

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

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

樋 口 班

主任研究者 樋 口 進

平成16年3月

目 次

1. 総括研究報告書	1
主任研究者 樋口 進 国立療養所久里浜病院 副院長	
2. 回答集計表	17
3. 標本抽出方法	173
4. 飲酒と健康に関する調査票	175

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）
総括研究報告書

成人の飲酒実態と関連問題の予防に関する研究

主任研究者 樋口 進 国立療養所久里浜病院副院長

研究要旨:

本研究の目的は、我が国の成人の飲酒パターンとアルコール関連問題の実態を把握することにある。今年度は3年計画の2年目であり、昨年度の予備調査の結果を踏まえ、一般人口に対する本調査を実施した。調査の概要および結果のハイライトは以下のとおりである。

- 1) 層化2段無作為抽出方法によりわが国の成人人口から抽出した3,500名に対して、面接および自記式からなる調査票を用いて調査を行った。その結果、2,547名（72.8%）から回答が得られた。
- 2) 調査前1年間に飲酒した者を飲酒者と定義すれば、全回答者に対する割合は、男性の84.2%、女性の65.6%、全体で73.2%であった。
- 3) 調査対象者の喫煙率は、男性が46.9%、女性が14.5%、全体で29.6%であった。
- 4) 寝酒（眠りを助けるために飲むお酒）をしている者の割合は男性の11.1%、女性の4.8%、全体で7.7%であった。
- 5) 調査前1年間に睡眠薬服用経験のある者は、男性の4.5%、女性の9.2%であった。そのうち、飲酒をともなう危険な飲み方をしている者は、男性の36%、女性の9%と高い割合を示していた。
- 6) 飲酒に関係した何らかの問題行動の被害を受けた者の割合は、男性の31.3%、女性の26.3%、合計で28.7%となっていた。この割合をもとに、わが国の成人で飲酒問題被害にあった者は3,040万人存在すると推定された。また、被害の経験が被害者のその後の生き方や考え方に何らかの影響を与えた、と回答していた者が、男女合わせて1,400万人存在すると推計された。
- 7) ICD-10によるアルコールの有害な使用に相当する人の割合は、厳格に評価しても、男性の4.6%、女性の0.4%、全体で2.4%であると推定された。
- 8) 久里浜式アルコール症スクリーニングテスト（KAST）でスクリーニングテスト上アルコール依存症と同定された者（これをKAST依存症と呼ぶ）は、男性の7.1%、女性の1.2%、全体で3.9%と推定された。この割合から、実際の人数を推計すると、KAST依存症者は427万人となり、1984年の日米共同研究調査に比べて、女性の割合が伸び、KAST依存症者数が増加していると推定された。
- 9) ICD-10の診断基準に基づくアルコール依存症者の有病率は、男性の1.9%、女性の0.1%、全体で0.9%と推定された。この割合をもとにわが国の真のアルコール依存症者数を推計すると82万人であった。

分担研究者氏名・所属機関

松下幸生 国立療養所久里浜病院精神科
医長

樋口 進 国立療養所久里浜病院副院長
尾崎米厚 鳥取大学医学部衛生学助教授
白坂知信 医療法人北仁会石橋病院副院長
廣 尚典 こうかん会鶴見保健センター長

I. 研究目的

我が国は世界で最も高齢化が進んでいる
国である。一般に、一人当たりのアルコール

消費量は、中年以降年齢が進むに従って減少する。先進諸外国では、この高齢化に従って、アルコール消費量は年々低下している。しかし、我が国では、人口の高齢化に合わせて減るべきアルコール消費量が実際には減少していない。従来は飲酒量が少ないとされていた若年・女性・高齢者の飲酒量が増えているためにこのような現象が起きているという指摘がある。事実、未成年者に対して行われている複数の調査結果はこの推測の正しいことを示している。また、現在長引く経済不況で、失業者数が急激に増えている。この失業者率とアルコール関連問題は平行に動くという指摘があり、自殺の急増とともに、不況がもたらす大きな社会問題となる可能性が大きい。このように様々な間接的あるいは小規模な資料は、アルコール関連問題の深刻化を強く示唆している。しかし、適切な方法で、国を代表するサンプルについて、飲酒状況や関連問題の正確な実態は把握されていないのが現状である。

以上の状況を踏まえ、本研究の目的は、我が国の成人一般人口の飲酒状況を把握することにある。特に、アルコール関連問題については詳細な調査を行う。本研究の特徴は以下の点である。1) アルコール関連問題の実態に関する調査で、わが国の一般人口に対する無作為抽出標本を使った調査は過去にほとんど行われていない。2) 飲酒に関係した迷惑行為に関する実態を本調査が初めて明らかにする。3) 過去の調査で我が国におけるアルコール依存症者数の推計は、スクリーニングテストの結果を基に行なわれた。これはあくまでもスクリーニングテスト上の依存症で、臨床場面に登場する依存症とは異なる。本研究で、ICD-10 等の診断基準に基づくアルコール依存症およびアルコールの有害な使用の実態を初めて明らかにする。4) アルコール関連問題の実態の時間的推移を推定できるように、過去の調査で実施されたアルコール依存症のス

クリーニングテストを本研究でも実施し、その変化を観察する。

今年度は3年計画の2年目であり、昨年度の予備調査の結果を踏まえ、一般人口に対する本調査を実施した。全国の一般成人人口を代表する3,500名に対して、面接と自記式からなる調査票を用いて調査を行った。その結果、2,547名から回答が得られた。今年度はこれらの結果のうち、面接調査部分（対象者の人口統計学的背景、病歴、喫煙パターン、飲酒パターン、アルコール関連問題）と自記式部分の一部（アルコール関連問題または依存症のスクリーニングテスト）の単純集計を行った。また、これらの結果をもとにして、わが国の成人人口における、1) ICD-10 アルコールの有害な使用者の推定数、2) ICD-10 アルコール依存症者の推定数 3) アルコールによる迷惑行為の被害者の推定数、4) 久里浜式アルコール症スクリーニングテスト（KAST）によるアルコール依存症者の推定数などを計算した。

II. 研究方法

A. 3年間の概要

本研究の中心的課題は我が国の成人人口の飲酒パターンとアルコール関連問題の実態を明らかにすることである。昨年度（初年度）は、面接および自記式調査票の試案を作成し、首都圏在住の一般人50名に対して予備調査を行った。その結果を受けて、調査票の一部を改変し、調査票の最終版を作成した。一方、昨年度は、実態調査の基礎として、国民栄養調査の再解析と過去の調査の文献的考察も行った。結果は報告書にまとめたのと同時に、前者については、雑誌「厚生」に投稿し、受理されている。

今年度は、以下に記述するように、本調査を実施した。結果をコード化して計算機に入力し、単純集計結果を算出した。また、その結果をもとに、わが国のアルコール関連問題

に関するいくつかの数値を推定した。

最終年度（次年度）は、上記結果をさらに詳しく解析して、複数の論文にまとめていく。同時に、医療現場に現れるアルコール依存症例に対して、本調査の自記式部分とほぼ同じ調査を実施する。この結果と本調査結果を使って、KAST の新版（男性用 KAST、女性用 KAST）を作成する予定である。

B. 実態調査

1. 調査票

調査票は面接部分と自記式部分とに分かれている。昨年度の予備調査の結果をもとに、調査票を改変し最終版を作成した。調査票の最終版は、添付資料 2 として本報告書に添付した。

2. 標本抽出

層化 2 段無作為抽出方法により、全国の 204 地点から今回の対象とした 20 歳以上の男女 3,500 名を抽出した。抽出方法の詳細は、添付資料 1 として本報告書に添付した。

3. 調査方法

あらかじめ抽出された対象者に対して、事前に調査依頼のはがきを送った。調査は、全国一斉に平成 15 年 6 月 12 日から同月 29 日までの間に実施した。各地区の調査員が対象者のもとに出向き、面接調査部分は面接により聴取し、その後、自記式部分に記入してもらった。有効回答は、2,547 名（72.8%）から得られた。回答の得られなかった理由として、拒否（410, 11.7%）、一時不在（331, 9.5%）、転居（78, 2.2%）などが大きな割合を占めていた。なお、実際の調査は上記標本抽出も含めて、社団法人中央調査者に委託した。

4. 解析方法

得られた回答をコンピューターに入力し、解析した。解析には統計解析パッケージ SPSS

(version 11.5)を使用した。サンプリングで、層化 2 段無作為抽出を行っているため、データの補正は実施していない。なお、結果の随所に推計値が出てくる。これは、総務省統計局「平成 14 年 10 月 1 日現在推計人口」の性別、5 歳階級別（推計値によっては 10 歳階級別）総人口に、アンケート総数を分母にした % を乗じて、算出した。

5. 有害な使用の同定

この有害な使用 (harmful use) は、DSM-IV¹⁾ など他の分類では、アルコール乱用に相当するカテゴリーである。しかし、ICD-10 によると²⁾、この概念には、家族的・社会的問題は含まず、純粹にアルコールに起因する精神・身体疾患の存在で、有害な使用の有無を判断する、とされている。表 1 に診断ガイドラインを示す。

表 1. ICD-10「有害な使用」の診断ガイドライン

有害な使用とは、身体的ないしは精神的に健康に害を及ぼすアルコールの使用パターンをさす。一般的に有害な使用による害は、身体的なものであったり、精神的なものであったりする。身体的な害の例は、例えば自らの注射によって肝炎になる場合であり、精神的な害の例は、例えば大量飲酒後の二次的なうつ病性障害のエピソードである。

1) アルコールの有害な使用の診断には、飲酒者の精神的あるいは身体的な健康に、害が現在実際に起きていることが必要である。現時点では有害な結末は生じておらず、将来害が予測されるような使用はこれに含まれない。また、有害な使用パターンは、しばしば他人から批判され、またさまざまな種類の社会的に不運な結果に結びつくことが多い。しかし、アルコール飲酒

パターンが、他人から批判・注意されることがあっても、その社会・文化から容認されないものであっても、あるいは逮捕や夫婦関係の破綻（離婚）のような社会的に不幸な結果に結びついたものであっても、それだけでは有害な使用の診断にはあてはまらないことに注意すべきである。

2) 急性中毒、あるいは「二日酔い」だけでは、有害な使用とは診断されない。

3) 有害な使用という診断は、アルコール依存症候群が存在する場合には用いられない。

注：有害な使用ガイドラインは、アルコールを含むすべての精神作用物質に共通しているが、ここでは精神作用物質をアルコールとして記述した。

6. アルコール依存症の同定

アルコール依存症の同定には、ICD-10の診断基準に合わせた面接調査票を用いた。具体的には、アルコール依存症の遺伝に関する国際共同研究で用いられた半構造化面接調査票（Semi-Structured Assessment for the Genetics of Alcoholism, SSAGA）の日本語版（樋口 進、村松太郎翻訳）³⁾から、ICD-10のアルコール依存症に該当する質問項目を抽出し、本研究の面接調査票に組み込んだ。

具体的には以下のように行なった。面接式質問項目の問 21 が、アルコール依存症の有無を確認する項目である。表 2 のように、ICD-10 のアルコール依存症の診断項目は 6 項目（グループ）からなり、「過去 1 年間のある期間、次の項目のうち 3 つ以上が経験されるか出現した場合」にそのように診断される。本研究では、問 21 の下位項目で様々なアルコール関連問題の経験の有無を聞いていく。各下位項目の多くは、ICD-10 の 6 グループのどれかの存在を確認している。それぞれの下位項目が上記 6 グループのどれに属するかについては、表 2 にまとめられている。質問者は、各々の下位項目を確認しながら、

別紙にその有無をチェックしていく。ICD-10 の 6 グループの中には 1 グループでその下位に 4 つの質問項目存在するものも、1 項目のみのものもある。いずれにせよ、各グループの少なくとも 1 項目で「問題あり」であれば、そのグループは「問題あり」となる。「問題あり」のグループ数が 3 グループ以上であれば、問 21 の下位項目の質問が終わったところで、その別紙を調査対象者に見せて、過去 1 年間に、3 グループ以上の問題が同時に起き、しかも、1 ヶ月以上続いたか、確認する。それに対して対象者が「はい」と回答すれば、アルコール依存症となる。

表 2. ICD-10 アルコール依存症の診断ガイドライン

依存の確定診断は、通常過去 1 年間のある期間、次の項目のうち 3 つ以上が経験されるか出現した場合にのみくだされる。

診断項目	質問項目
1) 飲酒したいという強い欲望あるいは強迫感。	問 21-キ
2) 飲酒の開始、終了、あるいは量に関して飲酒行動を統制することが困難。	問 21-ウ 問 21-エ 問 21-オ 問 21-カ
3) 飲酒を中止もしくは減量したときの生理学的離脱状態。	問 21-ト 問 21-ナ 問 21-ニ 問 21-ヌ
4) はじめはより少量で得られたその精神作用物質の効果を 得るために、使用量をふやさなければならぬような耐性の証拠。	問 21-ク 問 21-ケ
5) 飲酒のために、それにかわる楽しみや興味を次第に無視するようになり、アルコールを摂取せざるをえない時間や、その効果からの回復に要する時間が延長する。	問 21-コ

6)明らかに有害な結果が起きて いるにもかかわらず、依然として 飲酒する。例えば、過度の飲酒に よる肝臓障害などについて、対象 者がその害の性質と大きさに実際 に気づいていることを(予測にし る)確定するよう努力しなければな らない。	問 21-サ 問 21-ソ 問 21-タ 問 21-テ
--	--------------------------------------

注: 依存症の診断ガイドラインは、アルコールを含むすべての精神作用物質に共通しているが、ここでは精神作用物質をアルコールとして記述した。

7. スクリーニングテスト

アルコール関連問題の評価を行なうために、汎用されているアルコール関連問題または依存症のスクリーニングテストを自記式部分に組み入れた。CAGE (C1 の質問 1-4)⁴⁾⁵⁾、KAST (質問 K1-K14)⁶⁾はアルコール依存症のスクリーニングテストである。CAGE は過去のすべての期間に、質問 4 項目のうち 2 項目が「はい」であれば、アルコール依存症とする。一方、KAST は調査前 6 ヶ月間の経験について解答するようになっている。また、KAST の各質問項目には重み付け得点がついており、解答をもとに計算したこの点数が 2 点以上だと、アルコール依存症とする。ここで注意していただきたいのは、これらはいずれも、スクリーニングテスト上のアルコール依存症である。

一方、AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test、質問項目 A1-A10)⁷⁾は、主に「有害な使用」の同定に主眼を置いた質問紙テストである。各質問項目の回答に付された番号を合計して、得点とする。我が国で使用する際には、cut-off 点を原版の 8-10 点から、同定する対象に合わせて 10-14 点にするよう推奨されている⁸⁾。

C. 倫理面への配慮

本研究は、国立療養所久里浜病院の倫理委員会の承認を得て行なっている。調査対象者に対しては、調査の趣旨、内容等を記した葉書をまず郵送し、調査の内容を伝える。その後調査員が自宅を訪問し、対象者に対して調査の趣旨、内容、方法等を説明して同意の得られた場合に調査を実施する。得られたデータは保管を厳重にし、扱いは本研究の関係者に限るよう配慮する。データの発表に際しては、調査対象者個人が特定される恐れのないように配慮する。

III. 結果および考察

以下、得られた基本集計の結果を簡単に説明する。各項目の heading の後に付表番号が記載されているので、詳細な数値等は添付の表を参照していただきたい。

A. 人口統計学的データ

1. 回答者の分布 (付表: 基本集計)

回答者の性別・年齢別分布は付表の基本集計のとおりである。男性の回答者は、1,184 名 (46.5%)、女性のそれは 1,363 名 (53.5%) であり、平均年齢は、男性 53.2±16.4 歳、女性は 52.6±15.8 歳であった。

2. 学歴 (付表: F3)

「学校に何年通ったか」という形で質問している。男女合わせて、中学校卒業程度の 9 年までが 20.6%、高校卒業程度の 12 年が 43.9%、それ以上が 31.8%であった。

3. 婚姻状況 (付表: F4)

結婚して配偶者と同居している者が、男性の 77.5%、女性の 72.6%、合計で 74.9%であった。一方、離婚は全体で 3.6%、未婚は 12.2%であった。

4. 同居家族 (付表: F6)

家族の人数では、本人も含めて 2 人が最も

多く、全体の 1/4 を占めていた。次いで、3 人、4 人、5 人と続いていた。単身者は 7.5% に過ぎなかった。なお、家族構成の詳細は、付表 F7 を参照していただきたい。

5. 社会活動への参加 (付表: F8、F8 付問 1)

社会活動への参加と飲酒とは互いに関連するという報告がある。すなわち、社会活動などで対人関係がより密になれば、その分、飲酒機会が増えるというものである。この関係は特に高齢者に認められる。本報告は単純集計であり、飲酒との関係は検討していないが、やはり、「趣味サークル、市民活動、宗教」などの活動への参加は、男女とも 60 歳～70 歳代が最も活発なようである。

6. 職業 (付表: F9～F11)

職業も飲酒状況と大いに関係ある。男性ではパートやアルバイト等も含めて「勤め」が最も多く、50%を超えている。女性の場合、専業主婦が最も多く、36.7%を占めているが、何らかの形で職業についている者も、やはり半数を超えている。就いている職業の具体的な内容は付表 F10、F11 を参照していただきたい。冒頭で述べた職業と飲酒状況に関する関係については、今後の解析にゆだねる。

7. 世帯の収入 (付表: F12)

F12 では、過去 6 ヶ月における対象者世帯の主な収入源を尋ねている。付表 F12 のように、男女とも、給与収入が最も多く、次いで年金であった。

8. 身長、体重、BMI (付表: F13、F14、BMI)

付表のように、男性の身長は 167.5 ± 6.6 cm、女性のそれは 154.6 ± 6.1 cm であった。一方、体重の平均は、男性が 64.8 ± 10.2 Kg、女性が 52.6 ± 8.0 Kg であった。これらの情報をもとに、Body Mass Index (BMI) を計算した結果が付表 BMI である。男女とも 70%前後が、18.5

から 25 未満のカテゴリに入っている。

B. 病歴 (付表: 問 1-a、1-b、1-c、1-d)

問 1 では、対象者の病歴について尋ねている。これはアルコール過飲に基づく疾病の有病率や ICD-10 のアルコールの有害な使用者を同定するための質問項目なので、かなり詳細に聴取している。すなわち、アルコール過飲に関係する 24 種類の疾病の各々を対象者に確認していく形をとった。もし、「その疾病の経験がある」と回答した場合には、その時期 (現在、過去 1 年以内、1 年以上前)、その疾病に関して医師の診断があったかどうか、さらにその疾病の主な原因がアルコールであったかを確認していった。確認した疾病は、1) 脂肪肝、2) アルコール性肝炎、3) ウイルス性肝炎、4) 肝線維症・肝硬変、5) 逆流性食道炎、6) 胃・十二指腸潰瘍、7) 胃・十二指腸炎、8) 急性・慢性膵炎、9) がん、10) 糖尿病、11) 痛風または高尿酸血症、12) 高脂血症、13) 高血圧、14) 狭心症、15) 心筋梗塞、16) 不整脈、17) 脳卒中または脳出血、18) 脳梗塞、19) 不眠症、20) うつ病、21) ノイローゼ、22) 貧血、23) 外傷 (骨折を伴う程度)、24) 頭部外傷、25) その他、であった。

各々の疾患に対する具体的な数値は、各疾患に関する付表問 1-a から 1-d まで (100 個の表) を参照していただきたい。ここでは 1 例として脂肪肝を取り上げる。脂肪肝を患ったことがある者は男女合計で 100 名いたが、そのうち、「現在ある」のは 55 名、現在は無いが「過去 1 年間にあった」者が 6 名であった。100 名のうち、「医師の診断があった」と答えた者が 86 名、また、主な原因がアルコールであると答えた者が 25 名であった。この病歴に関する調査結果を基に本研究班では、我が国におけるアルコールの「有害な使用」の有病率を推定した。その結果は、以下のセクション G で述べる。

C. 喫煙

1. 喫煙経験・喫煙率（付表：問 2、付問 2）

喫煙経験を持つ者を、「過去 100 本以上のたばこを吸ったことがある」者と定義すると、その割合は、男性の 73.8%、女性の 18.6%、全体で 44.2%であった。「現在も喫煙している」と回答した者を喫煙者とする、その割合は、男性の 46.9%、女性の 14.5%、全体で 29.6%であった。これらの数値は、2003 年に日本たばこ産業が全国の成人 10,790 名に対して実施した喫煙者率に関する調査のそれと非常に似通っている（それぞれ、48.3%、13.6%、30.3%）⁹⁾。これらの結果は本調査の信頼性を示しているものと思われる。

2. 喫煙開始年齢（付表：問 2 付問 1）

喫煙開始年齢で最も多いのは、男女とも 20～24 歳である。しかし、法律で禁じられている未成年からの喫煙も、男性の 50.5%（喫煙者経験者の）、女性の 35.2%に認められた。

3. 1 日の平均本数（付表：問 2 付問 3）

1 日の平均喫煙本数は男性では、20～24 本の者が最も多く、喫煙者経験者の 42.0%を占めていた。これに対して女性では、10～14 本が最も多く、36.0%であった。1 日 40 本以上の heavy smoker は、男性の 13.4%、女性の 2.8%に認められた。

D. 睡眠

1. 睡眠障害（付表：問 1 の下位項目 19、問 3）

ここでは、睡眠障害を不眠症という病気として質問しているので、「はい」という回答が意外に少ない。現在「不眠症」にかかっていると回答した実数は男性で 12 名、女性で 41 名、合計で 53 名であった。実際の睡眠時間と睡眠障害とは別物であるが、睡眠時間の分布を見てみると、平均 6 時間以下という者が、男性全体の 33.0%、女性の実に 41.2%存在した。

2. 睡眠薬の服薬（付表：問 4、付問 1）

「眠りを助けるために睡眠剤や安定剤を服用している」者はどのくらいいるのであろうか。調査前 1 年に少なくとも 1 回以上服用した経験のある者は、男性の 4.5%、女性の 9.2%存在した。飲酒とこれらの睡眠薬との併用は、双方の依存を助長するので、決して薦められない。過去 1 年間に睡眠薬を使用した者のなかで、アルコールと一緒に飲んだ者（時間はずらしたとしても）は、男性で 36%、女性で 9%と高い割合を示していた。日本全体で考えれば、これらの人々は数百万人規模で存在するはずなので、今後、適切な啓発活動が必要とされる。

3. 寝酒（付表：問 11、問 12）

アルコールは、睡眠薬代わりによく使われる。一般に、アルコールは睡眠導入時間を短くしてくれる（寝付きをよくする）が、睡眠の質は悪化させる（深い睡眠が得られず、中途覚醒を多くする）と言われている¹⁰⁾¹¹⁾。また、睡眠導入についても繰り返しの飲酒で、その効果が落ちてくるため、睡眠薬としてのアルコールは推奨されるべきではない、とされている。しかし、その手軽さから相変わらず、よく使われている。

単位について

酒類はその種類によって含まれるアルコール濃度が異なる。従って、飲酒した量を純アルコール換算で表す方法が取られている。わが国では伝統的に、日本酒 1 合に含まれる純アルコール量（およそ 22 グラム）を 1 単位とすることが多かった。しかし、1) 女性の飲酒量などはこの 1 単位より少ないことが多いこと、2) 欧米の単位 (unit または drink) が 1 単位 10 グラムに近いこと、などから、本研究班では 1 単位 10 グ

ラムを採用して研究を行なった。

寝酒を「眠りを助けるために飲むお酒」とすると、調査前1年間に、寝酒を少なくとも1回以上した者の割合は、男性全体の11.1%、女性全体の4.8%であった。また、その量としては、男性で平均2.81単位、女性で1.82単位であった。

E. 飲酒パターン

1. 初飲年齢（付表：問15）

欧米の研究では、初めて飲酒した年齢が早ければ早いほど、将来、大量飲酒やアルコール関連問題を引き起こしやすいと言われている¹²⁾¹³⁾。また、中学生を対象とした鈴木らのコホート研究でも、初飲年齢が早い者ほど、その後の飲酒量が増大する傾向が大きいと報告されている¹⁴⁾。このような関係を検討するのは、次年度の解析にゆだねるとして、ここでは単純に初飲年齢の分布を見てみた。男性で最も多かったのは16~18歳で飲酒経験者の43.6%を占めており、次いで、20~24歳(35.6%)、19歳(7.5%)と続いている。女性では、20~24歳(45.4%)が最も多く、16~18歳(25.7%)、19歳(9.7%)の順になっている。我が国の法律で禁じられている未成年からの飲酒が、男性の飲酒経験者の58.4%、女性の38.3%に認められる。

2. 習慣飲酒および泥酔開始年齢（付表：問18、問19）

習慣飲酒の定義は異論のあるところである。本研究班では、それを「少なくとも週に1回以上のペースで、6ヵ月間以上続けている」飲酒形態と定義して調査を行った。それによると、男性飲酒経験者の71.9%、女性の32.9%がこのような飲酒の経験があると回答している。習慣飲酒の開始年齢の分布をみると、男性では、20~24歳が最も多く、飲酒経験者の1/4強を占めているのに対して女性では、30

歳以降と回答している者が最も多い。

一方、泥酔は急性アルコール中毒、事故、けんかなどのアルコール関連問題と関係しているため重要である。本研究班では、この泥酔を「舌がもつれたり、足元がしっかりしないような状態」と定義して調査を行った。それによると、泥酔を経験したことがあるのは、男性飲酒経験者の61.9%、女性の29.7%であった。最初に経験した年齢分布では、男女とも20~24歳(男性27.4%、女性14.9%)が最も多かった。

3. 飲酒頻度（付表：問8、問9）

問8で過去の飲酒の経験を聞いている。それによると、男性の94.3%、女性の77.0%、合計で85.0%の者が過去に何らかの形で飲酒していると答えている。

個人の飲酒パターンは、日によって大きく異なる。それがまた、正常な飲酒の在り方である。そこで、問9では対象者の平均的な飲酒頻度を尋ねている。調査前1年間に少なくとも1回以上飲酒している者を飲酒者と定義すると、その割合は、男性で84.2%、女性で65.6%、全体で73.2%であった。週に3日以上飲酒する者を頻回飲酒者とすると、その割合は男性で53.7%、女性で15.6%、合計33.2%であった。1984年に我が国の4地区のサンプルを使って、飲酒パターンやアルコール関連問題に関する調査が行われた（日米共同疫学研究）。その調査でも「調査前1年間に少なくとも1回以上飲酒している者」を飲酒者と定義した。その結果では、男性の飲酒者割合は91%、女性のそれは61%であった¹⁵⁾¹⁶⁾。その調査に比べると、男性の割合がやや低下し、女性のそれはやや増加しているように見える。

4. 飲酒量

1) 1日平均飲酒量（付表：問10）

飲酒量も飲酒機会によって大きく異なるのが普通である。そこで、本研究では「ふだん

お酒を飲む時の平均的な1日飲酒量」を尋ねた。酒類を、a) ビール・発泡酒、b) 日本酒、c) 焼酎、d) 酎ハイ類、e) カクテル類、f) ワイン、g) ウイスキー・ブランデー類、h) その他（梅酒など）に分け、各々について普段の飲酒量を前述の単位数で調べた。その結果、単位数で見ると、男性ではビール・発泡酒、焼酎、日本酒の順に多く飲まれていた。女性では、ビール・発泡酒、酎ハイ類、焼酎の順であった。1日の平均単位数は、男性で3.7単位、女性で2.0単位であった。

2) 1日最大飲酒量 (付表: 問13、問14、問20)

本研究では、過去1年間における1日最大飲酒量、および、今までの飲酒経験における1日最大飲酒量の双方を調査している。既往の泥酔と同様に、対象者の1日の最大飲酒量は、急性アルコール中毒、事故、けんかなどのアルコール関連問題の発生に関係している。次年度、個々の対象者に対して、その量とアルコール関連問題の発生状況との関連を解析していくが、今年度は単純集計のみを示す。

過去1年間で最大飲酒をした時も、男女ともビール・発泡酒を最も多く飲んでおり、全体の平均単位数は、男性で10.1単位、女性で4.3単位であった。これをビールに換算すると男性では中ビン5本、女性では2本強となる。また、問14でそのように大量に飲酒した日が過去1年間に何日あったか尋ねている。年齢分布をみると、男女ともそのような日が高齢になればなるほど多い傾向がある。平均では男性が22.1日、女性が17.6日であった。

この1年に限らず過去すべての飲酒経験の中での1日最大飲酒量では、男性の場合その量で日本酒がビール・発泡酒をわずかに凌駕している。その量の平均は15.3単位で、ビール中ビンに換算するとおよそ8本弱となる。一方、女性では相変わらず、ビール・発泡酒が最も多く飲まれており、平均量は6.0単位でビール中ビン3本であった。

5. フラッシング反応 (付表: 問16、問17)

フラッシング反応とは、少量の飲酒後に生ずる顔面紅潮、心悸亢進、頭痛などの反応で、主な原因は、アルコールの代謝産物であるアセトアルデヒドを分解する2型アルデヒド脱水素酵素 (ALDH2) の遺伝的非または低活性による¹⁷⁾。このフラッシング反応は、飲酒やアルコール依存症発生の生物学的抑制因子となっていることが明らかにされている¹⁸⁻²⁰⁾。そこで、本研究でもこの飲酒パターンに多大な影響を与えるフラッシング反応についても調査項目に取り入れた。

ALDH2の遺伝的タイプを調べる(予測する)ための質問紙調査票はいくつか作成されているが、最近、本研究の問16と問17に組み入れた2項目の質問で、かなり正確に予測できることを横山らが明らかにした²¹⁾。それによると、問16に「はい」と回答した人を「current flusher」と呼び、問16に「いいえ」または「わからない」と回答した人で、問17に「はい」と回答した人を「former flusher」と呼ぶ。「current flusher」と「former flusher」を合わせた人は、「フラッシング反応あり」で非活性型ALDH2に対応し、それ以外の方は、「フラッシング反応なし」で活性型ALDH2に対応する、というものである。彼らに従えばこの方法で、ALDH2の活性型/非活性型を敏感度90%、特異度88%で弁別できるとのことである。

問16と問17の結果の詳細については、添付の表を参照していただきたい。上記の方法にしたがって、非活性型ALDH2を有する対象者の割合を計算すると(詳細な表は省略)、男性の42.4%、女性の35.9%、合計で38.9%であった。ALDH2の実際の遺伝子型を一般人口に対して調べた結果と比較すると、男性の場合にはその割合にほとんど差はなかった²⁰⁾。しかし、女性のALDH2の遺伝子型頻度は男性と同一であるはずなのに、調査結果はこれよりかなり低かった。以前の研究で、我々

は、女性で「わからない」と回答している人の中に、実際には高い割合で、非活性型ALDH2を有する者が存在することを指摘した²²⁾。今回の調査結果も、このような要因が関係している可能性が高い。

F. アルコールによる問題行動の被害

アルコールは本人のみならず周囲に多大な影響を与える。この問題行動そのものまたは問題行動の結果生じる様々な問題に対する周囲の被害実態は明らかにされていなかった。本研究ではこの問題を多面的にとらえ評価することにした。問6で家族に関係した迷惑行為、問7で家族外における迷惑行為について尋ねている。迷惑行為の内容は、a) 暴言・暴力、b) からまれた、c) 飲酒の強要、d) その他の問題行動、e) セクハラ、f) 問題行動の後始末、g) 飲酒による身体問題の世話、h) 外部からの注意や連絡、i) 他人に対して恥をかいた、k) 経済的問題、l) その他の問題、である。

1. 家族に関係した問題行動被害(付表: 問6)

調査は、問6の通り、家族の各構成員に対して、アルコールに関係した様々な迷惑行為があったかどうか尋ねる形をとっている。この際、調査員がこの質問を音声で発すると、対象者の周囲にいる人にその内容がわかってしまい、回答しづらくなることを考慮して、問6と問7に関しては、対象者に質問を読んでもらい回答を指で指してもらった。さらに、もし問題行動の被害に合っていた場合、それが、「被害者の生き方や考え方に影響を与えた」かどうか付問で、1) 影響を与えなかった、2) 少し影響を与えた、3) かなり影響を与えた、4) 重大な影響を与えた、いずれであったか確認するようになっている。結果の概略は、問6付問1の表に示されている。飲酒にまつわる家族からの問題言動やその結果生じた様々な問題の被害に合った者が、男

性で119名(10.1%)、女性で174名(12.8%)いた。また、それらの問題でその後の人生に何らかの影響があった者は、問題に合った男性の57.1%、女性の62.1%であった。

2. 家族外の問題行動被害(付表: 問7)

家族外として、親戚、近隣の人、職場の人、仕事の相手、友人・知人、知らない人、などについて質問票では調べている。結果の概要は問7付問1の表に示されている。このような被害の経験をもつ対象者は、男性で314名(26.5%)、女性で249名(18.3%)存在した。また、それらの問題でその後の人生に何らかの影響があった者は、問題に合った男性の33.4%、女性の44.6%であった。家族の問題に比べて、対象者の人生に影響を与えた問題行動の割合が低い傾向にあることがわかる。

3. 被害に合っている成人の我が国における推定値

以上を総合し、何らかの飲酒にまつわる問題行動の被害を受けた者の割合は、男性の31.3%、女性の26.3%、合計で、28.7%となっていた(詳細な表は省略)。平成14年10月1日現在推計人口の性別5歳階級別総人口に、アンケート総数を分母にした割合を乗じて、わが国の成人で、飲酒の被害にあった人数を推定すると、およそ3,040万人存在するということになる。

4. 問題行動により生き方や考え方に影響を受けた者の推定値(問6付問1、問7付問1)

既述のとおり、問6で家族に関係した問題行動の被害について、問7で家族外の問題行動被害について聴取している。いずれの問題行動であっても、それが被害者のその後の生き方や考え方に影響を与えたとしたら、それは大きな社会問題と言わざるをえない。問6または問7のいずれかの問題で生き方や考え方に何らかの影響を受けた者は、男性の

12.7%、女性の14.0%、合計で13.4%であった。平成14年10月1日現在推計人口の性別5歳階級別総人口に、アンケート総数を分母にした割合を乗じて、そのような人の数を推計すると、男女合計でおよそ1,400万人存在した（推計に関する詳細な表は省略）。

G. アルコールの「有害な使用」者の推定

以下のように、2つの条件で推定した。

- 1) 問1のいずれかの疾患を現在または過去1以内に経験しており、疾患には医師の診断があり、その主な原因がアルコールである場合。
- 2) 問1のいずれかの疾患を現在または過去1以内に経験しており、その主な原因がアルコールである場合。

1)の条件では、男性の4.6%、女性の0.4%、全体の2.4%がこれに該当する。総務省統計局「平成14年10月1日現在推計人口」の性別10歳階級別総人口に、アンケート総数を分母にした%を乗じて算出すると、男性の推計値は197万人、女性は21万人、合計で214万人となる（推計に関する詳細な表は省略）。ここで、注意していただきたいのは、男性、女性、合計はそれぞれ別々に計算しているの、男性と女性の和と合計の推計値がわずかに異なっている点である。このような結果は他の表でも同じように見られる。

一方、医師の診断のない者も含めた2)の計算方法では、男性が218万人、女性が21万人、合計で234万人と、1)の推計値より少し多くなる（推計に関する詳細な表は省略）。

1)の推計値はかなり厳格なものであり、我々が当初予想した数値よりはるかに少なかった。しかし、実際の有害な使用の有病率はこの1)または2)の推計よりかなり高いと予想される。その根拠は以下の3点である。1) 24種類の疾患以外にアルコールに起因する疾患は存在する。2) 本人が疾病の存在そのものを認識しておらず、まして、医師に相談するこ

ともない場合が非常に多い。たとえば職場の健診でも、飲酒が主原因と考えられる生活習慣病の有病率はかなり高いと推定されている（昨年度の廣班員による本研究班報告書）。3) 疾患の存在は認識していても、主な原因がアルコールと認識していない場合も多々ある。たとえば、高血圧の原因としてアルコールは大きな位置を占めている²³⁾²⁴⁾。しかし、高血圧の罹患者のなかでそのような認識を持っている者は非常に少ないだろう。以上を考慮に入れて、今後、本研究とは異なる手法を用いて、有害な使用の推計を実施する必要がある。

H. スクリーニングテストによるアルコール関連問題を有する者の同定

既述のように今回の調査票には、自記式調査部分に、アルコール依存症またはアルコール関連問題の評価のために3種類のスクリーニングテストが組み込まれている。その結果は以下のとおりであった（個々の質問項目に関する回答結果等は省略した）。

1. AUDIT、CAGE

この2つのスクリーニングテストは国外から導入された。特にAUDITは、後から開発・導入された分、使用実績や知見の蓄積が少なく、その解釈が難しい。むしろ、他の要因との関連を解析することで新たなevidenceを提供することが本研究の目的でもある。そこで、本報告書では、結果の概略を提示するにとどめる。

表 2. AUDIT、CAGE の結果

AUDIT

区分	割合		
	男性	女性	合計
11点以上	15.9%	2.3%	8.6%
15点以上	6.2%	1.0%	3.4%
20点以上	1.9%	0.3%	1.1%

CAGE

区分	割合		
	男性	女性	合計
1点以上	26.8%	4.8%	15.0%
2点以上	6.8%	1.2%	3.8%

2. KASTの結果とアルコール依存症者（スクリーニングテスト上の）の推定

KASTでスクリーニングテスト上アルコール依存症と同定された者（これをKAST依存症と呼ぶ）の割合はどうであろうか。既述の日米共同研究（1984年）の日本版調査票にKASTが組み入れられ、当時のスクリーニングテストによるアルコール依存症者数の推定がなされた¹⁵⁾。それによると、KASTで2点以上得点した者の割合は、男性の7.1%、女性の0.6%、全体の3.8%であった。この3.8%の95%信頼限界（2.7%－4.9%）と当時の18歳以上の人口から、KAST依存症者は、当時240万人から436万人（中央値336万人）存在すると言われた^{16) 23)}。その後、この数値から、「わが国には少なく見積もっても240万のアルコール依存症者が存在する」、やがて最初の「少なく見積もっても」がはずれ、「わが国には240万のアルコール依存症者が存在する」ということになった。

今回の調査では、男性の7.1%、女性の1.2%、全体で3.9%という数字を得た。平成14年10月1日現在推計人口の性別5歳階級別総人口に、アンケート総数を分母にした割合を乗じて、KAST依存症者を算出すると、全体で427万人（上記の中央値に相当する）ということになる（推計に関する詳細な表は省略）。対象者のサンプリングや調査方法などで、1984年の日米調査と本研究とでは方法論上の違いがある（日米調査ではKASTは面接方法で実施されたが、今回の調査では本来の自記式方法で実施した）。しかし、これらの調査は、我が国におけるアルコール関連問題の継時的推移

を推定する絶好の資料を提供してくれている。両調査の比較は、この20年間で、成人男性におけるKAST依存症の有病率は横ばいであるに対して、女性のそれは増加していることを示唆している。また、KAST依存症者の推計数もこの20年で大幅に増加したことを、両調査結果は示している。

1. ICD-10によるアルコール依存症数の推計（付表：問21）

KAST依存症は、ICD-10等の診断基準で診断されたアルコール依存症（ICD-10依存症と呼ぶ）と同一ではない。後者は我々が臨床場面で遭遇する依存症であるのに対して、前者はアルコール依存症までには至っていないが何らかの問題を持つ者（プレアルコホリック）も含んでいる。今回の調査では、ICD-10の診断基準を質問に組み入れ、初めてアルコール依存症の実態を明らかにしようと試みた。その意味では真のアルコール依存症の実態と呼んでもよいかもしれない。

既述のとおり、ICD-10のアルコール依存症の診断基準は6項目からなり、過去1年間のある時期（本研究では1ヶ月以上とした）そのうち少なくとも3項目が同時に存在する場合、アルコール依存症とした。問21では、6項目に関するアルコール関連問題の有無が確認されている。どの質問が、6項目のどの項目に該当するかについては、すでに方法のセクションで説明した。

以上の結果、ICD-10依存症の割合は、男性の1.9%、女性の0.1%、全体で0.9%であった。平成14年10月1日現在推計人口の性別5歳階級別総人口に、アンケート総数を分母にした割合を乗じて、わが国の真のアルコール依存症者数を推計すると、82万人ということになる（推計に関する詳細な表は省略）。

調査票を見ていただくと明らかであるが、この問21の質問は、専門性を要求される上に、非常に複雑な構成となっている。今回の調査

では、1) 予備調査を実施しその結果を受けて、質問方法を改良した、2) 各質問項目に関して、かなり詳細なマニュアルを作成して調査員に説明した、という2方法で、結果の信頼性を高めるよう努力した。しかし、問21のような質問に関しては、事前の調査員に対する教育・訓練ができていれば、結果の信頼性はさらに上がったと考えられる。残念ながら、研究費の制限から今回の研究では、それができなかったが、次回の研究ではその点も含めてさらに方法を洗練させた調査を実施したい。

IV. 結論

本研究の目的は、わが国の成人人口における、飲酒パターン、アルコール関連問題の実態を明らかにすることである。今年度は本調査を実施した。調査の概要および結果のハイライトは以下のとおりである。

- 1) 層化2段階無作為抽出方法によりわが国の成人人口から抽出した3,500名に対して、面接および自記式からなる調査票を用いて調査を行った。その結果、2,547名(72.8%)から回答が得られた。
- 2) 調査前1年間に飲酒した者を飲酒者と定義すれば、全回答者に対する割合は、男性の84.2%、女性の65.6%、全体で73.2%であった。
- 3) 調査対象者の喫煙率は、男性が46.9%、女性が14.5%、全体で29.6%であった。
- 4) 寝酒(眠りを助けるために飲むお酒)をしている者の割合は男性の11.1%、女性の4.8%、全体で7.7%であった。
- 5) 調査前1年間に睡眠薬服用経験のある者は、男性の4.5%、女性の9.2%であった。そのうち、飲酒をとまなう危険な飲み方をしている者は、男性の36%、女性の9%と高い割合を示していた。
- 6) 飲酒に関係した何らかの問題行動の被害を受けた者の割合は、男性の31.3%、女性の26.3%、合計で28.7%となっていた。こ

の割合をもとに、わが国の成人で飲酒問題被害にあった者は3,040万人存在すると推定された。

- 7) また、被害の経験が被害者のその後の生き方や考え方に何らかの影響を与えた、と回答していた者が、男女合わせて1,400万人存在すると推計された。
- 8) ICD-10によるアルコールの有害な使用に相当する人の割合は、厳格に評価しても、男性の4.6%、女性の0.4%、全体で2.4%存在すると推定された。
- 9) KASTでスクリーニングテスト上アルコール依存症と同定された者(これをKAST依存症と呼ぶ)は、男性の7.1%、女性の1.2%、全体で3.9%と推定された。この割合から、実際の人数を推計すると、KAST依存症者は427万人となり、1984年の日米共同研究調査に比べて、女性の割合が伸び、KAST依存症者数が増加していると推定された。
- 10) ICD-10の診断基準に基づくアルコール依存症者の有病率は、男性の1.9%、女性の0.1%、全体で0.9%と推定された。この割合をもとにわが国の真のアルコール依存症者数を推計すると82万人であった。

V. 参考文献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994 (高橋三郎, 大野裕, 染谷俊幸訳: DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引, 医学書院, 東京, 1995) .
- 2) World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, World Health Organization, Geneva, 1992 (融道男, 中根

- 允文, 小見山実監訳: ICD-10 精神および行動の障害—臨床既述と診断ガイドライン—. 医学書院, 東京 1993.
- 3) Reich T, Edenberg HJ, Goate A, Williams JT, Rice JP, Van Eerdewegh P, Foroud T, Hesselbrock V, Schuckit MA, Bucholz K, Porjesz B, Li TK, Conneally PM, Nurnberger JI Jr, Tischfield JA, Crowe RR, Cloninger CR, Wu W, Shears S, Carr K, Crose C, Willig C, Begleiter H: Genome-wide search for genes affecting the risk for alcohol dependence. *Am J Med Genet* 81: 207-215, 1998.
 - 4) Mayfield DG, McLeod G, Hall P: The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry* 131: 1121-1123, 1974.
 - 5) 北村俊則: 精神症状測定 of 理論と実際, 海鳴社, 東京, 1988.
 - 6) Saito S, Ikegami N: KAST (Kurihama Alcoholism Screening Test) and its applications. *日本アルコール・薬物医学会雑誌*, 13; 229-235, 1978.
 - 7) Saunders JB, Aasland OG: WHO Collaborative Project on Identification and Treatment of Persons with Harmful Alcohol Consumption, Report on Phase I, Development of a Screening Instrument (MNH/DAT/86.3), World Health Organization, Geneva, 1987.
 - 8) 廣尚典, 島悟: 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・薬物医学会雑誌*, 31; 437-450, 1996.
 - 9) 日本たばこ産業: 2003 年全国たばこ喫煙者率調査. JT News release No. 32, <http://www/jti.co.jp/News/03>.
 - 10) Landolt HP, Roth C, Dijk DJ, Borbely AA: Late-afternoon ethanol intake affects nocturnal sleep and the sleep EEG in middle-aged men. *J Clin Psychopharmacol* 16: 428-436, 1996.
 - 11) Vitiello MV: Sleep, alcohol and alcohol abuse. *Addict Biol* 2: 151-158, 1997.
 - 12) Grant BF: The impact of a family history of alcoholism on the relationship between age at onset of alcohol use and DSM-IV alcohol dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Alcohol Health Res World* 22: 144-148, 1998.
 - 13) Hingson RW, Heeren T, Jamanka A, Howland J: Age of drinking onset and unintentional injury involvement after drinking. *JAMA* 284: 1527-1533, 2000.
 - 14) 鈴木健二, 武田 綾, 松下幸生, 樋口 進, 白倉克之: 未成年者の飲酒問題コホート調査 (1): 2 年間の経過. *日本アルコール・薬物医学雑誌* 37: 577-585, 2002.
 - 15) 河野裕明, 加藤正明, 小片 基, 小杉好弘, 洲脇 寛, 宮里勝政, 角田 透, 湯澤信二, 山本二郎, 樋口 進: 日米科学技術報告 アルコール中毒研究報告 (飲酒パターンとその健康に関する意識調査). 厚生省精神保健課 (編), 我が国の精神保健の現状, pp72-194, 厚生環境問題研究会, 東京, 1985.
 - 16) 樋口 進, 河野裕明: 日本人の飲酒行動・飲酒観 - 日米共同研究をふりかえって. 樋口 進 (編), アルコール臨床研究のフロントライン, pp 1-44, 厚健出版, 東京, 1996.
 - 17) Harada S, Agarwal DP, Goedde HW: Aldehyde dehydrogenase deficiency as cause of facial flushing reaction to alcohol in Japanese. *Lancet* 2: 982, 1981.
 - 18) Harada S, Agarawal DP, Goedde HW, Takagi S, Ishikawa B: Possible protective role against alcoholism for aldehyde dehydrogenase isozyme deficiency in Japan. *Lancet* 2: 827, 1982.

- 19) Higuchi S, Matsushita S, Imazeki H, Kinoshita T, Takagi S, Kono H: Aldehyde dehydrogenase genotypes in Japanese alcoholics. *Lancet* 343: 741-742, 1994.
- 20) Higuchi S, Matsushita S, Muramatsu T, Murayama M, Hayashida M: Alcohol and aldehyde dehydrogenase genotypes and drinking behavior in Japanese. *Alcohol Clin Exp Res* 20: 493-497, 1996.
- 21) Yokoyama T, Yokoyama A, Kato H, Tsujinaka T, Muto M, Omori T, Haneda T, Kumagai Y, Igaki H, Yokoyama M, Watanabe H, Yoshimizu H: Alcohol flushing, alcohol and aldehyde dehydrogenase genotypes, and risk for esophageal squamous cell carcinoma in Japanese men. *Cancer Epidemiol Biomark Prev* 12: 1227-1233, 2003.
- 22) Higuchi S, Muramatsu T, Matsushita S, Murayama M, Hayashida M: Polymorphisms of ethanol-oxidizing enzymes in alcoholics with inactive ALDH2. *Hum Genet* 97: 431-434, 1996.
- 23) Ueshima H, Mikawa K, Baba S, Sasaki S, Ozawa H, Tsushima M, Kawaguchi A, Omae T, Katayama Y, Kayamori Y, Ito K: Effects of reduced alcohol consumption on blood pressure in untreated hypertensive men. *Hypertension* 21: 248-252, 1993.
- 24) Marmot MG, Shipley MJ, Dyer AR, Ueshima H, Beevers DG, Stamler R, Kesteloot H, Rose G, Stamler J: Alcohol and blood pressure: the INTERSALT study. *BMJ* 308: 1263-1267, 1994.
- 25) 角田 透, 樋口 進, 小片 基, 河野裕明: KASTによる我が国におけるアルコール依存症者および問題飲酒者の推計. *日本アルコール・薬物医学会雑誌* 22: S78-S79, 1987.

VI. 健康危険情報

特になし。

VII. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 尾崎米厚, 松下幸生, 白坂知信, 廣 尚典, 樋口 進: 国民栄養調査を用いたわが国の成人飲酒者率、多量飲酒者の推計. 厚生 の指標, 印刷中.

2. 学会発表

なし。

VIII. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

なし。

IX. 付記

本研究班の総括報告書については、すでに平成16年4月9日に提出してある。その後、本調査結果の再検討をしたところ、以下の2つの項目について、数値に誤りのあることが明らかになった。

- 1) アルコールの有害な使用の有病率の推定値。
- 2) 飲酒問題行動により被害を受けた者の割合と我が国における推計数。

この2項目の数値に関しては、本報告書の数値が正しいので、お詫びして訂正する次第である。

なお、インターネットに掲載されている総括報告書の概要版も当初提出したのものには上記の誤りがあるので、訂正版を本報告書とともに再提出する予定である。

基本集計(性・年齢階級別 回答数)

	男性		女性		男女計	
	実数	%	実数	%	実数	%
20歳代	118	10.0	110	8.1	228	9.0
30歳代	169	14.3	207	15.2	376	14.8
40歳代	166	14.0	261	19.1	427	16.8
50歳代	252	21.3	283	20.8	535	21.0
60歳代	264	22.3	284	20.8	548	21.5
70歳代	175	14.8	166	12.2	341	13.4
80歳代-	40	3.4	52	3.8	92	3.6
合計	1184	100.0	1363	100.0	2547	100.0

	年齢			
	平均値	最大値	最小値	標準偏差
男性	53.2	91	20	16.39
女性	52.6	92	20	15.83
男女計	52.9	92	20	16.09

F3 あなたは学校に通算で何年行きましたか

	00～06年		07～09年		10～12年		13～15年		16年以上		不明		合計
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	
男性	20	—	7	5.9	48	40.7	25	21.2	38	32.2	0	—	118
	30	—	8	4.7	76	45.0	31	18.3	53	31.4	1	0.6	169
	40	—	8	4.8	77	46.4	18	10.8	63	38.0	0	—	166
	50	0.4	38	15.1	129	51.2	23	9.1	59	23.4	2	0.8	252
	60	—	112	42.4	101	38.3	16	6.1	35	13.3	0	—	264
	70	11.4	84	48.0	42	24.0	16	9.1	13	7.4	0	—	175
	80	22.5	23	57.5	3	7.5	3	7.5	1	2.5	1	2.5	40
男性合計	30	2.5	280	23.6	476	40.2	132	11.1	262	22.1	4	0.3	1184
女性	20	—	7	6.4	39	35.5	48	43.6	16	14.5	0	—	110
	30	—	9	4.3	103	49.8	72	34.8	23	11.1	0	—	207
	40	—	6	2.3	130	49.8	91	34.9	34	13.0	0	—	261
	50	—	42	14.8	172	60.8	51	18.0	17	6.0	1	0.4	283
	60	1.8	90	31.7	133	46.8	42	14.8	13	4.6	1	0.4	284
	70	17.5	71	42.8	55	33.1	7	4.2	3	1.8	1	0.6	166
	80	40.4	20	38.5	11	21.2	0	—	0	—	0	—	52
女性合計	55	4.0	245	18.0	643	47.2	311	22.8	106	7.8	3	0.2	1363
総数	20	—	14	6.1	87	38.2	73	32.0	54	23.7	0	—	228
	30	—	17	4.5	179	47.6	103	27.4	76	20.2	1	0.3	376
	40	—	14	3.3	207	48.5	109	25.5	97	22.7	0	—	427
	50	0.2	80	15.0	301	56.3	74	13.8	76	14.2	3	0.6	535
	60	0.9	202	36.9	234	42.7	58	10.6	48	8.8	1	0.2	548
	70	14.4	155	45.5	97	28.4	23	6.7	16	4.7	1	0.3	341
	80	32.6	43	46.7	14	15.2	3	3.3	1	1.1	1	1.1	92
男女合計	85	3.3	525	20.6	1119	43.9	443	17.4	368	14.4	7	0.3	2547

F4 あなたは現在、結婚されていますか

	配偶者と同居		配偶者と別居		内縁関係		死別		離婚		未婚(結婚したことがない)		無回答		合計
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	
男性	20	27.1	1	0.8	0	—	0	—	1	0.8	83	70.3	1	0.8	118
	30	66.3	1	0.6	0	—	0	—	5	3.0	51	30.2	0	—	169
	40	80.1	0	—	0	—	2	1.2	8	4.8	22	13.3	1	0.6	166
	50	87.3	3	1.2	0	—	3	1.2	11	4.4	14	5.6	1	0.4	252
	60	89.8	1	0.4	0	—	14	5.3	5	1.9	7	2.7	0	—	264
	70	92.6	2	1.1	0	—	9	5.1	1	0.6	1	0.6	0	—	175
	80	55.0	1	2.5	0	—	15	37.5	0	—	2	5.0	0	—	40
男性合計	918	77.5	9	0.8	0	—	43	3.6	31	2.6	180	15.2	3	0.3	1184
女性	20	32.7	3	2.7	0	—	0	—	5	4.5	66	60.0	0	—	110
	30	80.2	2	1.0	0	—	1	0.5	9	4.3	29	14.0	0	—	207
	40	87.0	2	0.8	0	—	5	1.9	15	5.7	11	4.2	1	0.4	261
	50	82.7	3	1.1	1	0.4	20	7.1	14	4.9	11	3.9	0	—	283
	60	79.2	0	—	0	—	37	13.0	13	4.6	9	3.2	0	—	284
	70	53.6	2	1.2	0	—	67	40.4	5	3.0	3	1.8	0	—	166
	80	23.1	1	1.9	0	—	38	73.1	0	—	1	1.9	0	—	52
女性合計	989	72.6	13	1.0	1	0.1	168	12.3	61	4.5	130	9.5	1	0.1	1363
総数	20	29.8	4	1.8	0	—	0	—	6	2.6	149	65.4	1	0.4	228
	30	73.9	3	0.8	0	—	1	0.3	14	3.7	80	21.3	0	—	376
	40	84.3	2	0.5	0	—	7	1.6	23	5.4	33	7.7	2	0.5	427
	50	84.9	6	1.1	1	0.2	23	4.3	25	4.7	25	4.7	1	0.2	535
	60	84.3	1	0.2	0	—	51	9.3	18	3.3	16	2.9	0	—	548
	70	73.6	4	1.2	0	—	76	22.3	6	1.8	4	1.2	0	—	341
	80	37.0	2	2.2	0	—	53	57.6	0	—	3	3.3	0	—	92
男女合計	1907	74.9	22	0.9	1	0.0	211	8.3	92	3.6	310	12.2	4	0.2	2547