

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 28 年 6 月 24 日現在

機関番号：34604

研究種目：若手研究(B)

研究期間：2014～2015

課題番号：26861996

研究課題名(和文) アフリカ農村地域の飲酒実態と介入プログラムの開発に関する研究

研究課題名(英文) Factors associated with alcohol drinking and effectiveness of alcohol brief intervention in rural community, Africa

研究代表者

高橋 里沙 (TAKAHASHI, RISA)

奈良学園大学・保健医療学部・助教

研究者番号：90596206

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 3,000,000円

研究成果の概要(和文)：アフリカ地域における飲酒実態の把握および、ハイリスク飲酒者を対象にした地域密着型早期介入プログラムを開発することを目的に、ケニア西部にて飲酒に関連する調査とコミュニティーヘルスワーカー(CHW)を活用した早期介入プログラムを実施した。

最も消費されているアルコール類は密造酒であること、飲酒者は男性に多く、自宅で密造酒を製造販売している場合や飲酒する友人が多い場合などに影響を受けていることがわかった。また、CHWを活用した減酒早期介入と、地域の元飲酒者によるスピーチを追加した介入を実施した結果、スピーチを追加した介入の方が、CHWの早期介入のみの場合よりも減酒の効果があつたことがわかった。

研究成果の概要(英文)：The study was conducted to explore the socio-demographic determinants of alcohol consumption, to assess the effectiveness of community-based brief intervention delivered by community health workers on harmful and hazardous alcohol consumption and to assess the effectiveness of community based brief intervention plus motivation counselling by former drinkers in reducing harmful and hazardous alcohol consumption.

The data show that illicit homemade alcohol was the most frequently consumed alcohol; men were more likely than women to be drinkers. Higher number of drinking friends and family members and brewing/selling alcohol at home were positively associated with alcohol consumption. The results of the intervention showed that brief intervention plus motivational talk was more effective than only brief intervention in reducing harmful and hazardous alcohol consumption.

研究分野：国際看護学 精神看護学

キーワード：アルコール 飲酒 アフリカ ブリーフインターベンション

1. 研究開始当初の背景

飲酒に関連する死亡は全世界で死因 3.8% を占め、過剰な飲酒はさまざまな健康被害をもたらすことが明らかにされている(WHO, 2010)。また、飲酒問題の影響は個人の健康のみならず、自殺や暴力、飲酒運転など社会にも重大な問題を引き起こしている。これまでに、ケニア西部の調査で病院に搬送された交通事故患者の 23.4% が飲酒していた(Odero, 1998)ことが報告されており、2007 年度の地方農村地域の飲酒率が 11.4 (Nacada, 2013)であったにもかかわらず、5 年後のケニア西部での飲酒率は、20.7% であったことから(Lo et al., 2013)ケニアにおける飲酒問題が深刻化していることがわかる。比較的飲酒者が少ない傾向にある東北部と比較して西部では「チャンガ」と呼ばれる密造酒の消費が多く、飲酒者の増加を招いている。この密造酒は違法であるが、地方農村地でも簡単に手に入る材料で安価に作る事ができるため、規制することは非常に難しい。近年、ケニア国内における飲酒問題は表面化しているが、国レベルやいくつかの州における飲酒率に関するデータは存在するが、地方農村地域など行政の行き届かない地域での信憑性のあるデータは数少ない。また、ケニアのような低所得国では、感染症や母子保健の改善に優先して取り組んできたため、飲酒問題に関するデータや予防的介入に関する調査はきわめて少ないのが現状である。ケニアでは、家庭で密造酒が多く製造されていることから、アルコールの法的規制による影響は及びにくく、治療についても、一般的な医療施設も十分機能していない地域が多数存在する上、農村地域にはアルコール依存症の治療施設は皆無に等しい。近年、ナイロビなどの都市部を中心に数箇所のアルコールリハビリセンターが機能しているが、キリスト教関連が運営している一部を除き、非常に高額な治療費が必要であるため、農村地域の人々が一旦アルコール依存症を発症してしまった場合に治療を受けられるチャンスはほとんどない。この調査地から、最も近いアルコール依存症のリハビリテーション施設までは、約 100 KM の距離があり、公共交通機関の発達していない農村地域で、かつ経済的にも貧しい人々が容易に移動できる距離ではない。このような状況で飲酒問題に取り組むには、アルコール依存症患者を増やさないための予防的介入が非常に重要であると考えられる。また、持続可能な予防策であることが重要であり、地域密着型のコストのかからない減酒プログラムを開発する必要がある。

2. 研究の目的

本研究では、ケニア西部農村地域における飲酒実態、飲酒と社会経済的背景との関連を明らかにすること、及び、ケニア西部農村地域における高リスク飲酒者(低所得者・非識字

者を含む)を対象にした地域密着の早期介入プログラムを開発することを目的とする。

3. 研究の方法

(1) 研究デザイン

Population-based Quasi-experimental study

(2) 調査地域

ケニア西部州

(3) 研究対象

世帯調査

ケニア西部州から調査のために意図的に選択された 3 村に居住する 18 歳以上の全住民。

介入研究

世帯調査のアルコール飲酒問題簡易検査

(AUDIT)にてスコア 8~19 点(高リスク飲酒者)であった 18 歳から 60 歳までの内、調査参加への同意が得られた住民。各村で 50 名、合計 150 名。

(4) 調査方法

世帯調査

AUDIT および、Demographic and Health Surveys(DHS)から社会人口統計学的部分を抜粋した調査票を作成して実施した。調査票は現地言語に翻訳、再度英語に翻訳し精度を確認し使用した。また、非識字者が全体の 70% を占めるため(2009, DHS)英語、スワヒリ語に加え現地言語に精通した研究補助者が訪問して調査にあたるようにした。非識字者には口頭で質問を読み上げ、回答を研究補助者が記入した。また、AUDIT スコアが 8~19 点であった調査対象者には、後日介入調査への参加同意の意思を確認した。

介入

A 村をコントロールグループ、B 村をブリーフインターベンション、C 村をブリーフインターベンション+モチベーションスピーチとし、3 グループの飲酒量、AUDIT スコアで評価した。A 村の参加者には、一般的なアルコールと健康に関する情報のみを渡した。B 村の参加者には、WHO の作成したブリーフインターベンションをベースに、地域のコミュニティヘルスワーカーがカウンセリングを行えるように簡略化したコミュニティベースの簡易カウンセリングを 3 回実施した。また、C 村参加者には、B 村の参加者が受けたカウンセリングに加えて、モチベーショントークを実施した。コミュニティの結びつきが強いため、スピーチをする人は、同じ地域に居住している元飲酒者に依頼した。

(5) 倫理的配慮

調査地である、ケニア国立モイ大学医学部倫理委員会及び、ケニア・メソジスト大学倫理委員会にて承認を得た。非識字者が多数居住している地域であるため、現地言語が堪能な研究補助者を準備し研究期間を通して参加者とコミュニケーションや理解の相違がないように努めた。はじめの AUDIT スコア

において、20点以上を記録したアルコール依存症を発症している可能性のある人には、希望があれば治療を受けるための医療機関までの交通費を負担する用意があることを伝えた。

4. 研究成果

(1) 飲酒状況

表1 飲酒実態

	数(人)	%
年齢 (478)		
18-29	123	25.7
30-49	184	38.5
>49	171	35.8
平均(SD)	41 (14.0)	
性別		
男性	198	41.4
女性	280	58.6
教育 (478)		
未就学	65	13.6
小・中学校	237	49.6
高校以上	176	36.8
所得分類 (472)		
高	159	33.7
中	155	32.8
低	158	33.5
世帯数		
1-3	82	17.1
4-6	239	49.8
>6	159	33.1
平均 (IQR)	6 (4-7)	
宗教		
カトリック	181	38.0
プロテスタント	294	61.6
イスラム	2	0.4
婚姻状況		
既婚/内縁関係	344	72.0
独身	134	28.0
喫煙(478)		
はい	69	14.4
いいえ	409	85.6
自宅での酒製造・販売 (478)		
はい	57	11.9
いいえ	421	88.1
家庭内の飲酒者数 (478)		
0	256	53.6
1	132	27.6
>1	90	18.8
飲酒する友人数		
0	212	44.4
≤5	152	31.8
>5	114	23.9

飲酒場所は、密造酒の製造と販売をしているところが62.9%と最も多く、バーが17%、自宅が15%となった。また、アルコールは、チャンガ/ブッサと呼ばれる密造酒を飲んでいてる人の割合が全体の飲酒者の7割を占めた。

(2) 早期介入の評価

調査に参加した各グループの人数は、コントロール: 52名、ブリーフインターベンション(BI): 52名、BI+モチベーショナルトーク(MT): 57名であった。各グループの平均年齢は、コントロール: 40.8歳、BI: 46.4歳、BI+MT: 44.7歳であった。カウンセリング、モチベーショナルトークのすべてのセッション終了後の、1か月、3ヶ月、6か月目に評価を行った。



図1 評価とAUDITスコアの変化

6か月評価まで継続できたのは、コントロール: 48名、BI: 47名、BI+MT 49名であった。AUDITスコアの変化は図1に示す通りで3ヶ月目の評価では、BIとBI+MTのグループに関してはそれほど差がなかったが、6か月評価においてその差は有意に変化し、BI+MTを実施したグループ効果が強く表れた。コントロールグループにおいても、AUDITスコアの減少が見られたが、これは、AUDITの質問紙を実施することだけでも、飲酒について考えるきっかけになること、及び、調査と同時期に打ち出された政府の方針により、首都近郊における警察による密造酒の一斉摘発等のメディアによる放送などに影響されたものであることが推測される。これまで、BIは、医療従事者によって実施されてきたが、今回、医療従事者の不足する低所得国において、特別な医療に関する教育を受けていないコミュニティーヘルスワーカーをトレーニングして、カウンセリングを実施しても効果があることがわかった。BIのみの介入よりも、BIとMTを併用したグループの方が減酒効果が高く表れることがわかった。また、時間が経過するにつれてその差が大きくなってきていることから、今後は、長期的効果の変化や効果の持続性に関する検証を行ってい

く必要がある。今回は一部の地域で少ないサンプル数で実施したため、今後は他の地域や国での汎用性と今回の課題を改善したプログラムの検証をしていく必要があると考えられる。

引用文献

- Australia Government (2008). 「Preventing Alcohol-related Harm in Australia: a window of opportunity」
- Kinoti, K. E., Jason, L. A., & Harper, G. W. (2011). Determinants of Alcohol, Khat, and Bhang Use in Rural Kenya. *Afr J Drug Alcohol Stud*, 10(2), 107-118.
- Kypri, K., McCambridge, J., Cunningham, J. A., Vater, T., Bowe, S., De Graaf, B., . . . Dean, J. (2010). Web-based alcohol screening and brief intervention for Maori and non-Maori: the New Zealand e-SBINZ trials. *BMC Public Health*, 10, 781. doi: 10.1186/1471-2458-10-781
- Lo, T. Q., Oeltmann, J. E., Odhiambo, F. O., Beynon, C., Pevzner, E., Cain, K. P., Phillips-Howard, P. A. (2013). Alcohol use, drunkenness and tobacco smoking in rural western Kenya. *Trop Med Int Health*, 18(4), 506-515. doi: 10.1111/tmi.12066
- Odero, W. (1998). Alcohol-related road traffic injuries in Eldoret, Kenya. *East Afr Med J*, 75(12), 708-711.
- Rose, H. L., Miller, P. M., Nemeth, L. S., Jenkins, R. G., Nietert, P. J., Wessell, A. M., & Ornstein, S. (2008). Alcohol screening and brief counseling in a primary care hypertensive population: a quality improvement intervention. *Addiction*, 103(8), 1271-1280. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02199.x
- WHO. (2010). *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva: WHO.
- Yoshiko ADACHI, M. T. (2009). Obesity and Weight Control. *J.Natit.Inst.Public Health*, 58(1).

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)

〔図書〕(計1件)

守本とも子、田中和奈、瀬戸口有香、高嶋愛里、高橋里沙、長谷川恵介、溝尾朗、龍現寺素子 : これからの国際看護学 (国境を越えた看護実践のために), 2014, ピラールプレス, 44-52

6 . 研究組織

(1)研究代表者

高橋 里沙 (Risa TAKAHASHI)

奈良学園大学・保健医療学部・助教

研究者番号 : 90596206