

## 【第117回生涯教育講座】

アルコール健康障害対策基本法に関する  
背景と概要, 今後の動向かん だ ひで ゆき  
神 田 秀 幸

キーワード：アルコール健康障害対策基本法, 社会環境, 保健指導, 簡易介入

## 要 旨

2010年5月の世界保健機関総会にて, アルコールによる健康影響や死亡を減少させるため, 「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。この採択で, アルコール規制の流れは全世界的なものになった。これを受けて, わが国では2013年12月にアルコール健康障害対策基本法が成立し, アルコール対策が推進されることとなった。

本稿では, アルコール健康障害対策基本法に関する経緯とその概要, 法をふまえた今後の動向について, 解説を行う。アルコールの問題は精神科領域だけでなく, かかりつけ医の段階においても保健指導や簡易介入の機会が増えていく可能性が示唆された。今後の診療報酬改定の際に, アルコール関連指導料の設定等が検討されている。公衆衛生上の課題として, タバコ対策同様, 今後, アルコール健康障害防止が予防と診療が連携した形で, 社会的に大きな広がりを見せていく動きにある。

## I. はじめに

わが国の習慣飲酒率の推移は, 国民栄養調査および国民健康・栄養調査において, 調査法変更の影響を除くと, 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る<sup>1)</sup>。長年の多量飲酒は, 高血圧・糖尿病などの生活習慣病を招きやすく, 臓器障害は肝臓のみならず消化器系や循環器系など全身に及ぶ。アル

コール依存症だけでなく, 多量飲酒自体も DSM-VI ではアルコール使用障害として疾患として診断されるようになった。図1に, アルコールの「有害な使用」の概念図を転載した<sup>2)</sup>。さらに, 酒の席での暴言・暴力や飲酒の強要など, 飲酒しない人が飲酒者から受ける害, アルコールハラメントもアルコールの間接的な害として問題になっている。

世界的には, 飲酒による健康障害を減少させようとする動きが加速している。2010年5月の世界保健機関 (WHO) 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 (以下,

Hideyuki KANDA

島根大学医学部環境保健医学講座

連絡先: 〒693-8501 出雲市塩冶町89-1

島根大学医学部環境保健医学講座

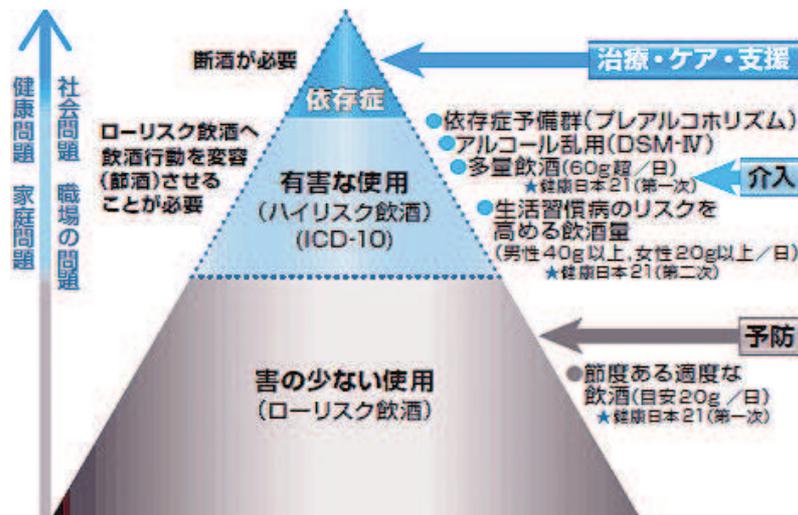


図1. アルコールの「有害な使用」の概念 (文献2より転載)

WHO 世界戦略」が採択された<sup>3)</sup>。さらに、上位機関である国連は、2013年総会にて非感染性疾患 (NCD) 対策の行動計画のひとつに、アルコールの有害摂取を挙げた。これらに対し、各国政府は具体的な対策を挙げ、総合的にアルコールに関し行動計画策定し、取り組むこととなった。

本稿では、わが国のアルコール健康障害対策基本法に関する経緯とその概要、法をふまえた今後の動向について、解説を行う。

## II. アルコールに対する公的な規制の背景

アルコールに対する公的な規制手段を用いた規制の動きを牽引したのは欧州諸国である。スウェーデンは EU 加盟後に周辺諸国から低価格の酒が流入するようになり、専売制など旧来の独自のアルコール規制がほころび始めた。これを危惧したスウェーデン政府は、2007年の WHO 総会に他の42カ国とともにアルコール規制を求める共同提案を提出した。それが WHO 世界戦略の採択につながった。

そして、この動きに関連し、英国では、政府が飲み放題の宣伝の規制やアルコールの値上げが検

討されている。また、フランスでは、保健省がアルコールの健康への害を重視して、禁酒キャンペーンを行った。この他、イタリアでは街頭でのアルコール販売が禁じられるなど、世界各国がアルコールに対し取り組むようになった。

わが国も、これらの世界的動きを受けた形で、アルコールに関連した健康障害を低減させる取組みが求められた。わが国では、アルコール健康障害対策基本法が2013年12月に成立した<sup>4)</sup>。これまでわが国の飲酒に関連する法律は、未成年者飲酒防止法やいわゆる酩酊防止法などがあった。しかし、わが国のアルコール対策の国の方向性を示す基本的な考え方を示した法はなく、この法律制定の意義は大きい。

## III. アルコール健康障害対策基本法の概要

アルコール健康障害対策基本法の概要として、まずアルコール健康障害を「不適切な飲酒 (アルコール依存症その他の多量の飲酒, 未成年者の飲酒, 妊婦の飲酒等) の影響による心身の健康障害」と定義した<sup>4)</sup>。次いで、アルコール健康障害対策に対して、国・地方自治体、酒類の製造販売を行

う事業者、国民、医師等の責務を規定した。特に、医師その他の医療関係者の責務として、国や自治体の対策に協力し、アルコール健康障害の発生・進行・再発の防止に寄与するよう努めるとともに、アルコール健康障害に係る良質かつ適切な医療を行うことが明示された。

この法律の基本的施策として、以下の10の柱が示されている。

1. 教育の振興
2. 不適切な飲酒の誘引の防止
3. 健康診断及び保健指導
4. アルコール健康障害に係る医療の充実
5. アルコール健康障害に関連して飲酒運転等をした者に対する指導
6. 相談支援
7. 社会復帰の支援
8. 民間団体の活動に対する支援
9. 人材の確保
10. 調査研究の推進

そして、政府は法律施行後2016年5月に、平成28年度（2016年度）から32年度（2020年度）まで概ね5年間を対象とした第1期アルコール健康障害対策推進基本計画を定めた<sup>5)</sup>。第1期基本計画で取り組むべき重点課題として、以下の2点が挙げられた。

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

まず、「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」としては、妊産婦や未成年者などアル

コールに対してより注意を要する集団に対する教育や啓発を重点としている。生活習慣病のリスクを高める飲酒量やアルコール依存症の初期症状・兆候などについての知識も広く普及させることとなっている。今後、学校や職場等でのアルコール関連問題に関する教育や学習の振興と知識の普及が展開されていく見通しである。

次に、「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」としては、第1期基本計画では、すべての都道府県に地域における相談拠点と、アルコール依存症に対する適切な医療を提供することができる専門医療機関をそれぞれ1か所以上定めることとした。これにより、相談拠点ができ、専門医療機関の整備が推進されるものと思われる。

今後、都道府県は、国の基本計画をもとに実情に即した推進計画を策定する努力義務が課せられている。

#### IV. アルコール健康障害防止に向けた社会的な動向

地方議会からの要請が、アルコール健康障害対策基本法の成立を加速させた。2013年9-10月に11都道府県1政令市の議会（島根県・鳥取県を含む）から国へ意見書が提出された。これは国の法制化を強力に推進する力となった。

また、隣県の鳥取県では国の基本計画制定に先立って、2014年度よりアルコール健康障がい緊急対策事業を既に展開している<sup>6)</sup>。アルコール健康障害について普及啓発や相談対応、専門的治療等を行う「アルコール健康障害支援拠点機関」を指定し、アルコール健康障害のある人やそのご家族、かかりつけ医等、アルコールについての相談支援体制を整備した。また、拠点機関の業務のひとつ

として、相談支援コーディネーターの配置が挙げられる。相談支援コーディネーターが中心となって、各医療圏域における、個別の相談対応及び介入や関係機関との連携・調整、教育・研修、ネットワークの構築と運営の支援、自助グループの活動支援が行われている<sup>6)</sup>。今後、島根県でもこうした動きを参考にした、アルコール健康障害対策が展開されると予想される。

また、アルコールに関する社会環境にも変化が表れてきた。写真1は、2014年筆者が訪れた米国グアムのショッピングモール内のフードコートの看板である。看板には "Designated alcohol consumption area", 直訳すると "分けられた飲酒エリア" とある。分煙ならぬ, "分酒エリア" の設定が, WHO 世界戦略の流れを受けてすでに設置されていた。飲酒者への緩やかな警告のみならず, アルコールの間接的な害, アルコールハラスメントを防止するために, 不特定多数の人が集まる空間・飲食を伴う場ではこうした区分設定がなされているのが, 世界のアルコール対策の一例である。今後わが国でもこのような不適切な飲酒の誘引防止として社会的な取組みが進んでいくものと考えられた。

## V. アルコール健康障害防止に向けた診療に関連する動向

前述のように、法律の制定により、医療関係者の責務として、アルコール健康障害の発生・進行・再発の防止、およびアルコール健康障害に係る良質かつ適切な医療を行うことが明示された<sup>4)</sup>。施策として、健康診断及び保健指導、アルコール健康障害に係る医療の充実が挙げられている。

まず、健康診断・保健指導においてアルコール健康障害の発見と飲酒についての指導が適切に行



写真1. グアムのフードコートにて 2014年3月23日  
筆者撮影 (看板 "この先飲酒エリア")

われるように求められる。

多量飲酒者の簡便なスクリーニング方法のひとつとして、WHO が作成したアルコール使用障害同定テスト (Alcohol Use Disorders Identification; 以下 AUDIT) が推奨されている<sup>7)</sup>。AUDIT はアルコール依存症だけでなく、アルコール問題 (問題飲酒・多量飲酒) を有する者も抽出できる特徴をもつ。わが国でも特定健診・保健指導の詳細設問項目として、AUDIT が推奨されている。

<AUDIT 質問項目と選択肢> 10項目 (選択肢0.から始まる)

- 1) アルコール含有飲料をどれくらいの頻度で飲みますか
  0. 飲まない
  1. 月1回以下
  2. 月2-4回
  3. 週2-3回
  4. 週4回以上
- 2) 飲酒する時は通常どのくらいの量を飲みますか

ただし、日本酒=2単位、ビール大ビン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10g)

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) 一度に6単位以上飲酒することがどれくらいの頻度でありましたか  
0. なし 1. 月1回未満 2. 毎月に1度  
3. 毎週に1度 4. 毎日, または, ほとんど毎日
- 4) 過去1年間に, 飲み始めると止められなくなったことが, どれくらいの頻度ありましたか  
0. なし 1. 月1回未満 2. 毎月に1度  
3. 毎週に1度 4. 毎日, または, ほとんど毎日
- 5) 過去1年間に, 普通だと思えることを飲酒していたためにできなかったことが, どれくらいの頻度ありましたか  
0. なし 1. 月1回未満 2. 毎月に1度  
3. 毎週に1度 4. 毎日, または, 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, どれくらいの頻度でありましたか  
0. なし 1. 月1回未満 2. 毎月に1度  
3. 毎週に1度 4. 毎日, または, ほとんど毎日
- 7) 過去1年間に, 飲酒後に罪悪感や自責の念にかられたことがどれくらいの頻度でありましたか  
0. なし 1. 月1回未満 2. 毎月に1度  
3. 毎週に1度 4. 毎日, または, ほとんど毎日
- 8) 過去1年間に, 飲酒のために前夜の出来事を思い出せなかったことが, どれくらいの頻度ありましたか  
0. なし 1. 月1回未満 2. 毎月に1度  
3. 毎週に1度 4. 毎日, または, 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ケガをしたことがありますか  
0. なし 2. あるが, 1年以上前  
4. ある, 過去1年以内に

- 10) 親戚, 友人, 医師また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をしたり, 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. なし 2. あるが, 1年以上前  
4. ある, 過去1年以内に

AUDITの点数づけは, 各設問の0から始まる選択肢の選択された数値を合計した数値がAUDITの点数となる。したがって, AUDITの最大値は40点である。

AUDITは世界共通のカットオフ値の設定はなく, 現場の状況や目的, 飲酒文化に応じてカットオフを変動させることができる。一例として, 幅広く問題飲酒者を抽出する場合には, AUDIT 15点以上を断酒指導と専門医療につなげ, AUDIT 8-14点を酒害教育と節酒指導とする基準が示されている<sup>8)</sup>。確実に問題飲酒者を専門医療につなげる場合には, AUDIT 20点以上を断酒指導と専門医療につなげ, AUDIT 10-19点を酒害教育と節酒指導とする基準が示されている<sup>9)</sup>。

AUDITは, 問題飲酒もしくはアルコール依存の次のようなスクリーニング精度をもつ。

- AUDITの問題飲酒のスクリーニング精度<sup>8)</sup>

8点以上	男性	感度0.58/特異度0.90
	女性	感度0.60/特異度0.96
- AUDITのアルコール依存のスクリーニング精度<sup>9)</sup>

15点以上	男性	感度0.56/特異度0.97
	女性	感度0.79/特異度0.98

いずれも高い特異度をもち, 問題飲酒やアルコール依存のスクリーニングに有用であるとされている。

しかしAUDITでは以下の留意点がみられる。単位換算(原文では1 drink)が, わが国では馴

染みが少ない。日本酒換算でのアルコール量と比較し、市民にとっては慣れない換算である。1単位=エタノール量10gである。日本酒換算1合弱(ほぼ日本酒1合換算)であるため、定着すれば問題は少ないが、現状では若干の正確な飲酒量の反映に至らない可能性を有している。また、飲酒に関する自記式質問票調査では、飲酒問題のある者は過小申告になっている場合を含む可能性がある。従ってカットオフ値以下でも、アルコール問題が大きいと考えられた場合には、断酒や節酒に向けての介入を行うなど柔軟な対応をしてよいとされている。

この他の多量飲酒者の簡便なスクリーニング法に、AUDIT-Cがある<sup>10)</sup>。AUDIT-CはAUDITの質問項目から酒量・飲酒頻度にのみ焦点をあてた3項目のみで構成され、アルコール依存症を想起させる質問がないため、受け入れやすい。

＜AUDIT-C 質問項目と選択肢＞ 3項目(選択肢0.から始まる)

1) アルコール含有飲料をどれくらいの頻度で飲みますか

0. 飲まない 1. 月1回以下 2. 月2-4回  
3. 週2-3回 4. 週4回以上

2) 飲酒する時は通常どのくらいの量を飲みますか

ただし、日本酒=2単位、ビール大ビン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10g)

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) 一度に6単位以上飲酒することがどれくらいの頻度でありましたか

0. なし 1. 月1回未満 2. 毎月1度  
3. 毎週1度 4. 毎日、または、ほとんど毎日  
AUDIT-Cの点数づけは、AUDITと同様、各設問の0.から始まる選択肢の選択された数の合計である。AUDIT-Cの最大値は12点である。AUDIT-Cのカットオフとしては、男性で5点以上、女性で3点以上を問題飲酒者として区分し、酒害教育と節酒指導とする流れが示されている<sup>8)</sup>。AUDIT-Cは、問題飲酒もしくはアルコール依存の次のようなスクリーニング精度をもつ。

・AUDIT-Cの問題飲酒のスクリーニング精度

3点以上 男性<sup>11)</sup> 感度0.95/特異度0.60  
女性<sup>12)</sup> 感度0.66/特異度0.94

4点以上 男性<sup>11)</sup> 感度0.86/特異度0.72  
女性<sup>12)</sup> 感度0.48/特異度0.60

・AUDIT-Cのアルコール依存のスクリーニング精度

3点以上 男性<sup>11)</sup> 感度0.90/特異度0.45  
女性<sup>12)</sup> 感度0.80/特異度0.87

4点以上 男性<sup>11)</sup> 感度0.79/特異度0.56  
女性<sup>12)</sup> 感度0.67/特異度0.94

問題飲酒もしくはアルコール依存の状態に対して、AUDIT-C 3点以上で男性では高い感度を持ち、女性では高い特異度をもつことから、問題飲酒やアルコール依存状態のスクリーニングに用いることができると考えられている。

AUDIT-Cでは、AUDIT同様の単位換算や過少申告の留意点が含まれる。また、3項目が少ないため、調査時の状態や認識が判定に及ぼす影響が含まれやすい可能性を潜在的にもつ。

多量飲酒者を同定した後は、介入である減酒支援としてBrief Intervention(簡易介入、以下BI)が広く用いられている方法である。酒害教育の資料を提供したり、節酒または断酒の目標を

立てフォローするなど、内科系一般外来で行える指導内容である。すでにわが国でBIは、特定健診・特定保健指導プログラムや飲酒運転者への講習に取り入れられるなど広がりを見せている。BIの具体例については、久里浜医療センターのホームページ ([http://www.kurihama-med.jp/kaijo\\_tool/bi\\_movie\\_all.html](http://www.kurihama-med.jp/kaijo_tool/bi_movie_all.html)) をご参照頂きたい。

さらに、アルコール依存症が強く疑われる、断酒が必要な人に対しては、専門医療機関への紹介が流れとなる。しかし、これらの対象者は否認があり、断酒が患者に受け入れられない場合が多くみられる。その場合には、本人が提案するやり方から実行し、医師の評価を加えながら、それでも節酒や断酒ができない場合に改めて専門医に紹介するようなステップが取られることもある。

プライマリケアの場面で、アルコールの高リスク者の早期発見から介入、専門的治療にまでつなげる取り組みを "SBIRT" (Screening (スクリーニング), Brief Intervention (簡易介入), Referral to Treatment (専門医への紹介)) と呼ばれ、各地で動き始めている<sup>2)</sup>。アルコールを原因とする内科系疾患や外傷をかかえた人が受診しても、身体的治療のみであると、回復後再び問題飲酒をする。その繰り返して問題の本質にたどり着けず、仕事や家庭、果ては命まで失うような場合が生じる場合もみられる。したがって、かかりつけ医など、早期からの医師の気づきや声かけが重要な役割をもつ。地域密着型の医療機関で世帯全員を診ているような場合、家族の受診が増えたり、隣人とのトラブルがあるなど、小さな変化から医療者がアルコール問題に気づく機会がある。かかりつけ医などが得意とするこのような場面から、地域の保健師や栄養士など他職種と連携して対応

することで、アルコール健康障害を低減させることにつながり得る。このような成果を期待して、今後は、プライマリケアの場面で節酒あるいは断酒の指導などアルコール健康障害に係る保健医療の取組みが臨床現場に求められる方向である。

臨床の中でアルコール診療を推進し、アルコール健康障害に対する取組みを定着させるため、制度整備の動きがある。日本アルコール・アディクション学会は、次回平成30年度(2018年度)診療報酬改定にあたり、「アルコール関連疾患患者節酒指導料」と「重度薬物依存症入院管理料」を提案している<sup>13)</sup>。前者はかかりつけ医・プライマリケア医の段階での健康診断及びアルコールに関連する保健指導の拡充、後者はアルコール健康障害に係る医療の充実を狙いとしたものである。アルコール診療は、今後の診療報酬改定の着目点のひとつである。

## VI. まとめ

アルコールは私たちの生活に豊かさや潤いを与えるものである一方、多量飲酒は依存症や臓器障害を招きやすく、酒の席での暴言・暴力や飲酒の強要など飲酒者から受ける害の影響も少なくない。

国際的なアルコール対策の流れを受けて、わが国の政府や地方自治体がアルコール対策を今後推進することにより、アルコールの健康障害や社会的損失が減るよう取り組むことが期待される。アルコール健康障害対策基本法は、今後飲酒する人もしない人も、社会の誰にとっても良好な飲酒環境となることを目指すものであると考えられた。アルコール対策は、非飲酒者(元来飲酒しない人や禁酒者)や適量飲酒者は現状維持、多量飲酒者は適量飲酒へ、アルコール依存症者は禁酒へと、考え方に多様なパターンをもつ。アルコール健康

障害防止の動きは、今後、公的な規制や健全な飲酒に関する社会環境の整備など社会的に大きな広がりを見せられていくと思われる。近年たばこ対策が大きく社会の認識を変えたように、今後はアルコール対策の推進により、多くの人の生命や健康が守られ、飲酒の害のない社会が形成されようとしている。アルコール健康障害防止は、保健医療

政策と、かかりつけ医や専門医療などの臨床診療とが両輪のごとく協調して動き出す時期を迎えると考えられた。

## VI. 利益相反 (COI)

本稿に関し、開示すべき利益相反はありません。

## 文 献

- 1) 神田秀幸, わが国の喫煙, 飲酒習慣の推移とその特徴: 動脈硬化予防, 12: 5-10, 2014
- 2) 吉本尚, 樋口進, 今成知美, 動き始めたアルコール関連問題対策, 週刊医学界新聞, 3017: 1-3, 2013
- 3) Monteiro MG, The road to a world health organization global strategy for reducing the harmful use of alcohol: Alcohol Res Health, 34: 257-60, 2011.
- 4) 衆議院, アルコール健康障害対策推進基本法: [http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb\\_housei.nsf/html/housei/18520131213109.htm](http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_housei.nsf/html/housei/18520131213109.htm)
- 5) 内閣府, アルコール健康障害対策推進基本計画: [http://www8.cao.go.jp/alcohol/kihon\\_keikaku/pdf/kihon\\_keikaku.pdf](http://www8.cao.go.jp/alcohol/kihon_keikaku/pdf/kihon_keikaku.pdf)
- 6) アル法ネット, 鳥取県が全国に先駆けて策定したアルコール健康障害対策推進計画: [http://alhonet.jp/plan\\_tottori.html](http://alhonet.jp/plan_tottori.html)
- 7) Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M: Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II: Addiction. 88: 791-804, 1993
- 8) 中井美紀, どのように減酒・禁酒・断酒が必要な人を見分けるとよいのでしょうか?: 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 [改訂版] アルコール保健指導マニュアル, 105-110, 2016
- 9) Gache P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Arfaoui S, Wenger O, Daepfen JB, The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. Alcohol Clin Exp Res, 29: 2001-7, 2005.
- 10) Bradley KA, DeBenedetti AF, Volk RJ, Williams EC, Frank D, Kivlahan DR, AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care, Alcohol Clin Exp Res, 31: 1208-17, 2007
- 11) Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA, The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking, Arch Intern Med, 158: 1789-95, 1998
- 12) Bradley KA, Bush KR, Epler AJ, Dobie DJ, Davis TM, Sporleder JL, Maynard C, Burman ML, Kivlahan DR, Two brief alcohol-screening tests From the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation in a female Veterans Affairs patient population, Arch Intern Med, 163: 821-9, 2003.
- 13) 杠岳文, 第一回「認知行動療法の手法を活用した薬物依存症に対する集団療法研修会」開催の報告, 日本アルコール・アディクション医学会 News Letter, 1-2: 7-9, 2016