

Thomas F. Babor  
John C. Higgins-Biddle

# BRIEF INTERVENTION

危険・有害な飲酒への簡易介入：  
プライマリケアにおける使用マニュアル

For Hazardous and  
Harmful Drinking

A Manual for Use in Primary Care

監訳・監修 小松 知己・吉本 尚

三重大学大学院医学系研究科環境社会学講座 家庭医療学分野



この資料は世界保健機関（WHO）によって `Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for Use in Primary Care' の題で2001年に作成された。

## 要約

簡易介入は効果的であることが証明され、危険な飲酒や有害な飲酒を行う個人のマネジメントにおいてますます有益になっている。それゆえ、一次予防と重篤なアルコール使用障害者のより集中的な治療とのギャップを埋めるものである。また、簡易介入はアルコール依存症の重症ケースを専門治療へ紹介することを促進する有効な枠組みでもある。

このマニュアルは、プライマリケア従事者～医師・看護師～、地域保健従事者、アルコール摂取が健康に危険か有害になっている人を援助するその他の関係者を手助けするために書かれた。アルコール使用障害か、それを発症するリスクがある患者に簡易介入を適用する方法を記載することで、科学研究と臨床実践を結びつけるのがマニュアルの目的である。マニュアルは社会サービス提供者、刑事司法システムの関係者、精神保健従事者、そしてアルコール関連問題がある人物に介入するように求められそうな全ての人に役立つだろう。

このマニュアルは、『AUDIT: アルコール使用障害特定テスト 使用マニュアル The Alcohol Use Disorders Identification Test: guideline for use in primary care, AUDIT』という題でプライマリ・ヘルスケアにおけるアルコール関連問題をスクリーニングする方法を記載した姉妹編の資料を、連結して使用するようデザインされている。これらのマニュアルは、プライマリ・ヘルスケアにおけるアルコールのスクリーニングおよび簡易介入のアプローチを包括的に記載している。

この資料はWHOの公式出版ではないが、すべての権利はWHOが保有する。しかし、この資料は無料で、その一部ないしは全体を査読、要約、複製、翻訳してよいが、商業目的で用いたり、販売してはならない。この資料に記された意見の責はWHOではなく著者に存する。

WHOの承諾を得て日本語翻訳および出版を行った。日本語訳の文責は三重大学大学院医学系研究科環境社会学講座 家庭医療学分野が担う。

© 三重大学大学院医学系研究科環境社会学講座 家庭医療学分野 2011

## 目次

- 4 はじめに
  - 6 概念と用語
  - 9 プライマリ・ヘルスケアの役割と責任
  - 14 SBI：リスクマネジメントと症例掘り起こしのためのアプローチ
  - 17 低リスク飲酒者・非飲酒者その他へのアルコール教育
  - 20 リスクⅡ群への簡単なアドバイス
  - 27 リスクⅢ群への簡易カウンセリング
  - 31 アルコール依存症の可能性のあるリスクⅣ群の専門医への紹介
- 付録
- 34 A. 患者教育パンフレット
  - 36 『低リスク飲酒ガイド』
  - 42 B 自助ブックレット
  - 56 C トレーニング資料
  - 58 参考文献

## はじめに

簡易介入(brief intervention)はアルコール関連問題 (alcohol-related problems) を持つ個人のマネジメントにおいてより重要・有用になっている。簡易介入は低コストでアルコールの幅広い問題への有効性が証明されているので、初期予防と深刻なアルコール使用障害(alcohol use disorders) の集中的な治療との間のギャップを埋めるツールとして、保健従事者や政策決定者がますます注目してきている。このマニュアルに記載されているように、簡易介入は、危険な飲酒・有害な飲酒をしている人の治療として、またアルコール依存症のより重篤な症例を専門的な治療に紹介する方法としても役立つことができる。

このマニュアルは、**プライマリケア従事者**～医師、看護師、地域の保健従事者～が、アルコール消費が健康に危険か有害な状態になってしまっている人々に関わる時の助けになるために書かれている。アルコール使用障害 (alcohol use disorders) の患者やそうなる危険がある人々に対する、簡易介入 (brief intervention) の実施法を記述することで、科学的研究と臨床実践とをつなげることがマニュアルの目的である。マニュアルはまた、**社会的サービスを提供する人、刑事裁判システムの関係者、精神保健関係者、そしてアルコール関連問題 (alcohol-related problems) を持つ人に介入する全ての人**に有用である可能性がある。どのような背景であれ、簡易介入はアルコール関連問題をそれが進展する早期に解決しうるので、患者自身や社会に対する障害を確実に減少させることができる。

同時に出版された AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) <sup>1</sup> を用いて、これらのマニュアルは、アルコール問題のスクリーニングと簡易介入(SBI=screening and brief intervention)の包括的なアプローチについて記載している。SBIは社会集団とある患者グループの健康を個人のそれと同様に改善するようにデザインされている。体系的なスクリーニング・プログラムを導入すると、スクリーニングと簡易介入アプローチでは保健従事者が簡易介入を **3** つのリスクレベル：危険な飲酒、有害な飲酒、アルコール依存症、に対応して使用することができる。

**簡易介入 (brief intervention) はアルコール依存症の患者を治療するようにはデザインされていない。**アルコール依存症者は一般的により専門的で集中的な臨床的マネジメントを必要とする。興味のある読者はこのマニュアルの最後にあげた参考文献のうちアルコール依存症の診断とマネジメントに関する情報を参照してほしい<sup>2,3</sup>。

とはいえ、スクリーニングと簡易介入（SBI）アプローチでは、アルコール依存症の可能性のある人が的確な診断評価と治療を受けるためには、プライマリケア医が彼らを同定し紹介する重要な役割をもつことを明確に述べている。

加えて、このマニュアルはプライマリケア従事者が集団全体に対する健康づくりや疾病予防の効果的な方法としてスクリーニングと簡易介入をどのように使うことができるかを述べている。数分間、以下のスクリーニングに時間を割いて低リスク飲酒者（**low-risk drinkers**）や非飲酒者に対してアルコールのリスクについてアドバイスすることで、プライマリケア従事者はコミュニティにおける危険な飲酒・有害な飲酒を維持している態度と規範を大きく変えることができる。

## 概念と用語

ここで使われている用語と概念のいくつかは、プライマリケア従事者にとって目新しいものかもしれない。幸運なことに、これらの用語は理解しやすく、患者にそのまま用いても意味が分からない専門用語では全くない。これらの用語の多くは ICD-10 に準拠している。ICD-10 が世界中のヘルスケアシステムに適用されるようになると、このマニュアルは日常の臨床実践でこれらの用語を使う方法を提供する。

アルコール関連問題（alcohol-related problems）を論ずるときはいつも「使用（use）」「誤用（misuse）」「依存症（dependence）」をことごとく区別することが重要である。用語使用はいかなるアルコール摂取にもあてはめられる。私達は法的および医学的ガイドラインの規制内にとどまり、アルコール関連問題を起こす可能性がおそらくない飲酒を指すときに低リスク・アルコール使用（低リスク飲酒）という用語を用いる。アルコール誤用は危険な飲酒（hazardous drinking）からアルコール依存症（alcohol dependence）に至るまでのどのようなリスクレベルにもあてはまる一般的な用語である。

アルコール依存症候群は 認知的・行動的・生理学的な症候群である。依存症の診断は、以下の症状が 3 つまたはそれ以上、過去 12 ヶ月間のどこかで示されたときのみ診断されるべきである。

- －飲酒への強い渴望あるいは強迫感；
- －飲酒開始、飲酒終了、または飲酒量に関して、飲酒のコントロールが困難であること；
- －アルコール使用を中断したり減量したときの生理学的離脱状態、もしくは離脱症候群を軽減するか避けるために飲酒すること；
- －同じ酔いの効果を得るために以前の量よりも多くの飲酒量を必要とするような耐性の証拠；
- －アルコールのため、それに替わる楽しみや興味に対する無視・無関心が進行すること；
- －有害な結果が起きているのが明らかなにもかかわらず飲酒継続すること；

アルコール誤用（alcohol misuse）は、医学的有害事象を依存の存在なしに起こすことがあるため、ICD-10 は 有害な使用（harmful use） という用語を導入した。このカテゴリーは医学的有害事象もしくは医学に関連した有害事象に関係しているが、それは ICD の目的が疾患、障害、死亡の原因を分類することだからである。

有害な使用はすでに健康へのダメージを起こしつつある飲酒パターンと定義される。ダメージとは身体的（例：慢性飲酒による肝障害）もしくは精神的（例：飲酒による二次性抑うつエピソード）のどちらでもよい。

有害な飲酒パターンはしばしば他人に非難され、ときどき様々な種類の反社会的な影響をおこす。しかし、家族や周囲が飲酒をするなど言った事実だけでは、有害な使用という診断を正当化するには十分ではない。

スクリーニングが重要であるにもかかわらず、ICD-10には含まれていない関連した概念が、**危険な使用 (hazardous use)**である。危険な使用とは、飲酒者に対する有害な結果のリスクをほらむアルコール消費パターンである。これらの結果は健康に対するダメージ（身体的／精神的）であるかもしれないし、飲酒者やその他の人への社会的な結果（監訳注：暴力事件／仕事でのミス／離婚／養育放棄などを指す）を含むかもしれない。そのリスクの程度を評価するにあたっては、使用パターンのみならず、家族歴のような他の要因も考慮されるべきである。

患者の状態を有害な使用もしくは依存症と診断することが重要である一方、リスクを引き起こす飲酒パターンを理解することも同様に重要である。ある患者は特定の状況では大量に飲酒するかもしれないが、通常は、週単位でみると推奨されている量以上には飲まないかもしれない。そのような酩酊するほどの飲酒では、自身と同じく他者をも損なうような外傷や暴力、コントロール不能を含むリスクが急激に出現する。他の患者は習慣的に多量に飲酒し、アルコールの耐性増加を確立しているため、高いアルコール血中濃度でも明らかな障害を呈さないかもしれない。慢性的な大量飲酒は、肝障害、ある種のがん、精神障害のような長期的な医学的リスクを呈する。このマニュアルの後半で明瞭になるが、飲酒パターンとリスクのタイプを区別する目的は、異なるタイプの飲酒者の健康上のニーズに合わせて最も適切な介入を行うことである。プライマリケアでは多忙な保健従事者からの強い要望により、介入は簡易である必要がある。

**簡易介入 (brief intervention)**は、実在または潜在的なアルコール問題を特定し、個人がそれについて何か行動するように動機づける実践である。

多くの文化では多量飲酒者に対するレッテルや用語に非常にネガティブな含蓄をもたせてしまう。ここで作られたアルコール誤用のタイプ区分は幅広い連続体で、世間一般の概念やことばを、ほとんど反映していない。抵抗や防衛的態度を起こすのを避けるために、個人的なレッテル張りを行うよりも、患者のアルコール使用や飲酒行動を記述する方が、どこにおいても最善である。それゆえ、危険な飲酒やア

ルコール依存症として論ずる方が、患者を「無茶呑みする奴」とか「アル中」のようにレッテル張りするよりも望ましい。そうすると、自分に適用された用語に防衛的な感情を持たずに、患者は自分の飲酒行動を変化することに集中することができる。



## プライマリ・ヘルスケアの役割と責任

プライマリケア従事者は、その飲酒が健康に危険か有害な患者を特定し介入する独特の立場にいる<sup>5</sup>。彼らはまた、アルコール依存症患者を治療に導入する決定的な役割を果たすこともある。患者は保健従事者を専門家として信頼し、飲酒が健康に及ぼす影響に興味を持ってくれることを期待している。保健従事者によってもたらされる情報は、しばしば、疾患の管理だけでなく予防に対しても重要である。世界の人口のほとんどが少なくとも1年に1回は医師や他の保健従事者を訪れることからわかるように、プライマリ・ヘルスケアは、世界の多くの地域で、ヘルスサービスを提供する主要な経路である。患者は保健従事者からもたらされる情報を信頼しているから、医療もしくは予防健康相談の場でアルコール使用に関するアドバイスが与えられると、それは真剣に受け止められる傾向にある。しかも、プライマリケアの場は、継続モニタリングや反復介入には理想的である。

残念ながら、プライマリケア従事者の中には、アルコール使用に関して患者をスクリーニングしたり、カウンセリングすることに乗り気ではない人たちもいる。最もよく耳にする理由は、時間不足、不十分なトレーニング、反発する患者に対する恐れ、アルコールカウンセリングはプライマリ・ヘルスケアにそぐわないという認識、そして“アルコール症者”は介入に反応しないという信念である。これらの理由は、論理的にもエビデンスでも反証されている誤解から成り立っている。

### 時間不足

保健従事者がよく表出する懸念は、スクリーニングと簡易介入（SBI）に時間がかかりすぎるのではないかということである。ヘルスケア業務の多忙さを考慮すれば、保健従事者の第一の責務は、急性期ケアで典型的にみられるような患者の当座の必要性に応えることだと考えるのはもっともである。しかし、そのような議論では、多くの患者の健康に対するアルコール使用の重要性を見落としているし、SBIが必要とする時間を過長評価している。アルコール使用はプライマリケアで直面する多くの健康問題の主原因の1つであるため、SBIはあまり長い時間をかけることなく、一連のルーチン臨床業務の中で実施されることがしばしば可能である。簡易な自記式スクリーニングテストは、他の用紙と一緒に配って患者に待合室で記入してもらうこともできるし、またはその質問項目をルーチンの病歴聴取面接の中に組み込むこともできる。どちらでも、スクリーニングにかかるのはたった2-4分間である。スクリーニングの採点と解釈には1分かからない。スクリーニングの結果ができれば、プライマリケアで簡易介入（brief intervention）を要する患者の割合は小さい(5-20%)ことがわかるだ

ろう。大多数のスクリーニング陽性者に必要な介入時間は5分未満である。簡易カウンセリングが必要な場合、このマニュアルにある自助ブックレットをふりかえり、モニタリングもしくは紹介の計画作成に15分程度まで費やすことが推奨されている。

## トレーニング不足

多くの保健従事者は、自分たちの受けてきたトレーニングはアルコール使用に関する患者のスクリーニングやカウンセリングを実施するには足りていない、と感じている。職業教育はアルコールに関してはしばしば不十分であることは事実だけれども、しかし今は、新しいスクリーニングや介入テクニックの使用に関するトレーニングの機会は豊富にある。そのトレーニングは比較的単純で簡単であるだけでなく、忙しい診療所では一人を訓練してアルコールスクリーニングの役割を担ってもらうことも可能である、その結果、他のヘルスケアチームメンバーの負担を減らすことができる。このマニュアルはまた保健従事者のトレーニングにも役立つ。その他の資源は付録Cにある。

## 繊細な個人的問題について反発する患者への恐れ

スクリーニングと簡易介入（SBI）に関するもう一つの一般的な誤解は、飲酒について尋ねたら患者が怒るだろうとか、問題を否認して飲酒行動を変えることに抵抗するだろう、ということである。否認や抵抗は、アルコール依存症の人に時々見られるが、有害で危険な飲酒者が非協力的なことは滅多にない。その逆に、多くの研究調査や臨床プログラムから得られた経験では、ほとんど全ての患者が協力的であり、保健従事者がアルコールと健康との関係について興味を示した時に多くの患者が感謝している。一般的に、患者はアルコールスクリーニングと簡易カウンセリングを保健従事者の役割の一部であると認識しており、このマニュアルに記載されている手順に従って行われる場合には滅多に反対しない。

## アルコールはプライマリヘルスケアで対処する必要のある問題ではない

この誤解は、アルコールが様々な健康関連問題に関与しているかを示す大量のエビデンスによって反証されている<sup>6</sup>。これらの問題は、個人の健康のみならず、家族・地域・全住民の健康にも影響を及ぼす。一般に、アルコール摂取と様々な疾患、例えば、肝硬変やある種のがん（例：口、のど、乳房）には容量依存性の連関がある。同様に、個人のアルコール消費量が増えるほど、けが・自動車事故・職場問題・DV・溺死・自殺・その他様々な社会的ないし法的な問題のリスクが増える。受動喫煙のよ

うに、過剰飲酒は、飲酒者の社会的周辺環境にいる人々の健康と幸福に二次的に影響を及ぼす。

故意でないケガ、ファミリーヘルスケアの費用の増加、精神科的な問題も、有害な飲酒の意図しない結果として生じる。このように、プライマリ・ヘルスケアがこういったよく見られる身体的・精神的状態の予防と治療に関わるなら、その原因としてのアルコール誤用に対処せざるをえない。

### 「アルコール症者」はプライマリケアでの介入には反応しない

全ての過剰飲酒をアルコール依存症と混同する保健従事者は、しばしばこの誤解を口にする。アルコール誤用は、アルコール依存症よりも遥かに幅が広い。アルコール依存症は、多くの国で成人人口の内の少数だがかなりの割合（先進国で3-5%）に見られる。しかし、有害で危険な飲酒は一般にもっと大きな割合（15-40%）に見られる。プライマリケアの場でのスクリーニングと簡易介入（SBI）の系統的プログラムの目的は二つある。一つは、アルコール依存症の人をその飲酒歴の早い段階で特定し紹介し、そのことによって依存症の更なる進展を予防することである。二つ目の目的は、アルコール依存症候群に進展する可能性はあるかもしれないし、ないかもしれないが、アルコール関連の害のリスクを減らすことにはできるような有害で危険な飲酒者を特定し援助することである。一般的な誤解と反対に、SBIは両方の集団に対して有効である。

アルコール依存症の人々は、正式な治療や相互扶助組織による地域型援助（監訳注：地域の断酒会・AAに参加して支援を受けること）によく反応する<sup>7,8</sup>。しかし、その同じ人間が、アルコール関連の問題を持っていること、援助を探すよう勇気づけが必要であることを納得する必要がしばしばある。これは、プライマリケア従事者の重要な責務であり、その専門性と知識を活用し、アルコール依存症患者を適切なタイプのケアに紹介する門番としての役割を發揮する理想的な立場にいる。

アルコール関連問題がプライマリケアで管理しえないという信念とは反対に、危険で有害な飲酒者はプライマリケアの介入によく反応する（表1参照）。専門家のケアに紹介されるべきアルコール依存症者とは異なり、危険で有害な飲酒者には簡単なアドバイスと簡易カウンセリングがそれぞれ与えられるべきである。これらの簡易介入はアルコール消費の総体レベルを減少させ、有害な飲酒パターンを変え、将来の飲酒問題を予防し、健康を改善し、ヘルスケア費用を減少させるという結果が多く、臨床試験で見られている<sup>9,10,11,12</sup>。

プライマリケア提供者は、スクリーニングによる初期特定・行動変容に関するカウンセリング・継続支援を必要とする糖尿病や高血圧患者を治療する経験は豊富である。この専門性が、危険で有害な飲酒者へも同じような援助を提供することにも有用であることが分かるだろう。

## まとめ

アルコールスクリーニングや簡易介入を実施することへのプライマリケア従事者の抵抗はしばしば、その作業の困難さ、必要とされる時間、必要なスキル、患者の反応などに関する憶測に根ざしている。よく調べてみると、スクリーニングと簡易介入（SBI）に対するこれらの障壁の多くは、どれも容易に克服できる誤解ないし小さな課題である。しかしながら多分、より対処しがたいのは、保健従事者自身のアルコールに対する態度や自身のアルコール使用についてである。患者に対して最善のヘルスケアを提供する義務があることを勘案すると、SBIの試行プログラムを実行することは、SBIが実現可能で効率的で効果的であることを懐疑的な人々に納得させられる最善の機会となるかもしれない。

表 1 簡易介入のエビデンス

この 20 年の間に、様々なヘルスケアの場で、簡易介入に関して数え切れないほどの無作為臨床試験が行われてきた。オーストラリア、ブルガリア、メキシコ、イギリス、ノルウェー、スウェーデン、アメリカ合衆国などたくさんの国で研究が行われてきた。簡易介入の有効性のエビデンスは以下のような、いくつかの総説で要約されてきた。

—最も初期の総説の一つで、**Bien** ら<sup>9</sup>が 6000 以上の患者を含む、32 の対照試験を検討して、簡易介入は、より集中的な治療群としばしば同等の効果があることを見いだした。「プライマリケアヘルスの場や EAP（従業員援助プログラム）で比較的短時間の接触で行える、よくデザインされた介入戦略によって、有害なアルコール使用の経過が効果的に変更されうるという心強い証拠が存在する」

—**Kahan** ら<sup>10</sup>は、簡易介入の 11 の試験を検討して、特定の問題については更なる研究が必要だが、簡易介入の公衆衛生への影響は、莫大な可能性がある結論づけた。「簡易介入の効果のエビデンスとその時間の短さ、必要とされる労力の少なさから考えると、臨床医は診療にこれらの戦略を組み込むよう勧められるべきである」

—**Wilk** ら<sup>11</sup>は 12 の無作為化対照試験を検討し、次のように結論した。簡易介入を受けた飲酒者たちは介入を受けなかった人たちよりも、6～12 ヶ月の期間で、飲酒量を減らす確率が 2 倍であった。「外来の場で大量飲酒者に対して、簡易介入は低コストで効果的な予防手段である」

—**Moyer** ら<sup>12</sup>は簡易介入を、無治療の対象グループおよびより強力な治療を受けたグループ双方と比較した研究を検討した。彼らは、簡易介入の効果に対して“更なる陽性の証拠”（特に、問題が重篤でない患者群で）を発見した。簡易介入は専門家の治療の代用にしてはならないと警告しながらも、強力な治療を求めている重症な依存症患者の初期治療として簡易介入が役に立つ可能性がある、と彼らは述べた。

## スクリーニングと簡易介入：SBI

### ～リスク管理と症例掘り起こしのためのアプローチ

このマニュアルの後半では、プライマリ・ヘルスケアにおいて危険飲酒者（hazardous drinkers）および有害飲酒者（harmful drinkers）をみつかるために、リスク管理と症例掘り起こしのアプローチについて記載する。これはアルコールに関するスクリーニングと簡易介入（SBI）が診療所や保健所などのヘルスケア提供者からケアを受ける患者に積極的な利益をもたらすであろうという前提に基づいている。このアプローチは、まず患者個人に焦点を置いているが、同時に患者の家族や地域の社会的ネットワークも考慮に入れている。SBI を患者教育のみならず、アルコール問題を早期から発見するためのツールとして用いることで、アルコールのネガティブな効果は時間をかけて減って行くであろう。

SBI のプロセスにおいては、スクリーニングが最初のステップである。そこでは既にアルコール関連問題を経験している人（AUDIT 使用マニュアル” AUDIT, The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care ”を参照）と同様、飲酒が健康に危険を及ぼす可能性がある人を特定するためのシンプルな方法を提供する。スクリーニングには他の利益もある。保健従事者に介入プランを立てるための情報を提供でき、患者には飲酒行動を変容するための動機づけに用いることができる個人的フィードバックを提供できる。

スクリーニングを系統的に進めるためには、標準化された、妥当性の示されたスクリーニング・ツールを用いることが勧められる。このマニュアルでは、The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) をツールとして推奨する。これは、アルコール依存症とともに危険か有害なアルコール使用の患者を特定するために、世界保健機関が開発したものである。これ以外の自記式質問表も有効性が示されているが、AUDIT には以下の利点がある：

- － 短く、使いやすく、柔軟性がある、にもかかわらず患者へのフィードバックのために有用な情報を提供できる；
- － ICD-10 の「アルコールの有害な使用」と「アルコール依存症」の定義に対応している；
- － 最近のアルコール使用に焦点を当てている（監訳注：過去1年間に関する質問のみ、それ以前の詳細な既往歴は聞かなくてもよい）；
- － 多くの国で妥当性が評価されており、多くの言語に翻訳されている。

AUDIT は 10 の質問から構成されている。最初の 3 項目は、定期的または間欠的な飲酒の量と頻度に関するものである。次の 3 つは依存症状の有無に関するものであり、最後の 4 つはアルコール使用に関係した最近の問題についての質問である。

スクリーニングが行われたら、次の段階は各々の患者のニーズに合った適切な介入を行うことである。従来、アルコール・スクリーニングの第一の目的はアルコール依存症の患者を発見することであった。しかしながら、近年スクリーニング手段の発展により、危険な飲酒 (hazardous drinking) や有害な使用 (harmful use) といった様々な危険因子をスクリーニングすることができるようになってきた。スクリーニングに AUDIT を使うと、このマニュアルで記載されているスクリーニングと簡易介入 (SBI) のアプローチを用いて、各患者のリスク段階に応じた適切な介入を提供することがシンプルに行えるようになる。表 2 に示すように、AUDIT スコアによってリスクは 4 段階に分けられ、介入への全般的なガイドラインとなる。これは、個々の患者の特定の状態に対する介入を個別化する際の判断材料ともなる。このアプローチは、AUDIT スコアが高ければそれだけリスクが高いという前提に基づいている。しかしながらこれらのカットオフ値は、この値がすべての集団や個人において標準的であるという十分なエビデンスに基づいているわけではない。したがって、**AUDIT スコアが真のリスク段階を反映していない可能性がある状況を、臨床的に判断しなければならない。**たとえば、飲酒量のレベルが比較的低いゾーンでは、明らかな危険や依存のサインが隠される可能性がある。しかしながら、このガイドラインは適切な介入の開始点となりうる。もし最初の介入レベルが不成功に終わった場合は、経過観察において次のレベルの介入へのステップアップを計画に加えるべきである。このマニュアルの読者は、AUDIT マニュアル<sup>1</sup>を慎重に参照して、国の政策方針・地域の状況・性差・その他の問題にあわせてスコア化を適合させることが推奨される。

最初の段階、リスク I 群には、たいていの国で最多数の患者が当てはまる。AUDIT スコア 8 点未満は通常低リスク飲酒を示唆する。通常介入は必要ないが、多くの個人にはアルコール教育を行うことが以下に示す理由により適切である。つまり：地域全体におけるアルコールの危険についての認識・気づきに関わる；予防的手段として働く可能性がある；AUDIT の質問によって飲酒の程度を最小限にとどめることが出来た患者には教育が有効であった可能性があった；そして、患者に危険な飲酒 (hazardous drinking) に戻るリスクについて、過去の自分に問題があったと思い出させる可能性があることである。

第二の段階、リスク II 群は、多くの国で重要な患者層と重なる部分である。この群は各国の飲酒ガイドラインを超えるアルコール使用を行っている患者からなっ

いる。飲酒ガイドラインの内容は国ごとに違いがあるが、疫学的データによれば、アルコール関連問題のリスクはアルコール消費量が1日20gを超えたところで有意に増加する。これは多くの国で各国の標準的な酒類2ドリンク（1単位）分に相当する<sup>6</sup>。AUDITスコアが8-15点では概して危険な飲酒であることを示唆するが、この群には有害事象やアルコール依存症を経験している患者もしばしば含まれている。

第三の段階、リスクⅢ群は、既に有害事象が起きているかアルコール依存症の症候がある飲酒パターンの人である。この群にいる人は、簡単なアドバイス、簡易カウンセリング（brief counseling）、そして継続したモニタリングを組み合わせ管理される。AUDITスコア16-19点は有害な飲酒（harmful drinking）やアルコール依存症の存在を示唆しており、それに対して徹底した臨床的管理が求められる。

第四の最もリスクが高い段階、リスクⅣ群はAUDITスコア20点以上で示される。この群の患者は、アルコール依存症に関する診断的評価と治療のために（もし近くにいれば）専門家に紹介されるべきである。しかしながら、プライマリケア従事者は、アルコール依存症の重症度は様々であり、より低いAUDITスコアでも認められることがあることを銘記しておくべきである。次のセクションでは、各段階の患者の臨床的管理についてより詳しく記述する。

**表 2**

リスクレベル	介入	AUDIT スコア*
リスクⅠ群	アルコール教育	0-7
リスクⅡ群	簡単なアドバイス	8-15
リスクⅢ群	簡単なアドバイスと簡易カウンセリング、 継続的な観察	16-19
リスクⅣ群	診断的評価と治療のために専門家に紹介	20-40

\*AUDIT スコアのカットオフ値はその国の飲酒パターン、1 飲酒単位当たりのアルコール含有量、スクリーニング・プログラムの性質によって多少変わることがある。詳細は AUDIT 使用マニュアルを参照。特に AUDIT スコアが 15-20 点の間だった場合に、これらのガイドラインを修正し、スコアを解釈し、臨床的判断がなされるべきである。



## 低リスク飲酒者・非飲酒者その他のためのアルコール教育

AUDIT スクリーニングテストで陰性だった患者（例えばⅠ群）は、低リスク飲酒者であろうと非飲酒者であろうとアルコールの消費量について情報を得るメリットがある。

多くの人の飲酒量は、時間の経過とともに変化する。そのため、現在適度に飲んでいる人が将来、酒量が増えることもあるかもしれない。また、飲酒のメリットについてのアルコール産業の広告とマスコミの報道は、非飲酒者が健康上の理由などで飲酒するように、また適度に飲酒する人が更に飲酒するように導く可能性がある。そのため、いくつかの言葉や飲酒のリスクについて書かれた情報は、将来の危険や有害な飲酒を防ぐことができる。

患者はまた、現在の低リスクの実践を賞賛され、飲酒時には推奨される範囲内に留める必要があると思い出すべきである。標準的な飲酒とは何か、という情報は飲酒量の限度を理解するには不可欠である。この情報を与えたり、患者のいくつかの質問に答えたりするには1分もかからないだろう。付録Aにある患者教育パンフレットはこの目的に使用することができる。

表3は、スクリーニングテストが陰性である患者に対応する方法を説明した、プライマリケアを提供する人のための会話例である。

### 家族や友人について心配している患者をどのように扱うか

プライマリケアを受診中にアルコール問題が上がってきた時、家族や友人を理解するか、助ける方法としてこの情報に患者が興味を示すことは珍しくない。Anderson<sup>5</sup>によると、心配している家族や友人にアドバイスすることは、2つの理由からとても重要である。

- ーアドバイスは、多量飲酒者の近くの社会環境内にいる人々がしばしば感じるストレスを軽減するのを助けることがある。
- ーこれらの人々は飲酒者の行動を変える上で重要な役割を果たすことができる。プライマリケアを提供する人々は身内や友人が多量飲酒者に対処するために、少なくとも3つのことを行うことができる<sup>14</sup>。

### 共感的に傾聴する

プライマリケア提供者は心配している友人や家族に、彼らが扱おうとしている飲酒問題やその影響を説明するように依頼することができる。これは、飲酒問題の重症度を、このマニュアルに書いてある危険な飲酒、有害な飲酒、アルコール依存症の基準に関する質問によって判断することが重要である。この情報は内密に受け取り、質問や意見は中立的である必要がある。

### 情報を提供する

情報はひとつのサポートである。問題の重大度に応じて、様々な専門治療の情報や、付録 A の低リスク飲酒パンフレットのコピーを提供することができる。

### サポートと共同で問題解決することを奨励する

飲酒者が良い行動をとるような意思決定には、家族や友人はしばしば最も大きな影響を与えている。彼らは心配を伝えたり、建設的な行動を提案したり、精神的なサポートを行うことで個人やグループで飲酒者とともにその問題について話すことを奨励されるべきである。この介入は非難や否定的な言葉、非常に感情的な論争ではなく、前向きな口調で行われるべきである。

### 表 3

#### スクリーニングテストの結果が陰性の患者に対して行うこと

##### スクリーニングテストの結果についてフィードバックする

###### 例

「私はあなたが数分前に終えたアンケートの結果を見えています。あなたが覚えている通り、質問は、どのくらいのアルコール量を消費しているかと、飲酒と関係のある問題を経験したことがあるかについてでした。あなたの答えから、もしあなたがこのまま適度に（控えて）飲酒し続ければアルコール関連の問題については低リスクであると思われます。」

##### 低リスクレベルとそれを超える飲酒の危険について患者を教育する

###### 例

「あなたが飲酒する場合は、1日2ドリンク（1単位）以上飲酒しないでください。そしていつも必ず週に最低2日以上は、少量であっても飲酒を避けるようにしてください。あなたが飲む量（飲酒単位）に注意することはしばしば有用です。そしてビール1瓶、ワイン1杯、スピリッツ小1杯は一般的に大体同量のアルコールが含まれていることを覚えておいてください。これらのレベルを超える人々は、事故、けが、高血圧、肝臓病、がん、心臓病のようなアルコール関連の健康問題が起こる機会が増えます。」

##### ガイドラインを遵守していることを讃える

###### 例

「良い行動です。ぜひ続けてください。いつもアルコール消費量を低リスク以下に維持するように、努力していきましょう。」

##### 重要

付録Aの患者教育パンフレットは、飲酒者ピラミッド（図2）、1飲酒単位の図（図6）、低リスク飲酒のガイドライン（図5）を強調し、低リスク飲酒者に対してアルコール教育を提供するために使用することができる。

## リスクⅡ群の飲酒者のための簡単なアドバイス

### 簡単なアドバイス (simple advice) が必要なのはどういう飲酒者か？

通常、AUDIT スクリーニングテストで 8-15 点の場合、簡単なアドバイス (simple advice) を用いた簡易介入 (brief intervention) が必要となる。とはいえ、アルコールによる害が生じてなくても、以下の 2 つの場合 (どちらか、または両方) は簡易介入の適応となる。

- ー 継続的な飲酒ガイドラインを超える飲酒によって、慢性的な健康障害のリスクがある。
- ー 酩酊による傷害や暴力、法的な問題、仕事のパフォーマンスの低下、または社会的な問題のリスクがある。

リスクが高いかどうかの判断は、1 日単位、あるいは週単位での飲酒量に着目して行う。飲酒の制限量 (超えてはならない量) を超えているかどうかは、週単位の飲酒量 (AUDIT 質問 1, 2) と同様に、過度の飲酒 (急性中毒・酩酊) エピソードの頻度 (AUDIT 質問 3) を元に判断すべきである。通常、アルコールによる害を起していない場合でも、1 週間の飲酒量が低リスク量を超える場合には簡単なアドバイス (simple advice) を含めた簡易介入 (brief intervention) が適応となる。さらに、基準以下の量であっても、過去 1 年間に、一度に飲む量が純粋アルコール量 60g (多くの国では、標準の酒 4-6 ドリンク (3 単位)) を超える場合 (質問 3) は、急性アルコール中毒・酩酊を予防するため、アドバイスを受けることが推奨される。

### リスクⅡ群の飲酒者に簡単なアドバイスをする

多国籍での早期介入プログラム<sup>9,15,16</sup>での臨床試験の結果や診療現場の経験から、リスクⅡ群の飲酒者には、対象者教育パンフを活用した簡単なアドバイス (simple advice) が推奨される。付録 A にある「低リスク飲酒ガイド」(A Guide to Low-Risk Drinking) は、有害な飲酒の特定・マネジメントに関する WHO プロジェクト<sup>15,17</sup>のための手引書を元として作成されている。表 4 では、対象者へどう導入するか、また「低リスク飲酒ガイド」の各図をどう説明するかについて、わかりやすく例示している。

AUDIT 実施後、その得点が簡単なアドバイス (simple advice) の適用範囲だったとき、対象者を介入に向けて準備させる前置きがなされるべきである。この心の準

備をさせる言葉は、飲酒の頻度や量、飲酒パターンや飲酒により経験されている問題を考慮しつつ、スクリーニング結果を参考にしながら発せられるのが最もよい。そのときリーフレットが対象者に提示される。リーフレットには、本人にとって必要な情報だけでなく、保健従事者が口頭で行うアドバイスのための視覚的な手引きが完全に含まれている。対象者と一緒に各図を見ていくことによって、保健従事者は最小限のトレーニングと実践だけで標準的な簡易介入（**brief intervention**）を実施することが可能となる。

### フィードバックする（図2）

保健従事者（**Health worker**）は、飲酒者ピラミッドから始めて、リーフレットの各セクションを順番に説明する。飲酒者ピラミッドは、現在の飲酒がどのようにしてリスクのある飲酒カテゴリーに変わっていくかを図示している。（飲酒者ピラミッド **Drinkers' Pyramid** の中のパーセント表記は、国ごとの飲酒パターンに合わせて調整することが必要かもしれない）

### 情報提供する（図3）

ヘルスケア従事者（**health care worker**）は、優しく、かつ毅然として、現在の飲酒量を減らすよう働きかけるようにする。「ハイリスクな飲酒の影響」の図を用いると、過度な飲酒によってどのような健康リスクが生じるか、具体的に示すことができる。

### ゴールを設定する（図4）

対象者が飲酒行動を変えるようにゴール設定することが、簡単なアドバイス（**simple advice**）のもっとも重要な役割である。完全な断酒か、低リスク飲酒（**low-risk drinking**）か、ゴールを選ぶガイドラインがリーフレットに明記されている。多くの文化圏では、保健従事者が対象者が意思決定するように導くのがもっともよい。対象者がヘルスケア提供者（**health care providers**）に明確なアドバイスを求める国々では、より長期的な視点でのアプローチが望ましいかもしれない。完全に断酒すべき対象者を特定することも、飲酒ゴール設定の重要な点である。次に示すような対象者には、低リスク飲酒のゴールはふさわしくない。

- －アルコール・薬物依存症の既往（過去の治療から示唆）、または肝障害の既往があるもの
- －以前、または現在、重度な精神障害があるもの
- －妊娠中の女性
- －完全な断酒が必要な健康状態、または内服治療をしているもの

ゴールの設定に難色を示したり、必要なゴールの受け入れに抵抗がある場合は、簡単なアドバイス（**simple advice**）だけでは対応しきれない問題をはらんでいることがある。その際には、簡易カウンセリング（**brief counseling**）や次のセクションの動機づけのアプローチを活用するとよい。

### 飲酒制限するようアドバイスする（図5）

ほとんどの対象者は、低リスク飲酒をゴールとして選びそうである。実際には、リーフレットにある“低リスク飲酒量”まで減らすことに納得することが重要である。制限量は国の政策や文化、飲酒の慣習などもあり、国によって変わってくる。また、性別、体格、食事の時の飲酒、アルコール代謝、健康状態によっても変わってくる。しかし、さまざまな健康状態や社会状態とは独立して、アルコール量が1日20gを超えるとアルコール関連のリスクが高くなっていくことが複数の疫学データで裏付けされている<sup>18</sup>。機会飲酒が20gであってもアルコールによって精神運動障害がでてくるため、飲酒事故や傷害のリスクが高くなるのである。ガイドラインでは、飲酒は1日1単位（純アルコール20g）までにすることとされている。また、男女とも週5日までにすること、まったく飲むべきではない状況があることについても、念を押しておく必要があるとしている。

### 「飲酒単位」を説明する（図6）

対象者が飲酒制限することを選んだ場合、保健従事者はリーフレットのイラストを示しながら、飲酒単位について説明する。リーフレットのなかの飲酒量は、すべて1飲酒単位を含むものになっている。

### 後押しする

忘れてはいけないのは、危険飲酒者（**hazardous drinkers**）がまだ依存状態ではなく、飲酒行動を変容しやすいということである。ヘルスケア従事者（**health care worker**）は飲酒制限の必要性を繰り返し説明し、今日から節酒してみよう、と励ましていく必要がある。習慣を変えることは簡単ではないから時々失敗することもあるが、その場合でも、ヘルスケア従事者は、その失敗がさらに一貫してゴールに向かうより良い道を学ぶ機会であったと対象者に振り返らせることで、希望を与えなければいけない。例えば、「現在の飲酒をこの標準量まで減らすのは簡単ではないですよね。たまたま制限量を超えてしまっても、なぜ飲んでしまったか、そこから学べるようがんばりましょう。そして、どうすれば失敗を繰り返さないようにできるかを計画してみましょ。アルコールのリスクを減らすことがどれだけ大事なことなのかをいつも振り返るようにすれば、きっとうまくいきますよ。」などのアドバイスは活用できる。

## 臨床的アプローチ

次のテクニックは、簡単なアドバイス（simple advice）を実施していく上で、役に立つ。

### 評価的ではなく共感的に

対象者がしばしば飲酒のリスクに気づいてないことがある、ということは念頭においておかないといけない。こういった状況は責めてもいけない。危険な飲酒（hazardous drinking）は永久に続く状態ではなく、ある一定の期間のみであることが多い。ヘルスケア提供者は現在の飲酒行動を大目に見ることなく、かといって不快な気持ちにならずに、受容的態度でコミュニケーションを取る必要がある。対象者は、心からの気遣いの気持ちや支持的なアドバイスに反応してくることを忘れないように。詰め寄ったりすることは、アドバイスやアドバイス提供者そのものが拒絶され、逆効果になることがある。

### 威信のある態度で

保健従事者（health workers）は、その知識やトレーニングの積み重ねによって、独特の威信をもっている。対象者は通常、その専門性に敬意を払っているのである。対象者が基準以上に飲酒していることを説明する場合には、そういった専門家としての威信も意識して、わかりやすく、具体的で、個別的なアドバイスをする必要がある。対象者は、自分の健康を本当に気遣ってくれて、節酒ないし断酒につながる威信のあるアドバイスをくれたのだと認識する。

### 否認の矛先を避ける

対象者の中には、飲酒行動を変える心の準備ができていない者もいる。また、飲み過ぎていることを認められなかったり、どのような節酒のアドバイスに対しても抵抗することもある。こういった対象者を援助するには、対立しないよう、しかし毅然とした態度で、話しかけるよう意識しないとイケない。正しい情報を提供したり気遣いしている態度を示すことなく、対象者を脅したり、“アル中の…”といった侮蔑的な言葉を用いて動機づけしてはならない。スクリーニングで多量の飲酒やアルコール関連問題（alcohol-related problems）が特定された場合、こういった背景があることを意識して、その状況について対象者本人が思っていることと医療専門職の説明とがどう食い違っているかについて、対象者本人に語ってもらうとよい。保健従事者（health workers）は、対象者が思っているほど、現在の健康状態がいい方向ではないことがあるということを、しっかり指し示す役割も持っているのである。

## 促進・手助けする

対象者の行動変容を促進することが簡単なアドバイス（**simple advice**）のゴールであるから、行動変容のプロセスに対象者が参加することは必要不可欠である。節酒すべきであると説明するだけでは、不十分なのである。なぜ飲酒をしてしまうのか、その理由に耳を傾け、節酒・断酒することの対象者それぞれのメリットを強調したりして、対象者とともに行動変容の方向性を決めることが、もっとも効果的なアプローチになる。さらに、対象者自身が節酒・断酒することを選び、それにむけて納得して努力していくことが極めて重要なのである。

## フォローアップする

適正な診療の実践のために、それぞれの対象者について定期的にフォローアップすることも不可欠である。危険飲酒者（**hazardous drinkers**）については、現在有害事象を起こしているわけではないので、緊急で高額となるようなフォローアップは必要ない場合もある。とはいえ、飲酒制限・断酒のゴールにむけて、対象者がうまくできているかどうかを適切に評価できるようにフォローアップの計画がされないといけない。うまくできていれば、さらに奨励していくことが必要となるし、またそうでなければ、簡易カウンセリング（**brief counseling**）を活用したり、精査・加療のために専門医へ紹介することも考慮しないとイケない。



## 表 4 低リスク飲酒のガイドを使用した簡単なアドバイスの会話例

### 前置きをしてから主題に入る

「私はあなたが数分前に答えたアンケート調査の結果を見ています。あなたが覚えているように、質問はあなたがどれくらいお酒を飲むかと、飲酒による問題を経験したことがあるかどうかでした。あなたの答えから、もしあなたが今の量で飲み続ければ、飲酒による問題が起こる危険性があることがわかりました。このことについてあなたと数分話をしたいのですが。」

### 低リスク飲酒のガイドを渡して図2のポイントを示す：飲酒者ピラミッド

「あなたの飲酒による健康問題を説明するには、この『低リスク飲酒ガイド』のリーフレットの図を使うのが一番いいでしょう。これを見てみましょう、また、持ち帰り用のコピーをあなたに差し上げます。“飲酒者ピラミッド”と呼ばれる最初の図は、飲酒者の4つのタイプを示しています。多くの人々は全くアルコールを飲みません、また、ほとんどの人はとても分別良く飲みます。この三番目のエリア（高リスク群の飲酒者）は、飲酒による問題を起こす傾向にある人を表しています。この一番上のエリアは時々アルコール依存症と呼ばれる人々を表しています。この人々は飲酒依存性と深刻な問題を持っています。あなたのアンケートの回答は、高リスクのカテゴリーに分類されます。あなたの飲酒度合いはあなたの健康と、生活のほかの部分に危険を及ぼす可能性があります。」

### 図3を見せて、高リスク群の飲酒の影響に関する情報を提供する

「この図は、高リスクの飲酒によって引き起こされる健康上の問題を示しています。あなたはこれらの問題のいずれかを経験したことがありますか？これらの問題を回避する最もいい方法は、リスクを減らすために飲酒の回数や量を減らしたり、完全に止めたりすることです。」

### 図4を示して飲酒をやめたり減らしたりする必要性を議論する

「あなたがしばらくの間飲酒を減らしたり、完全にやめたりすることは重要です。多くの人々は飲酒について変えることは可能だと知っています。あなたにその気はありますか？あなたが、朝に吐き気やふるえのようなアルコール依存症の兆候があったかどうか、または酔った様子をみせずにとっても大量を飲むことができるかどうか、考えてみてください。その場合、あなたは完全な禁酒を考えるべきです。ほとんどの時間は過剰に飲まず、さらに飲酒をコントロール不能だとは感じないのでも、飲酒は減らすべきです。」

## 表 4 (続き)

### 図 5 を使って低リスク飲酒を目指す対象者と実用的な制限を議論する

「専門家によると、1日2ドリンク（1単位）以上飲むべきではなく、もし1-2ドリンク（0.5-1単位）の飲酒の影響を感じる傾向がある場合は、飲酒を減らす必要があります。アルコール依存症を発症する危険性を最小限に抑えるために、まったく飲まない日を少なくとも週2日つくる必要があります。急性中毒・酩酊になることはいつも避けるべきで、急性中毒・酩酊はわずか1回2,3杯の飲酒で起こることがあります。また、ここに載っているような状況では決して飲むべきではありません。」

### 図 6 を示して"飲酒単位とは何か"をもう一度考える

「最後に、あなたが飲んでいる色々なお酒にどのくらいのアルコールが含まれているかを知ることは不可欠です。そうすればすぐに飲酒量を計算することもできるし、低リスク群に留まろうとすることもできます。この図は、アルコール飲料の色々な種類を示しています。ワイン1杯、ビール1瓶、スピリッツの小さな1ショットには全てほとんど同じアルコール量が含まれていることを知っていますか？それらを飲酒単位として考えるなら、あなたは毎日飲んだお酒の単位数を数えるだけでいいのです。」

### 励まして締めくくる

「あなたは、飲酒に関連するリスクや実用的な制限について聞きましたが、何か質問はありますか？多くの人々は自分の健康を改善するために自分で行動を取ることができることを知って安心します。あなたがこのアドバイスに従って、低リスクの限界までお酒を減らすと確信しています。しかし、もしそれが難しく、減らすことができなければ、私に電話するか、もう一度来てください。そしてもう一度そのことについて話し合しましょう。」

## リスクⅢ群の飲酒者に対する簡易カウンセリング

### 簡易カウンセリングが望ましいのは誰か？

AUDIT の得点が 16 -19 点の患者は概ね、簡易カウンセリング (brief counseling) を用いた介入が望ましい。この得点の患者は、以下のような特徴をもつ有害飲酒者 (harmful drinkers) であろう。すなわち

- ー低リスク飲酒のガイドラインを越える常習飲酒のために、身体的・精神的な健康問題をすでに起こしている
- ーひんぱんな酩酊のために、外傷・暴力・法的な問題・稼働能力低下・その他の社会的問題を起こしている

AUDIT でこの得点レベルの患者は、得点が 16 点未満の患者よりも概ね大量に飲酒しているが、ポイントとなる違いは AUDIT の設問 9-10 に対する回答 (害の存在) である。実際、このカテゴリーの患者でリスクⅡ群の患者より少量の飲酒である場合もままある。過去 1 年間に飲酒に起因する事故や外傷を経験したり、周囲が飲酒に関する心配を表明した患者には、簡易カウンセリング (brief counseling) を考慮すべきである。

簡易カウンセリングは危険飲酒者 (hazardous drinkers) で断酒 (永続的なあるいは一時的な) が必要な場合にも望ましい。妊娠中や授乳・介護をしている女性や、アルコールが併用禁忌の薬を内服している場合にもその適応である。

### アドバイスと簡易カウンセリングとの違い

簡易カウンセリング (brief counseling) は、すばやい評価・迅速な関係づくり・行動変容理論の即時の適用に基づいており、系統的で焦点が絞られたプロセスである。アドバイスと違うのは、その目標 (ゴール) が患者の飲酒に関する基本的態度を変え、根源的な多様な問題を解決するツールを提供する部分である。簡易カウンセリングはアドバイスと同じ要素を用いつつ、目標が高いため、より時間と手間がかかる。つけ加えるなら、このようなカウンセリングを行う保健従事者は、共感的な傾聴と動機づけ面接のトレーニングをすると有益だろう。

簡単なアドバイスのように、簡易カウンセリングの目標 (ゴール) は過剰な飲酒に起因する害を減らすことにある。患者はすでに害を経験しているかもしれないが、

患者にアルコールに関連した医学的問題を予防するためにこういう行動をとることが必要だと説明することは義務である。

## 簡易カウンセリングを行う

簡易カウンセリングには4つの基本要素がある。

### 簡潔なアドバイスを与えること

簡易カウンセリングを始める良い方法は、アルコールに関する議論を始める方法として低リスク飲酒ガイドを用いて、簡単なアドバイスの項にある手順と同じ手順をふむことである。この場合、患者には飲酒者ピラミッド(図2)に示されたハイリスク飲酒の範疇にスクリーニングテストの結果が入ることを説明する。AUDITや患者が示す症候から特定された害は箇条書きにされるべきであり、状況の深刻さが図3のイラストとつけあわせることで強調されるべきである。

### 変化のステージを評価してそれに合わせたアドバイスをする

初期スクリーニングに加えて、さらなる評価が簡易カウンセリング(Brief Counseling)には重要となりうる。診断的評価とは、患者の過剰な飲酒に寄与している因子・維持している因子・問題の重篤さ・問題の影響を幅広く評価することである。もう一つは患者の動機づけの段階を、無関心期(飲酒行動を変える気がない)から行動期(飲酒を変えるプランに実際とりかかる)まで評価することである。

変化のステージは、人々がどう考え、行動を始め、健康に関する新しい行動パターンを維持するかのプロセスを表している。表5に要約された5つの段階には、それぞれ簡易介入の特定の要素が対応している。患者の飲酒行動変化への準備性を評価する最も簡単な方法は、Miller<sup>19</sup>が推奨する「準備性尺度」を用いることである。1から10の間で(1は全然重要ではない、10はとても重要)「あなたの飲酒を変えることは、あなたにとってどのくらい重要ですか？」に答えてもらう。低いスコアの患者は無関心期にある。中位(4-6)のスコアの患者は関心期にあり、より高いスコアの患者は行動の準備ができていると考えるべきだろう。

患者の現在の動機づけレベルに合わせたやり方でカウンセリングを始めるのが有効である。例えば、もし患者が無関心期であれば、アドバイスを面接ではより行動を始めるように動機づけるためのフィードバックに焦点を当てるべきである。もし患者が行動しようかどうかと考えているなら(関心期)、行動することがいかに有益で、行動開始を遅らせることはいかにリスクがあるか、最初の一步をどうして踏み出せるか、を強調すべきである。もし患者が既に行動する準備ができて

いるなら、保健従事者は目標を設定することと患者がアルコール消費量を減らすように確実に努力することに焦点を当てるべきである。ほとんどの患者では、結果のフィードバック・情報提供・目標の選択・アドバイス・励ましという標準的な流れが守られるべきであり、現在の変化の段階に合わせた小さな修正を追加すればよい。

**表 5 変化の段階と関連する簡易介入の要素<sup>20</sup>**

変化の段階	定義	強調される簡易介入の要素
無関心期	危険飲酒者／有害飲酒者は、近い将来に起きることをよく考えないそしてこのレベルで飲酒し続けると、実際にあるいは可能性として健康がどうなるかに気づかない	スクリーニング結果の <b>フィードバック</b> 飲酒の危険性に関する <b>情報</b>
関心期	飲酒者はアルコールに関連して結果に気づいているかもしれないが、行動変容には両価的である(「したい」「したくない」と両方の感情を持つ)	変化の利点を強調する アルコール問題・変化を先延ばしする危険性の <b>情報</b> を提供する <b>目標</b> 選択の方法を話し合う
準備期	飲酒者は既に変化することを決めており、取る行動の計画を持つ	<b>目標</b> 選択の方法を話し合い、 <b>アドバイス</b> と <b>励まし</b> を与える
行動期	飲酒者は節酒か断酒を始めるが、その変化は永続的ではない	<b>アドバイス</b> を検討し、 <b>励まし</b> を与える
維持期	飲酒者は比較的永続的に、適切な飲酒か断酒を達成している	<b>励まし</b> を与える。

### 自助ブックレットを通してスキルを供給すること

患者の飲酒行動を変えることへの準備性を評価したら、自助ブックレットを渡すことが推奨される。付録 B は WHO のアルコール関連問題を同定・解決するプロジェクト<sup>15,17</sup> で用いられた自助マニュアルの修正版である。ブックレットの題は『アルコール関連問題をどうやって予防するか』である。これには低リスク飲酒ガイドで推奨されている飲酒制限を達成するための実践的アドバイスが盛り込まれている。これは、飲酒行動を修正するために人々を教育するのに用いる堅実な行動変容戦略にのっとなっている。患者は各章を読み、各自の状況に直接関わる情報を記載することで「行動変革プラン」を作成するように求められる。最初の章で、患者はもし飲

酒量が減ったらどんな利益があるかを予測して列挙するように求められる。より変化する方へ動機づけられるようにブックレットはデザインされている。次の章では、飲み過ぎやすくなるので避けるべきハイリスクな中で状況を列挙するように求められる。3番目の章ではハイリスクな状況に対抗するか避けるための対処戦略をセットで編み出すように求められる。最後の章では孤独と退屈に対処していくアイデアが説かれる。ほとんどの患者は、最低限の説明と指導で自助ブックレットを読み進めることができるが、時には保健従事者が一緒にブックレットを読んでクリニック・事務所を去る前に行動変革プランを完成させると有益なこともあるだろう。各章の質問に答えることで、患者が簡易カウンセリングの面接を終えるときには明確な目標と、個人ごとに立てられた達成計画を持ち帰ることができる。

### フォローアップ

カウンセリングの始まりから維持する戦略が組み込まれていなければならない。簡易カウンセリングの実施者はサポートをし続け、フィードバックをし続け、現実的な目標を維持しつづけねばならない。患者が再発（監訳注：再び問題飲酒すること）の引き金や持続的な進歩を危険にさらしうる状況を見つけるように援助することもこれに含まれるだろう。簡易カウンセリング（**brief counseling**）を受けている患者はいま現在アルコールに関連した有害事象を経験しているのだから、リスクの度合いにふさわしい定期的なモニタリングとカウンセリング後は、少なくとも1回の面接が必須である。もし患者が目標に向けて進んでいたり、目標を達成していたら、モニタリングは年2回か年1回の頻度に減らしてもいいだろう。しかし、もし患者数ヶ月にわたり節酒目標に到達できないか維持できないのであれば、次の介入レベルに進むことや、可能であれば長期の治療へ紹介することを考慮すべきである。こうした特殊な治療が可能でなければ、定期的なモニタリングと持続的カウンセリングが必須である。

### 表 6 識字困難な患者と作業するとき

文盲か識字能力が不良な患者に対して簡易介入を行う状況では、特別な助けが必要となる。ヘルスケア従事者が患者と一緒に自助ブックレットを見直すことや、プランを書き込むときに援助すること、（もし患者がいとわなければ）患者にその内容を思い出すときに援助してくれそうな友人や家族メンバーへ教材を渡すように示唆することが推奨される。

## アルコール依存症の可能性があるリスクⅣ群の 専門医への紹介

### はじめに

中等度から高度のアルコール依存がみられる患者たちを見たら、簡易介入（**brief intervention**）だけで済ませてはいけない。その人たちはかつて、専門治療を要する患者であった可能性がある。彼らが診断と、可能なら治療を受けるように働きかける必要があるが、そのためにはどこに行けば治療を受けられるかという情報を集め、可能ならその治療プログラムを訪ねて個人的なコンタクトを作り上げ、いつでも紹介できる体制にしておくのがよい。

地域ごとのアルコール症の専門治療機関のすべてを網羅し、どの施設がどんな治療サービスを提供できるかを明らかにしておく必要がある。名前、電話番号、施設の住所、さらには目の前の患者に役立つならばそれ以外の情報も記録しておくのがよい。それはアルコールの精神依存を取り扱う精神保健施設だけでなく、外来通院治療、デイケア、宿泊設備のある解毒プログラムなどを含む。加えて、生活支援に必要な、あらゆるハーフウェイハウスやグループホームなどを忘れてはいけない。最後に忘れてはいけないのは、地域ごとの個人のアルコール・カウンセラーとともに、アルコホリクス・アノニマス(AA)のような、地域の自助グループである。職業リハビリテーションや危機対応のような有用なサービスが地域にあれば、それもリストに入れる。

### どのような人を診断と治療につなげるべきか

AUDIT のスコアで 20 点以上の方は、アルコール依存症に関するより専門的な診断と治療を要するものと考えられる。ただし AUDIT は、診断のツールではないので、患者と断定し、あるいはアルコール依存症と正式に診断する根拠とはならない。

加えて、AUDIT で 20 点未満であっても、簡単なアドバイスや簡易カウンセリングでは対応しきれない以下のような人たちは、専門治療に紹介すべきである。

- －アルコール依存症候群の存在が強く疑われる人たち
- －治療歴などから察して、アルコールまたは薬物依存の既往歴をもつ人、あるいは肝障害を認める人たち

- 既往、または現在も重い精神疾患を有する人たち
- 簡易カウンセリングを延長して続けても、目標達成ができない人たち

## 診断と治療につなげるために

その患者が、より本格的な診断と、必要ならば治療を受けるために、専門家の診察を受けることを見届けなければ紹介の目標を達成したとは言えない。患者の殆どは自らが大酒家であることを知っているものの、多くのものはそのことを変えるための行動をすぐには取りたがらない。このような抵抗には以下のような理由があげられる。

- 飲みすぎであると思っていない
- 飲酒と問題とを関連づけていない
- 飲酒による快感をあきらめきれない
- 飲酒が自分と他人に与える事態を正当化している
- 治療に要する時間と労力を費やしたくない

専門機関につなげることが出来るかどうかは、ヘルスケア提供者の力量と、患者が以上のような抵抗とどのように折り合えるかとの相関にかかっている。フィードバック・アドバイス・責任・情報・励まし・フォローアップを用いた簡単なアドバイスの修正版が患者紹介に有用である。

### フィードバック

- AUDIT の結果を報告するときには以下のようなことを明確にしなければならない。
- 患者の飲酒レベルが安全限界をはるかに超えていること
  - 飲酒に関連する特定の問題がすでに認められること
  - アルコール依存症候群の存在を示唆するサインが複数あること

今のような飲み方が患者の健康を脅かすものであり、ひいては自分にとって大切な人たちやその他の人たちに対してダメージを与えることになることを強調するのがよいだろう。酒を減らしたり止めたりすることがうまく出来たかどうかを率直に議論することによって、事態を変えるために他人の助けが必要であると理解出来るようになる。

### アドバイス

ヘルスケア従事者は「これは深刻な医学的事態である」「患者はより詳しい診断と必要となる治療を求めて専門家に会うべきである」との明確なメッセージを伝える



必要がある。飲酒することによって、現在、どのような医学的な問題が引き起こされているかについて可能なかぎり説明する必要がある。また将来の健康に及ぼすリスクと社会的な問題について話し合うべきである。

## 責任

患者が事態と向き合い、専門家と会ってその勧告に従うように説得しなければならない。その結果、もしも患者が内発的な治療の意思を示したならば、必要な情報を与え、励ますことが大事だ。しかし患者が抵抗し続けるなら、患者に熟慮する時間を与えるために再度の面接予約をすることが必要かもしれない。

## 情報

アルコール問題に関してこれまで治療を求めたことのない患者たちには、いま何が起きているのかについての情報が必要である。ヘルスケア従事者たちが、今後直面するであろう事態と、どのような治療を受けるのかについて説明した後であれば、患者たちは治療を受けようという決定をしやすくなる。

## 励まし

このような状況にある患者たちにとって救いになるのは、保証と励ましの言葉である。アルコール依存症に対する治療はおおむね有効であるが、それには患者自らがかなり努力する必要があることを伝えたほうが良い。

## フォローアップ

アルコール依存症の治療を受けているとしても、ちょうど心臓専門医や整形外科医の治療を受けた患者たちの経過をモニターするのと同じように、プライマリケア提供者たちは患者たちの経過を観察するべきである。アルコール依存症は慢性疾患で、再発することが多いので、このことは特別に大切である。定期的に彼らの様子を観察して励ますことは、患者たちの再発防止に役立ち、再発するとしてもその度合いを抑制することにつながる。

## 付録：A

### 患者教育パンフレット

#### 使用上の注意

この付録に再掲したパンフレットは、アルコール関連問題の特定と管理に関するWHOプロジェクト<sup>15,17</sup>において、危険で有害な飲酒者に簡単なアドバイスを提供するために使われた、低リスク飲酒ガイドに基づくものである。6つの図は、レターサイズ（A4 くらい）の紙に両面印刷して、三つ折りにして、表紙（図 1）が一番上にくる。

この版に載せたイラストやガイドラインは、異なる文化グループやプライマリケア人口に相応しいかどうかという視点で、慎重に検討するべきである。個々の図は、スクリーニングと簡易介入プログラムが遂行される特定の現場・国の状況に適合させるべきである。図 2 の飲酒者ピラミッドのパーセント数は、それぞれの飲酒タイプ者の人口割合を表している。これらの数字は、それぞれの飲酒タイプ者の人口比率の地域の調査データや推計に基づくものであるべきである。国によっては、非飲酒者・低リスク飲酒者・リスクのある飲酒者・アルコール依存症者（アルコール症者）の割合は、かなり違ってくる可能性がある。「低リスクの範囲」のガイドライン（図 5）は、国の方針や地域の状況に合わせて変更されうる。男性、女性、高齢者で異なった制限が設定されうる。同様に、一切飲酒すべきでない活動のリストも、文化特有の状況に応じて変えるべきである。最後に、図 6 の「飲酒単位とは」では、地域のアルコール飲料を、純アルコール含量を比較できるように、修正し提示すべきである。

パンフレットを配布する人たちの中に識字力がない、または読字能力が弱い人が多く存在するならば、パンフレットを変更する時に視覚的イラストを強調するべきである。

#### 飲酒単位とは？

国が異なると、その国で提供される典型的な量が異なるために、健康教育者や研究者は、異なる飲酒単位ないし標準ドリンクの定義を使う。例えば、

- －カナダの1標準ドリンク：純アルコール 13.6g
- －イギリスの1標準ドリンク：8g
- －アメリカの1標準ドリンク：14g

- －オーストラリアとニュージーランドの1標準ドリンク：10g
- －日本の1単位：19.75g

AUDIT では、質問 2 と 3 で、1 標準ドリンクを 10g のアルコール相当としている。あなたの国での一般的なアルコール提供量とアルコール度数に応じて、その質問項目での回答選択肢分類のドリンク数を調整する必要があるだろう。

低リスク飲酒ガイドで設定され、簡易介入マニュアルに関する WHO 研究で採用されている、推薦低リスク飲酒レベルは、1 日に 20g 以下、週 5 日である（飲まない日を 2 日、を勧めている）。

## 1 杯のアルコール含有量を計算する方法

1 杯のアルコール含量は、その飲料のアルコール度数と容器容量によって決まる。それぞれの国で一般的なアルコール飲料の度数と容量は、かなり異なる。WHO の調査<sup>21</sup>によると、ビールには 2% から 5% の純アルコール、ワインは 10.5% から 18.9%、蒸留酒は 24.3% から 90%、アップルサイダーは 1.1% から 17% が含まれる。そのため、ドリンク量を、その地域で一般的なアルコール提供量に適合させ、どれぐらいの純アルコールをその人が一回にまた平均的に摂取するかをおおまかに知るのが大切である。

1 杯に含まれるアルコール量を計る際に考慮すべきことはもう一つは、エタノールの変換係数である。これを使えばどんな体積のアルコールでもグラムに直せる。1 ミリリットルのエタノールは 0.79g の純エタノールである。たとえば、

- －1 缶のビール (330ml) ×5% (度数) ×0.79 (変換係数) = 13g エタノール
- －1 グラスのワイン (140ml) ×12% (度数) ×0.79 = 13.3g エタノール
- －1 ショットの蒸留酒 (40ml) ×40% (度数) ×0.79 = 12.6g エタノール

## 低リスク飲酒ガイド

図 1



図 2: 飲酒者ピラミッド

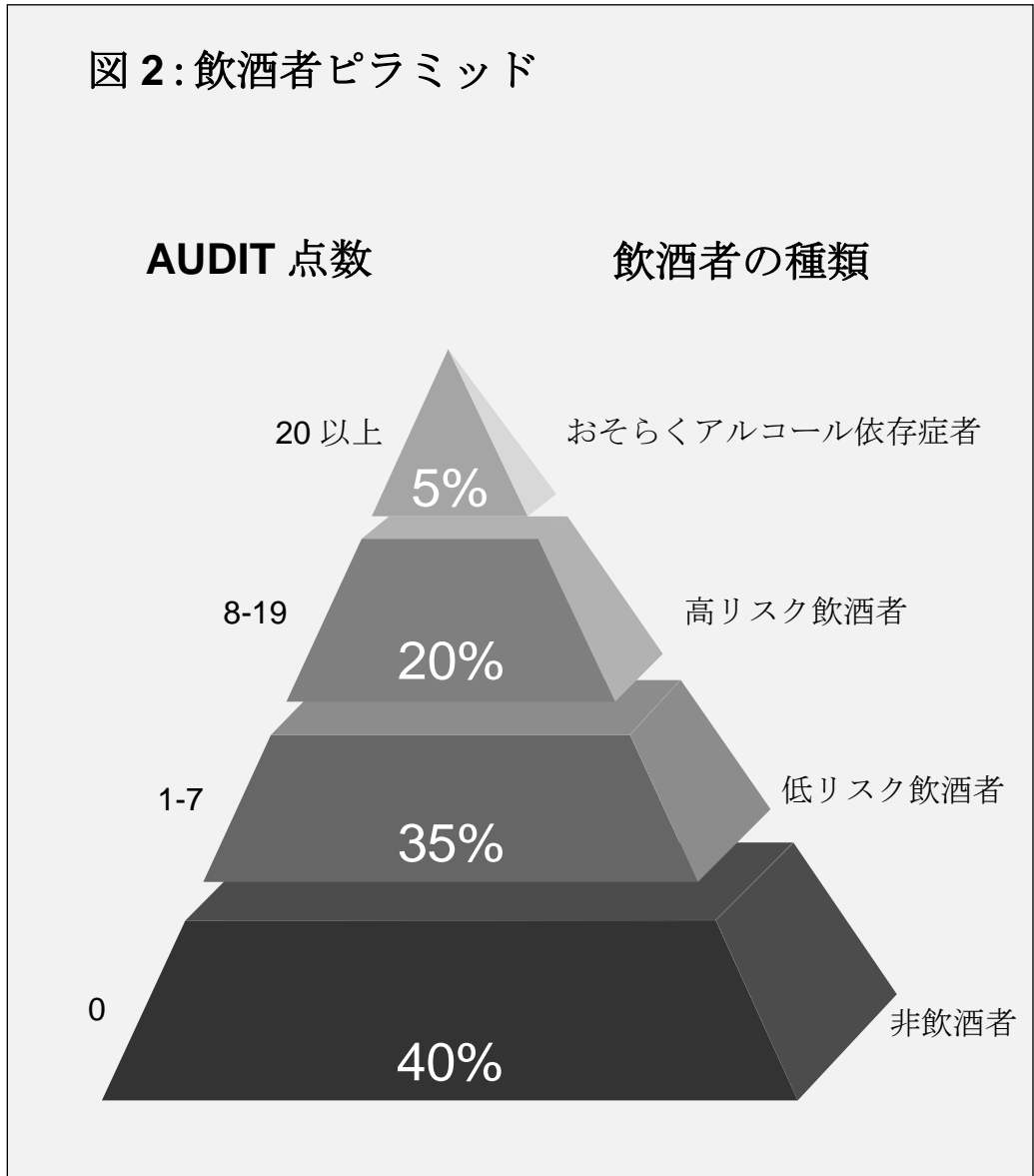
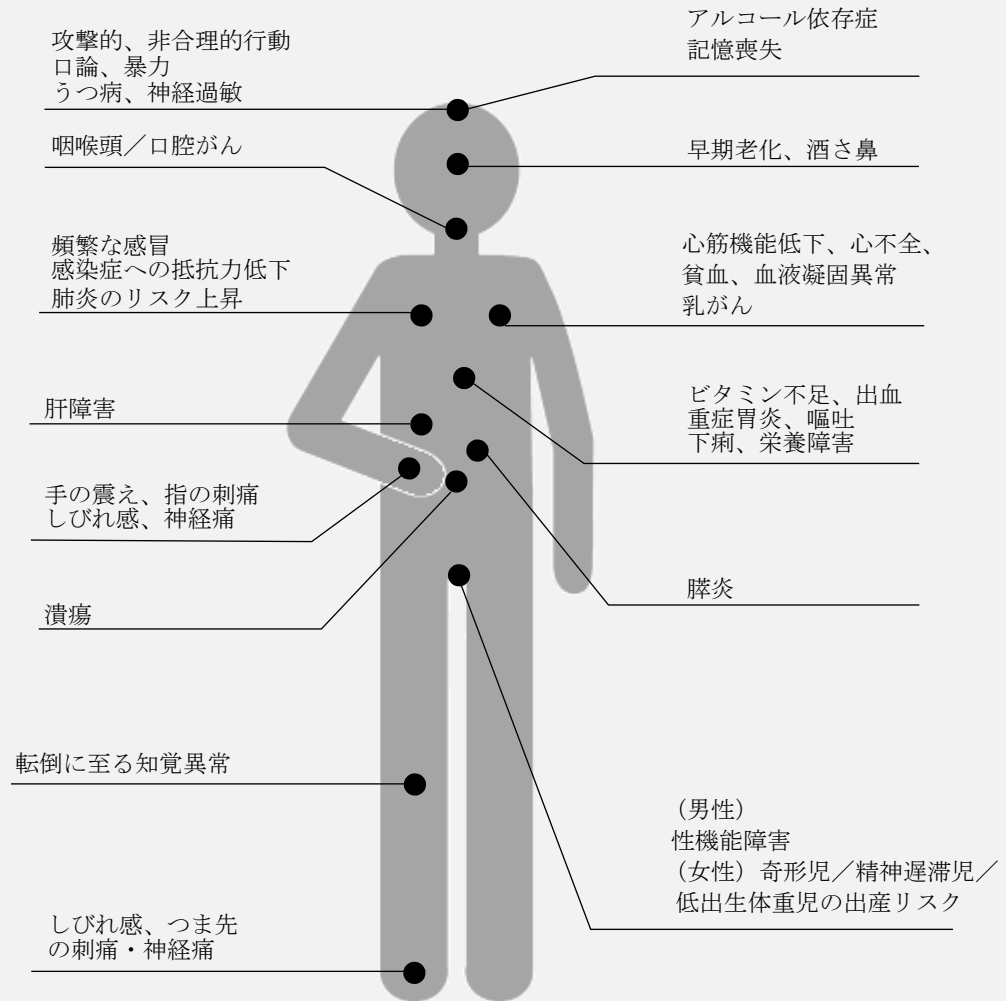


図 3

### 高リスク飲酒が及ぼす影響



高リスク飲酒は、社会／法律／医療／家庭／仕事／経済における問題となる。  
また、寿命が短縮し、飲酒運転では事故や死亡の可能性がある。

## 図 4

**飲酒をやめるべきか、それとも量を減らすだけでいいのか？**

もし以下のことが当てはまるなら、飲酒を止めるべきだ

- 以前に量を減らそうと試みたものの、成功していない
- または
- 大量飲酒していた期間に、朝、手が震えたことがある
- または
- 高血圧、妊娠中、肝疾患がある
- または
- アルコールと相互作用する薬を服用

もし以下のことが当てはまるなら、低リスク飲酒に留めるべきだ

- この一年間、ほとんどの期間、低リスクレベルの飲酒をしていた
- かつ
- 朝に手が震えることはない
- かつ
- 低リスクの飲酒をしたいと思っている

以上の3つ全てが当てはまる場合にのみ低リスク飲酒を選択すべきである

## 図 5

### 低リスク飲酒とは？

- －1日2ドリンク（1単位）以下の飲酒
- －少なくとも週に2日は飲酒しない

しかし忘れないように。

1-2ドリンク（0.5単位か1単位）の飲酒でも多すぎる時があることを

例えば：

- －運転や機械操作を行うとき
- －妊娠中や授乳中のとき
- －ある種の薬を服用中のとき
- －ある種の病気のとき
- －飲酒を自分でコントロールできないとき







更なる情報については、あなたの担当のヘルスケア提供者に尋ねるように



図 6

- 飲酒量の単位を飲酒単位とといいます。
- 日本では純アルコール **20g** を含むアルコール飲料を **1 単位** と規定。  
(WHO では純アルコール **10g** を含むアルコール飲料を 1 ドリンク)

いつもの 1 杯は何単位？

日本酒 (15%)	ウイスキー (40%)	ビール (5%)	缶チューハイ (7%)	焼酎・泡盛 (25%)	ワイン (12%)
1 合	ダブル 1 杯	中瓶 1 本 (500ml)	1 缶 (350ml)	1 合	グラス 1 杯
					
<b>1 単位</b> (2 ドリンク)	<b>1 単位</b> (2 ドリンク)	<b>1 単位</b> (2 ドリンク)	<b>1 単位</b> (2 ドリンク)	<b>1.8 単位</b> (3.6 ドリンク)	<b>0.5 単位</b> (1 ドリンク)

どの程度が飲み過ぎか？ 最も重要なのは、一杯に含まれる純アルコールの量である。これらのお酒は一般的な基準によると、おおよそ同じ量の純アルコールを含んでいる。これら 1 つ 1 つを、1 単位として考えよう。

## 付録 B

### 自助ブックレット

#### 使用上の注意

このブックレットは、「アルコール関連問題の予防方法：賢明な飲酒マニュアル」を基にしている。これは、アルコール関連問題の特定と管理に関する WHO プロジェクト<sup>15, 17</sup>において簡易カウンセリングを提供するために R.Hodgson が作成したものである。この一般向けバージョンとして提供されたガイドラインは、異なる文化グループやプライマリケアの対象集団に適切であるかどうか、注意深く検討されるべきである。各セクションは、特定の場所や国で実施されるスクリーニングと簡易介入プログラムの状況に適応させるべきである。たとえば、「飲酒量を控えるよい理由」セクションは、飲酒量を減らすべきであると自分自身を納得させるための動機のリストを挙げている。これらの動機は、性別、文化、年齢によって変わる可能性がある。もしブックレットに載っている例があなたの患者に適切でなければ、あなたが援助しようとしている人々の必要性に合わせて変更することが可能である。

ブックレットが配布される集団に文字が読めないもしくは読字力が弱い人が多く含まれている場合、視覚的なイラストの作成に力を注ぐべきであり、また、ブックレットを患者に読み聞かせることもできる。

## アルコール関連問題の予防方法 自助ブックレット

### 誰のためのブックレットか？

このブックレットは、飲酒問題のある人だけでなく、より少量の飲酒ではあるけれども、将来の健康に問題を来すリスクがあるほどに飲んでいる人のためのものです。

このブックレットにあるアドバイスは、飲酒に問題のある人と将来の問題を予防したい人、双方のために役立ちます。ブックレットが提供するの以下の内容です。

- －低リスク飲酒へのアドバイス
- －低リスクレベルの飲酒をする良い理由
- －習慣を変えるためのアドバイス

強調したいのは、習慣を変えること、将来の問題を予防することです。

### 内容

- －低リスク飲酒とは？
- －飲酒習慣の変え方
- －飲酒量を減らす良い理由
- －リスクが高い状況
- －誘惑にあった時にはどうすればいいのか？
- －退屈に対する対策
- －計画を実行し続けるための方法
- －援助者へのガイドライン
- －習慣変更計画を立てる

## 低リスク飲酒とは？

低リスク飲酒とは、自分自身や他人に害を起こす可能性の少ないようなアルコール使用量と飲酒パターンに制限することです。科学的なエビデンスによれば、1日1単位以上、週5日以上 of アルコール消費で、害のリスクが有意に増加します。さらにもっと少ないアルコール消費でさえ、一定の状況下ではリスクを生じることがあります。以下の単純なルールにのっとれば、あなたの健康へのリスクを減らし、他人を傷つける可能性を減らすことができます。

- － 1日1単位以上飲まない
- － 週5日以上飲まない
- － 以下の場合には、アルコールをいっさい飲まない
  - 自動車運転や機械操作をしているとき
  - 妊娠、授乳しているとき
  - アルコールと相互作用する薬を飲んでいいるとき
  - アルコールで悪くなる病気を持っているとき
  - 飲酒をやめられない、またはコントロールできないとき

飲酒を制限すべき状況のさらなる情報については、あなたの担当のヘルスケア従事者に尋ねましょう。

これらの低リスク飲酒は、標準的なアルコール測定に基づいています。あなたがいつも飲んでいる飲料にどれくらいアルコールが入っているかを知ることが大切です。一般にビール瓶や缶には、1グラスのワインや1杯の蒸留酒と同じくらいの量のアルコールが入っています。どれくらい飲んだかを考える時に、飲酒単位量で数えるようにしましょう。

あなたが上記の制限以上に飲んできたならば、あなたは自分自身と他者に対して害を及ぼすリスクを冒しています。1回に3ドリンク（1.5単位）以上飲んでいれば、けがを来すような”事故”・人間関係問題や職

場問題・二日酔いや不眠や胃の問題といった医学的な問題のリスクが生じます。1日に2ドリンク（1単位）以上を長期間飲んでいると、がん・肝臓病・うつ病・アルコール依存症（アルコール症）になる可能性があります。

幸いにも、決心して一所懸命に飲酒習慣を変えよう努力すると、多くの人は飲酒をやめたり量を減らすことができます。次のセクションで、その方法を示します。

## 飲酒習慣の変え方

上手に習慣を変えることができるのは、通常、簡単な計画に従う時です。このマニュアルは、あなたが賢明な飲酒計画を作るのに役立つでしょう。もし可能なら、誰かに手助けをしてもらいましょう。たぶん、友人か親戚・家族、保健従事者か、あなたの所属する信仰団体のメンバーが、あなたが計画を作り、実行し続けるのを喜んで手助けしてくれるでしょう。その人に、最初にこのブックレットを読んでもらいましょう。

誰かに手伝ってもらうのは、単純に、一人の頭より二人分の頭の方が勝っているからです。また、彼らは何らかのサポートをすることもできるでしょう。

このマニュアルの別の使用法として、あなたと同じように飲酒習慣を変えたいと思っている人、一人か二人と一緒にやることもできます。

もちろん多くの人は、他者の助けなしに習慣を変えていきます。もしあなたが他者の助けを得られないなら、一人でやりましょう。

まず最初に、下の質問を自問してみましょう。

—もし飲酒量を減らすことができたなら、どんな利益があるだろう？  
—私の人生はどう改善するだろう？

次のセクションは、これらの質問に答える手助けになります。

## 飲酒量を減らす良い理由

アルコールの影響に関する最近の研究を基に、あなたが飲酒量を減らすと得られるであろう利益のリストをここに載せます。これらを読んでみて、あなたにとって最も良いと思われる **3** つの理由を選びましょう。減らしたくなるような理由を選びましょう。

**もし私が低リスクの範囲内で飲むなら、**

- おそらく **5–10** 年、長生きできる
- もっとよく眠れるようになる
- もっと幸せになる
- お金をたくさん節約できる
- 人間関係が改善する
- 長い期間、若さを保てる
- 人生において、もっと達成できる
- 脳に早期の損傷を受けることなく健康に高齢まで生きる可能性が増す
- より良い仕事ができる
- アルコール飲料はカロリーが高いので、多分もっと楽にスリムでいられる
- 鬱を感じる可能性が減り、自殺する確率が減る (**1/6**)
- 心疾患やがんで死ぬ確率が減る
- 火事や溺水で死ぬ確率が大幅に減る
- 他人に尊敬される
- 警察絡みのトラブルに巻き込まれる回数が減る
- 肝臓病で死ぬ確率が大きくに減る (**1/12**)
- 自動車事故で死ぬ確率が減る (**1/3**)
- 男性：性機能がおそらく改善する
- 女性：計画外の妊娠の確率が減る
- 女性：胎児に悪影響を与える確率が減る

飲酒量を減らすのによい理由を 3 つ選んだら、このブックレットの最後にある「習慣変更計画を作る」の下の空白にそれらを書き留めておきましょう。

これであなたは、もし大量飲酒を続けたら起きるであろう事を正確にはっきりとイメージでき、また、もし禁酒したり低リスクレベルの飲酒に留められたときの将来図をはっきりとイメージすることができているはずです。

### リスクが高い状況

たくさん飲みたいという欲求はおそらく、あなたの気分、そばにいる人、アルコールが簡単に手に入る状況かどうかで変わってくるでしょう。

最後に深酒したときのことを思い出し、その深酒に関与した物事を探してみましょう。どんな状況が、将来あなたを深酒させたくなるでしょうか？例として、ここにある人のリストを載せます：

- －他の人たちが飲んでいて、私も飲むことが期待されている状況
- －退屈だったり、憂うつだったりした時、特に週末
- －家族内での喧嘩のあと
- －友人と飲んでいる時
- －自宅で孤独を感じた時

以下のリストを利用して、最も深酒をしてしまいがちな状況を 4 つ見つけましょう。

パーティー	特定の人たち
お祭り	緊張
家族	孤独を感じる
バー	ディナーパーティー
気分	退屈
仕事のあと	不眠

口論

週末

批判

給料支給後

挫折感

他の人たちが飲酒している時

あなたを最も困らせる危険な状況や気分を 4 つ選んだら、このブックレットの最後にある「習慣変更計画を作る」の下にそれらを書き留めておきましょう。次の作業は、推奨限度以上に飲酒することなくこれらの状況に対処する方法を見つけ出すことです。

### 誘惑にあった時にはどうすればいいのか？

このセクションでは、次の質問に答えてみましょう。「深酒するよう誘惑されることがないようにするためにはどうしたらいいのか？」「もし誘惑されたら、自分を止めるために何ができるだろうか？」

この作業は簡単ではありませんが、もし誰か手助けしてくれる人を見つけて、その人と一緒に以下のステップを一緒にやったら、思ったより簡単だと気づくかもしれません。

- 自分が選んだ 4 つの高リスク状況から 1 つを選びます
- その状況を避けたり、その状況に対処したりする方法をいくつか考えてみます
- それらの対処法のうち 2 つを選び、試してみます。このブックレットの最後にある「習慣変更計画を作る」の下に、それらの対処法を書き留めましょう。

ここでは、ある男性が仕事の後に友人と飲酒する誘惑に対処する方法を試した例を載せます。

### 高リスクな状況

仕事のあとの友人との飲酒



## 深酒しないで対処する方法

- －飲酒しないで、家に帰る
- －運動など、他の活動を見つける
- －仕事のあと友人と飲酒する日数を制限する
- －飲むときは2ドリンク（1単位）だけにする
- －2ドリンク（1単位）飲んだあとはノンアルコール飲料に切り替える
- －友人を代える
- －遅くまで仕事をする

私はそのうち2つをやってみよう：

- －仕事のあと友人と飲酒する日数を制限する
- －2ドリンク（1単位）飲んだあとはノンアルコール飲料に切り替える

考えついた方法の中には、たぶん上手くいかないものもあるだろうことには注意して下さい。方法を考え出そうとする時には、このことは問題ではありません。思いつく限りの方法を考えてみて、そのあと、自分にとって効果が最もありそうな方法を決めましょう。まず、最初の高リスクな状況に対して処方法を2つ選んだら、次の高リスクな状況に移ります。すると、自分の4つの高リスクな状況に対して2つずつ対処法が得られることになります。

次にあなたの生活の中で考えるべき領域は、他の人との人間関係です。もし、週のうち（賢明な限度以上飲酒することなく）他の人と楽しい時間を過ごす回数を増やすことができれば、それほど多くアルコールを使用する必要がなくなります。

## 人には人が必要

第一に思い出してほしいことは、私達はほとんどの人が、他者を必要としている、ということです。私たちは他者とのつきあいを必要としています。第二に、飲酒を低リスクの限度内に抑える最も有効的な方

法の一つは、低リスクの限度内で飲酒する友達を持つことです。第三に、新しい人に出会える可能性のある状況に自らを置くことで、新しい人と出会える機会が増やせます。それゆえ、次にすべきことは、そのような人間関係の場に自分の身を置く手立てを考えることです。ここでもまたできる限りたくさんのアイデアを考え出して、その中から自分に一番合いそうな方法を2つ選びましょう。次に課題の例を挙げます。

### 課題

低リスクの限度内で飲酒する人達と関係を作れる場に、自分の身を置くこと。

### アイデア

- －クラブに加入する
- －宗教活動やコミュニティセンターの活動に参加する
- －息子や娘の学校や子供クラブに貢献する
- －ボランティア組織に加わる（例：障がい者の援助をする）
- －より頻繁に友達を家に誘う
- －より頻繁に親戚を訪ねる

「習慣変更計画を作る」の下に、あなたが選んだ低リスク飲酒者の知り合いを増やす方法2つを書き留めておきましょう。

### 退屈に対する対策

多くの方は、退屈であるがゆえに飲酒をします。もし退屈さが、あなたの低リスクの限量以上の飲酒に関与しているなら、このセクションでのあなたのなすべきことは、あなたの興味が引くような活動ができる限りたくさんを考え出し、その中から2つを選んでやってみる事です。その活動リストを考え出すのに、下記の質問を利用してみてください。

- 過去、どんな種類のことを学ぶのが楽しかったですか？（例えば、スポーツ、工作、言語など）
- 過去、どんな旅行が楽しかったですか？（例えば、海、山、田舎）
- もし、失敗を恐れないなら、どんなことをやるのが楽しいでしょうか？（例えば、絵画、ダンス）
- 今まで、一人でやって、どんなことが楽しかったですか？（例えば、長い散歩、楽器の演奏、縫い物）
- 今まで、他の人と一緒にやって、どんなことが楽しかったですか？（例えば、電話、ゲーム）
- 今まで、お金が全くかからないことで、どんなことが楽しかったですか？（例えば、子供と遊ぶ、図書館に行く、読書する）
- 今まで、お金があまりかからないことで、どんなことが楽しかったですか？（例えば、公園に行く）
- 今まで、時が違えば、どんなことが楽しかったか？（例えば、朝、休日、春、秋）

「習慣変更計画を作る」の下に、あなたが選んだ 2 つの活動を書き留めましょう。

退屈を避けるためにやってみる方法 2 つ：

コミュニティのグループに参加する（図書館、教会、女性団体など、または工芸や絵画などの趣味講座）

定期的に体を動かす（水泳、走るなど）、スポーツクラブに入会する

### 「うつ」について

多くの方は、「うつ」のせいで飲酒します。「うつ」の特徴は、悲しい感情、様々なことに対する興味を失う、気力が落ちること。それ以外の症状には、自信を無くす、自尊心を失う、不適切な罪悪感、死を考えたり自殺を考える、集中力の低下、睡眠の障害と食欲の低下があります。

もしうつ気分が2週間以上続いたら、保健従事者の援助が必要です。治療が役に立ちます。「うつ」の治療中は飲酒を止めなければなりません。アルコールは抑制系の薬物であり、治療への反応が遅れます。

## 計画を実行し続ける方法

まず第一に、「習慣変更計画の作成」欄への記入を完成させ、それを保存しておきましょう。それが今後数週間のあなたの基本計画となります。毎日、自分のプランを読みましょう。もし読まないと、特に危険な状況または誘惑する状況に直面すると、計画のことを忘れてしまいます。次に述べるのは、自分のプランを忘れないでおくために一番いい方法です。

- あなたが毎日、数回とる行動を考えます（例えば、コーヒーを飲む、手を洗う）
- この（コーヒーを飲むなどの）行動をとる時に毎回、頭の中で素早く自分の計画を思い出します。飲酒計画、飲酒量を減らす理由、危険な状況とそれに対処する方法について思い出します。また、他の人たちと会う計画と、新しい趣味をはじめる計画を思い出します。
- もし援助してくれる人がいるなら、自分の計画とその進展について、最初は毎日、そして計画が実行できてきたなら、週に数回話すとよいでしょう。
- もし計画が明快に頭の中にあるなら、そのことがあなたが自分を変えるための手助けとなるでしょう。でももし計画が紙の上だけなら、効果は全く無いでしょう。いい方法をさらにいくつか挙げてみましょう。
- 多量飲酒する衝動に駆られた時に、常にそれに抵抗できていれば、あなたは自分の習慣を変えつつあるのです。そのことを忘れないでください。
- 強い不快感やストレスを感じたり、情けなく感じた時には、「これもまた過ぎ去る」と心に念じ続けましょう。飲酒欲求が出てきたときに

は、この欲求は風邪のように、消えてなくなるまで我慢しなければならないものなんだと考えましょう。

—もし援助してくれる人がいるなら、その人に正直に、毎日どれくらいの量を飲酒していたのか、そしてどんな時上手くいったのか、またはどんな時飲み過ぎてしまったのかを話さない。

—最後に、今後おそらく多量に飲酒してしまう失敗日を経験することもあるでしょう。そのようなときでも「決して諦めない」こと。低リスク飲酒の習慣を身につけることができた人達も、成功するまでにはたくさん失敗日を経験してきたということを覚えておいてください。時とともに易しくなってきます。

## 援助者へのガイドライン

もし誰か他者からの援助があれば、ブックレットを読み、習慣を変える計画を立てるのが容易になることがあります。頭は時に、二つの方が一つよりも良いのです。だからこのマニュアルを使おうとしている人々には、誰かに頼んで一緒にやろうと推奨してきました。もしあなたにその援助をする意志があるなら、下記の点を心に留めておくのが役に立ちます。

—このブックレットは、次の二つの型の飲酒者を念頭に置いて作成されたものです。一つは、飲酒問題を既に抱えていて、変わりたいと思っている飲酒者。二つ目は、飲酒の量はそれより少ないけれども、今後問題が生じるリスクがある飲酒者。この人たちは、将来の問題を防ぐために飲酒量を減らすよう薦められています。予防は治療よりも良いのです。

—このマニュアルの主な目的は、飲酒量を減らす良い理由を見つけ、飲酒以外の趣味を作ることです。

—習慣を変えるのは難しいことですが、あなたは二つの方法で援助することができます。一つは、このブックレットに記載されている作業の援助です。二つ目は、励ましとサポートを提供することです。

一援助しようとしている相手の行動にいらいらしても、その人を非難しないようにしましょう。忘れないでください、習慣を変えるのは決して簡単ではないのです。良い週もあれば、悪い週もあるものです。低リスク飲酒や禁酒へのあなたの励ましとサポートと、創造的なアイデアが必要なのです。

## 習慣変更計画を作る

飲酒量を減らす、または飲酒を止める理由

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

危険な状況 1

対処方法

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

危険な状況 2

対処方法

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

危険な状況 3

対処方法

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

危険な状況 4

対処方法

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

飲酒しない人や低リスク飲酒者と会う方法

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

退屈を避けるためにやってみること

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

計画を忘れないでおくための方法

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

## 付録 C

### トレーニングのための資料

#### 簡単なトレーニング演習

簡単なロールプレイの実習を利用して、保健従事者は、「模擬患者」にスクリーニングや簡単なアドバイスの練習をすることができる。もう一人の実習者と二人組になる。一人が「高リスク飲酒者」を演じ、もう一人が「保健従事者」を演じる。「保健従事者」が AUDIT スクリーニング面接を実施してから、「低リスク飲酒のためのガイド」に従って簡単なアドバイスを与える。質問の内容の一般的な概念を説明しながら、AUDIT を紹介する。スクリーニングの中で見つけられたあらゆるアルコール関連問題に関する情報を使って、簡単なアドバイスを相手に与える。「低リスク飲酒のためのガイド」を紹介する時には、移行のための言葉を忘れないように。そうしてから二人は、役割を替わる。

演習を終えたら、移行のための言葉、説明の明快さ、簡単なアドバイスをするときにスクリーニングからの関連情報を使っていたかどうかも含めて、面接スタイルについてコメントする。姿勢とラポールについてもコメントを行う。面接者は友好的で非脅威的だったか？スクリーニングの目的は患者に説明されたか？質問者は秘密保持について強調したか？飲酒者は「標準ドリンク」を使って応えたか？そうでなかったなら、面接者は回答に探りを入れたか？

#### トレーニングプログラム

プライマリケア保健従事者がスクリーニングと簡易介入を実施するために、いくつかのトレーニングプログラムが作成された。このマニュアルに記載されている手続きは、コネチカット大学 (McRee ら、1992) が作成したトレーニングマニュアルとビデオテープを使って、個人にもグループにも教えることが可能である。これら、それ以外の資源は以下に示す。

Alcohol risk assessment and intervention (ARAI) package. Ontario, College of Family Physicians of Canada, 1994.

Guide to clinical preventive services. Report of the U.S. Preventive Services Task Force. Baltimore, Williams and Wilkins, 1989.

Anderson, P. Alcohol and primary health care. Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe, 1996 (WHO Regional Publications, European Series, No. 64).



Heather, N. Treatment approaches to alcohol. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (WHO Regional Publications, European Series, No. 65).

Hester, R.K. and Miller, W.R. (Eds) Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives. Elmsdorf, NY: Pergamon Press, 1989.

McRee, B., Babor, T.F. and Church, O.M. Alcohol Screening and Brief Intervention. Project NEADA, University of Connecticut, School of Nursing, 1992. Ordering information may be obtained from: the U.S. National Clearinghouse on Alcohol and Drug Information: [www.health.org](http://www.health.org) or call 1-800-729-6686.

Miller, W.R. Enhancing motivation for change in substance abuse treatment. U.S. Department of Health and Human Services, SAMHSA/CSAT, Rockville, MD, 1999.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Training Physicians in Techniques for Alcohol Screening and Brief Intervention. National Institutes of Health: Bethesda, MD 1997.

Sanchez-Craig, M. A Therapist's Manual: Secondary Prevention of Alcohol Problems. Addiction Research Foundation, Toronto, Canada, 1996.

Sanchez-Craig, M. Drink Wise: How to Quit Drink or Cut Down. Addiction Research Foundation, Toronto, Canada, 1994.

Sullivan, E.. and Fleming, M. A Guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians. Treatment Improvement Protocol Series. U.S. Department of Health and Human Services, Rockville, MD, 24; 1997.

## 参考文献

1. Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. and Monteiro, M.G. *AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care*. Second Edition. World Health Organization, Geneva, 2001.
2. Heather, N. *Treatment Approaches to Alcohol Problems*. World Health Organization, Copenhagen, 1995 (WHO Regional Publications, European Series, No. 65).
3. Hester, R.K. and Miller, W.R. (Eds) *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*. Allyn and Bacon, Boston 1995.
4. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. World Health Organization, Geneva, 1993.
5. Anderson, P. *Alcohol and Primary Health Care*. World Health Organization, Copenhagen, 1996 (WHO Regional Publications, European Series No. 64).
6. Edwards, G., Anderson, P., Babor, T.F., Casswell, S., Ferrence, R., Geisbrecht, N., Godfrey, C., Holder, H., Lemmens, P., Makela, K., Midanik, L., Norstrom, T., Osterberg, E., Romelsjo, A., Room, R., Simpura, J. and Skog, O. *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford University Press, Oxford, 1994.
7. Institute of Medicine. *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*. National Academy Press, Washington, DC, 1990.
8. Makela, K. International comparisons of Alcoholics Anonymous. *Alcohol Health & Research World* 17:228-234, 1993.
9. Bien, T, Miller, W.R. and Tonigan, J.S. Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction* 88: 315-336, 1993.
10. Kahan, M., Wilson, L. and Becker, L. Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: A review. *Canadian Medical Association Journal* 152(6):851-859, 1995.
11. Wilk, A., Jensen, N. and Havighurst, T. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal Medicine* 12:274-283, 1997.
12. Moyer, A., Finney, J., Swearingen, C. and Vergun, P. Brief interventions for alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment seeking populations. *Addiction* (in press).
13. Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor T.F., De la Fuente, J.R. and Grant, M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. *Addiction* 88:791-804, 1993.

14. Orford, J. Empowering family and friends: a new approach to the secondary prevention of addiction. *Drug and Alcohol Review*, 13: 417-429, 1994.
15. Babor, T.F. and Grant, M. (Eds). *Project on identification and management of alcohol-related problems. Report on Phase II: A randomized clinical trial of brief interventions in primary health care*. Programme on Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, 1992.
16. Babor, T.F. and Higgins-Biddle, J.C. Alcohol screening and brief intervention: Dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction* 95(5):677-686, 2000.
17. WHO Brief Intervention Study Group. A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. *American Journal of Public Health*, 86(7): 948-955, 1996.
18. Ashley, M.J., Ferrence, R., Room, R., Rankin, J., & Single, E. Moderate drinking and health: Report of an international symposium. *Canadian Medical Association Journal* 151:1-20,1994.
19. Miller, W.R. *Enhancing motivation for change in substance abuse treatment*. U.S. Department of Health and Human Services, SAMHSA/CSAT, Rockville, MD,1999.
20. Prochaska, J. O. and DiClemente, C. C. Stages and processes of selfchange of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51(3): 390-395, 1983.
21. Finnish Foundation for Alcohol Studies. *International Statistics on Alcoholic Beverages: Production, Trade and Consumption 1950-1972*. Helsinki, Finnish Foundation for Alcohol Studies, 1977.

## 監訳者から ひとこと

ローマが一日にして成らないように、アルコール依存症も一日ではならない病気です。このマニュアルと姉妹編の『AUDIT：アルコール使用障害特定テスト 使用マニュアル』を保健医療従事者のみならず市民のみなさんが活用して下さいように。検証された質の高いケアをこれだけ懇切丁寧で具体的に記載したマニュアルは希有でしょう。これら WHO マニュアル 2 編の完全日本語訳が完成するために、たくさんの方々の経験と力とが必要でした。以下に記して、監訳者の心からの感謝を捧げたいと思います。

— 日常業務の傍ら、驚異的なスピードで分担翻訳して下さった訳者のみなさま  
— 小松と共に 4 月に監修作業を行って下さった I さん（フリーランス医学翻訳者）と同じく 5 月・6 月に監修作業を行って下さった T さん（内科医）の匿名希望のおふたり

— AUDIT & BI を翻案して Happy プログラムを作成し、日本での普及に尽力されている 杠岳文（ゆずりは・たけふみ）先生：肥前精神医療センター院長

— IT 能力が低い小松では作成不可能な図表作成やレイアウト、WHO とのやりとり、分担訳者のリクルート、等々を行って下さった吉本 尚先生：東日本大震災後方支援 翻訳プロジェクト統括責任者・三重大学附属病院 総合診療科/家庭医療学

先の東日本大震災で被災された方々がアルコール問題という更なる難題を抱えることなく復興へ進んでいかれることを心から願い、この翻訳プロジェクトに関わったすべての人間が突貫作業を行った原動力は、この熱い想いだったことを監訳者として申し添えます。

「誕生日に健診と AUDIT」が当たり前になる日の到来を願いつつ

2011 年 6 月 28 日 小松 知己(ともみ)

監修・監訳：小松 知己（沖縄協同病院）  
吉本 尚（三重大学附属病院 総合診療科/家庭医療学）

翻訳： 富浜 有香（北中城若松病院）  
紺谷 真（滋賀県・湖北グリーブクリニック）  
玉井 友里子（尼崎医療生協病院）  
森尾 真明（高知県・城北診療所）  
池村 久美子（ハートライフ病院）  
蟻塚 亮二（沖縄協同病院）  
山下 彩香（東海大学看護学科 3年）  
古村 彰子（National Jewish Health）  
小松 知己

図表作成： 神谷 勝也・原國 ゆりこ・親川 純子（沖縄協同病院）