




アルコール飲料”リンク換算表(改定版)

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

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年7月

—目次—

- 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：アルコール依存症対策から多量飲酒者対策へ
- 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
(Brief Intervention)
- 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：
HAPPYプログラム福岡市方式
- 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) 進行台本の用い方
- 11) 集団節酒指導教室運営マニュアル
 - ① 1回目の教室（初回の保健指導）
 - ② 2回目の教室（初回指導）
 - ③ 3回目の教室（二回目指導）
- 12) 集団節酒指導教室進行台本
 - ④ 1回目の教室（初回の保健指導）
 - ⑤ 2回目の教室（初回指導）
 - ⑥ 3回目の教室（二回目指導）
- 13) 巻末資料

1) 特定保健指導におけるアルコール問題

メタボリックシンドロームの危険因子の一つとして、不適切な食生活、運動不足、ストレス過剰、喫煙などとともに飲酒の問題は早くから取り上げられていましたが、その対策の中では、「食事」、「運動」、「喫煙」のみが保健指導の現場で扱われ、「飲酒」指導はなぜか置き去りにされてきました。特定保健指導の中では何時しか、多量飲酒が生活習慣病の危険因子の一つであることも曖昧にされてしまった様にも思われます。

この背景には、いくつかのことが考えられます。タバコと比較しながらみてみますと、一つには、飲酒は嗜好品であると同時に、「文化的」な側面からその意義を論じられることもあり、単に健康問題として扱い難いことが挙げられるでしょう。未だに私たちの社会では、人間関係あるいはコミュニケーションの潤滑油として、あるいは冠婚葬祭などの儀式を行う上で飲酒の果たす役割は大きく、社会はこれを許容するどころか、飲酒のこうした効用を上手に利用しているようにもみえます。また、テレビでも夕方以降、番組毎に異なるアルコール飲料が健康的な爽やかなイメージで紹介されるCMに曝され続けると、一般の人々にはお酒の飲み過ぎが健康に有害であるという認識すら抱きにくい状況です。また、Jカーブ効果として知られているように、少量の飲酒には動脈硬化や虚血性心疾患に対する一定の予防効果があることも対策を難しくしている要因の一つでしょう。さらには、アルコールはタバコに比べ他人の健康を害すると言うことが目に見えにくい、あるいは明確なエビデンスに乏しいことも重要なことかもしれません。言うまでもなく、多量飲酒は周囲のもの、とくにその家族に心理的に大きな影響（不安、ストレス）を与えています。

他にも、「ダイエットや禁煙ならまだしも、節酒指導を自ら希望する人が飲酒者の中に果たしてどれ程いるのか？」という懸念があったことも、特定保健指導の中で節酒指導がこれまでほとんど行われてこなかった要因の一つに挙げられるかも知れません。特定保健指導では、基本的に本人に目標を設定してもらい、本人のソコソコの動機づけを前提にしていますので、全くその気のない人ばかりでは、介入する側がやる気を失うという懸念があったとしても不思議ではありません。われわれは、1万人規模のある職場で「あなたは自分の日頃の飲酒量を減らしたいと思っ

ていますか？」という質問で飲酒者に対する節酒のニーズ調査をしました。その結果、全体の27%が「そう思う」あるいは「少しそう思う」で、飲酒者の39%が「そう思う」あるいは「少しそう思う」と答えました。さらに、50歳以上では同じく飲酒者の48%が「そう思う」あるいは「少しそう思う」と答えています。多量飲酒者も、比較的多くの方が健康を心配し、不安を抱えながら飲酒を続けている様子が窺えます。こうしたことを前向きに捉えれば、「飲酒に関して行動変容する素地はすでに多くの飲酒者の中にある」とも言えます。

上に述べたことの他に、わが国で節酒指導が行われてこなかった背景には、もう一つ大きな要因がありました。これがもっとも重要なことでしょう。それは、最近までわが国には多量飲酒者の節酒指導をする確立された方法やプログラムがなかったことです。わが国のアルコール医療はこれまで、精神科が中心に関わり、アルコール依存症の中でもとくに精神症状やアルコール関連障害の目立つ重症の患者を、主に入院治療で断酒させることを主眼にしてきました。この中では、節酒治療の導入は、こうした対象者にはその効果がないどころか、他のアルコール依存症患者さんの断酒への動機づけの障害となり治療構造全体を揺るがす恐れもあることから、関心を向けられることはほとんどありませんでした。こうした状況から、わが国のアルコール医療には、これまで節酒の治療技法（指導法）の開発は、求められることもなく、最近に至るまで行われたことはありませんでした。

- ◆ 多量飲酒は、様々な生活習慣病の危険因子の一つであるにもかかわらず、特定保健指導の中で多量飲酒者に対する節酒指導はこれまであまり行われていない。
- ◆ この一因には、節酒の指導技法の開発が遅れたことがある。
- ◆ 健康のため節酒が必要と感じている多量飲酒者は、決して少なくはない。

2) アルコール医療のパラダイムシフト：アルコール依存症対策から多量飲酒者対策へ

先にも述べたように、わが国のアルコール医療は、アルコール依存症を中心としてきました。とくに、臨床は精神科を中心に診てきたことから、アルコール依存症の中でも問題行動あるいは関連症状が目立つ比較的重症な患者が主な治療対象となっていました。この中では、多量飲酒者に対する節酒指導、すなわちアルコール問題の二次予防が発展する素地はあまりありませんでした。ところが、近年わが国でも、うつ病・自殺、飲酒運転そして生活習慣病あるいはメタボリックシンドロームなど多方面で飲酒問題が社会の課題として取り沙汰され、この中では自ずとアルコール依存症だけではなく、より広くアルコール使用障害スペクトラムへの予防的対応が求められるようになりました。アルコール使用障害スペクトラムのピラミッドの頂点にあるアルコール依存症だけではなく、その下にある飲酒がすでに心身に健康被害を及ぼしている「有害な使用 (harmful use)」のレベル、さらにその下の今後健康被害が及ぶ可能性が高い「危険な使用(hazardous use)」のレベルへの予防的介入にも関心が寄せられることになってきたのです。

多量飲酒者対策に私たちの関心を向けた最近のもう一つの出来事は、2010年5月WHOで可決された「アルコールの有害使用低減に向けた世界戦略」です。この戦略が決議された背景には、アルコールは飲酒する者の健康のみならず、事故、外傷等のリスクを高めるため、早世と障害をもたらす様々な危険因子の中でも3番目に重要な因子（因みに、1番目は低体重すなわち貧困による低栄養、2番目は危険な性交すなわちHIV感染）であるという認識と、一方ではアルコールの有害使用の予防、低減対策がはなはだ不十分であるという懸念があったとされています。また、具体的な対策として、未成年者に訴えかけるような広告を禁止すること、安売りや飲み放題の禁止や制限、アルコールの価格を引き上げることなどを検討すべきだとしています。こうした指針案には法的拘束力はなく、具体的対策は実情に合わせて各国に委ねられており、その進展については定期報告が義務付けられているだけです。とは言え、もちろんわが国も、先進国の一つとして他国に誇れる対策と成果を示したいものです。

こうしたアルコール問題対策への追い風の中で、わが国のアルコール医療もアルコール依存症治療のみならず、その下にある多量飲酒者、すなわち危険な使用あるいは有害な使用に対する二次予防を中心に据えたアルコール使用障害対策の強化が求められています。

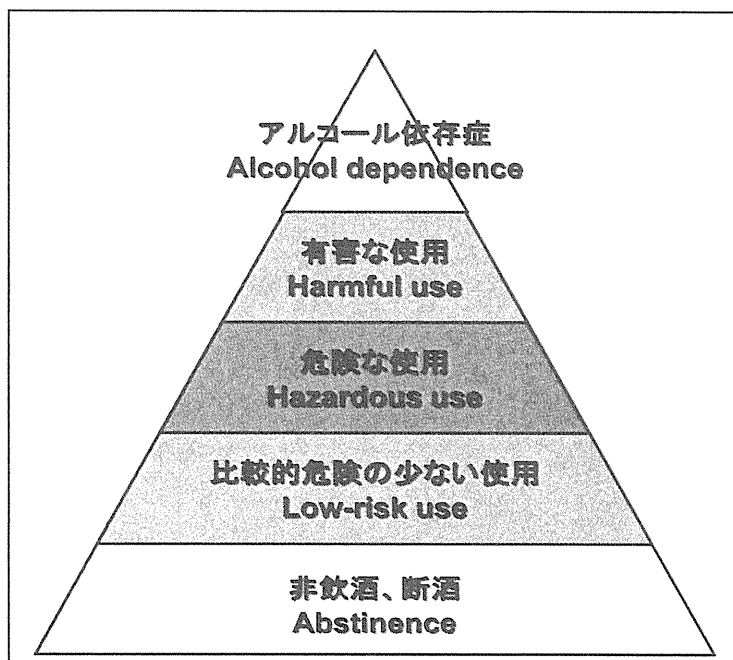


図 1. アルコール使用障害スペクトラム

- ◆ わが国のアルコール医療はアルコール依存症中心の医療であったが、メタボリックシンドロームなどへの関心から、より広くアルコール使用障害スペクトラムへの予防的介入が求められている。
- ◆ アルコールは、早世と障害をもたらす様々な危険因子の中でも 3 番目に重要な因子であることから、2010 年 5 月、WHO は「アルコールの有害使用低減に向けた世界戦略」を決議した。

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 (Brief Intervention)

アルコール依存症患者、とりわけ事例化され、入院が必要なレベルの患者では、断酒以外の治療目標が見つかりにくいのも事実です。また、入院治療プログラムで集団治療を行う中に、断酒を目標とする者と節酒（飲酒量低減）を目標にする者が混在しては、断酒を目標とすべき者への治療効果が薄れてしまうことも十分考えられます。わが国では、節酒指導はこれまであまり注目されてきませんでした。欧米では1980年代から、その介入技法としてブリーフ・インターベンション（Brief Intervention）の開発が進められてきました。現在ではその有効性が確かめられ、プライマリーケア、救急医療、職場、大学などに存在する多量飲酒者の飲酒量低減のための介入技法として評価されています。ブリーフ・インターベンションとは、簡潔に言えば、飲酒や薬物乱用を一つの生活習慣（習慣的行動）と見做し、その行動変容を目指した対個人の短時間の行動カウンセリングです。

ブリーフ・インターベンションとは、通常は1つのセッションが10～30分程度の時間で、2～3回の複数回のセッションで動機づけ面接法などを用いながら行動カウンセリングを行うものを指します。ブリーフ・インターベンションには定訳がないため、本書では原語のまま用いていますが、「簡易介入」や「短時間介入」と邦訳されることもあります。

1990年以後、多量飲酒者への飲酒量削減を目的にしたブリーフ・インターベンションの有効性検証に関する論文は海外では数多く出されており、ブリーフ・インターベンションの有効性を示す報告も数多くあります。その中でも、Flemingらの報告したプロジェクト TrEAT (Trial for Early Alcohol Treatment) と呼ぶ介入研究は、大規模で質の高い研究と評価されています。彼らの行った研究では、64人の一般科医師が無作為割付で選ばれた392名の対象者にブリーフ・インターベンションを行い、その1年後と4年後に転帰を対照群と比較調査し、アルコール使用障害へのブリーフ・インターベンションの効果を検証しています。彼らの報告では、ブリーフ・インターベンションによる介入効果は4年後まで認めており、救急受診回数や入院日数、自動車事故などの調査か

ら、利益/コスト分析では、医療面では 4.3/1、社会的には 39/1 と、コスト分析の面からも有効であることを示しています。こうしたアルコール使用障害の早期介入でのスクリーニングとブリーフ・インターベンションの有効性を示す数多くのエビデンスを基に U. S. Preventive Services Task Forces（米国予防医療専門委員会）は、2004 年のレポートで、「プライマリーケアでのアルコール使用障害のスクリーニングは、飲酒量や飲酒パターンはアルコール依存症の診断基準は満たさないが、疾病への罹患や死亡率を高めている患者を同定できること。フォローアップを伴う行動療法的なブリーフ・インターベンションが、6 ヶ月から 12 ヶ月間あるいはそれ以上の期間続く、少量から中等量の飲酒量の減少をもたらすこと」が確認できたとして、アルコール使用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、臨床での実施を推奨する B ランクの評価を与えました。

患者さんが何らかの理由で医療機関を受診した時、あるいは特定保健指導の中で異常や問題を指摘された時は、健康に対する関心と不安が高まっている時でもあり、こうしたアルコール使用障害の早期介入を行うには良い機会になるのです。はじめから内省を促し飲酒の問題を直面化するより、健康に関したことを中心に話題にすると、クライアントも興味を示します。「それは、大変でしたね」といった労いの言葉で「共感」を示しながら、「自分にもできる」という自己効力感を高めるような「誉め」と「励まし」の言葉を織り交ぜながら、いかに対等で友好的な雰囲気の中で行えるかが、ブリーフ・インターベンションの成否の鍵を握るとも言えます。ブリーフ・インターベンションは、患者の意に反して何かを強いるものではありません。あくまで患者の自己決定に基づく行動変容を期待し、カウンセラーはこれをエンパワーすることに主眼を置きます。すでに患者が自ら「酒を減らした方がいいのではと感じている」場合には、少しの助言と気づきで生活行動も比較的無理なく変わるので、患者の楽しみや喜びを我慢させるだけの介入では、もちろん行動変容は長く維持できません。行動変容が長く続く時にはそれ程の強化子があるのです。介入を始める前には、私たちのこうした意図を予めきちんと伝えておくと、クライアントの示す不安や抵抗も小さくなります。

死の危険に直面したアルコール依存患者さんでは、試行錯誤する余裕

はなかなかありませんが、対応する時間にまだ多少の余裕がある多量飲酒者では、このように自己決定を重視し、自らの気づきを待って行動変容させる方法が有効と考えられているのです。依存の進展がなお早期で、認知機能が比較的正常に保たれている段階では、適切な知識と助言の基で人は自らが進むべき道を正しく判断できるものであるという信念、あるいは内省とは他者により直面化されて気づかされるものではなく、自ら主体的に探し出すものという考えに基づくものとも言えるでしょう。

- ◆ 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10～30分程度の時間で、2～3回の複数回のセッションで動機づけ面接法などを用いながら行う生活習慣の行動変容を目指した行動カウンセリングである。
- ◆ プライマリーケアなどでは、ブリーフ・インターベンションによる飲酒量低減の有効性は、すでに確立されていると言える。
- ◆ 「共感する」、「励ます」、「褒める」が上手な介入の三要素である。

4) ブリーフ・インターベンションの構成要素と特徴

ブリーフ・インターベンションの構成要素を表すものとして広く知られているものは、Bienらがまとめた FRAMES 法です。これは、Feedback（スクリーニングテストの結果を還元する）、Responsibility（飲むも飲まないも、患者の自己決定による）、Advice（飲酒を続ければ将来どのような被害が起こり、飲酒量を減らすか止めればどういう危険を回避できるかを助言する）、Menu（飲酒量を減らしたり止めたりするための代替方法を提示する）、Empathy（暖かい理解と共感を示す）、Self-efficacy（自己効力感を高める）の6つの要素の頭文字をとったものです。一方、私たちもこれまでの実践から、ブリーフ・インターベンションを以下のように特徴づけ、まとめています。

ブリーフ・インターベンションとは、生活習慣の行動変容を目指す短時間の行動カウンセリングである。カウンセリングでは、「健康」を主なテーマとして、飲酒量低減の具体的な目標を自ら設定してもらう。アルコール依存症治療と対比すれば、飲酒問題の直面化はできるだけ避け「否認」などは介入時に扱うテーマとしない。実際、「健康」をテーマとして早期介入を行うことにより、クライアントが示す否認や抵抗も比較的少ない。動機づけ面接やコーチングといった面接（介入）技法を用いるが、介入の3つのキーワードは、「共感する」、「励ます」、「誉める」である。

ブリーフ・インターベンションの主な3つの構成要素は、「Feedback（フィードバック）」、「Advice（アドバイス）」、「Goal Setting（ゴール・セッティング）」です。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対象者の飲酒問題及びその程度を客観的に評価し、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情報提供を行うことを指します。またアドバイスとは、飲酒を減らしたり、止めればどのようなことを回避できるかを伝え、そのために必要な具体的な対処法についての助言やヒントを与えることです。ゴール・セッティングは「目標設定」で、クライアントが7～8割の力で達成できそうな具体的な飲酒量低減の目標を、自ら設定してもらうことです。

このようにブリーフ・インターベンションとは、従来の指示的・指導的な保健指導とは異なり、クライアントの自己決定を重視し、自ら進むべき道を選択してもらい、カウンセラーはそれに寄り添ってエンパワー

し、サポートするという患者中心の行動カウンセリングを指します。これは、特定保健指導における運動、食事、喫煙などでの指導法と何ら変わりありません。飲酒の問題は、重要な健康問題の一つとして捉えられる前に、酩酊しての迷惑行為や暴言・暴力といった負のイメージが先に立ち、保健師などの非専門家がこの問題に近づくことを躊躇わせているようです。しかし、実際に関わって頂ければお分かり頂けますが、ほとんどの大酒家、すなわち多量飲酒者は素面では、繊細で気が優しい方々なのです。酩酊した時にトラに豹変するのはごく一部の人で、これはアルコール依存症であることとも異なります。酩酊した時に人柄が豹変するのは、多くは複雑酩酊（まれに病的酩酊）と呼ばれる酔い方の異常によるものです。アルコール依存症の多くの患者さんは、家族に叱責されたり、追いつめられた時には、酔いも手伝って大声を出すことも確かにあるでしょうが、むしろ普段は一人で静かに飲むことを好みます。一定数の多量飲酒者への節酒指導を行えば、自ずとその中にはアルコール依存症の疑いがある人が見出されるでしょう。そうした場合には、対応をアルコール依存症の専門治療に関る方に相談し助言を求めたり、時には診断や治療のために、専門医療機関受診を勧めることも必要になります。ブリーフ・インターベンションをはじめ、こうした早期介入を始めるに当たっては、アルコール専門医療機関との連携を予め準備しておくことも大切なことと言えます。

最後に、アルコール依存症治療との違いから、ブリーフ・インターベンションは簡潔に以下のように特徴づけられています。

- ① 断酒ではなく、飲酒量の減量を目標にする。
- ② 依存症の専門家ではなく、ヘルスケアの従事者によって行われる。
- ③ 依存症でない患者を対象とする。

◆ ブリーフ・インターベンションの主な3つの構成要素は、「Feedback(フィードバック)」、「Advice(アドバイス)」、「Goal Setting (ゴール・セッティング)」である。

◆ ブリーフ・インターベンションとは、クライアントの自己決定を重視し、カウンセラーは寄り添ってエンパワーし、サポートするという患者中心の行動カウンセリングである。

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

ブリーフ・インターベンション、あるいは集団で行う節酒指導に参加するクライアントの複雑な心理を予め少し分析しておきましょう。健康のためにお酒の量を少しは減らした方がよいのではないかという気持ちが多量飲酒者の意識の中にある一方で、以下に挙げるような不安を抱えており、参加する時にはその葛藤状態にあります。この不安を私たちが理解、共感し、クライアントの不安と疑念を上手に扱うことができれば、クライアントと私たちカウンセラーの距離は一気に狭まるでしょう。ブリーフ・インターベンションに参加するクライアントが抱く4つの不安とは、以下のようなものです。

- ① 無理やり酒を止めさせられるのではないか？
- ② 酒を減らせなかったら、上司に報告されるのではないか？
- ③ 酒を減らせなかったら、意志の弱い人間と評価されるのではないか？
- ④ そんなに簡単に酒の量が減らせるのか？

それぞれについて、具体的な対応と答え方の例を述べてみましょう。

① 無理やり酒を止めさせられるのではないか？

という第一の不安に対しては・・・

「お酒を無理やり我慢させられ、飲むなと言われるのではないか」というのが、おそらく参加者の最も大きな不安であると考えられます。これに対しては、以下の4つの答えを準備できるでしょう。こうした話題を、タイミングよくカウンセラーから先に持ち出せばクライアントとの距離感がぐっと短くなり、期待と信頼を増すことができるでしょう。

- 目標は、自分で決めていただきますので、ご自分で達成できる範囲での目標を立てていただければ結構です。
- お酒を我慢して止めても、それでは楽しくありませんし、もちろん長くは続かないでしょう。私たちが求めているのは、できるだけ我慢しないで今までと同じ様に酔いの満足も得ながら、お酒の量を少しずつ減らしていく方法です。
- 昔はもっと少ない量で満足していたのが、年とともに少しずつ量が増えてきませんでしたか？この過程（＝耐性）を逆に逆

っていけば、今より少ない量でも同じように満足できるという仕組みです。

● 最近燃費のよい車もはやされています。あなたも体質を改善し、アルコールの燃費を良くしてみませんか。もちろん、何より大切な健康のために。

② 酒を減らせなかったら、上司に報告されるのではないかと

という第二の不安に対しては・・・

最初にクライアントに自己紹介を済ませ、以下の様な2つの答えを準備しておきましょう。ここでの話がどこまで、だれに伝わるかというのは非常に重要なことです。このカウンセリングの内容が産業医まで伝わるのは、健康管理という目的から説明できることですが、直属の上司に知れると、これは健康問題というより労務管理的な色彩が濃くなり、対等な立場でのカウンセリングは難しく、指導という形になります。自分の立場や名前を知らせるため、名札を付けることも忘れないようにしましょう。カウンセリングの最後には、「この取り組みの途中で何か困った時や相談のある時は、遠慮なく私にご相談下さい」と伝えておきましょう。

● ここでのお話の内容や結果は、あなたが知らないところでは一切お話ししないことにしています。産業医や主治医に報告する時も事前にあなたの了承を得ます。

● ただし、あなたが信頼する身近なお友達やご家族に「最近酒の量を減らしている。減らすカウンセリングを受けている」と自ら積極的に伝え、協力や支援を受けるのは大変有効で、お薦めしたい方法です。

③ 酒を減らせなかったら、意志の弱い人間と評価されるのではないかと

という第三の不安に対しては・・・

● 自らお酒の量を減らしたいと思っている方には、今回のプログラムは、参加した皆さんにほぼ同じ程度に効果がありますが、今回だけでお酒の量を減らせた、お酒の量が減らせなかったと

いう様に結果に違いが出るのは、意志の強弱ではなく、最初のちょっとした立ち位置（変化のステージモデルでの段階）の違いの影響で、結果が異なるだけです。今回の取り組みでは結果が出なかった方にも、次のチャンスに大きな成果を生む準備になっています。

こうした言い回しで、参加者に必要以上に結果へのプレッシャーを懸けない様にする配慮も大切です。

④ そんなに簡単に酒の量が減らせるのか？

という不安に対しては・・・

以下のような3つの答えを準備できます。

- やっている私たちだって、そんなに簡単にできるのか初めは半信半疑でしたが、すでに実際にこのプログラムに参加して頂いた多くの方がお酒の量を減らすことに成功されています。
- 欧米ではすでに20年前からこうした方法が研究され、今ではその有効性が証明されています。
- 実は、生活習慣の行動変容というのは、変えよう（私たちの場合は、お酒の量を減らそう）と思った時には、すでにその変化の過程の中途（＝関心期）には辿り着いているのです。次に、それを後押しする何らかのきっかけがあれば、実際の行動変容に結びつくのです。お酒の量を減らしてみようと思われた皆さんが、このプログラムに参加することは、まさにそのきっかけを作ることなのです。

このような言い回しで、参加に拒否的な一部の方を除けば多くの参加者が、飲酒習慣に関しての行動変化のステージは「関心期」あるいはそれに近いところにあることを伝えればよいでしょう。カウンセラー側の自己効力感、すなわちクライアントの飲酒行動を変化させ、より健康な生活に導くことができるという信念は、クライアントの自己効力感と同じように重要です。このためには、カウンセラーができるだけ多くの介入を経験し、成功体験を数多く積み重ねることが何より重要と思われま

す。参加者の中には「無関心期」、すなわちこのような説明を行ってもま

だ参加に消極的であったり、中には拒否的な方がいらっしゃるかも知れません。こうした方々には、この先何かの機会にこうした行動変容（節酒）を自ら思い立つことがあることを期待しましょう。その時のために有用で、今回の介入で私たちがまずできることは、情報提供と関係性の維持でしょう。こうした方々には、今回の介入ではまずはアルコールについての正しい知識や情報を伝えることに力を注ぎましょう。そして、節酒に関心が向いたらいつでも相談においで下さいというメッセージを伝え、相談の窓口を開いておきましょう。

- ◆ 参加者は、健康のために酒量を少し減らした方がよいのではという気持ちがある一方で、いくつかの不安を抱えている。介入する者は、参加者がこの葛藤状態にあることを読み取り、この不安と疑念を上手に扱うことが関係作りに重要である。
- ◆ 拒否的な参加者には、今回の介入で直ぐに行動変容を期待せず、まずはアルコールについての情報提供と関係性の維持に努める。

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

私たちは、将来アルコールが健康被害を引き起こす可能性の高い多量飲酒者、あるいはすでに健康被害が及んでいる多量飲酒者に対する早期介入のための介入パッケージ（HAPPY: Hizen Alcoholism Prevention Program by Yuzuriha）の初版を 2001 年に作成しました。その後毎年改定を重ね、飲酒運転など最新のトピックスや最新の疫学データを加えて、2011 年 3 月には第 11 版となっています。HAPPY は、飲酒量低減という行動変容を目指したブリーフ・インターベンションの補助ツールでもあります。アルコール関連障害の重症度を評価し、評価区分ごとに作成された教材には、アルコールに関する医学的な知識と通常は医師が行う指導の内容が含まれ、ブリーフ・インターベンションに情報提供の要素を付加したプログラムとなっています。本来、ブリーフ・インターベンションは情報提供、すなわち教育の要素をあまり重視しません。しかしながら、アルコールに関する正しい知識や情報の乏しい日本人にとっては、行動変容を起こすための判断材料として、最低限の医学的知識や指導は欠かせません。自らの判断で道を選ぶとしても、まずは正しい知識に基づいて進むべき道を選択しないと、選ぶ道を誤ることになります。HAPPY では、アルコールに関するこうした情報提供をプログラム中の音声解説付きのスライド教材が行ってくれるため、ブリーフ・インターベンションをアルコール問題の知識や介入経験が乏しい介入初心者が行う場合や、対象者が未だ行動変化のステージモデルでの「無関心期」にある場合に、とくに有用な補助ツールになるものと期待されています。また HAPPY は、ブリーフ・インターベンションによる介入が半構造化、マニュアル化されており、ブリーフ・インターベンションを集団に応用することも可能にしました。私たちは、平成 20 年から職域での集団介入にも HAPPY を用いたプログラム（HAPPY プログラム福岡市方式）を実施してきました。予めアルコール問題の評価を行い、集団をできるだけ均一にした上で 5～10 名程度の集団での介入を行い、対個人でのブリーフ・インターベンションと同等の成果を収めています。

アルコール関連障害の早期介入に関してわが国での取り組みが少なかった背景には、早期介入をアルコール依存症治療の臨床経験と知識を有する少数の医師や保健師しか行えなかったことも一因として挙げら

れます。医療機関や職域、さらには地域でも、アルコール依存症治療の経験のない保健師、薬剤師、看護師、栄養士など様々な職種のコメディカルスタッフが、医師がいない状況でも比較的容易に早期介入ができるようにプログラム化したものが HAPPY です。

HAPPY では、アルコール関連障害の評価には AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) を用いています。AUDIT は、WHO を中心に 6 ヶ国の共同研究として開発され、10 の質問からなるもので、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)、およびすで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ます。私たちは、これまで AUDIT を用いて行ってきた私たち自身の調査結果から、AUDIT の評価区分として、AUDIT10 点未満を「比較的危険の少ない飲酒群 (Low-risk drinkers)」、AUDIT10～19 点を「健康被害の可能性の高い危険な飲酒群 (High-risk drinkers)」、AUDIT20 点以上を「アルコール依存症疑い群 (Probable alcohol dependence)」としています。さらに、AUDIT10～19 点については、肝障害、糖尿病や高血圧などの生活習慣病を有する群と無い群に分けて、それぞれのカテゴリー毎に音声解説付きスライドとテキスト形式の教材を作り、教材の中では医師が伝えるべき医学的専門知識と指導内容を盛り込んでいます。カテゴリー毎の教材で行われる指導内容は、AUDIT10 点未満の対象者には「さらなる節度ある飲酒の勧め」、AUDIT10～19 点で生活習慣病が無い者に対しては「1 日 20 g 以下の飲酒の勧め」、AUDIT10～19 点で生活習慣病を有する者には「2 週間の断酒体験の勧め」、AUDIT20 点以上の者には「アルコール専門医療機関受診、あるいは断酒の勧め」としていますが、インターベンションの中ではこうした指導が「指示的」にならないよう、クライアントとの間で「共感的」に「支持的」に行われるよう配慮して頂きたいものです。スライド教材とテキスト教材は、いずれのコースも 1) 依存性薬物としてのアルコール、2) アルコールによる健康被害、3) アルコール依存症の 3 つを主なテーマにした内容で構成しています。

セッションの中での介入は半構造化されており、各コースとも 20 分程度の教材を視聴した後にチェックリストや飲酒日記を用意し、記入し

ながら動機づけを高め、対処法を一緒に考え、飲酒目標を設定していくように工夫されています。このように、介入時に用いる教材とチェックリストを作成したことで、アルコール関連障害での臨床経験の少ないコメディカルスタッフにも介入が可能になり、医学的、専門的な事柄や、指示、指導に介入者が直接触れなくてよいため、介入者と被介入者が対等で共感を得やすく、関係を築きやすいというメリットがあると考えられています。カウンセリングの場面で、具体的にどのような話題を取り上げるかは、対象者の理解力や行動変化のステージによって多少異なりますが、インターベンションで取り上げる話題を列挙すると、①自分が1日に飲酒する飲酒量、②自分が経験した多量飲酒と関連した疾病、③自分にとっての飲酒の効用と害、④今後の飲酒の具体的な目標（1日の飲酒量、1週間の飲酒日数）、⑤自分が節酒あるいは断酒しようと思う理由、⑥自分が節酒あるいは断酒すると変わると思うこと、⑦自分が節酒あるいは断酒を継続するための具体的な方法、⑧自分が飲酒したくなる危険な状況のリストアップとその対処法の検討、⑨飲酒日記の記入などの項目が挙げられます。

私たちは、次頁の図2に示す通り、通常3回のセッションを基本にして行っています。1回目と2回目は2～4週の間隔で、教材を用いた教育、助言と、前述の話題を扱いながらの介入、3回目は2回目から8～12週の間隔をおいて、その間の飲酒状況の評価と目標の再設定などを行うことにしています。HAPPYを用いた介入も、技法はブリーフ・インターベンションを基本にしますが、1回目と2回目のセッションでは、約20分間の教材視聴が加わるため、1回のセッションに要する時間が30～45分間と通常のブリーフ・インターベンションより長くなります。

多量飲酒は、生活習慣病の重要なリスク因子の一つではありますが、先にも述べたように、その対策はこれまでほとんど取られてきていません。飲酒習慣は生活習慣の中でも特殊である、またアルコール依存症患者の対応は難しい、多量飲酒による健康被害は自業自得であるという保健医療に携わる方々の中にある先入観や忌避感をまずは解消しなくてはならないようです。その発症の背後には、患者さんの人柄や意志ではなく、主にアルコールという薬物の持つ高い依存性があることを医療者として忘れてはいけません。「HAPPYプログラム」が送るメッセ

ージは、受講者だけでなく、介入を行う方に向けたものでもあります。

飲酒習慣は他の生活習慣と比べても特別なものではなく、アルコール関連問題への早期介入は、予め専門医療機関との連携を用意しておけば、通常その方法において喫煙などの生活習慣に対する介入とそれ程の差はないと考えますが、いかがでしょうか？この答えは、皆さんご自身がこうしたアルコール問題の予防的介入に実際に携わってみることで、自ずと明らかになるものと期待しています。

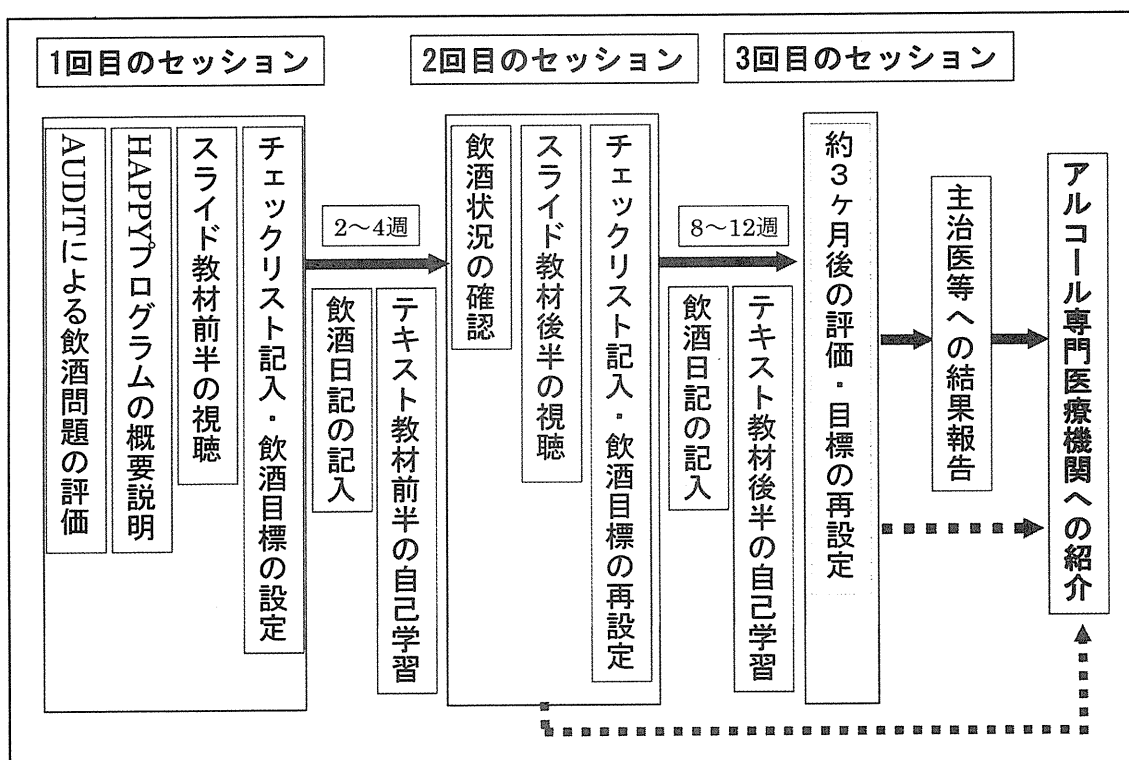


図2 HAPPYプログラムを用いた3回の介入の概要

- ◆ HAPPYプログラムは、ブリーフ・インターベンションによる介入に教育の要素を加え、半構造化・マニュアル化した介入パッケージであり、集団での介入にも有用である。
- ◆ HAPPYプログラムは、医療機関や職域、さらには地域で、アルコール依存症治療の経験のない保健師、薬剤師、看護師などが、容易に介入できるようプログラム化したものである。
- ◆ 教材が、医師が行う医学的教育や指示的指導を行い、カウンセラーとクライアントとを対等で共感的な関係に保つ。