

厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）
分担研究報告書

健診受診者をオンライン禁煙外来受診につなげる介入の開発と実施可能性試験

研究分担者 加藤公則 新潟大学 医歯学総合研究科 特任教授
谷口千枝 愛知医科大学 看護学部 教授
齋藤順子 国立がん研究センター がん対策研究所 行動科学研究部 研究員

研究要旨

【目的】海外の先行研究で、禁煙治療の提供者側から禁煙希望者に連絡を取り、禁煙治療を促す能動的アプローチは、禁煙治療を開始する喫煙者を増加させることが示されている。この能動的アプローチをもとに、日本の健診会場でオンライン禁煙治療の予約取得を促す禁煙治療受療促進プログラムを開発し、このプログラムを実施するための効果検証試験の実施可能性について検討することを本研究の目的とした。

【方法】能動的アプローチについて先行研究の系統的レビューを行い、禁煙治療受療促進プログラムである「連携型禁煙支援」を開発して、健診現場の担当者から意見聴取して修正を加えた。2024 年 1 月に、新潟県内の健診機関 1 施設において、禁煙支援担当者を対象に連携型禁煙支援を行うための介入（禁煙支援トレーニング実施、連携型禁煙支援マニュアル提供、連携型禁煙支援チェックシート提供、禁煙治療案内チラシ提供、連携型禁煙支援導入研修実施）を行った。介入を受けた禁煙支援担当者により、全国健康保険協会の喫煙中の被保険者を対象に連携型禁煙支援が行われた。主要評価項目は連携型禁煙支援の中で実施を必須とした項目が全て行われた喫煙者の割合（連携型禁煙支援の忠実度）とし、80%以上かつ禁煙治療受療者が1名以上の場合に効果検証試験が実施可能であると判断することとした。副次評価項目は、実装コスト、禁煙支援についての禁煙支援担当者の実施内容や自己効力感、連携型禁煙支援に対する禁煙治療担当者や喫煙者の受容性や適切性、オンライン禁煙治療を予約・受療した喫煙者の割合（オンライン禁煙治療の浸透度）とした。評価項目は、連携型禁煙支援チェックシート、禁煙支援担当者への質問紙調査・インタビュー調査、喫煙者への質問紙調査、オンライン禁煙治療の診療記録を用いて測定した。

【結果】健診機関やオンライン禁煙治療の実態に即した連携型禁煙支援を開発した。連携型禁煙支援を行うための介入を受けた禁煙支援担当者 4 名が、喫煙者 42 名に連携型禁煙支援を行った。全ての喫煙者に連携型禁煙支援の必須項目が行われた（忠実度：100%）。連携型禁煙支援が行われた喫煙者のうち 1 名（2.4%）が健診受診から 1 か月以内にオンライン禁煙治療を予約し、受療した。以上より、効果検証試験を行う基準を満たしていた。また、実施可能性試験の開始時に比べ、終了時には禁煙支援担当者が喫煙者に対して禁煙方法指導や禁煙治療紹介が行うことが増え、禁煙支援に対する禁煙支援担当者の自己効力感も高まっていた。実装コストは十分に実装可能な水準で、連携型禁煙支援は禁煙支援担当者だけでなく喫煙者にも受容され、適切と考えられていた。

【結論】開発した連携型禁煙支援を行うための介入の実施可能性は高く、オンライン禁煙治療の浸透度を高めることが期待される。改善が必要な点を修正し、より多くの施設を介入対象とした効果検証試験を実施する予定である。

研究協力者

湯脇恵一 国立がん研究センターがん対策研究所
行動科学研究部 外来研究員
小田原幸 国立がん研究センターがん対策研究所
行動科学研究部 特任研究員
田代稔 新潟県労働衛生医学協会 健康づくり推進部 部長
中村正和 地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター センター長

A. 研究目的

禁煙達成にはカウンセリングと薬物治療を組み合わせた禁煙治療が有効である。厚生労働省が作成している禁煙支援マニュアル（第二版）増補改訂版では、喫煙状況や禁煙の関心度を把握する“Ask”、禁煙の重要性を高める助言および禁煙のための解決策を提案する“Brief advice”、禁煙意思のある喫煙者に医療機関で

の禁煙治療の受療や禁煙補助薬剤の利用を勧める“Refer”からなる ABR 方式による禁煙の短時間支援を推奨している。

「健康寿命延伸を目指した禁煙支援のための研究（21FA1001）」（厚労科研費補助金、研究代表者：島津太一、R3～R4 年度）で行った健診・レセプトデータを使った後ろ向き観察研究では、健診後 3 か月以内に禁煙治療を受療する喫煙者は 1,000 人当たり 1.5 人程度だった。また、健診で禁煙支援を実施している医療機関 22 施設に行った質問紙調査では、Ask は 8 割以上、Brief advice や Refer の中でも禁煙補助薬の使用の推奨は 6 割程度の施設で実施されていたが、禁煙治療を行う医療機関の連絡先の提供は 27%の施設にとどまっていた。加えて、禁煙支援担当者のリソース不足や自己効力感の欠如、喫煙者の禁煙支援の拒否が禁煙支

援の阻害要因として挙げられた。より多くの喫煙者を禁煙治療へ誘導するためには、健診で禁煙支援を担う保健医療職の禁煙支援の能力向上や、喫煙者に禁煙治療を案内しやすい仕組み作りが不可欠である。

禁煙治療受療につなげる方法として、禁煙治療の提供者側から禁煙希望者に連絡を取り、禁煙治療を促す能動的アプローチが、喫煙者自らが紹介された禁煙治療サービスに連絡をする受動的アプローチに比べ、禁煙治療を開始した喫煙者の割合が高いことが報告されている(Vidrine JI, 2013; van Westen-Lagerweij NA, 2022)。本研究では、日本の健診現場に適合した能動的アプローチとして健診会場でオンライン禁煙治療の予約を取得する禁煙治療受療促進プログラムを開発し、このプログラムを実施するための効果検証試験の実施可能性について検討することを本研究の目的とした。

B. 研究方法

1. 禁煙治療受療促進介入の開発

禁煙治療受療の能動的アプローチについての系統的レビュー(van Westen-Lagerweij NA, 2022)、PubMed による検索から先行研究を同定した。これらの先行研究から、研究セッティング、能動的アプローチの内容と実施者、実施者に対するトレーニングについて抽出した。日本の健診現場に類似したセッティングで行われ、能動的アプローチの詳細が記載された先行研究をもとに、日本の健診現場に適用可能なコンポーネントからなるオンライン禁煙治療の受療を促進するプログラムを作成した。作成した禁煙治療受療促進介入について実施可能性試験を行う新潟県労働衛生医学協会の担当者から意見を聴取し、修正を加えた。健診会場でオンライン禁煙治療の予約を取得することとし、名称を「連携型禁煙支援」とした。

2. 禁煙治療受療促進介入の実施可能性試験

開発した連携型禁煙支援を行うための介入の実施可能性を検討するため、単群介入試験を行った。本研究の実施にあたり、「人を対象とする生命科学・医学研究に関する倫理指針」に従い研究計画書を作成し、国立がん研究センター研究倫理審査委員会の承認(研究課題番号 2023-240)、共同研究機関での研究許可を得た。

1) 研究セッティング

本研究は新潟県労働衛生医学協会佐渡検診センターで実施した。喫煙者に連携型禁煙支援を実施するための介入として、同センターの人間ドックで保健指導を担当している保健師や看護師といった保健医療職(禁煙支援担当者)に対して、研修の機会や必要な資材を提供した。また、連携型禁煙支援を受ける喫煙者は、20 歳以上の全国健康保険協会の被保険者で、佐渡検診センターの人間ドックを受診し、問診票で習慣的に喫煙中と回答した者(対象喫煙者)とした。

本研究は連携型禁煙支援を行うための介入の実施

可能性を記述することが目的であり、統計学的考察に基づくサンプルサイズ計算は行わなかった。

2) 介入内容

禁煙支援担当者に以下のような連携型禁煙支援を行うための介入を提供した。

① 禁煙支援トレーニングの実施

- ・ 禁煙支援担当者が ABR 方式での禁煙支援を適切に実施する能力を獲得するための研修
- ・ オンラインの学習教材である J-STOP ネクストのコンテンツを使用した 60 分間の自己学習と、禁煙支援専門家による 150 分の対面の講義・演習で構成

② 連携型禁煙支援マニュアルの提供

- ・ 連携型禁煙支援の目的や方法を記載

③ 連携型禁煙支援チェックシートの提供

- ・ 一定の品質を保った連携型禁煙支援が実施できるように、連携型禁煙支援の流れを記載
- ・ 本研究の評価のため、実施内容を禁煙支援担当者が記録

④ 禁煙治療案内チラシの提供

- ・ オンライン禁煙治療の概要や予約方法について記載

⑤ 連携型禁煙支援導入研修の実施

- ・ ②～④の資材の内容や使い方を説明

3) 研究スケジュール

2024 年 1 月に禁煙支援担当者の研究参加同意を取得し、禁煙支援トレーニング(介入①)を実施した。禁煙支援トレーニング終了後に、資材(介入②～④)の提供と連携型禁煙支援導入研修(介入⑤)を実施した。2024 年 2 月から 3 月を介入後評価期間として、佐渡検診センターを受診した対象喫煙者に対して禁煙支援担当者が連携型禁煙支援を行った。

研究参加時(1 回目)、禁煙支援トレーニング終了時(2 回目)、および介入後評価期間終了時(3 回目)に禁煙支援担当者に対して質問紙調査を行った。質問紙調査では以下について情報を収集した。

- ・ 医療者資格(1 回のみ)
- ・ 健診での保健指導の経験年数(1 回のみ)
- ・ 禁煙支援の実施内容(1 回目、3 回目):5 つの項目(喫煙状況確認、禁煙の推奨、禁煙意思確認、具体的な禁煙方法の指導、禁煙治療紹介)についてそれぞれ 5 段階(必ず行う[4 点]、だいたい行う[3 点]、時々行う[2 点]、まれに行う[1 点]、まったく行わない[0 点])で回答
- ・ 禁煙支援に対する自己効力感、価値、重要度:それぞれ 0 点から 10 点、1 点刻みで回答

また、介入後評価期間終了後に禁煙支援担当者に半構造化インタビュー調査を行い、連携型禁煙支援の阻害要因、自己効力感、適応(マニュアルと実際に行った内容の相違点)、受容性、適切性、実施可能性についての情報を収集した。

対象喫煙者のうち禁煙治療予約についての説明を受けた喫煙者に無記名の質問紙調査を行い、連携型禁煙支援で禁煙治療予約について説明を受けたことについての受容度（「今回、禁煙外来の予約について説明を受けたことは、あなたにとってよかったですか？」）と適切度（「人間ドックで今回のような禁煙治療の予約について説明があることは、一般的によいことだと思いますか？」）について5段階（強くそう思う、まあそう思う、どちらでもない、あまりそう思わない、まったく思わない）で情報を収集した。

4) 評価項目

主要評価項目は、連携型禁煙支援の忠実度とした。連携型禁煙支援の忠実度は、対象喫煙者のうち、連携型禁煙支援の中で実施を必須とした項目が全て行われた喫煙者の割合とした。連携型禁煙支援チェックシートの記録をもとに、連携型禁煙支援の必須項目の実施の有無を判定した。連携型禁煙支援を行うための介入によってオンライン禁煙治療の受療者がどれだけ増えるかを検討する効果検証試験の実施可能性を判断するため、以下のような基準を設定した。

忠実度 80%以上:効果検証試験実施（ただし、オンライン禁煙治療受療者がいない場合は、実施しない、または、介入内容を修正した上での実施）

忠実度 50%以上 80%未満:忠実度が低い要因を検討し、介入内容を修正して効果検証試験を実施

忠実度 50%未満:効果検証試験を実施しない

禁煙支援担当者に関する副次評価項目は以下の項目とした。

- ・ 連携型禁煙支援項目別の忠実度（連携型禁煙支援チェックシートの記録をもとに、各項目の対象となる喫煙者のうち該当の項目が実施された喫煙者の割合を算出）
- ・ 連携型禁煙支援の実装コスト（連携型禁煙支援チェックシートの記録をもとに、連携型禁煙支援の実施に要した平均時間を算出し、令和5年賃金構造基本統計調査から算出した保健師の時給額1,874円を乗じて連携型禁煙支援に必要な金銭的成本を算出）
- ・ 禁煙支援トレーニングの効果（禁煙支援担当者に対する質問紙調査をもとに、禁煙支援の主観的実施内容・自己効力感・価値・重要度について回答者の平均点を算出）
- ・ 連携型禁煙支援実施の阻害要因、自己効力感、連携型禁煙支援マニュアルと実際に行った内容との相違点（適応）、受容性、適切性、実施可能性（インタビュー調査結果を記述）

対象喫煙者に関する副次評価項目は以下の項目とした。

- ・ 連携型禁煙支援の受容性（連携型禁煙支援チェックシートの記録をもとに対象喫煙者のうちオンラ

イン禁煙治療の予約に同意した喫煙者の割合、対象喫煙者への質問紙調査回答者のうち受容性についての質問に「強くそう思う」「そう思う」「どちらでもない」と回答した者の割合）

- ・ 連携型禁煙支援の適切性（対象喫煙者への質問紙調査回答者のうち適切性についての質問に「強くそう思う」「そう思う」「どちらでもない」と回答した者の割合）
- ・ オンライン禁煙治療の浸透度（携型禁煙支援チェックシートの記録をもとに対象喫煙者のうちオンライン禁煙治療を健診会場で予約した喫煙者の割合、オンライン禁煙治療の診療記録をもとにオンライン禁煙治療を健診受診後1か月以内に予約した喫煙者の割合および健診受診後3か月以内に受療した喫煙者の割合）

5) 解析方法

禁煙支援担当者および対象喫煙者の基本属性および評価項目について、各項目に合わせて人数と割合、または、平均と標準偏差を算出した。

C. 研究結果

1. 禁煙治療受療促進介入の開発

日本の健診現場に類似したセッティングで行われ、能動的アプローチの詳細が記載された先行研究や新潟県労働衛生医学協会担当者の意見をもとに、従来のABR方式による禁煙支援に、健診会場で禁煙治療の予約取得（連携型アプローチ）を組み合わせる図1のような連携型禁煙支援を開発した。すべての喫煙者に対してAskとBrief Adviceを行い、禁煙治療案内チラシを渡すことを必須項目とした。これに加えて、禁煙に関心がある喫煙者には、オンライン禁煙治療の予約が取得できることを説明して、予約の希望を確認するまでを必須項目とした。健診会場で禁煙治療の予約を取得するだけでなく、禁煙治療受療希望があるが健診会場で予約取得をためらう喫煙者に対しては、帰宅後の予約取得を促すため、ショートメッセージまたは電話による予約リマインドを組み込んだ。

本研究における連携型禁煙支援では、確実に予約取得ができ、かつ、禁煙治療の受療状況や禁煙達成の有無を確認するため、新潟県労働衛生医学協会が開設しているオンライン禁煙治療を紹介先とした。このオンライン禁煙治療では、5回の治療全てをオンラインで行うこととした。本研究実施時点では、保険診療での禁煙治療において、5回の禁煙治療のうち1回目と5回目は対面で行うことが「禁煙治療のための標準手順書第8.1版」で求められている。しかし、「オンライン診療の適切な実施に関する指針（令和5年3月一部改訂）」では、オンラインのみでの実施が許容され得る例として禁煙治療が示され、これに合わせた形で標準手順書を改訂することが検討されている。このような状況から、今後、保険診療下でもオンラインのみの禁煙治療が普及する見込みであり、自己負担額が保険診療の場

合と同程度発生する設定とした。

2. 禁煙治療受療促進介入の実施可能性試験

連携型禁煙支援を行うための介入の対象となった禁煙支援担当者は4名だった。全員が看護師資格を有しており、このうち3名は保健師資格を有していた。健診機関での勤務年数は1年未満が2名、1～2年が1名、16年以上が1名だった。連携型禁煙支援の対象となった喫煙者は42名で、このうち男性が38名(90.5%)だった。また、禁煙に関心のある喫煙者は22名(52.4%)だった(表1)。禁煙支援担当者4名はそれぞれ、27名、11名、3名、1名の喫煙者に連携型禁煙支援を行った。

1) 連携型禁煙支援の忠実度

全ての喫煙者に対して Ask と Brief Advice、禁煙治療案内チラシの配布が行われ、禁煙に関心がある全ての喫煙者にはオンライン禁煙治療の予約取得の説明と予約希望の確認も行われていた(表2)。以上より、主要評価項目である連携型禁煙支援の忠実度は100%だった。

2) 連携型禁煙支援の実装コスト

連携型禁煙支援の実施に要した平均時間は喫煙者一人当たり3.7(標準偏差:1.8)分で、連携型禁煙支援に必要な金銭的コストは喫煙者一人当たり116円だった。禁煙支援担当者からも以下のような意見がインタビュー調査で挙がった。

「それほど時間は長くないので、喫煙者も受け入れやすい。」

3) 連携型禁煙支援トレーニングの効果

禁煙支援の中でも禁煙方法指導と禁煙治療紹介は、研究参加時に比べて、禁煙支援トレーニング受講や喫煙者への禁煙支援実践が終わった後である介入後評価期間終了時の平均点が1点以上高かった(図2)。

禁煙支援専門家による対面での講義・演習については、以下のような意見が挙がった。

「演習での禁煙の話の持っていく方を頭の中に思い浮かべて、支援をすることができた。」

一方で、オンライン学習教材による自己学習については、60分という時間に対して分量が多かったという意見があった。

「自己学習は分量が多く、これだけ勉強して、さらに対面での演習もあって、この後何が起こるのだろうと不安になった。量にくじけそうになった。」

4) 禁煙支援に対する自己効力感

禁煙支援の自己効力感は研究が進むにつれて高くなっていった(図3)。インタビュー調査でも、連携型禁煙支援を行うための介入として提供した禁煙支援トレーニングやマニュアル、チェックシート、チラシといった資料について、知識や情報へのアクセスを容易にして、自

己効力感を高めるために効果があったという意見があった。

「今回の介入で自信をもって行うことができた。」

「自信をもって連携型禁煙支援を行うために、最初の勉強会やマニュアルがあつてよかった。」

一方で、自信を持って連携型禁煙支援を行うためには経験を積むことが必要で、実施件数が少ない場合には自信を持って行うことが難しいという意見もあった。

「研修や資料よりも、実際に連携型禁煙支援を行うのが自信を高めるのに必要。短い時間で関わって、説明してというのはすぐにできることではない。」

「もう少し件数をやらないと慣れず、スムーズに行うのは難しい。」

5) 連携型禁煙支援の適応

当初の計画では連携型禁煙支援チェックシートには、支援の対象となった喫煙者を特定できる情報として施設内IDのみを記入することになっていた。禁煙支援担当者の意見により、問い合わせやリマインドへの対応を容易にするため、介入期間の途中から喫煙者の名前、生年月日、電話番号を記載する運用とした。

「シートに生年月日や電話番号があることで、これ一枚で完結できたので、途中で変更してよかった。翌日連絡する時に、その人の個人情報をも別のところから持ってくる必要がなかった。」

また、リマインド手段もショートメッセージや電話だけでなく、以下の意見があり電子メールも追加した。

「ショートメッセージと電話だけだと選択肢に困り、メールもあった方が選んでもらいやすいと変更を希望した。」

一方で、禁煙支援担当者内での改善点の検討やさらなる連携型禁煙支援の適応の必要性についても挙がった。

「日々の業務に追われて、改善点を話し合う機会を持てなかった。」

「(自分が禁煙支援の担当日でないときに)検査の途中で、禁煙をちょっと考えているという人がいたが、自分で連携型禁煙支援はできず、予約につながらなかった。禁煙支援は人間ドックの最後と決めず、話が出たときにその場で支援ができればよかった。また、その場での禁煙支援の時間がなくても、担当者間で情報共有の仕組みを作っておけば、人間ドックの最後で当日の担当者による支援ができたかもしれない。」

6) 連携型禁煙支援に対する禁煙支援担当者の受容性、適切性、実施可能性

連携型禁煙支援の実施について、禁煙支援担当者は受け入れており、健診における禁煙支援として適切で、実施可能であると考えていた。

「該当者がいればやりたい。」

「研究の期間は決まっているが、これをずっとできるといいかなと思う。」

「合っているとすごく思うし、自分自身にとってもよか

ったし、続けたいなと思う。」

「禁煙は本人の関心や意思がないと難しいので、普通の保健指導よりも連携型禁煙支援の方が本人も気楽に受け止められる。やめたい人にはよい機会になる。」

一方で、人的資源の不足が連携型禁煙支援の実施可能性に影響を与えるとの意見もあった。

「人員配置などの関係で今回のようなことが今後も行えるかはよくわからない。」

7) 連携型禁煙支援に対する喫煙者の受容性と適切性

オンライン禁煙治療の予約に同意した喫煙者は1名(2.4%)だった。

喫煙者に対する質問紙調査には連携型禁煙支援の対象となった42名の喫煙者全員が回答した。このうち禁煙治療について説明を受けたと回答した25名に受容性や適切性についての質問を行った。25名のうち「強くそう思う」「まあそう思う」「どちらでもない」と回答したのは、それぞれ24名(96%)、25名(100%)だった(図4)。

8) オンライン禁煙治療の浸透度

予約に同意した喫煙者1名は、健診会場での予約は完了しなかったが、オンライン禁煙治療の診療記録から後日予約し、受療していた。

D. 考察

先行研究や現場担当者の意見をもとに、健診会場で行う日本版能動的アプローチとして、オンライン禁煙治療の予約をその場で取得する連携型禁煙支援を開発した。開発した連携型禁煙支援の忠実度は高く、対象となった42名の喫煙者全てに計画通りに行われていた。禁煙治療につながったのは1名(2.4%)であった。これは、先行研究における協会けんぽのレセプトデータでの喫煙者に占める禁煙治療受療者割合0.15%と比較しても高いものであった。禁煙治療につながった割合については効果検証試験でサンプルサイズを大きくして確認する必要がある。また、連携型禁煙支援の実装コストは十分に実装可能な水準だった。加えて、連携型禁煙支援を行うことは禁煙支援担当者だけでなく、禁煙治療の予約について説明を受けた喫煙者にも受容され、適切だと考えられていた。以上より、健診会場での連携型禁煙支援の実施可能性は高いと考えられる。

一方で連携型禁煙支援の改善点も明らかになった。連携型禁煙支援を行うための介入として提供した禁煙支援トレーニングにより、禁煙支援担当者の連携型禁煙支援の自己効力感が高まっていた。禁煙支援担当者の自己効力感の欠如は禁煙支援実施の阻害要因であるが、禁煙支援トレーニングに加えて喫煙者に連携型禁煙支援を行う経験を積むことで、自己効力感は一層高まっていた。今回提供した介入に加えて、連携

型禁煙支援の実践を積む機会を一定数確保することにより、連携型禁煙支援に対する禁煙支援担当者の自信を高め、より適切な支援につながることを期待される。また、禁煙支援担当者の意見により連携型禁煙支援の適応が行われたが、さらなる適応の必要性も指摘された。健診現場の実態に合わせた連携型禁煙支援とするため、連携型禁煙支援を一定程度実践した後に、禁煙支援担当者同士で改善点を話し合う場を設定することも必要だろう。

E. 結論

連携型禁煙支援の忠実度は80%を上回り、喫煙者42名中1名がオンライン禁煙治療を受療し、連携型禁煙支援を行うための介入の効果検証試験に進むための判断基準を満たしていた。健診現場における連携型禁煙支援自体の実施可能性は高く、オンライン禁煙治療の浸透度を高めることが期待される。今後、本実施可能性試験から得られた改善が必要な点を修正した上で、より多くの施設を介入対象とした効果検証試験を実施する予定である。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表

特になし

2. 学会発表

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

表1. 対象喫煙者(n=42)の基本属性

	人数 (人)	割合 (%)
性別		
男性	38	90.5
女性	4	9.5
年齢		
30歳代	1	2.4
40歳代	22	52.4
50歳代	12	28.6
60歳代	7	16.7
禁煙の関心		
関心なし	20	47.6
関心あり	22	52.4

表2. 連携型禁煙支援各項目の忠実度

	対象者数 (人)	実施者数 (人)
全喫煙者の必須項目		
Ask、Brief advice	42	42
禁煙治療案内チラシ配布	42	42
禁煙に関心がある喫煙者の必須項目		
禁煙治療案内チラシ説明	22	22
オンライン禁煙治療予約希望確認	22	22

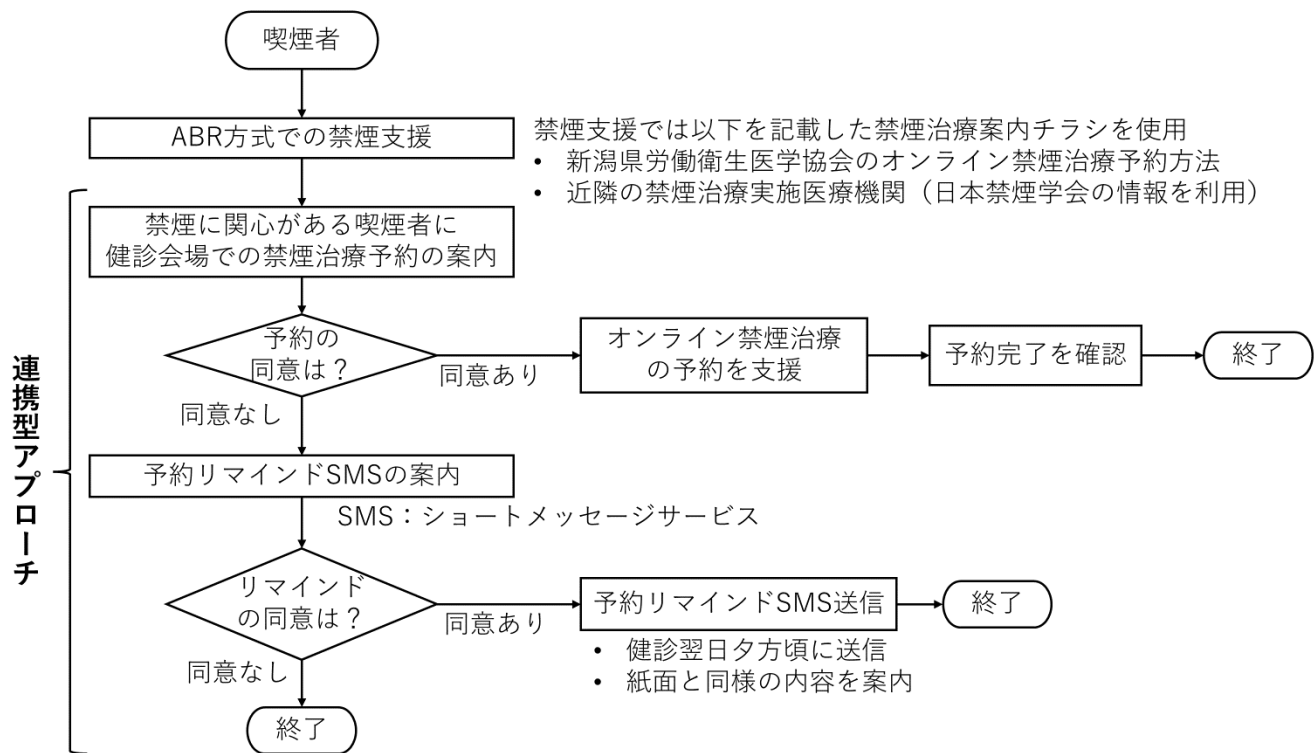


図1. 連携型禁煙支援の流れ

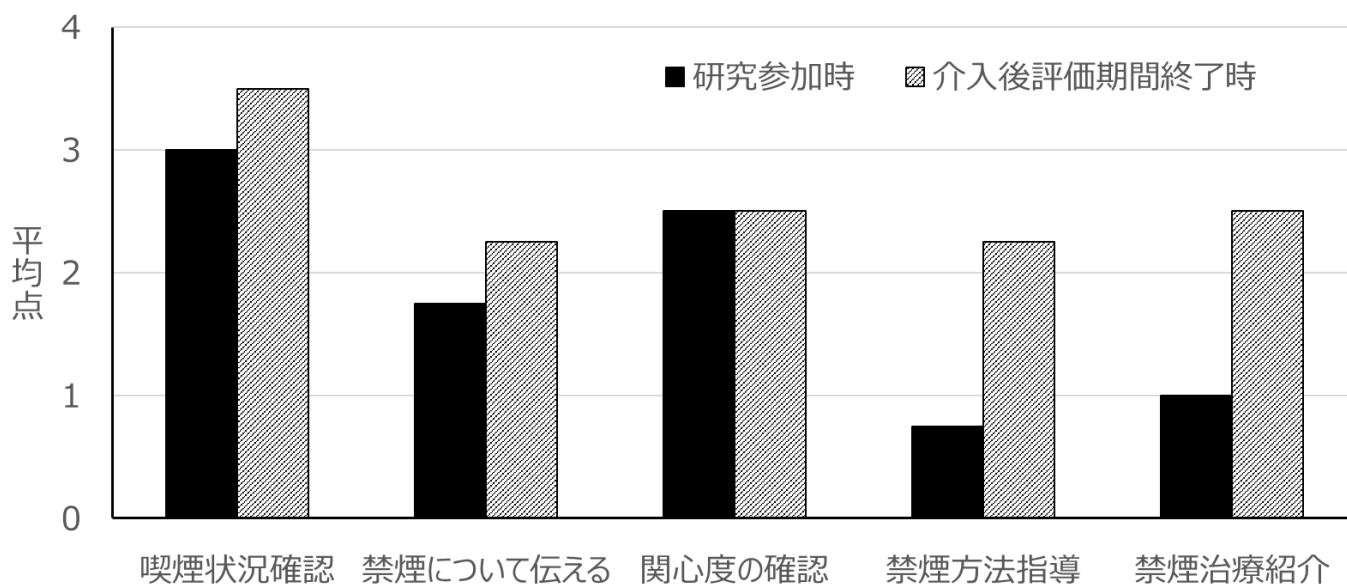


図2. 禁煙支援担当者における禁煙支援の主観的实施内容

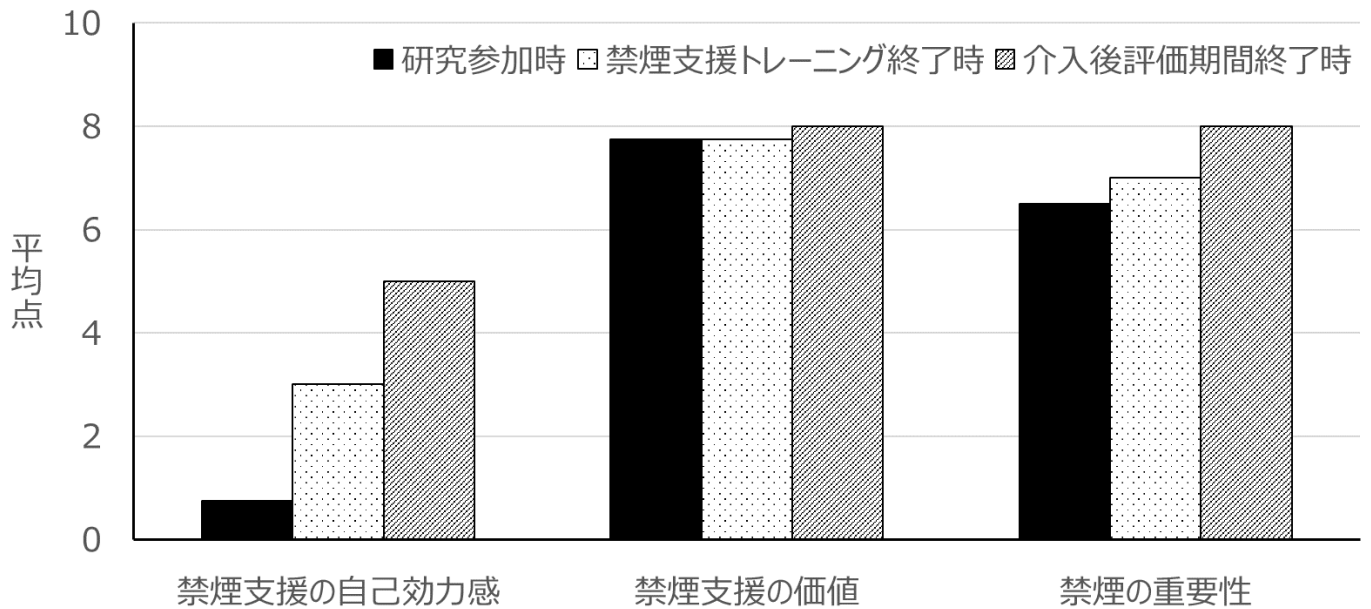


図3. 禁煙支援担当者における禁煙支援の自己効力感、禁煙支援の価値、禁煙の重要性

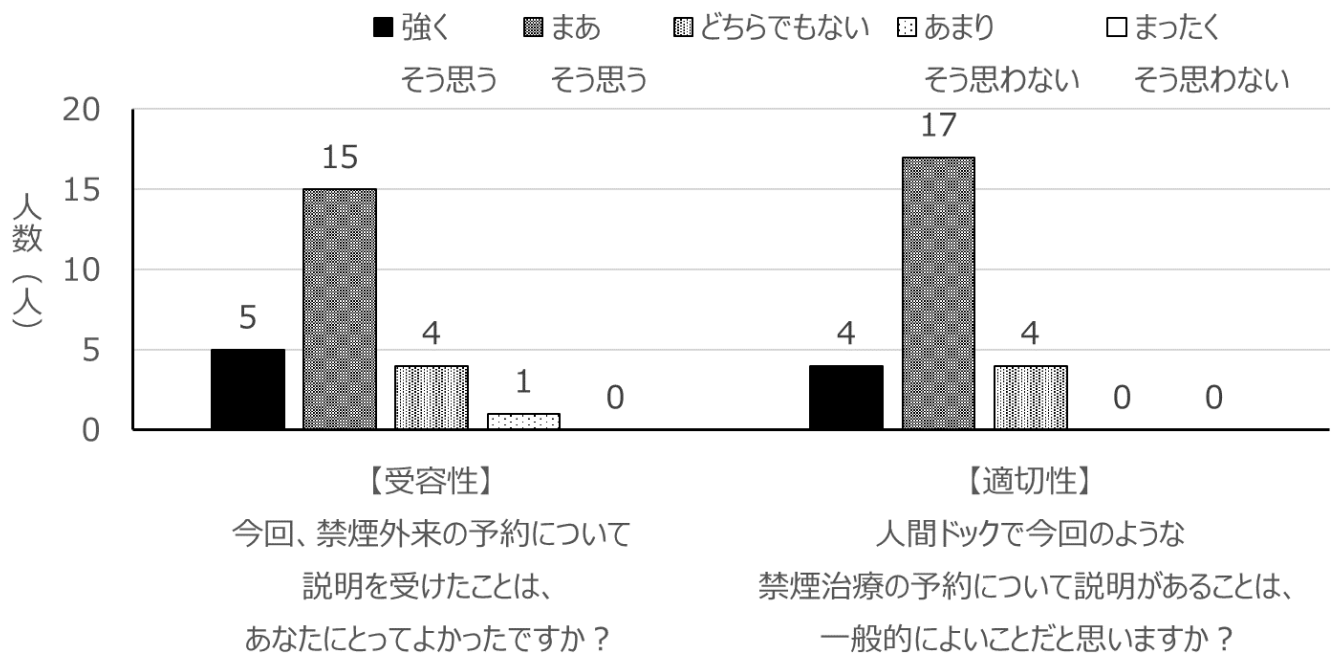


図4. 禁煙治療について説明を受けた喫煙者 (n=25) における連携型禁煙支援の受容性、適切性