

2. 橋本修二.

健康寿命の延伸：指標と記述疫学.
日本抗加齢医学会，大阪，2014年.

JS2-1

健康寿命の延伸：指標と記述疫学

○橋本 修二

藤田保健衛生大学医学部衛生学講座

国民健康づくり運動の「健康日本21」(2000年)において、健康寿命の延伸が健康増進の主要な目標に位置づけられ、ここに平均寿命の延伸からの転換が明確とされた。「健康日本21(第二次)」(2012年)において、健康寿命の指標が導入され、これによってモニタリングや対策効果の評価が可能となり、健康寿命が具体的な目標となった。健康寿命とは、一般に、ある健康状態で生活することが期待される平均期間またはその指標の総称を指す。これまでに様々な指標が提案されている。「日常生活に制限のない期間の平均」が「健康日本21(第二次)」の主な指標である。名称の通り、日常生活に制限のない健康状態を対象とし、その状態を「あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか」などの質問に対する回答で測定する。

健康寿命の記述疫学として、「日常生活に制限のない期間の平均」の性・年齢分布、年次推移と都道府県分布が検討されている。たとえば、2010年において、0歳で男70.4年と女73.6年であり、65歳で男13.1年と女15.3年である。2001~2010年の延伸としては、男女とも1.0年である。都道府県の範囲(最大値と最小値の差)としては、2010年の0歳では男2.8年と女2.9年である。一方、関連要因などは必ずしも十分に検討されていない。

今後の寿命延長を想定して、健康寿命の目標としては「平均寿命の増加分を上回る健康寿命であること」とされている。目標の達成に向けて、抗加齢医学会や日本疫学会等の多方面の学会の協力によって、健康寿命の研究と対策が相まって飛躍的に進展することを期待したい。

3. Suzuki K, Yamagata Z, Tsuji I.

The effects of interaction between maternal smoking and household income on birth weight in Japan.

SPER 27th Annual Meeting (Society for Pediatric and Perinatal Epidemiologic Research), Seattle, Washington, 2014.

A6

THE EFFECTS OF INTERACTION BETWEEN MATERNAL SMOKING AND HOUSEHOLD INCOME ON BIRTH WEIGHT IN JAPAN. Suzuki K*, Yamagata Z, and Tsuji I (University of Yamanashi, Chuo, Japan)

Maternal smoking during pregnancy is associated with low birth weight. Moreover, it has been recently suggested that socioeconomic status (SES) indicators like household income might be associated with birth weight. However, only a few studies have examined the effect of the interaction between these factors on birth weight. We aimed to clarify these effects of this interaction by using data from a national birth cohort study in Japan. The Longitudinal Survey of Babies Born in the 21st Century is a large national cohort study in Japan. Data from the study were linked with those from the vital statistics records of birth registration. A total of 47,015 respondents participated in the first survey. Of these, 35,228 singleton babies, whose records did not show any missing data related to sex, birth order, gestational period, parent nationality, maternal age, and household income, were analyzed. We conducted a multiple linear regression analysis. Adjusted mean birth weight was compared between smoking and non-smoking mothers, using the least square means method. Results showed that among non-smoking mothers, adjusted mean birth weight was significantly higher in the lowest quartile income group (3067 g) than in the highest quartile income group (3049 g, $p = 0.003$). However, among smoking mothers, the adjusted mean birth weight was lower in the lowest income quartile group (3004 g) than in the highest income quartile group (3025 g, $p = 0.3$). Thus, these results suggest that the effects of an unfavorable environment on an infant may be more pronounced in lower-SES communities.

4. Suzuki K, Yamagata Z, Tsuji I.

A life-table analysis to explore factors associated with selective study participation in the national birth cohort in Japan.

The 47th Annual SER Meeting (Society for Epidemiologic Research), Seattle, Washington, 2014.

454

A LIFE-TABLE ANALYSIS TO EXPLORE FACTORS ASSOCIATED WITH SELECTIVE STUDY PARTICIPATION IN THE NATIONAL BIRTH COHORT IN JAPAN. Kohta Suzuki*, Zentaro Yamagata, Ichiro Tsuji (University of Yamanashi, Chuo, Yamanashi Japan)

Selective study participation is an important issue to study regarding validity because it can cause selection bias. Previous studies have suggested that socioeconomic status (SES) was related to dropouts from the cohort study. This study aims to detect factors such as SES and characteristics of children and mothers associated with selective study participation in the Japan national cohort study, using a life-table analysis. The Longitudinal Survey of Babies Born in the 21st Century is a large national cohort study in Japan. Children born between January 10 and 26, 2001 and between July 10 and 26, 2001 were recruited for the study. The study data were linked with the birth registration record data of vital statistics. A total of 47,015 respondents participated in the first survey. The number of children included in the 10th follow-up study (i.e., at 10 years of age) was 32,222 (68.5%). We analyzed 43,027 complete data points regarding the sex of the child, parity, whether the pregnancy was single or multiple, birth weight, maternal age, birth month, household income, maternal smoking status during the 1st survey, and breastfeeding information. Of these, 13,177 (31.6%) children dropped out by the 10th survey. The Cox proportional hazard ratio (HR) of each variable was calculated. As a result, second-born child or later (HR 1.17, 95% confidence interval (CI) 1.13 to 1.22), multiple births (HR 1.22, 95% CI 1.09 to 1.38), birth in July (HR 1.07, 95% CI 1.03 to 1.10), maternal age (< 25 vs. \geq 40; HR 1.83, 95% CI 1.55 to 2.16), lowest quartile income (vs. highest quartile; HR 1.65, 95% CI 1.57 to 1.74), maternal smoking (HR 1.70, 95% CI 1.63 to 1.77), and formula feeding (HR 1.19, 95% CI 1.12 to 1.27) were significantly associated with dropout from the study. These results suggest that it is essential to consider this selection bias when conducting an analysis of a large cohort study.

5. 宮地元彦.

東松山市における健康づくり事業「プラス1,000歩運動」の効果.
第73回日本公衆衛生学会総会、宇都宮、2014年.

O-0202-4 東松山市における健康づくり事業「プラス1,000歩運動」の効果

宮地 元彦

独立行政法人国立健康・栄養研究所

目的：健康日本21（第2次）では歩数を今後10年間で1,000～1,500歩増やすことを、さらに平成25年に策定された、健康づくりのための身体活動基準2013やアクティブガイドでは、今より1日10分多く歩くこと（+10：プラス・テン）が推奨されている。本研究では、地域における歩数計の携帯と歩数記録の奨励による介入が、歩数を1日あたり1,000歩増加させるか否かを検討するために、住民に対する地域介入事業を実施した。

方法：平成24年度に埼玉県東松山市において、市民を対象に事業を実施した。最終的な分析対象となった参加者は388人（男性264人 女性124人）であった。事業期間中、参加者は各自で歩数計を用意し、毎日装着した。平成24年10月初旬1週間の歩数を測定し、ベースライン値とした。10月から12月の3か月間、毎日の歩数を指定の記録用紙に記入した。介入開始後の各月末に、開始時と同様に体重、腹囲、体脂肪率、血圧を測定した。

結果：参加者388人中224人（57.7%）が事業開始時と比較して3か月間の平均歩数を1,000歩以上増加させた。すべての参加者の3ヶ月の平均歩数が事業開始前と比較して1日あたり1188歩増加した。それに伴い、参加者のBMI、血圧、腹囲が標準値に近づき、その効果は歩数の増加が多い参加者ほど大きかった。

結論：歩数計を活用して1日1000歩歩数を増やす取り組みの効果が、小規模な事業ながら確認することができた。今後、数千人以上を対象とした大規模な地域保健活動に取り組み、効果と事業の実現可能性についても検証していく必要がある。

6. 中村正和.

シンポジウム 10 職場におけるこれからの喫煙対策 わが国のたばこ対策の課題と職場としての役割.

第 87 回日本産業衛生学会, 岡山, 2014 年

シンポジウム 10: 職場におけるこれからの喫煙対策

S10-1 わが国のたばこ対策の課題と職場としての役割

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

わが国において、喫煙と受動喫煙による超過死亡数は各々 13 万人、7 千人と推定されている。たばこは年間約 2 兆円規模の税収をもたらす一方で、超過医療費、労働力損失等の経済損失は 4 兆円を超え、税収を約 2 倍上回る。喫煙時間分の労働力損失と超過介護費を加えると 6 兆円以上となる。

2013 年に策定された健康日本 21 の第 2 次計画において、成人喫煙率を 2022 年度までに現状の 19.5% から 12% に低下させることの目標が設定された。この目標を達成するためには、WHO のたばこ規制枠組条約に沿って、たばこ税・価格の大幅な引き上げの継続や受動喫煙防止のための法的規制の強化などの対策に加えて、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、職場の定期健康診断や特定健診をはじめ、広く保健医療の場での禁煙推進が必要である。

受動喫煙防止対策については上述の健康日本 21 の第 2 次計画において、今後 10 年間の数値目標として、職場については「受動喫煙の無い職場の実現」を目指すこととなった。また、2013 年度から始まった第 12 次労働災害防止計画において、受動喫煙を受けている労働者の割合を 2017 年までに 15% 以下にするという数値目標が掲げられた。

厚生労働省が 2009 年にとりまとめた「受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会報告書」によると、受動喫煙はその健康影響から「他者危害」であることが示されている。今後、非喫煙者の健康保護の観点から、たばこ規制枠組条約のガイドラインで求められている公共の場や職場の建物内禁煙化の実現にむけて、国レベルでの法規制の強化が強く求められる。国の法規制の強化を待つだけでなく、職場や自治体において自ら取り組むことは国の取り組みを促すことにもなるので重要である。

職場の禁煙化と合わせて喫煙者に対する取り組みが必要である。健診等の既存の保健事業等を活用して喫煙者に禁煙のきっかけや支援を計画的に提供することにより、職場の喫煙率を効果的に減らすことができる。2013 年度からの第 2 期特定健診・特定保健指導において健診当日からの喫煙の保健指導が強化されることになった。既存の事業の中でも健診の場は、多くの喫煙者に出会う場であり、医療の場に比べて若い喫煙者への禁煙勧奨も可能である。健診の場を活用して喫煙者全員に禁煙を働きかけ、禁煙したい人には禁煙外来や市販の禁煙補助薬、電話

やメールなどの禁煙支援・治療につなげる仕組みを整えることが大切である。禁煙したい人に参加してもらうという「待ちの姿勢」(reactive) だけでは効果がなかなか上がらない。短時間でもいいから喫煙者が集まる既存の種々の場を利用して喫煙者一人一人に禁煙を「積極的に働きかける」(proactive) 取り組みを組み合わせる必要がある。

職場においてたばこ対策を実施する際に、組織としての取り組みとなるよう心がけることが効果ならびに持続可能性の点から重要である。たとえば、経営方針に従業員の健康増進を位置づけ、トップ層が従業員の健康に関心をもって、会社として取り組むことによって、従業員の健康への認識も変わる。このような環境が整うと、個人の「ライフスタイル」が「ワークスタイル」として自然な形で認識されるようになり、組織の行動変容と組み合わせることで相乗効果が生まれることになる。トップ層に喫煙者が多く喫煙対策に関心が十分でない場合、職場の安全衛生委員会などで話し合っ、トップ層に組織を使って働きかけるとよいと考える。また、職場として喫煙に対する考え方やポリシーを明確にして従業員に丁寧に伝えるとともに、他者危害性がある受動喫煙からの非喫煙者を保護する観点から、少なくとも職場の建物内禁煙を目指す必要がある。職場の禁煙化は喫煙時間の短縮により労働生産性の向上につながるほか、喫煙率を低下させる効果が期待できる。

【報道】

1. 健康寿命 浜松1位 「生活に支障ない期間」20都市集計.
朝日新聞朝刊, 2014年5月27日.

■20都市別の健康寿命 (歳)

	男性	女性
札幌市	69.55	73.18
仙台市	70.42	74.42
さいたま市	71.50	73.92
千葉市	71.93	73.06
東京都区部	69.71	73.13
横浜市	70.93	74.14
川崎市	69.29	73.06
相模原市	71.43	73.68
新潟市	69.47	73.59
静岡市	71.28	74.63
浜松市	72.98	75.94
名古屋市	70.48	73.68
京都市	70.14	74.34
大阪市	68.15	72.12
堺市	69.55	71.86
神戸市	70.10	73.33
岡山市	69.01	72.71
広島市	70.01	72.23
北九州市	68.46	72.20
福岡市	70.38	71.93
全国	70.42	73.62

健康寿命 浜松1位

「生活に支障ない期間」20都市集計

「健康寿命」の20大都市別データを厚生労働省研究班(主任研究者「橋本修」・藤田保健衛生大教授)がまとめた。2010年時点で最も長いのは男女とも浜松市で、最も短いのは男性が大阪市、女性は堺市だった。これまでは都道府県別しかなかった。

健康寿命は、生活に支障なく過ごせる期間の平均を示している。75万人を抽出した厚生労働省の国民生活基礎調査で、「健康上の問題で日常生活に影響がない」と答えた人の割合から計算する。厚生労働省は、平均寿命(10年は男性79・55歳、女性86・3歳)との差を縮めることを目指している。

研究班が集計した20大都市別データによると、健康寿命が1位の浜松市は男性72・98歳、女性75・94歳。20番目は大阪市の男性68・15歳、堺市の女性71・86歳だった。都道府県別のトップは、男性が愛知の71・74歳、女性が静岡の75・32歳。都市別では健康寿命の最長と最短の差が男性では4・88歳あり、都道府県別の2・79歳より大きかった。

研究班の辻一郎・東北大教授(公衆衛生学)は「都道府県別では、浜松市のある静岡県など健康寿命が長いところは就業率が高く、喫煙率は低い傾向があった」と話す。(辻外記子)

2. 「健康寿命」延びれば2～5兆円節減。
朝日新聞朝刊, 2014年12月28日.

「健康寿命」延びれば2～5兆円節減

健康状態に問題がなく自立して暮らすことができる期間を示す健康寿命を長くして、介護が必要な人を減らすと、10年間に5兆～2兆円程度の医療・介護費用が節減できる。こんな推計を厚生労働省研究班（主任研究者辻一郎・東北大学教授）がまとめた。

医療・介護費 10年間で推計

研究班は、歩行や食事に何らかの支えが必要な「要介護2」以上に介護が必要な人の合計が2011年時点から20年まで、1年に1%ずつ、10年で計10%減ると仮定。それによる節減額を厚生労働省がまとめた介護費や、宮城県大崎市の医療費から推計した。この10%が全て介護が不

要な状態になると、10年間で5兆2914億円、10%が全て、移動などに部分的な介護が必要な「要介護1」だと、2兆4914億円が低減できるといふ。平均して1年間に5291億円、2491億円になる。12年度に計約43兆円だった医療と介護の公的な費用は、25年度に70兆円を超すと厚生労働省は推計しており、抑制が課題になっている。健康寿命は13年時点で

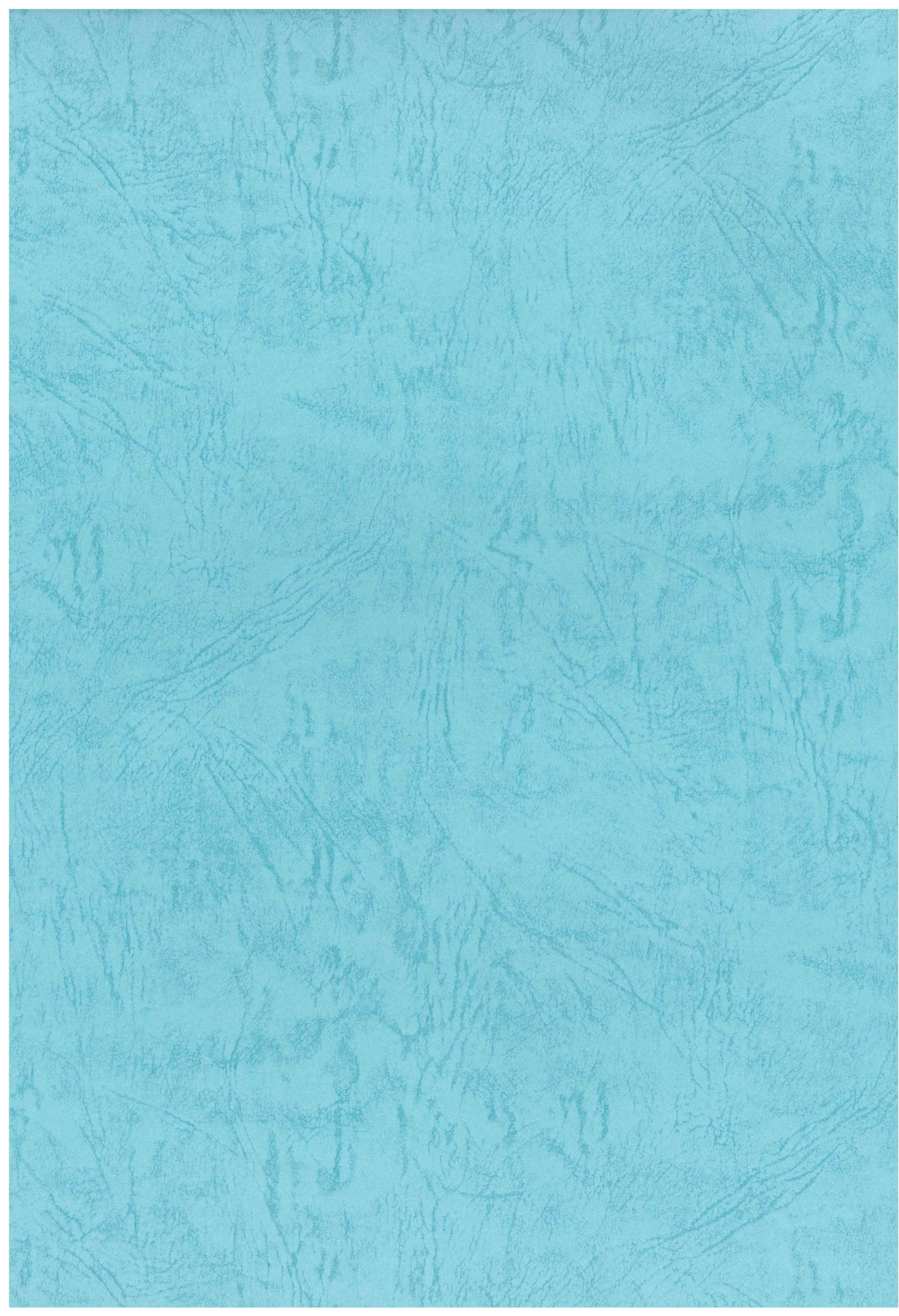
男性71歳、女性74歳。厚生労働省は健康寿命を延ばして、介護が必要になってから死するまでの期間を縮めるため、生活習慣病の予防、がんや認知症の早期発見などを推進している。研究班の遠又靖文・東北大学助教（公衆衛生学）は「予防や健康維持の事業費が、年間数千億円の節減額を大きく下回れば、全体の費用を抑えることにつながる」と話す。（辻外記子）

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
(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策政策研究事業)

健康日本21（第二次）の推進に関する研究
(H25-循環器等（生習）-一般-001)

平成26年度総括・分担研究報告書（平成27年3月）

発行責任者 研究代表者 辻 一郎
発行 仙台市青葉区星陵町2-1
東北大学大学院医学系研究科
社会医学講座公衆衛生学分野
TEL 022-717-8123
FAX 022-717-8125



2014/2030A (マニュアル)

健康日本21 (第二次) に関する 実践マニュアル

平成26 (2014) 年12月

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
(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策政策研究事業)

「健康日本21 (第二次) の推進に関する研究」班

目 次

はじめに

東北大学大学院医学系研究科 辻 一郎

「アルコール対策」の進め方

国立病院機構久里浜医療センター 樋口 進 1

「たばこ対策」の進め方

大阪がん循環器病予防センター 中村 正和 18

「こころの健康・休養」の進め方

国立精神・神経医療研究センター 山之内芳雄 29

「健康寿命の評価」の進め方

藤田保健衛生大学医学部 橋本 修二 39

「中間評価に向けたモニタリング」の進め方

国立保健医療科学院 横山 徹爾 47

「健やか親子21との連携」の進め方

山梨大学大学院総合研究部 山縣然太郎 52

「身体活動の推進」の進め方

独立行政法人国立健康・栄養研究所 宮地 元彦 59

「肥満・メタボリックシンドローム（メタボ）対策」の進め方

あいち健康の森健康科学総合センター 津下 一代 68

「栄養・食生活対策」の進め方

女子栄養大学栄養学部 武見ゆかり 80

はじめに

厚生労働科学研究費補助金「健康日本21（第二次）の推進に関する研究」班（以下、「本研究班」）は、厚生労働省「次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会」などで健康日本21（第二次）の策定に貢献した研究者10名で構成され、健康日本21（第二次）の円滑な推進を研究の立場からサポートすることを目的としています。

そこで、(1)健康づくり運動の具体的な進め方に関する情報・スキルの提供、(2)PDCAサイクルを重視した事業管理の体制整備、(3)国民における認知度の向上、(4)健康格差の現状把握と縮小策の提言などを行っています。その一環として「健康日本21（第二次）実践マニュアル」をここに作成いたしました。

本研究班の班員は、健康づくりの各領域において、理論の形成と現場の実践に当たっておられます。それを反映して、本マニュアルでは、各領域における目標設定のねらいとその根拠、PDCAサイクルの回し方といった理論的な解説に加えて、全国各地での優良事例も数多く紹介されています。本マニュアルをお読みいただくと、それぞれの地域・職域などの実状に合った健康づくりのヒントが得られると思っております。

また、本マニュアルの普及啓発に向けて、平成26年12月8日に研修会を企画いたしました。10月1日にウェブでの参加申し込みを始めたところ、わずか10日で定員に達することとなり、健康日本21（第二次）に対する関心の高さを実感しております。参加のお申込をいただいた方々は、北海道から沖縄まで全国各地に及んでいます。ご所属も、行政機関や事業所、医療保険者、教育・研究機関など、多岐にわたっています。

今後、本マニュアルを本研究班ホームページ(<http://www.pbhealth.med.tohoku.ac.jp/japan21/index.html>)に掲載し、普及を図る所存です。本マニュアルが全国各地で活用され、健康日本21（第二次）のさらなる推進に貢献することを願っております。

平成26年12月

厚生労働科学研究費補助金

「健康日本21（第二次）の推進に関する研究」班
研究代表者

東北大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野

教授 辻 一郎

「アルコール対策」の進め方

国立病院機構久里浜医療センター 樋口 進

1. アルコール健康障害介入ツール
2. アルコール健康障害介入ツール 使用マニュアル
3. 飲酒日記
4. 資料1：酒類のドリンク換算表
5. 資料2：飲酒量を減らす方法

アルコール健康障害介入ツール

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 3. 週に2~3度	1. 1ヶ月に1度以下 4. 週に4度以上	2. 1ヶ月に2~4度
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 3. 7~9ドリンク	1. 3~4ドリンク 4. 10ドリンク以上	2. 5~6ドリンク
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 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

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 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
2. 過去1年間に、普通だで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

引き続き残りの質問に回答してもらおう。

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

オプション1

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。

オプション2

19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。

20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。

状況にあわせてオプション1もしくはオプション2を選択する。

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1～5は介入初日に行い、ステップ6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1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健康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。

→ 問題を認識していない

- 1) 主なアルコールに起因する健康問題を挙げて、ご本人にそのような問題がないか確認する。
- 2) 問題が確認できれば、整理する。

ステップ3

お酒を減らすことを提案して、ご本人に達成可能な「減酒目標」を作ってもらおう。

- 1) 減酒目標は具体的なものとする。
- 2) こちらから目標を押し付けるのではなく、ご本人の意思で決めていただくことが大切である。

ステップ4

お酒を減らす目標を達成するため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2「飲酒量を減らす方法」にまとめられている。
- 2) 資料2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2に自ら書き込んでもらうと効果的である。

ステップ5

毎日の飲酒量をモニターする。

- 1) 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。
- 2) 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。
- 3) 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。

ステップ6（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。

アルコール健康障害介入ツール 使用マニュアル

1. はじめに

多量飲酒者の飲酒量を低減するための短時間カウンセリング手法を、「Brief intervention」または「簡易介入」と呼んでいます。この手法の概要は表1にまとめられています。

表1. 簡易介入の概要

短時間の個別カウンセリング（1～20分）
1～数回のフォローアップカウンセリングを行なう
対象は多量飲酒者、依存症者は専門治療が必要
治療の目標は、断酒ではなく減酒のことが多い
医師のみならずコメディカルスタッフも実施できる
ワークブックなどの教材を使用すると効果的である
日記をつけることなども強く推奨される

本手法の有効性を示す研究は多数報告されています。私どもも、多量飲酒者に対する無作為統制試験で、この方法の有効性を確認しています。この手法は個人に対する介入方法ですが、簡便であるため、少ないエネルギーと時間で実施可能です。そのために、多くの対象者に実施できるので、集団としても、アルコール関連問題の低減に有効とされています。

アルコール関連問題を低減するための対策は多岐にわたり、その多くについて、有効性が検証されています。詳細は、Babor らの書籍（Babor T et al. Alcohol: No Ordinary Commodity, Oxford University Press, 2010）を参照ください。また、この書籍の最も重要な部分は、松下の和文論文で紹介されています（松下幸生. 飲酒運転対策のエビデンス. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 2011）。一方、わが国の状況を考慮すると、この簡易介入の広汎な実施が、アルコール関連問題を低減する最も有効な手段であることを示す報告もあります（Chisholm D et al. J Stud Alcohol, 2004）。

簡易介入は短時間のカウンセリングですが、それを実際に行うためには、何らかのツールが必要です。本マニュアルで解説しているツールは、その一つです。これは、もともと東日本大震災後の仮設住宅などで問題になった飲酒問題に対応するために作成されたツールを、一般でも使えるように改変したものです。このツールでは、世界保健機関の委託により作成された「Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT」が使用されています。この方法は、平成25年度より、特定保健指導に組み入れられた簡易介入手法とほぼ同じです。本マニュアルに従って、簡易介入を習得できれば、特定保健指導の手法も使いこなせると思います。

簡易介入の方法は様々です。この手法より、さらに短時間で介入可能なツールなども考案されています。今回紹介するツールも合わせて、久里浜医療センターの URL (<http://www.kurihama-med.jp/>) を参照ください。

2. 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。以下のような特徴をもっています。

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点以下もしくは19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点以上もしくは20点以上）。アルコール依存症と判断する基準点は、状況に応じて選択します。

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。

3. 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。

$$180\text{mL (1 合)} \times 0.15 \text{ (15 を 100 で割った)} \times 0.8 = 21.6 \text{ グラム}$$

（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、

$$350\text{mL} \times 2 \times 0.05 \times 0.8 = 28 \text{ グラム (2.8 ドリンク)}$$

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、項目を選べ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とか、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。

4. 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（もしくは 19 点以下）の場合は、「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、