80%以上に保ちましょう！</li> </ul>
問診 検査	<ul style="list-style-type: none"> <li>問診・心の状況チェックをします。</li> <li>体重測定をします。</li> <li>尿検査をします。</li> <li>吐く息の一酸化炭素の検査をします。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>尿検査・吐く息の検査をします。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>尿検査・吐く息の検査をします。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>尿検査・吐く息の検査をします。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>尿検査・吐く息の検査をします。</li> </ul>
医師の 治療	<ul style="list-style-type: none"> <li>禁煙開始後の問題点を話し合います。</li> <li>お薬の使用状況について確認します。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>禁煙開始後の問題点を話し合います。</li> <li>お薬の使用状況について確認します。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>禁煙開始後の問題点を話し合います。</li> <li>お薬の使用状況について確認します。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>禁煙開始後の問題点を話し合います。</li> <li>お薬の使用状況について確認します。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>禁煙開始後の問題点を話し合います。</li> <li>お薬の使用状況について確認します。</li> </ul>
看護師 の指導	<ul style="list-style-type: none"> <li>離脱症状の乗り換え方について振り返りを行います。</li> <li>禁煙開始後の問題点について解決策を考えます。</li> <li>禁煙のやる気と自信について話し合います。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>離脱症状の乗り換え方について振り返りを行います。</li> <li>禁煙開始後の問題点について解決策を考えます。</li> <li>禁煙のやる気と自信について話し合います。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>離脱症状の乗り換え方について振り返りを行います。</li> <li>禁煙開始後の問題点について解決策を考えます。</li> <li>禁煙のやる気と自信について話し合います。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>離脱症状の乗り換え方について振り返りを行います。</li> <li>禁煙開始後の問題点について解決策を考えます。</li> <li>禁煙のやる気と自信について話し合います。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>離脱症状の乗り換え方について振り返りを行います。</li> <li>禁煙開始後の問題点について解決策を考えます。</li> <li>禁煙のやる気と自信について話し合います。</li> </ul>
薬剤師の 指導	<ul style="list-style-type: none"> <li>お薬の使い方の説明をします。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>お薬の使い方と一言指導を行います。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>お薬の使い方と一言指導を行います。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>お薬の使い方と一言指導を行います。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>お薬の使い方と一言指導を行います。</li> </ul>
医師より	<p>患者様の処方は</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> チャンピックス (90錠・0.5mg・1錠)</li> <li><input type="checkbox"/> ニコチンパッチ (30・20・10)</li> </ul> <p>処方説明は</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 通常通りをお願いします。</li> <li><input type="checkbox"/> ( ) のため ( ) という指導をお願いします。</li> <li><input type="checkbox"/> 指導はこちらでしました。</li> </ul>	<p>こちらの欄は、医師・看護師・薬剤師が記載をします。必ず、診療後にこのシートを調剤薬局にお見せください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 通常通り指導をお願いします</li> <li><input type="checkbox"/> 特記事項あり</li> </ul>	<p>こちらの欄は、医師・看護師・薬剤師が記載をします。必ず、診療後にこのシートを調剤薬局にお見せください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 通常通り指導をお願いします</li> <li><input type="checkbox"/> 特記事項あり</li> </ul>	<p>こちらの欄は、医師・看護師・薬剤師が記載をします。必ず、診療後にこのシートを調剤薬局にお見せください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 通常通り指導をお願いします</li> <li><input type="checkbox"/> 特記事項あり</li> </ul>	<p>こちらの欄は、医師・看護師・薬剤師が記載をします。必ず、診療後にこのシートを調剤薬局にお見せください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 通常通り指導をお願いします</li> <li><input type="checkbox"/> 特記事項あり</li> </ul>
看護師 より	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 通常通り指導をお願いします</li> <li><input type="checkbox"/> 特記事項あり</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 通常通り指導をお願いします</li> <li><input type="checkbox"/> 特記事項あり</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 通常通り指導をお願いします</li> <li><input type="checkbox"/> 特記事項あり</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 通常通り指導をお願いします</li> <li><input type="checkbox"/> 特記事項あり</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 通常通り指導をお願いします</li> <li><input type="checkbox"/> 特記事項あり</li> </ul>
薬剤師 より	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 通常通り指導をお願いします</li> <li><input type="checkbox"/> 特記事項あり</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 通常通り指導をお願いします</li> <li><input type="checkbox"/> 特記事項あり</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 通常通り指導をお願いします</li> <li><input type="checkbox"/> 特記事項あり</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 通常通り指導をお願いします</li> <li><input type="checkbox"/> 特記事項あり</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 通常通り指導をお願いします</li> <li><input type="checkbox"/> 特記事項あり</li> </ul>

## 調査票（調剤薬局用）

患者氏名	パス№	来店日				薬剤指導	担当者
						<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない	
同意							
<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない							

2週間後（ 年 月 日）

最後にタバコを吸ったのはいつですか？	（ ）年（ ）月（ ）日（ ）本		
この1週間で禁煙補助薬を何日使いましたか？	日		
（できている方のみ）			
今後3ヶ月間禁煙できる自信は何%ありますか？	%		
（失敗した方のみ）			
失敗したときこそ禁煙外来です。是非次に行って禁煙について話し合ってください。	<input type="checkbox"/> 伝えた	<input type="checkbox"/> 伝えていない	担当者

4週間後（ 年 月 日）

最後にタバコを吸ったのはいつですか？	（ ）年（ ）月（ ）日（ ）本		
この1週間で何日薬を使いましたか？	日		
（できている方のみ）			
今後3ヶ月間禁煙できる自信は何%ありますか？	%		
（失敗した方のみ）			
失敗したときこそ禁煙外来です。是非次に行って禁煙について話し合ってください。	<input type="checkbox"/> 伝えた	<input type="checkbox"/> 伝えていない	担当者

12週間後（ 年 月 日）

最後にタバコを吸ったのはいつですか？	（ ）年（ ）月（ ）日（ ）本		
この1週間で何日薬を使いましたか？	日		
（できている方のみ）			
今後3ヶ月間禁煙できる自信は何%ありますか？	%		
（失敗した方のみ）			
失敗したときこそ禁煙外来です。是非次に行って禁煙について話し合ってください。	<input type="checkbox"/> 伝えた	<input type="checkbox"/> 伝えていない	担当者



様



## 禁煙外来を受診された患者様へ

禁煙外来終了後、いかがお過ごしでしょうか？ \_\_\_\_\_ 禁煙外来では、禁煙外来を終了された患者様に、その後の喫煙状況の確認調査を行っております。今回は、(3ヵ月後・6ヵ月後・12ヵ月後)の調査です。

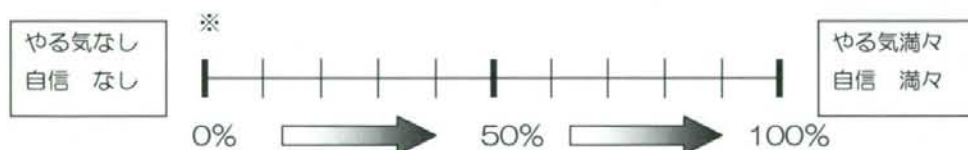
お忙しい中、お手数をお掛けいたしますが、以下をご記入いただき、付属の封筒にてご返信をお願い致します。

禁煙外来スタッフ一同

以下の質問にありのままをお答えください。

- 1) 今日の日付は ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 ( ) 曜日  
 2) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日にあなたが禁煙外来を終了した日から今日までに 1 本でもタバコを吸いましたか？当てはまる数字に○をおつけください。

- (1) はい (2) いいえ → ※ ・今後、禁煙を続けていこうという気持ちは ( ) %  
 ・今後3ヶ月間禁煙できる自信は、( ) %



- 3) 2) で「はい」と答えた方にお伺いします。

・あなたが禁煙外来終了後にはじめてタバコを吸ったのはいつごろですか？

( ) 年 ( ) 月 ( ) 日ごろ

・この1週間に1本以上タバコを吸いましたか？

(1) はい (1日 本) (2) いいえ

※ 禁煙しよう！という気持ちは、( ) % 禁煙開始できる自信は ( ) %

- 4) 全員にお伺いします。禁煙外来終了後、禁煙補助剤(チャンピックス、ニコチンパッチ、ニコチンガムなど)を1度でも使用しましたか？

(1) はい (2) いいえ

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> チャンピックス         | <input type="checkbox"/> ニコレットパッチ(1・2・3) |
| <input type="checkbox"/> ニコチネルパッチ(20・10) | <input type="checkbox"/> ニコレット(ガム)       |
| <input type="checkbox"/> シガノン(CQ14 CQ7)  |  |

ご協力ありがとうございました。この確認調査に対し、お問い合わせ等ございます方は、お手数ですが \_\_\_\_\_ までご連絡ください。

## 調査票(歯科)

発効日 年 月 日

患者氏名				
生年月日	M・T・S・H	年	月	日 ( 歳)
性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女		
既往歴				
現病歴				
現在歯数	( ) 歯			
歯周病所見				
歯肉の メラニン色素沈着	有 ・ 無			
歯周炎	軽度 ・ 中等度 ・ 重度			
喫煙指数	一日 ( ) 本 × ( ) 年間 =			
関心度	<input type="checkbox"/> 無関心期	<input type="checkbox"/> 関心期		
	<input type="checkbox"/> 準備期	<input type="checkbox"/> 実行期		
来院日				
禁煙パンフレットに 沿った指導	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施			
禁煙サポートカードNo.				
介入後調査同意	<input type="checkbox"/> 同意あり <input type="checkbox"/> 同意なし			
	同意日	年	月	日 担当者
備考				

担当者