

平成14年3月

障害者に係る警備業及び銃刀の所持等
についての問題点に関する調査研究

(財) 社会安全研究財団

〔 障害者に係る警備業及び銃刀の所持等
についての問題点に関する調査研究委員会 〕

はしがき

近年、世界的な傾向として、社会のノーマライゼーションが進行している。すなわち、一般に社会的弱者とされてきた女性、高齢者、若年者、障害者もすべて人間として通常の生活を送るべきであり、われわれがともに暮らし、ともに生きる社会こそノーマルであるという理念である。その理念によれば、彼らを社会的に分断・排除することは改めなければならない。わが国においても、このような理念はすでにコミュニティ・ケアの重視、地域福祉の充実、医療・教育と福祉との統合など、徐々に実現しつつある。

そこで、法制度においても、このノーマライゼーションの実現に向けて、その見直し作業が進められ、現に、多くの法分野でノーマライゼーションが果たされつつある。実際、政府は障害者施策推進本部を設置し、平成11年8月「障害者に係る欠格条項の見直しについて」を発表し、基本的な考えを以下のように示した。

「資格・免許制度又は業の許可制度において、資格・免許又は業の許可等の欠格事由として障害者を表す身体又は精神の障害を掲げている法令の規定、特定の業務への従事、公共的なサービスの利用等に当たり障害者を表す身体又は精神の障害を理由に一般と異なる制限を付している法令の規定、その他障害者を表す身体又は精神の障害を理由としてこれらの障害を有するものに一般と異なる不利益な取り扱いを行うことを定めた法令の規定については、障害者が社会活動に参加することを不当に阻む要因とならないよう「障害者対策に関する新長期計画」の推進のため、対象となるすべての制度について見直しを行い、その結果に基づき必要と認められる措置をとるものとする。」

本委員会においても、上記の考えを受けて、警備業並びに銃刀法に関する欠格事由の検討を行うための基礎的な調査研究を行った。すなわち、近年我が国における障害者の社会活動参加拡大の動き、障害及び障害者に係わる医学の水準等の社会環境の変化を踏まえつつ、他方で警備業及び銃砲刀剣類の所持等に係わる法制度の趣旨に照らし、特に精神に係わる障害者が警備業に携わった場合や銃砲刀剣類の所持等の許可を受けた場合においていかなる問題点が存するかにつき、その基礎資料を獲得することを目的として研究調査活動を行った。

以下の報告にみられるように、本委員会では、法律、医学の専門家、警備業及び銃器の関係団体、警察実務担当者が上記課題に対して多角的な検討を行い、医療分野における障害者に対する基本的な理解、内外の法制度・実務に関する各種資料を前提として、活発な議論を行った。今後、当該領域における法改正の指針や示唆となれば幸いである。

なお、本委員会の開催、研究調査においては、財団法人社会安全研究財団の多大な支援を受けた。ここに謝意を表する次第である。

平成14年3月

「障害者に係る警備業及び銃刀の所持等

についての問題点に関する調査研究委員会」

委員長 守山 正

障害者に係る警備業及び銃刀の所持等についての問題点に関する調査研究委員会
委員名簿

委員長

守山 正 拓殖大学政経学部教授

委員（順不同）

上原 隆 義 社団法人全日本指定射撃場協会専務理事
小熊 實 社団法人大日本猟友会専務理事
川出 敏 裕 東京大学大学院法学政治学研究科助教授
妹尾 栄 一 財団法人東京都医学研究機構 東京都精神医学総合
研究所薬物依存研究部門副参事研究員
中谷 陽 二 筑波大学社会医学系精神衛生学教授
深山 健 男 社団法人全国警備業協会専務理事
加地 隆 治 警察庁生活安全局生活安全企画課長
小風 明 警察庁生活安全局銃器対策課長
坂 明 警察庁生活安全局生活安全企画課セキュリティシステム対策室長
西村 由 貴 科学警察研究所防犯少年部環境研究室主任研究官・
警察庁刑事局付兼務
今給黎 達 郎 警視庁生活安全総務課管理官（防犯営業担当）
岩瀬 三 郎 警視庁銃器対策課管理官（銃器対策担当）

幹事

（警察庁生活安全局生活安全企画課）

山下 史 雄 理事官（第1回委員会）
伊藤 智 理事官（第2回及び第3回委員会）
松本 裕 之 理事官（第1回委員会）
千野 啓太郎 理事官（第2回及び第3回委員会）
那須 修 課長補佐

（警察庁生活安全局銃器対策課）

藤村 博 之 理事官
河合 信 之 理事官
服部 準 課長補佐

目次

第1章	精神障害の分類と用語	
第1節	精神障害の分類	1
第2節	精神障害の用語	12
第2章	障害者に係る警備業及び銃刀関係の欠格事由に関する海外実地調査結果	
第1節	警備業関係	17
第1	アメリカ合衆国	17
1	ニューヨーク州	17
2	ワシントン州	20
第2	カナダ	22
1	ブリティッシュ・コロンビア州	22
第2節	銃刀関係	24
第1	アメリカ合衆国	24
1	ニューヨーク州ニューヨーク市	24
2	ワシントン州	28
第2	カナダ	30
1	連邦	30
2	ブリティッシュ・コロンビア州	33
第3	イギリス	35
第4	ドイツ	38
第5	フランス	40

資料

資料1	平成11年8月9日付け障害者施策推進本部決定「障害者に係る欠格条項の見直しについて」	
資料2	現行警備業法の概要	
資料3	現行銃砲刀剣類所持等取締法の概要	
資料4	警備業に係る精神障害者等の扱いに関する海外法制	
資料5	銃砲の所持に係る精神障害者等の扱いに関する海外法制	
資料6	警備員の判断力が必要となる具体的事例	
資料7	精神障害を有する者による銃砲刀剣類使用事件・事故事例	
資料8	警備員登録申請書（ニューヨーク州）	
資料9	非武装警備員免許申請書・武装警備員免許申請書（ワシントン州）	
資料10	銃砲許可申請書（ニューヨーク州ニューヨーク市）	
資料11	銃砲許可申請書（ワシントン州）	
資料12	銃砲許可申請書（カナダ連邦）	
資料13	銃砲許可申請書（イギリス）	

第1章 精神障害の分類と用語

第1節 精神障害の分類

1 はじめに

一般的には、広義の精神障害を、精神病、神経症、人格障害、依存症に分類するのが妥当である。このうち精神病については、精神分裂病、躁うつ病、とならんでてんかんと3大内因性精神病として分類し、これ以外に身体的基礎を持つ精神障害（脳器質疾患に伴う精神障害）と区別してきた。ただし、このうちてんかんは今日では器質性精神障害の中に分類されている。

現時点でも、各種精神障害の原因は完全には解明されておらず、遺伝負因を含めた何らかの素質が発症に関与しているであろうと、推定されている。てんかんについては、脳波検査の進展にともない、大脳ニューロンの過剰な発射の結果おこる反復性発作（てんかん発作）を主徴とすることが解明されており、身体因性の精神障害であると分類される。

また最近まで上記の分類に加えて、身体的基盤の明白な器質性精神病と、精神分裂病や神経症など身体的基盤をもたないとされる「機能性精神病」とに分類する考え方も存在したが、近年の生物学的、神経科学的な研究の進歩により、従来いわゆる非器質性疾患においても、器質的な異常、生物学的要素が次々と発見されてきており、「機能性」の表現は妥当性を欠くことになっている。しかしそれでもなお、ある特定の器質的異常を特定疾患の診断根拠として採用することは、今日でもなお不可能である。すなわち、精神神経科学の研究の著しい進展にも関わらず、診断根拠となる身体異常所見は見つかっていない。

さらに、神経症は精神科領域で扱われる重要な疾患であるが、アメリカ精神医学会の提唱する DSM-IV 診断基準からは神経症の用語は消えており、代わって不安障害（恐怖症、強迫性障害）、身体表現性障害など新たな細目へと類型化されている。対照的に WHO の提唱する ICD-10 には「F4 神経症性障害、ストレス関連身体表現性障害」として残されている。

希な疾患を含めて精神障害を網羅的に分類解説することは、本論の守備範囲ではない。

網羅的体系的な精神障害分類の参考資料として、ICD-10 の分類を明示し、以下では個別疾患について、主な病像と症状を概説する。

2 精神分裂病を含む精神病の基準

精神分裂病は、主として青年期に発症し慢性の経過をとりながら次第に人格の解体を来し、その一部は荒廃に至るという認識が持たれている。ただし、精神科治療学の進歩に伴い、かつてよりは回復する患者の数が増加しているのが現状である。

精神分裂病は、様々な重度、各種の症候群、多様な経過を伴う精神病の一群より成る。精神分裂病の場合、全ての心的機能が侵害されている恐れがあること（思考だけではない）、自我機能が特に障害を受けており（分解）、現実関係が侵害されている恐れがあることが共通している。

急性発病が現出し反復されるような精神病性エピソードは、全治するか、部分軽快（いわゆる社会的軽快）ないしは残遺状態（人格変化）へと移行する可能性がある。

精神病性病状が重くなると、一人の人間の現実判断を著しく侵害し、通常の交通状況の評価すら障害を受けるおそれがある。重度の精神病性体感感覚は注意力を吸収し、作業能力を低下させる可能性がある。発動性障害及び集中障害は、状況に応じて心身の作業能力を減退させるおそれがある。すなわちこのような精神病性病状は失錯行為を招くと考えられ、全身作業能力が必要な程度以下に下がるおそれがある。

現在採用されている代表的な疾病分類にICD-10とDSM-IVがあるが、両者とも「精神分裂病」とその関連障害を以下のように列挙している（表1）。

表1 ICD-10とDSM-IVの精神分裂病と関連障害の診断カテゴリー

I C D - 1 0	D S M - I V
F 2 精神分裂病、分裂病型および妄想性障害	精神分裂病
F 20 精神分裂病	295. xx 精神分裂病
F 21 分裂病型障害	妄想性（偏執性）障害
F 22 持続性妄想性障害	297.10 妄想性（偏執性）障害
F 23 急性一過性精神病性障害	他のどこにも分類されない精神病性障害 298.80 短期反応精神病
F 24 感応性妄想性障害	298.40 分裂病様障害 297.30 誘発性精神病性障害
F 25 分裂感情障害	295.70 分裂感情障害
F 28 その他の非器質性精神病性障害	
F 29 特定不能の非器質性精神病性障害	298.80 特定不能の精神病性障害

関連障害の診断カテゴリーにはいくつかの相違点を認める。まず「分裂感情障害」がICD-10において含まれているが、DSM-IVでは分裂病型人格障害の名称で人格障害（第2軸）のカテゴリーに移行していることである。診断基準の上では両者はほぼ同様な病像を指しているが、人格障害に位置づける根拠としては長期経過の後にも精神病への発展が認められないことを重視し、反対に現象学的に精神分裂病（スペクトラム）の基本的特徴をすべて備えていることを重視すれば関連障害と位置づける根拠となる。

さらに、検討対象を「精神分裂病」に限って症状診断基準を比較した場合にも、微妙に異なっている（表2）。

表2 ICD-10とDSM-IVの精神分裂病の症状診断基準

I C D - 1 0	D S M - IV
<p>以下の八つの症状群の前四つのうち一つか、他の四つのうち二つが明らかにあり、(治療にかかわらず) 1ヵ月以上ほぼ持続的に存在する。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 考想化声(反響)・吹入・奪取・伝播 2) 作為・被影響体験、幻想知覚 3) 幻声(注釈、会話、身体から発する) 4) 文化条件を考慮しても不可能な妄想 5) 感情障害症状伴わぬ数週ないし数ヵ月持続の幻覚(妄想を伴うこともある) 6) 思考形式の障害(思考の途絶・挿入、思考滅裂、連合弛緩、言語新作) 7) 緊張病性行動(興奮、鑑屈症、拒絶症、緘黙、昏迷) 8) 抑うつや向精神薬によらない「陰性症状」(顕著な無気力、会話量の貧困、情動反応の鈍麻と不調和)(その結果、社会的引きこもりや役割達成の低下を生じる) 	<p>A.活動期において特徴的な精神病症状が存在すること:少なくとも1週間、1か2か3が、存在(症状がうまく治療されないならば)。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.以下のうち二つ。 <ol style="list-style-type: none"> a.妄想 b.著明な幻覚(数日間、1日中通してか、または数週間にわたり週数回あり、各々の幻覚体験はほんの短い時間に限定されない) c.滅裂または著しい連合弛緩 d.緊張病性の行動 e.平板化した、またはひどく不適切な感情 2.奇異な妄想(すなわち、その患者の属する文化圏では全く信じられない現象、たとえば、思考伝播、死者に支配される、など) 3.声についての著明な幻覚(1bで定義された)で、その内容に気分の抑うつや高揚とはっきりした関係がないもの、または声が患者の行動や思考を逐一説明するもの。

ICD-10では、古典的なシュナイダーの一級症状をより重視した立場をとっている。また診断に当たって「陰性症状」をどの様に評価するかについても、DSM-IVでは「平板化した不適切な感情」のみ採用しているのに比して、ICD-10では「顕著な無気力、会話量の貧困、情動反応の鈍麻と不調和」など詳しく記述されている。