

アルコール健康障害対策基本法をとりまく政策プロセス ——依存症の理解と今後の課題の提示——

田村 充代

序

本論では、「アルコール健康障害対策基本法」(以下アルコール基本法)の成立過程を調査し、分析する。この法は、アルコール依存症その他の多量飲酒、未成年者の飲酒、妊婦の飲酒などの害に関するものである。また、「アルコール健康障害対策に関し、基本理念を定め、及び国、地方公共団体の責務を明らかにするとともに、アルコール健康障害対策を総合的かつ計画的に推進して、アルコール健康障害の発生、進行及び再発の防止を図り、あわせてアルコール健康障害を有する者等に対する支援の充実を図り、もって国民の健康を保護するとともに、安心して暮らすことのできる社会の実現に寄与すること」⁽¹⁾を目的とする。その中でも本論ではアルコール依存症を中心に論じたい。アルコール依存症対策については、一般的に理解が得られていないため、定義、治療などの概要の解説も加えた。

2013年のアルコール基本法は、健康政策の中で重要であるにもかかわらず、メディアではほとんど取り上げられなかった。特定秘密保護法案の方が重視される回であったことも一因であろう。会期末に駆け込みで可決されたことから、「後回し」にされた法案であったことが分かる。2014年6月の施行時に、ようやく法の影響について一部の新聞が取り上げた。このように軽視された法案成立の過程を明らかにすることは重要であると考えられる。また、特に疾病に対する理解が必須であるため、その概要も調査し、まとめた。最後には、今後の課題を付して、政策提言を行う。

世界におけるアルコール依存症患者数は、2500万人と推定され⁽²⁾、厚生労働省の調査によると、日本における患者は3万7千人、潜在的患者は80万人と推定される⁽³⁾。また、厚生労働省研究班によれば、1987年のアルコールによる社会的損失は、治療費で1兆7千億円、生産性の低下や労働不足による企業損失で4兆4千億円(酒税の3倍)と推定された⁽⁴⁾。

酒販免許についても、規制緩和後は、コンビニエンス・ストアなども自由に取得できるようになり、誰でも申請をすることができ、一定の基準を満たせば取得できる。近年は、インターネット・オークションでの取得まで可能になっているような無法状態である⁽⁵⁾。

そのような深刻な状況にもかかわらず、今まで有効な政策が行われてこなかった。特に日本は飲酒に関して寛容な文化をもち、アルコール依存は当人の無責任によるものと考え

(1) アルコール対策法本文より。

(2) WHO 2005年レポート、2010年総会採決の'Global strategy to reduce the harmful use of alcohol'による。

(3) 2011年厚生労働省大臣内閣官房統計情報局による「患者調査」(疾病分類編)による。

(4) 2013年新町クリニック健康管理センター・高木敏「アルコールに関連した医学的問題」p.2。

(5) 小坂行政書士事務所による。

る土壤があるため、英米のような酒類提供時間制限、公共の場での飲酒（パブリック・ドリンクング）の規制などの法は存在しない。

この問題にメスを入れたのは、アルコール依存症に関わる医療提供者と患者の自助グループ等と、超党派の議員連盟である「アルコール問題議員連盟」（会長・中谷元）⁽⁶⁾である。これらのグループは連携して法案作成に携わった。法は2013年に衆参全会一致で成立するに至ったが、2010年の、アルコールに関するWHOの戦略にある、酒類の販売に関する規制、価格の調整については一切踏み込むことができなかった。

第1章では、法律の要旨を紹介、分析し、第2章で、その成立までの政策プロセスについて調査する。第3章では、酒類マーケティングの変化について、第4章では、アルコール依存症の支援の現状と解説を加えた。そして第5章において酒販、価格の制限、また教育などに関する政策提言を行う。

本論でのアルコール依存症の定義は、法に記述された「アルコール依存症の影響による深刻な健康被害」を採用することとする。臨床の現場では、新KAST（新久里浜式アルコール症スクリーニングテスト）⁽⁷⁾やWHOの定義である「ICD-10診断ガイドライン」⁽⁸⁾が適用されるが、ここでは特に記述のない限り、上記の定義で統一したい。

第1章 政策プロセスと法の内容

法成立の背景として、WHOが2010年にGlobal strategy to reduce the harmful use of alcohol（アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略）を発表し、アルコール問題が、非感染症疾患対策の4つの柱のひとつに位置づけられたことがある。加盟国はアルコールの有害な使用を低減するための世界戦略を実施し、国のモニタリング・システムに確実に反映させるようにすることが決議された⁽⁹⁾。このWHOの「戦略」では、アルコールの有害な使用が原因で毎年およそ250万人の命が奪われている⁽¹⁰⁾とされ、アルコールの入手性、アルコール飲料のマーケティングについて政策の介入の必要性が明記された。アルコールの入手性については、小売店の数や設置場所を規制すること、営業日、時間を規制することが提言され、マーケティングについては、その質と量を規制すること、価格の見直しなどが盛り込まれた⁽¹¹⁾。しかし、アルコール基本法がWHOの戦略には添えない部分として、「飲酒そのものを否定しないこと」、「法的規制でなく酒類業界の自主努力の尊重」の2点について加筆修正されたことがある。これは、酒類業中央団体連絡協議会⁽¹²⁾へのヒ

(6) 議連所属議員93名。うち、自民党56名、民主党15名、公明党7名、みんなの党6名、諸派4名。（2013年11月27日時点）

(7) 独立行政法人・久里浜医療センター作成。男性版と女性版がある。1978年に日本で最初に作成されたアルコール依存症のスクリーニングテストで、14の質問項目から成る。2005年に改訂された。

(8) International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems（疾病及び関連保健機関の国際統計分類）であり、ICD（国際疾病分類）と略す。1990年の第43回世界保健総会において改正、採択されたものがICD-10である。定義は、Management of Substance Abuse, Dependence Syndromeより。

(9) 監訳 樋口進、烏帽子田彰「アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略」p.38。

(10) ibid,p.4.

(11) ibid,pp.17-20.

(12) 酒類業中央団体連絡協議会の8団体（日本酒造組合中央会、日本蒸留酒酒造組合、ビール酒造組合、日本洋酒

アリングに基づくものであった。

次に、法案成立までのプロセスを記述する。2010年から、アルコール3学会⁽¹³⁾が協働、公益社団法人・全日本断酒連盟とASK（特定非営利法人アスク）⁽¹⁴⁾が各団体と連携を図り、2012年にアル法ネット（アルコール健康障害対策基本法推進ネットワーク）⁽¹⁵⁾を設立した。同年、超党派アルコール問題議員連盟がアルコール基本法の骨子をまとめた。所管は、内閣府か厚生労働省かについて議論があったが、議連において「当初は内閣府、のちに厚生労働省へ移管する」という所管の変更の議決があった。所管の変更が法律の付則に明記されるのは、法制史上初と考えられる。

アルコール基本法は、2013年11月20日に衆議院に内閣提出法案として提出され、衆議院内閣委員会で当日に可決され、11月21日に衆議院本会議において全会一致で可決された。その後、参議院内閣委員会12月2日可決、12月7日に参議院本会議全会一致可決、成立の運びとなった。12月8日閉会前の滑り込み可決と言えよう。この第185回国会（臨時会）では、安倍晋三内閣で、いわゆる特定秘密保護法の議論が対決法案となり、時間を要したため、提出の回での成立は幸運であったと言える。法律の施行は2014年6月となった。

この法案の要旨は、まず、目的がアルコール健康被害に関し国と地方の責務を明確にし、健康被害対策を推進すること、予防すること、また健康障害を持つ者の支援、保護をすることである。これにより、国と地方公共団体は、アルコール健康障害対策の策定をしなければならない。また、一方で、「努力義務」とどまっているものとしては、酒類の製造、販売を行う事業者の責務が挙げられる。彼らは、アルコール健康被害の発生、進行、および再発の防止に「配慮するよう努める」⁽¹⁶⁾のみでよい。この点について、国の責務は「事業者の自主的な取組を尊重しつつ」施策を講じる、とされ、酒類メーカーには法律的規制が及ばないように配慮している。これは、前述のように、酒類業中央団体連絡協議会へのヒアリングに基づく配慮である。この点において及び腰の基本法となったため、酒が非常に手に入りやすく（入手性）、価格が安く（価格の見直し）、いつでも買え、飲食店などで提供されるという環境に変化をもたらすことがない。数少ない変更点のひとつとして、広告の規制を自主的に取り決めたルールが「酒類の広告審査委員会」によって制定された。次章では、この広告（マーケティング）の変化について述べる。

酒造組合、全国卸売酒販組合中央会、全国小売酒販組合中央会、日本ワイナリー協会、日本洋酒輸入協会）で構成されている。2006年発足。

(13) 日本アルコール・薬物医学会、日本アルコール関連問題学会、日本依存神経精神科学会

(14) 設立1983年、2000年特定非営利活動法人として登記。

(15) 2012年設立。事務局 ASK／全日本断酒連盟 加盟団体：特定非営利活動法人ASK（アルコール薬物問題全国市民協会）、アディクション問題を考える会（AKK）、アルコール・薬物施設連絡会、イッキ飲み防止連絡協議会、全国マック（ジャン・ミニー・アルコールセンター）協議会、公益社団法人全日本断酒連盟、日本アディクション看護学会、日本アルコール看護研究会、日本アルコール関連問題学会、日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会、日本依存神経精神科学会、日本アルコール・薬物医学会、財団法人日本キリスト教婦人矯風会、日本禁酒禁煙協会、一般財団法人日本禁酒同盟。

(16) アルコール対策法 第6条（事業者の責務）

第2章 酒類のマーケティング

酒類業8団体で組織された団体である酒類業中央団体連絡協議会は、「酒類の広告審査委員会」を設け、1992年より、酒類の広告の自主規制を行っている。アルコール基本法の法案作成においては、ヒアリングを受け、議連が法案を修正した。自主規制は、2012年11月1日に最新の規制にアップデートされた。基本的な考え方として、社会的責任を果たす、とし、酒類の表示、広告の自主規制を定めた。

最も大きな変化は、テレビ広告を行わない時間帯を制定したことである。自主規制ではあるが、企業広告、マナー広告は除かれるものの、酒類の商品の表示、飲酒シーンの放映を、午前5時から午後6時まで禁止した。これにより、昼間、夕方の早い時間の酒類の広告は事実上なくなり、大学駅伝などの昼間のイベントのスポンサー企業は、飲酒シーン抜きの「ビアホールを建設する」シーンのみで広告を構成するような苦肉の策をとることになった。また、主に酒のつまみとして販売されるものも、この基準を参考にし、つまみの横にウーロン茶のような飲料を配置するなどの工夫を行っている。また、酒類業者がテレビ、ラジオのスポンサーになるためには、視聴者の70%が成人である企画のもとに制作されたものを選定しなければならない。そして、未成年者にアピールするキャラクター、タレントを広告のモデルに使用しないことが明記された。

公共交通機関には、車体広告、車内独占広告、自動改札ステッカー広告、階段へのステッカー広告、柱巻き広告を行わないと定められた。注意表示について、特にテレビでは、30秒以上の広告において、2秒以上にわたり「未成年者の飲酒は法律で禁じられています」、「お酒は20歳になってから」などの表示義務がある。上記のほとんどの自主規制は、ノンアルコール飲料（ゼロアルコール飲料などの代替品）にも適用される。

しかしながら、自主規制にもかかわらず、電車のいわゆる「中吊り」広告の規制は外されたため、電車の利用者は、一年中酒類の広告にさらされることになっている。先だって、たばこの広告が、マナー広告を除き、全面禁止となったことを鑑みると、今の広告自主規制は大変に甘い。その上、この自主規制は、「遵守に努める」、「問題の是正に努める」とだけ記され、2012年12月1日からの自主規制の実施に関しても、「施行日から実施できない場合は、できるだけ早期に実施する」ことのみ求められている。酒類業界の意向、圧力に法案提出者が屈して修正に応じたことが、この状況を生み出したと言える。

第3章 アルコール依存症の社会的理解

アルコール依存症の定義は、アルコール基本法によれば、「アルコール依存症の影響による深刻な健康被害」であるが、医学的な面から詳しく述べる。

ICD-10によれば、「かつて重要であったことよりもアルコールを摂取することを重視するようになる、心理、肉体、行動、認知の状態」とされる。そこにおける診断のガイドラインは、強い欲望、コントロールの困難、離脱症状（禁断症状）、耐性、他の楽しみの無視、などである。これらの症状の評価を総合し、診断する。また症状の特筆すべき特徴としては、否認（本人が認めない、過小評価をする、嘘をつくなど）、社会的問題（自殺、事故、家

庭内暴力、家庭崩壊、失職、借金など)を引き起こすことが挙げられる⁽¹⁷⁾。

厚生労働省は、「多量飲酒」とは、「健康21」⁽¹⁸⁾の中で、一日におよそビール中ビン3本、日本酒3合弱、25度焼酎300mlに相当するアルコールの摂取と定義づけている。アルコール依存症に罹患しているのにもかかわらず、病識がない者のために、自己診断の手助けをするテストがいくつかある。新久里浜式テスト(新KAST)は、日本での代表例である。男性版のテストは、「酒を飲まないで寝付けないことが多い」、「酒を飲まなければいい人だとよく言われる」、「朝酒や昼酒の経験が何度かある」などの項目があり、女性版には、「飲酒しながら仕事、家事、育児をすることがある」、「私のしていた仕事をまわりのひとがするようになった」などの独自の項目があり、点数が高いと、アルコール依存症の疑いが高い群で、専門医療の受診を薦めると書かれている。しかし、実際には、一般の患者予備軍が気軽に受診できる専門医療機関へのアプローチが難しいことが問題である。

アルコール依存症の治療は、大きく2期に分けられる。多くは入院治療から始め、病気を認識し、治療への動機付けをする、その上で離脱治療、合併症治療、が第1期である。第2期として、リハビリテーション期間がある。酒害教育、抗酒剤などの薬物療法、断酒、断酒会、AA(アルコールリクス・アノニマス)などの自助会への参加のフェーズがある。⁽¹⁹⁾ AAが政策プロセスに登場しない理由は、会の趣旨に「AAはどのような宗教、宗派、政党、組織、団体にも縛られていない。また、どのような論争や運動にも参加せず、支持も反対もしない。」との規定があるためである。後の行動段階にのみ、協力をしている。自助会の断酒会は、本名で、主に夫婦での参加を奨励する活動を行い、一方で、AAは、匿名(アノニマス・ネーム)で、集団での患者の語りを行うミーティングが中心である。日本において、日本断酒連盟(断酒会)の会員は約8000人、AAの会員は約3000人から5000人とされる。

薬物療法について詳述すると、シアノマイド(シアナミド)、ノックペン(ジズルフィラム)という嫌酒薬が投与されることが多い。これらは、服用後にアルコールを摂取すると、酔いが強く現れ、直ちに二日酔いのような不快な経験をする薬である。この体験によって、飲酒の欲求を抑える効果が期待される。2013年認可のレグテクトという薬(アカンプロサートカルシウム)は、飲酒に対する欲求を直接抑えるものとして処方されている、医療保険適用の薬である⁽²⁰⁾。いずれにしても、薬を止めれば再飲酒できるため、薬物療法と自助会への参加の双方が必要となる⁽²¹⁾。

第4章 アルコール問題と日本社会

アルコールは、社会的損失も大きく、患者と潜在的患者が多いだけでなく、飲酒運転による被害も深刻である。また、精神病との因果関係も指摘されており、依存症に関する治療費も非常に多大であることが浮き彫りになっている。治療法としては、薬物治療と自助会への参加の組み合わせが中心であり、決定的な短期の治療はできない。医療関係者の間

(17) 樋口進、松下正明、加藤敏、神庭重信 編『アルコール依存：生物学的背景』 弘文堂 2008年。

(18) 2000年～2012年、第2期2013年～。

(19) 独立行政法人・久里浜医療センター「治療プログラム」、日本新薬「アルコール依存症ナビ」参考。

(20) 2013年5月、日本新薬により発売。

(21) イーファーマ「レグテクトによる断酒補助の仕組み」より。

では、「マジックナンバー 52」と言われる、アルコール依存症者は52歳前後で亡くなるという定説がある程、治療につながっても短命という深刻な病気である⁽²²⁾。この疾患の治療の現状について述べる。

飲酒習慣のある者(週に3回以上飲酒し、飲酒日1日あたり1合以上を飲酒すると回答した者)の割合は、男性34.0%、女性7.3%、総数で19.7%である。男性で最も多い年代層は、50歳から59歳であるのに対し、女性では、40歳から49歳である。比較として、習慣的に喫煙している者の割合の総数は20.7%であり、ほぼ同率である⁽²³⁾。飲めるか飲めないかの観点から、飲酒をする者の比率は、2008年の調査で、男性84%、女性61%であり、男性の飲酒人口は5229万人であり、女性の飲酒人口は3919万人で、合わせて9229万人である⁽²⁴⁾。

アルコール乱用による社会的損失として、医療費に1兆970億円かかり、それは、国民医療費の6.9%に相当する。社会的損失の総額は6兆6375億円であり、GDPの約1.9%と推定されるとする研究がある⁽²⁵⁾。自殺との関連については、既遂者の21%が死亡1年前にアルコール問題を呈し、しかもその80%がアルコール使用障害の診断に該当することが明らかにされている。その多くは仕事を持つ中高年男性である⁽²⁶⁾。DVとの関連では、一般住民調査によると、刑事処分を受けたDV事件例では、犯行時に飲酒していた者が67.2%に達している⁽²⁷⁾。

日本国民1人あたりの平均アルコール消費量は、15歳以上で1年に約8リットル(およそ焼酎2・2ℓ+ビール1・9ℓ+清酒1・0ℓ+スピリッツ0・5リットル+ワイン0・4ℓ+その他2・0ℓ)である⁽²⁸⁾。アルコール依存症の患者数は2011年では3万7千人であり、急性アルコール中毒の患者は1年で1000人となる⁽²⁹⁾。2002年の道路交通法の改正により、飲酒運転は減少したものの、その効果は限定的である。

また、無視できないのは、飲酒運転とアルコールの因果関係である。アルコール基本法にも盛り込まれたように、しかし、現在の日本では、アルコールの影響下にある者の違反に対して、罪を罰するのみで、教育は全くなされていない。アメリカにおけるDriving-Under-the-Influence Court⁽³⁰⁾のように、教育も含めた措置をとる機関がない。依存症患者、特に病識のない依存症患者の再犯率は高く、早急に対策を講じる必要がある。

2008年の神奈川県警察本部交通部交通総務課と久里浜アルコール症センターの共同研

(22) 仮屋暢聡『アルコール依存の人はなぜ大事なときに飲んでしまうのか』2009年阪急コミュニケーションズ p.159。

(23) 樋口進 分担研究報告書「成人の飲酒と生活習慣に関する実態調査研究」2009年厚生労働省科学研究費報告書より。

(24) 総務省統計局「人口推移の結果の概要」2008年(人口総数は1億2769万2千人である。)

(25) Nakamura K, Tanaka T 'The Social Cost of Alcohol Abuse in Japan' J Stud Alcohol. 54, pp.618-625, 1993.

(26) 赤澤正人, 松本俊彦, 勝又陽太郎ほか「死亡1年前にアルコール問題を呈した自殺既遂者の心理社会的特徴」『精神医学』52, pp.561-572, 2010.

(27) 清水新二「アルコールとドメスティックバイオレンス——その直接効果と間接効果」『別冊医学のあゆみ・アルコール医学。医療の最前線』医歯薬出版 pp.148-151, 2008.

(28) 厚生労働省「成人の飲酒実態と関連問題の予防について(成人の飲酒実態)」2003年。

(29) 厚生労働省「患者調査(傷病分類編)厚生労働省大臣内閣官房統計情報部」2011年。

(30) 飲酒運転で2回検挙された者へのアルコール依存症の治療プログラムでは、再犯率が約30%減少した。Deyoung DJ. 'An evaluation of the effectiveness of alcohol treatment, driver license action and jail terms in reducing drunk driving recidivism in California', Adiction 92, pp.989-997, 1997.

究⁽³¹⁾によれば、多量飲酒者（純アルコールで12.5ml）の「飲酒運転あり＋検挙あり」の群は、男性66.3%、女性50.0%にのぼる⁽³²⁾。また、飲酒運転者におけるアルコール依存症患者は、そうでない者と比して男性で19.2倍、女性で142.4倍である。飲酒と運転に関する適切な教育が必要であり、常習飲酒運転者の多量飲酒・アルコール依存への対応、まずは、国レベルでの多面的な調査・研究の必要性が求められる⁽³³⁾。その上で、教育・治療体制を整えるべきだ。

また、アルコール依存症と、精神疾患との因果関係も明らかになっている。気分障害（mood disorders）患者中の多量飲酒者の割合は12.3%であり、アルコール依存症の患者の割合は、29.2%である。また、不安障害（anxiety disorders）における多量飲酒者の割合は29.1%アルコール依存症患者の割合は36.9%である⁽³⁴⁾。前述のように、自殺との因果関係も明らかにされており、早急の対策が必要である。

第5章 アルコールに関わる政策提言

アルコールによる健康被害、死亡を少なくするために、6つの政策提言を行う。「入手性」、「価格見直し」、「マーケティング」、「若者への教育」、「潜在的患者を治療につなげる」、「飲酒運転に関する教育・治療」に関する提言である。以下、詳述する。

「入手性」については、販売の時間、場所を制限することによって実現できる。時間制限は、自動販売機においては夜11時から朝5時までは販売しないという点⁽³⁵⁾で実現しているが、未成年がアクセスしやすい販売形態である。また、コンビニエンス・ストアでは24時間購入することができる。英米の一部のように、日曜日の午前中は販売しない（飲食店を含めすべての販売を中止する）など、連続飲酒を防止するような対策が必要である。場所の制限については、酒販免許が取りやすくなったため、酒屋以外での入手が容易であることから、年齢確認を厳格にできる販売方法にのみ限るなど、酒販免許制度の見直しが急務である。酒類の販売サイズについても規制のある国を参考にし、例えば焼酎の2リットルボトルなどは一般には小売りせず、小口で販売するなどの工夫ができよう。飲食店においては、一部のグループ企業で年齢確認が行われている他は、特に制限はない。飲み放題の禁止、一気飲みの禁止などの措置が考えられる。公の場での飲酒の場所を制限することも効果がある。カップ入り日本酒を白昼堂々と電車で、公園で、飲める状況はいかかなものか。

「価格見直し」について、ビールの販売価格を下げるために、日本では発泡酒、リキュール類などのビール類似品が販売されている。酒税は、高い順に、発泡酒（麦芽比率25～50%未満）（ビール）、発泡酒（麦芽比率25%未満）、甘味果実酒・リキュール、その他の発泡性酒類（ホップ等を原料としたものを除く）となっている。日本は、酒税の比率を少なくするた

(31) 「飲酒と運転に関する調査・結果報告書」2008年。

(32) 尾崎米厚、松下幸生、白坂知信、廣尚典、樋口進「わが国の成人飲酒行動およびアルコール症に関する全国調査」『日本アルコール・薬物医学会雑誌』13,pp.229-235,1978.

(33) 「飲酒と運転に関する調査・結果報告書」2008年。

(34) Ismene L.Petakis, Gerardo Gonzakez, M.D., Robert Rosenheck, M.D., and John H. Krystal, M.D. 'Comorbidity of Alcoholism and Psychiatric Disorders', National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIH.

(35) 国税庁告示第9号、1989年「未成年者の飲酒防止に関する表示基準を定める件」。

めに、多くの国民が「ビールもどき」を飲むという、異様な状況にある。発泡酒の消費量は、2002年のピーク時で、248万kl/年であり、ビールの276万kl/年⁽³⁶⁾に近づいている。

WHOの「戦略」にある価格の見直しについて、日本にもできることは多い。第一には、税率を上げる、または据え置いて、発泡酒、新ジャンル商品⁽³⁷⁾もビールと同率に引き上げることを提案する。アメリカ、イギリス、フランス、ドイツでは、ビール333mlでおおよそ小売の実勢価格が100円程度であるが、日本では、350ml缶で190円前後である⁽³⁸⁾。日本のビールの税率は、イギリスと比して1.93倍と高い。日本の「ビール酒造組合」「発泡酒の税制を考える会」は、ビール、発泡酒の税率の大幅な引き下げを要望している⁽³⁹⁾が、上記諸ヶ国の税率で計算すると、日本のビールの小売価格はおよそ209円となる。日本は税抜きの高原価が非常に高いため、ビール等の価格が高いことが分かる。ここで、発泡酒の税率を下げることは、アルコールの入手性を大幅に高めることになるため、危険である。特に発泡酒は、家庭用での「利用シチュエーション比較」で、95.8%を占めており⁽⁴⁰⁾、税率を下げるべきではない。

症状の重いアルコール依存症者が最も好んで飲むと思われる、安価でアルコール度数の高い焼酎とスピリッツの酒税は、発泡酒の42%であり⁽⁴¹⁾、きわめて低率である。アルコール度数の高い酒類への増税は急務である。

第2に、社会のアルコールへの依存を避けるためには、タバコのように、価格を上げることによって依存症予備軍を社会的ドリンカーやノン・ドリンカーに戻す政策も有効である。WHOおよび連携機関は、世界禁煙デーに「たばこ税を上げよう(Raise the Tobacco Tax)」というキャンペーンを行うことで、タバコ害から命を救う行動をとっている。タバコ1箱(フィリップ・モリス社マルボロ)の値段が8ドル(約960円)⁽⁴²⁾以上の国は、アメリカ、カナダ、イギリス、フランス、ノルウェーなどである。

「マーケティング」については、やはりタバコ産業に課した規制のように、未成年者、妊婦の飲酒を禁止するだけでなく、健康な成年にも飲酒をすすめることのないように配慮すべきであると考え。第4章で述べたように、アルコールによる健康被害は、国民の健康と生命、また国家財政に関する大きな問題である。タバコ問題において、税収よりも医療費や間接被害の方が金額的に上回る、という功利主義的立場から、タバコの規制が進んだように、アルコールも同様に功利的に判断し、規制を厳しくすべきではないか。財務省の大局的視点が求められる。そこで、「一切の広告の禁止」と「酒害の広報」を提言する。

日本での広告においては、「お酒は20歳になってから」のような注意喚起文言の記述については、既に行われている。タバコに倣い、まずその文言を厳しくする。例えば、「多量飲酒は肝機能障害、肝臓がんの原因となります」との注意喚起にする。次に、テレビ広告とラジオ広告をすべて取りやめる。現在は、明らかに若い女性をターゲットにした広告や、

(36) 2010年データ。資料国税庁「酒のしおり」より。

(37) 新ジャンル製品とは、「その他の醸造酒(発泡性)①」と「リキユール(発泡性)①」(酒税法第23条第2項3号のイおよびロに規定された種類)のことをいう。

(38) Amazonと三越伊勢丹の「キリン一番搾り」350ml缶の平均価格。

(39) 「ビール酒造組合」「発泡酒の税制を考える会」編「日本のビール・発泡酒・新ジャンルと税」2012年。

(40) 「ビール酒造組合」「発泡酒の税制を考える会」編「ビールと発泡酒の利用シチュエーション比較」2011年。

(41) アルコール分1度リットル当たりの酒税比較。

(42) 1ドル120.091円、2014年12月23日現在。

未成年者が、飲酒できる「オトナ」に憧れさせるような内容の広告が多いからである。電車のいわゆる中吊り広告も禁止する。当然、未成年者や妊婦も見るからであり、依存症予備軍や、多量飲酒者の飲酒欲求を増幅させるものであるからだ。また、酒のパッケージに酒害の内臓疾患の写真などを掲載する。これは、日本ではタバコについても行われていないことだが、カナダでは、裏面の2分の1の面積に、グラフィック付きで肺がんの臓器の写真などをローテーションで載せることが義務付けられている。タイでは、裏面全面に写真付きで病気の内臓や、デフォルムした手足などの写真を掲載し、「やりすぎ」と反発を招いているほどである⁽⁴³⁾。

「若者への教育」として、およそ高校生(17歳)までに、未成年飲酒の危険性、急性アルコール中毒、アルコール依存症の症状と治療について、保健などの授業で教育を行うべきである。これには、本人の酒害を回避するという目的だけでなく、家族にアルコール依存症者がいる場合に、迅速に対処し、治療に結びつけ、家族崩壊を防ぐ目的もある。若者を対象にした雑誌などへの啓蒙広告も効果が期待できる。

「潜在的患者を治療につなげる」には、自己診断できる新久里浜式テストなどを広く知らしめ、健康診断などの場で活用ことに効果がある。「メタボ」が流行語になったように、無料で、ある程度の診断ができるアピール性に着目すべきだ。また、依存症ではないかと病識を持ちかけた者が、専門的診療機関にアクセスしやすいよう、厚生労働省や日本医師会などがクリニック等を紹介してはどうか。近年の、経験のない医師による安易な「心療内科」開設などの社会的問題は無視できないが、依存症治療の経験のある医師を選定する、あるいは糖尿病専門医のように、認定に条件をつける等で対応できる。また、アルコールによって完全に生活が破綻している者が、福祉に結びつき、そこから治療へ進めるようにすることは、既に一部で実現しているが、全国規模で積極的に行うべきである。

「飲酒運転に関する教育・治療」とは、まず、若年からの飲酒運転の危険性の教育が必要となる。飲酒運転シュミレーターなど技術の活用に加え、飲酒運転による事故の被害者、加害者の話を聞くなどのファースト・ハンドの知見が重要となる。そして、治療とは、酒気帯び運転、酒酔い運転を犯した者を罰するだけでなく、科料、免許停止、免許取り消し、執行猶予、懲役の他に、運転免許証の返還、更新に際して、依存症のチェックを行い、治療につなげる。単なるビデオ講習は効果がない。また、再犯する悪質飲酒運転者の免許取り上げは、一生とする、などの強硬手段も必要だ。依存症は生涯治らないからである。酒酔い運転で死亡事故を起こした依存症患者が、治療と自助会参加に積極的になる例はあるが、そのような事故の前に治療を受けられるような努力が必要なことは言うまでもない。アメリカのように車が不可欠な社会ではない日本では、実施しやすい施策であろう。それは、財産の差し押さえに際し、アメリカでは車は除外されるが、日本はかなり初期に差し押さえることから分かる。事実上、車を取り上げることが生死に関わらないとの認識の上の実行であろう。

(43) CNN 2014より。

結び

アルコール依存症は、誰でも罹患する可能性がある不治の病だ。幸い、世界的に酒害から国民を守る動きが活発化している。日本も遅れをとるべきでない。そのためには、政府は、酒類業中央団体連絡協議会のような業界団体の意向だけを法律案に反映させることなどをしてはならない。Mothers Against Drunk Driving (アメリカ、飲酒運転に反対する母の会) や、飲酒・ひき逃げ事犯に厳罰を求める遺族・関係者全国連絡協議会のメンバーは、もしも「ヒアリング」をされたら、どう言うであろうか。政府は、モラルとして国民の生命を守り、また功利主義的観点からは、酒税の収入を上回る医療費削減などの金額のメリットに目を向けるべきだ。

タバコに関してできたことは、アルコールに対してもできるはずだ。1970年、タバコを吸いながら、ヒューストンからアポロ13号への指令をしていた時代に、一体誰が今日の嫌煙社会を予想することができたであろうか。アルコールの問題に関しては、酒の文化に固執せず、オープン・マインドで解決に当たるべきだ。

本論文の提言は、「入手性」、「価格見直し」、「マーケティング」、「若者への教育」、「潜在的患者を治療につなげる」についての6点である。今後、ここで提案した施策が実現性を強くもつように、細部にわたる長期的な研究をしていきたい。

(2015.1.22 受稿, 2015.2.6 受理)

〔抄 録〕

本論文では、2013年に成立し2014年に施行された「アルコール健康障害対策基本法」の成立過程を調査し、分析する。

この法は、アルコール依存症その他の多量飲酒、未成年者の飲酒、妊婦の飲酒などの害に関するものである。そこで、酒のマーケティングの現状と問題を示し、アルコール依存症の定義と治療について整理する。その上で、6つの提案、すなわち「入手性」を限定すること、「価格見直し」、「マーケティング」の規制、「若者への教育」、「潜在的患者を治療につなげる」こと、「飲酒運転に関する教育・治療」を行うことを示した。日本においてアルコールは、入手しやすく、どこでも飲むことができ、比較的安いものである。また、広告に対する規制は限定的なものであり、アルコール依存症に関する若者、そして潜在的患者への知識の普及は不十分である。

それらの現状理解、特に広告、マーケティングの問題点を明らかにした上で、右記の提言に基づき、将来の課題を明らかにした。

—Abstract—

This paper reveals and analyses the law making process of the fundamental law on alcohol management which was passed in 2013 and enacted in 2014 in Japan. This law is about harms of alcohol, harms of excessive drinking, drinking by minors and pregnant women. I will show the current status and problems of marketing by the alcohol distributors.

After showing the definition and issues today on alcohol dependence syndrome, this paper illustrates marketing strategies on this matter. Alcohol is easy to obtain, public drinking is not prohibited in any circumstances, and sold at low price in Japan.

Then, I will give 6 solutions to solve these problems. Those are; 1.limiting availability, 2.reviewing price policies, 3.reducing advertisement of alcohol, 4.education for young people, 5.providing medical treatments for potential addicts, 6.education on drunk driving. The goal of this paper is to acknowledge issues we have to solve in the future