

第1章 本調査の概要

第1節 背景及び目的

我が国では、従来から、飲酒運転による交通事故を根絶するため、「飲んだら乗るな」等国民の意識啓発とともに、平成13年の刑法改正による危険運転致死傷罪の導入及び平成14年の道路交通法の改正による厳罰化などの飲酒運転対策が進められてきた。また、平成18年8月25日の福岡市における幼児3人が亡くなる悲惨な飲酒運転による交通死亡事故などの影響により国民の間に飲酒運転の根絶に向けた機運が高まり、政府は、平成18年9月15日に「飲酒運転の根絶について」を決定し、自動車運転過失致死傷罪の導入や道路交通法の改正による厳罰化など、飲酒運転の根絶に向けた取組を強化してきたところである。こうした取組により、飲酒運転による交通事故件数、交通死亡事故件数の減少など一定の成果を発揮してきているものの、依然として飲酒運転を根絶するには至っていないのが現状である。

飲酒運転が根絶されない背景に、常習飲酒者、多量飲酒者の存在、さらには、自らの飲酒行動をコントロールできなくなるアルコール依存症の問題が指摘されている。飲酒運転に対する国民の意識改革に加え、常習飲酒者、多量飲酒者の減少を図ることが重要であると考えられたことから、飲酒運転を抑止するための諸対策について、関係行政機関及び飲酒運転対策に関係する団体との連携を強化し、その効果的な実施を図るため、政府は内閣府、警察庁、法務省、厚生労働省、経済産業省、国土交通省を構成員とする「常習飲酒運転者対策推進会議」を平成19年4月27日に立ち上げ、平成19年12月26日には同会議において「常習飲酒運転者対策の推進について」をとりまとめ、さらなる取組を推進している。

本調査は、「常習飲酒運転者対策の推進について」において、「内閣府において、関係省庁の協力を得て、平成20年度から、アルコール・インターロック装置の活用方策について多角的に検討する総合的な常習飲酒運転者対策についての調査を実施する。」とされたことを受け、平成20、21年度の2ヶ年にわたり検討を行った上で、我が国における総合的な常習飲酒運転者対策の方向性について提言を行うものである。

第2節 調査研究の内容・方法

(1) 概要

平成20、21年度の2ヶ年にわたり、次のとおり常習飲酒運転者の実態把握、常習飲酒運転者対策についての課題の抽出及び総合的な対策の検討を行うとともに、諸外国の例を参考とした常習飲酒運転者対策効果の検証を実施した。

- 常習飲酒運転者の実態把握並びに常習飲酒運転者対策についての課題の抽出及び総合的な対策の検討を行うことを目的として、有識者からなる「常習飲酒運転者の飲酒運転行動抑止に関する調査研究 調査委員会」を設置し、討議及び関係者からのヒアリングを実施した。
- 諸外国の例を参考とした常習飲酒運転者対策について、実験によりその効果を検証した。その実施に当たっては、有識者からなる「常習飲酒運転者の飲酒運転行動抑止に関する調査研究 検証実験WG」を設置し、検証実験の実施方法の検討及び進捗管理を実施した。
- 検証実験において、参加者の選定、教育的プログラム、効果測定のためのフォローアップを適切に実施するため、検証実験WGの下部に医師・社会福祉士・看護師等から構成される「教育的プログラム小委員会」を設置した。実験は、アドバイザーとしての同小委員会の委員の参画を得て実施された。

(2) 成果

1) 課題の抽出

アルコール関連問題についてはアルコール依存症が一般的によく知られているが、アルコール依存症に至っていなくとも多量飲酒等によりアルコールに関連する社会的又は健康上の問題を有する場合もあり、我が国におけるアルコール依存症者の人数を80万人、多量飲酒者の人数を860万人とする推計結果もあるなど、アルコールに関連する問題は、我が国において広く蔓延している重要な問題であるとされた。

常習飲酒運転者の数を正確に推計することは困難であるものの、こうしたアルコールに関連する問題を有する者と常習的な飲酒運転の間に深い相関関係が認められることが報告されていることから、アルコールに関する問題を有する者の人数を考慮すると明らかになっていない潜在的な常習飲酒運転者は相当数に上る可能性があり、常習飲酒運転者対策としてそうしたアルコールに関連する問題を有する者への対策を図ることが効果的であるとされた。その際、アルコールに関する問題を段階的に区分した上で、その区分に応じた対策を検討することが適当であり、アルコール依存症以外に新たに「ハイリスク飲酒者」という言葉を定義した上で、対策を検討することとした。

また、アルコール依存症、ハイリスク飲酒以外の者であっても、アルコールの分解に要する時間等の正確な知識が不足していることにより、アルコールが体内に残存している状態で運転してしまい、飲酒運転となるおそれがあることが指摘された。

2) 対策の検討

常習飲酒運転者対策として、アルコール依存症者に対しては、従来から取組まれてきているように「断酒」を指導する専門的な治療が必要であり、今後も、アルコール依存症者を適切に治療につなげることが重要であるとされた。一方で、ハイリスク飲酒者に対しては、世界保健機関(WHO)により推奨されており我が国でも民間団体などの取組にその要素が見られるものの、我が国における十分な検証結果が存在していないブリーフインターベンション(簡易な介入)について、実証実験において飲酒日数、飲酒量、多量飲酒回数を減少させる効果が認められたことから、我が国においても、ブリーフインターベンションの積極的な活用を図ることが適当であるとされた。

さらに、諸外国に導入されている例があるアルコール・インターロック装置について、装置を装着中の多量飲酒回数を減少させる効果が認められ、一定程度の飲酒運転を抑止する効果が期待されるとされた。しかしながら、アルコール・インターロック装置の使用者に対するアンケート結果等から装置に係る課題も存在することが明らかとなったことから、当面、個人又は企業における自主的な活用を図ることが適当であるとされた。

その他、アルコールが運転技能に及ぼす影響に関する知識、アルコールの分解に要する時間に関する知識等の不足により飲酒運転を引き起こすことも考えられることから、アルコールに関する正しい知識の普及・啓発に取組むことが重要であるとされた。

以上を踏まえ、効果的な常習飲酒運転者対策の取組について提言を行った。

(3) 常習飲酒運転者の飲酒運転行動抑止に関する調査研究 調査委員会

本調査においては、学識経験者からなる調査委員会を以下の通り設置し、平成20年度に3回、21年度に4回にわたり、関係者からのヒアリング及び常習飲酒運転者対策について検討を実施した。

1) 実施体制

a) 委員

(座長) 竹内 健蔵	東京女子大学現代教養学部 教授
樋口 進	独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター 副院長
石田 敏郎	早稲田大学人間科学学術院 教授
岩越 和紀	株式会社JAFMATE社 代表取締役社長
鎌田 実	東京大学高齢社会総合研究機構 機構長
成瀬 暢也	埼玉県立精神医療センター 副病院長
室山 哲也	日本放送協会 解説主幹

b) オブザーバ

社団法人日本自動車工業会

c) オブザーバ（関係省庁）

内閣府参事官（交通安全対策担当）
警察庁交通局交通企画課長
警察庁交通局運転免許課長
法務省刑事局刑事課参事官
法務省矯正局成人矯正課長
法務省保護局観察課長
厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室長
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長
経済産業省製造産業局自動車課長
国土交通省総合政策局総務課交通安全対策室長
国土交通省自動車交通局安全政策課長
国土交通省自動車交通局技術安全部技術企画課長

d) 事務局

財団法人日本自動車研究所

2) 実施日程

a) 平成20年度

第1回	10月10日
第2回	1月27日（関係者からのヒアリングを含む。）
第3回	3月16日

b) 平成21年度

第1回	6月 5日
第2回	9月17日
第3回	1月22日
第4回	3月 5日

(4) 常習飲酒運転者の飲酒運転行動抑止に関する調査研究 検証実験WG

本調査においては、学識経験者からなる検証実験WGを以下の通り設置し、平成20年度に4回、21年度に4回にわたり、検証実験の実施方法を検討するとともに、進捗を管理し、結果をとりまとめた。

1) 実施体制

a) 委員（五十音順 敬称略）

(座長) 樋口 進	独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター 副院長
渥美 文治	社団法人日本自動車工業会 飲酒運転防止技術分科会 分科会長
池田 真	社団法人日本自動車工業会 飲酒運転防止技術分科会 副分科会長
稲富 正治	特定医療法人財団川崎幸クリニック
岡崎 直人	さいたま市こころの健康センター
藤田 さかえ	独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター
松下 幸生	独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター

b) オブザーバ

内閣府交通安全対策担当
警察庁交通局交通企画課
警察庁交通局運転免許課
厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課
国土交通省自動車交通局技術安全部技術企画課

c) 事務局

財団法人日本自動車研究所

2) 実施日程

a) 平成20年度

第1回	10月21日
第2回	12月22日
第3回	1月20日
第4回	3月12日

b) 平成21年度

第1回	5月19日
第2回	9月4日
第3回	12月22日
第4回	2月26日

(5) 常習飲酒運転者の飲酒運転行動抑止に関する調査研究 教育的プログラム小委員会

本調査においては、検証実験において適切に参加者の選定、教育的プログラム、効果測定のためのフォローアップを実施することができるよう、医師・社会福祉士・看護師等から構成される「教育的プログラム小委員会」を検証実験WGの下部に設置し、委員への研修を実施するとともに実施に係る具体的な課題の解決を行うとともに、委員により、参加者の選定、教育的プログラム、効果測定のためのフォローアップを実施した。

1) 実施体制

a) 委員（五十音順 敬称略 ◎は幹事）

◎樋口 進（座長）独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター 副院長

相原 貴美子	独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター
阿部 幸枝	都立多摩総合精神保健福祉センター
伊藤 満	独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター
◎稲富 正治	特定医療法人財団川崎幸クリニック
井上 恭子	神奈川県立精神医療センターせりがや病院
岩本 亜希子	独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター
後山 知子	独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター
◎岡崎 直人	さいたま市こころの健康センター
岡田 澄恵	日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会
小川 泰弘	さいたま市こころの健康センター
菊池 幸子	独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター
北村 大史	独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター
桑田 美子	独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター
島田 昌平	作業所GAYA横須賀
高橋 正隆	救世軍自省館
武田 綾	独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター
豊田 秀雄	こまごめ緑陰診療所
長嶋 宏美	東京都北区教育委員会学務課
野村 祥平	独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター
原 知子	独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター
樋田 香織	独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター
◎藤田 さかえ	独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター
藤本 隆幸	白峰クリニック
松阪 利之	独立行政法人労働者健康福祉機構 関東労災病院
◎松下 幸生	独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター
水谷 由美子	まこと心のクリニック
山中 達也	NPO法人援助者のためのスーパービジョンを広める会
吉岡 隆	こころの相談室「リカバリー」

b) 事務局

財団法人日本自動車研究所

2) 実施日程

第1回	平成20年10月13日
第2回	平成20年10月19日

第3節 本調査に用いる用語及び論点の整理

(1) 常習飲酒運転者

常習飲酒運転者という用語について、これまで、「飲酒運転の根絶について」（平成18年9月15日交通対策本部決定平成19年4月26日改訂。以下「本部決定」という。）及び「常習飲酒運転者対策の推進について」（平成19年12月26日常習飲酒運転者対策推進会議決定。以下「会議決定」という。）等の文書において使用されている用語であり、常習的に飲酒運転を行う者を示す場合、常習的に飲酒をする運転者を示す場合が考えられるものの、本調査研究においては、その範囲を明確にして検討を進めることが適当であると考えられることから、「常習飲酒運転者」を「飲酒運転を繰り返す者」と定義することとする。

この場合の飲酒運転とは道路交通法で禁止されている「酒気を帯びて」又は「酒に酔って」運転することをいう。

(2) 飲酒運転を行うリスク

1) 飲酒運転を構成する要素

これまで、飲酒運転対策として累次にわたる厳罰化や各種の交通安全対策が実施されてきた結果、飲酒運転による事故件数、飲酒死亡事故件数は大きく減少してきているところであり、一定の効果を挙げてきたものと考えられる。

しかしながら、常習的に飲酒運転を繰り返していると見られる者による飲酒運転による事故は後を絶たず、飲酒運転を根絶するまでには至っていないのが現状であり、こうした状況を受け、常習飲酒運転者対策をさらに進めるため、これまで行われている各種施策に加えて、新たな方策・視点からの施策が求められている。

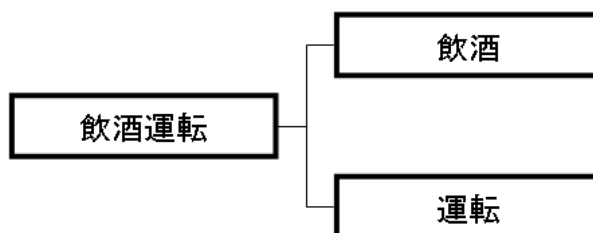


図 1.1 飲酒運転を構成する要素

飲酒運転を抑止するためには、飲酒運転を構成する要素である飲酒と運転を分離することが必要である。飲酒と運転の分離の基本的な考え方は、飲酒した後、アルコールを分解するのに必要な「十分な時間」を経るまでの間、運転をしないことである。

このため、飲酒運転を抑止するための基本的な知識として、この飲酒量に応じた「十分な時間」についての正しい知識が必要となることに留意する必要がある。

2) 飲酒と運転を分離できない理由

飲酒と運転を分離できない理由としては、前述の正しい知識の不足の他、アルコール依存症等のアルコールに関する問題や、低い遵法意識といった理由が考えられる。

従来、飲酒運転対策として厳罰化等を中心とした取組が進められ、飲酒事故件数及び飲酒死亡事故件数は大幅に減少してきたものの、飲酒運転を根絶するまでには至っていない背景に、自らの飲酒行動をコントロールできなくなるアルコール依存症者等のアルコールに関する問題があり、こうした者への厳罰化の効果は限定的であることが指摘されている。

このため、常習飲酒運転者対策として、今後、こうした飲酒に関する問題を有する者への対策を図ることが重要であるものと考えられることから、本調査においては、飲酒に関する問題を有するために飲酒と運転を分離することができず、常習的に飲酒運転を行っている者を対象とする対策について検討を行う。

3) 飲酒量と飲酒運転リスク

関西アルコール関連問題学会が平成16年に調査した結果⁽¹⁾において、飲酒量と飲酒運転経験に有意な相関があるとされており、飲酒量が飲酒運転リスクを高めていることが示唆されている。また、同調査において、飲酒頻度と飲酒運転経験にも、同様に有意な相関があるとされている。

つまり、飲酒量及び飲酒頻度のそれぞれが飲酒運転リスクを高めることが示唆されており、飲酒量が多く、飲酒頻度が高いほど、飲酒運転リスクが高くなる傾向があるものと考えられる。

また、「飲酒量」に関して、特に、飲酒機会1回あたりの飲酒量が多い「多量飲酒⁽²⁾」は、飲酒運転リスクを高めるとされているものと考えられる。

たとえば、1回の飲酒量が多量飲酒となると、多くの者の場合、体内でアルコールが分解されるまでに12時間以上を要するとされている。このような「十分な時間」を確保できていない場合においては、たとえ睡眠を取った後などで意識が覚醒していたとしても、体内にアルコールが残留している可能性があり、この場合に運転すると飲酒運転となる。

そのため、多量飲酒頻度が高く、かつ、運転頻度が高い者にあつては、体内でアルコールが分解される「十分な時間」が確保されず、体内にアルコールが残留している可能性がある場面が多くなることから、飲酒運転のリスクは高くなると考えられる。

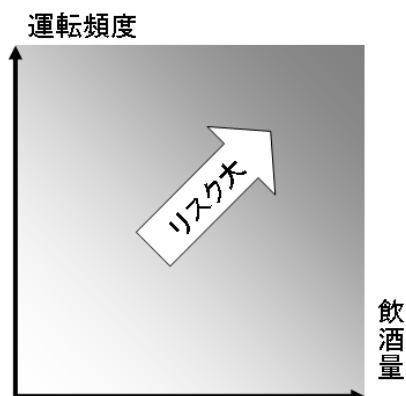


図 1.2 運転頻度と飲酒量の増加に伴う飲酒運転リスク

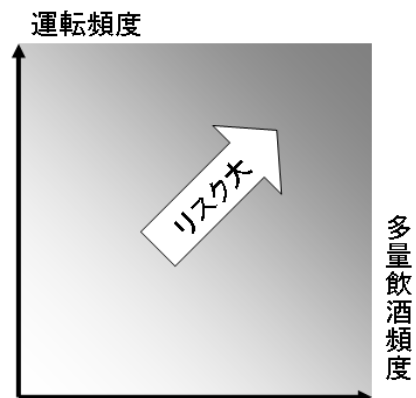


図 1.3 運転頻度と多量飲酒頻度の増加に伴う飲酒運転リスク

これらを踏まえれば、飲酒量及び飲酒頻度のうち、特に多量飲酒頻度を減少させることによって飲酒運転リスクを減少させ、飲酒運転を抑止する効果が生じるものと考えられる。

(1) 長徹二ほか:飲酒運転実態調査. 精神医学 Vol. 48, No. 8, p. 859-867 (2006)

(2) 厚生労働省がとりまとめた「健康日本 21」においては、「1 日当たり平均純アルコールで約 60 グラムを超える」飲酒を行う者とされている。多量飲酒に該当する飲酒量の例としては、おおむねビール類中ジョッキ (320ml) であれば 5 杯、ビール類ロング缶 (500ml) であれば 3 本、日本酒であれば 3 合 (540ml) 又は焼酎であれば、1.5 合 (270ml) である。

(3) 飲酒行動の変更と運転行動の変更による飲酒運転の抑止効果

常習飲酒運転者の飲酒運転を抑止するためには、飲酒行動の変更又は運転行動の変更が必要である。そのため、ここでは、これらの飲酒行動の変更又は運転行動の変更のための措置について整理する。

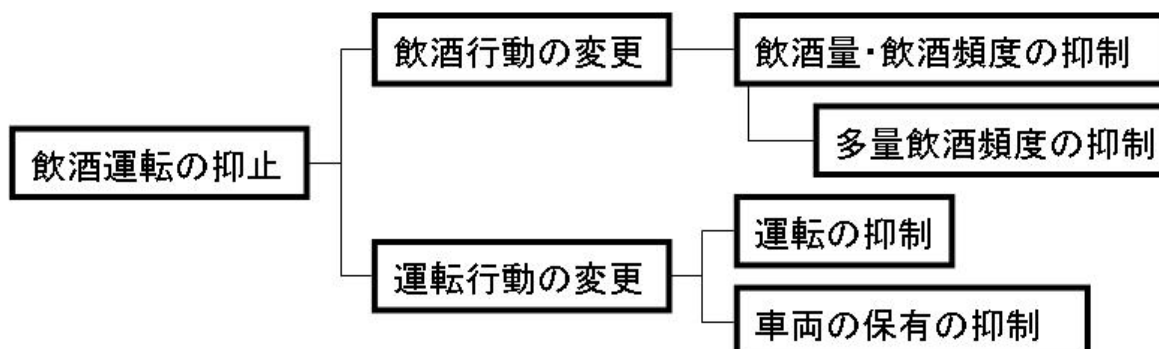


図 1.4 飲酒運転の抑止に向けた対策の整理

1) 飲酒行動の変更について

飲酒運転を抑止するための飲酒行動の変更として、飲酒量・飲酒頻度の抑制が考えられるが、その中でも特に、多量飲酒頻度の抑制を行うことが効果的であるとされている。

飲酒行動の変更について、現在は、アルコール専門医療機関での治療、断酒会等自助グループへの参加、多量飲酒を抑制するための教育的プログラム（ブリーフインターベンション等）の開発、飲酒行動を変更させるための各種啓発活動等が行われているところである。

2) 運転行動の変更について

飲酒運転を抑止するための運転行動の変更として運転の抑制又は車両の保有の抑制が考えられる。そのうち、現在は、運転の抑制として、違反者に対する運転免許の取消し・停止、管理者等の管理下でのアルコール検知器の使用、使用者による自主的なアルコール・インターロック装置などの運転車両への取付け、飲酒時に運転しないことを促す各種啓発活動等が行われているところである。

3) まとめ

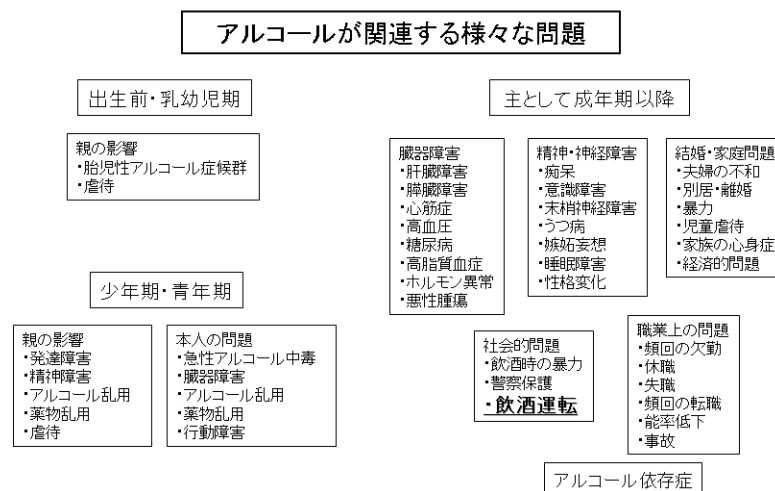
以上のように、現在でも各種施策等が行われているところであるが、飲酒に関する問題に着目して飲酒運転対策を検討する観点から、飲酒行動を変更する対策の検討が必要であるものと考えられる。このため本調査においては、現在取組みが行われつつある施策を踏まえ、教育的プログラム及びアルコール・インターロック装置の飲酒行動の変更を引き起こす効果について調査を行うこととした。

(4) アルコール関連問題

飲酒運転を繰り返すという行為の背景に、常習飲酒者、多量飲酒者、自らの飲酒行動をコントロールできなくなるアルコール依存症といった、アルコールに関連する問題の存在が指摘されている。

一方で、アルコールに関連する問題は、様々な社会的問題や健康問題を包含しており、飲酒運転はその社会的問題の一つである。しかしながら、飲酒運転は、アルコールに関連して実際に生

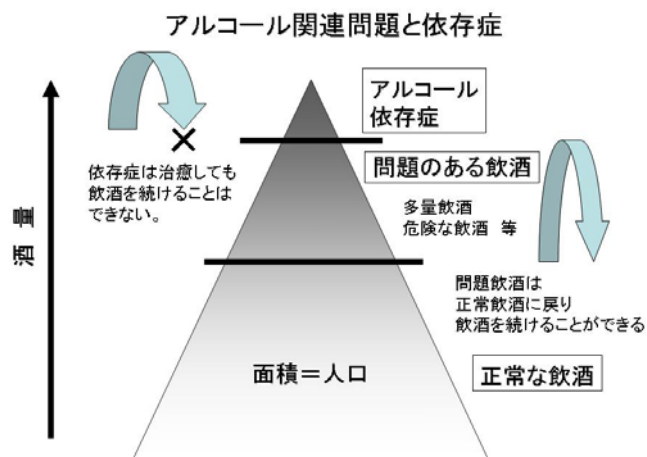
じている問題の多くの割合を占めていると考えられ、飲酒運転とアルコールが関連する問題の間には密接なつながりがあると考えられる。



出典)「専門医のための精神科臨床リユミケール 2. 精神科プライマリーケア」
「アルコール依存症の診断と治療」を参考に作成

図 1.5 アルコールが関連する様々な問題

アルコール関連問題は、以下のピラミッドで表されるように、その程度に応じてアルコール依存症・問題のある飲酒・正常な飲酒と様々な段階があり、飲酒者が各段階に連続的に分布している。アルコール依存症は、主として世界保健機関（WHO）が定めた ICD-10 や、主に米国で使われている DSM-IV といった基準に基づき診断されており、アルコール関連問題の対象となる飲酒者が連続的に分布していることから、診断の基準より重症である者について依存症との診断が下されることとなる。また、これらは連続性を有していることに伴い、適切に区切ることが難しいケースがある。



出典)「専門医のための精神科臨床リユミケール 2. 精神科プライマリーケア」
「アルコール依存症の診断と治療」を参考に作成

図 1.6 アルコール関連問題と依存症

アルコール依存症となった場合は、何年断酒を続けていたとしても、ひとたびアルコールが体内に入ると飲酒に関してコントロールできなくなり、数時間おきに一定量のアルコールを飲み続ける連続飲酒状態に戻ってしまうことから、生涯断酒を継続する必要があることが知られている。一方、アルコール依存症にまでは至っておらず、多量飲酒や危険な飲酒、アルコール乱用、有

害な使用などの段階にある者には、アルコールへの依存の程度が軽く、適切な手法による減酒等の処置をとることにより、アルコール依存症への進行を防ぐのみならず、正常な飲酒に戻ることが可能な者も多く含まれていると考えられる。また、こうしたアルコール依存症には至らないものの問題を有しているケースについて、概念が錯綜しており、診断や飲酒量などによる様々な区分が存在していることにより、問題の対象がわかりにくくなっている面もある。

(5) ハイリスク飲酒者の定義

➤ 定義を行う背景

飲酒運転を繰り返すという行為の背景に、アルコール依存症の問題に加え、常習飲酒者や多量飲酒者といった、アルコール依存症ではないが問題のある飲酒行動を取る者の存在が指摘されている。一方、アルコール依存症ではないものの問題のある飲酒行動を取る者は、飲酒行動をコントロールできないアルコール依存症者とは対策が異なる（「第5節 治療・教育方法について」参照）と考えられ、対策を検討するにあたりアルコール依存症者と区別することが適当であるため、そうした者を表す用語を定義することとした。

その他、アルコール依存症や問題のある飲酒行動を取る者に該当しない者についても、飲酒運転を行うリスクが無いわけではなく、飲酒そのものがリスクを抱えていると考えられることから、そうした趣旨を踏まえた用語を定義することとした。

➤ 定義

アルコール依存症ではない者について、飲酒行動に問題がありアルコールが引き起こす様々なリスクが高い「ハイリスク飲酒者」、飲酒行動に問題が無い「ローリスク飲酒者」に区分することとし、それぞれ以下のように定義することとした。

○「ハイリスク飲酒者」・・・飲酒行動に関する社会的又は健康上の問題を有している者又は今後有することになる可能性が高い者（アルコール依存症者を除く）

※「飲酒行動に関する社会的又は健康上の問題」は、必ずしも飲酒運転のみを示すものではないが、上記の者は飲酒運転のハイリスク層であると考えられることから、上記のように定義することとした。

○「ローリスク飲酒者」・・・アルコール依存症者、ハイリスク飲酒者のいずれにも該当せず、飲酒行動について特に対策を必要としないと考えられる者

(6) アルコール依存症者、ハイリスク飲酒者、ローリスク飲酒者の区分の仕方

- アルコール依存症者の区分の基準について
 アルコール依存症は医学上の診断であり、その基準は世界保健機関（WHO）により「ICD-10」において定められている。
- ハイリスク飲酒者の区分の基準について
 アルコール依存症以外のアルコールに関する問題を有する者を区分する基準としては、診断の基準である「ICD-10」及び「DSM-IV-TR」、スクリーニングの手法である「AUDIT」が存在しており、それぞれを基準として活用する場合の特徴、課題等については、以下の表1.1の通り整理される。

表 1.1 アルコールに関する問題を有する者を区分する基準

		組織	分類	特徴	課題
診断	ICD-10 「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」第10版	世界保健機関（WHO）	有害な使用（harmful Use）	飲酒のために実際に何らかの精神的・身体的障害が存在する場合の診断	常習飲酒運転者を網羅的に含んでいない。
	DSM-IV-TR 「精神疾患の分類と診断の手引き」	米国精神医学会	アルコール乱用（alcohol abuse）	社会的・家族的問題が存在する場合の診断	潜在的な飲酒運転者が含まれない。
スクリーニング	AUDIT 「有害な使用に対する簡易質問項目」	世界保健機関（WHO）	・危険な飲酒（8点以上） ⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾ ・アルコール依存症 ⁽⁶⁾	現在の飲酒を続ければ将来、害を及ぼす可能性の高い「危険な飲酒」の同定に主眼をおいた質問紙テスト	自主的な申告のみに基づくスクリーニングであり、不利益処分の根拠とはなり得ない。

このうちAUDITについては、将来問題を生じる可能性の高い者についても選別することが可能であることから、ハイリスク飲酒者を判定する目安となるツールとして使用することが可能であり、AUDITで8点以上の者については、ハイリスク飲酒者に該当するものと考えられる。ただし、自主的な申告に基づくスクリーニングであることから、何らかの不利益処分を課す客観的な根拠とはなりえないことに留意することが必要である。

なお、多量飲酒等の問題を有する飲酒行動と「飲酒運転」との間に深い関連が指摘されている。具体的には、平成20年度第2回調査委員会における長医師の発表にもあるとおり、久里浜アルコール症センター及び神奈川県警察との共同研究において、運転免許処分者講習受講者の飲酒運転経験者のうち男性の74%、女性の65%が、それぞれ「AUDIT」の「危険な飲酒」に該当（8点以上）している。（飲酒運転未経験者では、男性の26%、女性の19%）

日本の調査では・・・

- **神奈川県**の調査(運転免許処分者講習)(2008)
 - * 飲酒運転経験者で「危険な飲酒」に該当する者は 男性は74%、女性は65%。(AUDIT≥8)
 - * 飲酒運転経験者で「アルコール依存症の疑い」の者は 男性は38%、女性は32%。(AUDIT≥15)
- **5道府県**の調査(免許取消・停止処分者講習)(2008)
 - * 「危険な飲酒(AUDIT≥8)」に該当する者は 男性は59%、女性は48%
 - * 「アルコール依存症の疑い(AUDIT≥15)」の者は 男性は29%、女性は17%。

〔参考資料〕
 「飲酒運転対策 医療的側面からの留意事項」(平成20年度第2回調査委員会資料)より抜粋

(3) J. B. Saunders, et al. : Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II (1993)
 (4) D. F. ReInert, et al. : The Alcohol Use Disorders Identification Test: An Update of Research Findings(2007)
 (5) T. F. Babor, et al. : The Alcohol Use Disorders Identification Test (Guidelines for Use in Primary Care) (2001)
 (6) アルコール依存症のカットオフ点は、国や地域により異なる。

➤ アルコール依存症の診断における困難性について

前述の通り、アルコール依存症の診断は診断基準に基づいて行われるものであるが、実際にはアルコール依存症でも診断を受けていないため明らかになっていないケースや、診断そのものが困難なケース、アルコール依存症ではないと診断された後にアルコール依存症へと進行するケース等があり、アルコール依存症であるか否かを簡単には区分できないという課題がある。

そういったケースがあることも考慮して、実際の対策の中では、その効果、飲酒運転の回数、検挙の回数により対策を断酒へとシフトしていくことが求められるため、どういった者についての対策を断酒へとシフトする必要があるか、具体的な対応の実施に当たり検討することが必要となる。

<論点1参考：飲酒者の区分>

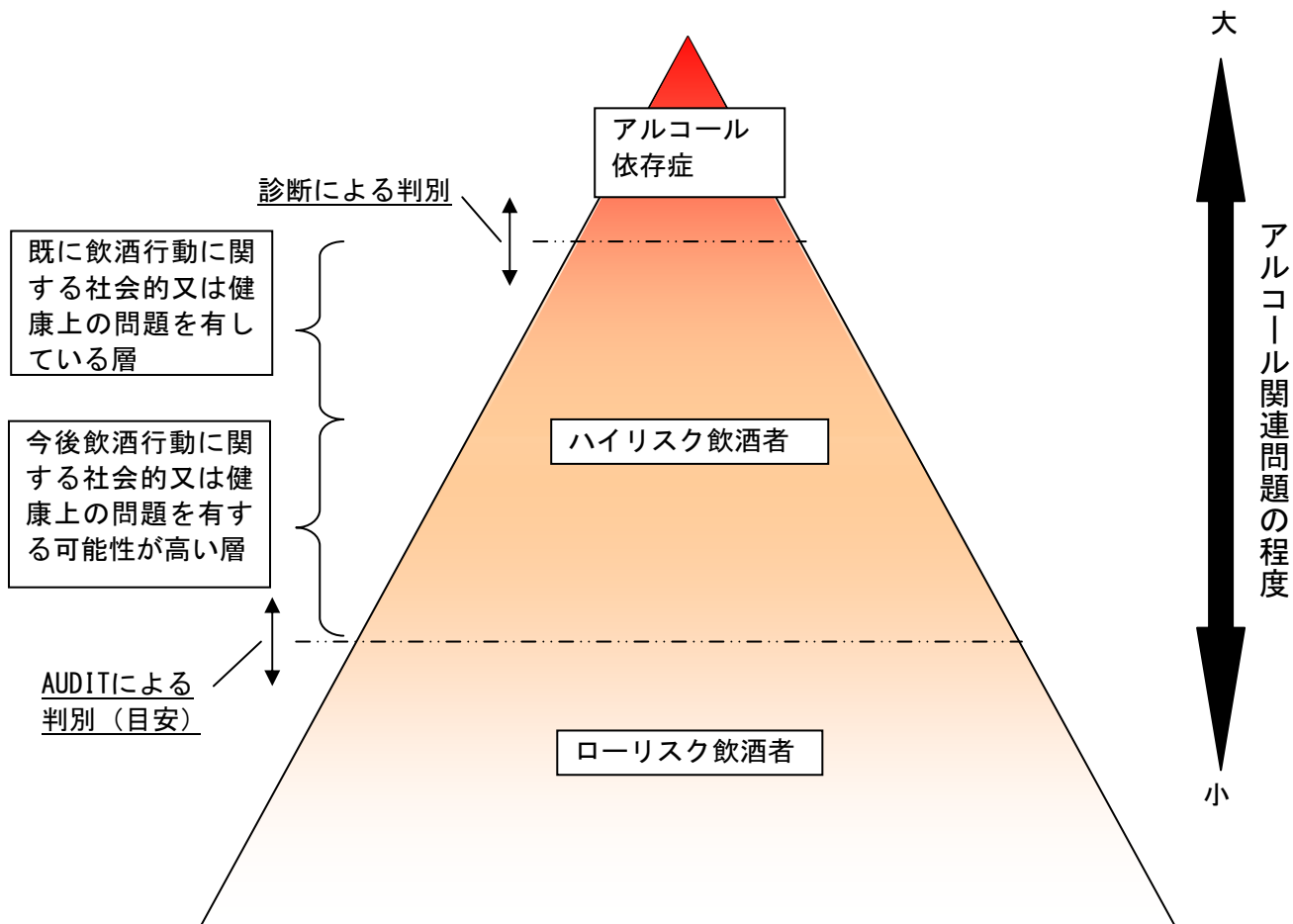


図 1.7 飲酒者の分類

第4節 アルコールの特徴

(1) アルコールの分解

本調査において、アルコールとは「エチルアルコール（エタノール）」のことをいう。酒清ともいう。密度は1気圧、摂氏0度において、 $0.789\text{g}/\text{cm}^3$ である。

アルコールは、脳の機能を抑制させるなどにより判断力を鈍らせることから、運転などの高度な認知・判断・操作が要求されるような事項では、適切にこれらを行うことができなくなり、本人または他者を危険にさらすこととなる。

なお、日本人は、アルコールを飲むことにより、顔が紅潮するなどの「フラッシング反応」を示す者が存在する。ある報告によると⁽⁷⁾、その割合は45%とのことである。うち、軽度の「アルコールに弱い体質の者」が38%、強度の「アルコールを飲むことができない体質の者」が7%程度となっている。

アルコールを体内に取り入れた場合、肝臓でアセトアルデヒドに分解され、さらに酢酸に分解される。その後いくつかの体内での過程を経て、最終的には炭酸ガスと水に分解される。

アルコールの分解速度については、個人差が有ること、女性は男性よりも分解に時間を要すること、分解に要する時間の目安としては概ね1時間あたり4～13グラム程度と考えられること、分解速度の中央値は平均値より低く、多くの者が平均よりも低いことなどが明らかになってきているが、一般的に分解に要する時間をどの程度と考えるべきかについては、現在も学術的な研究成果を踏まえた検討が進められているところである。また、分解の最終段階においては、図1.8のように分解に時間を要するとの報告⁽⁸⁾もあり、この点にも留意が必要である。

これを踏まえ、一般的には、多量飲酒となる60グラムのアルコールを摂取した場合のアルコールが分解されるまでの時間としては、12時間を1つの目安と考えられるものの、上述の通りアルコールの分解に必要な時間には個人差があることから、平均的な分解時間を経過すれば必ず飲酒運転とはならないと考えることは適切ではない。

なお、最近では、睡眠時にアルコール分解速度が低下するとの示唆もあり、そうした研究の動向にも注視することが必要である。

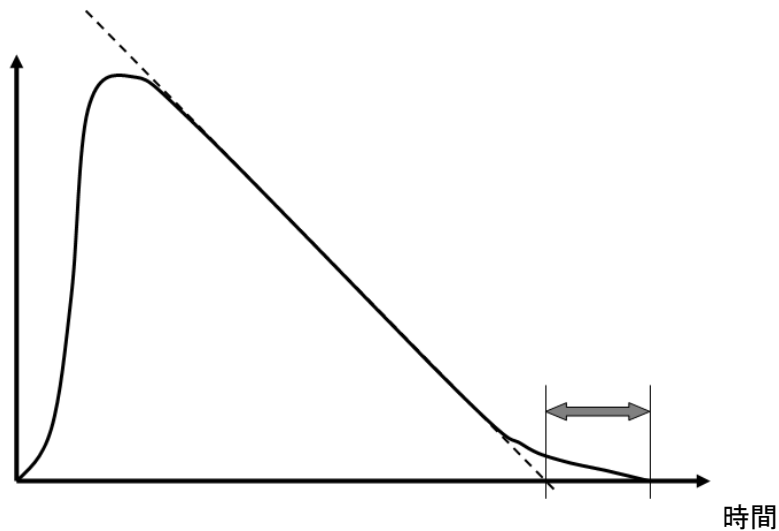


図1.8 アルコール摂取時の血中濃度の変化

(参考：飲酒量と分解に係る時間の目安)

純アルコール摂取量	20グラム	分解時間	4時間
純アルコール摂取量	60グラム	分解時間	12時間

以後、20グラムあたり4時間（10グラムで2時間）として計算することが望ましい。

ただし、個人差があるため、必ずここに示す時間内に分解することを保証するものではない。

(7) S. Higuchi, et al. : Alcohol and aldehyde dehydrogenase polymorphisms and the risk for alcoholism, Am J Psychiatry, Vol. 152, p. 1219-1221 (1995)

(8) National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, No. 35: PH371, (1997)

(2) アルコールによる身体的影響

アルコール依存症となった場合には、身体的にも影響が出ており、肝硬変などのほか、写真に示すとおり、脳萎縮などが進むと考えられている。

図 1.9 中左側は、大量飲酒による脳萎縮進行例であるが、9年前に比べ、周辺部及び中央部に黒く見える「すきま」の面積が増加し、脳萎縮が進んでいることを見て取ることができる。

また、同図中右側は、断酒による脳萎縮改善例であるが、3年前に比べ、周辺部及び中央部の「すきま」の面積が減少し、脳萎縮が改善していることを見て取ることができる。

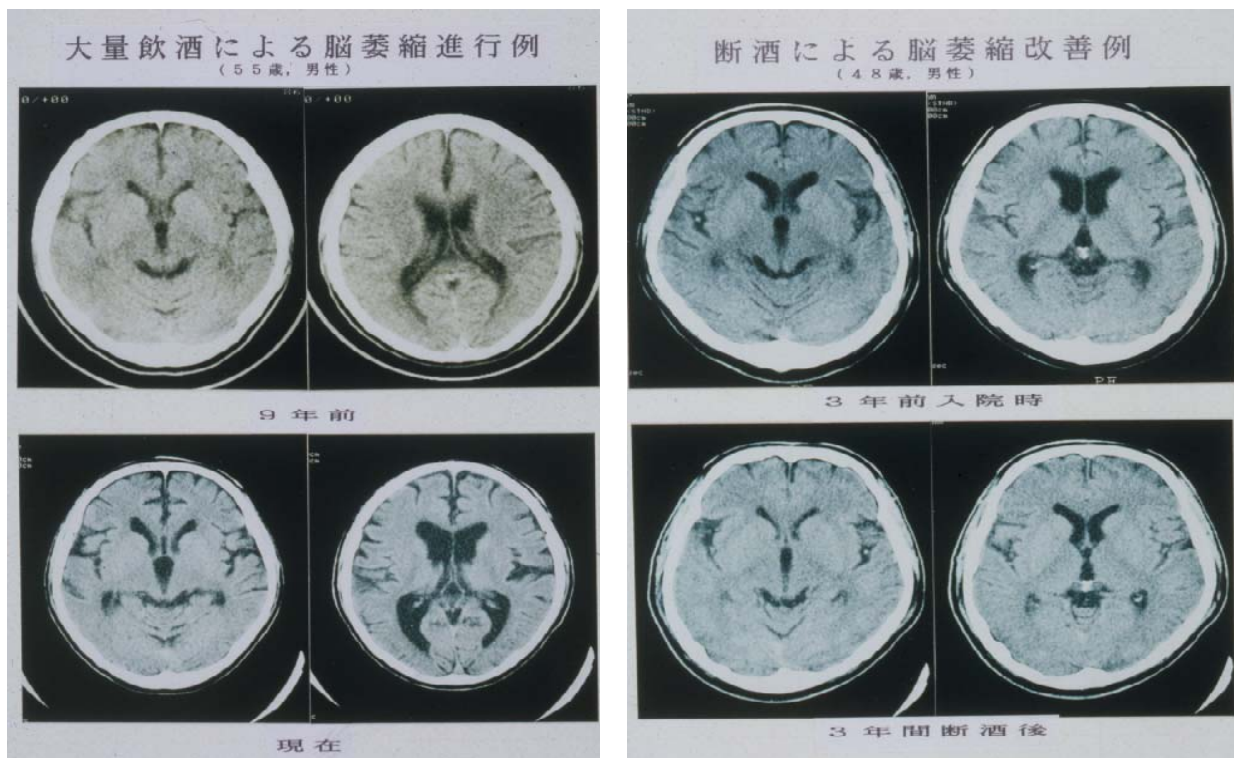


図 1.9 アルコールによる脳萎縮事例及び改善例

このようにアルコール依存症は、脳の機能や構造が変化する病気であり、個人の性格等によらず、脳の機能や構造の変化により、飲酒行動をコントロールできなくなることを正しく認識することが必要である。

アルコール依存症となった場合、断酒を長期にわたって行うと、脳萎縮などが以前の状態に修復されるなど、一部の機能や構造については、元に戻るとされている。そのため、断酒が継続されている場合、日常生活を回復し、運転等が問題なく行うことができる状態まで回復している者も多い。

しかしながら、たとえ身体的に回復していたとしても、ひとたびアルコールが体内に入ってしまうと、速やかに元の依存症の状態に戻るとされていることに留意すべきである。

一方で、アルコール依存症にまで進行しておらずハイリスク飲酒にとどまっている場合には、身体への影響が少ないことなどが期待されるため、飲酒量を減少させることで、正常な飲酒群に戻ることが可能な場合が多いと考えられる。

<参考資料>

「アルコール依存症について」三重県立こころの医療センター長徹二医師によるプレゼンテーション資料（第2回調査委員会資料）を資料集に掲載

第5節 治療・教育方法について（断酒、減酒等）

アルコール関連問題の解決策として、アルコール依存症と断酒との関係について注目して述べられることが多い。

しかしながら、飲酒運転に関しては、アルコール依存症者のみの問題ではなく、ハイリスク飲酒者やローリスク飲酒者を含めた飲酒者に共通する問題であり、特にハイリスク飲酒者についてはアルコール依存症者よりはるかに多く存在していると考えられる（第2章第1節 飲酒及び飲酒運転に係わる各種統計参照）ことを踏まえて、検討を行う必要がある。

なお、アルコール依存症となった場合、長期にわたって断酒を行っていたとしても完全に治癒されることはなく、ひとたびアルコールを摂取してしまった場合には、速やかに元の依存症に戻るため、アルコール依存症となった場合には、断酒を継続することが必要であるとされている。また、先にも述べたとおり、ハイリスク飲酒への対応は、必ずしも断酒を行う必要があるわけではなく、減酒により対応することが有効なケースも多いものと考えられる。

1) 断酒について

アルコール依存症と診断される場合、前述のような理由によりアルコール専門医療機関において、断酒を内容とする専門的治療を受ける必要がある。

アルコール依存症の治療の方法については、既に行われているものであることから、本調査においては多くを述べないが、現状においては、アルコール依存症者を、専門医療機関、相談機関等における適切な治療につなげていく必要があるものと考えられる。

2) 減酒について

我が国では、ハイリスク飲酒者への対策について十分な検証結果が存在していないものの、諸外国においては、これまで研究が進められてきた結果として、アルコール依存症に至らないが飲酒に関する問題を抱える者に対して、減酒を目的とした簡易な介入を行うブリーフインターベンションの有効性が認識されてきており⁽⁹⁾、WHOにおいて、ブリーフインターベンションの実施に関するマニュアルを出版するなど、その実施を推奨しているところである。また、こうしたハイリスク飲酒者には、アルコール依存症者とは異なり、減酒によって正常な飲酒者に戻ることが可能な者も多く含まれていると考えられる。

こうした状況を踏まえ、我が国においても、一部の医療機関や民間団体においても、ブリーフインターベンションという取組により、減酒という手法が有効との認識が示されることとなってきた。一方で、現時点では、「減酒」のための一般的な手法が確立されているとは言えず、「ハイリスク飲酒者に対して、アルコール依存症者と同様に治療による断酒が適当」とされている場合もあり、このため、例えば、「減酒」による対応が適当である者に対して「断酒」を求めることとなり、結果として当事者が治療に踏み込むことを躊躇してしまうといった事態を招くことが懸念される。

そのような国内外の状況を踏まえ、今後は、対象者の特性に応じて飲酒運転の解決策としての「減酒」を考えていくべきであると考えられ、本調査において「減酒」に係る検証実験を行うこととし、その結果を「第5章 検証実験について」に記載した。

また、その他の正常な飲酒者については、ハイリスク飲酒者又はアルコール依存症とならないように、継続的な啓発に努めていくことが必要である。

(9) T. F. Babor : Brief Intervention for harmful and hazardous drinking A manual for use in primary care, WHO (2001) (http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6b.pdf)