

毎日飲酒別では飲酒習慣があることは死亡に対し過小発症となっていたが、飲酒量別では日本酒換算毎日約2合以上群で過剰死亡がみられた。日本酒換算毎日約2合以上となる飲酒量は死亡に対して、個人のリスクである相対危険度を増すだけでなく、集団のリスクである人口寄与危険度も増すため、日本酒換算毎日約2合以上は死亡に影響を与えると考えられた。

がんと飲酒では、胃がんは人口寄与危険への影響はわずかであったが、直腸を含む大腸がんに対しては飲酒量が増えるにつれて相対危険度は増し、人口寄与危険は日本酒換算毎日約2合以上相当が最も多く1合相当が次いで多かった。肝がんは飲酒習慣をもつ者の中では飲酒量が多くなるにつれて相対危険度は増し、人口寄与危険度も増していた。しかし、肝がんにおいては、非飲酒者が最も人口寄与危険が多かった。これは、非飲酒者の中に断酒者が入っており、肝臓がんの経過が長く、因果の逆転が生じている可能性が考えられた。結果の解釈は留意が必要であると思われた。

循環器疾患と飲酒では、脳卒中の死亡および発症はJカーブ減少がみられたが、虚血性心疾患の死亡や発症は飲酒群において過小発症につながっていた。虚血性心疾患や脳梗塞に対する予防的な効果があると考えられた。

しかし、循環器疾患のリスクファクターである高血圧症と飲酒に関しては、飲酒量は、個人のリスクである相対危険度を増すだけでなく、集団のリスクである人口寄与危険度は日本酒換算毎日1-2合相当から高血圧症に影響を与えると考えられた。この違いには、アウトカムが死亡と発症の違いの可能性が考えられた。国民の健康のためには、予防効果のみを強調するだけでなく、発症リスクの観点から飲酒者もできるだけ飲酒量が増えないようにすべきであることが示唆された。

本研究には限界がいくつか含まれる。まず日本人一般男性集団のみ今回対象とした。女性は飲酒者の頻度が男性に比べ少なく、飲酒量別等

についての検討に十分な例数を確保できないため、除外した。しかしながら、今後、女性における飲酒の生活習慣病に対する影響についても検討する必要がある。次に、相対危険度として、点推定値を用いた。相対危険度は95%信頼区間をもつものであるが、今回は飲酒に起因した生活習慣病のインパクトを平易に表現することを優先した。数値の解釈は慎重に行わなければならない可能性を含んでいる。また、調整項目が研究によって若干異なる。調整項目の多少が結果を比較する際に留意しなければならない点である。さらに、研究によって調査時期・追跡期間が異なる点も限界として挙げられる。

結論として、日本人男性の飲酒習慣は、日本人男性集団における死亡や生活習慣病、特に消化器系のがんの発症に大きな影響を及ぼしている可能性が示唆された。今後、飲酒と生活習慣病の関連を検討していく際に、これまでの個人のリスクである相対危険のみでなく、集団のリスクである人口寄与危険度も考慮に入れることが、飲酒対策の健康政策を進めていくために資する可能性が示唆された。(神田)

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・介入に関する研究では、半年に1回以上binge drinkingを行っている学生は半数以上に上ったが、一方で定期飲酒者は少なかった。DSM5での診断では40.7%の学生が軽度以上のアルコール使用障害と診断された。これは大学生の典型的な飲酒パターンである飲み会などで、飲み方のコントロールを喪失している可能性があり、早急な対策が必要であると思われる。本研究結果からは、大学生および大学院生を対象とする過剰飲酒対策は、binge drinkingを中心に行っていくのが望ましいと思われる。

本研究は複数学部、2,000人を対象としたbinge drinkingに注目した大規模な調査であり、これまで日本で実施されておらず、新規性

がある。

本研究の限界として、binge drinking の定義は国によって異なり、イギリスでは1回の飲酒量として男性 64g 超、女性 48g 超、アメリカでは2時間以内に男性 70g 超、女性 56g 超とされており、本研究で使用した男性で 50g 超、女性で 40g 超という基準はこれらの国と比較して少量であり、binge drinking に当てはまる学生数が多くなった可能性がある。また1つの大学のみの調査であり、一般化のための複数の大学での調査が必要であると思われる。また、DSM5 は2013年5月から用いられるようになった診断基準であり、まだその診断特性に関しては十分に検証されているとは言えない。このため、ICD-10などを併用する方が診断の正確性は増す可能性がある。

来年度のプライマリ・ケアでの調査においては、本調査で得られた調査の限界を解消していく予定である。(吉本)

E. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Tokushige K, Hashimoto E, Horie Y, Tanai M, Higuchi S. Hepatocellular carcinoma based on cryptogenic liver disease: The most common non-viral hepatocellular carcinoma in patients aged over 80 years. *Hepatol Res.* 2014 Jun 13. doi: 10.1111/hepr.12372. [Epub ahead of print]
- 2) 堀江義則、山岸由幸、海老沼浩利、金井隆典 アルコール性肝炎重症度スコアの有用性の検証と治療介入による予後への影響についての検討 *肝臓* 2014; 55: 22-31.
- 3) 堀江義則、山岸由幸、海老沼浩利、日比紀文: 栄養指導によるアルコール性肝障害の進展予防の提案 *アルコールと医学生物学* (響文社、札幌市) 2015; 33: 33-37.
- 4) 堀江義則: アルコールと栄養障害

Frontiers in Alcoholism 2014; 2(1), 30-35.

- 5) 堀江義則 ウイルス性肝炎の増悪因子 ウイルス肝炎の薬物治療—変わりゆく治療戦略 *Medicina* 2015; 52, 252-256.
- 6) 堀江義則、齋藤英胤 アルコール性肝障害 一般財団法人 日本消化器病学会(編): 消化器病診療第2版 医学書院、東京、2014, pp173-176.
- 7) 川口香, 清水裕紀子, 泉知子, 落合広子, 吉本尚, 猪野亜郎, 落合正浩: 一企業において行った, アルコール不適切飲酒者に対する, Eメールを活用した SBIRT(Screening, brief intervention, referral to treatment) の報告. *日本アルコール・薬物医学会雑誌.* 49 (6): 369-380, 2014

2. 学会発表

- 1) 第21回関西アルコール関連問題学会 和歌山大会 ポスター発表 (2015年1月24日) 日本肝臓研究会 2014.6 京都(京都会場) 本邦におけるアルコール性肝硬変合併肝細胞癌の実態、堀江義則、海老沼浩利、谷木信仁、山岸由幸、金井隆典
- 2) 平成26年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会、第49回日本アルコール薬物医学会総会 2014.10(横浜) シンポジウム: アルコール性肝硬変、アルコール性肝臓の現状とその対策、基調講演: 本邦におけるアルコール性肝硬変・肝臓の実態堀江義則
- 3) 平成26年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会、第49回日本アルコール薬物医学会総会 2014.10(横浜) シンポジウム: 治療目標としての節酒、内科医の立場から節酒の可能性、堀江義則、
- 4) 第19回日本肝臓学会大会(東京) 2014.10 本邦におけるアルコール性肝硬変の実態、堀江義則、山岸由幸、海老沼浩利、金井隆典

- 5) 第 40 回日本肝臓学会東部会 2014.11 (東京都) 特別企画 1 アルコール性肝障害と NASH—その共通点と相違点— 本邦におけるアルコール性肝臓の実態、堀江義則、山岸由幸、金井隆典
 - 6) 第 34 回アルコール医学生物学研究会学術集会 2015-1-24 (津市) 本邦におけるアルコール性肝臓の実態と飲酒量による肝臓がんへの影響、堀江義則、山岸由幸、海老沼浩利、金井隆典
 - 7) 第 34 回アルコール医学生物学研究会学術集会 2015-1-24 (津市) アルコール性肝臓の急性期における Fibroscan 肝硬度の意義、菊池真大、堀江義則、菊池美穂、高橋正彦、梅田瑠美子、塩澤宏和、西崎泰弘、山岸由幸、加藤眞三、金井隆典
 - 8) Kanda H, Okamura T. Inadequate use of alcohol drinking increased the medical costs and economic burden among Japanese. 16th International Society of Addiction Medicine Annual Meeting ISAM 2014, 2014 年 10 月 5 日, Yokohama
 - 9) 小松知己, 清水隆裕, 吉本尚, 猪野亜郎: 沖協版社会的アルコール認識度調査票 (OSACS) の作成とその有用性. 第 110 回日本精神神経学会学術総会, 神奈川県, 2014
- 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
特記事項なし

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 26 年度分担研究報告書

研究統括、成人の飲酒実態調査、アルコールの生産・消費等のデータ収集解析
研究代表者 樋口 進 独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター 院長

研究要旨

研究分担者、研究協力者とともに班全体で「改訂版アルコール保健指導マニュアル」を作成、出版する。肥前精神医療センターグループ（研究分担者：杠岳文）がシナリオ作成（家庭訪問、入院中の指導、職場での減酒指導などの 4 シナリオ）し、アルコール保健指導の実際をわかりやすく解説した動画作成を行った。保健所、精神保健センターなどの保健指導に関する関係諸機関や、希望する関係諸機関に配布し、また無料で視聴やダウンロードできるように久里浜医療センターのホームページ等に掲載する。WHO の世界戦略を踏まえて、本邦のアルコールの生産、価格、消費、マーケティング等に関するデータの収集と解析を行っており、平成 27 年度に完成予定である。

研究代表者

樋口 進 独立行政法人国立病院機構久里浜
医療センター院長

研究協力者（50 音順）

佐久間 寛之 独立行政法人国立病院機構久
里浜医療センター医長

瀧村 剛 独立行政法人国立病院機構久里
浜医療センター医師

遠山 朋海 独立行政法人国立病院機構久里
浜医療センター医師

中山 秀紀 独立行政法人国立病院機構久里
浜医療センター医長

真栄里 仁 独立行政法人国立病院機構久里
浜医療センター部長

吉村 淳 独立行政法人国立病院機構久里
浜医療センター医長

対策の重要な柱としてアルコール有害な使用の低減にも取り組むことになっている。このような背景を踏まえ、本研究の目的は、わが国のアルコールの有害使用低減のため、施策に必要な実態把握や必要な基礎データを提供することにある。これは厚生労働省の第二次健康日本 21 の推進に寄与することになる。

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」の初版を出版してから 10 年以上の年月が過ぎ、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化した。最近では 2013 年 12 月に、「アルコール健康障害対策基本法」が制定され、2010 年の世界保健総会で「アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略」が採択された。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るが、WHO は明らかに前者に重きを置いている。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）とされている。簡易介入の基本は、個別カウンセリングであるが、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る。この簡易介入が、2013 年より特定保健指導

A. 研究目的

WHO は 2010 年の世界保健総会で「アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略」を採択した。その結果、各加盟国はこの戦略が示す 10 のアルコール対策分野から適切な対策を選んで、有害使用低減対策を推進することになった。WHO は NCD（非感染性疾患）の予防や抑制

に導入された。

このようなことから、本研究班では「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」を全面改定した、「改訂版アルコール保健指導マニュアル」を作成した。同書の目的は、簡易介入の普及にあり、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した。アルコールに関する様々な知識がわかりやすくまとめられているだけではなく、現場で実際に介入する方法やシナリオも収載されている。また簡易介入だけでなく、予防教育にも使用することができる。アルコールに関する保健指導の進展に多いに寄与することが期待される。

依存症を含む問題飲酒者はそのアルコール問題に関して否認や羞恥心を持つことが多く、特に個人的なアルコールに関する保健指導に拒否的になってしまう場合も多い。それらに対処してスムーズに指導を進める方法を記載した書籍は幾つか散見されるが、書籍だけでは実際の保健指導場面のイメージがつかみにくいことも多い。そこでより実際の保健指導場面のイメージを持ちやすくすることを目的に、動画作成を行った。前述の「改訂版アルコール保健指導マニュアル」と合わせて使用することによってより効果的な指導が行われることが期待される。

アルコールの有害な使用、依存症者への対策を効果的にするためには、国内全体のアルコール販売、消費、広告、税金、アルコール関連疾患の動向、自助グループの動向など多岐にわたる項目の把握が必要である。2006 年に WHO に国内のアルコール関連状況を報告したが、それから 10 年近く経て、再度アルコール関連のデータを集積する。これらによってアルコール関連問題への対策への基礎資料となることが期待できる。

B. 研究方法

「改訂版アルコール保健指導マニュアル」作成に関しては、平成 25 年度の報告書に記載の

通り、各研究分担者、研究協力者に執筆を依頼し作成した。その内容は平成 25 年度の報告書に記載の通りである。新興医学出版社に依頼し校正、出版する。

動画作成は、肥前医療センターグループ（研究分担者：杠岳文）が 4 つの保健指導シナリオを作成した。動画作成の実際は、株式会社ネクストに依頼した。8 人の俳優が指導者役（保健師、看護師）と問題飲酒者役に分担し、平成 27 年 3 月 8、9、27 日に久里浜医療センター、武蔵村山市の一民家を利用して撮影を行った。また指導のポイントを理解しやすいように、字幕とナレーションをつける。完成された動画は DVD にして、保健所や精神保健センターなどアルコール保健指導や、希望するアルコール保健指導に関わる関係諸機関に無料配布する。また久里浜医療センター等アルコール医療機関のホームページに掲載し無料視聴、ダウンロードできるようにする。

本邦のアルコールの生産、価格、消費、マーケティング等に関するデータの収集と解析を、既存の集積データを利用して行っており、平成 27 年度に完成予定である。

倫理面への配慮

平成 26 年度の研究は個人情報を取り扱うものではなく、特に倫理面への配慮は必要としないと考えられる。

C. 研究結果および考察

アルコール保健指導の動画については、付属の DVD をご参照いただきたい。その概要は①会社での会社員への保健師による減酒指導、②農家への訪問による保健師による専門医療機関受診指導、③役所での公務員への保健師による減酒指導、④入院中患者への看護師による減酒指導、である。動画は各 10-20 分程度の構成（①②③については各 2 回のセッション、④は 1 回のセッション）であり、短時間で効果的な介入ができるようにブリーフインターベンション

の技法を用いている。①②③については、保健師による初回指導と2回目の効果確認のセッションに分かれている。④については入院中に病棟看護師による指導なので1回の介入となっている。そして介入法のポイントについてわかりやすいように字幕とナレーションをつけて説明している。いずれも実際的な場面設定であり、保健指導に非常に参考になることが期待される。

D. 研究発表

1. 論文発表
特になし
2. 学会発表
特になし

E h. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

日本成人における飲酒関連問題の頻度と潜在患者

研究分担者 尾崎米厚 （鳥取大学医学部環境予防医学分野）

研究要旨

わが国の成人の飲酒行動の特徴と動向を明らかにするために、2003 年、2008 年、2013 年に全国調査を行った、対象者は層化 2 段無作為抽出により全国から無作為に抽出した。層は、都道府県を 11 地区に分類したものと、都市人口規模であった。調査内容は、飲酒頻度や飲酒量、ICD-10 のアルコール依存症診断基準、アルコール依存症判別のための簡易質問項目（CAGE、KAST）、有害な使用に対する簡易質問項目（AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test）、性、年齢、社会化経済的要因、喫煙状況、睡眠障害の状況、寝酒の状況、初めての飲酒年齢、習慣飲酒開始年齢、フラッシング反応の自己認識等であった。ICD-10 の基準によるアルコール依存症は、この 1 年間のアルコール使用に関する状況を依存の診断基準に照らして判定した。CAGE は、2 点以上、KAST は 2 点以上を問題飲酒者とした。AUDIT は 12 点以上、15 点以上の者の割合を算出した。Binge drinking（機会大量飲酒）は、週 1 回以上、60g 以上の飲酒と定義した。Risky drinking（危険飲酒）は、週あたりの飲酒量が、男性 280g 以上、女性 168g 以上の飲酒、Hazardous drinking（健康影響の可能性のある飲酒）、は、一日当たりの飲酒量が男性 40g 以上、女性 20g 以上、Heavy episodic drink は、過去 30 日に少なくとも 1 回 60g 以上の飲酒をした人と定義した。2003 年調査では、2,547 人（response rate=73%）、2008 年調査では、4,123 人（response rate=55%）、2013 年調査では、4,153 人（response rate= 59%）の回答を得た。男性は女性より飲酒率が高いが、毎日飲酒者割合、週あたりの飲酒量、AUDIT の平均スコア等は男性で減少傾向にあり、女性では減少傾向ははっきりなかった。また、初めての飲酒の平均年齢や初めての泥酔経験年齢の若年化が女性でのみ起こっていた。習慣的飲酒の開始年齢の若年化は男女ともに観察された。このように、男女あわせた飲酒率は減少傾向にあるが、飲酒率の男女接近状況や飲酒行動の若年化の恐れもあるため、今後も定期的なモニタリングが必要である。現状では、わが国の飲酒行動は欧米と比較すると飲酒率等は男性ではやや低く、女性では極めて低かった。しかし、特に男性では、binge drinking や heavy episodic drinking の割合はあまり変わらないので、今後の注意深い観察が必要である。また、アルコール依存症者の推計数等は、大きく対策の必要な人の数は多いと言える。また、アルコール依存症者のほんの一部しか適切な治療に結びついていないと考えられた。一方で、このような人の多くが医療機関や健診を受診しており、これらの場がスクリーニングと、簡易介入、専門医への紹介の場となることが重要である。

研究協力者；金城文（鳥取大学医学部環境予防医学分野 講師）

A. 研究目的

飲酒は健康面のみならず、交通事故、一気飲み、暴力、犯罪、虐待、自殺など多くの社会間

題と関連があり、社会的損失も莫大である¹⁾。

飲酒は健康に関連する主要因のなかでも特に影響の大きなものである²⁾。世界保健機関は

以前より、この問題に着目し、2010 年の総会にて、アルコールの有害使用を低減するための戦略 (Global strategy to reduce harmful use of alcohol) を採択した³⁾。これに伴い、世界各国において、アルコールの有害使用を低減するための対策の強化が期待されている。

日本では、2000 年より厚生労働省による国民の健康づくり運動である「健康日本 21」の分野の一つとして、アルコールをとりあげ、アルコールの有害使用の低減に取り組んできたが、成人の飲酒問題については、大きな成果は得られていない⁴⁾。

日本の 15 歳以上の国民一人あたりのアルコール消費量は、世界の中では多い方ではないが、我々は、2003 年にわが国の 20 歳以上の成人を無作為に抽出して飲酒行動の実態に関する全国調査を実施したところ、多くのアルコール依存症の潜在的患者がおり、大きな社会問題であると推定した⁵⁾。しかし、2003 年以降日本を代表するような調査が実施されておらず、その後の実態が明らかになっていなかった。

一方、厚生労働省による毎年実施の国民健康栄養調査において 1986 年以降の飲酒状況を知ることができるが、飲酒の定義、情報の信頼性、情報項目の少なさなどの問題から必ずしも実態を反映していないのではないかと指摘されている⁶⁾。

我々は、2008 年と 2013 年に 2003 年の調査と同じ方法を用いた全国調査を実施し、その結果を比較し、動向を調べることにした。

本研究の目的は、わが国の一般成人の飲酒行動の実態とアルコール依存症の頻度およびアルコール関連問題の実態を明らかにすることである。これにより、わが国の一般成人人口に

おける飲酒者率、潜在的アルコール依存者数、アルコール関連問題の頻度などを提供することができ、わが国のアルコール関連問題の実態を医学的に記述するのみならず、アルコール関連問題に対する対策の評価へ活用できる貴重な基礎資料を提供することができる。

B. 研究方法

研究方法は、断面調査である。対象者は、全国から無作為に抽出された、成人である。調査方法は、調査回答者の自宅への調査員による訪問面接調査であった。

対象者

対象者は層化 2 段無作為抽出により抽出した。層は、都道府県を 11 地区に分類し（北海道、東北、関東、北陸、東山（山梨、長野、岐阜）、東海、近畿、中国、四国、北九州、南九州）さらに都市規模により 5 分類して（14 大都市、人口 30 万以上の市、10 万人以上の市、10 万人未満の市、町村）決定した。調査地点は各層よりそれぞれの地区・都市規模別の 20 歳以上人口に比例して抽出数を決定した。2003 年調査では、3,500 人、2008 年調査では、7,500 人、2013 年では、7052 人を抽出した。

調査内容

調査内容は、ICD-10「有害な使用」を判定するための精神的・身体的健康状態、アルコール依存症同定のための ICD-10 のアルコール依存症診断基準、アルコール依存症判別のための簡易質問項目 (CAGE、KAST)、有害な使用に対する簡易質問項目 (AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test)、性、年齢、

学歴、婚姻状況、同居家族、社会活動への参加、職業、世帯の収入、身長、体重、喫煙状況、睡眠障害の状況、睡眠薬の服用、寝酒の状況、初飲年齢、習慣飲酒開始年齢、飲酒頻度、飲酒量、1日最大飲酒量、フラッシング反応の自己認識、アルコールによる問題行動の被害経験等であった。

判定基準

ICD-10の基準によるアルコール依存症は、この1年間のアルコール使用に関する状況を依存の診断基準に照らして判定した⁷⁾。

CAGEは、Cut down on drinking, Annoyed by criticism of drinking, feeling Guilty about drinking, and Eye-opener (morning drinking)の4項目をあらわす頭文字からとった簡易診断項目で2項目以上をアルコール依存症疑いとした⁸⁾。KASTは、Kurihama Alcoholism Screening Testの略で2点以上をアルコール依存症疑いとした⁹⁾。AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)のカットオフポイントは日本では諸外国より高いことが指摘されており¹⁰⁻¹¹⁾、10~14点位以上を問題飲酒群とすべきであるといわれており¹²⁾、本研究では12点以上、15点以上の者の割合を算出した。

Binge drinking (機会大量飲酒)は、週1回以上、60g以上の飲酒と定義した¹³⁾。

Risky drinking (危険飲酒)は、週あたりの飲酒量が、男性280g以上、女性168g以上の飲酒と定義した¹⁴⁾。

Hazardous drinking (健康影響の可能性のある飲酒)は、一日当たりの飲酒量が男性40g以上、女性20g以上と定義した (健康日本21

第二次計画)¹⁵⁾。

Heavy episodic drink は、過去30日に少なくとも1回60g以上の飲酒をした人と定義した¹⁾。

調査手順と回答率

2008年調査は、2008年6月、2013年調査は2013年7月に実施した。

調査対象地区を無作為に選んだ後、市町村役場に調査依頼文書を送付し、調査員が役場にて住民基本台帳から、無作為に対象者選び、調査の受諾の可否を本人に尋ね、協力を了承した者へ訪問面接調査を実施した。

2003年調査では、2,547人 (response rate=73%)、2008年調査では、4,123人 (response rate=55%)、2013年調査では、4,153人 (response rate=59%)の回答を得た。

統計的手法

それぞれの項目における平均値および割合は、一般線形モデル (GLM) を用いて、年齢調整値および割合と95%信頼区間を計算した。年齢調整推計数は、5歳階級別の日本人口を用いて行った。

傾向性の検定も、一般線形モデルに調査年を固定因子として代入して検討した。統計学的分析には、SPSS Version 19を用いた。

一般線形モデルにおいて従属変数にそれぞれの嗜癖や依存の有無、固定因子に調査年や性別、共変量に年齢を用いて計算を行った。

Ethical consideration

本研究は、久里浜医療センター (Kurihama

Medical and Addiction Center) 倫理委員会の承認を得て行った。調査の同意は、調査員が訪問した際、調査の趣旨、内容、個人情報の保護について説明し、同意を得てから行った。無記名調査であるが、得られた調査票は厳重に保管し、本研究班関係者以外は閲覧せず、個人が特定できるような研究結果の公表はしていない。

C. 研究結果

1) 社会経済的指標

表 1 に、回答者の社会経済的指標を示す。2013 年の調査回答者の平均年齢が高いので、平均値や割合の比較は年齢調整を行った。

調査のたびに、就学年数は、男女とも長くなる傾向が認められた。正規雇用者の割合は男性に比べ女性では低い、女性では調査のたびに割合が増加する傾向にあった。

2) 飲酒行動について

表 1 には、飲酒行動に関する主な指標の年次推移を示した。日本では、男性の飲酒率が女性よりも高いのが特徴である。この 1 年間に飲酒した者の割合は、男性が女性より高く、男女とも統計学的に有意な変化はなかった。毎日飲酒する者の割合は男性で減少傾向にあった。週 3 日以上寝酒をする者の割合は男女とも多くなり、男性では減少傾向にあった。初めて飲酒をした平均年齢は男性の方が若かったが、女性では調査のたびに低下傾向にあった。習慣的飲酒の開始平均年齢は男女とも低下傾向にあった。初めて泥酔した平均年齢は男性が若い、女性では調査のたびに低下傾向にあり、男女差がかなり小さくなりつつあった。

飲酒者の週当たりの平均飲酒単位は男性が多いが減少傾向にあった。AUDIT の平均点をみると男女とも 2003 年が高く、その後下がって横ばいであった。危険な飲酒をする者の割合は男性が高いが、減少傾向にあった。フラッシュの割合は男女差があまりないが、2013 年調査では女性でやや低かった。

3) 問題飲酒者の状況

表 2 には、いくつかの基準を用いて計算した問題飲酒者の割合と推計数を示している。

ICD-10 の診断基準によるアルコール依存症の生涯経験者率および現在率は、男女とも割合は低かったが、男性の方が高い値であった。日本人口における推計数をみると、生涯経験者は、2013 年では、107 万人（男性 94 万人、女性 13 万人）、現在依存症者は、57 万人（男性 50 万人、女性 7 万人）となった。割合が小さいため、年次推移の特徴は明確ではない。推計数が最も少なかったのは生涯経験者では、60 万人（2008 年調査）、現在依存症者では、26 万人（2003 年調査）であったので、日本には、少なくとも数十万人のアルコール依存症者がいるものと思われる。

問題飲酒に関するいくつかのスクリーニングテストの結果を、比較的多く用いられているカットオフ値を用いて分析すると、男性は、5 から 7 %、女性は 1 %前後が該当した（AUDIT 15 点以上、CAGE および KAST2 点以上）。推計数は、男性で 2 - 3 百万人、女性で 40-80 万人くらいであった。Risky drinking や hazardous drinking の該当割合はそれよりも高かった。Binge drinking は、若年者および男性で割合が高く、2013 年調査では、男性

12.0%、女性 2.2%が該当した。Heavy episodic drink の割合は高く、2013 年調査では、男性 30.5%、女性 7.2%が該当した。

4) 問題飲酒者への節酒アドバイスの実態

表 3 には、それぞれの問題飲酒状況の有無に、節酒や断酒の希望、医療機関や健診の受診状況、そこでの節酒指導の状況について、2013 年調査をもとに分析した結果を示す。

酒を止めたい者の割合は、アルコール依存症者には多いが（生涯経験者の 17%、現在有病者の 27%）、その他の状況の者では多くなく、特に risky drinking を行う者の中では 0.9%と極めて少なかった。減酒したい者の割合は高く、どの問題飲酒状況の者でも高かった。しかし、いままでアルコール依存症の治療を受けたことのある者の割合は低く（生涯経験者の 8%、現在有病者の 10%）、女性には治療経験者がいなかった。

一方、この 1 年間に医療機関を受診したり、健康診断を受けた者の割合は、問題飲酒群に該当していてもきわめて高く、その他の者との差はほとんど認められなかった。しかし、医療機関で飲酒についての問診をされなかった者の割合は、女性やアルコール依存症以外の問題飲酒者で高かった。これらの者では、医師から節酒のアドバイスを受けた者の割合も低かった。健康診断でも女性やアルコール依存症以外の問題飲酒者で節酒指導を受けなかった者の割合が高かった。

アルコールによる肝機能障害を指摘された経験のある男性は多く、特に依存症者で高かった。しかし、肝機能障害の治療経験がある者の割合は低く依存症者以外の問題飲酒者では

半分程度であった。

D. 考察

本研究により、日本を代表するような成人の飲酒実態とその動向が明らかになった。

男性は女性より飲酒率が高いが、毎日飲酒者割合、週あたりの飲酒量、AUDIT の平均スコア等は男性で減少傾向にあり、女性では減少傾向ははっきりなかった。また、初めての飲酒の平均年齢や初めての泥酔経験年齢の若年化が女性でのみ起こっていた。習慣的飲酒の開始年齢の若年化は男女ともに観察された。

2003 年調査の回答率が高く、飲酒行動の傾向を観察する上では、注意が必要であるが、男女に一貫した傾向がないことから、その影響は一部にとどまるものと考えられる。

このように、男女あわせた飲酒率は減少傾向にあるが、飲酒率の男女接近状況や飲酒行動の若年化の恐れもあるため、今後も定期的なモニタリングが必要である。

日本のアルコール依存症の疑いのある成人の割合は、米国やヨーロッパ諸国での調査結果と比較すると、低いものであった。米国の一般集団を対象とした調査の結果では、5-10%もの ICD-10 の基準によるアルコール依存症者が認められるが^{16, 17)}、本調査では、1%前後であった。AUDIT の項目にある飲酒頻度や飲酒量は欧州諸国での調査の結果と比較するとわが国は男女とも少ないほうにあたる¹⁸⁾。しかし、Heavy Episodic Drink の頻度は男性では、あまりかわらず、女性でも決して低いわけではなかった。これらの結果は、日本人には、もともとあまりアルコールが飲めないフラッシュヤー

の割合が約 4 割いることを考慮しても日本での割合の方が低い。この理由のひとつにわが国では、先進諸国の中で女性の問題飲酒者の割合が極めて低いことがある。特にヨーロッパ諸国では、女性の ICD-10 の基準によるアルコール依存症の頻度は高く、フィンランド女性では、約 11%にものぼったが¹⁹⁾、日本ではわずかであった。AUDIT の平均点や高得点者の割合も日本女性ではオーストラリア女性よりもかなり低かった²⁰⁾。

一方、新興国は開発途上国の結果と比較すると、わが国の AUDIT の高得点者の割合は男性では、タイでの調査結果より高く、飲酒量も多かった。女性では高得点者の割合はあまり変わらず、飲酒量は日本が多かった²¹⁾。ブラジルの調査結果と比較すると heavy drinker の割合はわが国のほうが男女とも低かった²²⁾。

しかし、日本人口に占めるアルコール依存症疑い者の割合や問題飲酒者の割合から推計される該当人口はかなり多かった。たとえば、2013 年調査では、アルコール依存症者は、107 万人、AUDIT12 点以上の者は 593 万人、AUDIT15 点以上の者は 292 万人、危険飲酒者は 974 万人もの推計数であった。

今までの日本で行われた研究には、一般集団におけるアルコール依存症の頻度を、複数の指標を用いて測定しようとした全国調査は見当たらないため²³⁻²⁶⁾、今回それを明らかにできた意義は大きい。今回のスクリーニング検査で陽性（依存症の疑いがある）とされる者の割合は、CAGE2 点以上、AUDIT15 点以上、KAST2 点以上、ICD-10 によるアルコール依存症の順で多かった。

2003 年からの傾向をみると、AUDIT15

点以上の者、CAGE2 点以上の者、KAST2 点以上の者の割合や推計数は減少傾向にあるが、一方で ICD-10 によるアルコール依存症者や AUDIT20 点以上の者は、はっきりした増減傾向は認められなかった。また risky drinking、hazardous drinking や binge drinking の割合や推計数は、2003 年が高く、2008 年に減少したが、2013 年に増加する傾向が認められた。2013 年調査で初めて調べた heavy episodic drink の割合も男女計で、17.4%、推計数で 1930 万人ときわめて多かった。これらは、若年の飲酒者が行いやすい飲酒行動であり、今後世代別の飲酒行動を注意深く観察し続ける必要がある。

2013 年調査では、断酒や節酒の希望、医療機関や健診での節酒の指導について調査した。アルコール依存症など問題飲酒の状況にある者では、節酒したい者の割合が高く、より重篤な問題飲酒状況にある者ほど割合が高かった。しかし、断酒したい者の割合は、アルコール依存症以外の者では低かった。

問題飲酒状況にある者では、そうでない者と比較して、医療機関に受診する者の割合が高く、健診受診率は変わらず高かった。しかし、アルコールについての問診を受けた者の割合は女性では低く、問題飲酒者の多くが、問診を受けず、したがって医師等からの節酒アドバイスもあまり受けていなかった。これは健康診断においてはさらに顕著で、多くの問題飲酒状況にある女性は節酒アドバイスを受けていなかった。

一方、アルコール依存症者や問題飲酒者はほんの 9 割以上は治療を受けておらず、またアルコールによる肝障害者も治療を受けていない者も多かった。

このような傾向は欧米でも同様に報告されており、多くのアルコール依存症者が適切に治療に結び付いていないと考えられている^{27, 28)}。今回の調査により、わが国では、それらよりも低い割合しか治療に結び付いていない可能性が示唆された^{29, 30)}。

アルコール依存症はその他の物質依存の中でも最も本人が止めたいと思わない依存である可能性があり³¹⁾、その対策は困難を極めるが、本調査では、アルコール依存症者の一定割合の者が酒を止めたい、あるいは減らしたいと思っていることも明らかになった。また、問題飲酒者が医療機関や健康診断を受診している割合が意外に高かったので、わが国では、医療機関や健康診断の場が節酒指導の重要な場になる可能性があり、現在はその可能性をあまり生かし切れていないことが明らかになった。目の前にいる問題飲酒者に気付かず、介入の機会を逸しているのである。今後は、このような場面での問題飲酒者のスクリーニング、適切な治療への受け渡し、アルコール依存症の手前の人への節酒指導が重要になってくると考えられる。

しかし、一般医療機関や健康診断の場での介入該当者の頻度が低い場合、費用対効果の問題も生じるため、医療経済学的な検討も今後必要となるであろう³²⁾。

研究の限界 (limitations)

本研究では、2003 年の調査の回答率が高いが、2008 年、2013 年調査の回答率は低かった。傾向を検討する際にこの点が問題になる。社会経済学的指標は調査年により差がある項目は認められたが、それらは社会の変化に伴うもの

と考えられ、reasonable な変化であり、2003 年の結果のみが飛び離れていなかったため、回答率が低い調査でも回答者に大きな偏りはなかったものと解釈した。

E. 結論

男性は女性より飲酒率が高いが、毎日飲酒者割合、週あたりの飲酒量、AUDIT の平均スコア等は男性で減少傾向にあり、女性では減少傾向ははっきりなかった。また、初めての飲酒の平均年齢や初めての泥酔経験年齢の若年化が女性でのみ起こっていた。習慣的飲酒の開始年齢の若年化は男女ともに観察された。

2003 年調査の回答率が高く、飲酒行動の傾向を観察する上では、注意が必要であるが、男女に一貫した傾向がないことから、その影響は一部にとどまるものと考えられる。このように、男女あわせた飲酒率は減少傾向にあるが、飲酒率の男女接近状況や飲酒行動の若年化の恐れもあるため、今後も定期的なモニタリングが必要である。

現状では、わが国の飲酒行動は欧米と比較すると飲酒率等は男性ではやや低く、女性では極めて低かった。しかし、特に男性では、binge drinking や heavy episodic drinking の割合はあまり変わらないので、今後の注意深い観察が必要である。また、アルコール依存症者の推計数等は、大きく対策の必要な人の数は多いと言える。また、アルコール依存症者のほんの一部しか適切な治療に結びついていないと考えられた。一方で、このような人の多くが医療機関や健診を受診しており、これらの場がスクリーニングと、簡易介入、専門医への紹介の場となることが重要である。

謝辞

本研究は、平成 25-27 年度厚生労働省厚生科学
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（H-25 循環器等（生習）
ー一般ー011）「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）の一環として行われた。

文献

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. Geneva, Switzerland, 2014.
2. World Health Organization. Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, Switzerland, 2009.
3. World Health Organization. Global strategy to reduce harmful use of alcohol. Geneva, Switzerland, 2010.
4. 厚生労働省健康日本 2 1 評価作業チーム. 健康日本 2 1 最終評価.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001r5np.pdf>. 2011
5. Osaki Y, Matsushita S, Shirasaka T, Hiro H, Higuchi S. Nationwide survey of alcohol drinking and alcoholism among Japanese adults. *Jpn J Alcohol & Drug Dependence*, 40(5): 455-470, 2005 (in Japanese).
6. 尾崎米厚、松下幸生、白坂智信、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割合、多量飲酒者割合の推計. 厚生指針, 51(8):22-26, 2004.
7. World Health Organization: The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders, Clinical descriptions and diagnostic guidelines (World Health Organization), Geneva, 1992.
8. Mayfield, D., Mcleod, G., Hall, P: The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument. *Am. J. Psychiatry*, 131(10):1121-1123, 1974.
9. Saito, S., Ikegami, N.: KAST (Kurihama Alcoholism Screening Test) and its applications. *Japan Stud. Alcohol*, 13(4):229-237, 1978.
10. Barry, K., Fleming, M.F.: The alcohol use

disorders identification test (AUDIT) and the SMAST-13: Predictive validity in a rural primary care sample. *Alcohol Alcohol.*, 28(1):33-42, 1993.

11. Allen, J.P., Litten, R.Z., Fertig, J.B., Babor, T.: A review of research on the alcohol use disorders identification test (AUDIT). *Alcohol Clin. Exp. Res.*, 21(4):613-619, 1997.
12. 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(5):437-450, 1996.
13. World Health Organization. Governments confront drunken violence. *Bull World Health Organ* 88:644-645, 2010.
14. Department of Mental Health and Substance Dependence. International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. World Health Organization. Geneva, Switzerland, 2000.
15. 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会. 健康日本 2 1 (第 2 次) の推進に関する参考資料.
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf. 2012.
16. Grant BF. ICD-10 harmful use of alcohol and the alcohol dependence syndrome: prevalence and implications. *Addiction* 88(3):413-420, 1990.
17. Caetano R, Tam TW. Prevalence and correlates of DSM-IV and ICD-10 alcohol dependence: 1990 US National Alcohol Survey. *Alcohol Alcohol* 30(2):177-186, 1995.
18. Knibbe RA, Derickx M, Kuntsche S, Grittner U, Bloomfield K. A comparison of the alcohol use disorder identification test (AUDIT) in general population surveys in nine European countries. *Alcohol & Alcoholism* 41(Suppl 1):i19-i25, 2006.
19. Poikolainen K. Risk factors for alcohol dependence: a questionnaire survey. *Alcohol Clin Exp Res* 21(6): 957-961, 1997.
20. Fleming J. The epidemiology of alcohol use in Australian women: findings from a national survey of women's drinking. *Addiction* 91(9): 1325-1334, 1996.
21. Assanangkornchai S, Sam-Angsri N, Rempongpan S, Lertnakom A. Patterns of alcohol consumption in the Thai population: results of the national household survey of 2007. *Alcohol & Alcoholism* 45(3): 278-285, 2010.
22. Silveira CM, Siu ER, Wang YP, Viana MC, de Andrade AG, Andrade LH. Gender differences in drinking patterns and

alcohol-related problems in a community sample in Sao Paulo, Brazil. *Clinics* 67(3); 205-212, 2012.

23.総理府：日本人と酒、日本人の酒とたばこ（総理府広報室編）、pp2-55、大蔵省印刷局、東京、1989.

24.健康・体力づくり事業財団：飲酒と喫煙、健康づくりに関する意識調査（健康・体力づくり事業財団編）、pp89-92、健康・体力づくり事業財団、東京、1997.

25.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：飲酒パターンとその健康に関する意識調査、日米科学技術報告アルコール中毒研究報告（厚生省精神保健課編）、pp72-194、厚生環境問題研究会、東京、1985.

26.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、アルコール臨床研究のフロンタライン（樋口進編）、pp1-44、厚健出版、東京、1996.

27. Chartier KG, Caetano R. Trends in alcohol services utilization from 1991-1992 to 2001-2002: ethnic group differences in the U.S. population. *Alcohol Clin Exp Res* 35(8); 1485-1497, 2011.

28. Cohen E, Feinn R, Arias A, Kranzler HR. Alcohol treatment utilization: findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Drug Alcohol Depend* 86(2-3); 214-21, 2007.

29. Cunningham JA, Breslin FC. Only one in three people with alcohol abuse or dependence ever seek treatment. *Addictive Behaviors* 29; 221-223, 2004.

30. Kaufmann CN, Chen LY. Treatment seeking and barriers to treatment for alcohol use in persons with alcohol use disorders and comorbid mood or anxiety disorders. *Soc Psychiatr Epidemiol* 49(9); 1489-1499, 2014.

31. Wong M. Age of onset of alcohol and other substance as typology of alcohol dependence in the NESARC sample. *Alcohol Clin Exp Res* 37(Suppl 2); 268A, 2013.

32. Desai MM, Rosenheck RA, Craig TJ. Screening for alcohol use disorders among medical outpatients: the influence of individual and facility characteristics. *Am J Psychiatry* 162; 1521-1526, 2005.

表 1 飲酒行動に関する指標と社会経済的指標の動向

	調査年	値	男性	女性		合計		男 vs 女	検定結果 調査年の傾向性の検定	
			95%信頼区間	value	95% C.I.	crude rate	95% C.I.		男性	女性
平均年齢	2003	53.2	52.3-54.2	52.6	51.8-53.5	52.9	52.3-53.5	0.35		
	2008	53.9	53.2-54.7	52.5	51.8-53.2	53.1	52.6-53.6	<0.01	<0.01	<0.01
	2013	56.2	55.4-57.0	55.7	54.9-56.4	54.1	53.6-54.5	<0.01		
この一年に飲酒あり	2003	83.6%	81.5-85.7	62.5%	60.1-65.0	72.3%	70.4-74.0	<0.01		
	2008	82.2%	80.6-84.0	60.9%	59.1-62.8	70.7%	69.4-72.1	<0.01	0.80	0.39
	2013	82.9%	81.2-84.6	63.3%	61.4-65.1	72.0%	70.7-73.3	<0.01		
毎日飲酒率	2003	36.8%	34.2-39.5	7.4%	6.0-8.8	22.1%	20.6-23.5	<0.01		
	2008	32.0%	29.9-34.1	7.4%	6.3-8.5	19.8%	18.6-20.9	<0.01	<0.01	0.98
	2013	29.4%	27.3-31.5	7.3%	6.2-8.4	18.4%	17.2-19.5	<0.01		
寝酒が週3日以上	2003	5.8%	4.6-7.1	1.4%	0.8-2.0	3.6%	3.0-4.3	<0.01		
	2008	5.3%	4.3-6.3	1.4%	1.0-1.9	3.4%	2.9-3.9	<0.01	0.04	0.38
	2013	4.2%	3.2-5.2	1.1%	0.7-1.6	2.7%	2.1-3.2	<0.01		
AUDITの平均点数	2003	5.9	5.6-6.1	2.2	2.1-2.4	4.1	3.9-4.2	<0.01		
	2008	5.1	4.8-5.3	1.7	1.6-1.8	3.4	3.3-3.5	<0.01	<0.01	<0.01
	2013	5.1	4.8-5.3	1.8	1.7-1.9	3.4	3.3-3.6	<0.01		
初めての飲酒の平均年齢	2003	19.1	19.0-19.3	21.6	21.3-22.0	20.4	20.2-20.6	<0.01		
	2008	19.2	19.1-19.4	21.3	21.0-21.8	20.2	20.1-20.4	<0.01	0.14	0.02
	2013	19.0	18.9-19.2	21.0	20.7-21.3	20.0	19.9-20.2	<0.01		
習慣的飲酒の開始年齢	2003	27.2	26.6-27.8	31.3	30.3-32.3	29.6	29.0-30.1	<0.01		
	2008	26.6	26.1-27.1	30.7	30.0-31.5	28.9	28.5-29.4	<0.01	<0.01	0.07
	2013	25.3	24.9-25.8	29.9	29.2-30.6	28.0	27.6-28.4	<0.01		
初めての泥酔の平均年齢	2003	23.8	23.2-24.3	25.8	25.0-26.6	25.1	24.6-25.5	<0.01		
	2008	23.8	23.4-24.2	24.5	23.9-25.2	24.4	24.0-24.8	<0.01	0.84	<0.01
	2013	23.6	23.2-24.1	24.2	23.6-24.8	24.3	23.9-24.6	<0.01		
週当たりの平均飲酒量（1単位エタノール10g）	2003	17.2	16.1-18.3	4.4	3.8-5.0	10.8	10.1-11.5	<0.01		
	2008	14.6	13.7-15.5	4.2	3.8-4.7	9.5	8.9-10.0	<0.01	<0.01	0.89
	2013	14.7	13.8-15.6	4.3	3.8-4.8	9.5	8.9-10.0	<0.01		
危険飲酒者率（男 280g / 週または女168g / 週以上）	2003	23.6%	21.1-26.0	6.2%	4.5-7.8	14.8%	13.3-16.4	<0.01		
	2008	18.7%	16.7-20.6	5.6%	4.3-6.8	12.2%	11.0-13.4	<0.01	<0.01	0.13
	2013	18.6%	16.7-20.6	7.4%	6.1-8.7	13.0%	11.8-14.2	0.03		
平均就学年数	2003	12.1	11.9-12.2	11.8	11.7-11.9	11.9	11.8-12.0	<0.01		
	2008	12.9	12.8-13.0	12.2	12.1-12.3	12.6	12.5-12.6	<0.01	<0.01	<0.01
	2013	13.3	13.2-13.4	12.7	12.6-12.8	13.0	12.9-13.1	<0.01		
フラッシャーの割合	2003	43.1%	40.2-46.0	43.9%	40.9-46.9	43.5%	41.4-45.6	0.63		
	2008	42.3%	40.0-44.5	44.0%	41.8-46.3	43.2%	41.5-44.8	0.25	0.68	<0.01
	2013	41.4%	39.1-43.7	38.0%	35.8-40.3	39.7%	38.1-41.4	0.03		
proportion of regular employment	2003	42.7%	40.3-45.1	14.7%	12.9-16.6	28.8%	27.3-30.4	<0.01		
	2008	44.2%	42.3-46.1	15.4%	14.0-16.9	29.8%	28.6-31.0	<0.01	0.49	<0.01
	2013	44.5%	42.6-46.4	18.6%	17.2-20.1	31.6%	30.4-32.8	<0.01		
世帯年収400万未満	2013	41.1%	38.9-43.2	41.6%	39.6-43.5	41.3%	39.8-42.8	0.73	—	—

飲酒に関する年齢およびフラッシャー； 飲酒経験者のみ、年齢で調整
飲酒量；この1年間に飲酒したもの、年齢で調整

表2 さまざまな問題飲酒の頻度と推計数 (2003 , 2008.2013年) の結果

		male					female					total				
		crude rate	age adjusted rate	95% C.I. of the proportion	estimated number (in million)	95% C.I. of the estimated number	crude rate	age adjusted rate	95% C.I. of the proportion	estimated number (in million)	95% C.I. of the estimated number	crude rate	age adjusted rate	95% C.I. of the proportion	estimated number (in million)	95% C.I. of the estimated number
アルコール依存症 (ICD-10) / 生涯経験者割合	2003	1.9%	1.5%	1.0~2.1%	0.75	0.5~1.04	0.1%	0.2%	0.0~0.7%	0.08	0~0.37	0.9%	0.8%	0.4~1.2%	0.83	0.50~1.41
	2008	1.2%	1.0%	0.7~1.4%	0.52	0.35~0.70	0.2%	0.2%	0.0~0.5%	0.08	0~0.27	0.7%	0.6%	0.4~0.8%	0.60	0.35~0.97
	2013	2.1%	1.9%	1.4~2.3%	0.94	0.71~1.16	0.2%	0.2%	0.0~0.6%	0.13	0~0.33	1.1%	1.0%	0.6~1.3%	1.07	0.71~1.49
アルコール依存症 (ICD-10) 現 在ありの者の割合	2003	0.7%	0.5%	0.2~0.8%	0.26	0.10~0.40	0.0%	0.0%	0.0~0.3%	0.00	0.0~0.16	0.3%	0.3%	0.1~0.5%	0.26	0.10~0.56
	2008	0.5%	0.5%	0.2~0.7%	0.23	0.10~0.35	0.1%	0.1%	0.0~0.4%	0.06	0.0~0.22	0.3%	0.3%	0.1~0.5%	0.29	0.10~0.57
	2013	1.1%	1.0%	0.6~1.3%	0.50	0.30~0.66	0.1%	0.1%	0.0~0.4%	0.07	0.0~0.22	0.6%	0.5%	0.3~0.7%	0.57	0.30~0.88
AUDIT (12 点以上)	2003	13.0%	13.5%	12.1~14.9%	6.68	5.99~7.38	1.5%	1.7%	0.4~3.0%	0.93	0.21~1.60	6.9%	7.0%	6.0~7.9%	7.61	6.20~8.98
	2008	10.9%	10.5%	9.5~11.5%	5.28	4.78~5.78	1.2%	1.3%	0.4~2.3%	0.70	0.22~1.24	5.6%	5.3%	4.6~5.9%	5.98	5.00~7.02
	2013	10.6%	10.2%	9.1~11.2%	5.16	4.59~5.65	1.3%	1.4%	0.4~2.3%	0.77	0.22~1.25	5.5%	5.3%	4.6~5.9%	5.93	4.81~6.90
AUDIT (15 点以上)	2003	6.1%	6.4%	5.4~7.4%	3.17	2.68~3.67	0.7%	0.8%	0~1.7%	0.42	0~0.90	3.2%	3.4%	2.7~4.1%	3.59	2.68~3.97
	2008	6.1%	5.9%	5.1~6.7%	2.95	2.57~3.37	0.8%	0.8%	0.1~1.5%	0.45	0.05~0.81	3.2%	3.1%	2.5~3.6%	3.40	2.62~4.18
	2013	5.3%	5.1%	4.4~5.8%	2.56	2.22~2.92	0.6%	0.7%	0.0~1.4%	0.36	0.0~0.76	2.7%	2.6%	2.1~3.0%	2.92	2.22~3.68
AUDIT (20 点以上)	2003	1.6%	1.6%	1.1~2.1%	0.78	0.54~1.04	0.2%	0.2%	0.0~0.7%	0.10	0.0~0.40	0.9%	0.8%	0.5~1.2%	0.88	0.54~1.08
	2008	2.0%	2.1%	1.7~2.6%	1.04	0.86~1.31	0.3%	0.3%	0.0~0.7%	0.16	0.0~0.38	1.1%	1.1%	0.8~1.5%	1.20	0.86~1.69
	2013	2.0%	2.0%	1.6~2.5%	1.01	0.81~1.26	0.2%	0.2%	0.0~0.3%	0.11	0.0~0.33	1.0%	1.0%	0.7~1.3%	1.12	0.81~1.59
危険飲酒 (男週280g以上、女週168g以上)	2003	19.6%	19.0%	17.3~20.8%	9.43	8.57~10.30	4.0%	4.2%	2.6~5.9%	2.26	1.38~3.14	11.2%	11.0%	9.8~12.2%	11.69	9.95~13.44
	2008	15.3%	14.0%	12.8~15.3%	7.04	6.44~7.70	3.5%	3.4%	2.3~4.6%	1.82	1.24~2.49	8.9%	8.2%	7.4~9.1%	8.86	7.68~10.19
	2013	15.6%	14.4%	13.1~15.7%	7.26	6.60~7.91	4.5%	4.6%	3.4~5.7%	2.48	1.85~3.10	9.5%	9.0%	8.1~9.9%	9.74	8.45~11.01
有害な飲酒 (男日40g以上、女日20g以上)	2003	19.6%	19.0%	17.3~20.8%	9.43	8.57~10.30	5.8%	6.0%	4.3~7.7%	3.20	2.29~4.09	12.2%	12.0%	10.8~13.2%	12.63	10.86~14.39
	2008	15.3%	14.0%	12.8~15.3%	7.04	6.44~7.70	5.3%	5.2%	4.0~6.4%	2.79	2.16~3.46	9.9%	9.2%	8.3~10.1%	9.83	8.60~11.16
	2013	15.6%	14.4%	13.1~15.7%	7.26	6.60~7.91	5.6%	5.7%	4.5~6.9%	3.10	2.45~3.76	10.1%	9.6%	8.7~10.5%	10.36	9.05~11.67
機会大量 (ビンゴ) 飲酒 1回60g以上、週1回以上飲酒	2003	10.7%	10.8%	9.4~12.1%	5.36	4.66~5.99	2.1%	2.5%	1.3~3.8%	1.33	0.69~2.02	6.1%	6.2%	5.3~7.1%	6.69	5.35~8.01
	2008	8.6%	8.6%	7.7~9.6%	4.34	3.87~4.83	1.4%	1.4%	0.6~2.3%	0.73	0.32~1.24	4.7%	4.5%	3.8~5.1%	5.07	4.19~6.07
	2013	11.3%	12.0%	11.0~13.1%	6.07	5.55~6.60	2.0%	2.2%	1.3~3.2%	1.21	0.71~1.74	6.2%	6.4%	5.7~7.2%	7.28	6.26~8.34
CAGE 2点以上	2003	6.8%	6.4%	5.4~7.5%	3.19	2.68~3.72	1.2%	1.4%	0.4~2.5%	0.76	0.21~1.33	3.8%	3.8%	3.1~4.6%	3.95	2.89~5.05
	2008	5.5%	5.3%	4.5~6.1%	2.67	2.26~3.07	1.5%	1.5%	0.7~2.2%	0.83	0.38~1.19	3.3%	3.3%	2.8~3.8%	3.50	2.64~4.26
	2013	5.9%	5.5%	4.7~6.3%	2.79	2.37~3.18	1.1%	1.2%	0.5~1.8%	0.63	0.27~0.98	3.3%	3.2%	2.7~3.7%	3.42	2.64~4.16
KAST 2点以上	2003	7.1%	7.4%	6.3~8.5%	3.67	3.12~4.21	1.2%	1.4%	0.3~2.4%	0.72	0.16~1.28	3.9%	4.2%	3.5~5.0%	4.39	3.28~5.49
	2008	4.9%	4.6%	3.8~5.3%	2.32	1.91~2.67	1.1%	1.1%	0.4~1.7%	0.57	0.22~0.92	2.8%	2.6%	2.1~3.1%	2.89	2.13~3.59
	2013	5.1%	4.9%	4.2~5.7%	2.46	2.12~2.87	0.7%	0.8%	0.2~1.5%	0.45	0.11~0.82	2.7%	2.6%	2.1~3.1%	2.91	2.23~3.69
Heavy Episodic Drink	2013	28.4%	30.5%	29.0~32.1%	15.36	14.62~16.18	6.6%	7.2%	5.7~8.6%	3.94	3.10~4.68	16.4%	17.4%	16.3~18.5%	19.30	17.09~19.40

表3 各問題飲酒の定義ごとにみた医療機関及び健診受診、問診、節酒指導の有無 (2013年調査)

		アルコール依存症生涯経			testing アルコール依存症現在あり			testing AUDIT12点以上			testing AUDIT 15点以上			危険飲酒		検定
		あり (n=44)	なし		あり (n=23)	なし		あり (n=228)	なし		あり (n=113)	なし		あり (n=393)	なし	
現在、酒を止めた い	男	12.5	2.4	<0.01	19.8	2.4	<0.01	2.6	2.6	0.96	4.1	2.5	0.33	0.6	3.0	0.02
	女	19.8	0.1	<0.01	33.1	0.9	<0.01	6.7	0.8	<0.01	14.1	0.8	<0.01	0.9	0.9	0.94
	計	16.6	1.6	<0.01	26.8	1.7	<0.01	4.9	1.7	0.02	9.4	1.7	<0.01	0.9	1.9	0.18
現在、酒を減らし たい	男	46.2	7.4	<0.01	50.0	7.8	<0.01	27.1	6.0	<0.01	30.3	7.0	<0.01	16.2	6.8	<0.01
	女	39.3	2.4	<0.01	32.7	2.4	<0.01	34.1	2.0	<0.01	35.1	2.3	<0.01	18.4	1.7	<0.01
	計	42.9	4.9	<0.01	41.5	5.1	<0.01	30.7	4.0	<0.01	32.8	4.6	<0.01	17.3	4.2	<0.01
アルコール依存症 治療経験あり	男	15.4	0.0	<0.01	20.0	0.1	<0.01	2.0	0.1	<0.01	3.0	0.2	<0.01	0.3	0.3	0.99
	女	0.0	0.0	—	0.0	0.0	—	0.0	0.0	—	0.0	0.0	—	0.0	0.0	—
	計	7.7	0.0	<0.01	10.0	0.0	<0.01	1.0	0.1	0.01	1.6	0.1	<0.01	0.2	0.2	0.90
過去1年に医療施設 受診あり	男	84.4	64.7	<0.01	83.6	64.9	0.07	64.2	65.2	0.79	64.4	65.1	0.88	63.2	65.4	0.45
	女	68.5	69.3	0.97	73.9	69.3	0.86	64.9	69.4	0.60	80.5	69.2	0.35	61.9	69.7	0.09
	計	76.9	67.0	0.36	79.1	67.1	0.39	64.8	67.2	0.60	72.8	67.2	0.39	62.8	67.5	0.08
受診時飲酒につい ての問診あり	男	82.1	35.6	<0.01	82.3	36.3	<0.01	65.0	33.7	<0.01	70.3	35.1	<0.01	56.1	33.4	<0.01
	女	65.5	15.1	0.02	99.2	15.1	<0.01	46.3	14.8	<0.01	48.6	14.9	<0.01	35.1	14.4	<0.01
	計	74.6	25.3	<0.01	91.3	25.7	<0.01	56.0	24.2	<0.01	60.2	25.0	<0.01	46.0	23.9	<0.01
受診時医師からの 節酒アドバイスあ り	男	58.8	12.0	<0.01	64.7	12.6	<0.01	43.5	9.8	<0.01	47.8	11.4	<0.01	33.7	9.6	<0.01
	女	66.6	1.6	<0.01	99.9	1.6	<0.01	23.5	1.5	<0.01	29.9	1.6	<0.01	10.1	1.4	<0.01
	計	62.8	6.8	<0.01	82.4	7.1	<0.01	33.6	5.7	<0.01	39.0	6.5	<0.01	22.0	5.5	<0.01
過去1年に健康診断 受診あり	男	67.2	75.1	0.26	70.3	75.0	0.63	76.8	74.7	0.52	76.6	74.8	0.69	82.4	73.5	<0.01
	女	61.2	66.5	0.80	67.7	66.5	0.97	63.0	66.6	0.68	36.8	66.7	0.02	66.3	66.5	0.96
	計	63.2	70.8	0.49	68.2	70.7	0.86	69.4	70.6	0.79	56.0	70.8	0.03	73.8	70.1	0.17
健診受診時に節酒 アドバイスあり	男	53.5	11.4	<0.01	78.3	11.5	<0.01	45.2	8.2	<0.01	51.5	10.0	<0.01	31.7	8.2	<0.01
	女	66.4	1.6	<0.01	49.7	1.7	<0.01	16.4	1.6	<0.01	19.5	1.7	<0.01	8.8	1.5	<0.01
	計	60.3	6.5	<0.01	64.3	6.6	<0.01	31.0	4.9	<0.01	36.0	5.8	<0.01	20.4	4.8	<0.01
飲酒による肝機能 障害指摘経験あり	男	35.5	7.4	<0.01	44.8	7.6	<0.01	25.7	5.9	<0.01	31.4	6.7	<0.01	15.3	6.7	<0.01
	女	40.1	0.5	<0.01	66.8	0.5	<0.01	3.5	0.5	0.04	7.2	0.5	<0.01	3.0	0.5	<0.01
	計	38.2	4.0	<0.01	56.1	4.1	<0.01	14.9	3.2	<0.01	19.7	3.6	<0.01	9.3	3.6	<0.01
肝機能障害治療経 験あり	男	25.4	3.2	<0.01	34.9	3.3	<0.01	12.1	2.6	<0.01	15.2	3.0	<0.01	5.7	3.3	0.04
	女	40.0	0.3	<0.01	66.7	0.3	<0.01	3.4	0.3	<0.01	7.2	0.3	<0.01	3.0	0.2	<0.01
	計	33.0	1.7	<0.01	51.0	1.8	<0.01	8.0	1.5	<0.01	11.4	1.6	<0.01	4.5	1.7	<0.01

危険飲酒 男 >=280g/w 女 >=168g/w

それぞれの割合：年齢調整値、検定：それぞれの問題飲酒の有無別に比較

研究成果の刊行に関する一覧

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
尾崎米厚	疫学	齋藤利和	アルコール依存症	最新医学社	大阪市	2014	20-29
尾崎米厚	集団の健康状態の把握、疾病の予防とスクリーニング、おもな疾病の疫学、保健統計学、人口統計の基礎、疫学演習問題・国会試験勉強の手引き	牧本清子他。	疫学・保健統計学	医学書院	東京都	2014	p7-19, 51-57, 85-122, 123-157, 159-170, 187-213
尾崎米厚	地域保健	医療情報科学研究所	公衆衛生が見える	メディックメディア	東京都	2014	166-171

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
Morioka H, Itani O, Kaneita Y, Iwasaka H, Ikeda M, Yamamoto R, Osaki Y, Kanda H, Nakagome S, Ohida T	Factors Affecting Unhappiness at School among Japanese Adolescents: A Population-based Epidemiological Study	PLoS One	9(11)	e111844. doi: 10.1371	2014
Osaki Y, Ino A, Matsushita S, Higuchi S, Kondo Y, Kinjo A	Reliability and validity of the alcohol use disorders identification test - consumption in screening for adults with alcohol use disorders and risky drinking in Japan	Asian Pac J Cancer Prev	15(16)	6571-6574.	2014
Sawa M, Chan P, Donnelly M, McKenna M, Osaki Y, Kishimoto T, Ganesan S	A case-control study regarding relative factors for behavioural and psychological symptoms of dementia at a Canadian	Psychogeriatrics	14 (1)	25-30	2014
尾崎米厚	医療の立場からの考察 予防医学の立場から。【アルコール健康障害対策基本法によって何がかわるか】	Frontiers in Alcoholism	2 (2)	141-144	2014
尾崎米厚	わが国のアルコール健康障害の現状。特集 アルコール健康障害への対応	公衆衛生情報	44 (6)	4-5	2014



アルコール健康障害対策基本法によって何が変わるか

Summary

たばこ対策の例をみると、罰則規定のない努力義務であっても社会全体の取り組みが同時並行で進めば大きな効果が生まれることが示された。アルコール対策に総合的に取り組むための法律ができたことは大変意義深く、公衆衛生的な対策を進展させるための心強い根拠になりうる。関係者が連携して、法律の理念を生かせるようにすることが大切である。まずは、アルコール健康障害対策推進基本計画をどのような内容で作るかが重要である。次いで、さまざまな関係者の取り組みを同時並行で重層的に行い、国民の社会規範を高め、実効性のある対策を行い、成果を客観的に評価し続けることが期待される。予防医学の分野では、多くの国民が接することになる健康診査や産業保健の場面で飲酒関連問題のスクリーニングが行われ、その人の状況に合った対応や簡易介入が行われるような実効性のある仕組みが運用されることが望まれる。学校などにおける健康教育の効果を引き出すには、地域ぐるみの総合的な対策と連動させる必要がある。

Key Words

- 喫煙対策
- たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約
- 健康増進法
- アルコール健康障害対策推進基本計画
- 健康診査

3

医療の立場からの考察① 予防医学の立場から

Consideration from a medical viewpoint I : from the situation of the preventive medicine

鳥取大学医学部医学科社会医学講座環境予防医学分野 教授 尾崎 米厚
Yoneatsu Osaki

はじめに：たばこ対策から学ぶ

資本主義社会においては、自由な経済発展のため、企業活動を行いやすくするための規制緩和が求められるようになってきた。一方で、医療費を含む社会保障費の増大による国家財政への圧迫が問題になったため、国民の健康に大きな影響を及ぼし、大きな社会的損失に結びつく健康関連問題は、むしろ規制を増やしてでも制御されるようになった。この典型的な事例が、たばこ対策である。世界保健機関（WHO）は、たばこの健康被害の大きさをかねてから問題視しており、2003年に健康分野で世界初となる国際条約である、「たばこの規制に関する

世界保健機関枠組条約（FCTC）」を策定した。わが国では、2004年に批准、2005年に発効された。これに先立って、わが国では、2000年に国民の健康づくり運動として開始された「健康日本21」において「喫煙」についての分科会を設け、その対策目標と目標値を定めた。さらに、健康日本21を中心とする国民の健康づくりや疾病予防を積極的に推進するため、医療制度改革の一環として2003年に「健康増進法」が成立、交付された。

健康増進法には、わが国ではじめて受動喫煙の防止対策についての条文が盛り込まれた。健康増進法の第二十五条では「学校、体育館、病院、劇場、観覧場、集会場、展示場、百貨店、事務所、官公庁施設、飲食店その他多