

## 第4章 諸外国における薬物事犯者処遇

### 第1節 諸外国における薬物乱用の状況

#### 1 薬物乱用の動向

近年，世界に流布する薬物及び薬物市場の範囲が，かつてないほど拡大・多様化し，国際社会全体として薬物問題への対応を強化する必要があることが指摘されている（国際連合（国連）薬物・犯罪事務所（UNODC：United Nations Office on Drugs and Crime），2018）。

4-1-1図は，世界における薬物使用経験者（前年に薬物を使用した経験のある15～64歳の者をいう。以下この節において同じ。）及び薬物使用障害者（薬物の有害使用又は薬物依存がある者をいう。以下この節において同じ。）の人員及び人口に占める比率の推移を示したものである。UNODCによると，2017年の薬物使用経験者は約2億7,100万人（15～64歳人口の約5.5%）と推計されており，2006年と比べると約30%増加している。この間，世界の15～64歳人口も約15%増加しているものの，薬物使用経験者の人員は，この人口増加の程度を超えて増加しているため，15～64歳人口に占める比率も上昇傾向にある。また，2017年の薬物使用経験者のうち，薬物使用障害者は約3,500万人（15～64歳人口の約0.7%，薬物使用経験者の約13%）と推計されている。

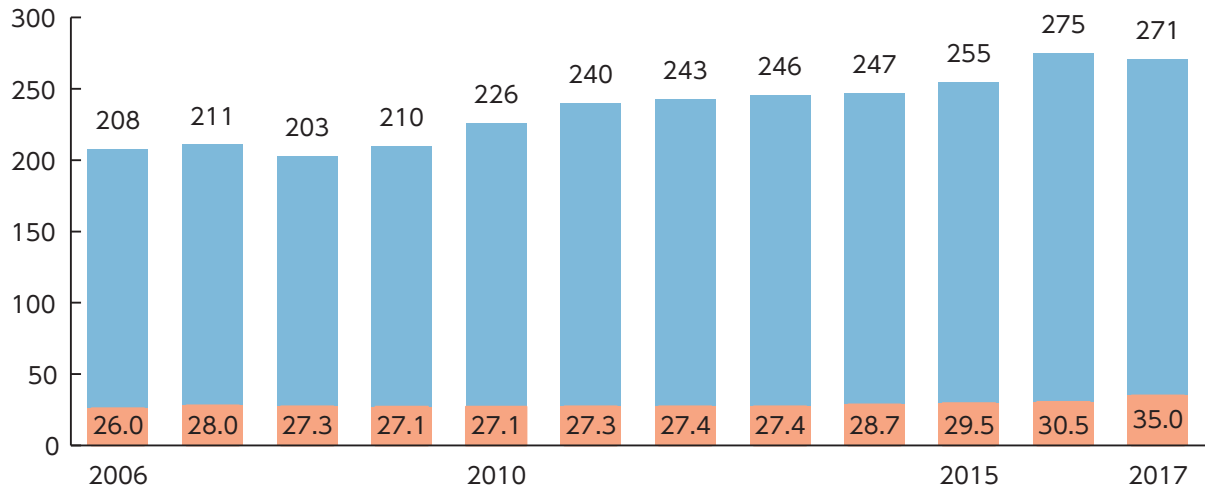
4-1-1図

世界における薬物使用経験者人員等の推移

(2006年～2017年)

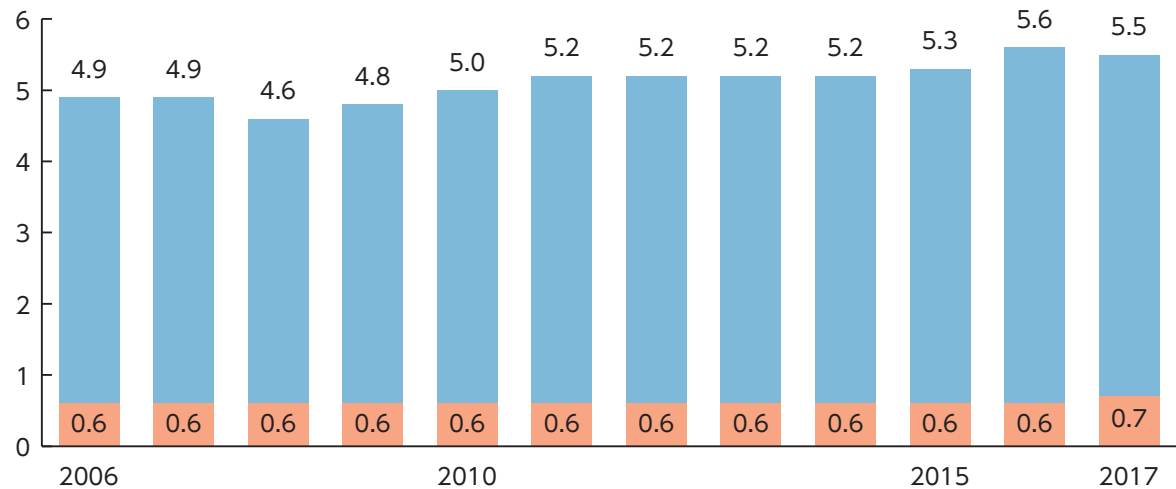
① 人員

(百万人)



② 人口に占める比率

(%)



■ 薬物使用経験者 ■ うち薬物使用障害者

- 注 1 World Drug Report (UNODC, 2015～2019) による。  
 2 「薬物使用経験者」は、前年に薬物を使用した経験のある15～64歳の者をいい、「薬物使用障害者」は、薬物の有害使用又は薬物依存がある者をいう。  
 3 人員及び人口に占める比率は、いずれも推計値である。  
 4 ②は、15～64歳人口に占める比率である。

## 2 薬物の押収量

UNODC (2019) によれば、2016年から2017年までの2年間に報告された薬物の押収件数は、約530万件であり、その内訳を薬物の種類別に見ると、大麻類（乾燥大麻、大麻樹脂等を含む。）が最も多く約50％、次いで、覚せい剤類（MDMAを含む。）が約17％、オピオイド<sup>1</sup>類（ヘロイン、あへん等を含む。）が約16％、コカイン類（コカ葉、クラック・コカイン等を含む。）が約10％となっている。

4-1-2図は、世界における主な薬物の押収量の推移を示したものである。近年、薬物全体の押収量は増加しているが、薬物の種類別に見ると、従来から最も多かった乾燥大麻は若干の減少傾向にあり、代わりに、覚せい剤、コカイン等の押収量の増加が顕著である。

このほか、押収量の増加が著しいのは合成麻薬であり、2013年から2017年までの5年間で見ると、オピオイドは倍増、植物由来の新精神活性物質（NPS：New Psychoactive Substances）<sup>2</sup>は約78％増加している（UNODC, 2019）。

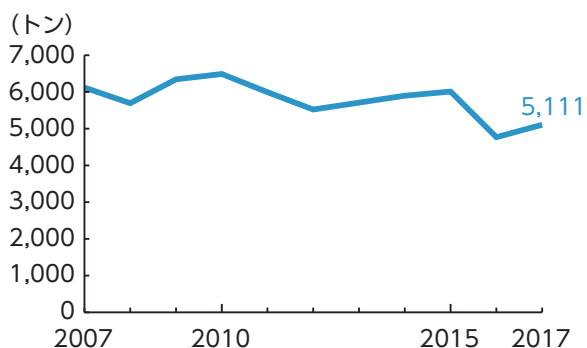
- 
- 1 オピオイドは、中枢神経や末梢神経に存在するオピオイド受容体への結合を介してモルヒネに類似した作用を示す物質の総称であり、医療用麻薬として、がん疼痛・慢性疼痛の治療等に用いられることがある。我が国においても、コデイン、モルヒネ、フェンタニル等がオピオイド系鎮痛薬として使用されている。しかし、近年、オピオイドの乱用が世界的に大きな問題となっており、特に米国では、医療用オピオイド系鎮痛薬の乱用防止対策が進められ、乱用を防止するための特性を有する製剤が複数承認されるなどしている。
  - 2 新精神活性物質（NPS：New Psychoactive Substances）は、1961年の麻薬に関する単一条約又は1971年の向精神薬に関する条約で規制されていないものの、乱用により公衆衛生に脅威を与え得る物質又は製品と定義されており（UNODC, 2014）、我が国においては、危険ドラッグとして知られている。

4-1-2図

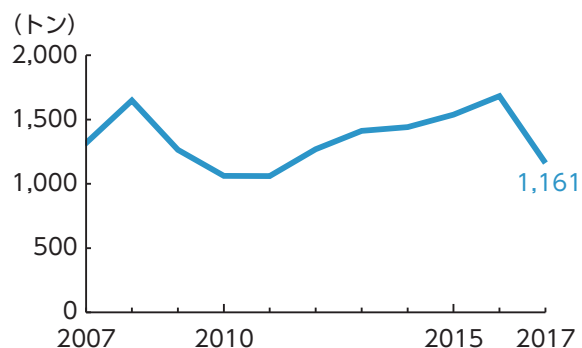
世界における主な薬物の押収量の推移

(2007年～2017年)

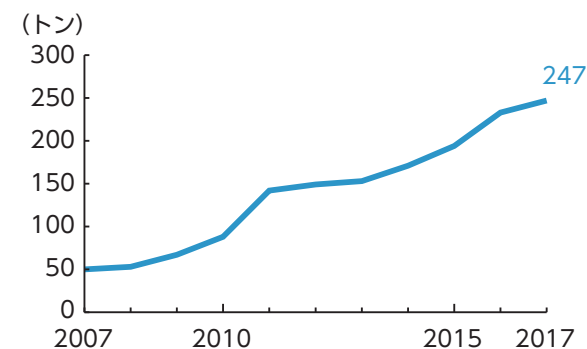
① 乾燥大麻



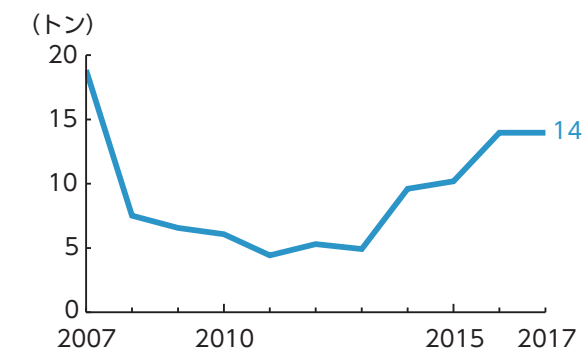
② 大麻樹脂



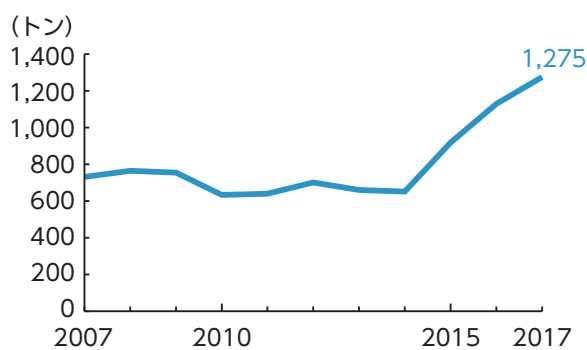
③ 覚せい剤



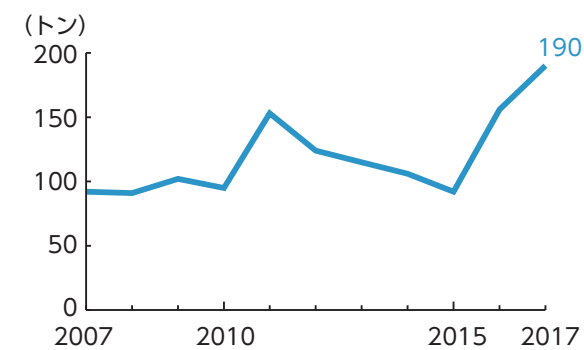
④ エクスタシー (MDMA)



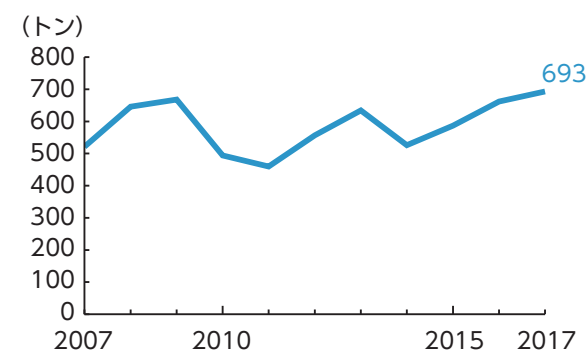
⑤ コカイン



⑥ ヘロイン・モルヒネ



⑦ あへん



注 Global Seizures of drugs (UNODC, [https://dataunodc.un.org/drugs/global\\_seizures-2017](https://dataunodc.un.org/drugs/global_seizures-2017)) による。

### 3 薬物の生涯経験率等

**4-1-3表**は、我が国及び諸外国における薬物の生涯経験率及び過去1年経験率（推計値）を見たものである。国によって薬物の規制状況等に違いがあるほか、調査年、調査対象年齢、調査項目等も異なることから、単純な比較には留意を要するものの、傾向を大まかに見ると、我が国は諸外国と比べて、薬物を使用した経験のある人の比率が相当低く、一般人口における薬物汚染の程度は小さいということが指摘できる。我が国の薬物使用に関するモニタリング調査である「薬物使用に関する全国住民調査（2017年）」（嶋根ら，2018）では、**4-1-3表**に示した薬物のほか、有機溶剤及び危険ドラッグについても同様に調査しているが、生涯経験率は、有機溶剤1.1%、危険ドラッグ0.2%、過去1年経験率は、有機溶剤0.10%と、同様に低い結果となっている（危険ドラッグの過去1年経験率については、推計値が示されていない。）。

4-1-3表

我が国及び諸外国における薬物の生涯経験率及び過去1年経験率

## ① 生涯経験率

国名	調査年	調査対象 年 齢	薬物の種類					
			大麻	覚せい剤	ヘロイン	コカイン	MDMA	何らかの薬物
日本	2017	15～64歳	1.4	0.5	—	0.3	0.2	2.3
フランス	2017	18～64歳	44.8	2.2	…	5.6	3.9	45.0
ドイツ	2015	18～64歳	27.2	3.6	…	3.8	3.3	27.7
イタリア	2017	15～64歳	32.7	2.4	…	6.9	2.7	33.3
英国	2018	16～59歳	30.2	8.9	0.5	10.8	9.9	34.2
カナダ	2017	15歳以上	46.6	3.7	0.7	10.4	7.6	47.9
米国	2018	12歳以上	45.3	5.4	1.9	14.7	7.3	49.2
オーストラリア	2016	14歳以上	34.8	6.3	1.3	9.0	11.2	42.6

## ② 過去1年経験率

国名	調査年	調査対象 年 齢	薬物の種類					
			大麻	覚せい剤	ヘロイン	コカイン	MDMA	何らかの薬物
日本	2017	15～64歳	0.03	—	—	—	—	0.14
フランス	2017	18～64歳	11.0	0.3	…	1.6	0.6	11.5
ドイツ	2015	18～64歳	6.1	1.0	…	0.6	0.6	6.6
イタリア	2017	15～64歳	10.2	0.1	…	1.2	0.4	10.6
英国	2018	16～59歳	7.6	0.6	0.1	2.9	1.6	9.4
カナダ	2017	15歳以上	14.8	—	—	2.5	0.9	15.7
米国	2018	12歳以上	15.9	0.7	0.3	2.0	0.9	19.4
オーストラリア	2016	14歳以上	10.4	1.4	0.2	2.5	2.2	15.6

注 1 各国の数値は、次の資料による。

日本 「薬物使用に関する全国住民調査（2017年）」（嶋根ら，2018）

フランス European Drug Report 2019

ドイツ European Drug Report 2019

イタリア European Drug Report 2019

英国 Drugs Misuse: Findings from the 2018/19 Crime Survey for England and Wales

カナダ Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey 2017

米国 2018 National Survey on Drug Use and Health

オーストラリア National Drug Strategy Household Survey 2016

2 「英国」は、イングランド及びウェールズに限る。

3 「何らかの薬物」は、日本については、表中に掲げられている薬物、有機溶剤又は危険ドラッグのうちいずれかの薬物をいい、その他の国については、各国の資料における定義により、違法薬物のほか、医薬品の乱用等を含む。

4 生涯経験率及び過去1年経験率は、いずれも推計値であり、表中の「—」は、推計ができなかったことを示す。

ただし、ここで留意しておかなければならない点が2点ほど挙げられる。1点目は、我が国は世界の国々の中でも人口が多い方であり（4-1-3表の掲載国の中では、米国に次いで多い。）、薬物を使用した経験のある人は、たとえ比率は低くても、一定数存在するということである。前記「薬物使用に関する全国住民調査（2017年）」によると、我が国の薬物使用者人口（生涯経験）は、大麻約133万人、覚せい剤約50万人、コカイン約26万人、MDMA約15万人、有機溶剤約104万人、危険ドラッグ約22万人、いずれかの薬物約216万人と推計されており、これ

ら自体は、決して少ない数ではない。

2点目は、我が国では、諸外国と比べて薬物が蔓延していないだけに、薬物使用の問題を専門に扱う治療機関等が限られ、アクセスしにくい状況や、薬物使用者への偏見を助長し、薬物使用者が社会から排除される対象になりやすいといった側面があることである。松本ら(2019)は、我が国の薬物依存症からの回復のための医療的資源が深刻に不足していること、精神科医療機関においても、薬物関連の精神疾患患者に対する忌避的感情が見られることを指摘している。

厚生労働省の平成29年患者調査（患者調査は、病院及び診療所を利用する患者についてその疾病状況等を明らかにするもので、厚生労働省により3年に1回実施されている。）では、ICD-10（ICD：疾病及び関連保健問題の国際統計分類）におけるアルコール以外の精神作用物質使用による精神及び行動の障害と診断されている総患者数（調査日現在において継続的に医療を受けている者の推計値）は、約2万2,000人とされている<sup>3</sup>。これは、我が国の15～64歳人口の約0.03%、薬物使用者人口（生涯経験）の約1%に相当する人数である。本節冒頭で見たように、世界における薬物使用障害者は15～64歳人口の約0.7%、薬物使用経験者の約13%と推計されている状況からすると、我が国においては、薬物の蔓延の程度が諸外国と比べて深刻でなく、治療が必要な薬物使用障害のある人も比較的少ないという見方ができる。それでもなお、薬物使用の問題に関して必要な治療を受けられずにいる人が存在し得ることを、考慮に入れておく必要がある。

---

3 参考までに、平成29年患者調査において、ICD-10におけるアルコール使用による精神及び行動の障害と診断された総患者数は、約5万4,000人とされている。

## 引用・参考文献

- Australian Institute of Health and Welfare(2017). National Drug Strategy Household Survey 2016: detailed findings. <https://www.aihw.gov.au/reports/illicit-use-of-drugs/2016-ndshs-detailed/data>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction(2019). European Drug Report 2019: Trends and Developments. Publications Office of the European Union.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction(2019). Statistical Bulletin 2019. [http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2019\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2019_en)
- Health Canada(2018). Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey 2017. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canadian-tobacco-alcohol-drugs-survey.html>
- Home Office(2019). Drugs Misuse: Findings from the 2018/19 Crime Survey for England and Wales. <https://www.gov.uk/government/statistics/drug-misuse-findings-from-the-2018-to-2019-csew>
- 厚生労働省 (2019). 平成29年患者調査 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20.html>
- 厚生労働省医薬・生活衛生局監視指導・麻薬対策課 (2017). 医療用麻薬適正使用ガイダンス
- 松本俊彦・宇佐美貴士・船田大輔・村上真紀・谷渕由布子 (2019). 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査 薬物乱用・依存状況等のモニタリング調査と薬物依存症者・家族に対する回復支援に関する研究 平成30年度総括・分担研究報告書, 75-141.
- 嶋根卓也・邱冬梅・和田清 (2018). 薬物使用に関する全国住民調査 (2017年) 薬物乱用・依存状況等のモニタリング調査と薬物依存症者・家族に対する回復支援に関する研究 平成29年度総括・分担研究報告書, 7-134.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration(2019). Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2018 National Survey on Drug Use and Health.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration(2019). 2018 NSDUH



Detailed Tables. <https://www.samhsa.gov/data/report/2018-nsduh-detailed-tables>

United Nations(2019). World Population Prospects 2019. <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>

United Nations Office on Drugs and Crime(2014). Global Synthetic Drugs Assessment. United Nations publication.

United Nations Office on Drugs and Crime(2015). World Drug Report 2015. United Nations publication.

United Nations Office on Drugs and Crime(2016). World Drug Report 2016. United Nations publication.

United Nations Office on Drugs and Crime(2017). World Drug Report 2017. United Nations publication.

United Nations Office on Drugs and Crime(2018). World Drug Report 2018. United Nations publication.

United Nations Office on Drugs and Crime(2019). World Drug Report 2019. United Nations publication.

United Nations Office on Drugs and Crime(2019). Global Seizures of drugs. [https://dataunodc.un.org/drugs/global\\_seizures-2017](https://dataunodc.un.org/drugs/global_seizures-2017)

## 第2節 諸外国における薬物事犯者処遇

2018年、カナダにおいて嗜好品として大麻の所持・使用が合法化されたことが話題となった。どのような薬物に対し、どのような行為（密輸、所持、使用等）をすれば犯罪となるのか、そして、それをどのように処遇するのかは、各国の歴史や文化により培われた社会的な価値観、司法制度、刑務所の収容状況等様々な事情により異なる。我が国では、個人消費目的で一定の薬物を所持、使用した行為でも犯罪とし、刑事司法制度の枠内で対処しているが、国際連合（国連）薬物・犯罪事務所（UNODC：United Nations Office on Drugs and Crime）及び世界保健機関（WHO:World Health Organization）は、基本的に有罪判決や刑罰ではなく、治療等の代替手段によることを提唱しており（以下「医療モデル」という。）、諸外国の多くの国々も医療モデルに依拠している。

この節では、UNODC等が提唱する医療モデルの概要や、有罪判決等に代わる具体的な代替手段について説明する。

### 1 世界における薬物使用障害の状況

前節で見たように、2017年に実施された調査によると、前年に薬物を使用した経験のある人は、世界中で約2億7,100万人（15～64歳人口の約5.5%）と推計されており、そのうちの約13%に薬物使用障害（薬物の有害使用又は薬物依存のいずれかをいう。以下この節において同じ。）があると推計されている。UNODC(2018)によると、薬物を使用している人の3人に1人が女性であるにもかかわらず、薬物使用障害の治療を受けている人のうち、女性は5人に1人の割合にすぎない。また、世界中で約1,200万人が薬物を注射して使用していると推計されるところ、そのうちの約8分の1（約160万人）がHIVに、半数以上（約610万人）がC型肝炎にそれぞれ罹患しているとされている。薬物使用障害は世界中で蔓延しており、薬物使用障害が世界中の人々にもたらす健康被害は深刻な状況にある。

### 2 世界における刑務所の状況等

UNODC(2018)によると、世界中で刑務所人口は増加する傾向にあり、2013年から2015年の間に約54%の国と地域で増加し、同年10月には、1,030万人を超える人々が刑務所に収容されていたと推計されている。これは、当時の世界人口10万人当たり約144人が刑務所に

収容されていたことを意味する。2000年頃と比較すると、世界の刑務所人口は約20%増加しており、地域差はあるものの、刑務所人口の過密は、世界的に深刻な問題となっている。世界115か国で収容率が100%を超えており、そのうち79か国で120%を、51か国で150%をそれぞれ超える極端な過密状態に直面しているとされる。

また、諸外国においては、服役する前から薬物を使用している受刑者は、受刑中も引き続き薬物を使用することが多く、そうでない者でも、刑務所に収容されている間に薬物の使用を開始することがあり、全世界で、受刑者の3人に1人が受刑中に違法薬物を使用したと推計されている。

このように、世界における刑務所人口は増加傾向にあり、収容率も高く、受刑者の間で薬物使用が蔓延するなどの傾向が見受けられる。

もっとも、我が国の刑事施設（刑務所のほか、少年刑務所及び拘置所を含む。）においては、平成13年(2001年)から18年(2006年)までは収容率が100%を超えていたものの、17年(2005年)から毎年低下し続けており、30年(2018年)は57.1%にとどまっていること、被収容者は、刑事施設内でおおよそ薬物を使用することはできず、薬物から隔離された環境下に置かれていることなど、諸外国とは異なる状況にあることに留意する必要がある。

### 3 有罪判決又は刑罰の代替手段を導入する主な理論的根拠

UNODC・WHO(2018)は、有罪判決又は刑罰の代替手段を導入する主な理論的根拠として、要旨以下のものを挙げている。

(1) 有罪判決又は刑罰の代替手段として、薬物依存治療を提供することは効果的な公衆衛生戦略である。

薬物使用障害は、様々な薬理学的、心理社会的介入により治療することができる。これらの介入の大部分の有効性は、他の医学的な疾病の治療のために開発された科学的方法により、検証済みである。効果的な治療のアプローチは、①薬物使用の減少、薬物使用に対する欲求の軽減、②個人の健康、福祉、社会機能の改善、③再発のリスク等を減らすことによる将来の危害の防止等の良い影響を与える。

(2) 有罪判決又は刑罰の代替手段は、効果的な刑事司法戦略である。

刑務所収容は、個人、その家族、地域社会全体にとって大きな負担となり、政府の予算にも

大きな負担を掛ける。刑務所収容により、受刑者は収入を失い、その家族の経済状態に影響を及ぼすばかりか、釈放された後も、その犯罪歴のために就職できないことが多く、生活に困り、疎外され、罪を犯し再び収容されるというサイクルに陥る。

刑務所人口の過密状態は、受刑者の緊張や暴力を生み出すだけでなく、栄養面や衛生面、受刑者の心身の健康状態等に深刻な影響を与えるほか、多くの受刑者が刑務所内の教育その他の処遇プログラム等に参加できなくなり、その更生を支援する見込みが低くなる。

刑務所収容に代わる代替手段の適用は、刑務所人口の減少に直接貢献するばかりか、再犯率の減少にも貢献する。

(3) 有罪判決又は刑罰の代替手段としての治療は、国際的な法的枠組みに沿ったものである。

健康は、他の人権の行使に不可欠な基本的人権である。健康に対する権利は、世界人権宣言を含む多数の国際的な公文書等で認められている。健康に対する権利は、刑事司法と接点を有する者全てに及び、薬物使用障害を持つ人々に対しても、効果的な治療が施されるべきである。

前記のとおり、諸外国においては、薬物使用障害を持つ人々はかなり高い割合を占めるにもかかわらず、刑務所は過密状態で、薬物使用障害を改善するための効果的な処遇がなされていないばかりか、服役中に悪風感染して、薬物使用を開始する者も見受けられるところ、医療モデルは、これらのデメリットを回避できるばかりか、薬物使用障害を治療し、再犯率を下げるなどのメリットがあるとされる。

#### 4 薬物使用障害の治療に関する基準

UNODC・WHO(2016)は、要旨、以下のとおり、薬物使用障害の治療に関する具体的な基準について定めている。

(1) 治療は利用可能で、利用しやすく、魅力的で適切でなければならない。

患者が直面する可能性のある問題をカバーする幅広いサービスを利用することができる場合、薬物使用障害は、大多数のケースで効果的に治療することができる。治療サービスは、個々の患者の要求に合致したものでなければならず、手頃な価格で、都市部でも農村部でも利用することができ、幅広い営業時間と最小限の待ち時間で治療を受けることができるようにするなど魅力的で適切であるべきである。

(2) 治療サービスにおけるケアの倫理基準を確保する。

薬物使用障害の治療は、人権の尊重及び患者の尊厳を含む、普遍的で倫理的な医療基準に基づいてなされるべきである。これには、達成可能な最高水準の健康と福祉を享受する権利への対応と偏見の排除等も含まれる。いつ治療を開始し、治療をやめるか、どのような治療を受けるかなどの決定は、基本的に患者個人の判断に委ねられるべきである。治療を強制したり、患者の意思や自主性に反して、治療が行われるべきではない。

(3) 刑事司法制度と保健・社会サービスとの効果的な調整により薬物使用障害の治療を促進する。

薬物使用障害は、主に犯罪行動ではなく、健康上の問題とみなされるべきであり、一般的な原則として、刑事司法制度よりもむしろ医療制度で扱われるべきである。薬物使用障害を持つ個人が罪を犯す可能性があるとしても、一般的には薬物購入資金を調達するために行われる軽い犯罪であり、これは効果的な薬物使用障害の治療を施すことで収まる。そのため、刑事司法制度は、治療を奨励するために、保健・社会サービスと密接に協力すべきである。

(4) 治療は科学的な根拠に基づき、薬物使用障害を持つ個人の特定のニーズに応えなければならない。

薬物使用障害に対する治療は、原則として、科学的に実証されているか、国際的な専門家団体によって合意されている薬理学的方法等が適用されるべきである。治療期間は、個々のニーズによって決定されるべきであり、治療のためのガイドライン等は、患者のニーズに関する知見や評価研究の結果等に応じて、定期的に更新されるべきである。

(5) 特定の集団のニーズに対応する。

薬物使用障害を持つ高齢者、女性、子供、青少年及び少数民族等の特定の集団に対しては、それぞれのニーズ等を考慮した個別の治療計画が必要である。特に子供や青少年は、成人患者と同じ状況で治療がなされるべきではなく、それぞれが直面する問題に対処できる施設で治療が行われるべきであり、家庭や学校等と協力し、健康、学習、社会福祉も含めて対処すべきである。



(6) 薬物使用障害の治療サービスとプログラムの良好な臨床管理を確保する。

薬物使用障害に対する良質で効率的な治療サービスには、説明責任があり、効果的な臨床管理が必要である。治療方針、プログラム、手順及び調整メカニズムは事前に、全ての治療チームのスタッフらに対して明確にされるべきである。複数の心理社会的、時には身体的な障害がある薬物使用障害を持つ人々を治療することは、個々のスタッフにとっても組織にとっても困難な場合が多いが、組織は、スタッフを支援し、質の高いサービスを提供するために様々な措置を講じるべきである。

(7) 補完的サービスとの連携を絶えず監視し、評価し得る統合的治療アプローチを確保する。

複雑で多面的な健康問題への対応として、薬物使用障害等の効果的な治療を促進するための包括的な治療システムを開発する必要がある。可能であれば、そのシステムには、精神医学、その他の専門医療（HIV等の感染症に対するサービス等）、社会的サービス（住居の確保、雇用のための職業技能の習得等）等を含めるべきである。そのシステムは、常に監視され、評価されなければならない。

## 5 刑事司法制度における薬物使用障害を持つ人々の処遇に関する基本原則

UNODC・WHO(2018)は、薬物使用障害を持つ人々に対して、有罪判決又は刑罰に代わる処遇を行う際には、要旨、以下の基本原則を考慮する必要があるとしている。

(1) 薬物使用障害は公衆衛生上の問題であり、健康面を中心とした対応が必要である。個人は薬物使用障害のために罰せられるべきではなく、適切な処遇を受けるべきである。

健康に対する権利は、様々な国際人権条約や世界中の国内憲法等に明記されており、有罪判決又は刑罰の代替手段を検討するに当たって、健康は、薬物使用障害に対する多元的なアプローチの中の不可欠な柱である。

(2) 薬物使用障害を持つ犯罪者に対する刑事司法制度の全ての段階で、有罪判決又は刑罰の代替手段の使用が奨励されるべきである。

人権の遵守、社会的正義の要求、犯罪者の更生の必要性を考慮しつつ、刑務所収容を減らし、刑事司法政策を合理化するために、法制度内に有罪判決又は刑罰の代替手段が提供されるべきである。裁判前から判決後までの全ての段階で、そのような代替手段を幅広く提供することは、

刑務所の過密状態が急増していることに対する重要な対応策でもある。

(3) プロセスの全ての段階で比例性が必要である。

犯罪の深刻さと罰の厳しさにはバランスが必要であり、麻薬取引のようなより深刻な犯罪に対しては厳しい罰則を適用することが奨励されるが、他方、個人的な消費のために薬物を所持したような場合には、必ずしも有罪判決や刑罰による必要はない。

既存の刑法等の適用は、社会を保護するための必要最小限度に抑えられるべきであるが、有罪判決又は刑罰の代替手段も、このような最小限度の介入の原則に従って、適用されるべきである。その代替手段として提供される処遇は、個々の事件ごとに決定され、必要に応じて定期的に見直されるべきであり、犯罪者が遵守する条件は実用的で、的確かつ可能な限り少ないものでなければならない。

(4) 処遇への転換は、対象者のインフォームド・コンセントを得て行われるべきである。

前記の健康に対する権利には、拷問や合意に基づかない治療及び実験から解放される権利が含まれる。一般に、緊急事態が発生した場合を除き、インフォームド・コンセントなしに患者に治療を施すべきではなく、また、誰も意思に反して治療を受けることを強いられるべきではない。薬物使用障害を持つ犯罪者にも処遇を選択しない権利がある。処遇を選択した場合でも、途中でやめれば刑事制裁の対象になる可能性があるが、その刑罰は、処遇を選択しなかった場合よりも重いものになってはならない。

(5) 有罪判決又は刑罰の代替手段の実施は、法的及び手続的保障を尊重する必要がある。

有罪判決又は刑罰の代替手段として処遇を実施する際には、薬物使用障害を持つ人々の権利を保護するために、多くの法的及び手続的保障を講じる必要がある。その処遇を開始する際に、対象者は、条件を遵守しなかった場合には処罰される可能性があることや、その処遇によるリスク、恩恵等、自己の権利義務に係る状況について、口頭及び書面で説明を受けるべきである。

(6) 特別な集団が差別されることなく、有罪判決や刑罰に代わる処遇へのアクセスができるように特別な注意を払う必要がある。

女性、精神障害と薬物使用障害を併発している人々、認知及び知的に障害のある人々や少数民族等に対しては、それぞれのニーズに特別な注意を払う必要がある。例えば、女性犯罪者及

び女性受刑者は、男性とは異なる独特の健康上のニーズがあるが、大多数が男性犯罪者ないし男性受刑者の刑事司法制度では、そのニーズが十分満たされない。実質的な男女平等を実現するために、そのようなニーズを満たすことは何ら差別的ではなく、性別を踏まえた選択肢及び代替手段は、適切かつ可能な場合は、裁判前、判決、判決後問わず、どの段階でも実施されるべきである。

（７）薬物使用障害を持つ被収容者は、健康に対する権利を奪われることはなく、一般市民と同じレベルの治療を受ける権利がある。

薬物使用障害を持つ全ての人々が、有罪判決又は刑罰の代替手段の対象となるわけではなく、服役する者もいるが、刑務所に収容されたとしても（未決、既決にかかわらず）、健康に対する権利を享受している。被収容者の健康管理は政府の責任であり、被収容者は、差別されることがなく、地域社会で一般市民が利用可能な治療と同じ基準の治療を無償で受けることができるようにするべきである。

## ６ 有罪判決又は刑罰の具体的な代替手段

4-2-1表は、薬物使用障害を持つ犯罪者の逮捕前から判決後までの刑事司法制度の各段階において、国連加盟国が採る代替手段の例をまとめたものである。

4-2-1表

刑事司法制度の各段階における代替手段（国連加盟国の例）

行政の対応	刑事司法の対応		
逮捕前 警察官	裁判前 警察官、検察官、弁護士、 裁判官の審査	裁判／判決 裁判官、保護観察官	判決後 刑務所長、仮釈放委員会、 法務大臣
治療の情報や紹介を伴う 行政の対応	教育／治療への転用を 伴う警告	治療要素を伴う 判決の猶予	治療要素を伴う早期の 釈放／仮釈放／恩赦
	条件付き訴訟の棄却／ 条件付き起訴の停止	治療要素を伴う 刑の執行の猶予	
	条件付き保釈 (裁判前の勾留に代わるもの)	保護観察／ 裁判所による監督	
		特別裁判所 (例 ドラッグコート)	

注 Treatment and care for people with drug use disorders in contact with the criminal justice system: Alternatives to Conviction or Punishment (UNODC・WHO, 2018) による。



以下、それぞれの代替手段について概観する。

### **(1) 行政の対応**

多くの国々では、交通違反等の軽微な法令違反に対し、刑事罰に代わって行政上の処分に対応しているが、これと同様の制度を薬物事犯に対して採用したもので、ヨーロッパやアメリカ大陸では、個人消費のために少量の薬物を所持した者に対し、刑事司法の枠外で対応する国々が多く見られる。

例えば、ポルトガルでは、2001年に規制薬物を少量所持した者に対する刑事罰を廃止し、法律の専門家らで構成される委員会に対応することとしている。具体的には、同委員会で、対象者が薬物使用障害に罹患しているか、どの程度進行しているかなどを判断し、可能な治療や教育等を評価して、治療等を紹介したり、行政上の制裁を課すなどしている。もっとも、ポルトガルでも、個人消費用とは認められない、多量の規制薬物を所持した者や麻薬取引をした者に対しては、依然として、刑事司法の枠内で対処している。

### **(2) 治療への転用を伴う警告**

警告は逮捕又は起訴に代わるものであり、条件付き警告は、多くの場合、犯罪として起訴される代わりに教育セッションや治療等への紹介と一緒に用いられるもので、条件に違反した場合には起訴される可能性がある。幾つかの国では、個人消費のために大麻を所持している場合に、条件付きの警告がしばしば用いられる。オーストラリアでは、2000年から、警察官が、個人消費のために大麻を所持した成人を発見した場合、警察官の裁量により、正式な罪ではなく、警告で代替する制度が実施されている。この警告は、大麻を使用することによる法的及び健康上の影響に関する警告が含まれており、二度目の警告を受けると、対象者は、大麻使用に関する教育セッションに参加することが要求される。

### **(3) 起訴の停止・条件付き棄却**

検察官等は、被告人が治療に応じることを条件に訴訟を中断することができ、その場合、公判審理は進行しない。この制度を採用しているほとんどの国では、条件を遵守する期間のうち、最短期間は明示せずに最長期間を設定しているが（その期間は6か月以下から3年以上まで様々である。）、その条件には、医学的・心理学的治療や特別な治療プログラムへの参加が含まれる場合がある。その間、被告人が定められた条件を遵守すれば起訴は棄却されるが、条件に

違反した場合には、元の犯罪で再び起訴される可能性がある。

#### **(4) 条件付き保釈**

条件付き保釈とは、被告人が治療に参加することを条件として認められる保釈である。

保護観察官らは、保釈中、被告人が条件を遵守しているか否かを監督し、条件に従わない場合は、裁判前に収容される可能性があるが、逆に条件を遵守した場合には刑が軽くなる可能性がある。

#### **(5) 条件付き判決宣告の猶予**

有罪判決の宣告が一定期間猶予される制度で、その間に被告人は治療プログラムに参加し、その結果によっては有罪判決が宣告されないことがあるが、猶予の条件が満たされない場合は、判決が宣告される。

#### **(6) 条件付き刑の執行の猶予**

有罪判決は宣告されるが、刑の執行が特定の期間、一定の条件の下で猶予される制度で、有罪判決を宣告された者がその条件に違反すると、多くの場合、刑が執行される。

#### **(7) 保護観察**

保護観察付きの有罪判決を受けた者は、指定された期間、保護観察官の監督下に置かれるが、保護観察の条件の選択は、対象者の個々のニーズを考慮に入れて、裁判官らの裁量により定められる。世界中で、保護観察に関する異なる理解が存在するが、特定の期間、対象者の監督、指導、支援を行うことなどは、国連加盟国共通の慣行である。ほとんどの国連加盟国は、その期間を最短で6か月から1年、最長で3年から5年に設定している。

#### **(8) 特別裁判所**

最も研究されている代替手段の一つが、薬物事犯を特別に取り扱う特別裁判所（以下「ドラッグコート」という。）である。1989年に米国フロリダ州で、最初のドラッグコートが設立されて以来、多くの国々で実施されており、現在、導入を検討している国々もある。

ドラッグコートには、大別して二つのタイプがあり、一つは、被告人に有罪であることを認めることを要求し、判決でプログラムが提供された後、刑の執行が猶予ないし中断されるもの

で、手続が完了すると刑が免除ないし減刑される可能性がある。もう一つは、有罪判決を受ける前にドラッグコートに参加する人々のためのプログラムが提供されるもので、有罪であることを認める必要はなく、そのプログラムが完了できなかった場合のみ起訴されるものである。

米国のドラッグコートのほとんどは、前者のタイプである（米国の状況については、本章第4節参照）。

#### **（9）早期の条件付き釈放又は仮釈放**

早期の条件付き釈放又は仮釈放とは、個別の条件の下で受刑者を早期に釈放するもので、薬物使用障害のある受刑者の場合は、治療を受けることなどが条件となる。住居や不良な仲間の存在等の条件の遵守を妨げる根本的な要因がある場合は、遵守違反が問題となる前に迅速に対処しておく必要がある。条件に違反した場合には、早期の釈放は取り消され、再び刑務所に収容される可能性がある。

## 引用・参考文献

- United Nations Office on Drugs and Crime, & World Health Organization (2016).  
International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders.
- United Nations Office on Drugs and Crime, & World Health Organization(2018).  
Treatment and care for people with drug use disorders in contact with the  
criminal justice system: Alternatives to Conviction or Punishment.
- 山本麻奈 (2019). 薬物使用者の処遇に関する国際的動向 刑政, 130 (2), 36-45.

### 第3節 米国における薬物乱用防止に関する調査研究

前節では、諸外国における薬物事犯者処遇の全般的な潮流を見たところであるが、本研究では、特に米国における薬物乱用防止に関する調査研究、薬物事犯者処遇等について実地調査を行ったので、本節及び次節でその内容を紹介する。

#### 1 米国における薬物問題への対応の経過

米国においては、1914年に制定されたハリソン麻薬法（Harrison Narcotics Act of 1914）により、薬物に関する法規制が連邦政府として初めてなされて以降、1950年代頃から、顕著となった薬物乱用問題に対応して、法規制の強化、治療的アプローチの導入等、様々な取組が行われてきた。1960年代には、後に依存症治療の手法の一つとして大きく広がる「治療共同体（TC：Therapeutic Community）」が複数設立されている。また、1970年代には、刑事手続の代替措置として薬物事犯者を治療プログラムに参加させるダイバージョン・プログラムが普及した。代表的なものに「路上犯罪に対する治療的代替措置（TASC：Treatment Alternative to Street Crime）」があり、このような制度が、刑事司法と薬物依存症治療との間に、その後に続く関係の基礎を築いたとされる。

1980年代、「薬物との戦争（War on Drugs）」政策の推進によって薬物使用者に厳しい刑罰等で対処するようになると、これによって刑務所人口が劇的に増加し、薬物事犯者の再犯率が高いことも問題となった。増大する薬物問題への対処として、1988年、大統領府に国家薬物取締政策局（ONDCP：Office of National Drug Control Policy）が設置され、翌1989年には、このONDCPによって、薬物対策関連諸施策の基盤となる国家薬物取締戦略（National Drug Control Strategy）が初めて策定された。なお、同年には、フロリダ州において、裁判手続の中に薬物依存症の治療を取り入れた特別な裁判所であるドラッグコートが、世界で初めて設置されている。

その後、1990年代から2000年代にかけても、薬物問題への対処のための立法、国家薬物取締戦略の改訂等が引き続き行われた。その中で、需要削減のための対策として、薬物乱用予防活動、薬物乱用防止に係る調査・研究、保健・医療機関及び司法機関における薬物乱用者処遇等が進められるとともに、供給削減のための対策として、法による取締り、薬物の流入阻止対策、国際協力等が続けられてきている。しかし、2010年代に入ると、オピオイドの乱用によ

る死亡者数の増加が社会問題となるなど、薬物乱用を取り巻く状況は時代と共に変化し続け、対策の更なる充実・強化が求められている。

## 2 NIDAにおける調査研究

### (1) NIDA

前記のような状況の中で、米国における薬物乱用問題に関する調査研究を担っている代表的な機関として、国立薬物乱用研究所（NIDA：National Institute on Drug Abuse）が挙げられる。NIDAは、保健福祉省国立衛生研究所の内部組織であり、1974年に設立されて以降、①薬物使用とその結果や、それらの基盤となる神経生物学的、行動的、社会的メカニズムに関する基礎的・臨床的な研究を戦略的に支援・実施すること、②物質使用障害の予防・治療の推進、脳の障害としての依存症に対する国民の意識啓発のため、科学的な研究の成果を効果的に実施・普及することを掲げて、調査研究活動を行っている。それらの一環として、刑事司法領域における薬物事犯者処遇に関する研究を含め、多くの大規模かつ継続的な調査研究プロジェクトを運営するとともに、研究から得られた知見を広く発信している。

### (2) 薬物依存症治療の原則

NIDAは、薬物乱用に関する調査研究等から得られた知見を基に、薬物依存症治療の原則をまとめており、その概要は次のとおりである（NIDA, 2018）。

- ① 依存症は脳機能と行動に影響を与える疾患で、複雑であるが治療可能である。
- ② 万人にとって適切な単一の治療法は存在しない。
- ③ 治療はいつでも容易に利用できる必要がある。
- ④ 効果的な治療は、薬物乱用だけでなく、個人の多様なニーズにも対応する。
- ⑤ 治療は十分な期間、継続することが重要である。
- ⑥ 個人、家族、又は集団のカウンセリングを含む行動療法は、薬物乱用治療で最も一般的に利用される方法である。
- ⑦ 薬物療法は、特にカウンセリングやその他の行動療法と組み合わせた場合には、多くの患者にとって治療の重要な要素である。
- ⑧ 患者の治療・サービス計画は継続的に評価し、本人のニーズの変化に合わせて、必要に応じて修正しなければならない。
- ⑨ 薬物依存症者の多くは、他の精神疾患を併発している。

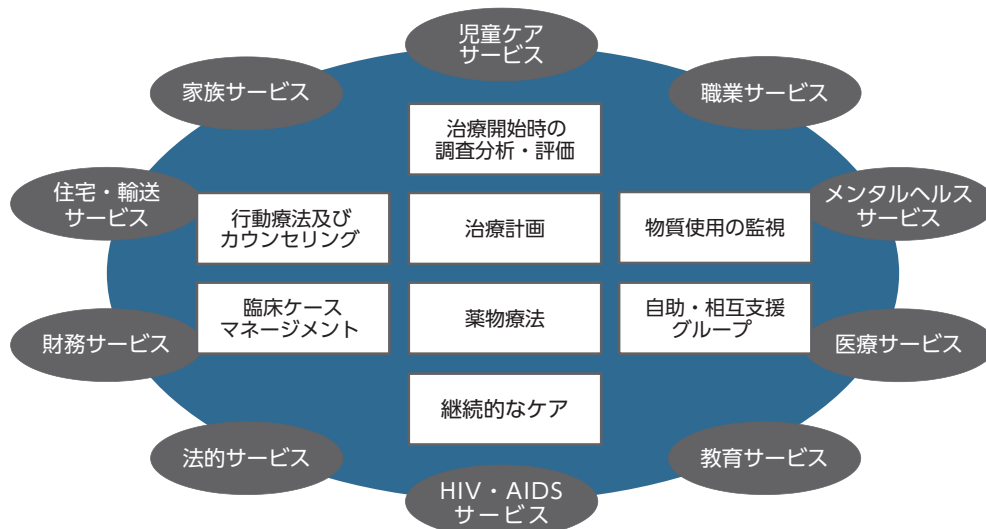


- ⑩ 医学的になされた解毒は依存症治療の最初の段階にすぎず、そのみでは長期にわたる薬物乱用にはほとんど変化をもたらさない。
- ⑪ 治療の効果を上げるために、治療に自発的である必要はない。
- ⑫ 治療中でも薬物の再使用は起こるので、継続的に監視しなければならない。
- ⑬ 治療プログラムでは、HIV又はAIDS、B型及びC型肝炎、結核、その他の感染症の有無について検査するとともに、必要に応じて患者を治療に結び付ける、リスクの低減を目的としたカウンセリングを提供すべきである。

NIDA(2018) は、薬物依存症の治療の目的について、患者が強迫的な薬物の探索と使用をやめるのを援助すること、さらには、患者が家庭、職場、地域社会の中で生産的な役割を再び果たせるようにすることであるとしている。4-3-1図は、NIDAが薬物依存症治療の原則と共に示している、包括的な薬物乱用治療の構成要素を表したものである。薬物依存症の患者は、しばしば、他の健康問題や職業上の問題、法的な問題、家族の問題、社会的問題を同時に抱えていることから、薬物依存症の治療は、患者一人一人のニーズに応じて様々な形態を取り得るが、多くの患者にとって、複合的な介入と定期的な監視を伴う長期的なプロセスとなる。

4-3-1図

包括的な薬物乱用治療の構成要素



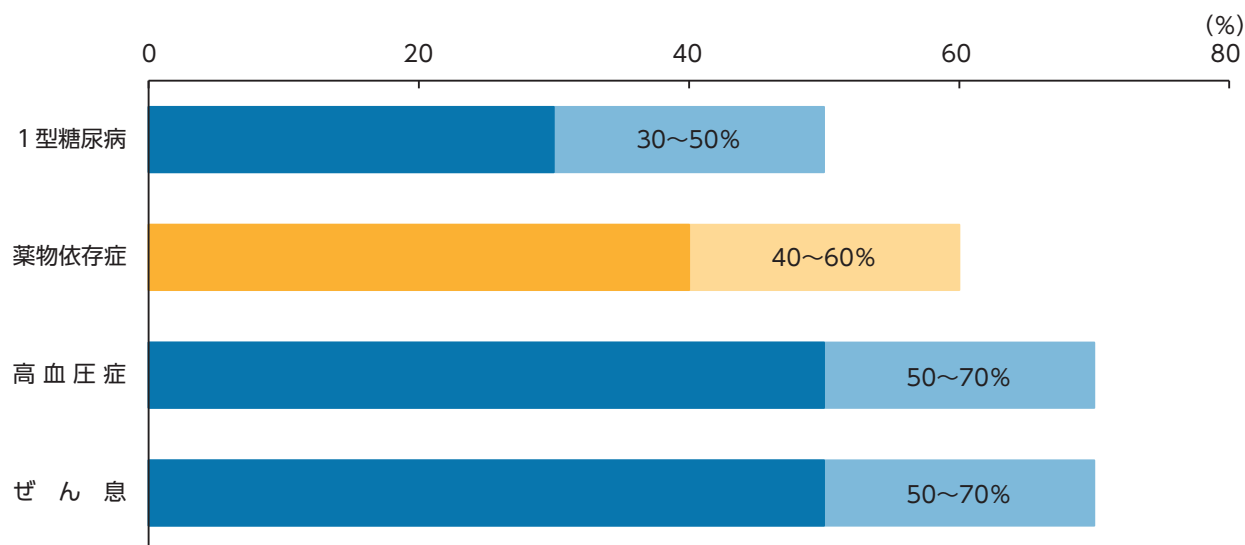
最善の治療プログラムは、患者一人一人のニーズに合わせ、  
治療とその他のサービスを組み合わせて提供される。

注 Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition) (NIDA, 2018) による。

また、NIDA(2018)は、薬物依存症について、時折再発（再使用）することを特徴とする典型的な慢性疾患であり、短期的な1回限りの治療では不十分であるとしている。4-3-2図は、薬物依存症と慢性疾患患者の再発率を模式的に示したものである。薬物依存症の再発状況は、糖尿病、高血圧症、ぜん息等の慢性疾患の再発状況に似ているとされる。NIDA(2018)によれば、一般に、慢性疾患患者が治療を受けて症状が改善すると、たとえその後再発したとしても、当時の治療は成功したとみなされることが多い。これと同様に、薬物依存症の治療においても、たとえ再発があったとしても、その経過は治療の失敗を示すのではなく、治療の再開・調整、又は代替治療の必要性を示すものと捉えることが重要であるとしている。薬物依存症の治療が成功するかどうかは、患者が治療を十分に長く継続できるかどうかによって左右されるが、治療の中断はしばしば起こる問題であり、患者が治療を継続できるよう動機付けを行いながら、様々な支援や監督を行っていく必要がある。

4-3-2図

慢性疾患患者の再発率



注 Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition) (NIDA, 2018) による。

### (3) CJ-DATS

米国においては、成人犯罪者の物質乱用・依存の割合は一般人口の4倍以上であり、非行少年の半数から4分の3が、犯行時に薬物又はアルコールの影響下にあったとの推計がある(NIDA, 2017)。NIDAは、成人及び少年のいずれにおいても薬物乱用と犯罪との関連が高いことに着目し、刑事司法制度と薬物乱用との関係における多くの問題に対処するため、大規



模な研究を推進している。そのうちの一つである全国刑事司法薬物乱用治療研究（CJ-DATS：Criminal Justice Drug Abuse Treatment Studies）は、2002年に開始され、2014年までに二段階に分けて実施された。

第1期の研究が開始された当時は、米国で毎年、推計約60万人の受刑者が釈放され、そのうち約3分の2が物質乱用の問題を抱えており、そのまま放置されれば、再使用や再犯の危険性が高まる可能性があった。CJ-DATSは、これらの犯罪者が、効果的な物質乱用治療サービスを継続的に受けられる方法を明らかにするために計画され、刑事司法におけるアセスメント、監視、指導監督といった領域との連携を通じて、薬物乱用治療サービスを改善するための戦略の検証が行われた。また、エビデンスに基づく物質乱用治療と刑事司法制度を統合するためのモデルの開発に関する情報の提供にも寄与した。

CJ-DATSの共同研究プログラムの包括的な目標は、刑事司法制度に物質乱用治療を統合することによって、刑務所から釈放され地域社会に戻る物質乱用犯罪者の公衆衛生及び公共の安全を回復することであった。すなわち、犯罪者の薬物乱用及びHIV罹患の状況を改善し、刑務所収容のリスクを低減させるために、エビデンスに基づく実践を最大限、持続的に提供できるようにする方略を明らかにすることを目指していた。

第1期の研究は、2002年から2008年にかけて実施され、9つの研究センターとコーディネーターセンター、NIDAから集まった研究者が、連邦、州、地域の刑事司法関係者と協働して、薬物使用障害のある犯罪者の治療に対する統合的アプローチを開発・検証した。例えば、犯罪者の問題性の評価、治療と回復の進展の評価、刑事司法と薬物乱用の関係、HIV及び肝炎のリスク低減、青少年への介入、刑事司法制度の理解等に関する調査研究が実施されている。

第2期の研究は、新たな研究センター・機関の協力を得て、犯罪領域での実践研究を中心として2008年に開始された。ここでは、①地域社会に移行する犯罪者に対する投薬支援治療の提供、②HIVの継続的な治療（スクリーニング及びカウンセリング、リスク低減のための介入、刑務所から地域社会に至るまでの抗レトロウイルス治療の継続）の提供、③薬物乱用及び関連する健康問題のある犯罪者を特定し、治療計画と社会復帰のプロセスについて情報提供するためのスクリーニング及びアセスメントの実施という三領域が設定された。そして、この三領域におけるサービスの持続的な理解と提供につながる実施戦略の検証が行われている。

#### （４）刑事司法対象者に対する薬物乱用治療の原則

NIDA(2014) は、実証的な調査研究等を踏まえ、特に刑事司法対象者に対する薬物乱用治

療の原則についてもまとめている。その概要は、次のとおりである（NIDA, 2014）。

- ① 薬物依存は、行動に影響を与える脳の疾患である。
- ② 薬物依存からの回復は、効果的な治療を必要とし、時間の経過とともに問題を管理することが求められる。
- ③ 治療は、安定した行動の変化を生じさせるために十分な期間、継続されなければならない。
- ④ アセスメントは治療の第一歩である。
- ⑤ 個人のニーズに合わせてサービスを調整することは、刑事司法対象者に対する効果的な薬物乱用治療の重要な部分を占める。
- ⑥ 治療中の薬物使用は、注意深く監視する必要がある。
- ⑦ 治療は犯罪行為に関連する要因を対象とすべきである。
- ⑧ 刑事司法における指導監督には、薬物乱用犯罪者の治療計画を組み込むべきであり、治療提供者は更生に向けた監督の条件を認識する必要がある。
- ⑨ 薬物乱用者が地域社会に復帰するためにはケアの継続性が不可欠である。
- ⑩ 報酬と制裁のバランスは、向社会的行動と治療への参加を促進する。
- ⑪ 薬物乱用とメンタルヘルスの問題を併発している犯罪者は、しばしば、統合された治療アプローチを必要とする。
- ⑫ 薬物療法は、多くの薬物乱用犯罪者にとって治療の重要な部分を占める。
- ⑬ 地域社会に居住している、又は社会復帰した薬物乱用犯罪者の治療計画には、HIV又はAIDS、B型及びC型肝炎、結核等の重篤で慢性的な病状を予防・治療するための戦略が含まれるべきである。

NIDA(2018) は、薬物依存のある犯罪者に対して、刑務所での治療と地域社会での治療を組み合わせることで、薬物関連犯罪の再犯及び薬物の再使用のいずれのリスクも低減させ、社会的コストの大幅な削減につなげることができるとしている。例えば、メリーランド州ボルチモアで行われた2009年の研究では、刑務所内で治療を開始し、釈放後も治療を続けたオピオイド依存症者は、刑務所内でのみカウンセリングを受けた人や刑務所釈放後に治療を開始した人と比べ、その後の薬物使用及び犯罪行為のいずれも減少したことが明らかとなった。

また、NIDAによれば、刑事司法制度は多くの場合、犯罪者が薬物乱用治療に参加することを促すために、公判前釈放、保護観察又は仮釈放の条件として治療を義務付けるといった強制力を用いることができ、薬物乱用治療に参加した人の多くは、その大きな理由として強制力を

挙げる。これに関し、多くの研究において、刑事手続上の義務や強制として治療に参加するよう迫られた人の治療成績は、強制力なしで治療に参加した人の治療成績と同じか、又はより良いことが示唆されている。刑事手続上の義務や強制の下に治療に参加した人は、参加率が高く、より長い期間治療を継続する傾向があり、このことが治療成績に良い影響を与える可能性がある（NIDA, 2014）。

しかし、NIDA(2014) は、実際に治療を受けるのは治療が必要な人のごく一部にとどまり、提供される治療もしばしば不十分であることを指摘している。そして、刑事司法関係職員と治療提供者が適切に連携することで、薬物乱用者の予後を改善することができるとしている。

### 3 その他の実態調査

米国においては、薬物乱用・依存に関する実態調査が複数実施されている。全国的かつ継続的に行われている主要な調査として、次のようなものがある。

#### （１）薬物使用及び健康に関する全国調査（NSDUH）

薬物使用及び健康に関する全国調査（NSDUH：National Survey on Drug Use and Health）は、米国における薬物乱用の状況等を把握するための大規模な調査であり、保健福祉省薬物乱用・精神保健サービス局（SAMHSA：Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Department of Health and Human Services）によって、1971年から実施されている。毎年、全国から抽出された12歳以上の者を対象に面接調査が行われ、得られた結果は、政策立案や研究等に幅広く活用されている。

#### （２）将来のモニタリング（MTF）

将来のモニタリング（MTF：Monitoring the Future）は、ミシガン大学社会調査研究所が、NIDAの資金援助を受けて1975年から毎年実施している調査である。学生を対象に、青少年の薬物、アルコール等の使用実態に関して長期間にわたる調査が行われており、青少年の薬物乱用の防止・治療に係る施策の検討等に役立てられている。

## 引用・参考文献

- Centers for Disease Control and Prevention(2019). Annual Surveillance Report of Drug-Related Risks and Outcomes.
- 藤岡淳子（編）（2019）．治療共同体実践ガイドートラウマティックな共同体から回復の共同体へ 金剛出版
- 法務総合研究所（1995）．平成7年版犯罪白書
- 法務総合研究所（2006）．研究部報告34 薬物乱用の動向と効果的な薬物乱用者の処遇に関する研究ーオーストラリア，カナダ，連合王国，アメリカ合衆国ー
- 石塚伸一（編）（2007）．日本版ドラッグ・コートー処罰から治療へ 日本評論社
- Johnston,L.D., Miech,R.A., O'Malley,P.M., Bachman,J.G., Schulenberg,J.E., & Patrick,M.E. (2019). Monitoring the Future national survey results on drug use 1975-2018: Overview, key findings on adolescent drug use. Institute for Social Research, University of Michigan.
- 内閣府(2012)．平成23年度アメリカにおける青少年の薬物乱用対策に関する企画分析報告書
- National Institute on Drug Abuse(2014). Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations(A Research-Based Guide).
- National Institute on Drug Abuse(2017). Justice System Research Initiatives.  
<https://www.drugabuse.gov/research/nida-research-programs-activities/criminal-justice-research-initiatives>
- National Institute on Drug Abuse(2017). Overview of the Criminal Justice Drug Abuse Treatment Studies(CJ-DATS). <https://archives.drugabuse.gov/overview-criminal-justice-drug-abuse-treatment-studies-cj-dats>
- National Institute on Drug Abuse(2018). Principles of Drug Addiction Treatment : A Research-Based Guide(Third Edition).
- Office of National Drug Control Policy(2019). National Drug Control Strategy.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration(2019). Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2018 National Survey on Drug Use and Health.

## 第4節 米国における薬物事犯者処遇の実際

本節では、米国における薬物事犯者処遇のうち、特に社会内における薬物依存症の治療に焦点を当て、主にドラッグコート及び治療共同体における処遇について実地調査を行った結果を紹介する。

### 1 ドラッグコートにおける処遇

#### (1) ドラッグコートの概要<sup>1</sup>

ドラッグコートは、裁判手続の中に薬物依存症の治療を取り入れることで、薬物依存のある人を治療し、生活改善に必要なサービスを提供するための特別な裁判所である。一般的な成人ドラッグコートは、中等度から重度の薬物依存を有し、規制物質の所持、使用又は販売等の薬物犯罪や、薬物使用に起因して犯された犯罪により検挙等された者を対象としている。

ドラッグコートにおけるプログラムは、多くの場合、12か月から24か月の期間が設定され、ドラッグコート参加者は、その間、薬物依存症の治療やその他のサービスの提供を受けるとともに、定期的に薬物・アルコール検査を受ける。また、裁判所に頻繁に出頭し、治療の進捗状況や生活状況の報告を行う。

ドラッグコートの裁判官は、プログラム・コーディネーター、検察官、弁護士、保護観察官、治療担当者、法執行機関職員等を含む専門家から構成される多職種チームのリーダーとしての役割を担っている。この多職種チームの構成員は、ドラッグコート参加者のプログラムの進捗状況について確認し、適切な対応を行うための情報をそれぞれの視点から裁判官に提供し、対応方針に関する検討・協議を行う。裁判官は、関連する全ての情報を勘案し、ドラッグコート参加者又はその代理人と協議した上で、ドラッグコート参加者に監督条件の緩和や口頭での賞賛を与えるか、治療計画を変更するか、又は社会奉仕活動や短期間の拘禁といった制裁を課すかを決定する。もっとも、ドラッグコートに関わる専門家の間では、ドラッグコート参加者が薬物を再使用することは当然あり得るものと認識されており、薬物の再使用があっても直ちに刑務所に収容されるわけではなく、前記のような制裁が段階的に課せられる。なお、治療計画

---

1 ドラッグコートにおける手続やプログラムの例については、研究部報告34「薬物乱用の動向と効果的な薬物乱用者の処遇に関する研究－オーストラリア、カナダ、連合王国、アメリカ合衆国－」（法務総合研究所、2006）において紹介されている。



は、ドラッグコート参加者の個々の臨床ニーズに応じて異なり、多くの場合、薬物依存症の治療に加えて、メンタルヘルス治療、家族カウンセリング、職業カウンセリング、教育支援、住宅支援、医療又は歯科治療を受けるための支援といったサービスが含まれる。ケースマネージャーやソーシャルワーカーも、ドラッグコート参加者が、医療保険やその他の社会サービスを受けられるよう支援を行う。

ドラッグコート参加者がプログラムを修了するためには、違法薬物及びアルコールを一定期間使用しないこと、逮捕されないこと、保護観察の条件に従うこと、雇用を得るかその他の向社会的活動に従事すること、罰金や手数料を支払うこと、社会奉仕活動や被害弁済を行うことなどの要件を満たさなければならない。

## (2) NADCP

全米ドラッグコート専門家協会（NADCP：National Association of Drug Court Professionals）は、1994年に設立されたNPOである。ドラッグコートに関わる法律、臨床、心理社会学等の分野にわたる専門家のトレーニングを担い、大規模な年次研修大会を開催するなど、ドラッグコートの普及・発展に向けた活動を行っている。

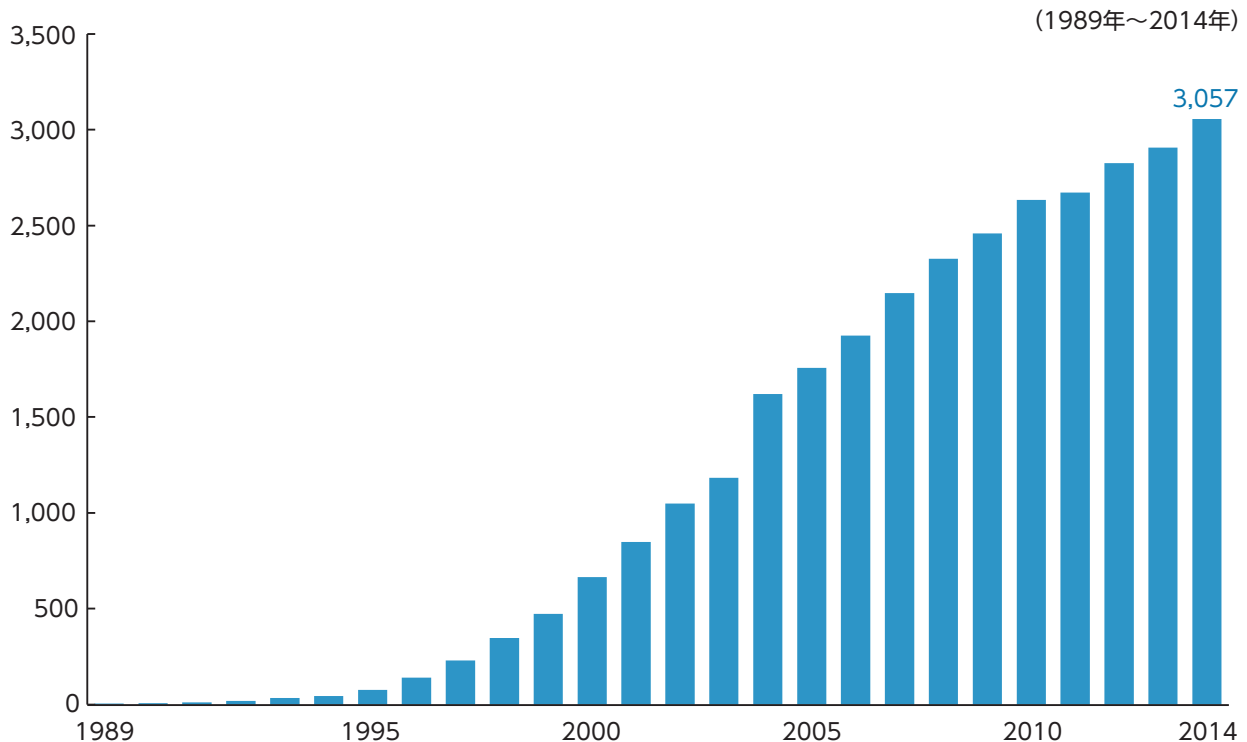
また、NADCPには三つの内部組織があり、そのうちの一つである全米ドラッグコート研究所（NDCI：National Drug Court Institute）は、ドラッグコートの急速な拡大に伴い、エビデンスに基づく標準化されたトレーニングと技術支援の必要性が高まったことに応じて、1997年に設立された。薬物使用及び精神疾患の問題があって司法手続に取り込まれた人々を処遇するための最新の研究、ベスト・プラクティス、最先端のイノベーションに関する情報を集約・発信している（NADCP, 2019）。

## (3) ドラッグコートの発展

4-4-1図は、米国におけるドラッグコート設置数の推移を見たものである。1989年、フロリダ州で最初のドラッグコートが開設されてから、米国内で急速に発展し、50州全てに拡大した。2014年末現在、3,057のドラッグコートが運営されている（米国司法省によると、2018年5月時点では3,100以上に増加している。）。また、2014年におけるドラッグコートの参加者数は、米国内で約12万7,000人と推計されている（Marlowe et al., 2016）。

4-4-1図

## 米国におけるドラッグコート設置数の推移



注 Painting the Current Picture - A National Report on Drug Courts and Other Problem-Solving Courts in the United States (Marlowe et al., 2016) による。

ドラッグコートが拡大する中で、その種類や形態にも多様化が見られるようになった。**4-4-2表**は、2014年における州・地域別のドラッグコートの設置数を、ドラッグコートの種類別に見たものである。最も数が多いのは成人ドラッグコート（Adult drug court）で、全体の約半数を占める。少年ドラッグコート（Juvenile drug court）は、薬物依存又は併発する精神疾患の影響によって非行を起こした少年を対象とするもの、家族ドラッグコート（Family drug court）は、薬物依存の影響によって児童を虐待している親又は保護者を対象とするものであり、いずれも、多くの州・地域で設置されている。また、退役軍人コート（Veterans treatment court）は、薬物依存や精神疾患の影響による犯罪で検挙等された退役軍人又は現役の軍人を対象とするドラッグコートである。DUIコート（DUI court）は、薬物又はアルコールの影響下での運転（Driving Under the Influence of drugs or alcohol）により検挙等された者を対象としている。このほか、例えば精神疾患、ホームレス、家庭内暴力、ギャンブル、不登校といった、裁判所で頻繁に見られる多様な社会的ニーズに対応するため、他のタイプの問題解決型裁判所も設置されるようになり、多様なサービスが提供されている（Marlowe et al., 2016）。

4-4-2表

米国におけるドラッグコートの設置数（州・地域別，種類別）

(2014年)

州・地域	ドラッグコートの種類						
	総 数	成 人	少 年	家 族	退役軍人	DUI	その他
総 数	3,057	1,540	420	305	266	262	264
アラバマ	100	53	15	16	13	1	2
アラソカ	15	2	—	1	1	4	7
アリゾナ	74	22	17	4	9	2	20
アーカンソー	70	44	13	—	4	8	1
カリフォルニア	210	96	38	30	20	8	18
コロラド	72	29	4	12	4	13	10
コネチカット	5	3	—	—	—	—	2
デラウェア	16	9	3	—	3	1	—
フロリダ	3	1	1	1	—	—	—
ジョージア	118	54	24	17	19	4	—
グアム	100	46	12	10	8	20	4
ハワイ	5	1	1	—	1	1	1
アイダホ	16	5	7	2	2	—	—
イリノイ	59	33	7	4	4	6	5
インディアナ	103	57	4	—	17	—	25
アイオワ	62	34	4	6	13	—	5
カンザス	46	20	7	14	—	1	4
ケンタッキー	14	10	2	—	—	—	2
ルイジアナ	94	89	—	—	4	1	—
メーン	68	30	16	3	5	8	6
メリーランド	12	5	—	3	—	—	4
マサチューセッツ	33	19	9	4	—	1	—
ミシガン	24	20	1	—	2	—	1
ミネソタ	141	44	15	13	22	41	6
ミシSSIPPI	81	41	2	7	12	13	6
ミズーリ	52	32	13	2	3	—	2
モンタナ	130	77	9	12	8	20	4
ネブラスカ	29	9	3	3	2	5	7
ネバダ	25	14	3	6	—	—	2
ニューハンプシャー	47	19	5	3	3	7	10
ニュージャージー	9	6	3	—	—	—	—
ニューメキシコ	24	21	2	1	—	—	—
ニューヨーク	65	19	17	3	1	9	16
ノースカロライナ	159	102	15	35	2	—	5
ノースダコタ	42	18	4	8	2	7	3
オハイオ	20	5	6	—	—	1	8
オクラハマ	109	52	17	17	15	6	2
オレゴン	76	54	8	6	2	2	4
ペンシルベニア	63	31	9	11	4	3	5
プエルトリコ	82	32	9	4	17	15	5
ロードアイランド	12	10	2	—	—	—	—
サウスカロライナ	7	1	4	1	1	—	—
サウスダコタ	32	19	11	—	2	—	—
テキサス	19	5	—	—	1	4	9
テネシシー	59	40	7	2	3	5	2
テキサス	144	57	16	13	19	19	20
ユタ	45	26	9	8	—	1	1
バーモント	7	3	1	1	—	1	1
バージニア	37	22	8	2	—	2	3
ワシントン	84	23	13	18	8	7	15
ウェストバージニア	45	27	17	—	—	—	1
ウィスコンシン	69	34	2	2	9	14	8
ワイオミング	24	15	5	—	1	1	2

注 1 Painting the Current Picture - A National Report on Drug Courts and Other Problem-Solving Courts in the United States (Marlowe et al., 2016) による。

2 「DUI」は、薬物又はアルコールの影響下での運転（Driving Under the Influence of drugs or alcohol）により検挙等された者を対象とするドラッグコートをいう。

3 「その他」は、トライバル・ウェルネス・コート（Tribal wellness court：部族コミュニティにおける薬物・アルコール関連の違反行為に、伝統的な部族の問題解決法を適用するもの）、重複障害コート（Co-occurring disorders court：薬物依存及び精神疾患を共に有すると診断された犯罪者や非行少年を対象とするもの）等である。



**4-4-3表**は、ドラッグコート参加者のうち、治療又は社会サービスに係る問題を抱える人がどの程度いるかを示したものである。NADCP(2018)は、ドラッグコート参加者が、しばしば薬物依存症の治療の範囲をはるかに超えるような治療及び社会サービスに係る問題を抱えているとしている。国及び州全体を対象とした研究によると、ドラッグコート参加者のうち相当の割合の者が、深刻な精神疾患その他の併発する障害、慢性的な失業状態、低学歴、ホームレス、身体的・性的虐待、その他の外傷体験といった対処すべき問題を抱えていた。これは、ドラッグコートが、薬物使用の問題にとどまらず、様々な問題に対処する必要性から多様化してきたことを示唆している。

4-4-3表

## ドラッグコート参加者が抱える問題

補完・対処すべき問題	ドラッグコート参加者の割合
精神医学的問題・精神障害	63%
うつ病	16～39%
心的外傷後ストレス障害(PTSD)	10%
PTSD以外の不安障害	9%
双極性障害	8%
慢性疾患	26%
失業	54～72%
高校卒業以下の学歴	32～38%
ホームレス	11～47%
被虐待・外傷体験	27～29%

注 Adult Drug Court Best Practice Standards Volume II Text Revision (NADCP, 2018) による。

#### (4) ドラッグコートに関する評価研究

刑事司法制度における評価研究は、おおむね次の三つの段階に沿って進展するとされる(Marlowe et al., 2016)。

第一段階は、有効性に関する研究であり、犯罪を減少させるとともに、薬物使用の減少、参加者の心理的・社会的状況の改善といった重要な利益を生み出す上で、プログラムが有効であるかどうかを判断するものである。加えて、費用対効果に関する研究は、プログラムが、納税者にとって有利な財政上の結果をもたらすかどうかを明らかにする。

第二段階は、ベスト・プラクティスに関する研究であり、プログラムから最大の利益を得られる対象者と、最も効果的でかつ費用対効果の高い結果を生み出す方法を決定するものである。この研究では、プログラムがどのように有効なのか、また、なぜ有効なのかを明らかにする。

第三段階は、プログラムの実施に関する研究であり、プログラムが適切な対象者にサービスを提供し、最も効果的でかつ費用対効果の高い結果を生み出すためのベスト・プラクティスとなるよう、効果的なトレーニング、技術援助、品質保証の方法を明らかにするものである。

ドラッグコートに関する研究は、これまでに数多く行われている。そのうち、成人ドラッグコートに関するものは、既に研究の第三段階に達しており、プログラムの効果や、効果を高めるための運用方法が明らかになったとされている。また、家族ドラッグコート、DUIコート及びメンタルヘルスコート（Mental health court：深刻な精神疾患の影響による犯罪で検挙等された人を対象とするもの）に関する研究は、第二段階にあり、プログラムによる犯罪の減少、ドラッグコート参加者の状況の改善、費用対効果の高さ等が明らかになっていて、引き続き、適切な対象者やベスト・プラクティスを特定している段階であるとされる。その他の種類のドラッグコートに関する研究は、有効性と費用対効果について検証中の段階であるとされている（Marlowe et al., 2016）。

#### （５）成人ドラッグコートにおける処遇効果

成人ドラッグコートに関する研究においては、統計的分析、系統的レビュー等の方法によって、再犯（一般的には２年間の再逮捕率で表される。）を、平均して約８～１４％減少させるという結果が示されている（Marlowe et al., 2016）。

例えば、2011年の研究では、ドラッグコート参加者と対照群とを比較し、米国内７地域にある23のドラッグコートのサービスと結果に関する分析がなされた（対照群には、ドラッグコートのプログラムの代わりに、薬物事犯者のための様々な処遇プログラムが提供された。）。1,157人のドラッグコート参加者と627人の対照群について行われた調査では、18か月後の薬物検査で陽性となった割合は、ドラッグコート参加者が29％、対照群が46％であり、ドラッグコート参加者は、対照群と比べ、薬物の再使用率が有意に低かった。また、18か月後の調査において、直近６か月間に犯罪行為に関与したと報告した者の割合は、ドラッグコート参加者が31％、対照群が43％であり、ドラッグコート参加者は、対照群と比べ、犯罪行為に関与した割合も有意に低かった。さらに、ドラッグコート参加者は、対照群と比べ、家庭内に問題がある者や、雇用、教育又は経済的問題に関する支援を必要とする者の割合が低いという結果が示された（NADCP, 2012）。

しかし、全体では犯罪減少に効果があるとされている成人ドラッグコートも、個々のプログラムの効果にはばらつきがあるようである。平均的な効果以上に犯罪減少に寄与したプログラ

ムがある一方で、研究対象となったうちの約15%のプログラムは、犯罪に対する影響を及ぼしておらず、約6%のプログラムは、犯罪の増加に関連したとする調査結果もある（Marlowe et al., 2016）。

NADCP(2018)によれば、ドラッグコートは、ドラッグコート参加者が同時に抱えている複数の問題に対処するための治療及び社会サービスを提供するとき、より効果的で、費用対効果も優れたものになるとされる。約70のドラッグコートを対象とした研究では、メンタルヘルス治療、家族カウンセリング及び育児教室といったサービスを提供した場合、プログラムは犯罪を減少させるのに有意に効果があり、医療及び歯科治療サービスを提供した場合にはやや効果が見られるという結果であった。また、就職、教育プログラムへの登録、各種サービスが受けられるような薬物のない住まいへの居住を支援した場合には、ドラッグコートの費用対効果がより高くなることも明らかとなった。ニューヨークの86のドラッグコートを対象とした別の研究では、ドラッグコート参加者のトラウマや他のメンタルヘルスの問題性を評価し、それに応じてメンタルヘルス、医療、職業又は教育に関するサービスを提供したとき、プログラムは、犯罪を減少させるのに有意に効果があったことが示されている。

他方、研究の結果からは、全てのドラッグコート参加者に同じサービスを一律に提供することは支持されていない。不要なサービスや不適切なサービスを義務付けると、時間と資源を浪費することに加え、ドラッグコート参加者に過度の負担が掛かって、仕事や学校といった生産的な活動に従事する妨げとなり、結果を悪化させる可能性があるとする（Marlowe et al., 2016；NADCP, 2018）。こうした一連の研究の結果は、犯罪者処遇における重要な指針とされているRNR原則（Risk-Need-Responsivity principle）<sup>2</sup>に沿うものである。

## （6）その他のドラッグコートにおける処遇効果等

キャンベル共同計画（The Campbell Collaboration：社会政策分野における系統的レビューを出版する、国際的かつ自発的な非営利研究団体）が発表したレビューでは、成人ドラッグコートのほか、DUIコート等の有効性が検討されている。それによれば、DUIコートは、薬物等の影響下での運転及び一般的な犯罪のいずれの再犯も、平均で約12%減少させたことが明らかになった一方で、4つのうち1つの評価研究では、悪い影響をもたらしたとの結果も

2 リスク原則、ニーズ原則、レスポンシビティ原則という主要な三原則から成り、再犯防止に効果的な処遇を行うためには、対象者の再犯リスクの程度に応じ、介入によって改善が可能な犯罪要因について、対象者に合った方法で処遇を実施する必要があるとする考え方をいう。

示されており、有効性について結論付けるにはより多くの研究が必要とされている。また、少年ドラッグコートの有効性に関する評価では、再犯の減少効果は5%未満から約8%と報告されたが、これは成人ドラッグコートと比較して効果が小さいことを示している。これについては、成人ドラッグコートのプログラムの実施方法が少年に適していない可能性や、少年ドラッグコートのモデルとされた実施方法が正しく適用されていない可能性もあり、今後の検証が必要とされている (Mitchell et al., 2012; Marlowe et al., 2016)。

さらには、これまでの研究で用いられてきたドラッグコートの効果測定の方法等を批判し、示された有効性を疑問視する調査結果もあり、例えば、米国会計検査院 (U.S. Government Accountability Office) による系統的レビューにおいて、成人ドラッグコートの費用対効果が高いことが示されたとされている一方で (Marlowe et al., 2016)、用いられている費用算出の方法には不足があり、効果が過大評価されているとする見方もある (Open Society Foundations, 2015)。今後、実証的研究が重ねられることによって、様々な種類のドラッグコートの有効性の程度や、処遇効果を上げるための方法等がより明らかにされていくものと考えられる。

いずれにしても、これまでの調査研究から示唆される重要な点は、多職種にわたる専門家や支援者がドラッグコート参加者に綿密に関わり、個別のリスクやニーズを適切に評価した上で、その結果に基づき、薬物使用の問題のみならず、社会生活の安定に向けた多角的な指導・支援を継続的に行うことによって、薬物の再使用や再犯の防止、生活の安定、社会的コストの削減といった良い結果がもたらされる可能性が高いということであろう。

## 2 治療共同体における処遇

### (1) 治療共同体の概要

治療共同体 (TC: Therapeutic Community) は、薬物乱用を含む物質乱用及び関連する生活上の問題に対処するために、精神医学や心理学の主流から外れたところで進化してきた、自助的かつ効果的な治療アプローチである (De Leon, 2000)。欧米でそれぞれに確立されてきた治療共同体の定義には様々なものがあるが、米国で発展した治療共同体は、「個人のライフスタイルとアイデンティティの変化を促進するように意図したミクロな社会 (共同体) の中で、個人を情緒的に治療し、健全な生活に向けた行動や態度及び価値を身に付けさせる方法」であり、「方法としてのコミュニティ (community as method) と呼ばれる、自分自身を変化させるためにコミュニティを使うよう個人に教えていく意図的なコミュニティの使用を中心



とした、心理社会的・社会的学習のアプローチ」であるとされる（藤岡，2019）。具体的には、集団生活において、メンバーが生活と活動を共有し、役割と責任を分かち合う中で、相互にフィードバックを行ったり率直に議論したりする過程を通じ、個人の課題の解決と成長・回復を目指そうとするものである。

米国においては、依存症からの回復運動の中で、1958年、薬物依存症からの回復のための居住型自助グループ「シナノン（Synanon）」が設立され、これが米国における最初の治療共同体と言われている。シナノンは1964年に消滅したが、同年に「デイトップ（Daytop）」、1967年に「フェニックス・ハウス（Phoenix House）」が設立され、それ以降は各地で様々な治療共同体が発展・拡大し、1975年には、米国内で500以上のプログラムが運営されるようになった。運営の形態や、対象層も多様化している（毛利ら，2018；藤岡，2019）。

## （２）治療共同体の処遇効果

1970年代以降、治療共同体の処遇効果に関する研究が行われており、近年では、研究手法に関する幾つかの限界は指摘されているものの、薬物の再使用や再逮捕の割合を統計的に有意に低下させた治療共同体も見られるなど、一定の効果があることが示されている（毛利ら，2018；藤岡，2019）。

国立薬物乱用研究所（NIDA：National Institute on Drug Abuse，前節参照）は、治療共同体が、薬物乱用，犯罪行為，メンタルヘルスの問題を改善するとしている。また、治療共同体で6か月以上の治療を受けた者は、6か月未満の者と比べ、その後5年間の経過において、薬物使用や問題飲酒の減少，違法行為の減少，フルタイム雇用の増加といった良い結果を示したとする研究もあり、治療期間の長さが重要であることも示唆されている（NIDA，2015）。

加えて、治療共同体の処遇は、地域内のみならず、刑務所内でも取り入れられており、受刑者や重複障害のある者については、その特別なニーズに合わせて改変された治療共同体の処遇が有効であるとされる。例えば、カリフォルニアの研究では、治療共同体で処遇を受けた男性受刑者の再収容率は76%であり、処遇を受けなかった男性受刑者の再収容率が83%であったのとは比べて低かった。また、刑務所から釈放された後にアフターケアとして治療共同体プログラムを完了した者と、アフターケアを受けなかった者とを比べると、再収容率はそれぞれ42%，86%で、アフターケアを受けた者の方が低く、雇用率はそれぞれ72%，56%で、アフターケアを受けた者の方が高かった。さらに、コロラドの研究では、刑務所内でメンタルヘルス治療を受けた男性受刑者の再収容率が33%であったのとは比べ、重複障害のある人のために

作られた12か月間の治療共同体の処遇を受けた男性受刑者の再収容率は9%と低く、刑務所内における治療共同体の処遇及びアフターケアの両方に参加した者では、メンタルヘルス治療を受けた者より、再収容、犯罪行為、薬物関連犯罪に至った者の割合が少なかったことなどが示されている（NIDA, 2015）。

### （3）フェニックス・ハウス<sup>3</sup>

#### ア 概要

米国内の薬物依存症等の治療に関する情報を集約・提供している依存症センター（Addiction Center）によると、現在、米国内には1万4,500以上の専門的な薬物依存症治療機関が存在する。その中で、前記の治療共同体「フェニックス・ハウス」は、薬物依存症治療に定評のある特に優良な回復支援施設として取り上げられている。

フェニックス・ハウスは、1967年、6人のヘロイン依存者が始めた共同生活を端緒として精神科医によって設立されたNPOであり、50年以上にわたって、特徴的かつ包括的な薬物・アルコール依存治療を展開している。米国内で11か所の治療拠点と120以上の専門プログラムを有し、医学、精神医学、ソーシャルワーク、教育、回復支援等の専門家チームが、薬物依存症や関連する問題から回復するためのサービスを提供している。フェニックス・ハウスが開設した薬物問題のある青少年のための居住型施設が、米国司法省のモデル・プログラムの指定を受けるなど、公的機関とも関係の深い団体である（Phoenix House, 2019）。

#### イ プログラム及びサービス

フェニックス・ハウスが提供するプログラム及びサービスは、成人、青少年、子供を持つ母親、軍人及び退役軍人、精神障害者といった様々な人を対象としている。その内容は多岐にわたり、薬物依存症治療のための居住型プログラム、外来プログラムのほか、医療サービス（医療及び歯科治療、精神医学的アセスメント・治療、他機関の紹介等）、教育サービス（高等学校教育、高等学校卒業程度認定試験の準備）、職業サービス（職業的アセスメント、職業訓練、就職のあっせん等）、家族サービス、住宅サービス、余暇活動（レクリエーション、フィットネス、瞑想、ヨガ）、園芸療法、芸術療法等が用意されている。

---

3 フェニックス・ハウスに関する記述は、特に断らない限り、フェニックス・ハウスのウェブサイト、実地調査において入手した資料及び職員からの聴取内容に基づいている。



これらの治療や各種サービスは、依存症が慢性疾患であり、糖尿病等の他の慢性疾患と同様に、継続的な支援及び管理を必要とするという考え方に基づいている。薬物又はアルコールの使用のみに焦点を当てるのではなく、対象者の生物学的、社会的、心理的要因を考慮し、個々のニーズに応じて支援内容を調整した上で、統合的なアプローチが行われる。依存症者には、エビデンスに基づく治療が必要であり、依存症からの回復を達成・維持するために必要な方策と支援を提供することによって、長期的な成果がもたらされると考えられている。治療やサービスは、多職種から構成されるチームによって提供され、チームを構成するスタッフには、精神科医、心理学者、医療従事者、ソーシャルワーカー、家族療法士、ケースマネージャー、アルコール依存・薬物乱用の認定カウンセラー、継続ケアカウンセラー、健康管理の専門家、職業・教育の専門家等が含まれる。

## ウ 刑事司法領域との連携

フェニックス・ハウスは、過去数十年にわたって、刑事司法対象者の薬物依存に関する治療ニーズに応じたプログラムを提供している。国内外の刑務所で広く取り入れられるモデルとなった、国内最初の矯正治療ユニットを開設するとともに、早期から、刑務所収容の代替としての治療を提供していた。現在では、刑事施設で治療プログラムを提供し、仮釈放又は保護観察下にある対象者のためのプログラムを運営し、刑務所収容の代替として社会内での治療プログラムが義務付けられている対象者の処遇を行っている。また、外来サービスから短期・長期の居住型治療、アフターケアまで、地域に根ざしたシームレスな治療サービスを提供している。

刑事司法領域の主要なサービスとして、次のようなものが挙げられる。

### ① 成人居住型サービス

対象者が健全な個人として成長し、家族、学校、職場及び地域社会との機能的で生産的な関係を維持するために必要なスキルと資源を提供することを目標に、個々のニーズに合わせて治療の方法を調整し、幅広く包括的なサービスを提供する。対象者は、協力的かつ育成的な環境で共に生活・活動を行う。滞在期間は柔軟に設定することができ、プログラムは、解毒から社会復帰までの回復の様々な段階で、対象者の治療ニーズを満たすよう設計されている。

### ② 成人外来サービス

エビデンスに基づく包括的な薬物乱用及びメンタルヘルスプログラムを、安全かつサポートティブな環境で提供する。サービスには個人、家族及びグループカウンセリングが含まれ、薬物乱用、家族関係、薬物の身体的影響、喪失と悲嘆といったテーマや、薬物依存からの回復を

維持する方法を取り扱う。対象者は、場合によっては居住型治療の後や薬物のない生活施設に居住している間にも、集中的なプログラム（週9時間以上）又は伝統的なプログラム（週9時間未満）を受ける。

### ③ 母子居住型サービス

妊娠中の女性、母親とその幼い子供のための包括的かつ専門的な薬物・アルコール依存治療を提供する。柔軟な滞在期間と段階的な治療計画の下に、個人、グループ及び家族カウンセリングで、過去にトラウマを経験した女性の特別なニーズを慎重に取り扱う。また、小児科の看護師による評価、出生前・出生後のケア、新生児検診、予防接種をそれぞれ行うとともに、新しく母親となった女性の支援グループ、母親講座、コーチング、子供の発達教育、薬物の再使用防止スキル、回復トレーニングを提供する。

### ④ メンタルヘルスサービス

薬物及びアルコールの乱用・依存の問題には、しばしばメンタルヘルスの問題が併存しており、このニーズに対応するために特別に計画された治療プログラムを提供する。

### ⑤ 解毒・安定化サービス

個々の対象者が身体から安全に薬物を抜くための支援を提供した上で、居住型サービス、外来サービスといった次の段階の支援につなげる。

### ⑥ 外来治療を併用した構造化された回復サービス

対象者が薬物乱用治療を終えた後、完全に自立した生活に戻る前に、安全な移行場所を提供するほか、外来治療の範囲を超える支援を必要とする対象者に、居住型治療に代わるサービスを提供する。

### ⑦ 査定・評価サービス

個人、家族、学校、刑事司法制度（裁判所、弁護士、保護観察所及び仮釈放事務所を含む。）の要請に応じ、薬物又はアルコール依存の問題に関する査定・評価を独立した立場で行う。

## エ 実地調査

本研究では、2019年3月、フェニックス・ハウスの支部の一つであるフェニックス・ハウス・ミッド・アトランティック（Phoenix House Mid-Atlantic）において実地調査を行う機会を得たので、その概要を紹介する。

## (ア) 概要

フェニックス・ハウス・ミッド・アトランティックは、バージニア州アーリントンにあり、主としてその周辺の州の居住者等を対象にサービスを提供している。他の支部と同様、過去数十年間にわたって、刑事司法対象者の薬物乱用治療のニーズに応じ、刑務所収容プログラムに代わる地域社会に根ざした代替手段となっており、ドラッグコート、保護観察所、仮釈放事務所、判決前ダイバージョン機関、交通裁判所、少年司法機関といった連邦、州、地域の司法機関と緊密に連携している。また、男性用の居住型治療施設、女性用の居住型治療施設、カウンセリングセンター等、複数の施設を運営している。そのうちの一つであるフェニックス・プログラム（Phoenix Program）は、18歳以上の男性を対象として、薬物依存及び精神疾患の治療を提供する居住型治療施設である。入所定員80人のうち、約3分の1は裁判所における司法手続を経由して入所した者であり、保護観察所等の刑事司法機関との連携、協力関係が重要視されている。

## (イ) プログラム及びサービス

対象者の問題性のアセスメントを、最初の段階で綿密に行い、必要な治療について見極めており、他の施設・機関での治療・支援が適切と判断される場合には、他機関からの紹介等であっても入所を認めない取扱いをしている。職員はチームを組んで治療に当たっており、2週間に1回の会議で治療の状況を報告し合う。ソーシャルワーカー、カウンセラー、医師、看護師、心理士等、多職種でチームが構成されているほか、依存症から回復した者も、条件を満たせば職員として働くことができる。

集中的な治療を受ける対象者の入所期間は、約45日から60日程度であり、外来治療を受けるために通所する対象者もいる。入所者の一日の生活は、午前6時の起床から始まり、決まった日課に従って行われる。日課には、投薬、ベッドメイク、ミーティング、食事、集会、運動、講義、カウンセリング、医療スタッフとの面談、フィットネスのほか、依存症からの回復のための自助グループであるAA(Alcoholics Anonymous) やNA(Narcotics Anonymous) のミーティングへの参加等が含まれる。

フェニックス・ハウスでは、各支部合わせて120以上の治療プログラムを有しており、12ステップ・プログラムのように全体に適用される基本的なプログラムもあるが、各地域によって薬物乱用の実態が異なることから、共通でないプログラムも多い。プログラムの策定には、様々な薬物の特徴や治療プログラムに関する専門的知識のほか、各地域の医療制度・公的補助

等に関する知識も必要となる。これは、施設を利用する際の枠組みや支払う費用が対象者によって異なるためで、フェニックス・ハウス・ミッド・アトランティックでは、料金体系は40を超える。必要なプログラムによって費用が異なるほか、対象者の居住地や所得によって保険制度等が異なることも影響して、自分で費用を支払う人、民間会社の保険を利用する人、州や郡による補助又は低所得者用の医療扶助制度を利用する人等、様々である。

プログラムの実施に当たっては、対象者同士のコミュニケーションや相互作用が重視されているほか、施設職員、家族、保護観察官等の関係者が対象者に積極的に関わり、個々のニーズに合わせて支援を調整するなど、対象者が治療を中断しないような工夫がなされている。また、社会内における生活環境の調整やアフターケアが適切に行われなければ、対象者が薬物の再使用に至る可能性が高まるので、関係機関との連携も重視しながら、安定した生活に戻れるようにするための様々な支援が行われている。

このように、フェニックス・ハウス・ミッド・アトランティックにおいては、対象者の問題性やニーズのアセスメント、対象者・職員を含めた人間関係の構築、きめ細かな働き掛け、多角的・継続的なサービス等、様々な要素が統合されて治療が進んでおり、治療・支援の效果に大きく影響しているものと推察される。

### 3 連邦刑務局による薬物乱用者処遇<sup>4</sup>

連邦刑務局（Federal Bureau of Prisons）は、連邦刑務所内における処遇と、社会内に移行した後の処遇を所管している。連邦刑務所内における薬物乱用者処遇については、薬物乱用教育（Drug Abuse Education）、非居住型薬物乱用者処遇プログラム（Non-RDAP：Nonresidential Drug Abuse Program）、居住型薬物乱用者処遇プログラム（RDAP：Residential Drug Abuse Program）の3種類が行われている。このうち、RDAPは最も集中的な処遇プログラムであり、NIDAの資金援助を受けて行われた評価研究によると、プログラムを完了して出所した男性は、プログラムを受けなかった男性よりも、その後に薬物使用で逮捕される割合が低かったとの研究結果が示されている（Federal Bureau of Prisons, 2000）。

また、社会内に移行した薬物乱用者の処遇は、以前は社会内移行薬物乱用者処遇（TDAT：Transitional Drug Abuse Treatment）として知られていたが、現在は、社会内処遇サービ

---

4 連邦刑務局による薬物乱用者処遇については、研究部報告34「薬物乱用の動向と効果的な薬物乱用者の処遇に関する研究－オーストラリア、カナダ、連合王国、アメリカ合衆国－」（法務総合研究所、2006）において紹介されている。

ス（CTS：Community Treatment Services）と呼ばれている。連邦刑務局によれば、これまでの研究から、刑務所出所直後は、出所者が薬物の再使用や再犯に最も至りやすい時期であることや、継続的な処遇及び指導監督が不可欠であることが示されており、CTSは、居住型社会復帰センター（RRC：Residential Reentry Center）への居住及び自宅拘禁となった出所者に、継続的な支援を提供している。CTSの職員は、出所者が当局の監督下から外れ、保護観察の監視下に移行するまでの間、継続的な支援を確実に行うため、保護観察所と緊密に連携する。保護観察所には、社会内処遇を受けた全ての出所者に関する包括的な報告書が提供され、保護観察官は、個々の対象者の処遇状況や継続的な処遇ニーズに関する貴重な情報を得ることができるようになっている。

このほか、連邦刑務局においては、処遇効果の向上に向けて、例えば、プログラムを教訓的・教育的な講義セッションから対話型のグループセッションに変更したり、精神疾患のある対象者等にも適用できるようプログラムを拡大したりと、プログラムの改良に継続的に取り組んでいる。



## 引用・参考文献

- Addiction Center(2019). Addiction Center. <https://www.addictioncenter.com/>
- Andrews,D.A., & Bonta,J.(2007). Risk-Need-Responsivity Model for Offender Assessment and Rehabilitation. Public Safety Canada.
- De Leon,G.(2000). The therapeutic community: theory, model, and method. Springer Publishing Company.
- Federal Bureau of Prisons(2000). TRIAD Drug Treatment Evaluation Project Final Report of Three-Year Outcomes: Part1.
- Federal Bureau of Prisons(2017). Directory of National Programs.
- Federal Bureau of Prisons. Substance Abuse Treatment. [https://www.bop.gov/inmates/custody\\_and\\_care/substance\\_abuse\\_treatment.jsp](https://www.bop.gov/inmates/custody_and_care/substance_abuse_treatment.jsp) (2019年1月24日取得)
- 藤岡淳子（編）（2019）．治療共同体実践ガイドートラウマティックな共同体から回復の共同体へー 金剛出版
- 法務省（2019）．令和元年版再犯防止推進白書
- 法務総合研究所（2006）．研究部報告34 薬物乱用の動向と効果的な薬物乱用者の処遇に関する研究ーオーストラリア，カナダ，連合王国，アメリカ合衆国ー
- 石塚伸一（編）（2007）．日本版ドラッグ・コートー処罰から治療へー 日本評論社
- Marlowe,D.B., Hardin,C.D., & Fox,C.L.(2016). Painting the Current Picture : A National Report on Drug Courts and Other Problem-Solving Courts in the United States. National Drug Court Institute.
- Mitchell,O., Wilson,D.B., Eggers,A., & MacKenzie,D.L.(2012). Drug Courts' Effects on Criminal Offending for Juveniles and Adults. Campbell Systematic Reviews, 2012:4.
- 森丈弓・高橋哲・大淵憲一（2016）．再犯防止に効果的な矯正処遇の条件ーリスク原則に焦点を当ててー 心理学研究, 87 (4), 325-333.
- 毛利真弓・藤岡淳子（2018）．刑務所内治療共同体の再入所低下効果ー傾向スコアによる交絡調整を用いた検証ー 犯罪心理学研究, 56 (1), 29-46.
- 内閣府（2012）．平成23年度アメリカにおける青少年の薬物乱用対策に関する企画分析報告書



National Association of Drug Court Professionals(2018). Adult Drug Court Best Practice Standards Volume II Text Revision.

National Association of Drug Court Professionals(2019). About NADCP. <https://www.nadcp.org/about/>

National Institute on Drug Abuse(2015). Therapeutic Communities.

Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice(2018). Drug Courts.

Open Society Foundations(2015). Drug Courts: Equivocal Evidence on A Popular Intervention.

Phoenix House(2019). Phoenix House. <https://www.phoenixhouse.org/>