

アルコールに対する社会的コントロールの必要性

中本 新一

あらまし

わが国は古来、飲むことと酔うことに寛容な飲酒文化をもっている。第二次大戦後、酒類の消費量が増大し、特に高度経済成長以降、激増し、今日、国民1人当たりの年間消費量は6.6ℓ（純アルコール換算）近辺である。戦後、わが国では、寛容な飲酒文化を基盤にして、自分の責任で上手に飲む「適正飲酒」政策を実施している。現在の「健康日本21」政策がそれである。しかし、街角に酒類の自販機が林立し、酒類のテレビCMでは「飲むシーン」大写真広告を放送している。WHOが世界の小売のあり方を要約して、〈時間〉、〈日〉、〈場所〉、〈店舗数〉規制を報告しているが、日本には4種とも存在しない。また、アルコール依存症が疾病視されることも少なく、アルコール依存症にかかわるスティグマも深刻で依存症者が断酒更生する上で大きな障害になっている。わが国において多発しているアルコール関連問題を大幅に減らすには、国民にむけて適正飲酒が必要だとする知識の普及に加えて、酒類供給面での規制が欠かせないと考えられる。具体的には入手対策・接近対策・需要抑止対策からなる「抑止対策の枠組み」を政策実施していくべきであろう。

1. はじめに

精神科医の森岡洋は、著書のなかでアルコール依存症者の心理を12項目にわたって詳述している¹。そこでは、孤独感と劣等感が常人に比して強く、他人への攻撃をくり返し、嘘つきであり、飲んだことに理由づけをし、自分ほど偉い人間はいないと考えており、飲むこと以外に思うことがない、と論じられている。

森岡のこの書は、アルコール依存症者とその家族を主たる読者に想定したものであることに注意しなければならないだろう。筆者も馬鹿を重ねてきたので、孤独感・劣等感、攻撃癖、自己肥大、飲酒嗜好がアルコール依存症者だけのものではないことを知っている。酒を断ちだしたアルコール依存症者が上記12項目を読めば、内省の契機になるであろうが、不適切な病人像を形成することにもつながるはずである。アルコールに特化した病院やクリニックの教室でも患者に対して、森岡とほぼ似た教育を実施しているようである。わが国の辺地に行けば、人口がわずかな村もあるが、そこにアルコール依存症者がたったの1人もいなくても、住民にはアルコール依存症者に対する烈しいスティグマ²が渦巻いている。他者による評価のあり様に従って、人間は人生を創っていく側面が顕著であることを勘案するとき、アルコール医療機関³がアルコール依存症者の積極面も提示する必要があると思われる。

¹ 森岡洋『誌上アル中教室』星和書店、1992年、69-105ページ。

² 野口裕二は、『アルコリズムの社会学』（日本評論社、1996年）で次のように述べている。「スティグマ(Stigma)を辞書でひくと、汚名、恥辱、烙印といった訳語が並んでいる。つまり、なんらかの状態をもったひとに付与された好ましくないレッテル、あるいは烙印を意味している」。

³ ASK『まるごと改訂版 アディクション』（アスク・ヒューマン・ケア、2002）は、わが国のアルコール医療機関を調べあげ、約290施設としている。

20世紀アメリカに不滅の業績を残した劇作家テネシー・ウィリアムズは、薬物とアルコールの依存症であった。彼の他の多くの作品と異なって、『欲望という名の電車』には歴としたアルコール依存症者が登場する⁴。遠い州からニューオリンズに住む妹のアパートに転がりこむ、主人公ブランチ（30歳前後で美貌女性とイメージされる）がそれであって、ひっきりなしにウィスキーを飲む。ストーリーが沸騰し、妹の夫との性的関係を暗示する流れで終末を迎えるが、読者・観客は彼女の飲酒量のおびただしさに息を飲むはずである。

それ以上に、ブランチの人柄の秀逸さに言葉を失うだろう。正直、純粹、優雅、潔癖、繊細が溢れているからである。彼女の病齡は初期であり、作家ウィリアムズの執筆動機は、この先、汚濁にまみれて悲惨な若死にするだろうアルコール依存症者ブランチに満腔の同情を示し、称賛し、世のスティグマに異議申し立てすることにあつたと思われる。

筆者はここで自己開示したい。約27年前、アルコール医療機関の専門医からアルコール依存症であるという診断を得た。ただちに断酒会につながり、そこから生きる力を与えられつつ診断の日から一滴も飲まずに今日に至った。筆者は、酒を飲まずには生きられないような「弱い」人々と、断酒会に入会しても「弱さ」ゆえに脱落し、人々に嫌われ、冷笑され、非難を浴び、天涯孤獨になって死んでいく人々に寄り添う視点で、アルコール依存症の一端を書きたいと思う。

2. 飲むことと酔うことに寛大な文化

聖書において酩酊は忌まわしいとする記述が多いことと対照的に、記紀万葉では酒を賛美する文章や歌が目立つ。奈良時代から平安中期までに8回も禁酒令が出されたが⁵、それは農民層に対する実質的に節酒令であった。鎌倉、室町期に農業や商業が発達し、それに比例して酒類

の醸造量も増えていく。江戸時代になってから幕府は、酒造を管理しようとしたが、成功するものではなかった。

明治以降はおおむね酒類消費量が増大していった。第2次世界大戦後、産業経済の発展および開放的な国情によって酒類の製成量（国税庁は、製造に当たる言葉として、「製成」を使う）は激増していく。敗戦の1945年の321千klから2005年の9,029千klまで28.1倍も増加した。1955年から1975年までの僅か20年間に実に4.3倍も急増していた⁶。もっとも2000年前後をピークに製成量は少々減少しつつあるが、これは長期低落トレンドの始まりか一時的低迷か現時点では即断できない。わが国の国民1人当たりの年間酒類消費量（純アルコール換算）において、1965年が3.9lであったが、次第に増加に転じ、1999年には6.6lになっていた。つまり、国民1人当たりの年間酒類消費量の伸びは、酒類製成量における激増を裏付ける。

6.6lの国民1人当たりの年間純アルコール消費量は、国際比較では第28位であるが⁷、考慮しなければならないことは、日本人にアセトアルデヒド脱水素酵素の失活・不活性型が合計すれば44%という事実⁸である。したがってアルコールの分解代謝能力が白人やアフリカ系なみの活性型日本人の成人男子に限れば、消費量は世界上位グループに入ると考えられる。

わが国では人々が集まる行事にしばしば酒が供される。飲酒の個人化・私事化が遅れているので、また集団の同調性が高いから、「共に飲む」ということが、かつての喫煙と同様に仲間であることを確認するセレモニーであることが多い。日本人の生活の隅々に酒が浸透したのは、神道のキヨメとして酒が使われたことに起因していると筆者は考える。欧米では蒸留技術が確立した19世紀にそれまで王侯や貴族のものであった飲酒習慣が一気に庶民に広がり、酒類消費量が飛躍的に増え、酒害が生産現場や家庭で深刻になった同世紀の後半に製造・販売の制限が各国で採られるようになる。一方、戦前の日本では製造・販売の制限策が採られることはな

⁴ T・ウィリアムズ 田島博訳『欲望という名の電車』新潮社、1956年、13-188ページ。

⁵ 中本新一『アルコール依存社会』朱鷺書房、2004年、93ページ。

⁶ 清水新二『アルコール関連問題の社会病理学的研究』ミネルヴァ書房、2003年、106-107ページ。

⁷ 同書、121ページ。

⁸ 原田勝二『遺伝子型とアルコールに対する強さの関係』（重盛憲司・アルコール健康医学協会監修『お酒と健康』キリンビール、1996年）9ページ。

く、唯一「未成年者飲酒禁止法」⁹のみが実際に採られた規制であった。酒と人、酒と社会の関係を凝視すると、わが国は古代以来、飲むことと酔うことに寛容な飲酒文化をもっていると断定できる¹⁰。このため日本の戦後のアルコール政策は、寛容な飲酒文化を基盤にして、自分の責任で上手に飲むことを目標にした「適正飲酒」政策を採用している。今日では「健康日本21」政策¹¹がそれであるが、これは以下の3点を内容とする。①純アルコールで1日に平均60g（清酒で3合弱）以上を摂取する人を2割削減する、②未成年者飲酒をなくす、③適正飲酒として純アルコールで1日平均20g程度（清酒で1合弱）である旨の知識を普及させる、というものである。上記国の政策に沿って、地方自治体や保健所および企業も適正飲酒を主導しているが、2007年に出された中間報告では、成人男子における1人当たり年間飲酒量がかえって増大している。筆者は、国民における適正飲酒を実現するには、適正飲酒が必要であるとする知識の普及だけでは限界があり、それに加えて酒類の供給面における規制を強化することが欠かせないと思う。

2.1 アルコール依存を推進する社会

普通、20代になってから、コンパや冠婚葬祭などで酒の味を覚えるようになる。飲酒の初回体験が重要であるとする立場では、酔いを鬱陶しいとする者、酔いに快感を覚える者、それらについて中立の者に3区分する。酔いに快感を覚える者のなかからアルコール依存症が発症する可能性が高いようである。初回体験において快感を覚えた人のなかで、入社した企業内の競争の疲れを酒で癒す場合も出てくるだろう。次第に飲酒は情報を集め、人間関係を広げる手段の意味合いを帯びていく。結婚や子どもの誕生

を経て、飲酒量が増えていくかもしれない。こうした時、飲むかどうか、飲む時刻、飲む量を自分で決める場合もあるが、環境が大きく作用することが多い。

街角に国連加入193カ国でわが国だけに存在する酒類自販機が並んで、バーや居酒屋が軒を連ね、テレビCMではビールの泡を口の端につけグイグイと飲むシーンを放映している。『WHO世界アルコール政策白書』¹²では、小売の規制のあり方を、〈時間〉、〈日〉、〈場所〉、〈店舗数〉規制の観点から述べている。〈時間〉は夜間に、〈日〉は日曜日に販売しない規制であり、〈場所〉は病院や学校の周辺で販売しない規制である。〈店舗数〉は、酒類小売店の密度に関する規制であるが、わが国には上記4種とも存在しない。飲酒総量の抑止を図るWHOは、上記4規制で酒類の小売量を減らすことができると判断しているようだ。職場において責任が増えていくにつれ、いつの間にか一日平均3合以上を飲む「多量飲酒者」(Hard Drinker)になることもあるだろう。樋口進は、わが国における多量飲酒者が約861万人であり、適正飲酒の1合弱以上を飲む人が、約3,439万人であるとしている¹³。日本の飲酒人口が約6,300万人であるから飲酒者の過半数が過飲していることになるだろう。

ジェネリックはアルコール依存症の発症要因として、気質や体質などの個体要因、薬物要因、環境要因の3つをあげているが¹⁴、個別事例では信じられている以上に環境要因の大きさが浮き彫りになる。永年アルコール依存症を治療してきた米田栄之は、「患者の環境は極めて劣悪であるといえる」と述懐している¹⁵。しかし、今日でさえわが国には、「先天的に道徳が欠落していたから」、あるいは「意思が薄弱だから」アルコール依存症になったとする俗説が広がっていて、アルコール依存症は病気視されないことが多い。また、「長期、大量に飲酒したから」

⁹ 中本、前掲書、165ページ。未成年者飲酒禁止法案は、衆議院議員の根本正の奮闘によって1922年に成立した。根本は最初、国民を対象にした法律を構想していた。

¹⁰ 清水新二『酒飲みの社会学』素朴社、1998年、42-57ページ。

¹¹ アルコール保健指導マニュアル研究会『健康日本21推進のためのアルコール保健指導マニュアル』社会保険研究所、2003年、4-9ページ。

¹² WHO, Global Status Report: Alcohol Policy, 2004.

¹³ 樋口進「成人の飲酒実態と関連問題の予防に関する研究」(平成16年度総括・分担研究報告書、2005年)、7-11ページ。

¹⁴ E・M・ジェネリック 羽賀道信・加藤寛訳『アルコホリズム—アルコール中毒の疾病概念—』岩崎学術出版社、1973年、17-178ページ。

¹⁵ 米田栄之『アルコール依存症』星和書房、1999年、199ページ。

という見解に対する支持者が多い。上述の森岡は、アセトアルデヒドの分解能力が低いものは、飲酒が苦痛であるので「長期にわたり大量に飲酒することはなく、アルコール依存症になる率はほんの数パーセントに止まります」と記述している¹⁶。つまり、多く飲めないものでもアルコール依存症になるのであるから、薬物要因は重い意味をもつとしても唯一の原因であるわけではない。気質、性格、体質などの個体的要因をベースにして、環境の劣悪さが酒を呼び、飲酒量の増大そのものが環境をいっそう劣悪にし、そうしてさらに悲惨な環境が飲酒量を増加させ、心身を破壊し・・・というように3要因が相乗作用をくり返してアルコール依存症が成立すると筆者は考える。

わが国ではアルコール依存症の推定数について、KAST（久里浜式アルコール症スクリーニング・テスト）によれば約427万人、ICD-10（国際疾病分類-第10版）によれば約82万人¹⁷である。

2.2 アルコール依存症対策の遅れ

国際比較をしてみよう。アメリカではアルコール依存症の推定数は約1,000万人、アルコール依存症の病名で通院・入院中の患者は約200万人¹⁸、アルコール・薬物の治療施設が約13,000施設、自助グループであるAA（Alcoholics Anonymous 匿名断酒会）のメンバーは約90万人である。日本では推定数は約82万人（あるいは約427万人）、通院・入院中の患者は約5万人¹⁹、いわゆるアルコール医療は約290施設、自助グループは断酒会とわが国のAAを合計しても約1.3万人²⁰であるので、わが国のアルコール依存症対策領域が相当遅れていることは了解できる。

以下、筆者が考えている、日本においてアルコール依存症対策が遅れている基本的理由を書く。わが国では、アルコールの3つの属性（食糧、飲み物、薬物）のうち、依存性や致死性、致酔

性が明確な薬物としてのアルコールを社会的、医療的にコントロールしようとする発想が育ってこなかった。このことに関して、薬物性に関心を向けさせる薬理学の発達が近世後期に著しく低調であった上、19世紀の欧米にテンペランス運動（プロテスタンティズムに根拠を置く禁酒運動）が燃え上がった事実とは対照的に、明治期における日本の禁酒運動は細々としたものであった²¹。

戦後のアルコール関連法規（酩酊者規制法、警職法、道交法、精神衛生法、精神保健法、精神保健福祉法、障害者自立支援法）において、アルコール依存症の予防・治療・再発防止を広く国民に呼びかけた条文は存在しない。わずかに酩酊者規制法では、「アルコールの慢性中毒者」という文言を使っているが、さらに踏み込んで「病気」⇒「治療」⇒「再発防止」で対処しようとする視点は存在しない。

また、飲酒にかかわる問題は、個人領域の問題だとする社会的態度が歴史的に濃厚に認められる。国が、個人の責任で上手に飲み、楽しく酔うことを推奨する「適正飲酒」政策を伝統的に採ってきたし、現に採用しているが、そのことが上記の社会的態度に反映していると筆者は考えるものである。国民における適正飲酒を可能ならしめるものは、適正飲酒知識の普及だけでは不十分であり、酒類供給面での規制が欠かせない。具体的には、小売店での販売の規制化、酒類自販機と「飲むシーン」放映CMの追放、アルコール領域における健康を維持・増進させる費用＝公衆衛生的コストを酒価に新設しての酒類相対価格の引き上げなどが必要だと筆者は思う。アルコール問題の社会的側面に対する政策が格段に遅れている日本では、結果としてアルコール問題を酒に飲まれる個人の問題に矮小化していると言わざるをえない。

既述したことであるが、わが国の大衆の多くは、アルコール依存症を疾病視することがなく、人間性のもとの状態と捉えていることが多く、いまだに道徳モデルが横行している。このため

¹⁶ 森岡洋「よくわかるアルコール依存症」白揚社、2002年、199ページ。

¹⁷ 樋口進「成人の飲酒実態と関連問題の予防に関する研究」（平成15年度総括・分担研究報告書、2004年）、1ページおよび12ページ。

¹⁸ G. A. Marlatt ed., *Harm Reduction: Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors*, New York: Guilford Press, 1998, P.74.

¹⁹ 樋口進「成人の飲酒実態と関連問題の予防に関する研究」（平成17年度総括・分担研究報告書、2006年）、2ページ。

²⁰ 日本のAAが約3,000人、断酒会が約10,000人。

²¹ 心光世津子「アルコール依存症と医療化」（森田洋司監修『医療化のポリテクス』学文社、2006年）、116ページ。

歴としたアルコール依存症でありながら、アルコール依存症であることを自認できなかったり、それを隠す人々がきわめて多数出現している。そのゆえに、アルコール医療や自助グループに姿を見せないものが多い。

わが国ではアルコール依存症の根拠法は、精神衛生法（1950年）、同法改正（1965年）、精神保健法（1987年）、同法改正（1993年）、精神保健福祉法（1995年）、同法改正（1999年）、障害者自立支援法（2005年）であるが、国はアルコール依存症をどのように認識しているのか。精神衛生法は、アルコール依存症を精神病者と捉えていた。その後の精神保健法も同様である。精神保健福祉法は、アルコール依存症を「中毒性精神病」と認識していた。1999年精神保健福祉法が一部改正され、「中毒性精神病」の文言が、「精神作用物質（酒類）による依存症」となった。戦後の法制度では、アルコール依存症を広義の精神障害の範疇に入れ、現行の障害者自立支援法でも同じ扱いをしている。

国にすれば、アルコール依存症を精神障害のカテゴリーにくくるのは根拠のあることであろう。結論から先に書けば、アルコール依存症に関連して精神障害が出現するから、ということである。林田基（編）『アルコール関連障害とアルコール依存症』²²に依拠して、アルコール依存症に関連した精神障害を要約したい。上記文献にアルコール中毒診断会議（1979年）がまとめた「アルコール精神疾患の現状と診断基準」の梗概を鈴木康夫が記述している。アルコール精神病は、アルコール依存徴候を有する精神病として、アルコールてんかん、振戦せん妄、アルコール幻覚症があげられ、アルコール依存徴候を基盤として生じる精神病として、アルコール性痴呆、アルコール性コルサコフ精神病、アルコール性嫉妬妄想がまとめられる。筆者の断酒会での経験からいえば、上記症状（疾病）の大半は、断酒後、数日までに消失する単なる離脱症状に過ぎないのである。医学界にも離脱症状は精神症状でないとする有力な見解がある。健康な一般者にも精神障害は珍しいことではなく、アルコール依存症者にも精神症状と無縁な人々が存在する。また、精神障害に関して、飲んでいるアルコール依存症者とソブラエティ

（しらふで生きること）しているアルコール依存症者を同列に扱うのは科学的でないだろう。国はアルコール依存症を精神障害と扱いつつながら、断酒しているアルコール依存症者に障害者手帳（精神障害者保健福祉手帳）を交付していない。交付されれば、税制その他で有益な福祉サービスを受けられる。また、同様に障害年金を支給していない。なお、筆者はアルコール依存症を精神障害から外し、アルコール依存症をギャンブルや買物やニコチンの依存症と同じようにアディクション（これらは病気だが、精神障害ではない）として再規定し、アルコール依存症者の医療・福祉を保障していくべきだと考えている。

3. 当事者の現実

近年の傾向として、青年、女性、高齢者にアルコール依存症の患者が増えているが、絶対数として、中年期男性が多数であることは従来と変わりが無い。

アルコール依存症の早期発見・早期治療の難しさに関して、アルコール医療歴35年の医師・今道裕之が4つの原因を示している²³。1つは、普通の飲酒と病的飲酒との境界が不明確なために、問題に気づきにくいということがある。同居中の家族でさえ気がつかない。2つ目に当事者と家族は、身体の異常には早く気がつき、飲酒自体の問題は軽く見るところがある。3つ目は、アルコール依存症に特有な「否認」という問題（症状）がある。心理的につらい過去を抑圧したり、自身の飲酒問題を認めないということである。4つ目に、アルコール依存症に対する社会の誤解やスティグマも大いに関係していることをあげねばならない。今日でも「アル中」という呼び方が一般的であることに即応して、アルコール依存症を疑われる人が、通院を拒むことが少なくない。筆者は、いまだに内科医（病的飲酒者の大半は最初に内科に通院する）におけるアルコール依存症知識の乏しさと、アルコール医療の人的施設の不足も早期発見・早期治療の障壁だと思っている。後者に関することだが、上述してきた通り、約82万人（あるいは

²² 林田基編『アルコール関連障害とアルコール依存症』日本臨牀、第55巻：1997年特別号、1997年、269-270ページ。

²³ 今道裕之『こころをはぐくむ』東峰書房、2005年、32-4ページ。

約427万人)のアルコール依存症者が推定されながら、現状の医療は患者5万人強に対応できているだけである。

酒に飲まれて家庭や職場に被害を与える飲酒者は、上司に説得され家族に懇願されて、専門病院を受診するだろう。診察室で、飲酒者に対してアルコール依存症であると診断され、今後、生涯一滴の飲酒も不可であると宣告される。その人は驚愕するだろう。さらに、医師の言葉でアルコール依存症とはアル中であると解説されると、その人は既述のような次いで苦悩するだろう。入院治療について、林田基の論文²⁴に依拠すれば、おおよその順序として、①アルコールの離脱症状の治療、②離脱に続くリハビリテーション、③院外治療であるアフターケアの3段階になるということだ。通院治療も基本的には入院治療に準じて治療される。

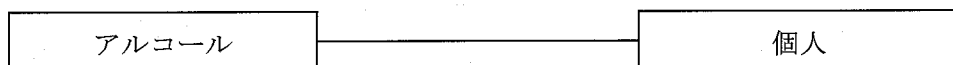
入院中のその人が断酒会の例会に姿を見せると、断酒会は歓迎するが、緊張もする。散々てこずらせて、来なくなるものが少なくないが、そうしたケースは断酒会に徒労感・敗北感を与える。入院から初めて断酒会を体験するまでの期間に患者も思考しているが、その思考結果は、一般的に次の4種である²⁵。①自分の酒には問題はない。②問題があるかもしれないが、アルコール依存症ではない。③アルコール依存症であることは認めるが、自分の力で断酒は可能だ。

④自分一人の力だけでは断酒は無理だ、仲間の力が必要だ。

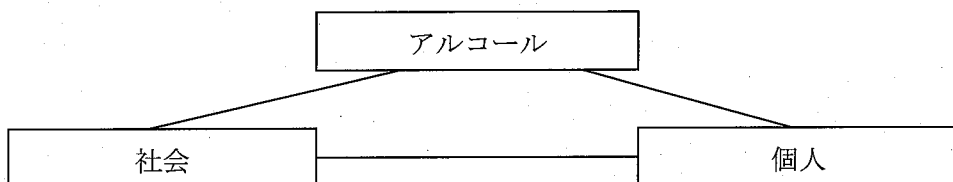
専門病院でアルコール依存症と診断された者も、多くの場合、紆余曲折を経て、酒をやめることはできず、初診の後、長期にわたってしらふで生きるのは九牛の一毛という有り様である。つまり、幾度も入院し、周辺をくり返して騒動に巻き込み、職業、家族、健康を失い、孤独な死に方をするのである。

3.1 社会的な取組みの必要性

実験ケージに入れられて強制的にエタノール(純アルコール)を投与されるサルやラットは、それによってアルコール依存症になる。しかし、ヒトの場合、純然たる薬物要因だけでアルコール依存症が発症することはきわめて稀であろう(図1参照)。ヒトの飲酒は、純然たる個人という要素は非常に薄く、社会が影響を及ぼしていると考えられる(図2参照)。アルコール依存症は社会的な疾病であるがゆえに、そのリハビリ・社会復帰は、社会性を重視してこそ、成果が現れる。ひところ共依存論(依存が昂じてくると、家族に病的な世話焼きが現れるとする考え)が流行したのは、アルコール依存症における社会性(家族役割の重要性)が支持されたた



[図1]



[図2]

²⁴ 林田基「アルコール依存症の入院治療」(林田編前掲(22))417ページ。

²⁵ 坂本満「アルコール依存症の回復と家族の回復」、奈良市断酒会家族会の研修会に配布された資料、2009年3月8日、1ページ。

めであろう。しかし、理論面で家族のあり方が着目される割には、実際の医療と断酒会では、図1のアルコールと個人の関係で進められることが多い。酒をやめきれない人物について、医療の場ではパーソナリティ障害を指摘してボーダーラインや自己愛の歪みが疑われるかもわからない。筆者は、飲酒に導くものとして、家族の役割を重視する昨今の方法を支持するが、家族は当事者にとって環境の一部に過ぎず、もっと重要な社会的問題がアルコール依存症者を捕らえていると思う。

アルコール依存症の回復には社会的取組みが必要であることを示唆するデータをみてみよう。全日本断酒連盟は、アルコール依存症の社会復帰施設（作業所）に関してアンケート調査を行なった²⁶。対象は断酒会会員（N=10,882）で自計式である。サンプル数は6,118で回収率は57%である。アンケート項目の1つに、断酒生活を続けていて「どういった援助があると助かるか」があった。

アルコール依存症者がソプラエティを継続するには、集団の中で、社会的なサポートを取込みながら進めていかなければならないことを下表は示す。

4. 酒類を社会的にコントロールするために

「健康日本21」政策の骨子はすでに述べた。『健康日本21推進のためのアルコール保健指導マニュアル』（社会保険研究所、2003年）は、厚生労働省の立場からそれを詳述したものであるから、厚生労働省の政策意思を読み取ることができる。上記文献を読んだ筆者は、2点で、「健康日本21」政策に疑念をいだいた。つまり、上述の3項目を通して国民各層に適正飲酒知識の普及を図るだけの政策実施に疑惑を覚えるのである。

第1点は、はたして適正飲酒することができるかという点についてである。厚生労働省は、上記文献で、国民は適正飲酒することができるとする楽観的な立場を表明している。筆者は、適正飲酒することができない国民も多数存在すると考える。飲み続け、活性型遺伝子をもつ人々にとって、1合弱で切り上げることは困難だろう。「健康日本21」政策が実施されて2年目の樋口らの調査によって、適正飲酒をしていない人々、すなわち1日平均1合以上を飲むものは約3,439万人、多量飲酒者は約861万人であることが判明した。筆者は、「健康日本21」政策を通して、

【表1】「どういった援助があると助かるか」に対する回答

援助の内容	はい	いいえ	無回答
仲間づくりができれば良い。	80.50%	10.56%	8.94%
悩み事の相談ができれば良い。	72.79%	16.98%	10.23%
断酒に関するアドバイスがあったら良い。	71.27%	18.58%	10.15%
規則正しい生活を送る援助があったら良い。	61.21%	27.02%	11.77%
畑仕事や軽い運動などが出来る場があったら良い。	54.49%	32.38%	13.13%
昼間に仲間が集まれる場所があったら良い。	53.07%	34.57%	12.36%
就労支援があったら良い。	49.79%	37.10%	13.11%
昼間の例会・ミーティングがあったら良い。	47.94%	38.98%	13.08%
経済的不安に対する相談ができれば良い。	44.85%	41.91%	13.24%
仲間と一緒に生活できる場（宿泊）があったら良い。	36.92%	46.85%	16.23%
生活指導をしてもらえたら良い。	35.93%	50.26%	13.81%
金銭管理方法に関するアドバイスがあったら良い。	30.37%	55.41%	14.22%
食事の提供があったら良い。	30.08%	56.15%	13.78%

²⁶ 橋本勝之・田所滋丕「断酒会員のアルコールリハビリ作業所についての意識に関する調査」（樋口進『アルコール依存症の社会復帰施設の実態把握と支援モデル構築に関する研究』、平成16年度 総括・分担研究報告書、2005年）、44ページ。

【表2】 抑止対策の枠組み

対策	目的	具体例
入手対策 (availability control)	直接的	製造販売の許可制、部分的禁止など
接近対策 (accessibility control)	間接的	販売規制 (時間、場所、店舗数)、飲酒運転規制など
需要抑止対策 (demand control)	環境的	教育啓蒙、健康増進、広告規制など

出典：清水新二『アルコール関連問題の社会病理学的研究』385ページの表12-2より筆者作成

適正飲酒が必要であるとする知識を得ても、適正飲酒することができない国民が引き続き多数存在すると考えるのである。

第2点は、アルコール関連問題（すべての飲酒者の、疾病、事故、労働問題、家庭問題、非行・犯罪を総合化した概念）に関することである。厚生労働省は、適正飲酒がアルコールに関連する疾病・問題の予防の決め手であると前掲書で主張している。そして、従来型の第1次予防（疾病予防）、第2次予防（早期発見・早期治療）、第3次予防（リハビリ、社会復帰、再発防止）で対処する、とやはり前掲書で詳述している。筆者も適正飲酒は予防上、当然のことだと承知している。しかし、厚生労働省のいう適正飲酒なるものは、アルコール問題の責任を個人に押し付けるものだという気がしてならないのだ。アルコール関連問題の責任は飲酒する個人にある場合もあるが、酒価政策の停滞、小売・広告規制の遅れ、需要抑止対策のゆるやかさにも大きな責任があると筆者は考えるのである。すなわち、アルコールに関連する疾病・問題は、政治や国家の問題でもあると捉えるべきだ。さらに第1次～第3次予防政策では、社会的な広がりや要する領域に対応しきれない。今後、わが国のアルコールに関連した疾病・問題を削減していくためには、国民1人当たりの年間飲酒総量を減らすことを目的とした、酒価政策・小売政策・広告政策を含めた新たなフレームが必要だと筆者は主張するものである。アルコール関連問題対策に先進の欧米諸国において、目的を「予防」以上にかそれと同等に「抑止」に置いているので²⁷、これからの日本は「抑止対策の枠組み」を新たなフレームとして理解すべきである。「抑止対策の枠組み」は、3つの対策で構成される。

「入手対策」から「需要抑止対策」に進むに

つれ、介入のレベルは直接から間接的なものへ、また効果は速効的なものから遅効的なものへと変わっていく。重要なことは、3つの対策を総合的に実施することにある。以上、適正飲酒知識の普及のみを実施する政策に疑念を覚え、知識の普及に加えるものとして、国民1人あたりの年間飲酒総量を減らすことを目的にした「抑止対策の枠組み」を掲げたのである。

4.1 社会的責任性の論議が盛りあがらない

本節で解明しなければならないことは、国のアルコール政策に見られる社会性の低さである。初めにアルコールの効用から入る。日本では、飲酒に著しい人間関係の形成力と社会性があることは疑えない。一方では過飲・乱用が人々や社会に大きな損害を与えつつ、他方では健全な飲酒が日本の労働・経済・社会の望ましい発展に大きく寄与している。飲酒の楽しみがあるから、懸命に働き、家族はもとより職域における人々と友好的関係を築いていけるのである。適正飲酒ならば、アルコール関連問題の最小化を進めることができ、社会の維持・発展にも役立つ。それゆえ、上記両方の価値実現のためには、供給者、個人を含む社会全体が一定の責任性を熟知していなければならない。ここでいう責任とは、民事責任、刑事責任というような意味ではなく、あえていえば、製造物責任に近い趣旨であるが、アルコールが一定の社会的コントロールに服すべきという認識を関係者が共有し、そのルールにのっとってコストを負担することである。下記は、このような「酒類における社会的責任性の根拠」を筆者が独自に示したものである。

酒類における社会的責任性の根拠

²⁷ 清水新二『アルコール関連問題の社会病理学的研究』ミネルヴァ書房、2003年、384ページ。

- | | |
|----------|------------------------|
| (1)薬物 | 酒は依存性・致酔性・致死性の薬物だから |
| (2)能力の欠如 | 適正飲酒ができない国民が多いから |
| (3)問題の存在 | アルコール関連問題が頻発しているから |
| (4)免許制 | 酒類の製造・販売は免許制で行なっているから |
| (5)利益 | 国は酒類から巨大な利益(酒税)を得ているから |

酒類の薬物性は、麻薬・覚せい剤に劣らないほど強力であることが、わが国の社会には浸透し難い状況にある。厚生労働省が適正飲酒として1合弱を推奨しているが、1合以上を飲んでしまう多数の国民が存在する。適正飲酒ができにくいという意味で、多くの飲酒者には「能力」が欠如している。まさにこの事実には社会的責任が浮上する。日本の場合、アルコール関連問題の社会的費用が単年度で6兆6千億円であるとする研究が示された²⁸。アルコール関連問題が多発している事実こそ、製造・販売・消費にかかわって責任性があるといえる。わが国では、酒類の製造・販売は、免許制で行なわれているが、免許制は、「情報の非対称性」を克服するための制度であるという。メーカーに関する情報を消費者が十分に入手していないので、不適切なメーカーおよび商品から消費者を守るために、免許制が編み出されているという。国から酒造を認められているメーカーの酒だから、消費者は安心して飲む。要するに、ここに消費者の信頼に応えるべく製造・販売の適正化を図らねばならない理由がある。また国は、近年では酒類の製造・販売から年間1兆6千億円もの利益をあげているが、そこにも社会的責任の根柢がある。巨額の利益を得ているのだから、酒価・小売・広告に相当の責任があるだろう。

筆者は、「適正飲酒」を含めた国のアルコール政策を考察するとき、上記(1)~(5)に関する社会的責任性の意識は、国、メーカー・販売業者、消費者に共通して、はなはだ低いと断じざるを得ない。

5. おわりに

わが国の保健政策にも影響をおよぼすWHOは、1979年に各国政府に対して、「アルコール消費量削減のために、あらゆる適切な対策を採ること」を要請した。わが国のアルコール政策の骨格を決めるのは公衆衛生審議会であるが、1985年における公衆衛生審議会の「意見書」と1993年における公衆衛生審議会の「提言」において、飲酒総量の抑制は明示されなかった。政策の総合化も弱かった。その後も酒類消費の総量抑制の政策と政策の総合化は採用されることがないまま今日に至っている。

アルコール依存を酒に飲まれる個人の問題だと矮小化する社会は、依存症者にとって生きづらい社会であるが、日本人のほとんどは、その矮小化するシステムに組み込まれていると思われる。アルコール依存症者の積極面は、長期にわたってソブラエティすれば穏やかかつ哲学的な生き方をするようになるという点にあるだろう。断酒会にたどり着きながら、不幸にも死んでいく人々が多いという現実、断酒会にソブラエティしやすい社会制度の整備に尽力すべきことを求めていると考えられる。

参考文献

- G.Edwards et al., "Alcohol Policy and the Public Good", New York, Oxford University Press, 1994
- 清水新二、『アルコール関連問題の社会病理学的研究』ミネルヴァ書房、2003年
- 清水新二、『酒飲みの社会学』素朴社、1998年
- 中本新一、『脱「アルコール依存社会」をめざして—日本のアルコール政策への提言—』明石書店、2009年
- Nick Heather and Ian Robertson, "Problem Drinking", New York, Oxford University Press, 1997
- Raul Caetano, "Alcohol", New York, Oxford University Press, 2003

²⁸ 中村桂子・高野健人「アルコール問題の費用」(河野裕明・大谷藤郎編『アルコール白書』厚健出版、1993年、185-188ページ)。