

ニオイの感じ方について

9. 以前、今に比べて、ニオイの感じ方はどうでしたか？

1. 今よりずっと鋭かった
2. 今より鋭かった
3. 今と同じくらい鋭かった
4. 今より鋭くなかった
5. 今よりずっと鋭くなかった

10. 以前、ほとんどの食べ物のニオイはどうでしたか？

1. 今よりずっと良いニオイがした
2. 今より良いニオイがした
3. 今と同じニオイがした
4. 今より悪いニオイがした
5. 今よりずっと悪いニオイがした

11. ニオイの感じ方は今よりも以前の方が良かったように思いますか？

1. 全くその通り
2. その通り
3. どちらでもない
4. 違う
5. 全く違う

12. 最近、ニオイを感じていますか？

1. とてもよく感じる
2. よく感じる
3. まあまあ感じる
4. あまり感じない
5. ほとんど感じない

13. 最近、すべてのものは同じニオイのように感じていますか？

1. 全くその通り
2. その通り
3. どちらとも言えない
4. 違う
5. 全く違う

14. 最近、色々なニオイを識別できないと感じていますか？

1. 全くその通り
2. その通り
3. どちらとも言えない
4. 違う
5. 全く違う

〔WHO 5〕

問 4. 以下の5つの各項目について、最近2週間のあなた（あて名の方）の状態に最も近いものに○印をつけてください。数値が高いほど精神的健康状態が高いことを示しています。

（例：最近2週間のうち、その半分以上の期間を、明るく、楽しい気分で過ごした場合には、「3」に○印をつける。）

最近2週間、 私は・・・	いつも	ほとんど いつも	半分以上の 期間を	半分以下の 期間を	ほんの たまに	まったく ない
1) 明るく、楽しい 気分で過ごした。	5	4	3	2	1	0
2) 落ち着いた、リ ラックスした気 分で過ごした。	5	4	3	2	1	0
3) 意欲的で、活動 的に過ごした。	5	4	3	2	1	0
4) ぐっすりと休め、 気持ちよくめざ めた。	5	4	3	2	1	0
5) 日常生活の中に、 興味のあること がたくさんあっ た。	5	4	3	2	1	0

同居されている家族の介護についてうかがいます。

問 5. あなたは、同居のご家族の介護をしていますか。

1. はい 2. いいえ

→ 「はい」の場合、何らかの介護サービスを受けていますか。
(介護保険によるサービスに限りません)

1. はい 2. いいえ

問 6-1. この1年間に配偶者を亡くしましたか。

1. はい 2. いいえ

→ ◆亡くなったのはいつですか。

○平成 25 年 月頃

○平成 26 年 月頃

◆それはあなたにどのくらい予想できましたか。

1. かなり予想していた
2. 予想していた
3. あまり予想していなかった
4. 全く予想していなかった

問 6-2. この1年間にあなたの両親、兄弟姉妹、子供の中でどなたか亡くなった方がいますか。

1. いた 2. いなかった

質問はこれで終わりです

ご協力いただきありがとうございました。

〔既往歴〕

1. 治療中に○印：医に○印→医療機関で、内服、点眼、注射、処置等の治療
他に○印→鍼、灸、あんま、マッサージ、指圧、接骨院、整体療法等で処理
2. 管理中に○印：医療機関で、検査のみ、栄養指導、生活療法、その他の指導等

◆『次の病気にかかったことがありますか。または、現在治療していますか』
《各病名の「0. なし」「1. あり」どちらかに必ず○印。「1. あり」の場合は、発病年齢を記入し、
病型、状況・対処に○印》

1. 高血圧

0. なし 1. あり → () 歳発病 (1. 治療中 (医・他) 2. 管理中 3. 治癒 4. 放置・中断)

2. 脳卒中

0. なし 1. あり → () 歳発病 (1. 治療中 (医・他) 2. 管理中 3. 治癒 4. 放置・中断)

→ 病型 (1. 脳出血 2. 脳梗塞 3. くも膜下出血 4. その他の脳卒中)

3. 心臓病

0. なし 1. あり → () 歳発病 (1. 治療中 (医・他) 2. 管理中 3. 治癒 4. 放置・中断)

→ 病型 (1. 狭心症 2. 急性心筋梗塞 3. うっ血性心不全 4. 大動脈瘤
5. 不整脈 (ペースメーカーを含む) 6. その他の循環系の病気 (弁膜症など)

4. 糖尿病

0. なし 1. あり → () 歳発病 (1. 治療中 (医・他) 2. 管理中 3. 治癒 4. 放置・中断)

5. 高脂血症 (高コレステロール・高中性脂肪)

0. なし 1. あり → () 歳発病 (1. 治療中 (医・他) 2. 管理中 3. 治癒 4. 放置・中断)

6. 骨粗鬆症

0. なし 1. あり → () 歳発病 (1. 治療中 (医・他) 2. 管理中 3. 治癒 4. 放置・中断)

7. 貧血 (現在通院中のみ)

0. なし 1. あり → (1. 治療中 (医・他) 2. 管理中 3. 治癒 4. 放置・中断)

8. 慢性腎不全

0. なし 1. あり → () 歳発病 (1. 治療中 (医・他) 2. 管理中 3. 治癒 4. 放置・中断)

→ 透析 1. はい 2. いいえ

9. 肺炎

0. なし 1. あり → () 歳発病 (1. 治療中 (医・他) 2. 管理中 3. 治癒 4. 放置・中断)

10. 慢性閉塞性肺疾患 (COPD)

0. なし 1. あり → () 歳発病 (1. 治療中 (医・他) 2. 管理中 3. 治癒 4. 放置・中断)

11. 変形性股関節症

0. なし 1. あり → () 歳発病 (1. 治療中 (医・他) 2. 管理中 3. 治癒 4. 放置・中断)

12. 変形性膝関節症

0. なし 1. あり → () 歳発病 (1. 治療中 (医・他) 2. 管理中 3. 治癒 4. 放置・中断)

13. 骨折歴 (60 歳以降)

0. なし 1. あり → ① () 歳骨折

部位 1. 大腿部頸部 (股関節) 2. その他の大腿 3. 下腿 4. 足 5. 背中
6. 腰 7. 胸 8. 腕 9. 手 10. その他 ()

→ ② () 歳骨折

部位 1. 大腿部頸部 (股関節) 2. その他の大腿 3. 下腿 4. 足 5. 背中
6. 腰 7. 胸 8. 腕 9. 手 10. その他 ()

14. 悪性新生物

0. なし 1. あり → () 歳発病 (1. 治療中 (医・他) 2. 管理中 3. 治癒 4. 放置・中断)

→ 部位 1. 胃 2. 大腸 3. 食道 4. 肝臓 5. 胆嚢・胆道 6. 膵臓
7. 肺 8. 子宮 9. 乳房 10. 前立腺 11. 腎臓 12. 白血病
13. 悪性リンパ腫 14. その他 ()

15. うつ病

0. なし 1. あり → () 歳発病 (1. 治療中 (医・他) 2. 管理中 3. 治癒 4. 放置・中断)

〔介護保険について〕

◆『平成 12 年 4 月より施行された介護保険の認定申請をしたことがありますか』

1. あり 2. なし

→申請の結果は → (1. 認定された 2. 認定されなかった)

①最初に認定されたのは → 平成 年 月

②その時の認定は (○で囲んでください)

0. 要支援 1 6. 要支援 2 1. 要介護 1 2. 要介護 2 3. 要介護 3
(旧要支援含む)

4. 要介護 4 5. 要介護 5 9. 不明

③現在の認定は (○で囲んでください)

0. 要支援 1 6. 要支援 2 1. 要介護 1 2. 要介護 2 3. 要介護 3
4. 要介護 4 5. 要介護 5 8. 認定解除 9. 不明

◆ 現在、次の薬を服用していますか（各項目ひとつだけ○印）。

《医療機関で処方された薬》

1. 抗炎症・鎮痛薬（内服） 0. いいえ 1. 1年未満 2. 1年以上

2. ステロイド薬（内服） 0. いいえ 1. 1年未満 2. 1年以上

3. 骨粗鬆症の薬 0. いいえ 1. 1年未満 2. 1年以上

4. 催眠導入剤 0. いいえ 1. 1年未満 2. 1年以上

5. 抗不安剤 0. いいえ 1. 1年未満 2. 1年以上

6. 血圧降下剤 0. いいえ 1. 1年未満 2. 1年以上

《p.1の降圧剤の服用を参照して聴取する》

7. 消化器用薬 0. いいえ 1. 1年未満 2. 1年以上

8. 抗うつ剤 0. いいえ 1. 1年未満 2. 1年以上

9. 認知症の薬 0. いいえ 1. 1年未満 2. 1年以上

◆ この処方書は昨年・同時期と同じですか。

（この1年で、処方書の内容が変わりましたか）《ジェネリックに変更の場合は「いいえ」》

0. いいえ 1. はい

〔おくすり手帳のコピー〕

1. コピーあり 2. コピーなし 3. 服薬なし

歯科 [質問項目]

1. 普段の歯磨き習慣について、お答えください。

①歯磨きの回数（あてはまる番号を○で囲んでください。）

- | | |
|-----------|---------------------|
| 1. 1日3回以上 | 3. 1日1回 |
| 2. 1日2回 | 4. 1日1回未満(磨かない日もある) |

②1回の歯磨き時間はどのくらいですか。1日のうちに1番長くかけている時間を教えてください。

--	--

 分

2. 歯科医院の受診について、あてはまる番号を○で囲んでください。

①かかりつけの歯科医院がありますか。 1. ある 2. ない 3. 以前はあったが、今はない

②過去1年以内に、歯科医院を受診しましたか。 1. した 2. していない

③過去1年以内に、歯科医院で、歯石除去や歯のクリーニングを受けましたか。 1. した 2. していない

④歯科医院で、ブラッシング(歯磨き)指導を受けたことがありますか。 1. ある 2. ない 3. 不明

3. あなたは、普段のご自分のお口の健康について、どのように感じていますか。

あてはまる番号を○で囲んでください。

- | | |
|---------------|--------------|
| 1. 非常に健康だと思う | 3. あまり健康ではない |
| 2. まあ健康な方だと思う | 4. 健康ではない |

歯科 [測定項目]

1. 機能歯の状態

	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
機能歯数																
残存歯数																
残存歯数																
機能歯数																
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

機能歯数 本

残存歯数 本

2. 歯垢・デンチャープラーク 1. なし 2. 中等度 3. 高度

3. 舌苔 1. なし 2. 中等度 3. 高度

4. PMA インデックス

上 顎	A															
	M															
	P															
			3		2		1		1		2		3			
下 顎	P															
	M															
	A															

5. CPI (1. 施行 2. 施行せず)

出血傾向のある薬剤の服用 1. あり 2. なし
(ワーファリン・バイアスピリン等)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

6. バナペリオ (1. 施行 2. 施行せず)

1) プラーク 1. 陰性 2. 弱陽性 3. 陽性

2) 舌 苔 1. 陰性 2. 弱陽性 3. 陽性

7. デンタルプレスケール 施行済み

8. 臼歯の咬合の有無
①義歯なしの状態 1. なし 2. あり(1. 片側 2. 両側)
②義歯ありの状態 1. なし 2. あり(1. 片側 2. 両側)

9. 1) 咬筋触診右側 1. 強い 2. 弱い 3. なし
2) 咬筋触診左側 1. 強い 2. 弱い 3. なし

10. 1) 側頭筋触診右側 1. 強い 2. 弱い 3. なし
2) 側頭筋触診左側 1. 強い 2. 弱い 3. なし

11. オーラルディアドコキネシス

タ . 回 / 秒 (不可 拒否)

12. 反復嚙下テスト (RSST) 1回目 秒 30秒での回数 回

13. ガム (1、2、3、4、5) (不可 拒否)

〔代謝量〕

1. メタボリックアナライザー

(1. 施行 2. 施行せず)

〔朝食の摂取〕

0. なし(測定可) 1. あり(測定不可)

〔炎症性疾患(咽頭・気管支炎、呼吸器・尿路感染症)〕

0. なし(測定可) 1. あり(測定不可)

〔甲状腺機能亢進症〕

0. なし(測定可) 1. あり(測定不可)

〔過去6か月の体重変化が±4.5kg以上〕

0. なし(測定可) 1. あり(測定不可)

呼吸数

回

安静時エネルギー消費量

kcal

VO2

2. IPAQ

(1. 施行 2. 施行せず)

◆以下の質問は、みなさまが日常生活の中でどのように身体活動を行っているか（どのように体を動かしているか）を調べるものです。平均的な1週間を考えた場合、あなたが1日にどのくらいの時間、体を動かしているのかをお尋ねしていきます。身体活動（体を動かすこと）とは、仕事での活動、通勤や買い物などいろいろな場所への移動、家事や庭仕事、余暇時間の運動やレジャーなどのすべての身体活動的な活動を含んでいることに留意してください。

回答にあたっては以下の点にご注意ください。

◆強い身体活動・・・身体的にきつと感じるような、かなり呼吸が乱れるような活動を意味します。

◆中等度の身体活動・・・身体的にやや負担がかかり、少し息がはずむような活動を意味します。

◆以下の質問では1回につき少なくとも10分以上続けて行う身体活動についてのみ考えてお答えください。

質問1. 平均的な1週間では、**強い**身体活動（重い荷物の運搬、自転車で坂道を上ること、ジョギング、テニスのシングルスなど）を行う日は何日ありますか。

1. 週 _____ 日 2. ない（→質問2.へ）

→強い身体活動を行う日は、通常、1日合計してどのくらいの時間そのような活動を行いますか。

1日 _____ 時間 _____ 分

質問2. 平均的な1週間では、**中等度**の身体活動（軽い荷物の運搬、子供との鬼ごっこ、ゆっくり泳ぐこと、テニスのダブルス、カートを使わないゴルフなど）を行う日は何日ありますか。歩行やウォーキングは含めないでお答えください。

1. 週 _____ 日 2. ない（→質問3.へ）

→中等度の身体活動を行う日には、通常、1日合計してどのくらいの時間そのような活動を行いますか。

_____ 時間 _____ 分

質問3. 平均的な1週間では、10分以上続けて**歩く**ことは何日ありますか。ここで、歩くとは仕事や日常生活で歩くこと、ある場所からある場所へ移動すること、あるいは趣味や運動としてのウォーキング、散歩など、全てを含みます。

1. 週 _____ 日 2. ない（→質問4.へ）

→そのような日には、通常、1日合計してどのくらいの時間歩きますか。

_____ 時間 _____ 分

質問4. 毎日座ったり寝転んだりして過ごしている時間（工作中、自宅で、勉強中、余暇時間など）についてです。すなわち、机に向かったり、友人とおしゃべりをしたり、読書をしたり、座ったり、寝転んでテレビを見たり、といった全ての時間を含みます。なお、睡眠時間は含めないでください。

平日には、通常、1日合計してどのくらいの時間座ったり寝転んだりして過ごしますか。

1日 _____ 時間 _____ 分

「お達者健診」の健診データ使用についてお願い

東京都健康長寿医療センター研究所
福祉と生活ケア研究チーム 研究責任者 大淵修一

本日は、お達者健診にお越しいただきありがとうございます。お達者健診で得られたデータを学術目的で利用することにご承諾をいただけますようお願い申し上げます。

目的

この健診は、からだの状態、こころの状態を網羅的に調査し、それが今後どのように変化していくのかを継続的に観察することを目的としています。これにより、都市にお住まいの65歳以上の方々が、どのように齢を重ねていくかが科学的に解明されます。また、この成果から、高齢期に起こりがちな、足腰の力の低下、転倒、気力の減退などを防ぐ糸口が見つかります。

調査項目

調査項目は、身長、体重など基本的な健診項目の他、採血（約20ml※）、歩く速度、片足で立つ時間、口の健康状態、もの忘れ、うつうつとした気分の調査などを予定しています。調査時間は、1人あたり2時間程度です。 ※健康に全く影響の無い量です。

データの処理

お達者健診で集めたデータは、統計的に処理し、個人を特定できない形で学術誌等に発表いたします。

研究組織

この健診は、文部科学省、経済産業省、東京都からの研究助成を受け、東京都健康長寿医療センター研究所、東邦大学等との共同研究として実施します。

利益と不利益

お達者健診に参加されることにより、皆様には心身の健康度がわかる利益があります。一方、不利益は、健診に参加するお手間をおかけすることと、運動能力の検査の際に、一般的なレクリエーションなどと同じように怪我をする可能性があることが考えられます。このような事が起こらないように万全の準備をいたしますが、不測の事態に備え、医師が対応できる体制で望みます。

同意の自由

お達者健診に参加するかどうかは、全くの自由です。また、参加されなくても今後、東京都健康長寿医療センターで行われるいかなる事業にも、皆様には不利益はないことをお約束いたします。

私は説明を受け、自らの意志でお達者健診に参加します。また、健診結果の学術的な目的での利用に同意します。

平成 26 年 月 日

名 前：

説明者：

〔採血〕 採血時間 《 1. 午前 2. 午後 : 》

食後時間 《 1. 空腹（食後 14 時間以上） 2. 食後 : 》

〔聴力〕

		25dB	30dB	35dB	40dB	45dB	50dB	55dB	60dB	65dB	70dB	全不聴
右	1000Hz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4000Hz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
左	1000Hz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4000Hz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

① 右側 1000Hz dB

4000Hz dB

② 左側 1000Hz dB

4000Hz dB

（全不聴時は 99 を記入）

補聴器 （ 0. なし 1. 有・右耳 2. 有・左耳 ）

事前調査（2月実施）

三菱ID:

厚生労働省 歯科保健サービスの効果実証事業

誤嚥性肺炎予防に係る歯科保健指導の効果検証

施設職員票

施設名: _____

主な評価者: _____ 様

担当介護職: _____ 様

担当看護職: _____ 様

担当 (_____) 職: _____ 様

調査日: 平成 26 年 _____ 月 _____ 日

利用者様氏名: _____ 様

老研ID: _____

1. 基本調査項目

- (1) 性別 (1. 男性 ・ 2. 女性)
 (2) 教育歴(何年学校へ通ったか)

- | | | |
|------------------------|------------------------|-----------------|
| 1. 小学校卒業 (6年) | 2. 中学校卒業 (9年) | 3. 高等学校卒業 (12年) |
| 4. 専門学校 (2年制) 卒業 (14年) | 5. 専門学校 (3年制) 卒業 (15年) | |
| 6. 大学 (2年制) 卒業 (14年) | 7. 大学 (4年制) 卒業 (16年) | |
| 8. その他 () | | |
| 9. 不明 | | |

(3) 要介護認定

- | | | | |
|---------|---------|---------|---------|
| 0. 認定なし | 1. 要支援1 | 2. 要支援2 | 3. 要介護1 |
| 4. 要介護2 | 5. 要介護3 | 6. 要介護4 | 7. 要介護5 |
| 8. 不明 | | | |

(4) 認知症高齢者の日常生活自立度をご記入ください。

あてはまる状態で一番ランクの低いもの1つだけに丸を付けてください。

- (①自立 ・ ②I ・ ③IIa ・ ④IIb ・ ⑤IIIa ・ ⑥IIIb ・ ⑦IV ・ ⑧M)

参考

I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる	IIa	家庭外で左記IIの状態が見られる
		IIb	家庭内でも左記IIの状態がみられる
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする	IIIa	日中を中心として左記IIIの状態が見られる
		IIIb	夜間を中心として左記IIIの状態が見られる
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする		
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする		

(5) 既往歴 (※複数回答可) 9月調査と変わりがなければチェックを入れてください→

0. なし 1. 誤嚥性肺炎 2. 脳血管障害
3. 呼吸器疾患 (COPD 喘息 その他) 4. 循環器疾患
5. 腫瘍性疾患 (脳 消化器 呼吸器 その他)
6. パーキンソン病 7. 神経疾患 (パーキンソン病以外) 8. うつ等 9. 糖尿病
10. 認知症 (病名が分かれば下にご記入ください)
〔
11. その他

(6) 歯科治療の有無 (過去6か月間)

- (1. あり 2. なし 3. 不詳)

(7) 入院・通院歴

7-1. 平成26年7~9月の間に入院 (1. あり 2. なし)

「1. あり」の場合、期間とその理由 (※複数回答可)

→延べ () 日間 () 回

0. なし 1. 誤嚥性肺炎 2. 尿路感染 3. 転倒・骨折 4. 脳血管障害
5. 消化器症状 (嘔吐、下痢など) 6. 循環器障害 7. 予定手術 8. 食欲不振
9. その他 ()

7-2. 平成26年10~12月の間に入院 (1. あり 2. なし)

「1. あり」の場合、期間とその理由 (※複数回答可)

→延べ () 日間 () 回

0. なし 1. 誤嚥性肺炎 2. 尿路感染 3. 転倒・骨折 4. 脳血管障害
5. 消化器症状 (嘔吐、下痢など) 6. 循環器障害 7. 予定手術 8. 食欲不振
9. その他 ()

7-3. 通院歴(過去6か月間)※往診、訪問診療も含む (1.あり 2.なし)

「1.あり」の場合、期間とその理由(※複数回答可)

→延べ()日間()回

0. なし	1. 誤嚥性肺炎	2. 尿路感染	3. 転倒・骨折	4. 脳血管障害
5. 消化器症状(嘔吐、下痢など)	6. 循環器障害	7. 予定手術	8. 食欲不振	
9. その他()				

(8) 誤嚥性肺炎の発症状況

8-1. 過去6か月の間に誤嚥性肺炎の疑いの症状がありましたか。

(0. なかった 1. 1回あった 2. 複数回あった 3. 不明)

8-2. 過去6か月の間に発熱がありましたか。(37.5度以上、2日以上)

(0. なかった 1. 1~2回 2. 数回 3. 不明)

(9) リンシング(ぶくぶくうがい)

(1. できる 2. 不十分 3. できない 4. 不明)

(10) ガーグリング(ガラガラうがい)

(1. できる 2. 不十分 3. できない 4. 不明)

(11) 精神的健康度(WHO-5)(当てはまる番号を1つずつ選んでください。)

最近2週間、入所者は・・・	1: いつも	2: ほとんど いつも	3: 半分以上の 期間を	4: 半分以下の 期間を	5: ほんの ために	6: まったく ない
a)明るく、楽しい気分で過ごした。	1	2	3	4	5	6
b)落ち着いた、リラックスした気分で過ごした。	1	2	3	4	5	6
c)意欲的で、活動的に過ごした。	1	2	3	4	5	6
d)ぐっすりと休め、気持ちよくめざめた。	1	2	3	4	5	6
e)日常生活の中に、興味のあることがたくさんあった。	1	2	3	4	5	6

(12) 喫煙の有無(タバコを吸っていますか。)

1. 現在吸っていないし、過去にも吸ったことはない
2. 現在吸っていないが、過去には吸っていた ⇒ やめてから()年
3. 現在吸っている ⇒ 一日()本