

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 27 年 5 月 27 日現在

機関番号：22604

研究種目：若手研究(B)

研究期間：2012～2014

課題番号：24792450

研究課題名(和文)プレアルコホリックのアセスメントツールの開発

研究課題名(英文)The development of assessment tool for Pre-Alcoholic

研究代表者

新井 清美(Arai, Kiyomi)

首都大学東京・人間健康科学研究科・助教

研究者番号：50509700

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 3,300,000円

研究成果の概要(和文)：本研究の目的は、プレアルコホリックを早期発見し、早期介入するためのアセスメントツールを作成することであった。この目的に沿って、平成24年度にはアルコール依存症者とその家族に行ったインタビュー調査から、プレアルコホリックに該当すると考えられる質問項目を抽出し、質問紙を作成した。この質問紙を用いて平成25年度には医療機関に所属する者、平成26年度にはアルコール依存症者とその家族の自助グループである断酒会に所属する者に対して質問紙調査を行った。これらの調査によりプレアルコホリックの段階を明らかとし、飲酒のリスクに応じた支援の在り方について検討を行った。

研究成果の概要(英文)：The purpose of the study was to discover Pre-Alcoholic at the early stage, and to have made the assessment tool to intervene it at the early stage. In 2012, we thought to question items from the interview investigation to Pre-Alcoholic where it went to the alcoholism person and there family. It investigated by using this questionnaire in the medical institution in 2013, and self-help group(danshukai) in 2014. The stage of Pre-Alcoholic was assumed to be clear by these investigations, and what should be of support according to the risk of the drinking was examined.

研究分野：アディクション

キーワード：プレアルコホリック 危険な飲酒 早期発見 早期介入 リスク判断 アセスメントツール

1. 研究開始当初の背景

(1) 世界的に見たアルコールの有害使用低減に向けた対策の動向

世界的に、節度を越えたアルコールの有害使用は健康障害の主たる危険因子となっている。WHO は、飲酒は早死や身体的障害の第 3 番目の因子として列挙され、世界中でおよそ 250 万人 (3.8%) がアルコール関連の原因で死亡していることを報告し、その中には 32 万人の 15 ~ 29 歳の若者が含まれるとしている (WHO2005)。この深刻な状況を踏まえ、第 63 回 WHO 総会ではアルコールの有害使用の低減世界戦略草案が全会一致で採択された。この草案では、加盟国にはリーダーシップ・自覚およびコミットメント、保健医療の対応、地域社会の活動をはじめとする 10 分野を各国が政策的に選択・介入すること、アルコールによって生じる公衆衛生問題に関する対策を継続すること、アルコールの有害使用により危険な状態にある人々・若者および他者の有害な飲酒で影響を受けている人々を守るための国の努力を強化すること、アルコールの有害使用の低減に向けた世界戦略の進捗状況が確実に国の監視システムに反映され、WHO のアルコールと健康に関する情報システムに対して定期的に報告することが要請された (WHO2010)。

(2) アルコール関連の問題に関する我が国の現状

我が国では、アルコール消費量は、第二次世界大戦以降の経済成長、国民所得の増加、生活様式の欧米化などにより毎年急激な増加を示してきた (堀江 2007; 丸山 2007; 丸山, 樋口他 2005)。1980 年代前半からは従来飲酒の機会の少なかった女性等の飲酒習慣が普及し、更に増加傾向を示した。1992 年ごろから全体として微増または横這いの傾向を示しているが、他の先進諸国が過去十数年間で減少傾向にあるのに反して、我が国はいまだ減少がみられていない数少ない国である (丸山 2007)。飲酒人口は 34 年間で 2 倍以上となり、それに伴いアルコールによって起こる精神・身体臓器の障害であるアルコール関連障害や、飲酒に起因する身体・精神・社会問題を含むアルコール関連問題も浮き彫りにされている。角田は、一般病院の入院患者を対象として、問題飲酒者のスクリーニングテストである KAST (Kurihama Alcoholism Screening Test) を実施した。これによると、大量飲酒が原因で病気をきたしていると推測されるケースは 14.7% (約 21 万人) 存在し、外来患者まで拡張して推計すると約 119 万人にも上ると報告している (角田 1993)。また、尾崎らは、一般成人集団を

代表するような標本に対する断面面接調査において、問題飲酒者のスクリーニングテストである CAGE (Cutting down on drinking, Annoyance at other's concerns about drinking, feeling Guilty about drinking, using alcohol as an Eye-opener in the morning)、AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test、以下 AUDIT とする)、KAST を実施した結果、問題飲酒者と判定される人数が 300 ~ 400 万人超と推計されると報告している (尾崎 2005)。このことから、我が国における飲酒人口増加に伴う問題飲酒者の増大は明らかである。アルコール問題に関する社会的動向をみると、近年、飲酒運転による死亡事故の多発や未成年者の飲酒死亡事件なども社会問題となっており、2002 年には道路交通法改訂により飲酒運転に対する罰則が強化される等の対策がとられた。更に、今春発生した東日本大震災においてもアルコール問題が顕在化しており、これに対する早急な対策が求められている。このことから、これまでも増して飲酒とその影響に対する社会の関心は高まっているといえる。

(3) 社会的に見たアルコールの有害使用の現状

実際の社会的状況に目を向けると、赤澤らは、有職者は無職者に比べてアルコール使用障害 (乱用もしくは依存) の診断が可能と判断される者が多く存在することを指摘している (赤澤他 2010)。更に、有吉らは、大企業に比べて中小規模の事業所では人間関係の問題が多く発生し、仕事上の不満や人間関係の悪化から不満を晴らすために過度な飲酒をする者が見られる (有吉 2009) が、従業員 50 人未満の中小・零細企業従事者の場合は産業保健的支援から漏れてしまうことが少なくないとされる (赤澤他 2011)。このことから、節度を越えてアルコールを有害に使用する背景には仕事上のストレス等の直視し難い現実が関連しており、特に、アルコールの有害使用を引き起こすリスクの高い中小・零細企業においてはアルコール問題を持ちながらも保健的支援を受けることができず、問題が深刻化している現状が伺える。

筆者が 2010 年に、アルコール依存症者とその家族を対象に行った研究において、対象者アルコールを乱用するに至った背景には不景気に伴う社会的不安や職場でのストレスといった直視し難い現実があり、直視し難い現実を忘れるために節度を越えたアルコールの有害使用していたことを報告した (新井 2011)。ここで注目すべき点は、対象者自身は自己の飲酒に問題があるとは認識しておらず、自己の飲酒に問題があることに気付いた時にはすでに止めようとしても飲酒を止

めることができなくなっていた点である。更に、家族も対象者の飲酒問題に気付くことができず、問題に気付いた時にはすでにアルコールに対して身体・精神依存を形成し、飲酒を中断することができなくなっていた、つまり、アルコール依存症に至っていたのである。この背景には、対象者自身やその家族がアルコールの有害作用についての正確な知識を持ち得ていない現状があり、健康的な飲酒に関する知識の普及や、問題が生じた際の支援等、早期発見・早期介入のための体制が整っていない実態がある。問題を深刻化させないためには、アルコール依存症に至る前の時期、つまり、プレアルコホリックの時期に対処行動がとれるようにすることが重要である。

(4) プレアルコホリックに着目し、早期発見・早期介入することの重要性

アルコールに起因する問題を持った患者に早期に介入するためには、プレアルコホリックという時期へ着目することが重要である。プレアルコホリックは、何らかのアルコール関連問題を持ちながらも、連続飲酒または離脱症状を示すまでに至っていない人をすべて含む広い概念（堀江 2009）とされ、アルコール関連問題を持った患者の中には節酒や断酒が不可能なアルコール依存症患者のほか、多数のプレアルコホリックが存在すると考えられている。樋口ら（樋口，久富 2000）は、アルコール依存症者に対する治療は専門医療施設においてさえ退院後 1~2 年の断酒率が 20~30%であるのに対し、プレアルコホリックへの介入は簡単な治療介入にもかかわらず、平均約 15 カ月の予後調査の結果、50%の者が断酒しており、予後が良好であったと報告している。つまり、アルコールに起因する問題を持った人にはプレアルコホリックの段階での介入が有用なのである。しかし、前述のとおり、対象者のみならず、家族においてもプレアルコホリックの段階で気付き、アルコール依存症への進行を予防するための対処を行うことができていないのが現状である。更に、アルコール問題が生じやすい中小・零細企業においては、適切な時期で適切な産業保健支援を受けることができず、重症化していく現状が見受けられる。これらの状況を改善し、プレアルコホリックを早期発見・早期介入するためのアセスメントツールを開発することが急務である。

2. 研究の目的

プレアルコホリックを早期発見し、早期介入するためのアセスメントツールを開発することである。

3. 研究の方法

(1) プレアルコホリックアセスメントツールの項目作成

文献調査の実施

アルコール関連障害・使用障害、危険な飲酒に関する文献分析し、アルコールに起因する問題や、プレアルコホリックにおける症状、認識、経過を明らかにするための方法論、アルコール関連障害の知見を整理する。

インタビューの再分析（平成 22~23 年度実施分）

質的帰納的に分析し、2 ヶ年のデータを統合して分析する。

アセスメントツールの項目案を作成する。

(2) 医療機関に所属する者、断酒会に所属する者への質問紙調査の実施

飲酒のリスクを判断し、介入方法を検討する。

4. 研究成果

(1) プレアルコホリックの段階とアセスメントツールの項目作成

健康的な飲酒からアルコール依存症へと飲酒行動が変わっていくプロセス

平成 24 年度に行った、アルコール依存症者本人と家族のインタビューの再分析により、健康的な飲酒からアルコール依存症へと飲酒行動が変わっていく 4 つのプロセスを明らかとした。そのプロセスは お酒の効用を求める、直視し難い現実から逃れる、健康上の障害が出現する、飲酒への自制が利かなくなっていく という段階から構成された。飲酒の問題の認識という点に着目すると、アルコール依存症者本人の方が家族よりも早い段階で問題を認識していた。

さらに飲酒行動のプロセスに着目すると、第 2 段階では健診前には禁酒することで飲酒に伴う健康問題を指摘されることはなかったものの、第 3 段階では指摘されるようになっていた。

アセスメントツールの項目

アルコール関連障害・使用障害、危険な飲酒に関する文献検討、 のインタビュー結果から、次のような調査内容を設定した。以下、プレアルコホリックを WHO が示す「危険な飲酒」として表記する。

a) 基本属性：

- ・年齢：実数で回答
- ・性別：「1.男性」「2.女性」
- ・飲酒開始年齢：実数で回答
- ・大酒飲みの家族：「1.いる」「2.おそらくいる」「3.おそらくいない」「4.いない」
- ・フラッシング：「1.1 口飲むといつも赤くなる」「2.お酒が進むと赤くなる」「3.まったく赤くならない」

b) AUDIT (WHO2001)

* 医療機関：現在の AUDIT、断酒会：

- 飲酒をしていた時の AUDIT
- c)飲酒問題とその認識:「1.全く当てはまらない」～「5.とても当てはまる」
 ・飲酒により実際に経験した事柄
 下位尺度:失敗,関係・心の不調和、関係・効率の向上、身体的不調
 ・結果に対する受け止め方
 下位尺度:失敗,関係・心の不調、人間関係・気分を変える
- d)飲酒をする動機:「1.全く当てはまらない」～「5.とても当てはまる」
 下位尺度:問題の棚上げ、日常生活の中での気分転換、人間関係の円滑化、お酒・食事を楽しむ、性的効果を高める
- e)飲み過ぎてしまう場面:「1.全くない」～「5.よくある」
 下位尺度:活動・仕事の合間や後、人と飲む
- f)飲み過ぎた時の対処法:「1.全くしていない」～「5.いつもそうしている」
 下位尺度:飲み方の変更、活動・相談
- g)K6 日本語版(古川、大野、宇田ら 2003)
 * 5 点以上を気分・不安障害のカットオフポイントとして採用

(2)医療機関に所属する者、断酒会に所属する者への質問紙調査

配布数・回答数・回収率

平成 25 年度には医療機関、平成 26 年度には断酒会会員に対して質問紙調査を行った。配布数・回答数・回収率は、医療機関に所属する者 400 名(回答数:88,回収率:22.0%)、(以下、医療機関とする)断酒会会員 200 名(回答数:85,回収率:42.5%)であった。

分析結果

a)基本属性:表 1 に示す。

表 1 対象の概要

	n	頻度及び平均(SD)
年齢	170	50.94(±16.37)
性別 男性	104	60.5%
女性	68	39.5%
飲酒開始年齢	n=169	
12 歳未満	14	8.3%
12-14 歳	7	4.1%
15-17 歳	39	23.1%
18-20 歳	99	58.6%
21 歳以上	10	5.9%
大酒飲みの家族	n=165	
いる	61	37.0%
おそらくいる	13	7.9%
おそらくいない	26	15.8%
いない	65	39.4%
フラッシング	n=168	
1 口飲むといつも赤くなる	23	13.6%
お酒が進むと赤くなる	60	35.5%
まったく赤くならない	86	50.9%

b)AUDIT

回答の得られた 145 名の AUDIT 得点は平均 21.31 点(SD:16.99,Range:0-46)であり、男性は平均 29.08 点(SD:14.95,Range:0-46)、女性は平均 7.87 点(SD:11.06,Range:0-46)となっており、男性が優位に高い得点を示した(t test, p=0.00)。

さらに、WHO の定める AUDIT 得点の 7 点以下を危険な飲酒の低リスク(以下、低リスクとする)、8~19 点を危険な飲酒の高リスク(以下、高リスクとする)、20 点以上をアルコール依存症疑い(以下、依存症疑いとする)のカットオフポイントを用いると、低リスクが 52 名(35.9%)、高リスクが 18 名(12.4%)、依存症疑いが 75 名(51.7%)であった。

c)危険な飲酒に関連する要因の検討

危険な飲酒の要因について、AUDIT を従属変数、その他の項目を独立変数として検討した。AUDIT との相関を検討したところ、結果に対する受け止め方、飲み過ぎた時の対処法の下位尺度である「活動・運動」を除くすべての項目に有意な関連を認めた(表 2)。

表 2 AUDIT との相関関係

	n	相関係数
基本属性		
性別	172	-.602**
年齢	170	.648**
所属別	272	-.917**
初飲年齢	168	-.104
フラッシング	169	.370**
大酒飲みの家族	165	-.168*
飲酒をする動機		
F1「問題の棚上げ」	152	.820**
F2「日常生活の中での気分転換」	154	.691**
F3「人間関係の円滑化」	162	.220**
F4「お酒・食事を楽しむ」	160	.306**
F5「性的効果を高める」	162	.491**
飲酒により実際に経験した事柄	156	
F1「失敗、関係・心の不調和」		.859**
F2「関係・効率の向上」		.368**
F3「身体的不調」		.208*
結果に対する受け止め方		
F1「失敗、関係・心身の不調」	159	-.004
F2「人間関係・気分を変える」	163	.136
飲み過ぎてしまう場面		
F1「活動・仕事の合間や後」	159	.799**
F2「人と飲む」	161	.189*
飲み過ぎた時の対処法	156	
F1「飲み方の変更」		-.386**
F2「活動・相談」		-.152
K6		
K6 合計得点	161	.703**

Pearson **p<0.01 *p<0.05

この結果を基に階層的重回帰分析を行った結果、最終的に危険な飲酒に影響を及ぼすと判断されたものは、「年齢」($r = 0.173$ 、 $t = 3.209$)、「性別」($r = -0.130$ 、 $t = -2.567$)、飲酒により実際に経験した事柄の下位項目である「失敗、関係・心の不調和」($r = 0.552$ 、 $t = 5.953$)であった。

(3) 飲酒のリスクに応じた介入方法の検討

インタビュー、及び質問紙調査から得られた結果と併せて考えると、健康的な飲酒からアルコール依存症へと飲酒行動が変わっていく4つのプロセスの1・2段階が低リスク、第3段階が高リスク、第4段階が飲酒による問題が顕在化した状態と考えることができる。

1・2段階にある者の特徴と介入

この段階は、身体的・精神的・社会的に問題のない飲み方を継続していくことが重要である。飲酒量を増加させるリスク要因としてメンタルヘルスの不調和が挙げられる。さらにインタビュー調査では、現実を生じている出来事に対処する、あるいは忘れるための原動力としてアルコールを用いていたことが語られた。

これらを考慮すると、危険な飲酒を防ぐためには良好なメンタルヘルスを保つことが重要である。そのためには必要時カウンセリング等を受け、生じている事柄への対処方法と、精神的な安定を保つための技術を備えらえるような体制をつくっていくことが重要である。

3段階にある者の特徴と介入

この段階は、「人間関係の円滑化」を求めて飲酒をしているために「人と飲む」機会が多く、飲酒量が増加している傾向が伺える。さらに、仕事や家庭生活等、日常の中で生じるストレスへの対処として飲酒をしている段階でもある。この段階では、飲み過ぎた翌日には飲酒量を減らす等の対応ができなくなる、飲酒をする動機が変わる等が危険なサインである可能性がある。これに加え、アルコールにより人間関係に変化が生じる、あるいは健康に影響を及ぼす場合も同様の可能性が考えられる。この段階の特徴としては、自身の飲み方を改善する必要性を感じながらも、自分は大丈夫、もしくはまだ大丈夫といったアンビバレントな状態が出現していることが挙げられ、葛藤しつつも自分自身で問題を抱え込んでいる状態であるともいえる。

この段階への対応として、まず、アルコールの専門医療機関や、アルコールに精通している相談機関等に相談することが重要である。そのためには、産業保健分野、救急医療、内科をはじめとする一般診療科で危険な飲酒に関するスクリーニングを行い、飲酒問題が深刻化する前の段階でアルコール医療や相談の専門家に繋げるようなシステムを構

築していくことが重要である。

この段階は飲酒に伴って生じる負の結果に対応可能であると考えられるため、アルコールの専門医療機関や、アルコールに精通している相談機関等で現状の認識とそれに対する対応可能性を評価し、それぞれに応じた介入をしていくことが求められる。そこで飲酒行動を変容する必要性があると評価された場合には、アンビバレントな状態に寄り添い、動機づけ面接等を用いることによって飲酒行動を変容するための援助をすることが重要である。さらに、大酒飲みの家族がおり、かつAUDITにおいて高リスクと判定される者については飲酒が日常生活に影響を及ぼしているか否かを詳細にアセスメントした上で、継続的な観察と、支援が必要であると考えられる。

4段階にある者の特徴と介入

この段階は、飲酒に伴って生じる問題が顕在化した段階である。この段階では、飲酒への自制が利かなくなっていく。そのため、飲酒に伴い引き起こされた失敗や他者との関係の不調和、自分自身の心理的な変化等が生じ、それを改善しようとしてさらに飲むという傾向が伺える。ここで、飲酒に伴って生じた失敗、人間関係・心の変化や、その他望まない事態が生じても飲み方を変化させない(またはできない)、人と飲むことを避けて一人で飲む等の傾向を認める場合には、危険な飲酒が深刻化しているサインである。アルコールがもたらすマイナス面が露呈した場合、家族をはじめとした周囲の者から頻回にアルコール問題を指摘される一方、本人は気づいていながら行動変容できない状態にある。また、他者からの助けを求めているものの、それを表現できない状況にある。

この段階への対応としては、本人を取り巻く人も協力し、本人を追い込むことで否認を強める声掛けを避けながらアルコールの専門医療機関に繋げることが重要であるといえる。

(4) アセスメントツールとしての活用

アセスメントツールとして活用するためには、今回調査項目とした基本属性、AUDIT、飲酒問題とその認識、飲酒をする動機、飲み過ぎた時の対処法を用いて個人の特徴や飲酒のリスクを評価し、それぞれの特徴と飲酒リスクに応じた介入をしていくことが重要である。今後、あらゆる場面、あらゆる対象に活用できるようさらなる検討を重ねつつ、使用方法を提案していく必要がある。

<引用文献>

赤澤正人、松本俊彦、【職域におけるアルコール問題再考】労働者におけるアルコールの問題と自殺、産業精神保健、19巻2号、2011、93 - 98
赤澤正人、松本俊彦、勝又陽太郎、木谷雅

彦、廣川聖子、高橋祥友、竹島正他、死亡時の就労状況からみた自殺既遂者の心理社会的類型について 心理学的剖検を用いた検討、日本公衆衛生雑誌、57 巻 7 号、2010、550-560

新井清美、岡美智代、葦澤博一、越井英美子、本井裕二、プレアルコホリックからアルコール依存までの認識と変化 患者とその家族の語りから、日本慢性看護学会誌、5 巻 1 号、2011、85

有吉浩美、洲崎好香、OHN 必読 今月のトピックス メンタルヘルス対策、産業看護、1 巻 3 号、2009、99 - 101

古川壽亮、大野裕、宇田英典、中根允文、一般人口中の精神疾患の簡便なスクリーニングに関する研究、平成 14 年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業) 心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究 研究協力報告書、2003

樋口進、久富暢子、特集・職場のメンタルヘルス アルコール関連問題の診断・治療と早期介入、予防医学、42 巻、2000、33 - 38

堀江義則、アルコール性肝障害の現状と問題点、総合臨床、58 巻 8 号、2009、1824 - 1826

堀江義則、アルコールに関する疫学 重症型アルコール性肝障害の最近の動、医学のあゆみ、222 巻 9 号、2007、618 - 623

丸山勝也、精神科と内科の学際領域としてのアルコール医療 アルコール関連疾患を伴うプレアルコホリックに対する医療、医学のあゆみ、222 巻 9 号、2007、690 - 695

丸山勝也、樋口進、久富暢子、アルコール依存症 どこまでわかっているか? プレアルコホリックの概念と治療、治療、87 巻 8 号、2005、2426 - 2431

角田透、潜在するアルコール関連問題者数の推定について 我が国のアルコール関連問題の現状、アルコール白書、1993、42 - 53

尾崎米厚、松下幸生、白坂知信、廣尚典、樋口進、我が国の成人飲酒行動およびアルコール症に関する全国調査、日本アルコール・薬物医学会雑誌、40 巻 5 号、2005、455 - 470

World health organization (WHO)、Global strategy to reduce the harmful use of alcohol、2010 (http://www.who.int/substance_abuse/alcstratenglishfinal.pdf#search='World+Health+Organization+2010++harmful+use+of+Alcohol').

World health organization (WHO)、WHA58.26 Public-health problem caused by harmful use of alcohol.Fifty-eighth world health assembly、2005、104 - 106 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/English/A58_2005_REC1-en.pdf#search='WHA58.26')

World health organization (WHO)、The Alcohol Use Disorders Identification Test: guideline for use in primary care, AUDIT, second edition、2001

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文](計2件)

Arai,K、Oka,M、Motegi,E、Awareness of Pre-alcoholic Status and Changes in such Awareness: Analysis of Narratives by Male Japanese Patients and their Families、Journal of Addictions Nursing、査読有、vol. 25 issue 1、2014、35 - 40 DOI:10.1097//JAN0000000000000020

新井清美、森田展彰、葦澤博一、プレアルコホリックの認識における変化のプロセス アルコール依存症患者とその家族の語りからの分析、日本アルコール・薬物医学会雑誌、査読有、48 巻 3 号、2013、198-215、<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Awareness+of+Pre-alcoholics+and+Changes+process+in+their+Awareness+-+Analysis+of+Narratives+by+Patients+and+Their+Families+->

[学会発表](計1件)

新井清美、森田展彰、垣渕洋一、新貝憲利、危険な飲酒に影響する要因の検討、日本社会精神医学会、2015年3月5日~3月6日、富山国際会議場(富山県、富山市)

6. 研究組織

(1)研究代表者

新井 清美(ARAI, Kiyomi)

首都大学東京・人間健康科学研究科・助教
研究者番号: 50509700