

飲酒量低減を endpoint にした無作為統制試験で、その効果が確認されている<sup>7)</sup>。さらに、世界保健機関 (WHO) が提唱する「アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略」の中でも、この手法の施行は各加盟国に勧告されている<sup>8)</sup>。表 1 に、簡易介入の概要をまとめた。

表 1. 簡易介入の概要

- 1) 短時間の個別カウンセリングである。
- 2) 通常、1～数回のフォローアップカウンセリングを実施する。
- 3) 対象は多量飲酒者、依存症者は専門治療が必要である。
- 4) 治療の目標は、断酒ではなく減酒のことが多い。
- 5) 様々な一次保健・医療現場で実施できる。
- 6) 医師のみならずコメディカルスタッフも実施できる。
- 7) ワークブックなどの教材を使用すると効果的である。
- 8) 日記をつけることも強く推奨される。

以上を踏まえ、本研究では、以下の2つの研究を行う。まず、短時間にしかも効果的に飲酒量を低減するための、簡易介入のツールを開発する。また、簡易介入をわが国の様々な現場で実施いただくように、担当者に対する研修会を開催する。

## B. 研究方法

### 1. 簡易介入に関する研修会の開催

#### 1) 研修の日時、対象者

今年度は平成 26 年 3 月 20 日に、簡易介入に関する研修会を開催する。対象は、多量飲酒者の飲酒量低減に関わっている現場の担当者とする。久里浜医療センターのホームページに募集要項を掲載し、参加者を募集する。

また、久里浜医療センターで実施した過去の研修参加者などにも呼びかける。

#### 2) 研修のプログラム

研修は 1 で、アルコール関連問題の現状、簡易介入の概要、飲酒の増減にともなう健康問題のリスクの増減などに関する講義、およびツ

ルを使用した簡易介入手法の実施方法の研修などからなる。詳細は添付資料 1 を参照いただきたい。

### 3) 研修に使用するツール

今年度は、樋口らが開発した「AUDIT」を利用したスクリーニングおよび簡易介入のツールを一部改編して使用する。AUDIT は、Alcohol Use Disorders Identification Test の略で、WHO がスポンサーになり開発された 10 項目からなる自記式質問票である<sup>9)</sup>。現在、世界で最も頻用されている。その信頼性等については、多くの研究で明らかになっている<sup>10-12)</sup>。

研修に使用する AUDIT を利用したスクリーニングおよび簡易介入の暫定版を添付資料 2 に示す。また、その使用方法に関するマニュアルを添付資料 3 に示す。

## 2. 簡易介入のツールの開発

既述のとおり、今年度は、樋口らが開発した AUDIT を利用したツールを一部改編して研修に使用する。研修参加者などからの feedback を得る。

また、研修参加者に、介入ツールを研修後に実際に使用いただき、対象者の背景、実施経過などをまとめたレポートを研修終了後 6 ヶ月までに送付いただく。

以上の資料は次年度以降に行う、既存ツールの改良または新たなツールの開発に使用する。

## C. 倫理に関する配慮

本研究では、特に倫理に関する配慮は必要としない。

## D. 結果および考察

報告書を提出時点で、研修はまだ終了していない。3 月 20 日の研修に関する参加者からの feedback およびケースレポート等については、次年度の報告書に記載する。

3 月 20 日の研修に使用した資料は、研修が終了した後に、久里浜医療センターのホームページにアップして一般に公開する。

## E. 参考文献

- 1) O' Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D et al. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol Alcohol* 49: 66-78, 2014.
- 2) Yuma-Guerrero PJ, Lawson KA, Velasquez MM et al. Screening, brief intervention, and referral for alcohol use in adolescents: a systematic review. *Pediatrics* 130: 115-122, 2012.
- 3) Bewick BM, Trusler K, Barkham M et al. The effectiveness of web-based interventions designed to decrease alcohol consumption: a systematic review. *Prev Med* 47: 17-26, 2008.
- 4) Beich A, Thorsen T, Rollnick S. Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 327: 536-542, 2003.
- 5) Fleming MF, Mundt MP, French MT et al. Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcohol Clin Exp Res* 26: 36-43, 2002.
- 6) Babor T, Caetano R, Casswell S et al. *Alcohol: No Ordinary Commodity, Research and Public Policy, Second Edition.* Oxford University Press, Oxford, 2010.
- 7) Ito C, Yuzuriha T, Noda T et al. Brief intervention with heavy drinkers in work place: a randomized clinical trial in Japan. *Alcohol Alcohol*, submitted.
- 8) World Health Organization. *Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol.*  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/alcst\\_ratenglishfinal.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/alcst_ratenglishfinal.pdf) (2014年1月アクセス).
- 9) Saunders JB, Aasland OG, Babor TF et al. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction* 88: 791-804, 1993.
- 10) Berner MM, Kriston L, Bentele M et al. The alcohol use disorders identification test for detecting at-risk drinking: a systematic review and meta-analysis. *J Stud Alcohol Drug* 68: 461-473, 2007.
- 11) Reinert DF, Allen JP. The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. *Alcohol Clin Exp Res* 31: 185-199, 2007.
- 12) Reinert DF, Allen JP. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): a review of recent research. *Alcohol Clin Exp Res* 26: 272-279, 2002.

## F. 研究発表

1. 論文発表  
なし
2. 学会発表  
なし

## G. 知的所有権の出願・取得状況

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし

## 添付資料 1

生活習慣病のリスクを上げる飲酒者に対する減酒を目的とした  
簡易介入 (Brief Intervention, BI) 研修プログラム

1. 日時：平成 26 年 3 月 20 日 (木曜日) 9 時～18 時
2. 場所：久里浜医療センター研修棟
3. プログラム
 

8 時 30 分	：受付	
9 時 00 分～9 時 10 分	：開会式	
9 時 10 分～10 時 40 分	：アルコール関連問題と簡易介入について	樋口 進 (久里浜医療センター)
10 時 50 分～11 時 50 分	：アルコール関連問題の現状と減酒の効果	尾崎米厚 (鳥取大学環境医学)
11 時 50 分～13 時 00 分	：昼食	
13 時 00 分～16 時 40 分	：簡易介入の実際	樋口 進 (久里浜医療センター) 伊藤 満 (久里浜医療センター) 岩本亜希子 (久里浜医療センター)
		・ 簡易介入に必要なツールの説明 ・ 簡易介入のデモンストレーション ・ ペアを組んでの実習 ・ 実際の対象者に関するグループワーク ・ 質疑応答
16 時 50 分～17 時 50 分	：飲酒と健康問題	堀江義則 (国際医療福祉大学臨床医学研究センター 山王病院)
17 時 50 分～18 時 00 分	：閉会式	

研修修了者には、研究班からの研修修了証を交付する。

## アルコール使用障害スクリーニング・介入方法

氏名： \_\_\_\_\_ 1 男性 2 女性 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

以下の各質問は、担当者が聞き取って進めてください。

## 1. スクリーニング A

以下の質問に回答してもらおう。

1. あなたはアルコール含有飲料 (お酒) をどのくらいの頻度で飲みますか？		
0. 飲まない	1. 1 ヶ月に 1 度以下	2. 1 ヶ月に 2～4 度
3. 週に 2～3 度	4. 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？ ドリンクは純アルコール換算の単位です。1 ドリンクは、ビール中ビン半分 (250ml)、 日本酒 0.5 合、焼酎 (25 度) 50ml に相当します。詳しくは換算表 (資料 2) を見てくだ さい。		
0. 0～2 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？ 6 ドリンクとは、ビールだと中ビン 3 本、日本酒だと 3 合、焼酎 (25 度) だと 1.7 合 (300ml) に相当します。		
0. ない	1. 月に 1 度未満	2. 月に 1 度
3. 週に 1 度	4. 毎日あるいはほとんど 毎日	

## 点数計算

上記の 1、2、3 の各回答の数字を合計する ( \_\_\_\_\_ 点)

## 点数ごとの対応方法

男性 4 点以下、女性 3 点以下

→ 今のままお酒と上手に付き合っていくよう指導 (終了)

男性 5 点以上、女性 4 点以上

→ スクリーニング B へ

## 2. スクリーニング B

以下の 1～7 の質問にスクリーニング A と同様に回答してもらおう。

1. 過去 1 年間に、飲み始めると止められなかった事が、どのくらいの頻度でありましたか？		
0. ない	1. 月に 1 度未満	2. 月に 1 度
3. 週に 1 度	4. 毎日あるいはほとんど 毎日	

2. 過去1年間に、普通だと行えることを飲酒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 3. 週に1度	1. 月に1度未満 4. 毎日あるいはほとんど毎日	2. 月に1度
3. 過去1年間に、深酒の後体調を整えるために、朝迎え酒をしなけれ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 3. 週に1度	1. 月に1度未満 4. 毎日あるいはほとんど毎日	2. 月に1度
4. 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 3. 週に1度	1. 月に1度未満 4. 毎日あるいはほとんど毎日	2. 月に1度
5. 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 3. 週に1度	1. 月に1度未満 4. 毎日あるいはほとんど毎日	2. 月に1度
6. 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
7. 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

#### 点数計算

上記1～7の回答の数字を合計し、その点数にスクリーニングAの点数を加える（\_\_\_\_\_点）

#### 点数ごとの対応方法

##### 14点以下

→ 対応A（減酒指導）へ

1. 次ページ「対応A」に従って、飲酒量を減らす指導を行う。
2. 減酒目標を作ってもらい、毎日、飲酒日記をつけてもらう。
3. 一定期間（4週以上）観察しても減酒できない場合、または飲酒問題が深刻な場合には、専門家への相談を勧める。

##### 15点以上

→ 対応B（専門家照会）へ

アルコール依存症の疑いが非常に高いので、専門家への相談を勧める。

#### 注意

1. 上記の得点が14点以下であっても、深刻な飲酒問題がある場合には、専門家への相談を勧める。この場合の深刻な飲酒問題とは以下のようなものを意味する。

- 1) 飲酒すると、大声を出したり、暴力的になったりして、周囲に迷惑をかける場合。
- 2) 肝臓障害やうつ病など、飲酒が原因の深刻な健康問題がある場合。
- 3) 飲酒が原因の深刻な家族問題、社会的問題がある場合。

#### 3. 対応A（減酒指導）

酒を減らす指導は以下のように行います。以下のステップ1～4は介入初日に行い、ステップ5は、介入2回目に行います。

##### ステップ1

ご本人の普段の飲酒状況を具体的に聞く。質問に際しては、上記「スクリーニングA」の内容にそって、確認すればよい。

- 1) 普段、お酒をどの位の頻度で飲んでいるか。
- 2) 普段、1日に何（酒の種類）を、どの位（量）飲んでいるか。その際、資料2の「酒類のドリンク換算表」を使ってもよい。
- 3) 多量飲酒（1日6ドリンク以上の飲酒）が、月にどのくらいの日数あるか。

##### ステップ2

ご本人にお酒の飲み過ぎが原因と思われる問題があるかを質問する。

→ 問題を認識している

- 1) 問題を整理する。
- 2) 資料1の「お酒とうまく付き合うために」、資料4「アルコールの健康への影響」を見せて、簡単に説明する。

→ 問題を認識していない

- 1) 資料1の「お酒とうまく付き合うために」、資料4「アルコールの健康への影響」を見せて、簡単に説明する。
- 2) 改めて、該当するものがないか質問する。
- 3) 問題が新たに見つかれば、整理する。

##### ステップ3

お酒を減らすことを提案して、その方法について考えてもらう。

- 1) お酒を減らす方法については、資料3「飲酒量を減らす方法」にまとめられている。
- 2) 資料3を参考にして、自分に合った減酒方法について話し合う。
- 3) ご本人がどのような方法を使うか、資料3に自ら書き込んでもらうと効果的である。

##### ステップ4

ご本人に達成可能な「減酒目標」を作ってもらい、モニターする。

- 1) 減酒目標は具体的なものとする。
- 2) 別添の「飲酒日記」をつけていただくよう説得して、日記の付け方を説明する。
- 3) 減酒目標を飲酒日記に記入してもらい、本日より開始するよう説明する。
- 4) 次に会う約束をして、その日まで日記をつけて、減酒に努力いただくよう励ます。

## アルコール使用障害スクリーニング・介入方法 使用マニュアル

### ステップ5（介入2回目）

- 1) 介入初日から今までの飲酒状況はどのようであったか、飲酒日記を見せていただき話し合う。
- 2) 飲酒量が減っていれば、努力を称賛すると同時に、その方法などについてお聞きし、今後も続けていただくように励ます。
- 3) 減っていない場合には、その理由について話し合う。場合によっては、減酒目標を設定し直し、再び努力いただくように励ます。

### 4. 対応B（専門家照会）

アルコール依存症の疑いが強い方々です。依存症からの回復には「断酒継続」が必要です。そのため  
の指導には専門性が要求されるため、専門家に治療を依頼するのがよいと思います。

### 受診の必要性・方法などの相談

アルコール依存症の専門医療機関に診察を依頼することになる。近くの医療機関への受診や、都道府  
県や政令市の精神保健福祉センターへの相談を勧めたりする。

### 注意:

資料 1～4 および飲酒日記については、本報告書に添付していない。

### 1. ツールの要約

このツールはアルコール問題に個別対応するために、久里浜医療センターが作成しました。以下の  
ような特徴もっています。

#### 1) このツールは誰が使うの？

医師、看護師・保健師・ケースワーカー・臨床心理士等のコメディカルまたはある程度の専門知識  
を持った保健管理部門のスタッフ。

#### 2) 内容をひとことと言うと？

アルコール問題のレベルを評価して、そのレベルに合った対応をする。

#### 3) 問題の評価はどうする？

「オーディット（AUDIT）」というスクリーニングテストを使用する。

#### 4) 問題のレベルは？

問題のレベルは以下の3通り。問題がないと思われる場合（スクリーニングAで問題なし）、問題は  
あるがアルコール依存症までは至っていない場合（大量飲酒）（スクリーニングBで14点以下）、  
アルコール依存症が疑われる場合（アルコール依存症）（スクリーニングBで15点以上）。

#### 5) レベルにあった対応方法とは？

対応の原則は、問題がない場合には「介入不要」、大量飲酒に対しては「減酒指導」、依存症が疑  
われる場合には「医療機関へ紹介」。

以下、順を追って使い方を簡単に説明します。スクリーニングテストは、対象者に記入してもら  
うのが普通ですが、本ツールでは、あなたがすべて聞き取って進めてください。

### 2. スクリーニングA

- 1) スクリーニングAは、オーディットの最初の3項目で、飲酒頻度、飲酒量、多量飲酒頻度を聞いて  
います。各質問項目をそれぞれ読んで、回答してもらってください。

- 2) 質問 2、3 ではドリンクという単位を使用しています。我々に酔いをもたらすのは、お酒に含ま  
れているアルコールです。お酒に含まれるアルコールの濃さ（濃度）は、お酒の種類によって異  
なります。同じ量だけ飲んでも、酒の種類が違えば、飲んだ純アルコール量も異なります。お酒  
に含まれる純アルコール量の共通単位である「ドリンク」を用いることにより、いろいろなお酒  
に含まれる純アルコール量を把握できます。酔いの程度や、アルコールの健康被害は、このドリ  
ンク数に従って増えていきます。

1 ドリンクは純アルコール換算で10グラムです。

ドリンク数の計算の仕方は以下のとおりです。

$\begin{aligned} \text{純アルコール量 (g)} &= \text{飲んだ酒の量 (mL)} \times \text{酒の濃度 (度数/100)} \times 0.8 \\ \text{ドリンク数} &= \text{純アルコール量 (g)} \div 10 \end{aligned}$
---

たとえば、日本酒（15度）1合のドリンク数は以下のようになります。  
 $180\text{mL} (1\text{合}) \times 0.15 (15\text{を}100\text{で割った}) \times 0.8 = 21.6\text{グラム}$   
 (だいたい、2.2ドリンク)

これにさらに、ビール（5度）350mLカンを2本飲めば、  
 $350\text{mL} \times 2 \times 0.05 \times 0.8 = 28\text{グラム} (2.8\text{ドリンク})$   
 合わせて、5.0ドリンク

「0.8は何か？」という質問があると思います。これは、アルコールの比重です。酒類のアルコール濃度は、体積％で表されています。つまり、5%の酒とは、酒の体積の5%が純アルコールということです。ですから、体積を重さに変えるために比重を掛ける必要があるのです。

- 3) 質問2、質問3で、対象者の回答が回答項目にないので、項目を選ばない場合があると思います。たとえば、質問2で2.5ドリンクである場合か、質問3で週に3回の場合などです。この場合には、より近いと思われる項目を選んでいただくといよいでしょう。
- 4) 回答に従い点数を計算してください。点数が男性4点以下、女性3点以下の場合は「問題なし」と判断し、「今のままお酒と上手に付き合っていくよう指導」してください。点数が男性で5点以上、女性で4点以上の場合には「問題あり」と判断し、次の「スクリーニングB」に進んでください。
- 5) なお、オーディット（AUDIT）については、本マニュアルの最後に添付されている「資料」に説明されています。参考にしてください。

### 3. スクリーニングB

- 1) スクリーニングBもスクリーニングAと同じように、各質問を読んで、対象者に回答してもらってください。
- 2) 質問1～5は、過去1年の経験を聞いています。スクリーニングAと同様に、対象者の回答が回答項目にない場合には、より近いと思われる項目を選んでいただくといよいでしょう。
- 3) スクリーニングBでは、質問1～7の回答の数字を合計して、その点数にスクリーニングAの点数を加えてください。

4) 男女共通で、スクリーニングAとスクリーニングBの合計点数が14点以下の場合には、「依存症まで至っていないが問題あり（大量飲酒）」群に入ります。対応Aに進んで、飲酒量を減らす指導をします。もちろん、断酒の指導をしてもかまいません。大量飲酒者であっても、断酒が最も安全な目標であることに変わりはありません。しかし、こちらからの押し付けは避けましょう。

5) このツールでは、アルコール依存症の境界を14点と15点の間に置いています。しかし、この区分点は唯一絶対のものではないことに留意してください。国や研究によっては、13点以上をアルコール依存症の疑いとしているものもあります。つまり、14点以下であっても、依存症が紛れ込んでいる可能性がある、ということです。このツールを用いる際には、依存症に減酒指導をする危険性のあることもご理解ください。

逆に20点以上をアルコール依存症の疑いとしている場合もあります。本ツールは、アルコール依存症を広くスクリーニングする目的で、15点以上をアルコール依存症の疑いとしています。目的に応じて、20点以上を選択することも可能です。

6) 以上のように、この15点はあくまでも目安です。アルコール依存症に往々にみられるように、対象者が問題を隠していれば、依存症に分類されるべき人がこの「大量飲酒」群に入ってしまう。「注意」にもあるように、点数は14点以下であっても、深刻な問題点があれば、躊躇なく専門家に相談することを勧めてください。そのような問題点とは以下のようなものです。

- ・飲酒すると大声を出したり、暴力的になったりして周囲に迷惑をかける場合。これは依存症とは別の「酔い方」の問題であることが多いですが、問題は深刻です。
- ・肝臓障害、すい炎、低栄養状態など飲酒が原因の身体問題が認められる場合や、飲酒問題にうつ病や認知症などの精神疾患が合併した場合には、専門家に紹介しましょう。
- ・暴力・暴言、子どもの養育拒否や虐待など、深刻な家族問題や社会的問題がある場合も同様です。

7) スクリーニングAとBの合計が15点以上の場合にはアルコール依存症である可能性が高いので、対応Bに進んでください。

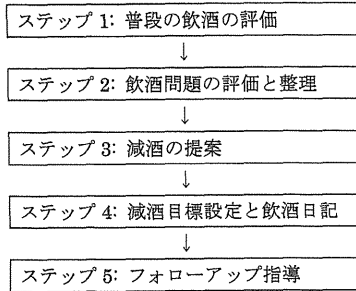
### 4. 対応A

1) 対応Aは酒量を減らす指導です。この場合、以下の点に注意してください。

#### 対応Aの注意点

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・簡単な指導により酒量は減り、その効果は比較的長く続くことが多い。</li> <li>・この点は、既存の多くの研究によって示されている。</li> <li>・しかし、アルコール依存症の場合には、この指導効果は少ない。</li> <li>・この点も踏まえ、飲酒量の多い場合、指導して4・6週間たっても酒量が減らないか、むしろ増えた場合には専門家に紹介した方がよい。</li> <li>・減酒の目標に断酒も含まれる。断酒は最も安全な目標である。</li> </ul> |
|--|

2) 減酒指導は以下のような流れです。



3) 減酒指導のポイント

- ・指導すれば効果は現れる。内容よりも何かをした、ということが大切。
- ・評価のための聞き取りだけでも、酒量が減ることが多い。
- ・減酒目標は、達成可能なものにする。
- ・減酒目標は、押しつけるのではなく、対象者に決めていただく。
- ・飲酒習慣を変えるのは大変だが、がんばってみよう、と共感・激励する。
- ・その気になれば目標達成は可能だと、励ます。
- ・フォローアップ時に飲酒量が減っていないことも、再度チャレンジしてみるよう励ます。
- ・目標が高すぎると思われた場合には、フォローアップ指導時に目標を再設定してもよい。

4) ステップ 1

- ・ツールの指示のとおり、「スクリーニング A」の 3 つの質問項目に沿って質問してください。
- ・この情報をもとに、あとで減酒目標を作っていただくので、できるだけ具体的に聞いてください。
- ・飲酒量の情報ではドリンクを使ってもよいと思います。男性の場合には、ドリンク換算の得意な人が多いです。
- ・ドリンクを使う場合には、資料 2 の「酒類のドリンク換算表」を利用すると便利です。

5) ステップ 2

- ・アルコール問題を持っている人は、その問題を隠す傾向が強いので、飲酒問題に関する対象者の回答を鵜呑みにしてはいけません。
- ・飲酒量、二日酔い、酔い方の問題、健康問題（医師や周囲から指摘されていないか）、社会・家族問題など、個別に聞いていくとよいでしょう。
- ・その際に、資料 1 や資料 4 を説明しながら、再度確認するとよいと思います。
- ・ご本人が問題を認めていれば、一般に減酒指導はやりやすいです。
- ・しかし、ご本人が認めていない場合であっても、押しつけるように問題を認識させる必要はありません。

6) ステップ 3

- ・お酒の量を減らすことを提案します。
- ・アルコール問題を認めていない場合でも、減らすことに同意することはいくらかでもあります。

- ・減らす提案は、押しつけるのではなく、「減らしてみましようよ」「やってみましようよ」のように、相手に働きかけるようにしましょう。
- ・その際、上記のように、共感、激励、達成可能なテクニックを使いましょう。
- ・飲酒量を減らす方法については、資料 3 にまとめられています。
- ・資料 3 を見せながら、自分に合った方法を考えてもらってください。
- ・ご本人がどのような方法を使うか、資料 3 に自ら書き込んでもらうと効果的です。

7) ステップ 4

- ・減酒目標を、ご本人に作ってもらいましょう。
- ・減酒目標が十分とは思えない場合には、さらに減らしていただくよう相談してください。
- ・目標が断酒のこともあるでしょう。目標として最も安全です。
- ・ただし、押しつけはいけません。ご本人のやる気を損ねないようにしましょう。
- ・結果として減酒目標が不十分であっても、まずはやってみることが大事です。
- ・ひとたび減酒に成功すれば、さらに目標を下げることに同意いただくこともよくあります。
- ・資料 3 を使った飲酒量を減らす方法についてのやりとりは、ステップ 3 ではなく、減酒目標を作ってから行っても結構です。
- ・日記は面倒だと思いますが、是非、つけていただくよう、お願いしてください。
- ・日記をつけることにより、ご本人が自分の飲酒状況を振り返ることができます。
- ・また、次のフォローアップ時に、前向きな相談ができます。
- ・日記をつけていない場合には、つけていただくよう再度説得してください。

8) ステップ 5

- ・フォローアップ介入（相談）をすると、減酒効果がさらに確実になると言われています。
- ・1 回目の介入からフォローアップまでの期間は特に決まっていますが、2~4 週間程度がよいでしょう。
- ・介入方法はツールに説明されているとおりです。
- ・とにかく、まず、お会いして飲酒状況を確認することです。
- ・特別なことをしなくとも、お会いして相談するだけで、減酒効果があります。
- ・大量飲酒者に対する介入は、この 2 回セットが基本ですが、さらにフォローアップが必要と思われる場合には、続けるとよいでしょう。

5. 対応 B

すでに説明しました通り、対応 B の必要な方々は、アルコール依存症である可能性が高いです。治療目標は「断酒継続」です。そのための指導には専門性が要求されるため、対応としては専門家に治療を依頼するようにしましょう。

しかし、ご本人が飲酒していたり、治療を受けようとしなかったり、家族からの協力も得づらかったりして、ご本人を治療に導入するのがなかなか難しい場合もあります。アルコール依存症に対応する場合の心得を以下にまとめました。

#### 依存症に対する対応の心得

- ・自分で何とかしようとせずに、治療は専門家へ依頼する。
- ・ご本人への受診の説得が1回でうまくいかないことも多い。あきらめず、次の機会を待ち、繰り返す。
- ・根気強く説得する。
- ・飲まないときの、ご本人のよい点を指摘する（家族などから事前に情報を得ることができれば）。
- ・社会・家族問題より健康面での心配を表に出す。
- ・ご本人が受診の意思を示したら、すぐに行動に移す。
- ・決して一人で背負いこまないようにする。
- ・チームの仲間と情報を共有し、仲間からの協力を得る。

専門医療機関に関する情報は、都道府県や政令市の精神保健センターで得ることができます。

#### 資料: オーディット (AUDIT) について

本ツールでは、対象者のアルコール問題のレベル評価にオーディット (AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Test, アルコール使用障害同定テスト) を使用しています。オーディットは、世界で最もよく使われているアルコール問題のスクリーニングテストです。男女共通で、10項目の質問からなっています。それぞれの、質問項目について解答した番号の数字を合計して点数を計算します。テストは、自分で記入して、その結果を評価するように設計されています。元来は、依存症でなく多量飲酒のスクリーニングに使用されていました。このような方々をスクリーニングして、飲酒量低減を目標に簡易介入 (ブリーフインターベンション) をするために開発されました。

オーディットは、基準となる点数を、判定する問題のレベルやその国の文化的背景などで自由に変えてよいことになっています。一般に、アルコール問題は、10項目のオーディットで8点以上となっています。また、アルコール依存症の疑いは、今までなされた研究により大分異なります。13点以上としている研究、15点以上としている研究、20点以上としている研究など様々です。20点以上とした場合、これにより見出される人は、「アルコール依存症の疑い」でなく、今すぐ治療の必要な「本物のアルコール依存症」である可能性が高いと思われます。

本ツールでは、まずオーディットの最初の3項目を使って、飲酒問題のスクリーニングをしています。この3項目のテストは、AUDIT-C という名前でオーディットの簡易版として広く使われているものです。ここで、男性で4点以下、女性で3点以下の場合には、「問題なし」と判定します。また、男性5点以上、女性4点以上の場合には、「問題あり」と判定して、オーディットの残りの7項目を「スクリーニングB」として判定します。

スクリーニングBでは、上記の14点以下を「大量飲酒群」、15点以上を「アルコール依存症の疑い」群とします。しかし、「大量飲酒群」にアルコール依存症が紛れ込んでいる可能性があるため注意が必要です。

最後に問題点を説明します。まず、アルコール問題のレベル評価にスクリーニングテストのオーディットを用いている点です。本来なら、診断ガイドラインを使うのが妥当と思われるが、現場で使用するために、「簡便さ」と「わかりやすさ」を優先させ、オーディットを使用しました。また、本来オーディットは対象者が自分で記入することを想定したのですが、現場では保健師さんなどが読んで質問した方が、やりやすいのではないかと考え、聞き取り式になっています。



## 自治体におけるたばこ対策の推進に関する研究

研究分担者 中村正和 大阪がん循環器病予防センター予防推進部・部長

### 研究要旨

本研究の目的は、第1に健康日本 21 の第二次計画における自治体のたばこ対策を推進するための効果的な方策や支援環境について検討し、その成果を自治体向けの実践マニュアルの作成や政策提言としてまとめること、第2に健康格差の是正の観点から、喫煙状況の社会経済状況別の実態を把握し、その成果を喫煙状況の格差是正にむけた政策提言につなげることにある。

今年度は、これまでの研究成果や知見等を踏まえて自治体が実施可能で効果的なたばこ対策の内容とその推進方策を検討した。これらの検討結果を踏まえ、本研究では、受動喫煙対策と禁煙支援・治療に重点をおくこととし、自治体向けの実践マニュアルの構成内容案を作成した。次に、自治体のたばこ対策の好事例について収集を開始した。たばこ対策の好事例として、これまでに岐阜県多治見市の総合的なたばこ対策、大阪府摂津市と大阪府守口市での健診場における禁煙支援の取り組みを把握した。今後、引き続き好事例の収集を行うとともに、その成果を実践マニュアルに反映する。

国民生活基礎調査および国民健康調査のリンケージ研究から、低学歴（高卒未満）の者では4人に1人、高学歴（大学卒）の者では6人に1人が家庭もしくは職場でほぼ毎日受動喫煙に暴露されているということがわかった。さらに男性は主に職場で受動喫煙に暴露され、女性は職場と家庭で受動喫煙に暴露されていること、学歴によって格差があることがわかった。健康格差の観点から社会経済状況別の受動喫煙暴露のモニタリングとその対策が必要と考えられる。

### 研究協力者

田淵 貴大 大阪府立成人病センターがん予防情報センター

仲下祐美子 千里金蘭大学看護学部

を喫煙状況の格差是正にむけた政策提言につなげることにある。

### B. 研究方法

#### 1. たばこ対策の効果的な推進方策の検討

#### A. 研究目的

本研究の第1の目的は、健康日本 21 の第二次計画における自治体のたばこ対策を推進するための効果的な方策や支援環境について検討し、その成果を自治体向けの実践マニュアルの作成や政策提言としてまとめることである。第2の目的は、近年問題となっている健康格差の是正の観点から、健康影響の大きい喫煙について社会経済状況別の実態を把握し、その成果

これまでの研究成果や知見、WHO のたばこ規制枠組み条約で示されている取り組み内容を踏まえて自治体が実施可能で効果的なたばこ対策の内容について検討した。効果的な推進方策を検討するための基礎資料を得るため自治体の受動喫煙防止対策と禁煙支援・治療に関する好事例の収集を開始した。好事例を把握するため、まず雑誌検索を行った。対象とした雑誌は、平成 20 年以降に発行された「保健師ジャ

一ナル」(発行:医学書院)、「へるすあっぷ21」(法研)、「公衆衛生」(医学書院)とし、自治体のたばこ対策の報告を把握し、その内容を検討した。次に、これまでにたばこ対策の企画・実施・評価等で相談を受けた自治体からも情報収集を行った。

好事例の暫定的な基準として、取り組み内容が他の自治体にも普及可能であり、かつ取り組みの評価が行われ効果を示す結果が報告されているものとした。

## 2. 喫煙状況の社会経済状況別の実態把握

統計法に則り厚生労働省の許可のもと、平成22年の国民生活基礎調査および国民健康栄養調査のリンケージ個票データを使用した。

国民生活基礎調査は日本全国から調査地区と世帯を無作為に2段階抽出して世帯員全員について毎年実施される調査であり、喫煙については3年に1回調査されている(健康票)。2010年6月には2005年の国勢調査に基づく全国94万地点から、5510地点がランダムに選択され、その全世帯が調査対象となり、228,864世帯(609,019人)から有効回答が得られた(有効回答率79.1%)。これらの地点のうち、300地点が国民健康栄養調査のためにランダムに抽出され(ただし、国民生活基礎調査における所得票・貯蓄票および介護票の対象世帯は除外)、同じく全世帯に対して2010年11月に調査が実施された(3684世帯;有効回答率68.8%と推定(西ら, 2012))。どちらの調査も世帯の全世帯員を調査の対象としている。

国民健康栄養調査における「あなたはこの1ヶ月間に自分以外の方が吸っていたたばこの煙を吸う機会(受動喫煙)がありましたか。」との質問に対して「家庭」および「職場」それぞれにおいて「ほぼ毎日」と回答した者を、「受動喫煙暴露あり」と判定した。

国民生活基礎調査における学歴に関する質問では、まず「1. 在学中、2. 卒業、3. 在学したことがない」のうちから選択後、1. も

しくは2. と回答した者について「1. 小学・中学、2. 高校・旧制中、3. 専門学校、4. 短大・高専、5. 大学、6. 大学院」から選択してもらう方法をとっている。本研究では学歴の分類として「1. 高卒未満(高校在学中を含む)、2. 高卒(専門学校・短大・大学の在学中を含む)、3. 専門学校卒、4. 短大卒、5. 大学卒(大学院在学中を含む)、6. 大学院卒」(表記から「旧制中・高専」は省略した)を用いた。

分析対象者はリンケージできた20~79歳の非喫煙者、男性1685名および女性2609名である。入院中および年齢不詳、喫煙状況不詳、受動喫煙状況不詳、学歴不詳の者は分析から除外した。非喫煙者(現在喫煙者以外の者)について家庭および職場、そのいずれかにおける受動喫煙暴露率(%)について学歴で層別化して計算した。職場における受動喫煙暴露率の計算では、職場に「行かなかった」と回答した者は分母から除いた。なお本分析では年齢調整は実施していない。データ利用申請受理ならびに個票データの受領からの時間が十分に得られなかったという事情があり、本分析はより本格的な分析にとりかかる前の準備段階の解析であることを付記しておく。統計解析ソフトウェアSAS version 9.2 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA)を分析に用いた。

### (倫理面への配慮)

実践マニュアルの作成や好事例の収集については、文献等の資料や個人識別のない既存の資料やデータを用いて行う研究であるので、特に倫理的な問題はない。喫煙状況の社会経済状況別の実態把握に関するデータ使用の枠組みは、公的統計資料の二次利用であり、疫学研究指針に基づき倫理審査の除外対象にあたる。

## C. 研究結果

### 1. たばこ対策の効果的な推進方策の検討

本研究で取り上げる自治体のたばこ対策と

して、自ら実施可能で、かつ喫煙による健康被害の短期的減少につながる受動喫煙対策と禁煙支援・治療に重点をおくこととした。

これまでの研究成果や知見を踏まえて自治体が実施可能で効果的なたばこ対策の内容を検討した結果、受動喫煙対策については条例等による受動喫煙防止対策の推進、禁煙支援については医療や健診等の保健事業の場での禁煙アドバイス、クイットライン（無料の電話相談）、医療機関での禁煙治療が優先順位の高い取り組みと考えられた。これらの検討結果を踏まえ、自治体向けの実践マニュアルの構成内容案を作成した（表1）。

好事例に関する予備的な情報収集の結果、市町村レベルでは、岐阜県多治見市における受動喫煙防止や禁煙支援等の総合的なたばこ対策、大阪府摂津市、大阪府守口市の両市での健診の場における禁煙支援の取り組みを把握した。都道府県レベルの受動喫煙防止対策の好事例として、条例を制定した神奈川県と兵庫県を選定した。

## 2. 喫煙状況の社会経済状況別の実態把握

男女別の学歴別対象人数（職場に行かなかった者を除外した人数）は、男性の高卒未満が266人（150人）、高卒が734人（531人）、専門学

校卒が127人（109人）、短大卒が42人（33人）、大学卒が476人（396人）、大学院卒が40人（34人）であり、女性の高卒未満が415人（157人）、高卒が1258人（709人）、専門学校卒が259人（174人）、短大卒が367人（236人）、大学卒が296人（200人）、大学院卒が14人（11人）であった。

20～79歳非喫煙の男性における学歴別の受動喫煙暴露率（%）を図1に示す。男性では「高卒未満」の者における職場での受動喫煙暴露率（ほぼ毎日）が最も高く22.7%であった。それ以上の学歴の者においても概ね20%を超えており、「大学卒」の者においては14.7%と比較的低く、「大学院卒」で最も低かった。家庭における受動喫煙暴露率は2.3～5.3%の範囲であった。

同様に女性における結果を図2に示す。女性の職場における受動喫煙暴露率は「高卒未満」の者が最も高く13.4%であり、高学歴になるにつれて低下していた。「大学卒」の者においては6.5%であり、「大学院卒」では対象人数が少ないものの0.0%であった。女性では大学院を除く全ての学歴において家庭における受動喫煙暴露率が職場における率よりもやや高くなっていた。大学院卒では職場も家庭も0.0%であった。

表1 自治体向けたばこ対策実践マニュアルの構成内容案

1. 効果的な推進方策（標準的な方策の紹介やポイントの解説）
1) 対策の必要性と意義
2) 目標値の設定（国の目標とねらいの解説を含む）
3) 目標達成のためのアクションプラン（テーマ別：受動喫煙防止や禁煙支援・治療）
効果的な取り組み方、対策のモニタリングと評価
2. 好事例の紹介
1) 禁煙支援
・健診の場における禁煙支援（大阪府摂津市、大阪府守口市）
・地域ぐるみで取り組む禁煙支援（岐阜県多治見市）
・その他
2) 受動喫煙防止
・神奈川県、兵庫県（受動喫煙防止条例）
・岐阜県多治見市などの先進市町村の取り組み
3. 対策に役立つ参考教材や資料
・自治体のたばこ対策のモニタリング；標準質問票（自己点検票）を用いた対策の見える化
・政策の推進にむけたファクトシート（受動喫煙防止や禁煙支援・治療、政策担当者向け）
・eラーニングを用いた禁煙支援・治療の指導者トレーニング

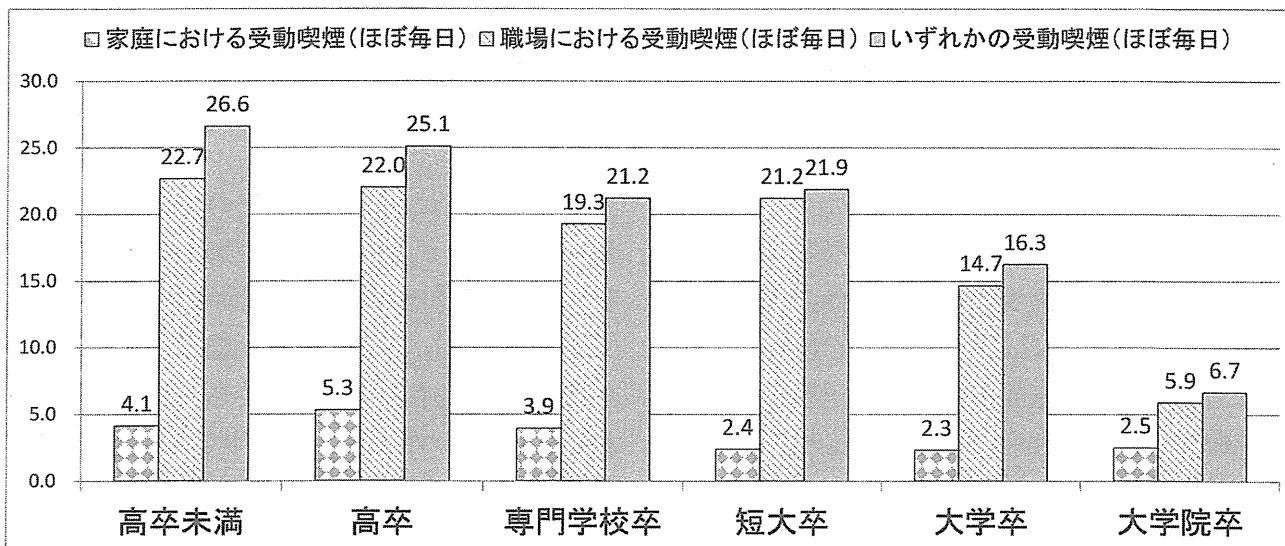


図1 20～79歳非喫煙の男性における学歴別の受動喫煙暴露率(%)

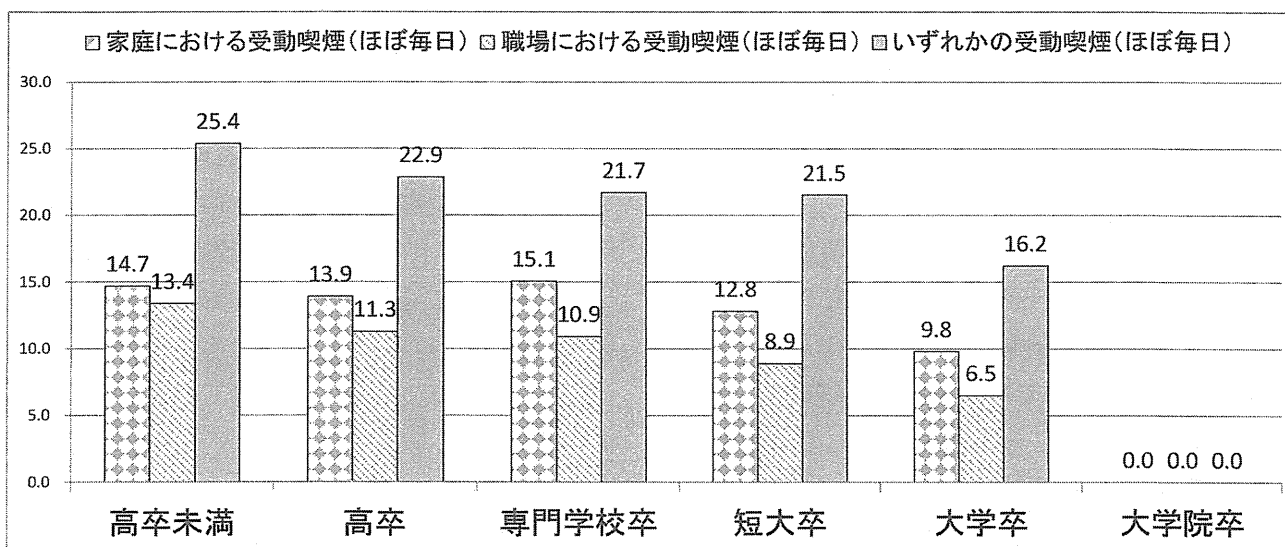


図2 20～79歳非喫煙の女性における学歴別の受動喫煙暴露率(%)

職場ならびに家庭のいずれかでほぼ毎日、受動喫煙に暴露している者の割合は、男女ともにほとんど同等の数値を呈していた。「高卒未満」の者では男性で26.6%、女性で25.4%であり、「大学卒」の者では男性で16.3%、女性で16.2%であった。

#### D. 考 察

##### 1. たばこ対策の効果的な推進方策の検討

健康日本21の第2次計画が平成25年度より開始された。日本人の死亡への寄与が最も大きい喫煙については、喫煙による健康被害を短期

的ならびに中長期的に減少させるため、第1次計画の「未成年者の喫煙をなくす」という目標に加え、第1次計画では実現できなかった「成人喫煙率の減少」「受動喫煙防止」「妊娠中の喫煙」の数値目標が盛り込まれた。これらの目標を達成するためには、わが国がすでに批准しているWHOのたばこ規制枠組み条約に基づいたたばこ対策の推進が必要である。

たばこ対策の推進にあたって、たばこ税・価格の値上げや受動喫煙防止の法規制の強化など、国の果たすべき役割が大きいが、自治体として推進できる取り組みもある。受動喫煙防止

については、わが国では健康増進法があるものの努力義務にとどまっており、国際的にみて法規制という観点からみると遅れている。国の法規制の強化を待つだけでなく、自治体において取り組むことは世論の形成に役立つだけでなく、国の取り組みを促すことにもなるので重要と考えられる。禁煙支援については、喫煙の本質がニコチン依存症という病気であることを踏まえ、たばこ規制枠組み条約で求められている保健医療の場で出会う喫煙者への禁煙アドバイス、わが国で未整備の状態にあるクイットライン（無料の電話相談）、医療機関での禁煙治療の各取り組みを相互に連携したシステムとして各地域で整備することが自治体を実施すべき優先順位の高い取り組みと考えられた。

今後引き続き、効果的な推進方策の検討や好事例の収集を行うとともに、その成果を次年度以降に作成する実践マニュアルに反映する。

## 2. 喫煙状況の社会経済状況別の実態把握

日本人の低学歴（高卒未満）の者では4人に1人、高学歴（大学卒）の者では6人に1人が家庭もしくは職場でほぼ毎日受動喫煙に暴露されているということがわかった。さらに男性は主に職場で受動喫煙に暴露され、女性は職場と家庭で受動喫煙に暴露されていること、学歴によって格差があることがわかった。

本研究では格差をみるための日本における健康の社会的決定要因の代表的項目として十分にエビデンスのある「学歴」を選択した（Kagamimori et al., 2009）。介入へつなげるためにはより介入に適した社会経済的要因の選択が必要だと考えられる。この点については今後の検討課題としたい。

本研究では年齢調整を実施していないため、高齢者により多く含まれていると考えられる高卒未満の学歴における数値の評価は慎重に行わなければならない。しかし、年齢調整をしない分布の方が実態をより反映しているとみることができる場合もある。また本研究では対

象者数が少ない大学院卒群の値もそのまま示している。今後の分析では95%信頼区間を提示するなどより慎重なデータの提示を実行していきたい。

厚生労働省による2012年の労働者健康状況調査によると、規模の小さい事業所を中心に2割近い職場ではいまだに受動喫煙防止対策がとられていない。そういった職場に比較的学歴の低い者が集中しているのかもしれない。健康格差の観点からも社会経済状況別の受動喫煙暴露のモニタリングとその対策が必要と考えられる。

## E. 結論

自治体におけるたばこ対策の推進を目指して、効果的な推進方策の検討と好事例の収集を行った。また、健康格差の是正の観点から、喫煙状況の社会経済状況別の実態の一例として学歴別の受動喫煙暴露状況を調べた。今後、研究を継続し、その成果を自治体向けの実践マニュアルの作成、喫煙状況の格差是正にむけた政策提言につなげる。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 伊藤ゆり, 中村正和: たばこ税・価格の引き上げによるたばこ販売実績への影響. 日本公衆衛生雑誌, 60(9):613-618, 2013.
- 2) 中村正和: 解説 健康日本21(第二次)「喫煙」. 健康づくり, 430:11, 2014.

### 2. 学会発表

- 1) 中村正和: 禁煙治療の課題について. 第53回日本呼吸器学会学術講演会, 2013年4月, 東京.
- 2) Nakamura M: Brief smoking cessation intervention at health examination and training for health professional. Symposium, APACT. 18-21 August 2013, Chiba. Japan.
- 3) Nakamura M: Future challenges of tobacco

dependence treatment from Japanese experiences. Luncheon Seminar, AFACT. 18-21 August 2013, Chiba. Japan.

- 4) Oshima A, Masui S and Nakamura M on behalf of the J-STOP group of Japan Medical-Dental Association for Tobacco Control: J-STOP (The Japan Smoking Cessation Training Outreach Project): The Outline and Evaluatuon. Poster, AFACT. 18-21 August 2013, Chiba. Japan.
- 5) 増居志津子, 中村正和, 飯田真美, 川合厚子, 繁田正子, 田中英夫: e ラーニングを用いた禁煙支援・治療のための指導者トレーニングプログラムの評価. 第 72 回日本公衆衛生学会総会, 2013 年 10 月, 三重.
- 6) 萩本明子, 中村正和, 増居志津子, 大島明: 健診および医療機関受診時の医師の短時間禁煙推奨が喫煙者の禁煙行動に及ぼす影響. 第 24 回日本疫学会学術総会, 2014 年 1 月, 仙台.
- 7) 田淵貴大, 中村正和: 日本における学歴別の受動喫煙格差. 第 23 回日本禁煙推進医師歯科医師連盟総会・学術総会, 2014 年 2 月, 福岡.

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

#### IV. 研究成果の刊行に関する一覧

## 研究成果の刊行に関する一覧

### 【論文発表】

1. 津下一代.  
健康づくりに貢献するために—政策としての健康づくりと健康日本21（第2次）の意義.  
臨床栄養, 2013;122(3):281-286.
2. 津下一代.  
特定健診ナショナル・データ・ベース（NDB）分析の概要.  
臨床栄養, 2014;124(2):148-149.
3. 小澤啓子, 武見ゆかり, 衛藤久美, 田中久子.  
壮中年期における野菜料理摂取に関する自己申告と食事記録の関連.  
栄養学雑誌, 2013;71(6):311-322.
4. 伊藤ゆり, 中村正和.  
たばこ税・価格の引き上げによるたばこ販売実績への影響.  
日本公衆衛生雑誌, 2013;60(9):613-618.
5. 中村正和.  
解説 健康日本21（第二次）「喫煙」.  
健康づくり, 2014;430:11.

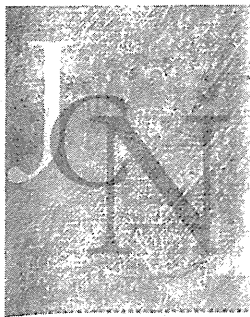
### 【学会発表】

1. 辻 一郎.  
健康寿命と高齢者 QOL.  
第22回日本腎泌尿器疾患予防医学研究会, 仙台, 2013年.
2. 辻 一郎.  
健康寿命～概念整理と地域比較～  
日本人口学会第65回大会, 札幌, 2013年.
3. 橋本修二.  
健康寿命と健康格差.  
日本公衆衛生学会, 津, 2013年.
4. Ojima T, Hashimoto S, Tsuji I, Tsutsui H, Noda T, Nakamura M, Kondo K, Lagergren M, Van Oyen H, Robine JM.  
Healthy Life Expectancy in Japan and comparison with EU.  
6th European Public Health Conference, Brussels, Belgium, 2013.



5. 津下一代.  
特定健診ナショナル・データ・ベースから読み取れること 特定保健指導効果分析から考えられること.  
第 13 回日本糖尿病情報学会年次学術集会, 徳島, 2013 年.
6. 津下一代, 村本あき子.  
特定健診 NDB を活用した肥満対策の推進<性・年齢・年齢調整地域別データの見える化.  
第 34 回日本肥満学会, 東京, 2013 年.
7. 津下一代.  
特定健診データから見た日本人の血圧の状況と保健指導による介入効果.  
第 25 回記念血圧管理研究会, 京都, 2013 年.
8. 武見ゆかり, 小澤啓子, 吉葉かおり, 衛藤久美, 村山伸子.  
壮中年期における「主食・主菜・副菜を組み合わせた食事」の回数: 自己申告の回数と食事記録の分析結果との比較.  
第 67 回日本栄養・食糧学会大会, 名古屋, 2013 年.
9. 小澤啓子, 衛藤久美, 武見ゆかり.  
壮中年期における自己申告による野菜料理皿数と食べている野菜料理の内容の関連.  
第 60 回日本栄養改善学会学術総会, 神戸, 2013 年.
10. 武見ゆかり, 小澤啓子, 吉葉かおり, 衛藤久美, 村山伸子.  
壮中年期における主食・主菜・副菜を組み合わせた食事の回数と食物摂取状況との関連.  
第 72 回日本公衆衛生学会総会, 津, 2013 年.
11. 中村正和.  
禁煙治療の課題について.  
第 53 回日本呼吸器学会学術講演会, 東京, 2013 年.
12. Nakamura M.  
Brief Smoking Cessation Intervention at Health Examination and Training for Health Professional.  
The 10<sup>th</sup> APACT Conference, Chiba, Japan, 2013.
13. Nakamura M.  
Future Challenges of Tobacco Dependence Treatment from Japanese Experiences.  
The 10<sup>th</sup> APACT Conference, Chiba, Japan, 2013.
14. Oshima A, Masui S and Nakamura M on behalf of the J-STOP group of Japan Medical-Dental Association for Tobacco Control.  
J-STOP (The Japan Smoking Cessation Training Outreach Project): The Outline and Evaluation.  
The 10<sup>th</sup> APACT Conference, Chiba, Japan, 2013.

15. 増居志津子, 中村正和, 飯田真美, 川合厚子, 繁田正子, 田中英夫.  
e ラーニングを用いた禁煙支援・治療のための指導者トレーニングプログラムの評価.  
第 72 回日本公衆衛生学会総会, 津, 2013 年.
16. 萩本明子, 中村正和, 増居志津子, 大島 明.  
健診および医療機関受診時の医師の短時間禁煙推奨が喫煙者の禁煙行動に及ぼす影響.  
第 24 回日本疫学会学術総会, 仙台, 2014 年.
17. 田淵貴大, 中村正和.  
日本における学歴別の受動喫煙格差.  
第 23 回日本禁煙推進医師歯科医師連盟総会・学術総会, 福岡, 2014 年.



# 総説：健康づくりに貢献するために —政策としての健康づくりと健康日本21(第2次)の意義



津下一代

Tsushita, Kazuyo

あいち健康の森健康科学総合センター

**KEYWORD** 健康日本21, 健康寿命, 生活習慣病対策, 社会環境, 地方自治体

## はじめに

2012年7月、これから10年後の社会を見据えて、第4次国民健康づくり対策「健康日本21(第2次)」が大臣告示として発表されました<sup>1)</sup>。第1次計画が策定された13年前とは時代が大きく変化し、わが国は超高齢社会に突入、社会保障費の増大にあえぎ、将来に希望が見出しにくい世のなかとなっています。そんななか、「すべての国民が共に支え合い、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会」であり続けるために、国民、保健・医療の専門職、民間企業、行政はなにをしなければならないのか、その方向性を示したものが「健康日本21(第2次)」です。

国をはじめ地方自治体においても、財政難のために事業の見直しが相次いでおり、漫然とした事業は存続しえない状況です。即効性に目を奪われると切り捨てられがちな健康づくり事業ですが、10年、20年という長期的な視点でとらえて国民健康づくり運動をたゆまず推進していかなばなりません。そのため、世代、地域等の健康課題を的確にとらえ、効果的かつ効率的に解決策を実行していくこと

が求められています。健康課題の分析、目標設定、事業効果のモニタリングとその改善、というPDCAサイクルを回し、効果性・効率性・波及性の高い保健事業へ成長させていくことが不可欠です。

だれかがやってくれる、ではなく、自分たちが動かなければ将来の安心生活は得られません。健康長寿社会を実現するために、国民のひとりとしてなにができるのか、管理栄養士・栄養士という専門職としてなにができるのか、みなさんがおかれた立場からみてなにをしなければならないのか、考え・話し合い・行動に移す。10年後に、あのときやっておいてよかった、と思える「21」にしたいものです。

## 健康日本21(第2次)のめざすところと基本戦略

「健康寿命の延伸」、「生活の質(QOL)の向上」を究極の目標としていることは、「第1次」の理念を踏襲しています。さらに、住んでいる地域や職業などによって健康状態に差がみられることから、「健康格差の縮小」を新たな基本理念として掲げました。これを達成するために、個人の生活習慣改善目標だけでなく、良好な社会環境の構築に向けた目標が設定されています(図1)。

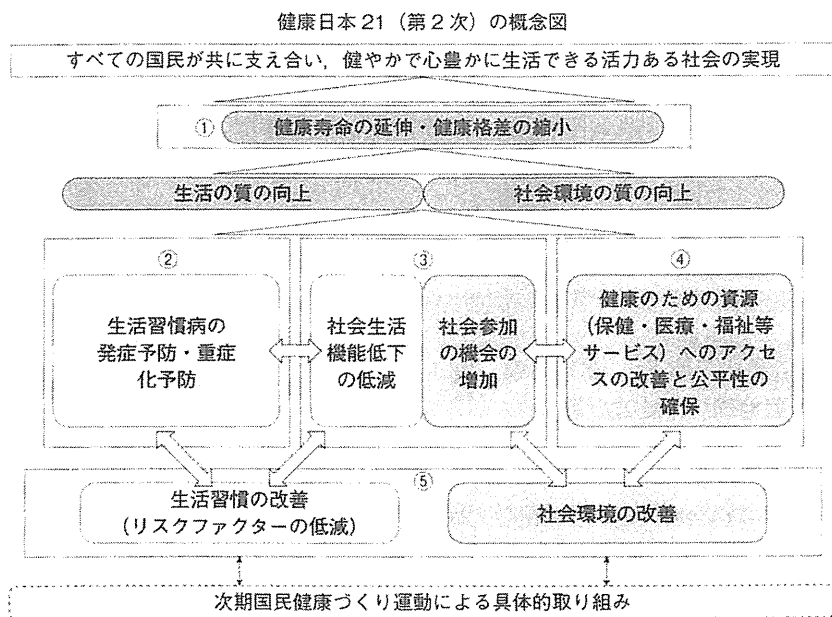


図 1 健康日本 21 (第 2 次) 概念図

[厚生労働省, 健康日本 21 (第 2 次): 2012<sup>1)</sup>より]

まず、平均寿命を延ばすことではなく、健康寿命をのばすことを最終目標として掲げていることに着目しましょう。わが国は世界でトップクラスの長寿国ですが、諸外国と比較して手厚い医療や介護によって「生かされている」期間が長いのが特徴です。現時点では健康寿命と平均寿命の間に男性では 9.13 年、女性では 12.68 年の期間がありますが、平均寿命の伸びを上回る健康寿命の伸びを達成することで、「制限がある期間を短縮する」ことを目標としています。自分の口で食べられ、自分の行きたい所へ出かけられ、生きがいをもって暮らせる期間を延ばすことを目標とすることには、多くの国民の合意がえられるものと思います。

健康寿命にも地域格差がみられることが報告されており、現時点で 3 年弱の都道府県格差があります (図 2)。この格差短縮もめざすべき方向性です。今回、健康日本 21 策定

にあたり、都道府県・市町村等地方自治体レベルで健康寿命を算定する計算式が公表され、HP 上で公開されています<sup>2)</sup>。

以上のように健康日本 21 (第 2 次) では、①健康寿命の延伸、健康格差の縮小を最上位目標としていますが、それを達成するために、②(壮年期死亡や要介護状態などにより健康寿命を短縮する)生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底(循環器疾患、糖尿病、がん、COPD の予防)と、③(生活の質の低下をきたさないための)社会生活を営むために必要な機能の維持および向上を重要な対策として掲げています。それを達成するためには、社会の目標として④健康を支え、守るための社会環境の整備を、個人の健康行動の目標としては、⑤栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙および歯・口腔の健康に関する生活習慣および社会環境の改善、という