

アルコールと健康に関する 日本での取り組み



独立行政法人国立病院機構
久里浜医療センター 院長
松下 幸生

アルコール健康医学協会のホームページでは、「アルコールと健康に関する最新の医学情報」について、世界中の医学雑誌等をレビューし、その中から重要な文献を選んで要旨を作成、公開しています。その情報収集と掲載論文のセレクトにあたっては、独立行政法人国立病院機構 久里浜医療センター 松下幸生院長に、最新の医学情報から見て取れる近年の傾向やコロナ禍の影響、アルコールと健康に関する医療の今後などについて伺いました。

編集部

● コロナ禍の影響と アルコールと健康に 関する医療の変化 ●

アルコール健康医学協会のホームページでは、アルコールと健康に関する最新の医学情報を掲載しています。私も信頼できる先生方のご協力を得ながら論文の選定や情報収集をしており、そこで気になったことや関心を持ったことなど、トピックスをいくつか紹介します。

最近のアルコールと健康に関しては、コロナ禍の影響についての研究・調査が引き続き進められています。一時に比べると感染状況は落ち着いてきており、日常を取り戻しつつありますが、コロナ禍でお酒の飲み方、飲酒習慣も変わったように感じています。これまで飲食店での飲酒がメインだった人の場合は外食しにくい状況が続いたことで結果的に飲酒量が減った一方、もともと家での飲酒が多かった人はステイホームの影響で飲酒量がさらに増えたというケースもあり、二極化している傾向が見

受けられます。

また、私が勤務する久里浜医療センターでは新型コロナウイルスの感染拡大が始まった頃には患者さんの受診控えが多く、多くの方が来院しなくなりしました。その間にアルコール依存症の病状を悪化させてしまったケースも少なからず見受けられます。

コロナ禍の影響とは別の話になりますが、アルコール外来では、最近では女性患者さんや高齢の男性患者さんが増えている傾向があります。これは、世代別の飲酒の仕方や社会背景などが関係していると思われる。

例えば男性の場合、若い世代では毎日欠かさず飲むという人はさほど多くないのですが、60代以上では晩酌が若い頃からの習慣になっている人が多く、飲酒頻度は年齢に比例して明らかに高くなる傾向にあります。高血圧や脳出血、脂質異常症などのリスクは、1日平均飲酒量が増えるとともに上昇することが分かっています。総じて若い人のほうが1

回あたりの飲酒量は多いのですが、生活習慣病のリスクを高めるような飲み方をしているのは、高齢男性のほうが多いと言えるでしょう。

女性の場合は30〜50代といった年齢層の受診が多くみられ、うつ病や摂食障害などの併存疾患を抱えているケースが多いのが特徴です。患者さんの男女比で、以前は10…1くらいだったのが、最近では7…1くらいになってきており、これには日本人の飲酒行動や社会の変化も関係しているのではないかと考えています。女性の社会進出が進んだことによつて、女性の飲酒が世間的に受け入れられるようになり、女性自身も飲酒することに抵抗を感じずに済むようになったという経緯があるのではないのでしょうか。

これは日本だけでなく世界的な傾向ですが、明らかに女性をターゲットとしている飲酒の宣伝などが増え、販売戦略として飲酒における男女格差を無くそうという風潮もあります。しかし、アルコールの代謝スピードは女性のほうが遅いので、

男性よりも少ない量で肝障害を起しやすく、アルコール依存症になるスピードも速いと言われています。そうしたリスクを考えると、女性が大酒家の男性と同じような飲み方をすることはお勧めできません。

また、若い女性の場合は、次世代への影響も考える必要があります。妊娠中の飲酒が胎児に影響を及ぼすことは明らかになっており、週齢に関わらず、妊娠のどの時期でもリスクとなる可能性があります。妊娠に気づくタイミングに個人差はありますが、日頃からアルコールを飲むことが習慣になっている場合、飲酒を続けて気づいたときには妊娠している状態も上がっていた、ということも起こり得ます。

胎児への影響が心配されるのはもちろんのこと、妊婦自身も不安な状態で妊娠期間を過ごさなければならなくなります。妊娠する可能性がある、あるいは妊娠することを考えている人は早めに飲酒を避けていた方がいいと思います。

● アルコール対策に関する 世界と日本の違い ●

世界と日本のアルコールを取り巻く環境や対策についても、その違いから各国の事情や抱える問題を伺えます。アルコール対策で効果があるとされているのが酒税の体系です。日本では様々な種類の中でビールの酒税額が飛びぬけて高いのですが、アルコール濃度が高くなるにつれて酒税も高くなるという仕組みが世界の主流となっています。日本でも酒税法の改正が何度も行われて、少しずつ変化してきているように感じます。

アルコールを入手する際の「手軽さ」という点でも、海外の国々日本では少し事情が異なります。アルコール依存症の患者数が多く深刻な社会問題に発展しているような国々では、酒類を購入する際に身分証明書などの提示を義務づけたり、深夜帯の酒類販売を禁止したり、アルコールに簡単にアクセスできない制度を設けていることが多いようです。日本でも酒類販売時に年齢確認が義務づ

けられていますが、今も酒類自動販売機はありますし、24時間営業のコンビニエンスストアでも酒を販売しています。いつでも手軽にアルコールにアクセスできる環境なので、さほど厳しく規制されている印象はありません。

また、2022年にWHOで取り上げられた「アルコールに関する広告規制とアルコールの有害性の軽減」についても、各国で対応が分かれています。テレビコマーシャルや公共交通機関、大型ビルディングなどの広告物については、多くの人の目に触れることから放映する時間帯や掲載する方法などについて議論の対象となることが多く、以前に比べれば配慮がされてきていると思います。しかし、若者が対象となり得るアルコールのオンライン広告マーケティングなどは、現時点でこれと違って国が定める規制があるわけではなく、アドバタイズメントは企業の倫理観や酒類業界の自主基準に任されている状況なので、更なる配慮が求められていると思われます。

● 遺伝子のタイプで考える アルコールの代謝と 依存症リスク ●

ところで、海外と日本とでアルコールに関する規制や対策に違いがあるのは何故なのでしょう。これには、日本や韓国、中国などの東アジアの人々と欧米人が持つ遺伝子の違いによるアルコール代謝の違いも一つの要因として関係しているのではないかと、個人的には考えています。

一般的に「お酒が強い」「お酒が弱い」と言われるのは、アルコールを分解するADH（アルコール脱水素酵素）やALDH（アルデヒド脱水素酵素）の働きによるものです。アルコールを摂取すると肝臓内でADHによって分解されてアセトアルデヒドが作られます。顔が赤くなったり、発汗したり、いわゆる「悪酔い」と呼ばれる動悸や頭痛などの不快症状を引き起こす原因物質が、このアセトアルデヒドです。ADHの分解スピードが速いと不快物質がすぐに生成されてしまうので、気分が

悪くなりアルコールを飲み続けられなくなります。

さらに、アセトアルデヒドはALDHによって酢酸に分解されて全身を巡り、やがて水と二酸化炭素に分解されて汗や尿として排出されますが、この代謝が十分にできないと不快症状がなかなか抜けられないので、大量飲酒にもつながりにくくなります。日本人はこのようなタイプが多いので、アルコール依存の進行に対して予防的に働いており、欧米と比べてアルコール依存症が大きく問題化していないのではないかと考えています。

非アジア系の人は、9割以上がADH1Bというアルコール分解酵素の遅いタイプ（遺伝子）を持っており、長時間アルコールが残るだけでなくアセトアルデヒドもゆっくりと生成されるため、アルコール依存症のリスクが高い体質と言えます。日本人でも、アルコール依存症の患者さんのなかには、このタイプ（アルコール代謝が遅い）の遺伝子を持つ人が3割程度いますが、日本人全体で見れば1割未満で、9割の人は

く、ご本人の考え方や病気の捉え方と医師が勧める治療方針のすり合わせが必要になる場合に、**「減酒」**を含めて提案できる選択肢が多いほうがよいのです。そして、**「減酒」**や**「断酒」**ということだけでなく、その人が抱える問題の背景や、アルコールに依存していた間におざりになっていた人格的な成長に対しての手当について考えていく必要がありますし、治療方針もそのように変化してきています。

アルコール依存症の治療における間口が広がってきていることもま

代謝が早いタイプの遺伝子です。つまり、アルコール代謝に関する遺伝子のタイプ的に、**「飲めない体質」**の人が多い日本では、ある意味でアルコール依存症リスクから守られているので、欧米を中心とする海外の国々と比較してアルコールに対する規制も少々緩く、厳しく縛りつけずに済んでいるのではないかと、いう気がしています。

アルコール依存症の患者さんは、精神的な疾患をはじめとする他の病気を併発することも多く、社会生活を送るうえでも様々な問題を抱えています。アルコール依存症患者数が増えれば大きな問題に発展するので、社会的にもアルコールに対して厳しい目が向けられ、規制等の対策も多く取られるようになります。今の日本では、アルコール依存症患者の全体数が少ないので、社会が比較的寛容な状態でいられますが、社会的風潮や本人が置かれる環境の変化でアルコール依存症へのリスクは高まります。社会全体がアルコールと健康の関係に目を向けておくことが大切です。

た、変化の一つとして挙げられます。かつてのアルコール依存症の治療という、重症になってから受診される患者さんが多く、入院治療となるケースが大半でした。しかし、最近ではアルコール依存症が広く知られるようになり、早い段階で受診される人が増えました。自分が依存症かどうかを心配して受診される人もいます。アルコール依存症の治療ができる医療機関も増えており、結果的に早い段階から相談や介入が可能になってきていることも、よい傾向だと捉えています。

適正飲酒の10か条

1. 談笑し 楽しく飲むのが基本です
2. 食べながら 適量範囲でゆっくりと
3. 強い酒 薄めて飲むのがオススメです
4. つくろうよ 週に二日は休肝日
5. やめようよ きりなく長い飲み続け
6. 許さない 他人（ひと）への無理強い・イッキ飲み
7. アルコール 薬と一緒に危険です
8. 飲まないで 妊娠中と授乳期は
9. 飲酒後の運動・入浴 要注意
10. 肝臓など 定期検査を忘れずに

(公社) アルコール健康医学協会

● 依存症治療の現状と 「飲酒ガイドライン」 作成の背景 ●

アルコール依存症の治療においては、飲酒量を減らすという**「減酒」**が治療目標になり得るとい風潮になってきており、飲酒欲求を抑制するための治療薬なども用いられるようになったという点も、近年の大きな変化だと感じています。しかし、**「減酒」**という目標は、全ての依存症治療に当てはまるかというと、そうではありません。アルコール依存症の治療では、**「断酒」**が最終目標になるといのは、昔も今も変わっていません。あくまでも、アルコール依存症になる手前の段階や、依存症の極めて初期の患者さんへの治療においては、**「減酒」**で成功するケースも出てきているということです。

大切なのは、それぞれの患者さんの病状の進行具合や、併発している疾患も含めて慎重に評価することです。アルコール依存症の患者さんは精神的な疾患を抱えている人も多

く、ご本人の考え方や病気の捉え方と医師が勧める治療方針のすり合わせが必要になる場合に、**「減酒」**を含めて提案できる選択肢が多いほうがよいのです。そして、**「減酒」**や**「断酒」**ということだけでなく、その人が抱える問題の背景や、アルコールに依存していた間におざりになっていた人格的な成長に対しての手当について考えていく必要がありますし、治療方針もそのように変化してきています。

た、変化の一つとして挙げられます。かつてのアルコール依存症の治療という、重症になってから受診される患者さんが多く、入院治療となるケースが大半でした。しかし、最近ではアルコール依存症が広く知られるようになり、早い段階で受診される人が増えました。自分が依存症かどうかを心配して受診される人もいます。アルコール依存症の治療ができる医療機関も増えており、結果的に早い段階から相談や介入が可能になってきていることも、よい傾向だと捉えています。

平成26年に、アルコール健康障害対策を総合的かつ計画的に推進すること^①を目的として「アルコール健康障害対策基本法」が施行され、基本計画に基づき様々な取り組みを進めてきました。令和3年度から基本計画は第2期に入っており、その中で適正な飲酒量の目安についてオーソライズすることや、妊娠・授乳中の飲酒の危険性、アル

た、アルコール健康障害の関係性は病気によって見方が異なりますし、要因について解析をしていく中で疫学調査の結果が複数出てきているということもあり、調査方法や結果の分析を慎重に検討しながらガイドラインに反映させていく必要があります。例え、乳ガンは飲酒量が増えれば増えるほど、リスクが直線的に上がる傾向があります。肝臓ガンでは飲酒量が少量のうちにはリスクがさほど上がらず、一定の量を超えると急激な上がり方をします。どの病気にも当てはまるような明確なエビデンスを提示

するのは極めて難しいのが現状です。「健康日本21（第二次）」では、生活習慣病のリスクを高める飲酒量^②として、「男性では純アルコールで1日当たり40g以上、女性では20g以上」といった数字を提示していますが、これは日頃からこの程度飲んでもよいとする**「適正飲酒量」**ではなく、この量を超えてしまうと生活習慣病のリスクが高まるとい**「注意すべき飲酒量の上限量安」**です。純アルコールのグラム数は、「飲んだ酒の量（ml）×酒のアルコール濃度×0.8」で求められます。しかしこれを正しく理解せずに、「この量まではOK」と勘違いする人が多いのも事実です。適正飲酒量として、純アルコール20g（日本酒1合、ビール500ml程度）といった海外で多く見られるガイドラインに合わせるか、あるいは適正飲酒量と注意すべき上限の2段階にするかなど、ガイドラインで提示する数字については現時点で様々な意見が挙がっています。海外では適正飲酒量を1週間で定義しているガイドラインもあります

が、例えば休肝日を2日設けるとして、1週間で純アルコール20g×5日＝100gまでをOKとした場合に、2日で100g飲んで5日休んだらよいのか、あるいは1日で100gを一気に飲んで、6日休めばよいのかなど、多くの議論を巻き起こしています。しかし冷静に考えてみれば、純アルコール50gや100gというのは飲酒量としてはかなり多く、泥酔してケガや事故に遭うリスクも上がります。当然二日酔いにもなるでしょうし、OKと言えるわけがありません。とはいえ、きちんとした調査結果があるわけではないので「あまりよくないと思います」という程度しか言えないのです。純アルコール20gという数字についても調査方法によって見方や分析結果が変わってくることもあり、もう少し議論が必要だろうと思います。

いずれにしろ、アルコールの健康障害というリスクを正しく理解したうえで、飲酒量や飲み方などを自身自身で判断することが大切です。

昨今の教育現場でのアルコールに対する問題意識は、以前に比べて薄れてきているようで、中高生への飲酒実態調査などの回収率も下がり続けていると聞いています。オンラインゲームやSNS、薬物乱用など、保護者や先生方が取り組むべき難題が次々と出てきているため、飲酒問題は過去のことといったような風潮が出てきているのかもしれない。しかし、飲酒や喫煙が薬物などへのゲートウェイとなることも指摘されており、保護者や教育に従事している大人は引き続き関心を持ち続けて注視していくべきだろうと思います。

● アルコールとの上手な付き合い方

健康を維持するために

私もお酒を嗜みますが、アルコールと上手に付き合うには個々人がアルコールに関する正しい知識をもって適正飲酒をすることが大切です。

まず注意すべきなのは、“短時間に大量のアルコールを飲むこと”で

20歳未満飲酒防止の副読本



小学生向け副読本



中学生向け副読本



高校生向け副読本

(公社) アルコール健康医学協会

● 20歳未満の飲酒の危険性とアルコールに関する

教育の重要性

アルコール健康医学協会が発行している青少年向けのアルコールに関する教育冊子（副読本）の医学監修もしていますが、20歳未満の飲酒問題を考えるうえでも、アルコールに関する教育は非常に重要だと思っています。最近の若い人たちはあまり飲まなくなったと言われていますが、大学入学や20歳を機にアルコールに接するシーンは増えていくでしょう。そのような局面で、アルコールの怖さについて正しい知識を持ち合わせていることはとても大切です。高校生までにきちんと教育機会を設

けておく必要があります。

かつてのように、新入生歓迎コンパでイッキ飲みをさせる、というような危険行為は減っていますが、現在でも急性アルコール中毒で搬送される若者は決して少なくありません。東京消防庁が定期的に公表している急性アルコール中毒による搬送者数を見みると、男女ともに最も多いのは20代となっています。飲酒経験が少なく、自分の体質やアルコールとの付き合い方を十分に理解できていない若い人たちは依然として多いのです。

若い世代が直面するアルコールの怖さは急性アルコール中毒だけではなく、脳科学の観点から、脳の発達に悪影響を及ぼすことが知られています。また、飲酒による健康被害も、若年層に比べて顕著です。飲酒による健康被害は、飲酒量とされる純アルコール20gでも飲まない日を作ったほうが安全なわけではありません。これは、飲酒量とされる純アルコール20gでも飲まない日を作ったほうが安全なわけではありません。これは、飲酒量とされる純アルコール20gでも飲まない日を作ったほうが安全なわけではありません。

す。海外では、節度をもたずに飲酒し続けることを「バンジ飲酒（binge drinking）」と呼んで特に注意喚起がされており、米国の国立アルコール乱用・アルコール依存症研究所では「男性は5ドリンク（缶ビール350mlを5本など）・純アルコール70g、女性は4ドリンク・純アルコール56g、を2時間以内に飲酒した場合」と定義づけています。飲酒習慣があるうとなかろうと、このような飲み方をすると血中アルコール濃度が一気に上昇して事故などのリスクが跳ね上がるので、やめるべきだと強調しています。

つまり、俗に言う「駆けつけ三杯」などはもつてのほかです。日本では特に定義されていませんが、このような飲み方を習慣的にしていると、その危険性はさらに上がって内臓疾患などの健康障害につながるのだから避けるべきです。また、空腹のままの飲酒を避ける、ひたすらお酒を飲み続けるのではなく途中で水（和らぎ水）やノンアルコール飲料をはさむ、あるいはコップを小さくするなど、血

世界では人の脳が本当に成熟するのは20歳ではなく、もう少し後の20代前半だと言われており、成熟していない脳はアルコールや薬物に対して非常に脆弱で影響を受けやすく、依存の形成をしやすいとされています。アメリカでは1970年代に多くの州で飲酒可能な年齢を18歳に引き下げた結果、飲酒運転事故などが多発したため再び21歳に引き上げた、ということがありました。飲酒可能な年齢は国によって異なりますが、脳に与える影響やアルコール依存症へのリスクを考えると、未成年者や20代前半の成熟していない脳はアルコールや薬物からできるだけ遠ざける必要があります。飲酒可能年齢も安易に引き下げるべきではないでしょう。

な調査が増えてきていますが、まだ十分とは言えません。先述の女性の飲酒行動の変化など、時代の流れによって必要になる研究も出てきます。最近の若い人たちは飲酒の機会が減っていると言われていますが、30代や40代で管理職になってストレスが増えて飲酒行動が変化する可能性もあります。そのような長期間にわたる観察や調査から分かることもたくさんあります。普段どのような酒類をどのくらいの頻度で飲んでいるのか、そしてどのような悪影響が出たのか、あるいは出ないのかといったことを10年後、20年後と追跡していく調査によって、アルコールと病気の相関関係を明らかにしていくことも今後の医療にとって重要になっていくでしょう。

■ まつじた・さちお

独立行政法人国立病院機構 久里浜医療センター院長。医学博士。日本アルコール関連問題学会理事長。日本アルコール・アディクション医学学会評議員。2011年に久里浜医療センター副院長を経て、2022年4月より現職。アルコール依存症、ギャンブル障害、認知症、一般精神医学、精神疾患の臨床遺伝研究、アルコール関連問題や嗜癖行動に関する疫学研究を専門とする。