

健診受診男性における AUDIT 得点と節酒意向との関連

足達 淑子^{*1}・上野くみ子^{*2}・永本 博子^{*1}
深町 尚子^{*1}・田中みのり^{*1}・佐藤 千史^{*3}

目的：男性飲酒者における AUDIT と節酒意向との関連を検討すること

方法：AUDIT を含む自記式質問票による横断調査。健診受診した飲酒男性363名を、AUDIT 7点以下、8～15点、16点以上の3群間で基本特性、飲酒状況、飲酒の効用・デメリット、知識および節酒意向（4件法）を比較した。次いで節酒意向を従属変数に、年齢、飲酒の効用数とデメリット数、翌日への影響、飲酒頻度、飲酒後の後悔、減酒の勧めを独立変数とした多重ロジスティック回帰分析を行った。

結果：節酒意向を有する者は8～15点群の42.9%、16点以上群の64.7%と AUDIT 得点が高いほど多かった。反面、8～15点群の73.8%、16点以上群の38.2%が節酒助言を受けておらず、適正飲酒の正答率も30%台と低かった。ロジスティック回帰分析からは飲酒頻度（オッズ比1.62）、飲酒後の後悔（オッズ比1.74）、減酒の勧め（オッズ比1.38）が節酒意向の関連要因として抽出された。

結論：AUDIT は節酒意向と関連しており問題が重篤なほど節酒意向を有する者が多かった。飲酒教育におけるスクリーニングには問題飲酒と節酒意向の把握を含めるべきである。

〔日健教誌, 2013; 21(3): 216-224〕

キーワード：問題飲酒, 節酒意向, AUDIT, 飲酒教育

I 諸 言

世界保健機関（WHO）がアルコールの害は早死や種々の障害の世界第三位の危険因子と指摘したように¹⁾、アルコール関連問題は保健医療上の重要課題である²⁾。節酒で改善が期待できる病態は糖尿病、高血圧、肥満、脂質異常症、うつ病、不眠症など多岐にわたるが²⁾、それら診療ガイドライン³⁻⁷⁾ や手引き⁸⁾ における飲酒指導の記述は適正飲酒量の提示に留まり教育方法への言及はない。また法的規制の強化等により未成年者の飲酒や飲酒運転は減少したが、多量飲酒者低減や適正飲酒

の知識普及では進展がなく⁹⁾、一般飲酒者への効果的な教育法の開発が急がれる¹⁰⁾。

WHO や米国国立衛生研究所（NIH）は、問題飲酒の簡易スクリーニング法（Alcohol Use Disorders Identification Test, 以下 AUDIT）等を飲酒者全員に用い、飲酒問題の重篤度に応じて情報提供から専門治療導入までを体系的に教育するように提唱している^{11,12)}。WHO は1982年に問題飲酒の判別目的で AUDIT を開発し、その後多数の検証に基づいて得点によりリスクを4段階に分類し7点以下には情報提供、8～15点には簡単な助言、16～19点は短期カウンセリングと継続観察を行い、20～40点は依存症専門医に紹介するよう勧めている¹¹⁾。本法は信頼性の高いスクリーニング法として国際的に普及している。NIH は2005年に発表した臨床家向けのより実践的なガイドで、男女別に多量飲酒の有無あるいは AUDIT 得点でリスク飲酒を規定し、週当たり飲酒量も参考にしたアルコール使用障害（乱用や依存）の有無を判別する

*1 あだち健康行動学研究所

*2 財団法人日本予防医学協会

*3 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科健康情報分析学

連絡先：足達淑子

住所：〒818-0118 福岡県太宰府市石坂3-29-11

TEL：092-919-5717 FAX：092-928-9522

E-mail @ a_ibh@ybb.ne.jp

アルゴリズムを作成した¹²⁾。そして乱用・依存がないリスク飲酒を対象に行われる短期行動カウンセリング（以下短期介入）^{13,14)}の効果は確実視されているが¹⁵⁾、日本では研究が開始されたばかりである¹⁶⁾。

健康日本21（第二次）では生活習慣病予防の視点からリスク飲酒（男性で1日40g、女性で1日20g以上）の減少が目標とされた¹⁰⁾。しかし飲酒の影響には個人差があり、我が国の文化は飲酒に寛容である¹⁷⁾。うえに適正飲酒の知識が半数に留まっている現状においては、飲酒量のみで高危険と規定する教育は説得力に欠ける恐れが高い。飲酒関連問題の一次予防には対象者の知識や飲酒の功罪や節酒意向など心理行動特性への配慮が必要となる。飲酒行動変容には、とりわけ本人の変化への準備性が重要であり^{12,18,19)}、NIHのアルゴリズムもその準備性に依拠して作成されている¹²⁾。

我々が職域で行った簡便な非対面教育では飲酒改善が半年後まで維持され、自発的な節酒希望者においては教育の余地が大きいと示唆された²⁰⁾。前述のNIHのガイドはWilliamらの大規模調査¹⁹⁾を引用して、飲酒者の節酒準備性は一般認識に反し問題が重篤なほど高いと強調している¹²⁾。日本では飲酒者の節酒意向や準備性に注目した報告はみあたらず、AUDITを用いた研究報告^{21,22)}も多くない。

そこで本研究では、健診等で実施可能な飲酒問題スクリーニングと準備性に応じた指導ツール作成のための基礎資料を得る目的で、健診を受診した飲酒男性に対する質問票調査を行い、AUDIT得点と節酒意向との関連を検討した。

II 方 法

平成23年11～12月に福岡市の某健診センターの健診来所者に、無記名自記式質問紙調査を行った。調査手続はスタッフが健診当日に文書と口頭で説明し同意した者に質問紙を配布し、回収箱で回収した。なお健診当日の指導はなかった。回答者は1,001名であったが、飲酒の基礎情報と性別が不明

なものを除いた972名を有効回答とした。本横断研究では、そのうち月1回以上飲酒すると回答した男性409名中AUDIT得点が得られた363名を分析対象とした。

調査項目は、基本特性（年齢、身長、体重、body mass index (BMI)、通勤時間、就労状況3項目）、AUDIT、節酒意向、飲酒の効用（選択）とデメリット（自由記載）、節度ある適度な飲酒量（以下適正飲酒量）に関する知識の有無であった。質問票には他に飲酒を促進しやすい関連行動、食事、身体活動、睡眠と精神健康が含まれていたが、本研究ではその中から節酒意向に焦点を絞って分析した。AUDITは面接か自記式質問票で実施され、危険なアルコール使用3項目（飲酒頻度、通常の飲酒量、多量飲酒の頻度）、アルコール依存症状3項目（飲酒の自制障害、飲酒が他活動に優先、朝酒）、有害なアルコール使用4項目（飲酒後の罪悪感、ブラックアウト、飲酒関連のけが、他者からの心配）の計10項目について5件法（0～4点）の回答の合計点で判定される。

本研究では資料に示すように自記式質問票の飲酒量のドリンク表示を日本酒に換算し（1合を2ドリンクと計算）、飲酒量の質問の下に他のアルコール飲料の日本酒換算表を挿入するなどの改変を行い使用した。

節酒意向は「お酒の量を減らしたいと思いますか」という問いに対する回答「いつも思う」「時々思う」「どちらともいえない」「思わない」の4件法で評価した。飲酒の効用は、問い「お酒はどんなことに役立っていると思いますか」に対して複数回答を求めた（7項目から最大3項目まで）。デメリットは自由記載の回答を便宜的に「健康面」「自覚的体調」「飲みすぎ・自己制御不能」「翌日の仕事面」「依存・中毒」「記憶等の認知面」「犯罪や事故・トラブル」「生活リズムの乱れ」のいずれかに分類した。

適正飲酒の知識は、1日量（日本酒換算）についての記載と、「わからない」の2件法で尋ね、正答（1合未満を含む）、誤答、不明に分け、全体の

対象者における正答率を算出した。

分析は、WHO が教育介入で用いている分類に準じ AUDIT 7 点以下、8～15 点、16 点以上の 3 群に分け、3 群間で基本特性、飲酒の効用とデメリット、知識、節酒意向、AUDIT から把握した過去の減酒の助言の有無を比較した。WHO は前述したように AUDIT 得点を 4 段階に分類し¹¹⁾、William らもこの 4 分類を採用しているが¹⁹⁾、本研究では対象数が少ないため 16 点以上を 1 カテゴリーとした。3 群の平均値の比較には Kruskal-Wallis 検定を、その後の多重比較に Wilcoxon の順位和検定を用い、離散変数の比較には χ^2 検定を行った。有意水準は危険率 5% 未満とした。

最後に節酒したいと「いつも思う」「時々思う」と回答した者を節酒意向あり、それ以外を意向なしとみなし、年齢、飲酒の効用とデメリットの選択数、デメリットのうち翌日への影響、飲酒頻度、飲酒後の後悔、減酒の勧めの 7 項目を独立変数として強制投入したロジスティック回帰分析を行った。これらの独立変数は、それに先立って節酒意向（4 件法）を従属変数として行った重回帰分析（ステップワイズ法；有意基準 0.2 投入，0.25 除去）によって抽出された項目であった。重回帰分析では、年齢、BMI、飲酒の効用 3 項目（リラックス、嫌なことを忘れる、気晴らし）と選択数、デメリット（翌日に影響、生活の乱れ）と選択数、適正飲酒の正答と適正飲酒量および AUDIT の 10 項

目を独立変数とした。統計解析は SPSS 12.0 J (SPSS Japan Inc.) を用いた。

倫理的配慮として事前に財団法人日本予防医学協会倫理委員会から研究の承認を得た。対象者には研究趣旨を文書で説明し、同意者に配布した質問票に同意の有無を記載させたいうで粗品を進呈するとともに、希望者には適正飲酒に関する情報をまとめて独自に作成したリーフレットを提供した。

Ⅲ 結 果

1. 基本特性（表 1）

対象者の約 95.3% が会社員で、自営業・自由業、パート・アルバイトを含めると 98.3% が勤労者であった。夜勤なしが 88.7%，残業ありが 73.3%，核家族が約 51.2%，単身者（単身赴任も含む）が約 35% であった。

AUDIT の得点別 3 分類では、7 点以下群が 207 名（57.0%）と最も多く、8～15 点群が 122 名（33.6%）であり、16 点以上は 34 名（9.4%）と少なかった。3 群間の年齢、体格、通勤時間や就業時間、夜勤日数や残業時間の有意差は認めなかった。なお AUDIT 12 点以上の問題飲酒に相当する者は 83 名で全体の 22.9% に相当した。

2. 飲酒の効用とデメリット、知識（表 2）

飲酒の効用については 8～15 点群と 16 点以上群が平均 2.4、2.7 項目と、7 点以下群（1.9 項目）よ

表 1 基本特性

	7 点以下 (n=207)			8～15 点 (n=122)			16 点以上 (n=34)			χ^2 値	p 値
	n	平均	SD	n	平均	SD	n	平均	SD		
年齢 (歳)	207	39.6	10.7	122	40.4	11.6	34	36.6	9.3	2.79	0.247
身長 (cm)	206	170.8	5.9	122	171.5	5.8	34	171.0	4.7	0.73	0.696
体重 (kg)	206	68.5	11.8	122	69.9	11.0	34	68.0	8.7	3.27	0.195
BMI (kg/m ²)	206	23.4	3.6	122	23.7	3.1	34	23.3	3.1	2.65	0.266
通勤時間 (分)	204	34.1	19.9	120	31.4	15.7	34	32.0	18.4	0.56	0.757
就業時間 (時間/日)	196	9.3	1.9	118	9.6	2.5	31	9.5	2.7	1.88	0.391
夜勤 (日/週)	190	0.1	0.7	117	0.1	0.6	30	0.3	1.1	3.26	0.196
残業 (時間/週)	189	5.7	6.6	114	5.4	7.9	30	7.6	7.2	5.13	0.077

平均値の比較には Kruskal-Wallis の H 検定を用いた

表2 飲酒の効用, デメリット, 知識

	7点以下 (n=207)		8~15点 (n=122)		16点以上 (n=34)		χ^2 値	p 値
	n	%	n	%	n	%		
効用								
お酒はどんなことに役立っていると思うか (最大3つまでの複数回答)								
リラックス	89	43.0	74	60.7	25	73.5	16.69	<0.001
対人関係がスムーズ	131	63.3	74	60.7	16	47.1	3.23	0.199
寝つきが改善	15	7.2	9	7.4	4	11.8	0.87	0.648
食事を美味しく	56	27.1	38	31.1	11	32.4	0.84	0.657
嫌なことを忘れる	23	11.1	18	14.8	13	38.2	16.97	<0.001
気晴らし	78	37.7	73	59.8	24	70.6	22.62	<0.001
平均項目数								
平均値 (SD) 個	207	1.9 (0.9)	122	2.4 (0.8)**	34	2.7 (0.8)**	35.61	<0.001
デメリット								
飲酒のデメリットとしてどんなことが思い浮かぶか (自由記載)								
回答あり	139	67.1	100	82.0	28	82.4	10.16	0.006
ありの内訳 (複数回答)								
健康に悪い	50	24.2	36	29.5	10	29.4	1.30	0.522
体調の悪化	14	6.8	8	6.6	3	8.8	0.22	0.894
飲みすぎる	7	3.4	8	6.6	1	2.9	2.03	0.363
翌日に影響する	28	13.5	29	23.8	10	29.4	8.34	0.015
アルコール依存・中毒	4	1.9	3	2.5	0	0.0	—	—
判断・思考力の低下	5	2.4	3	2.5	0	0.0	—	—
犯罪・事故・トラブル	17	8.2	8	6.6	1	2.9	1.32	0.516
生活の乱れ	15	7.2	10	8.2	7	20.6	6.55	0.038
平均個数								
平均値 (SD) 個	207	0.7 (0.6)	122	0.9 (0.5)**	34	1.0 (0.7)	13.00	0.002
知識								
いわゆる「適正飲酒」の量はどのくらいと思うか								
回答あり	118	57.0	88	73.3	21	63.6	8.70	0.013
正答者数 (正答率)	78	37.7	43	35.2	11	32.4	0.46	0.796
節度ある適度な飲酒量								
平均値 (SD) 合	118	1.4 (0.6)	88	1.6 (0.8)*	21	1.6 (1.0)	6.94	0.031
減酒を勧められたことが								
ある	1	0.5	32	26.2	21	61.8	105.31	<0.001
ない	206	99.5	90	73.8	13	38.2		
最新情報のリーフレットを								
希望する	57	27.8	56	45.9	19	55.9	16.84	<0.001
希望しない	148	72.2	66	54.1	15	44.1		

離散変数の比較には χ^2 検定を用いた

平均値の比較には Kruskal-Wallis の H 検定を用い, その後の検定は Wilcoxon の順位和検定を用いた

* p<0.05 ** p<0.01 (7点以下群との比較)

り多くあげていた。「リラックス」「気晴らし」は8点以上群で有意に多く (p<0.01), 「嫌なことを忘れる」は16点以上群で有意に多かった

(p<0.01). 一方デメリットは7点以下群の67.1%, 8点以上群の82%以上が記載した. 内容については全体では「健康への悪影響」が最も多かったが,

「翌日への影響」は7点以下群で少なく ($p < 0.01$), 「生活の乱れ」は16点以上群で多かった ($p < 0.05$).

適正飲酒の知識の回答率は、8～15点群が高率 ($p < 0.01$) で、7点以下群が低率 ($p < 0.05$) であったが、正答率は3群とも30%台に留まった。回答者が回答した適正飲酒量の平均は8点～15点群が1.6合で7点以下群の1.4合より多かった ($p < 0.05$).

また、減酒の勧めは16点以上群の61.8%、8～15点群の26.2%が経験し、リーフレットの希望も8～15点群の45.9%、16点以上群の55.9%が希望するなど、いずれも AUDIT 点数が高い群で高率であった。

3. 節酒意向 (表3)

節酒意向の有効回答が得られた359名について3

群間で節酒意向を比較した。その結果、16点以上群では「いつも思う」「時々思う」が、AUDIT 8～15点群では「時々思う」が有意に高率であった ($p < 0.01$)。一方、7点以下群では「どちらともいえない」「思わない」が有意に高率であった。「いつも思う」と「時々思う」の回答を節酒意向ありとみなすと、節酒意向を有する者は16点以上群が64.7%、8～15点群が42.9%、7点以下群が18.1%と、点数が高い群ほど高率であった。

4. 節酒意向と関連する要因 (表4)

節酒意向の有無を従属変数として行った多重ロジスティック回帰分析の結果、「飲酒頻度」「飲酒後の後悔」、「他者からの減酒の勧め」の3項目が節酒意向との関連要因として抽出された。3項目のうちでは飲酒後の後悔のオッズ比 (OR) が1.74

表3 AUDIT 得点別の節酒意向

	7点以下 (n=204)		8～15点 (n=121)		16点以上 (n=34)		χ^2 値	p 値
	n	%	n	%	n	%		
お酒の量を減らしたいと思うか								
いつも思う	10	4.9	5	4.1	6	17.6	49.62	<0.001
時々思う	27	13.2	47	38.8	16	47.1		
どちらともいえない	61	29.9	27	22.3	3	8.8		
思わない	106	52.0	42	34.7	9	26.5		

表4 節酒意向と関連する要因

	節酒意向*1 (n=359)			
	調整オッズ比	95%信頼区間		p
		下限	上限	
年齢	1.02	1.00	1.05	0.077
飲酒の効用 平均項目数	1.21	0.90	1.62	0.214
飲酒のデメリット 平均項目数	0.88	0.55	1.41	0.601
翌日への影響*2	0.61	0.29	1.25	0.174
飲酒頻度*3	1.62	1.22	2.15	0.001
飲酒後の後悔*4	1.75	1.22	2.50	0.002
減酒の勧め*4	1.38	1.13	1.68	0.001

強制投入法による多重ロジスティック回帰分析

飲酒頻度、飲酒後の後悔、減酒の勧めは、AUDIT の項目

*1 0 / 思わない + どちらとも言えない 1 / 時々思う + いつも思う

*2 0 / ない 1 / ある

*3 4 件法 (1～4, 得点が高いほど問題)

*4 5 件法 (1～5, 得点が高いほど問題)

(95% CI=1.22-2.50) と最も高く、次いで飲酒頻度 (OR=1.62, 95% CI=1.22-2.15), 他者からの減酒の勧め (OR=1.38, 95% CI=1.13-1.68) であった。

IV 考 察

本研究では、WHO¹¹⁾ や Williams ら¹⁹⁾ を参考に AUDIT 得点の 3 段階別に男性飲酒者の節酒意向を比較した。これは、我々が知る限り、日本人で AUDIT 得点と節酒意向との関係を初めて検討したものである。

対象者を男性に限った理由は、飲酒行動には性差があり、リスク飲酒の基準も NIH が女性も AUDIT 4 点以上とするなど男女差があるからであった。また質問票で飲酒量を日本酒換算で尋ねた理由は、AUDIT のドリンク表示 (純アルコール 10 g/ドリンク) は難解で回答が得られにくいと考えたからであった。WHO も飲酒単位は各国の実状に応じて調整することを提案している¹⁰⁾。

その結果、節酒意向は、AUDIT 8~15 点群では 42.9%、16 点以上群では 64.7% と 7 点以下群より高率で、両群では飲酒の利点とデメリットも 7 点以下群よりも多く感じていた。特に 16 点以上群では節酒したいと「いつも思う」が 17.6% に及び「嫌なことを忘れる」を利点と、「生活の乱れ」をデメリットと感じているという特徴があった。

この結果は、AUDIT が高いほど節酒準備性は強いという William らの報告¹⁹⁾ を支持していた。彼らはアルコール乱用男性約 6,000 名を AUDIT 7 点未満、8~15 点、16~19 点、20 点以上の 4 群に分け、AUDIT 8 点以上の 90% 以上に多量飲酒の自覚や節酒準備性があること、問題飲酒の重篤さと節酒準備性とが関連することを示した。そして「患者はアルコール乱用を否認し、教育や指導を拒絶する」という一般医の認識は実態と異なると主張した¹⁹⁾。また Miller らも一般の飲酒者はスクリーニングやその後の助言を良く受け入れるとしている¹⁸⁾。本対象者の 8 点以上群の節酒意向が 47.7% と William らより低率であったのは、日米の飲酒

文化の差を示唆するものであろう。

このように我が国でも飲酒問題は重篤なほど節酒意向が高いことが明らかとなった反面、節酒を勧められたことがない者が 16 点以上群の 38.2%、8~15 点群の 73.8% に達していた。また適正飲酒量の正答率は 3 群とも 30% 台に留まり、デメリットも全体の 73.6% が自覚していた。

さらにロジスティック回帰分析の結果から、節酒意向には「飲酒後の後悔」という問題の自覚と、「他者からの減酒の勧め」が関連していることが示された。この結果は節酒意向の推測には AUDIT の総得点だけではなく、これら下位項目への回答も参考になることを示している。

本研究の限界は、対象者が 1 地域の 1 健診機関における少数の健診受診者に限られていること、節酒意向を 1 項目の簡単な質問への回答のみで評価していることである。飲酒行動には地域差が想定されるため、本研究の記述疫学結果の一般化には偏りのない大規模集団での調査が必要である。

しかし飲酒問題が重篤なほど節酒意向を有する者が高率で、明らかに指導が必要な 16 点以上群の約 4 割は節酒助言を経験せず知識も乏しいという本結果から、今後の飲酒教育へのいくつか示唆が得られた。それは、①一般飲酒者に飲酒教育を提供できる余地が大きく教育による飲酒関連問題の一次予防効果が期待できること、しかし②その際の飲酒教育は不用意に反感や抵抗を招かないような配慮が必要である、という 2 点である。

前述の健康日本 21 (第二次) ではリスク飲酒の減少が目標とされ、NIH は過去 1 年に 1 日でも多量飲酒がある、あるいは AUDIT 8 点以上 (女性は 4 点) をリスク飲酒者とみなしている¹²⁾。しかし、日本では適正飲酒の知識普及度も低く⁹⁾、保健指導者の経験も不十分であることから、これらをリスクとして積極的な個別教育や短期介入を行う条件は整っていない。それよりも現時点では動機づけ面接法^{23,24)} が主張するような、受容されやすい教育への配慮が必要である。

例えば自ら飲酒問題に気づくような質問票や情

報提供を工夫すること、問題飲酒を自覚し節酒意向を有する者には簡潔なセルフケア法を提案することなどが考えられる。その際の質問票は問題飲酒のスクリーニングと節酒意向の把握が可能となるものが望ましく、セルフケア法では先行研究で行った節酒に導く行動目標の特定とそのセルフモニタリング²⁰⁾が参考となるだろう。

特定健診・保健指導等で活用できる使い勝手のよいスクリーニングと節酒準備性に応じた教育法の開発が課題である。

V 結 論

飲酒問題が重篤であるほど、節酒意向を有する者が多いことが明らかとなった。飲酒教育には、問題飲酒のスクリーニングと節酒意向の把握が必要である。

謝 辞

本研究は、財団法人メンタルヘルス岡本記念財団からの活動助成を受けて行った。利益相反に相当する事項はない。

文 献

- 1) World Health Organization. Strategies to reduce the harmful use of alcohol 2010.
- 2) 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集. 簡易版「アルコール白書」. 2010 : 13-27.
- 3) 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会. 高血圧治療ガイドライン2009. 日本高血圧学会 2009 : 31-36.
- 4) 日本肥満学会肥満症治療ガイドライン作成委員会. 肥満症治療ガイドライン. 肥満研12臨時増刊号 2006 : 49-63.
- 5) 日本動脈硬化学会編. 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012年版. 東京 : 日本動脈硬化学会, 2012 : 55-61.
- 6) 日本うつ病学会気分障害の治療ガイドライン作成委員会. 日本うつ病学会治療ガイドラインⅡ. 大うつ病性障害2012 Ver.1 2012 : 14-16.
- 7) 睡眠障害の診断・治療ガイドライン研究会編. 睡眠障害の対応と治療ガイドライン. 東京 : じほう, 2002 : 125.
- 8) 日本糖尿病学会編. 糖尿病治療の手びき. 日本糖尿病協会. 東京 : 南江堂, 2006 : 110-111.
- 9) 健康日本21評価作業チーム. 「健康日本21」最終評価報告書. 2011 : 67-69.
- 10) 厚生労働省. 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会. 健康日本21 (第2次) の推進に関する参考資料 (案). <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kenkounippon21.html> (2012年11月5日にアクセス).
- 11) Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, et al. AUDIT The alcohol use disorders identification test guidelines for use in primary care second edition. WHO, 2001.
- 12) US Department of Health and Human Services. National institute on alcohol abuse and alcoholism. helping patients with alcohol problems: a practitioner's guide. Bethesda, Md: National Institute of Health 2003.
- 13) UKATT Research Team. Cost effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). BMJ 2005; 331: 544-558.
- 14) Bertholet N, Daepfen J-B, Wietlisbach V, et al. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care. Systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med 2005; 165: 986-995.
- 15) Whitlock EP, Polen MR, Green CA, et al. Behavioral counseling intervention in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. preventive services task force. Ann Intern Med 2004; 140: 558-569.
- 16) 杠岳文, 樋口進, 廣尚典. 多量飲酒者に対する治療的介入手法の開発とその効果評価に関する研究. 厚生労働科研 わが国における飲酒の実態ならびに飲酒に関連する生活習慣病, 公衆衛生上の諸問題とその対策に関する総合的研究 (主任研究者 石井裕正) 平成21年度 総括・分担研究報告書. 2010 : 39-43.
- 17) 永田頌史. 問題飲酒行動に対する精神保健上の取り組みの現状と課題. 産業医大誌 2002 : 24 : 86.
- 18) Miller PM, Thomas SE, Mallin R. Patient attitudes towards self-report and biomarker alcohol screening by primary care physicians. Alcohol Alcohol 2006; 41: 306-310.
- 19) Williams EC, Kivlahan DR, Saitz R, et al. Readiness to change in primary care patients who screened positive for alcohol misuse. Ann Fam Med 2006; 4:

- 213-220.
- 20) 足達淑子, 田中みのり, 高梨愛子, 他. 職域における通信による飲酒行動変容プログラムの長期効果. 公衆衛生 2012; 76: 250-254.
- 21) 上村義季, 小嶋雅代, 永谷輝男, 他. 女子大生の飲酒行動と意識に関する調査. 日本公衆衛生雑誌 2012; 59: 31-38.
- 22) Kawada T, Inagaki H, Kuratomi Y. The alcohol use disorders identification test: reliability study of the Japanese version. Alcohol 2011; 45: 205-207.
- 23) Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, et al. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract 2005; 55: 305-312.
- 24) Vasilaki EI, Hosier SG, Cox WM. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: A meta-analytic review. Alcohol Alcohol 2006; 41: 328-335.
- (受付 2012.12.21. ; 受理 2013.7.21.)

AUDIT score is related to intention to reduce alcohol intake among male drinkers receiving health check-ups

Yoshiko ADACHI^{*1}, Kumiko UENO^{*2}, Hiroko NAGAMOTO^{*1}
Naoko FUKAMACHI^{*1}, Minoru TANAKA^{*1}, Chifumi SATO^{*3}

Abstract

Objective: To examine the relationship between Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) score and intention to reduce alcohol intake (sobriety intention) in male drinkers.

Methods: A cross-sectional survey of 363 male drinkers receiving health check-ups in a clinic was carried out by self-reported questionnaire. Participants were classified into three groups by AUDIT score (Group A: ≤ 7 points, Group B: 8–15 points, and Group C: ≥ 16 points). Basic characteristics, drinking status, perceived benefits and demerits of drinking, knowledge of appropriate drinking behavior, and sobriety intention were compared between the three groups. A logistic regression analysis was conducted to examine factors influencing sobriety intention. Independent values included in the model were age, number of perceived benefits to drinking, number of perceived demerits to drinking, and four items from the AUDIT (drinking frequency, effects from drinking felt the next day, guilt felt after drinking, and drinking-related concern or suggestion from others).

Results: The higher the AUDIT score, the higher the observed sobriety intention among participants; 42.9% of those from Group B, and 64.7% of those from Group C wanted to reduce their drinking. However, 73.8% of those from Group B, and 38.2% of those from Group C had heard no concern or suggestion regarding their drinking from others. Identification of the correct level of appropriate drinking, meanwhile, was observed in just 30–40% of participants. A logistic regression analysis showed that sobriety intention was associated with three items of the AUDIT: drinking frequency (odds ratio: 1.62), feeling guilty after drinking (odds ratio: 1.74), and hearing drinking-related concern from others (odds ratio: 1.38).

Conclusion: AUDIT scores were related to sobriety intentions among drinking men in this study. In designing behavioral education interventions, problem drinking and sobriety intentions should be incorporated in screening tests.

[JJHEP, 2013 ; 21 (3) : 216–224]

Key words: problem drinking, intention to reduce drinking, AUDIT, alcohol education

^{*1} Institute of Behavioral Health, Fukuoka, Japan

^{*2} The Association for Preventive Medicine of Japan, Tokyo, Japan

^{*3} Department of Analytical Science, Graduate School of Health Science, Tokyo Medical and Dental University, Tokyo, Japan