

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

ここまで述べてきたブリーフ・インターベンションや HAPPY プログラムは、対個人の行動カウンセリングでしたが、「HAPPY プログラム福岡市方式」とこの「特定保健指導にも使える集団節酒指導プログラム」は、グループワークの手法を用いながら、5名から10名程度のグループで節酒指導を行う目的で開発、作成されたプログラムです。

福岡市では、平成18年8月に福岡市職員の飲酒運転事故により幼児3人が犠牲になる痛ましい事故が起きた後も、市役所職員による飲酒運転やその他の不祥事が続きました。このため、平成19年9月にこれらの対策の検討・実施のため、福岡市役所に「福岡市コンプライアンス向上検討委員会」が設置されることになりました。同委員会には内部委員以外に専門アドバイザー委員が選任され、アルコール問題対策の専門家の立場で本書編集者である杠が福岡市の対策に関わることになりました。

平成20年3月に同委員会が作成した報告書では、アルコール関連問題には組織的にサポートすることが必要であること、具体的には職域における飲酒運転防止に繋がるアルコール問題対策として、アルコール教育と予防的介入を行う「HAPPY プログラム福岡市方式」を実施することなどが盛り込まれました。この報告書を受けて、福岡市では職員のアルコール問題に関する組織的な取組みが、肥前精神医療センターとの共同事業として始まることになりました。

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、飲酒運転による逮捕者は変わらず続いていました。警察官、公務員、教師、消防士、政治家などことさら高い遵法意識を求められる職種からの逮捕が連日のように全国各地で新聞報道される状況は、現在でもあまり変わりはありません。

わが国は、国際的に見ても飲酒に関しては寛容な社会であるとされています。飲酒は「人間関係の潤滑油」であり、酒は「百薬の長」とその効用を評価する一方で、飲酒の先に出てくる飲酒運転だけを厳罰化し、飲酒運転した個人の責任のみに帰するのは、どこか社会に「都合のよい

場当たりの対応に見えますが、皆さんはどう感じられますか？時として酒席は「無礼講」とされ、そもそもわが国は規範意識や責任感などから開放されリラックスするために飲酒することも容認され推奨されている社会なのです。コンビニやスーパーでジュースの横に違和感なく並ぶカラフルな缶ビールや缶チューハイを気軽に口にして、自動車を運転すれば一生を棒に振ることになります。この入手の「手軽さ」と事後の「厳罰」の隙間を全て「個人の自覚と責任」で埋めてよいのでしょうか？これでは、余りにも社会に都合のよい論理のように思えます。アルコールに依存しているのは個人ばかりではなく、社会もまた手軽なストレス解消法としてあるいは経済面でその恩恵を受け、大きく依存しているとも言えます。治療すべきは個人ばかりでなく、われわれの社会もまた同様なのかも知れません。

こうした中で、これまでわが国で行われてきたアルコール問題対策は飲酒に関する教育・啓発であり、主として薬物乱用対策での「ダメ。ゼッタイ。」調の飲酒運転撲滅キャンペーンです。もちろん、この意義や効果を否定するものではありませんが、先にも述べましたように、アルコール自体がこうした規範意識や遵法精神を乏しくさせてしまう薬理作用を有する依存性の高い薬物なのです。このため、健康を害し、飲酒運転をはじめとして、当人にも他者に対しても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での介入（予防）が不可欠であると考えて始めたものが、職場での集団による健康教室「HAPPYプログラム福岡市方式」でした。

◆ HAPPYプログラム福岡市方式は、グループワークの手法を用いながら、5名から10名程度の小集団で節酒指導を行う目的で開発、作成されたプログラムである。

◆ HAPPYプログラム福岡市方式は、飲酒運転対策の一環として始まったが、生活習慣病をはじめさまざまなリスクの高まる多量飲酒の生活習慣そのものの行動変容を目指した医療モデルでの介入プログラムである。

8) HAPPY プログラム福岡市方式の特色

HAPPY プログラム福岡市方式の主な特色は、従来行われていた飲酒に関する教育・啓発型の介入ではなく、飲酒習慣そのものを変え酒量低減を目的にしたものであること、プライバシー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、プログラムを構造化し進行台本を用意、これまでにアルコール問題への介入や指導経験のほとんどない保健師が担当し介入を行ったことなどが挙げられるでしょう。この中でも、とりわけ最大の特徴と評価されたことは、わが国でこれまで個人の責任に帰せられ、ほとんど取り組まれてこなかった飲酒習慣の行動変容、すなわち節酒を目指した集団介入プログラムであったことです。

福岡市役所での反応は、元々飲酒運転対策事業として始まった経緯があるため、生活習慣病予防対策を謳い気軽な参加を呼び掛け参加の敷居を低くできたかに見えましたが、他の職域に比べると平成 18 年に職員が起こした飲酒運転事故の影響から、参加者は飲酒運転の「ハイリスク者」というマイナスイメージが払拭されにくく、参加を躊躇う者も多かった様に推測されます。一方で、組織的な取り組みとして職場上司が率先して教室に参加したことは、参加を促す大きな力となったようです。今後、同じような取り組みを他の職場で試みる時、管理職がこうした取り組みにいかに関わりどのような態度をとるか、すなわちこうした取り組みの意義を管理職にある者が理解できるか否かが、導入と成否の鍵となるでしょう。わが国で管理職の立場にある者は、しばしば自らが多量飲酒者であり、「飲みニュケーション」などと専ら飲酒の効用を説き、飲酒にまつわる様々な負の問題はあくまで個人の自覚と責任に帰することが多いのが現状です。おそらくこのことが、今後わが国で、とくに職域で多量飲酒者対策を行う上では、大きな障害になるものと考えられます。幸いに福岡市役所では、職場全体を挙げた取り組みとなったことでこの障害は取り払われ、むしろ管理職自らの積極的な参加は、事業を推進する大きな力になりました。

これまでの飲酒運転対策は、「ダメ。ゼッタイ。」に類した「教育」を中心にキャンペーン的に行われてきました。このことによる一定の効果は、もちろん期待できます。しかしながら、飲酒運転での検挙者の多く（男性：66.3%、女性：50%）が常習飲酒者、しかも多量飲酒者（1日

の平均飲酒量が6ドリンク以上)であることは、すでに中山らが指摘している通りで、より積極的に飲酒運転防止に関わるためには、この習慣そのものに踏み込んで節酒を指導することが求められるでしょう。わが国のアルコール医療は、アルコール依存症治療、しかもその断酒治療が主で、節酒指導はこれまで取り入れてきていませんでしたが、欧米では1980年代よりWHOを中心に酒量低減の介入技法としてブリーフ・インターベンションの開発・研究が進められてきました。ブリーフ・インターベンションは、先にも述べたように一対一で行う対個人の行動カウンセリングです。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技法を集団での介入に応用し、グループワークあるいはグループミーティングを中心とした集団介入として実施しました。この背景には、以下のようないくつかの事情があります。

まず、福岡市での取り組みは、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、飲酒運転防止対策の目的を持ったものでした。このため、介入には飲酒習慣の行動変容に加えて、教育と情報提供の要素をしっかりと織り込む必要があったのです。一対一の介入は、基本的には行動変容を目的としたカウンセリングであるため、指導的さらには指示的な要素となる教育を挟み込みにくいと言えます。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的要素は基本的に馴染まないものと言えるでしょう。そこで、教育と情報提供の要素をある程度重視すると、集団の方が行いやすいと考えられました。また、肥前精神医療センターの指導や人的支援の下で限られた時間と回数の中で多人数を対象にして行うため、介入をより効率的に行う必要があったことも理由の一つです。さらには、一般の職場と同様に、福岡市役所でも保健師に多量飲酒者に対する介入経験がほとんどなく、すなわち飲酒の行動変容や多量飲酒者の心理・行動特性を理解でき、指導なく節酒の行動カウンセリングをできる者が少ないという事情もありました。クライアント(教室参加者)と一対一で多量飲酒者に対する節酒の介入を行うことが出来るのは、おそらくこうした介入経験の既にある、あるいはこれまでアルコール依存症治療に携わり、多量飲酒者の心理や行動特性をある程度理解している少数の医師や臨床心理士に限られています。こうした背景と要請の下で作成された

プログラムが、「HAPPYプログラム福岡市方式」です。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リーダーあるいはファシリテーターとして関わるができるように、プログラムの内容を構造化、マニュアル化して、スライドや進行台本を用意し、さらにアルコールの教育用教材としてHAPPYプログラムの音声解説付きスライド教材を使用しました。この教材を利用した教育の方が、介入をしようとするものが直接飲酒教育に携わるより、「対等」と「共感」の関係性を重視するカウンセリングの要素を多少とも保持できるようです。さらに、参加者全員に12週間毎日、「飲んだ酒類と量」、「飲んだ状況」、「目標達成できたか」を飲酒日記に記入してもらい、記入してきた飲酒の記録に対して「お仕事忙しそうですね」、「この刺激とストレスの多い状況の中で、よく頑張りましたね」、「素晴らしい変化（成果）ですね」、「周囲の方も驚かれ、喜ばれているでしょう」といった共感、激励、称賛の伝わるコメントを介入者が日記やワークブックに直接記入することで、教室参加者と司会者であるリーダーやコ・リーダーとの個別的な交流や関わり、すなわち行動カウンセリングの要素をできるだけ取り入れるようにしました。上述のような過程を経て作成された「HAPPYプログラム福岡市方式」の概要は、以下のように纏められます。

- ① 生活習慣病予防のための飲酒量低減を主な目的とし、飲酒教育の要素を組み込んだ5～10人程度のグループで行う飲酒習慣の行動変容を目指すプログラムである。
- ② 参加は、アルコール問題の程度に拘わらず、あくまで自由意志に基づき、任意である。
- ③ 参加者は、予めAUDITにより飲酒問題の程度を評価され、グループ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されている。
- 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 グループワークの運営が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。また、アルコール問題の介入初心者にとっては、グループワークとして運営し、ファシ

リテーターとして参加することで、多量飲酒者の節酒の体験談を聞き、その心理や行動特性、さらには行動変容を効率的に学ぶよい機会になる。

⑥ 集団への参加者は、他の参加者の成功体験を聞くことで、自らの自己効力感を高める代理経験とすることができる。また一方で、他者の前で自らの成功体験を発表し、称賛される体験によって自己効力感を高めることができる。

⑦ 個別での介入（ブリーフ・インターベンション）に比べ、集団での教育を交えたこうしたアプローチでは、プライバシーへの配慮が求められるが、問題が比較的軽篤な者（AUDIT20点以上）を除けば、むしろオープンで明るい雰囲気の中で行われるため、飲職場全体に健全な節度のある飲酒風土を醸成することが期待できる。（プログラムを始める前には、以下にも述べるように、参加者の個人情報やその発言内容について教室外では一切話さないことなどの約束事を参加者に周知している）

初めて飲酒習慣の行動変容、すなわち多量飲酒者の飲酒量低減指導に関わろうとする者が、構造化されプログラム化された技法を用い、その方法と多量飲酒者の行動特性を学ぶための個人向け介入（ブリーフ・インターベンション）プログラムと補助ツールが「HAPPY プログラム」で、集団向け介入プログラムと補助ツールが「HAPPY プログラム福岡市方式」です。いずれのプログラムも、介入を行う者を育成するという視点から、詳細なマニュアル、進行台本が作成されています。

- ◆ HAPPY プログラム福岡市方式は、ワークブックや進行台本を用意し、これまでアルコール問題への介入や指導経験のあまりない者にも介入ができるようプログラムを構造化した。
- ◆ グループでの介入のメリットは、参加者が他の参加者の成功体験を聞きくことで、自らの自己効力感を高める代理経験とすることができることである。
- ◆ グループは、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や生活背景ができるだけ均一になるように構成することが望ましい。
- ◆ 飲酒教育を交えた集団での介入は、職場全体に健全な節度ある飲酒風土を醸成する上でも有効である。

9) 本集団節酒指導プログラムの特色

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要素をできるだけ集団介入にも用いること、さらに教育の要素をできるだけ自然にプログラムの中に織り込むこと、さらにはアルコール問題対策にはじめて携わる方にも不安なくできるように工夫してプログラム作成を行ないました。

この特定保健指導にも用いることのできるこの集団節酒指導プログラム作成に当たっては、HAPPY プログラム福岡市方式をさらに応用、発展させる形で、プログラムの改編を行いました。基本的な構成は、これまでと同じく3回のセッションでの構成です。ここでは、各セッションを「教室」と呼ぶことにします。

HAPPYプログラム福岡市方式では、予め飲酒の評価を行い、男性210g（21ドリンク）/週以上、女性140g（14ドリンク）/週以上の飲酒か男女とも6ドリンク以上の多量飲酒が1週間に1回以上ある方を参加対象者としました。さらに、AUDITによるスクリーニングテストや生活習慣病の調査を行い、①AUDIT20点未満で生活習慣病のない方、②AUDIT20点未満で生活習慣病のある方、③AUDIT20点以上の3群に分けて、①と②群は集団で、③群は個別にアルコール依存症治療の経験者が介入を行いました。3群とも3回の介入で行いますが、程度は異なれ参加者はすべてアルコール問題を有する方で、1回目の教室ではワークブックー基礎編ーを、約1ヶ月後の2回目ではワークブックー応用編ーを、さらに約3ヶ月後の3回目の教室では飲酒日記を基に節酒の取り組みを振り返るグループワークとする構成でした。

この集団節酒指導プログラムは、1回目の教室では職域、地域の全員の方を対象にアルコールの基礎教育を中心とした飲酒運転防止教育とアルコール問題のスクリーニング（AUDITあるいは「最近の飲酒の調査」）を行います。2～4週後の2回目の教室では、1回目の教室でスクリーニングされたアルコール問題を有する方を対象にワークブックー基礎編ーを用いた集団介入を行います。さらに、1回目の教室から8～12週後の3回目の教室では、同じくワークブックー応用編ーと2回目の教室以後記入してもらった飲酒日記（「あなたが作る健康日記」）を用いて集団介入を行います。福岡市方式の1回目と2回目の教室内容は、

概ね今回のプログラムでは、それぞれ 2 回目と 3 回目の教室内容に相当します。

- ◆ 本プログラムは、HAPPY プログラム福岡市方式をさらに改編し、特定保健指導でも用いることのできるよう作成されたものである。
- ◆ 1 回目の教室では、職域、地域の全員の方を対象にアルコールの基礎教育を中心とした飲酒運転防止教育とアルコール問題のスクリーニングを行う。
- ◆ 1 回目の教室から 2～4 週後の 2 回目の教室では、1 回目の教室でスクリーニングされたアルコール問題を有する方を対象にワークブック－基礎編－を用いた集団介入を行う。
- ◆ 1 回目の教室から 8～12 週後の 3 回目の教室では、同じくワークブック－応用編－と 2 回目の教室以後参加者が記入した飲酒日記を用いて集団介入を行う。

10) 進行台本の使い方

一般の方々に対する飲酒教育や多量飲酒者に対する節酒指導をはじめて行う方が、こうした介入をワークブックや飲酒日記といった補助ツールを用いながら、グループワークとして運営、進行できるように作成したものが、この進行台本です。集団で行う時には、パソコンとプロジェクターを用いて、中央のスクリーンにスライドでテーマや教材を投射して参加者とリーダーがコの字に囲んで行うとよいでしょう。スライドには、その時のグループワークのテーマや指示が映し出されますので、司会者（リーダー）は台本に書かれた台詞を読めばよいようになっています。もちろん、台本の台詞を棒読みすると、ぎこちなく雰囲気も堅苦しくなりますので、リーダーは予めこの台本を2～3回読み込んで、各テーマをどのような要領で進行するのか、グループワークの中でどのような言葉かけをするのか、趣旨を把握した上で自分の言葉に置き換えて司会ができるように準備しておくことが大切です。まずは、進行台本と次章の教室運営マニュアルを読んで、台本中のキーワードあるいは自分が使い易いフレーズと文をチェックし、キーワードと「使えるフレーズ」をさらに自分の言葉で繋いで、内容を説明できるようにしましょう。

この進行台本は、必ずしも集団での介入場面だけでなく、個人のセッションで用いることもできます。各スライドをB4あるいはA3サイズに印刷しラミネート加工して手元に準備しておいて下さい。個人のセッションでは、それを机の上でセラピストとクライアントの間において一枚ずつ開き、二人で同時に眺めながらカウンセリングを進めていくこともできます。

プログラムの中には「オリエンテーション」として、このプログラムの目的や特徴についての解説などがありますが、進行台本を用いることによってこうした重要な事柄が漏れなく伝えられます。このように、介入をできるだけ構造化し、台本まで準備した目的は、集団介入の質と効果を上げるということの他に、介入する側の不安や抵抗を軽減することがあります。これまでアルコール問題への関わりの経験が浅い者にとって、多量飲酒問題への介入は、他の生活習慣に比べて、特別の技術を要すると思われるのかことさら特別視され不安がられるため、できるだけそうした不安や抵抗を少なく、多量飲酒者の二次予防に数多くの保健師

などの保健医療従事者が不安なく取り組めるようにすることも、作成の意図の一つでした。こうしたグループワークでの介入によって、多量飲酒者の心理や飲酒習慣の変化、さらには節酒によってもたらされる心身や家庭生活、人間関係、仕事などの面での好ましい変化を参加者の口から直に知ることができます。おそらく、グループワークを通じた数回の介入経験とアルコールに関する知識の習得で、こうした早期介入も、楽しく興味深く感じられるようになるでしょう。またその後には、対個人のブリーフ・インターベンションを担当することもそれ程難しくなっていることでしょう。こうした経験を経れば、飲酒習慣も喫煙、運動、ダイエットなどの生活習慣と基本的には同じ要領で対処できるということを理解してもらえるものと期待しています。唯一異なる点があるとするれば、飲酒習慣への介入では、予めアルコール依存症の専門治療施設と連携を取っておいた方がよいことです。専門施設と連携しておくことで、アルコール問題への介入に関する有益な情報や助言を適宜得ることができると同時に、重篤な問題飲酒者が見つかった際には、この方を専門施設へ診断・治療目的でスムーズに繋ぐことができます。これは、理想的な専門医療機関との連携のはじまりとも言えます。

◆ 進行台本は、飲酒教育や節酒指導を初めて行う者にも、集団のグループワークとして運営、進行できるように作成したものである。個人のセッションでの利用もできる。

◆ 進行台本を棒読みするのではなく、教室運営マニュアルを読んで趣旨を理解し、台本中のキーワードと「使える文言」をさらに自分の語りやすい言葉で繋いで、内容を説明できるようにすればよい。

◆ グループワークを用いた介入は、節酒指導に関わる者にとっても、多量飲酒者の心理特性や節酒によってもたらされる心身や生活面での好ましい変化を、効率的に学習できる機会となる。

◆ こうした節酒指導を行う前には、予めアルコール依存症の専門治療施設と連携を取ってくことが望ましい。

1 1) 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）

初回の保健指導となる 1 回目の教室では、特定保健指導の対象者全員に対して飲酒運転対策として必要なアルコールの代謝、依存形成などに関する基礎的な飲酒教育を行い、その後アルコール問題のスクリーニングを AUDIT や TLFB (Timeline Followback) 法を用いて行います。教室の中でスクリーニングを行うことは、HAPPY プログラム福岡市方式と異なります。HAPPY プログラム福岡市方式に参加した方は、予め全員が AUDIT などのスクリーニングテストでアルコール問題の評価を受け、初回の教室からアルコール問題を有する方のみが対象となっていました。一方、特定保健指導の初回のセッション、あるいは職域、地域で飲酒運転防止対策や生活習慣病対策の一環として飲酒教育を幅広い対象で行う場合には、あまり飲酒しない、あるいはアルコール問題がほとんどない方も対象に加わることから、そうした日頃あまり飲酒の問題がない方々にも有益な情報提供ができるようプログラムと教材を作成しています。

今回のプログラムでは、初回の保健指導の後半の 25 分から 45 分程度で、必ずしも多量飲酒者あるいは危険な飲酒者 (hazardous drinker) ではない者が含まれる集団を対象に、アルコールの基礎教育とアルコール問題のスクリーニングを行うように作成されています。

【教室の前に準備するもの】

教室を行う前に予め準備するものは、PC プロジェクター1 台、パソコン 1 台、スピーカー1 台です。アルコール問題のスクリーニングとして何を行うかで用意するものも多少異なります。「最近の飲酒調査」と AUDIT の両方を行うとすれば、「最近の飲酒調査」および当月と前月の白紙のカレンダー参加人数分、AUDIT 質問紙参加人数分、「アルコール飲料ドリンク換算表」参加人数分などの準備が必要となります。また、参加者には、予め最近（過去 1 ヶ月間）の自分の行動（何処へ行ったか、何をしたか）が分かる手帳や日記などを持参して頂くよう依頼しておきます。復習用として教室後に配布できるよう「知っていますか？アルコールのこと」も参加者数分用意しておくとい良いでしょう。1 回目の教室

では、司会を担当する者（リーダー）の他に、ドリンク数計算やスクリーニングテストの記入を後ろで助言、指導する者（コ・リーダー）を数名配置しておいた方がよいでしょう。

【進行および時間配分】

初回の保健指導の後半で行います。まずは、アルコールに関する基礎教育を20分～25分程度行います。内訳は、教育用教材の視聴：13分、教材内容についての質疑：2～4分、クイズ：5分～8分などです。その後、アルコール問題のスクリーニングを行います。「最近の飲酒調査」のみで15分～20分、AUDITのみで5分～10分、「最近の飲酒調査」とAUDITの両方を行うと、20分～25分の時間を要します。

【教育用スライド教材視聴】

教育用教材は、Power Pointのソフト上で作成されたナレーション付のスライド教材です。再生にかかる時間は約13分で、①いろいろな酒類のアルコール濃度、②含まれるアルコール量の計算式、③アルコールの依存形成のし易さ、④お酒を飲んで顔が赤くなるしくみ、⑤アルコール排泄に要する時間の計算、⑥飲酒量と酔いの程度との関係、⑦飲酒運転事故の実態などについて解説をしています。いずれの内容も、お酒飲みの方に限らず多少ともお酒を口にする人や、人にお酒を勧めることがある方には、知っておいて欲しいことばかりです。こうしたことは、飲酒運転対策としても役立つ知識になるでしょう。このスライド教材の内容は、テキスト教材である「知っていますか？アルコールのこと」にも書いてあり、復習用としてテキスト教材を渡して、自宅で読んで頂くとよいでしょう。テキスト教材を参加者に渡すことの利点は、本人の自宅での振り返りの他、教室に参加していない他の家族や同僚の目に触れると、口に出さなくても飲酒の教室に参加したことを伝えることができること、またそのテキストの内容をたまたま家族が目にする事で、家族にも情報提供できるということを期待して作成しています。

教材を視聴した後には、教材についての質問をいくつか受けることとなりますが、出てきた質問に対してその場でスラスラ答える必要は全くありません。難しい質問であれば、「次回までに調べてきます」と一旦

答え、産業医などに尋ねて次回の教室時に答えるか、調べ終えたところで個人的に答えればよいでしょう。下手に専門的な知識をひけらかすことは、教室全体の雰囲気をもっと指示的、指導的な硬い雰囲気にしてしまいます。カウンセラーとクライアントはできるだけ同じ立場、同じ目線で物事を見る方が、雰囲気は和らぎ共感も得やすいようです。こうした点からも、介入を行おうとする者にアルコールに関する専門的な知識はそれ程要りません。教室参加者と同じレベルで考え、関心を持って知ろうとする姿勢で十分と思われれます。まずは、介入をする方々も気楽に新しい体験にチャレンジするつもりで始めてみましょう。

【クイズを通して理解と関心を高める】

スライド教材の中には、アルコール飲料のドリンク数の計算とアルコールの排泄時間の計算が出てきます。このことは、この後飲酒量を減らしていくにも、また飲酒運転対策としても重要な基礎知識です。ドリンク数と排泄時間の二点についての理解と関心を深めるために、二つのクイズを用意しました。

最初のクイズは、ドリンク数の計算です。異なった酒類のドリンク数をそれぞれ求め、さらにそれを足し合わせて1日のドリンク数を求めるようになっています。ドリンク数の計算ができ、意識できるようになるだけでもフィードバック効果は大きく、飲酒量を減らすことに繋がるようです。また、この問題では明らかに健康に害が及ぶ量とされ、多量飲酒の定義でもある6ドリンク以上の酒量を実感してもらうことも大切です。生ビール中ジョッキ 2杯と焼酎お湯割り 1杯、さらに缶ビール 350ml 1缶飲んだだけで6ドリンクを越えてしまうということから、「6ドリンクは意外と少ない量」と感じられる参加者は多いでしょう。

ここで、あらためて飲酒量の単位である「ドリンク」について説明をしておきます。1ドリンクは、純アルコール（エタノール）10グラムを含むアルコール飲料を指します。アルコール飲料の1標準単位（Standard Drink）の定義は、国によって様々です。日本では従来から日本酒 1合(含有アルコール量: 22g)、あるいはビール大瓶 1本(25g)を1単位としてきましたが、欧米では含有アルコール量で、英国: 8g、オーストラリア: 10g、米国: 12g、カナダ: 13gが1単位とされ、概ね日本

の半分量となっています。体格やアルコール代謝能力に劣る日本人の 1 単位のアルコール量が欧米の倍になっているということには、違和感を禁じえません。また、1 ドリンクを 10 グラムとするとアルコール飲料の容量とアルコール濃度から比較的容易にドリンク数の計算もできます。このため私たちは、わが国でも欧米並みにアルコール 10g を含むアルコール飲料を 1 ドリンクとして啓発活動を進めていくことが望ましいと考えているのです。ただし、当面は混乱を避けるため、従来の「単位」ではなく「ドリンク」を用いて飲酒教育を行っています。

二番目のクイズは、先ほど求めたドリンク数のアルコールを体から排泄するのにかかる時間を求めるものです。教材の中では、1 ドリンクのアルコールを体から排泄するのにかかる時間は 2 時間という知識が述べられていました。したがって、最初のクイズで求めた 6.4 ドリンクのアルコールを排泄するのにかかる時間は、 $6.4 \times 2 = 12.8$ 時間となります。6 ドリンク以上の飲酒をすると、体から抜けるのに半日以上かかることになるわけですから、翌朝自動車の運転をして通勤する人が飲んでよい量ではないこととなります。6 ドリンク以上のお酒を夜遅くまで飲むと、翌朝体にはしっかりアルコールが残っていることを理解してもらうには、よい問題（クイズ）であると思います。

【アルコール問題のスクリーニングテストを行う】

スクリーニングテストは、AUDIT と TLFB 法の両方、あるいは AUDIT だけでも飲酒問題の教育と介入に割くことのできる時間に応じて使用して頂ければよいと考えています。AUDIT は 2 回目の教室でも出てきます。したがって、1 回目の教室で AUDIT の記入を終えていれば、2 回目の教室の中では、AUDIT の採点方法、点数の持つ意味、さらには評価区分ことの指導指針についての説明が中心になります。AUDIT は先にも述べましたように、WHO を中心に共同開発されたもので、10 の質問項目からなり、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飲酒者と、すでに健康被害を招いている有害な飲酒者の同定を目的としています。AUDIT は、集団で行っても 5～10 分で実施できるでしょう。また、もう一つの TLFB 法に基づく「最近の飲酒の調査」は、詳細な過去 4 週間の飲酒量

と飲酒状況に関する調査です。この方法による飲酒の評価には、集団で行う場合には約 20 分を要しますが、自分の飲酒状況と量を客観的に把握し、評価のためだけではなく飲酒の振り返りにも役に立つ優れた調査です。この方法はとくに、2 回目の教室に出てくる飲酒の目標設定にも有用で、この調査結果に基づいて、次回の教室以降の飲酒の目標設定をより具体的に行うことができます。

「最近の飲酒の調査」票は、元々ブリーフ・インターベンションの飲酒量低減効果を調査研究する目的で作成したものでしたが、この調査そのものが、対象者に大きなフィードバック効果を持つことと、飲酒の目標設定に重要であることから、私たちは AUDIT とともに「最近の飲酒の調査」を、アルコール問題のスクリーニングテストとしても用いることにしています。もちろん、教室の始まる時点で予めこの調査を行い、6 ヶ月後、12 ヶ月後などにも同じ調査を行うことで、個人の飲酒状態の変化や改善を客観的に評価でき、私たち自身も介入による効果を定量的に知ることができます。今後こうした節酒の取り組みを、地域や職域で広めていくには、その有用性を積極的に外に向かってアピールしていくことも重要なポイントです。そのためには、教室に参加した方々の体験談などの生の声とともに、教室参加前後の飲酒量の変化、ある期間の休肝日数の変化、多量飲酒日数の変化、さらには体重、血圧、血液検査データ上の改善などをエビデンスとして示すことができれば、周囲の関係者の理解と協力を得やすいでしょう。また、こうしたエビデンスは、この事業を継続して幅広く展開するための大きな推進力にもなるでしょう。このように、いくつかの点から「最近の飲酒の調査」は介入の補助ツールとしても有用な調査ではありますが、唯一の難点は集団で調査を行う場合に 20 分程度の時間を要することです。時間のゆとりのある時、一定数の飲酒者が含まれている集団では、実施して頂くとよい調査です。

【「最近の飲酒の調査」票記入】

この「最近の飲酒の調査」は、先にも述べたように、過去 4 週間の飲酒状態（状況、量）をできるだけ詳細に振り返るものです。また、その主な意義は 3 つ考えられ、一つは飲酒状況の参加者自身へのフィードバック、二つ目は目標設定のための基礎データ、三つ目は教室の効果を客

観的に評価することに用いることでしょう。

調査する月とその前月分の白紙のカレンダーを渡し、以下の順序で最近の飲酒状態（飲酒量、頻度、多量飲酒日数、非飲酒日数）を客観的に評価する飲酒調査を行います。酒類と量からドリンク数に換算する際には、巻末資料の「アルコール飲料ドリンク換算表」を用いてもよいでしょう。

調査票の記入は、概ね以下のような誘導と手順で進めます。

- 1) まず、カレンダーの今日の日付に◎を付けて下さい。
- 2) 今日からさかのぼって4週間の間出来事（仕事の休み、家族の誕生日、結婚式、葬式・法事、飲み会、病気などの飲酒に関わる行事や出来事、あるいは健康に関すること）を、日記や手帳を参考にしながら記入して下さい。記入する枠は、日付の右側の小さな枠です。
- 3) 出来事が記入できたら、次はこの4週間で全くお酒を飲まなかった日に「×」を記入して下さい。
- 4) 次に、この1週間（昨日から7日間）1日にどの酒類をどれだけ飲んだか、出来事を思い出しながら記入して下さい。記入する枠は、日付の下の大きな枠です。
- 5) 最後に、今日からさかのぼって4週間（28日間）の間で、多くお酒を飲んだ日の日付を○で囲みます。多くお酒を飲むというのは、「1日に6ドリンク以上」の飲酒と考えて下さい。

もともとこの調査票は、TLFB法に基づいて研究目的に作成したものでしたが、実際に記入して頂くと、介入の補助ツールとしても大変有効なものであると実感しています。日頃お酒を飲まれる方も、どのような時に自分がお酒を飲むのか、あるいはどの位の量を飲んでいるのかを丁寧に振り返ることは新鮮な体験で、多くの方がこの調査に興味をもたれたようです。この調査の後、毎日手作りの「飲酒日記」を記入されるようになった方や、飲んだ酒類と量を入力するとドリンク数に変換されるプログラムを自分で考案して、その後も毎日ドリンク数を計算し記録している方など少なからず見受けられました。

また、この調査でドリンク数の計算をする際には、アルコール飲料の濃度とともにアルコール飲料の容量が重要になります。コップやグラス、ジョッキの大きさも様々ですので、いくつかの種類のコップなどの容器

を用意して、中に色水を入れてどのくらいの容量 (ml) になるかを分かるように展示しておく、参加者の関心も高まり効果的でしょう。

【AUDIT】

AUDIT の質問紙は巻末資料を参照して下さい。先にも述べたように私たちは、アルコール問題のスクリーニングテストとしてしばしば AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) を用いています。AUDIT を私たちが用いるようになったきっかけは、世界的にも有名な「久山町研究」をモデルに、私たちが地元の脊振村（現在は神崎市脊振町、人口約 2,000 人）で始めた頭部の MRI 健診事業でした。産業医科大学の廣先生らが 1996 年に AUDIT の日本語版を発表された直後の 1997 年にこの健診事業が始まったという時運もありました。この時に、日頃の 1 日の飲酒量を調査すると同時に、アルコール問題のスクリーニングテストとして AUDIT も加えた生活習慣のアンケート調査を村民全員の方にお願ひしました。この研究事業は、コホート研究として現在まで 15 年間続き、毎年約 100 名ずつの MRI 検査や各種の認知機能検査を行っています。この研究成果の中で、画像上認められる無症候性脳梗塞（ラクナ梗塞）は、その出現頻度と日頃の飲酒量との関係を見ると J カープではなく、ほぼ直線的に増加することが認められています。

わが国では、これまで長く KAST（久里浜式アルコール症スクリーニングテスト）を用いて問題飲酒のスクリーニングが行われてきました。KAST は、本来アルコール依存症のスクリーニングを目的として作成されたものであるのに比べ、AUDIT は多量飲酒による健康被害をスクリーニングする目的で作成されたものです。その相違を図示すれば、次頁図 3 のようになります。問題飲酒の重症度を軸に考えれば、KAST はアルコール関連問題がかなり重い段階にある者を判別するのが主な目的であるのに対し、AUDIT は主として健康被害が現れはじめる比較的軽症の段階にある危険な使用や有害な使用をスクリーニングする目的で作成されたものと言えます。このため、アルコール問題の早期発見、早期介入を主な目的とする本プログラムでは、AUDIT を問題飲酒の客観的評価スケールとして用いているのです。

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, Hazardous 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 点ですでに肝障害、糖尿病や高血圧などの生活習慣病を有する群については、「飲酒により生じた健康被害がさらに悪化する可能性のある危険な飲酒群 (Harmful drinkers)」としています。

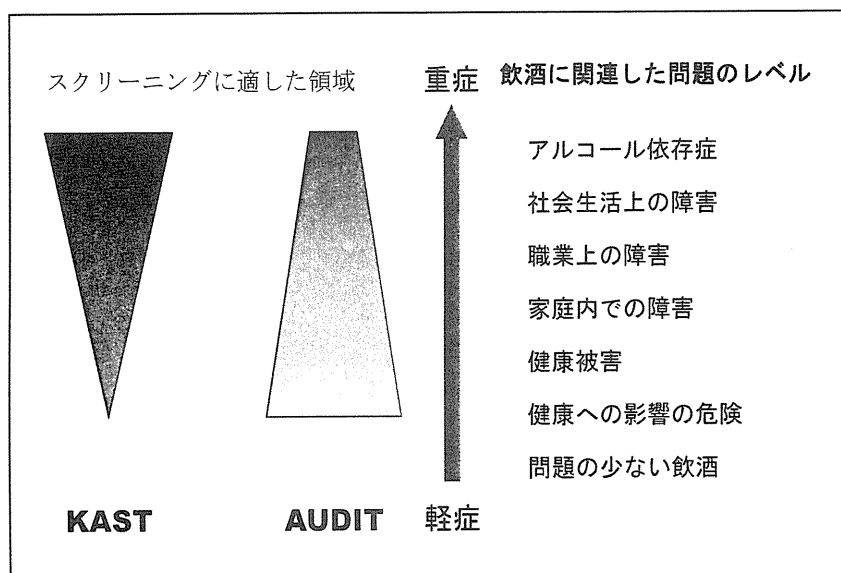


図 3. KAST と AUDIT の比較－対象の相違－

AUDIT の「危険な飲酒 (hazardous use)」のカットオフ値は、国際的には 7/8 点とされることが多いのですが、日本語版の作者である廣先生も指摘されている通り、日本では 10 番目の質問すなわち「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？」が 2 点、4 点と、他の文化圏からの報告より点数が高く出る傾向にあるようです。このため、わが国で問題飲酒者のスクリーニングに用いる時には、9/10～13/14 の間で目的に応じてカットオフ値を設定することが推奨されています。こうした理由から、私たちは「危険な飲酒」の AUDIT のカットオフ値を 9/10 点としています。また、アルコー

ル依存症を疑う値は、国際的にしばしば用いられている基準と同じ「20点以上」を採用しています。

私たちが定めた判定基準で、どの位の方が有害な飲酒を含む「危険な飲酒」、さらには「アルコール依存症の疑い」に当てはまるかを2003年に行われた全国調査で見てみますと、40歳未満の男性ではAUDIT10点台が14%、AUDIT20点以上が1%、危険な飲酒者が最も高い割合で出現する40歳代と50歳代の男性ではAUDIT10点台が21%、AUDIT20点以上が3%でした。さらに、60歳以上の男性ではAUDIT10点台が9%、AUDIT20点以上が1%となっています。また、私たちが夜間勤務のある職場でAUDITを用いて調査した時には、40歳代の男性でAUDIT10点台が37%、AUDIT20点以上が5%、50歳代の男性ではAUDIT10点台が34%、AUDIT20点以上が3%の出現となっていました。地域に比べ夜勤のある職域の方がアルコール問題の出現率が高いという調査結果は、仕事や人間関係でのストレスの他に、仕事での酒席や不規則な勤務形態などが多量飲酒問題の発生に関与していることを推測させます。

AUDITとKASTの比較に戻ると、AUDITは10項目の質問からなり、KASTは14項目からなります。もともとKASTは、アルコール依存症をスクリーニング目的で作成されたものですから、対人関係の障害、社会規範からの逸脱、飲酒レパトリの狭小化、連続飲酒、離脱症状などのアルコール依存症に伴う重症のアルコール関連障害の有無に関連した質問項目が14項目のうち大半を占めています。確かに、一般成人を対象にスクリーニング目的で質問するには、やや抵抗のある重たい内容と言えます。一方、AUDITは健康被害を早期に発見、予防する目的で作成されたものであるため、飲酒の量や頻度に関する質問の比重が大きくなっています。健康被害を見出すための目的であれば、飲酒の量と頻度だけでも充分のようですが、他にも対人関係の障害、社会規範からの逸脱など飲酒による社会的障害や、離脱症状の回避といった身体依存に関する質問が含まれています。同様にAUDITの質問項目を見ても、明かにアルコール「依存」をも意識した質問が中に含まれています。AUDITの10の質問項目のうち、最初の1～3の質問は主に危険な使用(hazardous use)を判別する目的で作成された項目、次の4～6の質問は主にアルコール依存を判別する項目、最後の7～10の質問は主に有害

な使用 (harmful use) を判別する項目とされています。

AUDIT で、飲酒量を直接尋ねる最初の 3 つの質問項目のみをとって AUDIT-C としてアルコール問題の程度を評価しても 10 項目の AUDIT に近い感度と特異度で、多量飲酒、アルコール乱用、アルコール依存が検出できることが報告されていますので、AUDIT の短縮版として最初の 3 項目のみを用いて評価することも可能です。この場合に危険な飲酒と判定するカットオフ値は、4/5～6/7 点と考えられます。

【アンケート】

アンケートは、教室の最後に感想なり、意見なり、質問を自由に書いて頂いてもよいでしょう。集団で行う時には、最後に簡単なアンケートを行い、匿名で参加者の率直な意見や感想を聞くことは大切なことです。この生の声によって私たち介入する側が元気付けられたり、動機づけられたり、時にはこれまでのやり方を少し改めたりするヒントにもなります。「大変役に立った」「参考になった」「初めて知った」などの意見が多く出てくると、次の参加者を募る際に、こうした参加者の声を用いることもできます。