

「移植」と「転移」 —1960年代の薬物使用と「介入／処遇」をめぐる歴史社会学的考察—

平井 秀幸

1. 本論文における問題の所在

本論文の目的は、主にヘロイン使用を中心として社会問題化された1950年代末から1960年代にかけての日本における薬物使用に対して、どのような「介入／処遇」¹がなされたのかを歴史社会学的な観点から分析することである。

薬物をめぐる日本の社会問題史においてはよく知られていることだが、1950年代の終わり頃になると従来問題化されてきたヒロポン（覚せい剤）と入れかわるように、麻薬、その中でもヘロイン使用の問題が上昇してくる（図1）。

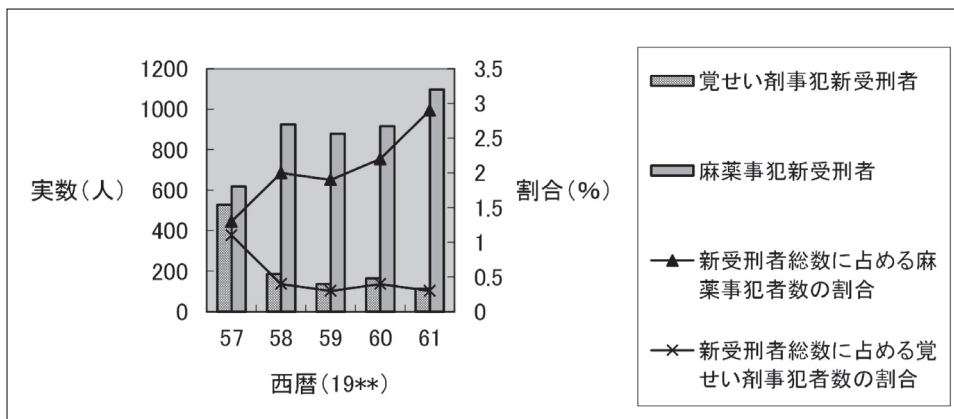


図1：麻薬・覚せい剤事犯新受刑者数の推移（矯正統計年報より作成）

図1でも示されるように、この時期は刑務所等の行刑施設における薬物使用者が、覚せい剤使用者から麻薬使用者へと変化していく時期でもある。このことは、薬物使用に対する「介入／処遇」が語られる／実践される対象としても、ヒロポンからヘロインへとその座が譲渡されていくことを示しており、それは刑事司法セクターだけでなく精神医療セクターにおいても同様であった。つまり、昭和25（1950）年頃から昭和35（1960）年頃にかけての時期に、薬物使用として語られ、実際に「介入／処遇」される主たる対象はヒロポンからヘロインへと移行したのである。

こうした「ヘロインの時代」としての1960年代に先立つ「介入／処遇」史に関しては、重要な先行研究がいくつか存在している（佐藤 1996・1998・2006、平井 2005）。特に、平井（2005）による「ヒロポンの時代」（1940年代後半から50年代にかけての時代）における「介入／処遇」

の歴史分析は、本論文の議論にとって直接の前史となるものである。そこで、まずは平井(2005)の議論を要約的にレビューし、その主張と知見をまとめたうえで本論文のねらいを明確化してみたい。

現代に連なる後の時代から振り返るとき、第一次覚せい剤乱用期とも呼ばれる「ヒロボンの時代」は、覚せい剤取締法に代表される法制度の整備の後、検挙者数・新受刑者数等が激減していくということをもって「厳罰的法規による威嚇効果と国民的啓発・啓蒙運動によって（つまり『介入／予防』的取り組みによって）、覚せい剤使用が消退していった」と理解されることが多い。しかしながら、平井(2005)はこうした「一次予防中心主義」的な歴史認識が必ずしも正鵠を得ているわけではないとする。

まず、ヒロボン使用への「介入／処遇」のあり方をめぐっては、佐藤(1996)も指摘するように、刑事司法セクターによる「介入／処遇」(犯罪化)と精神医療セクターによる「介入／処遇」(医療化)が共時平行的に進行するという事態が存在した。そして、「覚せい剤中毒」という病名カテゴリーの確定(「概念」レベルの「医療化」)に基礎づけられた「制度」レベルでの「犯罪化」(覚せい剤取締法の制定)が進行し、またそこでの「覚せい剤使用＝『犯罪』」という「概念」レベルの「犯罪化」をふまえて、「制度」レベルでの「医療化」(改正精神衛生法による慢性中毒者への強制入院制度の制定)が進展していったというように、両セクターは極めて動態的かつ密接な関係のもとに「介入／処遇」を行っていた²。

しかし、平井(2005)によれば、こうした「犯罪化」と「医療化」の同時進行テーゼを処遇・医療実践が行われる「相互作用」のレベルに対して一義的に適用することはできない。「概念」「制度」レベルにおける「犯罪化」は、薬物事犯者のための特別な処遇実践やそれに向けての問題化の進展を諸々の背景から刑事司法セクターにおいて導くことはなかった。また、「概念」「制度」レベルの「医療化」は、主として「精神病」概念にもとづいた入院治療システムに依拠する治療実践を導いたものの、「嗜癖」に関してはその治療困難性ゆえに必ずしも医師－患者関係にもとづく「相互作用」レベルにおける治療的介入が進展したとはいえない状況であった。

ヒロボンの時代は、薬物使用が大々的に社会問題化され、「介入／処遇」の中でも「概念」と「制度」のレベルにおいては極めて特徴的な動きを示した「激動」の時代であった(「犯罪化」と「医療化」の共時平行的進展)。しかし、それとは対照的に、様々な要因との関係性の中で、「相互

	刑事司法	精神医療	
概念	犯罪者として処罰・矯正・保護の対象	(慢性)中毒者	
		嗜癖者＝意志薄弱者	覚せい剤精神病患者
制度	覚せい剤取締法等の法制度・矯正システム・更生保護システム(ただし、各システムは草創期のため、未整備な点を残す)	精神衛生法等の法制度・精神医学的入院治療システム・特別な専門病院における治療システム(ただし、特別な専門病院は極めて少数)	
相互作用	●特別な処遇なし、強制的な収容	●治療困難性ゆえに、具体的かつ効果的な治療相互作用がみられず。環境調整(一部の専門病院のみで実施)の実施。ただし、極めて治療困難	精神医学的治療実践

図2：ヒロボンの時代における薬物使用に対する「介入／処遇」

作用」のレベルにおいては「空白」とも受け取れる状況³が存在してもいた（「相互作用」のレベルにおける「犯罪化」と「医療化」の停滞）。平井（2005）はこうした点をふまえ、ヒロボンの時代を『『激動』の『空白』』として要約している（図2）。

本論文は、こうした先行研究の知見をふまえて、ヒロボンの時代に引き続くヘロインの時代について以下の三点の問いを念頭に置きながら分析を行う。第一に、平井（2005）でも注目された刑事司法・精神医療のふたつのセクターにおける「犯罪化」「医療化」の展開は、ヘロインの時代においてどのように進展した／しなかったのか、という点である。特にヒロボンの時代において注目された「相互作用」のレベルの「犯罪化」「医療化」の停滞について、その後の1960年代における展開をあつづけてみたい。第二に、平井（2005）において批判的に検討された「一次予防中心主義」的歴史認識はヘロインの時代においてどのように評価できるのか、という点である。ヘロインの時代は後の時代においてどのような歴史認識のもとに理解されているのか。そして、その歴史認識は実際の「介入／処遇」の展開に照らした際にどのように評価できるものなのか。最後、第三に、ヘロインの時代の「介入／処遇」はそれ以前の時代における「介入／処遇」からどのような影響を受け、それ以後の時代の「介入／処遇」のあり方にどのように引き継がれていったのか、という点である。ヘロインの時代は、日本の薬物問題史においてほぼ唯一の麻薬禍の時代であり、その意味で他の薬物乱用期と区別される特徴を有していたといえる。しかし、「介入／処遇」の歴史的展開という観点からみた場合、ヘロインの時代は“ユニーク”な時代だったのだろうか。それとも、他の時代から／への歴史的経路のなかで理解されるべき時代だったのだろうか。

以下では、次節において先行研究をもとに本論文の分析枠組を提示し、第三節から第五節において、1960年代の薬物使用と「介入／処遇」の展開をおおむね時系列に沿って経験的に分析していく。

2. 分析枠組

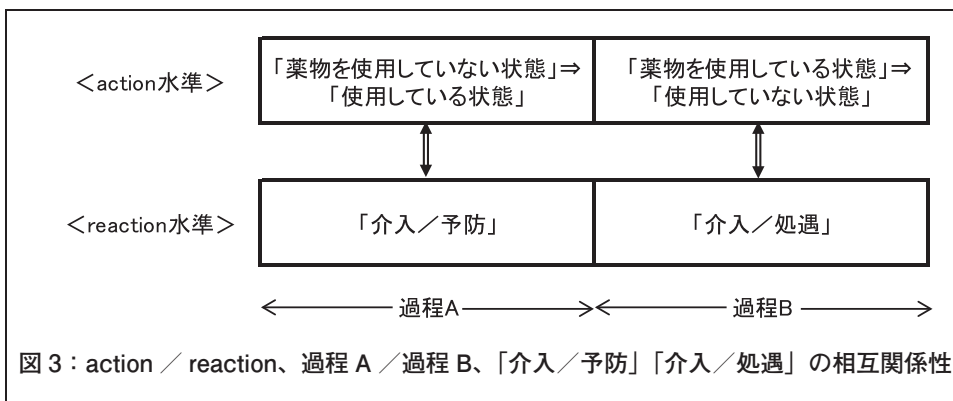
薬物使用に対する「介入／処遇」のあり方を経験的に分析するためには、それに先立ってそのための枠組となるような視角を整理して提示しておく必要がある。本論文は平井（2005）で検討されたヒロボンの時代に引き続く時期を分析対象とするため、先行研究との接続を図る意味でもできる限り同論文と分析枠組の共有を図りたい。そこで以下では、平井（2004・2005）の「犯罪化」／「医療化」論に関連した議論をふまえつつ、薬物使用に対する「介入／処遇」の経験的分析に向けた枠組設定を試みることにする。

2. 1. 介入の下位過程——「介入／予防」と「介入／処遇」——

まず、本論文では行為・現象としての薬物使用をactionと考えた際にそれに対する反作用（reaction）として理解される営みの総体を「介入（intervention）」として操作的に定義する⁴。ただし、薬物使用に対する介入と一口に言ってもそれは多岐に渡るものであろう。警察による取締り活動や精神病院での薬物依存の治療、メディアによる報道や社会問題化に向けた活動をはじめ、立法活動や政策立案のための行政的動向、使用者自身による自助的回復実践に至るま

で、全てを網羅的に列挙することはおそらく困難である。

そこで、本論文では便宜的に介入の下位過程を以下の二つに分けて捉えることにする。第一に「人々が薬物を使用していない状態から使用している状態へ至る過程（過程A）」に対する介入である「介入／予防」と、第二に「人々が薬物を使用している状態から使用していない状態へ至る過程（過程B）」に対する介入である「介入／処遇」である。簡潔に述べれば、action水準に対するreactionとしての介入を、「介入の時間」（薬物使用それ自体の事後か、事前か⁵⁾）に従って分割した下位過程として、「介入／予防」「介入／処遇」の二つの介入プロセスに区別して理解するということである。action／reaction、過程A／過程B、そして「介入／予防」「介入／処遇」の三者のカテゴリ・セットが切り結ぶ関係性を、以下に図示しておこう（図3）。



2. 2. 「介入／処遇」のセクターとレベル

前段の検討をふまえれば、本論文は過程Bにおける介入であるところの「介入／処遇」のあり方を対象に、主として1960年代の薬物使用に注目しながら分析を行うものと理解することができる。しかし、前述のように薬物使用に対する介入のあり方は多様であり、それは「介入／処遇」過程に限定しても同様である。そこで、ここでは「介入／処遇」の“セクター”と“レベル”というふたつの枠組を付加的に導入してみよう。

第一に、「介入／処遇」に関わる多様な主体、組織等を、過程Bにおける役割の違いに応じていくつかのセクターに分類する。現代日本において過程Bに関与する主体・組織群を概括的にまとめるならば、矯正や更生保護を主体とする「刑事司法セクター」、精神科医療を主体とする「精神医療セクター」、地域における精神保健福祉的援助や自助的活動を主体とする「地域社会セクター」などが注目される。もっとも、永野（2000）も指摘するように、民間のリハビリ施設や自助グループ、地域社会における支援が1980年代頃開始されていく以前は、薬物使用者は「個々の乱用薬物に該当した関連法規に沿った司法的処遇を受けるか、あるいは当時の精神保健法⁶⁾の枠内で精神医療の対象とされ」（永野 2000：81）るのが一般的だと考えられている。だとすれば、比較的最近に至るまで、特に、地域社会セクターが介入主体として過程Bに本格的に登場してくる時期以前においては、刑事司法セクターと精神医療セクターが「介

入／処遇」過程に関与する主体・組織群として重要な役割を演じ続けてきたと想定することに一定の合理性が見いだせよう。そこで、本論文ではこのふたつのセクターの動向に特に注目しながら、1960年代における「介入／処遇」の展開をあとづけることとする。

第二に、平井（2005）においては、「介入／処遇」のあり方を経験的に分析するうえで Persons（1964＝1973）や Conrad & Schneider（1992＝2003）による逸脱の「犯罪化」および「医療化」に関する議論の重要性が指摘されている。犯罪化（ないし医療化）は、「従来は犯罪（医療）領域外にあったさまざまな現象が犯罪（医療）現象として再定義される傾向」と試みに定義できる歴史的傾向であるが、刑事司法／精神医療セクターにおける「介入／処遇」を分析対象とする本論文でも援用可能な分析概念であろう。ただし、犯罪化／医療化に代表される「介入／処遇」上の動向を観察するにあたって、本論文では Conrad & Schneider（1980）が提起した医療化の「レベル」と、Conrad（1992）における医療化の「度合い」というふたつの概念に特に注意を払いたい。医療化（犯罪化）は、医療（犯罪）的語彙・定義が採用される「概念」レベル、そこでの定義／認識を正統化する法制度や医療（犯罪）的アプローチ・プログラム・システムなどの医療（処遇）制度が確定される「制度」レベル、実際に医師・患者関係を通じた治療実践（矯正・保護処遇実践）が展開される「相互作用」レベル、という三つの独立した「レベル」に区別されたうえで観察され得る。そして、そのうえで各レベルにおける医療化（犯罪化）の進展「度合い」が把握可能になるというのである。「概念」レベルにおいて特定の定義（「薬物犯罪」や「薬物依存」）が採用されつつ、「相互作用」レベルにおいてはそれに基づく実践（「矯正処遇」や「精神医学的治療」）が進展しない、といった具合に各レベル間で犯罪化／医療化の度合いが異なることが経験的にあり得ることを想起すれば⁷、また、「度合い」概念が量的な変動に特化した注意を払うものであることに注意すれば⁸、これらの概念は本論文の分析にとっても有用なものである。

本論文の分析枠組を図示すれば以下のようなになる（図4）。

介入の時間 「レベル」	「介入／予防」	「介入／処遇」	
		＜刑事司法セクター＞	＜精神医療セクター＞
概念		「犯罪」「犯罪者」	「病気」「病人」
制度		法制度	
		近代矯正システム ／プログラム	近代医療システム ／プログラム
相互作用		施設内・社会内における 矯正処遇実践	医師-患者関係における 治療実践

図4：本論文の分析枠組

3. ヒロポンからヘロインへの「概念」「制度」の“移植”

昭和35（1960）年頃から、検挙者のレベルにおいて麻薬事犯者の割合が急増していくことを受けて⁹、昭和37（1962）年の5月上旬、衆議院本会議において、「麻薬対策強化に関する決議」が議決される（樋口ほか 1973）。また、同年7月の横浜日の出町・黄金町界限において、麻薬中毒者が麻薬の入手難から一時的に街頭に溢れ出した事件に対し、厚生省は緊急に精神衛生法にもとづく措置入院の手続きをとるように関係各機関に申渡しを行っている（九万【原文ママ】1966）。さらに、同年10月6日に「麻薬対策関係閣僚会議」、翌11月3日に「麻薬対策推進本部」の設置が閣議決定され、ヒロポン禍ならぬ「麻薬禍を根絶するための総合対策」（樋口ほか 1973：62）が強力に推進されることになった。そこでの決定を受けるかたちで、昭和38（1963）年6月に麻薬取締法を改正し、最高刑を無期懲役にまで引き上げること、罰金刑の最高額を500万円に引き上げることを含む罰則の強化と、麻薬中毒者の強制入院治療制度の創設、麻薬中毒者相談員制度¹⁰の新設等を中心とした法整備がなされていく。

平井（2005）も述べるように、ヒロポンの時代においては、使用者のaction水準での「増加」を問題と認識した様々なクレーム申し立て活動や、医学界をはじめとするアカデミックな議論によって、当初は「犯罪」「病気」とは認識されていなかった覚せい剤使用が「犯罪」「病気」として「指定（designate）」されていく、という順序を辿っていた。しかし、ヘロインの時代においては、ヘロイン使用を犯罪として取り締まり、矯正施設に収容するための「概念」＝「麻薬犯罪者」「麻薬中毒者」や、「制度」＝「旧麻薬取締法¹¹（昭和23（1948）年制定）」「精神衛生法」等が既に存在していたという事実を最初に確認しておこう。ヒロポン期に確定されたものが、ヘロイン期においても多くの部分において同型のものとして「移植」されていたのである。

ただし、上述したようなこの時期の法制度上の変化は、刑事司法セクターおよび精神医療セクターにおけるヘロイン使用への「介入／処遇」上の「概念」と「制度」にそれぞれ何も影響を与えないものであったかといえ、そうではない。それは特に、改正麻薬取締法における強制入院制度の新設とそれを受けた精神医療セクターの動向にめぐって特徴的に現れる。

（筆者注：横浜地方検察庁検事の村上による意見）かかる麻薬中毒者を現在行政的に規律しえる法規としては、精神衛生法が存するのみであるが、これとても、正面から、麻薬中毒者を対象としているのではなく、麻薬中毒者中、禁断症状の著しい者を、同法第3条にいう「精神障害者」として、県知事が、申請あるいは通報により、精神衛生医をして診察させ、これが、「精神障害者」と認められ、入院させなければ、自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認められた時にはじめて、強制的に精神病院等に入院できるのであるが、（同法23条乃至29条）禁断症状が著しくない者はもちろん、単に麻薬中毒者という理由のみでは、この対象にはなり得ないのである。横浜市内で、はじめてこの法律の適用を見たのは、昨年7月上旬、黄金町ガード下に麻薬が一時途絶えた場合の、3日間のみで、しかもこのとき、入院措置がとられた中毒者61名は、まもなく退院し、その殆どは、再びガード下に舞い戻って麻薬を買いあさり、そのうち8名が既に検挙されたのである。これも、根本的には、精神衛生法第29条第1項にいう「自身を傷つけ又は他人に害を及ぼ

すおそれ」がなくなれば、入院の継続を強制できないことによるものであり、禁断症状が通常一週間前後で一応消滅することを併せ考えれば、この規定による中毒者の強制的収容、根本的治療は殆ど効果を生じないことは明白である。又かりに中毒者が、自発的意思によって、入院、治療を希望しても、退院後のアフターケア対策が全然存しないことより、退院者をして麻薬環境への再度の接近をきわめて容易ならしめている。ここにおいても現行法規の不備が痛感されるのである。前述のごとく、我が国への麻薬密輸を防止することが殆ど不可能であり、又密売組織者の検挙、厳罰も必ずしも事犯減少に効果を期待できないとすれば、我々は、残されたこの中毒者対策にこそ努力を尽くすべきである。……一日も早く、中毒者の収容施設を設け、希望により、あるいは強制的に中毒者を収容して治療にあたり、併せて職業補導、退所後の職業斡旋等の便宜を図り、更にはアフターケアにも十分意を用い、彼らを健全な社会人に更生出来るような措置を講ずべきである。

(村上 1963 : 18-19)

私達（筆者注：厚生省麻薬課長（当時）の久万楽也による意見）が考えているのは、麻薬の中毒者で禁断が出ている人。禁断が出たら、それがなくなるまでは一応収容したいと言うことですね。それから今は禁断がなくなると一週間なり10日間なりでみんな出してしまいか、1月ぐらいでは、麻薬に対する麻酔やあるいは他のテストをやれば、まだ麻薬が体の中に残っているはずなのに、その状態のままで出してしまいうんです。ナリン・テストをやって反応がなくなるまではおきたいと思います。そうすると、はじめから見ますと大体3月～半年くらいおけるんじゃないかという気がしているんです。ところがそういう長い期間治療するということは、今までの禁断がとれてしまえば、普通一般的にいう大体が正気に返ってくる。そういう人たちを強制的に収容所に収容できるだろうかと言う問題が出てきて、法務省の方で検討してもらっているところです。

……（筆者注：それに答えた法務省青少年課長（当時）の荻野鑑一郎による意見）そういう中毒者は緊急保護収容というか、禁断症状がとれるまでおく。それからまた少なくともナリン・テストで検査しても中毒症状が出てこない程度にまでおくという、治療の目的で入院させる。入院の方法は、同意して入院する場合はもちろん、同意しない場合でも、収容審査会といったものを設けて、その審査の決定に基いて強制的に入院させようというのが厚生省のお考えなんです。行政処分です。

(山田ほか 1963 : 42)

上に引用した言説は、麻薬取締法改正直前の時点で、法改正の必要性とその改正点に関して提出された行政内外の論点を要約し、改正法の主旨について述べた行政関係者によるものである。それによれば、改正麻薬取締法においては、精神衛生法では不十分であった麻薬「嗜癖」を専門病院において治療できるようにするための「制度」整備が目論まれていたことが理解できる。麻薬取締法改正以前においても、麻薬中毒者は精神衛生法にもとづいた強制入院（措置入院）の対象として設定されていたが、ここで問題点として指摘されているのは「麻薬中毒者」

に関する強制入院があくまで「自傷他害のおそれがある」場合に限り認められるという精神衛生法上の規定により、「覚せい剤中毒者のように、派手に七転八倒の苦しみをすることはなく、いかなる時も静かに、じわじわと苦しみに悩まされている」（久万 1966：60）ような麻薬の慢性中毒、とりわけ「禁断症状」消退後に関して措置入院を適用することができないという点である¹²。つまり、改正麻薬取締法においてはそうした問題点を克服すべく麻薬中毒者専門治療施設を設置し、そこにおいてより長期の治療を強制的に行うことにより「禁断症状」消退後の「嗜癖」状態に関してより有意義な治療効果を得られるように、との意図のもとで制度的補強がなされたわけである。麻薬取締法改正によってヒロボンの時代には「制度」化されていなかった専門病院制度が整備され、「制度」レベルでの「医療化」が進展したと捉えることもできよう¹³。

また、ここでは「概念」のレベルにおいてヒロボンの時代に特徴的であった「精神病」というカテゴリが後景に退き、かわって「禁断症状」が前景化していることを指摘しておきたい。ヒロボンの時代においては、幻覚妄想様症状を基調とする覚せい剤「精神病」が、精神医療セクターにおいて薬物使用に対する「介入／処遇」上の主要「概念」となっていたが、この時期はそれにかわって不眠、全身けいれん、発汗、流涎、嘔吐、身体硬直等の激烈な身体症状様の「禁断症状」が主要「概念」としてコード化されていく。

麻薬中毒者は自律神経嵐と呼ばれる禁断症状の激しさのために病院で治療を行うに当たっても他の精神疾患に比しもっとも手を焼かせるものである……麻薬中毒者の治療は禁断症状を除去するだけが目的ではなく、根底にある人格の改善をはかることが眼目であることはいうまでもないが、人格の改善をはかる精神療法を行うにさきだって、まず禁断症状の除去を行わねばならぬこともまた必然である。

（植山 1962：489-492）

ただし、「禁断症状」の除去は通常精神病院内においてなされていたために、「概念」の移行に伴って精神病院システム・精神医療プログラムといった「制度」の内実は何らかの変更があったとはこの場合考えにくい。平井（2005）でも論じられたように、精神症状をターゲットにした覚せい剤「精神病」治療に関しては電撃療法・インシュリンショック療法・持続睡眠療法等が用いられていたわけだが、植山（1962）や久万（1960・1966）が述べるように、一般的にはヘロインの「禁断症状」に対する治療方法としても、即時禁断療法と並行してインシュリンショック療法、持続睡眠療法、電撃療法、テトラベナジン等を用いた薬物療法などの精神医学的アプローチを制度的土台とした精神病院内における入院治療が行われていた。「禁断症状」が主たる「介入／処遇」上の対象となったものの、そのための方法的基盤として精神医学的アプローチが「移植」されたという点においては、ヒロボンの時代と類似の構造が受け継がれることになったのである。

4. 「相互作用」レベルにおける「介入／処遇」

先行研究では、ヒロボンの時代の「相互作用」レベルでの「介入／処遇」に関して、精神病

院の中で行われていた覚せい剤「精神病」に対する精神医学的治療を除いては、刑事司法セクター、精神医療セクターともに明確な取組みがみられなかったことが指摘されていた（平井2005）。では、ヘロインの時代はどうだったのだろうか。本節では、この時代の「相互作用」レベルの「介入／処遇」について分析を行う。ここでは、まず刑事司法セクターにおける「介入／処遇」のあり方をとりあげ、その後、それと関連づけるかたちで精神医療セクターについて検討していこう。

4. 1. 刑事司法セクター

ヒロボンの時代、矯正施設（特に行刑施設）においては「相互作用」レベルでの特別な「介入／処遇」はさまざまな理由からその「問題化」を免れていた。平井（2005）によれば、その背景として、①覚せい剤以外の深刻な問題（過剰収容や構外作業、保健衛生、保安と規律、受刑者の生・健康をめぐる問題など）が行刑施設のなかで山積していたため、相対的に覚せい剤事犯者処遇への関心が後景化したこと（「行刑施設の問題」）、②分類処遇制度の整備が遅滞したこと（「分類処遇をめぐる問題」）、③行刑施設から覚せい剤受刑者が急激にいらなくなっていったこと（「覚せい剤受刑者の問題」）、といった諸点が指摘されている。

しかし、昭和38年度（1963年度）の犯罪白書によれば、「従来、麻薬受刑者はその絶対数が少なかった上に、矯正施設内での処遇も比較的容易なものが多く、あまり目立たない存在であったため、彼らに対する特別な処遇と言うことはほとんど考えられなかった。しかし、最近に至り、その数も次第に増加するとともに、一般に刑期も長期化する傾向にあるため、その収容期間が長引き、処遇上にもその困難さを加えるに至っている」（法務総合研究所 1963：374）として、麻薬事犯者に対する特別な処遇の問題がとりあげられている。過剰収容問題がおおよそ昭和35年頃までには沈静化していた（昭和35（1960）年の収容率は109%である、図5も参照）のをはじめ、ヒロボンの時代に「問題化」にとつての障壁となった各種の問題が落ち着きをみせはじめていたのがこの時期であり、それらと同時に麻薬事犯者が増加したことによって相対的に麻薬事犯者問題が前景にせり出してきた感は否めない¹⁴。

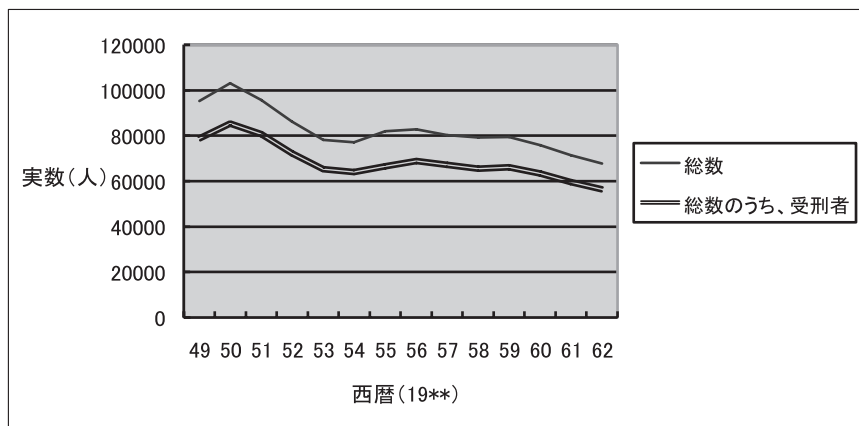


図5：行政施設一日平均収容人員の推移（矯正統計年報より作成）

つまり、1960年代においては、行刑制度をめぐる様々な諸問題が一応の落ち着きをみせ、収容人口の減少に伴って監獄・社会内処遇における麻薬事犯者比率がヒロボンの時代に比較して実数の割には相対的に高くなってきたために、そして、刑期の長期化・累犯者の増加による麻薬事犯者の「処遇困難性」への注目によって、麻薬事犯者処遇の問題が「問題化」されるに至ったのである。ヒロボンの時代において覚せい剤事犯者処遇の「問題化」を阻んでいたいくつかの「行刑施設の問題」が後景化したことで、今度は逆に麻薬事犯者処遇の「問題化」を前景化させるための歴史的好機が訪れたといえるかもしれない。

では、「問題化」された施設内における麻薬事犯者処遇は、結果としてどのような具体化を遂げていったのだろうか。我々はここで、「相互作用」のレベルにおける（ヒロボンの時代とは異なる意味での）一見不可解とも映る展開を目にすることになる。つまり、これも結論から述べれば、60年代においてもヒロボンの時代と同様に「相互作用」レベルにおける明確なかたちでの特別な処遇実践には結びつかなかったのである。

確かに、戦後はじめて大々的な麻薬犯罪特集を組んだ昭和38（1963）年度の犯罪白書は、麻薬事犯者処遇の必要性について危機感に満ちた記述を展開している。

麻薬使用受刑者の中には、前述の通り、出所後再び麻薬し癖【原文ママ】に陥る者が極めて多く、累犯化する傾向が顕著であるため、これら麻薬使用受刑者をその悪癖から完全に立ち直らせるためには、その処遇上何らか特別の施策が考慮されなければならない……わが国においても法務省、厚生省その他の関係各機関が目下それぞれの立場から、麻薬問題に対する対策を検討し、計画を進めつつあるが、麻薬し癖の治療、麻薬犯罪者の更生を最も効果的に促進するためには、これら各機関が一致協力して、総合的な、かつ強力な施策を打ち出す必要があるといえよう。

（法務総合研究所 1963：374-377）

そして、更生保護処遇の必要性に関しても、

この種の犯罪者に対しては、矯正施設内における特別の処遇とともに、特に入念な環境調整が必要であり、また仮出獄の審理に当たっては、本人の生活設計の実現可能性についての十分な見通しに基づいて、仮出獄期間をどの程度にするか、どのような場所を帰住地として指定するか、いかなる遵守事項を与えるか、いかなる補導援護をするか等につき、綿密な検討がなされるべきであり、この点に今後の研究課題があると思われる。

（法務総合研究所 1963：379）

として、仮釈放制度を活用した処遇体制の充実を訴えている。さらに、具体的な処遇方針については、

その方針としては、まず麻薬使用経験者を適当な施設に収容し、各ケースごとに麻薬に

対する生理的、心理的及び社会的依存性を診断調査し、その状態に応じて、身体的な健康の回復を待って、社会の生産的な成員として普通の生活ができるような職業訓練ないしは教化活動を行い、さらに集団あるいは個別の心理療法、カウンセリングを通じて、なぜ麻薬を使用するに至ったか、またなぜ人生の問題を麻薬に逃避することによって解決しなければならなかったかを反省させ、麻薬使用への衝動を抑制しようとするのが考慮されている。この計画は、現在各面から検討中であるが、これが実施の段階に至れば、麻薬中毒者の更生に相当な効果を上げることができるであろう。しかしまた、施設においていかに麻薬から遠ざかり、心身の健康を回復し得たとしても、社会復帰後の措置に万全を期さないかぎり、再び麻薬を使用し、あるいは、その密売行為に立ちもどる危険性はきわめて大きい。その意味で、たとえば、従来極めて制限されていた仮釈放制度を、より有効に活用するとか、また場合によっては仮釈放、満期釈放の別を問わず、一定期間保護観察を行い得るような制度を考慮することも必要ではあるまいか。

(法務総合研究所 1963 : 386-387)

として、具体的な処遇のあり方を含むかなり積極的な提言を行っているのである。

こうした特別な処遇に向けた積極的なまなざし¹⁵は、既に整備されつつあった分類処遇や、個々の受刑者の属性から生活歴・人格・好みに至るまで徹底的に微分化し、それをデータベース化することで個別的処遇を睨みながら麻薬事犯者に共通する処遇をモデル化していくという、当時鮮明になってきた矯正・更生保護処遇を貫く理念とも共振するものであった。その意味では、ヒロボンの時代において特別な処遇の「問題化」にとってひとつの障害となっていた「分類処遇をめぐる問題」に関しても、先に指摘した「行刑施設の問題」の沈静化と並んで、この時期にはむしろ麻薬事犯者処遇の実現に向けたプッシュ要因として作用する可能性をもっていたと考えることもできる。しかし、この時期において矯正・更生保護処遇と麻薬事犯者との関係は、「特別な処遇の実現」という矯正・保護当局の思惑とは異なる、ある意味意外な展開をみせていくことになる。

第一に指摘しなければならないことは、ヘロインの時代においてもヒロボンの時代（第一次覚せい剤乱用期）といくつかの点に関しては“共通”した動きが認められる、ということである。そのひとつは（「覚せい剤受刑者の問題」ならぬ）「麻薬受刑者の問題」である。ヒロボンの時代において、新受刑者の数が急激に減少したことで施設内から覚せい剤事犯者の姿が急速に消えていったことは先に指摘したが、1960年代においても、麻薬事犯新受刑者において全く同様の動きが認められる。つまり、昭和38（1963）年の麻薬取締法改正の翌年（これは犯罪白書において特別な処遇に向けた危機感が認識された年度でもある）にあたる昭和39（1964）年度の麻薬事犯新受刑者が、その数において急激に減少してしまったのである（図6）。同様の傾向は更生保護セクターにおいてもみられる（図7）。

図には示さないが、昭和37（1962）年度の矯正統計年報や保護統計年報においても記録されているように、新受刑者の減少とシンクロして累犯受刑者の実数も急激に下がっていく（新受刑者の実数の低下が急激なため、見た目上累犯受刑者の全体に占める割合は上昇しているが）。

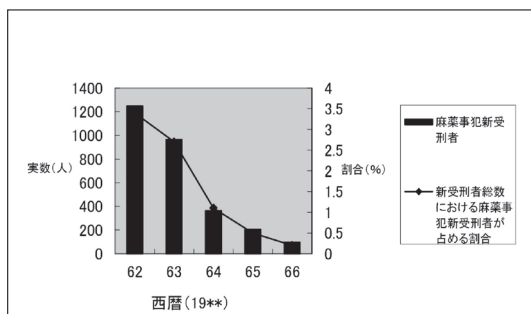


図6：麻薬事犯新受刑者数の推移
(矯正統計年報より作成)

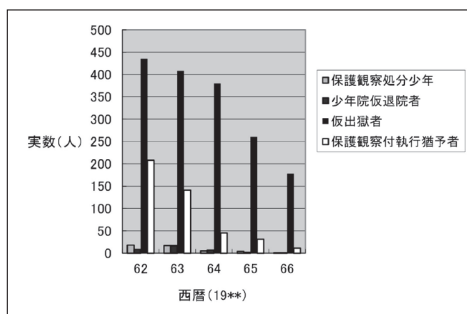


図7：麻薬事犯関係の保護観察新規受入人員数の推移
(保護統計年報より作成)

この動きはヒロポンの時代と同種の動きかつ、それよりも急激な動きであることに注意したい。極めて概略的に述べてしまうと、ヒロポンの時代における「相互作用」レベルの矯正・保護的「介入／処遇」が、「できなかった」と同時に「せずに済んだ」のだとすれば、ヘロインの時代の「介入／処遇」は、「する気はあった」にもかかわらず「せずに済んだ」といえるかもしれない。事実、「麻薬受刑者」という「相互作用」レベルにおける「介入／処遇」上の“対象”を失っていく昭和39（1964）年度以降、麻薬使用の問題は行刑・更生保護関係者の中でも急速にクールダウンしていくことになった¹⁶。

こうして、特別な処遇に向けての「問題化」は「相互作用」レベルでの具体的な処遇実践には結びつかなかったといえる。より適切に小括すれば、ヘロインの時代において、行刑施設を中心とする矯正セクターや更生保護セクターではヒロポンの時代とは異なる歴史的条件（「行刑施設の問題」「分類処遇をめぐる問題」の相対的後景化）の中で特別な処遇を「問題化」させていたが、その対象となるべき麻薬事犯関係者が施設の中から急速に姿を消していったために（「麻薬受刑者の問題」）、「相互作用」レベルの実践として展開する機会そのものを失ったというべき状況であったと考えられよう。

さて、最後に確認しておきたいのは、この時期のヘロイン使用に対する介入のあり方が、後世においてどのように把握されていったのか、という点である。

1963年（昭和38年）に麻薬取締法を改正し、最高刑が無期懲役まで引き上げられるとともに、中毒者の強制入院制度が設置された。このような強力な麻薬対策は翌1964年には、はっきり見えてきた。検挙者は2571人から792人と激減した。……昭和43年以降我が国の麻薬依存者は減少の一途をたどり、先進国で唯一の麻薬対策に成功した国として、各国より高く評価されている。

(福井ほか 1989：43)

38年6月麻薬取締法一部改正により、最高刑を無期懲役とする罰則の強化が図られた。やがて、事犯数は昭和39年以降減少し、53年には191人（少年8人）にまで減少した。

（市村 1981：22）

麻薬対策要綱、そして1963（昭和38）年の麻薬取締法の改正は、麻薬犯罪の徹底検挙と厳重処罰が柱であった。……一方、官民挙げての麻薬禍撲滅の国民運動も展開された。1959（昭和34）年から、厚生省は麻薬の恐ろしさを啓発する麻薬禍撲滅運動を推進してきたが、1964（昭和39）年からは、「麻薬禍撲滅国民運動地区大会」を、東京、大阪、名古屋、横浜、福岡などの「麻薬禍濃厚地区」で開催した。こうして、国を挙げての麻薬禍撲滅対策が展開され、“ボン”（筆者注：ヒロポン）から“ペイ”（筆者注：ヘロイン）まで続いたわが国の第一次薬物乱用期は、1965（昭和40）年を境に、劇的に沈静化していった。

（藤井 2005：105-106）

われわれは、こうした言説を前に、ある種の既視感を覚えるかもしれない。上に挙げた言説群が共有している歴史認識は、平井（2005）で批判されたヒロポンの時代における「一次予防中心主義」的な歴史認識と、驚くほど似通ったものである。

しかし、本節であとづけてきたこの時期の矯正・保護的「介入／処遇」のあり方は、上記に引用した言説群が述べるような「麻薬取締法改正等による厳罰化の威嚇効果と国民的啓発運動により、action水準における麻薬使用が消退していった」という表現ではおよそイメージすることのできない動態的展開であったという点を再度確認しておきたい。上記の歴史認識は、ヒロポンの時代と同様に、この時期のヘロイン使用に対する刑事司法セクターにおける「介入／処遇」の各「レベル」ごとの複雑な関係性を、薬物使用をめぐる歴史的展開の中で「不可視化」させてしまう危険性を有するものであろう。1960年代を中心とするヘロイン使用への刑事司法的「介入／処遇」は、ヒロポンの時代から「移植」された「概念」「制度」を引継ぎ、精緻化させつつも、「相互作用」のレベルにおいては（ヒロポンの時代とはまた別の意味で）特別な処遇というかたちの介入実践を展開することがなかった。ヒロポンの時代における「介入／処遇」とは異なるものの、ヘロインの時代にも具体的かつ複雑な「介入／処遇」上の動向が確かに存在していたのである。

ただし、こうした「相互作用」レベルでの「空白」（とも受け取れる状況）は、ヘロイン使用者が刑事司法セクターから退出したことを意味したとしても、そのことが即ち「ヘロイン使用者がいなくなった」ことまでも意味するわけではないだろう。先述したように、昭和38（1963）年の改正麻薬取締法には「嗜癖」状態の治療に対応できることをめざした新たな強制入院制度が盛り込まれていた。施設内／社会内処遇の対象ではなくなったヘロイン使用者は、精神病院へと移行したうえで「相互作用」レベルでの「介入／処遇」＝精神医学的治療の対象となっていたのではないかと。より端的に言えば、刑事司法セクターから急速に消えていったヘロイン使用者は精神医療セクターにおける「介入／処遇」の対象として「外部化」されたのではないかと。こうした疑問に答えるためにも、次に精神医療セクターにおける「介入／処遇」の

あり方をみていくことにしよう。

4. 2. 精神医療セクター

精神医療セクターにおいては、この時期の「介入／処遇」上の「概念」として、「禁断症状」「嗜癖」という二つの病気コードが確定されていったことを先に確認した。ここでは、麻薬取締法改正という「制度」レベルの変化の前と後では、「相互作用」レベルにおける「介入／処遇」がどのように変化したのか、もしくはしなかったのかに注目しながら、強制入院制度の成立による刑事司法セクターから精神医療セクターへのヘロイン使用者の移行（「外部化」）という仮説の真偽について検討していくことにする。

まず、麻薬取締法改正以前の精神医療セクターにおいては、「相互作用」のレベルでのいかなる治療行為が行われていたのだろうか。

（筆者注：昭和医大附属烏山病院にて）筆者が麻薬患者に接し始めたのは、昭和33年以來のことで、その数も百五十名前後に達しているが、そのうち刑務所服役者30例を除けば、全てが精神病院に中絶の目的で入院した麻薬中毒者である。そしてこれら中毒者は入院毎に、病院内の人間関係を攪乱して去るのである。彼らの横暴と気ままな言動に、我々治療者はその都度ギリギリ舞をさせられるのである。

（関 1963：28）

厚生省の統計によれば、昭和37年中に全国の病院に入院した麻薬中毒者は1005人（男子73%、女子27%）で、経費の負担状況は、自費が45%で最も多く、精神衛生法による措置入院は10%にすぎない。入院期間を見ると、1週間以内18%、2週間以内22%、1カ月以内24%、3ヶ月以内25%、6ヶ月以内8%で、全体の6割以上が1ヶ月以内に退院している。これでは、禁断症状を取るだけの入院にとどまり、治療が嗜癖や依存症の除去にまで及んでいないとはいえない。

（樋口ほか 1973：62）

（筆者注：1963年5月末日で在監中の麻薬取締法違反受刑者のうち、本人自身が麻薬使用の経験を有する60人を対象に行った調査より）入院者の全例が10日前後で退院しているが、この入院期間は、我が国におけるこの種の患者の病院治療の平均日数よりもかなり短い。一般に薬物使用者に対する病院治療の期間が短すぎることは今日多くの専門家の指摘するところである……

（樋口ほか 1965：58）

我々の犯罪精神医学的調査から得られた所見によれば、麻薬使用受刑者の……なかには、覚せい剤その他薬物の使用から、麻薬使用に移行した者が多く、麻薬中毒治療のために病院に入院したことのある者は、50%に過ぎず、しかも、その全例が約10日間で退院し、結

局麻薬から脱却することができずにいる。

(羽山ほか 1965：6-7)

ここから確認できるのは、法改正前において、麻薬使用者はその多くが精神衛生法による措置入院ではなく自費入院をしていたこと、そしてそこでは「禁断症状」の中絶目的で入院し、「禁断症状」が消退する10日間前後という短期間で退院していたことである。つまり、ヒロボンの時代の「精神病」治療と同様に、ヘロインの時代の初期においても「禁断症状」については精神医学的治療の対象として入院治療を施されていたが、「嗜癖」状態に対する治療はほぼ行われていなかった(より精確には、入院治療中心の医療体系の中で、実施することが困難であった)のである。ところで、先に示したように、改正麻薬取締法自体はこうした短期入院の弊害を廃し、「嗜癖」の治療をも精神病院において行うことを可能ならしめるために「措置入院」という強制入院制度を整備・強化したのであった。それでは、法改正以後にこうした状況は変化したのだろうか。

結論から述べれば、「外部化」仮説は支持できないように思われる。何よりも、措置入院制度が整備・強化された昭和38年以後、急激に麻薬入院患者数自体が“減少”してしまうのである(図8)。

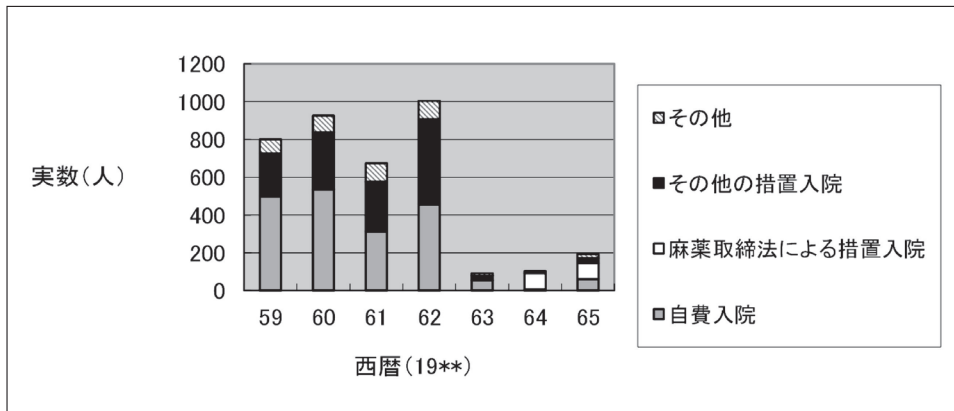


図8：麻薬中毒入院者数の推移(麻薬中毒者入院状況調査に基づく九万【原文ママ】1966より作成)

図8にみるように、麻薬取締法が改正された昭和38年以降、特に麻薬取締法による措置入院が開始される昭和39(1964)年以降に関しては、入院者の殆どが措置患者となるが、全体での入院総数は激減してしまう。つまり、矯正施設において麻薬事犯者として処遇されるはずの者が、その代わりに措置入院患者として精神病院に収容されていたというわけではないのだ。

とはいえ、改正麻薬取締法による措置入院制度によって、それまで10日前後といわれていた平均入院日数がやや増加したのも確かである(図9)。図9からは、「嗜癖」治療を見込んだ長期入院に関しては、ほぼ3ヶ月程度の入院にまで延長されたことがうかがえる。

このように延長された入院治療において、ヘロイン使用者は、「嗜癖」状態にまで踏み込んだ治療＝「介入／処遇」を「相互作用」レベルにおいてなされたといえるだろうか。九万【原

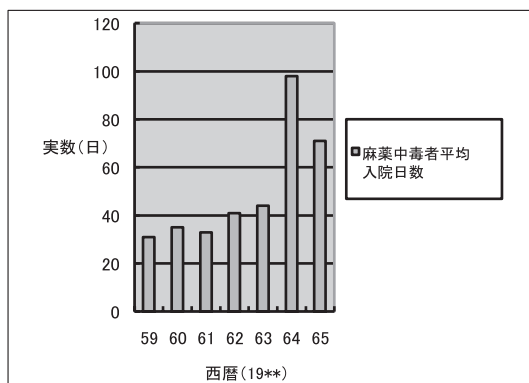


図9：麻薬中毒者平均入院日数の推移
(麻薬中毒者入院状況調査に基づく九万【原文ママ】(1966)より作成)

文ママ】(1966)は、この時期の入院期間の延長傾向を指摘したうえで、「全入院者の平均入院日数は62日であり、(筆者注：麻薬取締)法改正前の7～10日間程度の禁断症状がとれる時期だけの入院に較べると入院期間が著しく長期となり、治療効果が十分期待できるようになった」(九万【原文ママ】1966：6)と述べ、この変化に大きな期待を寄せている。しかしながら、この時期実際に麻薬の「嗜癖」状態への治療に従事していた臨床家の報告は、「入院期間の長期化」という事態に対してそうした期待とはやや異なる評価を与えていると思われる。

(筆者注：改正麻薬取締法により、1963年7月から1965年12月までに措置入院した麻薬中毒者に関して)入院後の経過については、医療麻薬中毒者では特に問題はないが、ヘロイン中毒者では看護上にも種々の問題が見られた。予後については、良好のものはわずか【原文ママ】45%にすぎず、麻薬中毒者の治療の困難さを物語っている。

(湯原 1966：14)

(筆者注：少なくとも三ヶ月以上ほとんど毎日のように常用量の2～3倍以上(耐性上昇)の薬物を乱用し、その結果他覚的な禁断時症状(薬物の禁断のためと思われる一過性の脳波異常を含む)がみとめられ、精神依存に加えて身体依存も成立していたと見られる63名(男32名、女31名)について)予後は良好8名(13%)と少なく、やや良好が31名(49%)と半数を占め不変が24名(38%)であった。……長期入院した嗜癖患者の予後は、ある程度期待できるといっているが、筆者の結果ではかならずしもそういえなかった。

(高橋 1969：700・704)

結果論ではあるが、短期の入院によって根治できなかった「嗜癖」は、(数ヶ月程度の)長期入院によっても、とりたてて良好な予後を獲得できたというわけではなかった。長期の入院期間を強制措置によって確保し、それによって精神医療の制度枠内で「嗜癖」治療を行おうとする法改正の意図は、「制度」レベルでの「医療化」の進展、すなわち措置入院の制度化には

寄与したが、「相互作用」レベルにおける「医療化」に関しては、第一に強制入院者が思ったように増加しなかったという点において、第二に、仮に入院したとしても長期入院による治療効果が期待ほどではなかったという点において、必ずしも大きな変化をもたらすには至らなかったと考えられる。麻薬使用者は、刑事司法セクターから急激にその姿を消していった。そして、かれらは精神医療セクターの前にもその姿を実際に現すことはなく、「相互作用」レベルの「嗜癖」治療の進展¹⁷にも与らなかったのである¹⁸。

確かに、ヘロインの時代はヒロボンの時代とは異なる時代であった。それは社会問題化の宛先となった薬物の違い以上の意味あいを持つ。ヘロインの時代においては、ヒロボンの時代に確定された「概念」「制度」の多くが麻薬使用に対する「介入／処遇」のための枠組として「移植」されるという事態が現出した。そして、特に「制度」レベルにおいては、改正麻薬取締法による専門病院制度や強制入院制度に伴って「医療化」の過程に変動がみられた。加えて、ヒロボン期の「精神病」概念に代わるように「禁断症状」概念に基づく「介入／処遇」が前景化することになった。

しかし、「相互作用」レベルにおいては（ヒロボン期の「精神病」への「介入／処遇」と類似の現象であるが）精神医療セクターにおける「禁断症状」への「介入／処遇」を除いては特別な「介入／処遇」がみられないという「空白」（とも受け取れる状況）が続いていた。刑事司法セクターにおける特別な処遇実践は明確なかたちをとって実現することはなかったし、精神医療セクターにおける強制入院制度も「相互作用」レベルの「介入／処遇」を大きく変容させるものとはならなかった。もちろん、刑事司法セクターにおいて特別な処遇に向けた「問題化」が生じたように、ヒロボンの時代とその内容は同一ではない。しかし、「相互作用」レベルの「空白」状態に関していえば、それは継続されていたのである。

ただし、繰り返しになるがそれは決して「一次予防中心主義」的な歴史認識に基づいて理解されるような「介入／処遇」の不在ではない。絶えざる問題化／実践化の契機を孕みつつも、各セクター内在的、もしくは外在的な諸要素との相互作用の中で、それらの契機が具体化へと

	刑事司法	精神医療	
概念	犯罪者として処罰・矯正・保護の対象	(慢性)中毒者	
		嗜癖者＝意志薄弱者	麻薬による禁断症状
制度	麻薬取締法等の法制度・矯正システム・更生保護システム	精神衛生法・改正麻薬取締法等の法制度・精神医学的入院治療システム・麻薬中毒者専門医療施設における治療システム(ただし、麻薬中毒者専門医療施設は少数)	
相互作用	●特別な処遇なし、強制的な収容。ただし、矯正・更生保護において、特別処遇に向けての「問題化」は上昇	●治療困難性ゆえに、具体的かつ効果的な治療相互作用がみられず、措置入院期間延長も、予後への決定的な影響なし	精神医学的治療実践

図 10：ヘロインの時代における薬物使用に対する「介入／処遇」

至らなかった「空白」の歴史的諸背景は、「一次予防中心主義」という言葉では到底理解できるものではないだろう。濃密な「空白」——、それがいついかにして具体的「相互作用」を装填させるのか。その問いに対する解答はこの時代以降の「介入／処遇」に対する歴史社会学的分析を待つよりほかないが、ヘロインの時代の「介入／処遇」はそれを理解するうえでの不可欠な前提となる¹⁹。

本節の最後に、ヘロインの時代の薬物使用に対する「介入／処遇」のあり方を図式化しておく（図10）。

5. 薬物使用の“転移”仮説——ヘロイン使用者の“その後”——

昭和35(1960)年に「一応人心も安定した今日(筆者注:麻薬常用者が)しだいに減るところか、かえって激増していることは、まことに寒心に堪えない現状である」(久万 1960: 49)と述べ、厚生官僚の立場から麻薬行政に意欲を燃やしていた久万は、わずかその6年後には「最近私は部外の人から、『もう麻薬対策は終わりましたね』『麻薬対策はある程度成功しましたね』『麻薬にはもう問題は何もありませんね』とよくいわれる。確かに数年前と比べると隔世の感がある」(久万 1966: 4)と述べるに至っていた。第二節で述べたように、その後の「介入／処遇」史は1970年代以降の第二次覚せい剤乱用期を経由して“地域社会セクターの上昇”や“刑事司法セクターにおける覚せい剤事犯者処遇の展開”といった新たな局面へと移行していくことになる。疾風のように過ぎ去ったヘロインの時代は、1970年代の扉が開かれる頃には文字通り“過去の出来事”として歴史化されていたのである。

とはいえ、そうしたヘロインの時代と70年代以降の「介入／処遇」史との歴史的隙間を一切無視してよいということにはならないだろう。本節では、1960年代半ばから70年代はじめにかけての薬物問題の展開をやや駆け足で概観していくが、そこでは前節でみたヘロインの時代の“その後”の時期においてどのような動向がみられたのかに注意を払う。より具体的には、「転移」仮説とでもいうべき薬物問題史における通説的見解を検討し直すことを通して議論を進めていきたい。

薬物使用の「転移」とは、「介入の場に現れる／把捉される薬物使用者が、何らかの理由（例えば使用薬物の「犯罪化」・「厳罰化」など）により、以前とは別の薬物へとその使用対象を変化させる」ような事態を指す。つまり、「ある同一人物、同一人口集団がかつてはAという薬物の使用によって刑務所や精神病院に入所／入院していたが、例えばAの使用が厳罰化されるなどによって入手が困難になると、今度はより入手することが容易なBという薬物を使用するようになり、それによって再び入所／入院することになった」といった事態は、「AからBへの『転移』」として理解されることになる。もちろん、入手可能なデータが「入院患者」「新受刑者」「一定条件のもとでのアンケート調査の回答」といったreaction水準のデータである以上、action水準の動向について安易に「転移」を語るができないことはいうまでもない²⁰。しかし、日本では覚せい剤やヘロインをはじめとして“新たな”薬物使用が問題化される際には、action水準の薬物使用について決まってこの「転移」仮説をあてはめた説明がなされてきた²¹。

例えば、Brill (1971=1971:75) が述べるように、ヒロボンの時代に把捉（検挙・収容・入院…）

された覚せい剤使用者が、そのまま（同一人口集団レベルで）ヘロイン使用者へと移行した可能性が極めて高いことが多くの論者によって指摘されている（立津ほか 1956、滝沢ほか 1971、Brill 1971=1971、横田・逸見 1965、樋口ほか 1965、徳岡 1953など）。加えて、こうした「転移」仮説は当時の厚生省の公式見解に対して実証的な見地から疑義を呈する、画期的な意味合いを有する知見でもあった（横田・逸見 1965）²²。また、今日においては、アルコールや有機溶剤を「ゲートウェイ・ドラッグ」とする見方などが「転移」仮説に基づいたものと言えよう。つまり、はじめにアルコールや有機溶剤に手を染めた使用者（未成年が想定されることが多い）が、徐々に覚せい剤その他の薬物へと使用対象を「転移」させていく、という見方である²³。総じて、こうした薬物使用の「転移」に関する言説は格別珍しいものではない。特に、ヒロポン期からヘロイン期へとほぼ時期的に入れ替わるように事犯者数が変化していった時期を捉えて、こうした「転移」仮説を支持する研究は理論的・実証的なものを含めて少なくない、と考えてよいだろう。

本節において、薬物使用の「転移」ケース全てに関する詳細な検討を行うわけではない。本節で検討されるのは、ヘロイン使用者の“その後”に関してもこの「転移」仮説に基づく説明が可能かどうか、という点である。まずは、「転移」仮説を具体例に即して提示する意味でも、1960年代後半の「睡眠薬遊び」問題の自然史過程を先行研究に依拠しながら簡単にあとづける。その後、ヘロインの時代に介入の場に現れた薬物使用者が「違法麻薬」（ヘロイン）から「医療麻薬」（医師の処方によって合法的に使用される麻薬）へと「転移」していったとする仮説に限定して、「転移」仮説の妥当性を検討していくことにする。重ねて、こうした作業にはヘロインの時代とその後の1970年代～80年代の「介入／処遇」史をつなぐ蝶番の役割を果たすことも期待されている。

5. 1. 「睡眠薬遊び」と“転移”仮説

ヘロイン使用が主に成人の薬物使用であったとすると、ちょうどヘロインの時代と並行するように、もう一つの薬物使用が社会問題化していく。それは、主に青少年を使用者層とする「睡眠薬遊び」の問題である²⁴。

樋口ほか（1973）によれば、市販薬である睡眠薬を「酩酊」目的で使用する行為自体は、昭和25（1950）年頃から「盛り場」に集まる愚連隊仲間や木賃宿にたむろする日雇労働者、沖仲士（樋口ほか 1973：63）などにより、アルコールに睡眠薬を混入させる形で用いられていたものが、青少年に広まっていたという。警視庁防犯部少年課が昭和38（1963）年4月1日に発出した「睡眠薬乱用少年の実態と補導対策」によれば、いわゆる「睡眠薬遊び」の風潮は昭和35（1960）年5、6月頃からはじまり、昭和36（1961）年4月この遊びのグループが補導され、さらに睡眠剤を服用して強盗傷害を犯した3人組少年が補導されて以来、次第に問題視されるようになったとされる。この資料によると、補導の中心は多くが東京都台東区・渋谷区・新宿区で15歳以下の青少年、過半数が学生であり、さらに、全体の83.25%は、「ハイミナール」という市販の睡眠剤を服用していた、という（加藤・今田 1963）。

こうした情勢に対し、行政当局はいち早い対応をみせる。

厚生省では、昭和36年10月、薬務局長通ちょうにより、各都道府県知事に対し、販売業者に対する指導監督の強化を指示した。更に11月、「催眠剤の乱用防止に関する対策要綱」を制定し、1) 催眠剤は全て習慣性医薬品に指定する、2) 14歳以下の者及び取扱いに不安のあると認められる者に対する販売禁止、3) 監視、取締の強化、4) 広報活動の推進、等の措置を採るよう、各都道府県に指示した。又、関係団体の協力により睡眠薬の広告は自粛する等の措置も採られた。しかし、大都市を有する府県、特に東京都では、なお、睡眠薬の乱用により補導される青少年が増加したため、更に強力な手段をとることになり、昭和38年6月、従来普通薬であった睡眠剤を大巾に劇薬に指定した。

(伊藤 1966 : 10)

国は、昭和38年6月薬事法及び同法施行規則を改正して、46品目の睡眠薬を劇薬に指定し販売方法に規制を加えた。

(市村 1981 : 22)

この時期、問題が悪化していた東京都では、警視庁も東京都衛生局を通じて薬局側の販売自粛を求めたり、マスコミなども積極的にこの問題を取りあげていた(樋口ほか 1973)。こうした積極的な問題化活動の取組みの後、昭和38(1963)年をピークにして、睡眠薬使用者の補導件数は急激に減少していくのだが、ここで触れておきたいのは、この「睡眠薬遊び」問題の自然史過程に関して、後世の論者たちによって以下のような評価が下されていることである。

昭和38年、薬事法及び同施行規則の改正により睡眠薬の殆んどが販売規制を受けることになった結果、昭和39年以降、睡眠薬等の乱用は、一般に大幅の減少を示し、これにかわる乱用薬物としては、新たに鎮痛(静)剤、精神安定剤、筋肉弛緩剤が一般に使用されるようになり、特にシンナー等有機溶剤の吸引による乱用が年をおって増加してきた。

(樋口ほか 1973 : 66)

この行政規則が巧を奏したのか、昭和39年頃には「睡眠薬遊び」は下火になる。その後、鎮痛剤、精神安定剤等の乱用が、一時増加したのが、やがてシンナー、ボンドを中心とした有機溶剤吸引が蔓延し始める。

(市村 1981 : 22)

ところで睡眠剤の販売制限が強化され、入手が困難になったことと、睡眠剤そのものに飽きたことから、塗料をとかす「シンナー」が新しい遊びの対象となるという現象が起った。

(高橋 1963 : 83)

上記においても、「一次予防中心主義」的な歴史認識や、reaction水準のデータをもとに

action水準の動向が断定的に述べられるという誤謬がみられる。しかし、ここで指摘したいのはそのことではない。上の諸言説では、「睡眠薬遊び」のために睡眠薬を使用していた青少年を中心とする使用者層が結果として「シンナー等の有機溶剤」を代替薬物として使用するに至ったとされている。そして、介入の場に現れた薬物使用者の使用する薬剤が「睡眠薬」から「有機溶剤」へと「転移」した（同一人物／同一人口集団が睡眠薬からシンナーへ“乗り換えた”）ということを根拠にそうした主張がなされているのである。1960年代後半の青少年による睡眠薬使用と有機溶剤使用をめぐる歴史も、他の時期と同様に「転移」仮説に基づいて理解されていることが分かるだろう。

5. 2. ヘロインの“転移”仮説とそれへの疑問

では、ヘロインに関してはこの「転移」仮説はどのようなものとして語られているのだろうか。麻薬取締法改正前と改正後の使用者について、厚生省（当時）の把握する約14000名の麻薬中毒者及び麻薬中毒前歴者のうち、昭和41（1966）年12月末日現在において麻薬取締法によって規定された麻薬中毒者観察指導の対象となっている8540名中の約2000名（最終有効調査者数は、前記2000名のうちの社会内生活者1934名と、受刑中の689名をあわせた2623名）について、麻薬中毒者相談員・麻薬取締職員・受刑中の中毒者に対する矯正局関係者など、中毒者と密接な接触を保っている人々によって行われた生活史調査（二号調査）のデータ²⁵をもとに実証的な研究を試みた高橋・滝沢（1971）、滝沢ほか（1971）によれば、

麻薬を最も多く使っていた時期で二分すると、1934人（筆者注：二号調査の最終有効調査者2623名のうち、受刑中の689名をのぞいた1934名）の85.5%にあたる1660人が法改正前のもので、不正麻薬と医療麻薬との割合は998人（60.1%）と592人（35.6%）（不明70人）でその比は約1.7：1となる。法改正後は1934人のうちの264人（13.6%）がこれに属し、不正麻薬と医療麻薬との割合は38人（14.3%）と209人（79.1%）（不明17人）で、その比は約1：5.6となり逆転している。（なお、1934人のうち10人が法改正前後の分類が不可能であった。）一方最後に入院入所した時期による分類では、1934人の46.5%にあたる900人が法改正前のもので、不正麻薬と医療麻薬との割合は652人（72.4%）と医療麻薬218人（24.1%）となり（不明30人）、その比は約3：1である。法改正後は1934人の25.8%にあたる499人がこれに属し、不正麻薬と医療麻薬との割合は162人（32.4%）と321人（64.3%）（不明16人）となり、その比は約1：2で前者同様逆転している。なお、1934人の27.2%にあたる535人については法改正前後の分類が不可能であった。このうち226人（42.2%）が不正麻薬、267人（49.9%）が医療麻薬で、かなり大きな数値を示しているので統計上無視することはできない。以上二つの分類に共通してみられることは、法改正の前は不正麻薬が、改正後は医療麻薬が主体となっており、そこに明らかな差を認めることである。

（高橋・滝沢 1971：167-169）

法改正前と後で使用麻薬にどのような相違があるかを見ると、H群（筆者注：矯正施設

に入所中の689名)では、法改正前の不正麻薬使用者は443名(68.9%)、法改正後は17名(42.5%)となっており、低下しているが、K群(筆者注:社会生活をしている中毒者1934名)ではこの現象は更に顕著である。すなわち、法改正前は998名(62.0%)、法改正後は38名(14.4%)と大幅に低下している。これに伴い医療麻薬の使用者は、H群では法改正前145名(22.6%)、法改正後が14名(35.0%)で比率はやや上がっているが、依然として不正麻薬中毒者が主体となっているのに対し、K群では、法改正前の592名(35.6%)から、法改正後は209名(79.3%)と急上昇しており、法改正後は、不正麻薬から医療麻薬に問題が移行している事を示している。

(滝沢ほか 1971 : 107)

とされ、特に社会内生活者として把握された使用者に関して、麻薬取締法改正後はヘロインを中心とする不正麻薬(違法麻薬)から、医療麻薬(医師の処方の下で使用される麻薬)へと主たる使用薬物が変化していることが示唆されている。また、こうしたデータをふまえ、現代においては、

heroinの入手が困難になったヘロイン依存者は一時医療麻薬に移行し、医療麻薬の比率が増加したが、それも急速に減少していった。

(福井 1999 : 25)

その後一時ヘロインの入手が困難となったヘロイン乱用者は、代わりに医療麻薬を求めた時期があったが、昭和43年以降我が国の麻薬依存者は減少の一途をたどり、先進国で唯一の麻薬対策に成功した国として、各国より高く評価されている。

(福井ほか 1989 : 43)

といった言説にみられるように、「不正麻薬(ヘロイン)から医療麻薬へ」の「転移」仮説が支持されている。もちろん、現代の言説においては(先にみた「睡眠薬遊び」に関する言説と同様に)reaction水準の動向をaction水準の動向と混同しながら「転移」仮説を語っているという特徴がみられる。しかし、繰り返しになるが、「転移」仮説それ自体をaction水準の説明図式としては捉えていない本節の文脈からすれば、そのこと自体は関心の埒外にある。

むしろ、ここで問うてみたいのは次の二つの疑問である。第一に、法改正前と以後で、特定の介入(ここでは厚生省による観察指導とその後の調査場面)の場に現れる麻薬使用者が使用する麻薬の種類が“変化していた”ことは実証的に明らかにされているとしても、そこにおいて、以前ヘロインを使用していた“同一人物/同一人口集団”が数年後に医療麻薬使用者になっていたのかどうかは定かではない。つまり、法改正前にヘロインを使用し(介入の場に現れ)ていた人と、法改正後に医療麻薬を使用し(介入の場に現れ)ていた人は全くの別集団(別使用者層)である可能性について考察する必要がある。

そして第二に、第一の疑問とあわせて、仮に同一人物/同一人口集団における「転移」が起

こったとすれば、それは本当に「不正麻薬から医療麻薬へ」という「転移」であったのかについての検討も実は等閑に付されていると思われる。つまり、「転移」の対象が医療麻薬以外の他の薬物である可能性が完全には払拭されていないのだ。

以下では、こうした点について当時の薬物使用に対する「介入／処遇」のあり方をめぐる言説／数量データ等を適宜参照しつつ検討していくことにしよう。

5. 3. “転移” 仮説の批判的検討

まず、滝沢・高橋（1971）は、上記の調査データをもとに、ヘロインを中核とする不正麻薬使用者と医療麻薬使用者の属性その他の変数を詳細に比較した結果、両群は明確に異なる特徴をもったグループであることを指摘している。

不正麻薬中毒者群（筆者注：2623人のうち不正麻薬使用者1358人）は、比較的幼少期に（この場合、すべて医療麻薬中毒者（筆者注：文脈から、法改正前か後かを問わず、全ての医療麻薬中毒者、ということだと思われる）に対して相対的にの意である。以下同様）親を失い、大港湾をひかえた特定都市の貧困家庭に家族の無関心ないし放任的な態度の中で生育している。この場合、必ずしもスラム街や歓楽飲食街、工場地帯などの不良環境に生育、居住しているわけではない点で、O'Donnelのいうアメリカの第二型中毒者とは異なる。少年期青年期には、意志薄弱ないし短気という性格を有し、麻薬使用に伴って意志薄弱が増え、短気にもなってくる。学歴は低い。学校生活、職業生活では怠けがちであり、怠惰の程度は麻薬使用に伴って著しくけんちょになる。麻薬使用は、不良交友や不良集団などantisocial groupとの関係に伴う。成人後も独立した家計を営むことができず、宗教には無関心である。大多数が覚醒剤中毒を経験している。

（滝沢・高橋 1971：138）

医療麻薬中毒者群（筆者注：2623人のうち医療麻薬使用者965人）では、中級以上の富裕な家庭に育ち、特に放任された傾向はない。性格的には内気、短気、不安定性といったneuroticな性格傾向と身体の虚弱なものが多いのが目立つ。麻薬使用に伴って意志薄弱となる。学歴は高く学校生活は真面目であり、職業人としても特に怠惰な傾向はみられず、独立した生計を営む。これは麻薬中毒時も同様である。中毒者の友人を持つ者は少数であり、この点で不正麻薬群が集団的であるとすれば孤独な中毒者である。一因子としてはこれと関連しているのであろうが、覚醒剤その他、いわゆるepidemicな薬物乱用の経験者は殆どいない。

（滝沢・高橋 1971：138-139）

また、滝沢・高橋（1971）は、これに加えて、二号調査のサンプルの中から「さらに呼び出しに応じる協力的な者」（滝沢・広瀬 1971：85）201名について、精神科医が直接面接を行った聞き取りデータの分析を行っている。それによれば、以前不正麻薬を使っていた同一人物／

同一人口集団が医療麻薬へ移行した例は極めて少ない(不正麻薬から医療麻薬に移行した者は、201名中12人(6.0%)であった)として、医療麻薬使用群と不正麻薬使用群とは、異なる使用者層によって形成されていたことが指摘されている(滝沢・高橋 1971:140)。

確かに、彼らの調査が行われた時点は昭和41(1966)年という時系列的にみた際の一地点のものに過ぎず、限られた特定のサンプルによる回顧的インタビューから得られたデータだけでは、「介入／処遇」の場に現れた不正麻薬使用者が後に医療麻薬使用者へと「転移」してはいないことを示す確たる証左にはならないかもしれない。

そこで、厚生省による麻薬中毒者実態調査のデータと上記二号調査のデータをもとに昭和37(1962)年度麻薬中毒者と昭和41(1966)年度麻薬中毒者の年齢分布を比較してみると、図11にみるように明らかに法改正後の昭和41(1966)年度のほうは60歳以上の高年齢層に分布が偏っていることが分かる。たった4年間の間に、20～29歳だった人間が60歳以上になることは不可能である。確かに、「問題」とみなされる薬物使用はヘロイン使用から医療麻薬使用へと一時的に移行したが、「介入／処遇」の場に(ここでは、厚生省に対する届出として)現れた使用者層は全く別の層へと変化していたこと(ヘロインは成人の中でも相対的に若い人々が使用層の中心だったのに対し、医療麻薬は癌の末期患者を中心とする老年期の人々に多く使用されていた)が指摘できるだろう。

また、改正麻薬取締法によって厚生省への通報基準が変化したこと(末期疾病者を含むようになった等)の効果をとり去るために二号調査のサンプル²⁶⁾に注目してみると、図11の二号調査の年齢分布に関しても、昭和37(1962)年度発見中毒者のそれに比較して平均10歳程度上昇している。すなわち、reaction水準における把握方法がある程度統制しても、ヘロインから医療麻薬への「転移」仮説を支持することはできないのである。さらに言えば、それに加えて二号調査のサンプルのうちヘロイン使用者群(不正麻薬使用者群)と医療麻薬使用者群のサンプル特性は、先述の通り両方で全く異なるものであった。

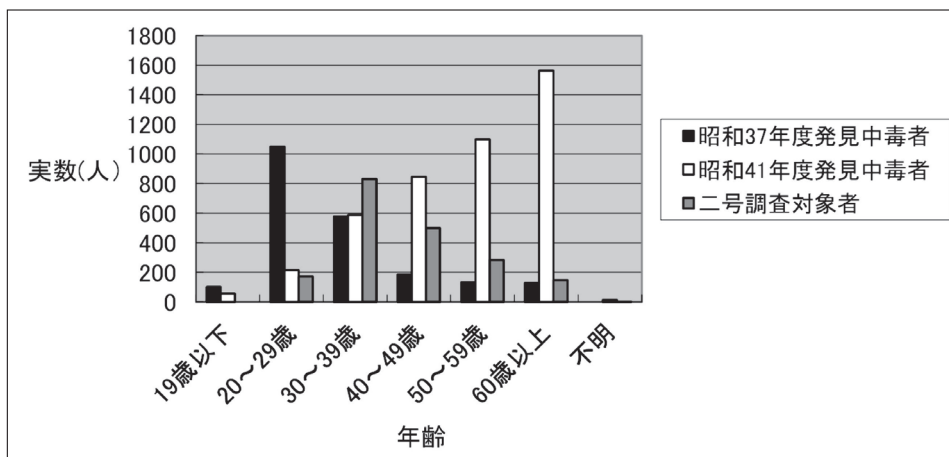


図 11：麻薬中毒関係統計の年齢別構成(高橋・滝沢 1971 より作成)

しかし、もちろんこれで「転移」仮説自体が否定されるわけではない。というのは、「不正麻薬から医療麻薬へ」という「転移」以外の「転移」がヘロイン使用に関して起こった可能性についても分析を加える必要があるからである。例えば、金子・西村（1971）は大阪府下の58の精神病院での中毒性精神障害入院者数を調べた調査の中で、入院者中の麻薬中毒者が昭和38（1963）年には258名であったものが、法改正後の昭和41（1966）年には6名と激減したことを指摘している。しかし同時に、麻薬以外の薬物中毒者、特にメサカロンといった睡眠剤やメプロバメート・ナロンといった抗不安薬・鎮痛剤による中毒者やアルコール中毒者は、青年層を中心に昭和37（1962）年に287人だったものが昭和41（1966）年には890人に増加したという（金子・西村 1971:362）。また、金子・西村（1971）の調査によれば、図12に示すように、メプロバメート・メサカロンに関しては、麻薬取締法改正後に急激なピークを迎えていたことが分かる。

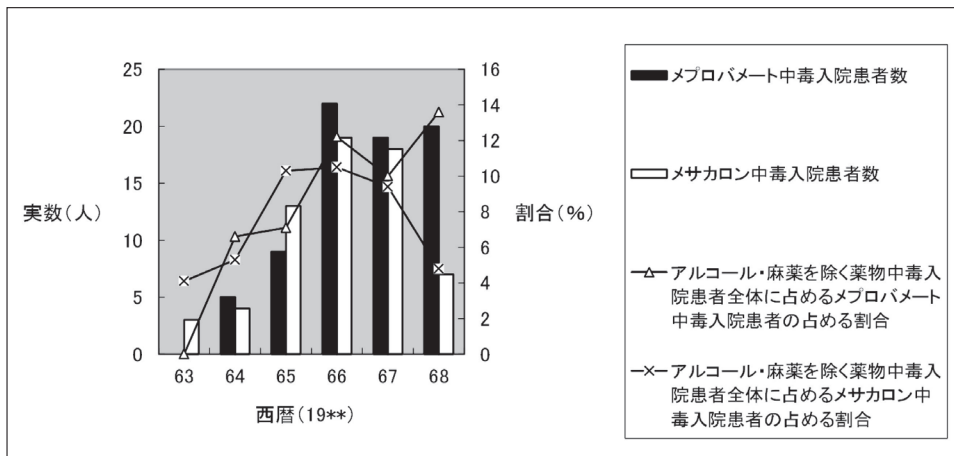


図 12：大阪府におけるメプロバメート・メサカロン中毒入院患者数の推移(金子・西村 1971 より作成)

もちろん、こうした報告だけでは介入の場に現れるヘロイン使用者が、睡眠剤・抗不安薬・鎮痛剤といった「合法」の薬物へと「転移」していったと断定することはできない。しかし、違法薬物からそれ以外の薬物へと使用が「転移」していったとすれば、その「転移」対象は医療麻薬ではなかった可能性が、上記のデータによっても示唆されるであろう。

ヘロイン時代を終えて、ほぼ同時期に他の薬物使用が社会問題化すること自体は非常に興味深い。しかし、それに対して、ある薬物使用から他の薬物使用へと同じ薬物使用者が「転移」を繰り返していくとみる「転移」仮説を安易にあてはめることには慎重でなければならぬ。もちろん、どの薬物に、どのような過程のもとで実際の「転移」が生じていったのかをめぐると詳細かつ一般的な分析は本論文の射程を越えるものである。また、同一人物がヘロインから医療麻薬へと使用薬物を変更し、この時代を通して使用していた事例があることを全く否定すべきではない。しかしながら、ヘロインの時代の“その後”において「介入／処遇」の場に現れた医療麻薬使用者の多くは、「不正麻薬から医療麻薬へ」の「転移」を遂げた“元”ヘロイン使用者ではなかったことは確かなようである。

5. 4. 睡眠薬・鎮痛剤・抗不安薬使用への「介入／処遇」

それでは、先に「転移」先として示唆された睡眠薬・鎮痛剤・抗不安薬といった市販薬／処方薬使用への「介入／処遇」はいかなるものだったのだろうか。本論文の最後にこの点を確認しておこう。

この時期、鎮痛剤・抗不安薬といった薬物は、流通や販売を一部規制しようとする動きがみられたものの²⁷、成人の使用自体を「犯罪化」する法制度などは整備されなかった。よって、刑事司法セクターにおいて、「概念」「制度」のレベルでは明確なかたちでの「犯罪化」は進展しなかったとみることができる。もっとも、睡眠薬に関してはその使用者層が主に少年層であったと考えられたことにより、先述のようにさまざまなかたちでの規制がなされたことに注意が必要である。ただし、「相互作用」のレベルに関連する動向としては、少年院や少年鑑別所、警視庁防犯部少年相談室などいくつかの組織／施設で、入所者・来所者中の睡眠薬使用経験者に対する特別の「介入／処遇」の必要性がヘロイン期とほぼ同様のかたちで「問題化」されていた（加藤・今田 1963、樋口ほか 1973、今田 1964）。

しかし、この時期の市販薬使用に関する「介入／処遇」の重要な担い手として——先の「転移」をめぐる議論の場が精神病院を中心として展開されたことを鑑みても——精神医療セクターを忘れるわけにはいくまい。そこではどのような「概念」にもとづく、いかなる「制度」のもとでの「相互作用」が行われていたのだろうか。

（筆者注：46歳男性の慢性メプロバメート中毒入院患者に関して）約2週間で禁断症状はおちつき、良眠できるようになったが、退院要求が強く、やむなく3月23日退院させたが、一週間ほどでまた不眠となり薬を買ってきてのんでいると妻が報告している。……われわれの経験した慢性Meprobamate中毒症の禁断時に見られた症状は、これまでの報告とほぼ一致するもので、けいれん発作、いちじるしい不安感情、せん妄状態、幻覚症、振戦などを主とするものであった。

（三浦ほか 1964：24-25）

（筆者注：慢性メプロバメート中毒者について、昭和）34年3月13日にいたり外出中に自殺の目的でBrovarin100錠（10g）を服用して昏睡状態となり当科で手当てを受けて翌14日に意識を回復した。しかし、3月15日に突然全身けいれんを認めた。その後、不安、睡眠障害などが増悪したが電撃療法などを受けて軽快し、同年11月9日に退院した。翌35年夏ごろよりふたたび不安が高度になり、そのためMeprobamateを服用するようになった。

（鳥居ほか 1964：285）

（筆者注：メプロバメート、メサカロン、クロルジアゼポキシドなどの、精神安定剤・睡眠剤使用に対する治療として）中毒時の症状は薬物の禁断によってその殆んどが比較的速度やかに消失する例が多い。……禁断時痙れんに対しては、てんかんの時に使用されるルミナール、アレビアチンといった抗痙れん剤が使用されることが多いが、常に確実な効果

をもたらすとは限らない。……幻覚、せん妄状態や不眠その他の精神症状に対しては、クロールプロマジンやジアゼパム、クロールジアゼポキサイドなどが使用されて一応の効果をあげている。……もし中毒者が中毒、禁断時症状の治療のみに終始して、この働きかけを怠った場合には、患者の殆どが極めて短時間のうちに再び乱用に陥ることは間違いない。……まず第一に大切なことは他の疾患の場合と同様、患者と治療者とは良い治療的人間関係で結ばれていることである。その上で出来るだけしばしば接触をもって、患者の問題点を適確にとらえなければならない。……一方患者自身に対しては、退院后大体週に一度個人面接または集団精神療法といった形で接触を続けている。……こうしたいくつかの働きかけによっても、退院后まったく順調に経過するものは残念ながら少ない。

(加藤・高橋 1966 : 2-3)

この時期の精神医療セクターにおける「介入／処遇」は、ヒロポン、ヘロインの時代に確定されたものとはほぼ同様の「概念」「制度」のもとにおいて行われていたと考えられる。つまり、「禁断症状」「嗜癖」などに対処するための、主に入院治療を軸とした精神医学的治療システムのもとで「介入／処遇」が行われていたのである。ただし、そこにおいて向精神薬による薬物療法や精神療法などが部分的に登場していることには注意を払っておきたい²⁸。また、主に退院後の「嗜癖」状態に対する「相互作用」レベルでの治療の困難性に関しても、事態はヘロインの時代とはほぼ同様のものであった（具体的な治療が困難であった）ことが指摘できよう。

いずれにせよ、この時期、成人においては「(不正・医療) 麻薬から鎮痛剤・抗不安薬へ」、青少年においては「睡眠薬から有機溶剤へ」といった具合に問題化される薬物が移行していったことは確かであろう(福井 1999、和田 1999など)。そして、薬物使用に対する「介入／処遇」のあり方も、「禁断症状」「嗜癖」といった「概念」をそれらに「適用」させつつ、ヘロインの時代にみられたものとはほぼ同様の「制度」(電撃療法・禁断療法等を中心とする精神医学的治療)に依拠した治療が「相互作用」レベルにおいて実施されていた(「禁断症状」に対する積極的介入)／実施されていなかった(「嗜癖」状態に対する離院・退院に伴う治療困難性)のである。

6. 結語——ヘロインの時代における「介入／処遇」——

本論文では、主にヘロイン使用を中心として社会問題化された1950年代末から1960年代にかけての日本の薬物使用に対してどのような「介入／処遇」がなされたのかという点に着目して、大きく三つの問いを設定しつつ歴史社会的な観点から分析を行った。改めてまとめれば、それらの問いは「平井(2005)でも注目された刑事司法・精神医療のふたつのセクターにおける『犯罪化』『医療化』の展開は、ヘロインの時代においてどのように進展した／しなかったのか」、「平井(2005)において批判的に検討された『一次予防中心主義』的歴史認識はヘロインの時代においてどのように評価できるのか」、「ヘロインの時代の『介入／処遇』はそれ以前の時代における『介入／処遇』からどのような影響を受け、それ以後の時代の『介入／処遇』のあり方からどのように引き継がれていったのか」の三点である。本論文の知見をまとめるうえでも、最後に上記三つの問いに対する試論的な解答を与えておくことにしよう。

第一の問いに関しては、ヘロインの時代における各セクター、各レベルの「犯罪化」「医療化」の展開は概してヒロボンの時代と似通ったものであったといえることができる。確かにヘロインの時代においては、改正麻薬取締法における強制入院制度や専門病院制度に代表されるような「制度」レベルでの「医療化」の進展がみられたほか、「相互作用」レベルにおいても刑事司法セクターにおける「問題化」の上昇や精神医療セクターにおける入院期間の長期化など、いくつかの重要な変化がみられたのも事実である。しかしながら総じて、ヒロボンの時代から多くの「概念」「制度」が「介入／処遇」上の枠組として「移植」され、「禁断症状」に対する精神医学的治療実践を除いては「相互作用」レベルの「介入／処遇」がおおむね「空白」のままに留まったという点では、ヘロインの時代はそれ以前の時代からの歴史的連続性のもとに理解される必要がある。

第二の問いについては、ヘロインの時代もヒロボンの時代と同様に「取締法規の厳罰化による威嚇効果と国民的啓発活動がaction水準における薬物使用の減少をもたらした」とする「一次予防中心主義」的な歴史認識によって把握されるのがこれまでの通例であった。しかし、本論文の知見からは、そうした認識は（これに関してもヒロボンの時代と同様に）批判的に見直されなければならないと思われる。上記第一の問いとは逆向きの言い方になるが、ヘロインの時代の「介入／処遇」はヒロボンの時代のそれと歴史的に連続したものである一方で、その内容は決して同一のものではなかった。しかしながら「一次予防中心主義」に基づく歴史観のもとでは、「介入／処遇」上のヘロインの時代特有の諸動向——例えば「相互作用」レベルにおける「犯罪化」や「医療化」には直接結びつかなかったとはいえ刑事司法セクターにおける「問題化」や精神医療セクターにおける入院期間の長期化が実現したこと——は、ヒロボンの時代と全く同様の状況として——すなわちただ単に「介入／処遇」の不在として——「不可視化」されかねない。ヒロボンの時代を論じた平井（2005）の言葉を借りれば、ヘロインの時代に関しても、「相互作用」レベルの「介入／処遇」の「空白」は決して「空虚」と同義ではなかったことに慎重な注意が払われる必要がある。

ヘロインの時代以前のヒロボンの時代との連続性は上で議論してきた通りであるが、第三の問いに関連して、以後の時代に対してもヘロインの時代の「介入／処遇」はいくつかの意味で歴史的経路としての影響力を有したと考えられる。すでに1960年代の終わりごろまでには、成人においては「（不正・医療）麻薬から鎮痛剤・抗不安薬へ」、青少年においては「睡眠薬から有機溶剤へ」といった具合に問題化される薬物が移行していった。とはいえ、薬物使用に対する「介入／処遇」のあり方は、「概念」「制度」「相互作用」の各レベルにおいてヘロインの時代のそれをおおむね引き継ぐものであったと考えられる。こうした動きはヒロボンの時代からヘロインの時代にかけて観察された「移植」の動きとパラレルである。しかし、「介入／処遇」のあり方が「移植」されることは、「介入／処遇」の場にあらわれる薬物使用者が別の薬物にその使用対象を「転移」させることを同時に意味するわけではない。本論文では「転移」仮説全般を検討の机上にあげるのではなく、この時代において従来自明視されてきた「ヘロインから医療麻薬へ」という「転移」に限定して批判的な検討を行った。「介入／処遇」上の「概念」「制度」「相互作用」は、「介入／処遇」の対象となる使用薬物が変化しても「移植」されることが

確かにあり得る。しかしながら「介入／処遇」の場にあられる薬物使用者は、「介入／処遇」の対象となる使用薬物が変化しても必ずしも「転移」するとは限らないのである。

本論文はある特定の視角からこの時代の「介入／処遇」のあり方を切りとったものであり、細部に関して検討できなかった諸論点を含めて限界が数多く存在することは言を俟たない。それでもなお本論文の経験的歴史分析からは、ヘロインの時代の「介入／処遇」には前後の時代との相互影響関係のなかではじめて理解できる“共通性”と、前後の時代とは文字通り区別される“特異性”の両方が見出されるべきことが示唆されたと考えられる。そして、両者はともに、「一次予防中心主義」的な歴史観から距離をとることではじめてその具体的諸相を把握することができるようなものであった。「移植」と「転移」をめぐるせめぎあいのなかで展開されたヘロインの時代、そしてその後のいくつかの小規模な薬物流行期を経て、1970年代に入ると「第二覚せい剤乱用期」と呼ばれる戦後二度目の覚せい剤使用問題が上昇してくる。ヒロポンの時代と第二覚せい剤乱用期という二つの覚せい剤問題期に挟まれたヘロインの時代を戦後の一貫した「介入／処遇」史のなかに位置づける意味でも、本論文で議論された時代以降の歴史に関して別稿が期される必要があるだろう。

〈註〉

- 1 「介入／処遇」は、『人々が薬物を使用している状態から使用していない状態へ至る過程』への何らかのreactionとしての介入』を総称して筆者が操作的に設定したカテゴリである。このカテゴリと対置されるのは、『人々が薬物を使用していない状態から使用している状態へ至る過程』への何らかのreactionとしての介入』を総称したところの「介入／予防」である。第二節も参照。
- 2 「概念」「制度」（そして後述する「相互作用」）といった「介入／処遇」のレベルについては、第二節において詳述する。
- 3 こうした「空白」とも受けとれる状況は、決して「相互作用」レベルでの「介入／処遇」が全くなされていないことと同義ではない。また、こうした事態を当時の行刑・医療体制の不備に帰責するものでもない（平井 2005）。
- 4 もちろん、薬物使用それ自体もそれに先立つ何らかの行為・現象へのreactionとして理解可能であることは言うまでもない。会話場面を例にとれば、ある発話はactionであると同時に他者の現前やその発話に先立つ他者の発話に対する（それが「沈黙」に耐えかねてのものであったとしても）リプライとしてのreactionでもある。社会学的相互作用論の立場からは、ある行為・現象を本質的にaction／reactionのいずれかに区別して理解することはできない。その意味で本論文の定義は文字通り「操作的」なものであることを断っておきたい。
- 5 「事前」と「事後」の区別は、何を「出来事」とみるかによって変化するものであり、必ずしも本質的な区別とは言えない。例えば、公衆衛生学における薬物使用の「一次予防（事前予防）」「二次予防（早期発見）」「三次予防（再発防止）」という概念が成立することからも分かるように、薬物使用という「出来事」への「事後」の介入である「介入／処遇」に関しても、薬物を繰り返し使用することで犯罪・問題行動などをひき起こす時点を「出来事」の基準とみた場合には「介入／予防」（早期発見としての二次予防や再発防止としての三次予防）ともカテゴリ化されうる。本論文では介入上の「出来事」を「薬物使用」に設定していることを断っておきたい。
- 6 本章の文脈に即していえば、精神保健法が施行されるのは昭和63（1988）年7月のことであり、それ

以前の精神衛生法下における精神医療のあり方が問題となる。

- 7 例えば、「概念」レベルにおいて「薬物依存」という病気概念が採用されつつ、かたや「相互作用」レベルでは（それに基づく近代医療の介入ではなく）NA（Narcotics Anonymous）を中心としたセルフヘルプの実践が行われる、といったことが十分に想定可能である。また、薬物使用がますます厳しく「犯罪」として取り締まられるようになりつつも、刑事施設において薬物使用者が医療的処遇（精神療法・心理療法・薬物療法…）のクライアントとしてとり扱われることもあり得る。各レベルにおける犯罪化／医療化の進展度合いはその意味で相当程度独立と考えたほうがよい（平井 2005）。
- 8 「度合い」概念は従来採用されていなかった犯罪／医療的定義が採用される／採用されなくなる、といった犯罪化／医療化の進展／後退局面を捉える量的概念としては有効であるが、犯罪／医療的処遇実践の内容が変容する、といった犯罪化／医療化の質的変動の局面を把握するには必ずしも適切な概念とは言えない。また、ある介入状態が「犯罪化／医療化されている状態と言えるか否か」、すなわち犯罪化／医療化の「有無」を「度合い」概念によって判定することはできない。犯罪化／医療化の「度合い」はあくまである時点との比較のなかで捉えられる相対的なものであり、100%の犯罪化／医療化状態や0%の犯罪化／医療化状態を同定するための概念ではない。
- 9 この時期の麻薬事犯の検挙人員数は、昭和32（1957）年：1365人、昭和33年：2073人、昭和34年：1714人、昭和35年：1987人、昭和36年：2442人、昭和37年：2174人、昭和38年：2571人、というように、急速に増加していた。もっとも、この増加度は新受刑者のそれに較べると穏やかである。このことは、この時期に刑の執行猶予率が極めて低い水準におさえられ、量刑の厳格な運用が図られたことを推測させる。本論文では詳述しないが、この問題（量刑の非寛容化の問題）は1970年代にかたちを変えてもう一度回帰してくることになる。
- 10 麻薬中毒者相談員は、昭和36（1961）年に麻薬禍濃厚地区が存在する8都道府県（東京都、神奈川県、静岡県、愛知県、大阪府、兵庫県、山口県、福岡県）に配置された麻薬推進協議会相談員を前身として、昭和38（1963）年の改正麻薬取締法によって「社会奉仕の精神をもって、麻薬中毒者及び麻薬中毒者であった者の治療の相談に応じ、更生を助けるとともに、麻薬禍撲滅のため社会の啓発に努め、もって地域社会の浄化をはかり、個人及び公共の福祉に寄与すること」を使命として創設された都道府県非常勤職員である。都府県下の麻薬禍濃厚区域の市・区に置かれ、麻薬中毒者の発見・通報、麻薬中毒者調査・措置入院時の協力、入院時の見舞いと家族の世話、病院退院者や刑務所出所者の更生補導、などを任務としていた。麻薬中毒者相談員制度が実質的に「機能」したのは短期間であり、その意味でも安易な評価は慎むべきだが、特に前記の更生補導に積極的に取り組んだ点において、この時期の「相互作用」レベルの「介入／処遇」を理解・評価するうえで重要な位置づけを担う可能性は否定できない。とはいえ、麻薬中毒者相談員制度が本論文第四節で述べる「特別な処遇」のこの時期における稀有な実現例であるのかどうかの詳細な検討については、紙幅の都合により別稿を期すほかない。麻薬中毒者相談員制度の概要と展開については、例えば兵庫県麻薬中毒者相談員会（1972）などを参照。
- 11 旧麻薬取締法は、いわゆるポツダム省令として発出された複数の厚生省令や戦前の阿片法などを集大成して制定されたものであり、家庭麻薬（コデインなど）を麻薬に包含しているなど国際条約上過度に厳格な面や、組織的な密輸入や不正取引等への対処が難しいことなど、いくつかの問題点が散見された。そこで、サンフランシスコ講和後の昭和28（1953）年に、これらの問題点に対処し、不正麻薬の取締りや刑罰規定を強化した新麻薬取締法が制定されることになった。本論文で「改正麻薬取締法」としてとりあげるのは、昭和38（1963）年に行われた新麻薬取締法の第四次大改正によって公布・施行されたものである。
- 12 ここでは、「七転八倒」を伴うような覚せい剤の「禁断症状」があるかどうか、そして麻薬の「禁断症状」

が本当に「静か」かどうか、といったことを論じるつもりは毛頭ない。あくまでここで確認したいのは、当時においてそうした理解を根拠として麻薬使用者の措置入院の必要性が論じられていた、ということである。

- 13 当時のヘロイン依存の患者に対しては、その中に暴力団関係者が多く存在したため、精神科一般病棟に措置入院されるとその治療的雰囲気が壊されるという懸念が各所から表明されていたこともあり、全国の9施設に麻薬中毒者専門治療施設が併設あるいは独立して設置された。国立の施設としては、下総療養所、榊原療養所、肥前療養所の3施設（当時）に併設された。
- 14 様々な文書で指摘されるように、確かに1960年代においても行刑施設は定員を上回る過剰収容状況（およそ110%程度）を持續させていた。しかし、この時期は当時の行刑関係者の認識からいえば、1950年代に比べて「安定化」した時期と捉えられていたことが重要である。それは当時の社会状況、特に経済状況の好転と密接に結びついている。この時期、経済成長を背景とする施設・人員両面の整備が進む中で、受刑者をめぐる健康・栄養・保安問題が急激に改善されていった。例えば、戦後50年の矯正の歴史的展開について特集を組んだ日本刑事政策研究会編『罪と罰』33巻3号（1996）に寄せられた諸論考では、こうした認識が概ね共有されている。
- 15 この「特別な処遇に向けた積極的なまなざし」は麻薬事犯者に限らない、刑事司法セクター全体における全般的な傾向でもある。特に更生保護セクターにおいては、昭和30年代後半において各地の保護観察所が「重点観察」を実施し、保護観察官の処遇への介入を強化している。昭和40（1965）年4月には東京、大阪、名古屋の保護観察所で保護観察官が2ヶ月程度青少年対象者を直接指導する「初期観察」が開始された。これが発展して、昭和49（1974）年4月には東京、大阪の両保護観察所に新たに直接処遇班が設置されている。
- 16 これは実務専門誌における論文数においても顕著である。例えば、『刑政』『更生保護』などをみると、昭和39（1964）年度以降、論文数（麻薬事犯者に関するものに限る）が激減している。
- 17 ここで、日本におけるメサドン置換療法に関して簡単に述べておく必要がある。メサドンはモルヒネやヘロインと同様の合成麻薬のひとつであるが、欧米を中心とする諸外国では古くからヘロインの治療法として使用されてきた歴史がある（第一段階として使用薬物をヘロインからメサドンへと置換し、そのうえでメサドンの使用量を徐々に減らしていく、という漸減療法がとられた）。久万（1966）は、「従来は、麻薬中毒の治療の目的で麻薬を施用することはいっさい禁止されていたが、改正法では、これを必要最小限度に例外的に認めた。必要最小限度というのは、措置入院者にかぎり、政令で指定された麻薬のみを施用する場合に限ったのである。この麻薬はメサドンといい、モルヒネと同様の薬効を呈するが、中毒になるのがおそいこと、禁断症状がゆるやかで弱いこと、ならびに副作用として不快感が伴うことなどの特色があり、モルヒネ系麻薬の中毒者で麻薬に対する嗜癖の強い者に対する中毒治療剤としてすぐれた効能をもっており、米国、シンガポール、イランなど諸外国でもメサドン置換療法として採用されている」（久万 1966：98-99）と述べ、改正麻薬取締法においてそれまで全面的に禁止されてきたメサドン置換療法がある一定の制限下で認められるという変化がみられたことを指摘している。このようなメサドン置換療法の「解禁」は、強制入院制度の新設と並んで「制度」レベルでの「医療化」を進展させるひとつの出来事であったと捉えることもできよう。しかし、原則としては、改正麻薬取締法以降の日本の臨床現場においてメサドンが治療薬として使用されることはなかったと考えられる。メサドンが他の強オピオイド鎮痛剤で治療困難な中等度から高度の疼痛を伴う各種癌における鎮痛のための切替薬として薬価収録（2012年）、国内発売（2013年）されたのは比較的最近のことであり、「わが国では、急速漸減法は麻薬及び向精神薬取締法第58条の8第1項による『麻薬中毒者医療施設』でのメサドン使用以外、同法第27条第4項により禁じられている。また、メサドン漸減療法も、実際には存在せず、即時退薬法が現実的には唯一の方法である」（和田 2000：

135) という状態が続いてきた。その意味で、改正麻薬取締法は、メサドン置換療法の普及という「相互作用」レベルの「医療化」を進展させるものでは必ずしもなかったことに注意が必要であろう。

- 18 ではかれら（ヘロイン使用者）はどこへ行ってしまったのか、という問題に関しては、本論文後半でもう一度検討の机上にあげる。
- 19 これまで論じてきたように、ヘロインの時代においては主に「制度」レベルを中心として「医療化」が進展していったと捉えることができるだろう。しかし、この場合の「制度」レベルでの「医療化」は、主に厚生省や法務省などの薬物行政全般に関与する行政関係者を中心に出されたクレームによって達成されたものであり、必ずしも精神医療セクターの側が先頭に立って「道徳的起業（moral-entrepreneurship）」を行ったわけではない可能性がある。

まず、東京大学医学部精神衛生学教室に所属し（当時）、第一次覚せい剤乱用期から継続して薬物使用関係の研究や発言を続けてきた精神科医の笠松（1964→1971）は、昭和39（1964）年11月に行われた日米合同計画会議の講演要旨において、以下のような回顧を行っている。

最初に麻薬嗜癖の問題であるが、これが日本精神医学会の中心課題になったことは、今までなかった。わずかに30年ほど前、朝鮮の麻薬嗜癖が、当時の京城大学久保喜代二教授により、宿題報告として取りあげられたことがあるにすぎない。第2次世界大戦後、医師の不用意による医療麻薬患者ばかりでなく、犯罪、非行に関係の多い非医療麻薬患者が増加し、重大な社会問題となったのである。しかし、医療麻薬患者は別とし、数の多い非医療麻薬患者は、その性質上、一般精神科医の診療をうけることがすくない。この理由もあって、麻薬乱用の問題が、学会の中心課題として取上げられなかった。

（笠松 1964→1971：1）

しかし、いうまでもなく、「麻薬の問題が学界の中心テーマではなかった」ことと、「精神医療セクターが『医療化』の道徳的起業において副次的な役割を担った」こととは、同義ではない。事実、昭和医大烏山病院で麻薬使用者の治療に従事していた精神科医の関（1963）は、

とにかく麻薬取締法はまだまだ改善されなければ、事態の好転は望むべくもない。現行犯でなければたとえ両腕の皮膚に注射痕が歴然としていても、禁断症状で苦しんでいても、中絶の目的で入院していても、取締官は手をこまねいていなければならない現状では、如何ともし難い。治療面では、ぜひ保安ないし保護処分による入院施設を作ってほしいし、保安処分の立法化にあたっては、ぜひ治療者の身辺の安全保障の問題も考慮してもらいたい。

（関 1963：32）

と述べ、行政が模索していた改正麻薬取締法による強制入院制度路線に積極的に賛意を示している。

本論文では、断片的な一次・二次史料に依拠しながら薬物使用に対する「介入／処遇」の各「レベル」における展開過程をあとづけるという手法をとるため、「制度」レベルにおける「医療化」に関する立ち入った考察を行うことはできない。その意味で、ここでは今後の研究に向けての論点を提示する、という程度に留めたいが、昭和46（1971）年の第68回日本精神神経学会総会における「保安処分反対決議」から、近年の「触法精神障害者医療観察法」に至る精神医学界の複雑なポジショニングとも関連した問題として、この時期の強制入院制度の成立過程における精神医療セクターの動向を把握することは極めて重要な課題であろう。ただし、新井（1972）も述べるように、昭和36（1961）年頃から、日本精神神経学会においても保安処分の問題を取り上げるべきだとの声が高まっていたものの、初

期の時点においては、「保安処分に対する会員の強い反対はむしろ少な」（新井 1972：29）だったという意見もある。

加えて、こうした論点は、Strong（1979）とConrad & Schneider（1980）の間で争われた論争にもみられるように、「誰が医療化を推し進めるのか？」という「医療化」の「主語」に関係する理論的な論点でもある。「医療化」の「主語」は必ずしも医療専門職であるとは限らない。薬物使用以外のトピックに関しても、Hainse（1989）などが、医療専門職が「医療化」の「主語」となることを忌避したり、もしくは「医療化」に抵抗する諸勢力の担い手にすらなりうることを経験的な研究のなかで指摘している。「医療化」論の理論的展開に関してはGabe（2004）などが分かりやすい。また、平井（2004）は、そうした展開をふまえたうえで新たな「医療化」論の可能性について議論している。

- 20 後述するが、依拠するデータが介入の「結果」（どのくらい逮捕したのか、どのくらい入院者がいたのか、どのくらいを矯正の対象としたのか…）を示すもの（「検挙者数」「入院者数」「新受刑者数」…）である場合、そこから得られる知見によって世の中における全ての薬物使用に関する“実態”を説明したと結論づけるのは安易である。もちろんそれを根拠に“実態”を「推測」したと言明することは可能だが、（厳密な調査設計にもとづく）推測統計学的操作を経由しない限り、現状ではそれを正当化することは難しいだろう。精神医学・疫学的立場から薬物使用の「実態」に迫ろうとする論者においても、こうした困難性は自覚されているようだ。和田（1999）は、「薬物乱用・依存の歴史と現状」について述べた論考の中で、以下のような率直な言明を行っている。「そのためには、その時々で『どのような薬物がどのような人たちによって、どの程度に乱用されているのか』を明らかにしたデータが不可欠である。しかしながら、この種の調査ほど困難な調査もない。そもそも、その薬物の使用自体が不正行為であり、かつ違法行為であることが多いために、誰もが隠せるものなら隠したいと考えているからである」（和田 1999：82）。reaction水準のデータを根拠にaction水準の動向を語るのは、思いのほか困難なのである。

- 21 参考までに付け加えておくと、本節でとりあげる「転移」仮説は、今日「バルーン現象」という名で知られている薬物使用構造の変動に対する説明図式とは、やや異なるものである。バルーン現象とは、藤井(2005)によれば、以下のように説明される現象である。「ある薬物の乱用が社会的に問題になると、それに対する対策が検討され、取締りの強化やその薬物の恐ろしさなどについての啓発が進むため、その薬物の乱用は減少する。しかし、それに置き換わる形で、新たな乱用薬物が登場してくる。このような現象は、薬物間の『バルーン現象』と言われている。つまり、風船のどこかを押えたと、別の箇所が膨らむ。ちょうどそれと同じように、ある薬物の乱用を抑え込むと、別の薬物の乱用が増加する。わが国では、過去の反省から覚せい剤に対する規制は厳しく、その取締りは一段と強化されている。すると、他の薬物に移り代わる、まさに『バルーン現象』のなかで、わが国の乱用薬物は、多様化する傾向を強めているのだ」（藤井 2005：39-40）。その「一次予防中心主義」的な歴史認識や、action水準とreaction水準との取り違えはさておくとして、そこでいわれている「バルーン現象」においては、ある薬物から別の薬物に問題化の対象が移行する際に（介入の場に現れる）使用者自身が同一人物／同一人口集団である必要は必ずしもない。つまり、覚せい剤からヘロインへと、問題化の対象となる薬物が変化した場合、何らかのかたちで把握された覚せい剤使用者が同一人口集団レベルでヘロイン使用者へと移行したのか、それとも別のヘロイン使用者集団が覚せい剤使用者集団にとってかわったのかは、さしあたっては問わないわけだ。それに対して、我々がここで「転移」仮説としている説明図式においては、前者の「同一人口集団レベルでの移行」のみが含意されていることに注意してほしい。例えば、以下のような言明が「転移」仮説に基づく説明として典型的なものである。「……ヘロインがなくなれば他の麻薬に、その麻薬が入手出来なくなれば、あへん、大麻、覚せい剤等に、またこれらの薬物が使えなくなれば、鎮痛剤、睡眠剤等の神経刺激剤を追及し、転換し、代用して行くのが麻

- 薬中毒者を初めとする薬物中毒者の性癖である……」(久万 1966: 402)。本節でも、「睡眠薬遊び」を例として典型的な「転移」仮説に基づく説明を概観する。
- 22 横田・逸見 (1965) は、全国の刑務所に在監している麻薬関係事犯者への質問紙調査等を用いた実証的研究の中で、そこにいる麻薬使用者のほぼ半数 (44%) が、覚せい剤使用から移行した者であるとし、厚生省が当時発表していた、「覚せい剤から麻薬に移行した者は 1 ～ 2 % 程度」とする公式見解に慎重に疑義を呈している。
 - 23 ソフトドラッグを経由してハードドラッグに移行していく、という際の「転移」に関しては、ある薬剤を「踏み石」にして、それより数居の高い薬剤へと移行するという意味をこめて、「踏み石仮説」と呼ばれることが多い。ちなみに、「踏み石仮説」に関しても、**reaction**水準のデータを**action**水準の動向の根拠として使用する論述が散見されることに注意を払いたい。
 - 24 ヘロインが主に成人を使用者層とし、睡眠薬が主に青少年を使用者層にする、といったように、同時期に異なる使用層が異なる薬物を使用するという認識は後の時期においても多くみられる。例えば、覚せい剤がリバイバルした1970年代後半からは、成人の使用者層が覚せい剤を用いるのに対し、青少年は有機溶剤を用いる傾向が強いと考えられていた。
 - 25 この調査は、薬物使用の「実態」を把握する、という困難な目的のもと、かなり複雑な調査設計になっている。そのため、サンプリング・母集団の設定などをめぐる方法的問題点に関しては、調査者自身が率直に認めている。参考までに、滝沢和盛による以下の補註を引用しておこう。「本報告書中で、『昭和41年度実態調査』の対象者とされた8540名は麻薬中毒者母集団からの次のような抽出標本であり、同時に今回行われた二号調査対象者の母集団をなしているものである。厚生省の把握している昭和40年の麻薬中毒者実態調査名簿に登録されているもののうち、死亡者、帰国者および他県転出した者を除いた全員数と、昭和41年中において麻薬取締法第58章の2ないし5項により、届出、通報（麻薬を連用している旨もしくは中毒の疑いある旨の届出を含む）のあった麻薬中毒者もしくはその疑いのあるもの、の全員数を加えると9230名となる。この9230名を厚生省では、昭和41年における実態調査総数とよんでいる。しかしこの中には605名の末期疾病者、35名の刑事手続中の者を加えた690名の麻薬中毒者観察指導の対象となっていないものがあり、これは、二号調査の母集団成員として適切でない。これを除いた8540名を本報告書では、41年度実態調査【原文ママ】とよんだ。この中にも約半数の4067名にも及ぶ所在不明者があり、二号調査の母集団としても観察指導対象者の母集団としても、統計学的には問題点を有することは明らかであるが、この種の調査ではさげえないこれらの問題点を考慮しつつ、比較の一定のめやすとしてかかげたものである」(滝沢 1971: 121)。本論文では、これまでも断っている通り、こうした調査データを**action**水準の「実態」なるものを反映したものとしてはそもそも捉えていない。言い換えれば、これらのデータは、厚生省による観察指導という「介入／処遇」の対象者のうち、所在がある程度わかり、かつ調査に協力的な使用者に限定して、その「転移」を語るデータなのである。本文でも述べているが、その意味では、後世においてこの調査を**action**水準の「実態」を把握したものと捉え、「転移」仮説を**action**水準に還元しようとする議論とは、本論文はそもそも議論の土台を共有していないと考えられる。
 - 26 前註にもあるように、二号調査のサンプルからは末期疾病者が除外されている。
 - 27 伊藤 (1966) によれば、鎮痛剤として50年代後半から60年代にかけて使用されていた「スパ」に関して、昭和33 (1958) 年、厚生省による劇薬及び要指示医薬品への指定⇒製造業者による自主規制⇒昭和36 (1961) 年に製造業者が自主規制を緩和⇒昭和37 (1962) 年、自主規制の実施指示と販売先・販売数量の都道府県への報告指導⇒昭和40 (1965) 年に製造業者が自主的に同薬品の製造を中止、という経過をたどったという。
 - 28 極めて早い時期の報告では、植山 (1962) による麻薬の禁断症状に対するテトラベナジンの使用や、

藤田ほか（1961）による慢性麻薬中毒者に対するナリンおよびダプタゾルの使用による、禁断症状の早期発現促進の試み（前者はナリン・テストの名で知られる）がある。また、クロルプロマジンを用いた薬物療法としては、例として極めて少数であるが、ヒロボンの時代の後期における青木（1958）の報告やヘロインの時代における久万（1966）の紹介などがある。とはいえ、向精神薬を用いた薬物療法が主たる治療法として報告されるようになるのは1970年代になってからである。

〈文献〉

- 青木義治, 1958, 「覚醒アミン中毒症の予後とその治療」『精神神経学雑誌』60 (4) : 341-351.
- 新井尚賢, 1972, 「保安処分についての感想」『罪と罰』9 (2) : 28-31.
- Brill, H., 1971=1971, 広瀬徹也訳, 「日本のメタアンフェタミン乱用—その流行の考察—」笠松章・逸見武光・滝沢和盛編『薬物乱用の臨床疫学』医歯薬出版 : 64-80.
- Conrad, P., 1992, "Medicalization and Social Control, "Annual Review of Sociology, 18: 209-232.
- Conrad, P. & J. W. Schneider, 1980, "Looking at the Levels of Medicalization: A Comment on Strong's Critique of the Thesis of Medical Imperialism, "Social Science and Medicine, 14 (A) : 75-79.
- Conrad, P. & J. W. Schneider, 1992, Deviance and Medicalization (Expanded Edition), Philadelphia: Temple University Press. (=2003, 進藤雄三監訳『逸脱と医療化』ミネルヴァ書房.)
- 福井進, 1999, 「疫学 A.薬物関連」松下正明ほか編『臨床精神医学講座8 薬物・アルコール関連障害』中山書店, 17-40.
- 福井進ほか, 1989, 「B.臨床的立場」『現代精神医学体系 年刊版89-B』中山書店, 40-65.
- 藤井基之, 2005, 『亡国のドラッグ』医薬経済社.
- 藤田千尋ほか, 1961, 「慢性麻薬中毒者におけるNallineおよびDaptazolの使用経験」『精神医学』3 (6) : 499-505.
- Gabe, J., 2004, "Medicalization," Gabe, J., Bury, M. and Elston, M. A. eds., Key Concepts in Medical Sociology, London: SAGE, 59-63.
- Haines, H., 1989, "Primum Non Nocere: Chemical Execution and the Limits of Medical Social Control," Social Problems, 36 (5) : 442-454.
- 羽山忠弘・藤平英夫・橋本重三郎, 1965, 「麻薬犯罪の総合的研究 第二報告——刑務所に在監中の麻薬関係受刑者に関する共同研究——総論」『法務総合研究所研究部紀要 第二分冊』: 1-8.
- 樋口幸吉・逸見武光・栗原徹郎, 1965, 「麻薬使用受刑者に対する犯罪精神医学的調査」『法務総合研究所研究部紀要 第二分冊』: 51-59.
- 樋口幸吉・佐伯克・佐藤典子, 1973, 「『シンナー・ボンド遊び』等日本における薬物乱用の研究」『法務総合研究所研究部紀要』16 : 55-80.
- 平井秀幸, 2004, 「『医療化』論再考」『現代社会理論研究』14 : 252-264.
- 平井秀幸, 2005, 「覚せい剤使用の『犯罪化』・『医療化』論に関する再検討：『相互作用レベル』における社会的介入に注目して」『犯罪社会学研究』30 : 119-137.
- 法務総合研究所, 1963, 『犯罪白書（昭和38年度版）』.
- 兵庫県麻薬中毒者相談委員会, 1972, 『兵庫県麻薬中毒者相談員10年誌』兵庫県麻薬中毒者相談委員会.
- 市村英一, 1981, 「有機溶剤吸引少年の調査と処遇」『調研紀要』39 : 20-62.
- 今田芳枝, 1964, 「睡眠薬遊びに関する研究」『精神衛生研究』13 : 25-40.
- 伊藤西一, 1966, 「我が国における戦後の耽溺性薬品に対する取締の経緯」『精神衛生』104 : 7-11.
- 笠松章, 1964→1971, 「薬物乱用問題の精神医学的側面」笠松章・逸見武光・滝沢和盛編『薬物乱用の臨床疫学』医歯薬出版, 1-3.

- 金子仁郎・西村健, 1971, 「薬物嗜癖の研究—大阪府における酒精、麻薬以外の薬物に対する嗜癖者の実態」
笠松章・逸見武光・滝沢和盛編『薬物乱用の臨床疫学』医歯薬出版, 362-380.
- 加藤正明・今田芳枝, 1963, 「睡眠薬乱用少年の実態」『精神衛生資料』11: 75-79.
- 加藤正明・高橋伸忠, 1966, 「精神安定剤・睡眠剤の薬物依存について」『精神衛生』104: 1-4.
- 久万楽也, 1960, 『麻薬物語』井上書房.
- 久万楽也, 1966, 「我が国における麻薬及びその他の薬物の濫用について」『精神衛生』104: 4-7.
- 久万楽也, 1966, 『麻薬への挑戦』現代書房.
- 三浦岱栄ほか, 1964, 「禁断症状を示した慢性メプロバメート中毒6例」『精神医学』6(6): 429-434.
- 村尚文, 1963, 「我が国における麻薬犯罪の実態とこれに対する防止対策」『刑政』74(2): 12-19.
- 永野潔, 2000, 「薬物乱用・依存治療と治療共同体・自助グループ」和田清編『薬物依存』ライフサイエンス, 81-88.
- Persons, T., 1964, *Social Structure and Personality*, New York: The Free Press. (= 1973, 武田良三監訳『社会構造とパーソナリティ』新泉社.)
- 佐藤哲彦, 1996, 「日本における覚せい剤犯罪の創出——『逸脱の医療化』論の視角から」『ソシオロジ』40(3): 57-75.
- 佐藤哲彦, 1998, 「医学的知識の構成について——『覚せい剤研究』の転換」『文学部論叢』60: 15-57.
- 佐藤哲彦, 2006, 『覚醒剤の社会史』東信堂.
- 関英馬, 1963, 「麻薬中毒者の処遇について」『刑政』74(2): 28-32.
- Strong, P. M., 1979, "Sociological Imperialism and the Profession on Medicine: A Critical Examination of the Thesis of Medical Imperialism," *Social Science and Medicine*, 13 (A) : 199-215.
- 立津政順・後藤彰夫・藤原豪, 1956, 『覚醒剤中毒』医学書院.
- 高橋宏, 1963, 「日本における中毒・嗜癖問題の最近の展望」『精神衛生資料』11: 81-91.
- 高橋伸忠, 1969, 「薬物依存発生に関する研究(第2篇)——発生に関する諸要因の分析」『精神医学』11(9): 693-706.
- 高橋伸忠・滝沢和盛, 1971, 「麻薬取締法改正前後の麻薬中毒者の比較研究」笠松章・逸見武光・滝沢和盛編『薬物乱用の臨床疫学』医歯薬出版, 155-179.
- 滝沢和盛, 1971, 「補註」笠松章・逸見武光・滝沢和盛編『薬物乱用の臨床疫学』医歯薬出版, 121.
- 滝沢和盛・広瀬徹也, 1971, 「麻薬中毒者全国調査——その目的方、法と実施【原文ママ】」笠松章・逸見武光・滝沢和盛編『薬物乱用の臨床疫学』医歯薬出版, 81-87.
- 滝沢和盛・逸見武光・樋口幸吉, 1971, 「受刑中および社会生活中の麻薬中毒者の比較研究」笠松章・逸見武光・滝沢和盛編『薬物乱用の臨床疫学』医歯薬出版, 102-121.
- 滝沢和盛・高橋伸忠, 1971, 「不正麻薬中毒者と医療麻薬中毒者の比較研究」笠松章・逸見武光・滝沢和盛編『薬物乱用の臨床疫学』医歯薬出版, 122-154.
- 徳岡千別, 1953, 「麻薬における精神能力の低下と回復の状況について」『矯正医学会誌』2(2): 43-58.
- 鳥居方策ほか, 1964, 「慢性Meprobamate中毒における禁断症状について」『精神医学』6(4): 283-287.
- 植山喬, 1962, 「Tetrabenazine使用による麻薬中毒者禁断症状の治療について」『精神医学』4(7): 489-492.
- 和田清, 1999, 「薬物乱用・依存の歴史と現状」加藤信他編『薬物依存研究の最前線』星和書店, 81-101.
- 和田清, 2000, 『依存性薬物と乱用・依存・中毒』星和書店.
- 山田弘ほか, 1963, 「座談会 麻薬と矯正」『刑政』74(2): 40-47.
- 横田象一郎・逸見武光, 1965, 「麻薬関係受刑者の実態 全国刑務所調査 その1」『法務総合研究所研究部紀要 第二分冊』: 9-22.

湯原昭, 1966, 「麻薬中毒について——特に措置入院患者の統計的研究」『精神衛生』104 : 11-14.

