

多量飲酒者に対する行動変容を強化した  
改良型節酒プログラムの効果：  
職域での無作為化比較対照試験

平成 23 年度入学

広島大学大学院保健学研究科保健学専攻博士課程後期

原田 浩二

## 目次

序論	．．． 2
研究 1	．．． 4
第 1 節 問題提起	．．． 5
第 2 節 研究目的	．．． 7
第 3 節 用語の定義	．．． 7
第 4 節 研究方法	．．． 7
第 5 節 結果	．．． 10
第 6 節 考察	．．． 16
第 7 節 今後の課題	．．． 18
研究 2	．．． 20
要旨	．．． 20
第 1 節 問題提起	．．． 22
第 2 節 文献検討	．．． 27
第 3 節 本研究における 節酒プログラムの改良	．．． 31
第 4 節 研究目的と意義	．．． 38
第 5 節 研究方法	．．． 38
第 6 節 結果	．．． 44
第 7 節 考察	．．． 58
第 8 節 まとめと今後の改良点	．．． 58
終章	．．． 63
参考文献	．．． 66
資料	．．． 75

## 序論

21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）によると、アルコール飲料は、古来より祝祭や会食など多くの場面で飲まれるなど、生活・文化の一部である。その一方で、国民の健康の保持という観点から考慮すると、一般食品にはない(1)致酔性、(2)慢性影響による臓器障害、(3)依存性、(4)未成年者・胎児への影響という特性を有している（健康日本21企画検討会，2000）。これらアルコールに関連する問題は健康問題に限らず、飲酒運転に起因する交通死亡事故、うつに起因する自殺、また酩酊から犯罪や暴力などといった社会に重大な問題を引き起こす場合がある。

これに加えて1987年の日本におけるアルコール乱用に関連する医療費は約1兆957億円で国民医療費の6.9%、さらにアルコール乱用に伴う疾病による損失は4兆4156億円になると報告され（Nakamura et al., 1993）、このように飲酒は直接・間接的に個人の健康だけではなく、日本社会に及ぼす負担は大きい。

アルコール消費量は経済発展とともに増加する特徴があり、バブル経済崩壊後、デフレ社会に陥った日本のアルコール消費量は頭打ちになっている。それにも関わらず、飲酒運転やアルコールに起因する自殺が後を絶たない（国立精神・神経センター精神保健研究所，2008）。その日本社会の背景には、飲酒を肯定し酩酊まで部分的に許容するといった、非常に寛容な飲酒文化を持つこと。アルコール飲料は同じ物質依存がありながら麻薬や覚醒剤とは異なり安価かつ容易に入手可能で、飲酒人口も非常に多く、成人男性の6割、成人女性の3割が飲酒者であること。さらに男性33%、女性6%が毎日飲酒しているのが実態であり（Nakamura et al., 1993）、我々保健活動に携わる者は、疾病予防と医療費削減への取り組みから、一次予防として、正しい飲酒のあり方を普及することが求められる。

厚生労働省が推進する「健康日本21」では、「節度ある適度な飲酒」（適正飲酒）は、1日平均純アルコールで約20g程度とし、(1)多量飲酒問題の早期発見と適切な対応、(2)未成年者の飲酒防止、(3)アルコールと健康についての知識の普及をアルコール対策として打ち立てた（健康日本21企画検討会，2000）。

しかし結果として、直接飲酒者に対する介入手法は見いだせず、国民に対する知識の普及だけでは多量飲酒者の数は減少しなかった（次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会，2012）。アルコールは依存物質の上に食生活として習慣化していれば、疾病をきたしていないのに飲酒量を削減することは相当困難である。また飲酒は社会的交流の手段として現在も用いられている風習があり、直接個人の飲酒を削減しようとする介入は抵抗されることが予測される（原田 and 森山，2013）。実際、飲酒指導においては勤労者の協力が得られず、困難を抱えている産業医や産業看護職が多い（日本産業精神保健学会，2011）。そこで研究1として飲酒者の飲酒に対する考えや節酒に対する抵抗理由を明らかにするためにフォーカス・グループインタビューを実施した。その結果から、WHO（2001）が有害な飲酒者に実施している Brief intervention（以下 BI）を土台に日本で開発された肥前アルコール節酒プログラム(HAPPY)を、研究1で得られた日本の特性である節酒に対する抵抗を少なくする介入方法を加えて改良した。次に研究2として適正飲酒量を超えた飲酒者に改良型節酒プログラム(HAPPY Plus)を実施し、HAPPY と HAPPY Plus の節酒効果と、各手法の優位性を比較検証した。

日本では、飲酒が健康や社会問題として認識されている一方で、「酒は百薬の長」と捉えている国民は多く、特に問題のある飲酒者はその点を主張し、節酒介入が導入されていないのが現状である。本研究はその点を改善し、飲酒に関連した健康被害を予防し、医療費削減につなげることを研究の意義とし、今回、改良した節酒プログラムが有効であるかどうかを検討することを目的とする。

## 研究 1

題名：飲酒によって示される飲酒者の人生の価値と節酒への抵抗理由

### 要旨

本研究は、飲酒者の飲酒理由や節酒に向けた介入に抵抗を示す理由を明らかにすることを目的に、男性飲酒者 12 人にフォーカス・グループインタビューを実施し、データを質的に分析した。その結果、飲酒者は「飲酒することに人生の価値」があり、飲酒のための努力は惜しまない傾向にあった。そして価値は容易に歪められないので「節酒に対する意図的な無関心」や「飲酒することの正当化」が認められた。節酒への介入に対しては、節酒効果を体感しにくい上、自分の人生の価値の否定につながるので抵抗を示した。しかし飲酒者は、健康被害によって飲酒ができなくなると人生の価値を示されなくなるから、節酒が「酒と長く付き合いができる」、「いつまでも飲み続けられる」という目的であれば、節酒介入への抵抗は少なくなった。そこで節酒に向けた介入を実施する者は、飲酒者の人生の価値を理解することが基本姿勢として重要であることが示唆された。

### Abstract

The purpose of this research was to clarify why drinkers drink and why they resist intervention in their drinking. We conducted a group interview of 12 male drinkers and then analyzed the data acquired. The results indicated that drinking is one's life values and that drinkers tended to spare no effort to drink. Because life values are not easily changed, drinkers displayed a deliberate indifference towards moderation and a sense of justification in drinking. As for the intervention sobriety, drinkers showed a resistance because it is difficult for them to believe in the effectiveness of controlling the amount they drink. They also felt that it led to a denial of their life value. If drinkers cannot drink because of the damage to health caused by heavy

alcohol consumption, then they are unable to express their life value. However, when the purpose of the intervention sobriety was explained as being able to drink indefinitely, resistance to the intervention sobriety was reduced. In conclusion, it is suggested that when performing the intervention sobriety, it is important to understand the drinker's life value of drinking.

## 第 1 節 問題提起

日本人のアルコール摂取量の実態をみると、純アルコールで 1 日平均約 120g 以上である大量飲酒者が 240 万人（厚生統計協会，2004）、同じく約 60g 以上である多量飲酒者は 860 万人と推計され（樋口，2004）、飲酒が原因によって健康被害が生じやすい国民は 1000 万人近くを占めている。そして飲酒による健康への影響は肝機能障害をはじめ、高血圧や糖尿病など生活習慣病だけでなく、うつ病や自殺などメンタルヘルスにも関連し（松下 and 樋口，2009）、さらに治療導入が困難なアルコール依存症に至る危険性もある。WHO によると、アルコールが原因である人の死亡率は 3.2%であり、喫煙が原因である人の死亡率の 8.8%に次いで高い（WHO，2002）。そして 2004 年に世界中で約 250 万人がアルコール関連の原因により死亡したこと、有害な飲酒は多くの疾患にとって主要かつ回避可能な危険因子であること、さらには有害な飲酒は交通事故や暴力、自殺を引き起こす原因となることとし、2010 年に「アルコールの有害使用低減戦略」を決定した（WHO，2010）。このように多量の飲酒はうつや自殺に関連するだけでなく、生活習慣病の大きな要因となっているにも関わらず、多量飲酒者の割合は低減せず、飲酒を原因とする身体疾患の割合も依然として高い。

このような飲酒による健康被害の予防における看護師の役割としては、一次予防として飲酒によって引き起こされる健康被害等の教育と飲酒者に対する節酒に向けた介入、二次予防としては健康診断によるスクリーニングと早期受診、治療への導入、三次予防としては肝機能障害やアルコール依存症における再飲酒の抑制に向けたはたらきかけが重要である。その中でも一次予防としての健康教育と節酒への介入が健康被害の予防のために重要であり、飲酒による健康被害を熟知

した看護師が職場領域で健康教育を実施することが効果的である。

しかし飲酒者が飲酒による健康被害をスクリーニングされるのは法律で定められている健康診断であるが、労働者の特性としてアルコール関連で指摘を受けることには抵抗感が強く、呼び出しや指導への拒否反応が認められている(及川, 2008)。具体的には「無理やり酒をやめさせられるのではないか」、「酒を減らせなかったら、上司に報告されるのではないか」、「酒をへらせなかったら、意志の弱い人間と評価されるのではないか」、「そんなに簡単に酒の量が減らせるのか」という不安を抱え(杠, 2010)、健康教育へ参加を拒み、飲酒による健康被害を自分の身に起こるリスクとして理解しないまま身体的障害、家庭問題、社会的問題などアルコール関連問題を引き起こす危険性がある。さらに飲酒者の行動変容が困難である要因としては、祝い事など飲酒に寛大な日本文化、「酒は百薬の長」とアルコールの弊害よりも利点が強調されてきた風潮を挙げることができる(白倉, 2010)。実際、飲酒指導においては勤労者の協力が得られず、困難を抱えている産業医や産業看護職が多い(日本産業精神保健学会, 2011)とされ、看護師は一次予防として飲酒者に対する節酒に向けた介入ができていない現状にあると考える。

飲酒者の飲酒動機に関しては、緊張緩和や気分高揚を得たいという動機、親密な集団意識を得たいという社会性動機、負の感情から逃避するための対処性動機、酒や食物の味から快を得たいという動機など、複数の動機が複合的に作用するという報告がある(今田 and 鈴木, 1999)。しかし、飲酒者の節酒に対する抵抗理由を明らかにすることを目的とした調査は見出せなかった。実際、疾病の診断や治療を受けていない飲酒者が節酒に向けた動機を持つことは相当難しく、そのような飲酒者に介入を進めていくには、まず看護師が飲酒者の飲酒に対する捉え方を理解することが打開策の一つであると考えた。そこで今回、勤労者の節酒に向けての看護の役割の検討として飲酒者の飲酒理由や節酒に向けた介入に抵抗を示す理由を明らかにすることを目的に、飲酒者にフォーカス・グループインタビューを実施したので報告する。

## 第2節 研究目的

事業所で働いている飲酒者へのフォーカス・グループインタビューを通して、飲酒理由や節酒への抵抗理由について明らかにする。

## 第3節 用語の定義

1. 節酒：飲酒をこれまでより控えめにする事。具体的には飲酒量を減らす、飲酒しない日を増やすなど
2. 飲酒者：飲酒量が多いと自己申告した者
3. 節酒に向けた介入への抵抗：飲酒者が自分の飲酒のあり方に関して周囲から関与されたくないこと
4. 飲酒による健康被害：アルコールによる健康障害のこと。身体への具体的影響として肝機能障害や高血圧等を示す(日本アルコール関連問題学会, 2011)

## 第4節 研究方法

1. 研究デザイン：質的帰納的探索型研究デザイン
2. 参加者：現在働いている飲酒経験のある20歳以上の男性で飲酒量が多いと自己申告した者。飲酒量については、自己申告が事実と異なることも多い点から、飲酒量による参加者の選定は行わなかった。なお、性差による違いを除外するために男性の参加者のみとした。
3. 調査期間：2012年3月23日～25日
4. 研究方法：フォーカス・グループインタビュー法

個人によるインタビュー法よりも飲酒者同士で話し合いのもとでインタビューを実施する方が、グループメンバーの相互行為やダイナミックな関わりによって質問に対する意見や思いの発想が豊かになり、他者の意見を踏まえたより質のある回答が期待されるためフォーカス・グループインタビュー法とした。

### 5. 調査内容：

- (1)参加者の属性：年齢・主な仕事内容、職位、アルコール問題簡易検査(Alcohol



Use Disorders Identification Test : 以後 AUDIT)、現在の飲酒による健康被害等の有無。なお AUDIT とは、アルコール摂取パターンが危険ないし有害な個人を特定するために開発された尺度で 1989 年に出版されて以来、信頼性と妥当性が様々な状況、および多くの国で実施され確立されている (Babor et al.,2001)。10 項目の質問から構成され 0~40 点で評価する。得点が高い程アルコール摂取パターンが危険ないし有害な傾向を示す。

(2)飲酒理由 :「皆様のお酒の飲み方を教えて下さい」、「皆様が飲酒をする率直な理由や飲酒によるメリットをお聞かせ下さい」、「飲酒する意味とは何ですか」、「飲酒し始めた時期や動機は何ですか」

(3)健康被害に対する認識 :「飲酒がご自身の健康にどのような支障をきたすと思われますか」、「飲みすぎは肝臓への影響などが一般的に知られていますが、それについてどうと思われますか」、「節度ある飲酒量とはビール中瓶 1 本程度といわれていますが。皆様はご存じでしょうか」

(4)節酒に対する態度 :「今現在、お酒を減らす必要性や思いはありますか」

(5)節酒に対する利点 :「酒を減らすことでどんな効果があると思われますか」

(6)重要他者による節酒への期待 :「飲酒について心配する人がいるとすれば、どなたになりますか」、「家族が飲酒量を減らしてほしいと期待した場合、その期待にどのように答えますか」

(7)節酒方法 :「仮に節酒するとしたらどんな方法がありますか」、「休肝日を作るなど、お酒を減らすためにどんな方法であればできそうですか」

(8)飲酒による健康被害の一次予防に向けた介入への参加について :「飲酒による健康被害の予防教育への参加の機会があった場合、参加されますか」

## 6. リクルート方法とインタビューの実施方法

研究者の属する研究室の関係者から雪玉式標本抽出法 (Polit and Beck, 2010) で紹介を受けた。紹介を受けた研究者が関係を持ったことのない複数の事業所に管理者の同意を得てインタビュー参加募集のポスターを掲示し募集を行った。同意を得た参加者 13 名の中から 12 名を選考し、6 人ずつ 2 グループに分けて 2 回

実施した。グループ分けは参加者の希望もあり、2～3名の同じ事業所の参加者を1つのグループにまとめたので同じ事業所の参加者同士の関係性は強い。そしてインタビューで話した内容が外部に漏れないようにするためインタビューの内容を他者に話さないことを同意説明文の中に明記した。インタビュー時間は1グループ2時間とした。またグループ編成は同じ年代や職位が集中しないようにした。参加者は3人ずつテーブルを挟んで対面するように、研究者であるインタビューアーは全体が見える中央席に座った。マイクは対面するように座った3人の声が聴取できるように2つ用意し、テーブルの上に配置した。インタビューアーは「皆さんが飲酒する最も強い理由についてお話して下さい」と切り出し、調査内容(2)～(8)のテーマについて自由に語ってもらった。参加者の1人の発言が多い場合は、意見が偏らないように参加者全体が発言できるようにした。また発言した内容はテーマ毎に確認の意味を兼ねて、参加者全体にフィードバックするなどのファシリテートを行った。

## 7. 分析方法

全会話内容を文字に転換した逐語記録を作成した。また参加者の反応については観察記録を作成した後、「なぜ飲酒を続けるのか」「節酒に抵抗を示すのはなぜか」という視点からその意味を解釈した。調査内容と関連の強い、意味深い内容を短文化して「」で提示し、その後さらに抽象度を上げた内容を【】で提示した。同時に飲酒者の当然視している飲酒行動について、その意味を解釈した。さらに分析した解釈の仕方が妥当であるか複数の指導教員と研究生によるグループ・スーパーヴィジョンを繰り返し実施した。

## 8. 信用可能性・確認可能性

慢性疾患を専門とする1名を含む7名の研究者により、繰り返しデータの分析が行われた。信用可能性を高めるためにカテゴリー化した最終的な内容について研究参加者に内容確認を実施した。

## 9. 倫理的配慮

事業所として研究協力の同意を得た。研究参加希望者に研究同意説明書、研究同意書・撤回書を用いて研究の主旨を説明し、研究参加の同意を文章で得た。なお同意を得た後に参加を取りやめる場合は、撤回書を用いて参加を中止できることを説明した。なお、事前に参加希望者の中から選考する旨を伝え、飲酒量の多い者を調査対象とした。研究者の所属する大学の倫理委員会の承認を得た。

## 第5節 結果

### 1. 参加者の基本属性

参加者の年齢範囲は 32～69 歳、平均年齢は  $45.3 \pm 10.3$  歳であった。

AUDIT の得点範囲は 7～30 点、平均得点は  $19.8 \pm 7.0$  点で、「比較的危険の少ない飲酒群（0～9 点）」1 人、「健康被害の生じる可能性の高い飲酒群（10～19 点）」4 人、「アルコール依存症の疑い群（20 点以上）」7 人に分類された。「アルコール依存症の疑い群」の 7 人のうち、AUDIT の得点が 24 点～30 点の者は 4 人であった。対象者の 1 回あたりの飲酒量は、1～2 ドリンクが 3 人、5～6 ドリンクが 5 人、7～9 ドリンクが 3 人、10 ドリンク以上が 1 人であった。なおアルコール依存症の診断を受けた者はいなかった。

職業は事務職 6 人、営業職 2 人、飲食業 2 人、運輸業 1 人、教育者 1 人であった。健康被害の状況は、自己申告において脂質異常症（中性脂肪とコレステロール値の高い者）・肥満が 4 人、 $\gamma$ -GPT が高く肝機能障害がある者が 3 人、骨折 1 人、健康被害がない者が 1 人、申告なしが 3 人であった。飲酒開始時期は高校生が 7 人、中学生が 1 人、小学生が 4 人であった。

### 2. インタビューから得られた内容

#### 1) 飲酒することの意味について

インタビュー参加者に飲酒とは何であるかを尋ねたところ、中心的テーマは【飲酒することに人生の価値がある】という解釈が伺えた。その解釈理由は「酒のない人生など送りたいくない」、「酒のために生きている」、「もう酒だけが唯一の

楽しみ」という参加者の発言に参加者全員が賛同した。そして「酒を飲むための努力は惜しまない」、「酒のために他を全部我慢している」と発言があり、飲酒するための努力と時間の活用は惜しまず、飲酒のために他のものを排除する傾向が伺えた。以下その解釈のプロセスについて説明する。

## 2) 飲酒理由

飲酒理由として実際に質問できたのは「お酒の飲み方」、「飲酒し始めた時期や動機」、「飲酒をする率直な理由」、「飲酒する意味とは何か」であった。

飲酒理由については【飲酒しなければ、自分の存在感や強さが示されない】、【自己表現・ストレス対処・嗜好品】、【飲酒に対して寛大なコミュニティ】が伺えた。

飲酒理由について尋ねたところ、未成年の頃から「酒を飲まざる者は男にあらず」、「酒が飲めない人がいると非常に冷たくあしらわれる。それなら絶対に酒を飲めるようになろう」、「飲み会で意識を失うまで多量に飲まされ鍛えられた」、「職場で先輩とか目上の人が多かったので、飲まされて・・・」と述べ、飲酒することで【男性社会の仲間入り】ができた。そして次第に「こいつより酒が強くなりたいなー」、「絶対朝まで飲んで、最後まで酔い潰れずに残ってやるんだ」という【競争心】が認められた。すなわち飲酒しなければ集団への仲間入りができず、自分の居場所が確保できないので自ら飲酒に努力し、また飲酒させられることで鍛えられた経緯が伺えた。そこで【飲酒しなければ、自分の存在感や強さが示されない】という意味が解釈された。

次に「さみしがりで人と話したいから自分から酒の場を設ける」、「酒の席では普段言えないことが、自分の思っていることがハッキリ言える」、「素面じゃー、普段無口なので、自分のテンションを上げるために飲む」などアルコールの脱抑制作用がなければリラックスできず、酒の場を通して自分の思いを表現するという【自己表現】のための飲酒が伺えた。また「行き詰まりで」、「落ち着かない」時に飲酒するという【ストレス対処】と、「好きだから」、「楽しみ」、「味わいたい」という【嗜好品】としての飲酒理由があった。

次に飲酒し始めたのは盆や正月などで「小さい頃から親戚の会合で普通に飲酒していた」、「実家にいたので、その時には家族とか親戚とかから酒をちょっと貰

っていた」など未成年でありながら酒を貰っていた実状や、「実家が酒を扱っていて酒には寛容であった」など飲酒仲間の集まりがあるなら未成年であっても許されるといった【飲酒に対して寛大なコミュニティ】によって飲酒行動が形成されていった。これが成人になって飲酒仲間と飲むと楽しくて飲酒が止まらない傾向があるように、飲酒仲間と飲めば自分の飲酒行為に寛大になっていることが伺えた。

### 3)健康被害に対する認識

健康被害に対する認識として実際に質問できたのは、「飲酒が自分の健康にどのような支障をきたすか、また支障を来してきたか」であった。

健康被害に対する認識については【体重増加は認識しやすい】が、肝機能障害は自覚症状として表れにくく、【健康被害に対する認識からの逃避】があった。また AUDIT24 点以上の者は自らの健康に対して【自暴自棄】な傾向が認められた。

飲酒が健康にどのような支障をきたすかという質問に対し、「酒自体カロリーが高い」、「酒とセットで高カロリーなものを食べてしまう」、「メタボ傾向でズボンが入らない」など【体重増加は認識しやすい】傾向にあった。一方、「肝臓は、まあ痛くないですからね。沈黙の臓器って言う」、「肝臓は自覚症状がなく健診結果でしか確認できない」という発言から、肝機能障害は知らなければ情報として把握しなくて済むものであり、逆に健康診断を受けなければ分からないという【健康被害に対する認識からの逃避】が伺えた。しかし実際に肝機能障害のある参加者が「ガンマ GPT が高く、20代から 100 を超えましたんで、まあ飲みすぎると今度は 200～300 になります」と発言した時は、参加者全員が深刻な表情をして話を聞き、健康被害の実態が見えにくい不安に加えて、肝機能障害に対する警戒が伺えた。

さらに「異常が認められたら節酒を考える」、「肝臓とか数値は悪くないので休肝日の認識はない」など健康被害が認識できなければ節酒行動は困難であり、「GPT は 100 を超えたら、月に 1 度くらい酒を抜く」など異常値直前まで飲酒を続ける傾向が伺えた。その一方で AUDIT24 点以上の者は、「肝臓の値が悪いが全く気にせず飲む」、「多量の酒を飲んで体はボロボロだが、別に好きだから飲んで

いる」、「(病気については)なるようになると思って、半ばあきらめた心境で飲む」など、あきらめや開き直りで飲酒を続け、「病院に実際行くのはなんか(異常値が)出そうで怖い」と現実直面を先延ばしし、「健康とかなんも考えたことない」、「食道炎で酒をやめても改善すればまた飲む」、「人間はいつか死ぬ訳だから・・・、おいしいので考えずに飲んでいる」、「飲めば死ぬと言われても、どうせ死ぬなら、なおさら余計に飲む」、「酒で死んでもいいかなってというのが、どこかでそういう欲求があるかもしれない」など【自暴自棄】の傾向が伺えた。

#### 4)節酒に対する態度

飲酒者の節酒に対する態度について質問できたのは、「できるできないは別にして、今現在、お酒を減らす必要性を感じているか」であった。その結果「酒をやめようとか休肝日作ろうなんて思ったことはない」、「酒を減らすのは考えたこともないし、考える気もない」など【節酒に対する意図的な無関心】が伺えた。そのような状況の中でインタビューアーが節酒の話題を進めると「タバコは健康的にも医学的にも、世界中からダメといわれているが、お酒はそういうのとは違う」、「タバコが止めたいって言う人はかなりたくさんいるが、お酒が止めたいって言う人は聞いたことがない」など【タバコとの比較】、「アル中とは思っていないから、イベントがあつたりしたら飲まずにおれる」、「アル中になる人は酒に逃げているような感じ」など【アルコール依存症者との比較】、「私達は日常生活や周囲に支障をきたしていない」、「周囲に迷惑をかけないように考えながら飲んでいる」、「周りに迷惑をかけていなければ、仕事に行けるのであれば問題はない」、「どうしても飲酒運転をしてしまう人達ではない」など【迷惑者との比較】が見られ、参加者より問題があるものと比較して自分の飲酒行動を棚上げしようとする【さらに問題のあるものとの比較による正当化】が見られた。

ついで「自覚症状がほとんどないからなかなか節酒できない」、「酒を止めても何が調子いいのか、何の効果があるのか想像がつかない」など【節酒への動機づけができない】ことが伺えた。さらにインタビューアーが飲酒による健康被害についての話題を持ちかけると、参加者は「世間のほとんどの人が飲んでいるのに何故やめないといけないのか」、「飲酒は自己責任、自己管理」、「酒に対して規制

とか制限をかけられると非常にイライラ感がある」と発言し、飲酒について他者から言われる筋合いはないという【節酒の必要性や健康被害の説明を聞くことの拒否反応】が認められた。

一方、健康被害については「タバコとお酒ならタバコをやめる。運動で体重を減らす。ご飯をやめておかずだけにしておく」、「検査値を下げる方法として酒を止めるより、いい薬はないのかな」など【節酒以外の方法で健康被害を防ぐ】という考えが伺えた。

#### 5)節酒の利点についての認識

酒を減らすことでどんな効果があるかを質問したところ「体重増加防止につながる」、「体の調子が良く、健康を取り戻せる」、「睡眠確保につながる」、「朝気持ち悪くなく、朝食がきちんと食べることができる」という【体重増加防止】、【体調の回復】、【睡眠確保】、【二日酔いの回避】、【食習慣の改善】であった。このような発言にも関わらず、節酒行動を自分に置き換えた場合、「酒をやめて体が楽になったというのではない」、「睡眠とカロリー制限以外は体感できるものはない」など自ら節酒の利点を強調するものは少なく、肝機能障害の改善効果についての発言はなかった。

#### 6)重要他者からの節酒への期待への反応

重要他者による節酒への期待の反応として実際に質問できたのは、「お酒を減らした方がよいと誰が期待すれば、お酒を減らさないという気にさせられますか」であった。その結果、「妻の言うことを聞くことは絶対ない。逆に反発する」、「基本的に親のいうことは聞かない」と述べ、飲酒者にとって重要他者から節酒を期待されることは不本意であり、むしろ自分の【飲酒行為を理解して認めてもらいたい】という傾向が伺えた。しかし「心配かけている」、「心配してくれる人はいるが、言うことが聞けるなら（飲酒を）もうやめている」、「仕事上どうしてもやめられない」など、飲酒者は酒を減らさないといけないのは分かっており、家族に心配してもらっているにも関わらず「節酒を期待されてもやめられない」など飲酒から逃れられない状況に対して【節酒ができない申し訳なき】が伺えた。すなわち節酒はできないが、自分を心配してくれる重要他者に申し訳ないというア

ンビバレントな感情が生じていた。

#### 7) 節酒方法についての考え

節酒方法についての考えについて実際に質問できたのは、「仮に節酒するとしたらどんな方法がありますか」であった。その結果、「外での飲酒を控える」、「飲酒よりも食事を先にする」、「飲酒をしてはいけない用事を作る」などの発言があった。一方、AUDIT24点以上の者は「刑務所に入ったら」、「入院で動けない状況になれば」、「飲めば吐く状態になったら」、「お金が無くなれば」など【飲酒が可能な環境であれば節酒は不可能】という傾向が伺えた。さらに「かなり絶望的な告知であれば考える」、「身体が酒を受け付けなくなったとき」など、自分の身体がかなり深刻な状況にならないと節酒方法は考えない傾向が伺えた。しかしこのような発言をしながらも、転倒で骨折して入院した時は「飲むと骨のつきが悪くなると言われたのでグッと我慢した」、「インフルエンザにかかった時はさすがに飲めなかった」など【実際の体調不良時には節酒行動は可能】であり、節酒は不可能という発言と実際の体調不良時の節酒行動は異なっていた。

#### 8) 飲酒による健康被害の一次予防に向けた介入への参加について

節酒にむけた取り組みへの参加の機会があった場合、参加するかどうかを質問したところ、「酒を飲むために生きているから参加しない」、「飲酒するという発想なので、飲んではいけないという発想ありきではない」、「逆に酒を飲むための努力なら惜しまない」と言い、節酒にむけた取り組みの導入を考えているインタビュアーの意向と飲酒者の主張は明らかに異なっていた。そしてほとんどの参加者は「参加しない」と答えた。

しかし少数ではあるが、「参加したいのではなくて酒を減らすことができるのか、逆に見てみたい」、「酒を止めようとは思わないけど、ちょっと減るのは別に悪いことではない」など、節酒にむけた取り組みの導入が実際に飲酒者に対して実行可能なのかどうか関心を示す者もいた。また参加しないと答えながらも、「皆恐らく減らさないといけないとは思っている」、「いつも勢いで飲んでいる。酔っている場合にはコントロールがいつもできてない」という発言が見られた。さらに「酒が飲めなくなるのが一番怖い」から「仮に酒が飲めなくなるのであれば、



その手前でセーブするための努力はする」、「このままずっと酒が飲めるために、飲み続けたいために、飲酒量をセーブするならやります」、「このまま飲み続けたらどうなるのかエビデンスを示してもらえば考える」と答え、飲酒による健康被害によって飲酒ができなくなることを恐れていた。

## 第6節 考察

### 1. 飲酒することの意味について

本研究の結果において飲酒者は飲酒することに人生の価値があり、飲酒行動への努力は惜しまない傾向が伺えた。その理由として飲酒者は、酒が飲めないと仲間に入れてもらえないのではないかという不安から未成年のうちに飲酒を始め、酒の強さを競ううちに、飲酒することに人生の価値を持つようになった傾向が伺えた。特に今回の対象は男性飲酒者で、力強さとは男性的価値であり、しかもプラスの評価を持っている。そして”酒を飲む”事は力強さの表現であり、”酒に飲まれる”事は弱さの現れであり（石川，2005）、男性特有の飲酒に対する価値があると考えられた。また健康被害を感じ始めてはいるものの、節酒の必要性を認めると、人生の価値が損なわれるため【飲酒することに人生の価値がある】という意味が解釈された。

仮に飲酒による健康被害が分かっているとしても、飲酒者は飲酒することによって生きる根拠、すなわち生きがいを見い出せるのであるから【節酒に対する意図的な無関心】が生じ、【さらに問題のあるものとの比較による正当化】がみられ、他者からの説得には応じられないという【健康被害の説明を聞くことの拒否反応】を示す傾向が考えられた。そして重要他者からの節酒への期待、健康被害の指摘によって節酒の働きかけに応じるということは、自分の人生の価値が損なわれるという危機感につながり、その結果、否定的な態度が生じ、節酒の働きかけに応じることはなく、逆に反発心を示すことが考えられた。飲酒者にとっては「自分から酒を取ったら何も残らない」という言葉で表現されるように、節酒によって得られるかもしれない健康に対する価値観よりも、飲酒できないことで生きる意味を見失うという「不安」が強いことが考えられた。

## 2. 嗜癖としての飲酒行動

人を「好ましくない飲酒習慣」すなわち嗜癖行動へと引きずり込む要求は「安全要求」と考えられ、肥大した安全要求を満たすことが最優先され（宮本 and 安田，2008）、その安全要求の背景には不安が存在する。今回の参加者については未成年の頃から、大人になって職場においても飲酒しなければ周囲からの承認が得られないという不安が伺えた。そして周囲から承認を得るには、飲酒という周囲の要求に応えるしか選択肢がなく、よって酒に強くなることが唯一不安を解消する対処法であることが考えられた。しかしそれは不安を一時的に回避するための姑息的な対処法である。そして飲酒が長年にわたり習慣化されると、初期のように周囲が飲酒を要求しない場面においても、別の不安が生じる度に飲酒という対処法を選択しがちとなる。その結果、「不安を紛らわす」対応が嗜癖に導く（宮本 and 安田，2008）といわれるように、嗜癖行動が形成されていき、飲酒しなければ一定の安全感や安心感が得られない状況になると考えられた。

## 3. 飲酒者の飲酒行動の理解について

本研究の結果において、飲酒者が飲酒することは人生の価値や生きがいに相当し、逆に節酒することは生きるための価値の否定、具体的には生活の中に張り合いが見いだせなくなるという不安につながる。よって飲酒者の立場から言えば、飲酒自体が自分の生きがいを得る「安全要求」であり、同時に不安を払拭する手段という見方が考えられた。

しかし看護者の倫理綱領（日本看護協会，2003）によると、看護は健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復等を行うことを目的としており、一次予防においても飲酒による健康被害防止という役割を担う。よって看護師は健康に向けた取り組みが価値のある行動と認識する傾向にある。この飲酒者と看護師の価値観の違いが、飲酒者にとっては飲酒の「肯定」、看護師にとっては飲酒者の節酒に対する「否定」につながり、両者が相反する価値を有する傾向にある。

患者教育が成功するか否かは患者の世界観を十分に理解しているかどうかにかかっている（Glanz and Oldenburg，2001）。飲酒者に対する一次予防に向けた介入についても看護師は飲酒者の世界観、すなわち飲酒のみが周囲からの承認を

得るための手段であった背景、そして飲酒が習慣化され、飲酒することに人生の価値があること、逆に節酒を促すことは、飲酒という不安への対処法を失いかねないという飲酒者の心境の理解が重要と考えられた。

#### 4. 一次予防に向けた介入手法の検討について

本研究では、飲酒者にとって飲酒は自分の人生の価値や生きがいであり、不安への対処法であることが伺えた。そして疾病の診断や治療を受けていない飲酒者に節酒を促すことは、もともと節酒に取り組む動機が弱いことに加えて、節酒行為は自分の生きがいに反し、不安を増大しかねないので反発心を抱く傾向がある。

さらに今回の参加者は、アルコール依存症患者と自分を比較することによって飲酒行動の正当化を図り、節酒の利点を体感できるものはないとあって飲酒による健康被害を過小評価した。そして今まで通り多量の飲酒を続けたいとするなど、肥大した飲酒欲求に根差す希望的観測の傾向が認められた。すなわち健康問題と飲酒との関係に関する事実が飲酒者自身の力では客観視できないことが問題となる。そこで肥大した欲求のまま飲酒を続け、健康被害を増強させることなく、健康を維持しながら適量の飲酒を継続したいという適度な要求に切り替えるように方向づけることが一次予防の段階で介入の要点となる。

飲酒者自身も今後健康被害によって「酒が飲めなくなるのが一番怖い」、「仮に酒が飲めなくなるのであれば、その手前でセーブするための努力はする」と発言した。すなわち飲酒できなくなることを防止するという目標を持てれば、節酒を試みるのが可能であり、「酒と長く付き合いができるということは自分にとって利点にもなる」という発言から、「減らす」では反発を買うが、長く酒と付き合いのために努力するという態度を形成する可能性のあることが示唆された。そこで節酒の目的を「いつまでも飲み続けられる」とすることによって、一次予防の取り組みを円滑にすることが期待される。

## 第7節 今後の課題

研究1では、勤労者における飲酒者の飲酒理由として飲酒によって示される強さや生きがい、そして飲酒しないと仲間に入れてもらえない不安から飲酒による

健康被害よりも安全欲求の満たす行動の現れである傾向が分かった。そして飲酒量が多い飲酒者に節酒を促すことは、飲酒という不安への対処法を失いかねないという心境を理解することが勤労者の節酒に向けた看護師の役割として重要と考える。

今回、飲酒者に対する一次予防の観点から調査を試みたが、対象者の AUDIT の得点範囲の幅が広く、また飲酒による肝機能障害を有しているものから、健康被害がない者も含まれ、調査対象の基準幅が大きいことが研究の限界であった。特に産業保健看護領域は看護の対象の幅が大きく、調査対象の選定や基準を重視した上でリクルートを行い、一次予防における看護の役割を明確化していくことを課題としたい。

## 研究 2

題名：多量飲酒者に対する行動変容を強化した改良型節酒プログラムの効果：職場での無作為化比較対照試験

### 要旨

本研究は、職場集団における適正飲酒量を超えた飲酒者に対し、肥前アルコール節酒プログラム(HAPPY)と、そのHAPPYを改良した改良型節酒プログラム(HAPPY Plus)を実施し、その2つのプログラムの節酒効果の優位性を比較検証した。HAPPY Plusの改良点は、プログラム参加者のリクルート強化、健康被害の脅威認知の強化、ストレスマネジメント、カレンダー式の飲酒量の記録によるセルフモニタリング強化、ドロップアウト防止のための電話やメールでのフォローアップ等でトレーニングを受けた看護師によって実施された。

参加者は1日平均飲酒量が男性20g以上、女性10g以上のアルコール依存症の診断のない者とし、HAPPYを対照群、HAPPY Plusを介入群とする3か月間の無作為化比較対照試験を実施した。主要評価項目は、1日当たりの飲酒量とし、介入前、介入中(開始1か月後)、終了直後(開始3か月後)終了3か月後(開始6か月後)に測定し、AUDIT、体重、BMI、血圧、肝機能データ、節酒の目標達成度、自己効力感、自尊心尺度を測定した。

88人の労働者をリクルートし83人(介入群40人、対照群43人)がプログラムを完了した。プログラム完了率は介入群100%、対照群93.4%であった。1日当たりの飲酒量は両群全体( $p < 0.001$ )で有意な減少を認めたが、群間の有意差はなかった。介入群において自己効力感と節酒に対する自信度は行動変容の割合が高かったにも関わらず、AUDITは両群において低下し、対照群においてのみ有意差を認めた。心理学的指標は介入群において改善したが、群間の有意差はなかった。本研究では、HAPPY Plusに優位な改善を示す指標は証明されなかった。しかしながら優れた行動変容とドロップアウトの低さについては、HAPPY Plusにおいて確認できた。今後、プログラムの更なる改良がなされ、職場の集団介入への適

応を図っていく。

## **Abstract**

This study examined the effects of the Hizen Alcoholism Prevention Program (HAPPY) and the revised version of HAPPY (HAPPY Plus), and also compared the two programs to determine whether the HAPPY Plus achieved better outcomes for heavy drinkers in the workplace. The HAPPY Plus designed to strengthen participants' recruitment, perception of threat, stress management, behavior modification by self-monitoring using a calendar-based diary, and to prevent dropout by telephone and e-mail follow up by a trained nurse. Participants were men and women who consumed at least 20 g and 10 g of alcohol daily, respectively, and had not been diagnosed with alcohol dependence. A group intervention, 3-months randomized controlled trial was conducted. The control and intervention groups received the HAPPY and HAPPY Plus, respectively. The primary endpoint was average daily alcohol consumption. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), weight, body mass index, blood pressure, liver function, goal achievement rate, self-efficacy, and self-esteem were also measured. Out of 88 recruited employees, 86 (intervention group: 40; control group: 43) completed the study (completion rates were 100% and 93.4% respectively). As results, average daily alcohol consumption decreased significantly in both groups ( $p < 0.001$ ), but did not differ between groups. Even though behavior change rate was higher, and self-efficacy and confidence increased in the intervention group, AUDIT decreased in both groups but was significant only in the control group. Physiological indicators in the intervention group improved, but was not significant between the groups. Against the program revision, this study did not prove superiority of HAPPY Plus to the HAPPY regarding the indicators. However, better behavior modification and lower dropout were observed in the

HAPPY Plus. Therefore, after further improvement is made, this group intervention program is applied to the workplace.

## 第1節 問題提起

アルコールに関係した問題のすべてはアルコール関連問題（alcohol-related problems）と総称されるが、国際疾病分類第10版(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: ICD-10)によると、アルコール関連問題は、主に「アルコール依存症」「アルコールの有害な使用」に分類され、アルコール依存症については断酒を治療の基本とし、抗酒薬やアルコール・リハビリテーション・プログラムなどの精神集団療法などが精神科領域で行われている（図1）。これに対して、アルコールの有害な使用については、肝疾患や飲酒運転、暴力、自殺など身体・社会的問題として注目されて、海外においては、主にプライマリ・ケア領域において、一般内科医（General Practitioner：以下 GP）によって行動変容に向けたアプローチがとられてきた。

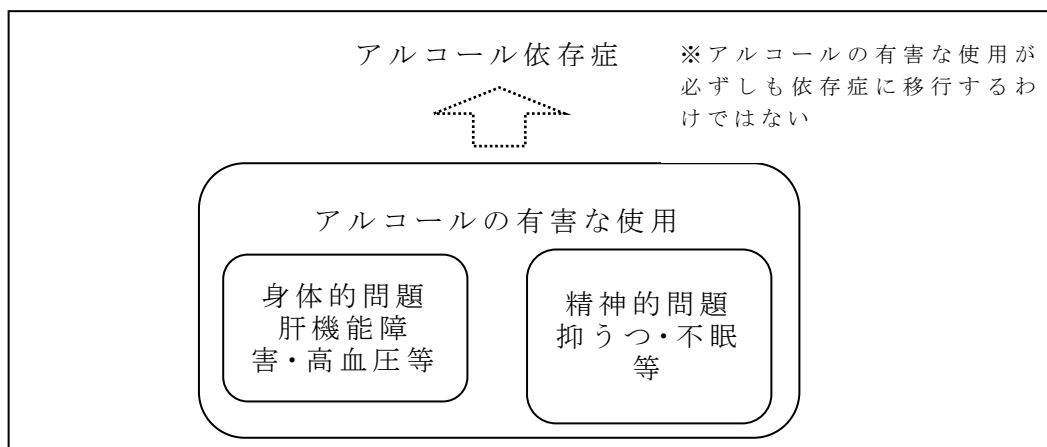


図1 アルコール関連問題

実際、アルコール依存症と依存症と診断されないまでも、アルコールの有害な使用は世界的な注目を浴びている。世界保健機構（World Health Organization: 以下 WHO）によると有害な飲酒は、精神神経疾患や心血管疾患、肝硬変、さまざまながん等、アルコールは非感染性疾患の重大な危険因子であり、かつ回避が可能にも関わらず、2004年には世界中で約250万人がアルコール関連の原因に

より死亡したと報告している（WHO, 2010）。

WHO、米国 EBM 診療ガイドライン National Guideline Clearinghouse (NGC)、イギリス国立医療技術評価機構 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)、スコットランド大学連合ガイドラインネットワーク (Scottish Intercollegiate Guidelines Network: SIGN) など各主要国の診療ガイドラインによると、有害な飲酒には、飲酒量を削減する手法として Brief intervention（簡易介入：以下 BI）が有効とされており（Babor and Higgins, 2001；NGC, 2011；NICE, 2010；SIGN, 2003）、それ以外の方法は明記されていない。BI は WHO が開発し、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おり、アルコール関連問題の初期予防とアルコール依存症の治療との間のギャップを埋める手法とされている（Babor and Higgins, 2001）。

このように、欧米で盛んに普及してきている BI であるが、その効果は長期的効果のエビデンスがないことが指摘されている（SIGN, 2003）。本来の BI は GP が忙しい診療の合間に短時間で効果を上げるために行動変容のエッセンスを用いて開発されていることから、アルコールによる健康被害のメカニズムは提供されていないことが問題として考えられる。そして飲酒量削減の長期的な持続効果が証明されていないことに対して、行動変容が長期に持続するための方法論が組み込まれていないこと、行動変容の中核となる自己効力（自己の成功体験、代理的体験、言語的説得、生理的・情動的状态）を上げる（松本, 2002）ための方法が組み込まれていないことが BI の限界として考えられる。

一方で日本では、「健康日本 21」で飲酒量の目標値を設定し、これを各自治体等によって推進することで多量飲酒者の減少等が試みられたが、「節度ある適度な飲酒」の知識の普及、酒類の販売時間制限など間接的な手法しか対策として実施されず、多量飲酒者は男性が 4.1%から 4.8%へ、女性は 0.3%から 0.4%へ増加する結果となり、有害な飲酒者に対する直接的な方策は取られていない（次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会, 2012）（表 1）。また日本においてはプライマリ・ケア領域を含め BI はほとんど普及しておらず、職域においては肥前精神医療センターの杠が開発した飲酒量低減プログラム Hizen Alcoholism



Prevention Program by Yuzuriha (以下 HAPPY) が BI の研究報告としてあるのみである。しかし、残念ながら総計約 1,800 人の従業員に対し、研究の同意者 17 人、実際の参加者 14 人しかリクルートできていない (吉岡, 2009)。

また、有害な飲酒者に対してはプライマリ・ケア領域で介入されていないだけでなく、飲酒によるアルコール性肝疾患の治療を実施している医療機関においても飲酒行動自体に働きかける介入は行われていない。その一方で職場の健康診断の中で飲酒量を問診することは通常に行われており、産業保健の分野では産業医や保健師から飲酒による健康被害について注意喚起はなされているが、WHO で推奨されている BI は行われていない (図 2)。

表 1 健康日本 21 のアルコール分野に関する目標値と評価

健康日本 21 (平成 12 年) の目標 多量飲酒者の減少 (多量飲酒 = 1 日平均純アルコール 60g を超えて飲酒)			
	ベースライン値 (平成 8 年度健康 づくりに関する意 識調査)	目標値	最終評価 (平成 21 年国民健康・ 栄養調査結果)
男性	4.1%	3.2% 以下	4.8%
女性	0.3%	0.2% 以下	0.4%
第 2 次健康日本 21 (平成 24 年) の目標 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少 (生活習慣病のリスクを高める飲酒量を 1 日の平均純アルコール摂取量が 男性で 40g、女性で 20g 以上と定義)			
	ベースライン値 (平成 22 年国民健康・ 栄養調査)	目標値 (平成 34 年度)	
男性	15.3%	13% 以下	
女性	7.5%	6.4% 以下	

このように有害な飲酒者への介入が遅れている日本であるが、わが国の医療提供体制の問題も加わる。わが国には GP 制度がないことから、有害な飲酒者に対し BI を提供する機会が失われており、プライマリ・ケア領域で BI を展開する仕組みは整っていない。さらに 2012 年の地域での特定健康診査の実施率は 46.2% と低いことから (厚生労働省, 2014)、地域保健の枠組みの中で「アルコールの有害な使用」の該当者を発見することはきわめて困難である。その一方で、先行

研究（原田 and 森山，2013）で明らかになったように、職場での機会飲酒が慣例的に行われており、飲酒仲間の連帯感が強いことから、個人へのアプローチよりも他者の成功体験（モデリング）を用いるグループアプローチが自己効力を高めるために有効である可能性が示されている。

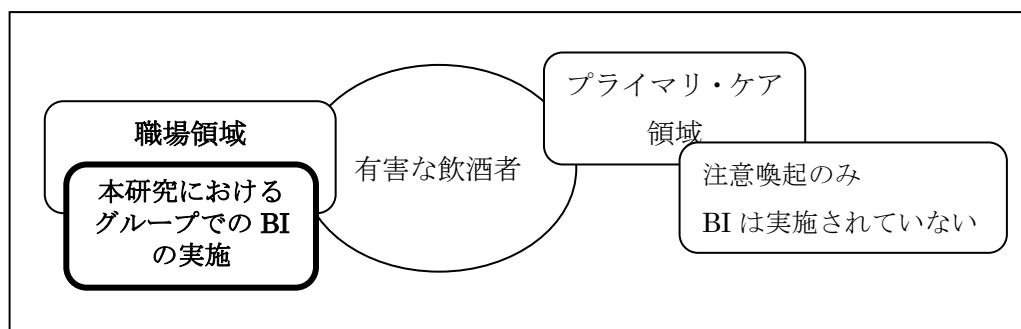


図 2 我が国におけるアルコールの有害な使用に対する介入の実態

加えて職場では「アルコールの有害な使用」の該当者が多く存在していること、かつ、職場の健康診断の受診率は高いこと、職場がアルコール乱用の一次予防につながる(Ames and Bennett, 2011)ことから、職場集団の中にこれらのプログラムを定着させることの必要性と有効性が考えられた。そこで、HAPPYを改良したHAPPY Plusを構築し、HAPPYとの比較において、「アルコールの有害な使用」の該当者への効果を測定する。

#### 日本の飲酒状況の実態と研究意義

日本のアルコール摂取量の実態をみると、純アルコールで1日平均飲酒量約120g以上である大量飲酒者が240万人（厚生統計協会，2004）、1日平均約60g以上である多量飲酒者は860万人と推計され（樋口，2004）、飲酒が原因によって健康被害が生じやすい国民は約1000万人を占めている（図3）。その頂点に位置するアルコール依存症患者は推計80万人と言われる（樋口，2004）。さらに2011年の患者調査（傷病分類編）によるとアルコール依存症の総患者数は3万7千人であるが（厚生労働省大臣官房統計情報部，2011）、アルコール依存症患者は自ら病気であることを自覚しない「疾病否認」が強く、実際に治療を受けている

患者は氷山の一角にすぎない。また飲酒はうつ病や自殺などメンタルヘルスにも関連し（松下・樋口，2009）、うつ病の推計患者数は7万1千人（厚生労働省大臣官房統計情報部，2011）で増加傾向を辿り、年間自殺者数は1998年から2011年まで3万人を下っておらず（警察庁，2015）、飲酒問題と自殺のリスクは高いと示唆されている（齋藤，2014）。このように飲酒はうつや自殺に関連し、生活習慣病の主な要因となっているにも関わらず、一次予防の段階での節酒介入は進まず、適正飲酒量以上の飲酒者の割合は逡減していない。

前述のとおり日本の政策であった健康日本21のアルコール分野における多量飲酒者の削減は目標達成できない結果となった。その反省点を生かし第2次健康日本21では、男性4ドリンク、女性2ドリンクの飲酒者を生活習慣病のリスクを高める飲酒者とし、アルコール消費量の減少をねらいとしている（次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会，2012）。この生活習慣病のリスクを高める飲酒者は、男性15.3%、女性7.5%（厚生労働省，2012）と多量飲酒者に比べてはるかに多い（表1）。このことから本研究において適正飲酒量の制限を超えた飲酒者を対象者とし、その飲酒者の飲酒量を削減することが可能であれば、生活習慣病の予防と窮迫している医療費の削減が期待される。また飲酒による生活習慣病の一次予防の観点から、早期に飲酒問題に介入することは、結果的に抑うつや不眠など精神的問題と欠勤や飲酒運転など社会的問題の予防対策につながることを期待される。

さらに健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料では、今後、アルコール関連問題の低減に結びつく介入手法の向上を目指した研究、すなわち飲酒量低減のための手法の開発・向上および手法実施の促進に寄与する研究などが望まれるとしており、本研究もその一部と考えている。

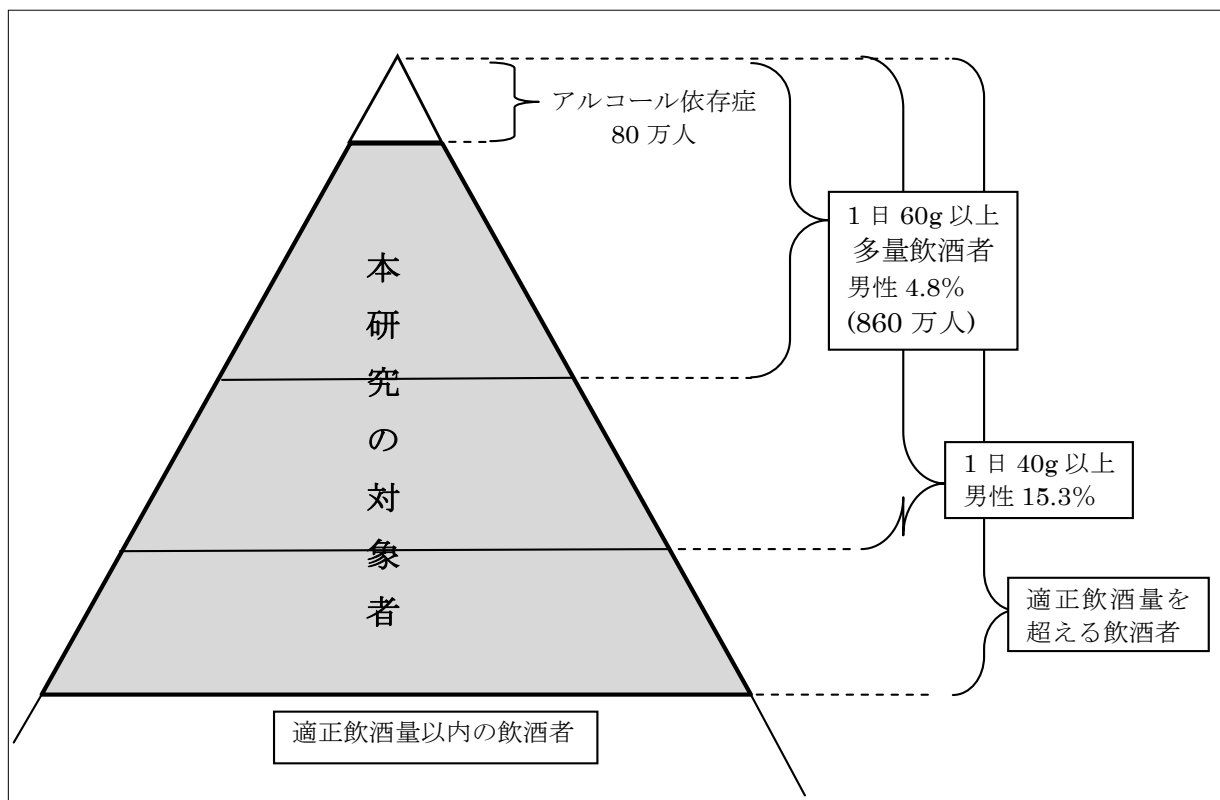


図3 日本の飲酒者の人口割合と本研究の対象者

## 第2節 文献検討

### 1) BIについて

飲酒量を削減する手法としてBIが、1980年代よりWHOの多国間共同事業として開発、研究されてきた。この手法は、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おり、アルコール関連問題の初期予防とアルコール依存症の患者の治療との間のギャップを埋める手法である (Babor and Higgins, 2001) (杠, 2010)。BIは、「生活習慣の行動変容を目指す短時間の行動カウンセリング」と定義され (杠, 2010)、Brief (簡易、短い) の名の通り、1つのセッションが5~30分で、2~3回の複数回のセッションで効果が現れるとしている。WHO (2003) は、BIとはプライマリ・ケアにおいて物質使用の潜在的な問題をスクリーニングで特定し、これらのリスクのある物質使用者の行動変容を起こすことが狙いであり、5分間の短いアドバイスから15~30分のカウンセリングによって行われると説明している。BIの対象者を特定した後に介入を行うため Screening

and Brief Intervention (SBI)と表現される場合もある。

WHO は物質使用の中で最も多いアルコール関連問題の早期対応のためにそのスクリーニング法（アルコール問題簡易検査：the Alcohol Use Disorders Identification Test：以下、AUDIT）と介入手法（BI）を開発した経緯もあり、BI はアルコールの有害な使用をしている飲酒者の飲酒量削減をするための介入手法とみなされることが多い。その後 BI はアルコールに限らず、タバコ、マリファナ、薬物などの介入手法としても用いられ、WHO は 2010 年にアルコール、タバコおよび物質に関与したスクリーニング試験（The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test：ASSIST）、次いで ASSIST と危険な有害な物質使用のための短期介入のマニュアルを作成して、現在は依存性のある物質使用の介入、さらには糖尿病など生活習慣病の行動変容のための介入手法として応用されている。

## 2) 有害な飲酒に対する介入効果について

### (1) イギリス（スコットランドを除く）

イギリス国立医療技術評価機構（National Institute for Health and Clinical Excellence：NICE）の「アルコールの有害な使用の予防」（NICE，2010）によると、アルコール関連問題についてはアルコール依存症かどうかの臨床的判断を強調している。また 16 歳から 17 歳における未成年飲酒については両親を含めたカウンセリングの推奨を、またすでに有害な飲酒をしている場合は BI の導入を推奨している。有害な飲酒をしている成人については、まず簡易なアドバイスを奨励し、このアドバイスに反応しない場合は BI の導入を奨励している。BI 実施は一次医療に必要な訓練や仕事を受けている専門家としている。

### (2) アメリカ

米国 EBM 診療ガイドライン（National Guideline Clearinghouse：NGC）の「飲酒問題」（NGC，2011）によると、飲酒問題のあるものに対して、医師、医師の補助者、高度実践看護師、看護師等が介入を行う。第一ステップとしてスクリーニングとアセスメントを強調し、広範なスクリーニングから段階的に飲酒リ

スクのカテゴリーを評価していく。男性で過去1年にわたり1日5ドリンク以上、女性で4ドリンク以上の飲酒を①問題のある飲酒（At-risk drinking）、精神障害の診断と統計の手引き第4版(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition : DSM-IV)により②乱用（Alcohol abuse）と③依存症（Alcohol dependence）にスクリーニングをしたのち、第二のステップとしてBIの導入を奨励している。BIには「問題のある飲酒」「乱用」「依存症」用がそれぞれあり、当然、依存症については離脱症状に対する薬物治療などが伴う。米国はアルコールを含め物質依存が多く、また国民皆保険制度がないことから、BIの普及が細分化していると考えられる。

### (3) スコットランド

スコットランド大学連合ガイドラインネットワーク（Scottish Intercollegiate Guidelines Network : SIGN）の「プライマリ・ケアにおけるアルコール依存症と有害な飲酒のマネジメント」（SIGN, 2003）によると、アルコール依存症患者についてはGPとの相談を推奨し、治療が必要なより深刻な影響のある患者に対してBIの使用はサポートのエビデンスがないとしている。一方、最近の時点において「有害な飲酒」と同定された飲酒者に対して、BIは効果があるとし、BIの実施を推奨している。BI実施は主にトレーニングを受けた実践看護師である。

なおBIの限界について、①BIを導入しない対照群と比較するとBI群はより長い効果が得られるが、BIそのものが長続きするというエビデンスには限界がある。②5～10分の介入も20～45分の介入も同様であり、長期間において節酒が継続するというエビデンスはない。③BI介入の1年以上を超えたデータには制限があるとし、BIは飲酒量削減の効果があるものの、その効果の持続期間や継続性についてはエビデンスがないとしている。その他、④小冊子およびリーフレットには介入効果を高める。⑤介入期間において時折にアドバイスを与えること、対面式で「動機づけ面接法」を使用することが介入の最適方法として使用されているなどを報告している。

### 3) BIを構成する理論

WHO（2003）の「物質使用のための BI に関するマニュアル」によると BI を構成する理論構成は、以下の通りである。

#### （1）Transtheoretical Model

変化のステージモデル（Prochaska and DiClemente, 1982）を基盤に、依存性、中毒性のある行動を変化させるプロセスをまとめたものが Model of behaviour change（Prochaska and Velicer, 1997）であるが、前熟考期（Pre-contemplation）、熟考期（Contemplation）、準備期（preparation）行動期（Action）、維持期（Maintenance）の 5 段階の変化のステージサイクルに加え、維持期において再発（Relapse）、もしくは長期的成功（Exit）という変化を示したものである。それぞれのステージにおける対象者の行動様式に合わせた対応が必要である。例えば熟考期は行動変化の意思決定バランスであるので、物質を長期・短期に使用し続けた場合の利益とコストを記述させ、物質使用をやめた場合の最小コストと最大利益をイメージさせ、行動変容を促す。

#### （2）FRAMES 法

BI は FRAMES 法と呼ばれる「FRAMES」の頭文字によって構成された 6 つの重要な要素としても定義される（Miller and Sanchez, 1993）。①フィードバック：アルコール問題のための飲酒者のリスクに関するフィードバックを提供する。②責任：変化するための責任は個人にあることを強調する。③アドバイス：節酒の助言し、変化するための明快な方向性を与える。④メニュー：変化するためのさまざまな選択肢を提供する。⑤共感：暖かい、反射的な、理解のあるアプローチを強調する。⑥自己効力感：行動様式の変化についてできるという励ましを与えるという内容である。

#### （3）動機づけ面接（MI：Motivational interviewing）

動機づけ面接とは、Miller and Rollnick（2002）が開発したカウンセリングアプローチで、クライアント中心かつ目的志向的な面接のスタイルによってクライアントのアンビバレンスを探り、それを解消する方向に行動の変化を促していく技術とされ、①共感（Express empathy）、②矛盾を広げる（Develop discrepancy）、③言い争いを避ける（Avoid argument）、④抵抗を手玉にする（Roll with

resistance)、⑤自己効力感 (Support self-efficacy) を支持するという 5つの原則がある。

②の「矛盾を広げる」とは、例えば飲酒をしてストレスを回避したいが、病気になるのは避けたいという 2つの矛盾した目標と葛藤を経験している。その矛盾を対象者自身に気づくように仕向けることを指す。④の「抵抗を手玉に取る」とは、対象者の節酒できないという抵抗にいったん同意して、クライアントは「しかし」「けれども」という否定的な言葉を用いずに、対象者の変化しようと努力していることを承認し、動機づけを失いかけているような場面でさらに継続して努力してみようという方向に仕向けることである。

#### (4) 動機づけ面接における特定の技術 (Specific skills)

①開かれた質問 (Open ended questions)、②肯定する (Affirmation)、③聞き返し (Reflective listening) ④まとめる (Summarise) の技術を用いて介入を行う。

なお、「行動カウンセリング」とは、カウンセリングを一種の行動と考え、この行動を行動理論によって説明し、クライアントの行動変容を目指すもので 1970年代に考案された (Krumboltz et, al. 1970)。この行動カウンセリングには、オペラント条件反応、行動理論の基礎をなす動機づけ、スモール・ステップ法、目標の数量化 (ゴール設定)、強化 (共感、承認、賞賛、フィードバック)、行動契約など、さまざまな行動理論・学習理論・認知行動療法などが含まれており BIにおいてもその理論が取り入れられている。

### 第 3 節 本研究における節酒プログラムの改良

#### 1) 日本で開発された節酒プログラム (HAPPY)

##### (1) 日本における節酒プログラム (HAPPY)

日本において多量飲酒者に対する節酒プログラムは HAPPY が存在する。HAPPY は 2001 年に肥前精神医療センターにおいて BI を基礎に、節酒指導の経験のないコメディカルスタッフ (薬剤師・看護師・臨床心理士・精神保健福祉士・作業療法士・管理栄養士など医師以外の医療職種) にも可能にする目的で開発さ



れた。飲酒に関する健康教育と医学的助言を教材として加え、介入を半構造化したもので、介入時に扱う話題もあらかじめ用意されており、専門的な知識がなくても BI が出来るようになっていく。アルコール依存症はこれまでのどんな価値ある行動より、飲酒がはるかに優先されるようになる一群の生理的、行動的、認知的現象であり、依存症とそれ以外の飲酒者の違いは、飲酒行動をコントロールできるかできないかという点にある。HAPPY による介入は自己コントロールを前提とするので、まだアルコール依存症に至っていない飲酒者が対象者である。

HAPPY は、元福岡市職員の飲酒運転による 3 児死亡事故を契機に福岡市職員に対して実施され、多量飲酒日数の有意な減少、非飲酒日数の有意な増加を認めている（原ら, 2009）。また吉岡（2009）は HAPPY 介入の効果検証として、製造業やマスコミ関連の企業を対象に介入群と対照群に分け、 $\gamma$ -GPT が有意に低下したとの報告がある。

## 2) WHO の BI との HAPPY の違い

### (1) 医学的助言の追加

プログラムは半構造化されており、アルコール分解過程の仕組み、覚醒剤などと同じ依存物質としての特性、飲酒による酩酊などの症状、適正飲酒量を超えた場合の脂肪肝や肝硬変、脳萎縮などの健康被害について医学的な教材が加えられている。1 回のセッションに要する時間は個人介入で 40 分、集団介入では約 1 時間となり、ブリーフと言えなくなっている。BI では、情報提供と教育については自己学習を期待し、パンフレットなどの形で提供しているのに対して HAPPY ではこの情報提供と教育の部分をよりインパクトのある形で、しかもできるだけ介入者が教育的、指示的にならない形で介入の中でプログラム化して提供し、介入者と受講者の関係を「対等で共感する関係」に保つという特徴を有する（杠, 2010）。BI が開発された経緯にはプライマリ・ケア従事者が介入に必要とする「時間不足」と「技術不足」を取り上げ（WHO, 2001）、短時間で介入できる手法が開発された。しかし HAPPY では、「情報提供と教育」と「対等で共感する関係」を強化するため、実際に介入時間が BI より長くなっているが、その「情報提供

と教育」は 20～30 分のビデオ教材で教育されている。

## (2) 展開手順の差異

BI は 4 段階の変化ステージに合わせて行動変容を促す特徴があるが、HAPPY では飲酒量や AUDIT によって査定された潜在的なアルコール問題を特定し、飲酒者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。HAPPY の構成要素は、①Feedback (フィードバック)、②Advice (アドバイス)、③Goal Setting (ゴール・セッティング) である。まず①フィードバックとして対象者の飲酒問題及びその程度を客観的に評価し、このまま飲酒を続けた場合にもたらされる将来の危険や害について情報提供を行う。すなわち「健康信念モデル」の「危機感」や肝機能障害、アルコール依存症などの病気や合併症になった場合の「重大さ」の部分を強調する。次に②アドバイスで、節酒すればどのようなことを回避できるかを伝え、そのために必要な対処法について助言を与えることで、節酒した場合のメリット、デメリットの比較という「健康信念モデル」の活用と、飲酒者のこれまでの「成功体験」の活用や、この方法なら節酒できそうという「モデリング」の活用という「自己効力感」の要素が含まれている。最後に③ゴール・セッティングすなわち行動療法のアクションプランであり、対象者の「変えたい」「改善したい」という前向きな意識に基づいた行動計画を立てることである。具体的には目標設定、活動計画、予想される障害への対応、飲酒記録によるセルフモニタリング、目標達成状況の確認、目標修正等である。

セルフモニタリングは目標に対して、自分自身の変化を記述していくことによって、客観的に良い結果に向かって進んで行っていることを自覚し自己効力感を強めていくものであり、行動変容理論の中の自己効力感の増加につながると考える。BI に関する無作為対象試験において最も初期の段階で研究された Bien ら (1993) の 6000 以上の患者を含む 32 の対象試験を検討した論文においても飲酒記録によるセルフモニタリングは強調されていない。この点において HAPPY では飲酒日記という小冊子を対象者に渡し、飲酒量の記録をつけるようにプログラム化している。

## (3) 展開方法

①AUDITにより自分のこれまでのアルコール消費量について客観視し、適正飲酒量より多いことを自覚（適正飲酒でないことの自覚）。

②アルコール依存症など精神疾患を含め、飲酒による健康被害を伝え、このままではいけないという「危機感」の認識（健康被害の危機感の認識）。

③飲酒と節酒のそれぞれのメリット・デメリットのバランスを取りあげ、健康行動について自分が感じるメリットを認識する（健康行動への可能性）。

④休肝日、飲酒量、飲酒時間など節酒行動目標の設定

⑤節酒行動目標の宣言

⑥飲酒記録によるセルフモニタリング

表 2 HAPPY で用いられている理論

	タイトル	理論・モデル (FRAMES)	介入内容
1回目 STEP 1	自分の飲酒量の客観的な把握	健康信念モデル (Feedback)	1日当たりの飲酒量の客観的把握と飲酒している酒類からアルコール消費量への換算
STEP 2	飲酒に関する健康被害のスクリーニング	健康信念モデル (Feedback) (Advice)	AUDITの実施結果から「危険の少ない飲酒群」、「生活習慣病を有していないが健康被害の恐れがある飲酒群」、「生活習慣病を有し、健康被害の悪化が高い飲酒群」、「アルコール依存症の疑い群」の4群分けをし、自分の健康被害の程度、アルコール関連問題の程度を把握
STEP 3	飲酒と関係のある疾患の認識	健康信念モデル (Advice)	飲酒によって引き起こされる疾患を伝え、すでに治療中やこれから引き起こされると思う疾患を現実のものとして認識
STEP 4	飲酒の効用と害	オペラント条件づけ 変化ステージ進展の 利点・欠点原理 (Responsibility) (Advice)	飲酒による効用と害、節酒による効用と害のバランスシートを記述。正の強化子のバリエーションを増やす。負の強化子への対策を対象者と考える。
STEP 5	節酒の目標設定	step-by-step法 認知行動療法 (Responsibility) (Goal Setting)	4週間後の節酒の具体的目標を設定。高い目標を立てず、目標ステップを細かくし、失敗しないようにする。どうせ節酒できないという認知の歪みを見つけ、少しでもできることを強調。
STEP 6	生活習慣を変える宣言	オペラント条件づけ (Responsibility) (Empathy) (Self-efficacy)	目標宣言する相手を決める。禁煙など生活習慣で成功体験を記述。節酒の結果を期待することを伝え、参加者の自己効力感を上げる
STEP 7	節酒のための対処法	健康信念モデル (Menu)	節酒の具体的対処法を伝え、自分でできそうな対処法を選択し、主

		(Responsibility)	観的負担 (cost) を軽減。
2回目 STEP 1	1 回目の介入の振り返り	オペラント条件づけ step-by-step 法 (Feedback) (Empathy) (Self-efficacy) (Goal Setting)	自分の飲酒量、AUDIT 得点、節酒目標と到達度を 3 段階で自己評価。目標再設定を行う。介入者は目標到達を褒めて自己効力感を高める。目標が高かった場合は、到達できそうな目標にする。
STEP 2	飲酒に至る危険な状況のリストアップ	認知行動療法 (Responsibility) (Empathy)	危険な飲酒に至ってしまう状況を 4 つ考えて記述。
STEP 3	飲酒に至る状況を回避する対処法	認知行動療法 (Menu) (Advice) (Responsibility)	危険な飲酒に至る 4 つの状況に対して対処法を記述。「どうしようもない」、「無理」という認知に至らないように少しでもできる方法を選択。
STEP 4	節酒によって期待できる効果	健康信念モデル 変化ステージ進展の 利点・欠点原理 (Self-efficacy)	節酒によって期待できる効果を提示し、自分にふさわしい効果を選択。主観的有用性を強調。
STEP 5	節酒意思の再確認	step-by-step 法 (Empathy) (Self-efficacy)	節酒目標、節酒理由、節酒による効果を記述。節酒の重要度と節酒目標到達への自信を 10 段階で自己評価
3回目	2 回目の介入の振り返り	オペラント条件づけ step-by-step 法 (Feedback) (Empathy) (Self-efficacy) (Goal Setting)	自分の飲酒量、AUDIT 得点、節酒目標と到達度を 3 段階で自己評価。目標再設定を行う。介入者は目標到達を褒めて自己効力感を高める。目標が高かった場合は、到達できそうな目標にする。

### 3) 本研究における節酒プログラム (HAPPY Plus) の構築と改良

#### 1) BI との相違点

(1) 欧米において BI はプライマリ・ケア領域が実践の場であるが、日本はプライマリ・ケアの導入が遅れているのが実態で、地域で BI を導入する仕組みがないこと、日本は欧米とは異なり GP 制度がないことから、職域での介入を実施することにした。

(2) BI は個人を対象としているのに対して、職域でのグループダイナミクスを活用したグループ介入とした。理由は、研究 1 の結果、飲酒仲間の中で自己存在を示すことが重要であることが示されたこと、職場の付き合いとしての飲酒活動が多いことから共に飲酒行動をとる集団全体に働きかけるのが有効であること、また自己効力感を上げるための構成要素としてモデリングや代理体験を活用するためである。

(3) BI は短時間で実施することから、飲酒による健康被害についての教育が十分に行われぬ。また、医療現場では時間が不足することから医療者からの健康被害についての患者教育は十分とは言えない。そのため、改良プログラムでは健康被害のメカニズムについて対象者に分かりやすいように教育することとした。

#### 4) HAPPY から本研究の節酒プログラム (HAPPY Plus) の改良点

先行研究 (原田 and 森山, 2013) における飲酒者に対するグループインタビューからは節酒に対する強い抵抗感があった。飲酒は社会的交流の場でもあり、飲酒者がグループ化するほど仲間との連帯感が増強し、「酒に強い」、「仲間と一緒に飲める」ことが自己の存在感につながっていた。これに反して「節酒」は飲酒者の存在感を否定されることにつながり、たとえ健康被害をきたしていても節酒に対する抵抗感が見られた。しかしインタビューの後半は健康被害によって飲酒ができない身体になれば、飲酒による利益ばかりか、自分の生命まで危ぶまれることになる。飲酒者は健康被害等によって「酒が飲めなくなるのが一番怖い」のであり、「仮に酒が飲めなくなるのであれば、その手前でセーブするための努力はする」という発言が見られた。「酒を飲むための努力なら惜しまない」という発言は、「飲酒できなくなるという条件」なら節酒を試みると解釈でき、「減らす」では反感するが、長く酒と付き合うなら参加を考えてよいという発言が見られた。そこで BI 参加者が少ないのが日本の実態であるが、節酒プログラムのリクルート方法を「未永く飲酒するプログラム」とし、飲酒による健康被害を防ぎ、健康を維持して一生お酒を飲み続けることを前面に押し出すことをリクルート方法とした。

さらに飲酒者の節酒に対する強い抵抗理由は、飲酒による健康被害に関する情報と知識が少なく、健康被害の恐怖を認識することができず、飲酒の利点が強く自覚され、今までと同じように飲酒をして生活習慣を改善したくないという表れになっていたと考えられた。健康信念モデルによれば、飲酒による健康被害の「可能性」と「危機感」、健康被害を来した場合の「重大性」の認識が不足している。この点において HAPPY のビデオ教材による飲酒による健康被害の教育手法では

十分な危機感を認識するには至らないと考え、ビデオ教材から看護師による健康教育とした。

さらに従来の BI と HAPPY の違いであるセルフモニタリングの強化として飲酒量の記録形式をさらにモニタリングしやすいようにカレンダー記入方式とし、記録の継続を徹底させるために、介入期間中はメールと電話での支援をおこなった。

上記より、具体的に以下のような改善点を加えた。

- ① HAPPY のビデオ教材内容の「飲酒による健康被害」について、HAPPY Plus ではより詳しく、健康被害の項目を増やし、飲酒によるデメリットの認識を強化する。(HAPPY Plus の飲酒による健康被害の項目内容：脂肪肝、肥満、肝機能障害、アルコール性肝硬変、肝癌、食道静脈瘤、アルコール性膵炎、糖尿病、痛風、高血圧、心筋梗塞、脳梗塞、脳萎縮、うつ病、自殺、アルコール依存症)
- ② HAPPY は医師以外のコメディカルスタッフによる介入が可能であるのに対し、HAPPY Plus では飲酒が引き起こす疾患とその症状や治療について説明するため健康被害について専門性のある看護師による介入とする。さらに HAPPY のビデオ教材は単調な一方通行の説明に対し、HAPPY Plus では参加者の反応や質問を受けながらの静止スライドによる健康被害の解説を健康信念モデル(Rosenstock, 1974 ; Becker, 1974) に沿って行う。
- ③ HAPPY Plus では参加者の反応に応じた効果的な双方向のコミュニケーション技法、参加者と介入者のインターアクション(内的相互作用)の取り入れなど一定のカウンセリング技法を習得している看護師による介入とする。
- ④ 参加者の利益を「いつまでも飲み続けられる」ためのプログラムであることを強調する。また「酒を減らす」とは言わず「飲み方を一緒に考える」、「節酒」ではなく「飲酒量をコントロールする」など言葉の表現を徹底し、「安心してこれからも飲み続ける」ことを強調する。
- ⑤ 飲酒者の飲酒理由としてストレス対処があげられた。そこで HAPPY Plus では、ストレスマネジメントの教材を取り入れ、飲酒以外のストレス対処法を習得する。

⑥飲酒者がグループ化するほど仲間との連帯感が増強する。そこで **HAPPY Plus** ではグループ討議を設け、参加者同士の対話を促進し、対話をとおして学習者（飲酒者）同士が互いの力を発揮し協力して学ぶピア・ラーニング学習方法を取り入れる。

⑦セルフモニタリングの強化としてカレンダー形式での飲酒量記録方法を導入し、記録の徹底をはかり、飲酒量を自己フィードバックすることで自己効力感を強化する。

⑧ **HAPPY Plus** ではセッションの間に電話又は電子メールで飲酒記録の継続を徹底させ、さらに、承認、励まし、動機づけ、共感を強化し、節酒への意欲を高める。

#### 第 4 節 研究目的と意義

**HAPPY** を改良した **HAPPY Plus** を構築し、**HAPPY** との比較において、「アルコールの有害な使用」の該当者への効果を測定する。

健康経営を目指す企業にとって、多量飲酒問題を解決していくことは、飲酒による生活習慣病の一次予防の観点に加え、結果的に慢性疾患の医療費の抑制 (McPherson et al., 2009)、うつ病や不眠など精神的問題、アブセンティーズム、プレゼンティーズムや飲酒運転など社会的問題の予防対策、そしてアルコール依存症への移行の抑制につながり、健康経営に寄与する。

#### 第 5 節 研究方法

##### 1) 研究デザイン

**HAPPY** を対照群、**HAPPY Plus** を介入群とした無作為化比較対照試験。

研究協力の同意を得た 10 か所の事業所で、次の基準を満たす参加同意を得た者を対象とした。適格基準

(1) 20 歳以上

(2) 1 日当たりの平均アルコール摂取が男性で 2 ドリンク (20g) 以上、女性で 1 ドリンク (10g) 以上

(3)アルコール依存症の診断のない者。

サンプル数は、BIの効果測定の効果量は0.33であり（Fleming et al., 1997）、有意水準5%、検出力80%で有意差を検出するために必要な参加者は、two-way repeated measures ANOVAの群内測定と交互作用では両群で58人であった。同様の方法で、この効果量で、群間測定に必要な両群の参加者数は28人であった。介入群と対照群を合わせた必要サンプル数58人に対し、介入開始から3か月後まで90%がフォローアップされると仮定し、目標サンプル数を64人と設定した。

## 2) サンプリングと無作為化

事業所の健康保険担当者の協力を得て、労働安全衛生法で義務付けられている健康診断の結果から適正飲酒量を超え、多量飲酒傾向のある従業員に参加募集のチラシを個別に配布し、参加を呼びかけた。参加同意を得た後に事業所ごとに2群に無作為化し、1つのグループは約6名から構成した。

## 3) HAPPY Plus の開発

「第3節 本研究における節酒プログラムの改良」をもとにHAPPY Plusの開発を行った。

## 4) 実施手順

図4に沿って、対照群にはHAPPYを、介入群にはHAPPY Plusを実施した。両群ともに、1～3回目のセッションのファシリテーターは訓練を受けた看護師で実施した。HAPPYは肥前精神医療センターが実施している「HAPPYプログラム研修(1日)」を受講した者によって行った。なお介入群のHAPPY Plusは、HAPPYプログラム研修を受講した看護師によって次の説明を受けた者が実施した。

・飲酒による健康被害として脂肪肝、肥満、肝機能障害、アルコール性肝硬変、肝癌、食道静脈瘤、アルコール性膵炎、糖尿病、痛風、高血圧、心筋梗塞、脳梗塞、脳萎縮、うつ病、自殺、アルコール依存症のスライド資料



- ・カレンダー形式の飲酒記録方法
- ・セッション間の電話・メールでの支援方法
- ・ストレスマネジメントの資料
- ・グループ討議の方法

なお、レベルの均一化を図るため、各セッションの運営マニュアルを作成し、それに準じて HAPPY Plus を実施した。

1つのグループは約6名の参加者から構成した。セッションの実施期間と間隔は両群とも同じで、1回目と2回目は約1か月の、2回目と3回目は約2か月の期間を置いた（図4）。

1回目のセッションは、①ワークブック基礎編の説明としてこれまでの飲酒量の把握、節酒目標の設定等、②飲酒による健康被害の脅威認知強化、③飲酒量の記録の方法について実施した。介入群は②について情報提供方法を対話形式とし、グループ討議を加えた。

2回目のセッションは、①ワークブック応用編の説明として飲酒量の評価、目標再設定等、②飲酒による健康被害の脅威認知強化について実施した。1回目と同様に介入群は②について情報提供方法を対話形式とし、グループ討議を加え、さらにストレスマネジメント教育を実施した。

3回目のセッションは、飲酒量の評価、目標再設定し、採血を実施した。

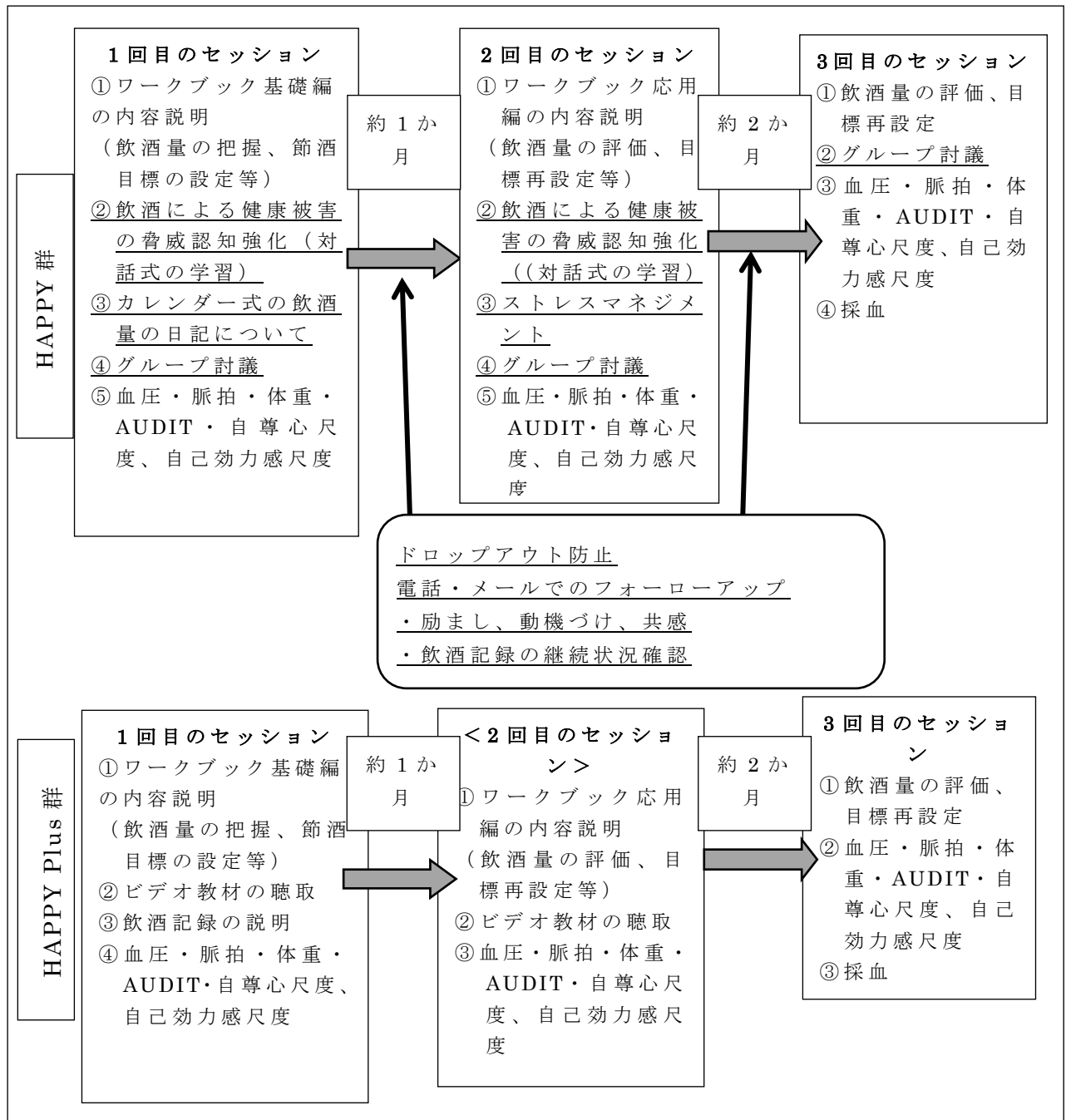


図4 実施手順（アンダーラインの部分が HAPPY Plus の改良点）

## 5) 評価指標

### 主要評価項目

1日当たりの平均飲酒量（ドリンク数）とし、介入前、介入中（開始1か月後）、終了直後（開始3か月後）、終了3か月後（開始6か月後）に測定した。適正飲酒の評価には、週2日の休肝日の設定（アルコール健康医学協会，2008）を加え

た。適正飲酒量は、厚生労働省が推奨している男性 1 日当たり 2 ドリンクまで、女性 1 ドリンクまでとした（健康日本 21, 2012）。

#### 副次評価項目

(1)AUDIT アルコール問題簡易検査得点（廣 and 島, 1996）（資料 1）

(2)生理学的指標：体重、Body Mass Index（以後、BMI）、収縮期血圧、拡張期血圧、AST、ALT、 $\gamma$ -GTP、Non-HDL コレステロール、空腹時血糖

(3)心理学的指標：一般性自己効力感尺度（Bandura, 1977）（資料 2）、自尊心尺度（Rosenberg, 1965；Mimura and Griffiths, 2007）（資料 3）。

(4)プロセス指標：節酒目標の達成度、重要度、自信度（資料 4）

(5)プログラム評価：飲酒による健康被害のスライド内容、飲酒による健康被害の説明内容、電話またはメールでの支援、参加者同士での話し合い、ストレス対処法、飲酒記録の使用頻度、飲酒記録の使い勝手、飲酒記録に含まれている情報（資料 6）

体重・BMI、血圧については介入前、介入中（開始 1 か月後）、終了直後（開始 3 か月後）にセッションを実施した看護師がセッションの場で測定した。それ以外の生理学的指標である血液検査については、介入前は直近の健康診断のデータを用い、終了直後（開始 3 か月後）は 3 回目のセッション時にセッションの場で採血を行い検査機関に提出した。

AUDIT、一般性自己効力感尺度、自尊心尺度については、介入前、介入中（開始 1 か月後）、終了直後（開始 3 か月後）、終了 3 か月後（開始 6 か月後）に参加者が自己記入して回収した。なお、終了 3 か月後（開始 6 か月後）は郵送で回収した。

プロセス指標は、参加者の節酒目標の達成度について「目標をほぼ達成」「目標に向けて一部達成」「目標に達成できなかった」の自己選択式で介入中（開始 1 か月後）、終了直後（開始 3 か月後）、終了 3 か月後（開始 6 か月後）に参加者による自己評価を行った。加えてまた飲酒による健康被害を防止する「重要度」と

飲酒量をコントロールする「自信度」については介入前、介入中（開始 1 か月後）、終了直後（開始 3 か月後）、終了 3 か月後（開始 6 か月後）に参加者による自己評価を行った。なお、終了 3 か月後（開始 6 か月後）は郵送で回収した。（表 3 参照）

本研究の観察期間を 3 ヶ月に設定した理由は、目標達成度や自己効力感が向上すると行動の継続が観察されることから(Kazawa and Moriyama, 2013)、これらを測定することで行動の継続の代理指標としたからである。

表 3 測定項目一覧

	介入前 (開始時)	介入中 (開始 1 月後)	終了直後 (開始 3 ヶ月後)	終了 3 ヶ月後 (開始 6 ヶ月後)
セッション	1 回目	2 回目	3 回目	
1 日あたりの平均飲酒量	○	○	○	○
AUDIT	○	○	○	○
体重・BMI・血圧	○	○	○	
血液検査 (AST、ALT、 $\gamma$ -GTP、Non-HDL コレステロール、空腹時血糖)	○ (直近の健康診断の検査データ)		○	
心理学的指標 (自己効力感・自尊心尺度)	○	○	○	○
目標達成度		○	○	○
節酒に対する重要度	○	○	○	○
節酒に対する自信度	○	○	○	○
プログラム評価			○	

終了 3 か月後（開始 6 か月後）は、調査用紙を郵送で配布・回収した

## 6) 分析方法

最初に各群のベースライン比較を行った後に、HAPPY の効果を確認するために、両群合わせた全体及び各群の継時的変化を 3 時点および 4 時点の項目は Freidman 検定で、介入前後 2 時点の比較は paired T test で評価し、その後、

HAPPY Plus の優位性を確認するために、正規性を確認した後、two-way repeated measures ANOVA 又は non-paired T test を行った。対象者の節酒目標の達成度は人数と百分率で示した。重要度と自信度は各群の継時的変化について Freidman 検定を行った。

#### 7) 研究期間

事業所ごとに順次行ったことから、リクルート及び実施期間は 2012 年 9 月～2015 年 3 月となった。

#### 8) 倫理的配慮

本研究は、研究者の所属する疫学研究倫理審査委員会及び事業所ごとの承認を得た。参加者は研究参加についてインフォームドコンセントを十分に行い、文書で研究参加の同意を得た。そして研究はヘルシンキ宣言に従って実施された。

### 第 6 節 結果

参加同意を得たのは 88 人で、無作為化の前に 2 人が「多忙」を理由に辞退した。対照群の 3 人がセッション開始前に多忙を理由に辞退した。プログラムをすべて終了した介入群 40 人、対照群 43 人で、プログラム完了率は、介入群 100%、対照群 93.4%であった（図 5 参照）。介入終了 3 か月後にデータを回収できたのは介入群 35 人（介入群データ回収率 87.5%）、対照群 34 人（対照群データ回収率 79.1%）となった。

参加者の職種は、企業システムエンジニア 43 人（51.8%）、事務職・公務員 32 人（38.6%）、その他 8 人（9.6%）であった。

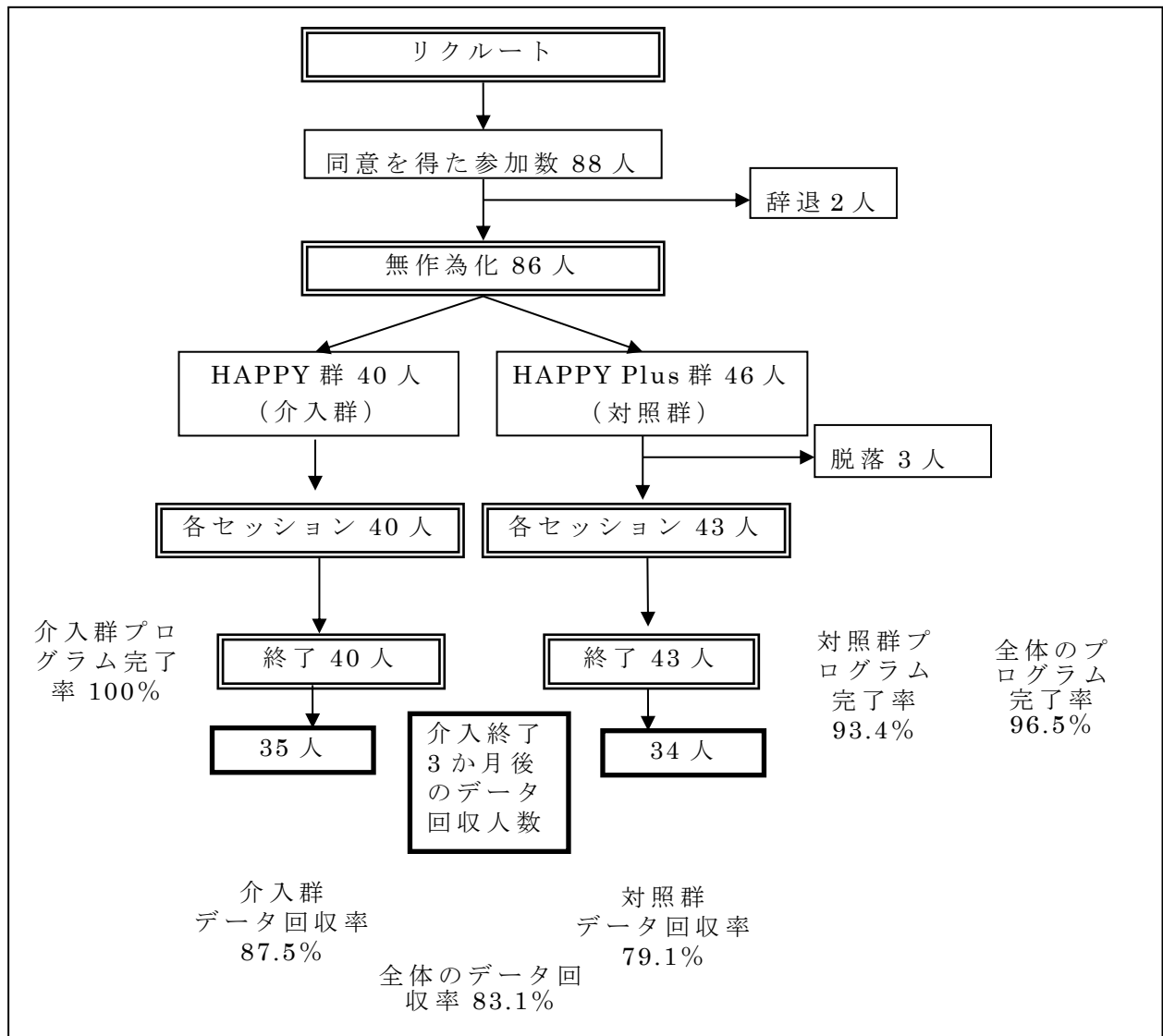


図5 リクルート状況、プログラム完了率、データ回収率

1) 属性とベースラインの比較

両群全体の平均年齢は  $46.1 \pm 8.6$  歳で 25~60 歳の範囲であった。飲酒量の平均は  $5.25 \pm 3.23$  ドリンク、AUDIT の平均得点は  $14.0 \pm 5.53$  点であった(表4参照)。すべての項目について介入群と対照群に有意差は示さなかった。

表 4 ベースラインの比較

項目	介入群(n=40)		対照群(n=43)		P-value
基本属性					
性別(男性/女性)	30 /	10	34 /	9	0.795 n.s.
年齢(歳)(mean±SD)	46.4 ±	9.3	45.7 ±	8.0	0.722 n.s.
1日当たりの飲酒量(ドリンク数)	5.27 ±	3.8	5.22 ±	2.7	0.951 n.s.
AUDIT(点)	13.3 ±	5.9	14.7 ±	5.1	0.244 n.s.
生理学的指標(mean±SD)					
体重(kg)	68.9 ±	13.1	68.7 ±	13.3	0.959 n.s.
Body Mass Index	23.9 ±	3.5	24.2 ±	3.5	0.697 n.s.
収縮期血圧(mmHg)	132.1 ±	19.6	130.5 ±	18.8	0.707 n.s.
拡張期血圧(mmHg)	85.4 ±	15.3	82.9 ±	13.6	0.423 n.s.
AST(U/l)	25.6 ±	9.8	27.4 ±	14.7	0.512 n.s.
ALT(U/l)	28.4 ±	19.0	28.4 ±	21.7	0.997 n.s.
γ-GTP(U/l)	68.5 ±	75.4	90.1 ±	109.7	0.304 n.s.
Non HDL(mg/dl)	135.4 ±	41.1	141.7 ±	41.6	0.626 n.s.
空腹時血糖(mg/dl)	99.8 ±	13.2	96.1 ±	16.5	0.266 n.s.
心理学的指標					
自己効力感(点)	9.9 ±	4.1	9.1 ±	4.3	0.450 n.s.
自尊心尺度(点)	22.7 ±	3.7	22.3 ±	3.3	0.583 n.s.

性別:χ<sup>2</sup>-test, 心理学的指標:Mann-Whitney's U-test, その他:non-paired T-test

## 2) プログラムの有効性

表 5 は、両群および各群の飲酒量と生理学的および心理学的指標の経時的変化を示す。

### (1) 主要評価項目

1日当たりの平均飲酒量（ドリンク数）については、両群(p<0.001)、介入群(p<0.001)、対照群(p<0.001)の全てに有意な経時的な減少を認めた。介入終了3か月後も継続して低下した。しかし、two-way repeated measures ANOVAの結果、群間の有意差はなく、したがって主要評価項目において HAPPY Plus の優位性は認められなかった。

### (2) 副次評価項目

AUDIT は、両群(p<0.001)、介入群(p<0.05)、対照群(p<0.001)の全てに有意な経時的な減少を認めた。介入終了3か月後も継続して低下した。しかし群間の有

意差はなかった。

生理学的指標では、BMIにおいて、両群( $p<0.05$ )と介入群( $p<0.01$ )に有意な減少を認めた。また収縮期血圧において、両群( $p<0.05$ )と介入群( $p<0.05$ )に有意な減少を認めた。しかしながら、群間比較においては BMI と収縮期血圧ともに有意差はなかった。

肝機能(AST と ALT)については、両群及び各群とも数値の低下がみられたが、有意差はなかった(表 6 参照)。そして介入後における 2 群間の有意差もなかった。しかしながら  $\gamma$  GPT は、両群( $p<0.01$ )と対照群( $p<0.05$ )で有意な低下を認めた。介入群も低下しているもの、標準偏差値(SD)の幅が大きく、統計的に有意ではなかった。加えて  $\gamma$  GPT は 2 群間の有意差はなかった。Non-HDL コレステロール及び空腹時血糖ともに、データは横ばいで変化はなく、両群、各群においても有意な差は観察されなかった。

$\gamma$ -GTP については、ベースラインで基準値 ( $>50$  U/l) を超えた対象者について前後比較をウィルコクソンの順位和検定で行った(表 7 参照)。両群( $p<0.01$ )、介入群( $p<0.05$ )、対照群( $p<0.05$ )の全てにおいて大幅な低下が観察され、有意差を認めた。しかしながら、群間比較(マン・ホイットニーの U 検定)において有意差はなかった。

自己効力感については、セッション期間中は両群( $p<0.001$ )及び対照群( $p<0.05$ )で有意な向上を見せた。介入群も向上したが、統計的には有意ではなく、群間の有意差はなかった。介入終了後 3 か月後は、介入群、対照群ともに若干の得点低下が見られた(表 5 参照)。

自尊心尺度については、セッション期間中は両群、介入群、対照群ともに上昇傾向を見せた。しかしながら、統計学的な有意差はなかった。介入終了後 3 か月後は、介入群、対照群ともに若干の得点低下が見られた(表 5 参照)。

参加者の目標達成度を表 8、飲酒に関連した健康被害の予防に対する重要度の認識と節酒への自信度の経時的変化を表 9 に示す。参加者の目標達成度については、「目標をほぼ達成」と評価した者は、介入中(開始 1 か月後)、終了直後(開始 3 か月後)、終了 3 か月後(開始 6 か月後)の全ての時点において、対照群で



は約 40%であるのに対し、介入群では 50~60%と高い割合を維持した。

飲酒に関連した健康被害の予防に対する重要度の認識は各群ともに介入前から高く、それ以後の経時的な上昇は観察されなかった。対照群は、介入終了 3 か月後に低下傾向を示した。

節酒への自信度については、対照群において有意な経時的な上昇が観察された ( $p<0.05$ )。介入群も自信度の上昇はみられたが、有意差はなかった。対照群は介入終了 3 か月後も上昇した。介入群は介入終了 3 か月後に若干の低下を示した。

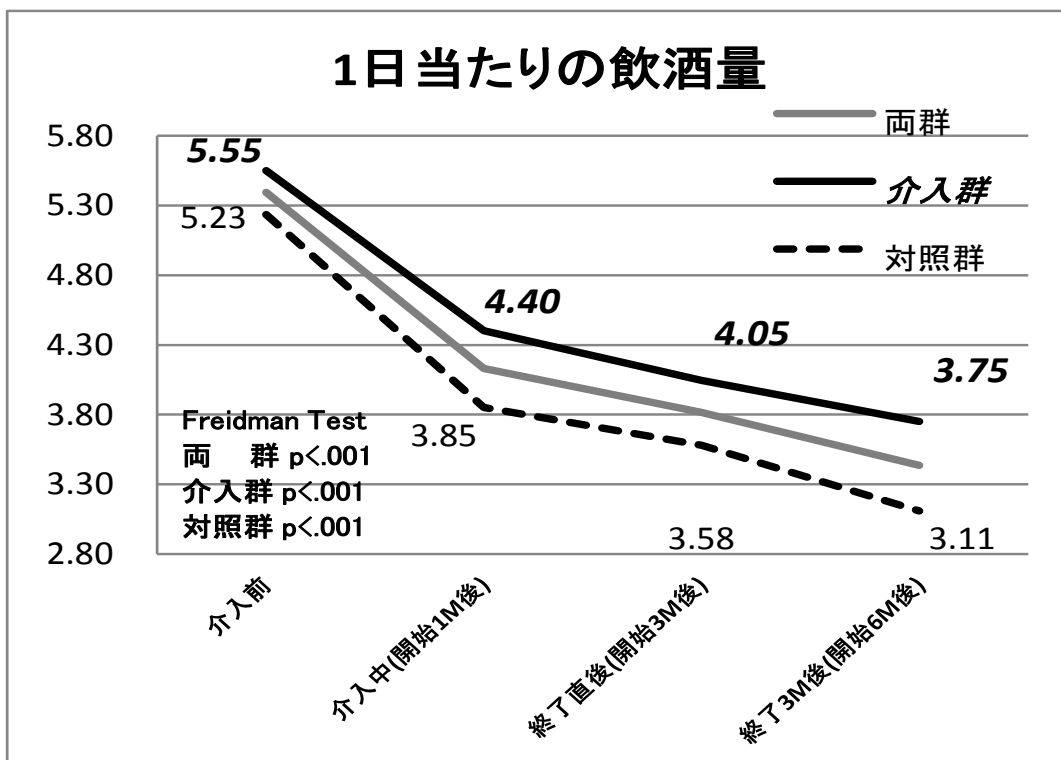


図 6 飲酒量の経時的変化

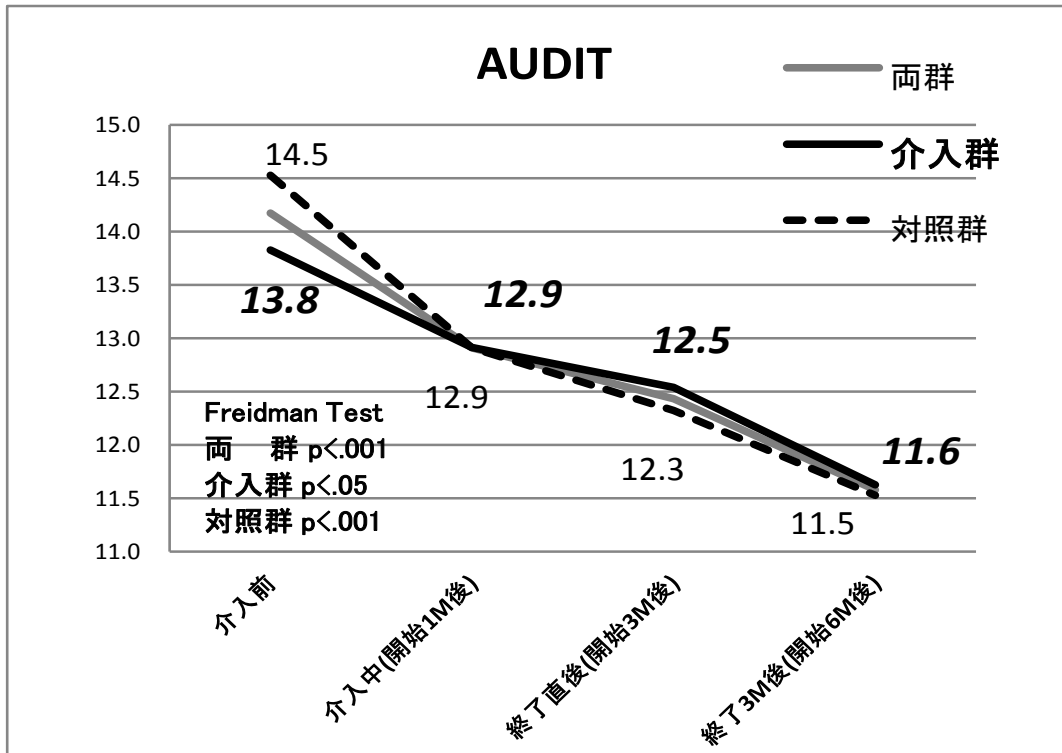


図7 AUDITの経時的変化

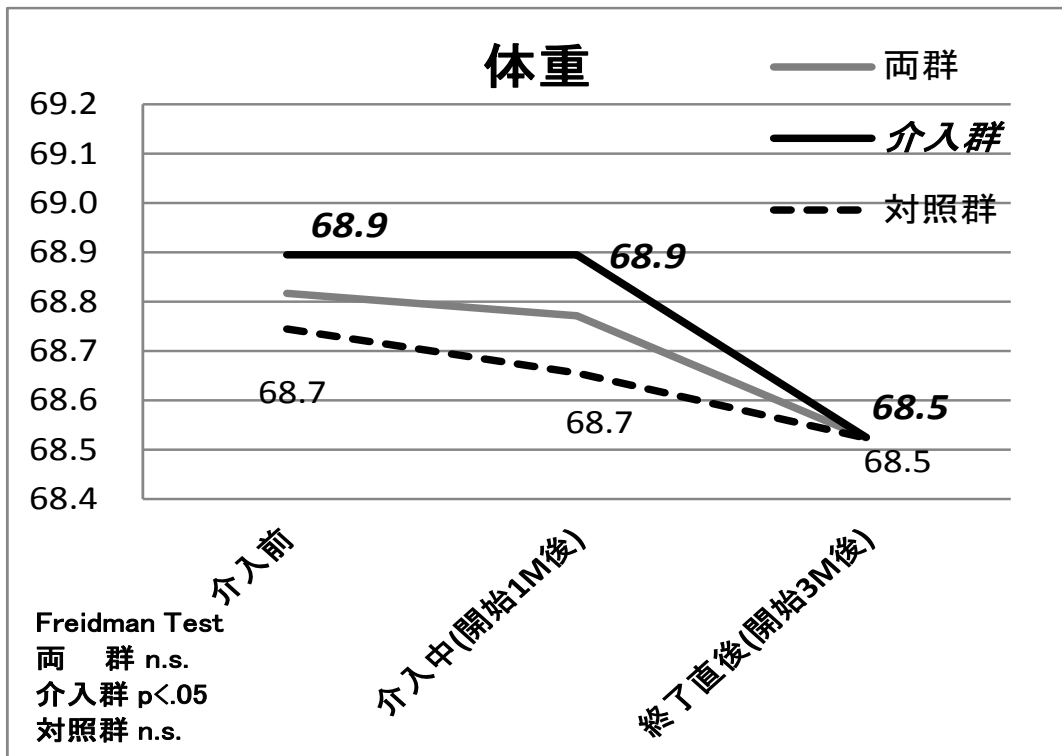


図8 体重の経時的変化

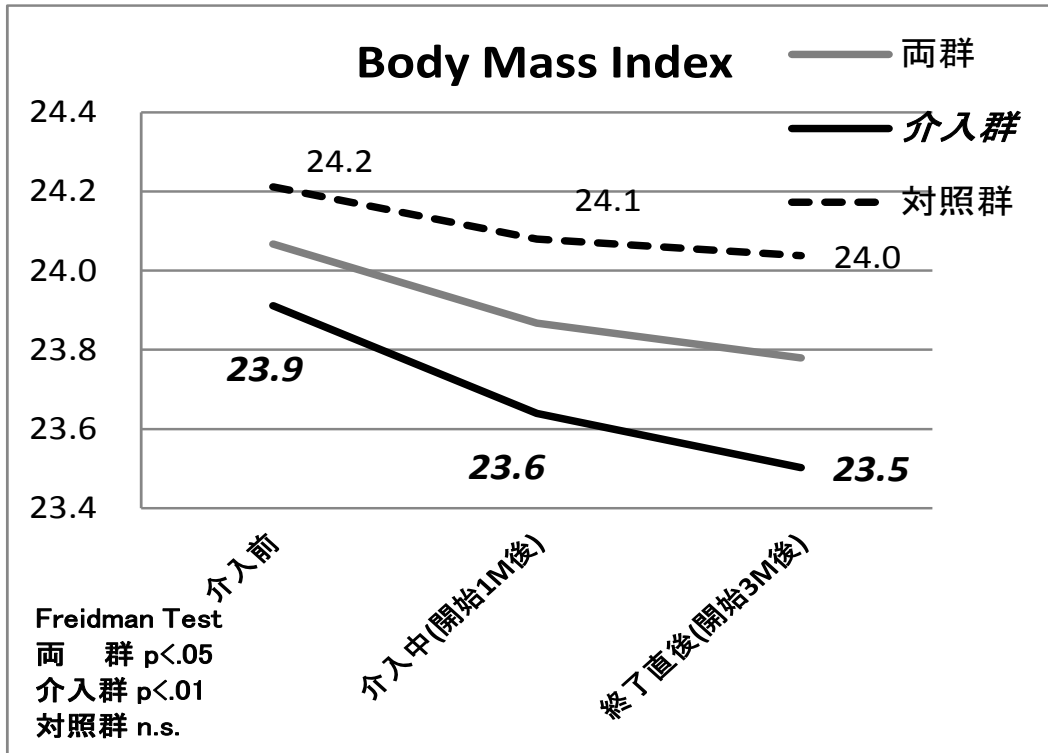


図9 BMIの経時的変化

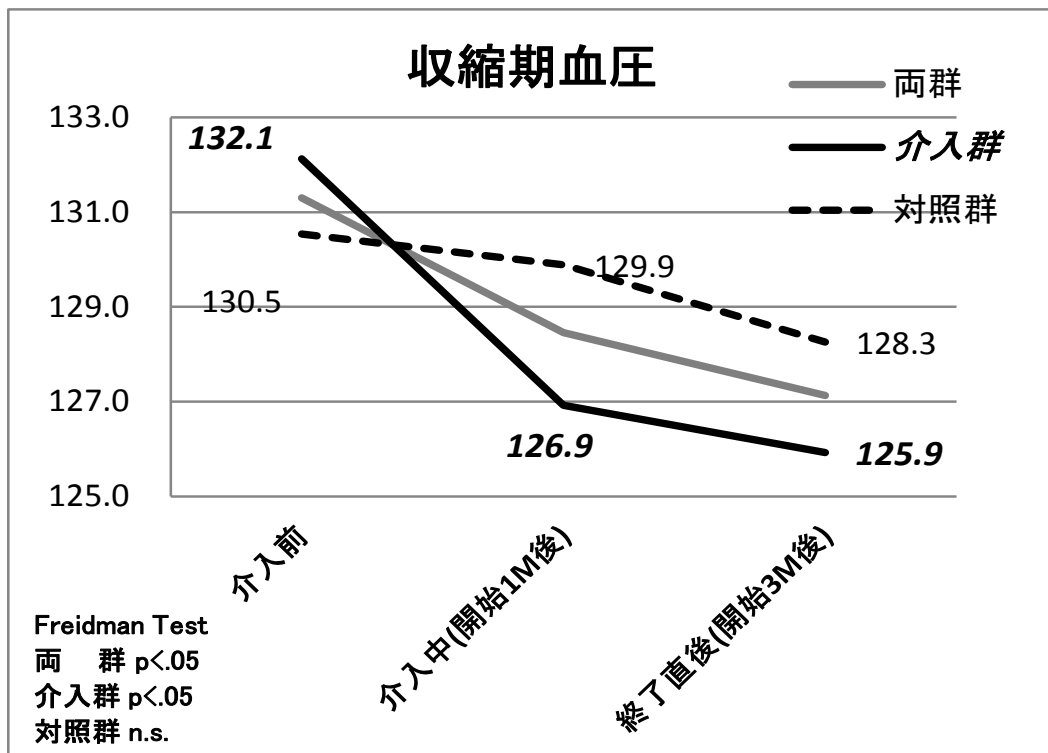


図10 収縮期血圧の経時的変化

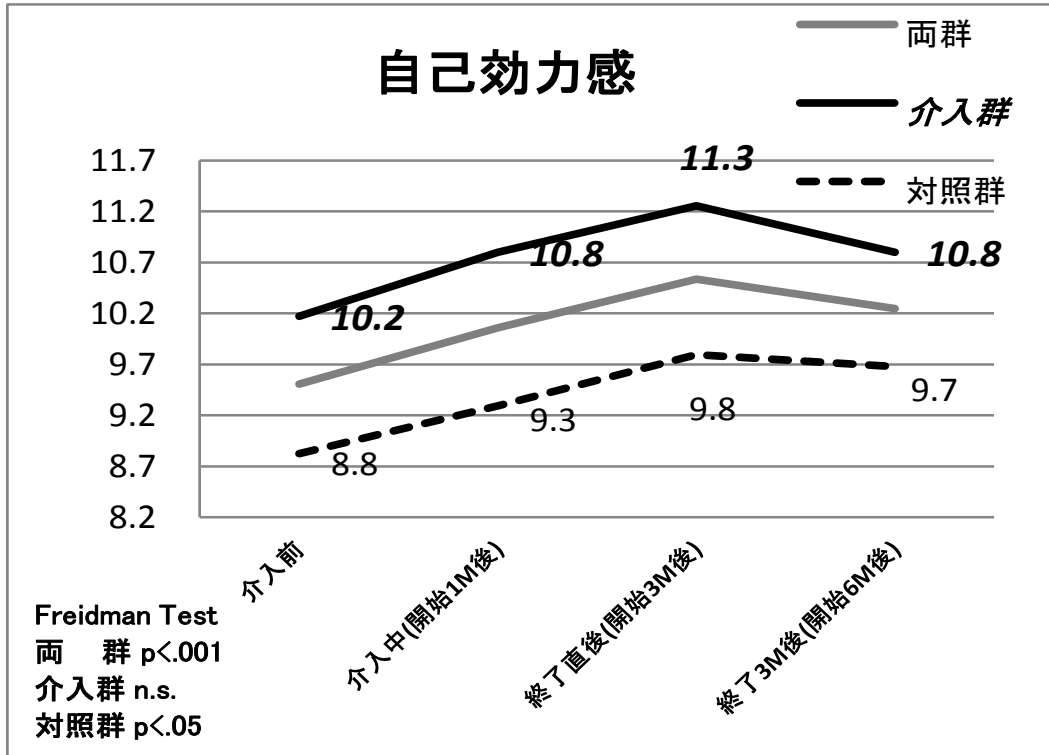


図 11 自己効力感の経時的変化

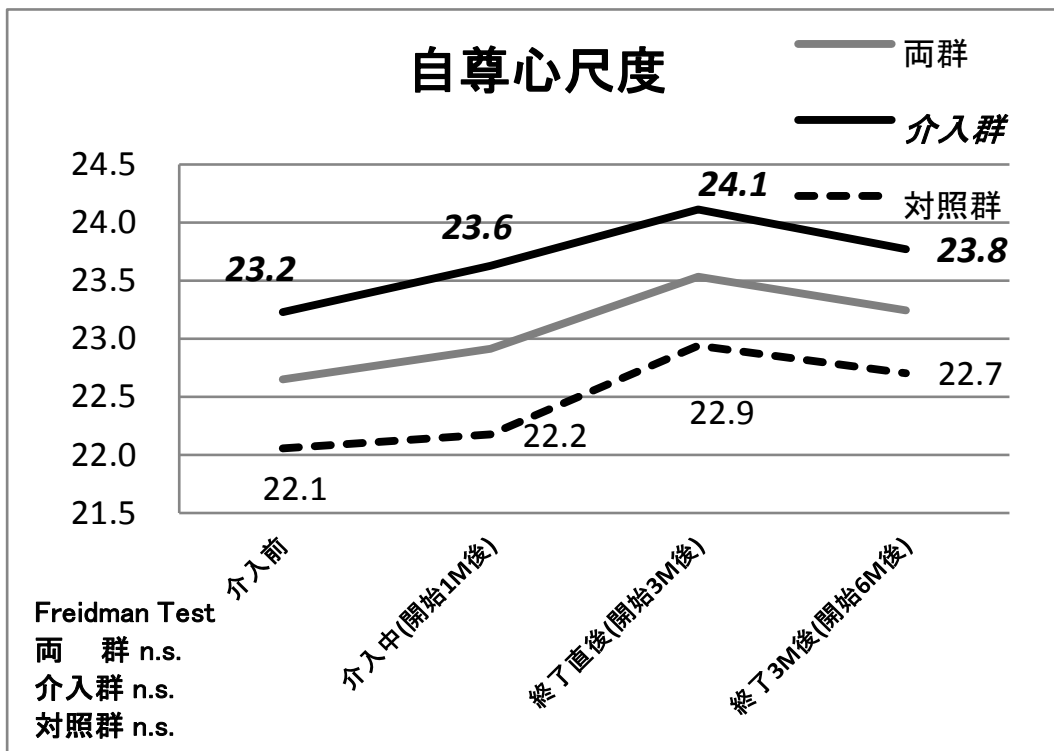


図 12 自尊心尺度の経時的変化

表 5 飲酒量と生理学および心理学的指標の経時的变化

飲酒量と生理学および心理学的指標の経時的变化

	両群 (n=83)(4時点n=69)					介入群 (n=40)(4時点n=35)					対照群 (n=43)(4時点n=34)					Two-way repeated-measures ANOVA (upper: <i>F</i> -value; lower: <i>P</i> -value)		
	介入前	介入中(開始1か月後)	終了直後(開始3か月後)	終了3か月後(開始6か月後)	<i>P</i> -value	介入前	介入中(開始1か月後)	終了直後(開始3か月後)	終了3か月後(開始6か月後)	<i>P</i> -value	介入前	介入中(開始1か月後)	終了直後(開始3か月後)	終了3か月後(開始6か月後)	<i>P</i> -value	Interaction	Between groups	Within groups
飲酒量(ドリンク数)	5.39 ± 3.5	4.13 ± 3.0	3.82 ± 2.9	3.44 ± 2.7	0.000 ***	5.55 ± 4.2	4.40 ± 3.5	4.05 ± 3.1	3.75 ± 3.1	0.000 ***	5.23 ± 4.2	3.85 ± 2.5	3.58 ± 2.6	3.11 ± 2.3	0.000 ***	0.248	0.136	36.770
AUDIT(点)	14.2 ± 5.7	12.9 ± 5.4	12.4 ± 5.6	11.6 ± 5.3	0.000 ***	13.8 ± 5.9	12.9 ± 5.6	12.5 ± 5.5	11.6 ± 5.0	0.031 *	14.5 ± 5.4	12.9 ± 5.2	12.3 ± 5.8	11.5 ± 5.7	0.001 ***	0.796	0.714	0.000 ***
体重	68.8 ± 13.1	68.8 ± 13.0	68.5 ± 12.9	—	0.151	68.9 ± 13.1	68.9 ± 13.1	68.5 ± 13.1	—	0.015 *	68.7 ± 13.3	68.7 ± 13.0	68.5 ± 12.8	—	0.925	0.753	0.936	0.000 ***
Body Mass Index	24.1 ± 3.5	23.9 ± 3.5	23.8 ± 3.4	—	0.048 *	23.9 ± 3.5	23.6 ± 3.5	23.5 ± 3.5	—	0.005 **	24.2 ± 3.5	24.1 ± 3.4	24.0 ± 3.4	—	0.974	0.171	0.002	1.205
収縮期血圧	131.3 ± 19.1	128.5 ± 16.2	127.1 ± 18.1	—	0.032 *	132.1 ± 19.6	126.9 ± 16.9	125.9 ± 20.8	—	0.019 *	130.5 ± 18.8	129.9 ± 15.5	128.3 ± 15.3	—	0.572	0.793	0.964	0.296
拡張期血圧	84.1 ± 14.5	84.8 ± 13.0	82.6 ± 15.2	—	0.818	85.4 ± 15.3	85.3 ± 13.5	81.5 ± 17.6	—	0.337	82.9 ± 13.6	84.3 ± 12.8	83.6 ± 12.7	—	0.742	0.557	0.322	3.562
自己効力感	9.5 ± 4.2	10.1 ± 4.6	10.5 ± 4.5	10.2 ± 4.7	0.001 ***	10.2 ± 4.0	10.8 ± 4.1	11.3 ± 4.1	10.8 ± 4.7	0.064	8.8 ± 4.4	9.3 ± 4.9	9.8 ± 4.9	9.7 ± 4.8	0.021 *	0.489	0.572	0.054
自尊心尺度	22.7 ± 3.4	22.9 ± 3.7	23.5 ± 4.0	23.2 ± 4.5	0.119	23.2 ± 3.4	23.6 ± 3.6	24.1 ± 4.1	23.8 ± 3.7	0.408	22.1 ± 3.4	22.2 ± 3.7	22.9 ± 3.8	22.7 ± 5.1	0.282	1.710	0.116	5.302
																0.184	0.734	0.006 **
																1.949	0.027	1.835
																0.146	0.870	0.163
																0.370	1.663	9.478
																0.736	0.202	0.000 ***
																0.068	1.911	2.821
																0.969	0.171	0.046 *

Friedman Test : \*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001.

表 6 血液検査データの経時的変化

	両群(n=83)			介入群(n=40)			対照群(n=43)			Non-paired T-test	
	介入前	介入後	<i>P</i> -value	介入前	介入後	<i>P</i> -value	介入前	介入後	<i>P</i> -value	介入前	介入後
										<i>P</i> -value	<i>P</i> -value
AST	26.6 ± 12.7	24.5 ± 9.4	0.060	25.6 ± 9.8	25.0 ± 10.7	0.647	27.7 ± 15.0	24.0 ± 7.9	0.055	0.512	0.627
ALT	28.5 ± 20.5	27.1 ± 16.6	0.331	28.4 ± 19.0	27.6 ± 19.1	0.663	28.5 ± 22.2	26.5 ± 13.8	0.377	0.997	0.769
γ-GTP	80.5 ± 95.6	64.3 ± 65.2	0.009 **	68.5 ± 75.4	59.7 ± 70.2	0.114	92.6 ± 111.8	69.0 ± 60.3	0.033 *	0.304	0.529
Non HDL	138.3 ± 41.0	141.6 ± 41.9	0.400	135.4 ± 41.1	138.8 ± 45.7	0.486	141.7 ± 41.6	144.9 ± 37.6	0.629	0.626	0.631
空腹時血糖	98.1 ± 15.1	98.9 ± 20.5	0.647	99.8 ± 13.2	98.5 ± 14.0	0.644	96.2 ± 16.8	99.3 ± 25.8	0.179	0.266	0.828

paired T-test \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ .

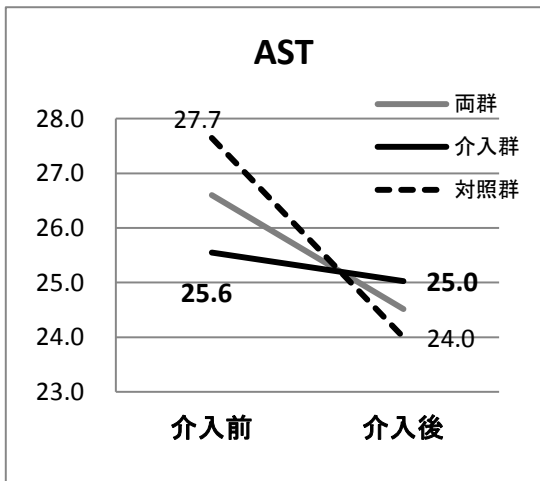


図 13 AST の経時的変化

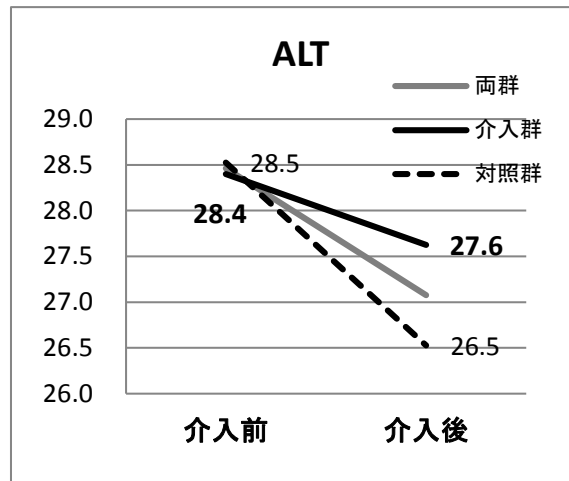


図 14 ALT の経時的変化

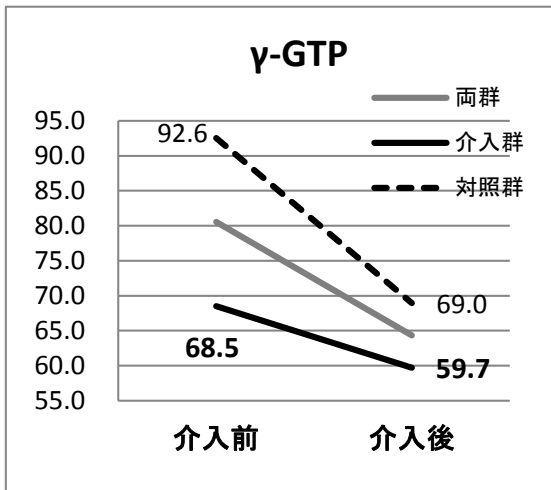


図 15 γ-GTP の経時的変化

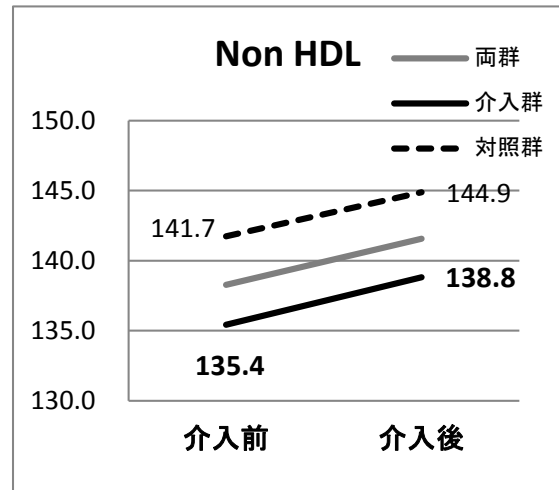


図 16 Non HDL の経時的変化

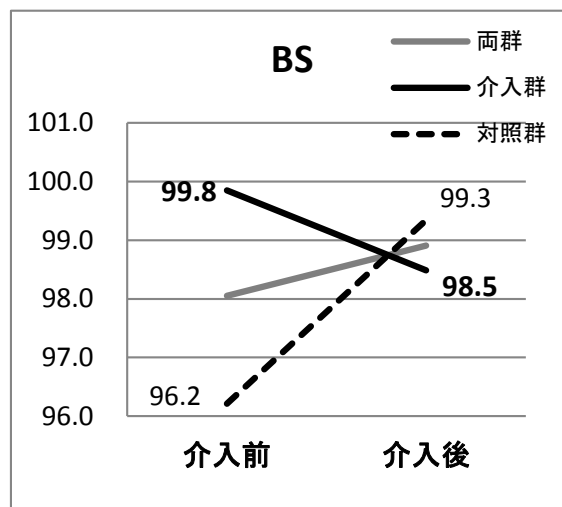


図 17 BS の経時的変化

表 7 基準値を超えた対象者の  $\gamma$ -GTP 値

	n			Wilcoxon	Mann-Whitney U test		
		介入前	介入後	test	p-value		
				p-value	介入前	介入後	
両群	32	151.8 ± 118.9	108.1 ± 81.5	0.001	**	0.459	0.352
介入群	14	132.6 ± 98.6	103.0 ± 100.3	0.041	*		
対照群	18	166.8 ± 133.4	112.0 ± 66.2	0.014	*		

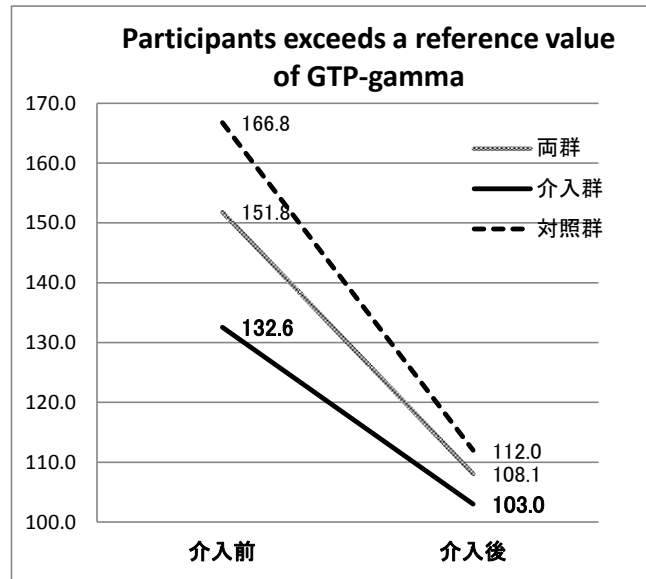


図 18  $\gamma$ -GTP 基準値を超えた対象者の  $\gamma$ -GTP の経時的変化

表 8 参加者の目標達成度の経時的変化

	介入群 (n=34)						対照群 (n=32)					
	介入中 (開始1M後)		終了直後 (開始3M後)		終了3M後 (開始6M後)		介入中 (開始1M後)		終了直後 (開始3M後)		終了3M後 (開始6M後)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
目標をほぼ達成	20	(58.8%)	20	(58.8%)	16	(47.1%)	12	(37.5%)	14	(43.8%)	12	(37.5%)
目標に向けて一部達成	13	(38.2%)	11	(32.4%)	15	(44.1%)	14	(43.8%)	12	(37.5%)	17	(53.1%)
目標に達成できなかった	1	(2.9%)	3	(8.8%)	3	(8.8%)	6	(18.8%)	6	(18.8%)	3	(9.4%)
合計	34	(100%)	34	(100%)	34	(100%)	32	(100%)	32	(100%)	32	(100.0%)



表 9 節酒に対する重要度と自信度の継時的変化

	介入群 (n=35)					対照群 (n=33)				
	介入前	介入中 (開始1M後)	終了直後 (開始3M後)	終了3M後 (開始6M後)	P- value	介入前	介入中 (開始1M後)	終了直後 (開始3M後)	終了3M後 (開始6M後)	P- value
重要度	7.54 ± 1.98	7.49 ± 1.70	7.66 ± 1.89	7.63 ± 1.93	0.931	7.64 ± 2.00	7.42 ± 2.14	7.39 ± 7.39	7.03 ± 1.98	0.289
自信度	5.51 ± 2.09	5.66 ± 2.40	6.23 ± 1.96	6.17 ± 2.23	0.107	5.36 ± 1.71	5.79 ± 1.95	6.12 ± 2.34	6.55 ± 6.55	0.007 **

Friedman's test.

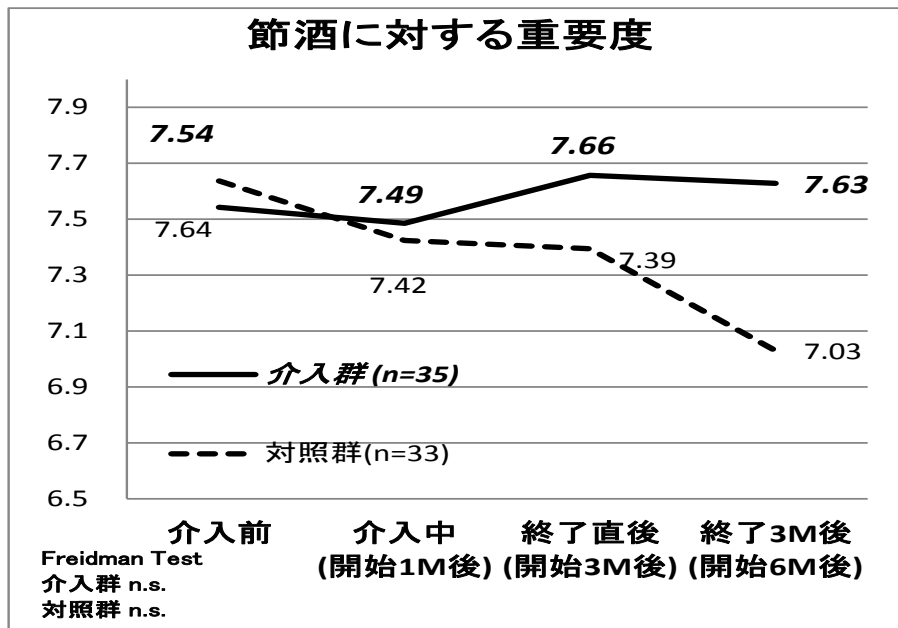


図 19 節酒に対する参加者の重要度

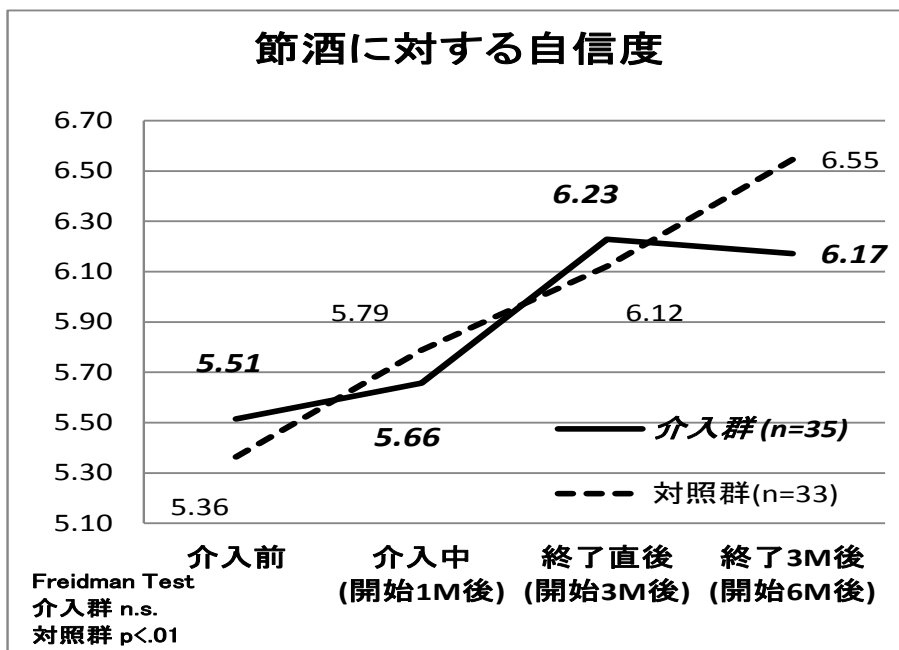


図 20 節酒に対する参加者の自信度

### 3) プログラム参加の評価

表 10 に参加者のプログラム評価の結果を示す。HAPPY Plus の参加者には HAPPY の弱点を改良するポイントについて評価してもらった。健康被害の内容や説明方法、電話やメールでのサポート、参加者同士の討議については、約 8 割の対象者がとても良い、良いと回答した。一方で、ストレスマネジメント教育については 32.5% がどちらでもないと回答した。HAPPY Plus で改良したアルコール摂取量に関する日記は、肯定的な評価が得られた。

表 10 プログラム評価について

	N	とても良い (長い)	良い (少し長い)	どちらでもない	良くない (やや短い)	全く良くない (短い)	無回 答
<b>HAPPY Plus</b>							
飲酒による健康被害のスライド内容	40	8 (20.0%)	25 (62.5%)	6 (15.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1
飲酒による健康被害の説明内容	40	9 (22.5%)	26 (65.0%)	4 (10.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1
電話またはメールで支援について	40	8 (20.0%)	22 (55.0%)	9 (22.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1
参加者同士での話し合いについて	40	9 (22.5%)	23 (57.5%)	7 (17.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1
ストレス対処法の教材について	40	6 (15.0%)	20 (50.0%)	13 (32.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1
飲酒記録の使用頻度について	40	29 (72.5%)	6 (15.0%)	4 (10.0%)	1 (2.5%)	0 (0.0%)	0
飲酒記録の使い勝手について	40	7 (17.5%)	21 (52.5%)	11 (27.5%)	1 (2.5%)	0 (0.0%)	0
飲酒記録に含まれてる情報について	40	7 (17.5%)	30 (75.0%)	3 (7.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
<b>HAPPY</b>							
飲酒日記の使用頻度について	43	21 (48.8%)	14 (32.6%)	4 (9.3%)	2 (4.7%)	1 (2.3%)	1
飲酒日記の使い勝手について	43	3 (7.0%)	24 (55.8%)	10 (23.3%)	5 (11.6%)	0 (0.0%)	1
飲酒日記に含まれてる情報について	43	1 (2.3%)	36 (83.7%)	5 (11.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1

## 第 7 節 考察

### 1) 研究参加者について

本研究参加者のベースラインの 1 日当たりの飲酒量と AUDIT 得点の結果は、「アルコールの有害な使用」の該当者であるがアルコール依存症ではない範囲に留まっていた。加えて約 40%の参加者がアルコール性肝障害をすでに引き起こしており、まさに生活習慣を是正する必要がある適切な参加者をリクルートできたと考える。また参加者の募集に当たってプログラムタイトルを変えたこと、会社との連携を図ったことで、実施プロセスを容易にした。この点は改善効果が得られたと示唆する。加えて、参加者のプログラム継続のために電話連絡やメールでのフォローアップを入れた HAPPY Plus では、プログラム完了率は 100%を達成することができた。

### 2) HAPPY および HAPPY Plus の効果について

HAPPY Plus は HAPPY を基盤としていることから、まず、HAPPY と HAPPY Plus を合わせた両群の効果を検討した。

主要評価項目である「平均飲酒量」については、介入中から介入終了 3 か月後まで両群ともに有意な継続的な減少を見せた。このことは、HAPPY と HAPPY Plus 双方ともに介入終了後も節酒状態の維持継続と、さらなる節酒効果があることを示しており、節酒継続効果のある介入であることが明らかになった。

さらに副次評価項目である AUDIT、BMI、収縮期血圧、 $\gamma$ -GTP についても、両群ともに有意な改善を示した。AUDIT 得点を参加者に示すことで参加者の飲酒に対する現状を正しく認識させ、医学的知識を提供し、記録 (recording) によるセルフモニタリングを行わせ、それをフィードバックする HAPPY は、BI (Gail et al., 2012)と同様の飲酒量を低下させる効果を示した。また、アルコール摂取は高血圧症と正の関係を示すことから、血圧の低下も確認できた (McMahon, 1987 ; Marmot et al., 1994 ; Okamura, et al., 2004)。

一方で、アルコール摂取は、血糖値の上昇 (Kiyohara et al., 2003) や遊離脂肪酸の上昇 (Ben et al., 1991) と関係するが、これらのデータは改善に至らなか

った。これは、本研究では糖尿病を示す基準値を超えた参加者は3名と少なかったことが理由として考えられる。さらに重要な理由として、本プログラムには食事摂取や運動行動の改善を含んでいなかったことが考えられる。これは、飲酒量のみならず血糖値や血圧値、脂質データ等が改善を見せた総合的な疾病管理アプローチ（Kazawa and Moriyama, 2013）や、メタボリックシンドロームに焦点を当てた特定保健指導に関するプログラム（彌富ら, 2013）との違いからも説明できる。

特に彌富らは、AUDIT10点以上もしくは1週間21ドリンク以上のハイリスク飲酒者に対して節酒プログラムを実施し、改良効果を示している（彌富ら, 2013）。したがって、以下のようにプログラムを改良する必要がある。節酒の効果が得られた後に、プログラム参加者を生活習慣全般の改良を視野に入れた次のステップすなわち食事や運動行動の改善という疾病予防プログラムに誘導することが必要と考える。

加えて、自己効力感と自尊心尺度得点は経時的な改善を示した。これはHAPPYに含まれる共感、目標設定、評価という要素が参加者の節酒による成功体験によって得られて効果を示したものと示唆される。

### 3) HAPPY と HAPPY Plus の効果の比較

HAPPY Plus では、飲酒による健康被害に関する情報を追加し、双方向の対話形式で知識提供を行い、さらにグループディスカッションを導入することによりグループダイナミクス効果が生じることに期待した。また、電話やメールでのフォローアップを加えたことで行動が継続されることを予測した。その結果、目標達成度は明らかに高くなっていたが、介入終了後は両群とも「目標をほぼ達成」の割合が減少した。特にHAPPY Plusにおいて割合の低下が大きく、これは行動変容を強化したHAPPY Plusの介入者による承認や共感・支援を得る機会がなくなった影響が考えられる。「自己効力感尺度」、「自尊心尺度」も、ともに介入終了時点をピークに介入終了3か月後は低下傾向を示した。HAPPY Plusの低下幅はHAPPYよりも大きくなった。これもHAPPY Plusのプログラムに組み込まれた

介入者の「承認」「共感」の影響が大きかったことが考えられ、これが **HAPPY Plus** 実施中の行動変容の度合いを押し上げたと考える。一方で、介入終了 3 か月後の低下からは約半数の対象者では行動変容の技術が習得されておらず、行動が維持期にまで達成していなかったことが読み取れた。 **Transtheoretical model**

(**Prochaska and DiClemente, 1982**)では、行動の定着は行動変容のステージを行きつ戻りつしながら、6 月を超えて起こることが示されている。行動の定着という観点からは 3 ヶ月は短かったとも考えられる。

「節酒に対する重要度」は、**HAPPY** で介入終了 3 か月後に低下、逆に「節酒に対する自信度」は、**HAPPY** で介入終了 3 か月後も上昇した。理由として **HAPPY** は飲酒による健康被害に対する認識が増強せず、プログラム終了とともにその重要性も減退していったことが考えられる。**HAPPY** の自信度については介入終了後も有意な上昇を維持した。**HAPPY Plus** は介入者の電話・メールでの支援や参加者同士の連帯感から自信度を維持できたが、**HAPPY** における自信度は介入者の支援や連帯感とは関係なく、節酒が成功した自信から上昇を維持したことが予想される。

上述したように主要評価・副次評価項目ともに **HAPPY** に対する優位性は示されなかった。優位性が示されなかった主要な理由として、 $\gamma$ -GTP は対照群においてデータが悪い者が存在し、この対照群のデータ改善が大きく影響していたことが挙げられる。さらに **AUDIT** 得点は両群合わせた全体で統計的に有意に低下したにも関わらず、行動変容を強化した **HAPPY Plus** でも目標をほぼ達成したのは 5~6 割程度であった。そのため **AUDIT** の平均値は危険な飲酒レベルを下回らなかった。さらに、 $\gamma$ -GTP についても、値は大きく低下し、統計的に有意な改善をみせているものの、平均値では正常範囲に達していなかった。

もう 1 つの説明として、プログラムの媒体や方法を変化させても、基本的な要素である **feedback, advice, goal-setting, self-monitoring**, 医学的知識の獲得はプログラムの双方に含まれていたことが考えられる。さらに職域というある一定の認知レベルを有する人たちであれば、自分に合った方法への改良や知識の獲得はインターネットなどを用いて参加者自身で行うという点にあった。今回の参加

者は、企業のシステムエンジニアが半数を占めており、実際その中には飲酒消費量の日記について独自のシート表を作成して改良を加えていた。しかし、HAPPY Plus における飲酒記録はいくつかの強みを実証した。カレンダー形式の導入によって「週末の宴会と飲酒量との関係」、「休肝日の設定とその効果」のように、飲酒に関する行動と飲酒量の変化の関連性が一目で把握できるというセルフモニタリングの効果を発揮した。飲酒日記の導入の有無に飲酒量の有意性を示さなかった報告 (Ito et al., 2015) があるが、その一方で原ら (2011) は、適正な飲酒目標と飲酒日記の有効性について述べている。HAPPY Plus においては行動目標の達成度が高かったことから、測定期間を延長すれば、この結果が生理学的指標や AUDIT の改善に反映されることが考えられる。

加えて、ストレスマネジメント教育については、参加者の評価が低く、ストレスマネジメントは飲酒行動を抑制するという直接的影響を及ぼさなかった。これについては、推測の域を出ないが、職場でのグループ介入を実施したことからストレスについて話し合うことが出来なかった可能性が考えられる。いくつかの研究においては、男性のストレス対処と飲酒行動の関連性 (浦川・萩, 2008) を指摘しているが、ストレス緩和の手段として飲酒するというより、むしろ単に習慣として飲酒していることが考えられる。そして参加者の中には飲酒自体に自分の価値を見出し、ストレス緩和とは無関係に飲酒していること (原田 and 森山, 2013) が考えられた。したがってストレスマネジメント教育はグループ介入から削除することが可能と考える。

近年海外では、個人でインターネットを介した飲酒量削減プログラムが増え、その節酒効果も示されている (Hester et al., 2011)。特に飲酒が法的に認められていない未成年の飲酒者がプログラムに容易にアクセスしやすいというメリットがある (Spijkerman et al., 2010)。しかしながら日本においては Web-based の飲酒量削減プログラム開発は、まだ途についたばかりであり、職場でのグループ介入も軽視されるべきではないと考える。その最大の理由は、日本では飲酒が仕事と深く関連していること、仲間意識による効果も軽視すべきでないこと、本研究の結果から多量飲酒者がプログラムに参加し、プログラムを継続するためには

職場介入という強制力をもった仕掛けが必要であることが示唆される。

## 第 8 節 まとめと今後の改良点

HAPPY 及び HAPPY Plus 双方において 1 日当たりの飲酒量の低減効果は観察された。加えて、食生活に問題のある肥満者への対応として、生活習慣の改善を HAPPY Plus に取り入れることの必要性が示された。プログラムの参加率やプログラム継続率を高めるには、職場が関与した参加への呼びかけ、職場集団での実施、セッションの間のメールや電話でのフォローアップが重要であった。目標達成度は HAPPY Plus において高かったので、代理指標よりもむしろ直接的に参加者の飲酒行動の変化を 1 年以上の長期にわたって観察する必要性があることが示唆された。

今回の参加者はシステムエンジニアが半数、公務員・事務員が 4 割を占め、教育レベルが高い参加者が多かった。そのため、多量飲酒による健康被害のメカニズムや節酒方法の情報を提供すれば、健康被害の脅威認知が起こり、詳細は独自に調べ、介入者の共感や支援が無くても節酒行動を取ることができたことが HAPPY Plus の優位性が示されなかった最大の理由として考えられる。そのため、現段階で HAPPY Plus に優位性がないと結論づけるのではなく、本プログラムの実施対象を、対面による具体的な教育や看護師による電話でのフォローアップなどの支援に行動変化が強化される可能性のある対象者層、例えば教育レベルの低い者、単純労働者階層等に広げ、本プログラムの優位性をさらに検討する必要があると考える

## 終章

多量飲酒者は日本に 860 万人存在すると推計され、その多量飲酒者の中から、肝機能障害などの身体的問題、抑うつ・不眠等の精神的問題を有するアルコールの有害な使用やアルコール依存症へと移行していく危険性があり、出来るだけ早期に適正な飲酒量に留めていく節酒介入が重要となる。その介入には、職域で事業所の理解と協力を得ながら、飲酒のみに特化せず、健康診断の結果を踏まえた生活習慣改善へつなげることが必要である。しかし、日本においては、節酒プログラムが定着するどころか、職場の付き合い飲酒が慣例的となっており、節酒に対して抵抗を示す傾向にあり、節酒プログラム導入については、飲酒者の抵抗に理解を深め、リクルートの段階から改良していく必要があった。

そのため、本論文では研究 1 として飲酒者の飲酒に対する考えや節酒に対する抵抗理由を明らかにするためにフォーカス・グループインタビューを実施した。研究 1 で得られた結果から、節酒に対する抵抗を少なくする介入方法を加えて、本邦で開発された節酒プログラム (HAPPY) に改良を加えた。次に、研究 2 として、適正飲酒量を超えた飲酒者に改良型節酒プログラム (HAPPY Plus) を実施し、HAPPY と HAPPY Plus の節酒効果と、HAPPY Plus の HAPPY に対する優位性を比較検証した。

### 研究 1：飲酒によって示される飲酒者の人生の価値と節酒への抵抗理由

飲酒者の節酒に向けた介入に抵抗を示す理由を明らかにすることを目的に、男性飲酒者 12 人にフォーカス・グループインタビューを実施し、データを質的帰納的に分析した結果、飲酒者は「飲酒することに人生の価値」があり、飲酒のための努力は惜しまない傾向にあった。そして価値は容易に歪められないので「節酒に対する意図的な無関心」や「飲酒することの正当化」が認められた。節酒への介入に対しては、節酒効果を体感しにくい上、自分の人生の価値の否定につながるという「抵抗」を示した。その反面、飲酒者は健康被害によって飲酒ができなくなると人生の価値を示されなくなるから、節酒が「酒と長く付き合いができる」「いつまでも飲み続けられる」という目的であれば、節酒介入への抵抗は少な



くなった。そこで節酒に向けた介入の実施者は、飲酒者の人生の価値を理解することが基本姿勢として重要であることが示唆され、研究 2 においてプログラムタイトルの工夫やリクルート方法、ドロップアウト防止法などをプログラムの改良点に繋げた。

#### 研究 2：多量飲酒者に対する行動変容を強化した改良型節酒プログラムの効果

HAPPY Plus の改良点を、参加者のリクルート法の工夫と強化、健康被害の脅威認知の強化、カレンダー式の飲酒量の記録によるセルフモニタリング強化、ドロップアウト防止のための電話やメールでのフォローアップ等とし、職域での適正飲酒量を超えた飲酒者に対し、HAPPY と HAPPY Plus を実施し、その 2 つのプログラムの節酒効果と優位性を比較検証するため 6 か月間の無作為化比較対照試験を実施した。

その結果、88 人の被用者をリクルートし、83 人（介入群 40 人、対照群 43 人）がプログラムを完了した（介入群 100%、対照群 93.4%）。1 日当たりの飲酒量は両群全体 ( $p < 0.001$ ) で有意な減少を認めたが、HAPPY と HAPPY Plus の群間の統計的有意差はなかった。介入群において自己効力感と節酒に対する自信度は行動変容の割合が高かったにも関わらず、AUDIT は両群において低下し、対照群においてのみ有意差を認めた。心理学的指標は介入群において改善したが、群間の有意差はなかった。研究 2 では、HAPPY に比較して、HAPPY Plus に優位な改善を示す指標は証明されなかったが、行動変容の改善度合いの高さとドロップアウトの低さが、HAPPY Plus において確認できた。また、さらに身体指標を改善するためのいくつかの改良点も明らかとなった。

有害な飲酒は多くの疾患にとって主要かつ回避可能な危険因子であるにも関わらず、飲酒は交通事故や暴力、自殺を引き起こす原因となるとして、WHO は 2010 年に「アルコールの有害使用低減戦略」を決定し、この動向を受け、日本ではアルコール健康障害の対策を総合的かつ計画的に推進することを目的に、2013 年に「アルコール健康障害対策基本法」が制定された。今後、アルコール対策は

国と都道府県の政策となっている。本研究で改良された節酒プログラムは職場集団へのリクルート方法も含め、その具体的、直接的な介入の手法が確立できている。また節酒効果も実証されていることから、今後のアルコール健康障害対策に寄与できると考える。

## 謝辞

はじめに、本研究への協力にご協力いただいた対象者とその事業所の皆様に深くお礼を申し上げます。

研究計画の段階から本論文の作成にあたり、丁寧なご指導と常に温かい励ましを頂きました広島大学大学院医歯薬保健学研究院 応用生命科学部門 成人看護開発学 教授 森山美知子先生に深く感謝申し上げます。また、貴重なご意見とご指導、ご協力を頂きました看護開発科学講座 健康開発科学 教授 小林敏生先生に深く感謝申し上げます。

特に、本研究と節酒プログラムの改良に当たり、様々な示唆と多大なご協力を頂きました国立病院機構肥前精神医療センター 院長 杠 岳文 先生に厚くお礼申し上げます。

最後に、ゼミにおいて適切な助言をいただき、ご支援して下さった研究室の皆様、大学院生活を全面的にサポートしてくれた家族に深謝いたします。

## 参考文献

### 序論

原田浩二，森山美知子(2013). 飲酒によって示される飲酒者の人生の価値と節酒への抵抗理由. 日本精神保健看護学会誌, 22(2), 31-39.

健康日本21企画検討会(2000). 21世紀における国民健康づくり運 (健康日本21) について 報告書, 5-1.

[http://www1.mhlw.go.jp/topics/kenko21\\_11/pdf/all.pdf](http://www1.mhlw.go.jp/topics/kenko21_11/pdf/all.pdf)

国立精神・神経センター精神保健研究所(2008). 自殺対策の基礎知識.

[http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/jisatu\\_a5.pdf](http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/jisatu_a5.pdf)

Nakamura, K., Tanaka, A., and Tanaka, T. (1993). The Social Cost of Alcohol Abuse in Japan. J Stud Alcohol, 54(5), 618-625.

日本産業精神保健学会(2011). ここが知りたい職場のメンタルヘルスケア, 南山堂, 東京.

及川孝光(2008). 職域におけるアルコール関連問題とその対策. 医学のあゆみ, 222(9), 742-749.

WHO(2001). Brief intervention for hazardous and harmful drinking: A manual for use in primary care, World Health Organization.

次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会(2012). 健康日本21 (第2次) の推進に関する参考資料 飲酒, 114-123.

### 研究1: 飲酒によって示される飲酒者の人生の価値と節酒への抵抗理由

Babor, T., Biddle, J., Saunders, J., and Monteiro, G. (2001). The Alcohol Use Disorders Identification Test: guideline for use in primary care, AUDIT, second edition. 17, World Health Organization, Geneva Switzerland.

Glanz, K., and Oldenburg, B. (2001). Utilizing Theories and Constructs Across Models of Behaviour Change. 25-40, Jossey-Bass, California USA.

樋口進(2003). 成人の飲酒実態と関連問題の予防に関する研究. 平成15年度研究報告書厚生労働省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.

今田純雄, 鈴木千尋(1999). 人はなぜ酒を飲むのか. 広島修大論集, 40(2), 285-302.

石川由香里(2005). 飲酒に対する社会的態度の変容. 活水論文集, 健康生活学部・生活学科編(48), 35-50.

厚生統計協会(2004). 国民衛生の動向「厚生指標」臨時増刊2004年, 厚生統計協会, 東京.

松下幸生, 樋口進(2009). アルコール関連障害と自殺. 精神神経学雑誌, 111(10), 1191-1202.

宮本眞巳, 安田美弥子(2008). アディクション看護, 17, 医学書院, 東京.

日本アルコール関連問題学会, 日本アルコール・薬物医学会, 日本アルコール精神医学会編(2011). 簡易版「アルコール白書」.

<http://www.j-arukanren.com/file/al-hakusyo.pdf>

日本看護協会(2003)(2013年4月20日検索). 看護者の倫理綱領.

<http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/pdf/rinri.pdf>

日本産業精神保健学会(2011). ここが知りたい職場のメンタルヘルスケア, 南山堂, 東京.

及川孝光(2008). 職域におけるアルコール関連問題とその対策. 医学のあゆみ, 222(9), 742-749.

白倉克之(2010). アルコール・薬物関連障害への対応. 総合臨床, 59(増刊), 1142-1149.

D. F. ポーリット, C. T. ベック(2010). 看護研究 原理と方法(第2版) 監訳近藤潤子, 160, 医学書院, 東京.

WHO(2002). The World Health Report 2002 Reducing Risks, Promoting Healthy Life. 66, World Health Organization, Geneva Switzerland.

WHO(2010). The global strategy to reduce the harmful use of alcohol. 5, World Health Organization, Geneva Switzerland.

杠岳文(2010). アルコール問題早期介入のストラテジーHAPPYプログラム使用マニュアル第2版, 独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター, 佐賀.

**研究2 : 多量飲酒者に対する行動変容を強化した改良型節酒プログラムの効果 :  
職域での無作為化比較対照試験**

アルコール健康医学協会(2008). 適正飲酒の10か条. アルコール健康医学協会.  
<http://arukenkyo.or.jp/health/proper/index.html>

Ames, G.M. and Bennett, J.B. (2011) Prevention Interventions of Alcohol Problems in the Workplace: A Review and Guiding Framework. Alcohol Research & Health, 34, 175-187.

<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh342/175-187.htm>

Babor, T.F. and Higgins-Biddle, J.C. (2001) Brief intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for Use in Primary Care. World Health Organization Department of Mental Health and Substance Abuse, Geneva.

Bandura, A. (1977) Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. Psychological Review, 84(2), 191-215.

[http://archive2.cra.org/Activities/craw\\_archive/dmp/awards/2007/Tolbert/self-efficacy.pdf](http://archive2.cra.org/Activities/craw_archive/dmp/awards/2007/Tolbert/self-efficacy.pdf)

Becker, M.H. (1974) The Health Belief Model and Personal Health Behavior. Health Education Monographs, 2, 324-508.

Ben, G., Gnudi, L., Maran, A., Gigante, A., Duner, E., Iori, E. et al. (1991) Effects of Chronic Alcohol Intake on Carbohydrate and Lipid Metabolism in Subjects with Type II (Non-Insulin-Dependent) Diabetes. The American Journal of Medicine, 90(1), 70-76.

Bien, T.H., Miller, W.R. and Tonigan, J.S. (1993). Brief interventions for

alcohol problems. a review. *Addiction* 88,315–336

Fleming, M.F., Barry, K.L., Manwell, L.B., Johnson, K. and London, R. (1997) Brief Physician Advice for Problem Alcohol Drinkers: A Randomized Controlled Trial in Community-Based Primary Care Practices. *The Journal of the American Medical Association*, 277(13), 1039-1045.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9091691>

Gail, D.O., Michael, V.P., Linda, C.D., David, A.F., Susan, H.B., Marek, C.C. et al. (2012) A Brief Intervention Reduces Hazardous and Harmful Drinking in Emergency Department Patients. *Annals of Emergency Medicine*, 51(6), 742-750.

原田浩二，森山美知子(2013). 飲酒によって示される飲酒者の人生の価値と節酒への抵抗理由，*日本精神保健看護学会誌*，22(2)，31-39.

原俊哉，武藤岳夫，吉森智香子，石堂考一，樋口進，杠岳文(2009). 職場での多量飲酒者対策としての集団介入プログラムの効果．*日本アルコール・薬物医学会雑誌*，44(4)，290-291.

原俊哉，武藤岳夫，吉森智香子，石堂考一，角南隆史，遠藤光一，杠岳文(2011). 多量飲酒者プログラム(HAPPYプログラム)における飲酒目標と飲酒日記の有効性について．*日本アルコール・薬物医学会雑誌*，46(3)，347-356.

樋口進(2004)厚生労働科学研究費補助金，成人の飲酒実態と関連問題の予防に関する研究，平成 15 年度報告書．

廣尚典，島悟(1996). 問題飲酒指標 AUDIT 日本語版の有用性に関する検討．*日本アルコール薬物医学会誌*，31(5)，437-450.

Hester, R.K., Delaney, H.D. and Campbell, W. (2011) ModerateDrinking.com and Moderation Management: Outcomes of a Randomized Clinical Trial with Non-Dependent Problem Drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 215-224.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3066281/pdf/nihms271551.pdf>

- 彌富美奈子, 遠藤光一, 原俊哉, 杠岳文, 市場正良, 堤明純(2013). 特定保健指導の枠組みを利用したハイリスク飲酒者に対する職域における集団節酒指導(S-HAPPYプログラム)の効果. 労働科学, 89(5), 155~165.
- Ikeda, N., Saito, E., Kondo, N., Inoue, M., Ikeda, S., Satoh, T. et al. (2011) What Has Made the Population of Japan Healthy? Lancet, 378(9796), 1094-1105.
- Ito, C., Yuzuriha, T., Noda, T., Ojima, T., Hiro, H. and Higuchi, S. (2015) Brief Intervention in the Workplace for Heavy Drinkers: A Randomized Clinical Trial in Japan. Alcohol and Alcoholism, 50(2), 157-163.
- 警察庁(2015). 平成 26 年中における自殺の状況. 内閣府自殺対策推進室警察庁生活安全局生活安全企画課.  
[https://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/jisatsu/H26/H26\\_jisatunojoukyou\\_01.pdf](https://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/jisatsu/H26/H26_jisatunojoukyou_01.pdf)
- 健康日本 21(2012). 健康日本 2 1 (第 2 次) の推進に関する参考資料,厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会, 東京.
- 厚生労働省(2012). 平成 22 年国民健康・栄養調査結果の概要. 健康局総務課生活習慣病対策室, 東京.
- 厚生労働省(2014). 平成 24 年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況. 厚生労働省, 東京, 1.
- 厚生労働省(2015). 生活習慣病予防のための健康情報サイト「飲酒と事故」. 厚生労働省, 東京.  
<http://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/alcohol/a-06-004.html>
- 厚生労働省大臣官房統計情報部(2011). 平成 23 年患者調査 (傷病分類編). 人口動態・保健社会統計課・保健統計室, 39.
- 厚生統計協会(2004). 国民衛生の動向「厚生」臨時増刊 2004 年, 厚生統計協会, 東京.
- Kazawa, K. and Moriyama, M. (2013) Effects of a Self-Management Skills-Acquisition Program on Pre-Dialysis Patients with Diabetic

- Nephropathy. *Nephrology Nursing Journal*, 40(2), 141-149.
- Kiyohara, Y., Shinohara, A., Kato, I., Shirota, T., Kubo, M., Tanizaki, Y. et al. (2003) Dietary Factors and Development of Impaired Glucose Tolerance and Diabetes in a General Japanese Population: Hisayama Study. *Journal of Epidemiology*, 13, 251-258.
- 松本千明(2002). 医療・保健スタッフのための健康行動理論の基礎 - 生活習慣病を中心に. 医歯薬出版. 東京.
- 松下幸生, 樋口進(2009). アルコール関連障害と自殺. *精神神経学雑誌*, 111(10), 1191-1202.
- Marmot, M.G., Elliott, P., Shipley, M.J., Dyer, A.R., Ueshima, H., Beevers, D.G. et al. (1994) Alcohol and Blood Pressure: The INTERSALT Study. *British Medical Journal*, 308, 1263-1267.
- Matsushita, S. and Higuchi, S. (2009) Alcohol-Related Disorders and Suicide. *Psychiatria et Neurologia Japonica*, 111(10), 1191-1202.
- McMahon, S. (1987) Alcohol Consumption and Hypertension. *Hypertension*, 9, 111-121.
- McPherson, T.L., Goplerud, E., Olufokunbi-Sam, D., Jacobus-Kantor, L., Lusby-Treber, K. and Walsh, T. (2009) Workplace Alcohol Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): A Survey of Employer and Vendor Practices. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 24, 285-306.
- McQueen, J., Howe, T.E., Allan, L., Mains, D. and Hardy, V. (2011) Brief Interventions for Heavy Alcohol Users Admitted to General Hospital Wards. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD005191. DOI: 10.1002/14651858. CD005191. pub3
- Miller, W.R., and Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd Ed.). New York: Guilford Press.
- Miller, W.R., and Sanchez, V.C. (1993). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In: Howard, G., ed. *Issues in Alcohol Use and Misuse*



- in Young Adults. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press.
- Mimura, C. and Griffiths, P. (2007) A Japanese Version of the Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Equivalence Assessment. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(5), 589-594.
- National Guideline Clearinghouse. (2011) Guideline Title: Problem drinking, Agency for Healthcare Research and Quality.  
<http://www.guideline.gov/content.aspx?id=38894&search=problem+drinking>
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2010) Alcohol-Use Disorders: Preventing Harmful Drinking. Public Health Guidance 24. National Institute for Health and Clinical Excellence, National Health Service, UK.  
<http://www.nice.org.uk/guidance/ph24/resources/guidance-alcoholuse-disorders-preventing-harmful-drinking-pdf>
- 及川孝光(2008). 職域におけるアルコール関連問題とその対策. *医学のあゆみ*, 222(9), 742-749.
- Okamura, T., Tanaka, T., Yoshita, K., Chiba, N., Takebayashi, T., Kikuchi, Y. et al. (HIPOP-OHP research group). (2004) Specific Alcoholic Beverage and Blood Pressure in a Middle-Aged Japanese Population: The High-Risk and Population Strategy for Occupational Health Promotion (HIPOP-OHP) Study. *Journal of Human Hypertension*, 18, 9-16.
- Prochaska, J. O. and Velicer, W. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot.*, 12(1), 38-48.
- Prochaska, J. O. and DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 1982, 276-288.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press, Princeton, NJ.

Rosenstock, I.M. (1974) Historical Origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs, 2(4), 328-335.

齋藤利和(2014). アルコール関連障害と自殺. 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター. 1. <http://ikiru.ncnp.go.jp/copos/pdf/2014vol3.pdf>

坂野雄二, 東條光彦(1986). 一般性セルフ・エフィカシー尺度作成の試み. 行動療法研究, 12, 73-82.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2003) The Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence in Primary Care. Publication no.74. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign74.pdf>

Spijkerman, R., Roek, M.A., Vermulst, A., Lemmers, L., Huiberts, A. and Engels, R.C. (2010) Effectiveness of a Web-Based Brief Alcohol Intervention and Added Value of Normative Feedback in Reducing Underage Drinking: A Randomized Controlled Trial. Journal of Medical Internet Research, 12(5), e65. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21169172>

角南隆史, 杠岳文(2012). 多量飲酒者に対する早期介入の重要性 ブリーフ・インターベンションの実践から. 公衆衛生, 76(3), 195-199.

Thoresen, C. E., Hosford, R.E., and Krumboltz, J. D.(1970).Determining effective modes for counseling clients of varying competencies.Journal of Counseling Psychology, 17(4), 369-375.

東京海上日動健康保険組合(2015). 「健康経営」の枠組みに基づいた保険者・事業主のコラボヘルスによる健康課題の可視化. Tokyo, Japan, 東京海上日動健康保険組合  
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/houkokul2.pdf>

Tsugane, S., Michael T. F., Sasaki, S. and Baba, S. (1999) Alcohol Consumption and All-Cause and Cancer Mortality Among Middle-Aged Japanese Men: Seven Year Follow-Up of the JPHC Study Cohort I. American Journal of Epidemiology, 150, 1201-1207.

<http://aje.oxfordjournals.org/content/150/11/1201.full.pdf>

浦川加代子, 萩典子(2008). 勤労者のストレス対処行動と職業性ストレスとの関連. 三重看護学誌, 10, 89-92.

WHO(2001). Brief intervention for hazardous and harmful drinking : A manual for use in primary care, World Health Organization.

WHO(2002). The World Health Report 2002 Reducing Risks, Promoting Healthy Life. 66, World Health Organization, Geneva Switzerland.

WHO(2003). INTERVENTION FOR SUBSTANCE USE: BRIEF INTERVENTION FOR SUBSTANCE USE(A MANUAL FOR USE IN PRIMARY CARE), World Health Organization, Geneva Switzerland.

[http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/en/Draft\\_Brief\\_Intervention\\_for\\_Substance\\_Use.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_Brief_Intervention_for_Substance_Use.pdf)

WHO (2009) Global Health risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks. World Health Organization, Geneva.

WHO (2010) The Global Strategy to Reduce the Harmful use of Alcohol. World Health Organization, Geneva.

[http://www.who.int/substance\\_abuse/msbalcstragegy.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstragegy.pdf)

<http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>.

Wilk, A., Jensen, N. and Havighurst, T. (1997) Meta-Analysis of Randomized Control Trials Addressing Brief Interventions in Heavy Alcohol Drinkers. Journal of General Internal Medicine, 12, 274-283.

吉岡かおり(2009). アルコール依存症予防プログラム(HAPPY)介入の効果検証, アルコール関連問題を持つ就労者を対象にして. 日本アルコール関連問題学会雑誌, 11, 117-121.

杠岳文(2010). アルコール問題早期介入のストラテジーHAPPYプログラム使用マニュアル第2版. 独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター, 35-47

次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会(2012). 健康日本21 (第2次)の推進に関する参考資料 飲酒, 114-123.

## 資料

資料 1 AUDIT アルコール問題簡易検査得点

資料 2 一般性自己効力感尺度

資料 3 自尊心尺度

資料 4 各セッション記録表

資料 5 カレンダー形式の行動日記

資料 6 プログラム評価

資料1 AUDIT アルコール問題簡易検査得点

\*これは世界保健機構（WHO）が開発した客観的なアルコールの影響を示すものさしです。0 から 4 の番号で当てはまるもの 1つを選んで〇をつけてください。

<p>① あなたはアルコール飲料をどのくらいの頻度でのみますか？</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>〔 0. 飲まない                      1. 1ヶ月に1度以下                      2. 1ヶ月に2～4度 〕</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>〔 3. 1週に2～3度                      4. 1週に4度以上 〕</span> </div>
<p>② 飲酒するときには通常どのくらいの量を飲みますか？（1ドリンク＝純アルコール10g）</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>日本酒1合＝2ドリンク、                      ビール大瓶1本＝2.5ドリンク（中瓶1本＝2ドリンク）                  ウイスキー水割りダブル1杯＝2ドリンク、                      焼酎お湯割り1杯＝1ドリンク                  ワイングラス1杯＝1.5ドリンク、                      梅酒小コップ1杯＝1ドリンク</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>〔 0. 1～2ドリンク                      1. 3～4ドリンク                      2. 5～6ドリンク 〕</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>〔 3. 7～9ドリンク                      4. 10ドリンク以上 〕</span> </div>
<p>③ 1度に6ドリンク以上飲酒することがどのくらいの頻度でありますか？</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>〔 0. ない                      1. 1ヶ月に1度未満                      2. 1ヶ月に1度 〕</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>〔 3. 1週に1度                      4. 毎日あるいはほとんど毎日 〕</span> </div>
<p>④ 過去1年間に、飲み始めると止められなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>〔 0. ない                      1. 1ヶ月に1度未満                      2. 1ヶ月に1度 〕</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>〔 3. 1週に1度                      4. 毎日あるいはほとんど毎日 〕</span> </div>
<p>⑤ 過去1年間に、普通だで行えることを飲酒をしていたためにできなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>〔 0. ない                      1. 1ヶ月に1度未満                      2. 1ヶ月に1度 〕</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>〔 3. 1週に1度                      4. 毎日あるいはほとんど毎日 〕</span> </div>
<p>⑥ 過去1年間に、深酒の後体調を整えるために、朝迎え酒をせねばならなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>〔 0. ない                      1. 1ヶ月に1度未満                      2. 1ヶ月に1度 〕</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>〔 3. 1週に1度                      4. 毎日あるいはほとんど毎日 〕</span> </div>
<p>⑦ 過去1年間に、飲酒後罪悪感や自責の念にかられたことが、どのくらいの頻度でありましたか？</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>〔 0. ない                      1. 1ヶ月に1度未満                      2. 1ヶ月に1度 〕</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>〔 3. 1週に1度                      4. 毎日あるいはほとんど毎日 〕</span> </div>
<p>⑧ 過去1年間に、飲酒のため前夜の出来事を思い出せなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>〔 0. ない                      1. 1ヶ月に1度未満                      2. 1ヶ月に1度 〕</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>〔 3. 1週に1度                      4. 毎日あるいはほとんど毎日 〕</span> </div>
<p>⑨ あなたの飲酒のために、あなた自身か他の誰かがケガをしたことがありますか？</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>〔 0. ない                      2. あるが、過去1年にはなし 〕</span> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>〔 4. 過去1年間にあり 〕</span> </div>
<p>⑩ 肉親や親戚、友人、医師、あるいは他の健康管理にたずさわる人が、あなたの飲酒について心配したり、飲酒量を減らすように勧めたりしたことがありますか？</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>〔 0. ない                      2. あるが、過去1年にはなし                      4. 過去1年間にあり 〕</span> </div>

\*あなたのことについて少しお聞かせ下さい。

①年齢（                      ）才                      ②主な仕事内容（                      ）

③今の飲酒による健康への影響（例：脂肪肝と指摘された等）や治療中の疾患

（                      ）

このアンケートは、研究に参加された皆様がプログラムに取り組む過程において、その効果を見るための指標になるものです。大変お手数ですが、以下のアンケートにお答え下さい。アンケートは3枚あります。

以下の項目は、ある物事を行う「自信」についての問いです。このプログラム実施に対する自信との関係などを調べるものです。「はい」又は「いいえ」のどちらかでお答え下さい。

問 1	何か仕事をするときは、自信をもってやるほうである。	はい ・ いいえ
問 2	過去に犯した失敗や嫌な経験を思い出して、暗い気持ちになることがよくある。	はい ・ いいえ
問 3	友達より優れた能力がある。	はい ・ いいえ
問 4	仕事を終えた後、失敗したと感じることのほうが多い。	はい ・ いいえ
問 5	人とくらべて心配性なほうである。	はい ・ いいえ
問 6	何かを決めるとき、迷わずに決定するほうである。	はい ・ いいえ
問 7	何かをするとき、うまくゆかないのではないかと不安になることが多い。	はい ・ いいえ
問 8	ひっこみじあんなほうだと思う。	はい ・ いいえ
問 9	人より記憶力がよいほうである。	はい ・ いいえ
問 10	結果の見通しがつかない仕事でも、積極的にとりくんでゆくほうだと思う。	はい ・ いいえ
問 11	どうやったらよいか決心がつかずに仕事にとりかかれないことがよくある。	はい ・ いいえ
問 12	友達よりも特に優れた知識を持っている分野がある。	はい ・ いいえ
問 13	どんなことでも積極的にこなすほうである。	はい ・ いいえ
問 14	小さな失敗でも人よりずっときにするほうである。	はい ・ いいえ
問 15	積極的に活動するのは、苦手なほうである。	はい ・ いいえ
問 16	世の中に貢献できる力があると思う。	はい ・ いいえ

以下の項目は、「自己評価」や「自尊心」に関する問いです。飲酒と自己評価は関係があると言われる。「大いにそう思う」「そう思う」「あまりそう思わない」「まったくそう思わない」の4段階から1つ選んで○をつけて下さい。

問 1	<p>だいたいにおいて自分に満足していると思う。</p> <p>(大いにそう思う ・ そう思う ・ あまりそう思わない ・ まったくそう思わない)</p>
問 2	<p>ときどき、自分がてんでだめだと思う。</p> <p>(大いにそう思う ・ そう思う ・ あまりそう思わない ・ まったくそう思わない)</p>
問 3	<p>自分には良いところがたくさんあると思っている。</p> <p>(大いにそう思う ・ そう思う ・ あまりそう思わない ・ まったくそう思わない)</p>
問 4	<p>たいていの人がやれる程度にはやれる</p> <p>(大いにそう思う ・ そう思う ・ あまりそう思わない ・ まったくそう思わない)</p>
問 5	<p>自分には自慢するところがあまりない。</p> <p>(大いにそう思う ・ そう思う ・ あまりそう思わない ・ まったくそう思わない)</p>
問 6	<p>ときどきまったく自分が役立たずだと感じる</p> <p>(大いにそう思う ・ そう思う ・ あまりそう思わない ・ まったくそう思わない)</p>
問 7	<p>少なくとも他人と同じくらいの価値はある人間だと思う。</p> <p>(大いにそう思う ・ そう思う ・ あまりそう思わない ・ まったくそう思わない)</p>
問 8	<p>もう少し自分を尊敬できたらよいと思う。</p> <p>(大いにそう思う ・ そう思う ・ あまりそう思わない ・ まったくそう思わない)</p>
問 9	<p>だいたい自分は何をやってもうまくいかない人間のように思える。</p> <p>(大いにそう思う ・ そう思う ・ あまりそう思わない ・ まったくそう思わない)</p>
問 10	<p>すべてを良いほうに考えようとするほうである。</p> <p>(大いにそう思う ・ そう思う ・ あまりそう思わない ・ まったくそう思わない)</p>

## 1回目セッション記録表

**STEP1** あなたの1日の飲酒量

ドリンク

**STEP2** あなたのAUDIT（オーディット）は

点/40点

**STEP5** 飲酒の具体的目標

私の目標は……

**STEP6** 宣言する相手は……

です。

・お酒の量をコントロールする重要度（0～10の数字に○を記入）

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
全く重要でない					➔						非常に重要である

・お酒をコントロールする自信度（0～10の数字に○を記入）

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
全く自信がない					➔						とても自信がある

・あなたの身長

 cm

・あなたの睡眠時刻

 時 分 ~  時 分

・身体計測

血圧（            /            ） mmHg      脈拍（            ） 回/分

腹囲（            ） cm                      体重（            ） kg



## 2回目セッション記録表

①プログラム参加後の1日の飲酒量は

ドリンク

②目標の達成度

- 大体目標を達成できた
- 目標を達成した日もあったが、まだ少ない
- あまり目標を達成できなかった

③目標の再設定

私の目標は……

④現時点のお酒の量をコントロールする重要度（0～10の数字に○を記入）

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
全く重要でない			➔				非常に重要である			

⑤現時点のお酒をコントロールする自信度（0～10の数字に○を記入）

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
全く自信がない			➔				とても自信がある			

⑥プログラム参加後の睡眠時刻

時	分	～	時	分
---	---	---	---	---

⑦身体計測

血圧（            /            ） mmHg

脈拍（            ） 回/分

腹囲（            ） cm

体重（            ） kg

### 3回目セッション記録表

① 2回目以降の1日の飲酒量は

ドリンク

② 目標の達成度

- 大体目標を達成できた・・・○
- 目標を達成した日もあったが、まだ少ない・・・△
- あまり目標を達成できなかった・・・×

③ お酒の量をコントロールして変わったこと、変わってほしいこと

④ 目標の再設定

私の目標は……

⑤ 現時点のお酒の量をコントロールする重要度 (0～10の数字に○を記入)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
全く重要でない						➔	非常に重要である			

⑥ 現時点のお酒をコントロールする自信度 (0～10の数字に○を記入)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
全く自信がない						➔	とても自信がある			

⑦ 2回目以降の睡眠時刻

時	分	～	時	分
---	---	---	---	---

⑧ 身体計測

血圧 (            /            ) mmHg

脈拍 (            ) 回/分

腹囲 (            ) cm

体重 (            ) kg

## 2013年5月

月	火	水	木	金	土	日	
29	30	1	2	3	4	5	
6	7	8	9	10	11	12	
13	14	15	16	17	18	19	
20	21	22	23	24	25	26	
27	28	29	30	31	1	2	

5月の1日平均ドリンク数は、\_\_\_\_\_ドリンク

## 2013年6月

月	火	水	木	金	土	日	
3	4	5	6	7	8	9	
10	11	12	13	14	15	16	
17	18	19	20	21	22	23	
24	25	26	27	28	29	30	

6月の1日平均ドリンク数は、\_\_\_\_\_ドリンク

## 末永く飲酒を続けるプログラムについて

この度は、本プログラムにご参加いただきまして、誠にありがとうございました。今後のプログラムや教材の改良のため、飲酒者の皆様の率直な評価・ご意見をお聞かせ下さい。

以下の質問に対し、当てはまるご感想・ご意見に○をお付けください。また、自由記述欄には、ご自由にご感想・ご意見をお書きください。

### 1. プログラムについて

#### ①プログラム参加の感想

大変良かった      良かった      どちらとも      良くなかった      全く良くなかった

--	--	--	--	--

#### ②プログラムの期間（3～4ヶ月）

大変長い      長い      どちらとも      短い      大変短い

--	--	--	--	--

#### ③プログラムの回数（3回）

大変多い      多い      どちらとも      少ない      大変少ない

--	--	--	--	--

#### ④看護師が説明し、質問に答えること

大変良かった      良かった      どちらとも      良くなかった      全く良くなかった

--	--	--	--	--

#### ⑤事業所の仲間とグループで参加すること

大変良かった      良かった      どちらとも      良くなかった      全く良くなかった

--	--	--	--	--

## 2. 飲酒記録について

① 使いましたか？

よく使った	時々使った	どちらとも	あまり使わなかった	全く使わなかった
-------	-------	-------	-----------	----------

② 使い勝手はいかがでしたか？

大変良かった	良かった	どちらとも	あまり良くなかった	全く良くなかった
--------	------	-------	-----------	----------

③ 含まれている内容はいかがでしたか？

大変良かった	良かった	どちらとも	良くなかった	全く良くなかった
--------	------	-------	--------	----------

飲酒記録について意見を具体的にお聞かせください。

## 3. ワークブックについて

① 読みましたか？

よく読んだ	読んだ (目を通した程度)	どちらとも	あまり読まなかった	全く 読まなかった
-------	------------------	-------	-----------	--------------

② 内容は理解できましたか？

よく理解できた	理解できた	どちらとも	あまり 理解できなかった	全く 理解できなかった
---------	-------	-------	-----------------	----------------

③ワークブックは参考になりましたか？（使える内容でしたか？）

大変 参考になった	参考になった	どちらとも	あまり参考に ならなかった	全く参考に ならなかった
--------------	--------	-------	------------------	-----------------

ワークブックについて良かったものをお書きください。

ワークブックご感想、ご意見を具体的にお聞かせください。

#### 4. 血液検査について

①血液検査の結果を知ることについて

大変参考に と思う	参考に なると思う	どちらとも	あまり参考に ならないと思う	全く参考に ならないと思う
--------------	--------------	-------	-------------------	------------------

本プログラム全体について、ご意見、ご感想をお聞かせください。

5. その他の教材等について

① 提示しました教材（スライド）の内容について

大変良かった	良かった	どちらとも	良くなかった	全く良くなかった
--------	------	-------	--------	----------

② 提示しました教材（スライド）の説明について

大変良かった	良かった	どちらとも	良くなかった	全く良くなかった
--------	------	-------	--------	----------

③ 看護師が電話またはメールで支援すること

大変良かった	良かった	どちらとも	良くなかった	全く良くなかった
--------	------	-------	--------	----------

④ グループ参加者同士での話し合いの場があること

大変良かった	良かった	どちらとも	良くなかった	全く良くなかった
--------	------	-------	--------	----------

⑤ ストレス対処法について

大変良かった	良かった	どちらとも	良くなかった	全く良くなかった
--------	------	-------	--------	----------

⑥ 看護師が自信を与えてくれるような対応をしたこと。

大変良かった	良かった	どちらとも	良くなかった	全く良くなかった
--------	------	-------	--------	----------

ご協力ありがとうございました。