

## 喫煙・飲酒等の生活習慣の変容とヘルスプロモーション

望月 友美子

## Smoking and drinking : Health promotion perspectives

Yumiko MOCHIZUKI-KOBAYASHI

## 1. はじめに

20世紀も終わりに近づき、我が国では様々な社会問題が顕在化している。健康の面から見ると、未曾有の少子高齢化社会を目前に控え、一方で、がんや脳卒中、心臓病、糖尿病などいわゆる「生活習慣病」の増加があり、それに伴う医療費や介護費用の増大が国家財政を圧迫する可能性が大きくなってきた。疾病になってから、あるいは寝たきりになってから対処するのではなく、これらの病態を未然に防止することが重要であることは言うまでもない。

現在、厚生省が策定している21世紀における国民健康づくり運動「健康日本21計画」<sup>1)</sup>は、このような現実を直視した我が国で初めての“生活習慣への本格的な介入政策”である。従来も、厚生省においては「アクティブ80ヘルスプラン」、労働省においては「トータルヘルスプラン」などの健康増進の基本方針はあったものの、国民に理解しうる明確なビジョンを掲げ、10年という中期的な数値目標を提示して、生涯にわたる健康づくりを進める計画は「健康日本21」が初めてといえよう。健康日本21は、我が国における死因の3分の2を占めるがん、心疾患、脳卒中など「生活習慣病」対策を主眼にしているが、その中でも、たばことアルコールはこれらの疾患の重大な危険因子であり、また消費者（喫煙者・飲酒者）が多いことから各疾患への寄与度も高く、今後の重点課題となっている（表1）。一方で、これらの製品の製造・販売業界の問題や、両者併せて4兆

円以上にのぼる少なからぬ税収の問題があることなどから、我が国では、国家レベルで生活習慣病の危険因子として消費抑制策をとることは未だ容易ではない。

また最近、世界保健機関（WHO）は米国の15歳以上の男子における、70歳までの早世死亡をもたらす様々なリスクを推計し、たばこが最大の危険因子であり、次にアルコールであることを示した（表2）<sup>2)</sup>。我が国でこのような推計はないが、疾病構造や社会構造の急速な欧米化から鑑みて、たばこやアルコールに関する限り、我が国の近い将来像と大きく異なるとは考えられない。

表2 米国の15歳以上男子10万人コホートにおける70歳までの早世死亡のリスク、1990年

たばこ	11,700
アルコール	2,200
自動車事故（アルコールによる死亡を除く）	770
AIDS	750
自殺（アルコールによる死亡を除く）	660
他殺（アルコールによる死亡を除く）	300
薬物濫用	250

## 2. 精神変容物質としてのたばこ・アルコール

喫煙も飲酒も、食事や運動・休養などのように生物として生きていくために必須の生活習慣ではないが、たばこや

表1 生活習慣病の大きさ

死亡数（人）		患者数（人）		医療費（億円）	
悪性新生物	275,413	高血圧性疾患	7,492,000	悪性新生物	19,452
心疾患	140,174	糖尿病	2,175,000	脳血管疾患	18,684
脳血管疾患	138,697	心疾患	2,039,000	高血圧性疾患	17,865
糖尿病	12,370	脳血管疾患	1,729,000	糖尿病	9,668
高血圧性疾患	6,884	悪性新生物	1,363,000	虚血性心疾患	7,292
平成9年度人口動態統計		平成8年患者調査		平成8年度国民医療費（入院及び入院外一般診療医療費の総額）	

<sup>a</sup> 脳に作用して、気分、不安、行動、弁別過程、精神的緊張などを変容する作用を有する化学物質。

表3 代表的な薬物と使用形態の変遷

名称・通称	使用形態	規制法
コカイン	コカ葉, コカインの生成, コカコーラ, 局所麻酔, 「クラック」	麻薬及び向精神薬取締法
あへん系麻薬	あへん, モルヒネの精製, ヘロインの合成	麻薬及び向精神薬取締法
大麻	マリファナ, ハッシシ	大麻取締法
覚せい剤	メタンフェタミン・アンフェタミンの合成, 「ヒロポン」, 「突撃錠」	覚せい剤取締法
たばこ	噛みたばこ, 嗅ぎたばこ, 喫煙(パイプ・きせる, 葉巻, 紙巻たばこ)	(ニコチン:毒物及び劇物取締法)
アルコール	飲酒(醸造酒, 蒸留酒, 発泡酒)	—

アルコールは茶やコーヒーとならんで、いわゆる「嗜好品」として人類の歴史の中で長く使用されている。他にも人類は自然界に様々な精神変容物質<sup>8</sup>を見出し、その精神変容作用を儀式用の意識変容物質、医薬品、嗜好品などとして利用してきた。これを「文化」と呼ぶ向きもあるが<sup>9</sup>、合成物質の登場や濫用の結果として社会的な問題や健康上の被害が明らかになるにつれて、社会的規制の対象となってきたことも事実である(表3)。

代表的な規制薬物であるコカインは、紀元前数千年前よりコカ葉が麻酔に用いられており、インカ帝国では疲労や空腹の特効薬として奴隷に与えられ、現在でも南米諸国ではコカ葉を噛む風習が残っている<sup>4</sup>。1859年にコカインの結晶が単離され、コカイン入りワイン、シガレット、錠剤、コカ飲料(コカコーラの前身)などが商品化された。医療関係者や著名人なども、コカインやこれらの商品を常用したといわれている。その後、コカインによる中毒や死亡事故が相次いだため、1906年、米国でコカ葉の輸入禁止、コカイン含有製品の規制が法制化され、1914年に麻薬取締法で販売・製造・所持が規制されるようになった。1970年代後半から、米国を中心として、アルカリ化により吸収効率を高めた「クラック」などのコカイン濫用が再び問題となっている。

たばこ、酒、コーヒーなどが「嗜好品」として利用されてきたのも、これらに含まれるニコチン、アルコール、カフェインなどの薬理的な有効物質による精神変容作用を人類が体験していたからに他ならない。いずれも中枢神経系や末梢神経系(特に、自律神経系)に働き、これらの神

表4 薬物依存の診断基準<sup>5)</sup>

(1)原則的基準	(2)補足的基準	
	嗜癖行動にしばしば見られる特徴	依存形成薬物にしばしば見られる特徴
<ul style="list-style-type: none"> <li>・高度に調節された、あるいは強迫的な使用</li> <li>・精神変容作用</li> <li>・薬物強化行動</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・固定化した使用パターン</li> <li>・有害な影響にも関わらず使用</li> <li>・中断後の再発</li> <li>・薬物への反復する渴望</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・耐性</li> <li>・身体依存</li> <li>・快楽(多幸)作用</li> </ul>

経系の興奮や抑制、あるいはその両方の作用を発揮する。このように、コカインやヘロインなどの規制薬物とニコチン、アルコール、カフェインなどは、神経系への作用の仕方や神経伝達物質の関与に共通性があり、また程度の差こそあれ、依存形成の面でも共通するところが多い(表4)。

依存形成性については、投与条件、個体差、環境要因などが大きく関与するため、薬物で単純に比較することはできないが、実験的にアカゲザルを用いた「強化作用」の結果を紹介したい(表5)。強化作用とは、薬物(報酬)が欲しいためにレバー押しなどの単純作業をどれだけ遂行できるか、という客観的な評価の仕方であり、ニコチンとモルヒネでは同じ用量では同程度、コカインと比較すると低用量のコカインと同程度の強化作用が認められる。さらに、同じ薬物でも、投与条件、すなわち、用量、経路、摂取速度、生物学的利用効率、同時に併用される薬物などにより、依存形成性は大きく異なることも分かっている。「酔う」ためのアルコール摂取はもっぱら液体の「飲酒」という方法しかないが、ニコチンに関しては、葉たばこ中のニコチンを効果的に摂取するための手段として、飲む、嗅ぐ、噛む、塗る、浣腸など様々な経路が試され、最終的に最も急速かつ効果的に薬効成分を脳に送り届けるために肺からの吸収、「喫煙」という方法に帰着したのである。現在、禁煙の補助剤として開発されている様々なニコチン製剤は、ガム(口腔内吸収)、パッチ(経皮吸収)、スプレー(鼻腔粘膜吸収)、インヘイラー(口腔内吸収)、タブレット(口腔内吸収)などの剤型があるが、喫煙によるニコチン摂取ほどの依存形成性はない、とされているのは、同じ理由による。

また、神経生物学的にも、依存形成には脳内で共通あるいは類似したメカニズムがあることが分かってきた。すなわち、ニコチンもアルコールも、他の薬物と同様にドーパミンやオピオイドを介して、喫煙時や飲酒時の多幸感がもたらされることは、他の依存性薬物と同様である(表6)。

表5 アカゲザルの薬物静脈内自己投与実験(強化作用の強度判定)<sup>6)7)</sup>

	ニコチン	コカイン	コカイン	モルヒネ	モルヒネ	アルコール	アンフェタミン	ジヒドロコデイン
投与単位(mg/kg/inj)	0.25	0.11	0.25	0.25	0.5	800	0.06	1.0
最終レバー押し頻度(強化作用の強さの指標)	1,350 ~2,690	1,600 ~6,400	2,690 ~9,050	1,350 ~1,600	1,600 ~6,400	1,600 ~6,400	1,350 ~2,690	950 ~1,900

表6 薬物依存の神経生物学的メカニズム<sup>8)</sup>

薬物	作用	結果
オピエート (モルヒネ, ヘロイン)	オピオイド受容体の刺激	ドパミン系および非ドパミン系の活性化
コカイン	トランスポータ蛋白のドパミン取り込み阻害	中脳皮質辺縁系のドパミン系でドパミン放出
アンフェタミン	ドパミン放出の刺激	中脳皮質辺縁系のドパミン系でドパミン放出
アルコール (エタノール), バルビツレート, ベンゾジアゼピン	$\gamma$ アミノブチル酸 (GABA) 受容体機能の促進, N-メチル-D-アスパルテート (NMDA) グルタミン酸受容体機能の抑制	GABA, グルタミン酸, ドパミン, オピオイドペプチド, セロトニン等の複数の神経伝達物質の相互作用
ニコチン	ニコチン性アセチルコリン受容体の刺激によるドパミン放出促進と取り込み阻害	中脳辺縁系のドパミン系とオピオイドペプチド系の活性化

このように、ニコチンとアルコールの依存性については、臨床医学からも基礎医学からも十分な根拠をもって、1992年のWHO国際疾病分類 ICD-10<sup>9)</sup>においても「精神作用物質による精神および行動の障害」、また1994年の米国精神医学会診断基準 DSM-IV<sup>10)</sup>においても「物質関連障害」と分類されている。しかしながら、我が国ではアルコール依存症がれっきとした疾患概念として確立され、アルコール依存症者への専門的治療や予備軍としての大量飲酒者に対する指導が行われる一方で、たばこについては、特に精神科領域において薬物依存としての認識が未だ低いのが現状である。ヘルスプロモーションの文脈において、喫煙と飲酒が他の生活習慣と一線を画するのは、既に述べた産業や税収という社会構造的な問題とともに、この依存性にあると言って過言ではないが、次の項に譲る。

### 3. ヘルスプロモーションにおける喫煙・飲酒

ヘルスプロモーションの考え方は、時代により内容が変遷しているが、これはまた疾病構造の変化とも密接な関係

がある。即ち、感染症が優位だった時代(社会)においては、単一病因論に基づく感染予防の考え方が中心だったが、平均寿命が延び、がんや循環器疾患など慢性非感染性疾患が優位になり、また高額医療が財政を圧迫するようになると、個人の生活習慣の改善により健康を増強することが目指された。さらに、最近では、健康増進とは個人の生活習慣の改善に加えて、環境整備も合わせたものとして改めて提唱されている。

このようなヘルスプロモーションの流れと特に米国のたばこ対策を重ねてみると、相互の関連がよく分かる(表7)。すなわち、1950年代に確立された喫煙と肺がんの疫学研究が、それまでの単一特定病因論に代わる多要因病因論のそもその発端であり、その後、肺がんや心筋梗塞などのたばこ病が代表的な死因となって、ヘルスプロモーションの考え方が大きく変わらざるを得なかった背景には、たばこがあるといえよう。しかし、当初の米国政府の介入は、成人が自己責任において喫煙するかしないかの自由選択を確保するための情報提供に徹し、既に製造物責任法があったため、消費者への警告表示も義務づけられた。当時放映さ

表7 ヘルスプロモーションの概念の変遷と米国のたばこ対策

時代	ヘルスプロモーションの考え方	米国のたばこ対策	論点
1950年代	クラーク・レーベル：単一特定病因論に基づいた抵抗力の増強と感染防止	喫煙と肺がんの疫学研究→多要因病因論の発端。	能動喫煙の害(自己責任・インフォームドチョイス)
1960年代		公衆衛生総監諮問委員会報告書「喫煙と健康」。消費者への警告表示。	
1970年代	ラウンド報告・アルマアタ宣言：多要因病因論に基づき多くの人を巻き込んだ予防活動。高度医療からプライマリヘルスケアへの転換。	反たばこ広告の放映。たばこのテレビ広告禁止。「喫煙と健康」の続刊。非喫煙者の権利(Non-Smokers' Right)運動。	受動喫煙の害(他者への危害)
1980年代前半	ヘルシーピープル・ヘルスフォーオール2000：危険因子を重視、目標設定、個人の生活習慣の改善	たばこは各年代の危険因子。10年間で喫煙率半減を目標。国立がん研究所：地域介入プログラムの検証。	
1980年代後半	ヘルシーシティ・オタワ宣言：個人の努力による予防活動だけでなく、社会環境の整備・資源開発。	たばこ製品の変貌。ニコチン依存の確立。国内たばこ消費の減少の一方で、たばこ産業は国外市場に進出。	依存性(自由選択の阻害)
1990年代	ヘルシーピープル2000：環境整備による国民の健康改善。	食品医薬品局：ニコチンデリバリーデバイスとしてのたばこ製品の規制。州政府・連邦政府によるたばこ産業の提訴。	たばこ産業の所業(企業倫理)

れていたテレビでのたばこ広告に対し、有害情報に対して反対の情報も提供されるべし、という公平原則（フェアネスドクトリン）が適用され、反たばこ広告が無料で放映されて喫煙率の低減に寄与したが、これも効果的な情報提供の一環である。

しかし、政府が本格的な介入を開始したのは、1980年のヘルシーピープルにおいてであり、医療費高騰のコントロール可能な主原因である喫煙に、焦点が当てられ、喫煙率の減少が目標とされた。当初の目標は達成できなかったものの、地域レベルで様々な組織的な取り組みが行われて、国内消費は落ち込んだ。一方で、たばこ産業はアジアなどの国外市場に参入し、一人あたり消費量が日米で逆転したのは、ちょうど1980年代半ば、我が国のたばこ市場が解放された時期に一致する。

社会環境の整備、という考え方が強くたばこ対策に適用されたのは、青少年の喫煙問題が一旦は喫煙率の減少という形で解決しつつあった米国でも、1990年代にはむしろ増加傾向に転じ、従来の健康教育を主体とした対策の限界を認識したことによる。さらに、成人の消費人口の減少を国外進出で補填したと同様に、たばこ産業が長年にわたり青少年をターゲットに広告・販売促進活動を実際に行ってきたことが、内部文書などで明らかになってきたことも関係する。1994年には、食品医薬品局（FDA）長官が、青少年の喫煙対策として、米国の食品医薬品化粧品法の下に、たばこ製品を依存性薬物ニコチンを供給する複合医療用具として規制することを明言し、青少年への販売禁止、広告禁止などを打ち出した。実際には1996年に公布された規則による規制だが、たばこ産業がFDAの規制権限をめぐって提訴するなどの抵抗を経たが、同時期に提訴された州政府による大規模訴訟の和解内容に同様の規制内容が含まれ、実施に至っている。さらに、1999年には連邦司法省がたばこ産業の30年にわたる情報隠蔽による医療費の損害を求めて、新たに提訴した。

我が国の現状と比較すると、隔世の感があるが、リスクを供給する巨大な産業を相手にしなくてはならないたばこ対策とアルコール対策については、個人の行動変容だけでは公衆衛生上求められる目標を達成することはきわめて難しいことは、様々な国で証明済みである。今後のたばこ対策とアルコール対策を考えるにあたり、公衆衛生の観点から望ましい目標を検討し、達成する方策についていかなる選択肢があるかを企業倫理も問いながら、社会の中で議論して進めていく必要がある。むしろ、我が国では、長年たばこが専売制であったことから、民営化された現在、政府としてその責任を十分に負う必要があるのではないだろうか。

#### 4. 21世紀の国民健康づくり運動「健康日本21」における喫煙・飲酒

平成11年8月12日、公衆衛生審議会総合部会に、健康日本21「総論」(案)および「各論」(未定稿)がそれぞれ提出され、後者において健康日本21各分科会からの中間報告

(案)が示された。今後は、地方公聴会やシンポジウム、厚生省ホームページなどでこれらの案を公表し、各界からの意見を聴取しながら、年末までに各分野の数値目標と実現のための具体的施策について取りまとめ、2010年までの計画として策定する予定である。以下に、たばこ分科会とアルコール分科会の中間報告(案)を引用するが、たばこについては、既に、たばこ業界各種団体から保健医療局長と公衆衛生審議会会長宛に、案の再考を求める陳情文書が提出され、また地方公聴会においてもたばこ業界と酒販業界の反対意見が出されている。

既に述べたように、たばことアルコールは他の生活習慣とは異なる性格をもつ。すなわち、リスクの大きさに見合った対策がなされていない(理由はいろいろ)、依存性がある、重要な税源である、等々。「健康日本21」でのたばことアルコールの共通点は、いずれも消費の抑制を目標としているところにあり、業界はこれに反発している。しかし、消費が即リスクにつながるこれらの製品に対しては、政府の介入は次のような観点からは正当化されるはずである。すなわち、消費者及び予備軍に対する情報提供、依存性を前提に未成年者の使用禁止、そしてこれらを達成するための様々な方策。ここを出発点として、国民全体で今後徹底的に議論すべきであるし、できなければ「健康日本21」は単なるお題目に終わる可能性が大である。

#### (1) たばこ分科会中間報告(案)

##### 1 はじめに

たばこは、肺がんをはじめとして喉頭がん、口腔・咽頭がん、食道がん、胃がん、膀胱がん、腎盂・尿管がん、膵がんなど多くのがんや、虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性閉塞性肺疾患、歯周病疾患など多くの疾患、低出生体重児や流・早産、奇形など妊娠に関連した異常の危険因子である。さらに、本人の喫煙のみならず、受動喫煙も肺がんや虚血性心疾患、呼吸器疾患、乳幼児突然死症候群などの危険因子である。また、たばこに含まれるニコチンには、依存性がある。

最新の疫学データに基づく推計では、たばこによる超過死亡数は、1995年には日本では9万5000人であり、全死亡数の12%を占めている。また人口動態統計によると、近年急増している肺がん死亡数が1998年に初めて胃がんを抜き、がん死亡の中で首位となった。また、たばこによる死亡や有病のために、1993年には年間1兆2000億円(国民医療費の5%)が超過医療費としてかかっていることが試算されており、社会損失全体では少なくとも4兆円以上の損失があるとされている。

欧米先進国では、たばこによる健康被害が1960年代に既に、現在の日本の状況であり、この頃より種々のたばこ抑制策(消費者に対する警告表示、未成年者の喫煙禁止や、公共の場所の禁煙、たばこ広告の禁止などの様々な規制や、たばこ税の増額など)を講じた結果、国民の喫煙率や一人当たりたばこ消費量が低下した。その成果

は最近になってようやく、男性におけるたばこ関連疾患の減少という形で現れつつある。これに対して、日本では、成人男性の喫煙率が先進国の中では極めて高率にとどまっているのみならず、近年若い女性や未成年者において喫煙率が上昇し、国民一人あたり消費本数も先進国の中では最も多い。

## 2 基本方針

公衆衛生上の観点から、本分科会が提言する我が国のたばこ対策の最終的な目標は、「たばこによる健康被害の低減」である。しかし、肺がんなど、たばこ関連疾患が顕在化するまでには数十年のタイムラグがあることから、将来的に、たばこによる死亡を減少させるためには、抜本的な対策が必要である。

従って、2010年までの数値目標としては、疾病に関する指標よりも、たばこへの曝露の指標として「喫煙率・たばこの消費量」を下げることを喫煙の課題とする。そのために必要な、たばこの使用の誘因となる社会環境要因の改善や使用を防止するための保健医療サービスや教育の向上などについても、指標化して数値目標とする。

## 3 現状と目標

### (1) たばこ関連疾患

1998年の人口動態統計によると、肺がんの死亡数は50,867人、虚血性心疾患71,612人、脳血管疾患137,767人、慢性閉塞性肺疾患11,962人である。

たばこ関連疾患、特に、肺がんは最近増加傾向にあり、現在の喫煙状況を著しく改善しない限り、これらのたばこ関連疾患による死亡の減少は期待できない。

### (2) 喫煙状況

#### 【成人の喫煙】

日本人の成人喫煙率は、1998年の全国たばこ喫煙者率調査(JT)によると、全年齢で男性55.2%、女性13.3%、1997年の国民栄養調査(厚生省)ではそれぞれ男性52.7%、女性11.6%である。男女とも20歳代の喫煙率が最も高く、全国たばこ喫煙者率調査によりこの30年間の傾向を見ると、60歳代の喫煙率は男女とも減少傾向が続いているが、40歳代、50歳代では下げ止まりであり、特に20歳代女性の喫煙率は3倍増となっている。

2010年までの目標としては、成人喫煙率を全体として男女とも半減させ、特に、中高年の喫煙率の減少を促進し、若い世代の喫煙率の増加傾向を減少に転じさせる。

#### 【未成年者の喫煙】

未成年者の喫煙については、1996年の未成年者の喫煙行動に関する全国調査(国立公衆衛生院)によると、月1回以上喫煙する者(月喫煙者)の割合は、中学1年で男子5%、女子3.8%、学年が上がるほど高くなり、高校3年では男子36.9%、女子15.6%となっている。毎日喫煙者の割合は、中学1年では男子0.7%、女子0.4%に過ぎなかったが、高校3年男子では25.4%、女子では7.1%に達し、月喫煙者のかなりの部分を占めるに至っている。

2010年までの目標としては、未成年の喫煙率を全体として、男女とも半減させる。

### (3) たばこ消費量

たばこ消費量については、(株)日本たばこ協会調査の国内紙巻たばこ総販売本数で見ると、1998年は3,366億本である。15歳以上1人あたり消費本数は3,152本で、戦後増加の一途をたどり、20年前をピークとして、その後若干減少したが、最近はほぼ横這いとなっている。

2010年までの目標としては、15歳以上1人あたりのたばこ消費量を半減させる。

## 4 対 策

### (1) 情報提供

消費者に対しては、危険性に関する十分なインフォームドチョイスを行えるよう、たばこの危険性や製品そのものに関する正しい情報を提供する。一般国民や政策決定者に対しては、これらの情報に加え、諸外国の対策やその評価についての情報も積極的に提供する。

### (2) 喫煙防止

学校教育や地域保健の現場における健康教育を充実させる。未成年者はたばこの危険性に関する情報を十分に与えられても、適切な判断が行えないことから、社会環境の整備あるいは規制という形で、保護する必要がある。

### (3) 非喫煙者の保護

受動喫煙からの非喫煙者の保護という趣旨を徹底し、また「たばこのない社会」という社会通念を確立するために、不特定多数の集合する公共空間や職場では原則禁煙を目指す。家庭内における受動喫煙の危険性についても、普及啓発を図る。

### (4) 禁煙支援

薬物依存の観点から行動科学・薬理学の裏付けのある禁煙支援プログラムの開発と普及を図り、保健医療の現場における禁煙支援の実施の場と機会を拡充強化する。また、医療制度においても、禁煙支援体制の整備を行う。

### (5) その他

国、都道府県、地域保健、職域保健、学校教育の各レベルにおいて、たばこ対策を推進する。また、専門職能団体や学術団体も、それぞれの役割と責任において、たばこ対策を推進する。さらに、保健医療従事者や教育関係者は、国民に対する範として、自らの喫煙率の低減に努める。

健康日本21たばこ分科会委員名簿(平成11年6月24日現在)

内山 充	財団法人日本薬剤師研修センター理事長
大島 明	大阪府立成人病センター調査部長
大野 裕	慶應義塾大学医学部精神神経科学教室講師
尾崎 米厚	国立公衆衛生院疫学部感染症対策室長
近藤 健文	慶應義塾大学医学部衛生学・公衆衛生学教室教授
高久 史鷹	自治医科大学学長
箕輪 眞澄	国立公衆衛生院疫学部長
山口 直人	国立がんセンター研究所がん情報研究部長

## (2) アルコール分科会中間報告(案)

### 1 はじめに

わが国の一人当たりの純アルコール消費量は、年間6.6リットルと推計されており(平成9年)、この量は先進諸外国と比較して多いものではない。しかし、成人男性に限ると、飲酒者および週に純アルコール300ml以上飲酒する者の割合は先進諸外国と同等ないしそれ以上であり、決して少なくないとする報告がある。

また近年の女性の社会進出に伴って女性における飲酒者が増加しているとの報告もあり、女性の飲酒問題が増加することが危惧されている。未成年者の飲酒調査から、未成年者の飲酒はすでに常識ともいえる範囲にまで拡大している。未成年者については、他の依存性薬物の入り口としての危険性や速やかな依存形成など特有の問題がある。

肝疾患、消化器疾患、循環器疾患、脳血管疾患、がん等多くの疾患が飲酒と関連する。病院入院者のうち、男性の21.4%に問題飲酒を認めたとする調査もある。わが国でアルコール関連問題に対して支払われる年間の社会的費用は6兆6千億円(1987年)に達し、同年の直接的医療費15兆8千億円のうち、アルコールに起因するものが1兆1千億円(7%)にのぼると試算されている。

アルコールに関連する問題は健康被害に限らず多岐におよび、飲酒による作業能率の低下、飲酒関連の事故・犯罪など多くの項目が含まれるためにWHOはこれらを総称してアルコール関連問題と称することを提言している。

### 2 基本方針

アルコール総消費量抑制がアルコール関連問題の抑制につながることは、海外での実証的データからも明らかになっている。わが国において飲酒による健康被害が一定のレベルにあることは明白であり、わが国においても、飲酒によるアルコール関連問題を抑制して国民の健康増進を図ることを基本方針とする。

### 3 アルコール関連問題対策の基本戦略

アルコール関連問題対策については、酒類の消費者、消費者を取り巻く環境および提供・販売の各々に対する対策を実施することが必要である。

#### (1) アルコールの有害性に関する理解の促進

従来の適正飲酒のあり方では、1日3合程度を適量の上限としてきた。しかし、疫学調査によれば循環器疾患、脳卒中、がん、総死亡率の飲酒による危険性は、1.5合を超えた場合に上昇することが示されている。また、米国・英国においては男性で1合強(2drinks\*)、女性では男性よりも少ない量を健康上危険性の少ない飲酒量と定めている。これらの点からわが国においても従来の適量を見直し、1合程度へ修正する必要があると考えられる。こ

のことを広く一般が理解するよう関係者が普及に努める必要がある。従来、アルコール関連問題予防のための基本的考え方として、「適正飲酒」という用語を用いてきたが、飲酒を勧めている印象を伴いがちなことから、上記の考え方に基づいたリスクの低い飲酒を推進するための新たな概念を提示する必要がある。

#### (2) アルコール関連問題の早期発見・早期介入の推進

アルコール関連問題を早期に発見し、働きかけることが重要であるが、現状では十分な取り組みが行われているとはいえない。健診の場を利用した働きかけなど早期介入の手段を模索してその体制を確立する必要がある。

#### (3) アルコールに関する環境対策の推進

アルコールの消費は、製造、宣伝や販売のあり方など、個人を取り巻く環境に大きく影響を受ける。アルコール関連問題の解決には、これらの環境を整えていくことが必要である。

## 4 アルコール関連問題対策の基本戦略

### (1) 各集団ごとの対策

#### ア 未成年者

最近の未成年者を対象とした調査では、月に1-2回以上の頻度で飲酒する者の割合は、中学3年生男子で25.4%、女子17.2%、高校3年生男子5%、女子35.9%と、飲酒が常識化している。特に、男女差が少ないという特徴があり、将来のわが国における飲酒問題を拡大させる危険性が示唆される。さらに、しばしば報告される急性アルコール中毒の他、他の依存性薬物の入り口としての危険性を有することや、速やかな依存形成など未成年者特有の問題をもつ。未成年者の飲酒問題は解決へ向けて努力すべき重要課題であり、未成年者を対象とした酒害に関する知識の普及や酒類販売の見直しなどの対策が必要である。

#### イ 女性

近年の女性の社会進出に伴って女性においても飲酒機会が増加し、飲酒問題も深刻化することが予想される。特に女性の場合は男性と比較してより少量の飲酒で肝障害を生じることなど女性の飲酒による健康被害が今後重要な問題となる可能性がある。しかし、現状ではそれを明確に裏付ける情報は乏しい。今後は女性におけるアルコール関連問題の推移を注意深く見守る必要がある。

また、妊娠中の飲酒が胎児に影響を与える可能性が明らかとなっており(胎児性アルコール症候群)、これを防止することも重要である。

#### ウ 壮年男性

わが国における疫学調査は、年代・性別では30代以上の男性の飲酒量が多く、健康被害の原因となっていることを示している。生産性の低下など職場への影響も無視できない。早期発見・早期予防を積極的に実施していく必要がある。

#### エ 高齢者

従来はアルコール問題が存在しないと考えられていた高齢者においても若年者と同程度の割合で飲酒問題が存在することが高齢者を対象とした疫学調査より明らかと

\* 1drink とは概ねビール小瓶1本に相当する。

なっている。このような事実に関する知識を普及させるなど、高齢者のアルコール問題に取り組むことが必要である。

#### オ ハイリスク・グループへの対応

海外においては、飲酒運転を繰り返す者などはアルコール関連問題のハイリスクグループと見なされて早期介入の重点対象者となっている。わが国においてもこれらのハイリスク・グループを同定する試みや早期介入策の検討を始める必要がある。

#### 各領域における対策

##### ア 職場・学校・地域保健

酒害教育の場、アルコール関連問題対応の実践の場として、職場・学校・地域保健は、多くの役割を果たすことが期待される。

##### イ 医療

入院患者の一定割合がアルコール関連であるなど、一般診療においてアルコール問題に遭遇する機会が多い。アルコールに関連する生活指導や、専門家との連携など、多くの役割が期待される。

#### 5 その他の分野における状況と課題

##### (1) アルコール関連問題等に関する調査・研究

一般人口における飲酒状況や健康被害の規模、各分野におけるアルコール関連問題の状況などに関する情報、アルコール依存症、飲酒に起因する疾患、飲酒関連事故・犯罪・自殺などのアルコール関連問題に関する調査・研究は、十分とはいえず、有効な対策を立てるために充実させていく必要がある。

##### (2) 酒類製造・宣伝・販売のあり方

アルコール関連問題対策を考慮した場合、酒税、酒類のアクセス等の社会的規制が有効であることは海外での実証的データが示している。平成6年の中央酒類審議会は、酒類の宣伝広告について、広告量の抑制を含めた過剰な広告・宣伝競争の自粛を業界において検討することを提案している。わが国においても未成年飲酒禁止法の遵守を含め、酒類の販売・宣伝・製造に関する規制が必要不可欠であることは明白である。

わが国における酒類提供者に関する問題点としては以下が挙げられる。

- ・アルコール飲料の自動販売機の存在
- ・アルコール飲料宣伝広告への規制の欠如
- ・規制緩和による酒販免許の形骸化・販売規制の弱体化
- ・酒類の警告表示の適正化
- ・ノン・アルコール飲料と紛らわしい商品の存在

健康日本21アルコール分科会委員名簿（平成11年6月24日現在）

- 石井 裕正 慶應義塾大学医学部内科学教室教授
- 上島 弘嗣 滋賀医科大学医学部福祉保健医学教授
- 尾崎 米厚 国立公衆衛生院疫学部感染症対策室長
- 白倉 克之 国立療養所久里浜病院院長

高野 健人 東京医科歯科大学医学部公衆衛生学教室教授  
 箕輪 眞澄 国立公衆衛生院疫学部長

#### 5. おわりに

我が国では、国民の重大な関心事である健康問題ですら、世論を二分して議論する経験は乏しい。しかし、たばことアルコールは、利害関係者もおり、愛好家も現に大勢いることから、格好のテーマになりうると思う。短時日では決着がつかないその論議の中で、ヘルスプロモーションの理念が国民に根付くことを期待するとともに、健康日本21の達成はまずそれが第一歩であると思う。

#### 文 献

- 1) 健康日本21（総論）（案），同（各論）（未定稿）平成11年8月 厚生省保健医療局地域保健・健康増進栄養課（[http://www.mhw.go.jp/houdou/1108/h0812-1\\_11.html](http://www.mhw.go.jp/houdou/1108/h0812-1_11.html)）
- 2) Neil Collishaw. Updating the Global Predictions for 2020: Impact of Current Policies. In "The Economics of Tobacco Control-Towards an optimal policy mix". Ed. Iraj Abedian, Rowena van der Merwe, Nick Wilkins, Prabhat Jha.
- 3) 山崎正和, 時代の風「国家と禁煙」, 毎日新聞 平成10年4月5日.
- 4) 依存性薬物情報研究班. 依存性薬物情報シリーズ No. 4「コカイン」, 1990.
- 5) U. S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking : Nicotine Addiction. A Report of the Surgeon General, 1988*. U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Center for Disease Control, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. DHHS Publication No. (CDC) 88-8406, 1988.
- 6) Yanagita T. et al. Psychopharmacological studies on nicotine and tobacco smoking in rhesus monkeys. *Psychopharmacol. Bull.* 19: 409-12, 1983.
- 7) 柳田知司. 薬物依存研究の展望—精神依存を中心に. *日薬理誌*, 100: 97-107, 1992.
- 8) Koob, G. F. et al. The Neurobiology of Drug Addiction. *J. Neuropsychiatry and Chemical Neurosciences*, 9: 482-497, 1997.
- 9) World Health Organization. *International Classification of Diseases (10<sup>th</sup> Edition)*, 1992.
- 10) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Edition revised)*, 1994.