

厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業）  
分担研究報告書

食道癌高危険群の問診票による特定と内視鏡検診に関する研究

研究者 横山 顕 国立病院機構久里浜アルコール症センター臨床研究部長

**研究要旨** 飲酒で赤くなる体質のアルデヒド脱水素酵素2ヘテロ欠損の飲酒家は食道癌リスクが著しく高い。簡易フラッシング質問紙法を用いた問診票は食道癌の上位 10%の高リスク群を特定する。食道癌の 60%はこの群から発生する。問診票を用いた高リスク群の特定とその内視鏡検診の有効性を多施設で検証する研究を開始した。

**A. 研究目的**

日本と台湾の疫学研究はアジア人特有のアルデヒド脱水素酵素2 (ALDH2) 欠損者では、アセトアルデヒドが発癌の原因となり、飲酒で赤くなる体質のALDH2ヘテロ欠損者が飲酒すると食道や頭頸部（特に下咽頭）に発癌する危険性が著しく高まることを報告してきた。我々は、ビールコップ1杯程度の飲酒で赤くなる体質の有無を現在と過去について質問する簡易フラッシング質問紙法を開発し、多施設症例対照研究（厚労省がん助成研究12-12）の報告された結果に基づいて、問診票を用いて食道癌のリスク上位10%群を特定する方法を開発した。本研究ではこの問診票を整数の足し算で評価できるように改良し、実際に多数の検診施設で使用してみて、高危険群の内視鏡検診での有効性を検証する。

**B. 研究方法**

症例対照研究のオッズ比に基づくリス評価法で上位10%群のが、食道癌症例の何%をカバーするかを検討し、整数化による簡単な上位10%群の特定法を開発する。多数の検診業務や内視鏡検査を行っている施設に研究参加を募り、開発した問診票への記入を行ってもらい、食道癌 のリスク上位10%群と判定されたひとには、食道ヨード染色などの食道内視鏡検査の受診を勧める。集計では問診票記入総人数、上位10%群の割合、上位10%群の内視鏡検診で診断された癌などの腫瘍の頻度を求める。

（倫理面への配慮）研究遂行施設での倫理委員会の承認後に研究を遂行する。研究参加者には文書を用いて説明し同意を得る。

**C. 研究結果**

別紙1の食道癌リスクの上位10%を特定する簡単な問診票を開発した。この群は食道発癌のオッズ比100倍に相当し、症例対象研究に登録された食道癌患者の60%はこのリスク群に分類された。

検診の実施計画書は国立病院機構久里浜アルコール症センターで作成し、同倫理委員会の承認を得た。参加施設では現在10施設以上が参加の意志を示しており、3施設で食道癌検診が始まったところである。

**D. 考察**

食道癌検診は従来、飲酒喫煙習慣のある男性を対象に食道ヨード染色を用いた内視鏡検診が推奨されてきたが、検診対象者がこの条件では多すぎるため実効困難であった。本研究はALDH2欠損者の飲酒を考慮し、食道癌患者の60%をカバーする上位10%リスク群を特定するため、効率のより検診結果が期待される。

**E. 結論**

問診票による食道癌高危険群の特定とその内視鏡検診の多施設研究を開始した。

**F. 研究発表**

なし

# ☆ あなたの食道がんのリスクを調べましょう ☆

スタート(矢印に沿って進みます)

お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_  
登録番号( ) \_\_\_\_\_

現在、ビールコップ1杯程度の少量の飲酒で、すぐ顔が赤くなる体質が、ありますか？

いいえ  
わからない

飲酒を始めた頃の1~2年間は、ビールコップ1杯程度の少量飲酒で、すぐ顔が赤くなる体質がありましたか？

いいえ・わからない

平均すると、1日にどのくらいの量のお酒類を飲みますか？(日本酒換算でお答え下さい) 点数に○を付けて下さい

- 昔飲んでいましたが、今はやめた… 8点
- ほとんど飲まない …………… 0点
- 平均して1週間に1合未満 …… 0点
- 平均して1日に1.5合未満 …… 4点
- 平均して1日に3合未満 …… 9点
- 平均して1日に3合以上 …… 10点

平均すると、1日にどのくらいの量のお酒類を飲みますか？(日本酒換算でお答え下さい) 点数に○を付けて下さい

- 昔飲んでいましたが、今はやめた… 7点
- ほとんど飲まない …………… 0点
- 平均して1週間に1合未満 …… 0点
- 平均して1日に1.5合未満 …… 1点
- 平均して1日に3合未満 …… 5点
- 平均して1日に3合以上 …… 6点

どちらか片方だけです

ウイスキー、ブランデー、焼酎など強いお酒をストレートで飲みますか？点数に○を付けて下さい

よく飲む…3点 たまに飲む…0点 飲まない…0点

☆参考☆ 主な酒類の換算の目安

ビール中瓶 1本500ml	=日本酒1合
ビール 発泡酒 1缶350ml	=日本酒0.7合
ウイスキー・ブランデー・ダブル1杯60ml	=日本酒1合
焼酎25度 1合180ml	=日本酒1.5合
チューハイ 1缶350ml	=日本酒1合
ワイン 1杯120ml	=日本酒0.5合

今までに、たばこを吸ったことがありますか？

昔から吸ったことがない → 0点

現在吸っている、または昔吸っていたがやめた → ( )

( )内に数字を記入して下さい。

通算して何年間吸っています(吸いました)か？ 年数=( )年間

一日に何本くらい吸います(吸いました)か？ 本数=( )本

年数と本数をかけ算した値を記入して下さい 年数×本数=( )

この数字は600以上ですか？

はい…2点 いいえ…0点

緑黄色野菜(ほうれん草、ニンジン、カボチャ、トマトなど色の濃い野菜)を、ほとんど毎日(週に5日以上)食べますか？

点数に○を付けて下さい はい…0点 いいえ…1点

びんものを、ほとんど毎日(週に5日以上)食べますか？点数に○を付けて下さい はい…0点 いいえ…1点

○を付けた5個の点数の合計

= ( )+( )+( )+( )+( )=( )点

おわり

合計11点以上だと食道がんのリスクが高い(上位10%以内)と予想されます。食道がんの内視鏡検診をおすすめします。

研究成果の刊行に関する一覧表

主任研究者 石井 裕正

書籍 なし  
雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
石井裕正, 上島弘嗣, 樋口進, 加藤眞三	適正飲酒のあり方を考える	医学のあゆみ	222	579-592	2007
Kajihara M, Horie Y, Ishii H	Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) and non-alcoholic steatohepatitis (NASH) in Asian-Pacific region..	Gut and Liver	1(Suppl. 2)	119-124	2007
Ishii H, Kajihara M	Non-alcoholic fatty liver disease guideline: An Asian perspective	J. Gastroenterol. Hepatol.	22	769-770	2007
石井裕正	アルコール制限の意義と方 法	日本医師会雑誌	136	S213-S216	2008

分担研究者 樋口 進

書籍 なし  
雑誌 なし

分担研究者 杠岳文

書籍 なし  
雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
杠岳文	アルコール関連問題への 早期介入プログラム: HAPPY	医学のあゆみ	222	728-732	2007

分担研究者 玉木 武

書籍 なし  
雑誌 なし

分担研究者 上島 弘嗣

書籍 なし  
雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Nakamura K, et al	The proportion of individuals with alcohol-induced hypertension among total hypertensives in a general Japanese population: NIPPON DATA90.	Hypertens Res.	30	663-668	2007
岡村智教 神田秀幸	アルコール関連疾患が医療コスト・医療費に与えるインパクト	医学のあゆみ	222	613-617	2007

分担研究者 堀江 義則

書籍 なし  
雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
堀江 義則	重症型アルコール性肝障害の最近の動向	医学のあゆみ	222	618-623	2007
堀江義則	食習慣と生活習慣病. 136:	日本医師会雑誌	136	2393-2397	2008
Ishii H, Horie Y, Yamagishi Y:	Alcoholic liver disease with particular emphasis on alcoholic hepatitis: A clinical perspective.	Gut and Liver	1(Suppl. 2)	37-41	2007

分担研究者 下瀬川 徹

書籍 なし  
雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
正宗 淳、 下瀬川 徹	アルコールと膵炎	医学のあゆみ	222	661-666	2007

分担研究者 渡辺哲

書籍 なし  
雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
渡辺 哲	日本における飲酒の状況	医学のあゆみ	222	607-612	2007

分担研究者 竹井 謙之

書籍 なし  
雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Fujita N, Kaito M and Takei Y.	Clinical Impact and Molecular Mechanism of Iron overload in Patients with chronic hepatitis C.	Curr Res in Hepatology		19-38	2007
Fujita N, Horiike S, Sugimoto R, et al.	Hepatic oxidative DNA damage correlates with iron overload in chronic hepatitis C patients.	Free Radic Biol Med	42	353-362	2007
Fujita N, Sugimoto R, Takeo M, et al.	Hepcidin expression in the liver: relatively low level in patients with chronic hepatitis C.	Mol Med	13	97-104	2007
Tanaka H, Fujita N, Sugimoto R, et al.	Hepatic oxidative DNA damage is associated with increased risk for hepatocellular carcinoma in chronic hepatitis C.	Br J Cancer	98	580-586	2008
Fujita N, Sugimoto R, Ma N, et al.	Comparison of hepatic oxidative DNA damage in patients with chronic hepatitis C and B.	J Viral Hepat		In Press	2008

分担研究者 横山 顕

書籍 なし  
雑誌 なし

座談会

# 適正飲酒のあり方を考える

石井裕正・上島弘嗣・樋口 進・加藤眞三



石井裕正  
慶應義塾大学 名誉教授



樋口 進  
独立行政法人国立病院機構  
久里浜アルコール症センター 副院長



上島弘嗣  
滋賀医科大学医学部  
社会医学講座・福祉保健医学分野 教授



加藤眞三  
慶應義塾大学看護医療学部 教授

## 近年、変化がみられる 日本のアルコール摂取量

石井 厚生労働省が2000年に立ち上げた「健康日本21」では、2010年を目標にして、種々の健康増進の項目に関して国民健康づくり運動を進めています。アルコール摂取についても、そのなかの1項目になっています。

今日は、日本人にとって酒の適量あるいは適正飲酒というものはどうあるべきかというテーマで、アルコールに詳しい先生方からご意見をお聞きしたいと思います。

わが国におけるアルコールの消費量は、戦後の経済成長とともに、あるいは生活様式の欧米化とともに直線的に増えてきましたが、この10年ぐらいで明らかな変化が出てきています。まず、日本におけるアルコールの消費量の推移、その最近の特徴、さらに諸外国との比較から話をはじめたいと思います。樋口先生から、お話をお願いします。

樋口 ふつう消費量といえますと、1人当りの平均消費量が1つの指標になり、WHOの基準で15歳以上の消費量が成人の消費量とされています。日本の場合、1993年がピーク、以後はゆっくりと下がってきているのが現状です(図1)。2004年で

は、1年間に純アルコールで7.71です。

酒の種類別では、日本酒は一貫して下がってきていて、逆に焼酎は上がってきています。ワインは1994年頃から下がりはじめています。ビールは戦後ずっと上がってきていたのですが、最近出てきた発泡酒や第3のビールにとってかわられてきて、1995年頃から下がってきています。それと引き換えに第3のビール、発泡酒、これらは国税庁の分類では雑酒というところに入るのですが、これが急速に伸びています。

## 東南アジアのアルコール摂取量が 増えている

樋口 それから、ほかの国についてですが、WHOのデータで、国ごとのデータよりもよく出てくるのは、世界を6つに分けた地域ごとのデータです。日本は西太平洋地区に入っています。これを見ると多くの地域、たとえばアメリカにしてもヨーロッパにしてもアフリカにしても、1970年から1980年代に下がりはじめています。ヨーロッパで上がっているのは、ロシアと東欧の国々、ハンガリーとかチェコあたりです。それから非常に増えているのが、South-East Asian Region、東南アジアです。タイとかインドネシアあたりはものすごく伸びています。あと中国も伸びています。で

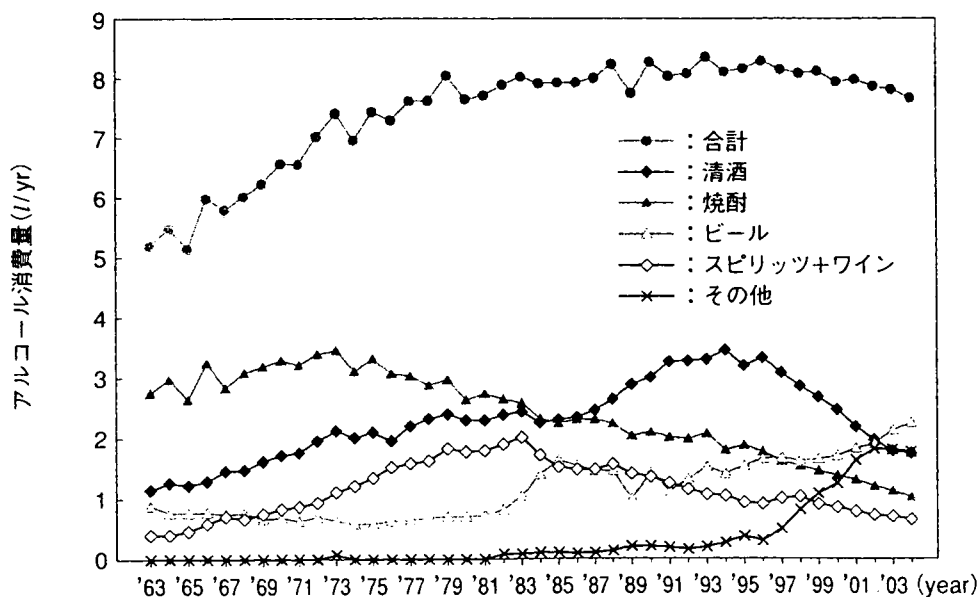


図1 15歳以上の国民一人当りの年間平均アルコール消費量(純アルコール換算量)の推移

[Higuchi, S. et al. : *Addiction*. (in press)]



**石井裕正 Hiromasa ISHII**

慶應義塾大学名誉教授。1963年慶應義塾大学医学部卒。1979年同大学医学部内科助教授。1994年同教授。2004年より同名誉教授。日本肝臓学会理事、アルコール医学生物学研究会運営委員長、日本アルコール・薬物医学会理事長などを歴任し、2000年国際アルコール医学生物学会議会長を務める。

すから日本をちょうど取り囲んでいるような国々でアルコールの消費量が伸びている。

しかし、これには若干問題がありまして、いまの話はあくまでも記録として残っている数字で

す。東南アジアをはじめ、世界の多くの国々で密造酒が非常に多い。先日、WHOの西太平洋地区の会議に出たときに、ベトナムの代表は「飲まれている酒の90%以上は密造酒だ」と発言していました(笑)。記録に残っているのはほんの10%程度だということなので、あまりあてにならない部分がある。しかし、このようなことを差し引いて考えても、日本を取り囲んでいる東南アジア、中国あたりは、将来が非常に憂慮される。

先進諸国でも依然として消費量が伸びている国も実はあるのです。代表的なのが、アイルランドとイギリス。理由はよくわかりません。それが最近の状況です。

**石井** 東南アジア、中国、ロシアは人口が多いですから、これから大きなアルコール問題が表面化してくる可能性は高いと思います。しかし、いまの密造酒のことも含めて、きちんとした統計がまだあまりないことが問題ですね。

**樋口** たとえば、タイは非常にアルコールに対して厳しい意見をもっている国です。それはなぜかという、税制を最近変えたのですね。それまで

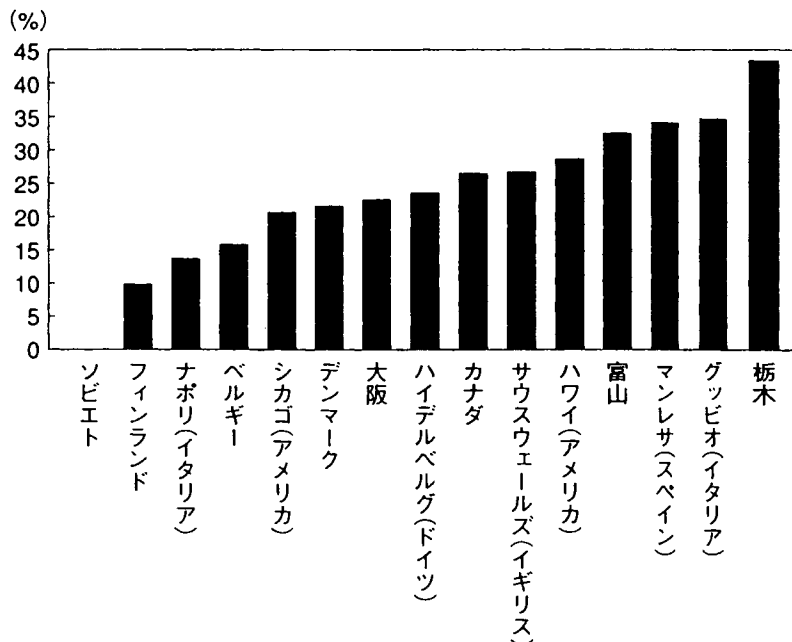


図2 男性の飲酒量が過当り純アルコール300ml以上ある者の割合の国際比較 (INTERSALT Study)

INTERSALT Study: 食塩その他ミネラルと血圧の関係を調べた研究。世界32カ国、52の集団(日本は3集団)、男女20~59歳のランダム・サンプル。各国、同じ方法でアルコール摂取量も調査された。[INTERSALT Co-operative Research Group: *J. Hypertens*, 3(5, special issue), 1989]



は密造酒は認めていなかったのですが、数年前から「密造酒も申告さえすればつくってもかまわない。そのかわり税金をかけますよ」ということになり、記録に残るようになった。その結果、いままで1年間に51ぐらいの比較的低い水準だったのが急に131になって、これは大変だということになった。ですから、まだ東南アジアのあたりは混沌としているというのが現実だと思います。



上島弘嗣 Hirotsugu UESHIMA

滋賀医科大学医学部社会医学講座教授。1971年金沢大学医学部卒。大阪府立成人病センター集団検診部、大阪大学医学部助手、アメリカノースウェスタン大学医学部研究員、国立循環器病センター医長を経て、1989年より現職。

**以前から諸外国に比べて日本の男性の飲酒量は多い**

石井 WHOが成人を15歳以上として統計を出すというのは、以前から一貫しているわけですね。

樋口 そうだと思います。

石井 日本の話に戻しますが、15歳以上の成人一人当たりで7.7lという量は、受け取る感じとしては徐々に減ってはいますが、レベルそのものは決して少なくないような気がします。公衆衛生学的な立場から、あるいは疫学的な立場から、日本人の飲酒に関して、上島先生の考えをお聞かせください。

上島 ご存じのように、日本およびアジア諸国は男性が飲んでいて、女性は飲んでいないという共通の事象がありますよね。厳密に日本人と外国人とを比較するときには、調査方法は同じにして、

同じ年齢層、同じ性別で比較するのがわかりやすい。残念ながら、そのような調査を行うのはなかなか難しいのですが、私たちは過去2回、国際共同研究のなかで、まったく同じ方法でアルコール摂取量を調べたことがあります。1回目はINTER-SALT Studyという1984~1985年頃の成績です。多量飲酒の規定を週300ml以上とすると、すでに日本の男性の多量飲酒の割合は、調べられた集団

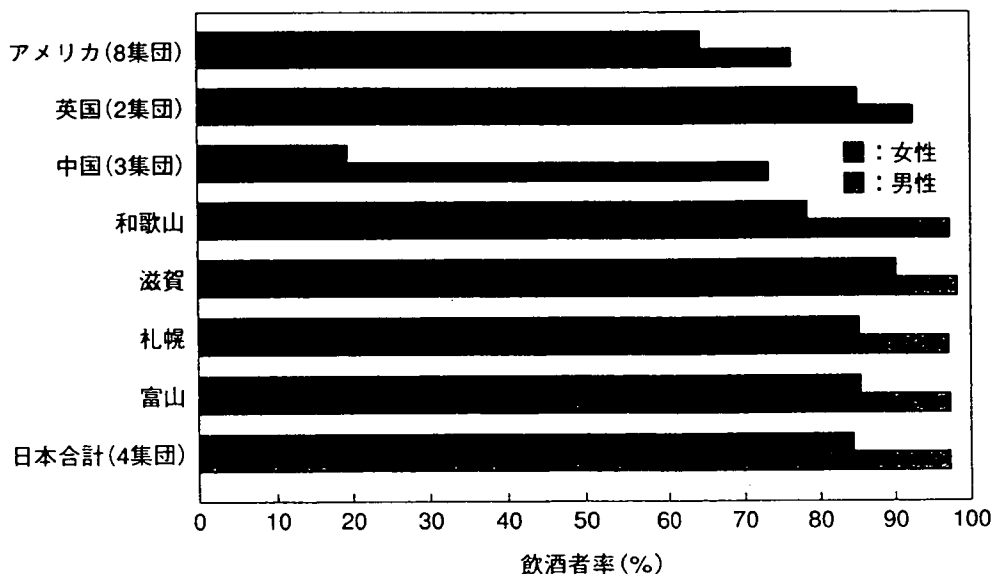
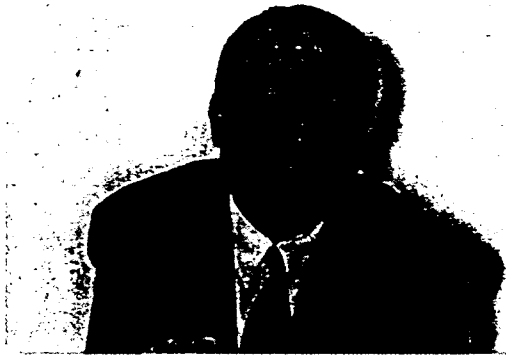


図3 INTERMAPにおける飲酒者の率

INTERMAPの対象：日本4集団、中国3集団、イギリス2集団、アメリカ8集団(ハワイの日系人を含む)、40~59歳男女(4,680人)のランダム・サンプル。  
[Stamler, J.(ed.): J. Hum. Hypertens, 17: 587-775, 2003より上島作成]



**樋口 進 Susumu HIGUCHI**

独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター副院長。1979年東北大学医学部卒。アメリカ国立保健研究所留学。国立療養所久里浜病院臨床研究部長などを経て現職。国のアルコール対策に関連したさまざまな委員や世界保健機関(WHO)の専門家委員などを兼務。専門はアルコール依存症を含めたアルコール関連問題の予防と治療。著書や執筆論文多数。

のなかで高かったということがわかります(図2)。

また、私たちが栄養調査のときに用いる24時間思い出し法というのがあるのですが、同様な方法でアルコールを1日どれくらい飲んでいるか、全エネルギー摂取量のうち何パーセントになるかということを経験できます。私もこの方法で調査したところ、中年期の男性で、日本のあるマスコ

ミの集団はエネルギー比率ですでに10%ありました。八尾の住民で8%です。秋田と高知は多かったです。アメリカの1980年ごろのMultiple Risk Factor Intervention Trialという介入研究の成績と比べても、エネルギー比は多かったです。

INTERSALT Studyの後、1996年から1998年にかけても調査しました。これはINTERMAP Studyといい、飲酒する率は中国を除いてあまり変わらないのですが、アメリカは少し低めですね(図3)。驚いたのは、禁酒者の率がアメリカでは男女とも20%近くになるのです(図4)。日本はご存じのように数パーセントです。これは昔からそんなものですよ。

日本の男性は、1日当りの平均飲酒量が4つの国のなかで一番多い(図5)。エネルギー比率も日本は平均8%ありますが、アメリカは男性でも3%もない。これには驚きました。1980年代を比較したときは7%とか6%とか、似たような数字だったのですが、これには疑問もあるのですが、アメリカで男性の禁酒率が高くなっていることが影響しているのかもしれませんが。

いずれにしても、日本人は1980年代からアメリカ、イギリス、その他の国と比べて、男性についてはアルコール摂取が決して少ない国ではなかった。このデータではイギリスは2集団しか行っていないのであまりはつきりしないですが、

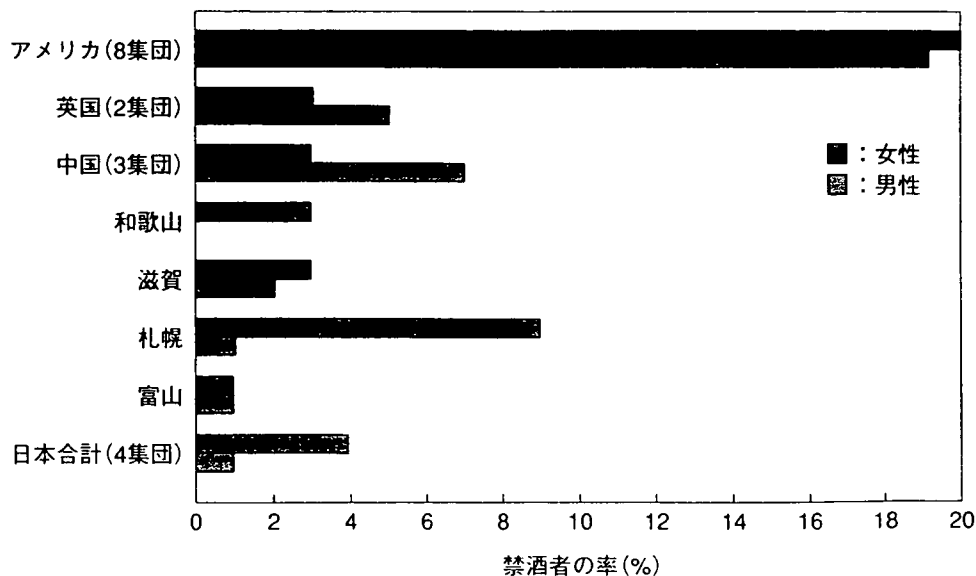


図4 INTERMAPにおける禁酒者の率  
〔Stamler, J.(ed.): J. Hum. Hypertens, 17: 587-775, 2003 より上島作成〕

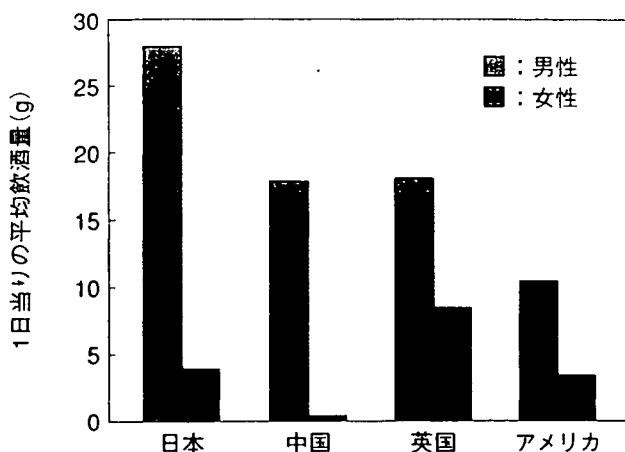


図 5 INTERMAPにおける1日平均飲酒量

英語と日本語で同一の規格の間診票を使用した、4日分の24時間思い出し法による。

〔Stamler, J.(ed.): *J. Hum. Hypertens*, 17 : 587-775, 2003 より上島作成〕



加藤真三 Shinzo KATO

慶應義塾大学看護医療学部教授。1980年慶應義塾大学医学部卒。1985年アメリカニューヨーク市立大学マウントサイナイ医学部留学。1990年都立広尾病院内科医長。1994年慶應義塾大学医学部専任講師。2005年より現職。

アメリカの8集団は全州に散らばっているので、アメリカの代表的な摂取量だと思います。そうすると、日本の摂取量は、アメリカよりも中年期の男性についてはかなり多い。女性については昔から少ないので、平均すると日本は米国並みであるというのが私たちの、最近の疫学的にみた成績です。

また“週300mlを大量飲酒”とINTERMAP Studyでは定義しているのですが、日本の集団では男性でその割合が多い(図6)。男性は35%以上、週300ml飲んでいる。

石井 300mlというのは、100%のエタノール換算ですね。そうすると日本人の飲酒状態というのは、グローバルなレベルで比較しても決して少ないものではない。男性に関しては、とくにそういえる。



女性のアルコール依存症予備軍が増えている

石井 日本人の約半数はアルデヒド脱水素酵素活

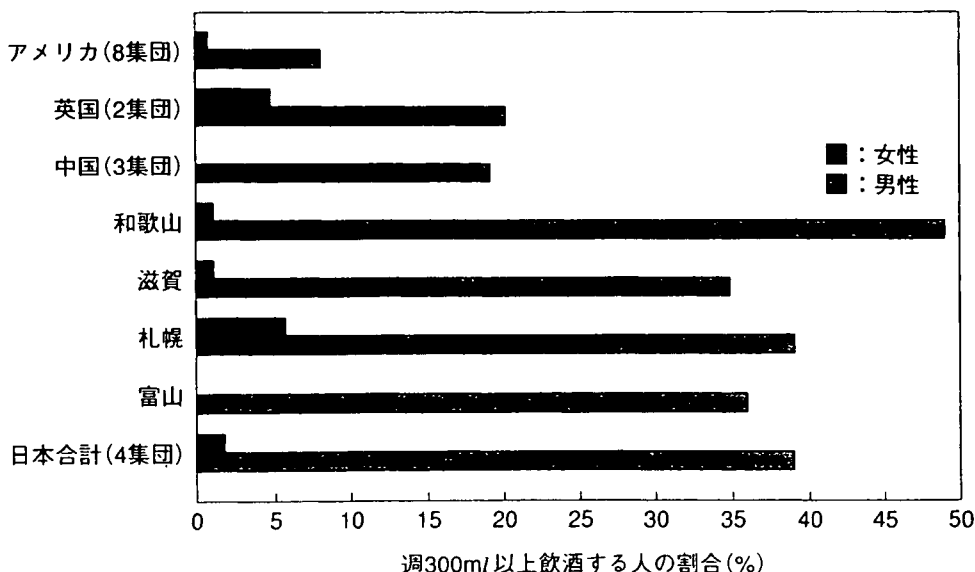


図 6 INTERMAPにおける週300ml以上飲酒する人の割合

1週間の飲酒思い出し法2回の平均。

〔Stamler, J.(ed.): *J. Hum. Hypertens*, 17 : 587-775, 2003 より上島作成〕

性(ALDH<sub>2</sub>)の欠損があるので、多量の飲酒はできないわけですね。そうすると、ALDH<sub>2</sub>のホモの正常遺伝子型をもった人が多く飲酒するようになってきて、最近、多量飲酒者が非常に増えているということでしょうか。これは、樋口先生のアルコール依存症あるいは問題飲酒者の調査にもつながってくると思います。飲酒量がそれだけコンスタントにあるということが、アルコール依存症あるいはその予備軍、それから臓器障害などに影響してきているのかということについてはどうでしょうか。アルコール依存症、あるいはプレアルコールリックを含めての推移は、樋口先生いかがでしょう。

**樋口** 実は横断研究はあるのですが、縦断的な研究は非常に少ない。それから、同じような調査方法で横断研究を続けていっているものも少ないですね。コホート研究はたくさん動いていますが、アルコール依存症のデータはあまりない。ですから、今後やっていかなければならないことだと思います。

2003年にわれわれが20歳以上のランダム・サンプリングで、3,500人の日本人の調査をしましたが、来年またそのようなことができそうです。石井先生が主任研究者ですね。ですから、前回から5年でどう変わっているかということは、これで少し推計できると思います。

**石井** 前は、たしかアルコール依存症は80万人と報告されましたね。

それと、よく話題に出るのですが、日本における大量飲酒者、あるいは問題飲酒者の数は230~240万人という数字が出ています。それがすべてアルコール依存症ではないわけですが、その群の位置づけはどうなのでしょう。

**樋口** いくつかの指標でそのような数字が出ています。たとえば『我が国の精神保健福祉』という本に大量飲酒者の推計値が出ていますが、一人当たりで計算して、純アルコールで5合、150g以上を毎日飲む人たちは240~250万人と出ています。

もう1つは、スクリーニング・テストを使った推計値というのがあります。1984年の日米の共同研究のときに、日本のサンプルに対して久里浜式

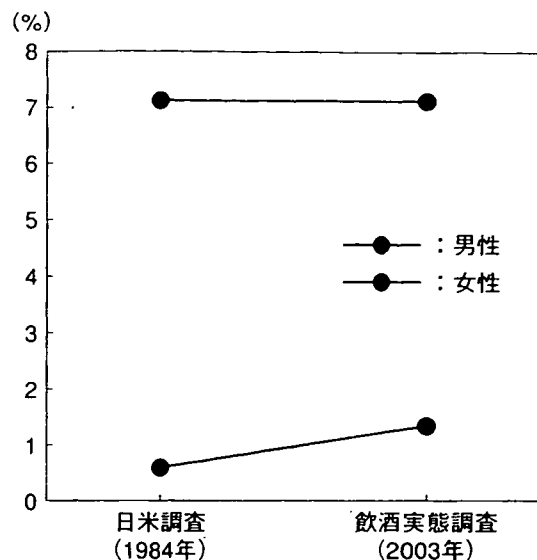


図7 久里浜式アルコール症スクリーニングテスト(KAST)により同定された“アルコール依存症疑い”者の割合の変化  
(日米科学技術協力：飲酒パターンとその健康に関する意識調査, 1984 と, 厚生労働科学研究：わが国成人の飲酒実態と予防に関する研究, 2003 より樋口作成)

アルコール症スクリーニング・テストを使って推計したときの中央値が336万人になった。その当時は少なく見積もっても、つまり95%信頼区間の下限ですが、240万人だろうと考えた。純アルコールで150ml以上お酒を飲む人の推計値とも近い。

**石井** いろいろなものさしで計っても、その辺に落ち着くということですね。

**樋口** そうですね。しかし、2003年に久里浜式アルコール症スクリーニング・テストやオーディット(AUDIT)などを調査票のなかに入れて同様に調べたところ、440万人程度になったのです。つまり1984年に比べて、100万人ぐらい増えていたのです。男性のパーセンテージはほとんど変わらなかったのですが、女性が倍に増えていました(図7)。ですから、とくに女性にアルコール依存症の疑いの方々が増えていることは推計されました。似た方法で行われたほかの調査をみても、男性の飲酒率は頭打ちですが、女性は調査するたびに上がっている。それはいろいろな面で一貫しているのではないかと思います。

表 1 肝硬変症の成因別実態のまとめ

1. アルコール性肝硬変の頻度 平均 12.1% (3.8~39.1%)
2. 頻度の高かった報告 39.1% (岩手医科大学第一内科, 岩手県北地区のみ) 33.5% (琉球大学第一内科) 24.9% (金沢医科大学消化器内科) 20.9% (秋田大学第一内科) 20.0% (群馬大学第一内科)
3. 頻度の少なかった報告 5.7% (山梨医科大学第一内科) 5.7% (北里大学内科) 5.3% (川崎医科大学消化器内科) 4.0% (愛媛大学第三内科) 3.8% (岡山大学第一内科)

(第 2 回日本肝臓学会大会(1998)より石井作成)



### アルコール性肝硬変の患者数には地域差がある

**石井** 多量飲酒者が増えますと、アルコールによる疾患、とくに臓器障害なども増えることが当然予想されますが、加藤先生、肝障害で、アルコール性の占める比率の推移はどうでしょうか。

**加藤** 2001 年にアルコール性肝硬変の患者さんを全国的に調査したときは、全国の肝硬変の 12~13% がアルコールによるものでした。ただし、地域差がかなりありまして、東北や沖縄ではもっと多く、たとえば 1998 年の日本肝臓学会での報告では岩手で約 40% がアルコール性の肝硬変でした(表 1)。逆に中国・四国はウイルス性が多く、アルコール性は 4% 程度であり、地域差がかなりあるということは明らかです。

**石井** やはり都道府県別の飲酒量とパラレルになっているのですね。

**上島** 秋田・岩手などは、前から男性の平均アルコール摂取量が多く、肝硬変も多いです。

**上島** 以前、各都道府県の脳卒中の死亡率、年齢調整した死亡率とアルコールの消費量を調べたら、やはりどれも東北地方と九州が多かったですね。

**石井** 食塩の摂取量を補正したのですね。

**上島** 都道府県単位での補正ですが。



### アルコール性肝疾患では拒食や肥満が問題となる

**加藤** それと日常診療で、若い女性のアルコール性肝硬変をかなりよく経験します。30 から 40 歳代の前半の肝硬変は、男性ではあまり診ることがないのですが、女性では多い。

**石井** 肝硬変になる前段階の重症型アルコール性肝炎にしても、重症アルコール性臓器障害が女性で増えているということはありますね。

**上島** 肝硬変の前段階として、多量飲酒の時代が何年かあるわけですね。

**加藤** そうですね。あと女性での特徴は、拒食症などの摂食障害と、飲酒、自殺企図、この 3 つが重なり合ったような人がいることです。食べなくてアルコールは飲む、そういう人が目立ちます。

**樋口** そのような人は栄養が足りないから、肝障害が進むということはないのでしょうか。

**加藤** それもあると思います。栄養障害ということかというと、一方で、肥満がアルコール性肝障害の進展因子にあげられています。NASH という肥満による病態がありますが、それにアルコールが加われば当然 NASH プラス ASH ということで、さらに肝障害が進みやすい。ですから、過栄養と低栄養の両極化しているところで肝障害が進みやすいのでしょう。やはり中庸の栄養をとることを指導していくことが大事だと思います。

**石井** そのようなデータはアメリカではっきり出ていますよね。アルコール性肝障害の重篤化する危険因子としての肥満が重要ですね。



### アルコール性臓器障害に対して医療者間で認識の違いがある

**樋口** 私は人口動態統計から、1962 年から 2005 年までのアルコールに関係した死亡率をプロットしてみました。ICD9 から ICD 分類に“アルコール性肝障害”が出てくるのですが、日本のアルコール性肝障害による死亡率はずっとうなぎ上りに上がっているのです(図 8)。

それから口と食道と咽頭の癌の死亡率もずっと上がってきている。膵炎もゆっくりと上がってきている。ですから、多量飲酒者の増加とともに、

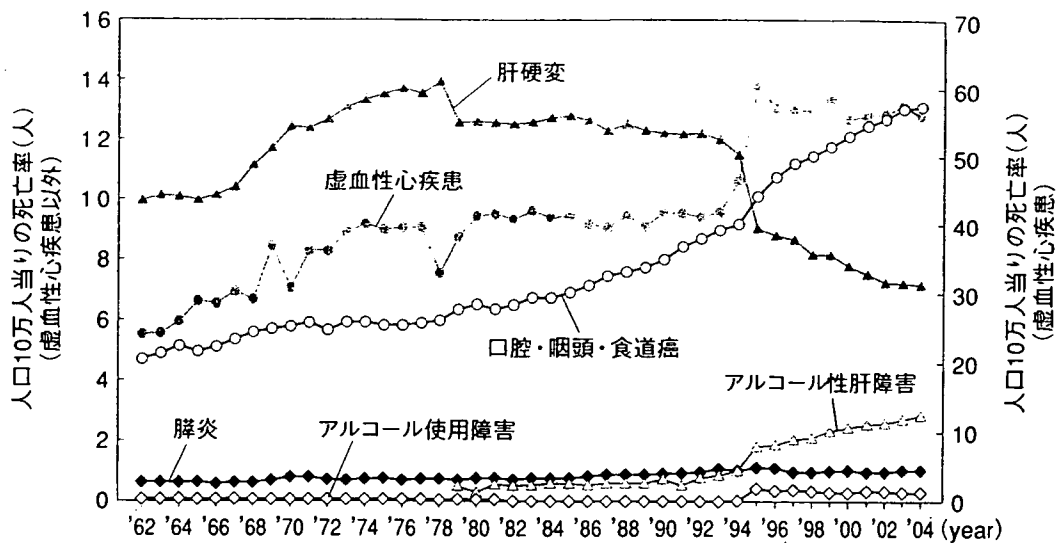


図 8 アルコール関連慢性疾患の死亡率の推移

(厚生労働省大臣官房統計情報部：人口動態統計，厚生労働省大臣官房統計情報部，1963-2005 より樋口作成)

押しなべてアルコールに関係した臓器障害による死亡率は上がってきている。とくにアルコール性肝障害が一番顕著ですね。

石井 肝炎ウイルスをおもに研究している日本の肝臓学者には、アルコール性肝障害は減っているという人もいます。NASHが増えている一方で、アルコール性の肝障害は以前は多かったが、いまは実際に診ることはあまりないという医師が結構多い。しかし、そういう人は都市の大学病院勤務の方が多く印象をもっています。

上島 患者さんの層が違うんですね。

石井 われわれのところで全国統計調査を1998年以来行っています。今度の厚生科研の班研究でその続きを行いたいと思っているのですが、日本消化器病学会の認定施設へアンケート用紙を送り、回収率は10~15%ぐらいですが、それでも170施設ぐらい全国から集まった。そのうち、約70%は市中の病院です。いわゆる大学の関連病院でもさらに地方都市では、アルコール性肝障害の割合は非常に高いです。この間もある雑誌で、大学の先生ばかりのアルコール性肝障害の座談会があったのですが、地方病院の現場の感覚とずれている部分はあるんですね。どうしても、特定の疾患に関心をもって診るところには、患者さんも集まりますし、そういう点での統計の難しさはあると思います。

アルコール依存症まで至らないにしろ、アル

コール性の臓器障害は、まさにアルコールそのものが多臓器不全というか多臓器障害を起こしてくるわけで、非常に大きな問題になっている。

膵臓についても一言触れますと、慢性膵炎は難治性の膵疾患に入っていますので、厚労省の全国調査が定期的に行われています。そこでは、男性の慢性膵炎のうち80%以上はアルコール性だということがはっきり出ているのです。女性の場合には胆石など、ほかの原因が入ってくるのですが、男女平均しても全慢性膵疾患のうちの56%ぐらいがアルコール性です。肝障害以上に膵臓とアルコールの関係というのは深いんですね。

### アルコールの冠動脈疾患抑制効果は間違いない

石井 このような臓器障害の予防といった面でも、いま厚労省主導で行われている「健康日本21」で適正飲酒のすすめを1つの目標に掲げているわけですが、それはやはり大事なことですね。これから後半では、この適正飲酒に関して話を進めていきたいと思います。

まず、アルコールの功罪ということがよくいわれますが、デメリットのほうは話題がたくさんあってデータもとりにやすいわけです。一方、メリットに関してはストレスを解消するとか、人間関係の潤滑油とか、漠然としたものが多い。そのなかで、一番はっきりエビデンスが出されてきたのは、

冠動脈硬化への影響ではないかと思えます。実際に上島先生が長い間コホート・スタディも含めて調べてられています。アルコールの冠動脈硬化に対するいわゆる予防効果という考え方は、1992年に『Lancet』に出された、いわゆるフレンチ・パラドックスに代表されるような考え方ですね。それが現在もそのままそう考えてもよいものかどうかということも含めて、上島先生の考えをお願いいたします。

**上島** 世界の疫学調査、とくにコホート研究では、アルコールを少量飲んでいる人は冠動脈疾患が少ないという現象が、世界の東西南北を問わずみられています。日本でもコホート研究で、やはりアルコールを適量飲んでいる人のほうが冠動脈疾患が少ないという結果が出ています。アルコールが循環器疾患のなかで、ほかは全部悪いのですが、冠動脈疾患に対してだけは予防的な側面をもっているということは、世界の疫学調査からみて、いま間違いないと思えます。

**石井** そのとき問題になるのは、アルコールの量です。どの程度であればよい影響が最大限に発揮されて、それ以上になるとどうなるかというような量的な問題が1つあります。また、歴史的文化的背景に伴う、ほかの生活習慣、食生活などの組み合わせの影響はどうでしょう。たとえば赤ワインだけでなく、オリーブ油とシーフード、それにワインという地中海的な組み合わせがよいというような考え方はないのでしょうか。

**上島** まず、冠動脈の動脈硬化を促進する危険因子は確立していて、それはいまも変わらない。まず第1に血圧が高いこと、それから喫煙、コレステロールが高いこと、耐糖能異常があること。最近では、コレステロールでもHDLは動脈硬化予防的に作用し、高い人のほうが冠動脈疾患が少ないということがわかっています。とくにLDL-コレステロール・レベルは、食事と肥満が関係してくる。LDLが高くなるのは、飽和脂肪酸の多いものを摂取していて、多価不飽和脂肪酸の摂取が少ないためということが明らかになっています。肥満でLDLは高くなるし、HDLは下がる。いまもこれらの仮説は間違いないだろうと考えられています。

ですから、なぜアジアに冠動脈疾患が少ないかというと、アジア人は脂肪をあまりとらない、全体の脂肪が少ないということは飽和脂肪酸も少ない、ということが要因にありますよね。HDLやLDLを補正しながら、血圧や喫煙、あるいは糖尿病の有無など、確立している危険因子を考慮に入れてコホート研究をみても、アルコールは冠動脈疾患に対して予防的に作用するというのがいままでの一致した見解ですね。

**加藤** 基本的にはかなり多い量までプロテクティブに働くのですか。

**上島** リスクが上がってくるころはどこかということ、年齢とか、それぞれの研究で少しずつ条件が違いますので微妙なのですが、少なくとも1日当り30mlのところまでは、上がるというデータはほとんどないですね。脳卒中が30mlを超えたら上がってきますし、癌は量・反応的に上がりますから、循環器に対する総合的な作用としては、やはり30ml程度までは悪い影響がそう大きくは出ない量だと私たちは考えています。



## いろいろな疾患をもっている人への 飲酒指導

**石井** すでに高血圧がある人、あるいは狭心症などをもっている人に対する飲酒の影響はどうでしょうか。アメリカの高血圧男性で、飲酒と血管疾患のリスクとの間に相関がまったくなかった、という報告もありますが。

**上島** どこかに私がコメントを書いていたね。これは高血圧者だけに限って分析しているので、その段階で選択バイアスがかかっているのです。一般論として、病気があるのに飲酒をしている人は、平気で飲酒できるくらい元気だという問題が必ず入ってきます。そのときの血圧だけでは補正できない問題を含んでいる可能性というのはあるのです。たとえば喫煙の場合もそうで、80歳になって喫煙できている人というのは非常に強い人です。運動も、80歳になって運動できる人というのは、運動しているから強いという面と、運動できるくらい強いということがある。このような理由から、解釈はなかなか難しいと思います。

**石井** いろいろな疾患をもっている人への飲酒指

導ということでお聞きしますと、加藤先生は外来で多数の肝疾患患者を診ていると思いますが、アルコール依存がはっきりしている人はやはり断酒ということになるのでしょうか。一方で、その他の肝障害の人に飲酒に関して質問されることもあると思うのですが、どのような対応をしていますか。

加藤 慢性の肝疾患に関しては、やはり日本では85%ぐらいがウイルスによるもので、C型、B型が多いわけです。そういった患者さんはウイルスによる肝障害に、さらにアルコールを飲めば当然それによる肝障害が加わると考えられますので、飲まないほうがよいとお答えしています。たまに「お祝いの席で乾杯というのはどうでしょうか」という聞かれ方をされた場合には、「その程度ならおそらく問題ないのではないのでしょうか」という答え方はしているのですが。

ただ、肝炎に関していいますと、慢性肝炎は男性の場合8割ぐらいはアルコールによるものです。多くの場合アルコール依存も絡んでいますし、適量の飲酒にとどめるといえるのはおそらく難しい。ですから、肝炎に関してはお酒をやめということが一番勧められるべきことであろうと思います。それと同じ理由で、アルコール性肝硬変の患者も当然「やめる」ということを目標にしないと、治療が難しくなると思います。

## 胎児性アルコール症候群に関する知識の普及を

石井 先ほど女性の重症肝障害が増えてきたという話題が出ましたが、これは世界的にも古くから、1950年代からいわれています。女性は肝硬変になるにしても肝炎になるにしても、より少ない量で短い期間に悪化しやすいということと、同じ量を飲んでいても、より重症化しやすいということがあるわけです。実際、これまでのアルコールの消費量増加の背景に、女性の社会的な進出とともに、女性の飲酒人口が着実に増えていることがあるわけですね。そういった意味で、これから臓器障害が増えてくるのが考えられますが、樋口先生、女性のアルコール依存症、あるいはもうちょっと広く、妊娠適齢期における母体としての女性の飲酒ということも含めて、先生が日ごろ考えてい

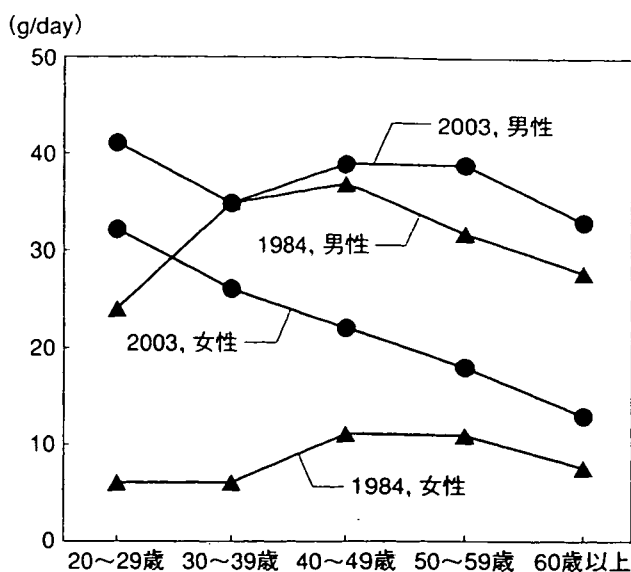


図9 飲酒時の1日平均飲酒量

1984年調査の“20~29歳”は“18~29歳”である。  
 (日米科学技術協力：飲酒パターンとその健康に関する意識調査，1984と，厚生労働科学研究：わが国成人の飲酒実態と予防に関する研究，2003より樋口作成)

らっしゃることは？

樋口 タバコもお酒もそうですが、年齢別の消費量は日本の場合には、一昔前までは男性も女性も中年がもっとも多かった。しかし最近では、とくに女性は若ければ若いほどお酒をたくさん飲んでいる。1回に飲む量も多い(図9)。タバコも男性の喫煙率がものすごく下がってきて30%台になっていますが、若い女性の喫煙率はまだ増えています。どうも若い女性がタバコにしてもアルコールにしても、危ない集団ではないかと考えられる。

この若い女性たちは、将来にかけて長い間お酒を飲むことができ、先ほど石井先生からお話がありましたように妊娠される方々でもあるのですが、そういう意味で、ちゃんと教育していかなければいけないのではないかと思います。

まず第1点は、胎児性アルコール症候群、いまでは胎児性アルコール・スペクトラム障害という非常に程度の軽いものから重症のものまですべてを含んだ概念で取り上げられますが、これに関しては閾値がはっきりしていないので、基本的には妊娠中の飲酒はゼロにしないといけない。より正確にいうと、妊娠がわかるのはすでに妊娠してからある一定の期間を過ぎてからですので、セクシュアリー・アクティブになったらお酒はやめる



べきだと。もちろんタバコもそうですけれども、そのようなしっかりした指導をしていかないといけないだろうと思います。

日本の胎児性アルコール症候群の症例報告がたくさんありまして、調べてみたのですが、一番少ない人は1日純アルコール換算で25gのお酒を妊娠6カ月ぐらいまで飲んでいた例です。かなり少ない量でも出てくる可能性があるのです。

石井 それは毎日の平均の量ですか。

樋口 毎日の平均の量です。

それから、お酒は一滴も飲まなかったが、お酒のガスが充満している工場で働いていたという方の胎児性アルコール症候群も報告されています。日本でもそのあたりの認識はちゃんともっていたかかないといけないだろうと思います。

もう1つは、女性の適正量はどの程度かということですが、スタンダード・ドリンキングという概念があって、世界のいろいろな国で決められていますね。「健康日本21」で決めているのと同じように、日本の「健康日本21」の場合は、女性は男性よりも飲酒量を少なくすべきであると書いてあるだけで、実際はどのくらいかということは示していない。諸外国の場合はだいたい男性の量の3分の2とか、2分の1、そのくらいの量をいつているようです。日本は男性で20g程度とっていますから、女性は半分くらいが適切ではないかと考えられますので10g程度ということになるのかなと、私は勝手に思っているのですけれども。

加藤 アルコール性肝障害の診断のときに、女性は3分の2というのをを出していますね。

上島 2006年にアメリカの心臓病学会で、心臓の奇形についてですが、いつ妊娠するかわからないからといって日ごろ飲んでいると、妊娠したときにアルコールに曝露され心臓の奇形が生まれるという警告があって、かなり大きなニュースで取り上げられていましたね。樋口先生のおっしゃるとおりだと思います。

加藤 日本の胎児性アルコール症候群の人数の統計はあるのでしょうか。

樋口 ないです。

石井 それは知りたいですね。

樋口 1990年から1991年に田中晴美先生が行っ

たものの以後まったくないですね。

上島 これは産院でやればよいのではないのでしょうか。

樋口 それが、胎児性アルコール症候群は、だいたい7歳ぐらいにならないとよくわからないのです。ですから非常に調査が難しい。実はわれわれは横浜の4カ月健診にきた方々に協力していただいて、約4,000人を調べたのです。妊娠中の飲酒と、お父さんのお酒も関係しているのはいかと思っ調べてのですが、残念ながら有意な結果は出ませんでした。

上島 産院で出産したときの奇形あり・なしと、妊娠期間中の飲酒について症例対照研究を行うと、どれくらいの危険度で飲酒による障害児が生まれているかということがわかるのですが、多症例で行えば有意差が出てこないのでしょうか。

樋口 神奈川県で子どものモニタリングというのがあるって、いままで80万人の子どものモニタリングしています。そのデータもあるのですが、出ないですね。

上島 それは、きちっとした症例対照研究を行っているのでしょうか。

樋口 今回はじめて症例対照研究を行っていたのですが、奇形のある群のほうがアルコール摂取量が多い。しかし、1,000例ほど調べていただいたのですが、はっきり差が出てくるほどではないのです。依存症レベルでお酒を飲んでいる人の場合にはいろいろ出てくるのですが、ごくふうにお酒を飲んでいる人の場合にはなかなか差を出すのは難しい感じがしますね。

石井 就学年齢の学童期に入らないと差が出てこないということですか。

樋口 それもあると思います。いま、おもにみているのは奇形の率と出生時体重なのですが、出生時体重は差がはっきりとはわからない。

上島 最近、産院で体重を減らすように、小さく生むように指導しているようです。そうすると、そういう交絡が入ってくるのです。要するに楽に生めるようにと、母親の体重も落とすし、胎児の体重も落とす。そういうのが加わってくると、喫煙による低体重児とか、アルコールによる低体重児の問題は隠れてしまうと思います。

表 2 「健康日本21」中間評価における、アルコール関連項目の目標とその達成状況

目標項目(指標の目安)	対象	ベースライン値	中間実績値	目標値
5.1 多量に飲酒する人の減少 (多量に飲酒する人の割合)	男性	4.1%	5.4%*	3.2%以下
	女性	0.3%	0.7%*	0.2%以下
5.2 未成年者の飲酒をなくす (飲酒している人の割合)	男性(中学3年)	26.0%	16.7%	0%
	男性(高校3年)	53.1%	38.4%	0%
	女性(中学3年)	16.9%	14.7%	0%
	女性(高校3年)	36.1%	32.0%	0%
5.3 “節度ある適度な飲酒”の 知識の普及 (知っている人の割合)	男性	50.3%	48.6%	100%
	女性	47.3%	49.7%	100%

\*: 策定時のベースライン値を把握した調査と中間実績値などを把握した調査とが異なっている数値

**樋口** 横浜で行った 4,000 人のデータでは、喫煙は差が出るのです。ところがアルコールは差が出ないのですね。だから、もう少したくさん飲まないとだめかなと思っていますが。

**加藤** 逆に 25 g の飲酒の症例は、本当にアルコール胎児症候群なのでしょうか。

**樋口** それは、そういう疑問もあるかもしれないですね。

## 「健康日本21」と適正飲酒量

**石井** 「健康日本 21」に戻りますが、ちょうど 5 年たったところで暫定総合評価が出ましたね(表 2)。各生活習慣についての評価が出たわけですが、アルコールに関しての目標は、2010 年までに 60 g 以上の多量飲酒者を 20% 以上減少させるということでした。それが 5 年の段階で不変またはやや減少と推測されて、より一層有効な施策が望まれると厚労省のホームページに出ています。実際にいろいろな啓発活動、早期発見、早期治療の導入といったシステムの構築、そのための人材の育成が叫ばれているわけです。「健康日本 21」がはじまった頃の飲酒量が 3 合以上、つまり純アルコールで 60 g 以上の人は、30 歳以上の男性が 4% 以上で、女性の場合は 0.3% ですが、この数字はどういった調査によるのでしょうか。

**樋口** これは平成 8 年に行われた健康・体力づくり事業財団の調査が基準になっていますが、なぜ 4% が出てきたのかちょっと不明なんですね。

どう計算したのかよくわからない。その後のモニタリングには、国民健康・栄養調査をずっと使っています。国民健康・栄養調査だと、男の人の場合は 8% 程度なんですね。それをみるとあまり変わらないできているようなのですが、どうも一番最初の健体財団のデータは低過ぎるのではないかという感じがします。

**石井** 「健康日本 21」では適正飲酒とはいわないで、“節度ある適度の飲酒”という少し回りくどい表現になっています。それが 1 日当り純アルコールで 20 g という知識を普及するということなのですが、その 20 g という量は樋口先生のお考えでも、上島先生の循環器系の疫学調査からも、飲むのであればそのくらいだということです。これは毎日飲んだ場合ですよ。

**上島** そうです。循環器系の疾患に関しては、その辺までは飲まない人との差がほとんどないということだと思えます。

**石井** 消化器、肝臓ではどうですか。

**加藤** 20 g であればまず問題ないと思います。

**石井** それ以上でも大丈夫という声もあるのですが。

**加藤** そうですね。20 g というのは、あくまでも生存率をみた場合に死亡に関するリスクが最低になる値ですから、飲まないのと同じ程度であればよいのではないかとということで、40 g という意見もあります。全体の死亡率をみて、アルコールを薬として使うのであれば最低値のところを使うべきでしょうけれども、嗜好品として用いるので

あれば、飲まない人と同じ程度であればよいのではないかという考え方はあります。

**上島** 毎日 40 g は多いですね。そうなると癌全体も増えてきますし、循環器のリスクも増えてきます。総合的にみた場合には、そこでラインを引くと危ないと思います。

## 休肝日は必要か

**石井** 国立がんセンターの津金昌一郎先生による多目的コホート・スタディ (JPHC) では、習慣性飲酒をしている男性の 6 割以上が、俗にいう休肝日をもっていない。週に 7 合、つまり 1 日 1 合程度では飲まない日をつくってもつくらなくても総死亡率にはあまり関係ないが、週 14 合以上だと明らかに休肝日のない人のほうが総死亡率が高い。1 日に 2~3 合、すなわち週 14 合から 21 合の場合には、休肝日なしで飲んだ場合は、休肝日のある人に比べて総死亡率が 1.5 倍、1 日 3 合以上、すなわち週 21 合以上の場合には 1.8 倍に上がるという成績があります。途中で休みを入れることによるメリットは、一般的にもよく聞かれることですが。

**上島** 私は、この解釈はいろいろとできるだろうと思っています。というのは、休肝日を設けるということ自体が、“飲酒に対して気をつける”という配慮が自分で働いているという指標になっていると思うのです。多量飲酒してはいけないということで何とか頑張って 1 週間に 2 日休んでいる人は、そんなのかまわず飲んでいる人と、問診の調査で飲酒量は一緒であっても、実態は違うかもしれないですね。要するに“気をつけている”ということを表しているかもしれないと解釈できるのです。

**樋口** 休肝日という言葉は、そもそも日本にしかないのではないかと考えています。外国の、たとえばイギリスのセンシブル・ドリンキングのガイドラインとか、アメリカのガイドラインをみると、“休みなさい”とは書いてあるのですが、その理由は“依存をつくらないうために休みましょう”とされています。病気、つまり臓器障害を防ぎましょうという意味もありますが、一方で飲みすぎて依

存になるのを止めましょうよと、そのような意味も含んでいると思います。

**石井** その点は大きいと思いますね。1 日、自分の意志で飲まない日をつくるということですからね。丸 1 日飲まないということは、結果としてそのつぎの夕方まで 36 時間以上飲まないわけです。その間に消化管の粘膜の修復も起こるし、肝臓から脂肪も出ていくわけですから臓器に対する影響もあるでしょうけれども、やはり依存症を防ぐという点では大きいでしょう。

**上島** 加えて、2 日休んでいる人のほうが、本当に飲んでいる量は少ないのではないかと思います。

**加藤** 私もこのニュースを聞いたときに、上島先生と同じように解釈しました。やはり休肝日をもっているということは、コントロールする意志がそこに出ているのだろうと。逆に少ない量るときは、休肝日があってもあまり関係ない。これはあまりバイアスがないデータなので、少ない量、たとえば 20 g 以下であれば、毎日飲んでいてもそんなに心配ないということがいえるのではないかと思います。

## WHOにおけるアルコールに対する取り組みの現状

**石井** 樋口先生は WHO のエキスパート・コミッティのメンバーとして、つい最近、WHO の総会に出席してこられたばかりなのですが、現在のアルコールに対する世界の流れといいますか、WHO はアルコールに対してどのようなスタンスをもってこれからやっていこうとしているのか、その辺をお聞かせください。

**樋口** 2004 年に“たばこの規制に関する世界保健機関枠組み条約”が締結されました。これは WHO がつくった唯一の国際条約なわけですが、押しなべて、ある枠組みをはめてタバコの規制をしていきたいと思いますというものです。日本でもタバコの宣伝などは、いまはもうやっていませんよね。その影響というのは、タバコに関しては非常に大きかったと思うわけです。

タバコが済んだらアルコールと WHO は考えたようで、2005 年の世界保健総会で、“Public health

problems caused by harmful use of alcohol” というテーマで決議文が出されています。その決議文の詳細は今回の特集の原稿でも取り上げるつもりですが(599~605頁),それはタバコと少しスタンスが違いまして、基本的には各国の事情に応じて、その国にとってもっともコスト・エフェクティブなポリシーをとっていきなさいと、それからエビデンス・ベースト、つまり根拠に基づいた方法をとっていきなさいと、これがWHOの、あるいは世界のいまの趨勢です。たとえば税金を上げるとか、お酒の値段を上げるとか、お酒の売る時間を少なくするとか、いろいろな政策のオプションがあるのですが、そのオプションのなかで、日本の実情に合っており、なおかつ実効性の高いものを選んでいきなさいという形です。

ですから、エキスパート・コミッティで2006年の10月に出され、WHOのホームページにアップされている勧告も総花的にいろいろなオプションが並んでいて、最後は国の実情に従って選びなさいという形をとっています。それから、WHOの各地域でも戦略が採択されています。日本は西太平洋地域に属していますが、この地域でも、2006年9月の地域委員会で採択されました。それもやはり同じように総花的にいろいろなオプションがあって、そのなかで日本の実情に合ったものを選ぶといったような流れです。

WHOで、いま何が話されているかというところ、各地域ごとには戦略がつくられているが、世界的にこうしていこう、という世界戦略がない。そこで、これを策定しましょうということです。

今回の第60回総会では、世界戦略を策定し2年後の第62回総会に出すことを目標にして話し合っ、て、ほぼ99%合意に達しました。しかし、最後にいろいろありまして合意に達することができなくなって、また来年の執行理事会および世界保健総会でこの議案が継続審議されるということになりました。

石井 99%合意しても、1%の反対で……。

樋口 全員合意が原則なのです。多数決ではなくて、全員が「いいです」といわないとだめなのですね。194カ国が加盟国で、おそらく193カ国はOKしたのですが、1カ国だけ反対というか、反対ではないのですが、どうもおもしろくないみたいな感じで認めなかった。それで結局通らなかった。最後の委員会でも、日本として非常に残念だということを発言してきたところです。

石井 それはアルコールを自由に売っている国ですか。

樋口 違います。何でその国が反対するのかよくわからないのですが。

将来どうなるかわかりませんが、タバコのような枠組みの方向には向いていないというのがいまの流れです。

石井 今日は適正飲酒に関していろいろな切り口でお話いただいたのですが、やはり適正飲酒そのものについても、どういう人が飲むかということによって違い、絶対的なものはないと思います。一般的なわれわれ国民を考えた場合にも男性と女性で違いますし、女性の場合も結婚している妊娠適齢期の人に対するケアの仕方も違ってくる。また、いろいろな内科疾患をもっている人への飲酒指導というものも違ってくる。それから、アルコールに対して依存状態がある人には適正飲酒なんていうことはありえないことですし、適正飲酒1つ考えても、多くのシチュエーションが考えられて、1つの結論が出る問題ではないようです。いずれにしても、アルコールのよい点を生かしつつ、節度をもってアルコールと付き合うことが大事ではないかと思います。

今日はお忙しい先生方にお集まりくださり、貴重な時間を費やして有益なお話をさせていただいて、ありがとうございました。

(2007年6月5日に収録)

\* \* \*