

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

平成 26 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 松下 幸生

平成 27(2015)年 3 月

目 次

・ 総括研究報告書	
1. 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(国立病院機構久里浜医療センター)	
・ 分担研究報告書	
2. アルコール関連問題・嗜癖行動の実態調査
松下 幸生(国立病院機構久里浜医療センター)	
3. 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 被災地における2014年調査の結果と2012年調査との比較
尾崎 米厚(鳥取大学医学部環境予防医学分野)	
4. 被災地のアルコール問題の調査と介入に関する研究
村上 優(国立病院機構榊原病院)	
5. 多量飲酒者への介入調査
杠 岳文(国立病院機構肥前精神医療センター)	
6. 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
石川 達(医療法人東北会東北会病院)	
7. 宮城県石巻市におけるアルコール使用障害をもつものの 支援に関する介入調査研究
長 徹二(三重県立こころの医療センター)	
・ 研究成果の刊行に関する一覧表
・ 巻末資料

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）
平成 26 年度総括研究報告書
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 国立病院機構久里浜医療センター副院長)

研究要旨：

本研究の目的は、被災地におけるアルコール関連問題や嗜癖行動の実態を調査し、さらに追跡調査を実施することによって、震災がアルコールなどの嗜癖関連行動に影響を及ぼすか調査して予防策を検討することにある。本研究は主に 2 つの柱から成る。一つは被災地を含めた住民を対象とした飲酒等の実態調査であり、もう一つは被災地に赴いて被災者の健康管理にあたる保健師や支援者および住民の方々を対象にアルコール関連問題に関する研修を行ってアルコール関連問題について啓発し、介入技法としての飲酒量低減指導技法の技術移譲およびその効果検証を通して被災地への支援を実施することである。

本年度の住民調査は一昨年に実施した岩手県、宮城県住民調査で調査対象となった住民を再度調査に協力を依頼して追跡調査を実施した。

本研究班の平成 26 年度の調査概要および主要な結果は以下の通りである。

1. 岩手・宮城県住民追跡調査

1) 2012 年に層化 2 段無作為抽出法によって岩手県、宮城県の沿岸部、内陸部の 90 地点から 20 歳以上の男女 3,600 名（沿岸部 1,800 名、内陸部 1,800 名）を無作為抽出して調査を行い、沿岸部 1,006 名、内陸部 972 名から回答を得た。本年度は 2012 年の回答者のうち、再調査に同意の得られた沿岸部 982 名、内陸部は同意の得られたものから無作為に選択された 475 名の 1,457 名に調査を依頼して、沿岸部 577 名（女性 345 名、男性 232 名）、内陸部 353 名（女性 196 名、男性 157 名）の合計 930 名（女性 541 名、男性 389 名）から回答を得た。回答率は沿岸部 58.8%、内陸部 74.3%、全体で 63.8%であったが、転居、長期不在のため回答しなかったものを除くと実質回答率は沿岸部で 79.7%、内陸部は 83.5%であった。調査は面接および自記式調査票を用いて飲酒行動、アルコール関連問題や嗜癖行動に関する調査を実施した。

2) 自記式調査ではアルコール関連問題（AUDIT）、ニコチン依存（FTND、TDS）、ギャンブル依存（SOGS）、インターネット依存（IAT）、ベンゾジアゼピン系薬物依存（BDEPQ）の各スクリーニングテストを施行した。面接調査では婚姻状況、同居者、教育歴、年収などの背景情報および震災による失業、住居など震災に関連した項目を聴取すると共に飲酒頻度、飲酒量に関して調査を行い、さらに DSM-IV のアルコール依存症および乱用の基準項目へ該当するか否か判定できる調査票を用いて調査を行った。

3) 自記式調査票を用いた調査の主な結果は以下の通りである。AUDITのカットオフ値を8点、12点、15点、20点として沿岸部、内陸部で男女別に比較したが、いずれのカットオフ値でも男女とも両群で有意差は認められなかった。FTNDは2012年調査では高得点の割合は男女とも沿岸部で有意に高率だったが、2014年の調査では沿岸部女性でやや高い傾向はあるが、有意差を認めていない。TDSもFTNDと同様の傾向であった。SOGS高得点は2012年調査では男性で沿岸部に多い傾向があったが、2014年調査では男女とも有意差を認めなかった。IAT高得点は2012年調査、2014年調査とも男女ともに内陸部で多い。BDEPQは23点をカットオフ値として比較すると2012年調査、2014年調査とも男女とも沿岸部で高率であった。

4) 多変量解析を用いて、それぞれの依存や嗜癖行動を従属変数にして、関連要因を検討したところ、内陸か沿岸か、震災での人的被害の有無などの被災に関連した要因はほとんど関連要因として検出されなかった。性、年齢、婚姻状況といった被災に関係ないと考えられる要因を除くと、ニコチン依存と仮設住宅、インターネット依存と震災による失業、ベンゾジアゼピン依存と仮設住宅のみであった。

5) 面接調査によるDSM-IVの基準を用いた有病率調査の主な結果は以下の通りである。

アルコール依存症・乱用の有病率について沿岸部・内陸部で比較したが、2012年調査、2014年調査とも有意差を認めなかった。アルコール依存症、乱用を合わせて使用障害として、背景情報や震災関連項目と相関をみたところ、アルコール使用障害には単身生活者が有意に多いが、震災による失業、仮設住宅での居住、家族・親戚の死亡といった震災関連の項目との相関は認められなかった。アルコール使用障害では飲酒頻度、飲酒量とも非該当者より有意に多く、面接調査票を用いて面接によって基準の該当を調査する方法の妥当性が示唆された。アルコール使用障害の経過について、初回調査時は該当したが、再調査時には該当しなかった者を回復、初回・再調査の両方とも該当した者を未回復、初回調査では該当しなかったが、再調査時に該当した者を発生と定義して沿岸部、内陸部で比較したところ、沿岸部では回復者の割合がやや低い傾向が認められたが、発生率はほぼ同等であった。アルコール使用障害の経過について、背景情報や震災関連項目との相関をみたところ、回復者は未回復の者より高齢であり、単身生活者が少ない傾向がみられたが、震災に関連した項目との相関は認められなかった。

2. 被災地におけるアルコール関連問題への介入と支援

- 1) 被災地におけるアルコール関連問題への介入と支援を平成24年度、25年度に引き続いて行った。
- 2) 岩手県釜石市を担当した研究分担者のグループは、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た。その効果検証とし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 AAPPQ (Alcohol Problems Perception Questionnaire) 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」のアンケートを研修の前後で実施し、研修の効果を検証し、「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、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。

- 3) 岩手県宮古市を担当した研究分担者のグループは、早期介入用の資料として、短時間版の mini HAPPY (Hizen Alcoholism Prevention Program by Yuzuriha) プログラムを開発し、平成 26 年度の特定健診、特定保健指導において、スクリーニング陽性者に「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 人から回答を得て 61.5%が飲酒量が減ったと回答した。平成 26 年度は、被災地を 3 回訪問し、スキル移譲の効果を保健師 19 名に対して、AAPPQ 日本語版を使用して検証したところ、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。
- 4) 宮城県石巻市を担当した研究分担者のグループは、援助者やボランティアなどに対して、アルコール使用障害の基礎知識から関わり方に至るまでに関する研修を 3 か月連続 3 回「からころステーション」にて実施した。研修を受講した支援者のアルコール使用障害をもつ者に対する姿勢の変化について検証するために、AAPPQ および N-VAS (Nawata-Visual analogue scale) を用いた調査を行い、66 名の参加者から回答を得た。研修の前後で AAPPQ 総得点と下位項目である「仕事満足と意欲」、「患者の役に立つこと」において、統計学的に有意な得点の増加を認めた。また、N-VAS において、アルコール使用障害をもつ者との距離感が有意に減少し、研修の効果を確認した。
- 5) 東北会病院のグループは宮城県を中心に支援活動を継続しており、事例検討、被災者個別相談訪問、支援者支援研修、ネットワーク調整活動を中心に支援活動を行っている。平成 26 年度は事例検討などの個人を対象とした支援や自助グループ支援が増加した。研修の効果は AAPPQ を用いて検証し、その有効性を確認した。同院を受診するアルコール依存症の新規受診者数を集計したところ、昨年度は震災前と比較して増加していたが、平成 26 年度は前年度より減少していた。

研究分担者氏名・所属機関

一院長

尾崎米厚：鳥取大学医学部環境予防医学分野教授

村上 優：国立病院機構琉球病院院長

杠 岳文：国立病院機構肥前精神医療セン

樋口 進：国立病院機構久里浜医療センタ

ター院長

石川 達：医療法人東北会東北会病院院長
長 徹二：三重県立こころの医療センター 精神科医長

研究協力者氏名・所属機関

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

奥平富貴子 医療法人東北会病院 医師
鈴木俊博：医療法人東北会病院 精神保健福祉士

三浦敦子：医療法人東北会病院 看護師
原 敬造：原クリニック

渋谷浩太：震災こころのケア・ネットワークみやぎ からこころステーション

田中増郎：高嶺病院 精神科医長

眞城耕志：和歌山県立こころの医療センター

岩谷 潤：和歌山県立こころの医療センター

小林桜児：神奈川県立精神医療センター

久納一輝：三重県立こころの医療センター

小畑精一郎：三重県立こころの医療センター

江上剛史：三重県立こころの医療センター

石丸正吾：花巻病院 副院長

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

金城 文：鳥取大学医学部環境予防医学分野 講師

佐藤 拓：成瀬メンタルクリニック 院長

木村 充：久里浜医療センター 精神科診療部長

真栄里 仁：久里浜医療センター 教育情報部長

佐久間寛之：久里浜医療センター 精神科医長

吉村 淳：久里浜医療センター 精神科医長

瀧村 剛：久里浜医療センター 精神科医師

藤田さかえ：久里浜医療センター 医療相談室長

A. 研究目的

災害発生後に被災地で飲酒量が増加してアルコール関連問題が発生することは国外の過去の多くの災害やその調査が指摘している。

本研究は飲酒行動、嗜癖行動やアルコール関連問題に震災の及ぼす影響を検討して実態を把握（横断的および縦断的研究）すること、被災地に赴いて被災者の健康管理にあたる保健師や支援者および住民の方々を対象にアルコール関連問題に関する研修を行ってアルコール関連問題について啓発し、介入技法としての飲酒量低減指導技法の技術移譲およびその効果検証を通して被災地への支援を実施することの2つを柱とする。

海外ではアルコール関連問題は PTSD やうつ病などと並んで災害後のメンタルヘルスを検討する上で重要な課題であり、研究の必要性は極めて高い。一方、わが国では阪神淡路大震災後にアルコール関連問題による孤独死の多いことが報告されているものの、災害がアルコール関連問題に及ぼす影響に関して検討した調査は皆無に等しい。また、ギャンブルなどの嗜癖行動と災害との関連に関する調査は国内外ともにほとんど行われていない。

さらに、本研究は災害がどのように被災者の飲酒行動や嗜癖関連行動を変化させるか、災害がアルコール関連問題の発生にどのように関わるかといった点を明らかにし、アルコール関連問題に脆弱な者の特定やその対策について検討するために必要な情報を提供することによって今後の災害の際にアルコール関連問題や病的嗜癖の予防策や対策を講じる上で重要なエビデンスを提供する。

本研究班は以下の研究を実施することを目的とする。

1. 災害と飲酒行動やアルコール関連問題に関する既存の研究のレビュー
 - 1) 国内、特に阪神淡路大震災や他の災害後の飲酒行動やアルコール関連問題に関する文献のレビュー
 - 2) 海外の災害とアルコール関連問題に関するレビュー
2. 東日本大震災における飲酒行動、ギャンブルとアルコール関連問題に関する実態調査
 - 1) 横断的調査と縦断的調査（後向き研究と前向き研究）
 - 2) 被災の少ない他の地域との比較
 - 3) アルコール関連問題の促進因子や予防因子の同定
3. 予防方法や対策に関する研究
 - 1) 被災地において保健師や支援者等を対象とした研修を実施して、アルコール関連問題への介入技法を移譲する。
 - 2) 介入技法の移譲の効果を評価票を用いて検証する。
 - 3) 上記の効果評価と既存のエビデン

スをもとに、効果的な予防方法や対策を提案する。

本年度は3年計画の3年目である。以上の点を踏まえて平成26年度は以下の項目について研究を実施した。

1) 2012年に実施した岩手県、宮城県の沿岸部、内陸部の住民調査対象者に再調査を依頼して飲酒行動の変化や嗜癖関連行動について縦断的に調査を実施した。

2) 被災地にて支援活動の一環として研修や介入技法の移譲を継続してその効果や課題について検討する。

B. 研究方法

1) 住民調査 調査票

調査票は面接調査用と自記式の調査票で構成されている。

面接調査用の調査票では喫煙の有無、喫煙本数、飲酒経験の有無、飲酒頻度・量、飲酒によるフラッシング反応の有無について質問している。飲酒量については普段飲む酒類およびその量を尋ねているが、量の確認にはコップのサンプルを提示して正確に量を推計できるように配慮した。さらに、DSM-IV¹⁾のアルコール依存症（現在および生涯）、アルコール乱用（現在および生涯）の基準に関する質問項目が含まれている。この調査票は米国における大規模な一般住民調査（National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions; NESARC²⁾）で使用されたものを邦訳して使用した。さらに、面接調査では性別、誕生日、学歴、婚姻状況、生育地、同居家族、職業、収入といった基本情報に加

えて震災による仕事への影響、家屋の損壊の有無・程度、住居、家族・親戚の被害者の有無といった被災状況に関する情報を聴取した。

自記式調査票では以下の項目について記載を依頼した。

a. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)質問票³⁾

AUDITは主に有害な使用の同定を目的としたスクリーニングテストである。各質問項目の回答にある点数を合計したものが得点となる。カットオフ値は国内で使用する場合には10～14点にすることを推奨する報告もあるが⁴⁾、本研究では原版で国際的にも採用されることの多い8点、12点、15点を採用した。

b. CAGE 質問票⁵⁾

過去のすべての期間を対象として聴取する質問票であり、2項目以上に該当する場合にアルコール依存症が疑われる。

c. ニコチン依存質問票 (Fagerström Test for Nicotine Dependence ; FTND)⁶⁾

このテストは自記式で行われるニコチン依存のスクリーニングテストである。生理学的な側面からニコチン依存症の程度を簡易に評価するためのスクリーニングテストとして、国際的に広く用いられており、7点以上が重度の依存と判定される。

d. ニコチン依存質問票 (Tobacco Dependence Screener; TDS)⁷⁾

TDSはICD-10やDSM-に準拠して、精神医学的な見地からニコチン依存症をスクリーニングすることを目的として開発されたものであり、10項目の質問から構

成され、5項目以上に該当する場合(5点以上)にニコチン依存症が疑われる。

e. インターネット依存質問票 (Internet Addiction Test; IAT)⁸⁾

IATは20項目からなるテストで20-39点を標準ユーザー、40-69点を問題ユーザー、70-100点を重篤問題ユーザーと評価する⁸⁾。日本語版は他の研究班が邦訳したものを使用した。

f. ギャンブル依存質問票 (South Oaks Gambling Screen; SOGS)⁹⁾

病的賭博(ギャンブル嗜癖)は修正日本語版 SOGS を用いて評価し、5点以上を病的賭博者とした⁹⁾。他の研究班が邦訳したものを使用した。

g. ベンゾジアゼピン系薬物依存質問票 (BDEPQ)¹⁰⁾

海外にて作成されてベンゾジアゼピン依存症のスクリーニングに広く使用されているスクリーニングテストである。本研究班で邦訳したものを使用した。海外ではカットオフ値は23点とすることが推奨されており、本研究班でも23点を採用した。

h. 寝酒の頻度・量

調査に用いた調査票は本報告書に添付資料として示した。

標本抽出

層化2段無作為抽出法を用いて岩手県、宮城県を対象地域として行った2012年の調査に回答した者を調査対象者としたが、研究費の節約のため、内陸部の対象者については、2012年調査の約半数に協力を依頼し、沿岸部では2012年調査の回答者全員に再調査を依頼した。

調査方法

あらかじめ抽出された対象者に対して、事前に調査依頼のはがきを送付した。調査は一斉に2014年11月6日から2014年12月15日の間に実施した。調査員が対象者の自宅へ出向いて、面接調査部分は面接により回答を聴取し、面接後に自記式調査票に記入を依頼して調査票は調査員が後日自宅を訪問して回収した。なお、実際の調査は上記標本抽出を含めて、社団法人新情報センターに委託した。

本調査によって得られた結果は研究代表者が分担研究報告として面接調査結果について報告する一方、研究分担者である鳥取大学医学部環境予防医学分野の尾崎米厚教授によって自記式調査票に関する調査結果が報告された。

2) 全国調査結果と被災地調査結果の比較

平成24年度に実施した岩手県、宮城県における住民調査結果を津波による被害の大きい沿岸部と津波被害のなかった内陸部に分けて全国調査結果と比較した。具体的な解析は鳥取大学医学部環境予防医学分野の尾崎米厚教授が行った。

岩手県・宮城県調査の詳細は昨年度の報告書に記載されている。

3) 被災地における介入研究

各研究分担者および研究協力者が担当する被災地に赴いて支援活動を実施した。

肥前精神医療センターの分担研究者および研究協力者は釜石市を中心に釜石保健所の保健師などの支援者と支援方法について協議して研究計画を作成し、ア

ルコール問題の現状と飲酒量低減指導（ブリーフ・インターベンションと集団節酒指導）に関する研修会を開催し、釜石市のアルコール関連問題に関する実態を調査するとともに簡易介入方法（ブリーフ・インターベンション）やそのツールであるHAPPYプログラムに関する講義や事例検討会を開催した。また、被災者の支援に当たっている者で、危険な飲酒あるいは有害な飲酒にあたる飲酒者に対して、飲酒量低減指導を分担研究者及び研究協力者が実施し、支援者のアルコール問題の二次予防と保健師への飲酒量低減指導技法の技術移譲を目指した。また、被災地域住民にアルコール問題とうつ病を啓発する小冊子「からだところの健康～うつとアルコール～」を作成した。その効果検証とし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AAPPQ（Alcohol Problems Perception Questionnaire）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」のアンケートを研修の前後で実施し、研修の効果を検証した。

AAPPQはアルコール関連問題を持つ者に対する医療従事者の態度を測定する尺度であり、複数の研究において、信頼性・妥当性が検証されている¹⁴⁾。本研究ではその邦訳版¹⁵⁾を用いる。

琉球病院の分担研究者および研究協力者は岩手県宮古市において同市保健センターが行う特定検診、特定保健指導のデータを基に飲酒頻度および量にて一次スクリーニングを実施して、抽出されたものに対してAUDITにて二次スクリーニングを行ってアルコール関連問題を有す

る者に新たに開発したツールを用いてブリーフ・インターベンションによる介入を行った。また、平成 26 年度は、被災地を 3 回訪問して介入のスキル移譲の効果を保健師 19 名に対して、AAPPQ 日本語版を使用して検証した

久里浜医療センターの分担研究者および研究協力者は岩手県大船渡市および陸前高田市を中心として保健所を中心に生活支援相談員や保健師等の支援者に対する研修及び事例検討を中心に地域のアルコール関連問題に対する対応力の向上を図ることを目的として支援活動の検討を行っている。

三重県立こころの医療センターの研究分担者および研究協力者は宮城県石巻市「からころステーション」にて援助者やボランティアなどに対して、アルコール使用障害の基礎知識から関わり方に至るまでに関する研修を 3 か月連続 3 回実施した。具体的には、アルコールに関連する心身の問題、アルコール問題をもつものとの関わり方、アルコール問題をもつものの家族支援の 3 つの要素に重点を置いた実践を伴う研修である。研修を受講した支援者のアルコール使用障害をもつ者に対する姿勢の変化について検証するために、AAPPQ および N-VAS (Nawata-Visual analogue scale) を用いた調査を行った。

東北会病院の分担研究者および研究協力者は平成 23 年度から支援活動を継続している。具体的には宮城県内を沿岸部（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 プロ

ックに分けてアルコール問題に限定しないメンタルヘルス全般の情報収集にあたっている。支援内容は事例の積み重ね、啓発活動、研修であり、一次予防から三次予防に及ぶ。一次予防では、宮城県を中心に被災者向けに災害後のアルコール問題に関するリーフレットを作成、配布した。二次予防は、生活支援員への働きかけ、問題飲酒者の個別対応における技術支援、事例検討からなる。仮設住宅の生活相談支援員への働きかけは、グループワークと研修が中心であり、アルコール問題のある事例についてグループワークを行っている。研修は、アルコール依存症、うつ病や自殺、ストレス関連問題等の精神障害についての知識提供の他、支援者のメンタルヘルス啓発としてセルフケアについての講義を行っている。

問題飲酒者の個別対応は保健関係者・支援者の技術支援が中心である。保健所関係者からの個別事例およびみやぎ心のケアセンターと連携してセンター職員へのアルコール関連問題の教育や研修、同伴訪問を行っている。三次予防については、沿岸部地域の相互支援グループの設立支援を行っている。また、アルコール依存症症例に対しては沿岸部の医療機関と連携して対応している。

さらに、アルコール関連問題を主訴として東北会病院を新規に受診した者におけるアルコール依存症の割合を震災前後で比較、集計した。

（倫理面への配慮）

本研究は独立行政法人国立病院機構久

里浜医療センター倫理審査委員会および分担研究者の所属する施設の承認を得て実施した。住民調査では調査対象者に対しては、調査の趣旨・内容・方法等を記した依頼状を郵送して、調査の内容を伝え、その後に調査員が自宅を訪問して、対象者に調査の趣旨、内容、方法をよく説明して書面による同意を得た上で調査を実施した。また、得られた情報は厳密に保管して、本調査の関係者以外が取り扱えないよう配慮し、個人情報の漏洩予防には十分な対策を講じた。データの公表の際には個人名などの個人が特定される情報は削除し、個人情報の保護には十分配慮する。

C. 研究結果

研究課題 1 . アルコール関連問題・嗜癮行動に関する岩手県・宮城県追跡調査

1 . 回答者数と回答率

2012年には層化2段無作為抽出法によって岩手県、宮城県の沿岸部、内陸部の90地点から20歳以上の男女3,600名(沿岸部1,800名、内陸部1,800名)を無作為抽出した。調査は前述のように面接調査と留置調査の両方を実施した。調査回答者数は、沿岸部1,006名、内陸部972名であった。沿岸部では転居32名(1.8%)、長期不在18名(1.0%)、住所不明16名(0.3%)のため調査不能であり、これらを除くと実質回答率は58.0%になる。内陸部では転居53名(2.9%)、長期不在62名(3.4%)、住所不明42名(2.3%)であり、実質回答率は59.2%となる。

2012年の初回調査期間は2012年11月

8日から同年12月17日までである。

2014年調査は沿岸部982名、内陸部475名の1,457名に調査を依頼して、沿岸部577名(女性345名、男性232名)、内陸部353名(女性196名、男性157名)の合計930名(女性541名、男性389名)から回答を得た。回答率は沿岸部58.8%、内陸部74.3%、全体で63.8%であったが、回答不能の理由についてみると、沿岸部は199名(20.3%)が転居、40名(4.1%)が長期不在、19名(1.9%)が住所不明といった理由のため調査不能であったが、これらを除くと79.7%の回答率となる。内陸部も、転居が37名(10.5%)、長期不在10名(1.8%)、住所不明5名(1.1%)であり、これらの理由を除くと83.5%の回答率であった。

2 . 自記式質問票結果の解析

1) 1回目(2012年調査)のみの回答者と2回目の調査(2014年調査)も回答した者の2012年調査の結果の検討

1,2回目の調査を回答した者は1回目のみ回答した者とどのような差異があるのかを検討して、結果の解釈の注意点を検討したところ、1,2回目の調査を回答した者は、男女とも年齢が高く、就学年数が短く、家族のサイズ(人数)が小さく、正規職員割合が低く、無職が多い傾向にあり、高齢者が多いことによると考えられた。

2回目の調査の回答者は、AUDITの平均スコアが女性で低く、FTNDの平均スコアは男女とも高く、TDSの平均スコアは女性で低く、IATの平均スコアは男女で低く、BDEPQの平均スコアは女性で高いことが認められた。FTND以外の結果は、2回目

回答者がより高齢であることで概ね説明可能と考えられた。

それぞれの依存や嗜癖行動のスクリーニング基準よりもスコアが高い人の割合をみると、2 回目回答者では、FTND の中等度依存以上の者の割合が男女とも有意に高く、IAT の問題使用者の割合が男性で低く、BDEPQ で基準値より高い人が女性で多い傾向にあった。

2) 初回・再調査回答者の 1 回目と 2 回目の結果の比較

1, 2 回目の調査に回答した者の、1 回目と 2 回目の調査の結果を比較したところ、AUDIT スコアは、男性で 2 回目に有意に減少した。FTND スコアや SOGS スコアは、男性で統計学的に有意ではなかったが、減少する傾向にあった。女性では、いずれのスコアの平均値も有意な変化は認められなかった。

AUDIT スコアが 8 点以上の者の割合は 2 回目に男性で有意な減少を認め FTND の中等度以上の依存者の割合は男女とも有意に減少し、高度依存でも同様の傾向が認められたが、TDS では、有意な変化は認められなかった。SOGS による病的ギャンブラーの割合は男性で有意ではないが減少の傾向が認められた。

3) 内陸部と沿岸部との間の結果の比較

男女別に 1 回目と 2 回目の調査結果を、被害が多かった沿岸部と内陸部との間で比較した。

2012 年調査におけるスクリーニングテストの平均値を比較すると、沿岸部では、女性の AUDIT スコアが低く、男女で FTND スコアが高く、女性の TDS スコアが高く、男女で IAT スコアが低く、男性で

SOGS スコアが高く、男女で BDEPQ スコアが高い傾向が認められた。

スクリーニングテストのカットオフ値を超える者の割合を比較すると、FTND 中等度以上依存者割合は男女とも沿岸部で高く、FTND 高度依存の割合も男女とも同様であった。TDS 依存の割合は女性で高く、IAT 問題使用者以上の者の割合は男女とも沿岸部で低かった。BDEPQ23 点以上の者の割合は男女とも有意ではなかったが、沿岸部で高い傾向が認められた。

2014 年調査の結果をみると、AUDIT スコアは沿岸部女性では有意に低く、男性では低い傾向が認められた。FTND スコアは、沿岸部では女性で高く、男性で高い傾向が認められた。IAT スコアは男女とも沿岸部で有意に低かった。BDEPQ スコアは沿岸部で男女とも有意に高かった。

AUDIT8 点以上の割合は沿岸部の女性で有意ではないが、低い傾向が認められた。IAT 問題使用者以上の割合は沿岸部女性で有意に低かった。BDEPQ23 点以上の者の割合は沿岸部男性で高かった。

4) 依存や嗜癖行動に関連する要因を検討するための多変量解析の結果

AUDIT8 点以上(2014 年)を従属変数とした二項ロジスティック回帰分析を、尤度比による変数増加法を用いて実施した。共変量(関連する因子)は、2012 年時点での要因(内陸沿岸の別、性、年齢、就学年数、婚姻状況、就業状況、被災状況)を用いた。その結果、年齢が若いこと、男性であることが有意な危険因子で、配偶者と死別したことは防御因子であった。2012 年の AUDIT8 点以上を従属変数にした場合は、年齢が若い、男性であること、

離婚が有意な危険因子、配偶者との死別、年収 200 万未満が有意な防御因子であった。これらは、年齢と強い関連があり年齢で調整しただけでは、影響を取り除けなかったための結果かもしれない。

2012 年の AUDIT12 点以上を従属変数にした場合は、男性であること(危険因子)、配偶者との死別(防御因子)が関連要因であった。2014 年の AUDIT12 点以上を従属変数にした場合は、性と年齢のみが有意な関連要因であった。

2012 年の SOGS による病的ギャンブラーを従属変数にすると、年齢が若いこと、男性、仮設住宅が有意な危険因子であった。2014 年の病的ギャンブラーを従属変数にすると、男性、年齢が若いことのみが有意な危険因子であった。

2012 年の BDEPQ23 点以上を従属変数にすると、年齢が高いこと、女性、仮設住宅が有意な危険因子であった。2014 年の BDEPQ23 点以上を従属変数にすると、年齢が高いこと、就学年数が短いことが有意な危険因子であった。2012 年の BDEPQ34 点以上を従属変数にすると、女性、未婚、配偶者との死別が有意な危険因子であった。2014 年の BDEPQ34 点以上を従属変数にすると、就学年数が短いことのみが有意な危険因子であった。

3. 面接調査結果の解析

1) 初回のみ回答者と初回・再調査回答者の比較

再調査対象者の中で、初回・再調査ともに回答している者と初回のみしか回答していない者がいるので、差異の有無について検討した。

背景情報を比較すると男女とも、初回・再調査双方に回答した者は初回のみ回答者と比較して有意に年齢が若い。さらに、女性の場合は初回・再調査ともに回答した者は初回のみ回答者より婚姻状況で同居が少なく、死別が多い、教育年数が短く、同居者数が少なく、無職が多いといった特徴が認められる。これらはいずれも年齢が高いことで説明が可能である。

飲酒に関連した項目について比較すると女性では初回・再調査とも回答した者は初回のみ回答者と比較して飲酒頻度が低い、飲酒量が少ないといった違いが認められるが、男性ではいずれの項目にも有意差は認められなかった。

DSM-IV の診断基準によるアルコール依存、アルコール乱用に該当する者の割合を比較したところ、初回調査のみ回答者も初回・再調査回答者においても診断基準に該当する者の割合に有意差は認められなかった。

2) 沿岸部と内陸部における飲酒行動の比較(初回・再調査回答者のみ)

初回調査、再調査とも、また男女とも飲酒頻度、量ともに沿岸部で有意に少ない。しかし、男性で毎日飲酒すると回答した者の割合は沿岸部、内陸部とも同じ割合である一方、過去 1 年飲酒していないと回答した男性の割合が沿岸部で高い。初回調査時は女性も同じ傾向にあり、毎日飲酒すると回答した女性の割合はほぼ等しい。一方、再調査では毎日飲酒すると回答した女性の割合は沿岸部で低く、飲酒していないと回答した女性の割合は沿岸部で高い。

1 回あたりの飲酒量についても飲酒頻度と同様の傾向があり、飲まないと回答した者の割合が沿岸部で男女とも高く、全体としては、沿岸部で飲酒量が少ない傾向にあるが、1 回に 60g 以上飲酒する多量飲酒者の割合は初回、再調査とも、男女とも沿岸部と内陸部でほぼ同じ割合である。

寝酒の頻度を比較すると、初回、再調査とも男女とも沿岸部で使用頻度が高い傾向にあるが、統計的には有意ではない。

一方、睡眠薬の使用頻度についてみると、再調査で男性では沿岸部で睡眠薬の使用頻度が有意に高い。

これらをまとめると、沿岸部では飲酒頻度・量については、飲酒しない者の割合が沿岸部で高いが、飲酒頻度の多いもの、飲酒量の多い者の割合は沿岸部、内陸部で大きな違いはないという結果である。また、睡眠薬に関しては、沿岸部で男女とも使用頻度が多い傾向が認められた。

3) 飲酒頻度・量の変化の比較

初回調査と再調査で飲酒頻度と飲酒量の変化について検討したところ飲酒頻度の変化は男女とも有意差はない。男女とも増加しているのは内陸部で多く、沿岸部では変化なしが最多であった。これは非飲酒者を除いて集計した場合でも同じであり、増加した者は内陸部で多く、沿岸部では減少している者が多い。

飲酒量は、沿岸部で飲酒なしと回答した者が多いが、非飲酒者を除くと男女とも減少も増加も沿岸部で多いという結果であった。

4) アルコール依存症・乱用の有病率比

較

DSM-IV のアルコール依存症および乱用の診断基準に該当する割合を沿岸部と内陸部で比較すると、男女とも初回、再調査のいずれもアルコール依存症および乱用の基準に該当する者の割合は沿岸部と内陸部で有意差はない。

5) アルコール使用障害の背景情報

アルコール依存症およびアルコール乱用の基準に該当する者を合わせてアルコール使用障害として非該当者と比較する。

年齢は初回調査、再調査ともに使用障害に該当する者は非該当者より若い傾向にある。婚姻状況や教育歴に違いはないが、使用障害該当者は有意に単身者が多い。

6) アルコール使用障害と震災関連事項

震災による仕事の喪失の有無、調査時の住居および家族・親戚の死亡の有無について使用障害該当者と非該当者を比較したが、いずれの項目も有意な差は認められなかった。

7) アルコール使用障害と飲酒頻度・量

使用障害の該当・非該当間で飲酒頻度と飲酒量について比較した結果、使用障害該当者は非該当者と比較して、男女とも飲酒頻度、飲酒量が多い。特に 60g 以上の多量飲酒者の割合は男性の使用障害該当者では過半数であり、女性でも半数が 1 回あたり 100g 以上の飲酒をしている。

8) アルコール使用障害の経過と発生率の比較

初回調査で該当して再調査では該当しなかった場合を回復、初回調査、再調査のいずれも該当した場合を未回復、初回調査では該当しなかったが、再調査では

該当した場合を発生、上記以外を非該当として分類した。回復、未回復、発生の割合は沿岸部、内陸部で大きな相違を認めなかったが、回復率は沿岸部で低い傾向にあるが、該当者数が少ないので、統計的に検討できない。

9) 使用障害の経過と背景情報の相関

回復した者は他の経過の者より高齢であり、発生した者で最も年齢が若い。

同居者の有無についてみると、未回復者で有意に単身者が多い。

10) 使用障害の経過と飲酒行動

回復した者では約 18% がほぼ飲酒していないのに対して、未回復、発生群では週に 3 日以上頻度で飲酒しているものがほとんどである。飲酒量についても回復した者では 60%以上が 40g 未満の飲酒量であったのに対して、未回復群では 90%近くが 40g 以上、発生群でも半数が 40g 以上の飲酒量であった。飲酒頻度と量の変化については、回復者は頻度の減少は多くないが、飲酒量が減少した者が多い。一方、未回復者は 90%近くが飲酒頻度が同じか増加していた。発生群については飲酒頻度は変化しないものの、飲酒量の増加しているものが半数であった。

11) 使用障害の経過と震災関連項目

震災による失業、仮設住宅の居住、家族や親戚の死亡の有無との相関を検討したが、いずれの項目も使用障害の経過と有意に相関する項目は認められなかった。研究課題 2 . 被災地における介入研究

1 . 岩手県釜石市における活動

平成 26 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。

1) 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～」

2) 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～」

3) 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

4) 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～お酒と上手に付き合い、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～」

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。

2．岩手県宮古市における活動

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。第1

号では、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号では、「お酒を飲みすぎない対処法」と題し、飲酒量を減らすための工夫を22通り紹介している。

2) スクリーニングと早期介入の実施及びスキルの移譲

平成26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。一次スクリーニング該当者302人に、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。

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。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ており、スキル移譲の効果を確認できた。

3. 岩手県大船渡市・陸前高田市における活動

平成26年度は平成26年4月23 - 24日、5月21 - 22日、7月16 - 17日、8月20 - 21日、9月17 - 18日、11月19 - 20日、12月17 - 18日、平成27年1月21 - 22日、2月18 - 19日、3月18 - 19日の10回にわたって現地を訪問し、個別ケースに関して大船渡市および陸前高田市の保健所にて保健師、社会福祉課職員、包括支援センター職員、教育関係者、職域の産業保健担当者などと事例検討を行い、必要に応じて個別訪問、面接などを行ってきた。同時に地域住民、保健師、支援者を対象とした研修会を開催した。

大船渡市では延べ23名の本人または家族等からの相談に応じた。相談内容は17件がアルコール依存症またはその疑い、2件がギャンブル依存であり、その他には家庭内暴力、双極性障害、境界性人格障害、認知症が各1件であった。陸前高田市では12例について相談に応じた。その内訳はアルコール依存症またはその疑いが4例、うつ病が4例、統合失調症またはその疑いが2例、人格障害疑いおよび強迫性障害が各1例であった。

これらのケース相談や研修を通して以下のような感想が得られた。

対処方法を学ぶことができ、対応がやりやすくなった（生保担当）、対応に予想が付くようになり、想定できるから対応しやすい（生保担当）、早く結果を出さなくてはと思っていたが、長く付き合うことの方が重要と感じた（生保担当）、苦しい人と理解できたことが対応の幅を広げることにつながった（生保

担当) 職域ならではの、ラポールの上に立った支援を実践しなければと教えていただいたようで大変勉強になりました(職域) 対応に自信が持てるようになった(保健師) 外からの相談があった時に、つなげる先があったことは重要(保健師) アルコール依存症のケースと関わるのが以前より苦手意識がかなり減ってきた(保健師) 支援者のスキルアップにはつながっていると思う(保健師) 地域のアルコールへの意識についても変わってきていると思う(保健師)

4. 宮城県石巻市における活動

H26年3月19日、4月16日、5月21日の3回にわたって研修を開催し、66名の参加者を得た。参加者は女性が多く、20-30代が過半数を占め、支援職経験平均年数は 7.44 ± 9.58 年で3年以内のものが54.5%を占めたことから震災後に支援職に就いたであろうと考えられるものが半数を占めた。平均研修参加回数は 1.71 ± 0.80 回であった。

参加者の90%はアルコール関連問題の対応に困ることがあったと回答し、アルコール問題に対して陰性感情を抱くものはほぼ半数を占めた。また、うつが疑われる場合にアルコール問題を把握していると回答したものはほぼ半数であり、参加者全員がアルコール関連問題に対して支援が必要であると感じていると回答した。また、依存症について専門医療の経験があるものは少数にとどまり、約85%が依存症支援について学ぶことを希望していた。

研修の前後で AAPPQ (alcohol and

alcohol problems perception questionnaire) に回答を得て比較したところ、総得点と、下位項目である「仕事満足と意欲」と「患者の役に立つこと」において、統計学的に有意に改善を認めた。併せて、N-VAS (Nawata-Visual analogue scale) を記入してもらい、アルコール使用障害をもつ者との距離感も有意に減少した。

5. 東北会病院の活動

被災地各地への支援活動は平成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、個別訪問相談件数が99件となった。

支援の内容としては、研修や会議を開催するまでの調整や被災地のニーズ把握のための地域のネットワーク作りが最多で、支援者支援研修、被災者個別相談訪問、事例検討が次ぐ。

平成26年度は前年度よりネットワーク調整活動、事例検討、相互支援グループ支援の割合が増えて研修などの集団を対象としたものよりも、事例検討や個別訪問といった個々の事例を対象とした支援活動が増加していた。

その中で被災者が復興住宅へ移転するために支援のネットワークが途切れてしまうという問題点も指摘されている。

東北会病院は震災後に活動停止になったアルコール依存症の自助グループ(相互支援グループ)再開の支援も継続しており、その支援活動の中から自助グループの支援を行う際には地域の状況に合わせて行政機関がミーティングの開催場所や断酒会会員との連携などにおいて

主体的に関わることの重要性を強調している。

東北会病院が開催した研修では他の研究分担者の施設同様に AAPPQ を用いた効果検証を行っている。1 日の研修と複数日の研修を実施しているが、いずれの研修においても AAPPQ スコアの改善を認めており、特に合計点、知識とスキル、相談と助言といった因子で有意に得点の上昇を認めている。さらに、研修後の支援活動においてアルコール関連問題を評価するスクリーニングテスト (AUDIT) や飲酒日記の使用率を調査しているが、研修前はほとんど使用されていなかったこれらの評価尺度や飲酒量低減のためのツールの使用頻度が増えていること確認している。

東北会病院は被災地に存在する数少ないアルコール依存症専門病院の一つであり、その受診者を調査することで被災地におけるアルコール依存症の発生、再発等に関する傾向を知ることができる。同院のアルコール依存症新患受診数は、震災後増加傾向がみられ、特に沿岸部に居住する者の受診が増加したが、平成 26 年度は前年度の 8 割程度に減少しており、沿岸部からの受診者の割合は震災前の割合より低下していた。しかし、専門病院受診にはさまざまな要因が関与するため、受診者数の減少だけでアルコール依存症が減少しているとは言えないのは当然であり、さらに今後の推移を注意深く観察する必要がある。

D. 考察

1. 平成 26 年度住民調査

東日本大震災の被災地のうち主に地震と津波の被害が大きかった沿岸部と内陸部の 2012 年と 2014 年に行ったアルコールの問題使用と嗜癖行動に関する調査の結果を比較した。

海外の震災で報告された多くの研究結果に反して、被災地では、今回用いたスクリーニングテストおよび DSM-IV の診断基準を用いた面接調査の結果を見る限り、アルコールの問題は増加しておらず、時間が経過しても増加する傾向は認められなかった。しかし、飲酒に関しては飲酒しない者と多量に飲酒する者の二極化が生じている可能性が示唆されていることや初回調査でアルコール使用障害の基準に該当した者の回復率が沿岸部で低いことなどから、今後の推移を注意して観察する必要があると考えられる。

一方、2012 年調査ではニコチン依存の問題が他地域と比較して被災地で高い頻度で認められたが、仮設住宅暮らしなど、震災後のストレスの多い住居環境や復職の問題などが関連していると考えられた。しかし 2014 年時点では改善傾向にあった。

ギャンブル依存は、被災地の男性で改善傾向にあり、仕事を持ち始めるなど環境の変化によるものと考えられた。

一方、睡眠薬の使用やベンゾジアゼピン依存の頻度が被災地で高く、再調査でも同じ傾向であったことは、これらの処方薬への依存は、処方の原因になる病態の遷延も関係し、その状況がかなり長期にわたり継続することを物語っており、今後もこれらの点を配慮した長期の支援が必要であると言える。

多変量解析を用いてそれぞれの依存や嗜癖行動を従属変数にして、関連要因を検討したが、被災に関連した要因がほとんど関連要因として検出されなかった。従来からの関連要因である性、年齢、配偶関係以外で関係したのは、ニコチン依存と仮設住宅、インターネット依存と震災で失業、ベンゾジアゼピン依存と仮設住宅のみであった。しかし、家屋の全壊や沿岸住民と仮設住宅など相互に関連が強い要因が多いので、これらも配慮した詳細な解析も必要と考えられる。

以上の結果から震災が飲酒行動やアルコール使用障害に著しい影響を及ぼしたとは言えず、海外の震災時に観察された現象とは異なる可能性が示唆された。しかし、調査対象者数が限られており、依存症や乱用の基準に該当した者の数が少ないことから、結果の解釈にあたっては、慎重な姿勢が必要である。また、本研究結果からは仮設住宅入居者への対策として、ニコチン依存やベンゾジアゼピン依存に配慮する必要があると考えられた。

2. 被災地支援活動

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。各被災地では、保健師に対する研修に加え、医師・看護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。さらに、一般住民を対象とした講演会を開催して住民全体にアルコール問題に関する啓発を行ってアルコール問題に対す

る意識の高揚を図ってきた。

岩手県宮古市では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い、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。

保健師等の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、研修受講者の自己評価として「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、AAPPQのスコアも向上していることが確認された。介入を開始して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、これらに加えて「相談と助言」、「役割認識」の因子で、有意に得点が増加しており、獲得したスキルが定着したことも確認できた。

このように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。すでに特定保健指導の中でも実践されており、本研究班の支援終了後も保健師のアルコール問題対応に役立てていた

だけることを期待したい。

E. 結論

本研究の概要および主要な結果は以下の通りである。

- 1) 岩手県・宮城県の住民を対象として2012年に実施した調査の回答者を対象に再調査を実施した。沿岸部、内陸部で男女別にアルコール関連問題のスクリーニングテストであるAUDITの結果を比較したが、両群で有意差は認められなかった。
- 2) ニコチン依存のスクリーニングテストであるFTNDは2012年調査では沿岸部で男女とも高率だったが2014年調査では改善する傾向が認められた。
- 3) ギャンブル依存のスクリーニングテストであるSOGS高得点は2012年調査では男性で沿岸部に多い傾向があったが、2014年調査では男女とも有意差を認めなかった。
- 4) ベンゾジアゼピン依存のスクリーニングテストであるBDEPQは2012年調査、2014年調査とも男女とも沿岸部で高率であった。
- 5) DSM-IVのアルコール依存症、アルコール乱用の基準に該当する者の割合は男女とも沿岸部、内陸部で比較して有意差を認めなかった。
- 6) 被災地の保健師等の支援者等を対象としたアルコール関連問題の介入等に関する研修会、講演会、一般住民を対象とした講演会を開催して支援者へ介入スキルを移譲する支援活動を継続すると共に地域住民全体にアルコール問題に関する啓発を行った。さらに特定保健指導でアルコール問題の短時間の早期介入を行っ

た。これらの活動の効果を検証するためにAAPPQを用いて研修前後で評価したところ、有意な得点の増加が認められ、支援活動の効果が検証された。

参考文献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1994 (高橋三郎, 大野裕, 染谷俊幸訳: DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引、医学書院、東京、1995)
- 2) Grant BF, Dawson DA, Stinson FS, et al.: The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence: United States, 1991-1992 and 2001-2002. Drug Alcohol Depend, 74: 223-234, 2004.
- 3) Saunders JB, Aasland OG: WHO Collaborative Project on Identification and Treatment of Persons with Harmful Alcohol Consumption, Report on Phase I. Development of a Screening Instrument (MNH/DAT/86.3), World Health Organization, Geneva, 1987.
- 4) 廣 尚典、島 悟: 問題飲酒指標AUDIT日本語版の有用性に関する検討。日本アルコール・薬物医学会雑誌 31; 437-450, 1996.
- 5) Mayfield DG, McLeod G, Hall P: The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. Am J Psychiatry, 131: 1121-1123, 1974.
- 6) Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, et al.: The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the

Fagerström Tolerance Questionnaire. Br J Addict, 86: 1119-1127, 1991.

7) Kawakami N, Takatsuka N, Inaba S, et al.: Development of a screening questionnaire for tobacco/nicotine dependence according to ICD-10, DSM-II-R, and DSM-IV. Addict Behav, 24: 155-166, 1999.

8) Young KS: Caught in the Net. John Wiley & Sons, Inc., New York, 1998.

9) Lesieur HR, Blume SB: The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. Am J Psychiatry, 144: 1184-1188, 1987.

10) Baillie AJ, et al.: The Benzodiazepine Dependence Questionnaire: Development, reliability and validity. Br J Psychiatry, 169: 276-281, 1996.

11) Rubonis AV, Bickman L. : Psychological impairment in the wake of disaster: The disaster-psychopathology relationship. Psychological bulletin.109:384-399. 1991.

12) Mysels DJ, Sullivan MA, Dowling FG: Substance abuse. In: Stoddard Jr. FJ, Pandya A, Katz CL, editor. Disaster Psychiatry. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2011. p. 121-146.

13) Keyes KM, Hatzenbuehler ML, Hasin DS.: Stressful life experiences, alcohol consumption, and alcohol use disorders: the epidemiologic evidence for four main types of stressors. Psychopharmacology (Berl).218:1-17. 2011.

14) Cartwright AKJ: The attitudes of

Helping Agents Towards the Alcoholic Client: the Influence of Experience, Support, Training, and Self-Esteem, British Journal of Addiction, 75, 413-431,1980.

15) 高野歩：認知行動療法プログラムを実施する医療従事者における効果の検証ならびに患者や仕事に対する態度の変化の検討

(平成23年度厚生労働科学研究費補助金「薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究」総合研究報告書：研究代表者 松本 俊彦)

F. 健康危険情報
特になし。

G. 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

3) 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.

4) Matsushita S, Higuchi S: Genetic differences in response to alcohol. *Handb Clin Neurol*, 2014; 125:617-27.

5) Yokoyama A, Yokoyama T, Mizukami T, Matsui T, Shiraishi K, Kimura M, Matsushita S, Higuchi S, Maruyama K: Alcoholic Ketosis: Prevalence, Determinants, and Ketohepatitis in Japanese Alcoholic Men. *Alcohol*, 2014, Aug

6) Yokoyama A, Yokoyama T, Brooks PJ, Mizukami T, Matsui T, Kimura M, Matsushita S, Higuchi S, Maruyama K: Macrocytosis, macrocytic anemia, and genetic polymorphisms of alcohol dehydrogenase-1B and aldehyde dehydrogenase-2 in Japanese alcoholic men. *Alcohol Clin Exp Res*, 2014, 38(5):1237-46

7) Higuchi S, Maesato H, Yoshimura A, Matsushita S: Acceptance of controlled drinking among treatment specialists of alcohol dependence in Japan. *Alcohol*, 2014;49(4):447-52.

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.

10) 長徹二 : 今、被災地支援について考える *Frontiers in Alcoholism* 3巻1号 p60-62, 2015.1

11) 松下幸生、樋口進 : アルコール対策

は自殺対策でもある : 抑うつや精神疾患をもつ人への支援 . *保健師ジャーナル* 71:199-204, 2015

12) 松下幸生、樋口進 : アルコール依存の疫学 . *精神科*, 26:38-43, 2015.

13) 真栄里仁、樋口進 : 女性の飲酒をめぐる状況と職域での対応 . *産業医学ジャーナル* 37, 14-19, 2014.

14) 真栄里仁, 樋口進 : アルコール依存症と境界型パーソナリティ障害の重複障害 . 向精神薬と妊娠・授乳 . 伊藤真也他 (編) pp194-202, 2014.

15) 真栄里 仁、佐久間 寛之、木村 充、中山 秀紀、瀧村 剛、吉村 淳、小豆澤 浩司、中井 美紀、藤内 温美、福田 貴博、藤江 昌智、村上 優、杠 岳文、樋口 進 : アルコール依存症治療目標についての医師、依存症者への調査 *日本アルコール関連問題学会雑誌* 2014 : 16 : 62-69.

16) 真栄里 仁、樋口 進 : 女性の飲酒をめぐる状況と職域での対応 *産業医学ジャーナル* 2014 : 37 : 14-19.

17) 伊藤 満、松下幸生、樋口 進 : アルコール依存症と認知障害 : *精神科* 2014:24 (5) :516-522

18) 佐久間寛之, 樋口 進: 避難所・仮設住宅における飲酒とうつ病の関係. *Depression Frontier* 12(2): 78-83, 2014

2 . 学会発表 (国内学会)

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

4) 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.

5) 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

6) 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

7) 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

8) 瀧村 剛、松下幸生、尾崎米厚、佐久間寛之、中山秀紀、中山寿一、遠山朋海、樋口 進．東日本大震災被災後の被災地消防団におけるアルコール関連問題の変化 岩手県大船渡市消防団に対する調査より．日本アルコール薬物医学会、2014 年 10 月 3 日、横浜

9) 湯本洋介、石川達、長徹二、村上優、杠岳文、尾崎米厚、松下幸生、樋口進．全国調査から見た、女性のアルコール使用の特徴について．日本アルコール関連問題学会、2014 年 10 月 3 日 - 4 日、横浜

10) 岡田 瞳、伊藤 満、三原 聡子、渡邊 弘、松下 幸生、樋口 進：アルコール依存症を合併するうつ病患者への集団認知行動療法の効果の持続性第 36 回日本アルコール関連問題学会、2014 年 10 月 3 日 - 4 日、横浜

11) 藤田さかえ、佐久間寛之、松下幸生、樋口 進：当院における東日本大震災復興期の被災地支援の現状報告 第 36 回日本アルコール関連問題学会、2014 年 10 月 3 日 - 4 日、横浜

12) 伊藤 満、松藤みどり、岩本亜希子、瀧村 剛、吉村 淳、松下幸生、樋口進：減酒支援の理論と実際：飲酒運転対策として．第 36 回日本アルコール関連問題学会 2014 年 10 月 3 日 - 4 日、横浜

3 . 学会発表 (国際学会)

1) 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.

2) 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.

3) 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.

4) 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.

5) 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

6) 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

7) Matsushita S, Sakuma H, Takimura T, Kimura M, Osaki Y, Higuchi S: The Impact of the Great East Japan Earthquake on Alcohol, Nicotine and Hypnotic Abuse and Gambling in Disaster-Stricken Areas. International Society of Addiction medicine annual meeting, Oct 2-6, 2014, Yokohama, Japan

8) Sakuma H, Matsushita S, Fujita S: Teaching motivational interviewing skills to medical care providers in a disaster area. International Society of Addiction medicine annual meeting, Oct 2-6, 2014, Yokohama, Japan

9) Takimura T, Matsushita S, Osaki Y, Sakuma H, Nakayama H, Nakayama H, Toyama T, Higuchi S: ALCOHOL-RELATED PROBLEMS AMONG VOLUNTEER FIREFIGHTERS IN A DISASTER AREA. International Society of Addiction medicine annual meeting, Oct 2-6, 2014, Yokohama, Japan

10) Matsushita S, Sakuma H, Kimura M, Osaki Y, Higuchi S: The Impact of the Great East Japan Earthquake on Alcohol, Nicotine and Hypnotic Abuse in Disaster-Stricken Areas.

Asian-Pacific Society for Alcohol and Addiction Research, April 24-26, 2014, Shanghai, China

11) Cho T: The current psychiatric issue in Japan. The Royal Australian and New Zealand College of

Psychiatrists Annual Congress 2014, Perth 2014.5.

12) Tanaka M and Cho T: The Current Problems Exposed Large Disasters In Tohoku Area. Joint Workshop of 14th East Asian Academy of Cultural Psychiatry(EAACP) and 15th Korea Japan Young Psychiatry Association(KJYPA), Fukuoka 2014.8

13) Cho T, Tanaka M, Kuno K, Obata S, Egami T, Fukuda T, Iwatani J, Hara K, Matsushita S, Morikawa M, Kishimoto T: Antistigma act for alcohol use disorder in a stricken area.5th World Congress of Asian Psychiatry (WCAP), Fukuoka 2015.3

14) Okudaira F, Suzuki T, Miura A, Ishikawa T. A countermeasure against alcohol-related problems in the tsunami-stricken areas caused by the Great East Japan Earthquake .16th International Society of Addiction Medicine Annual Meetings. October 2 to 6, 2014, Kanagawa, Japan.

15) Yumoto Y, Matsushita S, Higuchi S: Prognostic factors and treatment outcomes in japanese patients with alcohol dependence: A report from the Japan Collaborative Clinical Study on Alcohol Dependence(JCSA). 16th International Society of Addiction Medicine Annual Meeting(ISAM2014), Oct 2-6, 2014, Yokohama, Japan.

16) Matsushita S, Hara S, Roh S, Oshima S, Siiya S, Fukuda K, Higuchi S: Level of Response to Alcohol and Alcohol

Related Problems in Young Japanese Adults. The 17th Congress of the International Society for Biomedical Research on Alcoholism, June 21-25, 2014, Bellevue, Washington, USA.

17) Takimura T: Alcohol-related problems among volunteer firefighters in a disaster area. 16th International Society of Addiction Medicine Annual Meeting (ISAM2014) Oct 2-6, 2014, Yokohama, Japan.

18) Itoh M, Yonemoto T, Mihara S, Toyama T, Takimura T, Yoshimura A, Sakuma H, Nakayama H, Komoto Y, Maesato H, Kimura M, Matsushita S, Higuchi S: Model of Alcoholics with Inactive ALDH2: Identifying Personality Risk Factors for Alcohol Use Disorders. 16th International Society of Addiction Medicine Annual Meeting(ISAM2014), Oct 2-6, 2014, Yokohama, Japan

19) Kimura M, Koumoto Y, Maesato H, Yoshimura A, Toyama T, Nakayama H, Takimura T, Matsushita S, Higuchi S: The characteristics of the treatment systems of alcohol use disorders in Japan. Symposium " ISAM and ESBRA Joint Symposium: Evolving differences in treatment of alcohol use disorders across cultures, " RSA-ISBRA Joint Meeting in 2014, June 21-25, 2014, Bellevue, Washington, USA

20) 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. Symposium “New data on gambling behaviors”. the 16th Annual Meeting of the International Society of Addiction Medicine, Oct 2-6, 2014, Yokohama, Japan.

21) Sakuma H, Kimura M, Fujita S, Matsushita S, Higuchi S: Prevalence of alcohol, nicotine and benzodiazepine abuse following the Great East Japan Earthquake and the impact of the disaster on substance abuse. The RSA-ISBRA Joint Meeting in 2014, Bellevue, U.S.A., June 22-25, 2014.

22) Minobe R, Matsushita S, Higuchi S: Suicide attempts, suicidal ideation, and depression among Japanese patient with alcohol dependence: a report from the Japan Collaborative Clinical Study on Alcohol Dependence (JCSA). The RSA-ISBRA Joint Meeting in 2014, June 22-25, Bellevue, U.S.A.

23) Sugiura K, Kimura M, Yutani N, Okada H, Ogawa Y, Saito M, Toyama T, Komoto Y, Matsui T, Matsushita S, Higuchi S: Psychological interventions for dementia patients with alcohol use disorders. The 16th Annual Meeting of the International Society of Addiction Medicine, Oct 2-6, 2014, Yokohama.

24) Kimura M, Itoh M, Yonemoto T, Yoshimura A, Maesato H, Sakuma H, Nakayama H, Toyama T, Matsushita S, Higuchi S: The prevalence of comorbid psychiatric disorders in Japanese

inpatients with alcohol dependence. The 16th Annual Meeting of the International Society of Addiction Medicine, Oct 2-6, 2014, Yokohama.

H. 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

特になし

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

アルコール関連問題・嗜癖行動の実態調査

研究分担者 松下 幸生 国立病院機構久里浜医療センター 副院長

研究要旨

東日本大震災の被災地の内、岩手県、宮城県において、地震と津波の被害が大きかった沿岸部と内陸部の住民を対象として 2012 年と 2014 年に行ったアルコール関連問題と嗜癖行動に関する調査結果を比較した。沿岸部は 2012 年の調査対象者全例を 2014 年の調査対象としたが、内陸部では約半数を無作為に選択して 2014 年の調査対象とした。

2012 年と 2014 年の双方の調査に回答している者は 2012 年のみ个回答者と比べて男女とも高齢であり、婚姻状況や有職者の割合に有意差を認めたと、男性は飲酒行動については有意差を認めず、女性は飲酒頻度・量ともにやや少なかったが、アルコール依存症、乱用の有病率には有意差を認めなかった。

飲酒頻度・量の変化について検討したところ、沿岸部では飲酒しない者の割合が内陸部より高いが、非飲酒者を除くと、飲酒頻度・量とも増加、減少、変化なしの割合は両群で有意差を認めなかった。

アルコール依存症・乱用の有病率について沿岸部・内陸部で比較したが、2012 年調査、2014 年調査とも有意差を認めなかった。

アルコール依存症、乱用を合わせて使用障害として背景情報や震災関連項目と相関をみたところ、アルコール使用障害には単身生活者が有意に多いが、震災による失業、仮設住宅での居住、家族・親戚の死亡といった震災関連の項目との相関は認められなかった。

アルコール使用障害では飲酒頻度、飲酒量とも非該当者より有意に多く、面接調査票を用いて面接によって基準に該当するか調べる調査方法の妥当性が示唆された。

アルコール使用障害の経過について、初回調査時は該当したが、再調査時には該当しなかった者を回復、初回・再調査の両方とも該当した者を未回復、初回調査では該当しなかったが、再調査時に該当した者を発生と定義して沿岸部、内陸部で比較したところ、沿岸部では回復者の割合がやや低い傾向が認められたが、発生率はほぼ同等であった。

アルコール使用障害の経過について、背景情報や震災関連項目との相関をみたところ、回復者は未回復の者より高齢であり、単身生活者が少ない傾向がみられたが、震災に関連した項目との相関は認められなかった。しかし、使用障害に該当した者の数が少ないため、結果の解釈には注意が必要である。

以上を総合すると、沿岸部では飲酒行動の二極化が生じている可能性が示唆されたが、アルコール依存症およびアルコール乱用の有病率は沿岸部では増加していない。使用障害の経過については、沿岸部で回復率が低い可能性が示唆されるが、発生率は内陸部と同等であった。これらの結果から被災地では他の地域に比べて特にアルコール関連問題が深刻とは言えないという結論になる。しかし、調査対象者数は限られており、調査に回答しなかったものに重大な問題が存在する可能性も否定はできず、今後も注意深く見守る必要がある。

研究協力者

木村 充：国立病院機構久里浜医療センター精神科診療部長

真栄里 仁：国立病院機構久里浜医療センター教育情報部長

佐久間寛之：国立病院機構久里浜医療センター精神科医長

吉村 淳：国立病院機構久里浜医療センター精神科医長

瀧村 剛：国立病院機構久里浜医療センター精神科医師

藤田さかえ：国立病院機構久里浜医療センター医療社会事業専門職

A. 研究目的

災害発生後に被災地で飲酒量が増加してアルコール関連問題が発生することは国外の過去の多くの災害やその調査が指摘している。

本研究は飲酒行動、嗜癖行動やアルコール関連問題に震災の及ぼす影響を検討して実態を把握(横断的および縦断的研究)し、効果的予防方法や対策に関して検討することを目的とする。

海外ではアルコール関連問題は PTSD やうつ病などと並んで災害後のメンタルヘルスを検討する上で重要な課題であり、研究の必要性は極めて高い。一方、わが国では阪神淡路大震災後にアルコール関連問題による孤独死の多いことが報告されているものの、災害がアルコール関連問題に及ぼす影響に関して検討した調査は皆無に等しい。また、ギャンブルなどの嗜癖行動と災害との関連に関する調査は国内外ともにほとんど行われていない。

さらに、本研究は災害がどのように被災者の飲酒行動や嗜癖関連行動を変化させるか、災害がアルコール関連問題の発生にどのように関わるかといった点を明らかにし、アルコール関連問題に脆弱な者の特定やその対策について検討するために必要な情報を提供することによって今後の災害の際にアルコール関連問題や病的嗜癖の予防策や対策を講じる上で重要なエビデンスを提供する。

以上の点を踏まえて本研究の特徴は以下の点である。

1)被災地におけるアルコール関連問題の状況を一般人口に対する無作為抽出標本を使った調査は過去にほとんど行われていない。

2)アルコール関連問題のみならずニコチン依存、ギャンブル、インターネット、睡眠薬・ベンゾジアゼピン系薬物の使用といった嗜癖に関連した行動について災害との関連を本調査が初めて明らかにする。

3)過去の調査ではアルコール依存についてスクリーニングテストを用いて推計するものがほとんどだが、本調査では面接に

よって DSM-IV 診断基準 1)を適応してアルコール依存、乱用の被災地における実態を初めて明らかにする。

4)過去の全国調査で使用されたアルコール関連問題、ギャンブル依存、インターネット依存、ニコチン依存のスクリーニングテストと同じテストを使用することによって全国調査との比較を可能にする。

本年度は3年計画の3年目であり、平成24年度に実施した岩手・宮城県における住民調査の対象者に再調査を依頼して追跡調査を実施した。調査内容は飲酒、喫煙、睡眠薬・ベンゾジアゼピン系薬物の使用、ギャンブル、インターネットの使用状況について自記式調査票を用いて調査を行い、さらに面接によって飲酒、喫煙の頻度および DSM-IV のアルコール依存症・乱用の診断基準に該当するか否かについて調査を行った。この調査によって震災後の生活の変化が飲酒、喫煙、薬物使用、ギャンブルといった嗜癖関連行動に与える影響について検討することが可能となる。

本報告書では、面接調査と留置き調査(自記式調査票)の結果に分けて結果を報告するが、研究分担者の尾崎教授が留置き調査結果を報告し、松下が面接調査結果を報告する。

B. 研究方法

1)3年間の概要

本研究の中心課題は被災のアルコール関連問題や嗜癖行動へ及ぼす影響を調査することである。本年度は岩手県、宮城県の住民を対象とした縦断調査を行って、飲酒、喫煙、ギャンブル、インターネット等の行動の実態調査を行った。次年度では被災地のコントロールとして全国の住民を対象とした調査を実施して被災地の結果と比較した。最終年度では初年度の調査に協力してくれた住民に対して再度調査を行って、アルコール・嗜癖関連行動について縦断的に調査を実施した。

2)実態調査

調査票

調査票は平成24年度の初回調査で使用したものと基本的には同じものである。初

回調査との違いは被災に関する質問が震災による仕事の変化および現在の住居について尋ねるようにして、家族や親族の被害に関する質問は省略した点が異なっている。

面接調査用の調査票では喫煙の有無、喫煙本数、飲酒経験の有無、飲酒頻度・量、飲酒によるフラッシング反応の有無について質問している。飲酒量については普段飲む酒類およびその量を尋ねているが、量の確認にはコップのサンプルを提示して正確に量を推計できるように配慮している。さらに、DSM-IVによるアルコール依存症（現在および生涯）、アルコール乱用（現在および生涯）の基準に関する質問項目が含まれている。この調査票は米国における大規模な一般住民調査(National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions; NESARC)2)で使用されたものを邦訳して使用した。さらに、面接調査では性別、誕生日、学歴、婚姻状況、生育地、同居家族、職業、収入といった基本情報を聴取した。

標本抽出

岩手県、宮城県を対象地域として行った2012年の調査に回答した者を調査対象者としたが、研究費の節約のため、内陸部の対象者については、2012年調査の約半数に協力を依頼し、沿岸部では2012年調査の回答者全員に再調査を依頼した。

2012年には層化2段無作為抽出法によって岩手県、宮城県の沿岸部、内陸部の90地点から20歳以上の男女3,600名（沿岸部1,800名、内陸部1,800名）を無作為抽出した。調査は前述のように面接調査と留置調査の両方を実施した。調査回答者数は、沿岸部1,006名、内陸部972名であった。沿岸部では転居32名（1.8%）、長期不在18名（1.0%）、住所不明16名（0.3%）のため調査不能であり、これらを除くと実質回答率は58.0%になる。内陸部では転居53名（2.9%）、長期不在62名（3.4%）、住所不明42名（2.3%）であり、実質回答率は59.2%となる。

2012年の初回調査期間は2012年11月8日から同年12月17日までである。

2014年調査は沿岸部982名、内陸部475

名の1,457名に調査を依頼して、沿岸部577名（女性345名、男性232名）、内陸部353名（女性196名、男性157名）の合計930名（女性541名、男性389名）から回答を得た。回答率は沿岸部58.8%、内陸部74.3%、全体で63.8%であったが、回答不能の理由についてみると、沿岸部は199名（20.3%）が転居、40名（4.1%）が長期不在、19名（1.9%）が住所不明といった理由のため調査不能であったが、これらを除くと79.7%の回答率となる。内陸部も、転居が37名（10.5%）、長期不在10名（1.8%）、住所不明5名（1.1%）であり、これらの理由を除くと83.5%の回答率であった。

調査期間は2014年11月6日から2014年12月15日の間である。

調査方法

あらかじめ抽出された対象者に対して、事前に調査依頼のはがきを送付した。各地区の調査員が対象者の自宅へ出向いて、面接調査部分は面接により回答を聴取し、面接後に自記式調査票に記入を依頼して調査票は調査員が後日自宅を訪問して回収した。実際の調査は上記標本抽出を含めて、社団法人新情報センターに委託した。

解析方法

得られた回答はコンピューターに入力して解析を行った。解析には統計解析パッケージSAS (version 9.2)を使用した。平均値はt検定、2012年と2014年の比較では対応のあるt検定を用いた。割合の比較はカイ二乗検定を用いた。期待数の少ない場合はフィッシャーの直接確率を用いて検定を行った。

アルコール乱用の同定

アルコール乱用はDSM-IVで定義されるカテゴリーである。本研究ではDSM-IVの診断基準に該当するか否かを判定できるようにした面接調査票を用いている。

以下にその診断基準を示す。

臨床的に著名な障害や苦痛を引き起こ

す不適応的なアルコール使用様式で、以下の少なくとも一つが12か月以内に起こることによって示される。症状は依存の診断基準を満たしたことはない。

- (1) アルコールの反復的な使用の結果、仕事、学校、または家庭の重要な役割義務を果たすことができなくなる。
- (2) 身体的危険のある状況でアルコールを反復使用する。
- (3) 反復的に引き起こされるアルコール関連の法律上の問題。
- (4) 持続的、反復的な社会的または対人関係の問題がアルコールの影響により引き起こされたり、悪化したりしているにもかかわらず、アルコール使用を継続する。

診断基準ではアルコールを含むすべての精神作用物質に共通するが、ここでは作用物質はアルコールに限定して記載した。調査では最近1年間および生涯にわたって該当する項目について聴取した。

アルコール依存症の同定

本研究ではDSM-IVの診断基準に合わせた面接調査票を用いている。

以下にその診断基準を示す。

臨床的に重大な障害や苦痛を引き起こすアルコール使用の不適応的な様式で以下の3つ(またはそれ以上)が、同じ12か月の期間内のどこかで起こることによって示される。調査では過去1年間および生涯にわたって該当する項目があるか聴取した。

- (1) 耐性、以下のいずれかによって定義されるもの：a. 酩酊または希望の効果をj得るために著しく増大した量のアルコールが必要 b. アルコールの同じ量の持続使用により、著しく効果が減弱
- (2) 離脱、以下のいずれかによって定義されるもの：a. アルコールに特徴的な離脱症候群がある b. 離脱症状を軽減したり回避したりするために、アルコールを摂取する
- (3) アルコールをはじめのつもりより

大量に、またはより長い期間、しばしば使用する

- (4) アルコールを中止、または制限しようとする持続的な欲求または努力の不成功のあること
- (5) アルコールを得るために必要な活動(例：長距離を運転する)、アルコール使用(例：立て続けに飲む)、またはその作用からの回復などに費やされる時間の大きいこと
- (6) アルコールの使用のために重要な社会的、職業的または娯乐的活動を放棄、または減少させていること
- (7) 精神的または身体的問題がアルコールによって持続的、または反復的に起こり、悪化しているらしいことを知っているにもかかわらず、アルコール使用を続ける。

(倫理面への配慮)

本研究は独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター倫理審査委員会の承認を得て実施した。調査対象者に対しては、調査の趣旨・内容・方法等を記した依頼状を郵送して、調査の内容を伝え、その後調査員が自宅を訪問して、対象者に調査の趣旨、内容、方法をよく説明して書面による同意を得た上で調査を実施した。2012年の初回調査時に再調査の可否について確認をして、同意の得られたものを対象者として再調査を依頼した。

得られた情報は厳密に保管して、本調査の関係者以外が取り扱えないよう配慮し、個人情報の漏洩予防には十分な対策を講じた。データの公表の際には個人名などの個人が特定される情報は削除し、個人情報の保護には十分配慮する。

C. 研究結果

岩手県、宮城県の住民調査については、研究分担者の尾崎教授と分担して解析して報告するが、ここでは、面接調査結果を主に集計、解析して報告する。

1. 初回(2012年調査)のみの対象者と初回・再調査とも対象となった者の比較(内陸部)

内陸部の対象者は初回の対象者から無作為に475名を抽出して調査対象とした。そこで、まず、初回のみを対象者と初回・再調査ともに対象となった者を比較する。

表1には年齢、婚姻状況、教育歴、同居者数、年収、仕事の有無について比較して示す。

女性では再調査対象者は初回のみを対象者に比べて婚姻状況で同居の割合が少なく、死別が多い。また、女性は再調査対象者は初回のみを対象者より同居者数が少ないといった違いはあるが、年齢、教育歴、年収などの項目については有意差を認めなかった。

表2に飲酒関連の項目および睡眠薬の使用頻度について比較した結果を示す。男性は1回あたりの飲酒量が再調査対象者は初回のみを対象者に比べてやや多い傾向がみられた。一方、女性は逆に飲酒量が再調査対象者は少ない傾向が認められたが、いずれも統計的に有意ではなかった。

睡眠薬の使用頻度について比較すると、再調査対象者は男性の場合、使用頻度が有意に少なかったが、女性では有意差を認めなかった。

以上より、内陸部の再調査対象者は初回のみを対象者と比較して背景情報、飲酒関連行動について基本的には明らかな差を認めず、追跡調査結果に大きな影響は及ぼしていないと考えられる。

2．初回のみを対象者と初回・再調査対象者の比較

次に、再調査対象者の内、初回・再調査ともに回答している者と初回のみしか回答していない者がいるので、差異の有無について検討した。

表3に背景情報の比較を示す。男女とも、初回・再調査双方に回答した者は初回のみを対象者と比較して有意に年齢が若い。さらに、女性の場合は初回・再調査ともに回答した者は初回のみを対象者より婚姻状況で同居が少なく、死別が多い、教育年数が短く、同居者数が少なく、無職が多いといった特徴が認められる。これらはいずれも年齢が高いことで説明が可能と考えられる。

飲酒に関連した項目について比較した結果を表4に示す。初回・再調査とも回答した者は初回のみを対象者と比較して女性では飲酒頻度が低い、飲酒量が少ないといった違いが認められるが、男性ではいずれの項目にも有意差は

認められなかった。飲酒行動の違いについても女性の場合は年齢が影響している可能性が考えられる。

表5にはDSM-IVの診断基準によるアルコール依存、乱用および依存と乱用を合わせた使用障害の項目に該当する者の割合を比較して示す。表5に示すように初回調査のみの回答者も初回・再調査回答者においても診断基準を満たす者の割合に有意差は認められなかった。

以上の点は、初回調査・再調査結果を解釈する上で注意すべき点である。

3．沿岸部と内陸部における飲酒行動の比較（初回・再調査回答者のみ）

次に初回調査および再調査の結果を沿岸部と内陸部の間で比較する。

表6には飲酒行動に関して比較した結果を示す。初回調査、再調査とも、また男女とも飲酒頻度、量ともに沿岸部で有意に少ない。しかし、男性で毎日飲酒すると回答した者の割合は沿岸部、内陸部とも同じ割合である一方、過去1年飲酒していないと回答した男性の割合が沿岸部で高い。初回調査時は女性も同じ傾向にあり、毎日飲酒すると回答した女性の割合はほぼ等しい。一方、再調査では毎日飲酒すると回答した女性の割合は沿岸部で低く、飲酒していないと回答した女性の割合は沿岸部で高い。

1回あたりの飲酒量についても飲酒頻度と同様の傾向があり、飲まないと回答した者の割合が沿岸部で男女とも高く、全体としては、沿岸部で飲酒量が少ない傾向にあるが、1回に60g以上飲酒する多量飲酒者の割合は初回、再調査とも、男女とも沿岸部と内陸部でほぼ同じ割合である。

寝酒の頻度を比較すると、初回、再調査とも男女とも沿岸部で使用頻度が高い傾向にあるが、統計的には有意ではない。

一方、睡眠薬の使用頻度についてみると、再調査で男性では沿岸部で睡眠薬の使用頻度が有意に高い。

これらをまとめると、沿岸部では飲酒頻度・量については、飲酒しない者の割合が沿岸部で高いが、飲酒頻度の多いもの、飲酒量の多い者の割合は沿岸部、内陸部で大きな違いはないという結果である。また、睡眠薬に関しては、沿岸部で男女とも使用頻度が多い傾向が認められた。

4．飲酒頻度・量の変化の比較

初回調査と再調査で飲酒頻度と飲酒量の変

化について検討した結果を表7に示す。

飲酒頻度の変化は男女とも有意差はない。男女とも増加しているのは内陸部で多く、沿岸部では変化なしが最多であった。これは非飲酒者を除いて集計した場合でも同じであり、増加した者は内陸部で多く、沿岸部では減少している者が多い。

飲酒量についてみると、沿岸部で飲酒なしと回答した者が多いが、非飲酒者を除くと男女とも減少も増加も沿岸部で多いという結果であった。

5．アルコール依存症・乱用の有病率比較

表8に面接調査によって行ったDSM-IVのアルコール依存症および乱用の診断基準に該当する割合を沿岸部と内陸部で比較した結果を示す。男性は初回、再調査ともアルコール依存症および乱用の基準に該当する者の割合は沿岸部と内陸部で有意差はない。女性も同様であった。

6．アルコール使用障害の背景情報

次にアルコール依存症または乱用の基準に該当する者と該当しない者で背景情報を比較した結果を表9に示すが、女性は使用障害に該当する者の数が少ないため、男性のみで比較した。

年齢についてみると、初回調査では使用障害に該当する者は非該当者より若い傾向にあったが、有意ではなかった。再調査では年齢の差はさらに広がって統計的に有意差をもって該当者は非該当者より若かった。

婚姻状況や教育歴に違いはないが、単身、同居者ありに分けて比較すると初回調査、再調査とも使用障害該当者は有意に単身者が多い。

年収について比較すると、有意ではないが、使用障害該当者は非該当者より400万以上の収入の者が多い傾向にある。仕事の有無については、両群で違いがないので、年収の差は年齢によるものか、またはアルコール飲料に支出する経済的余裕の違いを反映していると考えられる。

7．アルコール使用障害と震災関連事項

面接調査では震災に関連した事項として、震災による仕事の喪失の有無、調査時の住居および家族・親戚の死亡の有無について聴取してい

る。アルコール使用障害の該当の有無でこれらの項目を比較した結果を表10に示す。震災による失業、仮設住宅の居住、家族・親戚の死亡の各項目について、使用障害該当者と非該当者に有意な差は認められなかった。

8．アルコール使用障害と飲酒頻度・量

次に使用障害の該当・非該当間で飲酒頻度と飲酒量について比較した結果を表11に示す。使用障害該当者は非該当者と比較して、男女とも飲酒頻度、飲酒量が多い。特に60g以上の多量飲酒者の割合は男性の使用障害該当者では過半数であり、女性でも半数が1回あたり100g以上の飲酒をしている。

9．アルコール使用障害の経過と発生率の比較

初回調査で使用障害に該当した者が再調査時に該当しているか、していないか、また初回調査時に該当しなかった者の中で再調査時に該当しているものがどの程度の割合存在するかについて集計して沿岸部、内陸部で比較した結果を表12に示す。

初回調査で該当して再調査では該当しなかった場合を回復、初回調査、再調査のいずれも該当した場合を未回復、初回調査では該当しなかったが、再調査では該当した場合を発生、上記以外を非該当として分類した。

表12に示すように、回復、未回復、発生の割合は沿岸部、内陸部で大きな相違を認めなかった。しかし、使用障害に該当する者は内陸部で12名、沿岸部で18名と人数が少ないことにも留意する必要がある。

10．使用障害の経過を背景情報の相関

表13に使用障害の経過と背景情報の相関について集計した結果を示す。初回調査で該当して、再調査では該当しなかった者は他の経過の者より年齢が高く、初回調査で該当せず再調査で該当した者が最も年齢が若い。

婚姻状況については、初回調査、再調査とも使用障害に該当した者では同居が少ない傾向があるが、有意ではない。教育歴は初回調査で該当せず、再調査で該当した者で教育年数が長い傾向があるが、有意ではない。同居者の有無についてみると、初回・再調査とも該当した者で有意に単身者が多いことがわかる。収入については、初回調査では該当せず、再調査で該当

した者は200万から800万までの割合が非該当者より多いが、仕事があると回答した者の割合が発生群で多いことが関係していると考えられる。

1.1. 使用障害の経過と飲酒行動

表14に使用障害の経過と飲酒関連項目の相関を示す。回復した者では約18%がほぼ飲酒していないのに対して、未回復、発生群では週に3日以上頻度で飲酒しているものがほとんどである。

飲酒量についても回復した者では60%以上が40g未満の飲酒量であったのに対して、未回復群では90%近くが40g以上、発生群でも半数が40g以上の飲酒量であった。

飲酒頻度と量の変化については、回復群は頻度の減少は多くないが、飲酒量が減少した者が多い。一方、未回復群では90%近くが飲酒頻度が同じか増加していた。発生群については飲酒頻度は変化しないものの、飲酒量の増加しているものが半数であった。

1.2. 使用障害の経過と震災関連項目

表15に使用障害の経過と震災関連項目との相関を示す。

震災による失業、仮設住宅の居住、家族や親戚の死亡の有無との相関を検討したが、いずれの項目も使用障害の経過と有意に相関する項目は認められなかった。

D. 考察

東日本大震災の被災地の内、岩手県、宮城県において、地震と津波の被害が大きかった沿岸部と内陸部の住民を対象として2012年と2014年に行ったアルコール関連問題と嗜癖行動に関する調査結果を比較した。

2014年調査は2012年に行った調査回答者を対象に追跡調査として実施したが、被害の大きかった沿岸部では2012年調査の全回答者を対象としたが、内陸部では2012年調査の回答者から無作為に約半数を選択して調査対象とした。

内陸部の調査対象者選択については、2012年調査の項目を2014年調査の対象者・非対象者に分けて比較したが、2014年調査対象者は2012年調査のみの対象者と比較して女性では婚姻状況で死別が多い、同居者数が少ないとい

った違いが認められたが、飲酒行動については有意差を認めなかった。一方、男性は年齢、婚姻状況等の背景情報や飲酒頻度・飲酒量には有意差を認めなかったものの、睡眠薬の使用が2012年調査のみで頻度が多いという違いが認められた。これらの結果から無作為の選択は概ね妥当と考えられる。

さらに、2014年調査では転居や不在等の理由で回答率が沿岸部58.5%、内陸部63.8%であった。その為、解析にあたっては初回調査のみの回答者と初回・再調査双方に回答した者で背景情報、飲酒行動について比較を行ったところ、双方の調査に回答した者は初回のみ回答者より男女とも高齢であり、女性は双方の調査回答者は死別が多く、教育年数が短く、同居者数が少なく、100万未満の低収入が多いといった点で有意差が認められた。また、男女とも両調査回答者は有職者が少ないという点でも有意差を認めた。これらの違いは双方の調査に回答した者が高齢であることで説明が可能と考えられた。

しかし、飲酒頻度や飲酒量といった点では男性は初回のみ回答者と両調査の回答者で有意差を認めていない。女性では両調査の回答者は初回のみ回答した女性より飲酒頻度が少ないが、飲酒量では0gと回答した者が多い反面、60g以上の多量飲酒者の割合はやや少ない程度の違いであった。DSM-IVの基準によるアルコール依存症、乱用の該当者の割合は有意な差を認めていない。

以上の点を考慮に入れて飲酒行動を沿岸部、内陸部で比較すると、男女とも沿岸部では飲酒しない者の割合が高いが、毎日飲酒する頻度の多い男性の割合は両群で大きな違いは認められなかった。女性では再調査で毎日飲酒する者の割合は沿岸部でやや低かった。飲酒量については、1回に60g以上飲酒する多量飲酒者の割合は再調査では男女とも両群でほぼ同じ割合であった。これらの結果より、沿岸部では飲酒しない者と多量に飲酒する者の二極化が生じている可能性が示唆された。

一方、飲酒頻度や飲酒量の変化については、沿岸部と内陸部で有意差を認めなかった。これらの結果から震災後の生活が飲酒行動に強いインパクトを与えているとは言えないという結果である。

アルコール依存症、乱用の基準に該当する者の割合についても沿岸部、内陸部で有意差を認めなかった。それぞれの基準に該当する者の数が少ないため、アルコール依存症と乱用を合わ

せてアルコール使用障害として背景情報や飲酒行動について比較したところ、背景情報では単身者の割合が使用障害では有意に高く、疾病との相関が認められた。飲酒行動では飲酒頻度、量とも使用障害で多いのは当然である。震災関連の項目との相関は認められず、被災が使用障害に影響をもたらしたとは言えない結果であった。初回調査と再調査結果での使用障害の経過について検討したところ、内陸部では2012年調査で使用障害基準に該当した9名の内、6名が再調査では該当しなかったのに対して、沿岸部では11名の内、該当しなかったのは5名であった。一方、2012年調査で該当しなかった者の内、2014年調査で該当した者を新たな発生とすると、内陸部は0.9%、沿岸部は1.2%とほぼ同じ割合であった。従って、沿岸部では回復率が低い可能性があるものの、使用障害の発生は多くない。回復している者は未回復の者より高齢であり、単身が少ないが、震災に関連した項目は使用障害の経過とは相関していなかった。

以上より、沿岸部では飲酒行動の二極化が生じている可能性があるものの、アルコール依存症、アルコール乱用の有病率には有意差を認めなかった。沿岸部では使用障害の回復率がやや低い可能性があるものの、発生率は内陸部と同程度であり、震災に関連した事項は使用障害とは相関を認めなかった。これらの結果から震災が飲酒行動やアルコール使用障害に著しい影響を及ぼしたとは言えず、海外の震災時に観察された現象とは異なる可能性が示唆された。しかし、調査対象者数が限られているため、依存症や乱用の基準に該当した者の数が少ないことから、結果の解釈にあたっては、慎重な姿勢が必要である。

参考文献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1994(高橋三郎, 大野 裕, 染谷俊幸訳: DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引、医学書院、東京、1995)
- 2) Grant BF, Dawson DA, Stinson FS, et al.: The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence: United States, 1991-1992 and 2001-2002. *Drug Alcohol Depend*, 74: 223-234, 2004.

E . 研究発表

1 . 論文発表

- 1) Matsushita S, Higuchi S: Genetic differences in response to alcohol. *Handb Clin Neurol*, 2014; 125:617-27.
- 2) Yokoyama A, Yokoyama T, Mizukami T, Matsui T, Shiraishi K, Kimura M, Matsushita S, Higuchi S, Maruyama K: Alcoholic Ketosis: Prevalence, Determinants, and Ketohepatitis in Japanese Alcoholic Men. *Alcohol Alcohol*, 2014, Aug
- 3) Yokoyama A, Yokoyama T, Brooks PJ, Mizukami T, Matsui T, Kimura M, Matsushita S, Higuchi S, Maruyama K: Macrocytosis, macrocytic anemia, and genetic polymorphisms of alcohol dehydrogenase-1B and aldehyde dehydrogenase-2 in Japanese alcoholic men. *Alcohol Clin Exp Res*, 2014, 38(5):1237-46
- 4) Higuchi S, Maesato H, Yoshimura A, Matsushita S: Acceptance of controlled drinking among treatment specialists of alcohol dependence in Japan. *Alcohol Alcohol*, 2014;49(4):447-52.
- 5) 松下幸生、樋口進: アルコール対策は自殺対策でもある: 抑うつや精神疾患をもつ人への支援. *保健師ジャーナル* 71:199-204, 2015
- 6) 松下幸生、樋口進: アルコール依存の疫学. *精神科*, 26:38-43, 2015.
- 7) 真栄里仁、樋口進: 女性の飲酒をめぐる状況と職域での対応. *産業医学ジャーナル* 37, 14-19, 2014.
- 8) 真栄里仁, 樋口進: アルコール依存症と境界型パーソナリティ障害の重複障害. *向精神薬と妊娠・授乳*. 伊藤真也 他(編)pp194-202, 2014.
- 9) 真栄里 仁、佐久間 寛之、木村 充、中山 秀紀、瀧村 剛、吉村 淳、小豆澤 浩司、中井 美紀、藤内 温美、福田 貴博、藤江 昌智、村上 優、杠 岳文、樋口 進: アルコール依存症治療目標についての医師、依存症者への調査. *日本アルコール関連問題学会雑誌* 2014 : 16 : 62-69.
- 10) 真栄里 仁、樋口 進: 女性の飲酒をめぐる状況と職域での対応. *産業医学ジャーナル* 2014 : 37 : 14-19.
- 11) 伊藤 満、松下幸生、樋口 進 : アルコール依存症と認知障害: *精神科* 2014:24 (5) :516-522
- 12) 佐久間寛之, 樋口 進: 避難所・仮設住

宅における飲酒とうつ病の関係. Depression Frontier 12(2): 78-83, 2014.

2. 学会発表 (国内)

1) 瀧村 剛、松下幸生、尾崎米厚、佐久間寛之、中山秀紀、中山寿一、遠山朋海、樋口 進. 東日本大震災被災後の被災地消防団におけるアルコール関連問題の変化 岩手県大船渡市消防団に対する調査より. 日本アルコール薬物医学会、2014年10月3日、横浜

2) 湯本洋介、石川達、長徹二、村上優、杠岳文、尾崎米厚、松下幸生、樋口進. 全国調査から見た、女性のアルコール使用の特徴について. 日本アルコール関連問題学会、2014年10月3日-4日、横浜

3) 松下幸生、樋口 進: アルコール使用障害を併発したうつ病に対する精神療法的試み. 第11回日本うつ病学会総会、2014年7月18日-19日、広島国際会議場

4) 松下幸生: アルコール依存症の生命予後. 平成26年度アルコール・薬物依存症関連合同学術総会 2014年10月3日-4日、横浜

5) 瀧村 剛: アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会 横浜 東日本大震災被災後の被災地消防団におけるアルコール関連問題の変化. アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会 2014年10月3日-4日、横浜

6) 岡田 瞳、伊藤 満、三原 聡子、渡邊弘、松下 幸生、樋口 進: アルコール依存症を合併するうつ病患者への集団認知行動療法の効果の持続性第36回日本アルコール関連問題学会、2014年10月3日-4日、横浜

7) 藤田さかえ、佐久間寛之、松下幸生、樋口 進: 当院における東日本大震災復興期の被災地支援の現状報告 第36回日本アルコール関連問題学会、2014年10月3日-4日、横浜

8) 伊藤 満、松藤みどり、岩本亜希子、瀧村 剛、吉村 淳、松下幸生、樋口 進: 減酒支援の理論と実際: 飲酒運転対策として. 第36回日本アルコール関連問題学会 2014年10月3日-4日、横浜

3. 学会発表 (国際)

1) Matsushita S, Sakuma H, Takimura T, Kimura M, Osaki Y, Higuchi S: The Impact of the Great East Japan Earthquake on Alcohol, Nicotine and Hypnotic Abuse and Gambling in Disaster-Stricken Areas. International Society of Addiction medicine annual meeting, Oct 2-6, 2014, Yokohama, Japan.

2) Sakuma H, Matsushita S, Fujita S: Teaching motivational interviewing skills to medical care providers in a disaster area. International Society of Addiction medicine annual meeting, Oct 2-6, 2014, Yokohama, Japan.

3) Takimura T, Matsushita S, Osaki Y, Sakuma H, Nakayama H, Nakayama H, Toyama T, Higuchi S: ALCOHOL-RELATED PROBLEMS AMONG VOLUNTEER FIREFIGHTERS IN A DISASTER AREA. International Society of Addiction medicine annual meeting, Oct 2-6, 2014, Yokohama, Japan.

4) Matsushita S, Sakuma H, Kimura M, Osaki Y, Higuchi S: The Impact of the Great East Japan Earthquake on Alcohol, Nicotine and Hypnotic Abuse in Disaster-Stricken Areas. Asian-Pacific Society for Alcohol and Addiction Research, April 24-26, 2014, Shanghai, China.

5) Yumoto Y, Matsushita S, Higuchi S: Prognostic factors and treatment outcomes in Japanese patients with alcohol dependence: A report from the Japan Collaborative Clinical Study on Alcohol Dependence (JCSA). 16th International Society of Addiction Medicine Annual Meeting (ISAM2014), Oct 2-6, 2014, Yokohama, Japan.

6) Matsushita S, Hara S, Roh S, Oshima S, Siiya S, Fukuda K, Higuchi S: Level of Response to Alcohol and Alcohol Related Problems in Young Japanese Adults. The 17th Congress of the International Society for Biomedical Research on Alcoholism, June 21-25, 2014, Bellevue, Washington, USA.

7) Takimura T: Alcohol-related problems among volunteer firefighters in a disaster area. 16th International Society of Addiction Medicine Annual Meeting (ISAM2014) Oct 2-6, 2014, Yokohama, Japan.

8) Itoh M, Yonemoto T, Mihara S, Toyama T, Takimura T, Yoshimura A, Sakuma H, Nakayama H, Komoto Y, Maesato H, Kimura M, Matsushita S, Higuchi S: Model of Alcoholics with Inactive ALDH2: Identifying Personality Risk Factors for Alcohol Use Disorders. 16th International Society of Addiction Medicine Annual Meeting (ISAM2014), Oct 2-6, 2014, Yokohama, Japan

9) Kimura M, Koumoto Y, Maesato H, Yoshimura A, Toyama T, Nakayama H, Takimura T, Matsushita S, Higuchi S: The characteristics of the treatment systems of alcohol use disorders in Japan. Symposium " ISAM and ESBRA Joint Symposium: Evolving differences in treatment of alcohol use disorders across cultures," RSA-ISBRA Joint Meeting in 2014, June 21-25, 2014, Bellevue, Washington, USA

10) 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. Symposium "New data on gambling behaviors" . the 16th Annual Meeting of the International Society of Addiction Medicine, Oct 2-6, 2014, Yokohama, Japan

11) Sakuma H, Kimura M, Fujita S, Matsushita S, Higuchi S: Prevalence of alcohol, nicotine and benzodiazepine abuse following the Great East Japan Earthquake and the impact of the disaster on substance abuse. The RSA-ISBRA Joint Meeting in 2014, Bellevue, June 22-25, 2014.

12) Minobe R, Matsushita S, Higuchi S: Suicide attempts, suicidal ideation, and depression among Japanese patient with alcohol dependence: a report from the Japan Collaborative Clinical Study on Alcohol Dependence (JCSA). The RSA-ISBRA Joint Meeting in 2014, June 22-25, Bellevue

13) Sugiura K, Kimura M, Yutani N, Okada H, Ogawa Y, Saito M, Toyama T, Komoto Y, Matsui T, Matsushita S, Higuchi S: Psychological interventions for dementia patients with alcohol use disorders. The 16th Annual Meeting of the International Society of Addiction Medicine, Oct 2-6, 2014, Yokohama

14) Kimura M, Itoh M, Yonemoto T, Yoshimura A, Maesato H, Sakuma H, Nakayama H, Toyama T, Matsushita S, Higuchi S: The prevalence of comorbid psychiatric disorders in Japanese inpatients with alcohol dependence. The 16th Annual Meeting of the International Society of Addiction Medicine, Oct 2-6, 2014, Yokohama.

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 内陸部の対象者選択の有無による比較（背景情報）

	初回調査のみの対象者		初回・再調査の対象者		有意差検定 p 値	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
人数	208	280	218	266		
年齢（2012 年）	56.9 ± 17.2	54.9 ± 16.7	56.9 ± 17.2	56.1 ± 18.9	0.95	0.42
婚姻状況（2012 年）						
同居・内縁	75.0%	68.2%	74.8%	54.5%		
死別	4.3%	11.4%	3.2%	20.3%		
別居・離婚	3.4%	6.1%	4.6%	8.7%	0.90	0.01
未婚	16.8%	13.6%	16.5%	16.2%		
不明	0.5%	0.7%	0.9%	0.4%		
教育歴（年数）	12.7±3.1	12.5±2.3	13.1±3.0	12.1±2.6	0.13	0.06
同居者数 （本人を含めた人数）	3.3±1.8	3.6±1.7	3.4±1.8	3.2±1.8	0.88	0.03
年収						
100 万未満	6.3%	30.0%	6.9%	34.2%		
100 万以上 200 万未満	21.6%	23.9%	23.9%	25.6%		
200 万以上 300 万未満	23.6%	12.1%	17.9%	10.9%		
300 万以上 400 万未満	10.1%	4.6%	14.2%	7.5%		
400 万以上 800 万未満	19.7%	4.3%	23.4%	4.1%	0.53	0.44
800 万以上	3.9%	1.1%	3.7%	0.8%		
無収入	5.8%	18.9%	4.1%	12.4%		
不明	9.1%	5.0%	6.0%	4.5%		
仕事の有無						
あり	65.4%	52.0%	65.3%	52.1%		
学生	0.5%	1.1%	2.3%	0.4%	0.28	0.56
主婦	0.0%	30.1%	0.0%	27.4%		
無職	34.2%	16.9%	32.4%	20.2%		

表2 内陸部の対象者選択の有無による比較（飲酒関連行動）

	初回調査のみの対象者		初回・再調査の対象者		有意差検定 p 値	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
人数	208	280	218	266		
飲酒頻度（2012年）						
毎日	30.0%	10.4%	30.3%	6.0%		
5-6/週	4.8%	3.2%	5.5%	4.9%		
3-4/週	7.7%	6.1%	11.5%	5.3%		
1-2/週	11.6%	10.4%	10.6%	6.0%	0.62	0.10
1-3/月	11.1%	8.6%	14.2%	13.2%		
1-11/年	8.7%	15.4%	8.3%	14.3%		
過去1年飲酒なし	26.1%	45.9%	19.7%	50.4%		
1回あたり飲酒量						
0g	35.0%	61.3%	28.0%	64.9%		
20g未満	18.0%	19.7%	18.8%	15.9%		
20g以上40g未満	26.7%	14.0%	22.0%	10.6%	0.08	0.06
40g以上60g未満	11.7%	3.9%	19.7%	3.4%		
60g以上100g未満	4.4%	0.7%	8.3%	3.8%		
100g以上	4.4%	0.4%	3.2%	1.5%		
寝酒の頻度						
1/週以上	11.7%	4.3%	11.2%	2.5%		
3/月以下	7.7%	7.7%	7.8%	6.6%	0.99	0.48
過去1年なし	80.6%	88.0%	81.0%	90.9%		
睡眠薬使用頻度						
なし	90.3%	89.2%	97.6%	88.8%		
年に1-11日	1.5%	2.2%	1.0%	3.6%		
月に1-3日	1.5%	2.6%	0.0%	0.8%	0.03	0.49
週に1-4日	1.0%	1.1%	0.0%	1.2%		
週に5日以上	5.6%	4.9%	1.5%	5.6%		

表3 初回調査のみの回答者と初回・再調査回答者の比較（背景情報）

	初回調査のみ回答			初回・再調査とも回答			有意差検定 p 値	
	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性
人数	473	575	1048	389	541	930		
年齢（2012年）	57.9 ± 17.1	55.5 ± 18.0	56.5 ± 17.6	61.0 ± 15.3	60.0 ± 16.5	60.4 ± 16.0	0.00	0.00
婚姻状況（2012年）								
同居・内縁	64.3%	58.3%	61.0%	65.8%	50.5%	56.9%		
死別	7.4%	18.4%	13.5%	6.4%	27.2%	18.5%		
別居・離婚	7.6%	9.9%	8.9%	10.0%	10.9%	10.5%	0.52	0.01
未婚	19.7%	12.9%	15.9%	17.2%	10.9%	13.6%		
不明	1.1%	0.5%	0.8%	0.5%	0.6%	0.5%		
教育歴（年数）	12.1 ± 3.0	11.8 ± 2.6	12.1 ± 2.6	11.8 ± 2.6	11.3 ± 2.3	11.5 ± 2.4	0.18	0.00
同居者数 （本人を含めた人数）	2.8 ± 1.5	3.1 ± 1.6	3.0 ± 1.6	2.7 ± 1.7	2.7 ± 1.6	2.7 ± 1.6	0.53	0.00
年収								
100万未満	12.9%	33.9%	24.4%	13.9%	41.6%	30.0%		
100万以上 200万未満	25.4%	23.7%	24.4%	29.1%	24.6%	26.5%		
200万以上 300万未満	23.0%	9.7%	15.7%	19.8%	8.0%	12.9%		
300万以上 400万未満	9.7%	4.9%	7.1%	11.3%	3.1%	6.6%		
400万以上 800万未満	14.4%	3.0%	8.1%	14.1%	2.0%	7.1%	0.39	0.05
800万以上	2.3%	0.5%	1.3%	1.3%	0.4%	0.8%		
無収入	5.1%	19.1%	12.8%	6.2%	13.9%	10.7%		
不明	7.2%	5.2%	6.1%	4.4%	6.5%	5.6%		
仕事の有無								
あり	58.9%	44.5%	51.0%	48.6%	35.3%	40.9%		
学生	1.5%	0.9%	1.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.00	0.00
主婦	0.0%	31.4%	17.3%	0.0%	32.9%	19.1%		
無職	39.6%	23.2%	30.6%	51.4%	31.8%	40.0%		

表4 初回調査のみの回答者と初回・再調査回答者の比較（飲酒関連行動）

	初回調査のみ回答			初回・再調査とも回答			有意差検定 p 値	
	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性
人数	473	575	1048	389	541	930		
飲酒頻度（2012年）								
毎日	32.2%	8.0%	18.9%	32.4%	5.9%	17.0%		
5-6/週	4.2%	3.0%	3.5%	5.4%	1.5%	3.1%		
3-4/週	8.7%	5.1%	6.7%	8.7%	4.3%	6.1%		
1-2/週	8.7%	7.8%	8.2%	5.7%	4.8%	5.2%	0.75	0.03
1-3/月	10.0%	9.1%	9.5%	10.0%	8.5%	9.1%		
1-11/年	8.9%	14.5%	12.0%	9.5%	12.9%	11.5%		
過去1年飲酒なし	27.3%	52.6%	41.2%	28.3%	62.1%	48.0%		
1回あたり飲酒量								
0g	36.3%	67.1%	53.2%	37.8%	75.2%	59.5%		
20g未満	16.1%	14.8%	15.4%	13.4%	11.9%	12.5%		
20g以上40g未満	22.7%	11.5%	16.6%	21.3%	8.0%	13.6%	0.36	0.05
40g以上60g未満	13.0%	3.7%	7.9%	17.0%	2.6%	8.6%		
60g以上100g未満	7.6%	2.3%	4.7%	8.0%	1.3%	4.1%		
100g以上	4.3%	0.7%	2.3%	2.6%	1.1%	1.7%		
寝酒の頻度								
1/週以上	12.1%	4.8%	8.1%	12.4%	3.6%	7.4%		
3/月以下	8.6%	7.4%	7.9%	6.4%	5.6%	5.9%	0.51	0.32
過去1年なし	79.3%	87.8%	84.0%	81.2%	90.9%	86.7%		
睡眠薬使用頻度								
なし	91.7%	86.3%	88.7%	92.5%	84.1%	87.6%		
年に1-11日	1.6%	2.4%	2.1%	1.9%	3.5%	2.8%		
月に1-3日	1.2%	3.0%	2.2%	0.5%	1.4%	1.0%	0.53	0.07
週に1-4日	1.2%	0.9%	1.0%	0.3%	2.6%	1.6%		
週に5日以上	4.4%	7.4%	6.1%	4.8%	8.4%	6.9%		

表5 初回調査のみの回答者と初回・再調査回答者の比較 (DSM-IV 診断項目該当の有無 (2012年))

	初回調査のみ回答			初回・再調査とも回答			有意差検定 p 値	
	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性
人数	473	575	1048	389	541	930		
アルコール依存								
該当あり	3.8%	0.7%	2.1%	2.8%	0.4%	1.4%	0.46	0.69
該当なし	96.2%	99.3%	97.9%	97.2%	99.6%	98.6%		
アルコール乱用								
該当あり	0.6%	0.5%	0.6%	1.8%	0.0%	0.8%	0.20	0.25
該当なし	99.4%	99.5%	99.4%	98.2%	100.0%	99.3%		
アルコール使用障害								
該当あり	4.4%	1.2%	2.7%	4.6%	0.4%	2.2%	1.00	0.18
該当なし	95.6%	98.8%	97.3%	95.4%	99.6%	97.9%		

表6 初回および再調査時の飲酒行動に関する沿岸部・内陸部の比較（再調査回答者のみ）

	初回調査				再調査				初回調査 検定 p 値		再調査 検定 p 値	
	内陸		沿岸		内陸		沿岸		男性 沿岸 vs 内陸	女性 沿岸 vs 内陸	男性 沿岸 vs 内陸	女性 沿岸 vs 内陸
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性				
人数	157	196	232	345	157	196	232	345				
飲酒頻度	%	%	%	%	%	%	%	%				
毎日	31.9	6.1	32.8	5.8	31.9	9.2	30.2	5.8				
5-6/週	7.0	3.1	4.3	0.6	8.9	1.0	2.6	0.6				
3-4/週	11.5	5.6	6.9	3.5	11.5	6.6	7.8	2.3				
1-2/週	8.9	6.1	3.5	4.1	7.0	7.1	6.9	5.2	0.001	0.000	0.003	0.000
1-3/月	14.7	13.8	6.9	5.5	12.1	14.3	6.9	7.8				
1-11/年	7.6	14.8	10.8	11.9	7.6	14.3	7.8	7.5				
過去1年なし	18.5	50.5	34.9	68.7	21.0	47.5	37.9	70.7				
1回あたり飲酒量												
0g	26.1	65.6	45.7	80.6	29.0	62.4	45.7	79.0				
20g未満	17.8	18.5	10.3	8.1	21.9	21.7	17.2	11.4				
20g以上40g未満	24.2	9.2	19.4	7.3	21.9	13.4	18.5	2.3	0.003	0.002	0.029	0.000
40g以上60g未満	21.7	3.1	13.8	2.3	18.7	0.5	10.8	1.8				
60g以上100g未満	7.6	2.6	8.2	0.6	6.5	1.6	6.0	2.1				
100g以上	2.6	1.0	2.6	1.2	1.9	0.5	1.7	0.6				
寝酒の頻度												
週1日以上	10.5	1.7	14.0	4.8	6.6	2.7	8.4	3.7				
月3日以下	6.5	5.6	6.2	5.6	6.6	4.3	5.5	4.4	0.613	0.217	0.753	0.829
過去1年なし	83.0	92.7	79.8	89.6	86.8	98.0	86.1	91.9				
睡眠剤使用頻度												
なし	96.7	88.3	89.5	81.7	94.7	83.4	89.0	78.4				
1-11/年	1.3	3.7	2.3	3.4	1.3	2.7	1.4	3.3				
1-3/月	0.0	1.1	0.9	1.6	0.0	1.6	0.0	1.2	0.111	0.216	0.014	0.160
1-4/週	0.0	1.1	0.5	3.4	2.6	5.9	0.9	4.0				
5日/週以上	2.0	5.9	6.9	9.9	1.3	6.4	8.7	13.1				

表 7 飲酒頻度・量の変化の比較

	男性		女性		検定 p 値 (沿岸 vs 内陸)	
	内陸部	沿岸部	内陸部	沿岸部	男性	女性
人数	157	232	196	345		
飲酒頻度の変化						
減少	21.0	19.4	14.8	13.3	0.206	0.153
増加	15.9	10.3	13.3	8.4		
変化なし	63.1	70.3	71.9	78.3		
2012 年の非飲酒者を除く						
人数	128	151	97	108		
飲酒頻度の変化						
減少	25.8	29.8	29.9	42.6	0.252	0.137
増加	15.6	9.3	14.4	9.3		
変化なし	58.6	60.9	55.7	48.2		
人数	157	232	196	345		
飲酒量の変化						
飲酒なし	21.3	38.4	57.0	74.0	0.002	0.000
減少	29.7	26.3	13.5	8.8		
増加	20.7	18.1	14.0	10.2		
変化なし	28.4	17.2	15.5	7.0		
飲酒なしを除く						
飲酒量の変化						
減少	37.7	42.7	31.3	33.7	0.369	0.411
増加	26.2	29.4	32.5	39.3		
変化なし	36.1	28.0	36.1	27.0		

表 8 アルコール依存症、アルコール乱用の有病率の比較

	初回調査				再調査				初回調査 検定 p 値		再調査 検定 p 値	
	内陸		沿岸		内陸		沿岸		男性 沿岸 vs 内陸	女性 沿岸 vs 内陸	男性 沿岸 vs 内陸	女性 沿岸 vs 内陸
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性				
人数	157	196	232	345	157	196	232	345				
	%	%	%	%	%	%	%	%				
アルコール依存												
該当あり	3.2	0.5	2.6	0.3	2.6	0	3.5	0.3	0.727	0.685	0.614	0.451
該当なし	96.8	99.5	97.4	99.7	97.5	100	96.6	99.7				
アルコール乱用												
該当あり	1.9	0	1.7	0	0.6	0.5	1.7	0	1.000	-	0.652	0.362
該当なし	98.1	100	98.3	100	99.4	99.5	98.3	100				
アルコール使用障害												
該当あり	5.1	0.5	4.3	0.3	3.2	0.5	5.2	0.3	0.807	1.000	0.452	1.000
該当なし	94.9	99.5	95.7	99.7	96.8	99.5	94.8	99.7				

表9 アルコール使用障害と背景情報の相関（男性のみ）

	初回調査（2012年）		再調査（2014年）		有意差検定 p 値	
	使用障害	非使用障害	使用障害	非使用障害	2012年	2014年
人数	18	371	17	372		
年齢（調査時）	58.4 ± 10.2	61.1 ± 15.5	55.7 ± 9.6	63.3 ± 15.3	0.306	0.006
婚姻状況（2012年）	%	%	%	%		
同居・内縁	50.0	66.6	52.9	66.4		
死別	5.6	6.5	0.0	6.7		
別居・離婚	16.7	9.7	17.7	9.7	0.577	0.374
未婚	27.8	16.7	29.4	16.7		
不明	0	0.5	0.0	0.5		
教育歴（年数）	11.4 ± 1.9	11.9 ± 2.7	12.3 ± 2.2	11.8 ± 2.7	0.526	0.462
同居者数 （本人を含めた人数）	2.2 ± 1.6	2.8 ± 1.7	2.4 ± 1.8	2.8 ± 1.7	0.144	0.339
同居者の有無	%	%	%	%		
単身	44.4	19.4	47.1	20.4	0.017	0.015
同居者あり	55.6	80.6	52.9	79.6		
年収	%	%	%	%		
100万未満	5.6	14.3	11.8	14.0		
100万以上 200万未満	33.3	28.8	11.8	29.8		
200万以上 300万未満	5.6	20.5	17.7	19.9		
300万以上 400万未満	11.1	11.3	5.9	11.6		
400万以上 800万未満	22.2	13.8	29.4	13.4	0.375	0.079
800万以上	0.0	1.4	0.0	1.3		
無収入	16.7	5.7	5.9	6.2		
不明	5.6	4.3	17.7	3.8		
仕事の有無	%	%	%	%		
あり	38.9	49.1	58.8	48.1	0.473	0.461
無職	61.1	51.0	41.2	51.9		

表10 アルコール使用障害と震災関連要因

	初回調査 (2012年)		再調査 (2014年)		有意差検定 p 値	
	使用障害	非使用障害	使用障害	非使用障害	2012年	2014年
仕事への影響	%	%	%	%		
人数	11	524	5	521		
震災で失業	27.3	17.8	20.0	14.0	0.429	0.605
関係なく退職	18.2	10.1	0	16.1		
変化なし	54.6	72.1	80.0	69.9		
調査時の住居	%	%	%	%		
人数	20	905	19	897		
震災前と同じ	40.0	37.1	31.6	40.1	0.818	0.490
仮設住宅	60.0	62.9	68.4	59.9		
家族・親戚の死亡	%	%	%	%		
人数	20	910	19	911		
あり	30.0	36.5	42.1	36.2	0.644	0.634
なし	70.0	63.5	57.9	63.8		

表 11 アルコール使用障害と飲酒行動

	初回調査				再調査				初回調査 検定 p 値		再調査 検定 p 値	
	使用障害		非使用障害		使用障害		非使用障害		男性	女性	男性	女性
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性				
人数	18	2	371	539	17	2	371	539	使用障害 vs 非 使用障害		使用障害 vs 非使 用障害	
	%	%	%	%	%	%	%	%				
飲酒頻度												
5/週～毎日	61.1	50.0	36.7	7.2	58.8	100.0	34.8	7.4				
1-4/週	22.2	50.0	14.0	8.9	35.3	0	15.4	9.8	0.054	0.016	0.004	0.000
1/週未満	11.1	0	20.0	21.5	5.9	0	17.3	20.2				
過去1年なし	5.6	0	29.4	62.3	0	0	32.6	62.5				
飲酒量												
0g	5.6	0	39.4	75.5	0	0	40.8	73.2				
20g 未満	0	0	14.0	11.9	11.8	0	19.5	15.2				
20g 以上 40g 未満	27.8	50.0	21.0	7.8	17.7	50.0	20.0	8.1	0.000	0.000	0.000	0.000
40g 以上 60g 未満	11.1	0	17.3	2.6	35.3	0	13.0	1.3				
60g 以上 100g 未満	27.8	50.0	7.0	1.1	17.7	0	5.7	1.9				
100g 以上	27.8	0	1.4	1.1	17.1	50.0	1.1	0.4				

表 12 アルコール使用障害の経過と発生率の比較

アルコール使用障害の経過	内陸部	沿岸部	検定 p 値
人数	353	577	
回復	6 (1.7)	5 (0.9)	0.65
未回復	3 (0.9)	6 (1.0)	
発生	3 (0.9)	7 (1.2)	
非該当	341 (96.6)	559 (96.9)	

表 13 アルコール使用障害の経過と背景情報

人数	回復 11	未回復 9	発生 10	非該当 900	検定 p 値
年齢 (2014 年)	63.5 ± 10.9	55.9 ± 7.7	53.3 ± 11.7	62.6 ± 16.1	0.179
婚姻状況 (2012 年)	%	%	%	%	
同居・内縁	63.6	33.3	70.0	56.9	
死別	9.1	0.0	0.0	19.0	
別居・離婚	9.1	22.2	10.0	10.4	0.317
未婚	18.2	44.4	20.0	13.1	
不明	0.0	0.0	0.0	0.6	
教育歴 (年数)	11.3 ± 1.6	11.7 ± 2.1	13.1 ± 2.3	11.5 ± 2.5	0.220
同居者の有無	%	%	%	%	
単身	40.0	62.5	33.3	19.9	
同居者あり	60.0	37.5	66.7	80.1	0.010
年収	%	%	%	%	
100 万未満	0.0	11.1	10.0	30.8	
100 万以上 200 万未満	45.5	33.3	0.0	26.4	
200 万以上 300 万未満	9.1	0.0	30.0	12.9	
300 万以上 400 万未満	18.2	0.0	20.0	6.3	
400 万以上 800 万未満	9.1	33.3	20.0	6.7	0.015
800 万以上	0.0	0.0	0.0	0.8	
無収入	18.2	11.1	0.0	10.7	
不明	0.0	11.1	20.0	5.4	
仕事の有無	%	%	%	%	
あり	36.4	55.6	70.0	40.5	
主婦	0.0	0.0	0.0	19.8	0.108
無職	63.6	44.4	30.0	39.8	

表 14 使用障害の経過と飲酒行動

	回復	未回復	発生	非該当	検定 p 値
人数	11	9	10	900	
飲酒頻度	%	%	%	%	
毎日	63.6	77.8	40.0	15.6	
5-6/週	0	0	10.0	2.6	
3-4/週	9.1	22.2	30.0	5.7	
1-2/週	9.1	0	10.0	6.3	0.000
1-3/月	0	0	10.0	9.9	
1-11/年	9.1	0	0	9.2	
1年間なし	9.1	0	0	50.8	
1日あたりの飲酒量	%	%	%	%	
0g	18.2	0	0	60.5	
20g 未満	27.3	0	20.0	16.8	
20g 以上 40g 未満	18.2	11.1	30.0	12.9	0.000
40g 以上 60g 未満	36.4	44.4	20.0	5.7	
60g 以上 100g 未満	0	11.1	20.0	3.5	
100 g 以上	0	33.3	10.0	0.7	
飲酒頻度の変化					
減少	18.2	11.1	10.0	16.6	
増加	27.3	44.4	10.0	10.7	0.034
変化なし	54.6	44.4	80.0	72.8	
飲酒量の変化	%	%	%	%	
飲酒なし	0	0	0	54.4	
減少	54.6	55.6	50.0	16.5	0.000
増加	27.3	33.3	50.0	14.0	
変化なし	18.2	11.1	0	15.1	

表 15 使用障害の経過と震災関連要因

	回復	未回復	発生	非該当	検定 p 値
仕事への影響	%	%	%	%	
人数	5	3	2	516	
震災で失業	20.0	0	50.0	14.0	
関係なく退職	0	0	0	16.3	0.597
変化なし	80.0	100	50.0	69.8	
調査時の住居	%	%	%	%	
人数	11	9	10	886	
震災前と同じ	54.6	33.3	30.0	40.0	0.670
仮設住宅	45.5	66.7	70.0	60.1	
家族・親戚の死亡	%	%	%	%	
人数	11	9	10	900	
あり	27.3	33.3	50.0	36.3	
なし	72.7	66.7	50.0	63.7	0.745

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（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
被災地における2014年調査の結果と2012年調査との比較

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
研究協力者 金城 文 鳥取大学医学部環境予防医学分野 講師

研究要旨

前年度までに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。2014年度は、2012年調査の回答者の一部に再度調査を依頼し、回答者の結果を2012年調査の結果と比較した。被災地では、今回用いたスクリーニングテストの範囲内では、アルコールの問題はさほど小さくなく、時間が経過しても多くなかった。一方、震災後ニコチン依存の問題は大きく、それは仮設住宅暮らしなど、震災後のストレスの多い住居環境や復職の問題などが関連しているかもしれない、しかし2014年時点では改善傾向にあった。

インターネット依存が被災地で頻度が少なく、2014年になってもその状況が続いているのは住居環境等、なかなかインターネットを自宅で使える環境が整わないことに関係しているのかもしれない。ギャンブル依存は、被災地の男性で改善傾向にあるのは、仕事を持ち始めるなど被災後の経過によるものだと考えられる。しかし、ベンゾジアゼピン依存の頻度が被災地で高く、しかも2014年時点でも高いのは、これらの処方薬への依存は、処方の原因になる病態の遷延も関係し、その状況がかなり長期にわたり継続することを物語っており、今後もこれらの点を配慮した息の長い支援が必要であると言える。

多変量解析で、それぞれの依存や嗜癖行動を従属変数にして、関連要因を検討したが、内陸か沿岸か、震災での人的被害の有無などの被災に関連した要因がほとんど関連要因として検出されなかった。被災に関係ないと考えられる従来からの関連要因である性、年齢、配偶関係以外で関係したのは、ニコチン依存と仮設住宅、インターネット依存と震災で失業、ベンゾジアゼピン依存と仮設住宅くらいであった。したがって、仮設住宅入居者への対策では、今後ニコチン依存やベンゾジアゼピン依存を考慮するとよいのではと考えられた。家屋の全壊や沿岸住民と仮設住宅など相互に関連が強い要因が多いので、これらも配慮した詳細な解析も今後必要になってくると考えられる。

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、はっきりしていなかった。そこで、2012年被災地（岩手、宮城県）の住民を住民票所在地が内陸部、沿岸部から無作為に抽出し、アルコール依存、ニコチン依存、インターネット依存、ギャンブル依存等の依存や嗜癖行動に関する訪問面接調査を実施し、その結果を2013年に行った全国調査（被災3県以外）での同様の調査と比較し、被災地での特徴を明らかにした。

その中で、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。

今回、2012 年の被災地調査(岩手、宮城)に回答していただいた住民のうち、一部の方への再調査を行いこの 2 年間の変化の実態についての検討を行った。

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。2012 年調査に回答した者を調査対象としたが、研究費の制約のため、内陸部の対象者を約半数として、再度調査を依頼した。沿岸部は 2012 年調査の回答者全員に再度調査を依頼したが転居をしたものも多く回答率は低くなってしまった。

2012 年調査は、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。

2014 年調査は、沿岸部 982 名、内陸部 475

名、合計 1,457 名に調査を依頼し、沿岸部 577 名、内陸部 353 名、合計 930 名の回答を得た。回答率は沿岸部 58.8%、内陸部 74.3%、合計 63.8%であった。沿岸部は、199 名(20.3%)が転居、40 名(4.1%)が長期不在、19 名(1.9%)が住所不明のため調査不能であったため、それらを考慮すると実質 79.7%と内陸部の実質 83.5%と比較してもそんな色ないものであった。調査は 2014 年 11 月 6 日から 12 月 15 日の間に行われた。

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 および TDS; Tobacco Dependence Screener)、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。

本分析に用いた指標は AUDIT の平均値、8 点、12 点、15 点および 20 点以上の者の割合、FTND の平均値、中等度依存以上(4 点以上)の者の割合、重度依存(7 点以上)の者の割合、TDS の平均点、TDS による依存(5 点以上)の者の割合、IAT の平均点、問題使用者以上(40 点以上)の者の割合、SOGS の平均点、病的ギャンブラー(5 点以上)の割合、BDEPQ の平均点、23 点以上の者の割合、34 点以上の者の割合であった。

統計学的検討では、平均値は、t 検定、2012 年と 2014 年の比較では、対応のあるサンプルの t 検定を用いた。割合の差の検定は、カイ 2 乗検定を用い、2012 年と 2014 年の対応のある比較では、McNemar 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。

(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。調査結果の解析は個人情報を外された後のものを送付してもらい、連結可能匿名化されたデータを用いて行った。

C. 研究結果

1.1 回目(2012年調査)のみの回答者と2回目の調査(2014年調査)も回答した者の2012年調査の結果の検討(表1)

1.2 回目の調査を回答した者は1回目のみ回答した者とどのような差異があるのかを検討して、結果の解釈の注意点を検討した。

1,2回目の調査を回答した者は、男女とも年齢が高く、就学年数が短く、家族のサイズ(人数)が小さく、正規職員割合が低く、無職が多い傾向にあった。これらは、すべて高齢者が多いことで説明がつく。2回目の調査を回答した者は、男女とも平均年齢は約4歳高いが、2年経過しているので実質2歳の違いなので、結果に及ぼす偏りは大きくはないと考えられた。

2回目の調査の回答者は、AUDITの平均スコアが女性で低く、FTNDの平均スコアは男女とも高く、TDSの平均スコアは女性で低く、IATの平均スコアは男女で低く、BDEPQの平均スコアは女性で高いことが認められた。FTND以外の結果は、2回目回答者がより高齢であることでおおむね説明がつくものと考えられた。

それぞれの依存や嗜癖行動のスクリーニング基準よりもスコアが高い人の割合をみると、2回目回答者では、FTNDの中等度依存以上の者の割合が男女とも有意に高く、IATの問題使用者の割合が男性で低く、BDEPQで基準値より高い人が女性で多い傾向にあった。

2.1, 2回目調査回答者の1回目と2回目の結果の比較(表2)

1, 2回目の調査に回答した者の、1回目と2

回目の調査の結果を比較した。

AUDITスコアは、男性で2回目に有意に減少した。FTNDスコアやSOGSスコアは、男性で統計学的に有意ではなかったが、減少する傾向にあった。女性では、いずれのスコアの平均値も有意な変化は認められなかった。

AUDITスコアが8点以上の者の割合は2回目に男性で有意な減少を認めFTNDの中等度以上の依存者の割合は男女とも有意に減少し、高度依存でも同様の傾向が認めれたが、TDSでは、有意な変化は認められなかった。SOGSによる病的ギャンブラーの割合は男性で有意ではないが減少の傾向が認められた。

3.内陸部と沿岸部との間の結果の比較(表3)

男女別に1回目と2回目の調査結果を、被害が多かった沿岸部と内陸部との間で比較した。

2012年時点では、沿岸部では、女性のAUDITスコアが低く、男女でFTNDスコアが高く、女性のTDSスコアが高く、男女でIATスコアが低く、男性でSOGSスコアが高く、男女でBDEPQスコアが高い傾向が認められた。

スクリーニングテストがある値以上の者の割合をみると、FTND中等度以上依存者割合は男女とも沿岸部で高く、FTND高度依存の割合も男女とも同様であった。TDS依存の割合は女性で高く、IAT問題使用者以上の者の割合は男女とも沿岸部で低かった。BDEPQ23点以上の者の割合は男女とも有意ではなかったが、沿岸部で高い傾向が認められた。

2度目の調査結果をみると、AUDITスコアは沿岸部女性では有意に低く、男性では低い傾向が認められた。FTNDスコアは、沿岸部では女性で高く、男性で高い傾向が認められた。IATスコアは男女とも沿岸部で有意に低かった。BDEPQスコアは沿岸部で男女とも有意に高かった。

AUDIT8点以上の割合は沿岸部の女性で有意ではないが、低い傾向が認められた。IAT問題使用者以上の割合は沿岸部女性で有意に低か

った。BDEPQ23 点以上の者の割合は沿岸部男性で高かった。

4. 依存や嗜癖行動に関連する要因を検討するための多変量解析の結果

AUDIT8 点以上（2014 年）を従属変数とした二項ロジスティック回帰分析を、尤度比による変数増加法を用いて実施した。共変量（関連する因子）は、2012 年時点での要因（内陸沿岸の別、性、年齢、就学年数、婚姻状況、就業状況、被災状況）を用いた。その結果、年齢が若いこと、男性であることが有意な危険因子で、配偶者と死別したことは防御因子であった。2012 年の AUDIT8 点以上を従属変数にした場合は、年齢が若い、男性であること、離婚が有意な危険因子、配偶者との死別、年収 200 万未満が有意な防御因子であった。これらは、年齢と強い関連があり年齢で調整しただけでは、影響を取り除けなかったための結果かもしれない。

2012 年の AUDIT12 点以上を従属変数にした場合は、男性であること（危険因子）、配偶者との死別（防御因子）が関連要因であった。2014 年の AUDIT12 点以上を従属変数にした場合は、性と年齢のみが有意な関連要因であった。

FTND 中等度以上の依存を従属変数にした場合は、男性（危険因子）、年齢が若いこと（危険因子）、離婚（危険因子）、仮設住宅（危険因子）が有意な関連要因であった。2014 年の FTND 中等度以上の依存を従属変数にした場合は、男性、年齢が若いこと、離婚が有意な危険因子であった。

2012 年の IAT 問題使用以上を従属変数にした場合は、男性、年齢が若いのが危険因子で、家屋全壊が防御因子であった。2014 年の IAT 問題使用以上を従属変数にした場合は、年齢が若いこと、未婚、震災で失業が有意な危険因子であった。

2012 年の SOGS による病的ギャンブラーを従属変数にすると、年齢が若いこと、男性、仮設住宅が有意な危険因子であった。2014 年の病的

ギャンブラーを従属変数にすると、男性、年齢が若いことのみが有意な危険因子であった。

2012 年の BDEPQ23 点以上を従属変数にすると、年齢が高いこと、女性、仮設住宅が有意な危険因子であった。2014 年の BDEPQ23 点以上を従属変数にすると、年齢が高いこと、就学年数が短いことが有意な危険因子であった。2012 年の BDEPQ34 点以上を従属変数にすると、女性、未婚、配偶者との死別が有意な危険因子であった。2014 年の BDEPQ34 点以上を従属変数にすると、就学年数が短いことのみが有意な危険因子であった。

D. 考察

東日本大震災の被災地のうち主に地震と津波の被害が大きかった沿岸部と内陸部の 2012 年と 2014 年に行ったアルコールの問題使用と嗜癖行動に関する調査の結果を比較した。

当初の予想に反して、被災地では、今回用いたスクリーニングテストの範囲内では、アルコールの問題はさほど小さくなく、時間が経過しても多くなかった。

一方、震災後ニコチン依存の問題は大きく、それは仮設住宅暮らしなど、震災後のストレスの多い住居環境や復職の問題などが関連しているかもしれない、しかし 2014 年時点では改善傾向にあった。

インターネット依存が被災地で頻度が少なく、2014 年になってもその状況が続いているのは住居環境等、なかなかインターネットを自宅で使える環境が整わないことに関係しているのかもしれない。ギャンブル依存は、被災地の男性で改善傾向にあるのは、仕事を持ち始めるなど被災後の経過によるものだと考えられる。しかし、ベンゾジアゼピン依存の頻度が被災地で高く、しかも 2014 年時点でも高いのは、これらの処方薬への依存は、処方の原因になる病態の遷延も関係し、その状況がかなり長期にわたり継続することを物語っており、今後もこれらの点を配慮した息の長い支援が必要である

と言える。

多変量解析で、それぞれの依存や嗜癖行動を従属変数にして、関連要因を検討したが、当初の予想に反して、内陸か沿岸か、震災での人的被害の有無などの被災に関連した要因がほとんど関連要因として検出されなかった。被災に関係ないと考えられる従来からの関連要因である性、年齢、配偶関係以外で関係したのは、ニコチン依存と仮設住宅、インターネット依存と震災で失業、ベンゾジアゼピン依存と仮設住宅くらいであった。したがって、仮設住宅入居者への対策では、今後ニコチン依存やベンゾジアゼピン依存を考慮するとよいのではと考えられた。

家屋の全壊や沿岸住民と仮設住宅など相互に関連が強い要因が多いので、これらも配慮した詳細な解析も今後必要になってくると考えられる。

E . 研究発表

論文発表

1. 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.
2. 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.
3. 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

《シンポジウム》

1. Osaki Y, Kanda H, Higuchi S, Matsumoto H, Yuzuhiha 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.

2. 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.

《国際学会》

3. 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.
4. Osaki Y, Kanda H, Higuchi S, Matsumoto H, Yuzuhiha 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.

《国内学会》

5. 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.
6. 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.
7. 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 .
8. 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 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	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性
	(n=200)	(n=274)	(n=474)	(n=629)	(n=814)	(n=1443)	1回 V.S. 1,2回	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

	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)				
2012年と2014年調査の結果の比較												
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4 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	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 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

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

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

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、問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。

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編第1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。

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、





3.4ドリンク
 1.4ドリンク 2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

次回は、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編第2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。
 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...



お酒を楽に減らす方法

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編第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、お腹を
満たしましょう



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
断る方法を
身につけましょう



寝酒は
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



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。またお酒に関すること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t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t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、被災地住民の飲酒実態の把握、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、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

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、

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。

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

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

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

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

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

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。

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。

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。

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癮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・亶理地区)、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 年度から本研究に加わった次第である。

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に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

問や安否確認などの支援が途切れてしまう可能性や、出向支援の終結で支援が途切れてしまう可能性がある。

これらの懸念に対しては、当事者を含め関係者によるグループワークや、事例検討が有効と考えている。環境の変化に対する各人の考えを出し合い、社会資源を検討し、今後の支援の方向性を相談することが、当事者のみならず支援者をも支えるネットワーク作りになると期待している。

2点目は、我々が支援活動する中で治療に至った事例についてだが、以前なら再燃により治療中断したであろう事例が、関係者の連携により治療が継続している事例が多数表れている。これは、支援者の姿勢が、当事者が医療場面から脱落しなかったとき、「底つきを待つ」のではなく「関係を維持しながら動機付けをする」いわゆる「底上げする」関わりへの変容によると考えられる。徐々にではあるが、新たなアルコール医療への移行が始まったものと評価したい。

3. 相互支援グループ設立援助について

平成26年度の特徴として、相互支援グループ(「MAG=Mutual Aid Group」以下MAG)支援の件数が増加し、前年度の倍になった。これはMAG新設のための支援である。

ここで、平成26年度に発足した気仙沼本吉町のMAG設立のために我々が行った支援活動について述べる。

もともと宮城県沿岸部は範囲が広域ながら震災前からMAGの数が少ない地域で、その上震災直後は石巻市のMAGが活動停止した(地図1)。平成23年5月に石巻市のAA「おじかG」が、同年12月に石巻断

酒会が再開したものの、断酒会会員の再飲酒、入院が相次ぎ、再開したMAGの活動を維持するのが困難になった。そのような中、当院は平成24年8月からMAG新設や既存のMAG再活性化を目的に院内で沿岸部ミーティングを開催している。これは入院外来を問わず、沿岸部出身患者を対象とした。当然ながら、外来となるとアクセスの問題で中断される事例が多い。具体例を挙げると、当院(仙台市)-気仙沼市間は120kmを超え、自動車での移動は高速道路を使用しても片道3時間かかる。公共交通機関の選択肢が少なく、新幹線を利用しても最短で片道2時間かかる。つまり院内沿岸部ミーティングの参加は1日がかかりとなる。院内ミーティングの需要は依然変わらないものの、アクセスの都合やグループ選択肢の拡充、より多く通うため等の理由から、やはり地域に根ざしたMAGが必要であることは論を俟たない。

一方、この院内沿岸部ミーティングとは別に、平成23年度から気仙沼市はアルコール問題対策として保健所家族相談の回数を増やすなどしたが人員不足等の理由で中断された。一方、平成23年12月、気仙沼本吉町から、アルコール依存症の当事者が話せる場所を作りたいと当院に支援要請がきた。この要請に基づき平成24年1月に「断酒を目指そう会」が発足した。まずは当院職員が地域の行政機関や断酒会会員と調整を図り、支援者対象の研修を行った。研修内容は、アルコール依存症についての知識やMAGの役割についての講義と、会員による体験談で構成された。その後、行政機関は日頃関わっている問題飲酒者やその家族、地域の

病院職員、保健福祉関係者等に会合を告知し参加者を募り、断酒会会員の体験談を聴く会として定期的を開催した。しかし、当事者の参加が少なかったため平成24年9月をもって「断酒を目指そう会」は一旦休止され、本吉町保健師の個別相談の支援に切り替えられた。

その後、平成25年5月、同地区在住の院内沿岸部ミーティング参加者から地元でのMAG設立要望の相談が持ち上がった。これを受け、本吉町保健師、包括職員、断酒会、地域医療機関職員、当事者、当院とで話し合いを持ち、MAG設立を目標に、まずは本吉町主催で支援者も参加する例会という形で集まるという方針となった。また、地域医療機関として三峰病院に協力を要請した。同院職員5名が当院主催のアルコール実務研修に参加しており、アルコール医療に意欲的だったからである。平成25年8月、心理教育のための講話とグループワークを実施、9月以降から毎月1回、本吉町主催断酒例会を開催した。そして平成26年度からMAGとしての断酒例会に移行し、本吉町「主催」から「協力」に切り替えた。当院や前述の三峰病院から例会定着者が増えてきている。

以上が気仙沼本吉町のMAG発足までの一連の流れである。これらの動きを反映して、行政機関から当院へのMAG支援要請の件数が増加している。

今回の経験から、被災地のMAG設立支援について以下のことが言える。まず当然のことだが、行政機関が「(MAGを)作りたい」という主体性を持つ必要がある。そして、開催場所や日程を設定し、問題飲酒者やその家族、医療機関・地域包括等のその地域の関係機関に参加を呼びか

けることである。そして、我々専門家の役割は、既知のMAGやメンバーと行政機関の声掛けに応じた人びととの連携のための会合を設定し、必要な知識を提供しながら支援することである。震災から4年が経過し、我々がこれまで行ってきた研修やグループワークを基盤に、地域支援者が徐々に力をつけ、当事者や家族らとともにMAG設立を目指すという段階に移行しつつある。

平成23年度以降、断酒会会員の協力のもと、気仙沼本吉地区以外にも七ヶ浜に新たなMAGが発足した。現在は新たに石巻市河北、名取市で、MAG新設に向けて各地域の行政機関と連携し活動している。

最後に、MAG設立は断酒会会員やAAメンバーの協力なくしては出来ないものである。彼らに敬意を表し、今後も協力をお願いしたい。

4. 研修の効果についての検証

A. 検証目的

これまで我々は被災地の支援者支援として様々な研修を行ってきたが、今回研修が効果的か、活用されているかについて検証した。

前年度2回の報告書で触れたが、地域の支援者の中にはアルコール依存症者に対する誤解や偏見が強く、本人や家族との関わりに不安や抵抗感を抱く者が少なくない。また、従来の伝統的な考え方が影響し、飲酒の有無にのみ関心がいき、飲酒＝失敗、駄目、という評価でもって一喜一憂する支援をしている印象が強かった。さらに、問題飲酒者を専門病院に受診/入院させることが目的化され、専門病院につながれば問題がなくなるという

過剰な期待も見受けられた。そのため、回復は酒無し生活の中でストレス対処能力の向上を図るという一連のプロセスであること、支援者の役割はそのプロセスを支えていくこと、飲酒の有無だけではなく日常生活の出来事や悩みなどを率直に話せる「安定した二者関係」を築くことが大切であることを理解してもらう必要があった。

上記の現状から研修内容を検討し、AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) と飲酒日誌を用いた S-BIRT (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment) の普及に力を入れ、支援者の問題飲酒者に対する苦手意識が緩和され、関係作りの一助となることを目標とした。

以上の目的を持って研修を積み重ねてきたが、研修を通して支援者のアルコール依存症に対する姿勢が変化したかどうか、また、知識や技術が活用されているかどうかは重要である。そこで我々は、平成 24 年 12 月から平成 26 年 1 月までの支援者向け研修会においてアンケート AAPPQ(=Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire) を施行した (別資料 1)。

AAPPQ は、1980 年に Cartwright¹⁾らによって作成された、アルコール関連問題を持つ者に対する仕事を行う際の医療従事者の態度を測定する尺度である。複数の研究において信頼性・妥当性が検証され、研究に使用されている。英語版では、得点が高いほど態度がネガティブであることを示すが、本研究では高野が作成した日本語版²⁾を用いたため、得点が高いほどアルコール依存症患者に対する仕事

をする際の医療従事者の態度がポジティブであることを示すので評価の際は注意を要する。本研究では、研修の前後に受講者に AAPPQ を記入してもらい、態度の変化の有無について評価した。

また、我々が行ってきた研修内容が実際に現場で活かされているのかを知るべく独自に調査した。具体的には、研修で技術支援した AUDIT や飲酒日誌の実施状況をアンケート方式で確認した (別資料 2)。

調査対象は、5 日間 (その内、講義を行った各々 3 回の研修で AAPPQ を施行) に分けてパック研修を行った宮城野区・若林区 (以下、「パック研修」群)、仙台市の精神保健福祉総合センター主催で行われた 1 日集中研修 (以下、「1 日研修」群)、当院で行った 3 日間 ~ 1 週間のアルコール実務研修 (以下、「実務研修」群) に参加した医療保健福祉従事者とした。

また、倫理面での配慮として、本研究におけるすべての調査は、分担研究者の所属施設である東北会病院倫理委員会の承認を得て実施された。

B. 検証結果

AAPPQ の結果を表 1 に、AUDIT と飲酒日誌の使用状況に関するアンケートの結果を図表 6,7,8,9,10 に示した。

(1) 各研修における AAPPQ の結果

「合計」「知識とスキル」「相談と助言」は全ての群で有意差を認めた。他の 3 つの因子は、「パック研修」群では変化が乏しい。「1 日研修」群と「実務研修」群では全ての因子で有意差を認めた。

(2) 1 日研修と実務研修における、研修後

の AUDIT、飲酒日誌の使用率

「1日研修」群と「実務研修」群は全ての AAPPQ において因子で有意差を認めた。一方、各群での AUDIT と飲酒日誌の使用率についてだが、「1日研修」群の AUDIT 使用率；20%、飲酒日誌使用率；6.7%、「実務研修」群の AUDIT 使用率；72%、飲酒日誌使用率；61%だった。「1日研修」群よりも「実務研修」群の方が、アルコール問題ケースに関わった際の AUDIT・飲酒日誌使用率が高かった。「1日研修」群と「実務研修」群では、研修終了後の独自アンケート施行時期のばらつきがあるため、「1日研修」群のアンケート施行時期（研修終了後から1年後）に合わせて両群で比較すると（図表10）「実務研修」群（研修後1年以内）は AUDIT 使用率；60%、飲酒日誌使用率；40%で、この場合も「実務研修」群の方が使用率が高かった。

（3）アルコール問題ケースに関わった際の

AUDIT、飲酒日誌の不利用理由について

AUDIT の不利用理由として、支援者側の要因である「使うタイミングがわからなかった」「言い出せなかった」の割合は、「パック研修」群で 39%、「1日研修」群で 41.1%、「実務研修」群で 33.3% だった。また、飲酒日誌の不利用理由における支援者側の要因の割合（「パック研修」群では未調査）は、「1日研修」群で 27.3%、「実務研修」群で 12.5% だった。

C. 考察

各研修における AAPPQ の結果より

調査対象となった全ての研修で、「合計点」「知識とスキル」「相談と助言」で有

意差を認めた。この結果から2つのことが言える。1つは研修を通して、受講者に必要な知識や技術が伝達されているということである。2つ目は、支援者が支援する上での悩みを相談できる相手や場所があると思えるようになったということである。特に、後者は、我々が基本としているネットワークでの支援において、また、支援者の燃え尽き予防の意味で不可欠であり、支援する上で望ましい変化と考える。

また、「1日研修」群と「実務研修」群ではすべての因子において有意差を認めた。このことから、集中的な研修の方が、より受講者の変化が得られやすい可能性を示唆している。また、「パック研修」群における「仕事満足と意欲」「患者の役に立つこと」「役割認識」の変化の乏しさは、研修内容の違いも影響していると推測している。「1日研修」群や「実務研修」群に含まれていた「当事者の体験談」が「パック研修」群には無い（厳密には、「パック研修」群に含まれていたが、AAPPQ の調査対象から外していた）。当事者の体験談を聴く機会が持てた研修の方が、飲酒者に対する嫌悪感や偏見が緩和し、依存症者への関わり方に自信が付き、飲酒にまつわる話題を出すことへの抵抗感を減らすものと思われる。

「1日研修」群と「実務研修」群における、研修後の AUDIT、飲酒日誌の使用率の違いについて

「1日研修」群と「実務研修」群は AAPPQ で全ての因子において有意差を認めたが、研修後の AUDIT や飲酒日誌の使用率は実務研修の方が高かった。「1日研修」群と

「実務研修」群の大きな違いは、後者は日数が多く、当院での治療プログラム、外来新患や再来の現場、相互支援グループ、事例検討を見学するという点である。このことから、研修名の通り上記の「実務」を見学することで知識や技術を自らが現場で使うイメージが湧きやすくなり、研修後の AUDIT や飲酒日誌の使用率に影響を与えたと考えている。以上より今後の研修のあり方として、全ての研修を実務研修とするのは困難だが、講義と実践を組み合わせるものを企画していきたい。

アルコール問題ケースに関わった際の

AUDIT、飲酒日誌の不使用理由について

アルコール問題ケースに関わった際の AUDIT、飲酒日誌の不使用理由についてだが、支援者側の理由が占める割合はいずれの群においても差を認めなかった。

研修で得た知識を実践で使用しやすくする工夫が必要だが、これまでの研修を振り返ったところ3つの工夫ができると考えている。1つは、何はともあれ使用経験を増やすことである。今回我々は AUDIT や飲酒日誌を用いた S-BIRT を気軽にできる「お酒の健康診断」として活用すべく普及してきた。しかしながら、AUDIT や飲酒日誌が「問題飲酒者のみを対象に使う方法」として認識されてしまい、気軽な道具としての意味合いが薄れてしまった可能性がある。日頃から支援対象者に S-BIRT を行う、職場の同僚同士で、家族や身近な立場の人々に対してなど繰り返し行い、使い慣れることが必要であろう。勿論これは、「使い慣れる」のは副次的なものであり、それ自体が目的では

ない。あくまでも、地域住民の飲酒問題のスクリーニングを行うという本来の意味で、積極的に S-BIRT を使って欲しいのである。それには、我々が研修の中で、「どうぞ日頃から関わる対象者さん全員に S-BIRT を行ってください」と強調することで対処できるものと思われる。

2つめは、AUDIT を行う際の工夫である。AUDIT を使うにあたり、まずは「時々お酒を飲みますか？」と質問した上で、より簡便なスクリーニング法である CAGE を行う。計2項目以上の該当者、もしくは第4項目（Eye Opener）の該当者に対して「もう少し詳しく伺いたいのですが」と AUDIT に移行する。このように最初の質問を答えやすい聞き方にし、CAGE から始めることで、不使用理由の「使うタイミングがわからない」や「言い出せない」が減ってくるのではないかと考えている。

3つ目は、面接そのものの工夫である。伝達した技術の不使用理由として、「機会がなかった」「否認が強い」「拒否された」も挙げられた。「機会がなかった」とは、アルコール問題事例が無関心期であったり、支援者が関わりの始めということで関係づくりを重視し飲酒の話題に触れることを取って回避した等、意識的に AUDIT や飲酒日誌を使わなかったというものである。否認が強く拒否的な相手に対し、対立せずに関係を維持するための面接技術である動機付け面接法を、最近の研修で積極的に取り入れている。

5 . 終わりに

本報告書では、平成 26 年度の当院の支援活動を振り返った。また、支援活動として行ってきた研修の効果を検証した。

研修の効果や伝達技術の活用の実態を調査することで、我々が行ってきた活動によって期待した効果が得られたことが判明し自信を持つことができました。また、問題点も浮き彫りとなったため、今後より効果的な支援活動を行うにあたって具体的な対策を講じることができる。

また、前述の通り、MAG 新設のための支援が平成 26 年度から更に活発化しており、現在新たに 2 箇所ですべて定例化に向け始動している。先述したが、MAG 設立には、地域の行政機関の果たす役割が極めて大きい。特に沿岸部は元来アルコール医療が手薄だった地域で、その課題が今回の震災で顕在化した一方、飲酒問題に関心をもつ行政機関も著しく増えたように思う。その結果、MAG への関心が増大していると考えられる。我々は今後も関係者間の連携を基本とした支援を継続し、震災前よりも充実した地域支援ネットワークが構築できるよう尽力したい。

引用文献

- 1) Cartwright AKJ. The attitudes of Helping Agents Towards of Experience, Support, Training, and Self-Esteem. British Journal of Addiction. 1980;75(4):413-31
- 2) 高野歩：認知行動療法プログラムを実施する医療従事者における効果の検証ならびに患者や仕事に対する態度の変化の検討（平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金「薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究」総合研究報告書：研究代表者 松本俊彦）
- 3) North CS, Ringwalt CL, Downs D et

al. Postdisaster course of alcohol use disorders in systematically studied survivors of 10 disasters. Arch Gen Psychiatry 68: 173-180, 2011

7 . 研究発表

1) 論文発表

なし

2) 学会発表

Okudaira F, Suzuki T, Miura A, Ishikawa T. A countermeasure against alcohol-related problems in the tsunami-stricken areas caused by the Great East Japan Earthquake. 16th International Society of Addiction Medicine Annual Meetings. October 2 to 6, 2014, Kanagawa, Japan.

8 . 知的財産権の出願・登録状況

1) 特許取得

なし

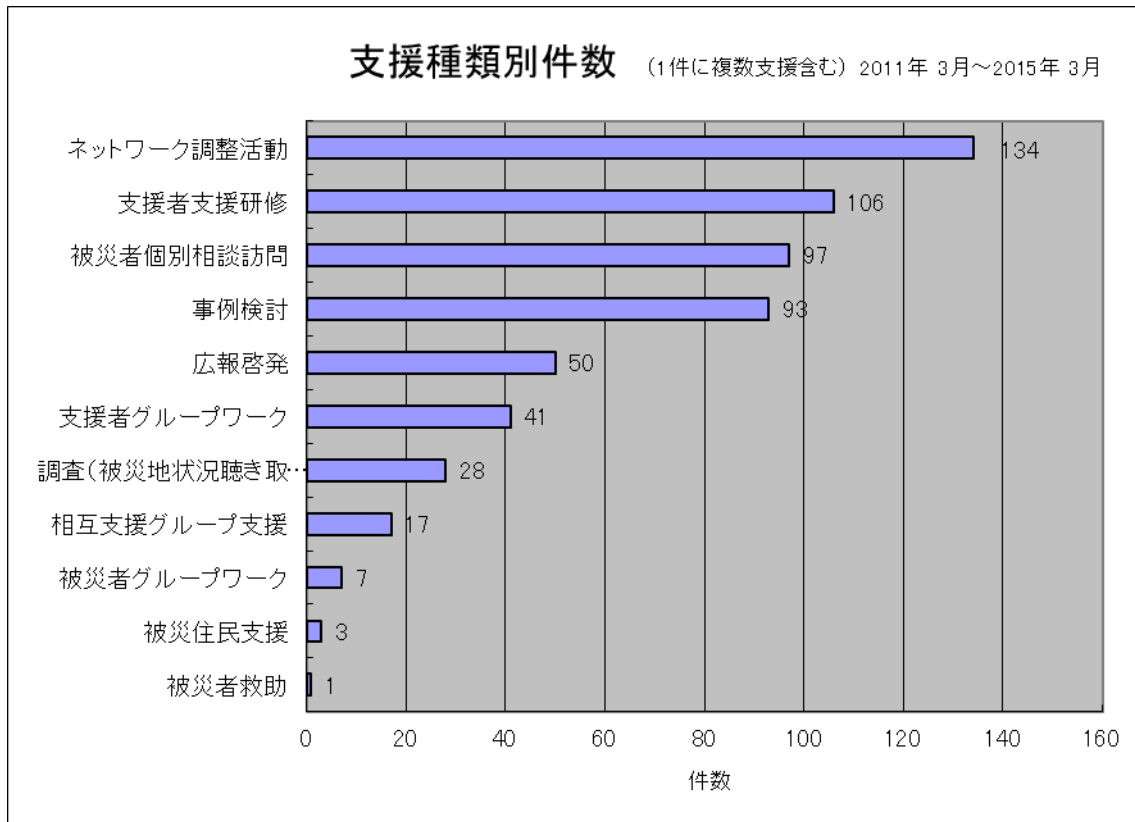
2) 実用新案登録

なし

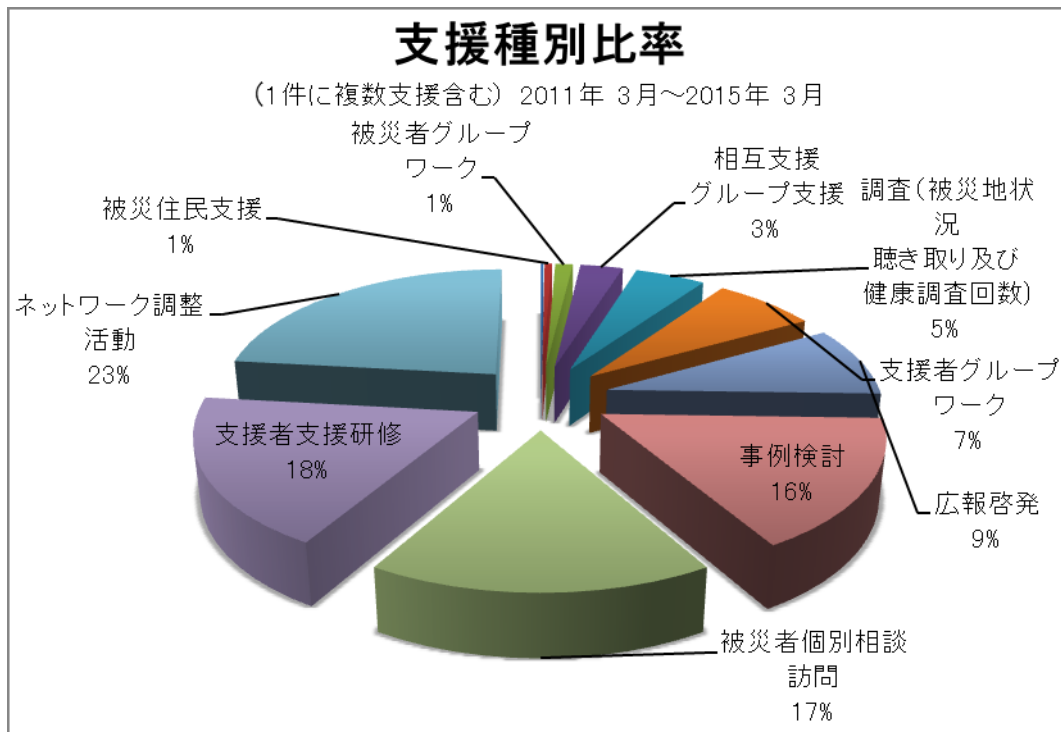
3) その他

特記事項なし

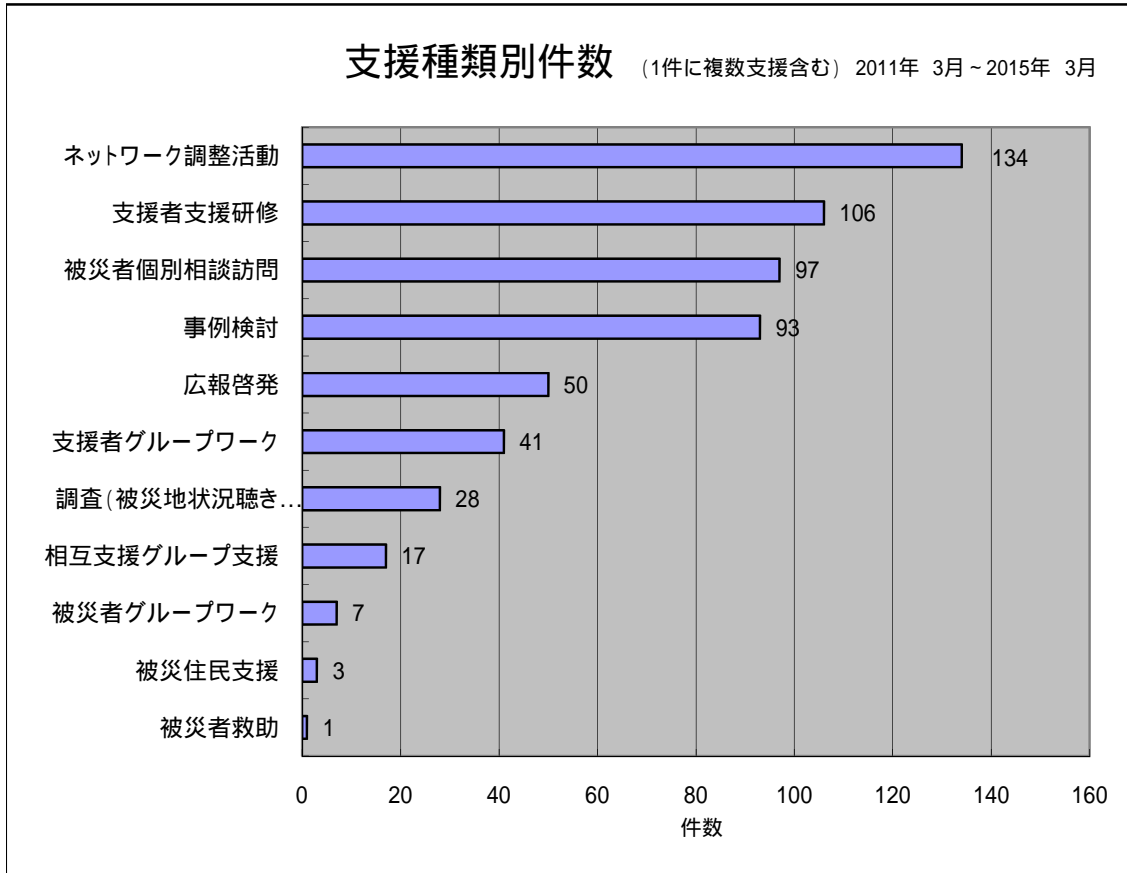
図表1



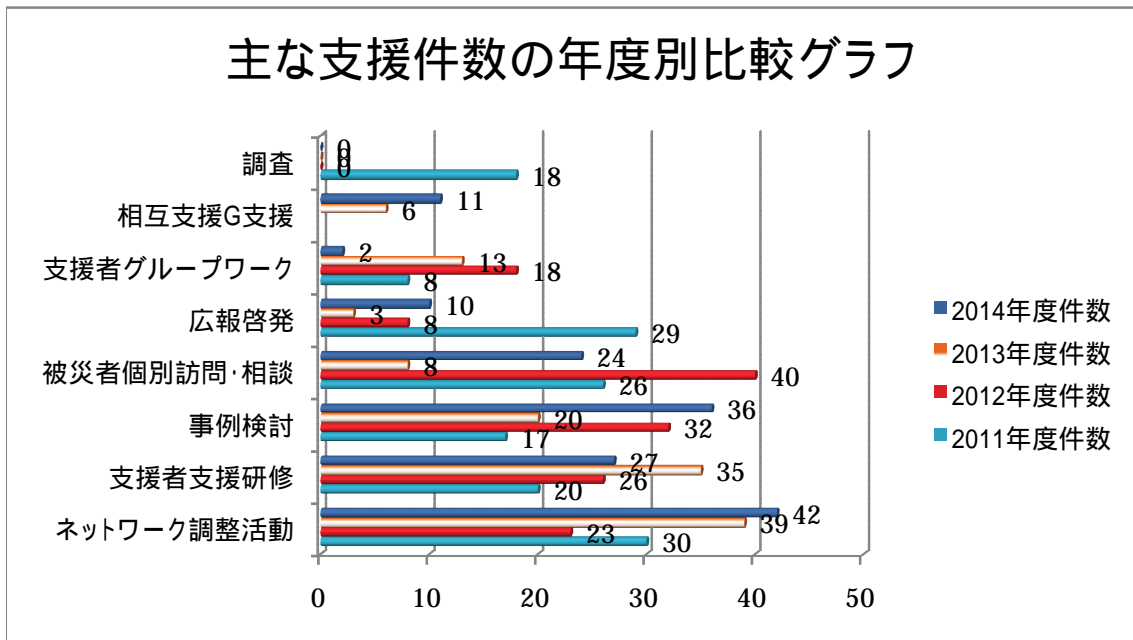
図表2



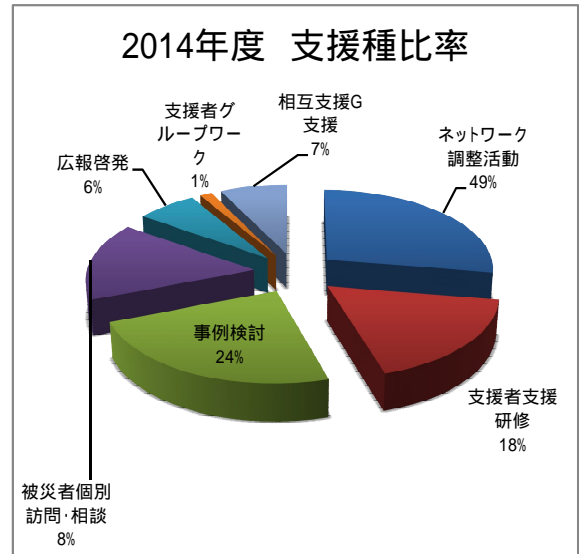
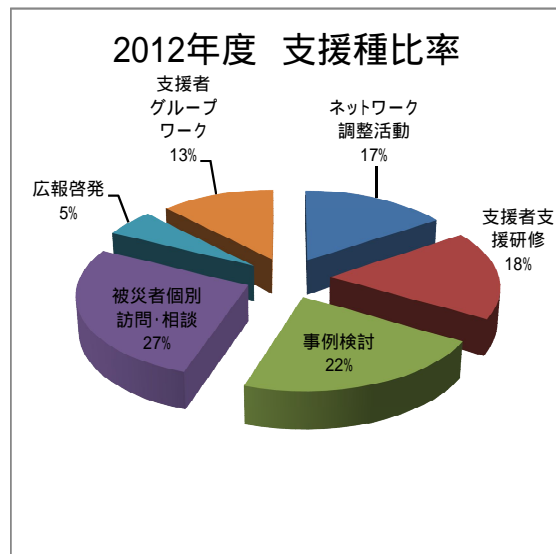
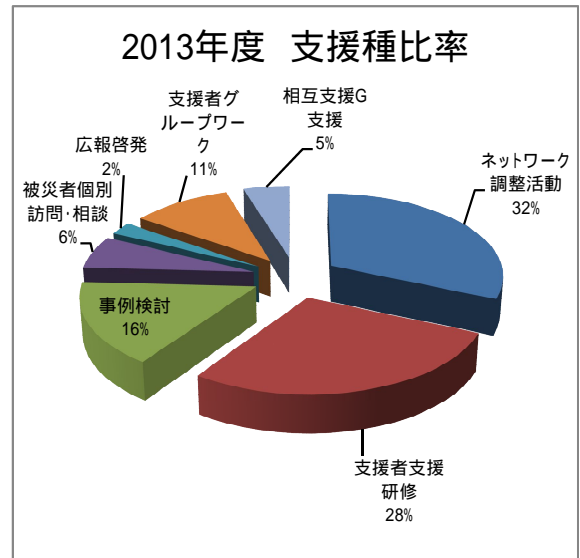
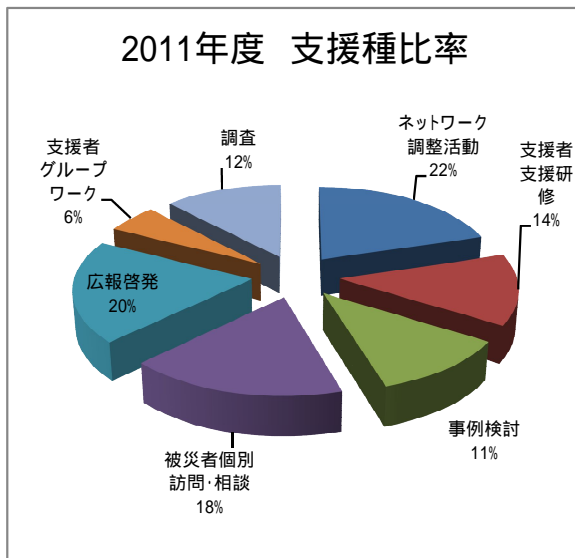
図表3



図表4



図表5



宮城県内のアルコール関連施設・相互支援グループ

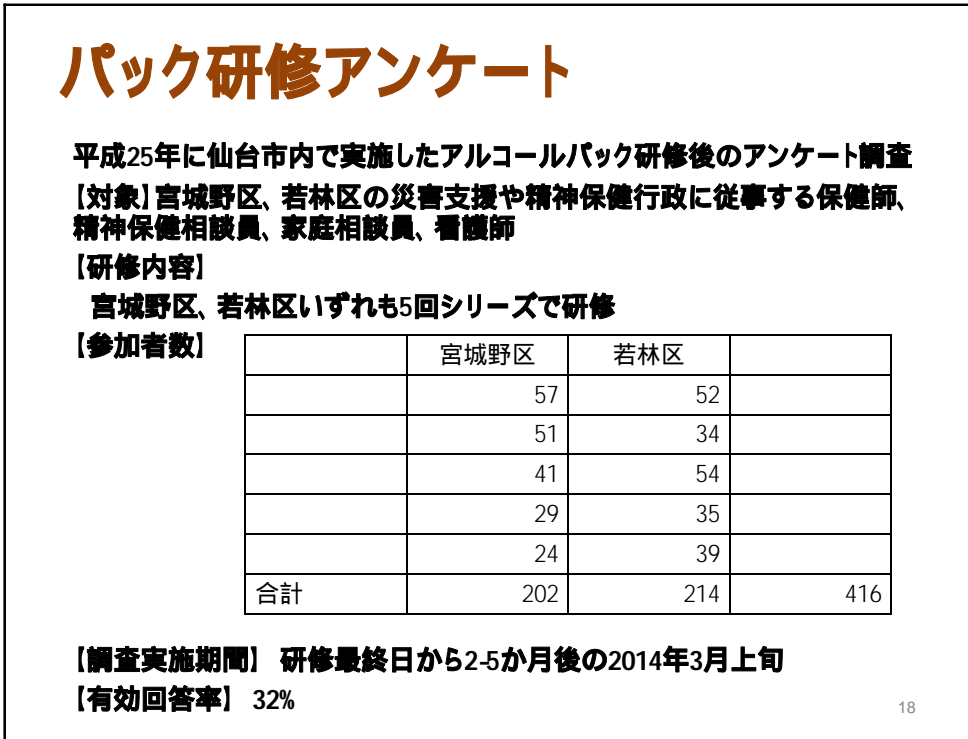


地図 1

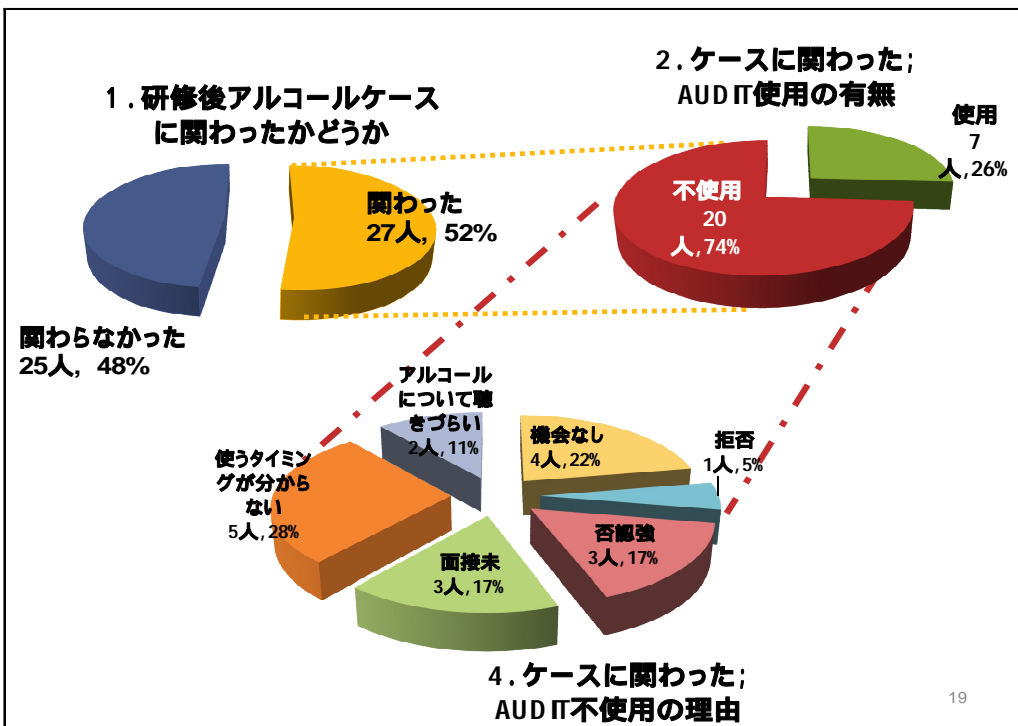
	別資料1 ; AAPPQ	1 全くそう 思わない	2 そう思わ ない	3 あまりそ う思わない	4 どちらと も言えない	5 少しそう 思う	6 そう思う	7 とてもそ う思う
1	アルコールやアルコール関連問題に関する仕事上の知識がある。	1	2	3	4	5	6	7
2	飲酒問題の原因について、自分の職務を果たすのに十分な知識がある。	1	2	3	4	5	6	7
3	アルコール依存症について、自分の職務を果たすのに十分な知識がある。	1	2	3	4	5	6	7
4	アルコールが及ぼす身体的な影響について、自分の職務を果たすのに十分な知識がある。	1	2	3	4	5	6	7
5	アルコールが及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。	1	2	3	4	5	6	7
6	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。	1	2	3	4	5	6	7
7	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。	1	2	3	4	5	6	7
8	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。	1	2	3	4	5	6	7
9	飲酒者を援助する責務をしっかりと認識している。	1	2	3	4	5	6	7
10	必要な時は、患者に飲酒について尋ねてよい。	1	2	3	4	5	6	7
11	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。	1	2	3	4	5	6	7
12	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。	1	2	3	4	5	6	7
13	飲酒者と関わる中で必要と感じたなら、自分が困ったことについて何でも話し合える人を、容易に見つけることができる。	1	2	3	4	5	6	7
14	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。	1	2	3	4	5	6	7
15	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。	1	2	3	4	5	6	7
16	アルコール関連問題の原因やこの問題に対する対応に、関心がある。	1	2	3	4	5	6	7
17	飲酒者に対する仕事がしたい。	1	2	3	4	5	6	7

	別資料1 ; AAPPQ	1 全くそう 思わない	2 そう思わ ない	3 あまりそ う思わない	4 どちらと も言えない	5 少しそう 思う	6 そう思う	7 とてもそ う思う
18	飲酒者に対して自分ができる最善のことは、ほかの機関や人に紹介することだ。	1	2	3	4	5	6	7
19	飲酒者に自分が援助できることは、ほとんどない。	1	2	3	4	5	6	7
20	飲酒者に対する態度として、一番ありがちなのは、悲観的になることだ。	1	2	3	4	5	6	7
21	それほど飲酒しない人に対してと同じように、飲酒者にもかかわることができる。	1	2	3	4	5	6	7
22	飲酒者に対して、役立てないと感じてしまう。	1	2	3	4	5	6	7
23	飲酒者に対する自分の仕事を、もっと重視したい。	1	2	3	4	5	6	7
24	飲酒者に対する仕事をしている時に、誇りに思えることはあまりない。	1	2	3	4	5	6	7
25	飲酒者に対して、全くうまくかかわれないと感じる。	1	2	3	4	5	6	7
26	飲酒者に対する自分の仕事のやり方に、満足している。	1	2	3	4	5	6	7
27	飲酒者に対する仕事をする時に、しばしば不快な気持ちになる。	1	2	3	4	5	6	7
28	一般的に、飲酒者に対する仕事から満足を得ることができる。	1	2	3	4	5	6	7
29	一般的に、飲酒者に対する仕事は働きがいがある。	1	2	3	4	5	6	7
30	飲酒者のことを理解できる。	1	2	3	4	5	6	7
31	飲酒者に好感を持っている。	1	2	3	4	5	6	7

図表6 「バック研修」群 研修終了後 アンケート結果(1)



図表7 「バック研修」群 研修終了後アンケート結果(2)



図表8 「1日研修」群 アンケート結果

2013/10/9 実施「アルコール関連問題の理解と介入～底つきから底上げへ」 参加者 60 名

[研修内容]

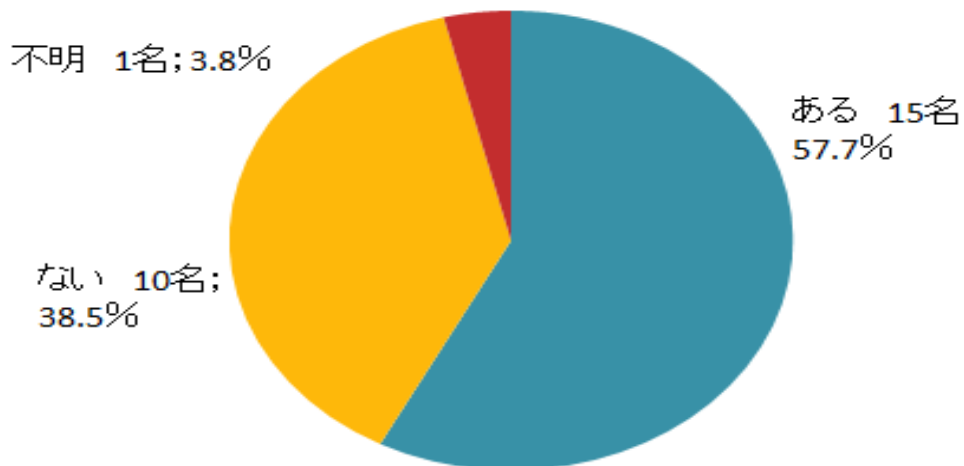
1. 「アディクションについて～アルコール関連問題を中心に～」
東北会病院 精神科医 奥平富貴子氏
2. 「回復とは～当事者からのメッセージ～」
東北会病院 精神保健福祉士 鈴木俊博氏
当事者 2 名
3. 「AUDIT を用いた簡易介入の方法」
東北会病院 精神保健福祉士 斎藤健輔氏、同院 看護師 加藤裕美氏
4. 「東北会病院のアルコール医療について」
東北会病院 看護師 佐藤信一氏

研修終了後アンケート

実施時期;2014 年 11 月 有効回答率;43.3%

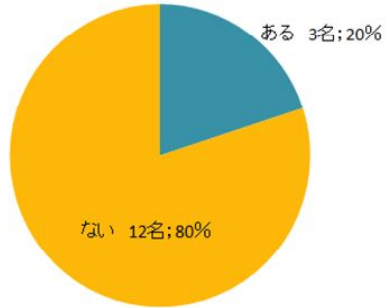
1日研修終了後アンケート結果①

1. 研修後にアルコール問題のケースを担当したことがありますか



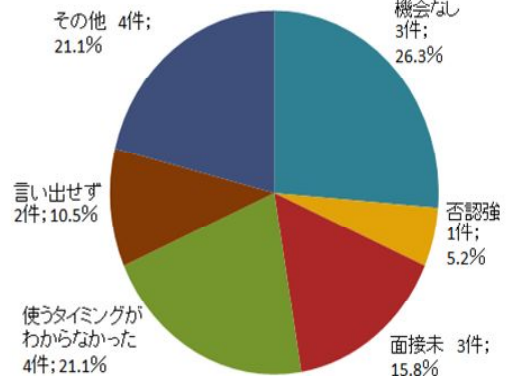
1日研修終了後アンケート結果②

2(1). AUDITを使用したことがありますか



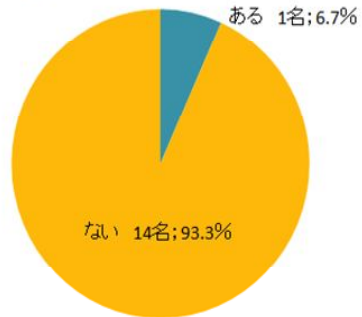
1日研修終了後アンケート結果④

3. AUDIT不使用の理由



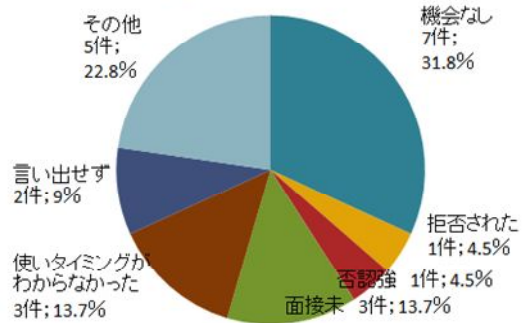
1日研修終了後アンケート結果③

2. (2) 飲酒日誌を使用したことがありますか



1日研修終了後アンケート結果⑤

4. 飲酒日誌不使用の理由



図表9 「実務研修」群 研修終了後 アンケート結果

東北会病院 アルコール関連問題実務研修(1週間)

2013/1/7-1/11、2013/1/18-1/22、2013/2/4-2/8、2013/2/25-3/1、2013/3/11-3/15

2013/6/10-6/14、2013/7/8-7-12、2013/10/7-10/11、2013/11/11-15、2013/12/9-12/13

2014/1/20-1/24 実施 延べ 25 名

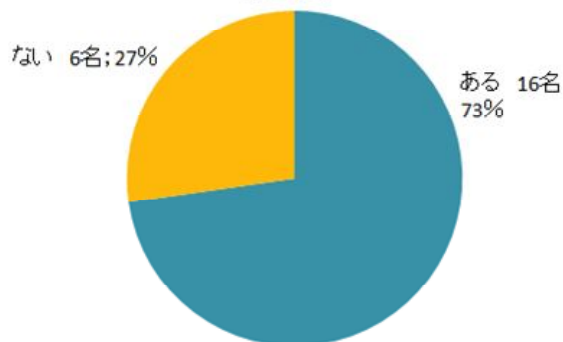
アンケート実施時期; 2014 年 8 月-9 月 有効回答率;88%

研修内容;

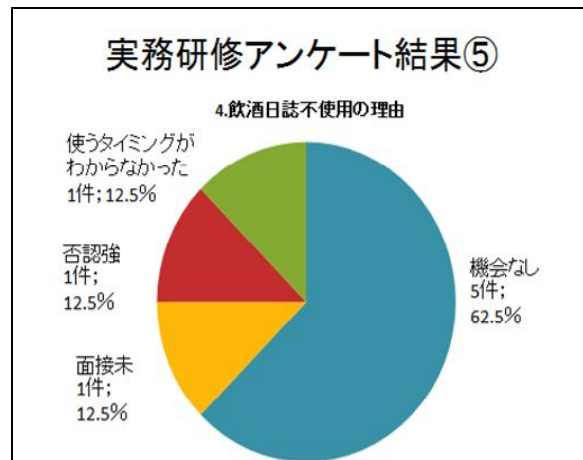
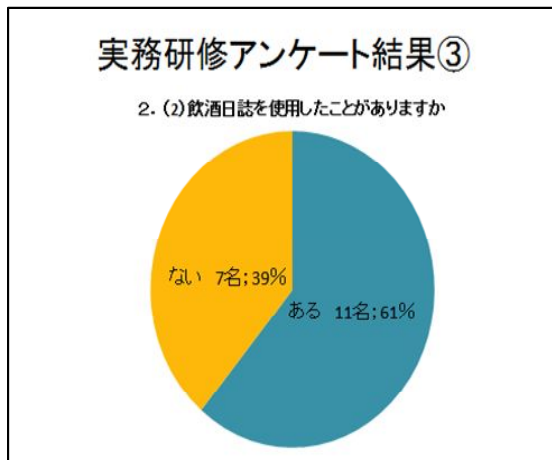
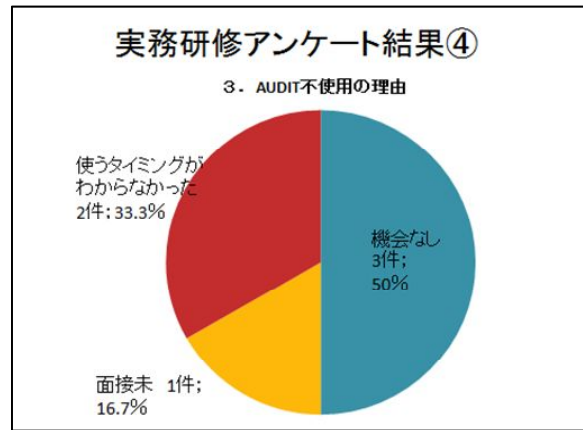
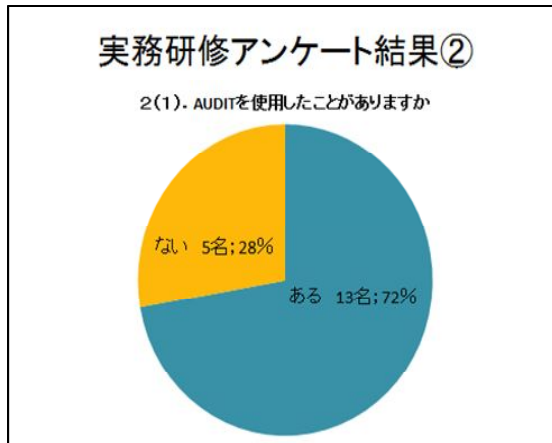
東北会病院 アルコール関連問題実務研修							
	9:30 ~	10:00 ~	10:30 ~	11:00 ~	13:00 ~	15:30 ~	16:30 ~
月曜	オリエンテーション			院内 A A	グループセラピー	被災地における アルコール簡易介入法 活用について	事例検討
火曜	教育ビデオ鑑賞・アルコール依存症外来患者及び 家族のグループセラピー ピギナープログラム			院内 断 酒 会	医師による アルコール依存症心理教育プログラム (AOS)		AOS後
							家族グループ
水曜	アルコールの入院治療 離脱期の看護			アルコール簡易介入 (ブリーフ・インターベンション)の実践		当事者メッセージ	
						オプションプログラム アルコール 自助グループ見学 おおよそ18:00~20:00 (希望者はスタッフ同行)	
木曜	アルコール病棟の認知行動療法 (CBT)			薬物依存症リハビリ施設		トラウマとアディクション 関連ビデオ視聴	
金曜	新患インターク・外来診察			アルコール病棟のグループセラピー (SGT)		家族対応	
土曜	9:30 ~ 12:30			オリエンテーション・グループ ワナ・クリニック 医師による心理教育プログラム			

実務研修アンケート結果①

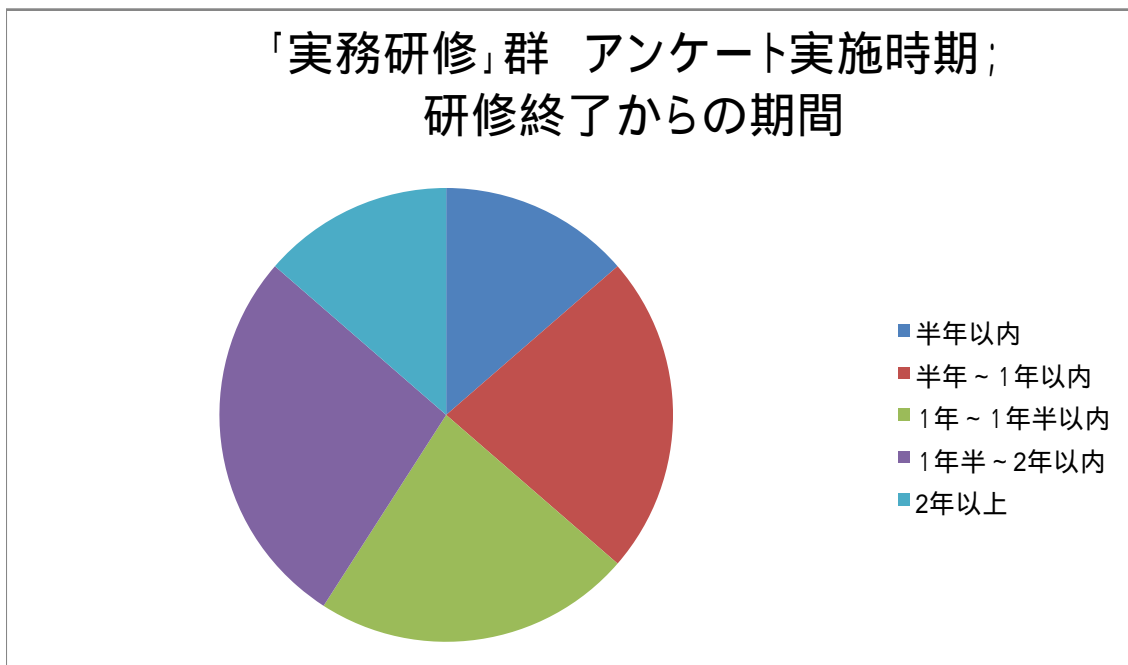
1. 研修後にアルコール問題のケースを担当したことがありますか



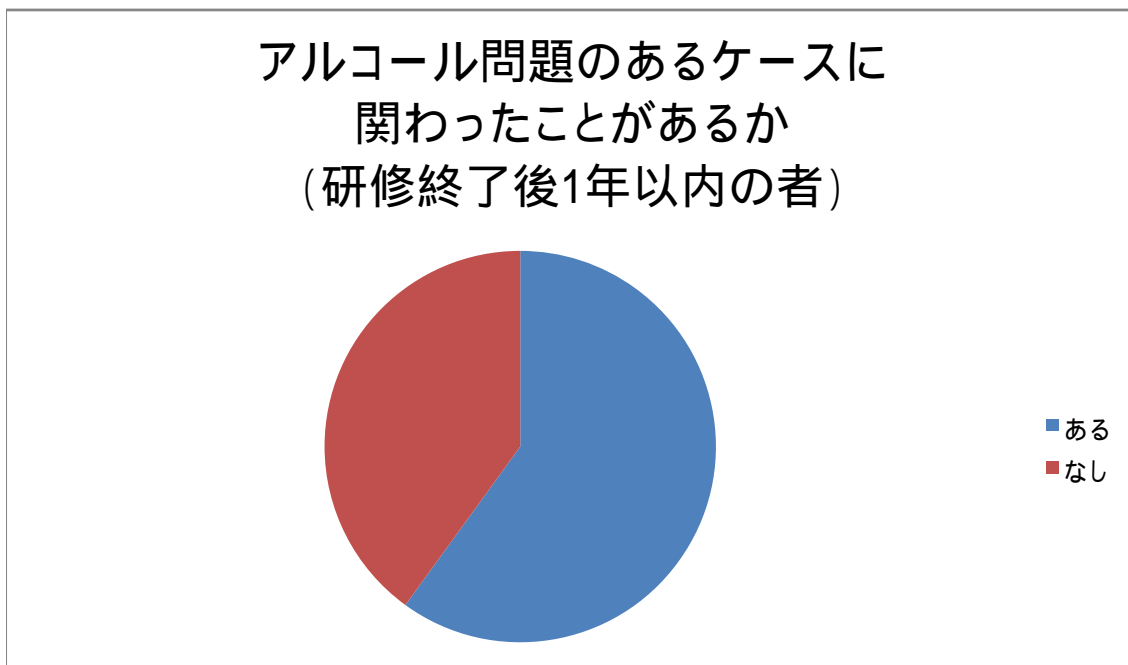
(図表9 続き)



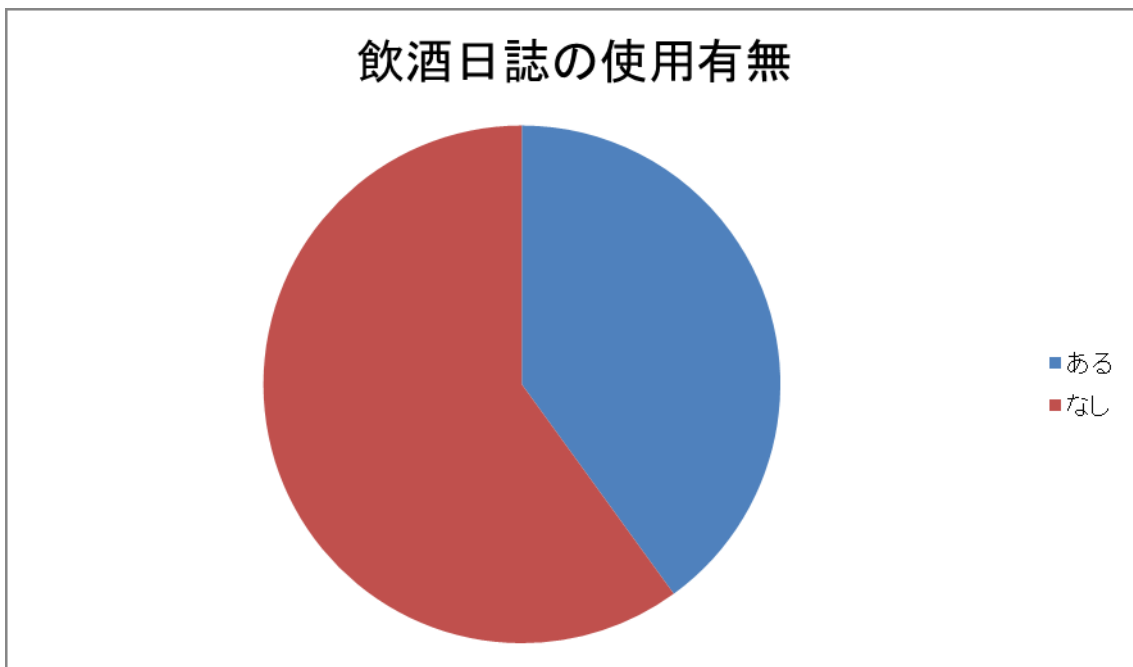
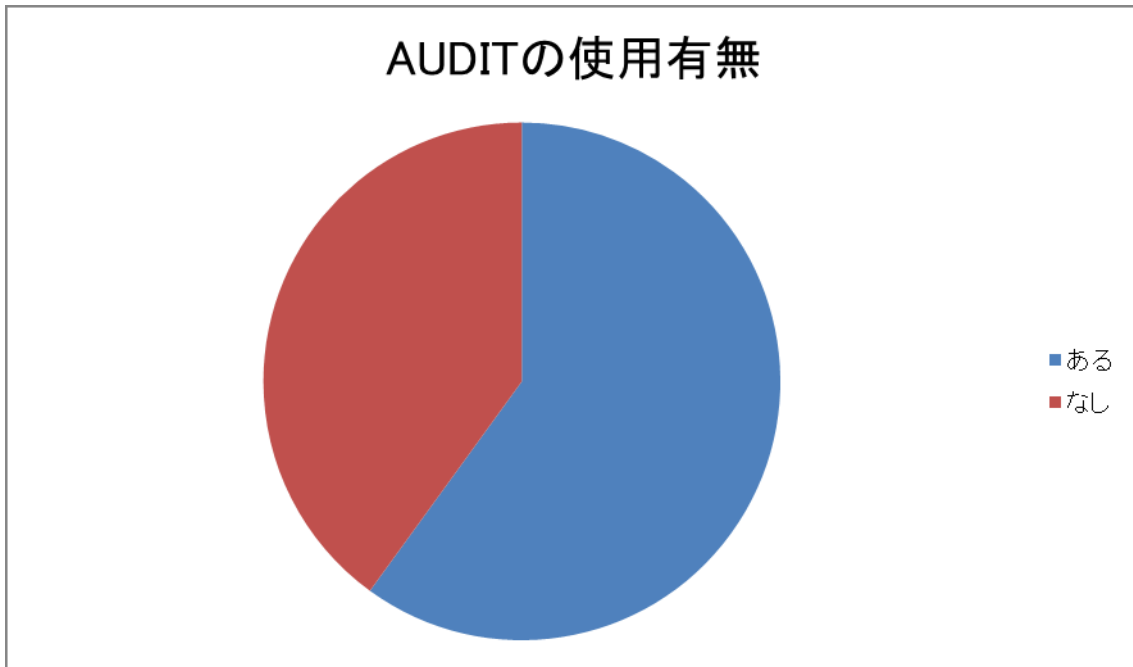
図表10



研修終了後1年以内の者(8名)に限った内訳



研修後 1 年以内の 8 人のうちアルコール問題のあるケースに関わった 5 名について



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

宮城県石巻市におけるアルコール使用障害をもつものの支援に関する介入調査研究
研究分担者 長 徹二 三重県立こころの医療センター 医長

研究要旨

東日本大震災後に、被災地では現在アルコール依存症などのアルコール使用障害をもつものの増加、そして精神保健相談におけるアルコール関連問題の割合の増加が認められている。本研究では、それらの問題の支援を行う援助者やボランティアなどに対して、アルコール使用障害をもつものの基礎知識から関わり方に至るまでについて、3 か月連続 3 回の体験学習を伴う研修を行い、支援者のアルコール使用障害をもつものに対する姿勢の変化について検討した。

研修は平成 26 年 3 月から 5 月にかけて宮城県石巻市にある「からころステーション」にて実施し、参加者の中で 66 人から回答を得た。結果としては、研修の前後で AAPPQ : alcohol and alcohol problems perception questionnaire の総得点と、下位項目である「仕事満足と意欲」と「患者の役に立つこと」において、統計学的に有意に改善を認めた。併せて、N-VAS : Nawata-Visual analogue scale において、アルコール使用障害をもつものとの距離感も有意に減少した。

なお、研修に併せて同時期に医療支援も行い、被災地の現状をより具体的に把握して、現場の困っている声を支援につなげることができるように工夫した。この結果を踏まえて、平成 26 年 10 月には仮設住宅において、住民やその家族に対するアルコールに関する研修も開催した。

研究協力者

原敬造：原クリニック

渋谷浩太：震災こころのケア・ネットワークみやぎ からころステーション

田中増郎：高嶺病院

眞城耕志：和歌山県立こころの医療センター

岩谷潤：和歌山県立こころの医療センター

福田貴博：国立病院機構琉球病院

佐久間寛之：国立病院機構久里浜医療センター

小林桜児：神奈川県立精神医療センター

久納一輝：三重県立こころの医療センター

小畑精一郎：三重県立こころの医療センター

江上剛史：三重県立こころの医療センター

A. 研究目的

宮城県石巻市「からころステーション」における調査¹⁾で、東日本震災後にアルコール依存症をはじめとするアルコール使用障害をもつものが増加している。具体的には、精神保健に関する相談において、全体の延べ件数は平成 24 年が 5342 件うち、アルコール問題に関するも

のが 6.0%であったが、平成 25 年には 8419 件中 11.7%と割合がほぼ倍増していた。このアルコール問題とは、お酒が原因で他人とトラブルになったりするようなものから、何かあるとついお酒に手がでてしまうというものまで含まれている。加えて、支援を実際に行っているものにとってその問題の介入が困難なため、成功体験が得られにくい印象が多く、自信をもって支援にあたるのが困難であるという声も少なくない。また、アルコール使用障害に対するスティグマ（偏見）は精神疾患の中でも特に際立っていることも忘れてはならない²⁾。

これらのことをふまえて、支援を行うものを対象としたアルコール使用障害をもつものに対する知識や意識実態を調査するとともに、その支援を行うもの全般に対して、基礎知識から関わり方や家族に対する支援等に至るまで、実践に通ずる体験学習を中心とした研修を実施する。そして、その研修前後における支援者の態度・姿勢・距離感などについて調査する。

C . 研究結果

H26年3月19日、4月16日、5月21日の3回にわたって研修を開催し、研究参加者は66人であった(研修のみ参加者はこのほかに15人程度)。参加者のプロフィールと結果を添付資料4にまとめる。

研究参加者は20-30代が過半数を占め、男：女=1:2であった(図1,2)。そして、支援職経験平均年数は 7.44 ± 9.58 年であり、3年以内のものが54.5%を占め(図3)、震災後に支援職に就いたであろうと考えられるものが半数を占めた。平均研修参加回数は 1.71 ± 0.80 回であった。

参加者の90%はアルコール関連問題の対応に困ることがあった(図4)と回答し、アルコール問題に対して陰性感情を抱くものはほぼ半数を占めた(図5)。また、うつが疑われる場合にアルコール問題を把握していると回答したものはほぼ半数であり、参加者全員がアルコール関連問題に対して支援が必要であると感じていると回答している。

そして、これまでに依存症について専門家の指導を受けたことがある、もしくは専門医療の経験があると回答したのは約20%にとどまり(図7)、約85%のものが依存症支援に関する勉強があれば参加したいと回答した。具体的には「関わり方」「話し方」などの現場で必要とされる内容が多かった。

本調査で用いた調査項目に関して、研修の前後を比較したところでAAPPQ: alcohol and alcohol problems perception questionnaireの総得点と、下位項目である「仕事満足と意欲」と「患者の役に立つこと」において、統計学的に有意に改善を認めた(表1、図9)(t検定5%有意水準)。併せて、N-VAS: Nawata-Visual analogue scaleにおいて、アルコール使用障害をもつものとの距離感も有意に減少した(図10)(Wilcoxonの符号付順位検定 $P=0.018$)。

D . 考察

現場にはアルコールに関する知識が十分には提供されていないという状況に加え、臨床経験者が少ないという現状の中で奮闘していると推測できる結果となった。平均1.7回の研修参加の前後でアルコール使用障害をもつものに対する姿勢や距離感に有意な変化が見られたため、この変化が持続するのか、終息するのかについて今後も検討する必要がある。

直接現場でのアルコールに関する医療支援に参加した感想としては、アルコール依存症の治療を断酒するか、飲酒するかの2分法で考えて支援している印象が強く、結果に注目が集まりがちであり、治療過程に対する意識に重点を置く課題があると感じた。例えば、適切に関わることができているのも関わらず、1回の再飲酒に対して支援者が「断酒が軌道に乗っていない」という不安を抱きやすい傾向があるという印象も少なからず受けた。

被災地におけるアルコールに問題をもつものに対する支援には、現場の努力だけではなく、回復の途上をイメージしやすくする工夫が必要である。そのためには多くの回復者に触れる機会を増やし、支援経験が豊富にあるものがサポートする体制を構築することが必要である。また、アルコール問題そのものよりも、当事者の良いところに関わることに重きを置き、生き方や生活に関する些細なことから関係性を築くことを重視する必要もあると感じた。

今回の取り組みにおいて、アルコールに関連する研修を行い、その効果を一部認めたと、直接的にアルコールに関する問題をもつものへ還元されるにはまだまだ課題が多い。支援者の変化が積み重ねられることにより、その支援に自信を持ち、その支援の結果を実感するまでにまだまだ多くのステップがある。被災地の支援でできる何かがあることは分かっている、それを形にすることの難しさを今後も悩みながら検討し、具体的なかたちで支援を継続する必要性がある。

引用文献

1) 原敬造：アウトリーチを中心にした石巻圏での精神保健活動の現状と課題 第33回日本社会精神医学会 2014

2) Schomerus G et al: The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. Alcohol Alcohol. 2011 ;46(2):105-12.

3) CARTWRIGHT, A. K. J. : The attitudes of Helping Agents Towards the Alcoholic Client: the Influence of Experience, Support, Training, and Self-Esteem, British Journal of Addiction, 75, 413-431, 1980 .

4) 高野歩：認知行動療法プログラムを実施する医療従事者における効果の検証ならびに患者や仕事に対する態度の変化の検討
(平成23年度厚生労働科学研究費補助金「薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究」総合研究報告書：研究代表者 松本 俊彦)

5) 縄田秀幸ら：Stigma and mental Health Professionals, 7th The Course for the Academic Development of Psychiatrists (CADP)報告書、JYPO、2008.

E . 研究発表

1 . 論文発表；総説

長徹二：今、被災地支援について考える
Frontiers in Alcoholism 3 卷 1 号
p60-62, 2015.1

2 . 学会発表

Tetsuji Cho: The current psychiatric issue in Japan. The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Annual Congress 2014, Perth 2014.5

Masuo Tanaka and Tetsuji Cho : The Current Problems Exposed Large Disasters In Tohoku Area. Joint Workshop of 14th East Asian Academy of Cultural Psychiatry(EAACP) and 15th Korea Japan

Young Psychiatry Association(KJYPA), Fukuoka 2014.8

Tetsuji Cho ,Masuo Tanaka, Kazuki Kuno, Seiichiro Obata, Takashi Egami, Takahiro Fukuda, Jun Iwatani, Keizo Hara, Sachio Matsushita, Masayuki Morikawa, Toshifumi Kishimoto: Antistigma act for alcohol use disorder in a stricken area. 5th World Congress of Asian Psychiatry (WCAP), Fukuoka 2015.3

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

(添付資料1)以下の文章について、最もあてはまる答えに をつけてください。 **参加 ID**

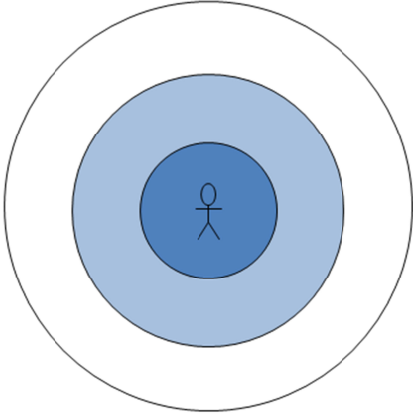
()

この質問では、飲酒者とは、何らかの飲酒問題を持ちつつ飲酒している人のことを指します。

		1 全くそう 思わない	2 そう思わ ない	3 あまりそ う思わない	4 どちらと も言えない	5 少しそう 思う	6 そう思う	7 とてもそ う思う
1	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。	1	2	3	4	5	6	7
2	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。	1	2	3	4	5	6	7
3	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。	1	2	3	4	5	6	7
4	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。	1	2	3	4	5	6	7
5	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。	1	2	3	4	5	6	7
6	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。	1	2	3	4	5	6	7
7	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。	1	2	3	4	5	6	7
8	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。	1	2	3	4	5	6	7
9	飲酒者を援助する責務をしっかりと認識している。	1	2	3	4	5	6	7
10	必要な時は、患者に飲酒について尋ねてよい。	1	2	3	4	5	6	7
11	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。	1	2	3	4	5	6	7
12	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。	1	2	3	4	5	6	7
13	飲酒者と関わる中で必要と感じたなら、自分が困ったことについて何でも話し合える人を、容易に見つけることができる。	1	2	3	4	5	6	7
14	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。	1	2	3	4	5	6	7
15	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。	1	2	3	4	5	6	7

		1 全くそう 思わない	2 そう思わ ない	3 あまりそ う思わない	4 どちらと も言えない	5 少しそう 思う	6 そう思う	7 とてもそ う思う
16	アルコール関連問題の原因やこの問題に対する対応に、関心がある。	1	2	3	4	5	6	7
17	飲酒者に対する仕事がしたい。	1	2	3	4	5	6	7
18	飲酒者に対して自分ができる最善のことは、ほかの機関や人に紹介することだ。	1	2	3	4	5	6	7
19	飲酒者に自分が援助できることは、ほとんどない。	1	2	3	4	5	6	7
20	飲酒者に対する態度として、一番ありがちなのは、悲観的になることだ。	1	2	3	4	5	6	7
21	それほど飲酒しない人に対してと同じように、飲酒者にもかかわることができる。	1	2	3	4	5	6	7
22	飲酒者に対して、役立てないと感じてしまう。	1	2	3	4	5	6	7
23	飲酒者に対する自分の仕事を、もっと重視したい。	1	2	3	4	5	6	7
24	飲酒者に対する仕事をしている時に、誇りに思えることはあまりない。	1	2	3	4	5	6	7
25	飲酒者に対して、全くうまくかかわれないと感じる。	1	2	3	4	5	6	7
26	飲酒者に対する自分の仕事のやり方に、満足している。	1	2	3	4	5	6	7
27	飲酒者に対する仕事をする時に、しばしば不快な気持ちになる。	1	2	3	4	5	6	7
28	一般的に、飲酒者に対する仕事から満足を得ることができる。	1	2	3	4	5	6	7
29	一般的に、飲酒者に対する仕事は働きがいがある。	1	2	3	4	5	6	7
30	飲酒者のことを理解できる。	1	2	3	4	5	6	7
31	飲酒者に好感を持っている。	1	2	3	4	5	6	7

この下の円の中心にある人型を飲酒者であると想定し、絵の中にあなたの人型を1つだけ描きこんで下さい。



ご協力いただきまして、誠にありがとうございます

いました。

(添付資料 2) 研究アンケート Face シート

ID

()

以下の質問で当てはまるものに を、もしくはカッコの中にご記入ください。

・年齢： 20代 ・ 30代 ・ 40代 ・ 50代 ・ 60代 ・ 70歳以上

・性別： 男 ・ 女 ・ 支援経験年数：()年

・資格： 精神保健福祉士・臨床心理士・保健師・看護師・医師・その他

・アルコールに関連する問題の対応で困ることはありますか？： はい・いいえ

・薬物・ハーブに関連する問題の対応で困ることはありますか？： はい・いいえ

・ギャンブルに関連する問題の対応で困ることはありますか？： はい・いいえ

・アルコールに関連する問題に対して、陰性感情を抱くことはありますか？

：よくある・ときどきある・たまにある・あまりない・ない

・薬物・ハーブに関連する問題に対して、陰性感情を抱くことはありますか？

：よくある・ときどきある・たまにある・あまりない・ない

・ギャンブルに関連する問題に対して、陰性感情を抱くことはありますか？

：よくある・ときどきある・たまにある・あまりない・ない

・夜眠れない時に飲酒している場面ではどのように対応されていますか？

(複数可能) うまく対応できない・断酒を指導・節酒を指導・受診を勧める

・うつが疑われる場合に、アルコール問題を把握していますか？

：必ずする・ときどきする・たまにする・あまりしていない・していない

・アルコール関連問題に対して、支援は必要と感ずますか？： はい ・ い

いえ

・薬物・ハーブ関連問題に対して、支援は必要と感ずますか？： はい ・ い

いえ

・ギャンブル関連問題に対して、支援は必要と感ずますか？： はい ・ い

いえ

・今までに、依存症の支援に関して専門家に指導を受けたことがありますか？

：専門医療勤務経験がある・かなりある・すこしある・あまりない・ほとんどない

・アルコール関連問題の支援で対応に悩んだことはありますか？： はい・
いいえ

・薬物・ハーブ関連問題の支援で対応に悩んだことはありますか？： はい・
いいえ

・ギャンブル関連問題の支援で対応に悩んだことはありますか？： はい・
いいえ

・1つでも「はい」と答えた方は、どのように対処していますか？

相談できる専門家がいる 自分で勉強する 勉強会・講演会に参加する

わ か ら な い そ の 他

()

・依存症支援に関する勉強会があれば、参加したいですか？： はい・いいえ

・「はい」と答えた方は、具体的に受けたい内容や知りたいことなどをお書き下さい。

Blank area for writing answers to the questions above.

* お忙しい中、ご協力いただきまして、誠にありがとうございました。

(添付資料3) 以下の文章について、最もあてはまる答えに をつけてください。 **参加 ID**

()

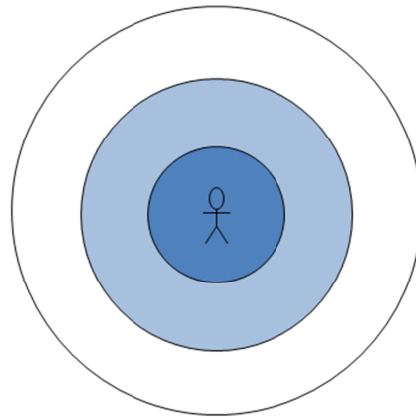
この質問では、飲酒者とは、何らかの飲酒問題を持ちつつ飲酒している人のことを指します。

		1 全く 思わない	2 そう 思わ ない	3 あまり 思わ ない	4 どちら も 思わ ない	5 少し 思 う	6 そう 思 う	7 とても 思 う
1	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。	1	2	3	4	5	6	7
2	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。	1	2	3	4	5	6	7
3	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。	1	2	3	4	5	6	7
4	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。	1	2	3	4	5	6	7
5	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。	1	2	3	4	5	6	7
6	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。	1	2	3	4	5	6	7
7	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。	1	2	3	4	5	6	7
8	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。	1	2	3	4	5	6	7
9	飲酒者を援助する責務をしっかりと認識している。	1	2	3	4	5	6	7
10	必要な時は、患者に飲酒について尋ねてよい。	1	2	3	4	5	6	7
11	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。	1	2	3	4	5	6	7
12	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。	1	2	3	4	5	6	7
13	飲酒者と関わる中で必要と感じたなら、自分が困ったことについて何でも話し合える人を、容易に見つけることができる。	1	2	3	4	5	6	7

		1 全くそう 思わない	2 そう思わ ない	3 あまりそ う思わない	4 どちらと も言えない	5 少しそう 思う	6 そう思う	7 とてもそ う思う
14	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。	1	2	3	4	5	6	7
15	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。	1	2	3	4	5	6	7
16	アルコール関連問題の原因やこの問題に対する対応に、関心がある。	1	2	3	4	5	6	7
17	飲酒者に対する仕事がしたい。	1	2	3	4	5	6	7
18	飲酒者に対して自分ができる最善のことは、ほかの機関や人に紹介することだ。	1	2	3	4	5	6	7
19	飲酒者に自分が援助できることは、ほとんどない。	1	2	3	4	5	6	7
20	飲酒者に対する態度として、一番ありがちなのは、悲観的になることだ。	1	2	3	4	5	6	7
21	それほど飲酒しない人に対してと同じように、飲酒者にもかかわることができる。	1	2	3	4	5	6	7
22	飲酒者に対して、役立てないと感じてしまう。	1	2	3	4	5	6	7
23	飲酒者に対する自分の仕事を、もっと重視したい。	1	2	3	4	5	6	7
24	飲酒者に対する仕事をしている時に、誇りに思えることはあまりない。	1	2	3	4	5	6	7
25	飲酒者に対して、全くうまくかかわれないと感じる。	1	2	3	4	5	6	7
26	飲酒者に対する自分の仕事のやり方に、満足している。	1	2	3	4	5	6	7
27	飲酒者に対する仕事をする時に、しばしば不快な気持ちになる。	1	2	3	4	5	6	7
28	一般的に、飲酒者に対する仕事から満足を得ることができる。	1	2	3	4	5	6	7
29	一般的に、飲酒者に対する仕事は働きがいがある。	1	2	3	4	5	6	7
30	飲酒者のことを理解できる。	1	2	3	4	5	6	7

		1 全くそう 思わない	2 そう思わ ない	3 あまりそ う思わない	4 どちらと も言えない	5 少しそう 思う	6 そう思う	7 とてもそ う思う
31	飲酒者に好感を持っている。	1	2	3	4	5	6	7

この下の円の中心にある人型を飲酒者であると想定し、絵の中にあなたの人型を1つだけ描きこんで下さい。



質問があれば以下に記載してください。

別添資料 4)

図 1) 参加者一覧

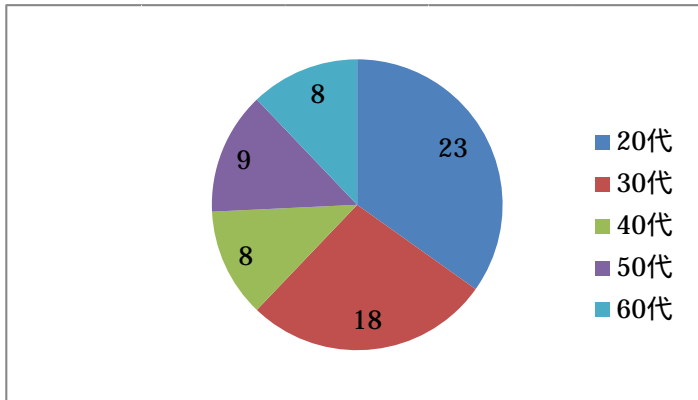


図 2) 性別

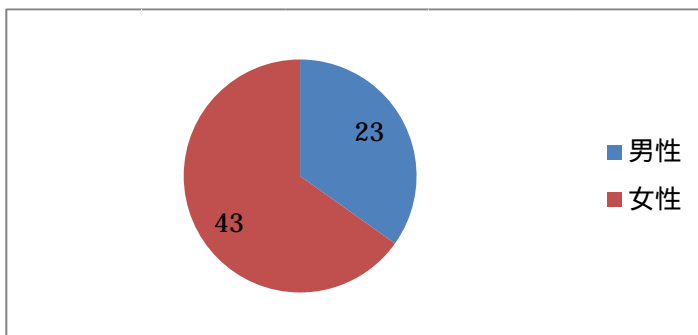


図 3) 職種 支援職経験平均年数 7.44 ± 9.58 年 (3年以内が 54.5%)

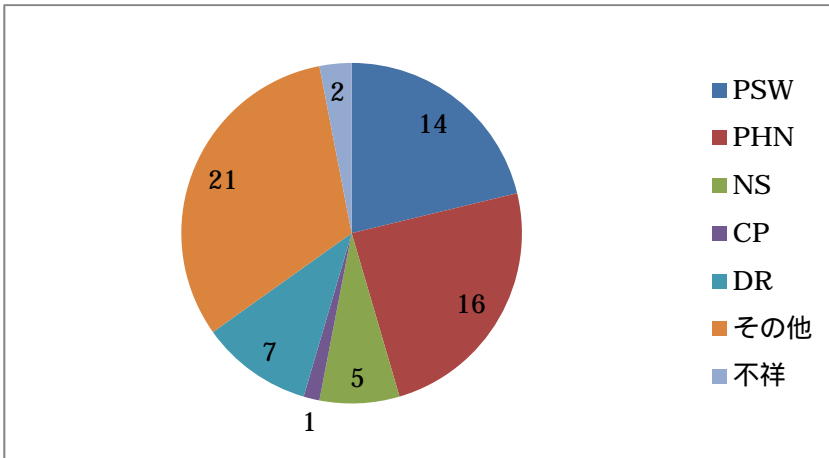


図 4) アルコール関連問題の対応に困ることがありますか？

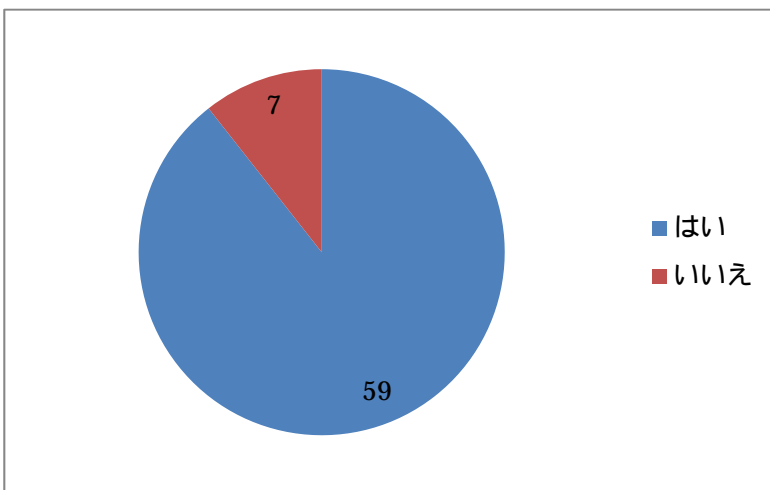


図 5) アルコール関連問題に対して、陰性感情を抱くことはありますか？

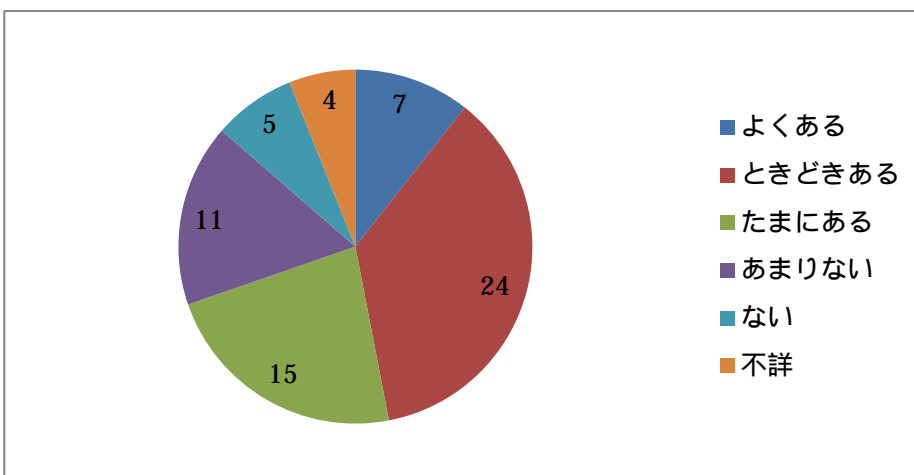
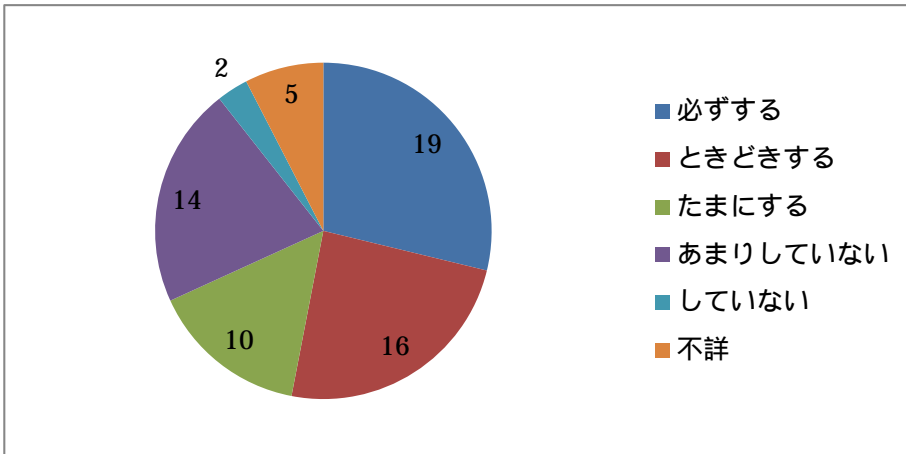


図 6) うつが疑われる場合に、アルコール問題を把握していますか？



アルコール関連問題に対して、支援は必要と感じますか？

66名全員が必要と感じていると回答

図7) 今まで依存症に関して専門家に指導を受けたことがありますか？

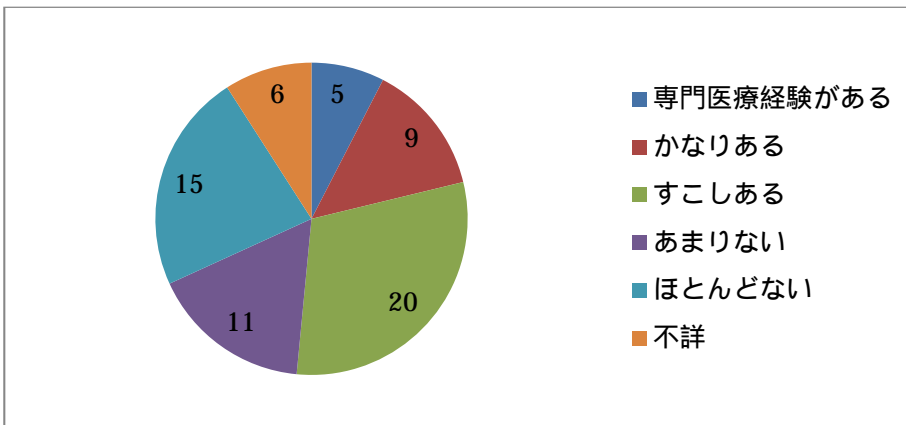


図8) 依存症支援に関する勉強会があれば、参加したいですか？

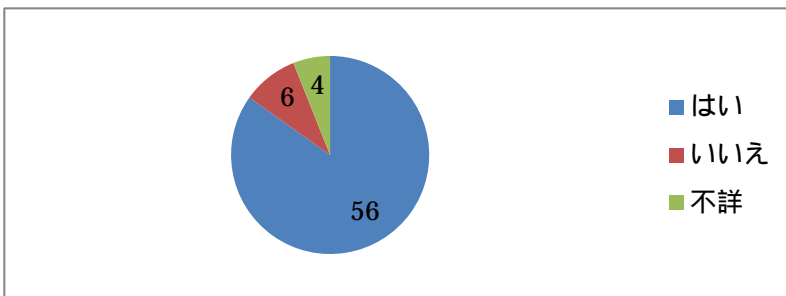


表1. AAPPQの下位項目を含む前後比較

	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	役割意識	計
介入前	35.0 (±13.0)	46.1 (±5.62)	19.6 (±4.42)	12.9 (±4.81)	13.3 (±3.13)	127.2 (±24.7)
介入後	38.7 (±11.0)	48.5 (±5.64)	21.4 (±4.36)	14.4 (±4.55)	13.8 (±3.17)	137.2 (±21.6)

*

*

*

* p<0.05

図 9.AAPPQ の下位項目の前後比較

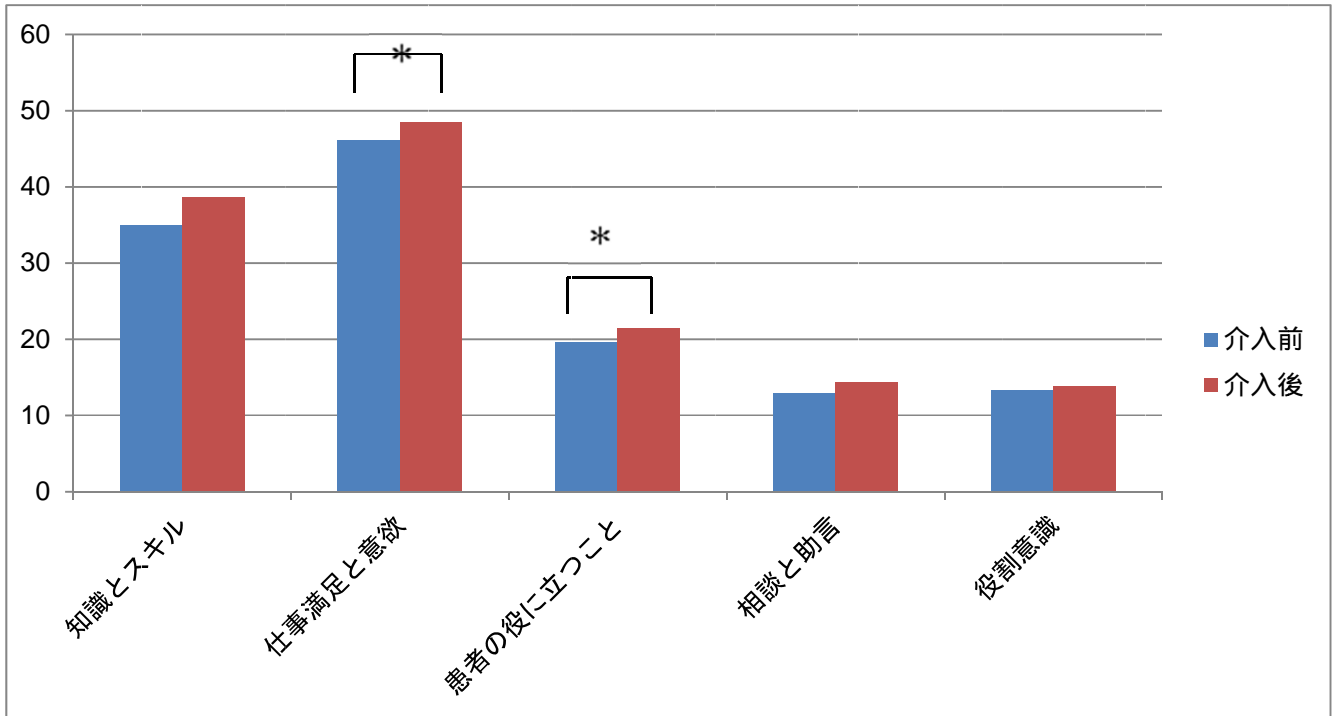
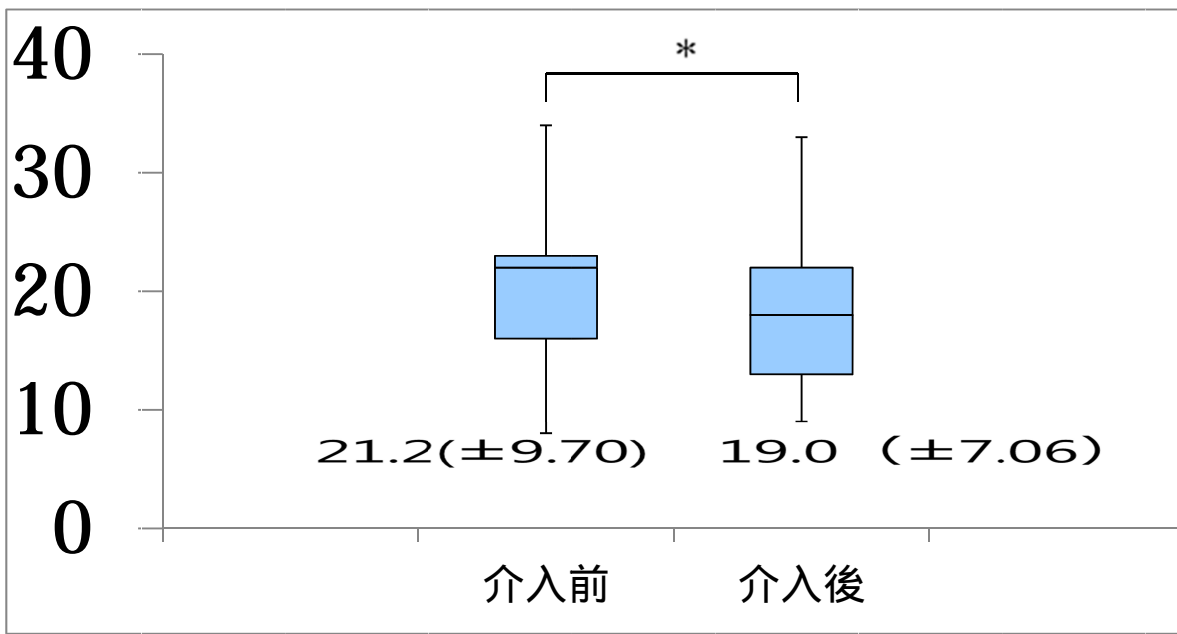


図 10)N-VAS の前後変化



*Wilcoxon の 符号付順位検定 p=0.018 (p<0.05)

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
杠岳文、 武藤岳夫	アルコール使用障害（軽症アルコール依存症）の治療	斎藤利和	最新医学別冊 新しい診断と治療のABC 83「アルコール依存症」	最新医学社	大阪	2014	85-92
真栄里 仁、 樋口 進	アルコール依存症と境界型パーソナリティ障害の重複障害	伊藤真也 他	向精神薬と妊娠・授乳	南山堂	東京	2014	194-202

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
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	15	6571-4	2014
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	157-163	2015
Matsushita S, Higuchi S	Genetic differences in response to alcohol	Handb Clin Neurol	125	617-27	2014
Yokoyama A, Yokoyama T, Mizukami T, Matsui T, Shiraishi K, Kimura M, Matsushita S, Higuchi S, Maruyama K	Alcoholic Ketosis: Prevalence, Determinants, and Ketohepatitis in Japanese Alcoholic Men	Alcohol Alcohol		in press	2014
Yokoyama A, Yokoyama T, Brooks PJ, Mizukami T, Matsui T, Kimura M, Matsushita S, Higuchi S, Maruyama K	Macrocytosis, macrocytic anemia, and genetic polymorphisms of alcohol dehydrogenase-1B and aldehyde dehydrogenase-2 in Japanese alcoholic men	Alcohol Clin Exp Res	38	1237-46	2014
Higuchi S, Maesato H, Yoshimura A, Matsushita S	Acceptance of controlled drinking among treatment specialists of alcohol dependence in Japan	Alcohol Alcohol	49	447-52	2014
角南隆史、武藤岳 夫、杠岳文	アルコール使用障害の早期介入	精神科治療学	28	1479-1484	2013

中島薫、杠岳文	アルコール問題の早期介入と動機づけ面接	精神科治療学	28増刊号	112-115	2013
角南隆史、杠岳文	初期問題飲酒者に対する早期介入 HAPPYプログラム	精神科治療学	28増刊号	116-121	2013
杠岳文	HAPPYを習得して大いに活用しよう	九州アルコール関連問題学会誌	12	62-65	2013
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	267-270	2015
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.	2	141-144	2014
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	44	4-5	2014
長 徹二	今、被災地支援について考える	Frontiers in Alcoholism	3	60-62	2015
松下幸生、樋口 進	アルコール対策は自殺対策でもある:抑うつや精神疾患をもつ人への支援	保健師ジャーナル	71	199-204	2015
松下幸生、樋口 進	アルコール依存の疫学	精神科	26	38-43	2015
真栄里 仁、樋口 進	女性の飲酒をめぐる状況と職場での対応	産業医学ジャーナル	37	14-19	2014
真栄里 仁、佐久間寛之、木村 充、中山秀紀、瀧村 剛、吉村 淳、小豆澤浩司、中井美紀、藤内温美、福田貴博、藤江昌智、村上 優、杠 岳文、樋口 進	アルコール依存症治療目標についての医師、依存症者への調査	日本アルコール関連問題学会雑誌	16	62-69	2014
伊藤 満、松下幸生、樋口 進	アルコール依存症と認知障害	精神科	24	516-522	2014
佐久間寛之、樋口 進	避難所・仮設住宅における飲酒とうつ病の関係	Depression Frontier	12	78-83	2014
横山顕、水上健、中山秀紀、瀧村剛、佐久間寛之、吉村淳、米田順一、真栄里仁、木村充、松下幸生、樋口進	禁煙治療プログラムを導入したアルコール依存症の入院治療とその治療成績.	日本アルコール薬物誌	49	381-390	2014

瀧村 剛	減酒のための保健指導	公衆衛生情報	44	8-9	2014
瀧村 剛	アルコール関連問題に対する新たな取り組み	日社精医誌	23	301-311	2014
瀧村 剛	初めてでもできる「減酒」支援	保健師ジャーナル	71	205-210	2015
中山 寿一、 真栄里 仁、横山 顕、 松下 幸生	アルコール使用障害に対する入院治療	精神科治療学	28	127-130	2014