

「精神科救急及び急性期医療における 薬物乱用および依存症診療の標準化と専門医療連携に 関する研究」

研究分担者 松本俊彦

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
薬物依存研究部 部長

要旨

【研究目的】本分担研究班の目的は、精神科急性期医療における患者の薬物問題への対応を、1) 司法的な対応のあり方、および、2) 薬物乱用・依存への介入のあり方、という2つのテーマを検討し、対応の指針案を開発することである。

【研究方法】平成 29 年度は、精神科急性期医療の専門家、薬物乱用・依存治療の専門家、法律の専門家、地域精神保健福祉行政関係者などの幅広い研究協力者を募り、この2つのテーマに関して意見交換を行い、論点を整理した。

【結果と考察】「司法的な対応のあり方」に関しては、職務上正当な理由があれば、医療者はたとえ公務員の立場にあったとしてもつねに犯罪告発を義務付けられているわけではないことが確認された。また、麻薬及び向精神薬取締法 58 条の 2 における麻薬中毒者届出制度には、今日の精神科医療の実情にそぐわない面があり、運用実態の把握や制度の見直しが必要であると考えられた。一方、「薬物乱用・依存への介入のあり方」については、精神科救急病棟における限られた入院期間で、簡易介入ツールを用いたかわりや、家族に対する情報提供と退院後支援に向けたケースマネジメントが必要であることが確認され、その認識にもとづいて、独自に簡易介入ツール、ならびに家族への情報提供資料の開発を行った。

研究協力者（五十音順）

新垣 元 医療法人卯の会 新垣病院

伊豫雅臣 千葉大学大学院医学研究院精神医学

大槻知也 埼玉県川口保健所

小関清之 医療法人社団斗南会秋野病院

柑本美和 東海大学法学部

近藤あゆみ 国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所

椎名明大 千葉大学社会精神保健教育研究セン
ター

紫藤昌彦 紫藤クリニック

樽井正義 国際医療福祉大学 成田看護部看護
学

常岡俊昭 昭和大学附属烏山病院(昭和大学
医学部精神医学講座)

成瀬暢也 埼玉県立精神医療センター

橋本 望 岡山県精神科医療センター

花岡晋平 千葉県精神科医療センター

船田大輔 国立精神・神経医療研究センター病院

増茂尚志 栃木県精神保健福祉センター

森野嘉朗 東京パーソナル法律事務所

A. 研究目的

平成 28 年 7 月に発生した相模原障害者施設殺傷事件は、措置入院のみならず、精神科救急医療における薬物問題への介入のあり方に関して大きな問題を提起するものであった。というのも、犯行 5 ヶ月前に加害者が措置入院となった際、簡易検査において尿中から大麻成分が検出され、後になって事件が発生し、加害者が逮捕された直後にも、尿中から大麻成分が検出されたからである。そのような経緯から、精神科救急医療における薬物問題への介入をめぐって 2 つの批判がなされた。1 つは、「なぜ措置入院先の医療機関は、患者の大麻使用のことを告発しなかったのか」、あるいは、「大麻にも使用罪はないものの、麻薬及び向精神薬取締法(以下、麻向法)に基づく麻薬中毒者として届出の対象となるのではないか」というものであった。そしてもう 1 つは、「なぜ措置入院中に薬物問題に対する積極的な治療的介入がなされなかったのか」という批判である。

これら 2 つの批判は、精神科救急医療や薬物依存症専門治療に従事する者にとって大きな課題を突きつけている。前者の批判についていえば、薬物依存症治療の根幹にかかわる問題であり、薬物依存症に対して理解のある医療者ほど、守秘義務を優先して患者の違法薬物使用を告発しない傾向にある。そうすることで患者に対するアセスメント精度、ならびに治療アクセスや治療継続性の向上が期待できる。何よりも薬物依存症に関する学術的な知見(Emmelkamp & Vedel, 2006)は、薬物依存症は再発と寛解をくりかえす慢性疾患であり、治療経過中の再発は最初から織り込み済みの現象であることを示している。事実、国際的な治療ガイドライン(National Institute on Drug Abuse, 2018)でも、患者の違法薬物使用は司法的対応をせずに治療的に活用することを推奨している。

しかし、このことは必ずしもわが国の精神科医療関係者のすべてに受け入れられているわけではなく、違法薬物乱用患者の告発や届出のあり方に関しては、同じ精神科医のあいだでも見解に微妙な相違がある。まして相模原障害者施設殺傷事件のような惨事が発生した場合、告発しなかったことで医療者側が批判されるリスクもある。

また、後者の批判についていえば、精神科救急医療そのものが内包するジレンマと密接に関連している。精神科救急医療の中心となる非自発的入院においては、人権擁護の観点から患者に提供される治療は必要最小限度にとどめ、人権が制限される期間をできるかぎり短くすることが推奨されてきた経緯がある。そしてそのことが、精神科救急医療においては、治療はもっぱら薬物誘発性精神病症状に限定し、その基底にある薬物乱用・依存に介入しない理由とされてきた。しかし、ひとたび大惨事が発生すると、人権擁護よりも薬物乱用・依存に介入しなかったことが批判の対象となる可能性がある。

おそらく今日精神科救急医療に求められているのは、患者への人権侵害を最小に抑えつつ、限られた入院期間で薬物乱用・依存に対して介入する方策である。それには、患者の違法薬物使用を治療的に扱うことに関して法的な根拠を明らかにするとともに、精神科救急病棟入院中に実施可能な介入の内容を明らかにし、簡易な介入ツールを開発することが必要である。

そこで、本分担研究では、精神科急性期医療における患者の薬物問題への対応指針案を開発することを最終的な目的とし、今年度については、1) 司法的対応のあり方、および、2) 薬物乱用・依存への治療のあり方という 2 つのテーマを検討し、これらの問題に対する論点を整理することを目指した。

B. 研究方法

本研究では、主としてエキスパートおよび関連団体の合意形成を目標とした。そのため、研究協力者として、精神科急性期医療の専門家、薬物乱用・依存治療の専門家、法律の専門家、地域精神保健福祉行政関係者に加え、精神科病院協会と精神科診療所協会からも研究協力者を募り、意見交換を行い、論点を整理するという方法を採用し、必要に応じて調査実施や治療方法の開発といった各論的な主題を深める計画とした。その際、「精神科救急医療における患者の違法薬物使用に関する司法対応のあり方」、および、「精神科救急医療における薬物問題への介入のあり方」という2つのパートに分けて検討し、最終的にそれらを総合して、精神科救急医療における患者の薬物問題への対応指針案にまとめていくこととした。

以下に、各パートの研究方法について述べる。

1. 精神科救急医療における患者の違法薬物使用に関する司法対応のあり方

このパートでは、様々な立場の法律の専門家（刑法学者、弁護士）を含めて、保健・医療・福祉領域の専門家が参加する分担研究会議、およびメール会議で意見交換を行った。分担研究会議は平成29年4月16日および7月9日の2回開催した。

意見交換に際しては、論点を大きく以下の2つに絞って議論することとした。1つは、「精神科救急医療の場で患者の違法薬物使用を知った場合の対応」である。その際の医療者としてとるべき行動の法的根拠を明らかにするとともに、その医療者が公務員（精神保健指定医もその業務に従事する際には非常勤の嘱託公務員という位置づけとなる）である場合の対応について検討した。もう1つは、麻向法58条の2麻薬中毒者の届出に関して議論した。会議終了後には議事録案をメール上で共有し、その議事録を踏まえた論点整理を行った。

2. 精神科救急医療における薬物問題への介入のあり方

このパートでは、主に精神科急性期医療の専門家、薬物乱用・依存治療の専門家を中心に、精神科救急病棟において薬物乱用・依存に介入することの是非、ならびに、介入するとすればどのような方法が求められ、必要とされるツールはどのようなものなのかについて意見交換を行った（平成29年4月19日分担班会議）。

その上で、すでに精神科救急病棟で薬物乱用・依存への介入を実践する医療機関の担当医師よりヒアリングを行い、精神科救急医療における薬物乱用・依存に介入する際の仮題を抽出した。さらに、精神科救急病棟で使用できる簡易介入ツールと家族への情報提供に資する啓発資料の開発を行った。

（倫理的配慮）本研究は、様々な領域の専門家による討議を通じての合意形成、ならびに論点整理をするものであり、現時点では患者の情報を収集はしていない。よって、倫理審査などの手続きは踏んでいない。

C. 研究結果

1. 精神科救急医療における患者の違法薬物使用に関する司法対応のあり方

第1回会議（平成29年4月16日）では、「精神科救急医療の場で患者の違法薬物使用を知った場合の対応」と「麻向法58条の2麻薬中毒者の届出」に関して意見交換をし、対応の根拠となる法令および判例を確認した。その後、議事録とメール上の協議を踏まえて、論点を整理した。第2回（平成29年7月9日）では、第1回会議で整理された論点をさらに検討し、メール上の協議を経て、現時点における最終的に論点整理を行った。

以下にその結果を示す。

1) 医療者が患者の違法薬物使用を知った場合の対応

医療者の守秘義務について

刑事訴訟法 239 条 1 項は、広く一般人は犯罪を告発できることを定めている。そのことを前提としたうえで、会議では、医療者に、患者の規制薬物(麻薬及び向精神薬取締法に規定する麻薬及び向精神薬、大麻取締法に規定する大麻、あへん法に規定するあへん及びけしがら、並びに覚せい剤取締法に規定する覚せい剤をいう)使用を「警察に」通報することを義務づけた法令はないことが確認された。そして、刑法 134 条 1 項によって、医師等の医療職に就く者が「正当な理由がないのに、その業務上知り得た秘密を漏らしたときは、6 月以下の懲役又は 10 万円以下の罰金に処する」と規定されている(秘密漏示罪)ことも共有された。

こうした事実を踏まえれば、治療を希望する薬物依存症患者の規制薬物使用を告発することは、「正当な理由なき秘密漏示に当たるのではないか」という見解もありえる。そのことの傍証となるのは、米国国立薬物乱用研究所が数多くのエビデンスにもとづいて提唱した、薬物依存症治療に関する国際的なガイドライン(National Institute on Drug Abuse, 2018)である。そのガイドラインによれば、患者の規制薬物使用が判明した場合には、司法的な対応ではなく、あくまでも治療的に活用すべきであるという。

しかし同時に、患者の規制薬物の使用を告発したからといって、その医療者がただちに秘密漏示罪に問われるわけではない。秘密漏示罪に関する刑法 134 条 1 項は、「正当な理由がないのに」秘密を漏示した場合に限られるとしており、このことは、正当な理由がある場合には秘密を漏示することが許容されることを想定している。

事実、研究協力者の柑本美和がまとめた巻末の資料 1 によれば、判例「最決平成 17 年 7 月 19 日刑集 59 巻 6 号 600 頁」は、医師が患者の尿検体から検出された覚せい剤反応の情報を警察に伝えたのには「正当な理由がある」として違法性が否定されているものの、「通報しなければならぬ」とはしていない。要するに、同判例は医療者によ

る犯罪告発を奨励するものでも、また、守秘義務遵守を奨励するものでもなく、あくまでもあの状況下での「告発は守秘義務違反にはあたらない」という裁判所の判断を示したものでしかなく、患者の規制薬物使用の告発に関する医師の裁量を許容するものと考えられる。

なお、会議では、平成 17 年の最高裁判例に関して、検査検体の所有者は患者自身であり、その検体の結果を犯罪行為の告発のために用いるのは、目的外使用にあたるのではないかと、という意見があった。その意見によれば、検査検体を犯罪の告発に用いる場合には、本来は、患者の検査結果の使用目的を説明し、同意を得たうえで再度採尿し直すべきであるとのことであった。

当該医療者が公務員である場合

患者の違法薬物使用を知った医療者が公務員である場合、刑事訴訟法(以下、刑訴法) 239 条 2 項に定められた「公務員の犯罪告発義務」との関係は無視することはできない。この刑訴法 239 条 2 項は、一般的には、当該公務員に犯罪を告発する法律上の義務を課したものであると理解されており、これに違反した場合には、たとえば、国家公務員法 82 条 2 号の「二 職務上の義務に違反し、又は職務を怠つた場合」に該当し、これに対しては「懲戒処分として、免職、停職、減給又は戒告の処分をすることができる」とされている。非自発的入院や行動制限の判断をする精神保健指定医もまた、その職務においては、非常勤の嘱託公務員の立場にあることから、この問題は精神科救急医療では避けて通れないテーマである。

会議において確認されたのは、同じ公務員でも職務内容によっては、職務上正当と考えられる程度の裁量は認められると解釈されている(河上・古田・原田・中山・渡辺・河村 編: 大コンメンタール刑事訴訟法第 2 版第 4 巻, 2012.)ということであった。すなわち、行政機関としても、その機関の目的に応じて、「告発を行うことによりその行政機関にもたらされる不利益」と、「告発を行わず犯罪が訴追されないために生じる不利益」とを比較して、「告発を行うことによってその行政機関にもたらされる

不利益」の方が大きい場合には、告発しなくても刑法 239 条 2 項の義務違反には当たらない、と理解されているのである（安富潔，刑事訴訟法，2009）。

こうした見解にしたがえば、公的機関（例：公的医療機関、保健所、精神保健福祉センター）であっても、患者が治療の継続を強く希望しており、逮捕等により治療が一時中断されることによる不利益の方が大きいと判断される場合には、医療者は守秘義務の趣旨を踏まえ、患者の秘密を守ることは可能であると考えられる。

会議では、この告発に関する裁量権については別の学説からも導き出されることも指摘された（詳細は巻末の資料 1 参照）。それは、刑法 103 条と 144 条との均衡上から告発義務はない、とする見解である。刑法 103 条は、「公務員又は公務員であつた者が保管し、又は所持する物について、本人又は当該公務所から職務上の秘密に関するものであることを申し立てたときは、当該監督官庁の承諾がなければ、押収することはできない」と定め、144 条は、「公務員又は公務員であつた者が知り得た事実について、本人又は当該公務所から職務上の秘密に関するものであることを申し立てたときは、当該監督官庁の承諾がなければ証人としてこれを尋問することはできない」と定めている。

このことは、刑法は公務員に対して、一方で犯罪の告発を義務づけながら、同時にその一方で、職務上知り得た秘密に関しては捜査協力を拒む権限も担保していることを意味する。このような事情から、刑法 239 条 2 項に定められた「公務員の犯罪告発義務」に関しては、刑法 103 条および 144 条との均衡を考慮し、それが犯罪に関するものであっても原則として告発義務はない、と解することができるという（藤永・河上・中山 編：大コンメンタール刑事訴訟法第 1 版第 3 巻，2004）。この解釈は、医療などを本務とする公務員にも適用しうると考えられた。

犯罪の告発を検討すべき状況

会議では、犯罪の告発を検討すべき状況についても議論がなされた。ここまで述べてきたように、

公務員であっても、所属機関の目的などに応じて犯罪告発に関する裁量が許容されている。

しかし会議では、次の 2 つの状況では守秘義務の解除を検討すべきではないかという意見があった。1 つは、患者の薬物使用がただちに他者の権利を深刻に侵害する結果を引き起こすという高い蓋然性、切迫した危険性があると判断された場合である。もう 1 つは、犯罪を告発し犯人の処罰を求めることについて公益上の強い要請があると判断した場合である。具体的な例をあげれば、他患者への違法薬物の譲渡や販売、使用の勧誘、あるいは、医療者への暴力や威嚇など、治療環境を破壊する行為が見られる場合である。そのような場合には、犯罪告発行為は、刑法 134 条 1 項違反（秘密漏示罪）にはあたらないと解されるということであった。

なお、会議においては、「守秘義務の解除を検討すべき」という表現よりも、「守秘義務の解除が許容される」という表現の方が適切ではないか、という意見が出た。また、精神科医がこうした危険性をどこまで正確に査定できるのかは疑問であり、これを守秘義務解除の要件とするべきではないのではないか、という意見もあった。この点については、刑法によって医療者に課せられた守秘義務の重さをどう捉えるべきかによっても意見が分かれ、さらには、しかるべき状況において守秘義務を解除しなかった場合の医療者の責任とも関連する問題である。引き続き検討を要するであろう。

2) 麻向法 58 条の 2 麻薬中毒者の届出について 麻薬中毒者届出制度と麻薬中毒の定義

会議では、麻薬中毒者届出制度についての確認がなされた。そのなかで、麻向法 58 条 2 項には、「医師の診察の結果受診者が麻薬中毒者であると診断したときには、すみやかに、その者の氏名、住所、年齢及び性別その他厚生労働省令で定める事項をその者の居住地の都道府県知事に届け出なければならない」と定められていること、そして、ここでいう医師とは、公務員であるか否か、精神保健指定医であるか否かは問わず、この届出義務を定めており、これを怠った場合には罰則規定があ

ること、さらには、この麻薬中毒者における「麻薬」には、ヘロイン、モルヒネ、コカイン、LSD、MDMA などの麻向法が定める麻薬に加え、あへんや大麻など、他の法令による規制薬物も含まれるが、覚せい剤は含まれていないことが確認された。

会議のなかでは、「麻薬中毒」という用語は現在の医学用語にはない言葉であり、あくまでも行政用語であることから、定義が曖昧ではないか、という指摘もあった。そこで、麻薬中毒者の定義に言及した行政文書を調べたところ、その定義は、昭和 41 年厚生省薬務局長通達のなかで説明がなされていることが判明した。それによれば、「麻薬中毒とは、麻薬に対する精神的身体的欲求を生じこれを自ら抑制することが困難な状態、即ち麻薬に対する精神的身体的依存の状態をいい、必ずしも自覚的または他覚的な禁断症状が認められることを要するものではない」ということであった。この定義にある「精神的身体的依存」という表現は、「精神依存または / および身体依存」を意味し、WHO の精神障害診断分類 ICD-10 における「依存症候群」と近似した概念である可能性が高いことが確認された。

麻薬中毒者届出制度の問題点

前項で述べた麻薬中毒の定義にもとづけば、たとえば、わずか 1 回、麻薬に指摘される幻覚薬を使用して急性中毒による精神病状態を呈したとしても、それだけで麻薬中毒者と診断することはできない。しかしその一方で、麻薬に該当する薬剤の使用様態が ICD-10 依存症候群に該当する患者であれば、すべからく自動的に届出をすることの是非について悩ましいところである。

会議では、まさにこの後者の論点が問題となった。麻薬中毒の定義を厳密に適用した場合、大麻依存症患者もこれに該当するため、麻薬中毒者の届出件数は相当数にのぼると推定される。しかし実際には、昭和 63 年以降の届出件数は、最多年で 19 件(平成 15, 17, 18 年)、最少年で 2 件(平成 24 年)と非常に少ない(麻向法による措置入院については、平成 20 年以降、毎年 0 名が続いて

いる)。国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所が隔年で実施している、「全国の精神科医療施設における薬物関連障害実態調査」のデータでは、大麻依存症をはじめとする、麻薬中毒に該当する患者は相当数存在し、その数値は麻薬中毒者の届出件数よりも圧倒的に多い。この事実は、本制度が定義通りに厳密な適用がされているわけではない可能性が高いことを示している。

そうした背景には、医療者のあいだにおける麻向法の周知度の低さに加えて、本制度自体がはらむ問題が影響していると考えられた。その問題点は、大別すると以下の 2 つに整理された。

- (a) 医療アクセスや治療関係構築への弊害: 本制度は、その性質上、司法警察員の関与が避けがたく、したがって、薬物の再使用時に逮捕される危惧が皆無とはいえない。このことから、薬物依存症患者の医療アクセスや治療関係構築に悪影響をおよぼす可能性がある。また、本制度による監督期間は、保護観察などの刑事処分による処遇期間と比べても長期であり、患者にとってはある種の不利益処分である。患者の権利擁護という観点からも慎重な判断と運用が必要である。
- (b) 「精神保健福祉法」中心の精神科医療との齟齬: わが国で中心的な乱用薬物である覚せい剤は、本制度の対象ではなく、覚せい剤関連精神障害は「精神保健福祉法」の枠組みで対応されている(措置入院に関しては、「自傷・他害のおそれ」に依拠する)。また、本制度の対象として当初想定されていたヘロイン依存症患者は、その後、国内で激減し、現在問題となっている「麻薬」の多くは、ヘロインとは薬理作用が異なる幻覚薬が主であり、覚せい剤関連障害と同様、精神病症状によって事例化することが多く、「自傷・他害のおそれ」に依拠した「精神保健福祉法」の措置入院で対応されている。

以上の問題点は、薬物問題に対する社会や専門家の考え方や乱用薬物の種類が、本制度が策定された当時とは大きく変化していることに関係していると考えられた。本制度が始まるにいたった歴史的経緯の詳細については、研究協力者の和田清がまとめた巻末の資料2を参照されたい。

会議の間では、薬物依存症治療の専門家からは、薬物依存症治療に精通していない医師はこの制度を知らないために届出をせず、一方、薬物依存症治療を専門とする医師は、患者との治療関係を維持する意図から届出に消極的となっている現状が指摘された。

本制度は、麻薬中毒者としての措置入院の要否判断、環境浄化(患者に薬物入手先の情報を提供させ、売人等を摘発する)、ならびに、退院後の定期的な監督(アフターケア)制度など、薬物依存症者に対して、刑事司法的な対応よりも医療的な対応に主眼を置いて、1960年代初めに制定されたものであり、当時としては先進的な見識に基づく制度であった。しかし、今日の精神科医療の水準や、薬物関連障害患者の実態に照らすと、時代遅れという印象は否めない、という意見が多数であった。

現状における麻向法58条2項届出のあり方

以上に述べてきたように、本制度は、届出後の監督期間の長さ、あるいは、司法警察員の関与の可能性など、患者の人権面で、精神保健福祉的な支援システムとしては問題があり、今後、見直しが求められるところである。

そこで、現状における運用の暫定的なあり方として、どのような方法がありえるのかを考える必要がある。会議において提案された運用方法は次のようなものであった。それは、「麻薬中毒者の診断は、被診断者に行政処分を課すという重大な決定に至ることも踏まえ、薬物依存症を専門とする精神科医師による慎重な検討(患者の病態や治療経過、薬物使用によって引き起こされると予想される事態など)を経たうえで診断される必要がある。したがって、プライマリケアや一般救急医療に従事する医師が、限られた情報に基づく短時間の診察で麻薬

中毒者と診断することは避けるべきである」というものである。

ただし、このことは、精神科救急医療において、薬物依存症に対する初期治療的介入を妨げるものではない。

2. 精神科救急医療における薬物問題への介入のあり方

本分担研究班におけるこのパートでは、精神科救急医療および薬物依存症治療を専門とする精神科医療関係者を中心に2回の会議が開催され、精神科救急医療における薬物問題への介入のあり方が議論された。

会議当初より参加全員が一致していた見解は、薬物使用による精神症状で精神科救急医療にアクセスした機会は、薬物依存症からの回復過程において重要なターニングポイントとなり得ること、そして、たとえ非自発的かつ短期間の入院治療であっても、患者に併存する薬物乱用・依存に介入することには臨床上重要な意義がある、ということであった。会議では、このことを前提として、精神科救急病棟における具体的な介入の内容について議論が行われた。

以下に、会議において確認された、精神科救急医療において薬物乱用・依存患者に行うべき介入を列挙する。

1) 患者本人に対する医療

精神医学的評価

- (a) 依存症の重症度の評価: 客観的な評価の指標として、自記式の薬物乱用・依存重症度評価尺度である日本語版 DAST-20 (Drug Abuse Screening Test)を用いるとよい。また、薬物乱用・依存患者の薬物再使用リスクを高める要因の一つとして、様々な程度の飲酒が無視できないことから、アルコール問題に関しても評価すべきである。
- (b) 併存精神障害の評価: 物質乱用・依存の臨床では、双極性障害や統合失調症の併存は他害行動のリスクが著しく高まることか

ら、併存精神障害を看過せず、正確な精神医学的評価にもとづいた治療計画を策定することが重要である。

簡易再発防止プログラムの実施

精神科救急病棟での限られた入院期間においては、SMARPP(Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program)などの系統的な依存症治療プログラムを実施することは現実的ではないが、それでも、薬物乱用・依存に関する心理教育や治療動機の掘り起こし、回復のための社会資源に関する情報提供、ならびに、個別もしくは少人数グループによる簡易な再乱用防止プログラムを実施することは可能である。

そのような介入に活用できるツールとしては、SMARPPなどを参考にして埼玉県立精神医療センターで開発された、薬物乱用・依存に対する短期介入ツール、「LIFE-mini」がある。これは、1回15分程度のセッション、全5回から構成される個人心理教育プログラムである。この、LIFE-miniないしはそれに類する教材を用いた簡易介入については、すでに埼玉県立精神医療センター、千葉県精神科医療センター、昭和大学附属烏山病院、国立精神・神経医療研究センター病院などで実践例がある。

退院後の関係機関との調整

退院後には、原則として依存症治療体制(専門医がいる、あるいは、専門プログラムがある)のある医療機関を通院先として選定し、退院後に治療が途切れないように、関係者・患者本人との顔合わせや外出・外泊を活用した退院前訪問指導、さらには保健所の通院支援の体制を整える。

また、依存症治療体制のない精神科医療機関に通院する場合には、すでに再発防止プログラムを実施している精神保健福祉センター、あるいは、薬物乱用・依存からの回復支援のための民間リハビリ施設につないだり、地域の自助グループを活用したりするなどの方策もよい。さらに、どうしてもこうした非医療的な社会資源が見つからない場合には、可能なかぎり急性治療を引き受けた精神科救急医療機関で外来フォローをし、担当医との治療

関係を継続することが望ましい。たとえ薬物依存症に特化した治療プログラムがなくとも、外来通院を継続しているだけで、薬物使用のリスクや、薬物使用による様々なネガティブな結果を低減する効果はある。

2) 家族に対する介入・支援

患者自身が頑なに薬物乱用・依存に対する介入を拒む場合もまれではない。しかしそれでも、患者の家族に対する介入は可能である。なにしろ依存症には、「本人が困るより先に周囲が困る」病気という性質があり、治療は家族の相談からはじまるのがつねである。さらにいえば、本人の治療意欲はたえず浮動していて、あてにならない。せっかく専門外来につながっても、すぐに治療を中断してしまうが、それに比べると家族の治療意欲ははるかに高い水準で安定している。その意味では、家族に対する支援を継続することは、患者本人の治療継続性を高める可能性がある。また、患者自身が治療の必要性をまったく認めていない場合でも、家族に心理教育を提供し、家族をしかるべき相談機関に確実につなげることは、患者の薬物使用が引き起こす害を低減し、患者の治療動機を掘り起こし、治療アクセスを高める意義がある。

まず必要なのは、依存症者家族に対する情報提供である。その際、活用できる啓発資料として、厚生労働省監視・指導麻薬対策課作成のパンフレット『ご家族の薬物問題にお困りの方へ』などがある。次いで必要なのは、家族を孤立から救い出すことである。他のために必要なのは、家族を精神保健福祉センターなどの家族の支援資源につなげることである。精神保健福祉センターでは、依存症家族教室や依存症家族相談を実施するとともに、依存症者家族の自助グループや家族会といった社会資源に関する情報が集約されている。家族がこうした支援を受けずに地域で孤立したまましていると、本人の問題行動に対して不適切な尻ぬぐいをしてしまうことで、問題が深刻化してしまうこともある。家族は本人に対する影響力が最も強い社会資源の一つであり、心理教育を提供することで、家族の本人に対するかかわり方を変えるのは、

本人の治療上重要である、という認識を医療者が共有していることが大切である。

3) 地域の関係機関との調整

薬物乱用・依存患者は治療中断が起きやすく、ことに入院治療から退院し、地域移行に際して治療中断が生じやすい。こうした事態を避けるために、入院中に、退院後に再発防止プログラムを利用する精神保健福祉センターや民間リハビリ施設の職員と顔合わせをしたり、入院中に試験的なプログラム参加をしたりすることが望ましい。

なお、薬物乱用・依存の治療には、本人の主體的な治療意欲は欠かせないことから、本人のニーズとの慎重なすりあわせを行い、双方が合意できる妥協点を探り、実現可能性の高い退院後支援計画の策定に努める必要がある。

本パートでは、上述した認識を踏まえ、精神科救急病棟における短期間の入院治療中にも実施しやすい、簡易な本人向けの介入プログラム、および家族向けのパンフレットを開発した。

D. 考察

平成 28 年 6 月に「刑の一部執行猶予制度」(以下、一部執行猶予制度)が施行され、この制度の対象となる者の多くが薬物事犯者であることが想定されている。このことは、わが国の薬物事犯者の司法的処遇が刑務所などの施設内から少しずつ社会内に力点がシフトしつつあることを意味する。

すでに一部執行猶予制度施行に先立つ平成 27 年 11 月には、法務省保護局・矯正局ならびに厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部が連名で、「薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン」が公表されている。そのなかでは、基本方針として、「規制薬物等の乱用は、犯罪行為であると同時に、しばしば薬物依存の一症状でもあるため、関係機関は、薬物依存者が薬物依存という精神症状に苦しむ一人の地域生活者であるということを改めて認識し、刑事処分の

対象となったことに伴う偏見や先入観を排して支援対象者の薬物依存からの回復と社会復帰を支援する」こと、さらには、「関係機関は、薬物依存者に対する支援を刑事施設や保護観察所又は医療機関いずれかの単一の機関に委ねるのではなく、相互に連携し、それぞれが有する責任、機能又は役割に応じた支援を切れ目なく実施するよう努める」ことが謳われている。

この文言には、慢性疾患としての薬物依存症を抱える者に対して、地域の保健・医療・福祉の諸分野は必要な支援サービスを提供することの必要性、そしてそのような枠組みのなかで、精神科救急医療機関は薬物依存症者の地域支援における、いわば「エンドライン」の役割が求められていると理解することができる。

平成 29 年度における本分担研究班では、精神科救急医療における薬物問題への介入のあり方を主に 2 つのテーマに関して検討した。1 つは、患者の違法薬物使用を知った場合の司法的対応のあり方であり、もう 1 つは、精神科救急医療における薬物乱用・依存に対する介入のあり方である。

前者のテーマに関する検討では、職務上正当な理由があれば、医療者はたとえ公務員の立場にあったとしてもつねに犯罪告発を義務付けられているわけではないことが確認された。その際、医療関係者のなかには、巻末資料 3 に示した最高裁判例「最決平成 17 年 7 月 19 日刑集 59 巻 6 号 600 頁」が公務員の犯罪告発義務の根拠判例と誤解する者がいるが、本分担研究班の検討では、当該裁判での争点は、あくまでも医師による犯罪告発が守秘義務違反(刑法 134 条 秘密漏洩罪)にあたるかどうかに関心が置かれており、被告医師が公務員であったことは少なくとも決定文のなかでは言及されていないことを確認した。このことは、患者の規制薬物使用の告発に関する医師の裁量を許容するものと考えられる。

また、本分担班会議における議論では、麻向法 58 条の 2 における麻薬中毒者届出制度が、今日の精神科医療の実情にそぐわないものとなっており、薬物依存症者の医療アクセスを低減し、患者に

対する過剰な人権侵害が生じる危険性を内包していることが確認された。

しかしその一方で、麻薬中毒者に対するアフターケアのなかには、「環境浄化」のような従来の精神保健福祉的支援のスキームではなし得ない回復促進な要素が含まれていることも忘れてはならない。その意味では、今後、本制度の運用実態を把握した上で制度を見直し、場合によっては、現在のわが国における精神科医療、ならびに薬物依存症治療にあったものへと修正する必要があるだろう。

ところで、もう 1 つのテーマである「精神科救急医療における薬物問題への介入のあり方」については、本分担班会議において、精神科救急医療における薬物乱用・依存に対する介入の意義は誰もが認めるところであった。しかし、それでも介入が消極的になるのは主としてスタッフの陰性感情によるところが大きく、そのことが、入院時アセスメントや退院後支援のためのマネージメントが不十分となってしまうことの要因となっているのではないかと、という指摘もあった。同時に、「何をやってよいかわからない」という思いが医療者の陰性感情を高めている可能性も指摘され、千葉県精神科医療センターや昭和大学烏山病院における簡易介入ツールを用いたかかわりなどの成功例も紹介された。なお、こうした意見を受けて、本分担研究班では、医療者の陰性感情解消に資する薬物乱用・依存患者本人向けの簡易介入ツール、ならびに家族に対する情報提供資料の開発も行った。次年度以降は、これらのツールを用いた介入の効果に関する効果検証を実施する予定である。

最後に研究分担者個人として述べておきたいことがある。研究分担者は、相模原事件の容疑者が抱いていた偏った信念を大麻の薬理作用や後遺症で説明することは困難であると考えており、また、措置入院時に容疑者の大麻再使用を抑止できていれば必ず大惨事を防げたとも考えていない。しかしそれでも、あの事件を機に、これまで精神科医療がこれまで薬物乱用・依存に対してとってきた消極的な——ときには忌避的な——態度が変化したと

したならば、それは、わが国の精神科医療にとって大きな前進になると考えている。

その際、精神科救急医療の場で患者の違法薬物使用に対する司法的対応が強化されてしまう事態は避けなければならないとも考えている。すでに述べたように、一部執行猶予制度施行により、わが国の後れ馳せながら、施設内処遇から地域内処遇へと大きく舵を切り始めている。そのような状況下で、精神科救急医療が「捜査機関の分室」に墮してしまうことなく、あくまでも薬物乱用・依存者の地域支援におけるエンドラインという本来の目的に沿って機能することを心より願う次第である。

E. 結論

本分担研究班では、精神科急性期医療における患者の薬物問題への対応を、1) 司法的な対応のあり方、および、2) 薬物乱用・依存への介入のあり方という 2 つのテーマから検討し、指針案を開発することが目的である。研究班初年度である平成 29 年度は、精神科急性期医療の専門家、薬物乱用・依存治療の専門家、法律の専門家、地域精神保健福祉行政関係者などの幅広い研究協力者を募り、意見交換を行い、論点を整理した。

その結果、前者のテーマに関しては、職務上正当な理由があれば、医療者はたとえ公務員の立場にあったとしてもつねに犯罪告発を義務付けられているわけではないことが確認された。しかし他方で、麻向法 58 条の 2 における麻薬中毒者届出制度については、今日の精神科医療の実情にそぐわない面があり、今後、制度を見直しが必要であると考えられた。

また、後者のテーマに関しては、限られた入院期間で実施可能な簡易介入ツールを用いたかかわり、ならびに家族に対する情報提供と退院後支援に向けたケースマネジメントが必要であることが確認された。さらに本分担研究班では、このような認識にもとづき、分担研究班として独自に簡易介入ツール、ならびに家族に対する情報提供資料の開発を行った。

F . 研究発表

1. 論文発表

- 1) 熊倉陽介, 高野歩, 松本俊彦: Voice Bridges Project - 薬物依存症地域支援のための「おせっかい」な電話による「声」の架け橋プロジェクト - . 精神科治療学, 32(11): 1445-1451, 2017.
- 2) 松本俊彦: 司法機関から地域の支援資源にどうつなげるべきか. 臨床心理学 17 (6): 814-817, 2017.
- 3) 谷淵由布子, 松本俊彦, 船田大輔, 川副泰成, 榊原聡, 成瀬暢也, 池田俊一郎, 角南隆史, 武藤岳夫, 長徹二: わが国の依存症専門医療機関における危険ドラッグ関連障害患者の治療転帰に関する研究. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 52 (5): 141-155, 2017.
- 4) 松本俊彦: 薬物依存をめぐる法整備. 臨床精神医学 46(4): 437-442, 2017.
- 5) 松本俊彦: 物質使用障害・トラウマティック・ストレス 15(1): 49-57, 2017.
- 6) 松本俊彦: 多剤処方規制と背景. 臨床精神薬理 20(9): 975-982, 2017.
- 7) 松本俊彦: 鎮静薬, 睡眠薬, または抗不安薬使用障害・中毒・離脱. 新領域別症候群シリーズ No.39 精神医学症候群(第2版)-物質関連障害および嗜癮性障害群からてんかんまで-, 85-89, 2017.
- 8) 松本俊彦: 鎮静薬, 睡眠薬, または抗不安薬使用障害の対応と治療. 新領域別症候群シリーズ No.39 精神医学症候群(第2版)-物質関連障害および嗜癮性障害群からてんかんまで-, 90-94, 2017.
- 9) 松本俊彦: ケミカルコーピングとオピオイド鎮痛薬. Locomotive Pain Frontier 6(2): 46-47, 2017.
- 10) 松本俊彦: 薬物依存症に対する最近のアプローチ. 精神科治療学 32(11): 1403-1404, 2017.
- 11) 松本俊彦: 専門医でなくてもできる薬物依

存症治療-アディクションの対義語としてのコネクション-. 精神科治療学 32(11): 1405-1412, 2017.

- 12) 谷淵由布子, 松本俊彦: 規制強化は「危険ドラッグ」関連障害患者をどう変えたか. 精神科治療学 32(11) : 1483-1491, 2017.
- 13) 松本俊彦: 特集 ささまざまな精神障害の「病識」をどのように治療に生かすか. 精神神経学雑誌 119(12) : 911-917, 2017.

2. 学会発表

- 1) 松本俊彦: [シンポジウム 2] 精神科救急 - 措置入院制度運用の現状と今後の取り組みをめぐって. 公益社団法人日本精神神経科診療所協会主催第 23 回学術研究会 東京大会, 東京, 2017.6.17.
- 2) 松本俊彦: [シンポジウム 35] 異常酩酊を考える 薬物依存臨床における異常酩酊. 第 113 回日本精神神経学会学術総会, 愛知, 2017.6.23.
- 3) 松本俊彦: [シンポジウム 64] さまざまな精神障害の「病識」をどのようにちりょうするか 物質依存症: 否認の病の「病識」を治療に生かす. 第 113 回日本精神神経学会学術総会, 愛知, 2017.6.24.
- 4) 松本俊彦: 教育講演 5 人はなぜ依存症になるのか. 日本ペインクリニック学会第 51 回大会, 岐阜, 2017.7.21.
- 5) 松本俊彦: 大ラウンドテーブルディスカッション 身体経験の成り立ち. 臨床実践の現象学会第 3 回大会, 東京, 2017.8.6.
- 6) 高野歩, 熊倉陽介, 松本俊彦: [シンポジウム 8] 保護観察対象者コホート調査と地域支援体制構築 Voice Bridges Project. 平成 29 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 神奈川, 2017.9.9.
- 7) 松本俊彦: [シンポジウム 9] 薬物依存症の全国拠点としての活動. 平成 29 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総

会, 神奈川, 2017.9.9.

- 8) 松本俊彦: [シンポジウム] 治療法学からの日本への提言. 第 2 回犯罪学会合同大会・公開シンポジウム, 東京, 2017.9.1.
- 9) 松本俊彦: [教育講演] 薬物依存の現状と治療. 第 1 回日本精神薬学会総会・学術集会, 東京, 2017.9.24.
- 10) 松本俊彦: [教育講演 7] 人はなぜ依存症になるのか? ~子どもの薬物乱用. 第 58 回日本児童青年精神医学会総会, 奈良, 2017.10.6.
- 11) 松本俊彦: [プレナリーレクチャー] 薬物依存症は孤立の病-安心して「やめられない」といえる社会を目指して. 第 31 回日本エイズ学会学術集会・総会, 東京, 2017.11.24.
- 12) Takano A, Miyamoto Y, Matsumoto T, Kawakami N: Satisfaction and Usability of a Web-Based Relapse Prevention Program for Japanese Drug Users. the 21st East Asian Forum of Nursing Scholars & 11th International Nursing Conference, Korea, 2018.1.11-12.

G. 健康危険情報

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

引用文献

- ・ Emmelkamp, P.M.G., Vedel, E. (2006) Research basis of treatment. In “Evidence-based treatment for alcohol and drug abuse: A practitioner’s guide to theory, methods, and practice (Emmelkamp & Vedel)”, Routledge, New York, pp.85-118.
- ・ 法務省保護局・矯正局・厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部(2015)薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン. 2018 年 4 月 22 日 最終確認 <http://www.moj.go.jp/content/001164749.pdf>
- ・ 河上和雄・古田佑紀・原田國男・中山善房・渡辺咲子・河村 博 編(2012)大コンメンタール刑事訴訟法 第2版 第4巻 第189条~第246条. pp769~770, 青林書院, 東京.
- ・ National Institute on Drug Abuse (2018) Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition). <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment> 最終確認 2018 年 4 月 23 日
- ・ 最高裁判所判決: 最決平成 17 年 7 月 19 日刑集 59 巻 6 号 600 頁 (2005) http://www.courts.go.jp/app/hanrei_jp/detail?id=50093 最終確認 2018 年 4 月 23 日
- ・ 安富潔(2009)刑事訴訟法. pp79, 三省堂, 東京.

資料 1

判例紹介「最決平成 17 年 7 月 19 日刑集 59 卷 6 号 600 頁」

事案の概要

被告人は、同棲相手の男性と口論となり、ナイフにより右腰背部に刺創を負い、病院で応急措置を受けたものの、出血が多く、救急車で国立病院 A 医療センターに搬送された際、担当医師が、上記刺創が腎臓に達していると必ず血尿が出ることから、被告人に対し採尿の必要性について説得を続けたが拒まれた。しかし、最終的に止血のために被告人に麻酔をかけて縫合手術を実施することとし、その際に採尿管を入れることを被告人に告げたところ被告人は、拒絶することなく、麻酔の注射を受けた。採取した尿から血尿は出ていなかったものの、同医師は、被告人の興奮状態などから、薬物による影響の可能性を考え、簡易な薬物検査を実施したところ、アンフェタミンの陽性反応が出た。同医師は、その後来院した被告人の両親に対し、被告人の尿から覚せい剤反応があったことを告げ、国家公務員として警察に報告しなければならないと説明したところ、被告人の両親も最終的にこれを了解した様子であったため、その旨を警察署の警察官に通報した。警察官は、差押許可状の発付を得て、これに基づいて同医師が採取した被告人の尿を差し押さえた。

被告人は、治療行為の違法性、医師の守秘義務違反を根拠に、警察官が医師のこのような行為を利用して被告人の尿を押収したことは重大な違法であり、被告人の尿に関する鑑定書等の証拠能力はないとして違法収集証拠排除の主張を行った。

第 1 審(東京地判平成 16 年 7 月 8 日)、原判決(東京高判平成 16 年 12 月 22 日)は、被告人からの尿の採取及び薬物検査の必要性等を考慮した上で、その適法性を認め、担当医師の通報行為は守秘義務に違反する違法なものではなく、被告人の尿の入手過程に違法はないとして、被告人の尿の鑑定書等の証拠能力を肯定した。これに対して、被告人が上告した。

判旨

上告棄却。

「上記の事実関係の下では、同医師は、救急患者に対する治療の目的で、被告人から尿を採取し、採取した尿について薬物検査を行ったものであって、医療上の必要があったと認められるから、たとえ同医師がこれにつき被告人から承諾を得ていたと認められないとしても、同医師のした上記行為は、医療行為として違法であるとはいえない。

また、医師が、必要な治療又は検査の過程で採取した患者の尿から違法な薬物の成分を検出した場合に、これを捜査機関に通報することは、正当行為として許容されるものであって、医師の守秘義務に違反しないといふべきである。

以上によると、警察官が被告人の尿を入手した過程に違法はないことが明らかであるから、同医師のした上記各行為が違法であることを前提に被告人の尿に関する鑑定書等の証拠能力を否定する所論は、前提を欠き、これらの証拠能力を肯定した原判断は正当として是認することができる」

解説

本件では、医師が、尿から覚せい剤成分が検出されたことを警察に通報したことが医師の守秘義務違反となれば、その違法な行為が被告人の尿に関する鑑定書の証拠能力の判断にどのような影響を及ぼすかという形で、医師による患者の犯罪情報の通報と守秘義務の関係が問題となったものである。したがって、医師による秘密漏示罪の違法性阻却について、真正面から判断を下したものではない。しかしながら、もし、医師が患者の犯罪情報を通報し、134条1項の秘密漏示罪の成否が問題となった場合には、本決定の趣旨を敷衍し、「正当な理由」があったとして、秘密漏示罪の違法性が阻却されうるとの理解は可能だと思われる。

刑法134条1項は、医師等について、正当な理由がないのに、その業務上取り扱ったことについて知り得た人の秘密を漏らしたときは、6月以下の懲役又は10万円以下の罰金に処すると規定する。また、国家公務員法100条1項も、「職員は、職務上知ることのできた秘密を漏らしてはならない。その職を退いた後といえども同様とする。」と規定し、その違反には、1年以下の懲役又は50万円以下の罰金が科されうる(100条1項、109条12号、地方公務員についても同様の守秘義務が定められている。地方公務員法34条、60条2号)。

そして、被告人の尿から覚せい剤成分が検出されたという犯罪情報は、患者の「秘密」に該当しうるため、それを捜査機関である警察に通報した行為は、医師(そして公務員)の守秘義務に反する違法な行為と言えなくもない。ただ、本件の医師は、国立病院(当時)であるA医療センターに勤務する公務員であり、刑事訴訟法239条2項が、「官吏又は公吏は、その職務を行うことにより犯罪があると思料するときは、告発をしなければならない。」として公務員の犯罪告発義務を定めているため、その犯罪告発義務を負っていることにより本件医師の守秘義務が免除されるのか否かが問題となったのである。

第1審、第2審判決は、医師が公務員であり、刑事訴訟法239条2項の犯罪告発義務があるという点を重視して、守秘義務違反はないとの判断を行ったようであった。

しかし、まず、「公務員」である医師に犯罪告発義務が存在するかが問題とされなければならない。公務員は、刑事訴訟法103条により、「公務員又は公務員であつた者が保管し、又は所持する物について、本人又は当該公務所から職務上の秘密に関するものであることを申し立てたときは、当該監督官庁の承諾がなければ、押収をすることはできない……」とされ、さらに、刑事訴訟法144条により、「公務員又は公務員であつた者が知り得た事実について、本人又は当該公務所から職務上の秘密に関するものであることを申し立てたときは、当該監督官庁の承諾がなければ証人としてこれを尋問することはできない……」とされているからである。すなわち、公務員は、職務上の秘密に関するものについては、押収、証言を拒むことが出来るのである。だとするならば、業務上、知り得た秘密が、犯罪に関するものであった場合のみ、告発義務がある(=秘密を守らなくてもいい)と考えることは、刑事訴訟法103条および144条との均衡を失すると言わざるを得ないであろう。そのため、学説は、公務員が職務上知り得た秘密については、告発義務はないと解しているのである(藤永・河上・中山編『大コンメンタール刑事訴訟法第3巻』744頁(今崎幸彦)(有斐閣,2004))。したがって、公務員として告発義務を負っていることを根拠に、公務員である医師の守秘義務が解除されるということはなく、医師一般につき、犯罪情報を捜査機関に通報することが、守秘義務違反に当たるのか否かを検討しなければならないのである。

犯罪情報という患者の秘密を漏示する行為があったとしても、その漏示について「正当な理由」があれば、秘密漏示罪の違法性は阻却されることになる。では、本件のように、患者の犯罪情報を捜査機関に通報した場合、「正当な理由」が存在したと言えるのだろうか?

この点について、本決定は、「……医師が、必要な治療又は検査の過程で採取した患者の尿から違法な薬物の成分を検出した場合に、これを捜査機関に通報することは、正当行為として許容される……」と述べるのみで、具体的に、正当な理由の判断枠組みを示しているわけではない。しかしながら、これまで判例は、行為の目的・手段・方法等に加えて、被侵害利益の有無、内容やその程度を具体的に考慮し、問題となる行為の正当性を判断してきており、おそらく、本決定も、そのような判断枠組みを用いて、具体的に事実を評価し、秘密漏示行為への「正当な理由」を肯定したものと考えることができるだろう(柑本美和「精神医療の実行における守秘義務と情報共有 - 「僕はパパを殺すことに決めた」事件を題材に」町野・岩瀬他編『刑法・刑事政策と福祉 - 岩井宜子先生古稀祝賀論文集』179 頁, 尚学社,2011)。すなわち、対象となる犯罪が薬物犯罪という重大なものであること、その犯罪情報は、医師が必要な治療又は検査の過程で採取した尿から検出されたものであること、それらを前提とした上で、犯罪を告発ないし通報することによって適正に刑事司法作用を発動させることの利益と、秘密の主体が受けるプライバシーの利益の侵害という不利益とを比較衡量した結果、警察への通報について「正当な理由」を肯定したものと理解することができるのである。

なお、本決定は、「……医師が、必要な治療又は検査の過程で採取した患者の尿から違法な薬物の成分を検出した場合に、これを捜査機関に通報することは、正当行為として許容される……」と述べている。これは、「治療の目的による必要な診療の過程で、患者が違法薬物を使用していることを知った場合において、医師による警察官への通報を許容したもの」であり(山田耕司「治療の目的で救急患者から尿を採取して薬物検査をした医師の通報を受けて警察官が押収した上記尿につきその入手過程に違法はないとされた事例」法曹時報 58 巻 10 号 270 頁)、医師に通報を義務付けているわけではないし、また、これ以外の場合に、医師による無制限の警察への通報について「正当な理由」があるとしているものではない点には注意が必要である。

(柑本美和 東海大学)

資料 2

「麻薬」と「麻薬及び向精神薬取締法」と「覚せい剤」

～ その歴史的背景について ～

今日、何の疑問もなく使われている「麻薬」という言葉の起源は意外と新しい。「麻薬」は「Narcotic drugs」に対する和語であるが、その誕生は 1930 年の「麻薬取締規則」(内務省令第 17 号)である。

「ジュネーブの第二阿片会議条約の批准、実施となり……(中略)……根本的に取締まるべき、新しい規則を初めて作ることとなり、1929 年(昭和四年)の夏頃から……(中略)……連日課長室で新省令案を研究した。……(中略)……そして、そもそも第一にこれらの薬品の総称から議題とし、当時外務省公文で唱われていた「危険薬品」「麻醉薬」「阿片類似薬品」等といろいろの名称が出た末……(中略)……新しい文句で麻薬ということに落ち着いたが、公布されてからも「麻薬」とは何だ、「アサグスリ」とは奇々怪々などと業界紙などで大いに取り上げられ、さわがれたものである。……(中略)……私は、1930 年(昭和五年)に麻薬という文字を定めたときに、麻薬ではなくて魔薬とすればなおよかったのではないかと考えている」¹⁾

したがって、「麻薬」という言葉は、「行政用語」として 1930 年に作られた造語であり、その後、「止めよう思っても容易には止められない」という対象物質の特性が周知されるなかで、今日の日常用語としての「麻薬」として定着していったと思われる。

「麻薬取締規則」の後、1953 年(昭和 28 年)に「麻薬取締法」が制定された。対象薬物は、アヘンアルカロイド系麻薬、コカアルカロイド系麻薬、合成麻薬、カンナビノール含有物である。その後、いくたびかの法改正の末、1990 年(平成 2 年)に「麻薬取締法」は「麻薬及び向精神薬取締法」となって今日に至っている。

結局、「麻薬」とは、「麻薬及び向精神薬取締法」第二条第一項で指定された薬物の総称である。

国際的には、1912 年(明治 45 年)に、初の薬物統制に関する条約「万国阿片条約」(International Opium Convention)が調印され、アヘン、モルヒネ、コカイン、それらの誘導体が統制対象となった。その後、統制対象として大麻製剤が追加された。第二次世界大戦後、「万国阿片条約」は 1961 年(昭和 36 年)の「麻薬に関する単一条約」(Single Convention on Narcotic Drugs)に引き継がれ、国際的に「麻薬」とは、この「麻薬に関する単一条約」で指定されたものを指す。対象薬物は アヘン系麻薬、コカ系麻薬、大麻系麻薬である。

「麻薬取締法」が絶大な効果を発揮した時代がある。その象徴が、昭和 30 年代(ヘロイン横行期)に起きた「横浜日の出町異変」と称される事態である。

横浜で麻薬中毒者達が「路上をふらふらと歩き出したり、路上にごろごろと寝ころがりだした」「麻薬横浜で集団禁断症状、路上ウロウロ三百人、あいつぐ取締り”ヤク”ついに底をつく」「目に余る麻薬患者、厚生省、措置入院を通達」などといったタイトルが 1962 年(昭和 37 年)7 月初旬の新聞紙上を一斉に賑わした。「相次ぐ取締りの強化と、長雨による不正麻薬の分包作業の困難等によって、全国的に 7 月初めから極端にヘロインの出廻りが悪化してきて……(中略)……阪神地域の麻薬中毒者間に、不穏な形勢を生じているから、警戒を要すとのことであった。同様な現象が、阪神地区とともに、麻薬基地といわれている京浜地区にも起こるのではないかと同地区の麻薬中毒者の動きを注目させていたところ、二日ほど遅れて、7 月 5 日にかけて、横浜においてもヘロインが品薄のために、麻薬中毒者が京浜急行の日の出町駅前のガード下に集集しはじめたのであった」「後でわかったことであるが、路上をふらふらと歩き出したり、路上にごろごろと寝ころがりだしたのは、ヘロインの入手困難から、睡眠薬を飲みだしたから」²⁾であったが、取締りの成果を象徴する出来事であった。

これが契機となり、1962年(昭和37年)、政府は麻薬対策を強力に推進するため、麻薬対策閣僚会議とその下部機構として、総理府に麻薬対策推進本部を設置した。さらに、1963年には、「麻薬取締法」の大改正が行われ、それまで、「精神衛生法」を準用していた麻薬中毒者の入院について、麻薬取締法独自の診断及び入院措置、麻薬中毒者相談員制度、麻薬中毒者専門医療施設の設置が定められた。しかし、麻薬中毒者専門医療施設9施設が整備された頃には、わが国の麻薬乱用問題は事実上既に終息していた。

その後、わが国の麻薬不正中毒者数は、1972年(昭和47年)の沖縄本土復帰に伴う一時的な増加を挟んで減少を続け、「麻薬及び向精神薬取締法」に基づく措置入院者数は1990年～2015年で11人に過ぎず、2010年～2015年での麻薬不正中毒者数は毎年1人～6人となっている。

わが国の「麻薬」依存者対策に貢献してきた「麻薬及び向精神薬取締法」は、時代状況変化のなかで、麻薬中毒者の県知事への届出義務制度を中心に、その内容の見直しを迫られている感がある。

一方、「覚せい剤」とは、「覚せい剤取締法」(昭和26年法律第252号)第二条で指定された薬物の総称であり、「麻薬」と同様に行政用語である。当時、国際的に「覚せい剤」を規制する国際条約はなく、わが国は独自に「覚せい剤」を規制する必要があった。結果的に、「覚せい剤」に対応する外国語はない。「覚せい剤」を含む「向精神薬」を規制する国際条約の成立は、昭和46年(1971年)の「向精神薬に関する条約」(Convention on Psychotropic Substances)からであり、この条約の日本での効力発生は平成2年(1990年)からである。

それでは、当時、どうして「覚せい剤」を「麻薬取締法」によって規制しなかったのか？

「実は覚せい剤の問題が起りまして以来、私どもといたしましては、覚せい剤の取り締まりをまったく麻薬と同様に取り締まる。すなわちこれを麻薬の一部と見るというような方法も考えたのですが、大抵麻薬というものは世界的に決まっておりますので、その意味におきまして、覚せい剤を麻薬の中に入れてはなりませんので、別個の取締りの法案が考えられた次第でございます」(慶松一郎政府委員 当時の厚生事務官 薬務局長による国会答弁)³⁾

薬理的、医学的に、同じ依存性薬物でありながらも、行政的対応となると、なかなか難しいものである。

(和田 清 埼玉県立精神医療センター)

文献

- 1) 久万楽也 著、監修 厚生省薬務局麻薬課：麻薬・保健栄養新報社・東京、pp.43-44. 1976.
- 2) 同書：pp.57-59,
- 3) 第010回国会 厚生委員会 第30号 昭和二十六年五月二十七日(日曜日)午後二時二十九分開議

