

WHOと日本のアルコール健康障害対策



独立行政法人国立病院機構
久里浜医療センター 副院長

木村 充

精神科医。1996年より国立久里浜病院（現・久里浜医療センター）に勤務しアルコール依存症の治療・臨床研究に従事し、令和4年より現職。

SDGs（持続可能な開発目標）の目標3「すべての人に健康と福祉を」に紐づくターゲットとして、「3.5 薬物乱用やアルコールの有害な摂取を含む、物質乱用の防止・治療を強化する」が挙げられています。その中でもアルコールによる問題は、健康に対する影響、交通事故や家庭内暴力など多岐にわたる問題があります。WHOのレポートによると、アルコールの有害な使用は、200を超える疾病と障害の原因であり、世界では、アルコールの有害な使用によって全死亡の5.3%に相当する年間300万人が死亡している、また障害調整生存年数（DALYs）の5.1%がアルコールに起因すると警告

されています（表1）。

このようにアルコールの有害な使用は世界での大きな問題です。WHOでは2010年5月の総会で、「アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略」を決議しました。この戦略には、アルコール関連問題に対処するための10の対策領域が示されています。主な内容は、意識啓発とコミットメントの構築、飲酒運転対策、アルコールへのアクセスの制限、マーケティングの規制、価格政策、治療へのアクセス改善、アルコールの有害な使用のモニタリングと監視、などが含まれます。この戦略は先に述べたSDGsのターゲット3.5にも関連してお

り、国際的にアルコール対策を推進するための重要な枠組みとなっています。そして、各加盟国に対して、この世界戦略に基づく総合的な対策を実施することを求めました。

この決議に基づいて、我が国では2013年に議員立法によって、「アルコール健康障害対策基本法」が成立しました。この法律は、わが国のアルコール健康障害対策の基本理念を示し、国や地方公共団体などの責務、10の基本的施策、アルコール関連問題啓発週間の設置などを定めています。この基本法に基づいて、当事者・家族・有識者・酒造酒販団体を含む「アルコール健康障害対策関係者会議」が招集され、第1期のアルコール健康障害対策推進基本計画が策定されました。重点課題として（1）飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防（2）アルコール健康障害に関する予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制の整備、の2つが挙げられました。この計画に基づいて、各都道府県においての都道府県アルコール健康障害対策推進計画が策定され、飲酒についての正しい知識の普及、相談機関や専門医療機関の整備が行われました。その後、第1期の評価も含めて関係者会議が行われ、2021年には第2期のアルコール健康障害対策推進基本計画が閣議決定されました。第2期の重点目標

- | |
|--|
| ● アルコールの有害な使用は、200以上の疾病や傷害の原因となっている。 |
| ● 世界では、アルコールの有害な使用によって毎年300万人が死亡している。これは全死亡の5.3%に相当する。 |
| ● 障害調整生存年数（DALYs）に換算すると、世界全体の疾病と傷害による負荷の5.1%がアルコールに起因している。 |
| ● アルコールの有害な使用は、健康への影響だけでなく、個人や社会に大きな社会的・経済的損失をもたらす。 |
| ● 飲酒は、人生の比較的早期に死亡や障害を引き起こす。20～39歳では、死亡者全体の約13.5%がアルコールに起因している。 |
| ● アルコールの有害な使用と、様々な精神・行動障害、その他の非伝染性疾患、傷害との間には因果関係がある。 |

（World Health Organization, Global status report on alcohol and health, 2018 より作成）

表1 WHOによるアルコール健康障害についてのKey Facts

は(1) アルコール健康障害の発生予防
(2) アルコール健康障害の進行・重症化予防、再発予防・回復支援、とされており、各都道府県でのアルコール健康障害対策に関する関係者連携会議の年複数回の開催など、各機関の連携を重視するものになっています。

アルコールによる害を減らすための政策

WHO では、アルコールの有害な使用を減らすための政策パッケージとして、「SAFER」を提唱しています。SAFER は5つの政策戦略から構成されています(表2)。これらの項目はそれぞれ証拠に基づいた科学的に有効的な政策です。

SAFER の5つの政策は、

- (1) アルコール入手の制限強化
- (2) 飲酒運転対策
- (3) 治療へのアクセス向上
- (4) 広告規制
- (5) 価格引き上げ、からなります。

いずれも飲酒量を減少させ、飲酒運転による事故や依存症への対策として有効なものです。特に、飲酒量を低減させるための政策として、

- (1) 課税等により、アルコールの価格を上げる
- (2) アルコールへのアクセスを制限し、入手性を下げる
- (3) アルコールに関する広告の規制の3つを「Best Buy」の政策として重視しています。加盟各国はSAFERを参考に、科学的根拠に基づくアルコール政策の強化が求められており、実行すればいずれも大きな効果を上げるものと思われれますが、実際には多くの国では実行が困難になることも多くあります。特に、課税の強化などの価格政策については、国民の不評を買うことが予想され、政治家が実際に実行することは困難が予想されます。しかし、特に若者の飲酒は価格に大きな影響を受けることが明らかになっており、課税以外にも、酒類の最低価格を設定することなど様々な価格政策の

方法が考えられます。各国でこれらの政策を組み合わせることで、アルコール関連の健康・社会問題を効果的に予防できると予想され、日本でも、SAFER の戦略を参考に、アルコール政策の強化が求められています。

若者の飲酒への対策

アルコールの有害な使用を減少させるためには、若者の飲酒を減少させることが重要です。なぜなら、飲酒開始が早いほど後の人生での飲酒量が増え、依存症に陥るリスクも上昇するからです。また、早期の飲酒は脳の発達など健康面にも影響を与えるほか、若者によく見られるビンジドリンキング(短時間に多量の飲酒をすること)は、急性アルコール中毒や飲酒運転による事故、暴力などにもつながります。多くの国で飲酒の最低年齢を設けています。世界的に見ると、18-21歳の間に最低飲酒年齢が設定されている国が多数を占めており、日本の20歳は

S	Strengthen restrictions on alcohol availability	アルコールの入手性の制限強化
A	Advance and enforce drink driving countermeasures	飲酒運転対策の推進と強化
F	Facilitate access to screening, brief interventions, and treatment	スクリーニング、短期介入、治療へのアクセス促進
E	Enforce bans or comprehensive restrictions on alcohol advertising, sponsorship, and promotion	アルコールの広告、スポンサー、宣伝の禁止または包括的な制限を実施
R	Raise prices on alcohol through excise taxes and pricing policies	酒税と料金政策によるアルコール価格の引き上げ

(World Health Organization, The technical package SAFER, 2019 より作成)

表2 アルコールの害を減らすための政策パッケージ「SAFER」

世界的に見てやや高い方だと言えます。最低年齢を引き上げることで、若者の飲酒を抑制できるとの研究結果もあるため、引き上げを検討する国もあります。WHOも報告書の中で、酒類購入可能年齢の引き上げは若者のアルコール関連問題、特に飲酒運転事故の減少につながるとしています。

生活環境要因は、若者の飲酒行動に大きな影響を与えます。最も影響が多い環境要因として、アルコールの広告、流通が規制されておらず入手しやすいこと、アルコール製品が手頃な価格であるなどの要因が挙げられます。日本では、例えば自動販売機の減少や対面販売での年齢確認の強化などによる入手性の低下、飲

食店で未成年への酒類を提供することへの罰則の強化、学校での飲酒啓発教育、一気飲み防止キャンペーンなど、若者の飲酒への対策を行ってきました。そのためか、近年は未成年者の飲酒経験は低下傾向にあります（図1）。

一方で、中高生や20代での飲酒習慣の男女差は見られなくなってきており、将来女性でのアルコールの有害な使用が増加する可能性はあると考えられます。

アルコール使用障害の介入

アルコール使用障害となった場合の治療へのアクセスを向上させることも、アルコールの有害な使用を減少させるため

に重要です。アルコールによる問題が最も重篤なのはアルコール依存症です。アルコール依存症は、アルコールに対する耐性が形成され飲酒量が増加する、有害であることを認識しているにもかかわらず飲酒のコントロールを失ってしまい飲酒を続ける、飲酒を中断した際の離脱症状が現れる、といったことで特徴づけられる疾患です。筆者の勤める久里浜医療センターでは、1960年代より「久里浜方式」と呼ばれるアルコール依存症者の入院治療プログラムを行っており、全国の医療従事者にアルコール依存症の専門治療についての研修を行ってまいりました。

しかし、アルコール依存症は習慣飲酒、多量飲酒から連続して徐々に進行していくものであり、より早期の段階から介入することにより、重度の依存症に進行することを予防できると考えられます。しかし、アルコール依存症は、実際に罹患している人のごく一部しか依存症の治療をうけないトリートメントギャップが大きい疾患です（図2）。このトリートメントギャップの原因は、アルコール依存症に対するスティグマや治療へのアクセスの悪さなどが挙げられます。近年、トリートメントギャップを減らす方法の一つとして、減酒を目標とした治療が試みられるようになってきています。従来、アルコール依存症の治療の目標は断酒が唯一のゴールであるという考えが根強かったですが、この考え方が患者を治療から遠ざけてきた側面もあると指摘されています。断酒は最も安全なゴールであることに変わりないが、目標の一つとして減酒というゴールも掲げることで、特に早期のアルコール使用障害の患者が介入する機会を得られるものと考えられます。久里浜医療センターでも2017年より

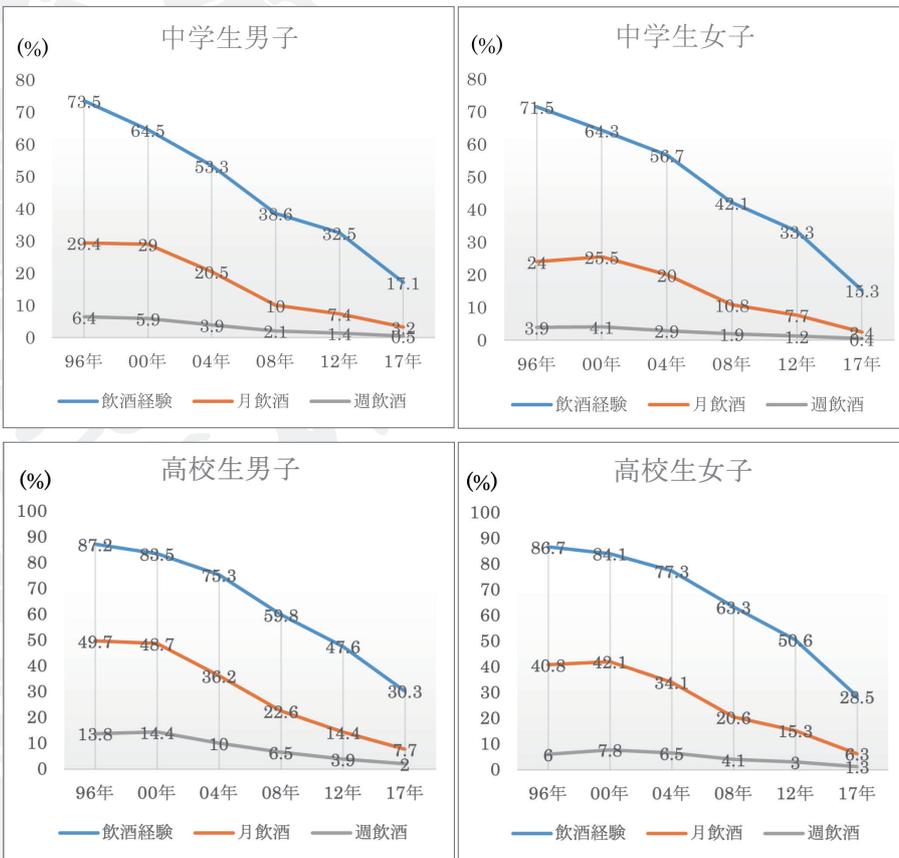


図1 日本の中高校生、高校生の飲酒経験、飲酒状況の推移
 厚生労働科学研究「未成年者の健康課題および生活習慣に関する実態調査研究平成27年度報告書(研究代表者大井田隆)」、「中高生の喫煙及び飲酒行動に関する全国調査」平成29年度報告書(研究代表者尾崎米厚)より作成

コラム 飲酒量と健康障害の関係

「酒は百薬の長」と言われますが、以前よりアルコールを全く節酒しない人よりも少量の飲酒をしている人の方が死亡率が低いという現象が指摘されてきました。この効果は、その死亡率の曲線の形から「Jカーブ効果」と言われますが、少量の飲酒によって虚血性心疾患のリスクが低下することが理由として考えられました。一方で、全く飲酒をしない人の中には、もともと飲酒していたが健康問題のために禁酒をした人が含まれているために死亡率が高く出ているのではないかと、Jカーブ効果を疑問視する意見もありました。

最近のメタアナリシスによる研究では、少量の飲酒が健康を改善する効果については否定的であり、飲酒量が増えれば増えるほど死亡率が上昇するということが示されています。2018年にLancetに報告されたグローバルデータメタアナリシ

ス研究[1]では、飲酒量と総死亡率の関係は線形的で、飲酒量が増加するほど総死亡率は上昇し、健康被害を最小にする飲酒量はゼロであるとしています。この研究では、純アルコール摂取量1日0グラム(禁酒)を基準に、1日当たり10グラム増加するごとに、総死亡率は約7%上昇すると報告されています。

2020年に発表された更新されたデータをを用いたメタアナリシス研究[2]でも、健康リスクを最小にする飲酒量(TMREL)は地域で異なるものの、1日あたりアルコール量として0-18.7gと低く留まっていました。若年者の方がTMRELは低いが、若年者では交通事故、自傷、暴力等の外傷が寄与する割合が大ききことが原因と考えられました。

40-64歳では、心血管疾患や癌の寄与する割合が高くなります。他の研究の結果も併せて考えると、アルコールに

よる健康へのプラスの影響は少なくとも疾患特異的であり、トータルで考えた場合、飲酒量を可能な限り少なくすることが、全体では健康への悪影響を最小限にする方法であると考えられます。

厚生労働省の健康日本21では、「節度ある飲酒」を1日平均純アルコールで約20g程度の飲酒とし、「生活習慣病のリスクを高める量」を1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上としています。この量は最近の研究結果から考えるとやや過大である可能性もありますが、多くの生活習慣病では、少量の飲酒ではそれほどリスクが上がるわけではなく、ある程度の量を過ぎたところから急激にリスクが上昇する非線形のリスク上昇カーブを描くため、これらの飲酒量を目標とすることはおおむね妥当であると思われます。

減酒外来を始めています。全国のアルコール専門医療機関へのアンケート調査の結果でも、回答を得られた医療機関のうち、17.1%の医療機関が「減酒外来」等の減酒の専門治療を行っており、68.6%は減酒の専門治療は行っていない

が一部の患者で減酒を目標とした治療を行っている」と回答しており、大半の医療機関で減酒を目標とした治療が行われていました。(図3)先に述べたアルコール健康障害対策推進基本計画に基づいて各都道府県でもアルコール依存症の専

門医療機関の整備が進んでおり、このような治療へのアクセス向上は、アルコールの有害な使用を減らすことにつながっていくと期待されます。

文献:
1.GBD 2016 Alcohol Collaborators. Lancet.2018; 392:1015-35.
2.GBD 2020 Alcohol Collaborators. Lancet.2022;400(10347):185-235.

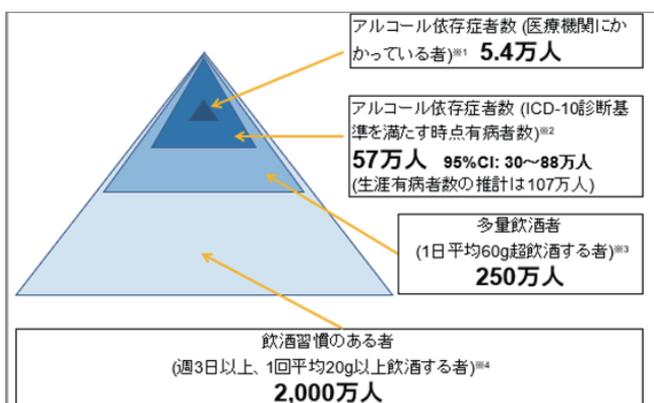


図2 アルコール依存症のトリートメントギャップ
※1厚生労働省患者調査(2017年) ※2 Y Osaki et al. Alcohol and Alcoholism. 51(4) 465-473. 2016 ※3厚生労働省国民健康栄養調査(2009年)より概算 ※4厚生労働省国民健康栄養調査(2016年)より概算

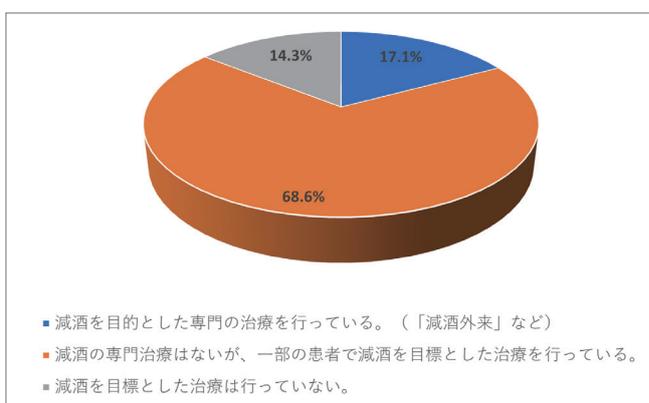


図3 国内アルコール専門医療機関アンケートでの減酒を目標とした治療の有無
厚生労働科学研究「アルコール依存症の早期介入から回復支援に至る切れ目のない支援体制整備のための研究(研究代表者:木村充)」令和4年度報告書より作成