

トピック	報告書の勧告	枠組みの勧告
	欧州委員会は、加盟国に対して酩酊した人にアルコールを提供する上でのルールを導入し、実施するよう奨励する。 ["補完性(subsidiarity): 加盟国が実施した取り組みのマッピング"、p15]	
マーケティング	推奨される政策には、アルコール販売に関する制約の設定、無責任なマーケティングやメディア、或いはロールモデルによる行き過ぎたアルコールの使用にどう取り組むかに関する優れた実践例に関する情報交流が含まれる。 ["若人、子供、胎児を保護する: 優れた実践" p9;"欧州委員会による取り組み" p13]	若年層に対する飲酒圧力は増大している。同時に予防因子がいくらか力を失っている。 大規模なマーケティングはスポーツとレジャー環境(未成年者の社会的空間の中央部を形成している)を飲酒と強く深く結びつけており、その結果、故意でない傷害や暴力を引き起こしている。 アルコールとアルコールのマーケティングの影響を受けない未成年者のスポーツとレジャー環境を確立することは、未成年者への飲酒圧力を軽減し、より安全な社会環境を提供することになる。 ["国の取り組む重点分野と手段"、p14]
	欧州委員会のサービスは関係集団と協調して責任ある商用コミュニケーションと販売(アルコール消費のモデルの提案を含む)に関して協力するための、持続的なモメンタムを形成する。主たる目的は、アルコール飲料の無責任な販売を阻止し、定期的に広告動向やその他の問題領域を調査するなど、EU、各国政府、地方政府の取り組みを支援することである。この一体となった取り組みの目的のひとつが一連の産業(ホスピタリティ、小売、製造、メディア、広告)の代表者と適正商用通信基準に(code of commercial communication)に関して国とEUレベルにおいて合意を取り付けることである。国の適正基準と戦略に関してのベンチマークの合意が得られる見込みである。このアプローチの一環として、業界の自主規制基準(self-regulatory code)の遵守と未成年者の飲酒に及ぼすこれら基準の影響が監視される。 独立した機関が要請に従い自主規制基準の達成状況と成果を合意したベンチマークに基づき検証する。その結果に基づき、社会的な責任を担うべき存在としての企業は目標を調整することとなる。["EUのレベルにおける取組の調整"、p16]	

トピック	報告書の勧告	枠組みの勧告
価格政策	一部の EU 加盟国は、未成年の飲酒者にとり特に魅力的に思える製品の税額を引き上げた。 ["未成年者、子供、胎児を保護する: 行動の理論的根拠" p8]	効果的な課税政策を通じてアルコールの入手を制限すべしという主張もある。 ["国の取り組む重点分野と手段"、p12]
	価格政策は、優れた実践の別の標的分野である("同じ値段で 2 本"などを制限)。 ["成人のアルコール関連の害を防止し、職場の負の影響を軽減: 優れた実践"、p10]	
飲酒環境	効果的な介入には、サーバ・トレーニング、公共交通機関の調整、閉店時間の調整、酩酊者へのアルコールの提供に関する法律の導入と適用、さらには各国の事情や国内法に従ったアルコール製品の販売と責任ある提供のための効果的な認可制度などが含まれる。 ["成人のアルコール関連の害を防止し、職場の負の影響を軽減: 優れた実践"、p10; "補完性(subsidiarity): 加盟国が実施した取り組みのマッピング"、p15]	責任ある飲料サービスプログラムは、警察と認可機関の積極的な協力が得られるならば、問題を減らす上で効果的である。 ["国の取り組む重点分野と手段"、p13]
違法または非正規に製造されたアルコール	—	二国間の取引量を含む、記録されていないアルコール消費量を計測する方法を開発し、定期的に計測する必要がある。 ["国際協力のためのキーツール"、p17]
実施	「国会、身体活動と健康に関する行動のために EU のプラットフォーム(the EU Platform for Action on Diet, Physical Activity and Health)」をモデルとして、欧州委員会は組織、加盟国、他の EU 機関からの代表者など、異なる利害関係者からの専門家を一堂に会し 2007 年 6 月アルコールと健康のフォーラムを開催する。このフォーラムの全体的な目的は、報告書に記載されている戦略の実施を支援し、情報を提供し、監視することである。 ["EU レベルの取り組みの調整"、p16]	家族、仲間や市民社会団体の参加は、(自立 (self-help) 運動と権利擁護 (advocacy) 団体を含む) アルコール関連問題を予防、治療、減少させる上で不可欠である。市民社会団体(NGO)は欧州地域の加盟国が効果的なアルコール政策を策定し実施する上で、本質的に擁護(advocacy)の役割を担っている。彼らはまた、既得権益の慣行と政策が社会におけるアルコール関連の問題を解決する活動の妨げとなるかを明らかにし、極めて重要なチェックアンドバランスの役割を果たす。

トピック	報告書の勧告	枠組みの勧告
		["キープレイヤーとその役割", p10] アルコール政策イニシアティブは様々なレベルで実施可能であるものの、協調的で戦略的な国家レベルの努力の必要性は言うに及ばない。すべての加盟国の国家アルコール戦略と国家行動計画を確立することが重要である。さらに、効果的で費用効果の高い対策を実施し、監視し、行動計画をフォローアップするためのインフラと能力が求められる。加盟国は、枠組み（フレームワーク）の目標と目的をもとに、国家戦略と行動計画を開発し、見直すことが求められる。 ["国の取り組む重点分野と手段", p12]
		ヨーロッパ・アルコール・アクションプランのアクション 10 分野と特定された成果（WHO ヨーロッパ地域事務所、2000）は、国のアルコール政策を実施する上での中核を担うと同時に枠組み（フレームワーク）の要でもある。これらの分野は、情報と教育、公共、民間、そして職場の環境、飲酒運転、アルコール製品の入手可能性、アルコール製品の販売促進、治療、アルコール飲料業界とホスピタリティ業界の責任、アルコール関連の害に対抗する社会の能力、NGO、政策の策定、実施、モニタリングである。 ["国の取り組む重点分野と手段", p12]
調査を含めたモニタリングと評価、	欧州委員会は、有害なアルコール消費の原因と異なった社会経済グループ間における拡大する健康ギャップ面において果たす役割に関する、柔軟で統一されたアルコールデータを定義するシステムを構築する必要性を確認した。このシステムでは、ヨーロッパ健康インタビュー調査（European Health Interview Survey）と補完的な調査を利用したアルコール消費に関する反復調査と比較調査を実施し、変化を監視し評価するための健康指標（health indicator）を開発し、各種政策オプションのコストと利点を調査し、国、年齢や性別による飲酒パターンの相違を分析し、アルコールに関連した健康や社会的損害、有害なアルコール使用の原因、異なる社会経済グループ間の拡大するヘルスギャップの役割に関するリサーチギャップを埋めることを目的とする。	アルコールに関連した害を防止し減少させるための政策は、科学的根拠に基づく必要がある。この要件は、商業的利益やその他の既得権益から研究コミュニティが明確に独立性を確保していることを要求するものである。科学的探究の倫理的義務に加えて、研究者はまた、アルコールと公衆衛生に関する研究文献から得た成果を公開討論と政策論議に供する公的責任を有している。 ["キープレイヤーとその役割", p10]

トピック	報告書の勧告	枠組みの勧告
	欧州委員会は、本報告書で提起している取り組みと介入の効果を評価するための更なる調査を要請している。 ["共通の証拠の基盤を、開発、サポートおよび保守:必要なもの"、頁 12;"欧州委員会による措置"、pp12 月 13 日]	
	EU 加盟国からの情報に基づき、欧州委員会は、有害で危険なアルコールの消費に対処するために報告書に謳った各種施策の実施状況と報告書が提起した EU の戦略効果について報告する。 ["欧州委員会によるアクション"、p13-14]	地域事務所は、地域におけるアルコール関連問題の調査とモニタリングを継続的に改良するために以下の活動を実施する。利用可能なデータを体系的に収集し、照合し、分析する。必要とされる指標を開発し改善する。加盟国へタイムリーで適切な情報を広める。 ["国際協力のためのキーツール"、p18]
	提案された第七次フレームワーク計画 (Seventh Framework Program) (2007-2013)を通じて、欧州委員会は、以下の調査活動を支援する。未成年者の飲酒の習慣(動向と決定要因)に関する調査。有害なアルコール消費量と飲酒パターンならびにその他の健康、社会的経済に及ぼす弊害との関係性の調査。社会に与えるアルコールの影響に関する調査。 ["欧州委員会によるアクション"、pp12 月 13 日]	アルコールの政策介入の影響に関する文献には、より幅広く多様な社会を対象とした調査を実施することや総合的な健康影響評価の精度を向上するなど、更なる改善が求められる。["国際協力のためのキーツール"、p17]
	一部の EU 加盟国は、公的資金によるアルコール研究とモニタリングプログラムを確立している。 ["補完性(subsidiarity):加盟国が実施した取り組みのマッピング"、p15]	今後の研究では、費用対効果の高い調査研究の基礎を提供するために、新たな施策を実施するにあたり差額原価に配慮すべきである。 ["国際協力のためのキーツール"、p17]
		アルコールの消費量と関連するリスクに関して測定方法を統一化し、共通したアルコールの監視システムを実施し、飲酒が飲酒者でない人々に及ぼす社会的な問題を測定することが急務である。そのような測定は、アルコール消費の社会コストの予測を改善する。 ["国際協力のためのキーツール"、p18] 2002 年に設立された欧州アルコール情報システム (The European Alcohol Information System(EAIS))はヨーロッパ地域のアルコール政策の立案と実施に関する情報を収集、分析、普及するウェブベースのポータルサイトである。(WHO ヨーロッパ地域事務所、2009b)

トピック	報告書の勧告	枠組みの勧告
		これは、全国レベルと地域レベルで枠組みの実施状況を監視する重要な役割を果たしている。EAIS は、アルコールに関する法律とマーケティングの実践に関して体系的で地域的な概況を網羅するように拡大する必要がある。それはアルコール政策に関する調査、立案と実施に関するタイムリーで、客観的な情報を提供する、地域の重要なクリアリングハウスになるべきである。 ["国際協力のためのキーツール", p18]
		枠組みに関する経過報告書は 3 年ごとに作成されるものとする。レポートは、枠組みの実施状況と成果を評価するに留まらず、新たな公衆衛生上の課題や脅威を加盟国に警告し、枠組みの改善点を特定するものである。この経過報告書は、国のアルコール政策当局と関連する協力センターと密接に連携して作成されるものとする。 ["フォローアッププロセス", p20] 地域事務所は、3 年ごとにアルコールをテーマにした特別なハイレベルフォーラムを組織する。フォーラムの目的は、経過報告の成果と提言を議論し重要で克服すべきアルコールの政策課題を審議し、特に加盟国が単独で解決することが困難な国境を越えて影響のある問題やその他の課題に焦点を当てている。 ["フォローアッププロセス", p20]
国際問題	同盟国と EU の調査は、国境を越えた要因に対しては、より EU の協調体制が必要であることを示している。 例えば、国境を越えて展開する若年層に向けたアルコールの販売促進活動や国の規制に抵触するアルコール飲料の国境を越えたテレビ広告などが対象となる。しかし、欧州委員会は、アルコールに関連した害を予防するために協調した(統一した)立法を報告書で提案する予定はない。 ["行動のための委任", p5;"はじめに", p4]	EU 域内では、大規模な旅行者に対してアルコールの個人的な使用が容認されているため、一部の加盟国政府では住人向けにアルコールの販売規制を実施する限界を感じており、またアルコールの税率を引き下げる結果となっている。 ["最近、再新たな課題", p9]

トピック	報告書の勧告	枠組みの勧告
	加盟国および利害関係者と協力して、警告ラベルに適切な消費者情報を提供するための、EU 全体の効率的な共通アプローチを開発することの有用性を探る。 ["欧州委員会によるアクション"、p13]	酒類業界の広範な地域マーケティング戦略(その多くは未成年者をターゲットにしている)は、近代マーケティングの国境を越えた性質を代表するものである。 ["最近、再新たな課題"、p9]
	アルコール関連の交通事故を減らし、特に飲酒運転を撲滅するという観点から欧州委員会は飲酒運転と交通安全の取り組みの関係を改善する。これには欧州委員会公衆衛生プログラム(Public Health Program)と交通安全活動計画(Action Plan on Road Safety)が含まれる。この取り組みは、とりわけ初心者や若手ドライバーの問題に対応したものである。 ["EU レベルの取り組みの調整"、p16]	貿易協定と共同市場の発展、さらに一般的に、グローバル化の進展は、それぞれの文化固有のアルコール関連の問題を阻止し、軽減するための最も効果的な手段を利用する各国政府の能力を実質的に弱体化している。 ["最近の、新たな課題"、p9]
	欧州委員会は、関係者と協力して責任あるアルコール消費のためのモデルのプレゼンテーションを含め、責任あるコマーシャルと販売活動に協力する。欧州委員会の主たる目標は、EU、各国政府、地方政府がアルコール飲料の無責任な販売を防止し、定期的にアルコールに関する広告と関連領域の動向調査を実施する活動を支援することである。この共同作業の目的のひとつは一連の業種(ホスピタリティ、小売、製造、メディアや広告)の代表者と国家および EU レベルで実施する広告に関して適正な広告基準を設け、合意を取り付けることである。国の適正基準と戦略に関するベンチマークは採用される見通しである。この取り組みの一環として、未成年者の飲酒に関する自主規制基準の影響と業界のこれら基準への遵守状況が監視される。ベンチマークに基づき、自主規制の達成度や成果を調査するために中立的な機関が設置される予定である。この結果に従い社会的責任を担う組織は目標を修正することとなる。 ["EU レベルの行動の調整"、p16]	

厚生労働省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：
「わが国のアルコール対策の評価と成人の飲酒行動に関する研究」 分担研究報告書

アルコール関連疾患による経済損失：循環器疾患との関連から医療コストまで

研究分担者 岡村 智教 慶應義塾大学衛生学公衆衛生学
研究協力者 東山 綾 兵庫医科大学環境予防医学

本邦のアルコール関連医療費は約 1 兆 1 千億円で国民医療費の 6.9%という報告、0.52%という報告等があり、研究によって結果が乖離している。両者の違いは、後者の分析が疾患名をアルコールと関連が強いものだけに絞ったことに起因している。生活習慣病の場合、複合要因で発症するため、病名を見て単純にアルコール関連疾患と定義するのは難しい。したがってマクロな分析だけでなく、個人レベルの飲酒と医療費の関連をコホート研究で観察しておく必要がある。滋賀国保コホート研究では、男性多量飲酒者（毎日 3 合以上）は、他群に比し月 2,000 円程度総医療費（10 年間の平均値）を多く使っていることが示された。大崎国保コホート研究では、飲酒量と、1 人 1 ヶ月あたりの平均入院日数と平均入院医療費は U 型の関連を示し、非飲酒群（入院日数 0.56 日、入院医療費 1 万 3500 円）と多量飲酒群（入院日数 0.58 日、入院医療費 1 万 2400 円）で最も高く、中等度飲酒群で低かった。これは飲酒と循環器疾患で見られるパターンとよく似ていた。これらの結果は、少なくとも多量飲酒については健康面だけでなく医療費から見てもハイリスク群であることを示しており、公衆衛生上、何らかの対策が必要と考えられた。一方、中等度以下の飲酒については評価が難しい。少量から中等量の飲酒で冠動脈性心疾患や糖尿病のリスクが低く観察されるが、人間集団のコホート研究では“因果の逆転”は避けられず交絡の可能性を否定できない。さらに医療経済に関する研究では、“cost”と“expenditure”を使い分けている場合が多いが本邦では余り検討されていない。前者は、疾病のスクリーニングや治療にかかった医療費だけでなく通院に要する費用や労働損失時間、家族の負担、遺失利益、介護その他に関わる費用などを総称し、便益分析を行う際には酒税による税收等はこれと相殺される。しかしこの手法は多くの仮定を経て結論を導くことになるため、どこかのパラメーターを変更しただけで最終的な結果が大きく変わる危険性がある。飲酒による経済損失については本邦のエビデンスは乏しく今後の検討も必要である。

A. 研究目的

平成 20 年度から施行された「高齢者の医療の確保に関する法律」では医療費適正化のために予防に重点を置くことが明記されており、そのための具体的な手段として特定健診、特定保健指導の実施を医療保険者

に義務づけている。この制度はメタボリックシンドロームの対策に重点が置かれているが、喫煙については保健指導の階層化項目として取り扱われている。一方、飲酒については、特定健診の標準的な質問票に含まれているが保健指導の階層化には用いら

れていない。その理由として飲酒と医療費に関するエビデンスが乏しいことが考えられる。しかしながら飲酒は喫煙と並んで最も普遍的な嗜好習慣であり健康への影響も大きいと考えられている。国際保健機関（WHO）の推計によると、健康問題の包括指標としての“global disease burden”の原因として、飲酒は高血圧と喫煙について第3位にランクされている[1]。したがってアルコール関連問題について医療費など社会負担の面からみた検討が必要である。

本研究ではわが国のアルコールと医療費、生活習慣病の関連についての知見をレビューして考察を加えた。

B. 研究方法

図1に示すように日本人男性の平均飲酒量は諸外国と比べて多い[2]。消費量の統計で日本の飲酒量が低く見えるのは女性の飲酒量が少ないためである。さらに欧米にはほとんど見られないアセトアルデヒド脱水素酵素（ALDH2）の欠損者が人口の半分近く存在している[3]。このような状況を踏まえて本レビューは本邦の研究成果を中心に実施した。さらに飲酒と生活習慣病に関する最新の知見についても引用して考察を加えた。

C. 研究結果

医療経済に関する論文では、「cost」と「expenditure」を使い分けていることが多い。前者は、疾病のスクリーニングや治療にかかった医療費だけでなく、通院に要する費用や労働損失時間、家族の負担、遺失利益、介護その他に関わる費用などを総称しており、費用便益分析を行う際には酒税

による税収も勘案してこれと相殺される。しかしこの手法は必然的に多くの仮定を経て結論を導くことになるため、最終的な結論を解釈する際には慎重さが必要とされる。一方、後者は単純に医療にかかった支出という意味合いになり、通常、「医療費」という場合はこちらを示す。この場合は支出行為の詳細が判明しているため結果はよりわかりやすいものになるが、分析対象（経済学でいうところの「市場」）に限定された結論しか出てこないという弱点がある。例えば医療機関での保険点数を分析対象にしていた場合、今まで医療費として扱われていた介護費用が介護保険に移行すれば、その部分は分析対象からはずれてしまう。したがって医療経済の分析結果を判断する際にはどのような研究手法で示されたものかに留意する必要がある。

この面で先駆的な研究である Nakamuraらのアルコール濫用の社会的コストに関する研究では[4]、米国のデータに基づく推計式を用いて日本人における expenditure と cost を分けて解析している。これによると1987年のアルコール関連の医療費（expenditure）は約1兆1千億円であり、当時の国民医療費の6.9%を占めていると推測している。一方、この研究では労働損失など医療費以外の間接費用は5兆円を超えているとされており、医療費と合わせた cost は6兆6千億円と見積もられている。これは同じ年の酒税収入の約3倍であり、この分を勘案すると約4兆円の過剰コストがアルコール問題によって生じていることになる。

一方、宮川らは1999年の厚生労働省（当時）の「患者調査」と「社会医療診療行為

別調査報告」を元に、アルコールが原因と考えられる入院と外来の費用 (expenditure) を推計している[5]。ここでとりあげられているのは、「アルコール使用による精神及び行動の障害」、「アルコール性肝疾患」、「慢性膵炎」、「急性膵炎」であり (慢性膵炎、急性膵炎はそれぞれの55%、40%をアルコール性と定義している)、1日の医療費に受診者数と365日をかけて1年間の医療費を算出している。その結果、これらを合計したアルコール関連医療費は国民医療費総額の0.52%であった。

地域住民で飲酒と医療費の関連を検討した研究としては滋賀国保コホート研究がある[6]。1989～1990年に滋賀県の7町1村 (当時) で基本健康診査を受診した40～69歳の滋賀県国民健康保険 (国保) 加入者4,535名 (男性1,927名、女性2,569名) のうち飲酒習慣を有する2,039名 (男性1,520名、女性519名) を約10年間追跡した。飲酒習慣は、男性では「時々飲む」、毎日飲酒で日本酒換算「約1合」 (純エタノールで23g/day)、同「約2合」 (同46g/day)、同「3合以上」 (同69g/day以上) の4区分に分けた。追跡期間中の国保総医療費 (円) を各人の国保加入期間 (月) で除して、1人あたり1ヶ月間の平均医療費を算出した。医療費は対数変換され、各飲酒区分の平均医療費を、年齢、body mass index (BMI)、喫煙状況、収縮期血圧値、血清総コレステロール値、尿糖、血清ALTを共分散分析で調整して求めた。医療費が0の場合、対数変換できないため解析上1円とみなした (N=16)。図2に結果を示した。総医療費は、毎日3合以上で10,148円/月 (交絡要因調整後の幾何平均) と最も高く、粗死亡率も

9.9/千人年と最も高かった (時々飲む群では5.7/千人年)。追跡期間を前期 (5年未満) と後期 (5年以上) に分けると、前期の男性で、毎日3合以上の群はそれ以外の群に比し、約37%総医療費が有意に高くなっていた (毎日3合以上の群7,603円/月、それ以外の群5,534円/月、いずれも調整後幾何平均、 $P=0.010$ 、図には示さず)。

同じくコホート研究としては大崎国保コホート研究での検討がある [7]。ここではがん、脳卒中、心筋梗塞、肝臓病の既往歴のない40～79歳の国保加入者17497人を4年間追跡し、入院日数や入院医療費との関連を検討している。飲酒量 (非飲酒者、1-149g/週、150-299g/週、300-449g/週、450g/週以上) と、1人1ヶ月あたりの平均入院日数と平均入院医療費の関連を見るとU型を示し、これらは非飲酒群 (入院日数0.56日、入院医療費75ポンド) と多量飲酒群 (450g/週以上：入院日数0.58日、入院医療費69ポンド) で最も高く、その間の飲酒群では両群に比べて低くなっていた (0.37～0.44日、52～60ポンド)。

D. 考察

本邦の一般集団でも図3および図4に示したように、飲酒は非出血性脳血管障害 (脳梗塞) や冠動脈性心疾患とJ型の関連を示すことが知られている[8-9]。また飲酒に対する反応には個人差がかなりあるため、生活習慣病の保健指導目標として設定しにくいという特徴がある。

滋賀国保コホートでは、男性の多量飲酒者 (毎日3合以上の飲酒) は他群に比し、1ヶ月あたり1人約2,000円より多く医療費を使っていた。同じく大崎国保コホートでは

多量飲酒はそれ以外の飲酒群に比して1ヶ月あたり1人約20ポンド(当時の為替レートで約3600円)入院医療費を多く使っていた。両者の違いは総医療費と入院医療費、幾何平均値と算術平均値の差と考えられるがほぼ同レベルにあり、少なくとも多量飲酒は個人単位での追跡調査でも医療費を押し上げる要因であることを示唆している。これらの研究の意義は、高額医療の原因となる重症な疾患の既往者を除いた場合でも、肥満度、喫煙状況、収縮期血圧値、血清総コレステロール値、尿糖、血清ALTなどの交絡要因を調整した場合でも、多量飲酒で医療費が高くなっていた点にあり、医療費適正化のためのターゲットの一つとして多量飲酒者も考慮すべきことを示している。

しかしながらこれらの研究で慎重に解釈すべき点は非飲酒群をどう扱うかということである。例えば滋賀国保コホートのベースライン調査(各市町の間診票をそのまま使用)では、「最初から飲酒習慣のない人」と「禁酒者」が分けられておらず、このまま用いると「因果の逆転」が生じる可能性が指摘された。すなわち日本人の禁酒者の大部分は何らかの疾病により「禁酒せざるを得なかった」人が大部分を占めており、これをもともと飲まない人といっしょにすると、この群の発症・死亡リスクが増大し、飲酒群の見かけ上のリスクが低くなってしまう可能性がある[10]。これは医療費でも同様と考えられ、「飲んでいる人のほうが医療費は低い」という誤ったメッセージを与える可能性があった。したがって滋賀国保コホートでは解析対象者を現在飲酒者に絞り、飲酒量の違いによって医療費が異なるかどうかを検証している。また大崎国

保コホートでは当初から禁酒者は除外してこの問題を解決しようとしている。しかしながらここでも飲酒と疾患の関連と同様にU字型の関連が認められ、中等量までは飲んでいるほうが入院しにくい傾向が示されている。これが因果関係をもった事実なのか、それとも適量飲む人はもともと元気な人が多いのかは断定困難であり、多量飲酒が悪いことは言えても適量飲酒がいいかどうかは結論が得られない。

マクロな国全体に与える医療コストという視点からは、Nakamuraらの6.9%と宮川らの0.52%という推計には大きな開きがある。この違いの主な理由は、宮川らが疾患名をアルコールと関連が強いものだけに絞ったことによると考えられた。例えば多量飲酒は血圧を上昇させることがわかっており、NIPPON DATA80では日本人男性の高血圧の34.5%(95%信頼区間10.9~51.9%)は飲酒が原因と考えられている[11]。また不整脈や循環器疾患、消化器がんの発症に飲酒が関連していることは明らかであるが、これらは他の要因も含めた複合要因で発症するため、疾患名単位の解析ではアルコール関連疾患としては分類されない。したがって用いる解析手法やデータセットにより異なる結果が導き出されるのはある意味当然である。アルコールと医療費の関連を検討する際には、疾患別だけでなく総医療費の違いも同時に見ておくべきであろう。

一方、飲酒の健康影響については個人差があるため何らかの指標を用いてハイリスク飲酒と低リスク飲酒を鑑別できれば、将来の疾病予防や医療費適正化にも有用である。血清 γ -GTPは一般的な肝機能の検査項

目として特定健診にも取り入れられている。 γ -GTP は飲酒で上昇することが知られているが、すべての飲酒者で上昇するわけではない。近年、国内の複数の研究で γ -GTP の上昇が糖尿病[12]や脳卒中の発症[13] と関連することが指摘されている。

われわれは、循環器疾患の既往歴がない 2,336 人の都市住民男性（禁酒者は除外）を 13 年間追跡した[14]。対象者をベースラインの血清 γ -GTP 値の中央値（32IU/L）で高値群（ γ -GTP > 32IU/L）及び低値群（ γ -GTP ≤ 32IU/L）に分け、さらに飲酒群、少量飲酒群（日本酒換算で 1 合未満/日）、中等量飲酒群（1 合以上 2 合未満/日）、多量飲酒群（2 合以上/日）に分類し、非出血性脳卒中（脳梗塞および脳塞栓）、冠動脈疾患の発症との関連を検討した。 γ -GTP 高値群、 γ -GTP 低値群のそれぞれで、非飲酒群を基準群とした場合の各飲酒群の非出血性脳卒中および冠動脈疾患の多重調整ハザード比を Cox 比例ハザードモデルで算出した（図 5）。冠動脈疾患に対するハザード比は、 γ -GTP 値が高くても低くても飲酒群のほうが非飲酒群よりも低い傾向を示したが、 γ -GTP 値が高い飲酒群では非出血性脳卒中のリスクが 2.5~6.0 倍と非常に高くなっていた。

さらに γ -GTP 低値かつ非飲酒群を共通の基準群として、他の全ての群（ γ -GTP と飲酒量の組み合わせで 7 群）のハザード比を算出した結果を図 6 に示した。この場合も、 γ -GTP 高値群では、少量の飲酒でも非出血性脳卒中の発症リスクが上昇していることが示されている。従って飲酒者では、非出血性脳卒中のリスクを予測する上で γ -GTP の測定が有用である可能性が示唆された。

この結果は、循環器病については γ -GTP 上昇を伴う飲酒はハイリスク、そうでない場合はおそらく低リスクである可能性を示唆しており、おそらく医療費をエンドポイントとしても同様の結果が得られると考えられる。今後はこのように単なる飲酒ではなく、リスクの高い飲酒を鑑別する方法の開発が必要と考えられた。

文献

- 1) World Health Organization: The World Health Report 2002: Reducing Risk, Promoting Healthy Life. World Health Organization, Geneva, 2002.
- 2) Stamler J, et al. INTERMAP Appendix Tables, Tables of Contents J Hum Hypertens 2003; 17: 665-775.
- 3) Amamoto K, et al. Epidemiologic study of the association of low-Km mitochondrial ALDH2 genotypes with blood pressure level and the prevalence of hypertension in a general population. Hypertens Res 2002; 25: 857-64.
- 4) Nakamura K, Tanaka A, Takano T. The social cost of alcohol abuse in Japan. J Stud Alcohol 1993; 54: 618-25.
- 5) 宮川朋大、真栄里 仁、樋口 進. アルコール依存症の病期、治療法による医療費の検討. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 2005; 40: 181-190.
- 6) 神田秀幸、他. 国民健康保険加入者における飲酒状況が医療費に及ぼす影響. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 2005; 40: 171-180.
- 7) Anzai Y, et al. Impact of alcohol consumption upon medical care

utilization and costs in men: 4-year observation of National Health Insurance beneficiaries in Japan. *Addiction* 2005; 100: 19-27.

8) Iso H, Baba S, Mannami T, et al. Alcohol consumption and risk of stroke among middle-aged men: the JPHC Study Cohort I. *Stroke* 2004; 35: 1124.

9) Okamura T, et al. Alcohol consumption and coronary artery calcium in middle-aged Japanese men. *Am J Cardiol* 2006; 98: 141-4.

10) Tsubono Y, et al. Choice of comparison group in assessing the health effects of moderate alcohol consumption. *JAMA* 2001; 286: 1177-8.

11) Nakamura K, et al. The proportion of excess hypertensive individuals due to alcohol drinking among all hypertensives in a general Japanese population: NIPPON DATA80. *Hypertens Res* 2007; 30: 663-8.

12) Hozawa A, et al. Gamma-glutamyl transferase predicts cardiovascular death among Japanese women. *Atherosclerosis* 2007; 194: 498.

13) Shimizu Y, et al. Gamma-glutamyl transferase and incident stroke among Japanese men and women. *The Circulatory Risk in Communities Study (CIRCS)*. *Stroke* 2010; 41: 385.

14) Higashiyama A, et al. Association with serum gamma-glutamyltransferase levels and alcohol consumption on stroke and coronary artery disease. *The*

Suita study. *Stroke* 2011; 42: 1764.

E. 結論

滋賀国保コホート研究、大崎国保コホート研究から、少なくとも多量飲酒については健康面だけでなく医療費から見てもハイリスク群であることが示され、公衆衛生上、何らかの対策が必要である。一方、中等度以下の飲酒については評価が難しく、単に飲酒量だけでなくγ-GTPなどのバイオマーカーを組み合わせた評価が必要である。ミクロレベルでもマクロレベルでも、本邦の飲酒による経済損失についてはエビデンスが乏しく、今後の検討が必要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

(論文公表)

東山 綾、若林一郎、岡村智教. アルコール摂取と循環器疾患-わが国の疫学調査結果より-. *循環器内科* 2011; 70: 597-601.

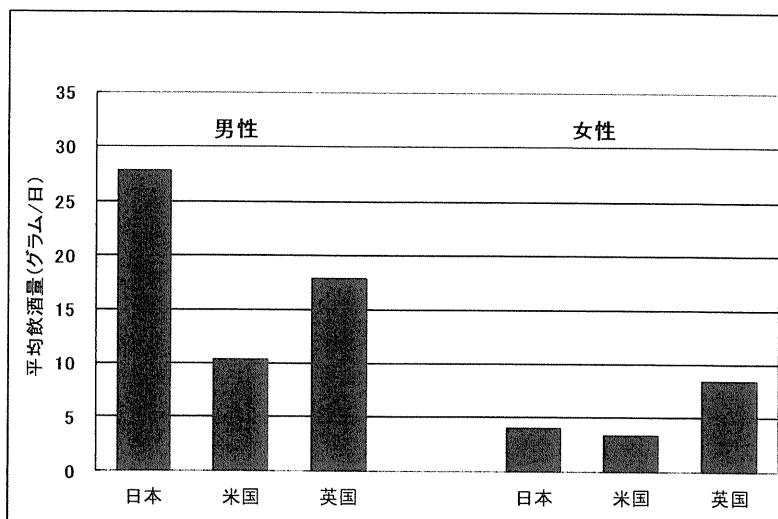
(学会発表)

岡村智教、神田秀幸. アルコール関連疾患による経済損失: 循環器疾患との関連から医療コストまで. 第46回日本アルコール薬物医学会(名古屋)、シンポジウム.

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

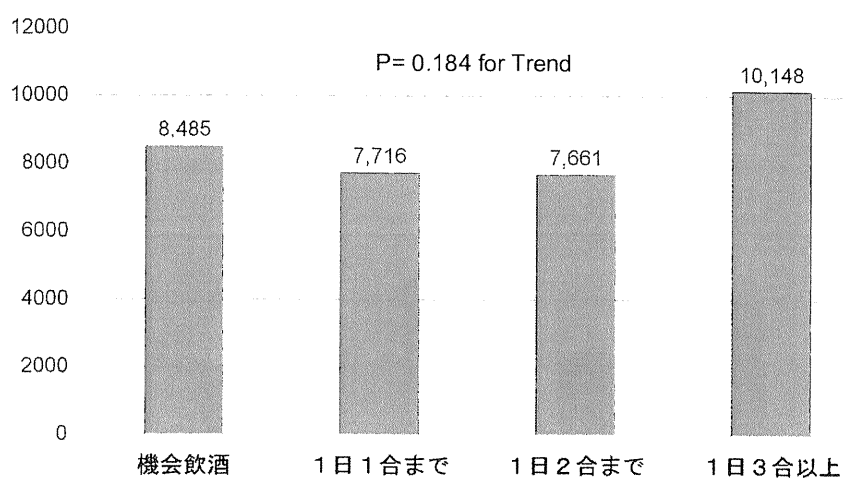
図1. 米英と比べた日本人の1日平均飲酒量



日本、米国、英国の平均飲酒量 (INTERMAP研究より)

文献2から

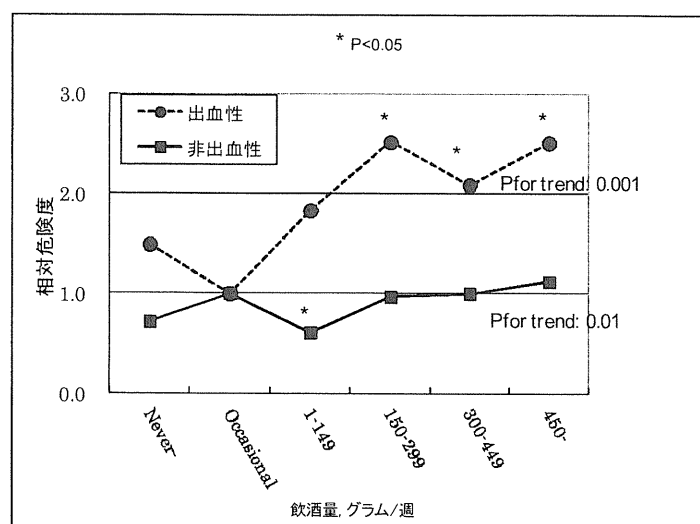
図2. 滋賀国保コホート研究における飲酒者の月平均医療費(幾何平均): 男性



注) 線形回帰分析で年齢、BMI、喫煙習慣、収縮期血圧値、総コレステロール、尿糖の有無、ALT (GPT) を調整。0円は1円として計算。

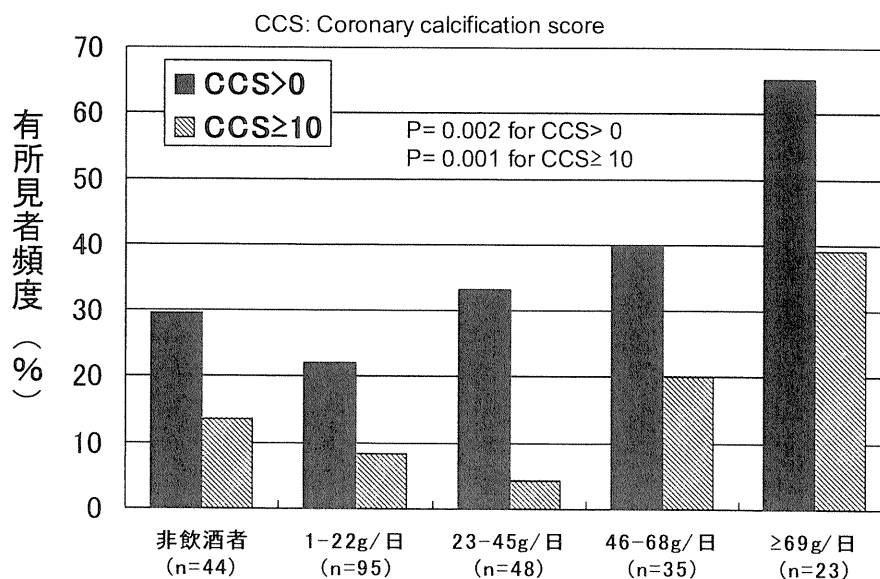
文献6から

図3. 飲酒量別の脳血管疾患発症率(JPHC study)



文献8から

図4. 飲酒量別の冠動脈石灰化の頻度(滋賀県 40歳男性)
Era-Jump研究



文献9から

図5. γ -GTP値による飲酒量別の循環器疾患発症リスク(吹田研究)

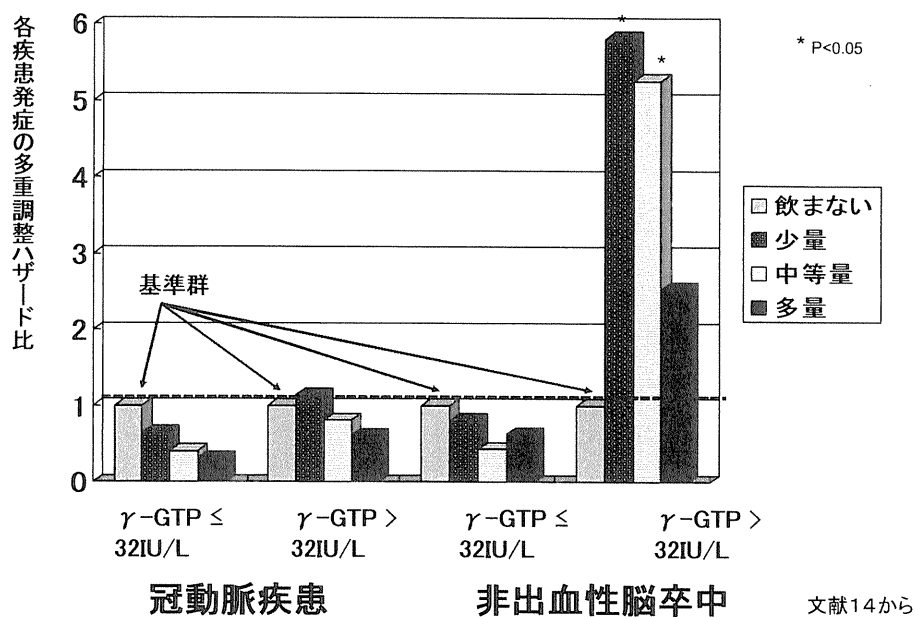
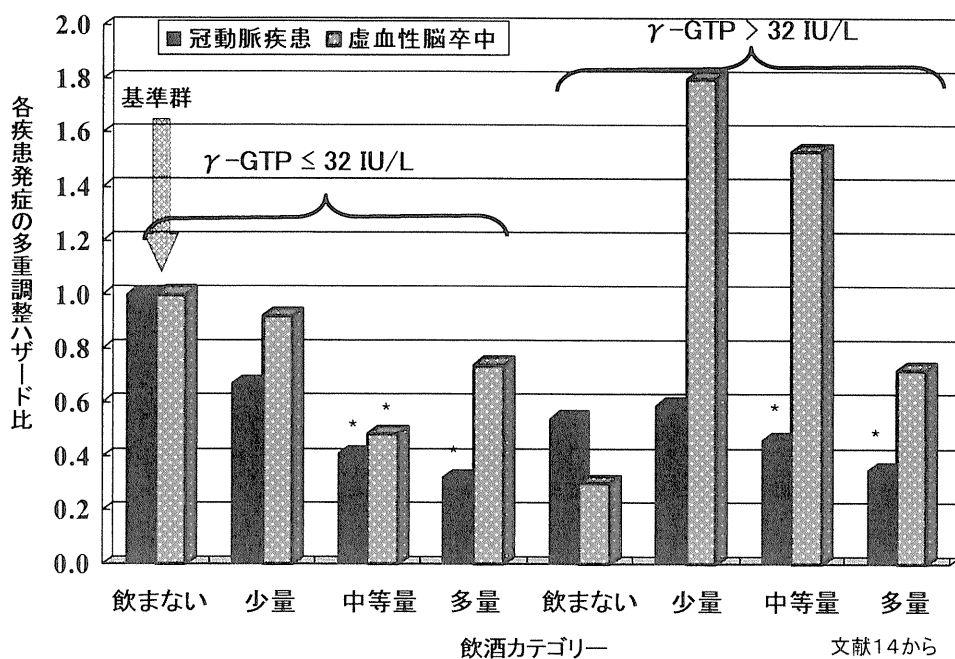


図6. γ -GTP値による飲酒量別の循環器疾患発症リスク(吹田研究)
-基準群を一つにした場合-



厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）
わが国のアルコール対策の評価と成人の飲酒行動に関する研究
（研究代表者 神田秀幸）

わが国の問題飲酒の実態と全国調査の内容についての検討

研究分担者 尾崎米厚 鳥取大学医学部環境予防医学分野 准教授

研究要旨

アルコールの不適切な使用がもたらす問題をわが国で実施された調査に基づいて、まとめ、現状でわかっていることを明らかにした。また、世界保健機関が提唱する、Global Information System on Alcohol and Healthに掲載されている Indicator Code Book にあるアルコール使用の実態を明らかにするために重要な指標について、どのように把握すればよいのかを解説した。成人の生涯未飲酒者割合、この 12 カ月の未飲酒者割合、アルコールに関連する DALY、アルコール関連疾患による年齢調整死亡率、この 12 カ月のアルコール依存症有病率、アルコール使用の障害、前飲酒者割合、大量飲酒のエピソードのある者の割合、飲酒パターン、問題飲酒、飲酒運転等が重要な指標であることが明らかになった。

A. 研究目的

世界保健機関（WHO）によると、世界では毎年 250 万人がアルコールの有害な使用により死亡し、55%の成人がアルコールを飲み、世界各国の 31%しか、国家的なアルコール政策をもっていないと報告している。

世界保健機関（WHO）の推計によると、世界の主な健康関連リスク 19 のうち、アルコールは死亡への負荷が 8 番目に大きい健康リスクであるが（2004 年の年間寄与死亡数 230 万人）、死亡以外の有病や障害なども加味した DALY（disability-adjusted life-years; 障害調整生命年）に換算すると 3 番目に大きな健康リスクとなる（2004 年の年間推計 DALY は、6900 万）。特に中等度収入国ではトップの健康リスクである。一般に、精神疾患のように、死亡のみならず、死亡に至らないまでも有病により療養や障害を長期にもたらし、本人にも社会にも多大な疾病負荷をもたらすような疾病の場合、DALY に換算すると大きな疾病負荷を示す。アルコールによる健康被害もこのような特徴を持つ。

わが国の人口動態統計と米国における疾患単位ごとのアルコール寄与率を用いた、アルコールにより死亡したと推定される数は、平成 20 年（2008 年）では、男性 23,583 人、女性 11,405 人と推計された（合計 34,988 人）。これは、1987 年のデータを用いた推計（男性、21,015 人および女性 8,173 人合計 29,188 人）より多い値であった。患者調査と米国における疾患ごとのアルコール寄与率を用いた、アルコールによる有病患者数

（内因）は、外来では男性で 4.7 万人、女性で 6.4 万人（合計 11.1 万人）、入院では男性 2.1 万人、女性 0.7 万人（合計 2.8 万人）となった。外来患者数は高齢者の女性の患者数が多く、アルコールの寄与はやや過大評価されている可能性がある。

主な国々におけるアルコール使用の疾病負荷量（DALY）は、日本では、全 DALY の男性 6.7%、女性 1.3%と推計されている。アルコールの寄与割合の高い疾患は、肝硬変、外傷、がん、精神神経障害などである。

これらは、いずれも、アルコールを使用した本人にもたらされる、身体的、精神的健康被害の量的指標であり、それだけでもかなりの大きな影響であるが、社会的影響を加味するとさらに大きな影響があると考えられる。

このように、アルコールの不適切な使用による医学的、社会的問題は、とても広範かつ甚大なものであるため、適切な対策をとり、その成果を評価し続けることが重要である。本研究では、近年明らかになったわが国の問題飲酒の実態、飲酒による社会的影響の事例を既報をもとに分析し、来年度の研究で行う全国調査で調査すべき内容を検討する。

B. 研究方法

わが国の飲酒実態、問題飲酒の実態を調査した報告を文献検索、厚生労働省の研究班報告などを検索し、情報収集して、まとめを行った。

今後、国際的な比較性を保てるような全国調査

を実施するために、世界保健機関が提唱する、Global Information System on Alcohol and Health に掲載されている Indicator Code Book にあるアルコール使用の実態を明らかにするために重要な指標について、どのように把握すればよいのかを解説した。

C. 研究結果

1. わが国における問題飲酒の実態

プライマリ・ケア施設における問題飲酒者の頻度を調べた調査によると（プライマリケア施設の外来(6 か所)を受診した患者(1551 人)へ KAST(久里浜式アルコール症スクリーニングテスト)、CAGE を実施)、KAST 0 点以上（問題飲酒者）は、男性患者の 12.6%。重篤問題飲酒者と考えられる 2 点以上が 8.7%であった。女性は 0 点以上は、1.7%、重篤問題飲酒者は 1.3%。であり、臨床上の問題解決には、アルコール問題の解決が根本的対策の場合が潜んでいる。

否認の病気といわれるアルコール依存症は、その多くが適切な医療を受けていない可能性が十分考えられる。したがって、一般的な疾病の動向をみるための人口動態統計や患者調査のデータ

だけでは実態を十分反映していないと思われる。一方、毎年実施されている国民健康栄養調査では、1986 年より飲酒習慣と飲酒量についての調査を継続しているが、不適切な飲酒をしているものの割合を推定できるような項目は調査されていない。

このように、既存の統計では、氷山の一角しか把握していないと考えられたので、わが国では、2003 年と 2008 年の 2 回、同じ調査方法を用いた、成人の飲酒実態に関する全国調査が実施された。対象者の抽出方法は、層化 2 段無作為抽出で、2003 年調査では、3,500 人を抽出し、2,547 人（回答率 72.8%）、2008 年調査では、7,500 人を抽出し、4,123 名（55.0%）から回答が得られた。調査方法は、調査員による訪問面接調査であった。調査内容には飲酒行動、依存症のスクリーニングテスト（Alcohol Use Disorders Identification (AUDIT)、Kurihama Alcoholism Screening Test (KAST)、CAGE（4 つの質問のキーワードになる英語の頭文字をつなげたもの）など）、飲酒運転の経験、アルコールに関連した迷惑行為をうけた経験などが含まれていた。

アルコール使用障害同定テスト(AUDIT改訂版2008年)

Alcohol Use Disorders Identification Test

質問	選択肢とスコア
1. あなたはアルコール含有飲料をどのくらいの頻度で飲みますか？	0. 飲まない 1. 1 カ月に 1 度以下 2. 1 カ月に 2 ～ 4 3. 1 週に 2 ～ 3 度 4. 1 週に 4 度以上
2. 飲酒するときには通常どのくらいの量を飲みますか？ ただし、日本酒 1 合＝2 単位、ビール大瓶 1 本＝2.5 単位 ウイスキー水割りダブル 1 杯＝2 単位、焼酎お湯割 1 杯＝1 単位、ワイングラス 1 杯＝1.5 単位、梅酒小コップ 1 杯＝1 単位（1 単位＝純アルコール 9 ～ 12 g）	0. 1 ～ 2 単位 1. 3 ～ 4 単位 2. 5 ～ 6 単位 3. 7 ～ 9 単位 4. 10 単位以上
3. 1 度に 6 単位以上飲酒することがどのくらいの頻度でありますか？	0. ない 1. 1 カ月に 1 度未満 2. 1 カ月に 1 度 3. 1 週に 1 度 4. 毎日あるいはほとんど毎日
4. 過去 1 年間に、飲み始めると止められなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？	0. ない 1. 1 カ月に 1 度未満 2. 1 カ月に 1 度 3. 1 週に 1 度 4. 毎日あるいはほとんど毎日
5. 過去 1 年間に、普通だと行えることを飲酒していたためにできなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？	0. ない 1. 1 カ月に 1 度未満 2. 1 カ月に 1 度 3. 1 週に 1 度 4. 毎日あるいはほとんど毎日
6. 過去 1 年間に、深酒の後体調を整えるために、朝迎え酒をせねばならなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？	0. ない 1. 1 カ月に 1 度未満 2. 1 カ月に 1 度 3. 1 週に 1 度 4. 毎日あるいはほとんど毎日
7. 過去 1 年間に、飲酒後罪悪感や自責の念にかられたことが、どのくらいの頻度でありましたか？	0. ない 1. 1 カ月に 1 度未満 2. 1 カ月に 1 度 3. 1 週に 1 度 4. 毎日あるいはほとんど毎日
8. 過去 1 年間に、飲酒のため前夜の出来事を思い出せなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？	0. ない 1. 1 カ月に 1 度未満 2. 1 カ月に 1 度 3. 1 週に 1 度 4. 毎日あるいはほとんど毎日
9. あなたの飲酒のために、あなた自身か他の誰かがけがをしたことがありますか？	0. ない 2. あるが、過去 1 年にはなし 4. 過去 1 年間にあり
10. 肉親や親戚、友人、医師、あるいは他の健康管理にたずさわる人が、あなたの飲酒について心配したり、飲酒量を減らすように勧めたりしたことがありますか？	0. ない 2. あるが、過去 1 年にはなし 4. 過去 1 年間にあり

調査前1年間に飲酒した者を飲酒者と定義すれば、2008年20歳以上人口で調整した値は、男性83.1%（推計数4180万人：2003年調査の結果を2008年人口を基準に年齢調整した値は、85.3%）、女性の60.9%（3292万人、2003年は61.8%）であった。年齢階級別の特徴を見ると、一貫して男が女より割合が高いが、若年層では、男女差は小さくなっている。2003年に比べ2008年では、男女とも55-59歳と80-84歳での割合が減少し、男性は40-44歳、75-79歳の割合も減少し、女性では、25-39歳、45-49歳の割合が減少していた。注目すべき点は、20-24歳で男性の割合が下がり、女性があがったため、男女の逆転が見られ、女性の飲酒割合が上回った点である。

ふだん飲酒するときの1日飲酒量が純アルコール60g以上を多量飲酒者とする、2008年の男性では12.0%（601万人、2003年12.7%）、女性では、3.1%（165万人、3.7%）であり、いずれも2003年より減少していた。年齢階級別の特徴を見ると30歳代で増加し、40歳代で減少する傾向が、女性では、20-24歳で増加し、25歳から44歳で減少する傾向が認められ、20-24歳での男女差の狭小が認められ、若い女性の飲酒問題が深刻化することが危惧される。

問題飲酒のスクリーニング検査の結果をみると、AUDIT8点以上（アルコールの危険な使用）をカットオフポイントにすると、男性22.8%（2008年人口での推計数1,147万人）、女性の3.8%（同206万人）が該当し、12点以上だと男性10.5%（同528万人）、女性1.3%（同70万人）、13点以上では、それぞれ8.7%（同438万人）、1.2%（63万人）、KAST(2点以上)では、男性4.6%（同231万人）、女性1.1%（同57万人）、CAGE(2点以上)では、男性5.3%（同266万人）、女性1.6%（同84万人）であった。このAUDIT12点以上、KAST、CAGEの該当者がおおむね「アルコール依存症の疑い」のある者といえる。ICD-10のアルコール依存に該当するのは男性0.5%（同23万人）、女性0.1%（同6万人）であった。1984年にKASTによる全国調査が実施されており、男性7.1%、女性0.6%と報告されているので、アルコール依存症疑いのものの割合は男性で減少し、女性で増加したと考えられる。2008年調査の結果を2003年の結果と比較すると男性はいずれの指標も減少していたが、女性ではCAGEのようにむしろ該当

者割合が増加するものが認められた（表1）。年齢階級別の特徴をみるとAUDIT12点以上では、男性で割合が増加した年齢と減少した年齢が認められ、20歳代と45-49歳の減少が大きく、35-44歳と55-64歳ではやや増加した。女性は、若年者ほど、該当者割合が多い傾向が認められた。このようにみると、男性は問題飲酒者の割合はゆるやか減少している可能性があるが、女性は減少している証拠はないといえる。今後、若い女性の問題飲酒を特に注目してモニタリングする必要がある。

さらに、今回調査した中で、もっとも厳しいアルコール依存症の基準であるICD-10の基準による該当者の推計値である男女合計の29万人に対して、前述の患者調査からの受療患者数の推計値（入院＋外来）の17,200人は、わずか6%にすぎず、アルコール性肝疾患などその他の疾患で受療していることもふまえてもアルコール依存症の者のうち、いまだに多くの者が医療に結びついていない可能性がある。

日本の全国調査により明らかになったアルコールの有害な使用やアルコール依存症の頻度を海外の研究結果と比較すると、アメリカ合衆国や欧州諸国における結果より低い値であった。しかし、アメリカ合衆国では1990年代初頭にくらべ2000年代初頭では減少傾向にあるが、わが国では依存症者数の減少は確認されていないので、決して楽観できないといえる。

全国調査では、アルコールの不適切な使用に関連する社会問題として、飲酒運転とアルコールハラスメント（アルコールに関連した迷惑行為の被害）について調査した。

飲酒運転の生涯経験率は、男性は30.1%、女性は8.0%にものぼった。年齢階級別に見ると、男性では、40歳代、ついで50歳代の経験者率が高いが、女性では30歳代の経験者率が高かった。運転経験のないものを除く集計を行うと、特に女性で経験者率が増加し、20-24歳では男性よりも割合が高かった。飲酒運転の状況を、「経験なし」「経験あるが検挙なし」「検挙経験1回」「検挙経験2回以上」に分けると、後者3カテゴリーの割合は、男性では23.6%、5.3%、1.2%にのぼり、女性では7.6%、0.4%、0.04%であった。運転経験のないものを除いた集計では、男性ではそれぞれ25.1%、5.6%、1.3%であった。女性では、それぞ

れ 9.1%、0.5%、0.06%であった。飲酒状況別に飲酒運転の状況を見ると、問題飲酒群の飲酒運転経験率はきわめて高く、非問題飲酒群との比をとれば、女性のほうが比が大きくなる。非問題飲酒群に対する問題飲酒群の飲酒運転経験率比をみると、新 KAST で分類すると男性 2.3 倍、女性 4.5 倍であった。AUDIT の 13 点以上で分類した倍は、男性 2.2 倍、女性 4.3 倍であった。CAGE で分類した場合は、2.2 倍、3.1 倍であった。検挙経験でみるとその比はさらに大きくなった。飲酒運転による交通事故は減少傾向にあるが、非問題飲酒群によるものが主に減少し、問題飲酒者により繰り返される飲酒運転が残ってきた可能性があり、厳罰化だけでは、解決できない医療問題としてもとらえる必要がある。

家族による身体的アルコールハラスメント（暴言・暴力、からまれる、セクハラ）の経験率は、男性 5.6%、女性 8.2%（2003 年男性 6.9%、女性 8.6%）、家族による非身体的アルコールハラスメント経験率は、男性 4.1%、女性 7.4%であった（2003 年男性 3.8%、女性 4.0%）。家族外の人による身体的アルコールハラスメント経験率は男性 17.8%、女性 11.6%（2003 年男性 21.3%、女性 13.6%）、家族外による非身体的アルコールハラスメント経験率は男性 12.1%、女性 7.9%（2003 年男性 5.8%、女性 4.6%）であった。2003 年と比較すると家族内および家族外の身体的アルコールハラスメントの経験率が減少しているのに対し、家族内及び家族外の非身体的アルコールハラスメント経験率が増加していた。

アルコールハラスメントについては、世界でもあまり実態が明らかになっておらず、アルコールによる社会問題の裾野の広さを物語っている大きな課題である。

家庭内のみならず、社会生活の中、特に仕事に関係して問題行動の被害を受けている者の割合が高いこと、女性は飲酒率が低いが男女ともに被害を受けていること、などわが国特有の問題点であることが示唆される。社会一般の付き合いに酒が使われるわが国においては諸外国よりも増してアルコールハラスメントが重要である可能性も高く、様々な社会的問題と絡んでくると予測される。

2. これからのアルコール対策

タバコ対策におけるタバコ規制枠組み条約の

推進で一定の成果を得た世界保健機関(WHO)は、かねてから注目していたアルコール対策に乗り出した。2010 年 5 月 21 日の WHO 総会において、世界保健機関(WHO)は、「アルコールの有害な使用を減らす世界戦略」を採択した。生産、広告、販売、消費にまたがる総合対策で、分野ごとに選択肢を設け、加盟国の国情に応じた取り組みを求めている。若者層の問題飲酒の防止に力点を置いている。今後とるべき対策の柱は以下のようなものである。

【保健医療の対応】アルコール関連疾患の家族の支援、自助グループへの支援▽有害な飲酒の早期発見と介入▽妊婦、出産適齢期女性への対応▽薬物、うつ病、自殺などに関連づけた予防法、治療、ケアの戦略▽貧困層が利用しやすい医療サービスの提供

【地域社会の活動】アルコールに関連する地域の損害について自覚を促す▽未成年者の飲酒を防ぐ環境づくり▽患者や家族へのケアの提供

【アルコールの入手】小売店の数や場所の規制▽小売りする日、時間の規制▽若者の飲酒を防ぐ「障壁」づくり▽酩酊（めいてい）した人への販売防止

【販売活動】広告内容や広告量の規制▽スポーツ・文化イベントでのスポンサー規制▽若者対象の販売促進の制限・禁止▽公的機関などの監督システム

【価格政策】大量飲酒、若者の飲酒を抑制する効果的な課税▽値引き販売、居酒屋の飲み放題などの禁止・制限▽アルコールの最低価格の設定

【悪影響の低減】大規模イベントでの飲酒規制▽飲食店で酩酊するまで酒類を提供しないように法的責任を持たせる▽酩酊者への必要なケアやシェルターの提供▽酒害への消費者情報の提供

今後、問題飲酒者の多さ、指導や治療を受けていない割合の高さ、一般のプライマリケア現場でさまざまな理由でかかっていることなどを考慮し、WHO の言う、有害な飲酒の早期発見と早期介入をプライマリケア施設で行うことが求められる可能性がある。世界では、簡易介入が有効だと言われている。プライマリケアでのアルコール問題のスクリーニングは、アルコール依存症の手前の問題飲酒者を同定できる。AUDIT で、20 点以上は、すでにアルコール依存症の可能性があり、

専門医に受診するように進める必要がある。10 点未満は問題飲酒がないと判断される。10-19 点が簡易介入の対象者となる。フォローアップを伴う行動療法的な簡易介入（BI）が 6 カ月から 12 ヶ月間あるいはそれ以上続く少量から中等度量の飲

簡易介入には以下のような特徴があるといわれている。

短時間の個別カウンセリング（5-30 分）

1 から数回のフォローアップカウンセリング

対象者は多量飲酒者、依存症者は専門医。

治療の目標は断酒より減酒が多い。

さまざまな場面で、コメディカルスタッフも実施可能。

教材を活用すると効果的。

日記をつけることが強く推奨される。

具体的な介入場面では、以下のようなことを把握する。

1 日飲酒量、自分の多量飲酒経験、飲酒に関連した疾病、自分にとっての飲酒の効用と害、今後

最近、警察も簡易介入を取り入れている。警察庁は 2010 年より、飲酒運転による免許証取り消し処分者講習に、アルコール依存症治療専門家の意見を反映させる方針を固めた。カウンセリングや飲酒量を記録する「日記」を義務付ける内容で、2010 年秋から全国の 4 都道府県警で試験実施しており、2013 年の全国実施を目指している。

3. タバコ対策からの教訓

タバコ対策後進国を言われていたわが国であるが、2000 年の健康日本 21 策定、2003 年の健康増進法施行、2004 年の世界保健機関の Framework Convention on Tobacco Control（FCTC）の批准、2006 年がん対策基本法成立などをうけ、ようやくタバコ対策が進んできた。そして、2011 年の健康日本 21 の最終評価では、たばこ対策は、全体の中でも改善の大きい優秀な分野となった。これらは、国民の健康志向による喫煙率の低下もあったと思われるが、今までのわが国では、考えられなかった大きな進歩である。このように、国を挙げて様々な対策を広範に展開し、地方自治体、民間

酒量の減少をもたらすといわれ、今後は、健康診断の場を利用した、簡易介入も重要になってくるであろう。米国では、臨床の実施を推奨するランク B といわれている。

介入には、以下のようなポイントに注意すると良い

Feedback：アルコール関連問題の現実を本人にフィードバック

Responsibility：問題改善の責任は本人にあることを強調

Advice：明確な助言を与える。

Menu：複数の飲酒行動改善方法を紹介

Empathy：介入者が対象者に共感的態度をとる

Self-efficacy：飲酒行動の改善に関して、自己達成が可能であることを理解させ、支援する

の飲酒目標、節酒・断酒しようと思う理由、節酒・断酒すると自分が変わらなと思うこと、節酒・断酒の具体的方法、自分が飲酒したくなる危険な状況のリストアップと対処方法、飲酒日記等である。団体、市民団体、専門家組織が連動して運動を行ってきたのが大きいと思われる。

国家的モニタリング、受動喫煙防止条例、職場の禁煙、禁煙支援（禁煙治療の保険適用、専門家の意識変化、薬局の変化、NGONPO の支援等）等、警告表示、学習講演等による知識の普及、等多面的な取り組みをそれぞれ協働しながら進めていくことの重要性を物語っている。国レベルから自治体レベル、専門家から一般集団レベル、予防から治療、様々なレベルでの対策がかみ合った対策の効果が大きいことを示している。すなわち、個々の努力のみならず、全体を束ね、方向性を示す政策の重要性である。

それぞれの対策が単発に行われるのではなく、連動することにより、社会的規範が形作られ、相乗効果が期待できるのである。たとえば、受動喫煙曝露防止のための公共機関や交通機関等の禁煙が進むと、喫煙者の一部が禁煙をしようと思いつく。禁煙治療の保険適用が実施されることにより、