

S0：概略説明&サポートマニュアル

■ 第4週（キーワード：資料4-2を見てのコメントをご自由にご記入ください）

最後の週になります。参加者の方には、あなたからのアドバイスをかみしめていただくとともに、これまでの記録を振り返り、これまで3週間の中でのもっとも楽しかったお酒と、しまったお酒の機会について3つずつ抽出してもらうことで、楽しいお酒の条件を再確認していただきます。資料4-2を確認してあげてください。確認したら、参加者の方に返却してあげてください。

資料S4は修了証です。サポーターのあなたもご署名ください。第4週の記録表を受け取ったら、日付を記入して参加者の方に差し上げ、4週間の努力をねぎらってあげてください。

第4週の記録が終わったら内容を確認いただき、キーワードを記入し保健師まで提出してください。

■ 最後に

最後にお渡しする資料には、「お酒の悪い面」がまとめあります。適正飲酒プログラムとして、「お酒の良い面」だけを強調するわけにはいきませんので、最後に付け加えております。おそらく内容的には、重々承知のことも多いと思いますので、改めて参加者の方へ伝えていただく必要はないかもしれません。ご協力ありがとうございました。

流れを一覧に示すと以下の通りです。ご参考になさって下さい。

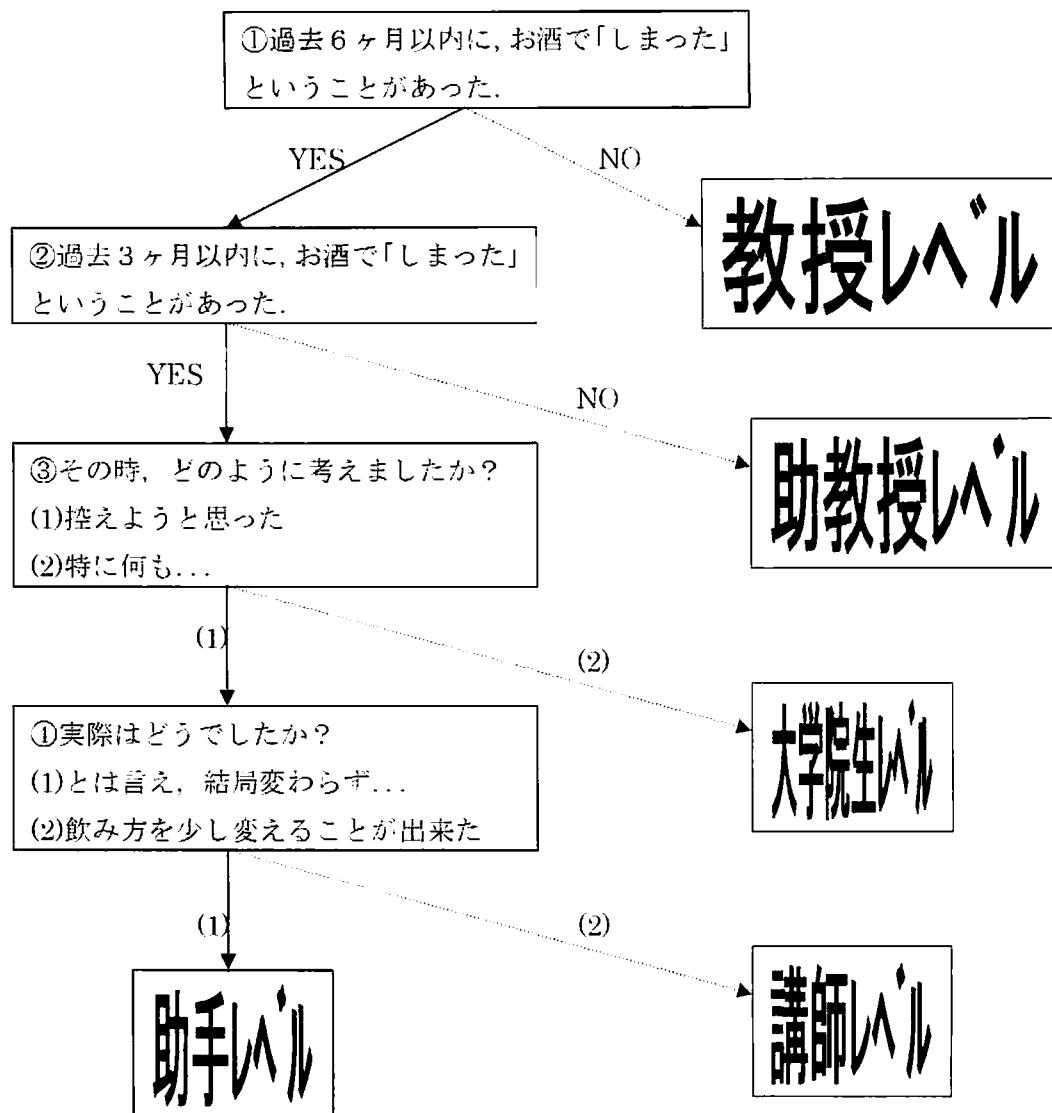
時期	資料NO	参加者		サポーター
		内容	対応	
準備	0-1	コース概略説明		S0: 概略説明 & 詳細説明
	0-2	宣言書(同意書)	サポーターに提出	確認・署名→保健師
第1週	1-1	お酒の効用	自己チェックを行う	S1: 適正飲酒達成度チェック
	1-2	目標の確認	初日: サポーターに提出	確認→返却
	1-3	記録1週目	翌週初日サポーターに提出	Keyword1 記入→保健師
第2週	2-1	お酒は糖尿病を予防する		S2: お酒の健康への好影響
	2-2	お酒の良い面・悪い面	初日: サポーターに提出	確認→返却
	2-3	記録2週目	翌週初日サポーターに提出	Keyword2 記入→保健師
第3週	3-1	血中アルコール濃度について	自己チェック	S3: サポーターからのアドバイス
	3-2	目標の見直し	初日: サポーターに提出	確認→返却
	3-3	記録3週目	翌週初日サポーターに提出	Keyword3 記入→保健師
第4週	4-1	サポーターからのアドバイス		S4: 修了証(署名してください)
	4-2	良かったお酒 BEST3	初日: サポーターに提出	確認→返却
	4-3	記録4週目	翌週初日サポーターに提出	Keyword4 記入→保健師
終了	5-1	まとめ		S5: 別紙資料
	5-2	今後の目標の再設定	サポーターに提出	確認→返却
		修了証		

質問などございましたら、＊＊＊＊（内線****）までお願いいたします。

S 1 : サポーター → 参加者と一緒にチェック

適正飲酒達成度チェック

(めざせ、白い巨塔？)



S 1 : サポーター → 参加者と一緒にチェック

達成レベル	行動科学でいうところ	つまりは	サポートの方法
教授レベル 適正飲酒の頂点を極めた	維持期	過去6ヶ月間、適正飲酒が実行できている	■適正飲酒の方法の内容を確認 ■適正飲酒を達成しやすい環境を整える方法を考える ■過去の「しまった」お酒の状況を振り返り、その対処法を考える
助教授レベル もうちょっと！ 適正飲酒のプロ		過去3ヶ月間、適正飲酒が実行できている	
講師レベル 正規のポスト かなりレベルアップ	準備期	適正飲酒を実行したいと考えておらず、少しきていている	■具体的な目標に焦点をあてる ■適正飲酒を妨げる状況を発見し、その対処法を考える ■記録を確認し、良かった点を褒める
助手レベル 適正飲酒の入り口にたつた		適正飲酒を実行したいと考えているが、なかなか出来ていない	■適正飲酒が達成できた際に、自身にご褒美を与えるよう勧める
大学院生レベル ここがスタート	無関心期	適正飲酒に関心がない	■参加者の考える適正飲酒のメリットを確認する ■適正飲酒で得られる効果の説明 ■意志を尊重し、強くは勧めない

S 2 : お酒の健康への良い面についての論文

適量飲酒へヤヌスの神の優しい側面～
ゴールドバーグら（トロント大）、1999

翻訳：岡山大学 高尾 総司

【抄録】

目的：適量のアルコール（北米では、男性 2 drink/日まで、女性 1 drink/日まで、1 drink は、日本酒 0.7 合程度。）をいつも飲むということは、動脈硬化や、（その結果としての）虚血性心疾患（心筋梗塞、狭心症）、脳卒中、および末梢血管の病気を予防すると、これまで数十年間、認められてきた。確かに、虚血性心疾患の発症率、死亡率は、全く飲まない人々に比較して、適量飲酒者で約 40%～60% も低い。このメカニズムの説明としては、飲酒により HDL（善玉）コレステロールが増加すること、また血液凝集が抑制されること、などがもっともらしい。それ以外のメリットについては、酸化作用による細胞障害、フリーラジカルの形成、炎症反応といったものを予防するようなアルコール以外の構成物（例えば、フラボノサイドやハイドロキシスチルベンなど）によるものと考えられる。

結論：かなり多くの病気に対して適量飲酒は良い効果を与えるであろうことが、疫学調査（観察研究）や、いくつかの介入研究に基づくエビデンス（根拠）によって明らかにされた。これらの病気とは、十二指腸潰瘍、胆石、腸炎、リュウマチ性関節炎、骨粗鬆症および、II 型糖尿病（成人発症型）である。全く飲まない人と比較すると、適量飲酒者においては、ストレスやうつ病が減るといった精神状態の改善や、欠勤の減少、（アルツハイマーを含む）痴呆症の減少といったことが認められた。これまで適量の限度がいたって保守的（無難）に決められてきたにも関わらず、この新知識の臨床医学への応用も、一般人への啓蒙も、政治的配慮により妨げられているのは、大変残念である。

p.510

動脈硬化に関連する病気以外の病気における適量飲酒の健康への良い効果について

【胃腸の病気】

ハーバード大の研究グループによって、97 年に適量飲酒が十二指腸潰瘍に予防的に作用すると報告されている(*119)。この結果を図 6 に示す。この報告に引き続き、同年に適量飲酒によって十二指腸潰瘍の原因の一つと考えられているピロリ菌の増殖が抑制されるとの報告(*120)がなされた。このメカニズムはこれらの知見をとてもうまく説明してくれる。ずっと以前、82 年には、ユーゴスラビアでは適量飲酒者に胃炎の発症が低いとの報告(*121)がなされていた。また、95 年にはワインが大腸菌、サルモネラ菌、赤痢菌に対する抗菌力を示し、これによって腸炎を予防することが明らかにされた(*122)。また、日本の研究(*125)では明らかにされていなかったが、イタリア(*123)やスペイン(*124)の研究では、適量飲酒によって胆囊の病気や胆石が減少することが報告されている。ずっと以前から、適量飲酒によって胆汁中のコレステロール濃度が低下することや、通常、コレステロールや混合系の胆石形成の核となるコレステロール結晶の予防となることが、示してきたことが、これらの報告に影響を与えているかもしれない(*126)。

【筋骨格系の病気】

女性では、年齢にかかわらず、適量飲酒はリュウマチ性関節炎の発症率を下げる報告(*127,128)されて

S 2 : お酒の健康への良い面についての論文

いる。女性においては、閉経前後を問わず、この関連は認められるが、男性では現時点では、リウマチ関節炎を予防するとの報告はない。また、適量飲酒者においては、骨密度の増加と骨粗鬆症に起因する骨折の頻度の減少が報告(*129,130)されている。12の筋力テストにおいて、適量飲酒者は全く飲まない人と比較して明らかに優れているという結果(*131)になった。

【II型糖尿病】

1995年に、ハーバード大公衆衛生大学院の Rimm らは、適量な量の飲酒をしているものは、全く飲まないものや、飲み過ぎのものと比べて、II型糖尿病の発症リスクがもっとも低いとする、疫学調査結果(*132)を発表した。そのデータの一部を Figure 7に示す。この発見そのものは、それほど劇的なものではない、しかし、その重要性は（それが、有名な疫学チームの研究結果であると言うだけでなく）これまでの多くの研究結果と一致したこと、しかも、それはアルコールの正の影響（良い効果）によるであろうとの説得力のある理由が示された点にある。1985年には、アルコールが耐糖能を改善するであろうこと、また血糖値は食事から摂った炭水化物に反応するであろうこと、について Baum-Baicker は review 論文(*133)にまとめていた。彼の主張では、この理由は少なくとも一部は、適量飲酒者で HDL コレステロールが上昇しているためであり、それによってリポ蛋白が糖尿病患者で減少している、とした。しかし、HDL コレステロールが耐糖能を改善させるメカニズムが知られてないがゆえに、この理由はそれだけでは納得しがたい。ユーゴスラビアでは、1982年に、適量飲酒者において糖尿病患者が少ないということが知られていた(*121)。1995年(*134)と 1998年(*135)には、ハーバード大の結果を支持する疫学的研究結果がイギリスから報告された。1997年にはヒトを対象とした実験によって適量飲酒によって血糖の利用が促進されるという明確な結果(*136)が示された。こうして、アルコールはインシュリン感受性を改善し、また既に飲酒習慣のある II型糖尿病患者は飲酒を続けるべきだ、というコンセンサスが得られるに至った(*137,138)。

【高血圧】

多量飲酒者が飲酒量を控えることは、高血圧の予防や治療に重要であると、広く受け入れられている(*139)。しかし、なぜアルコールによって血圧が上昇するかについて、明確に示されたメカニズムはない。正常血圧、または高血圧であって、1日あたり 3-4drink (2合程度) の飲酒をする 641 名の外来患者に、飲酒量を半減させてみたが、血圧は下がらなかったという。1998年の無作為比較対照試験(*140)の結果がある。この結果について、著者らは高血圧治療において、飲酒量を減らすことは、特に少量であれば、推奨すべき根拠がないと結論づけた。事実、ハーバード大からは、若年者において飲酒量と血圧には J カーブの関係があり、1日 1-2drink (1合程度) のものが、もっとも血圧が低いとの報告(*141)が 1995年にすでにされていた。適量ないし少量飲酒による血圧低下効果は、男性よりも女性で、より明確(*137)である。ただし、血圧に対する飲酒の効果は、アボリボ蛋白 Eなどの遺伝要因の影響を受ける(*142)ことは忘れてはならない。

【その他の疾患】

フルーツジュースが腎結石のリスクを増大させるのとは対照的に、アルコール飲料は男性(*143)、女性(*144)を問わず、腎結石のリスクを下げる。アルコールの種類では、ビール飲酒者よりはワイン飲酒者において、腎結石のリスク低下は明確であった。

適量飲酒が前立腺肥大を予防するとの研究結果が最近になって報告(*145)されている。また、それ以外

S 2 : お酒の健康への良い面についての論文

でも、皮膚の老化の予防効果(*146)、や風邪の予防効果(*147)が示されている。面白いことに、風邪の予防効果は、非喫煙者にのみ認められ、さらに 1 日 4drink までは、飲酒量が多いほど予防効果も高いことが分かった。

【精神状態への影響】

適量飲酒によって、気分が良くなり、幸せな気持ちが高まり、気になることを忘れ、ストレス、緊張感、うつ状態を改善する、ということは良く知られている(*148-150)。短期の記憶力の向上だけでなく、認知力も改善するということが知られている(*148,149,151)。また、適量飲酒者が自分自身の健康状態をより良い、ととらえる傾向がある(*150)。

適量飲酒者は全く飲まない人と比べて病気による欠勤が少ないことが知られている(*152,153)。また、入院や外来受診を指標としても、同様に適量飲酒者の方が少ない(*154)。少量から適量の飲酒者において、うつ病のリスクは一番低く、飲酒量とうつ病リスクは U カーブを示す(*155)。同じ著者が、うつ病の発症率を調査している。①米国生まれの Mexican/American の男性、②メキシコ生まれの Mexican/American の男性、③米国生まれの白人男性、の 3 つのグループでは、飲酒量とうつ病発症リスクは、③では U カーブに近く、②では J カーブに近い事が分かった(*156)。フランスでは、適量飲酒（ワイン 1 日 500ml までと定義）のお年寄りにおいて痴呆の発症率が低いとの報告(*157)がある。この調査では対象者のわずか 5 %だけが、ワイン以外のアルコールを飲んでいた。最後に、今度は極端に若い年代への影響を見ると、30 歳以上の母親においては、全く飲まないものよりも大量飲酒者において、幼児の知能発達障害（下位 10% と定義する）の頻度が高いことが知られている(*158)。

p.513

【結論にかえて】

適量飲酒が健康に有用であり得るとの知見に対して、専門家ですら興味を持っていない。政治団体や社会団体の圧力に負けて、医師ですらヤヌスの神の悪い側面についてのみ、漫然と強調し続けている。この review 論文を世に広めることによって、少しでもこの不均衡を是正できればと思う。無節操な飲酒を推奨することが目的のではなく、わずかな量の飲酒を楽しむ人の不安を和らげ、自分自身の飲酒習慣は健康的な生活習慣に他ならないということを再確認してもらうことが、目的なのである。管轄外であることは承知だが、人々に向けて発するメッセージには、物事の悪い面ばかりでなく、良い面も（決して甘やかすつもりはないが）含めるべきであると、私たちは確信している。

ここで「適量」の定義を決めるつもりはない。それは個人の問題であろう(*170,171)。本題へ戻ろう、人は普通楽しみのために、あるいは気持ちよくなるために飲酒をするのであるから、自分自身の適量を超えて飲むべきではない、ということを再度強調したい。飲酒量を制限することは、そもそも医学的（科学的）な問題よりは、経済的な問題とも言える。しかしながら、飲酒による健康への効果は、ごくわずかな量から始まり、さらに米国の勧告量である男性 1 日 2drink まで、女性 1 日 1drink (0.7 合程度) までを越える、1 日 4-5drink までは飲酒量に比例して認められる効果もある。勧告量を超えることは、多くの人にとっては、安全かもしれないが、必ずしも効果があるかどうか、あるいは賢い選択と言えるかどうかは分からない。

【文献リスト】（文献の欲しい方はお知らせ下さい）

S 2 : お酒の健康への良い面についての論文

119. W.H. Aldoori, E.L. Giovannucci, M.J. Stampfer, E.B. Rimm, A.L. Wing and W.C. Willett. A prospective study of alcohol, smoking, caffeine, and the risk of duodenal ulcer in men. *Epidemiology* **8** (1997), pp. 420–424.
120. H. Brenner, D. Rothenbacher, G. Bode and G. Adler. Relation of smoking and alcohol and coffee consumption to active Helicobacter pylori infection: cross sectional study. *BMJ* **315** (1997), pp. 1489–1492.
121. D. Kozarevic, Z. Racic, T. Gordon, C.T. Kaelber, D. McGee and W.J. Zukel. Drinking habits and other characteristics: the Yugoslavia Cardiovascular Disease Study. *Am J Epidemiol* **116** (1982), pp. 287–301.
122. M.E. Weisse, B. Eberly and D.A. Person. Wine as a digestive aid: Comparative antimicrobial effects of bismuth salicylate and red and white wine. *BMJ* **31** (1995), pp. 1657–1660.
123. A.F. Attili, E. Scafato, R. Marchioli, R.M. Marfisi and D. Festi. Diet and gallstones in Italy: the cross-sectional MICOL results. *Hepatology* **27** (1998), pp. 1492–1498.
124. C. Martinez de Pancorbo, F. Carballo, P. Horcajo *et al.*, Prevalence and associated factors for gallstone disease: results of a population survey in Spain. *J Clin Epidemiol* **50** (1997), pp. 1347–1355.
125. S. Kono, K. Shinchi, I. Todoroki *et al.*, Gallstone disease among Japanese men in relation to obesity, glucose intolerance, exercise, alcohol use, and smoking. *Scand J Gastroenterol* **30** (1995), pp. 372–376.
126. J. Thornton, C. Symes and K. Heaton. Moderate alcohol intake reduces bile cholesterol saturation and raises HDL cholesterol. *Lancet* **2** (1983), pp. 819–822.
127. J.M. Hazes, B.A. Dijkmans, J.P. Vandenbroucke, R.R. de Vries and A. Cats. Lifestyle and the risk of rheumatoid arthritis: cigarette smoking and alcohol consumption. *Ann Rheum Dis* **49** (1990), pp. 980–982.
128. L.F. Voigt, T.D. Koepsell, J.L. Nelson, C.E. Dugowson and J.R. Daling. Smoking, obesity, alcohol consumption, and the risk of rheumatoid arthritis. *Epidemiology* **5** (1994), pp. 525–532.
129. T.L. Holbrook and E. Barrett-Connor. A prospective study of alcohol consumption and bone mineral density. *BMJ* **306** (1993), pp. 1506–1509.
130. D.T. Felson, Y. Zhang, M.T. Hannan, W.B. Kannel and D.P. Kiel. Alcohol intake and bone mineral density in elderly men and women. The Framingham Study. *Am J Epidemiol* **142** (1995), pp. 485–492.
131. H.D. Nelson, M.C. Nevitt, J.C. Scott, K.L. Stone and S.R. Cummings. Smoking, alcohol and neuromuscular and physical function of older women. Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *JAMA* **272** (1994), pp. 1825–1831.
132. E.B. Rimm, J. Chan, M.J. Stampfer, G.A. Colditz and W.C. Willett. Prospective study of cigarette smoking, alcohol use, and the risk of diabetes in men. *BMJ* **310** (1995), pp. 555–559.
133. C. Baum-Baicker. The health benefits of moderate alcohol consumption: a review of the literature. *Drug Alcohol Depend* **15** (1985), pp. 207–227.
134. I.J. Perry, S.G. Wannamethee, M.K. Walker, A.G. Thomson, P.H. Whincup and A.G. Shaper. Prospective study of risk factors for development of non-insulin dependent diabetes in middle aged British men. *BMJ* **310** (1995), pp. 560–564.
135. S.G. Wannamethee, A.G. Shaper, M. Walker and S. Ebrahim. Lifestyle and 15-year survival free of heart attack, stroke, and diabetes in middle-aged British men. *Arch Intern Med* **158** (1998), pp. 2433–2440.
136. F. Facchini, I.Y.-D. Chen and G.M. Reaven. Light to moderate alcohol intake is associated with enhanced insulin sensitivity. *Diabetes Care* **17** (1994), pp. 115–119.
137. C.J. Eagles and U. Martin. Non-pharmacological modification of cardiac risk factors: part 3. Smoking cessation and alcohol consumption. *J Clin Pharm Ther* **23** (1998), pp. 1–9.
138. A. Van de Wiel. Alcohol and insulin sensitivity. *Neth J Med* **52** (1998), pp. 91–94.

S 2 : お酒の健康への良い面についての論文

139. A.L. Klatsky. Alcohol and hypertension. *Clin Chim Acta* **246** (1996). pp. 91–105.
140. W.C. Cushman, J.A. Cutler, E. Hanna *et al.*, Prevention and treatment of hypertension study (PATHS): effects of an alcohol treatment program on blood pressure. *Arch Intern Med* **158** (1998). pp. 1197–1207.
141. M.W. Gillman, N.R. Cook, D.A. Evans, B. Rosner and C.H. Hennekens. Relationship of alcohol intake with blood pressure in young adults. *Hypertension* **25** (1995). pp. 1106–1110.
142. H. Kauma, M.J. Savolainen, A.O. Rantala *et al.*, Apolipoprotein E phenotype determines the effect of alcohol on blood pressure in middle-aged men. *Am J Hypertens* **11** (1998). pp. 1334–1343.
143. G.C. Curhan, W.C. Willett, E.B. Rimm, D. Spiegelman and M.J. Stampfer. Prospective study of beverage use and the risk of kidney stones. *Am J Epidemiol* **143** (1996). pp. 240–247.
144. G.C. Curhan, W.C. Willett, F.E. Speizer and M.J. Stampfer. Beverage use and risk for kidney stones in women. *Ann Intern Med* **128** (1998). pp. 534–540.
145. E.A. Platz, E.B. Rimm, I. Kawachi *et al.*, Alcohol consumption, cigarette smoking, and risk of benign prostatic hyperplasia. *Am J Epidemiol* **149** (1999). pp. 106–115.
146. T.O. Obisesan, R. Hirsch, O. Kosoko, L. Carlson and M. Parrott. Moderate wine consumption is associated with decreased odds of developing age-related macular degeneration in NHANES-1. *J Am Geriatr Soc* **46** (1998). pp. 1–7.
147. S. Cohen, D.A. Tyrrell, M.A. Russell, M.J. Jarvis and A.P. Smith. Smoking, alcohol consumption, and susceptibility to the common cold. *Am J Public Health* **83** (1993). pp. 1277–1283.
148. C. Baum-Baicker. The psychological benefits of moderate alcohol consumption: a review of the literature. *Drug Alcohol Depend* **15** (1985). pp. 305–322.
149. M.C. Dufour, L. Archer and E. Gordis. Alcohol and the elderly. *Clin Geriatr Med* **8** (1992). pp. 127–141.
150. K. Poikolainen, E. Vartiainen and H.J. Korhonen. Alcohol intake and subjective health. *Am J Epidemiol* **144** (1996). pp. 346–350.
151. L.J. Launer, E.J.M. Feskens, S. Kalmijn and D. Kromhout. Smoking, drinking, and thinking. The Zutphen Elderly Study. *Am J Epidemiol* **143** (1996). pp. 219–227.
152. M.G. Marmot, F. North, A. Feeney and J. Head. Alcohol consumption and sickness absence: from the Whitehall II study. *Addiction* **88** (1993). pp. 369–382.
153. R.M. Vasse, F.J. Nijhuis and G. Kok. Associations between work stress, alcohol consumption and sickness absence. *Addiction* **93** (1998). pp. 231–241.
154. K. Poikolainen. Alcohol and overall health outcomes. *Ann Med* **28** (1996). pp. 381–384.
155. R.I. Lipton. The effect of moderate alcohol use on the relationship between stress and depression. *Am J Public Health* **84** (1994). pp. 1913–1917.
156. R. Lipton. The relationship between alcohol, stress, and depression in Mexican Americans and non-Hispanic whites. *Behav Med* **23** (1997). pp. 101–111.
157. J.-M. Orgogozo, J.-F. Dartigues, S. Lafont *et al.*, Wine consumption and dementia in the elderly: a prospective community study in the Bordeaux area. *Rev Neurol* **153** (1997). pp. 185–192.
158. J.L. Jacobson, S.W. Jacobson, R.J. Sokol and J.W. Ager, Jr. Relation of maternal age and pattern of pregnancy drinking to functionally significant cognitive deficit in infancy. *Alcohol Clin Exp Res* **22** (1998). pp. 345–351.
170. M. Werner. Assessing moderate alcohol consumption as a personal risk factor. *Clin Chim Acta* **246** (1996). pp. 5–20.
171. D.M. Goldberg. Health effects of moderate alcohol consumption. *Patient Care* **7** (1996). pp. 56–83.

さんへ

サポーターからのアドバイス

サポーターの方は、これまで2週間の飲酒状況を見てきてどうだったでしょうか？参加者の方のお酒の飲み方の、「ここをこうすれば、もっと楽しいお酒になるのに...」というような気づきはあったでしょうか？

これまでの2週間の飲酒記録（「楽しい」お酒の記録1～2）も参考にしながら、より楽しいお酒を飲むために、必要と思われるアドバイスを箇条書きにまとめて5つ以内で列挙してあげてください。

出来れば、より楽しいお酒になるようなポジティブなアドバイスが嬉しいと思いますが、場合によっては参加者の方にとって親しい、あなただからこそ言える苦言もあるかもしれません。よろしくお願ひいたします。

1.

2.

3.

4.

5.

サポーター署名

楽しいお酒の飲み方
再発見コース

修了証書

殿

あなたは、「楽しいお酒の飲み方再発見」コースに参加され、すべての課程を修了したことを証明します。

今回のコースで学ばれた成果を生かされ、これから、ますます多くの方が適正な飲酒を行うことで、お酒を楽しくしていくことができるよう尽力下さいますようご期待申し上げます。

平成 年 月 日

サポーター

* * 株式会社 健康管理室
保健師

御礼

4週間のサポートお疲れ様でした。参加者の方が自身の飲酒について、改めて見直すことができたのは他ならないあなたのおかげです。

■ 4週間を振り返ってみる

本プログラムを活用し、これまで以上にお酒を楽しんでください。

■ 目標を再設定しておく(資料5-2を活用)

プログラム参加期間中の目標をそのまま継続して実行していただいても結構ですが、長期に渡って、無理なく自然に実行できるように、再設定することもお勧めです。目標を再設定する際には、7割位の労力で達成できる目標にしておくことがコツです。

■ ご褒美を決めておく

上記の目標が達成できた時に、1週間／1ヶ月などの区切りごとに、ご自分にご褒美を与えることは、とても効果的です。物質的なものでも、精神的なものでも、構いません。

■ 以下の資料を参加者の方と一緒に読んでおく

お酒を楽しむためには、やはり依存症になってしまってはいけません。

ちょっと耳に痛い内容の資料ですが、参加者の方と一緒に読んでみて下さい。

■ ご質問、お問い合わせ

何かご質問などございましたら、以下までお願いいたします。

**株式会社 健康管理室
保健師 * * * *

なぜお酒を飲むんだろう？

お酒の効用は、その飲み手の数と同じだけ、あるいはそれ以上にある。お酒は違った時には、違った目的によって飲まれている。仕事帰りの一杯と土曜日に飲む一杯はおそらく違った目的であろう。

さて、これまでに考えてもらったお酒の効用について、その良い面とどちらかといえば悪い面について一緒に考えてみよう。それぞれの効用について考える際には、自分自身がどのように考えるかについてよく考えてみよう。

1. リラックスできるから飲む

飲んでいる人の多くは、仲間たちとその楽しい、そしてリラックスできる効用を楽しんでいる。これは、何千年も昔から世界中でお酒が楽しんでこられた、疑う余地のない大きな理由であろう。しかしながら、もしあなたがこの理由によってたびたび飲んでいるとすれば、あなたは一度、いったいリラックスするために飲むことがどの程度自分自身にとって必要なのか改めて問い合わせてみるべきだ。なぜならば、お酒をリラックスするために飲むということは、リラックスするために精神安定剤を飲むということと同じくらいお手軽なことだからである。また、リラックスするためにお酒に頼ってしまうならば、これは精神安定剤に依存するのと同じくらい危険なことである。お酒や薬を飲むことなく、リラックスする方法は、他にもたくさんあるはずである。一度、考えてみよう。

2. リフレッシュできるから飲む

これは飲む理由としてなかなか良い理由である、なぜならば積極的な理由だから。もしあなたが、しばしばこの理由で飲んでいると答えるのであれば、あなたは必要のために飲んでいるのではないことになり、したがってこの欲求が満たされないからと言って飲み過ぎてしまう危険もないことになる。しかしながら、お酒は薬物作用としては主に抑うつ的な効果の方が強い。それではいったいあなたはどうやってお酒でリフレッシュしているのだろうか？その答えは、少量（1/2から1合程度）のお酒は短期的には、あなたを昂揚させる効果を持っている、そのときあなたはより覚醒し、それゆえリフレッシュすることができる。しかし、いったん、これ以上の量を飲んでしまえば、お酒はやはり抑うつ的に作用することを忘れてはいけない。

3. 良い気分になれるから飲む

ここでの良い面と悪い面は、理由1と同様である。もし、あなたが気分良くなるからお酒を飲み、またさらにお酒以外の方法で気分良くなることが難しくなるようであれば、これは問題である。

4. 友人や同僚からのお誘いがあるから

お酒は社会的慣習ともいえる、それゆえ私たちの多くは友達と一緒に飲むことが多い。しかし、時折友人からのお誘いのために、自分自身はさほど飲みたいと思っていなくても飲みに行ってしまうことがあるだろう。これがおそらく、営業社員が飲酒に関して他職種より多く問題をかかえる理由の一つであろう。ビジネスのために顧客としばしば飲みに行かねばならないために。これは、これまで一緒に考えてきた他の理由と同じように、“両刃の剣”である。そしてもしヘビードリンカーが近くにいるならば、それはあなたがヘビードリンカーになる機会もある。なぜ？なぜならヘビードリンカーというものは、自分の近くにいる適正飲酒者から自分の飲み方について密かに問題視されているのではないかという不安をもっているからである。この理由に上手に対処する方法も、一度良く考えてみよう。

5. つきあいで飲む

もし自分自身がさほど飲みたくない時には、いつでも飲まないという選択肢を取ることができますよね？「今日は飲みたいと思わないんだ」という返事は、「私はたばこを吸わないので」という返事と同じくらい受け入れられるべきであろう。もし飲み友達がこのことでなかなか許してくれないと、あなたはなぜお酒のために彼らと会うことを煩わしく思わねばならないのかについて、一度考えてみよう。（友情というものはそんなものではないはず！）

6. 本当にお酒の味を楽しむために飲む

とても良い理由ですね！しかし、たくさん飲んで血中アルコール濃度が上がってしまうと、あなたの脳は微妙な味を見分けることができなくなってしまうから、この理由にはあてはまらないですね。

7. 知り合いが飲むから飲む

ここでの良い面と悪い面は、理由 4 と同様である。あなたはいつだってどれだけ飲むかについての決定権を持っていることを忘れないで欲しい。またあなたの仲間達が沢山飲むからと言って、あなたが自分自身が飲みたい以上にしゃっちゅう飲むべきかどうか、自分自身に一度聞いて欲しい。飲み会というのは、この状況になりやすい。飲み会では仲間の中でも一番沢山飲む人間のベースに引っ張られることが多い。もし、彼が 95kg もあり、アルコールに耐性ができている（いつも飲んでいる）ような人の場合、彼が酔うことなく飲む量で、体重が軽く普段は飲まないあなたは泥酔してしまうかもしれない。

8. お祝いとして飲む

これもまたとても酔い飲酒の理由であろう。ただし、1週間に何回もお祝いのために飲むということはちょっと考えにくいが。

9. 不安を忘れるために飲む

もしこの理由でしばしば飲んでいるとするならば、飲酒に関して潜在的に問題を抱えているといえる。確かに多くの人が、緊張を解きほぐし、吹き飛ばすために時折飲むことがある。しかし、もしあなたがこの目的のためにお酒を定期的に利用するならば、あなたの不安や問題は結局はより増悪することになる。長い目でみると、お酒はやはり抑うつ的に作用するし、不安も増大する。しかも、不安に向き合うことなくお酒に逃げてしまえば、その不安に対して出来そうな何かもあまりしないままになってしまふ。最終的には、この理由による飲酒は、アルコールへ依存してしまう危険性を高めるのである。心配事や不安をうまくマネジメントする方法は、お酒以外の方が望ましい。

10. 自信がつくから

理由 9 と同じで、この理由はポジティブな面よりもむしろネガティブな面が目立つ。例えば結婚式でスピーチをするとか、特殊な状況において、まれには飲むことが自信を付けることに役立つかもしれない。しかしそれより日常的な事柄に対処するためにまでお酒が必要になるようでは、これは気を付けないといけない。もし、他の人たちといいて、恥ずかしかったり、居心地が悪かったりするなら、他の方法を試してみるべきだ。

11. 腹が立ったときに飲む

もしあなたがこの理由でしばしば飲むのであれば、あなたはなぜ自分を腹立たせることに対して何かを変えようとすることより飲むことを選択しているのかを、自分自身に聞いてみる必要がある。おそらくあなたは、その自分自身を腹立たせる原因を自分では変えることが出来ないからだと言うかもしれない。しかし、もしそうだとすればなおさら、お酒を飲むことはあなたにとって問題かもしれない。なぜならば気分を解消するために、お酒ではより長い時間を要するから。相手にとってあまり聞きたくないような話をはつきりと伝えることに躊躇するような人は、アルコール依存症になりやすいことが分かつ

S 5 : 参考資料

ている。なぜならば、自らを奮い立たせる替わりにお酒を飲んでいるからである。

12. 社交的になるために飲む

理由 4、5、7を見てみよう。

13. 他にすることが無いから飲む

もししばしばこの理由で飲んでいるなら、注意が必要である。もし時間を潰すために飲んでいるなら、ある時突然持て余すほどの時間を与えられた場合に、あなたの飲酒量は増加する可能性が高い。このことはおそらく問題となり、また飲酒量を減らすことはとても困難であることが分かるだろう。

14. 気分を落ち着かせるために飲む

これもまた危険な理由である。まず、この効果は長くは持続しない（むしろ過ぎれば、逆効果である）。さらにこのような欲求を満たすために飲んでいる場合には、徐々に飲酒量が増え、アルコール依存症になることが多い。なぜあなたは気分を落ち着かせる必要があるのだろう？お酒以外の他の方法で、上手にストレスに対処することは出来ないだろうか？

15. 他人といふときに、うまく対応出来るから飲む

これは多くの人にとって真実であろう、なぜならばお酒は確かに会話を潤滑にする効果がある。しかし、もしいったんお酒無しに他の人たちとうまくコミュニケーションをし、飲み会を楽しむことが難しいと感じるならば、これは危険な理由と化す。特に、異性と会話をする際に、アルコールの助けを必要と感じるならば、一層危険である。

■ その他の理由

あなたはここに挙げた以外の理由を考えたかもしれない。確かに様々な理由が存在するであろう。

例えば、眠るために飲む人は多い。これは、耐性の点からとてもトリッキーである。もしあなたが眠るために毎日一定量のお酒を飲んでいるならば、徐々にその効果が失われ、うまく眠れなくなる。同じ効果を得るためにには、よりたくさんの量が必要になるだろう。このようにしてあなたの飲酒はコントロールを失い、飲酒量が増大していく。これは痛みが改善するから飲んでいる場合も同様である。

一般的に、不快な状態／感情が和らぐという理由で飲んでいたり、個人的問題を解決するために飲んでいたりする場合は、非常に危険である。

■ 習慣として飲む

確かに、お酒を飲むことの背後には、様々な理由が存在しているけれども、同時に飲酒は一習慣である。飲めば飲むほどに、飲酒は単なる習慣と化し、本来の目的は失われていくのである。

もちろんアルコール依存症になってしまえば、飲酒は完全な習慣である。そして、私たちも十分分かっているように習慣を変えることはとても難しい。これが、さしたる個人的問題も無い人がアルコール依存症になってしまう理由のひとつである。

ほとんどすべてのお酒を飲む人が、ある程度習慣的にお酒を飲んでいる。そして、それは飲む量が多くければ多いほど、頻度が多くければ多いほど、単なる習慣になるのである。

卷末資料

1	調査票①、②
2	募集案内サンプル
3	平成 16 年度報告書
4	平成 16 年度報告書
5	平成 16 年度報告書

お酒の飲み方についての質問票①

氏名：_____ 年齢：_____ 歳 性別：男・女

過去1ヶ月間の飲酒状況（1～6）について教えて下さい。

1. 話が弾む・お酒がおいしかったなど、「飲んで良かったなあ」、と思うことはありましたか？

過去1ヶ月間に 回程度あった。

2. 飲み過ぎ・二日酔い・記憶がないなど、「飲まなきや良かったなあ」、と思うことはありましたか？

過去1ヶ月間に 回程度あった。

3. どのくらいの頻度でお酒を飲みましたか？

なし 月1～3日 週1～2日 週3～4日 週5～6日 ほぼ毎日

4. 通常1回（1日）あたりの飲酒パターンについて、飲む順に種類と量（ml）を教えてください。

順番	種類	量 (ml)			
①		ml			
②		ml			
③		ml			
④		ml			
⑤		ml			
⑥		ml			

お酒の種類
ビール
発泡酒
酎ハイ
カクテル(ロング)
シャンパン
ワイン
梅酒
日本酒
焼酎
カクテル(ショート)
ウイスキー
ブランデー
その他

5. 飲み会などで、通常よりたくさんのお酒はありましたか？

過去1ヶ月間に 回程度、通常（上記）の 倍くらい飲んだ。

6. 過去1ヶ月間の飲酒について、以下の質問に「はい」か「いいえ」でお答えください。

- ①飲酒量を減らさなければならないと感じたことはありますか？ はい いいえ
- ②他人があなたの飲酒を非難するので気にさわったことがありますか？ はい いいえ
- ③自分の飲酒について悪いとか申し訳ないと感じたことがありますか？ はい いいえ
- ④神経を落ち着かせたり、二日酔いを治すために、「迎え酒」をしたことがありますか？ はい いいえ

ご協力ありがとうございました。

記入日：平成 年 月 日

お酒の飲み方についての質問票②

氏名：_____ 年齢：_____ 歳 性別：男・女

過去1ヶ月間の飲酒状況（1～6）について教えて下さい。

1. 話が弾む・お酒がおいしかったなど、「飲んで良かったなあ」、と思うことはありましたか？

過去1ヶ月間に 回程度あった。

2. 飲み過ぎ・二日酔い・記憶がないなど、「飲まなきや良かったなあ」、と思うことはありましたか？

過去1ヶ月間に 回程度あった。

3. どのくらいの頻度でお酒を飲みましたか？

なし 月1～3日 週1～2日 週3～4日 週5～6日 ほぼ毎日

4. 通常1回（1日）あたりの飲酒パターンについて、飲む順に種類と量（m l）を教えてください。

順番	種類	量（m l）				
①		m l				
②		m l				
③		m l				
④		m l				
⑤		m l				
⑥		m l				

お酒の種類
ビール
発泡酒
酎ハイ
カクテル(ロング)
シャンパン
ワイン
梅酒
日本酒
焼酎
カクテル(ショート)
ウイスキー
ブランデー
その他

5. 飲み会などで、通常よりたくさんのお酒はありましたか？

過去1ヶ月間に 回程度、通常（上記）の 倍くらい飲んだ。

6. 過去1ヶ月間の飲酒について、以下の質問に「はい」か「いいえ」でお答えください。

①飲酒量を減らさなければならないと感じたことはありますか？ はい いいえ

②他人があなたの飲酒を非難するので気にさわったことがありますか？ はい いいえ

③自分の飲酒について悪いとか申し訝ないと感じたことがありますか？ はい いいえ

④神経を落ち着かせたり、二日酔いを治すために、「迎え酒」をしたことがありますか？ はい いいえ

ご協力ありがとうございました。

記入日：平成 年 月 日

「おいしい」お酒の飲み方 再発見！ 参加者 大募集！！

【はじめに】

「お酒を楽しく飲みたい！」けど、健康診断後に、「とにかくお酒を減らさないと体を壊しますよ！」と“脅し中心のお説教的節酒指導の経験”はありませんか？？

それを見直し、「飲酒量を減らそう！」ではなく、「楽しいお酒の機会は増やして、困った問題は減らそう！」というプログラムを岡山大学が開発しました。

* * 株式会社 * * 部におきましても、このプログラムにぜひ参加していただいて、皆様の健康づくりに役立つことができればと考えます。現在、プログラム参加希望者を大募集しています！

【実施目的】

より楽しい飲酒機会を増やすことで、飲酒に伴う失敗を減らすなどして適正飲酒を達成する。(この結果は、このプログラムの再評価・検討・改善に反映されます。)

【対象者】

本プログラムの目的をご理解いただき、1日あたり1合以上の飲酒を、1週間のうち4日以上する方。

なお、サポーターといって、参加を行うに当たり協力してくれる人も同時に必要になります。それぞれの参加者がサポーターを1名、独自に決めていただきます(配偶者や同僚の方などにお願いしてください)。

【実施期間】

* * 月中旬より約4週間。

【参加者にやっていただくことは】

- 1: 参加宣言書記載、最初と最後にアンケート記載。
- 2: お酒を飲んだ日の記録をする（飲酒をした次の日に、飲酒時間と場所とお酒の種類と量を振り返り）。
- 3: 1週間のうちに1回ずつ簡単な課題に対してコメント記載(一回あたり3分くらいの物が2つあります)。

【サポーターの役割は】

- 1: 参加者の課題物を提出してもらい、それを見て、サインをする。
- 2: 1週間に一回ずつ参加者へ医学的なアルコールにまつわる資料を配布します。
(資料は岡山大学作成のもので、それを参加者に渡して興味付けをしてください)
- 3: 最後に(4週間終了後)参加者へまとめとして楽しくアドバイスをしてください。

【申し込み方法】 総務部 * * 課長もしくは安全衛生委員までご連絡ください。

以上、「楽しい」というプラスイメージで取り組む飲酒の生活習慣改善を目指します。

お気軽に、ふるってご参加ください！！！ 締め切りは“月末まで”です。**

厚生労働科学研究補助金（健康科学総合研究事業）
分担研究報告書

「適切飲酒の行動的介入プログラムの開発と効果の評価」に関する研究

分担研究者 川上 憲人 岡山大学大学院医歯学総合研究科 教授
研究協力者 高尾 総司 岡山大学大学院医歯学総合研究科 助手
研究協力者 国柄 后子 朝日新聞社健康保険組合

研究要旨：「研究①」飲酒を適切にコントロールすることのできるプログラムを開発し、効果評価を行うことを目的とした。初年度に試行を行い、昨年度及び本年度は、無作為化比較試験のデザインで8事業所、121名を対象に効果評価を行った。115名（男性96名、女性19名）が終了した。解析はIntention-to-Treatで行った。介入群では、楽しいお酒の割合も減少したが、しまったお酒の割合も減少し、楽しいお酒／しまったお酒の比率は増加（対照群では減少）した。本プログラムは、飲酒習慣のあるものの適切飲酒の達成に有効であると考えられた。「研究②」飲酒を対象とした1ヶ月の通信プログラムの5年間の参加者を対象に、プログラム参加による飲酒行動の変化を検討した。プログラム参加者では、「飲酒頻度」「自分から誘う」「つまみの取り方」「飲酒翌日にお酒が残る」「休日前の飲み過ぎ」の項目に有意に改善が認められた。

研究①適切飲酒プログラムの開発と効果評価

A①. 研究目的

飲酒という行動を適切にコントロールするためのプログラムは、洋の東西を問わず、これまでにまったく無い、飲酒行動を自分自身でコントロールすることのできるプログラム開発を行い、無作為化比較試験のデザインで介入の効果評価を行うことを目的とした。

初年度はプログラムを開発し、30名程度を対象に試行を行った。2年目は試行結果に基づき、プログラムの改良を行い、無作為化比較試験を開始した。3年目（最終年度）には、介入群・対照群合計で121名を対象とした無作為化比較試験を終了した。

なお、昨年度までの報告書においては「適正飲酒」との用語を用いてきたが、わが国において、「適正飲酒」という用語が「飲酒量」が適正といったイメージができあがってしまっていることを考慮し、以下では、新たに「適切飲酒」という用語を用いることとした。

B①. 研究方法

兵庫県、東京都、京都府内の8事業所（A社～H社）において介入研究を実施した。A、B、D、E、F社は酒造メーカー、C、H社は製造業、G社はサービス業であった。

対象者はA社14名、B社18名、C社8名、D社5名、E社7名、F社6名、G社52名、H社11名の合計121名であった。研究参加への同意書に基づき、本人からプログラム途中に棄権の申し出があったものには、プログラム終了時の調査は行っていない。一方、実際にプログラムは途中で挫折していても、特に申し出がなく、調査②（介入後）を回収できた対象者については解析に含め、Intention-to-treat analysisを行った。

また、プログラムへの直接の対象者以外に、対象者の飲酒記録の確認などを支援的に行うサポートを対象者自身に選んでもらった。

対象者の選定条件は、お酒を定期的に飲ん

厚生労働科学研究補助金（健康科学総合研究事業）
分担研究報告書

でいる（飲酒習慣がある）が、現時点では特に健康面での問題点は無いものとし、飲酒量の目安は1日あたり日本酒換算で1.0合程度以上の飲酒者を対象とした。

事業所ごとに、参加者を5名程度ずつの複数のグループにあらかじめ分けておき、分担研究者がグループを無作為に介入群と対照群に割付した。参加者全員につき、無作為化を行う（H社は参加者ごとに無作為化を行った）ことも検討したが、試行結果から、参加者同士でサポーターを担当するケースが少なからずあったことから、完全な無作為化を行うことで、介入群の参加者のサポートを対照群の参加者が行うようなケースが想定されたため、同一グループ内での参加者同士間でのサポートは認めるが、グループを超えてのサポートはしないようにと指示を与えたうえで、グループでの割付を行うことにした。

介入効果の評価を行うために、介入の前後において、それぞれ調査①、および、調査②（内容は調査①と同じ）を参加者全員に対して実施した。評価項目は、楽しいお酒の回数・割合、しまったお酒の回数・割合、飲酒量（1日、1週間）、およびたくさん飲んだ回数・量を考慮し補正した1週間飲酒量、過去一ヶ月間の該当するCAGEの数、である。解析は、全体および、男女別、飲酒頻度別に行った。介入効果の評価を行うために、各指標について、repeated measures ANOVA (Analysis of Variance)を用いて、介入の前後を群内の因子、介入群・対照群を群間の因子とし、介入の前後×介入群・対照群のinteraction項で介入効果の評価を行った。両側検定で、P<0.05を有意とした。

プログラム内容については昨年度と変更は無く、継続して介入を実施した。

（倫理面への配慮）

無作為化比較試験のデザインにおける介入研究については、岡山大学倫理審査委員会の承認を得た。参加者には、文書にて研究内容の説明を行い、文書にて同意を得た。また、対照群には、倫理的配慮から介入期間終了後に、同プログラムを提供した。

なお、飲酒記録については、個人的な内容が多く含まれるため、社内での文書のやりとりに関しては、社内便で専用の封筒を用いて行った。

C①. 研究結果

表①-1に示すとおり、介入群で4名、対照群で2名の棄権者がでたが、全体で115名の調査票を回収できた（回収率95%）。回収できた対象者においては、男性が96名、女性が19名であった。平均年齢は41.6歳、標準偏差は9.7歳であったが、事業所ごとの分布は表の通りである。

解析からは、飲酒の機会の無いもの（飲酒頻度が0）、または、飲酒量が0のもの、4名は除外し、計111名を解析対象とした。

表①-2に全体の結果を示す。

介入群（n=56）、対照群（n=55）の平均年齢（標準偏差）は、それぞれ42.5歳（10.2）、40.9歳（9.2）であった。男女比は表に示した通りであった。

過去1ヶ月間における楽しいお酒の回数は、介入群では、8.0回から6.0回に減少し、対照群では4.5回から3.7回に減少した。「しまった」お酒の回数は、介入群でも対照群でも減少し、好ましい変化を表した。

なお、分母を飲酒回数として割合で評価を行うと、介入群でも対照群でも楽しいお酒の割合が減少してしまったが、介入群では「し

厚生労働科学研究補助金（健康科学総合研究事業）
分担研究報告書

「また」お酒の割合も著明に減少し、対照群ではあまり変化がなかった。

さらに、適切飲酒を測定する指標として「適切飲酒度」を定義した。適切飲酒度は、楽しいお酒の割合／しまったお酒の割合として計算した。個人レベルで計算を行った場合、しまったお酒の回数が 0 の対象者がいることから、本指標は集団レベルで計算を行った。適切飲酒度は、介入群では 4.6 から 4.9 に増加し、対照群では 3.6 から 3.1 に低下した。

1 週間における飲酒の頻度については、介入群では 1 週間 5.7 日から 6.1 日へ増加し、対照群では 5.2 日から 5.0 日へ減少した。一方、通常よりたくさん飲んだ回数については、介入群では 1 ヶ月間で 3.7 回から 2.7 回へ減少し、対照群では 2.9 回から 2.5 回へ減少した。これによって、通常の飲酒量に飲酒頻度をかけたものに、たくさん飲んだ機会の量と回数を加えて合計した補正 1 週間飲酒量は、介入群では日本酒換算で、23.3 合から 20.5 合に減少し、対照群では 18.4 合から 14.8 合に減少した。

過去 1 ヶ月間に限定した CAGE において、「はい」と答えた数の平均値は、介入群では 1.23 から 1.14 になり、対照群では 1.22 から 1.04 になった。

分散分析の結果、介入の前後で有意な差を認めた項目は、楽しいお酒の割合、1 回飲酒量、1 週間飲酒量、たくさん飲んだ回数、補正 1 週間飲酒量、であった。しかし、いずれの項目においても有意な介入効果を認めず、それぞれの項目の低下は、介入群にも、対照群にも認められた。有意な介入効果を認めた項目は、飲酒頻度であり、介入群では増加、対照群では減少した。また、介入群と対照群で有意な差を認めた項目は、飲酒頻度、1 回

飲酒量、1 週間飲酒量、たくさん飲んだ量、補正 1 週間飲酒量であった。

表①-3 に男女別の結果を示す。対象者にしめる男性の割合が高いこともあり、男性の結果は全体の結果とよく似た結果となった。適切飲酒度は、介入群では 4.2 から 4.2 で変化が無く、対照群では 3.1 から 3.0 へ減少了。

一方、女性では、介入群においてしまったお酒の割合が半分以下に減少し、対照群ではしまったお酒の割合が 2 倍近くに増加した。飲酒量からみると、介入群の方が、対照群に比較しておよそ 2 倍の飲酒量であり、対象者数が少ないこともあり、無作為化によつてもなお、介入群と対照群の飲酒に関連した要因の分布に差が認められる要因もあった。また、適切飲酒度は、介入群では 6.9 から 11.2 に増加し、対照群では 7.7 から 3.9 に低下した。

適切飲酒度で評価を行うと、男性よりも女性で本プログラムは効果が高いことがわかつた。

表には示していないが、分散分析の結果、男性では介入の前後で有意な差を認めた項目は、楽しいお酒の割合、1 回飲酒量、たくさん飲んだ回数、補正 1 週間飲酒量、であった。しかし、いずれの項目においても有意な介入効果を認めず、それぞれの項目の低下は、介入群にも、対照群にも認められた。有意な介入効果を認めた項目は無かった。また、介入群と対照群で有意な差を認めた項目は、たくさん飲んだ回数、補正 1 週間飲酒量であった。女性では、介入の前後で有意な差を認めた項目は、1 週間飲酒量であった。しかし、有意な介入効果を認めず、低下は、介入群にも、対照群にも認められた。有意な介入効果を認めた項目は無かった。また、介入群と対照群

厚生労働科学研究補助金（健康科学総合研究事業）
分担研究報告書

で有意な差を認めた項目は、たくさん飲んだ量、補正 1 週間飲酒量であった。

表①-4に飲酒頻度別の結果を示す。飲酒頻度は、調査票における飲酒頻度の質問項目をもとに、「なし」「月 1-3 日」「週 1-2 日」(低)／「週 3-4 日」「週 5-6 日」(中)／「ほぼ毎日」(高)と 3 つのカテゴリに集約した。飲酒頻度ごとの平均年齢では、男性女性ともに飲酒頻度(低)のカテゴリにおいて少し年齢が若いが、飲酒頻度中と高のカテゴリではほとんど同様であった。また、男女比は、飲酒頻度(低)と(中)においては、おおむね 3 : 1 前後であるが、飲酒頻度(高)においては男性が多くなる傾向があった。

適切飲酒度で評価を行うと、飲酒頻度(低)のカテゴリでは介入群・対照群とともに適切飲酒度は低下してしまった。また、飲酒頻度(高)のカテゴリでは介入群では低下、対照群で増加という結果となった。飲酒頻度(中)のカテゴリにおいて、介入群において 3.8 から 7.7 へ増加し、対照群では 2.9 から 3.3 とあまり変化がなかった。

飲酒頻度(低)のカテゴリにおいては、介入群においては、飲酒回数の増加(1 回の飲酒量は減少)とともに楽しいお酒の回数の増加が認められたが、しまったお酒の回数は変化しなかった。一方、対照群においては飲酒回数がわずかに増加(1 回の飲酒量はあまり変化なし)、楽しいお酒の回数は変化なく、しまったお酒の頻度は増加した。

飲酒頻度(中)のカテゴリにおいては、介入群において、楽しいお酒の回数・割合とも多少低下したが、しまったお酒の回数、割合とも著明に減少している。対照群においては、この効果はあまりはっきりしたものではなかった。

飲酒頻度(高)のカテゴリにおいては、介入群において、楽しいお酒の回数・割合ともに減少し、一方でしまったお酒の回数・割合にはあまり変化がなかった。しかし、飲酒量でみると、飲酒頻度はさほど減少しないものの、飲酒量は平均値で 25%程度減少している。しかし、同様の傾向は対照群でも認められ、必ずしも介入の効果であったとは言えない。

表には示していないが、分散分析の結果、飲酒頻度(低)のカテゴリでは、介入の前後で有意な差を認めた項目は、飲酒頻度、であった。しかし、有意な介入効果を認めず、増加は、介入群にも、対照群にも認められた。有意な介入効果を認めた項目は、過去 1 ヶ月間の CAGE の平均該当数であり、介入群では減少、対照群では増加した。また、介入群と対照群で有意な差を認めた項目は、飲酒頻度であった。飲酒頻度(中)のカテゴリでは、介入の前後で有意な差を認めた項目は、楽しいお酒の割合、飲酒頻度、であった。しかし、いずれの項目にも有意な介入効果を認めず、それぞれの項目の変化は、介入群にも、対照群にも同様に認められた。有意な介入効果を認めた項目は、無かった。また、介入群と対照群で有意な差を認めた項目は、1 週間飲酒量、たくさん飲んだ回数、補正 1 週間飲酒量であった。飲酒頻度(高)のカテゴリでは、介入の前後で有意な差を認めた項目は、飲酒頻度、1 回飲酒量、1 週間飲酒量、たくさん飲んだ回数、補正 1 週間飲酒量、過去 1 ヶ月間の CAGEN の平均該当数であった。しかし、有意な介入効果を認めず、それぞれの項目の変化は、介入群にも、対照群にも認められた。有意な介入効果を認めた項目は、なかった。また、介入群と対照群で有意な差を認めた項目も無かった。

厚生労働科学研究補助金（健康科学総合研究事業）
分担研究報告書

D①. 考察

(1) 結果について

■介入効果について

repeated measures ANOVA の interaction 項で評価を行った介入効果については、全体を対象とした解析においては、飲酒頻度に有意な効果を認めた。

一方で、1回飲酒量、1週間飲酒量、たくさん飲んだ回数、補正1週間飲酒量は、介入効果は認めないものの、介入の前後において、介入群・対照群とも有意に低下していた。このことから、今回の介入では、デザイン上対象者にも研究者にもブラインドをすることが出来ず、したがって、対照群も全くの無介入というよりは、自己努力による飲酒のコントロールを行ったと考えることができる。介入群においても、対照群においても、少なくとも飲酒に伴う失敗や過去1ヶ月間のCAGEの平均該当数が有意に減少することは無かったが、少なくとも増加することではなく、かつ、介入群においては飲酒頻度が増え（対照群では飲酒頻度が減少）したことは、本プログラムの介入によって、飲酒量の増加を伴うことなく、失敗の少ない飲酒機会の増加（適切な飲酒機会の増加）という効果が得られたと考えられる。

■楽しいお酒の頻度について

楽しいお酒の回数は、介入群において対照群より減少する結果となった。しかし、介入群の中には、介入前（介入後）に28回（2回）、27回（2回）、22回（13回）、20回（3名；20回、10回、3回）と答えた参加者がいた（一方で、対照群においては、15回が最大値であった）。これらの参加者をのぞくと、介入群では、6.1回から5.6回と、介入前にかなり高

めに回答した傾向があり、結果としてあまり変化しないことになる。このことは、プログラム参加前には、「自分の飲酒はとても良い飲酒だ」と本人が過大評価をしていた場合に、実際に記録をつけてみたりすることで、急に現実的になってしまったことにもよるのではないかと考えられた。

また、楽しいお酒の回数だけでなく、評価を行った変数の多くにおいて、無作為化を行ったにもかかわらず、介入前の分布に偏りを生じてしまった。このことは、個人ではなく、グループを無作為に割り付けたことに起因していると考えられた。「自分の飲酒は楽しいお酒ばかりである」と過大評価を行う人の友人も同じ傾向にあり、同じ職場の友人同士等でグループを作成することを認めたため、よりそういった飲酒に関連した特徴の偏りを拡大してしまったのかもしれない。しかし、昨年度にも考察したとおり、無理に個人で割り付けを行えば、同じ部署の仲の良い飲酒仲間を介入群と対照群に割り付けることが発生し、結果を薄める方向に働くであろうことが予想され、また、参加者同士でサポーターを行うケースが少なからず認められたため、グループでの割付が妥当と考えられた。これについては、より対象者数を増やすことが出来れば今後は克服できる問題である。

また、適切飲酒を測定する指標として「適切飲酒度」を定義したが、この適切飲酒度がいくらであれば、「適切」であるかについては、まったくデータがない。しかし、一般常識的から考えれば、この指標は「楽しいお酒を*回飲むごとに1回しまったお酒を経験しなくてはならない」といったとらえ方もでき、こう考えると、何ら客観性を持つものではないが、本研究の対象集団において1ヶ月の楽し

厚生労働科学研究補助金（健康科学総合研究事業）
分担研究報告書

い飲酒回数が5－6回であることを考えれば、適切飲酒度が20を越えれば、しまったお酒の頻度はおおむね3－4ヶ月間に1回程度となり、「まずまず適切」と言っても良いのではないかと考えることが出来るかも知れない。本プログラムを構成した際には、過去1年間に1回程度のしまったお酒は許容できるのではないかと考えていたが、本研究の対象者においては、しまったお酒の頻度が現状で月1－2回程度あり、適切飲酒度も5前後であることを考えると、とりあえずの目標値は10、理想値が20といったところが妥当かもしない。分担研究協力者（高尾）の場合、楽しいお酒の対象となる機会はせいぜい月2－3回程度であるから、この場合適切飲酒度が20はすなわち、年に1回程度のしまったお酒ということとなり、飲酒の頻度に依存し、場合によっては想定していた程度の「適切飲酒」の程度を示すこともありそうである。

しまったお酒の頻度については、介入群においても対照群においても減少傾向にあった。少し話は戻るが、本介入研究における対照群は、プロトコール上は介入期間中にはまったく何も提供していない（delayed intervention group）が、少なくとも飲酒に関する研究に参加することは、事前に説明しており、また、場合によっては飲み仲間がプログラムに先に参加しており、実質的には参加者によっては、自己流の適切飲酒を心がけた期間となつた面もあるものと考えられる。このことは、楽しいお酒の頻度やしまったお酒の頻度だけでなく、飲酒量等にも介入による変化が対照群においても認められていることから、何も提供しなかつたno changeのはずの対照群というよりは、従来型の適切飲酒を対照群なりに実践した状態と見た方がより

結果に即しているかもしれない。

楽しいお酒の頻度、しまったお酒の頻度を分子とし、飲酒回数を分母として、それぞれ割合で評価を行うと、楽しいお酒の割合は介入群でより著明に減少、しまったお酒の割合も介入群でより著明に減少した。

■飲酒量・飲酒頻度について

介入群においては、飲酒頻度が増加したにもかかわらず、1週間の飲酒量はむしろ減少した。また、通常よりたくさん飲む頻度が減っていることから、「暴飲」する機会が減ったことが分かる。「暴飲」を控えることが、適切飲酒の達成に重要であることは当然とも言えることであるから、本プログラムにおける介入効果は望ましい方向に作用していると考えられた。対照群において飲酒頻度はほとんど変化なかったが、1回の飲酒量はわずかに減少した。また、介入群と同様にたくさん飲む頻度は減少し、1週間の飲酒量は減少した。

■CAGEについて

過去1ヶ月間に限定したCAGEを聞き取った。「はい」と回答した平均数で評価を行うと、介入群においても対照群においても減少傾向であり、妥当性の認められている指標を用いて評価をおこなっても、しまったお酒が減少しているであろうことは支持された。

■層別分析の結果

性別や飲酒頻度によって、本プログラムの効果に差が認められる。あるいは、本プログラムの効果を上げやすい特性をもつた集団を特定するために層別の分析を行った。

男女別で解析を行うと男性でも女性でも介入群において適切飲酒度の増加を認めたが、女性でより著明であった。

また、飲酒頻度別に解析を行うと、飲酒頻度が週に1回程度といった機会飲酒者におい

厚生労働科学研究補助金（健康科学総合研究事業）
分担研究報告書

では、本プログラムを提供しても、適切飲酒度の増加は認めなかつた。しかし、対照群と比較をすると、少なくともしまったお酒の頻度は増加せず、飲酒頻度が増加していることは、楽しいお酒の実現につながる可能性があると考えられた。割合で評価を行った場合には、しまったお酒の割合が増加しているが、これは、4名という少ない対象者の中で特に飲酒頻度の少ないものでしまったお酒が認められたためであろう。一方、介入群を見ると、わずかな飲酒頻度の増加が、そのまましまったお酒の増加へつながる傾向があるようで、少し改良は必要である可能性はあるが、本プログラムが有効である可能性も示唆された。

飲酒頻度が通常で言うところの、どうにか「休肝日」がある程度で、週のうち半分以上は飲酒する対象者においては、介入群において、楽しいお酒の頻度はさほど低下せず、しまったお酒の頻度が著明に低下し、また割合で評価を行っても同様であった。さらに、適切飲酒度も著明に増加している。対照群においては、あまり明確な変化をみとめず、楽しいお酒の頻度・割合はわずかに減少、しまったお酒の頻度・割合もわずかに減少、適切飲酒度もあまり変化が無かつた。ただし、過去1ヶ月間に該当したCAGEの平均個数では、介入群では改善を認めたが、対照群では増悪を認めた。この飲酒頻度の対象者が本プログラムの一番良い対象者と考えられる。

飲酒頻度がほぼ毎日の対象者においては、適切飲酒度という点での介入効果は無いようであった。介入群よりも、むしろ、飲酒頻度と飲酒量を著明に減少させた対照群において、しまったお酒の頻度・割合の減少をみとめ、適切飲酒度の改善（介入前の値はやはり2.1と低値であった）を認めた。介入群において

は、飲酒量の減少は認めたが飲酒頻度の減少はあまり認めず、しまったお酒の頻度も割合も減少しなかつた。CAGEで評価を行っても同様であった。このことから、ほぼ毎日、しかも日本酒換算で2-3合を飲酒する集団に対する、「楽しい」お酒を強調した「適切飲酒プログラム」よりも、「節酒」あるいは「休肝日の設定」を目標としたようなプログラム構成の方が、効果的なのかも知れない。

(2) 運用に関して

実際に記録表等をつけるなど、かなりの負荷のプログラム内容になっているにもかかわらず、121名を対象として、6名しかドロップアウトを出さなかつた（前後の調査に回答はしたもの実際にはプログラムは途中でやめてしまっていた対象者は1名）ことは、各事業場担当者の努力及び熱意もさることながら、本プログラムのようなプログラムが参加者に求められていたからではないだろうか。

ただし、基本的にプログラムはセルフプログラムの形式をとっており、サポーターの支援はプログラムの継続維持の点では非常に有用であったと考えられる。また、今後実践に使用するにあたっては、記録表の簡略化も必要な要素であると考えられ、効果評価を行えていないが、本プログラムを簡略化した「適切飲酒プログラムミニ版」の試作を行つたので、資料①-5（飲酒1）～①-8（飲酒4）を添付した。

使用例としては、1回面接であれば面接時に飲酒1を用いて飲酒の理由などを確認し、飲酒2の飲酒記録の仕方を指示する。1週間後に飲酒3と飲酒4を送付する。2回面接が可能であれば、2回目の面接時には、飲酒3を用いて、アルコール血中濃度及び飲酒のペースについて説明し、飲酒4（飲酒手帳）の

厚生労働科学研究補助金（健康科学総合研究事業）
分担研究報告書

使い方を指示する。

(3)限界、問題点に関して

介入効果を評価するための指標が、対象者自身の主觀にもとづく項目のみであり、客觀的な指標がない。この点についても、介入研究実施前に十分検討したが、「適切飲酒」の良い客觀的指標を開発することは出来なかった。さらに、「楽しい」かどうか、「しまった」かどうかの判断も対象者自身の主觀にゆだねられており、測定指標そのものの再現性にも難がないとは言い切れない。

また、飲酒量については、試行結果でも、自己申告の飲酒量と実際の記録表から計算した飲酒量には差がある(少なめに申告する傾向がある)ことが分かっているが、今回の報告では、4週間の飲酒記録の解析結果は含まれておらず、実際の記録と照らし合わせての飲酒量の妥当性の検討は行えていない。

E①. 結論

今回あらたに開発した問題飲酒群でないものに対する、「楽しい飲酒」を増やすプログラムは、無作為化比較試験のデザインによる介入研究から、適切飲酒の達成に有用である可能性が示唆された。

特に、性別では女性、飲酒頻度では休肝日の設定ができている週のうち半分以上は飲酒する飲酒者に対しては、特に有効であるのではないかと示唆された。

研究②飲酒習慣に対する簡便な生活習慣改善プログラムの1ヶ月後の効果の検討

A②. 研究目的

運動、食事、飲酒、喫煙、休養、歯磨き、体重コントロール、睡眠の8種類の生活習慣を対象とした、簡便な1ヶ月の通信指導

プログラムについては、平成14年度の分担研究報告（分担研究者 足達淑子）¹⁾で、各習慣の単年度分について短期（1ヶ月後）と長期（1年後）の成績を報告し、さらに平成15年度²⁾には、体重コントロールと睡眠の2つについてセルフモニタリングによる長期効果を検討した。

飲酒コースについては、これまで参加人數も多くはなかったことから、簡単に14年度に報告した¹⁾のみであった。本研究では99年から03年までの5年間の参加者を対象に、1ヶ月後の短期効果をより詳細に飲酒量の変化や目標行動についても検討を加えた。

B②. 研究方法（図②-1）

本研究で用いた介入は、朝日新聞健康保険組合で、98年から実施している生活習慣改善プログラムで、①8つの習慣から参加者が改善したい習慣コースを選び、②習慣チェックと目標行動を選択し、③1ヶ月間セルフモニタリングするという、最小限の行動技法で構成されたセルフケア支援の通信プログラムである。

98年から04年まで7年間の飲酒コースへの参加者は412名で、1ヶ月後に記録と終了アンケートを提出した終了者は317名（終了率76.9%）であった。本研究の最終的な分析対象者は、設問項目が同一であった99年から03年のプログラム終了者231名の内、データ欠損値がなく前後の比較ができる180名（77.9%；男性164名 女性16名）であった。

結果の分析は、飲酒量はアルコール濃度から日本酒に換算して合で示し、習慣行動は、望ましい習慣が高得点になるよう3点

厚生労働科学研究補助金（健康科学総合研究事業）
分担研究報告書

法で評価し、プログラム前後で比較した。

統計解析は、student's t 検定、対応のある t 検定、分散分析、多重比較は Tukey の HSD 検定を用い、優位水準を危険率 5 % 未満、傾向水準を危険率 10% 未満とした。

C②. 研究結果

(1) 参加者の特徴（表②-1）

参加者の平均年齢は 45.3 ± 10.9 歳（男性 46.4 ± 10.5 歳 女性 34.0 ± 9.1 歳）で女性が男性よりも低かった ($p < .001$)。

1回の平均飲酒量（日本酒換算 合）は、 3.88 ± 1.79 合（男性 3.93 ± 1.81 合 女性 3.41 ± 1.59 合）で、男女差は見られなかった。

飲酒頻度別では、毎日飲酒が 96 名 (53.3%) で 3.76 ± 1.58 合、週 5-6 日が 51 名 (28.3%) で 3.44 ± 1.68 合、週 3-4 日は 33 名で 4.93 ± 2.16 合と、週 3-4 日の飲酒量が有意に多かった (vs. 5-6 日 $p < .001$ vs. 毎日 $p < .01$)。

男女別では、男性で週 3-4 日の飲酒量が他に比べて有意に多く ($p < .001$) 女性は週 5-6 日の飲酒量が毎日に比べて少ない傾向であった。

(2) プログラム終了時の行動の変化（表②-2）

終了時に有意に改善が見られた習慣は、「飲酒頻度」「自分から誘う」「つまみの取り方」「飲酒翌日にお酒が残る」 ($p < .001$) 「休日前の飲みすぎ」 ($p < .05$) の、6 項目中 5 項目で、「外での飲酒頻度」のみ変化が見られなかった。

(3) 飲酒量の変化（表②-2）

1回平均飲酒量は、全体で 3.88 ± 1.79 合から 3.66 ± 1.81 合へ有意に減少した (p

<.05)。飲酒頻度別では、週 3-4 日群が、 4.93 ± 2.16 合から 4.34 ± 2.38 合へ減少したが ($p < .05$)、週 5-6 日、毎日の群には変化が見られなかった。1 回平均飲酒量別では、開始時に 3 合以上飲酒していた群が、 4.79 ± 1.50 合から 4.39 ± 1.75 合へ減少したが ($p < .01$)、3 合未満の群には変化が見られなかった。

(4) 行動目標の選択率と達成率（表②-3）

行動目標の選択は 3 つ以内とした。「休肝日の設定」(61.1%)、「1 回の酒量を現在の 8 割にする」(45.6) の 2 つが特に選択率が高く、次いで「本当に飲みたい日だけ飲む」(25.0%)、「12 時までに帰宅する」(24.4%)、「はしご酒をしない」(21.7%) などであった。

目標の達成率は 15 項目中 10 項目が 7 割を超える、「お茶や水を合わせて飲む」「まず水や発泡水で渴きをいやす」「誘われたら予定があるなど上手に断る」などは、達成率が 6 割前後と低かった。

D②. 考察

平成 14 年度に、通信による生活習慣改善プログラムの短期および長期効果として、8 つの習慣すべてにおいて習慣改善が見られ、コースごとにばらつきはあるものの、1 年後にも行動の維持が見られたことを報告した。飲酒コース参加者においては、「飲酒頻度」の改善がプログラム終了 1 年後まで維持され、また「休日前の飲みすぎ」が 1 年後に改善していた。

今回は、飲酒コース参加者 5 年分のデータを集約し、短期効果のみではあるが、行動の変化と飲酒量の変化を検討した。

厚生労働科学研究補助金（健康科学総合研究事業）
分担研究報告書

参加者は、1回の平均飲酒量が3.88合と多く、8割以上が週5日以上飲酒していることから、多量飲酒者もしくはそれに近い飲酒習慣を持っていることが推察された。

飲酒量については、プログラム前後に1回の平均的な飲酒量を自己申告で記述させており、記述の正確さに問題はあるが、ここで得られた結果からは、1回の平均飲酒量は、飲酒頻度が多い群よりも、週3・4日と少ない群で明らかに飲酒量が多かった。頻度の多い人は、ある程度パターン化した飲み方をし、酒量を自分なりにコントロールしていることが伺えた。川上らの報告（平成14年分担研究報告 分担研究者 川上憲人）³⁾では、常習飲酒者が同じものを同じように飲む傾向があるとしている。

プログラム終了時の行動の変化は、6項目中5項目に改善がみられた。また、飲酒頻度、1回平均飲酒量ともに改善したが、頻度別では週3・4日で1回飲酒量が多い群、また1回飲酒量別に見ても3合以上の群で、明らかな改善が見られたことから、特に、多量飲酒者での節酒に効果的であったと考えられた。

目標の選択は、飲酒日と酒量制限の選択率が高く、達成率も7割前後であったが、「お茶や水を合わせて飲む」「まず水や発泡水で渴きをいやす」といった、お酒を別のものに代える方法は、達成率が低い傾向があり興味深いものがあった。

本プログラムが、自発的な飲酒習慣改善の機会になっていることは、これまででも確認してきたが、今回の分析では、対象者の2/3が3合以上の多量飲酒者であり、それらの多量飲酒者にとって効果的であったことが新たに分かった。本プログラムは習慣

を直接のターゲットにしているため、対象が誰でも対応が可能で、ハイリスクを強調しないことを特徴としているが、飲酒制限が必要なハイリスク者にとっても、有効に活用できる可能性が示されたと考えた。

今後の課題としては、目標選択や実施率と節酒効果の関係の検討、より達成しやすい目標行動の検討、飲酒行動のより信頼性の高い評価方法の検討などが挙げられる。

参考文献

- 足達淑子、国柄后子、山津幸司、渡辺純子、佐藤千史、山上敏子：行動療法を用いた通信による生活習慣改善プログラムの開発と効果の検討。厚生労働科学研究費補助金 健康科学総合研究事業 行動科学に基づく簡便な生活習慣改善プログラムの開発と効果の検討(主任研究者足達淑子)平成14年度研究報告書、8-38、2003.
- 足達淑子、国柄后子、山本長史、山津幸司、渡辺純子、高橋稔、砂糖千史、山上敏子：行動科学に基づく簡便な生活習慣改善プログラムの開発と効果の検討。厚生労働科学研究費補助金 がん予防等健康科学総合研究事業 行動科学に基づく簡便な生活習慣改善プログラムの開発と効果の検討(主任研究者足達淑子)平成15年度研究報告書、10-40、2004.
- 川上憲人、高尾総司、谷口さやか：適正飲酒の行動的介入プログラムの開発と効果の評価に関する研究。厚生労働科学研究費補助金 健康科学総合研究事業 行動科学に基づく簡便な生活習慣改善プログラムの開発と効果の検討(主任研究者足達淑子)平成14年度研究報告書、40-62、2003.