

Thomas F. Babor
John C. Higgins-Biddle
John B. Saunders
Maristela G. Monteiro

A U D I T

アルコール使用障害特定テスト
使用マニュアル

The Alcohol Use Disorders Identification Test

Guidelines for Use in Primary Care
Second Edition

監訳・監修 小松 知己・吉本 尚

三重大学大学院医学系研究科環境社会学講座 家庭医療学分野



Department of
Family Medicine

この資料は世界保健機構（WHO）によって `The Alcohol Use Disorders Identification Test: guideline for use in primary care, AUDIT, second edition' の題で2001年に出版された。

要約

このマニュアルは AUDIT(アルコール使用障害特定テスト)を紹介し、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の AUDIT の使用法を述べている。AUDIT は過度の飲酒をスクリーニングし、短時間で評価するための簡単な方法として、世界保健機関（WHO）によって作成された。これは現疾患の原因として、過度の飲酒の有無を特定する際に有用である。これはまた、危険飲酒者ないし有害飲酒者の節酒や断酒を支援し、その結果として飲酒による有害事象を回避することを目的とした介入の枠組みでもある。このマニュアルの初版は 1989 年に出版され (WHO/MNH/DAT/89.4)、その後 1992 年に更新された (WHO/PSA/92.4)。それ以来、これは保健従事者にもアルコール研究者にも広く使用された。アルコールのスクリーニング機会が増え、AUDIT が世界的に有名になると、研究と臨床経験の進歩を考慮してマニュアルを改訂する必要がでてきた。

このマニュアルは主としてヘルスケア従事者のために書かれているが、アルコール関連問題をもつ人物に遭遇した他の専門職にも有用だろう。これは、姉妹編の『危険・有害な飲酒の簡易介入：プライマリケアでの使用マニュアル Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for Use in Primary Care』という題で早期介入の手順の情報を相補的に記載している資料と連結して使用するようデザインされている。これらのマニュアルにプライマリケアにおけるアルコール関連問題のスクリーニングと簡易介入の包括的アプローチが記載されている。

WHOの承諾を得て翻訳および出版を行い、日本語翻訳を行った。日本語訳の文責は三重大学大学院医学系研究科環境社会学講座 家庭医療学分野が担う。

© 三重大学大学院医学系研究科環境社会学講座 家庭医療学分野 2011

目次

- 4 このマニュアルの目的
- 5 アルコール使用をスクリーニングする理由
- 8 アルコールのスクリーニングが行われる場所
- 10 AUDITの作成過程と実証
- 15 実施ガイドライン
- 21 スコアリングと解釈
- 23 患者に対する支援方法
- 28 プログラムの導入

- 付録
- 31 A. AUDITの研究ガイドライン
- 33 B. AUDIT自記式質問票 書式例
- 35 C. 特定の言語・文化への翻訳・翻案
- 37 D. 臨床的スクリーニング法
- 38 E. AUDITトレーニング資料

- 39 参考文献

このマニュアルの目的

このマニュアルは、アルコール使用障害特定テスト（Alcohol Use Disorders Identification Test : AUDIT）を紹介し、危険かつ有害なアルコール摂取パターンを持つ人の特定にAUDITをどのように使用するかについて説明する。AUDITは過度の飲酒をスクリーニングし、短時間で評価するための簡単な方法として、世界保健機関（WHO）によって作成された^{1,2}。これは現疾患の原因として、過度の飲酒の有無を特定する際に有用である。AUDITはリスクのある飲酒者の節酒や断酒を支援し、その結果として飲酒による有害事象を回避することを目的とした介入の枠組みである。また、AUDITはアルコール依存症や有害な飲酒に特有な事象の特定にも有用である。これは、特に医療従事者やさまざまな保健施設のために作られたものであるが、適切な指導のもとであれば本人や非医療従事者も使用することができる。

この目的を達成するため、本マニュアルに以下のことを示す。

- アルコール摂取に関して質問する理由
- アルコールのスクリーニングが行われる場所
- AUDIT の作成過程と実証
- AUDIT の質問項目とその活用法
- スコアリングとその解釈
- 臨床的スクリーニング検査の実施方法
- スクリーニング陽性患者に対する支援方法
- スクリーニング・プログラムの導入方法

このマニュアルの付録に、医療従事者や研究者に有用な追加情報を示す。AUDITスクリーニングの信頼性、妥当性および導入について、さらに研究を行う場合は、付録Aに要約したガイドラインを使用することを推奨する。付録BはAUDITの自記式質問票用紙の1例である。付録CはAUDITの翻訳／翻案に関するガイドラインである。付録Dは身体所見、臨床検査および既往歴データを用いた臨床的なスクリーニングの手順である。付録Eは利用可能なトレーニング教材の情報リストである。

アルコール使用をスクリーニングする理由

過度の飲酒にはさまざまなタイプがあり、個人に重大なリスクや悪影響を及ぼす。これらには、連日の大量飲酒、酩酊する(酔っ払う)まで飲酒を繰り返すこと、身体や精神に実害を及ぼす飲酒、依存または嗜癖に至っている人の飲酒も含まれる。過度の飲酒は、飲酒者本人とその家族や友人にとって病気や苦痛の原因となり、また、人間関係の破綻、外傷、入院、長期にわたる身体障害および早期死亡などの主な原因である。アルコール関連問題は、世界中の多くの地域社会に大きな経済的損失をもたらしている。

AUDIT は、過度の飲酒をスクリーニングするために、特に節酒・禁酒が有益な人々を特定する際に医療従事者の役に立つように作成された。過度の飲酒者の大半が診断を受けておらず、過度の飲酒者で認められる症状や問題は、飲酒と関連付けられていないことが多い。AUDIT は医療従事者が、患者の危険な(またはリスクのある)飲酒、有害な飲酒、アルコール依存症の有無を特定する際に有用である。

危険な飲酒 (Hazardous drinking)³ は、飲酒者や他者に対する有害事象のリスクが上昇するアルコール摂取パターンの1つである。現時点で当人に病気がなくても、危険な飲酒パターンは公衆衛生上重要である。

有害な使用 (Harmful use) は、身体的・精神的な健康上の事象が生じるアルコール摂取のことを指す。アルコールによる社会的有害事象を含める場合もある^{3,4}。

アルコール依存症 (Alcohol dependence) とは、度重なる飲酒後に生じる一連の行動的・認知的・生理的な現象である⁴。典型的には、飲酒への強い渴望、アルコール摂取に対するコントロール(自制)の障害、有害事象存在下でも飲酒を継続すること、飲酒が他の活動や義務より優先される状態、アルコール耐性の上昇、およびアルコールが切れた時の身体的離脱反応などが生じる。

アルコールは、多くの社会的・法的問題に加えて、多種多様な疾病、障害、けがに関与している^{5,6,7}。また、口腔がん、食道がん、喉頭がんの主要原因である。肝硬変や膵炎は、長期にわたる過度のアルコール摂取の結果であることが多い。妊娠中の女性において、アルコールは胎児に害を及ぼす。さらに、機会飲酒や短期間のアルコー

ル摂取であっても、より一般的な内科的疾患（高血圧、胃炎、糖尿病、ある種の脳卒中）やうつ病などの精神障害が増悪する傾向がある。過度のアルコール摂取により、自動車事故 - 歩行者事故でのけが、転倒、仕事への悪影響が生じることが多い。アルコール関連リスクは、飲酒パターンや摂取量と関係している⁵。アルコール依存症者では、有害性が高い傾向が最も強いが、アルコール関連有害事象の多くは依存症でない者で発生しており、それは単に依存症でない者の人数が多いせいである⁸。したがってリスクのある、様々なタイプ、様々な飲酒量のアルコール摂取者を特定することで、全タイプのアルコール関連有害事象を減少させる可能性が極めて大きい。

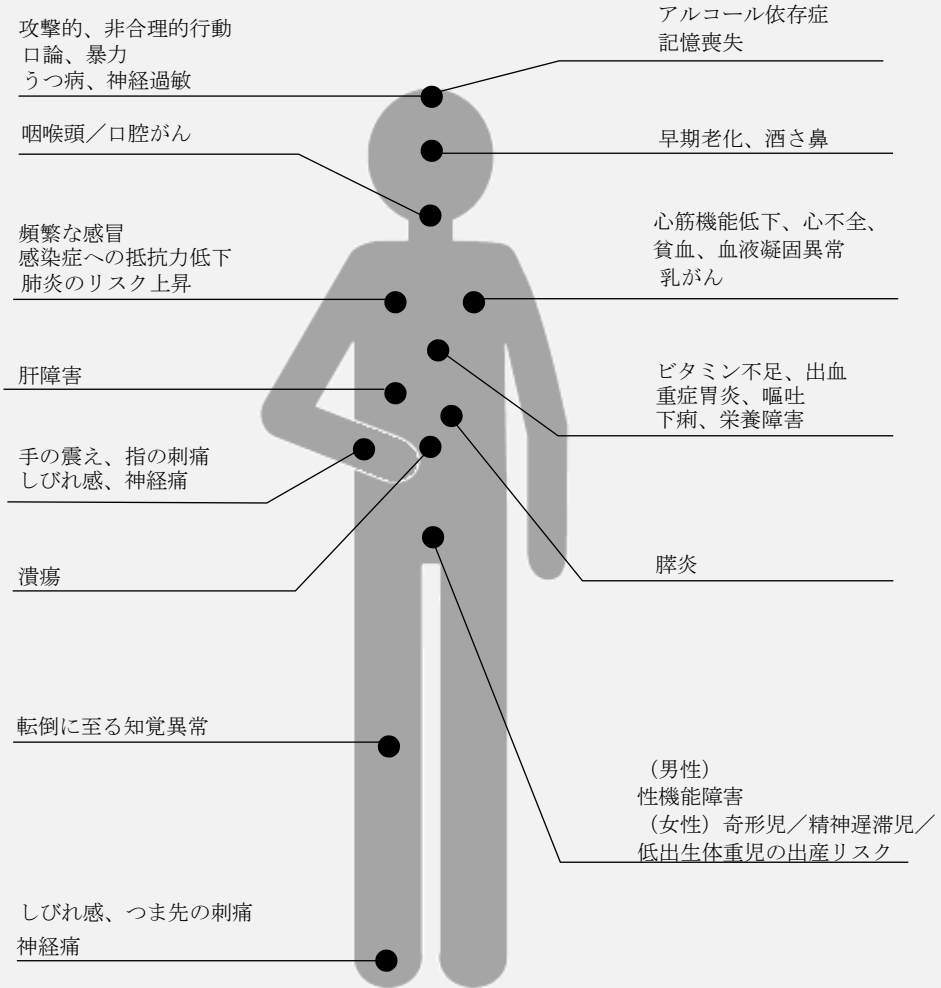
図1に、アルコールに使用に関連する多様な健康上の問題を示す。これらの医学的事象の多くは重度のアルコール依存症者に集中する傾向があるが、1日あたり純アルコールで20gから40gの摂取でも、事故、けが、多くの社会的問題のリスク因子となる^{5,6}。

多くの要因が、アルコール関連問題の発生に寄与している。飲酒限量を知らない、過度の飲酒に関連するリスクを知らないことがその主要因である。社会・環境的影響（過度の飲酒を促す習慣や志向など）も大きく関与している。しかし飲酒のスクリーニングにおいて最も重要なことは、アルコール依存症でない者が、適切な支援や努力によって断酒や節酒を行うことが可能であるという事実である。いったん依存症が生じると断酒はより困難となり、しばしば専門的な治療が必要になる。全ての危険な飲酒者が依存症になるわけではないが、アルコール依存症者は皆、危険なアルコールの使用を一定期間行ったのちに依存症になっている。これらの要素を踏まえると、スクリーニングの必要性は明らかである。

プライマリケアにおけるアルコール摂取スクリーニングには多くの有益性が潜在する。スクリーニングにより低リスク摂取量や過度のアルコール摂取によるリスクについて、患者教育を行う機会が得られる。アルコール摂取量や飲酒頻度に関する情報は患者の現疾患の診断を教えてくれ、治療において薬物療法などに悪影響を及ぼすアルコール摂取を行っている患者に対して、臨床医が忠告する必要性に気づかせてくれる。またスクリーニングによって、医療従事者がアルコール関連リスクの低下に有効性が証明されている予防措置を講じる機会も得られる。

図 1

高リスク飲酒が及ぼす影響



高リスク飲酒は、社会／法律／医療／家庭／仕事／経済における問題となる。
また、寿命が短縮し、飲酒運転では事故や死亡の可能性がある。

アルコールのスクリーニングが行われる場所

このマニュアルでは、プライマリケアの医療現場において、アルコール摂取やそれに関連したリスクを、AUDIT を用いてスクリーニングすることに焦点を合わせているが、AUDIT はそれ以外の様々な場所で適用することができる。そのような場では、多くの方法が既に考案・使用されている。表 1 に、AUDIT によるスクリーニング・プログラムが適切と考えられる場所・スクリーニング担当者・対象者をまとめている。Murray⁹は、以下を対象者として行った場合にスクリーニングは有益であると論じている。

- 総合病院の患者、特にアルコール依存症との関連が明らかな疾患（例：肺炎、肝硬変、胃炎、結核、神経疾患、心筋症）を有する人
- 抑うつ状態の人または自殺企図者
- その他の精神科患者
- 救急部（casualty and emergency services）受診患者
- GP（家庭医）受診患者
- ホームレス
- 受刑者
- 飲酒関連の法律違反をした人（例：飲酒運転、公衆酩酊）

WHO 専門委員会⁷は、アルコール関連問題を生ずるリスクが高い下記グループも、スクリーニング対象者として加えるべきであると考えている。

- ・ 中年男性
- ・ 思春期の男女
- ・ 移民労働者
- ・ 特定職業群（企業幹部、芸能人、性風俗業労働者、居酒屋経営者、船員など）

リスク特性は、年齢、性別、飲酒場所および飲酒パターンにより異なり、社会文化的要素がアルコール関連問題の定義や発現に大きく影響する⁶。

表1 AUDIT を使用したスクリーニング・プログラムにおいて
適切と考えられる担当者・場所・対象者

場所	対象者	スクリーニング担当者
プライマリケアクリニック	内科患者	看護師、ソーシャルワーカー
救急部	事故の被害者 酩酊・急性中毒患者 外傷患者	医師、看護師、スタッフ
総合病院の病棟 外来クリニック	高血圧・心疾患・ 消化器疾患・神経障害 を有する患者	内科医、スタッフ
精神科病院	精神科患者、特に 自殺企図者	精神科医、スタッフ
裁判所・拘置所・刑務所	飲酒運転者 暴力事犯者	警官、カウンセラー
その他の保健関連施設	社会・職業的機能が 低下している人 (例：離婚係争中、 養育放棄など)	保健師・福祉士
軍隊	下士官兵、将校	医務官
職場 従業員支援プログラム (EAP)	従業員 (特に生産性／ 欠勤／事故に問題を 有する人)	EAP スタッフ

AUDIT の作成過程と実証

AUDIT は過去 20 年以上にわたって作成され、評価されている検査方法であり、性別、年齢、文化を越えた正確なリスク評価が可能であることが確認されている^{1,2,10}。表 2 に AUDIT に含まれる概念と項目を示す、そこにあるのは最近のアルコール使用状況、アルコール依存症状、アルコール関連問題に関する 10 の質問である。プライマリケアにおける使用を目的として特異的にデザインされた最初のスクリーニング検査であるため、AUDIT には以下の利点がある。

- －国際標準化されている（AUDIT は、6 カ国のプライマリケア患者において妥当性が確認されており^{1,2}、国際的に利用するため特別にデザインされた唯一のスクリーニング検査である）。
- －危険なアルコール使用、有害なアルコール使用、潜在するアルコール依存症を特定する。
- －簡易、迅速、柔軟な検査である。
- －プライマリケア従事者のためにデザインされた検査である。
- －ICD-10 におけるアルコール依存症（alcohol dependence）と有害なアルコール使用（harmful alcohol use）の定義と一致している^{3,4}。
- －最近のアルコール使用を重視した検査である。

1982 年に WHO は国際調査グループに対して、簡単なスクリーニング方法を考案するよう要請した²。それは発展途上国、先進国のどちらの保健機関にも適した方法を用いて、初期のアルコール問題を持つ人を特定する目的であった。調査者らは、様々な国においてこの目的で使用されていた様々な方法（自記式、検査室、臨床的）を精査した。その後、国毎のスクリーニング手法の中から最良な特性を選び出すために国際比較研究が実施された¹。このフィールド比較研究は 6 カ国（ノルウェー、オーストラリア、ケニア、ブルガリア、メキシコ、米国）で実施された。

AUDIT は、低リスク飲酒者と有害な飲酒者を最もよく判別できた項目で構成されている。これまでのスクリーニング検査とは異なり、この新しい方法は、危険な飲酒、有害な飲酒、アルコール依存症（アルコール症）を早期に特定することを目指した。アルコール治療専門施設を含む様々なヘルスケア施設から患者約 2,000 人が登録された。64%が現飲酒者であり、そのうち 25%がアルコール依存症と診断された。

参加者には、身体診察、アルコール症の標準的血液マーカーを用いた血液検査、包括的な問診（人口統計学的特性、病歴、健康に関する愁訴、アルコール・薬物使用、アルコールに対する心理反応、飲酒に伴う問題、アルコール問題に関する家族歴）を行った。AUDITで使用する項目は、主に1日アルコール摂取量、飲酒1回あたりにアルコールを6ドリンク（3単位）以上摂取する頻度、および危険かつ有害な飲酒者を区別する能力の有無との相関に基づいて、蓄積した質問データから選択された。項目は、表面的妥当性、臨床的関連性、関連概念領域（すなわち、アルコール使用、アルコール依存症、飲酒関連有害事象）の包含も基準に入れて選択された。最終的に項目を選択する際は、性別ごとの適切性や国際的一般化の可能性について特に注意が払われた。

表 2 AUDIT の概念領域および項目内容

概念領域	質問番号	項目内容
危険なアルコール使用	1	飲酒の頻度
	2	通常の飲酒量
	3	多量飲酒の頻度
アルコール依存症状	4	飲酒に対するコントロール（自制）の障害
	5	飲酒の優先度の上昇 (increased salience of drinking)
	6	朝酒
有害なアルコール使用	7	飲酒後の罪悪感・後ろめたさ
	8	ブラックアウト
	9	飲酒関連のけが
	10	他者が飲酒を心配する

複数の基準（平均的な1日アルコール摂取量、酩酊の反復、1つ以上の依存症状の存在、アルコール乱用やアルコール依存症との診断、飲酒問題に対する自覚）について、選択された検査項目の感度と特異度が算出された。合計スコアの様々なカットオフ値についても検討され、危険かつ有害なアルコール使用を判別するための最適感度（検査が正しく特定した陽性例の割合）および最適特異度（検査が正しく特定した陰性例の割合）が得られるような数値を探した。さらに、有害な使用とアルコール依存

症の複合診断に対する妥当性についても計算された。検査症例では¹、カットオフ値が8点の場合、問題飲酒の様々な指標に対するAUDITの感度は概ね0.9台中盤であった。特異度は国や基準を問わず、平均で0.8台であった。

AUDITでは、その他の自記式スクリーニング検査と異なり、複数国の大規模集団から収集されたデータに基づいて、明確な概念的・統計的根拠をもって項目が選択され、また、長期にわたるアルコール依存症や有害な飲酒による事象にではなく、危険な飲酒の特定を重視し、「過去の」ではなく「最近に」生じた症状に主に焦点を合わせている。

AUDITが公表された後、作成者らは妥当性評価研究の追加実施を推奨した。この要請に応じて、AUDITの妥当性や信頼性を評価するため、世界の様々な臨床症例や地域集団を対象に多数の研究が実施された¹⁰。カットオフ値を推奨される8点とした場合、ほとんどの研究において、現行のICD-10のアルコール使用障害^{10,11,12}および将来の有害のリスク¹²に対して、非常に良好な感度、およびやや低い許容範囲の特異度を示した。しかし、対象集団やスクリーニング・プログラムの目的によっては、一部の症例でカットオフ値を1~2点増減することにより、検出能はさらに改善した^{11,12}。

プライマリケア患者^{13,14,15}、救急室患者¹¹、薬物使用者¹⁶、失業者¹⁷、大学生¹⁸、高齢の入院患者¹⁹および社会経済的下流階級者²⁰など種々のサブグループを対象とした研究が行われた。AUDITはこれらの集団に対しても、アルコール問題の検出に有用であることが認められた。最近の系統的レビュー²¹では、CAGEやMASTなどの他の質問票と比較して、AUDITはプライマリケアにおけるアルコール問題全般のスクリーニング検査として、最も優れた検査であると結論付けられた。

文化的適切性および国際的適用性は、AUDITを作成する際の重要な懸念事項であった^{1,2}。多くの国や文化圏で行われた研究において^{11,12,13,15,19,22,23,24}、AUDITは国際的なスクリーニング検査として機能を果たすことが示された。

女性に関するエビデンスはいくぶん限定されるが^{11,12,14}、AUDITの適切性は男女で同等であると思われる。AUDITに影響を及ぼす可能性がある年齢について、これまで系統的に分析されていないが、1つの研究¹⁹において、65歳超の患者では感度が低く、特異度が高いことが示された。大学生を対象とした研究では、AUDITによるアルコール依存症の検出は正確であることが証明された¹⁸。

その他のスクリーニング検査と比較したところ、AUDIT の正確性は、種々の診断ツールと同等以上であった^{10,11,25,26}。Bohn ら²⁷によると、潜在項目アルコール症スクリーニング検査について、AUDIT と MAST (Michigan Alcohol Screening Test) では、男女を合わせた場合に強い相関がみられ ($r=0.88$)、性別ごとの相関係数は男性では 0.47、女性では 0.46 であった。外来患者に対する AUDIT と CAGE でも、高い相関係数 (0.78) が認められた²⁶。AUDIT スコアは、飲酒関連事象、飲酒に対する態度、アルコール依存症の易発症性、飲酒後の陰性感情、飲酒理由といった評価項目と相関性が高かった²⁷。AUDIT の合計スコアは、幅広い重症度に対応したアルコール関与度を反映していると考えられる。

2つの研究により、AUDIT スコアは将来的なアルコール関連問題の指標や、より一般的な生活機能の指標と関連しているか検討された。1つの研究¹⁷によると、AUDIT スコアが 8 点以上であった人は、失業継続期間が 2 年以上である確率が、8 点未満の人より 1.6 倍高かった。別の研究²⁸では、外来患者の AUDIT スコアにより、身体疾患およびアルコール関連の社会的問題の将来発生確率が予測可能であった。また、AUDIT スコアは、医療ケアの利用や危険な飲酒を行う将来リスクも予測可能であった²⁸。

いくつかの研究において、AUDIT の信頼性が報告されている^{18,26,29}。これらの結果は内的一貫性が高く、AUDIT が単一構造を高い信頼性で評価していることが示唆された。危険ではない飲酒者、コカイン乱用者、アルコール依存症者からなる集団を対象に実施された試験 - 再試験信頼性 (test-retest reliability) 研究²⁹では、AUDIT の信頼性は高い ($r=0.86$) ことが示された。質問の順序や用語の変更が、推定有病率や内的一貫性信頼性に及ぼす影響を検討する目的も持った、別の方法論的研究が実施された²²。質問の順序や用語の変更による AUDIT スコアへの影響は認められなかったため、調査者らが AUDIT に用いる質問項目の順序や用語を、制限の範囲内である程度柔軟に変更できることが示された。

AUDIT の信頼性と妥当性を示すエビデンスが増えるにつれ、有病率検査方法として AUDIT を用いる研究が行われるようになった。Lapham ら²³は、タイの地域病院 3 施設の救急救命室 (ER) において AUDIT を使用し、アルコール使用障害の有病率を推定した。この研究では、AUDIT を用いたアルコールのスクリーニングに、ER は理想的な場所であることが結論付けられた。同様に Piccinelli ら¹⁵は、イタリアのプライマリケア診療所において、危険なアルコール摂取をスクリーニングする検査として AUDIT の評価を行った。AUDIT は、アルコール関連障害および危険なアルコール使用を特定する上で良好な成績を示した。Ivis ら²²が行ったカナダ・オンタリオ州の一般集団を対象に実施した電話調査でも、AUDIT が使用された。

1989年にAUDITユーザーマニュアルが初出版されて以来³⁰、AUDITは（その作成の動機になった）多くの期待に応えてきた。AUDITの信頼性と妥当性が、様々な状況および多くの国で実施された研究において確立された。トルコ語、ギリシャ語、ヒンズー語、ドイツ語、オランダ語、ポーランド語、日本語、フランス語、ポルトガル語、スペイン語、デンマーク語、フランドル語、ブルガリア語、中国語、イタリア語、ナイジェリア語など多くの言語に翻訳された。また、医師および他の医療提供者による使用を促進することを目的とした研修プログラムも作られた^{31,32}（付録E参照）。AUDITは、一般集団や特定施設の患者群（入院患者、プライマリケア患者など）を対象に有病率を推定するために、プライマリケア研究や疫学研究で使用されてきた。AUDITに関して高度な研究活動が行われているが、特に開発途上国においてさらなる研究が必要である。付録Aに、AUDITに関する継続した研究のガイドラインを示す。

実施ガイドライン

AUDIT は、患者のアルコール使用を評価するのに様々な方法で使用できるが、実施にあたっては患者の環境と能力を勘案したガイドラインを設定すべきである。さらに、患者にはアルコール使用について質問する理由を説明し、患者が適切に回答するために必要な情報を提供するように配慮しなければならない。AUDIT を口頭、または書面による自記式質問票のどちらで実施するのかを決定する必要がある。最後に、効率を高めるため一部を省略してスクリーニングを短縮するかどうかを検討すべきである。本章は、このような実践時の課題に関するガイドラインを推奨するものである。

患者への配慮

すべての患者に対して、アルコール使用のスクリーニングをできれば年 1 回実施すべきである。AUDIT は単独で実施してもよいし、全般的な健康に関する問診、生活習慣質問票、病歴聴取などの一環として、他の質問と併用してもよい。保健従事者が「飲酒問題」を有している可能性が高い人のみを対象にスクリーニングを行った場合、過剰飲酒者の大多数が看過されることになる。アルコール使用に関する質問に回答するよう患者に頼む際には、患者の状態を考慮に入れることが重要である。患者から正確かつ快く質問の回答を得るには、以下のことが重要である。

- －面接者（または調査者）が友好的であり、威圧的でないこと。
- －その時に患者が酩酊していないこと、または救急ケアを要する状態ではないこと。
- －スクリーニングの目的を、患者の健康状態との関連という観点から、明確に伝えること。
- －患者が質問を理解し、正確に回答するために必要な情報を提供すること。
- －患者の回答に対する機密保持を保証すること。

保健従事者は AUDIT 施行前に、これらの状況を整えるよう努める。これらの状況が整わない、または患者が抵抗を示す場合は、臨床的スクリーニング法（付録 D）を代替手段として用いる。

AUDIT を実施するための最善の状況を選択する。救急治療を要していたり、疼痛が強い患者については、病状が安定し、AUDIT を実施する保健施設に患者が慣れるまで待つのがよい。アルコール酩酊や薬物中毒の徴候を探すこと。アルコール口臭

が認められる患者、または酩酊・中毒状態の患者は回答者として信頼性が低い。後で別な時に、スクリーニングの実施を検討する。スクリーニングができない場合は、患者記録にこれらの所見を記載する。

健康状態に関して医学的に大きな不安を抱えている患者は、ほとんど常に AUDIT の質問に対して寛容かつ協力的である。さらに、ほとんどの患者は質問に対して正直に答える。過剰飲酒者が飲酒量を過少申告したとしても、AUDIT スコアリングシステムではしばしばアルコールリスクが陽性となる。

AUDIT の導入

口頭面接でも自記式質問票でも、AUDIT を施行する前に質問内容、質問の目的、正確な回答の必要性について説明することが推奨される。以下は、口頭調査や自記式質問票での導入例である。

「それではこれから、この 1 年間にあなたがアルコール飲料をどれくらい飲んだのかについていくつか質問します。アルコールはいろいろと健康に影響を与えます(また、ある種の薬とも相互作用します)。ですので、あなたが日頃どれくらいアルコールを飲んでいるのか、飲酒に関連して何か問題がなかったかどうかを知ることが私たちにとって大切なのです。できる限り正直に、正確に答えるようにお願いします。」

「ここでの健康サービスの一環として、患者さんの健康に影響する可能性のある生活習慣を私たちが知っておくことが大切です。この情報は、あなたに最善の治療を提供し、最も標準的なケアを提供するのに役立ちます。ですから私たちは、ここ一年間のあなたのアルコール飲料の飲み方についての質問に答えてくれるようにお願いしています。できる限り正直に、正確に答えてください。あなたの担当の保健従事者と、結果について後で話し合うこととなります。全ての情報は、厳密に秘密保持されます。」

この説明の後、患者が生活する国・地域で典型的なアルコール飲料を「ワイン、ビール、ウォッカ、シェリー酒など」と説明する。必要なら、アルコール飲料と考えないかもしれない例も含める(アップルサイダー、低アルコールビールなど)。法律・文化・宗教によって飲酒が禁止されている場合(若年者、厳格なイスラム教徒など)には、そのような禁令があることを認め、正直に答えるよう勇気づけることも必要かもしれない。例えば、「あなたはアルコールを飲んではいけないと他の人たちが思っていることでしょう、でもあなたが実際に行っていることを知ることが、あなたの健康を評価するのに大切なのです。」

1 飲酒単位：a standard drink の意味を明らかにする説明も必要である。AUDIT の質問 2 と 3 は、「飲酒量」を尋ねている。この言葉の意味は、国・文化によって異なる。

よって、飲まれているであろう最も一般的なアルコール飲料をいくつか例示し、それぞれで 1 ドリンク（純アルコールで約 10g）に換算してどれくらいの量かを言及することが大切である。例えばビール 1 本（5%アルコール 330ml）、ワイン 1 グラス（12%アルコール 140ml）、蒸留酒 1 ショット（40%アルコール 40ml）が、1 ドリンク約 13g のアルコールを含んでいる。アルコール飲料の種類と量は、文化や慣習によって異なるために、ビール・ワイン・蒸留酒の典型的な提供量中のアルコール量を判定しておくことが AUDIT を個々の現場に適応するために必要である。付録 C 参照のこと。

監訳注：WHO は純アルコール 10g を 1 ドリンクと規定している。日本では、厚生省が純アルコール 20g を 1 単位として保健指導を行ってきた経緯があり、本資料ではドリンクと日本で用いられている単位を併記した。

口頭実施 対 自記式質問票

AUDIT は 2 つの方法で可能である。1 つは口頭面接で、もう 1 つは自記式質問票である。それぞれに利点・欠点があり、時間とコストの制約を考慮して選ばなければならない。AUDIT を行う上での、面接と自記式質問票の利点の比較は表 3 にまとめている。患者の認知能力（識字力と記銘力）と協力姿勢（防衛）を考慮すべきである。患者のアルコール問題に対するケアの全てをプライマリケア提供者が管理できると期待されるなら、面接に利点があるかもしれない。しかし、提供者の役割がスクリーニング陽性患者への簡易なアドバイスを提供するに限られ、より重症な場合は他の施設へ紹介となるのならば質問票の方が好ましい。どういう決断をするにしろ、包括的なスクリーニング・プログラムを作るため、適用計画を一貫させておかなければならない。

表 3 2つの AUDIT 実施方法の利点

質問票	面接
所要時間が短い	あいまいな回答を明確にできる
実施しやすい	識字能力が不良な患者に実施できる
コンピューターで実施・スコアリングするのに適している	
より正確な質問を提示できる	すぐに結果を患者にフィードバックし、簡易なアドバイスを開始できる

AUDIT の質問と回答は、表 4 に口頭面接のための形式を示してある。付録 B は自記式質問票の例である。その社会でもっとも一般的に消費されるアルコール飲料と、特定のスクリーニング・プログラムの必要性に応じて、適応させるべきである。付録 C では、AUDIT を翻訳したり、国や地域に適応させるためのガイドラインである。

AUDIT が面接で実施されるのならば、質問を書かれている通りに、順番通りに読むことが重要である。書かれている通りに質問を読み上げることによって、あなたの得た結果と他の質問者の結果が比較可能になる。AUDIT の大半の質問は、「どのくらいの頻度」で症状が起こるか、という言葉を使う。患者にはそれぞれの質問に対する答えの選択肢を与えておく（例えば、「全くない」、「月に数回」、「毎日」）。また、患者が答えを選択後、その答えに対して関連質問をすることで、実際に最も患者の状況に適した答えかどうかを判断できる（「あなたは週に数回飲酒すると答えましたが、それは週末だけですか？それともほとんど毎日でしょうか？」）。

反応が曖昧だったり回避的だったりした場合には、明確な答えが出されるまで質問内容や回答選択肢を繰り返して、最も当てはまる回答を選ばせる。時に、患者が定期的には飲酒していないために明確な答えを出すことが困難なことがある。例えばアルコール摂取量が事故に遭った月は高かったが、それ以前はそうでなかった場合、質問にあるような「典型的なアルコール摂取量」を規定するのは難しい。このような場合には、過去 1 年間の最高摂取時のアルコール摂取量と関連症状を記録するのが最善であるが、その人にとって非典型的で一時的であるかもしれないことを記録しておくようにする。

表4 アルコール使用障害特定テスト：口頭面接

以下の質問を字句通り読むこと。注意深く答えを記入するように。 次の言葉でAUDITを開始する。「今から、あなたの過去1年間の飲酒についての質問を始めます」。「アルコール飲料」の意味を、ビール、日本酒、ウォッカなど、地域に合った例を挙げ説明する。答えは飲酒単位で統一する。正しい答えの番号を、[]の欄に入れていく。	
1. どれぐらいの頻度でアルコール飲料を飲みますか？ (0) 全く飲まない [質問9と10まで飛ばす] (1) 月1回以下 (2) 月2~4回 (3) 週2~3回 (4) 週4回以上	[]
2. 飲酒時は1日平均して何ドリンク（何単位）飲みますか？ (0) 1-2ドリンク (0.5または1単位) (純アルコールで10-20g台) (1) 3-4ドリンク (1.5または2単位) (純アルコールで30-40g台) (2) 5-6ドリンク (2.5または3単位) (純アルコールで50-60g台) (3) 7-9ドリンク (3.5か4か4.5単位) (純アルコールで70-90g台) (4) 10ドリンク (5単位) 以上 (純アルコールで100g以上)	[]
3. どれぐらいの頻度で一度に3単位以上飲むことがありますか？ (0) 1回もない (1) 月1回未満 (2) 毎月 (3) 毎週 (4) 毎日または、ほとんど毎日 ※質問2と3の合計スコアが0の場合は質問9と10に進む	[]
4. 飲み始めたら、飲むのを止められなくなったことが、過去1年でどれぐらいの頻度ありますか？ (0) 1回もない (1) 月1回未満 (2) 毎月 (3) 毎週 (4) 毎日または、ほとんど毎日	[]
5. 飲酒のせいで、通常あなたが行うことになっている事を行うことができなかったことが、過去1年でどれぐらいの頻度ありますか？ (0) 1回もない (1) 月1回未満 (2) 毎月 (3) 毎週 (4) 毎日または、ほとんど毎日	[]
6. 飲み過ぎた翌朝、アルコールを入れないと動けなかった、ということは過去1年でどれぐらいの頻度ですか？ (0) 1回もない (1) 月1回未満 (2) 毎月 (3) 毎週 (4) 毎日または、ほとんど毎日	[]
7. 飲酒後に罪悪感・後ろめたさを感じたり、後悔をしたことが、過去1年でどれぐらいの頻度ありますか？ (0) 1回もない (1) 月1回未満 (2) 毎月 (3) 毎週 (4) 毎日または、ほとんど毎日	[]
8. 飲酒翌朝に夕べの行動を思い出せなかったことが、過去1年でどれぐらいの頻度ありますか？ (0) 1回もない (1) 月1回未満 (2) 毎月 (3) 毎週 (4) 毎日または、ほとんど毎日	[]
9. あなたの飲酒により、あなた自身や他の人がケガをしたことがありますか？ (0) ない (2) ある、でも1年以上前に (4) ある、過去1年以内に	[]
10. 親戚、友人、医師、または他の保健従事者が、あなたの飲酒について心配をしたり、飲酒を控えるようにとあなたに薦めたことはありますか？ (0) ない (2) ある、でも1年以上前に (4) ある、過去1年以内に	[]
合計スコアを記入	[]
合計がカットオフ値を超えている場合、取り扱い説明書:User's Manualを参照する。	

注意深く回答を記録し、特別な状況、付加情報、臨床的観察も記録しておく。患者の飲酒に関する意見は、AUDIT 総合点を解釈するうえでしばしば役に立つ。

質問票やコンピューターを用いた AUDIT は特定の選択肢しか与えないため、患者の回答の不確定要素の多くを減らす。

しかし質問票では、直接面接でしか得られない情報を逃すことがある。さらに、患者側に作業遂行に必要なだけの識字力や能力があることを前提にしている。また、患者がひとりでAUDITを完成できるのであれば、保健従事者にとって時間の節約になる。保健従事者と患者双方にとって時間が大切なときには、スクリーニング過程を短縮する手段は考慮に値する。

スクリーニング過程の短縮

口頭面接でも自記式質問票でも、AUDIT は 2 から 4 分で実施でき、数秒で採点できる。ところが多くの患者では、飲酒の頻度が低い、量が少ない、またはまったく飲酒をしない為、AUDIT を全項目やる必要がない。面接形式の AUDIT (表 4) では、そのような患者の質問項目を飛ばす起点を 2 つ設けてある。もし質問 1 で過去 1 年以内に全く飲酒していない場合、質問 9-10 (過去の飲酒問題に対する質問・返答) まで飛ばすことができる。もし質問 9-10 で点数が付いた場合、再度飲酒を始めるとリスクありと考えられるので飲酒を避けるようアドバイスする必要がある。この分岐構造を含む AUDIT は、面接もしくはコンピューターによってのみ行われることが望ましい。

AUDIT スクリーニングの短縮のための第 2 の機会は、質問 3 の回答後である。質問 2 と 3 が 0 点の場合、患者の飲酒レベルが低リスクにも達していないため、面接者は質問 9-10 まで飛び進むことができる。

スコアリングと解釈

AUDIT は採点が容易である。個々の質問には選択肢一覧が付属し、個々の回答には 0 から 4 点の幅がある。この面接書式 (表 4) で面接者は、患者の回答に一致する得点 (かっこ内の数字) を、それぞれの質問の横にある囲みの中に記入する。自記式質問票 (付録 B) では、患者がチェックした項目の数字を、採点者が最右段の囲みに記入する。全ての回答の点数を合計して、「合計」の囲みに記入する。

合計スコア 8 点以上は、有害で危険なアルコール使用およびアルコール依存症の可能性もある、ということの指標とされる。(カットオフ値 10 点では特異度は高いが感度を犠牲にすることになる)。アルコールの影響は平均体重や代謝の違いで変わるので、65 歳以上のすべての男女に対するカットオフ値を 1 点低い 7 点に設定することは、これらの人口集団に対する感度を上げることになる。カットオフ値の設定および推奨される最大消費許容量は、国家的・文化的標準や臨床家の判断に影響される。数の上では、スコアは高いほど有害で危険な飲酒の可能性が大きい、ということを単純に示している。しかし同時に、そのような高スコアは、アルコール問題の深刻さや依存をも大きく反映し、より強力な治療の必要性も示している可能性がある。

患者の合計スコアのより詳細な解釈は、どの質問項目で得点したかを検討することで可能かもしれない。一般に、質問 2 もしくは質問 3 で 1 点以上であれば、危険レベルの消費を示している。質問 4 から質問 6 で 1 点以上の得点 (特に毎週、毎日の症状) であれば、アルコール依存症もしくは初期状態であることを暗示している。質問 7 から質問 10 での得点は、アルコール関連の有害事象がすでに存在していることを示している。合計スコア、消費レベル、依存症の兆候、有害事象の存在全てが、患者を如何にマネジメントするかを検討するための役割を担っている。最後の 2 つの質問はまた、患者が過去に問題を持っていた証拠があるかどうかをみるために検討されるべきである。(例: 「はい、でもここ 1 年間はありません」)。現在の危険な飲酒がなくても、これらの質問項目での得点は、警戒する必要があることを患者と話し合うために利用されるべきである。

大半のケースで、AUDIT の合計スコアは、患者のアルコールに関連したリスクのレベルを反映する。一般的なヘルスケアの現場や社会調査においては、大半の患者はカットオフ値以下であり、アルコール関連問題に低リスクであると判断されるかもしれない。少数派ではあるがカットオフ値を超える人々が一定数存在し、この集団では最初の 3 つの質問での得点が大半である。さらに少数の集団は非常に高得点を示し、

アルコール関連問題を呈していると同時に、依存症関連の質問で得点している。診断的評価または、より集中的な治療のために紹介すべきアルコール依存症飲酒者と、簡易介入によって利益を得るであろう有害で危険な飲酒者を判別するためのカットオフ値を正確に決めるためには、未だ研究が十分ではない。これは重要な問題である。なぜならアルコール依存症者を特定するために作られたスクリーニング・プログラムでカットオフ値を 8 点としたら、有害で危険な飲酒者をたくさん見つけることになるからである。これらの患者はさほど集中的でない介入でマネジメントされる必要がある。一般的に AUDIT の合計スコアが大きければ大きいほど、アルコール依存症の患者を見つける感度は高くなる。

幅広い重症度のアルコール問題患者とマッチングさせたある治療研究で得られた成果に基づいて、AUDIT スコアが低・中・高レベルのアルコール依存症を反映した診断的データと比較された。そこで分かったことは、8 点から 15 点の AUDIT スコアは中等度のアルコール問題に相当し、16 点以上は高レベルのアルコールの問題に相当していた³³。これらの研究で AUDIT を用いてきた経験と得られた情報を基にして、AUDIT スコアに対して以下のように解釈できる。

- 8 点から 15 点のスコアは、危険な飲酒を減らすことに焦点を置いた簡単なアドバイスが最適である。
- 16 点から 19 点のスコアは、簡易カウンセリングと継続的な観察が必要である。
- 20 点以上の AUDIT スコアでは、アルコール依存症に対して更なる診断的評価が明らかに必要である。

よりよい研究がない中では、これらのガイドラインは試験的なものと考えられるべきであり、患者の医学的な状態、アルコール問題の家族歴、AUDIT の質問に回答する際に感じられた正直さなどを考慮に入れた臨床的な判断に委ねられるべきである。

10 の質問からなる AUDIT 質問票の使用は大多数の患者では充分であるが、特別な状況では臨床的なスクリーニング手法が必要かもしれない。例えば、患者が抵抗を示したり、非協力的であったり、AUDIT の質問に答えることができないといった場合がある。依存症の可能性を裏付ける更なる情報が得られたならば、付録 D に記載したような身体所見を取ったり、臨床検査が行われる。

患者に対する支援方法

AUDIT を使って患者をスクリーニングすることは、アルコール関連問題とリスクを減らす支援の最初の一步である。

保健従事者は、スクリーニングで陽性だった患者にどんなサービスを提供できるかを判断しなければならない。陽性者が特定できたなら、次のステップは個々の患者の必要性に合致した、適切な介入を提供することである。典型的には、アルコールのスクリーニングは主にアルコール依存症の「症例」を見出すために使用され、その後専門的な治療のために紹介していた。しかし近年スクリーニング方法が進歩し、リスク要因（例えば危険な飲酒や有害な飲酒）をスクリーニングできるようになった。AUDIT の合計点を使い、個々の患者のリスクのレベルに基づいて適切な介入を提供する簡単な方法が存在する。

この資料は AUDIT で陽性の患者を支援することに焦点を当てているが、スクリーニングで陰性な患者に結果を知らせることも、適切な予防医療を行う上で必要である。これらの患者には低リスクの飲酒や禁酒の利益を知らせ、表 5 に記されたような状況では飲まないように伝えるべきである。

表 5 飲酒しないようにアドバイスすべき状況

- 車や機械を運転・操作している時
- 妊娠中または妊娠しようと思っている時
- 禁忌な病気（アルコールを飲んではいけない病気）がある場合
- 鎮静薬、鎮痛薬、ある種の高血圧薬を飲んだ後

表6には4つのリスクレベルが示されている。リスク I 群は低リスク飲酒、または非飲酒状態である。2つ目のレベル、リスク II 群は低リスク飲酒のガイドライン⁵より多いアルコール使用であり、一般的にAUDITスコアが8点から15点の場合である。これらの患者には、簡単なアドバイスと患者教育教材を使用した簡易介入がもっとも適切である。3 つめのレベル、リスク III 群はAUDITスコアが16点から19点の場合である。危険で有害な飲酒は、簡単なアドバイス、簡易カウンセリング、継続的な観察によって管理できる。そしてこれらに効果がない患者、またはアルコール依存

症の可能性がある場合はさらなる診断的評価が必要となる。4 つ目のレベルは AUDITスコアが20点以上の場合である。これらの患者は診断的評価と（場合によっては）アルコール依存症の治療のため、専門家に紹介されるべきである。もしこれらのサービスがない場合、特に相互扶助団体が地域型サポートを提供できる場合には、患者をプライマリケアの場で管理することが可能かもしれない。段階的なケア・アプローチを用いて、患者をまずAUDITスコアで示される一番低いレベルの介入を行う。もし患者が最初の介入に反応しない場合、次のレベルのケアに移るべきである。

表 6

リスクレベル	介入	AUDIT スコア*
リスク I 群	アルコール教育	0-7
リスク II 群	簡単なアドバイス	8-15
リスク III 群	簡単なアドバイスと簡易カウンセリング、 継続的な観察	16-19
リスク IV 群	診断的評価と治療のために専門家に紹介	20-40

*AUDIT スコアのカットオフ値はその国の飲酒パターン、1 飲酒単位当たりのアルコール含有量、スクリーニング・プログラムの性質によって多少変わることがある。患者の点数が他の証拠と一致しない場合やアルコール依存症の罹病歴がある場合、臨床的判断がなされるべきである。依存症症状に関連する質問（4, 5, 6）やアルコール関連問題に関する質問（9, 10）に対する患者の回答を見直すのも有益である。質問 4, 5, 6 で 2 点以上、または質問 9, 10 で 4 点以上の患者には、最上位の一つ下のレベルの介入（簡単なアドバイス・簡易カウンセリング・継続的観察）を提供する。

危険で有害な飲酒に対する簡易介入には、侵襲度が低く短期間で行える様々な活動が含まれる。これらには、危険な飲酒を減らすための5分間の簡単なアドバイスから、より複雑な状況に対処するための数セッションに及ぶ簡易カウンセリングまである³⁶。簡易介入は、アルコール関連問題の発生前ないし発生後すぐに早期介入を提供することを目指し、飲酒行動を変える動機づけのためにスクリーニング結果を伝えること・簡単なアドバイス・健康教育・スキル構築・実践的な示唆が含まれる。過去20年間に手法が改善され、危険で有害な飲酒を解決するため、プライマリケア従事者がすぐに習得でき実践できるものとなった。その手法は表7に要約されている。

このアプローチの有効性は、多くの無作為化比較試験によって評価され、アルコール依存症でない患者に一貫してプラスの利益を示した^{36,37,38}。付属のWHOマニュアル「危険・有害な飲酒の簡易介入：プライマリケアでの使用マニュアル **Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for Use in Primary Care**」に、このアプローチについてもっと詳しい情報が掲載されている。

表7 簡易介入の要素

- －スクリーニング結果を提示する
- －リスクを特定し、有害な結果について話し合う
- －医学的アドバイスを提供する
- －患者に積極的行動を求める
- －ゴールの設定～アルコール摂取量の減少または断酒
- －アドバイスと励まし

アルコール専門機関が存在する場合、アルコール使用障害を治療する能力をもたないプライマリケア従事者が、専門機関に紹介するのは一般的なことである。その場合、患者が紹介や治療を受け入れる気があるかということを検討しなければならない。多くの患者で、飲酒に関連する問題を軽視する、または自分の依存症を認めて取り組む心の準備ができていない場合が多々ある。臨床検査や血液検査データを用いて紹介を行うという目的に合わせて、簡易介入は患者の抵抗に対処する手助けとなるかもしれない。患者と専門家への追跡調査を行うことにより、紹介が受理され、治療を受けたことを確認できる。

AUDITで高い点数が出た後には、診断が重要なステップである。なぜなら管理・治療計画を作成するために十分な基本データをAUDITは提供していないからである。スクリーニング・プログラムに携わる者はアルコール依存症の診断基準を理解しているべきであるが、アルコール使用障害⁴の診断の訓練を受けた専門家が診断的評価を行うべきである。診断する最適の方法はCIDI³⁹またはSCAN⁴⁰など、標準化され、構造化された精神科面接を用いることである。この面接技法のアルコール関係の部分は、5分から10分で実施できる。

ICD-10（国際疾病分類第10版）⁴には、急性アルコール中毒、有害な使用、アルコール依存症候群、離脱状態、アルコール関連の内科疾患と神経精神医学的疾患の診断のための細かいガイドラインが記載されている。アルコール依存症候群のICD-10診断基準は、表8に記述した。

患者によっては解毒が必要な場合がある。AUDIT において毎日の大量アルコール摂取が示唆される患者や、アルコール依存症の可能性を示唆する質問（質問 4-6）が陽性だった患者には特別注意を払うべきである。患者がアルコールを止めて何日経過しているか、また過去に離脱症状の経験があるかどうか尋ねるべきである。解毒が必要かどうかは、AUDIT の情報、身体所見、臨床検査（付録 D：臨床的スクリーニング法を参照）を用いて判断できる。解毒は、中等度から重度の離脱症状を発症する可能性のある患者に対して、その症状を最小化するだけでなく、痙攣、せん妄の予防または管理のために、または依存症に対処する治療を受け入れやすくするために提供される。少数の重度のケースでは入院解毒が必要な場合があるが、それほど重度でない多数のケースでは外来または家庭で解毒が行える。

アルコール依存症の医学的管理または治療は、以前の WHO 出版物⁴¹ に記述されている。アルコール依存症のための様々な治療法が作られ、有効性が示された⁴²。薬物療法、家族と地域への支持療法、再発防止、行動指向スキルトレーニング介入において大きな進歩があった。

アルコール依存症の診断と治療は、医療ケアの主流の枠内でひとつの専門として発展したため、ほとんどの国のプライマリケア従事者はアルコール依存症の診断と治療のトレーニングを受けていないか、または経験が少ない。このような場合、プライマリケアのスクリーニング・プログラムには、アルコール依存症の可能性があり、さらなる診断と治療が必要な患者を紹介するプロトコルを作らなければならない。

表 8

ICD-10 アルコール依存症候群の診断基準

次の 3 つ以上の症状が同時に 1 ヶ月以上起きた場合、または 1 ヶ月未満の持続期間の場合は 12 ヶ月の期間内に繰り返し同時に起きた場合に診断される。

- － 酒を飲みたいという強い欲求または強迫観念
- － 飲酒の開始、終了、量をコントロールする能力の障害が以下の事実によって示される：意図したより多量または長期間アルコールを摂取する頻度が増加、アルコール使用を減らさないしはコントロールしようという継続的な願望またはその努力の失敗
- － アルコール使用を減らした、または止めた時の生理的離脱症状
特徴的なアルコール離脱症状、または離脱症状を緩和・回避するために同じ（ような）性質の物質を使用することで証明される
- － アルコールに対する耐性の証拠が存在
例えば酩酊するため、または望む効果を得るために以前より明らかに多い量のアルコールを必要とすること、または同量のアルコール使用の継続によって効果が明らかに減少したこと
- － アルコールへの執着が以下のように表出する：飲酒のために重要な他の娯楽や興味が放棄されたまたは減った；またはアルコールを手に入れるため、飲むため、アルコールの影響から回復するために必要な活動に大量の時間を費やすこと
- － 有害な結果の明白な証拠があるにも関わらず継続するアルコール使用が次のことで示される：害の性質や範囲に個人が実際に気づいている、または気づいていると期待される状況でもアルコール使用を継続する

(p.57, WHO, 1993)

プログラムの導入

アルコールのスクリーニングと適切な患者ケアは、優れた医療に必要不可欠であると広く認識されてきた。そのような認識を獲得した他の多くの医療行為と同じように、組織化されたヘルスケア・システムの中では、しばしば技術を効果的に実行できないことがある。プログラムの導入には、個々の従事者のコンプライアンスを保障し、障害を克服し、特別な環境へ手順を適応する特別な努力が必要になる。効果的な実行のためのガイドラインを作るべく、実行のための研究が始まっている^{43,44}。4つの大きな要素が成功のために必須であることがわかった。

- －プランを立てること
- －トレーニング
- －観察すること
- －フィードバック

プランを立てること (Planning) は、アルコールスクリーニング・プログラムを作成するためだけでなく、参加者にそのプログラムの”所有者”として関わってもらうためにも必要である。あらゆるプライマリケア施設はそれぞれ異なっている。個々の施設は、物理的立地、社会文化的環境、患者人口、経済、スタッフ構成、スタッフ個々の性格に合わせた独自の方針を作成してきた。そのため、AUDIT スクリーニングを個々の実践状況に適応させるとき、継続的に成功する確率が最も高くなるように個々の施設の文脈の中で合わせていかなければならない。もし、他の健康状態やリスク因子のためのスクリーニングがすでに標準実践に組み込まれているなら、それらの手続きが有用なスタート地点となるかもしれない。しかし方向性の決定と、その決め方の両方が必要になる。

一般的には、スクリーニングに参加するスタッフやスクリーニング行為に影響を受けるスタッフに、プラン作成に参加してもらうことが有用である。多様な視点・経験・責任を持った人たちが参加することで、困難を見つけ出し、取り除き、または乗り越えることにつながる。それに加えて、スタッフがプラン作成に関わることで、作成された実行プランの所有者としての自覚が生じる。こうすることで、プランに従い、成功に向けてプランを改善していくことに、個々人やグループの関与が高まる。プラン作成に役立つ実行課題の一部を表 9 に掲載している。実行プランは、訓練を始める前に、どのレベルでもいいから正式な承認を受けておくべきである。

トレーニング (Training) することは、保健施設がプランを実行する準備をするために必須である。しかしながら、スクリーニング・プログラムの実行について、管理部門での決定がないままに訓練を行うのは、効果が低くなったり、逆効果にもなりかねない。AUDITスクリーニングと簡易介入の実行をサポートするために、トレーニングパッケージが作成されている³¹ (付録E参照)。トレーニングでは、なぜスクリーニングが重要か、どのような状況を特定すべきか、AUDITの使い方、成功させるための最適な手順といった重要な問題について取り組むべきである。スタッフがこの新規のプログラム計画に自分の果たす機能や責任について詳細に話し合うことが、効果的なトレーニングには必要である。また、AUDITや他の計画されたプラン（簡易介入、紹介など）を実施する際に、指導監督下の実践も提供されるべきである。

国によっては多くの人々が、医療者でさえも、アルコールに関連した他の問題が生じたときに、アルコール依存症のことだけを考慮してしまうことに慣れている。アルコール問題を持つ人たちは、“底をつき”、治療を求めるようになってはじめて、支援してあげられる、あるいは完全な断酒だけが唯一の解決法だ、と信じている保健従事者はめずらしくない。そういった信念を持つ人々の中には、スクリーニングや簡易介入プログラムを意味のないもの、あるいは不吉なものだと思う人もいる。そういった問題をオープンに率直に話し合い、科学的な根拠とも照らし合わせるということが重要である。十分な説明と辛抱強さによって、ほとんどの医療スタッフはスクリーニングの価値を理解するか、実際に経験してその価値が分かるまで判断を保留することになる。

観察すること (Monitoring) は、スクリーニング・プログラム実行の質を改善する効果的な方法である。アルコールスクリーニング・プログラムの成功を測定する方法は様々存在する。スクリーニングされた数を、確立された方針のもとでスクリーニングされるべきだった人数と比較し、スクリーニング成功の割合を算出する。スクリーニング陽性と判定された患者の割合を記録したり合計していくことも、そのサービスの必要性を確立してスタッフを勇気づける有用な方法だ。AUDIT スコアに従い適切な介入（簡易介入、紹介、診断など）を受けた患者の割合を計算しておくことは、この先のプログラムの成績を測るもとなる。最後に、6-12ヶ月前にスクリーニング陽性と判定された患者の少数サンプルを調査すれば、少なくとも、結果成功の事例的証拠になるかもしれない。AUDIT を再実施することにより、質的成績を測る元資料として役に立つ。

どのような成功の基準を採用したとしても、参加しているスタッフ全員に頻回にフィードバック (Feedback) することが、スクリーニング実行開始初期に、プログラムの効果を高める結果を得るために必須である。定期的なスタッフ会議で書面報告をしたり議論することで、成功の妨害となっている可能性のある問題にスタッフが対処する機会になるかもしれない。

表 9 導入に関する質問事項

誰をスクリーニングの対象とするか？
どのくらいの頻度でスクリーニングされるべきか？
他の活動とスクリーニングとをどのように組み合わせるか？
誰がスクリーニングを実行するか？
提供者資料と患者資料は何を用いるか？
誰が結果を解釈し、患者に介入するか？
診療録にどう記録していくか？
どのようなフォローアップ行動をとっていくか？
スクリーニングの必要な患者を、どう特定するか？
患者が来所中、どのタイミングでスクリーニングを実行するか？行動の順序は？
道具や資料は、どう入手し、どう保存し、どう管理するか？
フォローアップはどう計画されるべきか？

付録 A

AUDIT の研究ガイドライン

AUDIT は、大規模な 6 ヶ国検証試験を基盤にして作成された^{1, 2}。様々な状況、人口、文化グループでの AUDIT の正確さと有用性を評価するため、追加研究が行われてきた¹⁰。それにさらなるガイダンスを提供するため、保健研究者は以下の質問の回答を見つけるために AUDIT を使うことを推奨する。

- AUDIT は患者の将来のアルコール問題のみならず、簡易介入とより強力な治療の効果を予測できるか？この評価は、同じ患者に何度も AUDIT スクリーニングを行うことによって可能である。合計点は、将来の症候学指標と相互関係を検討できる。例えば AUDIT はアルコール関連問題を重症度に沿って評価しているのか、大量飲酒し続ける者においてアルコール重症度点数は連続的に上昇しているのか、アドバイスやカウンセリングなどの介入の後、点数は有意に低下するのかなどが分かることが望ましい。スクリーニングテストは、介入と治療から別個に想定してはならない。スクリーニングテストは、リスクある人口の罹病率と死亡率への影響という観点から評価されなければならない。それゆえ、スクリーニングテストの二次予防、一次予防に対する影響は、有効な介入方法の利用可能性によって左右される。
- 様々なリスクグループにおいて、様々な判定基準を用いて AUDIT の感度、特異度、予測能力はどれくらいか？将来の AUDIT スクリーニング方法の評価には、アルコール関連現象が検出・予測できるかに注意を払うべきである。最初のリスクレベル、有害な使用、アルコール依存症の評価に重みをおくべきである。方法論的に妥当な有効性評価には、それ自体が有効性を証明された独立した診断基準の使用が必要である。この目的に有用な道具は、**Composite International Diagnostic Interview(CIDI)**と **Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry(SCAN)**である^{39, 40}。これら両方の面接では、ICD-10 などの診断システムによる様々なアルコール使用障害の独立した確証が得られる。より注意深く分けたりリスクグループや、より特定のアルコール関連問題に焦点を当てることで、このテストは改善可能である。その問題が AUDIT のスクリーニングの中心となる標的グループ、特にアルコールの有害な使用やアルコール依存症には、カットオフ数値を特化する必要がある。
- AUDIT スクリーニングの実践上の障壁は何か？スクリーニングテストに対する重大な制限は、費用の懸念、また保健従事者と目的とする標的グループ両方に対

するスクリーニングの忍容性にかかっている。スクリーニングテストの費用が高い場合、スクリーニング・プログラムの結果はその費用を正当化できないかもしれない。これは、スクリーニングテストが時間がかかる場合、標的グループにとって過度に侵襲的な場合、ないし不快な場合でも同じである。このタイプのプロセス評価が **AUDIT** でもなされるべきである。

- **AUDIT** のスコアリングでは、危険な使用、有害な使用、アルコール依存症をそれぞれ別個に評価を下せるのか？もしスクリーニングがこれらの領域を識別できるなら、二次予防のための様々な教育と治療アプローチの評価に役立つと証明される。また **AUDIT** 合計点数は、一般的な重症度測定に使い、治療法選択と臨床管理の段階的アプローチ（例えば、患者の当座の必要性に対応する最低レベルの介入の提供）の提供に有用である。もし患者がこれに反応しない場合、次に高いレベルの”段階”が提供される。**AUDIT** スコア **8-19** 点には簡易介入が適切に思えるが、簡単なアドバイス、簡易カウンセリング、より集中的な治療が適当とされる最適なカットオフ点数を見つけるため、さらなる研究が必要である。
- **AUDIT** を疫学研究にどう使えるか？**AUDIT** は保健クリニック、保健サービスシステム、一般人口での調査の疫学的道具として使用できる可能性がある。**AUDIT** は国際的な道具として開発されたが、異なった国、文化グループから抽出されたサンプルを、危険な飲酒、有害な飲酒、アルコール依存症の性質と有病率の視点で比較する目的に使える。これを行う前に、個人と集団の点数が一般人口の点数分布と比べられるように様々なリスクレベルの基準を作るのが有益である。
- **AUDIT** 項目と合計点数を、アルコール関連問題の種々の”客観的”指標（例えば血中アルコール濃度、大量飲酒の生化学マーカー、アルコール関連問題の公的機関の情報、その人の飲酒行動についてよく知っている人からの客観的データ）と比較したときの同時妥当性はどうか？口頭での報告手段には固有の制限が存在する可能性があるという限りにおいて、**AUDIT** の結果がどのような状況で偏ったり無効になったりするのか、評価するのが役に立つだろう。**AUDIT** の正確さを増大させる方法についても、調査するべきである。
- **AUDIT** はプライマリケア従事者にどこまで受け入れられるのか？保健従事者に教育する中で、スクリーニング方法をどう教えるのがベストなのか？学生や保健従事者が訓練を受けたのち、**AUDIT** を使ったスクリーニング方法はどこまで適用されるべきか？

付録 B

AUDIT 自記式質問票 書式例

AUDIT を実施するのに、患者自らが記入する質問票の方が口頭面接より有効な現場もありうる。この方法はしばしば時間を短縮し、費用が少なく、また患者からより正確な回答を得られるかもしれない。これらの利点はコンピューターで実施することによっても得られるかもしれない。表 10 にある AUDIT 質問票の書式がこの目的に役立つだろう。

口頭質問（19 ページの表 4）にあった分岐構造の使用は、紙面実施では患者が従うには難しいかもしれない。しかしコンピューター実施では、そこは容易に自動化できる。

実施者は、地域で一般的なアルコール飲料について飲酒単位のイラストをつけ足すのがよい。質問 3 は、合計で純エタノール 60g に相当する飲酒単位の数に応じて、（4 または 5 ドリンク（3 単位）に）修正する必要があるかもしれない（付録 C 参照）。

点数の付け方：それぞれの回答は、回答欄の最上段の数値を使用して点数を付ける。それぞれの回答に合致する数値を右端の欄に書き込む。その後、その欄にある全ての数字を足し合わせ、合計点を出す。

用紙の下の部分の空白は、取扱説明のための「業務用のみ」にしたり、AUDIT や簡易介入を提供する保健従事者が行った行動の記録に使ったりする。しかしそのような内容は、AUDIT の質問に答える患者の正直さを損なわないように、しっかり暗号化されておくべきである。

表 10 アルコール使用障害特定テスト：自記式質問票

質問票を利用される患者さんへ：アルコールの使用はあなたの健康へ影響を及ぼし、内服薬の効果に影響を及ぼしたり治療を妨げたりするため、あなたのアルコール使用に関する以下の質問に答えていただくことは非常に重要です。あなたの回答は秘密保持されますので、ぜひ正直に答えてください。各質問に対する一番適した答えを選んで、丸を付けてください。

質問	0	1	2	3	4
1. どれぐらいの頻度でアルコール飲料を飲みますか？	全く 飲まない	月 1 回以下	月 2～4 回	週 2～3 回	週 4 回以上
2. 飲酒時は 1 日平均して何ドリンク（何単位）飲みますか？	1-2 (0.5-1 単位)	3-4 (1.5-2 単位)	5-6 (2.5-3 単位)	7-9 (3.5-4.5 単位)	10 以上 (5 単位以上)
3. どれぐらいの頻度で一度に 6 ドリンク（3 単位）以上飲むことがありますか？	なし	月 1 回未満	毎月	毎週	毎日または、ほとんど毎日
4. 飲み始めたら、飲むのを止められなくなったことが、過去 1 年でどれぐらいの頻度ありますか？	なし	月 1 回未満	毎月	毎週	毎日または、ほとんど毎日
5. 飲酒のせいで、通常あなたが行うことになっている事を行うことができなかったことが、過去 1 年でどれぐらいの頻度ありますか？	なし	月 1 回未満	毎月	毎週	毎日または、ほとんど毎日
6. 飲み過ぎた翌朝、アルコールを入れないと動けなかった、ということは過去 1 年でどれぐらいの頻度ですか？	なし	月 1 回未満	毎月	毎週	毎日または、ほとんど毎日
7. 飲酒後に罪悪感・後ろめたさを感じたり、後悔をしたことが、過去 1 年でどれぐらいの頻度ありますか？	なし	月 1 回未満	毎月	毎週	毎日または、ほとんど毎日
8. 飲酒翌朝に夕べの行動を思い出せなかったことが、過去 1 年でどれぐらいの頻度ありますか？	なし	月 1 回未満	毎月	毎週	毎日または、ほとんど毎日
9. あなたの飲酒により、あなた自身や他の人がケガをしたことがありますか？	なし		あるが、 1 年以上前		ある、過去 1 年以内に
10. 親戚、友人、医師、または他の保健従事者が、あなたの飲酒について心配をしたり、飲酒を控えるようにとあなたに薦めたことはありますか？	なし		あるが、 1 年以上前		ある、過去 1 年以内に
合計スコアを記入					

付録 C

特定の言語・文化への翻訳・翻案

いくつかの文化・言語グループでは、AUDIT の質問を字句どおりに翻訳することができない。意味論的意味の他にも、たくさんの社会文化的要素を考慮に入れなければならない。たとえば、アルコール摂取習慣やアルコール飲料の好みは国によって違い、地域の状況に合うように質問を変更する必要があるがでてくる。

他言語への翻訳に関して言えば、AUDIT の質問は既にスペイン語、スラヴ語、ノルウェー語、フランス語、ドイツ語、ロシア語、日本語、スワヒリ語といくつかの他言語に翻訳されている。これらの翻訳は入手可能である。Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland に書面で問い合わせること。AUDIT を他言語に翻訳しようとする前に、WHO 本部に、手続き方法と他言語の翻訳が入手できるかどうか相談するべきである。

飲酒単位 Standard Drink とは何か？

それぞれの国で、保健教育者や研究者がそれぞれの国での典型的な一杯の量が違うため、異なる定義の標準単位ないし飲酒単位を使用する。たとえば、

カナダの 1 標準ドリンク：13.6g の純アルコール

イギリスの 1 標準ドリンク：8g

アメリカの 1 標準ドリンク：14g

オーストラリアやニュージーランドの 1 標準ドリンク；10g

日本の 1 標準ドリンク（1 単位）：19.75g

AUDIT においては、質問 2 と 3 で、標準ドリンクの量は 10g のアルコールに相当すると想定している。あなたの国のもっとも一般的なアルコール量とアルコール濃度に合わせるため、質問の回答カテゴリーのドリンク数を調整する必要があるかもしれない。（監訳注：このマニュアルでは日本での保健指導の実情に合わせて「1 単位＝純アルコール 20g」とし、ドリンク数と併記して換算表記している）

簡易介入マニュアルで設定され、WHO 研究で採用されている、推薦低リスク飲酒レベルは、1 日に純アルコール 20g 以下、週 5 日である（飲まない日を 2 日、と勧めている）。

1 杯のアルコール量を計算する方法

1 杯のアルコール含量は、その飲料のアルコール度数と容器容量によって決まる。それぞれの国で一般的なアルコール飲料の度数と容量は、かなり異なる。WHO の調査⁴⁵によると、ビールには 2% から 5% の体積比の純アルコール、ワインは 10.5% から 18.9%、蒸留酒は 24.3% から 90%、アップルサイダーは 1.1% から 17% が含まれる。そのため、飲酒量を、その地域で一般的なアルコール提供量で翻案して、どれぐらいの純アルコールをその人が一回にまた平均的に摂取するかを知るのが大切である。

1 標準ドリンクに含まれるアルコール量を計る際に考慮すべきもう 1 つのことは、エタノールの変換係数である。これを使えばどんな体積のアルコールでもグラムに直せる。1ml のエタノールは 0.79g の純エタノールである。例えば、

1 缶のビール (330ml) × 5% (度数) × 0.79 (変換係数) = 13g エタノール

1 グラスのワイン (140ml) × 12% × 0.79 = 13.3g エタノール

1 ショットの蒸留酒 (40ml) × 40% × 0.79 = 12.6g エタノール

付録 D

臨床的スクリーニング法

臨床診察と検査は、慢性の有害なアルコール使用の検出に役立つ場合がある。この目的のために臨床スクリーニング法が開発された³⁴。これらには、手の振戦、顔の血管の露見、粘膜の変化（例：結膜炎）と口腔の変化（例：舌炎）、肝酵素の上昇が含まれる。

有資格の保健従事者のみ診察を行うべきである。いくつかの項目には、信頼性のある診断をするために、説明が必要である。

- 結膜の充血。毛細血管の拡張と強膜の黄疸の程度で、結膜組織の状態を評価する。診察は、明るい日光下で、上下眼瞼をひっぱりながら患者に上方向を見てもらい行う。正常状態では、正常の真珠様の白さが広く分布している。それに対して、毛細血管が拡張している場合、赤紫色の血管成分が見られ、強膜は緑黄色調に見える。
- 皮膚の異常血管新生。これは顔と首の診察で一番よく評価できる。これらの部分では、紅潮として現れる細い針金状の細動脈がよく見られる。慢性アルコール使用者にみられる他の徴候には、首にみられる鳥肌と、皮膚にできる黄色い斑点がある。
- 手の振戦。これは両腕を前方に伸ばし、肘を半分曲げ、両手を正中方向に回転させると評価できる。
- 舌の振戦。これは舌を唇より少し前に出させることにより評価できるが、舌を出させ過ぎないようにする。
- 肝腫大。肝臓の変化は、体積と硬さの両方で評価されるべきである。体積の増加は、肋骨弓下縁からの指幅で評価される。硬さは普通、やや硬い、硬い、とても硬いに分類される。

いくつかの検査は、アルコール誤用の検出に有効である。血清 γ -グルタミルトランスフェラーゼ (γ GTP)、糖鎖欠損トランスフェリン (CDT)、平均赤血球容積 (MCV)、血清アスパラギン酸トランスフェラーゼ (ASTないしGOT)が、少ない費用で最近の過量アルコール摂取の指標となる。ただし、 γ GTPを誘導する薬物（バルビタール類など）を使用している場合や、緊張・神経疾患・ニコチン依存症などによって手の振戦があると偽陽性になる可能性があることには注意が必要である。

付録 E

AUDIT トレーニング資料

AUDIT スクリーニングと簡易介入技法を教えるため、訓練資料などの資料が作成された。これにはビデオ、指導者マニュアル、小冊子が含まれる。

AUDIT を使ってアルコール問題をスクリーニングするための訓練資料を得られる先を下に示す：

Anderson, P. Alcohol and primary health care. World Health Organization, Regional Publications, European Series no. 64, 1996.

Project NEADA (Nursing Education in Alcohol and Drug Abuse), Alcohol Screening and Brief Intervention and an Instructor's Manual³¹ という 30 分ビデオ、講義資料、ロールプレイ練習、グループ討議ガイドライン、学習者用の宿題が含まれる。以下から入手できる：

The U.S. National Clearinghouse on Alcohol and Drug information:

www.health.org または電話番号 1-800-729-6686.

Alcohol risk assessment and intervention (ARAI) package. Ontario, College of Family Physicians of Canada, 1994.

Sullivan, E., and Fleming, M. A Guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians, Treatment Improvement Protocol Series, 24, U.S. Department of Health and Human Services, Rockville, MD 20857, 1997.

参考文献

1. Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., de la Fuente, J.R. and Grant, M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. II. *Addiction*, 88, 791-804, 1993.
2. Saunders, J.B., Aasland, O.G., Amundsen, A. and Grant, M. Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption I. *Addiction*, 88, 349-362, 1993.
3. Babor, T., Campbell, R., Room, R. and Saunders, J. (Eds.) *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*, World Health Organization, Geneva, 1994.
4. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*, World Health Organization, Geneva, 1993.
5. Anderson, P., Cremona, A., Paton, A., Turner, C. & Wallace, P. The risk of alcohol. *Addiction* 88, 1493-1508, 1993.
6. Edwards, G., Anderson, P., Babor, T.F., Casswell, S., Ferrence, R., Geisbrecht, N., Godfrey, C., Holder, H., Lemmens, P., Makela, K., Midanik, L., Norstrom, T., Osterberg, E., Romelsjo, A., Room, R., Simpura, J., Skog, O. *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford University Press, 1994.
7. World Health Organization. *Problems related to alcohol consumption, Report of a WHO Expert Committee*. Tech. Report Series 650, Geneva, WHO, 1980.
8. Kreitman, N. Alcohol consumption and the prevention paradox. *British Journal of Addiction* 81, 353-363, 1986
9. Murray, R.M. Screening and early detection instruments for disabilities related to alcohol consumption. In: Edwards, G., Gross, M.M., Keller, M., Moser, J. & Room, R. (Eds) *Alcohol-Related Disabilities*. WHO Offset Pub.No. 32. Geneva, World Health Organization, 89-105, 1977.
10. Allen, J.P., Litten, R.Z., Fertig, J.B. and Babor, T. A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 21(4): 613-619, 1997.
11. Cherpitel, C.J. Analysis of cut points for screening instruments for alcohol problems in the emergency room. *Journal of Studies on Alcohol* 56:695-700, 1995.

12. Conigrave, K.M., Hall, W.D., Saunders, J.B., The AUDIT questionnaire: choosing a cut-off score. *Addiction* 90:1349-1356, 1995.
13. Volk, R.J., Steinbauer, J.R., Cantor, S.B. and Holzer, C.E. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screen for at-risk drinking in primary care patients of different racial/ethnic backgrounds. *Addiction* 92(2):197-206, 1997.
14. Rigmaiden, R.S., Pistorello, J., Johnson, J., Mar, D. and Veach, T.L. Addiction medicine in ambulatory care: Prevalence patterns in internal medicine. *Substance Abuse* 16:49-57, 1995.
15. Piccinelli, M., Tessari, E., Bortolomasi, M., Plasere, O., Semenzin, M. Garzotto, N. and Tansella, M. Efficacy of the alcohol use disorders identification test as a screening tool for hazardous alcohol intake and related disorders in primary care: a validity study. *British Medical Journal* 314(8) 420-424, 1997.
16. Skipsey, K., Burleson, J.A. and Kranzler, H.R. Utility of the AUDIT for the identification of hazardous or harmful drinking in drug-dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence* 45:157-163, 1997.
17. Claussen, B. and Aasland, O.G. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a routine health examination of long-term unemployed. *Addiction* 88:363-368, 1993.
18. Fleming, M.F., Barry, K.L. and MacDonald, R. The alcohol use disorders identification test (AUDIT) in a college sample. *International Journal of the Addictions* 26:1173-1185, 1991.
19. Powell, J.E. and McInness, E. Alcohol use among older hospital patients Findings from an Australian study. *Drug and Alcohol Review* 13:5-12, 1994.
20. Isaacson, J.H., Butler, R., Zacharek, M. and Tzelepis, A. Screening with the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in an inner-city population. *Journal of General Internal Medicine* 9:550-553, 1994.
21. Fiellin, D.A., Carrington, R.M. and O'Connor, P.G. Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Archives of Internal Medicine* 160: 1977-1989, 2000.
22. Ivis, F.J., Adlaf, E.M. and Rehm, J. Incorporating the AUDIT into a general population telephone survey: a methodological experiment. *Drug & Alcohol Dependence* 60:97-104, 2000.
23. Lapham, S.C., Skipper, B.J., Brown, P., Chadbunchachai, W., Suriyawongpaisal, P. and Paisarnsilp, S. Prevalence of alcohol use disorders among emergency room patients in Thailand. *Addiction* 93(8), 1231-1239, 1998.

24. Steinbauer, J.R., Cantor, S.B., Holder, C.E. and Volk, R.J. Ethnic and sex bias in primary care screening tests for alcohol use disorders. *Annals of Internal Medicine* 129: 353-362, 1998.
25. Clements, R. A critical evaluation of several alcohol screening instruments using the CIDI-SAM as a criterion measure. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 22(5):985-993, 1998.
26. Hays, R.D., Merz, J.F. and Nicholas, R. Response burden, reliability, and validity of the CAGE, Short MAST, and AUDIT alcohol screening measures. *Behavioral Research Methods, Instruments & Computers* 27:277-280, 1995.
27. Bohn, M.J., Babor, T.F. and Kranzler, H.R. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation of a screening instrument for use in medical settings. *Journal of Studies on Alcohol* 56:423-432, 1995.
28. Conigrave, K.M., Saunders, J.B. and Reznik, R.B. Predictive capacity of the AUDIT questionnaire for alcohol-related harm. *Addiction* 90:1479-1485, 1995.
29. Sinclair, M., McRee, B. and Babor, T.F. Evaluation of the Reliability of AUDIT. University of Connecticut School of Medicine, Alcohol Research Center, (unpublished report), 1992.
30. Babor, T.F., de la Fuente, J.R., Saunders, J. and Grant, M. AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care. WHO/MNH/DAT 89.4, World Health Organization, Geneva, 1989.
31. McRee, B., Babor, T.F. and Church, O.M. Instructor's Manual for Alcohol Screening and Brief Intervention. Project NEADA, University of Connecticut School of Nursing, 1991.
32. Gomel, M. and Wutzke, S. Phase III World Health Organization Collaborative Study. Procedures Manual Strand III, Part 1. Dept. of Psychiatry, University of Sydney, New South Wales, 1995.
33. Miller, W.R., Zweben, A., DiClemente, C.C. and Rychtarik, R.G. Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. Project MATCH Monograph Series, Vol. 2. Rockville MD: NIAAA, 1992.
34. Babor, T.F., Weill, J., Treffardier, M. and Benard, J.Y. Detection and diagnosis of alcohol dependence using the Le Go grid method. In: Chang N (Ed.) Early identification of alcohol abuse. NIAAA Research Monograph 17, DHHS Pub. No. (ADM) 85-1258, Washington, D.C. USGPO, 1985; 321-338.

35. Saunders, J.B. and Aasland, O.G. WHO Collaborative Project on Identification and Treatment of Persons with Harmful Alcohol Consumption. Geneva, Switzerland, World Health Organization (Unpublished Document WHO/MNH/DAT/86.3), 1987.
36. Bien, T.H., Miller, W.R. and Tonigan, S. Brief intervention for alcohol problems: a review. *Addiction* 88:315-336, 1993.
37. Kahan, M., Wilson, L. and Becker, L. Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: A review. *Canadian Medical Association Journal*, 152(6):851-859, 1995.
38. Wilk, A.I., Jensen, N.M. and Havighurst, T.C. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal Medicine*, 12:274-283, 1997.
39. Robins, L.N., Wing, J., Wittchen, H.U., Helzer, J.E., Babor, T.F., Burke, J., Farmer, A., Jablenski, A., Pickens, R., Regier, D., Sartorius, N. and Towle, L. The Composite International Diagnostic Interview: An epidemiological instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 45:1069-1077, 1988.
40. Wing, J.K., Babor, T., Brugha, T., Burke, J., Cooper, J.E., Giel, R., Jablenski, A., Regier, D. and Sartorius, N. SCAN - Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Archives of General Psychiatry* 47:589-593, 1990.
41. Heather, N. Treatment approaches to alcohol problems. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (WHO Regional Publications, European Series, No. 65).
42. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. 10th Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health. Rockville, MD, 2000.
43. Richmond, R.L. and Anderson, P. Research in general practice for smokers and excessive drinkers in Australia and the UK. III. Dissemination of interventions. *Addiction* 89, 49-62, 1994.
44. Babor, T.F. and Higgins-Biddle, J.C. Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction* 95(5):677-686, 2000.
45. Finnish Foundation for Alcohol Studies. International Statistics on Alcoholic Beverages: Production, Trade and Consumption 1950-1972. Helsinki, Finnish Foundation for Alcohol Studies, 1977.

監訳者から ひとこと

ローマが一日にして成らないように、アルコール依存症も一日ではならない病気です。このマニュアルと姉妹編の『危険な飲酒・有害な飲酒の簡易介入 Brief Intervention』（以下 BI）を保健医療従事者のみならず市民のみなさんが活用して下さいますように。検証された質の高いケアをこれだけ懇切丁寧で具体的に記載したマニュアルは希有でしょう。これら WHO マニュアル 2 編の完全日本語訳が完成するために、たくさんの方々の経験と力とが必要でした。以下に記して、監訳者の心からの感謝を捧げたいと思います。

一日常業務の傍ら、驚異的なスピードで分担翻訳してくださった訳者のみなさま
 一小松と共に 4 月に監修作業を行ってくださった I さん（フリーランス医学翻訳者）と同じく 5 月・6 月に監修作業を行ってくださった T さん（内科医）の匿名希望のおふたり

一 AUDIT & BI を翻案して Happy プログラムを作成し、日本での普及に尽力されている杠岳文（ゆずりは・たけふみ）先生：肥前精神医療センター院長
 一 IT 能力が低い小松では作成不可能な AUDIT 図 1 などの図表作成やレイアウト、WHO とのやりとり、当初希望者がなかった付録（このマニュアルでは付録も 100%使います!）の分担訳者のリクルート、等々を行ってくださった吉本 尚先生：東日本大震災後方支援 翻訳プロジェクト統括責任者・三重大学附属病院 総合診療科/家庭医療学

先の東日本大震災で被災された方々がアルコール問題という更なる難題を抱えることなく復興へ進んでいかれることを心から願い、この翻訳プロジェクトに関わったすべての人間が突貫作業を行った原動力は、この熱い想いだったことを監訳者として申し添えます。

「誕生日に健診と AUDIT」が当たり前になる日の到来を願いつつ

2011 年 6 月 28 日 小松 知己(ともみ)

監修・監訳：小松 知己（沖縄協同病院）
 吉本 尚（三重大学附属病院総合診療科/家庭医療学）
 翻訳：玉井 友里子（尼崎医療生協病院）
 森尾 真明（城北診療所）
 紺谷 真（湖北グリーンブクリニック）
 大内 啓（Long Island Jewish Medical Center, NY）
 富浜 有香（北中城若松病院）
 高尾 康瑞（St. George Hospital）
 吉国 泰代（Healthway Japanese Medical Centre, Singapore）
 小松 知己