

法制審議会  
刑事法  
(危険運転による死傷事犯関係) 部会  
第2回会議 議事録

第1 日時 令和7年6月5日(木) 自 午前10時26分  
至 午後 0時10分

第2 場所 中央合同庁舎6号館A棟5階会議室

第3 議題 1 ヒアリング  
2 危険運転による死傷事犯に係る罰則の整備について  
3 その他

第4 議事 (次のとおり)

## 議 事

○猪股幹事 ただ今から、法制審議会刑事法（危険運転による死傷事犯関係）部会の第2回会議を開催いたします。

○今井部会長 おはようございます。本日は皆様御多用中のところ、御出席くださり、誠にありがとうございます。

議事に入る前に、第1回会議を御欠席されていた小池委員に自己紹介をお願いしたいと思います。

小池委員、簡単で結構ですので、自己紹介をお願いいたします。

○小池委員 慶應義塾大学の小池です。刑法を担当しております。どうぞよろしく願いいたします。

○今井部会長 次に、事務当局から本日お配りした資料について説明をしてもらいます。

○猪股幹事 本日は、ヒアリング関係の資料として、ヒアリング出席者名簿、ヒアリング出席者の説明資料をお配りしております。

○今井部会長 それでは、議事に入りたいと思います。

第1回会議における委員、幹事の皆様の御意見も踏まえて検討し、本日は諮問事項「一」の飲酒類型に関し、ヒアリング出席者名簿に記載の方から、アルコールが自動車の運転に必要な能力に与える影響等についてお話を伺った上で、委員、幹事の皆様に御議論を行っていただくこととしたいと思います。そのような進め方とさせていただくことでよろしいでしょうか。

（一同異議なし）

○今井部会長 御異議がないようですので、そのようにさせていただきます。

なお、第1回会議においては、交通事故の被害者の方々からのヒアリングを実施していただきたいとの御意見も頂きました。この点について第1回会議後に改めて検討しましたが、被害者や御遺族の方々からの視点からの御意見等については、当部会に参加していただいている波多野委員や合間委員によって御意見として述べていただくことで当部会の審議に反映することができるように思われます。そのため、当部会における被害者の方々からのヒアリングの実施は見送ることとしたいと思います。この点について御意見等はございますでしょうか。

○合間委員 私はできるだけ被害者の方の視点も踏まえつつ法曹としての意見を申し上げたいと思っています。今回そのヒアリングを実施しないことについて異議を申し述べるものではありませんが、様々な被害に遭われた方の意見というのは、少なくとも私が代弁できるような性質のものではないと理解していますので、もちろんできるだけことはしたいとは思いますが、決して簡単に代弁できるのではないということだけは申し述べさせていただきます。

○今井部会長 その点も十分踏まえて審議を進めていきたいと思っています。ありがとうございました。

飲酒類型に関するヒアリングを始めたいと思います。

お話を伺わせていただくのは大阪大学教授の松本博志様です。

進行としては、まず松本様から20分程度お話を伺った後、質疑応答の時間を20分程

度設けたいと思います。

松本様、よろしくお願いいたします。

○松本参考人 大阪大学の松本でございます。よろしくお願いいたします。今日はこの審議会において課題となっていることについて、私の立場からお話しさせていただければと思います。

(スライド2枚目)

私の略歴でございます。私は、大学の法医学教室で長く勤務しておりますが、研究面に関しては、若い頃から学位を含めてアルコールに関する研究をしてまいりました。具体的にどのような研究かと申しますと、若い頃は、代謝動態、すなわち、私たちの体の中でどのようにアルコールが代謝していくのか、それが外から見たらどのような血中濃度の推移になるかということに関して、様々なモデル式を含めて、新しいモデル式を提唱したりといったことをしていました。

年齢とともに、体の中に障害が起こってきます。特に、アルコールを飲んでいると肝臓に障害が起こってきます。そうした肝臓に障害のある方はどうなっているのかということで、最初はその障害モデルでの代謝動態を、それから今度は、そもそもアルコール性肝障害がどうやって起こるのかということで、アメリカの方に留学させていただきまして、アルコール性肝障害のメカニズムに関する研究をさせていただいています。

帰国してからは、早く教授になったものですから、教室の人たちにアルコールに関する研究、特に障害を含めたところをしていただいて、札幌医科大学時代は、日本で初めてというか世界で初めてですが、「法医学・アルコール医学講座」という教室名に変えて、研究を行ってまいりました。

大阪大学に異動してからは、アルコール関連死や、裁判で問題になってきます血中アルコール濃度の推移、すなわち、実際に何かが起こったときの血中アルコール濃度を推定するということについて鑑定もしております。そのほか、監察医事務所の所長や、それから今、新しい人材育成教育研究センターというのを大阪大学で作って、そのセンター長も務めております。

また、下に「学会活動」と書いてありますが、日本アルコール・アディクション医学会等、検討会でヒアリングに来られた先生方と同じような学会に所属をして、理事も長年務めてまいりました。これが私のバックグラウンドで、それを基にお話しさせていただくということを御理解いただければと思います。

(スライド3枚目)

本題ですが、まず、アルコールによる人体への影響ということについてお話しさせていただきます。これは以前の検討会におけるヒアリングでも、説明があったかと思いますが、アルコールによる人体への影響というのは、スライドに示させていただいているように、人種や年齢、性別、飲酒習慣にかかわらず、血中アルコール濃度に依存するということが、医学的にオーソライズされています。血中アルコール濃度が同じであれば、何人であっても大体同じような作用が起こっています。ただ、外からどう見えるのかということに関しては、少し表現形としては違うということになります。

それから、一般的に言われているお酒に強い、弱いということについては、これも以前説明があったかと思いますが、これは、お酒を飲んだときに最初に代謝によって生じる物質であるアセトアルデヒドの分解能力に関するものでございます。アセトアルデヒドは結構

危険な物質で、私たちは、これを代謝する酵素を体の中に持っているのですが、特に東洋人、私たち日本人においては、その代謝能力が人によって差異があるということがよく知られています。そういったことによって、このお酒に強い、弱いというような表現が出てくるといことも御理解いただければと思います。

それから、アルコール分解能力にも遺伝的背景によって個人差が生じるということを書きました。アセトアルデヒドの影響で出てくる作用は、発汗であったり、顔が赤くなったりとか、それから心臓がドキドキするといったことがあるのですが、いわゆるアルコールの作用というのは、血中アルコール濃度に依存していて、この代謝能力とは関係のない形で症状が出るということです。

いろいろな疑問点もあろうかと思いましたが、下には参考文献として比較的新しい文献を示させていただきます。こういったところでも、これらの見解がオーソライズされているということです。

(スライド4枚目)

アルコール作用の仕組みの中で個人差が生じない理由について、説明いたします。これは、酩酊、いわゆる酔っぱらっていることですが、この酩酊の症状というのは、基本的には私たちの頭の中にある脳、大脳、小脳、それから脳幹といった部位がありますが、そういったところの神経細胞、特に膜に作用し、膜のコンフォメーションが変わって、結果的にその機能が変ることによって生じるということが知られています。これは医学的に証明されています。

検討会のヒアリングに、元科学警察研究所所長の福永先生がいらっしゃったかと思えます。福永先生の説明資料の中に、脳へのアルコールの働きに関するものがございまして、お酒を飲んでから、アルコールの影響を受ける脳の部分は、血中アルコール濃度が上がるにつれて、移動していくというような説明があったかと思えます。これは、基本的には、脳内は一律に同じような血中アルコール濃度となるのですが、脳の部分によって構成細胞の種類が異なったりするので、そのことによって影響の出方等が違いますし、また、いわゆる神経線維、ニューロンのネットワークによっても変わってくるということです。血中アルコール濃度によって症状に差が出てくるといことは、そういう違いがあることに起因するのだと御理解いただければと思います。頭の中で起こる作用が、そのまま私たちの体の外に表現されるかということ、なかなか難しいところがあるのですが、脳の各部位の構成や神経細胞膜の構造には個人差はないため、頭の中で起こる作用というのは、血中アルコール濃度に依存して同じようなものであると御理解いただければと思います。

(スライド5枚目)

「3 血中アルコール濃度ごとの酩酊症状」ということですが、検討会のヒアリングにおいて、久里浜医療センターの名誉院長である樋口先生が御説明されたときに、WHO等で示されている、血中アルコール濃度あるいは呼気中アルコール濃度によってどういう症状が出てくるかという表が用いられました。これは、その血中アルコール濃度で出てくる症状を示したものです。血中アルコール濃度ごとに症状が示されていますがこれは、血中アルコール濃度が上がることにより症状が変わるということではなくて、低濃度のところを出ていた症状に加え、更にこういった症状が加わってくると御理解いただいた方が、血中アルコール濃度ごとの症状を正確に御理解いただけるのではないかと思います。

こういった血中アルコール濃度ごとの酩酊症状は、いろいろな教科書に出ていたり、あるいは飲酒メーカーなども出したりしています。こういったものは、かつて1950年代、60年代の飲酒実験等でオーソライズされています。こういう表が出たときも、私たちの国もいろいろな国も実験をした結果、やはり一致しているというところで、こういうものが教科書的に使われています。かつての時代というのは少し今とは違いますので、今こういった実験で証明するというのはほぼ不可能です。倫理的には認められないということになっています。かつてのそういった飲酒実験を踏まえ、血中アルコール濃度ごとにこういう症状が出てくると、それを世界中の学者がオーソライズしていると、このように理解していただければと思います。

このスライドの下の方に、例えばこの症状が重くなったり軽くなったりということが起こり得るのかということについて、二つのことを示しています。一つ目は、疲労や睡眠不足、それからほかの薬物の作用といった要因で、血中アルコール濃度に対応する酩酊症状よりも更に重い症状が生じるということは考えられていると、これは相乗効果ということもそうですし、それぞれの薬物に関する症状も上乘せしてくるということで、これはレイプ事件を含めたところでよく知られているところです。

それから二つ目に、逆に酩酊症状を生じにくくするような要因はあり得るのかということですが、例えばそういった薬があるのかということ、ないのです。酩酊症状を生じにくくするようなファクターは、少なくとも私たちの体上にはないです。したがって、表に示されている症状については、それぞれの血中アルコール濃度ごとに、少なくともこういった症状が認められると、そのように考えていただければと思います。

(スライド6枚目)

「道路交通の状況等に応じた運転操作」を行うことが困難となる血中アルコール濃度についてですが、この血中アルコール濃度と法律の規定の解釈の関係を明確にするのは、もちろんこの部会の先生方のお役目でございます。これは飽くまでも医学者としての意見としてお聞きいただければと思います。

まず、危険運転致死傷罪の「正常な運転が困難な状態」とは、「道路交通の状況等に応じた運転操作を行うことが困難な心身の状態」をいうと、判例上定義されていると聞いています。そのことと、血中アルコール濃度ごとの症状を比較してみます。樋口先生の資料の抜粋を示しておりますが、血中アルコール濃度が1.0ミリグラムパーミリリットルに達したところでは、全ての人ですね、何人たりとも、「注意力や警戒心の低下」、「反応の遅延」、「合理的な決断や分別のある判断能力の低下」といった症状が出てきます。法解釈は先生方にお任せしますが、そうなると、道路交通の状況に応じた運転操作を行うことは困難ではないかと考えることができます。

(スライド7枚目)

飲酒運転の危険性ということで、最新の知見、あるいはここ10年来の知見に関してお話をさせていただきます。まず、アルコールによる運転能力の影響は低濃度から生じるという研究結果が、実はたくさん見られます。二つ論文を示していますが、論文一つ目は私どもの研究結果で、これはかなり低濃度の段階で、信号を見て、反応してボタンを押すということを、MRIという機械の中で実験をして、頭の中のどの部位が反応するのかということを示した研究です。お酒を飲んで、その濃度になったところで実験をするという研究

で、低濃度でも、やはりお酒を飲んでいると影響が出るという結果でした。論文二つ目は、過去の知見をまとめたもので、低濃度であっても非常に危険であるということを示したものです。

それから、注目すべきものを一つお示しさせていただきますと、昨今、スポーツ、特にオリンピックのときに話題になるのが、やはりドーピングです。アンチ・ドーピング、つまりナショナルプレーヤーは薬物といったものによって競技能力を上げたりなどということは禁止されています。「世界アンチ・ドーピング規程禁止表国際基準」の2017年度版を示させていただいていますが、アルコールは禁止薬物に入っていたということを提示させていただきます。これは自動車競技、ほかにはアーチェリーとか空手といった競技も同様ですが、血中アルコール濃度が0.1ミリグラムパーミリリットルでドーピング違反となっていたという事実もごぞいます。こういったデータも提示させていただきます。

私からの発表は以上でございます。

○**今井部会長** それでは、委員の皆様から御質問をお伺いしたいと思います。御質問のある方はいらっしゃいますでしょうか。

○**宮村委員** スライドの5枚目でWHOの表を引用してお示ししていただいたところについて、2点、御質問します。

まず1点目です。下の◎のところで、疲労や睡眠不足やほかの薬物の併用といった要因は、重い症状を生じさせる可能性があるけれども、酩酊を生じにくくさせる要因は考え難いと書いていただきました。このWHOの表自体は、かつて今とは研究倫理が異なる時代に行われた実験の結果を取りまとめたものと御教示いただいたのですが、この実験が行われた際の被験者の疲労度合いのほか、睡眠不足やほかの薬物の併用があったのか、なかったのかという、そのような条件によっても若干この酩酊症状の評価は変わってき得るように思われます。表の基礎となった実験がどのような条件で行われたかは一般的に知られているのでしょうか。

○**松本参考人** 私たち学者がこの飲酒実験をするというときは、基本的には、一晩絶食をした後に、空腹時にお酒を飲むという条件で実験をしています。この時代のときは、空腹の被験者の方や、それから通常の食事、日常生活をしている被験者の方を集めて、お酒を飲んでいただくというような実験を経て、大体こういうデータにオーソライズされているということが知られています。

○**宮村委員** もう1点、この表の関係で御質問させていただきます。この表の中で、酩酊症状欄の記載を拝見しますと、例えば「判断力や自己抑制の低下」という症状と、「合理的な決断や分別ある判断能力の低下」という症状が書かれていますが、一見すると両者の区別は必ずしも明確ではないのかなとも感じました。また、例えば反応の遅延であるとか筋力の低下といったときの遅延や低下というものも、程度や段階というのは様々にあり得るように思われます。ここに記載されている各症状の用語について、どの程度に達したら何番目の記載に該当するというような一般的な線引きが知られているのか、それとも、そこまで厳密な線引きがこの表を基に考えられているわけではなくて、血中アルコール濃度の増加によって各段階でこういった症状が現れ始めるという、言わば傾向を示すものと理解すればよいのか、いずれの理解が適切かということをお示しいただければと思います。

○**松本参考人** 各血中アルコール濃度のところで示されている症状は、その濃度に達する前に

も出てき得るものの、この濃度に達している間は、何人であってもこの症状が起こるということを示しています。血中アルコール濃度が上がっていくと、その前の症状が出ていないわけではなく、同じような脳の部位が影響を受けることによって起こる症状に関しては、それを上書きしていく形になり、それらの症状も全部、上に重ねていくと御理解いただければ結構です。ですから、例えば真ん中のところの血中アルコール濃度にある症状というのは、低い濃度のところでも出ているのですが、それは人によって異なります。けれども、真ん中のところの濃度になったときは、その全ての人たちに出ている症状だというように理解していただければと思います。

○宮村委員 もう1点追加で伺います。先ほどの御説明で、脳のどの部位に作用するかというのは血中アルコール濃度に依存して、そして、それが外から見えるようにどう作用するかというのは難しいところもあるとお話しいただいたかと思います。そうすると、この酩酊症状欄にある症状も、ある濃度でぱっと出てくるというよりは、少しずつ生じていくという、そのグラデーションがあるような現れ方をするという理解でよろしいでしょうか。

○松本参考人 例えば、一番下のところに書いてある血中アルコール濃度の症状が、それより低い濃度のときに起こっていないという意味ではないのです。だから、一番下のところに書いてある濃度の症状については、その濃度に達するまではグラデーションがあるけれども、その濃度に達したときは、この三つの症状は出ているということになります。そのように御理解下さい。ですから、一番下のところに書いてある濃度のところで人によってばらつきがあるという意味ではなくて、それまでの濃度においては人によって差異があって、症状がもう出ている人もいたりするのですが、この濃度に達したらこの症状が全員の方に出的というふうに考えていただければと思います。この濃度の中でグラデーションがあるわけではありません。それ以前の濃度ではそういうグラデーションがあるということです。

○小池委員 同じスライドの5枚目、6枚目にある表1のWHOの資料に関する質問です。

血中アルコール濃度が3段階に区分されて、それぞれの酩酊症状が記載されているわけですが、これらの区分が一定の幅のある形で記載されていることの趣旨に関する御質問です。例えば真ん中の区分ですけれども、「注意力や警戒心の低下」、「反応の遅延」、「合理的な決断や分別ある判断能力の低下」といった症状、これが血液100ミリリットル当たりだと0.06から0.10グラム、呼気1リットル当たりだと0.3から0.5ミリグラムで現れるというように、一定の幅のある記載の仕方になっています。ここから読み取れる内容に関する御質問なのですが、御説明の中では、書かれているその症状は、血液100ミリリットル当たり0.10グラム、呼気1リットル当たり0.5ミリグラムという、この幅の上のところに行けば、何人でも確実に生じるとお考えなのかなと、スライド6枚目に、「血中アルコール濃度が1.0mg/mLに至れば、何人であっても」と書かれているところと併せて、そのように理解しました。

まず、それでよろしいかというのが1点と、そしてそれに関連して、その一方で、この幅のある記載の下の方といいますか、0.3から0.5となっているのであれば、0.3辺りでは、そこに書かれている具体的な酩酊症状が見られることも少なくないけれども、何人であっても確実に一律に生じるとは言い切れないということなので、次のページの御説明につながっているのかということについて関心を持ちまして、伺いたい次第です。よろ

しく願います。

○**松本参考人** まず、血中アルコール濃度に幅を持たせて症状が示されているということに関しては、このような実験をしたときに、この濃度に達したということは、測らないと分からないのです。血中アルコール濃度をずっとモニタリングするというのは相当被験者に負荷になるので、私たちも実験しているときに呼気で測っていたのですが、呼気中アルコール濃度を例えば5分置きに測るのも結構大変で、毎回うがいしてもらって測ったら、もう5分経ってしまうのです。

それから、血中アルコール濃度になると、今度は採血をしないとイケなくて、採血したときの血中アルコール濃度と体に起こっている症状との関係を見たときに、どうしてもこういう幅を持ったものにならざるを得ないということなのです。血中アルコール濃度がこの辺りに入ったときにこの症状が出ているということで、幅があるものだとして理解していただければと思います。

もう一つの御質問なのですが、この濃度の範囲のところに入ると、この症状が、この表の解釈としては、何人も出ていると理解していただいて、その濃度より低いときには、その濃度の症状がないとはいえない、だから低いときは人によってばらつきがあるということなのです。その濃度に達したときは、このWHOの書かれているものもそうですし、ほかの教科書でもそうなのですが、その症状が何人であっても出ていると御理解ください。

○**小池委員** そうしますと、いろいろな人がいろいろな実験をされているところ、呼気1リットル当たり0.5ミリグラムで症状が出たという実験もあれば、0.3で同じ症状が出た、0.4で出たという実験もあって、それは実験の条件、どの濃度のときに症状を見たかということによって異なってしまうので、こういう幅のある記載になっているが、0.5まで行けば、いずれにせよ確実であろうということまでは言えると、そのように受け取ってよろしいですか。

○**松本参考人** 先ほど申し上げたとおり、ある実験では、低い方の値のときにも症状が確認され、ほかの実験では、それよりも高い濃度で同じ症状が確認されたということで、このような幅が生じます。高い方の値でその症状が確認された人について、より低い濃度のときに同じ症状が出ていたかは確認できていないわけですが、それを踏まえても、幅のある中で一番高い値、例えば血中アルコール濃度が1.0ミリグラムパーミリリットルになると、その症状は何人であっても全部出ているというふうにお考えいただければと思います。

○**波多野委員** スライドの「4 「道路交通の状況等に応じた運転操作」を行うことが困難となる血中アルコール濃度」というところからお伺いしたいと思います。

この資料の●の二つ目でお話があったように、血中アルコール濃度が1.0ミリグラムパーミリリットルあれば、法律のいうところの「正常な運転が困難な状態」とイコールの式が成り立つのではないかといった知見を教えていただいたと理解をしております。私は検討会も参加をしております、福永先生と樋口先生のお話も伺いました。その上で、個人的には血中アルコール濃度が1.0ミリグラムパーミリリットルなくても運転行為に与える心身の影響は強くて、その影響の現れ方は様々な種類があるのであって、それは正常とはいえないのではないかという問題意識を持っております。この資料の●の一つ目にも記載がありますとおり、「正常な運転が困難な状態」というのは、「道路交通の状況等に応じた運転操作を行うことが困難な心身の状態」をいうとされています。つまり、精神領域

又は運動領域がアルコールの影響を受けているというラインを引いているということだと思います。そこで、何点かお尋ねをさせていただきます。

まず、精神領域についてです。このスライドにある樋口先生作成の表の中に「判断力や自己抑制の低下」という酩酊症状の記載があるわけですが、これは具体的にはどういった症状として現れるものなのでしょうか。

○松本参考人 これは、私たちが情報を取り込んだときの判断に関するものですので、今お話しくださった中でいうと、精神的な活動に関するものとお考えいただければと思います。

○波多野委員 関連してですが、しらふであれば通常はリスクを冒してまでしないような運転形態とか、あるいは、よく気が大きくなってという表現が使われますけれども、周囲の車をあおって、びびらせてやりたいという欲望にかられるとか、車の性能と自分の身体的な力、例えば速さとか強さとか大きさ、こういうものを混同し始めるとか、そういったものも自己抑制の低下の症状に含まれ得るという理解でよろしいのでしょうか。

○松本参考人 私が記載させていただいているのは、運転中におけるものという形で記載しているのですが、おっしゃるとおり、運転を始めるまで、それから運転行為そのものに対する欲望とか判断への影響というのも、この濃度になると起こっていると考えていただければ結構です。

○波多野委員 この樋口先生の表によると、一番上のカテゴリーのところに「判断力や自己抑制の低下」というのが出てきますので、それに関連して御質問させていただいたのですが、このゾーンでも今申し上げた症状が出ているということではよろしいのでしょうか。

○松本参考人 これはいわゆる爽快期といわれている濃度帯なのですが、おっしゃるとおりで、そういう判断力とかはもう鈍っています。ただ、爽快期では、気が大きくなるということでは起こり得るのですが、具体的に本当に明らかかということになると、そこはまだ波多野委員のおっしゃるようなことが、血中アルコール濃度0.1ミリグラムパーミリリットルぐらいで皆さん全員に起こるかということ、そこは難しいと思います。

○波多野委員 続きまして、運動領域についてお尋ねいたします。検討会で福永先生からもこの血中アルコール濃度と症状の表をお示しいただきまして、そこには血中アルコール濃度0.5ミリグラムパーミリリットルで視性眼振が始まるという記載がありました。この具体的な症状としては、運転をするときに、本来であれば目で見て認識可能なものが的確に認識できないという症状という理解でよろしいのでしょうか。

○松本参考人 そこまでは行かないです。眼振、震えているのですが、震えているなりに映像というか画像は見えるので、細かい情報についてはもちろん眼振していることによって情報として取ることはできないと思うのですけれども、ある程度のところまでは行けるかと思えます。波多野委員は今、運動領域と捉えられましたけれども、基本的にはその後、頭で処理するので、その血中アルコール濃度0.5ミリグラムパーミリリットル辺りで起こっている症状、つまり精神症状の方ですが、その処理をどうするかというところにまたつながってきます。確かに眼振はしているのだけれども、その後の眼振している中で見える画像の処理自体は頭の中で、完璧とはいえないですが、ある程度はできるのではないかと思います。

ただ、人によっては、眼振を含めて、その判断のところ、波多野委員がおっしゃるような危険なことにつながっている可能性はもちろんあります。ただ、それが全員に生じるか

と言われると、少し首を振っても、恐らくある程度の映像はキャッチすることができるので、そういったこととアルコールの症状を考えたときに、全員が、眼振があって、イコール運転操作における問題につながるかということ、そうはいえないのではないかと思います。

○波多野委員 最後に、もう1点伺います。検討会では、警察庁の方から、今、血中アルコール濃度0.3ミリグラムパーミリリットルで酒気帯び運転になり、その危険性については、0.3のラインから相対事故率が高くなっているということを教えていただきました。これは念のためのお尋ねなのですが、松本先生の御知見からしても、0.3のラインから事故の危険性が明確に高くなるという点については、違和感がないということでしょうか。

○松本参考人 今回データとしてお示ししていませんが、血中アルコール濃度によって外傷がどれだけ起こるかというのはかつて研究されています。これは1万人ほどのデータなのですが、実はおっしゃるとおり、0.3ミリグラムパーミリリットルから大体0.5辺りが最も多いのです。1を超えてくると、もっと危険なことが起こるのですが、いわゆる軽微な外傷というのは、やはりその濃度で起こりやすいです。そういうことを考えると、運転操作、つまり判断力を必要とする何かをするという点では、おっしゃるとおり危険であり、運転操作の誤りは起こるとお考えいただければと思います。

○合間委員 「5 飲酒運転の危険性」のところ、先生も、アルコールによる運転能力への影響は低濃度から生じるという実験をされたという話でしたが、低濃度というのはどのぐらいの血中アルコール濃度をイメージすればよろしいのでしょうか。

○松本参考人 私たちの論文における実験というのは、血中アルコール濃度が0.2ミリグラムパーミリリットルから0.1に下がっていく過程で行われたものです。そこでは、目の前の画面で、例えば赤色を見たときに右のボタンを押しなさいという実験をしましたが、それが少し遅延するということが起こっていたということです。それがイコール、そのまま完璧に、皆様方が今御審議していただいているような基準まで行くかと言われると、今の車の性能とか、それから私たちの普段の血中アルコール濃度に関する感覚からすると、そこまでは行かないのではないかと思います。ただ、誤りは起こる可能性はあるとお考えいただければと思います。

○虫本幹事 少し言及されていた、いわゆるお酒の強さ、弱さの影響という点について、先生と、それから検討会で御説明いただいた樋口先生の言葉の使い方を含めて、少し確認をさせていただきたいのですが、今日のスライドの3ページの辺りで、アルコールが人体に与える影響は血中アルコール濃度に依存していると、その作用には個人差がないというお話がありまして、それから、酒の強さ、弱さ、アセトアルデヒドの分解能力の高さ、低さということは、アルコールの人体に与える影響の程度は一定、変わらない、こういう御趣旨の説明があったかと思えます。なぜかというところは、脳の構成とか構造には個人差がないので、アルコールの作用には個人差がないと、こういうような御説明がありました。

一方で、先立って行われた検討会の議事録や資料を拝見したときに、樋口先生の方から、血中アルコール濃度が同じである場合のお酒の強さと運転能力への影響との関係というところでは、必ずしも明確なものがないというお考えがスライドで示されていたり、あるいは質疑の中で、アルコールに対する反応性と運転能力との関係については、樋口先生もいろいろ文献を調べたりしたのだけれども、それに関する情報は発表されていなくて分から

ないところがあると、こういうおっしゃりをされていたこと、あるいは、アルコールの代謝酵素の型の活性型と非活性型のそれぞれの方の検査を行い、非活性型の方が自覚的な酩酊度が高いということだけではなくて、持続的注意機能が低下していることが報告されているとか、そういう報告をされて、血中アルコール濃度が同じでも血中アセトアルデヒドの濃度が異なると運転能力への影響には差の出ることが示唆されていると、こういうおっしゃりをされていて、先生がおっしゃるアルコールの作用には個人差がないというところと、樋口先生がおっしゃっていた運転能力への影響には差が生じ得ると、この説明の関係をどう理解すればいいのかというところを少し、多分薬理作用みたいなところと実際の運転能力、認知したり判断したり操作する、その個人の能力との違いというところなのかなと思うのですが、少しその違いを御説明いただければと思います。

○松本参考人 樋口先生が御自身のグループで行った実験そのものが、お酒に強いかわいかわ、つまりアセトアルデヒドの濃度が高い人と低い人に分けた、そういった代謝実験をされていたということもあるわけです。かつてのデータもそうなのですが、アセトアルデヒド濃度を測るのは実は結構難しく、呼気だったらすぐ気化してしまい測れないことから、その関係が分からないという発言を恐らくされていたかと思います。

お酒に弱い方は、同じ血中アルコール濃度であっても症状が更に出るということは、ある1点を示したときはそうなのですが、実はアセトアルデヒド分解能力が弱く、アセトアルデヒド濃度が高く出る方というのは、アルコールの代謝スピードが少し遅いのです。ですから、高い濃度から下がってくる経過時間が、アセトアルデヒド分解能力が強く、アセトアルデヒド濃度が低く出る方、つまりお酒に強い方に比べて、長くなるとお考えいただければと思います。そうすると、見掛け上は症状は強く出ているように見えるということになるのですが、基本的には、1.0ミリグラムパーミリリットルという段階においては症状は変わらないと思っていただければと思います。例えば、その方々が0.7になったらどうなるのか、0.5になったらどうなるのかということに関しては、そのときの状況によっても変わってくると思います。ただ、1.0を超えている段階においては、少なくともWHOが示しているこれらの症状は出ているとお考えいただければと思います。

○今井部会長 ほかに御質問はないようでございますので、ヒアリングはこれで終了とさせていただきます。

松本様、本日は貴重なお話を頂戴いたしまして誠にありがとうございました。

お話しいただいた内容につきましては、今後の検討に役立ててまいりたいと思います。

それでは、開会から時間が経過しましたので、ここで10分ほど休憩したいと思います。再開は午前11時25分をお願いしたいと思います。

(休 憩)

○今井部会長 議事を再開いたします。

次に、諮問事項「一」についての議論を行うこととしたいと思います。

御意見等のある方は挙手の上、御発言をお願いいたします。

○小池委員 昨年の検討会以来の議論やヒアリングの結果を踏まえた意見として、差し当たり到達している結論から申し上げますと、呼気1リットルにつき0.5ミリグラム、血液1

ミリリットルにつき1.0ミリグラム以上のアルコールを身体に保有する状態であれば、現行の「正常な運転が困難な状態」に一律に当たるとする趣旨の構成要件を定めることが妥当ではないかと考えました。やや長くなりますけれども、前提的なところから理由を述べさせていただきます。

昨年の検討会以来、現行の「正常な運転が困難な状態」が評価的な要件であって、実務運用上、アルコール濃度の数値だけでなく異常な運転態様を重視して認定判断がなされていることから、大量に飲酒して運転し死傷事故を起こしても、適用に困難を来している事案があると、また、判断にばらつきが生じているという指摘があったところです。そして、この状況の対処として、もし個人差を凌駕して一律に正常運転困難状態に当たる酩酊症状が生じるといえるアルコール濃度を見い出せるならば、それを構成要件として定めることが、適用判断を明確化して危険性、悪質性の高い酩酊運転による死傷事故をより確実に危険運転致死傷罪で捕捉するという観点から望ましいという問題意識が共有されてきたと思います。

そうしたところ、昨年の検討会におけるヒアリング及び本部会の先ほどの松本先生のヒアリングでは、アルコールによる運転能力の低下は、血中アルコール濃度がこれくらいならこのような低下が生じるという限りでは人種、性別、お酒の強さといった個人差は基本的にはない、一定の事情によりアルコール濃度から想定される症状よりも悪く出ることであっても、良くなる方向での例外は基本的に考える必要がない、そのような前提の下、血中アルコール濃度が1.0ミリグラムパーミリリットル、つまり呼気1リットル当たり0.5ミリグラムに至れば、注意力の低下、反応の遅延、合理的な決断力や分別ある判断能力の低下といった症状が誰でも確実に生じるとの御説明がありました。

そして、ここで現行法の「正常な運転が困難な状態」の理解を確認しますと、平成23年の最高裁判例によれば、それは「アルコールの影響により道路交通の状況等に応じた運転操作を行うことが困難な心身の状態」をいい、それには「前方を注視して危険を的確に把握して対処することができない状態」を含むとされています。つまり、真っすぐ走行できないとか、蛇行運転になってしまうとか、そういったところまで行かなくても、前方注視や危険への対処がまともにできない、一瞬のよそ見程度ではなくて、それなりの時間継続してまともに前を見ないまま運転する、あるいは見ても危険に対処できない、そういう状態が当たるとする判断が判例で示されているわけです。

これを前提とするならば、ヒアリングで確認された注意力の低下、反応の遅延、合理的な決断力や分別ある判断能力の低下といった症状は、正にこれに当てはまっていると考えられるのであって、その症状が呼気1リットルにつき0.5ミリグラムのアルコール保有に至れば誰でも一律に生じるということであれば、その構成要件化が可能ではないかと考えました。

なお、本日の松本先生のスライドにも引用されているWHOの資料では、呼気中アルコール濃度0.3ミリグラムパーリットルから0.5ミリグラムパーリットルといった幅のある記載になっており、問題の症状は0.3ですでに生じるというような話もありましたので、0.3といったより低い数値で線を引くことも考えられなくはないかもしれません。けれども、そのように幅のある記載となっているのは、どの濃度に達したときに症状を見たのが実験により異なる、常に0.3、0.4、0.5と小刻みに実験できるわけでは

ないと、そういった制約から幅の形で表現されているのであって、そのことを踏まえて、間違いなく能力が大幅に低下しているといえるラインを定めるのであれば、呼気中アルコール濃度0.5ミリグラムパーリットルで線を引くのが、一律に正常運転困難状態に当たる数値基準を定めるという本部会が狙いとするとところからは妥当なのではないかと、そのように考えた次第です。

○安田委員 私の意見も、ただいまの小池委員の御発言内容とほぼ同じです。私としましては、本審議会に先立って行われました検討会の議論等も踏まえ、基準値を設けることが妥当だと考えておりました、その際の基準値としては、呼気中アルコール濃度0.5ミリグラムパーリットルとするのが相当と考えているところです。以下、簡単に理由を申し上げます。

自動車運転死傷行為処罰法第2条第1号における「アルコールの影響により正常な運転が困難な状態」は、規範的な要件であり、先ほど小池委員が紹介されましたように、検討会においても、実務上、当該要件への該当性判断に困難が生じているとの指摘や、判断にばらつきが生じているとの指摘がなされているところでした。このことは言い換えますと、同じものが同じように扱われておらず、法的な正義に反する状態になっていたということであり、さらには、本来本罪によって捉えられるべき事態が漏れなく処罰されていないこと、ひいては刑罰法規としての実効性が確保されておらず、刑事政策的にも望ましくない状態であったということの意味するものと思われまます。

このような事態を解消するためには、一定量以上のアルコールを身体に保有する状態であれば一律に正常な運転が困難な状態に当たるという基準値を設け、構成要件を明確化し、もって適切な実務運用を確保できるようにすることが肝要ではないかと考える次第です。

この点、先ほど小池委員がおっしゃったことの繰り返しになりますが、アルコール医学の見地から、個人差を問わずに一律に正常な運転が困難な状態だと評価できるアルコール濃度を提示することができるのであれば、それを構成要件として規定し、問題解決を図ることが可能となるところですが、検討会におけるヒアリング及び本日のヒアリングの結果からしますと、アルコールが運転能力を阻害する程度は基本的に血中アルコール濃度に比例しており、これは人種、性別、個人差を問わずに当てはまるとのことでした。そうしますと、数値基準を構成要件化することは極めて現実的な選択肢として考えられるところです。

そこで呼気中アルコール濃度0.5ミリグラムパーリットルを相当と考える根拠ですが、先ほどこれも小池委員が紹介されました平成23年の最高裁決定の解釈を前提としますと、「正常な運転が困難な状態」とは、「アルコールの影響により道路交通の状況等に応じた運転操作を行うことが困難な心身の状態」をいい、「アルコールの影響により前方を注視してそこにある危険を的確に把握して対処することのできない状態」も含まれることになるわけです。これと異なり、蛇行運転や居眠り運転を行うなど、言わばふらふらの状態で、およそ適切な運転ができない状態に至っていることまでを要求する考え方は、この最高裁決定により明確に否定されているものと考えられます。このような解釈を前提としますと、自動車の安全な運転に必要な認知、予測、判断、操作に係る能力のいずれかが、道路状況に応じ自動車を安全にコントロールすることができないほどに阻害されているといえる状態がもたらされるようなアルコール濃度がどれだけなのかを考えればよいということになります。

この点、検討会における樋口先生の御説明では、血中アルコール濃度0.10パーセント

以上であれば、注意力、知覚、覚醒度、反応時間、実行機能等、運転にとって必要なほぼ全ての認知機能が明確に阻害されるとされており、本日の松本先生の御説明でも樋口先生のこのような御説明が参照され、是認された上で、結論として、血中アルコール濃度が1.0ミリグラムパーミリリットルになれば、何人であっても注意力や警戒感の低下、反応の遅延、合理的な決断や分別ある判断能力の低下といった症状が現れ、道路交通の状況に応じた運転操作を行うことが困難になるとされているところです。そうだとしますと、数値基準としては、私としましても呼気中アルコール濃度0.5ミリグラムパーリットル以上とするのが無理のないものとする次第です。

○合間委員 少し長くなるかもしれませんが御容赦ください。今回の松本先生のお話からも、検討会の議論と同じく、身体に含まれるアルコール濃度が同じであれば人種、性別、年齢、飲酒習慣で違いはないということが改めて確認されたと思います。また、我々がよく感じるような、疲労や睡眠不足のときの酔いやすいといった感覚は、運転能力に関して言えば一般的な場合より重くなる方向に働くということでした。ほかにも今、安田委員、小池委員から御指摘があったことを踏まえれば、誰もが正常な運転が困難な心身の状態に至るアルコール濃度という一定の数値基準を設けることには、改めて十分な合理的な裏付けがあるといえると思います。そして、「正常な運転が困難な状態」という規範的・抽象的な文言に示される状態を明確にするための飽くまでも一つの類型として有益なものと考えています。

今議論がされているように、その数値をいかに設定すべきかということが当然問題になるわけです。この点については慎重な議論が求められることはもちろんですが、具体的な数値が出ていますので、それについて私なりの考えを申し上げたいと思います。検討会では、一つの目安となる数値を申し上げましたが、本日の松本先生のお話も踏まえ、また検討会の議論も改めて見直した上で、私の考えを申し述べさせていただきます。

まず、検討の前提として、自動車の運転には高度な能力が求められるということを踏まえる必要があります。自動車の運転は多くの点に注意を払い、多数の要素を認識、認知して道路状況を判断した上で、その状況に応じた運転操作を行うということが求められるからです。検討会においても、福永先生は、目で物を感じ、ほかの五感、いろいろな感覚を使って車を運転するという非常に高度なものだと御指摘されていましたが、樋口先生も、自分でハンドルを握りながら周りの人たちに注意を払い、速度にも注意を払い、幾つものところに意識が行っている動作というような表現をされています。このように高度な能力をどの段階から正常に用いることができなくなるのかという視点から、数値の基準を検討してみる必要があります。

この点、検討会では、アルコール濃度が血液1ミリリットル当たり0.1ミリグラムから、あるいは福永先生はおちょこ1杯からといった表現もされていましたが、運転に影響があるとされていました。樋口先生も、血中濃度がすごく低いところから障害が出てくる、また、松本先生の研究成果でも、低濃度、血液1ミリリットル当たり0.1ミリグラムではもう障害があるとされています。これらのことは、飲酒運転自体がそもそも危険な行為であるということ、正常な運転が困難であるということを示していると思います。

そして、アルコール濃度が血液1ミリリットル当たり0.5ミリグラムに至れば、検討会では福永先生は、大豆がうまくお皿に移せない状態といった表現をされ、樋口先生の資料

によれば、交通ルールを無視し始めるなど運転能力が明確に障害され、死亡事故や重傷事故のリスクがかなり高くなると指摘されていました。また、日下委員は、呼気中アルコール濃度0.25ミリグラムパーリットルで運転機能に影響を及ぼすという実験結果があるという指摘をされていました。

これらの指摘からすれば、アルコール濃度が血液1ミリリットル当たり0.5ミリグラムに至れば、ほぼ「正常な運転が困難な状態」になったと評価できるのではないかと思います。ただ、本部会では、故意犯として処罰される危険運転致死傷罪に該当するということが必要で、確実かつ明確に「正常な運転が困難な状態」に至っているといえることが必要になってくると思います。

この点、アルコール濃度が血液1ミリリットル当たり0.6ミリグラムに至れば、検討会での樋口先生がお示しいただいたWHOの統計資料に基づくと、また、今日の松本先生のお話からは、万人が注意力や警戒心の低下、反応の遅延、合理的な決断や分別のある判断能力の低下が見られるということでした。数値に幅があるのは、症状にグラデーションがあるためではなくて、実験のやり方によるためということでした。ということは、血液1ミリリットル当たり0.6ミリグラムということが一つの基準になってくのではないかと思います。

そして、今挙げたような能力が低下すれば、先ほど申し上げたような自動車の運転に求められる、多くの点に注意を払い、多数の要素を認知して道路状況を判断すること自体困難ですし、その上でその状況に応じた運転操作をすることができるとは到底いえません。また、こういった影響が出れば、最高裁決定の基準によっても、危険運転に該当するだろうということが安田委員、小池委員の趣旨でもあると思います。問題は、数値が違うということなのかと思います。

では、血液1ミリリットル当たり0.6ミリグラムなのか0.5ミリグラムなのかというところになりますけれども、血液1ミリリットル当たり0.5ミリグラムというのは、先ほど言った確実かつ明確というところからすると、若干感覚的な影響といえるような部分もあると思われることから、故意犯の対象とすべきものというところで捉えると、もう少しアルコールの濃度が高い必要があるのではないかと考えます。そこで、基本的にやはり血液1ミリリットル当たり0.6ミリグラムというところを基準に考えることが一つではないかと考える次第です。ただ、安田委員の方からドイツの事例の御紹介がありましたけれども、より確実にということであれば血液1ミリリットル当たり0.7ミリグラムという数値も検討の課題に乗るのではないかと考えます。

数値としては私の見解は以上ようになりますが、繰り返しになりますが、改めてこの点も指摘させてください。本日の松本先生の御説明からも改めて、飲酒量が僅かであっても運転に影響があるということが明らかにされました。これは繰り返し全ての先生がおっしゃっていることです。危険運転としてのアルコール濃度について、小池委員、安田委員の方から血液1ミリリットル当たり1.0ミリグラムというような御指摘もありましたが、もしそういった基準にするということであれば、それ以下のアルコール濃度に対して、道路交通法の規定にはなるので、この部会の問題ではありませんけれども、現在の酒気帯び以上の罰則規定の検討であるとか、検討会の議論で俎上に上った中間類型的なものも改めて検討する必要があるのではないのでしょうか。

最後に、繰り返し申し上げていますが、数値基準を設けることで数値が独り歩きし、それより低い数値が危険運転に該当しないというわけではないということを改めて確認させていただきます。また、数値基準を下回ろうとする行為を許さないためにも、アルコール等影響発覚免脱罪が適切に適用されるということが必須だと考えております。

○宮村委員 本日の松本先生の御説明をお聞きしまして、数値で線引きすることの難しさを改めて感じた点がありますので、若干意見を申し述べます。

松本先生の御説明では、アルコールを摂取したときに脳の中で何が起きているか、つまり脳のどの部位に作用しているかという点については、個人差なくアルコール濃度に依存するというお話でしたが、そのことと分けて、それが外から見える形でどう現れるかということが御説明されたと理解いたしました。そして、WHOの血中アルコール濃度と酩酊症状の関係に関する表について、各段階に達するまでの間の症状の進行については、やはりばらつきやグラデーションはあるというお話でした。また、WHOの表の酩酊症状の欄の記載は、かつて随分と前の時期に行われた複数の実験をレビューして取りまとめたもので、現在は研究倫理との関係で同様の実験を行うことはできないというお話でしたので、遅延であるとか低下といった意味合いを更に今後深掘りして検証するのは困難なのだろうと理解いたしました。

こうしたことを踏まえますと、血中アルコール濃度と酩酊症状、さらには運転能力に一定の相関関係があるとしても、それが具体的にどの濃度に達したらどの程度に高度の危険性が認められるのかというのを線引きするのは、やはり相当に困難な作業だと考えます。そのことを前提に、現時点で数値の線引きをするというのであれば、危険運転致死傷罪の実質的危険性を伴わない行為が処罰対象に含まれる改正は適切でないということの大前提とする限り、定めるべき数値は相当に高いものになるはずだと考えます。少なくとも、呼気中濃度でいえば1リットル当たり0.55ミリグラムに達しない、つまりWHOの表でいう3段階目のところに達していない数値で線引きをすることは、今日の松本先生の御見解を踏まえても、不可能であると考えます。

○波多野委員 私も少し長くなってしまいますけれども、考え方をお話しさせていただきます。少し関係のないところから導入のお話をさせていただきます。私は被害者という立場でここにおるわけですが、5年前に娘と一緒に歩行していたところ、青信号の横断歩道上で赤信号無視の直進車に突っ込まれて11歳の娘を失い、私自身もひかれたわけでありまして、その衝撃で衝突時の記憶は全くなくて、重傷を負ったというものです。ここに至るまで私がどのような思いで危険運転致死傷罪の問題を考え続けてきたかということについては、検討会の第1回の議事録を改めて御参照いただきたいと思います。

その検討会において、危険運転致死傷罪は傷害罪、傷害致死罪に匹敵する高度な危険性がある行為を処罰するものであると、それが当初からの立法コンセプトであると、この点は何度も伺ったということを第1回の部会でも申し上げました。高度な危険性とは何かという点は本日はともかくとして、この基本コンセプト自体は現行法で定められている各類型に共通しているものだと理解をしております。

検討会においては、赤信号無視類型の運用解釈については、最高裁平成20年10月16日決定などによって明確に定義がされていて、改正は不要という意見が多数でした。ですから、条文表現の明確性に問題があるという私の意見は諮問には載らなかったというわけ

です。当然今回、赤信号無視類型というのは議論の対象外であるということは承知しております。ただ、基本コンセプトに沿うことが大切ということであれば、飲酒類型の数値基準を考える場合も、この平成20年10月16日の最高裁決定も重なる部分があるのではないかと考えてきました。

具体的には、最高裁決定が言う、「信号の規制自体に従うつもりがないため、その表示を意に介することなく」という部分です。この表現からすると、飲酒運転についても、規制に従うつもりがない、意に介さないという心理的態度をもって死傷結果を起こしたのであれば、基本コンセプトが想定する危険性に当然含まれますよねと思うわけです。そもそも飲酒運転は、一般的には分かっていること、すなわち故意犯という理解がされていると思うことは前回も申し上げたとおりですけれども、飲んだら乗るなどというのが基本的な今日の社会的コンセンサスになっていると思います。

あえて申し上げますけれども、部会第1回の中で、日常的に発生している飲酒運転事案というワードが出てきましたけれども、いかなる文脈においても、今日日ですね、日常的に発生している飲酒運転事案という線引きは社会通念上は存在しないと思います。そうした中で、今回の議論におけるイリーガルなラインをどういうふうにか考えるかとした場合、検討会の報告書の選択肢にある呼気中アルコール濃度0.15ミリグラムパーリットル、これが最も一般社会の理解と納得に適合すると思います。そもそも飲んだら乗るなどという共通認識がある中で、直ちに免停になる呼気中アルコール濃度0.15ミリグラムパーリットル以上が検知される状態で死傷結果を起こしたのであれば、それは正に規制に従うつもりがない、意に介さない心理的態度そのものであって、基本コンセプトにもかなうのではないかと考える次第であります。

まだ少し続けますけれども、呼気中アルコール濃度0.15ミリグラムパーリットルは基本犯として十分な危険性を有していないという御意見もあろうかと思っておりますので、検討会の報告書の選択肢にある呼気中アルコール濃度0.25ミリグラムパーリットルという数値についてもコメントをさせていただきたいと思っております。呼気中アルコール濃度0.25ミリグラムパーリットルは判断力、自己抑制の低下等が生じて、注意力の低下や反応の遅延等も生じ始めると、そういったものがうかがわれる、影響が確実にあると、そういう酩酊症状に対応する数値だと検討会を通じて理解をしております。検討会で樋口先生から教えていただいた内容として、単純な運動であれば血中濃度がかなり上がるまで障害を受けなかったりするけれども、複雑な運動になってくるとかなり低い値から障害が出てくると言われていて、運転は自分でハンドルを握りながら、周りの人たちに注意を払い、速度にも注意を払いと、幾つものところに意識が行っている動作なので、血中アルコール濃度がすごく低いところからも障害が出てくるという御説明を頂きまして、ある意味、それはそうですねと思ったわけです。

自己抑制が低下しているという精神状態というのは、先ほども言いましたけれども、気が大きくなっているという状態で、異常な運転への滑走を始めている状態だと理解をしております。呼気中アルコール濃度0.25ミリグラムパーリットルというのは、その異常な運転の危険性がいつ死傷結果として顕在化してもおかしくない数値であると、そのように一律に捉えるべき基準ではないかと私は理解をいたしましたし、今日のヒアリングを経てもその理解は引き続き変わりません。自動車は、普通自動車でも1トンの鉄の塊であって、そ

の物理的なエネルギー、つまり殺傷能力、その危険性というのは、私自身もひかれた体験をしておりますので、ここでもはやその危険性について言うまでもないと思います。そのようなものを酒を飲んで自己抑制が低下した状態で乗り回すことの危険性を考えると、「正常な運転が困難」という言葉における「正常な運転」というのは、こうした極めて危険なものを歩行者など交通弱者が利用する公道において的確に扱えると、そういうことを意味するべきであって、抑制が低下した状態は「正常な運転が困難な状態」といえるのではないかと思います。

この私の考えについて、素人なりに、司法がどういう当てはめをするかということを考えてわけですが、検討会において、「正常な運転が困難な状態」という構成要件の解釈の蓄積として、札幌高裁の平成30年8月30日判決の御紹介がありました。この機会に申し上げたいのは、この事件の一審の旭川地裁判決は、「アルコールの影響により自制心が著しく低下し、道路状況に従って安全に運転するのに必要な判断能力を喪失した状態」として、第2条の第1号を認定したわけです。札幌高裁判決でこの一審の考え方が否定されているということは私なりに理解をしておりますが、ここで強調したいのは、一審は裁判員裁判であるということであり、市民感覚として、酒の影響で自制心がなくなって、危険を危険と思わない状態で運転をされたら、それは危険運転でしょうという判断が出たということは、常識的に考えれば当然であるという点は、今一度御確認を頂きたいと思っております。

先ほどから出ています平成23年の最高裁決定の中でも、精神領域の異常性をもって「正常な運転が困難な状態」と認定することを否定していないと私なりに理解をしておりますし、この事件の福岡高裁の平成21年5月15日判決においては、これは精神領域の話ではありませんけれども、判決文の中で、血中アルコール濃度1ミリリットル当たり0.5ミリグラムを超えると目を動かす機能について非常に危険になるとぼつちり書いてあるわけですので、そういった点も考慮して、数値について引き続き検討していただきたいと思っております。

○橋爪委員 何点か申し上げます。まず、先ほどから議論がありますけれども、本日のヒアリング資料の5ページ、6ページに挙げられております樋口先生の資料ですね、このWHOの表につきましては、十分に信頼した上で、これを議論の出発点とすべきと考えます。確かに宮村先生御指摘のとおり、現段階においては実験ができないということはそのとおりです。しかし、検討会と部会で、専門を異にする先生方全てがこれを前提に御説明をなさっていますし、国際的な研究においてもこれが十分に是認されているものと理解いたしました。そうしますと、この問題の専門家ではない法律家としましては、このようなデータを排斥する合理的な理由がない限り、これを十分に尊重した上で議論することが適当であると思っております。

更にもう1点申し上げます。これは小池委員、安田委員からも御指摘がございましたけれども、「正常な運転が困難な状態」の意義を考えるに際しては、平成23年の最高裁決定を踏まえた検討が必要であると思っております。同決定は、先ほどお二人からも御指摘がありましたとおり、およそ真つすぐに運転ができないとかハンドル操作もおぼつかないなど、物理的に運転が不可能な状態に陥ったことまでは必要ないとした上で、運転に必要な精神的な能力、すなわち状況を的確に判断する能力であるとか、運転に必要な情報収集能力や危険

を把握する能力の欠如を問題とした上で、「正常な運転が困難な状態」の該当性を判断したものと考えております。改めて考えてみても、自動車を運転をする際には、運動能力だけではなくこのような精神的能力が重要であり、両者を区別する必要がないことも明らかですので、判例の立場は十分に賛同できるものと思われま。したがって、運動能力の減退は不可欠ではなく、精神的能力の減退を中心に数値要件を考えるべきということが出発点になろうかと存じます。

そうしますと、この表の中で一番下のセルですね、これは明らかに運動機能の低下を問題にしておりますので、このデータを前提にすることには十分な理由がないように思われます。そうしますと一番上と真ん中のいずれを前提にすべきかですが、確かに、先ほど御質問もありましたが、表現ぶりを見るとかなり連続的になっておりまして、上と真ん中の区別がなかなか素人には判断しづらいところがありますが、判断力や自己抑制の低下だけでは、およそ正常な運転が困難とまでは評価できないように思われますし、また、このような能力の低下はアルコールや薬物の影響がなくても、別の要因によっても十分に生じるようにも思われます。そう考えますと、真ん中のセルの能力の低下、減退を前提とした上で、数値要件について検討すべきではないかと考えます。

その上で、合間委員からは呼気中アルコール濃度0.30ミリグラムパーリットルでも実験によっては全員に影響が生ずるという観点から、呼気中アルコール濃度0.30ミリグラムパーリットル程度であってもいいという御指摘を頂きましたが、この数値があれば一律に誰についても確実に能力の減退が生ずるという基準を定めるならば、この中で最も上限である呼気中アルコール濃度0.50ミリグラムパーリットルを基準として議論することが適当ではないかと考えているところです。

○**虫本幹事** 本日の松本教授のヒアリングや、先立って行った検討会のヒアリングを通じて、やはりアルコール濃度に応じて脳に起こる作用自体には個人差はないというお話はありましたけれども、一方で運転能力の低下のような外部に現れるものがどのように現れるかは不明確、あるいはグラデーションがあるというふうな点は否定されていないのではないかと考えるところです。

そうである以上、仮に反証の余地なく危険運転が成立するという数値基準を設けるのであれば、そういった特殊な構成要件を設けるのであれば、少なくとも運転能力には個人差が存在し得るということを考慮して、言い換えればそういった個人差があることを凌駕して、間違いなく何人でも正常な運転が困難といえる数値を定めるべきだと考えます。そのような観点から、何度か紹介されているWHOが示す数値分類に合理性があるとすれば、その分類の中でも酩酊症状が相当顕著に生じるとされる数値を目安にすべきではないかと考えます。そういった観点から、呼気中アルコール濃度でいえば1リットル当たり0.55ミリグラム、その分類の中の下限とされるその数値よりも低い数値を数値基準とすることは不相当であると考えます。

○**安田委員** まず、波多野委員からは、およそその規範を無視する態度で運転行為に臨んだ者について危険運転致死傷罪で捉えるべきだという発想の御意見がありました。確かに被害者側のお気持ちを前提といたしますと、要は心情反価値がその結果に現れたのだということをもって危険運転致死傷罪を成立させるという構成要件ができれば、御要望には合うのだらうと思っておりますけれども、今回議論しているのはそういうことでもなくて、これまでの

「正常な運転が困難な状態」、要するに運転能力が阻害されている状態というのを前提とした上で、それが飽くまで個人差を問わずに一律に妥当すべき絶対的な基準値を設けようという話ですので、まずは「正常な運転が困難な状態」という要件とその解釈を前提に話を始めるべきではないかということを変更して確認したいと思います。

合間委員からは、呼気中アルコール濃度0.50ミリグラムパーリットルよりもっと低くていいのではないかという御意見がありましたが、今回議論の対象となっている数値基準は、飽くまで個人差を問わずに一律に妥当すべき絶対的なものとして設定されるものでありまして、反証を一切許さないものとなりますので、この数値に達すれば何人であっても絶対に運転が困難な状態に陥るものでなければならないものと考えます。

この点について参考となるものとしましては、検討会でも申し上げましたが、ドイツ刑法第315条Cの道路交通危険化罪というものがございまして、そこでは「アルコール飲料若しくはその他の酩酊物質の摂取の結果、乗り物を安全に運転することができる状態にない」との要件につきまして、判例上、一定の血中アルコール濃度であれば絶対的運転不能とする準則ルールが確立しております。この絶対的運転不能というのは、具体的事案における運転者の運転の仕方といった更なる事情を確認することなく、血中アルコール濃度だけで立証ができるものだと考えられていまして、基準値を満たした場合は、アルコール耐性が個人的には自分は高いのだといった被告人側の反証は一切許されず、一律に運転不能とするものとされています。

原動機の付いている車両についての状況だけ紹介しますと、ドイツでは1990年以降、測定誤差血中アルコール0.1パーミルを加え、血中アルコール濃度1.1パーミル、すなわち血液1リットルにつき1.1ミリグラムのアルコールを身体に保有する場合には絶対的運転不能状態とされています。この測定誤差を差し引きますと1.0パーミルという数字が出てくるわけですが、これは先ほど松本先生からも、1950年代から一致してそのような研究成果が出ているということをお紹介いただきましたけれども、ドイツの方でもそのような状況でございまして、医学的なアルコール研究におけるほぼ全ての研究成果が導き出した数値だとされており、科学的根拠に裏打ちされたものとなっていると思います。

確かにドイツ刑法の道路交通危険化罪と我が国の危険運転致死傷罪は構成要件としても若干異なり、罪質も違うところはございますが、このような数値基準をもって反証を許さない絶対的運転不能状態を画するという考え方そのものは、今回の議論にとり大いに参考になるものと考えております。

私も松本先生が先ほどおっしゃった、外から見た表現形が違うというところについては、若干引っ掛かりは覚えたのでありますけれども、その点は、アセトアルデヒドの分解能力などのところでは、発汗、赤くなる、どきどきするといった現象形態は人によって違うのだということも言われていましたので、そちらの方かなと私の方は理解した上で、運転能力には基本的には同じ影響が出るものと解しております。

橋爪委員がおっしゃいましたように、私どもはアルコール医学の素人ですので、国際的にも承認されているアルコール医学研究の成果を踏まえて議論を進めていくことが肝要であり、例えば個人的な飲酒の体験に基づいて、言わばフィーリングで、医学的な研究成果を否定するようなことがないようにということは大事ではないかと存じます。

また、もちろんそれより低くても運転能力が阻害される場合があるわけですが、それについては、諸条件によってはそういう場合があるということですので、そこについては実質基準をなお存置した上で、言わば相対的運転不能という形で拾ってあげてほしい話でありまして、今回のように反証を許さず一律に構成要件該当性を認めるものとしては、今出ているような呼気1リットル当たり0.5ミリグラムという数字が妥当なのではないかと感じている次第です。

○橋爪委員 今、具体的に数値要件の設定について議論がございますが、数値要件は、これを満たせば「正常な運転が困難な状態」に一律に該当するという形で、これを立法すべきだと考えております。基準値に満たない場合であっても、体調などの別の要因等が作用しますと、「正常な運転が困難な状態」に該当する場合は当然あり得ますので、「正常な運転が困難な状態」という実質要件自体は存置した上で、数値要件は、それに該当すれば一律に実質要件に該当する場合として位置付けることが適当であると考えております。おそらく、これが議論の前提になっているものと思いますが、念のため、確認しておきたいと思っております。

○小池委員 橋爪委員が最後におっしゃった点は、社会一般において、数値基準を定めることで、それが事実上の下限のような運用になってしまうのではないかという懸念を抱く向きが少なくないこととの関係でも、重要だと思っております。この部会の理解としては、そのような運用は全く想定しないということをはっきり確認した上で、そのことが分かる条文案を作り、また丁寧に説明を尽くすことで、社会との関係でも、また改正後の捜査、裁判の実務においても、誤解がないようにすべきだと考えております。

○安田委員 実質要件を存置すべきことについて、もう一言だけ申し上げたいと存じます。これまで、過労等の事情があいまって「正常な運転が困難な状態」になることは認められていたところですが、今回のヒアリングにおいて、松本先生からは、疲労や睡眠不足といった要因により血中アルコール濃度に対応する酩酊状態よりも更に重い症状が生じることは考えられるという御知見を頂戴したところです。したがって、これまでの実務運用といいますか、疲労等があいまってより加重されるのだというこれまでの考え方にはアルコール医学上の根拠もあったということが確認されたということになるかと思っております。そして、これまでの裁判例でも、呼気中のアルコール濃度が呼気1リットル当たり0.5ミリグラムに満たない事案でも本罪の成立が認められた事例はあると認識しておりますので、実質基準をなくしてしまうと、これまで処罰されていた事案が処罰されないことになって、妥当でないものと考えています。

ドイツでも、血中アルコール濃度が0.3パーミルを下回るとアルコールに基づく運転不能状態は問題とならないという考え方も示されているようですが、それ以上であれば具体的状況により運転不能状態になるということは認められているようですので、その辺りも勘案しながら、言わば相対的運転不能というようなものを拾っていく、そういう実質基準を存置していくということは非常に大事なことと考える次第です。

○橋爪委員 先ほどから、本日のヒアリングの評価について若干ばらつきがあるような印象がございました。例えば、脳の中で起きていることは明らかなのだけでも外形的な状況が異なるとか、あるいは運転能力に与える影響もばらつきがあるといったコメントもありましたが、私個人としましては、本日のお話を、飽くまでも脳の中での機能は共通である以

上、精神的な状態に与える影響については個人差はなく、アルコール濃度に完全に依存しているが、運動機能について与える影響については場合によってはばらつきがあり得ることを、松本先生は運転能力という言葉で御説明になったように理解いたしました。もっとも、この辺はここで議論してもあまり意味がありませんので、何らかの方法で部会長の方から松本先生に改めて御確認を頂けると、今後の議論に有益ではないかと思えます。もし可能であれば御検討をお願いできればと存じます。

○今井部会長 承知いたしました。必要な確認作業だと思いますので、事務局とも相談し、鋭意進めていきたいと思えます。

そのほか、御意見はございますか。

よろしいでしょうか。それでは、本日の審議はここまでとしたいと思います。

次回会議においては、諮問事項「二」の高速度類型に関し、専門的知見をお持ちの方からのヒアリングを行うこととしたいと考えておりますが、そのような進め方とさせていただくことでよろしいでしょうか。

(一同異議なし)

○今井部会長 御異議がないようですので、そのようにさせていただきます。

ヒアリングの対象者につきましては、自動車の高速度走行の危険性に関する十分な知見を有する方々をお願いしたいと考えておりますが、先方の御都合等も勘案する必要もございしますので、対象者の選定につきましては私に御一任いただけますでしょうか。

(一同異議なし)

○今井部会長 ありがとうございます。それでは、そのようにさせていただきます。

ヒアリングの対象者及び日程が決まりましたら、委員、幹事の皆様には事務局を通じて御連絡させていただきます。

本日予定していた議事につきましては、これで終了いたしました。本日の会議の議事につきましては、原則的な方針としては、発言者名を明らかにした議事録を作成するとともに、説明資料等についても公表することとさせていただきたいと思えます。もっとも御発言内容を改めて確認し、ヒアリング出席者の御意向も伺った上で、プライバシー保護等の観点から非公表とすべき御発言等がある場合には、該当部分を非公表としたいと考えております。それらの具体的な範囲や議事録等の記載方法については、発言者との調整もありますので、部会長である私に御一任させていただきたいと思えます。

(一同異議なし)

○今井部会長 ありがとうございます。それでは、このようにさせていただきます。

本日はこれにて閉会といたします。どうもありがとうございました。

—了—