

第1部

アジア各国・地域の薬物乱用の動向及び 薬物乱用者処遇対策の比較検討

第1章 調査・研究の実施概要

東京保護観察所事件管理課長（前教官）	染 田 惠
盛岡少年鑑別所長（前教官）	寺 村 堅 志
府中刑務所首席矯正処遇官（前研究官）	桑 山 龍 次

目 次

第1	調査・研究の目的	9
1	調査・研究の趣旨と背景	9
2	調査・研究の目的	10
(1)	薬物乱用者の再犯防止のための効果的な方法の探求	10
(2)	東南アジア諸国及び日本における薬物乱用者対策への有用な情報の提供	10
第2	調査・研究の方法	11
1	調査対象国・地域	11
2	調査票による調査	11
(1)	調査票	11
(2)	調査票送付相手方機関	11
3	実地調査	12
第3	本報告の構成	13

第1章 調査・研究の実施概要

第1 調査・研究の目的

1 調査・研究の趣旨と背景

薬物乱用は、社会に極めて大きな影響を与える問題であり、その対応には、薬物の供給削減及び需要削減を大きな柱としつつ、刑事政策及び保健・医療政策のみならず、広く社会政策、経済政策、福祉政策その他多方面からの様々な施策が必要とされる。これまでの世界各国における実践例及び実証研究の成果に照らすと、薬物乱用に対する施策は、相互に連携することによって一層効果的となり得ると考えられる。

しかしながら、我が国における薬物乱用問題への対応は、刑事政策的観点、保健・医療政策的観点などから、それぞれの施策として実施されてきたが、関連分野の連携による統合的な対応という点では、必ずしも十分とはいえないであろう。

本調査・研究の対象の中心は、東南アジア諸国の中で、深刻な薬物乱用問題を抱えている国々である。これら調査対象国は、いずれも国を挙げてこの問題に取り組み、新しい政策の立案、薬物対策専門の政府機関の設置、欧米から導入又は自国で開発した多様な薬物乱用者処遇方法の試行・実践等、広範な施策を実施している。

本調査・研究は、基本的に、刑事政策的観点からの対応について検討するものであるが、それにとどまらず、薬物の供給、需要及び薬物乱用に伴う危害の除去あるいは低減のため、統合的なアプローチによる施策を導入し得るか否かについても意識している。すなわち、違法薬物の供給削減に関しては、違法薬物の栽培・製造自体の撲滅や処罰、密輸、売買に関する取締り・処罰の強化等によって統制されているが、このような施策によって、直ちに薬物の供給・需要の削減、及び危害の低減にはつながるであろうかという疑問も持たれるところである。殊に需要の削減には、処罰のみならず、効果的な乱用者処遇を早期に実施する制度の導入など、多方面からの統合的なアプローチが必要であり、かつ効果的ではないかという問題意識である。

しかし、各国の施策をみると、薬物犯罪全般に対する厳罰化傾向が目立っており、これが東南アジア諸国やアメリカ合衆国において薬物事犯者を中心とした刑務所の過剰収容を招く一因ともなっている。我が国においても、刑務所の高率収容時代を迎える中、全受刑者に占める覚せい剤事犯者の比率は、平成16年12月31日現在で25%近くになっており（特に女子の場合、40%を超えている。）、かつ、刑務所に収容された薬物乱用者の再犯率は他の犯罪を犯した者よりもかなり高く、これが収容期間の長期化や高率収容を助長する側面は否定できない。このような現状に照らすと、薬物乱用者には、単なる拘禁にとどまらず、乱用者処遇に重点を移した効果的な再犯防止方策を展開する必要性が高いといえよう。また、薬物乱用からの回復は、極めて時間を要する一連の経過であることから、乱用者に対する社会内処遇についても、施設内処遇から社会内処遇、その後のアフターケアまでを統合した継続的処遇体制の実施も検討すべきであり、同時に、乱用者処遇の多様化を推進する必要もあろう。

そこで、本研究の第1期は、東南アジア諸国を例とした研究によって、これらの諸点に関する効果的対策を検討するに当たっての資料を提供することをねらいとした（第2期は、東南アジア諸国が導入している施策や処遇方法の源流である欧米を対象とする予定。）。

なお、法務総合研究所の研究部紀要・報告における先行研究は、すべて国内の薬物事犯に関する研究

であり、諸外国の薬物対策状況に関する総合的研究は、平成7年版犯罪白書（薬物犯罪特集）を最後になされていない。また、詳細な調査票による調査と実地調査を組み合わせた実証的な研究は、今回が初めてである。その意味で、今回の研究は、国内外の薬物乱用者対策のための総合的な研究として意義があると考えている。

2 調査・研究の目的

前記の問題意識を踏まえ、実証的見地に基づいて、調査対象国の政策、制度、処遇方法等について調査・研究した。

(1) 薬物乱用者の再犯防止のための効果的な方法の探求

- ア 薬物乱用者に対するダイヴァージョン・プログラム制度の導入可能性(乱用者に対するダイヴァージョンと結合した社会内又は施設内での強制的処遇プログラムの在り方)
- イ 施設内処遇における効果的薬物乱用者対策
 - (ア) 医療的措置・教育・訓練などを統合的に行う処遇プログラムの充実
 - (イ) プログラムからの離脱防止
- ウ 社会内処遇における効果的薬物乱用者対策
 - (ア) 乱用者処遇の多様化
 - (イ) 多様で効果的な社会内処遇を実現するための関係機関・団体等の連携体制（社会内処遇実施機関と医療、教育機関等各種社会資源との効果的連携）
 - (ウ) 処遇プログラムからの離脱防止及び処遇効果持続のための方策
- エ 薬物乱用者に対する継続的処遇（through care）体制の検討
 - (ア) 施設内処遇・社会内処遇・アフターケアの効果的連携
 - (イ) 継続的処遇体制実施のための効果的社会資源ネットワークの構築
 - (ウ) 特に施設内と社会内の処遇に関しては、継続性のある薬物乱用対策を実施し、教育・訓練・予防手段等に関して一貫性のある処遇体制を構築する上での諸条件と具体的方策の明確化
- オ 薬物乱用予防のための効果的な方法

(2) 東南アジア諸国及び日本における薬物乱用者対策への有用な情報の提供

東南アジア地域及び日本での薬物乱用者処遇方法等の評価、効果が実証された処遇方法の導入及び効果的な薬物政策立案等に資する有益な情報提供を行う。

第2 調査・研究の方法

1 調査対象国・地域

中国、香港、インドネシア、韓国、マレーシア、フィリピン、シンガポール及びタイ（計8か国・地域）。ただし、実際に調査票の回答が寄せられたのは、インドネシアを除く7か国・地域で、中国、フィリピンについては、収集できた情報が、本報告書刊行時点において十分とはいえないと判断されたため、本書からは除外した。

2 調査票による調査

(1) 調査票

英文で、A3版20ページから構成される調査票を下記の機関に送付し、回答を依頼した。内容の主要なものは、次のとおりである。

- ア 各国の主要乱用薬物問題の状況と動向
 - イ 薬物問題関係犯罪者の再犯の状況（薬物乱用者処遇の効果）
 - ウ 薬物統制関係法令及び処罰制度の概要（薬物関係のダイヴェージョン制度の有無）
 - エ 薬物乱用防止・薬物乱用者処遇政策（当該国の政策の歴史的経緯及び現在・将来の方向性：薬物乱用者と薬物不法取引者等を区別した扱いをしているか。処罰優先か処遇重視かなど。）
 - オ 薬物問題対応機関・組織の概要
 - カ 薬物乱用予防
- キ～コに関しては、各処遇プログラムについて、詳細な調査項目を設定したほか、特にキ、クに関しては、施設内処遇及び社会内処遇プログラムの効果に関する評価研究、薬物乱用者に対する施設内処遇及び社会内処遇に関する現在の問題、将来の課題、方向性についての調査項目を組み込んだ。
- キ 薬物乱用者に対する施設内処遇
 - ク 薬物乱用者に対する社会内処遇
 - ケ 継続的処遇とアフターケア
 - コ 当該地域における現行の処遇制度等の今後の課題

(2) 調査票送付相手方機関

施設内処遇及び社会内処遇分野における薬物乱用者処遇の現状を確実に把握するため、原則として施設内処遇及び社会内処遇機関が独立して存在する場合は、双方に調査票を送付した。

対象国地域	調査回答依頼先
1 中国	①施設内・社会内共通 Director, Prison Administration Bureau, Ministry of Justice 14 Dong Chan An Street, Beijing People's Republic of China
2 香港	①施設内・社会内共通 Commissioner, Correctional Services Department 24/F Wanchai Tower, 12 Harbour Road, Hong Kong (China)
3 インドネシア	①施設内・社会内共通 Directorate General of Corrections, Ministry of Justice Jalan Veteran No 11, Jakarta, Indonesia
4 韓国	①施設内処遇 Mr. Keun-Soo Ha, Correction Bureau, Ministry of Justice Chungang-dong, Kwachun-shi, Kyonggi-do 427-720, Republic of Korea ②社会内処遇 Mr. Tong-Gi Chung, Director-General, Social Protection and Rehabilitation Bureau (address same as above)
5 マレーシア	①施設内処遇 Dato' Mustafa bin Osman Director-General, Malaysia Prisons Department, Prison Headquarter Bukit Wira 43000 Kajang Selangor, Malaysia ②社会内処遇 Director, National Narcotics Agency, Ministry of Interior, Putrajaya, Malaysia
6 フィリピン	①施設内処遇 Director, Bureau of Corrections, Department of Justice 87 Chestnut Street Fairview, Quezon City, Philippines ②社会内処遇 Attorney Gregorio F. Bacolod, Administrator Parole and Probation Adminis- tration, Department of Justice, DOJ Agencies Building NIA Road Corner East Avenue, Diliman, Quezon City, Philippines
7 シンガポール	①施設内処遇 Director, Singapore Prison Service, Ministry of Home Affairs 407 Upper Changi Road North, 20km Singapore 507658 ②社会内処遇 Ms. Ang Bee Lian, Director, Rehabilitation and Protection, Ministry of Community Development, Youth and Sports, 512 Thomson Road, Singapore 298136
8 タイ	①施設内処遇 Director-General, Department of Corrections, Ministry of Justice 222 Nonhaburi 1 Road, Nonhaburi 11000, Thailand ②社会内処遇 Dr. Kittipong Kitayaraku, Director-General, Department of Probation, Minis- try of Justice, Pharn Nok, Bangkok 10700, Thailand

3 実地調査

香港、韓国、マレーシア、シンガポール及びタイにつき、全部で50か所弱の機関、施設、研究所等において、各国別担当の研究分担者が手分けして、2003年12月に実地調査を行った。

第3 本報告の構成

本報告は、全体で3部から構成される。第1部では、各国状況の要旨と分析を記述し、第2部では、調査対象国の詳細な状況について紹介し、第3部では、我が国の施策の課題と展望について述べている。

第1部においては、「アジア各国・地域の薬物乱用の動向及び薬物乱用者処遇対策の比較検討」として、その第1章ないし第5章で、①調査の実施概要、②各国の主要乱用薬物の動向、③各国の薬物乱用に対する法規制・処罰の概要、④各国の薬物乱用防止・薬物乱用者処遇政策、⑤各国の薬物問題対応機関・組織の概要について紹介している。

続く第6章において、「調査対象地域における注目すべき薬物乱用防止・薬物乱用者処遇対策の概要」として、各種処遇対策等の刑事司法制度における位置付け（刑事司法制度の各段階に応じた処遇プログラム等の位置付けを示し、各種処遇対策等の分析の内容についてのマップを示す。）を紹介し、各種処遇対策等の分析（可能な場合、根拠に基づく実務（EBP）上の観点から、個々のプログラムの有効性を検証する。）を行った。具体的に採り上げたのは、①強制的処遇制度、②治療共同体（TC）、③認知行動療法的（CBT）アプローチ、④MATRIXモデル、⑤PMKモデル、⑥CAMP、⑦薬物対策専門機関を核としたネットワーク体制、⑧薬物対象者に対するアフターケア又は継続的処遇である。

第2部では、「アジア各国・地域の薬物乱用の動向及び薬物乱用者処遇等対策の現状」について、アルファベット順に、香港、韓国、マレーシア、シンガポール及びタイについて、詳細に紹介した。各国に共通して採り上げた項目は、次のとおりである。

- 1 各国・地域の基礎情報
- 2 主要乱用薬物の動向
- 3 法的規制、処罰等の概要
- 4 薬物乱用防止・薬物乱用者処遇政策
- 5 薬物問題対応機関・組織の概要
- 6 薬物乱用予防及び乱用者処遇
 - (1) 薬物乱用予防
 - (2) 施設内処遇
 - (3) 社会内処遇
- 7 当該地域における現行の処遇制度の特色と今後の課題

第3部では、我が国における薬物乱用者処遇の現状と課題について述べた。

第2章 各国の主要乱用薬物の動向

国連アジア極東犯罪防止研修所 教官 横地 環

目 次

第1	主要乱用薬物の全体的傾向	17
第2	主要乱用薬物の属性, 乱用方法及び随伴症状	19
1	あへん系薬物 (あへん, ヘロイン及びモルヒネ).....	19
2	ATS (メタンフェタミン, アンフェタミン及びMDMA)	19
(1)	覚せい剤 (メタンフェタミン及びアンフェタミン).....	19
(2)	MDMA	20
3	大麻 (Cannabis)	20
4	揮発性物質 (Volatile Substances)	20
5	その他	21
(1)	ケタミン (Ketamine)	21
(2)	トリアゾラム及びミダゾラム (Triazolam 及び Midazolam)	21
第3	薬物乱用者処遇と乱用薬物の特性	22
1	薬物依存症者処遇のアウトライン	22
2	あへん系薬物に対する薬物療法	22
3	あへん系薬物とATSのリスク	23

第2章 各国の主要乱用薬物の動向

本章では、調査対象国のうち、実際に十分なデータが回収できた、香港、韓国、マレーシア、シンガポール及びタイにおける主要乱用薬物の動向を分析し、乱用薬物の違いによって生じる処遇方法の差異について述べる。

第1 主要乱用薬物の全体的傾向

表1及び表2は、調査対象国ごとの主要乱用薬物上位5種を挙げたものである。表1は調査時点で最も新しい(主に2002年)データ、表2は表1と経年変化を比較するための過去のデータ(年度は国によって異なる。)である¹。

表1 国別主要乱用薬物上位5種(2002年)

	香港	マレーシア	シンガポール(03年)	タイ(03年)		韓国
1位	ヘロイン	ヘロイン	ヘロイン	メタンフェタミン	1位	向精神薬
2位	ケタミン	モルヒネ	メタンフェタミン	揮発性物質	2位	大麻
3位	大麻	大麻	ケタミン	乾燥大麻	3位	麻薬
4位	MDMA	メタンフェタミン	大麻	あへん		
5位	トリアゾラム・ミダゾラム	アンフェタミン	MDMA	ヘロイン		

表2 国別主要乱用薬物上位5種(過去の調査)

	香港(97年)	マレーシア(92年)	シンガポール(97年)	タイ(99年)		韓国(97年)
1位	ヘロイン	ヘロイン	ヘロイン	メタンフェタミン	1位	向精神薬
2位	大麻	大麻	大麻	乾燥大麻	2位	大麻
3位	トリアゾラム・ミダゾラム	モルヒネ	MDMA	揮発性物質	3位	麻薬
4位	メタンフェタミン	あへん	メタンフェタミン	ヘロイン		
5位	咳止め	向精神薬	あへん	あへん		

注 1 韓国は、薬物種別のカテゴリーが上記3種のみである。

韓国の「向精神薬」はメタンフェタミン及びMDMA、「麻薬」はヘロイン及びコカインを含む。

2 表1中、シンガポール及びタイは、2003年のデータである。

3 表2中、シンガポールの第5位は、当時の法制度の下での順位である。ケタミンは、1999年から規制対象。

4 タイの「揮発性物質」は接着剤、シンナー、トルエンなどの有機溶剤を指す。

5 香港のトリアゾラムは睡眠薬に、ミダゾラムは麻酔薬にそれぞれ分類される。詳細は本章第2の5の(2)参照。

表中のヘロイン、モルヒネ及びあへんは、同じ「けし」を原料とする天然素材由来の薬物として性質上の共通性が大きく、「あへん系薬物(Opiate)」と総称される。一方、メタンフェタミン、アンフェタミン、MDMA、ケタミン、トリアゾラム及びミダゾラムは、化学的に合成された薬物(synthetic drugs)の一種である。UNODCの定義によると、ATS(Amphetamine-type Stimulants)とは、合成中枢神経系興奮薬物であって、メタンフェタミン、アンフェタミン、MDMA及びMDMAと化学構造が類似した薬物の総称をいうとされている。ただ、MDMAは、ストリートネームでEcstasyと呼ばれることがあ

1 データの詳細は、第2部の各国該当章を参照されたい。

り、Ecstasy錠剤の形で供給されることが多いが、このEcstasy錠剤には、MDMA以外に、ケタミン等が含まれていることがあるので、ATSの概念には、このような周辺薬物も含まれることに注意する必要がある。

表1のとおり、現時点では、調査対象国すべてで、上位5位までに大麻、あへん系薬物、ATSの3種が入っている。ただし、調査対象国の第1位乱用薬物は、あへん系かATSかに大別できる。あへん系薬物を首位とするのは、香港及びマレーシア、ATSを首位とするのは、韓国²、シンガポール（同国では、合成薬物[synthetic drugs]というカテゴリーに、メタンフェタミン、MDMA及びケタミンを含めて、あへん系薬物及び大麻と対比している。）及びタイである。

しかし、あへん系薬物を首位とする国のうち、マレーシアでは、ATSが順位を上げており、また、香港では、ヘロインの首位は変わらないものの、ヘロインが全体に占める割合は低下している。

表1及び表2ではATSを首位としているタイでも、1990年代以前はヘロインが主流であった。タイを始めとする南アジアの変化の背景には、古くからあへんの大生産地であったミャンマー、ラオス、タイ国境にまたがる「黄金の三角地帯」におけるあへん生産量が減少し、代わってメタンフェタミンが密造されるようになったという事情がある³。

世界的に見ても、ヘロイン及びコカインの生産量が1990年代から頭打ちとなる一方、ATSの密造量は急増しており、本調査の対象国においても、国ごとの違いはあるものの、伝統的に乱用薬物の主流であった、あへん系薬物の一部がATSに取って代わられるという大きな流れが認められる。

2 韓国の「向精神薬」カテゴリーの量的な内訳は不明であるが、薬物事犯者の7割はメタンフェタミン乱用が占めている旨、調査質問票で回答を得た。

3 詳細は第2部第5章第2を参照。

第2 主要乱用薬物の属性、乱用方法及び随伴症状

1 あへん系薬物（あへん、ヘロイン及びモルヒネ）

あへん（Opium）は、特定の種類のけし属の植物の液汁を凝固させたものである。吸煙又は経口で摂取すると陶酔感をもたらすとともに鎮痛・鎮静等の作用があり、古くから、医療目的でも、薬効を楽しむ目的でも、利用されてきた。現在、不正使用を目的としたけしの不法栽培は、「黄金の三角地帯」と「黄金の三日月地帯」（アフガニスタン、パキスタン、イランにまたがる国境地帯）を二大生産地としている。

モルヒネ（Morphine）は、あへんの有効成分として抽出製造され、医療分野ではがんの疼痛緩和治療に用いられる。モルヒネは、あへんより強い鎮痛作用・快感をもたらす一方、あへんより強い精神依存⁴性、身体依存⁵性及び耐性⁶を有する。依存の形成は、あへんより速やかでヘロインより緩やかである。

ヘロイン（Heroin）は、化学名を塩酸ジアセチルモルヒネといい、塩酸モルヒネを無水酢酸で処理して製造される。モルヒネより強力な鎮痛作用・快感、そして精神依存性・身体依存性・耐性を生じさせ、依存性薬物の王様とも呼ばれる。ヘロインの退薬症状（禁断症状）は深刻である。軽度の段階で発汗、震え、不快、不安、不眠等、中等度では神経痛のような痛み、鳥肌が立ち、悪寒、震え、嘔吐、下痢をし、苦悶するようになる。高度な段階に至ると、興奮したり、もうろうとしたり、暴れたり、気を失ったり、痙攣を起こしたり、ぐったりしたりと、極度に相反する状態を連続して起こすようになる。過量摂取で呼吸抑制、痙攣、昏睡を来し、呼吸麻痺により死亡することもある。

モルヒネ・ヘロインとも、主に静脈注射によって摂取される。

2 ATS（メタンフェタミン、アンフェタミン及びMDMA）

前述のように、UNODCの定義によると、ATS（Amphetamine-type Stimulants）は、合成中枢神経系興奮薬物であって、メタンフェタミン、アンフェタミン、MDMA及びMDMAと化学構造が類似した薬物の総称を意味し、「アンフェタミン系興奮剤」「アンフェタミン型精神刺激剤」等と訳される。ATSの主なものは、覚せい剤とMDMAである。

(1) 覚せい剤（メタンフェタミン及びアンフェタミン）

我が国の覚せい剤取締法では、それぞれフェニルメチルアミノプロパン、フェニルアミノプロパンと定められているが、国際的にはメタンフェタミン（Methamphetamine）、アンフェタミン（Amphetamine）の名称が一般的であるため、ここでは後者を用いる。

メタンフェタミンは、もともとマオウという植物を原料に咳止め薬として開発されたが、覚せい作用が顕著だったため、第2次世界大戦下の我が国では軍事関連の夜間作業等に用いられ、戦後は大衆薬として普及したが、乱用の弊害が深刻だったため法規制の対象となった。マオウを原料とすることなく、化学薬品を加工して比較的安価で簡単に製造できるため、アジアのみならず東欧のチェコ、メキシコ、米国カリフォルニア州等でも密造されているといわれている。

メタンフェタミンには、精神依存性・耐性はあるが、ヘロインのような身体依存性はない。しかし、

4 薬物を使いたいという強い欲求が起きて、薬物をやめられない状態。

5 断薬により震え・発汗・疼痛・けいれんなど身体に退薬症状（いわゆる禁断症状）が現れる状態。

6 連用するうちに当初の薬効が得られなくなり、薬物の量を増やさなければならないこと。

精神毒性が強く、幻覚（幻聴・幻視）及び妄想（被害妄想・追跡妄想等）を始めとする精神病状態を惹起し、後には覚せい剤精神病となるのが特徴である。薬を中断し、幻覚・妄想がいったん消えても、薬物の再使用やストレスによって症状が再燃する（フラッシュバックという。）ことがある。アンフェタミンも類似の薬効を持つが、作用や依存性はメタンフェタミンより弱い。欧州ではアンフェタミンの方が多く乱用されているが、アジアと北米ではメタンフェタミンが主流である。

従来は、水溶液を静脈注射で摂取する方法が一般的であったが、現在は、アルミホイルの上に載せて加熱吸引する「あぶり」や、錠剤にして経口摂取する方法等が加わり、多様化している。錠剤の代表的なものが、タイとその近辺で密造されるヤーバー（Ya-ba）である。ヤーバーの主な薬効成分はメタンフェタミンであるが、不純物が多く含まれていることが多い。

(2) MDMA

MDMA の名称は、3,4-MethyleneDioxyMethAmphetamine の頭文字に由来する。ストリート・ネームとして、エクスタシー (Ecstasy) とも呼ばれる。薬効は、興奮作用と幻覚作用を併せ持つ。我が国の法律では覚せい剤ではなく麻薬に指定されているため、幻覚剤のカテゴリーに入れられる場合が多いが、精神依存性・精神毒性・耐性を有し（身体依存性はない。）、乱用を続けると精神毒性によって慢性の精神病状態を来すという点で覚せい剤と類似し、化学構造もメタンフェタミンに似ているため、海外では ATS に分類される。

MDMA は、類似の化学合成幻覚剤である MDA が米国で法規制下に置かれたため、規制逃れの目的で MDA の化学構造を変えて合成された、いわゆるデザイナー・ドラッグ (designer drug) であったが、その後法規制の対象となった⁷。ナイトクラブや、夜通し踊り明かす「レイブ (Rave)」と呼ばれるダンスパーティーで踊る若者が乱用するとされる、いわゆるクラブ・ドラッグ (club drug) の一種でもある。形状は錠剤で、経口摂取する。

3 大麻 (Cannabis)

世界で最も乱用者人口が多いといわれる薬物であり、原料の大麻は中央アジアなど世界各地で自生しているが、アジア、アフリカ、中南米で不正栽培も行われている。大麻の精神作用は THC (テトラヒドロカンナビノール) という活性成分による。薬効は鎮静・麻酔・幻覚作用であり、精神依存性・精神毒性及び耐性は比較的弱く、身体依存性はない。

乱用は乾燥大麻と大麻樹脂が主である。タバコにして吸煙したり、食べたりする方法で用いられる。他の薬物と併用されることが多い。比較的弱いながらも、精神毒性を有するため、長期間の摂取によっていわゆる大麻精神病が発症するといわれる。

4 揮発性物質 (Volatile Substances)

石油化学産業の発展とともに、トルエンなど塗料を薄めるために使われる有機溶剤が生産され、工業目的で普及したが、一方で酩酊感を求めてこれらを乱用する青少年が1950年代の北米・北欧で出現し、以後アジアを含む世界各地に乱用が広まったといわれる。

乱用は、気化する蒸気を吸入する方法をとる。興奮・幻覚（視覚や知覚の異常）・麻酔作用がある。身体依存性、耐性はほとんどないが、精神依存性、精神毒性を有し、長期間の吸入によって、幻聴や妄想

⁷ その後、規制逃れのため、次は MDE という類似ドラッグが現れ、規制と新たなドラッグとのいたちごっこ状態になっている。

を主な症状とする精神病状態となる。視力・聴力の障害、肝臓・腎臓の障害、大脳皮質の萎縮及び痴呆も報告されている。

本調査対象国の中で、タイは、合成及び天然有機接着剤、トルエン、シンナー等の揮発性物質を具体的に官報で告示し、乱用や少年への販売等を法規制の対象としているが、他の4か国・地域では薬物事犯関連の統計に揮発物質関連の項目がなく⁸、本調査の間、乱用状況の有無を推定することができなかった。

5 その他

(1) ケタミン (Ketamine)

ケタミンは、化学合成による正規の医薬品で、塩酸ケタミン (Ketamine Hydrochloride) を成分とする。本来は人及び動物の注射用麻酔薬だが、幻覚剤として乱用される。MDMA 同様、いわゆるクラブ・ドラッグの一つとされ、MDMA と併用されたり、MDMA 製剤に混入されたりしていることもある。

我が国でも麻薬に指定されているフェンシクリジン (phencyclidine, PCP, そもそも麻酔薬として開発されたが、副作用 (幻覚) のため医療上使用禁止になった。) と化学的に類似する。米国でフェンシクリジンが幻覚剤として乱用されたのに続き、類似のサイケデリックな使用体験をもたらすとして1980年代から乱用が広まったと言われる。

(2) トリアゾラム及びミダゾラム (Triazolam 及び Midazolam)

医薬品として開発され、中枢抑制作用を持つ向精神薬で、前者は睡眠薬に、後者は麻酔薬に、それぞれ分類される。我が国でも医療用医薬品として販売されており、トリアゾラムの商品名は「ハルシオン」である。精神依存性、身体依存性、耐性がある。

8 日本やタイのように揮発性物質に特定した規制法がないためと思われる。

第3 薬物乱用者処遇と乱用薬物の特性

様々な薬物乱用者処遇の在り方については、第1部6章で詳述するが、ここでは、乱用薬物を問わず、医療的措置を要する薬物依存症者に共通して当てはまる標準的な処遇のアウトラインを踏まえた上で、乱用薬物の性質・特徴によって異なる対応が必要とされる側面を指摘する。

1 薬物依存症者処遇のアウトライン

処遇の出発点は、標準的には、アセスメントと医学的解毒(Detoxification)である。アセスメントは、生活歴、薬物使用歴及び精神科を含む既往症、現在症(身体病・精神病の有無)を把握し、診断を下し、包括的な処遇計画を立てることである。この段階では、HIV/AIDS、肝炎、結核等の身体疾患やうつ病等の精神障害を発見し、適切な治療につなぐことが重要である。医学的解毒は、本人を薬物影響下の状態から徐々に離脱させ、離脱によって起こる退薬症状を緩和させるなどして本人の身体を安全に管理することである。

厳密にいうと、解毒はあへん系薬物乱用者のように退薬症状が出ている人に対する措置を指すが、ATSやコカイン(身体依存がなく退薬症状もないとされる。)の場合も精神面で相当不安定になり、安定化のための措置を要することから、広い意味で解毒と同様に考えられている⁹。

処遇の次の段階では、薬物乱用の直接の影響から脱したところで、いかに再乱用を予防するかが課題となる。処遇内容は個別に定められるが、①精神療法(Psychotherapy)、②薬物療法(Pharmacotherapy)、③自助グループ(Self-Help Group)、そして、特に精神・身体疾患の治療や社会生活上の困難をも抱える重度の薬物依存症者に対しては、④ケースマネジメント¹⁰(Case Management)の要素の組合せで策定される。

処遇が行われる場面は、病院への入院(Inpatient Hospitalization)、治療共同体に代表される入寮(Residential Treatment、施設内処遇とも訳される。)、外来(Outpatient Treatment、社会内処遇とも訳される。)に大別される。従来は、入院、入寮を経て外来へと移行するのが一般的であったが、近年では、解毒後いきなり外来から始め、順調に回復しない場合のみ必要に応じて入寮・入院させる方法もある。

2 あへん系薬物に対する薬物療法

ヘロインを始めとしたあへん系薬物の場合、薬物依存症処遇の一つとして薬物療法が有力である。代表的な薬物療法の一つは、「アゴニスト療法」と呼ばれ、あへん系薬物については「あへん置換療法(Opiate Replacement Therapy)」という。これは依存薬(ヘロイン)による依存を、いったん治療薬(メサドン)で肩代わりし、退薬症状と依存薬への欲求を抑えることで始まる。その後、治療薬を徐々に抜いていく(依存交差療法)のが理想的であるが、実際には治療薬を減らすと依存薬に舞い戻ってしまうなど、困難な場合がある。

そこで、ヘロインの退薬症状とヘロインへの欲求を抑え、薬害教育も含めた各種精神療法が可能になる程度の通常生活を維持するという意味で、メサドンによる肩代わりを肯定的に評価し、メサドンの

9 UNODC, 2002, "Contemporary Drug Abuse Treatment—A Review of the Evidence Base", pp.3-

10 医療だけではなく社会福祉や司法面での援助をも、多機関横断型でコーディネートするもの。

投与を維持する方法が、メサドン維持療法 (Methadone Maintenance) である¹¹。もっとも、メサドン維持療法については、違法薬物であるヘロインは回避するものの、本人の薬物依存自体は温存させているとの批判もある。メサドン維持療法に各種精神療法を併用すると効果が上がる旨の研究がある¹²。

もう一つの代表的な薬物療法は「アンタゴニスト療法」と呼ばれ、依存薬の薬理作用を遮断し、あるいは効果を減らす治療薬を用いる方法である。あへん系薬物の場合、ナルトレクソン (Naltrexone) というあへん拮抗剤を用いる薬物療法が広く用いられている。

一方、非あへん系薬物については、メサドンやナルトレクソンに匹敵する有効な薬物が見つかっておらず、開発中の段階である。ただし、薬物療法そのものが全く行われていないわけではなく、不安、焦燥、不眠、パニック等の症状を持つ者に対しては抗不安薬や抗うつ薬が対症療法として投与され、精神病を併せ持つ薬物依存症者には抗精神病薬の投薬治療が行われている。

3 あへん系薬物と ATS のリスク

以上見てきたように、主要な乱用薬物のうち、あへん系薬物を特徴付けるのは、強力な身体依存性を持つことである。したがって、あへん系薬物の乱用者は、乱用すればするほど誰の目にも見える形で健康を損ない、苦しむことになり、本人が医療という窓口から自発的に依存症の治療を求める確率が高いといわれる。一方、ATS の特徴は、強力な精神毒性を持つこと¹³、言い換えれば幻覚・妄想を引き起こし、精神病状態に至らせることである。ないものが見え、聞こえないものが聞こえ、実際には存在しない悪意や殺意を読み取ってしまうために無関係な相手に暴力を振るうといった形で、凶悪犯罪につながる可能性がある。あくまで、あへん系薬物の乱用者との比較においてではあるが、ATS 乱用者の薬物依存のリスクは、本人自身に帰ってくる苦痛や健康被害より、社会に与える潜在的な脅威という形で出現する可能性が高いことになる。

<参考文献>

Stewart, P., 2004, "Drug and Alcohol Abuse Treatment In the United States", presentation paper for his lecture in Tokyo, 14th April 2004.

UNODC, 2002, "Contemporary Drug Abuse Treatment—A Review of the Evidence Base".

笹尾敏明, 2000, 「アメリカにおける薬物依存・乱用の現況とその対策」, 精神医学レビュー No. 34, pp.45-57.

和田清, 2000, 「薬物依存—乱用・依存の歴史・現状と基本概念—」, 精神医学レビュー No. 34, pp. 5-20.

柳田知司, 2000, 「薬物依存症の薬物療法」, 精神医学レビュー No. 34, pp.21-27.

石川哲也, 岸田修一, 長野健一, 山本章, 2000, 「薬物乱用防止の知識とその教育」薬事日報社.

11 他に, Levoalphacetylmethadol (LAAM), Buprenorphine 等も維持療法に用いられることがある。

12 上記 UNODC, pp.9-

13 ATS より弱い, 揮発性物質及びコカインも精神毒性を持つ。

第3章 各国の薬物乱用に対する法規制・処罰の概要

府中刑務所首席矯正処遇官（前研究官） 桑山龍次

目 次

第1	はじめに	27
第2	分析・検討の視点	28
第3	薬物取締法令の概要－供給削減の側面から	29
1	規制薬物の供給に対する厳罰主義	29
2	推定規定	29
3	身体刑	29
4	その他の薬物供給削減のための法令	30
第4	薬物乱用者処遇に関する法令の概要－需要削減の側面から	31
1	処罰規定	31
2	強制的処遇制度に関する規定	31
(1)	強制的処遇制度について	31
(2)	強制的処遇制度の根拠法令	31
(3)	強制的処遇実施の手続	32
ア	刑事手続と強制的処遇実施手続との関係	32
イ	人権保障措置	32
ウ	強制的処遇導入のためのスクリーニング	33
(4)	強制的処遇の方式	33
第5	まとめ	34

第3章 各国の薬物乱用に対する法規制・処罰の概要

第1 はじめに

本章では、本調査・研究を通じて入手した調査対象国・地域の薬物関係法令を概観する。

薬物事犯の取締り及び処罰を規定した各国・地域の法令による規制対象薬物の分類、違反態様及び罰則の内容には相違があり、各法令を単純に比較することは必ずしも適切ではないし、また、複数の薬物取締法令を有する国もあり、本章では主要なものを探り上げるにとどめたが、各法令を概観することは、調査対象国・地域の薬物問題への取組についての理解に資するものと考えられる。

本章で採り上げる法令は、以下のとおりである。

- ① 香港「危険薬物条例」(Dangerous Drugs Ordinance (CAP. 134)) 及び「薬物嗜癖治療センター条例」(Drug Addiction Rehabilitation Centres Ordinance (CAP 244))
- ② 韓国「麻薬類管理に関する法律」(Act on the Control of Narcotics, etc.) 及び「社会保護法」(The Social Protection Law)¹
- ③ マレーシア「1952年危険薬物法」(Dangerous Drugs Act 1952) 及び「1983年薬物依存者(処遇及び更生)法」(Drug Dependants (Treatment and Rehabilitation) Act 1983)
- ④ シンガポール「1973年薬物乱用法」(Misuse of Drugs Act 1973)
- ⑤ タイ「1979年麻薬法」(Narcotics Act B.E. 2522 (1979)) 及び「2002年薬物依存者更生法」(Narcotic Addict Rehabilitation Act B.E. 2545 (2002))

1 社会保護法の内容は、「研究部資料42 大韓民国の刑法、刑事訴訟法及び保護観察等に関する法律等」(1997, 法務総合研究所)によった。

第2 分析・検討の視点

薬物問題対応施策は、供給削減と需要削減の二つの柱を中心に展開される。前者は、規制薬物の栽培・製造、不法取引などの規制薬物の供給に係る行為の処罰の強化を、後者は、薬物乱用予防と薬物乱用者処遇を中心としている。

以下、この二本の柱に沿って調査対象国・地域の薬物関係法令を分析・検討する。

第3 薬物取締法令の概要－供給削減の側面から

1 規制薬物の供給に対する厳罰主義

調査対象国・地域における薬物関係法令は、いずれも規制薬物の栽培、製造、輸出入など規制薬物の供給に係る行為に対しては長期の拘禁刑や死刑を含む厳罰をもって対処している。

例えば、香港においては、危険薬物 (dangerous drug, 危険薬物条例第1表第1部に規定する薬物又は物質をいう (危険薬物条例2条)²) の不正取引 (trafficking) や製造は、罰金及び最高で無期拘禁までの拘禁刑によって罰せられる (危険薬物条例4条及び6条)。

韓国では、メタンフェタミン、ヘロイン又はコカインの製造又は輸出入に対する最高刑は無期懲役であり (麻薬類管理に関する法律58条1項1号及び6号)、これらの行為が営利目的又は常習として行われた場合の最高刑は死刑である (同58条2項)。

シンガポールにおいては、ヘロイン、大麻、メタンフェタミン又はコカインの無許可輸出入又は不正取引に対する最高刑は死刑であり (1973年薬物乱用法5条ないし7条)、ヘロイン、モルヒネ、メタンフェタミン又はコカインの無許可製造に対する法定刑は死刑のみとされている (同6条)。

タイにおいては、1979年麻薬法で第1類麻薬に分類された麻薬 (ヘロイン、メタンフェタミン、LSD など39種類の麻薬) を製造又は輸出入した場合には、終身刑及び100万バーツ以上500万バーツ以下の罰金に処せられる (65条1項)。販売 (disposal) 目的で第1類麻薬を製造又は輸出入した場合の法定刑は死刑のみである (65条2項)。

2 推定規定

マレーシアにおいては、一定量以上の危険薬物 (例えば、ヘロイン又はモルヒネであれば15g 以上) を所持していた場合には反証がない限り不正取引 (trafficking) に従事していたものとみなされ、その法定刑は死刑のみである (1952年危険薬物法37条及び39条 B)。シンガポールにも同様の推定規定が見られる (1973年薬物乱用法17条)。タイにおいても、第1類麻薬に分類された麻薬を製造、輸出入又は所持した場合で対象となった麻薬が一定量以上 (例えば、LSD であれば純粋な物質が0.75ミリグラム、15回以上の使用できる場合又は正味重量が300ミリグラム以上) であるときは、販売目的で行ったものと推定 (regard) される³ (1979年麻薬法15条)。

3 身体刑

マレーシア及びシンガポールにおいては、むち打ちの規定も見られる。マレーシアではコカ葉の栽培は無期拘禁及び6回以上のむち打ちに処せられる (1952年危険薬物法6条 B)。シンガポールではヘロイン、大麻又はメタンフェタミンの無許可輸出入又は不正取引に対する法定刑にむち打ちが含まれている (1973年薬物乱用法5条ないし7条)。

2 香港の危険薬物条例に定める危険薬物は、我が国の規制薬物の分類である覚せい剤、麻薬、向精神薬大麻などほとんどの薬物を含んでいる。

3 この場合、被告人は公判廷において薬物の量に関する反証を提出することは許されない。

4 その他の薬物供給削減のための法令

薬物の供給の根絶のためには、密売人の薬物による収益をなく奪することも重要である。調査対象国・地域においても表1のとおり、この目的のための法令が制定されている。

表1 調査対象国・地域における薬物による不法収益没収のための法令

国名	法令名
香港	薬物密輸（不法収益回収）条例（Drug Trafficking (Recovery of Proceeds) Ordinance (Chapter 405)) 組織的・重大犯罪条例（Organized and Serious Crimes Ordinance (Chap. 455)）
韓国	薬物不正取引の防止に関する法律（Special Act against Illicit Drug Trafficking）
マレーシア	1988年危険薬物（財産没収）法（Dangerous Drugs (Forfeiture of Property) Act 1988）
タイ	麻薬関連犯罪における犯罪者の抑圧のための措置に関する法律（Act on Measures for the Suppression of Offenders in an Offence relating to Narcotics B.E. 2534 (1991)）

第4 薬物乱用者処遇に関する法令の概要－需要削減の側面から

1 処罰規定

調査対象国・地域の薬物取締法令は、いずれも規制薬物の自己使用に対する処罰規定を有している。多くの調査対象国・地域において、薬物乱用者に対して処罰よりも薬物依存問題の克服に向けた専門的処遇を優先させる政策を採っていること（調査対象国・地域の薬物乱用防止・薬物乱用者処遇政策については、第1部第4章参照。）と矛盾するようであるが、乱用者にも治療的な介入がふさわしい者から犯罪者として処遇すべき者まで様々なタイプがあることを踏まえた対応と考えられる。

さらに、規制薬物の自己使用に対する加重処罰規定を有する国も見られる。例えば、シンガポールにおいては、1998年に1973年薬物乱用法が改正され、あへん系薬物の使用（8条(b)）又は尿検査の際の尿提出の懈怠（31条2項）で有罪となった場合で、その者に最低2回薬物乱用者更生センターの入所歴があったときは、長期刑（5年以上7年以下の拘禁及び3回ないし6回のむち打ち、タイプ1）に処せられ、この長期刑タイプ1の処罰歴のある者が更にあへん系薬物の使用（8条(b)）又は尿検査の際に尿提出を怠った場合（31条2項）で有罪となったときは、更に長期の刑（7年以上13年以下の拘禁及び6回ないし12回のむち打ち、タイプ2）に処せられる（33条A）。また、マレーシアも、1952年危険薬物法で、2002年11月にシンガポールと同様の規定を設ける改正を行った（同法39条C）。

2 強制的処遇制度に関する規定

(1) 強制的処遇制度について

強制的処遇制度とは、薬物乱用者に対して、その意思にかかわらず施設内又は社会内での薬物依存の克服に向けた専門的な処遇を処罰に優先して実施することであり、ダイヴァージョンと結び付いていることが多い。国・地域によって実施機関、プログラムの枠組みに相違がある（強制的処遇制度における処遇内容の詳細は第1部第6章第2節第1参照）。

調査対象国・地域はいずれも薬物乱用者に対する強制的処遇（治療）制度を法律で規定しているが、韓国における強制的処遇制度は、罪を犯した薬物中毒者に対して法務部保護局所管の**治療監護所 (Institution of Forensic Psychiatry)**において強制的処遇（「治療監護」という。）を実施するものであり、薬物依存に対する治療が必要と判断された薬物事犯者は、懲役刑の執行に先立ち、強制的処遇（治療監護）を受ける（治療監護期間は刑に算入される。）こととされている。処遇（治療）実施後は刑務所において刑の執行を受けることから、ダイヴァージョンと結び付いた制度ではないことに注意を要する。

(2) 強制的処遇制度の根拠法令

このような強制的処遇（治療）が法律上の制度として実施されているとしても、薬物取締法令で同制度を規定している場合と、独立した薬物乱用者処遇法令で規定している場合とがある。独立した薬物乱用者処遇法令上の制度であるか否かについて見たのが、表2である。

表2 強制的処遇制度の根拠法令

根拠法令	香港	韓国	マレーシア	シンガポール	タイ
薬物取締法令				○	
薬物乱用者 処遇法令	○	○	○		○

注 強制的処遇制度の根拠法令として薬物取締法令とは別に薬物乱用者処遇法令を有する場合の各法令は以下のとおりである。

香港 薬物嗜癮治療センター条例 (Drug Addiction Rehabilitation Centres Ordinance (CAP. 244))

韓国 社会保護法 (The Social Protection Law)

マレーシア 1983年薬物依存者 (処遇及び更生) 法 (Drug Dependents (Treatment and Rehabilitation) Act 1983)

タイ 2002年薬物乱用者更生法 (Narcotic Addict Rehabilitation Act B.E. 2545 (2002))

(3) 強制的処遇実施の手続

ア 刑事手続と強制的処遇実施手続との関係

刑事手続と強制的処遇実施手続との関係は、国・地域によって差異が見られる。いずれの国・地域においても規制薬物の自己使用に対する処罰法令を有しているため、行政命令又は刑罰とは異なる治療命令に基づく強制的処遇と、薬物使用に関する刑事手続との関係が問題となる。

この点、マレーシアの場合には、強制的処遇の過程で条件違反があった場合でも、元の薬物使用に対して改めて刑事手続が開始されて刑罰が科せられることはない⁴。香港の場合も、同様に薬物嗜癮治療センター (DATC) から釈放された者は、矯正局長の発する指導・援助命令 (supervision order) により、1年間各 DATC のアフターケア部門の職員の監督に付される (薬物嗜癮治療センター条例 5条) が、指導・援助期間中の遵守事項違反 (薬物再使用など) があった場合には、矯正局長の発する再収容命令 (recall order) により、1年の収容の残余期間又は4か月のどちらか長い期間センターに再収容される (6条)。したがって、元の薬物使用について刑事手続が開始されることはない。

これに対し、タイにおいては、強制的処遇の過程で評価され、更生が不十分とされると、正規の刑事手続が開始されて、元の薬物使用に対して刑罰を科せられることになる。

韓国においては、治療監護期間が終了すると、刑の執行を受けることになる。したがって、更生が十分でない場合でも元の薬物使用に対して更に刑事手続が開始されることはない。

イ 人権保障措置

薬物依存問題の克服のための専門的な処遇に特化した強制的処遇制度は、本人の意思にかかわらず実施されるので、強制的処遇命令に対する不服申立制度などの人権保障措置を備えることが望ましい。

この点、マレーシアの強制的処遇制度においては、治安判事の処遇命令に対してマレーシア憲法の人身保護請求関連規定及び刑事訴訟法366条に基づいて高等裁判所の審査のための抗告申立てができる。また、シンガポールの強制的処遇制度においては、中央麻薬統制局 (Central Narcotics Bureau) による薬物乱用者更生センター収容命令に対して人身保護請求制度に基づいて高等裁判所に不服申立てを行うことができることになっている。この不服申立ては入所直後から行うことがで

4 ただし、条件違反はそれ自体で犯罪を構成し、刑罰の対象となる (1983年薬物依存者 (処遇及び更生) 法 6条 3項及び20条)。

きる。さらに、タイの強制的処遇制度においても、薬物乱用者更生委員会小委員会の薬物使用者又は薬物乱用者であるとの決定等に対しては薬物乱用者更生委員会に対して抗告ができることとされている（2002年薬物乱用者更生法38条）。

ウ 強制的処遇導入のためのスクリーニング

いずれの調査対象国・地域においても、強制的処遇命令を発する際には尿検査及び医師の診断の結果の双方を要件としている。強制的処遇は、刑罰ではなく、また、本人の利益になることではあるが、その運用に慎重を期するために警察又は薬物問題専門機関の職員による判断に加えて、医師の専門的な診断を要件としたと考えられる。

ただし、ここでのスクリーニングを厳格に行い、依存の進んだ者だけを強制的処遇に組み入れるというのではなく、依存の程度が浅い単なる使用者も早期に専門的な処遇を受けられるようにすることが重要であり、望ましいと考えられる。この点、タイの2002年薬物乱用者更生法が、薬物使用者も強制的処遇（薬物乱用者更生計画）の対象としている点（2002年薬物乱用者更生法22条）が注目される。

(4) 強制的処遇の方式

薬物乱用者に対する処遇方式として、韓国を除いて施設内処遇若しくは社会内処遇又は両者の組合せを採用している。

マレーシア及びタイでは、薬物乱用者に対する強制的処遇として社会内処遇に付される者の比率が高いが、シンガポールでは社会内処遇に付される者の比率が低い。

薬物乱用者のための専門的な施設出所後に一定期間の監督を受ける制度を有しているのは、香港、マレーシア及びシンガポールである。

第5 まとめ

調査対象国・地域の薬物関係法令を鳥瞰した結果、特色として次の二つが挙げられる。

第1に、薬物事犯者を密売人などの供給側と需要側である乱用者に二分して、前者には厳罰をもって対処し、後者には処遇（治療）を優先させるというアプローチが主流になりつつあることである。

第2に、薬物乱用者に対する強制的処遇（治療）制度を法律上の制度としていることである。特に香港、マレーシア及びシンガポールにおいては、ヘロインに代表されるあへん系薬物の乱用との長い戦いの歴史の中で乱用者を犯罪者として刑務所に収容するのみで乱用の原因となっている依存症を解決しなければ問題の根本的な解決にはならないとの認識の下で、こういった処遇重視の政策を展開している。タイも乱用者に対する処遇を重視する政策を展開している。

第4章 各国の薬物乱用防止・薬物乱用者処遇政策

府中刑務所首席矯正処遇官（前研究官） 桑山龍次

目 次

第1	はじめに	37
第2	調査対象国の薬物乱用防止・薬物乱用者処遇政策の特色	38
第3	調査対象国の薬物乱用防止・薬物乱用者処遇政策の転換	39
第4	薬物乱用防止・薬物乱用者処遇政策の枠組み	41
1	供給削減	41
(1)	規制薬物の供給側に対する厳罰主義	41
(2)	国際協力	41
2	需要削減	41
(1)	薬物乱用予防	41
(2)	薬物乱用者処遇（継続的処遇及びアフターケアを含む。）	41
ア	強制的処遇制度	42
イ	刑務所における薬物乱用者処遇	42
ウ	継続的処遇及びアフターケア	43
第5	まとめ	44

第4章 各国の薬物乱用防止・薬物乱用者処遇政策

第1 はじめに

調査対象国における薬物乱用防止・薬物乱用者処遇政策は、薬物取締法令の執行、薬物乱用防止活動、薬物乱用者に対する強制的処遇等の種々の処遇方法の実施、継続的処遇及びアフターケアにおける社会資源の活用など、多様な施策が組み合わされている。

本章では、調査対象国の予防、法執行・取締り、国際協力、薬物乱用者処遇等の分野における施策を、その導入に当たっての考え方と共に紹介する。

第2 調査対象国の薬物乱用防止・薬物乱用者処遇政策の特色

調査対象国のうち、香港、マレーシア、シンガポール及びタイにおいては、いずれも規制薬物の密売者や密造者に対する徹底した取締りと処罰によって供給削減を図る一方で、一般市民や青少年に対する啓発活動や予防教育によって乱用予防を推進するとともに、薬物乱用者に対しては処罰のみならず、依存問題の解決に向けた多様な処遇を実施することによって需要削減を図るという統合的な薬物政策が展開されている。

韓国の薬物政策は、いまだ薬物を使用していない人々を薬物から遠ざける予防及び薬物事犯者に対する取締りに重点が置かれ、薬物乱用者は、主に刑事司法機関（刑務所及び保護観察所）によって処遇され、刑務所において更生プログラムを受けるか、保護観察に付されることになる。

第3 調査対象国の薬物乱用防止・薬物乱用者処遇政策の転換

上述のように、統合的な薬物政策を採っている国・地域においても、かつては薬物事犯全般に対し、専ら徹底した取締りと厳罰をもって対処していた時期がある。これらの国・地域が政策転換するに至った背景事情等は以下のとおりである。

香港においては、1958年に政府が今日の薬物嗜癖治療センターのパイロットプログラムをタイラム (Tai Lum) 刑務所で開始したほか、民間においても、1963年には市民グループから発展した香港戒毒会 (Society for the Aid and Rehabilitation of Drug Addicts, SARDA) がシェクーチャウ島 (石鼓州, Shek Kwu Chau) において自発的な患者を受け入れる治療センターを開設するなど、治療的介入に重点を置く今日の香港の薬物政策の基礎が築かれたが、この背景には厳しい取締りと処罰による規制にもかかわらずヘロイン依存者が増加し続けていたという事情があった。

マレーシアにおいては、規制薬物の所持から不正取引に至るまでの広範な規制と処罰によって、いったん、あへん、大麻等の乱用は終息したかに見えたが、その後、再びあへん、モルヒネ等の乱用が増加し、1983年には、薬物不正取引及び薬物乱用はピークに達した。このような事態にかんがみ、同国政府は、薬物を国家の安全を脅かすものとしてとらえるとともに、薬物乱用者を原則として治療の対象として扱う枠組を規定した1983年薬物依存者 (処遇及び更生) 法を制定した。

シンガポールにおいては、1972年に4人のヘロイン乱用者が摘発された後、ヘロインが非常な勢いでまんえんし、わずか5年後の1977年には7,732人のヘロイン乱用者が逮捕されるに至った。ヘロインの乱用が深刻化する間に、1973年には同国の薬物取締りの基本法である1973年薬物乱用法 (Misuse of Drugs Act 1973) が制定され、薬物乱用者更生センター (Drug Rehabilitation Centre, DRC) も開設された。その後、中央麻薬統制局 (Central Narcotics Bureau, CNB) による取締りと薬物乱用者更生センターにおける処遇により、一時は薬物乱用者数が大幅に減少したが、その後再び増加に転じた。このような状況の下で、1993年に内務省により「シンガポールにおける薬物状況を改善するための委員会」(Committee to Improve the Drug Situation in Singapore) が設置され、翌1994年には、それまでの厳格な法執行による薬物対策から予防と処遇をも重視する、より包括的な薬物対策を採るべきことを提言する勧告を発表した。この勧告は、①予防薬物教育、②法執行 (取締り)、③処遇 (治療)、④改善更生及びアフターケアと継続的改善更生 (乱用者の社会への再統合) の四つを柱としており、現在に至るまでシンガポールの薬物政策の基礎となっている。

タイにおいては、1998年ころからのメタンフェタミン乱用に対する厳罰化の影響で刑務所人口が急増した。現タクシン (Thaksin Shinawatra) 政権は、2001年3月に、第一次から第三次予防までをカバーする包括的な需要削減と、供給側には徹底的な取締りと厳罰をもって対処する二分された新しい薬物政策を打ち出した。その後、薬物乱用者に対する起訴前ダイヴァージョンと強制的処遇制度を規定する2002年薬物乱用者更生法の施行と薬物乱用者用の軍キャンプにおける処遇プログラムの活用による仮釈放の促進により刑務所人口も減少傾向にある。

韓国においては、1980年代に覚せい剤 (メタンフェタミン) が乱用薬物の主流となり、乱用者が増加したが、その後、政府による取締りが奏功して減少した。しかし、1990年代に入って再び覚せい剤の乱用者が増加する傾向にあった。このような事情の下で、同国の検察庁は、薬物乱用者を含む薬物事犯者を処罰の対象とする姿勢を維持しつつも、薬物乱用者に対して薬物治療施設における治療を条件として起訴猶予とし、また、懲役刑を科せられた薬物乱用者について治療が必要とされる場合には、検察官が

治療施設における治療を裁判所に請求し、裁判所の判決による治療監護を刑の執行に優先させている。これらの措置の対象となる乱用者の数は多くはないが、乱用者についてはその更生への働き掛けも重要であるとの同国の姿勢がうかがえる。

このように、調査対象国は、いずれも時期こそ違え、薬物乱用者に対する処遇を重視する施策を採用しており、その背景には乱用者に対する厳しい取締りと処罰のみでは必ずしも乱用者の減少をもたらさなかったという事情があったことがうかがえる。

第4 薬物乱用防止・薬物乱用者処遇政策の枠組み

薬物対策は、その目的から供給削減と需要削減に大別され、後者は、更に薬物乱用予防と薬物乱用者処遇（継続的処遇及びアフターケアを含む。）に分けられる。調査対象国の薬物施策をこの枠組みに位置付けると、以下のようになる。

1 供給削減

(1) 規制薬物の供給側に対する厳罰主義

調査対象国のいずれも規制薬物の供給に係る事犯に対しては長期刑又は死刑を含む厳罰をもって臨んでいる（調査対象国における薬物規制法令の概要については、第1部第3章参照。）。

(2) 国際協力

交通、通信の発達により国境を越えた人や物の移動が頻繁になるに伴って、薬物問題も一国内の問題にとどまらず、地球規模の問題となっている。例えば、マレーシアは、黄金の三角地帯（the Golden Triangle）に近接していることから、違法薬物の経由地（transit point）として利用されることに強い懸念を抱いており、また、韓国は、大量の覚せい剤や大麻の密輸事犯の摘発により、同国が経由地として利用されることに危機感を抱いている（Supreme Public Prosecutors' Office, 2003）。

違法薬物の持ち込みを防止するためには各国・地域の海空港における監視と取締りの強化はもちろんのこと、国家間での情報交換及び協力体制の確立が不可欠である。

このような観点から、香港、韓国、マレーシアはそれぞれの薬物政策の重要な柱の一つに国際協力を掲げている。

調査対象国は、国際協力の観点からの取組として、乱用のおそれのある薬物の規制の抜け穴をなくし、また、薬物取引による不法収益をはく奪するために、いずれも国連の麻薬関連3条約（麻薬に関する単一条約（1961年）、向精神薬に関する条約（1971年）並びに麻薬及び向精神薬の不正取引の防止に関する条約（1988年））を批准し、又は適用している。

さらに、地域的な協力を推進するための取組の一つとして、1989年から韓国大検察庁によって開催されている国際協力薬物対策情報担当官会議（Anti-Drug Liaison Officials' Meeting for international Cooperation, ADLOMICO）があり、我が国も含めて16か国がメンバーとなっている。

2 需要削減

(1) 薬物乱用予防

いったん薬物依存の状態に陥ると、独力で回復に至ることは非常に困難であり、長期間にわたって公的又は民間による各種介入が必要となる。

したがって、まず、薬物を使用したことのない一般市民や青少年に対する啓発活動によってこれらの人口層を薬物から遠ざけること¹、すなわち、薬物乱用予防に重点が置かれるべきことは当然であり、いずれの調査対象国の薬物政策でも予防教育は一つの大きな柱となっている。

(2) 薬物乱用者処遇（継続的処遇及びアフターケアを含む。）

既に薬物依存者となってしまった者に対する回復に向けての働き掛けが薬物乱用者処遇の中核であ

1 このような薬物乱用予防は一次予防とも呼ばれる（小沼，2003）。

り、さらに、断薬を継続し、再使用を防止するためには、継続的処遇及びアフターケアが必要となる。刑事司法における継続的処遇とは、薬物乱用者が刑事司法機関に接触した時点から、刑事司法機関による各種の処遇を終了し、その後の円滑な社会復帰及び社会への再統合を図るための支援に至るまでの一連のプロセスをいう。また、アフターケアとは、継続的処遇の一部であって、特に、刑事司法機関による処遇が終了した後のケアをいう。

ア 強制的処遇制度

調査対象国のうち、香港、マレーシア、シンガポール及びタイにおいては、薬物乱用者を刑事司法の入口の段階で密売人など他の薬物事犯者から分離して、その意思にかかわらず、施設内又は社会内において薬物依存問題の解決に向けた専門的な処遇を行う強制的処遇制度を導入している²(強制的処遇制度の詳細については第1部第6章第2節第1参照)。

この強制的処遇制度の根底にある考え方は、専門的な介入の必要な薬物乱用者を早期に同定し、処罰の対象としてではなく治療の対象として扱うというものである。この点で、タイの強制的処遇制度が薬物依存者だけでなく、経歴の浅い使用者もその対象としていることは、薬物乱用者を薬物に対する依存度が低いうちに依存問題の解決に向けた専門的な処遇に取り込んでいく姿勢の表れといえる³。

イ 刑務所における薬物乱用者処遇

調査対象国のいずれも規制薬物の自己使用を刑罰の対象としている。さらに、調査対象国の中には、乱用者に対する加重処罰規定を新設した例がみられる。シンガポール及びマレーシアにおいては、近時、薬物乱用者が規制薬物の自己使用者⁴又は尿検査を怠った者で過去に薬物更生施設への入所歴が2回以上ある場合には、長期刑及びむち打ち刑に処せられる旨の規定を薬物規制法令に設けている。

これらの薬物乱用者に対する処罰規定又は加重処罰規定は、薬物乱用者に対する治療重視の政策と矛盾するものととらえるべきではなく、むしろ、薬物乱用者に対する個別的処遇の姿勢の表れと理解すべきであろう。

すなわち、薬物乱用者にも様々なタイプがあり、治療的な介入がふさわしい者もいれば、他者に薬物乱用を唆し、又は薬物入手のために窃盗などの罪を犯す者もいる。後者に対しては、刑罰的な非難が相当であろうし、犯罪者として刑務所に拘禁し、社会から隔離することによって薬物の需要削減も図られ、また、刑罰の効果によって薬物を使用しないことも期待できると考えられる。

いずれの調査対象国においても、刑務所に収容された薬物乱用者の更生に向けたプログラムは実施されている。マレーシアにおいては、薬物事犯者を集禁する刑務所(ジュレブ刑務所)において治療共同体プログラムを中心とする処遇を行っており、タイも、刑務所において治療共同体プログラムを積極的に実施している。香港、シンガポール及び韓国においても、薬物乱用者の更生プログラムが刑務所において実施されている。

2 薬物乱用者が強制的処遇へ組み入れられる時期については国・地域によって相違がみられる。シンガポール及びタイでは摘発時又は起訴前であるのに対して、香港及びマレーシアにおいては、強制的処遇の決定に裁判所が関与している。

3 2002年(仏教歴2545年)薬物乱用者更生法22条は薬物乱用者更生計画の対象に薬物依存者のみならず、薬物使用者を含めている。

4 ただし、シンガポールの場合は、対象者はあへん系薬物乱用者に限られている。

ウ 継続的処遇及びアフターケア

薬物乱用者に対する介入は、依存症の解決に対する処遇と、家族関係の調整や職業訓練、基礎的な教育訓練、求職支援など乱用者の更生及び社会復帰のための支援の二面に分かれるが、薬物乱用者が依存問題を克服し、円滑な社会復帰を果たすためにはこれらの様々な介入が、継続的に、かつ、相当期間にわたって実施されることが必要である。

したがって、薬物乱用者の回復及び円滑な社会復帰のためには、公的機関による施設内及び社会内処遇が実施されている最中にも、また、公的な処遇が終了した後も、薬物乱用者が社会内の様々な資源による支援を利用できる体制が整えられていることが望ましい。

薬物乱用者に対する継続的処遇及びアフターケアについては、調査対象国のうち香港及びシンガポールにおいて、民間機関・団体の協力体制が充実しているのが特徴的である。また、マレーシアにおいても、内務省薬物対策庁（National Drugs Agency, Ministry of Home Affairs, NDA）が所管する社会内処遇事務所の一部に設置されている薬物乱用防止相談センター（Anti Drug Advisory Centre）が、強制的処遇を終了した薬物乱用者に対してカウンセリング等のアフターケアを提供している。

これらの国・地域において民間団体・組織も含めた継続的処遇及びアフターケアが実施されている背景には、薬物対策専門の政府機関の存在があり、かつ、そのリーダーシップの下に関係政府機関、民間団体・組織のネットワーク体制が築かれていることが挙げられる（調査対象国の薬物問題対応機関・組織については第1部第5章を、薬物対策専門の政府機関を核とするネットワーク体制については、第1部第6章第2節第7を、それぞれ参照。）。

第5 まとめ

ある国・地域の薬物政策，取り分け，薬物乱用者に対してどのように対処すべきかは，その国・地域における薬物乱用の歴史及び文化を反映して様々であるが，調査対象国の薬物乱用防止・薬物乱用者処遇政策を概観すると，ある時期から，薬物事犯全般に対する厳罰主義から処罰，予防，薬物乱用者の処遇を含めた統合的な薬物政策へと転換が図られたといえる。この転換の契機となったのは，薬物乱用者に対する処罰のみでは必ずしも乱用者の減少をもたらさなかったという事情である。

そして，薬物政策の転換の結果，調査対象国の薬物取締法令の多くは薬物乱用を処罰の対象とする規定を残しつつ，乱用者に対する強制的処遇制度を導入するに至っている。

もちろん，薬物乱用者に対する強制的処遇制度の導入に代表されるような処遇ないし治療重視という政策を採っても直ちに乱用者が減少するわけではなく⁵，予防や処罰を含めた総合的な施策が必要といえ，また，薬物依存からの回復には長期間を要することを考慮すると，薬物乱用者に対する公的な介入が終了した後の支援，アフターケア体制の一層の充実が重要といえる。

<参考文献>

小沼杏坪，2004，「薬物依存者に対する治療・処遇の体制の現状と課題」，警察学論集，57(2)，123-147。
Supreme Public Prosecutors' Office, 2003, *Drug Control in Korea*.

5 薬物乱用者に対する強制的処遇制度を採用しているマレーシアにおいても薬物乱用摘発者数は1995年以降毎年3万人を超えており，また，薬物更生センターへの入所者のうち再入者の割合は6割を超えている。

第5章 各国の薬物問題対応機関・組織の概要

府中刑務所首席矯正処遇官（前研究官） 桑山龍次

目 次

第1	はじめに	47
第2	薬物対策統括機関と諮問機関	48
第3	情報収集及び研究機関	49
第4	取締り及び国際協力	50
第5	薬物乱用予防・薬物乱用者処遇・継続的処遇及びアフターケア－需要削減の観点から	51
1	薬物乱用予防	51
2	薬物乱用者処遇	51
3	継続的処遇及びアフターケア	52
第6	まとめ	53

第5章 各国の薬物問題対応機関・組織の概要

第1 はじめに

薬物問題が予防・法執行からアフターケアまでの多様な対応を必要とすることから、薬物問題に適切に対応するためには薬物問題にかかわる機関・団体が強固な連携（ネットワーク）体制を構築することが必要となる。本章では、調査対象国の薬物問題対応機関・組織を薬物問題に関する連携（ネットワーク）体制のタイプごとに紹介する（調査対象国の薬物対策を統括する政府機関を核とした連携（ネットワーク）体制については第1部第6章第2節第7を、調査対象国の薬物問題対応機関・組織の詳細については第2部の各国別報告をそれぞれ参照。）。

第2 薬物対策統括機関と諮問機関

調査対象国の薬物問題対応機関・組織の特色として、次表のとおり、いずれも**薬物対策を統括する政府機関**が存在し、この機関が政府の**諮問機関**とともに薬物問題に関する基本政策を立案し、中核となって他の薬物政策執行機関や民間組織・団体の活動を調整しながら薬物政策を実施していることが挙げられる。

調査対象国の薬物対策統括機関

香 港	韓 国	マレーシア	シンガポール	タ イ
保安部麻薬局	大検察庁	内務省薬物対策庁 (NDA)	中央麻薬統制局 (CNB)	麻薬統制局 (NCB) 麻薬統制局事務局 (ONCB)

これらの薬物対策統括機関は、薬物乱用予防、法執行、薬物乱用者処遇、アフターケアまでの広範な領域を担当している場合が多い。

薬物乱用者は、できるだけ早期に専門的な介入が必要な者と同定され、刑事司法の早い段階で密造者、不法取引者などの他の薬物事犯者から分離され、集中的な処遇を長期間にわたって継続的に受けられることが必要である。

したがって、同一の機関が、薬物乱用者の同定からアフターケアまでの長期間にわたる介入を一貫して行うことができることが望ましい。

その場合、薬物事犯者の取締りを行う機関が乱用者に対する専門的処遇を同時に所管していることが効率的である。調査対象国の中では、この二つの権限を有している薬物対策統括機関は存在しない。ただし、マレーシアの薬物対策庁は、同庁所属のリハビリテーションオフィサーによる薬物依存と疑われる者の検査のための拘束に始まり、施設内処遇及びそれに引き続く社会内指導・援助と薬物乱用者の回復に向けての介入に一貫してかかわっている。

第3 情報収集及び研究機関

効果的な薬物対策を実施するためには、薬物乱用者の正確な現状把握と諸施策の効果に関する実証的研究が必要である。

香港、マレーシア、シンガポール及びタイの薬物対策統括機関は、薬物乱用者関係データベースを管理しているが、香港の保安部麻薬局内の**薬物乱用中央登録室 (CRDA)** が管理するデータベース及びマレーシアの内務省薬物対策庁が管理する**国家薬物情報システム (NADI)** は、いずれも薬物問題に関与する政府機関、民間機関から提供された情報を管理する統合型データベースである。

このような統合型データベースによって、薬物乱用者に対する継続的処遇及びアフターケアまでの長い過程にわたって乱用者の動きをフォローでき、かつ、刑事司法機関のみならず、医療機関、福祉機関など乱用者の回復に関与するすべての機関がこのデータベースにアクセスすることによって乱用者の現状等を把握することができる。

調査対象国の中で積極的に薬物問題関連の研究活動を行っているのは香港である。香港は、**麻薬対策常務委員会 (Action Committee Against Narcotics, ACAN)** の研究部会が薬物関連の研究プロジェクトを調整し、助成資金の配分を検討した上で、大学、民間処遇団体、病院に研究を委嘱し、内外の研究をフォローして香港における薬物政策の立案に資する知見を収集している。

タイは、欧米から導入又は自国で開発した新しい処遇方策を積極的に試行又は実施しているが、処遇効果に対する実証研究は不足しており、シンガポールも同様の状況にある。

マレーシアは、上述のように薬物対策庁による施設内及び社会内における薬物乱用者に対する強制的処遇制度を積極的に実施しているが、薬物更生センターにおける各種処遇プログラムの処遇効果に対する実証研究は行われていない。

韓国も、刑務所における薬物更生プログラムの処遇効果に対する実証研究は実施されていない。

第4 取締り及び国際協力

調査対象国の薬物対策に関する特徴の一つとして、密売、密造など規制薬物の供給に係る行為に対しては徹底した取締りと厳罰をもって臨んでいることが挙げられる。

調査対象国の薬物対策統括機関は、マレーシアを除いていずれも法執行にもかかわっており、警察又は税関といった他の法執行機関と共に取締りに当たっている。

また、マレーシア、韓国などのように国際的な薬物密輸組織に規制薬物の経由地として利用されることに強い懸念を抱いている国もあり、調査対象国の薬物対策統括機関は、いずれも国際的な薬物犯罪に関する情報交換の窓口となっている。

第5 薬物乱用予防・薬物乱用者処遇・継続的処遇及びアフターケアー需要削減の観点から

1 薬物乱用予防

薬物依存からの回復には長い時間と多様な介入を必要とすることは明らかであり、そのコストは莫大である。したがって、いまだ薬物使用に至っていない青少年、一般市民を薬物から遠ざけるための教育・啓発活動等、いわゆる一次予防が重要である。

このような観点から、調査対象国のいずれも、一次予防施策の実施機関に**教育省（又は文部省）**を深く関与させており、また、一般市民を対象とすることから、**民間支援団体**の果たしている役割が大きい。

前者の例として、マレーシアにおいては、内務省薬物対策庁が学校における予防活動を積極的に行っている。その内容としては、教師に対する薬物に関する研修、小学校における生徒の回復力及び**対人スキル開発教育プログラム**（Students' Resilience and Interpersonal Skills Development Education, 頭文字を取ってSTRIDEプログラムという。）を行い、中学校でのハイリスク集団に対する抜き打ち尿検査を実施して陽性となった生徒にはカウンセリングを行うなど早期の介入をしている。

後者の例として、**シンガポール薬物乱用防止協会（Singapore Anti-Narcotics Association, SANA）**は、1998年から不登校又は学校を欠席しがちで薬物使用の危険性がある児童に対して、早期介入をすることにより薬物使用を未然に防止し、あるいは既に、使用していた場合でも早期に回復させることを目的としたPALプログラム（ボランティア指導担当者がマンツーマンで児童に付き添って、復学から就職までをケアするほか、様々な支援活動を内容とするもの）に力を入れている。

薬物乱用者の薬物再使用防止及び円滑な社会復帰のためには、刑事司法機関による施設内及び社会内処遇が終了した後にも継続的に適切な支援及びアフターケアが提供されなければならない。この意味で、薬物乱用者の回復までの介入を行う民間支援団体をネットワークに組み込むことが不可欠である。また、これによって社会資源の有効な活用にも資する。

調査対象国の中でこの民間支援団体による支援・協力体制が最も確立されているのは、シンガポール及び香港である。

シンガポールでは、強制的処遇に付された薬物乱用者には、薬物乱用者更生センターからの釈放後2年間にわたり、各警察本署内に設置されている中央麻薬統制局の支所への報告及び尿検査のため出頭の義務があり、この間にシンガポール薬物乱用防止協会等による職業訓練、求職活動援助、自助グループへの紹介、適切な医療受診の援助等のサービスを受けることができる体制が整えられている。

香港では、薬物乱用治療・リハビリサービスを提供する民間機関が、政府の助成対象機関となっている。助成申請を行う際には提供するサービス内容を明示し、助成認可後に社会福祉局と民間処遇実施機関は、助成サービス協定（Funding & Service Agreement, FSA）を取り交わす。この協定には、サービスの質の基準、サービスの指標、結果の指標が明示されている。社会福祉局は、民間処遇実施機関からの業務報告によってモニタリングを行っている。このような民間支援団体の資源を活用するに当たっては、一定の質のサービスを要求する代わりに財政支援を行っており、良好な官民のパートナーシップが構築されていると評価できる。

2 薬物乱用者処遇

調査対象国では、刑事司法における薬物乱用者の施設内処遇は矯正局又は保護局（タイのみ）が所管しているが、マレーシアでは、薬物対策統括機関である内務省薬物対策庁が矯正局とともに施設内処遇

を所管している。

保健・福祉制度上の薬物乱用者処遇は、いずれの調査対象国においても保健省又は社会福祉省が所管している。

3 継続的処遇及びアフターケア

薬物乱用者の回復には、長期間にわたる介入が必要であり、公的な介入が終了してからもカウンセリング、求職支援など様々な形でサービスが受けられることが望ましい。

この点、シンガポールがシンガポール社会復帰援助共同体 (SCORE) 及びシンガポール薬物乱用防止協会 (SANA) の協力による体制を整えていることが注目される。

また、マレーシアにおいても、公的な介入が終わってからのアフターケアという点では、全土に93ある薬物対策庁社会内処遇事務所のうち18か所にアフターケアを担当する**薬物乱用防止相談センター (Anti Drug Advisory Centre)** が設置されており、今後更にアフターケアの体制が整備されることが期待される。

第6 まとめ

調査対象国における薬物問題対応機関・組織を概観すると、いずれも薬物対策統括機関が、薬物問題を担当する諸機関・組織（官公庁に限らない。）の活動を調整し、緊密な協力関係を構築していることが分かる。このことは、それぞれの国・地域において、社会に点在する資源を有効に活用しながら、国家の存亡にもかかわる深刻な薬物問題に国を挙げて取り組んでいることの表れともいえる。

薬物乱用者の更生に向けて社会資源を有効に活用している点は、我が国の今後の薬物乱用者処遇の在り方を考えるに当たって参考になる。

第6章 調査対象国における注目すべき薬物乱用 防止・薬物乱用者処遇等対策の概要

東京保護観察所事件管理課長（前教官） 染 田 恵
盛岡少年鑑別所長（前教官） 寺 村 堅 志

目 次

第1節	各種処遇対策等の刑事司法制度等における位置付け	59
第1	はじめに	59
第2	各種処遇対策等の刑事司法制度等における位置付け	60
1	薬物乱用予防の段階に対応した施策	60
2	薬物対策のモデル	60
(1)	法的規制モデル（刑事司法）	60
ア	使用者・乱用者対策	60
(ア)	ダイヴァージョン・プログラム	60
(イ)	施設内処遇	60
(ウ)	社会内処遇	60
イ	密造・不法取引者対策	61
(2)	処遇モデル（医療・福祉）	61
ア	医療モデル	61
イ	社会福祉モデル	61
ウ	統合モデル（統合的アプローチ, Integrated Approach）	61
3	処遇方法（モダリティ, modality）	61
(1)	認知行動療法（Cognitive Behavioral Treatment, CBT）	61
(2)	治療共同体（Therapeutic Community, TC, 治療集団コミュニティモデル）	61
(3)	自助グループ活動（NA, AA）	61
(4)	薬物治療	61
(5)	実証的根拠に基づく実務（EBP）の観点から効果が実証された処遇	61
(6)	実証的根拠に基づく実務（EBP）の観点からみて支持される研究結果が認められる処遇	62
第2節	各種処遇対策等の分析	63
第1	薬物乱用者に対する強制的処遇制度	63
1	強制的処遇制度の定義	63
2	調査対象国の強制的処遇制度の特徴とその比較	63
(1)	強制的処遇制度導入の目的・背景	63
(2)	強制的処遇制度分析の観点	64
(3)	法的位置付け	64
ア	強制的処遇制度の刑事司法手続における導入段階	64
イ	強制的処遇実施の結果と刑事司法手続との関係	65
ウ	強制的処遇の実施機関, 処遇の種別及び施設内処遇の体制等	66
エ	強制的処遇実施中の処遇の多様化	67
オ	薬物乱用者に対する継続的処遇（through care）の実施体制とアフターケア	69
(ア)	施設内処遇から社会内処遇への移行	69
(イ)	施設内又は社会内処遇終了後のアフターケアへの移行	69

3	調査対象国の強制的処遇制度に関する課題と対応策	70
(1)	継続的処遇体制及びアフターケア体制の整備	70
(2)	強制的処遇コースと刑罰コースへの対象者の振り分け基準	70
(3)	強制的処遇の効果に関する評価研究	70
第2	治療共同体モデルによる薬物乱用者処遇 (Therapeutic Community, TC)	72
1	治療共同体モデルによる処遇とは?	72
(1)	治療共同体概念の誕生と四つの源流	72
(2)	治療共同体モデルに共通する特徴	73
(3)	コンセプトベースト TC の概要	73
ア	コンセプトベースト TC 活動が目指すもの	73
イ	コンセプトベースト TC 処遇の基本的構成要素	74
ウ	コンセプトベースト TC におけるコンセプト	74
エ	TC 処遇の流れ	74
オ	TC 処遇の修正版	74
カ	TC 処遇の財源	75
2	薬物乱用者に対する治療共同体モデルによる欧米の処遇効果研究	75
3	調査対象国における治療共同体処遇の現状, 当面する課題と今後の展望	76
第3	認知行動療法モデルによる薬物乱用者処遇 (Cognitive Behavioral Treatment, CBT)	80
1	認知行動療法モデルによる薬物乱用者処遇とは?	80
(1)	再発防止モデルの基本的考え方	80
(2)	変化の段階 (Stages of Change) モデルと再発防止モデルの関連性	81
(3)	再発防止プログラムの基本的な構成要素	82
2	認知行動療法モデルによる薬物乱用者処遇の欧米の処遇効果研究	83
3	調査対象国における認知行動療法プログラムの実践, 問題点及び今後の展望	83
第4	Matrix モデル: 折衷統合的薬物乱用治療・リハビリモデル例	86
1	Matrix モデルとは?	86
(1)	Matrix モデルの成り立ち	86
(2)	Matrix モデルが目指す目標	86
(3)	Matrix モデルによる外来型治療プログラム内容	86
ア	標準的集中外来プログラム (Regular Intensive Outpatient Program, IPO; 4 か月)	86
イ	個別的集中プログラム (Individualized Intensive Program, IIP; 6 か月)	88
ウ	早期介入プログラム (Early Intervention Program, EIP; 6 週間)	88
2	Matrix プログラムによるアメリカの処遇効果研究等の概要	88
3	調査対象国における Matrix プログラムモデルの実践, 問題点及び今後の展望	88
第5	PMK モデル	90
1	概要	90
2	PMK モデルの特徴とその意義	90
(1)	PMK モデルの特徴	90
ア	入所治療と通所治療のハイブリッド型モデルであること	90

イ	タイ人の文化, 宗教的伝統に根ざしたプログラムであること	90
(2)	PMK モデルの成果	92
3	PMK モデルに関する課題と対応策	92
4	日本における処遇プログラム構築を考える際に参考となる点	92
第6	CAMP	94
1	概要	94
2	CAMP の特徴とその意義	94
(1)	特徴	94
(2)	提供されるサービスの概要	94
(3)	特定のニーズに対応した処遇コース	95
ア	女性の薬物乱用者専用コース	95
イ	薬物依存とドメスティック・バイオレンス問題専用コース	95
3	CAMP に関する課題と対応策	95
4	日本における処遇プログラム構築を考える際に参考となる点	95
(1)	一つの機関による統合的なサービスを提供及び刑事司法機関との組織的・継続的な連携	95
(2)	特定のニーズに対応するためのコースの設定	95
第7	薬物対策統括機関を核としたネットワーク体制	97
1	意義	97
2	調査対象国のネットワーク体制の特徴とその比較	97
3	調査対象国のネットワーク体制に関する課題と対応策	99
第8	薬物乱用者に対する継続的処遇 (Through Care) 及びアフターケアの体制	101
1	薬物乱用者に対する継続的処遇及びアフターケアの意義	101
(1)	薬物乱用犯罪者に対する切れ目のないケアに必要な統合的処遇システムの条件	101
(2)	継続的処遇の実現を阻害する要因と打開策 (例)	101
2	北米における継続的処遇及びアフターケアの実践例と処遇効果研究例	103
(1)	デラウェア州立刑務所における TC・アフターケアプログラムの釈放後5年間の成り行き調査	103
3	調査対象国におけるアフターケア及び継続的処遇体制の現状, 当面する課題と今後の展望	105

第6章 調査対象国における注目すべき薬物乱用防止・薬物乱用者処遇等対策の概要

第1節 各種処遇対策等の刑事司法制度等における位置付け

第1 はじめに

本節では、第2節で述べる薬物乱用予防及び薬物乱用者処遇方法等が、各国の刑事司法制度の中でどのような位置付けにあるかについての見取図的な情報を提供し、その理解に資することを目的とした。分析の視点は、①調査対象国の制度は、以下のどのタイプを基本とし、ないし組み合わせて活用しているかということ、及び②特定の処遇施策が刑事司法制度との関連でどのような位置にあるかということである。第2節においては、本報告第2部の国別情報をベースに、欧米等の状況も踏まえた、薬物乱用予防及び薬物乱用者処遇に関する分析を行う。

以下の分類では、薬物対策の基本である供給削減に◆マークを、需要削減に●マークを付して、基本的な位置付けを示した。括弧内の国名表記は、調査対象国を中心とし、それ以外の国は、参考例として表記したもので、これらの国に限る趣旨ではない。

第2 各種処遇対策等の刑事司法制度等における位置付け

1 薬物乱用予防の段階に対応した施策

(1) 第一次予防→薬物への接触予防（教育・広報の徹底）¹

- ア 社会的発達モデル→ニーズ・リスク・アプローチ
- イ エコロジカル・モデル→環境的・生態学的要因と個人的要因の相互作用分析
- ウ 心理社会的モデル→認知行動療法重視

(2) 第二次予防→依存症化の予防（早期発見・早期処遇）

(3) 第三次予防→依存者の更生・再使用予防

2 薬物対策のモデル

下記のモデル及び処遇方法の類型は、今回の調査対象国及び欧米等で導入されている薬物問題対策を分類して整理したものである。調査対象国（韓国を除く。）及び欧米では、薬物乱用者と薬物不法取引者を刑事司法制度の早期の段階で区別し、乱用者に関しては刑罰ではなく処遇が優先され、また、関係機関の連携による薬物乱用問題への統合的アプローチが採られている例が多い。

(1) 法的規制モデル（刑事司法）

以下に述べるアとイを区別して、アを導入しようとするのが一般的

ア 使用者・乱用者対策（●需要削減）→処遇モデルへのシフト

(ア) ダイヴァージョン・プログラム ((2)アないしウとの結合)

- ・薬物乱用者強制的処遇制度

香港、マレーシア、シンガポール及びタイは、ダイヴァージョン・プログラムの一種であり、施設内・社会内ともに強制的処遇は刑罰ではない。韓国は、拘禁刑の執行中に、特別の施設に移送して処遇が実施されるので、強制的処遇制度の一種ではあるが、ダイヴァージョンとの結び付きはなく、かつ、法的性質は拘禁刑の執行である。）

- ・ドラッグ・コート（アメリカ、オーストラリアほか）

(イ) 施設内処遇

- ・薬物乱用者専用施設（調査対象国²すべて）又は専門の処遇コース
- ・矯正施設内治療共同体（マレーシア及びタイ）
- ・早期釈放の活用と継続的処遇（中間施設活用型、在宅型）（シンガポール）

(ウ) 社会内処遇

- ・薬物乱用者専門の処遇コース（香港、マレーシア、シンガポール及びタイ）
- ・一時的な施設内処遇と社会内処遇との併用
- ・継続的処遇とアフターケア段階（福祉・医療・教育等）への円滑な移行（香港、マレーシア及びシンガポール）
- ・薬物検査及び治療命令（DTTO [イギリス]）

1 第一次予防に関するアないしウの例は、アメリカの例である。

2 ここで、調査対象国とは、実際に調査を完了した、香港、韓国、マレーシア、シンガポール及びタイの5か国を指す。

・治療共同体（シンガポール、タイ、アメリカなど）

イ 密造・不法取引者対策（◆供給削減）

徹底した取締りと摘発→国内関係機関の連携、国際的協力（条約やMOUの締結）

- ・厳罰主義（死刑、長期刑の多用）（韓国、マレーシア、シンガポール及びタイ）
- ・薬物製造に代わる収入源の保証（特に、あへん系の転作等奨励）→社会政策（タイ）
- ・雇用機会創出（予防・社会復帰支援双方で）→社会・経済政策（シンガポール）

(2) 処遇モデル（医療・福祉）（●需要削減）

ア 医療モデル（Medical Model）

施設内処遇（in-patient treatment）

社会内処遇（out-patient treatment）

イ 社会福祉モデル（Welfare Model）

ハームリダクション（Harm Reduction）・アプローチ→社会政策

ウ 統合モデル（統合的アプローチ、Integrated Approach）

- ・社会的コスト・ベネフィット分析→法的規制中心から予防・処遇も重視した対応へシフト（香港、タイ、シンガポール及びマレーシア）
- ・ニーズ・リスク・アプローチ（needs and risk approach）医療モデルから統合モデルへ（シンガポール、オーストラリア及びカナダ）
- ・継続的処遇アプローチ（through care）（シンガポール、香港、アメリカ、カナダ及びイギリス）
- ・多様な社会資源統合アプローチ（Multidisciplinary Approach, Multidisciplinary Team [MDT]）（アメリカ、カナダ及びイギリス）

3 処遇方法（モダリティ、modality）

(1) 認知行動療法（Cognitive Behavioral Treatment, CBT）

(2) 治療共同体（Therapeutic Community, TC, 治療集団コミュニティモデル）

(3) 自助グループ活動（NA, AA）

(4) 薬物治療

ア アゴニスト療法³→メサドン・メインテナンス（香港、メサドン置換・漸減ができないため）→ハームリダクションの一種+ニードル・パーク HIV 対策

イ アンタゴニスト療法⁴→naltrexone（月1回の長時間持続性、シンガポール）

ウ 代謝阻害療法→アセトアルデヒド代謝阻害

エ 対症療法→交感神経遮断ほか

(5) 実証的根拠に基づく実務（EBP）の観点から効果が実証された処遇

ア 心理社会的治療アプローチ

イ コミュニティ強化プラス・クーポン制アプローチ

3 アゴニスト（agonist）療法とは、依存薬類似のアゴニスト（作用薬）を治療薬として用いる方法であり、メサドン療法など、依存薬による依存を肩代わりして一時的に退薬症候の発現を抑え、また、ある程度満足感を与えることにより、摂取の渴望を弱めて、断薬を継続させる療法をいう。

4 アンタゴニスト（antagonist）療法とは、依存薬の効果を遮断するアンタゴニスト（拮抗薬）を摂取することにより、依存薬を摂取しても効果がない、又は効果を弱めることによって、断薬を継続させる療法をいう。Naltrexoneの開発により、アンタゴニスト（antagonist）療法は、長足の進歩を遂げたとされている。

ウ 報酬管理

エ 再発予防（リラプス・プリベンション，RP）

（6）実証的根拠に基づく実務（EBP）の観点からみて支持される研究結果が認められる処遇

ア MATRIX モデル

イ 行動的家族／夫婦療法

ウ 女性が居住型治療施設に入所＋子供の一部又は全部の入所許可→治療持続率向上

エ 支持的現精神療法

<参考文献>

小沼杏坪，2004，「薬物依存者に対する治療・処遇の体制の現状と課題」，警察論集57巻2号，pp.123-147.

福井進，小沼杏坪（編），「薬物依存症ハンドブック」，1999，金剛出版.

白倉克之，樋口進，和田清，2003，「アルコール・薬物関連障害の診断・治療ガイドライン」，（株）じほう.

和田清（編），2000，「薬物依存」，精神医学レビューNo. 34，（株）ライフサイエンス.

第2節 各種処遇対策等の分析

第1 薬物乱用者に対する強制的処遇制度

1 強制的処遇制度の定義

薬物乱用者（本稿では、薬物使用者及び薬物依存者の総称として使用する。）に対する強制的処遇制度とは、薬物乱用者本人の意思にかかわらず、施設内又は社会内で、強制的に、薬物乱用者更生のための各種の処遇を実施することを内容とする制度をいう。法的に、薬物乱用者処遇を強制する制度であるため、矯正施設内処遇や保護観察処遇の一環として、本人の自主的な選択に基づいて実施されている各種の薬物乱用者処遇プログラムは、ここでの検討対象から除外される。

強制的処遇制度は、広義では、薬物乱用者が刑事司法手続の対象となったか否かを問わないと考えられる（日本の例：麻薬及び向精神薬取締法58条の2、58条の8に基づく、都道府県知事による入院措置としての麻薬中毒者に対する強制的処遇）。しかし、本報告では、刑事司法手続とのかかわりにおいて行われる薬物乱用者処遇の分析に主眼があるため、狭義の、刑事司法手続の対象となった薬物乱用者に対する強制的処遇制度に限定して述べる。

本書で採り上げた、香港、韓国、マレーシア、シンガポール及びタイは、いずれも、狭義の意味での強制的薬物乱用者処遇制度を有している。

2 調査対象国の強制的処遇制度の特徴とその比較

(1) 強制的処遇制度導入の目的・背景

調査対象国の制度全体に共通する基本的な思想は、薬物乱用者を治療が必要な「患者」として扱い、犯罪者としての処罰よりも、治療・乱用者更生の観点を優先させることにありとえられる。

そのための一つの方策は、刑事司法制度の入口である警察段階において、薬物乱用者を乱用者専用のダイヴァージョン・プログラムに導入して、以後、治療・乱用者更生に専念させるという方式である（シンガポール、タイ）。この導入を、裁判所が関与する段階までずらしたのが、香港及びマレーシアの方式である（いずれも刑罰ではない裁判所の特殊な処分）。

韓国については、薬物乱用者を実際に処罰するという原則自体は修正していないので、他の4か国と法律構成が異なる。すなわち、乱用者は、刑事罰の対象となり、かつ、それが執行されるが、検察官が、薬物依存に対する治療が必要と判断した場合、治療監護を裁判所に請求し、刑罰に加えて薬物乱用者処遇のための処分（治療監護）が併科される。その結果、専門の治療施設内において、後者を優先して実施するとともに、治療監護の執行期間を刑期の執行に算入することによって、実質上、拘禁刑の執行の負担を軽減する内容となっている。

警察段階で乱用者専用のダイヴァージョン・プログラムを導入した場合、刑事司法制度の入口において、薬物乱用者と薬物密造・不法取引者とを区別して、それぞれに最適な処分のコース選択が可能となるとともに、検察庁、裁判所、矯正施設の負担軽減（過剰収容の緩和、特にタイ）となる。

また、強制的処遇の方式として、薬物乱用者に対して刑罰ではない特殊な処分を課する方式を採用した場合、薬物乱用者に前科を付さないことから、その社会復帰を促進させ、同時に、刑務所の過剰収容も緩和されることになる。

(2) 強制的処遇制度分析の観点

刑事司法制度との関連において見た強制的処遇制度の特徴は、次の四つの観点から分析することができる。ア及びイは、薬物乱用者強制的処遇制度の法的位置付けに関する問題であり、ウ及びエは、薬物乱用者強制的処遇制度の実施体制に関する問題である。

ア 刑事司法手続のどの段階において強制的処遇制度が導入されて（組み込まれて）いるか。

→刑事司法手続からの一種のダイヴェージョンの時期と方式

イ 強制的処遇実施の結果が刑事司法手続にどのような影響を及ぼすか。

→前科付与の有無、薬物使用に対する国家の基本的施策の在り方（刑罰と位置付けるか否か。）、刑事司法手続再開の可能性

ウ 強制的処遇の具体的内容は何か。強制的処遇実施中、薬物乱用者のニーズとリスクに対応した処遇の多様化がどの程度行われているか（乱用者処遇の横軸）。

→強制的処遇制度自体は、薬物乱用者とそれ以外の薬物関係犯罪者を、刑事司法手続上区別し、前者に対して、社会復帰のための処遇を優先するための仕組みである。この制度が、実際に、効果的に機能するためには、乱用者の多様なニーズに対応した処遇の多様化、サービスの提供が充実しているか否かの検証が必要である。

エ 強制的処遇終了後（刑事司法手続終了後ないし刑事司法手続を離れた後）、継続的な乱用者の社会復帰を図る上で必要な、医療・福祉等を中心としたアフターケア体制の有無、及びそれらとの連携体制の整備の程度（乱用者処遇の縦軸）。

→薬物乱用者処遇は、多様な処遇方法の投入を要する（乱用者処遇の横軸、つまり、処遇の広がり）とともに、それらの処遇効果を維持して、乱用者の社会復帰を実現するためには長い時間を必要とする（乱用者処遇の縦軸、つまり、時間的経過）。この観点からは、継続的処遇（through care＝刑事司法制度と関連する制度との間の円滑な移行）の実施及び薬物乱用者の社会への再統合の在り方が問題となる。

(3) 法的位置付け

ア 強制的処遇制度の刑事司法手続における導入段階

強制的処遇の導入段階について見ると、論理的には、①警察又は専門の捜査機関による摘発段階（検察官への送致前のダイヴェージョン・プログラム）、②起訴段階、③裁判（量刑）段階、④施設内処遇段階、⑤保護観察等の社会内処遇段階（保護観察の遵守事項に組み込む、独立の社会内刑罰の一種として裁判所が命令する等）が存在し得る。調査対象国に存する制度を、刑事司法手続における強制的処遇への導入段階・処遇の種類・法的根拠・決定機関・実施機関別に分類した結果は、表1のとおりである。調査対象国の制度は、それぞれ、括弧内の分類に相当すると考えられる。香港（③、量刑段階の選択肢の一つ。ただし、刑罰ではなく、前科にならない特殊な薬物乱用者処遇専用の命令。）、韓国（④、通常の拘禁刑の執行の一部に組み込み。）、マレーシア（①、裁判所は関与するが、起訴はされておらず、治安判事の命令の性質は、治療命令。）、シンガポール（①、行政機関による行政命令。あくまで、刑事司法手続とは別個の制度。）、タイ（①、行政機関による行政命令。ただし、処遇効果がない場合、刑事司法手続が再開され、通常の薬物使用等の罪で起訴される。）

表1 刑事司法手続における強制的処遇への導入段階・処遇の種類・法的根拠・決定機関

刑事司法の段階	香 港	韓 国	マレーシア	シンガポール	タ イ
警察等捜査機関による摘発段階			更生センターにおける施設内処遇及びそれに引き続く社会内処遇命令又は当初からの社会内処遇事務所による社会内処遇(1983年薬物依存者(処遇及び更生)法6条, 8条)治安判事が, 更生センターにおける薬物依存者のための施設内処遇命令又は社会内処遇命令を発する。	薬物乱用者更生センターにおける施設内処遇及びそれに引き続く法定社会内処遇又は当初からの社会内処遇(1973年薬物乱用法34条2項)検察官送致前の中央薬物統制局による行政命令	薬物乱用者更生センターにおける施設内処遇又は当初からの社会内処遇(2002年薬物乱用者更生法22条1項, 21条)検察官による起訴前の薬物乱用者更生委員会小委員会による行政命令
裁判段階以降	薬物嗜癖治療センター(DATC)における施設内処遇(危険薬物条例54A条)矯正局長によるDATC収容適格性報告書(判決前調査報告書の一部)に基づき, 裁判所が薬物嗜癖治療センター拘禁命令を下す。	治療監護所における施設内処遇(社会保護法による保護処分の一種, 社会保護法1条, 2条, 8条)裁判所が検察官の監護請求に対して, 判決をもって命ずる。ただし, 対象は, 薬物乱用者に限定されない。			

注 韓国の治療監護処分以外は, すべて, 薬物乱用者更生のための専用の制度である。

イ 強制的処遇実施の結果と刑事司法手続との関係

韓国を除いて, 各調査対象国とも, 強制的処遇制度への導入段階は異なるものの, 行政命令又は刑罰とは異なる特殊な治療命令の法的構成を採っている。その結果, 強制的処遇制度を満足すべき結果をもって修了した者は, 前科を付されることはない。しかし, 韓国は, 拘禁刑の執行過程において, 専用の処遇施設に移送されて乱用者処遇を受け, その期間は, 服役期間に算入されることから, 当然前科の対象となるため, 他の四つの調査対象国と法的位置付けが大きく異なっている点に注意を要する。

他方, タイにおいては, 行政命令としての強制的処遇修了の評価において更生不十分と判断されるか, 又は強制的処遇制度に関する遵守事項違反と認定された場合, 正規の刑事司法手続に戻す(起訴する)との扱いが用意されている。これは, いずれの調査対象国においても同様であるが, 薬物使用が犯罪とされているからである。その結果, 強制的処遇制度によって更生すれば処罰を免除されるが, 更生できなかった場合は, 本則に戻って, 正規の刑事手続を経て, 犯罪者として処罰され

ることになる。

マレーシアでは、強制的処遇における遵守事項（条件）違反によって、もとの犯罪である薬物使用によって改めて処罰されることはないが、他方、遵守事項（条件）違反は、新しい犯罪行為を構成し、拘禁刑、罰金、むち打ち刑の対象となる。韓国については、薬物使用に対して既に刑罰が科せられているので、更生不十分であっても、更に処罰の対象とされることはない。

ちなみに、香港においては、更生の目的をできるだけ達成できるようにするため、強制的処遇制度の実施期間が当初から不定期とされており（改善状況を各収容施設の成績評価委員会が定期的に査定して釈放時期を決定、2～12か月）、また、シンガポール及びタイにおいては、強制処遇実施の最低期間（おおむね6か月）が制度運用にかかわる専門の行政機関による乱用者更生の評価に基づいて3年を限度に、6か月単位で延長が可能な制度が用意されている。マレーシアにおいては、逆に、薬物更生センターでの処遇期間は2年としながら、在所期間が12か月以上の者で、在所による治療が十分であるとされた場合に、一定の手続きを経て釈放できる制度が用意されている。

ウ 強制的処遇の実施機関、処遇の種別及び施設内処遇の体制等

強制的処遇の種類としては、制度上、香港では、施設内処遇及び社会内処遇の組合せに、韓国では、施設内処遇に、それぞれ限られている。シンガポールでは、制度上、施設内処遇及び社会内処遇の組合せ又は社会内処遇のみの選択が可能であるが、実務運用上、社会内処遇の選択肢はほとんど活用されていない。これに対して、マレーシアでも施設内処遇及び社会内処遇の組合せ又は社会内処遇のみの選択が可能であるが、逆に、社会内処遇に付される者の比率の方が高い。タイでは、施設内処遇又は社会内処遇の選択が可能（香港、シンガポール及びマレーシアのように、両者の組合せ制度はない。）であり、社会内処遇に付される者の比率の方が高い。

処遇対象となっている乱用薬物は、香港、韓国及びマレーシアでは、特に限定はない。ただ、實際上乱用されている薬物は、香港及びマレーシアでは、あへん系薬物が中心であるが、近時、メタンフェタミンの乱用者が急増しつつある。韓国では、メタンフェタミンが主要乱用薬物である。これに対して、シンガポールでは、1973年薬物乱用法上、従来からの主要乱用薬物であるあへん系薬物乱用者を強制的処遇の対象としているが、近時の乱用薬物の傾向は、香港、マレーシアと同じ傾向が見られ、新しいニーズへの対応が求められている。タイでは、強制的処遇の対象とする必要のある薬物につき、その種類、検挙時の所持量等について2002年薬物乱用者更生法19条1項を受けた法務省令⁵で規定されることとなっており、事情の変化に対応して、迅速かつ柔軟に、処遇対象とする薬物の範囲を変更できる制度が採用されている（例：メタンフェタミン、アンフェタミンは、5回飲用分〔錠〕又は500mg以下）。

強制的処遇のための施設は、タイ以外では、いずれも実施機関直営施設である。タイでは、法務省保護局直営の施設は、1施設であり、他の40施設は、2002年薬物乱用者更生法に基づき法務大臣が官報告示をもって指定した他機関（保健省、地方行政局、タイ国軍「陸・海・空」）所属の施設を、法務省保護局の所管下にされている。

5 「形態、種類、カテゴリー及び分量の薬物の規定に関する法務省令（2003年）」、詳細は、本書第2部第5章「タイ」の表21及び関連する記述参照。

表2 強制的処遇の実施機関、処遇の種別及び施設内処遇の体制

	香 港	韓 国	マレーシア	シンガポール	タ イ
実施機関	保安部矯正局	法務部保護局	内務省薬物対策庁	内務省矯正局 中央薬物統制局	法務省保護局
処遇の種別	施設内処遇及び施設内処遇に続く必要的社会内処遇	施設内処遇	施設内処遇及び施設内処遇に続く必要的社会内処遇 又は 社会内処遇	施設内処遇及び施設内処遇に続く必要的社会内処遇 又は 社会内処遇	施設内処遇 又は 社会内処遇
処遇対象となっている乱用薬物	あへん系薬物, 向精神薬 (非あへん系薬物の総称として使用)	特に限定なし	特に限定なし	① あへん系薬物 ② トルエンを含む中毒性物質 (①と②は, 根拠法令が異なり, 強制的処遇制度の内容も少し異なるが, 大枠は共通。)	あへん系薬物, メタンフェタミン, アンフェタミン, コカイン, 大麻など法務省令で指定した種類の薬物
施設数	3	1	28	5	41
収容定員	1,018名	60名	15,000名	4,059名	5,510名

(注) 「あへん系薬物」には, あへん, モルヒネ, ヘロインを含む。

エ 強制的処遇実施中の処遇の多様化

これは, 薬物乱用者処遇の多様化, すなわち, 乱用者の多様なニーズとリスクに対応したサービスの提供による強制的処遇の内容の充実に係る問題である。強制的処遇制度は, 薬物乱用者とそれ以外の薬物関連犯罪者を区別して扱うための枠組みにとどまるので, 実際にこの制度が効果的に運用されるためには, ニーズとリスクに対応した処遇方法の多様化が, どの程度実現されているかが検討のポイントとなる。その際, 刑事司法機関が強制的処遇制度の運用主体となっている場合であっても, 刑事司法機関のみでこれらの多様な処遇・サービスのすべてを提供することは, 専門職員体制や予算の面から困難な場合が多い。他方, コスト・パフォーマンスの観点からは, 薬物乱用者処遇に関する専門のサービスをサービス・プロバイダーから購入し, その内容に関して刑事司法機関側が注文や監査をする方がより効率的な場合も少なくない。これらを踏まえて, 調査対象国の状況を概観する。

香港の場合, DATC での強制的処遇プログラムの内容は, 一般医療・精神科医療, 精神科看護, 個別・集団カウンセリング, 作業療法(木工, 縫製, 洗濯, 陶芸など), 小動物飼育, レクリエーション活動等によって構成されており, 更生保護関係 NGO 6 団体が被収容者面会や各種活動に協力している。

マレーシアの場合, 薬物更生センターでの処遇は, 心理社会的介入(psycho-social intervention), 治療共同体 (Therapeutic Community, TC), 宗教治療 (religious therapy), 職業補導 (work therapy), 薬物依存度の高い人への特別治療 (special therapy for reluctant client) の五つの処遇様式のいずれかを採用している。心理社会的介入の場合は, リハビリテーション部門とカウンセラー部門の職員で, 多様なプログラムの実施をカバーしている。治療共同体の場合は, TC に関する専門研修を受けた職員 (アメリカの Daytop Inc. に派遣) 及び回復した元乱用者 (recovery addicts,

薬物更生センターでの TC プログラムによって更生。)の指導の下、TC 構成員自身が、それぞれ TC プログラムの実施に関して役割を分担しており、構成員相互のピア・プレッシャーを用いて(疑似家族的な雰囲気の下で、仲間同士の心理的な圧力に基づき態度変容を促す。)、TC プログラムを自己充足的に実施している。社会内処遇では、リハビリテーション・オフィサーが、カウンセリング、就労斡旋、自助グループ活動等により社会への再統合を促すことの援助等を行っており、これらの処遇は、最低でも月1回を行うことになっている。また、警察も、社会内処遇を行っている者に対して尿検査の実施母体としての役割を担っている。

韓国における処遇は、薬物治療、社会心理的介入、作業療法及び職業訓練である。治療監護施設における処遇であり、対象者の数も最大で60名と限定されているため、これらのサービスは、専従の職員によって提供されている。

シンガポールでは、薬物乱用者処遇全般に関して、メディカル・ケア中心から、ニーズ・アンド・リスク・アプローチに移行しつつある。ここでは、犯罪性向(criminogenic tendency)への多角的な対応がなされており、特に、本人を取り巻く環境に着目して、薬物乱用の根本原因に対するアプローチが社会的、身体的、心理的な観点から分析しながら進められている。施設内処遇の場合、職業訓練、薬物乱用処遇、教育、カウンセリング、生活技能訓練等が、オリエンテーション段階を終了した者に対して実施される。これに続く釈放前段階では、就労及び家族関係の円滑化を目的とした訓練や遠隔訪問センター(Tele Visit Centre, Volunteer Welfare Organization [VWO]によるサポート)を通じたテレビ会議システムを使って、家族に負担をかけずに、より頻繁に本人との接触を可能とし、両者の関係強化が図られている。職業訓練は、シンガポール社会復帰援助共同体(SCORE)、NGOなどが連携してサポートしており、教育、カウンセリングには、外部ボランティアも活用されている。釈放段階(社会内処遇)では、在宅拘禁制度、就労のための釈放[ワーク・リリース]制度、更生保護施設プログラム、在宅プログラム、更生保護施設又は在宅プログラムと薬物療法[Naltrexone]の組合せプログラムが用意され、それぞれ、カウンセリングや就労支援等が、SCORE、シンガポール薬物乱用防止協会(SANA)、CARE(Community Action for the Rehabilitation of Ex-offenders)などを通じて提供されている。

タイでは、保護観察官が作成した、心理的、身体的、社会的(環境)に関する調査報告書を基に、薬物乱用者更生計画が策定される。その際、対象者の年齢、性別、生物学的情報及び薬物関係の犯行時の状況並びに被疑者を取り巻くすべての環境を検討した上で、当該者の状態にふさわしい条件が実際の処遇を行う施設に対して指示されることになっている。この薬物乱用者更生計画に基づく強制的処遇は、大別して、施設内処遇と社会内処遇に分かれ、①施設内処遇(6か月、集中的処遇コース、通常コース)、②社会内処遇(薬物依存者コース[4~6月]、薬物使用者コース[1月~6月])となっている。

薬物乱用者更生センターにおける施設内処遇では、治療共同体(TC)モデルに基づいて⁶、入所時訓練(1か月目)、更生期間(2か月目から4か月目)、保護観察指導監督及びモニター期間(4か月目以降)の各段階に応じて、処遇プログラムとして、①身体訓練、②精神及び知性開発、③感情

6 なお、タイでは、矯正施設内の処遇において、治療共同体(TC)・CAREプログラムが1992年から実施されている。導入当初は、アメリカのデイトップインターナショナル(Daytop International)やイタリアのコミュニタ・インコントロ(Communita Incontro)が研修員受入れ等の方式により技術的な支援を行ってきた。現在、法務省矯正局が実施している TC 処遇は CARE モデルと呼ばれ、デイトップモデルとコミュニタ・インコントロモデルの双方の利点を折衷したプログラムを展開している。

及び社会的（対人）技能開発、④教育及び職業訓練等が実施されている。

オ 薬物乱用者に対する継続的処遇（through care）の実施体制とアフターケア

薬物乱用からの回復と真の社会復帰（更生）は、時間と多大の労力を要する一連の過程である。法に基づく強制的処遇の期間は、施設内及び社会内処遇ともに限定されているため、①施設内処遇から社会内処遇への移行、②施設内又は社会内処遇終了後のアフターケアへの移行という、それぞれ次の段階への円滑な移行が、薬物乱用者の薬物再使用を防止し、その社会への再統合を図る上で極めて重要である（家族関係その他本人を取り巻く人間関係の修復、職場・学校等への復帰、負の環境的要因緩和と地域社会への定着など）。これは、具体的には、薬物乱用者に対する継続的処遇（through care）の実施体制の整備及び（元）薬物乱用者の社会への再統合の在り方の問題（刑事司法制度と関連する制度との間の円滑な移行）となって現れる。

(ア) 施設内処遇から社会内処遇への移行

香港、マレーシア及びシンガポールでは、薬物更生施設への入所とそれに引き続く社会内での指導・援助を組み合わせ、継続的処遇の第1段階の充実を図っている。これらの国では、施設内での強制的処遇終了後、社会内処遇における一定期間の法定監督期間があるが、韓国とタイにはない。シンガポールの場合、強制的処遇を行う施設において、処遇段階（釈放前段階処遇の直前であり、処遇の中核をなす段階。）に至ると、社会内処遇への円滑な移行を念頭に置いた各種の処遇が、乱用者に対する各種の支援・協力体制（coordinating structure）の下に行われる。具体的には、政府主体による社会（福祉）事業、シンガポール社会復帰援助共同体（SCORE）、NGOなどが連携を図り、かつ、収容者の家族も巻き込む形で、収容者に対する支援・協力体制が構築されている。薬物乱用者の更生を大きく左右する要素の一つとして、家族、取り分け、良好な家族関係の存在並びに安定した雇用環境が挙げられる。そこで、本人と家族との関係強化の一つの方法として、遠隔訪問センター（Tele Visit Centre, Volunteer Welfare Organization [VWO]によるサポート）が各刑務所と地域のコミュニティ・センターに複数設置されている。これは、テレビ会議システムを使って、家族に負担をかけずに、より頻繁に本人との接触を可能とし、それを通じて、両者の関係強化を図ろうとするものである（日本のテレビ会議システムとほぼ同じ機材を使用している。）。

(イ) 施設内又は社会内処遇終了後のアフターケアへの移行

法定の処遇終了後、薬物乱用者は自由となり、処遇を受ける義務はないものの、各種のリスクへの対応（主として薬物再使用の危険）及びニーズ（特に求職）に対する充足を求める状態は続いている（アフターケアの必要性）。

したがって、薬物乱用者処遇を実施する機関・団体等は、その処遇実施期間中から、アフターケア段階への円滑な移行を図るため、医療、福祉、教育等の関係機関・団体等と緊密な連携を図ることができる体制の構築が重要となる。

これら(ア)及び(イ)の段階を通じて、調査対象国中、最も整備された制度を有するのが、シンガポールである。シンガポールでは、薬物乱用者更生センターから釈放された者又は薬物乱用者に対する強制的処遇としての社会内処遇に付された者に対して、アフターケア・ケースマネージャーが（Aftercare Case Manager, ACM）が、乱用者ごとに、個別のアフターケア・ニーズを明らかにした上、CAREシステム⁷などを活用しながら、個別の対応計画に基づく統合的援助の対象とす

7 CAREシステムの詳細は、第2部第4章シンガポールの項を参照されたい。

る。薬物乱用者更生センターから釈放後は、2年間、中央薬物統制局（各警察本署内に、統制局の支所があり、ここに出頭。）に対する報告義務及びランダム尿検査が課され、また、当初から社会内処遇に付された者も、同様に2年間の指導監督に付される。この期間中、アフターケア・ケースマネージャーのコーディネートの下、シンガポール薬物乱用防止協会（SANA）等による職業訓練、求職活動援助、自助グループへの紹介、適切な医療受診の援助等のサービスが提供される。

さらに、このような法定の監督期間終了後のアフターケア段階についても、それまでの支援を引き継ぐべく、アフターケア・ケースマネージャーが統合的援助を継続する。

また、元薬物乱用の施設収容者に対する安定した雇用創出のため、内務省矯正局は、一般企業と共同出資して、一種の持株会社のような更生支援共同体(Rehabilitative Enterprise)を創設し、雇用の機会を創出するような事業を立ち上げる計画が2004年には具体化することになっている。

マレーシアでは、全国に93か所ある薬物対策庁所管の社会内処遇事務所(District Office)のうち、18施設に薬物乱用防止相談センター(Anti Drug Advisory Centre)が併設され、薬物乱用者に対する情報提供、助言、希望者に対するデイケアとしての個人又は集団カウンセリング等の業務を行っている。

3 調査対象国の強制的処遇制度に関する課題と対応策

以上の概観に基づき、次の点が指摘できる。

(1) 継続的処遇体制及びアフターケア体制の整備

韓国及びタイでは、継続的処遇体制の整備及びアフターケア体制の整備が不十分である。前記のように、強制的処遇制度は、乱用者と密造・取引者を振り分けて、処遇コースを変えるための枠組みなので、振り分け後の十分な処遇内容と体制がなければ、所期の効果は期待できず、逆に、薬物再使用が増える結果となりかねない。特に、乱用者処遇においては、長期間のケア体制を用意する必要があることから、継続的処遇体制の整備及びアフターケアの充実は、特に重要である。

そのため、後記本節第7で述べるように、処遇及びアフターケア関係機関・団体等の間のネットワーク体制の構築が必要であり、それを通じて、継続的処遇及びアフターケア体制の整備が図られると考えられる。

(2) 強制的処遇コースと刑罰コースへの対象者の振り分け基準

マレーシアでは、どのような者を強制的処遇に振り分けるかについての基準が法律上明確でない。その結果、同種の薬物乱用者であっても、一方は、強制的処遇コースに乗って、専門的な処遇を受けることができ、かつ、前科も付されないのに、他方は、刑罰を科せられた上、十分な処遇もなく、その上前科が付されるという不均衡が生じている。

この点に関しては、シンガポール（あへん系薬物単純使用による検挙2回目まで。）やタイ（法務省令で指定された種類と量以下の薬物使用者又は所持者で、初犯に限る。）のような要件を、法令において明確化し、公平かつ適正な制度運用を目指すべきであろう。

(3) 強制的処遇の効果に関する評価研究

すべての調査対象国に当てはまることであるが、国によっては、強制的処遇制度創設後、相当の期間が経過しているにもかかわらず、この制度に付された者とそれ以外の者の薬物再使用に関する、無作為化比較試験の手法を用いた実証研究を行っていない。ある制度が真に有効か否かは、無作為化比較試験を積み重ねることによって明らかとなるので、この乱用者の早期振り分けが効果的であるという実証的根拠が早期に示されることが必要である。

後記本節第7でも指摘するが、我が国を含めて、調査対象国においては刑事司法分野における無作為化比較試験（Randomized Control Trial, RCT）の手法を用いた実証研究は、欧米に比べて皆無に等しい状況にあるので、今後、予算的・人間的措置を含む早期の対策を行うことが重要であろう。

第2 治療共同体モデルによる薬物乱用者処遇 (Therapeutic Community, TC)

1 治療共同体モデルによる処遇とは？

治療共同体モデルによる薬物乱用者処遇は、欧米各国のみならずアジア諸国を始め世界的な規模で広範に実施されており、実証的な処遇効果研究を見ても断薬の継続や再犯の防止に有効であることが確認されている。本節では、まず治療共同体モデルによる処遇の成り立ち、処遇の基本要素、具体的な処遇方法等を概観した上、次に治療共同体モデルによる代表的処遇効果研究事例を紹介し、最後に調査対象国における治療共同体モデルに基づく処遇の現状や問題点及び課題を概括的に検討する。

(1) 治療共同体概念の誕生と四つの源流 (Kennard, 1998)

治療共同体 (Therapeutic Community, TC) という概念は、既存の精神病院運営に患者を参加させ、患者の自発性や自立性を尊重した治療環境作りを目指した英国 Cassell 病院の精神科医 (精神分析医) Tom Main が1946年に最初に用いたとされる。その後、TC 概念は、具体的な治療的介入のモデルとして英国とアメリカで独自の発展を遂げた。英国では、Henderson 病院の Maxwell Jones が職員と患者とに同等な意思決定権限を与える民主的な運営形態として TC を発展させていった。一方、アメリカでは、元アルコール中毒患者でアルコホリック・アノニマス (AA) のメンバーであった Charles Dederich が、1958年にカリフォルニア州にエンカウンターグループ活動を中心とする Synanon と呼ばれる TC を設立し、現在のアメリカの TC 活動団体の多くは Synanon の活動をベースに発展した。このほか、TC の運営形態により障害者の治療を目指したものとしては、キリスト教信仰に根ざしたものや、Laing や Cooper による反精神医学運動に源流をもつものがある。

Kennard はこれら起源を異にする多様な TC アプローチを4種類に大別している (表3)。このうち、薬物乱用者処遇に深いかかわりがあるのが、3番目のコンセプトベース TC であり、以下ではこのモ

表3 TCの四つの源流

アプローチ	説明
TC アプローチ TC Approach	慢性的な精神障害者を収容するアサイラム型施設を対象者の人権や威信を尊重する能動的、人道的な施設に変容させようとするアプローチ。組織は職員により運営されるが、入所者を信頼し、入所者に責任や主導性を与えるもの。(例, Main)
TC プロパー TC Proper	小規模で凝集性の高い共同体を作り、治療的判断や各種機能を共同体全体で担う。職員・入所者の役割の違いは大幅に軽減されている。英国で TC という場合は、一般にこの種の民主的運営形態を指すことが多く、対象者は、重度人格障害者、境界性人格障害者、社会不適応者等多岐にわたる。(例, Maxwell Jones)
コンセプトベース TC ⁸ Concept-based TC	小規模で凝集性の高い共同体を作り、職員と入所者は連続的階層や命令系統を持つことが多い。職員は、元入所者であることも多く、薬物嗜癖者を中心として、各種嗜癖患者や合併症患者、各種犯罪者・元犯罪者も扱うようになっている。 (例, Dederich の Synanon ; Daytop, Phoenix House, Amity 等の TC 団体)
反精神医学型 TC Anti-Psychiatry Communities	伝統的精神医学へのアンチテーゼとしての治療的処遇形態であり、職員・入所者の区別をなくし、共同体生活を送るもの。(例, Laing)

8 このタイプがコンセプトベーストと言われるのは、薬物嗜癖の特質やその治療的介入について明確な概念を持った処遇を展開していることが多いことによる (詳細後記)。

デルに基づく TC 活動を中心に説明する。

(2) 治療共同体モデルに共通する特徴 (Kennard, 1998)

以下に記載する特徴は、前述した四つの TC 処遇モデル(広義の TC)におおむね共通して見られる特徴である。

ア 非形式的で共同参加型の文化風土を持つ。

イ グループミーティングが治療プログラムの中心となっている。

(情報はできるかぎり共有され、共同体の一体感を育む。意思決定プロセスはオープンとする。ミーティングは個人的なフィードバックを与える機会として、あるいは共同体の成員からの圧力を個人変容の手掛かりに利用したりする。)

ウ 共同体の維持・運営にメンバーの役割活動を活用する。

エ 入所者自身が相互の行動や態度を通じて他に影響を与え、治療者的な役割を担っている。

オ 職員及び入所者による権威を一般に共有し、共同体の運営計画や活動を企画する。

カ TC ごとに重視する価値は異なるものの、共通の価値や信念の下で共同体を運営する。

(例、個人の抱える問題は他者とのかかわりの中で形成されるという考え方、変化や回復の過程は学びの過程であるという考え方、成員は平等であるとの考え方など。)

(3) コンセプトベースト TC の概要 (Kennard, 1998 ; NIDA, 2002)

前述のようにコンセプトベースト TC は、1958年に創設された Synanon に起源を持つ。Synanon は、当初、薬物嗜癖者の集団ということで地域住民の排斥運動に直面したが、薬物嗜癖からの回復の実績や政治家のバックアップを得て、徐々に公的機関から薬物嗜癖者の回復に有効であると認知されるようになった⁹。こうして Synanon の TC 活動が市民権を得るようになると、薬物問題がより深刻なニューヨークに同様な活動が波及していった。まず、1963年に Synanon の活動に影響を受けた精神科医と保護観察官たちが中心となって、Daytop Village が設立され、1968年には Phoenix House が設立された。これらの TC 団体の諸活動は、その後、1976年に始まった世界 TC 会議や1980年の世界 TC 連盟 (World Federation of Therapeutic Communities, WFTC) の設立等を経て西欧諸国、アジア、ラテンアメリカ諸国に展開していった¹⁰。以下は、今日のコンセプトベースト TC の基本的考え方や運営の概観である。

ア コンセプトベースト TC 活動が目指すもの

共同体メンバーの相互作用により、心身の健康を回復し、健全な社会機能、スキルや価値のリハビリテーションを図り、また、もともと秩序ある生活体験がない者には、社会的に望ましい生活に関連する行動上のスキル、態度、価値を育む(ハビリテーションあるいは育て直し。)。薬物嗜癖からの回復は、対象者の成長促進のステップであって、生き方の構築・再構築を究極の目標とする。このプロセスとして、グループセッション、直面化、各種のゲーム、ロールプレイング等のプログ

9 Synanon は、もともと Deterich のカリスマ性に依拠していたこともあって、徐々にカルト集団化してしまい、脱会者を巡る紛争から1978年に起きた弁護士襲撃未遂事件を契機に瓦解した。近年、日本でも著名な TC 団体の Amity は、元 Synanon 入所者らによって設立されたものだが、Synanon の教訓を踏まえて、プログラム内容は良く構造化され、研究活動も同時進行される総合的な TC 活動に発展している(概要は、坂上・アミティを学ぶ会(2002)を参照)。

10 Daytop は現在社団法人化されており約60か国で Daytop モデルの TC 処遇が展開されている。本節で触れた諸団体等の情報は以下のウェブサイトから閲覧できる: Daytop (<http://www.daytop.com>), Phoenix House (<http://www.phoenixhouse/org>) WFTC (<http://www.wftc.org>), Amity (<http://amityfoundation.com>), Center for Therapeutic Community Research (<http://www.ndri.org>)

ラムを用いて否定的なパターンの思考、感情、行動の変容を図る¹¹。

イ コンセプトベース TC 処遇の基本的構成要素

例外や付加的な要素を組み込んでいるプログラムもあるが、おおむね次のような基本的構成要素による処遇が行われる。

- (ア) アルコールを含め断薬を入所者のルールとしていること。
- (イ) 共同体内の各種の任務や役割は入所者の階層構造によって実施・監督されること。また、元嗜癖者がソーシャルワーカー、臨床心理士、看護師等の専門職スタッフと共にスタッフとなり、役割モデルや回復の導き手になっていること。
- (ウ) 表層的な感情や態度に直面化を促すようなエンカウンターグループ活動や様々な集会活動が実施されること。
- (エ) 社会的な自信を付与するために、一般知識を与えたり、スキルを育てたり、また、自信を促したりするような集団活動が編成されていること。
- (オ) 入所者が孤立せず、他の入所者と感情を分かち合うような人間的なかわり作りや集団の一体感や凝集性を高めることを意識した活動が行われていること。

ウ コンセプトベース TC におけるコンセプト

コンセプトベース TC のコンセプトは、大別すれば、嗜癖者の問題の性質にかかわるもの、治療的介入が役立つ理由にかかわるもの、共同体でいかに生活すべきにかかわるものがある。例えば、たまねぎ (Onion) のコンセプトは、クールでタフといった表層の皮 (防衛) をはいで、入所者との交流の中で中心部にある本当の自分との出会いを促すための概念図式として入所者の手掛かりとされる。また、入所者の多くが衝動的に行動することで様々な問題を起こしてきたことに着目し、共同体内で、「正しい生活 (right living)」（個人的・社会的責任や倫理を学ぶこと）や、「かのように振る舞う (acting as if)」（過去にどのように行動してきたかではなく、どう行動すべきかを踏まえて行動する）といったコンセプトが強調されることもある。

エ TC 処遇の流れ

処遇期間はプログラムごとに異なるが、TC 処遇はおおむね 3 期に分けて行われる。第 1 期は導入・治療初期であり、この間に入所者は共同体の生活様式を学び職員や他の入所者に対する信頼を培う。同時に入所者のアセスメントが行われる。第 2 期は主要治療期であり、共同体の諸活動を通じて向社会的な態度・行動や責任を養い、同時に教育面、職業面、家庭面、心理面のニーズに応じた手当てを行う。第 3 期は社会への再統合期であり、共同体から出所後の生活基盤の調整、職業・教育上の補導活動、個別・家族カウンセリング等が行われる。また、AA や NA といった自助活動も組み込まれ、共同体を出てからもそうした自助活動を続けるよう奨励されることも多い。

オ TC 処遇の修正版 (NIDA, 2002; Deitch et al., 2002)

伝統的な TC 処遇はおおむね 1～2 年間程度を標準的な処遇期間として設定されているが、アメリカでは、マネージドケア等の保健医療給付制度上の制約から短期 TC プログラムも出てきている。これに関し、NIDA (2002) によれば、1 年の TC 処遇と、9 か月の TC 処遇 + 3 か月の外来プログ

11 TC プログラムによっては、後述する認知行動療法の技法を組み入れているものも多い。Daytop モデルのプログラムでは認知行動療法の一部をなす各種スキル訓練や再発防止プログラムも組み込まれており、構造化の進んだ治療構造が構築されている。

ラムと、6か月のTC処遇+6か月のプログラムとで、治療成績に有意差はなかったという¹²。

一方、刑務所をベースにしたTC処遇は、北米地域では、Synanonが1962年にネバダ州立刑務所の処遇に非常勤で関与し、後にDaytopやPhenix Houseもニューヨークの刑務所のTCプログラムに関与するようになっていった。現在、各国で実施されている刑務所をベースにしたTCプログラムは、社会内の各種TCプログラムをモデルにしており、TC専用の収容・処遇棟を設けるなどして実施されている。施設の管理運営上、規律違反に対する対処や職員・入所者の構成等の面で各種の制約はあるものの、基本的なプログラム内容は社会内TC処遇プログラムと大きな違いはない¹³。

カ TC処遇の財源¹⁴

財源は団体ごとに異なり、政府助成を一切受け付けず独立採算方式を採る団体もあれば、刑事司法機関から処遇付託を受ける割合に応じて資金助成を受ける方式、政府機関との契約方式にしているものなど様々なやり方がある。そのほか、各種基金や寄付を運営経費としている。

2 薬物乱用者に対する治療共同体モデルによる欧米の処遇効果研究

上述のように治療共同体モデルによる処遇は、特にアメリカの刑務所では40年近い実績を持つことから、処遇効果に関する研究論文も多数刊行されている。アメリカ司法省は、刑事司法分野の薬物乱用者処遇の評価研究をレビューし、ドラッグコート実務、治療的介入と尿検査を組み合わせた社会内処遇プログラムと並んで治療共同体処遇の効果を明確に確認している（津富，1999）。

アメリカ各州で実施された刑務所のTCプログラムに関しては、Lipton（2001）が比較的詳しくレビューしており、また、アメリカの薬物乱用者処遇を全般的に扱った大規模な成り行き調査としては、1990年にアメリカ国立薬物嗜癖研究所（NIDA）が開始した薬物乱用治療成り行き調査（Drug Abuse Treatment Outcome Studies, DATOS）があり、TC処遇の効果についても評価されている¹⁵。ここでは、NIDAが資金助成を行った刑事司法分野における薬物乱用治療的介入の有効性を、根拠に基づく実務（EBP）の手法を用いて検討したプロジェクト（Correctional Drug Abuse Treatment Effectiveness (CDATE) Project）の中から、TC処遇についての知見の概要を、Liptonら（2002）及びPearsonとLipton（1999）の論文に基づき紹介する。

CDATE研究プロジェクトは、矯正処遇無効論を唱えたMartinsonの共同研究者であったLiptonらが、Martinsonらの文献レビューの中で調査対象とした年限以降（1968年～1996年末まで）の評価研究論文を収集し、メタアナリシスで処遇効果を推定した大規模な評価研究である。Liptonらは、90年代初頭に発表されたAndrewsやLipseyの矯正処遇効果一般に関するメタアナリシス研究によって矯正処

12 この比較では、雇用上の成り行きに関しては、9か月のTC処遇+3か月の外来プログラムの処遇形態が他に比べ良好であったが、成り行きの成否はプログラムにどれだけ長く残ることができたかにかかっていた。

13 英国やアメリカの刑務所における著名なTCプログラムの発展や個別的な成り行き調査報告の概要は、Lipton（2001）に大変詳しく記述されている。また、既存の刑務所プログラムにTC処遇を導入する際の各種の抵抗や問題点、TCプログラムの発展の経過を詳しく紹介した論文としてはMullenら（2001）の報告があり、この種の新たなプログラムの導入を検討する際の参考となる。

14 TC処遇施設の財源、立地条件、運営の詳細を検討した資料としては、カナダのバンクーバー市の調査委員会報告があり、新規にTC施設の設立を検討する際の参考となる（City of Vancouver, 2002）。

15 DATOSは、NIDAが実施してきた大規模先行研究（DARPとTOPS）を継承して実施されている評価研究プログラムである。TC処遇は、断薬の継続にメサドン維持療法と同等の効果があることや、治療的介入にどれだけ留まれるかが成り行きの成否を決めること、治療的介入には最低90日以上かけないと有意な効果がでないことなどがこれらの継続的な研究から判明している（DATOSの詳細な情報は、<http://www.datos.org>から閲覧可能である。）。

遇の有効性が一般的に確認されたこと、NIDAの先行研究によって刑事司法による薬物乱用者の強制的処遇は、自発ベースのプログラム参加者よりも治療の維持率が高く、再犯指標や断薬の継続という点でも成功率が高いことが確認されていることなどを踏まえ¹⁶、どのようなプログラムがどのような条件の下で効果をもたらすのかを解明することをCDATE研究プロジェクトの目標とした。刑事司法分野におけるTC処遇効果の評価は、この一環として行われたものである。

CDATEの文献データベースは、アメリカのみならず、カナダ、英国、ドイツ、スペイン、北欧諸国など欧米各国を含んでおり、刑事司法関連のTC処遇については、社会内TC、刑務所ベースのTC、ドイツの環境(社会)療法¹⁷、英国型のTCに関する評価研究を研究手続の洗練度や妥当性等の観点から分類し、最終的に42の研究を選択し、再犯指標との関連を調査している。うち、成人を対象とした35研究をメタアナリシスで検討したところ、対照群より有意に再犯率が減少した研究は86%に及んだ。これを狭義のTC処遇に限ってみると、評価基準に該当する研究は15件あり、TC処遇群は対照群に比し平均12%ほど再犯指標が低くなることが推定された。また、TC処遇の治療期間については、NIDAの先行研究と同様に治療期間の長さが再犯抑止に貢献することが確認された。Liptonらは、こうした知見を踏まえ、効果を持続的なものとするためには、刑務所におけるTC処遇を回復の1ステップと位置付け、社会内でも治療的介入を継続すべきであると結論付けている。TC処遇が目指すものが、対象者のライフスタイルの変容であり、嗜癖行動からの回復や生活安定化のために長期的な視野に立った介入が必要なことは経験的にもよく知られており、こうした実証研究は、TC処遇の有効性だけでなく、継続的処遇の必要性をも示している。

3 調査対象国における治療共同体処遇の現状、当面する課題と今後の展望

アジア地域には、前述の世界TC連盟(WFTC)の地域支部として、タイに事務局を置くアジアTC連盟(Asian Federation of Therapeutic Communities, AFTC)が組織されている。WFTCのホームページ情報によれば、AFTCの加盟状況を国別で見ると、中華人民共和国、香港特別行政区、インド、インドネシア、韓国、ネパール、パキスタン、フィリピン、シンガポール、スリランカ、タイ及びベトナムの13か国・地域である。

AFTCは、2002年8月に第5回AFTC国際大会を開催し(テーマ「TC-癒しのコミュニティ:21世紀におけるアジアの嗜癖問題への地域的対処」)、各国のTC処遇導入の経緯、現状及び課題について広範に議論している。このAFTC第5回大会議事録(AFTC, 2002)及び実地調査の結果から、調査対象地域のTC処遇の概況を以下に記載する。

AFTC第5回議事録に紹介されている各国の報告を見ると、薬物統制政策にアメリカ国務省の財政的援助や技術協力を得ているものが多く、TCプログラムの導入や人材育成の面でアメリカのDaytop Internationalが大きな影響を与えていることが分かる¹⁸。各国の導入経緯については、既存の治療的介

16 例えば刑務所をベースにしたTC処遇のドロップアウト率は、社会内のTCプログラムよりはるかに低いことが知られている。TCプログラム全般にドロップアウトの問題は一つの課題領域である。

17 ドイツの社会療法は、当初は精神分析的な治療を中心としていたが、最近では行動療法や認知行動療法など、折衷的なアプローチを取っており、TC処遇としてくれないため事後分析は独立に実施されている。この処遇形態も再犯指標を有意に低減させることが確認されている。

18 タイの場合は、1985年にThanyarak病院でTC処遇が始まっているが、この際にはDaytop SwedenがTCプログラム導入を支援し、DaytopモデルのTC処遇が広まった。この他、タイでは、イタリアに本拠を置くCommunita IncontroモデルのTC処遇も実施されている。タイ矯正局のCAREモデルと呼ばれるTC処遇は両者の折衷である。

入ではかばかしい改善が見られず、頻回の薬物依存者の処遇に苦慮したことや、処遇効果研究で TC 処遇が有望視されることなどに期待して TC 処遇の導入に踏み切っていることが分かる。今回の実地調査対象国では、香港、韓国及びシンガポールは民間治療・リハビリ施設における TC 処遇を実施しており、マレーシアは刑務所及び民間治療・リハビリ施設の双方で TC 処遇を実施している。TC 処遇プログラムの内容を全般的に見ると、Daytop モデルを原型とした構造的なプログラムを基本型としながらも、TC プログラムごとに宗教教育を取り入れたり、論理情動療法を組み合わせたり、処遇期間を短縮化し、他の処遇様態と折衷を図るような試み（例、タイの FAST モデル）がなされており、各国・地域の文化的、民族的背景、対象者の問題性やニーズ等を考慮した望ましい TC 処遇の在り方を模索していることが分かる（TC 処遇内容の詳細については、第 3 部の各国報告を参照。）。処遇効果の検討については、実地調査地域でも、断薬の持続率を成功の指標としたフォローアップ調査や、対象者の属性や TC 処遇を通じて対象者の心理面でどのような変化が生じたかなどを 5 年程度のスパンでフォローした調査報告などが第 5 回 AFTC 大会議事録に掲載されており、モニタリングや評価はどの地域においても比較的きちんと実施されているという印象を受けた¹⁹。ただし、対照群を用いた準実験的な手法による処遇効果評価や無作為割り付けによる統制群を用いた実験的な手法の処遇効果評価は、TC 処遇の効果に確証を得る上で検討課題と考えられる²⁰。

その他の課題としては、各国の風土に合った TC 処遇の標準化、良質のサービスを継続的に提供するためのプログラムスタッフの養成、先行する処遇様態やアフターケアの手当てとの調整、TC 処遇にふさわしい対象者の見極め、合併症を有する者や女子等の特有なニーズへの対応など、様々なものがあると思われる。こうした課題に対処し、アジア地域の TC 処遇を洗練させていくために、AFTC のような会合を介してのネットワーク作りや経験や情報の交換や TC 先進国であるアメリカ等からの技術支援は、今後、大いに威力を発揮すると思われる。

TC 処遇の必要性は、我が国でも薬物依存症からの回復や社会復帰を円滑に図る方法として、多くの研究者や自助グループなどから繰り返し主張されている（APARI, 2000；アミティを学ぶ会, 2004；小沼, 2004；永野, 1996, 2000；坂上ら, 2002；田所ら, 2000；和田, 2000）。導入の方向性としては、刑事司法機関における処遇又は医療・福祉機関の処遇から NA などの自助グループ活動へつなぐまでの移行的な処遇を行う中間処遇形態としての TC 処遇の創設、あるいは刑務所をベースとする TC 処遇の創設が提唱されている。

中間処遇施設としての TC 処遇施設を創設する場合には、欧米やアジア諸国の TC 処遇実務を十分に調査し、関係者に事前に十分研修させ、可能であれば公的な財政支援を行い、比較的ドロップアウトが少なく治療的介入の効果が期待できる女子の薬物乱用者を対象にしたパイロットプログラムを立ち上げることが考えられる。一方、薬物乱用者を集中的に処遇する施設の構想は、小柳（1983）が当時の薬物乱用状況を踏まえて詳細な検討を加えており、最近では小沼（2004）が同様な提案をしている。各国で実践されている刑務所をベースにした TC 処遇は、こうした薬物乱用者専用処遇の刑務所運営を検討するに当たり、認知行動療法的なプログラムとともに、実効性のある処遇プログラムを考慮する際の選択

19 断薬の継続率を指標とした成功率はフォローアップ期間により異なるが、各国で概ね70-80%という高率の数値が記録されている（詳細は各国報告の部参照、この場合も、ドロップアウトの高さが評価の際に問題とはなるが。）。また、心理面の変化をモーズレー人格目録（MPI）で査定した調査によれば、外向型の嗜癖者の方が内向型の嗜癖者よりも回復の成功率が高いというタイの病院の調査結果なども報告されている。

20 厳密な実験的研究は、倫理的制約などのため、欧米諸国のように実施が困難であるかもしれないが、ドロップアウト群なども継続的にフォローできれば、準実験的な手法により更に良質の研究が実施できるであろう。

肢の一つとして検討すべきであろう。ただし、TC 処遇は、伝統的な行刑施設運営とは異なる運営形態となることから、職員の意識を変えたり、研修を十分に行うことが前提になる。また、女子施設には薬物乱用の問題を抱える対象者が相対的に多く、薬物乱用とも関連性の高い他の嗜癖性の障害（例、摂食障害、自傷行為；関連性については松本（2003）参照）、被虐待体験等を持つ者も多いことから、このようなプログラムを実施する場合、まず女子施設を対象に TC 処遇のような集団療法的な処遇をパイロット的に行えば相応の効果が期待できると考えられる。

<参考文献>

- AFTC, 2002. 'TC - A Healing Community : A Regional Response to Addiction in Asia in the 21st Century.' (Proceedings of the 5th AFTC International Conference).
- アジア太平洋地域アディクション研究所 (APARI) (編), 2000, 『Born Again : 薬物依存からの再生・回復者達の声』東京 : APARI.
- アミティを学ぶ会(編), 2004, 『セラピューティックコミュニティ : 回復をめざし共に生きる』, 埼玉 : かりん社.
- City of Vancouver, 2002. 'The Therapeutic Community Treatment Model : Overview and Analysis of Key Themes and Issues.' (<http://www.city.vancouver.bc.ca/COMMSVCS/SOCIALPLANNING>).
- Curiotto, A. (Ed.), 1993. *Don Pierino Gelmini : A Plan for Life Community Encounter*. Middlegreen : St. Pauls.
- De Leon, G., 2000. *The Therapeutic Community : Theory, Model and Method*. New York : Springer.
- Deitch, D.A., Carleton, S., Koutsenok, I.B., & Marsolais, K. (2002). 'Therapeutic community in prisons.' In C.G. Leukefeld, F. Tims, & D. Farabee. (Eds.). *Treatment of Drug Offenders : Policies & Issues*. (Chap. 11, pp.127-137.) New York : Springer.
- Inciardi, J.A., Martin, S.S., & Butzin, C.A., 2004. 'Five-year outcomes of therapeutic community treatment of drug-involved offenders after release from prison.' *Crime & Delinquency*, 50(1), 88-107.
- 小柳武, 1983, 『覚せい剤等薬物事犯関係被収容者の処遇に関する研究』, 法務研究報告書, 71(1), 東京 : 法務総合研究所.
- Kennard, D., 1998. *An Introduction to Therapeutic Communities*. London : Jessica Kingsley.
- 小沼杏坪, 2004, 「薬物依存者に対する治療・処遇の体制の現状と課題」, 警察学論集, 57(2), 123-147.
- Lipton, D.S., 2001. 'Therapeutic community treatment programming in corrections.' in C.R. Hollin (Ed.). *Handbook of Offender Assessment and Treatment*. Chap. 11. (pp.155-177.). Chichester : John-Wiley.
- Lipton, D.S., Pearson, F.S., Cleland, C.M., & Yee, D., 2002. 'The effects of therapeutic communities and milieu therapy on recidivism : Meta-analytic findings from the Correctional Drug Abuse Treatment Effectiveness (CDATE) study.' in J. McGuire (Ed.). *Offender Rehabilitation and Treatment*. pp.39-77. London : John Wiley.
- 松本俊彦, 2003, 「薬物乱用・依存と行動障害」, こころの科学, 111, 39-43.
- Mullen, R., Rowland, J., Arbiter, N., Yablonsky, L., & Fleishman B., 2001. 'Carifornia's first prison therapeutic community : A 10-year review.' *Offender Substance Abuse Report*, 1(2), 17-32.
- NIDA, 2002. 'Therapeutic Community.' *NIDA Research Report Series* (NIH Publication No. 02-4877).
- 永野潔, 1996, 「環境療法（治療共同体）での治療」(福井・小沼(編)『薬物依存症ハンドブック』pp.172-187. 東京 : 金剛出版).
- 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(編)『精神医学レビューNo. 34 薬物依存』pp.81-88, 東京 : ライフサイエンス).

- Pearson, F.S. & Lipton, D.S., 1999. 'A meta-analytic review of the effectiveness of corrections-based treatment for drug abuse.' *Prison Journal*, 79(4), 384-410.
- 坂上香・アミティを学ぶ会 (編), 2002, 『アミティ「脱暴力」への挑戦』, 東京: 日本評論社.
- Springer, D.W., McNeece, C.A., & Arnold, E.M., 2003. *Substance Abuse Treatment for Criminal Offenders: An Evidence-based Guide for Practitioners*. Washington D.C.: APA.
- 田所, 小沼, 関, 梅野, 和田, 2000, 「ラウンドテーブルディスカッション: 薬物依存をめぐる」 (和田 (編) 『精神医学レビューNo. 34 薬物依存』 pp.116-133, 東京: ライフサイエンス).
- 寺村堅志, 2003, 「効果的な薬物乱用者処遇をめざして (後)」, 刑政, 114(12), 30-37.
- 津富宏, 1999, 「犯罪者処遇の評価研究(3)」, 刑政, 110(9), 46-55.
- 和田清, 2000, 「薬物依存: 乱用・依存の歴史・現状と基本概念」 (和田 (編) 『精神医学レビューNo. 34 薬物依存』 pp.81-88, 東京: ライフサイエンス).
- Wexler, H.K., De Leon, G, Thomas, G, Kressel, D, & Peters, J. 1999. 'The Amity prison TC evaluation.' *Criminal Justice & Behavior*, 26, 147-167.

第3 認知行動療法モデルによる薬物乱用者処遇 (Cognitive Behavioral Treatment, CBT)

1 認知行動療法モデルによる薬物乱用者処遇とは？

認知行動療法は、社会的学習理論に基づいて対象者の問題行動にまつわる認知や行動の特徴を分析し、認知療法の技法を用いて認知の歪み（例、薬物使用に対する自己正当化の理由付け（合理化の防衛）や否認の防衛等）を再構成したり、スキル訓練等の行動療法的な技法を用いて対処スキルや再発防止のためのスキル等の学習を行うことを通じて、問題行動やライフスタイルを変容させようとするアプローチである。一般の臨床領域では、不安障害、感情障害、統合失調症、物質乱用²¹を含めた各種の嗜癖行動等の広範な問題に認知行動療法によるアプローチが用いられている。

物質乱用関連の認知行動療法は、アルコール依存症者に対する介入を中心に豊富な研究や処遇実践がなされており、その技法も各種存在する（ベルマン，R.，1996）。刑事司法領域では、一般犯罪者に対する認知行動療法の経験や、一般臨床におけるアルコール依存症に対する認知行動療法の処遇実践や治療効果を踏まえ、1990年代初頭からカナダの連邦矯正局やアメリカ連邦行刑局が正規の処遇プログラムに組み入れ始め、英国等の西欧諸国の処遇プログラムにも導入されるようになった。現在では物質乱用の問題を有する犯罪者処遇や性犯罪者の処遇にこのアプローチが広く用いられている²²。本項では、今回の調査対象地域でも比較的良好に実施されていることが認められた再発防止（Relapse Prevention）モデルに基づくプログラムを中心に概観し、評価研究例や各国実務の現状や課題を検討する。

(1) 再発防止モデルの基本的考え方 (Parks&Marlatt, 1999)

欧米で実施された受刑者の大規模な各種成り行き調査によれば、治療的介入を受けずに刑務所を出所したあへん系薬物等乱用者は、出所1年以内に70～90%が薬物を再使用し、うち50～60%の者が刑務所に再収容されることが知られている（UNODC, 2003）。このような高率の薬物再使用は、薬物乱用問題の克服がいかに容易でないかということや、拘禁刑の執行のみによって本人の意志力や自覚喚起を期待することがいかに困難であるかを物語っている。

再発防止モデルは、薬物乱用等の嗜癖行動が不適切な習慣の学習であって、薬物依存症は、当人の生物学的要因、心理的要因及び社会文化的要因の相互作用の中から発展していくものとみなす。また、薬物依存症から回復の過程では、対象者は、薬物に対する内的な渴望、薬物仲間からの誘惑、生活体験の中で生ずる様々なストレス等、各種の危機場面に遭遇するのが通例であり、こうした薬物再使用のきっかけとなる状態を明確に意識させ、ふさわしい対処戦略を構築し、本人のセルフコントロールを強化す

21 物質乱用は非合法・合法薬物の双方の乱用を指す概念であり、本稿で薬物乱用という場合は、一般に規制薬物の乱用を指す場合として使い分けている。

22 最も包括的に認知行動療法処遇のプログラムを実施し、調査研究も継続的に行っているのはカナダ連邦矯正局である。カナダがこの処遇アプローチを導入したのは、物質乱用が薬物事犯のみならず一般犯罪でも大きなリスク要因であり、物質乱用の問題を軽減することにより再犯率が下がることが期待されることや、認知行動療法の処遇効果が実証的に確認されていること等の理由による。カナダの場合、認知行動療法プログラム実施に当たって、対象者の問題性やニーズについて包括的なアセスメントを行い、しっかりした処遇マニュアルを整備して構造的にプログラムを実施し、処遇担当者の研修とプログラムのモニタリングを通じてプログラムのクオリティをコントロールしており、行動科学的な犯罪者処遇のモデルといえる（詳細は、CSC, 2001；Lightfoot, 1999, 2001；寺村, 2003；津富, 1999を参照）。

ることで断薬を継続すること（理想的には適応的な生活を推進すること）を処遇目標とする²³。

(2) 変化の段階 (Stages of Change) モデルと再発防止モデルの関連性 (Parks & Marlatt, 1999)

薬物乱用者処遇を考える上で大切な概念的枠組みとして Prochaska と DiClemente による「変化の段階 (Stages of Changes)」モデルがある。認知行動療法に基づくプログラムを実施する際に、このモデルに着目し、対象者や介入方法の選択を行うことが多いので、再発防止プログラムに関連してここに簡単に紹介しておく²⁴。

表 4 変化の段階モデルと再発防止の関係²⁵

段 階	説 明	治療的介入
① 前考慮段階 Pre-contemplation	どちらかといえば問題行動に肯定的で変化の意欲が芽生えていない段階。	<p>動機付け増進のための介入 (例, Miller & Rollnick, 2002)</p> <p>アセスメント実施・介入技法の マッチング</p> <p>(狭義の) 再発防止・再発管理 その他の治療的介入²⁶</p>
② 考慮段階 Contemplation	変化しようと考え始め、問題行動の得失を考慮しているが、変化の準備がまだできていない段階。	
③ 準備段階 Preparation	態度・行動を変化させようとする準備ができており、自己規制をかけ始めている段階。	
④ 行動段階 Action	問題行動を修正し、問題行動に逆戻りするのを防ぐスキルを学習する段階。	
⑤ 維持段階 Maintenance	達成した変化を維持し、一時的な再発に建設的に対処する段階。	

変化の段階モデルは、治療的介入を最大限に発揮するために、対象者が嗜癖行動克服のどの段階にあるかを考慮し、各段階にふさわしい治療的介入を行おうとするモデルである。変化の段階には表 4 に示す 5 段階があり、それぞれに適切な介入が計画される。このような枠組みが必要となるのは、変化しようという意思がまだ芽生えていない者に、性急に変化を促しても、対象者の各種の抵抗を招くことがあり、治療的な介入の効果が上がらないためである。また、介入する側から見れば、変化の準備ができていない者に限られた人的・物的資源を投入しても、有効な資源の配分につながらないことになるためでもある²⁷。

23 薬物再使用は、抑うつや怒り等の否定的な感情を体験した場合や、対人葛藤や社会的なプレッシャーが強まった際に起こりやすい。実際、こうした体験をきっかけに何らかの治療的介入を受けても、約 2 / 3 の者は、治療的介入終了後 3 ヶ月以内に再使用に陥ってしまうという報告もある。再発防止モデルでは、こうした薬物の再使用を治療の失敗とは捉えず、回復過程の中でのたびたび起こる寄り戻しと捉え、本人にやけどばちな対応ではなく建設的な対応を取らせるよう、知識とスキルを学習させる。

24 変化の段階モデルに基づく治療的介入の詳細については、例えば Connors ら (2001) を参照。

25 本表は Connors ら (2001) 及び Parks&Marlatt (1999) の記述をもとに筆者が作成した。なお、Connors ら (2001) は、個々の各段階内でも対象者は熟孝前段階から維持段階をたどるというらせんの修正モデルを提唱している。カナダ連邦矯正局や香港矯正局のプログラムでは、対象者のプログラム編入の際にこのモデルが応用されている。

26 再発防止モデルに基づく処遇の多くは、動機付けの喚起から始められることが多いため、ここでは狭義と限定詞を加えた。

27 これに関連して、薬物乱用者の治療的処遇に本人の自発性は必須かどうかという議論があるが、刑事司法機関の強制力を活用した治療的介入 (例、尿検査やドラッグコート) も相応に効果を上げることが各種の実証研究により判明している。ただし、強制的治療処遇の各種プログラムを仔細に見ると、モチベーションインタビューの技法を用いたり、断薬継続に各種の賞を与えるなどして、本人の治療意欲や改善への動機付けを高めるための工夫がなされている。

(3) 再発防止プログラムの基本的な構成要素(Parks & Marlatt, 1999 ; Carroll, n.d. ; Dawden ら, 2003))

認知行動アプローチに基づく再発防止プログラムは、後述する Matrix プログラムのようにプログラムの一部として用いることもできるし、単独の治療プログラムとして用いることもできる。Marlatt らによる再発防止プログラムは、再発防止戦略を、近接するハイリスク場面での特殊再発防止戦略(Specific Relapse Prevention Strategies) と、対象者のライフスタイル変容を目指す一般再発防止戦略 (Global Relapse Prevention Strategies) に分けているが、両者のプログラムの基本的な構成要素は、①スキル訓練、②認知療法、③ライフスタイル変容の3成分である。再発防止プログラムの構成要素概念は、研

表5 再発防止モデルに基づくプログラムの基本技法(例)

種別	状況	介入技法・プログラムの学習内容等
① 特殊再発防止戦略 (Specific R.P. Strategies) による再発防止再発管理	1. ハイリスク場面 ↓	・薬物使用前後の認知、感情、行動の連鎖を過去の経験や再使用場面を想像することによって分析させ、薬物への渴望や誘惑にまつわる場面や感情状態をセルフモニタリングする。
	2. 不適切な対処反応 ↓	・ハイリスク場面に対処した場合、どのような行動レパートリーを用いて対処してきたか質問紙等で確認し、適切な対処スキル訓練(例、問題解決スキル、一般的社会的スキル訓練(SST)、自己主張訓練、怒り・ストレス管理)を行う。また、適切な対処行動を抑制する不安を軽減するため、瞑想、リラクゼーション訓練、動機付け増進訓練を行う。
	3. 自己効力感低下、挽回のための肯定的結果期待 ↓	・薬物を使用する場合及び使用しない場合の意思決定とその短期的・長期的結果を比較考量させる (Decision Matrix)。 ・瞑想やリラクゼーション訓練実施。
	4. 単発的な再発 (Laspe) ↓	・Decision Matrix による比較考量。 ・救急再発プランの事前準備 ・スリップした際にいつ何をしたらよいかを記載した覚書カードの携行等。
	5. 暴発的な再乱用 (AVE, Full Relapse)	・単発的な再発は全面的な失敗ではないこと、解決を諦めたり、自己非難するよりも建設的に対処することが必要なことを理解させ、そうした行動に仕向けるための認知の再構造化等。
② 一般再発防止戦略 (Global R.P. Strategies) による再発防止再発管理	1. 不均衡なライフスタイル ↓	・対象者の不均衡なライフスタイルに焦点づけ、生活の質 (QOL) を質問紙等で把握 (べき思考 (Shoulds) と本音の欲求 (Wants) とがバランスが取れているか、職場不満、社会的孤立等の問題把握)。 ・肯定的嗜好の強化 (例、ジョギング、瞑想、趣味等)。
	2. 放縦さへの欲望 ↓	・不均衡なライフスタイルによってもたらされる放縦な傾向を、適応的な欲求や快感に置き換え (例、レクリエーション)。
	3. 薬物の渴望 ↓	・セルフモニタリングによる状況の分析。 ・対処イメージ訓練、薬物再使用にまつわる手掛かりへの暴露 (Cue Exposure) による抵抗力の強化 (不適切な行動の消去学習)。 ・刺激統制による再使用手がかり刺激の回避。
	4. 認知歪曲(合理化、否認など) ↓	・薬物再使用に至る可能性のある誤った意思決定をセルフトーク等で吟味、Decision Matrix を再修正。 ・再発に関するリハーサル、回復の道程を再確認。
	5. ハイリスク場面	・ハイリスク場面の回避戦略を立てる等。

究者やプログラムによって若干異なるが、どのような技法を用いて介入をするかを明確にするため、Marlatt らの治療的介入の基本技法を一例として表 5 に記載する²⁸。

なお、こうした基本枠組みに加えて、外部サポートシステム（家族や友人など重要な他者）からの働き掛けや、プログラム終了後の補強セッション(Booster sessions)を組み込むようなプログラムもある。

2 認知行動療法モデルによる薬物乱用者処遇の欧米の処遇効果研究

認知行動療法モデルによる薬物乱用者処遇は、アセスメントからプログラムの実施までよく構造化されているため変化を測定しやすく、処遇効果の評価研究も他のモデルによる処遇形態よりも比較的多く実施されている（一般臨床場面のレビュー例, Carroll, 1997）。

1990年代までの刑事司法分野における認知行動療法の評価研究の動向については、北米地域では、認知行動療法モデルに基づく薬物乱用者処遇が再犯の低減に効果があったとする研究が全般的には多いものの、これを否定する報告もされている（津富, 1999）。

また、認知行動アプローチが各種犯罪の低減にどれだけ効果があるかをメタアナリシスの手法を用いて大規模に検討した系統的レビューとして、TC 処遇の部でも触れた Lipton ら（2002）の矯正薬物乱用処遇効果プロジェクト（Correctional Drug Abuse Treatment Effectiveness, CDATE）報告がある。この報告では、CDATE の系統的レビューデータベースに収納された各種処遇形態中、認知行動療法プログラムが最大の平均効果サイズを示したことを報告しており、同療法プログラム受講者は対照群よりも約29%再犯指標が低下することが確認されている²⁹。この CDATE 研究を薬物乱用の処遇に限定して詳細に概観した Pearson と Lipton（1999）のレビューでは、研究例数が少ないため確定的な結論は下せないものの、メタアナリシス研究から再犯低下に有望視されるものとして、メサドン維持療法、再発防止スキル訓練や社会的サポートネットワークを組み合わせた薬害教育、12ステッププログラム及び認知行動療法を挙げている。

一方、本節で重点的に取り上げた再発防止モデルのメタアナリシス研究として、Dawden ら（2003）は、24件の評価研究をレビューし、このプログラム受講者は対照群よりも再犯率が平均で15%減少することを確認し、家族など重要な他者を処遇に組み入れることがプログラム終了後の補強セッションの実施や対処スキル訓練よりも相対的に効果が高いことや、対象者の犯因性ニーズ（Criminogenic Needs）や反応性（Responsivity）の原理に着目した再発防止プログラムが概して効果が高いと指摘している³⁰。

なお、このようなプログラムの評価研究を吟味する場合、カナダなど全面的に認知行動療法の枠組みでプログラムを実施している地域を除いて、特定の処遇プログラム様態とその背景をなす全般的処遇との文脈も考慮に入れて処遇効果を評価する必要があるだろう。

3 調査対象国における認知行動療法プログラムの実践、問題点及び今後の展望

今回の調査対象国で、認知行動療法に基づく再発防止プログラムを最も広範に組み入れていた地域は香港である。香港では、刑事司法機関が行う強制処遇プログラムと民間機関を中心に実施する自発的処

28 コカイン嗜癖治療分野の認知行動療法の研究者である Carroll は、CBT の必須要素として、思考・感情・状況に関する機能分析及び健康なスキルや習慣を養うためのスキル訓練の2点を挙げている。

29 ただし、CDATE データベース上、系統的レビューの基準に合致した研究は4例しかなかったため、結果にバイアスがかかっている可能性も否定しがたいとも著者らは述べている。

30 ただし、本論文の再発防止プログラムは、薬物乱用の問題だけでなく、暴力、性犯罪などの再発防止プログラムもまとめてレビューしており、薬物乱用者の処遇に限定した分析は行っていない。

遇プログラムの双方で再発防止プログラムを広範に組み入れていた。また、薬物乱用者に対するダイバージョン制度や各種の処遇形態を整備したタイにおいても、後述する Matrix モデルをベースとして認知行動療法による治療的介入が拡充されつつある。さらに、韓国では、強制治療を行う治療監護所においては、12週間にわたる薬物乱用者向け認知行動療法プログラムが構造的に生まれ、近年実施されるようになってきている。マレーシアやシンガポールのプログラムを見ても、再発防止セッションを組み込んだ処遇例があり、再発防止の手当てを介入プログラムの重要な要素の一つとしていることが分かる。処遇効果に関しては、実地調査対象の国・地域にいずれにおいても、まだまとまった評価研究はなされていないようであるが、各国の実務担当者は実証的な調査の必要性を認識しており、シンガポールや香港では、リスク・ニーズアセスメントの手法が導入されることから、今後、薬物乱用者処遇の評価や改善に結び付く研究が実施されることが期待される。

なお、現時点では、どの地域においても、基本的には北米のプログラムを翻案してプログラムを実施しているようだが、今後は、当該地域の文化や国民性等を考慮してプログラムのモジュールに修正を加えたり、所期の効果を上げるためにどの程度の量のセッションを組めばよいかなど、プログラムの構造を更に吟味していくことが必要と思われる。また、Lightfoot (2001) によれば、認知行動療法のプログラム受講後に NA などの自助グループにつながった者に再犯抑止効果が高かったと述べており、アフターケアの調整を含めた継続的処遇 (through care) の文脈から適切な処遇の在り方を検討する必要もあろう。さらに、いかに大規模な評価研究で効果があることが確認されても、個々の薬物乱用者に対する万能な処遇技法はない。その意味では、どのような対象者にどのような時点でどのような介入を加えたらよいかについても検討を重ねる必要がある。この点で、後述する香港の薬物嗜癖治療センターにおける対象者の振り分けは、変化の段階のモデルに沿った応差的処遇 (differential treatment) の実践例として興味深く、今後の動向が注視される。

我が国では、薬物依存症等、嗜癖行動の治療や感情障害などの治療に認知行動療法を使用することは、一般の臨床場面では比較的によく行われているようである。一方、刑事司法分野では、少年院の矯正教育の中で社会的スキル訓練 (SST) が活発に行われているものの、再発防止に焦点を当てた組織的なプログラムの実施は組織的に展開されていないし、再発防止プログラムの要素をプログラム中に組み入れたとしても時限数が圧倒的に少なく、対象者に十分な変化をもたらすだけの介入ができていないのか疑問視される。矯正施設における再発防止プログラムの先駆的試みとして、藤岡 (2001) の報告が試行的プログラムの内容や適用可能性を論じており、今後、再発防止プログラムを実施していく上で参考になる。

<参考文献>

- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F., & Liese, B.S., 1993. *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: Guilford.
- Carroll, K.M., 1997. 'Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials.' In G.A. Marlatt & G.R. Vanden Bos (Eds.). *Addictive Behaviors*. (Chap. 27. pp.697-717.). Washington D.C.: APA.
- Carroll, K.M., n.d. 'A Cognitive behavioral approach: Treating cocaine addiction.' (http://athealth.com/Practitioner/ceduc/CBT_CA3.html)
- Connors, G.J., Donovan, D.M., & DiClemente, C.C., 2001. *Substance Abuse Treatment and the Stages of Change*. New York: Guilford.
- CSC, 2001. 'Focusing on Alcohol and Drugs'. *Forum on Corrections Research*, 13(3). (<http://csc-scc.gc.ca/>)

text/pblict/forum/v13n3/)

- Dowden, C., Antonowicz, D., & Andrews, D.A., 2003. 'The effectiveness of relapse prevention with offenders: A meta-analysis.' *Int. J. of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47(5), 516-528.
- 藤岡淳子, 2001, 「薬物乱用の快感と泥沼」(同(著), 『非行少年の加害と被害』, 第3章, pp.60-90.), 東京: 誠信書房.
- 韓国治療監護所, 「治療監護所運営プログラム: 認知行動治療プログラム」(未刊行内部資料).
- Laws, D.R., 2001. 'Relapse prevention: Re-conceptualization and revision.' in C.R. Hollin (Ed.). *Handbook of Offender Assessment and Treatment*. Chap. 20. (pp.297-307.). Chichester: John-Wiley.
- Lightfoot, L.O., 1999. 'Treating substance abuse and dependence in offenders: A review of methods and outcomes.' in E. Latessa (Ed.). *Strategic solutions: The International Community Corrections Association Examines Substance Abuse*. Chap. 2, pp.43-80. Lanham: ACA.
- Lightfoot, L.O., 2001. 'Programming for offenders with substance abuse and dependence program.' in L. Motiuk & R.C. Selin (Eds.). *Compendium 2000*. (Chap. 14.). Ottawa: CSC.
- Lipton, D.S., Pearson, F.S., Cleland, C.M., & Yee, D., 2002. 'The effectiveness of cognitive-behavioral treatment methods on offender recidivism: Meta-analytic outcomes from the CDATE study.' in J. McGuire (Ed.). *Offender Rehabilitation and Treatment*. pp.79-112. London: John Wiley.)
- Miller, W.R. & Rollnick, S., 2002. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change. (2nd Ed.)*. New York: Guilford. (モチベーショナルインタビュー関連情報は, <http://www.motivationalinterview.org> から入手可能.)
- NIDA, 1999. *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-based Guide*. Bethesda: NIH.
- Parks, G.A. & Marlatt, G.A., 1999. 'Keeping 'What Works' working: Cognitive-behavioral relapse prevention therapy with substance-abusing offenders.' in E. Latessa (Ed.). *Strategic solutions: The International Community Corrections Association Examines Substance Abuse*. Chap. 5, pp.161-234. Lanham: ACA.
- Pearson, F.S. & Lipton, D.S., 1999. 'A meta-analytic review of the effectiveness of corrections-based treatment for drug abuse.' *Prison Journal*, 79(4), 384-410.
- 寺村堅志, 2003, 「効果的な薬物乱用者処遇をめざして(前)」, 刑政, 114(11), 22-34.
- 津富宏, 1999, 「犯罪者処遇の評価研究(3)」, 刑政, 110(9), 46-55.
- UNODC, 2002. *Contemporary drug abuse treatment: A review of evidence base*. (Drug abuse treatment toolkit series) Vienna: UNODC.
- UNODC, 2003. *Investing in drug abuse treatment: A discussion paper for policy makers*. (Drug abuse treatment toolkit series) Vienna: UNODC.
- ベルマン, R.. (伊藤訳), 1996, 「アルコール依存・薬物依存」(W. ドライデン&レントウル, R. (編)『認知臨床心理学入門』第6章, pp.273-317. 東京: 東京大学出版会).

第4 Matrix モデル：折衷統合的薬物乱用治療・リハビリモデル例

以下、第4ないし第6では、特定の国で実施されており、他国にとって参考となると考えられる例について述べることにする。

1 Matrix モデルとは？ (NFATTC, 2002 ; NIDA, 1999 ; NIDA, 2001)

(1) Matrix モデルの成り立ち

Matrix モデルは、1984年に UCLA の神経精神医学研究所傘下の統合的物質乱用研究・治療プログラムの一つとして、アメリカカリフォルニア州に設立された NPO 団体 Matrix 嗜癮研究所が開発した物質乱用者向けの外来治療プログラムである。同モデルは、80年代からコカインやメタンフェタミンといった興奮剤乱用治療サービスへの要請が高まったことに対応すべく開発されたもので、このプログラム開発に当たっては、再発防止 (relapse prevention)、家族・集団療法、薬害教育、及び薬物乱用のモニタリングといった諸領域を包括的にカバーするよう、コカインやメタンフェタミン乱用者が遭遇する各種の問題を勘案してプログラムが組まれた。現行のプログラムは、数千人規模の治療経験に基づいて修正され、アルコールやあへん系薬物乱用の問題にも対処するよう拡張されている。

(2) Matrix モデルが目指す目標

同モデルは、プログラム参加を通じて薬物乱用者及び家族に次の下位目標を達成させることにより、依存症からの回復を目指す。

- ア 薬物使用を止めること
- イ 治療にとどまらせること
- ウ 薬物嗜癮や再発に関連する重要事項を学習させること
- エ 治療者から指示やサポートを受けること
- オ 家族向けの心理教育を行うこと
- カ 自助プログラムになじむこと
- キ 尿検査でモニタリングを受けること

(3) Matrix モデルによる外来型治療プログラム内容 (Matrix Center, 1989ab, 1997)

Matrix モデルによる外来型プログラムには以下の三つの類型がある。いずれのプログラムについてもマニュアル、プログラム受講者向け配付資料、ワークブック、プログラム評価シート類が完備されており、よく構造化されている³¹。

ア 標準的集中外来プログラム (Regular Intensive Outpatient Program, IOP ; 4 か月)

プログラムの構成として、モチベーショナルインタビューング(動機付け面接法³²) (Miller, W. R. & Rollnick, 2002) の技法を用いた治療動機付け促進やサポート、認知行動療法の手法を用いた各種のスキル訓練・再発防止プログラム、12ステップ等の方法による自助グループ活動、対象者向けの嗜癮行動に関する学習セッションや家族向けの心理教育といった要素を折衷的・統合的に組み合わせている。こうしたプログラムの基本要素を受講した後、再発防止や回復支援のため社会的サ

31 下記プログラムのうち、ア及びイの実施期間は、基本プログラム実施期間であり、基本プログラム終了後のサポートグループ活動まで含めると約1年(52週)の構成となっている。

32 モチベーショナルインタビューングは、対象者の動機付けを高めるための面接技法であるが、この種の動機付け面接法は他にも様々なものがあるため、他と区別するためカタカナ表記としている。

ポートグループ活動への参加が奨励される（プログラムのスケジュール例及びプログラムの構成要素の説明は表6のとおり。）。

表6 マトリックス標準集中的外来プログラムスケジュール（例）

週	月	火	水	木	金	土・日
1～4	6-7 PM Early Recovery Skill Group 7-8:30PM Relapse Prevention		7-8:30 PM Family Education Group		6-7 PM Early Recovery Skill Group 7-8:30 PM Relapse Prevention	12 Step or other support group meeting
5～16	7-8:30 PM Relapse Prevention Group	12 Step or other support group meeting	7-8:30 PM Family Education Group or Transition Group	12 Step or other support group meeting	7-8:30 PM Relapse Prevention Group	
17～52			7-8:30 PM Social Support			
プログラム構成要素		概 要				
個人（家族合同）面接 Individual (Conjoint) Session		プログラムオリエンテーション及び治療同意の取り付け（治療開始期）、進ちよく状況評価・再発等への危機介入（1～1.5か月後）、進ちよく状況最終評価及びアフターケアプランの策定（終結期）。（計3単元）				
早期回復スキルグループ Early Recovery Skills Group. (ERS)		薬物使用のトリガー（触発要因）及びトリガー・思考・渴望・薬物使用サイクルの分析、思考停止法等の対処スキル学習、12ステッププログラムの導入等を行い、併せて週間日課の管理、断薬継続の確認の構造的エクササイズを実施させる。（1か月目に実施、グループは8名程度で編成、8単元）				
再発防止グループ (RP) Relapse Prevention Group.		薬物再使用が予測可能な形で起こることを理解させ、回復への動機付けを高めつつ、ストレス、抑うつ気分、怒りへの対処、再使用防止のための知識とスキルを学習させ、12ステッププログラムへの参加を奨励する。（開始期～終結期まで実施、32単元）				
家族教育グループ (FE) Family Education Group		薬物依存症のメカニズム理解、家族のサポートのポイント等をビデオやスライド教材をもとに学習し、AAメンバーの講義、患者及び親同志のグループ討議などを通じて家族への心理教育を実施する。（後期に実施、12単元）				
社会的サポートグループ Social Support Group		薬物依存症からの回復中期にある患者の再社会化を支援するためのグループサポート活動。回復者をグループメンバーに交えて、1回に渴望、抑うつ、共依存など、一つのトピックを取り上げ話し合う。（4か月目の終結前に実施、4単元）この集中治療を終えると、参加者は17週～52週にわたる社会的サポートグループセッションやNAミーティング等への参加が奨励される。				
備 考		<ul style="list-style-type: none"> ・12ステップ活動はAAやNAの導入セッションを実施してから、外部の自助グループミーティングにつなげている。 ・尿検査（又は呼気検査）はインフォームドコンセントを取り毎週実施。 ・個別セッションは、集団セッション外の時間に別途設定する。 				

イ 個別的集中プログラム (Individualized Intensive Program, IIP; 6か月)

あのプログラムを、特に個別的な介入を要する対象者に向けて拡張したプログラムであり、プログラムの基本的構成要素はアと同じであるが、対象者個々のニーズに対応するため、集団セッションに加え、対象者のニーズに応じた個人セッションが毎週組まれている。このプログラムの受講が望ましいとされる対象者は、個別セッションの必要性を感じている者、妊娠中であつたり慢性疼痛などの症状を持ったりしているなど医療的な配慮が必要な者、生理的な薬物依存が強い又は薬物中心のライフスタイルになっている者、精神障害や人格障害といった精神医学的合併症を持つ者などである。

ウ 早期介入プログラム (Early Intervention Program, EIP; 6週間)

物質乱用は、短期の介入でもある程度治療効果を上げることに着目して作られたプログラムである。この早期介入プログラムは、(i)嗜癖評価 (個人)、(ii)家族物質乱用履歴調査 (家族合同)、(iii)薬物乱用の得失に関するリスク分析 (個人)、(iv)健康管理・ライフスタイル評価 (家族合同)、(v)価値の見直しと動機付け増進 (個人)、及び(vi)変化に向けた計画作り (家族合同) の6セッション構成であり、各セッションごとに尿検査 (アルコールの場合、呼気検査) を実施する。

2 Matrix プログラムによるアメリカの処遇効果研究等の概要 (NIDA, 2001)

Matrix モデルは、アメリカ国立薬物嗜癖研究所 (NIDA) が、科学的に効用が確認されている治療アプローチの例として再発防止プログラムなどとともに紹介しているプログラムである。Matrix モデルを用いた治療的介入に関する各種の研究報告は、同プログラム参加により、コカインやメタンフェタミンといった規制薬物やアルコール等の使用が統計的に有意に低下し、各種心理的指標が改善し、HIV 感染に関連する危険な性行動も低下するなど、臨床的効用が実証的に確認されている。なお、Matrix モデルによるプロジェクトはアメリカ12州及び外国4か国で実施されているという。

3 調査対象国における Matrix プログラムモデルの実践、問題点及び今後の展望

今回の調査対象国の中で、Matrix プログラムを導入・実施している国は、タイのみであった。タイが本プログラムを導入した背景には、タイ政府に対するアメリカ政府からの財政支援を含めた技術支援が継続的に行われていることに加え、主要乱用薬物動向が従来のあへん系薬物からアンフェタミン型興奮剤 (ATS) に変化し、ATS 乱用者向けの処遇を開発する必要に迫られ、ATS 乱用者の治療効果実績が検証され、構造化も進んでいる Matrix モデルが好適であったことも大きく影響しているようである。

第3部で詳述するように、タイでは、保健省 (Ministry of Public Health) がアメリカのカウンターパート機関となって、治療関係者をアメリカ本土における研修に参加させるなどして、UCLA と協力しながら Matrix モデルのパイロットプログラム開発を2000年に開始し、2002年からタイ全土の保健所や病院を中心に同プログラムが全国実施されている。このプログラムの完了者の薬物断薬継続率は、コース終了後1年時点で80-90%という好成績を残しているが、外来ベースの治療・リハビリプログラムなので、治療開始期から1-2か月ごろのドロップアウト率が45%程度に上っているなど、その高い脱落率が問題となっている。また、タイの文化や国民性等の影響から参加者の自己主張が少ないことや、家族の協力が得られにくい点も問題という。このため、精神科病院への短期入院治療や居住型治療・リハビリ施設での処遇を実施した後に外来型の Matrix モデルによる治療に移行させる処遇形態の検討や、プログラム内容をタイの文化・風土にふさわしい形に修正する試みが行われている。

今後は、準実験デザインや実験デザインによる同モデルに基づく処遇効果の検証などの評価研究や、

ケアサービスの連続性 (Continuum of Care Services) の考え方に立った治療・リハビリ枠組み等の構築が一層進められることが期待される。

このプログラムの構成要素となっている各種の介入は、治療継続の要素(尿検査)、本人の変化を促すための認知行動療法的な介入、アフターケアを視野に入れた自助グループ活動や家族支援など、薬物依存症からの回復のプロセスに必要な要素を組み込んでおり、治療的介入プログラムを検討するに当たって参考になると思われる。

<参考文献>

- Northwest Frontier Addiction Technology Transfer Center (NFATTC), 2002. 'Methamphetamine treatment: The Matrix model.' *Addiction Messenger*, 5(2), 1-3.
- Matrix Center, 1989a. *The Matrix Intensive Outpatient Program: Therapist Manual*. Los Angeles: Matrix Center. (同センターの関連情報は、<http://www.matrixinstitute.org> から閲覧可能。)
- Matrix Center, 1989b. *The Matrix Model of Outpatient Chemical Dependency Treatment: Family Education Guidelines and Handouts*. Los Angeles: Matrix Center.
- Matrix Center, 1997. *Matrix Model of Early Intervention: Patient Workbook*. Los Angeles: Matrix Center.
- Miller, W.R. & Rollnick, S., 2002. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change. (2nd Ed.)*. New York: Guilford.
- NIDA, 1999. *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-based Guide*. Bethesda: NIH. (NIDA (アメリカ国立薬物嗜癖研究所) の関連情報は、<http://www.nida.nih.gov> を参照。)
- NIDA, 2001. 'The Matrix Model.' (<http://www.nida.nih.gov/BTDP/Effective/Rawson.html>)
- 寺村堅志, 2003, 「効果的な薬物乱用者処遇をめざして (後)」, 刑政, 114(12), 30-37.
- US Embassy of Thailand, 2001. 'Thailand: International Narcotics Control Strategy Report 2000.' (<http://usa.or.th/services/docs/reports/nr01thai.htm> (アメリカ国務省国際薬物統制ストラテジーレポート (INCSR2001) のタイカントリーレポート部分抜粋。)).

第5 PMK モデル

1 概要

PMK は、タイのバンコクにある、ファラモン・クックラオ (Phramongkutklao) 病院の頭文字を取ったものである。ファラモン・クックラオ病院は、全国に37あるタイ国軍立の一般病院の一つで（一般人も受診可能。）、最大1,500床の収容能力があり、その精神神経科に、薬物依存ユニット（16床）がある。

2 PMK モデルの特徴とその意義

(1) PMK モデルの特徴

ア 入所治療と通所治療のハイブリッド型モデルであること

タイでは、社会内での集中的薬物乱用者処遇形態として、比較的広く Matrix-IOP (Intensive Outpatient) プログラムが使われており、ファラモン・クックラオ病院でも、外来用のプログラムとして活用されている。しかし、週に3回のセッション参加を要件とする Matrix プログラムは、最初の1か月間の無断離脱 (drop out) 率が50%を超えており、プログラムへの定着率が低い状況にある。この時期を乗り越えてプログラムにとどまった者の更生率は比較的高い³³。しかし、2か月目で更に相当数の無断離脱が見られるのが一般で、この点が大きな課題となっている。

そこで、この点を改善し、特に、プログラム初期の無断離脱率を減少させて、プログラム定着率を高めるため、短期集中型施設内処遇（入所治療）と中期社会内処遇（通所治療）のハイブリッド型モデルとして、PMK モデルが考案された。

Matrix プログラムとの比較は表7、PMK モデルの詳細は表8のとおりである。このプログラム施行開始後、実地調査までの間の無断離脱率はゼロとなっている(2003.6~10)。短期間のデータなので、今後のフォローは必要であるが、従来の Matrix モデルと比べて、定着率向上が推測される。

イ タイ人の文化、宗教的伝統に根ざしたプログラムであること

PMK モデルは、表7のように、多様なセラピー、教育、支援等の集合体である。従来から、対象者を薬物乱用者処遇プログラムに定着させるためには、そのプログラム参加への強い動機付けが不可欠であるとされている。そこで、対象者のプログラム参加への動機付けを強めるための重要なポイントとして活用されているのが、仏教徒12ステップ：英知への道 (the Buddhist Twelve Steps “Way to Wisdom”) である。AA や NA では、回復のための12ステップをその重要な柱の一つとしているが、PMK モデルでは、それを一歩進めて、タイ人の文化、宗教的伝統に根ざしたプログラムとなるよう調整した点が、特色となっている。

これは、通常の12ステップは、西欧宗教思想に根ざしているのに対して、タイ人の95%を占める仏教徒のニーズとタイの文化的伝統をベースに各ステップを構築しようとする試みである。ただ、圧倒的多数が仏教徒であるとはいっても、実際に仏教の神髄を理解している者は少ないことから、ここでは、仏教思想の基本に立ち返って12ステップを再構築しようとしたものである（この着想を述べた論文によると、仏教には、他の宗教のような「神」はない。そこで、いわゆるハイヤー・パ

33 ファラモン・クックラオ病院の場合、2001年9月から2003年10月までの Matrix プログラムのデータを見ると次のようになっている。

対象者 アンフェタミン乱用者36名、尿検査陰性80%、対象者のサービス満足度95%、プログラム内容満足度75%、カウンセリング満足度80%。

表7 Matrix プログラムと PMK モデルの比較

	Matrix プログラム	PMK モデル
枠組み	通所（社会内処遇）型	4週間の入院（施設内処遇） プラス12週間の通所（社会内処遇）の結合型
密度	週3セッション	一日4時間（入院中） 週1セッション（通所中）
期間	20週間 集中期間 5か月間 アフターケア 8か月間	16週間 施設内 28日間 通所 12週間 アフターケア 1年間
セラピーのタイプ	集団セラピー（8-10人程度）	集団セラピー
対象者の種類	アンフェタミン乱用者	アルコール及び薬物乱用者
プログラムの内容	基本は認知行動モデル ³⁴ ① 教育：早期回復のための社会生活技能習得，8セッション ② 再発防止（relapse prevention, RP）：32セッション ③ 家族療法（介入）：12セッションの家族教育 ④ 自助グループ及び社会的支援グループを通じた支援	① 意欲拡大療法（motivational enhancement therapy, MET） ② 認知行動療法（cognitive behavioral therapy, CBT） ³⁵ ③ 仏教徒12ステップ：英知への道（the Buddhist Twelve Steps “Way to Wisdom”） ④ リラクゼーション療法 ⑤ 心身の健康に関する教育 ⑥ 個人カウンセリング ⑦ 自助グループ及び社会的支援グループを通じた支援 ⑧ 家族教育
尿検査	週1回	週1回（薬物乱用者のみ）
費用	4か月 3,000バーツ（約9,000円）， 尿検査1回 100バーツ	施設内（28日） 10,000バーツ 尿検査1回 100バーツ

ワー（higher power）にすべてを委ねる通常の12ステップではなく、仏教の核心にある「英知」をそこに置き換えた、仏教徒12ステップを構築したとしている。紙幅の関係で、仏教徒12ステップの具体的内容の紹介は省略する。Pichai, S., 2003}。

表8のように、入所期間中は、「仏教徒12ステップ：英知への道」を含む、毎日4時間のプログラムを集中的に行って、通所治療へ移行するまでに治療に対する理解と動機付けを十分に行い、通所治療中のドロップ・アウトを低下させることを目指している。

34 認知行動モデルの詳細は、本報告第1部第6章第2節第3を参照されたい。

35 認知行動療法の詳細は、本報告第1部第6章第2節第3を参照されたい。

表8 PMK モデルの詳細 (28日間の入所期間中)

曜日	時間帯とプログラム		
	10:00-12:00	12:00-1:00	1:30-3:30
月	心身の健康に関する教育	昼食	認知行動療法
火	仏教徒12ステップ：英知への道	昼食	リラクゼーション療法
水	認知行動療法	昼食	リラクゼーション療法
木	心身の健康に関する教育	昼食	仏教徒12ステップ：英知への道
金	家族セッション	昼食	リラクゼーション療法

(2) PMK モデルの成果

まだ短期間の試行結果にとどまっているが、その範囲内では、良好な成果を挙げている（2003年6月から10月にかけての追跡調査。調査方法は、入所治療を終えて、通所治療に切り替わった者に対する病院訪問時の調査、電話調査及び尿検査結果による。）。

- ・プログラム修了者 31名
- ・無断離脱者 なし
- ・再発なしの者 (sobriety) 90.3% (28名)
- ・再発あり 約10% (3名, 再発までの平均期間 57.2日)
- ・プログラムに対する参加者の評価 非常に良い 90%

3 PMK モデルに関する課題と対応策

まず、2003年に開始されたばかりのモデルなので、より長期の試行による科学的・実証的効果測定が不可欠である。このモデルを開発したピチャイ医師 (Mr. Pichai Saengcharnchai, M.D.) によると、無作為化比較試験 (Randomized Controlled Trial [RCT]) の手法により、処遇群及び対照群を比較した科学的効果測定プログラムを導入したいとのことであつたので、その早期実施が望まれる。

効果の有効性について、これまでの対象者は、アルコール依存症者が中心であつたので、今後、アンフェタミンその他の薬物依存症者に関する量的なデータの蓄積を踏まえた評価が必要である。

一般的なタイ人の所得水準から見ると、入所期間中の費用がやや高価なので、実際に必要な者が、このモデルによる治療を受けられるよう、福祉面でのサポート体制の充実が必要である。

4 日本における処遇プログラム構築を考える際に参考となる点

薬物乱用者処遇の選択肢を考える場合、従来は、当初から、施設内処遇又は社会内処遇のいずれに付するかという観点から議論される場合が多かつた。しかし、PMK モデルは、①両者を効果的に組み合わせている点、②特に、短期間に限定した、集中的な施設内処遇が、その後の社会内処遇及びアフターケアに先行する点、③施設内からアフターケアまでをカバーする、継続的処遇を取り込んだモデルとなっている点で、新しい着想に基づくモデルと評価できる。日本では、まだ従来の議論のレベルにとどまっていると考えられるので、薬物乱用者に対する処遇の多様化を検討する上で参考となる。

また、諸外国の処遇モデルを導入するに当たり、新たに実施する国の実情が十分検討された例は必ずしも多くはないと思われる。その点、PMK モデルは、AA や NA の運営上、核心部分であり、かつ事実上のスタンダードとなっている12ステップを、一国の文化・伝統・国民性に合わせた、ニーズ対応型プ

プログラムとして再構成した点が重要である。日本でも、通常の12ステップは、各種自助グループや日本DARCなどで幅広く実施されているが、このPMKのような観点から、その内容を吟味した例は少ないと思われる。日本の文化・伝統・国民性に合わせた12ステップの内容がどのようなものであるべきかについては、議論の余地があるが、少なくとも、これまで自明に思われていた通常の12ステップの再検討は、日本での処遇プログラム検討に際して、有益な示唆を与えるものと言えよう。

<参考文献>

Beck, T.A., et al, 1993, "Cognitive Therapy of Substance Abuse," Guilford Press.

Nawaporn, H. and Pichai, S., 2003, "Drug Addiction Intervention Program in Thai Armed Forces," presentation paper for UNAFEI professors.

Pichai, S., 2003, "Applicability of Self Help to Thai Society," draft paper of the analysis of AA 12 steps for drug abuser treatment.

小沼杏坪, 2004, 「薬物依存者に対する治療・処遇の体制の現状と課題」, 警察学論集57巻2号, pp.123-147.

坂野雄二, 1995, 「認知行動療法」, 日本評論社.

福井進, 小沼杏坪, 1996, 「薬物依存症ハンドブック」, 金剛出版.

和田清, 2000, 「依存性薬物と乱用・依存・中毒」, 星和書店.

第6 CAMP

1 概要

このプロジェクトは、シンガポールの精神保健研究所 (Institute of Mental Health [IMH])³⁶において、Community Action Management Programme (CAMP) の名称で、保健省から5年間の予定で資金供与を受けて行っている、薬物乱用者に対する統合的なサポートを提供するためのパイロット・プロジェクトである。

CAMPは、2001年4月にシンガポールの第1回全国依存症会議の結果を受けて創設され、毎年100万シンガポールドル(約7,000万円)の援助を保健省傘下の保健サービス開発プロジェクトから受けている。目標は、①薬物乱用者に対する統合的なサポートを提供すること及び②依存症に関する優れた処遇・訓練・調査研究センターを創設することである。CAMPは、精神科医ウィンスロー博士(Mr. R. Munidasa Winslow, M.D.)を責任者として、オーストラリアから招へいした外部専門家(医師)や複数の臨床心理士等17名のスタッフから構成されている。

2 CAMPの特徴とその意義

(1) 特徴

このプロジェクトの特徴は、①多剤乱用者(poly-substantial abusers)に対応していること及び②対象者の多様なニーズに対応できる統合的なサービスを提供していることである。従来、シンガポールの薬物乱用者処遇では、徹底したあへん系薬物重視政策が採られてきた。しかし、近時、ATS系薬物乱用の急増とその対策が求められていることから、CAMPは、覚せい剤、大麻、ケタミン等多様な薬物乱用に対応することができる点で、シンガポールの現状に適合したプロジェクトであると考えられる。

(2) 提供されるサービスの概要

施設内処遇から社会内処遇まで、公的機関、NGO等との緊密な連携の下で、次のように多様なサービスを提供している。

- ア 薬物使用と使用薬物の種類に関する評価 (assessment)
- イ 社会的・精神的な機能(不全)に関する評価
- ウ 合併障害(dual disorder, 薬物摂取関連障害と統合失調症や境界型人格障害の併存など)の治療
- エ 薬物依存症に対する解毒
- オ 解毒以外の医学的治療
- カ カウンセリング
- キ 家族に対する働き掛け(family intervention, 家族へのカウンセリング及び家族を含めたりカバリー・グループ(Nar-Anon [Narcotics Anonymous Family Group])のサポートを含む。)
- ク 元乱用者がサポートする自助グループ参加への支援(薬物乱用習慣からの離脱)
- ケ 各種アフターケア・プログラム

これらのサービスの提供は、対象者が必要とするケアの内容と程度に応じて、その組合せが決定される。例えば、最も深刻なケースの場合、施設内(入院)処遇コースが選択され、他方、社会内での集中

36 精神保健研究所は、かつて、ウッド・ブリッジ病院(Woodbridge Hospital)と呼ばれた、国立の大規模で設備の整った精神病院である。入院定員500名。

的な処遇が必要な場合は、「橋 (bridge)」と呼ばれるコース³⁷が、それぞれ選択される。

(3) 特定のニーズに対応した処遇コース

ア 女性の薬物乱用者専用コース

このコースは、女性の薬物乱用者の場合、男性の依存症者に比べて、その発見が遅れがちで、かつ、継続的な処遇・サポートが難しいというニーズにこたえることを目的としている。その理由は、薬物依存者に対する社会の偏見と女性の社会的地位の低さが複合的に悪影響を及ぼしていること、家事・育児等の拘束のため、継続的に乱用者処遇に通うことが困難であることによる。

イ 薬物依存とドメスティック・バイオレンス問題専用コース

薬物依存と妻・家族に対するドメスティック・バイオレンスの問題が一体となって現れる例が少なくないことから、依存症治療と併せて、関連する問題の解決も同時に試みようとするコースである (NCADA & MHA, 1998, pp.20-)。

3 CAMP に関する課題と対応策

課題として、CAMP が精神病院に基礎を置いているため、CAMP を利用しようとする薬物乱用者及びその家族が、いわば二重の社会的疎外の対象となっていることが挙げられる。すなわち、シンガポールでは、薬物乱用者に対する社会的な偏見・差別があり、そこに、精神疾患を抱えた者に対する同種の否定的な公衆の感情が付加され、そのため、プロジェクトに参加したくとも、このような社会的疎外を恐れるため、適切な時期と内容の処遇を受けにくいという問題が指摘されている。その改善策としては、公衆に対する教育・広報の充実が提案されており、従来からの努力に加えて、CAMP 自体がそのようなキャンペーンや教育活動を数多く実施している。

4 日本における処遇プログラム構築を考える際に参考となる点

(1) 一つの機関による統合的なサービスを提供及び刑事司法機関との組織的・継続的な連携

日本では、CAMP のように、一つの機関が、施設内処遇から社会内処遇まで、公的機関、NGO 等との緊密な連携の下で、対象者の多様なニーズに対応できる統合的なサービスを提供している例は少ないと思われる。殊に、このようなサービス提供のコアとなる機関と刑事司法機関との組織的・継続的な連携は、ほとんどなされていない状況であろう。

薬物乱用者の処遇は、時間的な流れに対応するとともに(縦軸)、それぞれの経過点において、対象者が必要とする多様なニーズに対応することが必要である(横軸)。薬物使用を犯罪とする原則を維持している日本では、刑事司法機関がこのようなニーズに最初に接することになるが、既に繰り返し述べたように、刑事司法機関のみでこのような多様なニーズに対応することは不可能である。シンガポールの場合、CAMP は、薬物乱用者処遇を担当する内務省矯正局、SANA (各機関・組織の機能については、第2部第4章参照)と連携しており、このような必要性に対応している。日本で、今後、薬物乱用者と密造・不法取引者を区別した処遇を行い、関係機関・民間団体等連携の下、前者に対する継続的処遇を含めた効果的な乱用者処遇プログラムの提供を検討する際、CAMP は参考となると考えられる。

(2) 特定のニーズに対応するためのコースの設定

従来の乱用者処遇は、乱用薬物の種類とその薬理作用への対応に重点が置かれていたと思われる。し

37 週5日、8週間の期間、CAMPに通うことが必要なコース。社会内処遇ではあるが、週末以外通所を要求される点で、拘束度から見ると(仕事や通学にかなりの支障を来す)、施設内処遇と大差はない。

かし、薬物乱用問題を単にメディカル・ケアの問題から、犯罪性向 (criminogenic tendency) への多角的な対応を目指したニーズ・アンド・リスク・アプローチの観点からとらえようとした場合³⁸、本人を取り巻く環境に着目した、総合的対応が不可欠となる。この観点からは、薬物乱用の根本原因 (root causes of drug abuse) を、社会的、身体的、心理的な観点から分析しながら処遇を進めることが重要である (和田, 2000, 150-151)。CAMP で提供されている、女性の薬物乱用者専用コース、薬物依存とドメスティック・バイオレンス問題対応コースは、その一例であるが、日本でも、薬物使用に関する再犯率を下げるには、この総合的対応は一つの核をなすアプローチであると考えられる。

ちなみに、参考文献で示したカナダでは、ニーズ・アンド・リスク・アプローチの観点をベースにしたプロジェクトの例として、精神障害を持った犯罪者 (薬物依存者を多く含む。) のための省庁間協力プロジェクト (The Interministerial Project) が、大バンクーバー地域で、1987年から開始されており、大きな成果を挙げている (染田, 1996, 1998)。このプロジェクトは、法廷精神医学サービス (Forensic Psychiatric Services), ブリティッシュ・コロンビア州法務省矯正局, 大バンクーバー精神医療サービス (Greater Vancouver Mental Health Services) が共同開発し、かつ、資金も共同出資した上、各省庁の職員を提供して運用している。シンガポールの例と併せて、多機関連携による効果的な乱用者処遇を検討する際、参考となろう。

<参考文献>

- Community Addictions Management Programme (CAMP), <http://www.camp.org.sg/index.cfm>
National Council Against Drug Abuse (NCADA) and Ministry of Home Affairs, 1998, "Towards a Drug-Free Singapore, Strategies, Policies and Programmes Against Drugs."
National Council Against Drug Abuse (NCADA), <http://www.drugfree.org.sg>
Wodarski & Dziegielewski, Eds., 2002, "Human Behavior and the Social Environment, Integrating Theory and Evidence-based Practice," Springer Publishing Company.
小沼杏坪, 2004, 「薬物依存者に対する治療・処遇の体制の現状と課題」, 警察学論集57巻2号, pp.123-147.
染田恵, 「カナダ, アメリカ合衆国, 連合王国における社会内処遇の多様化の新しい展開及び関連する社会資源のネットワーク整備について」, 1996, 犯罪と非行108号, (財)青少年更生福祉センター, pp.154-189.
染田恵, 「犯罪者の社会内処遇の多様化に関する比較法制的研究」, 1998, 法務研究報告書86集1号, 法務省法務総合研究所.
和田清, 2000, 「依存性薬物と乱用・依存・中毒」, 星和書店.

38 シンガポールの薬物乱用者対策は、現在、メディカル・ケア中心から、ニーズ・アンド・リスク・アプローチに移行しつつある。そこでは犯罪性向 (criminogenic tendency) への多角的な対応がなされており、特に、薬物乱用の根本原因 (root causes of drug abuse) に対するアプローチが、本人を取り巻く環境に着目して、それを社会的、身体的、心理的な観点から分析しながら進められている (カナダ, オーストラリアの影響。実務家を継続的に現地に留学・研修のため派遣しているほか、これらの国から、専門家を招へいして当地でのアドバイスも受けている。)

第7 薬物対策統括機関を核としたネットワーク体制

1 意義

薬物対策は、供給削減と需要削減から構成され、後者は、薬物乱用予防と乱用者処遇に分かれる。これらは、いずれも、多様な要素から構成されるため、刑事司法機関だけで対応するのは困難なので、薬物対策統括機関を核とする関係政府機関、民間組織・団体相互の連携（ネットワーク）体制の構築が重要である。

調査対象国においては、韓国を除き、いずれの国においても、このような薬物対策統括機関を設置しており、それぞれ特色のある薬物対策を実施している。

2 調査対象国のネットワーク体制の特徴とその比較

調査対象国のネットワーク体制をまとめたものが、表9である（以下の解説の番号は、表中の番号に対応している。）。

①、②の総合的な政策立案及び諮問機関に関しては、いずれの調査対象国も、薬物対策統括機関及び諮問機関を置いている。薬物対策統括機関は、いずれも政策立案のみならず、取締り、乱用予防の機能を兼務している例が多い。

③の薬物問題に関する研究は、真に効果的な薬物問題対策を立案するために重要な要となるものである。薬物乱用問題が社会に与える影響、処遇の効果（薬物再使用の防止、元乱用者の生活の質向上など）、広報の効果等に関する実証的・体系的の研究が不可欠である。この点、香港では、麻薬対策常務委員会（ACAN）からの委託研究の形で、各種の研究が充実して行われている（薬物乱用の社会的コストに関する研究、早期薬物乱用者の動機付けを高める方策に関する研究など多数）。タイでも、薬物専門の国立医療機関を中心に研究が行われているが、英文の形で発表されているものは少ない。シンガポールとマレーシアに関しては、一定水準の研究も散見されるものの、香港と比較して、全体としてどの程度の研究が行われているのか不明であった。

④の情報収集の意義は、効果的な薬物乱用者処遇のために、その前提として、乱用者の現状と動向を正確に把握することが重要であるということである（乱用薬物の動向〔年齢、性別、地域別等〕、再使用による関係機関への出頭ないし再検挙率等）。この観点から、香港では、極めて整備されたデータベースを有しており、警察、病院等関係機関に、薬物乱用により検挙されるか・受診するなどした者は、すべて、このデータベースに登録される（本人の承諾が必要）。マレーシアも香港に近い、関係機関統合型のデータベースを整備している。また、シンガポール、タイは、統合型ではないものの、同種のデータベースを有している。

⑥の需要削減については、刑事司法関係の施設内処遇を薬物対策専門の政府機関が担当しているのはマレーシアのみで、他の国では、矯正局又は保護局所管である。保健・福祉等系列の施設内・社会内処遇は、いずれの国でも、保健省、社会福祉省ないしそれに準ずる機関によって実施されている。

アフターケアは、社会復帰に長期間を要する薬物乱用者の処遇効果を維持する上で重要（継続的処遇の一環）であり、シンガポールが、この点については、最も充実した体制を有しているといえる。

⑦の官民連携は、予防や処遇に関するネットワーク体制の構築とその円滑な運用を図る上で重要である。香港とシンガポールは、そのための機関又は共同のネットワークを有している。

表9 薬物乱用問題に対応するための関係機関等のネットワーク体制

	香港	韓国	マレーシア	シンガポール	タイ
①総合的な政策立案	保安部麻薬局	大検察庁	内務省薬物対策庁(NDA), 国家薬物対策評議会(NDC)	中央麻薬統制局(CNB)	麻薬統制局(NCB), 麻薬統制局事務局(ONCB)
②政策の諮問	麻薬対策常務委員会(ACAN)	国家薬物対策調整委員会(National Anti-drug Coordinating Committee)	国家薬物対策評議会(NDC)	薬物乱用に関する全国委員会(NCADA)	麻薬統制局(NCB)
③研究	ACANからの委託研究等(大学, 病院, 民間団体)		教育省高等教育研究所	シンガポール社会復帰援助共同体(SCORE)の委託研究等	保健省傘下の薬物専門研究所
④情報収集(薬物乱用者関係データベース, DB)	保安部麻薬局薬物乱用中央登録室(CRDA)(関係機関の統合DB)		内務省薬物対策庁国家薬物情報システム(NADI)(関係機関の統合DB)	中央麻薬統制局(関係機関の統合DBではない)	保健省(関係機関の統合DBではない)
⑤供給削減					
取締り	保安部麻薬局, 香港警察, 税関局, 汚職防止独立委員会	検察庁, 警察, 税関, 海上警察庁	内務省薬物対策庁, 警察, 関税・物品税局, 国境薬物密輸防止局	中央麻薬統制局, 警察, 税関	警察, 麻薬統制局事務局(ONCB), マネーロンダリング対策局(AMLO), 税関等
国際協力	保安部麻薬局	大検察庁	内務省薬物対策庁, 外務省, 首相府調査課	中央麻薬統制局	麻薬統制局事務局
⑥需要削減					
乱用予防(教育・広報-第1次予防)	保安部麻薬局, 教育局	教育部, 保健福祉部, 食品医薬品安全庁, 青少年保護委員会, 韓国薬物乱用防止協会	教育省, 警察麻薬局	中央麻薬統制局, 教育省, シンガポール薬物乱用防止協会(SANA)	麻薬統制局事務局(ONCB), 文部省, 内務省, 警察, 政府広報局
施設内処遇(刑事司法-第2次予防)	矯正局(薬物乱用者専用)	法務部矯政局, 保護局(薬物乱用者専用の制度ではない)	内務省薬物対策庁, 矯正局(薬物乱用者専用)	内務省矯正局(薬物乱用者専用)	法務省矯正局, 法務省保護局, タイ国軍(薬物乱用者専用)
施設内処遇(保健・福祉等-第2次予防)	保健局, 社会福祉局, SARDA, 等	保健福祉部, 食品医薬品安全庁	保健省病院局	保健省	保健省(薬物専門の基幹病院)
社会内処遇(刑事司法-第2次予防)	矯正局(仮釈放), 社会福祉局(保護観察)(薬物乱用者専用)	法務部保護局(保護観察所)(薬物乱用者専用の制度ではない)	内務省薬物対策庁, 警察(薬物乱用者専用)	内務省矯正局, 中央麻薬統制局(薬物乱用者専用)	法務省保護局(薬物乱用者専用)

社会内処遇（保健・福祉等－第2次予防）	保健局, 社会福祉局, SARDA, 等	(薬物乱用者専用の社会内処遇制度はない)	保健省病院局	保健省, 社会事業国家評議会	保健省, バンコク首都行政区
アフターケア（第3次予防）	保健局, 社会福祉局, SARDA, 等	(同上)	薬物乱用防止相談センター（一部の社会内処遇事務所に併設）	SCORE, SANA, シンガポール・アフターケア協会	保健省, 労働福祉省, バンコク首都行政区
⑦官民連携	薬物問題連絡委員会	韓国薬物乱用防止協会 (KAADA)		CARE (Community Action for the Rehabilitation of Ex-offenders)	
⑧民間支援団体	麻薬撲滅基金協会, 社会事業協会等	韓国薬物乱用防止協会 (KAADA)	PENGASIH, マレーシアン・ケア	SANA, SCORE, 中国人開発協会協議会, シンガポール・インド人開発協会, イスラム教専門家協会等	タイ調査基金(TRF)ほか

注 韓国の「大検察庁」は、日本の最高検察庁に相当する組織である。

3 調査対象国のネットワーク体制に関する課題と対応策

調査対象国のネットワーク体制を概観すると、いずれの国も、薬物問題を国家・社会全体にとっての重要な課題と位置付けて、それに対して、一丸となって対応する体制を構築しようとしていることがうかがわれる（ただし、韓国については、法執行機関中心の処罰優先型で、他の4か国と比べて、統合的なネットワーク体制の構築は弱い。）。例えば、タイの場合、麻薬統制局の首班は、首相であり、加えて、主要な薬物の取締法令には、その法令の運用に携わる関係省庁の代表者から構成される委員会が置かれていて、横の連携を法律レベルでも担保する仕組みが組み込まれている。

他方、有効な薬物問題対策は、事実の正確な把握と、各種の薬物問題関連の課題に関する実証的な調査・研究によって裏付けられる必要がある（薬物問題に関する根拠に基づく実務 (Evidence-based Practice, EBP)。この点、香港は、比較的整った体制を有しているが、他の調査対象国は、まだEBPの概念自体があまり普及していない状況にある。例えば、タイでは、第2部の国別報告でも紹介したように、欧米から導入した各種の乱用者処遇モデルとそれらをタイの実情に合わせて修正したモデルが錯綜しており、各種処遇方法の見本市状態であるが、いずれの処遇方法が効果的かについての実証研究は少ない。今後、社会資源を有効に活用した、薬物問題に対応するためのネットワーク体制を構築するためには、①薬物乱用者に関する統合的データベースの整備及び②欧米に比べて立ち後れが目立つ実証的研究の蓄積が必要となると考えられる。

<参考文献>

- Central Registry of Drug Abuse (CRDA), 2003a, *Central Registry of Drug Abuse 51st Report*.
- CRDA, 2003b, *Central Registry of Drug Abuse 52nd Report*. (<http://www.nd.gov.hk>)
- 小沼杏坪, 2004, 「薬物依存者に対する治療・処遇の体制の現状と課題」, 警察学論集57巻2号, pp.123-147.
- 白倉克之, 樋口進, 和田清, 2003, 「アルコール・薬物関連障害の診断・治療ガイドライン」, 憐じほう.
- 染田恵, 「カナダ, アメリカ合衆国, 連合王国における社会内処遇の多様化の新しい展開及び関連する社会資源のネットワーク整備について」, 1996, 犯罪と非行108号, (財)青少年更生福祉センター, pp.154-189.

染田恵, 「犯罪者の社会内処遇の多様化に関する比較法制的研究」, 1998, 法務研究報告書86集1号, 法務省法務総合研究所.

和田清, 2000, 「依存性薬物と乱用・依存・中毒」, 星和書店.

第8 薬物乱用者に対する継続的処遇（Through Care）及びアフターケアの体制

1 薬物乱用者に対する継続的処遇及びアフターケアの意義

薬物乱用の問題には依存症の克服という課題が付随するだけでなく、雇用や住居の確保、子育ての問題など対象者に固有のニーズにも対処する必要がある。依存症からの回復や円滑な社会復帰を支援するためには長期的展望に立った介入やサポートを、対象者の抱える問題やニーズに応じて切れ目なく包括的にアレンジしていくことが望ましい。

刑事司法の分野では、刑事司法機関に接触した時点から刑事司法機関による各種介入が終結し、円滑な社会生活への再統合に結び付けていく一連のプロセスを一般に継続的処遇（Through Care）と呼び、そのための体制を各国の刑事司法機関が整備している³⁹。こうした発想は、犯罪者処遇が施設内処遇のみで完結するものではなく、犯罪者の円滑な更生や社会復帰を効果的に果たすためには、刑事司法の入口段階から社会内処遇への円滑な移行に至るまで一貫した対応が必要であるという経験的な認識や、実証的な観点から、再犯抑止には分断的な処遇よりも継続的な処遇の方が効果があるという知見を背景としている。

一方、アフターケアは、それ以前の処遇・治療的介入段階で達成された行動面の改善を維持し、問題の再発を防止するための諸活動（例、社会的なサポート、各種社会資源との関連付けその他の対処方策）と定義付けることができる。例えば、施設における矯正処遇のアフターケアは、施設出所後の社会内処遇（監督指導やその他の支援活動等）である。端的に言えば、アフターケアは、先行する処遇段階をフォローする処遇であり、継続的処遇の一構成要素ということになる。薬物乱用者処遇の分野では、再発防止プログラムの節で述べたように、治療的介入の終結後、高率で薬物の再使用が起こることが知られており、先行する治療的介入の効果を維持し、回復を支援するためにはアフターケアサービスが重要であることが強調されている。

まず、ここでは、継続的処遇の枠組みやその構成要素であるアフターケアを有効に編成するために、どのような要素が必要とされ、どのような問題があるのかを、PendergastとBurdon（2002）らの論考をベースに列挙して検討したい。

（1）薬物乱用犯罪者に対する切れ目のないケアに必要な統合的処遇システムの条件

- ア 処遇システムが共通の目標を目指して組織化されていること
- イ 処遇システムが共通の手続を持つこと
- ウ 処遇システムがサービス全般の質の向上に向けて、評価、情報共有及びフィードバックのシステムを持つこと

上記の各ポイントを実現するには、同一の機関が継続的処遇を供与する場合や統括的な機関が継続的処遇をモニターするような場合を除いて実際には様々な障害に直面する。次に、継続的処遇や継続的処遇の考え方に立ったアフターケア実施の際の障害と打開策を列記する。

（2）継続的処遇の実現を阻害する要因と打開策（例）

- ア 治療的介入を行う機関間の調整がうまくなされていなければ、ばらばらなサービスの供与にとどまり、人的・物的資源の有効な配分ができにくい。その結果、薬物乱用にまつわる危害の低減等の

39 継続的処遇の考え方は、医療・福祉の分野における、連続的なケアの必要性に着目したケアマネジメントや各種問題や疾病の再発に関わる危険要因の管理に重点を置いたリスクマネジメントの発想に類縁の概念である。

共通の目標の実現が阻害される⁴⁰。

⇒・関係機関間の信頼・協力関係の構築について：継続的処遇の統括機関を設置する、あるいは関係機関を交えた委員会や特設部会を設定し、全般的な処遇体制レベル、実施プログラムレベル及び個別的な処遇レベルの各水準の協議・合意形成の場を設けることが考えられる。

・実務レベルの協働体制の構築について：可能ならば学際的処遇チームを編成したり、継続的処遇のコーディネーターを設定し、ケアのマネージメントに当たる⁴¹。

イ アの結果として、スクリーニング、アセスメント、他のサービスへの付託手続が調整されないまま、不適切に実施される。その結果、包括的なサービス供与が不適切に行われ、各種の治療的なプログラム等に連続性がなくなってしまう。

⇒・スクリーニング、アセスメント、付託について：刑事司法機関に対象者が最初に接触した時点で、スクリーニングやアセスメントを的確に行い、治療的介入に付託する枠組みを整える。この方法は、判決前調査制度がある場合には比較的实施が容易である。一方、判決前調査制度を処遇選択に活用していない場合には、刑務所等の処遇施設に入所時、分類調査段階で綿密な調査を行い、その後の処遇経過を含めて施設処遇後の社会内処遇実施機関に情報を引き継ぐとともに、薬物乱用にまつわるリスク要因の分析を含め、共通の基盤でアセスメントや評価を行い、適切な治療的介入サービスにつなぐことが必要になる。

・ケアの連続性について：形態としては、(ア)施設内又は居住型処遇実施機関が、施設内処遇完了後の社会内処遇を主体的に準備する形態、(イ)社会内処遇実施機関が、施設内又は居住型処遇実施中から対象者にコンタクトをとりふさわしいサービスを準備する形態及び(ウ)処遇全般をモニターする統括機関や処遇を調整するコーディネーターによる第三者によるサービス準備形態が考えられる。いずれの場合も上記ア及び下記ウの打開策を伴うことが望ましい。

ウ イの結果として、共通の基盤に立った評価、情報共有及びフィードバックのシステム構築も困難となる。その結果、全体としてのサービスの質はなかなか改善されない。

⇒・情報共有について：全体のシステムレベルに関しては、単一機関が薬物乱用者の動向や成り行きについて、全容を把握できるようにすることが望ましい。また、プログラムやケースのマネージメントについても、統一的なマネージメント情報システムを構築することが望まれる。

・評価・フィードバックについて：評価の構成要素としては、治療的介入の進捗・履行状況に関するモニタリング、処遇効果の測定、費用対効果の分析などを系統的に行う必要がある。当然、全般的な処遇制度の評価をする場合には、情報は共有されていなければならないし、各段階でプログラムを実施する機関や団体に対して評価結果やプログラム改善のための勧告等を適時に

40 刑事司法機関内だけを見ても、各組織の理念や実務内容には大きな違いがある上、刑事司法機関は、一般に薬物乱用の再発に寛容ではない一方、治療機関は薬物乱用の再発を回復のプロセスとみなすことが多いように、共通の価値や目標を共有することはなかなか容易ではない。アメリカのドラッグコートの理論的基盤をなすリハビリテーションジャスティス（社会復帰に重点を置き、個々の対象者のニーズにできるだけ適したアプローチを選択する司法の在り方；平野，1999）や治療的法学（Therapeutic Jurisprudence）の考え方（Hon. Hora, 2002；Wexler, n.d.）は、この両者の溝を埋めるためのひとつの打開策と考えられる。また、既存の刑事司法制度の枠組みにおいても、尿検査などの利用によって、治療的介入の動機付けを維持・促進することは可能と思われる。

41 この実務の好例として、英国では厚生省と内務省が共同でドラッグトリートメントエージェンシーを2001年に設立し、実行部隊としてドラッグアクションチーム（DAT）が関係機関を交えて地域ごとに編成され、治療的介入水準の異なる対象者にケアモデルという理論枠組みに沿って切れ目のないサービスを提供しようという実務が展開されている（詳細は、寺村（2003）を参照。）。

行えるようにすることが必要となる。このためには、全般のモニタリングと調査研究を併行して行えるような組織・体制を整えることが望ましい⁴²。

2 北米における継続的処遇及びアフターケアの実践例と処遇効果研究例

継続的処遇やアフターケアサービスは、薬物依存症の治療的介入に用いられる技法も様々であり、その他のサービスを含め処遇システム全体を評価するような要素もある。このため、継続的処遇やアフターケアの効果の評価には、先行する治療的介入やアフターケア段階での介入の効果の影響も当然に介在することになる。また、成り行きをフォローアップして行く過程で、対象者が治療的介入から脱落したり、対象者と接触が取れなくなるなどの問題も付随するため、結果の解釈にも注意を要する。さらに、アフターケア段階まで残る者は、もともと治療意欲が高かったという可能性もあり、アフターケアサービス自体に効果があったのか、対象者の特質によるものなのかは、準実験的な手法により対立仮説を支持する変数を統制したり、無作為割り付けによる実験的手法により確認することが望ましい。

ここでは、以上のような問題を念頭に置きつつ、北米で比較的長期にわたって追跡調査が行われた継続的処遇とアフターケアの事例を紹介する。

(1) デラウェア州立刑務所における TC・アフターケアプログラムの釈放後 5 年間の成り行き調査 (Inciardi ら (2002))

このプログラムは、1990年代半ばからデラウェア州の州立刑務所で実施されているプログラムであり、治療共同体処遇 (TC) を、刑務所拘禁期間中、釈放前外部通勤実施期間中及びパロール期間中の 3 段階に分けて継続的処遇を実施している。本プログラムの概要とパロール開始後 5 年間の薬物再使用と再犯の成り行きを表10に示す。

本研究は、TC 処遇が断薬の継続や再犯の抑止に効果があること及び TC 処遇に円滑なアフターケアの移行措置を加えた場合に断薬の継続や再犯の抑止に最も効果があることを例証している。他に注目すべき点としては、TC を修了することで再犯抑止の効果がドロップアウト群と比較して大きく出るが、断薬の継続という点では TC 処遇のみではドロップアウト群とたいして変わりがないこと、及び仮に TC 処遇からドロップアウトしても、全く治療的介入を受けないよりは断薬の継続や再犯防止に効果があるという点である。本研究と同様に薬物乱用者を対象とする TC 処遇とアフターケアの効果を見た研究として、Wexler ら (1999) の報告がある。彼らは、カリフォルニア州 R.J. Donovan 刑務所で行われた Amity の施設内 TC プログラムと社会内アフターケア TC プログラム (Vista) の受講者を刑務所出所後 1 年間フォローアップした。この結果、刑務所出所後の施設再収容率は、非治療群 50%、刑務所 TC ドロップアウト群 45%、刑務所 TC 修了群 40%、刑務所 TC 修了+アフターケアドロップアウト群 39%、刑務所 TC 修了+アフターケア修了群 8% という結果となった。つまり、この研究でも刑務所のみでの TC でも再犯指標にわずかな低下が見られるが、回復や再犯防止支援のためにはアフターケアが重要なことが示されている⁴³。

42 このような実務は、香港、シンガポール、マレーシアのように薬物統制政策の統括機関が担うこともできるし、小沼 (2004) が提唱するようにアメリカ薬物嗜癖研究所 (NIDA) のような組織を設立することでも可能であろう。

43 この研究は TC の節で述べた CDATE 研究では評価研究の手続きの質がデラウェア研究よりも劣るとされ、メタアナリシスの効果分布の中では、例外的なはずれ値となっているため、CDATE 研究の分析対象からは除外されている。

表10 デラウェア州立刑務所における多段階 TC プログラムの構成と成り行き調査結果の概要

処遇段階	処遇内容等説明			
ステージ1： 刑務所拘禁中の TC プログラム Prison-based TC	・ 社会内で行われる TC 処遇と同様な処遇を9～12か月にわたり刑務所内で実施（拘禁下の TC 処遇では、十分な時間をかけ TC 処遇のみに専念させ、回復途上の嗜癖者を役割モデルにした交流、向社会的価値、前向きに働く態度、嗜癖サイクルの理解などを体験させる）。			
ステージ2： 外部通勤期間中の TC プログラム Transitional TC in a work-release setting	・ 仮出獄日の約6か月前に対象者は外部通勤プログラムに移行する。昼間は社会内に外部通勤し、夜間は地域社会にある外部通勤施設となるハーフウェイハウスで生活する。この間、薬物再使用の誘惑に駆られることもあることから、移行期の TC プログラムをハーフウェイハウスで実施する。			
ステージ3： パロール期間中のアフターケア Aftercare	<ul style="list-style-type: none"> ・ 外部通勤期間が満了後、受刑者はパロールで出所し、釈放後の保護観察官による監督指導を受ける。開始期には面接が実施され、想定される問題点、短期・長期目標を設定し、処遇計画を策定する。 ・ この期間中は、ハーフウェイハウスで実施される治療グループ（再発防止、対人関係、雇用上の困難、経済的問題などを扱う）、カウンセラーとの個別・家族合同面接、外部の NA, AA ミーティングに参加するよう奨励する。アフターケア期間開始後30日間を適応的に生活できている者は、治療グループ参加は免除とし、外部の NA, AA ミーティングへの参加は継続するよう勧める。一方、不定期の尿検査を実施し、アルコールで陽性反応が出た場合は、週末にハーフウェイハウス TC の再発防止グループに参加させ、ヘロイン等の規制薬物陽性の場合は、ハーフウェイハウスに連れ戻し、事案に応じた措置を採る。 			
成り行き調査	説 明			
1. サンプル	1991～97年にデラウェア州矯正局で薬物乱用の治療（TC）+外部通勤が適当と判断された者（N=1,077名）を下記4群に分類 ⁴⁴ 。			
2. 分析方法	<p>a. 面接調査・再犯・再発指標等：外部通勤前に事前調査、以後、外部通勤完了後（パロール開始後）18か月、42か月、60か月目にフォローアップ調査を実施（初回の調査項目は、犯罪歴、薬物使用歴、治療歴、心身の健康状態、過去の薬物乱用の程度等で、フォローアップ時には、薬物使用の有無を自己申告及び尿検査で確認し、逮捕の有無を自己申告及び公的記録から確認した。</p> <p>b. 統計解析：薬物再使用及び再犯指標の従属変数として、治療的介入参加の有無、性、人種、年齢、犯罪歴、薬物乱用歴、治療歴を独立変数とするロジスティック回帰分析を実施。</p>			
3 群構成及び再犯・薬物再使用の推定確率	規制薬物の断薬継続		逮捕なし（再犯指標）	
	42か月目	60か月目	42か月目	60か月目
① 非治療群 ⁴⁵	0.05	0.05	0.27	0.23
② 治療群 ⁴⁶				
A：ドロップアウト群	0.18	0.17	0.33	0.28
B：TC 修了群	0.20	0.21	0.47	0.42
C：TC+アフターケア群	0.29	0.26	0.53	0.48
主要な結果解釈	<p>① TC 処遇を完了した場合には、断薬継続、再犯のいずれにおいても有意に良好な成績を示す（60か月目のオッズ比は薬物再使用3.5、逮捕1.6）。</p> <p>② TC 処遇のみの修了は、再犯抑止には相応の効果があるが、薬物再使用の防止（断薬の継続）という観点から見ると、ドロップアウト群と大きな違いはなく、アフターケアを付加することにより、断薬継続も再犯抑止も有意に向上する。</p>			

44 調査開始時のオリジナルデータセットから、死亡した者や他州に移動し所在がつかめない者等は分析から外されたため、分析に用いた総人員はパロール開始後42か月時点で690名で、60か月で540名であった。

45 外部通勤+TC が適と判定されたが定員超過のため TC 処遇を受講できなかった者を非治療群としている。

46 治療受講群中、ドロップアウト群は166名、TC 完了群は138名、TC 完了+アフターケア群は168名であった。

3 調査対象国におけるアフターケア及び継続的処遇体制の現状、当面する課題と今後の展望

継続的処遇やアフターケアのアレンジメントでは、対象者が薬物依存症を克服し円滑な社会生活を送るために、個々の対象者の問題性やニーズに応じたケアプランを構造的・系統的に実施できるかどうか処遇の成否を決める。刑事司法機関が関与する場合は、機関の介入権限や守備範囲が限定されてくるだけに、例えば施設内処遇でどこまで目標を達成させ、社会内処遇に円滑に引き継ぐかということを検討しなければならないし、公的な介入の権限が及ばなくなった際に、対象者が自発的に各種のサービスを利用したりする場合の情報供与や橋渡しの役割についても意識して処遇を実施することが望ましい。

継続的処遇やアフターケアの実施方式は、実地調査対象国の法制度や行政機関その他の処遇実施機関の権限や役割に応じて様々な形態を採っている。大別すると、①一つの政府機関や団体が施設内処遇と社会内処遇（移行形態としてのーフウェイハウス処遇及びその後の監督指導やアフターケア）を受け持つ場合（例、香港矯正局の薬物嗜癖治療センターの実務、香港民間治療・リハビリ機関；マレーシアの薬物対策庁の社会内処遇実務）、②統括的な薬物統制機関と民間団体がパートナーシップを構築して全般的なアレンジメントを行う場合（例、シンガポールの中央麻薬統制局（CNB）とシンガポール薬物乱用防止協会（SANA）やシンガポール社会復帰援助共同体（SCORE）、③公的な処遇実施機関が民間機関のアフターケアのアレンジメントをする場合（例、韓国の刑務所収容又は保護観察の実施後の民間シェルターによる処遇プログラムのアレンジメント）といった形態が認められた⁴⁷。

①の方式による場合は、特定組織や団体が一貫して処遇に当たり得るので、施設から社会内のプログラムに移す場合も比較的スムーズに情報交換や必要な手当てを行い得る利点があるが、組織や団体を越えた連携は、上位の統括機関による調整や協議の場が恒常的に用意されていないと難しい。②の方式の場合は、統括機関に十分な権限や調整能力があり、社会資源も潤沢にある場合に効果を発揮する。学際的なチームアプローチを進めていくための基本的な枠組みと考えられ、コーディネーターの役割を果たすワーカーの力量が問われる。③の場合は、我が国の現行制度に最も近いやり方であるが、自発ベースの処遇につなぐにしても民間処遇機関や団体との信頼関係の構築や処遇を受け継ぐ前からの両者の協力関係をいかに実質的に構築できるかが成否を決めることになる。

このように大まかな区分けは可能だが、各国・地域で実施されている実務をささいに見ると、継続的処遇やアフターケアの実務は、官民の区分や医療・福祉・刑事司法等の諸領域に応じて、実際には非常に多様な形態を採っており、一国の実務を単純化させて論ずることはできない。ただし、どの国・地域においても、人的・物的資源の制約の中で、切れ目のない継続的処遇をできるだけ実現しようとしている。我が国の薬物乱用者処遇でも、刑事司法部内の処遇と福祉的なサービスをつなげる試み、刑事司法機関と医療機関が連携して処遇する試み、DARCのような民間リハビリ団体やNAなどの自助団体が矯正施設の処遇プログラムに協力する試みなど、より良いパートナーシップ作りを目指した働き掛けは徐々になされるようになってきているが、アジア諸国の取組に比べると、まだ相当に分断化され、継続的処遇や円滑なアフターケアを実施するための基盤整備も立ち遅れているように思われる。実務レベル及び政策レベルで真しな議論や検討をしていく必要がある。

最後に、NIDA (1998) の薬物乱用の効果的な治療原則を掲げ、本論を締めくくりにする。これらの原則は、適切な治療的介入を計画し、継続的処遇を実現し、適切なアフターケアを実施する場合にも

47 ①はカナダ連邦矯正局の実務に近く、②は英国の刑事司法制度における薬物乱用者処遇政策に近い。カナダや英国の継続的処遇の枠組みは、寺村（2003）参照。

当てはまる原則だと筆者は考えている。

<NIDA 薬物乱用の効果的治療原則 (Principles of Effective Treatment)>

1. すべての対象者に適切な単一の治療など存在しない。
2. 治療的介入は、容易に接近・利用可能なものでなければならない。
3. 効果的な治療は、本人の薬物乱用だけでなく、多様なニーズに留意している。
4. 個々人に向けた治療及びサービスプランは、対象者のニーズの変化にプランが合致するよう継続的に査定され修正する必要がある。
5. 治療的介入を適切な期間維持することは、処遇効果をもたらすために重要である。
6. 嗜癖治療が効果を挙げるためには、カウンセリング（個別・集団）及び他の行動的介入技法が重要である。
7. 多くの患者にとって、投薬治療は、特にカウンセリングや行動的介入技法と組み合わせた場合に重要な治療的介入の要素となる。
8. 精神障害を合併する嗜癖者は、いずれの障害についても統合された形で治療を行うべきである。
9. 医学的な解毒は嗜癖治療の第1ステップにすぎず、そのみでは長期の薬物乱用にほとんど変化をもたらさない。
10. 治療的な介入が効果を持つために、自発的な参加である必要はない（刑事司法機関の介入により、治療参加、治療的介入活動の維持、治療的介入の成功率は有意に向上する）。
11. 治療機関中に起こり得る薬物乱用は継続的にモニターしなければならない。
12. 治療プログラムは、HIV・AIDS、肝炎、結核、その他の感染症についてもアセスメントを行い、そうした感染リスクに我が身をさらすような行動を変容させるべくカウンセリングを行うべきである。
13. 薬物嗜癖からの回復は、長期的な過程をたどり得るものだし、仮に治療が成功した場合でも再発により治療の反復を必要とすることもある。

<参考文献>

- 平野哲郎, 1999, 「ドラッグコート：アメリカ合衆国におけるリハビリテーションジャスティス(社会復帰司法)の試み」, 判例時報, 1674, 27-39.
- Hon. Hora, P.F., 2002. 'A dozen years of drug treatment courts: Uncovering our theoretical foundations and the construction of a mainstream paradigm.' *Substance Use & Misuse*, 37, (12 & 13), 1469-1488.
- Inciardi, J.A., Surratt, H.L., Martin, S.S., & Hooper, R.M., 2002. 'The importance of aftercare in a corrections-based treatment continuum. In C.G. Leukefeld, F. Tims, & D. Farabee. (Eds.). *Treatment of Drug Offenders: Policies & Issues*. (Chap. 16, pp.204-216.) New York: Springer.
- 小沼杏坪, 2004, 「薬物依存者に対する治療・処遇の体制の現状と課題」, 警察学論集, 57(2), 123-147.
- 小田, 小沼, 村上, 幸地, 2003, 「治療環境と治療選択」(白倉, 樋口, 和田(編), 『アルコール・薬物関連障害の診断・治療ガイドライン』, pp.57-66.), 東京: じほう.
- NIDA, 1999. *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-based Guide*. Bethesda: NIH.
- Pendergast, M.L. & Burden, W.M., 2002. 'Integrated systems of care for substance-abusing offenders.' In C.G. Leukefeld, F. Tims, & D. Farabee. (Eds.). *Treatment of Drug Offenders: Policies & Issues*. (Chap. 10, pp.111-126.) New York: Springer.
- 寺村堅志, 2003, 「効果的な薬物乱用者処遇をめざして(前)」, 刑政, 114(11), 22-34.

- UNODC, 2003. *Drug abuse treatment and rehabilitation : A practical planning and implementation guide.* (Drug abuse treatment toolkit series) Vienna : UNODC.
- Wexler, D., n.d. 'Therapeutic Jurisprudence.' (Adapted lecture paper at the Thomas Cooley Law School) (<http://www.law.arizona.edu/depts/upr-intj/intj-o.html>)
- Wexler, H.K., De Leon, G, Thomas, G, Kressel, D, & Peters, J. 1999. 'The Amity prison TC evaluation.' *Criminal Justice & Behavior*, 26, 147-167.