

予防的アプローチ：大学、プライマリケアでの飲酒実態と対策

三重大学大学院医学系研究科 家庭医療学／津地域医療学講座 吉本 尚

1 はじめに

2010年5月の世界保健機構（以下、WHO）総会で、「アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略」が満場採択された。その中に対策を優先すべき集団として、「未成年者・若者」が潜在的に危険な状態にある人として独立して取り上げられている。そして、このような大学生を含めた若者を支える環境整備のために、地域社会を動かすことが必要と記載されている。また、プライマリケア、すなわち診療所や小病院といった住民の身近なケアの窓口となる場所での「予防・治療・ケアシステムの強化」、「ブリーフインタベンションの推進」が挙げられている。

上記より、私は大学、プライマリケアでのアルコール関連問題対策に取り組み始めているが、日本ではまだ対策が十分に進んでいない領域でもある。現時点での取り組みについて、以下に述べる。

2 大学での予防的アプローチ～アプローチの必要性、および飲酒実態と対策

米国疾病予防管理センター（CDC）では、青少年の健康に関連する危険行動として、①喫煙、②不健康な食行動、③不適当な身体活動、④アルコールや薬物使用、⑤HIVやSTD感染、望まない妊娠が起こりうる性行動、⑥故意（暴力や自殺）あるいは過失（交通事故）による傷害が生じうる行動、の6つを上げている。関連問題等を考えると、②⑤⑥などもアルコール摂取自体、および摂取に伴って生じる可能性があり、青少年の危険行動にアルコールは大きく関与しているといえる。

大学生の飲酒パターンの特徴として、binge drinking（heavy episodic drinkingとも呼ばれる。以下、ビンジ飲酒）と呼ばれる、短期間で多く飲酒する飲み方をしているものは多い。ビンジ飲酒の定義は様々であるが、「1回の飲酒で6ドリンク」、「2時間で男性5ドリンク以上、女性で4ドリンク以上」など、2時間程度の飲酒機会で、ある程度の量の飲酒をすることを指す。

海外ではこのビンジ飲酒対策が強力に進められている。理由としては、その影響の大きさである。米国政府調査では、18歳から24歳の大学生の44.7%が月に1回はビンジ飲酒の経験があり、その影響で4年制に通う大学生の約15%がアルコール関連外傷を経験し、12%が別の飲酒学生によって暴行されるという報告がある。この年代はアルコール関連問題が有意に多いが、1%の大学生しか自分に飲酒問題があると思っていないことが報告されている。

私は、三重大学の学生1,781人を調査し、日本での大学生の実態を調査した。過剰な定期飲酒（男性で純アルコール140g/週以上、女性70g/週以上）を行っているのは男性の7.4%、女性の9.4%と10%に満たなかったが、過去1年間にのビンジ飲酒（2時間以内に男性50g以上、女性40g以上）経験は、男性59.4%、女性51.5%と半数以上であった。また、定期的な飲酒およびビンジ飲酒で上記基準量を超えているが、「自分の飲酒量は正常である」と答えた学生は男性75-89%、女性86-91%と、大半の学生が自身の飲酒量が多いことを自覚していなかった。1大学の調査であり一般化はまだできないが、大学生のビンジ飲酒経験者の多さ、および自身の飲酒に対する認識のズレが存在する可能性が示唆された。

これらの調査内容および、医学部の教授会などで学生へのアルコール教育の必要性について議論されたことなどを受けて、三重大学では医学部1年生を主な対象として2013年4月に授業を行った。私が講師を務め、90分授業で「将来医療者になるうえで必要なアルコール関連問題の知識」、「自身の飲酒に関する知識」という2部構成で授業を行った。アルコールパッチテスト、断酒会の家族会の方からの体験談、先輩からの体験談などを含め、多岐にわたるアルコール関連問題の情報

を提供した。授業内容の詳細は紙面の関係上省略する。この授業は取材され、把握しているだけでも 30 以上に及ぶ新聞・テレビなどで配信されるとともに、授業の報告書はクラブ・サークル代表者、学生支援教員・職員等に計 1,000 部配布され、大学管理側として全学的な対策の必要性について言及があるなど、非常に注目された。

三重大大学をはじめとして、学生の教育はいくつかの教育機関で行われているが、「教育単独では飲酒量および飲酒問題の低減に対する効果は低い」というエビデンスが数多くある。冒頭で述べたように、大学生を含めた若者の対策において、教育は手段の一つであり、地域社会が変わるきっかけとしてもっとうまく利用されるべきではないかと個人的に考えている。

3 プライマリケアでの予防的アプローチ～アプローチの必要性、および飲酒実態と対策

ここまでは若者が数多くいる大学での取り組みをお話ししたが、一方で、プライマリケアでの取り組みもまた重要である。今回の話の中で出てくる、診療所や小病院といった場所で提供されるプライマリケアの現場というのは、以下のような特徴があると思われる。1) 世代、年齢、訴えが様々であり、多様性のある方が受診する、2) 1つ以上の慢性疾患を有する定期受診患者が受診し、医療者と患者の間に信頼関係が築かれていることが比較的多い、3) 患者家族・親戚・近所の方が受診し、周囲からの情報が入手しやすい、4) 予防接種や健康診断など健康な方との接点と比較的多い、5) 医療者に予防・行動変容に関するスキル・経験を持つことが多い、6) 医療者が予防・行動変容への興味を持っていることが多い、7) 医療者の連携能力が比較的高い、などが挙げられる。

このような現場で、どれくらいのアルコールの問題が生じているのだろうか。日本で伴らが行った調査によれば、プライマリケア外来（都市部の診療所・病院、郊外の診療所、過疎地の診療所・病院外来）で行った研究では、診療場所の如何を問わず、男性の約 12%、女性の約 2%が KAST0 点以上の問題飲酒者であった。また、Kitamura らの研究では、日本のプライマリケア医師は患者のアルコール問題の頻度を過小評価していたことも明らかになっている。

こういったプライマリケアの現場でのアルコール関連問題対策は、非常に効果があるといわれており、その枠組みとして SBIRT（エスバート）を利用することが近年、推奨されている。SBIRT は「S+BI+RT」に分かれ、アルコール問題のスクリーニング（Screening）、介入（Brief Intervention）、適切な紹介・連携（Referral to Treatment）を組み合わせたものである。Screening によって患者を「ふるい分け」、Brief Intervention という「介入」によって「危険な飲酒」患者には節酒を勧め、「乱用」や「依存症」患者には、場合によっては断酒を勧めながら、適切に紹介する（Referral to Treatment）という一連の技法となっている。

このように、効果的なアルコールの害を減らすための取り組みには、スクリーニング、ブリーフ・インターベンション、紹介が単独でそれぞれ存在するのではなく、セットで存在することが重要であり、この SBIRT という枠組みによって、飲酒量、医療機関受診回数、社会的コストを減少させる効果が証明されている。SBIRT は、米国予防医療サービス専門作業部会（USPSTF）において、最も臨床的に効果があり費用対効果の良い予防サービスの一つとされている。

SBIRT の枠組みの重要性の 1 つとして、プライマリケアのような依存症を日常的に治療しない医療者が担当する場所では、「アルコール関連問題を早期に発見・介入し、乱用・依存症は紹介すること」という役割が非常に明確であることが挙げられる。現在、世界的にアルコール関連問題のケアが不十分とされており、日本でも 5%のアルコール依存症患者しか適切な専門医療を受けていない状況があり、SBIRT は、多くの人々のアルコールの害を減らすための道しるべとなる可能性を持っている。これからもこの SBIRT がより利用しやすく、普及していくようにするため、今後も活動していきたいと私は考えている。