

# 飲酒によるリスクとわが国の取組み

上席専門職（兼）調査研究部 主席研究員 熊沢 由弘

## 目次

- |                   |                  |
|-------------------|------------------|
| 1. はじめに           | 5. 飲酒対策についての私見   |
| 2. 飲酒を原因とするリスク等   | 6. 飲酒対策と生命保険との関連 |
| 3. 飲酒対策の取組みの経過・背景 | 7. おわりに          |
| 4. 飲酒対策の成果（現状）    |                  |

## 1. はじめに

急速な人口の高齢化とともに、わが国の疾病全体に占めるがん・心臓病・脳卒中・糖尿病などの生活習慣病の割合は増加し、死亡原因の約5～6割および国民医療費の約3割が生活習慣病によるものと推計される<sup>1</sup>。生活習慣病は、主な原因として「食生活、運動、喫煙、飲酒」が深く関与すると指摘されており、生活習慣を改善することで発症・進行の予防が可能である。

21世紀を見据えて活力ある社会を実現するためには、健康寿命の延伸を図ることが重要とされ、その実現のため、わが国では2000年度から「21世紀における国民健康づくり運動」（以下、本稿において「健康日本21」と表記する。）が開始された。健康日本21を契機に、飲酒への対策を含めた生活習慣病全般を予防するための法整備や具体的施策に取り組む枠組みの整備・構築が進み、取組みは強化され

ている（詳細は後掲3参照）。しかしながら、2022年10月に公表された『健康日本21（第二次）最終評価報告書』によると、飲酒への対策は、生活習慣病の原因であり、大人の嗜好品という点で共通する喫煙への対策と比べて、十分な成果が出ていない印象を受ける（詳細は後掲4参照）。

本稿においては、飲酒を原因とするリスクを確認するとともに、生活習慣病を中心とした健康面におけるわが国の飲酒対策の取組みの経過・背景、および現状の成果について、喫煙との関連を踏まえながら整理を行う。

## 2. 飲酒を原因とするリスク等

### (1) アルコールの適量および改善すべき摂取量

飲酒による健康面への影響と関連するアルコール摂取量の目安として、健康日本21では、「1日平均純アルコール約20g程度を適量（概ねの目安として、ビール：中瓶・ロング缶1本、

1 死亡原因の約5～6割は、広報誌「厚生労働」（以下URL①）の記載内容（＝2015年の人口動態統計に基づく）、死因の約6割が生活習慣病による）、および『令和3年（2021）人口動態月報年計（概数）の概況』に掲載の上位10死因（以下URL②のpp. 10－11掲載）における生活習慣病（悪性新生物、心疾患、脳血管疾患）の合計値（48.7%）による筆者推計。国民医療費の約3割は、『令和元（2019）年度 国民医療費の概況』の「統計表第6表 性、傷病分類、入院－入院外別にみた医科診療医療費」（以下URL③のpp. 19－20掲載）における生活習慣病の合計値（34.5%）による筆者推計。

① [https://www.mhlw.go.jp/houdou\\_kouhou/kouhou\\_shuppan/magazine/2018/03\\_01.html](https://www.mhlw.go.jp/houdou_kouhou/kouhou_shuppan/magazine/2018/03_01.html)

② <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai21/dl/gaikyouR3.pdf>

③ <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/19/dl/toukei.pdf>

日本酒：1合、ウイスキー：ダブル（60ml）が相当<sup>2</sup>とし、国民への周知に取り組んでいる。また、改善をするべき飲酒量の指標・目標として、「生活習慣病のリスクを高める量（1日平均純アルコール摂取量が男性40g以上・女性20g以上）を飲酒している者の割合の削減」を掲げている<sup>3</sup>。飲酒習慣のある人にとっては、適量および生活習慣病のリスクを高める量のいずれも少量と感ずるのではないか。

## (2) 飲酒を原因とする疾病・障害

飲酒を原因とする疾病・障害には、継続飲酒により発症するものと、一時的な多量飲酒により突発的に発症するものがある。主な疾病・障害として、以下（表1）に記載したものが挙げられ、生活習慣病を中心に健康面に様々な悪影響を及ぼすことが確認できる。

（表1）飲酒を原因として発症する主な疾病・障害

疾病・障害	疾病・障害についての補足情報
肝臓病	継続飲酒は、脂肪肝からアルコール性肝炎となり、肝硬変になると治すことが困難となる。
がん	WHO（世界保健機関）の評価（2007年）では、口腔、咽頭、喉頭、食道、肝臓、大腸、女性の乳房のがんの原因となる。アルコールそのものに発癌性があり、少量飲酒で赤くなる体質の人は、アルコール代謝産物のアセトアルデヒドが食道癌の原因となる。
循環器の疾患	過度の飲酒は循環器疾患のリスク因子となる。脳出血、心房細動の罹患リスクはアルコール摂取量に伴い増える。 （補注）出血性疾患と不整脈疾患を除けば、少量飲酒（1日10gの純アルコール摂取が目安）は、循環器疾患に保護的に働くといわれている。
消化管の疾患	ほぼ全ての消化管に影響し、胃食道逆流症、マロリーワイス症候群、急性胃粘膜病変、門脈圧亢進性胃炎、下痢、吸収障害、痔核など、様々な疾患や症状の原因となる。
糖尿病	過剰なアルコール摂取は高血糖を来とし、同時に脂質異常症や高血圧などと相まって脳血管障害・虚血性心疾患の危険因子となる。 （補注）適量の飲酒は、糖尿病の発生を予防する可能性がある。
膵臓病	膵臓病（急性すい炎、慢性すい炎、慢性すい炎から起こる糖尿病）の原因として、アルコールの過剰摂取が多い。
認知症	アルコール依存症および大量飲酒者には脳萎縮が高い割合でみられ、認知症になる人が多い疫学調査結果がある。 （補注）少量・中等量の飲酒は、認知症予防になる可能性を示唆する調査結果がある。
胎児性アルコール・スペクトラム障害	妊娠中の飲酒は、少量でも胎児・乳児に対して悪影響を及ぼす。低体重、顔面を中心とする形態異常、脳障害などを引き起こす可能性がある。
急性アルコール中毒	意識レベルが低下し、嘔吐、呼吸状態が悪化するなど危険な状態に陥り、命に関わる。
うつ・自殺	うつ病はアルコール依存症を合併することが多い。アルコール依存症の合併や飲酒問題はうつ病の自殺の危険性を高めるとされる。

（注）厚生労働省の「e-ヘルスネット [情報提供]」の「飲酒」における「アルコールによる健康障害」の掲載内容をもとに、主な疾病・障害を任意に抜粋・引用・要約し、筆者作成。

<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/alcohol-summaries/a-01>（最終確認日：2022年12月9日）

- 2 アルコールの影響を受けやすい、「女性、65歳以上の高齢者、アルコール代謝能力の低い人」などは、より少量が適度な飲酒量となることに留意する必要があると、国はその旨の周知にも取り組んでいる。  
なお、厚生労働省は、第2期アルコール健康障害対策基本計画に基づき、個々人の状況に応じた適切な飲酒量・飲酒行動の判断に資するよう、飲酒量・飲酒形態・年齢・性別・体重等によるリスクがわかる『飲酒ガイドライン』を作成するため、「飲酒ガイドライン作成検討会」を設置（第1回2022年10月31日開催。以下URL）し、検討を進めている。  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syougai\\_442921\\_00002.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syougai_442921_00002.html)
- 3 2000年度から開始された健康日本21（第一次）では、改善をするべき飲酒量の指標・目標として「多量飲酒（1日平均純アルコール摂取量が約60g超）している人の減少」を掲げたが、2013年度から開始された健康日本21（第二次）では、改善をするべき対象範囲を本文記載のとおり拡大している。

### 【参考情報①】喫煙を原因とする主な疾病等

喫煙は多くの病気と関係し、「予防できる最大の死亡原因」である。以下（表2）に喫煙者本人の発症について、「因果関係を推定する証拠が十分（確実）」とされている代表的な疾病等を記載する。一部のがんや糖尿病など、（表1）掲載の飲酒と共通する疾病も確認できる。

### (3) 飲酒を原因とする事故および暴力

飲酒による酩酊により、身体運動機能・認知機能が低下することから、「交通事故、転倒・転落、溺水、凍死、吐物吸引」などの事故につながり、交通事故などでは加害者にもなり得る。交通事故における2021年の飲酒事故の死亡事故率は、飲酒事故以外の約9.1倍であり、飲酒は重大事故につながりやすい<sup>4</sup>。

飲酒を原因とする暴力には、家庭内暴力や児童・高齢者への虐待・犯罪に加え、近年、

注目されているアルコールハラスメント（飲酒に関連した嫌がらせや迷惑行為、人権侵害）など、大きな社会問題にもなっている<sup>5</sup>。

### (4) 飲酒による社会的損失

#### ① 社会的損失の規模

前掲(2)・(3)記載のとおり、飲酒は健康面や日常生活に様々なリスクをもたらしている。それらのリスクを含めた社会的損失の程度について、人口動態統計や患者調査のデータを活用し、金銭に換算する研究が行われた経過がある。

厚生労働省研究班が、2008年のデータをもとに推計した結果<sup>6</sup>によれば、わが国の飲酒による社会的損失は、年間で4兆1,483億円に達し、2008年度の酒税収入約1.46兆円（財務省公表）をはるかに上回っている。主な内訳は、「医療・治療費：1兆226億円」、「有病・死亡による労働・雇用の損失：3兆974億円」、「そ

（表2）喫煙を原因として喫煙者本人に発症する主な疾病等

疾病等	疾病等についての補足情報
がん	肺、口腔・咽頭、喉頭、鼻腔・副鼻腔、食道、胃、肝臓、膵臓、膀胱、子宮頸部等のがん
循環器の疾患	虚血性心疾患、脳卒中、腹部大動脈瘤、末梢動脈硬化症
呼吸器の疾患	慢性閉塞性肺疾患、呼吸機能低下、結核による死亡
糖尿病	2型糖尿病の発症
妊娠・出産関連の悪影響	早産、低出生体重・胎児発育遅延、生殖能力低下、子宮外妊娠、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、乳幼児突然死症候群
その他	歯周病、ニコチン依存症

（注）厚生労働省の「e-ヘルスネット [情報提供]」の「喫煙」における「喫煙者本人の健康影響」の掲載内容を参考に筆者作成。

<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/tobacco/t-02-002.html>（最終確認日：2022年12月9日）

4 『令和3年における交通事故の発生状況等について（令和4年3月3日）』（警察庁交通局）p.12参照。

<https://www.npa.go.jp/bureau/traffic/bunseki/nenkan/040303R03nenkan.pdf>

5 詳細は、厚生労働省のe-ヘルスネット [情報提供] の「飲酒」における「飲酒と暴力」に掲載。2003年の全国調査によると、アルコールハラスメントによる被害を受けた成人は3,000万人にも達し、うち1,400万人はその後の生き方や考え方に影響があったと回答しているほど深刻である。

<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/alcohol/a-06-005.html>（最終確認日：2022年12月9日）

6 本稿執筆にあたり、厚生労働省研究班の調査結果（『アルコール関連問題の社会的損失の推計』尾崎米厚）を引用した資料『アルコール対策の進め方』（樋口進）の表紙から7ページ目の掲載内容（以下URL）を参考にしている。

<https://www.pbhealth.med.tohoku.ac.jp/japan21/slide-pdf/1-slide.compressed.pdf>

の他コスト（自動車事故・犯罪等）：283億円」である。

### 【参考情報②】喫煙による社会的損失

医療経済研究機構が、2005年度のデータをもとに推計した結果<sup>7</sup>によれば、わが国の喫煙による社会的損失は、年間で4兆3,264億円<sup>(注)</sup>に達し、2005年度のたばこ税等収入約2.24兆円（財務省公表）をはるかに上回っている。内訳は、「健康面の費用（喫煙に起因する疾患の診断・治療・予防費用）：1兆7,680億円」、「労働力損失（喫煙による疾病・死亡、火災による負傷・死亡）：2兆3,664億円」、「施設・環境面の費用（喫煙が施設・周辺環境に及ぼす影響による公的負担部分）：1,918億円」である。

（注）推計にあたり、参考値として算出した「超過介護費（喫煙に起因する疾患の超過罹患による介護サービス費用）：4,760億円」と「勤務中離席による労働力損失：1兆5,604億円」を加えると、約6兆3,628億円の損失となる。

## ② 社会的損失から伺われること

前掲①記載の飲酒と喫煙による社会的損失は、推計に使用したデータの時点と手法・指標は異なることから、単純比較はできないものの、それぞれ単年度で4兆円超の大規模な水準といえる。注目すべき点は、いずれも医療関連の損失が1兆円を超えていることである。わが国は、国民皆保険制度に基づき、医療費を社会全体で支えていることを考慮すれば、持続的に社会保障制度を維持していくためにも、国・地方公共団体が飲酒と喫煙へ

の対策を強化することは必然といえる。

なお、喫煙については、推計値の根拠となる2005年度の状況と比べると、その後の喫煙率の低下等もあり、現在では社会的損失の程度は減少傾向にあるかもしれない<sup>8</sup>。

## 3. 飲酒対策の取組みの経過・背景

2000年度に開始された健康日本21の取組み以降、現在に至るまでの飲酒対策の主な取組みの経過・背景を、以下（表3）に整理する。生活習慣病予防の一環としての取組みに加え、飲酒への対策に特化した基本法が制定されるなど、具体的施策に取り組む枠組みの整備・構築が進んだといえるが、規制強化という点では、喫煙対策に比べると遅れている印象を受ける。

なお、飲酒対策と喫煙対策のいずれもが、WHO（世界保健機関）による国際的動向の影響を強く受けている。

7 『禁煙政策のありかたに関する研究～喫煙によるコスト推計～【研究要旨】』（以下URL）の掲載内容から引用。本稿では便宜的に、億円未満の数値は切り捨てて記載している。

<https://www.ihp.jp/wp-content/uploads/current/report/study/26/h20-9.pdf>

8 2014年度データで試算した『受動喫煙防止等のたばこ対策による経済面の効果評価とモデルの構築』（厚生労働科学研究費補助金分担研究報告書）（以下URL）によれば、「①能動喫煙と受動喫煙による超過医療費：1兆4,902億円」、「②勤務中離席による労働力損失：5,496億円」とある。同様の指標による2005年度データに基づく試算結果は、それぞれ「①1兆5,930億円」、「②1兆5,604億円」となり、2014年度の損失額は2005年度と比べて減少（特に②は大幅減少）している。<https://www.kwc.ac.jp/topics/2018/psg7n700000039hs-att/201608009A0008.pdf>

(表3) 飲酒対策に関連する主な取組み

設定・取組時期	取組みの概要
<b>① 生活習慣病全般の予防の取組み</b>	
2000年度～2010年度 (計画期間は2012年度 まで延長)	<p>「健康日本21 (第一次)」の取組み</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>生活習慣病とその原因となる生活習慣等の課題について、「一次予防の重視」等を基本方針とする。</li> <li>9分野*ごとに2010年度を目途とした目標(中間整理での追加を含め全80項目、うち飲酒関連は3項目)を設定し、国民が主体的に取り組める運動として開始した。</li> </ul> <p>※ ①栄養・食生活、②身体活動と運動、③休養・こころの健康づくり、④たばこ、⑤アルコール、⑥歯の健康、⑦糖尿病、⑧循環器病、⑨がん</p>
2002年8月公布⇒ 2003年5月施行	<p>「健康増進法」の制定</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>健康日本21を中核とする生活習慣病予防への取組みを推進するため、「医療制度改革大綱」(2001年11月策定)による環境整備の方針を受け、医療制度改革の一環として制定した。</li> <li>健康増進法に基づき、2003年に「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」を策定。当基本方針は、2012年に全部改正され、健康日本21(第二次)となった。</li> </ul>
2013年度～2022年度 (計画期間は2023年度 まで延長)	<p>「健康日本21 (第二次)」の取組み</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>健康増進法に基づき、「健康寿命の延伸と健康格差の縮小を実現する」考えのもとで、基本的方向を策定した(基本的方向には、飲酒に関する生活習慣・社会環境の改善を含む)。</li> <li>健康日本21(第一次)の取組みの最終評価において提起された課題等を踏まえ、2010年度を基準に2022年度までに達成すべき目標(53項目、うち飲酒関連は3項目)を設定した。</li> </ul>
<b>② 飲酒対策に特化した取組み</b>	
2010年5月	<p>WHO第63回総会：「アルコールの有害使用低減に関する世界戦略」の採択</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>WHOは加盟各国に対し、「アルコールの有害使用の予防・低減」においては、国が最も重要な責任を有するとした。そのうえで、国が対応すべき課題を明確にし、国が取り得る政策の選択肢として「10の推奨する標的分野*」を設定した。</li> </ul> <p>※ 10の標的分野のなかには、「保健医療の対応、飲酒運転政策と防止策、アルコールの入手規制、アルコール飲料の販売促進活動、価格政策、飲酒や酩酊による悪影響の低減」などがある。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>加盟各国に対し、アルコール世界戦略に基づく実施状況を3年後(2013年)の第66回WHO総会に報告する義務を課し、取組みの実効性を強く求めた。</li> </ul>
2013年12月公布⇒ 2014年6月施行	<p>「アルコール健康障害対策基本法」の制定</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>アルコール世界戦略を踏まえ、わが国の取組みを強化するため、アルコール健康障害対策における国・地方公共団体等の責務を明らかにするとともに、対策の基本事項を定めた。</li> <li>アルコール健康障害対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、「アルコール健康障害対策推進基本計画」の策定を政府に義務付けるとともに、都道府県には「都道府県アルコール健康障害対策推進計画」の策定を努力義務とした(現在、全都道府県策定済)。</li> </ul>
【第1期計画】 2016年5月～2020年度 【第2期計画】 2021年3月～2025年度	<p>「アルコール健康障害対策推進基本計画」の策定・実行</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>基本計画には、健康日本21(第二次)で掲げる飲酒関連の目標を含む。</li> <li>第2期計画では、アルコール健康障害対策基本法に規定する10の基本的施策*ごとに分野を分け、各施策の具体的目標と達成時期を定めている。</li> </ul> <p>※ ①教育の振興等、②不適切飲酒の誘引防止、③健康診断・保健指導、④アルコール健康障害に係る医療の充実等、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等、⑥相談支援等、⑦社会復帰の支援、⑧民間団体の活動に対する支援、⑨人材の確保等、⑩調査研究の推進等。</p>

**【参考情報③】主な喫煙対策**

前掲(表3)の「①生活習慣病全般の予防の取組み」は、喫煙対策にも共通した取組みである。喫煙対策に特化した主な取組みを、以下(表4)に記載する。

(表4) 喫煙対策に特化した主な取組み

設定・取組時期	取組みの概要
2003年5月	WHO第56回総会：「たばこ規制枠組条約」の採択（条約発効は2005年2月） ・条約には、「たばこの消費量・喫煙率の減少効果が実証された対策、未成年者への販売防止措置、たばこの危険性に関する教育・啓発の取組み」が盛り込まれた。日本は2004年6月に参加表明。
2006年4月	「禁煙治療」に健康保険の適用を開始 （補注）2020年12月からは「禁煙治療用アプリ」が保険診療として禁煙外来で処方。
2018年7月公布⇒ 2020年7月完全施行	「健康増進法の一部を改正する法律」の公布・施行 ・健康増進法制定時に規定された店舗・施設における受動喫煙防止対策の努力義務を、大規模国際スポーツイベント開催を契機に見直し、2019年7月に「学校・病院・児童福祉施設等・行政機関での原則敷地内禁煙」、さらに2020年4月に「原則屋内禁煙」とした（マナーからルールへ）。 ・指定場所以外での喫煙は禁止となり、施設管理者には分煙対策など適正な対策が求められる。違反した場合は最大30万円の罰金となる。

#### 4. 飲酒対策の成果（現状）

わが国の成人一人当たりのアルコール消費量は、1992年度の101.8ℓをピークに2019年度は78.2ℓ（1992年度対比：76.8%）にまで減少している。その要因として、飲酒習慣のある者の割合が低い70歳以上の高齢者数の増加、さらには飲酒習慣のある若年者の割合の減少などが指摘されている。なお、一人当たりの消費量は減少傾向にあるものの、2015年のOECD（経済協力開発機構）の報告（「Tackling Harmful Alcohol Use」）によれば、「わが国では、最も飲酒が多い上位20%の人々が、全アルコール消費量の70%近くを消費している」と指摘されており、一部の過剰摂取する層への対応が課題となっている。

本稿では、前掲（表3）①記載のとおり、飲酒に関する3項目の目標を掲げ、2022年10月に最終評価報告書（以下、本稿において「報告書」と表記する。）が公表された健康日本21

（第二次）の取組結果を、飲酒対策の現状の成果の事例として記載する<sup>9</sup>。

##### (1) 「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」の割合は未改善・悪化傾向

「2010年度の男性15.3%・女性7.5%を、2022年度までに15%削減し、男性13.0%・女性6.4%とする」目標を掲げたが、2019年の国民健康・栄養調査によれば、「男性14.9%・女性9.1%」となっており、2010年度以降の推移でみると、男性で有意な増減（改善）はなく、女性では増加（悪化）している。このため、報告書では「D：悪化している」との評価となっている<sup>10</sup>。

2019年の国民健康・栄養調査の状況を、男女別・年齢階層別に整理すると、以下（表5）のとおり、男女とも40～50歳代が、多量飲酒する者の割合が高いことが確認できる。

9 『健康日本21（第二次）の最終評価報告書』は、2022年10月に公表され、以下URLの厚生労働省の「報道発表資料」より参照可能。詳細な内容は、飲酒についてはpp. 314～327、喫煙についてはpp. 328～353を参照。

[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_28410.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_28410.html)

10 報告書では53項目の目標達成状況を5段階で評価している。その結果は、「A：目標値に達した（8項目・15.1%）」、「B：現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある（20項目・37.7%）」、「C：変わらない（14項目・26.4%）」、「D：悪化している（4項目・7.5%）」、「E：評価困難（7項目・13.2%）」となっている。

(2) 未成年者の飲酒率は改善傾向

「未成年者の飲酒をなくす」目標を掲げ、未成年者や酒類販売業者を対象とした取組みを行った結果、厚生労働科学研究による調査結果によれば、未成年者の飲酒率は以下（表6）のとおり大きく減少（改善）している。報告書では「B：現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある」との評価である。

(3) 妊婦の飲酒率は改善傾向

「妊婦の飲酒をなくす」目標を掲げ、妊婦への啓発を強化した結果、妊婦の飲酒率は、「2010年度（目標策定時）：8.7%⇒2013年度（中間評価時）：4.3%⇒2019年度（最終評価の指標）：1.0%」と、大きく減少（改善）している。報告書では「B：現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある」との評価である。

**【参考情報④】喫煙対策の成果等**

健康日本21（第二次）においては、4項目の目標（①成人の喫煙率の減少、②未成年者の喫煙をなくす、③妊娠中の喫煙をなくす、④受動喫煙の機会を有する者の割合の減少）を設定し、報告書では、いずれも「B：現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある」との評価である。

生活習慣病予防のポイントとなる「成人の喫煙率の減少」は、2010年度（目標策定時）の「全体19.5%、男性32.2%、女性8.4%」が、2019年の国民健康・栄養調査によれば、「全体16.7%、男性27.1%、女性7.6%」となり、男性は有意に減少したが、女性は有意な増減はない。男女別・年齢階層別では、男性は30～60歳代が3割超え、女性は40～50歳代が1割超えと、他の世代と比べて高く、前掲(1)の生活習慣病のリスクを高める量を飲酒する者の傾向と類似している。

（表5）男女別・年齢階層別：生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合

年齢階層	20-29歳	30-39歳	40-49歳	50-59歳	60-69歳	70歳以上	合計
男性	6.4%	13.0%	21.0%	19.9%	19.7%	8.5%	14.9%
女性	5.3%	11.7%	13.9%	16.8%	8.4%	3.5%	9.1%
全体	5.8%	12.3%	17.3%	18.2%	13.8%	5.7%	11.8%

（注1）『令和元年国民健康・栄養調査報告』の第94表（p. 212掲載）をもとに筆者作成。

（注2）対象は「1日あたりの純アルコール摂取量が男性40g以上・女性20g以上の者」である。なお、飲酒回数が少なくても、1回の飲酒量が多いと、生活習慣病のリスクが高くなる量の飲酒者に該当する整理となっている。

（表6）未成年者（20歳未満）の飲酒率の改善状況

調査時点	中三男子	高三男子	中三女子	高三女子
2010年度（目標策定時）	10.5%	21.6%	11.7%	19.9%
2017年度（最終評価の指標）	3.8%	10.7%	2.7%	8.1%
2021年度（参考値）	1.7%	4.2%	2.7%	2.9%

（注1）報告書pp. 318-319掲載内容を引用し、筆者作成。2021年度の調査は従来の対面式に加え、webによるアンケートを併用したことから、参考値となっているが、引き続き減少傾向にある。

（注2）2021年4月1日施行の「民法の一部を改正する法律」により、成年年齢が18歳に引き下げられたが、当調査の「未成年者」は、飲酒が禁止されている「20歳未満」をいう（以下、本稿において同じ）。

## 5. 飲酒対策についての私見

飲酒への対策は、前掲4(1)記載のとおり、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒する者の割合は改善していない。その原因・課題・対策については、報告書にも記載されているが、筆者は以下の2点をポイントと考える。

### (1) アルコールの有害性・適量摂取についての周知徹底

「アルコールは、少量・適量であれば健康への害はなく、疾病によっては発症リスクを抑制する。」との見解もあり、わが国ではその有害性を甘く捉えがちな傾向にあると考える。

必要な対策は、アルコールの有害性に加え、飲酒量（適量・健康に悪影響を及ぼす量）に関する正しい情報の周知徹底<sup>11</sup>により行動変容を促すことに尽きる。その際、近年では「健康経営」（従業員の健康を財産・経営資源と捉え、従業員の健康増進に主体的かつ積極的に関与する）に取り組む企業・団体が増えていることから、飲酒機会の多い職場などの企業・団体（加盟する健康保険組合との連携を含む）を通じて、特に多量飲酒者の中核層である40～50歳代をターゲットとした取り組みを強化することが有効と考える。40～50歳代は職場において管理職層である人も多いことから、これらの世代の飲酒に対する認識・習慣を変えることは、当人の健康面だけでなく、職場におけるアルコールハラスメント防止にも資すると考える。

### (2) 規制強化等による環境整備の検討

健康日本21が開始された2000年度以降を振り返ると、たばこについては、前掲【参考情報③】記載の健康増進法による受動喫煙防止対策の規制強化に加え、たばこ税・たばこ価格の大幅引上げにより喫煙者の負担増<sup>12</sup>を求める施策や厳しい広告規制など、たばこ離れの環境整備が進んでいる。この間、アルコールについては、有害性の抑制を目的とした酒税の見直しは行われておらず、酒類業界の自主基準による広告規制は行われてはいるものの、たばこよりも緩やかである。その背景として、アルコールに対する規制強化は、多数を占める適正量の飲酒者にまで弊害が及ぶとともに、飲食店など様々な産業に悪影響を及ぼす可能性があること等が考えられる。

しかしながら、飲酒対策に取り組んでいるにもかかわらず、十分な成果が挙がらない状況が今後も継続するようであれば、国としても価格政策や広告を含む販売促進活動（これらは前掲（表3）②記載のWHOがアルコール世界戦略で設定した「10の推奨する標的分野」にも含まれている）について、規制強化の検討を行わざるを得なくなるのではないか。規制強化による環境整備は、飲酒運転による交通事故の大幅減少につながった実績（2000年の26,280件をピークに減少に転じ、2021年は2,198件）があり、前掲4(2)記載の未成年者の飲酒率減少の要因にもなっている<sup>13</sup>。

11 健康日本21（第一次）において、「節度ある適度な飲酒の知識の普及」の数値目標（2010年には100%認知）を掲げて取り組んだが、小幅な改善（例：男性の認知割合：当初50.3%⇒2010年の最終評価時54.7%）にとどまった経過がある。

12 例えばメビウス（旧名：マイルドセブン）1箱（紙巻）の価格は、健康日本21が開始された2000年4月時点では230円であったが、その後、たばこ税・消費税の引上げなどがあり、2021年10月には580円にまで引き上げられている。

13 飲酒運転による交通事故対策として、道路交通法の改正により、「酒気帯び運転の基準引下げと行政処分（罰則）の強化（2002年6月）」、「飲酒運転の厳罰化と助長行為者（酒類提供者・車両提供者・同乗者）への罰則適用（2007年9月）」、「飲酒運転に関する行政処分（罰則）の強化（2009年6月）」などがある。未成年者の飲酒対策として、未成年者飲酒禁止法の改正により、「未成年者が飲むことを知りながら酒類を販売・供与した営業者への罰則強化（2000年12月）」、「酒類の販売・供与にあたり、営業者は年齢確認その他の必要な措置を対応（2001年12月）」などがある。



## 6. 飲酒対策と生命保険との関連

飲酒によるリスクと生命保険との関連について触れておきたい。

### (1) 保険会社による健康増進の取組み

近年、多くの保険会社が、主に加入者の疾病予防を目的とした健康増進の取組みを強化している。また、JA共済においても2021年4月から健康増進支援活動「げんきなカラダプロジェクト」を本格始動している。これらの取組みの背景の一つに、健康日本21など国を挙げての健康寿命の延伸を目的とした生活習慣病予防の取組みがあると考えられる。

主に加入者を対象とした保険会社による健康増進の取組みとして、保険商品における制度導入や付帯サービスの提供などが挙げられる。これらの取組みを生活習慣病の主な原因である「食生活、運動、喫煙、飲酒」ごとに区分すると、以下(表7)のとおり整理で

きる。現状、「飲酒」に特化した取組みは、他の原因ほど強化されていない印象を受ける。

### (2) 飲酒と保険料率等の関連

前掲(表7)記載のとおり、現状、「喫煙」と「飲酒」について、保険料率等の制度に反映するうえでの扱いは異なっている。

保険加入申込時の喫煙有無の判断は、通常、加入者の告知(過去1年以内の喫煙有無)に加え、唾液採取によるニコチン検査を行っている<sup>14</sup>。飲酒の場合、アルコールチェッカー(検知器)による呼気中の濃度の確認はできるが、検査時点の状況把握にとどまり、日常的な飲酒状況を客観的に、かつ簡易に検査・把握する方法はない。また、国の方針・取組みも少量・適量飲酒まで抑制するものではないことから、健康面に悪影響を及ぼす日常的な飲酒状況を精緻に把握できない限り、保険料率等への直接の反映は難しいと考える。

(表7) 生活習慣病の主な原因別：健康増進に関する制度・付帯サービス例

原因	保険会社が提供する制度・付帯サービスの概要
食生活	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アプリを活用し、食事をスマホカメラで撮影するとカロリー・栄養素を表示。摂取状況の管理を通じて食生活の改善を指導・支援。</li> <li>・栄養バランスのとれたレシピや既往症対応のレシピなどの有益な情報を提供。</li> </ul>
運動	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アプリを活用し、運動・歩行状況等の管理を通じた生活改善メニューやアドバイスを提供。</li> <li>・アプリを活用し、Web等を通じたウォーキングイベント・ランニングイベント等を開催。</li> <li>・所定期間内における歩行状況により給付金を支払う保険商品や運動状況をポイント化して翌年度以降の保険料割引に反映する保険商品の提供<sup>*</sup>。</li> </ul>
喫煙	<ul style="list-style-type: none"> <li>・非喫煙者の保険料を優遇する保険商品(例：非喫煙者割引制度、非喫煙者専用保険)の提供<sup>*</sup>。</li> <li>・禁煙促進のため、保険契約加入後の所定期間内に禁煙した場合に祝金を支払う保険商品の提供<sup>*</sup>。</li> </ul>
飲酒	<ul style="list-style-type: none"> <li>・飲酒状況(有無・量)を基準に保険料率に反映する保険商品はない(適用保険料率区分の判断要素に健康診断結果を反映する保険商品において、飲酒習慣の影響を受ける可能性があるBMI・血圧・GOTの数値を対象とする保険商品はある)。</li> <li>・飲酒状況の改善に特化したアプリの提供は確認できない(食生活の管理を通じた改善指導・支援のなかで、飲酒状況の管理に対応するアプリはある)。</li> </ul>

※ いわゆる「健康増進型保険」である。加入者の健康増進・生活習慣の改善に資することをコンセプトに、加入者の「健康状態」や「健康増進に取り組む活動状況」などに応じて、保険料割引・給付金支払などの優遇措置を適用するとともに、健康増進に資する様々な付帯サービスを提供する。

14 ニコチンは体内摂取後にできる物質で、体内から完全になくなるまで数か月はかかるとされており、検査の客観性が確保できる。なお、ニコチン検査では、非喫煙者でも受動喫煙により「喫煙者」と判定されるケースがあり、その場合、保険料率区分の「非喫煙者」の基準に該当しない整理となる(生命保険会社のしおり・約款の記載内容から引用)。

### 【参考情報⑤】喫煙有無等に対応した保険料率の適用

保険料率の適用にあたり、喫煙者と非喫煙者を区分する保険商品は従来から一部の生命保険会社から提供されていたが、健康増進分野への取組強化やデータ分析の高度化を背景に、増加傾向にある。近年の保険商品には、「喫煙の有無」に加え、「健康診断結果の所定の項目の数値」を加味して適用する保険料率区分を複数設定するなど、加入者の健康状態をより反映する制度の導入が進んでいる<sup>15</sup>。

### (3) 飲酒対策の観点から想定される取組み

飲酒状況を保険料率等に反映することは難しいが、前掲2記載のとおり飲酒は多くの疾病・障害に影響を及ぼしている。

したがって、今後、国によるアルコールに対する規制や飲酒対策が強化されることになれば、飲酒の影響を受けるとされている健康診断結果の項目の数値を、保険料率等に反映する対応が進むかもしれない。また、現状、付帯サービスとして食生活や運動習慣を改善するために様々なアプリが提供されているが、飲酒習慣の改善（減酒）を目的としたアプリ<sup>16</sup>を提供することなども考えられる。

## 7. おわりに

飲酒は生活に潤いを与えるとともに、わが国では酒類に関する伝統・文化が国民の生活に浸透している。しかしながら、飲酒による弊害が社会生活に及ぼす影響が大きいことは事実であり、これらの悪影響を軽減するためには、より強固な対策の検討も必要ではない

かと考える。

飲酒対策を含めた生活習慣病予防については、健康日本21（第二次）の最終評価報告書がとりまとめられ、数年後には第三次の目標が設定されることが想定される。今後、国が飲酒対策において、どのような具体策を講じていくのか、また、それらの対策が保険・共済に何らかの影響を及ぼすのかという点について、注視していきたい。

(2023年1月12日記)

### (主な参考資料・情報)

本文・脚注に記載しているものを除く。

- ・厚生労働省の「アルコール健康障害対策」（以下URL）の掲載内容  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000176279.html>（最終確認日：2022年12月9日）
- ・「健康日本21とは」（以下URL）の掲載内容  
<https://www.kenkounippon21.gr.jp/kenkounippon21/about/index.html>（最終確認日：2022年12月9日）
- ・『WHOによる「アルコールの有害使用低減に関する世界戦略」（略称：アルコール世界戦略）「解説文付き和訳要約文」』（猪野亜朗・内田恒久・田中増郎・林竜也）  
[https://www.ask.or.jp/downloads/pdf/other/who\\_summary.pdf](https://www.ask.or.jp/downloads/pdf/other/who_summary.pdf)

15 例として、ネオファースト生命の収入保障保険「ネオ de しゅうほ」は、「健康診断結果項目（BMI、血圧、GOT）の値が所定の範囲内に該当」し、かつ「過去1年以内に喫煙無」の場合に、「非喫煙者健康体保険料率」を適用する。

16 減酒を目的としたアプリの主な機能は、自主的な飲酒量管理により適正飲酒を促進するものである。そのなかで、大塚製薬提供のアプリ「減酒につき」（以下URL）は、アルコール依存症の人の減酒と治療継続のサポートを目的とし、体重・血圧・肝機能などを記録することにより健康状態の変化も確認でき、多くの情報が家族・医師・医療スタッフと共有できる機能を有している。<https://gen-shu.jp/app/>