

# アメリカおよびスウェーデンのアルコール政策

中本 新一

## あらまし

わが国における15歳以上の国民1人当たり酒類消費量は、7.38ℓ（純アルコール換算値）近辺であり、世界では国別順位は20位台後半である。日本人には酒に弱い者が多いが、しかし、過飲者が約3,400万、多量飲酒者が約860万であるといわれている。また、アルコール関連問題による国家的損失が、単年度で6兆6千億円だとする研究もあった。さて、日本では個人の責任で上手に飲む「適正飲酒」政策がとられてきたが、そのことは厚生労働省の政策意図が反映されている『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』で明らかである。わが国のアルコール政策の難点は、個人に問題を投げ返し、酒類販売・広告などの国家的規制が非常に不足していることにある。自販機が存在や飲む場面を放映するテレビCMから、そのことは了解できるだろう。

筆者は、わが国のアルコール政策は転換されなければならないと考えている。この視点を深めるためにスウェーデンとアメリカのアルコール政策を研究していく。前者は世界でもっとも酒害の小さい国であり、後者は多彩な政策に力を投入している。

まず、アメリカ。禁酒法（1920-1933）の廃止後、AAとアルコール医療が誕生した。1970年にはヒューズ法が制定され、アルコール依存症への対策が総合的に追求された。そして、法

定飲酒可能年齢21歳、「国立アルコール乱用・依存症研究所」、血中アルコール濃度0.8パーミル、警告ラベルなどが生みだされた。

スウェーデンでもかつては酒害が深刻であった。そこで、1920年から割当て配給制が施行され、1956年以降、酒類の製造・販売に専売制が導入された。

2つの外国を比較すると、アメリカは営業の自由ならびに飲酒と自己決定の自由に大きな価値を置いている。スウェーデンでは酒害を小さくすることを目的にして、入手規制、接近規制、購買欲求抑制という3領域で総量抑止が図られている。

## 1. はじめに

近年、15歳以上の国民1人当たりの年間消費量は、7.38ℓ（純アルコール換算値）近辺である<sup>1</sup>。この酒量は、人口数十万の国をのぞけば、国連加入185カ国のなかでは20位台の後半である<sup>2</sup>。日本人はアセトアルデヒド脱水素酵素にかかわる欠落型と不活性型が合わせると半数近くにおよび、酒に弱い者が多い<sup>3</sup>。しかし、過飲者が約3,400万、多量飲酒者が約860万だといわれている。

わが国においてアルコール関連問題による国家的損失が単年度で約6兆6千億円だという研究があった。未成年者の洪水のような飲酒実態もある。また1日に5.5合以上を飲む大量飲酒者が約

<sup>1</sup> 7.38ℓ（純アルコール換算値）近辺 WHO、Global Status Report on Alcohol 2004、2004、pp.12.

<sup>2</sup> 20位後半 WHO、Global Status Report on Alcohol 2004、2004、pp.11-12.

<sup>3</sup> 日本人には活性型（NN型）が56%、不活性型（ND型）が40%出現している。まったく飲めない失活型（DD型）の出現率は、4%である。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、小宮山徳太郎、社団法人アルコール健康医学協会監修『お酒と健康』キリンビール株式会社、1995年）、9ページ。

<sup>4</sup> 約6兆6千億円 アルコール関連問題とは、アルコール依存症を軸にした、飲酒による事故、負傷、疾病、欠勤、休職、免職、

225万人であり、アルコール依存症者は、2004年の調査ではICD-10（国際疾病分類第10版）で約82万人、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427万人である<sup>5</sup>。酒類の販売は対面販売に限るとするのが世界の潮流であるが、わが国は酒類自販機が存在する、国連加入国ではただ1つの国である。広告規制も業界の自主基準によるものである。そのためテレビ広告では、口の端に泡をつけてゴクッゴクッと飲むシーンを放映している。

わが国では近年、アルコール関連問題の発生を抑え、飲酒にかかわって誰もが健康的に生きられる社会にしたいとする状況が生まれつつある。厚生労働省は「健康日本21」政策を実施中であるが、これは2002年に取り組みが始まり、2010年までを実施期間とする。その内容は、①1日に平均3合を超える量を飲酒する人を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1日平均1合程度である旨の知識を普及させるというものである。しかし、筆者は、わが国のアルコール関連情勢とそれに関わる国の政策に対して、危機感と違和感をもつ。自己開示すると、筆者はアルコール依存症である。1983年にアルコール医療の名医から、「末期のアルコール依存症だ」と診断され、セルフヘルプ・グループに所属しつつその日から一滴も飲まずに生きている。職責をまっとうしながら、

『酒はやめられる』（三一書房）など5冊を公刊し、立ち上げたアルコール関連問題懇談会を通して市民啓発に従事してきた。最近、厚生労働省の政策意図が反映されている浩瀚な文献を読んだ。『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年刊）である。国民を対象とする政策としては、不適切かつ危険であると思う。以下に厚生労働省と筆者の立場を要約したい。

わが国では個人の責任で上手に飲むことを推奨する「適正飲酒政策」が採られてきた。このため個人に問題を投げ返すことが行なわれている。耐性ができ、活性型の遺伝子をもつ人に1合弱で切り上げることは不可能であろう。飲酒にかかわる諸問題の予防は、個人領域における倫理的判断だけで対応できるものではなく、適正飲酒のためには社会的条件の整備が必要だと筆者は考える。つまり、酒害削減のために酒類の売り方における社会的責任性を確立するべきだ、と筆者は主張する。供給レベルで規制が必要な理由は、以下の通りだ。①アルコール関連問題が多発し、②国は個人の飲酒を公認していて、③個人は酒量をおおむね調節できず、④国は利益（酒税）を得ており、⑤製造・販売は免許制であり、⑥酒類は薬物だからである。この致酔性、致死性、依存性をもっとも規制を要する理由である。以上の視点を深めるために本研

論点	厚生労働省の立場	筆者の立場
①酒量を守るか	健康日本21は、個人が適正飲酒することができるという立場に立っている。	個人に酒量を調節する能力はおおむねない。
②適正飲酒について	アルコールに関連する疾患・問題の予防に欠かせない。	適正飲酒はアルコール関連問題の予防上重要。一面、適正飲酒なるものは、わが国におけるアルコール関連問題の責任を飲酒する個人に押しつけている。
③政策のフレーム	従来型の1次、2次、3次予防という枠組みで考えている。	保健政策を重視すれば、1次～3次予防になるが、これでは価格・販売政策などが抜ける。したがって、入手・接近・需要抑止の政策的フレームが必要だ。

家庭不和、離婚、子どもの問題行動などを総合化した概念。WHOの提唱。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』（厚健出版、1993年）に、高野健人・中村桂子が「アルコール関連問題の社会的費用」を書いて試算を発表した。

<sup>5</sup> 約82万人、約427万人 樋口進「成人の飲酒実態と関連問題の予防に関する研究」（厚生労働省、平成16年）、1ページ。

究ノートではスウェーデンとアメリカのアルコール政策を研究していく。公衆衛生的に酒害削減を実施しているのが北欧諸国であり、スウェーデンはそのリーダーである。同国は世界でもっとも酒害が小さいと評されている。公衆衛生的アプローチながら自由主義的な立場を鮮明にするのがアメリカ、ドイツ、フランスなどである。わが国への影響力を考慮してアメリカを選ぶ。アメリカは多彩な政策に力を投入しているが、その割に効果が低い。アメリカも日本の一方の教材になり得る。アルコール関連問題の予防および解消には総合的対策が必要だと欧米では認識されているが、アメリカとスウェーデンを選んで、それがいかに発展を遂げたか、遂げつつあるかを調べるために本研究ノートを書いていきたい。

## 2.1 ヒューズ法とアメリカ

アメリカが北欧と並んで飲酒に厳正であることがつとに名高いが、それは植民地時代や独立前後のことではなく、19世紀に入ってからのことである。この世紀になってから、怠惰、貧困、疾病、事故、負傷、家庭不和、犯罪、離婚などをもたらすものが、アルコールの過飲だと信じられ、酒害の撲滅が社会の大きな主題になっていく。19世紀に全国禁酒法党、婦人キリスト教禁酒同盟などの禁酒運動が創設され<sup>6</sup>、アメリカのテンペランス運動<sup>7</sup>が燃えあがる。しかし、禁酒とともに参政権や教育権の要求を出すなどの混乱が見られ、やがて上記の運動が下火になるにつれ、禁酒のみを追及する運動の必要性が痛感されていく。

20世紀の初頭に大量の新移民が中欧・東欧などから入国してきたが、彼らは英語に不自由で貧しかったので、新しい慰安である酒場にたむろすることが多かった。そこは、賭博・売春・贈賄の温床でもあった。酒害をいかに予防するかという発想よりも、酒場を壊滅させることに主眼を置いて禁酒法（1920-1933）が制定さ

れた<sup>8</sup>。つまり、この時期のアメリカは、アルコール問題に関して医療化よりも司法化を選ぶ。禁酒法の時代にかえて混雑が噴出する。国民に広く浸透しているアルコールを禁止することが、インフォーマルな市場をにぎわわせギャングが暗躍した。進行性という事実に対する医学的根拠も不足していた。終結した禁酒法以後、同法への反省から「アルコール・コントロール」という重要な概念が生みだされた。国民に飲酒と自己決定の自由を保障しつつ社会的観点からアルコールの弊害をなくすという考え方が登場したのである。

禁酒法時代のあとのアルコール中毒をめぐる動きは、以下の通りである。1935年にAAが創設され<sup>9</sup>、一方エール大学が設置したアルコール中毒研究センターに医学者が集結し、1943年から市民むけアルコール夏季セミナーが開かれるようになる。ジェリネックもエールにおいてAAから入手した資料で研究を進め、アルコール中毒は飲酒量の調節機能喪失と進行性という概念をもつことを明らかにする。

上記の通り、アメリカ社会に医学モデルが浸透していく。AAが断酒はできるというメッセージを送る。しかし、患者が野放しになっているし、アルコール医療の人的資源も乏しく、研究費も潤沢ではない。1960年代に予防、治療、研究、行政を一体化させる方策が追及されていく。自らのアルコール中毒をAAで回復させたハロルド・E・ヒューズ上院議員は、熱意をもって酒害防止の立法を訴えつづけ、1970年にそれが実る。「アルコール乱用およびアルコール依存症の予防・治療・リハビリテーションに関する総合法」<sup>10</sup>という法律名だが、通称はヒューズ法である。500カ条にわたる同法の骨子は、

- ①法の目的を実現するために補助金を出す
- ②専門職を養成する
- ③州政府、病院がAAと連携する
- ④国民にアルコール依存症に関する知識を与え、治療を保障する

というものであった。米国酒害抑止政策史上の輝ける金字塔である。1974年の改正法に

<sup>6</sup> 全国禁酒法党、婦人キリスト教禁酒同盟 中本新一『アルコール依存社会』朱鷺書房、2004年、162ページ。

<sup>7</sup> テンペランス運動 Nick Heather, Ian Robertson, Problem Drinking, New York, Oxford University Press, pp.22-23.

<sup>8</sup> 禁酒法（1920-1933）『禁酒法』（岡本勝、講談社、1996年）は、酒場を壊滅させる目的で禁酒法が制定されたと説く。

<sup>9</sup> AA 中本新一『酒はやめられる』三一書房、1999年、205-206ページ。Alcoholics Anonymousは、匿名性ないし無名性非登録制を原理とする。

<sup>10</sup> 総合法 全日本断酒連盟がこの法律を翻訳して発行している。

よって、「国立アルコール乱用・依存症研究所 (NIAAA)」が設立される。禁酒法は、全面的に酒を禁じる単一的政策であったが、ヒューズ法においては政府が予防・治療を呼びかけ、研究所、病院、官庁、セルフヘルプ・グループが相互に連携して酒害の抑止に当たる総合的政策になった。1979年に改正されたヒューズ法では、職場における予防と治療のプログラムが導入され、EAP<sup>11</sup>として結実した。1980年代に入ると、医療・保健・教育の領域で、アルコール依存症者や大量飲酒者だけでなく、社会に調和している、普通の飲酒者の飲酒問題をも課題にする政策が、教育広報活動、健康づくり運動を通じて行われるようになった。1980年代の半ばまでに、すべての州において、法定飲酒可能年齢が21歳に統一された<sup>12</sup>。それまでは18歳か19歳であった。年齢引き上げのあと、さまざまな指標で交通事故減少が確認され、GAO (General Accounting Office) の報告では、21歳のドライバーの場合、アルコールがらみの衝突事故は5～28%の減少<sup>13</sup>である。連邦では法制化されていないが、ビール樽登録法<sup>14</sup>を制定する州が増えてきた。若者は比較的安価なビール樽を購入することが多く、それが過飲の原因にもなっている。そこで、購入時点において購入者が自分の氏名・住所・年齢などを小売店に登録する。

アメリカにおける血中アルコール濃度の許容値は、0.8パーミルである。1970年代から80年代にかけて、粘り強い運動のあと、General BAC Lawsが改正され、0.8%になった。罰則も強化され、免許停止や罰金、司法的拘束、該当車の売却が導入された。1983年のメインとノースカロライナーを端緒として、別途、Youth BAC Lawsが定められ、法定飲酒可能年齢以下のドライバーのために、血中アルコール濃度許容値はゼロか非常に低いものが用意されている。

連邦レベルで、酒類の容器に警告ラベル (酒類広告に際しての健康警告とは別のもの)<sup>15</sup>を

貼る法律を施行したのは1989年11月であり、政府 (公衆衛生局長) が酒害を訴える。ラベルには以下のことが記されている。①妊婦は飲酒してはならない。飲めば障害をもつ子を生む可能性がある。②飲酒すれば、機械を操作したり、車を運転する能力が低下するし、健康問題を引き起こすかもしれない。

少なくない州において、サーバー・トレーニング法<sup>16</sup>が制定されている。バーなどの酒場には酒で接待することを職業としている者が存在する。このサーバー (給仕者) に客に過飲させない接待法を研修させるものだ。酩酊して入店してきた客に酒を出さずに引き下がってもらい、他の客にも「酔ってきましたよ」とかの接待で飲酒量を抑える。以上、多彩な政策メニューを用意して酒害防止に取り組めたのはヒューズ法の後押しがあったからだと評価されている。

### 2.1.1 飲酒とスウェーデン人

19世紀前半がスウェーデンのアルコール乱用がもっともひどかった時代である。人口がおおよそ300万人だというのに、175,000個以上の蒸留器<sup>17</sup>があった。産業革命によって酒類が安価になり、保健・衛生の知識が乏しく、極寒の冬季をしのぐため蒸留酒を浴びるように飲んでいった。1830年になって1人の聖職者<sup>18</sup>が禁酒運動に立ちあがり、ストックホルムでは1837年に禁酒団体が旗揚げされ、19世紀を染めあげるテンペランス運動が起こる。この運動は、プロテスタントと深く結びついていた。この地の新教徒は、ふだんなるべく飲むまいと心がけており、飲酒に罪悪感があり、その反動で飲みだすと深酒に至るといわれる。禁酒運動が全土に広がり、1922年に禁酒法の是非を問う国民投票をする。結果は、賛成49%、反対51%である。禁酒法は不成立に終わったが、アルコールを社会的に統

<sup>11</sup> EAP Employee Assistance Program (従業員援助プログラム)。この制度によって、職場において上司や保健担当者が問題飲酒者を治療につなげることが普通に行なわれるようになった。

<sup>12</sup> 21歳 Greenfield, Alcohol Policy, pp.22.

<sup>13</sup> 5～28%の減少 Greenfield, Alcohol Policy, pp.22.

<sup>14</sup> ビール樽登録法 A. C. Wagenaar, Alcohol Policies in the United States: Highlights from the 50 states, pp.7.

<sup>15</sup> 警告ラベル Greenfield, Alcohol Policy, pp.24. 「これによって飲酒運転と妊婦の飲酒は少し減った」とある。

<sup>16</sup> サーバー・トレーニング法 Highlights from the 50 states, pp.14.

<sup>17</sup> 175,000個以上の蒸留器 New York Times, March 28, 2001, Europe Making Sweden Ease Alcohol Rules.

<sup>18</sup> 1人の聖職者 ベーター・ヴィーセルグレンという名の牧師。武田龍夫『物語 北欧の歴史』中央公論社、1993年、119ページ。

制しなければならないことが確認された。1920年から国全体で「割当て配給制」<sup>19</sup>が施行されていた。この制度では通帳をもって政府系の酒店にゆくと、事前に決められた酒類を買うことができる。これが、テンペランス運動と共に酒害を減らしたと評価されている。

「割当て配給制」は1955年までつづき、1956年以降、今日のように国民に飲酒の自由を保障しつつ総量を抑制する政策が採られる。この時点において製造、輸入・輸出、卸売、小売のすべてに公社（専売制）が存在した。改正されるまでの法制度では、街路を酩酊して歩くだけで罰金が課され、この酔態をくり返すと、居住する地域の地区委員会の監督下に置かれ、運転免許証が取り上げられたりした<sup>20</sup>。

スウェーデンが1995年にEU加盟を決めたとき、製造、蒸留酒の卸売、小売に政府専売制をもっていった。現在の専売制は小売のみで、それはシステムボラーゲットで行われている。システムボラーゲットは全国に配置されており、消費者はこの店にゆく。消費者はまず番号札を取り、番号を呼ばれたらカウンターにゆく。そして、カタログを見て、店員に買いたい酒を指さす。注文を受けた店員は、手押し車を押して、倉庫に入る。倉庫の棚から酒ビンを取り出し、消費者に渡すという流れであった。買いやすい店舗づくりが進み、今日では消費者が店内で手にとって酒類を選ぶことができる。

現在、スウェーデンはアルコール政策で苦悩している。EUに加盟した翌年から2003年までの間に酒類消費量（登録された量と登録されていない量の合計）は約29%も増加した。政府専売店の販売量も近年、減少しつつある。

EUの立場は、基本的に単一市場の形成にある<sup>21</sup>。EUでは多くの加盟国で単一通貨ユーロが流通し、国境を越える際もパスポートは要らない。スウェーデン政府は、EUに押されて1996年以降、ビール、ワイン、蒸留酒などの酒税を

引き下げてきた。システムボラーゲットにおける販売量の減少は、酒類輸入増大の結果である。スウェーデンにおける酒類の輸入増大は、EU加盟国の輸入割り当て増量にもなうものが大半である。また、旅行輸入も大きな要因<sup>22</sup>である。EUの新たな取り決めで、加盟国に旅行した場合、輸入枠が拡大（2004年からは、再入国時に酒類の持ち込みは無制限になった）した。

2003年、EUの市場裁判所が、スウェーデンの印刷メディアにおける酒類広告禁止は、度が過ぎているという判決をくださった<sup>23</sup>。これを受けて、スウェーデンの国会は、印刷メディアでの酒類宣伝にかかわる禁止は、15%以上のアルコール度数をもつ酒類に限られるべきだという決定をした。上記のようにスウェーデンのアルコール政策は、EUの貿易促進と国内の健康・福祉政策との関係で大きく揺らいでいる。

## 2.1.2 現代アメリカのアルコール政策

本論文ではいわば広角レンズで撮るように膨大な時間の流れのなかに欧米のアルコール政策を大まかに点検してきたが、本節以降ではマイクロレンズに交換し、特定の時間、つまり現代における細部を子細に見つめたい。ここからWHOの「2004年世界アルコール白書」<sup>24</sup>と「世界アルコール政策白書」<sup>25</sup>を参照していく。アメリカでは酒類の製造と販売は免許制で行なっている。酒類小売には規制がある。規制には4種があると考えられている。アメリカでは、〈時間〉、〈場所〉、〈店舗数〉についての規制があるが、〈日〉がない。4種ある規制のうちの3つであり、国際的に小売規制としては厳しいゾーンにある。ただし、規制の執行が「部分的」であるから、「やや厳しいゾーン」にあるといえるだろう。飲酒欲求をかき立てるものの1つは酒類広告であるが、アメリカの広告規制は、法律に

<sup>19</sup> 割当て配給制 この制度の提唱者ブラット（医師）の名をとって、ブラット・システムと呼ばれることが多い。武田龍夫『福祉国家の闘い—スウェーデンからの教訓』中央公論社、2001年、162ページ。

<sup>20</sup> 運転免許証が取り上げられたりした 清水新二『酒飲みの社会学』素朴社、1998年、49ページ。

<sup>21</sup> 単一市場の形成にある Alcohol policy in the Nordic Countries, Document for the meeting between the Nordic Ministers of Health and Social Affairs in Copenhagen on 18 October 2004, pp.8.

<sup>22</sup> 旅行輸入も大きな要因 「南部スウェーデンから近年竣工した橋を自動車で渡ってデンマークに入り、そこでトランクに酒類を満載して帰国することがありふれた光景になっている。その酒類は無税である。

<sup>23</sup> 度が過ぎているという判決をくださった Alcohol Policy in the Nordic Countries, pp.38-39.

<sup>24</sup> 2004年世界アルコール白書 WHO, Global Status Report on Alcohol 2004, 2004.

<sup>25</sup> 世界アルコール政策白書 WHO, Global Status Report : Alcohol Policy, 2004.

## 基本的アルコール政策

		スウェーデン	アメリカ	日本
製造		免許制	免許制	免許制
販売		専売制	免許制	免許制
小売規制		時間 日 場所 店舗数	時間 場所 店舗数	店舗数 (その後撤廃)
酒類購入可能年齢		飲酒店：18歳 販売店：20歳	21歳	20歳
血中アルコール濃度の許容値		0.2パーミル	0.8パーミル	0.3パーミル
無作為呼気テスト		しばしば	なし	ときどき
酒 価	ビール	かなり安い	きわめて安い	かなり安い
	ワイン	かなり安い	きわめて安い	不明
	蒸留酒	きわめて高い	きわめて安い	きわめて安い
酒 税	ビール	かなり安い	不明	きわめて高い
	ワイン	中くらい	不明	不明
	蒸留酒	きわめて高い	不明	中くらい
広 告	国営テレビ	禁止	自主基準	自主基準
	国営ラジオ	禁止	自主基準	規制なし
	印刷物	禁止	自主基準	自主基準
消費量		6.86リットル	8.51リットル	7.38リットル
アルコール依存症		不明	7.7パーセント	4.1パーセント
死 亡 率	交通事故	5.84	15.00	7.38
	肝硬変	3.97	7.47	6.15
	口腔咽頭ガン	1.69	2.00	2.23
禁酒家		11.3パーセント	33.9パーセント	13.5パーセント

(消費量は、15歳以上の国民1人当たりの年間飲酒量を純アルコールに換算したもの。アルコール依存症は、成人男女における発症率。死亡率は、100,000人当たりの数字。上記の表は、WHOの2つの文献から和訳して作成したものである)

よるものではなく酒造業界の自主基準に任されている。しかも規制への執行にもあいまいさがある。広告に際しての健康警告もない。したがって酒類購入にかかわる接近対策としては不十分である。

アメリカでは血中アルコール濃度(BAC)の許容値は、0.8%である。WHOの前掲書によれば、WHOに許容値を報告した国は109カ国になる。WHOは許容値によって3グループに分けている。0.0-0.3%が「low」で28%、0.4-0.6%が「middle」で39%、>0.6%が「high」で26%である。BACの概念をもたない「なし」という国も7%存在する。アメリカの0.8%という数字はいい加減なものなのである。警察は無作為呼気テスト(RBT)を行なう。WHOは無作為呼気テストの

使用頻度に即して、報告した国(101カ国)を「しばしば」(23%)、「ときどき」(32%)、「まれ」(16%)に分けた。無作為テストを実施しない「なし」(29%)という国もあるが、アメリカは「なし」の1国である。血中アルコール濃度許容値と無作為呼気テストは1対のものだが、飲酒運転防止策に関する限り、アメリカは国際的にもっとも甘いゾーンにある。

初回飲酒経験を遅らせることは、アルコール依存症や少年犯罪を防止する観点から重要である。酒類の法定購入可能年齢は、アメリカの場合、21歳である。年齢規制についてWHOに報告した国は118カ国。ビールに限定すれば、15歳にしている国が2カ国、16歳にしている国が11カ国、17歳が1カ国、18歳が76カ国、19歳が

3カ国、20歳が3カ国、21歳が4カ国。残りの18カ国は年齢規制がない。アメリカは法定購入可能年齢では世界でもっとも厳格な国の1つである。ビール樽登録法にも若者の過飲を防止する側面がある。Youth BAC Lawsもある。同国は若者を酒害から極力遠ざけようとしていることが知れる。

酒税はアルコール政策（入手規制）上きわめて重要な要素であり、高い酒税率であれば、購買意欲を喪わせることができる。WHOの前掲書は、世界の酒税を詳らかに記載しているが、アメリカの部分は正確さに欠ける。そこで三木義一の『日本の税金』<sup>26</sup>を参照すると、ビール酒税に限定すればアメリカの酒税はかなり安いほうに属し、日本のおよそ4分の1である。酒類消費量は、酒の価格と高い相関関係にあることが知られてきた。つまり他の条件が一定の場合、酒価の引き上げは酒類消費の需要を引き下げ、逆に酒価の引き下げは需要を増大させる。酒の価格が低ければ、アルコール関連問題を惹起しやすい。酒の国際的な相対価格を知るために、WHOは前掲書に「ビールーコーラ比率」を載せている。それによると、ノルウェー3.47、イタリア3.33、スウェーデン2.05、フランス1.81、ドイツ1.60、日本1.54となっているが、アメリカは1.00である。WHOの資料によると、1人当たりのGDPに関連させたアメリカのビールに関する相対価格は、世界104カ国のうちで2番目の安さ、ワインも95カ国のなかで2番目の安さ、蒸留酒も90カ国のなかでやはり2番目の安さ。アメリカは自国の経済力のせいで酒類の相対価格がきわめて安価になっている。

以上見てきた通り、アメリカにおける入手規制と接近規制は総合的に「相当甘い」と筆者は考える。酒類の相対価格の異様な低さは、アルコール関連問題を防止する点で致命的である。若者には厳しく対処しているものの、小売規制は「やや厳しい」が、広告規制が甘く、飲酒運転防止策も大甘である。15歳以上のアメリカ国

民の1人当たりの年間消費量が、純アルコール換算で8.15リットル。入手規制、接近規制が「相当甘い」のに8.15ℓでおさまっているのは、1つには禁酒家の伝統的な多さ、もう1つには啓蒙活動の活発さがその原因として存在すると思われる。

ここでWHOの文献から離れる。アメリカのアルコール政策で際立ってすぐれているものがある。アルコール医療とセルフヘルプ・グループの充実という点では他国を圧倒しているのである。現在のアメリカのアルコール・薬物の治療施設は、約13,000施設<sup>27</sup>であり、日本のアルコール医療とアルコール系の社会復帰支援施設の合計がおおよそ600施設<sup>28</sup>であることから判断すると、アメリカのアルコール医療は格段に発達している。今日のアメリカにおけるAAメンバーは、周知のように約100万人であり、日本のアルコール系セルフヘルプ・グループの総計が約13,000人<sup>29</sup>である。世界にAA運動が広がっており、世界の総数が約180万人であるから、その大半がアメリカに存することになる。

### 2.1.3 現代スウェーデンのアルコール政策

ふたたびWHOの前掲書に戻る。スウェーデンは15歳以上の国民1人当たりの年間消費量（純アルコール換算値）が世界で第57位の6.86リットル<sup>30</sup>であり、アセトアルデヒド脱水素酵素にかかわる欠損をもつ日本人よりも少量である。同国は、交通事故や肝硬変による死亡率が世界でもっとも少ない国の1つである。小売が専売店に限られているのは、むろん消費を抑えるためである。しかも、小売に関して、〈時間〉、〈日〉、〈場所〉、〈店舗数〉の規制がそろってある<sup>31</sup>。

酒類の法定購入可能年齢が、飲酒店の場合、ビール、ワイン、蒸留酒とも20歳であり、欧米の平均値より相当厳格である。飲酒運転に対す

<sup>26</sup> 『日本の税金』 岩波書店、2003、151ページ。

<sup>27</sup> 約13,000施設 水井忠訓 田所溢不「海外における社会復帰システムや施設の現状に関する調査」（『厚生労働省 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』、2006年）、48ページ。

<sup>28</sup> 600施設 ①アルコール医療が約270施設（『まるごと改訂版 アディクション』ASK、2002年、144～401ページ。②社会復帰施設（作業所や中間施設）が338施設。

<sup>29</sup> 約13,000人 AAが約3,000人。断酒会は会員が約10,000人。

<sup>30</sup> 6.86リットル WHO、Global Status Report on Alcohol 2004、2004、pp.12。

<sup>31</sup> 規制がそろってある WHO、Global Status Report : Alcohol Policy、2004、pp.28。

る防止策として、血中アルコール濃度の許容値が0.2パーミルに定められている<sup>32</sup>が、これは世界でもっとも厳格な許容値である。無作為呼気テストの実施頻度も「しばしば」なのである<sup>33</sup>。この2つの対策は1対のものであり、総合的に飲酒運転防止については世界でもっとも厳しいゾーンに位置する。酒類の広告・宣伝に関する規制も厳しい。このことについては執行も厳正である<sup>34</sup>。国立のテレビ、ラジオ、また印刷物での広告は、法律で禁止されているのである。

すでに書いたようにスウェーデンはEUに加盟してから酒税を引き下げた。このためビールの酒税は国際的に低い部類に属し、ワインは中くらいである。ただし、蒸留酒の酒税がきわめて高い。実はスウェーデンでは、アルコール度数の高い酒類ほど酒税率が高い<sup>35</sup>が、これは度数の高いものほど健康を害する可能性が高いからである。度数の高い酒類、とりわけ蒸留酒の酒税を高く設定することで、国民の飲酒に関して、飲むのならなるべくビールなどに導こうとしている。

WHOの文献では、世界のなかではスウェーデンの酒類の相対価格が、安いほうからかぞえて、ビールは第13位、ワインも第13位、蒸留酒は第27位<sup>36</sup>である。EUに押されて酒税を引き下げてこうなった。同国では伝統的に酒税を高く設定することによって酒価を引き上げ、国民の飲酒を健全なものに誘導してきた。すなわち、酒類の①入手規制、②接近規制、③購買欲求抑止という3領域にわたるコントロールによって、過飲を防止してきた。

### 3.1 アメリカ・・・自由であるために

この節ではアメリカとスウェーデンの政策をみつめなおし、アルコール政策の理念と政策方向を検討したい。早くから欧米では、アルコール政策のあり方をアルコール関連問題抑止対策のフレームで認識されているが、酒類購買の規制については下記の表のようになっている。

入手対策は、社会的酒量そのものに対する規制であり、直接的効果を発揮する。接近対策は、その酒量への接近規制であり、間接的効果をおよぼす。需要抑止対策は、酒類を欲しないようにする生活づくりである。むろん入手対策、接近対策、需要抑止対策は相互に関連している。したがってアルコール関連問題を削減する政策は総合的に追求される必要性が浮き彫りになってくる。

酒類販売・購入からみたアルコール関連問題削減策としては、アルコール販売を制限する入手対策、法定飲酒可能年齢の遵守や酒価の値上げあるいは販売の時間、場所などの規制からなる接近対策、過度広告に対する規制や女性層をターゲットにした新商品開発への中止活動などが、需要抑止対策として考えられる。入手規制は国家権力による明確な直接的介入であるから、アルコール製造・販売が専売制化している北欧諸国や国営化されていた旧ソ連などの旧社会主義国において可能であっても、アメリカや日本などの自由主義経済の国では現実的に採用しにくいものである。

禁酒法は、むろん入手規制に重点を置くもの

対策	目的	具体例
入手対策 (availability control)	直接的	専売制・禁酒法
接近対策 (accessibility control)	間接的	販売規制
需要抑止対策 (demand control)	環境的	教育・啓蒙・保健対策

<sup>32</sup> 0.2パーミルに定められている WHO, Global Status Report : Alcohol Policy, 2004, pp.37.

<sup>33</sup> 『しばしば』なのである WHO, Global Status Report : Alcohol Policy, 2004, pp.37.

<sup>34</sup> 執行も厳正 WHO, Global Status Report : Alcohol Policy, 2004, pp.69.

<sup>35</sup> アルコール度数の高い酒類ほど酒税率が高い Alcohol Policy in the Nordic Countries, Document for the meeting between the Nordic Ministers of Health and Social Affairs in Copenhagen on 18 October 2004, pp.5. 「スウェーデンは、NOKでハード・リカーは183.79、ワインは20.23、ビールは6.74」。

<sup>36</sup> ビールは第13位、ワインも第13位、蒸留酒は第27位 WHO, Global Status Report : Alcohol Policy, 2004, pp.46.



であったが、既述したようにアルコール問題への司法化としての色彩が濃いものであった。近年アメリカには禁酒法が失敗していたと見ることはできないとする研究<sup>37</sup>がある。禁酒法の時代にアメリカでは肝硬変が約50%も減少し、消費量ももっとも低い水準に達していた<sup>38</sup>からだ。が、大衆の支持が得られなかった。同法の廃止後、アルコール・コントロールという考えが浮上したが、その後の国情をみると政策観が十分に成熟しなかったようである。

ヒューズ法を点検してみると、それは、連邦・州・市における所管の明確化、アルコール乱用・依存症にかかわる国立研究機関、連邦による州などへの補助金制度においては第1次予防（依存症の予防）であり、アルコール医療の充実やEAPの制度化においては第2次予防（早期発見・早期治療）であり、セルフヘルプ・グループとの連携と支援においては第3次予防（再発防止・リハビリ・社会復帰）である。ヒューズ法とヒューズ法施行後の動きを関連づけて把握すると、同法の本質は酒害予防法であっても、さらに踏み込んで酒類の製造・販売において社会的責任が十全にとられる内容をもつものではなかった。つまり、アルコール依存症対策に傾きすぎ、酒類消費の危険性に対する政策的対応が弱かったと考えられる。要するに、総量抑制に至る、酒類の売られ方への規制が足りないまま時代が過ぎ去ったと思われる。

ヒューズ法以後、アメリカは酒類購入可能年齢を21歳に引き上げ、Youth BAC Laws<sup>39</sup>で厳しい姿勢を示し、ビール樽登録法で若年飲酒を抑制しようとしている。これらは青少年における酒害対策であり、アメリカの成人に対するその種の取り組みが弱いことを考えると、アメリカが第2次大戦後の国際社会で子どもの権利を擁護することを通して、世界に対してリーダーシップを発揮しようとしたことと深い関係があるように思われる。青少年への酒害対策の有り様から、ヨーロッパではビールなら15、16歳で

も購入できる国があることを勧告すると、アメリカ社会が、青少年のかけがえのなさ、未来性を信じていると推断できる。

さてアメリカ成人における飲酒運転防止策となると、BAC許容値が0.8パーミル、無作為呼気テストが「なし」という状況である。近年この国では飲酒運転者にかかわる司法的拘束や自動車預かり・売却が行なわれている<sup>40</sup>にせよ、アメリカの飲酒運転対策が非常にゆるやかであることに変わりがない。先に結論からいえば、アメリカ社会が道路上の安全を重んじることは他の国と変わりがないが、アメリカ人が飲酒と自己決定の自由にこめていた価値は結果的に道路上の安全という価値に優るものなのだ。

小売3種において規制されているが、北欧諸国と比較するとまだまだ改善の余地がある。問題であるのは、アメリカにおける酒類の相対価格が信じられないほど安いことだ。これは、資本主義世界市場における同国経済力の圧倒的優位を示すが、酒害に関する国家的損失が突出した状況<sup>41</sup>であるとき、実質的に酒価政策に手がつけられていないことは、大きな問題である。同国では企業における営業の自由ならびに飲酒と自己決定の自由については神聖なものとして対処されているということの1つの表現だろう。要するに、企業における営業の自由ならびに飲酒と自己決定の自由は視野一杯に見つめるが、酒類の売り方・売られ方における危険性あるいは入手しやすい価格の低さはさして問題視しないということである。このように企業サイドにおける自由の主張の強さは、広告規制が法制化されたものではなく、業界の自主基準によるものであることと通底している。

アメリカでもアルコール関連問題が頻発しているが、その主因は適切な価格政策が採られていない点にあると筆者は考える。売り方における社会的責任、さらに踏み込んでいえば酒価に公衆衛生的コストを導入していない点にアメリカのアルコール政策の未成熟さが存すると思

<sup>37</sup> 失敗していたと見ることはできないとする研究 Griffith Edward et al.、Alcohol Policy and Public Good、New York、Oxford University Press、1994、pp.130-132.

<sup>38</sup> 低い水準に達していた Thomas K. Greenfield、Alcohol Policy、The Alcohol Research Group of the Public Health Institute、Berkeley、pp.7.

<sup>39</sup> Youth BAC Laws Alexander C. Wagenaar、Alcohol Policies in The United States : Highlights from the 50 states、pp.8.

<sup>40</sup> 売却が行なわれている A. C. Wagenaar、Alcohol Policies in The United States : Highlights from the 50 states、pp.9.

<sup>41</sup> 国家的損失が突出した状況 Thomas K. Greenfield、Alcohol Policy、The Alcohol Research Group of the Public Health Institute、Berkeley、pp.15-17.「総額986億ドル」と記述されている。

う。

はるかな昔、メイフラワー契約において、入植者各自が神と直接的に契約し、日々働くことによって、救いが保障されると捉えた。つまり、プロテスタントでは自由は自立そのものであった。フロンティアにむかっての西部開拓の試練や独立の危機を通して、自立的な自由や自助の精神はいっそう堅固になったのである。酒類の売り方における社会的責任もしくは適切な酒価政策を展開していくのは、アメリカ国民が上述の自由に大きな価値を置いているからだと思筆者は考える。

### 3.1.2 スウェーデン・・・社会的であるために

WHOの「世界アルコール政策白書」(32-34ページ)によると、ほとんどの国では飲酒店(バー、パブなど)と小売店(酒屋、スーパーなど)に酒類の法定購入可能年齢に差を設けず、同一年齢で飲むことと買うことを定めている。制限に年齢差があるのは、デンマーク、ギリシャ、ルクセンブルク、スウェーデン、イスラエル、マルタの6カ国だけだ。これらの国では、スウェーデンを除いて飲むこと(飲酒店)に厳格である。たとえば、ビールに限れば、デンマークは飲酒店18歳・小売店15歳、ギリシャは飲酒店17歳・小売店「なし」、ルクセンブルクは飲酒店16歳・小売店「なし」である。このように年齢差のある国でも、スウェーデン以外は、買うことには規制がゆるやかであったり、制限がなかったりする。これは、買うことは飲むことと同じではないと判じているか、買うことまで規制できないと判じているようだ。スウェーデンでは飲酒店18歳・小売店20歳である。世界でスウェーデンだけが売ることを厳しく規制し、一方、飲むことについては、相対的にゆるやかに規制している。

スウェーデンは酒害削減に高度に発達した国でありながら、飲むことは個人の権利であり、そこまでなかなか統制できないと考えているようである。同国だけが小売店について年齢規制が厳正なのだが、これはどういうことだろうか。第一義的に、酒害削減の目的価値 > 売買の自由価値、ということであると考えられ、

次に、売り方における規制 > 飲み方における規制、ということであろう。小売における年齢規制が飲酒より厳正であることと専売制(小売)と同一の原理であると考えられる。というよりも、専売制を小売において維持していることの目的ないし価値が、小売店での厳格な年齢制限となって表現されていると思われる。1955年に割当て配給制が撤廃され、翌年に専売制が始まったが、このとき製造、輸出、輸入、卸売、小売に公社があった。1995年のEU加盟時、専売制は製造、蒸留酒の卸売、小売にあった。現在、小売のみに専売制が敷かれている。

スウェーデンにおける専売制について考察したい。

専売制は半ば産業政策だと考えられる。第二次大戦後の40年代後半から50年代の後半にかけて資本主義諸国では、国家による市場への介入が強まった。そのキーワードは、計画である。1950年代、スウェーデンでは市場の需給調整能力が信じられず、生産は計画によって統制されなければならないと考えていた。アルコール産業の生産と分配を公社化することで、その所有と経営を公共の利益の下に置こうとしたのである。専売制のもう1つの意味は、保健政策に存する。国民投票において禁酒法が不成立に終わり、「割当て配給制」が誕生する。司法化を選んだアメリカの禁酒法と異なって、スウェーデンは国民保健を志向しての「割当て配給制」であるものの、飲酒と自己決定の自由を尊重する政策からは遠いものであった。このため、国民の健康増進を第一義としつつ自由を保障するためにも専売制に踏み込んだと考えられる。

スウェーデンにおけるアルコール政策が揺らいでいるが、将来も消費量抑制の観点から小売の専売公社を死守する方針がつけられている。

上記のように酒害削減に大きな価値を掲げるスウェーデンは、酒類の売り方・売られ方において社会的責任を果たそうとする。小売店に<時間>、<日>、<場所>、<店舗数>の規制があるのも、蒸留酒の酒税が高率であるのも、広告規制が法律によるものであるのも酒類の売り方・売られ方における社会的責任を果たそうとする政策意思から生まれたものである。

WHOによる依存性薬物の分類とその特性（1963年）

型	精神的依存	身体的依存	耐性の獲得
モルヒネ型	+++	+++	+++
アルコール型	++	+++	++
コカイン型	+++	-	-
大麻型	++	-	?
覚醒剤型	+++	-	++
カート型	++	-?	-?
幻覚剤型	++	-	+?

(中村希明『薬物依存』 講談社 1993年 32ページ)

#### 4.1 おわりに

それでは、酒類の売り方・売られ方において規制しなければならないのは、なぜだろうか。この理由を既述したが、最大のそれは、酒類は普通の商品ではなく致酔性・致死性・依存性をもつ薬物でもあるという点にあると筆者は考える。酒は、食品・飲み物・薬物という3属性をもつが、その薬物性は上の表の通りである。

売り方が規制されれば消費量が減少し、アルコール関連問題も削減できる。これは、欧米で確立している公式だ。酒類は大麻、幻覚剤、モルヒネなみに依存性のある薬物であり、まさにここに売り方・売られ方において規制しなければならない最大の理由がある。

最後にポピュレーション・ストラテジーを述べる。アルコール関連問題に関しては疾病と健康という2つの山が別個にあるのではなく、飲酒者に対して酒害が連続的に現われる。疾病、たとえばアルコール依存症者に酒害が集中的に現れる。しかしながら健康領域にある人にも小さな酒害が、たとえば肝機能の低下などが現れる。飲酒者ならば、大なり小なり酒害が出ていると考えられ、その現実においては疾病と健康という2つの山があるのではない。つまり、少数のアルコール依存症者、問題飲酒者に現われる酒害よりも、国民の圧倒的多数の健康領域に現われる酒害のほうが数的に多い。だからこそ、ポピュレーション・ストラテジーにおいて、国民

全体にむけた法的規制、酒税・酒価の値上げ、教育、啓蒙活動が導きだされる。必要なことは、ハイリスク・ストラテジー（アルコール医療）とポピュレーション・ストラテジーの総合化である。わが国においても、個々人に適正飲酒を推奨する政策を採るよりも、酒類の売り方（相対価格の値上げを含めて）を規制するように政策転換を図らねばならないだろう。

#### 参考文献

- アルコール保健指導研究会、『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
- Griffith 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 文化・臨床・政策』ミネルヴァ書房、2003年
- 清水新二、『酒飲みの社会学 アルコール・ハラスメントを生む構造』素朴社、1998年
- 寺西重郎、『日本の経済システム』岩波書店、2003年
- 中村隆英、『日本経済 その成長と構造』東京大学出版会、1993年
- なだ・いなだ、『アルコール中毒 社会的人間としての病气』紀伊国屋書店、1981年
- なだ・いなだ、『アルコール問答』岩波書店、1998年
- Nick Heather and Ian Robertson, "Problem Drinking" New York, Oxford University Press, 1997
- Raul Caetano, "Alcohol" New York, Oxford University Press, 2003