

Title	飲酒をめぐる行動, 問題ならびに社会的態度の実証的研究 : 秋田県農山村地域実態調査報告を中心に
Author	清水 新二, 斉藤 征司, 波田 あい子
Citation	大阪市立大学生生活科学部紀要, 31 巻, p.363-382.
Issue Date	1984-03
ISSN	0385-8642
Type	Departmental Bulletins Paper
Textversion	Publisher
Publisher	大阪市立大学生生活科学部
Description	
DOI	

Placed on: Osaka City University

飲酒をめぐる行動，問題ならびに社会的態度の実証的研究

— 秋田県農山村地域実態調査報告を中心に —

清水新二,* 齊藤征司,** 波田あい子***

Drinking behaviors, alcohol problems and the social attitudes toward them
: A survey report of rural areas in Akita prefecture

SHINJI SHIMIZU, SELI SAITO and AIKO HADA

問 題

社会病理ないしは社会問題が成立するために不可欠な構成要素の一つとして、問題視する人々の意識や認知、そしてそれにもとづく人々の社会的反応の問題があげられる。この種の問題は社会的態度研究(social attitude study)として展開せられ、すでに偏見や差別、レッテル貼りや烙印づけ、あるいはスケープゴートティングなどの具体的問題が扱われてきた。

一方、アルコール依存の問題は“社会的診断”といわれるほどに、診断基準や個人がたまたま置かれている問題状況のあり方によっても大きな影響をうけている。フランスとスウェーデンと、そしてまた日本とでは問題の所在やその顕れ方に相違を認め、したがってまたその対策や具体的処遇の内容ならびに適用の仕方もそれぞれに異なってくるのである〔清水, 1982a〕。ここにアルコール依存をめぐる問題についても、社会的態度の観点から検討を加えるべき課題が生じてくる。

従来わが国においてアルコール依存者の問題は、主に医学的アプローチによって研究されてきた。ところが、医学的研究の成果は一方で着実に積重ねられてきたものの、他方では患者化したケースのみをもってアルコール依存の問題全般に一般化しすぎるきらいが無きにしもあらずであった。最近の第9回国際社会精神学会での議論でも、出稼が青森県のアルコール依存症患者の創出に大きく影響しているのではないかというアルコール臨床医からの発言があったが、本報告にもみられるとおり、必ずしも出稼の影響はそう直接的なものではなさそうである。また『アルコール研究と薬物依存』最近号

の座間見論文〔1983〕では、アルコール依存症患者には20才前に父と離死別したものが明らかに有意な形で多いことが報告されているが、この点もまたわれわれの調査では対象こそ異なれ相容れない結果を得ており、むしろ15才前に母と離死別を体験している者に重篤な問題飲酒者が多かった。

調査の方法や地域の相違も絡んでいようが、筆者の印象によればこれら知見の差異の多くは、主にその対象に入院患者をとるか、一般地域人口をとるかによっているように思われる。近年に至り医学者による一般住民人口調査が徐々に着手され始めたのも〔山梨県立精神衛生センター, 1981; 大原啓志他, 1983〕、このサンプルバイアスを医学サイドから克服せんがための努力と見なせないでもない。すでに社会学サイドからは本村(1982)の報告が生保アル中と一般人口の比較を試みているが、今回は秋田県の農山村をフィールドとし、いまだし一般住民人口に焦点を絞って問題の状況を析出し、あわせて従来手薄であった一般人口が示す社会的態度に関する研究領域の前進に寄与しようとするものである。

秋田県の飲酒とアルコール依存

1. 高消費県としての秋田

酒どころとして知られる秋田県の飲酒量は昭和55年度の場合、人口1人当たり65.8ℓで東北6県の中ではもちろん第一位であり、全国平均の57.4ℓを大幅に上回っている(表1)。全国的には東京の77.4ℓ、大阪72.7ℓ、高知68.0ℓに次いで第4位となっている。よく飲む県であり、実際実査に先立つ現地の聴取調査でも次のような住民の話を聴くことができた。「とにかく酒を飲む機会が多い。寄合い、父親参観、研修会、講習会などの後は必ず飲む。飲まなきゃ終らないし、格好がつかない」とい

*本学生活科学部講師

**秋田県立精神衛生センター所長

***東京都精神医学総合研究所研究員

表1 都道府県別人口1人当り酒類消費量
(上位5県, 下位5県)

		昭和55年度(ℓ)					
順位	都道府県	清酒	ビール	ウイスキー類	その他	計	
1	東京	12.4	54.8	5.8	4.4	77.4	
2	大阪	12.4	54.8	3.0	2.5	72.7	
3	高知	19.3	43.5	1.9	3.3	68.0	
4	秋田	26.5	34.5	2.8	2.0	65.8	
5	新潟	21.7	35.6	2.3	2.6	62.2	
42	千葉	10.3	32.4	3.0	2.0	47.7	
43	鹿児島	0.9	26.8	1.2	18.5	47.4	
44	埼玉	10.5	30.9	3.1	2.0	46.5	
45	三重	12.8	29.2	1.7	1.8	45.5	
46	奈良	11.2	29.1	1.3	1.3	42.9	
全国平均		13.0	37.8	3.1	3.5	57.4	

但し神繩を除く

資料: 国税庁『酒のしおり』, 1982

う一住民の話からは、飲酒がこれら多様な催しものメの儀式として確立していることを窺わせる。また別の住民は、「近所づきあいでも朝からお茶代わりに茶碗酒をやるのは決して特異でもなんでもない」といい、しょっぱい漬ものとお酒が、雪の冬の間のお茶代わりになっていることを語ってくれた。近年減少傾向にあるとはいえず、秋田県の脳血管疾患による死亡率の高さの背景をみる思いである。かと思うと、別の人は「ビールはせいぜい乾杯用かはじめの一・二杯。あとは酒」と述べ、しばらく秋田の酒自慢をした後、「秋田県では一升飲めても酒豪とはいえない。二升は飲めなきゃ」とまで言放っている。一方、酒類消費でも特徴を示し、ビールとともに清酒を好んで飲んでいることが分る(表1)。純アルコール分の割合を考慮した上で、秋田県の飲酒特徴を佐藤[1978]は「典型的清酒型」と呼び、大橋[1980]も「清酒優位型」と位置づけている。

歴史的にみても秋田県はやはり飲酒王国であった。筆者は以前[清水, 1982b], アルコール依存化への影響をみる観点から、まだ飲酒人口がほぼ男子に限られていた昭和45年当時について男子成人人口1人当り純アルコール消費量を整理したことがある。それによると秋田県は18.75ℓで、21.57ℓとずば抜けて高い宮崎県に次いで第2位の高消費県であった。また波田[1982]によれば、昭和53年の成人人口1人当り純アルコール消費量は1位東京(10.3ℓ)、2位秋田(9.8ℓ)であるが、東京の場合流入人口による昼夜間人口差(約13%)を勘案すると

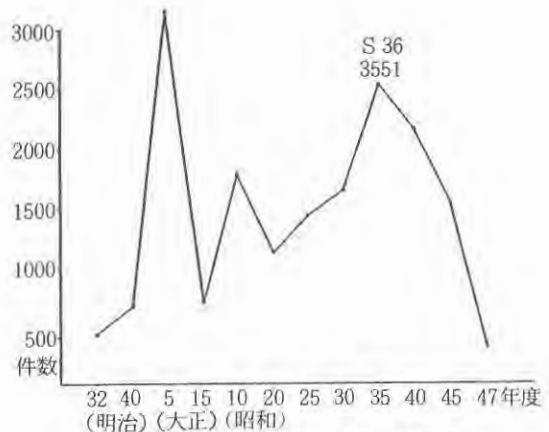


図1: 酒造密造犯検挙件数(秋田県)

資料: 長山[1977]より作成

9.1ℓで第4位にさがり、かわって秋田県が第1位に浮上するという。加えて昭和30年代までは、密造王国といわれた秋田県では公式統計にはあらわれぬ消費量もかなりあったことが図-1によっても知られる¹⁾。秋田在住の郷土史家長山幹丸氏の『どぶろく物語』には、官憲の取締りとそれを知恵を絞ってかいくぐる人々の酒造の苦労話が具体的に収録されていて興味深い。氏はさらにこの密造取締りから上がる税収の多さが秋田に圧倒的であることをデータをもって示している。

2. 秋田県における酒害と精神医療

ここでは酒害を健康障害の点からみてみよう。まず小池他[1944], 小泉他[1951]に依って、昭和6年から昭和26年までの期間について中毒性精神病の概況に触れておこう。尚この2編の論文はともにA病院統計にもとづくものではあるが、昭和30年頃までA病院は当時の秋田県下で唯一の精神科医療機関であったため、諸種の制約はあるものの一応入院患者悉皆調査の性格をもつ貴重な資料である。

この期間を通じて入院した患者において、三大疾患であり続けたものは精神分裂病(新入院患者が1500名に達した時点の昭和19年調査時46.1%, 新入院患者が3000名に達した昭和26年調査時46.1%—以下同様)、後期梅毒の進行麻痺(26.9%, 21.2%), 躁うつ病(8.1%, 10.1%)であって、アルコール中毒が分類されている外因性精神障害はそれぞれ1.3%, 3.4%に過ぎない。それも昭和26年調査時の3.4%は主にモルヒネ中毒(外因性50名中24名が該当)の増加によるものであり、アルコール中毒は13名、総数に対して0.8%にとどまっている。しかしその後、昭和26年から昭和49年に至る新たな3000名

のA病院新入院患者の調査〔加藤他，1980〕によれば，上位3位の疾患分布に決定的な変化を認めないものの，進行麻痺が急速に減少をみせ全体の8.2%にとどまった一方，反対に中毒性精神病が8.0%を占め，神経症の9.2%とともに新たに重要な疾患を構成し始めたことが分る。もはや三大疾患なる呼称は妥当せず，原因を別として事実としての疾患の多様化が窺える。この時期には中毒性精神病の中核は次第にモルヒネから慢性酒精中毒へと移行し，新入院患者4501～6000番の中で181名の中毒性精神病の内87.8%にあたる159名が慢性酒精中毒と診断されている。加藤他〔1980〕は，この動きを慢性酒精中毒の「著増」と表現している。

もっともこの時期は昭和30年以降の精神病院の急増期にあたり，A病院の全県代表的性格は薄れつつあったため，アルコール依存症の「著増」が県全体の傾向であるかどうかは論断しえない。後述のとおり，少なくともこの10年間の県全体の中毒性患者はせいぜい漸増という程度なのである。A病院統計と県統計の間にはかようなサンプル代表性の相違に加え若干の時間差もあり，必ずしも両者を同一の時系列推移の上で論じることは妥当でない。にもかかわらず，入手可能なデータからみる限り，秋田のアルコール依存症患者は「著増」ではないにせよ「漸増」とみて差しつかえないであろうと思われる²⁾。

次に秋田県環境保健部の資料『秋田の精神衛生』（昭和55年版）によって，県の精神医療状況ならびにアルコール患者動態を必要最少限に概観すれば，以下のような諸特徴を抽出することができよう。(1)人口万対精神病床数31.1，人口万対入院患者数31.6，病床利用率は101.7となっている。(2)入退院の出と入がほぼ同数で，病類別にみても差は認められない。(3)「入院」に占める各病類の比率は分裂病が36.7%で最も多く，次いで中毒性精神障害（内99%がアルコール）が20.6%，第3位が躁うつ病で13.9%を占めており，(2)で述べたように「退院」もほぼ同比率である。(4)一方動態から静態に目を転ずれば，55年12月31日現在精神病院入院患者比は，分裂病2384人で60.1%，中毒性精神障害380人，9.6%，精神薄弱262人，6.6%，躁うつ病213人，5.3%，が主なところで，動態とは構成比率に差を認める。(5)これは分裂病ならびに精神薄弱の出入りは相対的に低く，反対に中毒性と躁うつ病は出入りの動きが早いことを意味している。(6)55年1年間の鑑定数141件中，中毒性は47件で33.3%を占めている。

次に入院患者に限らず退院患者も含め，保健所が把握している中毒性患者に関して人口万対数および全精神障害者数に占める割合の年次変化を表2にまとめられている。

表2 保健所把握中毒性精神障害者数（秋田県）

年次	47	48	49	50	51	52	53	54	57
人口万対患者数	7.5	8.2	8.5	8.8	10.1	10.2	10.2	10.4	11.3
全精神障害者中に占める中毒性の比率	10.8	11.4	11.1	11.2	11.6	12.0	11.9	12.1	12.4

資料：秋田県環境保健部『秋田の精神衛生』各年次より作成

る。精神障害全般に，少なからぬ部分の慢性化傾向が認められ，当然年次を経るに従い把握される患者数は多くなることを考慮すれば，ほぼこの10年の間中毒性患者の目立った増加があったとは認めがたい。

ところでいま秋田と同様に酒類消費量の高い東京と高知を，それぞれ都市，農村の比較対照としてとると，人口10万対肝硬変死亡率はどの都県でも基調として増加傾向にある一方，高知のそれが圧倒的に高いのが目立つ（図2）。

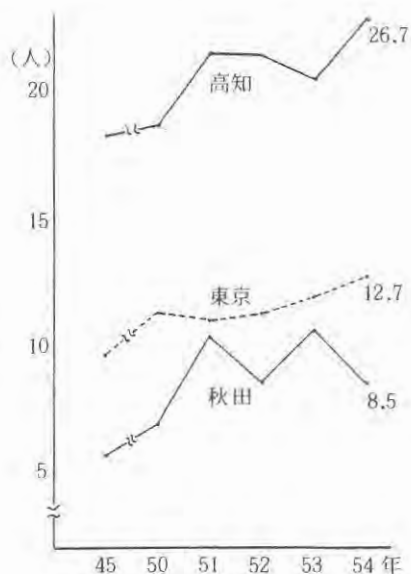


図2 肝硬変死亡率（人口10万対）

資料：厚生省『人口動態統計』より作成

秋田は東京および全国と較べても低く，53年からはむしろ微減の兆しさえ窺える。人口10万対アルコール入院患者数でも高知の高さが著しく目立ち，逆に東京では減少という特異な動きさえ示している（図3）。秋田は全国を7回回る位置にあるが，高知にははるかに及ばない。なお高知の著しい酒害の高さについては，秋田との比較の上で別稿〔清水，1982b〕で既に検討を試みているため，ここではとり上げない。

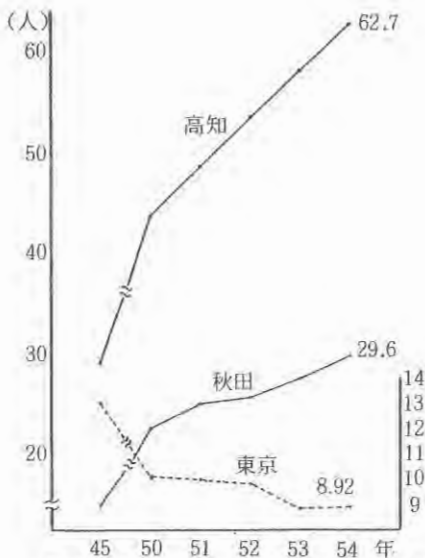


図3: アルコール入院患者数 (人口10万対)
資料: 各都県精神衛生資料より作成

調査の概要と対象者の諸属性

1. 調査概要

前述した問題を受けて、われわれはアルコール依存が社会問題となる上で、人々の示す飲酒行動や態度が重要な役割を果たすことに注目した。そして以上のような背景をもつ秋田県において地域の一般住民人口を対象とした面接調査を計画実施し、他方で分析枠組の中核としてアルコール・ソーシャル・システムの概念を設定し、展開してきた³⁾。

本報告は主に単純集計部分についてはあるが、この調査の全体的な結果報告の性格を与えられている。調査は昭和56年早々から始まった。数次にわたる現地聴取調査の中で調査票の骨格に修正・付加を加え肉づけし、あわせて関係各位との接触をはかり調査実現へのルート開拓を併行させた。その結果、幸いにも昭和56年夏、同秋、57年夏と3次にわたる実査を3農山村地域(由利郡C町、由利郡K町、北秋田郡A町)で行うことができた。さらに調査後も報告会を行ない、あわせて地域居住者の感覚からするデータ解釈を求めて意見交換を行ってきた。実査の方法は、ランダムサンプリングにより抽出された20才から60才までの成人男子を対象に戸別訪問面接法を中心に一部留置法を併用して調査を行なった⁴⁾。その結果、有効分析サンプルとして646ケースを得た(回収率83.2%)。またこの他にC町に関しては同一条件で女子も調査し、有効分析サンプル98を得ている

が、今回はむしろ性別条件を男子にコントロールし、性別比較は別の機会を期すことにする。同様に紙幅の制約からクロス分析も今回は割愛し、単純集計にもとづく実態報告に徹するが、ただその場合でも結果については能う限り形式を整え提示することを試みる。ゴシックの太字の部分がそれであるが、実態報告が溢れる現在、明示的に知見を提起することが多くの報告結果を整理する上で強く望まれるところである。このことは併わせて、今後の研究にとって本報告に対する反証可能性をいくらかなりとも高め容易にすることを意味するだろう。

なお調査票の構成と調査項目を簡単に記せば以下のごとくである。すなわち、I. 基本的属性(性、年齢、家族構成、職業、教育歴、生活程度)、II. 飲酒行動(飲酒頻度、飲酒年齢、飲酒場所、酒類、Mulford ならびにKASTによるスクリーニング・テスト)、III. 定位家族体験(両親との離死別、父親の飲酒態様)、IV. アルコールに関する社会的態度(飲酒観、酒害対策観、問題飲酒イメージ、症例記述テスト、社会的距離、入院患者への態度、リハビリ施設公費負担の是非)、V. その他(出稼ぎと酒量変化)の5つの主柱から構成されている。以下、ほぼこの順序に即して、調査の結果を述べてゆこう。

2. 対象者の属性

年齢からみると、20代が18.6%と最も少なく34.5%を占める50代が最も多い。平均は42.9才であった(表3参照)。学歴は旧制が相当多いが、現行学制に沿ってみる

表3 対象者の諸属性

年齢	学歴	職業	世帯構成	生活水準
20代	18.6	中卒 66.9 自営家族 従業者	45.7 単身世帯	2.3 上 13.2
30代	21.2	高卒 20.3 事務職	19.7 単親世帯	1.5 中 44.3
40代	25.7	大卒 6.3 労務職	19.9 核家族的 世帯	28.2 下 41.3
50代	34.5	不明 6.5 無職	6.5 拡大家族 的世帯	48.2 不明 1.2
		不明 8.2	その他	16.1
			不明	3.7

(N=646, %)

と中学卒が2/3を占め66.9%、高卒が20.3%で大卒は極めて少数であった。職業は地域の性質上、農業を中心とした自営業およびその家族従業者(「経営者」もその実態はほとんど自営業的の零細企業であるため、自営業に含めた)が約半数にのぼり、事務職(含管理、専門、技術、事務)と労務職(含販売、技能労務、サービス)

がほぼ同数で約2割を占めている。

世帯について述べれば、その構成は核家族的世帯が28.2%に対し三世帯を内包する拡大家族的世帯が約半数の48.2%で、ここでも地域性が色濃く出ている。さらに「その他」の中には傍系親族をも含む世帯が少なからずあり、概して大きな世帯といえる。このことは世帯員数をみても確かめられ、平均4.89人、最大値13人、最頻値は6人となっている。最後に「世間一般」と較べた場合の世帯の主観的生活程度を記せば、「上」13.2%、「中」44.3%、「下」41.3%となり、9割が中流意識と話題になった総理府国民生活調査の結果と比較すると、大きな差異を認める。ただしこれらの調査はあくまで対象者の主観である上、今回調査は上・中・下をさらに3段階に分け合計9段階で回答を求めたのに対し、総理府調査は上、中の上、中の中、中の下、下の5段階評価であることにも注意が必要であろう。

結果と考察

1. 飲酒行動

a. 初飲年齢

「アルコール依存症者に10代からの早期初飲が著しく多い」ことは、よく知られているとおりである。ちなみにわれわれの研究グループが以前実施した断酒会員調査の結果では、15歳以下6.5%、16～17歳19.2%、18～19歳35.1%と、ほぼ2/3が未成年者であり、17歳以下の中・高校年齢層も4人に1人の割合を占めている〔大橋薫他、1977〕。では今回のような一般地域調査でどう

表4 男子飲酒者の飲酒年齢

	初 飲 年 齢			習 慣 飲 酒 年 齢		
	秋田	首都圏 ¹⁾	山梨 ²⁾	秋田	首都圏	山梨
-14	6.3	} 72.4	7.5	0.1	0.4	0.8
15-19	54.1		38.3	10.1	23.3	15.0
20-24	25.4	23.1	42.2	28.0	64.6	46.7
25-29	6.0	2.5	4.4	21.2	82.0	15.7
30-	2.8	0.8	3.9	23.5	92.8	14.5
非該当 ³⁾	2.8	-	-	11.5	-	-
不 明	2.6	1.2	3.7	5.6	7.2	7.3
計(N)	(646)	(489)	(1168)	(646)	(489)	(1168)

1) 余暇開発センター [1977]

2) 山梨県立精神衛生センター [1981]

- 3) 初飲年齢の場合は「一度も飲んだことなし」、習慣飲酒年齢の場合は「週1回以上」(習慣飲酒の定義)は飲まないケース

であろうか。尚ここでは初飲年齢は酔ったかなと思う程に飲酒を初体験した年齢と定義される。

対象者646人中、初飲年齢13歳以下は2.6%で、以下13～14歳3.7%、15～17歳24.5%、18～19歳29.6%、20～24歳25.4%、25～29歳6.0%、30歳以上2.8%となっている(表4)。10代での初飲体験者は60.4%、さらに17歳以下の中・高校年齢層も30.8%を占め、断酒会員調査の結果ともほとんど変わらず、低年齢傾向を示している。

b. 習慣飲酒年齢

1週間に1度は飲酒する、と操作的に定義された習慣的な飲酒が始まった年齢は、15歳未満0.1%、15～17歳2.2%、18～19歳7.9%、20～24歳28.0%、25～29歳21.2%、30歳以上23.5%と分布している(表4)。10代が1割強で、当然のことながら初飲年齢と較べ大幅に20代にズレこむのが特徴である。ここで注目すべきことは、この点こそが実はアルコール依存症者の飲酒パターンと一般の人々のそれとの相違する点で、依存症者の多くは習慣飲酒までもが10代の内に開始されている点の特徴となる⁵⁾。

なお他地域と比較した場合、表4にみられるとおり秋田の飲酒開始年齢が特に早いとはいいい難いであろう。

c. 先週1週間の飲酒行動：頻度、場所、消費量

実査日に先立つ7日間と定義された先週1週間の行動の事実として、対象者達の飲酒頻度と飲酒場所をみると、「毎日」41.6%、「6日」6.9%、「5日」10.6%、以下各日毎に8.3%、8.8%、5.6%で、一日だけ飲んだ者は6.6%である。アルコールのもつ習慣性からして、「6日」の者は何かの都合でたまたま一日飲めなかった日があったとみるべきで、肝臓への負担を軽減するため週一日飲まない日をもうける「休肝日」提案にそくする準連日飲酒者(ここでは「5日」)はほぼ1割と推定される。全く飲まない者は11.6%であった。

次に飲酒場所であるが、この一週間飲酒者中「自宅」で週1度は飲んだものは82.9%、以下同様に「友人宅」32.5%、「飲屋」19.2%、「公民館」15.8%、「バー・スナック」10.8%、「キャバレー・ナイトクラブ」2.1%、「レストランなど飲食店」11.4%、「仕事場・職場」7.5%、「乗物」2.8%、「その他」9.4%となっている。都市住民と異なり商業ベースの場所での飲酒が少ないのが特徴であり、また「公民館」が宴会場あるいは飲み寄り

合いの場となっていることが窺える。さらに、先週に飲酒したものに限って消費されたアルコールの種類をみれば、「日本酒」を飲んだ者は81.2%と最も多く、次いで「ビール」の71.8%、以下「ウイスキー」20.2%、「焼酎」2.5%、「ブランデー」1.6%、「ワイン」1.4%、「その他」0.4%の順になっている。実査時の季節を考慮すると、やはりここでも「清酒をよく飲む秋田県型」のタイプ化が妥当していることが分る。非飲酒者を含めた対象者全員について、先週のアルコール消費総量を日本酒換算で表わせば、表5のごとくなる。6合以上1升

表5 調査前一週間の飲酒量

(日酒換算)		
飲酒量(合)	%	N
飲まなかった	11.6	75
1 - 5 合	19.7	127
6 - 10 合	22.0	142
11 - 15 合	19.5	126
16 - 20 合	10.4	67
21 合以上	15.3	99
不 明	1.5	10
	100.0	646

までをモードとしてほぼ正規曲線分布を示しているが、2升以上層がいまひとつのサブグループを構成している。不明分を除いた平均は11.4合、中央値でも9.7合で、非飲酒者も含めた数値であることを考えると、かなり高い消費量といえる。この数値を解釈するにあたっての一つの準拠すべき比較数値をあげれば、一日当りの平均消費量ではあるが、国立久里浜病院アルコール病棟入院患者の6割が5合以上の飲酒量をかぞえたという報告であろう。アルコール患者化したケースの内でも「毎日5合以上」飲むのは6割で、4割はさほど大量には飲酒していないにもかかわらず、予備軍どころか立派に患者化している事実が現実にあるのである。WHOによって1日平均150ml以上の純アルコール(日本酒換算で約5.4合)を飲む者と定義されている大量飲酒者はアルコール依存症の予備軍とみなされるが、われわれの調査結果ではone-week survey とはいえ、一日当りに換算した結果大量飲酒者に該当するものが12ケース、全体の2.4%確認した⁶⁾。なお週間消費量最大値は69合であった。

飲酒頻度・飲酒場所を合わせて特徴づけてみると、自宅で一人ないし家族と共に、そして時々近所、友人がそれに加わる日本酒中心の1日1~2合程の晩酌型飲酒が平均的な飲酒パターンといえよう。

d. 通常の飲酒頻度

飲酒行動は季節的要因や冠婚葬祭などの非日常的イベントによっても、一般的に大きく影響を受ける。ちなみに実査期間中も連日30度を超え、戸別訪問した調査員も日射病に襲われる程の猛暑であった。そこで次にこの影響を除去するべく簡便な方法として、ふだんからの一週間の平均的な飲酒頻度を確かめてみた。

その結果、ふだんから連日飲酒をするものが約半数で、2日に一回以上飲酒者でみるとほぼ3人に2人となる(表6 中秋田の欄参照)。この飲酒頻度は他の一般地域調査の結果と較べてもかなり高いもので、経験的に言

表6 男子の飲酒頻度

頻度	地域 実施年 (N)	(%)				
		全国 ¹⁾ 1980 (16766)	首都圏 50K ²⁾ 1976 (565)	山梨県 明野村 ³⁾ 1980 (1716)	秋田県 3町 1981-82 (646)	高知県 ⁴⁾ 7市町 1981 (2020)
毎 日		37.2	30.6	35.3	44.9	37.7
4 日 以 上		9.0	9.7	9.6	19.8	19.2
1 ~ 3 日		17.9	19.3	12.3	14.2	11.1
たまに/ほと んど飲まない		19.1	25.0	20.2	14.1	13.5
全く飲まない		15.7	13.5	15.6	3.1	15.4
やめている		—	2.0	6.3	3.1	3.1
D.K.		1.0	—	0.7	0.8	—

- 1) 厚生省(1980)
- 2) 余暇開発センター(1977)
- 3) 山梨県立精神衛生センター(1981)
- 4) 大原啓志他(1983)

われる秋田県とアルコールとの強い親和性(affinity)がデータ上からも裏づけられている。過飲が原因であったり、他の健康障害やその他の事情で現在断酒しているものも20人、3.1%いる。ところで、秋田に限らず東北地方の積雪米作単作地帯では、伝統的に冬期間の出稼ぎが盛んであった。産業構造や経済情勢の変化によって就労の形態や業態に変化はみられるものの、現在でも出稼ぎが生活を組織化する重要な資源である世帯も少なくない。ちなみにわれわれの対象者でも、この10年の間に出稼ぎを3度以上体験したものは27.2%、1~2回体験ありは10.9%、体験なし61.9%で、約4割ほどが出稼ぎ体験者であった。問題はこの間の酒量の変化である。体験者の内、酒量が増えたものは29.2%、減ったもの19.5%、変化なし50.9%となり、よく言われるような出稼ぎ

による酒量増大とアルコール依存の関連性に関するこれら出稼き地帯の臨床医の発言は、必ずしも妥当でないことが明らかとなった。確かに酒量の増加を結果したのも3割おり、出稼きとの関係でアルコール患者として臨床医の前に症例化するのは大部分このグループからのものであろうことは容易に想像される。しかし他方では酒量に変化を認めないものが半数、反対に減少したのも2割ほどあり、このグループの大部分の者は臨床医とはほぼ関わりをもたないであろうことが推察される。したがって、出稼きがこれらの地域でのアルコール依存の成因に大きくあずかっているとの見方は間違っていないにせよ、対象のバイヤスから規定された一面的な見解といわざるをえないだろう。ただ治療を本筋とする臨床医達にとっては、それでもなお出稼きの影響が大きな関心事とならざるをえないことは、それとして十分理解するものである。

2. 問題飲酒行動

いうまでもなく飲酒には身体的、心理的、社会的にプラスの面とともに、時にマイナスの面が生じることもある。ただ問題飲酒行動とはいっても、その問題性がどれほど客観的でありうるかは必ずしも確かでない。後段でもみるとおり、たとえば、振戦（手などのふるえ）が症状として出ていても、人々の日常生活の過程で他の社会的役割が過不足なく果されていれば、あるいは彼の社会的地位や権力次第では振戦そのものが即座に問題となるわけではない。マルクス主義的社會問題論が常々批判してきたアメリカ社会学的社會問題論の特徴たる“主観性”ないしは“相対性”の問題は、アルコール依存問題に関しては逆に鋭い視角とすぐれたリアリティ感覚を提示しているとも考えられる。つまり「問題飲酒行動とは、特定個人がもつアルコール依存症状とそれに対する周囲の社会関係の反応の仕方によって成立する」ものと考えられるのである。そしてこの仮定（assumption）はアルコール依存問題に限らず、多かれ少なかれ社会問題一般に妥当するものと筆者は考えるものである。

いずれにせよ、以下ではMulford 尺度とKAST（久里浜式アルコール・スクリーニングテスト）を手がかりに、対象者の間にみられる飲酒のマイナス側面をみることにする。

a. Mulford 尺度からみた問題飲酒

アルコール依存症は進行性の疾患であるが、依存症の構成要件のどの側面が他のどの側面に先立つかは、先の社会的反応の問題に加えケースにより大きく異なる。Mulford [1977] はこの点を考慮して、①生活障害の有

無（pattern of troublesness）、②どのような心理的効用を期待しての飲酒か（pattern of effects）、③アルコールへの囚われ（pattern of preoccupation）、④抑制を喪失した深酒の有無（pattern of uncontrolness）、の4つをその基本的構成要件として、しかしその進行性の順序づけは不問に付した上で各要件の累積度（cumulation）に注目した。したがって要件間の累積的組合せタイプは論理的には16類型設定することが可能であるが、組合せの内容（進行度分類）よりも累積度を優先して、とにかく各要件を満す数によって累積度0から4までカウントされる。さらにそれを便宜的に進行度として読みかえ、累積度0を social drinker、累積度1を stage I とし、以下同様に累積度4を stage IV とし、都合5つの段階区分設定をしたものである。

各要件の測定項目は付録の尺度フェイルを参照されたいが、第①要件では該当ありの項目が2つ以上、以下同様に第②要件では2つ、第③要件2つ、第④要件1つ以上の項目があれば、各要件を満たしたものと判定される。

尚今回調査ではMulford は他計式、後述のKASTは自計式でチェックしたが、もともとMulford はクリニックや保健衛生センターなどでなにかしかな問題飲酒を顕在化させ始めた人々を念頭にアメリカで開発され、一方KASTは全くの一般住民を対象にアメリカで開発されたミシガンスクリーニングテストを日本向けに改作して開発されたという、両者の適応範囲上ならびに文化的規範上の性格の相違があることを指摘しておこう。

かような手順の上で累積進行度を算出した結果が表7

表7 Mulford 尺度による問題飲酒度

	(%, N=646)
Social drinker	29.6
Stage I	20.4
Stage II	26.0
Stage III	13.0
Stage IV	3.1
不明	7.9

である。これによると、正常飲酒者(social drinker)が約3割でしかなく、あとは多かれ少なかれアルコール依存問題が進行累積しているものである。ただ日本とアメリカにみる飲酒規範の寛容度の差異を考慮すれば、stage IIIあたりからが日本ではアルコール依存症とみてよいだろうことは何人かのアルコール専門の精神科医達も同意しており、この暫定的基準を適用してみると、約2割弱が依存症ないしその潜在的予備軍であるとみられる。これを

地域内ケアによるものとみるか、あるいはまた医療放置とみるかは議論の分かれるところであろう。われわれは、対象者達の就業構造や寛容な飲酒文化からして前者の見方に組するが、しかしこの問題はそれとして今後地域医療的観点から検討される必要があろうと考えている。

構成要件別にみると、第1の生活障害で問題があるもの16.6%、以下同様に第2要件の心理的効用では14.2%、第3のアルコールへの囚われでは43.0%、第4の抑制喪失飲酒63.0%という結果をえた。

次に、Mulford 尺度の個別項目毎に問題飲酒の態様を確認しておこう。各項目を先の4つの要件カテゴリー別にみたものが、表8から表11までである。集計結果からして繁雑さを避けるため、数値は問題なしと答えたものの比率のみを掲げてある。これによると、Troubleness では、「約束不履行・家族内役割遂行不全・仕事サボリ」が、心理的効用では「他人とうまくやってゆくため」「より満たされた気持ちになるため」が若干目立つ程度であるが、囚われでは、「数日間切れ目なく」「一時的記憶脱落」が少なからずあり、また「完全に深酔いするまでやめられない」と「食事を忘れる」が目立っている。抑制不可能の2項目は該当者が多く、とりわけ「予定より飲みすぎる」が著しく高い。

表8 Mulford 問題行動

強 制 退 職	98.7
妻 家 出	95.4
酒 代 非 難	84.0
警察やっかい	98.9
医 者 診 断	88.0
酒 で 病 気	92.3
借金返済不能	98.6
転 職	98.3
事 故	96.8
仕 事 休 む	76.9

表9 Mulford 心理的効用

いやな自分を忘れるため	86.6
いやな事忘れるため	82.5
他人とうまくやるため	76.6
満たされた気分のため	71.2
自信をつけるため	91.9
内気な自分をふきとばすため	88.5

表10 Mulford 酒へのとらわれ

数日間切れ目なく飲む	65.5
酒ないことへの不安	94.2
か く れ 飲 み	95.1
深酔するまで飲む	76.8
平 日 深 酔	81.1
朝 酒	97.9
記 憶 脱 落	65.0
酒席の前に飲む	94.8
食 事 と ら な い	71.7
予定より飲みすぎ	35.4

表11 Mulford 抑制喪失

深酔するまで飲む	76.8
予定より飲みすぎ	35.4

しかし考えてみればアメリカ社会の飲酒規範では問題とされる飲酒行動も、日本ではさほど問題にならないということが十分ありうる。アルコール依存症が「社会的診断」といわれる由縁であるが、わが国では先の「他人とうまくやってゆくため」「より満たされた気持ちになるため」「食事を忘れる」、そして仲間との集団飲酒ではつつい「予定より飲み過ぎる」ことも日常的なこととして少なからず認められる。このあたりはやはり尺度の文化差、すなわち現象的等価性に意味等価性がともなわないという事態が生じているのではないかと推論されうる。

b. KASTからみた問題飲酒

そこで次にアメリカで開発された尺度をもとに、日本でも十分適用しうるよう改良されたKASTによって問題飲酒度をみれば、表12のごとくの結果をえた。すなわ

表12 KASTによる問題飲酒度

	(%, N=646)
正常飲酒群 (-5 >)	31.7
問題飲酒予備群 (-5 ~ 0)	24.3
問題飲酒群 (0 ~ 2.0)	11.3
重篤問題飲酒群 (< 2.0)	25.7
不 明	7.0

ち「きわめて問題の多い」重篤問題飲酒者が約4人に1人、「問題あり」の問題飲酒者が1割強、「まあ正常」の問題飲酒予備軍と「まったく正常」の正常飲酒群をあわせてほぼ6割となっている。前段で指摘したような飲

酒文化圏ならびに対象に関する尺度上の性質の差異を考慮すれば、KASTの尺度によるスクリーニングに、より多くの問題飲酒者がひっかかってくるのは当然であろう。項目別にみると、Mulford 同様「問題なし」の比率をとれば、表13のとおり「商売や仕事上の必要で飲む」が4人に

表13 KAST項目別非問題者率

	(%)
人間関係ひび	93.1
身体疾患	89.5
つい毎日飲んでしまう	56.4
発汗・振戦	97.7
大酒飲み非難	82.9
仕事上飲む	34.6
酔いつぶれ	75.3
寝つけない	92.6
記憶脱落	63.7
3合以上晩酌	85.3
休日朝酒	98.7
警察やっかい	97.2
仕事休む	92.1
怒りっぽくなる	96.0

3人の割で最も多く、次いで一日の断酒もできない「つい飲んでしまう」(inability of abstain)ものが約半数近くいる。記憶の一時脱落も3人に1人、そして抑制喪失の深酒(loss of control)はほぼ4人に1人の割で認められる。Mulford 尺度の場合と逆に、KASTでは inability of abstainの方がloss of controlより高い出現率を示している点は、今後依存症タイプ別分析を予定しているので、その際に再びとりあげることにする。

3. 定位家族体験と飲酒

a. 15歳時の両親有無

対象者のほとんどが(83.3%)両親と暮っていた一方、15歳時にはすでに父親がいなかった父欠損群は6.8%、同様に母欠損群は2.0%、両親欠損群2.2%、不明5.7%であった。欠損理由は「死亡」が84.9%と最も多く、以下「離婚・別居」が4.5%、「家出・蒸発・その他」10.6%となり、父死亡時の対象者平均年齢は8.23歳、母死亡時平均年齢7.61歳、親の離婚・別居や家出・蒸発などが生じた時の平均年齢は10.20歳となっている。いまMulford スクリーニングテストのstageⅢおよびⅣを重篤問題飲酒者とすると、その比率は表14のとおり

表14 15歳時親欠損状態と問題飲酒度

問題飲酒度 欠損状態	問題飲酒度		(N)
	健常飲酒	重篤問題飲	
両親健在	83.4	16.6	500
父欠損	82.9	17.1	41
母欠損	66.7	33.3	12
両親欠損	75.0	25.0	12

り、母欠損群33.3%>両親欠損群25.0%>父欠損群17.1%>両親健在群16.6%、という結果を得た。母親の欠損が何らかの仕方を介在させて重篤問題飲酒と深く関わっているとすれば、アルコール入院患者には父欠損が顕著に多いことを見出した座間味(1983)の報告と対比しても興味ある結果であるが、なにぶんにも例数が少ないため今後の調査によってさらに事実確認が補強される必要があろう。

b. 父親の飲酒態様

次に父親がお酒を飲む、または飲んだ対象者に限って(N=485)、父親の飲酒の仕方を頻度と量の観点から問うた結果が表15である。すでにみたとおり、対象者世代

表15 父親の飲酒態様

毎日かなり	169 (34.9)
時々かなり	62 (12.8)
毎日少し	173 (35.7)
時々少し	80 (16.4)
不明	1 (0.2)
計	485 (100.0)

で毎日飲むものは44.9%、週4日以上19.8%、あわせて64.7%であったが、父親の世代ではさらに「ほぼ連日飲酒者」の比率は多くなり7割に達している。回顧法による質問項目であるため正確な数値とはいえないまでも、一世代前の頻回飲酒の態様が窺われる。

ただ連日飲酒とはいっても、欧米でいわれるそれとは大部内容は異なっており、ちなみに「ほとんど毎日飲むが量はさほどでもない」ものが連日飲酒者の内半数を占めている。おそらく晩酌タイプのものであったろうと思われる。ただいま一歩踏みこんで推察するに、現代のように管理社会化が進んでいたわけでもない当時、「ほとんど毎日少し」か必ずしも字義通りの晩酌と対応しないこともままあったであろう。現地聴取調査からも、一昔前ドブコは結構日中から水がわりに飲まれてもいたらしいことが確認されているのである。一方「ほとんど毎日かなり」飲むものもほぼ1/2に達しており、昔からよく酒を飲む地域であったことは間違いないのだが、この連日大量飲酒者の内どれほどが問題飲酒者として地域内で、また家族内でケース化していたのかは大きな関心を引く。

ではかような父親世代の飲酒を子供の側(対象者)はどのように評価していたであろうか。そのような父親を「大嫌い」と思っていたものは2.3%と極めて少なく、「できれば飲まない方がよいと思った」19.6%を合わせ

て否定的評価は約2割であった。一方「別になんとも思わなかった」とのニュートラルな評価が62.9%と最多で、「好きだった」は9.5%、「その他」が5.8%となっている。また父親の飲酒態様に子供の評価をみても、ほとんど目立った差は生ぜず、以上のことからこれらの地域では飲酒との文化的親和性が代代的に継承されている、と考えられる。

定位家族体験変数の現在の飲酒行動や社会的態度への影響については、一括して別の機会を期しているが、一点だけ先取りすれば、調査された限りでの父親の飲酒態様は子供の評価に有意な差異 ($P < 0.01$) をもたらし、その関係は頻度よりも量が子供の評価により影響を与え、父親がかなり飲む群に否定的評価が強い。同様に父親の飲酒態様は対象者達の飲酒頻度にも影響を与え、父親の「毎日かなり」は対象者の「毎日」と、「時々かなり」は「週4日以上」と、「時々かなり」「毎日少し」は「週1~3日」と有意に相関している ($P < 0.01$)。

4. 飲酒と飲酒問題に関する社会的態度

次に飲酒と飲酒問題に関して人々の示す態度的諸側面についてとりあげるが、これらの問題は従来社会的態度研究と呼ばれてきたところであり、慣習に従い本論でも社会的態度なる用語を採用。ここでは社会的態度の問題として、a. 飲酒観、b. 問題飲酒者のイメージ、c. 酒害対策観、d. 社会的距離 (social distance)、e. ケース記述テスト、f. 既知のアルコール依存症者に対する態度、の6つを、調査結果に即して順次報告する。

a. 飲酒観

一般に飲酒に関して人々ほどのような見方をしているのだろうか。首都圏50K圏内を対象に行なわれた先行調査〔余暇開発センター、1977〕との比較も考慮して、特

表16 飲酒観 (%)

飲酒観	態度大いに同感	まあ同感	どちらともいえない	あまり同感できない	まったく同感できない	計 (N)
1 にぎやか がよい	49.7	34.7	10.9	3.3	1.4	(634)
2 女性飲酒	22.9	46.5	17.0	10.8	2.8	(637)
3 腹をわって 話す	21.2	33.2	24.2	15.1	6.3	(637)
4 酔っぱらい 甘やかす	15.2	26.7	42.5	11.8	3.8	(633)
5 社会生活 不便	10.1	26.7	30.4	20.9	11.9	(632)
6 酒なくして なんの人生	11.7	23.2	25.0	23.2	16.9	(634)
7 酒は 気ちがい水	11.5	14.2	30.8	20.8	22.7	(634)
8 1人静かに がよい	8.6	15.4	43.2	24.8	8.0	(637)
9 若者一人前	9.3	11.2	34.2	23.2	22.1	(634)
10 酒強い 男らしい	6.0	10.8	32.5	27.2	23.5	(637)

に、本研究と関わりの深い10項目を選択して調査した結果が表16である。

5段階評価法によって過半以上の「同感」をえたのは、「お酒は仲間や友人といっしょに、にぎやかに飲むのがよい」(84.4%)、「女性もつきあい程度のお酒は飲めた方がよい」(69.4%)、「人と腹をわって話し合うには、いっしょにお酒をのむのが一番だ」(54.4%)、などである。どうやら飲酒が仲間意識や内輪意識と強い関連をもっている様子が窺える結果である。逆に「同感できない」が過半を超えた項目は、「お酒に強い男性は男らしくみえる」(50.1%)の1項目のみで、先の女性飲酒に関する回答結果とあわせて、少くとも大量飲酒が男性的シンボルではなくなりつつあることが分る。次いで1/2以上の「同感」えた項目は、「酒なくしてなんの人生ぞ」(34.9%)、「お酒が飲めないと社会生活で不便なことが多い」(36.8%)、「日本人は酔っぱらいを甘やかすきり」(41.9%)となり、反対に1/2以上に「同感せず」とみなされた項目は、「一度も酔ったことのない若者はまだ一人前とはいえない」(45.3%)、「酒なくしてなんの人生ぞ」(40.1%)、「酒は気ちがい水である」(43.5%)であった。飲酒自体は否定せぬが、酔いに対しては概して非寛容な傾向が出ている。

b. 問題飲酒者のイメージ

「あなたにとって困った酒飲みとは」の質問に対し、調査票に用意された8つのイメージを肯定するか否かを問うた。表17には各イメージを肯定する回答者の比率が

表17 “困った酒のみ”

対人関係	労働・経済	健康障害	過 飲
暴力 攻撃的	借 金	アルコール 関連疾患	震 え 朝 酒 しばしば 一升酒
79.9	80.7	60.6	63.8
57.6	49.7	50.0	35.7

(N = 506, %)

まとめられているが、人々にとって最も強い問題飲酒者のイメージは「攻撃的」(「人にからんやり、怒りっぽくなる人」)および「暴力」(「暴力をふるったり物をこわす人」)に結びついたものであり8割方の対象者が肯定し、次いで約6割の肯定回答を受けた「仕事を休む」(「飲みすぎてしばしば仕事をさぼる人」)や「借金」(「酒代で家計が赤字、借金となる人」)であることが分る。一方よく言われる「震え」(「お酒が少しきれると手がふるえる人」)や朝酒(「朝から飲む人」)は5割方となっている。今「暴力」「攻撃的」を対人関係、「借金」「仕事を休む」を労働経済、「アルコール関連疾患」(「お

酒で肝臓や身体を痛めた人)「震え」を健康障害、「朝酒」「一升酒」(「一升酒をしばしばあおる人)を過飲、とカテゴリー化する。すると表17の結果はまた次のように読みとることができよう。すなわち、対人関係や労働経済に関わる項目の数値が高く出ていることから、少々「過飲」したその結果「震え」が認められようと、「対人関係」を阻害せずなんとか「仕事」を続け生計維持できれば、それとておってしまうという地域の傾向が推測される。⁹⁾

酒が原因で入院した知人に関して意見を求めた別の質問項目で、ある回答者は「飲まなければ良い人なのに。病院から退院してもまた飲むだろう、あまりいいことなし。仕事もせず酒ばかり飲んで。あきれて親せきもとうとう病院に入れた」と語ってくれたが、「仕事もせず酒ばかり」という表現は他の回答者にも相当数みうけられるパターンである。このことは逆にいえば、仕事さえなんとかやっていけば、曲がりなりにも地域ではそれとておっていたかも知れないことを窺わせるのである。いわゆる「アル中」のイメージは手の震えや泥酔といった形で述べられることが多いが、しかし自分との関わりで問題を生じなければ、それは所詮他人事であるとする問題飲酒に対する人々の態度がここに表現されているようである。

c. 酒害対策観

では近年わが国でも指摘され始めた酒害に関する対策として、どのようなものが支持されるであろうか。今回の調査でアルコールの宣伝広告禁止、酒類自動販売機廃止、酒税値上げ、積極的な入院治療、の4つを提示した上でその賛否を問うた。先ず広告禁止については、積極的に支持するものは僅か6.2%で70%が「そこまでやる必要はない」としている(表18)。自動販売機廃止も

表18 酒害対策に関する態度 (%)

対策例	積極的支持 (%)	どちらともいえない (%)	必要なし (%)	(N)
広告禁止	6.2	23.7	70.1	628
自動販売機廃止	15.8	24.6	59.6	631
酒税値上げ	2.1	13.2	84.8	631
入院治療	27.7	37.8	34.5	632

若干支持を増やすものの大勢は変わらず、酒税値上げによるプライスコントロールはさらに人気はなく、ほとんど支持を得ていない。してみると最後の問題飲酒者の入

院治療を除いて、対象者達は広く一般飲酒人口を対象とした酒害対策には概して消極的であり、とりわけスウェーデンのように酒税と酒害対策を結びつける〔清水, 1982 a〕ことには強い反対を示している。ちなみに総体的なアルコール規制に対する賛否を「飲む飲まないは個人の自由だから、特にお酒を規制する必要もない」という意見をどう思うか、という形で問うた結果をみると、回答者626人中「賛成」53.9%「どちらかという賛成」18.8%、「分らない」20.9%、「どちらかという反対」3.8%「反対」2.6%と、大多数が飲酒はプライベートな行為であり統制の対象になじまないとの態度を示すことが明らかとなっている。ただしこの結果は設問の様式にも大きく影響されているようにも思われる。「統制すべきだ」という形で意見をぶつけければ、また違った賛否の分布をえる可能性が十分あるものと考えておきたい。

そこでさらにアルコール依存症者のためのリハビリテーション施設の建設について、公的資金の財政難状況とからませてその可否を問うと(表19)、公費負担可の

表19 リハビリ施設公費負担の可否 (%) (N=562)

意見 A 賛成	どちらかという意見 A	どちらかという意見 B	意見 B 賛成
47.7	17.1	11.6	23.7

意見A：少々の税金を使っても、病気のだから公費で社会復帰施設を作るべきだ。
意見B：好き勝手に飲んだあげくのことなのだから、そこまでわれわれが負担する必要はない。

意見Aに「大いに賛成」のもの47.7%、「まあ賛成」16.9%で、反対に公費負担否の意見Bに「大いに賛成」23.7%、「まあ賛成」11.7%を得た。意見Bにも少なからぬ賛成者もいるため断定はしえないが、それでも財政難の現況下にあっても病気は病気で仕方がないと福祉的対応を望む寛容な声が6割を越していることは注目してよいであろう。

d. 社会的距離

Kilty [1981] の調査によれば、①アルコール依存症者、②問題飲酒者、③元アルコール依存症者(回復者)、④通常飲酒者(social drinker)の4つのラベルに対する人々の態度は、③>④>①>②の順に肯定的であり、②にはむしろ否定的である一方、③の回復した元アルコール依存症者は特に肯定的な評価を受けたという。ではわが国ではこれら回復した元アルコール依存症者への人々の社会的反応はどのようなものであろうか。

今回は社会心理学や精神医学で偏見や差別を測定するために開発されてきた社会的距離 (social distance) の手法を使って、もし精神病院を退院したアルコール依存症患者と一緒に働くことになったらどう思うか、同様に隣接居住ならびに結婚の場合はどうかを問うた。表20

表 20 アルコール依存症退院患者に対する態度 (%)

社会的距離	態度 (%)						(N)
	同	感	ま	あ	同	感	
			わ	あ	同	感	
			か	ま	同	感	
			ら	り	同	感	
			な	な	同	感	
			い	い	同	感	
			い	い	同	感	
一緒に働くのはいやだ	31.0	8.0	16.3	10.0	34.7		603
隣りに住むのは気が悪い	34.8	14.1	17.2	7.5	26.4		603
その家系とは結婚したくない	49.3	10.4	14.8	7.3	18.2		603

1) 既婚対象者には「結婚させたくない」と問うた

によると、一緒に仕事をすることについて受容れるもの44.7%、拒絶するもの39.0%とほぼ拮抗しているが、隣接居住では受容が33.9%に減少し、拒絶は48.9%に増加する。さらに結婚となると59.7%のものが拒絶を示し、受容れるものは25.5%とさらに明瞭な減少傾向を示す。元来この社会的距離項目はガットマン尺度として構成されているのだが、やはり退院患者といえども事柄が身辺に近くなるに従い、人々はより大きい社会的距離を置こうとするわけであり、回復者の社会復帰の道もまた必ずしも平坦でありえない⁹⁾。むしろ社会のそうした拒絶的反応に直面した際、それがきっかけないしは口実となって再飲の契機を形成することも少なくないのである。

e. ケースの記述テスト

アルコール依存症者への反応をさらに別の角度から追うため、S.A.Star の考案したStar Vignette Test 6 類型のうち、アルコール症事例を利用することにした。

Vignette Test は手短かに記述された事例を読みあげ、人々がこの事例にどのような反応を示すかをみるものだが、アルコール依存症の事例は次のように記述されている。

“ 明さんは酒好きで、あまり飲むために一つの仕事に長つぎしません。お金さえあれば飲み屋に行き、閉店になるまで飲みつけ、妻子のことなどすっかり忘れてしまうのです。酔がさめるとつくづく家族にすまないと思い、奥さんをおがみたおして「も

う酒は飲まない」と約束するのですが、翌日からまた飲みだしてしまうのです。”

さて、この事例についてどこがおかしいと異常さを感じるもの91.3%で、とくにおかしいと思わない 5.4%を圧倒している。そこでおかしきを感じるとしたら、このような状態を人々は何と呼ぶかを自由回答法で対象者自身の言葉で表現してもらった。その結果局地的な方言から俗語、専門語と多様な言葉が使用されることが分った。例をあげれば「酒きちがい」「意志の弱い人」「わがまま」「勝手な酒飲み」「なまけ者」「人間失格」「不良」「どうらくもん」「ぐうたら」「甲斐性なし」「ひっこみ思案」「気が小さい」「信念がない」などの日常語、「ほじがない」「たらわずもん」「へろ」「ごんぼほり」などの独特な方言、それに「アル中」「精神異常」「意志薄弱」などの専門用語が加わり、ここから特定の傾向を導き出す作業は容易でない。その多くは否定的な意味合いをもつものであるが、なかには少数例ながら両面的なものもある。たとえば「その時ばかりでがまん強さがない」と答えた回答者はさらに続けて、「そういうことは我々にもあると思う。酒を飲めば誰でも同じような状態になるのではないだろうか。もっともこの辺りでは飲み屋がないので、ほとんど家で飲んでいるからあまり問題はないと思うか」とつけ加えている。また別の回答者は次のように述べている。「酒の好きな人はこういうこともあると思う。私は飲まないからよくわからないが。」

この事例についてとくにおかしくないと答えた少数の回答者の一人は、その理由を以下のように述べている。「普通でもないのだろうけど、いろいろ仕事上の心配事、悩みがあるのではないかと。それ以外に考えられない。悩みがなくてこんな飲み方はしないだろうし、この辺ではこんな話ありえない。特に飲み屋に行き閉店になるまで飲みつづけることなど。」飲み方に多少の異常さを感じつつも動機理解的に事例をみた場合、そう一方的に否定できないものがある、というあたりであろうか。さらに注意したいのは、事例のような話はこれらの地域ではありえないと断言している点である。それは生活空間構造(「第三の空間」の有無など)や就業形態上(匿名的個人が大量に現出する通勤現象など)の都市社会との差異が、回答者をしてこの事例を想像し難くしているであろう。したがってまた歴史的にも、村落的社会ではその生産力水準の低さも手伝ってアルコール依存に陥る可能性はそう高くなかったであろうことも想像され、先述した親世代に問題飲酒者が少なかったであろうとの推察を支える一つの根拠ともなりえよう。

ところでこの質問に対しては「なんと呼んでいいかわからない」との回答も少なからずあったが、回答があったもの全てについて使用された用語を仮りに医学的用語（アルコール依存症、アル中、精神異常、精神病等）でその中心は「アル中」とその他の社会的用語、それにこの両者を併用した場合の3つのタイプに分けると、その結果は479人中医学的用語を使用したもの28.0%、社会的用語67.0%、併用5.0%であった。しかしながら、事例を病気とみるか社会的逸脱の一つとみているかは、使用された用語からだけでは判別しがたい。表21によると、

表21 病気視か逸脱視か

意見 A	どちらか という 意見 A	どちらか という 意見 B	意見 B	わから ない
	34.0	14.3	14.0	30.7
				7.0

(%、N=600)

意見A：飲んだらダメになるのを分って飲むのは、意志が弱いからである。家族、親せき、職場の上司などが厳しく注意すべきだ。

意見B：飲んだらダメになるのを分って飲むのは病気である。その人を責めてもはじまらず、病院で治療すべきだ。

意見Aに同感しこの事例を意志の問題つまり逸脱とみるもの48.3%に対し、Bの意見に賛意を示し病気とみるもの44.7%となっており、前問に「分らない」と答えた回答者の数を考慮しても、用語と病気—逸脱視の問題はそう単純でなさそうである。そもそも「アル中」という用語自体がどれほど純粋に医学的な意味で使用されているのかは疑わしく、むしろそれは一つのレッテルでは、とさえ考えられる。

この点は、事例の「明さん」の回復可能性についてどう考えるかという、次の質問への回答にも色濃く反映している。回復可能と考えるもの60.7%、回復不可能とみるもの39.4%をえたが、アルコール依存症は現時点ではすでに不治の病いではありえないため、病気視の場合当然回復可能性が前提とされていることになろう。にもかかわらず、医学的用語を使用したもの内61.3%しか回復可能性を想定していない上、この数値は社会的用語使用者のそれ(61.4%)と全く差異を示さないのである。また「アル中、アルコール依存症」と端的に答えたもののみをとり出してみてもこの点は大差なく、回復可能とみるもの58.2%、不可能とみるもの41.8%であった。これらのことは、専門的疾患用語を使用したからといって

も、実際は必ずしも病気視の上ではないことが十分ありうることを示唆しているといえよう。

そもそも日本語の「病気」という言葉には字義通りの医学的用法と、「奴の女遊びは病気だから治らない」「ほとんどビョーキ」などといった日常的使用例の2つがあり、後者の場合医学的というよりは社会的逸脱の意味で使用されている。加えてそれは単なる逸脱を意味するのみならず、むしろ回復不可能性を内包している点にこそ「病気」の日常用語の本質があると考えられる。S.Sontag [1978] のいう「隠喩としての病い」の一面でもあろう。錯綜するこれらの諸点を整理した上で、いま一度病気視—逸脱視の問題にアプローチすることが望まれる。

Ⅰ、既知入院患者に対する態度

「あなたのまわりでお酒の問題で病院に入院した人を知っていますか」との問いに、47.7%の回答者が「知っている」と答えた。さらにこれらの回答者に「その人をどう思いますか」と尋ね、その回答の内容を中心に、補足的に使用した用語、表情、身ぶりなども考慮に入れて調査員が総合的に判断した。その結果は、受容的32.4% > 拒絶的29.5% > 両価的23.8% > いずれともいえない14.3%、の順に比率が高いが、その差異はあまり大きくなく前3者を中心に三分された分布とみてよい。

それぞれのカテゴリーに分類される具体的な回答内容を示せば以下のとおりだが、ただたとえば「かわいそうに」との形容でも、その声色、イントネーション、表情、いよどみの仕方などによってその意味内容は全く相異なるため、表記だけでは十分回答者の態度性向を伝えられぬ制約があることを断っておきたい。

Ⅰ 「受容的」に分類された回答例

「正直な人」「おとなしい静かな人」「おいしい感じがする」「悪い印象あまりない」「ほがらかな人だった。量多く飲むだけで」「アル中になってしまいかわいそうだ」「自己反省して元のようになってほしい」「それ(入院)以来飲まなくなったのでいいと思う」「心はやさしい、気の毒。酒屋のある限り中毒はなならない」「精神的にものを忘れるために飲む人もいるし、他人に迷惑かけないと良いのじゃないか」「かわいそうだが、本人のみの責任でもない」「まわりの人も飲ませないで欲しい」「その人だけでなく家族が協力してなおさせるようにすべきだろう」……等。

Ⅱ 「拒絶的」に分類された回答例

「なまけ者」「わがまま」「人間のクズ」「自

業自得」「信用できない」「だらしがない」「意志が弱い」「ばかだ。自分の身体のことを考えない」「朝から晩まで飲まねばならないのは病氣、困ったものだ」「好きでなかった。目が違っていて気持悪かった」「残された人は氣の毒、また変になる。家族は大変」……等。

「両価的」とは、「意志が弱い。酒を飲まなければはがらかでよい人、まじめだった」とか「頭はよかった。頭のよさを悪い方につかかって、酒を飲み借金をつくってしまう。意志が弱く、入院させた人（親族）を恨んでいるが、恨みをもつことは悪いことだ。親族ももう少し手段を考えた方がよい。アルコール中毒で入院したのではないが、借金などでいろいろ迷惑かけたのがまんできず入院させた。入院させればいいというものではない」といった回答に代表されるごとく、一方でははっきりと本人の否定的評価を下しながらも他方で本人の良さを認めたり、周囲の対応のまずさや状況の厳しさなどの事情をも指摘するなどの傾向を有するものである。

多様な表現が使用された中で気づかれる傾向について若干触れれば、拒絶的な場合は否定的評価をもつ表現をストレートにする、そしてこのため一単語あるいは短文で言切る傾向があるのに対し、受容的な態度と分類されたものは事情の解説を加えたり、いかにすべきかにまで触れたり、比較的長文による表現が多いことである。この傾向の典型例をさらに二、三あげると、「ほんとうに酒が好きだったから飲んでいたのでと思う。酒ぐせも悪くなかったし……。母親が脳卒中で死んで、酒をかなり飲んでた。1日3合位」「彼はある社会不満が大きく、隠れて酒を飲んでたようだった。（アルコール症に陥いるにあたって一筆者附記）社会の不満や家庭の不満などの役目が考えられる人が多いようだ」「親が悪い、息子を甘やかせた。人はいいんだけど……。出稼ぎで酒を覚えコントロールできなくなった」「妻が夫の気持をもう少し理解してやればそうならないのに……。家庭環境も影響している」といったものがあげられる。常識的に考えても、一般に他人の否定的評価はあまり口にしたくないものであるうし、するとしてもできるだけ手短かにするであろう。その反面、他人の肯定的、受容的評価については多言の傾向になりやすい上、実際受容的な人は入院患者のことをよく知っているものと考えられる。つまり、身近な人であって、次に触れるとおり、関係性のタイプによって異なる親疎の程度により、受容と拒絶の比率も変化する傾向を認めるのである。「みじめだと思う。酒に負けた。人柄はよくわからないが」とする、「拒絶的」と分類された一回答者の表現はこのことを如実に物語っている。

もっとも、拒絶的な態度を示すものが、長文の表現をしないわけではない。「酒飲みすぎなければね。身体こわさなけりゃ……。けど可哀そうだとは思わない。……。自分の親父のことだから……。」と最後は言いにくそうに述べた回答者は、さらに父親が45才で酒のために死んだこと、それも1年ほど精神科に入院してそこで死んだことを語ってくれた。この例のように、近い関係にありながらも、拒絶的になる場合もあるのである。

では、関係上のタイプによって人々の反応はどのように異なってくるのであろう。表22によれば、有意差を認

表 2 2 既知入院患者との関係性と社会的態度

関係性	態 度			(N)
	受容的	両価的	拒絶的	
親・きょうだい	57.1	14.3	28.6	(7)
親 類	33.3	33.4	33.3	(24)
友 人・近 所	39.0	27.1	33.9	(118)
そ の 他	27.6	31.0	41.4	(29)

めないまでも、その傾向としては、身近な第1次的な社会関係の方が、それもより身近な関係の方が「受容的」の比率が増し、「拒絶的」の比率は低いことが分る。つまり、第1次的関係は、基本的に全人的な関係であるため、状況了解的で“アル中”という一面だけでその人を切り捨てることもまた少ないのであろう。対象地の農山村ではなお共同体の特徴を残しており、とにもかくにもこれらの農村の共同体では共に生きるをえず、レッテルを貼るだけでは、現実は無動かないのである¹⁰⁾。

偏見やレッテル貼りとの関係で、人々の反応を規定すると思われるいまひとつの要因は、患者として何科に入院したのかという点であろう。そこで対象者に既知の患者か何科に入院したのか確認すると、内科23.3%、外科1.8%、精神科48.4%、他科1.8%、不明24.7%との結果を得た。しかし、態度と入院科のクロス結果は、表23

表 2 3 入院科と社会的態度

入院科	態 度			(N)
	受容的	両価的	拒絶的	
内 科	39.4	28.8	31.8	(60)
外 科	40.0	—	60.0	(5)
精 神 科	38.4	28.8	32.8	(73)
他 科	33.3	—	66.7	(6)

のとおり、有意差はもちろん大きな傾向さえも読みとる

ことも不可能であった。仮説的に考えられた精神科患者に対してはより厳しいのではないかと予想は、全く支持されず、関係性のタイプと入院科の2変数を比較すれば、人々の態度により影響を及ぼすのは前者であるといわざるをえない。態度の規定要因については、本稿の主題ではないので、別の場合にゆずる。

8. 社会的態度における寛容度分類

(1) 飲酒観にみる寛容度：10の質問項目のうち、飲酒に関する寛容性に直接的に関する4項目、すなわに項目4「酔っぱらい甘やかし」、6「酒なくしてなんの人生ぞ」、7「酒は気がかい水」、9「若者一人前」のそれぞれを5段階間隔尺度項目とみなして、+2点から-2点まで得点を与え合計すれば、得点平均は、-0.534、最頻値-1となった。その上で+8～+2を寛容群、+1～-1を中寛容群、-2～-8を厳格群と3分して、飲酒観寛容度尺度を得る。その結果は、第24表のごとく

表24 態度スケールからみた寛容度 (%)

尺度	寛容度			(N)	得点平均
	寛容	中	厳格		
飲酒観	22.5	42.6	34.9	(637)	-0.534
酒害対策観	66.3	30.0	3.7	(624)	+1.973
社会的距離	19.9	46.5	33.6	(602)	-0.767

1) 得点が+であればより寛容、
-であればより厳格

(2) 酒害対策観にみる寛容度

飲酒観の場合と同様な手順で、3つの選択肢に、-1点から+1点を与え、4項目合計最大4点から最小-4点となる尺度を得た。平均は1.973、最頻値は2であった。さらに4～2点を高寛容群、1～-1点を中寛容群、-2～-4点を厳格群とすると、高寛容66.0%、中寛容30.0%、厳格3.7%の結果となった。全体に酒害対策には消極的なことが分かる。同様に高知調査との比較をとってみても、両者に有意差は認められなかった。

(3) 社会的距離にみる寛容度

社会的距離に関する3つの質問を尺度化して最大6点から最少-6点の幅で得点化すれば、平均-0.767、最頻値-6の結果が得られた。6～3を寛容群、2～-2を中、-3～-6を厳格群とすると、高寛容19.9%、中寛容46.5%、厳格33.6%となり、どちらかという厳格性の方向に偏っている。尺度化の手順および分類法は、前二者と全く同様である。

で、高寛容が約2割、中が4割、厳格が全体の1/3を占めており、飲酒観については必ずしも、寛容とはいえない

ようである。

参考までにいまひとつの併行調査たる高知調査の結果(詳しくは本村, 1982)と比較すると、既報にも触れたとおり、両者に有意な差は認められなかった[清水, 1982b]。

要 約

われわれは病棟や診察室でなされてきた従来からの臨床的アルコール研究とともに、一般住民人口を対象とした研究の必要性を受けとめ、昭和56年から57年にかけて秋田県下の3つの農山村地域において、人々の飲酒行動ならびに態度的側面を中心に社会調査を実施した。その結果以下のような知見を得ることができた。

- (1) 対象者達の飲酒行動で最も顕著な特徴は、よく飲むことである。マクロなアルコール消費量からみても、また44.9%に達する連日飲酒者の比率からみてもこのことは明白であった。
- (2) 初飲年齢は18～19歳が31.3%、約1/2で最も多く、20歳前初飲者は63.9%であった。習慣飲酒年齢については20～24歳がモードで33.8%に達し、20歳前習慣飲酒者の比率は12.3%となっている。
- (3) 飲酒場所は自宅が圧倒的に多く82.9%で、以下友人宅32.5%、飲み屋19.2%、公民館15.8%などであった。また酒類では日本酒が81.2%、ビール71.8%、ウイスキー20.2%といったところが主であるが、やはりマクロ分析から特徴づけられる秋田県の「典型的清酒型」「清酒優位型」が確認された。さらに飲酒量を日本酒換算一週間総量でみると、モードは6合～10合で22.3%、1～5合20.0%、11～15合19.8%となり、2升以上飲んだものも15.6%を数え、平均は11.4合であった。
- (4) 問題飲酒度ではMulford 尺度の場合、正常飲酒者29.6%、問題累積度 stage I 20.4%、stage II 26.0%、stage III 13.0%、stage IV 3.1%の結果を得た。一方KAST尺度では、正常飲酒者群31.7%、問題飲酒予備群24.3%、問題飲酒者群11.3%、重篤問題飲酒者群25.7%であった。
- (5) 定位家族体験との関わりでは、重篤問題飲酒者の比率は15歳前母欠損の場合33.3%、同様に両親欠損25.0%、父欠損17.1%、両親健在16.6%となり、先行の研究知見とは異なる結果を得た。
- (6) 対象者達の父親の飲酒態様は、「ほぼ連日飲酒」が70.6%で現在の世代より若干頻回飲酒が目立ち、昔からよく飲んでいた地域であることが推察され

た。そして父親世代の飲酒量は子供による否定的評価と、また飲酒頻度は子供の現在の飲酒頻度と有意に相関していることも明らかとなった。

- (7) 飲酒観では、酔いに関してはどちらかという厳格であり、アルコールの讚美と忌避では讚美の方向に、性差では女性の飲酒には高い寛容性をみせ、個人飲酒より集団飲酒が好まれ、かつ飲酒の社会的有用性が高く評価されている。
- (8) 問題飲酒のイメージは、対人関係や労働経済の阻害とより強く相関し、健康障害ならびに過飲自体とはより弱い相関を示す。
- (9) 酒害対策については全般的に消極的で、問題飲酒者のみを対象とする限定的対策が支持された。飲酒とその結果の酒害は概してプライベートな性質をもつ問題と考えられている。
- (10) 社会的距離 (social distance) では、事柄が身近になるにつれ人々の態度は拒絶的になる傾向が確認された。
- (11) Star vignette を用いたアルコール依存症者の症例記述テストでは、医学的用語を使用してケースを特色づけたもの28.0%、社会的用語使用67.0%、両方使用5.0であった。しかし社会的用語使用者が必ずしもアルコール依存症者を逸脱視し、医学的用語使用者が病氣視しているとはいえなかった。
- (12) 既知入院患者に対する態度においては、受容的なもの32.4%、拒絶的なもの29.5%、両価的なもの23.8%とほぼ三分された。この点に関する態度は、患者と対象者との関係性によっても影響をうけている。
- (13) 出稼ぎの飲酒量への影響は、増量29.2%、減量19.5%、不変50.9%で、よく言われる出稼ぎと酒量増加の関連については、いま一つの媒介変数を導入して考える必要のあることが明らかとなった。

われわれの調査研究は事実発見と問題析出を基本的目標とする問題探索的アプローチ (exploratory approach) という性格を強くもつ。このため報告の手順としても、調査結果の全容をひとまず整理することを目的とした。本稿の実態調査報告をふまえつつ提起された問題を含めて、さらに分析解釈作業を進めてゆく予定である。

尚、多忙の中調査にあたって御理解、御協力をいただいた各地域住民の方々、関係各位にあらためて厚く謝辞を申し上げる次第です。

注

- 1) この点については聴取調査の際、ある医療行政官は次のように述べている。昔は確かに「さなぶり大会」の祭などでもよく飲んだが、県内のどぶろくは早くして昭和38年頃から、平均的には昭和40年頃からは造られなくなっている。したがって県の消費量の伸びは、女性の飲酒人口拡大とあわせてどぶろく飲酒が清酒にとってかわられ、その分従来の公式統計にあらわれなかったものが表面化した部分が多いという。いわゆる「みせかけ」の消費量増大であるが、それはとりもなおさずこのようなコメントが出る位に非公式部分の飲酒量が大きかったことを如実に物語っている。
- 2) この点に関連してA病院の一医師自身も、昔はアルコール治療に保険が適用されず、全て自己負担であった上、専門家も住民もともどもアルコール依存症が今ほど精神医学的に理解されていなかったため、アルコール患者が少なかっただけのこと、とも語っている。
- 3) その成果については、すでにいくつかの学会や論文で報告がなされている〔清水, 1982b; 1983a; 1983b; 清水・波田, 1983a; 1983b; 1983c; 清水・波田・箕口, 1982〕。
- 4) 「ささいな給料生活者の唯一の楽しみとして酒は生きる限り飲み続けます。害悪という点では個人差があるので罰は罰、病氣は病氣であればよい。酒はいい、文句はいわれんよ!!」。以上は酒害対策に関する自由記載欄に一対象者自らが記入してくれた回答の一例であるが、このように調査に協力してくれたものの、調査内容の性質上ある種の対象者達には調査の実施自体がかなりの防衛的反応を引起すに十分なイムパクトを与えたようだ。この結果、自らの飲酒に問題を感じているもの、あるいは現に問題化しているもの間では、調査拒否などでサンプルから脱落しやすい傾向がありえたことは一応考えられるであろう。
- 5) ちなみに年齢的要因の内、問題飲酒度に最も大きな影響を及ぼしているのは初飲年齢や現在年齢ではなく、習慣飲酒年齢であることが報告された〔清水・波田, 1983c〕。
- 6) この数値は後にみる対象者達の問題飲酒度からすると、少なすぎるとの印象を与える。もとより、人間社会におけるアルコール依存が単に薬物としてのアルコール摂取のみで生じるという単純なメカニ

ムでないことは、Jellinek〔1960〕の host-agent-environment の3要因の相互作用図式からして明らかである。筆者自身もこの点こそが秋田と高知の間にみられる酒害の地域的偏差を説明する重要な一因として、環境要因としての地域社会の統合度に注目した〔清水, 1982b〕。してみれば、大量飲酒者2.4%という数値とたとえばKASTの重篤問題飲酒者25.7%のズレは一応了解されうるだろう。

- 7) 残念ながら今回はこの点に関しては調査しきれなかったためデータは無いものの、おそらくケース化した比率は極少ではなかったかというのが筆者の推測である。というのも、その生産水準からして当時アルコールに依存し労働過程から脱落した上、家庭経済の負担になることはそう容易ではありえなかったはずであり、加えて共同体的規制もお強く作動していたことなどの諸状況を勘案する時、「毎日かなり」飲んでいたとしてもそれは多分に逸脱境界の埒内でのことではなかったか、と考えられるからである。もちろんこの場合、逸脱境界とは次節で触れるごとく、多少の振戦や身体疾患、大量飲酒を多分に許容するものであったろう。人間関係を阻害したり生計維持が不可能といった事態が生じない限り、ケース化しないという傾向は、家族の扶養能力の大小、健康管理や精神衛生知識の多少、職務内容や労働形態の差異などからしても、現代より以前の方が一層強かったことはいままでのない。かように疾病性 (illness) ならびに事例性 (caseness) の両面からしても上述の推測は支持されるであろう。
- 8) 聴取調査の折、秋田でも最古参の大精神病院のベテラン精神科医は、昼間から飲んでいてもまた多少振戦が認められてもそれだけでは病院に患者化することが少ないとして、その主な理由を二つ指摘している。そのひとつは暴力や家庭崩壊がない場合、ふたつには、米倉〔1968〕によってもすでに確認された点ながら、大家族などで本人が働かなくとも誰かが働いているなどで経済的になんとかなっている場合、症例化しにくいという。病院の特性も関係していると思われるが、この精神病院にはいわゆる酒乱気味のケースが多く、依存性そのものよりも酔酩のタイプが問題とされるという地域社会の反応の特徴を指摘してくれた。飲み方よりもむしろ酔いの方が問題視の対象になりやすい、というこの事実はわれわれの調査結果とも符合して興味深い。また飲むことに寛容な一方、ある種の酔い方には厳しいという点は、筆者〔清水, 1982b〕が以前展開したアル

コホリック・ソーシャル・システム論の第1の特徴から本質的に生じる問題であることをも想起された。

- 9) 社会的距離調査に関しては、幸い Crocetti et al.〔1974〕のボルティモア調査研究に詳しく扱われている。彼らの場合は精神障害者一般についてであり、アルコール依存症者に特定化したものではないが、それでもその結果は今回調査と同様な傾向を示している。
- 10) 一般に農村では精神障害者に対する偏見が強いともいわれている。事実秋田県の場合でも、聴取調査の段階で関係者から同様なことをきくことができた。またこのため非匿名的な断酒会に入ることも決心のいることであるらしく、断酒会のリーダーも「実働会員は10人位です」と、断酒会活動がいまひとつ盛上りに欠けることをかこっていた。とすれば、受容的になりやすい第1次的関係を基本的になお色濃く残す農業県秋田において、精神障害者に対する人々のこの厳しい対応はどのように理解されるであろうか。恐らく第1次的関係にありながらも拒絶的になった場合、いわば「全てを知り尽くした上での拒絶」という形になりやすく、したがってレッテルをはがすこともまた難しくなるのではあるまいか。こうしたことから、ラベリング効果 (labeling effects) に対して第1次的関係が及ぼす影響には二面性があることも考えてゆく必要があると思われる。

文 献

- Crocetti, G.M., H.R. Spiro and I. Siassi
〔1974〕: *Contemporary Attitudes toward Mental Illness*.
波田あい子
〔1982〕: 「アルコール依存」大橋薫編『地方中核都市の社会病理』, 川島書店, 79-99.
- Jellinek, E.M.
〔1960〕: *The Disease Concept of Alcoholism*, Hillhouse Press.
- 加藤征夫・三村喜一郎・小泉みよ子・細越正一
〔1980〕: 「臨床概況—当院の役割の変遷と今後の方向を知るために」『秋田脳病院開院50周年記念誌』99-113.
- Kilty, K.M.
〔1981〕: "Drinking Status and Stigmatization",

American Journal of Drugs and Alcohol Abuse, 8 : 1, 107-116.

小池鐵造・笠松秀二・加藤祐宏

[1944]: 「秋田脳病院入院患者統計」『北海道醫學雑誌』, 22 : 12, 1227-1233.

小泉重憲・池田申次・鈴木正夫

[1951]: 「秋田脳病院入院患者統計」『秋田縣医師会雑誌』, 3 : 3, 1-7.

厚生省

[1980]: 『昭和54年保健衛生基礎調査概況』

本村 汎

[1982]: 「アルコール依存者の飲酒パターン—健常者との比較において—」『大阪市立大学生活科学部紀要』, 30, 305-316.

Mulford, H.A.

[1977]: "Stages in the Alcoholic Process: Toward a Cumulative, Nonsequential Index", *Journal of Studies on Alcohol*, 38 : 3, 563-583.

長山幹丸

[1977]: 『どぶろく物語—密造王国秋田のどぶろく史』, 秋田文化社.

大原啓志・洲脇寛・吉田健男・久繁哲徳

[1983]: 「高知県成人男子の飲酒実態に関する研究」『アルコール研究と薬物依存』, 18 : 2, 170-183.

大橋 薫

[1980]: 「酒類の消費構造と国際比較」大橋編『アルコール依存の社会病理』, 星和書店, 15-33.

大橋薫・石井毅・石川義博

[1977]: 「断酒会会員調査を通してみたアルコール依存者の飲酒行動と断酒努力」『明治学院論叢』, 258, 1-29.

佐藤 信

[1978]: 「統計にみる日本人の飲酒」『公衆衛生』, 42 : 5, 11-24.

清水新二

[1982a]: 「スウェーデンのアルコール政策—基本理念と対策—」『社会精神医学』, 5 : 1, 71-76.

[1982b]: 「現代社会とアルコール依存症—アルコールック・ソーシャル・システムの概念を手がかりに—」『精神医学』, 24 : 12, 1271-1280.

[1983a]: 「アルコール依存と社会的態度の研究」第34回関西社会学会大会 (6月11・12日, 於京都大学).

[1983b]: 「アルコール依存と社会的態度の研究 (その2)—ラベリング論の活性化にむけて—」第56回日本社会学会大会 (10月9・10日, 於埼玉大学).

清水新二・波田あい子

[1983a]: 「アルコール依存問題に対する社会的態度の実証的検討」第3回社会精神医学会 (3月26・27日, 於年金基金センター・セブンシティ).

[1983b]: "Japanese Society as Alcoholic Social System: Societal Reactions to and Control of Alcoholics" (Paper presented at the session of 10th World Congress of Social Psychiatry, September 4-8, Osaka, Japan).

[1983c]: 「飲酒行動ならびに社会的態度に及ぼす年齢要因の影響」第18回日本アルコール医学会総会 (9月29・30日, 於滋賀会館).

清水新二・波田あい子・箕口雅博

[1982]: 「秋田県—山村における飲酒問題と社会的態度」第55回日本社会学会大会 (10月8・9日, 於神戸大学).

Sontag, S.

[1978]: *Illness as Metaphor* [富山太佳夫訳「隠喩としての病い (上・下)」『思想』, 8号, 1-27.; 9号, 120-135.]

山梨県立精神衛生センター

[1981]: 『山梨県明野村における飲酒実態調査』.

余暇開発センター

[1977]: 『現代社会における飲酒行動に関する研究』.

米倉育男

[1968]: 「飲酒嗜癖化に伴う家族の態度および家族内役割の変化」『精神医学』, 10 : 11, 49-54.

座間味宗治

[1983]: 「アルコール依存症と家族内力動—父子関係を中心に—」『アルコール研究と薬物依存』, 18 : 1, 74-85.

付 録

A

(1) お酒が原因で仕事をやめさせられたり, やめさせられそうになっ
たことがありますか。……………

しばしば	時々	なし
1	2	3

- (2) あなたのお酒が原因で、妻（あるいは夫）が家出をしたことがありますか、または家出しそうになったことがありますか。…………… 1 2 3
- (3) あなたは家族から、お酒のためにお金を使いすぎることによって不平をいわれたことがありますか。…………… 1 2 3
- (4) 酒が原因で警察のやっかひになったことがありますか。…………… 1 2 3
- (5) あなたは医者から酒で健康が害されているといわれたことがありますか。…………… 1 2 3
- (6) あなたは飲酒が原因で病気になることがありますか。…………… 1 2 3
- (7) 酒のためにお金を使い過ぎて月賦やローンが払えなくなったことがありますか。…………… 1 2 3
- (8) あなたは酒で問題を起して、あるいは起しそうになって仕事をやめたり、仕事をかえたりしたことがありますか。…………… 1 2 3
- (9) 酒が原因で事故をおこしたり、事故にあったりしたことがありますか。…………… 1 2 3
- (10) 酒が原因で、約束をやぶったり、家のなかの仕事さぼったり、仕事を休んだりしたことがありますか。…………… 1 2 3

B

- (1) いやな自分自身を忘れるために酒をのむ。…………… しばしば 時々 なし
1 2 3

- (2) いやなことを忘れるために酒をのむ。…………… 1 2 3
- (3) 他の人たちとよりうまくやっていくために酒の力をかりる。…………… 1 2 3
- (4) より満された気持ちになるために酒をのむ。…………… 1 2 3
- (5) 自信をもっとつけるために酒の力をかりる。…………… 1 2 3
- (6) 内気な自分をふきとばすために酒の力をかりる。…………… 1 2 3

C

- (1) いちどお酒をのむと数日間飲み続けてしまう。…………… しばしば 時々 なし
1 2 3
- (2) 酒が必要な時に酒が飲めなくなるのではないかと心配である。…………… 1 2 3
- (3) かくれ飲みをする。…………… 1 2 3
- (4) 酒を飲み始めると、完全に深酔いするまでやめられない。…………… 1 2 3
- (5) 平日に深酔いしてしまう。…………… 1 2 3
- (6) 朝起きると最初に酒をのむ。…………… 1 2 3
- (7) 酒を飲んだ翌日、前日酔って何をしたか思い出せない。…………… 1 2 3
- (8) 酒を飲むような集まりに行く前に景気づけにちょっと一杯やる。…………… 1 2 3
- (9) 酒を飲むと食事を忘れてしまう。…………… 1 2 3
- (10) ついつい予定より飲みすぎてしまう。…………… 1 2 3

(昭和58年11月8日受理)

Summary

When we are engaged in a treatment of alcoholics as well as a research activity on it, it is indispensable to take into consideration the problem of how people in communities perceive of and react to alcoholics and alcohol problems in general. Although there is a great deal of findings as to drinking behaviors and drinking careers of alcoholics, there, nevertheless, seems to be rare to see the data obtained from general populations, by which findings in clinical studies are expected to be compared with for a further generalization. In addition, the systematic study on attitudes toward alcoholics and alcohol problems has much more rarely been explored.

Thus we intended to conduct a comprehensive social investigation as to drinking behaviors and social attitudes toward drinking and alcohol problems in rural areas of Akita prefecture in 1981 and 1982. The subjects were drawn randomly from the male general population living in the communities at the age of 20 through 60. The final sample size for analysis is 646. The age distribution is 18.6% in their twenties, 21.2% in their thirties, 25.7% in their forties, and 34.5% in their

fifties. The occupation of the subjects is dominantly characterized by agriculture of 32.0%, manual labor of 16.7%, white collar of 11.3%, and the rest is covered by various occupational groups.

The empirical findings obtained through our investigation are as followed;

(1) One of the remarkable features of drinking behaviors observed in the subjects group is the frequent drinking, as seen explicitly in the fact that 44.9% of the subjects drink everyday.

(2) The modes of the onset ages of their first drinking and their habitual drinking are, respectively, 31.3% for 18–19 of their age and 33.8% for 20–24 of their age. About two thirds, 63.9%, of the respondents experienced the first drinking before their twenties and 12.3% started the habitual drinking before the same time.

(3) The most common places the respondents have a drink are “at home” (82.9%), “at friends’ home” (32.5%), “tavern” (19.2%), “public meeting house” (15.8%), and so on. There, Japanese SAKE and beer are most favorably consumed in the extent to which the former was drunken by 81.2% of the respondents and the latter by 71.8%. The average volume of the pure alcohol consumed in a week previous to the investigation day was 328.3ml and the mode and the maximum volume were “172.8ml–288.0ml” and 1987.2ml.

(4) The degree of the problem drinking measured by the Mulford Scale was distributed by 29.6% in “social drinker”, 20.4%, 26.9%, 13.0%, and 3.1% respectively in the stages from I through IV. Similarly, when measured by the KAST Scale, the results observed were 31.7% of respondents categorized as “normal drinker”, 24.3% as “pre-problem drinker”, 11.3% as “problem drinker”, and somewhat surprisingly 25.7% as “heavy problem drinker”.

(5) The problem drinking could be observed to be more associated with the mother-absent type of their family of orientation rather than with the father-absent type, before they got fifteen years of age. Their fathers were found to have drunken generally more than the present generation of our respondents.

(6) Respondents tend to evaluate drunkenness in a rather restrictive manner while they are permissive toward alcohol drinking itself. They are fairly tolerant to women’s modest drinking and they prefer the group, social drinking to the solitary one. The usefulness of drinking in various social settings is highly evaluated.

(7) Respondents’ image of the problem drinking is more clearly associated with disturbance in human relations and in labor-economic domains rather than with alcohol-related health disorder and excessive drinking.

(8) Drinking and its consequent negative effects are likely to be regarded as a sort of private issues individuals should be concerned with and this tendency is reflected in the results that respondents generally tend to be passive toward the control policy of alcohol, particularly toward controls influencing over themselves.

(9) As to the social distance respondents put between themselves and an assumed discharged-alcoholic patients, the closer the issues in question get to their actual life, the greater the social distance.

(10) More than a half of the respondents use, not medical (28.0%), but social or daily terms (67.0%) to express their perception toward the alcohol case description of Star’s vignette test. However these terms do not necessarily correspond straightly to, so-called, the deviance framework and the sickness framework, respectively.

(11) The attitudes toward hospitalized alcoholics actually recognized to respondents were shown in such a form of being divided into three categories almost evenly, such as “acceptive” (32.4%), “rejective” (29.5%), and “ambivalent” (23.8%).

(12) The influence of the seasonal labor migration into big cities should not simply be understood as a cause for bringing about an increase of the volume of alcohol consumption. The reply, “not changed” in alcohol consumption, hit to a half (50.9%) and moreover some respondents (19.5%) experienced even a decrease of drinking.

In this paper, an overall results of our investigation were described and it covers the whole range of the research design. Therefore, the fact-finding or exploratory approach characterizes this paper. The further analysis based on cross tabulations and other statistical techniques is left for near future works.