

問題に対応できる機関、例えば、精神科医療施設や社会復帰施設に紹介することが適切である。

2. 精神保健福祉センターの定められた機能と既存の特徴

1) 精神保健福祉センターの機能

厚生省保健医療局長通知として、平成8年1月に出された精神保健福祉センター運営要領の中で、精神保健福祉センターは「地域精神保健福祉活動推進の中核となる機能を備えなければならない」とあり、また、精神保健福祉活動に関する業務として、以下の7つをあげている。

- ①企画立案
- ②技術指導及び技術援助（専門職対象）
- ③教育研修（専門職対象）
- ④普及啓発（住民対象）
- ⑤調査研究
- ⑥精神保健福祉相談（住民対象）
- ⑦組織育成（住民対象）

2) 精神保健福祉センターの特徴

前項に示した機能を有することから、以下のような特徴を持つ。

- ①同分野の専門職に知識を広めやすい。
保健所、市町村及び関係諸機関に対し、専門的立場から、積極的な技術指導及び技術援助を行うこと、保健所、市町村、福祉事務所、社会復帰施設その他の関係諸機関等で精神保健福祉業務に従事する職員等に、専門的研修等の教育研修を行い、技術的水準の向上を図ることが、前出の精神保健福祉センター運営要領の中に明記されている。
- ②他分野の専門職を召集しやすい。
専門職への教育研修及び技術指導に必要な知識の提供を他の分野にする場合、精神保健福祉センターは「地域精神保健福祉活動推進の中核」として位置づけられているので、協力を得られやすい。
- ③一般大衆がかかりやすい。
精神保健福祉センターは、地域の誰もが利用できるという特徴を持ち、窓口を広く持つべき治療

的機関の中でも、とりわけ窓口が広いと考えられる。

3. 薬物乱用対策における精神保健福祉センターの役割

前記1. 薬物乱用対策のあり方と前記2. 精神保健福祉センターの定められた機能と既存の特徴から、それらの合致するところを薬物乱用対策における精神保健福祉センターの役割としてあげてゆく。

1) 種々の分野の実務者を講師にした講義形式⁽²⁾の知識提供

薬物乱用者が回復してゆくには、治療的機関だけでなく、取り締まり処分する機関に係属することも、前記した連携体制の中では効果的である。しかし、薬物乱用者及びその家族の多くはまずは警察に関係することを嫌い、治療的機関に係わることにさえ慎重である。各機関の対応の実際を広く一般に示し、関係機関にかかわることが得策であることを伝え、対応を受けるよう動機づけることは効果的である。このために、精神保健福祉センターが持つ、他分野の専門職を召集しやすい、一般大衆がかかりやすい、という特徴を利用し、対応システム全体の広告塔として機能させることが、精神保健福祉センターに特異性の高いものであり、役割と考えられる。具体的には、種々の分野の実務者を講師にした講義形式の知識提供の場を設定することである。

効果の例をあげると、警察の話を知りたいが警察には行き難いと思える者は多いと思われる。このような者でも、警察の話であっても精神保健福祉センターでなら聞けるということが起こりえる。また、各機関の特性を住民が知ることから、個々の例により応じた機関を選択して対応を求めることが起こりえる。

2) 自助式集団療法の設置

精神保健福祉センターは、業務として組織育成というものを持ち、また、一般大衆がかかりやすいという特徴を持つ。このことから、自助式集団療法の設定は、精神保健福祉センターに是非と

もほしいサービスである。精神保健福祉センターの薬物乱用専門の相談業務が強化される計画があること、また、前記したように講義形式の集団処遇の設定が精神保健福祉センターの役割であることを考えると、精神保健福祉センターに係わる乱用者及びその家族の数は増えるので、自助的な集団療法を設定することは効果的である。

しかし、自助式集団療法の設定は濃厚に係わる病院等にも設定は可能であり、その他の成立形式もあり、特異性が極めて高いというわけではない。

3) 期待されている役割についての検討

前出の五カ年戦略の内容や会議での意見や個々の意見交換から、精神保健福祉センターの役割として期待されることが多いと捉えられたことを、検討項目として、以下のように3つ示す。

- ①精神保健福祉センターは、他分野の専門職に対する教育研修及び技術指導を受け持つべきか。
- ②精神保健福祉センターは、他の機関から個別相談を引き受けるべきか
- ③精神保健福祉センターは、相談業務等の地域の体制を整備する中核になるべきか。

これらを量的及び質的に検討する。まずは質的な差異を2つの面から説明する。

・薬物乱用対策のあり方から

相談指導は、治療的対応機関によるものは、基本的には、係属する者の任意によるものであり、対応する専門職による強制力のある処遇はない。しかし、警察による相談業務は検挙を第一の目的とした関わりの中で検挙ができない場合の違法行為を予防する指導であり、保護観察官によるものは係属に強制を帯びたものであり、また、遵守事項違反に対しては不良措置が取られることがある。麻薬取締官は相談業務を持つ一方で逮捕権を持ち、検挙の必要性がある者にはそれをもって対応できる。このように、相談指導に限っても各機関で質的な差異が極めて大きい。

・精神保健に係わる専門職のアプローチの傾向から

講義形式の集団療法を行っている精神保健福祉センターの最近の1クールのテーマと講師の職種

を表1に紹介する。下線は、講師のうち治療的機関の専門職以外の者に付けた。

表1に示すテーマと講師から、精神保健に係わる専門職は、薬物乱用の薬物依存・中毒という一面を捉えてアプローチする傾向があることが分かる。しかし、これだけでは、精神保健福祉センターで開催したものであるので講義のテーマに治療的なアプローチのものを選んだのではないかという反論の可能性を残す。ところが、報告者はこれも次の経験によって否定する。

報告者は複数の県で、刑事司法機関の職員も参加する精神保健福祉センターが主催する症例検討に参加した。このような会のほとんどにおいて、薬物乱用者が周囲の者との関係の変化により薬物を廃用する動機をいかにもつかなどのアプローチが検討されていることを経験した。各機関の機能の発揮を検討するものとなっていないのである。報告者一人が会のあり方の不適切性を主張しても他の参加者がなかなか気づかないことや、気づいても次の会合では再び元と同様の検討会になることを繰り返すことがあった。

つまり、精神保健福祉センターには知識や経験が集積しておらず、心理的な対応法に終始し、自然なことであるが、他機関による薬物乱用者へのアプローチを理解していないようである。

これらの質の差異により、前記した検討項目の適切な解決として次のように結論を出した。

①精神保健福祉センターは、他分野の専門職に対する教育研修及び技術指導を受け持つべきか。

答 第一線の職員に対する教育研修及び技術指導は各分野の中核が行うべきであり、精神保健福祉センターは精神保健福祉関係機関の職員を対象にそれらを行うべきである。

②精神保健福祉センターは、他の機関から個別相談を引き受けるべきか。

答 各機関があり方にふさわしい相談を行う態勢をとるべきであり、精神保健福祉センターが個別相談例を他機関から受け入れることを通常の流れとするべきではない。

薬物乱用者は種々の問題を持ち、他分野にはそこに特徴的な問題及び対応する者の義務があり、相談のあり方は前記したように異なる。対応に関して、支援的に係わるという意味に置いては、学校と精神保健福祉センターは類似しているはずである。しかし、量的に、精神保健福祉センターだけではカバーしきれないと考える。精神保健福祉センターにも種々のものがあり、県によっては5人体制という精神保健福祉センターがあり、多人数の所でも業務は多く、薬物乱用問題に注げるマンパワーに限界がある。また、学校は担任教師を始め、養護教諭、スクールカウンセラー、生徒指導など相談に当たれる職員を持つ。他の機関も同様に相談業務にあたる職員はいる。したがって、基本的には各機関が相談業務に当たるべきである。

各機関の職員は、その機関に現れる薬物乱用者の特性、専門職の役割に応じて、技術を磨くべきである。一方、精神障害等に関するある程度の知識を例えば学校教師も必要とするが、この知識の普及に関しては精神保健福祉センターや精神科医療施設が責任を持つものでなく、教育委員会が責任を持つものであり、精神科医などを召集して現場の教師に知識を普及させるべきものである。

③精神保健福祉センターは、相談業務等の地域の体制を整備する中核になるべきか。

答 一機関が他機関の業務を熟知し、体制を整備する中核となることは極めて困難である。また、現在、わが国において薬物乱用に対する知識が充分広まっておらず対応経験を豊富に持つ者も少ない。各県単位で実務者が連携のあり方を検討し合っても、発展的とならず、混乱するのが現状であると聞く。広い範囲から薬物乱用者に対応した経験を豊富に持つ実務者が十分に検討を重ね、連携体制を構想した後に各地に試験的に適用することが適切と考える。

E. 結論

薬物乱用対策における精神保健福祉センターの役割を以下のように求めた。

1) 精神保健福祉センターの最大の役割は、薬物乱用対策の広告塔として、他分野の実務者も講師

陣に含む一般を対象とした講義形式の知識提供の場を設定することである。

2) 他分野の中核と同程度の重要性で持つべき役割は、同じ分野の専門職を対象に教育研修および技術指導をすることであり、精神保健福祉センターは精神保健福祉関係機関の職員を対象にそれらを行うべきである。

3) 精神保健福祉センターは、薬物乱用者に対応する機関として個別の相談指導業務を持つのは当然であるが、他機関も同程度の重要性で個別相談を持つべきである。

4) 精神保健福祉センターには多くの薬物乱用者及び家族が、個別相談もしくは講義形式の集団療法で係属すると思われる。このため、自助式の集団療法を設定することが効果を上げることであり、望まれる。

5) 薬物乱用者に対するネットワークの整備は、精神保健福祉センターが受け持てるものではなく、いずれの一機関にも任せられるものではない。

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

G. 引用文献

- 1) 平井慎二、野村正剛：精神保健センターにおける家族のための「家族教室」「家族会」が発足するまで、アルコール依存とアディクション、Dec,1992,Vol.9 No.4 PP273-278
- 2) 平井慎二：わが国の薬害対策の基本姿勢と薬物乱用者への対応システムのあり方、アディクションと家族、第15巻2号、1998年6月、pp.155-166

表1 現在講義形式の集団療法をおこなっている精神保健福祉センター及びその内容、講師

1) 茨城県精神保健センター

平成8年度開始

講義形式の集団療法

10年度

頻度：4回を4カ月で1巡

テーマ	講師
1 依存症とは	センター職員
2 共依存	センター職員
3 ダルクのメッセージ	ダルクの職員
4 ナラノンのメッセージ	ナラノンメンバー

2) 栃木県精神保健福祉センター

平成10年9月開始

薬物依存を家族と共に考える会

第1部 教育プログラム 13:00 - 13:50

第2部 家族ミーティング 14:00 - 15:30

頻度 3カ月で1巡

以下は平成11年1月～3月

テーマ	担当
1 薬物依存症とは?	心理員(センター)
2 薬物依存の 精神医学的理解	精神科医(センター)
3 当事者からのメッセージ	ダルク家族会
4 本人・家族の心理と対応	心理員(センター)
5 内容未定	保健婦あるいは <u>警察関係</u> を予定

3) 埼玉県立精神保健総合センター

薬物依存症家族教室

頻度：2月で1巡

平成10年度

テーマ	講師・司会
1 薬物依存症とは	医師
2 家族の対応について	看護婦・コメディカル
3 ダルクのメッセージ	ダルクメンバー
4 ナラノンのメッセージ	ナラノンメンバー
5 自助グループについて	看護婦・コメディカル
6 ナラノンのメッセージ	ナラノンメンバー
7 自助グループについて	看護婦・コメディカル

4) 東京都立精神保健福祉センター

薬物家族教育プログラム

頻度：2週に1度

テーマ	講師
1 薬物依存症への対応	精神科医(外部)
2 薬物依存症からの回復	ダルク職員
3 家族の対応について	臨床心理士(外部)
4 本人からのメッセージ	ダルクメンバー
5 自助グループと 施設について	ダルク職員
6 家族からのメッセージ	家族会メンバー(外部)
7 薬物依存症に関する 法律問題への対応	<u>弁護士</u> (外部)

5) 千葉県精神保健福祉センター

薬物乱用問題を考える会

平成4年6月開始

頻度：月に2回

第1部講習会 13:30～15:30

第2部ミーティング 15:40～16:40

第1部平成10年度下半期予定

演題	講師
1 依存・共依存について	ソーシャルワーカー(外部)
2 薬物依存の治療をめぐって	精神科医(嘱託)
3 民間相談機関の立場から	相談員(外部)
4 薬物依存の臨床	精神科医(センター)
5 保護観察所の援助	<u>保護観察官</u>
6 薬物乱用に関する 埼玉県での取り組み	精神科医(外部)
7 児童期と依存問題	児童相談所職員
8 地域医療の立場から	精神科医(外部)
9 青少年と薬物乱用	スクールカウンセラー
10 薬物依存からの回復	ダルク職員
11 体験談	本人家族関係者
12 酒害相談講習会	精神科医(外部)

分 担 研 究 報 告 書
(2 - 5)

分担研究報告書

薬物依存・中毒者に関する医療と司法の重なりについての研究

分担研究者 中谷陽二 東京都精神医学総合研究所

研究要旨 薬物依存・中毒者の治療ではさまざまな局面で法律上の問題が生じ、また裁判所、矯正施設、警察などの司法機関との連携が求められる。本研究はこうした司法と医療の重なりに着目し、薬物依存・中毒者に関連する法制度の運用と問題点、諸外国との比較を行い、医療の立場からみて適切と考えられる司法との関係のあり方を提示することを目的とする。司法と医療の重なりは、(1)薬物の法的規制(覚せい剤取締法など)と医療、(2)犯罪をおかした薬物中毒者の処遇と医療、という2局面に分けられる。本年度は(2)に絞って考察した。①刑法改正作業の中での保安処分(治療処分)案をめぐる議論と薬物中毒の位置付け、②覚せい剤中毒者の刑事責任能力に関する裁判所の判断の変遷、判例その他の文献的資料を検討し、近年の顕著な動向として次の点を明らかにした。覚せい剤の第2次流行期における重大犯罪の増加に触発されて、刑事司法の側から依存・中毒者を「犯罪化」する動きないし構想が見られている。すなわち、①責任能力を失った状態で重大犯罪をおかした中毒者を重点的に治療処分の対象とする、②責任無能力を認定する基準をより狭くすることによって覚せい剤中毒者を刑罰の対象とする。こうした動きに対する医療側の対応はこれまで不十分であったが、今後は、治療処分を選択肢の一つとして視野に入れつつ、医療的視点からの明確な方向性を打ち出す必要があると考えられる。

A. 研究目的

薬物依存・中毒者に対する医療は、主に二つの面で法律と重要な接点をもっている。第一に、薬物の製造や使用それ自体を取り締まる法律との関係であり、第二に、薬物乱用の結果として発生する、中毒者による犯罪を扱う法律との関係である。前者の場合は覚せい剤取締法、大麻取締法など、後者の場合は刑法、刑事訴訟法などがかわる。適正な医療を実現するには、司法制度と医療制度の関連あるいは裁判所、矯正施設、警察等などの司法機関と医療機関との関係のあり方を検討、整理することが必須である。

このような視点から、本年度は第二の局面すなわち犯罪をおかした薬理中毒者に関する刑事司法と医療の対応を焦点として、わが国で従来どのような議論が展開されてきたかについて検討する。具体的には、(1)刑法改正作業における保安処分(治療処分)案の経緯、(2)覚せい剤中毒者の刑事責任能力に関する裁判所の判断の変遷、の2点について系統的に調べ、近年の動向および現在の問題点を明らかにする。

B. 研究方法

巻末に示す論文、記事等の資料を収集、吟味した。裁判所の判決に関しては判例のデータベースを利用して検索した。

C. 結果と考察

(1)保安処分(治療処分)案と薬物中毒

保安処分とは「犯罪者の危険性に着目し、それから社会の安全をはかるための犯罪者の拘禁・隔離か、改善・治療の処置をとる処分」である。表1に示すように、わが国で法務当局が進めてきた刑法改正作業の中で最初に取り上げられたのは、1926年の『刑法改正ノ綱領』の「保安処分トシテ労働嫌忌者、酒精中毒者、精神障碍者等ニ関スル規定」である。

1940年の『改正刑法仮案』は、保安処分として4種の処分を裁判所が言渡すことができると定めた。すなわち、監護処分、矯正処分、労作処分、予防処分、である。このうち矯正処分は、「酩酊または麻酔の状態を罪をおかした習癖者」を矯正所に2年間収容できるとする内容で、犯罪をおか

した薬物中毒者が対象に含まれている。

戦後あらたに 1961 年に『刑法改正準備草案』では、労作処分と予防処分は除かれ、治療処分と禁絶処分の 2 種が設けられた。治療処分は精神分裂病等の精神障害に関するものであり、禁絶処分はアルコール・薬物中毒を対象とするものである。すなわち、「過度の飲酒または麻酔剤もしくは覚せい剤使用の習癖があり、その中毒のために禁固以上の刑にあたる行為をし、習癖を除かなければ将来再び禁固以上の刑にあたる行為をするおそれのある者」を保安施設に収容することを内容とする。収容期間は 1 年以内で、1 回にかぎり更新できる。

当時の精神医学・医療界の大勢は保安処分制度の新設を歓迎ないし容認していた。ところが 1965 年の日本精神神経学会「刑法改正に関する意見書」原案が「危険な常習犯人」と「労働嫌忌者」への処分を盛り込んだことなどから批判が強まった。1969 年には中央精神衛生審議会が保安処分新設を支持する意見書を提出したが、1971 年の日本精神神経学会総会では反対決議がなされた。また日本弁護士連合会も「改正刑法草案に対する意見書」や「精神医療の抜本的改善について(要綱案)」を発表し、法務省との意見交換を行った。

1981 年に法務省はこれらの批判を考慮して、『保安処分制度(刑事局案)の骨子』を発表した。要点は以下の通りである。

- ① 名称を「治療処分」に一本化する。
- ② 対象の「精神の障害」は過度の飲酒又は麻薬、覚せい剤その他薬物の使用の習癖に基づく一時的な精神の障害を含むものとする(習癖に基づいて責任無能力又は限定責任能力の状態で犯罪行為をした場合に限定する)。
- ③ 罪種を放火、殺人、傷害、強姦、強制わいせつ、強盗に限定する。
- ④ 期限は 1 年、更新の限度は 7 年とする(ただし殺人等無期懲役以上にあたる者では 7 年を超えて収容できる)。
- ⑤ 治療施設に収容して必要な治療、看護又は習癖を除去するための措置を施す。
- ⑥ 文言から「保安上の必要」を除く。

この『刑事局案』は『準備草案』よりも全体に保安色を薄めた点が特徴であるが、アルコール・薬物中毒者の犯罪に関しては、より厳しい規定を示している。すなわち、責任能力が減免された状

態で重大犯罪をおかした中毒者を、罪状によってはかなり長期間収容できるように定められている。『準備草案』が出された当時に比べて、覚せい剤中毒者による凶悪犯罪がより深刻化したという情勢がこうした厳格化を促したと想像できる。

(2) 覚せい剤中毒者の責任能力

覚せい剤中毒者の犯罪に対する判例で資料が収集できたものを表 2 に示す。1970 年代末から 80 年代にかけて多数の判決が判例として報告されており、当時、司法界が覚せい剤問題に強い関心に向けていたことが推測される。殺人等の重大事件が多いことも特徴である。

個々の事件での精神鑑定結果については十分知り得ないが、一つの事件に対して鑑定が複数回施行されたり、鑑定人の責任能力に関する判断が判決で否定された事例が少なくない。判決では心神喪失つまり責任無能力がほとんど認定されないという実情が明らかである。青木(1996)によれば、覚せい剤中毒者の犯罪に対する近年の判例では以下の基準が確立されている。

- ① 幻覚・妄想が全人格を支配し、犯行を直接に規定している場合は心神喪失。
- ② 幻覚・妄想が犯罪遂行に一定の影響を及ぼしているが、全人格を支配したとまではいえず、本来の人格ないし性格が犯行に強く関与している場合は心神耗弱。
- ③ 幻覚・妄想が犯行の動機にもなっていない場合は完全責任能力。

個々の判決内容を検討すると、①は覚せい剤中毒では事実上あり得ないとして裁判官によって認識されることが多い。幻覚・妄想が非常に活発で犯行動機形成に重要な役割を果たしたとされる事例でも、②の場合と判断され、心神耗弱が認定されている。青木が指摘するように、「覚せい剤中毒であれば心神耗弱にとどまる」とする立場が揺るぎなくされている。こうした司法判断の傾向には、福島が覚せい剤中毒の重要な病型として提唱した「不安状況反応」の概念、およびその場合には責任能力を認定するという説の影響が強いと考えられる。

(3) 覚せい剤第 2 次流行期の動き

1970 年代から始まった覚せい剤乱用者の増加に対応した刑事司法の動きは、現在の状況を考え

るうえで重要である。1973年には覚せい剤取締法の罰則が強化された。1970年代後半には覚せい剤中毒者による凶悪犯罪の増加が目立った。刑法犯と特別法犯の検挙者の合計は、1977年が367件、1978年が469件、1979年が478件、1980年が553件と逐年増加した(松田、1983)。1981年にはいわゆる深川通り魔事件など、覚せい剤中毒者による通り魔的な犯行が続発した。

対策面の動きとしては、1981年に総理府薬物乱用対策推進本部が「覚せい剤問題を中心として緊急に実施すべき対策」を発表し、その中に保安処分(刑事治療処分)制度の新設を盛り込んだ。同年、前述のように法務省による「保安処分制度(刑事局案)の骨子」が出され、責任能力の減免の対象となる中毒者を治療処分の対象として明確に位置付けた。

一方、医療側の対応についてみると、1981年に日本精神病院協会が「覚せい剤対策に関する要望書」を提出した。これは麻薬取締法に準じて覚せい剤取締法を改正して中毒者(慢性中毒者を含む)に対する措置を新設し、精神衛生法の諸措置に先行して覚せい剤取締法によって取り扱うこと、現行精神衛生法第51条を削除することを要望するものであった。1982年の公衆衛生審議会「覚せい剤中毒患者対策に関する意見書」は、医療及び保護の対象者の明確化をうたい、依存状態をすべて医療の対象にすることが困難であることを示唆した。1991年には公衆衛生審議会から「処遇困難患者対策に関する中間意見」が出されたが、これは精神病院内で扱いや治療の難しい患者を総体として対象とするもので、薬物依存・中毒者に対する専門的対策は全く提示していない。また処遇困難患者対策をめぐる議論の中でも、薬物問題は主題的に取り上げられなかった。

このように、覚せい剤第2次乱用期には、まず薬物事犯者に対する罰則強化が図られた。犯罪をおかした中毒者に対しては、裁判所の判断の中で有責化への傾向が顕著となり、法務当局からも治療処分の構想が具体化された。これらはそれぞれ別個の対策であるが、覚せい剤中毒者の「犯罪化」、すなわち、より刑事司法の対象にすえる傾向の現れと考えられる。

D. 結論

犯罪をおかした薬物中毒者に対する施策は、1980年代の覚せい剤中毒者による犯罪の増加に対応して、主に刑事司法の立場から図られてきた。すなわち、責任能力判断における有責化および治療処分案である。問題は、これに対して医療側が明確な態度を示してこなかったという点である。

治療処分は、中毒者本人の治療と社会の安全の両面を保障するという意味では合理的な制度である。しかしながら、特殊な治療施設において薬物依存者の治療がどこまで可能であるかは全く未知数である。一般の医療システムと別個の処遇を行うことによって、社会復帰、ひいては再犯防止を逆に阻害する恐れもある。従って、長所と短所の両面を比較考量しなければならない。

今後、医療の立場からは、治療処分を一つの選択肢として、その他の代替案を視野に入れつつ、薬物依存・中毒者に対する具体的な対策を検討すべきである。

E. 研究発表

1. 論文発表

- 1)中谷陽二：犯罪と精神保健行政一戦後の動向。臨床精神医学講座 19、pp.421-428、中山書店、東京、1998。
- 2)中谷陽二：薬物・アルコール関連障害と刑事責任能力。臨床精神医学講座 8、中山書店、東京(印刷中)。

2. 学会発表

なし

主な参考文献

- 1) 青木紀博：覚せい剤中毒と刑事責任能力—判例の動向をめぐって—。京都産業大学論集 27: 107-144 (1996)
- 2) 伴 義聖：覚せい剤中毒と治療処分。法律のひろば 35:30-36 (1982)
- 3) 福島 章：覚醒剤乱用—その精神病理と責任能力—。犯罪心理学研究 I、pp9-27、金剛出版、東京 (1977)

- 4) 福島 章：覚醒剤関連精神障害. 臨床精神医学講座、風祭 元ほか(編) 19: pp178-186、中山書店、東京 (1998)
- 5) 星野周弘ほか(編)：犯罪・非行事典. 大成出版社、東京 (1995)
- 6) 公衆衛生審議会：処遇困難者対策に関する中間意見. (1991)
- 7) 松田 昇：覚せい剤乱用者による犯罪の実情と問題点. 判例タイムズ 454: 21-26(1983)
- 8) 中田 修：責任能力をめぐる最近の話題(覚醒剤中毒と精神分裂病). 懸田克躬ほか(編)現代精神医学大系年刊版' 87-B、pp309-332 (1987)
- 9) 中谷陽二：薬物依存者の責任能力—渴望と制御—. 中谷陽二(編)精神障害者の責任能力、pp159-178、金剛出版、東京 (1993)
- 10)中谷陽二：触法精神障害者の治療—現状分析と提言—. 西山 詮(編)「精神障害者の強制治療」、pp15-36、金剛出版、東京 (1994)
- 11)最高裁判所事務総局(編)：責任能力に関する刑事裁判例集. 法曹会 (1990)
- 12)精神衛生法をめぐる諸問題. pp35-41、病院問題研究会、東京(1964)
- 13)大谷 実：保安処分問題の現状と論点. ジュリスト 772:15-22 (1982)
- 14)精神医療研究会：厚生科学研究報告書：精神科医療領域における他害と処遇困難性に関する研究. (1990)
- 15)資料：覚せい剤対策等に関する要望書. 昭和 56 年 11 月、日本精神病院協会. ジュリスト 772:94(1982)
- 16)資料：刑法改正に関する意見書(案). 精神経誌 67(10):1052-1055(1965)
- 17)資料：刑法改正に関する意見書(第三次草案). 精神経誌 69(1): 111-115 (1967)
- 18)資料：日弁連の「精神医療の改善方策について」について. 昭和 57 年 5 月 24 日、法務省刑事局. ジュリスト 772:92-93(1982)
- 19)資料：保安処分・治療処分に関する要綱案(法制審議会刑事法特別部会第 3 小委員会)および保安処分に関する中央精神衛生審議会の意見. 精神経誌 71: 593-597(1969)
- 20)資料：保安処分制度(刑事局案)の骨子. 昭和 56 年 12 月 26 日、ジュリスト 772: 85-86 (1982)
- 21)資料：刑法・少年法に関する小委員会提出資料. 精神経誌 72:333-336 (1970)
- 22)資料：保安処分制度新設に反対する意見書. 精神経誌 73:739-741(1971)
- 23)資料：「精神医療の改善方策について」意見書. 昭和 57 年 2 月 20 日、日本弁護士連合会. ジュリスト 772:90-91(1982)
- 24)特集：処遇困難例. 日精協誌 9:4-94 (1990)
- 25)津久江一郎：処遇困難患者について—覚せい剤中毒疾患を通して—. 日精協誌 9:933-937 (1990)
- 26)柳 俊夫：薬物事犯の最近の実態と傾向. 法律のひろば 35:4-13(1982)

表1 保安処分(治療処分)案・関連年表

1926年	「刑法改正ノ綱領」に保安処分の規定
1940年	「改正刑法仮案」に保安処分の規定
1950年	精神衛生法施行
	〈精神衛生法改正への動き〉
1961年	「改正刑法準備草案」に保安処分の規定
1964年	厚生省による精神衛生法改正準備作業 ライシャワー大使刺傷事件
1965年	精神衛生法一部改正 日本精神神経学会、保安処分制度を容認する「刑法改正に関する意見書(案)」
1969年	中央精神衛生審議会、保安処分制度を容認する意見表明
1971年	日本精神神経学会、保安処分制度に反対する総会決議及び意見書
1974年	日本弁護士連合会、「改正刑法草案に対する意見書」で反対表明 法制審議会、「改正刑法草案」に保安処分の規定 日本精神神経学会、保安処分制度に反対する意見書(その2)
1979年	日本弁護士連合会、保安処分に反対する意見書(第2版)
1981年	深川通り魔事件・政府の保安処分制度新設を含む緊急対策 法務省と日本弁護士連合会の意見交換会 法務省、「保安処分制度(刑事局案)の骨子」
1982年	日本弁護士連合会、「精神医療の改善方策について」
1984年	宇都宮病院事件
	〈精神衛生法改正への動き〉
1988年	精神保健法施行 公衆衛生審議会・精神保健部会に「処遇困難患者に関する専門委員会」の設置
1990年	厚生科学研究費「精神科医療領域における他害と処遇困難性に関する研究」 丹羽代議士事件
1991年	公衆衛生審議会、「処遇困難患者対策に関する中間意見」

表2 覚せい剤中毒者の刑事責任能力に関する判例

No.	判決年月	裁判所	罪名	責任能力		出典(号)頁
				鑑定判断	判決	
1	1955.12	福岡高裁	強盗殺人	?	完全	
2	1956.4	名古屋高裁	殺人	?	喪失	
3	1976.12	京都地舞鶴支部	殺人	?	喪失	判時(958)135
4	1977.7	千葉地裁	傷害、殺人等	?	耗弱	
5	1978.11	東京地裁	殺人等	①喪失 ②喪失 ③耗弱	耗弱	判時(958)142
6	1979.8	京都地裁	殺人等	①喪失 ②喪失 ③喪失?	耗弱	判時(958)127
7	1979.9	東京高裁	(5の控訴審)	①喪失 ②喪失 ③耗弱	耗弱	判時(958)121
8	1979.10	札幌地裁	殺人等	喪失?	耗弱	判時(958)124
9	1979.11	東京高裁	暴力行為等	喪失?	耗弱	刑事裁 895
10	1980.4	東京高裁	傷害	?	完全	
11	1980.6	東京高裁	強盗致死	耗弱?	耗弱	判夕(428)196
12	1980.8	東京高裁	死体遺棄	?	耗弱	
13	1981.9	大阪高裁	覚せい剤使用	①喪失 ②耗弱	耗弱	判夕(463)146
14	1982.10	名古屋高裁	覚せい剤所持	?	完全	刑事裁 867
15	1982.11	名古屋高裁	強盗致傷等	①喪失 ②喪失	耗弱	刑事裁 901
16	1982.12	東京地裁	殺人等(深川通り魔)	①耗弱? ②耗弱?	耗弱	刑事裁 910
17	1983.4	札幌高裁	窃盗	?	完全	刑事裁 859
18	1983.9	最高裁	(14の上告審)	①喪失? ②耗弱?	完全	刑事裁 866
19	1983.12	東京高裁	窃盗	?	完全	刑事裁 867
20	1984.4	大阪地裁	殺人等	?	耗弱	
21	1984.11	東京高裁	殺人等	①完全? ②喪失? ③喪失?	耗弱	判時(1158)249
22	1985.3	広島高裁	殺人未遂	?	耗弱	刑事裁 940
23	1985.10	東京地裁	殺人等	耗弱?	耗弱	判時(1207)133
24	1985.12	東京地裁	殺人等	?	耗弱	
25	1987.12	東京地裁	放火未遂	?	完全	刑事裁 869
26	1988.11	大阪地裁	殺人等	?	耗弱	刑事裁 955
27	1988.12	大阪地裁	強盗致傷等	①完全 ②耗弱	完全	判夕(717)239
28	1990.10	浦和地川越支部	殺人等	?	耗弱	判夕(775)231
29	1991.6	大阪地裁	殺人	?	耗弱	判時(1513)179
30	1993.7	東京地裁	殺人	①耗弱 ②耗弱 ③耗弱	完全	
31	1994.1	東京地裁	覚せい剤使用・所持	?	完全	判夕(870)277
32	1994.3	東京高裁	(30の控訴審)		耗弱	判時(1518)148
33	1994.7	東京高裁	(31の控訴審)		完全	

(注1) 「判夕」: 判例タイムズ

「判例」: 判例時報

「刑事裁」: 最高裁事務局編「責任能力に関する刑事裁判判例集」

空欄は青木紀博「覚せい剤中毒と刑事責任能力」から引用

(注2) 鑑定判断の①~③は複数の鑑定が施行された場合の番号

表3 薬物乱用関連法規の変遷

1868	太政官布告第319号(あへんの吸食、売買等の厳罰)
1870	「販売鴉片(アヘン)烟律」(太政官布告第521号)、「生あへん取扱規則」(同522号)
1878	「薬用阿片売買並製造規則」(太政官布告第21号)
1890	旧刑法：阿片畑に関する罪を定める
1897	「旧阿片法」(明治30年3月法律第27号)：あへん製造の許可制、処方箋による使用など
1902	上海でTH. Rooseveltによりあへん不正使用に関する国際会議：麻薬取締り国際的規制の始まり
1907	現行刑法：“阿片煙二関スル罪”の表現
1912	ヘーグで第1回国際あへん会議：「ヘーグあへん条約(国際阿片条約)」 第一次大戦勃発のため各国の批准が中断
1917	旧阿片法の一部改正：製造・販売の会社の特定
1919	旧阿片法の一部改正：輸出入禁止の明文化、行政官庁の証明による使用
1920	「モルヒネ、コカイン及其ノ塩類ノ取締ニ関スル省令」(内務省令第41号)
1925	ジュネーヴで「第一阿片会議協定(第一あへん条約)」
1925	ジュネーヴで「第二阿片会議協定(第二あへん条約)」(生あへん生産、輸出等規制) 「麻薬取締規則」(内務省令第17号)：大麻を初めて規制
1929	「コカ樹ノ栽培取締ニ関スル省令」(内務省令第37号)
1931	ジュネーヴで「麻薬製造制限及分配取締ニ関スル条約(制限条約)」 (上記を補完する。嗜癖傾向の強弱で2分類)
1931	バンコクで「阿片吸食防止ニ関スル協定」 「麻薬製造制限及分配取締ニ関スル条約」の発効に伴い麻薬取締規則の一部改正
1936	ジュネーヴで「危険薬品の不正取引の防止に関する条約」 (犯罪者の引き渡し、司法共助も盛り込む)
1943	旧々薬事法に麻薬取締規則を統合
1945	米軍の指導で以下の“ポツダム4省令” 「塩酸ジアセチルモルヒネ及其ノ製剤ノ所有等ノ禁止及没収ニ関スル省令」(厚生省令第44号)、 「麻薬原料植物ノ栽培、麻薬ノ製造、輸入及輸出ニ関スル省令」(第46号)
1946	「特殊物件中ノ麻薬ノ保管及受払ニ関スル省令」(厚生省令第8号) 「麻薬取締規則」(同、第25号)
1946	レーク・サクセスで「麻薬に関する協定、条約及び議定書を改正する議定書」
1948	旧阿片法とポツダム4省令を廃止：「旧麻薬取締法」(法律第133号)制定 「大麻取締法」(法律第124号)：麻織栽培者に配慮して旧麻薬取締法と別立てとする
1948	パリで「麻薬の製造制限及び分配取締に関する1931年の条約の範囲外の薬品を国際統制下におく議定書」 (合成薬などの国連事務総長への通告義務) 旧薬事法の「薬事法施行細則」(厚生省令第37号)でゼドリン(AMP)、ヒロボン(MAP)を劇薬に指定： 覚せい剤取締りの最初
1949	「プロパミン及びメチルプロパミン剤の取扱について」(薬発483号)：効能書きで“疲労感防止、睡気除去” の削除、習慣性の表示を通達
1950	旧薬事法第26条3項：覚せい剤の国民医薬品集への収載を除く、製造の許可制 覚せい剤を要指示医薬品に指定
1951	第10回国会、参議院の厚生委員会で覚せい剤禍対策の検討。議員立法により「覚せい剤取締法」(昭和26年6 月法律第252号)公布、7月施行：定義、医療・学術上の使用に限定、罰則、輸入禁止、報告義務など
1953	「麻薬取締法」(法律第14号)：取締の強化、麻薬取扱者を11業種とする、取扱業務の国、都道府県の分担 など

表3(続) 薬物乱用関連法規の変遷

1953	ニューヨークで「けしの栽培並びにあへんの生産、国際取引・卸取引及び使用の制限及び取締に関する議定書」(各国の情報の提出義務)
1954	「あへん法(法律第71号)」:「けしの栽培…」に準ずる WHO:大麻を危険物とする勧告、AMPの統制を勧告(国際統制の始まり) 「覚せい剤取締法」の一部改正:対象薬の追加、罰則強化
1955	「覚せい剤取締法」の再度改正:原料(エフェドリン等8物質)の規制、罰則強化
1956	国連第11回麻薬委員会:AMPの適切な処置を決議
1957	国連第12回麻薬委員会:バルビツレート、トランキライザーの必要な処置を勧告
1961	ニューヨークで「麻薬に関する単一条約」:従来の議定書を統一する。大麻を規制対象物とする
1962	内閣に「麻薬対策関係閣僚会議」、その下部に「麻薬対策推進本部」を設置
1963	「麻薬取締法」第5次改正(最大規模):治療のための入院措置、取締り・罰則強化:措置入院を要件とするが、施用を繰り返す恐れが著しい者は「麻薬中毒者医療施設」に入院(6ヵ月を越えない)、麻薬類の分類を改める 「薬事法施行規則」改正でプロバリン、ハイミナルなどが劇薬に指定
1964	「麻薬に関する単一条約」を批准
1966	国連第21回麻薬委員会:AMP, LSD, バルビツレート等の取締の決議
1970	ジュネーブで国連麻薬委員会第1回特別会議 「麻薬取締法」改正でLSDを麻薬とする 総理府・薬物乱用対策推進本部などで有機溶剤の法的規制の検討開始
1971	国連麻薬委員会「向精神薬に関する条約(Convention on Psychotropic Substance)」を採択
1972	第68回国会で「毒物及び劇物取締法等の一部を改正する法律」が可決(法律第103号):知情販売を行った者は2年以下の懲役もしくは5万円以下の罰金もしくは併科、乱用者は3万円以下の罰金 ジュネーブで「1961年の麻薬に関する単一条約を改正する議定書」(制限を受ける物質を4種類に分類)
1973	上記を批准 「覚せい剤取締法」改正(法律第114号)で罰則強化
1975	国連麻薬委員会、大麻の有害性を再確認
1976	国連「向精神薬に関する条約」発効
1979	覚せい剤乱用防止推進員制度
1980	「毒物及び劇物取締法施行令の一部を改正する政令」(政令第254号):トルエン原体と塗料を追加指定
1981	7月24日、薬物乱用対策推進本部で「覚せい剤問題を中心として緊急に実施すべき対策」を決定、 「保安処分(刑事治療処分)の新設」を盛り込む。
1982	「毒物及び劇物取締法等の一部を改正する法律」(法律第90号):摂取・吸入等の違反者の法定刑の引き上げ(従来の罰金刑のほか、1年以下の懲役等に処する)
1982	公衆衛生審議会「覚せい剤中毒患者対策に関する意見書」(医療及び保護の対象者の明確化など)
1984	国連麻薬委員会、すべての国に大麻乱用撲滅を勧告
1987	財団法人麻薬・覚醒剤防止センターが発足
1990	国連の「向精神薬に関する条約」を批准して麻薬法を改正し「麻薬及び向精神薬取締法」:幻覚剤等を取り入れる。依存性の強さ・規制制度に準じて第1~3種に区分。

關 連 資 料

精神作用物質の心身に及ぼす作用の特徴

乱用される薬物は、いずれも脳に作用し、中枢神経を興奮させたり、抑制したりします。また、いずれも依存を形成する作用をもっています。

■薬物の種類と特徴

中枢作用	薬物のタイプ	精神依存	身体依存	耐性	催幻覚	乱用時の主な症状	離脱時の主な症状	精神毒性	分類※1
抑制	あへん類 (アロイン、モルヒネ等)	+++	+++	+++	-	鎮痛、縮瞳、便秘、呼吸抑制、血圧低下、傾眠	瞳孔散大、流涙、鼻漏、嘔吐、腹痛、下痢、焦燥、苦悶	-	麻薬
	バルビツール類	++	++	++	-	鎮静、催眠、麻酔、失調、尿失禁	不眠、振戦、けいれん発作、せん妄	-	向精神薬
	アルコール	++	++	++	-	酩酊、脱抑制、運動失調、尿失禁	発汗、不眠、抑うつ、振戦、吐気、嘔吐、けいれん発作、せん妄	+	その他
	ベンゾジアゼピン類 (トリアゾラム等)	+	+	+	-	鎮静、催眠、運動失調	不安、不眠、振戦、けいれん発作、せん妄	-	向精神薬
	有機溶剤 (トルエン、シナー、接着剤等)	+	±	+	+	酩酊、脱抑制、運動失調	不安、焦燥、不眠、振戦	++	毒物劇物
	大麻 (マリファナ、ハシッ等)	+	±	+	++	眼球充血、感覚変容、情動の変化	不安、焦燥、不眠、振戦	+	大麻
興奮	コカイン	+++	-	-	-	瞳孔散大、血圧上昇、興奮、けいれん発作、不眠、食欲低下	※2 脱力、抑うつ、焦燥、過眠、食欲亢進	++	麻薬
	アンフェタミン類 (メタンフェタミン、MDMA等)	+++	-	+	- ※3	瞳孔散大、血圧上昇、興奮、不眠、食欲低下	※2 脱力、抑うつ、焦燥、過眠、食欲亢進	+++	覚せい剤※4
	LSD	+	-	+	+++	瞳孔散大、感覚変容	不詳	±	麻薬
	ニコチン (たばこ)	++	±	++ ※5	-	鎮静あるいは発揚、食欲低下	不安、焦燥、集中困難、食欲亢進	-	その他

(注) 精神毒性：精神病を引き起こす作用

せん妄：不安、不眠、幻視、幻聴、精神運動興奮

※1：法律上の分類。

※2：離脱症状とは言わず、反跳現象という。

※3：MDMAでは催幻覚+。

※4：MDMAは法律上は麻薬。

※5：主として急性耐性。

+：有無および相対的な強さを表す。ただし、各薬物の有害性は、上記の+のみで評価されるわけではなく、結果として個人の社会生活および社会全体に及ぼす影響の大きさを含めて、総合的に評価される。

平成10年度厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）

薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神病患者等に対する適切な医療のあり方についての研究班版

平成10年度厚生科学研究費補助金
(医薬安全総合研究事業)

薬物乱用・依存等の疫学的研究
及び
中毒性精神病患者等に対する適切な医療のあり方についての研究

研究報告書

主任研究者：和田 清（国立精神・神経センター 精神保健研究所）

1999年3月31日 発行