

疾患等の増加に注意をすべきである。

E. 研究発表

論文発表

1. Hosoda T, Osaki Y, Okamoto H, Wada T, Otani S, Mu H, Yokoyama Y, Okamoto M, Kurozawa Y. Evaluation of relationships among occupational stress, alcohol dependence and other factors in male personnel in a Japanese local fire fighting organization. *Yonago Acta medica* 2012;55:63-68.
2. 尾崎米厚. 【アルコール関連問題】 わが国の飲酒運転の現状と今後の対策. *公衆衛生* 2012;76(3):200-204.
3. 尾崎米厚. 未成年者飲酒が減少傾向にある日本 その背景は. *アル健協 News&Reports* 2012;17(3):2-6.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. Osaki Y, Ino A, Matsushita S, Higuchi S, Kondo Y, Kinjo A. Reliability and validity of the alcohol use disorders identification test - consumption in screening for adults with alcohol use disorders and risky drinking in Japan. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(16):6571-4.
8. 尾崎米厚. 医療の立場からの考察 予防医学の立場から. 【アルコール健康障害対策基本法によって何が変わるか】. *Frontiers in Alcoholism*. 2014; 2(2):141-144.
9. 尾崎米厚. わが国のアルコール健康障害の現状. 特集 アルコール健康障害への対応. *公衆衛生情報*. 2014; 44(6):4-5.

学会発表

国際学会

《シンポジウム》

1. Osaki Y, Ohida T, Kanda H, Fukushima T, Tanihata T, Kaneita Y, Kishimoto T. Epidemiology of tobacco use among adolescents and adults, and recent progresses in tobacco control in Japan. Symposium D2: Epidemiology of tobacco use, tobacco cessation, and how to achieve successful tobacco control: lessons learned from developed and developing countries. 2nd Asia-Pacific Society for Alcohol and Addiction Research. 2012; Feb 8, Bangkok, Thailand.
 2. Osaki Y, Ohida T, Sawa M, Matsushita S, Higuchi S. Risky drinking and binge drinking in Japan. Symposium: Standard and other diagnostic approaches to alcohol use disorders. International Society for Biomedical Research on Alcoholism 2012 ISBRA World Congress. 2012; Sep 9, Sapporo, Japan.
 3. Osaki Y, Kanda H, Higuchi S, Matsumoto H, Yuzuhita t, Horie Y, Kimura M, Yoshimoto H. Overlapping of different addictions including alcohol, tobacco, internet and gambling. In Symposium 8: Similarity and disparity between internet gaming disorder and other addictions. *Alcohol and Alcoholism*. 2014; 49(suppl1): i10.
 4. Toyama T, Nakayama H, Takimura T, Yoshimura A, Maesato H, Matsushita S, Osaki Y, Higuchi S. Prevalence of pathological gambling in Japan: Results of national surveys of the general adult population in 2008 and 2013. In Symposium 17: New data on gambling behaviors. *Alcohol and Alcoholism*. 2014; 49(suppl1): i17.
- 《学会発表》
1. Osaki Y, Ino A, Matsushita S, Higuchi S. Effectiveness of the derived alcohol use disorders identification test (AUDIT-C) in screening for alcohol use disorders and risky drinking in the Japanese general population. International Society for Biomedical Research on Alcoholism 2012 ISBRA World Congress. 2012; Sep 9-11, Sapporo, Japan.

2. Mihara S, Nakayama H, Maezono M, Hashimoto T, Yamamoto T, Matsushita S, Roh S, Osaki Y, Hesselbrock M, Higuchi S.

Internet addiction among the adult population in Japan: Results from two major surveys.

International Society for Biomedical Research on Alcoholism 2012 ISBRA World Congress. 2012; Sep 9, Sapporo, Japan.

3. Toyama T, Nakayama H, Takimura T, Yoshimura A, Maesato H, Matsushita S, Osaki Y, Higuchi S.

Prevalence and characteristics of pathological gambling in Japan: Results of a national survey of the general population.

International Society for Biomedical Research on Alcoholism 2012 ISBRA World Congress. 2012; Sep 9-11, Sapporo, Japan.

4. Osaki Y, Ohida T, Kanda H, Kishimoto T, Tanihata T, Kaneita Y. Expanding between-school differences in smoking prevalence of high school students in Japan. IEA World Congress of Epidemiology, 7-11 Aug 2011, Edinburgh, Scotland. Journal of Epidemiology and Community Health 2011; 65(Suppl1): A201.

5. Osaki Y, Ohida T, Kishimoto T, Kanda H, Kaneita Y, Tanihata T. Trends in between-school differences in prevalence of smoking and alcohol use among high school students in Japan. 2nd Asia-Pacific Society for Alcohol and Addiction Research. 2012; Feb 6-8, Bangkok, Thailand.

6. 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

7. 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

8. Mihara S, Nakayama H, Sakuma H, Osaki Y, Kaneita Y, Higuchi S. Changes of internet addiction among the adult population of Japan in five years: Results of two major surveys. Alcohol and Alcoholism. 2014; 49(suppl1): i51.

9. Osaki Y, Kanda H, Higuchi S, Matsumoto H, Yuzuhita t, Horie Y, Kimura M, Yoshimoto H, Kondo Y, Tahara A. Estimated number of adults with treated and untreated alcohol dependence in Japan. 17th Congress of the International Society for Biomedical Research on Alcoholism, June 21-25, 2014, Bellevue, Washington, USA.

◆シンポジウム

1. 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

2. 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)

《学会発表》

《国内学会》

1. 尾崎米厚、樋口進. わが国のアルコール関連問題の現状と課題 科学的データから考えるわが国のアルコールによる社会的損失の推計 日本アルコール・薬物医学会雑誌 2012;47(4):83

2. 尾崎米厚、福島哲仁、大井田隆、神田秀幸、谷畑健生、望月友美子. 2010年のタバコ値上げ後のわが国の成人の喫煙行動の変化. 日本公衆衛生雑誌 2012;59(10):302.

3. 神田 秀幸, 尾崎 米厚, 岡村 智教, 大井田

隆, 樋口 進. 成人飲酒者はアルコール価格が上昇すると禁酒するのか. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 2012;47(4):177

4. 澤 滋, 高瀬 正幸, 能重 和正, 富安 哲也, 川上 知恵子, 小石川 比良来, 尾崎 米厚, 岸本 拓治. 知的障害者施設スタッフのこころの健康度と震災の影響についての検討. 精神神経学雑誌 2012 特別 : S-320

5. 三原 聡子, 前園 真毅, 橋本 琢磨, 中山 秀紀, 山本 哲也, 尾崎 米厚, Michie Hesselbrock, 松下 幸生, 樋口 進. わが国におけるインターネット嗜癖 実態とその特徴. 精神神経学雑誌 2012 特別;S-289

6. 尾崎米厚、樋口進、松下幸生、岸本拓治. アルコールによる社会的損失の推計. 日本衛生学雑誌 2012;67(2):320

7. 尾崎米厚、大井田隆、神田秀幸、兼板佳孝、樋口進、岸本拓治. わが国の中高生の喫煙率及び飲酒率の学校間格差の動向. 日本疫学会 2012; Jan 26-28, 東京

8. 尾崎 米厚, 神田 秀幸, 樋口 進, 松本 博志, 杠 岳文, 堀江 義則, 木村 充, 吉本 尚, 近藤 陽子, 田原 文. わが国におけるアルコール依存症の患者数および未治療の潜在患者数の推計. 日本衛生学雑誌 2014; 69(Suppl.): S257.

9. 辻 雅善, 森 弥生, 伊藤 央奈, 日高 友郎, 各務 竹康, 熊谷 智広, 早川 岳人, 神田 秀幸, 尾崎 米厚, 福島 哲仁. カラムスイッチング付

きHPLC/UV法によるニコチンおよびコチニン量の検出感度の検討. 日本衛生学雑誌 2014; 69(Suppl): S223.

10. 三原聡子、前園真毅、橋本琢磨、越野仁美、北村大央、佐久間寛之、中山秀樹、尾崎米厚、兼板佳孝、樋口進. わが国成人におけるインターネット嗜癖者数の5年間の変化. 日本アルコール薬物医学会、2014年10月3日、横浜.

11. 細田武伸、尾崎米厚、穆 浩生、横山弥枝、徳嶋靖子、大西一成、大谷眞二、黒沢洋一. 消防職員のアルコール体質検査後のアルコール依存傾向と関連する要因についての検討. 第73回日本公衆衛生学会総会抄録集、日本公衆衛生雑誌 2014; 61(10): 271.

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	沿岸地域(岩手・宮城)(n=958)		内陸地域(岩手・宮城)(n=935)		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	65.2%	48.2%	85.2%	63.6%	87.8%	65.6%
40 - 49	70.0%	53.8%	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%	73.3%	46.9%	85.3%	50.0%
70 -	51.0%	13.0%	66.3%	20.1%	75.0%	27.8%
粗率	66.8%	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2 多量飲酒者の割合

飲酒口1口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=935)		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%	7.5%	9.3%	7.5%	25.3%	5.6%
50 - 59	26.3%	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、沿岸部に比べても低い傾向

表3 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=935)		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%	11.9%	25.3%	17.6%
50 - 59	26.3%	12.9%	20.6%	10.6%	35.2%	9.6%
60 - 69	22.6%	3.4%	15.2%	11.2%	22.9%	3.3%
70 -	7.6%	2.1%	9.9%	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4 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=935)		全国(n=1082)	
	男(n=416)	女(n=542)	男(n=407)	女(n=528)	男(n=493)	女(n=589)
20 - 29	5.9%	3.8%	16.7%	8.3%	12.8%	10.8%
30 - 39	26.1%	1.8%	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%	3.8%	34.1%	1.0%
60 - 69	30.6%	0.0%	22.9%	4.1%	26.6%	0.8%
70 -	15.2%	1.0%	17.8%	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 p=0.20
 検定結果(vs内陸) p=0.93 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5 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=935)		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%	6.7%	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	15.8%	4.3%	12.7%	2.9%	13.6%	0.0%
60 - 69	12.9%	0.0%	10.5%	3.1%	11.0%	0.0%
70 -	6.2%	0.5%	8.9%	0.0%	4.6%	0.0%
粗率	10.1%	1.7%	8.1%	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=0.85 p=0.44 p=0.64 p=0.78
 検定結果(vs内陸) p=0.79 p=0.80
 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6 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=935)		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%	3.0%	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 p=1.00
 検定結果(vs内陸) p=0.27 p=0.72
 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7 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=935)		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	5.3%	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8 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=935)		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%	3.8%	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	10.5%	1.4%	7.9%	2.9%	18.2%	1.0%
60 - 69	3.2%	0.0%	3.8%	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)	4.8%	0.9%	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=0.54 p=0.42
 被災地男性は内陸、沿岸とも割合が全国より低かった

表9 DSMによるアルコール乱用

年齢階級	沿岸地域(若手・宮城)(n=958)		内陸地域(若手・宮城)(n=935)		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	1.8%	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にあった

表11 インターネット依存の割合

年齢階級	沿岸地域(若手・宮城)(n=958)		内陸地域(若手・宮城)(n=935)		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低かった

表13 睡眠薬安定剤依存の割合

年齢階級	沿岸地域(若手・宮城)(n=958)		内陸地域(若手・宮城)(n=935)		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%	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%	7.5%	1.9%	0.0%	1.3%	1.9%
50 ~ 59	0.0%	4.3%	1.6%	1.0%	1.1%	1.9%
60 ~ 69	0.8%	6.0%	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%	1.5%	3.0%	1.0%	2.7%
調整率(2012基準)	1.5%	5.7%	1.7%	3.0%	1.0%	2.9%
検定結果(vs全国)	p=0.76	p<0.05	p=0.39	p=0.89		
検定結果(vs内陸)	p=0.79	p<0.05				

被災地沿岸部女性で割合が高かった

表15 震災前後の健診結果の比較-2

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。

表10 ニコチン依存の割合(FTND)

年齢階級	沿岸地域(若手・宮城)(n=958)		内陸地域(若手・宮城)(n=935)		全国(n=1082)	
	男(n=416)	女(n=542)	男(n=407)	女(n=528)	男(n=493)	女(n=589)
20 ~ 29	11.8%	3.8%	3.3%	0.0%	0.0%	0.0%
30 ~ 39	13.0%	0.0%	9.3%	2.6%	2.7%	0.0%
40 ~ 49	6.0%	6.3%	5.6%	0.0%	4.0%	0.9%
50 ~ 59	8.8%	8.6%	4.8%	0.0%	3.4%	0.0%
60 ~ 69	9.7%	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%	3.9%	0.6%	2.6%	0.3%
調整率(2012基準)	8.7%	2.8%	4.5%	0.6%	2.5%	0.3%
検定結果(vs全国)	p<0.01	p<0.01	p=0.10	p=0.67		
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12 ギャンブル依存(SOGS)の割合

年齢階級	沿岸地域(若手・宮城)(n=958)		内陸地域(若手・宮城)(n=935)		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%	1.8%	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%	6.3%	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%	1.5%	9.3%	1.9%	9.7%	1.4%
調整率(2012基準)	15.7%	1.6%	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=0.35		
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14 震災前後の健診結果の比較-1

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)、ヘモグロビンは下がった。糖の挙動は不確か

表16 震災前後の健診結果の比較-3

項目	2009年	2010年	2011年	2012年	有意確率
降圧薬服用率(%)	24.3	24.9	26.0	28.0	P<0.05
DM薬服用率(%)	3.6	3.8	3.9	4.3	0.73
脂質薬服用率(%)	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

降圧剤服用者割合が震災後増加、睡眠が悪い人が増え、指導希望者が減った。

表17 2012年調査のみの回答者と2012年、2014年調査の両方の調査の回答者との特性の差異に関する検討

2012年調査の結果の比較	1回目のみ回答			1, 2回目回答			検定結果 p値	
	男性 (n=200)	女性 (n=274)	合計 (n=474)	男性 (n=629)	女性 (n=814)	合計 (n=1443)	男性 1回 V.S. 1,2回	女性 1回 V.S. 1,2回
年齢	56.3	54.7	55.3	60.2	58.7	59.3	0.01	0.00
就学年数 平均値	12.8	12.5	12.6	11.8	11.4	11.6	0.00	0.00
家族の人数 平均値	3.33	3.58	3.47	2.63	2.67	2.65	0.00	0.00
職業 正規勤務割合	31.3%	15.0%	25.1%	24.2%	9.2%	15.7%	0.00	0.01
職業 無職割合	33.0%	16.8%	23.6%	47.7%	30.7%	38.1%	0.00	0.00
AUDIT 平均スコア	4.55	1.84	2.98	4.66	1.31	2.78	0.77	0.01
FTND 平均スコア	1.35	0.25	0.71	1.81	0.58	1.12	0.02	0.00
TDS 平均スコア	1.43	0.36	0.81	1.59	0.62	1.05	0.46	0.02
IAT 平均スコア	15.18	12.89	13.86	10.91	9.10	9.89	0.00	0.00
SOGS 平均スコア	1.40	0.30	0.76	1.20	0.25	0.66	0.32	0.53
BDEPQ 平均スコア	1.65	1.74	1.71	1.17	3.26	2.34	0.31	0.00
AUDIT 8点以上	19.6%	4.0%	10.6%	23.3%	3.0%	11.9%	0.31	0.55
AUDIT 12点以上	8.0%	1.8%	4.4%	10.1%	1.5%	5.3%	0.46	0.94
AUDIT 15点以上	2.5%	0.7%	1.5%	5.2%	0.9%	2.9%	0.17	1.00
AUDIT 20点以上	1.5%	0.0%	0.6%	1.6%	0.5%	1.0%	1.00	0.55
FTND 中等度依存	13.5%	3.3%	7.6%	22.9%	7.1%	14.0%	0.00	0.02
FTND 高度依存	6.0%	0.7%	3.0%	5.6%	1.7%	3.4%	0.98	0.27
TDS 依存	15.5%	4.4%	9.1%	17.3%	7.2%	11.6%	0.62	0.13
IAT 問題使用者	5.5%	1.1%	3.0%	2.4%	1.0%	1.6%	0.00	1.00
IAT 顕著な問題使用者	0.0%	0.7%	0.4%	0.0%	0.1%	0.1%	0.03	0.17
SOGS 病的ギャンブラー	11.0%	1.8%	5.7%	10.6%	1.6%	5.6%	0.98	1.00
BDEPQ 23点以上	3.0%	2.6%	2.8%	1.3%	5.8%	3.8%	0.18	0.05
BDEPQ 34点以上	0.5%	0.4%	0.4%	0.8%	2.4%	1.7%	1.00	0.06

表18 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19 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 内陸 V.S 沿岸	女性 内陸 V.S 沿岸	男性 内陸 V.S 沿岸	女性 内陸 V.S 沿岸
	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)				
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

表20 各依存、嗜癖行動を従属変数としたときの二項ロジスティック回帰分析による関連要因

変数	β	標準誤差	オッズ比	オッズ比の95%信頼区間		有意確率
				下限	上限	
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 24-26 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 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。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。返答があったもののうち 56 人が、飲酒量が減ったと回答した。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、平成 25 年度は 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、平成 26 年度は 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。

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

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 プログラムの導入が負担となる。

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

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。

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。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

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、飲酒に関しても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。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出来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。アルコール通信第 1 号（図 35、図 36）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 37、図 38）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 39、図 40）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。

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24年7月、10月、平成25年2月に岩手県宮古市を訪問し、被災地でのアルコール問題の現状、特定検診の結果によるスクリーニング結果について協議を重ねた。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。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人へブリーフインテーパ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、スコア等を比較した。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

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。一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。

平成26年度は、一次スクリーニング該当者302人に、研究方法の項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、当てはまるど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で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ことが多い。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。平成 26 年度は、上記に加えて、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、上曜と日曜は休肝日にしている」「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

- 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 大鶴卓、村上優：琉球・菊池・肥前・花巻合同のこころのケアチームの活動報告. 国立病院総合医学会. 2012.11.17
- 2 福田貴博：沖縄県北部の一村における特定検診と連動した飲酒問題への早期介入. 第47回日本アルコール薬物医学会. 札幌市 2012.9.7
- 3 中井美紀：アルコール依存症者に対するramelteonによる睡眠障害治療. 第47回日本アルコール薬物医学会. 札幌市 2012.9.7

4 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

5 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ヵ月後の効果～. 第48回日本アルコール薬物医学会. 岡山市 2013.10.3

6 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

7 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

8 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

図 1

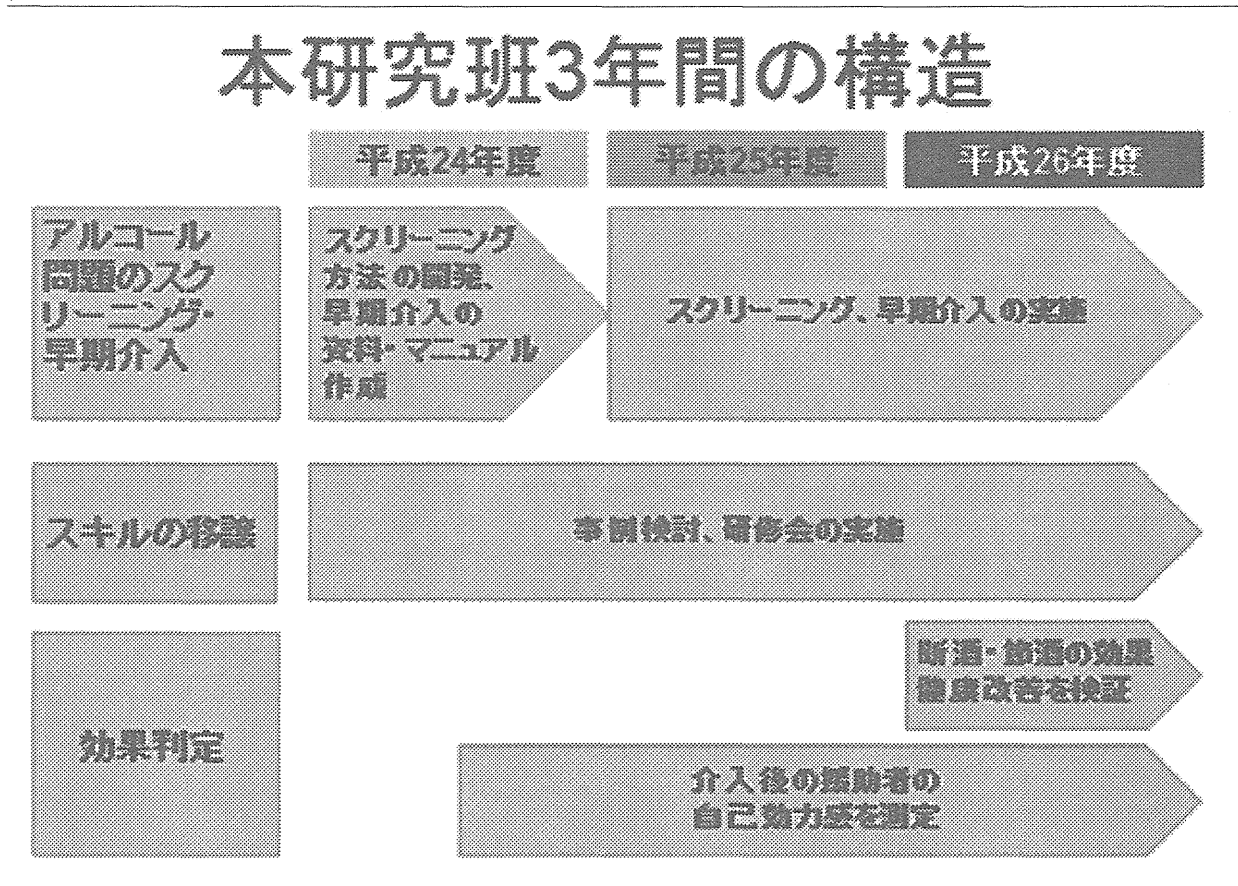


図 2

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)、ヘ. 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%)	ヘ. 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

kc

a

÷ 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

食事で

kcal

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

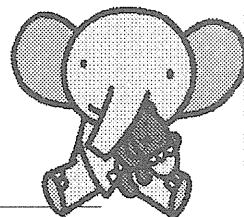
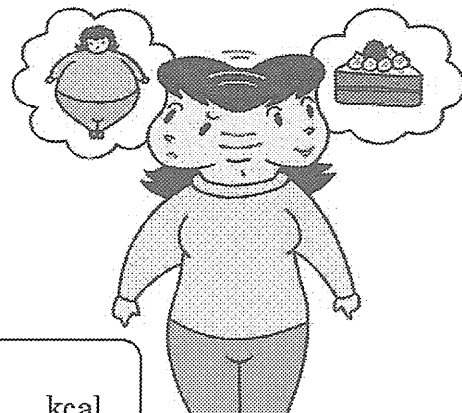


図 5

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																			
血压	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
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

岩手県富古市保健センター

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)