

第5章 タイ

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	タイの概要	255
1	基礎データ	255
2	全般的な情勢	255
第2	主要乱用薬物の動向	257
1	薬物乱用史概観	257
2	近年の薬物乱用動向	257
(1)	規制薬物乱用者人口推計データ	257
(2)	規制薬物押収量及び薬物関連事件数の推移	258
(3)	薬物関連事件裁判所係属件数の推移	259
(4)	矯正施設被収容者における薬物乱用者の動向	260
第3	薬物に関する法的規制の概要	262
1	麻薬統制関係法令の体系	262
(1)	麻薬統制に関する権限及び義務を規定している法令	262
(2)	薬物取締りのための法令	262
(3)	薬物乱用者の更生のための法令	262
(4)	薬物犯罪に関連した財産の統制に関する法令	262
(5)	特別の措置を規定している法令	262
2	麻薬統制に関する権限及び義務を規定している法令の概要	262
(1)	麻薬統制法	262
(2)	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	263
3	薬物乱用者の更生のための法令	264
4	麻薬統制における「麻薬」の定義及び薬物に対する規制法の体系	265
5	薬物取締りのための法令	265
(1)	麻薬法	265
(2)	向精神薬法	268
(3)	揮発性物質使用規制に関する緊急命令	269
第4	薬物乱用予防及び薬物乱用者処遇政策	271
1	薬物乱用予防	271
(1)	全国レベル	271
(2)	地域レベル	271
2	薬物乱用者処遇	272
第5	薬物問題に対応する機関・組織等の概要	273
1	麻薬統制委員会及び麻薬統制委員会事務局	274
(1)	麻薬統制委員会 (Narcotics Control Board, NCB)	274
(2)	麻薬統制委員会事務局 (Office of Narcotics Control Board, ONCB)	274
ア	組織の沿革等	274
イ	具体的な活動内容	274

2	UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) タイ事務所	275
(1)	沿革等	275
(2)	主要な機能	275
(3)	東南アジア地域での活動	275
(4)	UNODCによるタイ及び周辺国の薬物問題の状況分析	276
ア	タイの薬物状況	276
イ	薬物乱用者処遇を巡る課題 (特に青少年関係) - タイも含めて	276
ウ	薬物乱用予防及び乱用者処遇に関する根拠に基づく実務 (Evidence-based Practice, EBP)	277
エ	タイの薬物乱用者処遇	277
オ	社会資源の活用とネットワーク化	278
第6	薬物乱用予防及び薬物乱用者処遇	279
1	矯正局による薬物乱用者処遇の概要	279
(1)	法務省矯正局 (Department of Corrections, DOC) の概況	279
(2)	法務省矯正局所管の矯正施設における薬物事犯者処遇の枠組み	279
(3)	法務省矯正局所管の矯正施設における薬物乱用者処遇及び薬物乱用予防活動の枠組み	280
ア	一般プログラム	280
イ	治療共同体 (TC)・CARE プログラム	281
(4)	薬物乱用処遇施設例: 薬物依存者中央矯正施設 (Central Correctional Institution for Drug Addicts)	283
(5)	法務省矯正局が取り組む薬物乱用予防活動	284
(6)	法務省矯正局の薬物乱用者処遇の当面する課題	284
2	保護局による薬物乱用者の社会内処遇の概要	284
(1)	法務省保護局 (Department of Probation, DOP) の概況	284
(2)	近時の法務省保護局による薬物乱用者対策の成果	285
ア	全般	285
イ	仮釈放の積極的運用	288
ウ	元乱用者の就労機会の確保	288
エ	一般社会の薬物乱用者に対する理解促進	288
(3)	薬物乱用者の社会内処遇に関する保護局の課題	288
ア	処遇する保護局側人材の確保及び研修の充実による薬物乱用者処遇の質の向上	288
イ	警察の薬物乱用者に対する考え方	289
ウ	社会の薬物乱用者に対する考え方・態度をより積極的なものに変えていくこと	289
(4)	薬物乱用者に対する強制処遇制度	289
ア	制度導入の背景	289
イ	制度の法的構造	289
ウ	対象及び適用要件	290
エ	薬物乱用者検証と薬物使用者又は乱用者であるとの決定	291
オ	強制的処遇の内容	291
カ	制度の運営主体	292

(ア) 薬物乱用者更生委員会	292
(イ) 薬物乱用者更生委員会小委員会の権限と責務	293
キ 薬物使用又は依存の検証及び薬物乱用者更生のための施設	293
ク 実務運用と課題	294
(ア) 全般	294
(イ) ラド・ラムカウ (Lad Lumkaew) 薬物乱用者更生センターにおける処遇と課題	296
3 軍キャンプ利用による薬物乱用者処遇	297
(1) 薬物乱用者処遇における軍施設利用の概要	297
(2) VPプログラムの概要	297
ア VP1プログラム (薬物乱用者の早期釈放推進策としての軍施設利用)	297
イ VP2プログラム	298
(3) VP2プログラム施設例：パクスクアドロン陸軍キャンプ (Royal Thai Army, Pak Squadron Military Camp)	298
(4) 軍キャンプ利用による薬物乱用者処遇の当面する課題	299
4 医療・保健機関による薬物乱用者処遇プログラム	299
(1) 医療・保健機関による薬物乱用者処遇の概要	299
(2) 医療機関の処遇例	299
ア タンヤラック薬物乱用研究所 (Thanyarak Institute on Drug Abuse)	299
(ア) 施設概要等	299
(イ) 入院者の概要	300
(ウ) 入院乱用者への提供サービスの概要	300
(エ) 通所乱用者に対する提供サービスの概要	301
(オ) 薬物ホットライン	301
イ 北部薬物依存治療センター	301
(ア) 位置付け	301
(イ) 施設概要	301
(ウ) 治療対象の変遷と入院患者のプロフィール	301
(エ) 処遇 (治療) 内容	302
(オ) 乱用予防活動	303
(カ) 施設	303
ウ スアンプラン精神病院 (Suanprung Psychiatric Hospital)	303
(ア) 設立経緯	303
(イ) 施設の機能等	303
(ウ) 職員	304
(エ) 薬物乱用者処遇	304
エ ファラモン・クックラオ病院 (Phramongkutklao Hospital)	304
(ア) 概要	304
(イ) PMK モデル	304
(3) 保健機関による処遇例：マトリックス IOP センター (Matrix Intensive Out Patient Centre)	305

ア	設立経緯等	305
イ	職員	305
ウ	マトリクスプログラムの内容	305
エ	プログラム参加者の特性	306
オ	参加費用	306
カ	治療成績等	306
5	医療・保健機関の行う薬物乱用者処遇の課題	306
6	民間の居住型治療・リハビリプログラム	306
(1)	コミュニティ・インコントロール (Communita Incontro)	307
ア	設立経緯等	307
イ	基本理念	307
ウ	センター概要	307
エ	入所対象者	307
オ	プログラム	308
カ	その他	308
(2)	バン・ラック・ジャイ (Barn Rak Jai)	308
ア	施設概要	308
イ	職員体制	308
ウ	処遇プログラム	309
エ	施設概要	309
オ	実績	310
第7	薬物問題への対応の特色と今後の課題	311
1	感想・意見 (染田)	311
2	感想・意見 (寺村)	312

第5章 タイ

第1 タイの概要¹

1 基礎データ

- ・面積：51.4万 m²（日本の約1.4倍）
- ・人口：約6380万人（日本の約1／2；2003年タイ銀行推計）
- ・人種：タイ族（約75%）、中国系華僑（約14%）、その他（マレー族、山岳少数民族等、約11%）
- ・公用語：タイ語（知識階級は英語を第二言語としている）
- ・一人当たり GDP：約2,014米ドル²
- ・失業率：2.9%（2002年推計）
- ・刑務所拘禁率（人口10万人当たり）：約340³（日本の約6.3倍）（2003年）

2 全般的な情勢

タイの基礎は13世紀のスコタイ王朝により築かれ、1932年の立憲革命により絶対君主制から立憲君主制の政体に移行した。立憲君主制に移行後、軍部主導の政治が続いてきたが、1992年の軍と民主化勢力との衝突以降は民主政権が続いている。現タクシン（Thaksin Shinawatra）政権は2001年2月に誕生し、同首相の強力なリーダーシップの下で各種の改革が行われている。

行政改革関係では、2002年10月に省庁再編が行われ、従前の1府13省1庁から1府19省に再編された。これにより、従来内務省に属していた矯正局及び裁判所に属していた青少年観察・保護関係業務（少年の資質鑑別や施設内処遇関係の業務）は法務省に統合され、保護局は、新たに矯正局のパロール関係、少年関係の保護観察業務などの業務を所管することになった。さらに、薬物乱用者更生法が2002年に全面的に改正され、2002年10月から施行（地域を限定しての段階施行）されるようになったことに伴い（2003年3月以降、全国規模での完全実施）、薬物乱用者向けの社会内処遇が大幅に拡大したことから、保護局の役割は非常に大きなものになっている。

司法制度については、1997年の大改正による新憲法に基づき、通常の民事・刑事事件を処理する司法裁判所、憲法問題のみを扱う憲法裁判所、行政事件を処理する行政裁判所、軍関係の事件を処理する軍事裁判所が設置されている。なお、裁判所も従前は法務省の管轄下に置かれていたが、憲法改正を機に2000年8月に法務省から独立した。

薬物問題に関しては、タクシン政権発足後、薬物統制政策が喫緊の課題と位置付けられ、2001年3月にチェンライで薬物対策に関するブレインストーミングワークショップが開催され、現行薬物統制政策の基本方針が固まった⁴。これを端的に表す基本的な考え方は、「取締りの前に予防を、薬物依存者には治

1 タイの概況については、日本外務省の地域別情報<<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/thailand>>、アメリカ中央情報局 CIA) の The World Factbook 2003<<http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/>>などによる。

2 2002年の一人当たりの GDP 購買力平価換算推計値の場合、約7,000米ドルである。

3 第23回アジア太平洋矯正局長会議2003年6月時点のデータ。

4 チェンライの会合の結果、1. 前駆物質を含めた規制薬物の徹底摘発、2. 軍など政府機関を総動員した薬物乱用者治療・リハビリの推進及びこれを可能にする法改正、3. 地域社会を基盤とする薬物意識啓発の推進の3年が実施の基本プランに定められた。

療を、薬物ディーラーには罰を」というスローガンである。つまり、薬物乱用問題に対処するため、あらゆる資源と国民の努力を結集して一次予防から三次予防までをカバーする包括的需要削減対策に乗り出す一方、供給サイドに対しては徹底的な薬物統制と厳罰化の二極分化路線を明確に打ち出したわけである。このワークショップを踏まえ、同年3月末に、基本的な対処方針が首相府令119号・120号 (Office of Prime Minister's Order No. 119/2544; No. 120/2544) により発布され、第9次国家経済社会開発プラン (2002-2006) でも薬物統制対策を重点課題の一つとして組み入れた。さらに、タクシン政権は、2002年の国王誕生日に国王が薬物問題を憂慮する発言をしたのを受けて、2003年1月に薬物戦争 (War on Drug) を宣言し、同時に首相令29号 (No. 29/2546) を発布し、国立薬物撲滅指令センター (National Command Centre for Combating Drugs, NCCD) を創設し、供給集団の一斉摘発に乗り出すとともに、薬物乱用者・依存者の需要集団に対する治療・リハビリの推進、薬物乱用リスクのある潜在需要集団に対する啓発活動に乗り出している⁵ (ONCB, 2003a; ONCB & Ministry of Justice, 2003)。

なお、エイズ問題は殊に深刻であり、UNAIDS2001年推計によれば約67万人の HIV・AIDS 陽性患者がいるという。

5 2003年1月末に薬物戦争が宣言され、以後、薬物密売者の一斉摘発に乗り出し、この取締りに伴い、同年12月3日の薬物戦争勝利宣言までの間に薬物密売関係者を中心に約2,500名の死者が出たとされる。薬物戦争は、第1期が2003年2月～4月、第2期が5月～12月、第3期が同年12月～2004年9月までとされ、第1期には薬物の製造や密売等に関する一斉摘発に、第2期には需要・潜在需要削減に、第3期には第2期までの活動を支える地域社会の維持に重点がおかれている (ONCB & Ministry of Justice, 2003)。

第2 主要乱用薬物の動向（立原，2003；Prathan，2003；ONCB，2003；ONCB，2004ab）⁶

1 薬物乱用史概観

立原（2003）によれば、タイ北部山岳地帯におけるケシ栽培は19世紀初頭に始まり、19世紀半ばから約100年間は、あへん乱用者は政府に管理され、登録者にはあへん窟におけるあへんの吸引が公認されていた。その後、タイ政府は、1958年に、あへん窟を閉鎖し、あへん禁止令を発布したが、そのころからヘロイン乱用が急増した。このようにタイでは、従来からタイ北部のいわゆるゴールデン・トライアングル地域近辺で、あへんや大麻が製造され、山岳民族を中心にあへんやヘロインが乱用されてきたが、1980年代から国連やアメリカ等の援助を受けてあへん根絶プログラムが継続的に展開された。その結果、生産の減少に伴い、あへんやヘロインの価格は90年代から上昇傾向にあり、これらの規制薬物の乱用者数も徐々に低下傾向にある。

一方、ヘロインのディーラーはアンフェタミン系興奮剤（Amphetamine Type Stimulants, ATS）の密売に従事するようになり、北部地域のみならずミャンマー等様々なルートから大量のATSが密輸されるようになり、90年代からATSの乱用が主流になっている。

2 近年の薬物乱用動向

ATSのうち、ヤーバー（Ya-ba、メタンフェタミンを主成分とする錠剤で、不純物が多く注射による使用には適さない。）は、学生層から労働者層に至るまで広く乱用が浸透しており、麻薬統制委員会事務局（Office of Narcotics Control Board, ONCB）によれば薬物乱用者の9割程度がヤーバーの乱用者であるという。ヤーバーは、長距離運転手や学生が勉強する際の眠気さましなどの目的で乱用が拡大したが、流行の要因として、値段が安価であること、薬害に対する危険性の認識が薄いこと、入手が容易であることなどが指摘されている⁷。メチレン・ジオキシ・メタンフェタミン（MDMA、通称Ecstasy）や結晶メタンフェタミン（アイス）は、ナイトクラブで遊興にふける富裕層の青少年や観光客が乱用している。また、観光地域では、大麻、ヘロイン、MDMA、ケタミン、コカイン及びヤーバーも乱用されている。あへん、大麻、クラトムの畑は依然として国内に散在しており、有機溶剤はスラム地域を中心に乱用が多いという。なお、タイの薬物乱用の動向については、地域ごとに、密造される薬物の種類、組織犯罪グループの活動内容などに応じて、乱用される薬物も異なる傾向にある（ONCB，2003a 参照）。最近のタイにおける最近の薬物乱用動向を具体的に把握するため、以下に関連統計を掲載する。

（1）規制薬物乱用者人口推計データ

表1はONCBがタイの主要大学等機関と共同で2001年に実施したサンプリング調査による薬物乱用者の人口推計である⁸。本表によれば、生涯のうちで何らかの薬物を使用した者は731万人に上る。ヤーバーに関しては、使用経験のある者が約350万人、過去1年間の使用経験者数は109万人、過去1か月以

6 ONCB ホームページに公開されている情報とタマサート大プラタン教授の論文の統計数値には相当な食い違いがあるが、同教授は統計の出所の多くをONCBとしているため、本文では、ONCBの公式ホームページ情報を優先して掲載した。

7 2002年のヤーバーのバンコクにおける卸売り価格は47-52バーツ／錠（1バーツ＝約2.6円）であり、末端価格は60-100バーツ／錠であった。一方、MDMAの卸売り価格は250-500バーツ／錠、末端価格は500-1,000バーツ／錠となっている。末端価格で比較すると、ヤーバーは、MDMAの1/10程度の価格であることが分かる（ONCB，2003b）。

8 ONCBによればサンプリング方法は調査ごとにまちまちであったとされ、具体的な調査方法の記載はない。

内で見ると49万人という驚くべき多数の乱用者が存在するという結果となっている。

表1 サンプルング調査によるタイの薬物乱用人口推計（2001年）

（単位：1000人）⁹

薬物名	生涯使用者数	過去1年の使用者数	過去1ヶ月の使用者数
何らかの薬物乱用者数集計	7,312 (16.4%)	1,942 (4.3%)	999 (2.2%)
大麻 (Marijuana)	5,425 (12.1%)	667 (1.5%)	210 (0.5%)
クラトム (Kratom) ¹⁰	2,105 (4.7%)	644 (1.4%)	364 (0.8%)
あへん (Opium)	907 (2.0%)	39 (0.1%)	12 (0.03%)
ヘロイン (Heroin)	934 (2.1%)	200 (0.4%)	101 (0.2%)
ヤーバー ¹¹ (Ya-ba)	3,492 (7.8%)	1,093 (2.4%)	490 (1.1%)
MDMA ¹² (通称 Ecstasy)	360 (0.8%)	47 (0.1%)	18 (0.04%)
ケタミン (Ketamine)	41 (0.1%)	7 (0.02%)	1 (0.003%)
コカイン (Cocaine)	53 (0.1%)	5 (0.01%)	1 (0.003%)

出典：ONCB (2003b), 表の一部を改変し掲載。

(2) 規制薬物押収量及び薬物関連事件数の推移

次に、規制薬物の摘発量及び薬物事件数の最近の推移を概観する。

表2は、規制薬物の押収量の推移を見たものである。各年で押収量に変動はあるものの、全般的にはメタンフェタミンやエクスタシーといったATSの伸びが大きいことが分かる。

表2 規制薬物の押収量（1998－2002）

（単位 Kg）

規制薬物の種別	1998	1999	2000	2001	2002
ヘロイン	577	404	384	475	697
メタンフェタミン	3,012 (約3,300万錠)	4,518 (約5,000万錠)	7,549 (約8,400万錠)	8,457 (約9,400万錠)	7,481 (約8,300万錠)
エクスタシー	1 (約5,920錠)	5 (約21,794錠)	18 (約72,182錠)	17 (約67,539錠)	36 (約145,873錠)
あへん	1,772	2,046	1,595	2,289	3,585
乾燥大麻	2,890	14,684	10,323	10,921	9,366
揮発性物質 ¹³	599	4,141	455	360	337

出典：ONCB (2003b)

9 表内の％は12-65歳までの人口に占める構成比であり、「何らかの薬物乱用者数集計」は表に掲載した複数の薬物を乱用する多剤乱用者がいるため、特定薬物別集計の合計を下回っている。

10 クラトム（クラトーン草）は、アカネ科の植物であり、タイの先住民が儀式等の目的で使用してきた。クラトムは、その葉をかむ、乾燥させて吸引する、お茶に入れるなどの使用方法があり、興奮作用を持つため元気づけのために使用されたり、性的増感のために使用されることもある。

11 ヤーバーは、メタンフェタミンを主成分とする錠剤であり、タイで乱用されているATS系薬物の主流である。本表以降、メタンフェタミンに関するタイでの乱用状況については、すべてこのヤーバーの乱用を含む。

12 MDMAは、メチレンジオキシメタンフェタミンの略称であり、ストリート・ネームは、エクスタシーである。

13 揮発性物質とは、接着剤、シンナー、トルエンなどの有機溶剤を指す。

表 3 は、主要乱用薬物別に薬物関連事件数の推移を見たものである。2003年の件数は、1 月から11月までの速報値であるが、ヘロイン、メタンフェタミン、大麻関係事件の減少が目立つ。これは2002年に制定された薬物乱用者更生法（Drug Addicts Rehabilitation Act, 詳細は後述）に伴い、薬物乱用者が自発的に出頭した場合、処罰の対象から除外し治療を優先させたことや、同法に基づくダイバージョンプログラムの効果によるものと推察される¹⁴。

表 3 規制薬物別関連事件数の推移（1999－2003）

規制薬物の種別	1999	2000	2001	2002	2003
ヘロイン	7,872	4,926	3,481	2,350	1,270
メタンフェタミン	154,028	180,287	168,591	149,659	52,936
エクスタシー	183	374	382	503	468
あへん	3,022	2,466	2,293	1,942	1,826
乾燥大麻	22,720	19,890	20,508	14,829	11,344
揮発性物質	17,004	13,107	10,649	12,981	12,837
ケタミン	75	156	187	214	230
コカイン	17	17	25	48	66
コデイン ¹⁵	146	168	166	550	196
その他	2,899	2,830	2,165	2,219	2,788

出典：ONCB (2004a), 2003年は1 月から11月までの速報値。

表 4 は、規制薬物関連事件数と同事件関連犯罪者数の推移を見たものである。上述のとおり、薬物乱用者更生法の制定に伴いダイバージョンプログラムが動き出したことを主な要因として、20万件近くあった事件数、薬物関連事犯者数とも半減している。

表 4 薬物関連事件総数及び薬物事犯者総数の推移（1999－2003）

	1999	2000	2001	2002	2003
薬物関連事件総数	206,170	222,498	206,867	183,966	83,108
薬物事犯者総数	223,294	238,153	219,921	194,446	87,814

出典：ONCB (2004b), 2003年は1 月から11月までの速報値。

(3) 薬物関連事件裁判所係属件数の推移

表 5 は、裁判所に係属した薬物関連事件数の推移を見たものである。薬物関連事件の構成比は、全刑事事件中 4 割程度の高い割合を占めており、薬物関連事件の処理が裁判の過程でも相当な負担になっていることが分かる。

14 ただし、タイの薬物関連年次統計報告は、ONCB 刊行物を見ても同一年の統計数値が掲載文書や文書の刊行年ごとに食い違いがよくあり、この推察や表 4 の資料については確定値を見なければ確実なことは言えない。

15 コデインは医療上、主に鎮咳剤として用いられる薬物である。

表 5 薬物関連事件の裁判所係属件数及び構成比の推移 (1998-2002)

	1998	1999	2000	2001	2002
第 1 審	195,325 (35%)	214,287 (41%)	238,907 (45%)	256,032 (46%)	248,567 (45%)
控訴審	6,691 (26%)	10,080 (38%)	13,155 (47%)	15,670 (51%)	19,170 (48%)
最高裁	922 (21%)	1,633 (30%)	1,679 (34%)	2,103 (39%)	2,526 (43%)

出典：Prathan (2003)

(4) 矯正施設被収容者における薬物乱用者の動向 (Vitaya, 2004)

次に、タイの刑務所に収容された薬物関連受刑者の動向を概観する。表 6 は、1994年以降の被収容者総数や薬物関係受刑者の動向等を見たものである。まず、94年時点での刑務所収容率は約10万人程度で定員のほぼ100%に近い状態にあったが、メタンフェタミン乱用を中心とする取締りや処罰が98年頃から強化されたことやそれ以前の経済不況のあおりによる犯罪の増加を受け、定員の2倍を超える深刻な過剰収容状態が継続していることが分かる¹⁶。薬物事犯者の構成比も94年時点では3割強であったのに対し、近年は倍増し6割を超えている。さらに、この統計で着目される点は、2002年の時点で25万人近くいた被収容者が、2002年の薬物乱用者更生法の施行により入所前の段階でダイヴァートされる一方、収容後の段階でも早期釈放の手段として薬物乱用者向け軍キャンプにおける処遇プログラムの活用によりパロールが促進された結果¹⁷、収容総数が20万人程度まで軽減された点である¹⁸。ただし、過剰収容に伴

表 6 刑務所人口 (成人) 及び薬物関連事犯者等の推移 (1994-2003)

	被収容者総数 (A)	確定受刑者数 (B)	薬物事犯者数 (C)	構成比 (C/B)	刑務所職員数 (D)	職員負担率 (A/D)
1994	103,329	68,058	22,730	33%	9,230	12
1995	111,725	73,920	26,180	35%	9,273	13
1996	103,202	65,048	25,202	39%	9,717	11
1997	130,997	82,004	35,824	44%	10,460	13
1998	170,490	99,463	46,489	47%	11,507	15
1999	205,340	125,258	67,473	54%	11,507	18
2000	219,176	—	—	—	10,832	22
2001	247,865	147,049	94,197	64%	10,573	25
2002	248,223	154,018	101,357	66%	11,295	24
2003	205,866	156,374	101,410	65%	10,896	20

出典：Vitaya (2004)、原表を合成して作成 (2000年の数値は一部欠損)。

16 タイの刑務所過剰問題に関しては阿部 (2003) が JICA の専門家派遣体験から内部事情を含めて詳細に分析している。

17 パロールの件数は、2002年時点までは年間1,000~2,000件で推移していたが、2003年は6,704件に増えた。

18 ただし、いわゆる薬物戦争のため、供給側の刑務所入所は増えており、薬物乱用者更生法によるダイバーション・プログラムの効果については、本法の実務が定着してから改めて分析すべきであろう。

う職員数の増員はなく、依然として、単純計算で職員 1 名が20名の被収容者を担当するという高率の負担が継続している（詳細は後記）。

表 7 は、2003年末に刑務所に収容された成人（18歳以上）薬物事犯者を違反様態別に見たものである。自己使用や単純所持といった薬物乱用者が 2 割程度を占め、供給側の薬物事犯者が 8 割程度となっている。2002年の薬物乱用者更生法は前者の違反様態に主として適用されるため、同法が確実に実施されれば、薬物事犯者の約 2 割程度は、刑務所における処罰から社会内での治療的処遇に移行させることができるものと推測される。

表 8 は、2003年末の刑務所収容薬物事犯受刑者（成人）の薬物別内訳を見たものである。ヤーバーと呼ばれる ATS 関連受刑者が 7 割近くであり、これに次いでヘロインが 3 割弱といったところであり、処遇上も ATS やヘロインの乱用問題への対処が大きなウエイトを占めることが分かる。

表 7 薬物事犯者の違反様態別人員及び構成比

表 8 薬物名別薬物関連受刑者数及び構成比

違反様態	人 員	構成比	規制薬物名	男（上段） 女（下段）	総 計 構成比
自己使用	2,641	3%	メタンフェタミン	35,396	47,443 (68%)
単純所持	14,104	14%		12,047	
自己使用・所持	6,653	6%	ヘロイン	15,332	19,088 (27%)
小計(A)	23,308	23%		3,756	
販売	36,640	36%	大麻	1,375	1,910 (2.7%)
販売目的所持	41,166	41%		535	
その他 (製造, 密輸など)	296	0.3%	あへん	1354 165	1,519 (2.2%)
小計(B)	78,102	77%	揮発性薬物	226	336 (0.5%)
総計 (A+B)	101,410	100%		110	
出典：Vitaya (2004), データは両表とも2003年12月 時点の集計値。			その他	24 —	24 (0.02%)
			総 計	53,707	101,410 (100%)
				16,613	

第3 薬物に関する法的規制の概要

1 麻薬統制関係法令の体系

タイでは、麻薬統制関係の法令は、大別して、次の五つの分野の法律群と、具体的な規制等の範囲を規定する政省令から構成されている。具体的な規制や処遇等の内容は、政省令で規定されている場合が少なくない点、注意を要する。

(1) 麻薬統制に関する権限及び義務を規定している法令

- ① 麻薬統制法 (Narcotics Control Act B.E. 2519 [1976])
- ② 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])
- ③ 海上犯罪の抑圧についての海軍士官への権限付与に関する法律第4号 (Act on Authorizing Naval Officer for the Suppression of Some Offences Committed by Sea (No. 4) B.E. 2534 [1991])

(2) 薬物取締りのための法令

- ① 麻薬法 (Narcotics Act B.E. 2522 [1979])
- ② 向精神薬法 (Psychotropic Substances Act B.E. 2518 [1975])
- ③ 揮発性物質使用規制に関する緊急命令 (Emergency Decree on Controlling the Use of Volatile Substances B.E. 2533 [1990])
- ④ 商品規制法 (Commodities Control Act B.E. 2495 [1952])

(3) 薬物乱用者の更生のための法令

- ① 矯正法 (Correctional Act, 1936)
- ② 向精神薬法 (1975)
- ③ 麻薬法 (1979)
- ④ 揮発性物質使用規制に関する緊急命令 (1990)
- ⑤ 薬物乱用者更生法 (Narcotic Addict Rehabilitation Act B.E. 2545 [2002])

(4) 薬物犯罪に関連した財産の統制に関する法令

- ① 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 (1991)
- ② マネー・ロンダリング規制法 (Money Laundering Control Act, 1999)

(5) 特別の措置を規定している法令

- ① 陸上運送法 (Land Transport Act B.E. 2522 [1979])
- ② 道路交通法 (Road Traffic Act B.E. 2522 [1979])

以下では、上記の法律の中から、各分野で代表的な法律について、その概要を紹介する。

2 麻薬統制に関する権限及び義務を規定している法令の概要

(1) 麻薬統制法 (Narcotics Control Act, B.E. 2519 [1976])

麻薬統制法は、麻薬統制委員会 (Narcotics Control Board, NCB) をタイにおける麻薬の予防及び抑止のための中心機関に指定するとともに、麻薬統制委員会事務局 (Office of the Narcotics Control Board, ONCB) が NCB の決議事項を実施する義務を負い、その他の行政管理機能を果たすべきことを規定している。

NCB は、首相が委員長になり、首相に任命されて総理府の大臣職にある大臣、国防大臣、内務大臣、

法務大臣、厚生大臣、教育大臣、検事総長、国家警察庁長官及び関税庁長官がその構成員となる。また、閣議によって指名された6名以下の適任者が職権資格付与構成員となり、ONCB事務局長が構成員及び秘書官として構成員となる（5条）。NCB自体の機能については、後述第5参照。

NCB, ONCBの正・副事務局長及び有資格係官は、以下の権限を有する（14条）。

ア 麻薬関連犯罪を犯したと疑うに足る相当な理由のある者が隠れているか、又は犯罪時に入手したか又は犯罪によって入手した、若しくは麻薬関連犯罪を犯すに当たって用いるか用いようとした物、又は証拠として用いられるかもしれない物が存在すると疑うに足る相当な理由があり、かつ、搜索令状を請求してはより大きな遅延が生じて、その者が逃亡し、又は、その物が散逸、秘匿、破壊若しくは原状変更されかねないと信ずるに足る相当な理由がある場合に、搜索のために住居又は敷地内に立ち入ること。

イ 麻薬が不法に秘匿されていると疑うに足る相当な理由がある人又は乗り物を搜索すること。

ウ 麻薬関連犯罪を犯した者を逮捕すること。

エ 不法に所持されている麻薬又は麻薬関連犯罪を犯すに当たって用いるか又は用いようとした物若しくは証拠として用いられるかもしれない物を、差押え・押収すること。

オ 刑事訴訟法の規定により搜索すること。

カ 麻薬関連犯罪の被疑者を調査すること。

キ 尋問又は検討事項補充の目的で供述を得るため、又は帳簿、文書若しくは資料を提出させるために、あらゆる者又はあらゆる政府機関の職員を調査又は召喚する文書を発すること。

(2) 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])

本法によって、当局は、薬物犯罪共謀者を取り扱う権限とともに、薬物密売に関する収益の押収、拘束、または追徴の権限を与えられている。また、係官は、犯罪がたとえタイの国外で行われたとしても、麻薬組織の元締め (drug barons) を追跡することができる。本法で規定されている麻薬関連犯罪の犯罪者の抑圧のための三つの重要な方策は、次のとおりである。

ア 麻薬関連犯罪を犯すための共同謀議の罪

二人以上の者が、明白な故意を有しつつ、麻薬関連犯罪を犯すことに合意した場合には、それらの者はすべてその罪を共同謀議したとみなし、麻薬関連犯罪がその共同謀議の下に実際に行われたならば、共同謀議に加わったそれらの者は、すべて当該犯罪に科される刑罰について法的責任を負う（8条）。

イ 財産没収

器具、装置、乗り物、機械類その他すべての麻薬関連犯罪を犯すのに用いられた物、麻薬関連犯罪を犯すという結果をもたらすための補助として用いられた物、若しくは麻薬関連犯罪を犯すのに用いるために所持していた物は、誰が有罪判決を受けるか否かにかかわらず、没収する（30条）。

没収した物品は、麻薬統制のために設立された麻薬統制基金 (Narcotics Control Fund) に移譲する。

ウ 司法判断のための法域の拡張（5条）

犯罪自体がタイ王国外で犯されたとしても、以下のいずれかが明らかになった場合、麻薬関連犯罪を犯した者はすべて、タイ王国においてこれを処罰する。

(ア) 犯罪者又は共犯者がタイ人である、又は、その居住地がタイ国内である場合。

(イ) 犯罪者が外国人であり、タイ国内で犯罪結果が生じることを意図している場合、又はタイ政府

が被害者である場合。

- (ウ) 犯罪者が外国人であり、かつ、その行為が、その犯罪が行われた国の法制度の下で犯罪であって、その犯罪者がタイ王国で発見され、犯罪人引渡法で引き渡されなかった場合。

3 薬物乱用者の更生のための法令

薬物乱用者更生法 (Narcotic Addict Rehabilitation Act B.E. 2545 [2002]) によって、「薬物使用者 (drug user)」は犯罪者であると同時に、病人であり、同様に「薬物依存者 (drug addict)」は、社会に戻るための更生が必要な人であるとの考え方及び起訴前ダイバージョンと一体となった薬物乱用者強制処遇制度が、初めて公式に導入された。薬物乱用者強制処遇制度及び本法の詳細については、後記本章第6の2(4)において詳述するので、ここでは、ごく概略のみを述べる。

麻薬依存から回復すべき被疑者は下記の通りである。

- (1) 省令に規定された性質、類型、種類及び分量による第Ⅰ・Ⅱ・Ⅴ類¹⁹の麻薬を、使用し、使用及び所持し、使用及び販売目的で所持し、又は使用及び販売したと告発された者。
- (2) 別件の被疑者ではなく、拘禁刑を法定刑とする別の犯罪で起訴されておらず、又は裁判所の判決によって拘禁されていない者。

捜査官は、前記の者（被疑者）を裁判所へ勾引し、裁判所は、その被疑者が薬物使用者又は薬物依存者であるかどうかを検証 (identification) するために、その者を薬物乱用者更生センターへ移送する決定をする。

被疑者の入所時に、薬物乱用者更生センターは、次のことを行う。

- (1) 犯罪者の個人（薬物）検証記録を作成する。
- (2) 犯罪者が薬物依存者又は薬物使用者であるかどうかを検証する。
- (3) 薬物乱用者更生委員会小委員会 (the sub-committee of Narcotics Addict Rehabilitation Committee)²⁰に対して、(2)及び(3)の結果を報告する。

検証の結果、被疑者が薬物依存者又は使用者ではないと思われる場合には、薬物乱用者更生委員会小委員会は、当該法律の下で起訴手続を継続するために、検証結果を捜査官又は検察官に報告する。

小委員会が被疑者が薬物依存者又は使用者であると決定した場合、6か月以内の期間の薬物乱用者更生計画が立てられる。その期間の延長は何回でも行うことができるが、1回の延長は6か月を上限とし、また、更生期間は、合計で3年以下とする。通常、検察官は、薬物乱用者更生委員会小委員会から、被疑者の更生という結果を受け取るまで起訴猶予の命令を発する。

薬物乱用者更生が終了して更生の成果が十分なものであると麻薬更生小委員会が判断した場合、その対象者（被疑者）は、告発された被疑事実について起訴を免除される。しかし、更生の成果が十分なものでない場合、小委員会は、当該法律の下で起訴手続を継続するために、その結果を捜査官又は検察官に報告する。

19 第Ⅰ類：39種の危険な麻薬（ヘロイン、メタンフェタミン、MDMA、LSD等）

第Ⅱ類：102種の通常の麻薬（コカイン、ケシ濃縮液、メタドン、モルヒネ、あへん等）

第Ⅴ類：第Ⅰ類から第Ⅳ類までに含まれない4種の麻薬（大麻、クラートン草（クラトム）、ケシ、マジック・マッシュルーム）

20 薬物乱用者更生委員会小委員会の詳細については、後述第6の2(4)「薬物乱用者強制処遇制度」及び小委員会の権限等を詳述した第6の2(4)カ②を参照されたい。

4 麻薬統制における「麻薬」の定義及び薬物に対する規制法の体系

麻薬統制法（Narcotics Control Act, B.E. 2519 [1976]）における「麻薬（narcotics）」は、麻薬法（Narcotics Act, B.E. 2552 [1979]）における「麻薬（narcotics）」よりも広義である。麻薬統制法にいう「麻薬」は、麻薬法令における麻薬、向精神薬法令における向精神薬、及び揮発性物質使用規制法令における揮発性物質であるが、麻薬法における「麻薬」には、向精神薬法（Psychotropic Substances Act, B.E. 2518 [1975]）及び揮発性物質使用規制に関する緊急命令（Emergency Decree on Controlling the Use of Volatile Substances, B.E. 2533 [1990]）においてそれぞれ別途規制されている向精神薬及び揮発性物質は含まれない。これらとは別に、麻薬製造に用いられうる薬品類でも、麻薬法及び商品規制法（Commodities Control Act, B.E. 2495 [1952]）において規制されているものがある。

表 9 薬物に対する規制法の体系

麻薬とその他の物質の区別	薬物の種類	規制法の名称
麻薬 narcotics	麻薬 narcotics	麻薬法 Narcotics Act B.E. 2522 (1979)
	向精神薬 psychotropic substances	向精神薬法 Psychotropic Substances Act, B.E. 2518 (1975)
	揮発性物質 volatile substances	揮発性物質使用規制に関する緊急命令 Emergency Decree on Controlling the Use of Volatile Substances, B.E. 2533 (1990)
麻薬製造に用いられる薬品類	第IV類の麻薬 narcotics of category IV	麻薬法 Narcotics Act, B.E. 2522 (1979)
	規制対象商品 controlled commodities	商品規制法 Commodities Control Act, B.E. 2495 (1952)

5 薬物取締りのための法令

以下では、表 9 で紹介した、薬物の種類に対応した法規制の概要について述べる。特徴的な点の一つは、ヘロイン、アンフェタミン、メタンフェタミン、メチレン・ジオキシ・メタンフェタミン（MDMA、通称エクスタシー [Ecstasy]）、及びリセルグ酸ジエチルアミド（LSD）など、麻薬法の第 I 類に指定されている危険薬物を販売目的で製造・輸出入した者には、最高で死刑が法定刑とされており、タイで乱用されている主要な薬物の供給に対しては、厳罰主義で臨んでいることである。また、他国では、麻薬の一種として規制されているケタミンは（例：シンガポール）、タイでは、向精神薬の一種として規制対象となっている。タイ独特の天然アルカロイド系の興奮作用を有するクラートン草（クラトム）²¹については、麻薬法の第 V 類として規制されている。

(1) 麻薬法（Narcotics Act B.E. 2522 [1979]）

「麻薬（Narcotics）」とは、服用、吸飲、喫煙又は注射などの形で使用されることによって、麻薬が切れた時の禁断症状、投薬に対する強度の肉体的及び精神的な欲求、健康状態の一般的な悪化、及び投薬量の継続的増加の欲求のような肉体的または精神的に著しい影響を生じさせる、あらゆる化学薬品また

21 クラートン草（クラトム）の詳細については、注10参照。

は物質である。そして、現に麻薬である又は麻薬の原材料になる、若しくは麻薬を製造するのに用いられるかもしれない植物若しくはその一部、及び、そうした麻薬の製造に用いられる化学薬品であって、官報において大臣により告示されたものは、その「麻薬」に含まれる。ただし、一定の家庭常備薬は、麻薬成分を含む薬品に関する法律により、本法の「麻薬」から除外される（4条）。

麻薬は、危険性及び薬としての目的が異なることから、それぞれの種類に応じて適切に規制されるよう、五つのカテゴリーに分けられている。具体的には、麻薬法の規定に基づく、厚生大臣告示第135号（Notification of the Ministry of Public Health No. 135, B.E. 2539 [1996]、最終改正同175号（B.E. 2545 [2002]）において、次のとおり規制対象となる麻薬のリストが規定されている²²。

第Ⅰ類：39種の危険な麻薬。例えば、ヘロイン、アンフェタミン、メタンフェタミン、メチレン・ジオキシ・メタンフェタミン（MDMA、通称エクスタシー [Ecstasy]）、及びリセルグ酸ジェチルアミド（LSD）、など。

第Ⅱ類：102種の通常の麻薬。例えば、コカの葉、コカイン、コデイン、ケシ濃縮液、メタドン、モルヒネ、薬用あへん、及びあへん、など。

第Ⅲ類：薬の形をとる麻薬で、大臣によって指定された成分として第Ⅱ類の麻薬が含まれるもの。

第Ⅳ類：第Ⅰ類ないし第Ⅱ類の麻薬を製造するのに用いられる32種の化学薬品。例えば、無水酢酸、塩化アセチル、エチリデンジアセテート、クロロプソイドエフェドリン、エルゴメトリン、エルゴタミン、イソサフロール、リセルグ酸、ピペロナール、及びサフロール、など。

第Ⅴ類：第Ⅰ類から第Ⅳ類までに含まれない4種の麻薬。すなわち、大麻、クラートン草（クラトム）、ケシ、マジック・マッシュルームである。

表10-1 麻薬法による犯罪及び刑罰（第Ⅰ類及び第Ⅱ類）

犯罪類型	第Ⅰ類	第Ⅱ類
製造、輸入、輸出	<ul style="list-style-type: none"> ・ 終身刑及び100万バーツ以上500万バーツ以下の罰金。（65条1項） ・ 処分目的がある場合：死刑。（65条2項） ・ 小売り又は卸売りで、純粋な物質又は用いた投薬量若しくは正味の重量が、15条3項に規定された量に達しない場合：4年以上15年以下の拘禁刑、もしくは8万バーツ以上30万バーツ以下の罰金、またはそれらの併科。（65条3項） ・ 処分目的の小売り又は卸売り：終身刑を含む4年以上の拘禁刑、かつ、40万バーツ以上500万バーツの罰金。（65条4項） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1年以上10年以下の拘禁刑及び10万バーツ以上100万バーツ以下の罰金。（68条1項） ・ モルヒネ、あへん又はコカインの場合：終身刑を含む20年以上の拘禁刑、及び、200万バーツ以上500万バーツ以下の罰金。（68条2項）
処分又は処分目的での所持	<ul style="list-style-type: none"> ・ 純粋な物質又は用いた投薬量若しくは正味の重量が、15条3項に規定された量に達しない場合：4年以上15年以下の拘禁刑、若しくは8万バーツ以上30万バーツ以下の罰金、またはそれらの併科。（66条1項） ・ 15条3項に規定された量の純粋な物質ではあ 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1年以上10年以下の拘禁刑若しくは2万バーツ以上20万バーツ以下の罰金又はそれらの併科。（69条2項） ・ モルヒネ、あへん又はコカインで、純粋な物質が100グラムに達しない場合：3年以上20年以下の拘禁刑若しくは6万バーツ以上40万

22 厚生大臣告示第135号は、同150号（B.E. 2541 [1998]）、同154号（B.E. 2542 [1999]）、同158号（B.E. 2542 [1999]）、同175号（B.E. 2545 [2002]）により、それぞれ改正されている。

	<p>るが、20グラム以下の場合：終身刑及び40万パーツ以上500万パーツ以下の罰金。(66条2項)</p> <p>・20グラムを超える純粋な物質：終身刑及び10万パーツ以上500万パーツ以下の罰金、または、死刑。(66条3項)</p>	<p>パーツ以下の罰金、又はそれらの併科。(69条3項)</p> <p>・モルヒネ、あへん、またはコカインで、100グラム以上の場合：終身刑を含む5年以上の拘禁刑及び50万パーツ以上500万パーツ以下の罰金。(69条3項)</p> <p>・17条による免許を持つ者が、69条1項ないし3項の規定に違反した場合：5年以下の拘禁刑及び10万パーツ以下の罰金。(69条4項)</p>
単純所持	<p>・純粋な物質、用いた投薬量、正味の重量が、15条3項に規定された量に達しない場合：1年以上10年以下の拘禁刑若しくは2万パーツ以上20万パーツ以下の罰金又はそれらの併科。(67条)</p>	<p>・5年以下の拘禁刑若しくは10万パーツ以下の罰金又はそれらの併科。(69条1項)</p> <p>・100グラム以上の純粋な物質は処分目的の犯罪とみなされる：1年以上10年以下の拘禁刑若しくは2万パーツ以上20万パーツ以下の罰金又はそれらの併科。(69条2項)</p>
自己使用	<p>・6月以上3年以下の拘禁刑若しくは1万パーツ以上6万パーツ以下の罰金又はそれらの併科。(91条)</p>	
他人に使用させるための欺罔、脅迫、暴行、または強要	<p>・1年以上10年以下の拘禁刑及び10万パーツ以上100万パーツ以下の罰金。(93条)</p>	
他人に輸入、輸出、処分、処分目的での所持、または所持をさせるための、欺罔、脅迫、暴行、または強要	<p>・対象犯罪に法が科している通常の刑罰の2倍の刑罰。(93条の2)</p>	
他人に使用させる教唆	<p>・1年以上5年以下の拘禁刑若しくは2万パーツ以上10万パーツ以下の罰金又はそれらの併科。(93条の1)</p>	

表10-2 麻薬法による犯罪及び刑罰（第Ⅲ類及び第Ⅳ類）

犯罪類型	第Ⅲ類	第Ⅳ類
製造、輸入	<p>・1年以上3年以下の拘禁刑及び10万パーツ以上30万パーツ以下の罰金。(70条)</p>	<p>・1年以上10年以下の拘禁刑及び2万パーツ以上20万パーツ以下の罰金。(73条1項)</p>
処分、処分目的での所持、輸出	<p>・20条4項に規定されている量を超えない場合：1年以下の拘禁刑若しくは2万パーツ以下の罰金又はそれらの併科。(71条1項)</p> <p>・20条4項に規定されている量を超える場合：2年以下の拘禁刑及び20万パーツ以下の罰金。(71条2項)</p>	<p>・10キログラム以上の場合：1年以上15年以下の拘禁刑及び10万パーツ以上150万パーツ以下の罰金。(73条2項)</p>
輸入、輸出	<p>・1年以下の拘禁刑及び10万パーツ以下の罰金。(72条)</p>	
単純所持	—	<p>・5年以下の拘禁刑若しくは10万パーツ以下の罰金又はそれらの併科。(74条)</p>
自己使用	—	—

他人に使用させるための欺罔, 脅迫, 暴行, または強要	・ 1 年以上10年以下の拘禁刑及び10万バーツ以上100万バーツ以下の罰金。(93条)
他人に輸入, 輸出, 処分, 処分目的での所持, または所持をさせるための, 欺罔, 脅迫, 暴行, または強要	・ 対象犯罪に法が科している通常の刑罰の 2 倍の刑罰。(93条の 2)

表10-3 麻薬法による犯罪及び刑罰 (第V類)

犯罪類型	第 V 類	
	そ の 他	クラートン草 (クラトム) ²³ (Mitragyna speciosa)
製造, 輸入, 輸出	・ 2 年以上15年以下の拘禁刑及び20万バーツ以上150万バーツ以下の罰金。(75条 1 項)	・ 2 年以下の拘禁刑, 及び, 20万バーツ以下の罰金。(75条 2 項)
処分, 処分目的での所持	<ul style="list-style-type: none"> ・ 10キログラム未満の場合: 2 年以上10年以下の拘禁刑若しくは 4 万バーツ以上20万バーツ以下の罰金又はそれらの併科。(76条の 1 第 1 項) ・ 10キログラム以上の場合: 2 年以上15年以下の拘禁刑及び20万バーツ以上150万バーツ以下の罰金。(76条の 1 第 2 項) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 10キログラム未満の場合: 2 年以下の拘禁刑若しくは 4 万バーツ以下の罰金又はそれらの併科。(76条の 1 第 3 項) ・ 10キログラム以上の場合: 2 年以下の拘禁刑及び20万バーツ以下の罰金。(76条の 1 第 4 項)
単純所持	・ 5 年以下の拘禁刑若しくは10万バーツ以下の罰金又はそれらの併科。(76条 1 項)	・ 1 年以下の拘禁刑若しくは 2 万バーツ以下の罰金又はそれらの併科。(76条 2 項)
自己使用	・ 1 年以下の拘禁刑若しくは 2 万バーツ以下の罰金又はそれらの併科。(92条 1 項)	・ 1 月以下の拘禁刑又は 2 千バーツ以下の罰金。(92条 2 項)
他人に使用させるための欺罔, 脅迫, 暴行, または強要	・ 1 年以上10年以下の拘禁刑及び10万バーツ以上100万バーツ以下の罰金。(93条)	
他人に輸入, 輸出, 処分, 処分目的での所持, または所持をさせるための, 欺罔, 脅迫, 暴行, または強要	・ 対象犯罪に法が科している通常の刑罰の 2 倍の刑罰。(93条の 2)	
他人に使用させる教唆	・ 1 年以下の拘禁刑若しくは 2 万バーツ以下の罰金又はそれらの併科。(93条の 1 第 2 項)	

(2) 向精神薬法 (Psychotropic Substances Act B.E. 2518 [1975])

「向精神薬 (Psychotropic Substance)」とは, 官報において大臣が告示した, 天然の若しくは天然物質からの抽出された, 又は合成の向精神薬である。

23 クラートン草 (クラトム) の詳細については, 注10を参照されたい。

本法律は、向精神薬を規制するため、タイ国が締結している向精神薬に関する条約（Convention of Psychotropic Substances, 1971）に基づいて制定されたものであり、12の章と119の条文から構成されている。すなわち、①向精神薬委員会、②向精神薬に関する免許の申請及び発行、③免許を受けた者の義務、④薬剤師の義務、⑤偽向精神薬、基準に適合していない向精神薬、⑥標本の登録、⑦告知、⑧管轄庁、⑨免許の停止及び取消、⑩規制の特別措置、⑪国際取引、⑫罰則が、その主要な内容となっている。

向精神薬は、四つのカテゴリーに分けられる。（本法6条1項に基づく、厚生大臣告示第97号及び第110号 [Notification of the Ministry of Public Health No. 97 B.E. 2539 (1996) and B.E. 2542 (1999)]）

表1：テトラヒドロカンナビノール、 γ -ヒロドキシブチレート（GHB）等

表2：アンフェプラモン（ジェチルプロピオン）、エフェドリン、フルニトラゼパム、メチルフェニデート、ミダゾラム、フェンテルミン、トリアゾラム、ケタミン、プソイドエフェドリン等

表3：アプレノルフィン、ペンタゾシン等

表4：アルプラゾラム、クロルジアゼポキシド、クロラゼパ酸、ジアゼパム、ロラゼパム等

表11 向精神薬法による犯罪及び刑罰

犯罪類型	表 1	表 2	表 3	表 4
製造，輸入， 輸出，販売	・ 5 年以上20年以下の拘禁刑及び10万バーツ以 上40万バーツ以下の罰金。(89条)		・ 5 年以下の拘禁刑及び10万バーツ以下の罰 金。(90条)	
運搬	・ 5 年以下の拘禁刑及び10万バーツ以下の罰金。(90条)			
所持又は利用	・ 1 年以上 5 年以下の拘禁刑及び 2 万バーツ以 上10万バーツ以下の罰金。(106条 1 項)		・ 1 年以下の拘禁刑若しくは 2 万バーツ以下の 罰金又はそれらの併科。(106条 2 項)	
大臣が指定した量 を超えた所持又は 利用	・ 5 年以上20年以下の拘禁刑及び10万バーツ以 上40万バーツ以下の罰金。(106条の 2)		—	
自己使用	・ 1 年以上 5 年以下の拘禁刑及び 2 万バーツ以 上10万バーツ以下の罰金。(106条の 3)		—	
他人に使用させる ための勧誘，あっ せん，教唆，欺罔 又は脅迫	・ 2 年以上10年以下の拘禁刑及び 4 万バーツ以上20万バーツ以下の罰金。(106条の 4)			

(3) 揮発性物質使用規制に関する緊急命令（Emergency Decree on Controlling the use of Volatile Substances B.E. 2533 [1990]）

「揮発性物質 Volatile Substances」とは、官報において厚生大臣及び産業大臣によって告示された化学薬品又は物品である。（3条）

厚生大臣及び産業大臣告示第14号（Notification of Ministry of Public Health and Ministry of Industry No.14, B.E. 2538 [1995]）によって、規制の対象となる具体的な揮発性物質の名称、分類及び含有量が特定されている。それによる揮発性物質のリストは下記の通りである。

- ① 14の化学薬品。トルエン、アセトン、メチル・エチル・ケトン、イソプロピルアセトン、酢酸エチル、酢酸セロソルブ、酢酸メチル、酢酸 n-ブチル、酢酸 sec-ブチル、亜硝酸 n-ブチル、亜硝酸イソブチル、亜硝酸セロソルブ、セロソルブ、及びメチル・セロソルブ。

② 5つの物品。シンナー、ラッカー、合成有機接着剤、天然有機接着剤、及び吹き込み式風船。

表12 揮発性物質使用規制に関する緊急命令犯罪及び刑罰

犯 罪 類 型	刑 罰
<ul style="list-style-type: none">・ 製造者が、揮発性物質の使用を警告するための絵、標示又は内容物を、揮発性物質の容器又は包装物に、政令で規定されたように示さない場合。(12条)	<ul style="list-style-type: none">・ 2年の拘禁刑若しくは2万バーツ以下の罰金又はそれらの併科。(22条)
<ul style="list-style-type: none">・ 販売前の輸入業者が、揮発性物質の使用を警告するための絵、標示又は内容物を、揮発性物質の容器または包装物に、政令で規定されたように示さない場合。(13条)	
<ul style="list-style-type: none">・ 製造者又は輸入業者が容器又は包装物に示した絵、標示又は内容物を取り除いた揮発性物質の販売。(14条)	
<ul style="list-style-type: none">・ 教育機関による教育目的での販売を除いた、17歳以下の者への揮発性物質の販売。(15条)	<ul style="list-style-type: none">・ 2年以下の拘禁刑若しくは2万バーツ以下の罰金、又はそれらの併科。(23条)
<ul style="list-style-type: none">・ 揮発性物質中毒者であると知っていた、または知っているべき者に対して、揮発性物質を販売、提供、または贈与した者。(16条)	<ul style="list-style-type: none">・ 3年以下の拘禁刑若しくは3万バーツ以下の罰金、又はそれらの併科。(23条の2)
<ul style="list-style-type: none">・ 肉体的及び精神的状態を整えるための揮発性物質の使用。(17条)	<ul style="list-style-type: none">・ 2年以下の拘禁刑若しくは2万バーツ以下の罰金、又はそれらの併科。(24条)
<ul style="list-style-type: none">・ 他人に揮発性物質を使用させるよう、勧誘し、教唆し、または不正もしくは欺罔的な手段を用いること。(18条)	
<ul style="list-style-type: none">・ 権限を有する係官が、物品を調査して差し押さえるため、揮発性物質の製造、輸入、販売又は備蓄を行っている場所に立ち入るに際して、その実行を妨害し又は行わせないこと(19条)	<ul style="list-style-type: none">・ 1月以下の拘禁刑若しくは1千バーツ以下の罰金、又はそれらの併科。(25条)

第4 薬物乱用予防及び薬物乱用者処遇政策

タイでは、冒頭第1で紹介したように、2001年のタクシン政権誕生後、首相府令、首相令を複数発出し、さらに、第9次国家経済社会開発プランにも、薬物対策を重要な柱として導入するなど、首相の強力なリーダーシップの下、供給削減、需要削減の双方で、総合的な施策が推進されている。

2003年の薬物戦争宣言とそれに伴う2,500名を数える死者を出した強硬な取締りについては、冒頭第1で紹介した。ここでは、それ以外について述べる。

なお、タイ王国では、政府によるイニシャティヴのほか、王室の影響力が大きい。2003年の薬物戦争も、前年12月の国王誕生日における国王演説において、同国の薬物問題の状況に憂慮の念が示されたこと踏まえて実施が決断されたものであり、また、次述のように、薬物乱用予防活動において、王室が果たしている役割も少なくない。

1 薬物乱用予防

(1) 全国レベル

主として大学生など青少年層を対象にした、マスメディアを活用した大規模キャンペーンとして、To be Number One（一番になろう）が有名である。この活動は、Ubolratana 王女をリーダーとして、多様な薬物乱用防止活動を大学等で実施するとともに、マスメディアや各種の広報資料を用いて、キャンペーンが継続的に行われている。また、有名なテニス選手を役割モデル（role model）として、薬物から遠ざかった生活をするものの意義などの広報活動が実施されている。

(2) 地域レベル

①個々の地域住民の力を強めることによって薬物問題に対応すること、②薬物乱用者と薬物取引者を分離して、前者に対する働き掛けを強めることなどに重点を置いた、多様な施策が実施されている。

中でも、薬物問題克服センター（Against to Conquer Drugs Operational Centers）は、このような活動の一つの核となっている。薬物問題克服センターは、地方自治体、宗教団体、地域の学校、保健省、国軍、教育省、内務省、法務省、労働省等が協力して設立した機関で、地区と県単位で設置されている。このセンターは、①地域のリーダーを活性化して薬物対策に当たらせるよう支援すること、②地域の薬物乱用者を発見して監視すること、③発見された薬物乱用者を、行動変容キャンプ（Behavioral Modification Camp、タイ国軍が運営）に送って更生させること、④キャンプではなく、地域の診療所や学校で薬物乱用者に対する心理療法を受ける機会を提供すること、⑤キャンプから地域社会に戻った者、心理療法を受けた者に対するフォローアップを行うこと等を所管している。

③で用いられているのは、タイ独自の短期集中型 TC プログラムである FAST モデル（後述本章第6の3、軍キャンプ使用による処遇）であり、④で用いられているのは、Matrix モデルをタイの実情に合わせて改造した短期型の処遇モデル（FRESH モデル）である（後述本章第6の4(2)ア、医療・保健機関による処遇の項参照）。ここで、重点が置かれているのは、薬物使用・乱用者が依存者になるのを予防すること、依存者は、できるだけ早期に発見して処遇の流れに乗せることである。なお、法務省矯正局では、施設内処遇において、タイ独自の修正型 TC の一種である CARE モデル（後述本章第6の1(3)イ）を活用している。

2 薬物乱用者処遇

タイでの処遇は、①施設内又は②社会内、③刑事司法機関又は④医療・保健機関、⑤公的機関又は⑥民間機関、⑦任意処遇（治療）又は⑧強制処遇（治療）という、八つの要素の組合せによって、実施されている。詳細は、後記第6で、これらすべての組み合わせ例と実際の運用について、筆者らの実地調査結果も踏まえて紹介した。

政策の大きな流れとしては、施設内から社会内へ、刑事司法機関のみから、多様な機関等との協力の下での処遇へと向かっていると考えられる。2002年に導入された薬物乱用者強制処遇制度は、薬物使用・乱用者を犯罪者として刑事罰の対象とすることから、治療を要する患者として扱うという、基本哲学の変更をベースにしている。後述第6の2の法務省保護局に関する部分で述べたように、今後は、社会内処遇及びその連続体としての継続的処遇に向かって乱用者処遇の重点がシフトし、その際、継続的処遇を支える処遇の多様化と社会資源のネットワーク化の促進が求められることになるかと推測される。

第5 薬物問題に対応する機関・組織等の概要（ONCB, 2003b）

タイにおける薬物対策では、2001年に発布された首相府令「薬物問題を克服するための行動計画」(Office of the Prime Minister’s Order No.228／2544, the Action Plan to Overcome the Drug Problem)に基づき、下表13に示す七つの行動計画領域ごとに関係省庁等の役割が細分化され、国を挙げたの取り組み体制が敷かれている。

この計画の翌年に、タイ薬物対策の基本方針にとって大きな転換点となる施策が、2002年薬物乱用者更生法によって導入された。それは、薬物乱用者に対する強制的処遇制度であり、乱用者を刑事司法の入り口段階で密造・不法取引者等と区別して、前者に対し、刑罰ではなく、乱用者処遇（治療）を優先する体制が確立された。この体制の実施に関しては、表13には記載されていないが（この表作成後に創設された制度であるため。現在組み込むとすれば、表の区分5に相当。）、警察、裁判所、法務省、保健省、国防省（タイ国軍）、地方行政局が緊密な連携の下で関与している（後述第6の2(4)参照）。

表13 薬物問題への行動計画領域と対応する官庁等機関の概要

行動計画領域	対応する機関等
1 全政策の統括管理	主務：ONCB
2 薬物乱用流行地域における薬物問題解決	主務：内務省、バンコク首都行政区 協力：タイ警察、文部省、保健省、農務省、国防省、労働福祉省、ISOC、地方自治体、ONCB
3 薬物乱用防止キャンペーン	主務：ONCB、文部省、内務省、タイ警察、政府広報局 協力：国防省、大学省、ISOC、バンコク首都行政区、労働福祉省、保健省、タイマスコミ機構、地方自治体、民間団体
4 教育機関における薬物統制	主務：教育省、大学省、バンコク首都行政区、地方自治局 協力：ONCB、タイ警察、内務省、国防省、保健省、政府広報局、タイマスコミ機構、ISOC
5 薬物乱用者処遇（治療）・更生（社会復帰・アフターケア）	主務：保健省 協力：国防省、内務省、文部省、法務省、労働福祉省、大学省、タイ警察、バンコク首都行政区、地方自治体、民間機関
6 薬物取締り	主務：タイ警察 協力：ONCB、マネロン対策局(AMLO)、NIA、内務省、国防省、ISOC、税関、税務局、歳入局

タイにおける薬物問題への対応の特色は、薬物取締りや乱用者更生に関する法律に基づき、関係省庁の代表者を構成員とする委員会ないしそれに準ずる組織を置いていることで、後述のNCBとONCBは、その典型である。第6の2(4)で詳述する、薬物乱用者に対する強制処遇制度においても、薬物乱用者更生委員会及び同小委員会が、同様の構成を採っている。ここでは、NCB、ONCB及びバンコックに事務所を置くUNODCの役割等について述べ、法務省矯正局、法務省保護局、タイ国軍、保健省とその傘下の施設の役割については、次述第6において、薬物乱用の治療・リハビリ関係機関の介入内容の紹介を含め詳細に紹介する。

1 麻薬統制委員会及び麻薬統制委員会事務局

(1) 麻薬統制委員会 (Narcotics Control Board, NCB)

麻薬統制法は、麻薬統制委員会を麻薬の予防及び抑止のための中心機関に指定するとともに、麻薬統制委員会事務局が NCB の決議事項を実施する義務を負い、その他の行政管理機能を果たすべきことを規定している。

NCB は、首相が委員長になり、首相に任命されて総理府の大臣職にある大臣、国防大臣、内務大臣、法務大臣、厚生大臣、教育大臣、検事総長、国家警察庁長官及び関税庁長官がその構成員となる。また、閣議によって指名された 6 名以下の適任者が職権資格付与構成員となって、ONCB 事務局長が構成員及び秘書官として構成員となる。

NCB は、タイにおける薬物問題に対する政策を統括する機関として、次のような機能を有している。

- ① 薬物に関する作業計画の作成
- ② 薬物に関する犯罪の捜査、調査及び訴追の管理
- ③ 薬物に関するプロジェクトを策定し、かつ実施するとともに、関係する政府機関に指示を与え、プロジェクトに必要な知識を普及すること
- ④ 薬物に関する各種施策のパフォーマンスを管理し、適切かつ協調的に実施すること
- ⑤ 薬物に関する勧告を内閣に提出すること
- ⑥ 薬物乱用者処遇をコーディネートし監督すること
- ⑦ NCB の職権資格付与構成員を任命すること

(2) 麻薬統制委員会事務局 (Office of Narcotics Control Board, ONCB)

ア 組織の沿革等

1976年の麻薬統制法の施行に伴い NCB とともに設立された組織であり、薬物乱用の防止及び抑圧を調整・統括する機関である。組織は、4 部、1 センター、4 局、4 地域オフィスからなっており、薬物需要削減局はその一部局である。同委員会が発行する「タイ麻薬年報 (Thailand Narcotics Annual Report)」は、タイの供給削減・需要削減方策の全容を包括的に報告した資料であり、全体的な施策が網羅的に記載されている。

イ 具体的な活動内容

同事務局の活動は、需要、潜在需要、供給の 3 ブロックアプローチをとっており、需要削減に関しては、乱用者の発見、治療 (任意処遇、社会内強制処遇、矯正施設処遇の 3 種)、職業訓練に力を入れている。具体的には、薬物乱用者に対しては、薬物キャンプにおける処遇、家族ネットワークの強化、課外活動、生活技能 (life skill) 訓練を重視し、Matrix モデル (後述本章第 6 の 4 (3))、治療共同体 (Therapeutic Community, TC) モデル (後述本章第 6 の 3 及び 4)、FAST モデル (後述本章第 6 の 3) の処遇等を推奨している。また、潜在需要の削減に関しては、薬物に対する免疫性を高めるための予防教育、肯定的な社会活動、家族・地域社会の強化、若者向け予防活動、地域社会の予防活動への参画を重視した施策を展開している。具体的な活動としては、薬物のない環境作りを支援するため、“To Be Number One Club” 活動、エアロビクス教室、ユース・リーダー・トレーニング (Youth Leader Training) 等の予防活動を組織的に展開している。今後はこうした各種施策のフォローアップ体制を整えることが大きな課題の一つとなっている。

2 UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) タイ事務所

(1) 沿革等

UNODC の前身は UNDCP (国連薬物統制計画) であり、その機能を拡張し、薬物問題に加えて犯罪予防等もその対象として、1997年に設置された国連の組織であり、本部をウィーンに置き、ニューヨークに連絡事務所がある。全世界で21の地域事務所と約500人の職員を擁する。活動予算の約90%は、各国政府の拠出金によって賄われている。

(2) 主要な機能

- ① 薬物及び犯罪に関する知識と理解を促進するための調査及び分析業務を行い、併せて政策及び運営上の決断について、根拠となる事実 (evidence-base) を提供すること。
- ② 各国政府に対して、条約に基づく事務局業務及び重要なサービスの提供、薬物、犯罪、テロリズムに関する国内法制の整備、国際条約の批准や施行を支援するための業務を行うこと。
- ③ 違法な薬物、犯罪、テロリズムに対するメンバー国の能力を拡大するための実務に即した (field-based) 技術的協力プロジェクトを行うこと。

(3) 東南アジア地域での活動

タイは、世界屈指のあへんの産地であるゴールデン・トライアングルをその北部に抱えており、また、同国に流入している ATS やヘロインは、周辺諸国から密輸されるものが少なくない。この地域では、一国で薬物問題に対応するのは不可能であり、通常の場合に増して薬物生産国・取引国と協調した供給削減対策が重要である。このため、イも含めて周辺の東南アジア諸国は、薬物に対して複数の国が共同で対応し、協力体制の一層の強化を図るため、1997年に MOU (Memorandum of Understanding) を取り交わしている。

この点に関して、UNODC は、MOU 諸国を対象に、複数の小地域行動計画 (Subregional Action Plan) を策定し、各国政府からの援助を得てそれぞれのプロジェクトを推進している。プロジェクトは、需要削減について4本 (タイとフィリピンにおける青少年の ATS 乱用予防、薬物乱用における HIV 感染の減少など)、供給削減に関して1本 (薬物代替生産物の開発)、法執行に関して6本、小地域全体に対する技術協力が1本あり、一部を除いて現在実施中である。

日本は、この中で、多数のプロジェクトを資金面でサポートしている。法執行関係は、単独又は他国と協力してすべてのプロジェクトをサポートしており (研修協力、国境間法執行機関協力―単独で約190万ドル拠出など)、需要削減関係では、40万ドルを拠出して、ATS 系薬物に関するデータ及び情報システムの向上プロジェクトを単独サポートしている。

UNODC は、このような多様なプロジェクトの実施を通じて、特定国又は MOU 諸国にまたがる支援をコーディネートしている (UNODC, 2003)。

ここでは、紙幅の関係から、各プロジェクトの詳細を紹介する余裕がないので、MOU 関係のドラフト報告書から、いくつか有用なデータを紹介するにとどめる。

前記第2でも紹介した、タイ独特の自然薬物にクラトムがあるが、この乱用が近時急増しており、特に、タイ北東地域で顕著である。乱用層は、25歳以上65歳以下が多い。ゴールデン・トライアングル対策では、あへんの原料となるけしの栽培撲滅が重要であるが、タイについては、1998年の716ヘクタールから2003年の75ヘクタールまで、6年間で約10分の1に減少した。あへんの生産量も同時期に8トンから2トンと4分の1に減少している。しかし、ラオスのあへん生産量は、同時期ほぼ変わらず、120トン前後で推移しており、ミャンマーは、1,303トンから810トンに減少したものの、依然、断然トップを維持している。ヘロインは、加工国である中国での押収がずば抜けて多く、2001年には、12.3トンが押収

されている。

(4) UNODC によるタイ及び周辺国の薬物問題の状況分析

ア タイの薬物状況

大量の ATS がミャンマーから流入している。しかし、2003年の War on Drug の結果、供給量は減少した。ヘロインとあへん (opium) 乱用は、依然として深刻な問題であり、特にヘロインは、注射の形態で使用するため (injection behavior)、HIV 感染拡大が非常に問題となっている (北部薬物依存治療センターにおける対象者の HIV 感染は、注射タイプの薬物乱用者で50%を超えているとのデータは、これを裏付ける一つの例である。後述第6の4(2)イ参照。)。あへん乱用は、北部少数民族及び高齢者に多く、ヘロイン乱用は、より若い世代で、かつ、都市部に多い。処遇に関する実証データは、近時急伸した ATS よりも伝統的な乱用薬物であるヘロインの方が多い。詳細は、MOU 諸国において実施した、前記の National Household Survey に詳しい。

イ 薬物乱用者処遇を巡る課題 (特に青少年関係)－タイも含めて

現在の問題点は、①青少年の薬物乱用予防教育に多大の労力が払われている割には、それが乱用者処遇に反映していないこと、②青少年のニーズを十分理解していない人達が、青少年の薬物乱用予防教育に関与していることである。すなわち、①乱用者処遇の場合、ATS の主たる使用者は、青少年と若者であり、伝統的なあへん系薬物とは薬理作用や乱用の主たる対象となる集団 (target population) が異なることから、あへん系薬物乱用に対する処遇方法が当てはまらないにもかかわらず、その点が考慮されない施策が実施されていること、②青少年に対する乱用予防教育では、命令的な施策が多く、彼らに受け入れられ難いものが少なくないことである。乱用予防及び処遇については、単に知識を与えるのではなく、生活技能アプローチ (Life Skills Approach) が有効であるとの研究がある (知識ではなく、技能 [skills] を与えて、実際の場面で活用できるよう訓練する。例：断薬している元乱用者が、使用者から薬物を勧められた時の断り方。)。対象者 (青少年) の行動変容と実際の予防・処遇効果については、今後更なる実証研究が必要であるが、これは、今後の

24 国連アジア・太平洋経済社会委員会 (United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, UNESCAP)。英文サイト <http://unescap.org> 和文サイト <http://embjp-th.org/jp/policy/escap.htm>

国連アジア・太平洋経済社会委員会について (注21の続き)

設立：1947年 (アジア・極東経済委員会 (ECAFE) として設立、1974年に ESCAP に名称変更)

事務局本部：バンコク (タイ)

職員数：483名 (邦人職員14名)

加盟国：62 (域内加盟国／準加盟メンバー：49ヶ国／9地域、域外加盟国：4ヶ国)

概要：ESCAP は、国連経済社会理事会の下部組織である5つの地域委員会の1つであり、アジア・太平洋地域の経済・社会開発に係わる地域協力の促進を基本的使命としている。

活動分野：ESCAP は、経済社会開発全般にわたる地域協力推進をめざしており、地域に共通する研究・調査の実施、パイロット・プロジェクトの実施、セミナー・ワークショップを通じた政策決定者への理解促進、各種政策への提言を行っている。毎年5月頃に開催される総会が最高意思決定機関であり、その下に3つのテーマ別委員会 ((i) 貧困削減委員会、(ii) グローバリゼーション対応委員会、(iii) 喫緊の社会問題委員会) 及び2つの特別部会 (LDC・内陸開発途上国特別部会と太平洋島嶼国特別部会) がある。また、加盟国の常駐代表で構成される常駐代表諮問委員会 (ACPR) が毎月開催され、ESCAP 事務局の運営・活動に関するモニタリングや提言を行っている。

日本は、対 ESCAP の最大のドナー国であり、1977年に設立された「日本・ESCAP 協力基金 (JECF: Japan-ESCAP Cooperation Fund)」を通じ ESCAP の各種プロジェクトを支援している他、JICA を通じた専門家の派遣及びアジア・太平洋統計研修所 (SIAP) を通じた研修員の受け入れ、インドシナ開発フォーラムへの拠出等、資金・技術両面にわたる協力を行っている。2002年には約485.8万ドルを拠出、うち JECF に116.9万ドルを拠出している。

進むべき一つの方向性を示しているように思われる。今後は、①対象者の状態とニーズを把握するためのアセスメント・ツールの開発（試作版は既に存在する）、②処遇方法に関する社会的・心理学的実証研究を推進する必要がある（Michael Fellow）。

ウ 薬物乱用予防及び乱用者処遇に関する根拠に基づく実務（Evidence-based Practice, EBP）

最新の研究成果としては、UNODC が中心となり、国連アジア・太平洋経済社会委員会（ESCAP, United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific²⁴）のプロジェクト「大メコン・サブ地域における青少年の薬物乱用及び非行の削減」として実施した研究報告書がある。

そこでは、アジア諸国における青少年の薬物乱用及び非行の削減を目標に、根拠に基づく実務の観点から、効果的な対策を分析している。特に、青少年の薬物乱用に関するリスクとリスク回避要因（risk and protective factor）については、2001年に WHO が世界の50を超える国で実施した調査を踏まえて、個人・友人、家族、地域社会、学校、におけるリスクとリスク回避要因の分析結果を提示しているほか、リスク回避要因としての生活技能の種類と期待される効果、乱用者の社会への再統合に向けた継続的な処遇の諸方策等について、分析と提言を行っている（UN, 2003）。

その他の例としては、アメリカ・ボストンにある民間の調査会社が、薬物乱用に関するリスクとリスク回避要因についての基礎研究を行っている（Center for Health Promotion）。公的機関では、アメリカの国立保健研究所傘下の機関である国立薬物乱用研究所（National Institute of Drug Abuse, NIDA²⁵。ウェブ・サイト：<http://www.nida.nih.gov/>）が、カンボジアとの二国間の研究で、この点に関する技術的な資料（technical resource）を集積している。カンボジアは、アジア諸国の中では、最も限られた資源の下で、最も熱心な薬物乱用予防及び処遇対策を進めている国である。また、UNODC 本部では、ツール・キット（Tool Kit）²⁶と呼ばれる、薬物乱用者処遇における実証研究に基づく最善の実務（best practices）の広報を目指して作成された、一連のマニュアル群、データシート群、リサーチ報告書要旨集等資料セットを公開している。

エ タイの薬物乱用者処遇

施設内処遇では、治療共同体（TC）モデルが、社会内処遇では、Matrix（マトリックス）モデルが全国的に用いられている。いずれのモデルも、本章第6で詳述するように、タイの実情に合わせて変更が加えられた改造型である（タイ独自の処遇モデルであることを示す各種の略称が付されている。）ことがその特徴となっている。これら改造型処遇モデルに関する特徴として、①より社会内（community-based）での処遇を指向していること、②費用対効果（cost benefit）分析により、オ

25 アメリカの国立薬物乱用研究所（NIDA）は、1974年に設立され、1992年から、保健及び人間サービス省国立保健研究所の一部となった。あらゆる種類の薬物乱用及びその予防と乱用者処遇等に関する総合的な研究機関で、同研究所のウェブ・サイトによると全世界の約85%の薬物乱用及び依存に関する保健の観点からの調査研究を支援しているとされている。

26 UNODC のサイトで、“Drug Abuse Treatment Toolkit”の英語、スペイン語、ロシア語のキットが入手できる。
http://www.unodc.org/unodc/en/treatment_toolkit.html

◆ Drug Abuse Treatment Toolkit は、薬物乱用者処遇における実証研究に基づく最善の実務（best practices）の広報を目指して作成された、一連のマニュアル群、データシート群、リサーチ報告書要旨集等から構成されている。各編の内容は、次のとおりである。“Investing in Drug Abuse Treatment: A Discussion Paper for Policy Makers”, “Contemporary Drug Abuse Treatment”, “Drug Abuse Treatment and Rehabilitation. A Practical Planning and Implementation Guide”

◆ ちなみに、前記の NIDA のサイトにて、UNODC の kit と同種の内容を持つ、The NIDA Clinical Toolbox: Science-Based Materials for Drug Abuse Treatment Providers の全文を入手することができる。<http://www.nida.nih.gov/TB/Clinical/ClinicalToolbox.html>

リジナルのプログラムよりも短期化を図っていることが挙げられる。タイの場合、乱用者人口が大きいので、短期・速効のプログラムが好まれる傾向がある。また、後述のファラモン・クックラオ病院では、同病院独自の短期集中型処遇プログラム(PMK モデル、短期施設内処遇と集中的社会内処遇とのハイブリッド・モデル)を開発中である(本章第6の4(2)ウ)。

オ 社会資源の活用とネットワーク化

多様な薬物乱用者のニーズに対応するためには、多様な社会資源とそのネットワーク化が必要である。この観点から、各国で、薬物乱用者処遇に関して、どのような機関・団体が、どのようなサービスを行っているかを正確に把握することが、効果的な施策立案の前提となる。このための作業として、2001年に、UNDCPの時代に、アジア・太平洋地域の14の国と地域について行った調査報告書兼住所録がある。日本については、下総療養所しか搭載されていないなど、不備な面もあるが、各国の代表的な機関・組織はある程度網羅されている。サービス内容についてのチェック項目も参考となることから、今後、各国において、より正確な情報の集積を行い、国内外で情報を共有できる体制の確立が望まれる(UNDCP, 2001, Directory of Drug Treatment and Rehabilitation Services, East Asia and the Pacific. 非公式文書のため一般配布はされてない。)

第6 薬物乱用予防及び薬物乱用者処遇

1 矯正局による薬物乱用者処遇の概要 (DOC, 2001, 2002, 2003 ; Vitaya, 2004)

(1) 法務省矯正局 (Department of Corrections, DOC) の概況

法務省矯正局は、成人犯罪者の施設内処遇を所管する官庁であり、2002年の省庁再編までは内務省の一部局であったが、省庁再編後は法務省に移管され、従前実施してきたパロール業務は法務省移管に伴い、保護局の業務となった。前掲表6に掲載したとおり、職員数は約11,000名である。施設被収容者総数は、96年時点で約10万人程度であったが、薬物事犯者の急増を受けて2002年半ばには定員の約3倍を上回る25万人を超える収容を記録した。2003年時点での収容は、前記したとおり2002年薬物乱用者更生法の施行後、軍キャンプ利用によるダイバージョン処遇と特別パロールプログラムの双方が促進された結果、約20万人に低下した。施設内処遇の職員負担率は約20で、日本の行刑施設の約4倍を上回る過重なケースロードである²⁷。法務省矯正局が所管する矯正施設の総数は2003年時点で137施設あるが、過剰収容問題を緩和するため刑務所の増設計画が逐年進められている。しかし、我が国同様に公務員の定員の調整の関係から施設職員に大きな増員はなく、多数の面会をさばくために電話面会やボイスメールの利用を導入したり、勾留期間延長の審判をビデオ方式で実施するなどの業務合理化等により厳しい勤務状況をしのいでいる。深刻な過剰収容のため教育や更生支援的なプログラムを円滑に実施するには大変困難な状況にある。

(2) 法務省矯正局所管の矯正施設における薬物事犯者処遇の枠組み

前掲表6のとおり、タイの矯正施設における薬物事犯者の構成比は現在65%を占め、受刑者処遇上、極めて大きい比重を占めている。2003年時点で約10万人いた薬物事犯関連受刑者のうち、約2割の者は薬物乱用者専用施設又は区画で処遇され、残りの約8割は一般刑務所で処遇されている（一般刑務所で処遇される者は、薬物以外の犯罪による刑を併科されている者などである）。

法務省矯正局がヘロイン依存者を中心とする薬物乱用者のみを集中して拘禁する刑務所を創設したのは1965年であり、薬物乱用者に特化した処遇の歴史は長く、治療共同体 (TC) 処遇も1992年にアメリカの協力を得て創始して以来10年以上の経験を有するが、90年代後半以降の薬物事犯者の急増を受け、近年は抜本的な薬物対策に乗り出している。本節ではその概要を概観した後、具体的な処遇プログラムについて見てゆくこととする。

<法務省矯正局による最近の薬物事犯者施策>

法務省矯正局は2001年に薬物対策プランを作成し、矯正局内に麻薬鎮圧部 (Bureau of Narcotics Suppression) を新設した。同部門に以下の四つの小委員会が設置され、包括的な対策に乗り出している。

- ・反麻薬キャンペーン・広報小委員会
- ・麻薬予防・鎮圧小委員会
- ・治療・リハビリ小委員会
- ・法令小委員会

27 通常、このような高いケースロードで施設運営を行うことは不可能に近いが、タイの場合は、受刑者に他の被収容者管理の補助をさせることで職員不足をしのいでいる。このことにより、職員の汚職などの問題も派生しているようである（詳細は阿部、2003参照）。

これらの委員会活動を通じて、施設内処遇では以下のような刑務所内における薬物乱用の防止と統制の対策を講じている。この対策は、刑務所内での薬物乱用を防止するための措置である。タイの刑務所では、従来から薬物が職員等を介して不正に持ち込まれ使用されるケースがあったが、矯正局は、これを防止するため、新規受刑者及び釈放者に対して抜き打ちの尿検査を実施している²⁸。また、施設内における薬物乱用の防止と統制のため、表14に示す対策を講ずることとしている。

表14 刑務所内における薬物乱用防止・統制方策

対 策 項 目	方 法
1. 薬物事犯受刑者向け刑務所の建設	・ 薬物事犯者処遇に適合する矯正施設をデザインし、施設を増設する。 ・ 薬物事犯者関連のデータ処理部門を設ける。
2. 薬物依存受刑者との一般受刑者の分離	・ 系統的な分類制度を導入し、薬物依存者を一般受刑者から分離する。 ・ 効率的な尿検査実施に関する手続きを定め、薬物検査用の機器を整備する。
3. TC 技法の導入・定着化	・ 職員に TC 研修コースを受講させ、TC の理論・実務に精通した職員を養成し、全国的に TC プログラムを実施する。 ・ 標準的な TC プログラムを作る。 (例) 海外 TC 団体の研修受講、職業訓練プログラムの検討など。
4. 刑務所内の薬物乱用の予防と統制	・ 刑務所内薬物乱用防止・統制に関する措置を厳格に実施する。 ・ 刑務所内で薬物乱用が発見された受刑者をフォローする。 ・ 面会訪問時に売店利用を促進し、不正持込みを防止する。 (例) 刑務所内薬物乱用情報収集、矯正局特別捜査班による抜き打ちの居室・所持品検査など各種検査の実施、麻薬犬活用、薬害教育、刑務所内薬物防止キャンペーンなど。

出典：Vitaya (2004)

(3) 法務省矯正局所管の矯正施設における薬物乱用者処遇及び薬物乱用予防活動の枠組み

法務省矯正局が薬物乱用者向けに実施する治療・リハビリ関連プログラムは、大別すると以下の2種類に分けられ、137施設中、115施設が薬物治療・リハビリプログラムを供与している。また、薬物乱用の予防活動も独自に実施している²⁹。

ア 一般プログラム

このプログラムは、個人に焦点を当てたプログラムであり、3期に分けて実施されている。

1. 解毒段階：矯正施設の場合、メタドン療法は行わず、離脱症状軽減の必要があるときに限って他の処方薬を投与する。
2. 心身回復段階：解毒段階を終えると、自信、道徳、望ましい態度の回復のため個別・集団カウンセリング等の心理的介入を行い、同時に日々の運動を通じて体力の回復を図る。
3. リハビリ段階：薬物依存からの回復が図られてきた段階で、職業訓練、教育、宗教活動、作業に従事し、釈放後の生活に備える。

28 尿検査による薬物陽性反応の割合は、法務省矯正局が実施した施設のサンプル調査では、新規受刑者では13%程度、釈放者では0.5%、抜き打ち検査では1.1%程度との結果がでている。

29 薬物乱用者が結核や AIDS 等で特別な医療措置が必要とされる場合や離脱症状が著しく重い場合は、クロンプレム中央刑務所内に設置された医療矯正施設（我が国の医療刑務所に相当）に収容される。また、刑事責任能力のない触法精神障害の犯罪者で薬物依存の問題がある者は、ガラヤラジャナ・ガリンドラ研究所（タイで唯一の司法精神病院）で処遇されている。

イ 治療共同体 (TC)・CARE プログラム

法務省矯正局における TC 処遇は、1992年、法務省矯正局は、ONCB の勧めにより、バンコクにある薬物依存者中央矯正施設 (Central Correctional Institution for Drug Addicts, 概要後記) に導入したものが始まりである。導入に当たっては、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³⁰。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³¹。

(ア) TC プログラム実施施設

TC 処遇を実施する施設は115施設あり、うち10施設が薬物事犯者専用の施設に指定されている³²。専用10施設での TC 処遇受講者は約17,000名程度、通常刑務所105施設の専用区画における TC 受講者は約11,000名程度となっており、総数で約28,000名程度が TC 処遇を受けている。

(イ) TC プログラムへの編入手続

自発参加が原則である。被収容者は、リハビリ可能性が高い群、リハビリ傾向がある群、リハビリ見込みのない群の3群に分けられ、施設の分類委員会が、以下の必要条件を満たす者についてプログラム編入を審査し、編入を確定させている：

- a. 少なくとも6か月の残刑期があること
- b. 薬物依存者であること
- c. 自発的にプログラムに参加を希望していること
- d. 心身ともにプログラムに適合すること (精神障害や合併症の有無・程度、年齢、体力、識字力などを総合的に考慮)
- e. 初回確定受刑者であること

(ウ) TC プログラムの構成

TC 処遇では、自治的な活動と集団の相互作用によりメンバーの精神的・情緒的発達を促進することを目指している。プログラム実施手続きは以下のとおり：

- a. 導入時期 (15日～1か月)：新規参加者の個人的背景について面接調査等を実施し、プログラムのオリエンテーションを行うとともに、解毒を行う。
- b. 治療期 (6か月～2年)：運動療法、集団療法 (セミナーグループ、エンカウンター・グループ、査問グループ、友人援助グループ、音楽療法グループ、家族療法グループなど、各種のグループ活動を実施)。作業療法、職業療法等。本人の成績に応じて賞罰を加える。
- c. 釈放前期 (釈放前3か月前)：生活上の規制を緩和し、生活設計、就職支援等の活動を実施。なお、以上の処遇期間中にはランダムに尿検査が実施されている。
- d. フォローアップ期 (釈放後1～3年)：釈放後は、必要があれば帰住旅費の支給や一般的な福祉の援助を受けられる。また、パロール期間中であれば、保護観察官及び強制ボランティアの

30 デイトップモデルの TC は、精神的・情緒的側面を重視する比較的構造化された TC であり、コミュニタ・インコントロの TC は秩序や勤労を重んじる比較的シンプルな TC である。

31 CARE モデルの CARE は矯正 (Correctional)、乱用 (Addictions)、リハビリ (Rehabilitation) の頭文字にちなんで命名された。

32 タイの薬物事犯者専用矯正施設は、1965年のパトムタニ薬物乱用者矯正施設 (Pathum Thani CIDA) の運営に始まる。当時はあへん禁止令発令後、ヘロイン依存者が急増し、これらの乱用者を対象とする矯正処遇を実施していた。

指導を受ける。しかし、対象者のニーズに応じた系統的なアフターケアの体制は未整備である。また、フォローアップの成績評価目的で矯正施設側からプログラム参加者に自発的な情報供与を求められることはある。

(エ) TCプログラムの指揮命令系統

TCでは広範な自治活動が展開されるが、指揮命令系統は1～11のランクに細分されている。1から3までがTC施設の管理を担当し、3～4がTC施設の一般職員で構成され、5～11までがTC参加の受刑者から構成される（取組状況に応じてこのランク間を進級・降級する）。

- | | |
|-------------|----------------|
| 1……施設長 | 7……伝達係 |
| 2……TC委員会 | 8……課業リーダー |
| 3……寮長 | 9……レジデント |
| 4……一般職員 | 10……プリレジデント |
| 5……コーディネーター | 11……編入前学習レジデント |
| 6……伝達主任 | |

(オ) TCプログラム参加者の遵守事項

最低限以下のルールを遵守することが求められる。

- a. 治療共同体の秩序を守ること
- b. ルール違反は職員に迅速に報告すること
- c. 治療共同体の福祉と成長のため、チーム・ワーク精神を持ってあらゆる活動に参加すること

(カ) TCプログラム日課

標準日課及び集団プログラムの概要は表15のとおりである。

(キ) TCプログラムの賞罰

TCプログラムでは、共同体内で設定されるルールを守ることが奨励され、参加者の行状に応じて以下の賞罰が加えられる。

＜賞＞ より責任ある地位への昇格、過重な負担を伴わない課業への配転、個人の自由意思による柔軟な日課許可、本・便せんなどの賞品授与、朝のミーティングの際の表彰など。

＜罰＞ 低い地位への降級、重度の労働の割当て、特別許可事項の停止、日課参加停止、違反者用衣服の装着など（深刻な規律違反の場合は、TC処遇から除外）。

(ク) 職員研修

TC処遇を実施するため、矯正局は参加者40名のコースを年4回開催している。そのほか、コミュニティ・インコントロールの研修に通算110名を参加させ、デイトップの4.5か月研修コースに職員5名を参加させた³³。

33 海外の研修プログラムへの参加は、アメリカやEUの財政支援によるものである。

表15 法務省矯正局所管施設における TC 処遇（CARE モデル）の標準的日課とプログラム内容

午 前		午 後	
時 間	日 課 内 容	時 間	日 課 内 容
05：45	起床	13：00	諸活動への参加(セミナー、スポーツ、カウンセリングなど)
06：00	運動	15：00	シャワー、夕食
07：00	シャワー、朝食	16：30	点呼、祈り
08：00	点呼、祈り	17：00	集団活動
08：30	朝のミーティング	19：00	祈り
10：00	職業訓練	21：00	就寝
12：00	昼食		
TC で行われる集団活動の概要			
スタッフ・ミーティング		TC スタッフがチームとして働くための打合せ会。	
朝ミーティング前ミーティング		朝のミーティングの話題を決定するための会合（開始15分前頃実施）。	
朝のミーティング		共同体内で生じた様々な出来事を振り返り、参加者に自己の行動を改善するチャンスを与えるために実施。	
ジョブ・ファンクション・ミーティング		当日の課業や活動を振り分けるための会合であり、朝のミーティング実施後に行う。	
エンカウンター・グループ		情緒をコントロールし自己表現し、暴力を用いずに葛藤を解決したりするための集団活動（週1～2回実施）。	
コンフロンテーション・グループ		他者に自己開示し、他者をありのまま受容し、集団や自分自身に正直になるために実施する集団活動。	
セミナー		参加者自身による講話、討議、意見交換等の会合（毎週水曜日に実施）	
カウンセリング・グループ		TC 職員を交えて参加者の問題解決のためにグループカウンセリングを実施するもの（毎週1回実施）。	
個別カウンセリング		個人的な問題に関するカウンセリングのセッション。	
特別グループ		宗教グループ、職業訓練グループ、釈放前活動などの活動を実施。	

(4) 薬物乱用処遇施設例：薬物依存者中央矯正施設（Central Correctional Institution for Drug Addicts）

<施設の概要> 1977年にバンケン（Bangken）薬物依存者矯正施設として設立されたが、後に現在の施設名に名称変更された。敷地面積は15エーカー。施設は、クロンプレム中央刑務所、バンコクリマンド刑務所、女子刑務所が併設された大規模刑務所群（プリゾン・コンプレックス）内に所在。施設内に薬物ディーラー等を処遇上特別な注意を要する者を拘禁する超重警備区画が設置されている（死刑・無期受刑者も処遇されており、居室は全て音声モニター付監視カメラ設置され、職員のろう絡や職員が人質にされることなどを回避するため、受刑者との接触は極力回避され、テレビ視察で重点的に監視する。）。

<職員> 4部制、238名（男子221名、女子17名）。

<定員・現員> 定員2,558名（実地調査当日の現員4,722名収容、うち確定受刑者2,500名程度³⁴で残り

34 受刑者を逮捕時に所持していた薬物の種別で見ると、メタンフェタミンが約2,100名、次いで、ヘロインが約150名、マリファナが約50名、その他となっており、メタンフェタミン関連事犯者が圧倒的に多い。

は公判が係属中の未決拘禁者。原則的に薬物関連事犯者のみを収容し、他の犯罪で刑が併科されている場合は通常刑務所で処遇する。)

＜処遇プログラム＞ 職業訓練（エンジン、電気工事、シルクスクリーン、家具、靴、製パン等）。

教科教育（識字教育～大学レベルまで）、宗教教育、瞑想訓練、夫婦面会などを実施。

＜TC 処遇＞ 前述した TC 処遇の枠組みに沿って TC 専用の処遇棟で1992年から実施。参加者は400名前後、TC 処遇受講者は通常のミーティング、グループ活動に従事するほか、職業訓練にも参加している。この施設における通常の TC 処遇実施期間は1年6か月程度。なお、所内での薬物乱用を防止するため麻薬犬による巡回を行うほか、矯正局の査察チームによるランダムな尿検査を抜き打ち的に不定期に実施している。

（5）法務省矯正局が取り組む薬物乱用予防活動

薬物乱用防止のメッセージを伝えるため、合唱団活動を数施設で実施させているほか、民族芸能パフォーマンスを学生や一般市民の前で行わせ薬物乱用防止の意識啓発を実施している。また、矯正施設から講師を学校等に派遣し、薬物乱用防止の講演なども実施している。

（6）法務省矯正局の薬物乱用者処遇の当面する課題

法務省矯正局関係者によれば、法務省矯正局が薬物事犯者処遇で直面している問題は以下のとおりである。第1は、過剰収容による収容能力の不足である。すし詰め状態の中で、限られた人的・物的資源を有効に配分することは極めて困難である。第2は、刑務所内への薬物の不正持込みの問題である。これには薬物関連受刑者が一般受刑者と混在して収容されていることの影響も大きい。第3は、職員の処遇能力の不足である。治療・リハビリの推進や刑務所内での薬物乱用の防止にとって十分な知識やスキルを備えた職員の養成が必須要件となる。第4は、薬物の検査機材や薬害教育に使用される AV 機器などの機材の不足である。

この他にも、薬物乱用者の治療意欲の低さや処遇効果の検証が十分になされていないことも問題となる。タイの矯正局には精神科医師や臨床心理士が現在配置されていないが、今後、分類制度を整備し、効果的に受刑者の治療意欲を喚起して個別の問題性やニーズに対処するためには専門職員を計画的に養成することが必要となろう。また、評価・研究体制を整えるとともに、アフターケアの枠組みについても保護局等の社会内処遇機関と連携を促進するとともに、他の民間社会資源の活用等についても検討する必要があると思われる。

2 保護局による薬物乱用者の社会内処遇の概要

（1）法務省保護局（Department of Probation, DOP）の概況

タイ王国では、1997年に民主的な新憲法が施行され、その基本理念を受けて、国民に最善のサービスを提供するため、透明性（transparency）と説明責任（accountability）を充足した政府の構築を進めており、その一環として、刑事司法関係の機構・組織の大幅な見直しが行われている。その結果、2002年10月1日から、法務省の組織の大幅な改革が実施された。具体的には、犯罪者の施設内処遇を担当する矯正局が内務省から法務省に移り、犯罪者の社会内処遇を担当する法務省保護局（Department of Probation, Ministry of Justice）は、従来の①成人保護観察のみの担当部局から事務分掌が大幅に拡大された。拡大内容の主たるものは、②少年保護観察事件、③少年仮釈放事件、④成人仮釈放事件、⑤薬物乱用者更生法（2002年）に基づく事件である。

この事務分掌拡大に伴い、薬物乱用者の社会内処遇関係では、本省である法務省保護局に薬物乱用者更生開発課（Drug Addicts Rehabilitation Development Division）が新設され、同課に、総務班、薬

物乱用者更生推進班 (Drug Addicts Rehabilitation Promoting Group), 薬物乱用者更生制度開発班 (Drug Addicts Rehabilitation System Development Group), 薬物乱用者更生協力推進班 (Drug Addicts Rehabilitation Coordinating Group) が設置されて, 次に詳述する薬物乱用者強制処遇制度の実施及び薬物乱用者に対する社会内処遇全般を統括している。

保護局の組織は, 保護観察官624人, 非常勤保護観察官493人, 事務職員535人(非常勤を含む。), 保護司6,543人(2002会計年度)であり, 前記の大幅な事務分掌拡大にもかかわらず, 正職員の数は少ない。2003会計年度には, 大幅な事件増に対応するため, 302人のポストを確保したものの, 予算が付かず執行できない状態にある。タイには76の県があり, 保護観察所は, 複数の県を九つの管区に分け, その中に一つずつ保護観察所を配置するとともに, それぞれの管区に中心となる保護観察所を置いて業務を行っている。バンコクは特別に, 「中央」という一つの管区として扱われ, 地理的配置又は業務内容を基準に区分された11の保護観察所が業務を管轄している(全部で10管区制, 87保護観察所)。

2002年の成人保護観察事件は, 新受事件が112,336件, 終了が105,110件, 年末現在の係属件数は, 93,657件である(保護観察官1人当たりの年間取扱件数は, 約195件である)。罪名別の内訳の主要なものは, 薬物犯63,885件(68%), 生命・身体犯7,375件(8%), その他12,502件(13%)等となっており, 薬物犯が抜きんで多く, この傾向は以前から変わっていない。

(2) 近時の法務省保護局による薬物乱用者対策の成果

ア 全般

政府が, 2003年に宣言した, War on Drug は, 時期的に3段階に分かれる。第1フェーズが供給削減(suppression), 第2フェーズが改善更生(rehabilitation), 第3フェーズが社会復帰(社会への再統合, re-integration)であり, 現在第3フェーズに入っている。保護局では, この間, 2002年薬物乱用者更生法に基づく強制処遇の対象者を9,159名受け入れるとともに(男性7,706人, 84.14%, 11月16日現在。後記表23参照。), 保護観察対象者の68%を占める薬物犯罪関係者及び薬物乱用者で仮釈放になった者(約30,000人)の処遇に当たるとともに, 薬物乱用者の社会復帰促進のための各種キャンペーンを精力的に行ってきた。これらの成果により政府の War on Drug に関する対策本部から, 貢献度第3位の表彰を受け, 盾と賞金5,000バーツ(15,000円)を授与された(第1位は, 後述のタンヤラック病院)。

薬物犯罪関係成人プロベーションの対象者数の過去5年間の変遷を見ると(表16), 政府の本格的薬物乱用者対策が始まった, 2002年以降大幅な減少が続き, 特に, 乱用者に対する強制的処遇制度が全国規模で導入された2003年は, 対前年比62%減という記録的な減少幅を記録した。これは, 乱用者に対する強制的処遇制度によって, 刑事司法制度で乱用者が処遇される比率が下がったこと, 2003年に多数の死者を出して批判を浴びた徹底的な取締りによって, 薬物自体の入手が難しくなっていることを反映しているものと推測される。

乱用等薬物は, 成人プロベーション, 成人仮釈放等, 少年プロベーションすべてを通じて, メタフェタミンが圧倒多数を占めている。男女比では, 成人仮釈放等が男3:女1であるのに対して, 成人プロベーション及び少年プロベーションでは, いずれも, ほぼ男9:女1である。

表16 薬物犯罪関係成人プロベーション対象者数の推移

年 薬物の種類	1999	2000	2001	2002	2003	構成比 (2003年)
ヘロイン	2,189	1,209	972	610	250	1.12
大麻	7,283	5,427	4,745	4,133	3,571	15.96
あへん	593	318	332	176	122	0.55
モルヒネ	24	16	626	44	13	0.06
シンナー等	3,781	2,597	2,242	2,589	2,048	9.15
メタンフェタミン	56,634	61,734	61,341	50,208	19,013	71.56
その他	2,311	420	360	490	359	1.6
合 計	72,815	71,721	70,618	58,250	22,376	100.00

出典 Decha, 2004 & Department of Probation, Ministry of Justice

表17 薬物犯罪関係成人プロベーション対象者の犯罪態様別数 (2003)

犯罪の態様	対象者数	構 成 比
薬物使用	7,077	31.63
薬物所持	12,536	56.02
使用目的所持	1,494	6.68
販売目的所持	1,269	5.67
合 計	22,376	100.00

出典 Decha, 2004 & Department of Probation, Ministry of Justice

表18 薬物犯罪関係成人仮釈放対象者数 (2003)

薬物の種類	対象者数	構 成 比
ヘロイン	892	2.08
大麻	342	0.08
あへん	24	0.06
モルヒネ	1	0.00
シンナー等	100	0.23
メタンフェタミン	38,521	89.98
その他	2,929	6.87
合 計	42,809	100.00

注 仮釈放には、本来の仮釈放 (parole) と減刑 (remission) による釈放によって、法務省保護局が実施している保護観察の対象となった者を含む。

出典 Decha, 2004 & Department of Probation, Ministry of Justice

犯罪態様別数に関して、成人プロベーション対象者(表17)と仮釈放者(表19)を比較すると、後者は、販売目的所持が全体の約半数を占め、前者の約8倍の高比率となっている。後述のように、2002年に導入された薬物乱用者に対する強制的処遇制度の対象となるためには、薬物所持又は販売目的所持の

場合、法務省令で規定されている少ない量以下の所持（表21）であることを要するので、この量を超えた場合、プロベーションの対象とならなければ、今後も刑務所収容が続くものと推測される。

表19 薬物犯罪関係成人仮釈放対象者の犯罪態様別数
(2003)

犯罪の態様	対象者数	構成比
薬物使用	3,129	7.31
薬物所持	11,737	27.42
使用目的所持	6,615	15.45
販売目的所持	21,328	49.82
合計	42,809	100.00

出典 Decha, 2004 & Department of Probation, Ministry of Justice

少年（18歳未満）プロベーションの場合、成人プロベーションと比較して、乱用薬物の構成比において、メタンフェタミンの乱用者が約10ポイント高く、大麻が半分弱であることが特徴である。犯罪態様別数の比較では、少年の販売目的所持が成人の約3倍の比率となっている。

表20 薬物犯罪関係少年プロベーション対象者数 (2003)

薬物の種類	対象者数	構成比
ヘロイン	11	0.53
大麻	138	6.68
あへん	1	0.05
モルヒネ	8	0.39
シンナー等	211	10.22
メタンフェタミン	1,665	80.63
その他	31	1.5
合計	2,065	100.00

出典 Decha, 2004 & Department of Probation, Ministry of Justice

表21 薬物犯罪関係少年プロベーション対象者の犯罪態様別数 (2003)

犯罪の態様	対象者数	構成比
薬物使用	590	28.57
薬物所持	778	37.68
使用目的所持	285	13.8
販売目的所持	412	19.95
合計	2,065	100.00

出典 Decha, 2004 & Department of Probation, Ministry of Justice

イ 仮釈放の積極的運用

タイでは、従来、仮釈放はほとんど運用されておらず、刑務所人口の調節は、一種の善時制と国王の恩赦に依存してきたが、特に薬物乱用者で刑務所に収容されている者について、2002年以降大幅な方針転換がなされた(表18及び19)。その結果、刑務所人口は、2002年末の約25万人から、2003年末の約20万5千人まで減少した(依然定員の約2倍)。

ウ 元乱用者の就労機会の確保

乱用者の社会復帰に関しては、就労が重要であるところ、労働省との省庁間協力により、スム・サ・コンにおいて、元乱用者が漁業に従事するプロジェクトを立ち上げ、成功したことから、現在全国レベルで、同様のプロジェクトの展開を計画中である。また、社会復帰促進の一環として、アヤタヤに元乱用者のための更生保護施設を建設したほか、全国で約3,000名の仏教僧が薬物乱用者の更生保護に協力する体制が構築された。

これに加えて、元乱用者の公務員登用への道を開く試みとして、薬物乱用者に対する任意処遇及び2002年薬物乱用者更生法に基づく強制処遇の対象となった者を、内閣指針(cabinet resolution, 政府の裁量権の行使の一環)として、採用することを近日中に公式表明の予定である。ただし、この指針は、薬物乱用により、拘禁刑に処せられた者には適用されない(法定欠格事由のため)。

エ 一般社会の薬物乱用者に対する理解促進³⁵

「善人が戻ってくる(good person will return)」を始めとする社会復帰促進のための各種キャンペーンの結果、①薬物乱用者に対しては、刑務所収容ではなく、保護観察や各種の社会内処遇という選択肢があること、②乱用者に対しては、アフターケアが重要であること、③乱用者は社会から疎外されてはならず、更生し、社会復帰すべきものであること、について一般大衆の理解が向上したとされている。

(3) 薬物乱用者の社会内処遇に関する保護局の課題

ア 処遇する保護局側人材の確保及び研修の充実による薬物乱用者処遇の質の向上

従来の所掌事務であった成人保護観察の約7割が薬物対象者であり、これに今回の制度改正に

35 2003年3月は、2002年9月の更生法施行から6か月目に当たり、処分を更新しない場合、最初にこの強制的薬物更生処遇の対象となった者が、薬物乱用者更生センターから釈放されて社会復帰する時期に当たる。しかし、薬物乱用者に対する社会の偏見は根強く、単に釈放しただけでは、地域社会に戻って更生することは困難である。そこで、法務省保護局では、この時期に合わせて、全国的なテレビ、街頭ボード(合計で約1,000か所設置)等のメディア・キャンペーンを行った。

キャンペーンのキャッチフレーズは、「善人が戻ってくる(good person will return)」というコピーで、それだけでは、何のキャンペーンか分からないように工夫されている。テレビのスポットでは、若いハンサムな男性が、素敵な恋人の許に戻るといった一種のラブストーリー風のさわやかな雰囲気漂わせたショート・ストーリーがチャンネル3, 7で放映された。この「善人」は、更生した、かつての薬物乱用者で、更生センターから釈放された者を意味しているが、テレビ・スポット自体からは、わざと分からないようにしてある。そのため、チャンネル9, 11などでは、新しい「昼メロ(soap opera)」のキャンペーンではないかと話題になったという。そのような話題作りをして、世間の注目を高めておいてから、3月に入って実際に釈放が開始された。テレビ・スポットは、広告制作会社が無料で企画・制作し、全国ネットで放映された。このアイデアは、法務省保護局長であるキティポン博士の発案による。キティポン博士は、薬物対策の一つとして、乱用者を犯罪者として処罰するのではなく、病人として治療しようという考え方にに基づき、今回の更生法による強制的薬物更生処遇(一種の薬物ダイヴェージョン)導入を実現した中心人物の1人である。彼は、単に薬物乱用者を刑事司法制度の枠組みからダイヴァートするだけでなく、その後の更生のための処遇と処遇後のアフターケアの重要性を理解した上でその実現を強調し、その一環として、今回の更生センターから釈放された元乱用者の社会復帰支援キャンペーンを考えたと言っている。

よって、多数の薬物使用者を中心とする仮釈放者の激増と新規導入の薬物乱用者強制処遇関係者が加わったため、物理的な人員の手当てと共に、乱用者処遇の多様化が求められており、そのための対策が喫緊の課題である（表16及び21及び表24参照。）。

イ 警察の薬物乱用者に対する考え方

- ・2002年薬物乱用者更生法の内容及びこの新法下での手続が全国の警察に浸透していない。
- ・薬物乱用者を検挙した場合の裁量権の行使内容が統一されていない。
- ・薬物乱用者を早期に刑事司法手続からはずして、更生のプロセスに載せるという考え方について、警察にとってのインセンティブとなるものが乏しい。

ウ 社会の薬物乱用者に対する考え方・態度をより積極的なものに変えていくこと

(4) 薬物乱用者に対する強制処遇制度

ア 制度導入の背景

タイでは、1996年以降、アンフェタミン・タイプ興奮剤（ATS系薬物）の乱用者が急増し、1999年には、長年にわたって乱用薬物の首位を保っていたヘロインを抜いて、第1位となり、以後も首位が続いている。タイでは、前述のように規制薬物の自己使用も犯罪であるため、この時期、並行して、薬物犯罪で刑務所に収容される者が急増し、2002年には、定員の約2.5倍に当たる約25万人を数える状態となった。

この刑務所収容者のかなりの部分が薬物使用者で占められていたことから、タイ政府は、薬物乱用者に対する従来の処罰一辺倒の姿勢を修正し、薬物乱用者は、一般の犯罪者と異なり、「患者」と呼ばれる状態にあり、その更生を促進すべきであるとの施策に転換した。その結果、2002年（2545年）薬物乱用者更生法（Narcotic Addict Rehabilitation Act, 2002, [仏教歴 B.E. 2545]）が、薬物乱用者更生に関する法律（1991年）の全面改正法として立法され、同法により薬物使用者及び依存者に対する強制的薬物乱用者処遇制度が導入された。

イ 制度の法的構造

起訴前ダイバージョンと薬物乱用者に対する強制的な施設内・社会内処遇制度を組み合わせた制度である。行政委員会的一种である薬物乱用者更生委員会小委員会（Narcotics Addict Rehabilitation Sub-commission）の決定により、薬物使用又は乱用者であるとの決定を受けた者については、薬物乱用者更生の期間中起訴が延期される（法22条1項）。薬物乱用者更生の対象者は、6か月から3年の間、薬物乱用者更生計画に基づく強制的な施設内・社会内処遇を受ける（法22条、23条、25条）。

更生期間満了後、その期間中の更生結果が良好であると同小委員会により判定された場合、後述の薬物関連犯罪については、起訴を免除される（法33条1項）。逆に、良好でないと判定された場合、同小委員会からその通知を受けた検察官は、所定の手続に従って、起訴が延期されていた薬物関連犯罪を起訴する（法33条2項）。

薬物乱用者検証及び更生中の者は、事情に応じて、刑法典における（未決）勾留者とみなすこととされており（法28条）、検証及び更生期間中に逃亡した者は、刑法典190条に規定する勾留逃亡とみなされて、刑罰の対象となる（法29条）。

人権保障の観点から、薬物乱用者更生委員会小委員会の①薬物使用又は乱用者であるとの決定を受けた者、②施設内で薬物乱用者更生を受けている者に対する一時的釈放の不許可命令を受けた者、③薬物乱用者更生期間の延長決定に対して、当該命令等を受けた者は、それぞれその決定又は命令の通知を受理した日から14日以内に、薬物乱用者更生委員会に対して抗告を申し立てることができ

る。この抗告に対する薬物乱用者更生委員会の審決に対しては、不服申立ができない。また、この抗告は、前記小委員会の決定ないし命令の執行停止の効力を有しない（法38条）。

ウ 対象及び適用要件

(i) 薬物使用者又は薬物依存者（薬物乱用者検証の結果、薬物使用者又は乱用者であると薬物乱用者更生小委員会が決定した者）で、次の要件を満たす者（18歳未満の少年も対象となる。参考、法32条2項）。

(ii) 犯罪行為

法務省令に規定する形態、種類、カテゴリー及び分量の薬物を、①使用し、②使用及び所持し、③使用及び販売目的で所持し、④使用及び販売したとして告発された者（法19条1項）。

一定量以下の薬物販売目的所持又は販売者を、強制的処遇制度の対象に含めているのは、「薬物乱用者のある程度の部分は、薬物を使用するための手段を得ることと引き替えに、薬物密売人となっている。したがって、薬物を…使用及び販売目的で所持し、又は使用し及び少量の薬物を販売した者に対しても、薬物乱用者更生を拡大することが適当である³⁶。」との認識に基づいている。

「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）」³⁷に定められている形態、種類、カテゴリー及び分量の薬物とは、表21のとおりである。薬物乱用者更生法4条に定義された「薬物」は、揮発性物質及び向精神薬を含む広義の概念であるが、強制的処遇の対象を規定する同法19条1項の規定に基づく、この法務省令においては、現時点では、揮発性物質及び向精神薬は、対象から除外されている。この点に関して、ONCBに照会したところ、現在のところ、法務省令で規定する薬物の乱用者がタイ社会に対する大きな脅威となっていることから、これらに対処するため、このような内容の法務省令を策定したもので、将来、揮発性物質及び向精神薬の乱用が大きな社会問題となれば、省令を改正して、強制的処遇の対象に含めることも検討するとの回答であった。

表21 「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）」

分 類	薬物の種類	分 量
第Ⅰ類	ヘロイン	200mg 以下
	メタンフェタミン	5 回飲用分（錠）又は500mg 以下
	アンフェタミン	5 回飲用分（錠）又は500mg 以下
	3,4-Methylenedioxymethamphetamine	5 回飲用分（錠）又は1,250mg 以下
	Methylenedioxyamphetamine	5 回飲用分（錠）又は1,250mg 以下
	MDA or MDE	5 回飲用分（錠）又は1,250mg 以下
第Ⅱ類	コカイン	200mg 以下
	あへん（opium）	5,000mg 以下
第Ⅴ類	大麻	5,000mg 以下

注 1 分量は、統制薬物の純粋な含有量であって、所持していた物質自体の重量ではない。
2 薬物は、名称、形態のいかんを問わず、この表に掲げた物質又はそれと同等の化学構造を有するもの又はその薄片を含む。

36 2002年薬物乱用者更生法の法案発布理由による。
37 “The Ministreial Regulation on Prescription of the Character, Type, Category and Quantity of Drugs in 2003”
28 February 2003.

(iii) 手続的要件

①別件の被疑者ではないこと、②拘禁刑を法定刑とする別の犯罪で起訴されていないこと、③裁判所の判決によって拘禁されていないこと(①～③につき法19条1項)、④以前、薬物を使用し、逮捕と同時に又はその後に薬物乱用者更生に送致されたため、薬物を使用し、使用及び所持し、使用及び販売目的で所持し、又は使用及び販売の罪で起訴する法的手続を執られてない場合に該当しないこと(強制的薬物乱用者処遇の適用は、1回に限る。法20条1項)。

エ 薬物乱用者検証と薬物使用者又は乱用者であるとの決定

薬物乱用者検証の結果、薬物使用者又は乱用者であると薬物乱用者更生小委員会が決定したこと(法22条1項、21条)。

薬物乱用者検証は、裁判所の命令によって開始されることになっており、捜査官は、前記の薬物関連犯罪容疑で逮捕し又は送致されてきた者に関し、身柄に接した時から48時間以内(18歳未満については、24時間以内)に、この検証命令発出の要否を検討するため、被疑者を裁判所に勾引することになっている(法19条)。検証命令が発出された場合、検証手続は原則として検証開始から15日以内に完了することが必要である(前記小委員会の決定で、30日まで延長できる。法21条)。

オ 強制的処遇の内容

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(法22条)が策定される。その際、薬物乱用者更生の場所及び手続は、被疑者の年齢、性別、生物学的情報、薬物関係の犯行時の状況及び被疑者を取り巻くすべての環境を検討し、薬物乱用者更生の必要性が報告された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(法23条1項)。

この施設は、薬物乱用者更生センター、医療センター、青少年観察保護センター、官公庁の施設、その他大臣によってふさわしいと考えられる場所として指定された場所をいう(法23条2項)。

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る。

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)

上記の処遇期間は、小委員会の決定により、6か月を単位として最高で処遇開始から3年間まで延長できる(法25条)。具体的には、施設内処遇の場合、次のように重警備施設に送致するか否かが区別されている(法23条3項、実際の運用状況については、後記、表23及び24参照)。

- ① 薬物乱用者更生を命ぜられた者が、嚴重な拘禁を必要とする場合、薬物乱用者更生を受けるために、逃亡対策設備を有する薬物乱用者更生センター又は薬物乱用者更生施設に送致される。
- ② 薬物乱用者更生を命ぜられた者が、嚴重な拘禁を必要としない場合、その者の適性に応じて、薬物乱用者更生の間、薬物乱用者更生で命ぜられた条件に従って薬物乱用者更生を受けるため、薬物乱用者更生施設に送致される。
- ③ 薬物乱用者更生を命ぜられた者が、拘禁を必要としない場合、保護観察官の監督の下で、その他の手続を実施するために移送されることがある。

具体的な処遇においては、薬物乱用者更生を命ぜられた者は、薬物乱用者更生の間、職業訓練を

受け、社会奉仕活動をし、その他、本人の適性に応じて、薬物から遠ざかって模範的な生活を送るための事項を求められることがある（法23条3項4号）。

◆遵守事項と違反に対する処分

薬物乱用者更生を命ぜられた者は、薬物乱用者更生委員会及び同小委員会が定めた種々の規則及び条件を遵守することを要し（法30条）、施設内処遇からの一時的釈放中の者が、これらに違反した場合、逮捕状なしの身柄拘束の理由となる（法31条）。さらに、施設内処遇中の者については、次のような懲戒の対象となる（法32条1項）。①警告処分に付す、②3月を超えない範囲で、接見・連絡を許可しない、③1回に10日を超えない範囲で独居拘禁する（なお、18歳未満の者に対しては、少年及び家庭裁判所の設置並びに少年及び家族に関する手続を定めた法による懲戒方法を準用する旨の特則が設けられている。法32条2項）。

カ 制度の運営主体

本法の主務大臣は法務大臣であり、薬物乱用者強制処遇制度に関する基本的事項は、薬物乱用者更生委員会によって定められる。他方、この制度の具体的な運用は、各保護観察所所在地ごとに設置された薬物乱用者更生委員会小委員会によって行われる。後述の薬物使用・乱用者であるとの決定、薬物更生者更生計画、同計画に基づく更生の有無と免訴の決定などの重要事項は、すべて同小委員会が行う。

(ア) 薬物乱用者更生委員会（Narcotics Addict Rehabilitation Commission）

I 構成

薬物乱用者更生委員会は、法務事務次官を委員長とし、文部事務次官、厚生事務次官、国軍最高司令官、国家警察庁長官、検事総長、最高裁判所事務局長、労働局長、地方行政局長、地域開発局長、医療サービス局長、感染症統制局長、社会福祉局長、職業能力開発局長、矯正局長、医療科学局長、精神衛生局長、麻薬統制委員会事務局長、食品・薬事管理局長から構成され、かつ、大臣によって4人を限度とする有資格者が任命される（任期2年）。そのうち最低2人の委員は、薬物乱用予防又は薬物乱用者更生の実務に従事し、かつ、薬物乱用者と直接かかわる職務経験を有する民間団体の代表者であることを要する。法務省保護局長は、委員及び事務局長を務める（法6条）。

II 薬物乱用者更生委員会の権限と責務

(i) 法務大臣への勧告・意見提出

本法に基づく省令の公布、薬物乱用者更生センタに関する告示、薬物乱用者検証、薬物乱用者更生又は勾留のための場所の決定に関し、勧告・意見を提出する。

(ii) 人事

薬物乱用者更生委員会小委員会（Narcotics Addict Rehabilitation Sub-commission）委員を任命し、及び解任すること。

(iii) 各種の規則制定

①薬物乱用者更生委員会小委員会の権限事項に関する基準と手続、②薬物使用又は乱用の検証、③薬物乱用者更生、薬物乱用者更生を命ぜられた者の捜査官又は検察官への送致などに関する基準と手続、④薬物乱用者更生中の者の一時的釈放許可の範囲、手続、許可条件、⑤一時的釈放を許可された薬物乱用者更生中の者に対する立入検査及び監督、⑥検証を命ぜられた者、薬物乱用者更生を命ぜられた者に対する、検証中、更生中の接見及び連絡、⑦薬物乱用者更生期間の短縮及び延長の基準、薬物乱用者更生の結果の報告関係、⑧条件・規則に違反するか又

は従わなかった者に対する懲戒基準等。

(iv) 不服申立の処理

小委員会が行った薬物乱用者更生に関する決定又は命令に対する抗告を検討し、審決を下すこと。

(イ) 薬物乱用者更生委員会小委員会 (Narcotics Addict Rehabilitation Sub-commission) の権限と責務

I 構成

法務省からの代表者を小委員会委員長（実務上、地方検察庁の代表者）とし、医師1名、心理学者1名、ソーシャル・ワーカー1名又は2名以下の、小委員会委員に関する省令に規定された資格を有する者から構成され、保護局の代表者を小委員会委員及事務局長（実務上、保護観察所長）とする。

II 薬物乱用者更生委員会小委員会の権限と責務

- (i) 検証を命ぜられた者が、薬物使用者又は薬物乱用者であるか否かを検討し、決定すること。
- (ii) 委員会によって定められた規則に従って、検証中薬物乱用者更生中の被疑者の勾留を監視すること。
- (iii) 薬物乱用者治療 (treatment) 又は薬物乱用者更生 (rehabilitation) を命ぜられた者の、施設間の移送を検討すること。薬物乱用者更生期間の短縮又は延長を検討することを含む。
- (iv) 検証及び薬物乱用者更生を命ぜられた者を一時的に釈放する許可を検討すること。
- (v) 事情に応じて、検証結果又は薬物乱用者更生の結果を、委員会、捜査官、検察官に通知すること。
- (vi) 法19条に掲げられた罪を犯したとして告訴された被疑者の薬物乱用者更生計画 (rehabilitation plan) を検討すること。
- (vii) 薬物乱用者更生計画に従って、管轄地域内において、薬物乱用者更生を命ぜられている者の更生を監督すること。
- (viii) 法33条に規定する薬物乱用者更生の結果を検討すること。

キ 薬物使用又は依存の検証及び薬物乱用者更生のための施設

乱用者か否かの検証及び乱用者更生のための強制的処遇を行うための施設で、この制度実施の中核となるものである。更生法では、薬物乱用者更生の目的に資するため、法務大臣は、官報による告示により、薬物乱用者更生センターを設置し、及び閉鎖することができる(14条)。また、法務大臣は、適切と思料する場合、医療センター、青少年観察保護センター、官公庁の施設、その他のいかなる施設であっても、薬物乱用者更生センターに加えて、検証、薬物乱用者更生及び勾留のための施設として、官報で告示することができる。この場合、薬物乱用者更生委員会小委員会は、その施設の監督官を定めることができる。監督官は、薬物乱用者更生センター所長の権限と責務のうち、当該施設にふさわしいと思料されるものを有する(法18条)。

薬物乱用者更生センターは、刑法典に規定する医療施設に相当するものとし、法務省保護局の監督に属する(法14条2項、3項)。

薬物乱用者更生センター所長は、以下の権限と責務を有する(法17条)。

- ① 法19条に規定する薬物乱用者更生を命ぜられた者の薬物使用又は乱用を検証すること。
- ② 検証又は薬物乱用者更生を命ぜられた者を、検証を受けている、又は更生を受けている間、勾留すること。種々の規定・条件・規則に従って、検証を命ぜられ又は薬物乱用者更生を命ぜられ

- た者を監督すること。
- ③ 薬物乱用者更生を命ぜられた者に、薬物乱用者更生を行うこと。
 - ④ 薬物乱用者更生を義務付けられ、一時的に釈放された者に対する更生を監督すること。
 - ⑤ 薬物乱用者更生委員会小委員会に提出するための、薬物使用又は乱用に関する検証の報告書、薬物乱用者更生の報告書を作成すること。
 - ⑥ 本法の施行のため、薬物乱用者更生センターに関する規則を制定すること。
 - ⑦ 薬物乱用者更生委員又は薬物乱用者更生委員会小委員会によって指示された、その他の職務を遂行すること。

表22 薬物乱用者検証・強制処遇施設

所管省庁	施設数	定員(合計)	施設定員	備 考
保健省	6	1,410	60~670	タンヤラック薬物乱用研究所が670名の収容定員を誇る。
法務省	1	160	160	唯一の保護局直営施設 (Lad Lumkaew)
地方行政局	10	500	50	運営主体は、Bureau of Territorian Defense Volunteers Administration である。
空軍	13	840	40~200	小・中規模施設を軍の基地の中に設置
海軍	3	600	200	中規模施設を軍の基地の中に設置
陸軍	8	2,000	250	中規模施設を軍の基地の中に設置
合 計	41	5,510		

出典：DOP, 2003d

ク 実務運用と課題

(ア) 全般

2003年11月までに、約9,000名弱がこの制度の対象となった。タイには現在846か所の公的薬物乱用者処遇施設があるが、うち41か所が強制処遇（治療）の対象者を受け入れている。実際のプログラム内容は、次述のラド・ラムカウ（Lad Lumkaew）薬物乱用者更生センターの項を参照されたい。社会内における薬物乱用者更生プログラムの実施は、保護司、領土防衛ボランティア（Territorian Defense Volunteers）、地域保健ボランティア等地域社会在住のボランティアによってサポートされている。

更生法が全国規模で施行となった2003年3月から同年11月までの間に、薬物乱用者検証の対象となった者と検証結果、及びそれを踏まえた薬物乱用者更生委員会小委員会の決定内容（処遇内容の決定を含む。）は、表23及び24とおりである³⁸。この期間の検証対象者（薬物テスト対象者）は、9,159名（67の県の合計）で、男性が圧倒的多数を占めているほか、25歳未満の若年者が全体の約半数であるのが注目される。犯罪の態様は、自己使用が約8割を占めているが、使用及び所持犯も2割弱認められる。更生法の立法趣旨にもあるように、自己使用犯が薬物入手費用を稼ぐために少量の薬物販売も行っていることが推察される。また、検証は、原則的に身柄拘束（薬物乱用者更生センターに収容）をして行われている実態が分かる。使用薬物は、4分の3がメタン

38 2003.3.16から11.16までの8か月間のデータである。

フェタミンであり、タイの薬物乱用状況を反映したものとなっている。薬物乱用者更生委員会小委員会の処遇に関する決定は、施設内処遇（薬物乱用者更生センターでの処遇）及び社会内処遇がそれぞれほぼ半分ずつであるが、社会内処遇に付される者の比率がわずかに高い。社会内処遇では、保護観察官の指導監督の対象となる者と通院治療を命ぜられた者がほぼ半分ずつである。厳重な拘禁の下での薬物乱用者更生に付された者は、1割強であり、全体として、非拘禁ないしゆるやかな施設内処遇を中心として運用されていることが分かる。小委員会の当初の決定段階で、警察又は検察官送致（通常の起訴手続への移行）となった者は5%弱である。したがって、残りの95%の者の処遇が成功すれば、処遇後の評価で通常の起訴手続への移行する者の比率が低下するため、薬物乱用者に対するダイバージョンとして機能し得るものと思われる。このデータは、制度全面運用開始後、日の浅いものなので、今後数年単位での評価研究を積み重ねることによって、この制度に対する評価が定まると考えられる。なお、表24に示したように、ほぼ同時期の統計で、処遇に失敗して、検察官送致となった者の比率は、約7%にとどまっており、約73%の者が、薬物乱用者更生委員会小委員会によって成功と評価されている。このデータから見る限り、処遇期間延長となる者の比率を一層低下させることが、今後の課題であろう。

表23 薬物乱用者検証の内訳及び薬物乱用者更生委員会小委員会の決定

項 目	内 訳	実 数 (名)	構成比 (%)
性別	男性	7,706	84.14
	女性	1,453	15.86
年齢	25歳未満	4,338	47.36
	18歳から25歳	3,636	39.70
検証中の身柄の所在	身柄拘束	6,451	71.42
	一時釈放	2,618	13.45
使用薬物	メタンフェタミン	6,857	74.87
	マリファナ	1,232	14.45
犯罪の態様	薬物使用	7,429	81.11
	薬物使用及び所持	1,504	16.42
薬物乱用者更生委員会小委員会の決定	施設内処遇	3,067	44.60
	うち厳重な拘禁	950	13.83
	うち通常の拘禁	2,117	30.83
	社会内処遇	3,489	50.7
	社会内処遇	115	1.7
	保護観察指導監督	1,588	23.1
	入院治療	180	2.6
	通院治療	1,606	23.4
	警察又は検察官送致 (通常の起訴手続への移行)	320	4.66

出典：DOP, 2003e

表24 全国の薬物乱用者検証・強制処遇の状況（2003.3～10）

管区	受 理	薬物乱用者更生委員会小委員会への報告件数					終 結		
		処遇期間 短縮	成功事件	失 敗 事 件		報告小計	釈 放	翌月繰り 越し	起訴免除
				処遇期間 延長	検察官 送致				
中央	799	4	119	35	5	163	3	755	44
第 1	448	3	111	46	8	168	5	410	38
第 2	2,070	4	23	21	6	54	1	2,051	19
第 3	592	0	191	32	3	226	1	486	106
第 4	610	1	143	20	1	165	4	497	113
第 5	881	7	186	53	43	289	1	695	186
第 6	642	23	93	34	9	159	6	585	57
第 7	489	85	62	38	28	213	2	397	92
第 8	425	10	186	29	3	228	2	330	95
第 9	406	0	57	16	10	83	2	339	67
合計	7,362	137	1,171	324	116	1,748	27	6,545	817

注 1 「成功事件」とは、強制的処遇において、対象者が遵守事項を遵守して生活し、処遇を実施ないし監督する保護観察所から見て、薬物乱用から立ち直ったと評価して、薬物乱用者更生委員会小委員会へ報告した件数を指している。
2 DOP, 2003b による。

(イ) ラド・ラムカウ (Lad Lumkaew) 薬物乱用者更生センターにおける処遇と課題 (DOP, 2003 c)

●概要

2003年3月3日から収容を開始した、唯一の保護局直営施設で、職員は、保護観察官9名、看護師2名、臨床心理士1名、ソーシャル・ワーカー1名、薬物乱用者訓練士7名で、定員160名となっている。

2003年3月から8月までの間に、151名が入所した（男子99名、女子52名）。男女ともに、約90％は、下記のプログラムの内容を理解し、対応しようとしたが、残りの10％には、改善が見られなかった。

(1) 処遇プログラム

- ① 身体訓練
- ② 精神及び知性開発
- ③ 感情及び社会的（対人）技能開発
- ④ 教育及び職業訓練

(2) 処遇モデル及び期間

治療共同体モデルに基づいて上記プログラムを実施する。タイムフレームは、次のとおりである。

- 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 か月日以降

(3) 課題

① 収容者関係

前記のように、約10%の者に全く改善が見られないことから、対象者の選択をもっと慎重にする必要がある。

② 更生のプロセス

ア 治療共同体モデルに基づく処遇を行っているが、この手法を理解させるには、全体の収容期間が短かすぎる。更生期間終了後3か月後の参加者による評価では、治療共同体モデルを理解するのに、4か月ないしそれ以上かかった者が大多数であり、その時期の前後に釈放することになれば効果が望めない。

イ 家族環境の問題。参加者の多くは貧困家族の出身で、家族のいない者、家族関係の不良な者も少なくないため、釈放後の家族との再統合が望めず、処遇効果の持続に困難を来している。

ウ 職員体制の問題。職員は全般に手薄であるが、特に、女子のための薬物乱用者訓練士が不足している。また、その他の専門家も不足している。さらに、職員の間に、薬物乱用、乱用者とその更生に関する一般的なコンセンサスがなく、それが処遇の混乱を招いている。

③ 場所

建物が多くの部屋に分かれすぎていて、監督の目が行き届かない。また、講堂やその他の集団活動をするためのスペースが不足している。

報告書は、以上の課題のうち、職員・施設体制に関するものは、向上の方向に向かっていると述べている。

3 軍キャンプ利用による薬物乱用者処遇

(1) 薬物乱用者処遇における軍施設利用の概要

軍施設利用による薬物処遇プログラムは、「市民育成キャンプ」(Vivat Polamuang Program)という総称で呼ばれている。薬物乱用者処遇における軍関係施設利用の構想は2001年のチェンライワークショップ後、タクシン首相主導で始まった³⁹。2001年当初のパイロットプログラムでは、過剰収容問題を抱える刑務所の早期釈放推進策としてのパロールとして、刑期1/3を経過した者のうち条件に合致する者の身柄を軍事基地の兵舎を利用したキャンプに委ね、社会内処遇に移行させる方策が採られた(VP1プログラム、担当部局は矯正局)。この方策は現在も継続実施されている。このプログラムの導入により、2003年までに約18,000人の受刑者がこのプログラムを受講し、それ以前は低調であったパロールの運用が促進された。

一方、2003年3月の新薬物乱用者更生法の施行に伴い、社会内の強制処遇の方法の一つとして新たに軍キャンプが利用されるようになった(VP2プログラム、担当部局は保護局、2003年現在24施設で実施)。一方、VP2プログラムによるダイバーションの導入により、薬物乱用者の刑務所への新規拘禁が減少している。つまり、薬物乱用者の処遇に当たって刑務所収容の入り口前段階・出口前段階の2方面から軍施設が利用されていることになる。

(2) VPプログラムの概要

ア VP1プログラム (薬物乱用者の早期釈放推進策としての軍施設利用)

39 同首相は、軍施設の果たす役割が従前よりも低下したことから既存の資源を有効に活用し、同時に刑務所の過剰収容問題の緩和をねらい、この構想を固めた。

＜関係官庁＞ タイ王国軍，矯正局，タンヤラク薬物依存研究所⁴⁰（Thanyarak Institute on Drug Addicts）

＜編入基準＞ ・薬物乱用犯罪で刑が確定した受刑者で残刑期が1年ないし3.5年あり，少なくとも刑期の1／3を刑務所で服役済みであること。
 ・年齢50歳未満
 ・心身ともにプログラム受講に適合していること（例，精神障害，重い身体疾患，感染症患者は除外）
 ・タイ国籍者

＜実施場所＞ 陸・海・空軍キャンプ55か所（うち2か所は女子専用）

＜処遇プログラム内容＞ タンヤラク薬物依存研究所が開発したFASTモデルに準拠。FASTモデルは，1～2年の治療共同体処遇を標準処遇期間4ヶ月に短縮した治療共同体プログラムであり，プログラム構成要素である，家族参加(F)，代替治療活動(A)，セルフヘルプ(S)，治療協同体(T)の頭文字をとって，FASTモデルと呼ばれる。具体的な構成要素は以下のとおり。

- ・教練
- ・TC処遇における各種グループ活動
- ・家族療法
- ・NAなどの自助グループ導入セッション
- ・職業訓練，など

＜職員研修＞ 直接処遇に関与する軍関係者は，タンヤラク薬物依存研究所又は各地の基幹病院におけるFASTモデルに関する研修を受講する。

＜処遇成績＞ プログラム修了者に対しランダムに行ったアンケート調査によれば，修了者の多くが就労生活や家庭生活を継続しており，刑務所に再収容される者は少ないとされる（ただし，系統的な成り行き調査は行われていない。）。

イ VP2プログラム

＜関係官庁＞ タイ王国軍，保護局，タンヤラク薬物依存研究所（Thanyarak Institute on Drug Addicts）

＜編入基準＞ 新薬物乱用者更生法の適用対象者で同プログラムの受講が相当とされる者

＜実施場所＞ 軍キャンプ8か所（2003年）

＜処遇プログラム内容＞ 同上

＜職員研修＞ 同上

＜処遇成績＞ 軍ファラモン・クックラオ病院の調査によればVPキャンプ終了後1年間のフォローアップの結果，2割程度が再犯に至っているとされる（刑務所再収容，又は薬物再使用・売買に関与）。

(3) VP2プログラム施設例：パクスクアドロン陸軍キャンプ（Royal Thai Army, Pak Squadron Military Camp）

- ・設立経緯：2002年新薬物乱用者更生法施行に伴い，2003年3月に同基地内に開設された。
- ・定員・現員：定員250名，現員249名（新薬物乱用者更生法のダイバージョンプログラム対象者が収

40 タンヤラク薬物乱用研究所（旧称タンヤラク病院）は，保健省所管の研究・治療施設であり，医療面の薬物乱用対策の基幹施設である（詳細は後述）。

容対象)。

- ・職員・組織等：組織は3部構成（指令部，治療部（含む医師），リハビリ部），職員総数約50名。
- ・処遇期間：4～6ヶ月（入所者の編入は処遇サイクルが一巡するごとに行う）。
- ・処遇内容：FASTモデルによる処遇を中心に実施する。介入アプローチとしては，生物・心理・社会・霊性の総合的アプローチを志向し，以下の課題領域について学習させる：
基礎的軍事教練，道徳性，民主主義知識，職業訓練（機械，電気工事，農業），保健教育，哲学，音楽療法，生活態度改善。
- ・処遇完了後の措置：保護観察官の監督指導に委ねる。
- ・処遇コスト：1人当たり約50バーツ／日（主に食費）。他，制服代2000バーツ／1名（施設側負担）。

（4）軍キャンプ利用による薬物乱用者処遇の当面する課題

矯正局が関与するVP1プログラムは，軍の協力を得て2004年3月からさらに約18,000名規模で拡張予定という。また，矯正局は，2004年1月からクロンパイ（Klong Phai）矯正施設内でもVPプログラムになったブートキャンプ処遇プロジェクトを開始している。

今後はVP1プログラム，VP2プログラムともに，対象者の適否を吟味していく必要があろうし，プログラム終了後のアフターケアや組織的な評価体制を整備していく必要がある。また，北米における評価研究では，軍隊式のブートキャンプ処遇は全般的には再犯抑止の効果がないことが確認されているが，前述したフォローアップのアンケート調査等ではこの処遇形態も効果が有望視されるようなので，短期集中的介入の効果を上げるための条件を今後よく見極め，適切な対象者や処遇方法を確立させていく必要もあろう。

4 医療・保健機関による薬物乱用者処遇プログラム

（1）医療・保健機関による薬物乱用者処遇の概要

タイの医療・保健機関が行う薬物乱用者の処遇は，ヘロイン依存者に対する薬物療法（メサドン解毒療法・維持療法），治療共同体処遇，認知行動療法の手法をベースに他の技法を折衷したMatrixモデルによる処遇や伝統的なハーブ療法などが基本的な処遇様態となっており，これをタイの国情に合わせて修正した各種の処遇が展開されている。各地で実施されるプログラムは，保健省所管の基幹施設であるタンヤラック薬物乱用研究所が中心になってプログラム開発や研修・研究が企画されており，これを軍の病院が側面から支援している。本節では，これらの各種機関の実務を紹介する。

（2）医療機関の処遇例

ア タンヤラック薬物乱用研究所（Thanyarak Institute on Drug Abuse）

（ア）施設概要等

1967年1月1日設立。15部門，538人の職員から構成され（2003.9末），670床の入院設備を持ち，年間約10,000人の入院患者を受け入れる，世界最大の薬物乱用者処遇専門機関である。基本的に薬物専門病院であるが，バンコク南部地域の基幹病院として，一般の患者も受け入れている。施設内を自動車で移動するほど広い敷地に，入院者居住棟，治療共同体（TC）ミーティング棟，収益作業棟などの施設が点在している。

また，匿名クリニックとして，AIDS患者も受け入れている。保健省医療サービス局に属し，タイにおける薬物乱用治療の基幹施設である。病院としての収容・通所処遇のほか，関係職員の研修，乱用者処遇に関する全国ガイドラインの策定，各種の実証研究や調査，他機関からの各種検査の受託（2002年，約11万件，2003年7.5万件）など，多岐にわたる機能を有している。次述の北

部薬物依存治療センターなど地域基幹施設の上位に位置して、これらを統括している。本章第6の2(2)で紹介したように、2003年の War on Drug における貢献度第1位として、政府から表彰された。

本施設は、その中心部に大きな池があり、それを取り巻く形で、建物が点在する。緑豊かで、ゆったりとし感じがする。収益事業として力を入れている園芸、農業、養鶏施設などを見学したが、レベルは高い。TCの寮は、一室4名で一棟24名定員であり、向かい合わせに建った二棟の寮が1単位となっている。室内は広くはないが、清潔で、よく整理されている。食堂は、在所者全員が食事を受け取る鍵付きのロッカーを持っており、そこに指定の時間に配膳されるという興味深いシステムを採用している。調理設備は普通であるが、省エネでご飯が炊けるという、特殊な炊飯器を在所者の工夫で開発したことを自慢していた。筆者訪問時は、TCの朝ミーティングを参観したが、円座の中で、一人ずつメッセージを述べたあと、歌を歌って解散していた。施設内の食事に必要な資材の大半は自給自足で、施設規模の大きさと相まって、一つの街のような感じがした。

(イ) 入院者の概要

2002年の入院者は、51%がアンフェタミン乱用者で、残りは、マリファナ、あへん系薬物、アルコール、多様な鎮静剤、シンナー等有機溶剤である。アンフェタミン乱用者については、本年の War on Drug の結果、ケース全体が大幅減少傾向にある。入所者の平均年齢は、20～24歳が最も多く、20代後半がこれに続き、両者で全体の約半分を占める。2002年薬物乱用者更生法施行の結果、現在の新規入所者の約80%が強制処遇対象者である。強制的処遇の費用は、原則として国費負担であり、任意処遇の対象者についても、本人及び家族に負担能力が乏しい場合は、公的な援助措置が採られる。

(ウ) 入院乱用者への提供サービスの概要

(a) 入院前プログラム 入院予定者に対するインタビューと治療への動機付けを1週間かけて行う。

(b) 家族コース 入院（予定）者の家族に対して、各種のサポートを行う。

(c) 医療的解毒期間 21日かけて、薬物の解毒治療を行う。

(d) 更生プログラム TC型の場合（デイトップ・インターナショナル準拠）、1年から1年6月が推奨コースであるが、近時のニーズの増加に対応するため、より期間の短いコースも複数併設している。TCプログラムについては、五つのTCセンターがあり、男子150床、女子35床の收容能力がある。TCプログラムでは、各種のワークショップがあり、収益事業として、園芸、農業、魚の養殖、養鶏、機械加工・修理、洋裁、木工等多様な事業を行っている。特に養鶏に関しては、規模が大きく、生産品を海外に輸出している。職業訓練及び教養・身体訓練は、全体で12コースある。所内更生保護施設（ハーフ・ウェイ・ハウス・プログラム）の場合、35名定員で、同施設で共同生活をしながら、更生を目指す。ここでは、施設内で、NAミーティングを開催している（on site NA）。

(e) アフターケア 退院後定期的に接触を図り、可能な場合は来所、できない場合は、手紙による通信のほか、本人居住地に近い、公的病院等からのホームビジットを依頼することもある。退院者の約3割が再入所となっている。外部で実施されている、多様なイベントやプログラムに家族の協力を得て、本人を参加させる工夫なども行っている。事案の成否を見極める評価基準としては、①再使用の有無（ランダム尿検査。アフターケア段階なので、本人の同意に基づ

く任意の検査。), ②生活の質の向上という二つを用いており, ①が一時的に見られても, ②が実現し, 安定している場合は, 成功例として把握している。

(エ) 通所乱用者に対する提供サービスの概要

1991年以来, 通所型 TC, 通所型解毒治療コースを設けているほか, 最近では, マトリックス (Matrix)・モデルの短期修正版である FRESH モデルを用いたコースも開いており, 2003年は, 555人が利用した。通所センターでの受理人員は, 2002年4,640人, 2003年2,882人となっている (いずれも会計年度。10月から翌年9月)。

(オ) 薬物ホットライン

電話番号1165という単純な番号で, 専門家が応対するサービスを2年前から導入し, 一日300件程度の相談がある。

イ 北部薬物依存治療センター (Northern Drug Dependence Treatment Center, NDDTC)

(ア) 位置付け

北部薬物依存治療センターは, 保健省医療サービス局 (Department of Medical Services, Ministry of Public Health) の管轄下にある地域薬物依存治療センターの一つである。前記のタンヤラック薬物乱用センター (Thanyarak Institute of Drug Abuse, Bangkok) が, 全国の治療センターを統括しており, このタンヤラックの下に, 全国を五つの地域に分けて, それぞれの地域の基幹施設が置かれている。北部薬物依存治療センターは, チェンマイを中心に, 北部の17県を担当している。かつては, ゴールデン・トライアングル地域のある, ミャンマー及びラオスとの北部国境に近い少数民族地域も担当していたが (オピウムの乱用が中心), メホンソン (Mae-hongson) にセンターが新設されたため, そちらは担当から外れた。残りのセンター3か所は, 北東部, 南部地域にある (コンケン [Khonkaen] センター [北東部担当], ソンクラ [Songkhla] センター [南部担当], パッタニ [Pattani] センター [南南部担当, マレーシアとの国境に近い, イスラム地域。])。

(イ) 施設概要

北部薬物依存治療センターは, 1982年設立, 240床の入院設備を持ち, 施設内治療と通所治療を行っている。敷地面積は40エーカーで, チェンマイ市中心部から約30キロの距離にある。なお, チェンマイは, 人口約200万人のタイ第2の都市である (バンコク人口約1,000万人)。

受入れ対象者は, 任意通所 (入院) 対象者と2002年薬物乱用者更生法に基づく強制処遇の対象となった入院者の双方である。任意治療の場合, 入院者一人当たりの1か月の負担は約4,500円 (1,500バーツ, 食事, 医療, 検査, 集団療法等の費用を含む) である。実際には, 1人1か月当たり30,000円 (10,000バーツ) の費用がかかっているが, 不足分は, 国から補填される。また, 本人が貧しい場合, 本人負担も免除される。

(ウ) 治療対象の変遷と入院患者のプロフィール

治療対象は, 設立当初, 北部国境に近い少数民族のオピウム依存者を主として治療していたが, 10年ほど前から, ヘロイン依存者が増加し (ヘロイン1グラム, 500~1,000バーツ (約1,500円から3,000円) 程度。西欧諸国の10分の一以下の価格。なお, 代表的な乱用薬物の卸売り及び末端価格については, 注7参照。), 5年ほど前から, ATS (Amphetamine Type Stimulants, Methamphetamine, Ketamine, MDMA [通称 Ecstasy] など, 日本の覚せい剤より範囲が広いが, 効果は同じ傾向を持つ。タイでは, ヤーバーと呼ばれる純度60%程度の錠剤タイプ ATS が主流) の依存者が増加し, 今年からは, アルコール依存者が急増している。その理由は, 政府による2003年

1月のWar on Drug宣言以降、ATSの供給が激減し、それらの依存者がアルコールに移行したためである(ATS乱用者の激減は、聞き取り調査の時点では、本報告で紹介した薬物専門医療刑務所、薬物専門病院でも聞かれた。)

訪問当日の入院者は、合計約160人で、約40名が2002年薬物乱用者更生法に基づく強制処遇対象者である。内訳は、ATSが約30名(15~25歳、2002年の50%から本年は20%弱に急減)、ヘロイン(30歳以上)及びオピウム(40歳~60歳)合わせて30名、アルコールが80名(2002年の10%から本年は50%に急増)、大麻が1~2名程度となっている。年齢分布は、各乱用薬物の主要な乱用年齢とほぼ対応しているが、アルコールは、ATSからの移行者が含まれるため、全年齢に分布している。また、ATS乱用者は、シンナーへも移行している。多剤乱用(Poly drug abuser)は少ない。アルコール依存者が増えている背景には、ATSからの移行のほか、1990年代後半の経済危機を克服するために、日本政府等の援助で推進された「一村一特産品(One Village One Product)」運動の結果、酒が村の唯一の特産品という例も珍しくなく、それがアルコール依存症増加の引き金を引いたという指摘もある。

HIV感染は、注射タイプの薬物乱用者で50%を超えており、それ以外でも20~30%となっている。B型肝炎については、10%前後で安定している。

(エ) 処遇(治療)内容

(a) 入院対象者

(i) 短期コース 解毒治療及び4か月の社会復帰治療

(ii) 長期コース 9か月の治療共同体(Therapeutic Community, TC)プログラム

訪問日の在所者30名(定員40名)。1990年から開始し、アメリカ合衆国ニューヨークにあるデイトップ・インターナショナルのTCモデルに準拠している。既に、4名が現地研修を終え、現在3名が、アメリカ合衆国滞在中である。これまでに、約200名の修了者がいる。コースを成功裡に修了する者は、20%程度であるが、無事終了した者は、約90%が薬物不使用(クリーン)を保っていることが、フォローアップ調査で判明している。

(b) 通所対象者

(i) カウンセリング(及び)投薬等治療

(ii) メサドン(Methadone)解毒プログラム

(iii) メサドン(Methadone)維持プログラム

(iv) マトリックス(Matrix)・プログラム

マトリックスは、アメリカ合衆国のカリフォルニア大学マトリックス(Matrix)・センターの開発した薬物依存者治療用のモデルをベースとしてタイ向きに修正したプログラムを用いており、北部薬物依存治療センターでは、集中的通所治療プログラム(Intensive Out-patient Program, Matrix IOPと呼んでいる。)として活用している。

修正が必要な理由としては、①タイの人はあまり雄弁でない場合が多いため、集団療法をそのまま採り入れても自発的な発言が期待できずうまく行かない(集団討議では、治療者側から課題を与えたり、検討のヒントを示したりして、会話の活発化を図る必要がある。)、②タイでは、国民の95%が仏教徒なので、クリスチャニティに基づく内容のセッションは、仏教の信仰に基づく内容に差し替える必要があることなどである。

2000年に導入を開始し、同年1名をアメリカへ派遣して、研修を受けさせた後、その者が、

5名程度の者に帰国後研修を行うという形でスタートした。後述のバンコクにあるマトリックス(Matrix)・IOPセンター(第6の4(3)参照)も同様のモデルを用いている。マトリックス(Matrix)は、臨床心理士、ソーシャル・ワーカー、看護師グループを作って、16週間にわたって実施する集中的なコースで、個人・家族用のセッションのほか、集団療法(Group Therapy)が週に3回、毎週の尿検査が課される。このセンターでは、マトリックス(Matrix)は、解毒治療を終了したATS乱用者にのみ適用している。

(c) 北部薬物依存治療センター本所以外への通所者

このセンターは、立地がやや不便なため、本所へ通所が困難な者のために、地域診療所(Community Clinic)が置かれている。拡大通所治療プログラム(Extended Out-patient Program)と呼ばれており、センター直営は1か所であるが、国公立の病院、私立の病院や診療所と提携した診療所が多数ある。受けられるサービスは、メサドン・プログラム、マトリックス(Matrix)・IOP、NAグループへの参加が主なものである。

(d) 補充的療法

タイの伝承医薬、タイ伝統マッサージ、ハーブを使ったホットパックやサウナを、近代薬物療法と併用している。ハーブは、広大なセンターの敷地内で栽培したものもあり、自家製のハーブ・オイルを精製する施設もある。

(e) フォローアップ(アフターケア)

退所後、1か月、3か月、6か月、1年経過時に、センター来所を要請する。本人が来所できないときは手紙で現況について調査する。

(f) アウト・リーチ・プログラム

オピウム乱用者の多いカレン族(北部少数民族)居住地域において、健康診断を兼ねた、乱用・依存者の早期発見、早期治療プログラムを行っている。

(オ) 乱用予防活動

1998年から、地元のFM放送で、毎週日曜日午後5時から1時間放送される、薬物乱用防止啓発活動のためのプログラムに、職員が出演している。

(カ) 施設

緑豊かな広大な敷地の中に、居住棟、TCのための集会棟、診察・薬局棟などが点在する。入院者は、乱用薬物の種類によって、着用しているユニフォームの色が異なる。これは、治療対象の識別を容易にするためと点呼の際の人数確認の簡便化のためである。2002年薬物乱用者更生法に基づく強制処遇対象者は、高い塀に囲まれ、鉄格子の付いた閉鎖病棟に収容されている。目がうつろな人も少なくない。施設全般の手入れは良く行き届いており、見学した範囲内では、不潔な感じのする部分はなかった。

ウ スアンプラン精神病院(Suanprung Psychiatric Hospital)

(ア) 設立経緯

1938年にタイで最初に設立された精神病院タイ北部精神病院をその前身とする保健省所管の国立病院である。1947年にチェンマイに移転した。

(イ) 施設の機能等

タイの精神医療をリードするモデル病院であり、タイ北部12県を管轄地域とし、国際的基準にかなった良質のサービスの供給に努めている。月平均入院病床数約660名程度、月平均外来患者延べ人員数約4200名。通常の治療活動のほか、精神衛生危機介入センター業務、精神科医療従事者

に対する実務研修、精神医療に関する研究活動、乱用行動に対するケアの企画、軍や矯正施設など薬物乱用者処遇従事者に対する研修を包括的に実施している。

(ウ) 職員

総数589名(医師13名、精神科ソーシャル・ワーカー7名、臨床心理士6名、作業療法士4名等)。

(エ) 薬物乱用者処遇

2001年から保健省の方針により導入された Matrix モデル⁴¹を基本的な治療モデルとして治療・リハビリを実施している。このモデルは外来ベースの治療なので治療からのドロップ・アウト率が45%程度と高い点に問題があるため、現在、同病院では入院治療を2～3ヶ月実施した後、地域単位で Matrix プログラムを展開する修正版 Matrix プログラムを実施している。アメリカでの治療実践とタイの風土・文化を比較してみると、タイでは参加者の自己主張が少ないこと、家族の協力を得にくいことが難点とされており、家族に対する動機付け増進目的の介入・アウトリーチ活動、治療継続を促すための枠組み作りが大切な課題とされている。また、薬物治療は、薬物治療の専門施設であるタンヤラック病院が基幹施設として関係機関の指導等に当たってきたが、精神医療プロパーの病院が関与することによって、精神医療分野で蓄積してきた予防的介入のノウハウ等が薬物問題にも生かせるようになったという。2002年薬物乱用者更生法関連の入所者は2003年3月以降まだ10名前後であり、同法に基づく薬物乱用者強制処遇を決定する薬物乱用者更生小委員会レベルの担当者の意識・態度を変えること(例、刑罰を重視しがちな検察官の考え方を変えること)も治療的介入の促進には大切だという。なお、薬物の乱用が従来のヘロインから覚せい剤系の薬物 ATS に変わってから覚せい剤精神病患者や精神疾患との合併症を有する薬物乱用者が増えたため、欧米で用いられている客観的な乱用尺度(例、Addiction Severity Index)や合併症スクリーニングのための標準化された質問紙などを非医療従事者に配布し、適切な治療的介入につなぐことを目指している。

エ ファラモン・クックラオ病院 (Phramongkutklao Hospital)

(ア) 概要

全国に37ある、タイ国軍立の一般病院の一つで、最大1,500床の収容能力がある。軍隊病院ではあるが、一般人も受診可能である。この病院の中の精神神経科に、薬物依存ユニット(16床)が設置されている。

タイでは、前記のように、国軍が薬物乱用者の処遇にかなり関与している。ファラモン・クックラオ病院では、従来の処遇モデルに飽き足らず、ファラモン・クックラオ病院独自の短期集中型収容処遇プログラム(以下 PMK モデルという。)を開発し、現在効果を検証中である。

(イ) PMK モデル

PMK モデルは、入所治療と通所治療のハイブリッド型モデルである。タイで広く行われているマトリックス・モデルに対する批判から出発し、その弱点をカバーするとともに、タイ人の文化、宗教的伝統に根ざしたプログラムの開発を目指した。

マトリックス・モデルとの最大の違いは、プログラム開始当初、4週間の入所治療期間がある

41 Matrix モデルは、アメリカ UCLA で覚せい剤依存症やコカイン依存の治療のために開発された16週間の集中外来治療プログラムであり、個人・合同セッション10単元、早期回復スキルセッション8単元、再使用防止セッション32単元、家族教育(家族成員に対する心理教育)12単元、社会的サポートグループセッション4単元から構成される。この集中治療を終えると、参加者は17週～52週に渡る社会的サポートグループセッションへの参加が奨励される。詳細は本報告書の Matrix プログラム及び Matrix IOP センターの報告箇所を参照されたい。

ことである。入所期間中は、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を行い、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。マトリックス・IOPの場合、任意・通所治療であることもあって、ドロップ・アウト率は、最初の1か月で50%を超えている。それに対して、PMKモデルの場合、本年6月～10月にかけて実施したグループ(1コース4か月。マトリックスは5か月。)の場合、プログラムのドロップアウトがゼロで、31名の修了者に対するフォローアップでは、現時点で28名(90.3%)の者が薬物不使用(クリーン)を保っている。

他のプログラムとの違いの第2は、仏教思想に基づく12ステップ(Buddhism the 12 Steps)を入所治療期間から週2回4時間導入していることである。これは、マトリックスやNAなどが、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、更生プログラムを構築しようとする試みである。圧倒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り、そこから12ステップを再構築しようとするものである。

プログラム終了後のフォローアップ期間は1年間で、今後は、このモデルの有効性を検証するため、ランダム・サンプリング(RCT)の手法に基づく対象者選択を行い、統制群との比較を科学的に行いたいとの計画がある。

(3) 保健機関による処遇例：マトリックス IOP センター (Matrix Intensive Out Patient Centre)

ア 設立経緯等

アメリカ UCLA で開発されたコカイン及び覚せい剤乱用者等向けの集中外来処遇プログラムであるマトリックス・モデルは、2000年にパイロット・プロジェクトが立ち上げられ、2002年4月の全国的な研修を経て、タイ全土に導入されるに至った。本センターは、バンコク首都行政区(Bangkok Metropolitan Administration, BMA)の傘下にある行政機関であり、本センターを中心に62のマトリックス IOP センター(地域保健所のビルに設置、年間3,000名のメタンフェタミン依存患者の処遇能力あり)がバンコク首都圏に設置されている(他、BMA 傘下の薬物処遇関連機関にはメタドン外来クリニック17か所及び居住型薬物リハビリセンター1か所が運営されている)。なお、2002年薬物乱用者更生法の施行に伴い、バンコク首都圏では1万人のヤバー患者を治療することが目標とされており、マトリックスセンターをさらに拡充するとともに、薬物乱用者の自助グループであるナルコティック・アノニマス(NA)センターを拡充し、タイ社会に合致するようマトリックス・プログラムを修正し、保健所でモニターしていく体制を整えつつある。

イ 職員

6名(ソーシャル・ワーカー3名、臨床心理士2名、薬物乱用回復者1名)

ウ マトリックスプログラムの内容

マトリックスプログラムは薬物依存症を疾病概念でとらえ、認知行動療法の手法を用いて回復をめざすプログラムであり、アメリカのオリジナルな方法では4か月の個人・集団セッションの後、1年間の社会的サポートグループ活動を組み合わせている。構成要素は以下のとおり：

＜個人・合同セッション＞……アセスメント、動機付け促進、評価のため実施(10単元)

＜早期回復スキルセッション＞……薬物使用停止の基本スキル、生活管理、12ステッププログラムの紹介等(8単元)

＜リラプスプリベンショングループ＞……薬物再使用のメカニズム理解、生活管理、リスク状況の分析、ストレス対処、気分の落ち込みへの対処、12ステップなど、再使用防止のための知識

とスキルを学習 (32単位)

＜家族教育(家族成員に対する心理教育)＞……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, アルコホリックスアノニマス (AA) パネルの講義, 親同士のグループ討議などを実施 (12単位)

＜社会的サポートグループセッション＞……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。1回に一つのトピックについて集団で話し合う。4単位から構成される。この集中治療を終えると, 参加者は17週～52週に渡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。

なお, プログラム参加者に対しては, 事前にインフォームドコンセントを取って尿検査を定期的に実施している。プログラムを終了した者には, 修了証書授与式を行い修了証を授与しており, 断薬継続の記念し文具等の各種記念品を贈呈している。

エ プログラム参加者の特性

77%はバンコク出身, 他は域外から来診。大部分が男性, 覚せい剤使用者は87% (平均2年程度の使用歴あり)。8割方は両親健在で親の協力もバンコク地区は比較的良好とのこと。

オ 参加費用

処遇コストは1人当たり1,000バーツ/月だが, バンコク市の場合, 保健所の助成があるため, 個人負担はない。

カ 治療成績等

当センターでは2年間に197名を治療し, 67名が治療を完結した(ドロップ・アウトは治療開始1, 2か月目の離脱期にもっとも起こりやすい)。新薬物乱用者更生法の処遇対象者は実地調査時点では本センターにはいなかったが, 62のマトリクスセンター全体では50名程度がこのプログラムを受講している。大部分の患者が軍のキャンプに送られているため, 処遇決定の際に保護観察官や委員会が処遇リソースについて十分な情報を活用することが課題である。処遇効果検証に関しては, 断薬の継続, DSM-IV の一般的適応機能 (GAF), 患者のサービスに対する満足度などを指標にデータを収集しており, 断薬継続はコース終了1年後の時点で80～90%程度, GAFは10ポイント程度上昇, 満足度も85-90%程度となっている。

5 医療・保健機関の行う薬物乱用者処遇の課題

上述のように, 医療・保健機関は, 薬物乱用者処遇を行う刑事司法機関や軍を技術的にサポートしており, こうした形の連携が更に促進されれば良質の実務が刑事司法や医療・福祉の垣根を越えて展開されていくことが期待される。プログラムの内容については, 北米の各種プログラムをモデルとしながらも, タイの国情に合わせてゆく必要があり, このための工夫がなされているが, 今後ともタイの土壤にあったプログラムの企画・実施・評価のサイクルを確立させ, 特に処遇効果については計画的にモニタリングする必要があるだろう。また, 様々な処遇形態への付託は, 新薬物乱用者更生法の実務がまだ定着していないこともあって, 対象者に適切な処遇選択の振り分けが十分でないようだが, アセスメントを確実にを行い, 利用可能な資源のレパートリーや処遇供与機関・団体の活用状況を統一的にモニターしていくことが望ましいと思われる。

6 民間の居住型治療・リハビリプログラム

ONCB (2003b) によれば, タイの場合, 民間団体による薬物乱用・依存者の治療センターは, 全国で

88ヶ所存在するという。この中には、仏教寺院におけるハーブ療法やスピリチュアルな処遇なども含まれるが⁴²、ここでは実地調査を行った治療共同体（TC）施設及び小規模な民間治療施設の処遇事例を紹介する。

(1) コミュニタ・インコントロ（Communita Incontro）

ア 設立経緯等

創設者はイタリア人カトリック神父ピエリーノ・ジェルミーニ師（Don Pierino Gelmini）である。同氏は、聖職に従事する中で、炭鉱災害の被害者の支援やストリートチルドレンの世話に当たってきたが、薬物乱用者とのかかわりをきっかけに1979年にイタリアのアメリアで居住型の治療共同体を始めた（本部はイタリア・ローマに所在する。）。コミュニタ・インコントロとは「出会いの共同体（Community Encounter）」という意味であり、創設当初はイタリア国内のみに活動が限られていたが、その後、世界各国に拡大し、15か国（カナダ、アメリカ、ボリビア、スペイン、イタリア、ロシア、スロベニア、クロアチア、リビア、シリア、イスラエル、パキスタン、ザイール、モーリシャス、タイ）に160を超える居住型センターを有し、5,000人以上の処遇を行っている。

イ 基本理念

人間に対する全幅の尊重を統一的な処遇理念としており、人種、宗教、階層に何ら区別を設けない。この共同体に所属する者が共有しなければならないのは、生命に対する愛と人間の神秘性を信ずることであり、職員、運営協力者、入所者ともに自発性が重んじられている。

「出会いの共同体」で重視される基本原則は、誠実さと忠誠、責任と献身、愛と責任ある関心、そうなりたいと自分で思うように振舞い働くこと、与えることは受容すること、集団や自分を気遣う者を信頼すること、理解されようとするより理解するよう努めよ、与えることは受け取ることよりも良い、他者と自分の前進を共有できなければ前進はあり得ない、というものである。

入所者が在所中に留意すべき事項としては、問題を克服するために勇気を持つこと、長所を最大限に生かすこと、いかに大変そうに思えても、誰もがその日その日の仕事を成し遂げることなどができること、誰もが一日を優しく、我慢強く、愛を持って純粋に過ごすことができることなどが強調される。また、入所生活の規則に当たる事項は、毎晩ガスを消すこと、火気に注意すること、作業の道具類は慎重に扱うこと、就寝するまですべてをきちんと行うこと、水や電灯の使用は最低限にとどめることなど、最低限の生活上の留意事項に限られている。この他、入所の際のセレモニーでは、歓迎を込めて入所の際の手紙が読み上げられる。この手紙には、孤立せずに周囲の者とのかかわること、従来のライフスタイルからの変化を促すため最低1か月間は家族を含め外部と一切接触を持つてはならないことなどが伝達される。

ウ センター概要

タイの施設は本部資金により1989年に開設された。職員数は9名（本部派遣の聖職者を含む）である。運営資金は、イタリアの本部、作業製品の売却費、薬物依存者の親の寄付、政府助成金などにより賄われている。

エ 入所対象者

基本的に、コミュニタ・インコントロの施設は、薬物依存者、アルコール依存症者、老人、心身

42 これに関連し、日本ダルクスタッフの和高（2003）は、タイのタムクラボーク寺院やカトリック系回復支援施設ミニットマイなどの体験記を紹介している。タムクラボーク寺院は、外国人にも著名な回復支援施設であり、インターネット上でも情報を得ることができる（<http://www.thamkrabok.org.au>）。なお、医療関係者にはこうした伝統的処遇の効果を疑問視する者も多い。

障害者、遺棄児童等を収容する目的で設立されているが、タイの施設の場合は、以下の2類型を収容対象としている：

- (ア) 孤児などの要保護児童（4～12歳，男女，各100名（訪問時現員33名））
- (イ) 薬物依存者（定員200名（訪問時現員10名））

オ プログラム

共同生活の中で勤労の習慣を養い、運営について共同の意思決定によっており、責任を重んじる運営をしている（治療共同体処遇ではあるが、プログラム内容の構造化の程度は、アメリカのTCモデルに比べると、シンプルである。）。平均在所期間は3年程度。親に支払い能力がある場合には、月額5000バーツを処遇費用として支払う。施設担当者の経験では、在所者のほとんどが断薬に成功しているというが、フォローアップ調査は特に実施していない。

表25 コミュニタ・インコントロールの標準日課（春・秋）

時 刻	日 課 内 容	備 考
07：00	起床	・ 集団ミーティングと個別話題提供が左記プログラムに組み込まれている。
07：30	朝食	
08：00－12：00	作業活動（当日の割当てによる）	・ 集団ミーティングは、技術的ミーティング（月），運営ミーティング（水），研修ミーティング（土）というように配置される。
12：30	昼食	
13：00－14：30	運動（夏季は休息）	・ 作業活動には、工芸，陶芸，園芸，農作業，調理などがある。
15：00－19：00	作業活動（当日の割当てによる）	
20：00	夕食	
21：00－23：00	ミーティング	

カ その他

タイの矯正局・保護局ともにコミュニティ・インコントロールのイタリア本部で治療共同体運営に関する職員研修を実施している。このプログラムを修了した者の多くは断薬に成功しているというが、実証的な成り行き調査のデータはない。

(2) バン・ラック・ジャイ（Barn Rak Jai）

ア 施設概要

2002年10月創設の居住型薬物乱用者更生保護施設である。6人の有志の共同出資によって設立された。更生プログラム実施施設として保健省の登録を受けている。バンコクには、約30か所の類似の薬物乱用者更生保護施設があるが、解毒治療と更生プログラム双方を同一の施設で一貫して行っているのは、バン・ラック・ジャイを含め5施設のみである。解毒治療については、所長である精神科医とその他の外部の社会資源を活用して、実施するため、登録の対象から外しているが、外部での投薬に基づき、治療自体は施設内で行う。運営の自主性を維持するため、外部からの寄付・出資は断っている。

施設はバンコク北部の郊外にあり、2階建ての母家、集会室棟、池のついた広大な庭から構成される。定員25名であり、主として青少年を対象としており、男女共同収容（女子1階，男子2階）である。訪問日の在所者は、男子10名，女子3名，年齢は、18歳～25歳である。

イ 職員体制

職員は、3名の専門家と4名の元乱用者の合計7名で、元乱用者は、全員施設に居住している。専門家は、精神科医の所長と、臨床心理士のカンダ女史、そしてソーシャル・ワーカー1名である。

所長は、週1, 2回午後及び土、日に施設におり、在所者の診察に当たるほか、必要な場合、バン・ラック・ジャイの外で開業している自分の診療所で、薬の処方をする。バン・ラック・ジャイでは、処方に基づき、解毒治療も行う。カンダ女史は、平日の夜、土、日、祝日の昼間、ソーシャル・ワーカーは、平日の昼間がそれぞれ勤務時間帯となっている。元乱用者は、シニア職員とヤング職員に分かれ、前者が月7,000バーツ (21,000円)、後者が月5,000バーツの給料を支給される (政府基準の4,000バーツより条件がよい。)。彼らの家賃、食費は無料である。

ウ 処遇プログラム

プログラムは、TCモデルをベースに、所内規則として「薬物・暴力・セックスなし (no drug, no violence, no sex)」を基本とし、修正型マトリックス・プログラムに基づく集団セッションを処遇のメインに据えている。尿検査もランダムに実施している⁴³。入所者は、すべて任意来所で、2002年薬物乱用者更生法による強制処遇対象者は受け入れていない。幻覚、幻聴等精神障害のあるケースであっても受託する。

入所者負担は、共同室居住の場合、月1,000バーツ (1,500円)、単独個室 (1室のみ) 居住の場合、月40,000バーツである。在所期間は、最短で4か月であるが、平均して8か月在所している。4か月のコースの場合、当初1か月は解毒期間、残り3か月が、態度変容 (attitude change) である。解毒期間は、精神科医による投薬、カイロ・プラクティック、ハーブ・サウナ等を実施する。行動変容期間は、認知行動療法 (CBT) の理論に基づき、実践的な技能を学ぶことを通じて、行動変容を図る。純粋な TC モデルの場合、ラーニング・コミュニティなので、時間がかかるが、バン・ラック・ジャイでは、時間短縮のため、CBT を中心としている。在所者を5～7名のグループに分けて、各グループごとに台所、農作業、ハウスキーピング等のチーム・ワークを割り当てる。

チーム・ワークと並ぶもう一つの集団セッションの柱は、セミナーである。アメリカ合衆国の TC モデル (デイトップ・インターナショナル, NY) のセミナーでは、教養のある人が自主的にセミナーを行って、行動変容を図ることになっている。しかし、タイの場合、入所者の教養程度が低く、かつ、タイ人は自ら進んで発言しない場合が多いので、そのままではセミナーが成り立たない。そこで、タイ型にプログラムを修正し、セミナーの時間には、集団での検討課題を紙に書いて渡し、それについて考えさせるようにしている。検討課題は、施設の運営に関することから、施設外での活動内容の在り方まで広範囲に及ぶ。それに加えて、外部から講師を招へいしたり、週1回、施設外の NA ミーティングに参加したりすることもある (バンコク市内のスクンビット通り沿いにある。水、金と週2回あるが、金曜日の集会に参加している。タイでは、5年前に NA が導入された。)。セッションは、3名の専門家スタッフと元乱用者の職員が指導する。

在所者がトラブルを起こした場合、第1段階は、個人的な注意にとどめ、それで改善されない場合、第2段階としてグループ・エンカウンターにかける (自分自身の非のある部分について、他人の前で、コンフロンテーションする。精神的に厳しい体験なので、最後の手段と考えている。)。これまでのところ、トラブルを起こして強制退所となった者はいない。

エ 施設概要

小規模な施設なので、家庭的な雰囲気を感じる。在所者全員で、食事、清掃、その他のことを行っている。見学时は、ちょうど昼食の時間帯に入るところで、天気が良かったため、在所者が、屋外の食堂で食事をしていた。施設内は良く整理され、清潔感があった。在所者が若いためか、施設全

43 筆者訪問時、ここで使用している2種類の検査キット (簡易検査用) を見る機会があった。

体が明るく活発な感じがした。これまで訪問した大規模施設と異なり、若者が好む音楽をかなりの音量でかけるなど、開放感があった。母屋の1階には、NAの12ステップが額に入れて掲示してあった。

オ 実績

実績としては、2002年の創設以来、これまでに18名が卒業し、3名は再使用したものの、残りは、クリーンな状態を保っている。短期的には再使用の可能性は織り込み済みであり、再使用した場合に、どのようなサポートが必要かを重視している。そのため、短期的な再使用は再発（relapse）と考えていない。先ほどの例では、1週間ほど再入所した（無料）。卒業生には、月1回程度の頻度で接触し、アフターケアの要否を確認している。

第7 薬物問題への対応の特色と今後の課題

1 感想・意見（染田）

① 供給削減の効果維持

War on Drug の結果、一時的に供給は減ったものの、取締りを緩和すれば効果が薄れることが予想されるので、取締りの継続と需要削減強化を併せて実施する必要がある。

② 薬物乱用者更生法による強制処遇（治療）制度の定着

警察が制度に慣れていない上、強制的処遇の決定においても、刑罰ではなく乱用者処遇を優先するという基本原則が関係者に徹底されていない。加えて、強制処遇（治療）制度の実施のための職員・施設体制も構築中であるので、その点についての対策が必要である。

また、本文(表24)で見たように、全面施行後8か月間のデータを見る限り、完全な処遇失敗ケースは全体の5%程度にとどまっているものの、処遇期間延長を要する者が2割強いることから、今後、この層の数を減少させること、最終的な処遇が成功裡に終了して免訴となる者の比率を向上させるための対策が必要である。具体的には、処遇の多様化と社会資源及び地域社会との連携による継続処遇（through care）の充実・強化が必要である。

③ 継続的処遇の実現と社会資源ネットワーク化の推進

タイでも、薬物乱用者強制処遇制度の導入に伴い、乱用者の社会復帰と社会への再統合の重要性に認識が向かいつつある。しかし、実際には、タイ社会における薬物乱用者に対する差別・偏見は根強いものがあるとの指摘もある。他国のデータを見ても、家族及び安定した職業を持っているか否かが乱用者更生に重要な影響を及ぼす要素であることがうかがわれる。したがって、今後、多様な形態の薬物乱用者処遇（強制・任意）中から、社会への再統合につなげていくための、関係機関等の連携強化と必要な社会資源のネットワーク化が積極的に図られる必要がある。保護局で、多数の仏教僧の協力を得ているのは、その一例であるが、政府及び民間が一体となった、より一層のシステム化が望まれる。

④ 根拠に基づく実務（Evidence Based Practice, EBP）実現のため、各種の薬物乱用者処遇方法や乱用予防方法に関する実証的研究の充実

タイは、本文で紹介したように、施設内・社会内ともに、多様な処遇方法の見本市状態になっているが、実際に効果が検証された処遇方法は多くないのが現実である。一部医療機関で、EBPのためのランダム・サンプリングを用いた処遇プログラムの効果検証を始めようとの動きがあるが、まだ一般的ではない。薬物乱用者強制処遇制度の定着に伴い、一層の処遇の多様化が求められていることから、早期に、EBPの観点からの実証研究を開始する必要がある。具体的には、タンヤラック薬物研究所など、全国ないし地域の基幹施設において、モデル処遇に関する実証研究を重ね、効果が実証されたものから、全国普及を組織的に図るのが妥当であろう。

⑤ 周辺諸国（MOUを取り交わしている周辺の東南アジア諸国）との協力体制の一層の強化

UNODCの統計に見られるように、タイに流入しているATSやヘロインは、周辺諸国から密輸されるものが少なくない。いわゆるゴールデン・トライアングルを抱えるこの地域では、通常の場合に増して、薬物生産国と協調した、供給削減対策が重要である。具体的には、法執行の強化もさることながら、転作奨励や雇用機会の創出による薬物以外による収入確保は重要である。これらの点について、今後、一層の強化が必要と考えられる。

- ⑥ いまだ自主申告していない乱用者に対する、任意又は強制薬物処遇（治療）への早期導入
地域社会のボランティアを活用して、地域社会にいる使用者・乱用者の早期発見・早期治療を徹底する必要がある。

- ⑦ 全国規模での乱用者処遇の水準の維持—仏教寺院での解毒に伴う危険事例などの回避と患者の安全確保の必要性

薬物乱用に伴う解毒については、医療的な専門知識なしに行うことは危険であるため、保健省によるガイドラインの策定及び徹底が急務である。そのための一つの方策としては、タンヤラック薬物乱用研究所で作成されているガイドラインの周知（特に民間の乱用者処遇施設に対して）及びその遵守の確認を行う必要がある。

2 感想・意見（寺村）

- ① タイは、現在、各種薬物処遇方法のデパート状態であるが、タイの状況に適合した、真に有効な処遇方法を科学的に検証するための実証的研究の充実が急務である。
- ② タイの薬物統制政策では、首相の強力なリーダーシップの下で、あらゆる関係省庁が実質的な協力体制を構築し、多角的に一次予防～三次予防までをカバーするような枠組みができつつある。予算や人員面の問題や、アフターケアや継続的処遇という観点から見るとまだコーディネーション不足の問題はある。しかし、新薬物乱用者更生法の趣旨を踏まえて社会内処遇の拡充施策が着々と整えられつつある移行期にあることを考えれば、この種の課題は今後徐々に解消されていくものと期待される。社会資源は、仏教寺院から専門的な医療機関まで幅広く用意されているものの、調査時に専門家からの指摘にもあったとおおり、今後、処遇効果の検証等を経て、各機関が果たすべき役割、守備範囲や供給するサービスについて見直すことが必要になると思われる。
- ③ 薬物乱用者処遇の効果に関する実証的研究の必要性については、医療サイドを中心に問題意識はあり、今後まとまった形で評価研究がなされることが期待される。現在でも、マトリックス・モデルのように認知行動療法系プログラムのプロセス評価は比較的よくなされており、主たる乱用薬物がメタンフェタミン系のヤバーであることを考えると、タイの処遇実務経験の中から我が国の覚せい剤乱用者処遇にも利用し得る知見を得ることができると思われる（例、断薬後1～2か月の再乱用期間中に治療からのドロップ・アウトをいかに食い止め処遇につなぐかといった課題は、執行猶予中の再犯防止の手立てを検討する上で有益な示唆を与えるであろう）。
- ④ タイの薬物乱用問題は、単に薬物依存症を治療的介入により克服すれば解消できるような単純な問題ではない。規制薬物を産出する隣国との協力関係、汚職問題、地域社会の経済構造や雇用問題などにも総合的なてこ入れが必要である。村おこし運動のように、関係省庁や地方自治体はこの方面の取り組みも進めており、包括的な方策が今後どのように展開されるかも今後注視に値する。
- ⑤ 我が国の薬物依存症研究者らが執筆した過去の著作を読むと、密輸事犯などに死刑が適用されることを局所的に見て、アジア諸国は薬物統制対策に対しあたかも厳罰化一辺倒というような記述が散見されるが、タイやその他のアジア地域の取り組みを見ると、もはやそのような時代は十数年前に終わっており、薬物乱用者の処遇や予防方策に充実化に本腰を入れて取り組んでいることが分かる。各国の国情、刑事司法制度、薬物政策の基本的な違いは当然に考慮しなければならないが、我が国もアジア諸国の経験や実務を謙虚に学び、それらの国々の実務家とのネットワークを構築し、実務改善に結び付けていくべきであろう。

<参考文献>

- 阿部厚一, 2003, 「過剰収容に揺れるタイ国行刑」, 罪と罰, 40(2), 50-58.
- APCCA, 2001. 'Thailand Country Report.' (アジア太平洋矯正局長等会議第21回国別報告書)
- APCCA, 2003. 'Thailand Country Report.' (アジア太平洋矯正局長会議第23回国別報告書)
- Baan Ruck Jai, 2003, "Love Heart, Love Life, Healing of Drug Addicted." (活動紹介ブックレット)
- Communita Incontro, n.d. 'Community Encounter.' (活動紹介ブックレット)
- Decha Sungkawan, 2003, "Thai Community-Based Correctional Programs for Narcotics Addict in Response to the 2002 Rehabilitation Act : A System Approach," (近刊のUNAFEI Resource Material Seriesに所収の予定.)
- Decha Sungkawan, 2004, "Implementation of Drug Control Policy in Thailand through Subversive Measures and the Community-Based Treatment Strategies : A Year After," (本報告書作成のために作成依頼した論文。独立した資料としては、未刊行.)
- Duangta Graipaspong, 2003, "Public Health Strategies in Prevention and Treatment for Drug Abusers in Thailand," (近刊のUNAFEI Resource Material Seriesに所収の予定.)
- Department of Corrections, 2002. 'Annual Report 2002.' Bangkok : Dept. of Corrections.
- Dept. of Corrections, 2003. 'Progress Report regarding the Department of Corrections' Rehabilitation Programs for Inmates.' (未刊行説明資料).
- Department of Probation (DOP), Ministry of Justice, 2003a, "Annual Report 2002."
- Department of Probation (DOP), Ministry of Justice, 2003b, "Table of Drug Treatment Activities by Probation Office in the Whole Country : March to October 2003."
- Department of Probation (DOP), Ministry of Justice, 2003c, "Drug Addict Rehabilitation Center (Lad Lumkaew)."
- Department of Probation (DOP), Ministry of Justice, 2003d, "Drug Addict Rehabilitation Center under the Drug Addict Rehabilitation Act 2002."
- Department of Probation (DOP), Ministry of Justice, 2003e, "Summary of the Number of Cases in the Rehabilitation Process under the Drug Addicts Rehabilitation Acts 2002, Details of the Cases Referred for Drug Testing during 3rd March-16th November 2003."
- ONCB, 2003a. 'Thailand Narcotics Annual Report 2002.' Bangkok : ONCB. (<http://www.oncb.go.th>からもダウンロード可能)
- ONCB, 2003b. 'Thailand Country Report (as on Feb. 2003)' (同上)
- ONCB, 2004a. 'Statistics on Numbers of Drug Cases throughout the Country Classified by the Types of Seized Drugs During 1999-Nov. 2003.' (同上)
- ONCB, 2004b. 'Statistics on Numbers of Drug Cases and Offenders throughout the Country During 1999-Nov. 2003.' (同上)
- ONCB, 2004c. Narcotics Affairs Section, "Narcotic Laws of Thailand" (タイの主要な薬物関係法令のすべて及び薬物統制法令の体系が英文で紹介された, 235ページの資料集)
- ONCB & Ministry of Justice, 2003. 'War on Drugs: Concept and Strategy.' (同上)
- Pathum Thani CIDA, n.d. 'Therapeutic Community.' (プログラム紹介パンフレット)
- Pathum Thani CIDA, 2003. 'Brief Information on Pathumthani Correctional Institution for Drug Addicts.' (施設紹介パンフレット)
- Prathan, W., 2003. 'Organized crime control and drug prevention strategy : The Thai perspective.' (立命館大学主催国際シンポジウム「国際組織犯罪と人間の安全保障」(2003年12月) 発表ペーパー)

- 染田恵, 1991, 「世界の薬物問題の状況とその国際的及び国内的対応の概要」, 更生保護と犯罪予防, 103, pp. 61-92.
- 染田恵, 2004, 「シンガポールとタイにおける薬物問題の最新の状況と対応」, 罪と罰41巻2号(通巻162号), pp.50-54.
- 立原繁, 2003, 「タイの麻薬事情」(東海大学平和戦略国際研究所(編)『ドラッグ:新しい脅威と人間の安全保障』, pp.100-105. 東京:東海大学出版会)
- 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), pp.30-37.
- Thanyarak Institute on Drug Abuse, 2003. 'Annual Report 2002-2003.'
- United States Department of State, 2003. *International Narcotics Control Strategy Report 2002* (<http://www.state.gov/g/inl/rls/nrcrpt/2002>)
- United States Department of State, 2004. *International Narcotics Control Strategy Report 2003*. (<http://www.state.gov/g/inl/rls/nrcrpt/2003/vol1/html/29837pf.htm>).
- UNODC, 2003, "(DRAFT) Progress Report on Subregional Action Plan on Drug Control," MOU/03/10.
- UNODC web site, <http://www.unodc.org/unodc/index.html> (アジア地域のみならず, 全世界の薬物問題の状況について, 幅広い情報収集が可能である。また, 薬物問題とエイズについても, 詳しく採り上げている。)
- United Nations, 2003, "Adolescent Substance Use: Risk and Protection." ST/ESCAP/2287.
- Viroj, V., Jaroonporn, P. & Perfas, F., 2002. 'The result of drug dependence treatment by TC in Thanyarak hospital.' (AFTC, 2002. 'TC-A Healing Community: A Regional Response to Addiction in Asia in the 21st Century.' Proceedings of the 5th AFTC International Conference pp.152-161.).
- Vitaya, S., 2004. 'Institutional Treatment and Rehabilitation of Drug Addicted Offenders in Thailand.' (未公刊資料)
- 和高優紀, 2003, 「「命の洗濯」に行きましょう: タイの薬物依存回復プログラム研修報告」, *Fellowship News*, No. 7, 14-19, (APARI).