

# 地域のアルコール問題 早期介入マニュアル

日本医療研究開発機構

「アルコール依存症予防のための簡易介入プログラム開発と

効果評価に関する研究」（研究代表者：杠岳文）

**早期介入地域モデル作成研究グループ**

研究分担者：杠岳文、福田貴博

研究協力者：田中完、武藤岳夫、遠藤光一、吉本尚、上田勲、神前まい子

星谷和宏、櫻井純子、阿部祐太、新城真紀、角南隆史（執筆順）

令和2年3月



## 「地域のアルコール問題早期介入マニュアル」目次

I. 地域におけるアルコール問題の現状	
1) わが国の飲酒風土	1
2) 全国調査と基本法推進計画から見た地域住民のアルコール問題の実態	7
3) 基本法推進計画に見る早期介入の取り組み例：DASHプログラム	17
II. 地域でのアルコール問題の啓発：1次予防	
1) 望ましい啓発のあり方	23
2) 一次予防に含めるべき内容	26
III. 地域で行うアルコール問題の早期介入：2次予防	
1) ブリーフ・インターベンションの基礎	
A) アルコール問題の評価	31
B) ブリーフ・インターベンションとは	36
C) 効果的にブリーフ・インターベンションを行うコツ	40
2) 構造化したブリーフ・インターベンション：HAPPYプログラム	44
3) 特定保健指導を活用した早期介入	52
IV. アルコール依存症が疑われる事例への効果的な介入	
1) アルコール依存症が疑われる住民への対応	57
2) 専門医療機関受診、自助グループへのつなぎ方	59
3) SBIRTS（エスバーツ）	62
V. 地域でのアルコール問題早期介入取り組み例	
1) 大阪府豊中市での取り組み	64
2) 埼玉県での取り組み	71
3) 千葉県柏市での取り組み	74
4) 鹿児島県与論町での取り組み	78
5) 岩手県花巻市での取り組み	85
6) 協会けんぽ沖縄支部での取り組み	89
VI. 地域でのアルコール問題早期介入に向けた新たな試み	
1) WEB上での早期介入ツールの活用	
A) 各種ツールの概要	93

B) 地域での各種ツールの効果的な使い方	96
C) WEB上のツールを地域で普及させるために	98

**【巻末資料】**

1) AUDIT	100
2) ドリンク換算表	101
3) 特定保健指導用テキスト	102
4) 広報用資料	128

## I. 地域におけるアルコール問題の現状

### 1) わが国の飲酒風土

#### A) 歴史にみるわが国の飲酒風土

わが国の飲酒の始まりは、井戸尻遺跡の縄文土器の内側にあった黒い付着物が約 5000 年前のぶどう酒のようなものであったことから、有史以前の長い歴史がある。しかし、このような糖質原料の自然発酵から生まれたであろう酒は、他の文明のワインのようにわが国の風土に残ることはなく、次のでん粉を原料とした酒が主となっていく。

記録として残るものには、古事記（712 年）の「八岐大蛇」神話や日本書紀（720 年）の「木花咲翁比売（このはなさくやひめ）」による米を噛んでつくった「口噛みの酒」の話が記録されている。当時、酒は個人の日常的な嗜好品ではなく、神への供え物であり、儀式として一部特別な階層の人たちのものであった。そして、供え物の酒は儀式の後に振る舞われたり、貴族の間で宴として飲まれたりすることによりコミュニティの親睦を深めるものとしても用いられた。

奈良、平安時代と続くそのような神事や上流階級の酒が一般化したのは鎌倉時代以降であり、鎌倉時代には「酒屋」が誕生し、室町時代には幕府の貴重な財源とまでなっている。戦国時代には豊臣秀吉が各地の銘酒を集めた記録も残っており、当時から各地の土地柄ごとの産物として推参品や贈答品としての経済商用価値が酒にあり、江戸時代には広く流通されるようになった。今日でもバリエーションに富んだ様々な種類の酒がどこでも手に入るのも、この流れを受けている。

また、「酒は百薬の長」と言われているように、薬としての飲用も古くからの歴史がある。起源は中国の生薬を煮る用途としてではあるが、記録としては紀元前 4～3 世紀ころの記録が史記に記されている。お正月に飲用される屠蘇は三国時代の名医華佗が考案したものが伝わったとされているし、東大寺正倉院に残る記録（739 年）に 1 日中写経をして足を痛めたので薬として酒を飲みたいという文章も残っている。戦国時代には滋養の薬として酒を混ぜた丸薬が兵士に持たされた記録もある。

このように、わが国では古くから飲酒習慣があり、①神事（儀式）、②コミュニティの親睦、③日常の嗜好品、④その土地の産物として、⑤贈答品として、⑥薬といった酒の利用法が認められ、それが広く流通しているという風土がある。

一方で、酒の害についても古い歴史がある。わが国初の禁酒令は大化 2 年（646 年）の「魚酒禁止令」であるが、これはどちらかというと、宗教的な意味で災厄を避けるために欲を絶つ戒律のようなものであった。しかしながら、「続日本記」にある禁酒令（758 年）は酒乱が原因であるし、平安時代（866 年）には 10 人以上の群飲、過剰な飲酒を禁ずるいわゆる節

酒を定めた法律もある。このように、酒の害が知られているにもかかわらず大酒を飲むことの称賛（母里太兵衛の日本号の逸話）や飲酒の強要（ジョアン・ロドリゲスの「日本教会史（1577年）」には酔っ払う（酔い潰れる）のが礼儀であり、大酒を飲むことが称賛されると記述がある）も史実にあり、大量飲酒の称賛・強要と禁止の歴史が現代まで繰り返されているのもわが国の飲酒風土といえよう。

## B) 統計にみるわが国の飲酒風土

WHOが2016年に調査した世界各国の15歳以上一人あたりのアルコール消費量を図1に示す。

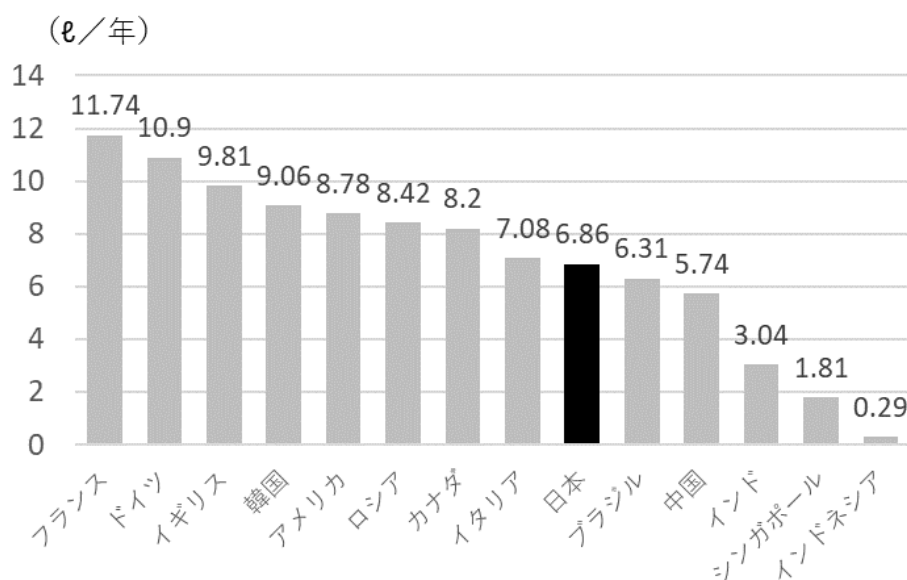


図1 各国の15歳以上1人あたりの1年間のアルコール消費量（2016 WHOのデータをもとに著者作成）

この統計からは、フランスのワイン、ドイツのビールといった産地とその国の日常嗜好品であること、遺伝的に飲める体質であることや韓国の乾杯を繰り返し焼酎（ソジュ）の大量飲酒を推奨する文化があること等がアルコール消費量を高めている一方、シンガポールの高い酒税（アルコール度数が高いほど高い税率、ウイスキー40度の場合だと1ℓあたり日本400円に対しシンガポール約3000円）、インドネシアの宗教（飲酒を禁止するイスラム教）がアルコール消費量を抑えているのが推察される。白酒や老酒（黄酒）という度数の高い酒を乾杯しあう中国が意外と低い傾向にあるのは、最近乾杯の文化が見直されていること（うずらの卵のような小さい杯が用意される）、ワインなどの度数の低いアルコール飲料の消費に移っていること（健康志向から）などが挙げられている。このように各国の飲酒風土は、アルコール飲料の産地であることや日常飲酒の文化、大量飲酒の文化、遺伝的体質、税金な

どの政策、宗教、流行など様々な要素が影響している。

では、わが国の飲酒風土にはどのような要素の影響があるだろうか。図2は平成24年度と平成29年度の国民健康・栄養調査から、年代別の毎日飲酒者の割合と生活習慣病のリスクを高める飲酒をしている割合を示したものである（「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」とは、1日当たりの純アルコール摂取量が男性で40g以上、女性20g以上の者とし、以下の方法で算出。男性：「毎日×2合以上」＋「週5～6日×2合以上」＋「週3～4日×3合以上」＋「週1～2日×5合以上」＋「月1～3日×5合以上」、女性：「毎日×1合以上」＋「週5～6日×1合以上」＋「週3～4日×1合以上」＋「週1～2日×3合以上」＋「月1～3日×5合以上」）。

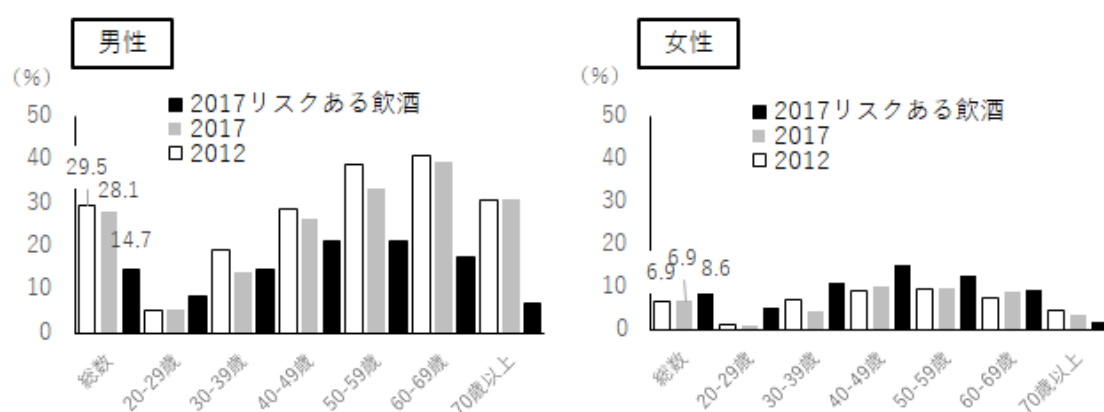


図2 わが国の飲酒習慣（平成24年、平成29年国民健康・栄養調査から著者作成）

これを見ると、男性のほうが毎日飲酒率は多いが、リスクの高い飲酒は女性も比較的多い状況がわかる。また男女とも徐々に割合が上がって50歳代・60歳代がピークになり、その後減少している。これは、飲酒の習慣化や飲酒機会の増加などにより増加する一方、70歳代以降は健康影響により節酒したり、機会の減少が影響している可能性がある。経年比較では、男性の毎日飲酒者は減少傾向だが、女性はほぼ横ばいである。

アルコール飲料と産地という視点でみると次の統計がある（表1）。この表からは、やはり南九州の焼酎、新潟・東北の日本酒、山梨・長野のワイン等、それぞれの産地で消費が多いことがわかる（ただし、ワインについては大都市である東京、京都、大阪でも消費量が多い）。

表1 焼酎・日本酒・ワインの消費量（2016年 国税庁統計情報から筆者作成）

順位	焼酎		日本酒		ワイン	
	都道府県	消費量	都道府県	消費量	都道府県	消費量
1	鹿児島	24.450	新潟	13.320	東京	9.910
2	宮崎	20.440	秋田	9.970	山梨	8.570
3	沖縄	14.100	石川	9.480	長野	4.120
4	大分	13.270	山形	8.580	京都	3.930
5	熊本	10.930	福島	8.410	大阪	3.910
6	青森	10.840	長野	8.190	神奈川	3.680
7	長崎	10.220	富山	8.180	北海道	3.630
8	秋田	10.130	島根	7.830	沖縄	3.610
9	福岡	9.990	鳥取	7.470	宮城	3.300
10	岩手	9.840	岩手	7.350	千葉	3.170

この表は、酒税から割り出した消費量であるので、必ずしもその地域の人々が飲んでいる量ではなく、その地を訪れた人の消費も含まれるし、消費地（大都市）も上位に入ってしまう。しかしながら一定の飲酒風土が表されているのは間違いない。

また、遺伝的要素の考察としては図3がある。

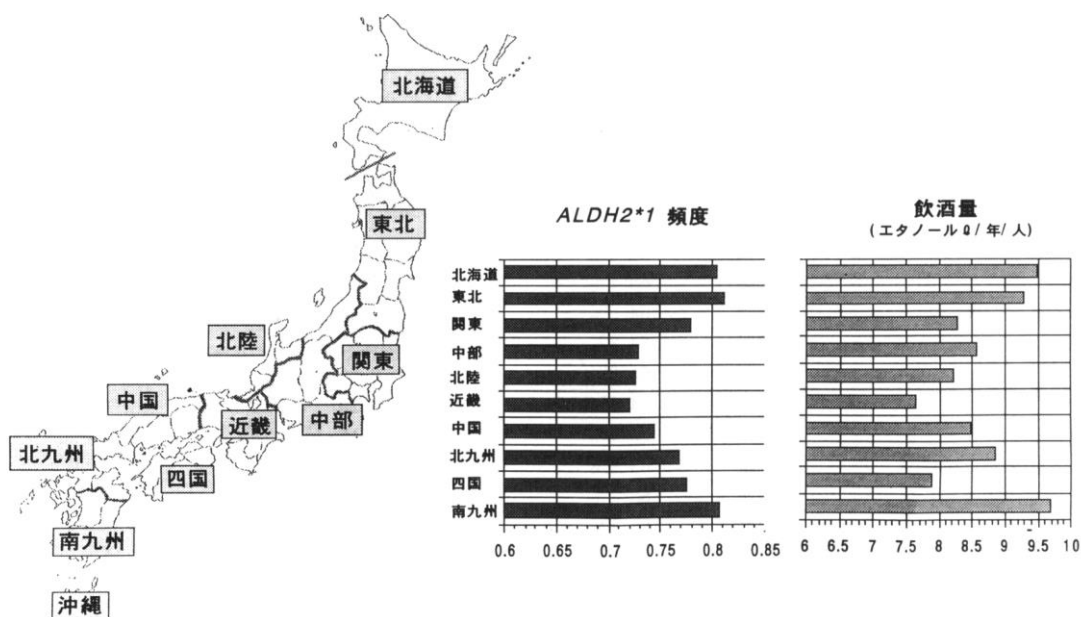


図3 各地方毎の ALDH2\*1 頻度と飲酒量（2001）<sup>2)</sup>

この図からは、アルコール分解酵素である ALDH2\*1 の分布が多い北海道・東北、南九州で飲酒量が多く、分布の少ない近畿では飲酒量は少なくなっている。ALDH2\*1 酵素があればお酒に酔いにくい為自然と量は増え、ALDH2\*1 酵素がなければアセトアルデヒドの強力な作用（紅潮、心拍数・呼吸数の増加、頭痛等）によりネガティブフィードバックがかかって飲酒量は抑制されるので、遺伝子の飲酒風土への影響は当然といえる。しかしよく見ると、北九州地方と四国地方では遺伝子分布と飲酒量が逆転しているので、焼酎と日本酒のどちらを



好む文化であるのか（産地として有名か）というのも、飲酒量に影響しているのだろう。

これらの統計からいえることは、わが国の飲酒風土としては、習慣化や飲酒機会により年々毎日飲酒者は増えるが70歳以降は減少すること、男性に多い事、地方毎に飲む酒のバリエーションがあり産地や消費地・遺伝子分布がその土地の飲酒風土に影響を及ぼしていることがわかる。

### C) 文化にみるわが国の飲酒風土

宗教によって酒は必需品であったり禁止されたりするが、日本の宗教である神道では様々な神事（儀式や催事、お祭り）に酒は用いられる。神に通じる清めの儀式のようなものから、祝い事で楽しく飲む習慣、祭りの景気づけなど大量の酒が振る舞われることもある。もともと、このように何かの行事に快楽的に酒を大量に飲む習慣があったことから、忘年会やクリスマスなど神道とは関係のないイベントでも大いに酒が飲まれるようになったことだろう。

また、わが国では、飲みつぶれることが礼儀とされることはないが、飲み干すことが礼儀の一部として残っている。そしてアルコールに強い事（大量に飲める、つぶれない事）への称賛は依然としてあり、その証明としてのビンジドリンクは絶えてはいない。このこともイベント時の快楽的飲酒と相まって大量飲酒につながり、酒害の原因となっている。

これらに対し、節酒の啓発活動が有効である可能性がある。イベント時に見られた一気飲みは酒害の周知・教育活動、組織の自律的自粛により、近年ほとんど見られなくなった。一気飲み以外の快楽的飲酒についても、最近ではハロウィンイベントでの禁酒の取り組みなどがあり、効果を表している。これらの活動では酒の害を明らかにし、「楽しい事＝飲酒」という固定観念を変えていくこと（酒がなくても楽しめるという認識）が大切と思われる。

一方、日常的に飲む酒には食事の合わせであったり、一日の疲れの癒し、寝酒などの効用を期待して飲まれる。食事との組合せやテイastingは酒の種類が多さによって味覚の楽しみを広げ、知識やうんちくの多さから知識的欲求が刺激される。酒＝薬（健康に良い）という概念も歴史があるだけに、最近は抗酸化作用に注目されて酒を積極的に飲む人もいる。また、酒そのものを無許可で作ることは違反であるが、果実酒作りなどはやはり健康意識や作る楽しさ（オリジナリティー）も相まって、趣味として持つ人もいる。これらは習慣的行為として日常に定着していき、酒の依存性・精神的依存性も相まってアルコール依存症に結びつきやすい。アルコール依存症のきっかけとなるのは、先述のイベントでの大量飲酒よりは、このような日常的ないわゆる「晩酌」が多い。節度を持って楽しめているうちはよいが、寝入るまで飲む、疲れや痛みが治まらないから飲む、ストレスから逃れられないからつぶれるまで飲む、といった飲み方になっていないか自分で見直す必要があり、スクリーニングの機会や知識の普及が大切である。特に女性のキッチンドリンカーや高齢者の飲酒は、社会的な繋がりが少ないため見直す機会もなく、周囲に気づかれることもなく依存症にな

ってしまっているケースもある。

今後は、タバコのように酒についてもその害について、明らかにしてから販売する必要があるかもしれない。もしくは、日常的に容易にアルコール飲料が手に入ることが問題だとすれば、シンガポールのようにアルコール量によって高い酒税があるか、一度に大量の酒を個人に販売することの何らかの規制をかけることも一つの手段であろう。

以上のように、わが国の飲酒風土はバリエーションに富んでいるが、様々な影響を修正しつつ健全な飲酒風土がはぐくまれることを切に願っている。

## 【まとめ】

- ① わが国の飲酒風土には長い歴史があり、様々な意味づけ（儀式、親睦、経済価値、薬、称賛、礼儀）や嗜好品といった価値がある。一方で、酒害に関する記録も多く残っている。
- ② 統計的な特徴としては、日常的な大量飲酒は40歳代にピークがあるが、全体としては少ない。また、遺伝子の分布や産地によって地方毎に特徴がある。
- ③ イベント時の快楽的な大量飲酒の文化があるが、自律的な規制も可能。日常的な飲酒は精神的依存に陥りやすい為、知識の普及やスクリーニングの導入、入手のし易さに規制が必要かもしれない。

（田中 完）

## 《文献》

- 1) 平成24年度、平成29年度 厚生労働省 国民栄養調査
- 2) 原田勝二 飲酒様態に関与する遺伝子情報、醸協、4、210-220(2001)

## 2) 全国調査と基本法推進計画からみる地域住民のアルコール問題の実態

平成 28 年に制定された「アルコール健康障害対策推進基本計画」では、序文でわが国の飲酒問題の動向と現状について報告がなされており、その後各県で出されている「アルコール健康障害対策推進計画」にも各県の飲酒問題の状況が自治体毎に詳細に報告されてきている。こうしたデータにより、わが国の地域での飲酒問題の実態を詳細に、しかも容易に知ることができるようになってきた。本稿では、先に 2013 年に行われた飲酒実態全国調査と 2017 年の国民健康・栄養調査の結果概要、そして基本計画に報告されたわが国全体の飲酒問題の概要を述べる。次いで、地域性を加味しながら、特色ある報告の見られた青森県、宮城県、埼玉県、静岡県、大阪府、島根県、沖縄県の 7 府県の推進計画に報告された飲酒問題の実態を述べ、最後に、われわれが豊中市保健所と共同で行った住民の飲酒実態調査結果について報告する。

### A) 成人の飲酒実態に関する全国調査 (2013 年) と国民健康・栄養調査 (2017 年) の結果概要

わが国では、2003 年、2008 年、2013 年と概ね 5 年ごとに成人の飲酒実態に関する全国調査が行われている<sup>1,2)</sup>。2013 年の全国調査も、層化二段無作為抽出で、回答者数は 4,153 人 (回答率 58.9%) であった。訪問面接で、AUDIT の質問項目や ICD-10 のアルコール依存症の診断項目についても、調査されている。調査前 1 年間に飲酒した者を飲酒者と定義すると、2003 年の飲酒率は、男性 83.6%、女性 62.5%で、2013 年では、男性 82.9%、女性 63.3%となっている。年齢階級別の特徴を見ると、若年層ほど飲酒率が高く、一貫して男性が女性より割合が高いが、若年層では男女差は小さく、とくに 20~24 歳では男女差がほとんど見られなくなっている<sup>1,2)</sup>。

生活習慣病のリスクを高める量 (1 日当たりの純アルコール摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上) を飲酒している者の割合は、2003 年で男性 19.0%、女性 6.0%であったが、2013 年は男性 14.4%、女性 5.7%であり、男性は減少傾向にあり、女性は横ばいとなっている。また、機会大量飲酒者 (週 1 回以上、60g 以上の純アルコールを摂取と定義) は 2003 年には男性 10.8%、女性 2.5%であったが、2013 年は男性 12.0%、女性 2.2%となっており、大きな変化はない。一方、ICD-10 によるアルコール依存症の生涯経験者率は、2013 年には 1.0% (男性 1.9%、女性 0.2%) で、わが国の推計患者数は 107 万人 (男性 94 万人、女性 13 万人) となっている。また、アルコール依存症の現在有病者率は、2013 年では 0.5% (男性 1.0%、女性 0.1%) で、推計患者数は 57 万人であった。厚生労働省が行う患者調査では、わが国のアルコール依存症患者は近年 4~5 万人となっていることから、アルコール依存症患者のうち、その一部しか専門治療に繋がっていないことが窺われる。その一方で、アルコール依存症の生涯経験者の 84.1%、現在有病者の 82.6%が過去 1 年間に

医療機関を受診したと回答し、健康診断も過去1年間に前者の65.9%、後者の69.6%が受診したと回答している。すなわち、アルコール依存症患者の多くは、医療機関や健診を受診しながら、アルコール問題の専門治療に繋がっていないこと、すなわちそのトリートメントギャップが課題と考えられている。現在有病者の21.7%が断酒をしたいと答え、減酒をしたいと答えた者も47.8%であったことから、こうした重篤な飲酒問題を抱える者が、今後専門治療を含め適切な治療と支援に繋がることが期待される。

毎年行われている国民健康・栄養調査では、近年女性の飲酒問題の増加傾向が認められている<sup>3)</sup>(図1)。生活習慣病のリスクを高める量(1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上)を飲酒している者の割合は、男性14.7%、女性8.6%である。平成22年(男性15.3%、女性7.5%)からの推移でみると、平成29年の調査で男性は有意な増減はないが、女性は有意に増加している。また、「健康日本21(第二次)」に定める生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の目標値は男性13%、女性6.4%であるから、とくに女性の飲酒問題対策が急がれる。年齢階級別にみると、その割合は男女とも40歳代が最も高く、男性21.4%、女性15.2%である(図2)。

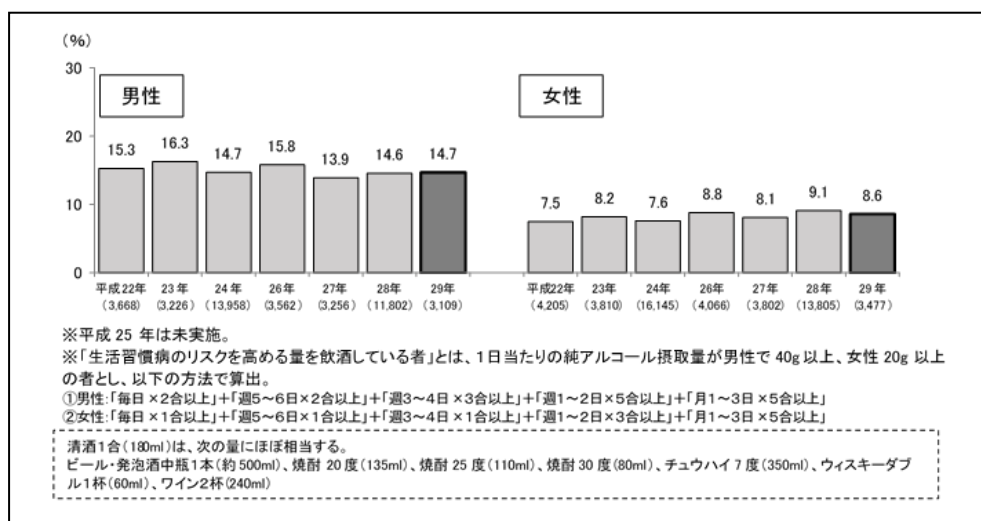


図1. 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の年次比較<sup>3)</sup>

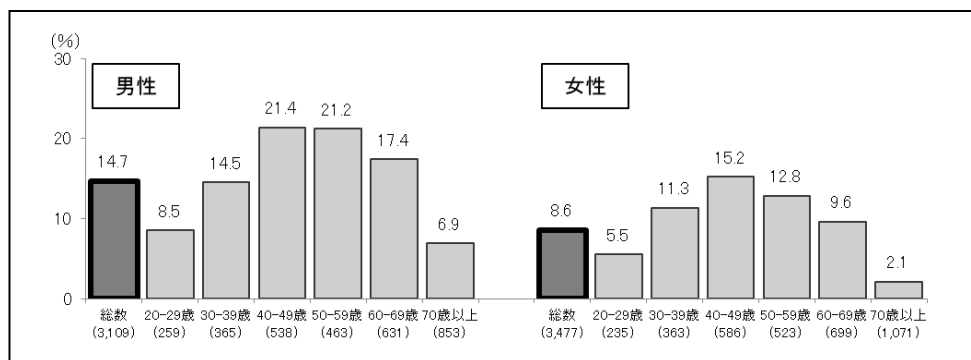


図2. 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合<sup>3)</sup>

## B) 推進基本計画に述べられたわが国全体の飲酒問題の概要 4)

わが国のアルコール消費量を酒類の販売数量の動向で見ると、1996年度の966万klをピークとした後減少が続き、2014年度の販売数量は、1996年度の9割となっている。これを成人一人当たりの酒類の販売量で見た場合、1992年度の101.8lをピークに、2014年度では1992年度の約8割の80.3lになっている。この一因には、中高年に比べ飲酒習慣のある者の割合が低い70歳以上の高齢者の人口割合の上昇があげられる。

国民一人一人の飲酒の状況については、国民健康・栄養調査において、「月に1日以上頻度で飲酒をする者」の割合は、2003年の男性69.3%、女性33.3%に対し、2012年は男性67.3%、女性33.2%であり、「飲酒習慣のある者（週3日以上、1日1合以上飲酒する者）」の割合は、2004年は男性38.2%、女性7.1%、2014年は男性34.6%、女性8.2%であり、男性は低下傾向にあり、女性は横ばいが続いている。2015年のOECDの報告において、日本では「最も飲酒が多い20%の人々が、全てのアルコール消費量の70%近くを消費している」と報告されている。

多量に飲酒する人を「1日平均純アルコール約60gを超えて摂取する人」と定義すると、2009年の国民健康・栄養調査では、男性4.8%、女性0.4%であり、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合は、2014年の国民健康・栄養調査で男性15.8%、女性8.8%となっている。2010年、2012年、2014年の推移で見ると、男性は横ばい、女性は統計学的に有意に上昇している。

このように、わが国全体のアルコール消費量は減少傾向にあり、成人の飲酒習慣のある者の割合も、全体として低下傾向にある。しかし、多量に飲酒している者の割合は男女とも改善しておらず、一部の多量飲酒者が多くのアルコールを消費している状況がある。とくに、女性については、飲酒習慣のある者の割合は横ばいが続く、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合は、2010年から有意に上昇している。

## C) 青森県の推進計画に見る飲酒問題の現状 5)

青森県におけるアルコール消費量は、減少傾向にはあるものの、成人1人当たりの消費量は、2016年度は92.7lで、東京都(111.2l)、高知県(97.9l)、宮崎県(94.8l)に次いで全国4位となっている。2016年度青森県県民健康・栄養調査によると、飲酒習慣がある者の割合は、男性では40.2%(全国:33.0%)、女性では8.8%(全国:8.6%)と男女ともに全国よりも高い状況にある。男性は、いずれの年代も全国より高く、女性は、とくに30歳代が全国より高くなっている。

青森県の推進計画では、飲酒と平均寿命との関連について述べられており、青森県では生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合は、男性は横ばい、女性は微増傾

向となっているが、この高リスク飲酒者の占める割合と、2015年都道府県別生命表の関係を見ると、青森県の男性は全国で最も高リスク飲酒者の割合が高く、かつ平均寿命が最も短い。また、女性についても、高リスク飲酒者の割合は全国平均よりも高く、平均寿命も最も短くなっている。

#### D) 宮城県の推進計画に見る飲酒問題の現状<sup>6)</sup>

宮城県におけるアルコール消費量は、2009年度までは全国平均を下回り、緩やかな減少傾向にあったが、東日本大震災が起こった2010年度に大きく減少した後、急激に増加し、2012年度以降は全国平均を上回り、2016年度は沖縄県を除く46都道府県の中で13位となっている。また、酒類の消費に掛かる1世帯当たりの年間支出金額は、52の都道府県庁所在地及び政令指定都市を対象とした調査では、2015年から2017年までの平均で仙台市は47,670円となっており、全国平均の41,062円を上回っている。

飲酒の習慣については、「ほとんど飲まない」が50.8%、「毎日飲んでいる」が18.3%となっている。性別・年齢階級別にみると、「毎日飲んでいる」又は「週に5～6日飲んでいる」の割合は、男性の平均は37.4%で、最も高いのは50～59歳の53.1%、女性の平均は10.2%で、最も高いのは40～49歳の16.7%となっている。「毎日飲んでいる」又は「週に5～6日飲んでいる」の近年の推移を見ると、20～29歳及び30～39歳では減少傾向にあるが、40～49歳、60～69歳及び70歳以上では増加している。

生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている者の割合は、2016年で11.8%であり、性別では、男性が16.2%、女性が8.0%で男性は女性の約2倍高い。性別・年齢階級別にみると、全国の傾向と同様に、男性では50～59歳が最も多く32.8%、女性では40～49歳が最も多く15.2%となっている。

東日本大震災の被災者のうち、応急仮設住宅（プレハブ）や民間賃貸借上住宅及び災害公営住宅への入居者については、生活環境の変化等により、様々な健康問題が生じている。飲酒の状況を見ると、「朝又は昼から飲酒することがある」人の割合は、いずれの住宅も横ばいで推移しているが、2017年度について、「朝又は昼から飲酒することがある」人の割合を性別・年齢階級別にみると、全体的に男性の割合が高く、応急仮設住宅（プレハブ）では50～59歳が8.6%、民間賃貸借上住宅では60～69歳が10.8%、災害公営住宅では50～59歳が8.3%と高くなっている。同じく、「週4日以上かつ1日3合以上飲酒する」人の割合を性別・年齢階級別に見ると、全体的に男性の割合が高く、応急仮設住宅（プレハブ）では60～69歳が18.3%、民間賃貸借上住宅では50～59歳が24.9%、災害公営住宅では60～69歳が21.6%となっている。

## E) 埼玉県の推進計画に見る飲酒問題の現状 <sup>7)</sup>

埼玉県では、平成 27 年の健康・栄養調査報告で見ると飲酒習慣がある者が、男女とも（男性 37.5%、女性 11.9%）、全国平均（男性 33.8%、女性 7.7%）を上回っている。また、埼玉県においては、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者は、男性は 12.5%で、わずかに全国平均 13.9%を下回っているが、女性は 11.9%で全国平均 8.1%を上回っている。埼玉県では、男性の生活習慣病のリスクを高める飲酒量（1 日平均 2 合以上）を正しく知っている者の割合は、女性は 26.3%で、全国平均 23.8%を上回っているが、男性は 25.0%で、全国平均 27.2%を下回っている。また、女性の生活習慣病のリスクを高める飲酒量（1 日平均 1 合以上）を正しく知っている者の割合は、男性は 19.7%で、全国平均 21.9%を下回って、女性も 22.7%で、全国平均 23.6%を下回っている。

## F) 静岡県の推進計画に見る飲酒問題の現状 <sup>8)</sup>

静岡県では、飲酒習慣のある者の割合は、男性は減少傾向（2003 年 39.4%、2013 年 29.6%）、女性は横ばい（同 5.7%、6.5%）となっている。2014 年特定健診（特定健康診査）の問診票において、「毎日飲酒」と答えた者の市町別に集計した結果、男性では中部地区、伊豆地区において「毎日飲酒」の割合が静岡県平均と比べて高い傾向にあり、女性では伊豆地区、政令市において「毎日飲酒」の割合が高い。

静岡県における生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている者の割合は、2016 年の調査では、男性が 11.9%、女性 8.3%となっており、2013 年調査と比較すると、男性は 2.1%の減少、女性は 1.8%の増加となっている。また、2014 年国民健康・栄養調査によると、全国の割合は、男性は 15.8%、女性は 8.8%で、いずれも静岡県は全国平均よりも割合が低い状況となっている。2016 年度の生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている人の年代別の割合は、30 歳代が男女ともに高い状況となっている。

## G) 大阪府の推進計画に見る飲酒問題の現状 <sup>9)</sup>

アルコールの消費数量の状況をみると、大阪府の消費量は、ほぼ横ばいであるものの、近畿地方 6 県の中で消費量が一番多く、2015 年度の成人 1 人当たりの消費量は 93.6ℓで、同年度の全国平均 81.6ℓを大きく上回っている。2014 年度の大阪府の飲酒習慣のある者の割合は、男性 33.2%、女性 10.4%で、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合は、男性 17.7%、女性 11.0%（2014・2015 年度平均値）で、全国平均より割合が高い。年齢階級別にみると、その割合は男女ともに 50 歳代で最も高い。

大阪府の推進計画では、飲酒に起因する身体症状での救急搬送数と自殺未遂者企図時の飲酒の状況が述べられており、飲酒に起因する身体症状での救急搬送件数は、2015 年が

3,192 件、2016 年が 3,328 件で、未成年者でも、年間約 100 名が飲酒によって救急搬送されている。2016 年は、60 歳代 70 歳代の高齢者、次いで、20 歳代に救急搬送者が多くなっている。一方、2012 年の大阪府自殺未遂者実態調査では、2011 年の 1 年間に大阪府内救命救急センターに搬送された救急患者のうち、自殺未遂者は 1,254 例であり、うち自殺企図時に飲酒が確認されたのは、219 例、17%となっている。

#### H) 島根県の推進計画に見る飲酒問題の現状<sup>10)</sup>

島根県の成人一人当たりのアルコール消費量は、全国平均よりわずかに下回った状況（2015 年島根県 79.20、全国平均 81.60）で推移している。毎日飲酒する者の割合は、男性 36.4%、女性 8.7%で、男女とも全国より高く、男性は年代が高くなるにつれて、毎日飲酒する者の割合が増えているが、女性は 40 代で急増している。

生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合は、2016 年度の島根県県民健康調査では男性 14.7%、女性 7.1%となっており、男性は全国より高く、2010 年度調査時点の男性 10.8%、女性 5.8%より増加している。なかでも、毎日 2 合（日本酒換算した量で、以下同じ）以上飲酒する男性の割合は 11.9%、毎日 1 合以上飲酒する女性の割合は 4.4%であり、全国より低いものの微増している。

#### I) 沖縄県の推進計画に見る飲酒問題の現状<sup>11)</sup>

沖縄県の 2015 年度の成人一人当たりのアルコール消費量は、観光客向けの販売や県外への土産品も含まれているが、1100 となっており、この値は東京都に次いで高い。

沖縄県が実施した「適正飲酒推進調査事業（2016 年 3 月）」の報告では、沖縄県民の飲酒頻度は全国平均と比較し少ないものの、飲酒者の割合は男女ともに高く、沖縄県民男性 90.6%（全国 77.8%）、同女性 76.55%（全国 53.8%）となっている。また、通常 1 回での飲酒量が 10 ドリンク以上のものの割合が、男性 30.3%、女性 13.6%となっており、全国調査の結果を大きく上回っている。

沖縄県の推進計画には、AUDIT を用いた調査結果も報告されており、問題飲酒ありとされる AUDIT8 点以上の者は、男性 49.1%、女性 19.3%で、アルコール依存症を疑われる AUDIT15 点以上の者は、男性 14.0%、女性 4.5%で、男性では初飲年齢が低いほど AUDIT15 点以上でアルコール依存症疑いのある者の割合が高いことが示されている。ちなみに、初飲年齢が 12 歳以下の男性では、30.6%が AUDIT15 点以上のアルコール依存症疑いありとなっている。



## J) 大阪府豊中市での住民飲酒実態調査より

AMEDの研究事業の一環として、われわれは豊中市保健所と共同で2017年12月に住民の飲酒実態調査を行った。調査方法は、市役所に諸手続きに訪れた住民に対し、市役所庁舎の他、千里と庄内出張所の計3か所で、概ね管轄する住民数に応じて、600、250、150枚のアンケートを各所で配布、後日郵送してもらうようにして回収した。回収率は52.2%であったが、性別の記入漏れなども多く、有効回答数は36.6%であった(表1)。なお、回収率を上げるため、謝礼としてアンケート回答者の中から45名に、抽選で1,000円～3,000円のクオカードを贈呈した。また有効回答者の職業とアルコール関連の疾患の有無及びその治療状況については、それぞれ表2と表3に示した。

性別	年代	配布数	有効回答数	有効回答率
男性	青年(20～39歳)	163	54	33.1%
	中年(40～59歳)	188	49	26.1%
	老年(60～80歳)	136	72	52.9%
女性	青年(20～39歳)	162	63	38.9%
	中年(40～59歳)	221	77	34.8%
	老年(60～80歳)	130	51	39.2%
小計		1,000	366	36.6%

表1. 性別年代別のアンケート配布数と有効回答率

職種	無職	学生	主婦	パート	農林漁業	運転手	土木・建築	小売・販売	(酒類あり) サービス業	(酒類なし) サービス業	事務職	会社員・公務員	技術・専門職	会社員・公務員	管理職	会社員・公務員	保安職業	その他
男性	46	3	1	7	0	3	9	3	6	14	19	29	22	3	9			
女性	21	5	75	38	0	0	0	4	1	4	19	13	1	0	10			
合計	67	8	76	45	0	3	9	7	7	18	38	42	23	3	19			

表2. 有効回答者の職業

疾患名	高血圧	糖尿病	高尿酸血症	膵炎	アルコール性肝障害	ウイルス性肝障害	脂質異常症	狭心症	不整脈	脳梗塞	脳出血	胃潰瘍	うつ状態	不安障害	不眠症	依存症
治療中	56	0	7	0	2	0	19	3	10	2	3	5	9	5	9	2
すでに治癒	4	3	1	1	1	4	1	5	5	2	2	18	6	3	3	0
指摘されたが放置	1	22	0	0	0	0	3	1	5	0	0	0	0	0	0	0
合計	61	25	8	1	3	4	23	9	20	4	5	23	15	8	12	2

表 3. 有効回答者のアルコール関連疾病とその治療状況

アンケートには、AUDIT-C の 3 項目の質問に、「あなたは、健康のためにお酒の量を減らしたいと考えたことはありますか」、「あなたは、お酒の量を減らすミニ講座があれば、参加してみたいと思いますか」といった飲酒問題二次予防へ住民側のニーズを尋ねる質問を加えた。

AUDIT-C の結果は、表 4 に示す通りで、危険な飲酒のカットオフ値を男性 4 点、女性 3 点とすると、男性の 63.4%、女性の 35.6%が危険な飲酒であると判定された。注目すべきは、60 歳以上の老年層においても、男性 66.7%、女性 29.4%が危険な飲酒と判定されていることである。定年退職後の年代にも、アルコール問題が引き続き高率に存在することに注意を要する。

	0点	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点以上
男性	17.7%	6.9%	5.7%	6.3%	11.4%	6.9%	9.1%	10.9%	25.1%
女性	44.5%	9.9%	9.9%	6.3%	13.1%	4.2%	3.1%	4.2%	4.7%

表 4. AUDIT-C の男女別得点分布

健康のため酒量を減らしたいと考えたことがあるかとの質問に対しては、表 5 に示す通り、「常にある」、あるいは「時々ある」と答えた者は、合わせて男性 30.9%、女性 20.9%であった。一方、減酒のミニ講座への参加の意向に関する質問では、「ぜひ参加したい」、あるいは「興味はある」と答えた者は、男性 15.0%、女性 12.6%であった（表 6）。男性の場合で見れば、ハイリスク飲酒を住民の 6 割に認めるが、減酒の必要性を多少感じている者がその半分の 3 割、実際に行動に移す気持ちが多少ある者は、さらにその半分の 1 割 5 分であるとも言える。

高齢者を含め住民の中にも危険な飲酒者が数多く存在することが示唆される一方で、減酒の必要性を感じる飲酒者を増やし、減酒達成の方法や可能性とその効果を伝えるような啓発活動が重要であることを示すアンケート結果であった。

	常にある	時々ある	あまりない	全くない	回答無
男性	9.0%	22.0%	36.0%	21.0%	12.0%
女性	8.3%	9.7%	16.6%	24.8%	40.7%

表 5. 健康のため酒量を減らしたいと考えたことの有無

	ぜひ参加	興味あり	あまりない	したくない	回答無
男性	1.0%	14.0%	22.0%	50.0%	13.0%
女性	1.4%	8.3%	11.7%	36.6%	42.1%

表 6. 減酒ミニ講座への参加の意向

## 【まとめ】

- ① わが国成人の飲酒率は、一貫して男性が女性より割合が高いが、若年層では男女差は小さく、とくに 20～24 歳では男女差がほとんど見られなくなっている。
- ② 2013 年の全国調査で、アルコール依存症の生涯経験者は、推計 107 万人（男性 94 万人、女性 13 万人）、アルコール依存症の現在有病者は、推計 57 万人であった。また、患者調査の結果などと併せると、アルコール依存症患者の多くは、医療機関や健診を受診しながらも、アルコール問題の専門治療に繋がっていないことが窺える。
- ③ 国民健康・栄養調査でも、近年女性の飲酒問題の増加傾向が認められている。生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合は、平成 22 年からの推移でみると、平成 29 年調査で男性は有意な増減はないが、女性は有意に増加している。
- ④ 成人一人当たりの酒類の販売量は、1992 年度の 101.8ℓ をピークに減少し、2014 年度では 1992 年度の約 8 割の 80.3ℓ になっている。この一因には、70 歳以上の高齢者の割合の上昇が考えられている。
- ⑤ 2015 年の OECD の報告において、日本では「最も飲酒が多い 20%の人々が、全てのアルコール消費量の 70%近くを消費している」と報告されている。
- ⑥ 豊中市で住民対象の飲酒実態調査を行ったところ、男性では、約 6 割が AUDIT-C で「危険な飲酒」と判定され、3 割が減酒の必要性を多少感じ、1 割 5 分が減酒のミニ講座に対し興味を示した。

(杠 岳文)

《文献》

- 1) Osaki Y、 Kinjo A、 Higuchi S、 et al: Prevalence and trends in alcohol dependence and alcohol use disorders in Japanese adults; results from periodical nationwide surveys. Alcohol Alcohol 51: 465-473、 2016
- 2) 尾崎米厚: 疫学、アルコール依存症(齋藤利和編)、pp. 20-29、最新医学社、大阪、2014
- 3) <https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/000351576.pdf>
- 4) [https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/keikaku\\_1.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/keikaku_1.pdf)
- 5) <https://www.pref.aomori.lg.jp/soshiki/kenko/syofuku/files/keikaku.pdf>
- 6) <https://www.pref.miyagi.jp/uploaded/attachment/726610.pdf>
- 7) <http://www.pref.saitama.lg.jp/a0705/alcohol/documents/saitamaalcholhealthplan.pdf>
- 8) <https://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-320/documents/aruko-ru.pdf>
- 9) <http://www.pref.osaka.lg.jp/attach/30670/00263690/honbun2.pdf>
- 10) <https://www.pref.shimane.lg.jp/medical/fukushi/syougai/ippan/kenkoushougaitaisaku.data/keikaku.pdf>
- 11) <https://www.pref.okinawa.jp/site/hoken/chiikihoken/seishin/documents/2gennjyoutokadai.pdf>

### 3) 基本法推進計画にみる早期介入の取り組み例：DASH プログラム

#### A) 推進計画にみられる早期発見・介入の具体例

推進計画の中で、アルコール問題の早期発見・早期介入（二次予防）の具体策について触れている都道府県は少ない。徳島県では、推進計画の中で、健康診断及び保健指導の具体的な取り組みの一つとして、「モデル的に、県職員や県関係者を対象とした問題飲酒の危険度を測るためのテスト（AUDIT）を実施し、問題飲酒者の状況を把握するとともに、問題飲酒者には、「おいしくお酒を飲むための教室」を受講してもらい、問題飲酒の改善状況の調査を実施。順次、関係機関へも拡大」と記載されている。

茨城県では、「地域における多量飲酒者への節度ある適度な飲酒に関する保健事業の推進を図るため、市町村保健師等を対象とした研修を実施します」とともに、徳島県と同様に、「モデル的に県職員を対象に問題飲酒の危険度を測るためのテスト AUDIT を実施し、県職員の問題飲酒の状況を把握するとともに、アルコール依存症や相談機関についての周知を図ります」と記載されている。

愛媛県では、「特定健診実施機関において、健診後は、検査結果に基づき適正飲酒について指導を行い、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者については、その割合を減少させるために継続的な指導を行います。そのために HAPPY プログラムなど活用し、適切な指導を行います」とともに、「一般医療機関（救急を含む）において、アルコール依存症者や危険飲酒者の早期発見のため、SBIRTS 等を利用することで、専門医療機関へつながり、早期の治療、早期の社会復帰、職場復帰につながるよう周知に努めます」と医療機関における早期発見・介入を掲げている。

また、愛知県では、「市町村等の健診・保健指導において、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者に対し、リーフレット等を活用したアルコール健康障害に対する保健指導やアルコール使用障害スクリーニングテスト、減酒支援等が実施されるよう働きかけます」とともに、「市町村等が健診・保健指導において適切な早期介入を行うことができるよう、その手法について、国における効果検証の調査研究を踏まえつつ、SBIRT 等に関する情報提供を積極的に行います」と記載されている。

最後に、佐賀県では、「節酒・断酒指導（HAPPY プログラム）を開発、実施している独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センターと連携し、飲酒問題スクリーニングテスト（AUDIT）を職域や地域でモデル的に実施し、問題飲酒者の状況を把握するとともに、問題飲酒者に対し、飲酒問題の改善につながるよう HAPPY プログラムを実施します」、「女性が集まるサークル等での飲酒に関する研修等を行い、女性の飲酒に関する正しい知識の普及啓発を行うとともに、飲酒問題のある男性（夫）に直接働きかけるのではなく、食生活に係わりの深い女性（妻）に働きかけることによる節酒のプログラム（DASH プログラム）を開発、実施している肥前精神医療センターと共同で DASH プログラムを実施します」

と記載されている。

いずれにせよ、現時点でアルコール問題の二次予防としての早期発見・介入に取り組んでいる自治体は未だ少なく、AUDIT を用いた飲酒問題の実態調査と保健指導での減酒支援の充実等に限られている現状にある。そして、地域住民に対する早期介入には、まずはモデル的な取り組み、新たな戦略が必要という状況の様である。

本稿では、佐賀県の推進計画に述べられている、早期介入の新たな手法 DASH プログラムについて、開発の背景と、プログラムの概要について述べたい。

## B) DASH プログラム開発の背景

### (1) 地域での早期介入の現状

筆者らは、2007年に飲酒運転対策と生活習慣病対策として飲酒量低減のための集団認知行動療法プログラムとしての「HAPPY プログラム福岡市方式」を開発し、福岡市役所で市職員向けに行った。さらに、この福岡市方式プログラムをアレンジし、特定保健指導でも用いることができるようにした「集団節酒指導プログラム」を用いて、主に職域でその普及に努めるとともに、効果検証を行ってきた<sup>2)</sup>。職場では、雇用主あるいは健康管理者がアルコール問題に危機感を持ち、その対策に関心と熱意を持っていることが前提にはなるが、任意の参加であっても、特定保健指導として就業時間内、あるいはシフト勤務の前後に減酒支援を「アルコール健康教室」として行うことは、それ程難しいことではない。もちろん、従業員の任意の参加とは言え、職場で行う場合は、従業員が会社や上司の意向を汲み取り、参加を促す力が働くことは想像できる。また、健康診断の間診票に AUDIT などの質問項目を加えて、アルコール問題のスクリーニングを網羅的に行うことも、時間と紙面の制約がない限り、それほど難しいことではない。

一方、HAPPY プログラムを用いた地域住民向けの減酒を目的とする早期介入は、われわれが把握する限り、神奈川県相模原市、大阪府豊中市、千葉県柏市、埼玉県内のいくつかの市町村で、精神保健福祉センターや保健所を中心にこれまで先駆的に行われてきている。これらの地域で、こうした早期介入の取り組みの課題としていつも挙がるのが、問題ある飲酒者あるいはハイリスク飲酒者を、介入を行う教室に参加者として集めることの難しさである。多くの地域では、未だアルコール問題に関する啓発も十分に行われておらず、過量飲酒が健康に悪影響を及ぼすことに関する住民の知識や関心が乏しいとともに、飲酒量低減の必要性とともに、その達成可能性、意義や健康への効果といった情報が、住民に浸透していないことが、その背景にあると思われる。まずは、不適切な飲酒と健康や社会問題についての一層の啓発、意識の高揚が必要というのが、多くの地域の現状でもある。

また、こうした地域住民向けのアルコール問題に関する早期介入でも、主な対象者は

中年層男性となる。参加者を多く集めようと、平日昼間は仕事をしている者も多いため、参加者に配慮して、開催日時を平日の夜や休日に行っている自治体もある。こうした参加者に対する配慮と広報誌を通じた幅広い呼びかけをしても、飲酒問題のある参加者を会場に集めることは、現時点ではまだ容易ではない。しかしながら、こうした地道な活動が続き、参加者自身の減酒による健康やライフスタイルの変化に関する体験談など、その効用が広報誌や口コミで広く発信されるようになると、参加者も徐々に増えるものと期待する。それまでは、地道な啓発活動によりリテラシー向上を図るとともに、二次予防活動を継続していくことが重要であろう。

もう一つの問題は、保健師や精神保健福祉士、心理士などの支援者自身がアルコール問題に抱く忌避感情である。重症のアルコール依存症に関わって、成功体験の乏しい地域の保健医療従事者には、「アルコール問題は、複雑で難しい。一生懸命関わってもよくなる」というマイナスのイメージが染みついている。アルコール問題に熱心に関わろうとすれば、重症ケースでの困難ももちろん避けては通れない。一方で、こうした予防的な早期介入で成功体験も数多く積むことは、アルコール問題への介入での支援者自身の自己効力感を高め、忌避感情を抑えるのには役立つと感じている。われわれは、地域、職域、医療機関で、これまで行ってきたブリーフ・インターベンションを用いた飲酒量低減指導の経験から、「有害な使用までのレベルの飲酒者に対する飲酒量低減指導は 2/3 の対象者に効果があり、飲酒量は介入した対象者全体で 2/3 の量に減る」という効果を実感している。また、「多量飲酒者の飲酒量は、日本酒 2 合/日程度にまでは減らせる」というのが、1 年後転帰調査結果から得られた結論である<sup>3)</sup>。

いずれにしても、地域でのアルコール問題への早期介入の最初の課題は、地域では、熱意を持った一部の支援者が、問題のある飲酒者への早期介入を思い立っても、対象となるハイリスク飲酒者に直接出会うことが、容易ではないということである。

## (2) 近年の女性のアルコール問題の増加

国民健康・栄養調査での飲酒習慣のある者（週 3 日以上飲酒し、飲酒日 1 日あたり 1 合以上飲酒する人）の割合は、全国平均（平成 28 年）が男性 33.0%、女性 8.6%であるのに対し、佐賀県（平成 28 年）は男性 33.6%、女性 6.8%であった。驚くことに、佐賀県では女性の飲酒習慣のある者は、平成 23 年の 2.1%が、わずか 5 年間で 6.8%に約 3 倍に増加していた。ちなみに、平成 24 年の女性の全国平均は 7.3%で、全国平均で見ても、女性の飲酒者は近年増加傾向にあるが、佐賀県はその増加が顕著であった。同じ様に、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合は、全国平均（平成 28 年）が男性 14.6%、女性 9.1%であるのに対し、佐賀県（平成 28 年）は男性 11.1%、女性 7.5%であり、全国平均より幾分低かった。ただ、佐賀県の女性は、平成 23 年が 2.3%であったことから飲酒習慣のある者と同様、わずか 5 年間で 7.5%へと 3 倍強に増加し

ている<sup>4)</sup>。この背景には、近年の女性の社会参加による飲酒機会の増加や、酒造メーカーの女性向けの商品開発などがあると思われる。

ともすれば、アルコール問題は、主に男性の問題とされがちで、いろいろな教育ツールも、自ずと男性飲酒者を主な対象としたものが多かった。近年の女性のアルコール問題の増加を考えると、これまで以上に、女性に関心の高い問題、例えば皮膚の色素沈着や老化、乳がん、胎児性アルコール症候群などを扱うことが重要であろう。

### (3) 改めてアルコール健康教育の意義

飲酒教育については、その効果について疑問視する向きもある。確かに、教育だけでは、長く続く（生活習慣などの）行動変容をもたらすことは少ないと考えられる。しかしながら、ヘルス・ビリーフ・モデルでは、酒を飲み続ける、減らす、止めるといった行動の採択には、「罹患の可能性（飲酒の場合には、肝障害など生活習慣病になる可能性）」、「疾病の深刻さ（病気になった時の主観的重大さ、障害の程度）」、「保健行動の有効性（減酒、断酒による予防効果）」、「保健行動の負担（減酒、断酒することの主観的負担）」の4つのバランスで決まるとされている<sup>5)</sup>。4つのうち、最初の3つには教育や情報提供が有効であると考えられる。すなわち、行動変容を起こす時、その選択に教育は意義を有するが、その行動を実現し、継続するには、教育はもはや役立たないと考えられている。平成27年度の国民健康・栄養調査では、生活習慣病のリスクを高める飲酒量に関する認識調査をしているが、男性のリスクの高い飲酒量を日本酒2合以上と正答した男性回答者は27.2%、女性で女性のリスクの高い飲酒量を日本酒1合以上と正答した女性回答者は23.6%に過ぎない<sup>6)</sup>。日本人の場合には、飲酒も過度になると健康に有害である、すなわち生活習慣病のリスクを高めるといった基本的なことも知られていないことが多い。こうした現状も踏まえ、飲酒について進むべき正しい道を選ぶ（行動の選択）際には、1) 過量飲酒でどのような疾患のリスクが高まるか、2) そうした疾患によりどのような障害や苦痛が生じるか、3) 減酒によってどのようなリスク回避ができるかなどの客観的事実を、予め飲酒者に情報提供しておくことは、重要なことと考えられる。

## C) DASH プログラムの概要

DASH プログラムは、パートナーあるいは家族の飲酒量と同時に自分自身の飲酒量も減らす女性向けの減酒支援集団プログラムで「大事な人の危ない生活習慣変容プログラム：Daijinhitono Abunai Seikatsushukan Henyou プログラム」のローマ字の頭文字をとったものである。このプログラムは、日本医療研究開発機構の研究事業の一環で、佐賀県の協力を得ながら、肥前精神医療センターを中心に作成され、佐賀県で試行され



た。DASH プログラムは大きく 2 つの目的を有する。一つは、女性の飲酒問題対策のための女性向けのアルコール健康教育である。二つ目は、家族あるいはパートナーのための生活習慣改善のためのコミュニケーション・スキルの修得である。これは、言わば家庭内カウンセラー育成である。このプログラムは、先述の通り、女性の飲酒問題が急増する佐賀県の現状に基づき、プログラム作成が企画されたものであり、女性参加者を対象にして、参加者本人と同時に参加者の家族あるいはパートナーの主に飲酒を中心とした生活習慣の行動変容を目指すプログラムである。

DASH プログラムでは、主として飲酒問題を、行動変容を促す対象として取り上げているが、中で用いる効果的なコミュニケーション・スキルは、その他の生活習慣の行動変容でも活用することができる。すなわち、パートナーを好ましい生活習慣に向かって変化を促すためのスキルとなることを期待している。したがって、必ずしも飲酒問題がなくても生活習慣の行動変容支援に役立つ内容となっている。また、パートナーや家族の生活習慣の行動変容支援のためだけでなく、アルコール健康教育では女性のアルコール問題を多く扱っており、参加者自身の飲酒問題も振り返り、減酒につながるように作られている。

各セッションは、概ね 1 時間、計 3 回のセッションから成る。このプログラムは、すでに組織された地域の婦人サークルや職場の女性サークル等の機会を利用して活用してもらうことを考えており、基本的にリーダー、コリーダー等のファシリテーターも女性を想定している。DASH プログラムは、アルコール健康教育とコミュニケーション・スキルトレーニング、グループワーク、そしてホームワークの 4 つの要素で構成されている。各回とも主な構成は、1) ナレーション付きスライド教材を用いたアルコール健康教育（ドリンク数、代謝速度、女性とアルコール、臓器障害など）：約 15 分間、2) 前回の振り返り、コミュニケーション・スキルの習得、目標設定：約 15 分間、3) グループワークとロールプレイ：約 30 分間、4) ホームワークとなっている。さらにどの職種でもリーダーとして実施可能なように教室進行テキストが用意され、参加者用のワークブックも作成されている。今後このプログラムとマニュアル、ワークブックなどは、肥前精神医療センターのホームページなどでの公開を予定し、地域あるいは職域での普及を期待している。

## 【まとめ】

- ① 都道府県が策定した推進計画の中で、アルコール問題の二次予防としての早期発見・介入の取り組掲げた自治体は少ない。
- ② 地域での早期介入の取り組みの課題は、問題ある飲酒者を介入を行う会場に集め、ハイリスク飲酒者と出会うことの難しさである。
- ③ 近年の女性の社会参加による飲酒機会の増加や、酒造メーカーの女性向けの商品開発などの影響で、飲酒問題を有する女性は増加している。このため、女性向けの教育

やプログラムも必要と考えられる。

- ④ DASH プログラムは、女性を対象としたプログラムで、その目的は、女性の飲酒問題対策のためのアルコール健康教育と、家族あるいはパートナーのための生活習慣改善のためのコミュニケーション・スキルの修得である。
- ⑤ DASH プログラムは、概ね 1 時間、計 3 回のセッションから成り、アルコール健康教育とコミュニケーション・スキルトレーニング、グループワーク、そしてホームワークの 4 つの要素で構成される。

( 杠 岳文)

《文献》

- 1) 今成知美：27 都道府県のアルコール健康障害対策推進計画の中身を 10 のチェックポイントで見ると？ (ASK の調査より)．日本アルコール関連問題学会誌 20：40-44、2018
- 2) 彌富美奈子、遠藤光一、原俊哉ほか：特定保健指導の枠組みを利用したハイリスク飲酒者に対する職域における集団節酒指導 (S-HAPPY プログラム) の効果．労働科学 89：155-165、2013
- 3) Ito C、 Yuzuriha T、 Noda T、 et al. Brief intervention in the workplace for heavy drinkers: a randomized clinical trial in Japan. Alcohol. Alcohol.、 50; 157-163、 2015
- 4) 杠岳文：佐賀県アルコール健康障害対策推進計画について．日本アルコール関連問題学会誌 20：37-39、2018
- 5) 畑栄一：ヘルス・ビリーフ・モデル．畑栄一、土井由利子編、行動科学-健康づくりのための理論と応用-、南光堂、東京、35-46、2003
- 6) <https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyoubu/dl/h27-houkoku-06.pdf>

## II. 地域でのアルコール問題の啓発：1次予防

### 1) 望ましい啓発のあり方

地域での健康診断および保健指導の場は、節酒指導を行うには、理想的である。しかし、現状では、従来の保健指導の枠組みで、効率的に節酒指導を行うのは難しいと考えられる。節酒指導は、予防の観点で考えると、二次予防に相当する。二次予防が十分に行われるためには、一次予防も同様に、あるいは二次予防に先行して一次予防が行われる必要がある。一次から三次までの予防が連動して行われることが重要である。

栄養指導を例えに考えてみる。保健指導の枠組みで、カロリーの概念から説明すると当然時間が足りなくなってしまう。ただし、多くの日本人はすでに保健指導を受ける前から、カロリーという概念を知っている。つまり、栄養指導においては、すでに一次予防は成功しており、カロリーの概念は普及している。指導する側もされる側も、カロリーの概念を前提にした上で保健指導を実施するために、話の流れはスムーズになり、短時間での指導が可能になる。

節酒指導では、指導の最初にドリンクの概念を説明する必要があるかないかで、指導に使える時間が大きく変わってくる。仮に、カロリーと同じレベルでドリンクが普及していれば、節酒指導もスムーズに導入できると考えられる。

肥満や糖尿病のある方だけがカロリーを知っていればよいというわけではなく、痩せている人も糖尿病のない人も、すべての人がカロリーという概念を知っている方が、発生予防には有利であることは間違いない。これと同じように、ドリンクという概念も、多量飲酒者やアルコール依存症の人だけが知っていればよいというものではなく、未成年も、もともとお酒を飲む習慣がない人も、すべての人がドリンクという概念を知っているほうが、アルコール関連の健康障害の発生予防には有利である。

### A) アルコール問題を考える3つの軸

アルコール問題の重症度は、一次予防、二次予防、三次予防の考え方に基づき、整理することができる。ただし、それ以外にも要素は多く、考え方を整理するために、図1を見ていただきたい。図に示しているように、3つの軸で考えることをお勧めしたい。

1つ目の軸は、疾患の重症度である。2つ目の軸は、対象者の属性や背景である。例えば、高齢者に対して、妊娠中の飲酒が胎児に与える影響を話しても、ピンとこないであろう。反対に、若い女性に、多量飲酒が将来の認知症のリスクをあげると説明しても、実感がわきにくいであろう。保健指導を受ける時には、健康意識が高まっているため、健康問題と飲酒の関係を説明することは、普段よりも興味を持ちやすい。3つ目の軸は、介入場面や強度についてである。言い換えれば、マンパワーや時間をどれだけかけられるかということである。

例えば、依存症の治療のために約3か月入院するのであれば、たっぷり時間もあるし、各専門職が充実した講義を行うであろう。一方、外来通院となれば、使える時間は限られる。保健指導の場合も、健康診断の結果説明も含めて、個人に費やせる時間には限りがある。さらには、対面で面接する機会すらなく、ポスターやリーフレットによる介入のみの場合もある。

このように、対象の属性が同じ場合でも、介入するこちら側の資源の多寡によって、作戦を変える必要が出てくる。3か月入院で伝えられる情報量と、リーフレットで伝えられる情報量は雲泥の差である。このように考えると、保健指導で節酒について使える時間は、5～10分であり、伝えるメッセージは厳選する必要がある。冒頭の話に戻るが、そのためにも、ドリンクという概念について説明する時間は、別の場所で、一次予防として全員に実施されていることが望ましい。

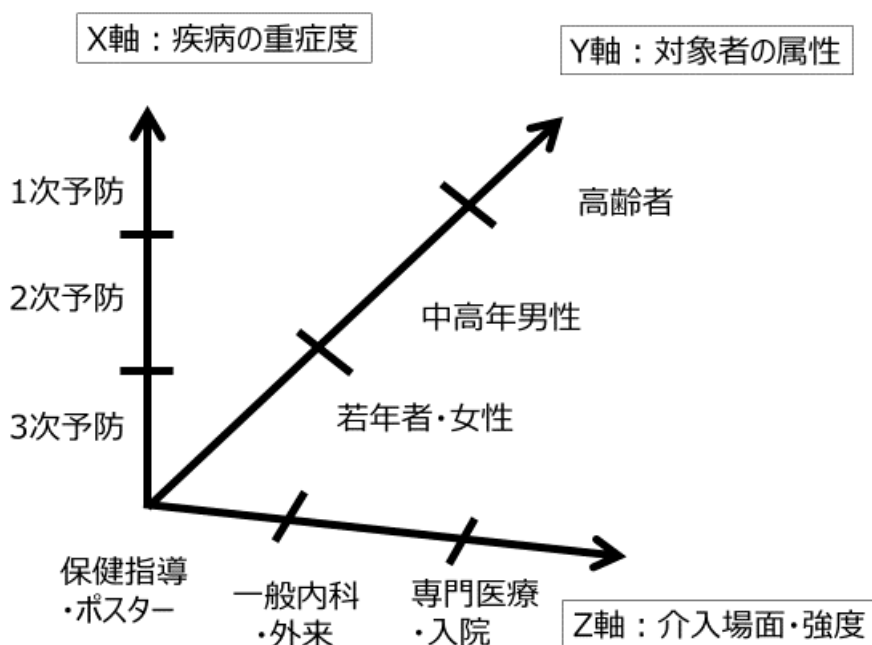


図 1

## B) 健康教室

個別の保健指導ではなく、健康診断を受診した人全体を対象とした健康教室の中で、飲酒についての話を盛り込むのがよい。アルコール問題だけを切り取って扱っていると、参加率が下がってしまうため、タイトルの工夫も必要である。また、飲酒問題＝アルコール依存症で自分には関係がないという気持ちになりやすいため、お酒を飲む人だけを対象にすると、参加するだけで依存症と疑われていると感じてしまうため、飲まない人も含め全員を対象にするのがポイントである。

健康教室の時間にもよるが、健康診断の各種結果と飲酒が一般的にどのように関連するのかを網羅する内容が望ましい。あくまで、健康問題の一環、生活習慣の一つとして飲酒をとらえ、運動やダイエットと同じ感覚で、健康のためにお酒を少し控えるという行為を意味付けする。決して、依存症だから酒をやめるべきだという論調であってはならない。

## C) リーフレット・ポスター

職場として上記の健康教室等の開催が難しい場合、または業務の都合上健康教室に参加できなかった人向けへ、簡易なリーフレットやポスターの作成が望ましい。紙面の都合があるため、情報は最低限にする必要がある。また手に取って、見てもらえなければ効果がないため、イラストを豊富にし、できるだけ文字は減らし、わかりやすくする必要がある。

その他の注意点は、健康教室の場合と同じである。実際のリーフレットの中身は、次項「一次予防に含めるべき内容」で紹介する。

### 【まとめ】

- ① 2次予防を効率よく行うためには、全員に一次予防を行うのが望ましい。
- ② 節酒指導は、疾患の重症度、対象者の属性、介入場面の3つの軸を使い、整理する。
- ③ 一次予防は、健康教室やリーフレット、ポスターが有用である。

(福田 貴博)

## 2) 一次予防に含めるべき内容

一次予防の定義は、「病気になる前の健康者に対して、病気の原因と思われるものの除去や忌避に努め、健康の増進を図って病気の発生を防ぐなどの予防措置をとること」である。ここでは、アルコール関連問題に当てはめて、一次予防について考えていく。

### A) 対象者

対象者は、一次予防の定義から考えると、「病気になる前の健康者」である。現在飲酒している者だけではなく、飲酒習慣のない成人や、未成年、高齢者など、多くの人が対象となる。世の中全体が一次予防の対象とも言える。

一方、万人に対して有効なメッセージというものはなく、さまざまな背景や特性のある対象者に対して、いかに当事者性を持たせられるかがポイントになる。前項で述べたように、対象者の属性を意識して、効果的に一次予防を行う必要がある。

### B) 内容

飲酒に対して、間違った認識が社会にはあふれている。その最たる例が「酒は百薬の長」というフレーズであり、適量の飲酒は健康に良いという間違ったイメージを作っている。また、飲酒量を減らすことが必要な場面でも、「控える」「ほどほど」という曖昧な表現ばかりが目立つ。果たして、栄養指導や血圧、糖尿病の指導でこのような曖昧な注意喚起や指導が行われるだろうか。「塩分はほどほどに」「甘いものは控えてください」といった表現でなく、「塩分は1日8gまで」「1日1800カロリーまで」と具体的な数値目標が掲げられるのではないだろうか。

このように考えていくと、一次予防の内容で最も重要なのは、ドリンクという単位とその目安である。「ドリンク」と言われても、聞き慣れないと思うが、非常に重要な単位であるので、これを機にぜひ覚えていただきたい。

ドリンクとは、ライブ会場などのワンドリンクオーダー制などという意味ではない。食事の共通単位がカロリーであるように、ドリンクとはアルコール飲料にどれくらい純アルコールが含まれているかを測る単位である。

他の疾患で考えてみると、糖尿病の治療には血糖値を用いるし、高血圧の治療には血圧を用いる。そして、血糖値や血圧にもそれぞれ目安が存在しており、その目安と現在の値を比較して、病気の重症度判定や、治療の効果判定を行う。

話をアルコールに戻すと、カロリーの単位を使って、栄養指導として節酒指導も行われてきたと考えられる。カロリー換算表にアルコール飲料のカロリーも掲載されている。しかし、アルコール飲料にとって、健康への影響が大きいのは、カロリーよりも純アルコール量であ

る。よって、アルコール飲料はカロリーではなく、純アルコール量を単位として使用した指導が望ましい。

これを踏まえて、ドリンクについて解説を進めていく。

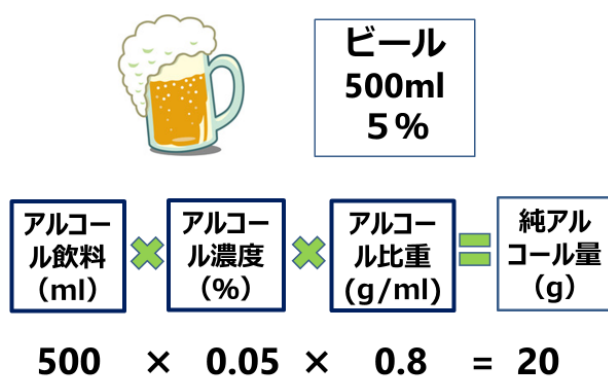
具体的に言えば、純アルコール 10g を 1ドリンクと定義する。

純アルコール量の算出方法は、

アルコール飲料 (ml) × アルコール濃度 (%) × アルコールの比重 : 0.8

で求められる。

ここで、ビール 500ml を例に、上記の式にあてはめて、ドリンクを算出する。



ビール  
500ml  
5%

アルコール飲料 (ml) × アルコール濃度 (%) × アルコール比重 (g/ml) = 純アルコール量 (g)

500 × 0.05 × 0.8 = 20

図1 ビール 500ml に含まれる純アルコール量

図1で示したように、ビール 500ml には、純アルコール 20g が含まれていることになる。純アルコール 10g を 1ドリンクと定義するので、ビール 500ml は、2ドリンクとなる。

計算式は覚える必要はないが、このようにそれぞれのアルコール飲料をドリンクという単位の換算することが、一次予防で最も重要な点である。

このドリンクという概念の普及が急務である。

同様に、日本 1 合（180ml）についてもドリンクを計算する（図 2）。

日本酒  
180ml  
15%

アルコール飲料 (ml) × アルコール濃度 (%) × アルコール比重 (g/ml) = 純アルコール量 (g)

$$180 \times 0.15 \times 0.8 = 22$$

図 2 日本酒 180ml に含まれる純アルコール量

日本 1 合では、純アルコール 22g なので、2.2 ドリンクとなる。  
さらに、同じ計算式で焼酎 1 合をドリンクに換算する。

焼酎  
180ml  
25%

アルコール飲料 (ml) × アルコール濃度 (%) × アルコール比重 (g/ml) = 純アルコール量 (g)

$$180 \times 0.25 \times 0.8 = 36$$

図 3 焼酎 180ml に含まれる純アルコール量







図 3 のような式となり、焼酎 1 合は 3.6 ドリンクという計算になる。

ビール、日本酒、焼酎の 3 種類は、頻度が高いものなので、ドリンク換算を暗記していれば、節酒指導は非常にスムーズとなり、時間が短縮できる。

ドリンクに換算するための式があるということは、知識としては大事だが、毎回、ドリンクを計算するのは手間がかかるため、表 1 に示すようなドリンク換算表が便利である。



表 1

日本酒 (15%)	ウイスキー(40%)	ビール (5%)	缶チューハイ(7%)	焼酎 (25%)	ワイン (12%)
1合	ダブル 1杯	中瓶 1本 (500ml)	1缶 (350ml)	1合	グラス 1杯
					
2.2ドリンク	2ドリンク	2ドリンク	2ドリンク	3.6ドリンク	1ドリンク

ここで、注目してほしいのが、日本酒 1 合と焼酎 1 合の比較である。

同じ 1 合であっても、日本酒は 2.2 ドリンク、焼酎は 3.6 ドリンクである。

ドリンクという共通の単位を使うことで、さまざまな酒類が初めて具体的に比較ができるようになる。

次に、ドリンクの目安について説明を行う。ここでは、厚生労働省の健康日本 2 1 から基準を紹介する。

- ① 節度ある適度な飲酒
- ② 生活習慣病のリスクを高める飲酒
- ③ 多量飲酒

以上の 3 つの目安である。

「節度ある適度な飲酒」が 1 日 2 ドリンクまで、さらに休肝日を週 2 日作ることである。この量を超えて飲むと寿命が縮むことが明らかになっている。(女性、65 才以上の方、高血圧や糖尿病などの生活習慣病のある方は、1 ドリンクが目安である。)

「生活習慣病のリスクを高める量」は、男性 4 ドリンク (女性 2 ドリンク) である。この基準を超えて飲み続けると、文字通り、生活習慣病を発病するリスクが高くなる。この量を飲んでいる人は、節酒指導の対象者となる。

「多量飲酒」は、男女関係なく一日平均 6 ドリンク以上である。この量を飲み続けると、肝硬変やアルコール依存症のリスクが高まる量である。

このドリンクとその目安を知ること、自分の普段の飲酒量が何ドリンクであるか計算し、そして、そのドリンクがどのような意味合いを持つかを、目安と照らし合わせて判断することができるようになる。

例えば、「あなたの普段の飲酒量は、ビール 500ml と日本酒 1 合です。ビール 500ml は 2 ドリンク、日本酒 1 合は 2.2 ドリンクなので、あなたの普段の飲酒量は 4.2 ドリンクです。これは、生活習慣病のリスクを高めてしまう量です。」と言ったような、具体的な数値や基準を使った評価が可能になる。

### 【まとめ】

- ① アルコールの共通単位は「ドリンク」である。純アルコール 10g=1 ドリンクである。
- ② アルコール飲料 (ml) × アルコール濃度 (%) × アルコール比重 (0.8g/ml) で純アルコールを計算できる。
- ③ ドリンクには、「節度ある適度な飲酒」「生活習慣病のリスクを高める量」「多量飲酒」の 3 つの目安がある。

(福田 貴博)

### Ⅲ. 地域で行うアルコール問題の早期介入：2次予防

#### 1) ブリーフ・インターベンションの基礎

##### A)アルコール問題の評価

従来から、健康診断の問診票などに、飲酒頻度や飲酒量について簡単な質問は加えられていたが、飲酒問題の程度を評価するものではなかった。飲酒問題の客観的な標準化された評価ツールとして、最近ではAUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)、AUDIT-C (AUDIT-Consumption)が用いられている。ここでは、その特色、使用法を中心に述べる。

#### (1) AUDIT

AUDIT は、世界保健機関 (WHO) を中心に 6 ヶ国の共同研究として開発されたもので、未だ医学的に明らかな障害は認めていないものの、持続していけば将来健康を害する危険のある「危険な使用(Hazardous use)」、および既に健康被害を招いている「有害な使用(Harmful use)」の状態にある飲酒者の同定を目的としている<sup>1)</sup> (図1)。日本語版は1996年に廣らが発表した<sup>2)</sup>。従来日本で用いられてきた KAST (Kurihama Alcoholism Screening Test) は、アルコール依存症の判別を目的にしていたが、AUDITはその前段階での、早期のアルコール問題同定を目指し、開発されたものである。

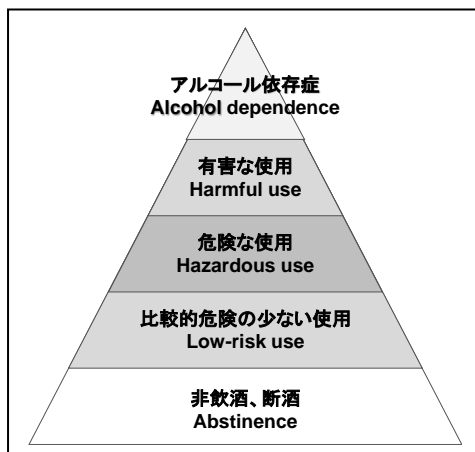


図1. アルコール使用障害スペクトラム  
(上方に行くほど酒量は多く、飲酒に関連した問題や障害も重くなる)

【巻末資料①】がAUDITで、10問の回答肢番号の合計で点数を求める。最初の3問(1～3)が「危険な使用」、次の3問(4～6)が「依存症」、残りの4問(7～10)が「有

害な使用」に関する質問となっており、3領域を混ぜ幅広く判別できるように工夫されている。AUDIT の原版を開発した多施設共同研究からは、スクリーニングの区分点として 7/8 点と 9/10 点の 2 つが示されているが、国際的には 8 点以上を「危険な使用」、15 点、あるいは 20 点以上を「アルコール依存症の疑い」と判定し、被験者にフィードバックすることが多い。前者に比べ後者の判定基準では、特異度が上がる一方で、感度が下がることに注意を要する。地域住民をブリーフ・インターベンションにつなげ、マンパワーを投入する時には、特異度の高い後者の判定の方が効率的ではある。

廣ら<sup>2)</sup>が指摘しているように、日本人では問 10 の陽性率が高く、他国での調査に比べ総得点も高くなりやすい。また、区分点を高く設定することにより特異度は高くなる。こうした理由から、ブリーフ・インターベンションのスクリーニングとして AUDIT を用いることの多い筆者らは、10 点以上を「危険な使用」、20 点以上を「アルコール依存症疑い」と判定している。われわれが地域と職域で行った調査から、AUDIT10 点と AUDIT20 点の者が示す平均的な飲酒プロフィールを表 1 に示す。一方、WEB ツールなど、低コストで幅広くフィードバックを主に行う際には、感度を高くし 7/8 点の区分点を用いている。

AUDIT10点	
1)	週に5日飲酒する(=4点)
2)	1日に日本酒2合を飲酒する(=2点)
3)	1ヶ月に1回、1度に6ドリンク以上の飲酒がある(=2点)
4)	1年以上前に妻に酒の量が多すぎると忠告を受けた(=2点)
AUDIT20点	
1)	週に6日飲酒する(=4点)
2)	1日に焼酎2合を飲酒する(=3点)
3)	ほとんど毎日、1度に6ドリンク以上の飲酒がある(=4点)
4)	飲み過ぎて酔いつぶれることが月に1回ある(=2点)
5)	年に数回、飲みすぎたと深く反省し、罪悪感を抱く(=1点)
6)	月に1回、前夜の出来事を思い出せない(=2点)
7)	最近1年以内に妻に酒の量が多すぎると忠告を受けた(=4点)

表 1. AUDIT10 点と 20 点の者が表す平均的飲酒プロフィール

回答者にとって、やや煩雑なのは問 2 に出てくるドリンク数の計算である。1 ドリンクとは純アルコール 10 g を含む飲料の単位と定義される。複数の酒類を同時に飲む習慣のある者では、【巻末資料②】のドリンク換算表を用いて、それぞれの酒類のドリンク数を計算し、足し合わせる。

ドリンク数の求め方(計算式)は、アルコール飲料の容量(ml)×アルコール濃度×0.8【アルコールの比重(g/ml)】÷10(g)である。ちなみに、ビール中瓶 500ml 1 本は、 $500 \times 0.05 \times 0.8 \div 10 = 2$  で、2 ドリンクのアルコール飲料となる。理解度の高い住民には、計算の仕方を教えてもよいであろう。

一方、幾分正確さは犠牲になるが、設問の理解を助けるため、主として飲む酒類を 1 つ選んでもらい、それに基づき、あらかじめドリンク数を酒量に変えた選択肢を設定することもある。例えば、日本酒の場合であれば、0. 0.5 合～1 合、1. 1.5 合～2 合、2. 2.5

合～3 合、3. 3.5 合～4.5 合、4. 5 合以上などである。これであれば、回答が易しくなる。

AUDIT 点数は、もちろん飲酒量と相関する。われわれが地域住民と職域で行った調査結果に基づき AUDIT 点数と 1 日あるいは 1 週間の飲酒量との関係を示したのが、表 2 である。また、同じ調査に依存症患者の調査を加えた結果から、AUDIT 点数の意味づけを図にしたものが図 2 である。

AUDIT	1日の飲酒量 (ドリンク)	1週間の飲酒量 (ドリンク)
8点	3.6	14.0
10点	4.4	18.4
13点	5.4	25.0
15点	6.6	37.8
20点	7.2	45.0

1日の飲酒量、1週間の飲酒量ともそれぞれのAUDIT点数を示したものの中央値で示した。

表 2. AUDIT 点数が意味する 1 日あるいは 1 週間の飲酒量

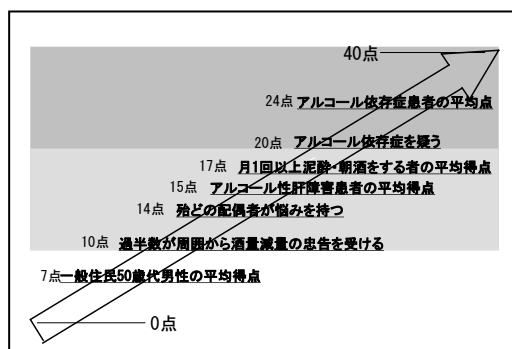


図2. AUDIT 点数の意味付け

## (2) AUDIT-C

AUDIT-C は、AUDIT10 問のうちの最初の 3 問であり、飲酒頻度、1 回の飲酒量そして多量飲酒の頻度を問うものである。AUDIT10 問の回答には、5 分～10 分程度の時間を要することと、健康調査票などに自記式調査として組み込むにも、紙面の都合で難しくなる場合がある。このため、AUDIT-C が用いやすい。AUDIT-C を用いる場合、通常は男性 5 点以上、女性 4 点以上で、「アルコール使用障害の疑いあり」と判定する。

AUDIT-C の得点と AUDIT の得点とは良い相関を示す。このため、地域住民への早期介入の場面などでは、まず AUDIT-C でスクリーニングを行い、高得点者のみ AUDIT で

飲酒問題をより詳細に評価する、という方法も効率的であろう。

### (3) AUDIT で飲酒問題を評価する際の注意点

AUDIT を自記式質問紙として用いた場合は、自らの飲酒状態を被検者自ら評価するため、主観的な評価となる。このため、飲酒問題の客観的な程度が同じ場合でも、健康に対する不安や自らの飲酒問題への危機感が強い者ほど AUDIT 得点は高く出やすい。また、飲酒問題が重症化した者の中には、逆に実際に生じている飲酒問題を過小評価し、AUDIT 得点を不当に低くつける者もいるであろう。このような自記式 AUDIT 点数とアルコール問題の重症度の関係を、われわれは職場や、医療機関や地域で自記式 AUDIT を用いた実態調査を行ってきた経験から、図 3 に示すような「折り返し現象（仮説）」として提唱している。すなわち、飲酒問題が比較的軽い時期は、AUDIT 質問紙にも正直にありのままを回答できるため、横軸の「真の重症度」と縦軸の AUDIT 得点が、ほぼ直線的な関係になる（Stage①）。しかし、徐々に飲酒問題が深刻化、顕在化してくると、回答者に問題を隠す、矮小化する「否認」の心理が働き、飲酒問題が重症化しているにも拘らず、AUDIT 得点が逆に低くなる時期がある（Stage②）。さらに深刻化し、健康や生活が破綻し、問題が周囲に知れ渡り、隠せない時期（いわゆる「底つき」）を越えると、再び「真の重症度」と AUDIT 得点が正の相関を示す（Stage③）、とするものである。わが国では、Stage③に相当する重症者が主に、専門医療機関を受診している。この仮説に依れば、AUDIT15～25 点前後の点数には、様々なレベルの飲酒問題が混在することに注意を要する。特に地域では、Stage①の段階の者は、職場等に比べ介入の対象となることは少なく、Stage②以降の者が主な介入対象となると思われるため、飲酒問題の真の重症度と AUDIT 得点とのギャップに注意が必要である。

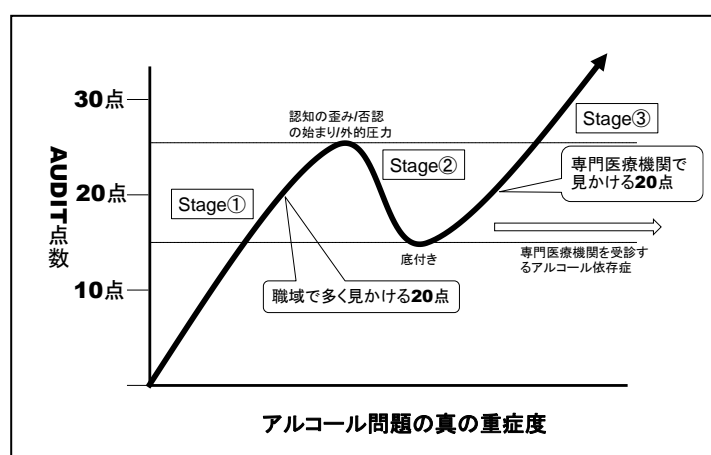


図 3. 自記式 AUDIT の折り返し現象

(武藤 岳夫)

## 【まとめ】

- ① AUDIT は、国際的にもわが国でも最も広く用いられているアルコール問題のスクリーニングテストで、依存症の手前の段階にある「危険な使用」や「有害な使用」の飲酒者を同定する目的で作成されている。
- ② 国際的には AUDIT8 点以上を「危険な使用」、15 点あるいは 20 点以上を「アルコール依存症疑い」と判定することが多いが、その目的によって AUDIT10 点以上を「危険な使用」とすることもある。
- ③ AUDIT 点数ごとの 1 日飲酒量の目安として、AUDIT8 点は焼酎 1 合/日、10 点は日本酒 2 合/日、15 点は日本酒 3 合/日、20 点は焼酎 2 合/日程度の飲酒者となる。
- ④ AUDIT は自記式の質問紙であり、実際の飲酒問題の重症度と AUDIT 得点との間にギャップが生じることがあるため、AUDIT15～25 点前後の点数には、様々なレベルの飲酒問題が混在していることに注意を要する。

## 《文献》

- 1) Babor TF、 Fuente DL Jr、 Saunders JB、 et al: AUDIT: The Alcohol Use Disorder Identification Test: Guidance for Use in Primary Health Care. WHO、 1992
- 2) 廣尚典、島悟：問題飲酒指標 AUDIT 日本語版の有用性に関する検討. 日本アルコール・薬物医学会誌 31 : 437-450、 1996

## B) ブリーフ・インターベンションとは

### (1) ブリーフ・インターベンションとは？

ブリーフ・インターベンションは、生活習慣の行動変容を目指す短時間の行動カウンセリングとされる。1982年に始まったWHO（世界保健機関）の多国間共同研究事業の中で、飲酒量低減に対する有効性を検証しながら開発されてきたものである。その後、プライマリ・ケアを中心にその有効性を示す数多くのエビデンスが蓄積され、アルコール依存症の手前の段階にある有害な使用、あるいは危険な使用者に対して、飲酒量低減をもたらす有効な二次予防策として確立されている。U.S. Preventive Task Forces（米国予防医療専門委員会）では、2018年のレポート<sup>1)</sup>で、アルコール関連障害のスクリーニングとBIを用いた早期介入に対して、臨床での実施を推奨する **B recommendation** の評価を与えている。

ブリーフ・インターベンションでは、従来行われてきたアルコール依存症の治療とは違い、患者の自己決定を重視し、自ら進むべき道を選択してもらう。「健康」を主なテーマとして飲酒問題の直面化は避け、「否認」などは介入時に扱うテーマとはしない。実際、「健康」をテーマとして長所志向のエンパワーメントを基本に早期介入を行うことにより、患者が示す否認や抵抗は比較的少ない。介入には、本来は動機付け面接やコーチングといった専門的な面接技法が求められるが、「共感する」、「励ます」、「誉める、労う」を面接の中に最低限組み込むことでうまくいきやすくなり、これが面接の際のキーワードとなる（表1）。ブリーフ・インターベンションに定訳はなく、「簡易介入」や「短時間介入」と訳されることもある。特定保健指導の中では「減酒支援」として扱われている。

#### ◆ 共感する

「そんなにストレスたまったら、お酒飲みたくなりますよね」

#### ◆ 励ます、元気づける

「失敗は成功の元です、一緒にがんばりましょう」

#### ◆ 誉める、労う

「素晴らしい成果ですね、私もうれしく思います」

表1. ブリーフ・インターベンション3つの面接技法



## (2) ブリーフ・インターベンションの構成要素

ブリーフ・インターベンションは、通常は1つのセッションが5～30分間、2～3回の複数のセッションで行われることが多い。ブリーフ・インターベンションの主な構成要素は、「フィードバック」「アドバイス」「ゴール・セッティング」の3つである。

「フィードバック」とは、スクリーニングテストなどによって、患者の飲酒問題及びその程度を客観的に評価することである。近年では、AUDIT が用いられることが多い。飲酒の量や頻度を問う3項目の質問に限定した、AUDIT-C が用いられることもある。飲酒問題がどの程度であるのか、AUDIT や飲酒量のランキング表（表2）などを用いて客観的に評価し、このまま飲酒を続けた場合にもたらされる将来の危険や害について、淡々と伝える。具体的かつ客観的で自らの問題としてクライアントの心に響くフィードバックが有効である。

	20～39歳	40～59	60～74		20～39歳	40～59	60～74
上位3位	7ドリンク	4	2		14ドリンク	12	8
5位	6	3	2		13	9	7
10位	4	2	1		9	7	6
20位	2	1	1	女	6	6	4
30位	2	1	0		4	4	4
40位	1	1	0		3	4	3
50位	1	1	0	性	2	3	2
60位	1	0	0		2	2	1
70位	0	0	0		1	1	1
80位	0	0	0		1	1	0
90位	0	0	0	男	0	0	0

表2 飲酒量ランキング表

※ドリンクは純アルコール10グラム

「アドバイス」は、飲酒を減らしたり、止めればどのようなリスクを回避できるかを伝えることである。その上で、具体的な対処法についての助言やヒントを与える。カウンセリングの中では、クライアントに自らの目標が達成できた時の生活や健康面での変化をイメージ、予測してもらう。具体的なイメージができるほど目標達成の可能性も高くなる。「ゴール・セッティング」は、患者が7～8割の力で達成できそうな具体的な減酒の目標を、自ら設定してもらうことである。以下に挙げた4つの目標設定の方法の中から、自分にできそうなものを1つないし2つ選んで、具体的な目標を設定してもらう。

- ・ 1ヵ月間で多く飲む日の量と日数の上限を何日と決める（多量飲酒日限定型）。
- ・ 1ヵ月間に全く飲まない日数の下限を何日と決める（休肝日設定型）。
- ・ 1週間の総ドリンク数（あるいは1日のドリンク数）を「〇〇ドリンクまで」と決める（酒量限定型）。
- ・ 夜10時以後は飲まないなど、独自の工夫や節酒ルールを作る（独自型）。

節酒・断酒のために自分でもできそうな具体策を例示し（表3）、その中から選んでもらう。

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> お酒を減らそうとしていることを誰かに話す。</li><li><input type="checkbox"/> お酒を飲み過ぎてしまう相手と場所と状況を避ける。</li><li><input type="checkbox"/> 飲み会の誘いへの断り方を上達させる。</li><li><input type="checkbox"/> 自動車の運転や運動など、お酒を飲んだらできないことをする。</li><li><input type="checkbox"/> お酒以外の楽しみ(趣味)を増やす。</li><li><input type="checkbox"/> お酒は自分にとって効用より害の方が多いいことを思い出す。</li><li><input type="checkbox"/> お酒を飲んだら自分の病気が悪くなることを思い浮かべる。</li><li><input type="checkbox"/> 一口毎にコップを必ずテーブルに置き、次の一口までの時間を長くする。</li><li><input type="checkbox"/> 酒席では、まず食事を食べて腹を満たす。</li><li><input type="checkbox"/> 飲むお酒を薄くする。</li><li><input type="checkbox"/> 酒席に出た時、二次会を避ける。</li><li><input type="checkbox"/> 飲み過ぎた翌日はできるだけお酒の量を控える。</li><li><input type="checkbox"/> 飲酒中に、飲んだ酒量を思い出し、チェックする。</li><li><input type="checkbox"/> 一緒にお酒を減らす仲間を見つける。</li></ul> |
|--|

表3. 減酒のための対処法リスト

対処法の中でも、セルフモニタリングは有効性の確認されている対処法の一つである。具体的には、毎日の「飲酒日記」をつけてもらうことである。飲酒日記には、日付の他に「飲んだ酒類と量」、「飲んだ状況」、さらには「目標達成できたか」を◎（全く飲まなかったとき）、○（目標設定内の飲酒で終わったとき）、△（目標を少し超えて飲んだとき）、×（つい飲みすぎてしまったとき）の記号を用いて記入するように指示する。最初はできるだけ記入に負担感を抱かないように、記号の記入だけでもよい、など必要最低限の内容にして、翌朝就業前など場所と時間を決めて記入するようにすすめる。実際に記入してみて、その意義と効果を実感し、自ら日記の記入を続ける者も多い。

これらの構成要素を踏まえ、効率的にカウンセリングを進められるよう、肥前精神医療センターでは、ワークブック「あなたが作る健康ノート：基礎編、応用編」、飲酒日記「あなたが作る健康日記」を作成しており、ホームページから無料でダウンロード可能である<sup>2)</sup>。

### (3) ブリーフ・インターベンションの補助ツール

#### ① HAPPY (Hizen Alcoholism Prevention Program by Yuzuriha)

HAPPYは、医師が行う教育や指導をビデオやテキストの教材にし、介入経験の浅い医師や、医学的専門知識の乏しいメディカルスタッフにも介入が行いやすいように構造化された、BIのパッケージツールである。HAPPYの使用には、所定の研修を修了することが必要である（詳細は別稿）。

#### ② SNAPPY (Sensible and Natural Alcoholism Prevention Program for You)

SNAPPY シリーズは WEB 上に公開されたツールである<sup>3)</sup>。SNAPPY-CAT は、

AUDIT を用いて飲酒問題の評価を行い、AUDIT 点数区分ごとに作成されたフィードバックのメッセージが流れる。また、同じサイトから入ることのできる SNAPPY-PANDA は、飲酒運転対策用に開発されたツールで、飲酒した酒類とその量（本数あるいは杯数）を入力した後にボタンを押すと、自動的にドリンク数と自動車運転について目安の時間数が表示される。いずれも、プライバシーは保護され、短時間で自分の都合に合わせてできるので、地域においては、広報誌などで幅広く掲載サイトの情報提供を行うとアルコール問題の普及啓発に役立つであろう。

### ③ 「節酒カレンダー」 (沖縄県)

近年では、スマートフォンの普及に伴い、健康増進のための無料アプリも多数開発されているが、中でも沖縄県が開発した「節酒カレンダー」アプリは、AUDIT、アルコール摂取量の自動計算とその分解時間、設定した酒量を超えた場合の警告、飲酒日記などが含まれており、負担が少なく患者自身で気軽に実行できる<sup>4)</sup>。

## 【まとめ】

- ① ブリーフ・インターベンションは、生活習慣の行動変容を目指す短時間の行動カウンセリングであり、アルコールの有害な使用、あるいは危険な使用者に対して、飲酒量低減をもたらす有効な二次予防策として確立されている。
- ② ブリーフ・インターベンションの主な構成要素は、「フィードバック」「アドバイス」「ゴール・セッティング」の3つである。介入の際には、「共感する」「励ます」「誉める・労う」の3つのキーワードを心がけるとうまくいきやすくなる。
- ③ ブリーフ・インターベンションの補助ツールとして、ワークブックや飲酒日記、HAPPY プログラム、SNAPPY シリーズなどが開発されており、地域において早期介入を効率的に進めるためには、これらのツールの周知や活用も有効と思われる。

(武藤 岳夫)

## 《文献》

- 1) U.S. Preventive Services Task Force : Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA、 320 (18) : 1899-1909、 2018
- 2) 肥前精神医療センターホームページ (<https://hizen.hosp.go.jp/about/books.html>)  
2020年3月5日参照
- 3) SNAPPY-CAT 飲酒チェックツール ([https://www.udb.jp/snappy\\_test/](https://www.udb.jp/snappy_test/))  
2020年3月5日参照
- 4) 健康おきなわ 21 アルコール：節酒カレンダーアプリの紹介  
(<http://alc.okinawa.jp/app>) 2020年3月5日参照

## C) 効果的にブリーフ・インターベンションを行うコツ

ブリーフ・インターベンションでは、指導する者、される者という関係ではなく、同じ目標に向かって進む同志であり、クライアント自身が持つ力をエンパワーする援助者といった、できるだけ対等な関係が望ましい。介入に当たる者は、カウンセラーとしてクライアントと適度に打ち解けた関係で、親身になって相談を受ける心地よい雰囲気づくりを心掛ける。また、指示的・指導的にならず、できるだけオープンエンド・クエスチョンで聞き手に回る。カウンセリングの初心者が生活習慣（飲酒）の行動変容のカウンセリングを試みるとき、カギとなるのは「共感する」「励ます」「褒める、労う」の3つであり、この3要素を常に意識してカウンセリングの中に織り込み、優しいカウンセラーに徹することで、クライアントとの共同関係を築けるであろう。カウンセラーとしての技術を磨くためには、カウンセリング技術や接遇について学ぶと同時に、成功体験を積み重ねて自信と余裕を持って介入を行うことが重要と考える。

ここでは、多量飲酒者に対して飲酒量低減の目的でブリーフ・インターベンションを効果的に行う上でのコツ、および必要な構成要素について述べる。

### (1) ブリーフ・インターベンションを効果的に行うための acronym:

#### KISSME-GCS

ブリーフ・インターベンションの基本構成要素を示す頭字語（acronym）としては、FRAMES（Feedback、Responsibility、Advice、Menu of alternative change options、Empathy、Self-efficacy）やFLAGS（Feedback、Listen、Advice、Goals、Strategies）、5As（Ask、Advice、Assess、Assist、Arrange）などが知られているが、枉らは、ブリーフ・インターベンションをより効果的に行うための頭字語として、KISSME-GCS（図1）を提唱している。

#### 飲酒習慣の行動変容に必要な6要素+3 "KISSME"-GCS

- K** : Knowledge (知識)
- I** : Information (情報)
- S** : Self-efficacy (自信、自己効力感)
- S** : Strategy (戦略)
- M** : Motivation (意欲・動機)
- E** : Empathy (共感)

戦略の内容:  
G: Goal setting (目標設定)  
C: Choice of coping methods (対処法選択)  
S: Self-monitoring (セルフモニタリング)

図1 KISSME-GCS

### ① Knowledge (知識)

このままの飲酒を続けた場合の健康、家庭・社会生活への影響などを客観的に伝える。こうした内容などをまとめた小冊子やテキスト教材などをあらかじめ準備しておき、1回目のセッション終了後に渡して自宅で読んできてもらってもよいであろう。教材を渡した場合には、2回目のセッション時に読んだ感想を尋ねる。

また、節酒・断酒によってどのようなリスクが回避でき、体重減少、心身の健康、長寿、爽快な気分、病状の改善など、最終的に何が手に入るかを伝える。この取り組みで手に入ることのできる健康な自己像をしっかりと最終目標として抱かせ、動機づけを高める。

### ② Information (情報)

AUDITなどのスクリーニングテストや、飲酒量ランキング表などを用いて飲酒問題の程度を客観的に評価し、淡々と伝える。

具体的、客観的で自らの問題としてクライアントの心に響く(=納得のいく)情報提供が有用である。

### ③ Self-efficacy (自信、自己効力感)

自分にもできるかもしれない、という自信を高める。激励・称賛の温かい言葉かけ、喫煙など他の生活習慣での類似の成功体験を語ってもらうことなどが効果的である。カウンセラーは、クライアントがどのような工夫(対処法)や心構えで行動変容に至ったか、そのコツを自由に語るように促し、うなづきながらクライアントの話に熱心に聞き入る。自ら成功した行動変容体験を語ることによって、クライアントは自己効力感を増し、その時に使った対処法やコツを思い出すことができる。

### ④ Strategy (戦略)

どのような策を講じると効果的か、その内容を具体的に伝える。

有効とされる方法は、

目標設定 (Goal setting) : 次回までにほぼ間違いなくできそうな目標を、具体的に数字を入れて自分で設定してもらう。

対処法の選択 (Choice of coping methods) : 節酒・断酒のために自分でもできそうな具体策(コップを小さくする、お湯割りを薄くするなど)を例示から選んでもらう。

セルフモニタリング (Self-monitoring) : 飲酒日記の記入。

の3つである(GCS)。(詳細は「ブリーフ・インターベンションとは」参照)

### ⑤ Motivation (意欲、動機)

「変化を願い、行動に移す気持ち」をいかに高められるかが、目標達成成否の鍵を握る。飲酒問題の重要性の自覚、節酒・断酒の実現可能性や自己効力感の高まり、健康と生活の質の向上への期待などが挙げられる。

クライアントの判断や行動、変化をほめ、自己効力感を高めることは動機づけを高めるのに有効な技術である。

## ⑥ Empathy (共感)

話を傾聴し、クライアントが抱く葛藤や困難に寄り添い、受容的態度を指す。共感により、助言がクライアントの心に響き信頼を得られ、クライアントに素直に受け入れられ、同じ目標に向かう両者の一体感、連帯感が築かれる。

## (2) 無関心期のクライアントへの対応

クライアントの中には、家族や同僚に介入への参加を半ば強制され、一見行動変容に対して関心を示さない、いわゆる無関心期の段階にある者もいるであろう。

クライアントが無関心期にあれば、1回の介入ですぐに結果に結びつかないことも多い。行動変容の仕方や成果は各人各様である。すぐ変化や成果が現れなくても、今回のカウンセリングが次の機会の変化の礎になることを認識しておく。クライアントが関心を向けられない時も焦らず、クライアントの話に共感を持って傾聴し、まずは関係づくりを心掛け、本人がその気になった時にスムーズに支援できるよう準備しておく。

優れたカウンセラーが行ってもクライアントの行動変容の難しい時期はある。ただ、クライアントの思いも、「このまま飲み続けたい」→「酒量を減らした方がよいかもしれない」→「酒量を減らしたい」→「節酒は自分にできそうにない。このまま飲み続けたい」と、時とともに移ろう。地域であれば、定期的に訪問したり家族から情報得たりしながら、この心理の移ろいを敏感にキャッチして、「酒量を減らしたい」という心理の時期にタイミングを合わせ、うまく介入ができるように、アンテナを張り準備しておく方がよい。

無関心期の人には、共感と正確な情報提供が必要である。健康に対する不安を呼び起こすようなインパクトのある、情動を揺さぶるものが有効とされている。

介入に抵抗を示す人にはその理由を考え、その理由に応じてアプローチを少し変えるとよい。健康への過信、飲酒の健康への影響に関する情報不足、保健・医療への不信、自分にできるかの不安、投げやりなどが考えられるが、いずれも丁寧な対応、共感、情報提供が重要である。

また、こうした活動は、地域に新たな節度ある健全な飲酒の風土を根付かせるものでもあり、地道な啓発活動とともに、継続していくことに意義があることも自覚しておく必要がある。

## 【まとめ】

- ① ブリーフ・インターベンションでは、クライアントと援助者とはできるだけ対等な関係が望ましい。介入に当たる者は、クライアントと適度に打ち解けた関係で、親身になって相談を受ける心地よい雰囲気づくりを心掛ける。

- ② 生活習慣（飲酒）の行動変容のカウンセリングを試みるとき、カギとなるのは「共感する」「励ます」「褒める、労う」の3つであり、この3要素を常に意識することで、クライアントとの共同関係を築けるであろう。効果的な介入に必要な要素を集めた acronym として、KISSME-GCS がある。
- ③ 無関心期の人には、共感と、正確かつインパクトのある、情動を揺さぶる情報提供が有効とされているが、1回の介入ですぐに変化や成果が現れなくても焦らず、クライアントとの関係づくりを心掛け、次の機会の変化の礎になることを認識しておく。

（武藤 岳夫）

## 2) 構造化したブリーフ・インターベンション：HAPPY プログラム

筆者は、将来アルコールが健康被害を引き起こす可能性の高い多量飲酒者、あるいはすでに健康被害が及んでいる多量飲酒者に対する早期介入のための介入パッケージ（HAPPY: Hizen Alcoholism Prevention Program by Yuzuriha）の初版を 2001 年に作成した。HAPPY は、危険な飲酒者あるいは有害な使用者と多量飲酒者に対しては飲酒量低減、アルコール依存症が疑われる者に対しては専門医療機関受診という 2 つの行動変容指針を掲げたブリーフ・インターベンション（Brief Intervention、以下 BI と略す）のパッケージで、飲酒問題の評価と情報提供をサポートするツールでもある。HAPPY は、ビデオ教材を用いた教育を含むため、通常の BI にかかる時間（15 分間）に比べ、40 分間～1 時間と時間がかかる。一方、危険な飲酒者や有害な飲酒者に対する早期介入を初めて行う者にとっては、構造化され、マニュアルやワークブックが整備されていることで、初学者が介入の基本構成要素やカウンセリングの進め方を修得するのに有用な、BI の補助ツールとも言える。

### A) HAPPY の対象と目的

アルコール関連障害の早期介入に関するわが国での取り組みが少なかった要因には、わが国のアルコール医療が断酒至上主義であったことの他に、早期介入をアルコール依存症治療の臨床経験と知識を有する少数の医師や保健師しか行えなかったことがある。医療機関や職域、さらには地域で、アルコール依存症治療の経験のない保健師、薬剤師、看護師、栄養士など様々な職種のコメディカルスタッフが、比較的容易に介入できるようにパッケージ化したものが HAPPY である。クライアントが進むべき道を自ら選択するために必要な情報と指針が HAPPY 含まれるため、すなわち通常は医師が担う役割を HAPPY が行うため、医師のいない状況で、コメディカルスタッフが飲酒教育と減酒のためのカウンセリングを行う際に有用なプログラムと考えている。

アルコール関連障害の重症度の評価区分ごとに作成された教材には、アルコール健康障害に関する医学的な知識と通常は医師が行う指導内容が含まれている。本来、BI は教育（情報提供）をあまり重視しないが、飲酒に関しては、その効用が強調されることの多いわが国では、不適切な飲酒がどのような健康被害をもたらし、その健康被害がどの位度深刻で、節酒によってその危険がどの程度回避できるかなどの最低限の医学知識の提供は、クライアントが行動変容の採択を適切に行う上で欠かせない。HAPPY では、望ましい行動目標ともに情報提供をプログラム中の教材が行うため、カウンセラーとクライアントの対等な関係を崩さず、BI をアルコール使用障害に関する知識や介入経験が乏しい介入初心者が行う場合や、対象となる飲酒者が未だ「無関心期」にある場合にとくに有用と考えている。



## B) HAPPY の構成

HAPPY では、アルコール関連障害の評価に AUDIT を用いている。AUDIT は、WHO を中心に 6 ヶ国の共同研究として開発され 10 項目の質問からなるもので、危険な飲酒者や有害な飲酒者の同定を目的としており<sup>1)</sup>、日本語版は 1996 年に発表された<sup>2)</sup>。HAPPY では、われわれ自身が地域や職域で行った調査結果を基に、AUDIT10 点未満を「比較的危険の少ない飲酒群」、10～19 点を「健康被害の可能性の高い危険な飲酒群」、20 点以上を「アルコール依存症疑い群」と判定している。さらに、AUDIT10～19 点については、肝障害や糖尿病などの生活習慣病を有する群と無い群に分け、カテゴリ毎にビデオとテキスト形式の教材を作り、教材の中には医師が指導すべき医学的専門知識と指導内容を盛り込んでいる。

AUDIT 原版開発の段階では、健康被害の懸念される問題飲酒者のスクリーニングの区分点 (cut-off point) としては、7/8 点あるいは 9/10 点が示されている。また、これまで AUDIT を用いて調査された欧米の報告では、7/8 点の区分点を採用しているものが多い。一方、日本では保健スタッフや家族など周囲のものから飲酒について助言や忠告を受けることが多く、AUDIT の質問項目 10. の「肉親や親戚、友人、医師、あるいは他の健康管理にたずさわる人が、あなたの飲酒について心配したり、飲酒量を減らすように勧めたりしたことがありますか？」に当てはまる者が多いようである。このことも一因で、他の文化圏からの報告より AUDIT の点数が高く出やすいことを廣らも指摘している<sup>2)</sup>。このため、廣らはわが国で AUDIT を用いる場合、問題飲酒者のスクリーニングでは 9/10 点～13/14 点の間で、目的に応じて区分点を設定することを推奨している<sup>2)</sup>。また、HAPPY は 1 日 6 ドリンク以上の多量飲酒者に対する飲酒量低減指導プログラムでもあるが、AUDIT の区分点を 7/8 点から 12/13 点まで変化させた時の 1 週間に 42 ドリンク以上、すなわち 1 日に 6 ドリンク以上の飲酒をする多量飲酒者を検出する鋭敏度と特異度は、9/10 点で鋭敏度が 87.5%で、特異度が 85.4%といずれも 85%を超える。この結果も根拠の一つとして、危険な飲酒の区分点に、9/10 点を採用している。

カテゴリ毎の教材の中で示される具体的な指導内容は、AUDIT10 点未満の対象者には「さらなる節度ある飲酒の勧め」、10～19 点で生活習慣病が無い者に対しては「1 日 20 g 以下の飲酒の勧め」、10～19 点で生活習慣病を有する者には「2 週間の断酒体験の勧め」、20 点以上の者には「アルコール専門医療機関受診、あるいは断酒の勧め」であるが、こうした指導が「指示的」にならないよう、教材の内容を第三者の言葉として伝え、クライアントとの間で「共感的」に「支持的」にカウンセリングが行われる、柔らかな雰囲気作りが重要である。

各セッションの介入は半構造化され、動機付けを高め、対処法を一緒に考え、飲酒目標を設定していくように工夫されている。このように介入時に用いる教材とチェックリスト（あるいはワークブック）を作成したことで、アルコール関連障害での臨床経験の少ない

コメディカルスタッフにも介入が可能になり、医学的、専門的な事柄や、指示、指導に介入者が踏み込まなくてもよいため、介入者とクライアントが対等で共感を得やすい関係を築きやすい。介入の場面で、具体的にどのような話題を取り上げるかは、対象者の理解力や行動変化のステージによって多少異なるが、インターベンション時に取り上げる話題は、①1日の飲酒量、②多量飲酒と関連した疾病、③飲酒の効用と害、④飲酒の具体的目標（1日の飲酒量、1週間の休肝日数など）、⑤節酒あるいは断酒しようと思う理由、⑥節酒あるいは断酒すると変わると思うこと、⑦節酒あるいは断酒を継続するための具体的な方法、⑧飲酒したくなる危険な状況のリストアップとその対処法の検討、⑨飲酒日記の記入とその振り返りである。

われわれは、図1に示すとおり、通常3回のセッションを基本にして介入を行っており、初回と2回目は2～4週間の間隔で、教材を用いた教育、助言と、前述の話題を取り上げながらの行動カウンセリング、さらに3回目は2～3ヶ月間の間隔をおいて、その間の飲酒状況（飲酒日記）の振り返りと飲酒目標の修正を行うことにしている。

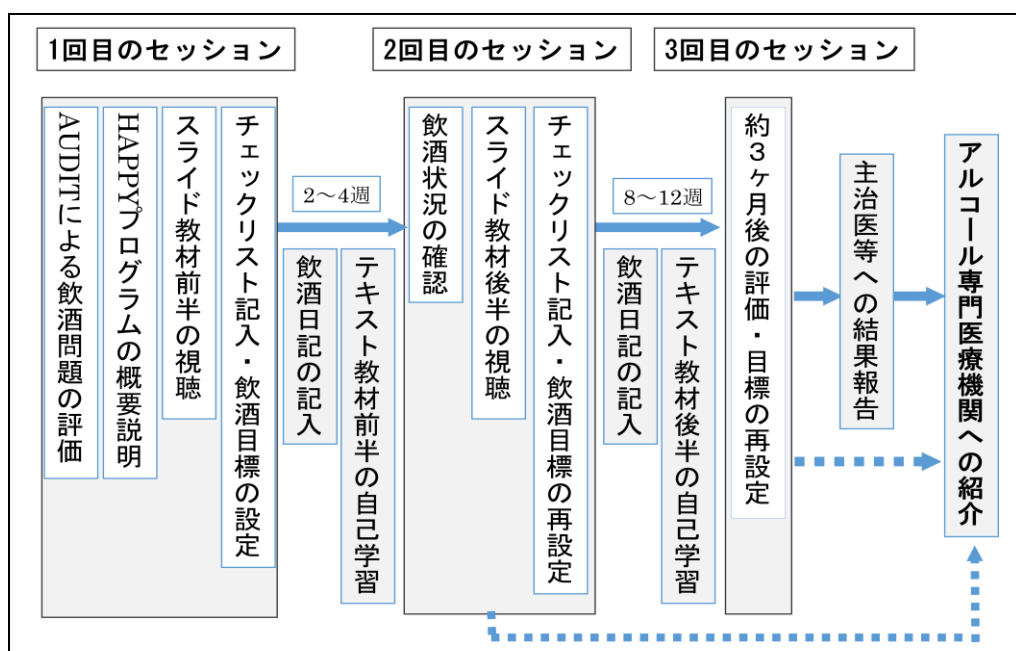


図1. HAPPY を用いた3回の介入の概要

### C) HAPPY を用いたカウンセリング(1): 導入場面

BIの基本要素として、FRAMESの頭字語<sup>3)</sup>が広く知られているが、われわれはHAPPYを効果的に行うための行動カウンセリングの基本要素として、KISSMEを提唱している<sup>4)</sup>。KISSMEについては、先に(40項~42項参照)述べられているので、本稿で

は、さらに具体的に、カウンセリングの導入場面でのカウンセラーの言葉かけ、あるいは注意点について述べる。対等で適度に打ち解けた関係で、親身になって相談を受けるクライアントにとって心地よく和やかな雰囲気作りを心掛ける。

- (1) 気軽に時候の挨拶、体調や仕事の様子を尋ねるなどから始める。(例：桜が満開ですね。鬱陶しい雨が続きますね。お仕事の方はいかがですか？体調はいかがですか？)
- (2) 先に自己紹介をする。(例：わたくしは、△課の〇〇です。□□さんですね。今日はお忙しい中、時間をとっておいでいただき、ありがとうございます。)
- (3) 趣味やセンスの良さ、日頃の活動などをさりげなく褒め、承認する。(例：素敵な柄のネクタイですね。颯爽と歩かれていますね。ご活躍の様子は、私の部署でも話題になっていますよ。)
- (4) カウンセリングの目的をソフトに伝える。(例：今回、〇〇さんの健康のために、できるだけ我慢しないでお酒の量を少し減らしてみませんかという私からのご提案です。私もサポーターとしてお手伝いしますので、一緒にチャレンジしてみませんか？)
- (5) 個人情報保護と、もし情報を伝える時にはどこ（誰）まで情報が伝わるか説明し、了解を得ておく。(例：ここで話しになった内容と結果は、産業医には報告しますが、あなたの上司など職場の他の方には一切伝えません。ご安心ください。)
- (6) 大まかなスケジュール、所要時間を伝える。(例：今回と4週間後、さらにそれから3ヶ月後の3回、それぞれ40分位のお時間を頂けますでしょうか？)
- (7) 効果には実績と自信があるが、効果は必ずしも目に見える変化ばかりではないことも伝え、クライアントの感じるプレッシャーを軽減する。(例：生活習慣を変えることは、誰にでもすぐ出来るようなことではありません。結果にとらわれず、まずは一歩踏み出してみましよう。最初から高い目標を立てる必要はありません。〇〇さんに今できる小さな一歩から始めると、自然と次のステップが見えてきますよ。)

## D) HAPPY を用いたカウンセリング(2) : 進め方

続いて、われわれがカウンセリングを行う際に、とくに意識している点を中心に、カウンセラーとしての姿勢、態度や心構えについて述べる。もちろん、まずは指示的・指導的にならず、できるだけオープンエンド・クエスチョンで関心を持って傾聴に回り（アクティブ・リスニング）、「共感する」、「励ます、元気づける」、「褒める、労う」が介入の3要素である基本を忘れない。

- (1) クライアントの話を熱心に関心を持って聞き、クライアント自身が関心を持つ話題や成功体験に質問を振って内容を掘り下げ、対処法のコツを引き出しながら、自己効力感も高める。(例：3年前には、30年も続けていた喫煙を止めることができたん

ですね。大変だったでしょう。なかなか1回で上手くできることではないですから。その時、タバコを止めるために何かご自分で工夫したこととか、役に立ったことはありますか?)

(2) クライアントの体験に共感する。相槌を打つ。(例: お仕事大変ですよ。さぞかしストレスもたまるでしょうね。時には仲間とワイワイ気分転換する場面も必要ですよ。大変だった仕事が終わった時などは特に、お酒を飲んで自分を労りたいと思いますよね。おっしゃる通りだと私も思います。)

(3) 共感には、相手の話を傾聴し、頷くなどクライアントの話に関心を示す態度も重要である。また、クライアントの話の語尾を繰り返すこと(クライアントの「仕事がうまくいなくて上司に怒られて、イライラした時は、気心の知れた飲み仲間と酒飲んで愚痴こぼして、憂さを晴らして・・・これが一番手軽で、気分転換になるんですよ」との話に対して、「いい気分転換になるんですね」)や、クライアントの話の内容を要約して話す(前の例では「仕事のストレスにはお酒が一番の解消法なんですよ」)なども相手に共感を示す方法の一つである。

(4) 少しの良い変化や努力を見逃さず褒める。ねぎらう。また、一緒に探し出す。このために減酒によってどの様な変化が他の生活習慣、心身の健康、人間関係に現れるか予測でき、カウンセラーがタイミングよく指摘できるかことが重要で、良いカウンセリングにはこの知識と経験が求められる。(例: お顔のツヤがよくなりましたね。朝早く気分良く起きられるようになったのでは? 散歩や運動する時間が増えたのでは? 子供さんとの会話が増えてのでは? 少しスマートになりましたね。ご家族も驚かれていますよ)

(5) 成果が思うように出なくても、また頑張ろうと思えるように励ます。(例: まだ、私たちの挑戦は始まったばかりです。成果が出てくるのは次回からかも知れません。失敗は成功の基と言いますから、飲み過ぎた場面を振り返って、何か飲み過ぎないための対策を一緒に考えてみましょうか。)

(6) 次回また来てくれることを期待しているというメッセージを送る。(例: 私にとってもよい勉強になりました。減酒をきっかけに自分を変えたいというお気持ちをますます応援したくなりました。またお話をお聞かせ下さい)

上に述べたカウンセラーの姿勢は、もちろん HAPPY を用いたカウンセリングに限ったものではない。クライアントの中にある行動変容への動機や期待を高め、「自分にもできる」という自己効力感を高め、相手に敬意をもって支援するものであり、飲酒以外の行動変容支援にも、また依存症者の支援にも求められる姿勢であろう。

## E) HAPPY の集団への応用: HAPPY 福岡市方式と集団節酒指導プログラム

福岡市では、平成 18 年 8 月に福岡市職員の飲酒運転事故により幼児 3 人が犠牲になる

痛ましい事故が起きた後も、市役所職員による飲酒運転やその他の不祥事が続いた。このため、アルコール問題対策の専門家の立場で、著者は「福岡市コンプライアンス向上検討委員会」の委員として参加した。そして、福岡市役所ではアルコール問題対策の取り組みの一つとして、飲酒運転対策のための飲酒教育と同時に、生活習慣病予防のための予防的介入を行う HAPPY 福岡市方式が肥前精神医療センターとの共同事業として行われることになった。われわれは、飲酒教育のみでは、飲酒運転事故が無くなると、事業が中断する恐れもあるが、生活習慣病対策も組み込むことで、参加者の敷居が低くなり、事業の継続性が保たれると考えた。

BI や HAPPY は、基本的には対個人の行動カウンセリングであるが、HAPPY 福岡市方式は、グループワークあるいは集団認知行動療法の技法を用いながら、5 名から 10 名程度のグループで節酒指導を行う目的で開発、作成され、1 回 40 分～1 時間程度で 3 回のセッションを基本とするプログラムである。

わが国で従来行われてきたアルコール問題対策は、依存症対策のほかには飲酒に関する教育・啓発であり、主として薬物乱用対策での「ダメ。ゼッタイ」調の飲酒運転撲滅キャンペーンであるが、アルコールはこうした規範意識や遵法精神を乏しくさせてしまう薬理作用を有する依存性の高い薬物でもある。このため、健康を害し、飲酒運転をはじめとして、当人にも他者に対しても様々なリスクの高まる多量飲酒の生活習慣そのものを改める医療モデルでの介入（二次予防）も重要と考え作成したものが HAPPY 福岡市方式である。この特色は、従来行われていた飲酒に関する教育・啓発型の介入ではなく、HAPPY のビデオ教材を用いて教育の要素を交えながらも飲酒の行動変容を目的にしたものであること、プライバシー保護に配慮しながら集団での介入を基本としたこと、プログラムを構造化し進行台本と教育用教材を用意して、アルコール問題への介入や指導経験のほとんどない保健師にも介入を可能にしたことが挙げられる。集団での介入を行う際には、1 つの集団を 5～10 人程度とするのが効果的で、飲酒行動変容の初学者には一度に複数の多量飲酒者の行動変容を知る効率的な学習の場にもなる。10 人近いグループでは、リーダー（進行役）の他に 1～2 名のコリーダーを付けるのが良い。また、参加人数が多く、同時に複数のグループができる場合には、できるだけグループの参加者は、職種、年代、飲酒問題の程度などを均質とすることが好ましく、参加者は自分に似た者の好ましい行動変容を、自らの代理体験としやすい。いずれにせよ、リーダーとコリーダーは、リラックスした明るい雰囲気の中で参加者の意見と本音を引き出し、褒める言葉を織り込みながら、参加者の自己効力感を高める指導を心掛ける。

HAPPY 福岡市方式では、予め飲酒量の調査を行い、男性純アルコール 210g（21 ドリンク）以上/週、女性同 140g（14 ドリンク）以上/週の飲酒か男女とも 6 ドリンク以上の多量飲酒が 1 週間に 1 回以上ある者を対象者とした。さらに、AUDIT によるスクリーニングテストや生活習慣病の調査を行い、①AUDIT20 点未満で生活習慣病のない者、②AUDIT20 点未満で生活習慣病のある者、③AUDIT20 点以上の者の 3 群に分けて、①と

②群は集団で、③群は個別にアルコール依存症治療の経験者（医師、心理士）がカウンセリングを行った。3群とも3回のセッションで行い、初回のセッションではワークブック－基礎編－を、約1ヶ月後の2回目のセッションではワークブック－応用編－を、さらに約3ヶ月後の3回目は飲酒日記を基に節酒の取り組みを振り返るグループワークとした。

一方、HAPPY 福岡市方式を特定保健指導用に改編した集団節酒指導プログラムは、初回のセッションでは飲酒問題の有無にかかわらず、全員を対象に、アルコールの基礎教育を含む飲酒運転防止教育と、アルコール問題のスクリーニングテストを行う。2～4週後の2回目のセッションでは、初回のセッションでアルコール問題を疑われるものを対象に、ワークブック－基礎編－を用いた集団介入を行う。さらに8～12週後の3回目の教室では、同じくワークブック－応用編－と2回目の教室以後記入してもらった飲酒日記を用いて、集団介入を行う。集団節酒指導プログラムの2回目と3回目の内容は、概ね福岡市方式の初回と2回目のセッション内容に相当する。

彌富らは、この集団節酒指導プログラムを特定保健指導の枠組みで行い、その減酒効果とともに健診データの改善を報告<sup>5)</sup>し、このプログラムによるハイリスク飲酒者の飲酒行動とメタボリック症候群の改善の可能性を示している。彼らの報告<sup>5)</sup>では、新たに特定保健指導該当者となり、かつAUDIT10点以上あるいは1週間に21ドリンク以上飲酒する者をハイリスク飲酒者として、56人にプログラムを用いた介入を行なった。そして、転勤で翌年の健診を受診できなかった1名を除く55名について、翌年健診時にあわせてAUDITとTLFB法を用いた4週間の飲酒調査を行い、飲酒様態の変化と健診データの変化を併せて検討している。AUDIT点数は、 $13.1 \pm 5.2$ 点から $10.1 \pm 4.7$ 点に有意に( $P < 0.01$ )減少し、1週間の飲酒量も $27.7 \pm 17.7$ ドリンクから $19.2 \pm 10.4$ ドリンクに有意に( $P < 0.01$ )減少していた。一方、健診データでは、腹囲、体重、BMI、拡張期血圧ともに有意に（体重のみ $P < 0.05$ で、他は $P < 0.01$ ）減少していた。一方、HDL-コレステロール、HbA1cは有意に( $P < 0.01$ )上昇していたと報告している<sup>5)</sup>。

## 【まとめ】

- ① HAPPY は、危険な飲酒者あるいは有害な使用者と多量飲酒者に対しては飲酒量低減、アルコール依存症が疑われる者に対しては専門医療機関受診という2つの行動変容を指針に掲げたブリーフ・インターベンションのパッケージツールである。
- ② HAPPY は、スライド教材を用いた飲酒教育を含むため、通常のBIにかかる時間（15分間）に比べ、40分間～1時間とやや長めのプログラムである。
- ③ HAPPY は、医療機関や職域、さらには地域で、アルコール依存症治療の経験のない保健師、薬剤師、看護師、栄養士など様々な職種のコメディカルスタッフが、比較的容易に介入できるよう半構造化されたプログラムである。
- ④ HAPPY が示す具体的な指導指針は、AUDIT10点未満の対象者には「さらなる節度ある飲酒の勧め」、10～19点で生活習慣病が無い者に対しては「1日20g以下の飲酒の勧

め」、10～19 点で生活習慣病を有する者には「2 週間の断酒体験の勧め」、20 点以上の者には「アルコール専門医療機関受診、あるいは断酒の勧め」である。

- ⑤ HAPPY を用いた行動カウンセリングでは、対等で適度に打ち解けた雰囲気の中で、クライアントの中にある行動変容への動機や期待を高め、「自分にもできる」という自己効力感を高める支援を行う。
- ⑥ HAPPY 福岡市方式と集団節酒指導プログラムは、グループワークあるいは集団認知行動療法の技法を用いながら、5 名から 10 名程度のグループで節酒指導を行う目的で開発、作成され、1 回 40 分～1 時間程度で 3 回のセッションを基本とするプログラムである。

(杠 岳文)

#### 《文献》

- 1) Babor TF、Higgins-Biddle JC、Saunders JB、et al: AUDIT. The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care. Second edition. World Health Organization、Geneva、2001
- 2) 廣尚典、島悟：問題飲酒指標 AUDIT 日本語版の有用性に関する検討. 日本アルコール薬物医学会誌 31 : 437-450、1996
- 3) Bien TH、Miller WR & Tonigan JS: Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction* 88: 315-336、1993
- 4) 杠岳文：HAPPY とはどのような治療法か？臨床心理学増刊第 8 号 : 114-116、2016
- 5) 彌富美奈子、遠藤光一、原俊哉ほか：特定保健指導の枠組みを利用したハイリスク飲酒者に対する職域における集団節酒指導（S-HAPPY プログラム）の効果. 労働科学 89 : 155-165、2013

### 3) 特定保健指導を活用した早期介入

#### A) スクリーニングの前に

節酒支援を始める前に重要なのは、誰に介入するかを正しく認識することである。依存症対策ではなく、あくまで健康支援として節酒支援をとらえる必要がある。

かと言って、節酒支援では、今までの対象者とは別に新たに問題飲酒者を見つけ出す必要はない。対象者はすでに、今までの保健指導で出会っているはずである。新たに問題飲酒者を探すというよりも、すでに出会っている人の中から問題飲酒に気づくことが大事である。

それでは、どのような人が節酒支援に適しているのだろうか？対象者の属性を、知識と健康意識の2軸で分類して考える。「知識」は「多い・少ない」、「健康意識」は「高い・低い」に分けると、①知識が多く健康意識も高い、②知識は多いが健康意識が低い、③知識は少ないが健康意識が高い、④知識が少なく健康意識も低い の4タイプに分けられる。

(図1参照)

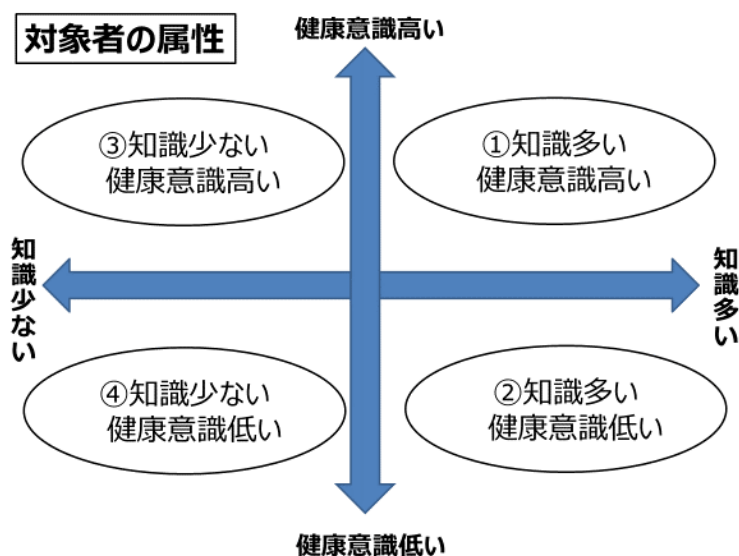


図 2 対象者の属性

この4タイプを、例によって、栄養指導の場合で考えてみよう。①は、栄養指導を受ける前から、すでに食事に気を付けており、栄養指導を実施しても意欲的だと予想できる。②は、カロリーの概念を知っており、食べ過ぎは良くないという知識はあるものの、ついつい食べ過ぎてしまう人である。おそらく、栄養指導を受ける人の中には、このタイプが多く、本人へ動機付けをするのに苦労するのではないだろうか。③は、適切な知識さえ加われば、もともと健康意識が高いため、行動変容が起こりやすいはずである。④は、介入



が最も難しいタイプである。

以上の 4 タイプで考えると、栄養指導においては、知識の普及がすでに十分行われているため、①のタイプが多く、逆に③のタイプが少なく、②と④のタイプに苦労しているはずである。

一方、節酒支援について考えると、圧倒的に正しい知識を持っている人が少ないのが現状である。先ほどの 4 タイプで考えると、③と④のタイプが多いことになる。④の指導は難しいだろうが、③へ節酒支援を行うとどうなるだろうか？③は、健康意識が高いため、知識が加わると行動変容が比較的起こりやすい。したがって、節酒支援のメインターゲットは、③アルコールに対する知識は少ないが、健康意識は高いタイプになる。健康診断、保健指導を受ける時点で、ある程度健康意識は高いと考えられるため、これらの場所や機会は、節酒支援を実施するには最適な場所である。正確な知識を提供するだけで、短時間でも行動変容につながりやすいと言える。

以上を踏まえ、③をターゲットに、節酒支援を行うのが有効だと考える。

## B) スクリーニング

スクリーニングには、AUDIT を使用する。中小企業健康診断では、問診票を事前郵送するケースが多いため、問診表に AUDIT を同封すると効率的である。問題のある飲酒のカットオフ値は、9/10 点に設定する。AUDIT10 点未満でも、なんらかの健康障害がすでに顕在化している、もしくは現在所見はないが、このままの飲酒を続けると健康障害が発生するリスクが高い人は、節酒指導の対象とする。

## C) 指導の実際

特定保健指導の枠内で節酒支援を行う場合は、15～20 分程度で様々な指導を行わなければいけないため、必然的に節酒支援に使用できる時間が限られる。個別指導の最大の利点は、集団での健康教室と違い、こちらから出向いていけることである。特定保健指導の実施率が上限になるが、教室参加率に比べると実施率は高くなる。また、通常特定保健指導の業務内で実施できるため、新たな負担は少なく済むというメリットもある。

まずは、事前に記入してもらった AUDIT の結果説明を行う。AUDIT を実施するだけでも、飲酒について意識が向くので、AUDIT はスクリーニングとしてだけでなく、最小限の介入という側面も持っている。さらに、AUDIT の点数の feedback をすることで、自身の飲み方を他人と比べたり、点数の意味づけを知ることができる。

その後の大まかな節酒支援の流れを、肥満者への栄養指導と対比しながら説明する。悪

い例を先に説明する。「あなたは、 $\gamma$ -GTPが高いので、肝障害があります。原因はお酒の飲みすぎです。このままですと、肝硬変やアルコール依存症になる可能性があります。お酒はほどほどにしてください。」という指導になる。どこが問題かわかりにくいですが、これを栄養指導に当てはめると理解しやすい。「あなたは、肥満です。原因は、食べ過ぎです。このままですと、生活習慣病になったり、心筋梗塞、脳卒中になる可能性があります。食事はほどほどにしてください。」となるわけであり、どこが問題か理解しやすい。

前半は、摂取量の客観的な指標がないこと、後半は、行動変容のための具体的な目標がないこと、目標達成のための具体的なアドバイスがないことが問題である。

前項で説明した、ドリンクとその3つの目安を使うと、飲酒量の客観的な評価ができる。ドリンクを使いこなせると、基本的に栄養指導と同じ構造で指導ができるようになる。(表1参照)

表 1

栄養指導と減酒指導の対比

栄養指導	減酒指導
カロリーの概念	ドリンクの概念
現状把握(BMI等)	現状把握(★)
目標カロリー	目標ドリンク
カロリーに基づく具体的な指導	ドリンクに基づく具体的な指導

★多量飲酒、生活習慣病のリスクが高まる飲酒

ドリンクを用いることで、飲酒量が具体的な数値で表せるようになる。「そんなにたくさん飲んでいない」という主観から、ドリンクを使って客観的に比較できる。

次に、現状把握である。栄養指導の現状把握には、体重、BMI、腹囲などがあるが、共通しているのは、数字で表現されている、異常値の基準と、その意味付けがはっきりしていることである。例えば、BMI25以上は肥満と定義される。BMI25を超えると、生活習慣病の罹患率が高くなり、総死亡率が上昇するという説明が可能となる。

節酒支援の現状把握では、飲酒量をドリンクを使って算出する。そして「6ドリンク/日以上は多量飲酒」であること、「男性では4ドリンク/日、女性では2ドリンク/日以上は、生活習慣病のリスクを高める飲酒量」であること、「節度ある適度な飲酒は2ドリン

ク/日、週 2 日は休肝日を作る」という指標と、その意味を説明する。これで、本人の飲酒量の現状把握ができるようになる。

次に、飲酒と健康問題が具体的にどのように関係しているかを説明する。健康診断と同時に節酒指導を行う場合、健康診断の異常所見と絡めて説明すると、関心が高まっている時期であり、効果的である。血圧が高ければ、血圧とアルコールの話をする、尿酸値が高ければ、尿酸とアルコールの話だけをピンポイントにするということになる。また、節酒支援に使える時間も限られているため、全ての疾患とアルコールの関係を説明する時間はない。

この際には、筆者は、「巻末資料 3」の項に載せた参考資料を使用している。この資料の特徴として、一単元を見開きになっている点である。1 枚目がイラストを豊富にし、視覚的にわかりやすく作っている。2 枚目には、説明用の短い文章を載せているので、ぜひ参考にしていただきたい。

続いて、目標カロリーの設定を行う。BMI35 の人に、いきなり BMI22 を目指した目標カロリーの設定はしないはずである。なぜなら、高すぎる目標を立てられると、やる気が起こらないからである。最初は、比較的簡単に達成できそうな目標を設定する。例えば、「体重を 3 kg 減らす」などである。これは節酒支援も同じである。6 ドリンク/日飲酒している人に、いきなり 2 ドリンク/日かつ休肝日を週 2 日の目標は高すぎる。「5 ドリンク/日に減酒する」「休肝日を月に 1 回作る」など、比較的簡単に達成できそうな目標を立てて共有する。

また、節酒目標の設定方法として 2 パターンを紹介する。晩酌型と飲み会型である。晩酌型の例として、「毎日、ビール 500ml と日本酒 2 合」飲んでいるとする。毎日に着目すると、「休肝日を作る」という目標が設定できる。休肝日の頻度は、週に 2 日ではない。週に 1 日でも、月に 1 日でもよい。まずは、飲まない日を作ることが大事である。ビールに着目すると、「ビール 500ml を 350ml に変える」という目標設定でよい。

日本酒に着目すると、「日本酒 2 合を日本酒 1.5 合にする」という目標設定である。このように、ほんの少し減らす目標がポイントである。逆に高い目標は失敗する危険が高い。

2 番目の飲み会型は、目標設定の難易度がやや高い。飲み会の回数に着目すると、「月の飲み会の回数を 1 回減らす」という目標設定である。他に、「飲み会の途中でソフトドリンクを注文する」などがある。やはり、飲み会では自分のペースではなくなるため、晩酌型の目標の方が立てやすい。

最後に、目標達成のための具体的な方法のアドバイスである。栄養指導の場合、100 カロリー減らすためには、100 カロリーに相当する白米やおかず、デザート等のカロリー換算表がある。また、様々な運動の消費カロリーの一覧表もある。お酒でも、このように 1 ドリンクに該当する各酒類を紹介するとよい。筆者は、「2 ドリンク＝ビール 500ml＝日

本酒 1 合＝焼酎・泡盛約 0.5 合」を、基本の単位として覚えている。(ワインや梅酒、カクテル、酎ハイなど様々あるが、壮年男性の場合は、上記のビール、日本酒、焼酎を覚えておけば事足りる印象である。) また、カロリー換算表でも、アルコール飲料が掲載されているものもある。ドリンクの表記はされていないが、支援者の頭の中にドリンクが記憶されている、もしくはドリンク換算表を手元に持っていれば、カロリー換算表がドリンク換算表として使用できる。100 カロリー相当の節酒をすれば、(酒類にもよるが) 0.5～1 ドリンク相当の節酒になる。どうしても時間がない場合には、カロリーの概念だけで節酒支援をすることも可能である。

また、ダイエットのための豆知識があると上手に指導できるように、節酒の豆知識を知っていると上手く指導ができる。こちらも、「巻末資料 3」の項に載せた参考資料を使用していきたい。

最初に示した「飲酒はほどほどに」の節酒支援に比べると、ドリンクとその目安を使うことで、栄養指導のような具体的な指導ができるようになる。

## D) 地域全体での取り組み

地域で飲酒問題に取り組む場合、特定健診や特定保健指導が節酒支援の中心になるが、同時に普段からの啓蒙活動も必要である。保健指導という「点」の取り組みだけでなく、地域全体で「面」としての取り組みが有効である。例えば、保健便りや地域での健康相談等で、健康指導の一環として飲酒について触れるなどの活動である。

### 【まとめ】

- ① 地域での節酒支援は、特定保健指導の枠組み内で、個別指導の形が行いやすい。
- ② スクリーニングには AUDIT を用いる。
- ③ 対象者の選定は、健康意識が高い人を選ぶ
- ④ ドリンクとその目安を用いて、飲酒量を客観的に評価する。
- ⑤ 具体的かつ達成可能な飲酒目標を設定する。

(福田 貴博)

## IV. アルコール依存症が疑われる事例への効果的な介入

### 1) アルコール依存症が疑われる住民への対応

#### A) 信頼関係を築く

依存症が疑われる住民がいた場合、その者を専門医へ受診させたくても受診させることが中々できず、困っている関係者は多いであろう。実際のところ、専門医であっても依存症の者を受診に結びつけることはそう簡単ではない。そのため、「依存症」を疑ったなら、先ずはすぐに解決しようと焦らず、気長に本人と信頼関係を築いていくことが重要である。信頼関係を築くために必要なことは、当然のことではあるが、相手を尊重し礼儀正しい態度で接すること、決して責めないことなどとともに、1回の面接のみで問題をすべて解決しようと思わないことが重要である。そのためには、支援者自身が依存症者と長期にわたる継続した関わりをもつ覚悟が必要である。

依存症者を専門医療機関受診につなげる“魔法の言葉”は存在しない。そのような言葉を考えるよりも、何回も訪問し、面接を行うなど時間をかけ、丁寧に話を聞くことのほうが信頼関係の構築に重要であり、その結果、最後には受診につながると信じてもらいたい。

#### B) 家族への対応

家族がいる方の場合、家族への対応も本人への対応同様に重要になる。依存症者本人の抱える問題や本人を取り巻く状況について共通認識を持ち、歩調を合わせて支援を実施していく必要がある<sup>1)</sup>。

家族との面接は本人とは別に行い、最初に家庭での苦労をねぎらい、わざわざ足を運んでくれたことへの感謝の言葉を述べる。そして、依存症についての正確な情報を伝えていく。すなわち、アルコール依存症は病気であること、専門医は精神科であり、できるだけ早期の受診が必要なこと、治療により回復は可能なことなどをしっかりと伝える。また、受診先も具体的に名前を出して教え、できれば1か所だけでなく、複数の受診先がある方が望ましい。また受診時には、必ず家族の付き添いもお願いしておく。家族が支援者の輪に加われれば、本人の受診への大きな力となってくれるはずである。

一方で、家族は本人に専門医療機関に受診させたいと願っていても、必ずしもその思いが患者本人に効果的に伝わっていないことも多い。専門医療機関のほか精神保健福祉センターなどで、患者本人を専門医療機関受診につなげる家族のコミュニケーション・スキルとしてCRAFT（コラム参照）も習得できる家族教室を行っているところもあり、こうした家族教室を紹介するのもよい。いずれにせよ、家族もその対応の中で傷付き疲弊し、時には不眠

やうつ状態を抱える方もいるため、まずは自分自身の問題として精神科医療機関を受診することを勧めたり、専門医療機関の家族相談を紹介したりすることが重要である。

### C) 具体的な介入法

原則は、本人にも依存症と伝え、了解したうえでの受診がよいのは間違いない。しかし、本人がどうしても依存症であることを認めない場合や、それを伝えることのほうがむしろ信頼関係構築の障害になってしまうような場合は、無理に依存症と伝えなくてもよい。また、「依存症」＝「断酒」が受診の障害になっているようであれば、「断酒」についても無理に伝えなくてもよい。現在では軽症依存症患者への節酒指導も一部の専門医の間では行われており、仮に断酒が必要な場合でも、その場で伝えず専門医につながった時点で伝えても、遅くはないからである。あくまで依存症の疑いという立場で受診を勧めてよいと思われる。一方で、将来の受診も念頭に置き、齟齬を生じる甘い言葉は言わないほうがよい。

また、本人が依存症とは認めないが、身体的な問題（肝機能障害など）には関心や不安を示すこともよくある。そうした場合は、直接専門医（精神科）でなく、一旦、内科等に受診を勧めることも一法である。そのような場合は、予め内科医とも連携をとっておく必要があることは言うまでもない。また、かかりつけ医がいるようであれば、家族の了解を得て、情報提供をしておく、さらに有効と思われる。

### D) 具体的な言葉かけの例

以上の点を踏まえて、具体的に受診を勧める場合の言葉かけの例を以下に示しておく。専門医療機関受診勧奨の一助になれば幸いである。

例1) お酒の飲み方に少し問題があるようです。よろしければ、専門家から話を聞いてみませんか？私がよく知っている専門家の先生がいます。私のほうからも連絡しておきますので、是非受診してみてください。

例2) 断酒が必要とは思いますが、どうしてもなら今は節酒についても相談に乗ってくれる病院もありますので、是非行ってみてください。

例3) 精神科への受診が躊躇されるのであれば、一度内科の先生に診てもらってもよいと思います。でもそこで専門家への受診が必要と言われたら、その時は受診してください。

(遠藤 光一)

## 2) 専門医療機関受診、自助グループへのつなぎ方

### A) 専門医療機関の選定

アルコール依存症の紹介先は精神科であるが、気を付けなければならないことは、精神科ならどこでも依存症を診るわけではないということである。むしろ、依存症を診る精神科病院は比較的少数である。また、その中でも入院を受け入れる病院はさらに少なく、治療プログラムを持っている病院はそれ以上に少ない。以前は、都道府県によっては、一カ所もそのようなアルコール依存症の専門病院がないこともあった。そのため、苦勞して受診に結びつけても、治療を断られることのないように依存症患者を診療してもらえる専門医療機関の選定は重要である。現在は国の方針として、各都道府県に一カ所はアルコール依存症の適切な治療を受けられる拠点機関をおくようになってきているため、以前より紹介はしやすくなっているはずである。精神保健福祉センターに問い合わせるなどして、その地域におけるアルコール依存症の専門医療機関のリストを予め作っておくとよい。

### B) 紹介のためのポイント

まず大事なことは、日頃から専門医と顔の見える協力関係を作っておくことである。そうすれば、紹介のハードルはおのずと下がる。紹介をする場合は、電話でも手紙でもよいので、本人や家族の現在の気持ちや希望を正確に伝えることが重要である。受診に前向きなのかそうでないのか、家族はどう思っているのか、また治療を希望しているのか、それとも相談のみと思っているのかなどである。できれば、本人への説明内容やその時の反応なども伝えられれば、なおよい。例えば「断酒をすすめたところ、強く反発したので節酒の相談も含めて受診をすすめている」、「アルコールに関しては全く認めないので、不眠の治療をすすめている」などである。このような内容が記載されていれば、紹介された専門医もより配慮した対応がとりやすく、その後の治療にもつながりやすくなると思われる<sup>2)</sup>。

### C) 紹介の仕方

次に具体的な紹介の仕方であるが、先ず前もって紹介する予定の専門医療機関に連絡を取って、受診の可否を確認しておく。苦勞して紹介したのに、身体的な問題などを理由に断られることがないように、あらかじめ紹介状を送って、受診の確約を得ておくことは現実問題として重要である。一般的に、アルコール依存症の人は「このまま飲酒したい」という気持ちと、「このままではいけない」という気持ちの間で揺れ動いていることが多い。そのため、受診に結びつくかは、そのタイミングも重要になってくる。それまで長期間にわたる介入が続いていたような場合、急に現れたその好機を逃さないようにしたい。一旦受診を受け

入れたとしても、次の日にはまた元の気持ちに戻ってしまうことも多いため、本人が決意すれば、できる限り早期の専門医療機関への受診の予約を取りたい。できれば、その場で連絡して受診予約を取り、受診日を決めてしまうことが望ましい。

また、身体的な問題が悪化して、内科入院などした場合も受診に結びつける絶好の機会である。身体的な苦痛もあり、不安も高まっている時こそ、「このままではいけない」という気持ちは強まっている。一方、一旦退院してしまえば、日に日にその気持ちは弱まっていく。できれば、入院中に専門医療機関への受診をさせ、退院後すぐにアルコールの専門治療を引き続いて行っていけるようにしたい。

#### **D) 緊急を要する場合**

振戦せん妄やアルコール精神病による幻覚妄想がある時は、緊急での受診が必要になる。アルコール依存症を診る精神科病院は少ないと前に述べたが、この様な場合は別である。アルコールの専門医療機関でない精神科病院でも、身体的に重篤でなければ緊急での医療保護入院の適応と判断される事が多い。

しかしながら、酩酊しての暴力行為というのは、精神科にとって緊急を要する状態とはならない。治療をお願いしても多くは断られることになる。この様な場合は、警察に連絡して対応（保護）してもらう必要がある。警察に連絡することには躊躇されることも多いと思われるが、アルコール依存症が背景にあれば、優しい警察官の説得によって専門医療機関受診に結びつく場合もある。いずれにせよ、アルコール依存症の場合、暴力行為が受診の契機になることも少なくない。

#### **E) 紹介後の対応**

アルコール依存症は慢性の疾患であり、治療には長い期間がかかる。そのため、紹介しても、それで終結とはならない。前記したように長期にわたる関わりが必要になってくる。そのため、紹介後も医療機関の主治医とは連絡を取り続ける必要がある。退院後、もしくは通院中は断酒継続が目標である。日常生活上の注意事項を主治医に確認するなどして、主治医と連携して、切れ目のない断酒支援をしていかなければならない。また何かあればすぐに主治医に報告し相談して、一緒に対応策などを考え、専門医療機関、家族と一体となって断酒支援に取り組んでいく必要がある。

#### **F) 自助グループへの紹介**

それでも中々受診に応じない方も多いと思われる。そのような方で身体的問題がないかあっても軽症な方の場合、自助グループ（断酒会、AA など）への紹介も一法である。病院



受診はどうしてもその背後に入院させられるのではという不安感があるため、拒否する方も多であろうが、自助グループへの紹介ならばそのような不安もないために受け入れられやすいであろう。断酒会の場合はその地域の断酒会の会長などに連絡すれば、自ら自宅訪問して、相談に乗ってくれることも多い。自助グループメンバーの介入により、専門医受診につながったり、場合によっては自助グループに直接参加するなどして、断酒に向けての取り組みが始まることもある。また、自助グループのメンバーが専門医療機関への強いパイプを持っている場合も多く、そのような場合専門医への受診がより容易になると思われる。

また、専門医につながった後に自助グループを紹介されることも多いため、自助グループとの連携は専門医との連携と同等に重要である。

### 【まとめ】

- ① 地域で依存症が疑われる住民を直ぐに専門医療機関受診に結びつけることは簡単ではない。まずは、気長に本人と信頼関係を築いていくことが重要である。
- ② 家族との面談も重要で、最初に苦労をねぎらい、わざわざ足を運んでくれたことへの感謝を述べ、アルコール依存症は病気であること、専門の医療機関受診などにより回復は可能なことなどを伝える。
- ③ 予め精神保健福祉センターに問い合わせるなどして、その地域におけるアルコール依存症の専門医療機関のリストを作成しておくことよい。身体問題が悪化して、内科入院などした場合も、内科医と連携して専門医療機関に受診に結びつける良い機会である。
- ④ 自助グループとの連携も専門医療機関との連携と同等に重要である。場合によっては先に自助グループに紹介した方がうまくいくこともある。

(遠藤 光一)

### 《文献》

- 1) アルコール依存症例の職場復帰支援のあり方：廣尚典、  
[http://omhp-g.info/\\_src/322/tool07.pdf](http://omhp-g.info/_src/322/tool07.pdf)
- 2) 川合厚子：ぼくらのアルコール診療「アルコール依存症を疑って精神科に紹介するときには？」、南山堂、東京、134-138、2015

### 3) SBIRTS(エスパーツ)

#### A) SBIRTS とは

SBIRTS とは、S・BI・RT・S の4パートに分かれており、S: Screening (スクリーニング)、BI: Brief Intervention (簡易介入)、RT: Referral to Treatment (紹介)、S: Self-help group (自助グループ) を組み合わせたものである(表1)。まずはスクリーニングを行い、問題を発見し、問題に応じてふるい分けを行う。ふるい分けの結果によって、関わり方を変える。情報共有を行ったり、短時間での簡易介入を行ったり、専門医療や自助グループへの紹介を行う。介入や紹介には適切な方法があり、それらを用いることで効果的な関わりを持つことが可能となる。効果的なアルコールの害を減らすための取り組みには、スクリーニング、簡易介入、紹介が単独で存在するものではなく、セットで存在することが重要である。このSBIRTSのうち、SBI、つまりスクリーニングと簡易介入の枠組みによって、アルコール消費量、医療機関受診、社会的コストを減少させる効果が証明されている。具体的な対応については、別項を参照いただきたい。

表1: SBIRTS について

SBIRTS パート	意味	内容
S	Screening: スクリーニング	3群にふるい分けをする
BI	Brief Intervention: 簡易介入	短時間での介入を行う
RT	Referral to Treatment: 専門医療への紹介	適切な紹介を行う
S	Self-help group: 自助グループへの紹介	適切な紹介を行う

#### B) SBIRTS の意義

SBIRTS という枠組みが存在し、普及することのメリットとして、1つ目に特に非専門医療機関でのアルコールのケアの質が向上することが考えられる。「アルコール問題にどこまで関わるべきか」「どの部分を非専門医療機関のスタッフで担うべきか」という役割分担がある程度明確になり、アルコールの問題に手を出しやすくなると思われる。2つ目に、個人単位、地域単位でアルコールの問題にうまく対応できない場合に、どのステップに課題が生じているのかのチェックリストとしての役割を担うことも期待できる。3つ目に研究の質の向上である。このシステムには明記されていない専門医療機関での治療も含め、どの分野の研究が足りないのか、どの部分に研究資金を投入すると、住民の健康レベルを向上させることができるのか議論することが可能になるとと思われる。

(吉本 尚)

《文献》

- 1) 猪野亜朗、吉本尚、村上優、宮崎學、皆木裕. アルコール依存症者を専門外来から断酒会へ繋げる試みと効果検証—SBIRTS (エスバーツ) と呼称して取り組む—. 日本アルコール・薬物医学会雑誌. 53 (1); 11-24、 2018
- 2) 吉本尚. プライマリ・ケア医ならできるアルコール問題への予防介入、松本俊彦、宮崎仁 編集、いまどきの依存とアディクション プライマリ・ケア/救急における関わりかた入門. 南山堂. 198-203、 2015

## V. 地域でのアルコール問題早期介入取り組み例

### 1) 大阪府豊中市での取り組み

#### A) 豊中市の概要

豊中市は大阪府の北西部に位置し、大阪都心から 15km 圏内のベッドタウンである。人口 400,329 人、人口密度 10,938 人/km<sup>2</sup>（令和元年 10 月 1 日現在）で、全国の中核市の中で最も人口密度が高い。平成 24 年度に中核市に移行し、市保健所を設置した。保健所の精神保健福祉業務には精神保健福祉士 5 人と保健師 2 人が従事している。

#### B) 背景

豊中市では、中核市として平成 24 年に保健所を設置して以来、専門医による嘱託医相談や家族教室などアルコール依存症対策に取り組んできた。しかし、利用者は少なく、また、支援をしても、専門治療や自助グループにつながり「断酒」を継続することの難しさを感じていた。「断酒」がハードルとなり相談や教室につながりにくいのではないかと考え、従来の相談事業を継続しつつ、「節酒」により多量飲酒者の依存症発症を予防するという方向にシフトチェンジし、平成 26 年度から家族教室に代えて、ブリーフ・インターベンション & HAPPY プログラムを実施してきた。

一方、平成 25 年にはアルコール健康障害対策基本法が制定され、飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防すること、ならびにアルコール健康障害に関する予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目ない支援体制の整備が重点課題として設定された。

豊中市では、増加・多様化するメンタルヘルス問題に対応するため、平成 29 年 3 月に豊中市メンタルヘルス計画を策定したが、前述のような経緯や動向を踏まえアルコール依存症予防対策を当面の重点テーマの一つと位置付けた。推進体制として設置した専門部会では、今後迎える超高齢社会において増大が予測される依存症問題への対応が喫緊の課題であり、市民のみならず保健医療福祉等関係者がアルコールに関する正しい知識・共通の認識を持つことが最優先課題であること、また支援者のネットワーク構築が重要であることを確認し、関係機関・団体等と協働で具体的な取り組みを開始した。

## C) 豊中市のアルコール健康障害対策の取り組み

### (1) HAPPY プログラムの実施

平成 26 年度より依存症予防を目的に、飲酒量を減らしたいと思っている人を対象として、3 日間の連続講座と 1 回のフォローアップ講座を年間 1～3 クール開催した。参加者数と修了者数は表 1 のとおりである。就労中の人に参加しやすいよう駅直結の会場で夜間帯に実施したり、女性が参加しやすいよう一時保育を付けた女性限定のコースを実施した。周知には、全戸配布の市広報誌や市ホームページへの掲載、市医師会会員や関係機関等へのチラシ送付、市役所庁舎や図書館、公民館、駅等へのポスター掲示、地元 FM ラジオへの出演を行った。また特定健診部門や公立病院との連携を行った。

	年 度	初回参加者	修了者	備 考
①	平成 26 年度	4 人	2 人	夜間・駅近
②	平成 27 年度	3 人	2 人	駅近・女性限定・一時保育
③	平成 27 年度	2 人	2 人	
④	平成 27 年度	4 人	2 人	
⑤	平成 28 年度	5 人	4 人	夜間・駅近
⑥	平成 28 年度	5 人	4 人	
⑦	平成 28 年度	3 人	1 人	市立病院
⑧	平成 29 年度	3 人	2 人	夜間・駅近
⑨	平成 29 年度	3 人	3 人	
⑩	平成 30 年度	8 人	7 人	
⑪	平成 30 年度	5 人	4 人	夜間・駅近
⑫	令和元年度	4 人	3 人	
⑬	令和元年度	2 人		夜間・駅近

表 1. HAPPY プログラム参加者一覧

平成 30 年度までのプログラムに参加した 45 人のうち、修了者 33 人の変化は表 2 のとおりである。プログラム開始前の AUDIT が 10～19 点の「健康被害の可能性の高い危険な飲酒群」13 人では、修了後に AUDIT をはかることができた参加者全てに点数の減少が認められ、AUDIT は開始前平均 15 点から修了時平均 8 点に減少し、そのうち 5 人は適正飲酒量の範囲となった。参加者からは、「胃の調子が良くなった」、「無理なく酒を減らすことができた」などの意見があり、体調改善などの効果が認められた。

プログラム開始前の AUDIT が 20 点以上の「依存症疑い群」15 人では、修了後に AUDIT をはかることができた参加者 8 人のうち 6 人に点数の減少が認められ、AUDIT は開始前平均 26 点から修了時平均 21 点に減少したが、いずれも適正飲酒量には至らなかった。1 人は 32 点から 34 点に増加したが、その参加者からは「自分がどれだけ酒に囚われているかがわかった」との意見があった。

プログラム修了者のうち 4 人は断酒を継続しており、そのうち 2 人はアルコール依存症の診断を受けた。また、断酒している 4 人のうち 1 人は自助グループにつながった。

参加者の出席率は高く、そのほとんどが飲酒日記をしっかりと付けることができ、実際に飲酒量を減らすことに成功している。多量飲酒者の依存症予防ならびに依存症者においても節酒・断酒への意欲の醸成や、本格的な治療へのワンステップとしての効果があると考えられる。

	開始時 年代	性別	開始時 AUDIT	修了時 AUDIT	効果の実感
1	70代	女性	5	4 (-1)	休肝日を持てるようになった
2	30代	女性	7	-	週1回休肝日。フリードリンクを挟むようになった。
3	50代	女性	8	-	翌日が楽になった、他の用事に時間を使えることが増えた
4	60代	男性	9	7 (-2)	ジムに通うようになった
5	80代	男性	11	5 (-6)	
6	30代	男性	12	-	二日酔いがなくなった、お金に余裕ができた
7	60代	男性	12	11 (-1)	
8	60代	男性	13	5 (-8)	断酒、妻が喜んでくれた
9	60代	男性	14	6 (-8)	
10	40代	男性	16	0 (-16)	断酒、AAに参加
11	50代	男性	17	-	4ドリンクで止められるようになった
12	60代	男性	17	11 (-6)	血圧が下がった、常にドリンク数を意識、1日2~3ドリンクで安定している
13	70代	男性	17	3 (-14)	寝汗がなくなった、胃の調子が良い、食事がおいしい
14	60代	男性	17	-	減酒できると前向きに思えるようになった
15	70代	男性	18	17 (-1)	朝のむかつきや口渇が減った
16	30代	女性	18	17 (-1)	二日酔いが減った、胃もたれがなくなった
17	40代	男性	18	-	血圧が 140/90 から 120/80 に改善、規則正しい生活になった
18	70代	男性	20	17 (-3)	週2回休肝日、食欲が出た
19	70代	男性	20	-	少しの量で酔うようになった、妻から「やったらできるやん」と言われた
20	70代	男性	21	18 (-3)	断酒、肝機能と HbA1C が改善
21	40代	男性	21	-	朝の体調が良い、飲み会では箸袋に「正」を書いて量を確認している
22	60代	男性	23	23 (±0)	
23	60代	男性	23	-	ご飯がおいしい。日記がモチベーションになった。
24	40代	男性	23	12 (-11)	週3回休肝日、飲まない翌日の体調が良い

25	40代	男性	23	-	朝から飲酒することがなくなり、飲酒量が減った
26	50代	男性	24	-	17時以降に飲酒するようになった
27	50代	男性	25	-	週50ドリンクから15～20ドリンクに減った
28	60代	男性	26	21 (-5)	
29	50代	女性	27	17 (-10)	朝に体が軽い、誘われても断るようになった
30	60代	女性	30	-	生中を生小に変えて、生小2杯で満足できるようになった。
31	60代	男性	32	22 (-10)	前向きになった、ぐっすり眠れるようになった、人生が変わった
32	50代	女性	32	34 (+2)	自分がどれだけ酒に囚われているかがわかった
33	50代	女性	33	-	

表 2. HAPPY プログラム参加者の変化

## (2) 健康と飲酒についての実態調査

平成 29 年 12 月に「飲酒習慣の実態」と「節酒指導のニーズ」を把握することを目的に市民 1000 人を対象に実態調査を実施した。市役所庁舎と 2 か所の出張所において対面で配布し郵送で回収し、有効回答率は 36.6%であった。

結果から、若年層は飲酒頻度が低いながら 1 回の飲酒量が多く、年齢を重ねるにつれて飲酒頻度が多くなり 1 回の飲酒量は安定してくることが明らかになった。

問題飲酒の割合は男性 66.7%、女性 29.4%、減らしたいと思っている割合は男性 30.9%、女性 20.9%、講座に参加したい割合は男性 16.6%、女性 12.6%であった。節酒指導の情報を希望した人は 15 人で、後に HAPPY プログラムに参加したのは 1 人であった。

飲酒問題があっても二次予防につながる人が少ないことがわかり、市民や身近な支援者のリテラシー向上が必要であると確認することができた。

## (3) 支援者向け研修会の開催

平成 29 年度から、地域の保健医療福祉従事者等がアルコール健康障害に関する理解を深め効果的な早期介入方法を学ぶこと、アルコール依存症予防対策のネットワーク構築をめざすことを目的に、早期介入に関する支援者向け研修会を開催している。講師はいずれも肥前精神医療センター院長で、第 1 回のみ同センター武藤医師、第 2 回のみ市立豊中病院消化器内科部長も講師を務めている。これまでに地域の支援者等延 232 人が受講した。

【第 1 回】平成 29 年 7 月 15 日開催

市職員や関係者を主な対象として、早期介入の必要性や研究事業に協力する意義について理解を深めることを目的とした。参加者は 51 人。内訳 (人) : 医師 13 (精神科 8・内科 3・行政 2)、薬剤師 1、保健師 12、ソーシャルワーカー 19、臨床心理士 2、歯科衛生士 1、事務職 3。

#### 【第2回】平成30年7月21日開催

保健医療福祉従事者等を対象として実施した。その中でも精神科以外の診療科の医療従事者を主なターゲットとした。参加者は67人。内訳（人）：医師9（精神科2・内科6・皮膚科1・脳外科1・研修医1）、薬剤師9、保健師5、看護師16、ソーシャルワーカー4、臨床心理士2、理学療法士1、作業療法士1、栄養士1、断酒会2、その他17（就労支援員・教育関係・消防等）。

#### 【第3回】平成31年1月19日開催

福祉分野・介護保険事業者への周知を拡大した。参加者は48人。内訳（人）：医師6（精神科1・内科3・産婦人科1・研修医1）、薬剤師2、保健師5、看護師3、ソーシャルワーカー7、臨床心理士2、ケアマネジャー21、理学療法士1、断酒会1。

#### 【第4回】令和元年7月20日開催

知識・技術の習得度に応じて参加できるよう午前の基礎編と午後の実践編にわけた。基礎編はアルコール健康障害の理解とその予防について学ぶことを目的とし、実践編ではロールプレイを交え実際の早期介入の手法について習得することを目的とした。基礎編の参加者は36人。内訳（人）：医師1（精神科）、薬剤師1、保健師4、看護師4、ソーシャルワーカー4、作業療法士3、ケアマネジャー14、断酒会1、その他3（就労支援員、ヘルパー）。実践編の参加者は30人。内訳（人）：医師5（精神科3・内科1・行政1）、保健師3、看護師2、ソーシャルワーカー5、ケアマネジャー12、断酒会1、その他2（就労支援員・ヘルパー）。

参加者からは、「軽症のうちに予防することが大事だとわかった」「早期介入をやってみようと思う」等の感想があり、研修会参加を通して、アルコール健康問題を意識することや早期介入することの重要性を認識できたという意見が多く見られた。

#### 【第5回】令和元年12月14日開催予定

これまでの対象に加えて、産業保健分野の支援者への周知を拡大した。また看護協会や精神保健福祉士協会等職能団体を通じた周知を行った。

### （4）啓発カードの作成・配布

市民への啓発として、これまで市広報誌やホームページ、twitter等を活用していたが、新たなツールとして、適正飲酒量を掲載した啓発カード(図1)を令和元年5月に5000部作成した。医療機関等多量飲酒者に関わる支援者に配布し、個別指導での活用を依頼。また保健所主催の講演会や健康展等で参加者に配布している。



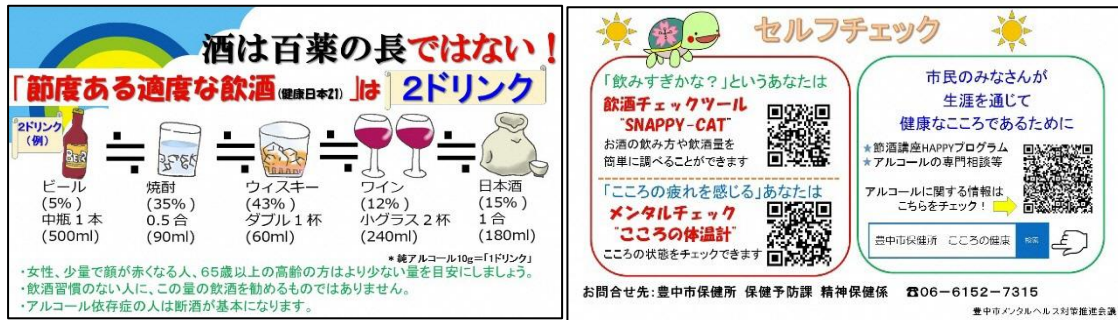


図 1. 啓発カード

(5) アルコールと健康を考えるネットワークとよなか

アルコール健康障害の予防ならびに相談・治療・回復を支援するために、関係機関が連携・協働できるネットワークづくりをめざしている。参画機関はメーリングリストでアルコールに関連する情報共有を行い、アルコール関連問題への支援にかかる連携の推進、対応力の向上に取り組んでいる。

医療機関（精神科・内科等）、薬局、訪問看護ステーション、障害福祉サービス事業所、行政機関等 69 機関が登録している。（令和元年 10 月 31 日現在）

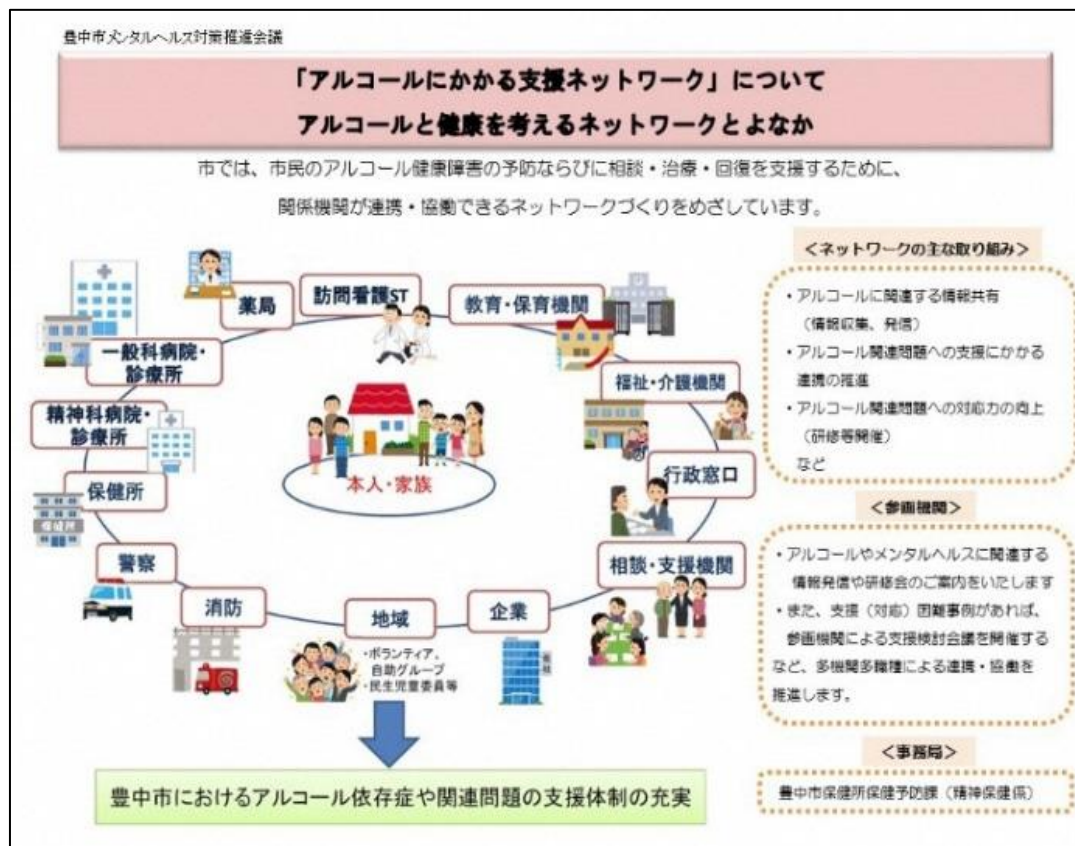


図 2. ネットワークイメージ

## D) 考察

HAPPY プログラムの実施効果を認める一方で、周知方法や開催方法を工夫しても参加者は少ない。3日間の連続講座は参加者にはハードルが高く、プログラム以外に地域の支援者や啓発カード等ツールの活用など対象者の準備性に応じた様々な早期介入を提供する必要がある。

また、支援者向け研修会により、地域の医療保健福祉就労等多分野の支援者がアルコール関連問題や早期介入の方法について正しい知識・技術を持つことができた。そして、支援者のリテラシーが向上し、治療や早期介入に関する共通認識と連携やネットワークの必要性について理解が広がることで、医療機関や福祉事務所、就労支援機関等から節酒指導を目的とした保健所への紹介も微増し、ネットワーク登録機関の増加にもつながっている。

早期介入の手法を学んだ医療・保健福祉・就労など多分野の支援者が対象者のアルコール問題に気づき、各所属で早期介入を実施し、必要に応じて保健所や専門医療機関につなぐことができるよう、引き続き向上に向けた取り組みが必要である。

## E) 課題

早期介入を精神保健分野の「依存症予防」ではなく、アルコール健康障害対策における「健康支援」として広げていきたいが、豊中市では特定保健指導を外部業者に委託していることと、アルコールに関する健康相談を受けることがほとんどない現状では、健康づくり分野において直接的に早期介入を実施・展開することは困難と言える。

また、市民や関係者への周知に努めるが、HAPPY プログラムへの参加者を確保できないことは最大の課題である。対象者の早期発見という点では、精神科以外の内科や救急診療科が重要な役割を担うが、アルコール問題に対する関心はまだ低く、研修会への参加者はもとより、プログラムへの患者紹介等も限られている。医師や看護師等の直接的あるいは間接的な（発見と動機付け面接からつなぎ）早期介入に対するインセンティブを高めるための啓発や研修の在り方等については、制度的あるいは組織的な検討が必要であると考える。

(上田 勲)

## 2) 埼玉県での取り組み

### A) 埼玉県立精神保健福祉センターにおけるアルコール健康障害への取組

アルコール健康障害関連問題に対する早期介入事業（以下、早期介入事業）に取り組むことになったきっかけは、平成 23 年度に当センター職員が HAPPY プログラムについての研修を受講し、その内容を持ち帰ったことであった。

当センターは、主に三次予防（アルコール依存症の方々に対する支援）を行ってきたが、来所者層の変化（「生きづらさ」を抱える来所者の増加）、事業内容の拡大（ひきこもり、自殺対策など）から、折しも二次予防に取り組む必要性を感じていた頃であった。

早期介入を目的とした HAPPY プログラムを県内に普及することが、アルコール健康障害関連問題およびメンタルヘルス課題に対して有用な介入ツールになると判断し、事業展開を行ってきた。

なお財源であるが、当初（平成 23 年度）は自殺対策緊急基金事業を財源として、当センターが主体となり各地域に対し早期介入事業を行った。

まず当事業の普及にあたって、関係機関への研修（平成 25 年度課題・テーマ別研修保健 3（アディクション）～節酒プログラムから学ぶ、自殺ハイリスク群への介入の可能性～）を実施した。その後、研修に参加した市町村等に対し出向いての事業説明や、主に市町村職員を対象としたプログラム体験会などを実施した。その後、事業実施に手を挙げた市町村に対しては、当センター職員が講師やアドバイザーを務めるなど、積極的に関わった。

なお、基金交付終了後は、精神保健福祉センター運営費において事業展開している。各地域からの希望に対しては精神保健福祉センターの協力（以下、技術協力）という形で対応している。したがって、現在当センターが負担する額は、主に技術協力にかかる旅費である（プログラムのツールは、実施主体での購入および用意をお願いしている）。

### B) 埼玉県の各地域における取組

#### (1) 秩父市における取組

秩父市は、埼玉県北西部に位置している。埼玉県内の市町村のうち最も広い面積を有し、面積の 85%を山林が占める。人口は 6 万人余りであり、住民は高齢者が多く、高齢化率は 30.05%(2015 年)<sup>1)</sup>である。

この地域で早期介入事業を始めたきっかけは、市がセーフコミュニティ参画の一環として HAPPY プログラムを行うことを選択したことであった。当センターは平成 26 年度から 29 年度まで技術協力として関わった。

開催場所はいずれも秩父保健センターであった。対象者は特定保健指導等において、節

酒指導を勧めることが望ましいと保健師が判断した住民で、毎回の参加者は10名前後であった。

HAPPYプログラムのツールを用いて1クール(3回(1回1.5時間))行った。実施者は保健師4~5名、当センター職員1名(精神保健福祉士)であった。参加者をグループ分けはせずに行った。

普段から、保健師が住民に対し丁寧に関わっている様子が見てとれた。実施にあたり、直接対象者に電話をかけ参加を呼び掛けるなどしていた。プログラム中の(AUDITの記入や、読み合わせなどの際)、参加者に対するフォローも手厚い印象であった。

## (2) 朝霞保健所における取組

朝霞保健所は、6市1町を管轄しており、管轄人口は約72万人である。東京都に隣接した地域を管轄している。近隣にアルコール依存症治療を専門とする精神科医療機関があり、プログラムはその医療機関の医師の協力を得て行っている。

「住民のアルコール関連問題が長期化、複雑化し緊急対応せざるを得なくなる前に予防したい」との意図があり、保健所担当者から事業への参画を管内市町に呼びかけたことで実施に至った。

現在は管内2市の保健センターと保健所の共催事業として継続している。当センターは平成27年度から現在(令和元年)まで技術協力として関わっている。

開催場所は、朝霞保健所や管内の公共機関などである。共催する市の特定保健指導のデータから対象者に通知している。毎回の参加者は10名前後であった。HAPPYプログラムのツールを用いて1クール(3回(1回1.5時間))行った。実施者は、アルコール依存症治療を専門とする医療機関スタッフ(精神科医)、保健師、保健所職員(精神保健福祉士)、精神保健福祉センター職員(臨床心理士)である。この地域での取り組みにおいて特徴的なことは、保健所で節酒カレンダーを作成、参加者に配布していることや、取り組みの継続している特定の市町村があることであろう。また、医療機関の医師が講師を務めており、その医療機関が保健所管内からアクセスしやすいことも参加者および実施者の安心材料となっているものと推測される。

## (3) 飯能市における取組

飯能市は人口約8万人の市である。自然が豊かで、かつ都心にもアクセス良好な地である。飯能市は平成27年度から早期介入事業を行っており、当センターも同年度から技術協力として関わっている。開催場所は、飯能市保健センターである。対象者は、飯能市市民である。

飯能市ではHAPPYプログラムの1クール3回分を2回に短縮して実施している。初

回は講演会を行い、プログラムの各回は2回とも1.5時間である。講演会には地元の酒造業者の社長や、ワインのソムリエなどを招いてお酒の魅力についての講演を実施し、同じ場で「健康に飲み続けるための」HAPPYプログラムを周知する(5分)。2回目以降の参加者は、講演会申し込み時と初回終了時に募る。講演会の参加者は20～40人前後で、2回目以降の参加者は約10名超である。2回目以降のHAPPYプログラムの講師は、精神保健福祉センター職員(精神保健福祉士)が務め、市職員(保健師、精神保健福祉士、管理栄養士)が参加者のフォローを行う。各回の時間内で管理栄養士による「体においしいおつまみ」といった講座を開催している。なお、特定保健指導において保健師が個別対応している住民(希望者)も参加している。他事業で多忙なため、急きょ当日スタッフが変更となることもある。飯能市に限ったことではないが、関わる職員が多忙であることに配慮しながら、早期介入事業の重要性についての啓発を続けていくことが今後も必要であると思われる。

## C) 精神保健福祉センター単独での取組

当センターが技術協力を介して関わった主な地域は先述したとおりである。次に、当センター単独での取り組みについて報告する。

### (1) 県政出前講座における取組

県政出前講座とは、県民に県政について普及・啓発することを目的とした講座である。県内各機関で講座を用意しており、講座数は令和元年度で275ある。おおよそ10名以上の集会で、営利を目的としないものが対象である。県政の案内を含め、講義時間は1時間を目安としている。

当センターは「県立精神保健福祉センターにおけるアルコール健康障害への取組」と題し、HAPPYプログラムの簡略版といった内容で実施している。内容は、杠先生に監修いただいたものである。講師は、精神保健福祉センター職員(保健師、臨床心理士、精神保健福祉士)が務めている。1回のみ、1時間のプログラムなので節酒に興味をもってもらえるよう講義している。

## 【まとめ】

- ① プログラム実施地域においては、それぞれの現状に合わせた方法で実施できている。HAPPYプログラムは今後も各地域に柔軟に取り入れられるものと期待できる。
- ② 埼玉県では、精神保健福祉センターが後方支援として関わっている。

(神前 まい子)

《文献》1) <http://jmap.jp/cities/detail/city/11207>

### 3) 千葉県柏市での取り組み

柏市は千葉県北西部に位置し、平成 20 年 4 月に県内 2 番目の中核市となった。人口は約 42 万人で高齢化率は 25.6% (平成 30 年)。県内では比較的若い世代が多い。都心から約 30km の距離にあり、東京のベッドタウンである。鉄道 3 路線の他に常磐自動車道が通るなど交通の要衝であり、この高い利便性から柏駅周辺は商業地帯となっている。また、緑地も多く、自然の豊かさと調和した街である。アルコール健康障害関連問題に対する早期介入事業に取り組むきっかけは、平成 20 年度に保健所職員が HAPPY プログラムについての研修を受講したことである。

中核市移行前から県の保健所では、アルコール健康障害関連問題に対する相談が多くあり、嘱託医相談や家族教室、自助会などの事業を市内に当時あったアルコール専門病院と連携しながら実施していたところである。中核市移行後もそれらの事業を踏襲しながら、アルコール・デイケアクラブを新たに実施するなど三次予防中心の事業を行っていた。早期介入については、アルコール専門病院に勤務歴のある著者が必要性を感じていたこともあり、三次予防中心の事業の他に、一次予防、二次予防についての事業展開を検討していたところでもあった。

保健所への相談は、アルコール依存症傾向が強いケースが多いが、断酒やアルコール専門治療を勧めてもつなぐことが少なく、まずは HAPPY プログラムで減酒を目標にし、達成できない場合には、断酒や専門治療を勧める二段階の支援の方が当事者の抵抗感が薄れ、継続相談につながるのではないかと判断し事業展開を行ってきた。

HAPPY プログラムについては、平成 20 年度より個別で実施し、平成 27 年度より事業の効率性やグループダイナミクスを意識して集団での HAPPY プログラムを実施している。集団での HAPPY プログラムについては名称を柏の頭文字を取り「K-HAPPY プログラム」としている。

#### A) 早期介入プログラム (K-HAPPY プログラム) の導入

地域で実施する際には医療機関や職域のように医師や健康管理者の指示で参加するのではなく、自らの意志で申込みをしていただくため、事業周知がとても重要である。当保健所では、年度当初にアルコール健康障害対策事業一覧のポスターを市内の図書館や出張所などの公共施設や医療機関への配布をしている。また、K-HAPPY プログラムの開催時期には専用のチラシの配布、広報誌・ホームページ等へ掲載をしている。その他にも市民や関係機関への出前講座を随時実施して事業の周知を行っている。

飲酒問題のアセスメントには AUDIT を活用している。保健所への精神保健福祉相談時にアルコール健康障害関連問題が感じられる方は、リーフレットを使って健康障害について説明した上で AUDIT を実施し、減酒に取り組む動機づけとしている。その他にも、特

定健診の待ち時間を利用してパネルを使った酒害啓発と AUDIT の配布、特定保健指導の個別相談時に AUDIT や事業チラシの配布を行っている。

## B) 早期介入方法

HAPPY プログラムの手順に沿って実施している。実施者は HAPPY プログラム研修を受講した精神保健福祉士や保健師が各回 2～3 名で担当している。対象者は減酒や断酒を希望し、申込時に実施する AUDIT 得点が原則 10 点以上の市民としている。実施にあたっての財源は市の一般財源である。開催場所は、保健所や駅前行政施設を利用し、実施期間としては、3 ヶ月 3 回を 1 クールとし、初回後 4 週目に第 2 回目、12 週目に第 3 回目を実施している。また、プログラムとは別に 8 週目に個人面談を実施している。K-HAPPY プログラムの場合は、平日の他に日曜日コースも設け、年 2～3 クール実施している。実施時間は、各回 2～2.5 時間となっている。AUDIT の点数などでのグループ分けは行っていない。例年 10 名前後が参加する。

アルコール健康障害関連問題は、支持的な関りの中で変化していくため、継続的な支援ができるよう飲酒するメリットも認めながら受講者との関係づくりを行う。変化したい気持ちと変化したくない気持ちの両価性を考慮した関り方を意識している。具体的には、常に友好的な話しやすい雰囲気の中で実施し受講者の本音を引き出すよう心がけ、受講者への動機付けや行動変容を促している。

## C) 介入前後の評価方法と結果

非飲酒日数と飲酒日のドリンク数を評価基準としている。HAPPY プログラムでは飲酒の目標設定や日々の飲酒量を記録する飲酒日記が特徴であるが、飲酒日記から各回の直近 1 週間の非飲酒日数や飲酒日の平均ドリンク数を算出している。

過去 3 年間の結果として、30 人の受講者があり、AUDIT 得点が 1～9 点が 4 名、10～19 点が 9 名、20 点以上が 17 名であった（図 1）。

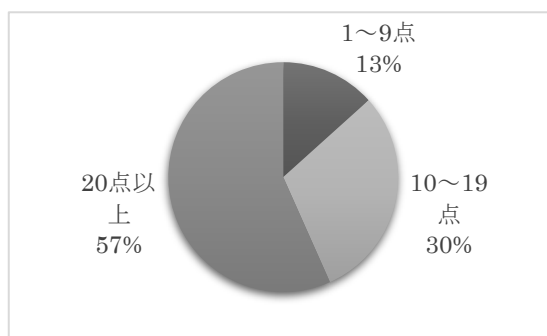


図 1 : AUDIT 得点内訳

直近1週間の非飲酒日数は、初回が1.1日だったが終了時は2.6日となり、1.5日増えていた。飲酒日の平均ドリンク数は、初回が7.6ドリンクだったが終了時は5.4ドリンクとなり、2.2ドリンク減量できていた（図2、3）。

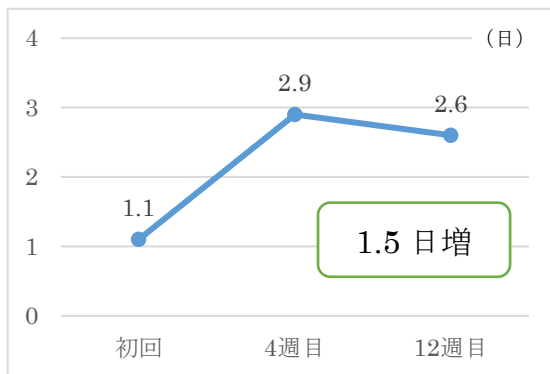


図2：1週間の非飲酒日数の推移

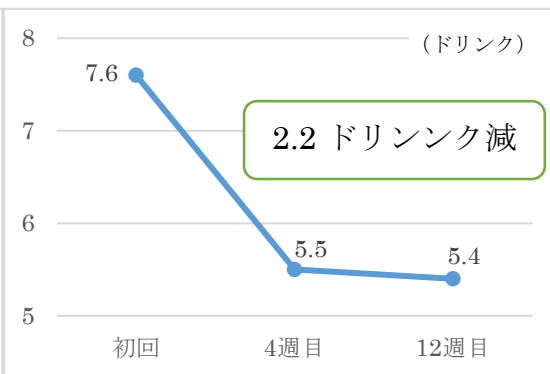


図3：飲酒日の平均ドリンク数の推移

AUDIT得点別では、非飲酒日について、AUDIT得点が1～9点は0.9日増、10～19点は1.7日増、20点以上が1.6日増であった。飲酒日の平均ドリンク数については、AUDIT1～9点は1.7ドリンク増、10～19点は2.8ドリンク減、20点以上が2.2ドリンク減であった。10点台は健康障害が出始めの受講者が多いため参加意欲が高く、社会的な問題もあまり生じていないこともあってドロップアウト率も低い傾向がある。そのため、非飲酒日数、飲酒日の平均ドリンク数ともに最も効果がみられた（図4、5）。

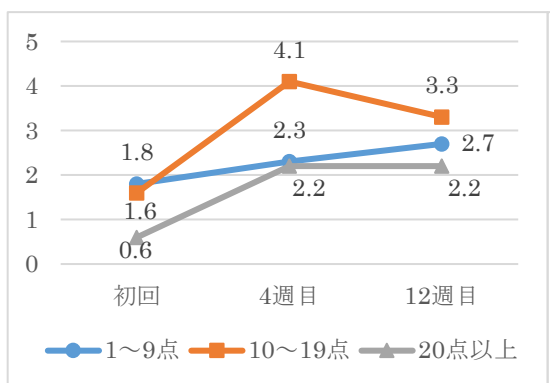


図4：AUDIT得点別非飲酒日数の推移

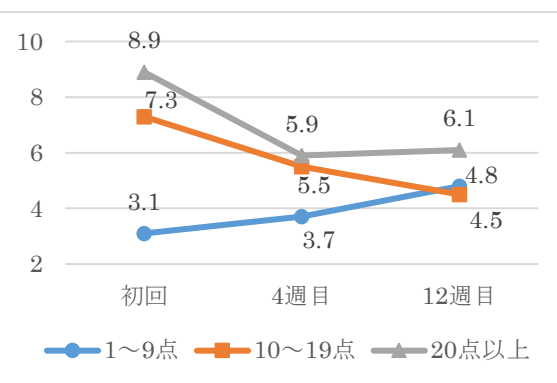


図5：AUDIT得点別飲酒日の平均ドリンク数の推移

受講後の受講者の感想としては、「健康被害について新たな知識が得られた」「ドリンク数を意識するようになり減酒につながった」「飲酒日記でどんな時に飲みたくなるのかわかり対策が立てられた」「他の受講者も頑張っていると思って自分を律すことができた」「他の受講者のお酒との付き合い方がわかり参考になった」「みんな不安を抱えているので話を受け止めてもらいやすかった」「今後も飲酒日記を続けていく」などがあつた。K-HAPPYプログラム受講により、健康についての意識や減酒・断酒意欲の維持向上につながった者が多かつた。



## D) K-HAPPY プログラムの工夫点

実施にあたっての工夫点は、各回のはじめに血圧測定など保健師による健康チェックや途中で休憩をはさみ受講者同士の交流の時間の設定、継続的な参加につながるように電話での声かけやクリスマスカードなどのメッセージカードを送付しての励ましを行っている。また、インターネットサイトの SNAPPY-CAT などのスナッピーシリーズを紹介し、飲酒の身体への影響や解毒までの目安時間などを参考にさせていただいている。

8 週目に行う個人面談では、第 2 回目と第 3 回目の間が 2 ヶ月空くことから、モチベーション維持の目的があるが、集団の中では発言しにくいことの相談や AUDIT 得点が 20 点以上で減酒が思うようにいかない方へのアルコール専門病院への受診勧奨、保健所内で実施している他のアルコール健康障害対策事業の紹介を行っている。個人面談により専門病院への受診を決断された方もみられた。また、プログラム終了 6 ヶ月後くらいには、希望者を対象に減酒意欲の維持や受講者同士の交流を目的として、フォローアップミーティングも実施している。

## E) 今後の課題

保健所への相談は、AUDIT 得点が 20 点以上のアルコール依存症疑いの方が過半数を占めており、通常は断酒や専門病院への受診勧奨が一般的だが、HAPPY プログラムを使った早期介入で一定程度の減酒は行えている。ただ、飲酒量は多量飲酒（6 ドリンク）を超えているためプログラム終了後も継続的な支援や専門病院との連携が課題である。

また、AUDIT 得点でのグループ分けを行っていないため、得点が低い受講者には、「問題がそこまで出ていないから自分はまだ大丈夫」という安心材料を与えている可能性がある。グループ分けでの実施が効果的だが、1 回あたりの参加者が少ないため実施は難しい。今後はより効果的な事業実施に向けて、啓発方法の検討や一般医療機関と連携した実施の調整、プログラム終了後の評価方法を検討しているところである。

### 【まとめ】

- ① 地域で行う早期介入は事業の積極的な啓発と対象者の掘り起こしが大切。
- ② 飲酒問題の評価には AUDIT を実施し、10 点以上を支援対象とする。
- ③ 早期介入は HAPPY プログラムを活用しながら、支援者との関係性を維持する工夫があるとよい。
- ④ たとえ AUDIT20 点以上であっても支援者は諦めず、支持的な関りをもつことで減酒が可能となる。

(星谷 和宏)

#### 4) 鹿児島県与論町での取り組み（外部支援者として）

離島の行政保健師の経験がある大学院生として、与論町の保健師と協働で、職域や地域で早期介入を行った経過を報告する。

##### A) 与論町の概要

鹿児島県与論町は、沖縄本島まで 22Km の鹿児島県最南端の 1 島 1 町の離島で、人口は 5,251 人（男 2,561 女 2,690 人）である(2019 年 5 月)。鹿児島と那覇を結ぶ飛行機と船が毎日就航しているが、通勤通学は基本的に島内で完結している。医療機関は病院が 1、診療所が 2 施設で、保健センターに勤務する保健師 3 人（保健センター所長含む）が中心となり、精神保健福祉業務を行っている。

##### B) 大量飲酒の背景

町民は親戚・友人付き合いを大切にし、島内外からの来客や帰省、子の誕生から死後の法事までの人生の節目の行事には皆で集まる。与論町には酒を回し飲みする「与論献奉」という文化があり、人が集まれば「献奉」をする。「献奉」は「親」と呼ばれる人が、杯に焼酎を入れ、口上を述べ 1 杯飲み干し、次の人に回し、その人も口上を述べ、1 杯飲み干し、参加者全員が繰り返したところで「親」を交代する。回し飲みを繰り返し、町民によれば「終わりが無い」。また、島にはハブがいないため、屋外で飲んだり寝たりすることに危険が少なく、気候が良い季節は翌朝まで飲酒できる自然環境がある。

##### C) 外部支援者が入るようになった経緯と経過

筆者は、2015 年に所属する大学院の授業で与論町を訪れる機会があった。その際に現地の保健師と話をすることがあり、島のために何かをしたい、と思い後日連絡調整し、翌年に健康づくり計画策定のために健康調査を行うこととなった。調査は 20～64 歳を対象に行われ(解析対象者 589 人)、男性の 76.1%、女性の 53.1%が過去 1 ヶ月以内に飲酒をし、さらに、「生活習慣病のリスクを高める飲酒をする」男性の割合（1 日平均摂取エタノール量 40g 以上）は 30.7%、女性（同 20g 以上）は 14.8%と、全国平均（男性 14.6%、女性 9.1%）の約 2 倍であることが明らかになった<sup>1)</sup>。本調査結果から、減酒に向けてなんらかの支援が必要である、と結論づけていたところ、筆者が参加した学会にて国立病院機構久里浜医療センター（以下久里浜医療センター）の真栄里仁医師、伊藤満臨床心理士に出会い、与論町で

BI (Brief Intervention) を中心とした地域での早期介入を実施することが決まった。

## D) 与論町のアルコール健康障害対策の取り組み

町の保健師は、飲酒による健康への影響を長年気にして、断酒会開催の支援をしたり、中学校で教育を行ったりしてきたが、飲酒者が多い現実を前に、誰にどのような支援方法を行ったら良いのか手探りの対応が続いていた。健康日本 21 やアルコール健康障害対策基本法の施行後は、支援策を勉強する機会が増え、その過程で BI を知った。すぐに導入したかったが、導入に関する相談先がわからず、飲酒問題に切り込めていない状況が続いていた。しかし、2018 年より真栄里医師、伊藤臨床心理士の支援により早期介入を開始することができた。外部支援者に必要な資金は、BI を実施するようになって以降、国民健康保険の保健事業で支出していただいている。また、統計的な結果は、筆者がまとめ、保健事業の評価として現地で活用し、その一部を研究に用いている。

### (1) 役場職員へ講演会・BI 実施

2018 年に講演会と BI を役場職員より開始した。AUDIT を含む質問表 (以下質問表) は 2018 年 5 月と 2019 年 5 月～7 月に、役場職員全員に配布・回収した。2018 年は講演会参加者には講演会の開始前に、非参加者は後日配布・回収をした。

#### 【講演会】

講演会では、参加者は質問票を記入したのち、伊藤臨床心理士の「お酒との上手な付き合い方～スマートな酒飲みになるために！」と題した 45 分間の講演を聞いた。65 人 (参加率 25.8%) が講演会に参加した。

1 年後も質問票を回収でき、かつ 2018 年に飲酒をしていた役場職員のうち、講演会に参加したが BI には参加しなかった職員 (20 人) と講演会も BI も参加しなかった職員 (70 人) の 1 年後の AUDIT を比較した。解析は対応のある t 検定を行い、有意水準は両側 5% とした。参加した職員の AUDIT は  $8.2 \pm 6.5$  (平均  $\pm$  標準偏差) から  $4.9 \pm 5.8$  になり減少が認められた ( $p < 0.001$ ) が、非参加者は統計学的に有意に減少しなかった ( $p = 0.333$ ) (図 1)。

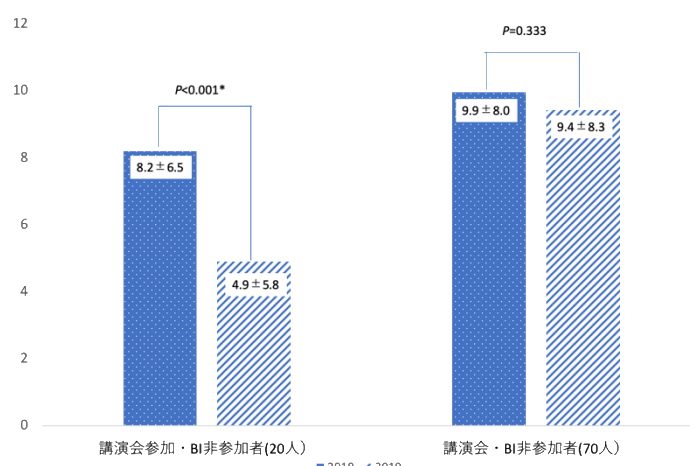


図1 2018年飲酒者の1年後のAUDIT

P値：対応のあるt検定 \*： $p < 0.05$

## 【BI】

講演会終了後、AUDIT8点以上であった参加者 29 人（参加率 44.6%）を講演会直後または翌朝の BI に招待した。BI は 2 回実施し、1 回目は 50 分前後、2 回目は 1 回目の 3 ヶ月後に 30 分前後実施し、1 グループ 7~8 人で行った。実施者は BI 実施の教育を受けた臨床心理士または保健師が行った。BI に参加した職員を参加群に、BI の対象者とならなかった職員を非参加群とし、AUDIT の 1 年間の変化を観察した。解析は対応のある t 検定を行い、有意水準は両側 5%とした。慶應義塾大学健康マネジメント研究科倫理委員会 (2018-01)、久里浜医療センターの倫理委員会(339)より承認を得た。

BI には合計 16 人が参加した(参加率 55.1%)。BI の参加者は、最初は仕方なく参加した様子があったが、飲酒のメリットやデメリットを話し、目標を決めて終了する時には生き生きと笑顔になっていたのが印象的であった。

1 年後は、18 人（参加群=12 人、非参加群=6 人）より回答を得て、最終的な解析対象者とした。参加群の AUDIT（過去 1 年）は、講演会時（2018 年 5 月）は  $16.3 \pm 7.2$  で、1 年後（2019 年 5 月）は  $13.0 \pm 8.1$  であった( $p=0.07$ )。過去 1 ヶ月の飲酒状況を AUDIT の最初の 3 問で尋ねた AUDIT-C（12 点満点）の結果を図 2 に示す。参加群の AUDIT-C は、講演会時は  $7.8 \pm 3.5$  で、1 年後は  $5.3 \pm 3.5$  で、統計

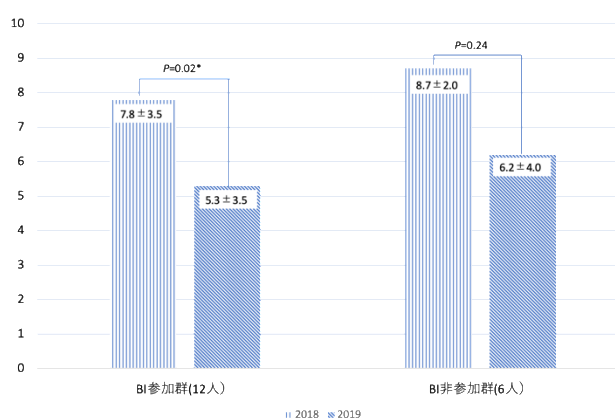


図2 BI参加者の1年後のAUDIT-C  
p値：対応のあるt検定 \*： $p<0.05$

学的に有意に減少した( $p=0.02$ )が、非参加群の AUDIT-C は  $8.7 \pm 2.0$  から  $6.2 \pm 4.0$  で統計学的に有意な減少は見られなかった( $p=0.24$ )。

また、飲酒をする機会により AUDIT を比較したところ、男性では、「行事や祝いするとき」の飲酒が「ある（「ある」または「まあある」と回答した職員）」と答えた参加者の AUDIT は  $17.0 \pm 3.5$  から  $12.8 \pm 5.3$  ( $p=0.05$ )、「接待や仕事の付き合い」は  $17.0 \pm 3.5$  から  $12.8 \pm 5.3$  ( $p=0.05$ )、「スポーツや趣味の集まりの後仲間と」は  $18.3 \pm 3.8$  から  $13.7 \pm 5.3$  ( $p=0.01$ )と減少が認められ、人と交流しながら飲酒をする機会が「ある」参加者で減少が認められた。女性では、「行事や祝いするとき」に飲酒することが「ない（「ない」または「あまりない」と回答した職員）」参加者の AUDIT が  $16.3 \pm 14.4$  から  $8.0 \pm 11.4$  ( $p=0.05$ )に減少が認められた。

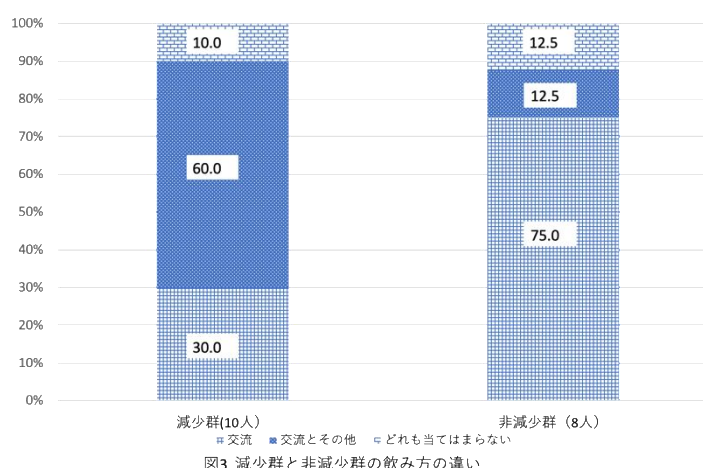
BI 参加者において、減酒に対する認識により AUDIT の点数を比較したところ、減酒は重要で「ある」、自信が「ある」、意欲が「ある」と答えた参加者のほうが「ない」参加者より点数が高く、また減酒に自信が「ある」、意欲が「ある」と答えた参加者の AUDIT は、それぞれ、 $17.2 \pm 9.4$  から  $11.3 \pm 7.3$  ( $p=0.01$ )、 $20.2 \pm 7.1$  から  $13.7 \pm 5.5$  ( $p<0.01$ )と、減少が認められた (表 1)。

表 1 減酒への認識による AUDIT の変化

減酒への認識	人数	%	2018		2019		p
			AUDIT	SD	AUDIT	SD	
重要である	8	( 66.7 )	19.8	6.1	16.1	7.1	0.15
自信がある	6	( 50.0 )	17.2	9.4	11.3	7.3	<b>0.01*</b>
意欲がある	6	( 50.0 )	20.2	7.1	13.7	5.5	<b>&lt;0.01*</b>
重要ではない	4	( 33.3 )	9.3	2.5	6.8	6.7	0.34
自信がない	6	( 50.0 )	15.3	4.9	14.5	9.5	0.76
意欲がない	6	( 50.0 )	12.3	5.2	12.3	10.7	1.00

P値：対応のある t 検定 \* :  $p<0.05$

さらに、BI 参加群と非参加群を合わせて、1 年後に AUDIT-C の点数が減少した群 (減少群) (10 人) と減少しなかった群 (非減少群) (8 人) を比較したところ、減少群の 60.0% (6 人) は交流を目的とした飲酒のほか、「晩酌として」または「自分へのご褒美として」飲酒をする機会が「ある」と回答していた。一方、非減少群の 75.0% (6 人) は交流を目的とした飲酒機会のみであった (図 3)。



BI 参加者を対象に「BI の形態」に関して尋ねたところ、「(講師が) 保健センターの人だったら参加しなかったかもしれない。」「知らない人だから来やすかったし、島外から来た先生が講師の教室(BI)、ということで参加しようかなって思った。」など外部講師が参加意欲を高めた発言があった。

#### 【考察・まとめ】

BI 参加者の過去 1 か月の飲酒状況を尋ねた AUDIT-C は 7.8 から 1 年後には 5.3 になり、飲酒に寛容な島でも BI により減酒できることが確認された。BI 参加者を除いて解析した講演会に参加した群と参加しなかった群の比較の結果からは、講演会の参加のみでも減酒行動を取ることが明らかになった。

また、与論町では、交流のために飲酒をするので、減酒が難しい、と考えられていたが、交流を目的とした飲酒の他にも、晩酌や自分への褒美として飲酒をする住民がいて、そのよ

うな人は減酒をしやすかった。減酒に関して自信や意欲が「ある」人の方が、「ない」人よりも減酒ができたことから、今後は、自信や意欲が「ある」人を優先に減酒支援を行い、減酒した人の割合を町内で高め、町民全体への波及効果を期待したい。

## (2) 健診受診者に AUDIT-C 配布、BI 実施

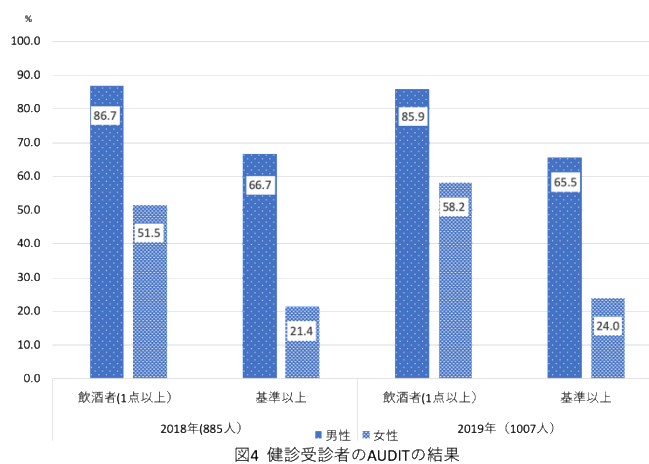
### 【概要】

与論町の集団健診は、7月と10月に4日程度ずつ、町民体育館で行われる。対象者は、国民健康保険加入者の他、後期高齢者医療制度や社会保険加入者、生活保護受給者なども含まれ、毎年1、200人前後が受診する。2018年度より集団健診の受診票とともに AUDIT-C を受診者に送付し、外部支援者が中心となって担当する保健指導コーナーを開設した。AUDIT-C の基準は、男性5点、女性4点とした。健診中、保健指導コーナーに立ち寄った受診者には自身の AUDIT-C の結果が示す意味を伝えた。1年目は基準以上となった受診者に健診終了後に、電話にて日程調整をし、BIへ招待した。調整に時間を要したが、参加率が3.5%及び、6.8%と伸び悩んだため、2年目は、基準以上となった受診者には、健診会場にて個別に5分程度のBIを行った。内容は、AUDIT-Cの結果説明に加え、動機付け面接法を用いて、飲酒の良い点と失敗した経験の振り返り、減酒方法の提案とした。

### 【結果】

記入者のうち飲酒者（1点以上）は、男性では85.9~86.7%、女性では51.5~58.2%、基準以上となった受診者は男性では65.5~66.7%、女性では21.4~24.0%あった（図4）。

基準以上となった受診者へ結果を伝える際には「おめでとうございます！立派な飲兵衛さんに認定されました！」と基準以上であることを肯定的に伝えた。ほとんどの受診者は、照れたり、結果に驚いたりしながらも、次の内容へ話を移行していくことができ、目標の設定までできた受診者もいた。なお、対象者より、幼い頃から自分を知っている島内出身者の保健師より、島外の人だから声をかけやすく、話しやすくてよかった、という声があった。



### 【考察・まとめ】

自分が大量飲酒者である自覚がない受診者も多く、AUDIT-Cの結果を知らせるだけでも、飲酒状況を振り返るきっかけとなっていた。今後数年は、多くの対象者に短時間で自身のAUDIT-Cの結果を知らせるようにしつつ、適量飲酒量の知識の普及を図り、希望者にはその場でBIを実施する方法を取って

いきたい。

### (3) 町内全域の減酒に向けて

#### 【役場幹部の理解】

2018年からBIを実施する前後に、町長、副町長、総務課長らへ飲酒状況の説明と支援策の説明、支援状況の報告、また3者から意見や情報の聴取などを現地の保健師とともにやっている。3者とも町民の飲酒量が多い状況は認めており、減酒支援にも理解を示している。

#### 【健康よろん（健康づくり計画）策定と広報】

与論町では、住民や職域、行政などの代表から構成されるよろん長寿・子宝推進協議会による協議を経て、2018年に第2次健康づくり計画（健康よろん）を策定した。内容は、健康日本21に準拠しているが、協議会では、飲酒が健康に与える影響を深刻に受けとめ、各分野と飲酒の関係も協議した。協議の冒頭で、筆者より、2016年の健康調査結果と町内の飲酒の現状を報告した。各委員からは、自分の活動する場所での具体的な減酒支援策案が出され、それぞれが自分の身近な問題として、減酒支援を推進していく姿勢も見られた。協議会開催後から、協議会の様子や町内における減酒への取組をまとめ、全戸配布で広報を行っている。

#### 【民間事業所における講演会・BI実施】

2019年5月には、前年度の健診で行ったAUDIT-Cの結果で基準以上の職員が多かった民間事業所において、伊藤臨床心理士が勤務時間中に1時間の講演会(AUDIT-C記載含む)を実施した。参加者にはAUDIT-Cで基準以上ならBIも実施できることを伝えたが、希望者はいなかった。

## E) 考察

与論町では、現地の保健師と外部支援者の役割分担がうまくできて、BIを導入できた。毎日多くの対人支援を行っている現地の保健師は、住民の健康状態を把握しながらも、根拠に基づき計画的に予防事業を推進していくことが難しい。一方大学院生などの研究者は、根拠に基づいた事業を実践する場がほしい。与論町では、両者の要望が一致し、現地の保健師は実施に関する現場の調整や広報、筆者は量的データを統計処理し評価の実施や久里浜医療センターなど外部との橋渡しを中心に役割分担ができた。久里浜医療センターの真栄里医師や伊藤臨床心理士は、いつでも筆者へ専門的助言や研修の案内などを行い、間接・直接的に与論町における早期介入の支援を行なった。

外部支援者は、遠隔で助言するに留まらず、現地で住民に直接支援を行うことも、人口規模が小さいへき地では特に重要な役割である。住民にとっては、自分を知らない支援職の方



が相談をしやすかったり、「外部」講師という存在だけでも価値を高め、支援に結びつきやすくなったりした。支援の場を共有することで、現地の保健師は、大量飲酒者には BI による対応、依存症レベルの飲酒者には医療的対応をする、という対象者に応じた支援の道筋を見通せるようになり、さらに、対応に困ったときは、外部支援者に相談し、自分たちの力量も上げていく体験をした。アルコールについては県精神保健福祉センターが、人材育成を行っているが、与論町は地理的事情から研修に行くよりも、1人の専門家を招聘し、研修会や講演会を行った方が、より多くの職員や町民が恩恵を受けられる。また、外部支援者の支援内容も現地に合わせたものとなり、高い支援効果を期待できる。そのため、特にへき地では、今後、外部支援者が派遣される体制になることが望ましい。

## F) 課題

地域で BI をはじめとする介入を進めるためには、まず、BI の存在を周知することが大切であるが、導入に際して、アルコールに詳しい専門家による実務や知識に関するスーパーバイズやフォローアップ研修があると、非専門家の保健師でも安心して、支援に取り組める。

外部支援者の協力により事業を継続する際には、旅費の問題が大きい。将来的には多地域で外部支援者の旅費を出したり、近隣に在住する外部支援者の協力も得たりする、などの対策で事業の持続性が高まると考える。そのためには、外部支援者として自治体に協力できる技術を持った専門職の養成も不可欠である。

また、職種により支援対象者への支援方法やアルコールの知識が異なるため、その特性に合わせた研修になると望ましい。そのため、今後は職能団体を通じた育成も視野に入れることを提言したい。

本研究は慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科杉山大典教授の指導および同大学博士課程学生研究支援プログラムの助成を受けて、遂行されました。感謝申し上げます。

(桜井 純子)

### 《文献》

- 1) 平成 27 年度国民健康・栄養調査、厚生労働省 (2015)



## 5) 岩手県花巻市での取組み

### A) 国立病院機構花巻病院について

当院は岩手県花巻市にある病床数 204 床（精神科急性期治療病棟 60 床、慢性期病棟 48 床、重度心身障害児・者病棟 60 床、医療観察法病棟 36 床）の精神科単科の医療機関である。アルコール医療については外来、入院において ARP (Alcohol Rehabilitation Program) を中心に治療を行っている。診療においてアルコール依存症の比率が多いわけではなく、精神科医療機関の中でも一般的な水準であろう。

### B) 実施の背景、経緯

#### (1) 当院で早期介入の研修を行うまで

当院の取り組みの端緒は東日本大震災に遡る。阪神淡路大震災の経験から被災地でのアルコール問題への取り組みの重要性が指摘されており、震災翌年の平成 24 年からの 3 ヶ年にわたり、減酒支援などアルコール関連問題への介入方法を被災地支援者に技術移譲することを主な目的のひとつとして肥前精神医療センターによる釜石市での支援活動が開始された。当院も震災直後から釜石市で継続的に支援活動を行い地域との関係性が構築されていたことから、肥前精神医療センターをサポートすることを目的に活動に同行することになった。釜石市の支援者らは震災によりアルコール問題が増加するのではないかとの懸念を抱いており、医師会、保健福祉の支援者、ボランティア、一般住民などを対象に様々な研修が開催され、市保健師は個別支援で減酒支援に取り組むようになっていった。

肥前精神医療センターの取り組みをサポートする傍ら、その一連の展開を間近で体験し、当院においても地域で同様の取り組みを行いたいと思い、平成 25 年 12 月と平成 26 年 2 月、花巻市にある中部保健所の協力を得て、肥前精神医療センター院長らを招聘し、当院を会場に減酒支援及び HAPPY プログラムの研修会を開催することになった。

#### (2) 地域との話し合い、役割について

研修には他県も含め多くの参加者があった。これまで当地域においては“アルコール問題への介入＝断酒を目的としたアルコール依存症者への介入”であり、その介入及び治療の選択の狭さゆえに、アルコール問題そのもの苦手意識を感じている向きがあった。この研修によって減酒支援や早期介入という考え方が導入されることになり、平成 25 年 12 月に成立したアルコール健康障害対策基本法も追い風となり、研修終了後から、市や保健所の保健師と今後の取り組みについて話し合うことができた。当院のスタッフは精神科で蓄積された

アディクションへのアプローチの技術を持っているが、精神科を受診される方は、初診の段階で重度のアルコール依存症であることが多く、通常業務において早期介入に関わる機会は、①断酒が困難で当面減酒を目標とする場合、②断酒までは必要ないが併存している精神疾患の安定のため減酒が望ましい場合などに限られることになる。話し合いの中でそのような状況を伝えたところ、企画や運営は市や保健所が行うため、講師や実際の介入を当院スタッフで行うことができないだろうかとのお話をいただき、双方が協働する形で事業が展開されていくことになる。よって、今回紹介する事業は、いずれも企画・運営は市または県保健所の保健師が中心に行い、講師等は当院の精神保健福祉士又は臨床心理士が担当している。

## C )実践の報告

### (1) 花巻市での取り組み

花巻市は岩手県の中央やや西寄りに位置しており、人口は約 95,000 人。県内唯一の花巻空港を有している。

平成 27 年度は自殺予防対策事業の一環として、「上手なお酒の楽しみ方」をテーマとして一般市民、保健推進員を対象に 2 回の研修を開催。併せて、市内在住の男性を対象に料理と健康づくりに取り組むために年間を通じ月 1 回程度されている「男の楽しい料理教室」において同様のテーマで講話を 3 回実施した。

平成 30 年度には市民団体等を対象に講師を派遣する「ふれあい出前講座」に登録し、以降、依頼のあった地域や団体に一次予防を目的とした講義を年 2 回程度実施している。

### (2) 北上市での取り組み

北上市は人口約 93,000 人。早い時期から企業誘致に取り組み、工業団地には多くの企業が立地し、県内外からの単身赴任労働者が移住しており人口が微増している地域である。飲み屋街も県内他市と比べて大きく、一人当たりアルコール消費量も多い傾向にあり、保健師の危機意識も高かった。

平成 26 年度には岩手県中部地区の保健師・栄養士等を対象にアルコール関連問題と早期介入の研修会を開催している。

その後も話し合いを重ね、平成 28 年度には、市民または市内事業所勤務者のうち飲酒量を減らしたいと思っている方を対象に「お酒のたしなみ講座」と題して、3 回のセッションを 1 クールとした集団減酒指導を実施。参加者を応募するに当たり、それぞれ 1 ヶ月程の間隔をおいて開催される 3 回全てに原則として参加できることを条件としており、全戸配布の市広報誌や市内各地域の掲示板で周知をはかった。しかし、それだけでは集団が

できるほどの人数が集まらず、保健師が個別に声掛けを行っている。

参加者は1回目8名、2回目7名、3回目7名。7名（男性5名、女性2名）が全3回を通して参加。AUDUTは平均値：15.9点、最大値：31点、最小値：7点で6名が12点以上の問題飲酒群であった。

全3回を受講した7名のうち、6名から「飲酒量が減った」との回答が得られている。変化の得られなかった1名は既に内科疾患に罹患しており医師から禁酒するよう言われ、既に断酒している方であった。「酒量を減らすことに対する自信」についても回を重ねるごとに自信が増しているとの結果が得られており、企画に対する参加者の感想も好評であった。

平成30年度からは市民団体等を対象に講師を派遣する「生涯学習まちづくり出前講座」に登録し、希望のあった地域や企業で主に一次予防を目的とした講座を行っている。

### (3) 大船渡市での取り組み

大船渡市は岩手県南部の沿岸に位置し、人口は約36,000人。東日本大震災により甚大な被害を受けた地域である。

震災以降、大船渡市では被災者心の健康づくり事業の一環として、アルコール関連問題への支援にも力を入れて取り組んでいた。平成24年度から平成28年度まで、久里浜医療センターが本事業を担っていたが、平成28年度を以って終了になることを受け、平成29年度の事業委託について当院に相談が寄せられ、事業協力という形で活動を開始している。当院は平成29年度、平成30年度にそれぞれ年4回。保健福祉関係の事業所訪問、当事者や家族との面接、支援者へのコンサルテーション、住民または支援者を対象とした研修会を実施した。中でも、支援者向けの研修会は、平成29年度には3回、平成30年度には4回と多く開催されている。

### (4) 二戸市、久慈市での取り組み

二戸市は岩手県内陸北部、久慈市は沿岸北部に位置している。平成28年2月と翌年の平成29年2月には久慈保健所が主催し被災者の健康支援に関する研修として支援者、一般企業の健康管理担当者などを対象にアルコール健康障害と早期介入の研修を実施。平成28年11月には二戸市にて二戸保健所主催により自殺対策の一環として同様の研修を行っている。これらの研修は、過去に当院で行った研修に参加した方が転勤となり、それぞれの保健所で企画されたものである。

## D) まとめ

当院の地域における活動は、①早期介入の必要性や介入方法に関する支援者向けの研修、②一次予防を目的とした住民対象の研修、③多量飲酒者を対象とした集団減酒支援であった。

これまで当院がアルコール関連問題について地域関わる機会は、アルコール依存症の研修の開催や講師依頼など非常に限定的であったが、関係機関と協働することにより、多岐に渡る機会を得ることができた。住民、支援者いずれを対象とした研修であっても、参加者は多く、アルコール関連問題への関心の高さを伺うことができた。研修会により、アルコール関連問題や早期介入の方法について学ぶ機会となり、研修参加者から実際の介入例の報告も聞かれるようになった。これは、各地域でアルコール健康障害対策推進計画が策定されたという政策的な側面が後押しになったのは勿論だが、一緒に取り組んでくださった市、県保健所の担当者の尽力によるものである。担当した当院スタッフにとっても、一次予防、二次予防を目的として住民の方と地域で関わる経験は新鮮で、精神科医療機関にとっても地域と繋がる重要な機会になったと考える。

一方で、集団減酒支援については、参加者の確保が課題であり、北上市においても当初の申し込みは1人のみで、その後、個別（40人程）に声掛けを行ったという経緯があった。しかし、その様な苦労がありながらも、市担当者からは実際に介入することで「HAPPYプログラムの有効性を実感した」「また地域でやりたい」との意見をいただいている。また、経過の中で、市や保健所の担当者の転勤や異動があった。転勤については新たな地域で研修を開催する契機になることもあったが、アルコール問題に熱意を持った担当者が異動することによってこれまでの取り組みの継続が困難になることがあった。よって、いかに取り組みを継続できる体制を構築するかが課題と言える。

（阿部 祐太）

## 6) 協会けんぽ沖縄支部での取り組み

協会けんぽは、中小企業などで働く従業員やその家族が加入している健康保険を運営しており、当支部には県民の約 4 割の方が加入している。直近の加入事業所数は 25,000 社、加入者数は 59 万人、働いているご本人の被保険者数は 33 万人で、10 人未満の小規模事業所が 7 割となっている。

### A) 早期介入開始のきっかけ

当支部データヘルス計画（第 1 期）の健診データ分析結果より中性脂肪高値の割合が全国一多く、とくに男性においては経年的に悪化傾向にあることがわかり、また沖縄県においては肝疾患死亡率が男女ともに全国一多い現状から、その改善に向けた保健事業を展開した。

その一環として飲酒習慣の実態把握も兼ね、平成 27 年度保健指導でお会いする全対象者に AUDIT を活用した減酒支援を実施し段階的に減酒支援を進めてきた。

### B) AUDIT の活用により目指したこと

保健指導担当者は保健師 16 名と管理栄養士 7 名の計 23 名で、AUDIT 活用以前は、飲酒習慣を確認し減酒に対する関心度を確認した上で行動変容のステージ別アプローチを基本に保健指導を実施してきたが、多量飲酒者でも本人の関心がお酒に向いていなければ減酒が目標に上がらないこともあり、保健指導担当者の経験やスキルの差も少なからず影響をしていたのではないかと考えている。

保健指導場面で活用するにあたり、短時間でポイントを押さえた保健指導ができることと、保健指導担当者の経験や個人の力量に影響されず標準的な減酒支援ができること、そして、減酒支援の対象者が多いこともあり、AUDIT の結果より「危険な飲酒レベル」10 点以上に該当する方に対しては減酒の目標設定ができるよう支援をすることを目指した。

### C) 保健指導担当者の研修

AUDIT 活用前に県内の専門病院に勤務されていた福田先生（現・国立病院機構肥前精神医療センター）にご協力をいただき「琉球 H A P P Y」を使った講義や初回面談のロールプレイ（AUDIT の結果説明から減酒支援の展開方法等）を行った。また平成 27 年から平成 29 年にかけては、講義だけではなく事例検討会も実施するとともに、特定保健指導の継続

支援者向けのニュースレターの原稿を作成。専門医から直接学ぶ機会を得ることで、保健指導担当者の不安の解消や励みにもつながっていることから、事前研修とブラッシュアップ研修の必要性を実感している。

## D) 特定保健指導における AUDIT の活用

初回面談は約 25 分で、AUDIT の結果説明を付加したことで 5 分程増えたが負担なく活用できている。実際には、AUDIT 質問紙を事前に保健指導予定事業所へ郵送し、対象者へ事前配布と記入の協力を依頼。平成 27 年度については飲酒習慣の実態把握も兼ねたため、特定保健指導の対象者以外の方も保健指導をする場合は AUDIT を実施した。減酒目標は、本人が達成可能な目標を設定しており、泡盛 30 度を 20 度に替えることで同じ 1 合の量でも 1.4 ドリンクも減らせることや、糖質オフのビールの場合は、共感や称賛をするがドリンク数が多い場合はカロリーだけでなくドリンク数を少しでも減らせるよう具体的な方法を選べるよう心掛けた。また初回から評価まで、共感すること・励ますこと・ほめることを基本に保健指導を行っている。対象者の反応は、「少し答えにくかった」という声もあったが、「思っていたより結果が悪かった」「お酒のことを改めて振り返る機会になった」「他の従業員にもやってほしい」という声が多く聞かれ、保健指導担当者からは「回答を嫌がる人がいなかった」とホッとした声や「AUDIT を実施することで、お酒を減らすことへのモチベーションが高まっているため目標設定がスムーズだった」という反応が多く聞かれ AUDIT を活用するメリットを体感している。

## E) AUDIT からみえてきた飲酒習慣と 1 年後の追跡

平成 27 年度保健指導で AUDIT を実施した対象者のうち、特定保健指導として関わった 627 事業所 2,609 名は、その 1 年後の飲酒頻度やドリンク数、目標の取組み状況について追跡を行った。(追跡率 38.7%)。対象者の概要は、男性が 8 割 (80.3%) を占め、年代別内訳では 40 代が 51.2% と一番多く、「適度な飲酒量」の 2 ドリンクを超える人は、全体の 58.8% と 6 割も占めていた。AUDIT の点数内訳では 0~9 点の非飲酒群・危険の少ない飲酒群が 66.3%、10~19 点危険な飲酒群が 29.7%、20 点以上アルコール依存症疑群が 4.0% となっており、そのうち AUDIT10 点以上の 6 割の方が減酒目標を設定することができた。

1 年後の減酒目標達成状況については、飲酒回数を減らす目標で 34.1%の方が達成できており、1 回量を減らす目標では 54.7%と半数の方が目標を達成できていた。減酒するにあたり、回数と量のどちらかで迷われる方がいた場合、量を減らす目標のほうが成功体験を得やすいのではないかと思われる。また、平成 30 年度からは「厚生労働省の標準的な健診・

保健指導プログラム【平成 30 年度版】の減酒支援に沿って AUDIT8 点以上から減酒支援を行っている。

## F) ポピュレーションアプローチと事業主とのコラボヘルス

働く人の健康づくりは、個人の生活習慣改善に向けた努力はもちろん職業や勤務形態、また職場の風土や健康管理体制などにより、個人の生活習慣も影響を受けやすく、上司の理解や人事部や衛生管理担当者の協力を得ることも重要となるため、個別へのアプローチだけでなく、事業所を対象としたポピュレーションアプローチを組合せていくことで効果的な支援につながると考えている。

協会けんぽでは、事業所の健康づくり支援を進めるためにも事業主とのコラボヘルスがカギとなるため、健康宣言事業として事業所支援を行っている。減酒をテーマとした健康講話は平成 29 年度 28 事業所、577 名に実施し、令和元年度は講話以外に支部メールマガジンにて「お酒」をテーマの記事を定期配信している。また、平成 28 年から平成 29 年にかけては「節度ある適度な飲酒量」の普及啓発に向けたポスターを配布し、そのポスターの効果や今後の事業所向けアルコール対策について検討するためにアンケート調査も合わせて実施をした。ポスターは約 2,700 事業所へ配布し、アンケートの回収率は 20.5%。アンケート結果では、79.2%の事業所よりポスターの効果があったと好評の回答を得ており、「飲酒量の単位である「ドリンク」についての会話が合った」や「普段の飲酒回数や飲酒量についての会話が合った」と、ポスターを掲示することによる変化を確認することができた。また、アンケート結果より適正量に関する普及啓発の継続と、ポスター以外の媒体を希望される声や「飲酒は職場以外のため、職場でのアルコール量の対策は難しい」という声もあり、事業所側のニーズや地域との連携の必要性がみえてきた。

## G) 関係機関との連携

特定保健指導を委託している健診実施機関等の保健指導担当者との連携として、共通の課題認識をもち、対策を検討する場として年に 1 度合同会議を行っており、講義やロールプレイ、グループワークを通して横の連携を意識した関わりを持つようにしている。減酒をテーマに取り上げた年は「AUDIT をどのタイミングで利用したらよいかわからない」という声や、「食事や運動の介入が優先され、お酒について話す時間が少ない」という声があったが、どのように工夫すると減酒支援を進めていけそうかという視点で具体的に考える時間となった。市町村との連携・協働については、対象者間で住所地が近い場合も多く、地域の特性が生活習慣の形成に影響を与えることやアルコール依存症を疑うレベルへの介入は市町村や保健所、医療機関との連携がより重要性を増すことも考えられるため、適切な窓

口へ紹介をする体制を整えておくことも重要である。

### 【まとめ】

- ① 保健指導における面談では、AUDIT または飲酒習慣の質問を基に介入を試みる
- ② 減酒目標の設定やセルフモニタリングの実施については、AUDIT の点数やドリンク数に先入観を持たずに勧める
- ③ 減酒に対する意識や行動の変化を「しっかり褒める」「励ます」こと
- ④ 個別支援と事業所単位の健康づくり支援を勧め、啓発活動等を継続する
- ⑤ 関係機関と連携を図り、適切な窓口へ繋ぐこと

(新城 真紀)



## IV 地域でのアルコール問題早期介入に向けた新たな試み

### 1) WEB 上での早期介入ツールの活用

#### A) 各種ツールの概要

ブリーフ・インターベンションは有効性が確認されているものの、普及がなかなか進んでいないという現状がある。その理由として、①相談者側の要因：相談・治療機関にアクセスする地理的・時間的な制約や費用負担があること、プライバシー（飲酒について触れられたくない）の問題、②介入者側の要因：アルコール使用障害に関する知識が乏しいこと、多忙でアルコール問題に触れる時間が取れないこと、実施にあたりコストもかかること、などが挙げられる。

以上のような問題を解決するために、インターネットやコンピューターの技術を利用した治療的介入が特に欧米を中心に開発され、その有効性が検証されてきた。

このような状況の中で、筆者らは、インターネット上でアルコール問題に介入できるツール（SNAPPY シリーズ）を開発してきた。ここでは、これまでに作成したツールを紹介する。いずれもパソコンやタブレット端末、スマートフォンからアクセスでき、フリーで公開されている。Google などの検索サイトで「SNAPPY-CAT」と検索していただきたい。

##### (1) SNAPPY-CAT プログラム

(Sensible and Natural Alcoholism Prevention Program for You Computer Advise Technique)

[https://www.udb.jp/snappy\\_test/](https://www.udb.jp/snappy_test/)

最初に年齢と性別を入力し、その後 AUDIT を用いてアルコール使用障害を評価する。結果画面では、個別性の高いフィードバック（自分の飲酒量や AUDIT の点数は同性同年代 100 人のうち何番目とランキングし、その順位に応じた対応方法を明記している）と情報提供（アルコールの健康への影響、適正飲酒について、依存症とは？等）が行われる。

##### (2) SNAPPY-PANDA プログラム

(Preventive Apparatus for Not Driving under the influence of Alcohol)

[https://www.udb.jp/snappy\\_test/DrinkCheck/](https://www.udb.jp/snappy_test/DrinkCheck/)

自らの飲酒量が簡便に測定でき、また飲酒運転防止の観点からもアルコールの分解完了時刻を算出できるプログラム。色々な種類のお酒（ビール、焼酎、チューハイ・サワー、日本酒、ワイン、ウィスキー・ブランデー、泡盛、梅酒）がイラストで表示（お猪口、缶、瓶、

ジョッキ、グラスなど) してあり、それらを棚に並べて「確認」を押すだけで自らの飲酒量や、その量に基づいたアルコール分解完了時刻が自動的に算出できる。

### (3)SNAPPY-BEAR プログラム

(Brilliant Education program for Addiction Recovery)

[https://www.youtube.com/watch?v=ZJNpGd4hEWg&list=PL1Z-](https://www.youtube.com/watch?v=ZJNpGd4hEWg&list=PL1Z-CiZ9niwBJ2Quz83IzzJIJN5eWX0r)

[CiZ9niwBJ2Quz83IzzJIJN5eWX0r](https://www.youtube.com/watch?v=ZJNpGd4hEWg&list=PL1Z-CiZ9niwBJ2Quz83IzzJIJN5eWX0r)

YOUTUBE 形式の 1、2 分のナレーション付き動画が 30 本あり、アルコールの心や体への影響について学べる。テーマは、「節度ある適度な飲酒とは」「アルコールの分解代謝過程」「専門医療機関受診のすすめ」「加齢と飲酒」「飲酒と食事」「アルコールと睡眠」「アルコールとうつ病」「アルコールと高血圧」「アルコールと糖尿病」「アルコールと痛風」などである。

そのほか、アルコールと健康に関する〇×クイズを LINE®を用いてチャットボット形式で出来るプログラム(SNAPPY-LION プログラム) (LION; Leading Information ON line) や、「お酒をやめて良かったこと」を断酒会員 100 名に聞き、その回答をカテゴリー別に分けて解説を交えて紹介するサイト (SNAPPY-DEER プログラム) (DEER; Danshu Experience to Enjoy your Real life)を作成し、ウェブ上にアップしている。

また現在は、個人の飲酒習慣について振り返り、自ら目標を設定した上で日々の飲酒量を記録することのできるインターネット上の簡易介入プログラム (SNAPPY-DOC プログラム) (DOC; Diary On Computer) を開発し、効果検証を行っている。

表 1: SNAPPY-CAT の QR コード



表 2 : SNAPPY-CAT の結果画面

## 積極的飲酒量低減の勧めあるいは専門医療機関受診の勧め

### 《1日の飲酒量》

- あなたの1日の飲酒量はワイングラスが6杯でした。
- あなたの酒量は、20～30歳代男性の100人のうち多い方から18番目です。



### 《AUDIT》

- AUDITは、WHO(世界保健機関)を中心に開発された「お酒の飲み方の問題を評価するテスト」です。
- この得点が高いほど現在のあなたのお酒の飲み方の問題が大きく、また将来お酒の飲み過ぎであなたの心身の健康と生活が害される可能性が高いことを示します。
- あなたのAUDIT得点は29点でした。
- あなたのAUDIT得点は、20～30歳代男性100人のうち上から1番目です。

表 3 : SNAPPY-PANDA の酒類選択画面

飲酒量チェック・飲酒運転防止

飲酒運転防止 飲酒量チェック 



The screenshot shows a digital interface for alcohol selection. At the top, there's a header with '飲酒量チェック・飲酒運転防止' and a 'No alcohol and driving' icon. Below this, there are two shelves. The first shelf has three items: a wine glass labeled 'グラス', a 350ml can labeled '缶350', and a beer bottle labeled '中ビン'. The second shelf has three items: a mug labeled '焼酎7:3', a sake bottle labeled '1合', and a glass labeled 'ダブル'. To the right, there's a menu for selecting alcohol types: 'ビール', '焼酎', 'チューハイ・サワー', '日本酒', 'ワイン', 'ウイスキー・ブランデー', '泡盛', '梅酒'. Below the menu, there are three wine bottles on a shelf, labeled 'グラス', 'ハーフ', and 'フル'. A text prompt says 'お酒の種類を選び飲んだお酒を棚にドラッグアンドドロップしてください'. At the bottom, there is a '確認' (Confirm) button.

## B) 地域での各種ツールの効果的な使い方

ここでは、先に示した SNAPPY シリーズの効果的な使い方についてご紹介したい。

### (1) 飲酒に関する相談を受けたら、まず PANDA

飲酒に関する相談に来たとはいえ、いきなり飲酒歴や飲酒にまつわる問題を聞こうとすると、相談者の抵抗を生んでしまう。そこで、「まず普段の飲酒量を教えてください」と PANDA に誘導していただきたい。

ビール、焼酎、日本酒などさまざまな酒類のアイコンが並んでおり、それらを半ばゲーム感覚でトントンと棚に並べて「確認」を押すと、自らの飲酒量や、その量に基づいたアルコール分解完了時刻が自動的に算出できる。

特定の酒類しか飲まない者（例えば「ビール党」）の場合は、「今日は缶ビール〇本」などと飲酒量の把握はしやすい。しかし一度に複数の酒類を飲む者（いわゆる「チャンポン飲み」）は、いったい自分がどのくらいの飲酒量なのか把握しにくいと思われる。自らの飲酒量を知ることが、飲酒量を減らす第一歩として重要である。

また飲酒量を減らすつもりが全くない者でも、飲酒運転をしたいという者はいないであろう。飲酒運転防止の観点からも、「これだけ飲んだら〇時間は運転できない」という知識を得ることは大切である。

### (2) 次にお酒の飲み過ぎ度合いを調べるために、CAT へ

普段の飲酒量が分かり、本人との話が弾んでくれば、次は CAT に誘導していただきたい。CAT は最初に年代と性別を聞き、10 問ある AUDIT の一部（第 2、3 問目）を改変していることから全部で 13 問あるが、3、4 分で回答できる。相談者が CAT をしているときは、その場の状況に応じて、相談者一人でもらうか、介入者が横から見ながら行ってもよい。いずれにしても、CAT の結果は印刷もしくは任意のメールアドレスに転送することができる。

最後に相談者の飲酒量や AUDIT の点数は同性同年代 100 人のうち何番目とランキングが出てくる。相談者の中には、思いのほか結果が「軽く」で安心する者もいると思われるが、「本当はもっと軽いはずなのに、重く判定されるように出来ているんだろう」と否認を強める者もいるかもしれない。

そのような場合は、あえて結果（特に AUDIT の得点やランキング）が妥当かどうかを議論せず、「CAT ではこのようになっていますが、この結果を見てどのように思いましたか？」と相談者自身の気持ちを聞くことが大切である。

### (3) お酒の心身への影響について知りたいときは、BEAR へ

CAT を行って、相談者のお酒の飲み過ぎ度合いが分かれば、最後にアルコールの心身への影響について情報提供を行うのも一つである。この情報提供であるが、介入者が直接行う必

要はない。

BEAR にアクセスしてもらおうと、アルコールの心身への影響に関して解説する動画が 30 本ほど準備されている。どれも 1、2 分で終わる内容なので、相談者にはそこまで負担なく見ていただければと思われる。全てを見るのではなく、相談者に該当するところ（例えば糖尿病の治療中の方には「アルコールと糖尿病」を見てもらう、など）のみご覧いただければ良いと思われる。

#### (4) その先の介入は・・・

ここまで示した WEB 上の早期介入のツールは、あくまで介入のきっかけとして用いていただき、さらに介入を深めたい場合は、本マニュアルの中の各地域での取り組み例などを参考にしていきたい。

## C) WEB上のツールを地域で普及させるために

地域においてアルコール問題への介入を行う場として、1)保健所や保健センターなどでの相談、2)特定保健指導などの健康相談、3)地域のお祭りなどのイベント、などが考えられる。

それぞれの場で、WEB上のツールをどのように用いたらよいか、私見を述べたい。

### (1) 保健所や保健センターなどでの相談

この場合、相談者はある程度、アルコール問題に関して相談したいと考えていると思われる。そのような時はWEB上のツールは、前項の「B) 地域での各種ツールの効果的な使い方」に沿って、使用していただければと思う。

アルコール問題があまりにも深刻な場合、明らかに依存症と考えられる場合は、その地域の精神保健福祉センター、依存症専門医療機関、断酒会などの自助グループ、家族会などを紹介することも大切である。

### (2) 特定保健指導などの健康相談

この場合、相談者は必ずしもアルコール問題について相談したいと思っていないし、介入者もアルコール問題のみに焦点を当てることは想定していない（他の生活習慣指導など）であろう。

限られた時間の中でアルコール問題に介入する場合は、PANDAを利用して、普段の飲酒量の把握をするのみに留めてもよいであろう。

### (3) 地域のお祭りなどのイベント

地域のお祭りや健康フェスタなどのイベントで、アルコール問題に関して広く一般市民に啓発しようとする場合は、ウェブ上のツールはまさに使い勝手が良いのではないかと考えられる。

イベント会場で、スマートフォンやタブレット端末などを用いてサイトにアクセスしていただき、CAT、PANDA、BEAR など各プログラムを体験利用していただくと良いのではないだろうか。

本AMED研究班にて、下記のような名刺大サイズのラミネートされたカードを作成している。ご入用の方がおられれば、当方まで連絡を頂きたい。

連絡先： snappy.alcohol@gmail.com

表：SNAPPY カード (表)



## 飲酒チェックツール SNAPPY-CAT

あなたのお酒の飲み方について、約3分間で振り返りが出来ます。また、あなたの飲酒量を簡単に調べることが出来ます。

**GOOGLEで「SNAPPY-CAT」と検索！**  
URL: [https://www.udb.jp/snappy\\_test/](https://www.udb.jp/snappy_test/)

**WHO世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合的研究**

お問い合わせ先：  
E-mail: [snappy.alcohol@gmail.com](mailto:snappy.alcohol@gmail.com)



表：SNAPPY カード (裏)



### あなたの、家族の、 お酒の飲み方は大丈夫？ 「節度ある適度な飲酒（健康日本21）」

				
ビール (5%) 中瓶1本 (500ml)	焼酎 (35%) 0.5合 (90ml)	ウイスキー (43%) ダブル1杯 (60ml)	ワイン (12%) 小グラス2杯 (240ml)	日本酒 (15%) 1合 (180ml)

- ・女性、少量の飲酒で顔が赤くなる人、65歳以上の高齢者においては、より少ない量が適当。
- ・アルコール依存症の人は断酒が基本。
- ・飲酒習慣のない人にこの量の飲酒を勧めるものではない。

(角南 隆史)

**【巻末資料1】****AUDIT**

あなたに当てはまるもの1つを選んで○をつけてください。

1. あなたはアルコール含有飲料をどのくらいの頻度でのみますか？

- |            |             |             |
|------------|-------------|-------------|
| 0. 飲まない    | 1. 1ヶ月に1度以下 | 2. 1ヶ月に2～4度 |
| 3. 1週に2～3度 | 4. 1週に4度以上  |             |

2. 飲酒するときには通常どのくらいの量を飲みますか？

ただし、日本酒1合=2ドリンク、ビール大瓶1本=2.5ドリンク

ウイスキー水割りダブル1杯=2ドリンク、焼酎お湯割り1杯=1ドリンク

ワイングラス1杯=1.5ドリンク、梅酒小コップ1杯=1ドリンク

(1ドリンク=純アルコール10g)

- |            |             |            |
|------------|-------------|------------|
| 0. 1～2ドリンク | 1. 3～4ドリンク  | 2. 5～6ドリンク |
| 3. 7～9ドリンク | 4. 10ドリンク以上 |            |

3. 1度に6ドリンク以上飲酒することがどのくらいの頻度でありますか？

- |          |                 |           |
|----------|-----------------|-----------|
| 0. ない    | 1. 1ヶ月に1度未満     | 2. 1ヶ月に1度 |
| 3. 1週に1度 | 4. 毎日あるいはほとんど毎日 |           |

4. 過去1年間に、飲み始めると止められなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？

- |          |                 |           |
|----------|-----------------|-----------|
| 0. ない    | 1. 1ヶ月に1度未満     | 2. 1ヶ月に1度 |
| 3. 1週に1度 | 4. 毎日あるいはほとんど毎日 |           |

5. 過去1年間に、普通だと行えることを飲酒をしていたためにできなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？

- |          |                 |           |
|----------|-----------------|-----------|
| 0. ない    | 1. 1ヶ月に1度未満     | 2. 1ヶ月に1度 |
| 3. 1週に1度 | 4. 毎日あるいはほとんど毎日 |           |

6. 過去1年間に、深酒の後体調を整えるために、朝迎え酒をせねばならなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？

- |          |                 |           |
|----------|-----------------|-----------|
| 0. ない    | 1. 1ヶ月に1度未満     | 2. 1ヶ月に1度 |
| 3. 1週に1度 | 4. 毎日あるいはほとんど毎日 |           |

7. 過去1年間に、飲酒後罪悪感や自責の念にかられたことが、どのくらいの頻度でありましたか？

- |          |                 |           |
|----------|-----------------|-----------|
| 0. ない    | 1. 1ヶ月に1度未満     | 2. 1ヶ月に1度 |
| 3. 1週に1度 | 4. 毎日あるいはほとんど毎日 |           |

8. 過去1年間に、飲酒のため前夜の出来事を思い出せなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？

- |          |                 |           |
|----------|-----------------|-----------|
| 0. ない    | 1. 1ヶ月に1度未満     | 2. 1ヶ月に1度 |
| 3. 1週に1度 | 4. 毎日あるいはほとんど毎日 |           |

9. あなたの飲酒のために、あなた自身か他の誰かがけがをしたことがありますか？

- |       |                 |             |
|-------|-----------------|-------------|
| 0. ない | 2. あるが、過去1年にはなし | 4. 過去1年間にあり |
|-------|-----------------|-------------|

10. 肉親や親戚、友人、医師、あるいは他の健康管理にたずさわる人が、あなたの飲酒について心配したり、飲酒量を減らすように勧めたりしたことがありますか？

- |       |                 |             |
|-------|-----------------|-------------|
| 0. ない | 2. あるが、過去1年にはなし | 4. 過去1年間にあり |
|-------|-----------------|-------------|

AUDIT を採点する際は、各質問の回答番号を合計する → ( \_\_\_\_\_ 点/40 点)



# アルコール飲料<sup>ト</sup>リンク換算表

種 類			日本酒換算	ドリンク
日本酒			《1ドリンク = アルコール量約10g》	
アルコール濃度15%	1合	180ml	1	2.2ドリンク
 アルコール濃度5%	大ビン	容器の大きさ 633ml	1.2	2.5ドリンク
	中ビン	500ml	0.9	2.0ドリンク
	缶・発泡酒大	500ml	0.9	2.0ドリンク
	缶・発泡酒中	350ml	0.6	1.4ドリンク
	中ジョッキ	400ml	0.7	1.6ドリンク
 アルコール濃度25%	25度 1合	180ml	1.7	3.6ドリンク
	焼酎:お湯	コップの大きさ		
	お湯割り(3:7)	180ml	0.5	1.1ドリンク
	お湯割り(5:5)	180ml	0.8	1.8ドリンク
	お湯割り(6:4)	180ml	1	2.2ドリンク
	缶酎ハイ(8%)	250ml	0.7	1.6ドリンク
 アルコール濃度43%	ロック(ストレート)	ウイスキーの量 80ml	1.3	2.8ドリンク
	ダブル	60ml	1	2.1ドリンク
	シングル	30ml	0.5	1.0ドリンク
 アルコール濃度12%	グラス(白・赤)	ワインの量 60ml	0.3	0.6ドリンク
	グラス(白・赤)	120ml	0.5	1.2ドリンク
梅酒	シングル1杯	30ml		0.3ドリンク

## 飲酒量チェックシート

食事は「カロリー」で計算するように、お酒は『ドリンク』で計算します。ドリンクを覚えると、自分がどれだけのアルコールを飲んでいるかが具体的にわかるようになります。

	1. ビール・発泡酒 (濃度：5%)	大ビン (633ml)	2.5ドリンク
		ビール、発泡酒 (500ml)	2ドリンク
		ビール、発泡酒 (350ml)	1.4ドリンク
	2. 泡盛 (30%)	ストレート・ロック コップ(180ml)	4.3ドリンク
		水割り (薄目) コップ(180ml)	1.3ドリンク
		水割り (濃目) コップ(180ml)	3ドリンク
	3. 酎ハイ	缶酎ハイ(8%)(350ml)	2.2ドリンク
		缶酎ハイ(4%)(350ml)	1.1ドリンク
		缶酎ハイ(8%)(500ml)	3.2ドリンク
		缶酎ハイ(4%)(500ml)	1.6ドリンク
	4. 日本酒 (15%)	1合(180ml)	2.2ドリンク
	5. ウイスキー、ブランデー (40%)	ウイスキー (30ml) (シングル)	1ドリンク
	6. ワイン (12%)	ワイングラス (120ml)	1.7ドリンク
7. その他の場合、( ) ml × ( ) % × 0.8 = ( )ドリンク			

例えば、缶ビール(500ml)と泡盛(30度)1合飲むとすると、

$$\begin{array}{c}
 \text{缶ビール} \quad + \quad \text{泡盛} \quad = \quad 5.6\text{ドリンク} \\
 \text{2ドリンク} \quad \quad \quad \text{3.6ドリンク}
 \end{array}$$

となります。あなたの普段のお酒は何ドリンクでしょうか？

ぜひ計算してみてください。

あなたのいつものお酒は

ドリンク

## ドリンクの目安



### 節度ある適度な飲酒

顔が赤くならない、健康な男性は**2ドリンク/日**以下。顔が赤くなる人、女性、65歳以上、生活習慣病のある人は、半分の**1ドリンク**が目安。**週に2日は休肝日**を。これ以上飲むと、寿命が縮むことが、日本人の大規模な研究で判明している。



### 生活習慣病のリスクが高まる飲酒

男性**4ドリンク/日**、女性**2ドリンク/日**。この量を飲み続けると、将来生活習慣病になるリスクが高い。すでに病気がある人は、改善しないどころか悪化させてしまう。せっかく薬を飲んでも効かない。



### 多量飲酒

大きな病気や怪我で病院に入院する人の多くは、多量飲酒者である。今は自覚症状がなくても、数年で肝硬変やアルコール依存症などの怖い病気にかかる可能性が高い。

## アルコールが体に及ぼす影響のメカニズム

### ①口から入ったアルコールは

口・胃・小腸の壁(粘膜)から吸収されます

胃や小腸の粘膜を荒らす  
多量に飲むと、胃や食道の動きを悪くする  
適量を飲むと、胃や食道の動きが活発になる  
小腸の動きが早まり、水分の吸収が少なくなる

症状 検査 病気

胸焼け  
胃もたれ  
胃痛

胃カメラなど  
胃の検査

食道炎  
胃炎  
胃潰瘍  
胃癌



下痢

消化酵素の働きが落ち、たんぱく質やビタミンの吸収が落ちる

皮膚炎  
下痢  
認知症

※ビタミン不足症状※

小腸の粘膜が荒れる

### ②肝臓や胆嚢では・・・

十二指腸乳頭部が腫れるので胆汁の排泄が悪くなり

γGTP高値

アルコールは毒物なので早く無害なものに変えようと肝臓では最優先で1時間に7gずつアルコールを処理します。それ以外は全身を回り、また肝臓に戻り繰り返し代謝します。その時に食べたもの(栄養素)は処理できず血中に出て、アルコールを処理されるまで待っています。

中性脂肪高値

高脂血症  
脂肪肝  
肥満

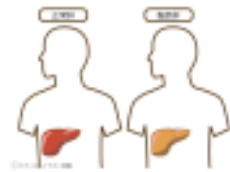
#### アルコールの分解

アルコール脱水素酵素【補酵素】 アセトアルデヒド脱水素酵素【補酵素】

アルコール  $\xrightarrow{P450(補酵素)}$  アセトアルデヒド  $\xrightarrow{\quad}$  水 炭酸ガス

飲み続けるとP450という酵素が増え、酒に強くなるが、薬の分解も早めてしまうので麻酔が効かない、薬の副作用が強まる

アセトアルデヒドは毒性の強い物質なので二日酔いの症状(吐き気・頭痛)顔面紅潮が出現する。



アセトアルデヒドが臓器を作っているたんぱく質と結びつくと  
肝臓の場合：肝細胞が再生する能力が低下します。  
肝細胞は4～6週間で再生されますが、週2日は休肝日が必要です。

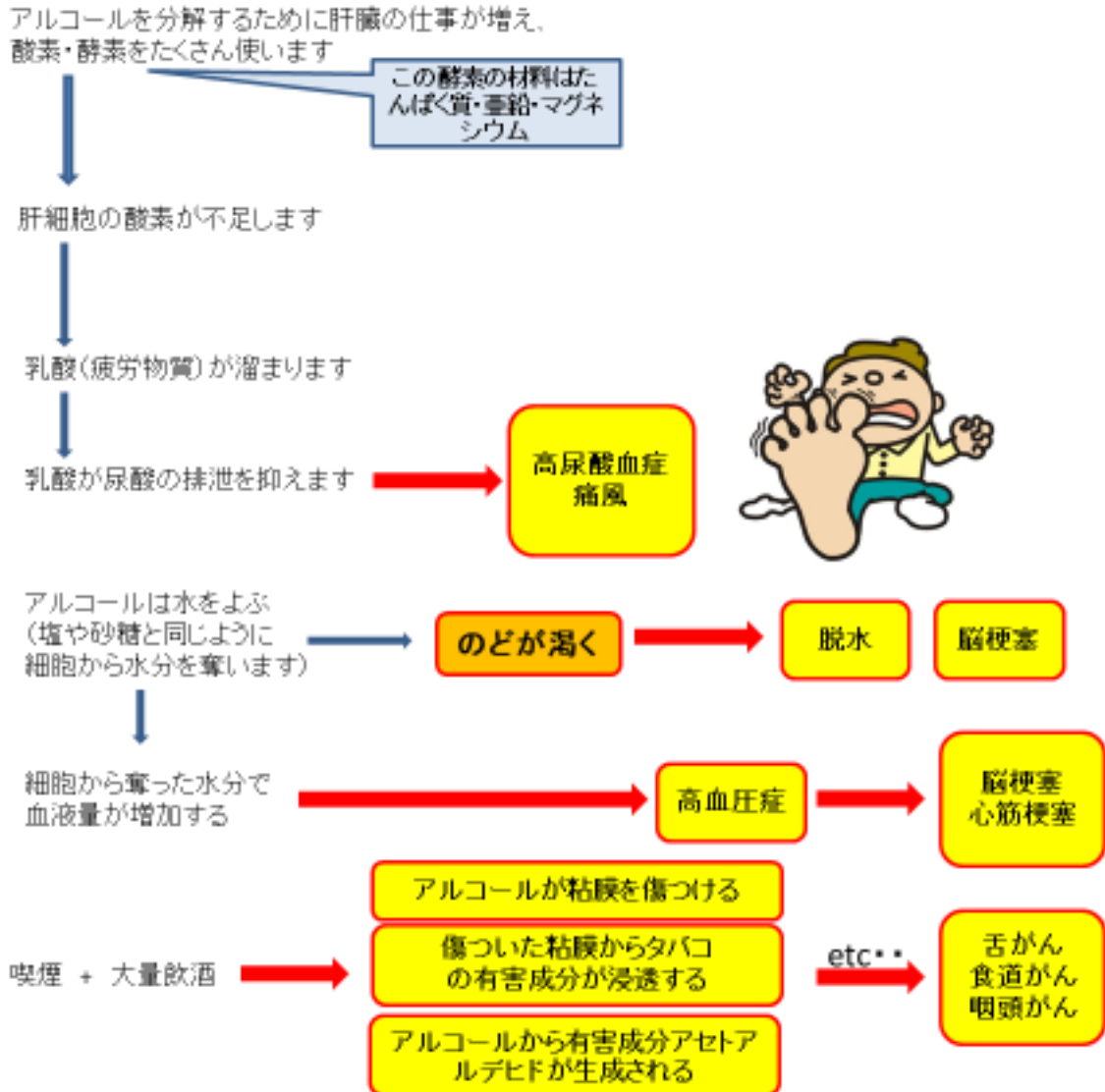
γGTP↑  
AST↑  
ALT↑

肝炎  
脂肪肝  
肝硬変

脳や心臓の細胞も影響を受けます

脳萎縮  
認知症  
心筋症

## アルコールが体に及ぼす影響のメカニズム



このようにお酒のせいで、たくさんの病気が引き起こされます。

お酒を減らすことで、これらの病気を予防することができます。

## 目標設定シート

第1回はドリンクについて、第2回はアルコールの引き起こす症状について解説しました。今回はお酒を減らすための具体的な目標をご紹介します。

### お酒を減らすことで・・・



血圧が  
下がる



血糖値  
**110**  
mg/dl

血糖値が  
下がる



体重が  
減る。



尿酸値が  
下がる



肝機能が  
改善する



コレステロール、  
中性脂肪が  
下がる

お酒は少しずつ減らせば、無理なく、我慢せずに、ほろ酔いを感じたまま、減らすことができます。また、ダイエットと違い、減らした後にリバウンドしにくいことも特徴です。どうしても難しい場合は「これ以上お酒を増やさない」という現状維持でも可です。

## タイプ別飲酒目標

### 飲酒回数が多い方

- ・ 休肝日を作りましょう。

理想は、「週2日の休肝日」ですが、毎日飲む方は、週に1日、月に1日だけでもいいので、まず休肝日を作りましょう。

### 飲酒量が多い方

- ・ 1ドリンク減らしましょう。

理想は1日4ドリンク未満ですが、まずは1ドリンク減らしましょう。  
例：ビール500ml2本を、ビール500ml1本と350mlへ減らす。  
焼酎や日本酒の4合瓶を2日で空ける→3日持たせる。

### 飲み会が多い方

- ・ 飲み会の回数を減らしましょう。

先月よりも、1回だけ飲み会の回数を減らしてみましょう。  
2次会に行かない、12時までには帰宅する、などの工夫もいいでしょう。

私の目標は、

です。



## 飲酒日記をつけよう



まず、お腹を  
満たしましょう



ノンアルコール  
飲料を上手に  
活用しましょう



お酒を飲み過  
ぎてしまう仲間  
や場所を避け  
ましょう



寝酒は  
やめましょう



お酒以外の  
楽しみや趣味を  
増やしましょう



お酒は病気を  
悪くすることを  
思い出す。

### 飲酒日記のつけ方

1. 自分のドリンク数を、毎日記録する。  
(日記、手帳、カレンダーなど毎日、目にするものがお勧めです)
2. 目標達成できたかチェックする。  
(飲まない日は◎、目標達成できたら○、  
目標達成できなかったら△、飲みすぎたら×をつける等)

	飲んだ酒類と量	目標達成できたか
○月△日	ビール(500ml)1缶(2ドリンク)	○
○月◎日	焼酎1合、ビール中瓶2本 (7.6ドリンク)	×
○月×日	全く飲まず	◎



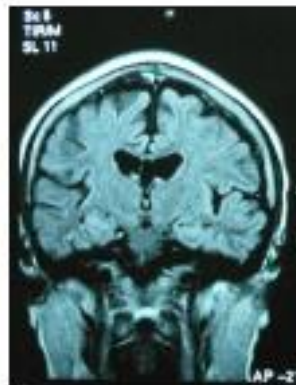
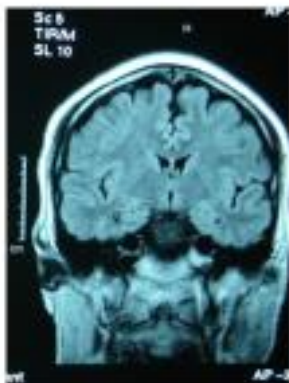
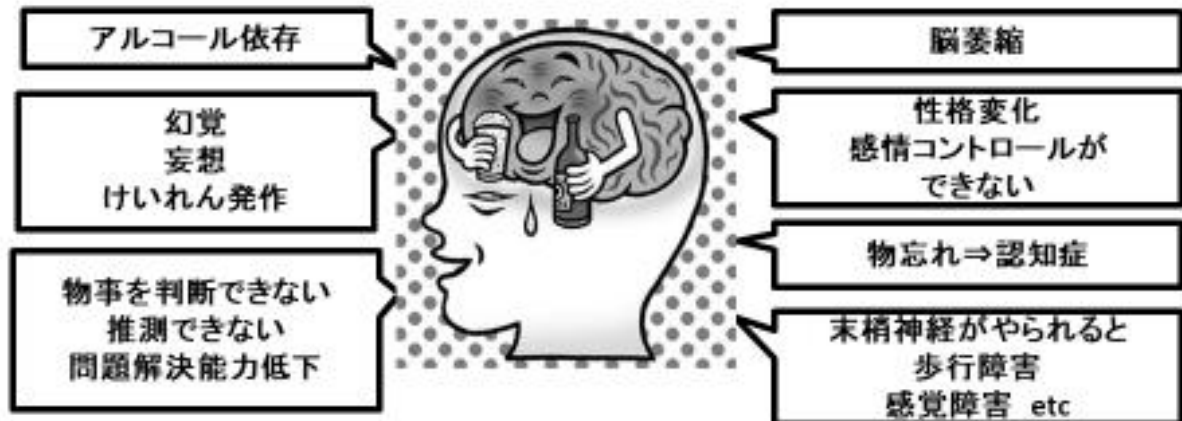
例を参考に、まずは2週間飲酒量を記録してみましょう。  
 記録するだけで、意識が変わり、楽にお酒を減らすことができます。  
 飲み過ぎても大丈夫、また次の日からやり直せばいいのです。

	飲んだ酒類と量	目標達成できたか
月 日		
月 日		
月 日		
月 日		
月 日		
月 日		
月 日		
月 日		
月 日		
月 日		
月 日		
月 日		
月 日		
月 日		
月 日		

2週間記録をつけてみて、いかがでしたか？お酒を減らして健康を実感できているころでしょう。まだ記録を続けたい方には用紙を準備します。

## 脳への影響

大量飲酒は脳を萎縮させます！！



・脳萎縮の原因:

- 1位 加齢 2位 飲酒
- ・過量飲酒による脳機能の悪化は、一部断酒によって改善が期待できます。

上の2枚の写真、  
違いが分かります  
か？

右側の写真は  
強く脳が萎縮しています。  
左の写真に比べ、明らかな脳室の拡大、脳  
溝の開大がみられます

## アルコールと脳についての説明

ここでは、アルコールが脳に及ぼす影響を呈示しています。

- ①お酒による脳のダメージの具体的な症状
- ②頭部MRI写真で健常人とアルコール依存症者の比較

### 説明例

『アルコールのせいで脳が縮みますよ』

『アルコールを飲みすぎると、若くして認知症になります』

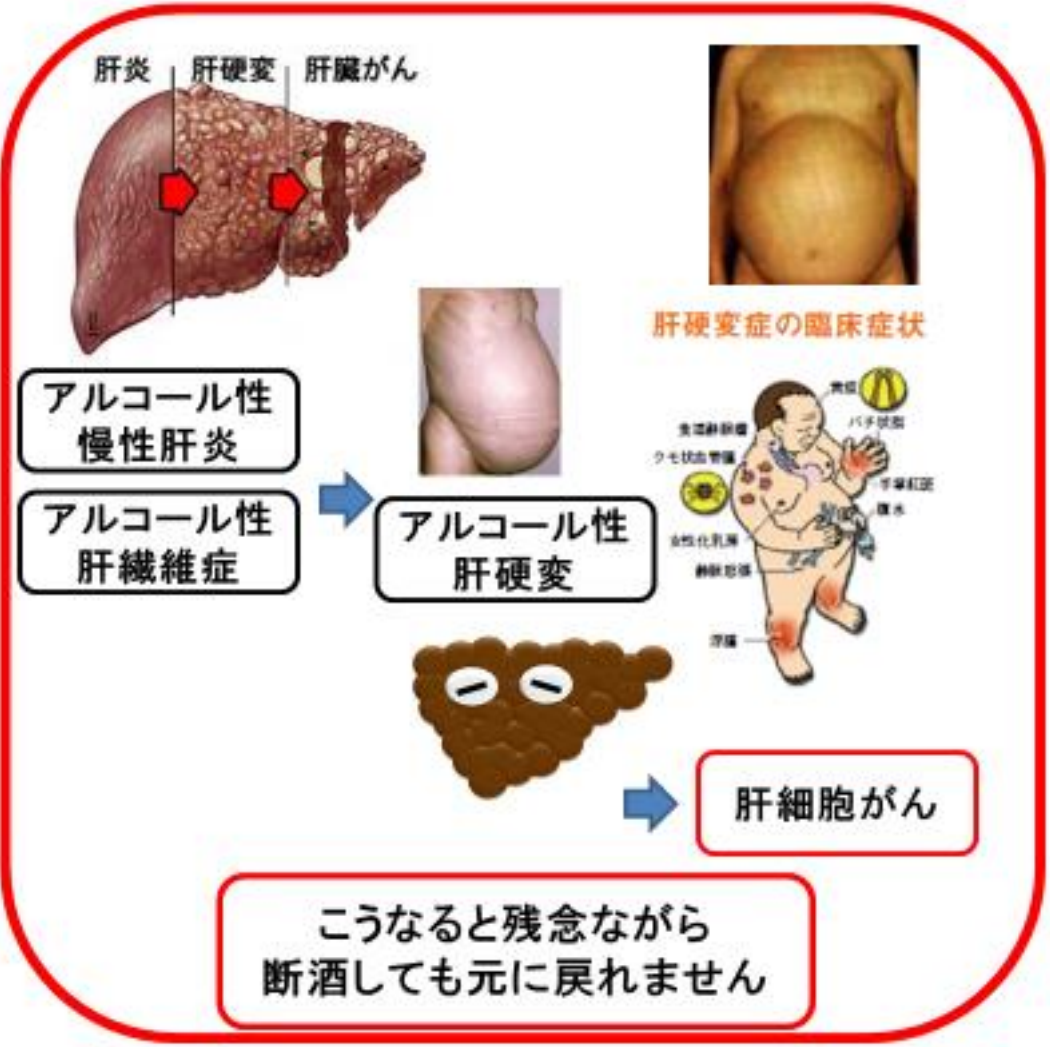
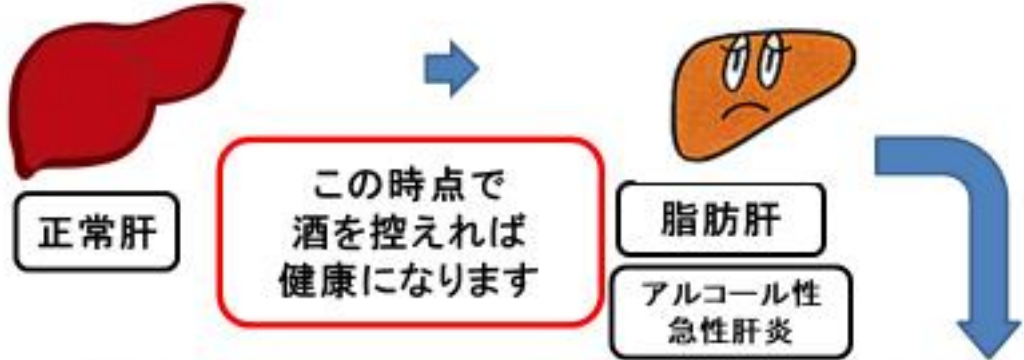
『断酒を継続することで、アルコールによる脳の委縮は回復します。』

### 参考：

なぜアルコールのせいで脳が萎縮するのか？

→ビタミンB1はアルコールの分解や脳神経の活動に使われるが、多量飲酒者の場合はアルコールの分解ばかりにビタミンが使われて脳には行きわたらないから。また、多量飲酒者は食事を摂らないことが多く、ビタミンや脂肪が不足した栄養失調状態になるため、脳神経が痩せ細ってしまう。

# 肝臓への影響



## アルコールと肝臓についての説明

ここでは、アルコールが肝臓に及ぼす影響を呈示しています。  
図を用いて、アルコール性肝障害が進行していく経過まとめています。

### 説明例

『アルコールの飲みすぎで肝臓がやられます。初期の場合は酒をやめれば元に戻りますが、進行して肝硬変になると残念ながら断酒しても元の健康な肝臓には戻れません』

『肝臓はなかなか症状が出ない臓器なので、症状が出るころにはかなり進行してしまっている可能性があります。』

### 参考：

なぜ、アルコールは肝臓を傷害するのか？

→体内に入ったアルコールの90%は肝臓で分解されるので、肝臓はアルコールの影響を最も受けやすい臓器です。肝臓がアルコールの分解を頑張るために、それと一緒に肝臓で中性脂肪が作られてしまうので脂肪肝になってしまいます。

## 癌への影響



口腔癌・咽頭癌・食道癌  
→特にタバコもたしなむ人  
に多い！！

女性の場合は、乳がん

肝硬変の人は肝臓がん  
になりやすい！！

大腸がん

お酒を飲んで顔が赤くなった経験のある人  
(お酒が飲めない体質)

毎日2合飲酒すると食道がんの発症リスクが、  
お酒を飲まない人の90倍！！

⇒ぜひ胃カメラ検査を受けてください！！

# アルコールと癌についての説明

ここではアルコールが原因でリスクが上がる癌について  
呈示しています。

## 説明例

『お酒のせいで大腸癌、肝臓がん、食道がん、口の中  
の癌、 のどの癌、女性の場合は乳がんになりやすくなる  
ことがわかっています。』

『特にタバコとお酒をたしなむ人で、昔はお酒を飲むと  
顔が赤くなった人は食道がんになりやすいことが  
わかっています。』

## 参考：

なぜ癌が増えるのか??

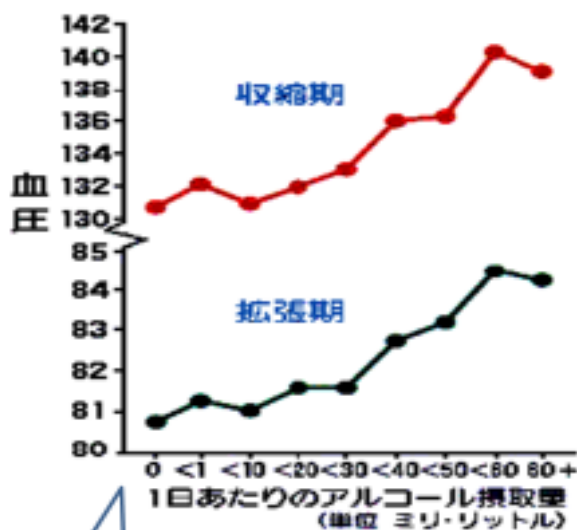
→まだはっきりとした原因は分かっていません。現在  
言われているのは、アルコールそのものの毒性、  
アルコールが分解されてできるアセトアルデヒドという  
毒性の高い物質の影響、などが挙げられています。

## 高血圧への影響

多量飲酒者ほど血圧が高く、毎日飲酒する人は、飲まない人に比べ血圧が高くなります。

※日本高血圧学会：高血圧治療ガイドライン（2004）

※男性の場合



高血圧

放置する

動脈硬化

放置する

心臓病・脳卒中

放置する

最悪の場合、死亡

お酒を飲めば飲むほど  
血圧があがります！

お酒を減らすことで  
血圧が下がります！



## アルコールと高血圧の説明

ここではアルコールと高血圧を説明します。  
アルコールは血管を拡張する作用があるため、  
飲酒している最中は血圧が下がりますが、  
習慣的に飲酒を続けていると血圧が上昇する  
ことがわかっています。

飲酒量が増えるごとに、血圧が上昇すること  
をグラフが示しています。

説明例：

「お酒を減らすと、ほとんどの方の場合血圧が  
下がりますよ」

「お酒が多いと血圧が高くなるので、ほかの病  
気になりやすくなりますよ」

## 高尿酸血症への影響

アルコール摂取量が多いほど  
血清尿酸値が高くなります。



痛風発症のリスクが増加



お酒を減らすと多くの方は  
尿酸値が下がります。

## アルコールと高尿酸血症

ここではアルコールと高尿酸血症について説明します。

ビールをはじめとするアルコールはプリン体を多く含むため、尿酸値が上昇しやすいです。また、飲酒時に一緒に摂るおつまみによっても尿酸値が上昇します。

説明例：

尿酸は痛風の原因です。お酒を減らすとほとんどの場合、尿酸値が下がるので、痛風が起こりにくくなります。

## 脂質代謝異常への影響

アルコールを多量に飲むと、  
中性脂肪などが高値となり  
血液をドロドロにし、  
血管が詰まりやすくなります。



## アルコールと脂質代謝異常

ここではアルコールと脂質代謝異常について説明します。

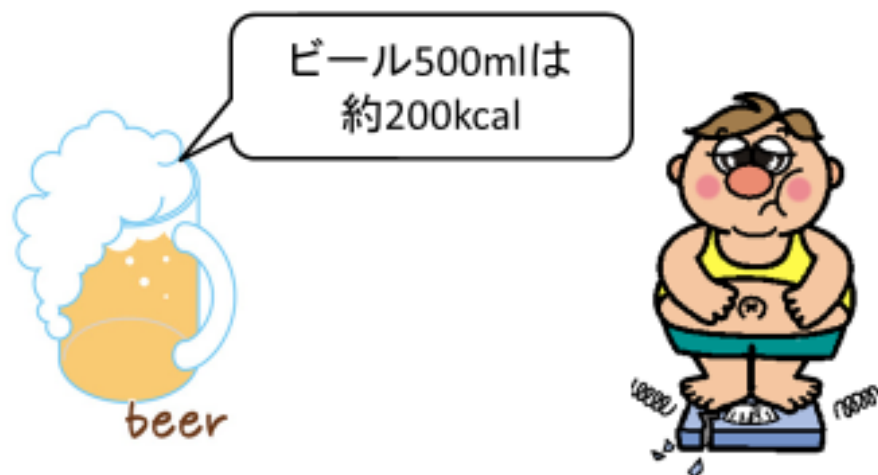
適度なアルコールはHDLコレステロール(善玉コレステロール)を上昇させることが知られています。しかし、アルコールが肝臓で分解される過程で、中性脂肪も作られてしまうため、アルコールをよく飲む方は中性脂肪が上昇します。また、肝硬変になってしまうと、肝臓でコレステロールが作れなくなってしまうため、逆にコレステロール値は低下します。

## 肥満への影響

飲酒は、脂質異常症（とくに中性脂肪が多いタイプ）、高血圧、糖尿病など、多くの生活習慣病の危険因子の一つで、肥満とも密接なつながりがあります

過剰飲酒は肥満の原因になります！

- 1、お酒のつまみには高カロリーの物が多い
- 2、酔って気分が大きくなり、食べ過ぎる
- 3、お酒には食欲増進効果があります
- 4、飲みすぎは中性脂肪を増やします



お酒を減らすと多くの方が痩せて脱メタボに成功します。

※アルコールで体を壊すと、むしろ痩せていきます※

## アルコールと肥満

アルコールを飲む際、アルコールによる食欲増進作用や、高カロリーのおつまみによって、アルコールを日常的に飲みお食事をする方は太りやすくなります。

しかし、アルコール依存症に進展してしまうと、食事を摂らずにお酒を飲んでしまうため逆に痩せていきます。

お酒を飲むためにお食事を食べないのは本末転倒で、アルコール依存への進展が懸念されますし、栄養失調による脳への影響は甚大です。

アルコールを減らすことで摂取カロリーが抑えられますし、またおつまみも減るのでダイエットに効果的だと考えます。



## 糖尿病への影響

日本酒1合程度、休肝日週2日以上の適度な飲酒はインスリン感受性を高めたり、善玉のHDLコレステロールを増やして動脈硬化を予防したりして、糖尿病やその合併症の発症に影響すると考えられています

しかし、糖尿病の方がお酒を飲むと、血糖をコントロールするのがうまくいかなくなり悪化します。



糖尿病になると血管が詰まりやすくなります！





# アルコールと糖尿病

ここではアルコールと糖尿病について説明します。

適度なアルコールは耐糖能を改善し糖尿病を防ぐことが報告されています。

しかし、『適度な』という表現では受診者の方たちに誤解を与えるので『日本酒一合程度、週2日以上の休肝日』と具体的な飲酒量を示してください。

また、アルコール依存症の方が糖尿病になると、血糖のコントロールが難しくなり、あらゆる合併症の危険性が高まります。

## 【説明例】

日本酒一合、週2日以上<sup>の</sup>休肝日を設けて、適切に飲酒している場合は、糖尿病が予防できるといわれています。でもそれ以上飲むと糖尿病の予防はできないし、高血圧など他の病気が起こりやすくなりますよ。

## 睡眠への影響



**STOP！**  
お酒は安全では  
ありません！！

確かに  
寝つけるけれど・・・



トイレのために  
目が覚めるし・・・



深く眠れないから  
すっきりしない・・・



アルコールは寝つきを良くしますが、反対に、眠りの質は浅くなります。また利尿作用による夜間のトイレを増やします。お酒はできの悪い睡眠薬です。不眠でお悩みの方は専門医にご相談ください。

## 飲酒量ランキング

同世代と比べて、自分の飲酒量が多いかどうかチェックしてみましょう。

例えば、45歳男性で、一日ビール500mlと日本酒2合飲むとしたら、6ドリンクになります。

同世代の男性と比べると、飲酒量の多さが100人中20位になります。

「あなたの飲酒量は、100人中何位？」

性別	女性			男性		
	20~39	40~59	60~74	20~39	40~59	60~74
年代(歳)						
上位3位	7	4	2	14	12	8
5位	6	3	2	13	9	7
10位	4	2	1	9	7	6
20位	2	1	1	6	6	4
30位	2	1	0	4	4	4
40位	1	1	0	3	4	3
50位	1	1	0	2	3	2
60位	1	0	0	2	2	1
70位	0	0	0	1	1	1
80位	0	0	0	1	1	0
90位	0	0	0	0	0	0

## 【巻末資料4】 広報用資料

ここでは、地域の広報誌用の連載を想定して、原稿の例を紹介する。

1回 800文字で12回の連載を想定している。

### 連載タイトル『酒はホントに百薬の長！？』

#### 第1回 ○○町はのんべえが多い！？

酒は「百薬の長」という言葉をよく聞きますが、本当でしょうか？実は、この言葉には続きがあります。「酒は百薬の長とはいへど、よろずの病は酒よりこそ起れり」と吉田兼好が徒然草の中で書いています。確かに適量の飲酒は、気持ちをリラックスさせてくれますし、人の集まりには欠かせません。では、お酒の適量とは、一体どれくらいなのでしょう？厚生労働省は、「生活習慣病のリスクの高まる飲酒」を男性は日本酒2合以上、女性は日本酒1合以上と定めています。（焼酎だと男性約1合、女性約0.5合に相当します）この量を毎日飲み続けると、将来生活習慣病になるリスクが高まり、すでに何らかの病気をお持ちの方は、持病が悪化してしまうのです。食事や運動にいくら気を付けたり、病院からもらった薬をしっかり飲んでも、この量を飲んでいれば全ての努力が台無しになってしまいます。

ここで、○○町のお酒に関する興味深い調査をご紹介します。平成27年度に公表された全国健康診断の結果では、1日に日本酒2合以上飲酒する人の割合は、国の平均では12.0%、○○県では○%、○○町と同じ規模の平均は12.9%という結果でした。この数字を踏まえて、○○町の結果をみてみましょう。1日に日本酒2合以上飲酒する人の割合は、なんと○%でした。5人に1人はお酒を飲み過ぎているのです。ただし、ここでは、お酒をやめましょうと言う気はありません。お酒の良い面もそうでない面も知ったうえで、上手なお酒の付き合い方を身につけて頂きたいと思います。また、お酒と言うのは一つの文化であるため、お酒を飲む人だけでなく、飲まない人も含めて、町民の皆様と一緒に考えていきたいと思っています。







今後、お酒に関する情報を、1年間に渡って毎月お伝えしていきます。最後までどうぞお付き合いください。

## 第2回 覚えてほしい「ドリンク」という単位

前回〇〇町には呑兵衛が多いとご紹介しました。お酒はほどほどがよいのですが、「ほどほど」とはいったいどれぐらいの量なのでしょう？お酒の適量を知るために、今回は、ドリンクという単位をご紹介します。ぜひ覚えてください。食べ物はカロリーで計算するように、お酒は「ドリンク」という単位で計算します。まず、アルコール飲料に純アルコールがどれくらい含まれているかを調べます。ビール 500ml を例に考えてみます。アルコール飲料（ビール）500ml×アルコール濃度（5%=0.05）×比重 0.8 = 20g

よって、ビール 500ml には、20g の純アルコールが含まれていることが分かります。純アルコール 10g を 1 ドリンクと定義するので、ビール 500ml は 2 ドリンクになります。それぞれの酒類のドリンクについては、ドリンク換算表をご覧ください。

次に、このドリンクを使って、厚生労働省が示す「ほどほど」の目安を説明します。「節度ある適度な飲酒」が 2 ドリンクまで、さらに休肝日を週 2 日作ることです。この量を超えて飲むと寿命が縮むことが明らかになっています（女性、65 才以上の方、高血圧や糖尿病などの生活習慣病のある方は、1 ドリンクが目安です）。節度ある適度な飲酒が出来ていれば、ほどほどと言えるでしょう。厚生労働省が示すもう一つの基準、「生活習慣病のリスクを高める量」は、4 ドリンク（女性 2 ドリンク）です。この基準を超えて飲み続けると、文字通り、生活習慣病を発病するリスクが高くなります。この量を飲んでいる人は、自分の将来、あるいは現在の健康のために、お酒の飲み方について、引き続き一緒に勉強していきましょう。

日本酒 (15%)	ウイスキー (40%)	ビール (5%)	缶チューハイ (7%)	焼酎 (25%)	ワイン (12%)
1合	ダブル 1杯	中瓶 1本 (500ml)	1缶 (350ml)	1合	グラス 1杯
					
2ドリンク	2ドリンク	2ドリンク	2ドリンク	3.5ドリンク	1ドリンク

### 第3回 ドリンク・ランキング

前回はドリンクについて解説しました。今回は、そのドリンクを使ったランキングを紹介します。このランキング表をみれば、同性、同世代の人が100人いるときに、自分の飲酒量が多いかどうかチェックできます。では、ランキング表をご覧ください。例えば、45歳男性の方がいたとします。飲酒量は一日ビール500mlと日本酒2合飲むとしたら、6ドリンクになります（前回の内容を復習してください）。

まず、表の右側の欄が男性になります。45歳なので、年代の欄は「40～59」をみます。一日飲酒量は6ドリンクなので、6という数字を見つけます。最後に、6の段の一番左の欄をみると、20位と書いてあります。同世代の男性と比べると、飲酒量の多さが100人中20位ということになります。同じようにもう1例見てみましょう。45歳女性が一日ビール350ml2本飲むとしたら、2.8ドリンクになります。すると、この女性は100人中5位ということになります。

飲酒習慣は、性別、年齢によってこんなに違うんですね。お酒が好きな人のまわりには、お酒好きが集まります。「俺よりあいつの方がたくさん飲んでいるから、俺はまだ大丈夫」と、自分の周囲だけを見て安心していませんか？ ぜひ一度このドリンク・ランキングを試してみて、自分の酒量が平均と比べてどれぐらい多いのか参考にしてみてください。

「あなたの飲酒量は、100人中何位？」

性別	女性			男性		
	20~39	40~59	60~74	20~39	40~59	60~74
年代(歳)	20~39	40~59	60~74	20~39	40~59	60~74
上位3位	7	4	2	14	12	8
5位	6	3	2	13	9	7
10位	4	2	1	9	7	6
20位	2	1	1	6	6	4
30位	2	1	0	4	4	4
40位	1	1	0	3	4	3
50位	1	1	0	2	3	2
60位	1	0	0	2	2	1
70位	0	0	0	1	1	1
80位	0	0	0	1	1	0
90位	0	0	0	0	0	0

## 第4回 飲酒目標について

前回、お酒の単位ドリンクについて、ランキングをご紹介しました。いよいよ今回は、お酒を少し減らしたくなった方へ、目標設定についてアドバイスします。

目標のタイプを、①休肝日を作る、②飲酒量を減らす、③飲み会を減らす、の3つに分けて紹介します。

①は毎日お酒を飲む方にお勧めです。まず休肝日を1日だけ作ってみましょう。週に2日が理想ですが、とりあえず週に1回から始めてみましょう。難しい場合は、月に1回の休肝日でも構いません。まずはできそうなところから始めることが大事です。

次に、②の場合です。普段の飲酒量が多い方にお勧めです。もし普段ビールを飲まれるならば、缶ビールを500mlではなく350mlに変えるのはいかがでしょうか？また、日本酒や焼酎の場合は0.5合減らす程度から始めてみましょう。日本酒3合瓶が3日で空になるのであれば、4日持たせるようにする、などの工夫でOKです。

③は飲み会が多い方にお勧めです。外でお酒を飲む場合は、量をコントロールすることがとても難しいです。そこで、月に1回でいいので、飲み会を断るもしくは、ソフトドリンクだけで飲み会に参加するというのはいかがでしょうか？また、飲み会では、グラスが減るとお酒を継ぎ足すことが、気が利く行為という文化がありますが、実はお酒をつぐということは、相手の寿命をその分縮めていることになります。今度からはぜひ手酌に変えていただきたいと思います。

①～③でいずれも共通しているのは、最初は少しだけお酒を減らすことです。急にお酒を減らすと、リバウンドして物足りなく感じます。しかし、お酒を少しずつゆっくり減らせば、ほろ酔いのまま、満足した状態で酒量を減らすことができます。昔は、今より少ない量で満足できていたはずですが、自分にあった方法で、無理なく少しだけお酒を減らしていきましょう。きっと、お付き合いとストレス発散をしながら健康を取り戻すことができます。

## 第5回 飲酒日記のススメ

前回は、お酒を減らす目標について説明しました。さて、今回は、目標を立てた後に、飲んだお酒の量を記録しようというお話です。飲んだお酒の種類や量を正確に書くことができれば完璧です。例えば、缶ビール500ml一本（2ドリンク）、日本酒2合（4ドリンク）と実際の量を記録したり、第1回でご紹介した「ドリンク」という単位を使って記録する（この場合は合計6ドリンク）のが理想です。毎回このような記録が面倒な場合は、もっと簡単でも構いません。飲酒目標を立てている場合は、目標が守れたら○、目標がだいたい守れたら△、沢山飲み過ぎてしまった場合は×、お酒を飲まなかった日は◎をつける、でもいいでしょう。目標を立てていない場合は、沢山飲んだら×、いつもの量なら△、いつもの量よりも減らせたなら○、お酒を飲まなかった日は◎、はいかがでしょう。6ドリンク以上は×、4ドリンク以上は△、4ドリンク未満は○など、ドリンクを目安に記録する方法もあります。記録のつけ方はともかく、とにかく飲酒量を記録することで、普段のお酒の飲み方に対して、自覚が高まります。すると、飲酒記録をつけるだけで、自然とフィードバックがかかり、無理なく、自然とお酒の量を減らすことができます。この記録するという方法は、血圧、血糖値、歩数、体重など、病院や保健指導でも使われていますよね？それは効果があるからです。騙されたと思って、今日から手帳やカレンダーなど、身近なものに飲酒量の記録をつけてみましょう。つけ忘れてしまった場合は、気づいた時に記入する、1週間分まとめて記入する、ご家族に代わりにつけてもらうでも構いません。

### 飲酒日記の例

2週目	飲んだ酒類と量	目標達成できたか
○月○日	焼酎1合 (3.6ドリンク)	△
○月△日	ビール(500ml)1缶(2ドリンク)	○
○月◎日	焼酎1合、ビール中瓶2本 (7.6ドリンク)	×
○月×日	全く飲まず	◎



## 第6回 アルコールと健康障害① 肝臓

今回は、お酒による健康障害の代表、肝臓についてのお話です。「お酒を飲みすぎると肝臓を悪くする」のは知っていても、詳しくは知らない方が多いと思います。今日は詳しくご説明いたします。お酒は細胞にとっては弱い毒ですので、お酒を飲みすぎると、肝臓の細胞が破壊されます。どれぐらいの肝細胞が破壊されているかは、血液検査でわかります。血液検査のAST (GOT)、ALT (GPT) の数値をみます。AST、ALTが高いと言われた場合、たくさんの肝細胞が失われていることを意味します。AST、ALTの正常値は、30~40程度です。これは、30~40程度は、自然と細胞が死に、その分新たに再生するということの意味しています。髪の毛やつめが伸びて、抜けていくのと同じです。仮に、ASTが200だったとしたら、回復する30~40との差、つまり160~170の肝臓の細胞が失われていることを意味します。では、細胞が失われた肝臓はどうなるのでしょうか？肝臓の再生が間に合わないダメージの場合、肝細胞に代わって、繊維(せんい)細胞という、役立たずの細胞が代わりに増殖します。繊維細胞はすぐに増えて、スペースを埋めてくれますが、肝臓本来の機能はありません。皮膚でも、小さな傷は、皮膚細胞が再生しますが、大きな傷の場合、皮膚細胞が間に合わず、代わりに繊維細胞が増殖します。これが、傷跡としていつまでも残るわけです。繊維細胞は本来の細胞よりも硬いため、肝臓のダメージが蓄積していくと、徐々に繊維細胞に乗っ取られて、肝臓自体が硬くなってしまいます。この状態を肝臓の繊維化といいます。さらにお酒を飲み続け、繊維化が進行すると、いわゆる肝硬変となります。肝硬変になってしまうと、残念ながらもう元には戻りません。血液検査だけでは肝硬変かどうかはわかりません。超音波(エコー)の検査でわかります。血液検査の結果、AST、ALTが高い方は、これ以上肝細胞が壊れないようにお酒を減らしてみてください。

## 第7回 アルコールと健康障害②

今回は、前回の肝臓に引き続き、お酒による健康障害のお話です。体の上から順に見ていきましょう。まずは、脳についてです。毎日お酒を飲む習慣がある場合、脳出血や脳梗塞のリスクが高まります。また、お酒は認知症になるリスクを上げます。アルコールと認知症についてはまた別の回で詳しくご説明いたします。食道がんや喉、舌のがんも増えます。喫煙者の場合や、お酒を飲むと顔が赤くなるタイプの方は、食道がんなどのリスクがさらに高まります。女性の場合、乳がんのリスクも上げてしまいます。腹部では肝臓以外に、膵臓にもダメージを与えます。膵臓は、血糖値を下げる働きのあるインスリンというホルモンを分泌する働きがあります。大量飲酒は、インスリンの分泌を減らすので、血糖値が上がり、糖尿病を悪化させます。カロリーを抑えるために、ビールを焼酎に変える方もいますが、これはかえって逆効果になります。確かに摂取カロリーは下がりますが、ビールのアルコール濃度5%が焼酎だと25%になってしまい、反対に純アルコール含有量は増えてしまいます。純アルコールが増えればその分、肝臓や膵臓への負担が大きくなるため、結局血糖値は上がってしまいます。

足を見てみると、痛風があります。尿酸値やプリン体が高いことを気にして、ビールや日本酒を焼酎に変える方もいますが、これも同じことが言えます。プリン体は減るかもしれませんが、純アルコールは増えるため、結局体への負担は大きくなってしまいます。同じビール同士のままで、カロリーオフやプリン体オフの商品に変更する分には、純アルコールは増えずに済むため、体への負担を減らすことはできます。健康のためには、お酒の度数は上げないことが鉄則です。ほかにも、全身に影響を与える病気では、高血圧、脂質異常も、お酒の飲みすぎで悪化してしまいます。WHOは、アルコールは60以上の病気の原因になると言っているので、酒は百薬の長ではなく、万病のもとですね。

## 第8回 アルコールと睡眠

今回は、お酒と睡眠についての話です。寝酒の経験がある方は多いと思いますので、ぜひお読みください。睡眠は、個人差が大きいので、「6時間寝ないといけない」などにこだわる必要はありません。それから、同じ個人であっても年を取ると睡眠は短く、浅くなっていきます。これは老化現象の一つですので、避けられません。外見や運動能力、食事量などがだんだん衰えていくのと同じです。ほかの老化現象と同じように、すでに30代後半から睡眠の質は、低下しはじめます。中高年になり、若いころに比べて眠りにくくなったので、寝酒をする方も出てくるとと思いますが、実は寝酒が一番アルコール依存症になりやすい飲み方なのです。はじめは少しのお酒で眠くなっていたのが、だんだん耐性がつきます。つまり、眠るために必要になるお酒の量がゆっくりと増えていきます。

お酒は、確かに眠りにつきやすくする働きはあるのですが、反対に睡眠を浅くする副作用もあるため、夜中に何回も目が覚めてしまう、朝早く目が覚めてしまう、熟睡感が減るなどの問題が起きてしまいます。また、アルコールの利尿作用により、途中でトイレに起きる回数も増えます。

眠るために飲むお酒のせいで、かえって寝られなくなるという逆転が起きてしまいます。どうしても眠れない場合は、きちんと病院にかかって睡眠薬を飲むほうが、お酒を飲むよりも安全です。信頼できる病院にかかってください。一番危険なのは、お酒と睡眠薬を一緒に飲むことです。これは絶対にやめましょう。

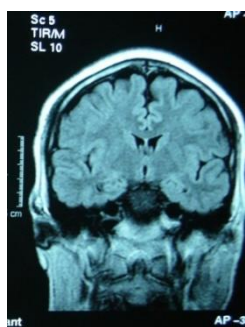
この話を読んで、寝酒をしていた方が、急にお酒をやめると、反動がきて眠れなくなるので、注意してください。少しずつお酒を減らせば、年齢相応の睡眠に戻ることはできます。

他にも、生活リズムを整える、テレビやスマホなどの画面を寝る前は見ない、遅い時間のカフェインは控えるなどの工夫をしてみましょう。

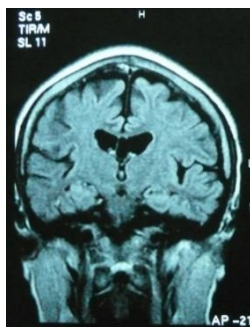
## 第9回 アルコールと認知症

今回は、お酒と認知症の関係についての話です。高齢社会を迎えた日本では、皆様にとっても認知症は身近な病気であり、関心が強いでしょう。結論から言うと、お酒は脳の老化を促進させます。アルコール依存症の人は、30代からすでに脳の萎縮が始まる場合もあります。アルコール依存症の人は、脳の老化が20～30年早まると言われています。つまり、実際の年齢は50歳なのに、脳の年齢は70～80歳相当になります。これでは、いつ認知症になっても不思議はありません。アルコール依存症の方だけが認知症のリスクが高まるわけではありません。飲酒習慣がある人は、そうでない人に比べて、脳出血、脳梗塞のリスクが高まります。飲む量が増えるほど、脳出血、脳梗塞のリスクも高まります。週に4回以上お酒を飲む方は、週に3回以下の方に比べて、無症候性の脳梗塞、いわゆる「隠れ脳梗塞」が多いことが我々の研究でも解っています。隠れ脳梗塞は、将来の大きな脳梗塞、つまりマヒが残るような脳梗塞が起こりやすくなっている状態です。

では、もうどうしようもないのでしょうか？いいえ、出来ることがあります。お酒によって縮んだ脳は、お酒をやめることで、元に戻ることも解っています。1年断酒をした方は、年齢相応の脳に回復することが多いです。健やかな老後のために、認知症予防のために、休肝日を増やすなど、できるところからやってみてください。



32歳男性 通常飲酒者



30歳男性 アルコール依存症

## 第10回 アルコールとうつ、自殺

今回は、お酒とうつ、自殺についてのまじめな話です。この3つを、「死のトライアングル」ということもあるくらい、お酒とうつ、自殺は密接な関係があります。2017年、国内の自殺者数は約2万人でした。自殺した方の多くは、その直前に何らかのこころの病気にかかっていたと言われます。原因として1番多いのはうつ病ですが、実は2番目に多いのがアルコール依存症です。さらに、うつ病の方は、約3割に飲酒問題があります。一方、アルコール依存症の方は、一般の人に比べて、約4倍うつ病になりやすいと言われています。このように、うつ病の方はお酒を飲み、反対にお酒を沢山飲んでいるとうつ病にかかりやすくなるのです。どちらが始まりだったにせよ、お酒とうつの問題が重なると、自殺のリスクが高まります。実際に、自殺で亡くなった方のご遺体の約3割から、アルコールが検出されています。つまり、自殺する瞬間にお酒を飲んでいての方が3割いるということです。シラフであれば踏み止まれたかもしれないのに、酔っぱらっていると冷静な判断ができなくなり、「もう死ぬしか解決策はない」「いっそ死んでしまいたい」など、アルコールが最後の一押しをしてしまうのです。

自殺まで深刻でなくとも、多くの人にも関係があります。アルコールの性質として、気持ちを落ち込ませる作用があります。イライラしたり、気持ちが沈みがちな時に、うさを晴らそうと思ってお酒を飲むと、ますます気分が落ち込む悪循環になってしまいます。ですので、一人でのやけ酒は止めてください。また、お酒を飲んだほうが本音で話せると考えている方は要注意です。お酒がないと話せなくなってしまいます。お酒の力を借りずに、普段からシラフでコミュニケーションをとることが、自殺対策としても大事です。うつ病などで精神科に通院中の方は、断酒が必要です。せっかく病院に通ったり、薬を飲んでも治るどころか悪化してしまいます。

## 第11回 飲酒運転

今回は、飲酒運転についての話です。ご存知のように、昨今は飲酒運転の厳罰化が進んでいます。現在、飲酒運転で検挙された場合の罰金は、最大100万円です（表参照）。検問でアルコールの呼気検査を拒否した場合も50万円の罰金になります。飲酒量に関係なく、まっすぐ歩けない、言語動作が正常でない等明らかな酩酊状態などの場合は、酒気帯び運転ではなく、酒酔い運転と判断されます。免許の違反点数が35点になると、3年間運転免許が取れなくなります。

罰金や取り締まりなどの飲酒運転対策が進み、最近では飲んだ直後にそのまま運転するような、悪質な飲酒運転は減ってきています。その代わりに、飲んだ翌日にまだお酒が残っている状態での運転で検挙される人が増えています。「一晩寝たから大丈夫」と考え、沢山飲んだ翌朝に運転してしまうと、飲酒運転になってしまいます。実は、お酒が分解されるまで、皆さんが思っている以上に時間がかかります。お風呂に入ろうが、汗をかこうが、水分を沢山とろうが、たっぷり睡眠をとろうが、二日酔い防止のための市販薬やサプリを飲もうが、アルコールの分解時間はあまり変わりません。例えば、ビール500mlですと、分解に4時間かかります。日本酒1合は4時間、焼酎1合は8時間かかることになります。これは、肝臓が一時間に分解できるのは、純アルコール5gという計算です。ということは、平日の夜にはたくさんは晩酌できません。今までこのコラムでご紹介してきたドリンクという考え方を使えば、ドリンクを2倍することで、分解時間、すなわち運転ができない時間がわかります。これからは分解時間を意識して飲むのはいかかでしょうか？

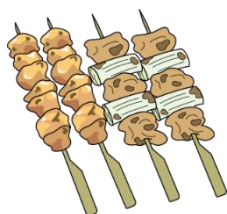
	違反点数	罰金
酒気帯び 運転	0.15 mg/ml : 13 点	3 年以下の懲役 又は 50 万円以下の罰金
	0.25 mg/ml : 25 点	
酒酔い 運転	35 点	5 年以下の懲役 又は 100 万円以下の罰金

## 第12回 お勧めのおつまみ

今までは、お酒中心の話でしたが、今回はおつまみのお話です。おつまみは塩辛いもの、脂っこいもの選ばれがちです。そこで、少しでも健康なおつまみをご紹介します。まず、胃腸の粘膜を保護する効果があるのは、脂肪分の含まれるチーズなどです。飲酒前に食べておくと、アルコールの刺激で胃壁が荒れるのを和らげる効果を得られます。また、牛乳にもアルコールの吸収を遅らせる効果があります。

飲酒後におすすめなのが果物類です。果物に含まれる果糖には、アルコール分解を助ける効果があります。グレープフルーツジュースなど、柑橘系の果汁が入った飲み物を飲むのも良いでしょう。お酒をたくさん飲んでいる間は、ビタミンやミネラルが失われやすいので、野菜類などの植物性食品を多くとることを心がけましょう。塩分控えめで食物繊維を多く含んだ食べ物や、たんぱく質の豊富な食べ物が好ましいです。

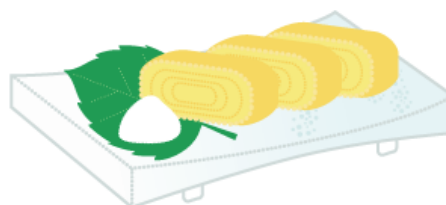
以上で12回の連載は終了です。1年間お付き合い頂き、ありがとうございました。



焼き鳥



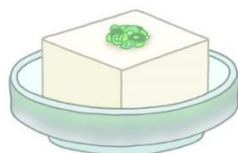
刺身



卵焼き



チーズ



豆腐



枝豆



サラダ

地域のアルコール問題  
早期介入マニュアル

令和2年3月発行

日本医療研究開発機構「アルコール依存症予防のための簡易介入プログラム  
開発と効果評価に関する研究」(研究代表者：杠岳文)

発行：独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター  
〒842-0192 佐賀県神埼郡吉野ヶ里町三津160  
TEL(0952)52-3231 FAX (0952) 53-2864





