

第3部

日本における薬物乱用者処遇の現状と課題

宇都宮少年鑑別所長（前総括研究官） 小柳 武
東京保護観察所事件管理課長（前教官） 染田 恵

目 次

第1	日本における薬物乱用者処遇の現状	319
1	日本における薬物事犯者の動向	319
2	日本における薬物事犯者処遇の特質	320
3	日本における薬物事犯者処遇の問題点	321
第2	日本における薬物乱用者処遇の課題	322
1	薬物乱用者処遇に関する基本的視点	322
2	日本の薬物乱用者処遇における課題	322
3	日本の実務の展望	323
(1)	行刑施設における薬物乱用者処遇の改革	323
ア	薬物乱用者の統計の整備	323
イ	薬物乱用者処遇センターの設立	323
ウ	日本型治療共同体の試み	325
(2)	保護観察（社会内処遇）における薬物乱用者処遇の充実と継続的処遇のための体制整備	326
(3)	刑事司法機関と関係機関との連携強化	326
(4)	民間専門家の協力	327
(5)	追跡調査と処遇効果の実証的見地からの検証	328
第3	おわりに	329

第3部 日本における薬物乱用者処遇の現状と課題

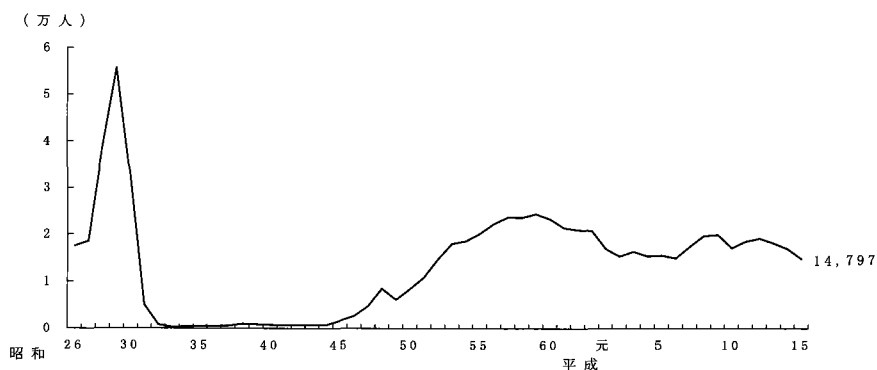
第1 日本における薬物乱用者処遇の現状

1 日本における薬物事犯者の動向

最初に、日本における薬物事犯者の動向を数量的に概観する。図1は、我が国において覚せい剤取締法が制定された昭和26年（1951年）以降の、覚せい剤事犯による検挙人員の推移を見たものである。

我が国の薬物乱用が社会問題となったのは、第2次世界大戦終了後の混乱期に、覚せい剤が乱用されたことを嚆矢としている。この時期の乱用を後の乱用期との関連から「第1次覚せい剤乱用期」と呼んでいる。当時の記録によると、乱用経験者は200万人を数え、潜在的な乱用者は55万人と推定されている¹。しかし、法改正による強力な規制をしたこと、経済的な復興など国民に新たな目標が設定されたこと、連日のように覚せい剤による事件が報道され、次第に覚せい剤の薬害が理解されたこと、市民運動の盛り上がり等により一般市民と覚せい剤が隔離したことなどが功を奏し、広範囲の国民に乱用され社会問題として注目された覚せい剤の乱用の抑止は、劇的な成功を収めている。その後、昭和30年代には麻薬、30年代後半には睡眠薬、40年代からは少年を中心に有機溶剤などが乱用されている。昭和45年ころから再び覚せい剤の乱用が始まったが、先の乱用期と区別するために「第2次覚せい剤乱用期」と呼んでいる。第1次乱用期は、戦後の混乱や貧困、社会的不安、薬害の認識不足などを背景として始まっているが、第2次乱用期は、高度経済成長期における享乐的な世相を背景に始まっている。第1次乱用期には、専ら国内で生産された覚せい剤が乱用されたが、第2次乱用期には、国外で生産された覚せい剤が密輸入され、暴力団が支配する複雑な流通経路を経て末端の乱用者に販売されていたとみられている。また、第2次乱用期には、粉末又は結晶の覚せい剤が乱用され、これらは隠匿・運搬が容易であることから、捜査を困難にしていることが特徴である。昭和60年代から次第に検挙者数が減少しているが、平成7、8年ころから増加に転じ、「第3次覚せい剤乱用期」といわれる時期となった。第3次乱用期の特徴は、日本の国際化の進展を背景に末端の販売者に外国人が参入したこと、乱用方法が注射のほかに吸引などもみられるように、多様化したこと、MDMA等の錠剤型合成麻薬の乱用も見られ、これらの麻薬類の押

図1 覚せい剤取締法違反検挙人員の推移



注 1 平成16年版犯罪白書による。

2 覚せい剤に係る麻薬特例法違反の検挙人員を含む。

1 1958年の厚生省薬務局「覚せい剤禍報告書」による。

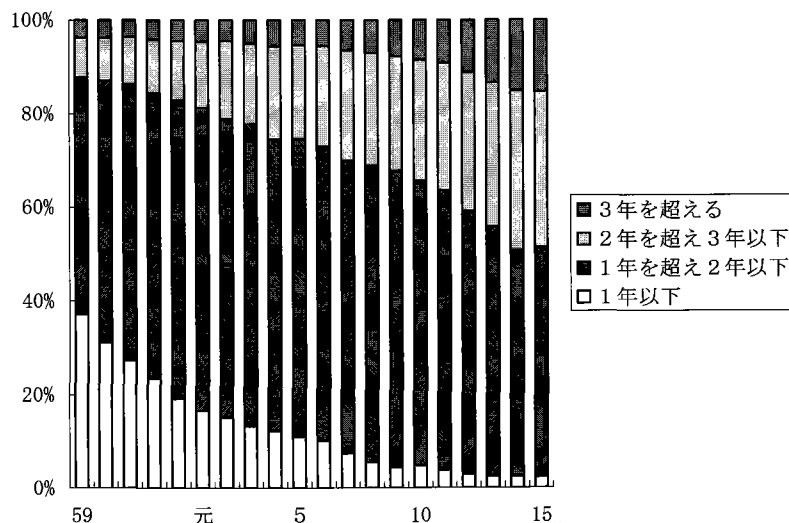
収量が増加していることが特徴である²。

2 日本における薬物事犯者処遇の特質

昭和45年以降、日本における主たる乱用薬物は、覚せい剤である。覚せい剤は、前述のように、第1次覚せい剤乱用期には我が国で製造されていたが、現在乱用されている覚せい剤のほとんどが海外から密輸入され、複雑な流通経路を経て、末端の乱用者に供給されている。覚せい剤に関しては、「覚せい剤取締法」によって、その所持、使用、譲渡・譲受、製造、輸入、輸出のすべてが禁止され、無期懲役刑を上限とする厳しい刑罰が定められている。実際に、覚せい剤の密輸入によって懲役10年以上の刑期が言い渡される者がいるほか、自己使用者についても、刑が長期化する傾向が顕著である（図2）。

日本における薬物事犯者処遇の基本的な特徴は、自己使用者を含めて犯罪者として処遇し、厳格に対処することにある。多くの国の場合、自己使用者に関しては、犯罪者として処遇するほかに薬物依存者として、病院又はそれに相応する施設において患者として治療しているが、我が国においては極めて例外的である。また、治療のための特別な施設も少ない。治療のための各種の対策が整備されないままに、第2次覚せい剤乱用期が始まって以来既に約40年が経過している。こうした状況を背景に、日本における薬物事犯者は、犯罪者として刑事司法制度のなかで処遇されることになる（表1参照）。また、多くの行刑施設で覚せい剤乱用者を対象として薬物乱用防止教育を実施しており、現在処遇の内容を検討しているところであるが、基本的には、自己使用者も販売者も密輸にかかわった者も同じ処遇をしていることも特徴といえる。さらに、薬物依存者に焦点を当てて、「治療」を目的に処遇する概念が確立していないことともあいまって、日本における薬物乱用者処遇の基本的特徴は、刑事司法制度の下で、犯罪者として単一の構造の中で処遇されることといえる。同時に、犯罪者として薬物乱用者を扱うことから、刑事司法制度が期待する処遇期間内に処遇が集約され、かつ、処遇期間が経過すると、人権上の配慮などもあって、処遇が完結することが特徴として指摘される。例えば、懲役2年に処せられた乱用者は、刑務所で2年間を過ごす、依存から回復しなくても、その後の指導を公的に受けることはない。仮出獄者を除いては、施設内処遇の終了とともにすべてが完結する構造でもある。

図2 覚せい剤新受刑者の刑期別構成比の推移



注 矯正統計年報による。

2 第1次及び第2次乱用期の比較については、小柳（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集1号が詳細に分析している。

表1 覚せい剤取締法違反による科刑状況

(単位：人)

年	有 罪	うち、執行猶予	保護観察付執行猶予者	懲役実刑
平成10年	12,585	6,519	1,104	6,066
11年	12,815	6,354	1,001	6,461
12年	14,932	7,452	1,186	7,486
13年	14,193	6,787	989	7,406
14年	13,273	6,198	748	7,075
15年	12,170	5,623	633	6,547

注 司法統計年報による。

3 日本における薬物事犯者処遇の問題点

前述のように、日本における薬物乱用者処遇制度は、単一の処遇構造であり、自己使用者も販売者もすべて同一に、犯罪者として処遇することを前提にしている。しかしながら、犯罪者処遇の臨床現場においては、自己使用者と密輸入・販売等にかかわる者とを比較すると、極めて大きな違いが指摘される。自己使用者、特に販売にかかわらない使用者（以下、「単純使用者」という。）の処遇上の主要な課題は、依存からの回復である。一方、密輸入者などの販売ルートにかかわる者は、一般に、犯罪組織との結び付きが深く、薬物依存よりも犯罪性が問題として指摘される。したがって、処遇においても異なる対応が求められよう。特に、依存それ自体が問題である単純使用者については、依存からの回復の視点を取り入れた処遇が必要である。

第2 日本における薬物乱用者処遇の課題

1 薬物乱用者処遇に関する基本的視点

前述のように、我が国における薬物事犯受刑者処遇の現状は、乱用者も密造・不法取引者も同一に処遇しているが、両者を分離して処遇することが重要である。このうち、ここでは、乱用者に焦点を当て、その基本的視点について論じることとする。

国内外における実務的経験の集積から明らかなように、薬物依存からの回復と真の社会復帰（更生）は、場合によっては、10年を超える時間と多大の労力を要する一連の過程である。それゆえ、このように多大の労力を要する状態になる前に、乱用者処遇を開始することが処遇方法として効果的である。ただし、実務的には、依存の程度が浅いことが、直ちに、処遇及び回復が容易であることを意味するわけではない。そのため、治療的介入の開始に関しては、個々の乱用者のニーズとリスクに対応したきめ細かな個別的処遇を展開することが不可欠である。

また、法に基づく強制的な処遇の期間は、対象者の人権保障のため、施設内及び社会内処遇ともに限定されている。しかし、薬物乱用からの回復は上記のような長い時間的経過を要するため、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）。それゆえ、法に基づく処遇から、それに続く任意の処遇段階への円滑な移行を実現するための枠組みの整備が、重要である。

これは、具体的には、薬物乱用者に対する継続的処遇（through care）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検討（刑事司法制度と関連する制度との間の円滑な移行）を通じて実現される。

2 日本の薬物乱用者処遇における課題

日本は、今回の調査対象国と同じく、薬物関係犯罪には、基本的に厳罰をもって臨むという基本原則を堅持しており、薬物の単純使用も刑罰の対象となっている。その結果、薬物の単純使用で刑務所に収容される者が増えており、刑務所の過剰収容に拍車をかける要因になっている。すなわち、我が国の現状を見ると、そもそも刑事司法制度において、薬物乱用者と密造・不法取引者を区別した処遇は行われていない。また、薬物乱用者処遇における継続的処遇（through care）体制は十分ではなく、刑事司法機関と医療、社会福祉機関における処遇の積極的連携も図られていない。現状では、治療的な処遇を受けてない薬物乱用者が刑事司法施設から釈放され、あるいは、保護観察を終了し、制度的な連携の下での医療、社会福祉機関におけるアフターケア・サービスを受ける機会もなく過ごしているといえる。

本研究で対象としたアジア諸国では、完全な形ではもちろんないものの、これらの基本的な点に対する対応策が何らかの形で採られており、部分的には、かなり進んだ制度を有している国々があることは、既に紹介したとおりである。これらを踏まえた上で、我が国の実情をも考慮して、今後の実務上の充実化策を検討する。

3 日本の実務の展望

(1) 行刑施設における薬物乱用者処遇の改革

ア 薬物乱用者の統計の整備

日本における薬物乱用者処遇の基本的な特質は、すべての形態の薬物事犯者が原則的に刑事司法制度の中で処遇されることにある。その結果、薬物乱用者の圧倒的多数は、矯正施設である刑務所において、犯罪者として処遇されることになる。そのため、薬物乱用者処遇に関しては、刑務所が重い責任を負わせられているといえよう。表2に示したように、年末現在の覚せい剤事犯受刑者数は、平成7年以降各年とも1万人を超え、同事犯の新確定受刑者数を上回っている。ここで、重要な問題は、行刑施設における覚せい剤事犯者数は、「覚せい剤取締法違反者」の数であって、乱用者の数ではない。また、2個以上の罪名により実刑を言い渡された受刑者にあつては、法定刑の重い罪名1個のみが計上される。したがって、覚せい剤の常習的な乱用者であっても、本件が他の罪名であれば、覚せい剤事犯者として計上されることはない。例えば、覚せい剤乱用者が、覚せい剤を購入するために窃盗をして、その罪名で実刑が言い渡された場合は、窃盗事犯受刑者として計上されることになる。

表2 覚せい剤事犯受刑者の推移

(平成5年～15年)

年	新受刑者数	検挙者数	覚せい剤事犯受刑者			
			新確定受刑者			年末現在
			合計	男子	女子	
平成5	21,424	15,495	5,811	5,317	494	9,876
6	21,266	14,896	5,243	4,753	490	9,476
7	21,838	17,364	6,152	5,635	517	10,331
8	22,433	19,666	6,585	6,022	563	11,571
9	22,667	19,937	6,735	6,147	578	12,629
10	23,101	17,084	5,959	5,380	579	12,384
11	24,496	18,491	6,000	5,428	572	12,231
12	27,498	19,156	7,375	6,679	696	13,831
13	28,469	18,110	7,280	6,555	725	14,749
14	30,277	16,964	7,062	6,349	713	14,992
15	31,355	14,797	6,774	6,065	709	15,098

注 矯正統計年報による。

行刑施設における効果的な薬物乱用者処遇の確立のための最初の課題は、乱用者の正確な規模を把握することにある。そのためには、まず、受刑者分類処遇制度の運用に当たり、「薬物乱用経験状況」を項目として挙げて、これを基本的な統計資料として活用すべきであろう。

イ 薬物乱用者処遇センターの設立

現在、日本における薬物乱用者の施設内処遇は、主として行刑施設において実施されている。薬物乱用者を病院臨床で治療の対象として処遇するか、犯罪臨床において犯罪者として処遇するかは、

その国の歴史的、文化的事情などにより決定されることである。日本の場合は、薬物乱用が社会問題となった第2次大戦後の早い時期から、法律上の要請もあって、犯罪臨床において処遇している³。現在、行刑施設における薬物事犯者は、被収容者の約3割を占め、窃盗と並んで主要な罪名となっている。しかも、薬物事犯受刑者は、薬物事犯のみを繰り返して入所する受刑者が多く、これらの乱用者に対する効果的な対策が、近時の過剰収容対策にとっても重要な対策となっている。しかしながら、行刑施設においては、薬物乱用者を専門に収容している施設がなく、他の犯罪者と同一の施設の同一の区画に収容している。また、分類処遇が日本における重要な処遇制度として確立しているものの、薬物乱用者に関する分類級⁴がなく、薬物及びアルコール中毒者を特に区別して治療するために、Mz級⁵が指定されているにすぎない。

こうした現状に照らすと、有効な処遇プログラムが確立されることが前提になるが、行刑施設における薬物乱用者の施設内処遇を効果的に実施するためには、薬物乱用者を対象とする新たな収容分類級を制定し、特定の施設又は特定の施設の特別な区画を指定して、そこに薬物乱用者を収容し、集中的に処遇することが考えられる。先進国、途上国を問わず、薬物乱用が社会問題となっている国で、薬物乱用者を集中的に収容する施設を保有していない国は極めて少ないことも事実である。日本の場合、薬物乱用者の規模は、他の国と比べて小さいと推定されるが、行刑施設においては、前述のとおり窃盗と並んで主要な罪名である。過剰収容が重大な問題となっているほか、受刑者処遇の抜本的な見直しが迫られている現在こそ、主要な被収容者群を占める薬物乱用者の処遇方法を検討することは重要である。

薬物乱用者の集禁の必要性については、これまでも多くの研究者から指摘されたことであるが⁶、この機会に、その可能性を検討したい。

受刑者をどの行刑施設で処遇するかは、受刑者分類規程による収容分類級の決定及び同規程の実施に関する依命通達による受刑者収容区分によって決定される。特定の行刑施設に薬物乱用者を集禁するためには、これらを改定する必要があるが、受刑者分類規程は訓令であり、特別に法律を改正する必要はなく、その必要性を検討し、行政上必要と判断することで変更が可能な事項である。したがって、特定の行刑施設に薬物乱用者を集禁することは、不可能ではない。

集禁する行刑施設については、「〇〇刑務所」ではなく、「薬物乱用者処遇センター」あるいは「薬物依存回復センター」などの名称を用いることも重要であろう。名称にこだわるのは、単にネーミングの問題ではなく、そこで実施されている処遇内容がある程度推測できるような名称が望ましいからである（以下、仮に「処遇センター」という。）。刑務所の中で、いくら優れた処遇が展開されても、一般的には「刑務所の中の処遇」として片付けられる。名実ともに、薬物乱用者を対象とし

3 日本においても、昭和26年(1951年)に覚せい剤取締法が制定されるまでは、犯罪者として処遇されることはなく、主として病院臨床で治療の対象としていた時期もある。しかし、法律制定後は原則として、犯罪者として処遇することとなり、刑務所などの行刑施設において処遇することとなった。

4 受刑者分類規程によると、分類級は、収容分類級及び処遇分類級に分けられる。このうち、収容分類級は、受刑者をどの施設に収容すべきかを決定するための分類級であり、性、国籍、刑名、年齢、刑期、犯罪性、身体・精神状況によって分類される。ここには、薬物乱用者のための特別な分類級が設定されていない。

5 Mz級は、収容分類級の一つで、狭義の精神病に罹患している者のほか、薬物、アルコール中毒者なども含まれる。しかし、薬物乱用者一般が含まれることはなく、薬物乱用に起因する精神障害のため治療又は処遇上特別な配慮を必要とする受刑者を指している。

6 薬物乱用者のための特別な施設の創設や集禁については、これまでも多くの研究者が提言している。例えば、小沼杏坪(1986)、小柳武(1983)などがある。

て優れた矯正処遇を展開することを決意するためには、名称を変えてみることも重要だと思われる。

薬物乱用者を集禁し、集中的に教育するためには、職員を集中的に配置する必要がある。現在、各行刑施設に分散している専門家を集中的に配置するとともに、主として少年施設に配置されている法務教官を異動させるなどの人事管理上の配慮も必要である。職員の養成も不可欠であり、そのためには、外部の専門家の協力もまた必要不可欠となる。

更に重要なことは、集禁した行刑施設又は特別の区画においては、他の受刑者とは異なる処遇をすることである。異なる処遇は、具体的には生活そのものを変えることで、一日の生活を定める日課を、他の受刑者とは異なるものにする必要がある。日課等の内容については後述する。いずれにしても、処遇センターの設立と、薬物乱用者の集禁、特別処遇は、日本の行刑施設における、ひいては日本の薬物乱用者処遇の重要な改革になると考えられる。

ウ 日本型治療共同体の試み

処遇センターの設立は、それ自体大きな意味があるが、効果的処遇の実施こそが最重要課題である。処遇センターにおける処遇は、当然ながら、専門家による集中的な指導が中心になるが、第1部第6章で詳説した治療共同体(以下、「TC」という。)の形態が参考になるであろう。ただし、TCの本質的要素は、薬物依存から回復したかつての乱用者が、回復後一定の資格を取得して職員となって共同体を形成することである。しかも、その比率は一般的に職員全体の7・8割に達する。これを日本で望むことは不可能に近く、現実にはほとんど無理であろう⁷。そこで、TCに似せた、いわば「日本型TC」又は治療施設を創設することになる。

処遇センターにおける処遇の内容は、日常生活の中に治療活動としての各種ミーティング、作業(職業訓練を含む。)、運動療法などを取り入れることが中心になる。そのためには、治療活動に参加する専門家の養成が必要であるが、短時間に専門家を養成することは困難であるので、当面は外部の専門家に依頼することが考えられる。また、職員として採用することは困難であるが、可能な限り、薬物依存から回復した元乱用者を治療プログラムの参加者として迎え入れることが重要である。シンガポール、香港などは、グループカウンセリングの構成員として、回復者の参加を義務付けているほどである。回復者の治療プログラムへの参加は、多方面からその重要性が叫ばれているところであり、真剣に可否を検討すべきである。例えば、回復者を行刑施設における教育プログラムの中に参加させ、ともに経験を語り合うなどは、大きな効果が期待できよう。回復者にとって、社会的に認められ、社会的な役割を分担していると感じることが、回復を強化することでもある。また、被収容者にとっても、薬物乱用経験のない職員の指導とは別の示唆を与えられることになる。回復者の体験に基づいて、その苦しみ、喜び、周囲からの援助、再乱用の誘惑に負けそうになったときに、具体的にどのようにして克服してきたかなどを聞くことは、被収容者にとっても大きな意味を持つ。

これまで紹介している各国のTCを見ても、そこにおける活動内容は、集団活動、運動療法、作業療法、職業療法(訓練)などから構成される。これらの主たる活動内容は、日本の行刑施設でも実施が可能と思われるが、重要なことは、日本の現状や法律の範囲内で、日本の風土に適した日本型TCを創設することである。処遇センターで、これまでとは違った発想で、より効果的な処遇を

7 例えば、米国においては、TCを出た後、大学又は大学院に入学し、専門課程を修了するとともに一定の資格を得て、TCの職員として採用されることが多い。我が国では、受刑者が出所後、大学を受験することは稀で、まして合格することは極めて難しい。また、我が国の薬物受刑者は、刑事司法の各段階を経て最終的に受刑者となるため、ほとんど例外がなく犯罪性が進んでいる。

展開することが重要な課題である。

日課は、他の受刑者とは異なる内容とすることが前提であるが、集団療法と作業が中心的活動であるほかに、広範囲な自治活動を認め、推奨することが重要であろう。

例えば、想定される日課は以下ようになる。

午 前		午 後	
時間	内 容	時間	内 容
6：30	起床、洗面、清掃	13：00	各自の活動（運動、カウンセリング、職業訓練、作業など）
7：30	朝食		
8：30	朝のミーティング	16：30	シャワー（入浴）
10：00	休憩（自由時間）	17：00	自由時間
10：30	作業	18：00	夕食
12：00	昼食	18：30	自由時間
		19：00	ミーティング（自治活動）
		22：00	就寝

この日課では、可能な限り社会での生活時間に合わせた生活が望まれるため、例えば、食事時間が実際の行刑施設とは異なる。炊事は自治性に基づく当番者が担当するほか外部に委託するなどして、時間を工夫することは可能であると考えられる。ミーティングを実り豊かにするためには、自主的に設定したテーマについて討議することのほか、回復者の参加が鍵となるが、いずれも可能な限り試行することが望まれる。

(2) 保護観察（社会内処遇）における薬物乱用者処遇の充実と継続的処遇のための体制整備

保護観察においては、刑務所や少年院から仮釈放となった者について、「類型別処遇制度」に基づき、シンナー等乱用対象者、覚せい剤事犯対象者、問題飲酒対象者について、それぞれ、詳細な基準に基づいた処遇が行われることになっている。これは、それらの者が施設内で受けてきた薬物乱用者処遇の効果を維持するための継続的処遇の一環としての意義も有する。しかし、実際には、第一線で処遇に当たる職員の不足等のため、充実した専門的処遇を行うのは困難な状況にある。そこで、「類型別処遇制度」を一層強化し、乱用者の社会内処遇の多様化を実現する必要がある。そもそも、薬物乱用者の多様なリスクとニーズに対応するためには、刑事司法機関が提供できる処遇等では不十分であり、そのため、医療・福祉機関、民間の自助グループ等との連携を強化し、本人自身、本人の家族等その環境にも働き掛けるような、多様な社会資源を結集した処遇体制の構築が不可欠であると考えられる。

これに加えて、法定の処遇終了後、薬物乱用者は自由となり、処遇を受ける法的義務はないものの、他方、各種のリスクへの対応（主として薬物再使用の危険）及びニーズに対する充足（求職、生活の質向上、学業の継続等）を求める状態は、依然として続いており、施設内又は社会内処遇終了後のアフターケアの必要性と重要性が指摘される。

これらを総合すると、薬物乱用者処遇を実施する刑事司法機関は、その処遇実施に際して、処遇の多様化を図り、処遇期間終了後は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（薬物乱用者処遇のための社会資源ネットワーク）の構築が重要となると考えられる。

(3) 刑事司法機関と関係機関との連携強化

薬物乱用者処遇は、警察、厚生労働省、海上保安庁、法務省、裁判所、児童相談所、病院など多くの

機関が関係しているが、日本においては、これらの相互の連携は、いまだに十分に機能していないことが問題として指摘されている。例えば、行刑施設において処遇されている乱用者が、出所後、引き続き医療機関での治療が必要な場合、当該医療機関に対して十分な情報が伝達されているとは言い難い。

この観点から、関係機関との連携に関する将来的な課題として以下の点を指摘する。

第1に、法務省内の連携である。現在でも、行刑施設に入所した被収容者については、少年・成人を問わず、保護観察所を通じて環境調整を実施し、その結果については、環境調整報告書として行刑施設に送付されている。この環境調整報告書は、被収容者の出所時の保護はもとより、行刑施設における指導にも欠かせない重要な資料であろう。行刑施設にとっては、保護観察所との連携を更に強化することが必要である。特に、保護環境の調整は、出所後の生活及び断薬にとっても重要である。行刑施設からは、入所時の分類調査票に基づく情報が保護観察所に提供されているが、十分に情報が共有されているとは言い難い状況にあるので、今後は、必要に応じて、最新の必要かつ十分な情報を提供することを検討すべきであろう。

第2に、関係機関との定期的研究会の開催である。これまでも、例えば、厚生労働省の関係機関を中心とする研究会が開催されているが、前述した機関が相互に意見を交換し、協力体制を構築するための研究会を定期的に開催することが望まれる。共通の課題に取り組み、解決策を模索することが実り豊かな結果を導くと思われる。例えば、平成16年から保護観察所で実施している簡易尿検査などは、担当職員の熱意に負うところも大きい。関係機関の連絡や共同研究会でのコンセンサスの形成が背景になっていることが指摘されている。効果的な施策を確立するための情報の提供、資料の整備など、研究会の開催がもたらす効果は大きいと考えられる。

(4) 民間専門家の協力

日本における薬物乱用者の処遇は、乱用行為が処罰の対象となっているため、主として刑事司法機関によって実施されていることを指摘した。行刑施設においては、矯正職員が、保護観察においては、保護観察官と保護司が乱用者教育に当たっている。

行刑施設においては、特に、刑務所において、教育の専門家の整備が重要であり、法務教官が配置されている少年施設との共助が課題となっている。しかし、最近においては、少年施設も慢性的に高率収容が続いていることから、共助にも限界がある。また、保護観察においても、第一線において対象者の処遇を行っている常勤の保護観察官の数は少なく、専門的な処遇を要する分野については、その関係の保護司も十分ではない。しかし、外部の専門家への協力依頼が積極的になされているとはいえない状況にある。

そこで、外部の専門家を協力者として登録し、薬物乱用者教育への関与を促す方法を検討することが必要であろう。外部の専門家の協力は、職員を啓蒙するだけでなく、施設内における処遇の一貫性や施設内と社会内を結ぶ継続的処遇を実現する観点からも重要である。

さらに、将来、前述した日本型のTCである処遇センターを創設した場合は、多くの試行錯誤を繰り返すことが予測される。その過程では、外部の専門家の意見を多く採用することも視野に入れるべきであろう。こうした観点から、外部の専門家が比較的簡単な手続で行刑施設内教育に参加する制度を検討する必要がある。無償の善意による参加を要請するほか、賃金職員として採用することの可能性なども視野に入れるべきである。いずれにしても、処遇センターは、相当多数の専門家が必要であり、現在の矯正職員だけでなく、外部の専門家を活用する必要がある。研修制度を充実させるほか、外部の専門家による指導を通じて職員の専門性を高めることも検討に値しよう。

また、民間の専門家の活用は、社会内処遇及び継続的処遇充実の観点からも重要である。すなわち、

行刑施設内での薬物乱用者処遇に協力している民間の専門家が、本人の釈放後、保護観察所における処遇（仮釈放の場合）又はアフターケア段階での処遇（満期釈放の場合）に関与することができれば、本人の状況を知悉した者が、乱用者処遇に直接関与したり、あるいは遠隔地の場合、直接本人と接している者に有用な助言や情報を与えることを通じて、社会内処遇の強化と同時に、継続的処遇の充実を図ることができると考えられる。

(5) 追跡調査と処遇効果の実証的見地からの検証

薬物乱用者の効果的処遇を展望する上で、是非とも検討すべきことは、追跡調査体制の確立と処遇効果の実証的見地からの検証である。行刑施設においては、現在も各施設の工夫と創意の下で、独自の教育プログラムに基づいて特別教育が実施されているが、どの施設も薬物乱用者教育の効果測定については、実現できていない。出所後の被収容者を対象に調査を実施することは、人権上の問題もあって、簡単には実現できないことであるが、少なくとも処遇センターを仮出獄して保護観察に付された者については、定期的に調査を実施することは不可能ではない。この追跡調査は、効果測定の一環として実施するものである。追跡調査に関しては、場合によっては、出所時に追跡調査に関する同意書を提出させることなども検討が必要であろう。

追跡調査では、処遇センターの成績、出所後の職業、出所後の就職するまでの期間、転職回数、無職の期間、家族関係、交友関係、収入、日常生活のサイクル、休日の過ごし方、出所後の乱用・犯罪歴など、多岐にわたる調査項目を設定して、施設内・社会内処遇との関係を確認することが求められる。この点において、同様の項目について、関係機関が連携した、統合的薬物乱用者データベースを構築している香港及びマレーシアの例は、参考になるとと思われる。

第3 おわりに

日本において、薬物乱用者は犯罪者として処遇されることになり、特に、覚せい剤取締法違反の場合は、法定刑として単独の罰金刑が廃止されており、有罪と認定された場合は、すべて懲役刑に処せられることになる。実際の裁判では、初回の裁判では、その多くが執行猶予の言渡しを受けるものの、2回目以降は実刑となり刑務所に収容されることが多い。しかも、その刑期は逐年長期化しており、このことが最近の刑務所における過剰収容の背景となっている。

しかしながら、今回、調査した多くのアジア諸国及び欧米の諸国では、薬物乱用者を犯罪者として処罰するだけでなく、薬物乱用者＝病人として、刑罰とは異なる、様々な処遇が実施されている。これは、刑務所における過剰収容の緩和策だけではなく、基本的に、薬物乱用者は、犯罪者として指弾し刑罰をもって処遇する以上に、いわば病人として処遇することが社会復帰のために適当であるとする思想に基づいている。

日本において薬物乱用が社会問題となったのは、第2次大戦後の社会的混乱を背景として顕在化したことに始まる。法律の整備、市民運動の盛り上がり、社会的・経済的發展などとともに、世界でも例がないほどの劇的な撲滅に成功している。法律の制定が極めて有効に機能したこともあって、刑罰法令によって犯罪者として処遇することが定着し、事実、多くの成果を収めている。

中国、香港をはじめとするアジア諸国・地域においては、百年を超える薬物との戦いの歴史があり、ある時は国家の存亡をかけて戦った歴史を有している。日本において薬物乱用が社会問題になったとはいえ、主たる乱用薬物は覚せい剤であり、ハード・ドラッグとしての麻薬の乱用は、規模、期間ともにアジア諸国とは比較にならない。歴史的、文化的背景の違いが、乱用者処遇にも色濃く表れているように思われる。しかしながら、日本においても、最近では、若者を中心に、MDMAなどの錠剤型合成麻薬(実際の効果は、覚せい剤と近似している。)も乱用されるようになっており、今後、多種類の薬物が乱用されることが危惧される。さらに、現在、ほとんどの行刑施設において過剰収容・高率収容が続いているが、被収容者の主たる罪名は覚せい剤取締法違反であり、薬物乱用者は過剰収容に大きな影響を及ぼしている。しかも、最近における覚せい剤取締法違反者の中には、同法違反のみを繰り返して数回入所する受刑者も増加している。これらの乱用者に対しては、単に、刑罰の対象として行刑施設において処遇するだけでなく、多様な処遇方法を検討することが重要である。

現在の我が国における薬物乱用者処遇は、刑事司法機関、医療機関、福祉機関、民間組織・団体がそれぞれの分野で完結する形で薬物乱用者処遇に当たっており、相互の連携が必ずしも図られておらず、社会資源を有効に生かしているとはいえない状況にある。薬物乱用者処遇は多様かつ長期的な介入を必要とすることから刑事司法機関のみによる対応では不十分であり、関係政府機関、民間組織・団体の連携が不可欠である。そして、この緊密な連携を基礎として予防から処遇、継続的処遇及びアフターケアにまたがる統合的なアプローチを可能にする体制を構築することが望ましい。

<参考文献>

福井進・小沼杏坪、1996、「薬物依存ハンドブック」、金剛出版。

逸見武光、1975、「麻薬」、日本経済新聞社(日経新書)。

加藤信・鈴木勉・高田孝二編、1999、「薬物依存研究の最前線」、星和書店。

北九州ダルク編集委員会、2000、「今日一日薬を止められますように!」、向陽舎。

- 小沼杏坪, 1999, 「薬物・アルコール関連障害」, 臨床精神医学講座 8, 中山書店.
- 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71集 1号, 法務総合研究所.
- 小柳武, 2001, 「覚せい剤濫用者の最近の傾向と処遇」, 刑政, 112(6), pp.34-41.
- 近藤恒夫, 2000, 「薬物依存を超えて」, 海拓舎.
- 宮里勝政, 1999, 「薬物依存」, 岩波書店.
- 森田昭之助, 1994, 「麻薬・薬物依存」, 健友館.
- 中谷陽二, 1988, 「覚せい剤依存の現況と治療」, 臨床精神医学17.
- 中谷陽二ほか, 1995, 「日本の薬物濫用対策—矯正施設を中心に—」, アルコール依存とアディクション12.
- 大原健士郎・田所作太郎, 1984, 「アルコール・薬物依存」, 金原出版.
- 佐藤光源・櫻井映子, 2004, 「覚せい剤精神病と麻薬依存」, 東北大学出版会.
- 妹尾栄一ほか, 1991, 「経鼻的ならびに喫煙摂取を行った覚醒剤依存の症例, コカイン乱用との関わり」, 精神医学33.
- 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」, 厚生保護と犯罪予防, 103, pp. 61-92.
- 寺村堅志, 2003, 「効果的な薬物乱用者処遇をめざして(前, 後)」, 刑政, 114(11), 114(12), pp.22-34, pp.30-37.
- 和田清, 2000, 「依存性薬物と乱用・依存・中毒」, 星和書店.
- 和田清ほか, 2003, 「薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究」研究報告書, 平成13~14年度総合厚生労働科学研究費補助金(医薬安全総合研究事業).

法務総合研究所研究部報告 27

平成 17 年 6 月 印刷

平成 17 年 6 月 発行

東京都千代田区霞が関 1-1-1

編集兼
発行人 法務総合研究所

印刷所 ヨシダ印刷両国工場
