

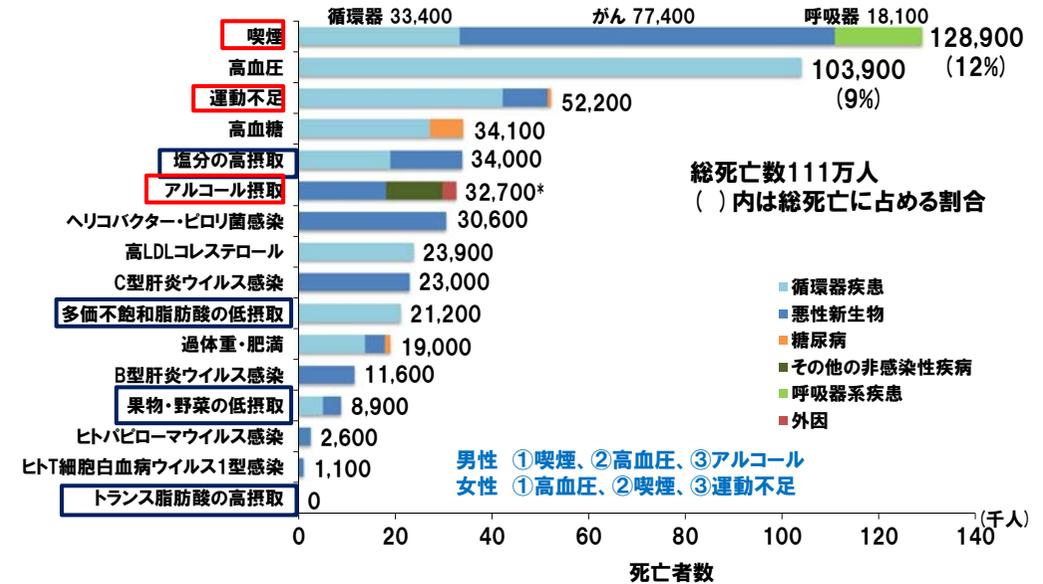


# 地域を健康にする病院を目指して Health Promoting Hospitalの取組み



地域医療振興協会  
ヘルスプロモーション研究センター  
中村正和

## わが国におけるリスク要因別の関連死亡者数－男女計 (2007年)

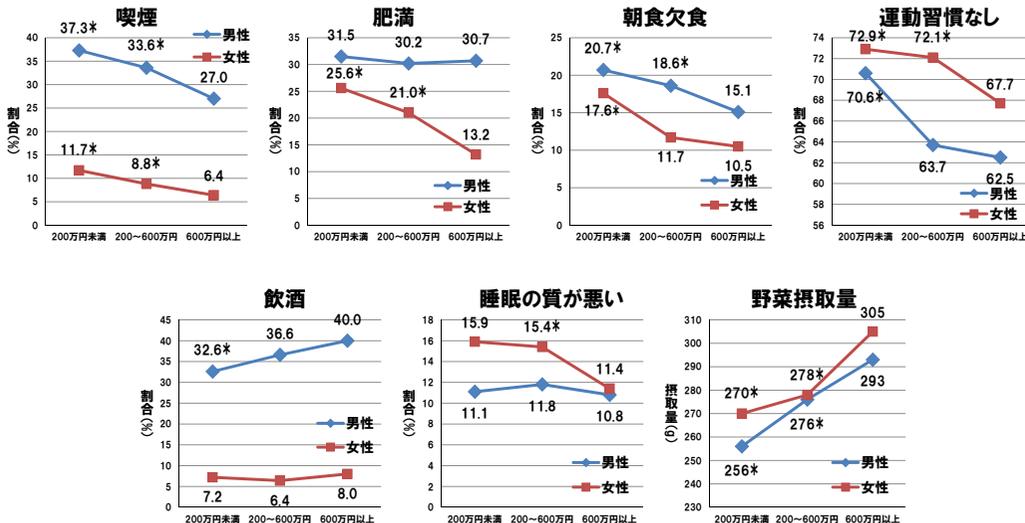


\* アルコール摂取は、循環器疾患死亡2,000人、糖尿病死亡100人の予防効果が推計値として報告されているが、図には含めていない。

(Ikeda N, et al: PLoS Med. 2012; 9 (1): e1001160.)

## 所得と生活習慣等に関する状況(20歳以上)

\* 600万円以上と比較して有意差あり

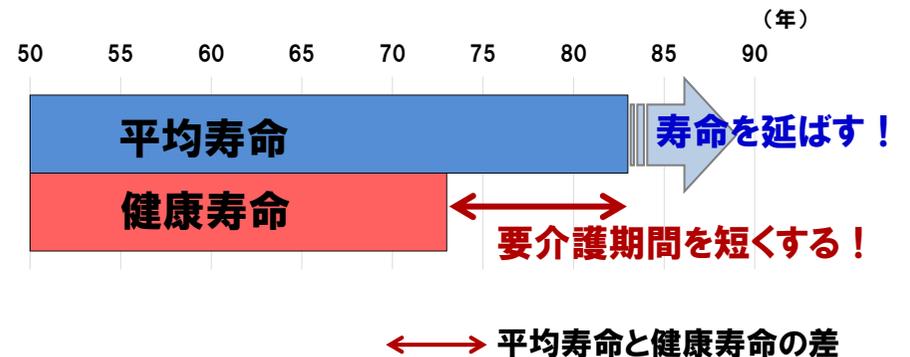


(厚生労働省 平成22年 国民健康・栄養調査結果の概要)

## 健康寿命を延ばすためには

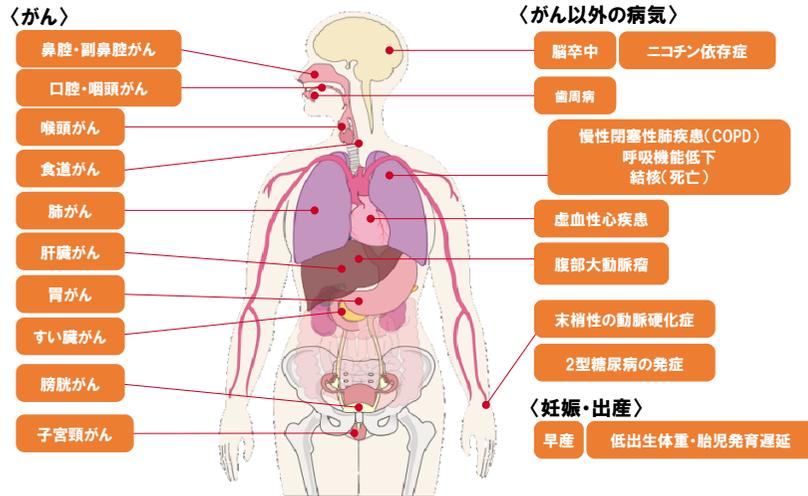
戦略1. 寿命を延ばす

戦略2. 要介護期間を短くする



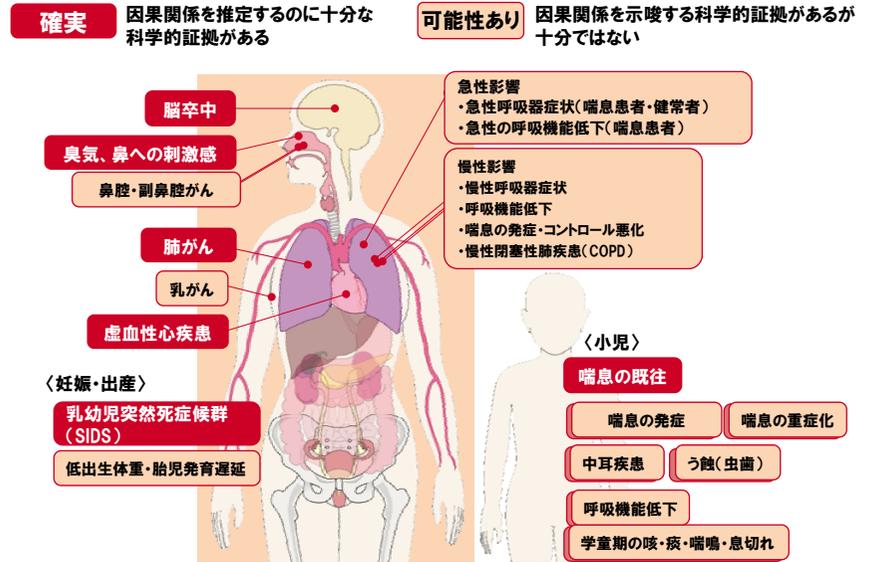
# 喫煙者本人への健康影響

喫煙との関連が「**確実**」と判定された病気



【参考】喫煙との関連が「可能性あり」と判定された病気  
 がん:大腸がん、乳がん、急性骨髄性白血病、腎盂尿管・腎細胞がん  
 がん以外の病気:認知症、気管支喘息、関節リウマチ、閉経後の骨密度低下、大腿骨近位部骨折、日常生活動作の低下、胸部大動脈瘤、結核、特異性肺線維症  
 妊娠・出産:生殖能力低下、子宮外妊娠・常位胎盤早期剥離・前置胎盤  
 歯:う蝕、口腔インプラント失敗、歯の喪失  
 (厚生労働省検討会報告書 喫煙の健康影響に関する検討会編:喫煙と健康、2016)

# 受動喫煙による健康影響

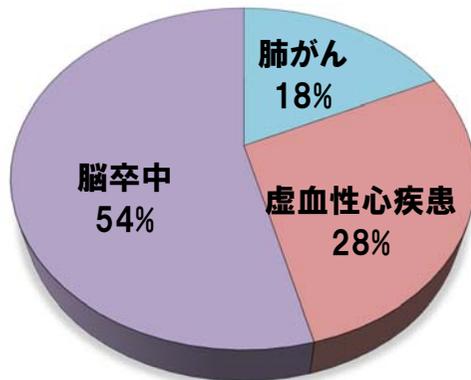
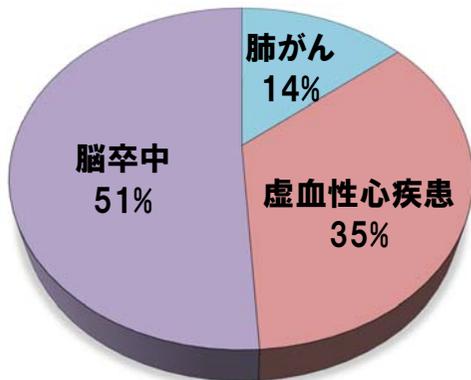


提供:平成27年度厚労科学 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究 片野田班  
 (厚生労働省検討会報告書 喫煙の健康影響に関する検討会編:喫煙と健康、2016)

# 日本では受動喫煙が原因で年間1万5千人が死亡

男性:4,523人

女性:10,434人



受動喫煙による年間死亡数推計値

肺がん2,484人、虚血性心疾患4,459人、脳卒中8,014人、  
 乳幼児突然死症候群73人 合計で約1万5千人

(平成27年度 厚労科学 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業 片野田班報告書)

# 喫煙による健康影響と超過医療費

能動喫煙

超過罹患者数

79.2万人

超過医療費

11,669億円

超過死亡数

13万人

受動喫煙

超過罹患者数

24.2万人

超過医療費

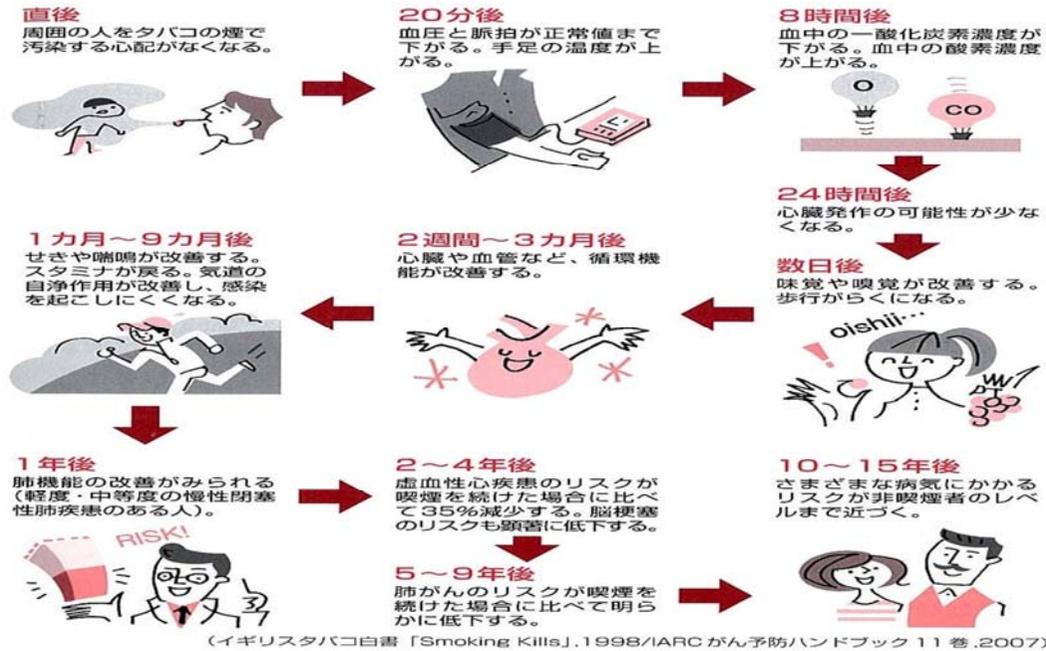
3,233億円

超過死亡数

1.5万人

【出典】超過罹患者数・超過医療費  
 ・五十嵐中: 受動喫煙防止等のたばこ対策による経済面の効果評価とモデルの構築. 厚労科研費2016年度 新FCTC中村班報告書.  
 超過死亡数  
 ・Ikeda N, et al: Adult mortality attributable to preventable risk factors for non-communicable diseases and injuries in Japan: a comparative risk assessment. PLoS Med. 2012; 9(1): e1001160.  
 ・片野田耕太: 受動喫煙と肺がんについての包括的評価および受動喫煙起因死亡数の推計. 厚労科研費2015年度 片野田班報告書.

# 健康改善の効果

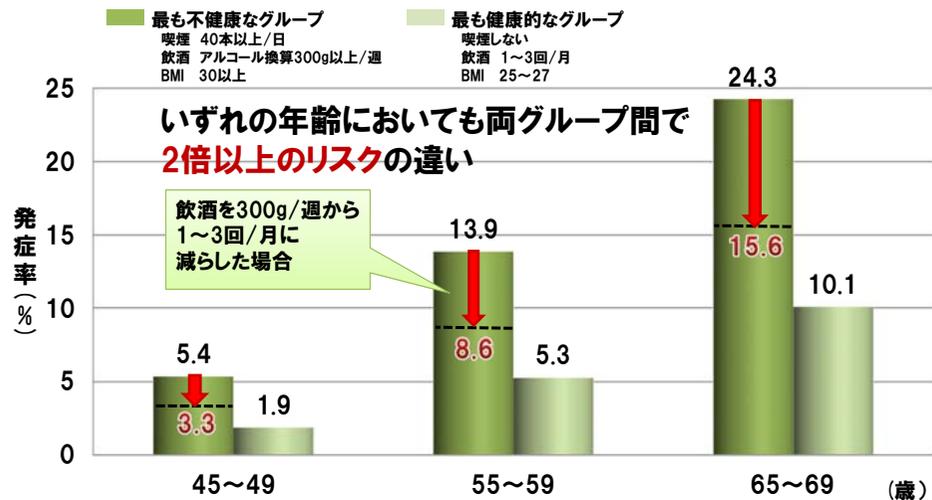


## 世界保健機関WHOの見解, 2009年

- アルコール飲料が原因となるがん  
口腔がん・咽頭がん・喉頭がん  
食道がん・肝臓がん  
大腸がん・女性の乳がん
- アルコール飲料, 飲料中のエタノール, 飲酒関連のアセトアルデヒドにはヒトへの発癌性の十分な証拠がある

(国立病院機構久美浜医療センター横山 顕先生 平成25年度大阪府保険者協議会講義資料より)

## 10年間の発がんリスクと生活習慣の改善による変化—男性



(Tanaka S, et al., Prev Med, 48:128-133, 2009)

40歳代、50歳代、60歳代の男性が10年間のうちにがんになるリスクを示している(各年代の前半も同じ傾向)。年齢が上がると従って発がんの割合は上がるが、どの年代でも最も不健康なグループは最も健康的なグループの2倍以上のリスクがある。不健康なグループでも、飲酒を「アルコール換算300g以上/週」から「1~3回/月」にしただけで、発がんのリスクが減少した(赤字の数字)。

## アルコール代謝の遺伝子多型と健康リスク

タイプ	アルコール分解酵素 ADH1B	アルデヒド分解酵素 ALDH2	頻度		特徴
			一般人口	依存症患者	
A	遅い	強い	4%	27%	赤くならない、翌日酒臭い 依存症リスク高い
B	速い	強い	54%	60%	赤くならない 肝臓病のハイリスク
C	遅い	弱い	3%	4%	赤くならない、翌日酒臭い 食道・咽頭がん等のリスク高い
D	速い	弱い	33%	9%	赤くなる 食道・咽頭がん等のリスク高い
E	—	超弱い	7%	0%	赤くなる(飲めない)

横山顕: 月刊地域医学. 30 (12): 1026-1031, 2016、一部改変

# 簡易フラッシング質問紙法

- A) 現在、ビールコップ1杯程度の少量の飲酒で、すぐ顔が赤くなる体質がありますか？  
 1. はい 2. いいえ 3. わからない
- B) 飲酒を始めた頃の1-2年間は、ビールコップ1杯程度の少量の飲酒で、すぐ顔が赤くなる体質がありましたか？  
 1. はい 2. いいえ 3. わからない

[判定] AとBのいずれかが「はい」であれば  
**ALDH2欠損者(フラッシャー)**

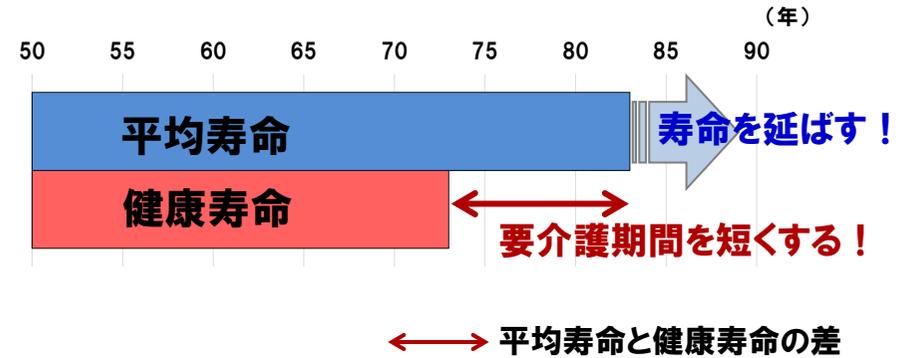
☆男女とも約90%の感度・特異度のスクリーニング法

横山 頤: 月刊地域医学. 30 (12): 1026-1031, 2016

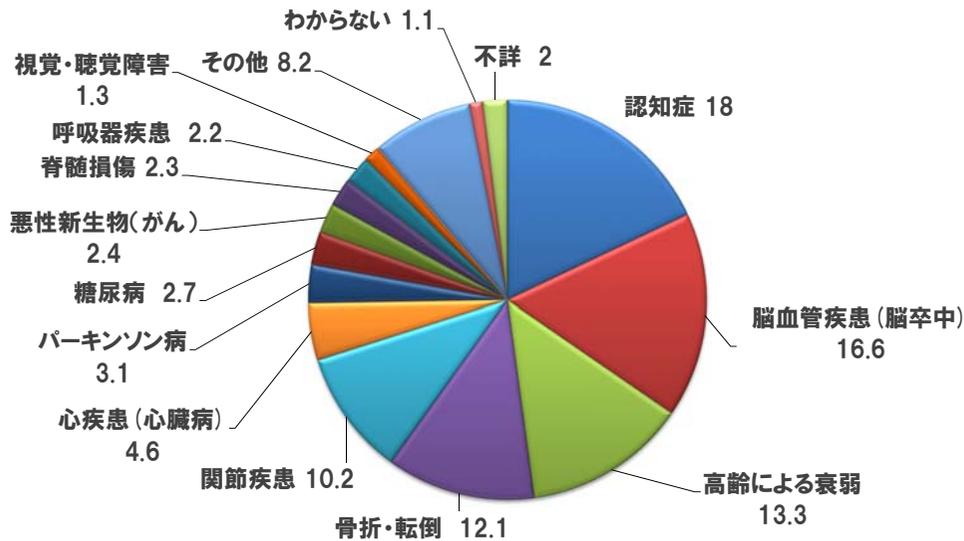
# 健康寿命を延ばすためには

戦略1. 寿命を延ばす

戦略2. 要介護期間を短くする

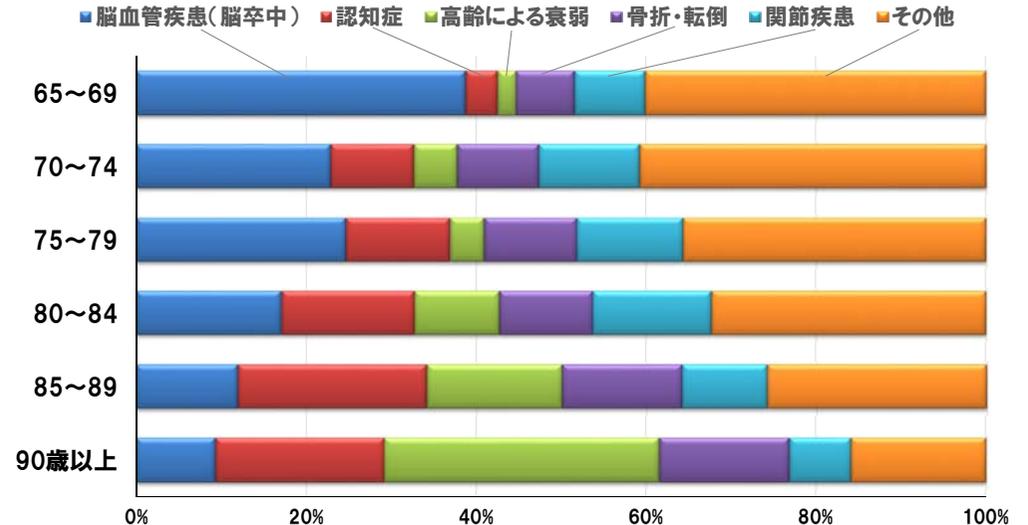


# 高齢者が要介護になる主な原因—平成28年度



(厚生労働省、平成28年 国民生活基礎調査)

# 年代別に見た高齢者が要介護になる主な原因



60~70歳代における「その他」の主な内訳は、脳血管疾患以外の生活習慣病(糖尿病、心疾患、がん、呼吸器疾患)、パーキンソン病、脊髄損傷。  
 (厚生労働省、平成25年 国民生活基礎調査)

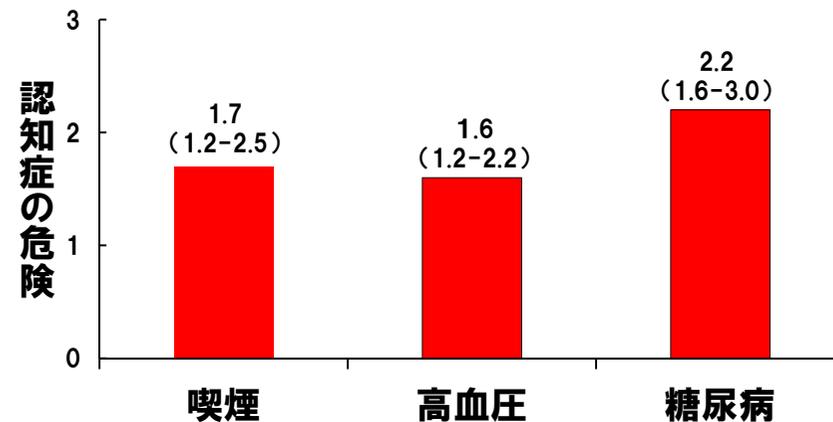
# 認知症にかかりやすい9つの要因



Livingston L, et al: Lancet online. 2017、一部改変

# 2つタイプの認知症に共通のリスク要因 (血管性認知症、アルツハイマー病)

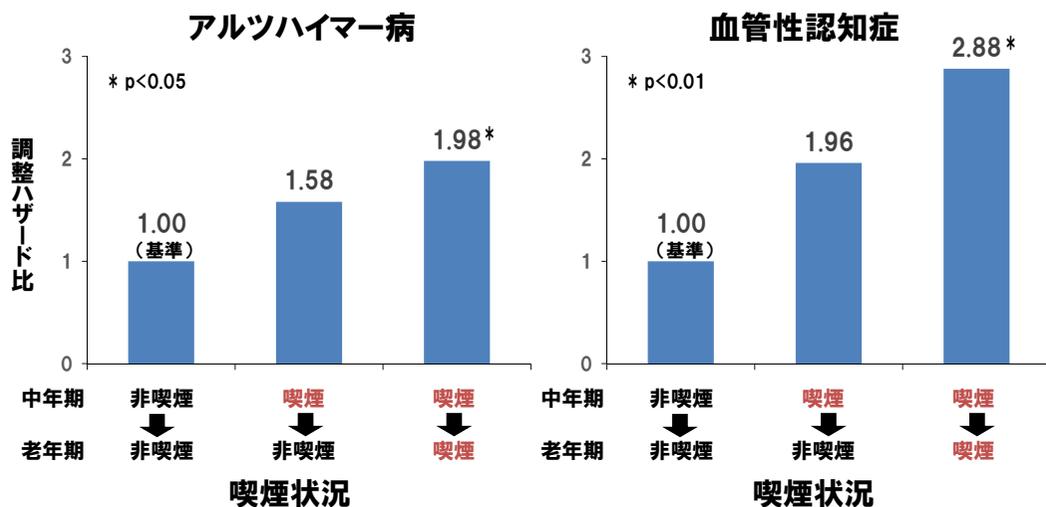
**喫煙、高血圧、糖尿病がリスクを高める**



(Alonso, A., et al: J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2009; 80: 1194-1201)

# 喫煙と認知症の関係

久山町コホート研究(65-84歳男女を17年間追跡、解析対象619人)



調整因子: 年齢、性、学歴、高血圧、降圧薬服用、心電図異常、糖代謝異常、肥満度、血清総コレステロール、脳卒中既往歴、飲酒

(Ohara T, et al. J Am Geriatr Soc 2015; 63: 2332-2339)

# 高齢者の虚弱(フレイル)の危険因子

若年期からの問題



高齢期特有の問題

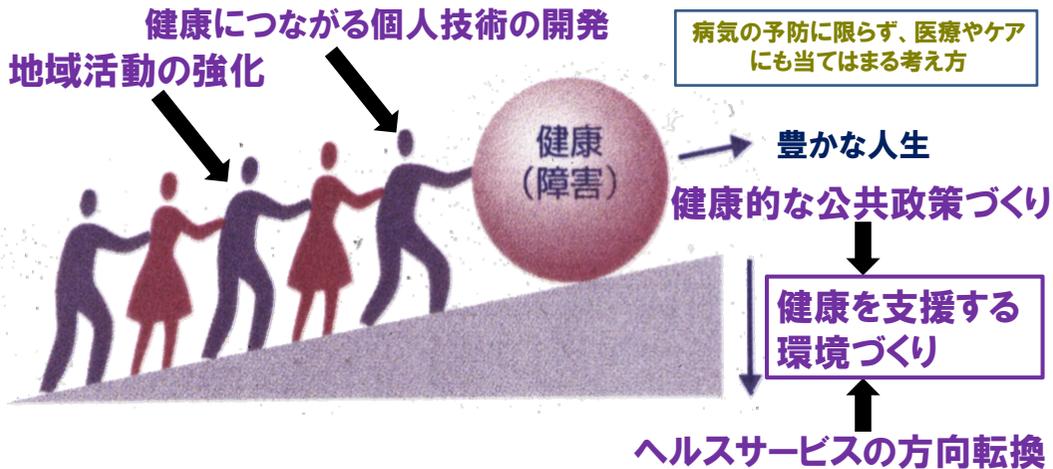


【出典】

吉田裕ら. 日老医誌 2012; 49: 442-448  
野藤悠ら. 第55回日本老年医学会学術集会 2013年6月, 谷口優ら. 第25回日本疫学会総会2015年1月  
IST-RISTEX研究開発プロジェクト「高齢者の虚弱化を先送りし健康余命を延伸する社会システムの開発」(代表: 新開省二) 報告書2014: 13-14

# ヘルスプロモーションとは

人々が自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセス（WHOオタワ憲章、1986年）



（島内 1987、吉田・藤内 1995を一部改変）

## ヘルスサービスの方向転換

### HPHとは (Health Promoting Hospitals & Health Services)

病院等の医療機関が提供するヘルスサービスにヘルスプロモーションの考え方や戦略を組織的に組み入れた活動を行うこと  
(HPH憲章、2008年)

- 経緯 1995年 国際HPHネットワークの設立
- 1997年 HPHに関するウィーン勧告
- 2008年 HPH憲章の制定
- 2015年 日本HPHネットワークの設立



## HPHが目指す姿

医療・介護施設と行政等の関係機関が協働して、地域の人々が健康で元気に暮らせるまちづくりに取り組む。



## 病院がヘルスプロモーションに取り組む意義

1. 組織的な取り組み体制の強化
2. 医療の質の向上
2. 患者のQOLの改善(重症化・合併症予防)
3. 職員の健康保持
4. 地域連携による地域の健康指標の改善
5. 医療費の削減



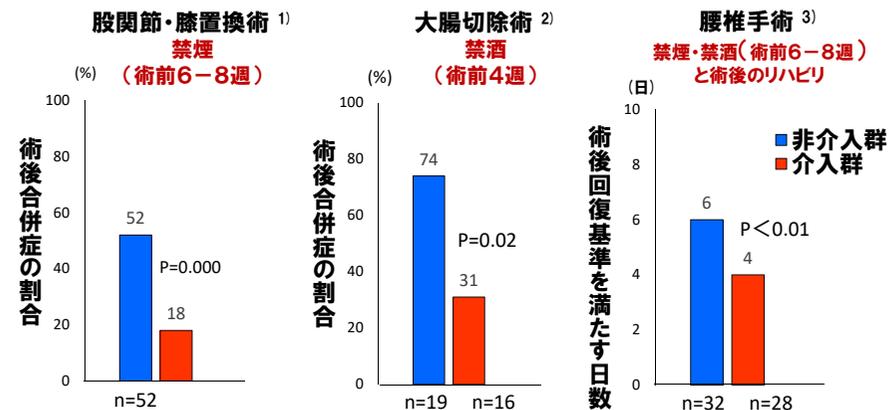
## プライマリケアにおける行動カウンセリング介入の効果 -USPSTF(U.S. Preventive Services Task Force)による推奨-

トピック(発表年)	推奨レベル	最新の知見
一般健康成人に対する循環器病予防のための食事と運動カウンセリング(2012)	C	健康的な食生活や身体活動と心血管疾患の発生の関連が強いことは明らかだが、一般健康成人に対してのプライマリケアにおける行動カウンセリングの効果は小さい。対象者の特性に応じて必要性を判断。
心血管疾患リスク保有者に対する循環器病予防のための食事と運動カウンセリング(2014)	B 高強度	心血管疾患リスク保有者に対しては、健康的な食生活と身体活動を促進するための高強度のカウンセリングを推奨する。
一般成人と妊婦に対する喫煙関連疾患の予防のための禁煙カウンセリング(2009)	A 低強度	成人の喫煙者に対しては、禁煙カウンセリングを推奨する。妊婦の喫煙者に対しては、妊婦により特化した禁煙カウンセリングを推奨する。
多量飲酒減少のための行動カウンセリング介入(2013)	B 低強度	18歳以上の多量飲酒者に対しては、低強度のカウンセリングを推奨する。

出典: Curry SJ, McNellis RJ. Behavioral Counseling in Primary Care Perspectives in Enhancing the Evidence Base. Am J Prev Med. 2015;49(3S2):S125-S128

## 術前のライフスタイル介入の効果

手術前の介入により、術後合併症や回復期日数が有意に減少



1) Moller AM, et al. Lancet 2002, 359:114-117.  
2) Tønnesen H, et al. BMJ 1999, 318:1311-1316.  
3) Nielsen PR, et al. BMC Health Services Research 2008;8:209

## 2型糖尿病患者に対する多因子強化治療介入の効果

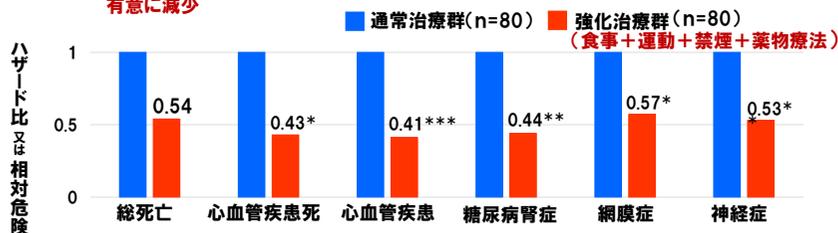
研究デザイン: ランダム化比較試験, 試験期間は平均13.3年(治療期間平均7.8年+追跡期間5.5年)  
強化治療群(行動変容と薬物療法による集中的介入)と通常治療群の比較

対象: 持続的な微量アルブミン尿を認める2型糖尿病患者160名

介入内容: 強化治療群は治療期間中3ヶ月に1回個別相談を実施  
食事療法(脂質エネルギー比30%未満, 飽和脂肪酸エネルギー比10%未満), 軽~中程度の運動を週5日・1回30分間, 喫煙者とその配偶者への禁煙教育, ビタミンミネラルサプリメント摂取, 原則全員にアンギオテンシン変換酵素阻害剤とアスピリン処方, 血圧・血糖・高脂血症の段階的薬物療法

介入目標: HbA1c値<6.5%, 空腹時血清総コレステロール値<175mg/dL, 空腹時血清TG値<150mg/dL, SBP<130mmHg, DBP<80mmHg

介入結果: 総死亡, 心血管疾患死亡, 心血管疾患, 糖尿病腎症, 網膜症, 神経症の発症リスクが40~60%有意に減少



\*P<0.05 \*\*P<0.01 \*\*\*P<0.001 (Gæde P et al. NEMJ, 2008, 580-591 / Gæde P et al. NEMJ, 2003, 383-393)

## 急性心血管疾患に対する入院・退院後の禁煙介入の効果

【目的】急性心血管疾患に対する退院後の集中的な禁煙介入の効果検証

【対象と方法】209人の入院患者(介入群109人, 対照群100人), RCT

【介入内容】

両群共通の介入:

入院中の30分のカウンセリング, 禁煙のための自助教材の配布, 禁煙補助薬(NRTまたはプロピオン)の無料提供

介入群での追加介入:

退院後に毎週60分のグループミーティング(3ヵ月間)

【結果】

	介入群	対照群	オッズ比
1年後断面禁煙率	39%	11%	3.59(1.96-6.56)
2年間再入院率	23%	41%	0.44(0.16-0.63)
2年間総死亡率	2.8%	12.0%	0.77(0.27-0.93)

【結論】禁煙治療期間は退院後も含めて3ヵ月間継続するべきである。

(Mohiuddin SM, et al: Chest. 131: 446-452, 2007)

## 入院患者に対する禁煙介入の結果

	介入内容		研究	禁煙率のオッズ比 (95%信頼区間)	
	入院中	退院後			
Intensity1	1回 15分以内	介入なし	1	1.14	(0.82-1.59)
Intensity2	複数回計 15分以上	介入なし	9	1.10	(0.96-1.25)
Intensity3	何らかの 禁煙支援	1カ月以内の フォローアップ	6	1.07	(0.93-1.24)
Intensity4	何らかの 禁煙支援	1カ月以上の フォローアップ	25	<b>1.37</b>	<b>(1.27-1.48)</b>

出典: Rigotti NA, Clair C, Munafò MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5.

## 入院患者に対するオタワモデルによる禁煙介入の効果

【目的】 入院患者へのオタワモデルによる禁煙介入の効果検証(前後比較)

【対象】 9つの病院の入院喫煙患者、69%に介入を実施

(平均年齢55.6±17.4歳、60%男性、平均喫煙年32.6±16.4年)

【介入方法】

入院中 看護師による5Aアプローチに基づく介入

退院後 6か月間の自動音声装置(IVR)を用いたフォローアップ

退院後3、14、30、60、90、120、180日目

最大10個の質問とその回答結果に基づくアドバイス

必要に応じたカウンセラーの対応、データの自動収集

【結果】

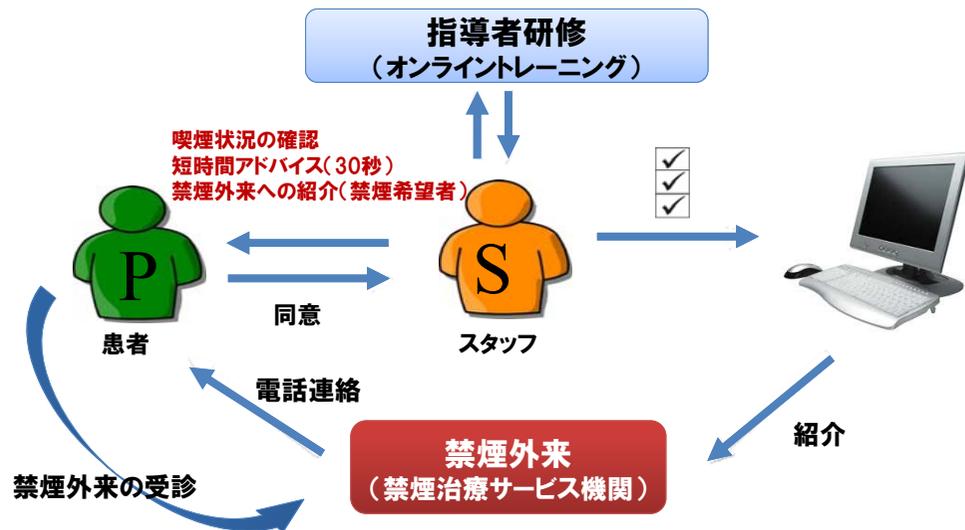
	介入前	介入後	オッズ比
6か月後継続禁煙率	18.3%	29.4%	<b>1.71(1.11-2.64)</b>

【結論】 日常業務として禁煙支援を組み入れることは可能である。

IVRを使用することでフォローアップも実行可能性が高まる。

(Robert D. et al: Nicotine & Tobacco Research. 12: 11-18, 2010)

## イギリスでの病院における禁煙支援システム



## 医療や健診等での短時間禁煙支援

—全ての喫煙者への効果的な声かけ—

**B**rief advice(簡易なアドバイス)

### 1. 禁煙の重要性を高める

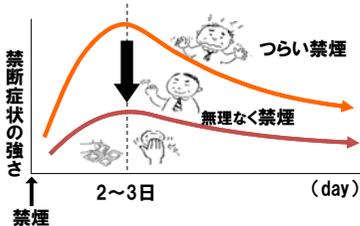
- ※禁煙すべきであることを「はっきり」と伝える
- ※禁煙が「重要かつ優先順位が高い健康課題である」ことを強調する
- ※喫煙の健康影響、禁煙の効果について「個別的に」情報提供する

### 2. 禁煙のソリューションを提案する

- ※自力で禁煙するよりも、禁煙補助剤や禁煙外来を利用した方が「楽に」「より確実に」「費用もあまりかからずに」禁煙できることを伝える

# 楽に、確実に、お金をかけずに禁煙できる

## ①比較的楽にやめられる



## ②より確実にやめられる

禁煙の可能性が  
自力に比べて**3~4倍アップ**  
※6か月継続禁煙では  
ニコチンパッチでは4倍、バレニクリン6倍アップ  
(Kasza KA, et al: Addiction. 108 (1): 193-202, 2013)

## ③あまりお金をかけずにやめられる

保険による禁煙治療とタバコ代の比較 (いずれも12週分の費用)

ニコチンパッチ (貼り薬)		タバコ代 (1箱430円、1日1箱)
<b>13,080円</b>		<b>36,120円</b>
VS		
バレニクリン (のみ薬)		
<b>19,660円</b>		

(注1) 保険による禁煙治療の自己負担は3割として計算  
(注2) ニコチンパッチは8週間、バレニクリンは12週間の標準使用期間として費用を算出  
(出典: 禁煙治療のための標準手順書 第6版, 2014)

# やめたい人への支援のポイント (禁煙外来や特定保健指導等での支援)

1. 禁煙開始日の設定(目標設定)
2. 禁煙実行にむけての問題解決カウンセリング  
※禁煙にあたっての不安や心配事を聞き出して解決策と一緒に考える
3. 治療の一環としてのソーシャルサポート  
※禁煙にむけて励ましたり、ほめたりして、情緒的なサポートを提供する
4. 禁煙補助薬の利用

(日本循環器学会, 他. 禁煙治療のための標準手順書 第6版. 2014年4月)  
(Fiore MC, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical Practice Guideline. 2008)

## 問題解決カウンセリングの例

- 初めてなので心配 → リハーサルのつもりで。
- 何度も失敗していて自信がない → ゴールに近い
- 意志が弱いので自信がない → 意志の問題でない
- ストレスが増えるのでは? → 禁煙できれば、むしろ減ります
- 体重が増えるのでは? → 平均2キロ、禁煙してから大丈夫
- 禁煙宣言した方がよいですか? → 人によりけり、周りによりけり

## 日本禁煙推進医師歯科医師連盟と共同事業を開始 禁煙支援・治療のe ラーニング(J-STOP)

- 2015年から日本禁煙推進医師歯科医師連盟と共同で、トレーニング事業を実施
- 2014年に厚生労働省「健康寿命をのばそう! アワード」において**健康局長優良賞**を受賞
- 2010から2017年度までに、全国から5,636名の保健医療従事者が学習に参加し、修了率は約7割
- 修了者では、トレーニング後に、禁煙治療や支援に関する知識、態度、自信、行動が改善
- 今後、自治体、保険者、学会などと一層連携してトレーニングを実施。

# J-STOP eラーニングの概要

禁煙治療版	禁煙治療導入版	禁煙支援版
<b>講義ビデオ</b> 「日常診療の場での禁煙の働きかけ」	<b>講義ビデオ</b> 「日常診療の場での禁煙の働きかけ」	<b>講義ビデオ</b> 「禁煙支援のための行動科学」 「健診や保健事業の場で短時間でできる禁煙支援」
<b>テキスト学習</b> 9単元(*) (特別コース) 妊婦、未成年、精神疾患に対する禁煙治療	<b>テキスト学習</b> 4単元(*)	<b>テキスト学習</b> 4単元(*)
<b>1. 症例検討</b> 禁煙治療2症例 <b>2. Q&amp;A演習</b> 薬剤編10問 カウンセリング編10問 <b>3. バーチャルカウンセリング</b> ケースA(女性:準備期、禁煙治療) ケースB(男性:準備期、禁煙治療) ケースC(男性:前熟考期、日常診療) ケースD(男性:熟考期、健診) ケースE(女性:熟考期、日常診療)	<b>1. バーチャルカウンセリング</b> ケースA(男性:前熟考期、日常診療) ケースB(男性:熟考期、健診) ケースC(女性:熟考期、日常診療) <b>2. Q&amp;A演習</b> 前熟考期 5問 熟考期 5問 準備期 10問  *テキスト学習の内容(治療導入版、支援版は①,②,③,⑤のみ) ①喫煙の健康影響 ②禁煙の効果 ③ニコチン依存症 ④禁煙カウンセリング ⑤禁煙の薬物療法 ⑥ニコチン依存症管理料 ⑦禁煙治療の実際 ⑧禁煙治療のための環境づくり ⑨喫煙の実態と禁煙推進のための保健医療専門職の役割	<b>1. カウンセリング学習</b> 短時間支援(1~3分) ABR方式 標準的支援(10分) ABC方式 <b>2. Q&amp;A演習</b> 前熟考期・熟考期 各5問 準備期 10問

## 禁煙治療版

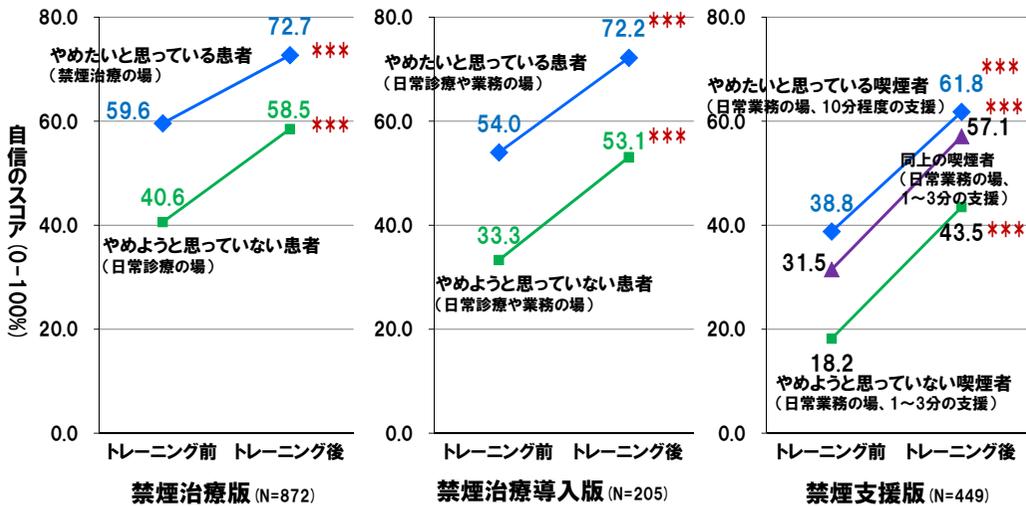
# バーチャルカウンセリング



<b>ケースA (禁煙治療の場)</b> 学習時間: 約45分 女性・45歳 【喫煙ステージ】 準備期 <b>【学習のあらまし】</b> 合併症がない健康な喫煙者に対する禁煙治療について学習します。禁煙治療は、初回、2週間後、8週間後、12週間後の4回の治療を取り上げていきます。	<b>ケースB (禁煙治療の場)</b> 学習時間: 約35分 男性・65歳 【喫煙ステージ】 準備期 <b>【学習のあらまし】</b> 基礎疾患がある喫煙者に対する禁煙治療の方法を学びます。禁煙治療は、初回、2週間後、4週間後、12週間後の4回の治療を取り上げていきます。	
<b>ケースC (一般外来の場)</b> 学習時間: 約15分 男性・28歳 【喫煙ステージ】 前熟考期 <b>【学習のあらまし】</b> 日常診療の場において、禁煙に関心のない若い喫煙者に対する禁煙の動機を高める方法について学びます。	<b>ケースD (健診の場)</b> 学習時間: 約15分 男性・51歳 【喫煙ステージ】 熟考期 <b>【学習のあらまし】</b> 健診の場において、特に異常がなかった喫煙者に対する禁煙の動機を高める方法について学びます。	<b>ケースE (小児科外来の場)</b> 学習時間: 約10分 女性・32歳 【喫煙ステージ】 熟考期 <b>【学習のあらまし】</b> 子供の喘息治療に来た保護者に対する禁煙の動機を高める方法について学びます。

2010-2013年度実施分

## 禁煙治療・支援に対する自信の変化



自信スコア: 0~100%の範囲で10%ごとに選択肢を設けて質問

対応のある分散分析 \*\*\* p<0.001

## 加熱式たばこの流行

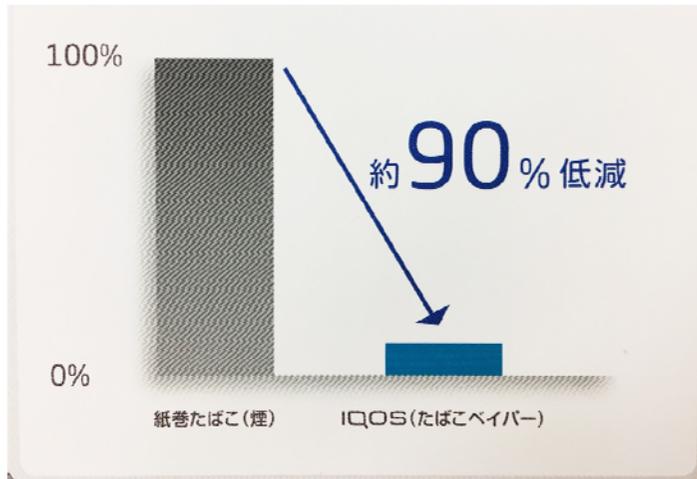
### アイコス使用者の割合

Tabuchiら(2017) 0.3%(2015年)→0.6%(2016年)→3.6%(2017年)  
 厚労科研大和班(2016年12月調査) 紙巻たばこ経験者の約2割

商品名	アイコス	プルーム・テック	グロー
メーカー	フィリップモリス ジャパン	JT	プリティッシュ・ アメリカン・ タバコ・ジャパン
発売	2014年11月	2016年3月	2016年12月

## フィリップモリスの広告

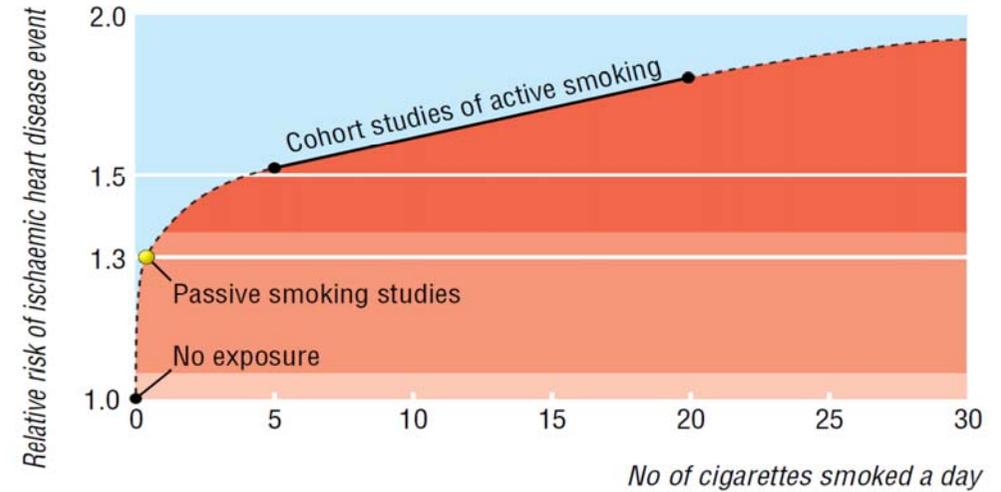
### IQOSの有害成分の量の低減率(平均)



有害成分: WHOが健康へのリスクの観点から含有量の低減を優先して推奨している9つの健康懸念物質。  
ベンゾピレン、ホルムアルデヒド、アセトアルデヒド、アクロレイン、N-ニトロソノルニコチン(NNN)、  
4-(メチルニトロソアミノ)-1-(3-ピリジル)-1-プタノン(NNK)、一酸化炭素、1,3-ブタジエン、ベンゼン

IQOSパンフレット、2017より

## 紙巻きたばこの曝露量と虚血性心疾患のリスク



Dose-response association between exposure to tobacco smoke toxins and ischaemic heart disease (adapted from Law and Wald<sup>5</sup>)

Pechacek TF, et al: BMJ. 328: 980-983, 2004.

## 加熱式たばこに切り替えた場合の問題点

1. 紙巻たばこに比べるとニコチン以外の有害物質の曝露量を減らせる可能性がある。しかし、曝露量が少ないとはいえ、発がん物質等の有害物質への曝露は継続される。
2. 有害物質の曝露が少ないからといって、それに見合った分、病気のリスクが減るかどうかの保証はない。
3. 紙巻たばこを併用した場合に有害物質の曝露が低減は期待できない可能性が高い。
4. ニコチンの吸収動態は紙巻たばこと類似しており、ニコチン依存症は継続される。

1) Bekki K, et al. Journal of UOEH 2017; 39(3): 201-207.  
2) McNeill A, et al. Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products 2018  
A report commissioned by Public Health England. Public Health England, 2018.  
3) Law MR, et al. Prog Cardiovasc Dis 2003; 46(1): 31-38.

## 加熱式たばこ使用者への対応

以上のことを踏まえて、加熱式たばこを単独で使用している場合であっても、それをゴールとするのではなく、最終的にはその使用も中止するよう、情報提供や支援を行うことが重要である。

# ヘルプロTaitoプロジェクト 2016年度からスタート 台東区立台東病院・老人保健施設千束における ヘルスプロモーション推進プロジェクト



## 台東病院・千束におけるHPHとしての取組み

年度	活動方針	具体的な活動
2016年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・台東病院とヘルプロが協働するHPHの取り組みの検討を開始(4月から毎月1回会議開催)</li> <li>・多職種連携による禁煙推進モデル事業の検討開始(6月～)</li> <li>・職員研修会(WS)でヘルスプロモーションをテーマに講演(11月)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員・入院患者の喫煙状況調査(6月)</li> <li>・禁煙外来受診者の分析(7月)</li> <li>・外来患者の喫煙状況調査(10月)</li> <li>・喫煙・禁煙職員のインタビュー調査(禁煙支援ニーズの把握)(3-4月)</li> </ul>
2017年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・院内の健康推進に関する事業をマネジメントする委員会の設置を検討(4月)</li> <li>・「健康推進委員会」の設置を院内で承認(8月)</li> <li>・活動方針として、「介護(ケア)」「認知症」「フレイル予防」「禁煙推進」をテーマに、病院内での取り組みの充実と、行政や医師会、住民組織等の関係団体と協同した活動に取り組む</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員対象のJADECOMけんぼの禁煙補助事業の試行実施(6月～1月)</li> <li>・リハビリ外来患者の食環境整備を含めた食生活支援について女子栄養大学と検討開始(9月)</li> </ul>
2018年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・HPHの病院としての活動宣言</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員の食生活改善プロジェクト</li> </ul>

## 台東区立台東病院・老人保健施設の運営の理念

### I 地域包括ケア拠点としての役割を果たす

- (1) 在宅療養支援病院としての機能強化
- (2) 在宅サービス支援の充実

### II 地域包括ケアを支える人材の育成

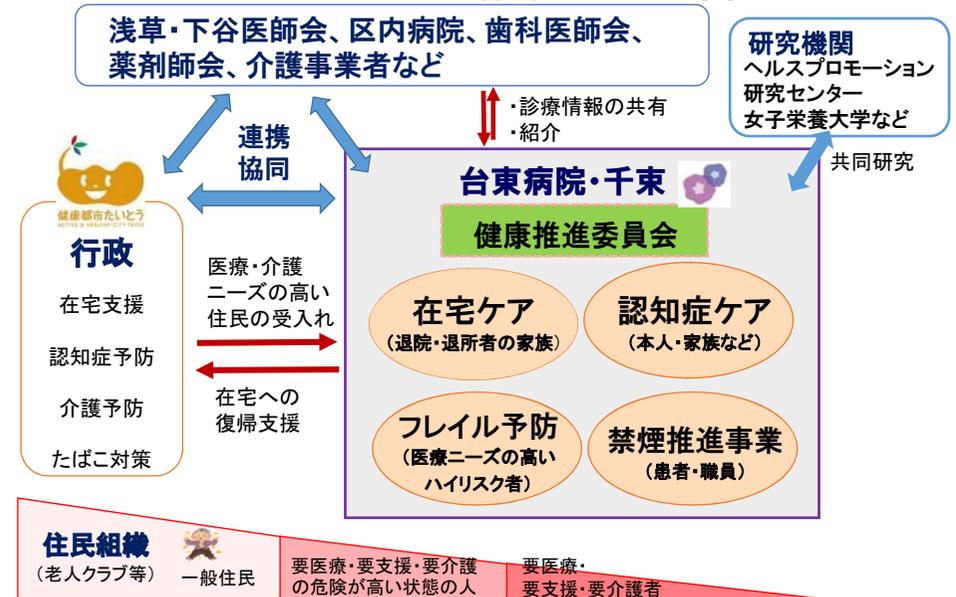
- (1) 総合診療医研修基幹施設
- (2) 多職種連携教育(IPE: Inter professional education)

### III 地域ヘルスプロモーション病院としての取り組み

地域包括ケアを支えるためには、地域全体での疾病予防や障害に対する正しい理解、地域内での互助、共助を進める活動が求められています。当院は介護教室や、認知症ケア事業(認知症カフェ等)、フレイル予防事業、禁煙推進事業等が積極的に開催しており、今後も地域でのヘルスプロモーションに取り組む病院として台東区と一体となった活動を進めます。

(台東区立台東病院・老人保健施設千束事業計画書、2018年)

## 台東区立病院・老人保健施設千束におけるヘルスプロモーション活動のイメージ図



## 禁煙支援にむけたこれまでの経過と取り組み

### 1. 実態調査

- 職員・入院患者の喫煙状況調査(2016年6月)
- 禁煙外来受診者の分析(2016年7月)
- 外来患者の喫煙状況調査(2016年10月)
- 喫煙・禁煙職員のインタビュー調査(2017年3~4月)

### 2. 禁煙支援

- 職員を対象にした禁煙支援(2017年6月~18年1月)
- 入院患者の禁煙支援(検討中)

## 治療メニューの充実の事例

### 台東区立台東病院

あなたの禁煙  
協会がお手伝いします!!



子どもにも嫌われる  
ババくさい!

でもやっぱり禁煙はムリ

一人で頑張ろうとしていませんか!?

「たばこをやめられない」のはニコチン依存症という病気です。  
専門医の治療を受けてみませんか?

**報告** 現在禁煙率100%

- 参加者は現在8人、すでに3人が治療を完了
- 皆さん順調に禁煙中
- 充実コース(段階的禁煙)も人気
- 喫煙中の職員5人に1人が参加
- 禁煙に成功すると費用の補助金がもらえる

**特別禁煙外来**  
**今期最終募集**  
10月10日まで

**初診** 10月3日、10日(火)のいずれか 17時30分~  
※ 治療内容や費用補助の詳細は別添のチラシをご覧ください

ご興味がある方はお気軽にお電話ください。禁煙外来担当:看護師 山口

## 最新のエビデンスに基づいた禁煙支援—台東区立病院

### ① 標準治療コース (全5回・12週)

- 初診から1週間以内に禁煙開始
- ニコチン切れによる禁断症状を抑えるために禁煙補助薬を使用

禁煙	自己負担分の治療費	補助額	実質負担
12週間	2万円	2万円	0円

協会施設の禁煙外来を受診し、バレニクリンを使用したと仮定

### ② 追加治療コース (全10回・24週)

- 標準治療コース終了後、12週間の治療を追加

禁煙	禁煙	自己負担分の治療費	補助額	実質負担
12週間	12週間	6.5万円	4万円	2.5万円

### ③ 減煙治療コース (全10回・24週)

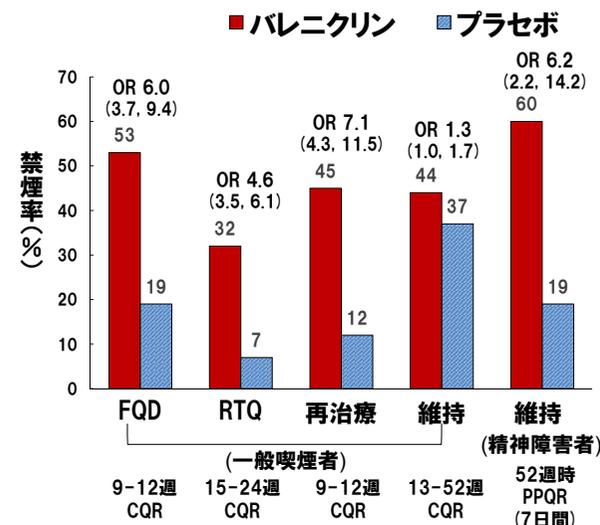
- 最初の12週間は薬を使って本数を0まで減らし、次の12週間は薬を使って禁煙を継続

減煙	禁煙	自己負担分の治療費	補助額	実質負担
12週間	12週間	6.5万円	4万円	2.5万円

## バレニクリンに関する最近の臨床試験データ

試験	内容
FQD試験 <sup>1)</sup> (禁煙開始日の自由設定)	禁煙開始日を服用1~5週後に自由に設定して12週間治療
RTQ試験 <sup>2)</sup> (2段階禁煙)	本数を減らして、3ヵ月以内に禁煙したい喫煙者を対象に24週間の治療(12W減煙+12W禁煙)
再治療試験 <sup>3)</sup>	過去に2週間以上バレニクリンを服用した喫煙者に対する再治療
維持試験 一般喫煙者 <sup>4)</sup> 精神障害者 <sup>5)</sup>	12週間の治療で禁煙した者を対象とした12週間の追加治療

(注) 上記の試験には、国内で承認されている用法・用量と異なる試験が含まれている



<sup>1</sup> Rennard S, et al. Nicotine Tob Res. 2012; 14 (3): 343-350. <sup>2</sup> Ebbert JO, et al. JAMA. 2015; 313 (7): 687-694. <sup>3</sup> Gonzales D, et al. Clin Pharmacol Ther. 2014; 96 (3): 390-396. <sup>4</sup> Tonstad S, et al. JAMA. 2006; 296 (1): 64-71. <sup>5</sup> Evans AE, et al. JAMA. 2014; 311 (2): 145-154.

# 喫煙再開に関わる要因－バレニクリン治療

要因	オッズ比 (95% CI)		
	Lapse(一時的再開)	Relapse(7日以上再開)	
最長禁煙期間 (週)	4-6	4.649 (2.071, 10.434)	3.337 (1.538, 7.239)
	7-9	2.342 (1.269, 4.320)	2.474 (1.315, 4.654)
	10-11	1.00	1.00
年齢 (歳)	21-34	3.453 (1.851, 6.441)	3.442 (1.795, 6.597)
	34-46	1.553 (0.828, 2.913)	1.845 (0.943, 3.609)
	47-72	1.00	1.00
ニコチン離脱症状スケール (MNWS)	0	-	1.00
	1	-	1.975 (1.097, 3.556)
	2-4	-	3.175 (1.166, 8.644)
過去の禁煙試行経験	なし	-	1.00
	あり	-	2.108 (1.168, 3.805)

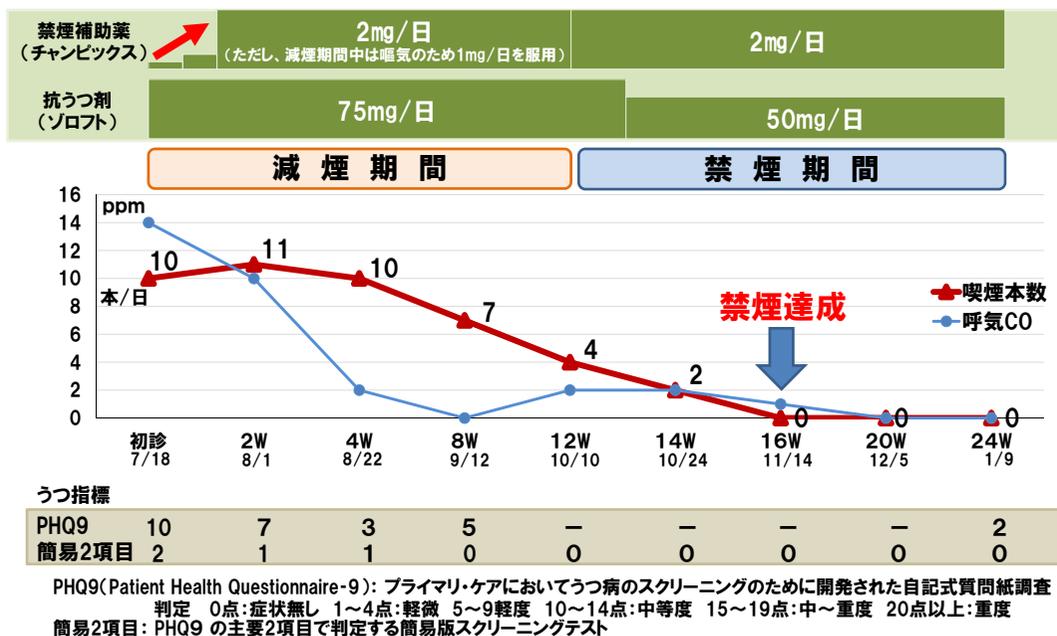
Lapse: 治療終了期間中(第13-52週)における一時的な喫煙再開(来所時の呼気CO濃度増加または自己申告)  
 Relapse: 治療終了期間中(第13-52週)における7日以上喫煙再開(来所時の自己申告に基づく)  
 (Nakamura M. et al: Clinical Therapeutics. 36(6): 918-927, 2014)

# 受診者の特性と治療結果

コース	ケース No	性・年齢	たばこの種類	1日の喫煙本数	呼気CO	ニコチェック	PHQ9	精神疾患の病歴	結果
標準	1	女性・40代	アイコス	20ターン	0	6	2	なし	禁煙成功
	2	女性・40代	紙巻	10~15本	5	5	4	あり	失敗
	3	女性・40代	紙巻	15本	26	3	0	あり	禁煙成功
	4	女性・40代	紙巻	5~10本	8	7	14	なし	禁煙成功
	5	男性・40代	アイコス	5~10ターン	2	2	0	なし	禁煙成功
	6	男性・30代	紙巻	8~10本	7	3	4	なし	禁煙成功
減煙	7	女性・40代	紙巻	5~20本	0	0	13	あり	禁煙成功*
	8	女性・40代	アイコス	15ターン	2	4	1	なし	禁煙成功*
	9	女性・40代	紙巻	10本	14	5	10	あり	禁煙成功

\*初回治療2週間後の時点で禁煙し標準コースに切替を行った結果、14週間で治療を終了した  
 PHQ9(Patient Health Questionnaire-9)はプライマリ・ケアにおいてうつ病のスクリーニングのために開発された自記式質問紙調査  
 判定 0点:症状無し 1~4点:軽微 5~9程度 10~14点:中等度 15~19点:中~重度 20点以上:重度

# ケース9の治療経過(減煙コース)



# 台東区立病院職員を対象とした禁煙支援

- 参加率  
**22% (9名/41名)** 標準コース6名、減煙コース3名  
 【参考】職域での禁煙プログラム参加率  
 5%-13% (小形ら2007、松沢ら2011、吉野ら2012)
- 禁煙率(治療終了時、治療終了後3ヵ月)  
**89% (8名/9名)** 標準コース83%、減煙コース100%  
 【参考】中医協の結果検証(2007、2009年)  
 禁煙率55-58%(治療終了時)

## 【考察】

### 参加率が高かった理由

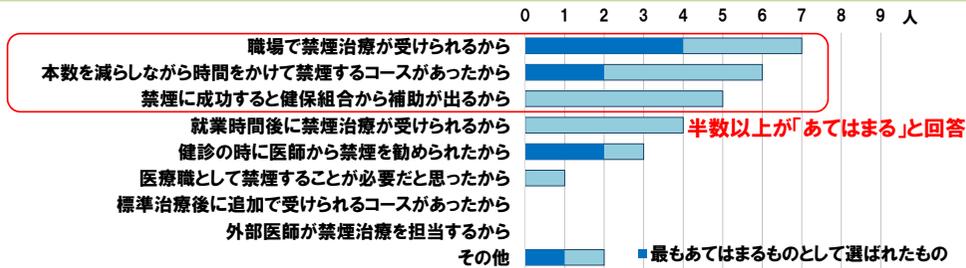
- 勤務時間後に治療が受けられる
- 減煙治療コースの設置
- 健保組合からの費用補助
- 健診時の医師からの勧め

### 禁煙率が高かった理由

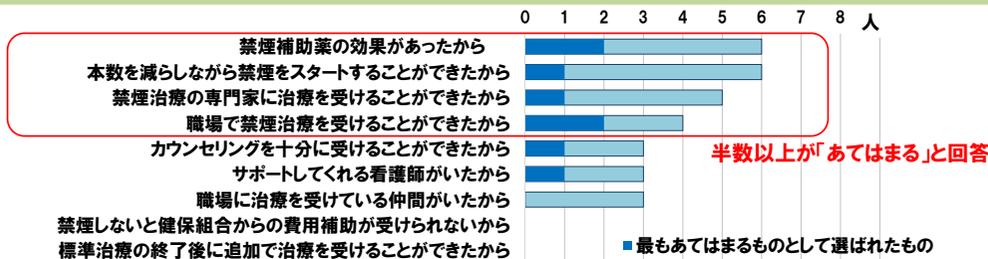
- 治療中の脱落を防止
  - 職場内での禁煙治療の提供
  - 脱落防止の声かけ
- 医師と看護師のカウンセリング
- 減煙治療コースの設置

## 受診者へのアンケート結果

Q1：禁煙治療を受けることを決心した理由として、あてはまるもの全てに○をつけてください。(n=9)



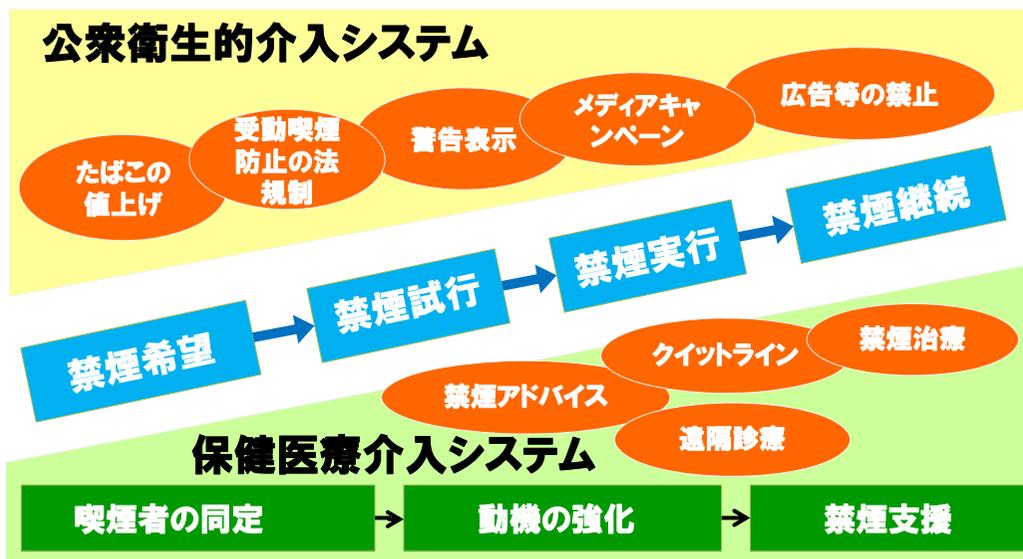
Q2：禁煙に成功した理由として、あてはまるもの全てに○をつけてください。(n=8、禁煙者への質問)



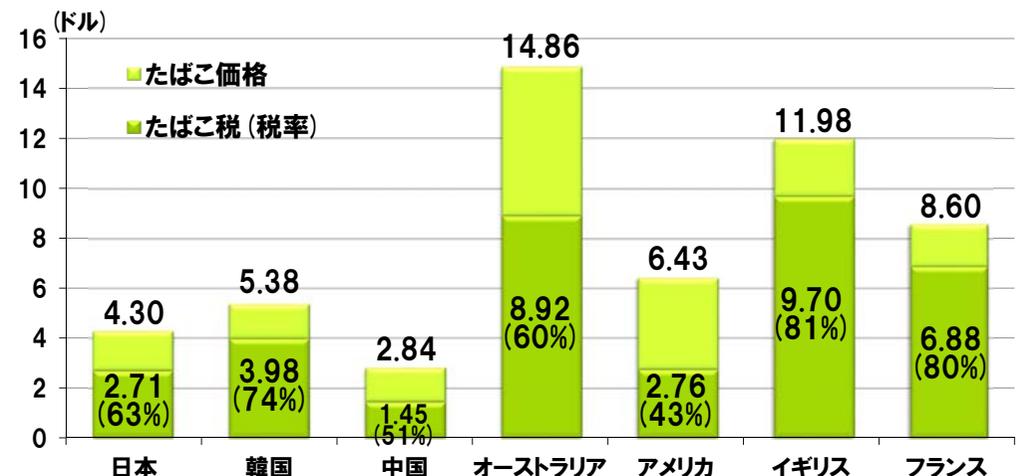
## 禁煙推進のメニューと介入レベル

介入レベル*	内容	保険者	事業者
2. 選択の制限	建物内禁煙、敷地内禁煙 就業時間内喫煙の禁止		○ ○
3. 逆インセンティブにより選択を誘導	たばこの値上げ(国レベル) 喫煙による長時間離席に対する罰金		○
4. インセンティブにより選択を誘導	禁煙手当 禁煙治療費の補助	○	○
5. 健康的な選択肢をデフォルトとして、選択を誘導	喫煙者不採用 喫煙者の管理職登用除外		○ ○
6. 環境を整えて健康的な選択を誘導	健診での禁煙支援 保健指導での禁煙支援 指導者養成(健診機関等を含む) 治療メニューの充実 治療のための職務免除 遠隔診療 禁煙支援イベント	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○
7. 情報提供(教育・啓発普及)	講演会 教材配布	○ ○	○ ○

## 禁煙推進のための2つの社会環境整備



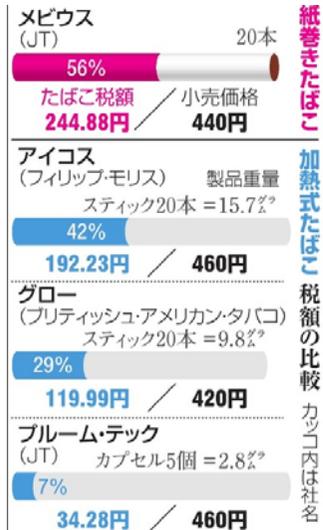
## たばこ価格の国際比較



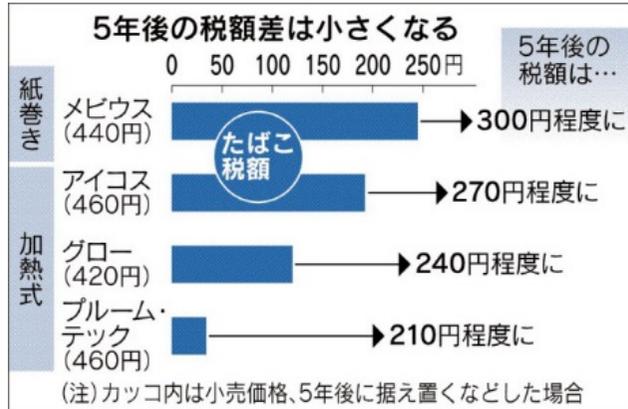
たばこ価格：ドル(購買力平価換算)2016年  
たばこ税：たばこ物品税と消費税の合計

(WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2017)

# 今後5年間のたばこの段階的値上げ



**紙巻たばこ 60円の増税**  
**加熱式たばこ 80~180円の増税**



朝日新聞デジタル、2017年12月6日

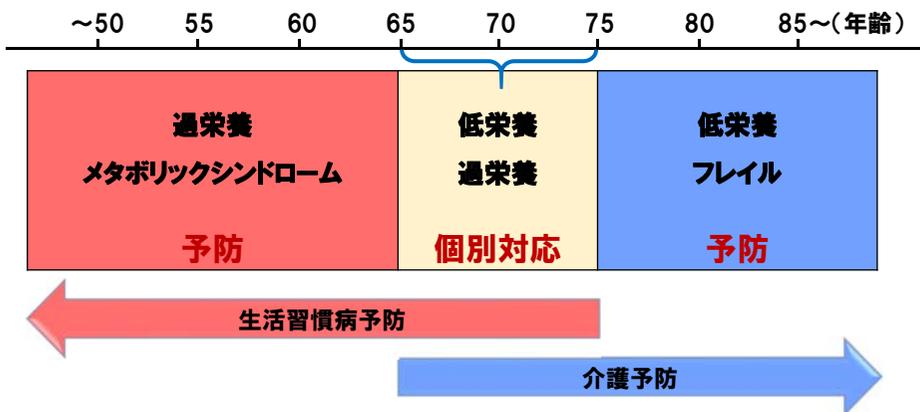
日本経済新聞(電子版)、2017年12月10日

# 受動喫煙対策の主な内容

	東京都	国
飲食店	原則屋内禁煙 (喫煙専用室は設置可)	
例外規定	従業員を雇っていない店。子どもが出入りする場合は規制	客席面積100平方メートル以下の店。店頭で「喫煙」などの表示は義務付ける
小中高校 保育所 幼稚園	敷地内禁煙 (屋外に喫煙場所の設置不可)	敷地内禁煙 (屋外に喫煙場所の設置可)
大学 医療機関 行政機関 航空機	敷地内禁煙 (屋外に喫煙場所の設置可)	
ホテル 事務所 鉄道	原則屋内禁煙 (喫煙専用室の設置可)	

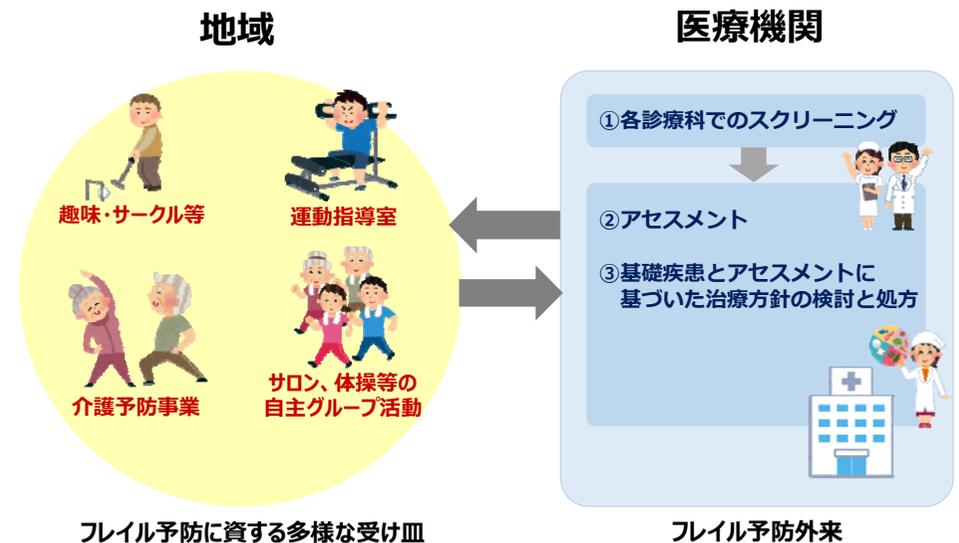
日本経済新聞、2018年4月21日

# 年齢別栄養管理のギアチェンジ

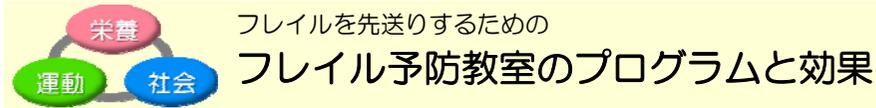


(葛谷雅文: 日本医事新報 4797: 41-47, 2016.)

# 地域ぐるみでのフレイル予防(案)







シルバー人材の活用、人材養成  
「笑いと健康お届け隊」

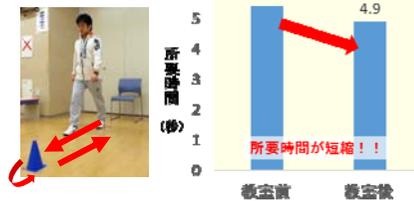


「栄養・体力・社会」の3側面に働きかける  
週1回約60分、6ヶ月間の基本コース  
(フレイル予防教室)の開催

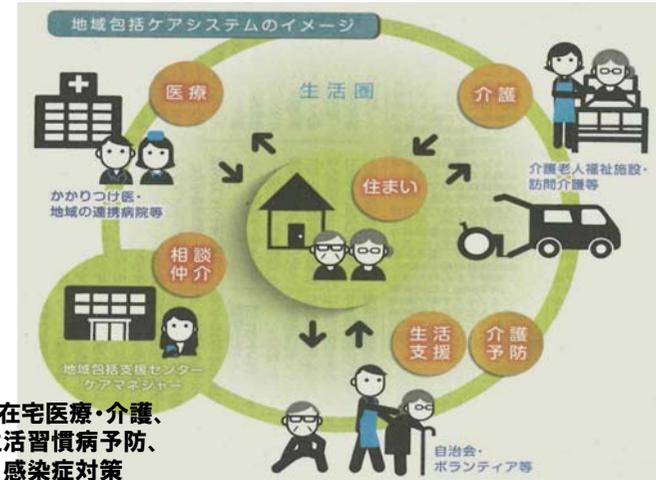
①いろいろな食品をバランスよく  
食べるようになる



②体力がアップする



# 保健医療福祉の切れ目のない連携 多機関・多職種連携(施設内、施設間)



地域包括ケア、在宅医療・介護、  
認知症対策、生活習慣病予防、  
集団災害医療、感染症対策  
地域精神保健、など...

地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター

## ヘルプロ活動—5つの活動の柱



自治体と協働した健康なまちづくり

## みんなの健康を、みんなで守る



地域診断  
(データや意見の見える化)

