

表2 1回目、2回目の調査を両方回答した人の1回目と2回目の調査結果の比較

2012年と2014年の結果の比較	1回目			2回目			検定結果 p値	
	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性
	(n=380)	(n=524)	(n=904)	(n=380)	(n=524)	(n=904)	1回 V.S 2回	1回 V.S 2回
AUDIT 平均スコア	4.70	1.21	2.69	4.27	1.19	2.50	0.03	0.83
FTND 平均スコア	1.63	0.53	0.99	1.48	0.48	0.90	0.06	0.30
TDS 平均スコア	1.56	0.53	0.96	1.47	0.56	0.94	0.45	0.56
IAT 平均スコア	11.49	8.60	9.83	12.18	8.87	10.28	0.17	0.47
SOGS 平均スコア	1.17	0.20	0.61	1.00	0.22	0.55	0.09	0.60
BDEPQ 平均スコア	1.24	3.02	2.26	1.34	3.19	2.40	0.68	0.58
AUDIT 8点以上	23.3%	3.0%	11.9%	18.6%	3.2%	9.7%	0.02	1.00
AUDIT 12点以上	10.1%	1.5%	5.3%	9.7%	1.3%	4.9%	0.65	1.00
AUDIT 15点以上	5.2%	0.7%	2.8%	5.0%	0.4%	2.3%	1.00	0.50
AUDIT 20点以上	1.6%	0.5%	1.0%	1.3%	0.2%	0.7%	1.00	1.00
FTND 中等度依存以上	28.5%	8.8%	17.4%	14.5%	4.8%	9.0%	0.00	0.00
FTND 高度依存	5.6%	1.7%	3.4%	3.2%	1.1%	2.0%	0.00	0.06
TDS 依存	17.3%	7.2%	11.6%	15.3%	6.5%	10.2%	0.30	0.86
IAT 問題使用者以上	2.4%	1.1%	1.7%	1.7%	1.4%	1.5%	0.45	0.77
SOGS 病的ギャンブラー	10.6%	1.6%	5.6%	7.9%	1.5%	4.2%	0.09	1.00
BDEPQ 23点以上	1.3%	5.8%	3.8%	1.6%	5.1%	3.6%	1.00	0.70
BDEPQ 34点以上	0.8%	2.4%	1.7%	1.1%	2.5%	1.9%	0.69	0.75

表3 2回の調査の回答者の1回目と2回目の調査結果を 沿岸部と内陸部とに分けて分析

2012年と2014年調査の結果の比較	1回目				2回目				1回目 検定結果 p値		2回目 検定結果 p値	
	内陸		沿岸		内陸		沿岸		男性	女性	男性	女性
	男性 (n=380)	女性 (n=524)	男性 (n=380)	女性 (n=524)	男性 (n=380)	女性 (n=524)	男性 (n=380)	女性 (n=524)	内陸 V.S 沿岸	内陸 V.S 沿岸	内陸 V.S 沿岸	内陸 V.S 沿岸
AUDIT 平均スコア	4.91	1.68	4.54	1.14	4.79	1.79	3.93	0.95	0.38	0.01	0.09	0.00
FTND 平均スコア	1.29	0.24	2.06	0.75	1.25	0.31	1.63	0.58	0.00	0.00	0.09	0.03
TDS 平均スコア	1.40	0.27	1.69	0.79	1.36	0.40	1.56	0.65	0.21	0.00	0.46	0.12
IAT 平均スコア	15.42	13.03	8.67	7.26	15.95	12.11	9.31	7.07	0.00	0.00	0.00	0.00
SOGS 平均スコア	0.93	0.21	1.33	0.27	0.97	0.21	1.00	0.23	0.03	0.43	0.88	0.89
BDEPQ 平均スコア	0.39	2.14	1.57	3.79	0.52	2.37	1.95	3.80	0.00	0.01	0.00	0.04
AUDIT 8点以上	24.6%	3.9%	22.7%	2.6%	20.4%	5.2%	17.4%	2.1%	0.66	0.42	0.55	0.09
AUDIT 12点以上	10.1%	1.2%	10.1%	1.7%	10.8%	1.0%	8.9%	1.5%	1.00	0.76	0.66	1.00
AUDIT 15点以上	3.9%	0.8%	5.8%	0.9%	5.7%	0.5%	4.5%	0.3%	0.40	1.00	0.75	1.00
AUDIT 20点以上	1.0%	0.4%	1.9%	0.6%	1.3%	0.0%	1.3%	0.3%	0.51	1.00	1.00	1.00
FTND 中等度依存以上	17.2%	3.8%	34.0%	11.2%	14.4%	3.1%	14.5%	5.6%	0.00	0.00	1.00	0.16
FTND 高度依存	1.9%	0.4%	7.4%	2.4%	1.9%	1.0%	4.0%	1.2%	0.01	0.05	0.37	1.00
TDS 依存	15.8%	3.1%	18.1%	9.2%	13.4%	5.2%	16.6%	7.2%	0.54	0.00	0.48	0.49
IAT 問題使用者以上	4.8%	2.3%	1.2%	0.5%	2.9%	2.7%	1.2%	0.7%	0.01	0.03	0.19	0.04
SOGS 病的ギャンブラー	7.7%	2.0%	12.0%	1.5%	7.0%	1.6%	8.5%	1.5%	0.13	0.83	0.74	1.00
BDEPQ 23点以上	0.0%	3.6%	1.9%	6.9%	0.0%	3.1%	2.7%	6.3%	0.06	0.09	0.04	0.17
BDEPQ 34点以上	0.0%	2.0%	1.2%	2.6%	0.0%	1.0%	1.8%	3.3%	0.18	0.80	0.15	0.15

変数	β	標準誤差	オッズ比	オッズ比の95%信頼区間		
				下限	上限	有意確率
従属変数 = AUDIT 8点以上 (2012年)						
性 (女であること)	-2.10	0.23	0.12	0.078	0.194	0.000
離婚 (婚姻状況)	0.78	0.28	2.17	1.267	3.725	0.005
死別 (婚姻状況)	-1.12	0.44	0.33	0.138	0.766	0.010
年収200万未満	-0.45	0.18	0.64	0.445	0.912	0.014
従属変数 = AUDIT 8点以上 (2014年)						
年齢 (1歳ふえる)	-0.02	0.01	0.98	0.968	0.998	0.000
性	-1.81	0.29	0.16	0.093	0.287	0.047
死別	-1.48	0.74	0.23	0.053	0.980	0.020
従属変数 = AUDIT 12点以上 (2012年)						
性	-1.83	0.32	0.16	0.086	0.303	0.000
死別	-1.60	0.73	0.20	0.049	0.845	0.028
従属変数 = AUDIT 12点以上 (2014年)						
年齢	-0.02	0.01	0.98	0.961	0.999	0.000
性	-2.09	0.42	0.12	0.054	0.054	0.187
従属変数 = FTND 中等度依存以上 (2012年)						
年齢	-0.03	0.00	0.97	0.961	0.977	0.000
性	-1.67	0.15	0.19	0.141	0.253	0.000
離婚	1.25	0.20	3.47	2.326	5.182	0.000
仮設住宅	1.03	0.15	2.79	2.095	3.709	0.000
従属変数 = FTND 中等度依存以上 (2014年)						
年齢	-0.02	0.01	0.98	0.965	0.987	0.000
性	-1.34	0.21	0.26	0.172	0.386	0.000
離婚	1.36	0.25	3.91	2.418	6.333	0.000
従属変数 = IAT 問題使用以上 (2012年)						
年齢	-0.12	0.02	0.89	0.857	0.926	0.000
性	-1.23	0.46	0.29	0.120	0.716	0.007
家屋全壊	-1.21	0.50	0.30	0.113	0.793	0.015
従属変数 = IAT 問題使用以上 (2014年)						
年齢	-0.09	0.02	0.92	0.885	0.954	0.000
未婚 (婚姻状況)	1.12	0.51	3.07	1.122	8.394	0.029
震災で失業	1.40	0.62	4.04	1.192	13.704	0.025
従属変数 = SOGS 5点以上 (2012年)						
年齢	-0.03	0.01	0.97	0.955	0.982	0.000
性	-2.08	0.31	0.13	0.068	0.230	0.000
仮設住宅	0.60	0.27	1.81	1.063	3.095	0.029
従属変数 = SOGS 5点以上 (2014年)						
年齢	-0.02	0.01	0.98	0.959	0.999	0.037
性	-1.75	0.41	0.12	0.078	0.384	0.000
従属変数 = BDEPQ 23点以上 (2012年)						
年齢	0.03	0.01	1.03	1.006	1.044	0.008
性	1.59	0.39	4.89	2.282	10.455	0.000
仮設住宅	0.93	0.37	2.54	1.225	5.272	0.012
従属変数 = BDEPQ 23点以上 (2014年)						
性	1.10	0.46	3.00	1.220	7.395	0.017
就学年数 (1年ふえる)	-0.30	0.08	0.74	0.631	0.869	0.000
従属変数 = BDEPQ 34点以上 (2012年)						
性	1.00	0.52	2.72	0.973	7.592	0.056
未婚	1.24	0.54	3.45	1.207	9.853	0.021
死別	1.08	0.49	2.96	1.139	7.665	0.026
従属変数 = BDEPQ 34点以上 (2014年)						
就学年数	-0.35	0.11	0.71	0.567	0.877	0.002

各依存、嗜癖状態を従属変数にし、2012年時点の性、年齢、内陸・沿岸、就学年数、離婚、未婚、死別、震災で失業、年収200万未満、仮設住宅、震災で近親者が死亡・行方不明で調整、尤度比による変数増加法で有意な要因のみ選択

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 26 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榊原病院 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必要なものである。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、杠らの開発した 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 26 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陽性者に対して、「アルコール通信」を郵送し、書面で簡易介入を行い、飲酒量の変化についてのアンケートを行った。302 人にアルコール通信を郵送した結果、91 人 (33.1%) からアンケートの返答があった。返答のあったもののうち 56 人が、飲酒量が減ったと回答した。また、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 26 年度は、被災地を研究協力者が 3 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 19 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、相談と助言、役割認識の 4 つの因子において、有意に得点が増加した。

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、杠らが開発した 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 プログラムの導入は実際の業務上では困難である。そこで、本研究班では、被災地の現状に応じた、短時間で簡便に実施できる早期介入のツールを開発し、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

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

的としている。

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、介入を実施する人材の育成、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し、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行った。

平成26年度は、平成25年度早期介入の実施後、新たな課題に対しての改善、ツールの追加、介入方法の追加を行う。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

平成24年度、平成25年度の研究報告書内にて報告したため、前年度までのツールについては省略する。スクリーニングを行う場所として、特定健診を選択し、「標準的な質問票」の間18、間19を利用し、1次スクリーニングを行う。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。AUDIT10点以上を、2次スクリーニングの基準とした。

早期介入のツールとして、HAPPYプログラムに基づき、宮古市保健センター保健師と共同で、「mini HAPPYプログラム」を作成した。この資料を使用することで、該当する部分だけを短時間で指導することが可能となった。また、スクリーニング検査に該当するが、特定保健指

導を受けに來ない住民へ介入するために、郵送する資料として「アルコール通信」を宮古保健センタースタッフと共同で作成した。

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年及び平成26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26年度は、被災地を研究協力者が3回訪問した。第1回訪問：5月22日は、宮古市保健センターの新任スタッフ4人へブリーフインターベンションの講義・研修を行った。第2回訪問：10月28日は、地域住民向けの適正飲酒に関する研修会の開催を行った。第3回訪問：2月20日、平成26年度の実施状況の振り返り、仮設住宅在住のアルコール依存症者の訪問及び事例検討、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、スコアを比較した。介入前の評価を平成25年7月に、介入1年後の評価を平成26年2月に、介入2年後の評価を平成27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

平成 25 年度に作成したツールに加えて、平成 26 年度は、保健便りとして使用する「アルコール通信」を作成した。アルコール通信第 1 号 (図 1、図 2) では、ドリンクの概念の紹介、各酒類のドリンク換算表、ドリンクの目安、ドリンクの目標 (1 ドリンク減らす、1 日休肝日を増やす) について説明している。アルコール通信第 2 号 (図 3、図 4) では、お酒を減らすことで得られるメリットや、飲酒日記の記録の仕方を説明している。アルコール通信第 3 号 (図 5、図 6) では、「お酒を飲みすぎない対処法」と題し、22 個の飲酒量を減らすための工夫を紹介している。

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。

平成 26 年度は、一次スクリーニング該当者 302 人に、上記で説明したアルコール通信第 1 弾 (平成 26 年 10 月)、第 2 弾 (平成 26 年 12 月)、第 3 弾 (平成 27 年 1 月) を、それぞれ郵送した。平成 27 年 2 月に、飲酒量の変化を尋ねるアンケートを郵送した。その結果、302 人中 91 人 (33.1%) からアンケートの返答があった。返答のあったもののうち、56 人が「飲酒量が減った」または「飲酒頻度が減った」と回答した。

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、スキル移譲の前と 1 年後、2 年後において、AAPPQ を実施した。1 年後の比較では、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。(表 1) 2 年後の比較では、AAPPQ の合計点と、「知識とスキル」、「仕事満足と意欲」、「相談と助言」、「役割認識」の 4 つの因子が、有意に得点が増加した。(表 2)

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に自信がなく、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短時間の早期介入を行った。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、26 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、アルコール通信の回答が予想以上に高かったことや、自由記載のコメントに意見が多く寄せられており、住民のアルコール問題への関心の高さが感じられた。アンケートの一部として、「寝酒をしないようにしている」「食べながら飲むようになった」「ゆっくり楽しみながら飲むようになった」「量や回数が減った」「極力、土曜と日曜は休肝日している」「外では飲まないようにしている」「飲酒量を日記に記録し始めた」等の意見があ

った。このことから、対面形式の介入を要しない、文書の郵送という情報提供のみという介入だけでも、行動変容が起こる一群がいる可能性がある。また、住民からの反応が、保健師らのやる気を引き出す好循環になっている。AAPPQ のスコアも、介入前と比較し、1年後では、AAPPQ の合計点と、「知識とスキル」、「仕事満足と意欲」の2つの因子が有意に増加し、さらに2年後では、AAPPQ の合計点と、「知識とスキル」、「仕事満足と意欲」、「相談と助言」、「役割認識」の4つの因子が、有意に得点が増加した。実際にアルコール問題に介入し、その効果を実感することで、アルコール問題に対して、スキルの獲得、自己効力感や役割認識にもつながっている。また、一度獲得したスキルは、時間が経過しても定着していることを示している。

今後に向けて

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。アルコール通信は、住民の反応もよかったため、次年度以降は、アルコールの分解時間、アルコールと運転などのテーマで、3年分のアルコール通信を作成し、配布予定である。また、住民からの質問もあったため、「アルコール Q&A 集」を作成し、保健指導の際に使用することを予定している。来年度以降

も定期的に訪問し、研修会、事例検討を行う予定である。

E. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

1 福田貴博、中井美紀、村上優：THE EFFECTS OF BRIEF INTERVENTION ON HEALTH CHECKUP IN LOCAL RESIDENTS.

第 16 回 International Society of Addiction medicine annual meeting.

横浜市 2014. 10. 4

2 福田貴博、中井美紀、杠岳文、彌富美奈子：THE BRIEF INTERVENTION IN JAPAN. 第 16 回 International Society of Addiction medicine

annual meeting. 横浜市 2014. 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

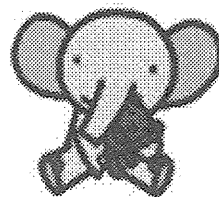
3. その他

なし

健康通信アルコール部第1号

この通信は、健診にてお酒をよく飲むと答えた方に、3回こわけてお送りします。

食事には、「カロリー」という、共通の物差しがあるように、お酒にも、『ドリンク』という、共通の物差しがあります。ドリンクを覚えると、自分がどれだけのアルコールを飲んでいるかがわかりやすくなります。



ドリンク換算表

日本酒 (15%)	ビール (5%)	ビール (5%)	缶チューハイ (7%)	泡盛・焼酎 (25%)	ワイン (12%)	ウイスキー (40%)
1合	350ml	500ml	350ml	1合	グラス1杯	ダブル1杯
						
2ドリンク	1.4ドリンク	2ドリンク	2ドリンク	3.6ドリンク	1ドリンク	2ドリンク

例えば、缶ビール(350ml)を一本飲んで、そのあとに日本酒を1合飲むとすると、


1.4ドリンク

+


2ドリンク

=

3.4ドリンク

となります。あなたのいつものお酒は何ドリンクでしょうか？
ぜひ計算してみてください。

あなたのいつものお酒は

ドリンク

1回あたりのドリンク数の目安

0~2ドリンク



今の飲み方は、健康に悪影響を与えない飲み方です。
休肝日を週に2日は作るようにしましょう。

2~4ドリンク



これ以上飲む量が増えないように気を付けましょう。
休肝日を週に2日は作るようにしましょう。

4~6ドリンク



このままの飲み方が続くと、将来の生活習慣病の危険が高まる飲み方になっています。

1日1ドリンク減らす、もしくは、休肝日を1日増やす等の工夫をしてみましょう。

6ドリンク以上



このままの飲み方では、ケガや病気による健康被害が起こる可能性が高い飲み方になっています。

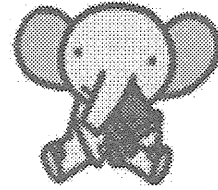
1日1ドリンク減らす、もしくは、休肝日を1日増やす等の工夫をしてみましょう。

2週間程度のプチ断酒もお勧めです

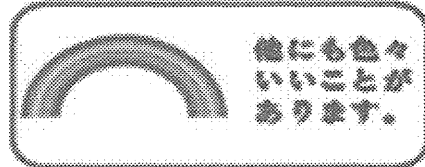
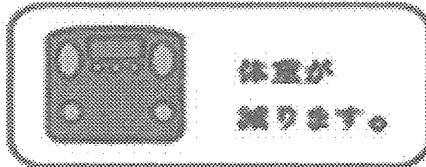
今回は、お酒の簡単な減らし方をご紹介します。
またお酒に関することは保健センターまでお気軽にご相談下さい。

健康通信アルコール部第2弾

この通信は、健康にてお酒をよく飲むと答えた方に、3回にわけてお送りします。
 前回は、ドリンクについて解説しました。今回はお酒の減らし方です。お酒を減らすとこんないいことがあります。



お酒を減らすことで...



お酒を楽しく減らす方法

1. 自分のドリンク数を、毎日記録する。
 (日記、手帳、カレンダーなど毎日、目にするものがお勧めです)
2. 減酒目標を立てる。
 (まずは、「1日1ドリンク減らす」か、「休肝日を一日増やす」など、できるところから始めてください。無理は禁物です)
3. 目標達成できたかチェックする
 (飲まない日は◎、目標達成できたら○、目標達成できなかったら△、飲みすぎたら×をつける等)

日記の例

2週目	飲んだ酒類と量	目標達成できたか
○月○日	焼酎1合 (3.6ドリンク)	△
○月△日	ビール(500ml)1缶(2ドリンク)	○
○月◎日	焼酎1合、ビール中瓶2本 (7.6ドリンク)	×
○月×日	全く飲まず	◎

あなたの目標は

です。

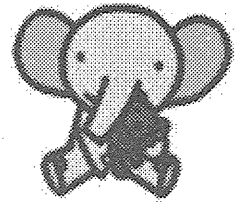
さあ今日から目標達成に向かって始めましょう！

血圧	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
歩数										
飲酒目標										
今日の 一 日										

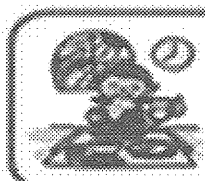
今回は、記録用に「夢をかなえま表」もお付けしています。
 次回は、お酒を減らすための小技をご紹介します。
 またお酒に関することは保健センターまでお気軽にご相談下さい。

健康通信アルコール部第3弾

この通信は、健診にてお酒をよく飲むと答えた方に、3回にわけてお送りします。今回は前回に引き続き、お酒を楽しく減らすためのちょっとした小技をご紹介します。



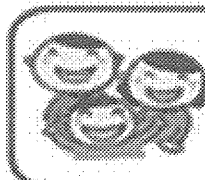
お酒を飲みすぎない対処法



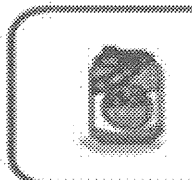
まず、お酒を
減らしましょう



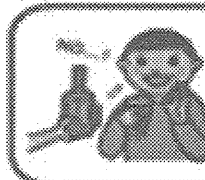
ストレスを
ためこまない
ようしましょう



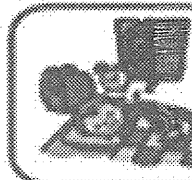
家族や友人らと
楽しく
過ごしましょう



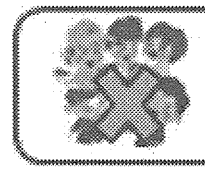
ノンアルコール
飲料を上手に
活用しましょう



上手にお酒を
飲む方法を
身に付けましょう



晩飯を
やめましょう



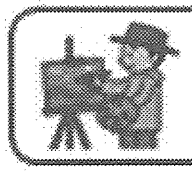
お酒を飲みすぎ
てしまう相手と
場所を避ける



お酒は自分に
とって効用より
害の方が多い
ことを思い出す



運転や運動
などお酒を飲
んでいたらでき
ない事をする



お酒以外の
楽しみ(趣味)
を増やす

 <p>一日に 30時間以上は 飲まない</p>	 <p>宴席ではコップ を空にしない (注がれない ように)</p>
 <p>注がれない ように酔り方 を上達させる</p>	 <p>周りの人に目 標を宣言して 協力してもらう</p>
 <p>一緒に酒を飲 らす(止める) 仲間を見つける</p>	 <p>イライラする 時はお酒を 飲まない</p>
 <p>お酒を飲んで 自分の病気が 悪くなることを 思い浮かべる</p>	 <p>お酒を飲む事 を家族が心配 している事を 思い浮かべる</p>
 <p>もし飲んでし まってもやけに ならず、もう一 度やり直す</p>	 <p>お酒を飲ませ たら健康にな る事を思い浮 かべる</p>
 <p>一口飲むたびに コップをテーブル に置く</p>	 <p>宴席ではお酒 以外の飲物 をまず飲む</p>

役に立ちそうなヒントはあったでしょうか。以上、3回にわたり、健康とお酒についてお送りしました。お酒を上手に飲んで、楽しく健康的な生活をおくりましょう。またお酒に関する事は保健センターまでお気軽にご相談下さい。

表 1

保健師のAAPPQスコアの変化

	合計点	知識とスキル	仕事満足と意欲	患者の役に立つこと	相談と助言	役割認識
介入前 (H25.7)	126.4	36.1	42.4	20.0	14.1	13.6
介入後 (H26.2)	135.1	40.6	45.1	19.8	15.0	14.5
P値 (P<.05)	0.001 *	0.027 *	0.006 *	0.777	0.254	0.071

対応のある検定 N=23

表 2

保健師のAAPPQスコアの変化

	合計点	知識とスキル	仕事満足と意欲	患者の役に立つこと	相談と助言	役割認識
介入前 (H25.7)	126.4	36.1	42.4	20.0	14.1	13.6
2年後 (H27.3)	136.6	40.9	45.1	18.7	15.5	16.0
P値 (P<.05)	0.0004 *	0.026 *	0.003 *	0.166	0.021 *	0.001 *

対応のある検定 N=19

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 26 年度分担研究報告書

多量飲酒者への介入調査

研究分担者 杠 岳文 国立病院機構肥前精神医療センター 院長

研究要旨 本研究の目的は、①被災地住民の飲酒実態の把握、②被災地で被災者の健康管理にあたる保健師など支援者へのアルコール問題に関する研修とその介入技法としての飲酒量低減指導技法（ブリーフ・インターベンションと集団節酒指導）の技術移譲及びその効果検証、③被災者に配布する「アルコールとうつ」に関する啓発小冊子の作成である。最終年度は、被災地釜石市において保健師を対象にアルコール問題の現状と早期介入技法に関する研修会を 5 回開催するとともに、医師その他の医療従事者、市役所職員に対してもアルコール健康障害と飲酒量低減指導に関する研修会、講演会を 3 回開催した。さらに、被災者を含む市民向けに啓発のためアルコール健康障害に関する講演会も開催した。また、3 年間に亘る技術移譲のための研修がもたらした保健師のアルコール関連問題への介入姿勢や技能の効果検証を行い、「アルコール問題に関連した知識」、「アルコール専門医療との連携」、「減酒支援に対する自信」について向上が認められ、すでに特定保健指導の中でも実践されており、保健師のアルコール問題対応能力向上に一定の成果が確認できた。

研究協力者

石丸正吾：高槻市民病院 精神科医師

阿部祐太：花巻病院 精神保健福祉士

藤田淳一：花巻病院 副看護師長

山崎珠美：肥前精神医療センター 看護師長

白石亜紀：肥前精神医療センター 看護師

小副川沙耶：肥前精神医療センター 看護師

長祥子：肥前精神医療センター 看護師

職域いずれにおいても、その健康、機能、作業能率、意欲、活力を失わせ、ひいては被災地復興の障害にもなり得る。

われわれは、被災地におけるアルコール問題の実態を把握するとともに、アルコール健康障害に対する啓発と被災地住民のアルコール関連問題に対する有効な介入技法の被災地域への普及のために保健師を中心に支援者向けの研修会を開催し、その効果検証することを研究目的とした。

A. 研究目的

東日本大震災の被災地では、その心理的ストレス、失職、あるいは仮設住宅への転居など生活環境の変化から、被災者のみならず支援に当たる立場の者にも飲酒量の増加が懸念されている。また、阪神大震災での経験から、これまで事例化していなかった潜在的なアルコール依存症が、仮設住宅のように密集し、また周囲の目も届きやすい構造や環境の中で顕在化してくることも懸念される。過度の飲酒は身体健康被害のみならず、交通事故などの事故やうつ病などの精神的な不調、人間関係、家庭内や職業上の問題にまでその害が及び、個人、家庭、

B. 研究方法

1) 保健師等の支援者を対象にしたアルコール関連問題への介入技法普及のための研修会、講演会の開催

最終年度の本年度は、被災地で直接住民の健康管理に当たる保健師を対象にアルコール問題の現状と早期介入技法としての飲酒量低減指導（ブリーフ・インターベンションと集団節酒指導）技法に関する研修会、事例検討会を計 5 回開催するとともに、保健師以外の支援者となる、医師その他の医療従事者、市役所職員に

対しアルコール健康障害と飲酒量低減指導に関する研修会、講演会を3回開催した。さらには、被災者を含む市民向けにアルコール健康障害に関する講演会を開催し、支援者と被災者のアルコール問題の二次予防と保健師等への飲酒量低減指導技法の技術移譲を目指した。

2) 研修がもたらした保健師のアルコール関連問題への介入姿勢や技能への効果検証

保健師へのアルコール問題への介入に関する研修会をこれまで3年間に亘り行ってきたことで、保健師のアルコール問題に対する取り組みの姿勢や知識、技能がどのように変化したかを AAPPQ (Alcohol Problems Perception Questionnaire) 日本語版とわれわれが新たに作成した「生活習慣としての飲酒習慣への介入について」のアンケートを研修の前後で実施し、研修の効果を検証した。

(倫理面への配慮)

アンケート調査は、専門職にアルコール関連問題に対する関心や姿勢、知識、技能といったことに関して自己評価を問う内容のみで、心理的負担もなく、個人情報を含むものでもないため、倫理的問題はない。

C. 研究結果

1) 保健師等の支援者を対象にしたアルコール関連問題への介入技法普及のための研修会、講演会の開催

本年度は、保健師だけでなく、釜石保健所と釜石市医師会の協力を得て、医師その他の医療従事者、市役所職員、栄養士といった支援者にも研修の対象を広げ、被災者を含む市民向けの講演会も開催した。

- 第1回釜石市訪問調査・研修 平成26年6月19日～20日(杠、石丸、阿部、山崎)
6月19日:平成26年度第1回保健師向け研修会「アルコール問題の現状と対策～減酒支援の理論と実践」

6月20日:平成26年度第2回保健師向け研修会「減酒支援の実践」、「明日からできる減酒支援～ワークブックと飲酒日記を用いた介入～」

- 第2回釜石市訪問調査・研修 10月17日～18日(杠、石丸、阿部、白石)

10月16日:平成26年度第1回医療従事者向け釜石保健所アルコール研修会(釜石保健所)「アルコール問題の現状と対策～減酒という新たな選択」

10月17日:平成26年度第3回保健師向け研修会「減酒支援の実践」、「Brief Interventionを上手に行う10のコツ」、「明日からできる減酒支援～ワークブックと飲酒日記を用いた介入～」

- 第3回釜石市訪問調査・研修 12月18日～19日(杠、石丸、阿部、小副川)

10月18日:平成26年度第2回医療従事者向け釜石市医師会アルコール研修会(県立釜石病院)「減酒支援のコツ～お酒を長く楽しんでいただくために～」

10月19日:平成26年度第4回保健師向け研修会 事例検討会

- 第4回釜石市訪問調査・研修 平成27年2月12日～13日(杠、石丸、藤田、長)

2月12日:平成26年度第1回市民向けアルコール講演会(釜石市保健福祉センター)「お酒を長く楽しむコツ～お酒と上手く付き合い、より健康的な生活に近づきましょう～」

2月13日:平成26年度第5回保健師(栄養士)向け研修会 事例検討会

2月13日:平成26年度第1回市役所職員向けアルコール関連問題研修会(釜石市役所)「お酒を長く楽しんでいただくために～お酒と上手に付き合うコツ～」

2) 研修がもたらした保健師のアルコール関連

問題への介入姿勢や技能への効果検証

最終年度も事例検討会を含めて5回の保健師向け研修会を開催した。3年間で30名の保健師に対してAAPPQ日本語版と「生活習慣としての飲酒習慣への介入について」のアンケートを実施したが、この30名には県外からの支援保健師も多く含まれ、また人事異動もあり、1年以上の間隔をあけて研修前後の2回の調査ができた保健師は地元の保健師を中心に7名のみであった。この7名について保健師のアルコール問題に対する取り組みの姿勢や知識、技能がどのように変化したかを研修効果として検証した。例数が少なく統計的な検定には耐えないが、各アンケート項目について研修の前後で平均値が1ポイント以上の変化を認めた項目を「変化あり」として下記に挙げる。

- アルコールやアルコール関連問題に関する仕事上の知識がある
- 飲酒問題の原因について、自分の職務を果たすのに十分な知識がある
- アルコール依存症について、自分の職務を果たすのに十分な知識がある
- アルコールが及ぼす身体的な影響について、自分の職務を果たすのに十分な知識がある
- アルコールが及ぼす心理的な影響について、自分の職務を果たすのに十分な知識がある
- 飲酒問題を生じさせるリスク因子について、自分の職務を果たすのに十分な知識がある
- 飲酒者に対し、長期にわたって相談にのり助言する方法を知っている
- 飲酒やその影響について、患者に適切にアドバイスできる
- 飲酒者を援助する責務をしっかりと認識している
- 必要な時は、患者に飲酒について尋ねてよい
- 必要な時は、飲酒について尋ねてよいと患

者は考えている

- アルコール関連問題に関するどのような情報でも、患者に尋ねてよい
- 飲酒者と関わる中で必要と感じたなら、専門職としての責務を明確にできるように助けてくれる人を、容易に見つけることができる
- 飲酒者と関わる中で必要と感じたなら、飲酒者への最善の関わり方を考えるのを助けてくれる人を、容易に見つけることができる
- 飲酒者に対して、全くうまくかかわれないと感じる
- 自分が日本酒3合/日程度の患者さんに節酒指導を行ない、酒量を2合/日程度までに減らすことができるという自信が多少はある

いずれの項目に対しても、研修会参加後アルコール問題への取り組みに対して、積極的あるいは改善する方向への好ましい変化を認めていた。

D. 考察

被災地において二次予防を積極的に進めていくためには、保健師のみならず支援者全体で二次予防の必要性和効果を共有する必要がある。最終年度は保健師に対する研修に加え、医師などの医療従事者、市役所職員といった支援者向けの講演会と研修会を開催した。また、幅広く市民全体にアルコール問題に関する啓発を行いアルコール問題に対する意識の高揚を図る必要もあると考え、被災者を含む広く市民向けの講演会を開催した。

これまで3年間に亘って保健師を中心に支援者に対してアルコール関連問題とその早期介入に関する研修を行ったが、保健師の自己評価として「アルコール問題に関連した知識」、「アルコール専門医療との連携」、「減酒支援に対する自信」などについて向上が認められるとともに、すでに特定保健指導の中でも実践されてお

り、保健師のアルコール問題対応能力向上に一定の成果があったこと確認できた。

E. 研究発表

1. 論文発表

- ① Chieko Ito, Takefumi Yuzuriha, Tatsuya Noda, Toshiyuki Ojima, Hisanori Hiro, Susumu Higuchi: Brief intervention in the workplace for heavy drinkers: a randomized clinical trial in Japan. Alcohol Alcohol 50(2): 157-63, 2015
 - ② 大坪万里沙、武藤岳夫、杠岳文：アルコール依存、薬物依存. 内科 115(2): 267-270, 2015
- ##### 2. 学会発表
- ① 杠岳文：アルコール使用障害を併発したうつ病に対する飲酒量低減の試み、第11回日本うつ病学会シンポジウム、広島県広島市、広島国際会議場、7. 21、2014

- ② 杠岳文：減酒支援の実践～そのコツとHAPPYプログラム～、平成26年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会ワークショップ減酒支援の理論と実践～ブリーフ・インターベンションとHAPPYプログラム、神奈川県横浜市、パシフィコ横浜、10. 4、2014
- ③ 杠岳文：「アルコール健康障害対策基本法」への期待と課題. 第27回九州アルコール関連問題学会熊本大会市民公開講座基調講演、熊本県熊本市、熊本県民交流会館パレア、2. 21、2015

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。

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 26 年度分担研究報告書
被災地でのアルコール関連問題に対する支援活動の報告、
並びに支援活動の効果に関する研究

研究分担者 石川 達 医療法人東北会東北会病院 院長

研究要旨：

本研究は、東日本大震災被災地における飲酒問題への支援活動を通し、災害後のアルコール関連問題の実態を把握し適切な介入方法やその効果を調査することを目的とする。今回 最終年度 研究 3 年目は、以下の 3 点について報告する。

- ① 平成 23 年 5 月以降、東北会病院で行っている宮城県内被災地への支援活動内容の推移についてだが、平成 26 年度はそれまでの研修やグループワークといった集団療法的な支援より、個別相談や事例検討など個別的な支援件数が増加した。
- ② 平成 26 年度の支援活動では相互支援グループ（Mutual Aid Group;以下 MAG）支援の件数が増えた。我々は沿岸部の当事者・家族と支援者、地域医療、既存 MAG との連携を図ってきたが、被災地における MAG 設立支援について、気仙沼市の本吉例会設立を例に詳細を報告する。
- ③ 我々が行ってきた専門職者への研修の効果について AAPPQ (Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire) や独自のアンケートを用いて評価した。仙台市津波被災地区の若林区・宮城野区対象に行った「パック研修」群、仙台市精神保健福祉総合センター主催で行った「1 日研修」群、当院で行った「実務研修」群とで比較したところ、いずれの群においても AAPPQ の合計点と「知識とスキル」「相談と助言」因子において、「1 日研修」群と「実務研修」群においては全ての因子で有意差を認めた。研修後の AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) や飲酒日誌の活用状況は、「実務研修」群の使用率が他群と比べ高かった。これらの結果から、アルコール医療現場を見てまわる「体験型」研修の有用性が示唆された。

研究協力者

医療法人東北会病院

奥平富貴子 医師

鈴木俊博 精神保健福祉士

三浦敦子 看護師

1. はじめに

東日本大震災後、被災地住民のメンタルヘルスケアにおいて様々な支援がなされているが、中でも飲酒問題への対応は重要である。従来から飲酒に寛容な文化を持ち、飲酒で気を紛らわすという光景は日常的にみられる沿岸部地域において、今回の被災を機に一層の飲酒問題の増悪・顕在化が予想されるからである。

東北会病院は従来アルコール依存症を始めとする嗜癖問題に力を入れており、院内の治療プログラムの他、宮城県内諸地域のアルコール健康相談に当たるなどしてきた。その経験を活かし、平成23年5月以降、宮城県内を沿岸部（気仙沼地区、石巻地区、塩釜・多賀城地区、仙台市、名取・岩沼・亘理地区）、内陸部（県北地区、県南地区）の7ブロックに分け支援活動を行い、あくまで地域の要請に応じる支援に徹することを基本とした。従って、当初は飲酒問題に限定せずメンタルヘルス全般の情報収集にあたり、次第に飲酒問題への支援活動に焦点を絞った。支援活動の目的は、飲酒問題事例を積み重ね、適切な介入法を検討することとした。このように当院が自発的に支援活動を続ける中、平成24年度から本研究に変わった次第である。

2. 被災地支援内容と経過

被災地各地区への支援活動だが、平成23年3月から平成27年3月までの総支援件数が550件、延べ支援動員数が1,116名、個別訪問相談数が99件だった。地域別支援件数、支援種類別件数（実数、割合別）は図表1, 2, 3に示した通りである。地域別には、定期的に通い続けてい

る南三陸町、気仙沼市、仙台市、東松島市に支援件数が集中している。

支援種類別件数については、ネットワーク調整活動が最多で、続いて支援者支援研修、被災者個別相談訪問、事例検討がそれぞれ同程度の数値である。

ネットワーク調整活動とは、研修や会議を具体化するまでの活動である。そのためには、被災地の情報収集が必要であり、多くの地域の関係者と出会い、連携する必要があった。その過程で地域ごとに多数の関係者によるネットワークが創出された。

支援種別統計を年度ごとに割合で見ると（図表4, 5）、平成26年度は前年度と比較し、ネットワーク調整活動と事例検討、相互支援グループ支援の割合が増え、支援者支援研修と被災者個別訪問・相談は横ばいだった。支援者グループワークは減少している。研修やグループワークなど集団療法的な支援を中心とした活動よりも、事例検討や個別訪問・相談といった個別的な支援を中心とした活動の割合が多かった。これは、平成24年度から行っていたパック研修が一段落したことで研修の要請件数が減少し、新たに要請された研修は、より実践的な内容が求められるようになったことが一因と考えられる。加えて、各地域からの相談事例が増加していることも反映されていると思われる。

ここで、最近の相談事例の傾向について2点述べたい。1点目は事例化した住民への支援継続に関する懸念である。これは、最近の被災住民の生活状況の変化によるものである。具体的には、復興住宅での事例に対し、仮設住宅居住時より訪