

香港
減少酒精相關危害
行動計劃書

減少酒精相關危害

衞生署
中華人民共和國香港特別行政區

香港
減少酒精相關危害
行動計劃書

衞生署
中華人民共和國香港特別行政區

目錄

飲酒與健康工作小組主席馬清鏗**序言** iv

1. 引言 **1**

- 制訂本港減少酒精相關危害的政策 2
- 飲酒對人口健康帶來的影響 4
- 酒精相關危害的全球情況 7

2. 飲酒與健康：本港情況 **13**

- 本港酒精供應和價格的情況 14
- 本港的人均飲酒量 15
- 本港飲酒行為和風險觀感的流行病學 19
- 本港酒精相關危害的流行病學 24
- 本港減少酒精相關危害的介入措施 28
- 評估資料的不足之處和分析現況 31

3. 減少酒精相關危害的行動 **33**

- 前言 34
- 目標 35
- 十七項具體行動的細節 35
- 表四：具體行動計劃及其目標和時間表 47

4. 落實建議 **51**

附件

一. 飲酒與健康工作小組成員名單 54

二. 飲酒與健康工作小組職權範圍 55

三. 飲酒與健康工作小組會議討論內容 56

四. 本港部分常見的酒精飲品及其酒精含量（以「標準酒量」計算） 57

序言

在世界許多地方，飲酒是一個普遍行為，且帶著不同的社會文化意義。然而，世界衞生組織（下稱「世衞」）已確認飲酒為導致全球疾病負擔的第三大風險因素。據估計，酒精每年造成了全世界約250萬人死亡。因此，減少酒精相關危害被確認為防控非傳染病的其中一個主要優先行動範疇。

隨著香港的城市化發展及經濟增長，飲酒在本港漸趨大眾化。而本地的調查亦顯示近年香港成年人飲酒有上升趨勢，尤以女士及較年輕組別的上升趨勢更加明顯。因此，我們可預期飲酒帶來的疾病負擔將會增加。除了會導致身體和心理的疾病，諸如工作間事故、家庭暴力、經濟問題和人際間發生暴力等社會後果亦會增加，並對我們整個社會造成沉重的負擔。

要控制這情況，我們必須從各層面，包括個人、家庭、機構及社區等相互配合，共同努力以減少本港酒精相關危害為最終目標，並積極回應政府於二零零八年發表的策略框架文件《促進健康：香港非傳染病防控策略框架》所確定的需要。



作為飲酒與健康工作小組的主席，我衷心感謝每一位協力制訂這行動計劃書的人士。此行動計劃書建基於詳細探討本港飲酒的情況，同時參考海外經驗，及世衛在這方面所提出的建議。此行動計劃書的目的，乃概述未來數年的行動框架，為有效防控本港酒精相關危害提供支持及確立方向。

這文件也是標誌著在本港減少酒精相關危害的工作向前邁進了重要的一步，是滙集社會各界人士的努力和智慧的成果，每一個市民及機構也擔當重要角色。透過各界盡心盡力、建立伙伴關係及共同協作，來實踐本行動計劃書的目標，我有信心我們每個人能對自己以及他人的健康承擔更大的責任，為我們所居住、學習、工作、玩樂及熱愛的地方，創造一個更健康、更安全和更愉快的社會。

飲酒與健康工作小組主席

馬清鏗，BBS，JP

1 리듬







1. 引言

制訂本港減少酒精相關危害的政策

1.1 為控制非傳染病，衞生署於二零零八年十月發布「促進健康：香港非傳染病防控策略框架」的策略文件，確認了「減少酒精相關危害」是本港公共衞生的其中一個主要優先行動範疇。

1.2 為研討並檢視整體的策略和路線圖，防控非傳染病高層督導委員會(下稱「督導委員會」)於二零零八年年底成立。督導委員會由食物及衞生局局長擔任主席，其成員來自政府、公私營界別、學術界和專業團體、業界以及其他主要合作伙伴。督導委員會轄下的飲酒與健康工作小組於二零零九年六月成立，就酒精相關危害的問題向督導委員會提出建議，並制訂優先工作範疇、目標和行動計劃。工作小組由馬清鏗先生出任主席，成員由公私營界別的人士組成，代表來自學術界、區議會、教育界、醫護專業、社會服務界別和相關政府部門等。飲酒與健康工作小組的成員名單和職權範圍分別列載於附件一和附件二。

1.3 飲酒與健康工作小組自二零零九年六月成立以來已召開五次會議，討論：

(一) 飲酒對人口健康帶來的影響；

(二) 酒精相關危害的全球情況；

(三) 海外國家減少酒精相關危害的國家政策；

(四) 減少酒精相關危害的海外介入措施及其成效的證據；以及

(五) 現時有關酒精相關危害的本港情況及其介入措施。

以下段落及此文件第2部分會總結以上各項目。五次會議所討論議題的詳情載於附件三。

1.4 經仔細考慮現有的證據和本港的情況後，飲酒與健康工作小組製作了「香港減少有害使用酒精的建議報告書」，提出五個優先範疇和十項減少酒精相關危害的建議，並於二零一零年二月獲督導委員會通過。為了落實該十項建議，飲酒與健康工作小組提出了十七項具體行動，並在此文件第3部分詳細討論。

飲酒對人口健康帶來的影響

1.5 酒精在香港社會擔當重要的社交和文化角色。它於不同場合的使用發揮著不同的社會文化功能，例如它有舒緩、娛樂和慶祝的用途。一些研究顯示，飲用少量酒精對於某些人口來說具有適度保護心臟健康的作用[1,2,3,4]。然而，根據世衛指出，即使考慮到少量飲用酒精對發病率和死亡率可能帶來的保護作用，飲酒仍然是導致全球人口過早死亡和造成可避免疾病負擔的一個主要因素，對公共衞生有重大影響[5]。據估計，酒精於二零零四年造成了全世界225萬人死亡(佔全球總死亡人數的3.8%)，並導致6 938萬傷殘調整壽命年數 (佔全球疾病負擔的4.5%)[6]。

1.6 若干因素可造成酒精相關危害。一是長時間的累積酒精飲用量。多年飲用酒精的累積量，正是最有力預示許多慢性病與飲酒有關的指標。其他因素包括飲酒的模式，特別是偶爾或經常飲酒至中毒；以及飲酒環境，可能增加有意或無意損傷和傳播某些傳染病的風險[5]。

1.7 酒精對健康可造成即時和長遠的影響。暴飲或短時間內大量飲酒會增加發生酒精中毒、意外損傷和中毒、自殺和傷人的即時風險，並會提高發生高危行為的機會，例如不安全性行為[7]。由於認知功能會隨著酒精攝取量增加而逐漸遞減，故每多喝一杯酒，都會大大增加相關的風險。不單飲酒者受到影響，飲酒者身邊的人亦可能會因與酒精有關暴力或醉酒駕駛引致的交通意外而成為無辜的受害者。

1 Corrao G et al. (2000). Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis. *Addiction*, 95(10):1505-23.

2 Baer DJ et al. (2002). Moderate alcohol consumption lowers risk factors for cardiovascular disease in postmenopausal women fed a controlled diet. *Am J Clin Nutr*, 75:593-599.

3 Mukamal KJ et al. (2006). Alcohol consumption and risk of coronary heart disease in older adults: The Cardiovascular Health Study. *J Am Geriatr Soc*, 54:30-37.

4 Arriola L et al. (2010). Alcohol intake and the risk of coronary heart disease in the Spanish EPIC cohort study. *Heart*, 96:124-130.

5 World Health Organization (2008). *Report by Secretariat to the Sixty-First World Health Assembly "Strategies to reduce the harmful use of alcohol" (A61/13)*. Available at: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_13-en.pdf

6 World Health Organization (2011). *Global status report on alcohol and health*. Geneva: World Health Organization.

7 WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption (2007). *Second report / WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption*. WHO technical report series; no. 944. Geneva: World Health Organization.

1.8 酒精幾乎影響身體每個器官。多個大型綜合研究顯示，酒精與60多種疾病有關[8,9,10,11]，例如酒精性肝炎、肝硬化、脂肪肝、中風、高血壓、冠心病和心臟衰竭，以及酒精依賴等。此外，飲用酒精可使肝病及與糖尿病有關的病情惡化，並會影響睡眠和性功能[12]。酒精亦會與多種藥物的代謝相互影響。

1.9 酒精被國際癌症研究機構列為第一類致癌物質，可增加患上不同癌症的風險，包括口腔、咽、喉、食道、直腸、肝和乳腺癌[13]。酒精估計導致全球約二至三成的食道癌、肝癌和一系列其他健康後果[14]。

1.10 酒精對發育中的胎兒及接受母乳餵哺的嬰兒所造成的不良影響尤其深遠。假如孕婦在懷孕期間飲酒，酒精會增加未出生嬰兒患上一系列天生缺陷及生長和發展問題的風險，其影響更會延至成年期[15]。於哺乳期間飲酒，可嚴重影響授乳母親的餵哺表現。酒精亦會進入母乳，對嬰兒的心智動作發展及行為造成不良影響[16,17]。

8 English DR et al. (1995). *The Quantification of Drug Caused Morbidity and Mortality in Australia, 1992*. Canberra: Commonwealth Department of Human Services and Health.

9 Gutjahr E, Gmel G & Rehm J (2001). Relation between average alcohol consumption and disease: an overview. *European Addiction Research*, 7(3):117-127.

10 Ridolfo B & Stevenson CE (2001). *The Quantification of Drug-Caused Mortality and Morbidity in Australia 1998*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.

11 Single E et al. (1999). Morbidity and mortality attributable to alcohol, tobacco, and illicit drug use in Canada. *American Journal of Public Health*, 89(3):385-390.

12 National Health and Medical Research Council (2009). *Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol*. Canberra: National Health and Medical Research Council.

13 International Agency for Research on Cancer (2010). Alcohol Consumption and Ethyl Carbamate. *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans*. Vol. 96. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer.

14 World Health Organization (2010). *Alcohol*. Available at: http://www.who.int/substance_abuse/facts/alcohol/en/index.html

15 Jacobson JL and Jocobson SW (2002). Effects of prenatal alcohol exposure on child development. *Alcohol Research & Health*, 26(4): 282-286.

16 Ho E, Collantes A, Kapur BM et al. (2001). Alcohol and breast feeding: calculation of time to zero level in milk. *Biol Neonate*, 80:219–22.

17 Giglia RC & Binns CW (2006). Alcohol and lactation: a systematic review. *Nutrition & Dietetics*, 63: 103–16.

1.11 除了影響身體健康，酒精亦與多種精神疾病息息相關。飲用酒精與焦慮症、抑鬱症、躁狂抑鬱症和精神分裂症等精神病的高患病率有密切關係[18,19,20,21]。

1.12 此外，飲用酒精的不良影響，不單只導致身體和心理的疾病、意外和損傷。諸如交通意外、工作間事故、家庭問題和人際間發生暴力等社會後果，亦對整個社會造成沉重的負擔[22]。與酒精使用和酒精依賴有關的生產力下降和病假，亦對僱員和社會保障制度造成巨大的損失[22]。在已發展國家，酒精的不良影響所造成的重大經濟損失，佔每年國家生產總值的可觀比重[23]。

18 Kranzler HR, Del Boca FK, Rounsaville BJ (1996). Comorbid psychiatric diagnosis predicts three-year outcomes in alcoholics: a post treatment natural history study. *J Stud Alcohol*, 57:619–26.

19 Merikangas KR, Angst J, Eaton W et al. (1996). Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorders and substance misuse: results of an International Task Force. *Br J Psych*, 168 (June Supp):58–67.

20 Hodgins DC, el-Guebaly N, Armstrong S et al. (1999). Implications of depression on outcome from alcohol dependence: A 3-year prospective follow-up. *Alcohol Clin Exp Res*, 23:151–57.

21 Burns L & Teesson M (2002). Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. *Drug Alcohol Depend*, 68(3):299–307.

22 Klingemann H, Gmel G, eds (2001). *Mapping the Social Consequences of Alcohol Consumption*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers.

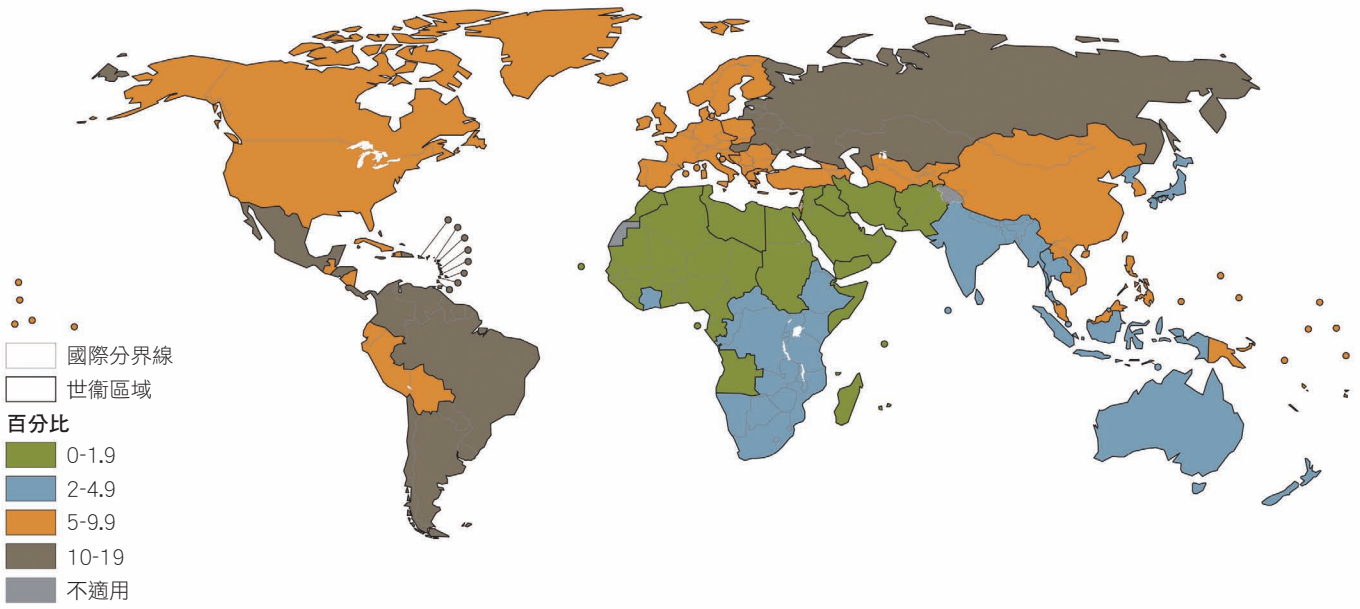
23 Rehm J, Mathers C, Popova S et al. (2009). Alcohol and global health 1. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders, *Lancet*, 373(9682):2223-33.

酒精相關危害的全球情況

酒精引致的疾病對全球造成的負擔和世衛減少酒精相關危害的全球政策

1.13 有害使用酒精被列為導致全球疾病負擔的第三大風險因素，僅次於兒童營養不良和不安全性行為[24]。在二零零零年，有害使用酒精佔全球疾病負擔的4%，與煙草造成的負擔相若，已發展國家更特別受酒精相關負擔影響[25]。若單獨計算已發展國家，酒精佔總疾病負擔的9.2%，僅次於煙草和高血壓(見表一)[25]。世衛估計使用酒精所帶來的社會和經濟負擔(包括治療、預防和執法的成本，以及損失的生產力和喪失的質素調整壽命年)，佔高收入國家(如加拿大、法國和澳洲)的國家生產總值的1至6%[25]。

圖一： 二零零四年酒精引致的全球疾病負擔分佈圖(各世衛區域佔全球傷殘調整壽命年百分比)



資料來源：世衛「全球酒精與健康狀況報告(二零一一年)」

24 World Health Organization (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: World Health Organization.

25 World Health Organization (2004). *Global status report on alcohol 2004*. Geneva: World Health Organization.

表一： 根據國家發展程度及性別劃分在二零零零年煙草、酒精和藥物引致的疾病負擔

	高死亡率發展中國家			低死亡率發展中國家			已發展國家		
	男	女	總數	男	女	總數	男	女	總數
總傷殘調整壽命年(千)	420 711	412 052	832 763	223 181	185 316	408 497	117 670	96 543	214 213
吸煙及無煙煙草產品(%)	3.4	0.6	2.0	6.2	1.3	4.0	17.1	6.2	12.2
酒精(%)	2.6	0.5	1.6	9.8	2.0	6.2	14.0	3.3	9.2
毒品(%)	0.8	0.2	0.5	1.2	0.3	0.8	2.3	1.2	1.8

資料來源： 世衛「全球狀況報告：酒精政策(二零零四年)」

1.14 有鑑於急速增加的酒精飲用量將成為下個世紀影響健康的主要因素之一，世衛於一九九六年建立了全球酒精資料庫，根據各國資料，記錄全球使用酒精、健康後果和國家政策應對的狀況。在二零零四年，世衛發表了「全球狀況報告：酒精政策」，促使各國尋找不足並制訂酒精政策[26]。在二零零八年五月舉行的第六十一屆世界衛生大會中，會員國審議了秘書處遞交的「減少有害使用酒精的全球戰略」報告。這份文件在二零一零年舉行的第六十三屆世界衛生大會中獲得確認。世衛敦促會員國通過並實施減少有害使用酒精的全球政策，以便補充和支持各會員國推行減少酒精相關危害的公共衛生政策，並為此調動政治意願和財政資源[27]。

海外國家減少酒精相關危害的國家政策

1.15 飲酒所造成的公共衛生問題結構複雜。不同國家的飲酒情況、模式和文化有顯著差異，各國的公共衛生問題和需要亦不同。因此，各國已制訂並實施不同的國家政策，以減少酒精相關危害[28]。

26 World Health Organization (2004). *Global status report: Alcohol policy. 2004.* Geneva: World Health Organization. Available at: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol/en/

27 World Health Organization (2010). *Sixty-third World Health Assembly: Notes from day 4: Thursday, 20 May 2010*. Available at: http://www.who.int/mediacentre/events/2010/wha63/journal4/en/index.html

28 World Health Organization (2008). *Report by Secretariat to the Sixty-First World Health Assembly "Strategies to reduce the harmful use of alcohol" (A61/13).* Available at: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_13-en.pdf

1.16 英國當局於二零零四年三月發布「英國減少酒害政策」，重點是（一）教育與溝通；（二）識別和治療；（三）酒精相關罪案和疾病；以及（四）供應商和生產商的責任[29]。建基於二零零四年的基礎和經驗，一套新政策「安全、理智、社交。國家酒精政策的下一步」於二零零七年出版，列出以下的重點行動計劃[30]：

(甲) 加強醉酒罪行的懲罰；
(乙) 檢討全民醫療保健中與酒精有關的支出；
(丙) 加強對有意減少飲酒人士的援助；
(丁) 針對向未成年人士售賣酒精，加強執法；
(戊) 為家長和年輕人提供可靠指導；
(己) 向公眾推廣理智飲酒的文化；
(庚) 就酒精價格和推廣，進行公眾諮詢；以及
(辛) 地區酒精政策。

1.17 在美國，聯邦、州和地方政府均已制訂酒精政策，旨在透過環境預防措施減低酒害，包括[31]：

(甲) 提高酒稅；
(乙) 酒桶標籤；
(丙) 負責任的餐飲服務培訓；
(丁) 產品標籤；
(戊) 限制酒精銷售牌照；
(己) 執行有關未成年人士飲酒的法例；
(庚) 限制酒類廣告；
(辛) 要求成年人為青少年派對負責;
(壬) 土地用途政策；
(癸) 同時銷售酒精；以及
(辰) 商店銷售酒精的責任和法例。

29 Prime Minister's Strategy Unit, Cabinet Office (2004). *Alcohol Harm Reduction Strategy for England*. London, UK: Cabinet Office.

30 Department of Health, Home Office, Department for Education and Skills and Department for Culture, Media and Sport (2007). *Safe. Sensible. Social. The next steps in the National Alcohol Strategy*. HM Government.

31 The Marine Institute. *Alcohol Policy*. Available at: http://www.marininstitute.org/alcohol_policy/index.htm (accessed on 8 June 2010)

1.18 在澳洲，推行年期延至二零一一年的「國家酒精政策二零零六至二零零九」集中於四個優先範疇，分別是（一)酒精中毒；（二）公眾安全和環境；(三）健康的影響；以及(四) 文化地點和酒精供應，其政策如下[32]：

(甲) 融合和協調應對行動；
(乙) 建立研究綱領；
(丙) 資料收集；
(丁) 監察和評估；
(戊) 建立工作團隊；
(己) 建設伙伴關係和聯繫；以及
(庚) 打造未來 — 建立有力領導。

海外減少酒精相關危害的介入措施及其成效的證據

1.19 公共衞生行動應以現有的最佳證據為依歸。迄今為止，減少酒害的各種策略和介入措施的成效，包括成本效益，已有相當的實證基礎[33,34,35]。表二列出各種介入措施所取得成效的證據。因應不同策略和介入措施的最終目的，各種介入措施可歸納為九個目標領域。這些資料為建立適合本港減少酒害的行動框架，提供證據和指引。

32 Ministerial Council on Drug Strategy (2006). *National Alcohol Strategy 2006-2009, Australia*.

33 Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*, 373(9682):2234-2246.

34 WHO Regional Office for Europe (2009b). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

35 Babor TF and Caetano R (2005). Evidence-based alcohol policy in the Americas: strengths, weaknesses and future challenges. *Rev Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health*, 18(4/5):327-37.

表二: 各種減少酒精相關危害的介入措施所取得成效的證據

行動範疇	介入措施的元素	成效的證據		評論 / 意義
		Anderson et al, 2009 [i,ii]	Babor et al, 2005 [iii]	
1) 提高公眾意識	訂定飲酒指引	?	--	未有任何已刊載的科學性評估
	公共信息運動/公共宣傳信息	↓↓	↓	對那些高質素的飲酒推廣信息起不到抗衡作用，亦不能改變行為
	酒精標籤和健康忠告	↓↓	↓	能提高意識，但不會改變行為
	反飲酒廣告	?	--	證據不多；未有總結效果
	以學校為本的教育計劃	↓↓↓	↓	或能增進知識和改變態度，但對飲酒行為沒有持久的影響
	家長教育計劃	↑	--	有效減少青少年飲酒行為
	社會營銷介入措施	↑	--	對減少飲酒行為有短期效果
2) 衞生界別的應對行動	及早發現和簡短治療介入	↑↑↑	↑↑	有效幫助有不適當飲酒行為但非嚴重依賴酒精的人士
	針對酒精依賴者的治療計劃	↑↑↑	↑	有效，但或會因治療設施資源有限而只能觸及少數人口
3) 社區和工作間的行動	由不同持份者共同參與的多元化社區為本的介入措施	↑	↑↑	證據顯示，配合執法措施，以有系統的方法協調社區資源可令政策有效實施
	透過媒體倡議措施	?	--	很少證據，但那些旨在令公眾吸收特定政策的媒體倡議，可使酒精的課題在政治和公眾議題上更受關注
	工作間為本的介入措施	↑	--	有少量證據顯示可改變飲酒常規或減少飲酒行為
4) 酒後駕駛的政策和應對措施	針對司機體內的血液酒精濃度，引入限制或降低有關水平	↑↑↑	↑↑↑	有效減少酒後駕駛的傷亡，但未必能減少飲酒的情況
	針對個別司機羣組的限制（如降低道路交通違規者、年輕人、缺乏駕駛經驗者或職業司機體內的血液酒精濃度水平）	↑↑	↑↑	有效減少致命的車輛相撞事故
	隨機呼氣測試	↑↑↑	↑↑	有效減少與酒精有關的交通意外
	罰則 — 吊銷駕駛執照	↑	↑↑	有效遏止醉酒駕駛
	汽車發動鎖定裝置	↑	--	證據顯示有些效用，但一旦移除鎖定裝置，便告失效
	指定司機接載計劃	↓↓	↓	或可提高意識，但對防止交通意外沒有影響

行動範疇	介入措施的元素	成效的證據		評論 / 意義
		Anderson et al, 2009 [i,ii]	Babor et al, 2005[iii]	
5) 解決酒精供應所引致的問題	購買或飲用酒精飲品的最低合法年齡限制	↑↑↑	↑↑↑	不能杜絕飲酒，但有效減少酒精飲用量和酒害
	限制售賣點密度(牌照制度)	↑↑↑	↑↑	有效減少暴力事件、傷人和酒後駕駛死亡個案
	限制售賣時間和日數	↑↑↑	↑↑	有效減少酒精飲用量和酒害
6) 解決酒精飲品的營銷和推廣問題	限制或局部禁止廣告的數量、分布和內容	↑↑	↑	證據顯示有效防止青年人開始飲酒和預防大量飲酒
	自我監管酒精飲品的營銷	↓↓↓	--	無證據顯示有成效
7) 價格政策	酒稅 (價格彈性)	↑↑↑	↑↑↑	有效，增加酒稅可減少與酒精相關的急性和慢性危害
	訂立每單位酒精的最低價格	↑↑	--	有效，訂立最低價格可減少與酒精相關的急性和慢性危害
8) 減少損害	針對飲酒環境的介入措施	↓↓	--	除非得到警察執法和牌照督察的支持，否則成效有限
	為酒精飲品服務人員提供培訓課程	↓↓	↑	成效低
9) 減少非法和非正規生產酒精對公眾健康造成的影響	打擊非正規和冒牌的酒精飲品	↑	--	於減少酒害方面有某些經驗，例如禁止甲醇用作變性試劑
	嚴格的酒稅標籤	↑	--	從其他精神科藥物(煙草)的經驗，證明有些成效

備註：

i 評級乃參考 WHO Regional Office for Europe (2009b). Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 而編定。

ii 成效的證據： ↑↑↑ =有力的證據證明成效； ↑↑ =可能的證據證明成效； ↑ = 有限的證據證明成效； ↓=有限的證據證明無效； ↓↓ =可能的證據證明無效； ↓↓↓ =有力的證據證明無效; ? = 沒有嚴格的評估 / 很少證據 / 不肯定的結果

iii 成效水平： ↑↑↑ = 高度成效； ↑↑ = 一般成效； ↑ = 有限成效； ↓ = 無成效

2 飲酒與健康：本港情況







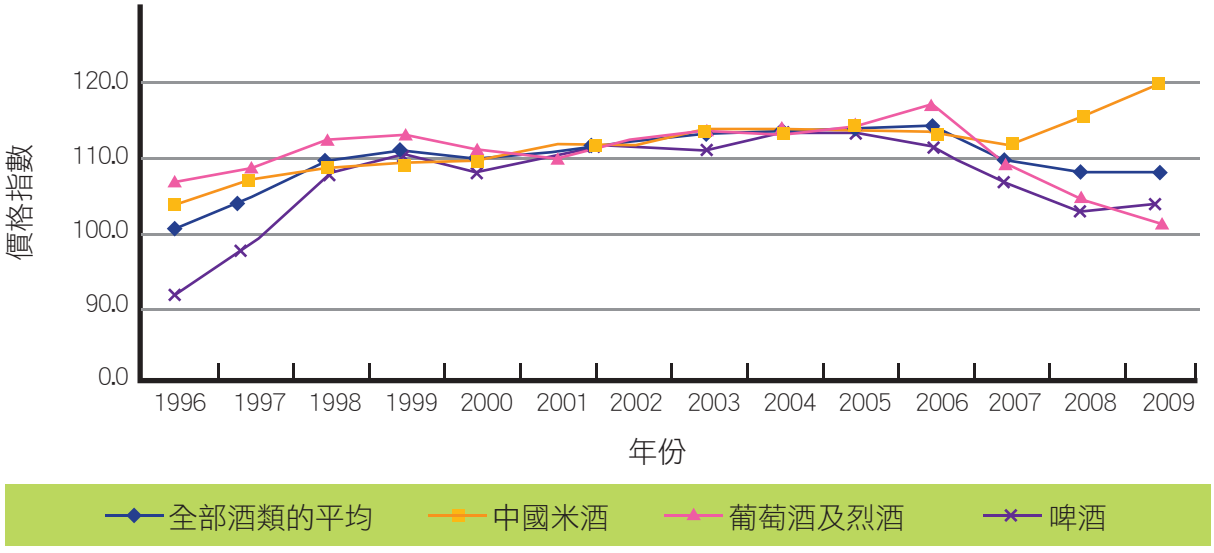
2. 飲酒與健康：本港情況

本港酒精供應和價格的情況

2.1 在香港，市民很容易接觸到酒精飲品。酒精飲品於零售店舖，例如超級市場和便利店有售，以及由一些持有酒牌的餐館和酒吧提供。本港市場亦有各種不同類型的酒精飲品，例如啤酒、葡萄酒、烈酒、中國米酒和日本清酒。附件四的表五概述本港常見的各種酒精飲品及相關的酒精含量 (以「標準酒量」計算[36])。

2.2 自二零零八年，葡萄酒和酒精含量較低的酒類稅率下降後，葡萄酒和啤酒的平均價格大幅下降 (見圖二)。

圖二： 一九九六至二零零九年香港酒類的價格指數(按酒精類型劃分)



資料來源： 政府統計處消費物價指數組

36 每一「標準酒量」含10克純酒精，是用以計算所飲用酒精的量度單位，可利用以下公式計算：
標準酒量 = 飲酒容量(毫升) x 酒精含量 (容量百分比) x 0.789 / 1 000

本港的人均飲酒量

2.3 人均飲酒量與*人口層面*的酒精相關危害和酒精依賴普遍率有密切關係。根據本港的情況，人均飲酒量可利用以下公式計算：

$$\text{人均飲酒量（純酒精(升)）} = \frac{\text{總飲酒量（甲 + 乙）}}{\text{15歲或以上人口}}$$

（甲）： 本土生產酒精飲品的本地飲用量
= 本土生產量 — 本土生產酒精的轉口量

（乙）： 淨進口量 = 總進口量 — 總轉口量

2.4 由於葡萄酒和酒精濃度少於30%的飲品酒稅自二零零八年二月起已獲豁免，而有關零稅率貨品的牌照 / 許可證安排亦已撤銷，故二零零八年二月以後，不再有相關數據以估計本港生產酒類飲品的本土飲用量(即公式中的(甲))。因此，表三和圖三所顯示的二零零四至二零一零年本港總飲酒量和人均飲酒量，是假設二零零八年、二零零九年和二零一零年少於30%酒精含量的本港生產酒類飲品的飲用量與二零零七年的相關數字相同而估計所得。

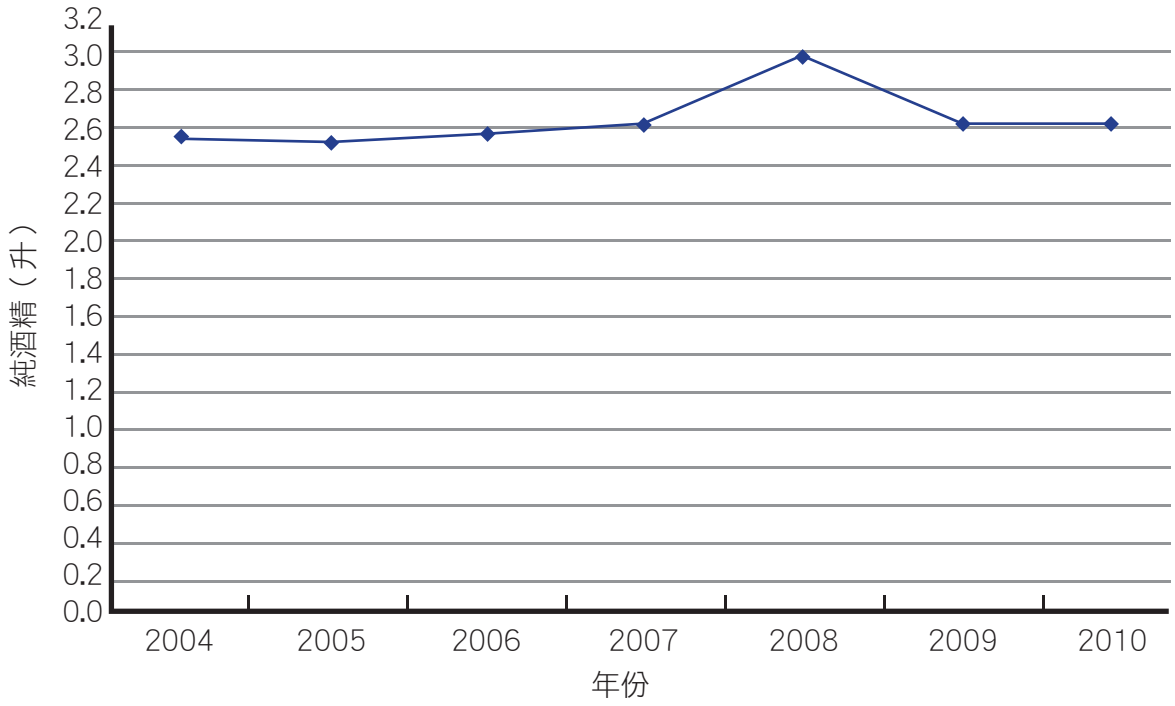
表三： 二零零四至二零一零年的估計總飲酒量(升)和人均飲酒量(升)

年份	本港生產酒類飲品飲用量 (甲) (純酒精(升))			淨進口數量 (乙) (純酒精(升))			總純酒精飲用量 = (甲) + (乙) (純酒精(升))			十五歲或以上人口	人均飲酒量
	啤酒	葡萄酒	烈酒	啤酒	葡萄酒	烈酒	啤酒	葡萄酒	烈酒		
2004	1 438 465	0	144 581	6 161 356	1 588 901	5 525 970	7 599 821	1 588 901	5 670 551	5 778 300	2.57
2005	1 328 790	0	172 328	6 283 786	1 770 057	5 204 485	7 612 576	1 770 057	5 376 813	5 844 300	2.53
2006	1 126 110	0	154 951	6 320 893	1 995 111	5 431 296	7 447 003	1 995 111	5 586 247	5 918 000	2.54
2007	1 359 455	0	164 088	6 139 077	2 379 850	5 763 158	7 498 532	2 379 850	5 927 246	6 004 700	2.63
2008	*1 359 455	0	*146 734	7 786 343	3 164 107	5 799 900	*9 145 798	3 164 107	*5 946 634	6 075 400	*3.00
2009	*1 359 455	0	*107 837	7 057 842	3 556 149	4 136 418	*8 417 297	3 556 149	*4 244 254	6 130 300	*2.65
2010	*1 359 455	0	*90 343	6 157 894	3 735 296	5 066 524	*7 517 349	3 735 296	*5 156 867	6 209 800	*2.64

備註： # 純酒精飲用量是由各酒精飲品的總飲用量估計出來，當中假設了啤酒按容量計算的酒精含量為5%、葡萄酒為13.5%，以及≤ 30% 烈酒為30%和> 30%烈酒為40%。

＊ 有關數字是假設二零零八年、二零零九年和二零一零年少於30%酒精含量的本港生產酒類飲品的飲用量與二零零七年的相關數字相同而估計所得。

圖三： 二零零四至二零一零年本港成年人的估計人均飲酒量



資料來源： 政府統計處及香港海關

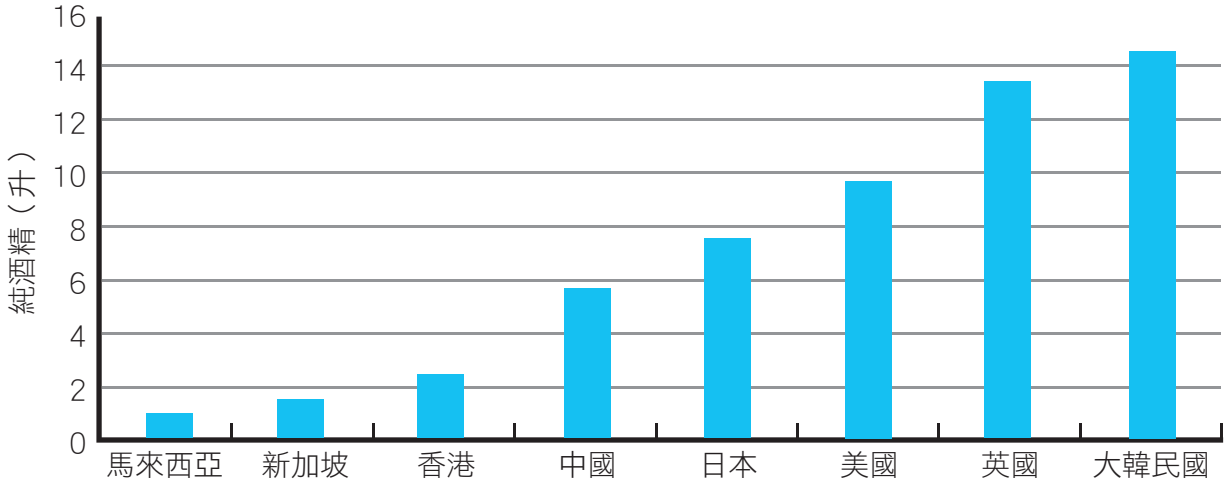
2.5 如圖三所示，將所有酒類飲品統合而言，本港的人均飲酒量除了在二零零八年基於啤酒和葡萄酒的純酒精飲用量顯著增加，以致大幅上升之外，在二零零四至二零一零年期間是頗為平穩的。這個現象跟海外的研究和經驗證明相符，即酒精飲用量與其價格成反比[37]。而在二零零九年和二零一零年，雖然葡萄酒的飲用量持續增加，但由於烈酒的價格上升令其飲用量大幅減少，從而抵銷了葡萄酒飲用量的增幅。因此，香港的人均飲酒量在二零一零年估計為2.64升(1.21升啤酒；0.60升葡萄酒和0.83升烈酒)，較二零零八年的3.0升輕微下降。

2.6 由於文化、宗教和經濟的差異，不同國家的人均飲酒量差別很大。根據世衛，摩爾達維亞共和國的人均飲酒量最高，二零零八年為23.01 升，而中東地區則由於宗教信仰的原因，其人均飲酒量幾近乎零。在亞洲，二零零八年大韓民國的人均飲酒量為14.81升，日本為7.79升，中國為5.56升，新加坡為1.54升，而馬來西亞則為0.87升[38] (見圖四)。

37 World Health Organization (2009). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Available at: http://www.euro.who.int/document/E92823.pdf

38 World Health Organization (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: World Health Organization.

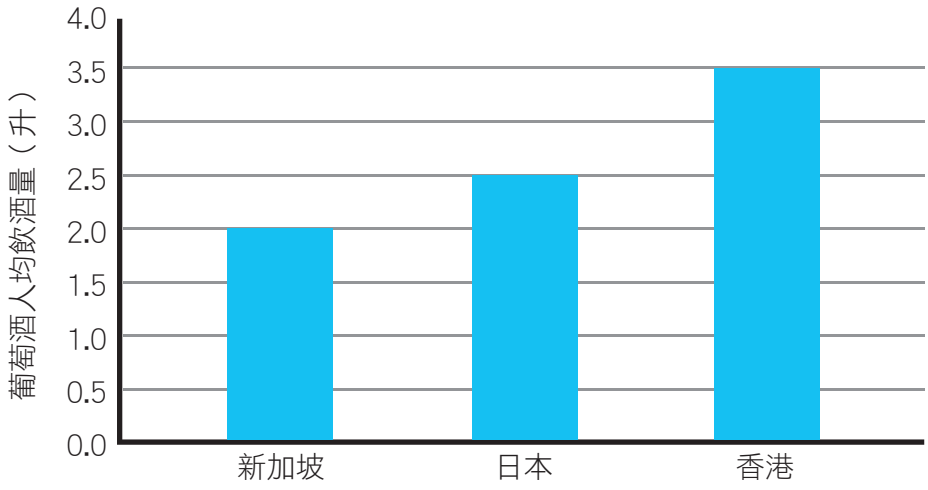
圖四： 香港於二零一零年及其他地區／國家於二零零八年的15歲及以上人士的人均飲酒量



資料來源： 香港以外其他地區：世界衛生組織
香港：政府統計處及香港海關

2.7 可是，根據國際葡萄酒及烈酒研究機構進行的二零一零年最新市場研究報告，於二零零八年本港的人均葡萄酒飲用量是3.5 升（假設葡萄酒按容量計算的酒精含量為13.5%，即相當於 0.47 升的純酒精），為亞洲中最高，且明顯較鄰近國家如日本和新加坡為高[39](見圖五)。

圖五： 二零零八年個別亞洲國家／城市的人均葡萄酒飲用量



資料來源： 國際葡萄酒及烈酒研究機構進行的二零一零年度最新市場研究

39 International Wine and Spirits Report 2010 (http://www.vinexpo.com/dyn/press/le-marche-hong-kong-2010---anglais.pdf)

2.8 雖然人均飲酒量提供了本港整體酒精飲用量的估計值，但在*個人層面*上，我們亦很需要有關酒精飲用數據與社會人口變數和酒害等因素之間關係的調查資料。這些資料將會在以下段落闡述。

本港飲酒行為和風險觀感的流行病學

監測本港飲酒行為和風險觀感的資料來源

2.9 衞生署與香港大學醫學院社會醫學系合作，於二零零三至二零零四年進行人口住戶健康調查，滙報本港人口的健康狀況及與健康相關的問題，當中包括飲酒。大約七千名15歲及以上的陸上非住院香港居民(外籍家務助理除外)接受了問卷調查。

2.10 繼二零零三至二零零四年間進行首次的人口住戶健康調查，衞生署自二零零四年起利用風險因素監測系統，持續地監測本港成年人口的飲酒行為。這系統定期向大概二千名年齡18至64歲的人士進行調查。

2.11 至於兒童和青少年方面的監測，衞生署在二零零五至二零零六年進行了首次以人口為基礎的兒童健康調查，收集本港14歲及以下兒童的健康資料，包括飲酒方面。另外，自一九九二年，保安局禁毒處每四年向約十萬名青少年學生，當中大部分為中學生或同等學歷學生，進行一系列調查以了解他們(服用其他藥物之同時)使用酒精的情況。二零零八年進行的調查更包括就讀小四至小六及大學的學生。

2.12 除了調查研究外，一些本地研究人員亦進行非特定的質性和量性研究，調查本港不同人口對飲酒風險的看法和飲酒的模式。

成年人口的飲酒行為

2.13 二零零三至二零零四年的人口住戶健康調查顯示，23.7%的受訪者(本港15歲及以上的人士)會間中飲酒（即每個月飲酒三日或以下）；9.4%為定期飲酒人士，一星期最少飲酒一次；61.6%為不飲酒人士；以及4.7%為已戒酒人士。在飲酒人士當中，大部分表示通常飲用啤酒（66.5%）；19.6%飲用西洋餐酒；而10.6%飲用中國米酒和6.9%飲用烈酒[40]。

2.14 根據二零零三至二零零四年的人口住戶健康調查，男士與女士飲酒的比率各異。飲酒人士的男女比例大約是2：1。男士與女士中飲酒的比率分別是45.3%和23.2%。此外，男士每日飲酒的比率(11.3%)較女士（3.7%)高。相反，在飲酒人士當中，女士間中飲酒（即每個月飲酒三日或以下）的比率(84.0%)較男士（63.6%)高。

2.15 行為風險因素監測系統的報告指出，本港成年人口飲酒的比率(即在被訪前30日內飲最少一杯酒精飲品的比率)，由二零零五年的30.9%增加至二零一零年的34.9%，升幅達4.0個百分點。尤其以女性的上升幅度較高(5.1個百分點)，由二零零五年的19.5% 升至二零一零年的24.6%[41]。這結果有多方面特別值得關注。首先，由於女性體型較小，因此比男性較容易受到酒精的影響。第二，染上酒癮對目前或隨後的懷孕會有嚴重的禍害。第三，亞洲女性主要擔當持家和管教孩子的角色，慣常飲酒會嚴重影響她們履行這個角色的基本責任[42]。

2.16 此外，根據二零一零年的行為風險因素調查，在被訪前一個月內，16.9%受訪人士表示曾飲酒超過每日建議的上限(即在任何有飲酒的一天，男性平均飲酒超過2個標準酒量單位，女性超過1個標準酒量單位)，5.8%則表示曾因飲酒太多而出現醉酒的徵狀，例如面部潮紅或眼睛變紅、說話不清或語無倫次、步伐不穩或蹣跚、嘔吐及宿醉。

40 Population Health Survey 2003/2004. Hong Kong SAR: Department of Health and Department of Community Medicine, University of Hong Kong.

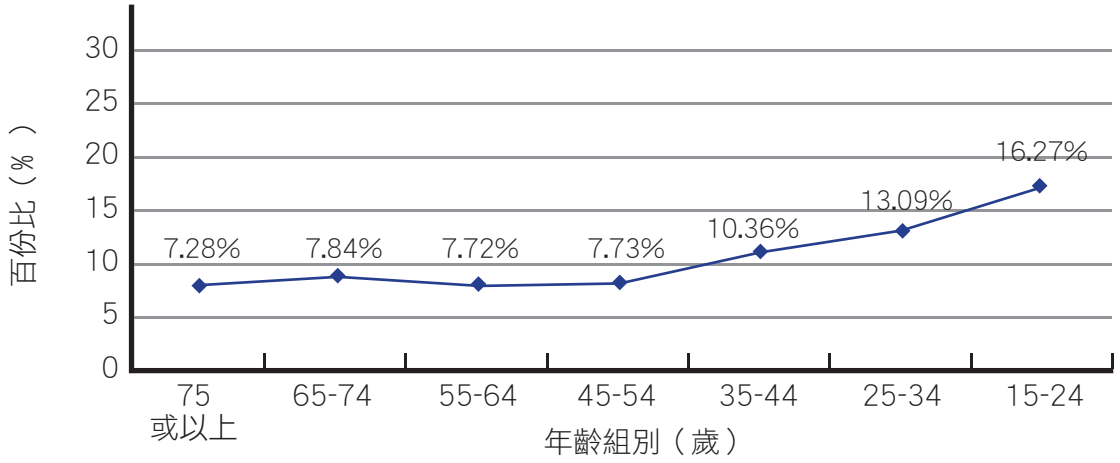
41 Behavioral Risk Factor Surveillance System. Hong Kong SAR: Department of Health.

42 WHO Regional Office for South-East Asia (2003). *Need for a Regional Alcohol Action Plan: 21st Meeting of Ministers of Health New Delhi, India, 8-9 September 2003*. Available at: http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section2278.htm

青少年的飲酒行為

2.17 根據二零零五至二零零六年的兒童健康調查顯示，5.0% 11至14歲的兒童曾飲酒，0.3%是暴飲人士(即上個月曾在數小時內一次過飲五杯或以上的酒精飲品)。此外，二零零三至二零零四年的人口住戶健康調查顯示，未成年飲酒(報稱在18歲之前開始飲酒) 的比率在較年輕組別中較高[43] （見圖六）。

圖六： 受訪者按年齡組別劃分在18歲以下開始飲酒的比率



資料來源： 二零零三至二零零四年人口住戶健康調查

2.18 保安局禁毒處最近進行的調查(二零零八年)顯示，64.9%的中學生曾經飲酒。此外，24.2%的中學生表示在受訪前一個月曾飲酒[44]。

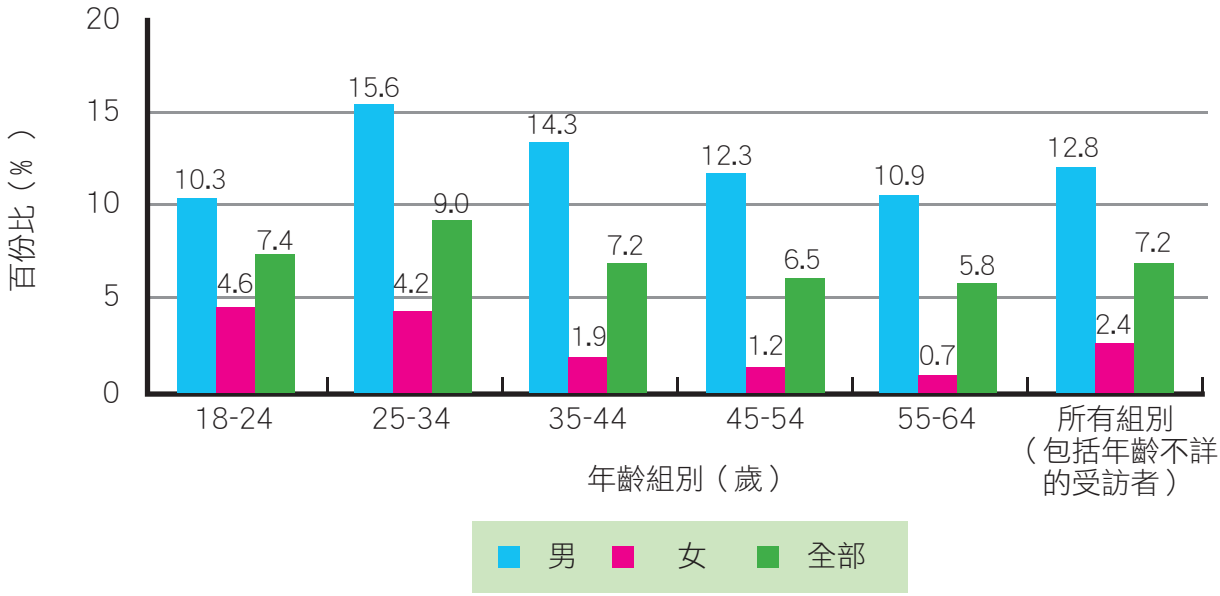
43 Child Health Survey 2005/2006. Hong Kong SAR: Department of Health.

44 The 2008/2009 Survey of Drug Use among Students. Hong Kong SAR: Narcotics Division of Security Bureau. Available at: http://www.nd.gov.hk/pdf/survey_drug_use/2008-2009/Report.pdf

暴飲

2.19 除了飲酒的頻率和總飲用量外，飲酒的模式，例如暴飲，是另一樣造成酒精相關危害的重要因素。行為風險因素監測系統將暴飲定義為「在被訪前一個月內，有一次過飲用最少5罐／杯酒」，相當於平均飲用了62.5克（50至75克）純酒精。在二零一零年，行為風險因素調查發現約7.2%的被訪者有暴飲行為。值得注意的是，暴飲人士多以年輕人為主。按不同年齡組別及性別比較，在男性中，25至34歲年齡組別暴飲的比率最高(15.6%)，而女性則為18至24歲(4.6%) (見圖七)。

圖七： 二零一零年本港按性別和年齡組別劃分暴飲人士的比率



資料來源： 二零一零年行為風險因素調查

2.20 在二零零六年，一項訪問了約一萬名本港中國籍成年人的本地隨機電話調查指出，經年齡調整後，成年男女暴飲的比率分別為14.4%和3.6%，而年輕組別的暴飲比率最高。暴飲人士的年齡分布與行為風險因素調查的數據相約，有23.3%和12.3%的男性暴飲者，分別屬於21至30歲和18至20歲的年齡組別；有8.7%和6.3%的女性暴飲者，分別屬於21至30歲和18至20歲的年齡組別[45]。該等結果與行為風險因素調查所得的數據一致 ，顯示暴飲是本港年輕人頗為常見的行為。

2.21 另一項於二零零三年向約三千名大學生進行的本地研究發現，大學生的暴飲比率是7%（男12%，女3%）[46]。研究發現，雖然與西方學生相比，本港大部分一年級大學生並不會暴飲或定期飲酒，但亦有一小撮學生較多飲酒及利用飲酒來處理壓力。

公眾對酒精禍害的認識和飲酒的社會或文化意義

2.22 酒精雖然會影響健康，但值得注意的是，酒精在社會裡亦扮演著重要的社交和文化角色。就中國文化而言，酒精有時會被用作傳統保健或醫學用途，亦會用於社交場合及羣體慶祝活動，然而中國人通常不接受醉酒[47]。

2.23 香港人(包括年輕人)亦有這種飲酒文化，這或會影響他們對有關風險的理解。本地一項近期研究發現，一羣具代表性的本港大學生認為使用酒精帶來的風險輕微[45]。另一項探討本港年輕人如何看待飲酒的正面和負面後果的研究顯示，年輕女士認為飲酒令她們更容易與人溝通相處，而年輕男士則認為飲酒有助放鬆和入睡[48]。至於飲酒的負面後果，年輕男士的回應只限於對身體的影響，如面紅和昏睡，而女性受訪者則補充飲酒會令關係變得緊張、出現不負責任行為和發生意外。

45 Kim JH, Lee S, Chow J et al. (2008). Prevalence and the factors associated with binge drinking, alcohol abuse, and alcohol dependence: a population-based study of Chinese adults in Hong Kong. *Alcohol & Alcoholism*, 43(3):360-370.

46 Griffiths S, Lau JT, Chow JK et al. (2006). Alcohol use among entrants to a Hong Kong University. *Alcohol & Alcoholism,* 41(5):560-565.

47 郭萬軍 等 (2007)。社會經濟文化變遷對酒精消費及其相關健康問題的影響—世界衛生組織及社會經濟文化快速變遷地區和國家的研究。 *國際精神病學雜誌*，34(3): 168-171。

48 Lo CC, Globetti G (2000). Gender differences in drinking patterns among Hong Kong Chinese youth: a pilot study. *Subst Use Misuse*, 35(9):1297-1306.

本港酒精相關危害的流行病學

監測酒精相關危害的資料來源

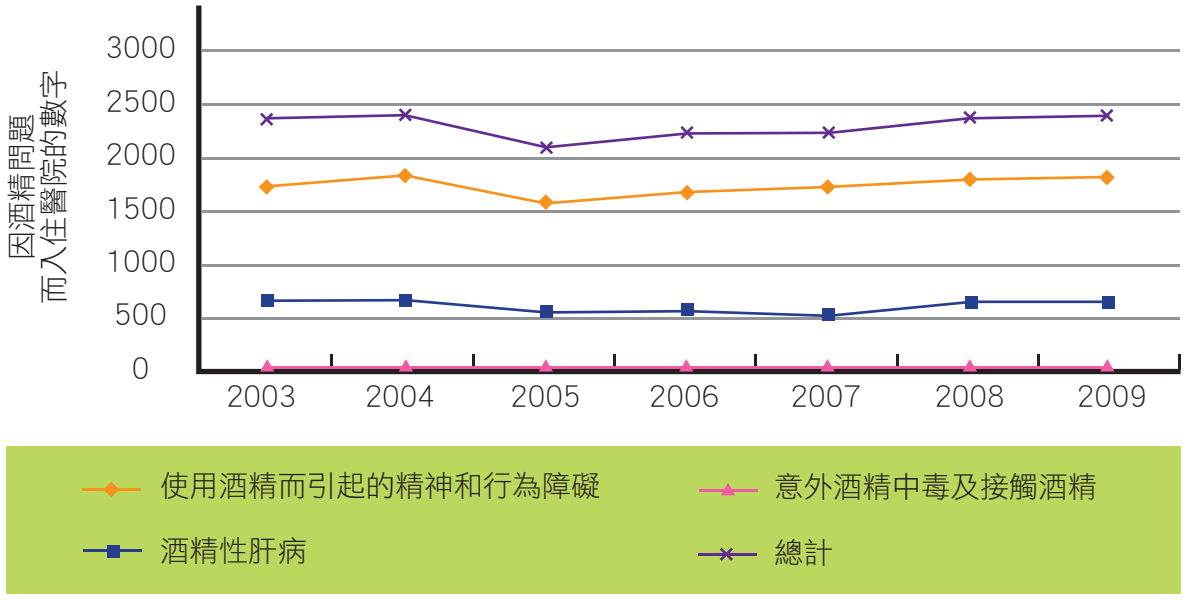
2.24 醫院管理局定期收集與酒精相關的住院人次和死亡數據，運輸署亦定期收集與酒後駕駛相關的交通意外數據。

與酒精有關的住院人次

2.25 在二零零九年，與酒精有關的疾病或損傷(ICD-10: F10, K70 及 X45）導致共2 433住院人次，當中包括公私營醫院。男性與女性的個案比率大約是5比1。這些住院個案大部分屬使用酒精導致的精神和行為問題（73.6%）和酒精性肝病（26.4%）。

2.26 圖八顯示，二零零九年與酒精有關的入住公營醫院的統計數字跟過去六年的數字相若；而與酒精有關的入住私營醫院的統計數字則相對較少，二零零九年合計少於30宗。然而，上述統計資料只計算以酒精為主要診斷的住院個案，因此預料會顯著低估由酒精引致的疾病負擔。

圖八： 二零零三至二零零九年因酒精問題而入住醫院管理局轄下醫院的數字（按主要診斷及年份劃分）

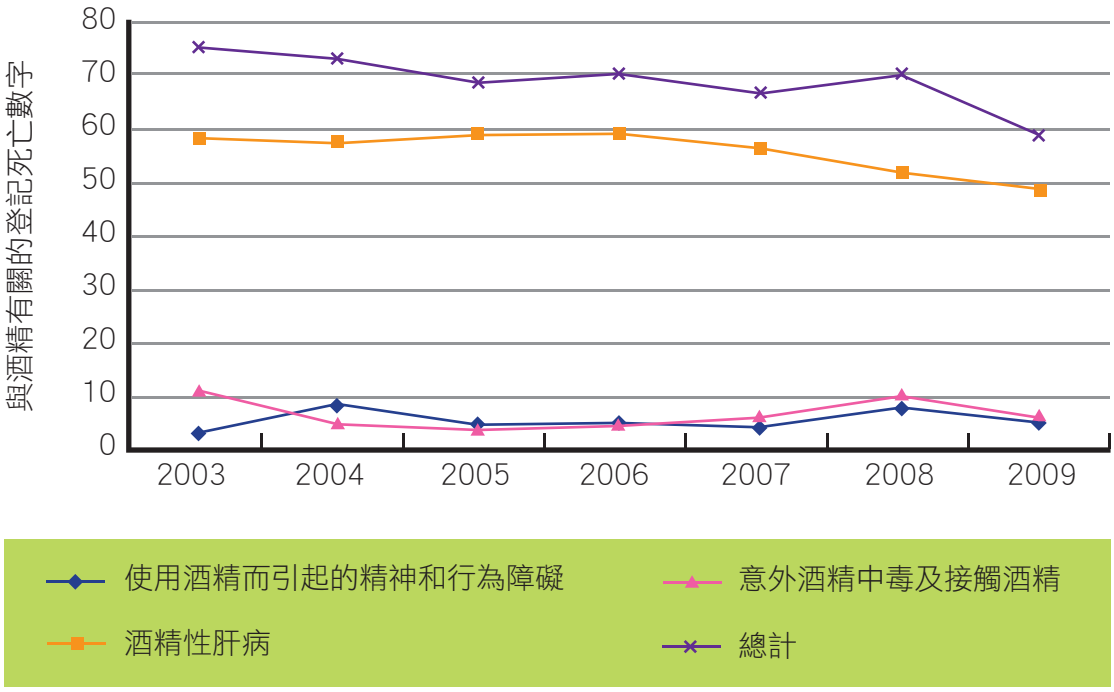


資料來源： 政府統計處、衞生署及醫院管理局

與酒精有關的死亡個案

2.27 在二零零九年，與酒精有關的死亡個案（ICD-10: F10, K70 及 X45）佔本港登記死亡個案的0.14%（41 047宗個案中佔58宗）。當中48宗、6宗和4宗分別與酒精性肝病、意外酒精中毒和精神及行為問題有關，分別佔與酒精有關的總死亡個案的82.8%、10.3%和6.9%。男性與女性的個案比率約為9比1。二零零九年佔50宗與酒精有關的死亡個案（即佔與酒精有關的總死亡個案的86.2%）屬45歲或以上的男性。圖九顯示，過去六年死亡個案的統計數字表現平穩。然而，考慮到與上述統計住院人次類同的局限因素，以上數字可能嚴重低估了與酒精有關的死亡個案。

圖九： 二零零三至二零零九年按死亡原因及年份劃分與酒精有關的登記死亡數字



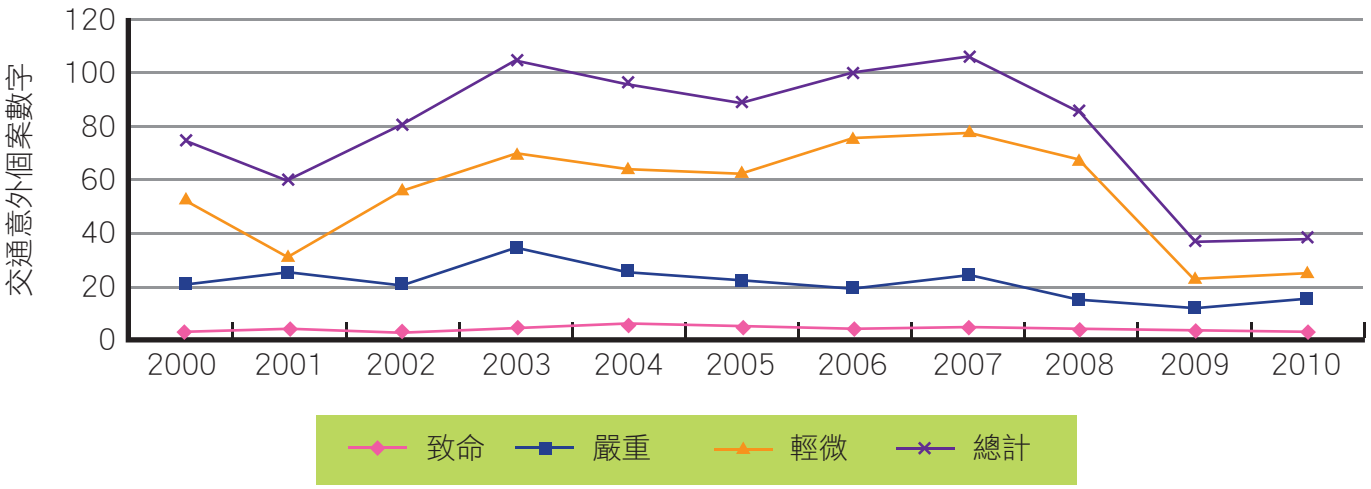
資料來源： 政府統計處、衞生署及醫院管理局

酒後駕駛

2.28 一項於二零零六年向9 860名18至70歲本港中國籍成年人進行的本地隨機電話調查顯示，經年齡調整後男性和女性於過去一年在酒後兩小時內駕駛的比率分別為5.2%和0.8%。按年齡分布，男性酒後駕駛的比率呈倒U型趨勢，以36至45歲組別的8.2%為最高；而女性的比率於26至55歲組別則頗為穩定。經調整年齡因素後，男性於過去一年發生與酒精相關的車輛意外的比率為0.15%；女性則為0.02%，當中大部份年齡介乎26至35歲[49]。

2.29 酒後駕駛增加發生道路交通事故的風險。於二零零一年進行的本地研究發現，每十宗車輛死亡個案中，約有一宗與酒精有關（10.3%）[50]。根據運輸署二零零零至二零一零年的統計數字，與酒精有關的車輛意外事故共造成874宗個人損傷，其中24宗為死亡個案。二零零零至二零零八年期間，與酒精有關的車輛意外事故有上升的趨勢，但隨著二零零九年二月實施隨機酒精呼氣測試，與酒精有關的車輛意外事故於二零零九年和二零一零年大幅下降（見圖十）。

圖十： 二零零零至二零一零年按嚴重程度和年份劃分香港司機在飲酒後涉及道路交通事故的人數



資料來源： 運輸署

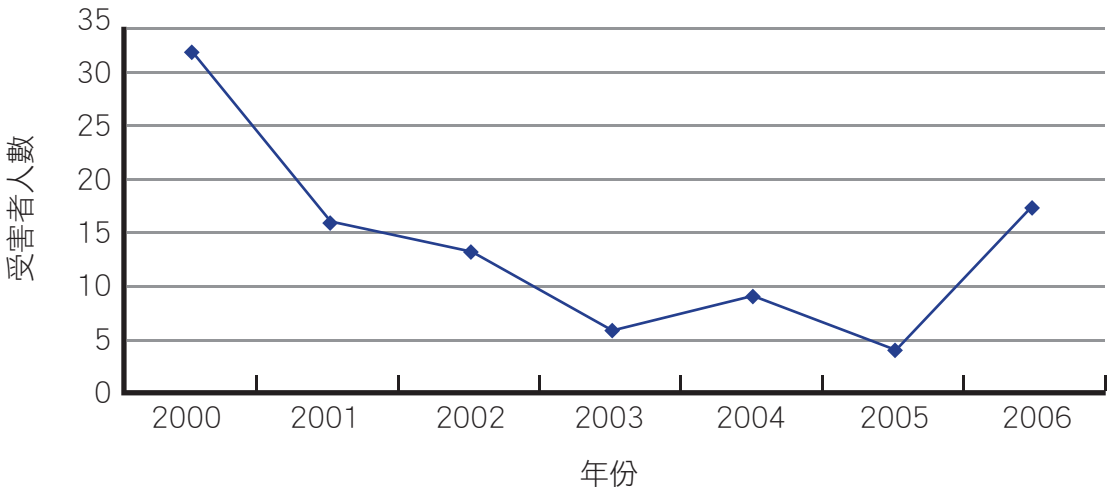
49 Kim H et al. (2010). A population-based study on the prevalence and correlates of drinking and driving in Hong Kong. *Accident Analysis and Prevention*, 42: 944-1002.

50 Cameron PA, Rainer TH, Mak P (2004). Motor vehicle deaths in Hong Kong: opportunities for improvement. *Journal of Trauma*, 56(4):890-893.

家庭暴力和性侵犯

2.30 飲酒會導致並加劇家庭暴力和性侵犯事件發生。現時，本地並沒有與酒精相關的家庭暴力或性侵犯的最新資料。然而，一項本港研究發現，丈夫酗酒是已婚女性遭受家庭暴力傷害的一個高危因素[51]。根據香港家庭計劃指導會的統計數字，於二零零零至二零零六年間，在藥物或酒精的影響下遭受性侵犯的女性受害者求助數字有4至32宗（見圖十一）。

圖十一： 二零零零至二零零六年在藥物或酒精的影響下遭受性侵犯的女性受害者求助數字



資料來源：香港家庭計劃指導會

[51] Tsui KL, Chan AY, So FL, Kam CW (2006). Risk factors for injury to married women from domestic violence in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal*, 12(4):289-293.

本港減少酒精相關危害的介入措施

提高公眾對防止酒精相關危害的意識

2.31 現時，多個政府部門和本地機構都積極參與防止酒精相關危害，如衞生署為公眾提供印刷資料、24小時教育熱線、「男士健康計劃」網頁及電子刊物「非傳染病直擊」，教育公眾防止酒精相關危害。此外，東華三院及醫院管理局轄下的屯門酗酒診療所亦有提供單張和網頁教育公眾。教育局透過由知識、技巧和態度等元素組成的全方位校本課程，向學生推廣健康生活，當中包括預防使用酒精。為支援學校教授相關課程，教育局為校長和老師組織專業培訓計劃及提供資源材料。另外，教育局鼓勵所有學校由二零一零至一一學年起，推行其校本健康學校政策。運輸署、道路安全議會和香港警務處已製作有關防止酒後駕駛的政府宣傳文告／聲帶，並安排在電視和電台播放，亦於宣傳橫額及廣告牌上展示防止酒後駕駛的標語，提醒公眾切勿酒後駕駛。

衞生界別就酒精相關危害的應對行動

2.32 公營機構方面，醫院管理局轄下的屯門酗酒診療所提供多種服務，包括（1）綜合性評估；（2）戒酒服務；（3）精神及心理問題治療；（4）婚姻輔導、家庭治療和社工服務；（5）成立自助小組和（6）轉介其他治療服務。醫院管理局轄下的其餘六間物質濫用診所，亦接受轉介和提供酗酒治療服務。

2.33 為酗酒人士提供健康服務方面，非政府組織擔當重要的角色。東華三院推行一項特別計劃，名為「遠『酒』高飛」，由醫生、護士、臨床心理學家、社會工作者和職業治療師組成的跨專業團隊，為酗酒者提供全面的評估、治療及輔導服務。酗酒者會獲合適的轉介接受住院治療，計劃亦為他們提供家庭支援、熱線服務和義工服務，以及平衡生活的活動。此外，一個全球性的非政府組織「戒酒無名會」亦有義工為本地飲酒人士提供支援及輔導服務。

酒後駕駛法例和減少酒精相關危害的措施

2.34 根據《道路交通條例》（第374章，第39A條），任何人在任何道路上駕駛、企圖駕駛或掌管汽車，如果其呼氣、血液或尿液中的酒精比例超過訂明限制，即屬違法。自一九九九年十月一日起，當局制定的酒後駕駛限制如下：

- 每100毫升血液含50毫克酒精；或
- 每100毫升呼氣含22毫克酒精；或
- 每100毫升尿液含67毫克酒精。

2.35 自二零零九年二月九日起，穿著制服的警務人員無需任何懷疑理由，便可要求任何正在道路上駕駛或企圖在道路上駕駛的人士接受呼氣測試（第374章，第39B條）。一經循公訴程序定罪，最高罰款為港幣25,000元及監禁三年。自二零一零年十二月十七日起，警務處亦已引入三級遞進刑罰制度。新制度下，駕駛者的酒精比例超標越多，其駕駛資格被取消的期限越長。首次定罪可被取消駕駛資格最少六至十二個月，再次定罪會被取消駕駛資格最少兩至五年。

2.36 一些非政府組織，例如香港汽車會，亦開始推行指定司機接載服務，由沒有飲酒的指定司機接載飲酒人士回家。

管制酒精供應的措施

2.37 根據《應課稅品（酒類）規例》（第109章）的規定，除非得到當局的酒牌或臨時酒牌，否則在任何店舖、公眾娛樂場所或公共場合售賣酒類供顧客於店舖、場所或場合內飲用，即屬違法。規例亦同時說明，「任何持牌人不得准許任何18歲以下的人在任何領有牌照處所飲用令人醺醉的酒類」。

2.38 可是，本港現時並沒有制定在非店舖售賣酒精的最低年齡限制。一些組織自發地限制售賣酒精予年輕人，例如，擁有超過5 000間零售商店會員的香港零售管理協會，表明轄下的零售商店不應售賣酒精予18歲以下人士。

管制推銷酒精飲品的措施

2.39 《廣播條例》（第562章）及《廣播事務管理局條例》（第391章）規定，所有電視節目服務持牌人必須遵從由廣播管理局發出的業務守則。業務守則訂明向青少年宣傳酒精的限制，一些例子包括：

- 這類廣告只應以成年人為對象；
- 這類廣告不得於接近兒童節目時段或以18 歲以下青少年為對象的節目時段播映；
- 持牌人不得於每日下午4 時至晚上8 時30 分播映任何酒類廣告；
- 應小心揀選酒精飲品廣告的演員，避免選用經常在兒童電視節目出現，或特別吸引兒童或18 歲以下青少年的藝人、人物或社會知名人士；
- 廣告絕不可鼓勵、挑戰或刺激不飲酒人士或18 歲以下青少年飲酒。

價格政策

2.40 自二零零八年二月起，葡萄酒和啤酒稅獲得豁免徵收，而酒精含量超過30%的烈酒稅收為100%。

評估資料的不足之處和分析現況

本港飲酒行為和酒精相關危害的資料不足

2.41 一個良好的監測系統，對準確掌握本港飲酒行為和酒精相關危害的規模與性質十分重要。雖然部分相關資料已經存在，但當中並不協調，而且本港在飲酒行為的風險和保護因素方面的研究仍然不足。此外，酒精消費和酒害的監測系統並不完善，尤其欠缺與酒精相關暴力或侵犯方面的資料。

飲酒行為和酒精相關危害的規模與性質

2.42 風險因素監測系統顯示，不少成年人(15.3%)飲酒超過每日建議水平，而且本港成年人口飲酒的比率於二零零五至二零一零年間不斷上升。雖然女性普遍較男性少飲酒，但值得注意的是，女性飲酒的比率於二零零五至二零一零年間不斷上升[52]。不同的本地研究亦一致發現，暴飲行為較常見於較年輕的組別(18至30歲)[53]。另外，二零零三至二零零四年的人口住戶健康調查亦發現，本港未成年人士飲酒的比率有上升趨勢[54]。至於本港的酒害問題，不同來源的資料綜合顯示，飲酒於本港造成不少的人命損失和疾病負擔[55,56]。

酒精相關危害的公眾意識和現行健康教育

2.43 現時公眾對飲酒的好處(不論經證實與否)，如預防心臟病、令人容易入睡和養生等甚為熟悉[57]，但公眾對酒精禍害的認識有必要加強。

52 Behavioral Risk Factor Surveillance System. Hong Kong SAR: Department of Health.

53 Kim JH, S Lee, J Chow, et al. (2008). Prevalence and the factors associated with binge drinking, alcohol abuse, and alcohol dependence: a population-based study of Chinese adults in Hong Kong. *Alcohol & Alcoholism*, 43(3):360-370.

54 Population Health Survey 2003/2004. Hong Kong SAR: Department of Health and Department of Community Medicine, University of Hong Kong.

55 Census and Statistics Department, Department of Health, Hospital Authority and Transport Department, Hong Kong SAR Government.

56 Cameron Pa, TH Rainer, P Mak (2004). Motor vehicle deaths in Hong Kong: opportunities for improvement. *Journal of Trauma*, 56(4):890-893.

57 Lo CC, Globetti G (2000). Gender differences in drinking patterns among Hong Kong Chinese youth: a pilot study. *Subst Use Misuse*, 35(9):1297-1306.

衞生界別的應對行動和社區行動

2.44 現時，公營機構和非政府組織均有為酗酒者提供一些治療和支援服務。然而，就提供早期發現和治療服務方面，本港仍有改進的空間。

2.45 過去，在社區健康行動層面上，減少酒精相關危害並非主流議題。日後，可透過更多政府機關(局或部門)參與，加強相關防控措施，令減少酒精相關危害於施政綱領上獲優先考慮。

酒後駕駛政策和減少危害的相關措施

2.46 隨著最近立法讓穿著制服的警務人員可要求駕駛人士作隨機呼氣測試，以及相繼推出有關的教育和宣傳措施，此等措施對酒後駕駛的影響值得研究。

管制酒精供應的措施

2.47 現時，本港沒有制定在非店舖售賣酒精的最低年齡限制，只有部分組織自發地限制售賣酒精飲品予青少年。

管制推銷酒精飲品的措施

2.48 向青少年宣傳含酒精飲品的廣告限制，只適用於電視節目服務持牌人。現時並沒有其他針對兒童和青少年經常接觸到的營銷或推廣渠道的管制。

價格政策

2.49 在香港，葡萄酒和啤酒稅自二零零八年二月起獲豁免徵收，而酒精含量超過30%的烈酒稅收為100%。港人購買啤酒和葡萄酒的能力因而提升，導致本港的酒精飲用量可能會增加。 然而，我們有必要進一步研究酒精價格及其對本地飲酒情況的影響。

3 減少酒精相關危害的行動







3. 減少酒精相關危害的行動

前言

3.1 我們展望成功推行非傳染病防控策略框架後，香港將有高水平健康意識的人口，能夠為自己的健康盡責；關懷互愛的社會，公私營界別能攜手，確保公眾可享有更健康的選擇；具實力的醫護專業，視健康促進和疾病預防為首要工作；以及可持續的醫療體系，加強為市民提供健康促進、疾病預防及醫療護理等服務，從而大幅減少由非傳染病引致的疾病負擔。

3.2 為了實現上述的願景，飲酒與健康工作小組認同政府和社會各界共同合作，對營造有利減少酒精相關危害的可持續環境十分重要。同樣地，每位市民亦要在飲酒方面作出健康選擇，為自己、家庭和社區的健康盡責。

3.3 雖然飲酒與健康工作小組的職責，主要是就本港減少酒精相關危害提出建議行動，但工作小組亦了解改善其他主要行為風險因素，包括健康飲食、體能活動和停止吸煙，可帶來協同的健康裨益。因此，飲酒與健康工作小組籲請各界減少酒精相關危害的同時，應繼續進行控煙，以及推廣健康飲食和活躍生活的工作。

目標

3.4 經仔細回顧和分析海外證據，並深入探討本港飲酒的情況後，飲酒與健康工作小組制訂了《香港減少酒精相關危害行動計劃書》。我們展望推行行動計劃後：

- 將可營造減少酒精相關危害的可持續環境；
- 公眾將可以對飲酒作出知情的選擇；以及
- 可以減少酒精相關危害的負擔。

十七項具體行動的細節

3.5 因應不同人口的飲酒水平和模式，以及不同的酒精使用環境，我們提出一系列的措施針對 (i) 特定人口，例如普羅大眾、青少年及孕婦等高危一族和受酒精影響的人士，以及 (ii) 特定與酒精相關的公共衞生問題，例如酒後駕駛和與酒精有關暴力。我們提出的優先行動範疇，以此文件第2部分中表二所述的最佳現有證據為依歸。

3.6 此行動計劃書共提出十七項具體行動。按照《促進健康：香港非傳染病防控策略框架》，這十七項行動可歸納為五個優先範疇和十項建議。表四總結一系列的具體行動。

優先行動範疇1： 建立有效的資料系統，以了解酒精相關危害，並提供防控酒精相關危害的建議和支援

(建議1A) 加強監測本港的飲酒情況及飲酒人士的心理社交 / 人口特徵

3.7 研究和監測酒精飲用、酒精相關危害和相關風險因素，有助提供實證支持、理順行動優次，以及指導防控酒精相關危害的未來政策方向。現時，關於本港飲酒人士的心理社交和人口特徵，以及飲酒行為的風險和保護因素方面的認識仍然不足。

3.8 飲酒與健康工作小組認同，目前就飲酒人士的心理社交和人口特徵方面的資料不足。因此，飲酒與健康工作小組建議加強監測飲酒情況和飲酒人士的心理社交／人口特徵。現有以人口為基礎的健康調查，例如行為風險因素調查和人口住戶健康調查，應加強量度心理社交風險因素。

行動 1： 透過行為風險因素監測系統，加強監測18至 64歲成年人的飲酒行為

3.9 自二零零四年十月，衞生署的行為風險因素監測系統透過一系列有系統及定期進行的電話調查，持續地監測18至64歲成年人的各種健康相關行為的趨勢，當中包括飲酒行為。衞生署會繼續定期進行行為風險因素調查，在有需要時會檢視、調整和強化飲酒方面的監測項目。

行動2： 利用第二次人口住戶健康調查，加強了解15歲及以上人士的飲酒行為

3.10 衞生署於二零零三至二零零四年進行了一次人口住戶健康調查，以了解15歲及以上本港人口的健康狀況和健康相關問題，當中包括飲酒的資料。衞生署計劃於二零一三至二零一四年進行第二次人口住戶健康調查。利用第二次人口住戶健康調查，我們可收集更多有關飲酒方面的有用資料。最新資料將於二零一五年提供。

行動3： 利用適當的研究方法，監察青少年的飲酒模式

3.11 定期和非經常進行的調查，例如衞生署的兒童健康調查，可提供青少年飲酒模式的有用資料。此外，自一九九二年，保安局禁毒處每四年向本地青少年學生進行調查，以了解他們(服用其他藥物之同時)使用酒精的情況。這些調查數據可用來持續監察本地青少年使用酒精的情況。

(建議1B) 加強監測酒精相關危害

3.12 酒精可導致多種疾病、損傷、暴力，甚至死亡。現時，涉及酒精的暴力和損傷但毋須入院的個案，通常不會被呈報。飲酒與健康工作小組認為，目前與飲酒相關的家庭暴力、性侵犯罪行和其他與酒精有關的罪行的資料不足。因此，飲酒與健康工作小組建議加強監測酒精相關危害，以便更緊密和準確地評估和監察酒害帶來的負擔。

行動4： 繼續監察酒精導致的疾病負擔

3.13 現時，死亡登記處和公私營醫院會向衞生署呈報死亡和住院數據。衞生署會繼續與醫管局合作，定期監測與酒精相關的登記死亡和住院數據和疾病負擔，並會就提高監測相關數據的準確性，探討其可行性和方法。

行動5： 考慮於社區暴力個案呈報資料輸入表格中加入飲酒問題的可行性

3.14 香港警務處利用通用資訊系統支援日常運作，系統主要記錄、儲存和處理舉報案件的資料，以協助檢舉、編制防止罪案報告及支援交通執法行動等。現時，通用資訊系統內有關飲酒的資料有限。香港警務處會考慮於社區暴力個案呈報資料輸入表格中加入飲酒問題的可行性。為此，香港警務處將於二零一一年在新通用資訊系統的系統分析和設計階段，進行可行性研究。此外，為改善道路安全，香港警務處會繼續密切監察交通意外的統計數字和趨勢，並分析成因和引入相應的改善措施。香港警務處亦會備存隨機呼氣測試結果的日報表、涉及酒後駕駛的交通意外月報表，以及酒後駕駛相關的執法和檢舉月報表。

行動6： 考慮於虐待配偶、性暴力和虐兒個案呈報資料輸入表格中加入飲酒問題的可行性

3.15 社會福利署〔社署〕管理「虐待配偶個案及性暴力個案中央資料系統」和「保護兒童資料系統」，以收集由不同機構和部門處理的虐待配偶個案、性暴力個案和虐兒個案的重要統計數字，從而評估有關問題的嚴重性。不過，這些資訊系統目前並沒有收集與酒精相關的資料。鑑於飲酒可能與上述的問題有關連，在有關資料輸入表格中加入飲酒問題是合適安排。故此，社署會研究將有關項目納入「虐待配偶個案及性暴力個案中央資訊系統」和「保護兒童資料系統」的檢討工作中的可行性，檢討工作計劃於二零一二年開始。

(建議1C) 促進有關減少酒精相關危害介入措施的可行性、成效及成本效益的本地研究

3.16 海外國家進行了大量研究，了解各種介入措施對減少酒精相關危害的成效和成本效益。然而，本港缺乏相關研究，而且評估新措施（例如訂立在飲酒場所以外限制售賣酒精飲品的合法年齡和改變酒稅或酒精價格）可能帶來的影響和可行性十分重要。因此，飲酒與健康工作小組建議促進有關減少酒精相關危害介入措施的可行性、成效及成本效益的本地研究。研究的結果有助將來確立以實證為本的介入措施，以減少酒精相關危害。

行動7： 舉辦研討會及工作坊，鼓勵學術團體和非政府組織進行相關課題的研究，並增加他們對各類資助撥款的了解

3.17 為提升學術團體和非政府組織等相關伙伴對進行關於酒精與健康的研究的興趣，衞生署將於二零一一年開始舉辦研討會／工作坊，向他們介紹本港的飲酒情況和有效減低酒害的海外證據。衞生署亦會於研討會／工作坊中，介紹各類切合不同研究主題的資助撥款，並為有意申請資助撥款的學術團體和非政府組織提供支援。

優先行動範疇2： 加強伙伴關係及促進相關持分者的參與

(建議2A) 政府部門、其他健康促進伙伴、非政府組織、學校、不同行業的僱主和僱員共同合作，制訂和落實可切合公眾需要的措施，以減少酒精相關危害

3.18 除了醫護界別，健康促進和疾病預防的工作有賴整個社區的參與，跟社會各個相關持分者共同合作，是健康促進工作成功的關鍵。鑑於預防酒精相關危害工作的複雜性和挑戰性，飲酒與健康工作小組認為衞生部門、醫護專業、政府部門、教育團體、商界、非政府組織和其他社區團體必須有協調性地緊密合作。因此，飲酒與健康工作小組建議政府部門、其他健康促進伙伴、非政府組織、學校、僱主和僱員共同合作，制訂和落實可切合公眾需要的酒精相關危害防控措施。

行動8： 為不同持分者和目標人士舉辦資料分享會或研討會，以提高他們對酒精相關危害的認識

3.19 為提高不同持分者和健康促進伙伴，包括政府部門、區議會、健康城市、非政府組織、學校和大學，對預防酒精相關危害的認識，並爭取他們的支持，衞生署將於二零一一年開始舉辦資料分享會，從公共衞生的角度突顯本港酒精相關危害的重要性，特別是本港監測相關情況的資料，如男性、女性及未成年人士飲酒的上升趨勢。會上亦會分享本港和海外於減少酒精相關危害方面的經驗。

行動9： 舉辦防控非傳染病會議，強調防控酒精相關危害

3.20 衞生署計劃於二零一二年舉辦會議，以提高各界對防控非傳染病和透過改善行為風險因素所帶來的協同健康效益的認識。就預防非傳染病，飲酒是主要可改變的行為風險因素之一，亦是本港非傳染病防控策略框架下的其中一項優先範疇。因此，防控酒精相關危害將會是會議的其中一個討論重點。我們期望藉著這次會議，聯繫本港及國際的健康促進伙伴，分享他們於健康促進方面的成功經驗和防控酒精相關危害的最佳方法。

優先行動範疇3： 建立防控酒精相關危害的能力

(建議3A) 制訂以實證為本的飲酒忠告，讓公眾能夠對使用酒精飲品作出知情的選擇

3.21 有效的風險通報，是幫助公眾為其健康和生活作出知情選擇的基本工具。現時，使用酒精而引致疾病、損傷、暴力行為，甚至死亡等風險的資訊並不全面。因此，飲酒與健康工作小組建議制訂以實證為本的飲酒忠告，讓公眾能夠對使用酒精飲品作出知情的選擇。

行動10： 制訂飲酒忠告，以加強酒精相關危害的風險通報

3.22 許多國家，尤其那些酒精飲用水平高的國家，如英國、澳洲、美國和加拿大，都已採納「飲酒指引」作為調節公眾飲酒行為的措施。然而，海外研究顯示，極少科學性評估曾檢討「飲酒指引」對影響飲酒行為或減少酒精相關危害的成效[58,59]。此外，國際間曾討論使用「飲酒指引」以預防飲酒問題的弊端，例如，社會上有部份人關注「飲酒指引」可能會被誤解為有利健康的最低建議攝取量，或被用作為藉口以合理化持續不當的飲酒行為[60]。相反，通報酒精相關危害的風險，對幫助公眾就其使用酒精飲品作出知情選擇更為基本和重要。因此，衞生署會因應本地的飲酒習性並與相關伙伴合作，於二零一二年針對不同對象群組的特性制訂以實證為本的飲酒忠告，以加強酒精相關危害的風險通報。

58 Babor TF and Caetano R (2005). Evidence-based alcohol policy in the Americas: strengths, weaknesses and future challenges. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 18(4/5):327-37.

59 Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*, 27;373(9682):2234-46.

60 Walsh GW, Bondy SJ, Rehm J (1998). Review of Canadian low-risk drinking guidelines and their effectiveness. *Canadian Journal of Public Health*, 89(4):241-247.

行動11： 製作防止酒後駕駛的教材

3.23 香港警務處將與香港醫學會和香港律師會合作，從醫學和法律的角度製作宣傳單張，以告誡公眾不要酒後駕駛。這是二零零九年推出的酒後駕駛公眾教育運動的一個重要項目，旨在提高公眾對酒後駕駛風險的意識、消除公眾對飲酒的誤解，以及強調酒後駕駛的罪行後果。製成的宣傳單張將於二零一一／二零一二年向公眾派發。

(建議3B) 加強社區意識和行動，以減少酒精相關危害

3.24 社區對某項公共衞生議題的認識，正是社區行動和資源投放的指標。飲酒與健康工作小組認為，提升公眾的知識和技能，以幫助他們理解和處理酒精相關危害問題，特別是未成年飲酒和酒後駕駛意外的上升趨勢，尤其重要。因此，飲酒與健康工作小組建議加強社區意識和行動，以減少市民飲酒。

行動12： 製作年齡適切的教材，幫助父母、教師和其他人士有效地與兒童溝通，以防止未成年人士飲酒

3.25 海外經驗顯示，家長缺乏能力與子女正面討論酒精相關危害的問題。另外，有證據顯示，家長教育計劃能有效減少初步入青春期的少年使用酒精[61]。一些海外國家已製作家長教材，協助他們跟孩子討論酒精的問題，例如，美國國家酒精濫用與酒精中毒研究所以10至14歲少年的家長或監護人為對象，製作了「改變現狀：與你的孩子討論酒精」的指引。鑑於未成年飲酒情況有上升趨勢，衞生署會參考海外家長指引並製作年齡適切的教材，幫助父母、教師和社區人士恰當地與兒童溝通，以防止未成年人士飲用酒精。教材將於二零一二年製作。

61 Petrie J, Bunn F, Byrne G (2007). Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol and drug misuse in children <18 years: a systematic review. *Health Educ Res*, 22: 177–91.

行動13： 繼續於策略性地點宣傳防止酒後駕駛

3.26 提升駕駛者和道路使用者的道路安全意識，是提升道路安全的有效方法。因此，宣傳和教育工作非常重要。香港警務處一直有推行相關的宣傳和教育活動，並會繼續在廣告版、電視幕牆、酒吧和餐廳內的影視系統，以及其他策略性地點，發放防止酒後駕駛的信息。

3.27 此外，香港警務處聯同其他政府部門、區議會、道路安全隊和其他道路安全工作伙伴，共同舉辦各式各樣的道路安全宣傳運動，當中包括二零零九年九月進行的「3C好司機運動」。此運動鼓勵司機駕駛時小心謹慎(「Care」)、關懷(「Concern」)其他道路使用者的安全，並且承諾(「Commitment」)酒後不駕駛。香港警務處會繼續與多個組織合作，每年在節日前或節日期間推出防止酒後駕駛的宣傳運動。

3.28 為推廣新修訂的酒後駕駛法例，自二零零八年十一月起，運輸署已於全港各區的停車收費錶，貼上數以千計的防止酒後駕駛宣傳貼紙。運輸署會繼續印製宣傳貼紙，並張貼於全港各區的泊車收費錶上。

優先行動範疇4： 確保衞生界別可應對非傳染病的挑戰，並改善醫療系統

(建議4A) 邀請醫護專業人員參與，以減少酒精相關危害

3.29 在社區層面，由於家庭醫生和基層健康護理提供者每每是病人的首個接觸點，因此基層服務是促進公眾(包括飲酒人士)健康的一個重要途徑。每次為病人診症時，基層的醫生都有機會向他們提供關於酒精相關危害的健康促進服務，如篩查、提供健康教育／自助教材、短期介入措施／輔導，以及適當時轉介往其他專門服務。因此，飲酒與健康工作小組建議邀請醫護專業人員參與，以減少酒精相關危害。

行動14： 製作健康教材，以配合醫護專業人員減少酒害

3.30 為支持基層醫護專業人員擔當健康推廣者的角色，衞生署將於二零一二年製作健康教材，以配合醫護專業人員參與減少酒害，及協助他們勸導選擇飲酒的人要理性飲酒。為了更有效宣傳這些健康教材和建立醫護專業人員減少酒精相關危害的能力，衞生署亦會研究與醫學專科學院轄下的不同學院，以及其他醫護專業組織聯會合作，在他們的培訓活動或持續進修中，加入「飲酒與健康」的課題。

(建議4B) 鼓勵醫護專業人員識別和協助高危的飲酒人士

3.31 現時，高危或有不適當飲酒行為的人，大多只會因為飲酒出現問題而入院後才被發現，但這時的飲酒問題已經可能十分嚴重。研究發現，針對高危或有不適當飲酒行為的人士，短期介入措施是最有效的治療方法，當中包括以誘導式的會談為患者提供意見和建議，以鼓勵患者改變行為[62,63]。這方法證實可有效減少飲酒、酒精相關死亡和疾病、損傷、社會後果，以及減少耗用醫護資源[64]。而且，多項系統性文獻回顧和整合性分析研究均顯示，於不同國家和不同健康護理環境進行的短期介入措施，對有不適當飲酒行為但非嚴重酒精依賴的人有效用。

3.32 因此，飲酒與健康工作小組鼓勵醫護專業人員識別和協助高危的飲酒人士，包括解決相關風險因素；透過輔導和建議，為飲酒人士提供早期介入措施；以及利用短期介入措施和在有需要時作適當的轉介，支援患者自我監管。

62 Cheng CM (2009). Family doctors can help young drug abusers. *Hong Kong Medical Association Continuous Medical Education* Feb 2009. Available at: http://www.hkma.org/chinese/cme/onlinecme/cme200902set.htm

63 Coombes L, Allen D, Foxcroft D, Guydish J (2009). Motivational interviewing for the prevention of alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Systematic Review*, 2: CD007025.

64 Kaner EF, Dickinson HO, Beyer FR et al. (2007). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2: CD004148.

行動15： 製作篩查和短期介入措施指引，以識別和協助高危飲酒人士

3.33 想戒煙、戒酒或戒毒的人可能會藉著求診或進行身體檢查時，諮詢家庭醫生的意見。醫生會向他們提供建議，並在有需要時轉介他們至相關服務機構。部分國家的門診診所或醫院急症室等，會提供篩查和短期介入措施，以識別和協助高危飲酒人士。證據顯示，深入的短期介入措施不會比簡單的短期介入措施更為有效[65]。然而，現時本港並無篩查和短期介入措施的標準指引。要制訂適用於本地的篩查和短期介入措施指引，必須結集不同專家的意見，如臨床和學術、公私營界別等。篩查和短期介入措施指引預計於二零一三／二零一四年完成。為了更有效宣傳篩查和短期介入措施指引，並建立醫護專業人員識別和協助高危飲酒人士的能力，衞生署亦會研究與醫學專科學院轄下的不同學院，以及其他醫護專業組織聯會合作，提供相關的培訓或持續進修活動。

(建議4C) 確保為酒精相關疾病的患者，提供包括精神健康的中層和第三層健康護理服務

3.34 酒精相關危害與精神健康問題有密切關係。精神病患者較多患有與酒精有關的問題，同樣地，受酒精相關問題影響的人亦較多患有精神病[66]。此外，酗酒者亦同時會有家庭和社交等其他問題。為他們提供適切的服務，包括治療、支援、輔導和復康服務，必須切合他們的健康需要[67]。因此，飲酒與健康工作小組建議確保為酒精相關疾病的患者，提供包括精神健康的中層和第三層健康護理服務。

65 Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*, 27;373(9682):2234-46.

66 Mental Health Foundation (2009). *Alcohol and mental health*. Available at: http://www.mentalhealth.org.uk/information/mental-health-a-z/alcohol/

67 WHO Regional Office for the Western Pacific (2009). *Meeting Report: Regional Technical Consultation on the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol, Auckland, New Zealand, 24-26 March 2009*. Manila, Philippines: WHO Regional Office for the Western Pacific.

行動16： 檢視現有公私營界別提供的相關服務

3.35 醫院管理局轄下的物質濫用診療所，為患有精神病和／或精神相關併發症的物質濫用人士提供專科治療。醫院管理局將於二零一一至二零一五年檢視現有公私營界別提供的相關服務，以加強為酒精相關疾病的患者，提供包括精神健康的中層和第三層健康護理服務。最終目標是要於二零一五年或之前，將濫用酒精服務合併入物質濫用診療所。

優先行動範疇5： 加強並制訂支援健康促進的法例

(建議5A) 建議有關當局研究並考慮在飲酒場所以外限制售賣酒精飲品的合法年齡的可行性

行動17： 當具備本地證據時，向督導委員會提出建議

3.36 本港現時並無在飲酒場所以外售賣酒精飲品的年齡限制。海外經驗和研究已顯示，訂立最低合法售賣酒精飲品的年齡限制，可有效減少酒精相關危害。一份綜合了132份於一九六零至一九九九年期間所刊登的海外研究結果的回顧研究指出，有充分證據證明，修改最低飲酒年齡限制的法例，對減少年輕人飲酒及酒害十分有效[68]。 研究亦顯示，即使有限度地加強執法，尤其是配合宣傳與其他社區活動的情況下，亦可減低售賣酒精給未成年人士的比率達35%至40%[68]。

3.37 然而，本港缺乏相關研究。推行任何新措施，例如訂立在飲酒場所以外限制售賣酒精飲品的年齡限制，以及改變酒稅或酒精價格之前，研究該等措施可能帶來的影響和可行性非常重要，以免引起強烈反對和不可預期的代價，並探討其他考慮因素。現時，本港學術界正進行酒精的價格彈性研究。當具備這些本地證據時，飲酒與健康工作小組會建議督導委員會，是否需要建議有關當局研究並考慮在飲酒場所以外限制售賣酒精飲品的合法年齡的可行性。

68 Wagenaar AC, Toomey TL (2000). Alcohol policy: gaps between legislative action and current research. *Contemporary Drug Problems*, 27:681–733.

表四： 具體行動計劃及其目標和時間表

優先範疇	建議	具體行動	主要行動單位	目標和時間表
1) 建立有效的資料系統，以了解酒害的情況，並提供防控酒精相關危害的建議和支援	• (1A) 加強監測本港的酒精情況及飲酒人士的心理社交 / 人口特徵因素	• 透過行為風險因素監測系統，加強監測18至64歲成年人的飲酒行為 [行動 1]	• 衞生署	• 定期進行行為風險因素調查，並在有需要時檢視、調整和強化飲酒方面的監測項目
		• 利用第二次人口住戶健康調查，加強了解15歲或以上人士的飲酒行為 [行動 2]	• 衞生署 • 學術團體	• 二零一五年提供有關飲酒的資料
		• 利用適當的研究方法，監察青少年的飲酒模式 [行動 3]	• 衞生署	• 繼續檢視本港青少年飲酒模式的資料
	• (1B) 加強監測酒精相關危害	• 繼續監察酒精導致的疾病負擔 [行動 4]	• 衞生署 • 醫院管理局	• 繼續提供有關疾病負擔的資料
		• 考慮於社區暴力個案呈報資料輸入表格中加入飲酒問題的可行性 [行動 5]	• 警務處	• 二零一一年進行一項系統分析和有關新社區資料系統的設計平台的可行性研究
		• 考慮於虐待配偶、性暴力和虐兒個案呈報資料輸入表格中加入飲酒問題的可行性 [行動 6]	• 社會福利署	• 計劃於二零一二年將有關項目納入「虐待配偶個案及性暴力個案中央資訊系統」和「保護兒童資料系統」的檢討工作中
	• (1C) 促進有關減少酒精相關危害介入措施的可行性、成效及成本效益的本地研究	• 舉辦研討會及工作坊，鼓勵學術團體和非政府組織進行相關課題的研究，並增加他們對各類資助撥款的了解 [行動 7]	• 衞生署 • 學術團體 • 非政府組織	• 二零一一年展開

優先範疇	建議	具體行動	主要行動單位	目標和時間表
2) 加強伙伴關係及促進相關持份者的參與	• (2A) 政府部門、其他健康促進伙伴、非政府組織、學校、不同行業的僱主和僱員共同合作，制定和落實可切合公眾需要的措施，以減少酒精相關危害	• 為不同持分者和目標人士舉辦資料分享會或研討會，以提高他們對酒精相關危害的認識 [行動8]	• 衞生署 • 學術團體 • 非政府組織 • 社區合作伙伴（如區議會和健康城市）	• 二零一一年展開
		• 舉辦防控非傳染病會議，強調防控酒精相關危害 [行動 9]	• 衞生署 • 社區伙伴	• 二零一二年進行一次會議

優先範疇	建議	具體行動	主要行動單位	目標和時間表
3) 建立防控酒精相關危害的能力	• (3A) 制訂以實證為本的飲酒忠告，讓公眾能夠對使用酒精飲品作出知情的選擇	• 制訂飲酒忠告，以加強酒精相關危害的風險通報 [行動 10]	• 衞生署 • 專業人士 • 學術團體	• 二零一二年製作飲酒忠告
		• 製作防止酒後駕駛的教材 [行動 11]	• 警務處	• 二零一一 / 二零一二年製作宣傳單張
	• (3B) 加強社區意識和行動，以減少酒精相關危害	• 製作年齡適切的教材，協助父母、教師和其他人士有效地與兒童溝通，以防止未成年人士飲酒 [行動 12]	• 衞生署 • 其他政府部門 • 非政府組織	• 二零一二年製作教材
		• 繼續於策略性地點宣傳防止酒後駕駛 [行動 13]	• 警務處	• 於廣告版、電視幕牆、酒吧、餐廳內的影視系統以及其他策略性地點，發放防止酒後駕駛的信息 • 於停車收費錶刊登修改後的酒後駕駛法例 • 繼續開展多機構合作活動來防止節日期間酒後駕駛

優先範疇	建議	具體行動	主要行動單位	目標和時間表
4) 確保衞生界別可應對非傳染病的挑戰，並改善醫療系統	• (4A) 邀請醫護專業人員參與，以減少酒精相關危害	• 製作健康教材，以配合醫護專業人員減少酒害 [行動14]	• 衞生署 • 專業人士 • 學術團體	• 二零一二年製作健康教材
	• (4B) 鼓勵醫護專業人員識別和協助高危的飲酒人士	• 製作篩查和短期介入措施指引，以識別和協助高危飲酒人士 [行動15]	• 衞生署 • 醫院管理局 • 私營醫院 • 學術界	• 二零一三 / 二零一四年制定篩查及短期介入措施指引
	• (4C) 確保為酒精相關疾病的患者，提供包括精神健康的中層和第三層健康護理服務	• 檢視現有公私營界別提供的相關服務 [行動16]	• 醫院管理局 • 非政府組織 • 衞生署	• 二零一五年確保醫院管理局轄下物質濫用診療所提供酗酒服務
5) 加強並制訂支援健康促進的法例	• (5A) 建議有關當局研究並考慮在飲酒場所以外限制售賣酒精飲品的合法年齡的可行性	• 當具備本地證據時，向督導委員會提出建議 [行動 17]	• 飲酒及健康小組	• 稍後就建議通知相關單位

4 落實建議







4. 落實建議

4.1 為落實行動計劃書，當局會徵求專家、非政府組織及其他社區持份者的意見，以及探討他們會否有興趣參與這些行動。為了確保社會各階層人士踴躍參與，當局將透過各種宣傳的途徑，例如印製刊物、會見傳媒和舉行研討會等，向各界公布落實行動計劃的詳情。

4.2 在應付非傳染病挑戰方面，政府會擔當領導角色，向公眾提供酒精相關危害的資訊，並與公私營機構緊密合作，共同營造有利的環境，讓市民為個人及家庭作出健康選擇。在有需要時，政府亦會負責檢討簽發牌照和執行控制酒精銷售和營銷的法例。

4.3 所有相關持分者要互相合作，肩負社會責任以促進公眾的健康。刻下正需要每個市民同心協力。在社會各界的支持下，香港將可成為更安全及健康的居住城市。

附件

附件 一

飲酒與健康工作小組成員名單

主席

馬清鏗先生，BBS，JP

副主席

林秉恩醫生，JP

成員

陳清海博士
陳洪昭醫生
周鎮邦醫生，BBS，JP
葛菲雪教授，OBE，JP
黎鳳儀女士
李誠教授（2009年6月至2011年7月）
廖亞全先生
盧嘉敏女士 (從2010年9月起)
麥周淑霞女士 (2009年6月至2011年5月)
吳仕福先生，SBS，JP
蘇碧嫻醫生，BBS，JP
曾浩輝醫生，JP
王嘉穎女士 (從2011年5月起)
王渠先生 (2009年6月至2010年1月)
余敏華先生，PMSM (2009年6月至2010年9月)

秘書

梁挺雄醫生，JP

附件二

飲酒與健康工作小組職權範圍

（甲）評估本港人口在飲酒方面的流行病學、風險因素及社會經濟決定因素；

（乙）就通過防止酒精相關危害方面，提出可以改善本港市民健康的建議；

（丙）檢視本地及國際間的良好做法及介入策略，以防止酒精相關危害；以及

（丁）在本地防止酒精相關危害的行動方案中，就開展、落實計劃及評估成效方面，提出建議。

附件三

飲酒與健康工作小組會議討論內容

	日期	內容
第一次會議	二零零九年六月二十三日	• 香港非傳染病防控策略框架摘要及世界衛生組織減低有害使用酒精的全球策略 • 酗酒：本港情況 (損傷及酗酒工作小組01/2009號文件) • 簡介衛生及醫護服務研究基金和健康護理及促進基金
第二次會議	二零零九年十月七日	• 本港防控酗酒的行動 • 外國減少有害使用酒精的介入措施 (損傷及酗酒工作小組02/2009號文件) • 外國與本港有關減少有害使用酒精介入措施的比較 (損傷及酗酒工作小組03/2009號文件)
第三次會議	二零零九年十二月九日	• 香港減少有害使用酒精的建議報告書初稿 (損傷及酗酒工作小組04/2009號文件)
第四次會議	二零一零年七月八日	• 香港減少有害使用酒精的行動計劃書初稿 (損傷及酗酒工作小組01/2010號文件)
第五次會議	二零一零年十二月二十日	• 香港減少酒精相關危害行動計劃書 (修訂) (飲酒與健康工作小組01/2010號文件)

附件 四

表五：本港部分常見的酒精飲品及其酒精含量(以「標準酒量」計算)

類型	酒精含量 (容量百分比)*	常見容器容量 或 一般飲用量	標準酒量#*	
			每一容器	每100毫升
仙地酒	0.5%	330毫升 (罐)	0.1	0.04
啤酒	5%	330毫升 (小罐)	1	0.4
		500毫升 (大罐)	2	
		330毫升 (小樽)	1	
		640毫升 (大樽)	3	
蘋果酒	5%	275毫升 (小樽)	1	
紅酒 / 白酒	12% (11%-15%)	125 毫升 (小杯)	1 (1-2)	1 (1-2)
		750毫升 (樽)	7 (7-9)	
香檳 / 汽酒	12%	125毫升 (小杯)	1	1
		750毫升 (樽)	7	
加度葡萄酒 (雪利酒 / 砵酒)	15%-20%	125毫升 (小杯)	2	2
烈酒 (威士忌 / 伏特加 / 氈酒 / 蘭姆酒 / 龍舌蘭酒 / 白蘭地)	40% (35%-57%)	30毫升 (酒吧標準容器)	1	3 (3-5)
梅酒	15%	300毫升 (小樽)	4	1
日本清酒	16%	300毫升 (小樽)	4	1
花雕酒	18%	約50毫升 (1 両)	1	1
		250毫升 (水杯)	4	
糯米酒	18%	約50毫升 (1両)	1	1
		250毫升 (水杯)	4	
雙蒸酒	30%	約50毫升 (1両)	1	2
		250毫升 (水杯)	6	
三蒸酒	38%	約50毫升 (1両)	2	3
		250毫升 (水杯)	8	
中式烈酒(白酒)	52% (38%-67%)	約50毫升 (1両)	2 (2-3)	4 (3-5)
		250毫升 (水杯)	10 (8-13)	

備註：

標準酒量 = 飲酒容量(毫升) x $\frac{\text{酒精含量 (容量百分比)}}{1000}$ x 0.789

在本港，一個標準酒量約等於10克純酒精。

* 此表列載的數值為概括資料，只供參考，實際數值需視乎選擇的品牌。

減少酒精相關危害

減少酒精相關危害

減少酒精相關危害

減少酒精相關危害

減少酒精相關危害

減少酒精相關危害



衞生署
中華人民共和國香港特別行政區

政府物流服務署印

二零一一年九月