

- 32, 322-330. doi:10.1111/j.1530-0277.2007.00583.x
- [23] Seljamo, S., Aromaa, M., Koivusilta, L., Rautava, P., Sourander, A., Helenius, H., *et al.* (2006) Alcohol use in families: A 15-year prospective follow-up study. *Addiction*, **101**, 984-992. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01443.x
- [24] Johansen, A., Rasmussen, S. and Madsen, M. (2006) Health behaviour among adolescents in Denmark: Influence of school class and individual risk factors. *Scandinavian Journal of Public Health*, **34**, 32-40. doi:10.1080/14034940510032158
- [25] Chick, J. (2011) The WHO global strategy to reduce the harmful use of alcohol. *Alcohol and Alcoholism*, **46**, 223. doi:10.1093/alcalc/agr035
- [26] Kiriike, N., Nagata, T., Sirata, K. and Yamamoto, N. (1998) Are young women in Japan at high risk for eating disorders? Decreased BMI in young females from 1960 to 1995. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, **52**, 279-281. doi:10.1046/j.1440-1819.1998.00387.x

① わが国の喫煙、飲酒習慣の推移とその特徴

神田秀幸 横浜市立大学医学部社会予防医学教室講師

KEYWORDS

「喫煙率」「飲酒率」「国民健康・栄養調査」「年次推移」「関連疾患」

Summary

本稿では、わが国の喫煙および飲酒習慣の推移を示し、その特徴について検討した。年次推移を検討する際の留意点として、調査法などの変更の有無を確認することがある。変更があった場合には、データの示す意味がそれまでと異なることに留意しなければならない。1989～2011年までの国民栄養調査および国民健康・栄養調査を検討したところ、わ

が国の喫煙習慣の推移は、男性では減少傾向が継続してみられ、女性では近年わずかに減少傾向に転じ始めた状況であった。わが国の習慣飲酒率の推移は、男女ともに、若干減少する時期はあるものの、おおむね大きく変わらない傾向にあった。今後、これらに関連する疾患の増加が見込まれ、喫煙、アルコールは重要な健康課題である。

I はじめに

疾病の予防には、それぞれの危険因子を明らかにし、その要因を除去あるいは軽減するような対策に結びつくことが求められる。そのような疾病予防の観点から、健康リスクのモニタリングは重要な役割をなす。

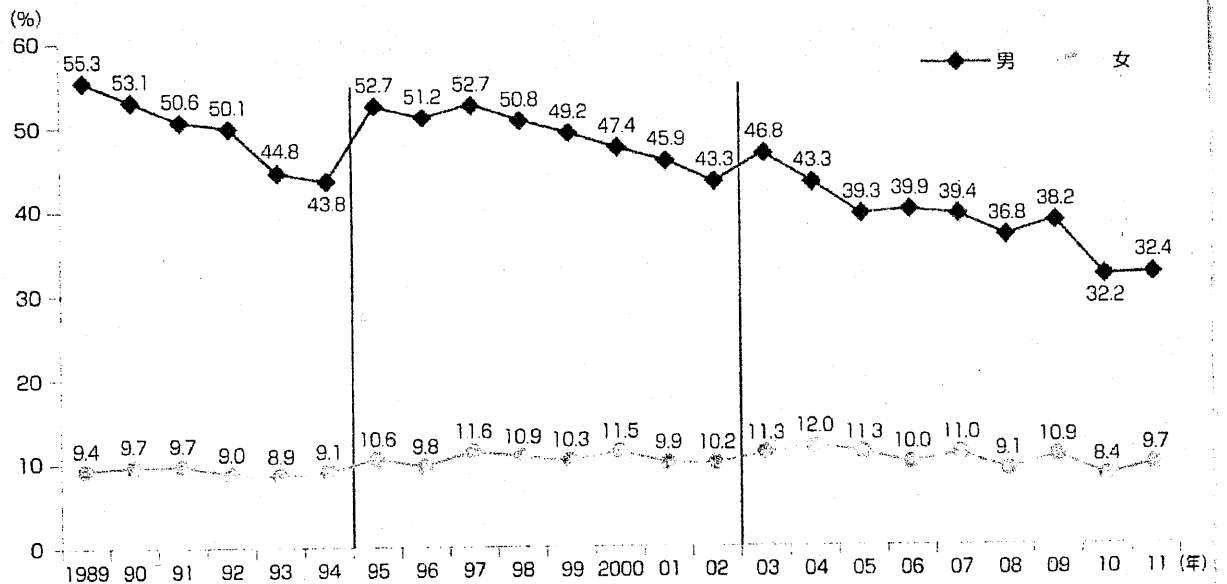
本稿では、国民栄養調査および国民健康・栄養調査の喫煙・飲酒状況に関する結果を用いて、わが国の喫煙および飲酒習慣の推移を示し、その特徴について検討することを目的とした。結果を踏まえ、喫煙および飲酒にまつわる、動脈硬化を始めとした関連疾患の今後の動向に一定の示唆を与え、今後の予防的方策を論じることとする。

II 年次推移データを検討する際の留意点

わが国の喫煙、飲酒習慣の年次推移を検討する際に有用なデータソースは、国民栄養調査および国民健康・栄養調査である。しかしながら、年次推移を検討する際には、調査法などの変更が行われた時期がないかを確認し、変更があった場合には、年次を比較する際にデータから示される数値の示す意味がそれまでと同等ではないことに留意しなければならない。

本稿では、1989年（平成元年）から2011年（平成23年）までの国民栄養調査および国民健康・栄養調査をデータソースとした。この間、喫煙および飲酒習慣に関する定義や調査方法の変更が、1995年（平成7年）と2003年（平成15年）

図1 1989～2011年の男女別喫煙率の推移



1955年、2003年：調査法など変更。

(国民栄養調査および国民健康・栄養調査より)

にみられた。

1994年以前では、国民栄養調査のうち身体状況調査会場での問診として喫煙・飲酒習慣が聴取されていた¹⁾。そして、「喫煙者」は「継続的に吸っている人」と定義され、「飲酒習慣のある人」とは「飲酒頻度が週3回以上、かつ1日に飲む量が酒で1合（ビール大1本、ウイスキーダブル1杯）以上」とされていた。1995年の変更では、調査会場での問診項目としては変わらないが、喫煙・飲酒習慣は、問診票の喫煙の有無と1日平均喫煙本数、飲酒習慣の有無と1日平均飲酒量から区分された²⁾。喫煙の継続性の緩和、飲酒の頻度かつ量としていた要件の緩和が行われたことはデータを検討するうえでは留意しなければならない。

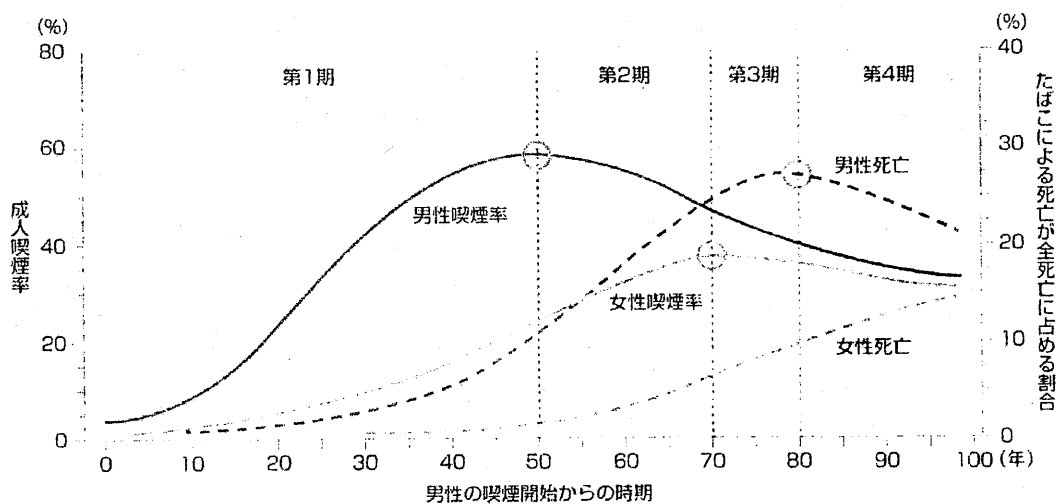
また、2002年まで身体状況調査会場で問診として行われていた喫煙・飲酒習慣の把握が、2003年の調査以降、生活習慣調査票による自記

式質問票による把握に変更された³⁾。面接調査から自記式質問票調査に、調査方法が大きく変更されたのである。

定義や調査方法の変更は、示されるデータに大きな影響を与える。また、年次推移を検討する際に重要な注意要素である。しかし、これまで厚生労働省から公表されている喫煙率および飲酒率の年次推移に関するデータをみたところ、これらの変更に関する注釈は、飲酒で一部欄外に表記されている結果がみられたが、ほとんどの場合、明確に示されていなかった。今後、これらの結果が示される場合には、必ず注釈が付されるよう強く改善を求める。

本稿では、こうした結果の混乱を防ぐため、わが国の喫煙、飲酒習慣の年次推移を示す図において、1995年（平成7年）と2003年（平成15年）には区分線を付し、調査法などが変更された旨を明記することとした。

図2 たばことたばこ関連疾患の流行モデル



(文部2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10)

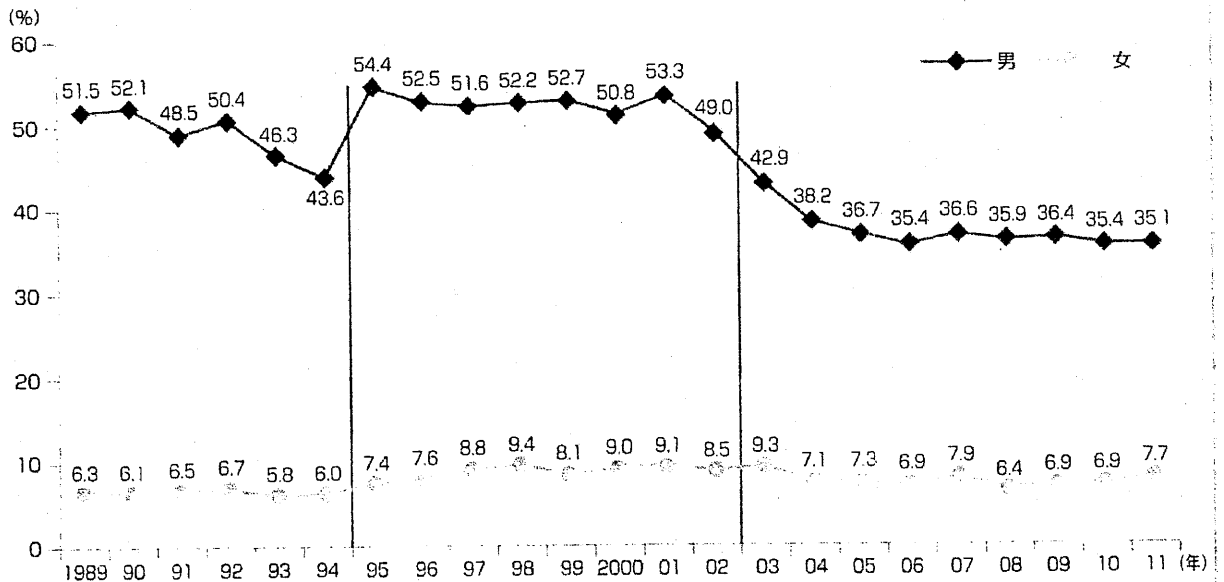
Ⅲ わが国の喫煙習慣の推移

わが国の喫煙習慣の推移としては、男性では減少傾向が継続してみられるが、女性では横ばい傾向であった(図1)。男性では、1989～1994年の6年間で11.5%の減少(平均年間減少率1.92%)、1995～2002年の8年間で9.4%の減少(平均年間減少率1.18%)、2003～2011年の9年間で13.9%の減少(平均年間減少率1.54%)と、平均年間1%強の継続的な喫煙率の減少がみられた。2003～2011年の近年の動向をみると、2003～2005年と2009～2010年の2期で年間減少率に3%以上の低下がみられた。2003～2005年の間には受動喫煙防止を盛り込んだ健康増進法の施行(2003年)やたばこ規制枠組み条約の批准(2004年)・発効(2005年)とたばこ政策が大きく動き出した時期と一致した。また、2009～2010年の間では、2010年のたばこ1箱当り約110円の大幅な値上げの時期と重なった。こうしたたばこ政策の動きと男性喫煙率の低下は強く関係することが示唆された。一方、女性では、各調査

間において男性のような喫煙率の大幅な低下はみられず、ほぼ10%前後で推移していた。2003～2011年の動向をみると、女性の喫煙率のピークが過ぎ、わずかではあるが減少傾向に転じ始めた可能性が考えられた。

こうした喫煙習慣の推移を踏まえ、今後のたばこ関連疾患の動向を推測するのに有効な図が、「たばことたばこ関連疾患の流行モデル」である(図2)。このモデルは、Lopezらが1994年に提唱したたばこ流行モデル⁵⁾を、Ramströmらが改変した図である⁶⁾。このモデルではたばこ流行の時期を4つに区分し、第1期は男性の喫煙率の増加、第2期は男性喫煙率の減少開始と女性(および未成年)の喫煙率の増加、第3期は女性(と未成年)の喫煙率の減少の開始と喫煙関連疾患死亡の増加、第4期は喫煙関連疾患死亡が減少とするものである。わが国は、男性の喫煙率が継続的に減少し、女性の喫煙率が10%を切るような減少に転じ始めた、たばこ流行モデルの第3期にある。この時期の健康影響として、男女とも過去の喫煙による疾患発症や

図3 1989～2011年の男女別習慣飲酒率の推移



1955年、2003年：調査法など変更。

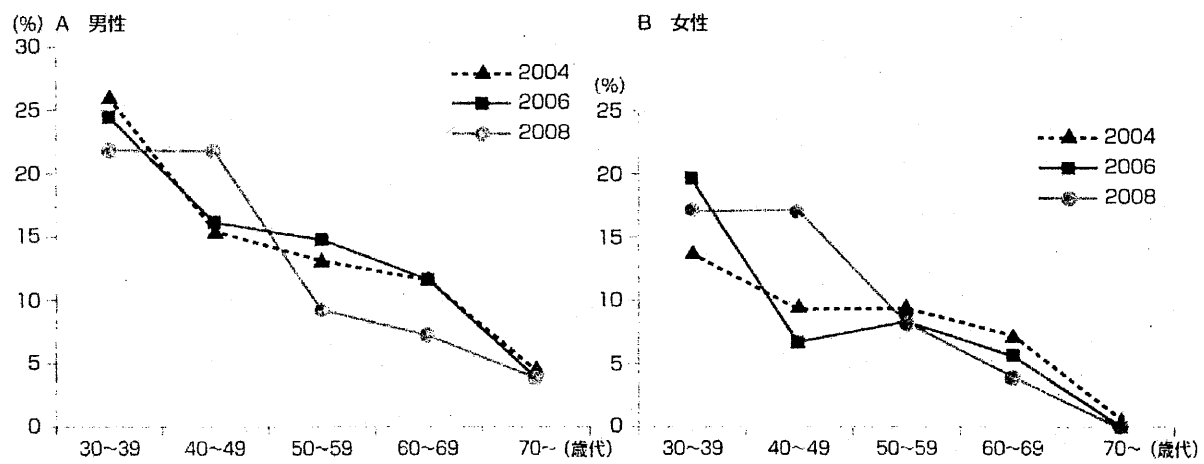
(国民生活調査および国民健康調査調査より)

死亡に関する影響がみられる段階にある。現在男性のがん死亡の第1位が肺がんであることはこのことを表している可能性が強く考えられ、今後しばらくはこの傾向が続くと見通すことができる。肺がんに限らず、その他喫煙関連疾患のうち長期的な影響により生じる健康影響は今後も続くことが予想される。

この動向を踏まえ、わが国の喫煙の状態を、たばこ流行モデルの第4期、すなわち喫煙率が低下するとともに、喫煙関連疾患も減少する状態にすることが喫煙の課題である。そのためには、「喫煙者を非喫煙者にすること」と、「非喫煙者の喫煙開始を防止すること」が方策として考えられる。「喫煙者を非喫煙者にすること」の取り組みとして、禁煙治療が健康保険の適用となり、禁煙しやすい医療環境が整ってきた。また、学校や病院などの禁煙化、職場で多くみられる分煙化により、喫煙しにくい社会環境が広がってきた⁷⁾。今後この動きを加速させる必要

がある。また、「非喫煙者の喫煙開始を防止する」取り組みとして、学校教育において、2002年の学習指導要領に喫煙に対する教育が盛り込まれたこと、さらに、2008年にはこれをより強化する内容とした学習指導要領の改訂が行われたことが挙げられる⁸⁾。また、教育現場での強化に加えて、地域社会での取り組みもなされてきた。未成年者のたばこ自動販売機での購入を抑制するために、2008年には成人識別ICカード「taspo」が導入され、わが国ではほぼこのカードをもつ成人しか自動販売機で購入できない仕組みとなっている。しかし、筆者らの研究によると、毎日喫煙する中高生のおよそ4割はこのカードを使用してたばこを購入した経験を有しており、taspoによる未成年者の自動販売機によるたばこ購入の抑制効果は強くないことが明らかとなった⁹⁾。このほか、未成年者が主に利用する、児童公園や通学路などの喫煙の禁止の取り組みは一部を除いて、ほとんど行われていない。地域社会を含めた社会全

図4 毎日飲酒者のうち1日3合以上飲酒者割合の性別年代別調査間別の比較



国民健康・栄養調査2004年、2006年、2008年の比較。

体における防煙化の推進も取り組んでいかなければならない方策の1つである。

Ⅳ わが国の飲酒習慣の推移

国民栄養調査あるいは国民健康・栄養調査において、習慣飲酒率の定義は「週3回以上の飲酒者」の割合を示している¹³⁾。しかし、II章で指摘したように、調査時期において違いが含まれていることに留意する必要がある。わが国の習慣飲酒率の推移は、男女ともに、若干減少する時期はあるものの、おおむね大きく変わらない傾向にあった(図3)。男性では、1989～1994年の6年間で7.9%の減少(平均年間減少率1.32%)、1995～2002年の8年間で5.5%の減少(平均年間減少率0.69%)、2003～2011年の9年間で7.8%の減少(平均年間減少率0.87%)と、平均年間1%前後の習慣飲酒率の減少がみられた。2003～2011年の近年の動向をみると、2003～2006年で男性の習慣飲酒の継続的な減少がみられたが、それ以降は横ばいの傾向が続いている。

女性は、男性にみられた習慣飲酒率の継続的な微減傾向はなく、調査対象期間の女性の習慣飲酒率はおよそ6～9%の間で推移していた。2003～2011年の近年の動向をみると、女性の習慣飲酒率は7%前後で維持されている傾向がみられた。

また、同調査のうち、2004年、2006年、2008年の3調査を比較して、毎日飲酒者のうち日本酒換算3合以上飲酒する者(多量飲酒者)の割合を年代別で比較した(図4)。その結果、総じて高い年代ではその割合が低くなる傾向があるものの、2008年調査の40歳代では、男女ともに30歳代と変わらない多量飲酒者割合を示した。このことから、40歳代で多量飲酒者が増えていることを示唆している可能性が考えられた。この結果を踏まえ、今後、壮年期の飲酒対策に取り組む必要があると思われた。

多量飲酒によって、飲酒者自身の健康被害を中心とする直接被害と、飲酒しない人が飲酒者から受ける間接被害の両方が発生する¹⁴⁾が、多量飲酒者割合の増加によって今後直接被害およ

び間接被害が増加すると考えられる。直接被害には、急性期に生じる急性アルコール中毒と酩酊時の外傷があり、慢性期には臓器障害、精神・神経障害が挙げられる。臓器障害には、消化器疾患（肝臓障害、膵臓障害、消化管疾患）、循環器疾患（アルコール心筋症、高血圧）、内分泌代謝疾患（脂質異常症、糖尿病、高尿酸血症、ホルモン異常）などが挙げられる。精神・神経障害では、中枢神経障害としてWernicke-Korsakoff症候群とアルコール性認知障害、末梢神経障害としてアルコール性末梢神経障害が代表的な疾患である。また、間接被害には、飲酒運転による交通事故、暴力・ドメスティックバイオレンス、児童虐待などの事件・事故や、飲酒にまつわる嫌な体験、すなわちアルコールハラスメントが考えられた。アルコールハラスメントには、飲酒の強要や飲酒を伴う状況での暴言・暴力・セクシャルハラスメントなどが含まれている¹⁰⁾。多量飲酒に伴う、こうした直接・間接の両方の害の低減に社会全体として取り組む必要がある。

現在、これらアルコールの害の対策として、

2010年のWHO総会にて、「アルコールの有害な使用を低減させるための世界戦略」が採択された¹²⁾。これにより、世界各国がアルコールの有害な使用に対する取り組みを進めることとなった。わが国においても、国会でアルコール健康障害対策基本法が成立し、今後、国民へのアルコールの健康障害や適正飲酒に関する知識・意識の啓発が今まで以上に推進されるものと見込まれている。

V おわりに

わが国の喫煙率は低下傾向にあるものの、その長期的な健康影響は今後増加する見込みである。また、わが国の習慣飲酒率は大きく変わらず、毎日日本酒換算3合以上飲酒する者は40歳代で増えている可能性が示唆された。今後、アルコールによる健康影響や社会的問題の拡大が懸念される状態である。喫煙、アルコールはこれからも公衆衛生的に重要な課題として取り組んでいく大きな必要性がある。

文 献

- 1) 健康・栄養情報研究会, 編 国民栄養の現状 平成6年厚生省国民栄養調査結果 東京: 第一出版, 1996.
- 2) 健康・栄養情報研究会, 編 国民栄養の現状 平成7年厚生省国民栄養調査結果 東京: 第一出版, 1997.
- 3) 健康・栄養情報研究会, 編 国民栄養の現状 平成15年厚生省国民栄養調査結果 東京: 第一出版, 2005.
- 4) Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control* 1994; 3: 242-7.
- 5) Fagerstrom KO, Kunze M, Schroberberger R, Breslau N, Hughes JR, Zatonski W, et al. Nicotine dependence versus smoking prevalence: comparisons among countries and categories of smokers. *Tob Control* 1996; 5: 52-6.
- 6) Ramström LM. Prevalence and other dimensions of smoking in the world. In: Bollinger CT, Fagerstrom KO, eds. *The Tobacco Epidemic*. *Prog Respir Res* 1997; 28: 64-77.
- 7) Osaki Y, Tanihata T, Ohida T, Kanda H, Kaneita Y, Hayashi K, et al. Decrease in the prevalence of smoking among Japanese adolescents and its possible causes periodic nationwide cross-sectional surveys. *Environ Health Prev Med* 2008; 13: 219-26.
- 8) 平岡敬文. 幼稚園・小学校・中学校での教育. [日本禁煙学会, 編 禁煙学(改訂2版). 東京: 南山堂, 2010.
- 9) Kanda H, Osaki Y, Ohida T, Kaneita Y, Munezawa T. Age verification cards fail to fully prevent minors from accessing tobacco products. *Tob Control* 2011; 20: 163-5.
- 10) アルコール保健指導マニュアル研究会. 飲酒の実態とアルコール関連問題. アルコール保健指導マニュアル研究会, 編 健康日本21推進のためのアルコール保健指導マニュアル 東京: 社会保険研究所, 2003.
- 11) 尾崎米厚. アルコール関連障害の動向. *医学のあゆみ* 2010; 233: 1119-25.
- 12) Chick J. The WHO global strategy to reduce the harmful use of alcohol. *Alcohol Alcohol* 2011; 46: 223.

P5-2

アルコールハラスメントの被害および未成年者に対する被害・加害に関する実態調査

神田秀幸¹⁾、尾崎米厚²⁾、岡村智教³⁾、大井田 隆⁴⁾、樋口 進⁵⁾

¹⁾ 横浜市立大学医学部社会予防医学教室

²⁾ 鳥取大学医学部環境予防医学分野

³⁾ 慶應義塾大学医学部衛生学・公衆衛生学講座

⁴⁾ 日本大学医学部公衆衛生学部門

⁵⁾ 国立病院機構久里浜医療センター

【背景および目的】

2010年5月の世界保健機関総会にて「アルコールの有害な使用を軽減するための世界戦略」が採択された。アルコールの有害な使用のひとつとして、わが国では未成年者へのアルコールハラスメント（以下、アルハラ）が考えられた。そこで、一般住民を対象として、アルハラに関して、成人飲酒者からの未成年期の被害および未成年者への加害の実態を明らかにすることを目的とした。

【対象と方法】

全国の住民基本台帳から無作為に抽出した20才以上の計2000人（男女各1000人）を対象とし、個別面接調査法にて調査を行った。調査票は2012年11月上旬に実施・回収し、有効回答1331人（有効回答率66.6%）であった。アルハラは、暴言・暴力など飲酒にまつわる嫌な思いや困った経験と定義した。全年齢を通してのアルハラ被害経験と、回答者が未成年期において成人飲酒者からアルハラを受けた経験および回答者が成人後の飲酒時に未成年者に対するアルハラに加害経験について設問した。

【結果】

全年齢を通してのアルハラ被害経験率は、男性で3-4割、女性で3割弱にみられた。アルハラ被害経験率は、20代で女性が上回ったが、30代以降では男性が高かった。女性のアルハラ被害経験率は年代が高くなるにつれて減少するものの、男性では30-50代での被害経験が多くみられた。回答者が未成年期において成人飲酒者からアルハラを受けた被害では、男女とも20代、次いで40代で高率にみられた。未成年者に対するアルハラをした加害経験では、男性で各年代を通して3%前後、女性ではほとんど回答されていなかった。

【考察とまとめ】

一般成人住民を対象とした本調査結果から、アルハラ被害は、男性では壮年期に、女性では青年期に多くみられることがわかった。未成年期に受けたアルハラ被害経験率と未成年者へのアルハラ加害経験率が大きく乖離していた。この結果には、回答バイアスや思い出しバイアスが含まれると考えられ、またアルハラに対する時代の変化も含まれると考えられた。未成年者に対するアルハラ被害・加害に関する結果の解釈には注意が必要であると思われる。

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）
WHO 世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合的研究
（研究代表者 樋口 進）

平成 25 年度分担研究報告書

プライマリケアにおけるアルコール使用障害のスクリーニング・介入に関する研究
研究分担者 吉本 尚 三重大学医学部, 家庭医療学講座 助教

研究要旨

アルコールの不適切な利用は世界的な問題であり、その対策にプライマリケアが期待される役割は大きい。プライマリケアで利用可能な質問票を開発・確立させ、適切な介入につなげることが重要である。本年度は海外で利用されている質問票を日本語訳した。来年度以降は、現在の日本での診療所を含めたプライマリケア提供施設でのスクリーニングおよび介入のエビデンスはほとんどなく、プライマリケアの場での適切な質問票およびその質問票が効果的な対象を明らかにし、推奨されるスクリーニング方法を明確にする予定である。

A. 研究目的

アルコールの不適切な利用は世界的な問題であり、その対策にプライマリケアが期待される役割は大きい。WHO の世界戦略の 1 つとして、プライマリ・ヘルス・ケアでのスクリーニング、短期的介入の支援があるが、日本のプライマリケアで利用されやすいような、テストの所要時間が短く、カットオフが明確な質問票を開発し、適切な介入につなげることが目的である。今年度は、質問票の候補となる海外の質問票を正式な方法を用いて日本語訳を行う。

B. 研究方法

すでに海外でスクリーニングツールとして開発されている DSM-IV-TR スクリーニング、T-ACE、Single Question、TWEAK、SMAST-G 質問票に関しては日本語訳された質問票が今までになく、以下のような方法を用いて原文→日本語訳を行った。まず、原文を 3 人の日本人が独立して日本語に翻訳し、できた仮翻訳を元に、3 人の話し合いを経て翻訳①を作成した。この翻訳①を、日本語に堪能な Native English speaker が原文を見ずに逆翻訳した後、原文を付き合わせ、同等の内容が表現されているかについてのコメントを作成した。コメントを基に議論を行い、日本語翻訳を完成させ

た。

C. 研究結果

質問票の開発を行った。日本語訳に関しては表 1-5 のとおりである。

D. 考察

テストの所要時間が短い DSM-IV-TR スクリーニング、Single Question、および T-ACE や TWEAK といった女性を主対象として開発された調査票、高齢者を主として開発された SMAST-G 質問票の日本語版の開発を行った。現在世界的に利用され、特定健診で利用されようとしている AUDIT 質問票は、女性や高齢者のスクリーニングを行った場合に感度が低いことが先行研究で知られており、これらの質問票の利用により検出率が向上し、適切な介入につながる可能性もある。現在の日本での診療所を含めたプライマリケア提供施設でのスクリーニングおよび介入のエビデンスはほとんどなく、プライマリケアの場での適切な質問票およびその質問票が効果的な対象を明らかにし、推奨されるスクリーニング方法を明確にすることで、効果的・効率的に短期的介入を行うことが可能となる。今後パイロット調査を行ったのち、プライマリケアでの調査を行う予定であ

る。

E. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

F. 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
特記なし

表 1、DSM-IV-TR スクリーニング

1. In the past 12 months, how often have you had a lot more to drink than you intended to have?

2. In the past 12 months, how often have you been under the influence of alcohol in situations where you could have caused an accident or gotten hurt?

1. 過去 1 年間に、自分が飲もうと思っていた量よりもさらに多く飲酒してしまったことが何回くらいありましたか。
2. 過去 1 年間に、飲酒の影響が残っている状態で事故にあったり、けがをしたことが何回くらいありましたか。

表 2、T-ACE

T: Does it take more than it used to for you to get high? (Tolerance)

A: Have people annoyed you by criticizing your drinking?

C: Have you ever felt you should cut down on your drinking?

E: eye-opener: have you ever had a drink first thing in the morning to steady your nerves or to get rid of a hangover?

T: いい気分になるために、以前より多く飲酒する必要がありますか。

A: 他人があなたの飲酒を非難するので気にさわったことがありますか。

C: 飲酒量を減らさなければいけないと感じたことがありますか。

E: 神経を落ち着かせたり、二日酔いを治すために、「迎え酒」をしたことがありますか。

表 3、Single Question

How many times in the past year have you had five (four for women) or more drinks in a day?

過去 1 年間に、1 日に男性は 5 ドリンク、女性は 4 ドリンク以上飲酒したことが何回ありましたか。

表 4、TWEAK

T: tolerance: how many drinks can you hold ('hold' version >5 indicates tolerance) or how many drinks can take before you begin to feel the effects ('high' version >2 indicates tolerance)

W: have close friends or relatives worried or complained about your drinking in the last year?

E: eye-openers: do you sometimes take a drink in the morning when you first get up?

A: amnesia: has a friend or family member ever told you about things you said or did while you were drinking that you could not remember?

K: kut down: do you sometimes feel the need to cut down on your drinking?

T: あなたは、酔いを感じるまでに何ドリンク飲酒する必要がありますか。

W: 過去 1 年間に、友達や身近な人に飲酒について心配されたり、苦言を言われたりしたことがありますか。

E: 時々、朝起きてから飲酒をすることがありますか。

A: これまでに、家族や友達から、飲酒している最中に言っていたり行ったりしたことについて話をされても、思い出せなかったことがありますか。

K: 時々、飲酒量を減らす必要があると感じることがありますか。

表5、SMAST-G

1. When talking with others, do you ever underestimate how much you actually drink?
2. After a few drinks, have you sometimes not eaten or been able to skip a meal because you didn't feel hungry?
3. Does having a few drinks help decrease your shakiness or tremors?
4. Does alcohol sometimes make it hard for you to remember parts of the day or night?
5. Do you usually take a drink to relax or calm your nerves?
6. Do you drink to take your mind off your problems?
7. Have you ever increased your drinking after experiencing a loss in your life?
8. Has a doctor or nurse ever said they were worried or concerned about your drinking?
9. Have you ever made rules to manage your drinking?
10. When you feel lonely, does having a drink help?

1. 人と話をしている時、自分の飲酒量を実際よりも少な目に伝えたことはありますか。
2. 2-3ドリンク飲んだ後に、お腹が空かないのでご飯を抜いてしまったりすることはありますか。
3. 2-3ドリンク飲むと、体のふるえが楽になりますか。
4. アルコールによって、時々日中や夜にあった出来事を思い出せなくなることはありますか。
5. 飲酒をすると、リラックスしたり、気分が落ち着いたりしますか。
6. 気晴らしをするために、飲酒をすることはありますか。
7. 大事なものや人を失ったり、失敗した時に、飲酒量が増えたことはいままでにありますか。
8. あなたの飲酒について、いままでに医師や看護師から心配されたことはありますか。
9. いままでに、自分の飲酒に関して何らかのルールを作ったことはありますか。
10. 一人ぼっちな気分、さみしい気分になった時に、飲酒をすると楽になりますか。

付 録

— 改訂版保健指導マニュアル —

目 次

項 目 (担当者)

- はじめに (樋口)
- 本教材のねらいと特徴 (中山)
- 構成・もくじ

I. 知識編

1. アルコール問題は様々なところに影響します

- 日本人はどのくらいお酒を飲んでいるのでしょうか? (尾崎)
- 飲酒によってどのくらいの社会的な損失があるのでしょうか? (尾崎)
- 飲酒運転はそんなに危険なのでしょうか? (樋口)
- 飲酒によって嫌な思いをしている人々 (吉村)

2. アルコールはどのように体に吸収・分解されるのでしょうか?

- アルコールはどのように吸収され、分解されるのでしょうか? (樋口)
- アルコールに強い人と弱い人がいるのはなぜでしょうか? (樋口)
- アルコールが酔いをもたらすメカニズムは? (木村)

3. どのようにアルコールは体やこころの健康に影響するのでしょうか?

- アルコールは本当に百薬の長なのでしょうか? (神田)
- アルコールと消化器系の病気 (食道、胃腸、肝臓、膵臓など) (堀江)
- アルコールと心臓、血圧の病気 (吉本)
- アルコールと糖尿病、メタボリック症候群 (吉本)
- 飲酒とがん (横山頭)
- 飲むのが止められなくなってしまう病気～アルコール依存症 (木村)
- アルコールと睡眠 (遠山)
- アルコールと認知症 (杏林大学高齢医学松井)
- アルコールとストレス (遠山)
- アルコールと自殺 (松下)
- アルコールと事故 (遠山)

4. どのようにお酒とつきあえばよいのでしょうか?

- どのくらいアルコールを飲んでいるのか計算してみましょう (中山)
- 推奨されている飲酒量とは? (中山)
- なぜ女性は飲酒を少なめにしたほうがよいのでしょうか? (堀江)
- なぜ高齢者は飲酒を少なめにしたほうがよいのでしょうか? (松下)
- なぜ未成年者は飲酒してはいけないのでしょうか? (真栄里)
- なぜ妊娠中や授乳中の女性は飲酒してはいけないのでしょうか? (真栄里)
- なぜアルコール依存症の人は飲酒してはいけないのでしょうか? (木村)
- 薬を服用している人はお酒をのんでも良いのでしょうか? (久里浜薬剤科)
- その他にどのような人がお酒を飲んではいけないのでしょうか? (中山)

5. たくさんお酒を飲んでいた人がお酒を減らすと、どのような良いことがあるのでしょうか?

- 健康面に良いこと (神田)
- こころに良いこと (神田)
- 生活や経済的に良いこと (尾崎)

6. どのように地域・職域・教育・医療現場でアルコール問題に介入すれば良いのでしょうか？ (琉球病院グループ)

- どのように減酒・禁酒・断酒が必要な人を見分けると良いのでしょうか？
- どのように地域において減酒・禁酒・断酒が必要な人に指導すると良いか教えてください。
- どのように職域において減酒・禁酒・断酒が必要な人に指導すると良いか教えてください。
- 医療現場においてどのように減酒・禁酒・断酒が必要な人に指導すると良いか教えてください。
- 教育現場においてどのように酒害についての啓発を行うとよいか教えてください。
- どのように減酒・禁酒・断酒が必要な人に集団指導すると良いか教えてください。
- どのように減酒・禁酒・断酒が必要な人に個人指導すると良いか教えてください。
- 指導や介入に拒否的な人にはどのようにアプローチをするとよいのでしょうか？
- 介入や指導の後どのようにフォローアップしていくと良いのでしょうか？

7. わが国はどのようなアルコール対策を行っているのでしょうか？ (真栄里)

II. 実践編 (保健指導場面での想定シナリオ集) (肥前グループ)

一般住民、職域、男性、女性、受け入れの良い人、悪い人、うまく介入できた例、介入困難な例、乱用レベルの人、依存症レベルの人、などのキーワード組み合わせで、個人指導と集団指導のパターンを10例ほどの介入想定シナリオを作成してください。

III. Q&A コーナー

生活編

1. ノンアルコールビールやノンアルコールカクテルについて何か気をつけることはありますか？ (中山)
2. 食べ物と一緒に飲酒をしたほうが良いのでしょうか？どのような食べ物と一緒に飲酒すると良いのでしょうか？ (樋口)
3. それぞれのお酒の種類 (ビール、日本酒、焼酎、ワイン、ウイスキー他) で栄養面の特徴はどのようなものがありますか？ (久里浜栄養小林)
4. 元々飲めない人は、お酒を飲み続けると飲めるようになるのですか？また顔が真っ赤になっても飲み続けてよいのでしょうか？ (松下)
5. アルコールを飲むときに牛乳等を飲むと酔いにくくなるというのは本当でしょうか？ (吉本)
6. 毎日の量を減らすのと、休肝日を設ける方法とではどちらが身体によいのでしょうか？ (堀江)
7. 深酒をすると物忘れをしてしまうのはなぜでしょうか？ (木村)
8. 二日酔いしやすいお酒としくいお酒はあるのでしょうか？ (樋口)
9. 夜遅くまで飲んで、眠れば次の日は朝から運転はしてよいのでしょうか？ (吉村)
10. お風呂やサウナに入ると酔いが早く覚めるというのは本当ですか？またアルコールを早く抜く方法はありますか？ (樋口)
11. 二日酔いの予防と二日酔いになった場合の対処法について教えてください。(樋口)
12. 一緒に飲んでいる人が具合悪くなったとき、どのようなタイミングで救急車を呼んだり病院に連れて行ったりすればよいのでしょうか？危険な兆候はありますか？ (吉本)

13. 飲酒後に運動するのはなぜ危険なのでしょう？（樋口）

身体編

1. 肝臓に良いお酒はあるのでしょうか？また同一種のお酒を飲むのと、多種のお酒を飲むのに体への影響の違いはありますか？（佐久間）
2. どのような飲み方をするとアルコール依存症を発症する可能性があるのでしょうか？（木村）
3. 尿酸値が高い人や痛風をしたことがある人はどのようなお酒を飲むとよいのでしょうか？（久里浜栄養 小林）
4. ビールとビール腹は関係あるのでしょうか？他のお酒を飲むほうがメタボリック症候群になりにくいのでしょうか？（神田）
5. ウイルス性肝炎にかかっている人はデータが安定していたら飲酒をしても良いのでしょうか？（堀江）
6. 一度高くなったAST, ALT, γ GTPはどのくらい禁酒すると改善しますか？（堀江）
7. アルコール関連で異常を呈しやすい検査値とその意味を教えてください。（木村）
8. タバコを吸いながらお酒を飲むと、体にどのような影響を及ぼすのでしょうか？（遠山）

指導編

1. どのようなタイミングでアルコール関連問題のある方に受診をすすめたほうが良いのでしょうか？また受診科はどのくらいかかるのでしょうか？（福田）
2. 休肝日が難しい人への効果的な減酒の方法はありませんか？（角南）
3. 飲みだしたらとまらない…と言われる方への対応はどうしたらよいのでしょうか？（中井）
4. 「お酒だけが楽しみで毎日仕事を頑張っている」という方にどのようにお酒を減らしてもらえるようアドバイスしたらよいのでしょうか？（杠）
5. お酒を飲まないとい眠れないが、飲まなくて眠れる方法を薬以外で教えて欲しいと、睡眠薬に頼りたくない方からよく言われますが、どう対処すべきでしょうか？（佐久間）

IV. 資料編

1. 特定保健指導における減酒指導マニュアル（佐久間）
2. 飲酒問題評価尺度（AUDIT、CAGE、ICD-10 診断基準）（吉村）
3. 自助グループについて（吉村）
4. アルコール依存症の治療薬について（吉村）
5. アルコール依存症相談窓口（保健所、精神保健センターなど）（佐久間）
6. アルコール専門医療機関一覧（佐久間）
7. 参考になるホームページの紹介（久里浜、AA など）（佐久間）

アルコール保健指導マニュアル改訂版

A. はじめに

この度、アルコール保健指導マニュアルの改訂版をとりまとめました。初版を出版してから 10 年以上の年月が過ぎています。アルコール問題の予防や対策を取り巻く環境はこの間に大きく変わりました。最も近いところでは、昨年（2013 年）12 月に、念願の「アルコール健康障害対策基本法」が制定されました。この画期的法律の制定までに尽力された多くの方々に、この場をお借りして改めてお礼を申し上げます。今から、この法律の中身を具現化するための計画が立案されていくところです。機会をいただければ、私ども一同努力を惜しまず、貢献させていただきたいと考えています。

この間の変化で特筆すべきもう一つの出来事は、「アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略」が 2010 年の世界保健総会で採択されたことです。既述の基本法は、この戦略が基礎となっており、また、背後から後押ししてくれました。

ところで、世界戦略、換言すれば WHO のアルコール問題対策は、集団的アプローチと個別アプローチの両面から成っています。しかし、WHO は明らかに前者に重きを置いています。保健医療面における対策の切り札は、アルコール健康障害のスクリーニングと簡易介入（ブリーフインターベンション）です。簡易介入の基本は、個別カウンセリングであり、これは個別アプローチです。しかし、少ないエネルギーと時間で、多くの人に実施可能であるため、集団的アプローチの特性も兼ね備えています。この簡易介入が、昨年より特定保健指導に導入されました。これも画期的であり、基本法や世界戦略の流れを具現化したものです。

本書の主な目的は、この簡易介入の普及にあります。従いまして、対象疾患はアルコール依存症ではなく、メタボリック症候群、肝障害などのアルコール健康障害です。介入目標も、断酒ではなく飲酒量低減を念頭に置いて編集されています。本マニュアルには、アルコールに関する様々な知識がわかりやすく纏められているだけでなく、現場で実際に介入する方法やシナリオも収載されています。次年度にかけて、このシナリオを使った動画の作成も予定されています。もちろん、簡易介入だけでなく、予防教育に使っていただくこともできます。

本マニュアルが、簡易介入を特定保健指導に限らず、日常臨床や地域など他の様々な場面で実施いただく際に活用されることを祈念しています。

平成 26 年 3 月吉日

独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター
樋口 進

本教材のねらいと特徴（はじめに）

2003年に「健康日本 21 推進のためのアルコール保健指導マニュアル」が出版されました。同書はアルコールに関する知識がわかりやすく書かれており、実際の保健指導に役に立つと大変好評を得ております。それから10年あまりたちまして、今回「改訂版アルコール保健指導マニュアル」を作成する運びになりました。本書は、現場でのアルコールに関する保健指導に理論的な根拠と、具体的な実践方法を提供するように編集されております。その特徴は以下の3点です。

- 1 本書は多くのアルコールに関する専門家や、保健指導を実践されている方々が作成に関わっておりますが、専門書にありがちな難解な言い回しなどは極力排除して、わかりやすく書かれております。
- 2 本書は大きく分けて知識編、実践編、Q&A、資料編の4部構成になっております。知識編では、対象者が興味・疑問を持ちやすい項目を中心に網羅的な知識とともに、地域・職域・教育・医療現場などでの指導のポイントがわかりやすく書かれています。実践編では、実際の保健指導がイメージしやすいような介入シナリオを用意しました。Q&Aでは、実際に保健指導をしている方々の意見を取り入れて、答えるのが難しいと思われる質問を中心に用意しました。資料編では、介入者に必要と思われる情報や、よく用いられるスクリーニングスケールなどを中心に用意しました。
- 3 現場でアルコールに関する保健指導を行うときに、「どのように進行すれば良いのか」、「どのように対象者からの質問に答えれば良いのか」、「対象者に節酒を勧めるのか、断酒を勧めるのか」、「どのようにすれば短時間に効果的な介入ができるのか」など、他書ではあまり触れられていない箇所にも具体的に答えております。

適切な飲酒（もしくは断酒）によって、ほとんどのアルコール関連疾患は予防できるという意味において、一次・二次予防が非常に重要となります。最後に、微力ながら本書がアルコールに関する保健指導の向上と充実に貢献できるように心より願っております。

平成 26 年 4 月

アルコール保健指導マニュアル改訂版

日本人はどのくらいお酒を飲んでいるのでしょうか？（尾崎）

わが国のアルコールの消費量は1年で成人一人当たり80.9リットルです（2011年）。15歳以上人口一人当たりだと、76.5リットルになります。近年ゆるやかに減少傾向にあります。良く飲まれている酒の種類は、最近大きく変わってきました。ビール、リキュール類、発泡酒等が多くなっています。リキュール類、焼酎などが増加傾向にあり、ビール、発泡酒、清酒などは減少傾向にあります（図1）。欧米諸国と比較するとわが国の消費量は中の下位なので、比較的少ないようですが、日本人は酒を飲めない体質の人が欧米より多いので飲める人一人あたりの消費量は決して低くはありません。

調査前1年間に飲酒した者を飲酒者と定義すれば、2013年調査によると、男性82.4%、女性60.1%（2012年10月1日日本人口に対し）であり、年齢階級別の特徴を見ると、若年層ほど飲酒率が高く、一貫して男が女より割合が高いですが、若年層では、男女差は小さくなっており、20-24歳では男女差がほとんどみられません。

健康日本21（二次計画）の目標値では、生活習慣病のリスクを高める飲酒量として、男性40g以上/日、女性20g以上/日を設定していますが、これに該当する者の割合は、2013年では、男性14.4%、女性5.7%です。機会大量飲酒者（週1回以上、60g以上のアルコールを飲酒）の割合をみると、男性は、15.6%、女性3.6%です。

問題飲酒を見つけ出す質問票（表1；40点満点）によると8点以上（アルコールの危険な使用）の者の割合は、男性24.0%、女性3.5%です。アルコール依存症を否定できない潜在的依存症者である16点以上は男性4.5%、女性0.6%です。アルコール依存症の疑いがあるので、専門医にみてもらったほうが良い20点以上は男性2.0%、女性0.2%（推計数113万人）です。国際的な病気の分類基準にあてはまるアルコール依存症は、男性1.0%、女性0.1%（推計数58万人）です。

近年の傾向をみると、軽度の問題飲酒者の割合は男性を中心に減少している可能性があります。重度のアルコール使用の状態は改善していません。女性ではいずれも横ばいですので、若年者では飲酒行動の男女差がなくなってきました。したがって、相対的に女性のアルコール問題が重要な問題になりつつあります。また、アルコール依存症あるいはその疑いのある人のほんの一部しか、専門の医療に罹っていないと推定されるため（1割未満）、医療機関や健康診断の場でももっと積極的にアルコール問題に取り組む必要があります。

図1 15歳以上一人当たりのアルコール消費量(e/年)

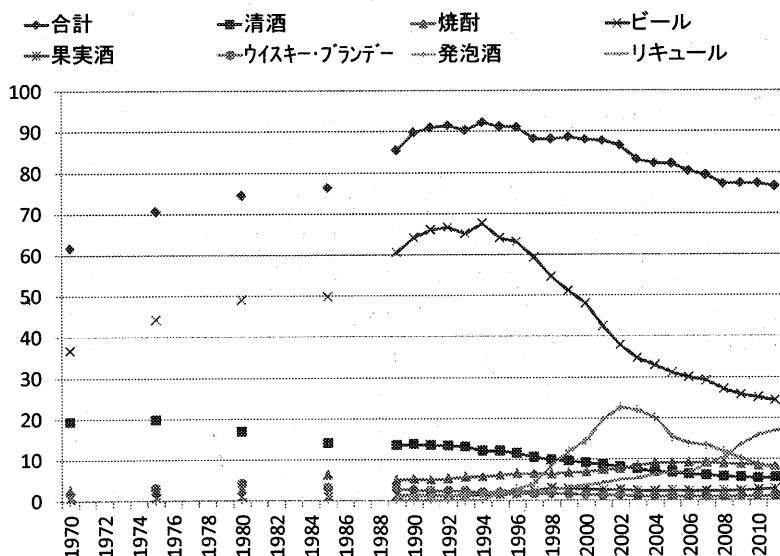


表1 アルコール使用障害同定テスト

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

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、焼酎お湯割り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9～12g)	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 1. 1年間にあり 2. あるが、過去1年にはなし 3. 1年間にあり 4. 過去1年間にあり
10. 両親や親戚、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 1. 1年間にあり 2. あるが、過去1年にはなし 3. 1年間にあり 4. 過去1年間にあり

各選択肢の番号(スコア)を合計したものがAUDIT得点。一般に8点以上をアルコールの危険な使用(何らかの問題が発生しうる)、12点以上を問題飲酒、16点以上を潜在的アルコール依存、20点以上をアルコール依存症の疑いとす。AUDITの最初の3つの質問を簡易版のスクリーニング(AUDIT-C; consumption)として用いることもあり、わが国では男性5点以上、女性4点以上を問題飲酒者としている。

表2 アルコール使用の頻度と日本人口における推計数 (2013年調査より)

分類	男性	女性	推計数(男女計)
飲酒者(過去1年で1度でも飲酒)	82.4%	60.1%	7,428万人
1日平均40g(男性)または20g(女性)以上飲酒する者の割合	14.4%	5.7%	1,039万人
機会大量飲酒者(週1回以上60g以上飲酒)	15.6%	3.6%	979万人
AUDIT 8点以上	24.0%	3.5%	1,400万人
AUDIT 16点以上	4.5%	0.6%	263万人
AUDIT 20点以上	2.0%	0.2%	113万人
アルコール依存症(国際疾病分類)	1.0%	0.1%	58万人

飲酒量のgは、純アルコールの重量、推計数は2012年10月1日人口を基に計算

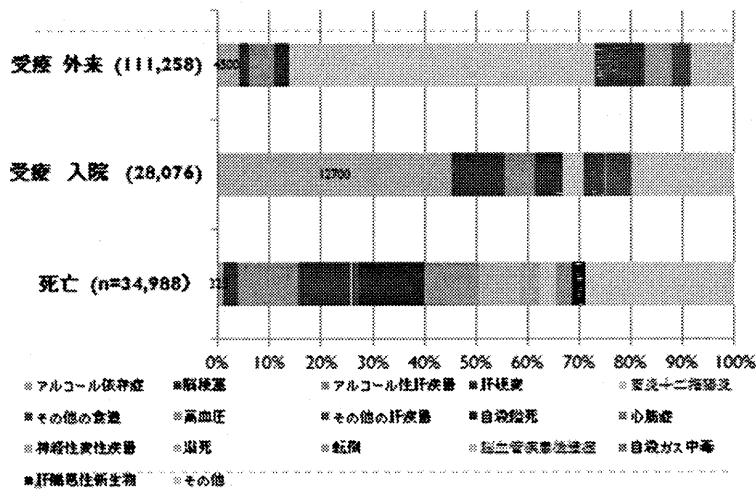
文献

- 1) 国税庁：酒のしおり 平成25年3月。
- 2) 尾崎米厚：わが国の成人の飲酒行動に関する全国調査2013年 2003年、2008年全国調査との比較。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) WHO 世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合的研究(研究代表者 樋口進)、平成25年度分担研究報告書、2014。

飲酒によってどのくらいの社会的な損失があるのでしょうか？（尾崎）

アルコールは多くの疾患を発生しやすくしており、多くの疾患に様々な程度の寄与危険度割合を持っています。すなわち、アルコール依存症以外で死亡、入院、外来に通っている者の、一定割合はアルコールの飲みすぎによるものであると推計できます。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、合計34,988人となりました。推計死亡数の多い疾患は、自殺（6,914人）、アルコール性肝疾患（4,153人）、心筋症（3,682人）、肝硬変（3,574人）、脳血管疾患（2,801人）、転倒・転落（2,293人）、溺水・溺死（2,193人）と外因によるものと肝疾患が多いです。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）でした。推計入院患者数が多いのは、アルコール使用＜飲酒＞による精神及び行動の障害（12,700人）ですが、推計外来患者数が多いのは、胃炎及び十二指腸炎（65,700人）、食道のその他の疾患（10,900人）が多かったです。その他にも、アルコールが背景にある事故等によるケガによる受診も多いのではないかと考えられます。

アルコールが寄与した疾患別患者数、死亡数



アルコールに関連する社会的損失をより妥当な方法で推計するために、利用可能な情報を精査し、推計方法を検討しました。主に、2008年のデータを用いた推計を行ってみると、アルコールの不適切な使用による社会的損失額は4兆1483億円となりました。内訳をみると問題飲酒者の労働効率低下による損失1兆9700億円が最も大きく、次いでアルコールの害による早期死亡者の賃金喪失が、1兆762億円、アルコール起因疾患への医療費が1兆101億円等でした。医療機関に罹らない疾病やケガによる売薬の金額による損失は、125億円と推計されています。飲酒運転による交通事故（物損）も含まれており、年間225億円と推計されています。飲酒運転により人がケガ等をした場合の医療費や労働損失に関わる部分は医療費や賃金損失に含まれています。アルコール依存症の人に支払われる生活保護費を57億円と推計していますが、過小評価かもしれません。障害者年金額は今回推計に含まれていません。これらお損失総額は、喫煙による社会的損失に匹敵し、酒税よりも大きな額であったことが重要です。これは、国民一人当たり、年間3万3千円の損失になり、欧米の値に近い値でした。国民全体に及ぼす経済損失の観点からも、国を挙げてアルコール問題に対処することは重要だと言えます。