中高年者の飲酒行動及び健康状態に関する要因分析

鈴木 裕子¹ 宮城 重二¹Factors Associated with Drinking Behavior and Health
Status of the Middle- and Old-aged PeopleHiroko SUZUKI¹ and Shigeji MIYAGI¹

This study was conducted to clarify the actual condition of drinking of 2,920 residents of a rural community in Aomori, Japan. The study group consisted of all the residents aged 65 and over (2,220 subjects) and a random sample of the population aged 20-64 years (700 subjects). From the study group, 310 men with a daily drinking habit were analyzed to clarify the relationship between drinking behavior and environmental factors, and to find out which drinking behavior and environmental factors have an influence on health status.

The results obtained were as follows: (1) Within the study group, 55% of the old-aged men and 17% of the old-aged women drank. For the middle-aged subjects, 73% of men and 61% of women drank. The proportion of those who had a daily drinking habit were 30% for the old-aged men, 2% for the old-aged women, 28% for the middle-aged men and 12% for the middle-aged women. (2) The proportion of those being in good health was the lowest within those who stopped drinking, and the proportion of those being in good health within those with a daily drinking habit was not higher than that of those who have never drunk. (3) Drinking behavior was influenced not only by basic attributes such as age, but also by environmental factors such as stress and/or self-pessimism, lifestyle habits and family. (4) According to the results of the path analysis, ①drinking volume was significantly influenced by the factors of age, lifestyle habits and stress and/or self-pessimism; ②KAST (a screening test for alcoholism) was significantly influenced by the factors of drinking volume and stress and/or self-pessimism; ③self-rated health was significantly influenced by the factors of family composition and stress and/or self-pessimism. It can be seen that stress and/or self-pessimism was a very important factor influencing all three aspects of drinking volume, KAST and self-rated health.

Key words : Drinking Behavior, Health Status, Middle- and Old- Aged People, Path Analysis

飲酒行動, 健康状態, 中高年者, パス解析

¹女子栄養大学保健管理学研究室

¹Laboratory of Health Administration, Kagawa Nutrition University

I 序 論

我が国のアルコール消費量は大きく伸び、多量飲酒者の数も増えている（厚生統計協会，1998）。さらに、日本人の現在のアルコール消費量は、日本人の半分がアルコール代謝能力の一部が欠けているという人種的特徴や、平均体重を考慮に入れば低いものではないといわれる（鳥帽子田ら，1993）。

WHOは、1976年、アルコール精神病やアルコール依存症等の疾患のみならず、飲酒に関して生じる様々な社会問題を含めて「アルコール関連問題」と称し、総合的な対策の必要性を指摘している。また、わが国でも公衆衛生審議会が1985年に「アルコール関連問題対策に関する意見」の中で、適正飲酒に関する知識の普及を提言している。

しかし、アルコールに関する従来の研究は、酒文化の観点（栗山，1997）から、あるいは医学的・社会病理学的な観点（宮里，1997；樋口ら，1996；蓮村，1996；平山，1993；杠，1993；石井，1993；Reynold et al.，1992；田中ら，1988；Lieber，1982）からは数多くみられるが、適正飲酒という観点からの研究はほとんどない。

したがって、本研究はこのような観点に立ち、次の3つの目的を明らかにするものである。つまり、地域住民を対象にその飲酒状況の実態を把握し（目的1）、その中で男性の毎日飲酒者を対象にその飲酒行動が基本的属性、行動パターン、人生満足度、生活習慣、家族要因とどのように関わっているか（目的2）、また、毎日飲酒者の健康状態がその飲酒行動や前記の諸要因によってどのように影響されているか（目的3）、を明らかにする。

II 対象及び方法

1. 調査対象と調査方法

調査地は青森県の東南部に位置する一農村のN町であり、1995年の国勢調査人口が10,326人（男性5,059人、女性5,267人）、老年人口が2,178人（高齢化率21.1%）の町である。

N町では平成5年度から5年間、毎年「高齢者保健福祉調査」を実施してきた。平成8年度には、同町の65歳以上全員2,220人（以下「老人」という）、20～64歳については住民台帳リストから等間隔抽出法によって抽出した700人（以下「中年」という）、計2,920人を対象とした調査を実施した。

本研究の調査は1次調査と2次調査からなる。1次調査は、目的1)を明らかにするために、平成8年10月に、同町の「高齢者保健福祉調査」の中に独自に作成した飲酒に関する項目を加えてもらい、留め置き法による自記式質問紙法で実施した。

1次調査では、老人では2,220人の全員から回収でき、そのうち男性が910人、女性が1,310人である。また、中年では695人（回収率99.3%）から回収でき、そのうち男性が349人、女性が346人である。

2次調査は目的の2)と3)を明らかにするために、1次調査の対象者のうち、男性の毎日飲酒者を対象とした。調査は研究枠組（図1）に基づいて調査票を作成し、1次調査と同様な方法で平成9年7月に実施した。対象は老人が225人、中年が85人、計310人で、回収数は291人（回収率94.0%）である。

目的2)を明らかにするために、それぞれ2要因間でピアソンの関連係数（2×2表では ϕ 係数）を算出し、その有意性を検討した。

目的3)を明らかにするために、研究枠組（図1）に準じ諸要因間でパスモデルを作成し、重回帰分析によるパス解析を行なった。なお、重回帰分析にあたっては、カテゴリカルデータはダミー変数に置き換えて使用した。なお、ダミー変数に置き換えるにあたって、その順序性が評価できるようにした。

2. 研究の枠組

図1は、2次調査における研究枠組である。飲酒行動に関する項目としては、酒の知識、飲酒理由、飲酒量、飲酒時の摂食法、飲酒相手とした。そして、その飲酒行動に影響を及ぼす要因としては、まず、個人的要因として、基本的属性（年齢、

図1 2次調査における研究枠組（男性の毎日飲酒者）

注）ゴシック体：パスモデル（図2）の選択項目

学歴、職業)、行動パターン、人生満足度、生活習慣の要因を設定した。ここで、行動パターンとは、保坂・田川ら（1989, 1993）が開発したA型行動パターンのスクリーニングテストによるものである。人生満足度の項目は、趣味・楽しみという人生のプラス面の項目とストレス・悲観度という人生のマイナス面の項目を設定した。生活習慣とは、プレスローらに準じる森本（1997）の8つの健康習慣から飲酒の項目を除いた7項目で構成されるものである。

次に、飲酒行動に影響を及ぼす家族要因としては、家族構成、食事相手、家族飲酒者の有無をとり上げた。

以上のような個人的要因や家族要因によって影響される飲酒行動が、さらに健康状態を規定するものとした。ここで、健康状態は、久里浜式アルコール症スクリーニングテストつまり「KAST」（河野ら，1977）と、健康自己評価、現在の通院回数、過去1年間の転倒の有無という3つの健康指標とした。

III 結 果

1. 飲酒状況の実態（1次調査による）

1) 飲酒状況

(1) 飲酒者及び毎日飲酒者の割合

1次調査の結果、飲酒状況は表1のとおりである。まず飲酒者の割合をみると、老人では男性55%，女性17%，中年では男性73%，女性61%である。その割合は、男性が女性より高く、また男女とも中年が老人より高く、いずれも有意差がある。また、「やめた」ものの割合は、老人男性で19%いる。

次に毎日飲酒者の割合は、老人では男性30%，女性2%，中年では男性28%，女性12%で、男性では老人・中年とも約30%である。

(2) 飲む酒の種類

飲む酒の種類は表2-1のとおり、老人男性では日本酒と焼酎が約40%ずつで多く、次にビールが27%でウイスキーは少ない。老人女性ではビールと日本酒が約30%ずつで多く、焼酎とウイスキーは少ない。中年では男女ともビールが6割以上を占め、次に男性は焼酎と日本酒が約30%ず

表1 老人・中年別性別飲酒状況

			全数	有効 回答数	有効 回答率	毎日 飲む(A)	週に3～ 4回(B)	特別時 飲む(C)	やめた (D)	飲まない (E)	飲酒者 (A+B+C)
老人	男性	N	910	750	82.4	225	83	107	143	192	415
		%		100.0		30.0	11.1	14.3	19.1	25.6	55.3
	女性	N	1,310	883	67.4	19	28	102	25	709	149
		%		100.0		2.2	3.2	11.6	2.8	80.3	16.9
	計	N	2,220	1,633	73.6	244	111	209	168	901	564
		%		100.0		14.9	6.8	12.8	10.3	55.2	34.5
中年	男性	N	349	300	86.0	85	48	85	7	75	218
		%		100.0		28.3	16.0	28.3	2.3	25.0	72.7
	女性	N	346	305	88.2	37	39	111	15	103	187
		%		100.0		12.1	12.8	36.4	4.9	33.8	61.3
	計	N	695	605	87.1	122	87	196	22	178	405
		%		100.0		20.2	14.4	32.4	3.6	29.4	66.9

注1)老人・中年とも、性別に5頻度(2×5表)別、飲酒者とその他(2×2表)別、毎日飲酒者とその他(2×2表)別に χ^2 検定すると、いずれも有意差あり(いずれも、 $p<0.01$)。

注2)男性・女性とも、老人・中年別に5頻度(2×5表)別、飲酒者とその他(2×2表)別に検定すると、いずれも有意差あり(いずれも、 $p<0.01$)。しかし、毎日飲酒者とその他(2×2表)別では男性においては有意差がなくなる(女性で有意差あり)。

つ、女性はそれらが約20%ずつで、ウイスキーは男性で20%、女性で15%と少ない。

老人・中年間では、男性は日本酒と焼酎で老人が中年より、ビールとウイスキーで中年が老人より多い。女性では焼酎、ビール、ウイスキーで中年が老人より多い。

(3) 飲酒量

それぞれの飲酒者(人数は表2-1を参照)について、その飲酒量をみると、まず、少量飲酒者(日本酒・焼酎：2合まで、ビール：大ビン2本まで、ウイスキー：ダブルで2杯まで)の割合は、老人では日本酒で91%、焼酎で95%、ビールで98%、ウイスキーで72%となり、ほとんどが少量飲酒者である。また、中年での同割合は日本酒で64%、焼酎で79%、ビールで96%、ウイスキーで62%となり、ビール以外は老人より低い。

一方、多量飲酒者(日本酒・焼酎：5合以上、ビール：大ビン5本以上、ウイスキー：ダブル5杯以上)の割合は、老人では男女ともほとんどいない。中年ではウイスキーで男性11%、女性7%、日本酒、焼酎で男性3%、女性5%が多量飲酒者である。

(4) 飲酒時の摂食法

飲酒時の食事の仕方(摂食法)は表2-2のとおり、老人では男性は「肴で飲み後で食べる」が55%と最も多く、次に「食事しながら飲む」が31%となり、女性は男性と逆で「食事しながら飲む」が54%と最も多く、次に「肴で飲み後で食べる」が25%となっている。中年では男性は「肴で飲み後で食べる」と「食事しながら飲む」が約4割ずつを占め、女性は「食事しながら飲む」が50%と最も多く、次に「肴で飲み後で食べる」が24%である。

(5) 飲酒理由

飲酒理由は、老人では「飲むのが好きだから」が男女とも約40%で最も多く、次に男性は「飲むことが習慣になっているから」、女性は「飲むとストレスが発散するから」が約20%ずつである。中年では、男性は「飲むとストレスが発散するから」「飲むと会話がはずむから」「飲むのが好きだから」「飲むことが習慣になっているから」がいずれも20%台で、女性は「飲むのが好きだから」が約30%で、次に「飲むとストレスが発散するから」「飲むと会話がはずむから」が20%

表 2-1 老人・中年別性別 飲む酒の割合(%)

(複数回答：飲酒者数 N を 100%)

				日本酒	焼酎	ビール	ウイスキー	飲酒者数
老人	男性	N		184	164	111	21	415
		%	*	44.3	** 39.5	26.7	5.1	100.0
	女性	N		49	13	50	5	149
		%		32.9	** 8.7	33.6	3.4	100.0
	計	N		233	177	161	26	564
		%		41.3	31.4	28.5	4.6	100.0
中年	男性	N		62	65	141	43	218
		%		28.4	* 29.8	64.7	19.7	100.0
	女性	N		44	38	124	28	187
		%		23.5	20.3	66.3	15.0	100.0
	計	N		106	103	265	71	405
		%		26.2	25.4	65.4	17.5	100.0

*p<0.05 **p<0.01

表 2-2 老人・中年別性別 飲酒時の食事の仕方(摂食法)

		飲酒者数	有効回答数	有効回答率	食後に飲む	食事しながら飲む	肴で飲み後で食べる	飲酒時は食べない
老人	男性	N	415	380	91.6	12	118	209
		%		100.0	3.2	31.0	55.0	41
	女性	N	149	116	77.9	16	63	29
		%		100.0	13.8	54.3	25.0	8
	計	N	564	496	87.9	28	181	338
		%		100.0	5.6	36.4	68.1	9.9
中年	男性	N	218	197	90.4	34	77	70
		%		100.0	17.3	39.1	35.5	16
	女性	N	187	181	96.8	33	91	44
		%		100.0	18.2	50.3	24.3	8.1
	計	N	405	378	93.3	67	168	114
		%		100.0	17.7	44.4	30.2	29

**p<0.01

台ずつである。

2) 飲酒状況と健康との関係

飲酒状況と健康自己評価との関係を見ると表3のとおりである。「非常に健康」「まあまあ健康」を「健康である」(以下、健康者とする)とし、その割合をみると、老人では男女とも約6割、中年では男女とも約8割と高い。しかし、飲酒状況別健康者の割合は、特に男性の「やめた(D)」もので最も低く、老人で約4割、中年で約3割で

ある。また、男性の健康者の割合を「毎日飲む(A)」ものと「以前から飲まない(E)」もので比較すると、老人・中年とも(A)での割合が(E)での割合より低いとは言えない。さらに、飲酒者の3群(A, B, C)間で比較すると、中年では男女とも有意差がない。なお、飲酒量と摂食法についても、健康自己評価との関係を検討したが、いずれも関連性はなかった。

また、通院回数、転倒の有無についても、飲酒

状況、飲酒量、摂食法との関係を検討したが、いずれも関連性はみられなかった。

2. 飲酒行動と諸要因との関係（2次調査による）

図1に示した要因間ですべてその関連性をみた。まず年齢と飲酒行動の間では表4-1のとおり

表3 飲酒状況と健康自己評価

		男 性				女 性			
		回答数 (100%)	N	健康である %		回答数 (100%)	N	健康である %	
老人	A	218	152	69.7	**	19	10	52.6	**
	B	79	43	54.4		27	25	92.6	
	C	103	75	72.8		100	73	73.0	
	D	134	58	43.3		24	15	62.5	
	E	185	117	63.2		685	417	60.9	
計		719	445	61.9		855	540	63.2	
中年	A	83	70	84.3	**	37	29	78.4	**
	B	48	37	77.1		37	35	94.6	
	C	83	73	88.0		108	96	88.9	
	D	7	2	28.6		14	11	78.6	
	E	74	58	78.4		101	77	76.2	
計		295	240	81.4		297	248	83.5	

注1) A：毎日飲む，B：週に3～4回飲む，C：特別な時(行事等)に飲む，**p<0.01
D：以前は飲んでしたがやめた，E：以前から飲まない *p<0.05

注2) 健康自己評価は，非常に健康，まあまあ健康，あまり健康でない，健康でない，という4段階で聞き，「非常に健康+まあまあ健康」を「健康である」とした。

注3) 飲酒状況回答者中健康自己評価の有効回答率(%)は，老人では男性で95.9%，女性で96.8%，中年では男性で98.3%，女性で97.4%である。

表4-1 年齢別にみた飲酒行動

年齢		飲酒量 ¹⁾					摂食法 ²⁾				
		I	II	III	計		I	II	III	IV	計
老人	人数	165	32	9	206	**	3	62	130	17	212
	%	80.1	15.5	4.4	100.0		1.4	29.2	61.3	8.0	100.0
中年	人数	47	14	20	81	**	9	29	36	9	83
	%	58.0	17.3	24.7	100.0		10.8	34.9	43.4	10.8	100.0
計	人数	212	46	29	287		12	91	166	26	295
	%	73.9	16.0	10.1	100.0		4.1	30.8	56.3	8.8	100.0

注1) 飲酒量 I：日本酒あるいは焼酎2合まで，又はビール大ビン2本まで，又はウイスキーダブル2杯まで
II：日本酒あるいは焼酎3～4合，又はビール大ビン3～4本，又はウイスキーダブル3～4杯
III：日本酒あるいは焼酎5合以上，又はビール大ビン5本以上，又はウイスキーダブル5杯以上

注2) 摂食法 I：食後に飲む III：肴で飲みその後に食べる
II：食事をしながら飲む IV：飲む時はほとんど食べない

(**p<0.01)

表 4-2 ストレス・悲観度別にみた飲酒量と問題飲酒(KAST)

ストレス 得点 ¹⁾	飲酒量 ¹⁾					問題飲酒(KAST) ²⁾				
		I	II	III	計	I	II	III	IV	計
2点	人数	55	7	2	64	35	19	4	4	62
	%	85.9	10.9	3.1	100.0	56.5	30.6	6.5	6.5	100.0
3~4点	人数	119	31	12	162	51	52	22	28	153
	%	73.5	19.1	7.4	100.0	33.3	34.0	14.4	18.3	100.0
5~6点	人数	38	8	15	61	11	23	7	21	62
	%	62.3	13.1	24.6	100.0	17.7	37.1	11.3	33.9	100.0
計	人数	212	46	29	287	28.6	94	33	53	277
	%	73.9	16.0	10.1	100.0	10.3	33.9	11.9	19.1	100.0

注 1) ストレス・悲観度は、次の6項目のうち、1項目に1点を与えた。

** p<0.01

- ①家族や友人と言い争いをしたことがある ④自分の健康に不安がある
 ②仕事をするのがいやになったことがある ⑤家族の健康に不安がある
 ③人生がつまらないと思ったことがある ⑥家族や近親者に死亡した者がいる

注 2) 飲酒量の区分は表 4-1 と同じ

注 3) 問題飲酒 I：正常飲酒群 II：問題飲酒予備群 III：問題飲酒群 IV：重篤問題飲酒群

り、年齢が飲酒量と摂食法と有意な関連を示した。つまり老人は中年より少量飲酒者が多く多量飲酒者が少ない。老人・中年とも「肴で飲み後で食べる」が最も多いが、その割合は老人では約6割だが、中年では約4割と低い。また「食後に飲む」は老人ではほとんどいないが、中年では約1割いる。

次に、ストレス・悲観度と飲酒行動及び健康状態との間では表4-2のとおり、ストレス・悲観度は飲酒量とKASTとの間に有意な関連がある。つまり、ストレス・悲観度の得点の高い群ほど多量飲酒群の割合が高く、問題飲酒群及び重篤問題飲酒群の割合も高い。

飲酒量とKASTとの間には表4-3のとおり有意な関連があり、飲酒量が増えるほど正常飲酒群は減り重篤問題飲酒群が増える。

以上のように、2要因間に有意な関連のあったものをまとめると表5のとおりになる。なお、A行動パターンと飲酒行動の間には関連がなかった。

3. 飲酒行動と健康状態に影響を及ぼす要因

研究枠組(図1)に沿い、かつ、2要因間の関連性をまとめた表5から、9つの変数——年齢、

表 4-3 飲酒量別にみた問題飲酒

飲酒量 ¹⁾		問題飲酒 (KAST) ²⁾					
		I	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	計	
Ⅰ	人数	68	71	23	28	190	***
	%	35.8	37.4	12.1	14.7	100.0	
Ⅱ	人数	14	10	5	10	39	
	%	35.9	25.6	12.8	25.6	100.0	
Ⅲ	人数	5	8	3	12	28	
	%	17.9	28.6	10.7	42.9	100.0	
計	人数	87	89	31	50	257	
	%	33.9	34.6	12.1	19.5	100.0	

注 1) 飲酒量の区分は表 4-1 と同じ

** p<0.05

注 2) 問題飲酒(KAST)の区分は表 4-2 と同じ

ストレス・悲観度、生活習慣、家族構成、酒の知識、飲酒量、飲酒時の摂食法、健康自己評価、KAST——を抽出し、図2のようにパスモデルを作成した。

9つの変数を選択した理由は、まず図1に示した要因のうち、複数の項目からなる要因は飲酒行動を除いてそれぞれ1項目ずつを選定した。つまり、基本的属性からは学歴、職業と有意な関連があり、しかも、飲酒量、摂食法とも有意な関連があった「年齢」を、人生満足度からは飲酒量、

表5 2 要因間の関連性(2次調査による)

要因間	要因1	要因2	有意性 ¹⁾
飲酒行動と基本的属性	飲酒量	年齢	0.297**
	〃	学歴	0.215*
	摂食法	年齢	0.237**
	〃	職業	0.254*
飲酒行動と人生満足度	飲酒量	ストレス・悲観度	0.261**
	摂食法	趣味・楽しみ	0.281**
飲酒行動と生活習慣	飲酒量	生活習慣	0.229*
	酒の知識	〃	0.231*
飲酒行動と家族要因	摂食法	食事相手	0.254*
	飲酒相手	家族飲酒者有無	0.182*
飲酒行動と健康状態	飲酒量	KAST	0.234*
	摂食法	通院回数	0.240*
飲酒行動の項目間	飲酒量	飲酒相手	0.209*
	摂食法	酒の知識	0.250*
基本的属性の項目間	年齢	学歴	0.341**
	〃	職業	0.493**
	学歴	職業	0.291**
家族要因の項目間	家族構成	食事相手	0.595**
	〃	家族飲酒者有無	0.278**
	食事相手	家族飲酒者有無	0.415**
健康状態の項目間	健康自己評価	通院回数	0.340**
	〃	転倒有無	0.229**
KASTとストレス	KAST	ストレス・悲観度	0.306**

注1) ¹⁾有意性はピアソンの関連係数の検定による。ただし同係数は最大値が1ではないので、その値のみで関連の強弱を比較できない。

注2) ゴシック体：パスモデル(図2)の選択項目

**p<0.01
*p<0.05

KASTと有意な関連があった「ストレス・悲観度」を、家族要因からは食事相手、家族飲酒者の有無と有意な関連があった「家族構成」を、健康指標からは通院回数、転倒有無と有意な関連があった「健康自己評価」を選定した。また、単一項目の要因(生活習慣、KAST)はそのまま採用した。なお、A行動パターンは飲酒行動の項目と関連性がなかったので除外した。

飲酒行動からは多くの項目と有意な関連のある「飲酒量」をまず採用した。そして、この飲酒量と有意な関連がある飲酒相手を除外した。また、個人要因と家族要因のいずれの項目とも関連性がなかった飲酒理由も除いた。その結果、飲酒行動からは飲酒量のほか「酒の知識」「摂食法」を選

定した。

パスモデルの作成にあたって、飲酒量、KAST、健康自己評価を目的変数とし、飲酒量には年齢、ストレス・悲観度、生活習慣、酒の知識、摂食法、家族構成の6変数を、KASTにはこの飲酒量とストレス・悲観度、家族構成、酒の知識の4変数を、健康自己評価には飲酒量とKASTを中心に9つすべての変数を説明変数とした。そして、パス解析の結果、古谷野(1988)に準じ、パス係数の絶対値が「0.05」以下のパスを除外した。すると、摂食法にかかるパス係数が全て「0.05以下」となり変数として除外した。そこで、残り8つの変数について、再びパス解析を実施した結果が図3のとおりである。

図2 パス・モデル

図3 パス・ダイアグラム (パスを除去した場合)

飲酒量に有意な影響のある変数は、年齢、ストレス・悲観度、生活習慣であり、家族構成と酒の知識は有意な影響はない。KASTに有意な影響のある変数は、ストレス・悲観度と飲酒量である。健康自己評価に有意な影響のある変数は、ストレ

ス・悲観度と家族構成であり、飲酒量やKASTは有意な影響がない。また、ストレス・悲観度は、飲酒量、KAST、健康自己評価の3つの目的変数全てに有意な影響がある。

IV 考 察

1. 調査対象について

今回の1次調査は、老人では全数調査、中年では標本調査によって実施した。全数調査では回収率が低いとその結果が母集団を代表し得るには問題があるが、今回の老人調査は全員から回収ができ、しかも、分析項目の有効回答率はほとんどが約75%から90%であった。一方、標本調査では標本抽出が無作為でないと、母集団についての知見を得るには問題であるが、今回の中年調査では無作為抽出法の1方法である等間隔抽出法を採用した。しかも、回収率は99%とほぼ100%で、分析項目の有効回答率もほとんどが約90%と高い。今回の中年における調査結果もその中年母集団を代表し得る結果だといえる。したがって、今回の1次調査の結果は一地域での飲酒に関する比較的大規模な疫学調査として、ほぼ正確なデータを提供しているといえる。ただし、今回の1次調査の対象地が青森県の一農村であり、その結果が都市地域を含む他地域でも適用できるかは今後検討を加える必要がある。

次に、2次調査ではその対象者を男性の毎日飲酒者に限定した。その理由は、女性の毎日飲酒者が少なく男女間の比較ができない、また男性に限定すると性差によるバイアスが除かれるからである。さらに、男性では毎日飲酒者の割合が老人・中年とも約3割で有意差がなかったことも考慮した。

ただし、男性の毎日飲酒者に限定することは、その結果は女性や全ての飲酒者にただちに適用できないが、問題飲酒につながる飲酒行動の特徴を明確化する上で、また、毎日飲酒が健康問題につながる要因を探る上で重要な示唆を与えるものと考ええる。

2. 飲酒状況の実態について

今回、飲酒者の割合は、老人では男性55%、女性17%、中年では男性73%、女性61%であった。田中ら(1996)による新潟、兵庫、東京にお

ける40歳～60歳代での飲酒者(「ほとんど毎日」から「月2～3回」まで飲む者)の割合は、男性では80%前後、女性は20%台から40%台である。今回の結果は男性では老人・中年ともそれらより低い値である。女性では老人で低いが中年では高い。

また、1987年に総理府が20歳以上を対象に行った酒に関する世論調査(総理府広報室、1989)の結果をみると、「飲む」と答えたものは、男性の40歳代～60歳以上で約7割～8割で、今回の中年男性の結果はそれに近い。しかし、女性では60歳以上で2割台、40歳代でも4割台となっており、今回の中年女性の飲酒者の割合はそれに比べても高い。

調査地のN町は、りんごが作付面積で最も多く水稲の2倍以上もある。水稲は2番目に多いが、それに続いてさくらんぼ、梅が多く、果樹栽培が盛んなところである(名川町、1998)。そして、りんご酒、梅酒、さくらんぼ酒などの果樹酒が地場産業として商品化され、果樹栽培や果樹酒づくりには女性が深く関わっており、そのことが中年女性での飲酒者の多いことに関係していると思われる。

また今回、毎日飲酒者の割合は男性で老人・中年とも約30%だった。野口らの全国の60歳以上での毎日飲酒者は男性で38%であり(野口ら、1989)、今回の値はそれよりやや低い。

飲む酒の種類は、男性では老人は日本酒・焼酎を、中年はビール、ウイスキーを飲む者が多く、しかも、中年では日本酒・焼酎が老人より少ないものの、その割合は約3割ずつを維持していた。また、女性でもビール、ウイスキーにおいて老人より中年で多かった。しかも、ビールは中年では男女とも7割近くを占めていた。これらのことは、伝統的な日本酒・焼酎を主とした飲酒傾向が、ビールを中心にいろいろな酒を飲酒する傾向へと世代的に変化しつつあることを示している。

3. 飲酒状況と健康との関係について

飲酒状況別健康者の割合は、特に男性では老

人・中年とも「やめた」もので最も低かった。老人における飲酒量や飲酒頻度の低下の1要因として健康状態の悪化が指摘されている（樋口ら，1996；山田，1993；野口ら，1989）。今回の結果はその指摘につながるものである。

また，男性の毎日飲酒者での健康者の割合は「以前から飲まない」ものに比べて低くはなかった。さらに，健康者の割合は中年では男女とも飲酒頻度によって有意差はなく，毎日飲酒者での同割合が飲酒者の中で最も低いものではなかった。これらのことは，毎日飲むという飲酒頻度が健康上ただちに問題ではないことを示唆している。ただし，毎日飲酒者には健康だから飲む，または，以前から飲まない者にはもともと健康ではないから飲まないという者を含んでいることが考えられ，今後さらに検討を加える必要がある。

飲酒量及び摂食法と健康との関係についても検討したが，いずれも関連性はなかった。それには，多量飲酒者または何も食べないで飲む者の数が少なかったことが考えられる。

4. 飲酒行動と健康状態に影響を及ぼす要因について

飲酒量に有意な影響を及ぼす変数は，年齢，ストレス・悲観度，生活習慣であり，家族構成と酒の知識は有意な影響はなかった。このことは，飲酒量は家族員の多少や酒の知識の有無にかかわらず，年齢が高くなれば減少し，ストレス・悲観度が高いほど，生活習慣が悪いほど増加することを示す。したがって，飲酒量を適量に維持するには，人生を悲観せずストレスをうまく管理し，正しい生活習慣を確立することであるといえる。

KASTに有意な影響を及ぼす変数は，飲酒量とストレス・悲観度であった。つまり，KASTは飲酒量が多いほど，ストレス・悲観度が高いほど高得点となる。飲酒量がKASTに有意な影響があったことは，問題飲酒つまりは多量飲酒のスクリーニングとしてのKASTの有効性を示すものである。

健康自己評価に有意な影響を及ぼす変数は，ス

トレス・悲観度と家族構成であった。長期にわたってストレスがかかると，身体の調子が悪くなると思うものは増加する（森本，1997）。したがって，ストレス・悲観度が高いほど健康自己評価は低くなる。また，家族構成は人数が多くなるほど健康自己評価は高くなるという関連がみられる。

なお，健康自己評価に対して，飲酒量やKASTは有意な影響がなかったことは，飲酒量が多い群やKASTの高い群で，その飲酒量や問題飲酒が健康に悪い影響を与えるという自覚のないものがあるか，または，健康自己評価が高いため，飲酒でき飲酒量が多くなるものがあることが考えられる。

またストレス・悲観度は，飲酒量，KAST，健康自己評価の3つの目的変数すべてに有意な関連がみられた。このことは，飲酒者の飲酒問題や健康問題を考える時，その人のストレス管理が重要であることを示唆する。

一方，飲酒理由として「飲むとストレスが発散するから」というのが，中年では男女とも20%台みられた。これらの者はストレス解消の手段として飲酒を肯定的にとらえている。したがって，ストレスと飲酒との関係は，ストレスが高じて飲酒量が増えるというネガティブな関係だけでなく，飲酒によるストレス解消というポジティブな関係も考慮する必要がある。また，ストレスと飲酒との関係には，ストレスの種類やその強度が，また，アルコール嗜好やその耐性などの個人差が影響しているといわれ（アルコールと健康科学研究会，1996），飲酒やストレス管理における個人差も考慮する必要がある。

V 結 語

1) 全対象者のうち，飲酒者の割合は老人では男性で55%，女性で17%，中年では男性で73%，女性で61%であった。また，毎日飲酒者の割合は老人では男性で30%，女性で2%，中年では男性で28%，女性で12%であった。特に，中年女性の飲酒者の割合が高かった。

2) 全対象者のうち，健康者の割合は，老人・

中年とも飲酒を「やめた」もので最も低く、また、同割合は毎日飲酒者が「以前から飲まない」ものより低いとはいえなかった。このことは、毎日飲むから健康上ただちに問題だとは断定できないことを示唆している。

3) 男性の毎日飲酒者について、パス解析の結果、飲酒量には年齢、生活習慣、ストレス・悲観度が有意な影響があった。このことは、人生を悲観せずストレスをうまく管理し、正しい生活習慣を実践することが、毎日飲酒でも多量飲酒につながらないことを示している。

また、KASTには飲酒量とストレス・悲観度が有意な影響があった。飲酒量がKASTに有意な影響があることは、問題飲酒者つまりは多量飲酒者のスクリーニングとしてのKASTの有効性を示すものである。

さらに、健康自己評価には家族構成とストレス・悲観度が有意な影響があった。ストレス・悲観度は、飲酒量、KAST、健康自己評価の全てに有意な影響があった。このことは、毎日飲酒者の飲酒問題や健康問題を考える時、その人のストレス管理が重要であることを示している。

文 献

- アルコールと健康科学研究会編 (1996)：お酒の健康科学，金芳堂（東京）
- 樋口 進編 (1996)：アルコール臨床研究のフロントライン，厚健出版（東京）
- 平山 雄 (1993)：アルコールの健康影響，河野裕明・大谷藤郎編，我が国のアルコール関連問題の現状—アルコール白書一，5-41，厚健出版（東京）
- 保坂 隆，田川隆介，日野原茂雄，他 (1989)：健診におけるA型行動パターン評価の意義—スクリーニングテストの作成，日健診誌，16：32-37
- 石井宣彦 (1993)：女性アルコール依存症の治療，河野・大谷編，前掲書，91-103

- 杠 岳文 (1993)：急性アルコール中毒，河野・大谷編，前掲書，113-124
- 河野裕明，斎藤 学，他 (1977)：久里浜式アルコール症スクリーニング・テスト (KAST) について，アルコール研究，12：S97-98
- 厚生統計協会 (1998)：国民衛生の動向，97-98，厚生統計協会（東京）
- 古谷野亘 (1988)：多変量解析ガイド，川島書店（東京）
- 栗山一秀 (1997)：世界の酒と文化，日本健康科学学会誌，13(3)，115-121
- Lieber CS (1982)：Medical Disorder of Alcoholism Pathogenesis and Treatment. WB Saunders (Philadelphia)
- 宮里勝政 (1997)：アルコールと精神障害，日本健康科学学会誌，13(3)，133-137
- 森本兼義 (1997)：ストレス危機の予防医学，日本放送出版協会（東京）
- 名川町 (1998)：名川町勢要覧（資料編）
- 野口祐二，他 (1989)：高齢者の飲酒行動と孤独感，社会老年学，30：17-26
- 蓮村 靖 (1996)：アルコールと肝疾患，臨床栄養，89(5)，619-623
- Reynold DL, et al (1992)：Measuring Alcohol Abuse in the Community: Consumption, Binge-Drinking and Alcohol-Related Consequence. Canadian J. of Public, 83: 441-74
- 総理府広報室 (1989)：日本人の酒とたばこ，大蔵省出版局（東京）
- 田川隆介，保坂 隆 (1993)：東海大式日常生活調査表・A型行動パターンスクリーニングテスト，桃生・早野・保坂・木村編，タイプA型行動パターン，148-154，星和書房（東京）
- 田中平三，他 (1996)：日本人のアルコール摂取状況，臨床栄養，89(5)，584-589
- 田中孝雄編 (1988)：アルコール症，同朋舎出版（東京）
- 鳥帽子田彰，重盛憲司 (1993)：アルコール関問題の現状と対策，河野・大谷編，前掲書，1-4，
- 山田耕一 (1993)：高齢者の飲酒，河野・大谷編，前掲書，105-111s

(受稿 1999. 5. 13；受理 2000. 7. 14)