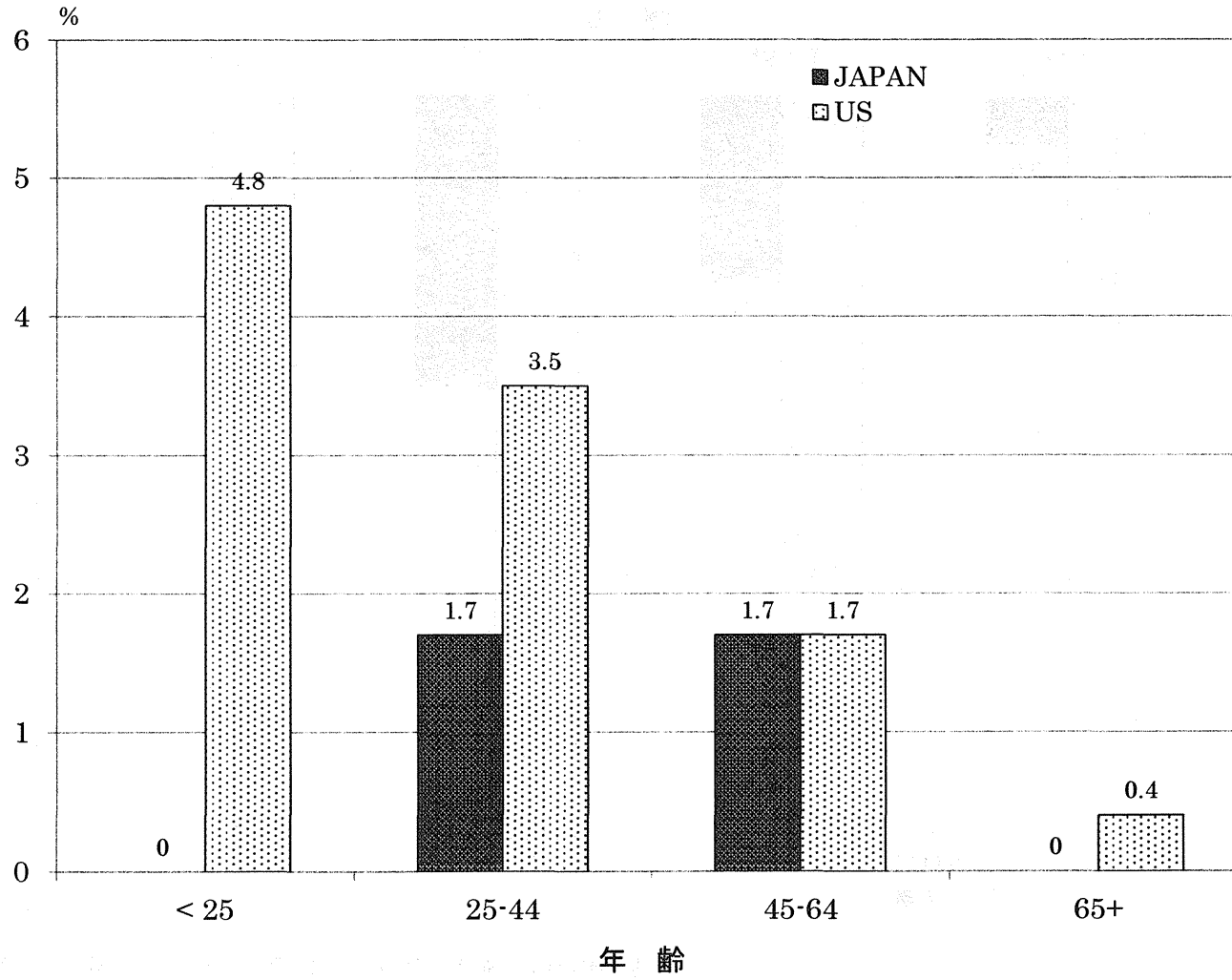


図4 女性のアルコール乱用（12か月）有病率の日米比較



厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））
被災地のアルコール関連問題・嗜癖行動に関する研究
（研究代表者 松下 幸生）

平成 25 年度分担研究報告書

被災地（岩手、宮城）におけるアルコール関連問題、嗜癖行動に関する調査
福島県における震災の生活影響、アルコール等嗜癖行動に関する実態調査

研究分担者 尾崎 米厚 鳥取大学医学部環境予防医学分野 教授

研究要旨

2012 年に被災地調査（岩手、宮城）、2013 年に比較のための全国調査（被災 3 県以外）を行い、震災後のアルコールを含めた嗜癖行動の変化と問題点を明らかにした。被災地での飲酒等嗜癖行動の変化は複雑な様相を呈していた。飲酒率や飲酒量は被災地で低い傾向にあったが、AUDIT の様々なカットオフ値よりも高い者の割合に差は認められなかった。DSM-IV の基準によるアルコール依存や乱用の割合だと被災地で低かった。被災地では平均値としては大きな変化がみられないようだが、問題がある者とそうでない者との 2 極分化が起こっていることが示唆された。被災地での嗜癖行動では、男女のニコチン依存の増加、男性のギャンブル依存、女性の睡眠薬安定剤依存の問題もあることが明らかになった。

福島市での震災前後の特定健康診査結果の分析において、メタボリック・リスクファクターの悪化が示唆され、循環器疾患等の超過発症の恐れが危惧された。福島市のような人的、物的被害が少ない地域でも多大な生活への影響があることがわかり、原子力災害の影響の大きさが示唆された。

A. 研究目的

東日本大震災の被災地では、長期にわたる避難生活や転居による、仮設住宅、借り上げ住宅や転居先等、いままでの生活とは異なる環境で多くの人々が暮らさなければならなくなった。様々な支援が入る中で、アルコール、ギャンブル等の嗜癖行動の問題が報告されるようになった。しかし、これは今まで潜在的に存在した問題が他人の目につくようになっただけの可能性もあり、震災の影響で嗜癖行動の問題が増えたかどうかは、いまだはっきりしていない。さらに、福島県では地震と津波のみならず東京電力福島第一原子力発電所の事故の影響が続き、放射線による健康被害の影響の心配がいまだに長引いている。

岩手県、宮城県住民を無作為に選び嗜癖行動の実態を調査し、その特徴を明らかにするために、同様の調査を被災地以外の全国から対象者を無作為に選んで結果を比較した。

県民から対象者を無作為に選んで訪問面接

調査を実施することが困難であった福島県では、福島市内の診療所の診療域の住民の特定健康診査の結果を解析した。

B. 研究方法

被災地調査は、岩手県、宮城県を対象地域とした。福島県は対象者の無作為抽出および調査員による訪問面接調査が困難であったため実施できなかった。沿岸部 1,800 名、内陸部 1,800 名を無作為抽出した。訓練された調査員が調査の打診をし、承諾のあった者に対して訪問面接調査を行った。調査は留置調査と面接調査の両方を実施した。調査回答者数は、沿岸部 1,006 名（実質回答率 58%）、内陸部 972 名（同 59%）であった。調査時期は、2012 年 11 月 8 日から 12 月 17 日であった。調査内容は、飲酒頻度、飲酒量、被災状況、アルコール依存のスクリーニング（アルコール使用障害特定テスト；AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test）、ニコチン依存（FTND；Fagerstrom Test for

Nicotine Dependence)、インターネット依存 (Internet Addiction Test, IAT)、ギャンブル依存 (SOGS ; South Oak Gambling Screen)、睡眠薬・鎮静剤・安定剤依存 (ベンゾジアゼピン依存 ; Benzodiazepine Dependence Questionnaire)、DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) によるアルコール依存およびアルコール乱用であった。

被災3県以外の全国調査は、無作為抽出した2,000名を対象に実施し、1,082名(実質有効回答率59%)の回答を得た。調査期間は2013年11月7日から12月3日であった。調査内容は被災地調査と同様であった。

調査結果は10歳階級で集計し、2012年10月日本人口を基準人口にして年齢調整を行った。年齢調整率は、カイ2乗検定で統計学的検定を実施した。期待該当数が少ない場合はフィッシャーの直接確率計算を用いて検定を行った。

福島市の診療所での健康診査の結果(2009-2012年度分=震災前2年と後2年)を得た。震災前後に健診を受診している住民のデータの照合・リンケージを行う(連結不可能匿名化のもとで)。健診データは、震災前2年と震災後2年間に分け、前後の平均値を用いて、前後比較を実施した。

(倫理面への配慮)

被災地調査(岩手、宮城)および全国調査は久里浜医療センターにて倫理審査を受け、承認された。福島市の調査は、既存資料を用いた分析であり、個人情報の無い連結不可能匿名化されたデータを用いた。

C. 研究結果

過去1年に飲酒したものの割合は被災地で低かった。これは、被災地沿岸部で割合が低いことによった(表1, 2)。多量飲酒者(飲酒日にアルコール60g以上飲酒)の割合をみると、被災地の男性で低い傾向にあり、内陸部で低い傾向にあった(表3, 4)。健康日本21の2次計画の目標値を超える飲酒である1日当たり飲

酒量男性40g以上、女性20g以上の者の割合をみると被災地内陸部の男性で低く、沿岸部男性でも低い傾向にあった(表5, 6)。AUDIT8点以上の割合は、被災地と全国で差がなかった(表7, 8)。AUDIT12点以上の割合、16点以上の割合、20点以上の割合を見ても被災地と全国の差は認められなかった(表9-14)。DSM-IVによるアルコール使用障害の割合は被災地の内陸及び沿岸の男性で低かった(表15, 16)。アルコール乱用の割合は被災地で低い傾向にあったが、沿岸女性で特に低かった(表17, 18)。

ニコチンの高度依存の者の割合をみると男女とも被災地、特に沿岸部で高い傾向が認められた(表19, 20)。インターネット依存の割合は被災地沿岸部男性でむしろ低い傾向が認められた(表21, 22)。ギャンブル依存の割合は被災地、特に沿岸部男性で高かった(表23, 24)。睡眠薬や安定剤への依存(ベンゾジアゼピン依存)の割合をみると被災地、特に沿岸部の女性で高い傾向が認められた(表25, 26)。

福島調査の結果を見ると、震災前2年と震災後2年の特定健康診査の結果を比較すると、震災後BMIが増加し、LDLコレステロールが上昇し、HDLコレステロールが低下し、降圧剤服用者割合が増加し、睡眠が不十分と答える者の割合が増加した。血圧値は降圧剤服用がない者の血圧値が震災後増加し、血清脂質は脂質異常症の治療をしていない者の値が震災後悪化した(福島1-5)。

D. 考察

被災地での飲酒等嗜癖行動の変化は複雑な様相を呈していた。飲酒率や飲酒量は被災地で低い傾向にあったが、AUDITの様々なカットオフ値よりも高い者の割合に差は認められなかった。しかし、DSM-IVの基準によるアルコール依存や乱用の割合だと被災地で低かった。震災後の飲酒行動の変化を尋ねる質問で被災地では全国と比較して改善者(被災地7.4%、全国3.6%)も悪化者(被災地4.2%、全国0.6%)も

多いことがわかった。したがって、被災地では平均値としては大きな変化がないようにみえるが、問題がある者とそうでない者との2極分化が起こっていることが示唆された。飲酒行動の悪化者は同時に様々な問題を有しており、支援を重点的に行う対象者になるものと考えられる。

そのほか、被災地での嗜癖行動では、男女のニコチン依存の増加、男性のギャンブル依存、女性の睡眠薬安定剤依存の問題もあることが明らかになった。

福島では特定健康診査の結果のうち、飲酒に関連した要素の悪化は見られなかったが、血圧、脂質、肥満などメタボリック症候群に関連するような要因の悪化が示唆された。今後の循環器疾患等の増加に注意をすべきである。

E. 研究発表

1. 論文発表

尾崎米厚. わが国における飲酒行動、アルコール関連問題の現状. *Progress in Medicine*. 2013;33(4):803-807.

尾崎米厚. 物質使用障害の疫学. *精神科治療学* 2013; 28(増刊号): 10-15.

尾崎米厚. 鳥取県の高校生の喫煙・飲酒行動および生活習慣 ～実態調査より～. *鳥取県高P連会報*. 2013; 76:1-2.

2. 学会発表

Osaki Y, Kondo Y, Matsushita S, Higuchi S.

Alcohol, tobacco use, and other addictive disorders in Japan. Symposium Alcohol and co-morbid substance use disorder: Perspectives on COGA, NESARC and Japanese samples. 36th Annual Scientific Meeting of the Research Society on Alcoholism, June 22-26, 2013, Orlando, Florida, USA

Osaki Y, Ohida T, Kanda H, Kaneita Y, Minowa M, Higuchi S, Kondo Y. Trends in adolescent smoking behavior and its correlates in Japan. Symposium 10 Education, communication, training and public awareness. The 10th Asia Pacific Conference on Tobacco or Health, August 18-21, 2013, Chiba, Japan

◆シンポジウム

尾崎米厚. アルコールによる疾病負荷、社会的損失について. シンポジウム6 アルコール関連疾患の医療・社会経済に与える影響. アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会 10月3-5日、2013年、岡山

尾崎米厚. 睡眠と喫煙. シンポジウム7 睡眠公衆衛生の実践 ～睡眠保健活動に向けて～. *日本公衆衛生雑誌* 60(10):100, 2013 (第72回日本公衆衛生学会総会、10月23-25日、三重)

F. 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

特記事項なし

表1 過去1年に飲酒した者の割合

年齢階級	岩手、宮城(n=1978)		全国(n=1082)	
	男(n=862)	女(n=1116)	男(n=493)	女(n=589)
20～29	85.7%	71.3%	97.4%	84.6%
30～39	79.7%	58.0%	87.8%	65.6%
40～49	80.7%	61.2%	88.0%	75.0%
50～59	79.4%	59.7%	85.2%	61.5%
60～69	75.6%	38.4%	85.3%	50.0%
70～	57.5%	16.1%	75.0%	27.8%
粗率	72.3%	42.8%	84.8%	59.3%
調整率(2012基準)	75.9%	46.7%	86.0%	56.8%

検定結果 p<0.01 p<0.01

男女とも被災地の飲酒率が有意に低い

表2 過去1年に飲酒した者の割合

年齢階級	沿岸地域(岩手、宮城)(n=958)		内陸地域(岩手、宮城)(n=925)		全国(n=1082)	
	男(n=416)	女(n=542)	男(n=407)	女(n=528)	男(n=493)	女(n=589)
20～29	88.2%	61.5%	83.3%	77.1%	97.4%	84.6%
30～39	85.2%	48.2%	85.2%	63.6%	87.8%	65.6%
40～49	70.0%	53.6%	90.7%	67.2%	88.0%	75.0%
50～59	71.9%	45.7%	84.1%	69.2%	85.2%	61.5%
60～69	79.0%	34.2%	73.9%	46.9%	85.3%	50.0%
70～	51.0%	13.0%	68.3%	23.1%	75.0%	27.8%
粗率	68.8%	33.8%	77.9%	52.3%	84.8%	59.3%
調整率(2012基準)	70.1%	39.3%	80.2%	53.1%	86.0%	56.8%

検定結果(vs全国) p<0.01 p<0.01 p<0.05 p=0.20

検定結果(vs内陸) p<0.01 p<0.01

被災地沿岸地域では、男女とも全国と比較しても、内陸と比較しても有意に飲酒率が低い。

表3 多量飲酒者の割合

飲酒日1日60g以上の者の割合

年齢階級	岩手、宮城(n=1978)		全国(n=1082)	
	男(n=862)	女(n=1116)	男(n=493)	女(n=589)
20～29	18.4%	13.8%	15.4%	16.9%
30～39	15.2%	5.8%	17.6%	4.3%
40～49	13.8%	7.2%	25.3%	5.6%
50～59	19.8%	5.1%	26.1%	5.8%
60～69	13.0%	0.9%	12.8%	2.5%
70～	5.4%	0.0%	11.1%	0.0%
粗率	12.3%	3.7%	17.6%	5.1%
調整率(2012基準)	13.9%	4.6%	17.9%	4.8%

検定結果 p=0.05 p=0.74

男性の多量飲酒者の割合が被災地で低い傾向

表4 多量飲酒者の割合

飲酒日1日60g以上飲酒

年齢階級	沿岸地域(岩手、宮城)(n=958)		内陸地域(岩手、宮城)(n=925)		全国(n=1082)	
	男(n=416)	女(n=542)	男(n=407)	女(n=528)	男(n=493)	女(n=589)
20～29	17.6%	15.4%	16.7%	12.5%	15.4%	16.9%
30～39	17.4%	3.6%	14.8%	7.8%	17.6%	4.3%
40～49	18.0%	7.6%	9.3%	7.5%	25.3%	5.6%
50～59	26.2%	5.7%	12.7%	4.8%	26.1%	5.8%
60～69	13.7%	0.9%	12.4%	1.0%	12.8%	2.5%
70～	4.8%	0.0%	5.9%	0.0%	11.1%	0.0%
粗率	13.2%	3.1%	11.1%	4.4%	17.6%	5.1%
調整率(2012基準)	16.0%	4.6%	11.7%	4.8%	17.9%	4.8%

検定結果(vs全国) p=0.43 p=0.81 p<0.05 p=0.88

検定結果(vs内陸) p=0.09 p=0.92

被災地内陸部で男性の割合が低く、沿岸部と比較しても低い傾向

表5 1日当たり飲酒量(男40g以上、女20g以上の割合)

年齢階級	岩手、宮城(n=1978)		全国(n=1082)	
	男(n=862)	女(n=1116)	男(n=493)	女(n=589)
20～29	6.1%	12.5%	0.0%	9.2%
30～39	11.4%	8.7%	14.9%	9.7%
40～49	15.6%	11.2%	25.3%	17.6%
50～59	24.6%	11.4%	35.2%	9.6%
60～69	19.3%	6.6%	22.9%	3.3%
70～	9.2%	1.5%	16.7%	2.1%
粗率	15.1%	7.1%	21.1%	8.5%
調整率(2012基準)	14.5%	7.8%	19.6%	7.9%

検定結果 p<0.05 p=0.89

男性の割合が被災地で低い

表6 1日当たり飲酒量(男40g以上、女20g以上の割合)

年齢階級	沿岸地域(岩手、宮城)(n=958)		内陸地域(岩手、宮城)(n=925)		全国(n=1082)	
	男(n=416)	女(n=542)	男(n=407)	女(n=528)	男(n=493)	女(n=589)
20～29	0.0%	11.5%	10.0%	8.3%	0.0%	9.2%
30～39	17.4%	5.4%	7.4%	11.7%	14.9%	9.7%
40～49	18.0%	11.3%	13.0%	11.6%	25.3%	17.6%
50～59	26.3%	12.9%	20.6%	10.6%	35.2%	9.6%
60～69	22.8%	3.4%	15.2%	11.2%	22.9%	3.3%
70～	7.6%	2.1%	9.8%	0.7%	16.7%	2.1%
粗率	16.1%	5.9%	13.0%	8.3%	21.1%	8.5%
調整率(2012基準)	15.7%	7.0%	12.6%	8.4%	19.6%	7.9%

検定結果(vs全国) p=0.11 p=0.54 p<0.01 p=0.83

検定結果(vs内陸) p=0.20 p=0.42

内陸被災地男性で低く、沿岸でも低い傾向。

表7 AUDIT 8点以上の者の割合

年齢階級	岩手、宮城(n=1978)		全国(n=1082)	
	男(n=862)	女(n=1116)	男(n=493)	女(n=589)
20 ~ 29	12.8%	6.8%	12.8%	10.8%
30 ~ 39	24.7%	6.0%	18.9%	5.4%
40 ~ 49	23.1%	4.8%	32.0%	7.4%
50 ~ 59	27.5%	5.2%	34.1%	1.0%
60 ~ 69	27.1%	1.9%	26.6%	0.8%
70 ~	16.3%	0.6%	16.7%	0.0%
粗率	22.4%	3.3%	24.3%	3.7%
調整率 (2012基準)	22.1%	3.7%	23.7%	3.6%
検定結果	p=0.51		p=0.84	
男女とも割合に差がない				

表8 AUDIT 8点以上の者の割合

年齢階級	沿岸地域(岩手、宮城)(n=958)		内陸地域(岩手、宮城)(n=936)		全国(n=1082)	
	男(n=416)	女(n=542)	男(n=407)	女(n=529)	男(n=493)	女(n=589)
20 ~ 29	5.9%	3.8%	16.7%	8.3%	12.8%	10.8%
30 ~ 39	26.1%	1.6%	24.1%	9.1%	18.9%	5.4%
40 ~ 49	24.0%	6.3%	22.2%	3.0%	32.0%	7.4%
50 ~ 59	26.3%	7.1%	28.6%	3.6%	34.1%	1.0%
60 ~ 69	30.6%	0.0%	22.3%	4.1%	26.6%	0.8%
70 ~	15.2%	1.0%	17.5%	0.0%	16.7%	0.0%
粗率	22.6%	2.6%	22.1%	4.0%	24.3%	3.7%
調整率 (2012基準)	21.8%	3.0%	22.1%	4.2%	23.7%	3.6%
検定結果(vs全国)	p=0.51		p=0.56		p=0.60	
検定結果(vs内陸)	p=0.83		p=0.28			
男女とも被災地と全国に差がない、沿岸と内陸の差もない。						

表9 AUDIT 12点以上の割合

年齢階級	岩手、宮城(n=1978)		全国(n=1082)	
	男(n=862)	女(n=1116)	男(n=493)	女(n=589)
20 ~ 29	4.3%	0.0%	0.0%	0.0%
30 ~ 39	7.8%	1.5%	13.5%	3.2%
40 ~ 49	8.7%	3.4%	13.3%	3.7%
50 ~ 59	14.2%	3.4%	13.6%	0.0%
60 ~ 69	11.8%	1.4%	11.0%	0.0%
70 ~	7.3%	0.3%	4.6%	0.0%
粗率	9.6%	1.6%	9.9%	1.2%
調整率 (2012基準)	9.1%	1.6%	9.6%	1.1%
検定結果	p=0.77		p=0.32	
男女とも差がない				

表10 AUDIT 12点以上の割合

年齢階級	沿岸地域(岩手、宮城)(n=958)		内陸地域(岩手、宮城)(n=936)		全国(n=1082)	
	男(n=416)	女(n=542)	男(n=407)	女(n=529)	男(n=493)	女(n=589)
20 ~ 29	0.0%	0.0%	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%
30 ~ 39	4.3%	0.0%	9.3%	2.6%	13.5%	3.2%
40 ~ 49	14.0%	6.3%	3.7%	0.0%	13.3%	3.7%
50 ~ 59	15.6%	4.3%	12.7%	2.9%	13.6%	0.0%
60 ~ 69	12.9%	0.0%	10.5%	2.1%	11.0%	0.0%
70 ~	6.2%	0.6%	6.9%	0.0%	4.6%	0.0%
粗率	10.1%	1.7%	9.1%	1.5%	9.9%	1.2%
調整率 (2012基準)	9.1%	1.7%	8.6%	1.4%	9.6%	1.1%
検定結果(vs全国)	p=0.55		p=0.44		p=0.54	
検定結果(vs内陸)	p=0.79		p=0.60		p=0.78	
男女とも被災地と全国に差がない、沿岸と内陸の差もない。						

表11 AUDIT 16点以上の割合

年齢階級	岩手、宮城(n=1978)		全国(n=1082)	
	男(n=862)	女(n=1116)	男(n=493)	女(n=589)
20 ~ 29	2.1%	0.0%	0.0%	0.0%
30 ~ 39	3.9%	0.8%	4.1%	2.2%
40 ~ 49	2.9%	1.4%	6.7%	2.8%
50 ~ 59	6.7%	1.1%	6.8%	0.0%
60 ~ 69	4.8%	0.9%	4.6%	0.0%
70 ~	2.8%	0.0%	1.9%	0.0%
粗率	4.0%	0.7%	4.3%	0.8%
調整率 (2012基準)	3.9%	0.7%	4.1%	0.8%
検定結果	p=0.83		p=0.76	
男女とも差がなかった				

表12 AUDIT 16点以上の割合

年齢階級	沿岸地域(岩手、宮城)(n=958)		内陸地域(岩手、宮城)(n=936)		全国(n=1082)	
	男(n=416)	女(n=542)	男(n=407)	女(n=529)	男(n=493)	女(n=589)
20 ~ 29	0.0%	0.0%	3.3%	0.0%	0.0%	0.0%
30 ~ 39	4.3%	0.0%	3.7%	1.3%	4.1%	2.2%
40 ~ 49	4.0%	2.5%	1.9%	0.0%	6.7%	2.8%
50 ~ 59	8.8%	1.4%	4.8%	1.0%	6.8%	0.0%
60 ~ 69	7.3%	0.0%	1.9%	2.0%	4.6%	0.0%
70 ~	2.8%	0.0%	3.0%	0.0%	1.9%	0.0%
粗率	5.0%	0.6%	2.9%	0.8%	4.3%	0.8%
調整率 (2012基準)	4.6%	0.6%	3.0%	0.7%	4.1%	0.8%
検定結果(vs全国)	p=0.74		p=0.73		p=0.47	
検定結果(vs内陸)	p=0.27		p=0.72		p=1.00	
男女とも被災地と全国に差がない、沿岸と内陸の差もない。						

表13 AUDIT 20点以上の割合

年齢階級	岩手、宮城(n=1978)		全国(n=1082)	
	男(n=862)	女(n=1116)	男(n=493)	女(n=589)
20～29	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
30～39	2.6%	0.8%	0.0%	0.0%
40～49	1.0%	1.4%	2.7%	0.0%
50～59	4.2%	0.6%	4.5%	0.0%
60～69	0.9%	0.0%	1.8%	0.0%
70～	1.2%	0.0%	0.0%	0.0%
粗率	1.6%	0.4%	1.6%	0.0%
調整率(2012基準)	1.6%	0.4%	1.5%	0.0%

検定結果 p=0.77 p=0.17
男女とも差がなかった

表14 AUDIT 20点以上の割合

年齢階級	沿岸地域(岩手、宮城)(n=958)		内陸地域(岩手、宮城)(n=938)		全国(n=1082)	
	男(n=416)	女(n=542)	男(n=407)	女(n=528)	男(n=493)	女(n=589)
20～29	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
30～39	0.0%	0.0%	3.7%	1.3%	0.0%	0.0%
40～49	2.0%	2.5%	0.0%	0.0%	2.7%	0.0%
50～59	6.3%	1.4%	3.2%	0.0%	4.5%	0.0%
60～69	1.6%	0.0%	0.0%	0.0%	1.8%	0.0%
70～	1.4%	0.0%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%
粗率	1.9%	0.6%	1.2%	0.2%	1.6%	0.0%
調整率(2012基準)	1.7%	0.6%	1.3%	0.2%	1.5%	0.0%

検定結果(vs全国) p=0.79 p=0.11 p=1.00 p=0.47
検定結果(vs内陸) p=0.77 p=0.62
男女とも被災地と全国に差がない。沿岸と内陸の差もない。

表15 DSMによるアルコール使用障害

年齢階級	岩手、宮城(n=1978)		全国(n=1082)	
	男(n=862)	女(n=1116)	男(n=493)	女(n=589)
20～29	2.0%	3.8%	7.7%	3.1%
30～39	6.3%	1.4%	10.8%	3.2%
40～49	4.6%	0.7%	13.3%	2.8%
50～59	8.7%	2.3%	18.2%	1.0%
60～69	3.4%	0.9%	7.3%	0.0%
70～	2.3%	0.0%	3.7%	0.0%
粗率	4.2%	1.1%	9.9%	1.5%
調整率(2012基準)	4.5%	1.3%	10.1%	1.5%

検定結果 p<0.01 p=0.64
男性で、有意に被災地が低い

表16 DSMによるアルコール使用障害

年齢階級	沿岸地域(岩手、宮城)(n=958)		内陸地域(岩手、宮城)(n=938)		全国(n=1082)	
	男(n=416)	女(n=542)	男(n=407)	女(n=528)	男(n=493)	女(n=589)
20～29	0.0%	3.6%	0.0%	2.1%	7.7%	3.1%
30～39	8.7%	0.0%	5.6%	2.6%	10.8%	3.2%
40～49	4.0%	1.3%	3.7%	0.0%	13.3%	2.8%
50～59	10.6%	1.4%	7.9%	2.6%	18.2%	1.0%
60～69	3.2%	0.0%	3.6%	2.0%	7.3%	0.0%
70～	2.1%	0.0%	2.0%	0.0%	3.7%	0.0%
粗率	4.1%	0.6%	3.9%	1.5%	9.9%	1.5%
調整率(2012基準)	4.2%	0.6%	3.9%	1.4%	10.1%	1.5%

検定結果(vs全国) p<0.01 p=0.43 p<0.01 p=1.00
検定結果(vs内陸) p=0.64 p=0.42
被災地男性は内陸、沿岸とも割合が全国より高かった

表17 DSMによるアルコール乱用

年齢階級	岩手、宮城(n=1978)		全国(n=1082)	
	男(n=862)	女(n=1116)	男(n=493)	女(n=589)
20～29	0.0%	1.3%	5.1%	0.0%
30～39	0.0%	0.7%	0.0%	3.2%
40～49	1.8%	0.0%	5.3%	1.9%
50～59	1.6%	0.0%	2.3%	1.9%
60～69	1.3%	0.0%	0.9%	0.0%
70～	1.1%	0.0%	0.9%	0.0%
粗率	1.2%	0.2%	2.0%	1.2%
調整率(2012基準)	1.0%	0.3%	2.3%	1.1%

検定結果 p=0.08 p=0.07
男女とも被災地で低い傾向があった

表18 DSMによるアルコール乱用

年齢階級	沿岸地域(岩手、宮城)(n=958)		内陸地域(岩手、宮城)(n=938)		全国(n=1082)	
	男(n=416)	女(n=542)	男(n=407)	女(n=528)	男(n=493)	女(n=589)
20～29	0.0%	0.0%	0.0%	2.1%	5.1%	0.0%
30～39	0.0%	0.0%	0.0%	1.3%	0.0%	3.2%
40～49	4.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.3%	1.9%
50～59	1.6%	0.0%	1.6%	0.0%	2.3%	1.9%
60～69	1.6%	0.0%	1.0%	0.0%	0.9%	0.0%
70～	0.0%	0.0%	3.0%	0.0%	0.9%	0.0%
粗率	1.2%	0.0%	1.2%	0.4%	2.0%	1.2%
調整率(2012基準)	1.3%	0.0%	1.0%	0.5%	2.3%	1.1%

検定結果(vs全国) p=0.31 p=0.05 p=0.19 p=0.29
検定結果(vs内陸) p=1.00 p=0.24
被災地沿岸女性で全国より割合が低い傾向があった

表19 ニコチン依存の割合 (FTND)

年齢階級	岩手、宮城(n=1978)		全国(n=1082)	
	男(n=862)	女(n=1116)	男(n=493)	女(n=589)
20 ~ 29	6.4%	1.4%	0.0%	0.0%
30 ~ 39	10.4%	1.6%	2.7%	0.0%
40 ~ 49	5.8%	3.4%	4.0%	0.9%
50 ~ 59	6.7%	3.4%	3.4%	0.0%
60 ~ 69	6.6%	0.9%	4.6%	0.8%
70 ~	2.8%	0.0%	0.0%	0.0%
粗率	6.7%	1.6%	2.6%	0.3%
調整率 (2012基準)	6.4%	1.6%	2.5%	0.3%
検定結果	p<0.01		p<0.05	

男女とも被災地が高い

表20 ニコチン依存の割合 (FTND)

ニコチン依存度(喫煙者) (FTND 1以上)

年齢階級	沿岸地域(岩手、宮城)(n=958)		内陸地域(岩手、宮城)(n=955)		全国(n=1082)	
	男(n=416)	女(n=542)	男(n=407)	女(n=528)	男(n=493)	女(n=589)
20 ~ 29	11.6%	3.6%	3.3%	0.0%	0.0%	0.0%
30 ~ 39	13.0%	0.0%	9.5%	2.8%	2.7%	0.0%
40 ~ 49	6.0%	6.3%	5.6%	0.0%	4.0%	0.9%
50 ~ 59	9.6%	6.6%	4.8%	0.0%	3.4%	0.0%
60 ~ 69	8.7%	0.9%	2.9%	1.0%	4.6%	0.8%
70 ~	4.1%	0.0%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%
粗率	7.5%	2.4%	3.8%	0.8%	2.6%	0.3%
調整率 (2012基準)	8.7%	2.6%	4.6%	0.8%	2.5%	0.3%

検定結果(vs全国) p<0.01 p<0.01 p=0.10 p=0.87

検定結果(vs内陸) p<0.05 p<0.01

被災地沿岸部では、男女とも割合が高かった

表21 インターネット依存の割合

年齢階級	岩手、宮城(n=1978)		全国(n=1082)	
	男(n=862)	女(n=1116)	男(n=493)	女(n=589)
20 ~ 29	27.7%	10.8%	30.8%	10.8%
30 ~ 39	10.4%	3.0%	10.8%	3.2%
40 ~ 49	1.9%	0.7%	4.0%	3.7%
50 ~ 59	0.8%	0.6%	0.0%	0.0%
60 ~ 69	0.9%	0.0%	0.0%	0.0%
70 ~	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
粗率	3.2%	1.3%	4.7%	2.4%
調整率 (2012基準)	6.2%	2.0%	6.7%	2.4%

検定結果 p=0.69 p=0.58

男女とも差がなかった

表22 インターネット依存の割合

年齢階級	沿岸地域(岩手、宮城)(n=958)		内陸地域(岩手、宮城)(n=955)		全国(n=1082)	
	男(n=416)	女(n=542)	男(n=407)	女(n=528)	男(n=493)	女(n=589)
20 ~ 29	17.6%	7.7%	33.3%	12.5%	30.8%	10.8%
30 ~ 39	4.3%	0.0%	13.0%	5.2%	10.8%	3.2%
40 ~ 49	2.0%	0.0%	1.9%	1.5%	4.0%	3.7%
50 ~ 59	0.0%	1.4%	1.6%	0.0%	0.0%	0.0%
60 ~ 69	0.0%	0.0%	1.9%	0.0%	0.0%	0.0%
70 ~	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
粗率	1.2%	0.6%	5.2%	2.1%	4.7%	2.4%
調整率 (2012基準)	3.5%	1.1%	7.7%	2.5%	6.7%	2.4%

検定結果(vs全国) p<0.05 p=0.11 p=0.59 p=0.93

検定結果(vs内陸) p<0.05 p=0.09

被災地沿岸部男性で割合が高かった

表23 ギャンブル依存(SOGS)の割合

年齢階級	岩手、宮城(n=1978)		全国(n=1082)	
	男(n=862)	女(n=1116)	男(n=493)	女(n=589)
20 ~ 29	12.8%	2.7%	7.7%	6.2%
30 ~ 39	18.2%	3.0%	12.2%	2.2%
40 ~ 49	18.3%	2.7%	13.3%	0.9%
50 ~ 59	13.3%	2.3%	12.5%	0.0%
60 ~ 69	9.2%	0.9%	11.0%	0.8%
70 ~	4.9%	0.6%	2.8%	0.0%
粗率	10.7%	1.7%	9.7%	1.4%
調整率 (2012基準)	12.7%	1.9%	9.9%	1.4%

検定結果 p=0.14 p=0.43

被災地の男性で高い傾向

表24 ギャンブル依存(SOGS)の割合

年齢階級	沿岸地域(岩手、宮城)(n=958)		内陸地域(岩手、宮城)(n=955)		全国(n=1082)	
	男(n=416)	女(n=542)	男(n=407)	女(n=528)	男(n=493)	女(n=589)
20 ~ 29	17.6%	0.0%	10.0%	4.2%	7.7%	6.2%
30 ~ 39	21.7%	1.9%	16.7%	3.9%	12.2%	2.2%
40 ~ 49	20.0%	3.8%	16.7%	1.5%	13.3%	0.9%
50 ~ 59	21.1%	4.3%	8.3%	1.0%	12.5%	0.0%
60 ~ 69	10.5%	0.0%	7.6%	2.0%	11.0%	0.8%
70 ~	4.8%	0.5%	5.0%	0.7%	2.8%	0.0%
粗率	12.0%	1.6%	8.3%	1.9%	9.7%	1.4%
調整率 (2012基準)	15.7%	1.8%	10.4%	2.0%	9.9%	1.4%

検定結果(vs全国) p<0.01 p=0.68 p=0.85 p=0.95

検定結果(vs内陸) p<0.05 p=0.61

被災地沿岸部男性で割合が高かった

表25 睡眠薬安定剤依存の割合

BDEPQ 23点以上の者の割合

年齢階級	岩手、宮城(n=1978)		全国(n=1082)	
	男(n=862)	女(n=1116)	男(n=493)	女(n=589)
20～29	2.1%	2.7%	0.0%	0.0%
30～39	1.3%	2.3%	1.4%	2.2%
40～49	2.9%	4.1%	1.3%	1.9%
50～59	0.8%	2.3%	1.1%	1.9%
60～69	0.4%	3.7%	0.0%	4.1%
70～	2.8%	8.9%	1.9%	5.2%
粗率	1.7%	4.9%	1.0%	2.7%
調整率(2012基準)	1.7%	4.5%	1.0%	2.9%
検定結果	p=0.35		p=0.11	

被災地の女性で高い傾向にあった

表26 睡眠薬安定剤依存の割合

BDEPQ 23点以上

年齢階級	沿岸地域: 岩手、宮城(n=958)		内陸地域: 岩手、宮城(n=936)		全国(n=1082)	
	男(n=418)	女(n=540)	男(n=407)	女(n=529)	男(n=433)	女(n=649)
20～29	0.0%	0.0%	3.3%	4.2%	0.0%	0.0%
30～39	0.0%	3.6%	1.9%	1.3%	1.4%	2.2%
40～49	4.0%	7.6%	1.9%	0.0%	1.3%	1.9%
50～59	0.0%	4.3%	1.6%	1.0%	1.1%	1.9%
60～69	9.6%	5.0%	0.0%	1.0%	0.0%	4.1%
70～	3.4%	9.3%	2.0%	8.2%	1.9%	5.2%
粗率	1.9%	6.6%	1.6%	3.0%	1.0%	2.7%
調整率(2012基準)	1.6%	5.7%	1.7%	3.0%	1.0%	2.9%
検定結果(vs全国)	p=0.75	p<0.05	p=0.39	p=0.89		
検定結果(vs内陸)	p=0.79	p<0.05				

被災地の岩手県女性で割合が高かった

福島-1 震災前後の健診結果の比較

項目(後-前)	平均値(後)	平均値(前)	差の平均	差の平均の標準誤差	有意確率
BMI (n=2202)	23.02	22.89	0.13	0.02	P<0.01
最高血圧 (n=2201)	126.6	126.6	0.06	0.24	0.82
最小血圧	77.7	77.6	0.12	0.16	0.45
Hb(n=1181)	13.67	13.73	-0.71	0.01	P<0.01
空腹時血糖 (n=2042)	92.64	91.65	0.98	0.20	P<0.01
HbA1c (n=1525)	5.14	5.15	-0.01	0.01	P<0.05
クレアチニン(n=1631)	0.68	0.68	0.00	0.00	0.93

震災後、BMIが高くなった(肥満傾向)、ヘモグロビンが下がった。糖の挙動は不確か

福島-2 震災前後の健診結果の比較

項目(後-前)	平均値(後)	平均値(前)	差の平均	差の平均の標準誤差	有意確率
GOT (n=2101)	22.99	22.80	0.29	0.12	P<0.05
GPT (n=2101)	20.81	20.88	-0.73	0.19	0.70
γ-GTP (n=2101)	31.87	31.20	0.67	0.40	0.10
TG (n=2094)	102.95	102.41	0.55	0.80	0.50
LDL (n=2097)	122.80	122.11	0.69	0.34	P<0.05
HDL (n=2100)	63.06	63.77	-0.71	0.13	P<0.01

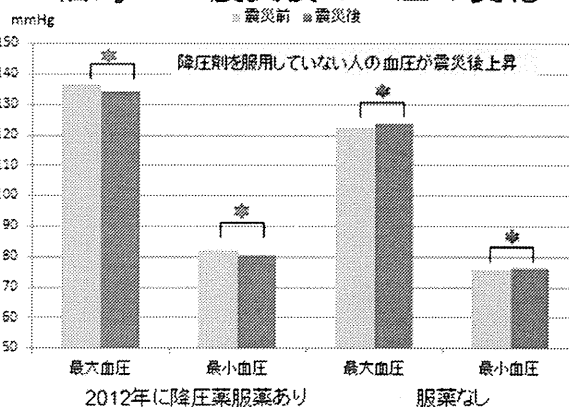
肝機能は大きな変化なし、血清脂質は震災後悪化。

福島-3 震災前後の健診結果の比較

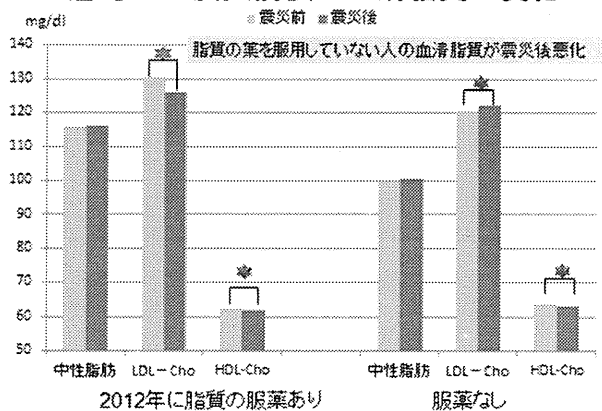
項目	2009年	2010年	2011年	2012年	有意差
降圧薬服薬 (%)	24.3	24.9	26.0	28.0	P<0.05
DM薬服薬 (%)	3.6	3.8	3.9	4.3	0.73
脂質薬服薬 (%)	15.4	15.3	16.0	16.2	0.79
喫煙有	16.0	16.0	14.2	14.3	0.09
毎日飲酒	52.3	52.4	51.9	50.9	0.45
飲酒量3合以上	2.0	1.0	1.0	1.8	P<0.01
睡眠不十分	22.3	22.4	24.2	25.6	P<0.05
保健指導希望	45.7	42.5	39.3	38.1	P<0.01

比較的少飲酒量の者の割合が増加
降圧剤服用者割合が震災後増加、睡眠が悪くなる人が増え、指導希望者が減った。

福島-4 震災後の血圧の変化



福島-5 震災前後の血清脂質の変化



厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））
被災地のアルコール関連問題・嗜癖行動に関する研究
（研究代表者 松下 幸生）

平成 25 年度分担研究報告書
被災地のアルコール問題の調査と介入に関する研究
研究分担者 村上 優 独立行政法人国立病院機構琉球病院 院長

研究要旨

東日本大震災では、中長期的にはアルコール問題が顕在化すると考えられている。アルコール問題が深刻化する前の早期介入は、その後の問題の顕在化を減少させるためには必要である。よって、本研究の目的は、1. スクリーニングと早期介入のためのツールの作成、2. スクリーニングと早期介入の実施及びスキルの移譲である。特定健診の受診時に、1 次スクリーニングとして「標準的な質問票」を利用し、2 次スクリーニングとして、AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) 日本語版と飲酒量換算表を実施した。早期介入用の資料として、亘らの開発した HAPPY (Hizen Alcoholism Prevention Program by Yuzuriha) プログラムに基づき、短時間版の mini HAPPY プログラムを開発した。岩手県宮古市の平成 25 年度の特定健診、特定保健指導において、上記のスクリーニング、早期介入を実行した。特定健診受診者は、4957 人であった。特定健診受診者に、一次スクリーニングを実施し、200 人弱が該当した。該当者のうち、結果説明会もしくは特定保健指導が実施できたもので、二次スクリーニングを実施できたものは 13 人であった。二次スクリーニングの該当者のうち、早期介入が実施できたのは 1 人であった。スクリーニングと早期介入のスキルの移譲のために、平成 25 年度は、被災地を研究協力者が 5 回訪問した。これらのスキルの移譲の効果判定を目的に、宮古市保健センター保健師 23 名に対して、Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire(AAPPQ) 日本語版を使用した。スキル移譲の前後で AAPPQ を実施し、スコア等を比較した結果、AAPPQ の合計点と、知識とスキル、仕事満足と意欲の 2 つの因子が、優位に得点が増加した。

研究協力者

安里明友美	国立病院機構	琉球病院看護師
大鶴卓	国立病院機構	琉球病院医師
中井美紀	国立病院機構	琉球病院医師
野村れいか	国立病院機構	琉球病院心理士
福田貴博	国立病院機構	琉球病院医師

しい現状がある。

一方、多量飲酒者への早期介入は、亘らが開発した HAPPY (Hizen Alcoholism Prevention Program by Yuzuriha) プログラムという早期介入パッケージが存在する。国内でも、職域において、HAPPY プログラムを用いたブリーフインターベンションは、飲酒量低減と、それに伴う肝機能障害の改善、体重減少等の効果が示されている。しかし、被災地の現場では、通常業務に加え、復興のための事業も加わり多忙であり、HAPPY プログラムの導入が負担となる。そこで、本研究班では、被災地の現状に応じた、短時間で実施できる早期介入のツールの開発し、支援者が自立して、被災地の多量飲酒者に対し、ブリーフインターベンションを行うことで飲酒量低減を、すなわち被災地でのアルコール問題の介入を目的としている。

A. 研究目的

阪神・淡路大震災後のこころのケアでは、中長期的なアルコール問題の顕在化が指摘された。今回の東日本大震災でも、中長期的にはアルコール問題が顕在化すると考えられている。アルコール問題が深刻化する前の早期介入は、その後の問題の顕在化を減少させるためには必要である。しかし、被災地のこころのケアの実際は、アルコール問題を認識していても、アルコール問題の評価や介入方法のスキルが乏

ブリーフインターベンションは、被災地の支援者が継続して実施する必要があるため、継続可能なシステムやツールと、実際に介入する人材の育成、スキルの獲得が必要である。よって、本研究の目的は、1. スクリーニングと早期介入のためのツールの作成、2. スクリーニングと早期介入の実施及びスキルの移譲とする。

平成24年度は、1. スクリーニングと早期介入のためのツールの作成のために、まず宮古市保健センター保健師と意見交換をしながら、現状把握を行った。

平成25年度は、1. スクリーニングと早期介入のためのツールの作成を完了させ、次のステップとして、実際に地域住民に対して、2. スクリーニングと早期介入の実施及びスキルの移譲を目的とする。本研究班の3年間の計画のイメージを図1に示す。

B. 研究方法

1. スクリーニングと早期介入のためのツールの作成

1-1 スクリーニングのためのツールの作成

平成24年度の被災地での現状、ニーズとして、仮設住居への訪問では、飲酒問題に介入するのは難しく、アルコール問題のスクリーニングを行う場所として、特定健診を選択した。すでに実施されている特定健診の受診時の「標準的な質問票」の間18、間19（図2）を利用し、1次スクリーニングを行う。標準的な質問票において、「毎日飲酒する」または、「時々」かつ「2合以上」を1次スクリーニングの基準に設定した。この1次スクリーニング該当者に、2次スクリーニングとして、AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) 日本語版を実施する。AUDIT日本語版は、飲酒量を尋ねる間2が、地域住民には難しいという保健師の意見により、回答を補助するために、酒類毎の飲酒量を示した図3を作成した。AUDIT日本語版の実施のタイミングは、比較的に時間的な余裕のある特定健診の結果説明会や、特定保健指導時と

した。AUDIT10点以上を、2次スクリーニングの基準とした。

1-2 早期介入のためのツールの作成

平成24年度は、早期介入のツールとして、HAPPYプログラムの使用を念頭においていたが、被災地の現状では、飲酒の早期介入のみに1時間使用するのには、業務として人材や時間の確保が困難であることが判明した。そこで、HAPPYプログラムに基づき、できるだけHAPPYプログラムの構成要素である「Feedback」「GOAL setting」「Advice」を維持させまま、かつ短時間で出来る早期介入のためのツールや資料の開発を、宮古市保健センター保健師と共同で作成した。図4は、特定保健指導時に、内臓脂肪を減らすために、目標体重を設定し、運動や食事についての行動目標を立てるために、実際に使用している資料に、「飲酒目標」を付け加えた資料である。図5は、特定保健指導後に、目標に沿って体重や歩数を記入するシートに、飲酒に関する記録するスペースを導入した資料である。図4、図5の資料は、普段の特定保健指導で使用していた資料を基に作成し、実際の現場でもすぐに使用できるように留意した。図6は、特定保健指導の際に使用する資料の表紙である。Microsoft PowerPointのソフト上で作成しており、「フルページサイズのスライド」としてA4サイズで印刷し、ファイリングして使用している。図7から図33は、保健指導用の資料である。各疾患ごとに、強い実際に地域住民に提示する、イラストの多いメッセージ性の強い資料と、保健師用の学習資料としてスライド2枚を作成した。各疾患とアルコールについての「1:1対応」の構成になっている。図7、8は「アルコールと脳」、図9、10は、「アルコールと肝臓」図11、12は「アルコールと癌」、図13、14は「アルコールと膵臓」、図15、16は「アルコールと高血圧」、図17、18は「アルコールと高尿酸血症」、図19、20は「アルコールと脂質代謝

異常」、図 21、22 は「アルコールと肥満」、図 23～25 は「アルコールと糖尿病」、図 26 は「飲酒による身体への影響」、図 27 は「妊娠中の飲酒」、図 28 は「授乳中の飲酒」、図 29 は「アルコール依存症」、図 30 は「お酒を減らすことのメリット」、図 31 は「お酒を飲みすぎない対処法」、図 32 は「適正飲酒 10 か条」、図 33 は「適度で節度ある飲酒」、図 34 は「アルコールと睡眠」についての資料である。特定保健指導では、指導時間が 20 分程度しかないために、減酒指導に割ける時間は限られており、短時間に効率的に指導をする必要がある。この資料を使用することで、該当する部分だけをピンポイントに指導することが可能となった。HAPPY プログラムから作成したこれらの特定保健指導用の資料を、開発者の杠の許可を得て、「mini HAPPY プログラム」と名付けた。(mini HAPPY プログラムをデータで希望する場合は、yfgsc1612001@yahoo.co.jp までメールでお問い合わせください。なお、資料を使用する場合は、出典を明記下さい)

2. スクリーニングと早期介入の実施及びスキルの移譲

2-1 スクリーニングと早期介入の実施

宮古市保健センター保健師と、前述のように話し合った上で、1次および2次スクリーニングの方法、基準、対象者、実施時期を設定した。平成25年の特定健康診断において、これらのスクリーニングと早期介入を実際に行うことで、実行可能かを検証する。

2-2 スクリーニングと早期介入のスキルの移譲

スクリーニングと早期介入のスキルの移譲のために、平成25年度は、被災地を研究協力者が5回訪問した。被災地支援者に対して、アルコール問題に対するスクリーニング、早期介入の講義やアルコール問題を抱えたケースの事例検討を行った。第1回訪問：5月23日～24日は、ブリーフインターベンションの講義を、宮古市

保健センタースタッフへ行った。第2回訪問：6月20日～21日は、宮古市での特定健診の実際の様子や、スクリーニング方法の検討を行った。第3回訪問：7月18日～19日、特定健診後の保健指導で使用する「ミニHAPPYプログラム」の作成、共有を行った。第4回訪問：12月18日～19日は、特定健診、特定保健指導の実施中であり、アルコール問題のスクリーニング、早期介入の実施状況の確認、アルコール依存症についての講義、事例検討を行った。第5回訪問：2月10日～11日は、平成25年度の実施状況の振り返り、アルコール依存症の事例検討、宮古市周辺の市町村の保健師へブリーフインターベンションについて講演、次年度に向けての課題の検討を実施した。

これらのスキルの移譲の効果判定を目的に、宮古市保健センター保健師23名に対して、Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire(AAPPQ) 日本語版を使用した。

(AAPPQとは、医療従事者がアルコール使用障害の患者と関わる際の態度を測定する尺度である。自記式、全31問で構成される。合計点と、5つの因子について評価した。得点が高い程、アルコール使用障害の患者に対して、ポジティブな態度である。) スキル移譲の前後でAAPPQを実施し、スコア等を比較した。介入前の評価を平成25年7月に、介入後の評価を平成26年2月に実施した。AAPPQのスコアの変化から、アルコール問題への意識の変化を測定する。

C. 研究結果

1. スクリーニングと早期介入のためのツールの作成

研究方法で説明した手順で、宮古市保健センター保健師と共同で、各種ツールを作成した。1次スクリーニングのツールとして、図2を利用したスクリーニング、基準を作成した。二次スクリーニングとして、AUDIT 日本語版に基づき、飲酒量の換算を補助するツール、基準を

作成した。早期介入のためのツールとして、HAPPYプログラムに基づき、mini HAPPYプログラムを作成した。またこれらのツールを使用するシステムを整えた。図 35 参照。

2. スクリーニングと早期介入の実施及びスキルの移譲

2-1 スクリーニングと早期介入の実施

平成 25 年度の宮古市における特定健診にて、スクリーニングと早期介入を実施した。特定健診受診者は、4957 人であった。特定健診受診者に、一次スクリーニングを実施し、200 人弱が該当した。該当者のうち、結果説明会もしくは特定保健指導が実施できたもので、二次スクリーニングを実施できたものは 13 人であった。二次スクリーニングの該当者のうち、早期介入が実施できたのは 1 人であった。

2-2 スクリーニングと早期介入のスキルの移譲

スクリーニングと早期介入のスキルの移譲の効果判定のため、スキル移譲の前後において、AAPPQ を実施した。結果を表 1 に示す。表 1 のように、AAPPQ の合計点と、知識とスキル、仕事満足と意欲の 2 つの因子が、有意に得点が増加した。

D. 考察

被災地において、飲酒問題は震災後に中・長期的に増加することが予想されるが、現時点の宮古市保健センター保健師の印象として、顕著な増加は見られていない。一方、現地支援者は多量飲酒者やアルコール依存症に対する介入スキルが低く、必要な例に効果的な介入を行うことが困難な現状もあり、今後増加する可能性があるアルコール問題に関する介入スキルを獲得したいとの現地支援者のニーズは高く、その必要性も高い。

本研究では、システムが既に確立されている岩手県宮古市の特定健診の標準的な質問票を用い、多量飲酒者のスクリーニングを行い、

特定保健指導や結果説明会でアルコール問題のブリーフインターベンションを行った。この方法であれば、現地保健師・支援者に新たな負担を増やさず、効率的かつ効果的な方法でアルコール問題の早期介入スキルを高めることが可能となる。実際に、平成 25 年度にスクリーニングと早期介入を実施した保健師の感想では、スクリーニングのために作成したツールについて「問診票を用いた一次スクリーニングは簡便であった」、「AUDIT の実施は、保健師のスキルで、時間もかからず問題なく行えた」、という意見があった。スクリーニングの実施に際しての感想として、「女性は、結果説明会で受け入れ良好。男性は、AUDIT を受けることで罰が悪そうな感じが多かった。玄関で拒否する男性 1 名は、飲み過ぎが悪い、自分で減らしていくと自覚していた。」という意見があった。早期介入のために作成したツールについての感想として、「特定健診の初回面接でアルコール指導をした。mini HAPPY プログラムを使い、当てはまるところだけ使用しながら使った。飲酒目標は休肝日を 1 日増やすと決まった。本人も理解しながら指導できた。体重等も分かるときは、自分で記録を取っていた。」「カラーで分かりやすく、ピンポイントでインパクトがある資料で良かった。各企業から出ている資料は、使うときに介入に迷いがでる。この資料は使えそう。」「アルコール問題の介入だけでなく、肝機能が悪い人に広げて介入できた。」「mini HAPPY プログラムを用いた指導は、スムーズに実施できた。」と意見があった。早期介入が実施できたのは一人だけであるため、ツールの評価は難しいが、想定した特定保健指導以外にもツールの使用があるなど、波及効果も期待できる。早期介入の実施の感想として、「なかなかアルコール問題に介入が必要な方に近づけない場合が多い。アルコール問題を前面に出し過ぎると敬遠されるため、健康に与える影響を伝えるようにしている。」「負担感はない。」「肝機能障害がある場合、以前であれば節酒に努め

よう、酒をへらそうと伝えるだけだったが、AUDIT を実施すると、アルコール問題が明確になり、介入がきめ細やかになる。mini HAPPY は保健師には作れない資料だった。脳萎縮の資料が衝撃だった。」という意見があった。AAPPQ のスコアも優位に増加しており、実際にアルコール問題に介入を行うことで、苦手意識が改善され、自己効力感にもつながっている。

来年度に向けて

本年度の介入を通して、宮古市保健センター保健師より、来年度に向けての積極的な意見が出るようになった。アルコール問題のスクリーニング、早期介入は実施できたが、早期介入の実施率が課題である。そのため、特定保健指導だけでなく、一次予防や地域住民に対する啓蒙のための資料作成を予定している。各公民館単位で保健師が実施している健康相談に使用できる啓発用資料、保健センターが住民向けに発行する保健センター通信にアルコール問題に関する連載、飲酒量を減らして健康になった体験談の掲載を予定している。また、宮古市保健センター保健師が、宮古市以外の地域の保健師へ伝達するための AUDIT 実施のマニュアル作成、保健師が地域住民へアルコール問題について講演するための資料作成を予定している。

また、来年度も定期的に訪問し、研修会、事例検討、効果判定を行う予定である。

E. 研究発表

1. 論文発表

- 1 福田貴博、中井美紀、村上優：沖縄におけるアルコール依存症に対する飲酒量低減の実態。日本アルコール・薬

物医学会雑誌. 48 巻 1 号:58-63. 2013

- 2 中井美紀、堀田洋、大鶴卓、比江島誠人、村上優、杠岳文、近藤毅：沖縄県中北部の総合病院受診者に対する飲酒量問題調査。日本アルコール・薬物医学会雑誌. 48 巻 2 号:145-152. 2013

2. 学会発表

- 1 福田貴博、小豆澤浩二、海江田保彦、村上優：特定健診と連動したアルコール問題のスクリーニングと早期介入。第 109 回日本精神神経学会。福岡市 2013. 5. 13

- 2 安里明友美、上江洲安博、遊佐勝、古川房予、福田貴博、中井美紀：総合病院で治療中の問題飲酒への早期介入第二報～HAPPY プログラムを用いた 1 ヶ月後の効果～。第 48 回日本アルコール薬物医学会。岡山市 2013. 10. 3

- 3 中井美紀、福田貴博、安里明友美、上江洲安博、村上優：那覇市における特定保健指導対象者への飲酒問題調査とその介入。第 48 回日本アルコール薬物医学会。岡山市。2013. 10. 4

F. 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

図 1

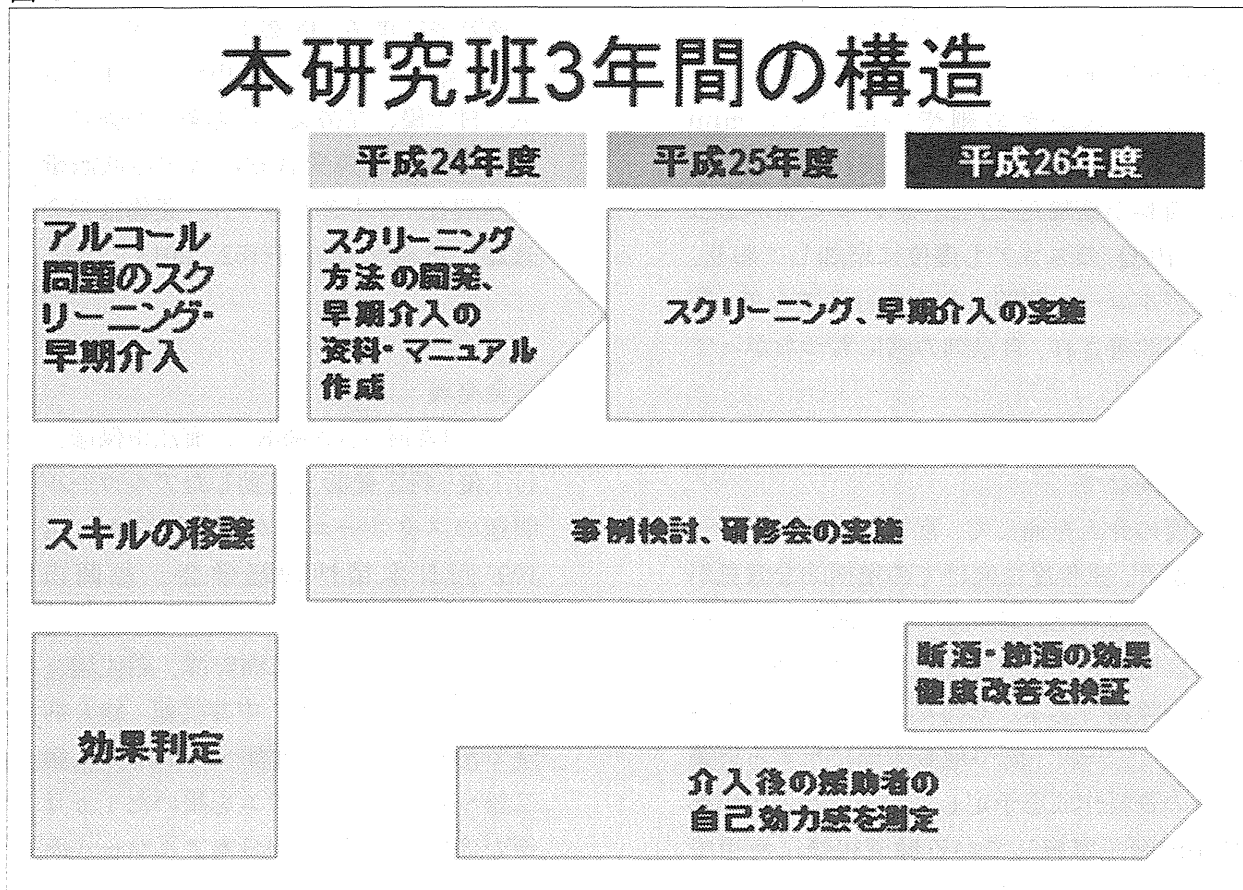


図 2

標準的な質問票

問18 お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度

①毎日 ②時々 ③ほとんど飲まない
(飲めない)

問19 飲酒日の1日当たりの飲酒量

清酒1合（180ml）の目安：ビール中瓶1本（約500ml）、
焼酎35度（80ml）、ウイスキーダブル一杯（60ml）、
ワイン2杯（240ml）

①1合未満 ②1～2合未満
③2～3合未満 ④3合以上

図 3

飲酒するときには通常どの位の量を飲みますか？

下記のアルコール飲料の中から、通常飲んでいる物の種類を選び、1日で飲む本（杯）数を（ ）に記入して下さい。2種類以上のアルコール飲料を1日で飲まれる方は、各々に1日で飲む本（杯）数を書いて下さい。季節や場所によって飲む酒類が異なる方は、最も多いパターンのもを1つ記入して下さい。

記入例：一晩でビール大ビン1本と焼酎2合を飲まれる方は イ. ビール大ビン 2.5×（ 1 ）、へ. 焼酎に 3.6×（ 2 ）と各々にその量を記入して下さい。

アルコール飲料	内容	ドリンク数×量	ドリンク計
1. ビール・発泡酒 (濃度：5%)	イ. 大ビン (633ml)	2.5× () 本	
	ロ. ビール. 発泡酒 (500ml)	2.0× () 本	
	ハ. ビール. 発泡酒 (350ml)	1.4× () 本	
	ニ. 中ジョッキ (400ml)	1.6× () 本	
	ホ. コップ (180ml)	0.6× () 杯	
2. 焼酎 (25%)	へ. コップ (180ml)	3.6× () 合	
3. 酎ハイ	ト. 缶酎ハイ (8%) (350ml)	2.2× () 本	
	チ. 缶酎ハイ (4%) (350ml)	1.1× () 本	
	リ. 缶酎ハイ (8%) (500ml)	3.2× () 本	
	ヌ. 缶酎ハイ (4%) (500ml)	1.6× () 本	
4. 日本酒 (15%)	ル. 1合 (180ml)	2.2× () 合	
5. ウイスキー、ブランデー (40%)	ヲ. ウイスキー (70ml)	2.2× () 杯	
6. ワイン (12%)	ワ. ワイングラス (120ml)	1.2× () 杯	
7. カクテル	カ. コップ (180ml)	1.0× () 杯	
8. その他 (ご自分の飲まれているものを具体的 (商品名、量) にお書き下さい。)	レ. (商品名：) を1日で (量：) を飲む		
			計

- 0. 1～2.9ドリンク
- 1. 3～4.9ドリンク
- 2. 5～6.9ドリンク
- 3. 7～9.9ドリンク
- 4. 10ドリンク以上

内臓脂肪を減らすために

◆ あなたがメタボまたは、メタボ予備群になった原因は？

- 1. 食べすぎ 2. 飲みすぎ 3. 運動不足 4. 喫煙 5. その他()

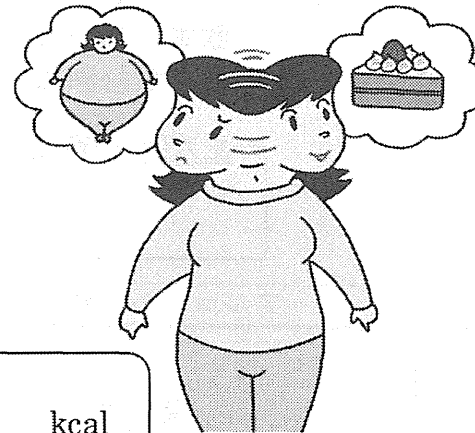
◆ 内臓脂肪を減らすための目標

現在体重 _____ kg

あなたの体重の5%は _____ kg

② 現在の腹囲 _____ cm

② 6ヶ月後の目標腹囲 _____ cm



①-② × 7,000kcal = ③ kcal

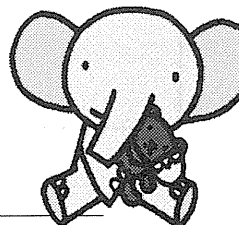
③ kcal ÷ 6ヶ月 ÷ 30日 = 1日あたりに減らすエネルギー

どのようにして減らしますか？

1日あたりに減らす エネルギー kcal	運動で	kcal
	食事で	kcal

お酒について 休肝日を1日増やす お酒を0.5~1合減らす

目 標



- ① _____
- ② _____
- ③ _____

図 5

夢をかなえま表

～わたしの目標～

日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
体重 (kg)																						
<input type="text"/> kg																						
<input type="text"/> kg																						
1日目の 体重 <input type="text"/> kg																						
<input type="text"/> kg																						
<input type="text"/> kg																						
血圧	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
歩数																						
飲酒目標																						
()																						
今日の一言																						

特定保健指導 アルコールと健康 指導テキスト

岩手県宮古市保健センター

独立行政法人 国立病院機構 肥前精神医療センター

独立行政法人 国立病院機構 琉球病院

(mini HAPPY プログラムをデータで希望する場合は、yfgsc1612001@yahoo.co.jp までメール
でお問い合わせください。なお、資料を使用する場合は、出典を明記下さい)