

# 職場のアルコール問題 早期介入マニュアル

日本医療研究開発機構

「アルコール依存症への地域連携による早期介入と回復プログラムの開発に関する研究」（研究代表者：樋口進）

## 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<sup>1)</sup>、福田貴博<sup>1)</sup>

研究協力者：武藤岳夫<sup>1)</sup>、田中完<sup>2)</sup>、遠藤光一<sup>1)</sup>

1) 国立病院機構肥前精神医療センター

2) 新日鐵住金鹿島製鉄所

平成 31 年 2 月



## 職場のアルコール問題早期介入マニュアル

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| I. 職場におけるアルコール問題の現状              |    |
| 1) わが国職場の飲酒風土                    | 1  |
| 2) 従業員のアルコール問題の評価                | 6  |
| 3) 職場のアルコール問題の実態                 | 12 |
| 4) 職場における飲酒運転対策                  | 17 |
| 5) 職場の飲酒風土を変える試み                 | 22 |
| II. 職場でのアルコール問題への一次予防：効果的な啓発のために |    |
| 1) 望ましい啓発のあり方                    | 29 |
| 2) 一次予防に含めるべき内容                  | 32 |
| 3) (参考資料) 啓発用の資料例                | 37 |
| III. 大規模な職場におけるアルコール問題早期介入       |    |
| 1) ブリーフ・インターベンション                | 57 |
| 2) 集団節酒指導                        | 61 |
| 3) 効果的な早期介入のありかた                 | 66 |
| 4) 職場での早期介入の具体例                  | 70 |
| IV. 中小規模の職場におけるアルコール問題早期介入       |    |
| 1) 特定保健指導を活用した早期介入               | 75 |
| V. アルコール依存症が疑われる事例への介入           |    |
| 1) アルコール依存症が疑われる従業員への対応          | 81 |
| VI. 職場での早期介入普及への課題               |    |
| 1) 早期介入普及のために職場に求められること          | 86 |
| 2) 早期介入を行う人材の育成                  | 87 |
| 3) 早期介入の意義を示すわが国でのエビデンスの必要性      | 90 |
| 【巻末資料】                           |    |
| 1) AUDIT                         | 93 |
| 2) ドリンク換算表                       | 94 |



## I. 職場におけるアルコール問題の現状

### 1) わが国の職場の飲酒風土

わが国の職場においては、歓送迎会などの各種イベント、業務上、或いはストレス発散の手段や寝酒として、深く飲酒が根づいている。それは古くからの習慣であるとともにアルコールによる生理・薬理・心理作用が少なからず役割を果たしていたためと思われる。室町時代に作られた狂言「餅酒」には酒の十徳として表1が挙げられている。

| 酒の十徳         |             |
|--------------|-------------|
| ①独居の友        | ⑥延命の効あり     |
| ②万人和合す       | ⑦百薬の長       |
| ③位なくして貴人と交わる | ⑧愁いを払う      |
| ④推参に便あり      | ⑨労を助く（疲労回復） |
| ⑤旅行に慈悲あり     | ⑩寒気に衣となる    |

表1. 室町時代狂言「餅酒」の酒の十徳

これは現在でも十分に通じるものがあり、それは即ち数百年も変わらずお酒が社会的な意義を果たしてきたためといえる。しかしながら飲酒の害によって人生を狂わせてしまった事例も歴史上に多々あり、現在でも悩み苦しむ人は確かに存在している。

どのような時に、どのような目的で職場にてお酒が用いられるのか、職場の飲酒風土を整理し、お酒が果たしている効用を理解することが、問題飲酒が顕在化したときに職場でハームリダクション（コラム参照）を行うことの大きな助けになる。ここでは職場における飲酒の機会、役割について述べる。

#### A) イベントにおける飲酒

冒頭に述べた酒の十徳②、③に「万人和合す」「位なくして貴人と交わる」とあるように、お酒は職場の歓迎会、懇親会などに用いられる。この場合のお酒の役割は、あまり馴染みがない・慣れていない状況による緊張をほぐすこと、多少の無礼講がお酒を理由に許されること、楽しい気分になること、お互いにお酒を注ぐことで会話のきっかけとなり、いろいろと話すことでコミュニケーションと相互理解を深められること等が挙げられる。

しかし、上記以外の次に挙げる役割を飲酒に持たせると良い面と悪い面が現れてくるため注意が必要になる。例えば、アルコールによって脳の機能が低下し、理性が良い意味で保てなくなることで隠していたことを話す（腹を割る）、宴会芸など恥をかくことで親近感を湧かせるといったことも効果として認められるが、一方で理性が働かないために、暴力、ケガ、飲みすぎ、秘密の暴露、ハラスメントが起きやすくなっている。久里浜式アルコール症スクリーニングテスト（KAST）の「お酒を飲まなければいい人と言われる」、或いはWHOが開発した問題飲酒スクリーニングテスト（AUDIT）の「お

酒を減らすように人に言われる」という項目に該当する人は、理性が保てなくなった果てに他者に迷惑や被害を与えた経験がある可能性がある。また、場合によって飲酒の強要は「理不尽、困難、無理な事を我慢して受け入れる度量を表す」儀式としてとらえられており、そこに大量飲酒の背景が隠れている。このことが若者の飲酒に大量飲酒が多い理由の一つになっていると考えられる。しかし、大量飲酒は若者の命の危険を高める危険な行為でもある。

以上のように、アルコールによって理性をなくすこと、大量飲酒で度量を示すことはそもそも歓迎会、懇親会の目的を逸脱している可能性もあり、雰囲気をややかにする以上の飲酒（まして強要）は従業員に様々な危険をもたらすことから、職場として指導すべきである。

## B) 業務としての飲酒

飲酒は時に業務上の手段とされる場合がある（営業、接待、顔合わせ、リクルート等）。営業職では、対象の顧客が多い場合には、ほぼ毎日その機会があり、また接待で用いるお酒は値段の高いお酒（≒度数の高いお酒）であることも多いため、摂取するアルコールグラム数（ドリンク数、合数）も多くなる。また、相手のペースに合わせて飲酒するため自分のペースを作ることができず、自分の容量を超えた飲酒になる傾向がある。そのため、業務上で飲酒することは、とりわけ労働者が問題飲酒者になるきっかけにもなりやすく、また健康診断で有所見になるなど顕在化もしやすい。

一方で、業務上の飲酒によって問題化した場合は業務起因性があるため周囲や企業に理解されやすく、実際に企業の指示・命令下における飲み会での怪我などは労災認定としても多く認められ、身体上の健康配慮としての就業制限付与や配置転換も受け入れられることが多い。お酒が飲めない人にはお酒が飲める人をペアにするなどの配慮をする場合もあるが、上記を本質的に解決できていない。問題飲酒者を出さないようにするためには、業務上の対象相手の気を悪くすることができないため、業務上の飲酒におけるガイドラインのようなものを、業界全体が打ち出す必要があるかもしれない。

## C) ストレス発散としての飲酒

仕事で蓄積したストレスを発散するために、飲酒を行うのはかなり一般化した行為と認識されている。表2は、ある事業所で憂うつな気持ちの有無と飲酒をストレス発散の手段として利用しているかの調査結果である。表では、全体の2割が飲酒をストレス発散の手段として利用しており、憂うつな気持ちがある場合の方がその割合は高くなっている。

|         | 飲酒をストレス発散で |     |      |       |      |         |      |
|---------|------------|-----|------|-------|------|---------|------|
|         | 利用する       |     |      | 利用しない |      | どちらでもない |      |
|         | n          | n   | %    | n     | %    | n       | %    |
| 全体      | 2915       | 594 | 20.4 | 1387  | 47.6 | 934     | 32.0 |
| 憂うつな気持ち |            |     |      |       |      |         |      |
| ない      | 2152       | 392 | 18.2 | 1077  | 50.0 | 683     | 31.7 |
| 時々/いつも  | 763        | 202 | 26.5 | 310   | 40.6 | 251     | 32.9 |

表2. ストレス発散の手段としての飲酒

このことから、ストレスが強いときほど飲酒行動が惹起されているとわかる。しかし、果たしてアルコールはストレス発散に役立つのであろうか。生理学的には、ストレスによって視床下部と扁桃核にてノルアドレナリンは分泌亢進され、代表的抗不安薬であるジアゼパムや抗不安作用のあるモルヒネを投与すると抑制される。すなわち視床下部、扁桃核にてノルアドレナリンが抑制されれば、アルコールはストレス発散に効果があると言える。このことに関して、ラット脳におけるエタノールのストレス抑制効果を調べた図1の報告がある<sup>1)</sup>。

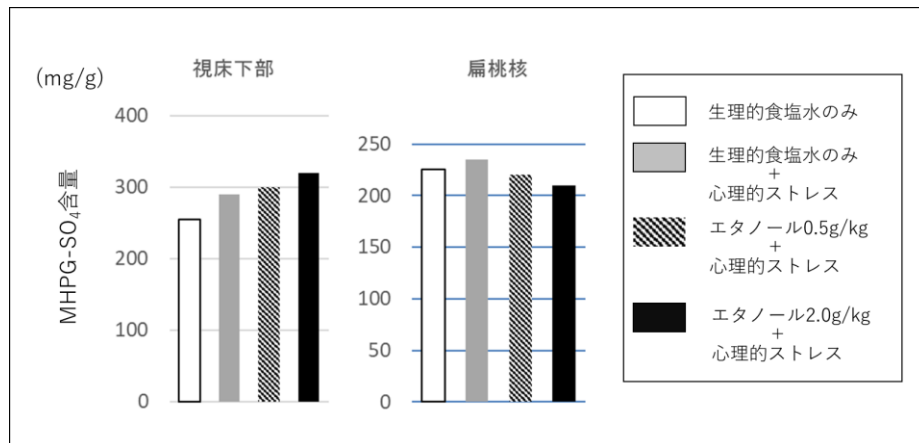


図1. 心理ストレスが視床下部・扁桃核の MHPG-SO<sub>4</sub> 含量に及ぼす影響及びエタノールの作用 (文献1を改変)

MHPG-SO<sub>4</sub>はノルアドレナリンの代謝物であるので、そのままノルアドレナリンの放出量とみてよい。結果として、扁桃核からのノルアドレナリンは量依存的に抑制するが、視床下部においては逆に亢進していた。そのため、抗不安薬などと比較するとその効果は部分的であり、ある部分によっては悪化させている可能性もある。

また、飲酒によるストレス発散のイメージとしては、最初の一口を飲んだ時の爽快感、ストレスからの解放感がある (これは多くの CM が持つイメージ戦略でもある)。しかし、言うまでもなくアルコールにそのような即効性の作用はなく、炭酸による刺激と習慣化されたイメージによる精神的な作用が大きい。このことから、ストレス発散にアルコールが効果的と思う先入観をいかに変えていくか、が飲酒行動を変える鍵にもなって

くる。

#### D) 疲労回復としての飲酒

仕事をやり終えた後や出張中の隙間・移動時間など、疲労回復として飲酒を用いる労働者もいる。しかしこれも習慣化、あるいは作られたイメージによるものが大きい可能性がある。そもそも疲労回復とはどのような状態であろうか。日本疲労学会では、「疲労とは過度の肉体的および精神的活動、または疾病によって生じた独特の不快感と休養の願望を伴う身体の活動能力の減退状態である」<sup>2)</sup>と定義されている。アルコールはそのものによって血糖値を上げることが少ないと言われており<sup>3)</sup>、活動能力の減退状態を回復する効果は少ない。つまりは独特の不快感と休養の願望を満たすことが疲労回復としての飲酒の役割と言える。であるならば、アルコールでなければならない理由はなく、代替する方法も提案できる。

#### E) 寝酒としての飲酒

寝付けない時に飲酒をすることも、一般的に根付いている習慣である。ある事業所の調査でも、約15%が寝酒として飲酒を利用しており、生活リズムが乱れやすい交替勤務者でその割合が高くなっていった(表3)。

|      | 寝酒としての飲酒の利用 |     |        |     |       |      |      |
|------|-------------|-----|--------|-----|-------|------|------|
|      | よく利用する      |     | 時々利用する |     | 利用しない |      |      |
|      | n           | n   | %      | n   | %     | n    | %    |
| 全体   | 2915        | 440 | 15.1   | 555 | 19.0  | 1920 | 65.9 |
| 勤務形態 |             |     |        |     |       |      |      |
| 日勤   | 1622        | 214 | 13.2   | 269 | 16.6  | 1139 | 70.2 |
| 交替勤務 | 1293        | 226 | 17.5   | 286 | 22.1  | 781  | 60.4 |

表3. お酒を寝酒として利用する労働者の割合

アルコールがもたらす睡眠への影響については、メタ解析<sup>4)</sup>にて飲酒量に関わらず眠りに落ちる時間を短縮させるが、代謝物であるアセトアルデヒドにより深い眠りであるレム睡眠が阻害され、浅いノンレム睡眠状態が長く続くため睡眠全体の質の改善にならないとされる。業務のパフォーマンスを考慮すると質の良い睡眠の確保が大切なため、飲酒による睡眠のコントロールは職場として推奨しないことを明示する必要がある。



**【コラム】**

**ハームリダクション**

個人が、健康被害や危険をもたらす行動習慣を直ちに止めることができない時、その行動に伴う害や危険を出来る限り少なくする事を目的としてとられる、公衆衛生上の実践、方略、指針、政策を指す。アルコールの度数を減らす、量を減らすなどの節酒の他に、薬物依存症に対する注射針無料交換プログラムや、喫煙に対する加熱式タバコやニコチン置換療法などが挙げられる。

**【まとめ】**

- ① 職場における飲酒は風土として深く根付いており、アルコールの薬理作用も関係している可能性がある。
- ② 職場風土に沿って無理なく節酒を普及させるには、どのような時にどのような目的で飲酒が使用されるかを理解し、その目的を損なうことがないように代替方法を提案するのがよい（ハームリダクション）。
- ③ 職場の飲酒風土を作り上げた先入観や習慣を変えるためには、正しい知識の普及やガイドライン（ルール化）など、個人だけでなく集団に対するアプローチも必要である。

（田中完）

《文献》

- 1) 田中正敏：ストレスとお酒. お酒の健康科学（栗山欣弥，鎌田武信，石井裕正編集），金芳堂，東京，pp.133-155, 1996.
- 2) 日本疲労学会：抗疲労臨床評価ガイドライン, 2011
- 3) 荻原健、綿田裕孝：アルコールと糖代謝.医学のあゆみ 254：929-933, 2015
- 4) Ebrahim IO, Shapiro CM, Williams AJ, et al: Alcohol Clin Exp Res 37: 539-549, 2013

## 2) 従業員のアルコール問題の評価

職場では、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。

### A) 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。

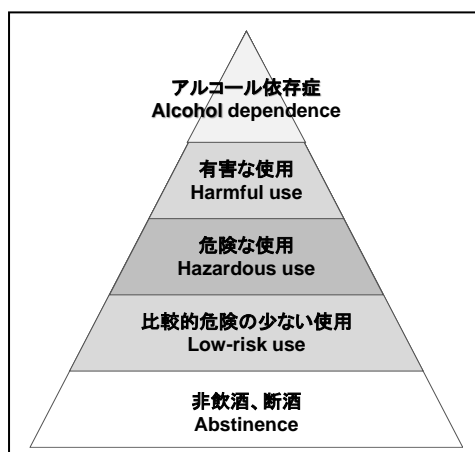


図1. アルコール使用障害スペクトラム

(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。その後ブリーフ・インターベンションにつなげ、マンパワーを介入に投入する時には、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(specificity)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 (SNAPPY-CAT) 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、鋭敏度 (sensitivity) を高くし 7/8 点の区分点を用いている。

|   |
|---|
| <b>AUDIT10点</b><br>1) 週に5日飲酒する(=4点)<br>2) 1日に日本酒2合を飲酒する(=2点)<br>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)<br>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)  |
| <b>AUDIT20点</b><br>1) 週に6日飲酒する(=4点)<br>2) 1日に焼酎2合を飲酒する(=3点)<br>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)<br>4) 飲み過ぎて酔いつぶれることが月に1回ある(=2点)<br>5) 年に数回、飲みすぎたと深く反省し、罪悪感を抱く(=1点)<br>6) 月に1回、前夜の出来事を思い出せない(=2点)<br>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。

知的水準が高い集団では、ドリンク数の求め方 (計算式) を教えてもよい。すなわち、 $\text{ドリンク数} = \text{アルコール飲料の容量(ml)} \times \text{アルコール濃度} \times 0.8 \text{【アルコールの比重(g/ml)]} \div 10(\text{g})$  で計算できる。ちなみに、ビール中瓶 500ml1 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。

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。後に述べる SNAPPY-CAT は、このような方法で回答するようになっている。

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<br>(ドリンク) | 1週間の飲酒量<br>(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

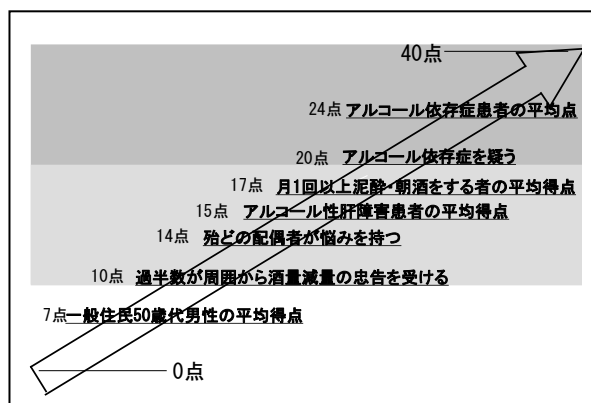


図2. AUDIT 点数の意味付け

## B) 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。ある職場で男性従業員全員に自記式で AUDIT を記入してもらい AUDIT-C 点数と AUDIT の関係を調べところ、表 3 に示した通り、AUDIT-C 点数と AUDIT 点数は良い相関を示した。AUDIT-C を用いる場合、通常は男性で 5 点以上、女性で 4 点以上の場合に、「アルコール使用障害（コラム参照）の疑いあり」と判定する。

| AUDIT-C<br>点数 | 従業<br>員数 | AUDIT 点数<br>(平均±標準誤差) |
|---------------|----------|-----------------------|
| 0             | 111      | 0.12±0.06             |
| 1             | 131      | 1.05±0.02             |
| 2             | 190      | 2.23±0.08             |
| 3             | 231      | 3.33±0.06             |
| 4             | 311      | 4.83±0.10             |
| 5             | 313      | 6.38±0.12             |
| 6             | 319      | 7.86±0.13             |
| 7             | 243      | 10.09±0.20            |
| 8             | 172      | 11.61±0.25            |
| 9             | 108      | 13.34±0.31            |
| 10            | 58       | 15.79±0.56            |
| 11            | 37       | 16.30±0.66            |
| 12            | 6        | 18.67±0.88            |

表3. AUDIT-C と AUDIT 点数の相関

### C) SNAPPY-CAT 飲酒チェックツール<sup>3)</sup>

SNAPPY-CAT 飲酒チェックツールは WEB 上に公開されたツールで、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、職域では広報誌などで幅広く掲載サイトの情報提供を行うとよい。

### D) 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 点数は高く出やすい。このため、職場で保健師等がブリーフ・インターベンションを行う際には、AUDIT15 点前後の者から節酒指導を始める方が、参加への抵抗も少なく、介入がスムーズであろう。

また、われわれが職場や、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 に示すような自記式 AUDIT 点数とアルコール問題の重症度の関係を「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 点数が、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 点数が逆に低くなる時期がある（Stage ②）。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 点数が正の相関を示す（Stage ③）とするものである。わが国では、Stage ③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。職域では、概ね社会機能が保たれている者が多く、おそらく Stage ①の段階の者が多いと考えられる。

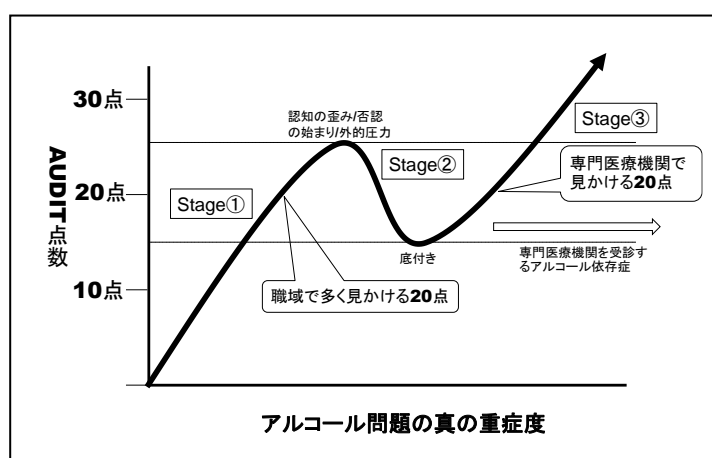


図 3. 自記式 AUDIT の折り返し現象

#### 【コラム】

#### アルコール使用障害

アルコール使用障害は、DSM-5（米国精神医学会, 2013）で、これまで使用されていた従来の“依存”や“乱用”の用語に代わって採用された診断名である。従来の依存症の診断基準に比べ、社会生活の障害が重視され、より軽症の例を含むことになる。現在、わが国の医療現場で最も用いられている ICD-10（WHO, 1992）には、「依存症候群」がある。

#### 【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、その使用目的によって 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 日飲酒量のたまかな目安として、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 WEB 上に公開された SNAPPY-CAT では AUDIT 点数とフィードバック、SNAPPY-PANDA では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、飲酒問題の評価や飲酒運転対策のツールとして自由に用いることができる。

(杠岳文)

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

### 3) 職場のアルコール問題の実態

職場は、酒席での取引や交渉、あるいは職場の宴会など飲酒の機会も多く、また仕事関連のストレスが多量飲酒の誘因にもなり、飲酒問題は少なくない。たとえば、飲酒の影響による事故のほか、二日酔いやアルコール関連疾患での欠勤、業務効率の低下、飲酒運転交通事故、宴席での迷惑行為、健診での異常などが挙げられる。ただし、職場は病気休暇や休職中の者を除き、継続して就労できている者に限れば、専門医療機関で入院治療を要するレベルの重症アルコール使用障害あるいはアルコール依存症の患者は、就労していない同じ世代の集団に比べ、少ないものと思われる。すなわち、継続した就労が、アルコール使用障害の重症化防止に寄与しているとも言える。一方で、多量飲酒習慣のあった者が定年退職後、就労という役割と歯止めを失い、急速にアルコール依存症が進展、悪化して、専門医療機関入院に至る事例が近年増えている。尾崎らは、2013年の成人の飲酒行動に関する全国調査の結果をもとに、わが国のアルコール問題関連による年間の社会的損失を3兆6,985億円と推計しており<sup>1)</sup>、タバコの社会的損失に匹敵する額となっている。内訳では、問題飲酒者の労働効率低下による損失が最も大きく(1兆5,453億円)、次いでアルコールの害による早期死亡者の賃金喪失(9,854億円)、アルコール起因疾患への医療費(3,923億円)となっている。社会的損失の大半に職場のアルコール問題が関与していることは、職場での対策の重要性を示しているものと考えられる。米国での調査では、飲酒の影響下での就労が過去1年間に1回以上ある者が労働者の15%に及ぶことが示されており、内訳では、労働者の1.83%が就業前に飲酒、7.06%が就業時間内に飲酒(多くは昼食時の飲酒)、1.68%がアルコールの影響下での就労、9.23%が二日酔いでの就労と推測されている<sup>2)</sup>。

職場のアルコール問題を、業務形態でみると、飲酒行動が直接に業務上の大問題となる鉄道、タクシー、トラックなどの交通、運輸関係、高所作業のある電力、ガス会社など危険業務を伴う職種を有する職場では、それぞれ独自に厳しい就業管理規定がある。しかし、事務系の職場では、飲酒が危険業務に繋がる状況は一般に少なく、飲酒問題は単に個人的要因と認識されている<sup>3)</sup>。

近年の職場環境の中で、アルコール問題に関して重要なものが、海外勤務者の問題である。現在の日本企業は、多数の海外駐在員を派遣しており、慣習として商談時に飲酒を伴う国も多い。さらに単身赴任では、一人暮らしのストレス、生活の単調化、家族のケア減少などから飲酒量が増加する者が多い。及川は、海外勤務者のアルコール問題の特徴を表1の9項目にまとめている<sup>4)</sup>。これら特徴のいくつかは、国内勤務の単身赴任の従業員にも当てはまる。



1. 現地のビジネス慣習としての必要性
2. 駐在員同士の人間関係が強く、飲酒の回数増加
3. 個人の権限が大きく、業務の変更が困難
4. アウトドア活動が制限される(機構、空気の汚染、治安など)
5. 慢性的なストレスからの気分転換の手段(特に単身赴任者)
6. 飲酒の機会、時間の増加(職住近接、専用車の確保など)
7. 不十分な健康管理体制による発症発見の遅れ
8. 社内医療スタッフとの連絡体制が困難
9. 検査、治療に適した医療機関の不備

表 1. 海外駐在員のアルコール問題<sup>4)</sup>

### A) AUDIT を用いた実態調査

われわれは、地域住民や職場従業員に対して AUDIT の自記式調査票を用いて飲酒問題の実態調査を行ってきた。その結果をまとめたものが、表 2 である。職場従業員の調査は、2015 年に A 社でほぼ全職員に対し一斉に行ったものである。女性と 20 歳未満あるいは 60 歳以上の一部従業員は除いた。一方、地域住民の調査は、1998 年から 2000 年にかけて 20 歳以上 75 歳未満の B 地方都市周辺住民と C 山村住民に対して行ったもので、表には男性の結果のみを示した。いずれも、個人情報保護法制定前の調査で 7 割程度の高い回収率である。職場と地域住民の比較してみると、AUDIT20 点以上でアルコール依存症疑いがあると判定される者の出現率は、職場より地域に多い傾向が読み取れる。

年代での特徴を見ると、職場では 20～30 歳代の若い年代では、AUDIT8 点未満の危険の少ない飲酒群と、20 点以上でアルコール依存症疑い群の割合が高く、飲酒問題が 2 極化している傾向が見られる。若い年代では余暇の過ごし方、ストレス解消方法が多様で、必ずしも飲酒と関係しない活動が多い一方で、中には飲酒機会にビンジ飲酒(大量飲酒)する者が少なくないことを示していると考えられる。

同様の傾向は、60 歳以上の地域住民でも見られている。おそらくは、60 歳を越え、健康上の問題から飲酒を控える者が増える一方で、定年退職等で自由な余暇時間が増え、飲酒の抑止要因も減り、元々飲酒を好むものがさらに酒量を増やし、アルコール関連問題が悪化する高齢者の一群が存在することを示唆している。

| 調査対象        | 対象者の年代  | 人数     | AUDIT点数区分 |       |        |       |
|-------------|---------|--------|-----------|-------|--------|-------|
|             |         |        | 0～7点      | 8～14点 | 15～19点 | 20点以上 |
| A社男性従業員     | 20～30歳代 | 1,256名 | 72.1%     | 21.6% | 4.9%   | 1.4%  |
|             | 40～50歳代 | 863名   | 61.5%     | 30.7% | 6.6%   | 1.2%  |
| B地方都市周辺男性住民 | 20～30歳代 | 184名   | 79.3%     | 13.6% | 6.0%   | 1.1%  |
|             | 40～50歳代 | 305名   | 59.0%     | 26.6% | 11.1%  | 3.3%  |
|             | 60～70歳代 | 200名   | 70.0%     | 20.0% | 6.5%   | 3.5%  |
| C山村男性住民     | 20～30歳代 | 127名   | 56.7%     | 28.3% | 9.4%   | 5.5%  |
|             | 40～50歳代 | 151名   | 51.0%     | 37.7% | 1.9%   | 3.1%  |
|             | 60～70歳代 | 160名   | 71.9%     | 23.1% | 6.5%   | 3.5%  |

表2. 職場従業員と地域住民の年代ごと AUDIT 点数分布(男性)

彌富も AUDIT を用いた飲酒実態調査を他の職場で行っている<sup>5)</sup>が、その報告によると、女性従業員も一部含んでいるが、AUDIT0～7点<sup>6)</sup>が70.8%、8～14点が21.5%、15点以上が7.7%となっており、われわれの調査結果に近い値である。

また、及川が健康管理センター受診者（男性5,568名、女性1,725名）の飲酒状況を調査した結果<sup>7)</sup>では、男性の約19%、女性の約60%は全く飲酒せず、日本酒3.1合以上の多量飲酒者を男性の4.3%、女性の0.5%に認めている。

われわれが調査を行ったA社では、女性従業員数が少なかったため省略したが、わが国全体では女性従業員、管理職者も増加し、女性の飲酒機会も増加している。今後アルコール耐性の低い女性のアルコール問題の動向にも注視すべきであろう。

## B) 職場における飲酒問題の経年自然変化

2015年に調査を行ったA社では2年後の2017年にも同じ時期にAUDITを用いた飲酒実態調査を行った。2015年と2017年の2回の調査が完了した2,338名のAUDIT点数区分の変化を表3に示した。

2015年調査時の2,338名の平均年齢は40.0±13.1歳で、AUDIT点数は6.02±4.83点であった。また、2017年のAUDIT点数は、6.02±4.86点で2015年の調査結果にほぼ一致した。この間、A社では簡易介入を38名の男女従業員に対して行ったが、介入を行った集団は結果から除いており、表に示す者に対する飲酒問題の指導や介入は社内では行われていない。飲酒に関する介入を何も行わなかったにも関わらず、2015年に8点以上の危険な飲酒～アルコール依存症疑い群に属していた738名のうち、2017年には192名(26.0%)が8点未満の危険の少ない飲酒群に改善していた。さらに、AUDIT15点以上の158名のうち87名(55.1%)が15点未満に、AUDIT20点以上の29名のうち19名(65.5%)が2年後に20点未満に改善していた。すなわち、AUDIT点数が高い群ほど、2年後には自然に飲酒問題が改善する傾向が見られた。AUDIT点数には、飲酒問題の評価でも述べたように、飲酒に対する本人の問題意識が反映される。また、こうした変化は、職場での宴会回数や取引先との関係など職場環境の変化に拠るところもあるであろう。こうした平均への回帰をもたらす複合

的な要因によって、点数が高い群ほど、介入なしでも2年後には改善を生みやすいという結果であった。

一方で、2015年から2017年にかけて2年間8以上に持続的にとどまるものの特徴として、年齢が高く(44.2±12.6 vs. 39.4±13.5歳 p<0.01)、自己の1回の飲酒量を、「かなり多い」か「少し多い」ではなく、「適量」あるいは「少ない」と評価するものが有意(p<0.05)に多かった。これらの結果は、われわれが職場で飲酒量低減のための介入を積極的に行うべき群の特徴、あるいは飲酒行動変容のためアプローチすべき認知のずれや情報提供すべき内容を示していると考えられる。

|                      |            | 2017年<br>AUDIT点数 |              |             |            | 2015年<br>計     |
|----------------------|------------|------------------|--------------|-------------|------------|----------------|
|                      |            | 0~7              | 8~14         | 15~19       | 20以上       |                |
| 2015年<br>AUDIT<br>点数 | 0~7        | 1,408            | 186          | 3           | 3          | 1,600<br>68.4% |
|                      | 8~14       | 179              | 343          | 50          | 8          | 580<br>24.8%   |
|                      | 15~19      | 13               | 67           | 37          | 12         | 129<br>5.5%    |
|                      | 20以上       | 0                | 7            | 12          | 10         | 29<br>1.2%     |
|                      | 2017年<br>計 | 1,600<br>68.4%   | 603<br>25.8% | 102<br>4.4% | 33<br>1.4% | 2,338          |

表3. 職場でのAUDIT点数区分の自然経過

#### 【まとめ】

- ① アルコール関連問題による年間の社会的損失は3兆6,985億円と推計されており、中でも問題飲酒者の労働効率低下による損失は1兆5,453億円と最も大きい。
- ② 海外勤務者のアルコール問題は、職場においてその対策が重要な課題となっている。また、女性の社会進出とともに女性の飲酒問題も注視する必要がある。
- ③ 職場の20~30歳代の従業員は、AUDIT8点未満の危険の少ない飲酒群と20点以上のアルコール依存症疑い群に2極化する傾向が見られる。
- ④ 職場においてAUDITを2年後に再調査したところ、AUDIT点数が高い群程AUDIT点数が低下し飲酒問題が改善する傾向が見られている。

(杠岳文)

#### 《文献》

- 1) 尾崎米厚、金城文、松下幸生ら：アルコール問題による社会的損失の推計、2003年、2008年、2013年。日本アルコール・薬物医学会誌 52：73-86, 2017
- 2) Frone MR: Prevalence and distribution of alcohol use and impairment in the workplace: A U.S. national survey. J. Stud. Alcohol 67: 147-156, 2006
- 3) 及川孝光：事務系職場におけるアルコール対策の現状と今後の課題-もっと広い視点

- からの議論を-. 日本アルコール関連問題学会誌 9 : 96-103, 2007
- 4) 及川孝光 : 職場におけるアルコール関連問題とその対策-なぜ有効な対策が難しいのか、今後どのように展開するのか-. 医学のあゆみ 222 : 742-749、2007
  - 5) 彌富美奈子 : 職場におけるアルコール健康障害対策. 日本アルコール関連問題学会誌 19 : 46-49、2017

#### 4) 職場における飲酒運転対策

職場では、過量飲酒による健康被害や飲酒運転事故といった飲酒の害よりも、手軽なストレス解消、人間関係の潤滑油といった飲酒の効用が、過去には専ら謳われてきた。そして、飲酒は職場文化にしっかり根付き、コミュニケーションや交渉促進の重要な手段として、飲酒を奨励する風土も培われてきた。こうした中、2006年に福岡市で飲酒運転事故により幼い3人の命が失われる痛ましい事故が起きた。この事故の後も、飲酒運転事故が各地で続き、飲酒運転対策に対する社会的関心が高まり、飲酒に寛容であった職場でも、飲酒運転対策を柱にした啓発活動が行われるようになってきた。2002年、2006年と相次いで飲酒運転の基準値の厳格化が行われ、飲酒運転死亡事故は徐々に減少しているが、近年その減少ペースが鈍化してきていることも確かである。

##### A) アルコール健康障害対策基本法における職場と飲酒運転対策

2014年4月に施行された「アルコール健康障害対策基本法」は、その目的に「・・・(前略)不適切な飲酒はアルコール健康障害の原因となり、アルコール健康障害は、本人の健康の問題であるのみならず、その家族への深刻な影響や重大な社会問題を生じさせる危険性が高いことに鑑み、・・・(中略)アルコール健康障害の発生、進行及び再発の防止を図り、あわせてアルコール健康障害を有する者等に対する支援の充実を図り、もって国民の健康を保護するとともに、安心して暮らすことのできる社会の実現に寄与すること」が掲げられている。職域に関することでは、第九条に「健康増進事業実施者は、国及び地方公共団体が実施するアルコール健康障害対策に協力するよう努めなければならない」と述べられている。職場での主体的な対策は求めておらず、国、自治体の行う対策に協力する形での努力義務となっている。また、2016年5月に策定された推進基本計画では、職域における対応の促進として「医療機関と産業保健スタッフとの連携強化を図る。アルコール健康問題に関する産業保健スタッフへの研修の充実を図る」ことが掲げられている。未だ具体的な対策を義務付けるものとはなっていないが、各職場で飲酒関連問題の予防を推進する(容認する)環境は徐々に整ってきたと言える。飲酒運転については、推進基本計画の中で「飲酒運転等をした者について、アルコール依存症が疑われる場合には、地域の実情または必要に応じ、精神保健福祉センター・保健所等を中心として地域の関係機関が連携し、当該飲酒運転した者を、アルコール関連問題の相談や自助グループ等の行う節酒・断酒に向けた支援、専門医療機関等における治療につなぐための取組を推進する」と述べられている。

##### B) 職場での飲酒運転対策：HAPPYプログラム福岡市方式

###### (ア) HAPPYプログラム福岡市方式作成の背景

2006年8月に福岡市職員による飲酒運転事故が起きた後も、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、2007年9月に福岡市役所内にコンプライ

アンス向上委員会が設置され、筆者もその委員会の委員として参加し、職員のアルコール関連問題予防に関する具体的な取り組みが始まった。

当時、道路交通法の改正が行われ、飲酒運転に対する厳罰化が進み、公務員では酒気帯び運転でも即懲戒免職といった厳しい処分が下され、従前に比べ飲酒者には厳しい社会環境とはなっていたものの、警察官、公務員、教師、消防士、政治家などことさら高い順法意識を求められる職種の逮捕が連日のように報道されていた。

わが国のアルコール問題対策は、飲酒に関する教育・啓発であり、ほとんどが薬物依存対策における「ダメ。ゼッタイ。」調の飲酒運転撲滅キャンペーンであった。もちろん、この意義や効果を否定するものではないが、アルコールは善悪の判断を司る脳に作用し、こうした規範意識や順法精神を乏しくさせる「薬物」でもある。したがって、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色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ような医療モデルに基づく予防も必要と考え、福岡市役所と共同開発した飲酒行動変容プログラムが、HAPPYプログラム福岡市方式であった。

飲酒運転防止を含めた職場のアルコール問題予防対策プログラムとしてのHAPPYプログラム福岡市方式開発の目的と理念を、筆者は当時以下の様にまとめた。

- ① 飲酒運転の予防と防止は、福岡市役所職員に限った問題ではなく、福岡市民の問題でもある。
- ② 飲酒運転ハイリスク者が、多量飲酒者とアルコール依存症者であることはこれまでの事実より明らかで、この者を市役所から排除しても、市役所職員の飲酒運転は減少するが、福岡市内での飲酒運転はおそらく減少しない。すなわち、飲酒運転に対する懲戒などの職場での罰則強化は事故防止の一定の抑止力とはなるが、この問題の地域での解決策とはならない。
- ③ 道交法改正による厳罰化以後も繰り返される飲酒運転事故防止に、未だ決定策はない。今後の対策は、職場ぐるみの根気強い飲酒教育とともに、多量飲酒者の飲酒量低減とアルコール依存症の専門治療導入などの対応が必要となり、対策の効果を見るまで一定の時間を要する。また、啓発によりアルコール依存に対する正しい知識を普及し、差別や偏見をなくし、飲酒問題に対する職員の意識や職場の飲酒風土を変えていくことも重要である。
- ④ 飲酒運転防止への取り組みを継続して行うには、その対策を生活習慣病対策における多量飲酒低減対策に組み込むことが、周囲の差別や対象者の抵抗を生むことなく、また継続的な事業としやすく、有効と考えられる。

#### (イ) HAPPYプログラム福岡市方式の特徴

HAPPYプログラム福岡市方式の特徴には、①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、個人の生活習慣である飲酒に踏み込み、酒量低減を目的にしたも

のであること、②職場の上司が参加を勧め、自らも参加したこと、③生活習慣病予防を主眼にして任意の参加としたこと、④プライバシーの保護には配慮しながらも、集団での介入を基本としたこと、⑤プログラムを構造化し、これまでにアルコール問題への介入経験のない保健師が担当し介入を行ったことなどが挙げられる。飲酒習慣の行動変容については、それまでわが国では責任を個人に帰し、職場では全く取り組まれてこなかった。この点からは、HAPPY プログラム福岡市方式は酒量低減を目指したわが国初の飲酒問題の二次予防集団プログラムとも言える。

この事業は飲酒運転対策として始まった経緯があるため、職員の中には飲酒運転の「ハイリスク者」のレッテルを貼られることになる不安から、参加をためらう者も多かったように思われる。一方で、職場上司に率先して参加してもらい、職場を挙げた取り組みとできたことは、参加を促す大きな力となった。今後同じような取り組みを他の職場で試みる時、職場の管理者、役職者がこうした取り組みの意義を認め推進できるか否かが、導入の鍵となる。幸いにも、福岡市役所では、市役所幹部職員の積極的な参加が事業の推進力になった。

福岡市役所での取り組みは、生活習慣病予防を目的にした多量飲酒者に対する酒量低減指導であると同時に、飲酒運転対策である。このため、介入には飲酒習慣の行動変容に加えて教育や情報提供の要素をより多く織り込む必要があった。対個人のブリーフ・インターベンションは、行動変容を目的としたカウンセリングであるため、指導的な教育や情報提供を挟み込みにくい。すなわち、クライアントとセラピストが対等で共感的であるべきカウンセリングに教育は基本的に馴染まない。教育を重視すると、集団の方が行いやすい。このため、HAPPY プログラム福岡市方式では、ブリーフ・インターベンションの構造、特徴を維持しながら、グループワークを中心とした集団介入として実施した。

また、行動カウンセリングや節酒指導の経験のない初心者にもグループワークのファシリテーターとして関わる事が出来るように、スライドや進行台本を用意した。作成された HAPPY プログラム福岡市方式は、以下の様にまとめられる。

- ① 生活習慣病予防のための酒量低減を目的とし、飲酒教育の要素を組み込んだ 5～10 人程度の小集団で行う飲酒習慣の行動変容プログラムである。
- ② 参加は、アルコール問題の程度に拘わらず、あくまで自由意思に基づく任意の参加である。
- ③ 参加者は、アルコール問題のスクリーニングテストである AUDIT により予め飲酒問題の程度を評価され、集団はその凝集性と効果を高めるため、アルコール問題の重症度が比較的均一になるように構成する。
- ④ AUDIT20 点以上でアルコール依存症の疑いのある者に対しては、アルコール依存症治療経験のある医師、臨床心理士が個別にカウンセリングを行い、必要に応じて断酒や専門治療機関受診を勧める。

⑤グループワークの進行をアルコール問題への介入が初めての者にも出来るように、スライドと進行台本が用意されている。一方で、介入初心者にとってグループワークの進行役は、多量飲酒者の節酒の体験談を聞き、その心理や行動特性を学ぶ良い機会になる。

⑥参加者は、他の参加者の節酒成功体験を代理経験とすることで、自らの自己効力感を高めることができる。

⑦ブリーフ・インターベンションに比べ、集団でのアプローチでは、プライバシーへの配慮がとくに求められるが、問題が比較的軽篤なもの（AUDIT20点以上）を除けば、むしろ明るい和やかな雰囲気の中で行われるため、職場全体への波及効果も認め、職場に健全な飲酒風土の醸成に寄与する。

### (ウ) 生活習慣病対策と飲酒運転対策の相違点と共通点

飲酒運転対策では、アルコールの人体での代謝、心理、運動機能への影響などアルコールの薬理学的特性に関する教育と情報提供が重要である。一方、生活習慣病対策では、生活習慣の行動変容を目指した行動カウンセリングが中心となり、双方のアプローチは基本的に異なる。一方で、飲酒運転のハイリスク者は、常習多量飲酒者ないしはアルコール依存症患者であることはすでに報告されている通りである。また、飲酒運転防止教育での「どれだけ飲酒したら、どれだけ時間を置いて運転すればよいか」ということと、生活習慣病対策で基礎となる「自分が毎日どれだけ飲酒しているのか」、「危険の少ない飲酒量はどのくらいか」には、いずれもアルコール飲料の含有アルコール量を求めることが重要になる。1ドリンクのアルコール飲料を代謝するのにかかる時間は、個人差はあるものの、概ね2.5時間となることから、飲酒したドリンク数が分かると、アルコールが体から抜け運転可能になるまでの時間が分かる。ちなみに、ビール500ml1缶の飲酒(2ドリンク)では、5時間要することになる。このように、生活習慣病対策と飲酒運転対策では、アプローチに違いはあっても、提供すべき基本情報に共通した部分も多く、職域では両方を併せてできれば、効率的かつ効果的と考えられる。

#### 【コラム】

##### HAPPY

国立病院機構肥前精神医療センターが作成した多量飲酒者に対する早期介入のためのプログラムパッケージで、HAPPYはHizen Alcoholism Prevention Program by Yuzurihaの略である。AUDITを用いてアルコール関連障害の程度を評価し、重症度に応じて作成された教材やツールを用いて早期介入を行う。アルコール医療に携わったことのない保健師、薬剤師、看護師、栄養士にも介入できるように作成されている。



【まとめ】

- ① わが国の職場における飲酒運転対策は飲酒に関する教育・啓発であり、その多くが薬物依存対策における「ダメ。ゼッタイ。」調の飲酒運転撲滅キャンペーンである。
- ② HAPPY プログラム福岡市方式は、酒量低減を目指したわが国初の飲酒問題の二次予防を目指した集団プログラムとも言える。
- ③ 職場の飲酒問題対策では、管理者、役職者が取り組みの意義を認め職場ぐるみで推進できるか否かが鍵となる。

(杠岳文)

《文献》

- 1) 杠岳文：生活習慣病予防と飲酒運転対策のための節酒指導－HAPPY プログラム福岡市方式の理念と実践－．佐賀、肥前精神医療センター、2010

## 5) 職場の飲酒風土を変える試み

職場に飲酒が風土として深く根付いていること、一方で飲酒によって身体的な問題だけでなく、精神的、社会的な問題があることを前項までで述べた。ここでは、その職場の飲酒風土を変える先駆的な試みとして実践されているもののいくつかを紹介する。

### A) パッチテスト

パッチテストとはアルコールを浸した綿を皮膚に貼り、発赤が出る程度でアルコールの分解能力を見るものである。アルデヒド脱水素酵素 2 型 (ALDH2) 活性により全く飲めない人、弱い人、強い人に分けられる。このテストは職場では新入社員研修やアルコール問題の教育などに用いられ、自身の体質に合わせた飲み方を知るためのツールとなる。また宴会などの場で、上記の体質をシール、名札などを使って表示することで、お酒の強要や飲みすぎを予防することもできる。さらに、これによりアルコールの強い・弱いは鍛え方とは無関係のものであり、アルコールが飲めることへの称賛を否定し、アルコールの強い・弱いは個性である、ということへの認識にも用いることができる。

### B) 呼気テスト

呼気テストは、アルコールが体内にどれくらい残存しているかをみるテストであり、飲酒運転などの判定に使用される。臨床においては、アルコール依存症患者が再飲酒したかを客観的に調べる事にも用いられるが、職場では、飲酒後時間が経過した時の運転が問題ないか確認するために個人の責任において使用される（飲み会の翌朝の飲酒運転回避、夜中の呼び出しなど）。企業では社員のコンプライアンス問題はその企業の内部統制や信用、モラルに関わる非常に大きな問題ため、呼気テストを実施させることはリスク回避になり、また、飲みすぎの事を自重させるツールとなる。しかし、呼気テストの機器を過信し、これがあるから飲酒してよい、と飲酒を推奨してしまう逆の扱いにならないように注意する必要がある。職場の飲酒風土を変えるためには、上記の他に、例えば抜き打ちの朝の呼気テストを実施し（ただし、実施することは前もって説明し、同意を得ること）、コンプライアンス遵守の意識向上と同時に節度ある飲酒を意識づけることができる。また、運転や操縦を業種とする労働者に対しては、社内において就業可否を含め厳正なルール化をし、業務前に漏れなく呼気テストを実施することも有効である。

### C) 職場ルール

上記にあるように、社内ルール化することは、職場の風土や慣習に影響を与え、職場にとって大きな意味を持つ。社内のルールは懲罰も記載された厳格な社員規則等から、職場内（の人間関係）を円滑にするためのルール（決まり事）程度の軽いものまでであるが、それを活用すると一定の秩序を保たせることができ、理性を失って問題飲酒となることの歯止めともなりうる。実践例として、例えば宴会において①飲まない人を決める

(送迎係、会計係、監視役)、②翌日が勤務日の場合は、終了時間を決める(23時や24時までとする、1次会で終わる)、③大量飲酒しない(一気飲みなどビンジドリンクを禁止する、6ドリンクまでとする、ボトルで頼まない)、④翌朝お酒が残る場合は車通勤を禁止する、⑤飲み放題をやめて、飲んだ分を自費制とする(或いは飲む人だけに追加で徴収する)などがある。厳格なルールであれば人事・総務部門で取り決めることになるであろうし、職場ごとのルールであれば上長(所属長、管理職)が決めることもある。

#### D) AUDIT の健康診断やストレスチェックへの導入

AUDIT は問題飲酒者を同定するツールであり、本人や職場に飲酒の状況を認識してもらうためにも、健康診断やストレスチェックなどの機会を捉えて積極的に利用することが職場の飲酒風土を変えていくためにも勧められる。紙面や時間の都合で10問が多い場合は、最初の3問からなるAUDIT-Cでもよい。

健康診断で飲酒量を聴取することは比較的多くの企業で取り入れられているが、飲酒量だけで指導することは稀で、ほとんどの場合は肝機能検査や尿酸値など飲酒に関連すると思われる項目が有所見となっており、飲酒量が多い場合に保健指導が実施される。しかし、その場合多くの問題飲酒者がスクリーニングされず、指導対象から漏れてしまう可能性がある。AUDIT と健康診断の項目の関連を調べたところ、図1のような結果を得た。みると確かにAUDIT 得点の点数が高くなるにつれてどの項目も有所見率が悪化しており、各項目と飲酒との因果関係が垣間見られるが、有害な使用とされる15点-19点の群、アルコール依存症が疑われる20点以上の群でさえ、7割以上の対象者が有所見者とならないことがわかる。一方で図2のように、精神的な要素、社会的な要素(他人からの心配)とAUDIT 得点の割合の関連をみると、やはり15点以上は何かしらの問題を抱えており、飲酒に対して介入をしたほうがよい対象群と言える。

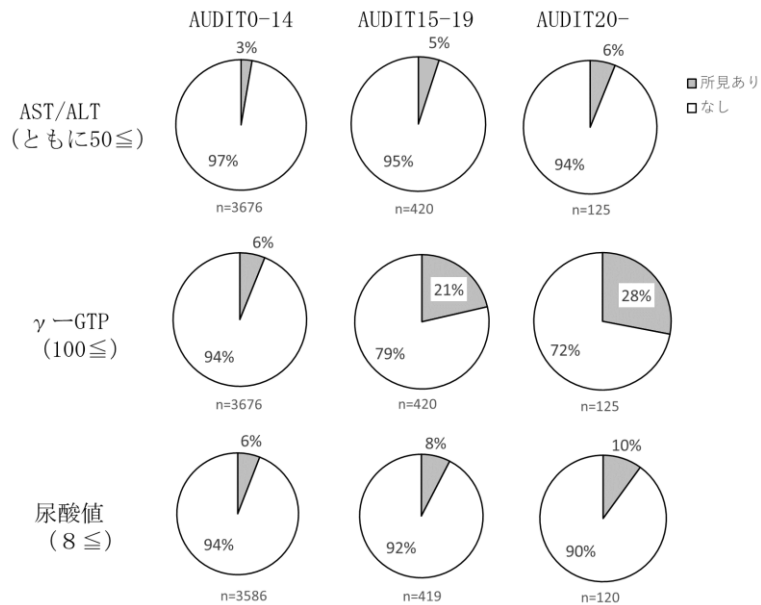


図1. ある事業所での AUDIT 得点と健康診断の各項目の有所見率(2015)

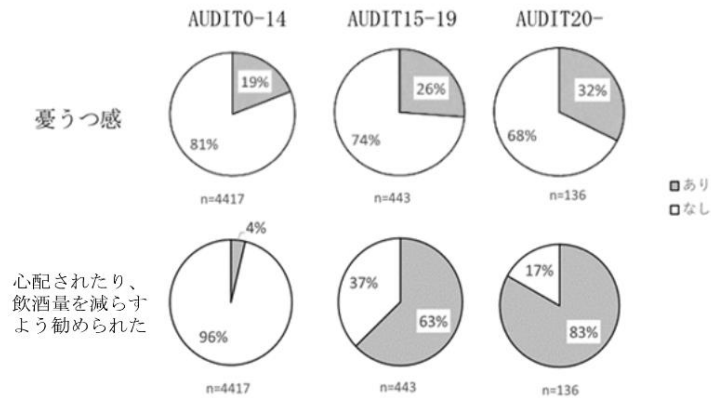


図2. ある事業所での AUDIT 得点と憂うつ感、他人からの心配(2015)

健康診断時に飲酒量調査だけではなく AUDIT 調査を行うことで、健康診断の有所見だけではわからなかった問題飲酒者に早期から介入でき、身体的な問題だけではなく精神的、社会的な問題があることも認識してもらえる。問題飲酒者は重症化した人だけ、或いは有所見のある人だけの問題ではないと分かってもらえるだけでも、職場の飲酒風土を見直すきっかけとなるのである。

一方、精神的な問題のスクリーニングとしては、50人以上の職場ではストレスチェックが法律で義務化され実施されている。そこで AUDIT 調査を行えば健康診断と同様な介入のきっかけとなる。憂うつ感と問題飲酒については図2にあるように、正の相関があると予想される。これは憂うつだからこそ飲酒行動をストレス発散の手段として行い飲

酒量が増えてしまっている場合もあるが、前の項でも述べたように<sup>1)</sup> 飲酒はストレス発散の手段としては適切でない可能性もある。ストレス発散のつもりが逆にストレスが蓄積し、徐々に飲酒量が増えて問題飲酒への悪循環となることも考慮すると、AUDIT15点以上の対象者にはアルコールをストレス発散の手段として用いていないかを確認し、正しいストレス対処法を指導することが大切であろう。また、職場においてはコミュニケーションの手段として飲酒がよく利用されるが、われわれが調べた調査では、AUDIT 高得点者（問題飲酒者）の方がいわゆる「飲みニケーション」が必要であると考えており、AUDIT 低得点者は逆にアルコールは人間関係改善に有害と考えている人も少なからずいることが分かった（表1）。さらに、職場での飲酒を用いた懇親会の影響調査では悪い点も多く挙げられた（表2）。

|               |               |            | AUDIT      |             |            | 合計   |
|---------------|---------------|------------|------------|-------------|------------|------|
|               |               |            | 低得点者(0~7点) | 中得点者(8~14点) | 高得点者(15点~) |      |
| 関係改善に<br>役立つか | 役立つ<br>(有効)   | 人数         | 287        | 185         | 51         | 523  |
|               |               | AUDIT各群の % | 15.9       | 26.3        | 33.8       | 19.7 |
|               |               | 調整済み残差     | -7.1       | 5.2         | 4.5        |      |
|               | まあ役立つ         | 人数         | 978        | 394         | 86         | 1458 |
|               |               | AUDIT各群の % | 54.1       | 56.0        | 57.0       | 54.8 |
|               |               | 調整済み残差     | -1         | 1           | 1          |      |
|               | あまり役立たない      | 人数         | 406        | 109         | 12         | 527  |
|               |               | AUDIT各群の % | 22.5       | 15.5        | 7.9        | 19.8 |
|               |               | 調整済み残差     | 5.0        | -3.3        | -3.8       |      |
|               | 役立たない<br>(有害) | 人数         | 136        | 15          | 2          | 153  |
|               |               | AUDIT各群の % | 7.5        | 2.1         | 1.3        | 5.7  |
|               |               | 調整済み残差     | 5.7        | -4.8        | -2.4       |      |
| 合計            |               | 人数         | 1807       | 703         | 151        | 2661 |
|               |               | AUDIT各群の % | 100        | 100         | 100        |      |

表1. 飲酒の人間関係改善に関する意識調査(n=2661)

| 良い点                    |     | 悪い点        |     |
|------------------------|-----|------------|-----|
| ・話したい事が話せた             | 33% | ・嘔気、嘔吐     | 11% |
| ・楽しむことができた             | 67% | ・下痢        | 4%  |
| ・親睦が深まった               | 67% | ・頭痛        | 19% |
| ・ストレスが解消した             | 7%  | ・胸やけ       | 15% |
|                        |     | ・食欲不振      | 4%  |
|                        |     | ・体重増加      | 4%  |
|                        |     | ・眠気        | 22% |
|                        |     | ・睡眠が短くなった  | 19% |
|                        |     | ・暴力、ケンカ    | 4%  |
|                        |     | ・ストレスがたまった | 15% |
|                        |     | ・なくし物をした   | 4%  |
|                        |     | ・秘密の暴露     | 4%  |
|                        |     | ・意識、記憶がない  | 11% |
| 翌日のパフォーマンス（普段を100%とする） |     | 83%        |     |

表2. 飲酒を用いた懇親会の影響調査

飲酒を用いた懇親会は、親睦を深めるきっかけとはなるが、表1のように飲酒に対して良い思いを持っていない人もおり、表2のようにそこで少なからず問題が起こっていることを踏まえると、ストレスチェックの機会に AUDIT を実施し問題飲酒について指導することは、飲酒によるコミュニケーションの負の側面を教育し、問題を起こさないようにするよい機会と思われる。

## E) 教育

飲酒についての教育には、飲酒の健康への悪影響を示したり、飲みすぎ防止（或いは節度ある飲酒）を呼びかけたり、二日酔いの対処法を教えるなど様々なやり方があると思われるが、ここでは職場の飲酒風土を変えるための教育について述べる。

まず、上記教育の実施時期については、やはり職場で飲酒する機会が増える4月（歓迎会）、7-8月（ビヤガーデンオープン、暑気払いなどイベントが多い）、12-1月（忘年会、新年会）に行うのがよい。また、アルコール健康障害対策基本法が施行されアルコール関連問題啓発週間（11月10日～11月16日）が設けられたため、その時期に実施すると啓発週間の周知にもなる。教育の媒体としては、様々な研修や安全衛生委員会での情報提供、社内広報などを利用するのが一般的である。内容については身体的問題（慢性的な影響ではなく急性の影響＝一気飲み・大量飲酒による急性アルコール中毒や帰宅後の入浴死など）、社会的問題（強要、ハラスメント、飲酒運転）を解説することにより節度ある飲酒を行うよう勧めるものがよく、AUDIT 結果や健診結果など、社内の（自分たちの）データを用いると身近なものとして認識され、反応がよい。職場によっては伝統的なビンジドリンキングがある場合もあるので、形式化するなど代替方法を教育の中で提案することも必要になる。

## F) ノンアルコールパーティ (NAP)

アルコールが職場に深く浸透し風土を形作っている背景には、伝統や商習慣として行われてきただけでなく、その環境の中でアルコールが必要不可欠なものであると強く刷り込まれてしまい、それによって単に繰り返されてきた可能性がある。

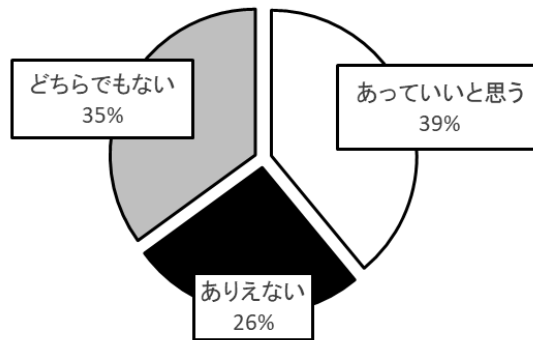


図3. 飲酒なしの宴席に対する認識 (n=2915)

図3は職場において飲酒がない宴会を想定した時の認識に対する調査であるが、26%の人があり得ないと回答している。これを踏まえて、われわれはアルコールが宴会やコミュニケーションに必須の要素であるかどうかを検討するため、参加者全員が全く飲まない宴会 (non-alcohol party: NAP) を試み、表2と同様にその影響調査と、実施した後の認識について調査した (表3、図4)。

| 良い点                     |     | 悪い点        |     |
|-------------------------|-----|------------|-----|
| ・話したい事が話せた              | 31% | ・下痢        | 4%  |
| ・目標を達成できた               | 10% | ・頭痛        | 2%  |
| ・楽しむことができた              | 76% | ・胸やけ       | 2%  |
| ・親睦が深まった                | 51% | ・体重増加      | 4%  |
| ・ストレスが解消した              | 12% | ・睡眠が短くなった  | 10% |
|                         |     | ・ストレスがたまった | 2%  |
|                         |     | ・秘密の暴露     | 4%  |
| 翌日のパフォーマンス (普段を100%とする) |     | 97%        |     |

表3. 飲酒がない懇親会の影響調査

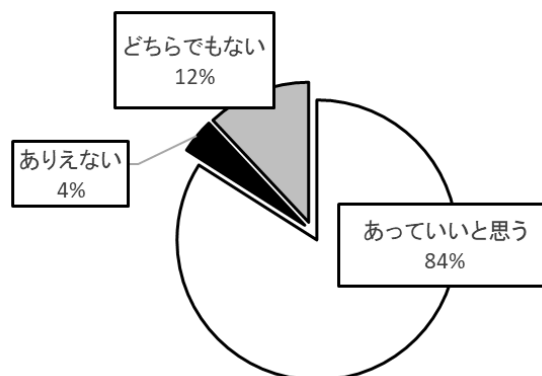


図4. NAP後の飲酒なしの宴会に対する認識 (n=51)

表3は、表2と比べると明らかに悪い点が少なく（飲酒による問題は起こりようがない）、良い点はほぼ変わらず高い割合であることから、アルコールがなくても職場の懇親は達成できることを示している。アルコールがなくてもよいとなると、就労している未成年やお酒が飲めない人（嫌いな人）でも参加しやすく、昼間や車が必要な遠方での開催もできるし、酒代もないため会費も比較的少なくできる（平均にして2000円安くできる）という副次効果も期待できる。

また、特筆すべきは図4でみられるようにNAP後に認識が大きく変わる点である。先述したように、職場の飲酒風土にアルコールが必要であると強く思い込んでいることが原因の一つである可能性があるが、NAPを実施することにより「アルコールがなくても十分楽しめる」、「こういう懇親会もあり」、「アルコールが必要というのは先入観であった」と多くの人気がつくことができる。認識が変わると行動やお酒に否定的な人への受け入れも変わる可能性があり、飲酒が親睦には絶対が必要という職場の飲酒文化も変化していくと思われる。NAPは常に行う必要はなく、アルコール問題啓発週間などの機会を捉えて主催者側や上司が提案したり、お酒を飲めない人の歓迎会や接待をする場合に提案し、少しずつ意識を変えていく工夫が重要である。

#### 【まとめ】

- ① 職場の飲酒風土を変えるには、パッチテストや呼気テストなどのツールやAUDIT調査を用いることが良いきっかけとなる。
- ② AUDITやAUDIT-Cを用いた飲酒調査は、健康診断やストレスチェックなどの機会を捉えて実施するとよい。
- ③ 職場のルールを決めたり、教育を行うことで、飲酒風土は変えることができる。
- ④ アルコール健康問題啓発週間などを利用し、飲酒のない懇親会（NAP: non-alcohol party）を開催すると、飲酒が必ず必要と思う先入観を大きく変えることができる。

（田中完）

#### 《文献》

- 1) 田中正敏：ストレスとお酒。お酒の健康科学（栗山欣弥，鎌田武信，石井裕正編集），金芳堂，東京，pp.133-155,1996.



## Ⅱ. 職場でのアルコール問題の一次予防：効果的な啓発のために

### 1) 望ましい啓発のあり方

職場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。

栄養指導を例にとって考えてみる。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) アルコール問題対策を考える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を見て頂きたい。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。一つ目の軸は、疾患の重症度である。二つ目の軸は、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、若い人に、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。三つ目の軸は、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。話は冒頭の話題に戻るが、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。

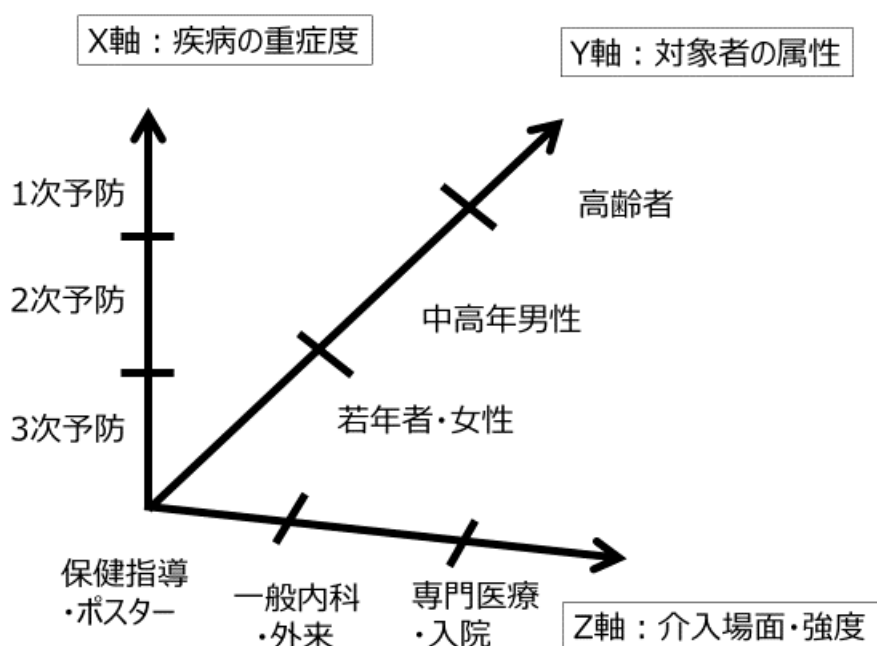


図1. アルコール問題対策を考える3つの軸

## 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くと、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あり、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はある。

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。

#### 【コラム】

#### アルコール問題での予防の考え方

予防は、発生予防、進行予防、再発予防の3段階に区別されるが、これをアルコール問題にあてはめて考える。発生予防は、「ドリンク」という概念と、ドリンクの目安についての普及啓発に相当する。対象者は、飲酒の有無にかかわらず、また年齢も未成年も含まれる。進行予防は、節酒指導に相当する。よって、対象は一定量の飲酒者に限られる。再発予防は、アルコール依存症の治療や再発予防に相当する。対象はアルコール依存症者に限られる。

#### 【まとめ】

- ① 二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、健康教室や文字数が少なくイラストが豊富なリーフレット、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関する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。現在飲酒しているものだけではなく、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。前項でも述べた様に、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、間違った情報と認識が社会には溢れている。その最たる例が「酒は百薬の長」というフレーズであり、飲酒は健康に良いという間違ったイメージを作ってしまった。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」、「適量」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に換算することが、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、日本酒 1 合 (180ml) についてもドリンクを計算する (図 2)。

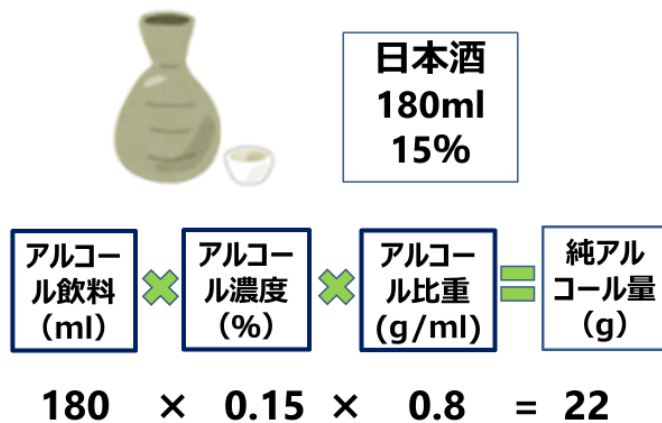


図 2. 日本酒 180ml に含まれる純アルコール量

日本酒 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。

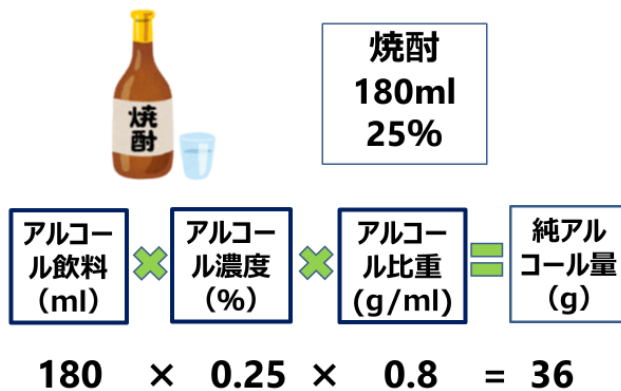


図 3. 焼酎 180ml に含まれる純アルコール量

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。







| 日本酒<br>(15%)  | ウイスキー<br>(40%)  | ビール<br>(5%)   | 缶チューハイ<br>(7%)  | 焼酎<br>(25%)  | ワイン<br>(12%)  |
|---|---|---|---|--|---|
| 1合  | ダブル<br>1杯   | 中瓶<br>1本<br>(500ml)   | 1缶<br>(350ml)   | 1合   | グラス<br>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   |

表 1. 主なアルコール飲料のドリンク数

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、飲酒量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 21 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」は、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によって、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。

#### 【コラム】

##### ドリンクとその目安の覚え方

筆者は、ドリンクの目安を覚えやすく伝えるために、信号機の色を使って説明している。節度ある適度な飲酒を青信号、生活習慣病のリスクを高める飲酒を黄信号、多量飲酒を赤信号としている。(青信号は、飲酒習慣のないものに飲酒を勧めるものではない)

また、ビール 500ml $\equiv$ 日本酒 1 合 $\equiv$ 焼酎 0.5 合 $\equiv$ 2 ドリンクを基準の単位として、暗記を勧めている。

これを覚えると、缶ビール 500ml が 1 本であれば 2 ドリンクで青信号、2 本になれば 4 ドリンクで黄信号、3 本になれば 6 ドリンクで赤信号となり、覚えやすい。缶ビールが一本増えるごとに信号機の色が変わるとイメージして記憶している。

#### 【まとめ】

- ① アルコールの共通単位は「ドリンク」で、純アルコール 10g=1 ドリンクである。
- ② アルコール飲料 (ml)  $\times$  アルコール濃度 (%)  $\times$  アルコール比重 (0.8g/ml) で純アルコール量を計算できる。ビール 500ml 1 本には、アルコール濃度が 5% であるため、 $500 \times 0.05 \times 0.8 =$  純アルコール 20g が含まれ、2 ドリンクのアルコール飲料となる。
- ③ 飲酒量の目安には、「節度ある適度な飲酒」(1 日 2 ドリンクまで)、「生活習慣病のリスクを高める量」(男性 1 日 4 ドリンク、女性 1 日 2 ドリンク)、「多量飲酒」(1 日平均 6 ドリンク以上) の 3 つの目安がある。

(福田貴博)

#### 《文献》

- 1) 健康日本 21 [https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/kenko21\\_11/b5f.html](https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/kenko21_11/b5f.html)






## 健康通信アルコール編第1弾

この通信は、健診にてお酒をよく飲むと答えた方に、3回にわけてお送りします。

食事には、「カロリー」という、共通の物差しがあるように、お酒にも、『ドリンク』という、共通の物差しがあります。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わかりやすくなります。



ドリンク換算表

| 日本酒<br>(15%)  | ビール<br>(5%)   | ビール<br>(5%)   | 缶チューハイ<br>(7%)  | 泡盛・焼酎<br>(25%)   | ワイン<br>(12%)  | ウイスキー<br>(40%)  |
|---|---|---|---|--|---|---|
| 1合  | 350ml   | 500ml   | 350ml   | 1合   | グラス1杯   | ダブル1杯   |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 2ドリンク   | 1.4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   | 2ドリンク   |

例えば、缶ビール(350ml)を一本飲んで、そのあとに日本酒を1合飲むとすると、





**3.4ドリンク**  
 1.4ドリンク                      2ドリンク

となります。あなたのいつも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

## 1回あたりのドリンク数の目安

0～2ドリンク



今の飲み方は、健康に悪影響を与えない飲み方です。  
休肝日を週に2日は作るようにしましょう。

2～4ドリンク



これ以上飲む量が増えないように気を付けましょう。  
休肝日を週に2日は作るようにしましょう。

4～6ドリンク



このままの飲み方が続くと、将来の生活習慣病の危険が高まる飲み方になっています。

1日1ドリンク減らす、もしくは、休肝日を1日増やす等の工夫をしてみましょう。

6ドリンク以上



このままの飲み方では、ケガや病気による健康被害が起こる可能性が高い飲み方になっています。

1日1ドリンク減らす、もしくは、休肝日を1日増やす等の工夫をしてみましょう。

2週間程度のプチ断酒もお勧めです

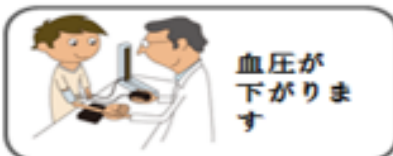
次回は、お酒の簡単な減らし方をご紹介します。  
またお酒に関することは保健センターまでお気軽にご相談下さい。

## 健康通信アルコール編第2弾

この通信は、健診にてお酒をよく飲むと答えた方に、3回にわけてお送りします。  
前は、ドリンクについて解説しました。今回はお酒の減らし方です。お酒を減らすとこんないいことがあります。



### お酒を減らすことで...



### お酒を楽に減らす方法

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. 減酒目標を立てる。  
(まずは、「1日1ドリンク減らす」か、「休肝日を一日増やす」など、できるところから始めてください。無理は禁物です)
3. 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)

## 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<br>(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<br>(7.6ドリンク) | ×        |
| ○月×日 | 全く飲まず                     | ◎        |

あなたの目標は

です。

さあ今日から目標達成に向かって始めましょう！

|       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 血圧    | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| 歩数    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 飲酒目標  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 今日の一言 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

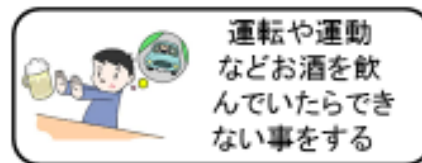
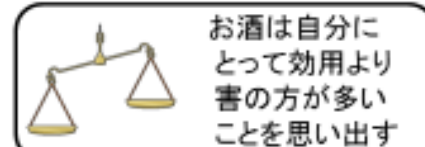
今回は、記録用に、「夢をかなえま表」もお付けしています。  
 次回は、お酒を減らすための小技をご紹介します。  
 またお酒に関することは保健センターまでお気軽にご相談下さい。

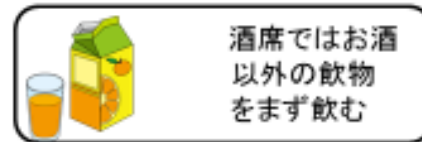
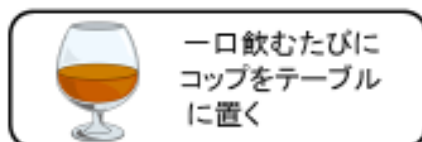
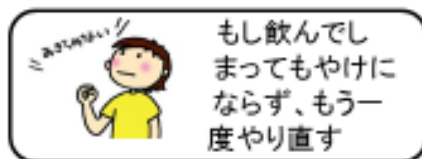
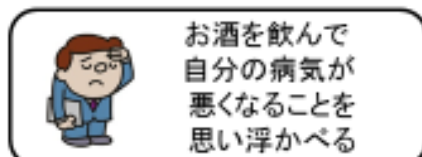
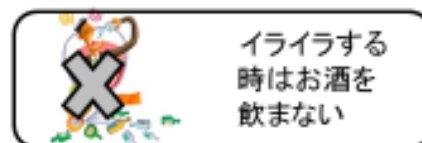
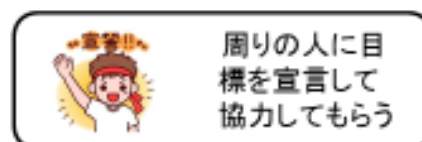
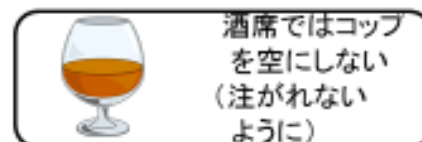
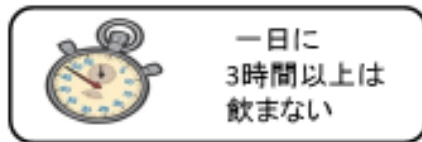
## 健康通信アルコール編第3弾

この通信は、健診にてお酒をよく飲むと答えた方に、3回にわけてお送りします。今回は前回に引き続き、お酒を楽に減らすためのちょっとした小技をご紹介します。



### お酒を飲みすぎない対処法





役に立ちそうなヒントはあったでしょうか。以上、3回にわたり、健康とお酒についてお送りしました。お酒を上手に飲んで、楽しく健康的な生活をおくりましょう。またお酒に関することは保健センターまでお気軽にご相談下さい。

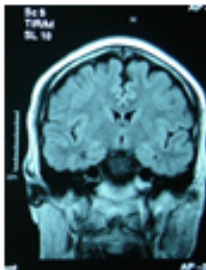


## アルコールと脳

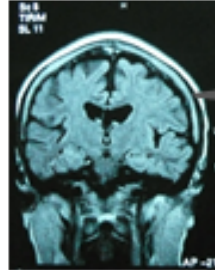
大量飲酒は脳に傷害を与えます！！



・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。



30歳男性 過量飲酒



30歳男性 アルコール依存症

左の2枚の写真、  
違いがわかりますか？

右側の写真は  
強く脳が萎縮しています。

左の写真に比べ、明らかに脳室の拡大、脳溝の拡大がみられます

## 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写真で健康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』

### 参考:

なぜアルコールのせいで脳が萎縮するのか？

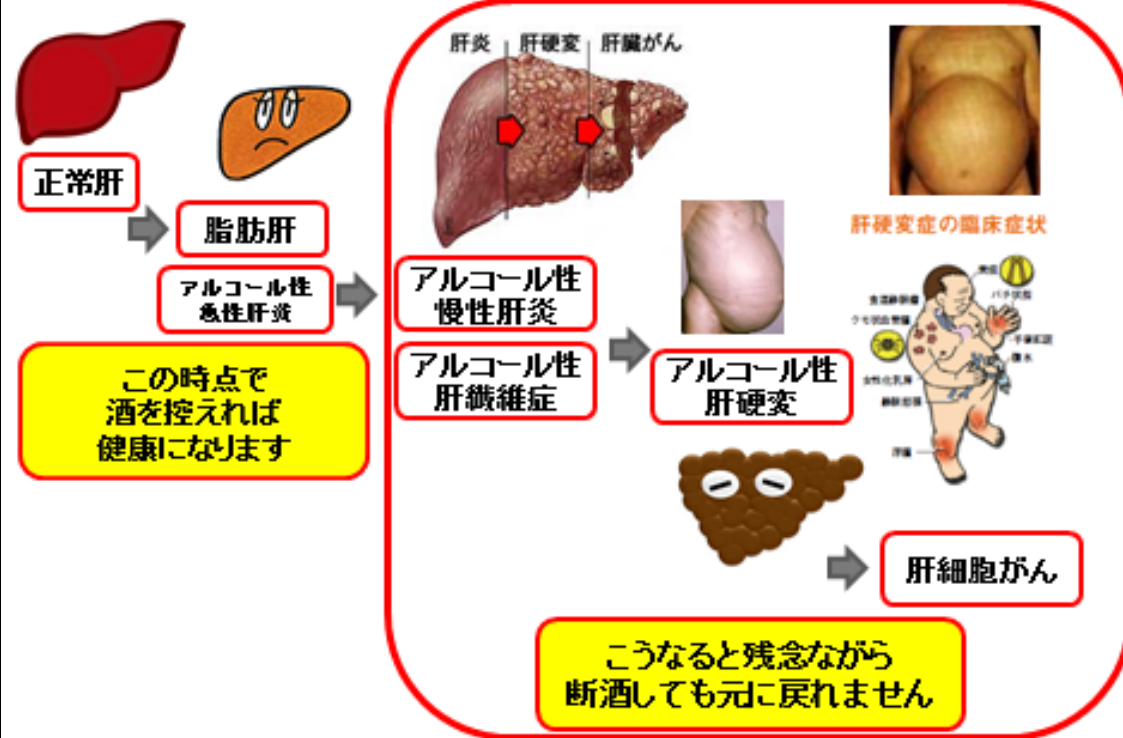
→ビタミンB1はアルコールの分解や脳神経の活動に使われるが、

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。

## アルコールと肝臓



## 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をまとめています。

### 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。』

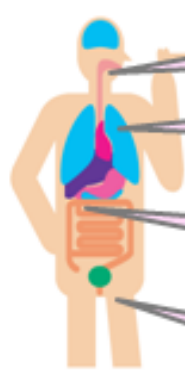
### 参考：

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。



## アルコールと癌



口腔癌・喉頭癌・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。』

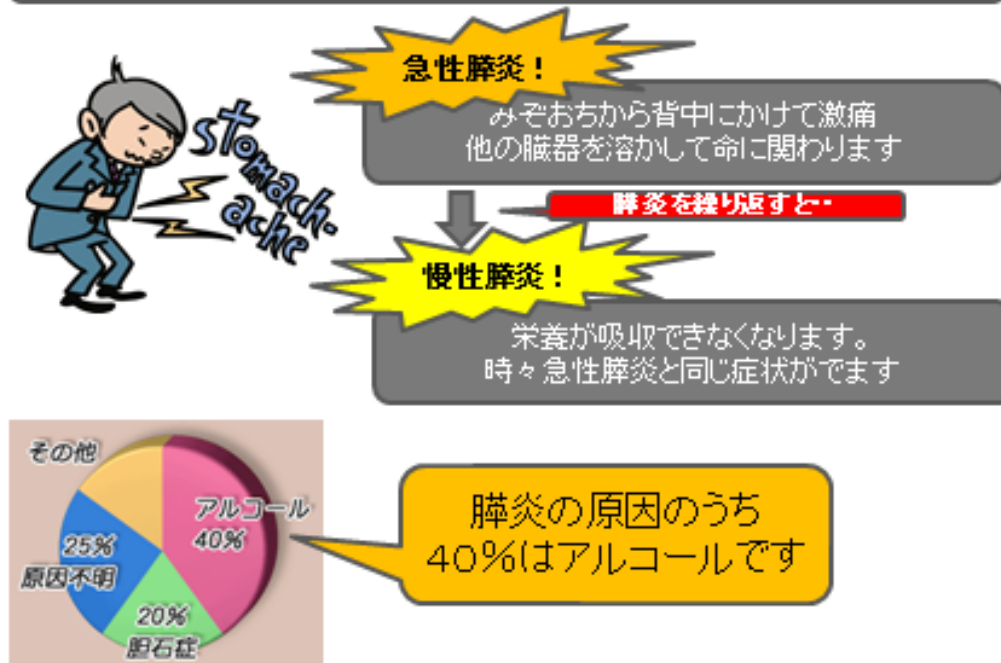
『特にタバコとお酒をたしなむ人で、昔はお酒を飲むと顔が赤くなった人は食道がんになりやすいことがわかっています。』

### 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。

## アルコールと膵臓



## アルコールと膵炎についての説明

ここではアルコールと膵臓について呈示しています。

説明例:

『膵臓は、みぞおちの高さで背中付近にある食べ物の分解や血糖を下げるホルモンを作る臓器です。膵臓が障害されると膵炎、膵炎を繰り返すと慢性膵炎となり、慢性膵炎によって糖尿病になることもあります。』

『膵炎になると、みぞおちから背中にかけて激痛が出現します。ほかの臓器を溶かすため集中治療室に入ることも多々あります』

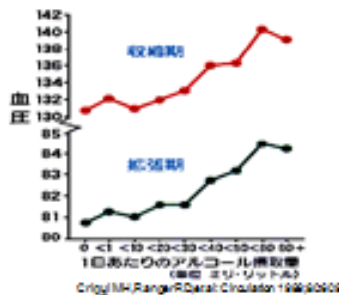
『膵炎を繰り返して慢性膵炎になると、血糖を下げるホルモンが作られなくなり糖尿病になります。また栄養を吸収できなくなります。』

参考:

## アルコールと高血圧

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



お酒を飲めば飲むほど  
血圧があがります！

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

厚生労働省HPより

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。

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」

## アルコールと高尿酸血症

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

痛風発作！

とっても  
痛い！！

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：

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

## アルコールと脂質代謝異常

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、アルコールを良く飲む方は中性脂肪値が上昇します。

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。

### 【説明の注意点】

ここでも『適度な』という表現に気を付けて具体的に『日本酒1合程度、週2日以上のお休肝日』と伝えてください。

## アルコールと肥満

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



ビール  
500mlは  
約200kcal

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。

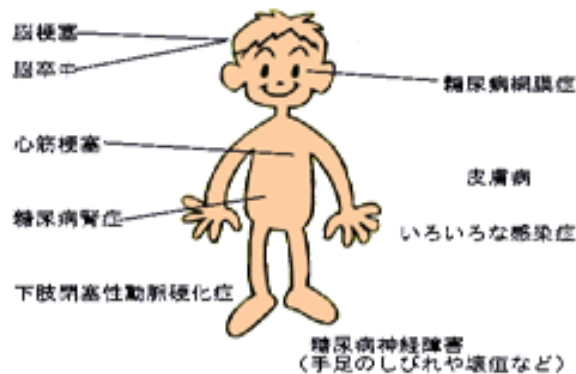
お酒を飲むためにお食事を食べないのは本末転倒で、アルコール依存への進展が懸念されますし、栄養失調による脳への影響は甚大です。

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。

## アルコールと糖尿病

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なくなり悪化します。



厚生労働省HPより

## 糖尿病の合併症





## 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。

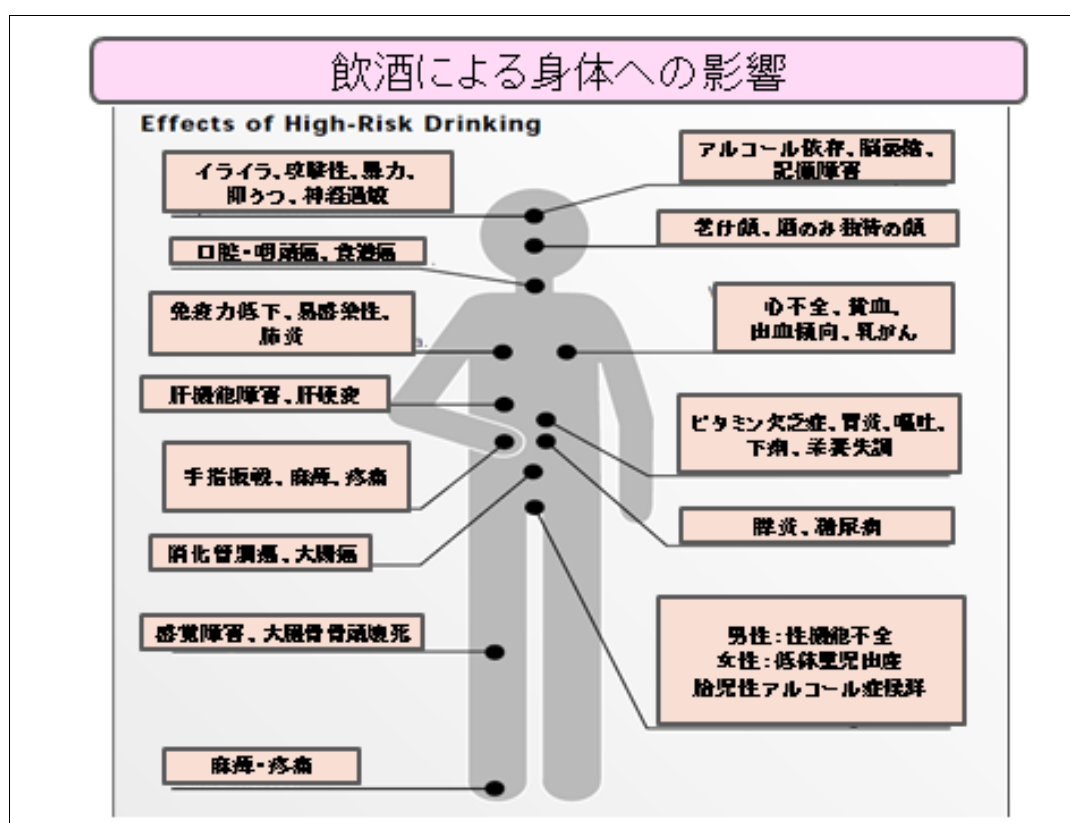
適度なアルコールは耐糖能を改善し糖尿病を防ぐことが報告されています。

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日以上の休肝日を設けて、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。





妊娠中の飲酒は絶対にやめましょう！  
赤ちゃんに障害が出ます！

妊娠中の飲酒

アルコールが胎盤を通過し胎児へ。

胎児はアルコールを分解できない

胎児性アルコール症候群(小頭症、  
顔の異常、骨関節異常、心奇形、  
精神遅滞など)をはじめ、  
低出生体重などの障害が  
発生します！



・妊娠初期の飲酒は特に危険で、少量でも胎児に脳の障害や奇形を残すことがあります  
・妊娠後期の飲酒は、主として発育障害に関連があります。

授乳中の飲酒もやめましょう！  
アルコール入り母乳を与えることになります

アルコールは母乳に移行します。  
赤ちゃんはアルコールを分解する能力が  
未熟なので、アルコールの害を  
大きく受けることになります。

もし、飲酒した場合・・・

ビール500ml1本を成人が分解するのに  
5時間程度かかります。  
アルコールが完全に分解された後に  
授乳をしてください。

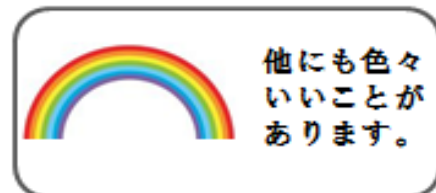
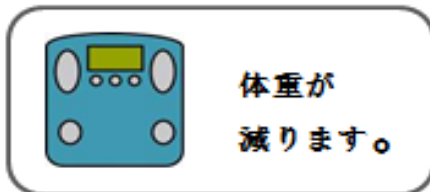




このまま飲み続けると  
アルコール依存症に  
なる恐れがあります。

こうなる前に  
お酒を減らしましょう。

## お酒を減らすことで・・・



## お酒を飲みすぎない対処法



まず、お腹を  
満たしましょう



ストレスを  
ためこまない  
ようにしましょう



家族や友人らと  
楽しく  
過ごしましょう



ノンアルコール  
飲料を上手に  
活用しましょう



上手にお酒を  
断る方法を  
身につけましょう



寝酒は  
やめましょう

## 適正飲酒の10か条

1. 談笑し、楽しく飲むのが  
基本です

6. 許さない  
他人への無理強い・イッキ飲み

2. 食べながら  
適量範囲でゆっくりと

7. アルコール  
薬と一緒に危険です

3. 強い酒、薄めて飲むのが  
おススメです。

8. 飲まないで  
妊娠中と授乳期は

4. つくろうよ  
週に二日は休肝日

9. 飲酒後の運動・入浴  
要注意

5. やめようよ  
きりなく長い飲み続け

10. 肝臓など  
定期検査を忘れずに

公益社団法人 アルコール健康医学協会HPより

## アルコールと睡眠



### Ⅲ. 大規模な職場におけるアルコール問題早期介入

#### 1) ブリーフ・インターベンション

##### A) 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、2004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ブリーフ・インターベンションを用いた早期介入に対して、始めて臨床での実施を推奨するGrade Bの評価を与えている。なお、この推奨は2013年にアップデートされ、「臨床医は18歳以上の成人に対してアルコール乱用(misuse)のスクリーニングを行い、危険な飲酒や有害な飲酒をしている者に対しては、ブリーフ・インターベンション(brief behavioral counseling)を乱用低減のために行うべきである」（同じくGrade B）とされている<sup>2)</sup>。

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、そこまで専門的な技術を修得できなくても、「共感する」、「励ます」、「誉める、労う」を面接の中に繰り返し組み込むことが効果的で、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<br>「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<br>「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<br>「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つのキーワード

## B) 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回の複数回のセッションで行われることが多い（個別の場合。集団での介入については、「集団節酒指導」参照）。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（「従業員のアルコール問題の評価」参照）。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。

「アドバイス」は、飲酒を減らしたり、止めたりす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。

対処法の助言では、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、お湯割りのお湯の量を増やすなど）を例示し、その中から選んでもらう。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。

「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）。

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>3)</sup>。

### C) ブリーフ・インターベンションの補助ツール：HAPPY と SNAPPY

わが国で用いられているブリーフ・インターベンションの補助ツールの一つがHAPPY（Hizen Alcoholism Prevention Program by Yuzuriha）である。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コ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、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。飲酒に関する「教育や情報提供」は、ブリーフ・インターベンションの基本的構成要素とはされていないが、飲酒に関する基礎知識を欠くことの多い日本人の場合には、進むべき道の方向を誤らせないための最低限の教育は必要と考えられる。しかし、カウンセリングに教育の要素を加えると、どうしても指示的、指導的な雰囲気となり、変化の主体である患者が受け身になってしまうため、HAPPYを用いることで教育の部分はビデオやテキストが担い、患者と介入者は適度に打ち解けた雰囲気を維持したまま、カウンセリングを進めていけるメリットがある。また、HAPPYには、予防教育用の音声解説付きスライド教材も含まれており、ドリンク数の計算や飲酒運転対策など、アルコール問題のない従業員に対しても幅広く情報提供することが可能である。HAPPYの使用には、所定の研修を修了することが必要である。

SNAPPY（Sensible and Natural Alcoholism Prevention Program for You）シリーズは、フィードバックを中心に作成されたWEB上のブリーフ・インターベンションツールである。AUDITの計算、評価に基づいた、アルコール健康被害に関する教育ビデオ、飲酒日記などから構成されており、自由にアクセス可能である<sup>4)</sup>。

大規模な職場における、早期介入においてブリーフ・インターベンションを効率的に

進めるには、これらの補助ツールを用いることも有効と思われる。

#### 【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、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している。
- 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。
- 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、大規模な職場において早期介入を効率的に進めるためには、これらのツールの活用も有効と思われる。

(武藤岳夫)

#### 《文献》

- 1) U.S. Preventive Service Task Force: Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: recommendation statement. *Ann Intern Med* 140: 554-556, 2004
- 2) Moyer VA: Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern med* 159: 210-218, 2013
- 3) [http://www.hizen-hosp.jp/modules/doctor/index.php?content\\_id=5](http://www.hizen-hosp.jp/modules/doctor/index.php?content_id=5)
- 4) [https://www.udb.jp/snappy\\_test/](https://www.udb.jp/snappy_test/)



## 2) 集団節酒指導

### A) 集団節酒指導プログラム

本来、ブリーフ・インターベンションは個別のカウンセリングとして実施することが一般的であるが、わが国では、ブリーフ・インターベンションが主に地域・職域において、飲酒運転対策としての教育を加えて普及や効果検証が進められた経緯もあり、効率やマンパワーの観点からむしろ集団での介入が主流となっている。

ブリーフ・インターベンションを集団での介入に応用したプログラムとして、2008年に杠らにより「HAPPYプログラム福岡市方式」が開発された<sup>1)</sup>。「職場における飲酒運転対策」参照)。このプログラムでは、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、飲酒習慣を変え酒量低減を目標としたものであること、ワークブックと音声解説付きの教育スライド、進行台本などプログラムを構造化し、介入の初心者でも平易に実施できるようにしていること、などの特徴を持つ。HAPPYプログラム福岡市方式はその後改良され、アルコール問題のない者も対象とした予防教育用のスライド教材や、特定保健指導にも対応した内容も盛り込まれ、大規模な職場でもより使いやすい内容となっている<sup>2)</sup>。HAPPYプログラム福岡市方式と特定保健指導にも使える集団節酒指導プログラムの違いを図1に示す。

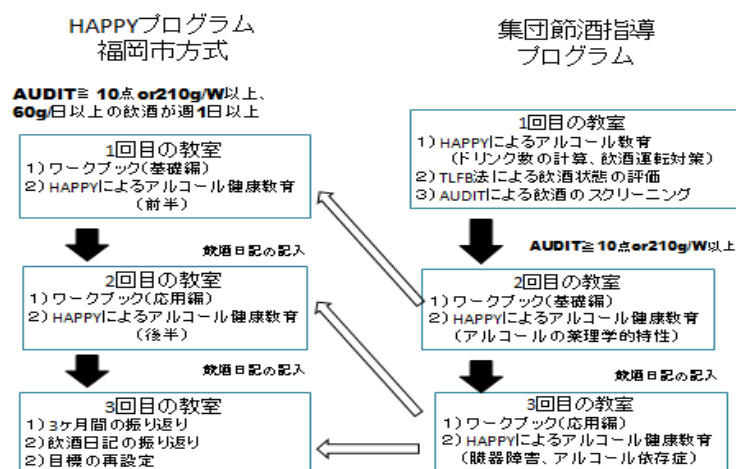


図1. HAPPYプログラム福岡市方式と集団節酒指導プログラムの違い

集団節酒指導における教育スライドで取り扱う主な内容を表1に示す。一対一の介入では、対等で共感的な雰囲気の中でカウンセリングを進めていく必要があるため、指導的・指示的な教育や情報提供を挟み込みにくい。わが国ではアルコールやその関連問題に対する基本的知識が不足しており、飲酒運転対策や生活習慣病対策としての側面からも、ある程度教育や情報提供を重視する必要がある。その場合は集団の方が介入しやすい。指導的な部分は教育スライドが担うため、グループのファシリテーターは、一対

一の介入と同じように、参加者と対等で共感的な雰囲気のまま、介入を進めていくことができる。

- AUDIT得点の意味付け
- アルコールの体での吸収・分解・排泄
- お酒の飲み過ぎで起こるいろいろな体の病気
- 血液検査での肝機能の見方
- 飲み過ぎによる脳の病気(脳萎縮・脳梗塞等)
- 依存症になりやすい危険な飲み方
- 意志が弱いから依存症になる？

表 1. 教育スライドで取り扱う主な内容

## B) 集団での節酒指導のメリット

集団での節酒指導のメリットを表 2 に示す。従来、職場において個人のアルコール問題は、どちらかと言えば個人の嗜好やプライバシーとして積極的に関わろうとされてこなかった。したがって、問題が表面化し対策が求められてきたものは、非常に重篤な、深刻な段階に至ったものであったため、とかく暗いイメージが付きまといがちであった。これを生活習慣、健康の問題として集団でオープンに扱うことで、明るい雰囲気の中で介入を行うことができる。そうした雰囲気であれば、問題が軽度であっても気軽に参加しやすくなり、参加者が増えれば、さらに雰囲気を明るくできるという好循環が生まれる。このことが、職場の飲酒文化や風土を健全に変えていく大きな原動力になる。具体的には、参加者が自らの体験や節酒効果、あるいは「ドリンク数」、「休肝日」、「多量飲酒」など教室の中で出た話題を職場でも公に共通の話題にすることで、参加していない者の節酒に対する関心や意識を高める効果があるようである。

飲酒習慣などの生活習慣の行動変容を起こす時、障害となるのが自己効力感の乏しさであり、促進因子となるのが自己効力感の増大である。集団介入では、他の参加者の意見や成功体験を聞くことで代理体験とすることができる。同じ問題レベルの人の成功体験は、「自分にもできそう」と感じさせ、節酒への大きな動機づけとなる。また、成功体験を話した者は、周囲からの賞賛や拍手により、さらに動機づけを高めることができる。

介入する者にとってのメリットも大きい。個人での介入に比べて集団で行う場合には、飲酒の行動変容について、あるいはアルコール問題について、それほど専門的な知識を持ち合わせている必要はない。むしろ介入する者にとっては、参加者の一人として複数の参加者の体験を聞くことで、多量飲酒者の心理や行動特性、行動変容やそのコツ

を効率的に学ぶことができるよい学習機会となる。また、集団介入を経験した後では、飲酒者の心理的や行動変容のプロセスを複数例経験できているため、個人での介入もそれほど負担に感じなくなる。

集団での節酒指導の場合には、参加者自身が自らの体験談を通して相互に共感しながら影響を及ぼすため、介入者はリラックスした雰囲気、そのような生の意見を導き出すファシリテーターを努めればよい。集団の介入で求められるのは、専門知識よりもむしろ打ち解けた雰囲気の中で、参加者が成功談も失敗談も含めて、自由に積極的に話せる雰囲気づくりである。

集団節酒指導を進める上で、対象者の集め方によっては、抵抗を示すクライアントがいないわけではない。すなわち、周囲からいくらかでも強制的な力が働くと本意でなく参加する者も多くなる。一対一の場面では、クライアントに全く意欲が認められない場合は、指導を進めること自体が難しく、集団ではなおさら困難ではないか、と介入初心者は不安を抱える場合も多いが、これまでのわれわれの実践経験では、集団節酒指導の場合は、セッションの中に2～3名でも意欲のある者がいれば、全体の雰囲気は概ね治療的なものに保たれ、進行を大きく左右されることは少ない。

- ▶ 明るく、和やかな雰囲気で行進することができる。
- ▶ 参加への抵抗感を軽減できる。
- ▶ 代理体験をして自己効力感を高めることができる。
- ▶ 多量飲酒者の心理や行動特性、行動変容を効率的に学ぶことができる。
- ▶ 抵抗を示すクライアントがいても、進行を左右されることが少ない。

表2. 集団での節酒指導のメリット

## B. 集団での節酒指導実施にあたっての留意点

集団介入における留意点を表3に示す。集団節酒指導プログラムでは、先に述べたメリットを最大限に生かすためには、グループは概ね5～10名程度の構成とすることが望ましい。それより多いと、全体に目が届きにくく、一人ひとりの発言時間が限られてしまい、それより少ないと、参加者の動機づけの程度により、進行や雰囲気が左右されやすくなる。また、集団での凝集性と介入効果を高めるためには、健診結果や事前のAUDIT調査などを参考にし、アルコール問題の重症度や生活背景はできるだけ均一に

することが望ましい。AUDIT25点以上など、中等症以上のアルコール依存症が疑われる場合は、専門医療機関紹介も含め、個別での対応が望ましい。

集団介入の冒頭で、教室はクローズドであり、参加者の発言は口外しないという基本的な約束事を参加者に対して確認するなど、プライバシーに配慮した、安心して話せる雰囲気作りが必要である。基本的には、参加者に発言は強制せず、参加者が自ら手を挙げて発表するスタイルを基本にすることで、プライバシー確保は担保できる。多くの場合、女性や若年者の参加者は比較的少ないが、こうした参加者がいる場合には、できるだけ同じグループに複数名入るような配慮も重要である。

集団での介入では、参加者と介入者の個別の双方向のコミュニケーションがないため、飲酒日記やワークブックに応援メッセージやコメントを記入するなど、個別の関わりを積極的に保つことがより効果的な介入につながる。また、教室終了後も、参加者が困った時や助言を求めたい時などに、メールなどによって気楽に相談できる窓口を明示しておくことが望ましい。

- ▶1グループ5～10人の構成が望ましい。
- ▶アルコール問題の重症度や生活背景はできるだけ均一になることが望ましい。
- ▶プライバシーに配慮する(約束事の確認)。
- ▶明るく、和やかな雰囲気を心がける。
- ▶内省を求めるより、自己効力感を高めることに主眼を置く。
- ▶個別の関わりを積極的に保つ(日記へのコメント等)。

表 3. 集団節酒指導を実施する上での留意点

#### 【まとめ】

- ① 集団節酒指導は、とかく暗くなりがちな個人のアルコール問題を生活習慣、健康の問題としてオープンに取り扱うことで、比較的抵抗感が少なく、明るい雰囲気の中で介入を進めていくことができ、職場全体の飲酒風土にも影響するなど、多くのメリットを持つ。
- ② 介入する者にとっても、多量飲酒者の心理や行動特性、行動変容やそのコツを効率的に学ぶよい機会となる。
- ③ グループ構成、プライバシーへの配慮などに留意し、参加者が成功談も失敗談も含めて、自由に積極的に話せる雰囲気づくりをすることが何より重要である。

(武藤岳夫)

《文献》

- 1) 生活習慣病予防と飲酒運転対策のための節酒指導—HAPPY プログラム福岡市方式の理念と実践—、独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター，2010
- 2) 特定保健指導にも使える集団節酒指導プログラム—初めての方にもできる指導のコツ—、独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター，2011

### 3) 効果的な早期介入のあり方

一般的に、職域では飲酒に対して寛容であり、接待や宴会などでコミュニケーションを円滑にする手段として（飲みニケーション）、またストレスに対する身近な解消法としても深く浸透しており、促進要因が非常に多い。産業保健分野では、アルコールは生活習慣病の一要因として、またメンタルヘルスの問題、通勤時の飲酒交通事故など安全に関する問題として大きなウエイトを占めており、産業保健スタッフも幅広い対応を迫られる一方、本人が困っていなかったり問題そのものを否認したりして、その介入は容易ではないことも多い。

本稿では、主に大規模な職場における効果的な早期介入のあり方について述べる。（なお、依存症が疑われる従業員に対するアプローチは、別稿に詳細な記載があるため割愛する）

#### A) アルコール問題の事例化の認識

職場において、アルコール関連問題は、事故、欠勤に限らずさまざまな形で表面化する。アルコールに関連した、職場での事例化（表面化）の例を表1<sup>1)</sup>に示す。飲酒に寛容な職場では、アルコール関連問題として認識されているのはしばしば依存症レベルの重篤な問題に限られており、表1に挙げたような問題が起きていても、それが不適切な飲酒に起因するものであると認識されなければ、そもそも対応にはつながらない。そのため、まず事例化を適切に認識することが前提となる。産業保健スタッフが健診結果のみに目を奪われていると、問題の大きさを見誤るおそれがあるため、注意が必要である。

- 長期休業（アルコール依存症、身体疾患など）
- 精神障害（うつ病など）の回復の遅延
- 繰り返し休業
- 不定期の突発欠勤
- 体調不良による早退、遅刻
- プレゼンティーズム（出勤はするものの、業務効率が低下した状態）
- ハラスメント
- 酒席でのトラブル
- 仕事外のトラブルへの職場関係者の巻き込み
- 職場のモラルへの影響

表1. アルコールに関連した職場での事例化（文献1）より一部改変して引用）

#### B) 健全な職場の飲酒風土醸成のための教育

医療においては、主にアルコールによる健康被害が生じたいわゆる「ハイリスク者」

を対象とするが、職域ではすべての従業員が早期介入のターゲットとなる<sup>2)</sup>。未だ健康障害が表面化していない者でも、また、機会飲酒程度の者であっても、一般にわが国ではアルコールに関連した基本的な知識を学ぶ場がなく、「酒は百薬の長」といったプラスの側面ばかりが強調されがちであるため、一次予防の視点からも、適切なアルコール教育は健全な職場の飲酒風土を醸成するためには必要不可欠であると言える。

ただし、職場は医療の場ではないため、目立った問題を起こしておらず、自らも特に援助を求めている従業員に対して、あまりに指導的な内容を取り入れすぎると、自分の問題として捉えづらく、かえって反発を招きやすくなる。そのため、教育の主目的は、あくまでも従業員の健康回復・維持・増進であることを明確にし、実際の飲酒習慣の行動変容に役立つものとするのが望ましい。

具体的には、表1のように「何が問題か」を認識することに加え、ドリンク数の理解と飲酒量の把握、飲酒運転予防のためのアルコールの分解時間、比較的身近な身体的問題（生活習慣病や肥満、不眠など）とアルコールとの関係、適正飲酒とその目安、飲み過ぎないための具体的な対処法、などを組み入れると、有効かつ抵抗も比較的少なく予防教育が可能となるであろう。HAPPY プログラムには、これらの内容等を盛り込んだ、予防教育用のナレーション付きスライドが準備されており、これを従業員向けの教育研修資料として活用することも有効と思われる。大規模な職場においては、これらの内容を「健康だより」のような形式で社内広報に連載したり、社内 LAN 等で定期的にメール送付したりすることも考えられる。教育の方法や媒体は、職場の実情に応じてさまざまな対応が考えられるが、こうした知識を全従業員が共有していくことで、例えば宴会の際に「今、〇〇ドリンク」、「次はちょっと薄めて」、「この後〇〇時間は運転できない」など、気軽にアルコールに関する話題を口にし、楽しみながら健康を意識した飲酒風土を作っていくことが期待できる。

### C) 健康診断後などの保健指導

職域では、年1回の健康診断の実施がすべての事業者には義務づけられ、また従業員の受診義務も課せられている。法定項目にAST・ALT・ $\gamma$ -GTPなど肝機能や血圧、血糖値、尿酸値など飲酒と関連する項目もあり、何らかの所見があった場合に問題飲酒者にアプローチできる絶好の機会と思われる。ただし、健康診断を受診しようとならない者の中に、アルコール関連問題が散見されることにも注意が必要である。

多くの企業では、健康診断時の問診票に喫煙や飲酒量などの生活習慣の項目を取り入れているが、アルコール問題に関心の高い企業では、この機にAUDITを実施し、より積極的に飲酒問題に介入している。スクリーニングテストを用いて、本人や職場に飲酒の状況を正しく認識してもらうことは、前項で述べた職場の健全な飲酒風土の醸成にもつながる。ただし、他の質問項目との兼ね合いで、アルコールだけに10問は多すぎるという意見も多いため、その場合は飲酒量や頻度、多量飲酒頻度の3問に限定したAUDIT-

Cのみでも、有効なスクリーニングとなり得る（AUDIT-C と AUDIT との相関については「従業員のアルコール問題の評価」参照）。

アルコールに関連した検査項目に何らかの異常所見がみられた者に対しては、飲酒頻度や飲酒量の低減に向け、保健指導の実施が望まれる。その際には、検査値の基準値逸脱の程度から推察される以上に、仕事上の大きな問題を起こしている例もあることから、従業員の飲酒問題がどの水準にあるかを慎重に評価する必要がある<sup>1)</sup>。

AUDIT 得点による指導区分について、「標準的な健診・保健指導プログラム」<sup>3)</sup> では、減酒支援の対象は 8～14 点、15 点以上はアルコール依存症が疑われ専門医療機関の受診につなげる、とされているが、職域でこの区分をあまり厳密に適用すると、強い反発を生んでその後の保健指導に支障を来す危険性、また逆に断酒を促すべき者に不適切な節酒指導をする（飲酒してもよいと「お墨付き」を与える）危険性もあるため、従業員本人のニーズや上司や同僚からの側副情報等に応じた、柔軟な対応が必要である。これまでの職域での節酒指導実践や、別稿で記載された AUDIT を用いた調査等から勘案すると、職域においては目安として 15 点～24 点の者に対しては、酒量低減を主眼とした保健指導から始めることは可能と考える。（実際の指導内容については、別稿「ブリーフ・インターベンション」をご参照いただきたい。）

また、メンタルヘルス不調の一次予防を主眼とした取り組みとして、2015 年よりストレスチェック制度が施行されているが、このタイミングで AUDIT や飲酒習慣の調査を行い、介入につなげることも考えられる。ストレスチェック結果は受検者全員に個別に返却されるため、セルフケアに関する助言として、ストレス軽減のための飲酒が逆にストレスを高める場合があることや、うつ病をはじめとする多くの精神疾患と飲酒との関連があることなど、飲酒を含めた生活習慣の指導として、盛り込むことが可能である。

高ストレスと判定された受検者に対しては、医師による個別の保健指導が勧奨されており、ストレス過多やメンタルヘルス不調の背景に飲酒問題があると考えられる場合には、酒量低減に向けた指導が必要である。ただし、医師面接は希望者に限られており、また基本的に面接は 1 回であるため、効果は限定的と考えられる。その後の継続的なフォローアップにつなぐ取り組みが併せて必要である。

## 【まとめ】

- ① 職域での効果的な早期介入のためには、まず不適切な飲酒によって職場で起こる問題は何かを適切に認識することが必要である。
- ② 健全な職場の飲酒風土を醸成するためには、適切なアルコール教育は必要不可欠である。教育の主目的は、あくまでも従業員の健康回復・維持・増進であることを明確にし、実際の飲酒習慣の行動変容に役立つものが望ましい。
- ③ 健康診断やストレスチェックの機会に AUDIT や AUDIT-C を用いることで、検査有所見



者のみにとどまらない早期介入が可能となるが、得点による指導内容については、従業員本人のニーズや側副情報などから、柔軟な対応が必要である。

(武藤岳夫)

《文献》

- 1) 廣尚典：職場ではアルコール使用障害者へどのように対応したらよいでしょうか？, *Modern Physician* 38 : 879-882, 2018
- 2) 彌富美奈子：職域におけるアルコール健康障害対策. 日本アルコール関連問題学会雑誌 19 : 46-49, 2017
- 3) 厚生労働省：保健指導におけるアルコール使用障害スクリーニング（AUDIT）とその評価結果に基づく減酒支援（ブリーフインターベンション）の手引き. 標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）：176-183, 2013

#### 4) 職場での早期介入の具体例

職場での早期介入においては、アルコール問題を個人的な問題と看過せず、職場全体で対応する仕組みづくりが重要であるが、一方で、職域でアルコール問題を前面に出しての呼び出しには従業員の抵抗感も強く、就業上のトラブルが生じる前に保健指導を行うことは困難であると思われる。また、すでにアルコールに関連して何らかの問題が発生し、アルコール依存症が疑われる事例においても、依存症や専門医療機関（多くは精神科）に対する抵抗感はさらに強く、専門医療機関においても、断酒を前提とした対応となるため非常にハードルが高く、早期介入はきわめて困難である。そうした中で、職域における問題飲酒者やアルコール依存症者に対する早期介入を目的とした、具体的で特色ある取り組みを紹介する。

##### A) 特定保健指導の枠組みを利用した集団節酒指導<sup>1)</sup>

わが国をはじめ、東アジアを中心とした諸外国での疫学調査では、飲酒量とメタボリックシンドロームに正の相関関係があると報告されている。医療保険者に義務付けられた特定保健指導は職域でも広く実施されており、A社では前述した「特定保健指導にも使える集団節酒指導プログラム」<sup>2)</sup>を応用したプログラムを作成し、従業員へのアルコール健康教育並びにハイリスク飲酒者への節酒指導を行い、その効果検証が行われた。

##### ① 介入方法

特定保健指導における集団節酒指導プログラムのフローチャートを図1に示す。

A社における特定健診において、積極的支援及び動機づけ支援に該当した全対象者298名に対し、「ドリンク」の概念やアルコールの代謝速度、依存形成のプロセスなど、アルコールに関する基本的な教育を行い、飲酒量調査にてハイリスク飲酒者（AUDIT10点以上、あるいは21ドリンク/週以上）78名に対し、4週間後、さらに8週間後に節酒集合教育を行った。6か月後の最終評価までの間、電子媒体で生活習慣記録表の提出を依頼し、記録の確認とともにコメントを記載して対象者に返却した。また、最終評価より約半年後の健康診断時に、AUDIT及び過去4週間の飲酒量調査を行い、1年前のAUDIT及び初回面談時の飲酒量と比較した。

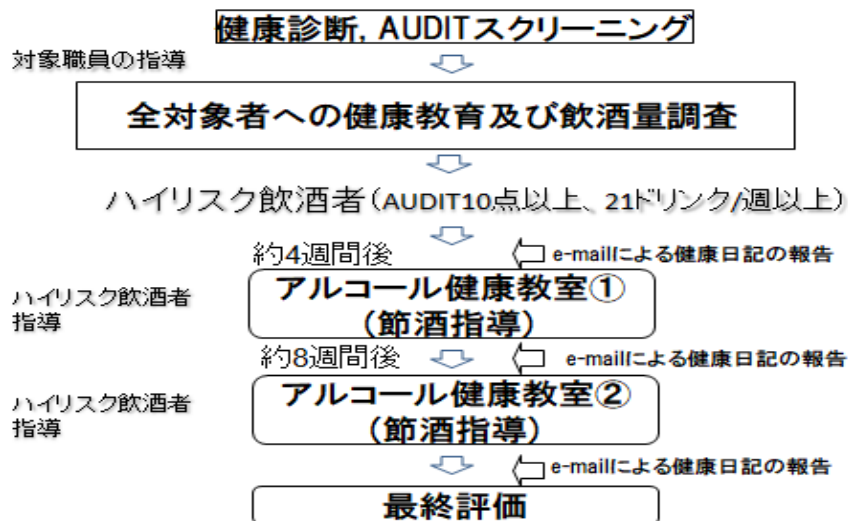


図 1. 特定保健指導における集団節酒指導プログラムのフローチャート

② 主な結果

集団節酒指導プログラムを受けた群での介入前後の飲酒量の変化を表 1 に示す。AUDIT スコアは、1 年前に比べ  $13.8 \pm 5.3$  から  $10.6 \pm 4.8$  と有意に減少し、また評価前 1 週間の総飲酒量も  $28.0 \pm 17.0$  ドリンクから  $18.1 \pm 10.1$  ドリンクと有意に減少した。さらに、過去 4 週間の 6 ドリンク/日以上の多量飲酒日数は半減し、過去 4 週間の非飲酒日数も有意に増加していた。

|                 | 介入前  |     | 介入後  |      | P      |
|-----------------|------|-----|------|------|--------|
|                 | 平均値  | SD  | 平均値  | SD   |        |
| AUDIT           | 13.8 | 5.3 | 10.6 | 4.8  | P<0.01 |
| 飲酒量<br>(ドリンク/週) | 28   | 17  | 18.1 | 10.7 | P<0.01 |
| 28日間の<br>多量飲酒日数 | 4.6  | 8.2 | 2.3  | 3.7  | P<0.05 |
| 28日間の<br>非飲酒日数  | 5.6  | 7.4 | 10.3 | 8.2  | P<0.01 |

表 1. 介入前後の飲酒習慣の変化

介入前後における、主な健康診断結果を表 2 に示す。腹囲は、 $90.4 \pm 6.2$  cm より  $88.8 \pm 7.0$  cm と有意に減少、体重、BMI も各々  $75.1 \pm 7.6$  kg より  $74.2 \pm 8.6$  kg、 $25.6 \pm$

2.3 より  $25.3 \pm 2.6$  と有意に減少した。収縮期血圧には有意差が見られなかったが、拡張期血圧は  $85.0 \pm 1.7 \text{mmHg}$  から  $82.7 \pm 0.4 \text{mmHg}$  と有意に減少した。中性脂肪は減少傾向を示したが、有意差を示すには至らなかった。肝機能は、対数変換後の比較で AST には有意差は見られなかったが、ALT、 $\gamma$ -GTP については有意に減少していた。

また、メタボリックシンドローム（腹囲以外にリスクファクター2項目以上該当）の割合は、介入前後で変化は見られなかったが、予備群（腹囲以外にリスクファクター1項目該当）を加えた場合、介入前 78 名中 55 名（70.5%）から介入後 43 名（55.1%）と有意に減少していた。

|                                     | 介入前   |         | 介入後   |        | p      |
|-------------------------------------|-------|---------|-------|--------|--------|
|                                     | 平均値   | S.D.    | 平均値   | S.D.   |        |
| 年齢                                  | 48.1  | (4.4)   | 49.1  | (4.4)  | P<0.01 |
| 体重(kg)                              | 75.1  | (7.6)   | 74.2  | (8.6)  | P<0.01 |
| 腹囲(cm)                              | 90.4  | (6.2)   | 88.8  | (7.0)  | P<0.01 |
| Body Mass Index(kg/m <sup>2</sup> ) | 25.6  | (2.3)   | 25.3  | (2.6)  | P<0.01 |
| 収縮期血圧(SBP, mmHg)                    | 129.9 | (15.2)  | 130.8 | (12.7) | P=0.51 |
| 拡張期血圧(DBP, mmHg)                    | 85.0  | (10.7)  | 82.7  | (10.4) | P=0.04 |
| Total Cholesterol (mg/dL)           | 210.3 | (30.5)  | 209.9 | (32.5) | P=0.91 |
| Triglyceride (mg/dL)                | 148.2 | (120.3) | 144.2 | (86.2) | P=0.73 |
| HDL-C (mg/dL)                       | 54.2  | (13.2)  | 56.3  | (13.1) | P=0.02 |
| LDL-C (mg/dL)                       | 127.0 | (29.0)  | 132.0 | (31.4) | P=0.07 |
| log AST                             | 1.41  | (0.16)  | 1.40  | (0.17) | P=0.48 |
| log ALT                             | 1.47  | (0.22)  | 1.42  | (0.22) | P<0.01 |
| log $\gamma$ -GT                    | 1.81  | (0.33)  | 1.77  | (0.31) | P=0.02 |

表 2. 介入前後における健康診断結果の変化

## B) 依存症が疑われる者に対するブリーフ・インターベンションの効果検証<sup>3)</sup>

ブリーフ・インターベンションによる酒量低減効果については、既に欧米を中心に多数の報告が存在するが、ほとんどの効果検証研究の対象は、基本的に（依存症ではない）危険な (hazardous) あるいは有害な (harmful) 問題飲酒者に限られていた。2013 年 4 月に出された「標準的な健診・保健指導プログラム」<sup>4)</sup> では、AUDIT15 点以上の者には、アルコール依存症が疑われるため、専門医療機関受診が推奨されている。しかし、これまでわれわれが職域にて取り組んできた経験では、ブリーフ・インターベンションにより AUDIT15 点以上の群でも十分に酒量低減効果が認められていたため、依存症が疑われる者の中で、どのような特徴があれば飲酒量低減を治療目標に加えられるかの議論も行われるようになっていく。

そこで、B 社 C 事業所に協力を依頼し、同社の社員で AUDIT15 点以上 124 名のうち、研究参加に同意の得られた 102 名に対し、TLFB 法（最近 4 週間の非飲酒日数、最近 4

週間の多量飲酒日数、最近 1 週間の合計ドリンク数)、DSM-5 の物質使用障害に関する診断基準、節酒または断酒に対する重要性の認識、目標達成の自信 (自己効力感)、専門医療機関受診の意向等に関する、VAS (Visual Analogue Scale) などの調査を行った。その後、ナレーション付きスライドの視聴とワークブックを中心に合計 60 分程度で構成される、集団でのブリーフ・インターベンションを 2 回行い、介入 1 年後の転帰調査および質問紙調査などでの効果検証を行った。また、対照群として、B 社 D 事業所社員で AUDIT15 点以上であった 115 名を対象に、介入を行わずに 1 年後 AUDIT のみ調査を行った。

その結果、AUDIT 得点は 1 年後の調査では C 事業所 (17.8±3.2 点→12.8±4.9 点)、D 事業所 (17.4±2.5 点→14.1±4.1 点) とともに有意に減少した (図 2) が、減少幅ではブリーフ・インターベンションを実施した C 事業所の対象者が有意に大きく減少していた。

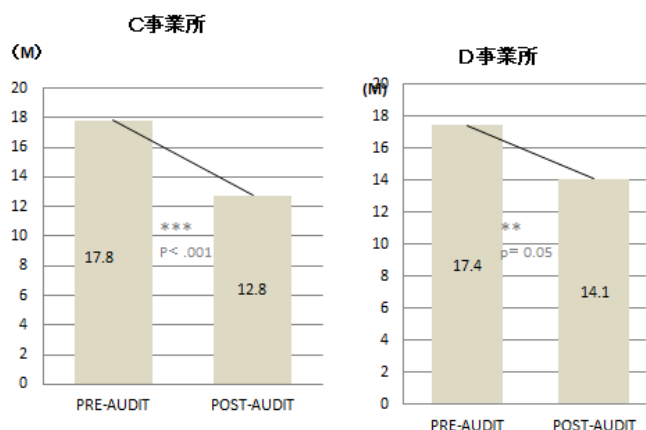


図 2. 介入前後の AUDIT 得点の比較

C 事業所で介入した者に対して行った TLFB 法による調査では、いずれの項目についても約 60%の者に改善が見られ、対象者全体では、最近 4 週間の非飲酒日数 (3.52 日→7.22 日)、最近 1 週間の合計ドリンク数 (33.86 ドリンク→24.31 ドリンク) において有意な改善が見られた。とくに 50 歳以上の対象者においては、50 歳未満に比べ著明な改善が見られており、ブリーフ・インターベンションの酒量低減効果は、50 歳以上の重篤問題飲酒者により現れやすい可能性が示唆された。これは、おそらく若年者ほど職場や家庭、友人関係など環境要因に左右される飲酒が多いこと、50 歳以上になると飲酒パターンが確立され、飲酒に関連した健康問題を身近に感じることによって、動機付けが高まりやすいことなど関係しているものと考えられている。

VAS による質問項目の類似性を確認するため、介入前後の両時点ごとにクラスタ

分析を行ったところ、介入前において「節酒の重要性を強く感じ」、「節酒による変化に期待を持っている」が「その自信を持ちにくい」群は、そうでない群に比べ、介入後のTLFB法のすべての項目において有意な改善が見られた。これらの結果から、ブリーフ・インターベンションの介入効果を予測する因子として、節酒の重要性認識や変化の期待が高いが、節酒に対する自信は低い群の方が、長期に節酒を維持できる可能性が示唆された。

#### 【まとめ】

- ① 職場でのアルコール問題への早期介入においては、職場全体で対応する仕組みづくりが重要であるが、一方で従業員の抵抗感も強く、未だ困難な面も多い。こうした中で、具体的で特色ある先駆的な取り組みがいくつかの企業で試みられている。
- ② 特定保健指導の枠組みに「集団節酒指導プログラム」を盛り込むことで、飲酒量低減のみならず、メタボリックシンドロームの改善効果があることが示唆された。
- ③ 職域においては、保健指導プログラムで依存症疑いとされる AUDIT15 点以上の者にも、本人の希望に応じ、まずは節酒指導から始めてもその効果が現れる者は少なくない。とくに、50 歳以上で、節酒の重要性を認識しているがその自信は低い、という特徴を持つ者に酒量低減効果が高い可能性がある。

(武藤岳夫)

#### 《文献》

- 1) 杠岳文（研究分担者）：医療現場等で行う効率的な飲酒量低減技法の開発．厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）我が国における飲酒の実態把握およびアルコールに関連する生活習慣病とその対策に関する総合的研究（研究代表者 樋口進）平成 24 年度分担研究報告書、125-128、2013
- 2) 杠岳文：特定保健指導にも使える集団節酒指導プログラム—初めての方にもできる指導のコツ—、独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター、2011
- 3) 杠岳文（研究分担者）：アルコール依存症に対する簡易介入の適応に関する研究．厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））アルコール依存症に対する総合的な医療の提供に関する研究（研究代表者 樋口 進）平成 26 年-平成 28 年度総合分担研究報告書、189-199、2017
- 4) 厚生労働省：保健指導におけるアルコール使用障害スクリーニング（AUDIT）とその評価結果に基づく減酒支援（ブリーフインターベンション）の手引き．標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）；176-183、2013

## IV. 中小規模の職場におけるアルコール問題早期介入

### 1) 特定保健指導を活用した早期介入

職域でのアルコール問題の早期介入について考えるとき、いわゆる大企業か中小企業かを分けて考える必要がある。なぜならば、職員の健康診断、特定保健指導などのシステムが異なるからである。前項で大企業での取り組みを紹介しており、本稿では、中小企業での取り組みについて解説する。中小企業では、全体に占める壮年男性の割合が多いため、問題飲酒者も多い。職域では、上司の理解、人事部や保健衛生担当者の協力を得ることが重要になる。また、大企業と中小企業によって、指導体制が大きく異なり、業種によっては社内の飲酒文化も様々なため、規模や状況に応じた指導を実施する必要がある。

#### A) 中小企業について

日本の企業は、その従業員数によって、いわゆる大企業と中小企業に二分される。中小企業基本法では、資本金の額が3億円以下又は、従業員数が300人以下の会社（製造業等の場合）を中小企業としている。大企業は、この中企業の定義を満たさない会社となる。日本の場合、99.7%は中小企業である。企業数では約380万となり、従業員数は約3300万人となる。（一方、大企業は、企業数では約11000となり、従業員数は約1400万人となる。）

中小企業においても、年一回の健康診断は義務付けられている。大企業と違い、専従の産業医や産業保健師がいるわけではないので、健康診断を地域の病院や全国健康保険協会に委託して行う。本稿では、中小企業における特定健康診断及び特定保健指導を活用したアルコール問題の早期介入について、紹介を行う。

#### B) 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。

かといって、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）

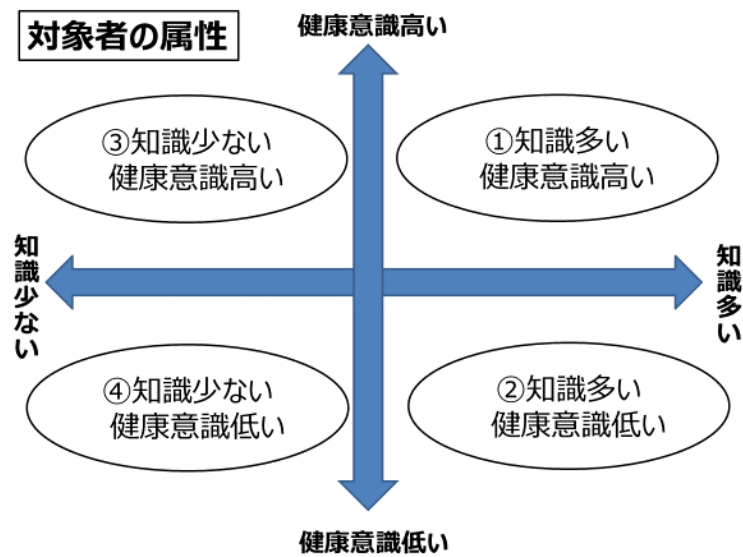


図 1. 対象者の属性

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。

### C) スクリーニング

スクリーニングには、AUDIT を使用する。中小企業の健康診断では、問診票を事前郵



送する場合が多いため、問診表に AUDIT を同封すると効率的である。カットオフ値は、10 点以上に設定する。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。

#### D) 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、通常の特  
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 の点数のフィードバックをすることで、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。悪い例をまず説明する。「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  
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)

## 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

表 1. 栄養指導と減酒指導の比較

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、「II 職場でのアルコール問題の一次予防:効果的な啓発のために」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、ぜひ参考にさせていただきたい。

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3kg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、「Ⅱ職場でのアルコール問題の一次予防：効果的な啓発のために」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。

#### **E) 職場全体での取り組み**

職場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、職域全体で「面」としての取り組みが有効である。例えば、保健便りや職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 中小企業での節酒支援には、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 飲酒問題のスクリーニングには、主に AUDIT を用いる。
- ③ 対象者の選択では、まずは行動変容が比較的容易に起こる健康意識の高い人を選ぶ。
- ④ ドリンクと「6 ドリンク/日以上は多量飲酒」、「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」、「節度ある適度な飲酒は 2 ドリンク/日」という指標を用いて、飲酒量を客観的に評価する。
- ⑤ 節酒指導においては、具体的かつ達成可能な飲酒目標を設定する。

(福田貴博)

## V. アルコール依存症が疑われる事例への介入

### 1) アルコール依存症が疑われる従業員への対応

#### A) 受診のすすめ方

##### (ア)信頼関係を築く

依存症が疑われる従業員がいた場合、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、困っている職場は多いであろう。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。

##### (イ) 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する必要がある<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を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家族もいるため、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。

### (ウ) 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、職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。職場では、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。

### (エ) 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。

## B) 専門医療機関との連携

### (ア) 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いるため、以前より紹介は行いやすくなっているはずである。保健所や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。

### (イ)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>。

### (ウ)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、退院後直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。

### (エ)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、このような場合は別である。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。

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。このような場合は、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を躊躇される人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。

### (オ)紹介後の対応

アルコール依存症は慢性の疾患であり、安定した回復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。前述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。業務上の配慮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。

#### 【コラム】

##### CRAFT

Community Reinforcement and Family Training（コミュニティ強化と家族トレーニング）の略称である。CRAFTは家族などの重要な関係者に介入することで、本人の受診行動に繋げ、本人の介入を行うという包括的プログラムである。アルコールを含む物質依存症を抱える人について、ほかの介入法と比較し、より優れた治療導入率と治療効果をもつことが立証されている。

「アルコール・薬物・ギャンブルで悩む家族のための7つの対処法—CRAFT（吉田精次著、アスク・ヒューマン・ケア）」に詳しい。



## 【まとめ】

- ① 職場で依存症が疑われる従業員を、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、相談に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であることなどを伝える。
- ③ 予め保健所や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といよい。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。

(遠藤光一)

## 《文献》

- 1) 廣尚典：アルコール依存症例の職場復帰支援のあり方,  
[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

## VI. 職場での早期介入普及の課題

職域では、平成25年4月から標準的な健診・保健指導プログラムに減酒支援が加わったことで、アルコール問題の早期介入を特定保健指導の枠組みで行うことが可能になった。ただし、特定保健指導は基本的にメタボ及びその予備群が対象で、アルコール問題対策を主軸に危険な飲酒者、有害な飲酒者、アルコール依存症患者を網羅的に指導するものでない。このため、対象となるものは一部の問題飲酒者に限られるが、この支援を通して職場でアルコール問題への早期介入が正式に始まる契機になったことの意義は大きい。実際に飲酒問題の行動変容に関わってもらいと、飲酒行動の大きな変化や他の健康行動に連鎖するといった他の生活習慣の指導にはない変化を体験でき、保健指導の醍醐味を味わうことができる。さらに、こうした体験を通して、特定保健指導以外の場面でも、徐々に減酒指導が職域に広がることを期待できる。しかしながら、現時点においては未だ現場では飲酒問題への早期介入技法としてのブリーフ・インターベンションが職域に浸透している訳ではなく、先駆的に職場での介入に取り組む者も、未だ十分とは言えない周囲の理解と協力の中で試行錯誤の状況である。本稿では、今後職場でブリーフ・インターベンションを普及させるための課題と対策について述べたい。

### 1) 早期介入普及のために職場に求められること

職場には、飲酒問題を抱えながらも、未だ健康障害や飲酒関連問題は重篤にならず、仕事はもちろんのこと、家庭生活も維持できている者は少なくない。また、専門医療機関受診が必要な中等症以上の依存症患者は多くない。さらに、近年定年退職後に飲酒問題が顕在化あるいは悪化し、高齢の依存症患者が急増し、介護福祉の現場でも大きな問題になっている。こうした点から考えれば、職場は飲酒問題の二次予防、すなわちアルコール問題の早期介入の最も適したフィールドであり得る。一方、その対策にはいくつかの越えなければならないハードルがある。一つは、先にも述べられた職場の飲酒風土であろう。職場では、飲酒の機会が「飲みニケーション」とも呼ばれ、職場の人間関係の潤滑油として利用されてきた。飲酒によって緊張感をほぐし、酒を酌み交わしながら、日中職場の上意下達の硬い雰囲気とは異なり、場所と雰囲気を変え上司とも気楽に対等に近い立場で会話することによって、職場のコミュニケーションと相互理解と信頼関係が深まると考えられている。わが国では、この宴会の機会も職場文化として、昔から大切に守ってきたところがある。とくに飲酒機会を得意とし、場の盛り上げが上手な上司にとっては、部下を掌握し、職場の団結力を高めるよい機会となっていた。もちろん、上司が部下に奢れば、なおさら部下と密な人間関係、主従関係が築けると思われてきた。最初の課題が、こうした職場の飲酒風土を変えることであるが、この問題への対策については、先に「職場の飲酒風土を変える試み」でも述べられているため、本章では割愛する。いずれにせよ、まずは会社幹部あるいは職場上司が、飲酒問題の予防的対策に関心を持ち、多量飲酒の機会が少なくなることで、社員の健康増進と事故防止、さらには会社の生産性向上に寄与するという認識を持てるかが鍵を握る。福岡市の飲酒運

転対策の取り組みの推進には、社会の批判もあったとは言え、職場のトップ（福岡市長）が危機感を抱き、アルコール問題対策の旗手となったことの意味は大きかった。

二つ目の課題は、早期介入を行う人材の育成であり、三つ目の課題は、アルコール問題の早期介入を推進するためのわが国のエビデンスの構築である。この二つの課題と対策について、詳しく述べることにする。

## 2) 早期介入を行う人材の育成

飲酒に寛容な社会、そして飲酒に寛容な職場で、アルコールの問題があると認識されているのは、しばしばアルコール依存症レベルの重篤な問題である。アルコール問題に対する一般の人々の感度は低く、飲酒のために二日酔いで仕事を時々休み、過量飲酒によって健康障害をきたし、健診で指導を受けても毎年結果は変わらず、休日には日中から飲酒し、あるいは、たまたま運よく検挙されていなくても時々飲酒運転をしているような人に対して「アルコール問題がある」という認識になっている。おそらくこの問題レベルになると、アルコール依存症としても中等症以上の者であると思われる。このアルコール問題に対する低い感度と高い閾値は、一般人に対してだけ当てはまるのではない。医師、看護師、保健師などの医療従事者に至っても、おそらく同じレベルの感度しか持ち合わせていない。それどころか、医療従事者には、「飲酒者に指導をしても、飲酒者は理屈っぽくて言うことを聞かない、指導しても効果がない」、「酔って絡まれると怖い」、「酒に依存する者は意志が弱いか、人格に偏りがある」といった誤った認識が染みついており、飲酒問題に関わりたくないという心理があるためか、時には一般人以上に医療従事者の問題に対する感度が低いことがある。

診察時に何度指導を繰り返しても飲酒が改まらず、臓器障害が悪化、時には救急部に担ぎ込まれながら、酔って悪態をつき、威嚇するような飲酒者への対応で、しばしば医療従事者は疲弊し、傷付いているのである。さらに、丁寧に対応し症状改善したとしても、退院後間もなく飲酒し同じ状態で舞い戻ってくる。こうした中で、医療従事者も次第に虚しさを感じ、医療費の無駄遣い、患者の自業自得とも感じてしまう。こうした経験を持つ医療従事者は少なくない。そして、こうした医療従事者にとって、アルコール問題は、できるだけ避けて通りたい領域になっている。この忌避感情が医療従事者の否認につながり、問題を見たくないがために、アルコール問題に対する感度が下がってしまい、健康と生活が破綻した重篤な依存症しか気づかない悪循環に陥てしまっている。上に挙げたような飲酒問題の事例は、すでに進行した依存症に至ってしまっている重症事例である。依存症の手前の「危険な使用」、「有害な使用」の段階での介入であれば、医療従事者も余裕をもって接することができ、さらに介入の成功率も高く、支援者としての自己効力感も高まる。そして、飲酒問題に積極的に関わる動機付けが高まる好循環につながる。

アルコール問題に関わる人材を増やすためには、「危険な使用」、「有害な使用」レベルで飲酒習慣の行動変容をもたらす成功体験を積み、飲酒者の心理を正しく理解することが有効であると思われる。生活習慣の一つとして飲酒習慣に関り、介入に携わる人が増えれば、

そのすそ野は広がる。そして、その関りの中で時に遭遇するアルコール依存症の問題にも対応できるように教育を行っていく。依存症の問題に対応できる人材を増やすためにも、まずはアルコール問題の早期介入技法を修得した人材を育成することが有効と考えられる。

#### A) 早期介入技法の効果と重要性を知ってもらう

アルコール依存症の治療では、1980年代の治療成績によると専門医療機関で入院治療を行った後2年時点までの断酒率が2割程度<sup>1)</sup>とされている。アルコール依存症になると専門治療に繋げるまでも大変であるが、その後の治療成績もはかばかしくない。もちろん、これは医療者の技量の問題というより、依存症という疾患の病状が悪化し、飲酒行動の制御が一層難しくなっているためと考えられる。こういう体験の中で、アルコール問題は、「難しい」、「なかなか治らない」といった雰囲気と諦めが医療関係者の中に広がってしまっている。一方、われわれの経験では、依存症に至る前の危険な使用や有害な使用の段階での行動変容の成功率は、およそ6割である。また、われわれが職場で行ったブリーフ・インターベンションの効果検証研究では、1年後の飲酒量は概ね2/3に減少していた<sup>2)</sup>。疾病が軽症で、治療成否の目標も低いので、当然治療成績もよい。こうした軽症で、われわれが「ソフトな」アルコール医療と呼ぶ領域に関わる経験をしたことのある医療従事者は、治療者としての自己効力感を抱きやすく、アルコール問題に前向きに取り組みやすくなると考えている。仮に、その中に時に治療抵抗性の困難な事例、すなわち「ハードな」アルコール医療の事例が含まれていても、である。

症状が進展する前の早期介入で、しかも目標が断酒ではなく飲酒量低減という低い目標であるため、介入による行動変容達成率が高くなるというのは、ある意味当然のことである。

もう一つ重要な点は、飲酒量低減の意義である。残念ながらわが国のデータではないが、図1は40歳男性の病院受診患者にブリーフ・インターベンションを行って飲酒量低減をした時の1万人当たりの1年間の予測死亡者数の変化を示している<sup>3)</sup>。病院受診中のフランス人40歳男性の1年間の予測死亡者数は20であり、96g(フランスの8単位)の純アルコールを毎日摂取した場合の相対危険度が9であるという仮説に基づいている。そして、アルコール摂取量/日に応じてその相対危険度は異なり、アルコール摂取量を96g/日から減量した場合の予測死亡者数の変化をグラフにしたものである。このグラフから飲酒量低減指導によって飲酒量をどの程度減らすと、どの程度予測死亡者数が変化するかが分かる。たとえば、日本酒4合5勺(純アルコール換算で96g)/日の多量飲酒者が3合5勺(同じく76g)/日に20g減量できたとして図1からは、年間1万人当たりの死亡者数は180人(x軸値0のy値)から92人(x軸値20のy値)に49%減少すると読み取れる。さらに、2合(同じく43g)/日に減量すれば、x軸値が(96-43)=53でy値を読むことになり、その年間予測死亡者数は36と4合5勺/日の場合の180に比べ80%も減少する。このように、図1のグラフからは、中年男性(ここでは40歳男性)への飲酒量

低減指導は、すなわち中年男性の命を守ることに直結していることが読み取れる。飲酒量低減指導の意義は、決して小さいものではないことが分かる。

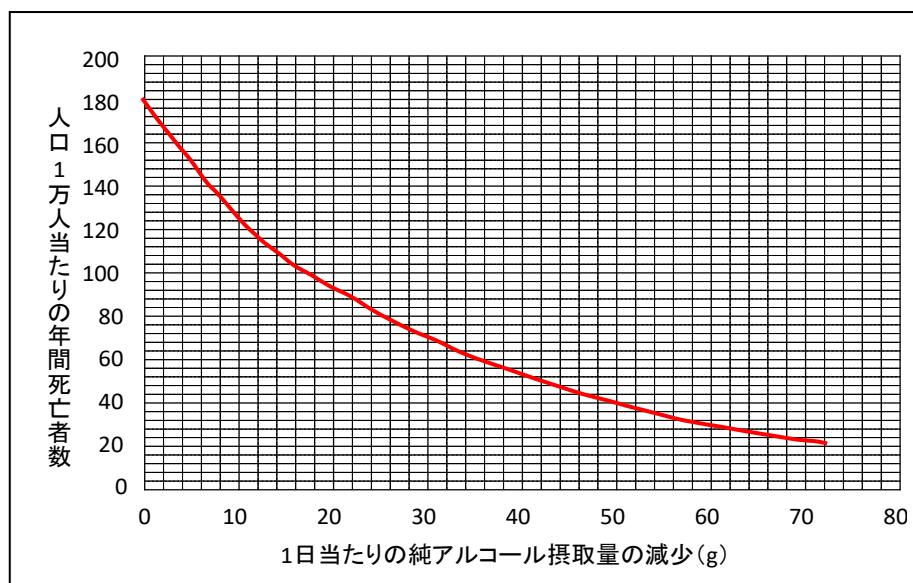


図1. 飲酒量低減に伴う年間予測死亡者数の低減効果

## B) 早期介入の技法を修得する

早期介入の効果と意義を感じた方は、次に早期介入の技法としてのブリーフ・インターベンションの研修に参加して、その技法を修得頂くとよい。ブリーフ・インターベンションの研修会は、肥前精神医療センター、久里浜医療センターなど国立病院機構病院を中心に年に数回行われている。いずれも、ロールプレイなどの実践を交えたおよそ1日間の研修でブリーフ・インターベンションについて修得できる。なお、肥前精神医療センターの研修会(表1)を受講した者には、HAPPYプログラムの使用権も授与される。HAPPYプログラムは、わが国で開発されたブリーフ・インターベンションのパッケージで、ブリーフ・インターベンションに教育の要素を加え、マニュアルやワークブック、飲酒日記、教育用教材などの補助ツールが用意されている。通常の臨床場面では、医師が行っている医学的に好ましい対処についての指導や教育が教材に含まれており、医師のいない場面でブリーフ・インターベンションを行う際に有用と考えられている。HAPPYプログラムをグループセラピーに応用したものが、「集団節酒指導プログラム」である。教育的な要素は、集団指導の方が受け取りやすい。

ロールプレイに参加したブリーフ・インターベンション研修会の受講生からは、相手をわざとらしくなく自然に「承認し、褒める」ことが難しく、またその言葉がクライアントの動機づけに関わるかを実感したという感想が多く寄せられている。「褒める」ことは行動変容に効果的な技術であり、わざとらしくなく自然に態度や言葉が出るようにするためにも練習が必要である。医療者の視点は、疾病という健康の負の側面に焦点を当

てることに慣れているためか、患者の長所や強みは見落としがちである。また、接遇にもそれほど長けているわけではない。患者を承認し、自然に褒めるには、日頃の訓練を要する。家庭や職場で「承認し、褒める」ことの効果を実感して欲しい。

|             |   |
|-------------|---|
| 9:00~9:05   | あいさつ  |
| 9:05~10:00  | 「ブリーフ・インターベンションの基礎とこれまでのエビデンス」              |
| 10:00~10:30 | 「アルコール問題の評価とフィードバック、目標設定のポイント」              |
| 10:30~10:40 | 【 休憩 】                                      |
| 10:40~11:25 | 「早期介入パッケージ“HAPPY”：開発の経緯とその使い方」              |
| 11:25~12:15 | 「ワークブック、飲酒日記を用いたブリーフ・インターベンションと集団節酒指導プログラム」 |
| 12:15~13:00 | 【 昼食 】                                      |
| 13:00~13:30 | 「ブリーフ・インターベンション実践のコツ」                       |
| 13:30~14:10 | 「沖縄県におけるアルコール早期介入の実践」                       |
| 14:10~14:20 | 【 休憩 】                                      |
| 14:20~15:10 | 「HAPPY とワークブックを用いた 1 回目の介入」                 |
| 15:10~15:50 | 「HAPPY とワークブックを用いた 2 回目の介入」                 |
| 15:50~16:00 | 【 休憩 】                                      |
| 16:00~17:00 | 「集団節酒指導プログラムを用いた介入」                         |

表 1. ブリーフ・インターベンション研修プログラム例（肥前精神医療センター）

### C) 早期介入の技法を実践する

職域は、職場の管理者の理解があれば飲酒問題の早期介入を実践する場としては、地域、医療機関、職域の中では最も適している。もちろん、プライバシーへの配慮は必要であるが、飲酒問題が重篤なものは比較的少なく、問題の程度が比較的均質である。また、介入後のフォローも転勤等がなければ健診等のデータを参照しながら、一定期間行うことができるというメリットがある。こうした点からも、職場は早期介入の恵まれた実践フィールドであり、特定保健指導の機会などを利用して行うことができる。これまでのわれわれの経験でも、職域では、早期介入を行えば、結果は期待以上に表われ、参加者からは「参加してよかった、体調がよくなった、眠りが深くなった、痩せた、健診時に異常だった数値が改善した」といった好ましい変化を喜ぶ反応が返ってくる。こうした正のフィードバックが得られると、支援者は介入への動機付けをさらに増す。

### 3) 早期介入の意義を示すわが国でのエビデンスの必要性

職域では、飲酒については、健康問題としてよりは個人の嗜好の問題ととらえられること

が多い。仕事以外の個人の自由な時間の飲酒行動にまで職場が管理することは、飲酒の影響が、直接その安全に関わる運転、操縦業務以外ではほとんど見られない。この場合も、日頃の飲酒状況を問題にしているのではなく、業務直前の飲酒状況を就業開始前の呼気アルコール濃度によってチェックし飲酒酩酊下での業務による事故を防止するためのものである。現時点でもこうした対策は、職員の安全を守るためというよりは、乗客や歩行者など他者の安全を守るための対策として行われていると言ってもよい。職場が、飲酒問題をより積極的に職員の健康と安全にかかわる問題ととらえるためには、飲酒が職員の仕事のパフォーマンス、生産性以外に、健康、勤怠、就業中の事故などの安全にいかに関わっているか、さらに飲酒量低減によって、こうしたリスクをいかに回避できるかを明らかにする必要がある。こうしたエビデンスは、現在まで外国にはいくつかある<sup>4,5)</sup>が、わが国には残念ながら未だほとんどない。こうした労働者の飲酒と健康、安全に関して、飲酒量の増加とともに健康障害と従業中の事故が増えるといったことを示すエビデンスが構築できれば、職場の管理者は従業員の健康と安全を守る責務を有することから、個人の余暇や嗜好の問題ではなく、職場の安全衛生に関わる問題として、職場のアルコール問題の早期介入により積極的に取り組むことができるようになる。

#### 【まとめ】

- ① 職場での早期介入の普及には、会社幹部あるいは職場上司が、飲酒量低減が社員の健康増進と事故防止、さらには会社の生産性向上に寄与するという認識を持つかが鍵を握る。
- ② 「危険な使用」、「有害な使用」の段階での早期介入では、医療従事者も余裕をもって行うことができ、介入成功率も高く、飲酒問題を忌避せず、積極的に関わろうとする人材が増えることにつながると期待する。
- ③ 飲酒問題の早期介入推進のためには、職場が飲酒問題を積極的に職員の健康と安全に直接関わる問題と捉え、飲酒と従業員の生産性、健康、勤怠、就業中の事故などとの関連をわが国でも明らかにする必要がある。

(杠岳文)

#### 《文献》

- 1) 鈴木康夫: アルコール症者の予後に関する多面的研究. 精神神経誌 84: 243-261, 1982
- 2) 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: 157-63, 2015
- 3) Rehm J, Roerecke M: Reduction of drinking in problem drinkers and all-cause mortality. Alcohol Alcohol 48: 509-513, 2013
- 4) Kumar SG, Dharanipriya: Prevalence and pattern of occupational injuries at work place among welders in coastal south India. Indian J Occup Environ Med 18: 135-

139, 2014

- 5) Parish M, Rohlman DS, Elliot DL, et al: Factors associated with occupational injuries in seasonal young workers. *Occup Med* 66: 164-167, 2016



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、普通だで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 |
| <br>アルコール濃度5%    | 大ビン                | 容器の大きさ<br>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 |
| <br>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<br>お湯割り(3:7) | コップの大きさ<br>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 |
| <br>アルコール濃度43% | ロック(ストレート)         | ウイスキーの量<br>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 |
| <br>アルコール濃度12% | グラス(白・赤)           | ワインの量<br>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 |



