

の協力を得て WHO の共同研究でのプロトコールに従って実態を解析する。また、別途、死亡者と外傷との関係も解析する。

2. 方法

A. 救急医療における飲酒の影響

1) 対象者

対象は、救命救急センターを外傷が原因で受診し、本研究への参加を同意した 20 歳以上の者で、受傷してから 6 時間以内に救急外来を訪れた患者を対象とする。実施場所は市立函館病院救命救急センターと他 2 施設を予定している。その施設を受診する者を代表するようにサンプリングを行う。外来が混み合い、研究の遂行が困難な場合には、対象者を受診者 2 名に 1 名、3 名に 1 名などとする事も可能とする。なお、各施設でのデータ収集は最低 500 名とし、実施体制は図 1 のとおりである。現在、北海道の市立函館病院救命救急センターが本プロジェクトへの参加を表明している。参加病院においては、NIAAA の協力を得て 2 日～3 日のワークショップを開催しプロトコールの内容理解と実践演習を行う。平成 23 年 1 月から平成 27 年 12 月の 5 年間である。得られたデータおよび血液、DNA 等の検体は研究終了後 5 年間保存し、以後廃棄する。

2) 研究方法

2-1) 調査員

原則的に 2 名の調査員（調査員 A、調査員 B）を研究のために割り当てる。

2-2) 調査票等

調査票はすでに国際共同研究で使用されている英語版調査票を邦訳して使用する（添付文書）。呼気中アルコール濃度測定には、国際共同研究で共通使用されているアルコセンサー IV を使用する。

2-3) 調査手順

① まず、調査員 A が、被験者の選択、研究の説明、患者からの同意取得を行う。同意取得に関しては、研究の説明文書、遺伝子研究の補足説明文書を使用する。また、同意の取得には「けがと飲酒に関する国際共同研究協力同意書」を使用する。

② その後、調査員 B が、まずアルコセンサーで呼気中アルコール濃度の検査を行う。次いで調査票に従って面接調査を行う。その主な内容は以下の通りである。

i) 受傷に関する質問

どのように受傷したかについてのいくつかの質問を行う。その際、自傷によるものなら確認する。暴力によるものなら、加害者が誰か、飲酒していたかを質問する。受傷時にどこにいたか、何をしていたかを質問する。

ii) けがをする直前の飲酒

受傷、事故の前 6 時間以内に飲酒したかどうか、もし飲酒していれば、飲酒した時間、何をどれくらい飲んだか、どこで飲んだか、どれくらい酔っていたか、受傷によって飲酒を中止したかどうか、受傷から受診前までに飲酒したかについて尋ねる。

iii) いつもの酒の飲み方

最近 1 年間の飲酒について、思い出してもらい質問をする。普段の飲酒の頻度、量、

12 ドリンク以上飲酒した日の回数、5-11 ドリンク飲酒した日の回数を尋ねる。また、アルコール依存症についての質問、同じ効果を得るために飲酒量を増やす必要があったかどうか、飲酒によって何回怪我をしたか、治療を要する怪我が何回あったかを尋ねる。

iv) けがの前日の飲酒

前日のけがをしたのと同じ時刻にどこにいたか、何をしていたか、もし飲酒していたなら何をどれくらい飲んだかを質問する。

v) けがのちょうど1週間前の飲酒

1週間前のけがをしたのと同じ時刻にどこにいたか、もし飲酒していたなら何をどれくらい飲んだかを質問する。

vi) 飲酒後の反応

飲酒後のフラッシング反応について質問する。

vii) 背景情報

教育歴、仕事についているかを尋ねる。患者が嫌がらなければ、収入を尋ねる。

2-4) 採血 (オプション)

外傷の程度を評価するため採血された血液中のD-dimer等を市販キットを用いて測定する。

遺伝子解析について同意を得られた場合において、ADH (alcohol dehydrogenase)、ALDH2 (aldehyde dehydrogenase-2) 等の遺伝子のタイピングを行うための採血を行う。

3) プロコールについては、添付資料を掲載した。国際共同研究に用いられたプロトコールを久里浜アルコール症セン

ターで翻訳したものを使用する。

4) 以上の研究については、平成22年度に久里浜アルコール症センター遺伝子倫理委員会、札幌医科大学倫理委員会の承認を、平成23年度には市立函館病院救命救急センター、大阪府立泉州救命救急センターの承認を得た。

3. 現在の状況と予想される結果

平成22年度については、実施施設として市立函館病院救命救急センターの協力が得られ、平成22年9月27日から3日間ワークショップを開催した。NIAAAのChou博士によるレクチャーとワークショップを行った。平成23年度とは実施施設として、市立函館病院救命救急センター、大阪府立泉州救命救急センターでの臨床研究が承認され、実施中である。ただ、これらの施設において問題点が浮かび上がってきた。救急外来において最も多いの内因性の疾患であること、外傷事例が極めて少ないことである。NIAAAの共同研究基準つまり一施設500例を満たすには数年以上かかる可能性が出てきた。そこで、さらなる多施設共同研究を検討中である。

一方、死因における外傷と飲酒の関係についても平成24年度に向け、多施設共同研究を実施予定であり、これについては2008年-2011年の全国5施設における多施設共同研究を検討中である(図2)。ちなみに、札幌医大のケースを挙げると下記の図3に示すように、法医解剖例において、死亡例における外傷と飲酒の関係は有

意に飲酒者において外傷受傷が増加することが認められている。

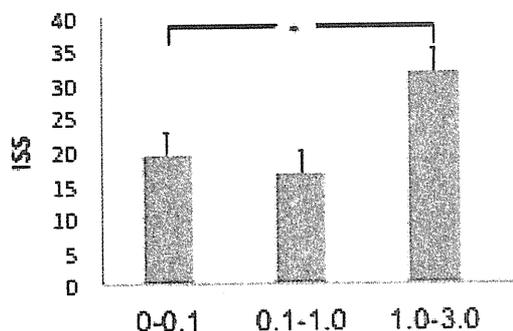


図3 血中アルコール濃度の外傷スコアの関係。X軸は血中アルコール濃度 (mg/ml)。*は群間で5%有意で異なることを示す。

この研究によって初めてわが国の救急医療の外傷患者における飲酒の実際が明らかになるとともに死亡例における飲酒のおよぼす影響がはじめて明らかになる。このことは諸外国との比較はもとより、医療行政における飲酒対策ももちろんのこと、他の行政機関の飲酒対策の施策に役立つものと期待される。

文献

- 1) Honkanen, R. (1993) Alcohol in home and leisure injuries. *Addiction*, 88, 939-944.
- 2) Cherpitel, C.J. (1993) Alcohol and injuries: a review of international

emergency room studies. *Addiction*, 88, 923-937.

- 3) Room, R., Babor, T. & Rehm, J. (2005) Alcohol and public health. *Lancet*, 365, 519-530.

4) 水上創. 薬毒物と死. 第12回東京都監察医務院公開講座 平成16年10月23日.

<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kansatsu/kouza/files/12-mizukami.pdf>

- 5) Cherpitel, C. J., Bond, J. YeY., Borges, G., Macdonald, S. & Giesbrecht, N. (2003) A cross-national meta-analysis of alcohol and injury: data from the Emergency Room Collaborative Alcohol Analysis Project (ERCAAP). *Addiction*, 98, 1277-1286.

6) Kuendig, H., Hasselberg, M., Gmel, G., Daepfen, J-B., Laflamme, L. Acute and usual drinking among emergency trauma patients: a study on alcohol consumption and injury pattern. *Inj Prev* (2009) 15, 270-274.

7) 松本博志. アルコールの基礎知識. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 (2011) 46, 146-156.

8) 松本博志. 交通被害者と飲酒. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 (2011) 46, 140-145.

研究体制

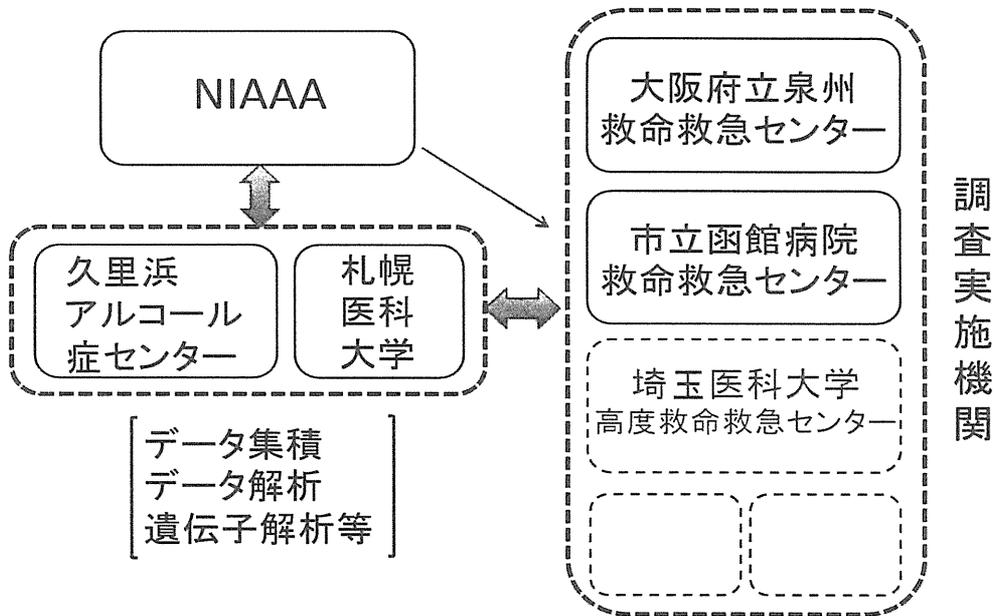


図1 研究実施体制

外傷者死亡例の分析

司法解剖例

- 血中アルコール濃度
- 外傷の程度 ISS分類
- 外傷と死因との因果関係
- 受傷から死亡までの時間
- 受傷時の状況、意識状態
- 医療機関受診の有無

札幌医科大学
 奈良県立医科大学
 香川大学
 山口大学
 熊本大学

図2 外傷者死亡例の分析体制

平成 23 年度分担研究報告書厚生労働科学研究費補助金「わ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」(代表 樋口 進)

平成 23 年度分担研究報告書 精神疾患に及ぼす飲酒の影響について

研究分担者 齋藤 利和 札幌医科大学神経精神医学講座 教授

研究要旨

うつ病にアルコール使用障害が併発すると、抗うつ薬治療の反応性の低下と服薬コンプライアンスの低下および、より頻繁な入院が観察された。過剰な飲酒やアルコール依存が、うつ病の病態や予後に重大な影響を及ぼしていることが示唆された。

研究協力者：石川 央弥 札幌医科大学神経精神医学講座 大学院生

A. 研究目的

過剰な飲酒やアルコール依存の併存がうつ病の病態や経過に及ぼす影響を検討し、心の健康に資するとを目的とした。

B. 研究方法

①後方視研究：札幌医科大学附属病院神経精神科及びその関連病院の診療録からうつ病患者 40 名を抽出し、大量飲酒者（6 単位/日以上）19 名（全員アルコール依存症の診断を受けている：ア症群）とそれ以下の飲酒者、非飲酒者 21 名（非ア症群）に分け、飲酒の程度によって治療反応性、予後に影響があるか否かを検討した。

②前方視研究：うつ病患者を精神疾患簡易構造化面接法（M.I.N.I.）を用いて抽出し飲酒による治療反応性への影響についてについて検討した。飲酒の状態は AUDIT（Alcohol Use Dis Order Identification Test）によって評定した。うつ病の尺度としては Hamilton Depression Scale（21 項目）を用いた。AUDIT16 点以上をア症群（5 例）、それ以下を非ア症群（6 例）とした。

C. 倫理面への配慮

札幌医科大学大学倫理委員会の承認を得て調査を行った。被験者に書面によって説明し同意を得た。さらに、個人の情報は、外部接続していないコンピューターに厳重に管理し、個人情報の保護に努めた。

D. 研究結果、

①後方視研究：非ア症群で治療への反応（症状が半減）が見られたのは 20 例（95%）であり、ア症群のそれは 11 例（58%）であった。反応が見られるまでの平均期間は非ア症群で 46 日であり、一方、ア症群のそれは 135 日と有意に長かった。寛解を観たものは非ア症群で 19 例（90%）であり、ア症群のそれは 6 例（32%）と少なかった。また、ア症群では服薬コンプライアンスの低下および、より頻繁な入院が観察された。

②前方視研究：Total HAM-D の評点は非ア症群で治療開始時と比べ治療開始後 2、4、8 週いずれも有意に低下していた。しかしア症群においてはこうした有意の低下は見られなかった。また、治療開始後 2、4、8 週のいずれの時点においても非ア症群の評点はア症群に比べ優位に低かった

E. 考察

うつ病にアルコール使用障害が併発すると、抗うつ薬治療の反応性が低下することが後方視研究においても前方視研究においても示唆された。その原因の一つとして、服薬コンプライアンスの低下が推察された。

F. 研究発表

1. 論文発表

1)橋本恵理, 山本恵, 吉永敏弘, 齋藤利和. 双極性障害と物質使用障害. 臨床精神医学 2011; 40: 907-913

2) 鶴飼渉, 橋本恵理, 齋藤利和. 特集アル

コール依存と併存症 気分障害. 精神科
2011; 18: 618-623

2. 学会発表

Ishikawa T, Saito T: The Impact of
Alcohol Use on Major Depression. The
Second Asia-Pacific Society for Alcohol and
Addiction Research (APSAAR), February
6-8, 2012, Bangkok Thailand

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 23 年度分担研究報告書

医療現場等で行う効率的な飲酒量低減技法の開発

研究分担者 樋 岳文 国立病院機構肥前精神医療センター 院長

研究要旨：WHO が主導し開発研究を行ってきた多量飲酒者の飲酒量低減のための介入手法としてブリーフ・インターベンションがある。欧米各国では、1990 年以後その有効性を示すエビデンスが多数発表され、米国予防医療専門委員会（USPSTF）の評価においてもプライマリーケアなどの臨床現場での実施が推奨されている。わが国においてもその手法を使った介入の有効性が検証されたところであり、今後わが国でブリーフ・インターベンションを使った多量飲酒者への飲酒量低減のための介入を広めていくために今年度は 3 つの研究をおこなった。第一に生活習慣病との関連で、特定保健指導におけるアルコール問題に効率的に介入できるプログラムを開発した。第二に医師を対象に飲酒指導に関するアンケート調査を行った。その結果、年齢の若い医師の方が、年齢の高い医師に比べ、自身の飲酒量が少なく、アルコール関連のスクリーニングテストも多く用い、節酒指導に関してもより積極的であることがわかった。第三に特定健康診査においてメタボリック・シンドローム該当者、予備群と判定された問題飲酒者を主な対象に、ブリーフ・インターベンションを応用した集団での介入を行った。1 年後の特定健診時に、飲酒状況の評価とともに臨床検査値を含め評価を行い、飲酒が肥満・血糖・脂質・血圧などに及ぼす影響を検討していく予定である。

研究協力者

遠藤光一：国立病院機構肥前精神医療センター

A. 研究目的

ブリーフ・インターベンションは、多量飲酒者に対して飲酒量低減をもたらす介入方法として、1980 年代以後その有効性を証明する研究が数多く欧米各国から報告され、2004 年には米国予防医療専門委員会（USPSTF）もプライマリーケアなどの臨床の現場での実施を推奨している。一方、わが国では、これまで多量飲酒者に対する治療的介入の有効性を検証する研究はなく、一昨年われわれが行った研究がわが国で初めて、ブリーフ・インターベンションの有効性を検証した研究である。これまでの研究により、ブリーフ・インターベンションを用いた介入がわが国でも充分有効であることが証明された。

そのため昨年度からの研究では、多量飲酒削減のために、わが国の臨床現場や職域、地域で活用されるような、より簡便で効果的な独自の介入プログラムの開発、使用マニュアルの作成を行っている。とくに一般医療機関でも、コメディカルスタッフが手軽に実施可能な多量飲酒者の飲酒量低減のための介入ツールとプログラムの開発とその有効性の検証を行っていく。

今年度の研究では、生活習慣病対策のより具体的な方法として、特定保健指導の場面において使用できる集団節酒指導プログラムを開発する。また、メタボリック・シンドローム該当者および予備群と判定された問題飲酒者に対し、その集団節酒指導プログラムを使用した介入をおこない、節酒が肥満・血糖・脂質・血圧などにおよぼす影響についても検討していく。

また、医療現場において介入をおこなう医師の

飲酒指導についての意識を調査した。意識の高さと医師自身の飲酒量などとの関連についても検討をおこなった。

B. 研究方法

① 集団節酒指導プログラム及びマニュアルの作成

前年度は、多忙な医療現場でもコメディカルスタッフが手軽に実施できる多量飲酒者に対する飲酒量低減のための簡易介入プログラムおよび介入ツールの原案を作成した。また、職域、医療現場などで集団で節酒指導を効率的に行うための節酒指導マニュアルを作成したが、今年度はさらに特定保健指導におけるアルコール問題に効率的に介入できるように改変、発展させ、新たなプログラムおよびマニュアルを作成した。

② 特定保健指導への節酒指導プログラム導入とその効果検証

(株) SUMCO 佐賀県内3事業所の40歳以上の職員において特定健診にて診断されたメタボリック・シンドロームの職員を対象とする。全員にAUDITを用いたスクリーニングテストを行い、健康問題として飲酒習慣に問題を認める群を対象として、今年度作成した「特定保健指導にも使える集団節酒指導プログラム」による介入を行う。既にSUMCO健康管理センターでは、産業医を中心に特定保健指導として食事、運動療法による、プログラムが実施され、体重、血圧、食事、運動習慣、臨床検査値(血糖、脂質)などのデータが解析されている。今回新たに、節酒指導プログラムとして前記のプログラムが導入されることになる。介入の評価としては、介入前と6月後にTLFB法を用いた飲酒状況(28日間の多量飲酒日数、非飲酒日数、7日間の総アルコール消費量(ドリンク数))の評価とともに、BMI、血圧、腹囲、食事、運動習慣などを評価する。さらに、1年後にも再度特定健診時に、飲酒状況の評価とともに臨床検査値を含め評価する。

今年度は男性78名(平均年齢48.1歳)に対し、

節酒指導プログラムを施行した。

③ 節酒指導についての医師の意識調査

先ず「飲酒指導についてのアンケート」を作成した。次に2011年7月から11月にかけて、学会や研修会場などでそこに参加した医師にアンケートを実施した。計124名より回答を得た。

医師の年齢により、若手(20~40歳台)とベテラン(50~70歳台)に分類し、それぞれを比較検討した。

C. 研究結果

① 集団節酒指導プログラムおよびマニュアルの作成

「特定保健指導にも使える集団節酒指導プログラム」と名付けた特定保健指導におけるアルコール問題に効率的に介入できる節酒指導マニュアルを作成した。

目次は 1) 特定保健指導におけるアルコール問題 2) アルコール医療のパラダイムシフト 3) 多量飲酒者対策の切り札としてのブリーフ・インターベンション 4) ブリーフ・インターベンションの構成要素と特徴 5) ブリーフ・インターベンション参加者の心理を読み取る 6) ブリーフ・インターベンションの補助ツールとしてのHAPPY 7) ブリーフ・インターベンションの集団介入への応用 8) HAPPYプログラム福岡市方式の特色 9) 本集団節酒指導プログラムの特色 10) 進行台本の使い方 11) 集団節酒指導教室運営マニュアル 12) 集団節酒指導教室進行台本 13) 巻末資料 となっており、巻末に資料としてAUDITやドリンク換算表もつけている。

その特徴は、左ページに実際に使用するスライド資料を右ページにはそのスライドの内容についての解説文書や読み原稿を付けた「進行台本」を作成したことである。このため初心者であってもその進行台本を読むだけで実際の介入ができるように工夫されている。

これを用いることにより、今後、特定保健指導の場面でも効率的にアルコール問題に介入できると期待している。

②特定保健指導への節酒指導プログラム導入とその効果検証

今回の対象者の特定健康診査の結果は、腹囲85cm以上は83% (図1)。空腹時血糖110mg/dl以上が21% (図2)。脂質異常(中性脂肪が150mg/dl以上あるいはHDL-コレステロールが40mg/dl未満)は44% (図3)。高血圧(収縮期血圧130mmHg以上あるいは拡張期血圧85mmHg以上)は55% (図4)、となっており、メタボリック・シンドロームの該当が32%、予備群が38%の計70%であった。またAUDITによるスクリーニングでは、20点以上が14%、10~19点が63%で計77%に飲酒問題がうたがわれた (図5)。

過去の健診にて、メタボリック・シンドロームに該当した者を対象に調査をおこなったため、今回の健診時には自助努力により、メタボリック・シンドロームに該当しなくなった者も入っている。

③節酒指導についての医師の意識調査

若手とベテランを比較したところ、若手の方が有意に日常診療の場面でアルコールの話題を持ち出しており、スクリーニングテストを用いて、ブリーフ・インターベンションの導入にも積極的であった (図6~9)。また、自身の酒量ではベテランの方が多かった (図10)。しかし、患者へ指導する危険飲酒量や節酒量には若手とベテランで有意差は認めなかった。

また、医師自身の飲酒量が多い群では、患者へ指導する危険飲酒量や節酒量が高い傾向がみられた。

D. 考察および今後の課題

今回の医師へのアンケート調査の結果、若い医師の方が節酒指導に関して、積極的であるということがわかった。年齢の高い医師が節酒指導に、より消極的な理由は不明であるが、年齢の高い医師ほど自身の酒量が多いことも一因かと考えられる。また、経験を多く積んだ医師は診療スタイ

ルも確立しており、時間的制約も多く、なかなか新しいことにチャレンジすることは難しいのではないだろうか。

以上のようなことから、ブリーフ・インターベンションを医療現場でおこなう場合、比較的若い医師が多いと思われる総合病院から始めた方がより効率的であると考えられる。そのようなことから今後は、臨床研修医指導基幹病院でもある佐賀県内の公立病院において、多量飲酒者に対してブリーフ・インターベンションによる介入をおこなって多忙な医療現場でも行い得る効率的なブリーフ・インターベンションの技術開発をおこなっていく予定である。

また、今年度作成した「特定保健指導にも使える集団節酒指導プログラム」は実際に職域において使用しており、その評価も良好であった。次年度はその転帰調査をおこない、飲酒状況の評価とともに臨床検査値の評価もおこなう。そして、飲酒量低減が生活習慣病危険因子(肥満、血圧等)に与える影響についても明らかにしていきたい。

本研究の有効性が認められれば、わが国の節酒指導の普及、標準化にあたる影響は大きい。また、今後多くの医療現場、地域、職域などでブリーフ・インターベンションが飲酒量を低減させるための効果的な介入法の一つとして導入されることが期待できる。また、職場での飲酒運転対策としても有用なモデルになると考えている。

E. 研究発表

【論文発表】

① 遠藤光一、杠岳文：多量飲酒者に対するBrief Interventionによる節酒指導と職場における応用。産業精神保健。19(2)：99-104。2011

② 角南隆史、杠岳文：ブリーフ・インターベンションー節酒指導の進め方。臨床栄養。119(6)：636-642。2011

③ 原俊哉、武藤岳夫、吉森智香子、石堂考一、角南隆史、遠藤光一、杠岳文：多量飲酒介入プログラム(HAPPYプログラム)における飲酒目標と飲酒日記の有効性について。Jpn.J.Alcohol&

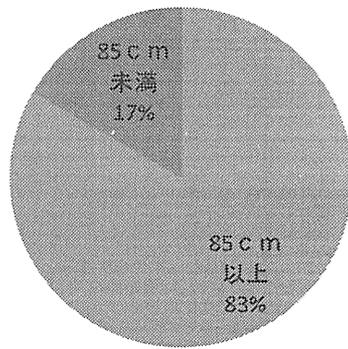
Drug Dependence. 46 (3) : 347-356. 2011

④ 角南隆史、杠岳文：お酒の量がなかなか減らせない。説明力で差がつく：52-53. 中央法規

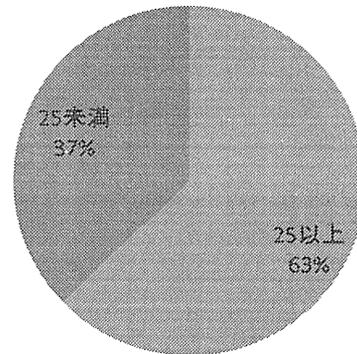
⑤ 角南隆史、杠岳文：多量飲酒者に対する早期介入の重要性 ブリーフ・インターベンションの実践から。公衆衛生. 76 (3) : 195-199.2012

肥満(図1)

腹囲

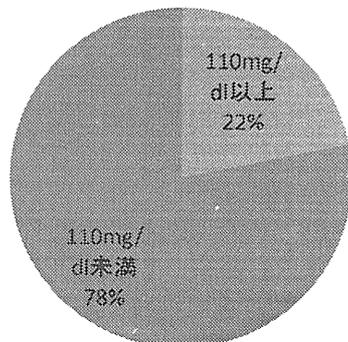


BMI

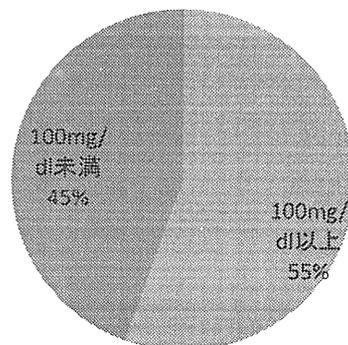


血糖値(図2)

空腹時血糖

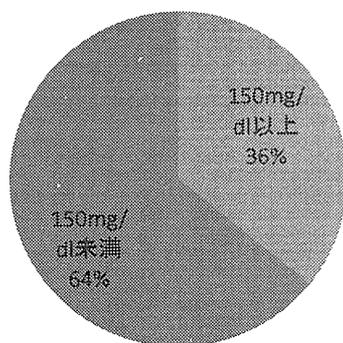


空腹時血糖

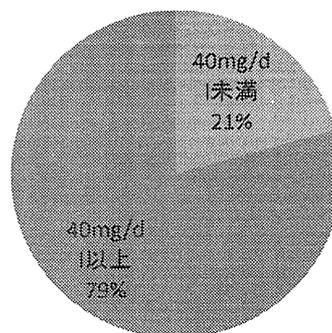


脂質検査(図3)

中性脂肪

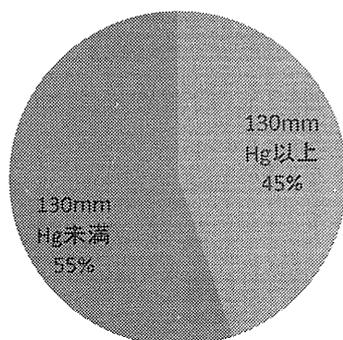


HDLコレステロール

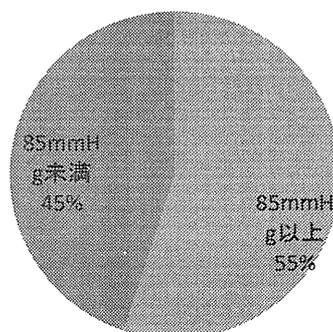


血圧(図4)

収縮期血圧

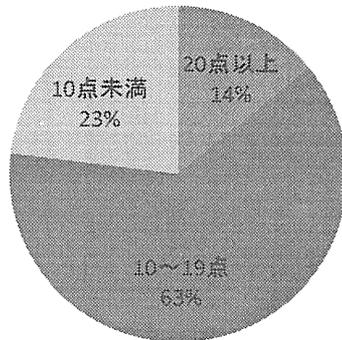


拡張期血圧



AUDIT (図5)

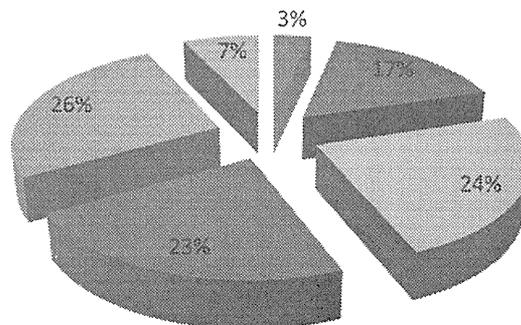
AUDIT



年齢分布 (図6)

年齢分布

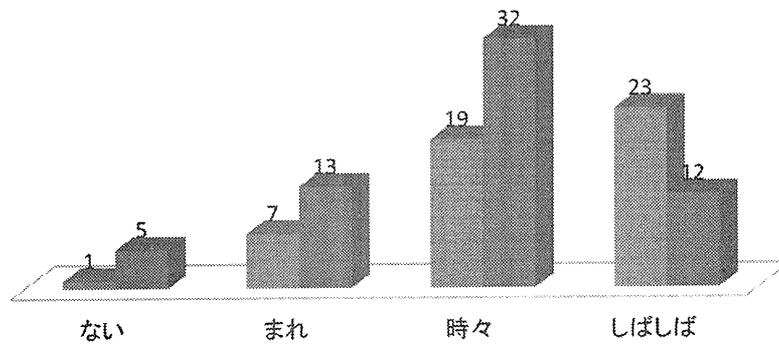
■ 20代 ■ 30代 ■ 40代 ■ 50代 ■ 60代 ■ 70代



アルコールの話題(図7)

飲酒量と酒害を話題にするか？

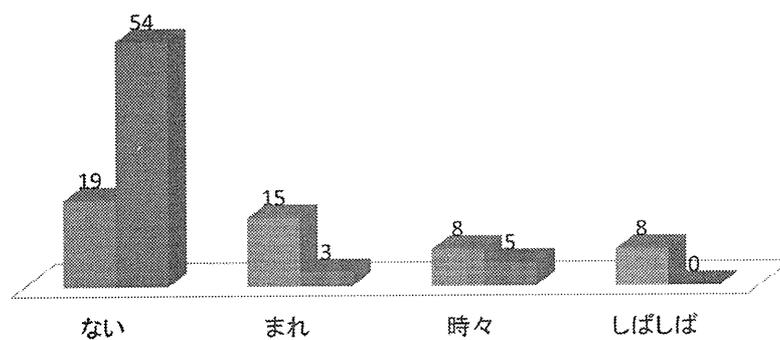
■ 若手 ■ ベテラン



スクリーニングテスト(図8)

アルコール問題のスクリーニングテストを用いるか？

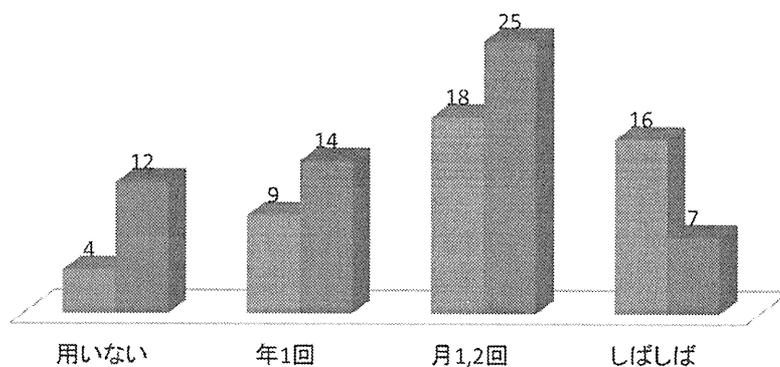
■ 若手 ■ ベテラン



BI導入への積極さ(図9)

BIを日常診療で用いるか？

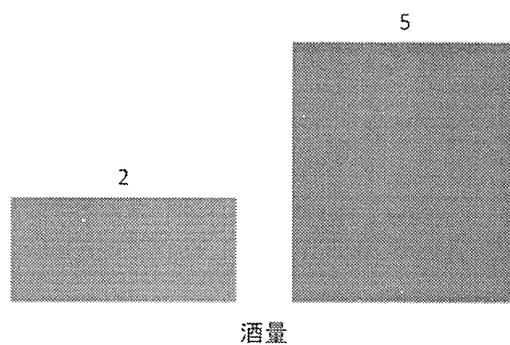
■ 若手 ■ ベテラン

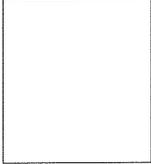


飲酒量(図10)

若手とベテランの平均酒量

■ 若手 ■ ベテラン





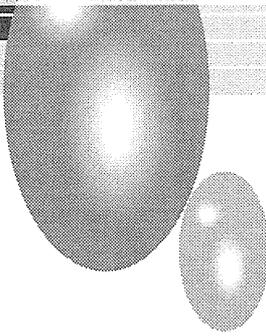
飲酒指導についての アンケート

* 多量飲酒は、さまざまな身体疾患の危険因子であることはもとより、うつ病や飲酒運転などにも関与し、その対策、すなわち多量飲酒者の飲酒量低減指導は社会的な課題にもなっています。私どもは、これまで主に職域の多量飲酒者に対する飲酒量低減技法の開発と効果検証を行ってきました。今後プライマリーケア、総合病院などの医療現場での節酒指導技法の開発とその普及を計画しており、日常診療の中で時に、あるいはしばしば多量飲酒者の診療に携わっておられる先生方のご意見をお聞かせいただければ幸いです。

* アンケートは5～10分程度でご記入いただけます。いずれも、正解のある質問ではありません。

* アンケートにご協力いただいた先生には、私どもが作成した飲酒教育と節酒指導の教材を各一部ずつ贈呈させていただきます。

* なお、わが国での多量飲酒の定義は、「健康日本21」などにおいて、1日に純アルコール量で60グラム以上、すなわち日本酒で約3合以上の飲酒とされています。また「節度ある適度な飲酒」は1日平均20グラム以下、すなわち日本酒1合程度までの飲酒とされています。



厚生労働科学研究

「わ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」(主任研究者: 樋口 進)

「多量飲酒に対する治療的介入手法の開発とその効果評価に関する研究」
(分担研究者: 杠 岳文)

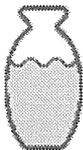
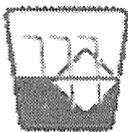
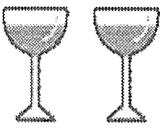
●次項以後の多くの質問で、1週間の飲酒量を日本酒換算での合数としてお答えいただきますが、下記内容を参考にしてご回答下さい。1週間の飲酒量を求める時には、まず1日での酒量をお考え頂き、その値を基に1週間毎日の飲酒ですと7倍、休肝日2日を想定されますと5倍して下さい。

●日本酒1合(15%のアルコール濃度、180ml)には22グラムのアルコールが含まれ、これは表1に示すように、缶ビール500ml1缶(20グラム)、25度の焼酎の0.6合(22グラム)、ウイスキーダブル1杯などとほぼ等価になります。

●ビール(あるいは発泡酒)の場合は、缶ビール500ml1缶あるいはビール中瓶1本と日本酒1合が同じと考えて下さい。

●毎晩日本酒2合を飲酒をする人では、1週間では14合となります。一方、毎晩焼酎2合を飲酒する人では、1週間の総量を日本酒換算すると、 $14 \div 15\% / 25\% = 23$ 合となります。焼酎の量として求めた量を日本酒に換算する場合は、5/3倍して下さい。

【表1】日本酒1合と同じ量のアルコールを含有する他の酒類

日本酒 (15%)	ウイスキー (40%)	ビール (5%)	缶チューハイ(7%)	焼酎 泡盛 (25%)	ワイン (12%)
1合	ダブル1杯	中瓶1本 (500ml)	1缶(350ml)	0.6合	ワイングラス 2杯
					

I. 先生の主な診療科、年齢、性を一つ選び○で囲んで下さい。

[診療科]

消化器内科、内分泌・糖尿病内科、家庭医及びその他の内科、
外科、整形外科、救急医、産業医、その他(_____)

[年齢] 20歳代、30歳代、40歳代、50歳代、60歳代、70歳代以上

[性別] 女性、男性

II. 診察中に患者さんの飲酒量と酒害を話題にすることはありますか？
いずれか一つに○を付けて下さい。

ない、まれにある、時々ある、しばしばある

III. 患者さんにアルコール問題のスクリーニングテスト(KAST,CAGEな
ど)を用いることがありますか？いずれか一つに○を付けて下さい。

ない、まれにある、時々ある、しばしばある

IV. 健康診断で異常のない心身とも健康な男性(50歳、170cm、65kg、飲酒し
ても昔から顔が赤くならない)に対して、1週間の飲酒量としてどの位の量
を越えた時に、健康に危険な飲酒と考えますか？

答: 日本酒 _____ 合

V. 健康診断で異常のない心身とも健康な女性(45歳、155cm、45kg、飲酒し
ても昔から顔が赤くならない)に対して、1週間の飲酒量としてどの位の量
を越えた時に、健康に危険な飲酒と考えますか？

答: 日本酒 _____ 合

VI. 高血圧と高脂血症で服薬中の男性(50歳、170cm、80kg)に対して、1週
間の飲酒量としてどの位の量を越えた時に、疾病を悪化させる危険
な飲酒と判断し、節酒を指導しますか？

答: 日本酒 _____ 合

VII. 糖尿病で経口糖尿病薬を服用中の男性(50歳、170cm、65kg)に対し
て、1週間の飲酒量としてどの位の量を越えた時に、疾病を悪化させ
る危険な飲酒と判断し、節酒を指導しますか？

答: 日本酒 _____ 合

VIII. 食道静脈瘤もあるウイルス性肝硬変(代償期)で治療中の男性(50歳、170cm、65kg)に対して、先生は1週間の飲酒量としてどの位の量を越えた時に、疾病を悪化させる危険な飲酒と判断し、節酒を指導しますか？

答: 日本酒 _____ 合

IX. 看護師などのコメディカルスタッフによる10分間3回のカウンセリングで、患者さんの酒量が長期に3割減少する節酒指導法が開発され、臨床への応用が試みられています。仮に導入された場合、先生はこの指導法を日常診療で用いますか？また、日常診療への導入の障害となることはどの様なことが予想されますか？逆に、この指導法の普及を医療機関で推進していくためのポイントをお教え下さい。

[節酒指導法の使用予測について(いずれか一つに○を付けて下さい)]

用いない、まれに(年に1回程)用いる、時々(月に1~2回)用いる、しばしば用いる

[節酒指導法導入への障害あるいは普及推進のポイント(自由記載)]

X. アルコール関連疾患を有する患者に対し10分間3回の節酒カウンセリングを8時間の研修を受けた看護師などのコメディカルスタッフが行う場合、1回10分間のカウンセリングに対しどの程度の診療報酬が適当と考えますか？

答: 1回当たり _____ 点

XI. 先生ご自身は、1週間の飲酒量として、日本酒換算でどの位の量を飲まれますか？

答: 日本酒 _____ 合

アンケートにご協力頂き、有難うございました。

core AUDIT

あなたに当てはまるもの1つを選んで○をつけてください。

1. あなたはアルコール含有飲料をどのくらいの頻度でのみますか？
 0. 飲まない
 1. 1ヶ月に1度以下
 2. 1ヶ月に2～4度
 3. 1週に2～3度
 4. 1週に4度以上
2. 飲酒するときには通常どのくらいの量を飲みますか？

ただし、日本酒1合=2ドリンク、ビール大瓶1本=2.5ドリンク
ウイスキー水割りダブル1杯=2ドリンク、焼酎お湯割り1杯=1ドリンク
ワイングラス1杯=1.5ドリンク、梅酒小コップ1杯=1ドリンク
(1ドリンク=純アルコール10g)

 0. 1～2ドリンク
 1. 3～4ドリンク
 2. 5～6ドリンク
 3. 7～9ドリンク
 4. 10ドリンク以上
3. 1度に6ドリンク以上飲酒することがどのくらいの頻度でありますか？
 0. ない
 1. 1ヶ月に1度未満
 2. 1ヶ月に1度
 3. 1週に1度
 4. 毎日あるいはほとんど毎日
4. 過去1年間に、飲み始めると止められなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？
 0. ない
 1. 1ヶ月に1度未満
 2. 1ヶ月に1度
 3. 1週に1度
 4. 毎日あるいはほとんど毎日
5. 過去1年間に、普通だ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

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