

法務総合研究所

研 究 部 報 告

27

－アジア地域における薬物乱用の動向と効果的な
薬物乱用者処遇対策に関する調査研究－

2 0 0 5

法務総合研究所

法務総合研究所 研究部報告 27 訂正表

－アジア地域における薬物乱用の動向と効果的な薬物乱用者処遇対策に関する調査研究－

頁	該当箇所	訂正内容
21	第1部第2章「各国の主要乱用薬物の動向」の脚注8「日本やタイのように揮発性物質に特定した規制法がないためと思われる。」	脚注8を削除する。 (訂正理由) シンガポールには「1987年中毒性物質法」(Intoxicating Substances Act 1987)が存在するため、内容が不適切である。

法務総合研究所 研究部報告 27 訂正表

－アジア地域における薬物乱用の動向と効果的な薬物乱用者処遇対策に関する調査研究－

頁	該当箇所	訂正内容
21	第1部第2章「各国の主要乱用薬物の動向」の脚注8「日本やタイのように揮発性物質に特定した規制法がないためと思われる。」	脚注8を削除する。 (訂正理由) シンガポールには「1987年中毒性物質法」(Intoxicating Substances Act 1987)が存在するため、内容が不適切である。

は し が き

この研究部報告第27号は、法務総合研究所の研究部と国際連合研修協力部（国連アジア極東犯罪防止研修所。以下「アジ研」という。）が平成15年度に共同で実施したアジア諸国・地域（中国、香港、インドネシア、韓国、マレーシア、フィリピン、シンガポール及びタイ）を対象とする「薬物乱用の効果的な予防と薬物乱用者の処遇に関する調査研究」の結果を取りまとめて刊行するものである。

当所の研究部とアジ研の共同研究は今回が初めての試みであり、本研究は、アジア・太平洋地域の刑事司法に関するインフォメーション・センターともいうべきアジ研の情報収集能力を発揮させた調査研究といえる。

薬物乱用は、地球規模の深刻な問題であり、世界各国において薬物問題に対して様々な取組がなされている。今回の調査研究の対象としたアジア諸国・地域においても、薬物の密輸、密造、不正取引に対する取締りと処罰といった薬物の供給削減に向けた取組と、いまだ薬物乱用をしていない一般大衆に対する啓発を中心とした予防活動と既に薬物乱用者となってしまった者に対する有効かつ適切な処遇及び社会復帰支援から成る薬物の需要削減に向けた取組とを組み合わせた統合的な薬物政策が展開されている。

一方、我が国についていえば、第3次覚せい剤乱用期はいまだ終えんを迎えておらず、近年過剰収容傾向にある刑務所の約3割は覚せい剤事犯者が占めている状況にあることから、今後薬物乱用問題の解決に向けてより有効な施策を講じていく中で、我が国と同様に深刻な薬物乱用問題に悩むアジア諸国・地域の薬物対策の実情を知ることは有益であると思われる。

本研究が、各方面でなされている薬物乱用問題の解決に向けての議論に寄与するところがあるとすれば幸いである。

おわりに、本研究の実施に当たって多大な御協力をいただいた調査対象国・地域の関係機関並びに在外の大使館・領事館を始めとする関係機関・団体及び関係者の方々に対し、改めて謝意を表する次第である。

平成17年4月

法務総合研究所長

大 塚 清 明

要 旨 紹 介

本報告書を利用するに当たっての参考に、次のとおり、その要旨を紹介する。

第1 調査・研究の趣旨・背景、目的及び方法

1 調査・研究の趣旨・背景

薬物乱用は、社会に広範かつ重大な影響を与えるものであることから、我が国のみならず、多くの諸国において、その防止が重要な課題となっている。その対策は、薬物の供給削減と需要削減であるが、そのためには、刑事政策及び保健・医療政策のみならず、社会政策、経済政策、福祉政策その他の広い分野にわたる施策が必要である。そして、これらの施策は、相互に連携することにより一層効果的なものとなり得ると考えられる。

我が国においても、薬物乱用問題への対応は、刑事政策的観点、保健・医療政策的観点などから、種々の施策がなされてきたが、関連施策の統合的な対応が十分なされてきたとは必ずしもいえない状況にあると思料される。

本調査・研究の対象とした東南アジア諸国の多くは、深刻な薬物乱用問題を抱えており、これらの国では、国を挙げて薬物乱用問題に取り組み、新施策の立案、薬物対策専門の政府機関の設置、欧米から導入し、又は自国で開発した多様な薬物乱用者処遇方法の実践など、広範な施策が実施されている。

本調査・研究は、法務総合研究所内の研究部と国際連合研修協力部（国連アジア極東犯罪防止研修所。以下「アジア研」という。）が共同して実施したものであり、薬物乱用問題に対する刑事政策的観点からの対応を検討するに当たっての基礎的な資料を提供するものであるが、調査対象国・地域（以下「調査対象国」という。）において、薬物の供給・需要及び薬物乱用に関する統合的な施策がいかに展開されているかという点に留意して調査を進めた。調査対象国においては、まず、薬物の供給について、違法薬物の栽培・製造自体の撲滅や処罰、密輸・売買に関する取締り・処罰の強化等によって規制が図られる一方、薬物の需要と危害の低減には、処罰だけではなく、教育等の早期予防対策や薬物乱用者自身が薬物乱用を克服するための効果的な処遇の実施など、種々の施策が実施されており、このように多様な処遇の実情を明らかにするためには、これら諸施策を統合して推進するための方策についても調査する必要があると思料されたからである。

また、調査対象国における諸施策の中には、欧米から導入されたものもあると考えられたことから、今後は、東南アジア諸国が導入している施策や処遇方法の源流である欧米を対象とする予定である。

2 調査・研究の目的

本研究においては、調査対象国における薬物乱用の動向、薬物事犯に関する取締り、薬物乱用者に関する施設内処遇、社会内処遇及び継続的処遇・アフターケア等の実情を明らかにするため、これらの施策を所管する機関に対し、英文の調査票の送付・回収及び実地調査を行った。その目的は、①調査対象国の薬物事犯の動向と薬物乱用予防及び薬物乱用者処遇政策の実情を把握すること、②調査対象国における薬物乱用の動向及び薬物乱用者処遇政策を比較、研究すること、及び以上を踏まえ、③我が国を含むアジア地域の諸国に対し、薬物乱用者対策に関する有用な情報提供をすることである。

3 調査研究の方法

(1) 調査対象国

調査対象国は、中華人民共和国（以下「中国」という。）、香港特別行政区（以下「香港」という。）、インドネシア共和国（以下「インドネシア」という。）、大韓民国（以下「韓国」という。）、マレーシア、フィリピン共和国（以下「フィリピン」という。）、シンガポール共和国（以下「シンガポール」という。）、タイ王国（以下「タイ」という。）の八つの国及び地域とした。ただし、調査票の回答が寄せられたのは、インドネシアを除く7か国であり、かつ、中国及びフィリピンについては、収集し得た情報が現時点においては公表するのに十分とはいえないと判断されたため、本研究報告書からは除外することとした。

(2) 調査票による調査

ア 調査票

平成15年6月1日付けで、アジ研所長名で調査票（英文、A3版20ページ）を前記(1)の調査対象国に送付し、回答を依頼した。

その内容は、薬物問題担当機関一覧、薬物問題の状況と動向、薬物関係犯罪者の再犯の状況、薬物統制関係法令の概要、薬物乱用者に対する施設内処遇及び社会内処遇の詳細とプログラム例、薬物乱用者に対する施設内処遇及び社会内処遇プログラムの効果に関する評価研究、薬物乱用者に対する施設内処遇及び社会内処遇に関する現在の問題、将来の課題、方向性及び継続的処遇とアフターケアである。

イ 調査票送付先機関

調査対象国における施設内処遇及び社会内処遇分野における薬物乱用者処遇の現状をでき得る限り把握するため、矯正機関と保護機関がそれぞれ独立して存在する場合は、原則として、双方に調査票を送付した。

(3) 実地調査による調査

法務総合研究所研究部が韓国及びマレーシアを、アジ研が香港、シンガポール及びタイをそれぞれ分担し、平成15年12月に合計約50か所の機関、施設、研究所等において実地調査を行った。

第2 研究結果

1 主要乱用薬物の動向

調査対象国の多くは、長くヘロインが乱用薬物の主流であったが、近年、ATS系薬物（Amphetamine Type Stimulants：アンフェタミン型興奮剤、メタンフェタミン、MDMA、ケタミンなど）の乱用が急増している。各国の状況は以下のとおりである。

香港 ヘロインが乱用薬物の主流であるが、近年、若年者層を中心に向精神薬（香港における向精神薬は、法律上のカテゴリーではなく、メタンフェタミン、MDMA、ケタミンなど非アヘン系薬物を総称する通称として用いられることが多い。）の乱用が増加しつつある。

韓国 覚せい剤（メタンフェタミン）が乱用薬物の主流であるが、近年、MDMAなどのATS系薬物、向精神薬（麻薬類管理に関する法律によって規制されている向精神性医薬品、例えばLSDなど）が、量は少ないものの押収されている。

マレーシア ヘロイン、モルヒネといったアヘン系薬物の乱用が大半を占めるが、覚せい剤（メタンフェタミン）の乱用が広まりつつあり、さらに、MDMAも問題視されている。

シンガポール 伝統的にヘロインが乱用薬物の主流であり、現在も薬物乱用による逮捕者の多数を占

めているが、近年減少傾向が続いており、2002年の新規薬物乱用被逮捕者数においては、ATS系薬物が約6割、ヘロインが約3割と初めて順位が逆転した。

タイ これまで、あへん、続いてヘロインが、乱用薬物の中心であったが、90年代後半からATS系薬物の乱用が主流になっており、主にヤーバー（メタンフェタミンを主成分とする錠剤型の薬物）が流通している。

2 薬物乱用に対する法規制・処罰の概要

調査対象国においては、薬物事犯者のうち規制薬物の密売人や製造者等の供給側に対しては長期の拘禁刑又は死刑を含む厳罰をもって臨んでいる。

例えば、香港では、危険薬物の製造や不正取引に対しては罰金及び最高で無期拘禁までの拘禁刑の処罰規定がある。シンガポールでは、ヘロイン、大麻、メタンフェタミン、コカインの無許可取引に対する最高刑は死刑であり、モルヒネ、コカイン、メタンフェタミンの無許可製造の法定刑は死刑のみである。

マレーシアでは、危険薬物の不正取引に従事した場合の法定刑は死刑のみであり、また、一定量以上の危険薬物（例えば、ヘロインやモルヒネであれば15グラム以上）を所持していた場合、不正取引に従事していたものと推定される。

タイでは、第1類麻薬に指定された薬物（ヘロインなど）を販売目的で製造又は輸出入した場合の法定刑は死刑のみである。また、同国の麻薬法には、マレーシアと同様に、一定量以上の薬物を所持していた場合には販売目的で所持したものと推定する規定がある。

韓国では、メタンフェタミン、ヘロイン、コカインの製造又は輸出入に対する最高刑は無期懲役であり、さらに、営利目的又は常習としてこれらの行為を行った場合の最高刑は死刑である。

このように、調査対象国においては、規制薬物の供給に係る行為に対しては、厳罰をもって臨んでいる。他方、薬物乱用者（薬物使用者及び薬物依存者の総称として用いる。以下同じ。）については、調査対象国のいずれにおいても犯罪者として扱われているが、併せて、後記5の強制的処遇制度等施設内又は社会内の種々の処遇方策を用意している。

3 薬物乱用防止・薬物乱用者処遇に関する基本政策

調査対象国の多くは、いずれも深刻な薬物問題に直面し、従来薬物の密売者と乱用者とを問わず、厳しい法執行をもって臨んできたが、単なる取締り、処罰のみでは薬物問題を解決することは困難との認識の下で、予防を含めた統合的な薬物対策へと転換を図っているといえる。

こうした政策転換の例としては、香港における薬物嗜癖治療センターのパイロットプログラムの実施（1958年）、マレーシアにおける薬物依存者（処遇及び更生）法の制定（1983年）、「シンガポールにおける薬物状況を改善するための委員会」の勧告に基づく乱用者処遇重視の政策転換（1994年）、タイにおける「取締りの前に予防を、薬物乱用者には処遇を、薬物ディーラーには罰を」というスローガンの下での薬物乱用者更生法に基づく強制的処遇制度の導入（2002年）などが挙げられる。

4 薬物対策統括機関

調査対象国に共通する特徴として、薬物政策の立案から、予防、法執行、処遇までを所掌する総合的な薬物対策統括機関が存在していることが挙げられる（香港の保安部麻薬局、韓国の大検察庁、マレーシアの内務省薬物対策庁、シンガポールの中央麻薬統制局、タイの麻薬統制局事務局等）。

これらの国では、このような総合的な薬物対策統括機関が関係機関の諸活動を調整しつつ、薬物乱用者に対するダイヴァージョン・プログラムを含む効果的かつ継続的処遇体制を構築することを目指している。

5 薬物乱用防止・薬物乱用者処遇対策の概要

調査対象国において、以下のような薬物乱用防止・薬物乱用者処遇対策が講ぜられている。

(1) 強制的処遇制度

薬物乱用者に対する強制的処遇制度とは、本人の意思にかかわらず、施設内又は社会内で、強制的に更生のための各種の処遇を実施することをいう。香港、韓国、マレーシア、シンガポール及びタイは、この強制的処遇制度を有している。

調査対象国における強制的処遇制度は、薬物乱用者を治療が必要な「患者」として扱い、犯罪者としての処罰よりも治療・更生のための処遇を優先させるという理念に基づくものであり、この制度によって、刑事司法の初期の段階で薬物乱用者にダイヴァージョン・プログラムを適用して、治療・更生に専念させることが可能となる(シンガポール及びタイの例)。その適用の決定に裁判所を関与させているのが香港及びマレーシアである。韓国の場合は、薬物乱用者を処罰するという原則を保ちつつ、治療が必要とされる薬物乱用者に対して薬物乱用者処遇のための処分(治療監護)が科せられた後、刑務所において刑が執行される(この場合、治療監護期間は刑期に算入される。))。

(2) 各種の薬物乱用者処遇方法

ア 治療共同体 (Therapeutic Community, TC)

治療共同体モデルによる薬物乱用者処遇は、欧米のみならずアジア諸国で広く実施されており、処遇効果研究によって断薬の継続や再犯防止に有効であることが確認されている。調査対象国においても、民間の治療・リハビリ施設において実施されている例(香港、韓国及びシンガポール)、刑務所及び薬物更生施設において実施されている例(マレーシア)並びに刑務所、薬物乱用者更生センター及び民間の治療・リハビリ施設において実施されている例(タイ)がみられた。

イ 認知行動療法的 (CBT) アプローチ

認知行動療法は、社会的学習理論に基づいて、対象者の問題行動をもたらす認知やその行動の特徴を分析し、認知療法を用いて認知の歪みを再構成し、スキル訓練等の行動療法的な技法を用いて対処スキルや再発防止のためのスキル等の学習を行うことによって、問題行動やライフスタイルを変容させようとするものである。

調査対象国のうち、最も広範に認知行動療法に基づく再発防止プログラムを組み入れているのが香港であり、タイにおいては保健・医療機関が導入している Matrix モデルをベースとして認知行動療法に基づく治療的介入が拡充されつつあり、韓国においては強制的処遇を実施する治療施設において導入されている。また、マレーシアの刑務所における薬物乱用者処遇プログラムやシンガポールの薬物乱用者更生センター又は刑務所における薬物乱用者処遇プログラムにおいても認知行動療法に基づく再発防止プログラムを組み込んだ例がみられた。

ウ Matrix モデル

Matrix モデルは、1984年にアメリカ合衆国カリフォルニア州に設立された NPO 団体 Matrix 嗜癮研究所が UCLA の神経精神医学研究所傘下の統合的物質乱用研究・治療プログラムの一つとして開発した物質乱用者向けの外来治療プログラムである。このプログラムは、コカイン、メタンフェタミン等の興奮剤乱用者治療サービスの要請が高まったことを受けて開発されたものであり、調査

対象国の中ではタイにおいて導入されていた。

エ PMK モデル

PMK は、タイのファラモン・クックラオ (Pharamongkutklao) 病院の頭文字を取った名称であって、外来用のプログラムである上述の Matrix モデルにおける無断離脱率を減少させるために考案されたプログラムであり、入所治療と通所治療を組み合わせることによって、無断離脱の防止を図っているほか、プログラムに宗教的要素を取り入れていることが特徴的である。

オ CAMP (Community Action Management Programme)

このモデルは、シンガポールの精神保健研究所において実施されているパイロットプロジェクトで、多剤乱用者に対して、公的機関、NGO 等との緊密な連携の下に施設内処遇から社会内処遇までを通じた統合的で多様なサービスの提供を内容としている。

(3) 薬物対策統括機関を核としたネットワーク体制の構築

薬物問題対策は、供給削減と需要削減に分けられ、後者は更に薬物乱用予防と薬物乱用者処遇に分かれる。これらの対策は多岐にわたることから、刑事司法機関だけで対応するのは困難であり、関係政府機関相互及び民間機関の連携やネットワークが構築されることが望ましい。

そして、このネットワーク体制の構築のためには、薬物対策統括機関が中心となって、施策の実施に当たっての関係諸機関・組織の連携を図ることが重要であると考えられるところ、調査対象国・地域では、いずれもこのような政府機関が設置されている。

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

継続的処遇は、刑事司法機関に接触した時点から、刑事司法機関による各種の処遇を終了し、その後の円滑な社会復帰及び社会への再統合を図るための支援に至るまでの一連のプロセスである。アフターケアは、継続的処遇の一部であって、特に、刑事司法機関による処遇が終了した後のケアの問題である。薬物乱用者の改善更生及び社会復帰を図るためには、長い時間と多様な社会資源の投入が必要であり、継続的処遇とアフターケアが重要である。

調査対象国においては、このような観点から薬物乱用者に対する様々な内容の継続的処遇 (Through Care) 及びアフターケアが実施されている。その形態としては、単一の民間団体又は政府機関が施設内処遇と社会内処遇両方を受け持つ場合 (香港及びマレーシア)、薬物対策専門機関と民間団体がパートナーシップを構築して全般的な調整を行う場合 (シンガポール) 及び政府機関である処遇実施機関がアフターケアの紹介等を行う場合 (韓国) 等がみられ、取り分け、香港及びシンガポールにおいては、関係機関・組織の連携による充実した継続的処遇・アフターケア体制が構築されている。

(5) 調査対象国における効果的な薬物乱用者処遇推進に向けての課題と今後の方向性

調査対象国は、いずれも薬物対策を国家的な重要な課題と認識し、そのための体制を構築し、先進的な処遇方法を海外から導入し、あるいは積極的に独自の処遇方法を試行するなど、真しな取組を行っていることがうかがえたが、なお、以下のような課題があると考えられる。

ア 実証に基づく実務の拡充

有効な薬物問題対策は、実態の正確な把握と、薬物問題関連の課題に関する実証的研究によって裏付けられる。調査対象国のうち、香港においては実証的研究を実施する体制が比較的整えられているが、その他の国においては今後の課題といえよう。

イ 新たな乱用薬物への対応

調査対象国の多くでは、主要乱用薬物がヘロイン等あへん系薬物であることを反映して、薬物乱用問題対策においてあへん系薬物に重点が置かれていることがうかがえた (シンガポール)。しかし、

ヤーバー、覚せい剤、MDMA 等の ATS 系薬物の乱用者の急増もみられ(香港、シンガポール、タイ及びマレーシア)、これら新たな乱用薬物に対応した処遇プログラムの開発も必要であろう。この点、多剤乱用者向けで、解毒からアフターケアまでの統合的な処遇内容を持つシンガポールの CAMP や ATS 系薬物乱用者処遇を中心に行っているタイにおける処遇の今後の発展が注目される。

第3 日本における効果的な薬物乱用者処遇の現状と課題

1 日本における薬物乱用者処遇の現状

実務的経験の集積から明らかなように、薬物乱用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、できるだけ早期に、乱用者処遇を開始した方が効果的であろう。特に覚せい剤の場合、慢性の覚せい剤精神病になる以前に、治療的介入を開始した方が予後が良好であることは広く知られている。

他方、法に基づく強制的な処遇の期間は、施設内及び社会内処遇ともに限定されているため、①施設内処遇から社会内処遇への移行、②施設内又は社会内処遇終了後のアフターケアへの移行という、それぞれ、次の段階への円滑な移行が、薬物乱用者の薬物再使用を防止し、その社会への再統合を図る上で極めて重要である(家族関係その他本人を取り巻く人間関係の修復、職場・学校等への復帰、負の環境的要因緩和と地域社会への定着など)。

これは、具体的には、薬物乱用者に対する継続的処遇(through care)の実施体制の整備及び(元)薬物乱用者の社会への再統合の在り方の問題となって現れる。

我が国においては、薬物乱用者処遇における継続的処遇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十分とは言えない。

本調査・研究の対象とした、アジア諸国では、完全な形ではもちろんないものの、これらの諸点に対応する対応策は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。そこで、我が国における課題を次のように要約することができる。

2 日本における薬物乱用者処遇の課題

(1) 刑務所内での薬物乱用者処遇の充実と継続的処遇のための体制整備

刑務所における薬物乱用者の処遇と密造者又は不法取引者の処遇とを分離する方策を検討すべきであろう。併せて、釈放後においても継続的な処遇を実施する方策を検討すべきであろう。そのために、まず、刑務所における分類調査によって、薬物乱用防止教育が必要な受刑者の規模を正確に把握することが必要である。

その上で、薬物乱用者処遇の一つの方法として、我が国の刑事司法制度、行刑実務、文化、風土等を十分に考慮した上で多様な処遇の導入可能性を検討する必要がある。ただし、このような処遇の多様化のためには、外部協力者や賃金職員としての専門家の活用も視野に入れるべきである。

(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、それらの者が施設内で受けてきた専門的な薬物乱用者処遇の効果を維持するため、現在の「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。そのためには、本人自身のみならず、本人の家族にも働

き掛けるため、医療・福祉機関、民間の自助グループ等との連携による処遇を検討すべきであろう。

また、法定の処遇終了後のアフターケアへの円滑な移行を図るため、薬物乱用者処遇を実施する機関において、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重要であろう。

(3) 刑事司法機関と関係機関との連携強化等

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独自に薬物乱用者処遇に当たっており、相互の連携が図られているとはいえない状況にある。関係政府機関、民間組織・団体の連携を強化するためには、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挙げられるであろう。

なお、本報告書中、評価、意見にわたる部分は筆者らによる個人的見解である。

研究部長

渋谷 慎吾

国際連合研修協力部長

酒井 邦彦

アジア地域における薬物乱用の動向と効果的な 薬物乱用者処遇対策に関する調査研究

(国連アジア極東犯罪防止研修所)

	教官	横	地	環
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
盛岡少年鑑別所長	(前教官)	寺	村	堅志
府中刑務所首席矯正処遇官	(前研究官)	桑	山	龍次
早稲田大学助教授	(前研究官)	藤	野	京子

目 次

第1部 アジア各国・地域の薬物乱用の動向及び薬物乱用者処遇対策の比較検討			
第1章 調査・研究の実施概要	染田 惠	7	
	寺村 堅志		
	桑山 龍次		
第2章 各国の主要乱用薬物の動向	横地 環	15	
第3章 各国の薬物乱用に対する法規制・処罰の概要	桑山 龍次	25	
第4章 各国の薬物乱用防止・薬物乱用者処遇政策	桑山 龍次	35	
第5章 各国の薬物問題対応機関・組織の概要	桑山 龍次	45	
第6章 調査対象国における注目すべき薬物乱用防止・	染田 惠	55	
薬物乱用者処遇等対策の概要	寺村 堅志		
第2部 アジア各国・地域の薬物乱用の動向及び薬物乱用者処遇等対策の現状			
第1章 香港	寺村 堅志	111	
第2章 韓国	桑山 龍次	153	
第3章 マレーシア	藤野 京子	179	
	桑山 龍次		
第4章 シンガポール	染田 惠	205	
第5章 タイ	染田 惠	249	
	寺村 堅志		
第3部 日本における薬物乱用者処遇の現状と課題			
	小柳 武	315	
	染田 惠		

第 1 部

アジア各国・地域の薬物乱用の動向及び 薬物乱用者処遇対策の比較検討

第1章 調査・研究の実施概要

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

目 次

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

第1章 調査・研究の実施概要

第1 調査・研究の目的

1 調査・研究の趣旨と背景

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

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

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

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

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

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

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

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

2 調査・研究の目的

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

(1) 薬物乱用者の再犯防止のための効果的な方法の探求

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

(2) 東南アジア諸国及び日本における薬物乱用者対策への有用な情報の提供

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

第2 調査・研究の方法

1 調査対象国・地域

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

2 調査票による調査

(1) 調査票

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

ア 各国の主要乱用薬物問題の状況と動向

イ 薬物問題関係犯罪者の再犯の状況（薬物乱用者処遇の効果）

ウ 薬物統制関係法令及び処罰制度の概要（薬物関係のダイヴァージョン制度の有無）

エ 薬物乱用防止・薬物乱用者処遇政策（当該国の政策の歴史的経緯及び現在・将来の方向性：薬物乱用者と薬物不法取引者等を区別した扱いをしているか。処罰優先か処遇重視かなど。）

オ 薬物問題対応機関・組織の概要

カ 薬物乱用予防

キ～コに関しては、各処遇プログラムについて、詳細な調査項目を設定したほか、特にキ、クに関しては、施設内処遇及び社会内処遇プログラムの効果に関する評価研究、薬物乱用者に対する施設内処遇及び社会内処遇に関する現在の問題、将来の課題、方向性についての調査項目を組み込んだ。

キ 薬物乱用者に対する施設内処遇

ク 薬物乱用者に対する社会内処遇

ケ 継続的処遇とアフターケア

コ 当該地域における現行の処遇制度等の今後の課題

(2) 調査票送付相手方機関

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

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

3 実地調査

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

第3 本報告の構成

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

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

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

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

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

第3部では、我が国における薬物乱用者処遇の現状と課題について述べた。

第2章 各国の主要乱用薬物の動向

国連アジア極東犯罪防止研修所 教官 横 地 環

目 次

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

第2章 各国の主要乱用薬物の動向

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

第1 主要乱用薬物の全体的傾向

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

表1 国別主要乱用薬物上位5種(2002年)

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

表2 国別主要乱用薬物上位5種(過去の調査)

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

注 1 韓国は、薬物種別のカテゴリーが上記3種のみである。
韓国の「向精神薬」はメタンフェタミン及びMDMA、「麻薬」はヘロイン及びコカインを含む。
2 表1中、シンガポール及びタイは、2003年のデータである。
3 表2中、シンガポールの第5位は、当時の法制度の下での順位である。ケタミンは、1999年から規制対象。
4 タイの「揮発性物質」は接着剤、シンナー、トルエンなどの有機溶剤を指す。
5 香港のトリアゾラムは睡眠薬に、ミダゾラムは麻酔薬にそれぞれ分類される。詳細は本章第2の5の(2)参照。

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

1 データの詳細は、第2部の各国該当章を参照されたい。

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

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

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

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

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

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

3 詳細は第2部第5章第2を参照。

第2 主要乱用薬物の属性、乱用方法及び随伴症状

1 あへん系薬物（あへん、ヘロイン及びモルヒネ）

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

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

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

モルヒネ・ヘロインとも、主に静脈注射によって摂取される。

2 ATS（メタンフェタミン、アンフェタミン及びMDMA）

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

(1) 覚せい剤（メタンフェタミン及びアンフェタミン）

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

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

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

4 薬物を使いたいという強い欲求が起きて、薬物をやめられない状態。

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

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

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

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

(2) MDMA

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

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

3 大麻 (Cannabis)

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

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

4 揮発性物質 (Volatile Substances)

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

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

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

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

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

5 その他

(1) ケタミン (Ketamine)

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

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

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

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

8 日本やタイのように揮発性物質に特定した規制法がないためと思われる。

第3 薬物乱用者処遇と乱用薬物の特性

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

1 薬物依存症者処遇のアウトライン

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

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

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

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

2 あへん系薬物に対する薬物療法

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

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

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

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

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

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

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

3 あへん系薬物とATSのリスク

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

<参考文献>

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

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

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

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

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

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

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

12 上記 UNODC, pp.9-.

13 ATS より弱い, 揮発性物質及びコカインも精神毒性を持つ。

第3章 各国の薬物乱用に対する法規制・処罰の概要

府中刑務所首席矯正処遇官（前研究官） 桑 山 龍 次

目 次

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

第3章 各国の薬物乱用に対する法規制・処罰の概要

第1 はじめに

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

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

本章で採り上げる法令は、以下のとおりである。

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

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

第2 分析・検討の視点

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

以下、この二本の柱に沿って調査対象国・地域の薬物関係法令を分析・検討する。

第3 薬物取締法令の概要－供給削減の側面から

1 規制薬物の供給に対する厳罰主義

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

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

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

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

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

2 推定規定

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

3 身体刑

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

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

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

4 その他の薬物供給削減のための法令

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

表1 調査対象国・地域における薬物による不法収益没収のための法令

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

第4 薬物乱用者処遇に関する法令の概要－需要削減の側面から

1 処罰規定

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

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

2 強制的処遇制度に関する規定

(1) 強制的処遇制度について

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

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

(2) 強制的処遇制度の根拠法令

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

表 2 強制的処遇制度の根拠法令

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

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

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

韓国 社会保護法 (The Social Protection Law)

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

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

(3) 強制的処遇実施の手続

ア 刑事手続と強制的処遇実施手続との関係

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

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

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

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

イ 人権保障措置

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

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

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

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

ウ 強制的処遇導入のためのスクリーニング

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

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

(4) 強制的処遇の方式

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

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

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

第5 まとめ

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

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

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

第4章 各国の薬物乱用防止・薬物乱用者処遇政策

府中刑務所首席矯正処遇官（前研究官） 桑 山 龍 次

目 次

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

第4章 各国の薬物乱用防止・薬物乱用者処遇政策

第1 はじめに

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

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

第2 調査対象国の薬物乱用防止・薬物乱用者処遇政策の特色

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

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

第3 調査対象国の薬物乱用防止・薬物乱用者処遇政策の転換

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

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

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

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

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

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

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

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

第4 薬物乱用防止・薬物乱用者処遇政策の枠組み

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

1 供給削減

(1) 規制薬物の供給側に対する厳罰主義

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

(2) 国際協力

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

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

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

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

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

2 需要削減

(1) 薬物乱用予防

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

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

(2) 薬物乱用者処遇（継続的処遇及びアフターケアを含む。）

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

1 このような薬物乱用予防は一次予防とも呼ばれる（小沼，2003）。

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

ア 強制的処遇制度

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

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

イ 刑務所における薬物乱用者処遇

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

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

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

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

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

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

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

ウ 継続的処遇及びアフターケア

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

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

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

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

第5 まとめ

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

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

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

<参考文献>

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

Supreme Public Prosecutors' Office, 2003, *Drug Control in Korea*.

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

第5章 各国の薬物問題対応機関・組織の概要

府中刑務所首席矯正処遇官（前研究官） 桑 山 龍 次

目 次

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

第5章 各国の薬物問題対応機関・組織の概要

第1 はじめに

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

第 2 薬物対策統括機関と諮問機関

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

調査対象国の薬物対策統括機関

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

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

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

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

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

第3 情報収集及び研究機関

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

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

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

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

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

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

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

第4 取締り及び国際協力

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

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

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

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

1 薬物乱用予防

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

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

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

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

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

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

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

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

2 薬物乱用者処遇

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

を所管している。

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

3 継続的処遇及びアフターケア

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

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

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

第6 まとめ

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

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

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

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

目 次

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

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

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

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

第1節 各種処遇対策等の刑事司法制度等における位置付け

第1 はじめに

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

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

第2 各種処遇対策等の刑事司法制度等における位置付け

1 薬物乱用予防の段階に対応した施策

(1) 第一次予防→薬物への接触予防（教育・広報の徹底）¹

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

(2) 第二次予防→依存症化の予防（早期発見・早期処遇）

(3) 第三次予防→依存者の更生・再使用予防

2 薬物対策のモデル

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

(1) 法的規制モデル（刑事司法）

以下に述べるアとイを区別して、アを導入しようとするのが一般的

ア 使用者・乱用者対策（●需要削減）→処遇モデルへのシフト

(ア) ダイヴァージョン・プログラム ((2)アないしウとの結合)

・薬物乱用者強制的処遇制度

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

・ドラッグ・コート（アメリカ、オーストラリアほか）

(イ) 施設内処遇

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

(ウ) 社会内処遇

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

1 第一次予防に関するアないしウの例は、アメリカの例である。

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

・治療共同体（シンガポール、タイ、アメリカなど）

イ 密造・不法取引者対策（◆供給削減）

徹底した取締りと摘発→国内関係機関の連携、国際的協力（条約や MOU の締結）

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

(2) 処遇モデル（医療・福祉）（●需要削減）

ア 医療モデル（Medical Model）

施設内処遇（in-patient treatment）

社会内処遇（out-patient treatment）

イ 社会福祉モデル（Welfare Model）

ハームリダクション（Harm Reduction）・アプローチ→社会政策

ウ 統合モデル（統合的アプローチ，Integrated Approach）

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

3 処遇方法（モダリティ，modality）

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

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

(3) 自助グループ活動（NA, AA）

(4) 薬物治療

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

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

ウ 代謝阻害療法→アセトアルデヒド代謝阻害

エ 対症療法→交感神経遮断ほか

(5) 実証的根拠に基づく実務（EBP）の観点から効果が実証された処遇

ア 心理社会的治療アプローチ

イ コミュニティ強化プラス・クーポン制アプローチ

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

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

ウ 報酬管理

エ 再発予防（リラプス・プリベンション，RP）

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

ア MATRIX モデル

イ 行動的家族／夫婦療法

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

エ 支持的現精神療法

<参考文献>

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

福井進，小沼杏坪（編），「薬物依存症ハンドブック」，1999，金剛出版.

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

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

第2節 各種処遇対策等の分析

第1 薬物乱用者に対する強制的処遇制度

1 強制的処遇制度の定義

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

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

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

2 調査対象国の強制的処遇制度の特徴とその比較

(1) 強制的処遇制度導入の目的・背景

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

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

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

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

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

(2) 強制的処遇制度分析の観点

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

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

→刑事司法手続からの一種のダイヴェージョンの時期と方式

イ 強制的処遇実施の結果が刑事司法手続にどのような影響を及ぼすか。

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

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

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

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

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

(3) 法的位置付け

ア 強制的処遇制度の刑事司法手続における導入段階

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

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

刑事司法の段階	香 港	韓 国	マレーシア	シンガポール	タ イ
警察等捜査機関による摘発段階			更生センターにおける施設内処遇及びそれに引き続く社会内処遇命令又は当初からの社会内処遇事務所による社会内処遇(1983年薬物依存者(処遇及び更生)法6条, 8条)治安判事が, 更生センターにおける薬物依存者のための施設内処遇命令又は社会内処遇命令を発する。	薬物乱用者更生センターにおける施設内処遇及びそれに引き続く法定社会内処遇又は当初からの社会内処遇(1973年薬物乱用法34条2項)検察官送致前の中央薬物統制局による行政命令	薬物乱用者更生センターにおける施設内処遇又は当初からの社会内処遇(2002年薬物乱用者更生法22条1項, 21条)検察官による起訴前の薬物乱用者更生委員会小委員会による行政命令
裁判段階以降	薬物嗜癖治療センター(DATC)における施設内処遇(危険薬物条例54A条)矯正局長によるDATC収容適格性報告書(判決前調査報告書の一部)に基づき, 裁判所が薬物嗜癖治療センター拘禁命令を下す。	治療監護所における施設内処遇(社会保護法による保護処分的一种, 社会保護法1条, 2条, 8条)裁判所が検察官の監護請求に対して, 判決をもって命ずる。ただし, 対象は, 薬物乱用者に限定されない。			

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

イ 強制的処遇実施の結果と刑事司法手続との関係

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

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

ることになる。

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

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

ウ 強制的処遇の実施機関、処遇の種別及び施設内処遇の体制等

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

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

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

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

表 2 強制的処遇の実施機関、処遇の種別及び施設内処遇の体制

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

(注) 「あへん系薬物」には、あへん、モルヒネ、ヘロインを含む。

エ 強制的処遇実施中の処遇の多様化

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

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

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

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

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

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

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

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

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

及び社会的（対人）技能開発、④教育及び職業訓練等が実施されている。

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

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

（ア）施設内処遇から社会内処遇への移行

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

（イ）施設内又は社会内処遇終了後のアフターケアへの移行

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

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

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

7 CARE システムの詳細は、第2部第4章シンガポールの項を参照されたい。

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

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

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

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

3 調査対象国の強制的処遇制度に関する課題と対応策

以上の概観に基づき、次の点が指摘できる。

(1) 継続的処遇体制及びアフターケア体制の整備

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

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

(2) 強制的処遇コースと刑罰コースへの対象者の振り分け基準

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

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

(3) 強制的処遇の効果に関する評価研究

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

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

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

1 治療共同体モデルによる処遇とは？

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

(1) 治療共同体概念の誕生と四つの源流（Kennard, 1998）

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

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

表3 TC の四つの源流

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

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

デルに基づく TC 活動を中心に説明する。

(2) 治療共同体モデルに共通する特徴 (Kennard, 1998)

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

ア 非形式的で共同参加型の文化風土を持つ。

イ グループミーティングが治療プログラムの中心となっている。

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

ウ 共同体の維持・運営にメンバーの役割活動を活用する。

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

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

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

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

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

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

ア コンセプトベースト TC 活動が目指すもの

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

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

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

ラムを用いて否定的なパターンの思考、感情、行動の変容を図る¹¹。

イ コンセプトベース TC 処遇の基本的構成要素

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

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

ウ コンセプトベース TC におけるコンセプト

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

エ TC 処遇の流れ

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

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

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

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

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

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

カ TC処遇の財源¹⁴

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

2 薬物乱用者に対する治療共同体モデルによる欧米の処遇効果研究

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3 調査対象国における治療共同体処遇の現状、当面する課題と今後の展望

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<参考文献>

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

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

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

1 認知行動療法モデルによる薬物乱用者処遇とは？

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

表 4 変化の段階モデルと再発防止の関係²⁵

段 階	説 明	治療的介入
① 前考慮段階 Pre-contemplation	どちらかといえば問題行動に肯定的で変化の意欲が芽生えていない段階。	
② 考慮段階 Contemplation	変化しようと考え始め、問題行動の得失を考慮しているが、変化の準備がまだできていない段階。	
③ 準備段階 Preparation	態度・行動を変化させようとする準備ができており、自己規制をかけ始めている段階。	
④ 行動段階 Action	問題行動を修正し、問題行動に逆戻りするのを防ぐスキルを学習する段階。	
⑤ 維持段階 Maintenance	達成した変化を維持し、一時的な再発に建設的に対処する段階。	

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

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

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

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

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

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

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

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

表5 再発防止モデルに基づくプログラムの基本技法(例)

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

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

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

2 認知行動療法モデルによる薬物乱用者処遇の欧米の処遇効果研究

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

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

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

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

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

3 調査対象国における認知行動療法プログラムの実践、問題点及び今後の展望

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

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

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

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

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

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

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

<参考文献>

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

text/pblict/forum/v13n3/)

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

第4 Matrix モデル：折衷統合的薬物乱用治療・リハビリモデル例

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

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

（1）Matrix モデルの成り立ち

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

（2）Matrix モデルが目指す目標

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

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

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

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

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

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

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

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

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

表 6 マトリックス標準集中的外来プログラムスケジュール（例）

週	月	火	水	木	金	土・日
1 ～ 4	6-7 PM Early Recovery Skill Group 7-8:30PM Relapse Prevention		7-8:30 PM Family Education Group		6-7 PM Early Recovery Skill Group 7-8:30 PM Relapse Prevention	12 Step or other support group meeting
5 ～16	7-8:30 PM Relapse Prevention Group	12 Step or other support group meeting	7-8:30 PM Family Education Group or Transition Group	12 Step or other support group meeting	7-8:30 PM Relapse Prevention Group	
17～52			7-8:30 PM Social Support			
プログラム構成要素		概 要				
個人（家族合同）面接 Individual (Conjoint) Session		プログラムオリエンテーション及び治療同意の取り付け（治療開始期），進ちょく状況評価・再発等への危機介入（1～1.5か月後），進ちょく状況最終評価及びアフターケアプランの策定（終結期）。（計3単元）				
早期回復スキルグループ Early Recovery Skills Group. (ERS)		薬物使用のトリガー（触発要因）及びトリガー・思考・渴望・薬物使用サイクルの分析，思考停止法等の対処スキル学習，12ステッププログラムの導入等を行い，併せて週間日課の管理，断薬継続の確認の構造的エクササイズを実施させる。（1か月目に実施，グループは8名程度で編成，8単元）				
再発防止グループ（RP） Relapse Prevention Group.		薬物再使用が予測可能な形で起こることを理解させ，回復への動機付けを高めつつ，ストレス，抑うつ気分，怒りへの対処，再使用防止のための知識とスキルを学習させ，12ステッププログラムへの参加を奨励する。（開始期～終結期まで実施，32単元）				
家族教育グループ（FE） Family Education Group		薬物依存症のメカニズム理解，家族のサポートのポイント等をビデオやスライド教材をもとに学習し，AAメンバーの講義，患者及び親同志のグループ討議などを通じて家族への心理教育を実施する。（後期に実施，12単元）				
社会的サポートグループ Social Support Group		薬物依存症からの回復中期にある患者の再社会化を支援するためのグループサポート活動。回復者をグループメンバーに交えて，1回に渴望，抑うつ，共依存など，一つのトピックを取り上げ話し合う。（4か月目の終結前に実施，4単元）この集中治療を終えると，参加者は17週～52週にわたる社会的サポートグループセッションやNAミーティング等への参加が奨励される。				
備 考		・12ステップ活動はAAやNAの導入セッションを実施してから，外部の自助グループミーティングにつなげている。 ・尿検査（又は呼気検査）はインフォームドコンセントを取り毎週実施。 ・個別セッションは，集団セッション外の時間に別途設定する。				

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<参考文献>

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

第5 PMK モデル

1 概要

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

2 PMK モデルの特徴とその意義

(1) PMK モデルの特徴

ア 入所治療と通所治療のハイブリッド型モデルであること

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

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

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

イ タイ人の文化、宗教的伝統に根ざしたプログラムであること

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

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

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

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

表 7 Matrix プログラムと PMK モデルの比較

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

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

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

34 認知行動モデルの詳細は、本報告第 1 部第 6 章第 2 節第 3 を参照されたい。
35 認知行動療法の詳細は、本報告第 1 部第 6 章第 2 節第 3 を参照されたい。

表 8 PMK モデルの詳細 (28日間の入所期間中)

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

(2) PMK モデルの成果

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

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

3 PMK モデルに関する課題と対応策

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

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

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

4 日本における処遇プログラム構築を考える際に参考となる点

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

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

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

<参考文献>

- Beck, T.A., et al, 1993, "Cognitive Therapy of Substance Abuse," Guilford Press.
- Nawaporn, H. and Pichai, S., 2003, "Drug Addiction Intervention Program in Thai Armed Forces," presentation paper for UNAFEI professors.
- Pichai, S., 2003, "Applicability of Self Help to Thai Society," draft paper of the analysis of AA 12 steps for drug abuser treatment.
- 小沼杏坪, 2004, 「薬物依存者に対する治療・処遇の体制の現状と課題」, 警察学論集57巻2号, pp.123-147.
- 坂野雄二, 1995, 「認知行動療法」, 日本評論社.
- 福井進, 小沼杏坪, 1996, 「薬物依存症ハンドブック」, 金剛出版.
- 和田清, 2000, 「依存性薬物と乱用・依存・中毒」, 星和書店.

第6 CAMP

1 概要

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

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

2 CAMP の特徴とその意義

(1) 特徴

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

(2) 提供されるサービスの概要

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

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

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

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

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

(3) 特定のニーズに対応した処遇コース

ア 女性の薬物乱用者専用コース

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

イ 薬物依存とドメスティック・バイオレンス問題専用コース

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

3 CAMP に関する課題と対応策

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

4 日本における処遇プログラム構築を考える際に参考となる点

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

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

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

(2) 特定のニーズに対応するためのコースの設定

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

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

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

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

<参考文献>

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

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

第7 薬物対策統括機関を核としたネットワーク体制

1 意義

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

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

2 調査対象国のネットワーク体制の特徴とその比較

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

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

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

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

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

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

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

表9 薬物乱用問題に対応するための関係機関等のネットワーク体制

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

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

注 韓国の「大検察庁」は、日本の最高検察庁に相当する組織である。

3 調査対象国のネットワーク体制に関する課題と対応策

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

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

<参考文献>

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

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

和田清,2000,「依存性薬物と乱用・依存・中毒」,星和書店.

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

1 薬物乱用者に対する継続的処遇及びアフターケアの意義

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

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

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

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

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

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

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

（2）継続的処遇の実現を阻害する要因と打開策（例）

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

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

共通の目標の実現が阻害される⁴⁰。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2 北米における継続的処遇及びアフターケアの実践例と処遇効果研究例

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

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

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

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

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

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

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

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

処遇段階	処遇内容等説明			
ステージ 1： 刑務所拘禁中の TC プログラム Prison-based TC	・ 社会内で行われる TC 処遇と同様な処遇を 9～12か月にわたり刑務所内で実施（拘禁下の TC 処遇では、十分な時間をかけ TC 処遇のみに専念させ、回復途上の嗜癖者を役割モデルにした交流、向社会的価値、前向きに働く態度、嗜癖サイクルの理解などを体験させる）。			
ステージ 2： 外部通勤期間中の TC プログラム Transitional TC in a work-release setting	・ 仮出獄日の約 6 か月前に対象者は外部通勤プログラムに移行する。昼間は社会内に外部通勤し、夜間は地域社会にある外部通勤施設となるハーフウェイハウスで生活する。この間、薬物再使用の誘惑に駆られることもあることから、移行期の TC プログラムをハーフウェイハウスで実施する。			
ステージ 3： パロール期間中のアフターケア Aftercare	・ 外部通勤期間が満了後、受刑者はパロールで出所し、釈放後の保護観察官による監督指導を受ける。開始期には面接が実施され、想定される問題点、短期・長期目標を設定し、処遇計画を策定する。 ・ この期間中は、ハーフウェイハウスで実施される治療グループ(再発防止、対人関係、雇用上の困難、経済的問題などを扱う)、カウンセラーとの個別・家族合同面接、外部の NA, AA ミーティングに参加するよう奨励する。アフターケア期間開始後30日間を適応的に生活できている者は、治療グループ参加は免除とし、外部の NA, AA ミーティングへの参加は継続するよう勧める。一方、不定期の尿検査を実施し、アルコールで陽性反応が出た場合は、週末にハーフウェイハウス TC の再発防止グループに参加させ、ヘロイン等の規制薬物陽性の場合は、ハーフウェイハウスに連れ戻し、事案に応じた措置を採る。			
成り行き調査	説 明			
1. サンプル	1991～97年にデラウェア州矯正局で薬物乱用の治療（TC）+外部通勤が適当と判断された者（N=1,077名）を下記 4 群に分類 ⁴⁴ 。			
2. 分析方法	a. 面接調査・再犯・再発指標等：外部通勤前に事前調査、以後、外部通勤完了後（パロール開始後）18か月、42か月、60か月目にフォローアップ調査を実施（初回の調査項目は、犯罪歴、薬物使用歴、治療歴、心身の健康状態、過去の薬物乱用の程度等で、フォローアップ時には、薬物使用の有無を自己申告及び尿検査で確認し、逮捕の有無を自己申告及び公的記録から確認した）。 b. 統計解析：薬物再使用及び再犯指標の従属変数として、治療的介入参加の有無、性、人種、年齢、犯罪歴、薬物乱用歴、治療歴を独立変数とするロジスティック回帰分析を実施。			
3 群構成及び再犯・薬物再使用の推定確率	規制薬物の断薬継続		逮捕なし（再犯指標）	
	42か月目	60か月目	42か月目	60か月目
① 非治療群 ⁴⁵	0.05	0.05	0.27	0.23
② 治療群 ⁴⁶				
A：ドロップアウト群	0.18	0.17	0.33	0.28
B：TC 修了群	0.20	0.21	0.47	0.42
C：TC+アフターケア群	0.29	0.26	0.53	0.48
主要な結果解釈	① TC 処遇を完了した場合には、断薬継続、再犯のいずれにおいても有意に良好な成績を示す（60か月目のオッズ比は薬物再使用3.5、逮捕1.6）。 ② TC 処遇のみの修了は、再犯抑止には相応の効果があるが、薬物再使用の防止(断薬の継続)という観点から見ると、ドロップアウト群と大きな違いはなく、アフターケアを付加することにより、断薬継続も再犯抑止も有意に向上する。			

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

当てはまる原則だと筆者は考えている。

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

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

<参考文献>

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

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

第 2 部

アジア各国・地域の薬物乱用の動向及び 薬物乱用者処遇等対策の現状

第1章 香港

盛岡少年鑑別所長（前教官） 寺 村 堅 志

目 次

第 1	香港の概要	117
1	基礎データ	117
2	概況	117
第 2	主要乱用薬物の動向	119
1	香港薬物乱用史概観	119
2	近年の薬物乱用動向	119
	(1) 保安部麻薬局薬物乱用中央登録室のデータ	119
	(2) 警察統計に見る薬物乱用者の動向	121
	(3) 矯正施設被収容者及び保護観察対象者における薬物乱用者の動向	121
第 3	乱用性薬物に関する法的規制の概要	122
1	国連の麻薬関連 3 条約の適用状況	122
2	規制薬物の統制及び処罰等にかかわる主な法律	122
	(1) 危険薬物条例 (Dangerous Drugs Ordinance (Chapter 134))	122
	(2) 薬剤業及び毒物条例 (Pharmacy and Poisons Ordinance (Chapter 138))	123
	(3) 化学薬品規制条例 (Control of Chemicals Ordinance (Chapter 145))	124
	(4) 薬物密輸 (不法収益回収) 条例 (Drug Trafficking (Recovery of Proceeds) Ordinance (Chapter 405)) 及び組織的重大犯罪条例 (Organized and Serious Crimes Ordinance (Chapter 455))	124
3	薬物依存者の治療的処遇やリハビリに関連する主な法律	124
	(1) 薬物嗜癖治療センター条例 (Drug Addiction Treatment Centres Ordinance (Chapter 244))	124
	(2) 薬物依存者治療・リハビリセンター (許可) 条例 (Drug Dependant Persons Treatment and Rehabilitation Centres (Licensing) Ordinance (Chapter 566))	124
第 4	薬物乱用防止及び薬物乱用者の処遇政策	126
1	現行薬物統制政策の成立事情	126
2	現行薬物統制政策の骨子	126
	(1) 薬物対策の 5 本の柱	126
	(2) 薬物乱用者の治療・リハビリに関する 3 か年計画	127
第 5	薬物問題に対応する機関・組織等の概要	129
1	保安部麻薬局 (Narcotic Division of the Security Bureau)	129
2	ACAN (麻薬対策常務委員会, Action Committee Against Narcotics)	129
3	薬物撲滅基金協会 (Beat Drugs Fund Association)	130
4	薬物問題連絡委員会 (Drug Liaison Committee)	130
5	政府関係法執行, 刑事司法, 医療・福祉処遇機関	130
6	予防教育・啓発活動や治療・リハビリ活動に従事する民間団体	130
第 6	薬物乱用予防及び薬物乱用者処遇	131
1	香港における薬物乱用関連のサービス総論	131

2 矯正局による薬物依存者の強制治療処遇の概要	133
(1) 香港矯正局 (Correctional Services Department, CSD) の概況	133
(2) 香港矯正局所管の矯正施設における薬物乱用者処遇の枠組み	134
ア 薬物嗜癖治療センタープログラム	134
イ 薬物乱用意識啓発・防止プログラム (一般の刑務所で薬物使用履歴のある受刑者に 選択的に実施。)	134
(3) 薬物嗜癖治療センター (Drug Addiction Treatment Centre, DATC) プログラムの 概要	134
ア DATC プログラムの導入経緯	134
イ 薬物嗜癖治療センター条例 (DATC 条例) の概要	134
(ア) DATC 処分選択の対象者	134
(イ) DATC 処分選択手続	134
(ウ) DATC 収容期間	134
(エ) 釈放後の法定監督期間	135
(オ) 再収容命令	135
(カ) 新たな拘禁刑等の措置	135
(キ) 刑務所受移送	135
ウ 現在の DATC 施設	135
エ プログラム内容	136
(ア) 医療サービス	136
(イ) カウンセリング等の心理学的介入	136
(ウ) 職業補導・訓練	136
(エ) 教科教育	136
(オ) 体育・レクリエーション	136
オ 累進制と成績評価	136
カ 釈放前指導	136
キ アフターケア	136
(4) DATC 入所者の特徴	137
(5) チーマワン薬物嗜癖治療センター (Chi Ma Wan DATC) のプログラム例	137
(6) DATC プログラムの最近の発展	138
(7) 処遇成績及び再犯率	139
3 メサドン治療プログラム (Methadone Treatment Program, MTP)	139
(1) 導入経緯	139
(2) メサドンクリニックにおけるメサドン治療プログラムの概要	139
ア 目的	139
イ 治療形態	140
ウ 実施機関・職員等	140
エ サービス内容	140
オ HIV サーベイランスと予防活動	140
カ MTP 関連統計	141

(3) メサドン治療プログラムの再検討と最近の発展	141
4 居住型自発治療プログラム (Voluntary Residential Program)	142
(1) 社会福祉局の業務及び民間治療・リハビリ機関への処遇付託の概要	142
(2) 社会福祉局等の政府機関による民間施設の運営助成制度について	143
(3) 居住型自発治療・リハビリ施設の年間利用状況	143
(4) 小規模治療・リハビリ施設団体の運営例：Barnabas Charitable Service Association	144
ア 設立経緯・運営目的	144
イ 総職員数	144
ウ 財源	144
エ 薬物処遇関連サービスの概要	144
(ア) 対象者	144
(イ) 提供するサービス	144
a 薬物治療・リハビリ関係：居住型訓練センター及びハーフウェイハウス	144
b 薬物乱用アフターケア：サンフラワーカフェ	144
c 職業スキル訓練：バタフライプロジェクト職業スキル訓練センター	144
d 薬物乱用防止教育関係：サンシャインネット	144
オ 当面する課題等	144
(5) 大規模治療・リハビリ施設団体の運営例：SARDA (Society for the Aid and Rehabilitation of Association)	145
ア 設立経緯・目的	145
イ 総職員数	145
ウ 財源	145
エ 薬物乱用処遇関連サービスの概要	145
(ア) 治療・リハビリ関係	145
a 居住型治療・リハビリセンター	145
(a) シェクーチャウ治療・リハビリセンター (Shek Kwu Chau Treatment & Rehabilitation Centre)	145
(b) オータウユースセンター (Au Tau Youth Centre)	146
(c) シスターアキナス記念女子治療センター (Sister Aquinas Memorial Women's Treatment Centre)	146
(d) 成人女子リハビリセンター (Adult Female Rehabilitation Centre)	146
b その他の薬物乱用処遇関連施設	146
(a) ハーフウェイハウス	146
(b) 社会サービスセンター	146
(c) 尿検査室	146
(d) クリニック	146
c 関連自助団体：パイフォン自助協会 (Pui Hong Self-help Association)	146
d メサドンクリニックにおけるカウンセリングサービス	146
e その他 (研修・研究活動等)	147
(イ) 予防教育・地域支援関係	147

(6) 居住型自発治療・リハビリプログラムの最近の発展	147
5 物質乱用クリニックと向精神薬乱用者向けカウンセリングセンター	147
(1) SAC と CCPA の機能や対象等	147
(2) CCPA サービスの例：PS33.....	148
ア 設立経緯	148
イ 総職員数	148
ウ 財源	148
エ 薬物処遇関連サービスの概要	148
(3) SAC と CCPA の最近の発展	149
6 予防啓発活動等	149
(1) 予防教育・啓発活動等関連の財政支援	149
(2) 薬物情報センター（Drug Info Centre）の創設	149
(3) 青少年団体等各種団体とのパートナーシップの構築	149
(4) 教育局による取組	150
(5) 薬害教育用マンガ本の出版・配布	150
7 研究活動	150
第7 薬物問題への対応の特色と今後の課題	151

第1章 香港¹

第1 香港の概要²

1 基礎データ

- (1) 面積：1,098km²（東京都の約半分；香港島、九龍、新界及び235の島から構成。）
- (2) 人口：約681.6万人（2003年6月現在）うち、外国籍居住者約53万人（フィリピン約14.3万人、インドネシア約8.5万人、アメリカ約3.2万人など。）
- (3) 人種：漢民族（約98%）
- (4) 公用語：英語・中国語（広東語）
- (5) 一人当たりGDP：2万3,800米ドル³（日本に次いでアジアで第2位。）
- (6) 失業率：7.2%（2002年）
- (7) 刑務所拘禁率（人口10万人当たり）：約180（日本の3.3倍）（2003年）

2 概況

香港は、1841年に英国に占領され、以後、南京条約、北京条約などの条約締結により英国の統治下に置かれてきたが、1997年7月1日をもって中華人民共和国に返還され、香港特別行政区（Hong Kong Special Administrative Region）となった。いわゆる「一国二制度」の下で外交・防衛を除く高度の自治権が認められ、返還後50年間は、従来からの資本主義に基づく諸制度や生活様式が保障されている。香港は、華南経済圏の貿易拠点、国際金融センターとして発展してきた。アジア経済危機は香港にも深刻な影響をもたらし、GDP成長率は回復基調を示しているものの、失業率はここ数年上昇傾向にある。

政府組織については、行政長官の下、行政諮問機関である行政會議が組織され、長官の政策決定を補佐している。行政機関は、返還前の香港政庁の組織がおおむね維持されており、政策の企画・立案などを行う約15の部局（Bureau）及びその実施に当たる約70の処・署（Department）、長官の直属機関である汚職対策独立委員会（ICAC）、会計検査院等によって構成されている（公務員総数約18.8万人）⁴。

立法機関は、返還前の立法評議会に代わり、立法会が設立された。

司法制度については、返還前同様にコモンローの法体系が採用されているが、返還後、英国枢密院司法委員会に代わり終審裁判所となる最高裁判所が設立され、この下に控訴裁判所（Court of Appeal）及び第一審裁判所（Court of First Instance）から成る高等裁判所（High Court）、地方裁判所（District Court）、治安裁判所（Magistrates Court）、少年裁判所（Juvenile Court）などが置かれている。成人及び少年犯罪者の施設内処遇及び施設釈放後の監督指導（パロール）は、矯正局（Correctional Services

1 本章の記述で、意見に渡る部分は筆者の私見であり、本稿で触れた政府関係機関や民間機関の見解を必ずしも反映するものではない。

2 香港の概況については、日本外務省の地域別情報<<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/hongkong>>、香港総領事館の地域情報<<http://www.hk.emb-japan.go.jp/>>、アメリカ中央情報局（CIA）のThe World Factbook 2003 <<http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/>>による。

3 2002年購買力平価換算推計値は27,200米ドル。

4 香港政府機関等の名称は、以下では日本の関連機関を類推しやすい形で訳出する。このため、例えば中国語表記の保安局禁毒処は保安部麻薬局と訳し、初出箇所に英語表記をつけている。香港政府行政機関の機構詳細は、<http://info.gov.hk/govcht_c.htm>を参照されたい。

Department, CSD) が所管しており, 非行少年及び成人犯罪者の保護観察 (プロベーション) 等の社会内処遇は, 社会福祉局 (Social Welfare Department, SWD) が所管する。これらの処遇機関の運営は, 基本的には旧宗主国の英国の実務に近い運営形態を踏襲している。

第2 主要乱用薬物の動向

1 香港薬物乱用史概観 (Cheung, Y.W. & Ch'ien, J.M.N, 1997)

香港では、1844年にあへん条例 (Opium Ordinance) が制定され、総督府があへんの専売権限を独占していた。1918年には歳入の45%をあへん貿易で賄ってきたという。1923年制定の旧危険薬物条例にあへんが加えられて非合法薬物とされたのは、1945年からである。こうした経緯もあって、20世紀半ばまでは、あへんの吸引者が成人人口の2割と推計されるなど、あへんの使用がまんえんしていた。1945年にあへんが非合法化されて以降は、ヘロイン乱用があへん乱用をしのぎ主要乱用薬物となった。ちなみに1980年ころの新規把握薬物乱用者統計を使用薬物から見ると、ヘロイン乱用は90%近くを占めており、また、80年代以降、若年層を中心に徐々に大麻の乱用が増加している。さらに、90年代以降は、薬害に対する問題意識の薄い若年層を中心に向精神薬の乱用⁵が急増傾向にある。

2 近年の薬物乱用動向

上述のように、香港では、ヘロインなどあへん系の薬物に関しては長い乱用の歴史を持ち、その対策面でも長年の経験の蓄積があるが、最近流行している向精神薬乱用は、随伴症状や治療方法がヘロインと大きく異なるため、近年は向精神薬乱用者の処遇が大きな課題となっている。以下では、近年の香港における薬物乱用の動向を各種統計を基に概観する。

(1) 保安部麻薬局薬物乱用中央登録室のデータ

香港では、保安部麻薬局薬物乱用中央登録室 (Central Registry of Drug Abuse; CRDA) が、医療、福祉、刑事司法、民間機関等、指定届出機関からの任意届出情報を一元的に管理している。表1はCRDAの近年の薬物乱用登録者数や乱用薬物の構成比を示したものである。

CRDAに報告された年間薬物乱用者数は、近年1万7,000人～1万8,000人で推移している。乱用者総数は1995年以降、漸減傾向にあったが、2000年には増加に転じ⁶、2002年以降再び漸減した。2000年に生じた薬物乱用登録者数の増加は、新規登録者、若年層、女子層、向精神薬乱用者の寄与が大きいことが見て取れる。

香港では、本表のような薬物乱用者統計情報を半年ごとにCRDA報告書にまとめている。CRDA第51期報告書 (CRDA, 2003a)、第52期報告書 (CRDA, 2003b) 及び第三次3か年計画 (ACAN & Narcotics Division, 2003b; 詳細は後記) によれば、以下の特徴も指摘されている：

ア 向精神薬乱用が登録者の3割を超え、薬物乱用の中で大きな比重を占める。

イ 年齢21歳未満の少年層の乱用薬物は、ケタミン約56%、MDMA約35%、大麻約32%、ヘロイン約9%、咳止め薬約7%であり、しかも、1999年時点で約2割程度であった多剤乱用者が2002年には約4割と倍増している。一方、成人層ではヘロインが8割方を占め、少年層と乱用動向が大きく異なっており、多剤乱用者は約2割程度と漸増傾向にある。

ウ 女子の登録薬物依存者は、1993年時点で構成比9.4% (実人員1,657名) だったが、2002年には構成比17.4% (実人員3,165名) と過去10年間に倍増していること。

5 香港においては、向精神薬は法定上のカテゴリーではなく、メタンフェタミン、MDMA、ケタミンなど非あへん系薬物の総称として用いられることが多い。

6 2000年に新規乱用登録者が増加した理由としては、若年層の向精神薬の乱用が流行し、ケタミンなどの法規制が強化されたことによるものと推察される。

- エ 薬物乱用初発年齢は、16～25歳の若年層が約6割方を占める。
- オ 乱用者一人当たりの薬物購入日額の範囲は、100～400香港ドル⁷程度であること。
- カ 登録乱用者中、無職者が約58%を占めること⁸。

表1 CRDA 薬物乱用登録者統計に見る薬物乱用動向⁹

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
薬物乱用登録者総数	17,635	16,992	16,314	18,334	18,511	17,956
男 子%	87.3	87.3	86.7	83.7	84.5	82.3
女 子%	12.7	12.7	13.3	16.3	15.5	17.7
21歳未満少年%	17.9	16.7	15.2	21.9	21.1	16.7
21歳以上成人%	82.1	83.3	84.8	78.1	78.9	83.3
新規乱用登録者数	3,614	3,417	3,135	5,393	5,644	5,236
男 子%	78.1	78.7	77.9	73.4	76.0	70.4
女 子%	21.9	21.3	22.1	26.6	24.0	29.6
21歳未満少年%	43.1	42.4	43.0	51.5	47.7	41.3
21歳以上成人%	56.9	57.6	57.0	48.5	52.3	58.2
薬物乱用報告者の薬物 種類別使用率%	1997	1998	1999	2000	2001	2002
① ヘロイン	86.6	86.3	85.5	74.2	70.9	74.2
② 向精神薬 ¹⁰	21.1	21.7	23.3	33.8	36.9	35.0
③ ケタミン ¹¹	—	—	0.2	9.8	16.8	16.9
④ MDMA	0.4	0.4	2.3	14.2	13.9	8.6
⑤ 大麻	8.0	8.9	8.5	8.7	7.5	8.1
⑥ トリアゾラム・ミ ダゾラム	5.9	5.6	6.1	5.5	5.4	7.5
⑦ メタンフェタミン	5.1	6.0	6.7	5.9	5.8	3.8
⑧ 咳止め薬	2.7	1.8	1.9	1.9	1.8	2.4

出典：香港保安部麻薬局中央登録室統計を一部改変 (<http://www.nd.gov.hk/stat/index.htm>)

- 7 1 香港ドルは日本円で約14円である（2004年3月現在）。
- 8 後述する薬物嗜癖治療センター統計を見ると、入所者の多くが薬物購入資金取得目的の財産犯罪を犯しており、無職者は他の犯罪によって薬物を獲得していることが推察される。
- 9 CRDA への報告は法執行機関から民間処遇機関まで各種機関にかかわった薬物乱用者を集計している点で公式統計の中で刑事司法統計よりも薬物乱用の動向をよりよく反映していると考えられるが、届出は任意であり、やはり乱用の実態を忠実に把握することはできない。表中、新規乱用報告者とはCRDAのデータベース上、過去の登録歴のない者をいう。
- 10 本表中にいう向精神薬には、ケタミン、MDMA、大麻、トリアゾラム・ミダゾラムが含まれ、向精神薬の欄にはこれらを合算した数値が再掲されている。
- 11 ケタミンは、フェンシクリジン（PCP）系の麻酔薬であり、サイケデリックな使用体験をもたらすことから、いわゆるクラブドラッグとしてレイブ（Rave）パーティー（若年層の夜通しのダンスパーティー）などで使用されることが多い。MDMAと併用されたり、MDMA製剤に混入されていることもある。

(2) 警察統計に見る薬物乱用者の動向

次に、刑事司法機関に係属する薬物乱用者の動向を香港警察の統計を基に概観する。

表 2 は、警察に逮捕された薬物乱用者を主要乱用薬物別に見たものである。ヘロイン関連の逮捕者が最も多いものの、近年一貫して顕著な減少傾向が見られ、メタンフェタミンや大麻関連の逮捕者も減少傾向にある。これに対し、MDMA やケタミンといったいわゆるクラブドラッグ関連の逮捕者が近年大きな問題となっていることがこの統計からも確認できる。

(3) 矯正施設被収容者及び保護観察対象者における薬物乱用者の動向

さらに、刑事司法機関に係属し、矯正施設収容処分を受けた者と保護観察処分を受けた者の乱用薬物別動向を概観する。表 3 に見るように、矯正施設に収容されている者は、圧倒的にヘロイン乱用者が多いが、保護観察対象者では、向精神薬の乱用者がヘロイン乱用者を上回っていることが分かる。

表 2 近年の薬物事犯者の主要乱用薬物別逮捕状況

主要乱用薬物名	1997	1998	1999	2000	2001	2002
① ヘロイン	8,360	7,086	5,641	5,003	3,583	3,303
	5,621	4,943	3,866	3,515	2,434	2,266
② ケタミン ¹²	—	—	—	—	2,229	2,357
					1,569	1,507
③ MDMA 系錠剤	30	20	74	793	1,142	646
	18	17	2	545	753	500
④ 大麻	1,256	1,497	1,067	1,316	1,079	929
	833	1,100	812	1,025	797	645
⑤ メタンフェタミン	690	791	672	659	595	321
	393	407	311	340	284	145

出典：香港警察統計局統計（表中上段は被逮捕者総数，下段は自己使用者内数を示す）

表 3 受刑者及び保護観察対象者の主要乱用薬物別状況

矯正施設収容対象者の乱用薬物別年間実数 (2002年)		保護観察対象者の乱用薬物別年間実数 (2001年)	
① ヘロイン	4,841	① ケタミン	455
② その他（向精神薬等） ¹³	315	② ヘロイン	317
③ メタンフェタミン	108	③ MDMA	179
④ 大麻	73	④ 大麻	151
⑤ 咳止め	35	⑤ トリアゾラム・ミダゾラム	59
合 計	5,372	合 計	1,308

出典：CSD 統計（上表左部分）及び政府保安部統計（上表右部分）

12 ケタミンは、2000年に危険薬物条例一部改正により危険薬物に指定されたため、それ以前のデータはない。
13 その他の欄は、コカイン、MDMA、トリアゾラム、ケタミン、メタカロン、バルビツレート、有機溶剤など。

第3 乱用性薬物に関する法的規制の概要¹⁴

1 国連の麻薬関連3条約の適用状況

香港では、国連の麻薬関連3条約が以下のとおり適用されており、現行法もこれに適合する形に整備されている。

- (1) 麻薬に関する単一条約（1961年、72年議定書で改正）……1965年に適用（議定書は78年に適用。）。
- (2) 向精神薬に関する条約（1971年）……1991年に適用。
- (3) 麻薬及び向精神薬の不正取引の防止に関する条約（1988年）……1997年に適用。

2 規制薬物の統制及び処罰等にかかわる主な法律

(1) 危険薬物条例（Dangerous Drugs Ordinance (Chapter 134)）

香港における規制薬物関連の取締り等にかかわる基本法であり、1968年に制定された。危険薬物の種類、その栽培、製造、輸出入、所持、使用等に係る規制や処罰の内容、薬物乱用中央登録室、同登録室に対する薬物乱用状況に関する指定届出機関などを規定している。本条例にいう危険薬物とは、同条例の付表1の第1部に定められた規制薬物及び物質を指し、我が国の規制薬物の分類による麻薬、向精神薬、大麻、覚せい剤などほとんどの薬物をカバーしている。法文上、特に明記されている場合を除き、薬物の種類ごとの罰則の区別はない。表4は危険薬物の主な違反様態ごとの罰則の概要である。

本表に見るように、全般的には薬物犯罪に対して罰金と比較的長期の拘禁刑を併科する取扱いとなっており、特に供給側の処罰については厳格に対処しているといえる。一方、同条例54条Aでは、本条例8条（所持）又は36条（薬物施用器具の所持）の違反者で、薬物依存の問題のある対象者に対しては、矯正局の作成する治療・リハビリ適格性に関する報告に基づいて薬物嗜癖治療センター（Drug Addiction Treatment Centre, DATC）拘禁命令を発し、治療的介入の道を開いている点が特徴である。

なお、香港政府は、近年増加しつつある向精神薬乱用に関する特別調査委員会の勧告を受けて、いわゆるクラブドラッグであるケタミンやGHB¹⁵を本条例の規制薬物に加えるなどして、向精神薬問題及び同種薬物の密輸対策の強化を逐次行っている。

14 香港の法律の詳細は、香港英中2か国語法令検索データベース（<http://www.justice.gov.hk/index>）から閲覧可能である。

15 GHBとはガンマヒドロキシブチレート（gamma-hydroxybutyrate）の略称であり、経口投与により使用される。鎮静催眠作用があるため、いわゆる「デートレイプ」薬として知られている。

表 4 危険薬物条例に定められた主な罰則の概要

違 反 態 様	罰 則 内 容 (上段は通常の公判による罰則，下段括弧内は略式手続の際の罰則であり，いずれも法定刑の上限である。) ¹⁶
不正取引 (4条，4条A)	罰金500万香港ドル及び無期拘禁刑 (罰金50万香港ドル及び拘禁刑3年)
許可範囲外の供給等 (5条) 製 造 (6条)	罰金10万香港ドル及び拘禁刑15年 (罰金1万香港ドル及び拘禁刑3年) 罰金500万香港ドル及び無期拘禁刑 (略式手続きによる処罰規定なし)
所 持 (密輸目的外)， 自己使用 (8条)	罰金100万香港ドル及び54条A措置；拘禁刑7年 (罰金10万香港ドル及び54条A措置；拘禁刑3年)
大麻・けしの栽培 (9条)	罰金10万香港ドル及び拘禁刑15年
通 過 (14条)	罰金10万香港ドル及び拘禁刑10年 (罰金1万香港ドル及び拘禁刑3年)
あへん窟経営 (35条) 同経営場所提供 (37条)	罰金500万香港ドル及び拘禁刑15年 (罰金50万香港ドル及び拘禁刑3年)
パイプ等薬物施用器具の 所持 (36条)	罰金1万香港ドル及び54条A措置；拘禁刑3年
＜薬物依存者に関する処分の特例 (54条A)＞ 本条例54条A (特定薬物犯罪事案に係る矯正局長報告の裁判所による検討) は，次のような特例規定を設けている： (1項) 本条例の8条 (所持，自己使用) 又は36条 (施用器具の所持) の違反者に対しては，本1項Aに従い，矯正局長による治療・リハビリ適格性及び薬物嗜癖治療センターの利用可能性に関する報告書を考慮してからでなければ，下記4項に定める非拘禁刑以外の刑は科してはならないこと， (1項A) 前記1項は以下の者について適用除外とすべきこと (a号) 他の犯罪で9か月を超える刑が併科されている者 (b号) 刑が確定した時点で9か月を超える刑に服している者 ただし，これらa，b号該当の対象者であっても裁判所が適切と思料する場合には1項の報告書を考慮することができる。 (1項B) 刑の宣告前に1項の報告書を裁判所が受領していないときには，対象者を3週間まで報告書作成目的の拘禁に付することができること。 (2項) 矯正局長は，対象者が以前薬物嗜癖治療センター条例による拘禁命令に服した経験があるか否かを報告書に記載すべきこと， (3項) 本条に基づく報告書が入手されている場合には，薬物嗜癖治療センター条例4条3項は適用しないこと， (4項) 非拘禁刑とは，罰金，犯罪者保護観察条例3条の保護観察，刑事訴訟条例109条Bによる刑の執行猶予を指す。	

(2) 薬剤業及び毒物条例 (Pharmacy and Poisons Ordinance (Chapter 138))

医療用途の薬物の製造，販売，輸出入業者等に関する許認可，記録，検査等について規定している。本法の違反の罰則上限は，10万香港ドルの罰金及び2年間の拘禁刑である。

16 本法の法文上，処罰の下限については明文の規定がない。

(3) 化学薬品規制条例 (Control of Chemicals Ordinance (Chapter 145))

国際条約に定められた前駆物質の許可要件や規制について規定している。本法に違反し、許可なく特定化学物質を輸出入、製造、供給、所持などした場合には、最高100万香港ドルの罰金と15年の拘禁刑が科せられる。

(4) 薬物密輸 (不法収益回収) 条例 (Drug Trafficking (Recovery of Proceeds) Ordinance (Chapter 405)) 及び組織的重大犯罪条例 (Organized and Serious Crimes Ordinance (Chapter 455))

この2法は、薬物密輸による不法収益の追跡、凍結、没収やマネーロンダリングに関する措置を規定している。マネーロンダリング犯罪は、最高500万香港ドルの罰金と14年の拘禁刑であり、疑わしい取引の届出 (STR) 義務違反については、最高5万香港ドルの罰金と3か月の拘禁刑が科せられる。

このほか、レイブパーティにおける若年層に対する向精神薬乱用の統制をねらって2002年には、公衆娱乐场所条例 (Places of Public Entertainment Ordinance) などの規定も改正され、当局の立入検査権限などが強化されている。

3 薬物依存者の治療的処遇やリハビリに関連する主な法律

(1) 薬物嗜癖治療センター条例 (Drug Addiction Treatment Centres Ordinance (Chapter 244))

前記した危険薬物条例54条Aにより、薬物依存の問題のある犯罪者に、強制的治療処遇を行う際の根拠法であり、1968年に制定され、1969年に施行された。矯正局所管の薬物嗜癖治療センター (DATC) への拘禁命令の発付、DATCの拘禁命令の執行、DATC拘禁後の監督、再収容命令、DATC拘禁命令発効後の拘禁刑の取扱い、他の矯正施設との受移送の取扱い等を規定している (薬物嗜癖治療センター収容に関する規定の詳細は後述する。)

なお、刑事司法制度による薬物乱用者に対する主要な処分の概況は表5のとおりである。

(2) 薬物依存者治療・リハビリセンター (許可) 条例 (Drug Dependent Persons Treatment and Rehabilitation Centres (Licensing) Ordinance (Chapter 566))

本法の前身は、民間の自発的治療・リハビリ処遇施設の根拠法として1960年に制定された薬物嗜癖者治療・リハビリ条例 (Drug Addicts Treatment and Rehabilitation Ordinance (Chapter 326)) である。同条例が既に時代にそぐわなくなったことから、2002年に本法が制定・施行され、旧条例は廃止された。

本法は、居住型の薬物治療センターを運営する際に、社会福祉局長の事前許可を義務付ける法律であり、4名以上の入所者を収容する治療センターはすべて許可を受けなければならない。処遇実施機関は、申請後、社会福祉局が定める許可条件 (例、運営主体としての適格性、消防設備、建物の安全基準、その他のサービス条件など) を満たす場合に限り許可が得られる。ただし、直ちに新法の施設設置基準の要件を充足できない運営団体に対しては、経過措置として履行義務免除証明書が与えられ、政府助成機関の場合は4年、非助成機関の場合は8年の猶予が与えられている。

民間の治療・リハビリ施設には宗教団体等の民間篤志家が少ない資金で細々と運営している施設もあり、衛生面や居住条件の悪い施設も多く存在したようだが、本法施行によって、社会福祉局の窓口部署を介して建築局、消防局等が施設の設置条件を検査する枠組みができたほか、基準を満たしていない施設に対する政府の助成などについても明確化され、民間処遇施設運営の最低基準ができた。

表 5 薬物乱用者に対する主要な処分の概況

処分種別	根拠法	所管官庁	処分の内容	年間処分件数 (2002年)
拘禁処分	危険薬物条例	矯正局	刑務所への拘禁（又は若年者に対する代替措置として拘禁センター，訓練センター及びリハビリテーションセンターへの収容処遇） ¹⁷	約4,000名 (全体収容の約18%が薬物乱用者)
薬物嗜癖治療センター拘禁	薬物嗜癖治療センター条例	矯正局	薬物嗜癖治療センターにおける処遇（詳細後述）	約1,300名
保護観察	犯罪者保護観察条例	社会福祉局	保護観察は1年以上3年未満にわたり実施され，この間に治療の必要が認められる場合は，民間機関を中心にして実施される外来型・居住型の治療プログラムを受講	約820名
社会奉仕	社会奉仕命令条例	社会福祉局	240時間以内の無償作業を実施し，この間に保護観察官によるカウンセリングを受講	約110名

このほか，医薬品処方による解毒モデルの治療的介入を実施している薬物依存症治療・リハビリ機関は，保健局が所管する病院，介護施設，産院条例（Hospitals, Nursing Homes and Maternity Homes Ordinance (Chapter 165)）に基づき登録が義務付けられている。また，薬物依存者が，通常の刑事処分の枠組みで処罰される際には，監獄条例（Prison Ordinance (Chapter 234)），犯罪者保護観察条例（Probation of Offenders Ordinance (Chapter 298)），社会奉仕命令条例（Community Service Orders Ordinance (Chapter 378)）などの関係法令が適用される。

17 香港では，矯正局所管の若年者向けの収容施設として以下の3種類の施設がある。拘禁センター（Detention Centre）は男子14～24歳を収容し，「ショート，シャープ，ショック」原則に基づくブートキャンプ処遇に近い処遇を実施する。訓練センター（Training Centre）は，少年14～20歳，教科教育半日，残りの半日は職業訓練，カウンセリング，社会奉仕，課外活動に充当するプログラムを実施する。リハビリセンター（Rehabilitation Centre）は，拘禁センター送致処分が女子少年に適用されず，また心身の状態から見て同処分が不適当な少年もあることから，犯罪傾向の進んでいない少年男女を対象に2002年から新設された施設であり，訓練センターにおける収容処遇を3～4か月実施後，ハーフウェイハウスにおける処遇を3～5か月実施する。この間に対象者は，社会奉仕や職業・教育訓練に従事し，施設処遇終了後は，矯正施設のアフターケア担当者による1年間の社会内の法定監督指導を受ける。

第4 薬物乱用防止及び薬物乱用者の処遇政策

1 現行薬物統制政策の成立事情

香港では、1945年にあへんが非合法化されてから、従前のあへん依存の問題に加え、ヘロイン乱用が深刻化していった。これに対し、香港は、1950年代までは厳格な取締りと処罰による規制重視の政策により対処してきたが、増加するヘロイン依存者に対応するため50年代末に治療的介入に本格的に取り組むようになった。まず、政府部内では、1958年に今日の薬物嗜癖治療センターのパイロットプログラムがタイラム(Tai Lum)刑務所で実施された。一方、民間でも1959年に、キャッスルピーク(Castle Peak)精神病院の特別病棟で自発的な治療プログラムが開始されたが、同時期に市民の作業委員会ができ、自発的な患者を受け入れる治療センター設立構想を固め、それまで無人島であったシェクーチャウ島(石鼓州, Shek Kwu Chau)を政府から借り上げ、治療センターとすることとした。この市民による作業委員会は、SARDA (Society for the Aid and Rehabilitation of Drug Addicts, 香港戒毒会)に発展し、1960年制定の薬物嗜癖者治療・リハビリ条例(Drug Addicts Treatment and Rehabilitation Ordinance)により自発的入院治療を行う機関に指定された。SARDAは、1963年に石鼓州島の治療センター開設にこぎつけ、キャッスルピーク精神病院で実施されていたプログラムを継承することになった。

このようにして、1960年代以降、官民協働の努力により、それまでの禁制と処罰を基調とする政策に治療的介入を重要な政策分野とする需要削減を加えた政策の基礎が築き上げられた訳である。現行の香港の薬物統制政策もこの流れに沿っている。

2 現行薬物統制政策の骨子

(1) 薬物対策の5本の柱

香港で薬物政策を統括する保安部麻薬局(Narcotic Division, Security Bureau)は、薬物政策の枠組みとして、①法制・法執行、②予防教育・広報、③治療・リハビリ、④研究活動、⑤国際協力の5本の柱を設定し、供給削減及び需要削減の両面から包括的に薬物問題に対処している。

①及び⑤は、主に薬物関連犯罪の撲滅を目指して設定されている供給削減面の柱であり、規制薬物の統制や薬物密輸に関連する組織犯罪やマネーロンダリング問題等に対処するための法制強化、警察や税関当局による徹底した取締り、FATFやAPG等の活動を介した薬物関連犯罪の国際協力を具体的なアクションとして展開している¹⁸。

②、③及び④は、需要削減の面で、一次予防から三次予防までの対策を包括的に展開するための枠組みである。②の予防教育・広報関係では、特に若年層に焦点を当て、近年問題が深刻化している向精神薬乱用問題を中心に、民間の治療・リハビリ機関の協力を得て学校を中心に組織的な啓発活動を展開している。③の治療・リハビリ関係では、薬物乱用者の抱える様々な問題とニーズに対処するため、医療モデル及び非医療モデルに基づく治療的処遇を幅広くカバーする**マルチモダリティアプローチ(多重処遇様態, Multi-modality Approach)**をとり、官民の各種機関が協力し合いながら対象者にふさわしいサービスを提供している点を特色とする。④の研究活動では、CRDAによる薬物乱用動向に関するデータの一元的管理により規制薬物の使用動向や乱用者の属性等を的確にモニターするとともに、麻薬対策

18 アメリカ国務省の国際麻薬統制戦略レポート(US Dept. of State, 2003)では、1990年代後半まで香港を重要な麻薬経路地と認定してきたが、近年は密輸対策やマネロン対策が評価されており、重要な麻薬経路地という評価も下されていない。

常務委員会（Action Committee Against Narcotics, ACAN）の研究部会に調査・研究課題を検討させ、大学等研究機関の協力を得て薬物使用実態を調査したり、新たに開拓・強化すべき治療・リハビリ領域を特定・勧告させ、実務改善にフィードバックするという枠組みを設けている。

香港の総合的な薬物統制政策は、これらの5本の柱により、展開されているが、特に治療・リハビリ面の改善に当たって指針となっているのが以下に述べる薬物乱用者の治療・リハビリに関する3か年計画である。

（2）薬物乱用者の治療・リハビリに関する3か年計画

ACANの治療・リハビリ部会は、政府関係機関及び民間の薬物治療・リハビリ団体代表者を交え、3年ごとに香港特別行政区の薬物乱用者の治療・リハビリを中心とする戦略を「**香港の薬物治療・リハビリサービスに関する3か年計画**」（Three-year Plan on Drug Treatment and Rehabilitation Services in Hong Kong, 以下、3か年計画と略記。）という報告書にまとめている。この3か年計画の目的は、①既存の治療・リハビリサービスが薬物依存者の特性やニーズに合致しているかどうかを検討すること、②治療・リハビリ分野で調整や強化を要する領域を特定すること、③治療・リハビリ分野の今後の重点戦略や方向性を明確化することにある。同3か年計画は1997年に1997～99年の第一次計画が、2000年に2000～02年の第二次計画が、2003年に2003～05年の第三次計画が策定された¹⁹。

第二次3か年計画の期間2000～2002年に取り組まれた主な事項は以下のとおりである：

ア 2001年に保安部麻薬局、保健局、矯正局、社会福祉局、病院管理局の代表者からなる省庁間作業部会を立ち上げ、第二次3か年計画の勧告事項への対処状況のフォローアップを行ったこと。

イ 2000年に向精神薬問題特設検討部会を立ち上げ、2002年に向精神薬の乱用状況に関する調査報告書を刊行し、前記した5本の柱の各要素に渡って具体的な提言を行ったこと。

ウ 2000年に完了したメサドン治療プログラムの包括的な見直しを受けて、対象者のアセスメント、サポートサービス、プログラム実施、研修等について改善勧告を行ったこと。

エ 2002年に薬物依存者治療・リハビリセンター（許可）条例（Drug Dependent Persons Treatment and Rehabilitation Centres (Licensing) Ordinance (Chapter 566)）を制定し、社会福祉局に治療・リハビリセンターの許可権限を与え、居住型の民間治療・リハビリ施設運営水準の平準化を目指したこと。

オ 増加する向精神薬乱用者へのサービス強化のため、カウンセリングセンターを社会福祉局助成により2か所増設するとともに、保健局助成による外来兼用の居住型薬物治療センター1か所の設立を民間機関に委嘱したこと。

直近の第三次3か年計画（ACAN and Narcotics Division, 2003b）では、第二次3か年計画の改善勧告事項の履行状況を詳細に報告するとともに、薬物乱用者の統計的な動向の分析から、多剤乱用者、向精神薬乱用者及び女子薬物依存者が治療・リハビリサービスを展開する上で重要なターゲット集団であることを指摘し、治療・リハビリサービス業務の各側面について以下の各種勧告を行っている：

ア 特に若年層で向精神薬乱用や多剤乱用傾向が高まっているため、これらの乱用者に焦点を当てた治療・リハビリサービスを充実させる必要があること²⁰。矯正局の矯正治療プログラムでは、既存の

19 第三次3か年計画報告書は、近年の香港の薬物乱用者処遇の実情や課題について最もよくまとめられており、大変有用な資料である。本章の記載内容もこの報告書を主要な情報源としている。本章末にインターネット入手先アドレスを記載したので興味のある方は参照されたい。

20 多剤乱用者の早期発見と適切な診断のため、香港では薬物処遇の従事者向けに多剤乱用者のスクリーニングとアセスメントの手引書を開発し、処遇関係者に対する研修を実施している（Narcotics Division, 2003）。

プログラムに向精神薬乱用者向けの予防・治療措置を強化すべきこと。また、薬物治療民間機関との連携を促進すべきこと。民間の自発的処遇機関においても、あへん系薬物主体のサービスから向精神薬乱用者の特性やニーズに応じられるサービスに処遇体制を再構築すべきこと。

イ 女子、特に若年女子に対し、その特有のニーズを考慮したサービスを強化すべきこと。

ウ 効果が十分確認されていない漢方薬の解毒・再使用防止に関する治験を行い、漢方薬による薬物依存症治療のデータベースを構築すべきこと。

エ 治療プログラムでは、家族への介入を更に強化するとともに、雇用促進を目指し職業訓練や就職支援に力を入れ、職業安定局や協力企業との連携を促進すること。

オ 民間の薬物治療・リハビリセンターの許可制度では、許可要件の履行状況をモニターし、必要な支援を行うべきこと。また、社会福祉局や保健局による民間治療・リハビリ処遇機関への政府助成制度の運用に当たっては、費用対効果やアカウンタビリティに一層留意すべきこと。

カ 麻薬局においては、薬物治療・リハビリ機関の詳細なデータベースを構築し、各機関が共有できるサービススタンダードの確立を目指すべきこと。

キ 医療面のサービス拡充のため、一般医の薬物処遇への関与を促進すべきこと。

ク 薬物依存者に対するケア充実のためには、刑事司法機関、医療、福祉機関等の連携が必要となることから、諸外国の例に倣って学際的なチームアプローチの在り方を検討していくべきこと。

ケ 薬物依存症からの回復者の社会復帰を促進させるため、職場で働く薬物依存症からの回復者のポジティブなイメージを増進させるような広報活動を行うべきこと。

コ 本3か年計画の履行を推進するため、作業部会を設け、麻薬対策常務委員会(ACAN)及びACAN治療・リハビリ部会、薬物問題連絡委員会に定期的に報告すべきこと。

以上に概観したように、香港の3か年計画は、薬物処遇・リハビリ対策の計画・実行・評価のサイクルを担保する基本的なロードマップとなっており、3か年計画で描かれたプランは、法制度の見直し、実務の改善、関係機関のネットワーキングの強化等に重要な役割を果たしている。

第5 薬物問題に対応する機関・組織等の概要

香港における薬物対策には、以下の機関や組織が主に対応している。

1 保安部麻薬局 (Narcotic Division of the Security Bureau)

保安部麻薬局は、前述した香港の薬物対策戦略の5本の柱を統括する組織であり、規制薬物関連の法制整備、他の政府組織や団体と協力し合い、予防教育を調整すること、国際協力や情報交換などに従事している。なお、保安部麻薬局には、**薬物乱用中央登録室 (Central Registry of Drug Abuse, CRDA)** が設置されており、法執行機関、刑事司法部内の処遇機関、医療・福祉機関、民間治療・処遇機関からの月例任意報告を基に、薬物乱用に関する情報を一元的に把握し、半年ごとに直近の情報を集約して統計報告書を刊行しているほか、研究用のデータも収集・供与している²¹。

2 ACAN (麻薬対策常務委員会, Action Committee Against Narcotics)

ACANは保安部麻薬部が統括する香港の薬物対策政策の諮問機関として1965年に設立された。非政府職員である委員長の下で、17名の民間有識者、政府職員2名（麻薬局長及び衛生局代表者各1名）から構成されている（シンガポールの中央麻薬統制局長 (Central Narcotics Bureau, CNB) も相互援助プログラムの一環としてメンバーになっている。）。ACANの役割は以下のとおりである：

- (1) 薬物密輸防止政策、薬物乱用撲滅、適切な資源配分に関する諮問
- (2) 政府関係機関及び民間機関の連携の促進と一般市民のサポートの喚起
- (3) 政府機関及び民間機関が行う各種プログラム・プロジェクトの効果に関する検討
- (4) 政策、プログラム、プロジェクト、法制等をより効果的なものに改善するための提言

ACANには、予防教育・広報部会 (Preventive Education & Publicity Sub-Committee)、治療・リハビリ部会 (Treatment & Rehabilitation SC)、及び研究部会 (Research SC) の3部会が設けられており、医療衛生、ソーシャルワーク、教育、法律、治療・リハビリの各分野に関わる民間及び政府機関の委員合計67名がACANを補佐している。

予防教育・広報部会は、NGOとの協力の下で学齢期の青少年向けの薬害教育強化に関する提言を行うとともに、薬物防止キャンペーンの企画・実施、民間NPOが行う広報活動の資金助成などを行う。治療・リハビリ部会は、薬物乱用や乱用者の特徴に関する動向をモニターし、政府助成による治療・リハビリプログラムの進捗状況や効果を検討し、治療・リハビリサービスに関する3か年計画のフォローアップなどの形で、ACANに対し治療・リハビリ体制の強化のための勧告を行うなどしている。研究部会は、薬物関連の研究プロジェクトを調整し助成資金の配分等を検討し、大学等に研究を委嘱し、内外の研究をモニターしながら香港の政策決定に関連する知見を収集・分析している。最近の研究例としては、根拠に基づく薬物対策を推進するため、エクスタシーとケタミン乱用による認知的障害等の問題に関する研究、慢性的薬物乱用者に関する縦断的研究などがある。

21 CRDAの収集する情報は、病院、警察、矯正・保護機関、民間団体等から入ってくるため、登録データベースに入力する際に同一人物を重複計上しないよう氏名、生年月日、住民登録番号等の個人情報による照合をしている。CRDAへの報告は任意ながら、危険薬物条例により個人情報の保護に十分なセーフガードを設けているため各機関は報告に協力的なようである。

3 薬物撲滅基金協会 (Beat Drugs Fund Association)

地域社会の薬物撲滅対策を促進するため、1996年に政府は35億香港ドルを投じて薬物撲滅基金 (Beat Drugs Fund) を設立した。本基金は、予防教育・広報活動、治療・リハビリ活動、研究活動などの薬物対策プロジェクトに財政支援を行っている。

本基金の運営は、非営利法人である薬物撲滅基金協会 (Beat Drugs Fund Association) が行っており、保安部麻薬局が事務的なサポートをしている。本基金への応募は個人又は団体の双方ができるが、4万香港ドル未満のプロジェクトは受理されない。補助金の助成額は、通常300万香港ドル以内で助成期間の上限は3年とされている。応募審査は、ACAN と薬物撲滅基金が行う。プロジェクトで優先的に考慮される案件は、向精神薬乱用のあるハイリスク少年に関するプロジェクトや、薬物治療・リハビリに関する3か年計画等で懸案となっている事項に関するプロジェクト等である。なお、プロジェクトの進捗状況のモニターは、半年ごとの報告書提出及び薬物撲滅基金や ACAN メンバーの視察により行われている。

4 薬物問題連絡委員会 (Drug Liaison Committee)

香港では、薬物対策を総括する保安部麻薬局と民間団体との連携促進を目的として、1993年に保安部麻薬局長を委員長とする薬物問題連絡委員会が設置された。この委員会は、治療・リハビリ、薬害教育、青少年関係団体、政府機関の代表者25名から構成されており、治療・リハビリ関連の政府・民間機関の情報交換の場となっている。

5 政府関係法執行、刑事司法、医療・福祉処遇機関

具体的な薬物統制政策の実行は、香港警察²²、税関局 (Customs and Excise Department)、汚職防止独立委員会 (ICAC) などの法執行機関が薬物に関与し、需要削減面の一次予防から三次予防にかかわる各種の対応は、主に教育局 (Education Department)、矯正局 (Correctional Services Dept.; CSD)、社会福祉局 (Social Welfare Dept.; SWD)、保健局 (Department of Health; DH)、病院管理局 (Hospital Authority) が民間機関等と協力し合い対策を講じている (詳細は後記。)

6 予防教育・啓発活動や治療・リハビリ活動に従事する民間団体

香港では、ACAN、薬物撲滅基金協会、社会事業協議会などが薬物乱用の予防教育・啓発活動や治療・リハビリ活動の組織化を図っているほか、保健局や社会福祉局を窓口とした政府助成制度により各種の社会資源をバックアップする体制を整えている。このため、キリスト教系の宗教団体や SARDA のような薬物乱用者向けの治療・リハビリ団体、薬物乱用からの回復者による自助グループなど、対象者の問題性やニーズに応じた各種サービスが豊富に用意されている (詳細は第6の記載を参照。)

22 調査票に対する香港の回答によれば、香港警察では、逮捕時に薬物乱用者に治療・リハビリ機関に関するパンフレット類を配付して、治療の介入につなげようとしているようである。このサービスは、英国で実施されている逮捕時処遇付託制度 (Arrest Referral) の初期の形態に近い (英国の場合は、専従のワーカーによるカウンセリングも希望者に提供している。)。また、同回答によれば、少年犯罪の場合、軽微な事案は警察限りで注意処分にすることができるが、この際に対象者に薬物乱用の問題がある場合は、治療サービス機関を紹介することもあるとされている。

第6 薬物乱用予防及び薬物乱用者処遇

1 香港における薬物乱用関連のサービス総論

香港における薬物乱用関連のサービスを大別すれば、矯正施設における刑罰の執行や依存症治療目的の処分である強制治療プログラムと、医療・福祉機関や民間団体が行う自発的な治療・リハビリプログラムに大別される（前述のとおり、保護観察処分の場合は、社会内で利用可能な自発的プログラムを利用している）。また、予防教育活動や啓発活動は、それ自体を独立して実施している場合もあるが、数的に見れば治療・リハビリ機関が予防教育や啓発活動にも関与しているケースが多い。本項では、対象者の問題性やニーズに応じた香港のマルチモダリティアプローチの実際につき、実地調査を実施した機関の実務例の一部と併せて紹介する。

- (1) 薬物嗜癖治療センター（DATC）の強制治療プログラム（矯正局所管）
- (2) メサドン外来自発治療プログラム（保健局所管）
- (3) 居住型自発治療・リハビリサービス（民間機関を中心に運営、保健局・社会福祉局が助成。）
- (4) 向精神薬乱用者を対象とする物質乱用クリニック（病院管理局が運営。）、カウンセリングセンター（民間機関が運営、社会福祉局が助成。）
- (5) 予防啓発活動（政府機関及び民間機関が実施。）
- (6) 研究活動（ACAN 委託により、大学、処遇機関等が実施。）

初めに、これらのサービスの全容を大まかにとらえるため、香港の治療・リハビリ機関の種類やサービス内容を表6に掲載しておく。

表6 香港の薬物乱用治療・リハビリ機関団体とサービス内容一覧

プログラム 種 別	実施機関名	対象者 性 別	①治療処遇の 期間 ²³ ②主な治療対 象薬物乱用 O：あへん系 P：向精神薬 ③薬物療法の 利用 ²⁴ (○, ×)	アフターケア等 各種サービス ²⁵					
				ハーフウェイ ハウス	カウ ンセ リ ン グ	宗 教 活 動	レ ク 活 動	職 業 補 導	自 助 グ ル ー プ
強制治療 Compulsory place- ment Program	矯正局 DATC 3 施設	男・女	① 2～12月 ② OP, ③○	○	○	×	○	○	×
メサドン 外来治療 MTP	保健局 メサドンクリニック 20施設	男・女	①非該当 ② O, ③○	×	○	×	×	×	×
	1. SARDA	男・女	① 3週～1年 ② O, ③○	○	○	×	○	○	○

23 各機関・団体の治療処遇期間は大きな目安であり、固定的なものではない（アフターケア期間を含まない。）。

24 薬物療法には、メサドン療法の場合と、各種精神症状緩和のための向精神薬処方等が含まれる。なお、薬物療法非該当の団体の場合、対象者に薬物療法が必要な場合は、外部病院で受診させて処方を受けるなどの取扱いをしている。

25 ハーフウェイハウスを持っていない団体が他の団体に処遇を付託することがある。

自発的居住型治療・ リハビリプログラム Voluntary Residential Treatment & Rehabilitation Program	2. Barnabas Charitable Service Association	女	① 1 年 ② OP, ③ ×	○	○	○	○	○	○
	3. Caritas Wong Yiu Nam Centre	男	① 1 か月 ② OP, ③ ○	×	○	×	○	○	○
	4. Christian New Being Fellowship	男	① 18 か月 ② OP, ③ ×	○	○	○	○	○	○
	5. Christian New Life Association	男	① 6 か月 ② OP, ③ ○	×	○	○	○	○	○
	6. Christian Zheng Sheng Association	男・女	① 6 か月以上 ② OP, ③ ×	○	○	○	○	○	×
	7. DACARS	男	① 9 ~ 12 月 ② OP, ③ ○	○	○	○	○	○	○
	8. Finnish Evangelical Lutheran Mission	男	① 9 ~ 12 月 ② OP, ③ ×	○	○	○	○	○	○
	9. HKChristian Service Jockey Club Lodge of Rising Sun	男・女	① 1 ~ 3 か月 ② OP, ③ ○	×	○	×	○	○	○
	10. Operation Dawn	男・女	① 18 か月 ② OP, ③ ×	×	○	○	○	○	○
	11. Perfect Fellowship	男	① 1 ~ 12 月 ② OP, ③ ×	×	×	○	○	○	○
	12. St. Stephen's Society	男・女	① 1 年 ② OP, ③ ×	○	○	○	○	○	○
	13. Remer Association	男	① 1 年以上 ② OP, ③ ×	×	×	○	○	○	○
	14. Wu Oi Christian Centre	男・女	① 1 年以上 ② OP, ③ ×	○	○	○	○	○	○
	15. Glorious Praise Fellowship (HK) Ltd.	男	① 1 年以上 ② OP, ③ ×	×	×	○	○	○	○
	16. Society of Rehab. and Crime Prevention, HK	男・女	① 非該当 ② OP, ③ ×	○	○	×	○	○	○
	17. Mission Ark	女	① 6 ~ 12 月 ② OP, ③ ○	×	○	○	○	○	×
向精神薬乱用者向け カウンセリングプログラム Counseling Program for Psychotropic Substance Abusers	1. HK Christian Service PS33	男・女	① 1.5 ~ 3 年 ② P, ③ ○	×	○	×	○	○	○
	2. Caritas HUGS Centere	男・女 6-24 歳	① 不定 ② P, ③ ○	×	○	×	○	○	○
	3. HK Lutheran Social Service Cheer Lutheran Centre	男・女 25 歳以上	① 不定 ② P, ③ ×	×	○	×	○	○	○
	4. HK Lutheran Social Service Evergreen Lutheran Centre	男・女 青少年	① 不定 ② P, ③ ×	×	○	×	○	○	○
	5. Tung Wah Group of Hospitals CROSS Centre	男・女	① 不定 ② P, ③ ×	×	○	×	○	○	○

病院管理局 物質乱用クリニック Substance Abuse Clinic (SAC)	1. Kowloon Hospital SAC.	男・女	①不定 ② P, ③○	×	○	×	○	×	×
	2. Pamela Youde Nether- sole East- ern Hosp. SAC.	男・女	①不定 ② P, ③○	×	○	×	○	×	×
	3. Prince of Wales Hosp. Alcohol and SAC.	男・女	①不定 ② P, ③○	×	○	×	×	○	×
	4. Queen Mary Hospital Drug Abuse Treatment Team for Adolescent	男・女	①不定 ② P, ③○	×	○	×	×	○	×
	5. Kwai Chung Hospital Substance Abuse Assessment Clinic	男・女	①不定 ② OP, ③○	×	○	○	○	○	○
	6. Castle Peak Hospital SAC.	男・女	①不定 ② OP, ③○	×	○	○	○	○	○
統合型カウンセリ ングサービス Integrated Counseling Service Program	1. Caritas Lok Heep Club	男・女	①— ② OP, ③—	○	○	○	○	○	○
	2. Society for Rehabili- tation & Crime Prevention.	男・女	①— ② OP, ③—	○	○	×	○	○	○
その他のサポ ート サービス(予防教育, 自助団体等)	1. KELY Support Group	男・女	①— ② OP, ③—	×	○	×	×	×	○
	2. Pui Hong Self-help Association	男・女	①— ② OP, ③—	×	×	×	○	○	○
	3. Hong Kong Council of Social Ser- vices	男・女	①— ② OP, ③—	×	×	×	×	○	×
	4. Life Education Activity Program	男・女	①— ② OP, ③—	×	×	×	○	×	×

出典：ACAN & Narcotics Division (2003a). (掲載表を一部改変)

2 矯正局による薬物依存者の強制治療処遇の概要

(1) 香港矯正局 (Correctional Services Department, CSD) の概況

香港矯正局は、少年及び成人犯罪者の施設内処遇及び施設釈放者の監督指導、アフターケアを所管する。職員数は約7,000名(うち制服職員6,250名, 事務系統職員700名)であり、施設被収容者約12,300名及び施設からの釈放者約3,000名を指導している。施設内処遇の職員負担率は約2.2で日本の行刑施設の約半分である²⁶。

香港矯正局は、矯正施設(刑務所, 受理センター, 薬物嗜癖治療センター, 拘禁センター, 訓練センター, リハビリセンター及び精神医療センター) 24施設及びハーフウェイハウス 4施設を運営している(1庁は業務停止状態)²⁷。なお、香港においても、刑務所は過剰収容状態にあり、平均収容率は110%程

26 第23回アジア太平洋矯正局長等会議2003年データによる。

27 矯正局所管のハーフウェイハウスでは、薬物乱用者処遇に特化した処遇は特に実施していないが、薬害教育に際して、後述する向精神薬乱用者向けカウンセリングセンター等の民間団体が訪問したり、ハーフウェイハウスから民間処遇団体に自発的に通わせるなどして社会内のアフターケアを強化している。ハーフウェイハウス入所者の運営資金は矯正局がそのほとんどを負担しているが、対象者から、責任ある市民としての自覚を促すため、月額485香港ドルを食費等として徴収している。

度である。これに対処すべく同一敷地内に機能の異なる矯正施設を統合し併設する矯正センター化計画（collocation という。）を進めている。

また、香港矯正局は、カナダ連邦矯正局及びシンガポール矯正局と相互支援関係の覚書を取り交わしており、現在、カナダ連邦矯正局をコンサルタントとしてリスク・ニーズアセスメント尺度の標準化作業に取り組んでおり、2005年ころまでには、カナダ方式のケースマネージメントを導入する予定である。

（2）香港矯正局所管の矯正施設における薬物乱用者処遇の枠組み

矯正局が実施する薬物乱用者向けの処遇プログラムは、大別すると以下の2種類である。

ア 薬物嗜癖治療センタープログラム

薬物の所持・自己使用等の薬物関連犯罪やその他の一般犯罪で有罪とされ、裁判所の判断により、薬物嗜癖治療センターへの拘禁命令が宣告された者を対象とする。解毒、健康回復、心理的依存の除去、社会への再統合を目的とする。

イ 薬物乱用意識啓発・防止プログラム（一般の刑務所で薬物使用履歴のある受刑者に選択的に実施。）
一般の矯正施設に収容された薬物乱用履歴のある受刑者向けのプログラムであり、専門的な援助に対する動機付けの強化、必要な介入・社会資源の供与の強化を目的とする²⁸。

（3）薬物嗜癖治療センター（Drug Addiction Treatment Centre, DATC）プログラムの概要

ア DATC プログラムの導入経緯

1950年代からヘロイン依存者を中心とした薬物乱用者の割合が増加し、かつ、その再犯率が高いことに対処するため、1958年にタイラム刑務所（Tai Lam Prison, 軽警備刑務所）で薬物依存者の集中収容処遇のパイロットプログラムが始められた。これが DATC プログラムの原型である。このパイロットプログラムは、薬物嗜癖治療センター条例（1968年制定、69年施行）に伴い、DATC プログラムに発展的に解消した。

イ 薬物嗜癖治療センター条例（DATC 条例）の概要

（ア） DATC 処分選択の対象者：前述のとおり、危険薬物条例54A 条に基づき、同条例 8 条の単純所持、自己使用及び36条薬物施用器具の所持の薬物事犯者及び薬物嗜癖治療センター条例 4 条 1 項によって関連犯罪で有罪となった者が、DATC 拘禁命令の考慮の対象となる（他の犯罪があつて、9 か月以上の拘禁刑に処せられる場合は DATC 拘禁命令の適用除外となる。）。

したがって、有罪とされる罪は薬物事犯に限定されず、薬物購入資金取得目的の窃盗等有罪となっても DATC 処分を受ける可能性がある（当該関連犯罪については刑を科せられない）。また、過去に DATC の収容経験があつても、裁判所の判断で DATC 収容が相当とされれば、再び収容されることがある。

（イ） DATC 処分選択手続：矯正局長による DATC 収容適格性報告書（Suitability Report）による判決前調査を考慮する。なお、報告書の作成のため必要があるときは、3 週間を超えない範囲で拘禁することができる（DATC 条例 4 条 3 項）。実務上は、未決拘禁中に医師の診断に基づいて、受理センターの職員が薬物依存の程度を判定し、嗜癖、治療歴、社会的背景、犯罪歴等の内容を盛り込んだ報告書を作成している。DATC 処分の判断は、裁判官の裁量による。なお、DATC 処分は前科とされない（同条例 4 条 4 項）。

（ウ） DATC 収容期間：DATC 拘禁命令発付の日から 2 か月以上12か月未満の不定期とされ（同条

28 この一般向け薬害教育プログラムについては、近年に至って、数施設で試行されるようになったという段階にあるが、詳しい情報は入手していない。

例 4 条 2 項), 改善状況を施設の成績評価委員会が定期的に査定して, 釈放時期を決定し, 釈放を許可する。

- (エ) 釈放後の法定監督期間: DATC 釈放後, 釈放日から12か月, 矯正局長の指定する機関又は職員
の監督指導に服することとされている(監督命令, 同条例 5 条 1 項)。実務上, DATC のアフター
ケア担当職員が定期的な接触を行っており, 矯正局が施設内処遇と社会内処遇の双方を継続的に
実施している。
- (オ) 再収容命令: 矯正局長は, 対象者が DATC 釈放後の法定監督期間中に 5 条の監督命令に従わ
ない時には, 再収容命令を発付することができる。この場合, 元の DATC 拘禁命令の期間満了日
又は再収容命令により身体を拘束された日から 4 か月のいずれかの長期の期間を再収容期間とす
ることとされている(同条例 6 条)
- (カ) 新たな拘禁刑等の措置: DATC 拘禁命令, 監督命令, 又は再収容命令の発付後に, 新たに刑が
確定した場合には, 処分の内容に応じて新たな刑の執行の猶予又は DATC 拘禁命令の取消しを
行う(同条例 6 A・6 B 条)。
- (キ) 刑務所受移送: 矯正局長は, DATC 被拘禁者の行状が不良な場合, 行政長官の許可を得て, 刑
務所に移送し, DATC 拘禁期間の上限を超えない範囲で処遇することができる(同条例 8 条)。ま
た, 逆に刑務所受刑中の者で DATC 処遇が適当と判断される者についても, 残執行刑期が12か月
未満であれば, 行政長官の許可を得て移送することができる(同条例 8 A 条)²⁹。

ウ 現在の DATC 施設

現在, 表 7 の 3 施設が DATC 施設に指定され, 薬物依存者向けの処遇を実施している。

表 7 香港の DATC の収容区分・収容状況等

DATC 施設名 ³⁰	収容対象者	職員数	収容定員	2002年末 収容人員	過去 3 年の 年間収容総数
Hei Lin Chau Addiction Treatment Centre	男子成人(21歳以上)	262	784	449	2000年 1,414名
Lai Sun Correctional Institution (Annex)	男子少年 (14歳以上21歳未満)	125	108	88	2001年 1,737名
Chi Ma Wan Drug Addic- tion Treatment Centre	女子少年・成人 (14歳以上)	133	126	121	2002年 1,289名

出典: ACAN & Narcotics Division (2003b). 及び調査票回答 (掲載表を合成し一部改変)。

29 一般受刑者の中には, 我が国の薬物事犯者と同様に薬物依存後遺症を抱えている者も少なからず存在するが, DATC 移送要件に該当しない対象者については, 一般病院における治療を行う場合や, 矯正局が運営するスイルム精神医療センター (Sui Lam Psychiatric Centre) への移送による処遇で対処している。なお, 同センターは, 我が国の医療刑務所に相当する施設であるが, 精神衛生条例 (Mental Health Ordinance, Chapter 136) に基づいて心神喪失と認定された触法精神障害者も処遇している。同センターでは, 116名の保安職員中, 109名が精神科看護師又は准看護師資格を持ち, 精神科医師 6 名, 作業療法師 8 名, 臨床心理士 3 名が勤務している。同センターでは, 精神障害者だけではなく, 人格障害や精神障害の合併症を有する薬物依存者の治療等を実施しているほか, 一般施設に収容されている処遇困難者に対する調整的な処遇や性犯罪者に対する認知行動療法プログラムも実施している。

30 香港の矯正施設では, 同一敷地内に異なる収容区分の収容棟を併設していることが多く, 本表の 3 施設はいずれも DATC 対象者以外の受刑者も別棟に収容している。例えば, Chi Ma Wan DATC の場合, 女子受刑者の過剰収容対策のため, 女子受刑者の収容棟が別途設けられているほか, 女子少年のリハビリセンターも併設されており, 実地調査の訪問時の収容総数は250名程度であった。

エ プログラム内容

(ア) 医療サービス

対象者の施設入所後、医務官が健康診断と解毒治療を行う³¹。DATCには病棟も設置されているが、専門的な医療が必要な場合は、外部病院へ一時的に移送するなどして対応している。

(イ) カウンセリング等の心理学的介入

薬物乱用問題に焦点を当てた個別・集団のカウンセリングセッションを実施するほか、再使用防止コース (Relapse Prevention Course)³²を通じて、断薬の動機付けを高め、薬物乱用にまつわる危機場面への対処スキルを学習させている。このほか、薬物乱用に関連する問題として家族の問題等に対しても心理学的な介入を実施している (詳細は後述の Chi Ma Wan DATC のプログラム例を参照。)

(ウ) 職業補導・訓練

職業補導として実施されている種目には、金属加工、洋裁、製本、園芸などがあり、就労生活の基礎となるスキルや体力を養うことを目標としている。

(エ) 教科教育

少年の場合は、英語、中国語、数学、自己開発、コンピュータ学習等の科目を学習する機会が与えられており、成人の場合は任意参加で教科教育を受講できる。

(オ) 体育・レクリエーション

健康増進や余暇の善用のため、各種の体育・レク活動が実施されている (例、野外キャンプ訓練など)。

オ 累進制と成績評価

DATC の場合、導入級 (Initial Grade)、治療級 (Treatment Grade) 及び釈放前級 (Pre-release Grade) の3期にわたる累進級制度を採っている。DATC 収容後の初回審査は2か月以内に行い、以後、毎月1回の成績評価を行い、施設担当者の合議により進級を決定している。

カ 釈放前指導

釈放前になると、DATC 被収容者は、釈放前再統合オリエンテーションコースを受講し、福祉サービス、労働法制、医療サービス、雇用サービス、就職面接テクニック、対人スキルなどの科目を逐次受講する。就職先の確保については、家族・知人、DATC 施設のアフターケア担当者や協力雇用主がアレンジしている。

キ アフターケア

釈放後の法定監督期間は12か月である。この間、施設のアフターケア担当者は不定期に家庭訪問や職場訪問を行い、対象者の操行を把握している。また、矯正局は、帰住先が確保できない DATC 出所者向けのハーフウェイハウスを2か所運営している (平均1～2か月滞在し、その間に住居等を確保する。)

31 矯正局所管施設では、解毒のためにメサドンは使用しておらず、精神症状の緩和のため薬物処方が必要な場合は、他の薬物を使用している。

32 リラプスプリベンション (relapse prevention) とは、ターゲットとなる問題行動全般の再発防止を示す概念である。薬物乱用問題の場合は、一般的にはマールラットが創始した認知行動療法の手法を用いて行われる (詳細は本報告の認知行動療法の部を参照。)。これは、改善意欲の促進・薬物使用の得失の検討、再使用防止と薬物の渴望が起こるメカニズム理解、薬物再使用に至るハイリスク場面の分析・理解、誘惑を断るスキル、薬物なしで生活するための生活管理スキル等を系統的に体験学習していく構造的なプログラムである。

(4) DATC 入所者の特徴

矯正局の DATC 関連統計に見る DATC 収容対象者の主な特徴や属性は以下のとおりである (CSD, 2002) :

- ア 使用薬物：対象者の81%がヘロイン使用者, 残りはケタミン (少年55%, 成人14%), エクスタシー, 覚せい剤, ハルシオン, その他の向精神薬を使用 (少年では向精神薬乱用が主流)。
- イ 雇用状況：入所前の無職者は男子40%, 女子67%と無職率が高い。
- ウ 薬物初発年齢：成人の初発ピークは18~20歳 (26%), 少年の71%は18歳以前に初発。
- エ 平均薬物使用期間：少年2.5年, 成人10.4年。
- オ 犯罪歴：犯罪集団「三合会」関係：成人38%, 少年56%が関係あり, 女子は1%のみ。
- カ 初回の犯罪内容：成人44%薬物事犯, 35%財産犯, 女子は72%薬物事犯
- キ 前科犯数：1回以上の者は成人85%, 少年48%
- ク 施設収容歴：成人74%, 少年24%に DATC 収容以前の施設収容歴あり。
(平均収容回数 少年1.6回, 成人2.6回)。

ケ 本件犯罪：男子68%, 女子72%が薬物事犯。男子21%, 女子19%が財産犯。

以上の統計に見るように, DATC 入所者は, 組織犯罪に関与している者や, 施設入所経験のある者も少なからず存在し, 犯罪性は必ずしも浅いわけではない。また, 薬物取得費用獲得目的と思われる財産犯犯罪者等も一定数収容されている点も特徴である。少年層では向精神薬乱用が目立ち, 乱用初発年齢も低いことから, 予防教育の必要性が大きいことが推察される。また, 更生支援上, 正業に就かせることも大きな課題領域と考えられる。

(5) チーマワン薬物嗜癖治療センター (Chi Ma Wan DATC) のプログラム例

ここで, 実地調査を実施した Chi Ma Wan DATC の処遇プログラムを紹介する。この施設は, 従前, 女子刑務所の区画の一部で実施されていた DATC プログラムを拡張するため, 1996年に設立された軽警備刑務所であり, 98年から女子一般刑務所の過剰収容を緩和するため, 一区画を女子受刑者処遇に当てている。また, 2002年から女子少年を処遇するリハビリセンターが敷地内に併設されている。

心理・社会的介入サービスは, 継続的処遇 (through care) 概念に基づくもので, 以下の3領域に細分されている:

ア 個人的ケア³³

- (ア) 個別カウンセリング……個人に特有の問題性・ニーズの把握
- (イ) 導入コース……治療への動機付け促進, 治療意欲把握等 (7日間)
- (ウ) グループカウンセリング……体験の共有, 意思疎通スキル促進を目的に実施
- (エ) 再使用防止コース……薬物再使用防止のための認知行動療法 (7単位)³⁴

イ 家族との結びつきの強化

- (ア) 家族教育プログラム……親に対する心理教育 (矯正局開発教材を使用した参加型の講義)
- (イ) 半日ケアプログラム……施設内で親子で半日一緒に過ごすプログラム

33 個人的ケアのうち, (ア)及び(イ)は, 施設入所時の新入オリエンテーションと分類調査に相当する。

34 7単位は, 1単位90分で, 1. 薬物の誘惑, 2. 薬物乱用の結末, 3. 薬物依存と断薬, 4. 薬物への心理的依存, 5. 友達にノーという, 6. 感情の適切な処理, 7. 日常生活の管理から構成されている。日本の少年院における問題群別指導に似ているが, 再使用防止目的のプログラムとしては欧米等のプログラムに比べ, 比較的短期間のコースである。

ウ 再統合プログラム

(ア) 釈放前オリエンテーション……医療福祉サービス等の受け方等を講義（10単元）

(イ) アフターケア期の家庭・職場訪問……1年間の法定監督指導期間中にソーシャルワーカーが実施（遵守事項の一つであるランダムな尿検査を含む。）。

なお、同センターでは、限られた人的・物的資源を有効に活用するため、プログラム編入前の段階で、チェックリスト等を用いて対象者のスクリーニングを行い³⁵、低改善意欲群、中改善意欲群、高改善意欲群の3群に対象者を分類し、低意欲群には短期介入を、中度群にはグループ活動を中心としたコア処遇を、高意欲群にはグループ活動に継続的な個別カウンセリングを組み合わせたプログラムを供与している（詳細表8参照。）。

表8 DATCにおける対象者の動機付けのレベルに応じたプログラム供与

対象者	プログラム	プログラム内容
低改善意欲群	短期介入	改善意欲を高めることに焦点付けた介入のみ。
中改善意欲群	コア処遇	改善意欲増進のため心理士との対話セッションを実施したり、ビデオ教材等を用いて認知の歪みを修正する。この後、再使用防止コースに編入する。
高改善意欲群	増強処遇	コアプログラムに加え、感情面の問題や家族問題を検討させるため、個別カウンセリングや小人数のグループを継続実施。グループでは再使用防止モデルに基づく認知行動スキルを中心に学習させる。

アフターケアについては、その準備、計画、実施はアフターケア部門の主任官ソーシャルワーカーの指揮の下、アフターケアチームが2名1組構成で5班編成され指導に当たっている。2003年11月末のケースロードは、所内147名、所外169名であり、1班当たり一時期に約60件程度を担当する。アフターケアは、入所初期段階の面接、家庭調査などにより環境調整に着手し、釈放前教育、帰住先調整、就職支援、遵守事項準備等を逐次行い、釈放後は、家庭訪問、職場・学校訪問を不定期に行う。尿検査もランダムに実施している。担当官との接触途絶、薬物再使用、ハーフウェイハウスへの不帰還等の遵守事項違反がある場合は施設再収容の対象となる。

処遇成績については、1年間のアフターケア期間を良好に満了した事例は、約70%程度である。

処遇効果の評価研究等については、こうしたプログラムのプロセス評価は矯正局内では逐次実施されており、プログラム内容修正に反映させている。今後は成り行きデータを絡めたアウトカム評価研究を実施予定という。なお、同センターでは、香港大学をコンサルタントとして、治療的介入を改善するための提言を得ており、再犯リスク予測表³⁶も試行的に使用している。

課題としては、同センターの調査により女子収容者の約30%が虐待等のPTSD体験を持っていることが判明しており、こうした問題への対処や女子特有のニーズに応じた処遇を実施することである。

(6) DATCプログラムの最近の発展

DATCプログラムの中で、前述の認知行動療法をベースとする再使用防止プログラムは、2001年から本格的に導入されたものであり、入所者の動機付け判定等のスクリーニング手続きや再犯リスク予測も

35 スクリーニングでは矯正局所属の臨床心理士及びソーシャルワーカーが、ロールニクらによる変化レディネス尺度、変化の段階に関する構造化面接の手法を用いて評定を行っている。

36 再犯リスク評定表は、年齢、婚姻状況、子の有無、乱用薬物種別、DATC入所歴、就業継続状況、経済状況、家族の薬物経験、仲間の犯罪傾向にそれぞれ重み付けした数値を付け、該当項目を合算し、リスク水準を3段階に分けている。

同時期にスタートしている。このほか、矯正局は、家族との絆の強化のため、香港中心部から離れた島に設置されている DATC のアフターケア職員と収容対象者家族との接触を促進するため、2000年に DATC アフターケア職員が駐在するカウンセリングセンターを香港中心部に設置した。

また、予防教育・啓発活動関連では、ヘイリンチャウ薬物嗜癖治療センター (Hei Ling Chau DATC) で「グリーンヘイブン計画」(Green Haven Program) という薬害メッセージの伝達と環境教育を行うプログラムが2001年から始まった。同プログラムでは、青少年を同施設に招き、入所者と薬害に関する話し合いの場を設けるとともに、島内の自然に親しませ環境保護の大切さを学習させている。

(7) 処遇成績及び再犯率³⁷

DATC プログラム終了後、釈放の1年後の監督期間満了時に再犯なしで成功したとみなされる割合 (Success Rate) は、2002年時点で約65% (男子の方が女子よりも成績が悪い。)

一方、これを DATC 釈放後3年の再犯率で見ると(表9)、DATC 処遇者の1998年釈放コーホート集団の56% (男子60%, 女子45%) が矯正局所管施設に再度入所している。こうしたデータから薬物依存症からの回復の困難性と、法定監督期間後のアフターケアの課題とが示唆される。

表9 DATC プログラムの再犯率 (矯正施設再入所率)

釈放年	1993	1994	1995	1996	1997	1998
再犯率	70%	68%	63%	59%	56%	56%

出典: ACAN and Narcotics Division (2003b)

3 メサドン治療プログラム (Methadone Treatment Program, MTP)³⁸

ヘロイン等あへん系薬物乱用者向けの自発的・外来ベースの医療モデルに基づく治療プログラムであり、1972年から実施されている。本プログラムに関する法令はないが、保健局 (Department of Health) の運営するメサドンクリニックが一括してプログラムを運営しており、実質的なサービスは標準化されている。

(1) 導入経緯

ACAN のメンバーが、1960年代にアメリカで実験的に行われたヘロイン依存者に対するメサドンクリニックの効果に関する結果報告に着目したことがきっかけである。60年代後半、アメリカのベスイスラエルバーンステイン研究所 (Beth Israel Bernstein Institute) で調査が実施され、1971年に SARDA の常務委員会が治療プログラム編入前の症状安定化にメサドンの少量投与を承認し、プログラム編入前のドロップアウト率が顕著に低下することが分かった。また、当時の医療・保健局は、偽薬投与による対照群法を用いたメサドン治療の効果に関するパイロット研究でも、無職率、犯罪傾向、家庭崩壊がメサドン維持療法で有意に低下することが判明したため、1972年にメサドン治療の実施を決定した。

(2) メサドンクリニックにおけるメサドン治療プログラムの概要

ア 目的

・ 非合法的なあへん系薬物使用を、合法で医学的に安全なメサドン処方に変え、可能な場合はこの代

37 ここでいう再犯率とは、釈放年から3年以内に有罪判決が確定して矯正施設に再収容された者の構成比をいう。再犯率など、処遇効果の評価の推進は、第二次3か年計画の勧告事項として取り上げられている事項の一つである。近年のプログラムの発展に伴う処遇効果の改善状況について今後注視していく必要がある。

38 メサドンは、元来、薬物依存症のアゴニスト (Agonist) 療法で用いられる薬物であり、アルコールやヘロインなど依存性薬物による依存をメサドンに肩代わりさせ、一時的に離脱症状の発現を抑えたり、摂取の渴望を弱め断薬を継続させる目的 (依存交差療法) で使われている薬物である。

替薬処方により解毒を果たし、治療・リハビリサービスに結び付け、依存症からの回復を支援する。

- ・薬物依存者に広範なサポートを供与し、治療的介入に乗せ、対象者の健全で経済的にも生産的な生活を支援する。
- ・メサドンの経口投与により静脈注射や注射針の使い回しを減らし、サーベイランス、健康教育、カウンセリングを実施することにより、HIV、肝炎、破傷風等、血液由来の感染症の予防を促進する。
- ・あへん系薬物使用に関連する反社会的行動を減らし、地域社会の安全を促進する。

イ 治療形態

- (ア) 維持療法 (Maintenance program)……あへん系薬物使用をメサドンの継続投与に置換する³⁹。
- (イ) 解毒療法 (Detoxification program)……メサドンの投与量を徐々に減らし断薬を目指す。

ウ 実施機関・職員等

保健局所管のメサドンクリニックが20施設ある（香港島に4か所、九龍地区に9か所、新界に7か所）。職員は、医療補助者152名、上級医務官3名、当番制医務官43名及びSARDAから派遣されている常勤ソーシャルワーカー27名の体制である（2002年末現在）。

エ サービス内容

メサドンクリニックは、性別、年齢、民族、宗教、国籍に関係なく誰でも利用可能である。週7日利用可能であり、対象者の便宜を考慮し、開業時間も早朝7時ころから深夜12時ころまでカバーするようクリニックごとに開業時刻を変えている。訪問者は来訪ごとに1香港ドルを支払い、メサドンの投与を受ける（1回の訪問当たりのコストは23香港ドル）⁴⁰。

対象者が初めてクリニックを往訪すると、医務官が診察を行い、メサドン治療の適否を判定する。各種疾患を抱えている患者の場合は専門病院に付託することになるが、メサドン治療が適当な場合には、初回診察結果に基づいてメサドンの投与量を決め、以後継続的にメサドンを投与する。

心理・社会的な援助としては、少年及び新規登録成人患者を中心にSARDAのソーシャルワーカーが個別ケース担当者として割り振られ、個別・集団カウンセリング、保健教育を実施し、居住型の薬物依存症治療プログラムやアフターケアサービスにつなげている。

オ HIV サーベイランスと予防活動

香港CRDAのデータでは、ヘロイン乱用者の約6割～7割が静脈注射による使用形態であることが知られているが、メサドンクリニックは、薬物乱用者を治療的介入につなぐ最初のコンタクトポイントになるため、HIVなどの感染症の発見や予防教育の場としても重要である。

このため、クリニックでは、任意のHIV検査や匿名のスクリーニング検査により、HIVのサーベイランスを実施している⁴¹。また、予防面では、新規・再診患者の双方を医師が診察してエイズ問題等の啓発を行っているほか、保健教育の一環としてソーシャルワーカーも無防備なセックスや注射針の使い回しの危険性について意識啓発を行っている。

39 メサドン維持療法は、ヘロイン乱用にまつわるハームリダクション目的も兼ねて実施されているものだが、患者の中にはヘロイン購入費用が尽きるとクリニックを来訪する者もあり、薬物乱用を助長するとの批判もある。

40 従来は、外国籍パスポート所持者にも同額の料金が適用されていたが、2003年に人口政策の見直しが行われ、同年4月から外国人等は全額負担の原則が適用されている。

41 HIV・AIDSのサーベイランス、HIV陽性患者に対する早期介入の促進のため、2003年に数か所のメサドンクリニックで全般的なHIV検査・尿検査プロジェクトが試行され、保健局は2004年以降、検査体制を強化する方向にある。

カ MTP 関連統計

メサドンクリニックに登録されている患者数は、おおむね1万人前後であり、男子が約9割(88%)を占める。年齢層は、少年から60歳以上の高齢者までにわたっているが、少年層は薬物乱用傾向が異なることもあって登録者は少ない。

表10 メサドンクリニックの利用状況

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
新規登録者	1,350	1,280	1,028	838	654	966
1日平均往訪者数	6,914	6,691	6,741	6,502	6,534	7,101
年間平均登録者数	10,015	9,695	9,724	9,395	9,233	9,755
	21歳未満	21-30	31-40	41-50	51-60	60歳超
2002年末の登録者の年齢別構成	96 1%	1,973 20%	1,887 19%	2,600 26%	1,996 20%	1,518 15%

出典：ACAN & Narcotics Division (2003b). (掲載表を合成し一部改変)。

(3) メサドン治療プログラムの再検討と最近の発展

1972年以降実施されてきたMTPについて、政府は1999年にプログラムの効果の検証、プログラムの改善領域、MTPに代わる薬物療法導入可能性の検討等のため、保安部麻薬局、保健局、ACANメンバーによる検討作業部会を立ち上げ、2001年にMTPに関する報告書を刊行した。同報告書(Narcotics Division, 2000)⁴²の概要は以下のとおりである：

- ・MTPは、雇用や社会生活の維持に役立つだけでなく、薬物過量摂取、薬物関連の死亡、感染症の低減に役立ち、所期の目標に寄与している。
- ・MTPの改善領域として、対象者のモニタリングやサポートサービスの必要性についてのアセスメントを強化すべきこと。ケアの連続性を確保するために、既存のカウンセリングやサポートサービスを強化し、クリニックの環境もそれにふさわしい形に整備すべきこと。MTPの維持療法と解毒療法の双方のアウトカム指標を明確に確立すべきこと。外来解毒療法のアフターケアの一環として、解毒を果たしたMTP患者の再使用防止のため、ナルトレキソン⁴³投与の効果を査定する研究を実施すべきこと。MTPに関与する対象者が多いことから、メサドンクリニックと他の治療・リハビリ団体との連携を強化すべきことなどがある。

同報告書によるこれらの勧告を受けて、2002年以降、以下のような改善が実施されている：

- ・MTPのアセスメント及び再アセスメントの様式の改訂・整備、半年ごとの再アセスメントの履行、対象者データベースのコンピュータ化計画。
- ・MTPのカウンセリングサービス強化のため、同サービスを供与しているSARDAのソーシャルワーカーの増員が図られ、個人向け、集団向け、家族向けのプログラムが強化されたこと。
- ・一般病院とメサドンクリニックの相互治療付託(Cross-referral)体制構築のためのパイロットプロ

42 この報告書では、MTPの対象者に自己申告式の質問を行い、プログラムへの満足度、薬物使用や犯罪活動等への関与を調査しているほか、社会的コスト比較、様々な代替処方薬に関する文献研究、諸外国のMTP実務比較などを包括的に行っている。

43 ナルトレクソン(Naltrexone)は、ヘロイン依存症のアンタゴニスト(Antagonist)療法に用いられる薬物である。作用機序は、依存薬の薬理作用を遮断することにある。同薬は長時間の持続性を持つ。

グラムの着手。

- ・ MTP を含めた治療サービスのアウトカム指標構築のパイロットプロジェクトとして、中国嗜癖治療アウトカム指標（Chinese Addiction Treatment Outcome Measures, CATOM）のコンピュータ入力データベースが構築され、数か所のパイロット処遇機関でデータ収集が始まったこと⁴⁴。
- ・ MTP で解毒を果たした患者に対する再使用防止目的のナルトレクソン投与効果検証のプロジェクトが2002年に開始されたこと（2005年完結予定）。

4 居住型自発治療プログラム（Voluntary Residential Program）

前掲表 6 に見られるように、香港では自発的に薬物依存症を求める対象者に対し、数多くの民間機関がサービスを提供しており、サービスの形態も薬物処方による治療までカバーし、医療モデルと心理・社会的な介入モデルを折衷したようなものから、カウンセリングや宗教的な働き掛けを中心とする心理・社会的介入モデルまで幅広いサービスが利用可能である。全般的には、島や郊外の自然豊かな居住型施設で一定期間治療的な処遇を行った後、アフターケアサービスとして、ハーフウェイハウスにおける処遇に移行させ、さらに、カウンセリングや自助グループのサポート活動により薬物依存症からの回復を支援し、円滑な社会生活に結び付けようとする団体が多く、薬物乱用者処遇における継続的処遇（through care）実践の一つのモデルと言える。

一方、規制薬物関連の法制の項で述べたように、これらの民間居住型自発治療プログラムに関連する法律により、薬物療法を行う機関の病院、介護施設、産院条例に基づく登録が義務付けられている。また、居住型治療施設の居住環境や安全対策等の目的で、薬物依存者治療・リハビリセンター（許可）条例が2002年から施行され、社会福祉局長の事前許可がなければ施設を運営できないこととされている。

さらに、政府機関等は、保護観察処分を受けた薬物依存者を居住型自発治療プログラムに付託することがあるが、施設の運営資金やプログラム実施に要する費用を助成する枠組みも整っており、行政による監督指導とサポートによって、政府機関と民間機関の良好なパートナーシップが構築されている点に特徴がある。以下では、社会福祉局の業務、政府助成制度及び民間居住型治療・リハビリプログラム例の概要を紹介する⁴⁵。

（1）社会福祉局の業務及び民間治療・リハビリ機関への処遇付託の概要

香港社会福祉局は、社会福祉の全般的事項を管轄する官庁であり、刑事司法関連では判決前調査報告書の作成、保護観察、社会奉仕命令等の実施、我が国の児童福祉施設に当たる収容施設の運営等に当たっている。薬物乱用者処遇関連では、予防・啓発活動、リスクのある青少年へのアウトリーチ活動、民間機関が提供する各種治療的介入サービスへの付託・監督指導等に当たっている。

刑事司法関連の事務所としては、保護観察所（14か所、観察官114名）、社会奉仕命令事務所1ヶ所、地域サポートサービスチーム（親子関係調整の指導や感情コントロールの訓練などを行う。）、元犯罪者向け社会治療センター、保護施設4か所、少年リマンドホーム3か所、児童矯正施設4か所が設置されている。保護観察対象者のうち、薬物乱用の問題を有する者は年間1,000～1,300名程度である。なお、社会福祉局では、矯正局と同様に、英国リバプール大学の支援を受けて再犯リスク研究を実施中であり、2006年までにリスクニーズアセスメント尺度を開発する予定という。

44 CATOM では、治療サービスを受ける者の心理的福祉、社会的機能水準と質、満足、費用対効果等が把握できるように調査項目が組まれている。

45 なお、民間機関は居住型治療・リハビリプログラムに限らず、前掲表6に見るようにハーフウェイハウスの運営、自助活動、予防教育にも広範に関与しているので、プログラム例の説明の際に併せて記載した。

(2) 社会福祉局等の政府機関による民間施設の運営助成制度について

社会福祉局は、所管する保護観察対象者が、薬物乱用の問題を持ち、専門的な治療の介入が必要な場合には、対象者の同意を得て、民間団体が運営する薬物処遇機関に付託している。付託する際の1人当たりの処遇コストは月平均2,000～3,000香港ドル程度を要するが、経費は社会保障予算から充当され、本人の負担はわずかという。

治療・リハビリサービスを提供する民間機関は、前掲表6に掲げた居住型の治療・リハビリセンター、向精神薬乱用者向けカウンセリングセンターなどである。こうした民間の協力機関は、政府助成の対象となっており、心理・社会的な非医療的介入は社会福祉局が運営資金の助成窓口機関となっている（メサドン治療を与える機関等、その他の医療的な治療介入を行う機関は、保健局が助成する。）⁴⁶。

政府助成を受ける機関は、助成申請を行う際に提供するサービス内容を明示し、助成認可後、社会福祉局と民間処遇実施機関とが助成サービス協定（Funding & Service Agreement, FSA）を取り交わす。FSAには、サービスクオリティ基準16項目、サービス指標、アウトカム指標が明示されており（例、サービスを受ける人員や各種サービスの実施回数などについて数値目標等）、サービス機関が逐年業務報告を行う形で社会福祉局がモニタリングを行っている。

(3) 居住型自発治療・リハビリ施設の年間利用状況⁴⁷

居住型自発治療・リハビリ施設は、収容定員10名程度の小規模施設から SARDA のように350名を収容する大規模施設まである。また、各施設の入所状況を見ると、ここ数年収容を実質的に停止している団体もある。表11は、これらの民間施設の年間利用状況の統計を示したものである。同表に見るように、各民間施設が一時期に収容できる合計定員数は、1,400名程度であり、年間利用者の数は、近年3,000名前後で推移している。

表11 香港の民間居住型自発治療・リハビリ民間施設の利用状況

民間運営 団体総数 (N=17)	居住型治療 リハビリ施設 (N=30)	収容定員		2000		2001		2002	
		男	女	男	女	男	女	男	女
Barnabas	Lamma Training Centre	—	24	—	36	—	36	—	35
SARDA	Shek Kwu Chau TRC.	350	—	1,801	—	2,103	—	1,993	—
	Au Tau Youth C.	20	—	86	—	83	—	127	—
	Sister Aquinas Memorial WTC.	—	42	—	96	—	79	—	118
	Adult Female R.C.	—	24	—	29	—	27	—	48
その他 15 機関	25施設	863	81	695	41	587	53	914	88
合 計		1,233	171	2,582	202	2,778	195	3,034	289

出典：ACAN and Narcotics Division (2003b). (原表を縮小して掲載)

46 2003年時点で社会福祉局の助成団体は4団体、保健局の助成団体は3団体ある。

47 前掲表6に掲げた各種民間治療・リハビリ機関の活動状況や居住型施設の収容規模等の詳細は、ACAN and Narcotics Div. (2003a, 2003b) に詳述されているので、興味のある方はこれらの文献を参照されたい。

(4) 小規模治療・リハビリ施設団体の運営例：Barnabas Charitable Service Association

ア 設立経緯・運営目的

本団体の前身は1981年にクリスチャン有志が作った Barnabas Fellowship という団体であり、開設当初は、女子薬物依存者、犯罪者、売春婦の更生支援に当たった。同団体は、1987年、現在の団体名に改称し、現在は女子薬物乱用者の回復支援に特化したサービスを提供している。なお、同団体は、1997年までは教会関係者の寄付によって運営されていたが、1998年からは社会福祉局の資金助成機関となっている。本団体は、女子薬物乱用者の解毒を果たし、薬物乱用のない生活を維持させること、究極的には地域社会に貢献する人材を育成することを目的とする。このために、自己有用感を高め、家族との関係回復を促進し、前向きな学習態度を育成するとともに、自己管理・自主独立能力を養うことを下位目標としている。

イ 総職員数

27名（団体のケースワーカーなど実働部隊のみ計上。）。

ウ 財 源

社会福祉局政府助成金、教会からの助成、各種基金からの寄付（薬物撲滅基金、ヘルスケア増進基金、宝くじ基金、ロータリークラブ等の寄付）による。

エ 薬物処遇関連サービスの概要

(ア) 対象者：女子薬物乱用者（おおむね40歳未満の者）

(イ) 提供するサービス：

a 薬物治療・リハビリ関係：居住型訓練センター及びハーフウェイハウス

処遇プログラムは、ランマ島訓練センターにおける治療・リハビリ訓練6か月と、その後のマオンシャンハーフウェイハウスにおけるアフターケア6か月とがセットで実施されている（なお、対象者の特質に合わせて短期収容プログラムも行っている。）。提供されるプログラムは、薬物依存症関連の診断、個別・集団カウンセリング、家族合同カウンセリング、再使用防止プログラム、一般教育、就職支援、スキル訓練、宗教的なケアなどである。対象者は、ヘロイン乱用者が約半数で残りは向精神薬の乱用者である。処遇成績については、約60%がアフターケア監督指導期間中の断薬を継続して終結している。成功事例は、家族等の重要な他者がいること、家族や教会からのサポートを受けていること、安定就業状態が確保できていることなどが特徴という。

b 薬物乱用アフターケア：サンフラワーカフェ

2001年から開始された新規プロジェクトであり、自助グループ活動や各種レクリエーション行事、職業補導、個人・家族面接等のサービスを行っている。

c 職業スキル訓練：バタフライプロジェクト職業スキル訓練センター

社会福祉局助成金によるプロジェクトであり、年齢25歳未満の者に職業技能訓練を行っている。コンピュータ、美容師、事務などの職業技能と同時に勤労態度や対人関係を学習させる。対象者は、薬物乱用者、元乱用者、無職者等（2002年の年間実績214名）。

d 薬物乱用防止教育関係：サンシャインネット

学校などを訪問し薬物防止啓発活動を行っている。講話、グループ活動、アドベンチャーキャンプなどを企画・実施している。

オ 当面する課題等

担当者の説明によれば、薬物乱用者に対するサービス機関が多数存在するため、定員を割り込む

状態が続いており、処遇実績が翌年の政府助成額にも反映されるので対象者の確保に苦慮しているという。また、女子には特有のニーズがある上、薬物乱用の動向も変化しているので、サービス内容の見直しが必要とのことであり、特に向精神薬乱用者は様々な精神症状や問題を抱えていることから精神科医との連携促進が課題という（現在は外部の精神科医師に受診させ必要な処置を行っている。）。

(5) 大規模治療・リハビリ施設団体の運営例：SARDA (Society for the Aid and Rehabilitation of Association)

ア 設立経緯・目的

本団体の設立経緯は、薬物政策の節で説明したとおりである。本団体は、薬物乱用民間援助団体として1961年に香港で最初に設立された香港最大の民間援助団体であり、ヘロイン嗜癖者を中心とした治療的処遇、リハビリ、アフターケアサービス、薬物乱用防止活動の実施を通じて、薬物依存症からの回復を支援するとともに、薬物乱用の予防を推進することを目的としている。

イ 総職員数

正規職員200名程度（薬物依存からの回復者を含む。）、協力ボランティア100名程度。

ウ 財 源

政府保健局助成金、香港競馬会慈善信託基金、宝くじ基金、ロータリークラブ等の寄付など。

エ 薬物乱用処遇関連サービスの概要

以下のような広範なサービスを提供している。

(ア) 治療・リハビリ関係

a 居住型治療・リハビリセンター……4施設で運営（下記）

薬物療法による解毒治療に加え、心理社会的介入モデルに基づいての施設居住型のケアを最大6か月程度実施し、更に1年のアフターケアを行っている。全般的な断薬成功率はアフターケア期間満了時に男子の場合50%程度、女子の場合70%程度である。

(a) シェクーチャウ治療・リハビリセンター (Shek Kwu Chau Treatment & Rehabilitation Centre)

- ・1963年開設（政府所有の無人島であった石鼓州島を1香港ドルで貸与された。）。
- ・入所対象者：ヘロイン依存者で入所を希望する男子は原則としてすべて受け入れる。なお、在所中、尿検査で陽性反応が出た者は退所させる。
- ・職員：58名（うち16名がソーシャルワーカー、回復者18名がピアカウンセラー）
- ・施設の構成：石鼓州島全島を利用し、中央部に管理・処遇プログラム棟、講堂、解毒病棟、尿検査室を配置。13棟の居住棟を島の各所に分散して配置（年齢等を考慮して編入、以前は一箇所に集めて処遇していたが、喧嘩等の問題が起るため分散した。）。そのほか、職業訓練棟、パン工場、動物飼育棟、青少年外来者向け野外訓練棟などがある（薬害教育・環境保全教育の意識啓発活動を実施した収益はセンター運営経費に還流している。）。
- ・薬物乱用処遇プログラム：解毒療法、心理社会的介入（各種スキル訓練、再使用防止プログラム、性教育、HIV感染リスク教育、職業補導などを中心にプログラムを編成。）。退所後、1年のアフターケアサービスをソーシャルワーカーが実施。
- ・同施設の課題：担当者説明によれば、入所者の多くはヘロインの慢性的依存者であるため、断薬が成功するまでに5～6回は失敗している。断薬成功率を向上させるため、医療、ケースワーク、家族サポート等を強化する必要がある。また、向精神薬乱用リスクの高い若年層を対象と

した予防教育の重要性が増しているので、本施設では一次予防面の予防教育・啓発活動を一層強化する予定（例、薬物乱用博物館を島に建設し、薬物予防教育・環境保護推進のセンターとする構想を持つ。）。

(b) オータウユースセンター (Au Tau Youth Centre)

25歳未満の若年層対象、自発的入所のほか、保護観察官からの付託や、メサドンクリニック経由の入所がある。2002年7月から同施設は責任、規律、協調を基調とする治療共同体 (Therapeutic Community, TC) モデルの処遇を行っている。プログラムには、教科教育、コンピュータ、成長支援グループ、家族サポートグループ活動等がある。

(c) シスターアキナス記念女子治療センター (Sister Aquinas Memorial Women's Treatment Centre)

25歳未満の女子若年層を対象とする。1982年から TC モデルによる処遇を実施する一方、心理社会的なカウンセリングプログラムも取り入れている。

(d) 成人女子リハビリセンター (Adult Female Rehabilitation Centre)

1997年に新設。年齢25歳以上の女子の治療・リハビリを実施。メサドン維持療法施行中患者には短期リハビリ訓練も実施している。5歳未満の対象者の子供の入所も認めているなど、女子特有のニーズに着目し、心理社会的な介入を行っている（個別・集団カウンセリング、ライフスキル訓練、交流分析、家事管理・子育て支援等）。

b その他の薬物乱用処遇関連施設：

(a) ハーフウェイハウス

5施設を運営し、居住型施設からの出所者を受け入れている。

(b) 社会サービスセンター

都市部に4か所設置。居住型治療・リハビリ施設入所前の登録サービス、施設出所者のアフターケアサービス、地域社会向け薬害啓発教育、患者・元患者のレク活動を行う。アフターケアサービスでは社会奉仕、職業補導、レク活動も重視している。年間サービス対象者延べ人員2,140名（2002年度）。

(c) 尿検査室

薬物乱用のない状態をモニターするため、検査室を2か所運営。年間約15,000件の検査を実施（2002年度）。

(d) クリニック

都市部に1か所設置。居住型施設対象者の入所前診断、退所後の医療サービスを提供する。

c 関連自助団体：プイフォン自助協会 (Pui Hong Self-help Association)

SARDA 施設の薬物依存回復者が1967年に創設した自助団体。SARDA は同団体と共同で薬物依存者の雇用支援サービスも実施しており、薬物依存の回復者を雇用し、引越し、宅配サービスを行っている（薬物撲滅基金の助成プロジェクト）。

d メサドンクリニックにおけるカウンセリングサービス

MTP プログラムの節で述べたとおり、SARDA のソーシャルワーカーは、メサドンクリニックの常勤職員として、MTP プログラムの対象者にカウンセリングを実施している。

また、薬物依存の回復者21名が非常勤のピアカウンセラーとなってカウンセリングプログラムを支援している。

e その他（研修・研究活動等）

治療共同体処遇を行う施設の職員を中心に、アメリカ・ニューヨーク州の DAYTOP VILLAGE に約5か月間留学させており、各種国際学会へも参加させている。また、大学に委託し、処遇効果等に関する調査を実施し業務に役立てている。

(4) 予防教育・地域支援関係

ライオンズクラブのユースアウトリーチ薬物啓発委員会と共催で、警察官、教師、ソーシャルワーカーらに研修を行っているほか、Shek Ku Chau センターを青少年向けに開放し、入所者との対話、交流、薬害啓発等も実施している（年間4,000名程度参加）。さらに、職員、薬物依存回復者による学校の薬害教育、AIDS 防止のメッセージ伝達などの活動も積極的に行っている。

(6) 居住型自発治療・リハビリプログラムの最近の発展

近年、社会福祉局の許可制度、処遇サービス成績のモニタリング制度、治療・リハビリサービスの評価指標等が次々に導入されており、サービス水準は全般に向上する方向に向かっていると考えられる。各種の民間施設が提供するプログラム内容では、再使用防止プログラム、職業訓練、就職援助、家族サポート等の領域が重点領域となり、改善が図られてきた。

本処遇領域でも今後の懸案として第三次3か年計画で提言されている事項はたくさんあるが、中でも、医療、福祉、刑事司法などの学際的アプローチに基づく **シェアードケアモデル (shared-care model, ケアの分業)** の構想が強調されている。同構想は、各機関がパートナーとし得る機関と協働体制を敷き、共通の目標と情報の共有を通じて薬物乱用者向け処遇を推進させるための戦略的プランを構築すべきであると指摘している。

5 物質乱用クリニックと向精神薬乱用者向けカウンセリングセンター

香港では、向精神薬乱用問題に特化したサービスとして、物質乱用クリニック (Substance Abuse Clinic, SAC) と向精神薬乱用者向けカウンセリングセンター (Counseling Centres for Psychotropic Abusers, CCPA) が重要な役割を果たしている。これらの機関は、向精神薬乱用者が薬害に対する情報を入手し、適時にカウンセリングを受け、治療・リハビリを目指すことを支援する。

(1) SAC と CCPA の機能や対象等

ごく簡単に言えば、SAC は、向精神薬乱用者に対し医療モデルによる介入を重点的に行う薬物治療専門病院であり、CCPA は、心理・社会的な介入を重点的に行う民間団体である（ただし、前掲表6に見るように、サービス内容は一次予防から三次予防まで多岐にわたる。表12は両機関の機能等をまとめたものである。

表12 向精神薬乱用問題に対処する SAC と CCPA の機能等の比較

	物質乱用クリニック (SAC)	向精神薬乱用者カウンセリングセンター (CCPA)				
機 能	・ 民間処遇機関や一般保健機関と協力し、専門的な治療やケアを供与 ・ 向精神薬乱用者に目立つ心身の合併症の診断・治療 ・ 薬物乱用処遇関係者に対する助言・教育 ・ 研究活動の実施	・ 向精神薬依存者の依存症からの回復支援 ・ 依存者家族に対するカウンセリング・支援 ・ ハイリスクの青少年向け薬害意識啓発 ・ 中学生に対する薬害教育の実施 ・ 各種業種（例、学校教師等）に対する研修の実施				
対象者	・ 民間処遇機関から付託された向精神薬乱用患者 ・ 一般病院から付託された患者（急性中毒、依存症、薬物関連精神病など）	・ 向精神薬乱用者及び家族 ・ ハイリスク環境にある潜在乱用者 ・ 一般中学生 ・ 各種業種の専門家				
関連法等	病院管理条例 (Hospital Authority Ordinance) (病院管理局所管)		なし (社会福祉局所管、助成・監督)			
処遇 実績等		来診延べ人員数			係属事例数	集団カウンセリング実施回数
		初 診	再 診			
	2000	727	4,314	2000	340	647
	2001	701	5,415	2001	372	656
	2002	869	7,285	2002	366	991

出典：ACAN and Narcotics Division (2003b). (数値データ部分は原表を合成して掲載)

(2) CCPA サービスの例：PS33

向精神薬乱用者向けカウンセリングセンターとして最初に設立された PS33は、正式名称を Hong Kong Christian Service, PS33 Centre for Psychotropic Substance Abusers といい、九龍地区繁華街のキリスト教サービスセンター内 1 階にある。

ア 設立経緯

香港では、80年代半ばから従来のヘロイン乱用から若年層を中心に向精神薬乱用が社会問題化してきたが、治療・リハビリ処遇機関はヘロイン処遇に重点を置いていたため、社会福祉局の要請を受けて1988年に向精神薬乱用の専門センターとして開設された（ヘロイン以外の薬物乱用をすべて引き受けている。）。

イ 総職員数

11名（ソーシャルワーカー 6 名、レク活動補助者 1 名、依存症回復者のピアカウンセラー 2 名、事務関係 2 名：センタービル内のクリニックに勤務する精神科医師も PS33を支援。）。

ウ 財 源

社会福祉局からの助成金、キリスト教サービスセンターからの補助金など。

エ 薬物処遇関連サービスの概要

本センターは、薬物乱用問題に対処するため、ホリスティックアプローチ（全次元にわたるアプローチ）を取っており、生理学・生物学的次元、心理・社会的次元、宗教の各領域をすべてカバーするサービスを提供している。クリニックの精神科医師は、対象者のアセスメントや投薬治療を担当し、ソーシャルワーカーはケースワークの手法により様々な介入を行っている（認知行動療法に

基づく再使用防止プログラム、親に対する心理教育、家族療法など)。

(ア) 薬物乱用者向けの治療的介入：5期16か月（①受理・アセスメント期，②解毒期，③再使用防止プログラム期，④ライフスタイル変容期，⑤終結期）を標準として実施している。

グループ活動に関しては，初めに治療意欲を高めるための治療開始前グループを実施し，解毒が必要な対象者は解毒グループに編入している。この段階を終えたものを再使用防止グループに編入し生活習慣の改善を目指す。これに並行して社会活動・レク活動，月例家族会なども行っている。

(イ) 対象者の薬物乱用動向：咳止め34%，ケタミン32%，MDMA31%，静穏剤27%，幻覚剤24%，覚せい剤18%等（多剤乱用者が多い。）。

(ウ) 活動実績(2002年度)：個別ケース活動延べ約5,000件，グループセッション239回，学校等での予防教育プログラム98回，専門家向け研修61回，電話相談1,368件，立ち寄り相談346件。

(エ) 研究活動等：大学がPS33のサービスを評価した研究によれば，対象者の半数は抑うつや妄想等の精神症状を呈しており，また，人格障害の合併症を持つ者が少なからず存在する。このため，介入上，様々な注意を要するという。サービス実施回数等は，前述した社会福祉局とのFSA協定により管理されている。また，PS33は矯正施設の出所者にも自発的な希望があればサービスを提供しており，矯正局の監督指導後にPS33のサービスにつながるケースもある。さらに，PS33は，2002年からは，いわゆるクラブドラッグ乱用者にターゲットを絞ったアイスブレイキングアクション（ICE Breaking Action，Iは結晶メタンフェタミンの俗称アイスの略，Cは大麻，Eはエクスタシー）というプロジェクトを始め，若年層に早期介入を実施している。

(3) SAC と CCPA の最近の発展

病院管理局は，2002年から，香港全土を7ブロックに分け，地域医療サービスを各地区の特性に応じて再編している。このため，薬物乱用者の治療・リハビリ実施機関と地域ブロックのSACとの連絡協議会が定期的に持たれるようになってきた。CCPAについては，第二次3か年計画でCCPAの増設が勧告され，従来3か所だったCCPAが5か所となり香港全域にサービスを提供できるようになっている。

6 予防啓発活動等

以上に見てきたように，香港の場合は，矯正局や民間の治療・リハビリ関連機関が青少年層を中心とする対象者に対して一次予防活動にも積極的に従事している。以下，補足的に上述の機関以外の機関等でどのような予防啓発活動が展開されているかについて概要を記述する。

(1) 予防教育・啓発活動等関連の財政支援

香港で予防教育・啓発活動やメディアキャンペーンを実施する場合，前述の薬物乱用撲滅基金によるプロジェクトが利用される場合も多いが，これとは別に「地域社会薬物対策制度」(Community Against Drugs Scheme)によって，学校や地域単位のグループによる各種プロジェクトがサポートされている(2002年の助成金額は60万香港ドル)。

(2) 薬物情報センター (Drug Info Centre) の創設

2002年香港政府は，2階建ての薬物情報センターを創設した。同センターは，マルチメディア利用による薬物関連の情報センターであり，年間3,300名程度の訪問者に対し，薬害教育を実施している。

(3) 青少年団体等各種団体とのパートナーシップの構築

政府保安部麻薬局は，香港赤十字，ボーイスカウト連盟，キリスト教連盟等に対し，薬害教育研修指導者向け研修を企画し，薬害教育を浸透させようとしている。また，1984年に設立された地域薬物諮問

協議会 (Community Drug Advisory Committee) も研修指導者養成を目指し、教員、保護者、ソーシャルワーカー等を対象とする研修を実施している。このような活動には、前述した民間の治療・リハビリ機関も従事している。

(4) 教育局による取組

教育局は、2002年の学校管理指針により、薬害教育を一層促進するよう各学校に要請するとともに、小学校・中学校教員向けの薬害教育ワークショップやライフスキル促進関連のワークショップを定期的に実施している。中学校の教員に対しては、薬害教育のテキスト16,000部が配布されている。2002年の薬害教育の実施件数は、小学校・中学校合わせて600校で、受講生徒総数は15万人、PTA活動を介した保護者向けのプログラム受講者は3,000名であった。

(5) 薬害教育用マンガ本の出版・配布

政府は、薬物撲滅キャンペーンの一環として、薬害に関する青少年向けのマンガ本も出版し、13万部を小学校・中学校等の機関に配布している。このマンガは、4名の薬物乱用少年の仮想事例を題材として取り扱い、薬物に出会った時にどのように対処すべきかを青少年に考えさせる内容となっている。このほか、電話相談やマスメディア利用によるキャンペーン活動等が計画的に行われている。

7 研究活動

ACAN委嘱による薬物乱用問題関連の研究は、大学研究者や薬物処遇・リハビリ団体等が研究実施者となり、薬物乱用動向の分析、既存プログラムの効果の検証や改善点の発見、新たな問題領域への対処方法に関する検討などの面で多大な寄与をしている。倫理的な制約等のため、無作為化して実験群と統制群を比較するような研究はあまりなされていないようだが、本文中にも触れたように、準実験的な研究手法による効果測定や、処遇効果指標の活用など、実証的な証拠を用いて実務を改善させようという傾向は、政策レベルでも個別の実務レベルでも認められる。また、これらの研究結果を治療・リハビリ団体の処遇改善に役立てるため、保安部麻薬局は研究の知見を実務に還元させるため、処遇機関に説明会を開くこともあるという。表13は、最近実施された研究の一部を掲載したものであるが、我が国の厚生労働科学研究の薬物関連調査報告と類似の研究テーマもあり興味深い。

表13 2000～2003年に完了した研究プロジェクト例（抜粋）

研究タイトル	調査者	調査完了年
香港における薬物乱用の社会的コストに関する研究	大学	2000年
ヘロイン乱用者の子女のサービスニーズに関する研究	民間処遇団体	2000年
薬害広報のアセスメントと視聴者の活用状況に関する調査	大学	2000年
薬物関連死亡事案のリスク要因と保護要因に関する研究	大学	2000年
薬物乱用動向に影響する要因に関する研究	大学	2001年
早期薬物乱用者の動機付けを高める方策に関する研究	病院 (SAC)	2001年
向精神薬乱用問題に関する研究	大学	2001年
向精神薬乱用者の治療・リハビリサービスに関する研究	病院 (SAC)	2001年
学生層の薬物使用状況に関する2000年調査	大学	2001年
慢性的薬物乱用者に関する縦断的研究	大学	2003年
中国式治療アウトカム指標の開発	大学	2002年
薬物予防プログラムの発展及び妥当性に関する縦断的研究	大学	2003年

出典：ACAN and Narcotics Division (2003b) (資料を一部改変し掲載)。

第7 薬物問題への対応の特色と今後の課題

香港は、伝統的にあへん系薬物の乱用問題に苦しんできた地域だけに、ヘロイン乱用者の処遇のノウハウや治療・リハビリに関連する社会資源は潤沢にある。近年はアンフェタミン型興奮剤（ATS）を中心とする向精神薬乱用が若年層を中心に大きな比重を占めるようになっており、この問題への対応に本腰を入れて取り組んでいるが、薬物依存者に対する本格的な治療的介入に40年以上の経験を持つだけに、向精神薬乱用問題への対処も迅速で包括的なものとなっている。我が国でも最近では、向精神薬問題が大きな社会問題になりつつあることから、香港の経験は、我が国の対策を考える上でも大いに参考になるであろう。

また、香港では、薬物統制政策の統括機関である保安部麻薬局及び同局の政策諮問機関である ACAN が関係部署を有機的に統合し、予防、治療、リハビリ等の小委員会が3ヵ年計画という作業指針によって、実務の改善に直結する指摘や勧告を的確に行い、迅速に政策や実務の改善に結びつけている。これに加えて、大学等の研究機関が専門的な見地からサービスの改善点の検討等を計画的にサポートしている。実務担当者のお話では、薬物乱用者処遇において、医療、福祉、矯正、保護にかかわる政府機関や民間援助団体の連携は、前述のように全般的にはうまくいっており、相互のサポートのネットワークも比較的よく構築されていると思われる。

一方、薬物依存症は回復までに長期的な介入を要する問題であり、政府機関だけの対応で処遇を完結させることは難しい、一次予防から三次予防までをバランス良くカバーしながら対策を講じてゆく必要がある。香港の場合は、民間機関に各種のプロジェクトを与えたり、サービススタンダードを課すなどして、各領域において、良質のサービスを要求するとともに、様々な形で財政的な援助も行っており、薬物乱用防止プログラム、治療・リハビリプログラム、関係機関職員の研修実施などの面で民間機関が相当大きな戦力として活用されている。民間機関と政府機関とのパートナーシップは、一方的に業務を丸投げすることではなく、戦略的なプランに基づき、相互が果たすべき役割を発揮してこそより良きサービスや効果的な介入につながるものであろう。

心理・社会的な介入技法の面では、治療共同体モデルの処遇や認知行動療法による再使用防止プログラムが各機関で用いられており、北米や西欧で確立した薬物依存者に対する処遇にならって動機付けの喚起から始まりアフターケアに至るまでの継続的な処遇を推進する一方、リスク・ニーズの考え方に立った個別的処遇を目指している。再犯指標を見る限り、プログラム内容や継続的なアフターケアの在り方については、なお改善の余地はあると思われるが、マルチモダリティアプローチやシェアードケアの考え方、学際的なチームアプローチの方向性、実証的な根拠に基づいた実務を展開しようとする指向性など、有効な処遇や予防方策の方法論にも我が国が学ぶべき点も多いと思われる。香港の薬物統制政策・実務の動向を今後も注目したい。

<参考文献>

- ACAN and Narcotics Division, 2000. *Second Three-year Plan on Drug Treatment and Rehabilitation Services in Hong Kong (2000-2002)*.
- ACAN and Narcotics Division, 2003a. *Hong Kong Narcotics Report 2003*. (<http://www.nd.gov.hk>)
- ACAN and Narcotics Division, 2003b. *Third Three-year Plan on Drug Treatment and Rehabilitation Services in Hong Kong (2002-2005)*. (<http://www.nd.gov.hk>)

- APCCA, 2001. *Hong Kong 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. *Hong Kong Country Report*. (アジア太平洋矯正局長会議第23回国別報告書)
- Barnabas Charitable Services Assoc., 2003. *Annual Report 2002*.
- Bhagat, I.K. and Nilsson, N.V., 1989. 'The current drug situation in Hong Kong.' in *Drug Control in Asia* (pp.49-57.) Tokyo : UNAFEI.
- Cheung, Y.W. and Ch'ien J.M.N., 1997. 'Drug policy and harm reduction in Hong Kong: A Socio-historical examination.' (<http://www.drugtext.org/library/articles/97831.htm>).
- CRDA, 2003a, *Central Registry of Drug Abuse 51st Report*.
- CRDA, 2003b, *Central Registry of Drug Abuse 52nd Report*. (<http://www.nd.gov.hk>)
- CSD, 2002. *Report on Drug Addiction Treatment Centre Admissions 2001*.
- CSD, 2003. *Hong Kong Correctional Services Annual Review 2002*.
- 警察庁, 1991, 「警察白書：薬物問題の現状と課題」, pp.48-49.
- Narcotics Division, 2000. *Report on Review of Methadone Treatment Program*. (http://www.nd.gov.hk/MTP_e.htm)
- Narcotics Division, 2003. *Protocol of Screening and Assessment of Polydrug Abusers Part I/II*. ([http://www.nd.gov.hk/Part1\(eng\).pdf](http://www.nd.gov.hk/Part1(eng).pdf) ; [http://www.nd.gov.hk/Part1\(eng\).pdf](http://www.nd.gov.hk/Part1(eng).pdf))
- United States Department of State, 2003. *International Narcotics Control Strategy Report 2002* (pp.VIII-24-26). (報告書全体は, <http://www.state.gov/g/inl/rls/nrcrpt/2002>, 香港の該当部分のみは, <http://hongkong.usconsulate.gov/ushk/narcotic/2002/incsr.htm>)
- 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>).
- Pui Hong Self-Help Assoc., 2003. *Pui Hong Self-Help Association Biennial Report 2000-2002*.
- SARDA, 2003., *Society for the Aid and Rehabilitation of Drug Abusers Annual Report 2002-2003*.
- SWD, 2003. *Social Welfare Department Annual Report 2002*.
- 柳田知司, 2000, 「薬物依存症の薬物療法」(和田清(編)「精神医学レビューNo. 34：薬物依存」, pp.21-27) 東京：ライフサイエンス社.

第2章 韓国

府中刑務所首席矯正処遇官（前研究官） 桑 山 龍 次

目 次

第1 韓国の概要	157
1 国土・人口・言語及び宗教	157
2 経済	157
3 政治体制	157
第2 主要乱用薬物の動向	158
1 薬物乱用の現状	158
(1) 韓国における薬物乱用の歴史	158
(2) 規制対象薬物の推定乱用者数	158
(3) 規制対象薬物の押収量	158
(4) 規制薬物事犯の検挙人員の推移	159
(5) 規制対象薬物事犯関係被収容者数及び再犯率	160
(6) 規制対象薬物事犯に関する保護観察対象者数	160
第3 薬物に関する法的規制の概要	161
1 薬物規制法令の概要	161
(1) 麻薬類管理に関する法律	161
(2) 薬物不正取引の防止に関する特別法	161
(3) 社会保護法	161
2 薬物乱用者に対する主要な処分	163
第4 薬物乱用予防及び薬物乱用者処遇政策 (Supreme Public Prosecutors' Office, 2003)	165
1 薬物乱用予防政策	165
2 薬物乱用者処遇政策	165
第5 薬物問題担当機関・組織の概要	166
1 国家薬物対策調整委員会	166
2 薬物問題を担当する諸機関	166
(1) 薬物供給の撲滅	166
ア 検察庁	166
イ 国家警察	166
ウ 税関	166
エ 海上警察庁	166
(2) 劇的な需要削減	166
ア 保健福祉部	167
イ 食品医薬品安全庁	167
ウ 法務部	167
(3) 薬物問題に対する公衆の意識の喚起	167
(4) 国際協力の促進	167
ア 国際条約	167
イ 地域協力	167

第6 薬物乱用予防及び薬物乱用者処遇	168
1 薬物乱用予防活動	168
2 薬物乱用者に対する施設内処遇	168
(1) 薬物中毒者又は乱用者のための施設内処遇の概要	168
(2) 施設内処遇におけるプログラムの概要	169
(3) 薬物乱用者に対する施設内処遇プログラムの内容	169
ア 治療監護所における処遇について	169
(ア) 治療監護処分について	169
(イ) 治療監護所の沿革	170
(ウ) 収容対象者	170
(エ) 組織及び職員	170
(オ) 収容状況	170
(カ) 治療監護所における薬物事犯者の処遇について	170
(キ) 治療監護施設における処遇の概要	171
イ 刑務所における薬物乱用者の処遇について	171
(ア) 収容状況	172
(イ) 特殊収容者	172
(ウ) 薬物乱用受刑者更生プログラムについて	172
(4) 施設内処遇の効果に関する実証的研究について	173
3 薬物乱用者に対する社会内処遇	173
(1) 薬物乱用者に対する社会内処遇の概要	173
(2) 保護観察について	173
(3) 薬物療法センター出頭命令 (Attendance Pharmacotherapy Center Order) について	174
第7 薬物問題対応の特色と今後の課題	176
1 薬物問題の対応の特色	176
2 今後の課題	176

第2章 韓国

第1 韓国の概要¹

1 国土・人口・言語及び宗教

韓国は、朝鮮半島の南半分を占めており、面積は約9万9,500平方キロで、日本の四分の一強の広さである。

人口は約4,764万人（2002年7月1日における推定値）で、首都ソウルには全人口の約四分の一が集中している。人口増加率は年々低下する傾向にあり、1970年には2.21%であったものが、2002年には0.63%に低下した。この低落傾向は今後も続き、2023年には人口がピークを迎えると予測されている。また、人口構成は、2002年現在で14歳以下が20.6%、15歳から64歳が71.5%、65歳以上が7.9%となっている。

言語は韓国語であり、単一言語の国である。印刷・出版物の大半が表音文字であるハングルのみで記されるようになっている。

1995年の国勢調査による宗教別人口分布を見ると、仏教が23.1%、キリスト教（プロテスタント）が19.6%、キリスト教（カトリック）が6.5%、儒教その他が1.6%となっている。

2 経済

韓国の経済は、1960年代半ば以降、「漢江の奇跡」と呼ばれるほどの成長を続けたが、天然資源の不足により対外貿易依存度の高い韓国経済は、「高コスト・低効率」の構造が深まり、1990年代半ばには低迷期を迎えることとなった。1997年12月には国際通貨基金（IMF）の救済金融を受けるに至ったが、政府の抜本的な経済構造改革への取組により、1999年には危機を脱し、回復の道を歩んでいる。

国民一人当たりの国民総所得（GNI）は、1万13ドル（約106万円、2002年）であり、失業率は3.2%である（2003年9月現在）。

3 政治体制

政治体制は、民主共和制を取っており、2002年12月19日に大統領選挙が行われ、盧武鉉（ノ・ムヒョン）候補（与党民主党）が新大統領に選出され、2003年2月25日に就任した。

1 外務省ホームページ（www.mofa.go.jp/mofaj/area/korea/data.html）及び財団法人海外職業訓練協会ホームページ（www.ovta.or.jp/info/asia/korea/index.html）による。

第2 主要乱用薬物の動向

1 薬物乱用の現状

(1) 韓国における薬物乱用の歴史

韓国における薬物乱用の時期は、五つの時期に分けられるとされている(韓国大検察庁, 1997)。第1は、1945年から1950年代の第二次世界大戦後の混乱期である。戦争終結後、1957年に麻薬法が施行されるまで、大量のあへんの製造、密売、乱用が急増した。この時期には、あへんのほか、モルヒネ、ヘロイン及び鎮痛剤(codeine)が主要な乱用薬物であった。第2は、1960年代である。この時期には、メサドンや合成麻薬が製造され、メサドンとその他の薬物が注射薬として流通し、乱用者が増加した。第3は、1970年代である。この時期は主に、大麻(marijuana)が乱用された。第4は、1980年代である。この時期には覚せい剤(メタンフェタミン、韓国では隠語でヒロポンと呼ばれる。)が乱用薬物の主流となり、1988年まで覚せい剤の乱用者が増加したが、政府による取締りの強化が奏功し、翌年から減少し始めた。第5は、1990年代以降であり、政府による取締りにもかかわらず、1993年から1980年代と同様の傾向が見られるようになった。

第4期及び第5期の覚せい剤の乱用時期は、我が国における覚せい剤の第二次(1970から1994年)及び第三次乱用期(1995年から現在)と重なる部分があり、韓国が我が国と地理的、文化的に近い存在であることを考えると興味深い。

かつて、韓国では覚せい剤、大麻等に係る犯罪は統計上深刻な問題となっておらず、また、国民の間でもその乱用が大きな社会問題とはなっていないとされていた(堀内, 1988)。しかし、以下に述べるように、近年向精神性医薬品、大麻事犯に係る検挙者数が増加傾向にあり、決して楽観は許されない状況にあるといえる。

(2) 規制対象薬物の推定乱用者数

規制対象薬物乱用者は、20万人から30万人と推定されている(Supreme Public Prosecutors' Office, 2003)。

(3) 規制対象薬物の押収量

主要な規制対象薬物の押収量の推移を見たものが表1である。最近5年間で大麻、大麻草及び大麻種子の押収量が4ないし5倍に増加していること、MDMAの押収量が4倍以上に増加していることが分かる。

規制対象薬物の仕出地を種類ごとに見ると、覚せい剤は主に中国であるが、近年韓国の薬物組織が、中国において、韓国への密輸目的で覚せい剤を製造する動きが見られる。近年流通するようになったMDMAは、主にヨーロッパ及び北アメリカから、ヤーバー(YABA)はタイから、LSDはオランダから、それぞれ密輸入されている。また、大麻は多くが南アフリカから密輸入されている(Supreme Public Prosecutors Office, 2003)。

表 1 主要規制対象薬物の押収量の推移

薬物名	1998	1999	2000	2001	2002
大 麻 (株)	3,815	10,705	138,715	4,255	14,681
大 麻 草 (g)	32,751	39,442	106,503	283,869	194,795
大麻種子 (g)	35,845	46,067	363,390	55,690	158,968
ハッシッシ (g)	884	1,963	592	4,254	765
け し (株)	21,944	28,268	27,227	12,566	18,685
生あへん (g)	1,035	3,064	3,388	218	258
ヘロイン (g)	2,126	342	380	567	1,078
コカイン (g)	2,080	2,251	1,800	111	1,170
覚せい剤 (g)	28,311	29,233	46,079	169,562	36,817
MDMA* (錠)	0	0	8,786	1,672	39,011
ヤーバー (YABA) (錠)	0	0	3,994	2,095	0
LSD (錠)	0	0	191	0	0
その他の向精神性医薬品 (錠)	17,410	1,030,567	359,491	147,375	955,882

注 1 麻薬類犯罪白書 (2002) による。

2 「大麻」は、茎部分のある状態で押収されたものを指し、「大麻草」は、葉の部分のみが押収されたものを指す。

* MDMA は、俗にエクスタシー、XTC と呼ばれる。

(4) 規制薬物事犯の検挙人員の推移

1997年から2002年までの間の規制薬物事犯の検挙人員の推移は、表 2 のとおりである。これを見ると、向精神性医薬品事犯が大半を占めており、1997年には4,445人であったが、2002年には7,918人と約1.8倍になっており、大麻事犯については、1997年には1,301人であったものが、2002年には1,965人に増加している一方で、麻薬事犯については、1997年には1,201人であったが、2002年には790人に減少している (韓国大検察庁, 2002)。

薬物事犯検挙人員を自己使用によるものに限ってその推移を見たものが表 3 である。これを見ると、向精神性医薬品事犯は1997年には3,118人であったが、2002年には5,454人と約1.7倍になっており、大麻事犯については、1997年には922人であったが、2002年には1,597人に増加しており、上述のとおり、麻薬事犯については、検挙人員総数は減少しているものの、自己使用による検挙人員が1997年の5人から2002年の200人へと急増している点が注目される (韓国大検察庁, 2002)。

表 2 規制薬物別検挙人員の推移

薬 物 名	1997	1998	1999	2000	2001	2002
向精神性医薬品	4,445	5,852	7,479	7,066	7,959	7,918
大 麻	1,301	1,606	2,187	2,284	1,482	1,965
麻 薬	1,201	892	923	954	661	790

注 麻薬類犯罪白書 (2002) による。

表3 規制薬物別検挙人員（自己使用に限る。）の推移

薬物名	1997	1998	1999	2000	2001	2002
向精神性医薬品	3,118	4,471	5,485	5,050	5,827	5,454
大 麻	922	1,297	1,800	1,767	1,220	1,597
麻 薬	5	9	36	41	120	200

注 麻薬類犯罪白書（2002）による。

（5）規制対象薬物事犯関係被収容者数及び再犯率

2002年末現在の矯正施設の規制対象薬物事犯被収容者数の内訳を見ると、向精神性医薬品事犯者が3,178人、大麻事犯者が367人、麻薬事犯者が86人の総数3,631人となっている（受刑者2,614人（男子2,473人、女子141人）、未決拘禁者1,017人）²。同日現在の受刑者総数37,646人に占める薬物事犯関係受刑者の割合は6.9%である。2002年末における薬物事犯関係受刑者のうち、35.1%が過去に薬物事犯により起訴されている³。

なお、2002年半ばにおける韓国の人口10万人当たりの矯正施設の被収容者数（拘禁率）は、128.9人である⁴。

（6）規制対象薬物事犯に関する保護観察対象者数

2002年中における保護観察対象者のうち薬物乱用者を規制対象薬物別に見たものが表4である。これを見ると、向精神性医薬品が1,219人、大麻が727人、麻薬が399人となっている。2002年の保護観察対象者のうち、薬物乱用者の再犯率（保護観察期間中に起訴された者の割合）は8.3%である（2002年法務部統計による。）。

保護観察中の薬物乱用者処遇において最も重要視されている薬物は、覚せい剤であり、その理由としては、供給量が多いこと、入手が比較的容易であることなどが挙げられている。

表4 規制薬物別保護観察対象者数

（2002年）

規制薬物名	保護観察対象者数
向精神性医薬品	1,219
大 麻	727
麻 薬	399
総 数	2,345

注 調査票に対する回答による。

2 法務部矯正局保安第一課の資料による。

3 法務部矯正局保安第一課の資料による。

4 アジア太平洋矯正局長等会議ホームページ（www.apcca.org）による。

第3 薬物に関する法的規制の概要

1 薬物規制法令の概要

(1) 麻薬類管理に関する法律

韓国における麻薬、向精神性医薬品及び大麻に対する規制法令として「麻薬類管理に関する法律」(Act on the Control of Narcotics, etc.)⁵がある。同法は、規制対象薬物を、麻薬(narcotics)、大麻(marijuana)及び向精神性医薬品(psychotropic drugs)の三種類に分けている⁶。その違反態様ごとの罰則は表5のとおりである。

韓国においては、規制対象薬物の供給に係る薬物事犯に対しては厳罰をもって臨んでおり、また、営利目的犯又は常習犯に対しては死刑の規定がある。

(2) 薬物不正取引の防止に関する特別法

「薬物不正取引の防止に関する特別法」(Special Act against Illicit Drug Trafficking)は1995年12月6日から施行されており、「麻薬及び向精神薬の不正取引の防止に関する国際連合条約」の批准に伴い、マネーロンダリング、監視付き移転(controlled delivery)、資産凍結、国際共助等について規定している。

(3) 社会保護法

韓国の薬物乱用者に対する強制的処遇の根拠法は社会保護法である。この法律の目的は再犯の危険があり、特殊な教育・改善及び治療の必要があると認められる者に対して、保護処分を行うことによって社会復帰を促進し、社会を保護することを目的とするものである(社会保護法1条)。同法の対象者は、犯罪常習者、心神障害者(精神障害者)又は薬物中毒者であって禁錮以上の刑に該当する罪を犯した者である(同法2条及び8条)。社会保護法に基づく治療監護処分については、第6の2の(3)参照。

5 同法の内容は、2000年6月1日現在である。

6 「麻薬」とは、けし、あへん及びカコ葉並びにけし、あへん又はコカ葉から抽出されるすべてのアルカロイドであって、大統領令で定めるものをいい、「大麻」とは、大麻草(カナビス・サティバ・エル)及びその樹脂並びにその製品(ただし、種子、根及び成熟した茎は除く)をいい、「向精神性医薬品」とは、乱用されるおそれがあり、乱用された場合には心理的又は身体的依存を引き起こす薬物又は物質で、大統領令で定めるものをいう(麻薬類管理に関する法律2条)。

表 5 主要な薬物に対する罰則

①単純犯

規制対象薬物名	違反態様	罰 則	
		刑の下限	刑の上限
向精神性医薬品 (メタンフェタミン)*	製造 (58条 1 項 3 号)	5 年	無期
	輸入／輸出 (58条 1 項 3 号)	5 年	無期
	譲渡・譲受 (60条 1 項 3 号)		10年又は 罰金 1 億ウォン**
	所持 (60条 1 項 3 号)		10年又は 罰金 1 億ウォン
	自己使用 (消費) (60条 1 項 3 号)		10年又は 罰金 1 億ウォン
	栽培	—	—
大麻 (マリファナ)	製造 (59条 1 項12号)	1 年	15年
	輸入／輸出 (58条 1 項 5 号)	5 年	無期
	譲渡・譲受 (59条 1 項12号)	1 年	15年
	所持 (61条 1 項 8 号)		5 年又は 罰金5,000万ウォン
	自己使用 (消費) (61条 1 項 8 号)		5 年又は 罰金5,000万ウォン
	栽培 (59条 1 項11号)	1 年	15年
麻薬 (ヘロイン, コカイン)	製造 (58条 1 項 1 号)	5 年	無期
	輸入／輸出 (58条 1 項 1 号)	5 年	無期
	譲渡・譲受 (59条 1 項 1 号)	1 年	15年
	所持 (59条 1 項 1 号)	1 年	15年
	自己使用 (消費) (60条 1 項 2 号)		10年又は 罰金 1 億ウォン
	栽培 (59条 1 項 2 号)	1 年	15年

②営利目的犯又は常習犯

規制対象薬物名	違反態様	罰 則	
		刑の下限	刑の上限
向精神性医薬品 (メタンフェタミン)	製造 (58条 2 項)	10年	死刑又は無期
	輸入／輸出 (58条 2 項)	10年	死刑又は無期
	譲渡・譲受 (60条 2 項)		単純犯の 2 分の 1 まで加重
	所持 (60条 2 項)		単純犯の 2 分の 1 まで加重
	自己使用 (消費) (60条 2 項)		単純犯の 2 分の 1 まで加重
	栽培	—	—
大麻 (マリファナ)	製造 (59条 2 項)	3 年	15年
	輸入／輸出 (58条 2 項)	10年	死刑又は無期
	譲渡・譲受 (59条 2 項)	3 年	15年
	所持 (61条 2 項)		単純犯の 2 分の 1 まで加重
	自己使用 (消費) (61条 2 項)		単純犯の 2 分の 1 まで加重
	栽培 (59条 2 項)	3 年	15年
麻薬 (ヘロイン, コカイン)	製造 (58条 2 項)	10年	死刑又は無期
	輸入／輸出 (58条 2 項)	10年	死刑又は無期
	譲渡・譲受 (59条 2 項)	3 年	15年
	所持 (59条 2 項)	3 年	15年
	自己使用 (消費) (60条 2 項)		単純犯の 2 分の 1 まで加重
	栽培 (59条 2 項)	3 年	15年

注 拘禁刑の種類はいずれも懲役である。
* 「規制対象薬物名」の欄の () 内は, 規制対象薬物の例示である。
** 1 ウォン=0.1027円 (2003年 6 月30日現在)

2 薬物乱用者に対する主要な処分

韓国における薬物乱用者に対する刑事司法における処分は、施設内におけるものと社会内におけるものに大別される。

施設内での処分としては、麻薬類管理に関する法律に基づく拘禁（懲役）刑が中心であり、2002年末現在で2,980人が入所している。そのほか社会保護法に基づく保護処分の一つである治療監護(社会保護法及び同法に基づく保護処分については、第 6 節参照。)に付される者がおり、2002年中に同処分を受けて治療監護所に入所した者は20人であった。

社会内における処分としては、保護観察法に基づく保護観察、薬物療法センター出頭命令及び社会奉仕命令があり、2002年における対象者はそれぞれ、2,345人、1,111人及び739人である(いずれも少年を

含む。)。薬物乱用者に対する主要な処分の概要を見たものが、表 6 である。

表 6 薬物乱用者に対する主要な処分の概要

根拠法	執行機関	処分の内容	年間の対象者数 (2002年)
麻薬類管理に関する法律	法務部矯正局	拘禁（懲役刑）	2,614*
社会保護法	法務部保護局 (保護観察所)	治療監護	20
保護観察法	法務部保護局 (保護観察所)	保護観察	2,345
保護観察法	法務部保護局 (保護観察所)	薬物療法センター 出頭命令	1,111
保護観察法	法務部保護局 (保護観察所)	社会奉仕命令	739

* 2002年末現在の薬物事犯関係受刑者数である。

注 調査票に対する回答による。

第4 薬物乱用予防及び薬物乱用者処遇政策 (Supreme Public Prosecutors' Office, 2003)

韓国における薬物問題対策の中心的役割を果たしているのは大検察庁麻薬部 (Narcotics Department, Supreme Public Prosecutors Office) であり、同部による**国家薬物統制戦略** (National Drug Control Strategy) は、①薬物供給の撲滅、②劇的な需要削減、③薬物問題に対する公衆の意識の喚起、④国際協力の促進の四つの目標を掲げている。

1 薬物乱用予防政策

青少年の薬物乱用は彼ら自身のみならず、家族や社会にとっても多大な損失となり、社会の根幹を揺るがすものであるとの観点から、青少年への薬害を断絶することに重点を置き、青少年の薬物乱用防止に関する広報に重点を置いた政策を実施している。

また、NGO、地域の指導者及び報道関係者を薬物乱用防止運動に関与させることによって、一般公衆の薬物問題に対する意識の喚起を図っている。

2 薬物乱用者処遇政策

薬物依存者の治療、更生、再発防止、社会復帰支援に向けたプログラムの円滑な実施のために、保健機関から司法機関に至るまでの省庁の協働による包括的な政策が実施されている。

第5 薬物問題担当機関・組織の概要

1 国家薬物対策調整委員会

薬物問題政策の調整、法執行機関相互の権限の調整、国際薬物犯罪に対する対策の充実を図る目的で、2001年12月に首相府に国家薬物対策調整委員会（National Anti-drug Coordinating Committee）が設置された。同委員会は、国務調整室担当大臣（Minister of the Office for Government Policy Coordination）を委員長として、作業部会、捜査、法執行及び諜報活動を担当する小委員会並びに治療・更生、教育及び広報を担当する小委員会から成る。

2 薬物問題を担当する諸機関

薬物問題を担当する諸機関は、**国家薬物統制戦略**に掲げられた四つの目標の実現に向けてそれぞれの活動に従事している。

(1) 薬物供給の撲滅

薬物事犯の取締りを担当する機関として、検察庁（Public Prosecutors Office）、国家警察（Korea National Police Agency）、税関（Customs Service）、海上警察庁（National Maritime Police Agency）が挙げられる。

ア 検察庁

従来薬物事犯の捜査は警察と保健福祉部によって実施されてきており、保健福祉部が中心的な役割を果たしてきた。しかし、保健福祉部が捜査を行うに当たっては検察官の指揮を受けていたことから、指揮命令系統が二重となり非効率であった。そこで、政府は、より効率的な捜査をするために、1989年2月に大検察庁に麻薬課（Narcotics Division）を、各地方検察庁に薬物対策班（Drug Squad）を設置し、薬物事犯捜査は警察と検察庁によって行われることとなった。

さらに、2001年4月、大検察庁（Supreme Public Prosecutors Office）に麻薬部（Narcotics Department）が設置され、薬物関連政策の決定、薬物犯罪に関する国際協力の窓口及び薬物犯罪に関する地方検察庁及び警察の捜査の指揮を担当している。

イ 国家警察

警察は薬物事犯の初動捜査を行っており、薬物事犯に対する法執行において重要な役割を果たしている。

ウ 税関

1990年8月に税関職員に関税手続における薬物犯罪の捜査権が付与されたことから、検察官の指揮を受けて薬物の密輸入などの薬物犯罪について捜査権を行使している。

エ 海上警察庁

1996年8月にそれまで警察に属していた海上警察が、海事問題・漁業部（Ministry of Maritime Affairs and Fisheries）の外局として独立し、領海上における薬物犯罪の捜査権限を行使している。

(2) 劇的な需要削減

薬物の需要削減を達成するためには、未だ薬物乱用に至っていない一般市民、青少年に対する啓発活動、薬物乱用者に対する処遇・治療政策の推進が必要である。

まず、若年者による薬物乱用は社会に対する甚大な損失であるとの認識の下に、青少年に対する薬物乱用予防教育が教育部（Ministry of Education）、保健福祉部（Ministry of Health and Welfare）、食

品医薬品安全庁 (Korea Food and Drug Administration), 青少年保護委員会 (Youth Protection Commission) 及び NGO である韓国薬物乱用防止協会 (Korean Association Against Drug Abuse) によって実施されている。

薬物乱用者の処遇及び更生については、まず、検察庁が、「自首特別月間」(Special Period for Self-surrender for Illegal Use of Drugs) を定め、2001年からは4月から6月の3か月間に期間を延長して、薬物乱用者に断薬へのきっかけを与えている。自首した乱用者の多くは病院における任意的な治療を条件として釈放されている。また、検察官は、事件を受理した薬物乱用者について、薬物中毒者に対する指定医療施設における強制的な治療(「治療保護」という。麻薬類管理に関する法律40条参照。)を条件として当該薬物事件については起訴猶予とする運用によって、薬物乱用者に更生の機会を与えている。また、そのほか、薬物依存者の処遇・治療を担当する機関として、保健福祉部、食品医薬品安全庁及び法務部 (Ministry of Justice) が挙げられる。

ア 保健福祉部

薬物乱用防止、薬物依存者の治療及び更生に関する政策立案を主要な任務としている。

イ 食品医薬品安全庁

食品医薬品安全庁は、合法的な医薬品及び前駆物質を管理・規制している。また、薬物乱用防止活動、広報活動を実施するほか、薬物中毒者の治療及び更生プログラムの実施を担当している。薬物中毒者治療機関として、国立釜谷精神病院を始めとする23の精神病院がある。

ウ 法務部

刑事司法制度における施設内処遇機関として、法務部矯正局が所管する刑務所、法務部保護局の所管する治療監護所がある。また、刑事司法制度における社会内処遇機関としては、法務部保護局が所管する保護観察所がある。

(3) 薬物問題に対する公衆の意識の喚起

公衆に対する薬物問題の広報、薬物乱用防止教育は、韓国薬物乱用防止協会が中心となって実施しており、地域団体、保健関係者、マスメディアも積極的に市民の参加を呼びかけている。

また、検察庁は、市民による捜査機関への薬物事犯に関する情報提供を促すために、24時間のホットラインを設け、薬物事犯に関する情報提供に対する報償制度を設けている(麻薬類管理に関する法律第54条参照)。

(4) 国際協力の促進

ア 国際条約

韓国は、国連の麻薬関連3条約(麻薬に関する単一条約、向精神薬に関する条約及び麻薬及び向精神薬の不正取引の防止に関する条約)をいずれも批准している。

イ 地域協力

韓国で乱用される薬物のほとんどが外国から持ち込まれることから、違法薬物の持ち込みの防止のためには各海空港における効果的な監視と取締りが不可欠であり、この監視システムを円滑に機能させるためには関係国との国際協力体制の確立が求められる。

そこで、薬物取締りに関する地域的な協力を推進するために、1989年に最高検察庁によって国際協力薬物対策情報担当官会議 (Anti-Drug Liaison Officials' Meeting for International Cooperation, ADLOMICO) が設立され、現在では韓国を含む16か国が参加している。

第 6 薬物乱用予防及び薬物乱用者処遇

1 薬物乱用予防活動

韓国における薬物乱用予防活動は、青少年に対するものと一般大衆に対するものとに分けられる。

まず、青少年による薬物乱用は、薬害に対する無知に帰するものであるとの認識の下で、関係政府機関によって学校教育又は社会教育機関を通じて、青少年に対して薬物に対する正しい知識を付与している。また、薬物問題に関するカウンセラーを養成し、青少年に対する薬物乱用予防プログラムを積極的に展開している。

一般大衆に薬物乱用による危害を認識させるための活動は、報道関係者、スポーツクラブ、娯楽産業など、主に青少年に影響を与える分野に従事する者との緊密な協力の下に韓国薬物乱用防止協会といった NGO を含めた社会の幅広い層からの参加を募って実施されている。

2 薬物乱用者に対する施設内処遇

(1) 薬物中毒者又は乱用者のための施設内処遇の概要

第 3 において述べた国家薬物統制戦略の目標のうち②（劇的な需要削減）の達成に向けて、関係省庁が連携して包括的な薬物中毒者又は乱用者に対する治療及び更生処遇が実施されている。この治療及び更生処遇は、保健福祉制度上のものと刑事司法制度上のものとに分かれている。

保健福祉における制度としては、薬物中毒者に対する指定治療保護機関における強制的な治療（治療保護（treatment and protection）という。麻薬類管理に関する法律40条）があり、検察官が薬物乱用事犯について治療保護を条件として起訴猶予とする運用がなされている⁷。

薬物乱用者のための刑事司法制度内の施設内処遇は、法務部保護局が所管する治療監護所(Institution of Forensic Psychiatry) と法務部矯政局が所管する刑務所において実施されている。

治療監護所は、韓国全土で成人施設（忠清南道公州市所在）が一つ設置されているが、薬物中毒者が犯罪常習者、心神障害者と共に収容されており、薬物治療プログラムを受けている。

また、薬物事犯受刑者は、刑務所（韓国では「教導所」と呼ばれる。）において他の犯罪に係る受刑者と共に収容されており、刑の執行の過程で薬物更生プログラムに参加している。

韓国における薬物乱用者のための施設内処遇（刑事司法制度内の施設に限らない。）の種類、施設数等は、表 7 のとおりである。

表 7 薬物乱用者処遇施設の概要

種 類	施設数	定 員	職員数	監督機関
薬物中毒者治療施設 (治療監護所)	成人 1	60	23	法務部保護局
医療機関*	成人 23	521	75	保健福祉部
刑務所	38	3,631**	12,322	法務部矯政局

* 国立釜谷精神病院ほか23施設が薬物中毒者治療施設として指定されている。

** 2002年末日現在の薬物関係被収容者数（未決及び既決）

7 2002年に治療保護処分に付された者は192人（大麻21人，麻薬 2 人，向精神性医薬品169人）である（韓国大検察庁，2003）。

(2) 施設内処遇におけるプログラムの概要

薬物乱用者に対する施設内処遇としては、解毒、薬物療法、薬害教育、心理社会的介入、再使用防止等が挙げられるが、韓国においては、心理社会的介入及び職業訓練が中心である。

ヨーロッパ諸国、オーストラリアなどで広く実施されているハームリダクション (harm reduction)⁸ は実施されていない。

なお、韓国においては、特定の薬物（例えば覚せい剤）に対応した施設内処遇プログラムは実施されていない。

韓国における薬物乱用者に対する施設内処遇の内容は、表 8 のとおりである。

表 8 施設内処遇におけるプログラムの内容

種 類	解毒	薬物療法	心理社会的介入	薬物検査	ハームリダクション	再使用防止	家族への介入	職業指導	教育
1 薬物中毒者治療施設	○	○	○			○		○	○
2 医療施設	○	○	○						
3 刑務所		○	○	○		○		○	○

(3) 薬物乱用者に対する施設内処遇プログラムの内容

ア 治療監護所における処遇について

(ア) 治療監護処分について

社会保護法⁹に基づく保護処分の一つとして治療監護がある。社会保護法に基づく保護処分には、①犯罪常習者に対する保護監護（同法 5 条）、②心神障害者（精神障害者）及び薬物中毒者に対する治療監護（同法 8 条）及び③被保護監護者及び被治療監護者がそれぞれ保護監護施設及び治療監護所を出所した後の保護観察（同法10条）の三つがある。

罪を犯した薬物中毒者を治療監護処分に付する手続は以下のとおりである。検察官は、薬物事犯者のうち、治療が必要であると判断した者について、管轄地方裁判所（韓国では裁判所は法院と呼ばれる。）に対して監護請求をする。治療監護の請求に当たっては治療の必要性についての医師の診断を参考にする¹⁰。

法院はこの監護請求に基づいて審理を経た後に判決をもって監護を宣告する（同法14条及び20条）。治療監護の宣告を受けた者は、治療監護所に収容され、治療のための処遇が行われる（同法 9 条）。

8 ハームリダクションとは、薬物の使用によって個人や社会にもたらされる危害を軽減することに焦点を当てた政策又はプログラムを指す。ハームリダクションは、取り分け、必ずしも断薬(abstinence)を伴わないで危害の低減を目標とする政策を呼称する言葉として使われる。例えば、注射針や注射器を提供することによって、乱用者間の注射針の使い回しをなくし、HIV などの感染症の拡大を防ぐことがこの政策の例として挙げられる (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, 2000)。

9 社会保護法の翻訳は、「研究部資料42 大韓民国の刑法，刑事訴訟法及び保護観察等に関する法律等」（1997年）によった（内容は1996年12月現在）。

10 法務部保護局における説明による。

(イ) 治療監護所の沿革

治療監護所は、韓国全土に1庁のみ設置されており、法務部保護局が所管している。社会保護法8条に基づく治療監護処分対象者を収容する施設として、ソウル市の南方約200キロに位置する忠清南道公州市に1987年11月開庁された（同所開庁以前は、罪を犯した精神障害者は国立精神病院又は法務部により指定された民間の精神病院に収容されていた。）¹¹。

1995年に、それまでの500床から1,000床に病床数を増床し、翌1996年から薬物中毒者治療室を運営している。

(ウ) 収容対象者

治療監護所の収容対象者は、社会保護法8条に基づく治療処分対象者、裁判所・検察・警察からの依頼に基づく鑑定留置者及び保護監護所¹²から精神治療のため移送された監護委託者である。

(エ) 組織及び職員

治療監護所は、所長の下に庶務課、監護課及び医療部が置かれ、そのほか所長の諮問機関としての診療審議委員会及び給食管理委員会がある。職員数は、292人であり、うち医師は8人、ソーシャルワーカー（心理職）は、2人である。

(オ) 収容状況

2003年11月29日現在、収容定員1,000人に対して、775人が収容されていた。入所者の内訳は表9のとおりである。

表9 治療監護所入所者の内訳

総数	治療監護者	鑑定留置者	監護委託者
775 (105)	745 (100)	25 (4)	5 (1)

注 1 監護委託者とは、保護監護所から精神科治療のため移送された者である。
2 () 内は女子の内数である。

また、被治療監護者をその罪名別に見ると表10のとおりである。

表10 治療監護所入所者の罪名別内訳

	総数	殺人	暴行	傷害致死	窃盗	放火	麻薬類	その他
総数	745	281	114	59	61	43	84	103
男子	645	224	106	50	49	37	81	98
女子	100	57	8	9	12	6	3	5

(カ) 治療監護所における薬物事犯者の処遇について

表10のとおり、同所の薬物事犯関係者数は、84人であり、乱用薬物は、覚せい剤、麻薬及び有機溶剤である。

11 治療監護所開設の背景には、罪を犯した精神障害者を、指定された精神病院に、一般の精神病患者と一緒に収容しなくてはならなかったという状況の解決の要請があった。
12 保護監護所 (Social Protection Center) は、社会保護法に基づいて保護監護処分に付された者を収容する法務部矯正局が所管する施設である。

同所に入所している被治療監護者のうち、薬物事犯者は全体の11.3%であり、すべて懲役刑を併科されているため、同所での治療監護所分を終了すると刑務所に移送され、残刑の執行を受けることになっている（治療監護執行期間は刑期に算入される。）。

1995年に病床を500から1,000に増やした当時は、薬物中毒者を他の心神障害者と一緒に約40名収容していたが、中には粗暴行為を行う者もあり、その処遇に苦慮していた。そこで、2002年12月に施設の改築を行い、薬物中毒者のための専用病棟を設置した（60床）¹³。実地調査当時（2003年12月2日）には薬物中毒者専用病棟には8人が収容されていた。

(キ) 治療監護施設における処遇の概要

a. 実施期間

薬物中毒者に対する治療プログラムの期間は6か月間である。以前は11か月間のプログラムを実施していたが、被治療監護者数が増加したことなどから、現在は6か月間のプログラムを実施している。

b. 治療プログラムに関与するスタッフ

治療プログラムに関与するスタッフは、神経内科の専門医（2名）、ソーシャルワーカー（2名）、監護職員（2名）及び一般職員（2名）である。

c. 治療プログラムの内容

治療プログラムで提供されるサービスの内容は、薬物療法、心理社会的介入、作業療法及び職業訓練である。

(a) 薬物療法

精神病症状を呈している者に対して実施している。代替薬物治療（メサドン等）は実施していない。

(b) 心理社会的介入

希望者に対して週1回のペースで認知行動療法に基づく集団又は個人でのセラピーが行われている。現在対象者は3人である。

また、サイコドラマも週1回のペースで実施されている。

(c) 作業療法

織物、粘土細工、絵画、楽器演奏、園芸が作業療法として実施されている。

(d) 職業訓練

薬物中毒者専用病棟にはコンピュータ教室があり、そのほか職業訓練として、左官、タイル、壁紙の技術指導、資格取得のための検定試験が実施されている。

イ 刑務所における薬物乱用者の処遇について

麻薬類管理に関する法律等違反により自由刑の実刑判決を受けた者は、法務部矯政局が所管する刑務所において刑の執行を受けることになる。韓国全土の刑務所の中で、2001年2月から議政府（ウィジョンブ）刑務所において、パイロットプログラムとしての薬物乱用受刑者更生プログラムが実施されている¹⁴。

以下は、実地調査を行った同刑務所の収容状況等である。

13 2004年度以降に予算等が確保できれば更に多くの薬物中毒者を収容することが可能になるとのことであった。

14 もちろん、ウィジョンブ刑務所以外の刑務所においても、薬物乱用更生プログラムは実施されている。

(ア) 収容状況

2003年12月1日現在、収容定員1,100人に対して1,683人が収容されていた（収容率153%）。被収容者の内訳は表11のとおりである。

表11 議政府（ウィジョンブ）刑務所の収容状況

	総 数	男 子	女 子
総 数	1,683	1,560	123
受 刑 者	917	877	40
未決拘禁者	766	683	83

(イ) 特殊収容者

薬物事犯関係被収容者が68人（受刑者16人、未決拘禁者52人）のほか、特殊収容者として、公安関係被収容者が6人（受刑者1人、未決拘禁者5人）、殺人、強盗などの凶悪犯罪被収容者が338人（受刑者297人、未決拘禁者41人）収容されていた。

(ウ) 薬物乱用受刑者更生プログラムについて

上記(イ)のとおり、ウィジョンブ刑務所の薬物事犯関係受刑者数は16人（すべて男子）であり、そのほとんどが覚せい剤乱用者である。薬物事犯受刑者の刑期は1年から1年6か月の者が多い。薬物事犯関係受刑者の全受刑者に占める割合は約1.7%と少数であるが、乱用者、密売、製造といった違反態様ごとに就業工場や居室を分けるといった配慮をしている。

また、外部交通、差し入れなどを通じて薬物が施設に持ち込まれることを防止する方策の一つとして、受刑者、未決拘禁者を問わず、薬物事犯関係被収容者に対しては、月に1回強制的に尿検査が実施されている。

a. 対象者

同所における薬物事犯受刑者16人のうち、9人が二つ（4人と5人）のグループに分かれてプログラムに参加している。

b. グループ編成の基準

グループ編成については、入所順に分けているのみで、薬物使用歴、年齢などによっては分類していない。また、グループの人数が多すぎるとプログラムの効果が上がらないため、できるだけ少人数で実施している。

c. 実施時期

入所後おおむね1か月を経過した時点でプログラムに参加させている。

d. 実施時間帯

プログラムは昼間に実施しており、この間は刑務作業に従事しない。

e. 実施期間

プログラムの実施期間は1か月を基準としており、その後一般受刑者とともに工場で就業することになるが、1か月のみで終了する者はほとんどなく、大部分の者が2ないし3か月継続して参加している。

f. 実施者

施設の職員である医師1人、薬物カウンセラーの資格を持つ職員1人、施設近隣に所在する成均館大学（Sungkyunkwan University）大学院（社会福祉学部）の教授と大学院生ら5人の

合計7人のスタッフで実施している。

g. プログラムの内容及び実施方法

プログラムの主要構成要素は心理社会的介入とフィットネスセラピーである。

(a) 心理社会的介入

成均館大学の教授、大学院生ら5人が指導に当たり、樹木画テスト、実存分析療法(existential psychotherapy)¹⁵を実施している。実施回数は週に2ないし3セッションで、全部で10セッションから構成されている。

(b) フィットネスセラピー

運動器具を使用して毎日1時間30分間実施しており、職員1人が指導に当たっている。

h. プログラムの実績

2002年は66人が同プログラムに参加した。

i. プログラムからの脱落率

現在までのところ、脱落者はいない。これは同所の収容対象者が初犯者であり、比較的更生への意欲が高い者が多いことによると考えられる。

(4) 施設内処遇の効果に関する実証的研究について

治療監護所における薬物中毒者に対する治療プログラムの効果に関する実証的研究は行われていない。

なお、麻薬類事犯者を含めた被治療監護者の再入率（新入者中の再入者の比率）は約20%である¹⁶。

また、ウィジョンブ刑務所における薬物事犯関係受刑者に対する更生プログラムの処遇効果についての実証研究は、このプログラム自体がまだ実験的段階にあることから実施されていない。

3 薬物乱用者に対する社会内処遇

(1) 薬物乱用者に対する社会内処遇の概要¹⁷

韓国における薬物乱用者に対する社会内における主要な処分は保護観察と薬物療法センター出頭命令(attendance pharmacotherapy center order)である。

なお、薬物事犯関係受刑者の刑務所からの仮釈放については、法律上制約はないものの、その再犯の危険性が高いことから許可されていないのが現状である。

(2) 保護観察について

刑の執行を猶予する場合には保護観察に付することができる(刑法62条の2)。薬物事犯者に対する保護観察の概要は以下のとおりである。

ア 導入面接

保護観察対象者は、保護観察を命ずる判決が確定してから10日以内に保護観察官の下に出頭する。

保護観察官は、基本的な個人情報に加えて、薬物乱用の動機、回数、場所、使用後の気分や行動、犯罪と薬物使用とのかかわり、家族との絆、支援者、職業などの点について詳細に調査をする。

15 実存分析療法とは、フランクル(Frankle, V.E.)のロゴセラピーに起源を有するもので、クライアントに自分の生活において何が欠けているかを自覚することを促し、自分が真に求めているものの発見に導く療法であり、薬物依存者が今後の社会生活において薬物に代わる有意義なものを発見することに資すると考えられている。

16 治療監護所訪問時の所長の説明による。

17 法務部保護局訪問時に入手した資料(The Overview of Community-based Treatment for Drug Abusers)による。

次に、保護観察官は、保護観察対象者に保護観察期間中の遵守事項及び尿検査を実施する旨を告知し、断薬状態を維持することを支援する。

イ 尿検査

薬物事犯による保護観察対象者の初回出頭時に、保護観察官は、薬物の再使用を防止するために尿検査を実施することを説明し、保護観察対象者から説明を受けた上での同意書（informed consent）を徴する。

回数は、少なくとも月1回であり、簡易テストの結果が陽性であった場合には、大検察庁科学捜査課に正確な検査を依頼する。

ウ 保護観察対象者の分類

保護観察対象者は、一般、集中的監督、遵守事項違反の三つに分類される。薬物事犯者はその再犯の危険性の高さから集中的監督保護観察対象者（intensive supervised probationer）に分類され、予告なしの訪問及び頻繁な尿検査を受ける。

(3) 薬物療法センター出頭命令（Attendance Pharmacotherapy Center Order）について

ア 薬物療法センター出頭命令の概要

薬物療法センター出頭命令は、刑法62条の2又は少年法32条3項に基づいて地方法院（裁判所）又は家庭法院（裁判所）若しくは地方法院（裁判所）少年部によってなされる処分である。薬物療法センター出頭命令は200時間の範囲内で期間が定められる（保護観察等に関する法律59条）。ただし、少年の短期保護観察の場合は50時間を超えることができない（少年法33条4項）。薬物療法センター出頭命令は、保護観察官が執行する（保護観察等に関する法律61条）。2002年には、1,111人の薬物事犯者が薬物療法センター出頭命令を受けている。

イ 薬物療法センター出頭命令の対象者

薬物療法センター出頭命令の対象者は、出頭を条件とする刑の執行猶予判決を受けた成人及び家庭法院（裁判所）により保護観察と薬物療法センター出頭命令を併科された16歳以上の少年である。命令を受けた者は、性別や使用薬物によってグループ分けされる。

ウ プログラムに関与するスタッフ

プログラムの実施に当たるスタッフは、医師、ソーシャルワーカー、臨床心理士及び社会福祉、心理学又は看護技術の分野で修士号を持ち、保健福祉部の指定を受けた施設でインターンとして訓練を受けた者である。

エ プログラムの内容

プログラムは、週に1回のペースで1か月から2か月間（総受講時間数40から50時間）のものを原則とするが、対象者数が多い場合には例外的に1週間（総受講時間は40から50時間）のプログラムを実施する。受講者に対しては抜き打ちの尿検査が実施される。

プログラムは、薬害に対する認知形成と薬物の誘惑に対する対処療法訓練（coping skill training）¹⁸の二つのパートに分かれる。

ソウル保護観察所における薬物療法センター出頭命令プログラムのカリキュラムは、表12のとおりである。

18 対処療法訓練とは、心理的なストレス状況に直面して苦しむのではなく、ストレス状況に能動的に対処して克服する能力を取得する訓練をいう。ここでは薬物への渴望の克服に向けての訓練を指す。

表12 ソウル保護観察所における薬物療法センター出頭命令プログラム

	月	火	水	木	金
段 階	アセスメント段階	問題解決段階			最終段階
内 容	薬物乱用記録の調査	自己洞察及び自己統制			断薬の維持
9：30-11：00	薬物検査及び保護観察についての理解	瞑想及びリラクセーション訓練	心身に対する薬物嗜癖の悪影響	サイコドラマ1	回復と再使用
11：00-12：30	自己紹介				
12：30-13：30	昼 食				
13：30-16：00	自己表現	視聴覚教育及び討論	社会活動	サイコドラマ2	薬物使用体験についての討論
16：00-17：00	MBTI テスト ¹⁹	「これまでの人生を振り返って」	家系図		生存戦略（Survival strategy）
	一日の評価				

19 MBTI（Myers-Briggs Type Indicator）は、キャサリン・クック・ブリッグズ（Katharine C. Briggs）とイザベル・マイヤーズ（Isabel B. Myers）によって、1962年に開発された性格検査（Personality Inventory）であり、性格を機能と態度の側面から16のタイプに類型化して捉える。受検者が検査結果を基に自己洞察を深めながら、自分に最も適合するタイプ（Best Fit Type）を見つける過程を重視している。

第7 薬物問題対応の特色と今後の課題

1 薬物問題の対応の特色

アジア諸国においては、マレーシア、シンガポール、タイのように薬物乱用者を刑事司法の早期の段階で密売人など他の薬物事犯者から分離して処遇又は治療の機会を与えるという政策を採用している国が見られる。

韓国の薬物規制法令を概観すると、営利目的で行った規制対象薬物の製造、密輸入に対する死刑を上限とする処罰規定に見られるように、違法薬物の供給については厳罰をもって対処しており、また、薬物乱用者についても処罰の対象とするのを原則としている。ただし、人数は少ないながらも、当該乱用者に治療が必要であると判断されれば、治療機関における治療を条件として薬物乱用事犯について起訴猶予とする運用がなされているほか、薬物事犯について有罪とされた者についても治療を優先し、その後、刑務所において刑を執行するという方策もとられている。

薬物事犯者に対する社会内処遇を見ると、保護観察に付された者についてはランダム尿検査を含む集中的監督指導や、薬物療法センター出頭命令といった処分の選択肢がある一方で、薬物事犯者に対する仮釈放は許可されていない現状にある。

2 今後の課題

韓国の刑務所における薬物乱用者更生プログラムは現在のところ実験段階であり²⁰、処遇効果に関する実証研究は行われていない。一方、社会内処遇分野においては、薬物事犯者に対する薬物療法センター出頭命令の処遇効果に関する実証研究があるが（Kim et al, 1999）、処遇群と対照群の対象者抽出について無作為振り分けがなされていないため、この命令の処遇効果については今後検証が続けられて、本制度が更に発展することが期待される。

また、現在は薬物事犯者に対する仮釈放は許可されていない状況にあるが、施設内処遇機関と社会内処遇機関の連携による介入を可能にする点からも、積極的な運用を検討する余地もあろう。

さらに、薬物乱用者が回復に至るまでには長期的な介入が必要とされることから刑事司法機関による介入のみでは十分ではなく、その後の医療機関、福祉機関、民間支援団体による指導・援助体制への円滑な移行、いわゆる継続的処遇（through care）の確立が求められる。この点において、薬物事犯者が刑務所を満期釈放となった後又は保護観察を終了した後にも民間支援団体による薬物更生プログラムへ参加できる体制の充実強化も、韓国における薬物乱用者処遇の今後の課題といえよう²¹。

20 2002年末現在、韓国の矯正施設には2,614人の薬物事犯関係受刑者が収容されているところ、受刑者総数（3万7,646人）に対する比率が、6.9%と比較的低いことも影響していると考えられる（我が国は、2002年末現在で全受刑者56,959人中、覚せい剤取締法違反並びに麻薬及び向精神薬取締法違反に係る受刑者数は15,212人、26.7%である。）。

21 薬物乱用者が刑務所出所後又は保護観察終了後に任意に参加できる民間支援施設の提供するプログラムの新たな展開として、治療共同体（Therapeutic Community）の導入がある。2000年から韓国薬物乱用カウンセラー協会（Korean Association of Substance Abuse Counselor）が治療共同体モデルの導入を検討するワークショップの開催、アメリカのDaytop社の支援を受けた研修及び見学を行っており、2002年現在、四つの民間支援施設が治療共同体モデルを採用している（Chai, 2002）。

<参考文献>

- 堀内國宏, 1988, 「大韓民国 (Republic of Korea)」, アジアの刑事司法, 有斐閣, 39-73.
- 韓国大検察庁, 1997, 「麻薬類犯罪白書 (1996年)」.
- 韓国大検察庁, 2003, 「麻薬類犯罪白書 (2002年)」.
- 法務総合研究所, 1997, 「研究部資料42 大韓民国の刑法, 刑事訴訟法及び保護観察等に関する法律等」.
- Chai, Young Yoo, 2002, “Changing Trends in Drug Abuse and the Relevance of the TC in South Korea”,
In *Report of the 5th Asian Federation of Therapeutic Community International Conference*, 36-37.
- Kim, Hyun Soo, et al., 1999, “A Preliminary Follow-up Study on Recidivism after the Substance Abuse
Treatment Program”, *Journal of Korean Neuropsychiatry Association*, Vol. 38, No. 6, 1214-1222.
- Supreme Public Prosecutors’ Office, 2003, *Drug Control in Korea*.
- United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UNODCCP), 2000, *Demand Reduction : A
Glossary of Terms*.

第3章 マレーシア

早稲田大学助教授 (前研究官) 藤野京子
府中刑務所首席矯正処遇官 (前研究官) 桑山龍次

目 次

第1	マレーシアの概要	181
1	基礎データ	181
2	統治体制	181
第2	主要乱用薬物及び薬物乱用者等の動向	182
1	主要乱用薬物の動向	182
2	薬物乱用摘発者のプロフィール	185
第3	薬物に対する法的規制, 処罰等の概要	186
1	1952年危険薬物法	186
2	1952年毒物法	188
3	1983年薬物依存者(処遇及び更生)法	188
4	1985年危険薬物(特別予防措置)法	188
5	1988年危険薬物(財産没収)法	188
第4	薬物乱用予防及び薬物乱用者処遇政策	189
1	現在の薬物統制政策の成立に至る経緯	189
2	国家薬物戦略	189
第5	薬物問題対応機関・組織の概要	190
第6	薬物乱用予防及び薬物乱用者処遇	192
1	薬物乱用予防	192
2	薬物乱用者に対する強制的処遇制度について	192
(1)	1983年薬物依存者(処遇及び更生)法に基づく強制的処遇の手続	192
(2)	強制的処遇実施中の規律違反又は条件違反の効果	193
3	薬物乱用者に対する施設内処遇について	193
(1)	薬物対策庁が行っている施設内処遇について	193
ア	セレンダ薬物更生センターにおける処遇プログラム(心理社会の処遇方法)	194
イ	ペルサダ薬物処遇更生センター(TCの処遇方法)	195
(2)	矯正局が行っている施設内処遇について	197
ア	ジュレブ刑務所	198
イ	マラッカ・ヘンリーガーニー・スクール	199
4	薬物乱用者に対する社会内処遇について	200
第7	薬物問題対応の特色と今後の課題	202
1	薬物問題対応の特色	202
2	今後の課題	202

第3章 マレーシア

第1 マレーシアの概要¹

1 基礎データ

マレーシアは、2002年現在、人口2,453万人の国家であり、人種別構成比は、マレー系65.1%、中国系約26.0%、インド系約7.7%、その他1.2%であり、多民族国家である。イスラム教が連邦の公式な宗教になっており、マレー人の多くは、イスラム教を信仰しているが、マレーシア憲法において、宗教の自由は認められている。

国土面積は33万 Km²（日本の約0.9倍）であり、南シナ海によって首都クアラ・ルンプールを含む西マレーシア（マレー半島）と東マレーシア（ボルネオ島にあるサバ州、サラワク州）の二つの部分に分かれている。西マレーシアは北でタイと国境を接し、南でシンガポールと相対し、西はマラッカ海峡をはさんでインドネシア領スマトラ島を臨んでいる。東マレーシアは南でインドネシア領カリマンタンと国境を接し、北及び北東はフィリピンに面している。

2002年現在、1人当たりのGDPは、3,610US\$であり、失業率3.5%となっている。また、2002年中期における人口10万人当たりの刑務所人口は125.2人である。

2 統治体制

マレーシアは、1957年にマラヤ連邦として独立し、1963年にシンガポール、サバ、サラワクを加えてマレーシアが成立し、1965年にシンガポールが分離、独立するという経過をたどった。

統治体制は、立憲君主制であり、国家元首は国王（スルタン会議で互選）である。他方、議会制民主主義を採用し、憲法により、立法、行政、司法の分離が定められており、行政権を行使するのが、首相が率いる連邦内閣である。2003年秋、22年間首相を務めたマハティール前首相の引退に伴い、アブドゥラ副首相が首相に就任したが、マハティール路線は継承されている。立法権は、上下二院に属している。司法は、上位裁判所（Superior Court）としての連邦裁判所（Federal Court）、控訴裁判所（Court of Appeal）及び高等裁判所（High Court）と、下位裁判所（Subordinate Court）としてのセッションズ裁判所（Sessions Court）、マジストレート裁判所（Magistrates' Court）及び少年裁判所（Juvenile Court）で構成されている（安田、1996）。

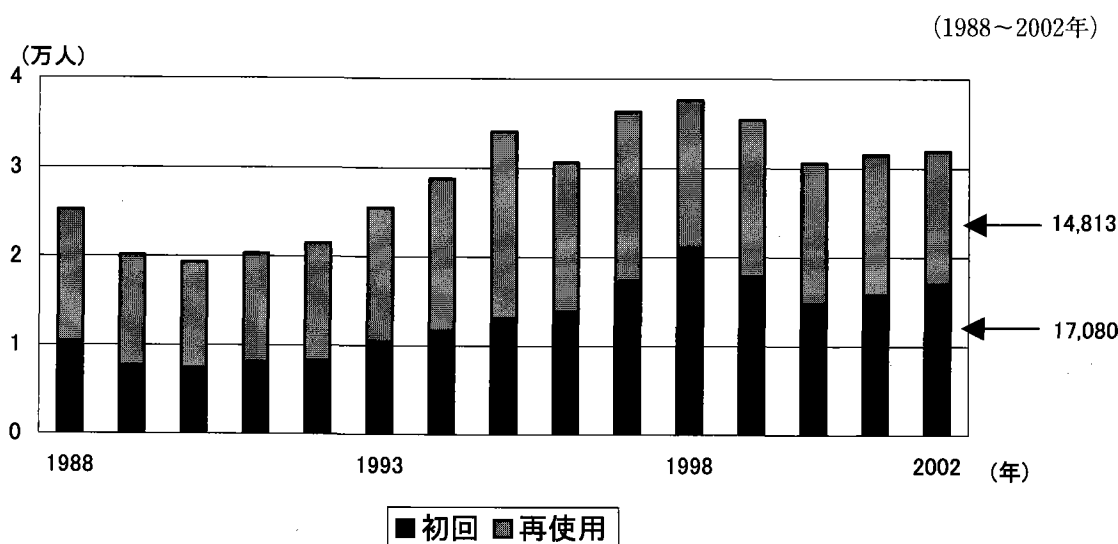
1 外務省のホームページ（www.mofa.go.jp/mofaj/area/malaysia/data.html）、財団法人海外職業訓練協会のホームページ（<http://www.ovta.or.jp/info/asia/malaysia/index.html>）、アジア太平洋矯正局長等会議のホームページ（www.apcca.org/stats/2002/prison）による。

第2 主要乱用薬物及び薬物乱用者等の動向

1 主要乱用薬物の動向

マレーシアにおける薬物問題については、同国が前述のようにタイ、ラオス及びミャンマーのいわゆるゴールデントライアングルに近接していることから、従前から、国際的な麻薬密売組織によりヨーロッパやオーストラリアに麻薬を運ぶ中継国として使用されていることが問題視されてきた。ただし、薬物の使用については、19世紀から、中国系ないしインド系の人が治療目的であへん（Opium）や大麻を吸引することに限られていた（e.g., Rogers, 1998）。ところが、近年は、国際的な麻薬密売組織の活動の拠点となっている上、他国へ輸出されない余剰の薬物が地元で消費されるようになっており（e.g., 杉田, 1988）、1970年には薬物乱用者が711人であった（Rogers, 1989）のに対し、2002年の1年間に薬物乱用者として警察又は薬物対策庁職員に摘発（detect）された者は31,893人であり、1988年以降2002年までの薬物乱用摘発者数は優に20万人を超えており²（National Drugs Agency, 2002）、薬物の取引のみならず、乱用についても、深刻な社会問題となっている。図1は1988年から2002年までの各年の薬物乱用摘発者数を示しているが、1995年以降、3万人を超えていることが分かる。

図1 薬物乱用摘発者数の推移



注 薬物対策庁「2002年薬物統計報告（Statistics Bulletin on Drugs 2002）」による。

内務省薬物対策庁（National Drugs Agency, Ministry of Home Affairs）は、薬物乱用問題の監視及び適切な介入プログラムの構築のために、薬物乱用者に関するデータベースである**国家薬物情報システム（National Drug Information System, NADI）**を管理している。薬物問題に関係する公私の機関（警察、軍、税関、病院、福祉事業部、刑務所、民間治療機関、薬物対策庁の地方事務所及び薬物更生センター）は、薬物乱用者の氏名、身分証明書番号、生年月日、出生地、性別、人種、住所、職業、勤務先、学歴、婚姻状況、摘発状況（自発的出頭か逮捕か）、事犯タイプ（使用か不正取引か）、尿検査結果、適用法令名、薬物乱用の理由、初回使用年齢、乱用年数、乱用薬物の種類及び入手方法といった事項等を

² 国家薬物情報システム（NADI）により、個人毎に薬物乱用がモニターできる仕組みができているため、ここに掲げた数字は、複数回同一人物が摘発された場合でも重複計上されることなく、一人と計上されている。

所定の様式に記入し、薬物対策庁に提出することとされており、同庁は、すべての機関から提出された資料をデータベース化している³。このデータベースによって薬物乱用の全容を把握でき、また、相当程度に薬物乱用者の生活歴を追跡することが可能となる。さらに、このデータは、治安判事(Magistrate)が後述する薬物乱用者に対する強制的処遇(治療)を命ずる際にリハビリテーションオフィサー(薬物乱用者の処遇に当たる薬物対策庁所属のカウンセラー又はソーシャルワーカー)が治安判事に提出する社会調査書(Social Report)の基礎資料となる。2004年末には、各機関において入力できるようにネットワーク化される予定である⁴。

表1は、1992、1998、2002年の各年の薬物乱用摘発者について、その薬物の種類別に示したものである。薬物のうちでも、特にヘロインの乱用の問題が深刻である⁵。このほか、1990年代から、覚せい剤(マレーシアではアンフェタミンよりもメタンフェタミンの方が流布している。)が広まりつつあり、加えて、近年では、エクスタシー(MDMA等)も問題視されてきている。後者のような合成薬物の流行の要因として、あへん類などの乱用と異なり器具を要せず、したがって、HIVなどの感染の恐れがないこと、また、臭わず隠しやすく運搬が楽であること、加えて、乱用しても依存症状が顕在化しにくくその乱用が発見されにくいこと、さらに、有害でないと誤認され、特に若者層では娯楽の場でおしゃれなものとなされていることを挙げる者もいる(e.g., Vong, 2003)。

表1 薬物の種類別薬物乱用摘発者数

(1992, 1998, 2002年)

年	ヘロイン	モルヒネ	あへん	大麻	向精神薬	エクスタシー	メタンフェタミン	アンフェタミン	その他	合計
1992	18,358	528	72	2,196	36	0	0	0	316	21,506
1998	20,558	10,045	37	5,480	264	0	772	0	432	37,588
2002	12,266	9,076	20	6,867	334	388	2,083	535	324	31,893

注 薬物対策庁「2002年薬物統計報告(Statistics Bulletin on Drugs 2002)」による。

表2は、1992、1998、2002年の各年の薬物押収量を示している。マレーシアは、麻薬の生産国ではなく、その流入経路を薬物の種類別にみると、主として、ヘロインはタイから、メタンフェタミンはフィリピンから、大麻はインドネシアからとなっている⁶。また、エクスタシーはオランダから流入している(Vong, 2003)。

3 シンガポールにおいて薬物事犯により逮捕されるマレーシア国民に関する情報もシンガポール中央麻薬統制局(Central Narcotics Bureau, CNB)から提供される。

4 国家薬物情報システムは、1970年からマレーシア国立科学大学によって管理されていたが、1988年に政府の薬物予防機関である薬物対策タスクフォース(Anti-Drugs Task Force)に移管され、その後1996年に薬物対策タスクフォースから改編された薬物対策庁に引き継がれて、現在に至っている。

5 モルヒネが検出された場合の大半は、ヘロイン使用の結果である。薬物乱用者の8割程度がヘロインの問題をかかえているとの数字もある(薬物対策庁首席課長補佐 Chung 女史の説明による)。

6 薬物対策庁首席課長補佐 Chung 女史の説明による。

表 2 薬物押収量

(1992, 1998, 2002年)

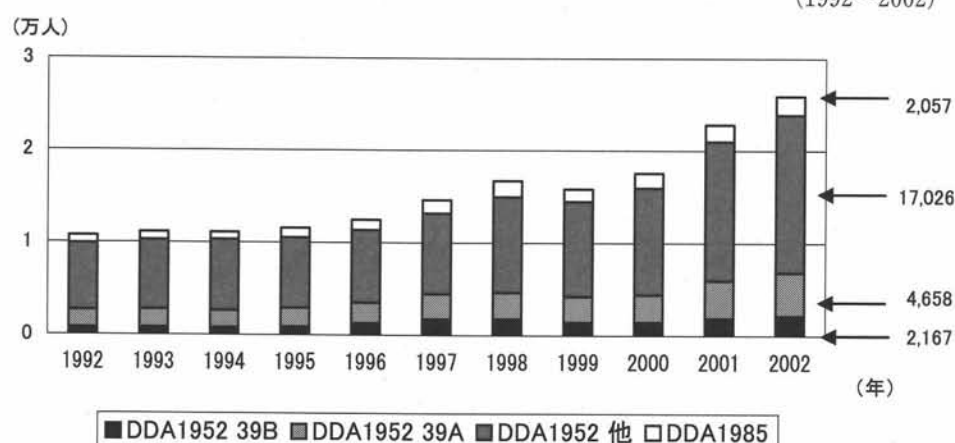
年	ヘロイン (Kg)	モルヒネ (Kg)	生あへん (Kg)	調整あへん (Kg)	大麻 (Kg)	向精神薬 (錠)	エクスタシー (錠)	メタンフェタミン (Kg)	違法薬物製造設 備の摘発件数
1992	112.79	0.01	267.66	2.93	474.84	356,839	—	—	2
1998	289.66	—	32.54	0.21	1,781.01	1,724,104	9,231	6.44	5
2002	417.78	—	—	0.54	2,082.69	1,894,657	207,550	28.07	28

注 薬物対策庁「2002年薬物統計報告 (Statistics Bulletin on Drugs 2002)」による。

図 2 は、1992年から2002年までの各年の薬物事犯検挙者数を示しているが、10年間で倍増していることが分かる (図 2 の法律の内容等については次項「薬物に関する法的規制, 処罰等の概要」を参照。)

図 2 薬物事犯検挙者数の推移

(1992～2002)



- 注 1 薬物対策庁「2002年薬物統計報告 (Statistics Bulletin on Drugs 2002)」による。
 2 DDA1952は、1952年危険薬物法を、DDA1985は、1985年危険薬物(特別予防措置)法を指す。
 3 39Bは39条Bを、39Aは39条Aを指す。

また、表 3 は、外国人の薬物事犯検挙者数を示している。外国人の薬物事犯検挙者に関しては、1952年危険薬物法第39条A(一定量以上の薬物を取り扱ったことによる加重処罰)、第39条B(薬物の不正取

表 3 外国人の薬物事犯検挙者数の推移

(1995～2002年)

年	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
検挙者 総 数	188	193	249	420	395	419	374	416
DDA1952 39条 B	96 51.1%	71 36.8%	117 47.0%	78 18.6%	97 24.6%	224 53.5%	165 44.1%	173 41.6%
DDA1952 39条 A	32 17.0%	42 21.8%	36 14.5%	44 10.5%	71 18.0%	53 12.6%	75 20.1%	96 23.1%

- 注 1 薬物対策庁「2002年薬物統計報告 (Statistics Bulletin on Drugs 2002)」による。
 2 DDA1952は、1952年危険薬物法を示す。
 3 比率は外国人薬物事犯検挙者総数を母数として算出している。

引による必要的死刑)のいずれかで検挙される比率が高いこと、加えて、1995～1996年ころに比べて近年は外国人の検挙者数が多くなっていることなどが着目される。

なお、2002年の外国人検挙者を国籍別に見ると、インドネシア (167人)、ミャンマー (107人)、タイ (74人)の順となっている。一方、2002年に、マレーシア国外で薬物事犯として検挙されたマレーシア人は55人であり、そのうち34人がタイで検挙されている。

2 薬物乱用摘発者のプロフィール

2002年の薬物乱用摘発者の性別、年齢、人種は、表4～6のとおりである。なお、図1（前掲）では摘発者の動向を、その摘発が初回である者とそれ以外の者で示しているが、2002年の摘発者のうち、摘発が初回である者の比率は53.6%を占めている。

表 4 薬物乱用摘発者の性別
(2002年)

性 別	男 子	女 子	合 計
人 数	31,492	401	31,893
比率 (%)	98.7	1.3	

注 薬物対策庁「2002年薬物統計報告 (Statistics Bulletin on Drugs 2002)」による。

表 5 薬物乱用摘発者の年齢
(2002年)

年 齢	17以下	18-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55以上	合 計
人 数	690	1,430	5,955	6,855	5,498	4,506	3,078	1,797	702	258	30,769
比率 (%)	2.2	4.6	19.4	22.3	17.9	14.6	10.0	5.8	2.3	0.8	

注 1 薬物対策庁「2002年薬物統計報告 (Statistics Bulletin on Drugs 2002)」による。
2 年齢不詳を除く。

表 6 薬物乱用摘発者の人種
(2002年)

	マレー	中 国	インド	サ バ	サラワク	その他の人種	外国人	合 計
人 数	22,160	4,737	3,258	1,330	103	179	126	31,893
比率 (%)	69.5	14.9	10.2	4.2	0.3	0.6	0.4	

注 薬物対策庁「2002年薬物統計報告 (Statistics Bulletin on Drugs 2002)」による。

第3 薬物に対する法的規制，処罰等の概要

1 1952年危険薬物法

マレーシアにおける薬物統制に関する主要な法令としては、まずもって、1952年危険薬物法(Dangerous Drugs Act 1952)を挙げる必要がある。同法は、罰則、手続及び証拠のすべてを規定しており、罰則の概略をまとめたものが表7である(同法による検挙者数の推移は図2を参照。)

同法は、薬物の供給に対しては、相当程度に厳罰主義を採用しており、一定量以上の規制薬物を所持していた者は反証がなされない限り当該薬物の不正取引に従事していたものと推定され、その法定刑は死刑のみである(1952年危険薬物法37条及び39条B)。ただし、乱用を防止する観点から、不正取引に対する訴追は検察官の同意がなければ行われない(同法39条B第3項)。

また、第6において詳述するように、1983年薬物依存者(処遇及び更生)法は、薬物乱用者をその摘発段階で刑事手続から分離し、治安判事の処遇命令に基づいて薬物更生センターにおける処遇及びこれに引き続く指導・援助、又は社会内における指導・援助に付することを規定している(1983年薬物依存者(処遇及び更生)法6条)が、2002年11月に1952年危険薬物法の改正がなされ、薬物更生センターへの入所歴が2回以上ある薬物乱用者の自己施与は、長期刑(5年以上7年以下の拘禁及び3回以下のむち打ち、長期刑タイプ1)をもって処罰されることとされ、さらに、長期刑タイプ1に処せられた者が再び自己施与等で有罪となった場合には更に刑が加重される(7年以上13年以下の拘禁及び3回以上6回以下のむち打ち、長期刑タイプ2)こととされた(39条C)。つまり、薬物乱用者は、薬物使用2回までは薬物更生センターにおける処遇、3回目以降は刑務所における処罰を受けることになる。近年刑務所における薬物乱用者は増加傾向にあるが(図3参照)、今後この法改正によって刑務所に収容される薬物乱用者が増加する可能性がある⁷。

表7 1952年危険薬物法による罰則(2002年の改正までを含む)

規制対象薬物	違反態様	罰則
生あへん、コカの葉、けしがら、大麻 (別表第1の第1部)	輸入(4条)・輸出(5条)	3年以上5年以下の拘禁
	保有、所持、保管、管理(第6条)	5年以下の拘禁若しくは2万リングギット以下の罰金又は併科
	栽培(6条B)	無期拘禁及び6回以上のむち打ち
調整あへん、大麻樹脂 (別表第1の第2部)	輸入・輸出、保有、所持、保管、管理、製造、販売、取引(9条)	5年以下の拘禁若しくは2万リングギット以下の罰金又は併科
	喫煙・消費(10条2項b)	2年以下の拘禁若しくは5千リングギット以下の罰金又は併科
ヘロイン、モルヒネ、コカイン、アンフェタミン、メタンフェタミン等 (別表第1の第3～5部)	輸入・輸出(12条1項)、所持等(12条2項) (ただし、輸出については、別表第1の第5部は除く)	5年以下の拘禁若しくは10万リングギット以下の罰金又は併科

7 経過措置として、改正時点で薬物更生センターに在所している者は再入者であっても同条の適用上は初入者として扱うこととされている。

	他人に対する施与 (administration to others) (14条) (ただし、別表第1の第5部は除く) 自己施与 (self administration) (15条1項 a) (ただし、別表第1の第5部は除く)	3年以下の拘禁若しくは1万リングット以下の罰金又は併科 2年以下の拘禁又は5千リングット以下の罰金 (刑終了後、2年以上3年以下の間、1983年薬物依存者(処遇及び更生)法6条1項(b)に規定された指導・援助を受ける(38条B)。)
ヘロイン、モルヒネ(2g以上5g未満)、コカイン(5g以上15g未満)、大麻、大麻樹脂(20g以上50g未満)、生あへん、調整あへん(100g以上250g未満)、コカの葉(250g以上750g未満)、アンフェタミン、メタンフェタミン(5g以上30g未満)等	本法に規定する犯罪の対象薬物が左の量であり、有罪とされた場合には、各条項に規定する刑罰に代えて、右の罰則を科す(39条A第1項)。	2年以上5年以下の拘禁及び3回以上9回以下のむち打ち
ヘロイン、モルヒネ(5g以上)、コカイン(15g以上)、大麻、大麻樹脂(50g以上)、生あへん、調整あへん(250g以上)、コカの葉(750g以上)アンフェタミン、メタンフェタミン(30g以上)等	同上(ただし、該当する各条項に死刑が規定されていない場合)(39条A第2項)	無期又は5年以上の拘禁及び10回以上のむち打ち
	不正取引** (trafficking) (39条B) (以下の薬物についてそれぞれ()内の量を所持していた者は、反対の事実が立証されない限り、不正取引に従事していると推定する(第37条)。 ヘロイン、モルヒネ(15g以上)、コカイン(40g以上)、大麻、大麻樹脂(200g以上)、生あへん、調整あへん(1,000g以上)、コカの葉(2,000g以上)アンフェタミン、メタンフェタミン(50g以上)等)	死刑***
	調整あへん又は大麻樹脂の消費・喫煙、特定危険薬物の自己施与又は本法違反容疑者に対する医師の検査に際し尿の提出拒否によって有罪とされた者について、薬物更生センターへの入所歴(2回以上)又は薬物事犯歴があった場合の刑の加重(39条C)	5年以上7年以下の拘禁及び3回以下のむち打ち(長期刑タイプ1, 39条C第1項) 長期刑タイプ1により処罰された者が更に同種事犯により有罪となった場合、7年以上13年以下の拘禁及び3回以上6回以下のむち打ち(長期刑タイプ2, 39条C第2項)

注 1 リングット (RM) ≒ 29.1円 (2003年3月13日現在)

* 無期は、1953年刑事法 (Criminal Justice Act 1953) 3条により「20年の拘禁」とされている。

** 不正取引の定義(2条)が広義であるとの論争がある (Vong, 2003)。

*** 1983年の改正で不正取引に対する必要的死刑が規定され、さらに不正取引の推定規定も規定された。

2 1952年毒物法

1952年毒物法 (Poison Act 1952) は、1952年危険薬物法を補足する法律で、同法による規制対象外の薬物 (医学、農業、工業などの目的には使用できるなど、その使用が禁止されているのではなく、厳しく制限されている薬物であり、向精神薬 (psychotropic pills) や鎮痛剤 (Codein) が該当する。) を取り締まることを目的としている。

3 1983年薬物依存者 (処遇及び更生) 法

1983年薬物依存者 (処遇及び更生) 法 (Drug Dependents (Treatment and Rehabilitation) Act 1983) は、1952年危険薬物法第5章Aを独立させ、薬物依存者の治療や更生及びそれに関することについて、直接的かつ独占的に規定したものである⁸。

しかしながら、1952年危険薬物法には規制薬物の自己施与 (self administration) に対する処罰規定が存在する (同法15条1項(a)) ので、薬物乱用者に対しては、処遇ないし治療か刑罰のどちらかが選択されることになる⁹。

同法3条は、警察官又はリハビリテーション・オフィサー¹⁰は、薬物依存者であると合理的に疑われる者を医学検査の目的で拘禁できること、同法4条は、当該薬物依存者の疑いがある者は、最長14日間、検査及び医師による診断のため拘禁され得ることなどを定めている。

4 1985年危険薬物 (特別予防措置) 法

1985年危険薬物 (特別予防措置) 法 (Dangerous Drugs (Special Preventive Measures) Act 1985) は、薬物の不正取引防止のための予防拘禁について定めたものであり、内務大臣の行政命令により、2年間の予防拘禁 (期間は更新できる。) を行い得ることなどを定めている (同法による検挙者数の推移は図2を参照。)

5 1988年危険薬物 (財産没収) 法

1988年危険薬物 (財産没収) 法 (Dangerous Drugs (Forfeiture of Property) Act 1988) は、1952年危険薬物法で不正取引に対して必要的死刑という厳罰を規定したにもかかわらず、不正取引が行われている現実を踏まえ、薬物密輸者の資産に対する追跡、凍結及び没収の権限を関係機関に与えることにより薬物取引を効果的に取り締まることなどを目的として制定されたものである。

8 この法律が制定される前の1975年以降、福祉事業省 (Ministry of Welfare Services) が、1952年危険薬物法を根拠として処遇及び更生のプログラムを提供していた (Omar, 1989)。

9 薬物乱用者に対しては薬物更生センターにおける処遇がまず考慮されるが、ヘロインを吸飲している (chasing the dragon) 時点、薬物を注射している時点又は薬物使用器具を所持している時点で摘発された場合には刑罰処分となる (薬物対策庁首席課長補佐 Chung 女史の説明による。)

10 リハビリテーション・オフィサーは、同法の目的遂行のために薬物対策庁長官が任命した者で、現在、全国で600人 (カウンセラー223人、ソーシャルワーカー377人であり、後者はすべて福祉サービス局からの派遣職員である。) いる。600人のうち、252人が薬物更生センターに勤務し、残りの348人が地方事務所に勤務している。後者は、施設収容を経ずに当初から社会内処遇に付される薬物乱用者及び薬物更生センターを出所した薬物乱用者の双方に対する処遇を実施する。

第4 薬物乱用予防及び薬物乱用者処遇政策

1 現在の薬物統制政策の成立に至る経緯

マレーシアにおいては、規制薬物の所持から取引、輸出入に至るまでの広汎な規制を内容とする1952年危険薬物法によって、それまでのあへん、大麻の乱用問題は終息したかに見えたが、1960年代半ばからの、いわゆるヒッピー文化の流入や、マレーシア、シンガポールを始めとする地域がベトナムに駐留する米軍の娯楽場とされたことなどに伴い、大麻、モルヒネ、ヘロインの乱用が再び増加した。さらに、薬物組織は、1970年代初頭に米軍がインドシナから撤退した後に東南アジア諸国を欧米、香港、オーストラリアへの薬物の輸出拠点として利用するとともに、余剰薬物をマレーシア国内で流通させようとした結果、1983年には薬物不正取引及び薬物乱用がピークに達した(Omar, 1989)¹¹。マレーシア政府は、このような状況下で、1983年2月に、薬物を国家の安全を脅かす深刻な問題であるとの認識の下、薬物撲滅キャンペーン (Anti-dadah campaign, dadah とは、マレー語で乱用薬物の意味。)を行い、以来、様々な取組を行っており、現在は、2015年までを目標として、薬物のない社会作りを目指している¹²。また、この1983年は、薬物乱用者を処罰の対象ではなく、治療の対象として取り扱う1983年薬物依存者(処遇及び更生)法が制定された年であり、この時点でマレーシアにおける薬物乱用者処遇政策の現在に至る方向性が定められたといえる。

2 国家薬物戦略

現在、マレーシアの薬物問題対策の中心的役割を担っているのは内務省薬物対策庁 (National Drugs Agency, Ministry of Home Affairs) であり、同庁は、薬物については不正取引の防止のみならず、薬物乱用防止も重要な課題であるとしてとらえている (詳しくは、第6を参照。)。薬物の取引については死刑を始め厳しい刑罰を科すなど(詳しくは、第3を参照。)、厳しく対応する一方、薬物乱用者については、その疑いのある者を薬物検査の目的で収容することができ(1983年薬物依存者(処遇及び更生)法3条)、さらに、乱用者であることが判明した場合には、治安判事が処遇命令を出す(同法6条)など、通常の刑事手続とは異なる取扱いとなっている (詳しくは、第3及び第6を参照。)

薬物対策庁は、国家薬物戦略 (National Drug Strategy) として、①予防 (Prevention)、②法執行 (Enforcement)、③処遇及び更生 (Treatment and Rehabilitation)、④国際協力 (International Cooperation) の四つの柱を設定し、関係機関との緊密な連携を取りながら薬物政策を実施している。予防については、薬物対策庁、教育省、マレーシア警察麻薬局が中心となっており、法執行については、マレーシア警察、マレーシア関税・物品税局、国境薬物密輸防止局が担当し、処遇及び更生に関しては、薬物対策庁、内務省矯正局、民間支援団体が中心となっており、国際協力は、外務省及び首相府調査課が担当している。

11 1970年に摘発された薬物乱用者数は711人であったが、1983年には1万4,624人に達した。

12 2000年7月のASEAN外相会議において2015年までに「麻薬のないASEAN」を実現することが合意された。

第5 薬物問題対応機関・組織の概要

前記の薬物対策庁は、1996年2月7日、閣議により内務省に新設された機関である。マレーシアでは、従来、**薬物問題タスクフォース（Narcotic Task Force）**が薬物乱用予防問題を担当し、**内務省薬物処遇更生局（Drug Treatment and Rehabilitation Division, Ministry of Home Affairs）**が薬物乱用者の施設内処遇（One stop center）と社会内処遇（Aftercare center）を所管していたが、これらの業務を同一の機関が担当することとすればより効果的であるとの考えから、そのような機関として薬物対策庁が新設されたものである。

薬物対策庁の職員総数は約4,000人であり（2003年現在）、①薬物予防プログラムの作成・実施、②薬物処遇・更生プログラムの作成・実施、③薬物関連情報の収集及び研究、④薬物関連の諸プログラムの国家レベルでの効果の評価、⑤薬物対策に関する地域及び国際協力体制の強化、⑥国家薬物対策評議会（National Drugs Council）の事務局などの業務に携わっている。

なお、**国家薬物対策評議会（National Drugs Council）**は、1983年9月10日の閣議に基づいて、国家安全評議会（National Security Council）によって設立されたものであり、内務大臣を議長、内務副大臣を副議長、薬物対策庁長官を書記長とし、関連省庁の局長レベルの者をメンバーとしており、2015年までに薬物の脅威を排除し薬物のない社会を作ること为目标に、①薬物予防及び薬物関連の法執行、処遇・更生、国際協力に関する薬物政策の策定及びその実施方法を決定すること、②薬物統制及び予防のあらゆる活動やプログラムを監視すること、③薬物対策についての政府及び非政府組織の諸活動を調整することを任務としている。

薬物乱用者に対する施設内処遇を所管しているのは、**内務省薬物対策庁及び内務省矯正局（Prisons Department of Malaysia）**である。このほか、保健省病院局（Hospital Division, Ministry of Health）が、健康管理機関として、薬物乱用者の施設内処遇を所管しており、解毒治療施設を提供しているほか、薬物検査分析業務も所管している。一方、薬物乱用者に対する社会内処遇を所管しているのは、主として薬物対策庁であり、警察も一部の役割を担っている。

このほか、ペンガシ（PENGASIH）、マレーシアン・ケア（Malaysian care）などの非政府組織の諸活動も、薬物乱用者のアフターケアや薬物予防に従事している。

以上は、薬物乱用者に対する処遇を中心に紹介したが、このほかにも多くの官庁が薬物問題に関わっている。例えば、司法長官府（Attorney-General's Office）が法律制定、マレーシア警察（Royal Malaysian Police）、マレーシア関税・物品税局（Royal Malaysian Customs and Excise Department）及び国境薬物密輸防止局（Border Anti Smuggling Unit）が法執行及び諜報、保健省薬事課（Pharmacy Division of Ministry of Health）が毒物及び向精神薬の統制、国家統合社会開発省福祉事業部（Department of Welfare Services, Ministry of National Unity and Social Development）が薬物治療を行う職員の人材育成（カウンセリング研修等）や人材援助（治療を行う職員の派遣）、情報省（Ministry of Information）が薬物情報の提供、広報及び一般予防、教育省（Ministry of Education）が薬物予防教育、外務省（Ministry of Foreign Affairs）及び首相府調査課（Research Division, Prime Minister's Department）が国際共助、教育省高等教育研究所（Institutions of Higher, Ministry of Education）が疫学的、学習的、社会学的研究及びカウンセリング研修、青年スポーツ省（Ministry of Youth and Sports）、イスラム局（Department for Islamic Affairs）、国家統合社会開発省（Ministry of National Unity and Social Development）、地方公共団体（district office）、民間自警団（People's Voluntary

Corps) が一般予防及び社会支援の業務に携わっている。

第6 薬物乱用予防及び薬物乱用者処遇

1 薬物乱用予防

薬物対策庁は、薬物乱用防止が重要な課題であるにとらえ、その防止に当たっては、①宗教の知識を得させ、宗教に価値を置かせること、②薬物使用を防ぐ対人関係技術を持たせること、③薬物以外の生活スタイルを身に付けさせること、④介入プログラムを作成・実行すること、⑤薬物乱用防止活動に社会のすべての人を組み入れることを挙げ、薬物のない家族、学校、職場、地域を目指している。

同庁が行っている学校での予防活動の例としては、教師への薬物に関する研修、primary school（小学校に相当。）における生徒の回復力及び対人スキル開発教育プログラム（Students' Resilience and Interpersonal Skills Development Education の頭文字を取って STRIDE プログラムと呼ばれる。）の実施（教育省及びマレーシア警察麻薬局と協力して実施している。）、lower secondary school（中学校に相当。）での尿検査が挙げられる。

また、同庁が行っているコミュニティにおける予防活動としては、マスメディアや展覧会等で薬物の恐ろしさについての知識を普及させているほか、小単位でグループを作り、リーダーを中心にそのグループに薬物乱用者が出ないようにグループ同士を競わせたり、元薬物乱用者に体験を語ってもらったりするなどの工夫をしている。

2 薬物乱用者に対する強制的処遇制度について

1983年薬物依存者（処遇及び更生）法によって、薬物依存者¹³に対する強制的処遇制度が導入された。この強制処遇制度は、薬物依存者を摘発の段階で密売人など他の薬物事犯者から分離して薬物対策庁が実施する施設内処遇と社会内処遇の組合せによる強制的処遇に付することを中核としている¹⁴。

(1) 1983年薬物依存者（処遇及び更生）法に基づく強制的処遇の手続

警察又はリハビリテーションオフィサー（薬物対策庁所属のカウンセラー又はソーシャルワーカー）は、薬物依存者であると合理的に疑われる者を検査のために24時間を限度に拘束することができる（3条）。

24時間以内に検査が終了しない場合又は結果が得られない場合には保釈される場合を除いて最大で14日間身柄を拘束できる（4条）。

検査を受けた者が医師によって薬物依存者であると診断されたときは、治安判事（Magistrate）の下に出頭させる。治安判事は、弁解の機会を与えた後にリハビリテーションオフィサーの勧告に基づいて、①2年間の薬物更生センター（Drug Rehabilitation Centre）における処遇及びそれに引き続く2年間の社会内監督（supervision）又は②2年から3年間の社会内監督を命じる（6条）。

この処遇命令に対しては、マレーシア憲法の人身保護請求に関する規定及び刑事訴訟法366条の規定に基づいて高等裁判所の審査のための抗告を申し立てることができる。

13 同法にいう薬物依存者（drug dependant）とは、危険薬物の使用の結果、その精神的効果を体験したためや、その薬物を使用しないと生じる不快を避けるため、これを持続的又は周期的に用いる衝動を含む行動又は反応によって特徴付けられる精神的又は身体的状態を経験する者をいう（2条）。

14 ただし、第3において述べたように、1952年危険薬物法には危険薬物の自己施与の処罰規定及び薬物使用頻回者に対する加重処罰規定がある。

(2) 強制的処遇実施中の規律違反又は条件違反の効果

強制的処遇に付された者については、薬物更生センターからの逃走は犯罪とされ、5年以下の拘禁若しくは3回以下のむち打ち又は併科となる(19条)。また、薬物更生センター収容中の規律違反も同様に犯罪を構成し、罰金(額の規定なし)若しくは3年以下の拘禁又は併科となる(20条)。

また、社会内監督の期間中も遵守事項が科されるが、遵守事項違反は刑罰を構成し、3年以下の拘禁若しくは3回以下のむち打ち又は併科となる(同法第6条3項)。

強制的処遇(薬物更生センター収容又は社会内監督)に付されている者が拘禁刑に処せられた場合には、当該拘禁刑は薬物更生センター収容又は社会内監督に優先する。拘禁刑の期間は薬物更生センターにおける収容期間又は社会内監督期間に算入されるが、残期間がある場合には当該期間再収容され、又は社会内監督に服する(21条)。

なお、薬物依存者は、自発的にリハビリテーションオフィサーに対して処遇を求めることができる(8条)。また、薬物依存者であると信じるに足りる合理的な理由のある未成年者については、その保護者がリハビリテーションオフィサーに対して処遇を求めることもできる(9条)。これらの場合には願出を受けたリハビリテーションオフィサーは、検査を実施し、医師によって薬物依存者と診断された場合には上記(1)の①又は②の処遇を実施する。

3 薬物乱用者に対する施設内処遇について

薬物対策庁及び内務省矯正局によって提供されている施設内処遇のうち、近年重点が置かれているものとして、治療共同体モデル(Therapeutic Community)がある。治療共同体処遇は、矯正局が1992年に刑務所における薬物乱用者処遇方法の一つとして導入したが、その後、薬物対策庁所管の薬物更生センターにおける処遇方法の一つとしても採用されている。いずれの施設の治療共同体処遇も、米国ニューヨーク州を本拠地とするデイトップ・インターナショナル(Daytop International)をモデルとして導入されたが、刑務所における治療共同体処遇は、宗教的要素を加味している点が特徴的である。

(1) 薬物対策庁が行っている施設内処遇について

1983年薬物依存者(処遇及び更生)法に基づく薬物依存者に対する強制的処遇のうち施設内処遇は、内務省薬物対策庁が所管する薬物更生センターにおいて実施されている¹⁵。

薬物対策庁が所管する薬物更生センターは全国に28あり、職員数は1,924人である。うち、女子施設が1施設(ケムミン薬物更生センター, Pusat Serenti Kemumin)、自発的に処遇施設への入所を希望した者を集禁する施設が1施設(ペルサダ薬物処遇更生センター, PERSADA)ある。薬物対策庁所管の更生センターの2002年12月末現在の収容定員は9,300人¹⁶、同収容者数は9,640人であり、うち、女子が230人、自発的な入所者が176人となっている。また、施設入所が初回である者の割合は36%となっている。

このほか、薬物対策庁に登録されている民間の更生施設が約60ある。薬物乱用者のこれらの施設における収容動向は、図3のとおりである。

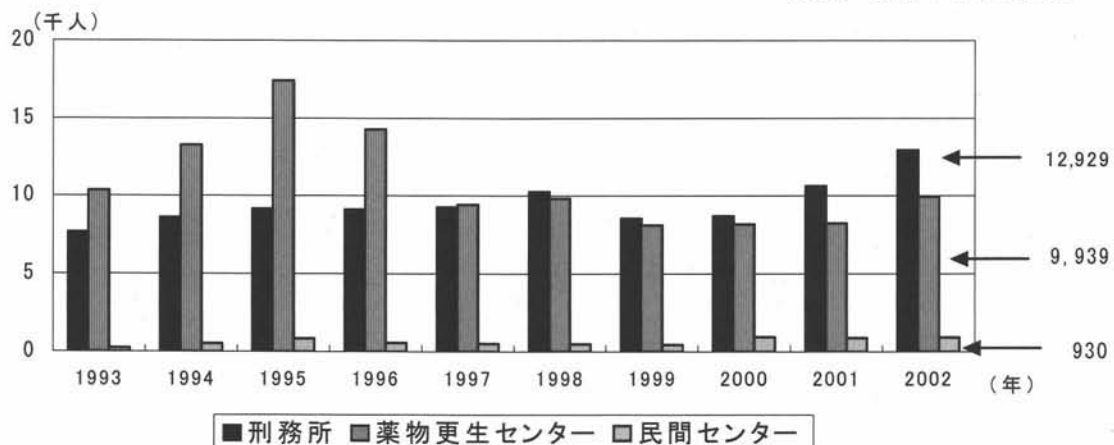
薬物対策庁所管の薬物更生センターでは、乱用薬物の種類ごとの処遇は展開していないが、心理社会(psycho-social)、治療共同体(therapeutic community、以下、TCという)、宗教療法(religious therapy)、職業療法(work therapy)、薬物依存度の高い人への特別療法(special therapy for reluctant

15 薬物更生センターの被収容者の中にも、薬物を持ち込もうとするなど問題を起こす者がおり、このような被収容者は、警備度の高いカジャン刑務所の一区画に収容して処遇する運用が2001年12月から行われている(薬物対策庁首席課長補佐 Chung 女史の説明による。)

16 2003年12月現在の定員は15,000人となっている。

図3 施設内処遇を受けている薬物乱用者数の推移

(1993～2002年各年末現在)



注 1 薬物対策庁「2002年薬物統計報告 (Statistics Bulletin on Drugs 2002)」による。

2 薬物更生センターの2002年の在所者数9,939人には、籍は同センターにあるものの年末時点では刑務所に在所していた者を含む。

client) のいずれかの処遇方法 (modality) を用いて処遇を実施している¹⁷。なお、それぞれの施設においては、解毒・医療的措置、体育・修練、カウンセリング・ガイダンス、宗教教育、職業療法、道徳、スポーツ・レクリエーション、社会への再統合、といった様々な要素を組み合わせながら処遇を行っている。

心理社会の処遇方法で処遇を行っているセレンダ薬物更生センター (Serendah Drug Rehabilitation Center) のプログラム及び TC の処遇方法で処遇を行っているペルサダ薬物処遇更生センター (PER-SADA Drug Treatment Rehabilitation Center) の内容は以下のとおりである。

ア セレンダ薬物更生センターにおける処遇プログラム (心理社会の処遇方法)

同センターは、1992年に設立されており、総面積15.92ha の約半分を使用して処遇を行っている。

被収容者は、全員、裁判所の命令による入所者である。2002年年末現在の収容定員は350人、被収容者数は447人 (実地調査当日は349人。) であり、大半がヘロインの乱用者である。

職員数は69人で、所長、次長の下に、総務部門8人、リハビリテーション部門3人、保安部門33人、被収容者管理部門15人 (Inmate Affairs Unit, 医療助手1人を含む。), カウンセラー部門8人 (Senior counselor 1人, counselor 7人) の五つのユニットがある。リハビリテーション部門が様々なプログラムを企画しており、カウンセラー部門が主としてカウンセリングを、それ以外の様々な処遇については、被収容者管理部門が中心となって行っている。

被収容者は、入所後まず解毒のために、最長14日間、解毒専用の部屋 (集団部屋) で終日過ごすことになっている。また、解毒終了後は、朝5:30の起床から夜10:30の就寝まで、定められた日課 (4回の祈り、5回の食事ないしティーブレイクを含む。) に従って生活を送ることになる。処遇は4段階設けられており、それぞれの処遇段階を経て、出所することとなる。

第1段階 (標準期間は3～5月間) ……学習の方法を学ぶ段階であり、肯定的価値観を持つことや自分の弱点を明確化することを目標とする。

第2段階 (標準期間は4～7月間) ……内面の成長について話し合うことを奨励する段階であり、就労体験、宗教についての授業、朝礼など様々な活動に参加する。

17 どの施設に収容するかについては、リハビリテーション・オフィサーの勧告に基づき、治安判事が決めている。

第3段階（標準期間は5～7月間）……様々な施設内のプロジェクトに参加し、自己洞察を深め、心身を鍛える段階である。

第4段階（標準期間は4～5月間）……一般社会の適応化に向けての処遇段階であり、カウンセリングは、まとめの段階に至り、心理査定も行う。

※ 標準期間とは、同センターが標準的なプログラムの期間として薬物対策庁に提示している期間のことであり、実際の平均在所期間は13～14か月間¹⁸である。

カリキュラムは、それぞれの処遇段階に応じて組まれており、例えば規律訓練プログラム(Discipline & physical program)では、規律を遵守しながら生活することを体得させることに主眼を置いているため、処遇段階が上がるにつれて、その時間数が減るしくみになっている。また、被収容者は、処遇段階ごとに色分けされたTシャツを着ることとなっており、それぞれの処遇段階が分かるようになっている。上位の処遇段階の者は、寮での生活等において下の者の面倒を見る役割も課されている。

センターでは、宗教の種類に関わらず、宗教活動を毎日行っている。宗教活動の指導者は、被収容者それぞれに対して、内面の強さ、自らの人生に対する肯定的な態度をどの程度持てるようになったかについて査定することとなっている。イスラム教の指導者はイスラム局から派遣されており、他の宗教はNGOが指導者を派遣している。

健康プログラム(Treatment & Health program)では、薬物やエイズについての知識を与えたり、健康診断¹⁹、尿検査(最低月1回)²⁰を行ったりしており、また、スポーツ&余暇活動では、健康的な生活への興味を促進することを目的として、競技、ゲーム、文化活動を行っている。

カウンセリングは、カウンセリング部門の職員が行っており、被収容者1人当たり個別カウンセリングが月2回、集団カウンセリングが月1回、加えてファミリーカウンセリングも4月に1回行うこととなっている。

このほか、コミュニティーサービス、就労の準備などを行うことによって、献身的に振舞う体験をすると同時に、薬物乱用者であるとのスティグマを排除し、社会適応していく自信を持つことなど、社会生活に慣れることに主眼を置いた社会復帰プログラム(Re-Entry program)も実施されている。

イ ペルサダ薬物処遇更生センター(TCの処遇方法)

同センターは、1989年に社会内処遇を行う施設(Aftercare Center)として設立され、1992年からは、施設内処遇を行う施設として、自発的に処遇を希望する者を集禁し、処遇を実施している。

現在、自発的に処遇を希望する者に加えて、各薬物更生センターから、同センターでの処遇が適していると思われる被収容者を集めて処遇を行っている。2002年末現在の収容定員は300人、被収容者数は176人(実地調査を実施した2003年12月16日現在の被収容者数は225人。)であり、大半がヘロインの乱用者、続いて大麻、覚せい剤の順である。訪問当日の被収容者の年齢分布は、25～38歳が最も多く、最低年齢は17歳、最高年齢は67歳となっている。平均在所期間は、約12～15月²¹である。

職員数は53人で、所長の下に、総務部門、カウンセリング部門、被収容者管理部門、保安部門、

18 薬物対策庁長官は、在所期間が12月を経過し、治療が十分であるとされた者についてその収容期間を短縮できるととされている(1983年薬物依存者(処遇及び更生)法12条1項)。

19 HIV感染者については、夜間の寮を別にしているが、日中は同じ処遇を行っている。

20 尿検査で陽性となった者については、解毒のための隔離、カウンセリング、懲罰等で対応している。

21 注18に同じ。

医務部門の5部門があり、カウンセリング部門職員9人が中心となって処遇プログラムを実施している。

同センターでは、1999年3月から、TCの処遇方法で処遇を行っている。薬物対策庁は、従前の処遇方法では、薬物乱用者の増加に対応できるほどの処遇効果を得られなかったことから、1998年に新たな処遇方法として、TCの採用を決め、同センターがこれを実施する初めての施設として選ばれている。2002年末現在、TCの処遇様式での処遇は6施設で行われている。

TCによる処遇の実施に当たっては、米国ニューヨークに本部があるデイトップ・インターナショナル（Daytop International）の研修に職員を派遣し、そこで学んだプログラムを実施している。なお、元受刑者で刑務所内でのTCプログラムに参加した経験を有する者も、このプログラム実施に関与している²²。

プログラムの目的としては、①薬物の身体的及び心理的依存からの解放を目指した処遇及び治療を行うこと、②価値観、行動、情動、認知の変化をもたらすこと、すなわち薬物依存にかかわっていた性格を改めさせ、再構築すること、③薬物乱用者に対し、変化の道筋を用意し、さらに、健康的生活スタイルを維持させること、④役立ち、生産的で、信頼できる社会の一員となるよう自己決定の技術及び自己管理能力を強化することを掲げている。

この目的遂行のため、TCでは、仲間同士のプレッシャーを用いて、行動の微調整を動機付けたり、勇気付けたりしている。また、態度変容に向けた働き掛けをするに当たり、疑似家族的雰囲気によって仲間から圧力をかけられたり、支えられたりするようにしている。加えて、役割を与え手本を示すよう強調することで、責任ある行動を取るよう促している。

被収容者は、入所後、解毒のために、最長14日間、解毒専用の部屋（集団部屋）で終日過ごした後、TCプログラムを受けることになっている。自らを振り返るために「内省用椅子」（Prospective Chair）に2日間座ることに始まる導入期（2～3週間）に続いて、中心的処遇期間（10か月～12か月）を経過後、釈放準備期（1か月）を経て出所することになっている。

TCでは、正直に包み隠さず進んで互いの感情や体験を分かち合うエンカウンター・セッション（Encounter session）や変えるべき態度を同定しそれに直面させ改善させることを目的としたピア・コンフロンテーション・セッション（Peer confrontation session）等を用いて、行動統制・修正を行っている。また、様々なセミナーに参加させることで、知的・精神的成長を促している（セミナー・セッション（Seminar session））。そのほか、固定のメンバーにより内面を語り合うスタティック・セッション（Static session）やカウンセリングを行うことで、情動的・心理的成長を促している。さらに、部門別会議への参加や就労体験をさせたり、否定的な生活態度や規則違反について話し合うスポークン・トゥー・セッション（Spoken to session）等に参加させたりすることで、就労上のスキルや社会生活を行う上でのスキルの獲得にも力を入れている。なお、被収容者にとって安全かつ有益な環境を保持するための基本的な規則として、①薬物なし、②性行動なし、③暴力及びその恐れなし、④破壊行為なしを挙げ、それらを守らせることを徹底している。

被収容者は、朝5時の起床から夜11時の就寝まで、定められた日課（5回の祈り、6回の食事ないしティーブレイクを含む。）に従って生活を送ることとなっている。また、朝の行進時に、デイトップ・インターナショナルが掲げるTCの理念を唱えることで、その思想の浸透を図っている。

22 財政上の理由により元乱用者（回復者）をスタッフとして雇用している薬物更生センターはペルサダ薬物処遇更生センターのみである。

(2) 矯正局が行っている施設内処遇について²³

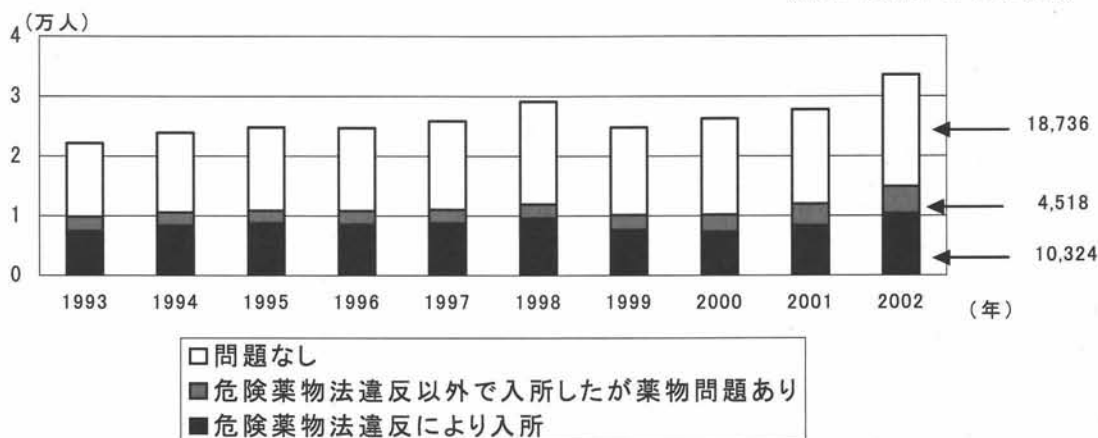
矯正局が所管する施設には、刑務所 (Prison)、ディテンション・センター (Detention Center)、リハビリテーションセンター (Rehabilitation Center) 及びヘンリーガーニー・スクール (Henry Gurney School) がある。刑務所は、受刑者及び未決拘禁者を収容する施設であり、拘置所は、1960年国家安全法 (Internal Security Act 1960) による被拘禁者 (Detainees) を収容する施設であり、リハビリテーションセンターは、1969年緊急 (公の秩序と犯罪の防止) 法ないし1985年危険薬物 (特別予防措置) 法による被拘禁者を収容する施設であり、ヘンリーガーニー・スクールは、少年裁判所の命令で14歳以上21歳未満の者を収容する施設²⁴である。

図4は、矯正施設の年末収容人員の動向を示している。危険薬物法により入所した者に加え、入所事由はそれ以外であっても実際には薬物問題を抱えている者を合算すると、約4割の者が薬物問題を抱えている (2002年末現在、1952年危険薬物法により入所した10,324人のうち、依存者 (Addicts) は4,213人、依存・不正取引者 (Addicts and Traffickers) は4,620人、不正取引者 (Traffickers) は1,491人となっている。)²⁵。2002年年末現在、薬物問題を有する被収容者の矯正施設の種別別内訳は、刑務所が12,319人 (うち、危険薬物法による入所者は8,471人)、リハビリテーションセンターが2,236人 (同1,775人)、ヘンリーガーニー・スクールが287人 (同78人)、となっている。なお、これらについて刑罰毎に見ると、死刑判決を受けた者が64人、無期が46人となっている。

このように、矯正施設には薬物問題を抱える被収容者が多数いるが、刑務所の中には、刑期が3年以下の薬物事犯者集禁施設としてジュレブ刑務所 (Institution of Julebu Drug Rehabilitation) 及びセレ

図4 矯正施設の被収容者数の推移 (薬物問題別)

(1993~2002年各年末現在)



23 マレーシアの受刑者処遇の概要については、小長井 (1999) に紹介がある。

24 ヘンリーガーニー・スクールの収容期間は最長3年ないし21歳になるまでである。一方、国家統合社会開発省福祉事業部 (Ministry of National Unity and Social Development) 中の Department of Social Welfare) にも、10歳以上18歳未満の少年に対する同種の施設 (Approved School) がある。ただし、前者が閉鎖施設であるのに対して、後者は施設外の学校に通学すること等も可能な開放施設となっており、概して、非行性の進んだ者は前者に収容されている (Teh, 2002)。なお、ヘンリーガーニー・スクールを出所後1年間ないし21歳になるまでは、プロベーションオフィサーによる指導・援助が行われている。

25 第2において紹介した国家薬物情報システム (National Drugs Information System, NADI) により、矯正施設入所者を、その薬物問題によって分類できる仕組みになっている。また、矯正施設においては、薬物問題のほか、近年、HIV感染者の急増といった問題も抱えている。2003年11月27日現在、35,403人の被収容者のうち1,892人 (5.3%) が陽性反応となっている。

ンバン刑務所があり、また、カジャン刑務所内の一区画に、刑期が3年を超え6年以下の薬物事犯者を集禁している。一方、少年薬物事犯者を集禁している施設は現存しない。

矯正施設では、近年、TCによる処遇に力を入れている。TCプログラムは、1992年、カジャン刑務所で5人の被収容者に対して試みられたのが始まりであり、その後、TCを実施しやすいよう、施設面での整備をも進めており、現在では少年施設を含み多数の施設で行っている²⁶。矯正局においても、デイトップ・インターナショナルに職員を派遣して、TCプログラムについて学ばせているほか、マレーシア矯正研修所 (Malaysia Prison College) でも、すべての階級職員を対象としてTCについて広く理解させるための3か月間程度の研修が行われている。

また、矯正局内には、矯正施設における薬物の持ち込み、乱用を防止するために尿検査等を行う特別ユニットが設けられており、同ユニットは被収容者のみならず、職員に対しても尿検査等を行っている²⁷。

薬物事犯者を集禁しているジュレブ刑務所及び少年を集禁しているマラッカ・ヘンリーガーニー・スクールにおける処遇は、以下のとおりである。

ア ジュレブ刑務所

同所は、1992年に軽警備刑務所として開設され、現在は中警備刑務所となっている。

被収容者は、6月を超え3年までの刑期の男子受刑者であり、大半が薬物事犯者であり²⁸、ヘロインの乱用者が圧倒的に多い。収容定員は500人で、2003年9月23日現在の被収容者数は468人である。被収容者の年齢分布は、20歳代が106人 (22.6%)、30歳代が196人 (41.9%)、40歳以上が166人 (35.5%) となっており、就労状況の分布は、無職者が30人 (6.4%)、自営業者が78人 (16.7%)、単純労働者が320人 (68.4%)、専門職とまではいかないもののやや専門的な就労内容である者が40人 (8.5%) となっている。

職員数は約200人で、所長の下に、保安、管理及び更生の三つの部があり、約70%が保安職員である。

同所では、2年間の準備期間の後、1996年に12人の被収容者にTCプログラムを実施したのが最初であり、現在では、被収容者のほぼ全員 (精神障害者及びHIV感染者を除いて、という意味。) に対してTCを展開しているところにその特徴がある (他の矯正施設では、被収容者の一部に対してのみTCを行っている。)²⁹。TCプログラムに関与している職員は、約20人 (ソーシャルワーカー1人、宗教カウンセラー2人、医療助手1人、保安職員8人を含む) である。

プログラムの目的としては、①薬物と無縁の生産的な生活スタイルを獲得するための長期の収容プログラムを提供すること、②専門家が中心となって行う治療プログラムと同僚・家族による支持や再吟味の過程を用いること、③薬物使用に関連した危害を減少させること、④薬物乱用プログラムを体験した被収容者に対して、薬物離脱を奨励し、さらに、肯定的で生産的な生活スタイルに変え

26. Zulkifli bin Omar (2001) には、その経緯についての記載がある。

27. 調査票に対する矯正局からの回答によれば、刑務所における薬物問題として、職員によって薬物が施設内に持ち込まれることもあることを挙げている。

28. 確定受刑者がどの施設で受刑するかについては、矯正職員のうち被収容者情報記録係 (Record Officer) が中心となって決めている。なお、大半の受刑者は、受刑期間中、移送されることなく一施設で過ごしている。

29. ジュレブ刑務所においてTCの処遇が望ましい対象者として、①TCへの参加を希望している者、②薬物事犯者であること、③刑期が1年以上残っていること、④マレー語ないし英語が話せること、⑤できれば初入であること (再入でも可だが、3回を超える場合は除く。)、が挙げられているが、実際には、①や②を充たさない者も参加している。

ることを考えさせること、を掲げている。また、TCが大切であるとして、1) 家族志向であること、2) 実生活体験を行わせることで再社会化を促すこと、3) 被收容者同士が互いに助け合う自助グループであること、4) 感情、思考、行動を統合させること、を挙げている。

処遇段階は、第1段階：前TC導入期(Pre-TC, 期間は1～14日)、第2段階：TC入所期(Entry, TCの基本を学ぶ時期で、期間は3～4か月)、第3段階：中心的処遇期(CoreTx, TCを実践する時期で、期間は6～8か月)、第4段階：社会復帰準備期(Pre-ReEntry, 期間は3～6か月ないし釈放されるまで)となっている。(2003年9月23日現在の被收容者468人の第1～4段階の内訳は、それぞれ128人、24人、98人、202人(このほか、人格障害やHIV感染者でTCの処遇を行っていない者が16人いる。)となっている。)

被收容者は、朝6時半の起床から夜7時の横臥許可まで定められた日課(2回の祈り、4回の食事・ティーブレイクを含む。)に従って生活しているが、その中には、自己主張訓練、薬物依存への逆戻りについての予防、家族支持グループ、様々なサバイバル技術、人前で話す技術、金銭管理の技術、痛みを分かち合うセッション、創作活動(で芸術を感じる)セッション、様々なミーティング、宗教の授業、国語や英語の授業などの様々なプログラムが含まれている。また、被收容者は、感情を吐露しあうエンカウンターグループやスタティック・グループ(構成メンバーは、ほぼ固定されており内面を語り合う。)などの様々なグループに参加することで、被收容者同士が影響を及ぼし合いながら成長できるシステムとなっている。これらのプログラムは、行動変容、情動的・心理的成長、知的・精神的成長、就労・社会生活適応を促すものとされている。

当該施設で行っているTCプログラムはアメリカのデイトップ・インターナショナルの手法に基づいて行っているが、マレーシアの風土に合うよう、宗教的側面を組み入れているところにその特徴があるといえる。

イ マラッカ・ヘンリーガーニー・スクール

同施設は、1950年に設立され、総面積は38エーカー(約15万3,000m²)である。

被收容者は、少年裁判所の命令で收容された男子であり、2003年12月19日現在の被收容者数は393人であり、その年齢分布は、14歳13人(3.3%)、15歳41人(10.4%)、16歳112人(28.5%)、17歳134人(34.1%)、18歳81人(20.6%)、19歳8人(2.0%)、20歳4人(1.0%)であった。また、薬物事犯者は67人であり、使用薬物の種類は、大麻が最も多くなっている。被收容者は、在院期間1年を経過後、成績良好で条件が整えば、仮出所(release on license)できることとなっているが、同年(ただし12月19日までの間)の仮出所者数は14人とどまっている。

職員数は234人であり、内訳は、所長(Superintendent)1人、管理職(Senior officers)21人、保安職員(lower ranking officers)185人、一般職員(civilian staff)27人となっている。

同施設の処遇段階は、オリエンテーション段階(Orientation Stage)、発展段階(Development Stage)及び釈放前段階(Pre Release Stage)に分かれている。

オリエンテーション段階では、被收容者情報記録係(Record Officer)によって面接がなされ、必要な情報収集が行われるほか、医療上の検査も行われる。続いて、当該施設での規則やプログラムの説明がなされ、その後、TCを経験する期間も設けられている。

発展段階が処遇の中心となっており、学業(academic)、行動変容(behavior modification)、職業(vocational)の3種類のコースが用意され、被收容者は、いずれかのコースに割り当てられる。薬物事犯者のみを対象としたコースは設けられていないが、薬物事犯者は、行動変容のコースで処遇される。

学業のコースに所属する者は30人程度であり、被収容者それぞれの学力に応じた処遇を行っている。また、行動変容のコースでは、宗教教育、スポーツ、個別・集団・家族カウンセリング等が行われており、TCを用いて集団カウンセリングを行っている。職業のコースは、溶接、洋服の仕立て、電気、自動車整備、洗濯、建設等に分かれている。

加えて、同施設では、累進処遇制を併用しており、行状によって累進級が上がることとなっているが、上位の累進級の者は、仮出所の対象とされたり、家族と共に7日間施設を離れることができるなどの特典が付加される仕組みとなっている。

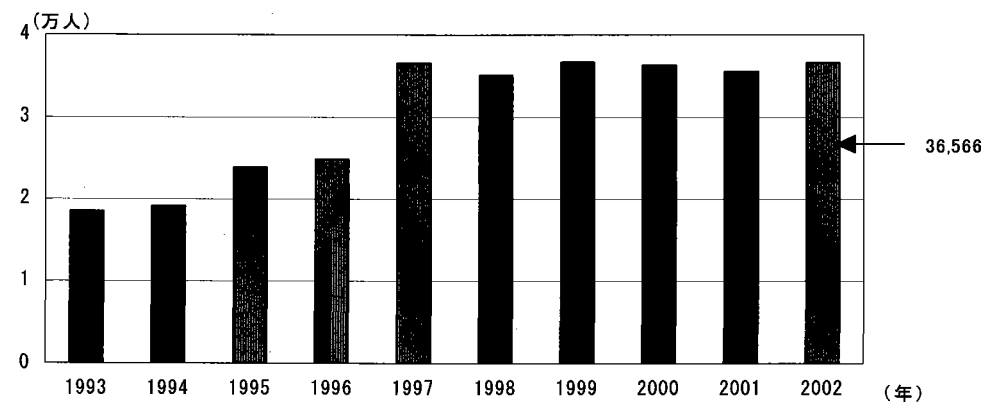
4 薬物乱用者に対する社会内処遇について

マレーシアでは、薬物対策庁が薬物乱用者に対する社会内処遇を担当している。薬物依存者として更生センターで施設内処遇を受けた者は、全員2年間にわたって、社会内処遇を受けることとなっている(1983年薬物依存者(処遇及び更生)法6条1項(a)及び自発的に処遇を希望した者については8条3項(a))。また、更生センターでの処遇を経ずに、2年以上3年以下の社会内処遇を受けることを治安判事から命令される者(同法6条1項(b))があり、加えて、薬物依存者が薬物治療のため自発的にリハビリテーション・オフィサーに社会内処遇を受けることを求めることもできる(同法8条3項(b))。また、1952年危険薬物法に規定されている自己施与により受刑した者は、受刑終了後直ちに2年以上3年以下の社会内処遇を受けることとされている(1952年危険薬物法38条B)。

図5は、上記の社会内処遇者総数の推移を示している。また、表8は、2003年6月30日現在の社会内処遇者数の内訳を示している。

図5 社会内処遇を受けている薬物乱用者数の推移

(1993～2002年各年末現在)



- 注 1 薬物対策庁「2002年薬物統計報告 (Statistics Bulletin on Drugs 2002)」による。
 2 社会内処遇には、アフターケアセンター及び社会内処遇事務所の双方によって提供されるものを含む。

社会内処遇を主に行っているのは、全国に93³⁰ある薬物対策庁所管の社会内処遇事務所³¹ (District Office)である。それぞれの社会内処遇事務所には、カウンセラー1人、ソーシャルワーカー3人、補助

30 13の州及び連邦直轄区(クアラ・ Lumpur)に14の州事務所が置かれ、その下に合計93の地区がある。

31 社会内処遇事務所に、薬物乱用防止相談センター (Anti Drug Advisory Center) が併設されているところが現在18ある。同センターでは、1983年以降、アフターケアセンターで行っていた当該地域 (district) レベルでの薬物乱用防止プログラムの立案・執行、薬物乱用者に対する情報提供、助言、希望者に対するデイケアとしての個人又は集団カウンセリングの実施等の業務を行うこととされている。

職員（運転等の業務を担当）6～7人が配置（ただしいずれも概数）されており、職員総数は、約1,000人である。しかし、実際に処遇を行うリハビリテーション・オフィサーと呼ばれるカウンセラーないしソーシャルワーカーは、全国で348人である（288人がカウンセリングの基礎研修³²を受けており、うち、61人は心理学（カウンセリング）の学士であり、7人は同修士である。）。

表 8 社会内処遇事務所で処遇を受けている薬物乱用者の内訳
(2003年 6 月30日現在)

		男 子	女 子	合 計
薬物対策庁の薬物更生センターからの出所者	強制的入所者	10,484	205	10,689
	自発的入所者	67	0	67
施設収容なしの社会内処遇	強制的	24,978	233	25,211
	自発的に処遇を希望した者	166	82	248
刑務所からの出所者		414	19	433
合 計		36,109	539	36,648

注 薬物対策庁内部資料による。

社会内処遇の目的は、薬物依存者を社会に再統合し、薬物を使用せずに社会生活を送ることができるようにすることである。リハビリテーション・オフィサーが行う処遇内容は、カウンセリングのほか、就労あっせん、自助グループ活動、社会への再統合を促すこと等となっており、最低月1回処遇を行うこととなっている。なお、警察も、社会内処遇を行っている者に対して尿検査を実施する役割を担っている³³。

社会内処遇を受ける者は、①定められた場所に居住すること、②許可なく居住地区を離れないこと、③定められた日時に警察に出頭すること、④危険薬物を消費、使用又は所持しないこと、⑤指定された日時・場所で尿検査を受けること、⑥政府から提供されたりハビリテーションプログラムに参加すること、といった条件が課され、これらの条件違反は犯罪を構成し、3年以下の拘禁刑若しくは3回以下のむち打ち又はその併科が科されることとなっている（1983年薬物依存者（処遇及び更生）法6条3項）。しかし、現時点ではこれらを遵守しているのは35%にとどまっている。

32 基礎研修の内容は、カウンセリング理論、カウンセリング技法、カウンセリングの過程、カウンセリングの哲学・原理、専門家としての心理学、実習、集団カウンセリング、家族カウンセリング、自助グループによるカウンセリングとなっている。

33 警察職員に対しては、その方法や薬物依存者（処遇及び更生）法の改正内容及び警察の役割等を理解させるための研修が実施されている。

第7 薬物問題対応の特色と今後の課題

1 薬物問題対応の特色

マレーシアは規制薬物の大量生産国とはいえない。しかし、ゴールデントライアングルに近接しており、しかも国境地帯が広いため、麻薬の流入を取り締まることが困難な状態にある。違法薬物の供給削減のため、死刑を始めとして厳しい法規制を行う等の麻薬対策を行ってきたが、十分な効果をもたらさず、麻薬の不正取引のみならず乱用の問題も深刻になってきている。

薬物乱用者については、原則として治療の対象とされ、その効果的な処遇が模索されている。薬物の種類ごと、あるいは、薬物乱用の程度ごとのプログラムは開発されていないが、近年力を入れている処遇の一つとして、TCを挙げることができる。

2 今後の課題

マレーシアでは、薬物乱用者に対して原則として治療的介入が優先され、処罰の対象とされない。そして、一部の刑務所及び薬物更生センターにおける薬物乱用者処遇方法の一つとして治療共同体（TC）プログラムが導入されている。TCプログラム参加者の予後が良好であるとの追跡調査の結果があり³⁴、また、TCの導入により、処遇が行いやすくなったとの印象を有する現場職員も少なくないようである。ただし、TCの処遇効果については、プログラム参加者について十分な統制を行った上で得られた結果ではないという点で、その処遇効果についての検討は今後の研究課題であると言えよう。

さらに、薬物乱用者に対する治療的介入の推進にもかかわらず、近時刑務所及び薬物更生センターに収容される薬物乱用者が増加傾向にあることから、より有効な処遇方法の導入、処遇効果の検証が必要と考えられる。

また、薬物乱用者の処遇に当たる職員に関しては、まず、薬物乱用者数に比して、その処遇を行う能力を有する職員が不足しているという実情がある。現在、薬物対策庁では、専門職員の不足を国家統合社会開発省福祉事業部からの派遣職員で補っているほか、同局による専門研修によって人材育成を図っている状況にある。このほか、矯正施設では、薬物乱用の有無を調べるために、被収容者のみならず、職員に対しても、尿検査を行っているが、この体制の背景は、職員の中にも薬物乱用者の可能性があるということである。そして、このことは、被収容者に限らず、職員に対しても、薬物に対する意識の向上を図る必要があることを示唆しているといえよう。

<参考文献>

- Amir Shariffuddin bin Abd Majid, 2002, "Therapeutic Community Treatment: An effective rehabilitation alternative for Malaysian prison populations," in *The Report of 5th Asian Federation of Therapeutic Community (AFTC) International Conference*, 189-196.
- Dato'Wan Ibrihim bin Wan Ahmad 2002. "The Therapeutic Community as treatment strategy in the government's national drug control programme," in *The Report of 5th AFTC International Conference*,

34 ペルサダ薬物処遇更生センターにおいては、TCを初めて行い出所した20人に関して、85%が2002年8月現在、薬物の再使用に至っていないという結果が報告されている（Wan Ahmad, 2002）。また、矯正施設においては、1996年から2002年までにTCに参加した1,025人について、2002年4月現在、72%が再使用に至っていないという結果が報告されている（Abd Majid, 2002）。

105-112.

小長井賀興, 1999, 「マレーシア及びタイにおける犯罪者処遇制度」, 犯罪と非行, vol. 120, 139-172.

National Drugs Agency, 2002, "Statistics Bulletin on Drugs 2002."

Rogers, Peter, 1989, "Countermeasures Against Drug Abuse in Malaysia," in *Drug Control in Asia*, edited by the United Nations Asia and Far East Institute for the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders (UNAFEI), Tokyo, UNAFEI.

杉田就, 1988, 「マレーシア」, 宇津呂英雄編著「アジアの刑事司法」, 有斐閣, 183-215.

Tan Sri Mohd. Haniff bin Omar, 1989, "The Current Drug Situation in Malaysia," in *Drug Control in Asia*, edited by UNAFEI, Tokyo, UNAFEI.

Teh Guan Bee, 2002, "Institutional Treatment and Management of Organizations for Juvenile Offenders in Malaysia," in *UNAFEI Resource Material Series* 59, 203-219.

Vong Poh Fah, 2003, "Drug Abuse and its Prevention in Malaysia," *Paper presented to the 124th International Training Course at UNAFEI*.

Wan Mohamad Nazarie bin Wan Mahmood, 2003, "Policies and Strategies to Prevent Drug Abuse for the Treatment and Rehabilitation of Drug Offenders in Malaysia." *Paper presented to the 124th International Training Course at UNAFEI*.

安田信之, 1996, 「ASEAN 法」, 日本評論社.

Zulkifli bin Omar, 2001, "Current Issues in Correctional Treatment and Effective Countermeasures." *UNAFEI Resource Material Series* 57, 333-350.

第4章 シンガポール

東京保護観察所事件管理課長（前教官） 染 田 恵

目 次

第1	シンガポールの概要	209
第2	主要乱用薬物の動向	210
1	逮捕者数の動向	210
2	薬物乱用者に対する強制的処遇施設収容者数及び薬物犯罪関連受刑者数の動向	211
(1)	薬物乱用者に対する強制的処遇施設収容者数の動向	211
(2)	薬物犯罪関連受刑者数の動向	212
3	再犯率の動向	213
(1)	矯正施設再収容	213
(2)	中央麻薬統制局による社会内処遇の対象となった薬物乱用者の再使用率	214
第3	薬物に関する法的規制の概要	215
1	根拠法	215
2	供給削減	215
3	需要削減	215
(1)	あへん系薬物乱用者	216
ア	乱用者に対する処遇優先の原則－強制的処遇制度	216
イ	乱用を繰り返す者に対する加重処罰制度－処遇優先原則への回帰	216
(2)	トルエンを含む中毒性物質乱用者－処遇優先の原則（強制的処遇制度）	216
(3)	(2)以外の非あへん系薬物乱用者－一貫した処罰優先原則	217
(4)	今後の課題	217
第4	薬物乱用予防及び薬物乱用者処遇政策	221
1	薬物問題とその対応の歴史	221
2	現在の薬物問題に対する基本的枠組み	222
(1)	需要削減	222
ア	強制処遇（治療）制度	222
イ	乱用を繰り返す者に対する加重処罰（長期刑1及び2）制度の導入	222
(2)	供給削減－重罰化	222
3	近年の新しい傾向	222
第5	薬物問題対応機関・組織の概要	224
1	中央麻薬統制局（Central Narcotics Bureau, CNB）	224
2	内務省矯正局（Singapore Prison Service, SPS）	225
3	シンガポール社会復帰援助共同体 （Singapore Corporation of Rehabilitative Enterprises [SCORE]）	225
第6	薬物乱用予防及び薬物乱用者処遇	227
1	施設内処遇	227
(1)	処遇施設の体系	227
(2)	あへん系薬物乱用者及びトルエンを含む中毒性物質乱用者に対する強制的処遇制度	227
ア	概説	227

イ 強制処遇の実務概要	228
ウ 薬物乱用者更生センターにおけるあへん系薬物乱用者に対する処遇	228
(ア) 入所段階 (分類)	229
(イ) 抑止段階	229
(ウ) 処遇段階	229
(エ) 釈放前段階	229
(オ) 社会内処遇 (釈放) 段階	229
(カ) アフターケア段階	230
エ 薬物乱用者更生センターにおけるトルエンを含む中毒性物質の乱用者に対する処遇	231
(ア) 概要	231
(イ) 施設内処遇プログラム	231
オ セララン公園薬物乱用者更生センター (Selarang Park DRC)	232
(ア) 概要	232
(イ) 特色ある処遇の例	232
(3) 非あへん系薬物乱用者及び長期刑に処せられたあへん系薬物乱用者に対する処遇制度	233
ア 処遇制度及びプログラムの概要	233
イ カキ・ブキット・センター (Kaki Bukit Centre [Prisons School])	234
(ア) 概要	234
(イ) 処遇	235
2 社会内処遇	235
(1) 概説	235
(2) 中央麻薬統制局職員による指導監督期間中の遵守事項	236
ア 一般遵守事項	237
イ 特別遵守事項	237
(3) 各プログラムの概要	237
ア 在宅拘禁制度 (Home Detention Scheme)	237
イー(ア) 就労のための釈放 (ワーク・リリース) 制度 (Work Release Scheme)	237
イー(イ) 就労のための通勤釈放制度	238
ウ 社会内処遇プログラム (Community-based Rehabilitation Scheme, CBR)	238
(ア) 更生保護施設プログラム (Halfway House Scheme)	238
(イ) 在宅プログラム (Residential Scheme)	238
(ウ) 更生保護施設又は在宅プログラムと薬物療法の組合せプログラム (Halfway House Scheme & Residential Scheme with Administration of Naltrexone)	239
エ 長期刑受刑者更生保護施設更生プログラム (Long Term Imprisonment Halfway House Scheme)	239
(4) 更生保護施設での薬物乱用者に対する社会内処遇	239
ア ヘルピング・ハンド更生保護施設 (The Helping Hand)	239
(ア) 概要	239
(イ) 処遇	239
(ウ) アフターケア	241

(エ) 海外での活動	241
(オ) 実績	241
イ パタピス更生保護施設 (Pertapis Halfway House)	241
(ア) 概要	241
(イ) 処遇	241
(ウ) アフターケア	242
(エ) 実績	242
(5) 任意治療希望者に対する継続的処遇の提供 (CAMP, 精神病院による薬物乱用者更生 パイロット・プロジェクト)	243
ア 概要と特徴	243
イ 活動等	243
ウ 課題	244
(6) 薬物乱用予防とアフターケア：シンガポール薬物乱用防止協会 (Singapore Anti-Narcotics Association [SANA])	244
ア 概要	244
イ 活動	244
第7 薬物問題対応の特色と今後の課題	246

第4章 シンガポール

第1 シンガポールの概要¹

シンガポールは、マレー半島南端付近に位置するシンガポール本島その他の島々から成り、面積は685.4平方kmで、東京23区(617平方km)とほぼ同じ大きさである。国名の由来は、サンスクリット語で「獅子の町」を意味する「シンガ(singha)、プーラ(pura)」とされる。マレーシアとの国境であるジョホール海峡は連絡橋で結ばれ、島の南岸には世界屈指の貿易港として名高いシンガポール港があり、インド洋と太平洋をつなぐ重要な役割を果たしている。気候は、熱帯雨林気候に属し、雨季はおおむね11月から2月、年平均気温は28℃、年間平均湿度は72.5%で、一年中高温多湿である。

人口は、約416.4万人(1年以上在住の外国人を含む。2002年。以下、この概要の記述は、すべて2002年の数値である。)、人種は、中華系76.5%、マレー系13.8%、インド系8.1%、その他1.6%となっている。国語はマレー語、公用語として英語、中国語、マレー語、タミール語が使用されている。しかし、行政機関や商取引では一般的に英語が使用されている。宗教は、仏教、道教、キリスト教、イスラム教、ヒンズー教がある。複数の宗教・民族団体が、「予防薬物教育に関する共同委員会」(後述第5(1))に代表を送っており、また更生保護施設など薬物乱用者の処遇や支援施設等を作っている(後述第6の2)。シンガポールは小規模国家ではあるものの、多種多様な民族から成り立っており、各々の風俗・習慣が共存している。また、歴史的にも経済的にもイギリスと深いつながりがあるため、各民族の伝統文化と先進文化が並存した独特の文化形態を持っている。

1959年、イギリスから自治権を獲得してシンガポール自治州となり、1963年、マレーシア連邦成立に伴い、その一州として参加した後、1965年8月9日、同連邦から分離してシンガポール共和国として独立した。政体は、立憲共和制、元首は、S・R・ナザン大統領(任期6年、99年9月、第6代大統領として就任)、首相は、ゴー・チョクトン(人民行動党[PAP]、90年11月就任)である。

主要産業は、製造業(エレクトロニクス、輸送機械、石油製品、金属製品)、商業、金融で、名目GDPは、155,727(百万シンガポールドル、1シンガポールドル=約69.9円[2002年通期])、一人当たりの名目GNPは、20,849(USドル)、失業率は、4.3%(1998年以降2~4%で推移)である。

日本とシンガポール間において、政治的な懸案事項は存在しないため、広範囲な分野で両国の交流が行われており、要人往来も活発で、在留邦人数は、20,697名である。対日貿易では、対日輸出が26,080、対日輸入15,990(単位：百万シンガポールドル)となっている。

1 シンガポールの概要をまとめた日本の外務省及びJICAのサイト

<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/singapore/index.html>, <http://www.jica.go.jp/ninkoku/sgp/index.html>

第2 主要乱用薬物の動向

1 逮捕者数の動向

逮捕者数から見た薬物乱用の傾向を見ると、シンガポールでは、伝統的にヘロインが主要乱用薬物であったが、その数は減少傾向が続いている。全薬物乱用者逮捕数も過去10年間（1994年～2003年）では、2000年を除いて一貫して減少しているが、その中で新規薬物乱用による逮捕者は増加傾向にあり、特に、合成麻薬（Synthetic drugs）の乱用者が過去5年間で倍増した。ここで合成麻薬には、ATS²（Amphetamine Type Stimulants, Methamphetamine, Amphetamine, MDMA [Ecstasy]）とケタミンが含まれており、その結果、2003年における、新規薬物乱用逮捕者数は、合成麻薬が約7割（72%、ケタミン43%、覚せい剤18%、エクスタシー11%）に対して、ヘロインが9%と順位が逆転した。

薬物動向の変化については、次の要因が指摘されている。①ヘロインに対する政府の長年の供給・需要双方の削減対策が成果を見つつあること（後述第4の薬物政策参照）、②若者を中心としたパーティ・ドラッグが主流となるにつれ、ヘロインは乱用人口の少ない中年以上の層、ATSは乱用人口の多い若年層が中心となったこと、③ヤーバーなど、飲用する錠剤タイプのATSは、燃焼による吸入を主要な使用形態とするヘロインと異なり抵抗が少なく若者に受け入れられていること³である。

表1 上位5種の薬物犯罪逮捕者数（総数）に関する近年の動向

	薬物名又は種別	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
1	第3号ヘロイン (Heroin No. 3)	3,825	4,060	3,630	3,231	3,130	2,674	739
2	大麻 (Cannabis)	815	513	323	242	203	232	297
3	MDMA (Ecstasy)	474	212	339	271	202	191	212
4	覚せい剤 (Methamphetamine)	103	129	180	249	327	679	471
5	ケタミン (Ketamine)	—	—	33	167	207	288	555
5	あへん (Opium)	48	44	—	—	—	—	—

注 1 逮捕者総数は、薬物取引等事犯及び自己使用事犯双方を含み、初犯・再犯を区別していない。

2 第3号ヘロイン (Heroin No. 3) とは、純度の低いヘロインをいう。ちなみに、純度の高い第4号ヘロインは、純度90%を超えるものをいう。

3 ケタミンは、1999年9月から薬物乱用法による統制薬物の一種に指定され、関連処罰規定も併せて整備された。

4 中央麻薬統制局 (Central Narcotics Bureau, [CNB]) の統計による。

2 UNODC の定義によると、ATS (Amphetamine-type Stimulants) とは、合成中枢神経系興奮薬物であって、メタンフェタミン、アンフェタミン並びに MDMA 及び MDMA と化学構造が類似した薬物の総称をいうとされている。

3 中央麻薬統制局次長 Mr. Vijakumar Sethuraj へのインタビュー (2003.12.5) による。

表 2 上位 5 種の薬物犯罪逮捕者数（自己使用・摂取のみ）に関する近年の動向

	薬物名又は種別	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
1	第 3 号ヘロイン	2,598	2,812	2,479	2,051	2,150	1,784	442
2	大麻	483	350	191	112	126	125	210
3	MDMA (Ecstasy)	399	172	241	161	124	75	91
4	覚せい剤	71	103	129	169	214	472	292
5	ケタミン	—	—	9	58	79	123	299
5	あへん	21	28	—	—	—	—	—

注 1 初犯・再犯を区別していない。
2 中央麻薬統制局の統計による。

2 薬物乱用者に対する強制的処遇施設収容者数及び薬物犯罪関連受刑者数の動向

(1) 薬物乱用者に対する強制的処遇施設収容者数の動向

シンガポールでは、すべての薬物乱用（自己使用）が刑罰の対象となっている。しかし、その特則として、あへん系の薬物乱用者につき、中央麻薬統制局による行政処分を受けて強制的処遇の対象とする制度が、1973年薬物乱用法に基づいて設けられている（強制的処遇制度の詳細については、後述の本章第 6 の 1 参照。）。この強制的施設内処遇専門の施設は、薬物乱用者更生センター（Drug Rehabilitation Centre, [DRC]）と呼ばれている（矯正局が所管し、場所も刑務所に付設する形で設置されているが、収容者の法的地位は受刑者ではなく、その点で、後述の刑罰を受けた薬物事犯者とは異なる）。

薬物乱用者更生センターの収容者動向を見ると、1995年の4,873人から、2003年には258人まで大幅に減少した。これは、あへん系薬物乱用者人口の新規入所が減少したためである。すなわち、前記表 2 のとおり、2003年のあへん系薬物乱用逮捕者は、前年の1,784人から442人へと、一気に約75%も激減した。この442人のうち新規乱用者は、わずか67人にすぎず、その結果、薬物乱用者更生センターの新規収容者が、前年比約 8 割減という大幅な減少となったものと考えられる。また、薬物密造・取引等事犯も、乱用者ほどではないが、1999年以降減少傾向が続いている。

薬物乱用者更生センターの新規入所者が減少したのは、あへん系薬物乱用者の減少が主たる要因であるが、その理由として、次の 3 点が指摘されている。①薬物乱用者更生センターから成績良好で釈放され、社会内処遇プログラムの対象となった者については（後述の本章第 6 の 2 参照）、2 年間の追跡調査結果によると再犯率は低下していること（更生率の向上によるセンター再収容減少）、②薬物使用の再犯を 2 回を超えて繰り返すことにより（3 回目の使用）、後述のあへん系薬物乱用累犯者に対する長期刑制度（長期刑 1 及び 2）の対象となって、一般刑務所に長期収容される者が、1999年から2002年の間相当数存在したこと（収容中は、最低 5 年程度再犯をすることができない。次述表 4 参照。上記ピークの期間に、3,751人が収容された。）、③前記のように、近時、非あへん系の薬物乱用者が急増しているが、これらの者は、制度上、薬物乱用者更生センターの収容対象となっていないことである⁴。

4 中央麻薬統制局及び内務省矯正局に対する照会の回答に基づく。

表 3 薬物関係施設新規入所者

種 別 \ 年	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
あへん系薬物乱用者 (DRC 処遇対象者)	4,873	4,124	3,251	3,067	2,084	1,521	1,414	1,148	258
非あへん系薬物乱用者	2,062	2,928	2,625	2,384	3,435	3,296	3,637	3,546	1,492

- 注 1 DRC (薬物乱用者更生センター, Drug Rehabilitation Centre)
- 2 薬物乱用者更生センターの収容者は、あへん系薬物乱用者で、中央麻薬統制局による行政処分を受けて強制的処遇の対象となった者である。非あへん系薬物乱用者は、通常の裁判所で、薬物使用に対する刑罰を受けて、一般刑務所に収容されている者である。通常の刑務所 (女子施設を含む)、カキ・ブキット・センター (本章第 6 の 1 (3)(i)参照)、医療刑務所では、収容者本人の希望に基づき、任意で、特別処遇プログラム (Specialised Treatment Programme) の一種として薬物乱用者処遇プログラムが行われている (詳細は、本章第 6 の 1 参照)。
- 3 内務省矯正局の資料による。

(2) 薬物犯罪関連受刑者数の動向

シンガポールでは、すべての薬物乱用が刑罰の対象となっているが、前記のとおりあへん系薬物乱用者に対しては、特則として、刑罰を根拠としない特別の収容処遇制度がある。しかし、あへん系薬物乱用者であっても、一定の要件を満たす場合は、必要的に刑罰の対象となり、かつ、その処罰の程度は、通常の薬物の自己使用に対する処罰に比べて格段に厳しい (長期刑 1 及び 2。1973 年薬物乱用法 33A 条。詳細は後述本章第 3 参照)。表 4 は、この加重処罰の対象となった者の推移を見たものである。これらの者は、一般刑務所に収容されるため、薬物乱用者更生センターに収容されているあへん系薬物乱用者のような強制的薬物乱用者処遇の対象となることはないが、本人の希望に基づいて、特別処遇プログラム (Specialised Treatment Programme) の一種として薬物乱用者処遇プログラムに参加することができる (詳細は、本章第 6 の 1 参照)。

ちなみに、シンガポールの拘禁率は高く (18,253 人, 2003.6 現在), 人口 10 万人当たりの受刑者数は、438.4 人となっている⁵。このうち、全受刑者の約 70% に薬物使用歴があるとされている。

表 6-1 は、全新規受理女子受刑者に占める薬物乱用受刑者の比率の推移を見たものである (薬物不法取引等、薬物関連事犯を含まない)。薬物乱用受刑者の比率は、過去 9 年間一貫して低下している。これは、入国管理法令違反など薬物乱用以外の犯罪により刑務所に収容される者が増加したため、相対的に、薬物乱用者の比率が低下したことによる (表 6-2 参照)。薬物乱用女子受刑者の数は、毎年 400 名前後で、ほぼ横ばいである。

表 4 あへん系薬物乱用累犯者に対する加重処罰 (長期刑 1 及び 2) の推移

種 別 \ 年	1998	1999	2000	2001	2002	2003
長期刑 1 (LT1)	367	961	872	1, 057	861	280
長期刑 2 (LT2)	0	0	0	0	12	29

注 長期刑制度導入は、1998 年の薬物乱用法改正による。

5 受刑者数は、総数で 18,253 人 (男子 16,223 人, 女子 2,030 人) で、職員 (1,151 人) 1 人当たりの受刑者数は約 15.9 人となっている (APCCA, 2003, Appendix B, Table1)。

表 5 年末現在の薬物関係施設収容者

種 別	年		2001	2002	2003
あへん系薬物乱用者(DRC 処 遇対象者)	総数		2,043	1,667	747
	うち CBR 中の者				261
非あへん系薬物乱用者			6,880	7,848	4,635

- 注 1 非あへん系乱用者の収容者数は、社会内処遇プログラム（Community-based Rehabilitation Programme, CBR）の対象となつて、釈放中の者を含む（シンガポールでは、社会内処遇プログラムの対象となつて刑務所から釈放中であっても、受刑者としての法的身分は変わらないとの理由から[刑の執行場所が施設内から社会内へ変更]、刑務所収容中の者として計上されている。そのため、CBR は、正式の釈放前段階 [pre-release phase] と位置づけられている。）。
2 あへん系乱用者については、実際の DRC 収容者と CBR 対象者を分離できるが、非あへん系乱用者については、統計システムの制約上、両者混在の数値となっている。DRC 収容者は、行政処分を受けて収容されている者であり、その身分は受刑者ではないが、DRC 釈放後は、非あへん系と同じく、CBR の対象となる（プログラムの基本は同じであるが、非あへん系より手厚くサポートされている部分がある。）。また、非あへん系と異なり、中央麻薬統制局係官による 2 年間の指導監督が行われる。
CBR の詳細については、後述の本章第 6 の 2 社会内処遇の項参照。
3 DRC（薬物乱用者更生センター、Drug Rehabilitation Centre）
4 内務省矯正局の資料による。

表 6-1 新規受理女子薬物乱用受刑者の構成比の推移

年	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
全女子受刑者	1,988	2,402	2,545	2,524	3,815	3,995	5,219	6,179	5,801
薬物乱用女子受刑者	457	451	380	324	363	366	371	410	306
薬物乱用者の構成比(%)	23.0	18.8	14.9	12.8	9.5	9.2	7.1	6.6	5.3

注 内務省矯正局の資料による。

表 6-2 新規受理女子受刑者の罪種別構成比の推移

年	1999	2000	2001	2002	2003
罪種 (%)					
対人犯	1.1	1.0	1.5	1.3	1.7
財産犯	14.6	14.2	11.6	10.7	12.0
薬物犯	13.1	13.0	10.8	9.5	8.7
入国管理法令違反	61.4	62.1	67.9	72.3	70.3
その他犯罪	9.9	9.6	8.2	6.3	7.4

- 注 1 本表の薬物犯には、薬物不法取引者等薬物関連事犯者を含む。
2 内務省矯正局の資料による。

3 再犯率の動向

(1) 矯正施設再収容

本調査に際して、シンガポール矯正局の回答で用いられた「再犯率」の定義は、薬物使用により、薬物乱用者更生センター（あへん系薬物乱用者）又は一般刑務所に収容された者（あへん系薬物乱用者、

非あへん系の薬物乱用者を含む。)に関して、その釈放後2年間の追跡調査期間中の再犯による矯正局所管施設への再収容率とされている。元の収容罪名は薬物使用に限るが、再犯については、薬物事犯に限らず、すべての犯罪を含んでいる。

表 7-1 薬物事犯の薬物関係再犯による矯正施設再収容率（釈放後2年間の追跡調査）

釈放年	1995	1996	1997	1998	1999	2000
再収容率（％）	74	67	66	62	59	58

注 内務省矯正局の資料による。

(2) 中央麻薬統制局による社会内処遇の対象となった薬物乱用者の再使用率

薬物乱用者の社会内処遇における「再使用率（relapse rate）」は、薬物乱用者更生センター⁶から釈放されて、中央麻薬統制局係官による社会内での指導監督開始後1年以内に、尿検査の結果有罪の宣告を受けた者の比率を指しており、前記の矯正局所管施設釈放者の再犯率とは定義が異なっている。

再使用率は、2001年に一度上昇したが、以後低下傾向にある。

表 7-2 中央麻薬統制局による社会内処遇の対象となった薬物乱用者の再使用率

年	2000	2001	2002	2003
再使用率（％）	11.9	19.6	18.4	13.0

注 CNB, 2001-2004

6 ここでは、あへん系薬物乱用者に関するデータに限る。後述のように、更生センターは、トルエンを含む中毒性物質乱用者に対する施設もあり、そこからの釈放者に対しても、中央麻薬統制局係官による指導監督が実施される。

第3 薬物に関する法的規制の概要

1 根拠法

シンガポールの薬物に関する法的規制は、トルエンを含む中毒性物質以外は、供給削減及び需要削減すべてについて、1973年薬物乱用法（Misuse of Drugs Act, Cap 185, 略称MDA）によっている（後述表8-2）。同法は、取締機関としての中央麻薬統制局の権限、あへん系薬物乱用者に対する薬物乱用者更生センターの設置と強制的処遇制度の枠組み、詳細な統制薬物の一覧表（別表1，4）、薬物事犯に対する刑事罰（別表2）、規制される前駆物質の一覧表（別表3）等から構成されている。トルエンを含む中毒性物質に関しては、1987年中毒性物質法（Intoxicating Substances Act 1987, 略称ISA）により、その供給及び乱用が規制されている（表8-3）。

2 供給削減

供給削減についての基本姿勢は、厳罰主義である。同国で不法取引・製造、乱用されている主要な薬物に対する刑事罰は、表8-2のとおりであり、第3号ヘロイン⁷（純度の低いヘロイン）、大麻、覚せい剤、コカインに関して、法定刑の最高は死刑とされ、特にモルヒネ、覚せい剤、コカインの不法製造に関しては、その量にかかわらず、必要的死刑（裁判所の裁量の余地なし。）が法定されている。

3 需要削減

需要削減に関しては、後述のあへん系薬物対策重視のため、表8-1のように、三系列、二段階構造になっている。

表8-1 需要削減に関する処分及び処遇の体系

乱用者の種別	違反態様	処 分	処遇方法
① あへん系薬物乱用者	2回目まで	中央麻薬統制局の行政処分による強制的処遇	薬物乱用者更生センターでの施設内処遇又は中央麻薬統制局係官による社会内処遇
	3回目以上	刑罰（通常の裁判所における刑の宣告）	長期刑1又は2に処せられて、一般刑務所収容
② トルエンを含む中毒性物質乱用者	初犯	中央麻薬統制局の行政処分による強制的処遇	中央麻薬統制局係官による社会内処遇
	2回目以降	中央麻薬統制局の行政処分による強制的処遇	薬物乱用者更生センターでの施設内処遇
③ ②以外の非あへん系薬物乱用者	初犯	刑罰（通常の裁判所における刑の宣告）	一般刑務所収容

注 一般刑務所に収容された者は、任意で、薬物乱用者処遇プログラムに参加できる（後述第6の1(3)参照）。

7 第3号ヘロインの意味については、表1の注2参照。

(1) あへん系薬物乱用者

ア 乱用者に対する処遇優先の原則－強制的処遇制度

1973年薬物乱用法の下で、あへん系薬物乱用者に対する強制的処遇制度が導入され、刑事司法の入り口段階で、乱用者処遇（治療）と不法取引者等処罰の区別が開始された。その後、後述のように1994年に同国の薬物統制政策の転換が図られ（第4参照）、予防からアフターケアに至る統合的な薬物対策が導入された。

イ 乱用を繰り返す者に対する加重処罰制度－処罰優先原則への回帰

続いて1998年7月20日には、乱用を繰り返すあへん系薬物乱用者を主たる対象とした、いわゆるスリー・ストライク方式の加重処罰制度が創設され、処遇効果に乏しい場合、処罰優先原則に復帰するとの方針が明確にされた。その結果、あへん系薬物乱用者は、乱用2回目まで、刑罰ではなく、中央麻薬統制局による行政命令を根拠とする強制的処遇の対象となり（薬物乱用法34条以下、薬物乱用者更生センターでの施設内処遇が中心）、3回目以降は一般刑務所に収容して、長期刑の対象とされる（薬物乱用法33A条(1)及び(2)）。

これにより、あへん系薬物乱用により検挙されるか、又は尿検査を怠った者で、最低2回、薬物乱用者更生センター（Drug Rehabilitation Centre, [DRC]）に収容歴のある者等（薬物乱用法8条(b)(ii)）が、3回目の同種再犯を犯した場合、5年以上7年以下の拘禁刑及びむち打ち3回～6回に処せられる（長期刑1, Long Term 1 [LT1]）。この長期刑1経歴のある者が、あへん系薬物乱用により検挙されるか、又は尿検査を怠った場合、7年以上13年以下の拘禁刑及びむち打ち6回～12回に処せられる（長期刑2, Long Term 2 [LT2], 前記表4, あへん系薬物乱用累犯者に対する加重処罰（長期刑1及び2）の推移参照。）。

この加重処罰の対象となる者は、基本的にあへん系薬物乱用者であるが、尿検査を怠って、2回刑に処せられ、3回目に尿検査懈怠により起訴された者に対しても適用される。この尿検査懈怠は、あへん系・非あへん系を問わず、すべての種類の薬物乱用が疑われる者に対して適用されることから、非あへん系薬物乱用者で、尿検査懈怠を繰り返した者についても、この加重処罰が適用される。条文の標題が、「あへん系薬物乱用累犯者に対する加重処罰」となっているが、以上のような解釈と標題との整合性等について所管官庁に照会した結果、①従来、シンガポールにおける乱用薬物は、あへん系が圧倒的多数であったことから、尿検査懈怠者も事実上あへん系薬物乱用者で占められており、その点で、条文の主目的及び標題との矛盾は少ないこと及び②非あへん系薬物乱用者に関しては、この尿検査懈怠者加重処罰制度が、乱用継続を思いとどまらせる抑止効果を持つことを期待していることなどが、この標題の理由であるとのことであった⁸。

(2) トルエンを含む中毒性物質乱用者－処遇優先の原則（強制的処遇制度）

刑事司法の入り口段階での乱用者の選別と処遇優先方針は、1987年以降、あへん系薬物乱用者からトルエンを含む中毒性物質の乱用者にも拡大され、これらの物質を乱用した者に対しても、中央麻薬統制局による行政命令をもって社会内又は施設内での強制的処遇を行うことができるようになった（1987年中毒性物質法。強制的処遇の期間及び処遇センターから釈放後の社会内処遇の期間は、ともにあへん系に比べて短い。また、あへん系と異なり、強制的処遇においては、まず社会内処遇が優先され、それに失敗した場合に、施設内処遇へ移行する。詳細は後述第6の1参照。）。

8 中央麻薬統制局に対する照会結果による（2004.4.30回答）。

(3) (2)以外の非あへん系薬物乱用者――貫した処罰優先原則

これに対して、トルエンを含む中毒性物質を除く非あへん系薬物乱用者に対しては、一貫して処罰優先で、当初から通常の刑事事件の起訴手続を経て、裁判所で宣告された拘禁刑に基づき一般刑務所に収容され、前記のような社会内又は施設内での乱用者に対する強制的処遇の対象となることはない。しかし、これら一般刑務所、女子刑務所、医療刑務所に収容された者に対しても、本人の希望に基づいて、薬物乱用者処遇プログラムに参加することができる。このプログラムの対象には、前記のあへん系薬物乱用を繰り返して長期刑に処せられた者も含まれている。

(4) 今後の課題

後述の薬物乱用に関する歴史的経緯を踏まえると(第4の1参照)、従来のシンガポールの薬物対策は、あへん系薬物及びその乱用者対策(強制的処遇制度)に重点を置いていたと言える。しかし、前記のように、近時のATS乱用者の激増とあへん系薬物乱用者の大幅減少傾向に対応するためには、従来の方針を変更する必要性があり、現在矯正局において、トルエンを含む中毒性物質を除く非あへん系薬物乱用者に対する強制期処遇枠組みが検討されている。

表 8-2 1973年薬物乱用法に基づく主要な薬物に対する罰則

規制対象薬物名	違反態様	罰 則	
		刑の下限	刑の上限
ヘロイン 3 号 ⁹ (Heroin No. 3 opium, morphine, diamorphine)	●栽培 (10条) 別表 2 10条	●ケシの栽培 3 年の拘禁刑若しくは5,000 ドルの罰金又は併科	20年の拘禁刑若しくは40,000 ドルの罰金又は併科
	●製造 (6 条) 別表 2 6 条(2), (3)	●無許可製造 死刑	死刑
	●輸入／輸出 (7 条) 別表 2 7 条(2)~(4)	●無許可輸出入 20年の拘禁刑及び15回のむち 打ち (cane)	死刑
	●無許可取引 (trafficking) (5 条) 別表 2 5 条(2)~(4)	●無許可取引 20年の拘禁刑及び15回のむち 打ち	死刑
	●所持 1. 統 制 薬 物 (Controlled drug) (8 条(a)) 別表 2 8 条(a) 2. 装置, 物質, 統制薬物製 造のための薬物 (10A 条) 別表 2 10A 条	1. 他の薬物犯罪に附随した 犯罪として (for second or subsequent offence) 2 年 の拘禁刑 2. 20年以下の拘禁刑若しくは200,000ドル以下の罰金又は 併科	1. 10年の拘禁刑若しくは 20,000ドルの罰金又は併科
大麻 (Cannabis, Cannabis mixture, Cannabis resin)	●自己使用 (消費) (8 条(b)) 別表 2 8 条(b)	10年以下の拘禁刑若しくは20,000ドル以下の罰金又は併科	
	●栽培 (10条) 別表 2 10条	●大麻の栽培 3 年の拘禁刑若しくは5,000 ドルの罰金又は併科	20年の拘禁刑若しくは40,000 ドルの罰金又は併科
	●製造 (6 条)	●無許可製造	

9 純度の低いヘロイン。詳細は、前出表 1 の注 2 参照。

	別表2 6条(1) (別表1第1部, Class A Drug)	10年の拘禁刑及び5回のむち打ち	30年の拘禁刑若しくは無期拘禁刑及び15回のむち打ち
	●輸入／輸出(6条) 別表2 6条(6)～(8)	●無許可輸出入 20年の拘禁刑及び15回のむち打ち(cane)	死刑
	●無許可取引(5条) 別表2 5条(6)～(8)	●無許可取引 20年の拘禁刑及び15回のむち打ち	死刑
	●所持 1. 統制薬物(Controlled drug)(8条(a)) 別表2 8条(a) 2. 装置, 物質, 統制薬物製造のための薬物(10A条) 別表2 10A条	1. 他の薬物犯罪に附随した犯罪として(for second or subsequent offence) 2年の拘禁刑 2. 20年以下の拘禁刑若しくは200,000ドル以下の罰金又は併科	1. 10年の拘禁刑若しくは20,000ドルの罰金又は併科
	●自己使用(消費)(8条(b)) 別表2 8条(b)	10年以下の拘禁刑若しくは20,000ドル以下の罰金又は併科	
MDMA (Ecstasy) (Methylenedioxy-methamphetamine, シンガポールでは, Methylenedioxy-Phenethylamine 系の 3種類の化学物質が, 別表1に規定されている。)	●製造(6条) 別表2 6条(1) (別表1第1部, Class A Drug)	●無許可製造 10年の拘禁刑及び5回のむち打ち	30年の拘禁刑若しくは無期拘禁刑及び15回のむち打ち
	●輸入／輸出(7条) 別表2 7条(1)	●無許可輸出入 5年の拘禁刑及び5回のむち打ち(cane)	30年の拘禁刑若しくは無期拘禁刑及び15回のむち打ち
	●無許可取引(5条) 別表2 5条(1)	●無許可取引 5年の拘禁刑及び5回のむち打ち	20年の拘禁刑及び15回のむち打ち
	●所持 1. 統制薬物(Controlled drug)(8条(a)) 別表2 8条(a) 2. 装置, 物質, 統制薬物製造のための薬物(10A条) 別表2 10A条	1. 他の薬物犯罪に附随した犯罪として(for second or subsequent offence) 2年の拘禁刑 2. 20年以下の拘禁刑若しくは200,000ドル以下の罰金又は併科	1. 10年の拘禁刑若しくは20,000ドルの罰金又は併科
	●自己使用(消費)(8条(b)) 別表2 8条(b)	10年以下の拘禁刑若しくは20,000ドル以下の罰金又は併科	
覚せい剤 (Methamphetamine)	●製造(6条) 別表2 6条(5)	死刑	死刑
	●輸入／輸出(7条) 別表2 7条(9)	●無許可輸出入 20年の拘禁刑及び15回のむち打ち(cane)	死刑
	●無許可取引(5条) 別表2 5条(9)	●無許可取引 20年の拘禁刑及び15回のむち打ち(cane)	死刑
	●所持 1. 統制薬物(Controlled drug)(8条(a))	1. 他の薬物犯罪に附随した犯罪として(for second or	1. 10年の拘禁刑若しくは20,000ドルの罰金又は併科

	別表2 8条(a) 2. 装置, 物質, 統制薬物製造のための薬物 (10A 条) 別表2 10A 条	subsequent offence) 2 年の拘禁刑	
		2. 20年以下の拘禁刑若しくは200,000ドル以下の罰金又は併科	
	●自己使用 (消費) (8条(b)) 別表2 8条(b)	10年以下の拘禁刑若しくは20,000ドル以下の罰金又は併科	
ケタミン (Ketamine)	●製造 (6 条) 別表2 6条(1) (別表1第2部, Class B Drug)	10年の拘禁刑及び5回のむち打ち	30年の拘禁刑若しくは無期拘禁刑及び15回のむち打ち
	●輸入/輸出 (7 条) 別表2 7条(1) (別表1第2部, Class B Drug)	●無許可輸出入 5年の拘禁刑及び5回のむち打ち (cane)	30年の拘禁刑若しくは無期拘禁刑及び15回のむち打ち
	●無許可取引 (5 条) 別表2 5条(1) (別表1第2部, Class B Drug)	●無許可取引 3年の拘禁刑及び3回のむち打ち (cane)	20年の拘禁刑及び10回のむち打ち
	●所持 1. 統制薬物 (Controlled drug) (8条(a)) 別表2 8条(a) 2. 装置, 物質, 統制薬物製造のための薬物 (10A 条) 別表2 10A 条	1. 他の薬物犯罪に附随した犯罪として (for second or subsequent offence) 2 年の拘禁刑	1. 10年の拘禁刑若しくは20,000ドルの罰金又は併科
		2. 20年以下の拘禁刑若しくは200,000ドル以下の罰金又は併科	
	●自己使用 (消費) (8条(b)) 別表2 8条(b)	10年以下の拘禁刑若しくは20,000ドル以下の罰金又は併科	
コカイン (Cocaine)	●栽培 (10条) 別表2 10条	●コカの栽培 3年以下の拘禁刑若しくは5,000ドルの罰金又は併科	20年の拘禁刑若しくは40,000ドルの罰金又は併科
	●製造 (6 条) 別表2 6条(4)	●無許可製造 死刑	死刑
	●輸入/輸出 (7 条) 別表2 7条(5)	●無許可輸出入 20年の拘禁刑及び15回のむち打ち (cane)	死刑
	●無許可取引 (5 条) 別表2 5条(5)	●無許可取引 20年の拘禁刑及び15回のむち打ち	死刑
	●所持 1. 統制薬物 (Controlled drug) (8条(a)) 別表2 8条(a) 2. 装置, 物質, 統制薬物製造のための薬物 (10A 条) 別表2 10A 条	1. 他の薬物犯罪に附随した犯罪として (for second or subsequent offence) 2 年の拘禁刑	1. 10年の拘禁刑若しくは20,000ドルの罰金又は併科
		2. 20年以下の拘禁刑若しくは200,000ドル以下の罰金又は併科	
	●自己使用 (消費) (8条(b)) 別表2 8条(b)	10年以下の拘禁刑若しくは20,000ドル以下の罰金又は併科	

- 統制薬物取引等のための用具の所持（9条，別表2第9条）
すべての統制薬物に関して共通で，最高3年の拘禁刑若しくは10,000ドルの罰金又は併科（9条，別表2第9条）
- 統制薬物の無許可取引，無許可輸出入に関しては，取引等の量に応じて，処罰の重さに違いがあるが，煩雑にわたるので，本稿では刑の下限及び上限のみを示して，詳細の掲載を省略した。

表 8-3 トルエンを含む中毒性物質に関する規制

規制対象薬物名	違反態様	罰 則
トルエン (toluene) を含む中毒性物質 (別表)	無許可取引・供給 (4条)	2年以下の拘禁刑若しくは5,000ドル以下の罰金又は併科

根拠 1987年中毒性物質法 (Intoxicating Substances Act 1987)

表 9 薬物事犯に対する刑罰の運用状況 (2002年)

制裁の種別	制裁内容に関する記述	年間処罰対象者数
罰金のみ	構成要件等は，前記表 8 参照	4
拘禁刑のみ	同 上	2,060
拘禁刑及びむち打ち	同 上	1,166
拘禁刑及び罰金	同 上	91
拘禁刑，むち打ち，罰金の併科	同 上	63
少年刑務所送致	18歳未満の犯罪者は，少年刑務所 (the Reformative Training Centre (RTC)) 送致。	5
死刑	構成要件等は，前記表 8 参照	11

第4 薬物乱用予防及び薬物乱用者処遇政策

1 薬物問題とその対応の歴史

1960年代まで、シンガポールの薬物問題は、中国系移民が持ち込んだ、あへんの吸入がほとんどであった。それは、中年から高齢の中国系移民の習慣の一部として定着したもので、乱用人口は限られており、増加することもなく一定のレベルで推移していたため、重大な社会問題となることはなかった。しかし、1960年代後半から、海外のヒッピー文化 (hippie culture) の影響を受けて事情は変化し、マリファナとMX錠¹⁰の乱用が始まった。1970～71年までにマリファナ・パーティ (Pot party) が激増し、ディスコやナイトクラブでのこれら薬物の乱用が増加するとともに、学生層へ乱用が拡大した。この変化により、もはや、薬物問題は、限られた中国系移民の問題ではなく、シンガポール社会全体に対する脅威として認識されるに至った (NCADA & MHA, 1998, pp.9-)。

当時、薬物問題取締りの法執行政府機関は、警察と税関のみであったが、このような新しい状況に対応するため、1971年11月、専門の取締機関として、中央麻薬統制局 (Central Narcotics Bureau, [CNB]) が創設された (1994年以降、予防教育に関する業務にも権限拡大)。

1972年、シンガポールの薬物問題の状況は、ヘロイン乱用の開始によって、大きな変化を迎える。ヘロインは、粉末を金属片の上で炙って吸入し、その煙が龍 (dragon) の形に似ていることから、ドラゴンと呼ばれていた。その乱用者は、1972年に初めてシンガポールで4人が逮捕され、その後急激に乱用者が増加して、5年後には、7,372人の乱用者逮捕を見るに至った (1977)。ここに、現在まで続く、同国のヘロイン対策重視のベースがある。そして、翌1973年に、薬物取締りの基本法である薬物乱用法 (Misuse of Drug Act, Cap 185) が制定された。同法により、1973年にあへん系薬物乱用者専門の強制的処遇を施設内で行う薬物乱用者更生センター (Drug Rehabilitation Centre, DRC)¹¹が創設され、刑事司法の入り口段階において、乱用者と不法取引者等を区別して、前者に対しては、刑罰ではなく、行政処分により治療を強制的かつ優先的に行う制度が確立された。

この体制の下、中央麻薬統制局による供給削減のための法執行と乱用者に対する薬物乱用者更生センターにおける強制的処遇を通じた需要削減により、一時的に、乱用者の数は大幅に減少した。しかし他方、1980年代に入り、数は少ないながらも、若年層へのヘロイン乱用が再び拡大し始めた。また、薬物乱用者更生センターへの入所者も増加に転じ、1993年には、4,740人の入所者と、1987年に比べて55%増加となった。その原因は、センターから釈放されても、すぐにヘロイン再使用により逮捕され施設に戻ってくる乱用者が多数存在したためであった。

内務省は、この状況に対応し、薬物問題に関する政策の基本的な見直しを図るため、1993年、Ho Peng Kee (大学准教授、後に上級副大臣 [法律及び内務担当]) を座長とし、薬物対策関係機関の長を構成員とする「シンガポールにおける薬物状況を改善するための委員会 (Committee to Improve the Drug Situation in Singapore)」(以下「改善委員会」という。)を設置した。改善委員会は、1994年の早い段階で、重要な勧告を含む報告書を発表した。勧告は、それまでのタフな法執行及び乱用者に対する強制的処遇のみに依存する薬物対策から、継続的処遇 (through care) と予防を含めたより包括的な薬物対

10 MX錠は、Methaqualoneを指しており、1973年薬物乱用法では、Class C薬物として規制対象とされている。

11 シンガポール初の薬物乱用者更生センターは、St. John's Islandにあったあへん処遇センター (Opium Treatment Centre) が薬物乱用者更生センターに改称されることにより、導入された。

策を採ることを提言し、それに基づいて、大きな政策転換が図られた。勧告の四つの大きな柱は、①予防薬物教育、②法執行（取締り）、③処遇・改善更生及びアフターケアと④継続的改善更生（乱用者の社会への再統合）を、関係機関の緊密な連携の下、統合的に推進することを求めており、その内容は、現在に至るシンガポールの薬物関係政策の基本となっている（NCADA & MHA, *ibid*, pp.10-, 19-）。

2 現在の薬物問題に対する基本的枠組み

改善委員会の提言に基づき、特にあへん系薬物（ヘロイン中心）に関しては、予防からアフターケアに至る統合的な薬物対策が導入され現在に至っており、(1)需要削減に関しては、①任意処遇（治療）及び強制処遇（治療）を組み合わせ、処遇（治療）後は、社会内でのアフターケアと継続的なサポートを図ること、②薬物乱用予防教育（Preventive Drug Education, PDE）¹²の徹底を図ることを目指す体制が構築された。他方、(2)供給削減に関しては、厳しい刑罰の導入（一般予防、薬物密造、不法取引に対する死刑の導入）と強い取締り（特別予防）を行う体制が整備された。

(1) 需要削減

ア 強制処遇（治療）制度

需要削減については、学校、地域社会における乱用予防教育の徹底並びにあへん系薬物乱用者及びトルエンを含む中毒性物質乱用者と薬物不法取引者との起訴前の分離及び前者に対する強制処遇（治療）制度（詳細は後述第6）の導入がなされている。これら一連の供給・需要削減対策と乱用薬物の傾向の変化が相まって、ヘロインの乱用については、相当程度の減少効果を見た（前記、表2及び表3参照）。

イ 乱用を繰り返す者に対する加重処罰（長期刑1及び2）制度の導入

また、あへん系薬物乱用を繰り返す者に対しては、処罰優先原則に回帰する旨を明確にした、いわゆるスリー・ストライク方式の重罰制度を1998年7月20日から導入した（薬物乱用法33A条(1)及び(2)）。そこでは、あへん系薬物乱用により検挙されるか、又は尿検査を怠った者で、最低2回、薬物乱用者更生センターに収容歴のある者等が、3回目の同種再犯を犯した場合、長期の拘禁刑等に処せられる（制度の詳細に関しては、前記第3の3(1)参照。）。

(2) 供給削減－重罰化

供給削減については、薬物乱用法（Misuse of Drug Act, Cap 185）の改正により、主要な統制薬物の不法製造、無許可輸出入（密輸）、国内での無許可取引に死刑を導入する（前記表8-2参照）など、重罰化傾向が目立つ。

3 近年の新しい傾向

シンガポールの薬物乱用者対策は、メディカル・ケア中心から、ニーズ・アンド・リスク・アプローチに移行しつつある。そこでは犯罪性向（criminogenic tendency）への多角的な対応がなされており、

12 PDEは、多様な形態で、多様な組織により行われているが、中央麻薬統制局の場合は、警察官を講師とした学校等での予防教育活動（他の組織の活動と異なり、回復した元乱用者の活用は少ない。）を実施している。SANAも後述第6の2(6)のように、多彩な予防活動を、社会の各方面で実施している。矯正局では、薬物乱用者更生センターと模倣むち打ちの実演を学生に見せるなどして、現場での予防薬物教育に貢献している。また、一般ボランティア活用の一環として、積極的な態度を示す人達（positive attitude people）に対して、矯正局は予防活動に協力することを働き掛けている（一般大衆への働き掛けは、費用対効果が悪すぎるため。）。ちなみに、シンガポールでは、何からのボランティア活動をしている人は全人口の10%程度であり、アメリカ合衆国の半分の割合である。

特に、本人を取り巻く環境に着目して、社会的、身体的、心理的な観点から分析しながら薬物乱用の根本原因 (root causes of drug abuse) に対するアプローチが進められている (カナダ、オーストラリアの影響。実務家を継続的に現地に留学・研修のため派遣しているほか、これらの国から、専門家を招へいして当地でのアドバイスも受けている。)。

第5 薬物問題対応機関・組織の概要

前記改善委員会の1994年勧告に基づく、薬物問題に対する統合的アプローチ政策(Anti-Drug Master Plan)の下、同勧告で強調された四つの柱の具体化は、それぞれ下記の機関・団体が主たる担当となっている。また、シンガポールでは、薬物乱用者の更生のために、関係機関・団体等の間の緊密な連携体制が構築されていることが特徴である。

①薬物乱用予防教育(Preventive Drug Education, PDE)

－中央麻薬統制局(CNB)及びシンガポール薬物乱用防止協会(SANA)

②法執行(取締り, Enforcement)－中央麻薬統制局

③処遇(治療)及び改善更生(Treatment and Rehabilitation)－内務省矯正局(SPS)

④アフターケアと継続的改善更生(Aftercare and Continued Rehabilitation)

－シンガポール社会復帰援助共同体(SCORE)

また、これらの具体的な執行機関とは別に、内務大臣に対し薬物問題全般について政策提言を行う諮問機関として、1995年、**薬物乱用に関する全国委員会**(National Council Against Drug Abuse, NCADA)が設立され、保健省、中央麻薬統制局、内務省矯正局、シンガポール社会復帰援助共同体、シンガポール薬物乱用防止協会などと緊密な関係を保ちつつ、統合的な薬物対策を推進している。NCADAの主要な機能は次のとおりである。

- ・内務大臣に対する諮問
- ・薬物乱用予防教育の推進
- ・政府機関及び民間団体による薬物対策プログラムの調整、活性化及びこれらプログラムに対する一般公衆の支持を維持すること
- ・保健省、中央麻薬統制局、内務省矯正局、シンガポール社会復帰援助共同体と共同で薬物対策のための新しい施策の企画・立案をすること

1 中央麻薬統制局(Central Narcotics Bureau, CNB)

中央麻薬統制局には、大別して、①不法薬物供給削減のための専門の法執行機関、②予防薬物教育実施機関、③需要削減のためのあへん系薬物乱用者に対する強制的処遇の決定機関、④薬物乱用者に対する強制的処遇終了後2年間の社会内処遇指導監督の実施機関の四つの機能があるが、そのうち③及び④の機能に関しては、後記第6の処遇の項で記述する。

法執行機関としては、2002年に51の主要な特別捜査を行い、78人の薬物密売人及び2,227人の乱用者を逮捕し、63キロのヘロイン、34キロの大麻、68,000錠のヤーバー(メタンフェタミン製剤)、13,000錠のエクスタシー、8.4キロのケタミンなどと現金、自動車等を押収した(薬物関係のマナー・ローンダリング取締りの成果を含む)。

予防薬物教育実施機関としては、1994年に、その担当機関として指名された。具体的な予防教育の政策決定及びその確実な実施のため、同年10月、中央麻薬統制局に、機能委員会として「**予防薬物教育に関する共同委員会**(Co-Ordinating Committee on PDE, COC)」が設置されており、その構成員には、乱用予防教育に関係のある八つの機関・団体の代表者が含まれている(教育省[Ministry of Education]、警察[Singapore Police Force]、シンガポール薬物乱用防止協会(Singapore Anti-Narcotics Association, SANA)、中国人開発協会協議会[Chinese Development Association Council]、シンガポール・

インド人開発協会[Singapore Indian Development Association], イスラム教専門家協会[Association of Muslim Professionals, AMP], ヤヤサン・メンダキ[Yayasan MENDAKI, マレー系イスラム住民の子女の教育援助団体(<http://www.mendaki.org.sg/index.jsp>)], シンガポール・イスラム・センター[Islamic Centre of Singapore, MUIS]]。

教育方法には、大別して、学校に基礎を置くプログラムと全国レベルのプログラムがあり、それぞれの分野で、中核プログラム(Core Programmes)が用意されている。学生・生徒向けの中核プログラムでは、学校のカリキュラムの中に薬物乱用に関する基礎的な情報を盛り込んでいるほか、乱用防止のための学校における教育トークやジョイント・トーク・セッションが開催されており、前者は、2002会計年度(日本と同じ年度区分)で497回開催された。地域社会向けでは、薬物対策展の開催や乱用防止情報の配布、職場、ホテル、工場などでの職場トークが行われている。一般大衆向けのプログラムでは、薬物乱用防止を訴えるゲームデザインや作文のコンペティション、ダンス競技等各種のキャンペーン行事も実施されている。また、毎年6月26日は、「薬物乱用防止の日」(Anti-Drug Abuse Day)に指定され、それに合わせて全国規模で種々の行事が行われる。

2 内務省矯正局 (Singapore Prison Service, SPS)

内務省矯正局は、約2,200名の職員(91%が制服組)を擁し、14の刑務所に(重警備4, 中警備9, 軽警備1)に、17,900人の収容者がいる(うち薬物関連犯罪収容者は、5,382人, 2003.12.31現在)。薬物関係では、薬物関係犯罪者の収容、薬物乱用者更生センターにおけるあへん系薬物乱用者に対する施設内処遇(治療及び改善更生)及び更生センターからの釈放者に対する社会内処遇(Community-based Rehabilitation Programme, CBR)を担当している。シンガポールでは、薬物関係犯罪者は、不法取引者及び乱用者ともに、施設内処遇が原則的な選択肢として用いられているため、社会内処遇も薬物乱用者更生センターでの施設内処遇に引き続いて、乱用者の社会への再統合を支援するという色彩が強い。そのため、社会内処遇全般を担当する、地域社会開発・スポーツ省更生保護局(及びその下にある保護観察所)は、薬物乱用者処遇にはほとんど関与していない。社会内処遇に関しては、更生センター釈放後2年間の尿検査による監督は中央麻薬統制局が行い、それ以外の支援及び監督は、矯正局, SCORE(次述), SANA(後述)等が担当する。

3 シンガポール社会復帰援助共同体 (Singapore Corporation of Rehabilitative Enterprises [SCORE])

SOCREは、犯罪者の社会復帰を助けるための半官半民の組織で、1976年、従来の刑務所作業関係の事業を引き継いで、シンガポール社会復帰援助共同体法(Singapore Corporation of Rehabilitative Enterprises Act, Chapter 298)により設立された。2002年から、内務省矯正局内に本部事務所を置いている。組織は、①運営・財務部門、②地域社会・就労援助更生部門、③事業部門、④クラスター連絡調整チーム¹³から構成され、職員は、130名である。2002年の歳出予算規模は、S\$16,231,600(約11.3億円, 円換算レート70円)、資産総額39,309,175(約28.5億円)である(SCORE, 2002)。

SCOREの主要な機能は、①刑務所と連携した収容者支援、②釈放者等犯罪者の雇用機会の増大等であ

13 2004年から順次運用開始予定の、チャンギ刑務所群(収容定員23,000名, 20の刑務所を統合した巨大複合刑務所)が、内部的には5つの刑務所ごとに、クラスターを構成して運営されることから、そのクラスター対応係として設置された部署。

り、薬物乱用者に関しては、継ぎ目のない継続的処遇と統合的アフターケア（Seamless Throughcare and Integrated Aftercare）の実現に重要な役割を果たしている。特に、薬物乱用者の社会復帰を図る上で、安定した雇用機会を提供することは極めて重要であることから、SCOREによる各種社会資源を統合したサービスの提供は大きな意味を持っている。CARE（Community Action for the Rehabilitation of Ex-offenders）は、このような社会資源を統合したアフターケア・サービスの一例である。そこでは、刑務所、SCORE、事業・サービス協力協会（Industrial and Services Co-operative Society Limited）、内務省、社会事業国家評議会（National Council of Social Service）、シンガポール・アフターケア協会（Singapore Aftercare Association）、シンガポール薬物乱用防止協会（SANA）が、緊密な連携の下、薬物乱用者を含む矯正施設からの釈放者の多様なニーズに対応したサービスを提供している。このCAREスキームの一環として、五つの職業訓練コースがあり、2002年に研修を受けた収容者は、164名であった。

そのほか、2002年の就労関係の援助実績については、①施設内での職業訓練18コース、対象者3,401名、②施設外での訓練・援助等は、援助対象者総数1,956名（ワーク・リリース対象者966名、釈放者で就労援助を受けた者990名）、就労援助企業数（Companies in the Job Bank）1,500となっている。また、企業での就労体験対象者は411名、提供企業は175である。

さらに、SCOREは、1995年に創設された、矯正局更生保護施設プログラム（the Prisons Halfway House Scheme、薬物対象者に対するアフターケアのためのプログラム。詳細は、後述第6の2社会内処遇の項参照。）の対象となっている更生保護施設に対する年次監督・評価報告書を作成しており、報告書作成のための実地調査等を通じて更生保護施設に対する監督機能の一部を担っている¹⁴（報告書自体は内部資料扱いで非公開であるが、評価結果は、順位付けの形で、対象となった各施設に通知される。）。

14 矯正局更生保護施設プログラムの対象となっている更生保護施設（12施設ある）に対する監督及び評価（monitoring and evaluation）は、更生保護施設における最善の実務（best practice）を探究し、各施設に実務の向上方策についての情報を提供することを目的として、1999年にSCOREとNCADAによって初めて実施され、以後、前年の結果と比較する形での監督及び評価報告書がSCOREによって作成されている。評価基準は、各分野ごとに設定された最低基準（minimum standards）の充足度によって測定される。基本的な指標は、更生保護施設プログラムの完了率と指導監督率である。プログラム自体の達成度は、プログラムの質、施設・処遇関与職員の質、居住環境そしてアフターケア・サービスの内容という四つの分野について評価される。

第6 薬物乱用予防及び薬物乱用者処遇

1 施設内処遇

(1) 処遇施設の体系

シンガポールにおける薬物乱用者等に対する施設内処遇のための施設概要は、表10のとおりである。施設群は、大別して、乱用者処遇専門の施設（表10の1及び2）と一般の矯正施設（刑務所又は少年院、表10の3～7）に分かれる。前者はさらに、強制的処遇の対象となった者を収容する施設（表10の1）と任意で処遇を希望する者に対する施設（表10の2）に分かれる。

表10 施設内処遇（病院を含む）のための施設概要

施設の種類	施設数・施設名	収容定員	職員数	所管官庁	備 考
1. 薬物乱用者専用処遇施設（刑務所ではない）	a. Khalsa Crescent Drug Rehabilitation Centre (DRC, 薬物乱用者更生センター) b. Selarang Park DRC c. Sembawang DRC	a. 1,050 b. 1,122 c. 1,000	a. 98 b. 162 c. 148	内務省矯正局	Sembawang DRC には、病院が併設されている。
2. 病院の薬物乱用者専用処遇ユニット	Institute of Mental Health (Community Action Management Programme, CAMP)	500 成人, 少年 共通	17	保健省, (CAMP)	17名の職員は, CAMP プロジェクト用 (後述第6の2(5)参照)
3. 医療刑務所	Changi Women's Prison(*)	637		内務省矯正局	女子通常刑務所に併設。 薬物乱用者処遇プログラムに任意参加可能。
4. 通常の刑務所	a. Queenstown Remand Prison b. Changi Prison c. Tanah Merah Prison d. Moon Crescent Prison(*) e. Jalan Awan Prison(*) f. Tampines Prison g. Admiralty Prison	a. 638 b. 1,457 c. 639 d. 743 e. 1,050 f. 530 g. 1,800		内務省矯正局	(*) Moon Crescent Prison, Jalan Awan Prison では, 薬物乱用者処遇プログラムに任意参加可能。
5. 刑務所学校	Kaki Bukit Centre	473	73	内務省矯正局	薬物乱用者処遇プログラムに任意参加可能。
6. 中間処遇施設	Lloyd Leas Work Release Camp (LLC)	250	60	内務省矯正局	薬物乱用者処遇プログラムに任意参加可能。
7. 少年院	Reformative Training Centre (Juvenile Training School)	743		内務省矯正局	薬物乱用者処遇プログラムに任意参加可能。

注 1 1の薬物乱用者専用処遇施設は、すべて成人用である。
2 シンガポールでは、刑務所内に薬物乱用者専用処遇ユニットを置いている例はない。
3 少年院の収容定員は、Moon Crescent Prison の定員との合計値。
4 内務省矯正局の資料による。

(2) あへん系薬物乱用者及びトルエンを含む中毒性物質乱用者に対する強制的処遇制度

ア 概説

強制的処遇制度は、中央麻薬統制局 (CNB) の行政命令をもって (刑罰ではない)、薬物乱用者に

対して強制的に社会内処遇又は施設内処遇を行う制度である。この制度は、シンガポールにおけるあへん系薬物乱用者に対する処遇制度の要として1973年に薬物乱用法の制定に伴い導入されたが、1987年に中毒性物質法 (Intoxicating Substances Act 1987) により、トルエンを含む中毒性物質の乱用者に対しても導入された。両者は、処遇期間の長短等の違いはあるが、起訴前に中央麻薬統制局 (CNB) の行政命令をもって、一定期間、乱用者処遇を強制的に実施し、施設内処遇の場合は、釈放後も一定期間社会内処遇が付加されるという制度の基本構造は両者に共通である。

この制度は、元々、通常の刑事手続に載せる前に、あへん系薬物乱用者を薬物不法取引者と分離し、乱用者処遇をできるだけ早期に受けさせようとの基本的考え方に基づいて創設された (1973年薬物乱用法34条(2)(b))。その基本理念である、「乱用者と不法取引者の分離 (前者に処遇、後者に刑罰) 及び乱用者に対する早期処遇の開始」との考え方が、1987年に、トルエンを含む中毒性物質の乱用者にも適用され、制度化された。

警察、中央麻薬統制局職員等薬物犯罪捜査の権限を有する職員によって検挙された薬物乱用者は、乱用薬物の種類及び薬物関係の処分歴が強制的処遇制度の要件を充足する場合、起訴されずに、中央麻薬統制局長の行政命令によって強制的薬物乱用者処遇に付される。

処遇の方法は、①社会内処遇 (社会内での指導・援助) と②施設内処遇 (薬物乱用者処遇専用施設への収容である。条文上は、an approved institution 又は an approved centre との表現が用いられており、その一つの形態として内務省矯正局が所管する薬物乱用者更生センター [Drug Rehabilitation Centre, DRC] がある。) が存在する。しかし、実務上、あへん系薬物乱用者に関しては、②が原則として用いられ、①の社会内での治療命令が発出されることは希である。

中央麻薬統制局の命令に対しては、強制的処遇の命令を受けた者の基本的人権を保障するため、高等裁判所に対して不服申立ができる。この不服は、決定直後から処遇期間終了までの間、行うことができる (根拠は、人身保護請求 [an application for Habeas Corpus] である。薬物乱用者更生センターに収容されている場合は、収容期間中を通じて不服申立ができる。) 。弁護士は、逮捕直後から、更生センター収容の有無を問わず、いつでも依頼することができる。

イ 強制処遇の実務概要

中央麻薬統制局の送致命令は、表11のように、薬物の種類に応じて、尿又は血液検査の結果及び専門家の判定結果の双方を根拠に下される。薬物乱用者更生センターは、実務上、通常の刑務所内に区画を分けて併設されている場合もあるが、刑務所ではなく、薬物乱用者処遇に特化した処遇施設の一種である。センター送致後は、あへん系薬物乱用者の場合、6か月ごとに、各薬物乱用者更生センターに設けられた検討委員会 (Review Committee, 委員長及び委員4～5名で構成される。) によって、6か月以内の期間で最高3年まで収容を延長することができる (薬物乱用法34条(3)～(5))。

ウ 薬物乱用者更生センターにおけるあへん系薬物乱用者に対する処遇

以下では、あへん系薬物を乱用して薬物乱用者更生センターに収容された者に対する処遇について述べる。具体的には、次の6段階に分かれる。以下、処遇内容に関する詳細は、1976年薬物乱用規則 (認可施設、処遇及び更生、以下「規則」という。) による¹⁵。なお、センター収容中、収入のある収容者は、食費の支払いを求められることがある (規則14条)。

15 1976年薬物乱用規則 (認可施設、処遇及び更生), Misuse of Drugs (Approved Institutions and Treatment and Rehabilitation), 20th August 1976.

表11 強制的処遇制度の実務概要

	あへん系薬物乱用者	トルエンを含む中毒性物質の乱用者
法的根拠	1973年薬物乱用法34条以下	1987年中毒性物質法16条以下
判定の根拠	尿検査結果及び専門医の判定	血液検査結果及び専門医の判定
処分の性質	中央麻薬統制局長の行政命令	中央麻薬統制局長の行政命令
社会内処遇の期間	2年（法34条2項(a), 2年以内の延長可能。 1976年薬物乱用規則15条7項）	12月（法16条1項）
処遇内容	中央麻薬統制局職員による監督・支援	中央麻薬統制局職員による監督・支援
施設内処遇の期間	3年（1回に6月以内で延長を繰り返す）	12月（1回に3月以内で延長を繰り返す）
処遇内容	薬物乱用者更生センター（Drug Rehabilitation Centre）での専門処遇	官報公示された認可センター（approved centre）での専門処遇。呼称は、薬物乱用法と異なるが、実務上は、あへん系薬物乱用者を収容している薬物乱用者更生センターにおいて施設内処遇が実施されている。
釈放後の指導監督（社会内処遇）	2年（成績良好者は早期終了，規則15条2項） 中央麻薬統制局職員による監督，SCORE，SANA 等による就労，生活等支援	12月（法16条2項） 中央麻薬統制局職員による監督，SCORE，SANA 等による就労，生活等支援

注 1 トルエンを含む中毒性物質の乱用者に対する施設内処遇は、強制的処遇としての社会内処遇実施中又はそのタイプの社会内処遇終了後に、トルエンを含む中毒性物質の再度の乱用により逮捕された場合に、適用される。

2 施設内処遇からの釈放又は延長の可否を決するのは、あへん系及びトルエン系共通で、各薬物乱用者更生センターごとに設置された検討委員会が決定する。

(ア) 入所段階（分類）

医療診断及び伝染性疾患の検査（規則4条及び8条），解毒（55歳以下の者に対して7日以内の期間実施，規則5条及び6条）

(イ) 抑止段階

施設内での生活への適応するための行動変容訓練（Core Skills Programme）

(ウ) 処遇段階

職業訓練，薬物乱用処遇（基本的なプログラムの内容は，後述表12のプログラムと共通），教育，宗教カウンセリング，生活技能訓練等

(エ) 釈放前段階

就労及び家族関係の円滑化を目的とした訓練（Community Re-integration Programme）

(オ) 社会内処遇（釈放）段階

更生保護施設プログラム，在宅プログラム，更生保護施設又は在宅プログラムと薬物療法（Naltrexone）の組合せプログラム（詳細は，後記第6の2「社会内処遇」の項を参照。）

●社会内処遇と遵守事項及びその違反

この段階では，(ア)釈放の種類に応じて，薬物乱用者が守らなければならない遵守事項が，規則に詳細に規定されており，遵守事項違反は，施設再収容の原因となるだけでなく，遵守事項違反自体が新たな犯罪を構成する（5,000ドル以下の罰金若しくは3年以下の拘禁刑又はその併科〔規則12条5項〕）。また，(イ)これと同時に，薬物乱用者更生センターからのすべての釈放者は，必要的に2年間にわたる中央麻薬統制局係官の指導監督下に置かれることが薬物乱用法に規定されているため（規則15条2項），この関係での遵守事項を遵守する必要がある（監督期間は，中央麻薬

統制局長の決定により、更に2年以内の期間延長することができる。規則15条7項)。一般遵守事項が10項目、特別遵守事項が10項目規定されており、最大で20項目の遵守事項を遵守することを要求される(規則15条)。遵守事項違反自体が犯罪を構成することは、前記と同様であり、違反した遵守事項の内容に応じて、1,000ドル以下の罰金若しくは6月以下の拘禁刑又はその併科から、10,000ドル以下の罰金若しくは4年以下の拘禁刑又はその併科に至るまでの罰則が用意されている(規則15条6項)。これら遵守事項の詳細に関しては、次述の社会内処遇の項で述べる。

(カ) アフターケア段階

CAREシステムの活用(前記第5(3)参照)、継続的処遇(through care)、個別ニーズに対応するためのCase Management Frameworkの活用(CMFでは、Aftercare Case Manager(ACM)が、乱用者ごとのアフターケア・ニーズを明らかにした上、個別の対応計画に基づく統合的援助の対象とすることになっている。)

この中で、(ウ)以降の段階における薬物乱用者に対するサポートは、収容者に対する各種の支援・協力体制(coordinating structure)の強化を通じて行われている。具体的には、政府主体による社会(福祉)事業、シンガポール社会復帰援助共同体(SCORE)、NGOなどが連携を図り、かつ、収容者の家族も参加する形で、収容者に対する支援・協力体制が構築されている。薬物乱用者の更生を大きく左右する要素の一つとして、家族及び良好な家族関係の存在並びに安定した雇用環境が挙げられる。そこで、本人と家族との関係強化の一つの方法として、遠隔訪問センター(Tele Visit Centre, Volunteer Welfare Organization [VWO]によるサポート)が各刑務所と地域のコミュニティ・センターに複数設置されている。これは、テレビ会議システムを使って、家族に負担をかけずに、より頻繁に本人との接触を可能とし、それを通じて、両者の関係強化を図ろうとするものである(日本のテレビ会議システムとはほぼ同じ機材を使用)。他方、元薬物乱用収容者に対する安定した雇用創出のため、2004年には、内務省矯正局が一般企業と共同出資して、一種の持株会社のような更生支援共同体(Rehabilitative Enterprise)を創設し、雇用の機会を創出するような事業を立ち上げる計画が具体化する予定である。

(オ)の社会内処遇段階においては、更生センターから釈放後、2年間の中央麻薬統制局(各警察本署内に、統制局の支所があり、ここに出頭。)による指導監督及びランダム尿検査が課される。この期間中は、薬物の不使用等の遵守事項が課され、違反すると、それ自体が犯罪となって処罰の対象となる。また、遵守事項違反が薬物再使用であった場合、それについても、2回目までは、薬物乱用者更生センターへの送致理由となり、3回目以降は、前記のように起訴されて、特別の長期刑(加重処罰)の対象となる。

指導監督期間中及び終了後を通じて、シンガポール薬物乱用防止協会(SANA)等による職業訓練、求職活動援助、自助グループへの紹介、適切な医療受診の援助等のアフターケア・サービスが提供される(釈放後の指導監督の根拠。薬物乱用法施行規則[認可施設並びに処遇及び更生]15条2項, Section 15(2) of the Misuse of Drugs [Approved Institutions and Treatment and Rehabilitation] Regulations)。

これらの処遇活動の結果、薬物乱用者更生センター釈放者の再収容率は低下しており、釈放後の社会内処遇(Community-based Rehabilitation Programme, CBR)プログラムの対象となった者の再収容率の2年間フォローアップ調査によると、1999年釈放群(cohort)では、47.8%、2000年釈放群では38.3%となっている。また、CBRの対象とならなかった者でも、同時期の調査では、それぞれ、59%、58%となっており、1995年の74%に比べて、一貫して低下傾向にある(前出表7-1

参照。なお、表7-2は、中央麻薬統制による薬物乱用者更生センター釈放者に対する社会内処遇の1年間のフォローアップ調査であり、統計の取り方が異なる点に注意を要する。)

エ 薬物乱用者更生センターにおけるトルエンを含む中毒性物質の乱用者に対する処遇

(ア) 概要

トルエンを含む中毒性物質の乱用者は、1987年中毒性物質法に規定する乱用者に対する強制的処遇制度に基づき、中央麻薬統制局長の行政命令に基づき、施設内処遇又は社会内処遇に付される。施設内処遇が選択された場合、男子は前記表10の中間処遇施設である Lloyd Leas Work Release Camp (LLC) に、女子は、Changi Women's Prison にそれぞれ収容される。被収容者は、受刑者の身分ではないので、一般受刑者と区分した区画に収容されるが、対象者数が少ないため、専用の居住棟などは用意されておらず、日常生活において、一般受刑者と顔を会わす機会はある。収容期間は、本人の施設内での成績に応じて、1か月から1年までである。2003年末現在、男子8名が、トルエンを含む中毒性物質の乱用者として強制的処遇を受けており、女子はいない。

入所すると、刑務所カウンセラーによる個別導入面接に基づき、個別評価報告書が作成される。この個別導入面接を担当した刑務所カウンセラーが、個々のケースの担当者となり、日常生活を十分監督するとともに、対象者からの各種の相談に乗ったり、対象者への支援を行っている。各ケースについては、月例ケース会議に個別評価報告書(入所時)又は経過報告書(毎月)が提出され、多様な観点から処遇等の在り方について検討される。必要に応じて、心理学の専門家に意見照会を行う。

月1回、一般市民から選ばれた委員で構成される検討委員会(Review Committee)において、釈放又は収用延長の可否について検討が加えられる。

釈放されると、シンガポール薬物乱用防止協会(SANA、後述本章第6の2(6))、家族サービスセンター(Family Service Centres, FSCs)、更生保護施設(後述本章第6の2(4))などからアフターケア・プログラムが提供される。また、これらの団体等の者が、収容中に施設を訪問して各種のサポート活動を行うこともある。釈放と同時に中央麻薬統制局職員による、法定の1年間の社会内指導監督に付される(1987年中毒性物質法16条2項、表11参照。)

(イ) 施設内処遇プログラム

施設内処遇プログラムは、次の要素から構成されている。

(i) オリエンテーション(Orientation Programme)

個別導入面接の実施及び個別評価報告書の作成

(ii) 集中的カウンセリング(Intensive Counselling)

詳細は、次述。集団で実施する。後述表12の乱用者処遇プログラムとも一部共通性あり。

(iii) 図書館セッション(Library Session)

週2回実施され、対象者に良質の読書習慣と知識を身に付けさせることを目的としている。セッションは、刑務所カウンセラーがコーディネートする。

(iv) 宗教カウンセリング(Religious Counselling)

任意参加であり、定期的に実施されている。

(v) 都市部における農業活動(Urban Farming Activity)

対象者に、一種のレクリエーションを兼ねた有意義な時間を過ごさせることを、主たる目的としている。

●集中的カウンセリング

初入者には週1回、2入以降の者には2週間に1回、刑務所カウンセラーによって実施される。家族カウンセリングも必要に応じて実施される。集団カウンセリングに加えて、ビデオ視聴のほか、外部からの発言者(External Speaker)を招へいすることもある。カウンセリングの話題としては、20項目が指定されている。内容は、問題解決技能、薬物等問題の影響、自分と家族、結婚と子供、自尊感情、対話、感情の制御、薬物使用再発、ストレスを感じる状況への対応、新しい友達を作るなどであり、認知行動療法系のプログラムが中心となっている。後述表12の乱用者処遇プログラムと一部共通性がある。

オ セララン公園薬物乱用者更生センター (Selarang Park DRC)

(ア) 概要

定員は1,122名で、更生センターの中で最大の収容規模である。セララン公園刑務所に併設された施設であるが、前記のように、更生センター収容者は、中央麻薬統制局の行政命令を受けた者を対象としているので、刑務所ではない。本章第2の1で述べたように、現在、あへん系薬物の乱用者は大幅減少傾向が続いているため、筆者訪問時の収容者は、180人であった。180人のうち、入所3回目までが91人、4回以上が89人となっている(3回以上の収容者がいるのは、前記の薬物乱用者に対する1998年の長期刑制度導入に伴う移行措置により、1992年10月1日以前に、更生センターに収容された回数は、同制度適用上はカウントされないため。薬物乱用法33A条5項(c))。

薬物乱用者更生センターでは、薬物乱用が医学的問題ではなく、社会的・行動科学的な問題であるとの基本認識の下、乱用者に薬物摂取の習慣を絶ち切らせることに重点を置いた処遇を行っている。基本的な処遇段階は、前記の6段階(第6の1参照)であり、それぞれの段階が更に数段階のプログラムやschemeに分かれている。

施設については、おおむね清潔・小綺麗に保たれており、ワークショップを含めて、居室の設備が極めて簡素な点及び1室の収容者が多い点を除けば、日本の矯正施設と大きく変わるところはない。

(イ) 特色ある処遇の例

I シンガポール社会復帰援助共同体(SCORE)事業(industry)

シンガポール社会復帰援助共同体が、センター内にSCORE事業と呼ばれる職業訓練を兼ねたワークショップを持っている。これは、前記のように、薬物乱用者の社会復帰を図る上で、就労の確保は極めて重要であるとの認識に基づいている。具体的には、額縁、小絵画、キャラクター・マグネット等の細工物作りから、理容、コンピュータ技能訓練など、資格の取れる活動まで含まれており、外部から注文を受けることもある。ワークショップには、資格を持ったボランティアが、SCOREから派遣されて、収容者の指導に当たっている。細工物等は、外部に販売され、自主財源の一部となっている。作業した薬物乱用者には、賃金が支払われる。

II フォーラム劇場(Forum Theater)

認知行動療法系のプログラムとしては、フォーラム劇場(Forum Theater)と呼ばれる5日間の心理劇トレーニング・コースが2003年2月から導入されている。これは、演者と観客が双方向的(interactive)に交流し、影響を与え合いながら、ストーリーを作り上げていく過程を通じて、処遇効果を高めようとする手法である。そこでは、10人程度で薬物乱用に関する劇を作り、それを他の30名程度の収容者が見るが、単に見るだけでなくストーリーの修正等に観客も参加して、

薬物再使用を防ぐための方策を参加者全員で模索しようとするものである。まだ日は浅いものの、収容者の反応は良いとされている。

(3) 非あへん系薬物乱用者及び長期刑に処せられたあへん系薬物乱用者に対する処遇制度

ア 処遇制度及びプログラムの概要

前記のように、収容者本人の自発的意思に基づいて、特別処遇プログラム（Specialised Treatment Programme）の一種として薬物乱用者処遇プログラムに参加することができる。このプログラムが実施されている施設は、表10の備考に記載した施設である。なお、前記のように、薬物乱用者更生センター収容者に対して実施されている乱用者処遇プログラムも、基本構造は、表12のプログラムと共通である（収容時のあへん系薬物の解毒、釈放段階以降の薬物療法 [Naltrexone] プログラム等との組合せが、非あへん系と異なる。）。

薬物乱用者処遇プログラムは、グループ・ワーク形式で、15のユニットから構成されており、その具体的内容は、表12のとおりである。なお、「目標」の項目は、グループ・ワークのファシリテーター側から見た、到達目標の形で掲載した。

表12 薬物乱用者処遇プログラムの概要

ユニット	テーマ	目 標
1	グループ員としてのつながり	・グループ員であり続けることに関する彼らの関心と期待を明らかにすることについて、彼らを援助すること。 ・グループにおける活動的なつながりが、グループ員に求めるもの及びグループ員に与えることができるものについて、グループ員に明らかにすること。 ・このプログラムが、グループ員のニーズによりの確に適合するため、グループ機能の幾つかの分野について向上を図る上で、グループ員を活発化すること。
2	私は、本当に問題に直面しているか。	・薬物又はアルコールについて、グループ員が問題を有しているかを評価することを援助すること。 ・使用している（いた）薬物の種類に関係なく、薬物又はアルコールのすべての依存者が、薬物等のない新しい生活を始める機会を有していることを、グループ員に伝えること。 ・グループ員に対して、新しい生活を始めるかどうかの選択が、その手中にあることを伝えること。
3	化学物質依存とは何か	・グループ員が身体依存形成に至る過程を理解することを援助すること。 ・広く一般に乱用されている薬物について、グループ員に知らせること。
4	止める (quit) ための準備	・乱用を止めるための決断に影響を及ぼす諸要素に関して、グループ員が完全な見通しをつけ、及びその見通しが現実的であるようにすること。 ・何が乱用を止めることをもたらすかについて、明確な見通しを立てることによって、回復への道を歩むことを助けること。
5	回復 (recovery) の過程に関する理解	・真実の回復についての一般的な過程及び重要な詳細情報について、明確化すること。 ・メンバー員に、自らの進歩について評価することを援助すること。
6	自分の回復のために精力的に体を動かすこと	・メンバー員が、回復の基礎を構築するために必要な変化及び現実的な目標を認識し始めることを援助すること。
7	薬物への渴望 (craving) を抑え	・薬物への渴望及びそれに関連する事項について学ぶこと。 ・薬物への渴望を抑えること。

	ること	・薬物再使用の危険な状況 ・TIPS¹⁶の原則
8	断る技術 (refusal skills) とそれを主張すること	・薬物及び薬物依存者に「いいえ」と言うための必要性を強化すること。 ・どのようにして「いいえ」と言うかを学ぶこと。 ・主張すること及び強く主張することとは？
9	断る技術とそれを主張 (assertiveness) すること II	・どのようにして「いいえ」と言うか。 ・薬物使用者と関わりを持つこと。 ・薬物使用者を避けるための事例学習 ・TIPS 原則について学ぶ。
10	再発 (relapse) の危険信号	・早期回復に関する感受性 (susceptibility) をグループ員に知らせること。 ・再発 (relapse) の危険信号に気付く。 ・化学物質の使用を止めるための個人別計画
11	私の行動計画 (action plan)	・危険な状況にどのようにして対応するかに関する個人の行動計画を作ること。 ・各人の再発の前兆 (precursors) を把握すること。
12	自己ケアの重要性	・健康的な生活を送るため、「自分の面倒を自分で見ること (自己ケア, self-care)」の重要性に関して、グループ員に気付かせること。 ・自己ケアに関係する多様な分野を明確化すること。
13	認知及び非認知の薬物	・回復途中の薬物依存者にとって痛み止めのための医療行為 (pain medication) がもたらす特別の問題を明らかにすること。 ・痛みに対応するための代替手段について検討すること。 ・医師が処方する痛み止め (painkillers) を必要とする場合、どのようにすればよいかを学ぶこと。
14	妊娠中の薬物使用の効果を理解する	・妊娠中の飲酒又はその他の薬物使用が、子供にどのようにして影響を与えるか、グループ員が理解するのを援助すること。 ・潜在的な健康への危険性を明確にすること。
15	プログラム終了と意見等の交換	・このプログラムで学んだことに関する重要な諸点の要約をすること。 ・お互いに意見等を交換すること。 ・その他の完了していない事項を終わらせること。

イ カキ・ブキット・センター (Kaki Bukit Centre [Prisons School])

(ア) 概要

この施設は、受刑者の平均学歴レベルが一般人よりも大幅に低い（日本で言う、中学中退相当の学歴者が多い。）ため、それを克服するための教育を授け、釈放後の雇用機会の拡大を図ることを主たる目的として、2000年に設立された軽警備の刑務所である。職員は、58名の制服職員、3名のカウンセラー、12名の教師から構成されている。このセンターへは、釈放まで6か月から2年程度を残した受刑者の中から、成績良好で、社会内処遇プログラム (CBR) の対象となることが見込まれる者が、各地の刑務所から移送される。収容者は、ここで、釈放後の求職活動に必要な教養、技術、資格等を身に付けるとともに、薬物乱用者処遇プログラムや生活技能訓練等に参加することを通じて、社会内での更生をより確実なものとするための準備を行う。ここで実施さ

16 TIPS は、Tobacco Information and Prevention Source (TIPS) の略で、ここでは、喫煙中止対策に対する諸方策を指している。詳細は、National Center For Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), US Department of Health and Human Services: <http://www.cdc.gov/tobacco/> 参照。

れている薬物乱用者処遇プログラムは、前記表12で紹介したものであり、あへん系・非あへん系を区別せず、希望者に対して行われている。

(イ) 処遇

教科コースは、小学校レベルから大学準備段階まで5種類のコースを持っている。収容者の年齢構成比は、16～18歳が8%，18～20歳及び21～29歳がともに41%，30歳以上が10%となっている。

日課は、5：30起床、22：00就寝で、午前中3時間30分の学科等授業のあと、午後は1時間30分の学科等授業に続いて、特別活動やワークショップ参加を行う。夕食後も2時間の授業があり、自由時間は、寮に戻ってから就寝前の1時間30分だけである。また、National Youth Achievement Award (NYAA) と呼ばれるプログラムの下、施設外での社会奉仕活動等にも従事する。

収容者は、普通の学校と同様に、クラス委員を決め、自主的な活動を行う。1人の収容者が他の収容者を助けることは、本人の関与と責任感を高める上で重要であるとして奨励されている。前記5コースの合格修了率は、80～100%といずれも良好で、この結果を学校創設以来維持している。

薬物対象者については、あへん系、非あへん系にかかわらず、個別カウンセリング、グループ討議（外部ボランティアと当施設教師の共同で、人生の意義等について考えるセッションを行う等）に加え、乱用者処遇プログラムが用意されている。

ワークショップの中では、電気工学コース（2年）が、教科内容及び施設を含めてレベルが高い。また、コンピュータ・コースについては、一般技能修得以外に、デザイン科、作曲科が併設されていて、外部からの注文もこなすなど、単なる技能修得を超えた創造性の開拓に努めている。機関誌、所内報、パンフレット類はすべて収容者の手になるもので、水準は高く、所内LANを使用した、イントラネットも構築されている。ウェブ・ページ・デザインの技術は、社会に戻ってから求人の機会が多いことから、イントラネット上のサイトで腕を磨くことで、釈放後の就職につなげることを目指している。

2 社会内処遇

(1) 概説

薬物乱用者に対する社会内処遇には、大別して、①当初から社会内処遇の対象とする場合と②薬物乱用者処遇専門施設ないし矯正施設釈放後に社会内処遇の対象とする場合がある。表13は、これらの処遇体系の要旨をまとめたものである。シンガポールでは、薬物乱用者処遇は、あへん系、非あへん系を問わず、施設内処遇が基本的選択肢とされていることから、釈放後、円滑に社会内処遇へ移行させるため、矯正局所管のプログラムが複数用意されている。

表13 薬物乱用者に対する社会内処遇

対象者	あへん系薬物乱用者（乱用2回目まで） トルエンを含む中毒性物質乱用者	あへん系薬物乱用者（乱用3回目以上） 非あへん系薬物乱用者（初犯からすべて）
① 社会内処遇	強制的処遇の一種として（表11参照）	プロベーション
② 施設内処遇	強制的処遇の一種として薬物乱用者更生センター又は認可センターに収容して処遇	刑罰（拘禁刑） 刑務所内での薬物乱用者処遇プログラム（前記表12）へ任意参加
③ ②からの釈放後の社会内処遇プログラム（右欄のプログラム番号は、次述の説明番号に対応）	収容延長しないことによる釈放（すべて内務省矯正局が実施） ②(b) 就労のための釈放通勤釈放制度 ③(a) 在宅プログラム（Residential Scheme）－6月 ③(b) 更生保護施設プログラム（Halfway House Scheme）－6月 ③(c) 更生保護施設又は在宅プログラムと薬物療法の組合せプログラム（Halfway House Scheme & Residential Scheme with Administration of Naltrexone）－12月	刑期満了前の早期釈放 （①～③は内務省矯正局が実施し、その期間は、残刑期満了まで。） ① 在宅拘禁制度（Home Detention Scheme） ②(a) 就労のための釈放（ワーク・リリース）制度（Work Release Scheme）－表10参照 ③(a) 更生保護施設プログラム（Halfway House Scheme） ④ 長期刑受刑者更生保護施設更生プログラム（Long Term Imprsonment Halfway House Scheme）
④ 釈放後の社会内処遇（指導監督）	中央麻薬統制局職員による、薬物の種類に応じた期間の指導監督（12月～2年、表11参照。あへん系に関しては、更に2年以内の期間延長できる。） ①から③のプログラムの対象となっている場合、中央麻薬統制局職員による指導監督と併せて、右欄記載の①から③と同じ内容の指導監督が行われる。	内務省矯正局職員による指導監督 ①の場合、電子監視が併用され、矯正局と契約した法定の警備会社 ¹⁷ による監視が行われる。 ②の場合、表10掲載のLLC職員（矯正局職員）による指導監督が行われる。 ③(a)の場合、更生保護施設職員の指導監督に加えて、LLC職員が定期的指導を行う。 ④の場合、更生保護施設職員の指導監督に加え、矯正局職員が定期的に指導する。
⑤ ④の期間中の遵守事項違反	遵守事項違反それ自体が犯罪を構成し、罰金又は拘禁刑若しくはその併科の対象となる。遵守事項違反の内容が、薬物再使用である場合、法律の要件に従った行政処分又は刑罰の対象となる。	
⑥ ④の期間中の援助	SCORE, SANA, 福祉機関等による就労、生活等支援。医療機関等によるカウンセリングサービス受給。	

(2) 中央麻薬統制局職員による指導監督期間中の遵守事項

一般遵守事項は、中央麻薬統制局長の書面をもって、一部を免除することができる。これら一般遵守事項に加えて、指導官（supervision officer）は、特別遵守事項を課することができる（規則15条4項、5項）。

遵守事項違反は、それ自体が犯罪を構成し、次の区分に従った処罰の対象とされる。

(ア) 一般遵守事項①又は⑥違反、特別遵守事項①～④又は⑦違反（規則15条6項(a)）

17 契約会社は、Commercial and Industrial Security Corporation（CISCO）で、電子監視のための内務所傘下の法定部の一つである。

10,000ドル以下の罰金若しくは4年以下の拘禁刑又はその併科

- (イ) 一般遵守事項②～⑤、⑦又は⑩違反、特別遵守事項⑤又は⑥、⑧～⑩違反（規則15条6項(b)）
1,000ドル以下の罰金若しくは6月以下の拘禁刑又はその併科

- (ウ) 一般遵守事項①、⑥、⑧、⑨違反、特別遵守事項①～③違反（規則15条7項）

必要と認める場合、中央麻薬統制局長は、中央麻薬統制局係官による指導監督期間を2年以内の期間延長することができる。

ア 一般遵守事項（規則15条3項）

- ① 指導官によって指示された時間と場所において、指導官に報告すること。
- ② 指導官が、自己の住居又は指定された場所を訪問することに応じること。
- ③ 転居した際は、指導官に直ちに知らせること。
- ④ 指導官の許可なく国外に出ないこと。
- ⑤ 転職した際は、指導官に直ちに知らせること。
- ⑥ 指導官に指示された時間と場所に出頭し、尿検査のための尿検体を提出すること。
- ⑦ 指導官が指定した場所に行かず、かつ、薬物乱用法又は薬物乱用規則により指導監督下にある者と交際しないこと。
- ⑧ いかなる種類の統制薬物も所持しないこと。
- ⑨ いかなる種類の統制薬物も喫煙、飲用又は使用しないこと。
- ⑩ 指導官の指示に従い、2枚のパスポートサイズ写真を提出すること。

イ 特別遵守事項（規則15条3項）

- ① 指導官によって指示された時間と場所において、カウンセリングを受けること。
- ② 指導官によって指示された時間と場所において、治療（medication）を受けること。
- ③ 指導官によって指示された時間、住所又は指定された場所に留まること（外出禁止）。
- ④ 指導官によって指示された電子監視装置を常時着用すること。
- ⑤ 指導官によって委任された者が、いつでも、電子監視装置の設置、監査、維持、修理及び回収のため、自己の住居又は指定された場所に立ち入ることに応じること。
- ⑥ 自己の住居又は指定された場所に設置した電話回線を、電子監視装置の適正な運用を妨げない状態に置くこと（転送禁止、ワイヤレス応答禁止等、多様な技術的禁止事項が列挙されているが詳細は省略する。）。
- ⑦ 電子監視の送信装置又は監視装置の作動を阻害するような行為をしないこと（⑥と同様の観点からの技術的禁止事項列挙）。
- ⑧ 電子監視の送信装置又は監視装置の作動不良、破損、紛失に際して、指導官に届け出ること。
- ⑨ 電子監視装置を設置したセンターから、電子監視のための電話があった際は、直ちに応答すること。
- ⑩ その他、指導官の指定する遵守事項に従うこと。

(3) 各プログラムの概要

ア 在宅拘禁制度（Home Detention Scheme）

電子監視又は指定された報告センターへの報告義務を伴う集中的指導監督・援助プログラムである。

イー(ア) 就労のための釈放（ワーク・リリース）制度（Work Release Scheme）

矯正施設内環境から自由な社会内環境に段階的に移行させるためのプログラムで、ワーク・リリー

ス・キャンプ又は更生保護施設に移された後、そこから通勤する形態をとる。成績良好な場合、そのままプログラム（刑の執行）が終了する。

イー(イ) 就労のための通勤釈放制度

(a)と類似の制度であるが、相違点は2点あり、対象者が、受刑者ではなく薬物乱用者更生センター収容者であること、(a)のように、別の施設へ移動するわけではなく、更生センターから直接外部通勤する制度であること、である。この通勤期間中は、次の遵守事項を遵守することを要する。

①当番職員の許可なくセンターを離れないこと、②正当な理由なく仕事を休まないこと、③当日の仕事終了後直ちにセンターへ戻り、当番職員に報告すること、④センターへ戻った際、当番職員の求めに応じて尿検体を提出すること、⑤いかなる薬物も使用せず、かつ所持しないこと、⑥重大な非行（misconduct）又は反抗行為（insubordination）をしないこと。遵守事項違反は、施設再収容の原因となるだけでなく、遵守事項違反自体が新たな犯罪を構成する（5,000ドル以下の罰金若しくは3年以下の拘禁刑又はその併科〔規則12条5項〕。注14参照。）。

ウ 社会内処遇プログラム（Community-based Rehabilitation Scheme, CBR）

(ア) 更生保護施設プログラム（Halfway House Scheme）

更生を真剣に決意したあへん系薬物乱用者で、家族から支援が得られない、家族がいない、又は居住環境が更生に適切でない場合に、更生保護施設に収容して社会内処遇に移行するとともに、薬物乱用者更生プログラムを受けさせる制度である。対象者は、昼間就労のため外出し、夜間は、施設内にとどまることを求められる（curfew hours）。

1995年4月、矯正局は、薬物乱用者更生センター（DRC）から釈放されたあへん系薬物乱用者で前記の要件に該当する者の更生を援助し、アフターケアを行うため、このプログラムを創設した。更生保護施設内では、食事と宿所の供与という基本的サポートに加えて、カウンセリング、職業補導（work therapy）、道徳・宗教的支援などが提供される。このプログラムの対象となっている12の更生保護施設で、2002年11月末現在342名の乱用者が処遇を受けている（SCORE, 2002, p.21）。

●「薬物フリー・達成可能な使命（Drug Free: Mission Possible）」証明書の授与

この更生保護施設プログラムの対象となった元薬物乱用者で、施設退所後、3年間薬物不使用（薬物フリー）を達成できた者に対する顕彰制度である。原題の「Mission Possible」は、有名なTVスパイ映画シリーズ（後に映画化）の標題Mission Impossible（不可能なる使命）をもじったものである。2002年10月に実施された式典は、SCOREとNCADA共催の下、1993年の「シンガポールにおける薬物状況を改善するための委員会」を率いたHo Peng Kee上級副大臣（法律及び内務担当）も列席し、204名の元更生保護施設居住者に対して、証明書が授与された（SCORE, ibid）。

(イ) 在宅プログラム（Residential Scheme）

非あへん系収容者用の在宅拘禁制度と基本構造は同じであるが、この制度の対象者には、薬物乱用者及びその家族用のカウンセリング・セッション等が提供される。

この期間中の対象者には、次の遵守事項が課される（規則13条）。①指定された場所と時間、当該のところにとどまること、②電子監視装置を常時身に付けること、③電子監視装置の設置、監査、維持、修理及び回収のため、自己の住居又は指定された場所に、いつでも、センター職員が立ち入るのを認めること、④自己の住居又は指定された場所に設置した電話回線を、電子監視装置の適正な運用を妨げない状態に置くこと（転送禁止、ワイヤレス応答禁止等、多様な技術的禁

止事項が列举されているが、詳細は省略する。), ⑤電子監視の送信装置又は監視装置の作動を阻害するような行為をしないこと(④と同様の観点からの技術的禁止事項列举), ⑥電子監視の送信装置又は監視装置の作動不良, 破損, 紛失に際して, センター職員に届け出ること, ⑦センターから, 電子監視のための電話があった際は, 直ちに応答すること, ⑧その他, センター職員(所長自身又は所長から権限委任された職員)の指定する遵守事項に従うこと。

遵守事項違反は, センター再収容の理由となり, かつ, 処罰の対象となる。

(ウ) 更生保護施設又は在宅プログラムと薬物療法の組合せプログラム (Halfway House Scheme & Residential Scheme with Administration of Naltrexone)

Naltrexone は, ヘロイン依存者が日に2回服用して, ヘロインを使用したい気持ちを抑える薬であり, メサドンのような代替麻薬ではない。断酒薬に似た作用を有している。シンガポールでは, 薬物乱用者の社会内処遇段階において, 薬物を使用するという生活習慣を完全に放棄させることを目的とした処遇に重点を置いているために導入されたプログラムである。

エ 長期刑受刑者更生保護施設更生プログラム (Long Term Imprisonment Halfway House Scheme)

1998年7月から導入された, 前記のあへん系薬物乱用の再犯者を主たる対象とする加重処罰制度により, 長期刑の対象となった者(最高13年の拘禁刑)に対して, 長期間の拘禁に伴う弊害を緩和して, 円滑な社会内処遇への移行を図るため, 2001年から導入されたプログラムである。このプログラム対象者には, 釈放に先立ち, 施設内で薬物乱用プログラム (Substance Abuse Programme) を実施し, 向社会的 (pro-social) になるための行動の自己統制を身に付けさせる。この乱用プログラム完了後, 対象者は, 更生保護施設を居住地として釈放され, それに続いて, 各種関係機関から提供されるアフターケア・ケースマネジメント・プログラムによって更生と社会への再統合に必要な支援を受ける。

(4) 更生保護施設での薬物乱用者に対する社会内処遇

ここでは, シンガポールの薬物乱用者の社会内処遇に重要な役割を果たしている, 更生保護施設での社会内処遇について述べる。前記のように, 矯正局更生保護施設プログラムの対象となっている12施設に関しては, 毎年詳細な評価報告書(前出本章注12参照)が作成されており, その中で, 2002年の評価において第1位のヘルピング・ハンドと第4位のパタピスという代表的な更生保護施設に関して, その処遇内容を紹介する。

ア ヘルピング・ハンド更生保護施設 (The Helping Hand)

(ア) 概要

この施設は, 1987年設立のクリスチャン系の薬物乱用者専門の更生保護施設であり, 正職員は30名, 全員男性で, かつ全員元乱用者 (recovering addict) である。施設定員は, 120名で, 年間の入出所は, 約200名である。16年間の歴史を通じて, 約2,000名の者がこの施設に滞在した。

(イ) 処遇

乱用者更生プログラムは, 四つのモジュールから構成されており, 期間は1年間である。具体的には, 薬物乱用者が, 矯正施設に収容中, 3~6か月をかけて準備をする。釈放後, ヘルピング・ハンドにおいて6か月をかけて下記のプログラムを受ける過程で, ヘルピング・ハンド退所後の生活及び継続的な更生(社会への再統合の準備)を行う。

モジュールは, ①精神・宗教療法 (Spiritual Therapy), ②職業補導 (Work Therapy), ③運動療法 (Physical Therapy), ④社会療法 (Social Therapy) である。

表14 ヘルピング・ハンドの処遇スケジュール

入所後の時期	処 遇 等 内 容
1 か月目	精神・宗教療法，カウンセリング（いずれも在所中最後まで続く）
2 か月目	内省
3 か月目	職業補導開始
4 か月目	職業補導＋運動療法開始。フォローアップ（又はモニタリング）・ネットワークの構築開始。各人ごとのこのネットワーク構築を通じて，ヘルピング・ハンド退所後の指導，援助，元気づけ，包括的な援助的関係の構築を図る。職員は，この時期に，在所者の更生の状況を把握・評価し，必要に応じて，アフターケア・カウンセリングやフォローアップ期間の延長を図る。
5 か月目	職業補導＋運動療法（特に，通常の社会生活に耐えられるよう屋外運動やゲームを充実させ，それによって，薬物に触まれた体を健康な状態に戻すよう努力させる。また，健康的な生活サイクルを身につけさせる。）
6 か月目	職業補導＋運動療法＋社会療法開始。薬物乱用者は，それまでのすさんだ生活歴のため，家族，親戚，友人との人間関係に不全を来している場合が多いため，乱用者の再社会化を図る。具体的には，社会的・対人関係技能を再学習させ，ヘルピング・ハンド退所後の援助的な環境構築を図る。この時期に，ケア・グループや支援グループに在所者をつなげてゆく。また，4 か月目から構築を開始したフォローアップ・ネットワークとこれらグループの結合を図る。さらに，回復した薬物乱用者として，ヘルピング・ハンドのスタッフとなる道も開かれている（薬物依存・乱用から回復して，他の依存者に援助の手を差し伸べられるようになるのは，更生の最高段階でもある。）。

②の職業補導は，いわば，古い家具を修復することから始める。それは，自分自身の薬物漬けの生活を振り返って，一から出直すことを意味している。ボロボロの古い家具が自分自身であり，それを自分自身の手で再生することが，立ち直りの過程であることを身をもって体験するのである。その後，印刷，自動車整備，家具輸入・製造・販売，絵画・額縁制作，広告ポスター制作等

表15 ヘルピング・ハンドの日課

時間 \ 日	月～金曜		土曜		祝祭日
7：00- 7：45am	瞑想	7：00- 7：45	瞑想	7：00- 7：45	瞑想
7：45- 8：00	朝食	7：45- 8：00	朝食	7：45- 8：00	朝食
8：00- 8：15	清掃	8：00- 8：15	清掃	8：00- 8：15	清掃
8：30- 9：30	礼拝	8：30- 9：30	礼拝	8：30- 9：30	礼拝
9：30-12：00pm	職業補導（施設内・外）	9：30-12：00	職業補導（施設内・外）	12：00	昼食
12：00- 1：00	昼食	12：00- 6：00	昼食・休憩・余暇	6：00	夕食
1：00- 4：30	職業補導（施設内・外）	6：00- 7：30	夕食・休憩	10：30	消灯
4：30- 6：00	余暇・ゲーム	7：30- 9：30	祈りの集会		
6：00- 8：00	夕食・休憩	10：30	消灯		
8：00- 9：00	瞑想，ケア・グループ， 夜間活動				
10：30	消灯				

注 日曜は，教会活動及び帰宅（home leave）。帰宅は，在所者が良好な成績（good performance）を維持していると職員が評価した場合に，許可される。

各種の仕事に就く。

ヘルピング・ハンド運営の特徴の一つは、多様な事業によって収益を上げて、それを活動経費としていることである。1か月の運営費は、約420万円(60,000シンガポールドル)で、そのかなりの部分が収益事業で賄われている。④の社会療法は、公園・道路の清掃活動などの公共奉仕活動や様々なレクリエーション活動から構成されている。

(ウ) アフターケア

また、以上とは別に、刑務所釈放後の乱用者に対するアフターケア・プログラムによるサポートがある。薬物の再使用防止には、アフターケアの充実が極めて重要なことから、ヘルピング・ハンド更生保護施設の向かいに、新しくアフターケア専用の施設を用意し、合計で6～12か月の期間のサポートを提供している。その一環として、2か月に1回、元在所者を含めた同窓会を行い、現在の生活状況の確認と薬物再使用を避けるための支援が行われている。

(エ) 海外での活動

さらに、ヘルピング・ハンドは、フィリピン、インドネシア、ベトナムに同様の施設を作り、薬物乱用者の更生に貢献している。

(オ) 実績

2001年コホート(49名)についての、退所後1年間の薬物再使用率(relapse rate)は4.08%と、薬物乱用者処遇を行っている12更生保護施設の中で最も良好な値を示している。対象者の処遇プログラム完了率は、95.5%である。これらに、プログラム、職員、アフターケア・サービスの3点の質に関する評価を加えた総合評価において、ヘルピング・ハンドは、2001年に続いて、2002年も87.52と高いポイントを維持して、12更生保護施設中首位を維持した(前記 SCORE 評価報告書)。なお、任意参加者を除き、矯正局更生保護施設プログラムの対象となっている者は、前記の遵守事項を遵守することを要するので、その違反は新たな犯罪として処罰される。

イ パタピス更生保護施設(Pertapis Halfway House)

(ア) 概要

これは、1989年に設立され、1991年から現在の場所で事業を開始した、イスラム教系の薬物乱用者専門の更生保護施設である。なお、この法人の事業内容としては、この男性用薬物乱用者専門の更生保護施設のほか、高齢者、女性と子供、児童のための収容保護施設、児童のための教育施設をそれぞれ運営している。

定員は200名で、施設は、小学校の元校舎を国から借りて使用している。職員は21名(clinical staffが18名、support staffが3名)で、85%が元乱用者である。

(イ) 処遇

プログラムは、アメリカ合衆国ニューヨークに本拠を置く、デイトップ・インターナショナル(Daytop International)の治療共同体(Therapeutic Community, TC)モデルに忠実に準拠した内容となっている。デイトップには、毎年1～2名の職員を継続的に送って、9か月の研修を受けさせている。

提供されるサービスは、カウンセリング、家族サポート・グループ、集団療法(group therapy)、薬物再使用予防訓練(relapse prevention training)、生活技能訓練、12ステップ、就労前訓練、社会的余暇活動、社会奉仕活動、教養教育(識字クラスなど)、アフターケア、在施設者の家族を招いたセミナーなどである。

在所者は、在所期間に応じて、若者メンバー(younger member、1～3か月目)、中堅メンバー

(middle member, 4～7か月目), 年長メンバー (older member, 8か月以上) に分けられ, 施設内・外での行動自由度にかなりの違いがある (例: 面会に関して, 若者メンバーでは, 月2回家族が施設訪問することが許されるだけであるが, 年長メンバーでは, 施設内面会回数及び外出回数ともに制限がない。)。処遇段階は, 時系列的に, ①入所段階 (1～3か月目), ②フェーズ A, ③と④フェーズ B 及び C (コアの処遇段階), ⑤フェーズ D (社会への再統合段階 [Re entry phase A]), 各フェーズは, おおむね1か月ずつで, 合計4か月間。4から7か月目の中堅メンバーの時期に相当する。), ⑥最終の出所前段階 ([Re entry phase B]), ⑦アフターケア段階の7つに区分され, それぞれの時期に対応した処遇やサービスが提供される。

日課は, 下記の対象者のタイプによって異なるが, 祈りないし宗教的活動と作業実施 (job function) が主要な部分を占めており, 夜間外出禁止は, すべての在所者に適用される。作業は, 清掃, 炊事等がすべての在所者に割り当てられ, 施設内の事項は, 原則としてすべて在所者の作業によって賄われている。施設内の行動等に関しては, 詳細な規則 (Entry Rules and Regulations) があり, 個人の私物の種類, 量, 所持金等も厳しく規制されている。

入所すると, 施設職員により, 非常に詳細なケース記録 (56ページの記録フォーマットに順次記載。) が在所者ごとに作成され, 回復の状況を客観的に知る手掛かりとなるとともに, 矯正局への報告のベースにもなっている。

対象者のタイプとしては, 下記の者が主要な対象となっている。①～④の者については, 一日1人当たり約1,400円 (20シンガポールドル) の委託費が政府から支給される。

- ① 薬物乱用者更生センターから釈放されて社会内処遇プログラム対象となった者 (これらの者は, 釈放と同時に中央麻薬統制局による2年間の指導監督下に置かれる。)
- ② 薬物乱用により長期刑に処せられた者 (LT1及びLT2) で, 早期釈放となった者 (残刑期6か月を更生保護施設で過ごす。前記のようにシンガポールには, パロール制度はなく, 早期釈放により, 残刑期を社会内で過ごすための各種のプログラムが整備されている。)
- ③ ワーク・リリース・プログラム (Work Release Program) の対象となった者
- ④ 前記 SANA によるアフターケア・プログラムの対象となっている者
- ⑤ 自主的に TC プログラム参加を希望した者 (純粋な任意参加)

(ウ) アフターケア

退所後2か月に1回, 元在所者の集会を行う。そして, 施設を出た後, 更に2年間, 薬物不使用 (クリーン) を保っていた者は, 更生プログラム「卒業」と認定されて, パタピスで開催される年1回の卒業式典に招待され, 卒業証書を授与される。

(エ) 実績

施設創設以来, これまで, 約1,200名が対象となり, 約85%の者が, TC プログラムを成功裡に修了して施設を発っていった。矯正局更生保護施設プログラムの対象となっている者は, 前記の遵守事項を遵守することを要するので, 15%の脱落者は, 任意参加者を除き, 遵守事項違反として処罰の対象となった。

2001年コホート (224名) についての, 退所後1年間の薬物再使用率 (relapse rate) は, 13.45%と薬物乱用者処遇を行っている12更生保護施設の中では, 8番目の値を示している。処遇プログラム完了率は, 100%である。これらに, プログラム, 職員, アフターケア・サービスの3点の質に関する評価を加えた総合評価において, パタピスは, 2002年, 83.35ポイントを獲得して, 12更生保護施設中第4位となった (前記 SCORE 評価報告書)。

(5) 任意治療希望者に対する継続的処遇の提供 (CAMP, 精神病院による薬物乱用者更生パイロット・プロジェクト)

ア 概要と特徴

このプロジェクトは、精神保健研究所 (Institute of Mental Health [IMH])¹⁸のウィンスロー博士 (Dr. R Munidasa Winslow) 率いるグループが、Community Action Management Programme (CAMP) の名称で、保健省から5年間の予定で資金供与を受けて行っている薬物乱用者に対する統合的なサポートを提供するためのパイロット・プロジェクトである。

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

このプロジェクトの特徴は、①多剤乱用者 (poly-substantial abusers) に対応していること及び②対象者の多様なニーズに対応できる次のような統合的サービスを提供していることである。これまで紹介してきたように、従来のシンガポールの薬物乱用者処遇体系は、徹底したあへん系薬物シフトが採られてきたが、CAMP は、覚せい剤、大麻、ケタミン等多様な薬物乱用に対応することができる点で、ATS 系薬物乱用の急増とその対策が求められているシンガポールの状況に適合したプロジェクトであると考えられる。

イ 活動等

このプロジェクトによるサービスは、収容処遇から社会内処遇まで、公的機関、NGO 等との緊密な連携の下で提供する、①薬物使用と使用薬物の種類に関する評価 (assessment)、②社会的・精神的機能(不全)に関する評価、③合併障害 (dual disorder) の治療(薬物摂取関連障害と統合失調症や境界型人格障害の併存など)、④依存症に対する解毒、⑤解毒以外の医学的治療、⑥カウンセリング、⑦家族に対する働き掛け (family intervention, 家族へのカウンセリング及び家族を含めたりカバリー・グループ (Nar-Anon [Narcotics Anonymous Family Group]) のサポートを含む。)、⑧元乱用者がサポートする自助グループ参加への支援(薬物乱用習慣からの離脱)、⑨各種アフターケア・プログラムである。

これらのサービスの提供は、対象者が必要とするケアの内容と程度に応じて、その組合せが決定される。例えば、最も深刻なケースの場合は、入院処遇コースが、社会内での集中的な処遇が必要な場合は週5日、8週間の期間プロジェクトに通う「橋 (bridge)」と呼ばれるコースが、それぞれ選択される。

特色のあるプログラムの例としては、まず、女性の薬物乱用者に焦点を絞ったものがある。これは、薬物依存者に対する偏見と女性の社会的地位の低さから、一般男性の依存症者の比べて、発見が遅れがちで、かつ、継続的な処遇・サポートが難しいというニーズに応えることを目的としている。次に、薬物依存問題とドメスティック・バイオレンスの問題を特に扱うプログラムがある。これは、薬物依存と妻・家族に対するドメスティック・バイオレンスが一体となって現れる例が少な

18 精神保健研究所 (Institute of Mental Health [IMH]) は、かつて、ウッド・ブリッジ病院 (Woodbridge Hospital) と呼ばれた国立の大規模で、設備の整った精神病院である。入院定員500名。

くないことから、依存症治療と併せて、付随する問題の解決を試みるものである。

また、CAMPは、①関係機関・団体との連携を強化すること、②最新の薬物依存症治療や関連する調査研究に関する情報交換を行うことを目的として、シンガポールで2004年5月30日～6月3日に第1回アジア・太平洋依存症関係機関会議を開催した。

ウィンスロー博士によると、1993年に同博士が精神保健研究所で薬物乱用者処遇を始めた際は、大半が途中で死亡したが、現在は、乱用者の早期発見・早期処遇に努めた結果、死亡率は低下傾向にある(それまでの治療対象は、アルコール依存のみ)。同博士の調査によると、家族及び仕事がある者の場合、60%～70%が1年後に社会復帰するが、それらを欠く場合の社会復帰率は10%～15%と極端に低い。これらのことから、薬物乱用者処遇においては、家族の関与と安定就労の確保が重要なことが分かる。

ウ 課題

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

(6) 薬物乱用予防とアフターケア：シンガポール薬物乱用防止協会 (Singapore Anti-Narcotics Association [SANA])

ア 概要

シンガポール薬物乱用防止協会は、シンガポールをドラッグ・フリー社会にすることを目指し、全国ソーシャル・サービス委員会の会員として1972年8月19日に設立された団体である。ネイサン(Nathan)シンガポール大統領も後援者に名を連ねるなど、薬物対策NGOとしては伝統と実績を誇っている。2002年設立30周年の行事が盛大に行われ、その席上活動に貢献した多くのボランティアが表彰された。

イ 活動

活動の柱は、次の4本である。活動は、すべてボランティアと社会資源を活用して行われており、2002年末現在活動中のボランティアは、903人となっている。これらのボランティアに対する各種の研修も実施されている。

① アフターケア

アフターケアは、前記の薬物乱用者更生センター釈放者や病院、その他の矯正施設から退所した者に対して、ボランティア・アフターケア担当者(Volunteer Aftercare Officer, VOA)を中心として行われている。女性乱用者専門のプログラム、薬物の種類に応じたプログラム、DRC釈放者用のプログラム、NA参加プログラムなど10のプログラムが現在実施されており、SANA創設以来、約30,000名がこれらのサービスを受けた。

② 薬物乱用予防活動

- ・PALプログラム
- ・近隣薬物乱用防止プログラム(Neighbourhood Scheme)
- ・反薬物及び吸入乱用バッジ着用推進キャンペーン(Anti-Drug and Inhalant Abuse Badge)

Scheme)

・直接的な社会的介入プログラム (Direct Social Intervention)

この中でSANA が力を入れているのは、1998年に創設されたPAL プログラムである。これは、不登校ないし欠席がちで、薬物乱用の危険性がある (at risk) 児童に対して、早期介入をすることにより、薬物使用を未然に防止すること、ないし使用していた場合でも早期に回復させることを目的としたプログラムである。内容は、ボランティア指導担当者 (Volunteer Guidance Officer) が、各児童に1対1で付き添って、復学を含む勉強から就職までをケアするもので、多様なサポート活動が含まれている。2002年には、1,429人の児童がこのプログラムの対象となり、前年比31.9%の大幅増となっており、プログラムを完了した者の比率も41.2%と前年より約8ポイント向上した。

③ 24時間電話相談 (薬物ヘルプライン)

2002年は、954件の相談が寄せられ、約3分の1が家族からのものであった。言語別では、薬物乱用人口に比例して、マレー・英語ホットライン利用者が809件と圧倒多数を占めている (残りは、中・英ホットライン)。24時間サービスを反映して、勤務時間外の相談が全体の約2割、深夜・早朝の相談が約5%となっている。

④ 資金調達

第7 薬物問題対応の特色と今後の課題

- ① シンガポールでは、1993年に当時の薬物状況についての危機意識から、政府が、「シンガポールにおける薬物状況を改善するための委員会」を組織し、その勧告に基づいて、処罰中心の供給削減路線と施設内での強制的処遇のみから、乱用予防及び乱用者処遇（治療）を併せて重視すること及び薬物問題に対する関係機関・団体が協力して対応することを柱とした統合的アプローチを採用するという大きな方針変更がなされた。その結果は、近時の大幅なヘロイン乱用者の減少となって現れている。

シンガポールの薬物対策の政策・実務を包括的に実地に調査する機会を得て感じたことは、統合的アプローチが実際に機能しており、本報告で紹介した機関・団体が体系的・有機的に連携し、一丸となって薬物対策に取り組み、相応の成果を挙げていることが確認されたことである。

日本でも、内閣府の中に、省庁横断的な薬物対策本部があるものの、関係機関・団体の連携という点ではシンガポールに及ばない状態であるということを感じた。

- ② ①のような成果を挙げてはいるものの、施策の中のどの要素が効果的に作用して薬物乱用者の減少に寄与しているかなど、根拠に基づく実務（Evidence Based Practice, EBP）を具体化するための実証研究は不足している感がある。カナダやオーストラリアから、最新の科学的手法を導入している割には、この点についての認識が薄いとの感じを受けた。調査者とEBPについて話した結果、その重要性和必要性を理解していたのは、精神保健研究所の医師たちだけであると感じた。今後、この点の研究が進めば、施策の一層の充実につながることが期待される。
- ③ 従来、徹底したあへん系薬物対策シフトが採られてきたが、近時のATS系薬物の急増は深刻な問題である。現行の体制では、ATS系など非あへん系薬物乱用者は、原則として、単に刑務所に拘禁されるだけで、薬物処遇プログラムへの参加は、各人の自由意思に任されており、かつATS系乱用者の特徴に対応するための特別の処遇プログラムも存在しない。その結果、あへん系薬物乱用者に対する各種施策の隙間を突いて、非あへん系薬物乱用者が急増しているといえる。それゆえ、今後、非あへん系薬物乱用者に対する統合的な処遇プログラムの開発・導入、及びそれらの者に対する強制的処遇制度の創設が急務であろう。その点で、すべてのタイプの薬物をカバーし、解毒から処遇、アフターケアまでを統合的にプログラムの中に含めているCAMPの今後の展開が注目される場所である。

<参考文献>

Central Narcotics Bureau (CNB), 2003, "Annual Bulletin 2002, One Step Ahead."

Central Narcotics Bureau (CNB), "Drugs and You."

Central Narcotics Bureau (CNB), "What Some Fun, Drugs wanna try?"

Central Narcotics Bureau (CNB), 2001, 2002, 2003, 2004, "Singapore Drug Situation."

Lohman Yew, 1989, "Drug Control in Singapore—An Overview" in *Drug Control in Asia*, UNAFEI, pp. 117-127.

National Council Against Drug Abuse (NCADA) and Ministry of Home Affairs, 1998, "Towards a Drug-Free Singapore, Strategies, Policies and Programmes Against Drugs."

Ministry of Home Affairs, 2003, "Bearing the Touch of Safety & Security"

Pertapis Halfway House, "I am here because."

Pertapis Halfway House, "Case Documentation."

Singapore Cooperation of Rehabilitative Enterprises (SCORE), 2003, “Annual Report 2002.”

Singapore Anti-Narcotics Association (SANA), 2003, “Annual Report 2002.”

Singapore Anti-Narcotics Association (SANA), 2002, “SANA’s 30th Anniversary Dinner 2002.”

Singapore Prison Service, 2003, “Prisons Annual 2002—Captains of lives realising our shared vision.”

Singapore Prison Service, information brochure, “Community-Based Programmes.”

Singapore Prison Service, information brochure, “Rehabilitation Programmes.”

Singapore Prison Service, information brochure, “Rehabilitation Process.”

The Helping Hand, 2003, “Man Alive.”

The 23rd Asian Pacific Conference of Correctional Administrators, “Correctional Statistics for Asia and the Pacific 2003” in *Draft Conference Report*, Appendix B.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2004, “Amphetamine-type Stimulants in East Asia and the Pacific, Analysis of 2003 Regional ATS Questionnaire,” AD/RAS/01/F97.

<有用ウェブ・サイト一覧>

シンガポールの政府及び関連機関のウェブアドレスを集めたポータルサイト <http://www.cutredtape.gov.sg/>

CARE (The Community Action for the Rehabilitation of Ex-offenders) Network, <http://www.carenetwork.org.sg/>

Central Narcotics Bureau (CNB), <http://www.cnb.gov.sg/>

各年の薬物状況報告については、<http://www.cnb.gov.sg/report> (この項から、概ね2月～3月の発表ペーパーの中に、年次薬物状況報告の要旨が含まれている。)

Community Addictions Management Programme (CAMP), <http://www.camp.org.sg/index.cfm>

Helping Hand, <http://www.thehelpinghand.org/>

National Council Against Drug Abuse (NCADA), <http://www.drugfree.org.sg>

Pertapis Halfway House, <http://www.pertapis.org.sg/>

Singapore Statutes Online シンガポールのすべての法律は、このサイトで閲覧・コピーできる。

Attorney-General’s Chambers of Singapore のサイト <http://www.agc.gov.sg> から入って Singapore Statutes Online のボタンをクリックすると <http://statutes.agc.gov.sg/> にリダイレクトされる。直接この statutes のアドレスを入力しても、国外からはアクセスできない。

Singapore Anti-Narcotics Association (SANA), <http://www.sana.org.sg/>

Singapore Cooperation of Rehabilitative Enterprises (SCORE), <http://www.score.gov.sg>

Singapore Prison Service (SPS), <http://www.prisons.gov.sg/>

シンガポールの概要をまとめた日本の外務省及び JICA のサイト

<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/singapore/index.html>

<http://www.jica.go.jp/ninkoku/sgp/index.html>

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世紀のスコー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、タイの先住民族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	・ 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）	・ 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	・ 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	・ 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。

	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) ・ 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)	パーツ以下の罰金、又はそれらの併科。(69条 3 項) ・ 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) ・ 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)
単純所持	・ 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)	・ 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) ・ 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)
自己使用	・ 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)	
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10万パーツ以上100万パーツ以下の罰金。(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)	

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	・ 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)	・ 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)
処分、処分目的で の所持、輸出	・ 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) ・ 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)	・ 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)
輸入、輸出	・ 1 年以下の拘禁刑及び10万パーツ以下の罰 金。(72条)	
単純所持	—	・ 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)
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	・ 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)	・ 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、プロ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
・ 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)	・ 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)
・ 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)	
・ 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)	
・ 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)	・ 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)
・ 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)	・ 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)
・ 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) ・ 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)	・ 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)
・ 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)	・ 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、一國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)ータイも含めて

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ティ・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ティ・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、コミュニティ・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, その中の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い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・薬事管理局长から構成され、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ことに行う）。
- ・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無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年ほど前からは, 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は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, 今後ともタイの土壌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できていないようだが, アセスメントを確実にを行い, 利用可能な資源のレパトリ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。見学時は、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).

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

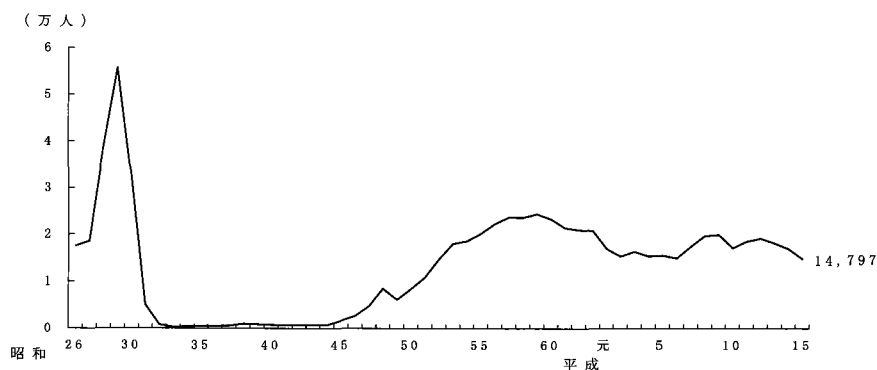
第1 日本における薬物乱用者処遇の現状

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。

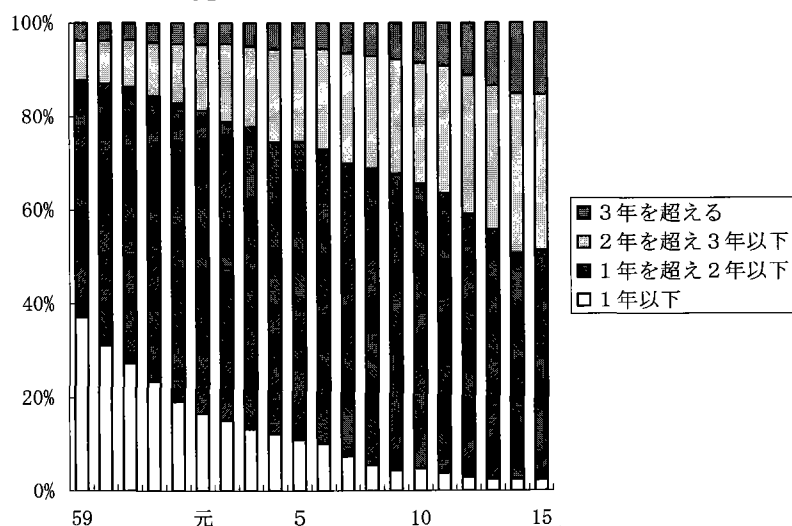
収量が増加していることが特徴である²。

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、「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年間を過ごすと、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さ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ことが必要である。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ろう。

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のようになる。

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	16：30	シャワー（入浴）
8：30	朝のミーティング	17：00	自由時間
10：00	休憩（自由時間）	18：00	夕食
10：30	作業	18：30	自由時間
12：00	昼食	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和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はなく、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).

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
