

厚生労働省

令和 5 年度 障害者総合福祉推進事業

健康診断および保健指導における
アルコール健康障害への
早期介入に関するガイドライン

2024 年 3 月

筑波大学

1. 趣旨

アルコール健康障害対策基本法（平成25年法律第109号）第12条第1項に基づき、アルコール健康障害対策の総合的かつ計画的な推進を図るために策定されたアルコール健康障害対策推進基本計画の第2期計画（以下「第2期計画」という。）においては、地域の実情に応じて、アルコール健康障害の早期発見、早期介入から専門医療、自助グループへの参加等による回復支援に至る連携体制の整備が求められています。その中で、アルコール健康障害の発生や進行を予防するためには、様々な機関における早期のスクリーニングとブリーフインターベンション（※）の取組の普及が重要であるとされています。（※ 実在又は潜在的なアルコール問題を特定し、対象者の飲酒行動に変化をもたらすことを目的とした短時間のカウンセリングなど、個人がそれについて何か行動するように動機づける実践）

本ガイドラインは、スクリーニングとブリーフインターベンションに取組むことで健康診断や保健指導の場におけるアルコール健康障害の早期発見、早期介入を推進することを目的としています。

アルコール健康障害に対する健康診断や保健指導の充実、アルコール健康障害の早期発見や早期介入の取組を推進させ、当事者の健康とともに、様々な地域社会問題への対応の観点からも重要であり、アルコール健康障害や介護・福祉問題、社会的影響や労働生産性の影響を減少させることが期待されます。

2. さらなるアルコール健康障害対策推進の重要性

アルコールの摂取は生活習慣病などの健康障害だけでなく、社会的影響、労働生産性などに関連します。その多くはアルコールの過剰摂取によって生じることが分かっており、世界保健機関（WHO）のアルコールの有害な使用を低減するための世界戦略^[1]や、その世界戦略を進めるための行動計画^[2]、国際連合の持続可能な開発目標（SDGs）^[3]などにより、地球規模課題として対策が進められています。わが国では健康日本21などの公衆衛生戦略によってアルコールの過剰摂取対策が進められてきましたが、アルコールの過剰摂取の割合は変化していない（男性）、もしくは悪化している（女性）という評価になっています^[4]。このため様々な分野で、これまで以上の対策を進め

ていくことが必要とされています。

3. 本ガイドラインの内容

本ガイドラインは、健康診断や保健指導におけるアルコール健康障害の早期発見、早期介入を推進するため、アルコールによる健康障害、社会的影響などを分かりやすく伝え、その上で、アルコール健康障害の早期発見、早期介入につなげるために必要な事項を示すことにより、スクリーニングとブリーフインターベンションに取組む際の行動の判断等に役立つことを目指すものとします。

4. 健康診断や保健指導における飲酒量の把握

アルコール健康障害の早期発見、早期介入を行うためには、飲酒量を正しく把握することが必要です。

(1) 飲酒量の把握の仕方^[5]

お酒に含まれる純アルコール量は、「純アルコール量（グラム）＝お酒の量（ml）×アルコール度数（%）÷100×0.8（アルコールの比重）」で表すことができ、食品のエネルギー（kcal）のようにその量を数値化できます。表1におおむね純アルコール20グラムのアルコール飲料量を示します。

(2) 介入の目安となる飲酒量

年齢や性別、体質の違いなど、飲酒による疾患への影響については個人差がありますが、純アルコール量が少ないほど飲酒によるリスクは少なくなるという報告もあります^[7,8]。健康診断や保健指導の際に参考となる純アルコール量の数値としては、第2期計画や令和6年度から開始される健康日本21（第三次）において、「生活習慣病のリスクを高める飲酒量」として、「1日当たりの純アルコール摂取量が男性40グラム以上、女性20グラム以上」（※）が示されています。

また、たまに飲酒する場合でも一時多量飲酒（1回の飲酒機会に純アルコール摂取量60グラム以上（※））のような短時間の大量飲酒は、外傷の危険性を高め^[7]、様々な身体疾患の発症や、急性アルコール中毒を引き起こす可能性があります。

若年者、高齢者、飲酒の影響を受けやすい体質を考慮する必要がある場合などには、より少ない純アルコール量にすることが望まれます。

（※）これらの量は個々人の許容量の上限を示したものではありません

(表 1) おおむね純アルコール 20 グラムのアルコール飲料量の例⁶⁾

酒の種類 (基準 %)	酒の量	だいたいの目安
ビール・発泡酒 (5%)	500mL	中ビンまたはロング缶 1 本
チューハイ (7%)	360mL	350mL 缶の 1 本
焼酎 (25%)	100mL	0.5 合強
日本酒 (15%)	170mL	1 合弱
ウイスキー・ジンなど (40%)	60mL	ダブル 1 杯
ワイン (12%)	200mL	ワイングラス 2 杯弱

5. アルコールによる健康障害、社会的影響、労働生産性への影響について

(1) アルコールによる健康障害

① 高血圧

アルコール摂取が長期にわたると血圧が上昇します^{9,10)}。また、アルコール飲料の種類を問わず血圧高値と関連すること¹¹⁾や、高血圧者の脳卒中発症リスクは多量な飲酒者で最も高かったが、この関連は非高血圧者では明確ではなかったことも報告されています¹²⁾。心血管疾患を予防するためには血圧をコントロールすることが重要であり、血圧高値の方には必ず飲酒についての質問を行い、必要に応じて保健指導を実施します。

減酒によって1～2週間で降圧効果が期待できます¹³⁾。日本人男性を対象とした研究が2つあります。1つは1日純アルコール平均約45グラムの集団が約24グラム減酒することで、3週間後の収縮期血圧が3.6 mm Hg、拡張期血圧が1.9 mm Hg 低下しました¹⁴⁾。もう1つは、1日の純アルコール摂取量が平均約68グラムの集団が約32グラム減酒することで、6か月後の自宅血圧の収縮期血圧が11.8 mm Hg、拡張期血圧が7.8mm Hg 減少しました¹⁵⁾。

② 脂質異常症

アルコールの過剰な摂取は冠動脈疾患や脳血管障害といった動脈硬化性疾患の発症や死亡を増加させます^{16,17)}。また、一時多量飲酒にあたる純アルコール60グラムを超える飲酒により、虚血性心疾患の死亡率が高まる可能性が報告されています。このため、特にTG(中性脂肪)高値、LDLコレステロール(LDL-C)高値の方には必ず飲酒についての質問を行い、必要に応じて保健指導を実施

します。海外で行われた脂質異常症の栄養指導¹⁸⁾のうちアルコール指導を含んだアジア(韓国)人を対象にした研究では、減酒を含めた体重管理・食事指導介入で12週間後にTGが174.6→108.3mg/dl、LDL-Cが149.3→127.6 mg/dlに減少しました¹⁹⁾。

飲酒は血管内皮保護作用があるHDLコレステロール(HDL-C)を増加させますが、同時に各種がんなどのリスクを上昇させるため、HDL-Cを増加させる目的で飲酒を指示することは推奨されていません²⁰⁾。また、HDL-C値が90 mg/dL以上の場合、動脈硬化性疾患による死亡と正の関連が報告されており、飲酒者でその関係性はより顕著にみられるため、飲酒者の高HDL-C血症には注意が必要です¹⁶⁾。

③ 耐糖能障害

血糖高値の方には必ず飲酒についての質問を行い、必要に応じて保健指導を実施します。糖尿病ガイドライン2019では、アルコールの摂取は血糖や血清脂質のコントロールに影響を及ぼすことになることから少ないほどよく、肝疾患や合併症など問題のある症例では禁酒が望ましいとされています²¹⁾。

海外の研究では糖尿病患者において、食事や運動、内服、定期受診などのセルフケア順守率の悪さと飲酒に正の関連が見られており、包括的な生活指導の一環としてアルコール摂取量を減らすことが推奨されています²²⁾。一方、アルコールの急性効果によって低血糖をきたすことが知られており、飲酒者は血糖値の乱高下が生じやすくなります²³⁾。経口血糖降下剤やインスリン療法中の飲酒者には、低血糖の発生を減らすためにもアルコール摂取量を減らすことが有効です。

また、糖尿病発症リスクとアルコール摂取量にはU字関係（非飲酒と比べて、少量飲酒でリスクが低下し、多量な飲酒でリスクが高まる関係）があることが指摘されていますがアジア人では認められていません。このため、糖尿病予防のために飲酒を促すことは推奨されていません¹²¹。

④ 肝機能障害

アルコールの過剰な摂取を長期に行うことにより、正常な肝臓は脂肪肝から脂肪性肝炎を経て、慢性肝炎、肝硬変、肝がんを発症します¹²⁴。その経過で、AST（GOT）やALT（GPT）、 γ -GTPといった検査値の上昇を認めるため、これらの検査値が上昇している方には必ず飲酒についての質問を行い、必要に応じて保健指導を実施します。 γ -GTPが軽度上昇している場合（ >32 IU/L）、脳卒中の発症率は、非飲酒者と比べて軽度から中等度の飲酒量で上昇していましたが、この関連は γ -GTPが上昇していない場合（ ≤ 32 IU/L）では見られませんでした。このように、肝機能障害がある飲酒者は脳卒中の発症率が高いことも知られています¹²⁵。わが国のNAFLD/NASH診療ガイドラインでは、男性は純アルコール30グラム/日未満、女性同20グラム/日未満の場合、非アルコール性肝障害（脂肪性肝炎）と扱っています¹²⁶。この基準を超えるアルコール摂取があれば、アルコールによる肝機能障害を疑います。

肝機能障害に関連する採血結果を元にアドバイスが行われた海外の14の研究のまとめ¹²⁷では、純アルコール摂取量が307グラム/週（約44グラム/日）から198グラム/週（約28グラム/日）に減少していました。3年後まで追跡できた9つの研究では、対照群と比べて74.4グラム/週（11グラム/日）減少していました（加重平均差）。介入前の γ -GTPは86.2 IU/Lで、介入後には24%減少しており、対照群と比較すると19.7 IU/L減少していました（加重平均差）。

また、アルコールは上記以外にも様々な健康障害との関連が指摘されており、我が国で実施されている大規模疫学調査^{128, 29}においても、アルコールの多飲が様々ながん等の疾患や脳血管障害、認知症、自殺等のリスクを高めると指摘されています。

(2) アルコールによる社会的影響

アルコールは心身への影響のみならず、多くの社会問題との関連が指摘されています。飲酒運転

で検挙された者のうち、半数以上が純アルコール1日60グラム以上の多量飲酒者であり、3割程度の者にアルコール依存症の疑いがあったことが報告されています¹³⁰。不慮の事故死の事例のうち、2割が飲酒群であり、飲酒群の平均年齢（60.5歳）は非飲酒群（73.7歳）より有意に低いという報告¹³¹があり、飲酒が原因である可能性も示唆されています。配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護等に関する法律（平成13年法律第31号）の保護命令違反者を対象に行われた研究¹³²で、飲酒に関する問題を有していた者が約4割でした。

職域においては、労働安全の観点から、溶接工の労働災害リスクが飲酒者で約4倍であったと海外の研究で報告されています¹³³。また、精神疾患による長期休業（90営業日以上）の危険因子として最も高かったのが、純アルコール量が1日60グラム以上であったとする研究もあります¹³⁴。

(3) アルコールによる労働生産性や医療費への影響

経済産業省が策定した『企業の「健康経営」ガイドブック～連携・協働による健康づくりのススメ～（改訂第1版）』¹³⁵では労働生産性の影響度を評価する指標として、病欠、病気休業の状態を示す「アブセンティーイズム」と、何らかの疾患や症状を抱えながら出勤し、業務遂行能力や生産性が低下している状態を示す「プレゼンティーイズム」の2つが定義されています。リスクのあるアルコール摂取（毎日飲酒し、1日純アルコール44グラム以上）をしている者は、アブセンティーイズムの低下はみられないものの、プレゼンティーイズムが大きく低下しており、年間1人あたり約26万円の生産性損失と推計されています。医療費についても、同じくリスクのあるアルコール摂取をしている者は、一人当たり年間10,540円の医療費増加と推計されています。

6. 健康診断や保健指導におけるアルコール健康障害のとりえ方

アルコールの過剰な摂取は、個人に重大なリスクや悪影響を及ぼします。これらにはさまざまなタイプがあり、連日の大量飲酒、酩酊する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、依存に至っている人の飲酒も含まれます。このため、効果的な介入を図るために、International Classification of Diseases (ICD)-11ではアルコール

の過剰摂取者をアルコール使用症群と表現し、大きく危険な使用、有害な使用、アルコール依存症の3つに分類しています¹³⁶⁾。

危険な飲酒とは、飲酒者本人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で、いわゆる「飲み過ぎ」にあたります。現時点で当人に身体的・精神的な健康問題がない場合であっても早期発見、早期介入の対象となります。有害な飲酒とは、身体的・精神的な健康上の事象が生じているアルコール摂取パターンです。アルコール依存症とは、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ます。

健康診断や保健指導では、危険な飲酒や有害な飲酒といったアルコール依存症に至る前の状態の人々を発見し、いかに減酒指導を工夫して（短時間で）行うかが重要になります。

7. 具体的な保健指導について

標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）¹³⁷⁾では、『健康日本21（第二次）で示す「生活習慣病のリスクを高める飲酒」（1日の平均純アルコール摂取量が男性で40グラム、女性で20グラム以上）に該当する場合は飲酒状況の評価（AUDIT）を行い、必要であれば減酒支援（ブリーフインターベンション）を行うことが望ましい。』とされています。

我が国の減酒支援に関する代表的な研究結果を表4¹³⁸⁻⁴⁴⁾に示します。このような介入効果が科学的に検証されている方法がある一方で、当事業における健康経営優良企業（ホワイト500、プライト500）に選定された会社を対象にした調査では、AUDITの実施率が10.1%（17社/169社）、減酒支援を「実施している」率が1.2%（2社/169社）と低く、十分に浸透していないか、実施に大きな支障があることがうかがえました。海外の先行研究によればAUDITと比較して、飲酒頻度と飲酒量の情報のみで行ったスクリーニング（AUDIT-QF）には大きな精度の違いは見られませんでした¹⁴⁵⁾。このため本ガイドラインでは、アルコール健康障害への早期介入の取り組みを促進する目的で、特定健康診断の質問票で得られる飲酒頻度と飲酒量を元にしてスクリーニングと保健指導を行うフロー

チャートを例として提示しました（表2、図1）。

なお、標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）の積極的支援ではアウトカム評価が取り入れられ、飲酒に対する行動目標も「その他の生活習慣」の項目で目標設定できるようになっており、20ポイントを算定できるようになりました。制度上、ほぼメタボリックシンドロームの該当者に限定されるものの、飲酒に関する行動目標をアウトカムに設定した場合などは、減酒支援手法の活用が望まれます。

8. 様々な健康診断・保健指導等での対応について

本ガイドラインでは、標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）を参考に、特定健康診断の標準的な質問票で飲酒習慣のスクリーニング、特定保健指導でブリーフインターベンションを行うフローチャートを提示しました。

他に健康診断や保健指導が行われる場として、職場では労働安全衛生法に基づく健康診断（雇入時の健康診断及び定期健康診断等）、他法令に基づき行われる健康診断（学校保健安全法第15条に基づく職員の健康診断等）、保険者による追加健診項目（人間ドック等）、健康相談、ストレスチェック後の高ストレス者面談などがあります。また、市町村が行う各種健診・検診として、市町村国保における特定健康診断、健康増進法に基づくがん検診、歯周疾患検診等、高齢者医療確保法に基づく75歳以上に対する健康診断（努力義務）などがあります。こういった場においても、本ガイドラインのような考え方に基づく、アルコール健康障害の早期発見、早期介入の取り組みの実施を期待しています。

9. さらに学びたい方へ

〈減酒支援に必要なツール、教育素材〉

依存症対策全国センター 調査研究成果物（介入テキスト・Webアプリケーション等）

<https://www.ncasa-japan.jp/docs/intervention>

〈具体的な減酒支援に関する研修情報〉

独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター

ブリーフ・インターベンション&HAPPYプログラム研修

<https://hizen.hosp.go.jp/profession/learning/>

(表 2) 特定健康診査（以下、特定健診）を例とした、AUDIT を用いない減酒指導のフローチャート

1. 減酒指導対象者の抽出

特定健診の質問票より飲酒によるリスクが高い者に該当し、健診結果において保健指導判定値及び受診勧奨値に判定される者を抽出する。

① 特定健診での標準的な質問票より、飲酒によるリスクが高い者を抽出する。
 (標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度)p.78 を基に作成)

	質問項目	回答
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。（※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者）	① 毎日 ② 週5～6日 ③ 週3～4日 ④ 週1～2日 ⑤ 月に1～3日 ⑥ 月に1日未満 ⑦ やめた ⑧ 飲まない（飲めない）
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合（アルコール度数15度・180ml） の目安： ビール（同5度・500ml）、 焼酎（同25度・約110ml）、 ワイン（同14度・約180ml）、 ウイスキー（同43度・60ml）、 缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）	① 1合未満 ② 1～2合未満 ③ 2～3合未満 ④ 3～5合未満 ⑤ 5合以上

② 飲酒によるリスクが高い者の抽出には、健康日本21(第三次)及びWHOのガイドラインで規定されている飲酒による生活習慣病等のリスク評価を用いる。
 標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度)p.110に記載の「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」に加えて、一時多量飲酒を含める(黄色箇所が追加部分)(図1参照)。追加部分は、一時多量飲酒(1回の飲酒機会です純アルコール摂取量60g以上)にあたる。

1) 男性

(男性)	1合未満	1~2合未満	2~3合未満	3~5合未満	5合以上
毎日			生活習慣病のリスクを高める 量を飲酒している者		
週5~6日					
週3~4日					
週1~2日				追加	
月1~3日					

2) 女性

(女性)	1合未満	1~2合未満	2~3合未満	3~5合未満	5合以上
毎日		生活習慣病のリスクを高める 量を飲酒している者			
週5~6日					
週3~4日					
週1~2日				追加	
月1~3日					

(図1) 飲酒によるリスクが高い者の基準

③ 特定健診の項目より、保健指導判定値及び受診勧奨値の該当者を抽出（標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度)p125を基に作成)

項目名	保健指導判定値	受診勧奨判定値	単位
収縮期血圧	≧130	≧140	mmHg
拡張期血圧	≧85	≧90	mmHg
空腹時中性脂肪	≧150	≧300	mg/dl
随時中性脂肪	≧175	≧300	mg/dl
HDL コレステロール	<40	—	mg/dl
LDL コレステロール	≧120	≧140	mg/dl
Non-HDL コレステロール	≧150	≧170	mg/dl
空腹時血糖	≧100	≧126	mg/dl
HbA1c(NGSP)	≧5.6	≧6.5	%
随時血糖	≧100	≧126	mg/dl
AST(GOT)	≧31	≧51	U/L
ALT(GPT)	≧31	≧51	U/L
γ-GT(γ-GTP)	≧51	≧101	U/L

2. 初回面接

対面での面接、もしくは ICT を活用した遠隔面接とする。実施方法は、対象者の ICT リテラシーに応じて、実施する。

STEP1: アセスメント

問診票回答での飲酒習慣の確認および健診結果の説明

STEP2: 過剰飲酒による身体への影響および健康に対するリスク説明

STEP3: 飲酒習慣の振り返り

1. 普段の飲酒状況の確認(頻度、飲酒量、アルコールの度数、酒類)
2. 過剰飲酒の認識の確認(過剰飲酒の自覚の有無、飲酒による失敗)
3. 飲酒理由の確認(機会飲酒、不眠解消、ストレス解消など)

STEP4: 減酒に関わる目標設定

1. 対象者の飲酒状況より、自らできそうな目標をまず考えてもらう。対象者自身の設定が難しい場合は、保健指導者ができそうな目標を提案し、一緒に目標を考える。
2. 具体的な目標を設定する
→例えば: 飲酒しない日を決める(飲まない日: 月・火)、飲酒する日の飲酒量を決める(350ml 缶 1 本までにする)、など
3. 飲酒日記の説明を行い、可能であれば、飲酒日記を勧める(対象者に合わせてアプリ、もしくは紙ベースの日記を提案)

STEP5: 今後の支援スケジュール確認

次回の面接日(積極的支援と同様のスケジュール)を設定する。

必要に応じて、継続支援が可能であることを伝える。

3. 継続的支援

支援時期の目安: 1 か月、2 か月後 (積極的支援のスケジュールに準じて実施)

支援方法: 電話、電子メール、面接

飲酒状況、目標達成状況を確認する。達成度に応じて、賞賛する。達成できていない場合は、少しでもできたことを賞賛し、必要に応じて目標を修正する。

4. 実績評価

支援時期: 3か月(積極的支援のスケジュールに準じて実施)

支援方法: 電話、電子メール、面接

3か月を振り返り、飲酒状況、目標達成状況を確認する。状況に応じて、継続支援が必要な場合、支援期間を延長する。受診勧奨値の項目や飲酒習慣の改善がみられず、受診が必要な場合は本人と相談しながら、受診を勧める。

この際に AUDIT を実施し、AUDIT15 点以上の場合、アルコール依存症に対応が可能な専門医療機関及びアルコール健康障害に関連した診察を行っている内科等の医療機関へ受診勧奨することが望ましい(各自治体の精神保健福祉センターなどのホームページを参照)。

スケジュール

初回面接	継続的支援: 電話、メール、面接		実績評価: 電話、メール、面接	支援が必要な場合は、3 か月経過後もフォローアップ
	1 か月	2 か月	3 か月	
<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメント ・リスク説明 ・目標設定 ・今後のスケジュール確認 	<ul style="list-style-type: none"> ・電話、メール、面接にて実施 ・飲酒状況、目標達成状況を確認 ・必要に応じて、目標を修正 		<ul style="list-style-type: none"> ・飲酒状況、目標達成状況を確認 ・継続支援が必要な場合、支援期間を延長 ・受診勧奨値の項目や飲酒習慣の改善がみられず、受診が必要な場合は本人と相談しながら、受診を勧める 	

(図 2) 支援スケジュールの目安

(表 3) 各種疾患ガイドライン等に示されている飲酒量の目安

疾患名	ガイドライン等名称	発行年	飲酒量の 目安(日換算)	備考
高血圧	高血圧 治療ガイドライン ^[10]	2019	男性 16-24 グラム以下 女性 8-16 グラム以下	
脂質異常症	動脈硬化性疾患 予防ガイドライン ^[14]	2022	25 グラム以下	
耐糖能障害	糖尿病 ガイドライン ^[19]	2019	25 グラム程度以下	肝疾患や合併症など問題のある場合は禁酒が望ましい
肝機能障害	NAFLD/NASH 診療ガイドライン (改訂第 2 版) ^[23]	2020	男性 30 グラム未満、 女性 20 グラム未満 (非アルコール性)	

表4 我が国の減酒支援に関する代表的な研究結果

文献	参加者 (解析対象)	時間	頻度・期間	介入形態 (個別/集団)	支援形態 (面談/メール/電話/その他)	介入内容	評価時期	結果概要
Ito et al. (2015)	現場作業員	15分	計2回 (介入間隔は4-6週間)	個別	面談	アルコール使用障害識別テスト (AUDIT) による評価・結果のフィードバック、飲酒に伴う危険な状況への対処法に関する説明	介入前 介入開始後3ヶ月 介入開始後12ヶ月	12ヶ月後、3ヶ月後 飲酒量変化なし 飲酒頻度減少
Kuwabara et al. (2022)	労働者 352名 5事業所	5分 または15分	1回	個別	資料提供 または面談	①リーフレット提供 ②5分間の簡易介入 (アルコール使用障害識別テスト (AUDIT) による評価・結果のフィードバック、飲酒に関する目標の設定) ③15分間の簡易介入 + カウンセリング (飲酒のメトリック・デメリットの把握、国内疫学データと対象者自身の飲酒量、健康診断の結果との関連の説明、過度の飲酒場面の想起、達成可能な目標の設定および目標を達成するための方法の選択)	介入前 介入後6ヶ月 介入後12ヶ月	15分間の簡易介入 + カウンセリングを受けた者のみ週当たりの飲酒量減少
Sunami et al. (2021)	従業員 100名 6事業所	30分 (初回面談のみ)	週1回 4週間	個別	面談およびメール	全対象者に個別30分間の簡易講義 (適正飲酒量、飲酒運転対策、飲酒による身体的・精神的被害、飲酒を減らすための各種治療法の紹介) を行った上で、対照群と介入群に分類し、介入群にはSNAPPY-DOCプログラム (https://snappy.ub.jp/) を用いた飲酒量記録、および週1回ごとにメードパッドを用いた、個人のAUDITスコアに基づく規範的フィードバック、アルコールの有益性と有害性に関する情報、飲酒の誘因に関する情報、飲酒量を減らすことによる変化に関する情報を提供	介入前 介入開始後12週間	直近7日間の飲酒量減少 飲酒日当たりの飲酒量変化なし 直近7日間の飲酒頻度減少
Harada et al. (2015)	従業員 83名 10事業所	記載なし	計3回 (1回目2回目的の間は1ヶ月、2回目と3回目的の間は2か月)	集団 (6人/グループ)	電子メール、電話	プリーフィインターベンションであるHAPPYプログラムとして実施 セッション①：健康的に長くお酒と付き合うための方法 (https://www.ncasa-japan.jp/pdf/document22.pdf) に関するワークブックの提供、飲酒量の把握と目標設定、アルコール関連健康障害の脅威に対する情報提供、アルコール障害識別テスト (AUDIT) の実施、グループデイスカッション、身体組成や血液データの収集 セッション②：飲酒量の把握と目標再設定、アルコール関連健康障害の脅威に対する更なる情報提供、ストレスマネジメント講習、グループデイスカッション セッション③：飲酒量の把握と目標設定、グループデイスカッション、身体組成や血液データの収集	介入前 介入開始後1ヶ月 (セッション②)、 介入開始後3ヶ月 (セッション③)	平均飲酒量減少 血中指標の変化なし

文献	参加者 (解析対象)	時間	頻度・期間	介入形態 (個別/集団)	支援形態 (面談/メール/電話/その他)	介入内容	評価時期	結果概要
彌富ら (2013)	従業員 3257 名	90 分	直接指導計 3 回 (1ヶ月おきに実施) 全指導期間 6ヶ月	集団	集合教育	プリーフィインターベンションである SUMCO-HAPPY プログラム (S-HAPPY プログラム) として、3 回の直接指導を実施 セッション①「特定保健指導にも使える集団節酒指導プログラム」1 回目教育用ビデオ教材を使用した節酒教育 セッション②「特定保健指導にも使える集団節酒指導プログラム」のアルコールと健康被害に関する 2 回目教育用ビデオ教材視聴およびワークブックを使用した節酒教育 セッション③「特定保健指導にも使える集団節酒指導プログラム」3 回目教育用のアルコールと健康被害に関するビデオ教材視聴とワークブックを使用した節酒教育 ※セッション①開始後 6ヶ月間生活習慣記録表への記録を促し、定期的なやり取りで生活習慣全体の目標と実施記録を確認するたびに、保健師もしくは産業医が飲酒に関するフィードバック（賞賛や励ましなど）を実施 HAPPY プログラムの中で特に重要な部分を抽出した減酒支援プログラム (ABCD プログラム) 健康的に長くお酒と付き合うための方法 (https://www.ncasa-japan.jp/pdf/document22.pdf) に関するワークブックの提供に加え、手引き (https://www.ncasa-japan.jp/pdf/document23.pdf) を提供し、2-4 週おきに面談を実施	介入前 介入開始後 6 ヶ月 介入開始後 6 ヶ月	飲酒量、AUDIT スコア ウエスト周囲径、体重、 BMI、拡張期血圧、ALT、 γ-GTP 減少 HDL コレステロール増加 メタボリックシンドロームを有する者の割合減少
角南ら (2021)	-	15 分	全部で 3 回を 想定 (2-4 週おきに実施)	個別	面談	健康的に長くお酒と付き合うための方法 (https://www.ncasa-japan.jp/pdf/document22.pdf) に関するワークブックの提供に加え、手引き (https://www.ncasa-japan.jp/pdf/document23.pdf) を提供し、2-4 週おきに面談を実施	-	本論文は資料提供のみのため、結果の記載はなし
Hamamura et al. (2021)	AUDIT8 点以上の者 546 名	20 分	1 回	個別	インターネット	飲酒行動の自己評価（飲酒量と頻度、1日の最大飲酒量、飲酒に関連する否定的な結果、1日の飲酒に費やした平均金額）、個人に合わせた規範的フィードバック、結果に関する心理教育、短いクイズ	介入前 介入開始後 1 ヶ月 介入開始後 2 ヶ月 介入開始後 6 ヶ月	介入開始後 2 ヶ月、6 ヶ月の時点での飲酒量減少

引用文献

- 1) World Health Organization. Global strategy to reduce harmful use of alcohol アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略 日本語訳. 樋口進、烏帽子田彰監訳. <https://alhonet.jp/pdf/who2010.pdf> (参照 2024-03-11)
- 2) World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1 (参照 2024-03-11)
- 3) 外務省. JAPAN SDGs Action Platform. <https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/sdgs/statistics/goal3.html> (参照 2024-03-11)
- 4) 吉本尚. 第1期における重点項目 / 設定目標の達成度と、ISBRA2018 報告書にみる公衆衛生対策の重要性. 第1期アルコール健康障害対策推進基本計画における対策の取組状況および効果検証に関する研究 研究報告書 改訂第2.1版, 筑波大学, 5-10, 2020
- 5) 厚生労働省. 健康に配慮した飲酒に関するガイドライン, 2024. <https://www.mhlw.go.jp/content/12205250/001169984.pdf> (参照 2024-03-11)
- 6) 内閣府. アルコール健康障害対策推進ガイドブック, 2016. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/guidebook1.pdf> (参照 2024-03-11)
- 7) World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639> (参照 2024-03-11)
- 8) GBD 2016 Alcohol Collaborator. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 392: 1015-35, 2018.
- 9) Di Federico S, Filippini T, Whelton PK et al. Alcohol Intake and Blood Pressure Levels: A Dose-Response Meta-Analysis of Nonexperimental Cohort Studies. *Hypertension*. 80(10): 1961-9, 2023.
- 10) 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会編: 高血圧治療ガイドライン 2019. ライフサイエンス出版, 東京, 2019. https://www.jpnh.jp/data/jsh2019/JSH2019_hp.pdf (参照 2024-03-11)
- 11) Okamura T, Tanaka T, Yoshita K, et al. 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. *J Hum Hypertens*. 18(1): 9-16, 2004
- 12) Higashiyama A, Okamura T, Watanabe M, et al. Alcohol consumption and cardiovascular disease incidence in men with and without hypertension: the Suita study. *Hypertens Res*. 36(1): 58-64, 2013.
- 13) Puddey IB, Beilin LJ, Vandongen R. Regular alcohol use raises blood pressure in treated hypertensive subjects. A randomised controlled trial. *Lancet*. 1(8534): 647-51, 1987.
- 14) Ueshima H, Mikawa K, Baba S, et al. Effect of reduced alcohol consumption on blood pressure in untreated hypertensive men. *Hypertension*. 21: 248-52, 1993.
- 15) Kabayama M, Akagi Y, Wada N, et al. A randomized trial of home blood-pressure reduction by alcohol guidance during outpatient visits: OSAKE study. *Am J Hypertens*. 34(10): 1108-15, 2021.
- 16) 一般社団法人日本動脈硬化学会編. 動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版, レタープレス, 東京, 2022. https://www.j-athero.org/jp/wp-content/uploads/publications/pdf/GL2022_s/jas_gl2022_3_230210.pdf (参照 2024-03-11)
- 17) 日本循環器学会編. 2023年改訂版 冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン. https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2023/03/JCS2023_fujiyoshi.pdf (参照 2024-03-11)
- 18) Mohr AE, Hatem C, Sikand G, et al. Effectiveness of medical nutrition therapy in the management of adult dyslipidemia: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Lipidol*. 16(5): 547-61, 2022.
- 19) Lim HJ, Choi YM, Choue R. Dietary intervention with emphasis on folate intake reduces serum lipids but not plasma homocysteine levels in hyperlipidemic patients. *Nutr Res*. 28(11): 767-

- 74, 2008.
- 20) 宮本恵宏. 特定保健指導の対象とならない非肥満の心血管疾患危険因子保有者に対する生活習慣改善指導ガイドライン～生活習慣別保健指導の要点～. 厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究 非肥満者に対する保健指導方法の開発に関する研究, 2017. https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2017/172031/201709003B_upload/201709003B0005.pdf (参照 2024-03-11)
 - 21) 日本糖尿病学会編著. 糖尿病診療ガイドライン 2019. 南江堂, 東京, 2019.
 - 22) Engler PA, Ramsey SE, Smith RJ. Alcohol use of diabetes patients: the need for assessment and intervention. *Acta Diabetol.* 50(2): 93-9, 2013.
 - 23) Emanuele NV, Swade TF, Emanuele MA. Consequences of alcohol use in diabetics. *Alcohol Health Res World.* 22(3): 211-9, 1998.
 - 24) 厚生労働省. 事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン (全体版) 令和5年3月改訂版, 2023. <https://warp.da.ndl.go.jp/collections/content/info:ndljp/pid/12895174/www.mhlw.go.jp/content/11200000/001088186.pdf> (参照 2024-03-11)
 - 25) Higashiyama A, Wakabayashi I, Ono Y, et al. Association with serum gamma-glutamyltransferase levels and alcohol consumption on stroke and coronary artery disease: the Suita study. *Stroke.* 42(6): 1764-7, 2011.
 - 26) 日本消化器病学会編, 日本肝臓学会. NAFLD/NASH 診療ガイドライン 2020 改訂第2版. 南江堂, 東京, 2020.
 - 27) Subhani M, Knight H, Ryder S, et al. Does Advice Based on Biomarkers of Liver Injury or Non-Invasive Tests of Liver Fibrosis Impact High-Risk Drinking Behaviour: A Systematic Review with Meta-analysis. *Alcohol Alcohol.* 56(2): 185-200, 2021.
 - 28) 池原賢代, 他. 国民健康づくり運動の推進に向けた飲酒の社会的影響に関するエビデンスの創出. 令和4年度 厚生労働科学研究報告書. <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/162594> (参照 2024-03-11)
 - 29) Akechi T, Iwasaki M, Uchitomi Y, et al. Alcohol consumption and suicide among middle-aged men in Japan. *Br J Psychiatry.* 2006; 188: 231-6, 2006.
 - 30) 国立病院機構久里浜アルコール症センター, 神奈川県警察. 飲酒と運転に関する調査結果報告書, 2008.
 - 31) Suzuki H, Tanifuji T, Kimura S, et al. Epidemiology of alcohol-related accidental death in Tokyo Metropolitan area (2015). *Med Sci Law.* 60(1): 4-10, 2020.
 - 32) 法務総合研究所研究部報告 (配偶者暴力及び児童虐待に関する総合的研究), 2008. <https://www.moj.go.jp/content/000049636.pdf> (参照 2024-03-11)
 - 33) Kumar SG, Dharanipriya A. Prevalence and pattern of occupational injuries at workplace among welders in coastal south India. *Indian J Occup Environ Med.* 18(3): 135-9, 2014.
 - 34) 田中克俊, 他. 平成29年度労災疾病臨床研究事業費補助金「精神疾患により長期療養する労働者の病状の的確な把握方法及び治ゆの判断に係る臨床研究」分担研究報告書 精神疾患による長期休業の危険因子—特定健診・特定保健指導データを用いた予備的縦断調査—, 2018.
 - 35) 経済産業省. 企業の「健康経営」ガイドブック～連携・協働による健康づくりのススメ～ (改訂第1版), 2016. https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/kenkokeiei-guidebook2804.pdf (参照 2024-03-11)
 - 36) World Health Organization: ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (参照 2024-03-11)
 - 37) 厚生労働省. 標準的な健診・保健指導プログラム (令和6年度版). 2024 <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001231390.pdf> (参照 2024-03-11)
 - 38) Ito C, Yuzuriha T, Noda T, et al. Brief intervention in the workplace for heavy drinkers: a randomized clinical trial in Japan. *Alcohol Alcohol.* 50(2): 157-163, 2015.
 - 39) Kuwabara Y, Kinjo A, Fujii M, et al. Effectiveness of nurse-delivered screening and brief alcohol intervention in the workplace: A randomized controlled trial at five Japan-based companies. *Alcohol Clin Exp Res.* 46(9): 1720-31, 2022.

- 40) Sunami T, So R, Ishii H, et al. A randomized controlled trial of the web-based drinking diary program for problem drinking in multi workplace settings. *J Occup Health*. 64(1): e12312, 2022.
- 41) Harada K, Moriyama M, Uno M, et al. Effects of a revised moderate drinking program for enhancing behavior modification in the workplace for heavy drinkers. *Health*. 7 : 1601-14, 2015.
- 42) 彌富美奈子, 遠藤光一, 原俊哉, 他. 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える集団節酒指導 (S-HAPPY プログラム) の効果. *労働科学*. 89 (5) : 155-65, 2013.
- 43) 角南隆史, 河合麻衣子, 櫻井純子, 他. 職域ですぐに使える減酒支援プログラムのご紹介～ABCDプログラム～. *産業衛生学雑誌*. 63 (6) : 324-8, 2021.
- 44) Hamamura T, Suganuma S, Takano A, et al. The effectiveness of a web-based intervention for Japanese adults with problem drinking: An online randomized controlled trial. *Addict Behav Rep*. 15:100400, 2021.
- 45) US Preventive Services Task Force, Curry SJ, Krist AH, et al. Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 320(18): 1899-1909, 2018.

ガイドライン検討委員（五十音順）

岡村 智教 慶應義塾大学医学部 衛生学公衆衛生学教室 教授
中野 恵 健康保険組合連合会 参与
山口 文佳 鹿児島県始良保健所（兼）大口保健所 所長
杠 岳文 筑後吉井こころホスピタル 院長
吉岡 幸子 八戸学院大学健康医療学部看護学科 教授

事業責任者

吉本 尚 筑波大学医学医療系 地域総合診療医学 准教授

事業担当者

菊地 亜矢子 筑波大学健幸ライフスタイル開発研究センター

発行日 2024 年 3 月 31 日

厚生労働省 令和 5 年度障害者総合福祉推進事業

「健康診断および保健指導におけるアルコール健康障害への早期介入に関するガイドライン」

研究代表者 吉本 尚（筑波大学医学医療系 地域総合診療医学）