

表3. OTC禁煙補助薬使用者と保険を使った禁煙治療受診者との比較

		OTC(n=80)	禁煙治療(n=373)	p値
性別	男	64(80%)	266(71%)	0.11
	女	16(20%)	107(29%)	
年齢	40歳未満	39(49%)	60(16%)	0.00
	40歳以上	41(51%)	313(84%)	
ブリンクマン指数	800未満	61(86%)	184(51%)	0.00
	800以上	9(14%)	178(49%)	
禁煙達成の自信	50%未満	21(28%)	67(20%)	0.11
	50%以上	54(72%)	273(80%)	
禁煙経験	なし	29(36%)	134(36%)	0.96
	あり	51(64%)	239(64%)	
介入した全体の初回介入から4週後の禁煙率		18/80(23%)	207/373(56%)	0.00
最後の介入時の禁煙率(OTC14週、治療12週)		10/80(13%)	140/373(38%)	0.00

F. 引用文献

1) 五島雄一郎 他. 臨床医薬, 10(8):1801-1830.1994.
 2) Fiore M, Jaen CR, Baker TB, et al. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. AM J Prev Med. 35(2):158-76, 2008.
 3) Stesd LF, Perera R, Bullen C, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2008;23(1):CD000146.

G. 研究発表

1. 論文発表

Shitara K, Matsuo K, Tanaka H et al. Heavy smoking history interacts with chemoradiotherapy for esophageal cancer prognosis: a retrospective study. Cancer Sci. 2009; in press.
 Hanioka T, Ojima M, Tanaka H, et al. Intensive Smoking-cessation Intervention in the Dental Setting. Journal of De-

ntal Research. 2010; 89(1):66-70.
 Tamura U, Tanaka T, Tanaka H, et al. Changes in weight, cardiovascular risk factors and estimated risk for coronary heart disease following smoking cessation in Japanese male workers: HIPOP-OHP Study. Journal of Atherosclerosis and Thrombosis. 2010; 17(1):12-20.
 田中政宏, 田中英夫, 谷内佳代, 他. がん専門病院における禁煙支援クリニックの実施. 厚生指標. 2009; 56(15):13-19.
 田中政宏, 谷中佳代, 田中英夫, 他. 医療機関職員の喫煙状況調査 全国がんセンターモデル調査. 公衆衛生. 2009; 73:154-158.
 田中英夫. 禁煙治療・指導. 治療学. 2009; 149(2):115-118.
 田中英夫. 禁煙ポケット手帳, 法研; 東京, 2008.
 田中英夫. タバコによる健康被害と禁煙成功のコツ, (社)日本家族計画協会; 東京, 2008.
 田中英夫(編). 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。谷口千枝,
看護の科学社；東京, 2009.

2. 学会発表

Tanaka H, Miyamatsu A, Amagai K, et al.
1. : Implementation of tobacco control
planning for 30 cancer hospitals desig-
nated by the Japanese Ministry of Heal-
th, Labour and Welfare. UICC World Can-
cer Congress 2008. Geneva. 2008.8.27

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. 役員の役割を以下に示す。
 - (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（調剤）に勤務する会員
 - 1) 病院からクリニカルパス（資料9-6）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。[C]
 - 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。（資料9-7）
 - 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) 患者の喫煙状況を電話調査し、調査票（資料9-7）に記入する。
2. 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。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ガイド（資料9-11）を発行し、連携薬局にOTC薬の使用説明を依頼する。[B]
 - 2) 禁煙サポートガイドの連番と氏名、発効日を調査票（資料9-8）に記載し保管する。（カードは薬局にて回収する。）
 - 3) 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。

- 4) 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。(資料9-8)
- 5) 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(資料9-5)を郵送する。[D]
- 6) 紹介状を送った旨と連番を調査票(資料9-8)に記載する。

3. 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(資料9-6)で連携し[C]、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ヵ月後、6ヵ月後、12ヵ月後の喫煙状況の評価を実施する。(資料9-9)
- 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(資料9-5)をファイリングし、紹介数を把握する。[A][D]

4. 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。
5. 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られた事項、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。

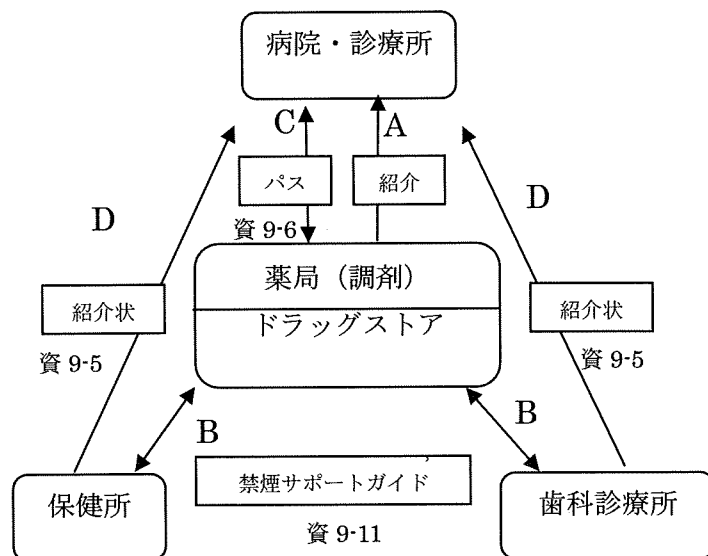
(実施期間)

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。

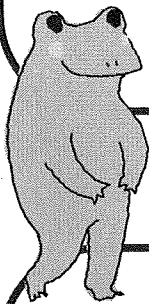


禁煙に役立つ！4匹のカエル

環境をカエル ▶▶▶

再喫煙のきっかけとなる環境を改善する

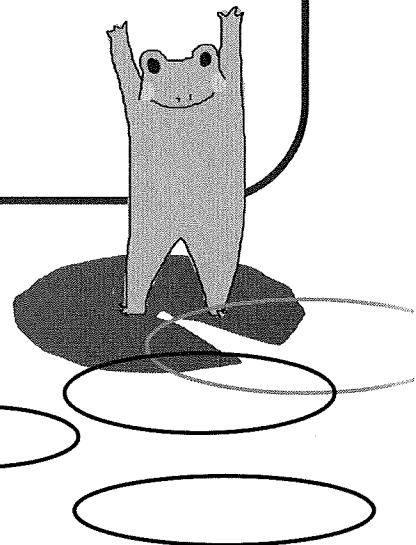
- 喫茶店、パチンコ店、居酒屋など、タバコが吸いたくなる場所を避ける
- タバコを吸う人のそばに近づかない
- タバコを購入できる場所に近づかない
- 禁煙していることをまわりの人に告げる（机の上に禁煙中の立て札を置く、禁煙中のバッジをつけるなど）
- まわりの喫煙者に「タバコをすすめないで！」と頼む



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

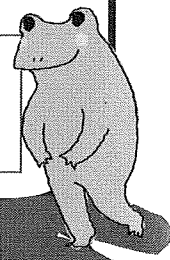
氷のかけらを口に含む
アメをなめたり、ガムをかむ

- ・手持ちぶさたのとき

部屋の掃除、ガーデニング、
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

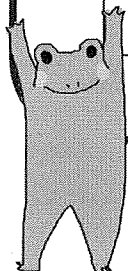
原因と結果が逆。たとえ今は元気にみえても、いずれタバコの悪影響がでる

- ・タバコを吸っていると男(女)らしくみえる

広告やテレビ、映画などで作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。

調査票 (OTC)

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 カ月 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9-9-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

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"/> ニコレットパッチ <input type="checkbox"/> シガノン <input type="checkbox"/> ニコチネルパッチ <input type="checkbox"/> ニコチネルミントガム (味・サイズ：)	<input type="checkbox"/> ニコレットガム <input type="checkbox"/> ニコレットパッチ <input type="checkbox"/> シガノン <input type="checkbox"/> ニコチネルパッチ <input type="checkbox"/> ニコチネルミントガム (味・サイズ：)	<input type="checkbox"/> ニコレットガム <input type="checkbox"/> ニコレットパッチ <input type="checkbox"/> シガノン <input type="checkbox"/> ニコチネルパッチ <input type="checkbox"/> ニコチネルミントガム (味・サイズ：)	<input type="checkbox"/> ニコレットガム <input type="checkbox"/> ニコレットパッチ <input type="checkbox"/> シガノン <input type="checkbox"/> ニコチネルパッチ <input type="checkbox"/> ニコチネルミントガム (味・サイズ：)	<input type="checkbox"/> ニコレットガム <input type="checkbox"/> ニコレットパッチ <input type="checkbox"/> シガノン <input type="checkbox"/> ニコチネルパッチ <input type="checkbox"/> ニコチネルミントガム (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？ (できている方のみ)	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々使ってない()日
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？ (できている方のみ)	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々使ってない()日
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

資料9-4

お客様氏名： _____

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すか？	<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すか？ <u>紹介状を郵送しますので、ご覧になってください。</u>	<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すか？	<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率も高く、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	
光が丘内科クリニック	名古屋市千種区	052-725-3337
佐橋内科クリニック	名古屋市千種区	052-719-3311
医療法人順秀会 星ヶ丘内科	名古屋市千種区	052-788-2222
名古屋市立東市民病院	名古屋市千種区	052-721-7171
大石ファミリークリニック	名古屋市千種区	052-722-1133
医療法人順秀会 東山内科	名古屋市千種区	052-781-1235
井上内科クリニック	名古屋市千種区	052-764-5516
社団法人オリエントラ労働衛生協会 メディカルクリニック	名古屋市千種区	052-732-2200
吉田クリニック	名古屋市千種区	052-745-5666
小林整形外科	名古屋市千種区	052-733-5200
内科・循環器科あおやまクリニック	名古屋市千種区	052-732-0020
児玉循環器クリニック	名古屋市千種区	052-732-4500
すぎやま内科	名古屋市千種区	052-763-8085
桜通クリニック	名古屋市東区	052-930-1170
出来町クリニック	名古屋市東区	052-933-2335
平樹クリニック	名古屋市東区	052-723-8008
末次クリニック	名古屋市東区	052-979-7700
MIWA内科胃腸科CLINIC葵	名古屋市東区	052-933-1177
北医療生活協同組合北病院	名古屋市北区	052-915-2301
北医療生活協同組合 あじま診療所	名古屋市北区	052-901-3011
水野ハートクリニック	名古屋市西区	052-523-8101
川津呼吸器・内科	名古屋市西区	052-528-1077
松葉内科	名古屋市西区	052-529-2211
名古屋循環器科・内科	名古屋市中村区	052-533-1441
水谷内科小児科	名古屋市中村区	052-451-6580
医療法人誠厚会 名駅前診療所保健医療センター	名古屋市中村区	052-581-8406
医療法人吉川内科小児科	名古屋市中村区	052-461-7791
名古屋セントラル病院	名古屋市中村区	052-452-3165
太田なごやかクリニック	名古屋市中村区	052-413-8008

資料9-5

医療法人松柏会 国際セントラルクリニック	名古屋市中村区	052-561-0633
名古屋市立西部医療センター城西病院	名古屋市中村区	052-461-7111
医療法人 細川外科クリニック	名古屋市中村区	052-481-9921
名古屋国税局診療所	名古屋市中区	052-951-3511
愛知三の丸病院	名古屋市中区	052-961-7011
医療法人財団健和会マリクリニック	名古屋市中区	052-954-8001
亀井内科呼吸器科	名古屋市中区	052-951-2577
医療法人 山川内科	名古屋市中区	052-951-1211
医療法人名古屋東栄クリニック	名古屋市中区	052-201-1111
医療法人順秀会 スカイル内科	名古屋市中区	052-241-5305
アスタークリニック	名古屋市中区	052-261-7766
医療法人社団織田会 あきしまクリニック	名古屋市中区	052-243-1024
上前津メディカルクリニック	名古屋市中区	052-323-1700
医療法人神谷メディカルクリニック	名古屋市中区	052-331-1801
警察共済組合 愛知県支部診療所	名古屋市中区	052-951-1611
こばやし整形外科	名古屋市中区	052-262-4555
NTT西日本東海病院	名古屋市中区	052-291-6391
医療法人斯文会 岡田内科	名古屋市中区	052-321-7071
国家公務員共済組合連合会 名城病院	名古屋市中区	052-201-5311
木村クリニック	名古屋市中区	052-332-0011
松浦内科クリニック	名古屋市昭和区	052-861-3511
小早川医院	名古屋市昭和区	052-752-0800
メドック健康クリニック	名古屋市昭和区	052-752-1125
ATグループ診療所	名古屋市昭和区	052-871-1718
名古屋市立大学病院	名古屋市瑞穂区	052-851-5511
医療法人聖光会 田中内科皮膚科医院	名古屋市瑞穂区	052-853-1252
久米クリニック	名古屋市瑞穂区	052-831-9970
こじま内科小児科クリニック	名古屋市瑞穂区	052-841-9815
かわぐちクリニック	名古屋市瑞穂区	052-837-2811
雲雀ヶ丘クリニック	名古屋市瑞穂区	052-836-2323
熊沢医院	名古屋市熱田区	052-671-1480
みなと医療生活協同組合協立総合病院	名古屋市熱田区	052-654-2211
なかやまクリニック	名古屋市熱田区	052-618-6222
加藤クリニック	名古屋市中川区	052-362-7001

資料9-5

はやせ希望クリニック	名古屋市中川区	052-355-3533
うえむら整形外科	名古屋市中川区	052-361-5030
太田内科クリニック	名古屋市中川区	052-362-1771
名古屋共立クリニック	名古屋市中川区	052-353-9100
曾我内科クリニック	名古屋市中川区	052-431-6147
永田内科クリニック	名古屋市中川区	052-439-2112
藤田保健衛生大学 坂文種報徳會病院	名古屋市中川区	052-321-8171
名古屋掖済会病院	名古屋市中川区	052-652-7711
山王クリニック	名古屋市中川区	052-322-4777
医療法人良仁会 増森クリニック	名古屋市中川区	052-302-8787
松本ファミリークリニック	名古屋市中川区	052-737-5381
医療法人圭翔会 永井内科医院	名古屋市港区	052-653-7546
中川胃腸科外科	名古屋市港区	052-302-2212
総合病院南生協病院	名古屋市南区	052-611-6111
南医療生活協同組合 たから診療所	名古屋市南区	052-611-1880
医療法人山和会 山口病院	名古屋市南区	052-611-6561
だいどうクリニック	名古屋市南区	052-611-6262
社会保険中京病院	名古屋市南区	052-691-7151
いまい内科クリニック	名古屋市南区	052-693-2011
黒木内科クリニック	名古屋市守山区	052-736-5010
生協もりやま診療所	名古屋市守山区	052-795-5885
たけうちクリニック	名古屋市守山区	052-772-2020
おがわ内科クリニック	名古屋市守山区	052-791-2255
医療法人 田中胃腸科内科	名古屋市緑区	052-892-5155
医療法人 平松内科クリニック	名古屋市緑区	052-878-1230
篠の風クリニック	名古屋市緑区	052-879-3330
なるこ田中医院	名古屋市緑区	052-895-2757
医療法人清水会 相生山病院	名古屋市緑区	052-878-3711
広瀬内科クリニック	名古屋市緑区	052-629-0770
有松診療所	名古屋市緑区	052-625-5358
おけはざまクリニック	名古屋市緑区	052-629-2300
しもざとクリニック	名古屋市緑区	052-891-5111
阿部医院	名古屋市緑区	052-895-7345
ひらおクリニック	名古屋市緑区	052-879-1581

資料9-5

竹内クリニック	名古屋市緑区	052-875-0122
竹内内科	名古屋市名東区	052-771-6021
高針クリニック	名古屋市名東区	052-703-7070
医療法人香徳会 メイトウホスピタル	名古屋市名東区	052-701-7000
医療法人愛希会 前田医院	名古屋市名東区	052-703-3000
はせがわクリニック	名古屋市名東区	052-702-1088
医療法人桂名会 木村病院	名古屋市名東区	052-701-1118
みうら内科クリニック	名古屋市名東区	052-703-8817
小林クリニック	名古屋市天白区	052-806-7700
平針原クリニック	名古屋市天白区	052-804-0311
医療法人泰友会 天白橋クリニック	名古屋市天白区	052-808-7201
サクラクリニック	名古屋市天白区	052-801-3931
ごとう内科クリニック	名古屋市天白区	052-893-0510
おときき山泌尿器皮膚科	名古屋市天白区	052-834-7002
表山クリニック	名古屋市天白区	052-835-0281
あだちクリニック	名古屋市天白区	052-831-9762

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

パ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に持たせてください。

パスNo.

病院名

薬局名

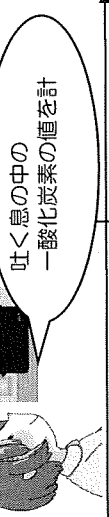
患者氏名

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。

※飲み薬チャンピックスを使う方は、初回から6週後と10週後にお薬だけを取りにきていただきます。

	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"> 保険診療の流れを理解しましょう！ 離脱症状を理解し、対処法を身につけましょう！ 禁煙開始日を設定しましょう！ 問診・心の状況チェックをします。 体重測定をします。 尿検査をします。 吐く息の一酸化炭素の検査をします。 保険診療の流れを説明します。 禁煙の必要性を説明します。 禁煙開始日を決め、禁煙宣言書を書き入れます。 検査結果の説明をします。 あなたに合ったお薬の処方をお願いします。 吸いたい気持ちなどがでたときの対処方法を話し合います。 禁煙できる自信について話し合います。 禁煙手帳の記載の仕方を説明します。 	<ul style="list-style-type: none"> 禁煙開始後の問題点の把握と対処法を考えましょう！ 禁煙継続の自信を50%以上に保ちましょう！ 心の状況チェックをします。 体重測定をします。 尿検査・吐く息の検査をします。 禁煙開始後の問題点を話し合います。 お薬の使用状況について確認します。 	<ul style="list-style-type: none"> 禁煙の効果を実感し言葉にだすことができる！ 禁煙継続の自信を60%以上に保ちましょう！ 	<ul style="list-style-type: none"> 禁煙の効果を実感し言葉にだすことができる！ 禁煙継続の自信を70%以上に保ちましょう！ 	<ul style="list-style-type: none"> 禁煙継続の自信を80%以上に保ちましょう！
問診検査	<ul style="list-style-type: none"> 問診・心の状況チェックをします。 体重測定をします。 尿検査をします。 吐く息の一酸化炭素の検査をします。 	<ul style="list-style-type: none"> 心の状況チェックをします。 体重測定をします。 尿検査・吐く息の検査をします。 			<ul style="list-style-type: none"> 毎回同じことをします
医師の治療	<ul style="list-style-type: none"> 保険診療の流れを説明します。 禁煙の必要性を説明します。 禁煙開始日を決め、禁煙宣言書を書き入れます。 検査結果の説明をします。 あなたに合ったお薬の処方をお願いします。 吸いたい気持ちなどがでたときの対処方法を話し合います。 禁煙できる自信について話し合います。 禁煙手帳の記載の仕方を説明します。 	<ul style="list-style-type: none"> 禁煙開始後の問題点を話し合います。 お薬の使用状況について確認します。 	<ul style="list-style-type: none"> 禁煙の効果を実感し言葉にだすことができる！ 禁煙継続の自信を60%以上に保ちましょう！ 	<ul style="list-style-type: none"> 禁煙の効果を実感し言葉にだすことができる！ 禁煙継続の自信を70%以上に保ちましょう！ 	<ul style="list-style-type: none"> 毎回同じことをします
看護師の指導	<ul style="list-style-type: none"> 離脱症状の乗り換え方について振り返りを行います。 禁煙開始後の問題点について解決策を考えます。 禁煙のやる気と自信について話し合います。 	<ul style="list-style-type: none"> 離脱症状の乗り換え方について振り返りを行います。 禁煙開始後の問題点について解決策を考えます。 禁煙の効果と話し合います。 	<ul style="list-style-type: none"> 禁煙開始後の問題点について解決策を考えます。 5回目に向けての心構えについて話し合います。 タバコに対する考え方を見直します。 必要時、体重コントロールについて話し合います。 	<ul style="list-style-type: none"> 禁煙開始後の問題点について解決策を考えます。 5回目に向けての心構えについて話し合います。 タバコに対する考え方を見直します。 必要時、体重コントロールについて話し合います。 	<ul style="list-style-type: none"> 毎回同じことをします
薬剤師の指導	<ul style="list-style-type: none"> お薬の使い方の説明をします。 	<ul style="list-style-type: none"> お薬の使い方と一言指導を行います。 			<ul style="list-style-type: none"> 毎回同じことをします
医師より	<p>患者様の処方</p> <ul style="list-style-type: none"> チャンピックス (カト・0.5mg・1mg) ニコチンパッチ (30・20・10) <p>処方の説明は</p> <ul style="list-style-type: none"> 通常通りをお願いします。 () のため () という指導 をお願いします。 指導はこちらでしました。 	<ul style="list-style-type: none"> 通常通りの指導をお願いします 特記事項あり 	<ul style="list-style-type: none"> 通常通りの指導をお願いします 特記事項あり 	<ul style="list-style-type: none"> 通常通りの指導をお願いします 特記事項あり 	<ul style="list-style-type: none"> 通常通りの指導をお願いします 特記事項あり
看護師より					
薬剤師より					

こちらの欄は、医師・看護師・薬剤師が記載をします。



調査票（調剤薬局用）

患者氏名	パスNo.	来店日				薬剤指導	担当者
						□した □していない	
同意							
□した □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。	□ 伝えた □ 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。	□ 伝えた □ 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。	□ 伝えた □ 伝えていない	担当者

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

介入後調査（電話）

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？	%	
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"/> 準備期	
（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。飲み薬もありますから、是非受診したらいかがですか？	<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？	%	
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"/> 準備期	
（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。飲み薬もありますから、是非受診したらいかがですか？	<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？	%	
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"/> 準備期	
（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。飲み薬もありますから、是非受診したらいかがですか？ 資料9-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 <input type="checkbox"/> 郵送した <input type="checkbox"/> 郵送していない 紹介状No. _____	担当者