

法 務 総 合 研 究 所

研 究 部 報 告

62

薬物事犯者に関する研究

2 0 2 0

法務総合研究所

は し が き

2015年（平成27年）9月に国連サミットで採択された持続可能な開発のための2030アジェンダは、持続可能な開発目標（SDGs）として17のゴール（目標）と169のターゲットを掲げているところ、その中には、薬物乱用やアルコールの有害な摂取を含む、物質乱用の防止・治療を強化すること（ターゲット3.5）等が盛り込まれている。

我が国では、平成25年6月、刑法等の一部を改正する法律及び薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部の執行猶予に関する法律が成立し、28年6月から施行されるとともに、刑事施設における薬物依存離脱指導の受講開始人員や保護観察所における薬物再乱用防止プログラムによる処遇の開始人員が増加傾向にあるなど、薬物事犯者に対する処遇充実の必要が高まっている。

また、平成28年12月に成立し、同月施行された再犯の防止等の推進に関する法律に基づき、29年12月に閣議決定された「再犯防止推進計画」には、5つの基本方針、7つの重点課題が盛り込まれ、犯罪等の実態、効果検証・調査研究の成果等を踏まえ、社会情勢等に応じた効果的な再犯防止施策を実施する（基本方針④）ことが求められるとともに、保健医療・福祉サービスの利用の促進等に取り組むべきものとされている（重点課題②）ところ、薬物依存を有する者への支援等として、刑事司法関係機関等における効果的な指導の実施等が求められている。30年8月には、薬物乱用対策推進会議において、「第五次薬物乱用防止五か年戦略」が決定され、薬物乱用者に対する適切な治療と効果的な社会復帰支援による再乱用防止が目標の一つとして掲げられている。

法務総合研究所研究部では、昭和57年版犯罪白書や平成7年版犯罪白書において、薬物犯罪を特集として取り上げたが、それからかなりの年月が経過し、また、近年の犯罪白書等において、覚せい剤事犯者を含む再犯の動向を再三紹介するなどしてきたが、薬物事犯を正面から捉えた調査研究の実施までには至っていなかった。

そこで、本研究では、刑事施設における覚せい剤事犯受刑者に対する質問紙調査を中心として、精神医学や心理学的観点を含めた薬物事犯者の特性等を多角的に検討するとともに、併せて諸外国における薬物事犯者処遇を概観するなどし、もって、薬物事犯者に対する有効な施策を検討するための基礎資料を提供することとした。

本報告が、薬物対策の充実・強化を検討するための基礎資料の一つとなれば幸いである。

最後に、本研究の実施に際して、多大な御理解と御協力を頂いた法務省矯正局及び全国の刑事施設等関係諸機関の各位に、心より謝意を表する次第である。また、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部の皆様には、本研究を進めるに当たり、共同研究者として多大な御示唆と御教示を頂いた。厚く御礼申し上げる。

令和2年3月

法務総合研究所長 大 場 亮 太 郎

要 旨 紹 介

本研究では、薬物事犯者、とりわけ覚せい剤事犯者に焦点を当て、刑事施設入所者に対する質問紙調査を内容とする特別調査の結果を取りまとめて分析した。併せて、我が国における薬物事犯者処遇の現状や諸外国における薬物事犯者処遇の近況についても、調査を行った。

特別調査（第2章）

平成29年7月から8月（ただし女性については11月まで延長）、全国の刑事施設に新たに入所した受刑者（判決言渡日が最も新しい懲役刑の判決罪名に覚せい剤取締法違反を含む者）に対し、質問紙調査を実施し、刑事施設において把握しているその他受刑歴等についての情報と併せて分析を行った。質問内容は、違法薬物の使用経験、処方薬・市販薬の乱用経験、薬物依存重症度尺度（DAST-20）に関する事項、覚せい剤使用の引き金、医療・保健機関や民間支援団体の支援についての経験や意識、問題飲酒に関する事項、ギャンブルに関する事項、信頼感尺度に関する事項、小児期逆境体験、食行動の問題、自傷行為、自殺念慮等の心身の問題に関する事項、疾患及び感染症に関する事項、性に関する事項等である。分析の対象となった受刑者は699人（男性462人、女性237人）であった。

その結果、覚せい剤事犯者は、再入所を繰り返す者が他罪種よりも多いことがうかがえた。未成年のうちに覚せい剤の使用を開始した者が約4割おり、覚せい剤以外の薬物として有機溶剤、大麻、処方薬乱用の経験を有する者が多かった。薬物依存重症度尺度では、集中治療の対象の目安とされる「相当程度」、「重度」の者が併せて4割以上おり、治療の必要性が高いことがうかがえた。

覚せい剤使用を誘発する場面としては、「クスリ仲間と会ったとき」、「クスリ仲間から連絡がきたとき」などであり、感情等では「イライラするとき」、「気持ちが落ち込んでいるとき」、「孤独を感じる時」などが多かった。また、覚せい剤使用者が覚せい剤に求めるものには性差がある一方、デメリットとして身近な人間関係の悪化や信頼の喪失を実感していることがうかがえた。多くの覚せい剤事犯者には断薬経験、断薬努力経験があり、仕事や人間関係の安定が断薬のきっかけとなることもうかがえたが、依存重症度別では「中度」以下の者において断薬努力経験率よりも断薬経験率が高いなど、「相当程度」以上の者との間に質的な違いがあると推察された。薬物の依存重症度と飲酒の開始年齢には有意な弱い負の相関が認められ、有害なアルコール使用が疑われる問題飲酒群に相当する者も3分の1以上いた。また、半数近くの

覚せい剤事犯者がギャンブルの問題も抱えていることがうかがえた。食行動の問題や自傷行為、自殺念慮等の精神医学的問題については、女性の覚せい剤事犯者により多く認められ、また、女性の覚せい剤事犯者はDVの被害経験や小児期逆境体験等も抱えるなど、より多角的かつ慎重な介入が求められることがうかがえた。女性では薬物乱用経験がある交際相手や配偶者がいる者の割合も高かった。

他方、専門病院、保健機関、回復支援施設、自助グループについては、過去の利用経験率は1～2割程度と低く、その存在を知っていたが支援を受けたことがない者について、その理由を尋ねたところ、保健機関を除き、「支援を受けなくても自分の力でやめられると思った」の選択率が最も高かった。どのような状況であれば関係機関を利用する気持ちになるかについても、「自分の力ではやめられないと感じれば」の選択率が最も高く、治療・回復の支援・サポートを受けること自体が二次的な選択にとどまっている可能性があると考えられ、断薬を継続するためには、独りではなくサポート・ネットワークの中に身を置くことが重要であるとの考えを一層浸透させていく必要がある。

我が国における薬物事犯の動向及び薬物事犯者の処遇（第3章）

覚せい剤取締法違反の検挙人員は、毎年1万人を超える状況が続いている。大麻取締法違反の検挙人員は、平成26年以降増加している。起訴率では、覚せい剤取締法違反につき緩やかな低下傾向が見られるが、なお7割以上と高い一方、大麻取締法違反及び麻薬取締法違反では、年による変動が大きい。刑の一部執行猶予については、覚せい剤取締法違反で1年当たり千数百人に判決の言渡しがなされており、そのほとんどに保護観察が付されている。他方、覚せい剤取締法違反で全部執行猶予付判決の言渡しを受ける者は1年当たり三千数百人であるが、うち保護観察に付された者は十数%である。

覚せい剤取締法違反による入所受刑者人員は減少傾向にあるが、入所受刑者総数に占める比率はおおむね20%台で推移している。女性入所受刑者においては、30～40%台と高い。

覚せい剤取締法違反による仮釈放者の保護観察開始人員は、近年横ばいで推移し、仮釈放率は、上昇傾向にある。同法違反による保護観察付全部執行猶予者の保護観察開始人員は、減少傾向にある一方、保護観察付一部執行猶予者は増加している。

刑事施設においては、薬物依存離脱指導が、保護観察所では、薬物再乱用防止プログラムがそれぞれ実施されており、それぞれ開始人員が増加傾向にある。また、薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドラインが策定され、関係機関等が支援を効果的に実施

できるようにしている。

諸外国における薬物事犯者処遇（第4章）

諸外国における薬物乱用の状況として、世界における薬物使用経験者及び薬物使用障害者の人員や人口に占める比率、薬物の押収量、我が国及び諸外国における薬物の生涯経験率・過去1年経験率の違いなどを紹介した。諸外国における薬物事犯者処遇としては、国連薬物・犯罪事務所（UNODC）及び世界保健機関（WHO）が、基本的に有罪判決や刑罰ではなく治療等の代替手段によること（医療モデル）を提唱しており、その内容を紹介した。続いて、米国における薬物乱用防止に関する調査研究、薬物事犯者処遇等についての実地調査結果として、国立薬物乱用研究所（NIDA）の調査研究結果や、ドラッグコート、治療共同体における処遇等を紹介した。

まとめ（第5章）

特別調査の結果や処遇の現状等を取りまとめ、考察を加えた。

近年、諸外国で広がりを見せている医療モデルについても紹介したが、我が国においては、薬物の生涯経験率等が低く、刑事施設の過剰収容の問題は解消しており、被収容者が刑事施設内で薬物を使用できる環境にもないなど、諸外国とは異なる状況があることを念頭に、多面的・総合的に検討を進めるべきであることを指摘した。その流れから、薬物事犯者を、刑事司法手続に乗せつつ、薬物依存症の治療を受けさせるという、刑事司法制度に医療的アプローチを組み入れた対応が広く採用されている米国の取組を紹介し、対象者の個別状況のきめ細かな把握、社会生活の安定に向けた総合的・継続的な支援及びそのための関係機関の連携・協力体制の構築が重要であることなどは、我が国にも共通しているものと考えられるとした。その上で、我が国においては、刑の一部執行猶予制度を前提とした、刑事施設出所後の地域社会への移行等の各種取組をより充実させ、関係機関・団体の相互協力に基づく地域全体での対象者の継続的な支援を進めることが重要と思われること、本研究から得られた知見は、初犯者等、刑事司法手続の比較的初期の段階にある者にも相応に当てはまるものと思われ、執行猶予者に保護観察を積極的に付することや、対象者が治療・支援を受けられるための情報提供・動機付けを行うことなど、刑事司法手続の初期の段階から適切な指導・支援につなげるための働き掛けを充実させることの重要性等も併せて論じている。

研究部長 河 原 誉 子

凡 例

【用語・略称】

第1 用語の定義

本書における用語の定義は、特に断らない限り、次のとおりとする。

1 警察等

- (1) **「認知件数」** 警察が発生を認知した事件の数をいう。
- (2) **「検挙人員」** 警察等が検挙した事件の被疑者の数をいう。なお、特別法犯の「検挙人員」は、平成28年以前は「送致人員」（警察が送付・送致した事件の被疑者の数）をいう。

2 検察・裁判

- (1) **「起訴率」**
$$\frac{\text{起訴人員}}{\text{起訴人員} + \text{不起訴人員}} \times 100$$
の計算式で得た百分比をいう。
- (2) **「通常第一審」** 第一審裁判所において行われる通常の公判手続をいい、略式手続を含まない。

3 矯正・更生保護

- (1) **「入所受刑者」** 裁判が確定し、その執行を受けるため、新たに入所するなどした受刑者をいい、矯正統計年報における「新受刑者」に相当する。
- (2) **「初入者」** 受刑のため刑事施設に入所するのが初めての者をいう。
- (3) **「再入者」** 受刑のため刑事施設に入所するのが2度以上の者をいう。
- (4) **「仮釈放率」**
$$\frac{\text{仮釈放者}}{\text{満期釈放者} + \text{一部執行猶予の実刑部分の刑期終了者} + \text{仮釈放者}} \times 100$$
の計算式で得た百分比をいう。
- (5) **「全部（一部）執行猶予者の保護観察率」**
$$\frac{\text{保護観察付全部（一部）執行猶予言渡人員}}{\text{全部（一部）執行猶予言渡人員}} \times 100$$
の計算式で得た百分比をいう。

4 その他

- (1) **「pt」** 「ポイント」の略記。ポイントとは、比率の差をいう。
- (2) **「全部執行猶予」** 刑法25条に規定する刑の全部の執行猶予をいう。なお、本書では、平成25年法律第49号による改正前の刑法25条に規定する刑の執行猶予についても「全部執行猶予」という。
- (3) **「一部執行猶予」** 刑法27条の2及び薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部の執行猶予に関する法律（平成25年法律第50号）3条に規定する刑の一部の執行猶予をいう。
- (4) **「仮釈放」** 一部執行猶予の実刑部分についての仮釈放を含む。

第2 略称

1 特別法の略称

本研究に関連する特別法の略称は、次のとおりとする。なお、特別法に係る罪名については、図表中では、表題・脚注を除き、「違反」を省略する。

[略称]

[法令名]

毒劇法……………毒物及び劇物取締法（昭和25年法律第303号）

麻薬特例法……………国際的な協力の下に規制薬物に係る不正行為を助長する行為等の防止を図るための麻薬及び向精神薬取締法等の特例等に関する法律（平成3年法律第94号）

麻薬取締法……………麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）

2 国名の略称

国名の略称は、各統計資料における略称のほか、外務省「国名表」を参考にした。

【資料源】

第1 資料の種類

統計、図表その他の計数資料は、特に法務省の大臣官房司法法制部、矯正局及び保護局から提供を受けたもの並びに関係諸機関の調査等に基づくもののほか、以下の官庁統計によるものである。

警察庁の統計（警察庁刑事局）

検察統計年報（法務省大臣官房司法法制部）

司法統計年報（最高裁判所事務総局）

矯正統計年報（法務省大臣官房司法法制部）

保護統計年報（法務省大臣官房司法法制部）

[注]

(1) 警察庁の統計は、「平成（昭和）〇年の犯罪」をいう。

(2) 平成元年の統計資料には、昭和64年1月1日から同月7日までの数値を含む。

第2 資料の範囲

統計資料は、原則として、令和元年7月末日までに入手し得た範囲内で、平成30年分までを集録した。

【図表の表示方法】

第1 図表番号

図及び表の番号は、章、節の数字の後に一連番号を付して表示した（例えば、2-3-1表は、第2章第3節の第1表を示す。）。

第2 数字等の表示

1 表中の数字等は、次のように表示している。

- (1) 「－」 該当数が0のとき又は非該当のとき
- (2) 「0」 該当数が四捨五入して1にならないとき
- (3) 「0.0」 四捨五入して0.1にならないとき
- (4) 「…」 資料のないとき又は母数が0のときの比率

2 図中の数字は、次のように表示している。

- (1) 「0」 該当数が0のとき又は非該当のとき
- (2) 「0.0」 四捨五入して0.1にならないとき

【計数処理方法】

構成比、比率等は、それぞれ四捨五入した。したがって、構成比の和が100.0にならない場合がある。

また、各比率間の和や差を求めるときは、四捨五入する前に各数値の和や差を算出し、得

られた数値を四捨五入する方法によっており，各数値を四捨五入した上で，和や差を算出する方法によって得られる数値とは一致しないこともある。

例 12.76と7.53の差を求めるとき

「 $12.76 - 7.53$ 」で得られた「5.23」を四捨五入して「5.2」とする方法によっており，「 $12.8 - 7.5$ 」で得られる「5.3」とは一致しない。

薬物事犯者に関する研究

総括研究官	栗田知穂
研 究 官	小林美智子
研 究 官	中塩東吾
研 究 官	高野洋一
研 究 官	朝倉祐子
研 究 官	酒谷徳二
研究官補	服部真人
研究官補	佐藤正喜
研究官補	吉村美和
研究官補	坊農千秋
(前総括研究官)	小山浩紀
(前研究官)	高宮英輔
(前研究官)	竹下賀子
(前研究官)	谷 真如
(前研究官補)	山木麻由子

目 次

要旨紹介	i
第1章 はじめに	1
1 本調査研究の意義	1
2 本報告書の構成	2
第2章 特別調査	3
第1節 調査の目的	3
第2節 調査の概要	4
1 調査対象者	4
2 調査方法	4
3 調査内容	4
4 倫理的配慮	9
第3節 調査の結果（男女別による分析）	10
1 基本的属性等	10
2 覚せい剤事犯者における薬物乱用の状況	13
3 覚せい剤使用時に関する状況・断薬に関する状況	17
4 アルコール依存・ギャンブル依存との関連	26
5 精神的・身体的問題等との関連	29
6 薬物依存に対する支援・サポート	36
第4節 調査の結果（依存重症度別の分析）	51
1 覚せい剤事犯者における薬物乱用の状況	51
2 覚せい剤使用時に関する状況・断薬に関する状況	54
3 アルコール依存・ギャンブル依存との関連	65
4 小児期逆境体験との関連	66
5 薬物依存に対する支援・サポート	67
第5節 考察	87
1 覚せい剤事犯者における薬物乱用の実態	87
2 覚せい剤使用時に関する状況・断薬歴等	88

3 覚せい剤事犯者との依存との関連	90
4 覚せい剤事犯者と精神医学的問題等との関連	92
5 薬物依存に対する支援・サポート	94
引用・参考文献	100
第3章 我が国における薬物事犯の動向及び薬物事犯者の処遇	102
第1節 検挙・検察・裁判	102
1 薬物事犯の検挙人員の推移	102
2 起訴率の推移	105
3 科刑状況等	105
第2節 矯正・更生保護	107
1 矯正	107
2 更生保護	108
第3節 薬物事犯者の更生に向けた指導・支援等	110
1 矯正	110
2 更生保護	111
3 薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン	114
参考文献	117
第4章 諸外国における薬物事犯者処遇	118
第1節 諸外国における薬物乱用の状況	118
1 薬物乱用の動向	118
2 薬物の押収量	120
3 薬物の生涯経験率等	122
引用・参考文献	125
第2節 諸外国における薬物事犯者処遇	127
1 世界における薬物使用障害の状況	127
2 世界における刑務所の状況等	127
3 有罪判決又は刑罰の代替手段を導入する主な理論的根拠	128
4 薬物使用障害の治療に関する基準	129
5 刑事司法制度における薬物使用障害を持つ人々の処遇に関する基本原則	131
6 有罪判決又は刑罰の具体的な代替手段	133

引用・参考文献	137
第3節 米国における薬物乱用防止に関する調査研究	138
1 米国における薬物問題への対応の経過	138
2 NIDAにおける調査研究	139
3 その他の実態調査	144
引用・参考文献	145
第4節 米国における薬物事犯者処遇の実際	146
1 ドラッグコートにおける処遇	146
2 治療共同体における処遇	153
3 連邦刑務局による薬物乱用者処遇	159
引用・参考文献	161
第5章 まとめ	163
1 覚せい剤事犯者の特徴	163
2 薬物事犯者処遇に対する考え方	164
3 米国における薬物事犯者処遇	165
4 我が国における薬物事犯者処遇の現状	165
5 薬物事犯者処遇の一層の充実に向けて	166
参考文献	168
巻末資料 研究成果の発表	169

第1章 はじめに

1 本調査研究の意義

薬物犯罪は、使用した者の健康をむしばむのみならず、薬物乱用下における殺傷・粗暴事犯や交通事犯等の二次犯罪につながる上、暴力団や国際犯罪組織の資金源にもなるなど、社会に対する副次的な害悪も大きく、さらに、依存の問題を伴い再犯の危険が高い一方で、地域社会における治療や理解・包摂にも困難があるなど、多面的な問題を有している。

我が国においては、刑法犯認知件数が平成14年をピークに毎年連続して減少するなど、全体として犯罪が減少する中で、覚せい剤取締法違反については、その検挙人員が下げ止まりの傾向を示し、入所受刑者全体に占める割合も依然高い水準にある。また、近年、大麻取締法違反の検挙人員が若年層を中心に急増するなどしている。出所受刑者の5年以内再入率でも、覚せい剤取締法違反は、窃盗とともに総数を大きく上回る。

「はしがき」記載のとおり、平成28年6月からは刑の一部執行猶予制度が始まり、刑事施設における薬物依存離脱指導や保護観察所における薬物再乱用防止プログラム等、薬物事犯者に対する処遇の在り方に注目が集まっている。29年12月閣議決定にかかる「再犯防止推進計画」には、犯罪等の実態、効果検証・調査研究の成果等を踏まえ、社会情勢等に応じた効果的な再犯防止施策を実施することや保健医療・福祉サービスの利用の促進等に取り組むことが盛り込まれ、薬物依存を有する者への支援等として、刑事司法関係機関等における効果的な指導の実施等が求められている。同様に、30年8月薬物乱用対策推進会議決定にかかる「第五次薬物乱用防止五か年戦略」では、薬物乱用者に対する適切な治療と効果的な社会復帰支援による再乱用防止が目標の一つとして掲げられている。

そこで、本報告では、薬物事犯者に対する有効な方策を講じる上での基礎資料を提供するため、主として次の二つの観点から実施した調査研究結果を取りまとめた。

第一の観点は、薬物事犯者の諸特性について、刑事政策的な観点に加え、精神医学・心理学等の観点も含めた多角的な把握を行い対象者の特性等に応じた指導及び支援に資する基礎資料を提供するため実施した受刑者に対する質問紙調査（特別調査）の結果を報告するというものである。特別調査に当たっては、我が国における薬物事犯中最も数の多い覚せい剤取締法違反受刑者を対象とし、質問項目の内容選定や調査結果の検討・分析に際し、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センターから様々な助言・示唆を得ている。

第二の観点は、我が国の薬物事犯者処遇の現状を踏まえつつ、近時の薬物事犯者に対する諸外国の各種施策・取組の進展を概観し、我が国における今後の施策を検討するための基礎資料を提供するというものである。

2 本報告書の構成

本報告書の構成は以下のとおりである。

第2章では、受刑者を対象に行った、覚せい剤事犯者の特性等に関する特別調査の結果を示し、分析により得られた知見を示す。

第3章では、我が国における薬物事犯の動向及び薬物事犯者処遇の現状を、刑事司法の各段階における数値等を基に示す。

第4章では、諸外国における薬物事犯者処遇の実情につき、諸外国における薬物乱用の状況や薬物事犯者処遇モデル、米国における薬物事犯者処遇に関する研究や処遇の実際を中心に紹介する。

最後に、第5章では、第2章から第4章までで明らかになった内容を概観した上で、薬物事犯者による再犯を防止するための方策、より効果的な矯正処遇や保護観察処遇の在り方等について検討する。

第2章 特別調査

第1節 調査の目的

「はしがき」に記載のとおり、薬物犯罪や薬物事犯者に関連する当部の先行研究は幾つかあり、例えば、「薬物犯罪の現状と対策」と題して特集を組んだ平成7年版犯罪白書では、薬物乱用問題の国際的動向、我が国における薬物犯罪の動向や薬物事犯者の特質、諸外国における薬物犯罪とその取締りの現状等を幅広く紹介しているが、それから既に20年余りが経過している。また、「再犯防止施策の充実」と題して特集を組んだ平成21年版犯罪白書では、覚せい剤事犯受刑者を対象とした調査を実施し、その再犯の実態を明らかにしているが、処遇の在り方を検討するための薬物事犯者の特性に関する調査項目は十分とは言えなかった。

近年、再犯防止施策の一環として、薬物事犯者に対する効果的な指導及び支援の充実が求められているところ、薬物犯罪の状況を概観する上で、外形的・客観的な統計資料に基づく検討は欠かせない要素である。その一方で、薬物依存を有する者に対する処遇の在り方等を検討するために有用な精神医学や心理学等の観点からは、当事者を対象とする質問紙調査等を活用し、その特性等について明らかにすることも重要である。

そこで、本調査では、刑事施設で受刑している薬物事犯者を対象とする質問紙調査を実施することにより、薬物事犯者の諸特性について、刑事政策的な観点に加え、精神医学・心理学等の観点も含めて多角的に把握し、対象者の特性等に応じた指導及び支援に資する基礎資料を提供することを目的とした。

なお、本調査は、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センターとの間で共同研究協定書を取り交わした上で、共同研究として実施したものである。

第2節 調査の概要

1 調査対象者

調査対象者は、全国の刑事施設（医療刑務所及び拘置支所を除く78庁）に新たに入所した受刑者である。具体的には、男性受刑者については、平成29年7月3日から同年8月21日までの間に、女性受刑者については、同年7月3日から同年11月30日までの間に、各施設が新たに処遇施設として刑執行開始時調査を開始する者のうち、判決言渡日が最も新しい懲役刑の判決罪名に覚せい剤取締法違反を含む者とした。女性受刑者は男性受刑者に比して入所人員が少ないことから、分析のための一定数を確保するために調査期間を延伸するという措置を執った。

なお、前記対象者のうち、日本語を理解できないこと等の理由により、質問紙に自力で回答することが極めて困難であると施設担当者が判断した者については、調査対象者から除外した。

2 調査方法

調査対象者への質問紙の配布・回収は各施設の職員が行い、施設内の適宜の場所（居室、教室等）において質問紙に自己記入を求めた。覚せい剤事犯者を対象とした調査であることが他の者には分からないよう、質問紙の表題は「受刑者の健康と生活に関する意識調査」とした。質問紙の表紙には、回答するか否かは自由であり、回答の有無や回答内容によって今後の刑務所での処遇や評価等に影響したり、不利益をもたらしたりすることはないこと、正しい回答や誤った回答はないため思ったとおりに記入すること、全てに回答する必要はないため、答えられる範囲で協力をお願いするものであること、調査結果は統計的な処理を行った上で外部に発表するが、全て匿名の形で集計されるため、個人情報外部に知られることはないことといった旨を記載し、調査への協力が任意であって強制ではないことを明示した上、調査協力の意思を確認する欄を設け、「回答しない」という欄にチェックが入っていた場合（及び質問紙に全く記入がなかった場合）は、回答拒否者として分析から除外した。また、質問紙の冒頭で、覚せい剤の自己使用経験の有無を尋ね、自己使用経験がある者に限定した上で分析を行った。

3 調査内容

次の項目について、質問紙による回答、あるいは刑事施設からの情報提供により調査を行っ

た。なお、本調査では、規制されている薬物を1回でも使うことを「乱用」とした上で、処方薬及び市販薬の乱用については、「治療のために飲むのではなく、決められた量や回数を守らず、たくさんの薬をまとめて飲むことや、症状を治すためではなく、本来決められた目的以外の理由（たとえばハイになるため、ラリるためなど）で医薬品をたくさん飲むことなど」を指すこととして教示した。

（１）薬物の使用経験等

薬物の生涯使用経験を把握するため、覚せい剤のほか、有機溶剤（シンナー、トルエン等）、ガス（ライターガス、ガスパン）、大麻、コカイン、ヘロイン、MDMA、危険ドラッグについて、通称名も例示・併記した上で各々の使用経験の有無について尋ねたほか、当該薬物を初めて使用した年齢について回答を求めた。また、「今回、逮捕などで身柄を拘束される直前の1年間」（以下「直近1年間」という。）に限定して、それぞれの薬物の使用経験の有無についても回答を求めた。さらに、覚せい剤については、直近1年間の一月当たりの平均使用日数についても回答を求めた。

（２）処方薬・市販薬の乱用経験

処方薬・市販薬の乱用経験の有無及び使用開始時の年齢、直近1年間の乱用経験の有無について回答を求めた。ここで、処方薬は、病院でもらう薬と併記した上で「睡眠薬、精神安定剤、鎮痛薬など」と例示し、市販薬は、薬局で買える薬と併記した上で「風邪薬、^{せき}咳止め薬など」と例示した。

（３）薬物依存の重症度

薬物乱用の依存重症度（以下「依存重症度」という。）を把握するために、The Drug Abuse Screening Testの20項目版（DAST-20）の日本語版（嶋根ら、2015）を用いた。本尺度は、使用薬物の種類、使用期間、使用頻度を問わず評価することが可能であり、また、家族、社会、雇用、法律、医学など薬物乱用に関連する問題を幅広く捉えるという特徴がある。原版では、過去12か月における薬物使用に関係する様々な経験を尋ねた20項目について該当するか否かを尋ねているが、本調査では、身柄拘束により実質的に薬物が使用できない期間があることを踏まえ、教示文において、直近1年間に限定した上で、設問の語尾を過去形として回答を求めた。尺度得点の算出方法は、各項目への該当・非該当で「1点」又は「0点」（2

項目の逆転項目あり）を付し、20項目の合計をDAST合計得点（0～20点）とした。分析に当たっては、米国嗜癮医学会（American Society of Addiction Medicine）のガイドラインを参照し、DAST合計得点が1～5点を「軽度」、6～10点を「中度」、11～15点を「相当程度」、16点以上を「重度」に分類した。

（４）覚せい剤使用の引き金等

直近1年間に限定して、覚せい剤の使用に関する内的な引き金（覚せい剤を使用したいという欲求を強めるような気持ちや感情）及び外的な引き金（覚せい剤使用のきっかけとなる状況、場所、人など）（「OPENワークブック（第3版）」（嶋根ら、2014）を参考に、「生理中やその前後」を除外し、「ギャンブルをするとき」を追加）について複数の項目から重複選択可として回答を求めたほか、覚せい剤を使用していて自分にとって「良かったこと」と「悪かったこと」についても同様に回答を求めた。

（５）医療・保健機関や民間支援団体の支援に対する経験や意識に関する事項

これまでの覚せい剤をやめるための努力の有無や断薬期間の有無と、断薬期間がある場合は断薬できた理由について尋ねたほか、薬物乱用に関する医療・保健機関や民間支援団体（以下「関係機関」という。）の支援に関して多方面から質問した。具体的には、「専門病院」（薬物依存の治療を行っている病院やクリニック）、「保健機関」（薬物使用について相談できる精神保健福祉センターや保健所）、「回復支援施設」（ダルクなど、薬物依存の当事者が入所・通所する施設）、「自助グループ」（NAなど、薬物依存の当事者が公民館等でミーティングを行う団体）について、それぞれ例示した上、各関係機関の認知と支援を受けた経験の有無について3件法（「支援を受けたことがある」、「存在を知らなかった」、「存在は知っていたが、支援を受けたことはない」）で尋ねた。その上で、「存在は知っていたが、支援を受けたことはない」と回答した関係機関については、「支援を受けたことがない理由」について複数の項目から重複選択可として回答を求めた。

また、関係機関ごとに、支援を受けることについてのイメージや、どのような状況であれば支援を受ける気になるかといった点についても複数の項目から重複選択可として回答を求めた。

(6) 飲酒（アルコール）に関する事項

アルコール摂取に起因する諸問題について把握するため、飲酒経験について尋ねた上で、該当者については、Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) の日本語版（廣ら、1996）に依拠し、そのうちのCore AUDITの10項目について質問した。ただし、身柄拘束中であることを勘案し、原文では「飲みますか」としているところを、「飲んでいましたか」とするなど、設問の語尾を過去形として回答を求めた。AUDIT日本語版は、アルコール依存症のみならず、健康に有害であるか、あるいは将来障害を招くと考えられる飲酒をもスクリーニングすることを意図して標準化がなされたものであり、そのうちのCore AUDITは10項目の簡潔な質問文から成り、8項目は5肢択一、2項目は3肢択一で回答を求めている。内容は、飲酒量に関する項目が3項目、飲酒行動に関する項目が3項目、心理的反応に関する項目が2項目、アルコール関連問題に関する項目が2項目となっており、本調査においても、各項目0～4点の配点で10項目の合計をAUDIT合計得点（0～40点）とした。分析に当たっては、世界保健機関（WHO：World Health Organization）のガイドラインに従い、合計得点0～7点を低リスク又は非飲酒状態としてアルコール教育が適切な「レベル1」、合計得点8～15点を有害なアルコール使用が疑われ簡単な助言が推奨される「レベル2」、合計得点16～19点を簡単な助言に加え簡易カウンセリングと継続モニタリングが推奨される「レベル3」、合計得点20～40点を診断と治療のため専門家への紹介が必要な「レベル4」に分類し、このうち、合計得点8点以上を「問題飲酒群」とした。

(7) ギャンブルに関する事項

ギャンブルの問題の深刻さを把握するため、ギャンブル経験について尋ねた上で、該当者については、The South Oaks Gambling Screen(SOGS) の日本語版の短縮版（宮岡ら、2010）に依拠した設問のほか、最ものめり込んだギャンブルの種類や、薬物購入資金を獲得するためのギャンブル経験についても尋ねた。同短縮版は、生涯経験から病的ギャンブルのスクリーニングを行うものであり、7項目について該当・非該当で「1点」又は「0点」を付し、その7項目の合計をSOGS合計得点（0～7点）とした。2点以上であれば、ギャンブル依存が疑われる者と判定した。

(8) 信頼感

天貝（1997）による、信頼感を多次元的に測定するための信頼感尺度を用いた。信頼感尺

度は、信頼感を「自分への信頼」、「他人への信頼」、「不信」の三つの側面から測定するものであり、18項目（「自分への信頼」は、「私は、自分自身を、ある程度は信頼できる。」、「私は自分の人生に対し、何とかやっていけそうな気がする。」など5項目、「他人への信頼」は、「これまでの経験から、他人もある程度は信頼できると感じる。」、「一般的に、人間は信頼できるものだと思う。」など5項目、「不信」は「今心から頼れる人にもいつか裏切られるかもしれないと思う。」、「過去に、誰かに裏切られたりだまされたりしたので、信じるのが怖くなっている。」など8項目）について「あてはまる」から「あてはまらない」までの4件法で尋ね、各項目0～4点の配点で、下位尺度ごとの得点を算出した。

（9）小児期逆境体験

18歳までの小児期逆境体験（Adverse Childhood Experiences; 以下「ACE」という。）について、その経験の有無や頻度を尋ねた。具体的には、米国疾病管理予防センター（Centers for Disease Control and Prevention）が示した同体験の各項目の定義を参照して、18歳までの家庭内の機能不全に係る経験として、家族の飲酒問題、家族の違法薬物使用、家族の精神疾患の罹患歴、家族の自殺企図歴、親との離死別、家族の服役歴、母親への父親からの暴力に関する各項目と、ネグレクト（情緒的・物理的）及び虐待（身体的・心理的・性的）に関する各項目について、虐待はそれぞれ「1回から数回ある」、「繰り返しある」、「ない」の3件法で、それ以外は「はい」か「いいえ」で回答を求めた。分析に当たっては、原則、該当した質問項目一つにつき1点の配点をするとともに、同センターの定義に基づき、家族の飲酒問題と家族の違法薬物使用、家族の精神疾患の罹患歴と家族の自殺企図歴をそれぞれまとめ、いずれかに該当した場合に1点とした上で、10項目の合計をACE得点（0～10点）とした。

（10）食行動の問題、自傷行為、自殺念慮等の心身の問題に関する事項

過食嘔吐等の食行動の問題のほか、リストカット等の自傷行為、自殺念慮、DV被害について、その経験の有無等を尋ねた。

（11）疾患及び感染症に関する事項

依存症（薬物・アルコール・ギャンブル）以外の精神疾患の有無、糖尿病等の慢性の身体疾患の有無、感染症の診断歴のほか、薬物使用に係る注射器の回し打ちや注射器の共有といった感染症リスクの高い行動の有無についても尋ねた。

(12) 性に関する事項

薬物乱用歴のある交際相手や配偶者の有無、薬物乱用と性交（セックス）との結び付き、性交時に薬物を使用した経験等について尋ねた。

(13) その他受刑歴等

調査対象者のうち質問紙調査への協力の意向を示した者について、刑事施設で把握している情報に基づき、刑事施設への入所度数、犯行時の身上、刑の執行猶予歴、保護処分歴、犯行時の就労状況・婚姻状況、暴力団との関わり、（過去に受刑歴がある者については）前刑罪名、再犯期間のほか、刑の一部の執行猶予制度の対象者であるか否か等について調査を依頼し、当該情報について符号化を経た上で提供を受けた。

4 倫理的配慮

法務総合研究所では、研究計画及び研究結果を検証するために、外部の学識経験者等から構成される法務総合研究所研究評価検討委員会を設置しており、「薬物事犯者に関する研究」も当該委員会の事前評価を経て実施された。研究の実施に当たっては、行政機関の保有する個人情報保護に係る法令を遵守して実施した。

また、共同研究先である国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センターにおいても、当所が得たデータの二次利用に伴う解析に係る倫理審査を行い、承認を得た（承認番号A2017-107）。

第3節 調査の結果（男女別による分析）

本節では、調査の結果について、調査対象者全体の特徴を示した上で、男女別の特徴を紹介する。本研究においては、調査期間中に調査対象要件に該当した者（男性542人、女性264人、合計806人）のうち、調査回答への同意が得られた699人（男性462人、女性237人）を分析の対象とした（回収率86.7%）。なお、分析に当たっては、項目ごとに不詳の者を除外する扱いとした。

1 基本的属性等

2-3-1表は、調査対象者699人（男性462人、女性237人）の基本的属性等と、男女別の χ^2 （カイ二乗）検定の結果を示したものである。 χ^2 検定は、クロス集計表の項目（変数）間に何らかの関連があるかどうかを判定するための検定方法であり、項目間に「関連がない」ことを仮定した上で、検定結果が有意水準を下回った場合には、その仮定（帰無仮説）が棄却され、当該項目間には「何らかの関連がある」と解釈できる。本研究では、有意水準を5%（ $p<.05$ ）として、統計的に有意な関連が見られるかを検討した。本表における基本的属性等を見ると、全ての項目で男女間に有意な差が認められた。

調査対象者の平均年齢は、全体43.5歳、男性44.5歳、女性41.7歳であり、年齢の幅は22歳から78歳であった。全体の年齢層の割合を見ると、「40～49歳」が約4割を占め最も高かった。男女別に見ると、男性の「65歳以上」の割合が有意に高かった。

入所度数を見ると、再入者が全体の7割以上を占め、5度以上の者は全体の約4分の1であった。男女別に見ると、男性では初入者の割合が有意に低く、「5～9度」、「10度以上」の者が有意に高かった。

犯行時の身上を見ると、いずれかの処分中であった者は約4分の1であった。男女別に見ると、女性は、「単純執行猶予中」であった者の割合が有意に高かった。

刑の一部執行猶予を受けている者は、全体の約4分の1であり、男女別に見ると、女性の割合が有意に高かった。

刑の執行猶予歴では、何らかの刑の執行猶予処分を受けたことがある者が約9割を占めていた。男女別に見ると、女性では、刑の執行猶予処分を受けたことがない者の割合が有意に低かった。

保護処分歴では、何らかの保護処分を受けた者が約4割を占めていた。男女別に見ると、男性は、「少年院送致」及び「保護観察」の保護処分を受けた者の割合がそれぞれ有意に高かった。

就労状況は、「無職」の者が全体の約6割であり、男女別に見ると、女性の「無職」の割合が有意に高かった。

婚姻状況は、全体で「離死別」が約5割であり、男女別に見ると、男性の「未婚」の割合が有意に高く、女性の「有配偶」の割合が有意に高かった。

暴力団加入状況は、「加入」は全体では1割にも満たず、女性は加入者がいなかった。

再入者の再犯期間（前回の刑の執行を受けて出所した日から再入所に係る罪を犯した日までの期間をいう。）は、1年以上経過している者が再入者全体の7割以上を占めていた。男女別に見ると、男性では「3月未満」、「6月未満」の割合が有意に高く、「1年未満」の割合が有意に低かった。

再入者の前回の受刑時の罪名は、「覚せい剤取締法違反」が8割以上を占めていた。男女別に見ると、男性では、「覚せい剤取締法違反」の割合が有意に低く、「窃盗」及び「その他」の割合が有意に高かった。

2-3-1表

調査対象者の属性等（男女別）

属性等	区分	総数	男性	女性	χ^2 値
年齢層	29歳以下	55 (7.9)	33 (7.1)	22 (9.3)	11.505*
	30～39歳	192 (27.5)	117 (25.3)	75 (31.6)	
	40～49歳	285 (40.8)	189 (40.9)	96 (40.5)	
	50～64歳	133 (19.0)	93 (20.1)	40 (16.9)	
	65歳以上	34 (4.9)	△ 30 (6.5)	▽ 4 (1.7)	
入所度数	1年度	181 (25.9)	▽ 99 (21.4)	△ 82 (34.6)	38.466***
	2～4年度	347 (49.6)	219 (47.4)	128 (54.0)	
	5～9年度	148 (21.2)	△ 122 (26.4)	▽ 26 (11.0)	
	10年度以上	23 (3.3)	△ 22 (4.8)	▽ 1 (0.4)	
犯行時の身上	仮釈放中	17 (2.4)	12 (2.6)	5 (2.1)	8.811*
	保護観察付全部執行猶予中	28 (4.0)	16 (3.5)	12 (5.1)	
	単純執行猶予中の	112 (16.1)	▽ 62 (13.4)	△ 50 (21.3)	
	その他の	540 (77.5)	△ 372 (80.5)	▽ 168 (71.5)	
刑の一部執行猶予	あり	183 (26.2)	▽ 110 (23.8)	△ 73 (30.8)	3.963*
	なし	516 (73.8)	△ 352 (76.2)	▽ 164 (69.2)	
刑の執行猶予歴	補導処分付執行猶予	1 (0.1)	—	1 (0.4)	15.016**
	保護観察付一部執行猶予	6 (0.9)	5 (1.1)	1 (0.4)	
	一部執行猶予	2 (0.3)	2 (0.4)	—	
	保護観察付全部執行猶予	135 (19.4)	90 (19.5)	45 (19.1)	
	単純執行猶予	477 (68.4)	▽ 302 (65.4)	△ 175 (74.5)	
	なし	76 (10.9)	△ 63 (13.6)	▽ 13 (5.5)	
保護処分歴	少年院送致	151 (21.7)	△ 127 (27.5)	▽ 24 (10.3)	38.579***
	児童自立支援施設・児童養護施設送致	11 (1.6)	5 (1.1)	6 (2.6)	
	保護観察	95 (13.6)	△ 72 (15.6)	▽ 23 (9.8)	
	なし	439 (63.1)	▽ 258 (55.8)	△ 181 (77.4)	
就労状況	有職	294 (42.7)	△ 239 (52.4)	▽ 55 (23.6)	52.311***
	無職	395 (57.3)	▽ 217 (47.6)	△ 178 (76.4)	
婚姻状況	未婚	185 (26.6)	△ 150 (32.5)	▽ 35 (14.9)	48.838***
	有配偶	186 (26.7)	▽ 88 (19.1)	△ 98 (41.7)	
	離婚	325 (46.7)	223 (48.4)	102 (43.4)	
暴力団加入状況	加入	50 (7.2)	△ 50 (10.8)	▽ —	27.688***
	非加入	648 (92.8)	▽ 411 (89.2)	△ 237 (100.0)	
再入者の再犯期間	3か月未満	33 (6.4)	△ 29 (8.0)	▽ 4 (2.6)	15.576**
	6か月未満	42 (8.2)	△ 37 (10.2)	▽ 5 (3.3)	
	1年未満	72 (14.0)	▽ 43 (11.9)	△ 29 (19.0)	
	2年未満	134 (26.0)	93 (25.7)	41 (26.8)	
	2年以上	234 (45.4)	160 (44.2)	74 (48.4)	
前刑罪名	覚せい剤取締法違反	422 (81.6)	▽ 279 (76.9)	△ 143 (92.9)	18.928***
	窃盗	39 (7.5)	△ 36 (9.9)	▽ 3 (1.9)	
	その他の	56 (10.8)	△ 48 (13.2)	▽ 8 (5.2)	

- 注 1 法務総合研究所の調査による。
2 各属性等が不詳の者を除く。
3 「年齢層」は、調査時の年齢による。
4 「単純執行猶予」は、保護観察の付かない全部執行猶予をいう。
5 「刑の執行猶予歴」又は「保護処分歴」が複数ある場合は、区分欄において上に掲げられているものに計上している。
6 「就労状況」は、犯行時による。
7 「婚姻状況」は、犯行時により、内縁関係によるものを含む。
8 「暴力団加入状況」の「加入」は、犯行時に、暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）に規定する指定暴力団等に参加していた場合及びこれに準ずる場合をいう。
9 「再入者の再犯期間」は、前回の刑の執行を受けて出所した日から再入所に係る罪を犯した日までの期間をいう。再入者は、前刑出所後の犯罪により再入所した者に限る。
10 ***は $p<.001$ 、**は $p<.01$ 、*は $p<.05$ を示す。 p 値は、 χ^2 検定による漸近有意確率である。ただし、度数が少ない場合は、モンテカルロ法を使用した検定によった。
11 △は残差分析の結果、期待値よりも有意に度数が多いことを、▽は少ないことを示す（ $p<.05$ ）。
12 () 内は、各総数に占める構成比である。

2 覚せい剤事犯者における薬物乱用の状況

(1) 覚せい剤取締法違反による処分歴

調査対象者における、覚せい剤取締法違反等の薬物犯罪による刑務所への入所度数（今回の受刑を含む。薬物犯罪による刑務所への入所度数が不詳の者を除く。）の平均値は、全体2.83（±1.99）¹度、男性3.06（±2.13）度、女性2.39（±1.60）度であり、全体の7割以上の者が薬物犯罪による再入者であった。

覚せい剤取締法違反に限った処分歴（今回の受刑を含まない。）は、**2-3-2表**のとおりである。何らかの刑事処分歴がある者は全体の9割以上であり、そのうち、「実刑」が78.4%、「単純執行猶予」が10.4%、「保護観察付全部執行猶予」が3.2%であった。また、「少年院送致」又は「保護観察」の保護処分歴がある者は全体の約1割であった。男女別に見ると、女性で、刑事処分歴のうち「単純執行猶予」の割合が有意に高かった。

2-3-2表

覚せい剤取締法違反による処分歴（男女別）

項 目	区 分	総 数	男 性	女 性	χ^2 値
刑 事 処 分 歴	実 刑	484 (78.4)	337 (80.4)	147 (74.2)	9.904*
	保 護 観 察 付 全 部 執 行 猶 予	20 (3.2)	11 (2.6)	9 (4.5)	
	単 純 執 行 猶 予	64 (10.4)	▽ 34 (8.1)	△ 30 (15.2)	
	上 記 に 該 当 し な い	49 (7.9)	37 (8.8)	12 (6.1)	
保 護 処 分 歴	少 年 院 送 致	49 (7.1)	29 (6.3)	20 (8.6)	2.240
	保 護 観 察	18 (2.6)	10 (2.2)	8 (3.4)	
	上 記 に 該 当 し な い	624 (90.3)	419 (91.5)	205 (88.0)	

注 1 法務総合研究所の調査による。

2 処分歴が不詳の者を除く。

3 処分歴が複数ある場合は、区分欄において上に掲げられているものに計上している。

4 「単純執行猶予」は、保護観察の付かない全部執行猶予をいう。

5 ***は $p<.001$, **は $p<.01$, *は $p<.05$ を示す。 p 値は、 χ^2 検定による漸近有意確率である。

6 △は残差分析の結果、期待値よりも有意に度数が多いことを、▽は少ないことを示す（ $p<.05$ ）。

7 () 内は、各総数に占める構成比である。

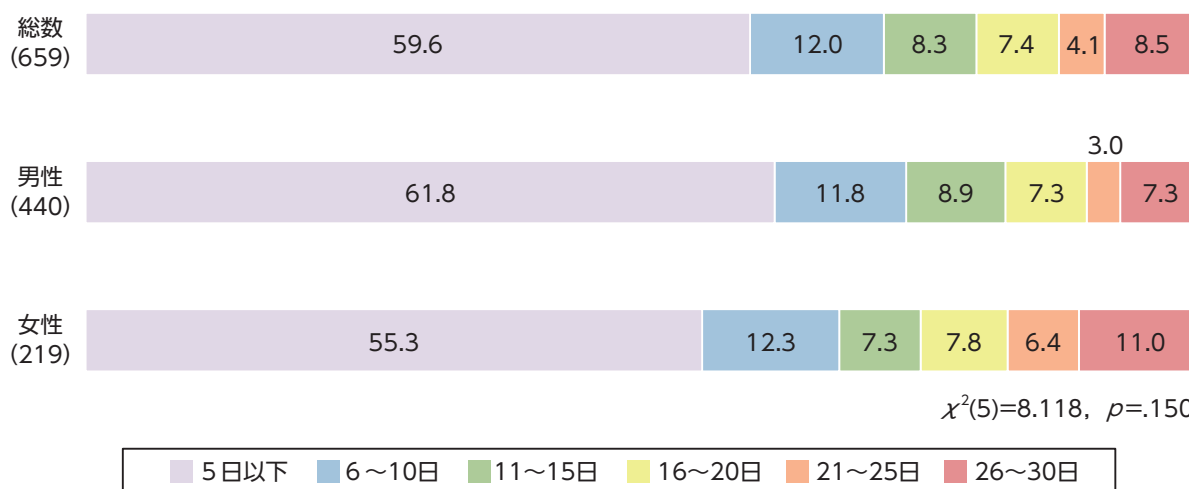
1 平均値の後の()内は、標準偏差である。標準偏差は、分布の代表値を平均値としたときの分布の散らばりの大きさを示す指標である。

(2) 覚せい剤の使用頻度

調査対象者の、直近1年間における、一月当たりの覚せい剤平均使用日数を見ると、2-3-3図のとおりである。同日数の平均値は、8.6（±9.47）日であったところ、「5日以下」の割合が全体の59.6%で最も高く、次いで「6～10日」が12.0%であった。女性の構成比に着目すると、21日以上の割合が2割近くを占めた。男女間での有意な差は認められなかった。

2-3-3図

直近1年間の一月当たりの覚せい剤使用日数別構成比（男女別）



- 注 1 法務総合研究所の調査による。
 2 直近1年間の一月当たりの覚せい剤使用日数が不詳の者を除く。
 3 () 内は、実人員である。

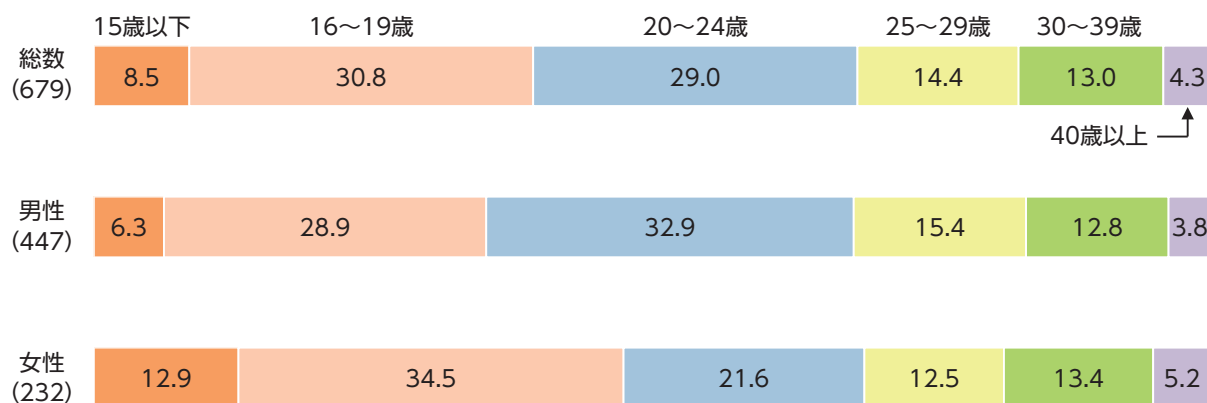
(3) 覚せい剤の使用開始年齢

調査対象者の、覚せい剤の使用開始年齢の平均値は、全体22.8 (±7.29) 歳、男性22.9 (±6.95) 歳、女性22.4 (±7.90) 歳であった。調査対象者の、覚せい剤の使用開始年齢層を見ると、2-3-4図のとおりである。全体の構成比では、「16～19歳」が30.8%で最も高く、未成年のうちに使用を開始している者は全体の約4割であった。また、男女間で有意な差が認められ、男性では「20～24歳」の割合が有意に高く、女性では「15歳以下」の割合が有意に高かった。

なお、覚せい剤のほか、何らかの違法薬物等の乱用を開始した年齢の平均値は全体18.7 (±7.35) 歳、男性18.7 (±7.29) 歳、女性18.7 (±7.49) 歳であったが、平均値の差の検定 (等分散性を仮定しないWelchの検定) を行ったところ、男女間に有意な差は認められなかった。

2-3-4図

覚せい剤の使用開始年齢層別構成比 (男女別)



$$\chi^2(5)=17.906, p=.003$$

- 注 1 法務総合研究所の調査による。
 2 覚せい剤の使用開始年齢が不詳の者を除く。
 3 () 内は、実人員である。

(4) 覚せい剤以外の薬物乱用の状況

調査対象者の、覚せい剤以外の薬物乱用の生涯経験の有無を見ると、**2-3-5表**のとおりである。全体で81.5%の者が覚せい剤以外の薬物乱用の経験を有していた。「経験あり」の割合が最も高かったのは「有機溶剤」(60.2%)であり、次いで「大麻」(52.7%)、「処方薬乱用」(34.1%)の順であった。男女別に見ると、「有機溶剤」及び「大麻」は有意な差がなかったが、「処方薬乱用」及び「危険ドラッグ」で女性の「経験あり」の割合が有意に高かった。

また、直近1年間の薬物乱用経験を見ると、「覚せい剤」(90.8%)、「処方薬乱用」(22.2%)、「大麻」(14.7%)の順に「経験あり」の割合が高かった。

2-3-5表

薬物乱用の生涯経験の有無（男女別、種類別）

項 目	区 分	総 数	男 性	女 性	χ^2 値
ガ ス	経験あり	76 (11.6)	48 (11.0)	28 (12.8)	0.435
	経験なし	578 (88.4)	387 (89.0)	191 (87.2)	
大 麻	経験あり	351 (52.7)	233 (52.7)	118 (52.7)	0.000
	経験なし	315 (47.3)	209 (47.3)	106 (47.3)	
有 機 溶 剤	経験あり	401 (60.2)	271 (61.0)	130 (58.6)	0.379
	経験なし	265 (39.8)	173 (39.0)	92 (41.4)	
コ カ イ ン	経験あり	152 (23.0)	98 (22.3)	54 (24.3)	0.333
	経験なし	509 (77.0)	341 (77.7)	168 (75.7)	
ヘ ロ イ ン	経験あり	45 (6.8)	31 (7.1)	14 (6.4)	0.107
	経験なし	612 (93.2)	407 (92.9)	205 (93.6)	
M D M A	経験あり	140 (21.2)	87 (19.9)	53 (23.9)	1.384
	経験なし	519 (78.8)	350 (80.1)	169 (76.1)	
危 険 ド ラ ッ グ	経験あり	174 (26.5)	▽ 98 (22.5)	△ 76 (34.4)	10.689**
	経験なし	483 (73.5)	△ 338 (77.5)	▽ 145 (65.6)	
処 方 薬 乱 用	経験あり	226 (34.1)	▽ 127 (29.0)	△ 99 (44.2)	15.231***
	経験なし	436 (65.9)	△ 311 (71.0)	▽ 125 (55.8)	
市 販 薬 乱 用	経験あり	62 (9.5)	35 (8.0)	27 (12.3)	3.079
	経験なし	594 (90.5)	401 (92.0)	193 (87.7)	

注 1 法務総合研究所の調査による。

2 薬物乱用の生涯経験の有無が不詳の者を除く。

3 「処方薬乱用」及び「市販薬乱用」は、治療のために飲むのではなく、決められた量や回数を守らず、大量の薬をまとめて飲むことや、症状を治すためではなく、本来決められた目的以外の理由で医薬品を大量に飲むことなどをいう。

4 ***は $p<.001$, **は $p<.01$, *は $p<.05$ を示す。 p 値は、 χ^2 検定による漸近有意確率である。

5 △は残差分析の結果、期待値よりも有意に度数が多いことを、▽は少ないことを示す ($p<.05$)。

6 () 内は、各総数に占める構成比である。

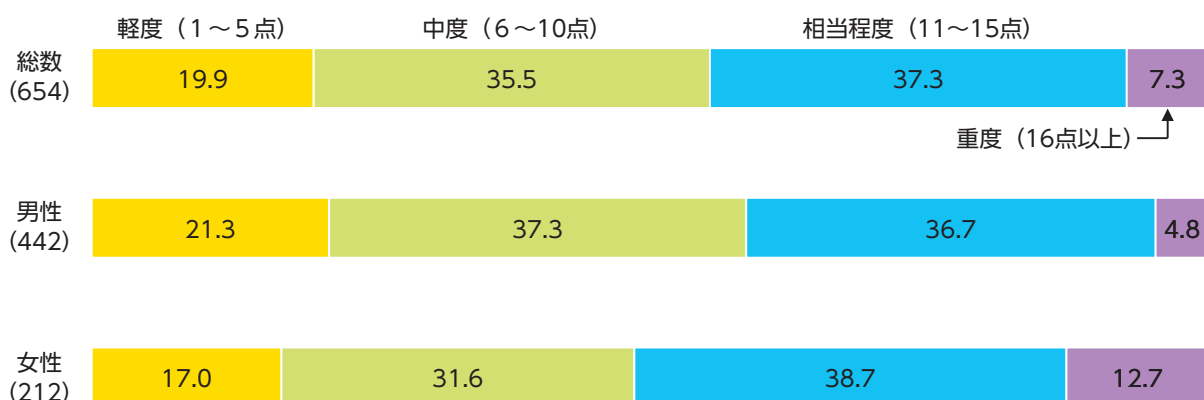
(5) 薬物依存の重症度

調査対象者の、薬物依存の重症度を見ると、2-3-6図のとおりである。DAST-20日本語版に基づき集中治療の対象とされる2群については、「相当程度」が37.3%、「重度」が7.3%であり、合計で44.6%であった。

男女別に見ると、「重度」は男性が4.8%、女性が12.7%で、女性の割合が有意に高かった。

2-3-6図

薬物依存の重症度別構成比（男女別）



$$\chi^2(3)=15.253, p=.002$$

- 注 1 法務総合研究所の調査による。
 2 薬物依存の重症度が不詳の者を除く。
 3 () 内は、実人員である。

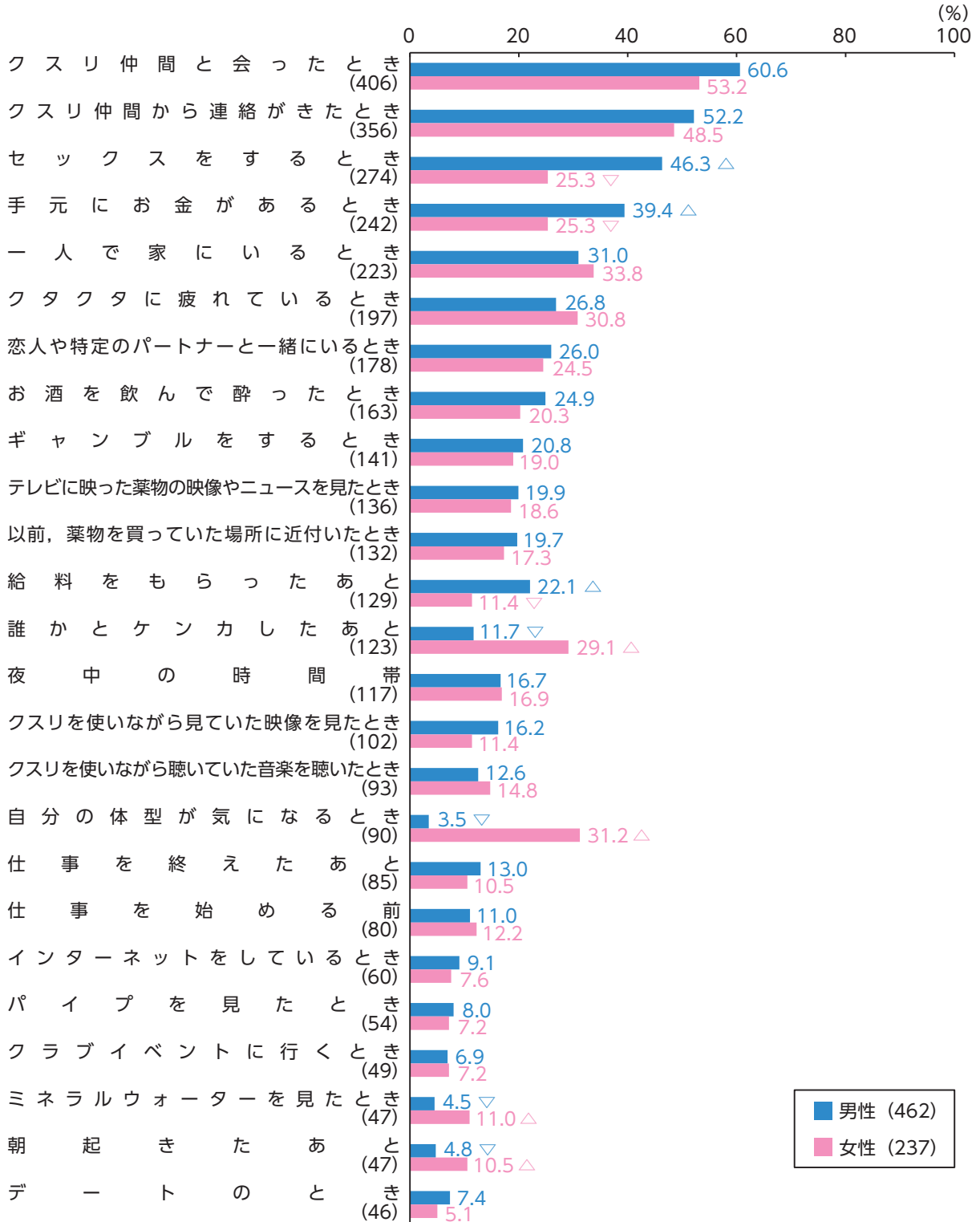
3 覚せい剤使用時に関する状況・断薬に関する状況

(1) 使用しなくなった場面（外的引き金）

調査対象者の、覚せい剤を使用しなくなった場面を見ると、2-3-7図のとおりである。各質問に対し「あてはまる」とした者の占める割合（以下「選択率」という。）は、男女とも「クスリ仲間と会ったとき」、「クスリ仲間から連絡がきたとき」の順に高く、およそ5～6割であった。男女別に見ると、「セックスをするとき」、「手元にお金があるとき」及び「給料をもらったあと」は男性の選択率が有意に高く、「自分の体型が気になるとき」、「誰かとケンカしたあと」、「ミネラルウォーターを見たとき」及び「朝起きたあと」は女性の選択率が有意に高い結果となり、性差が認められる項目が複数あった。

2-3-7図

覚せい剤を使用しなくなった場面（男女別）



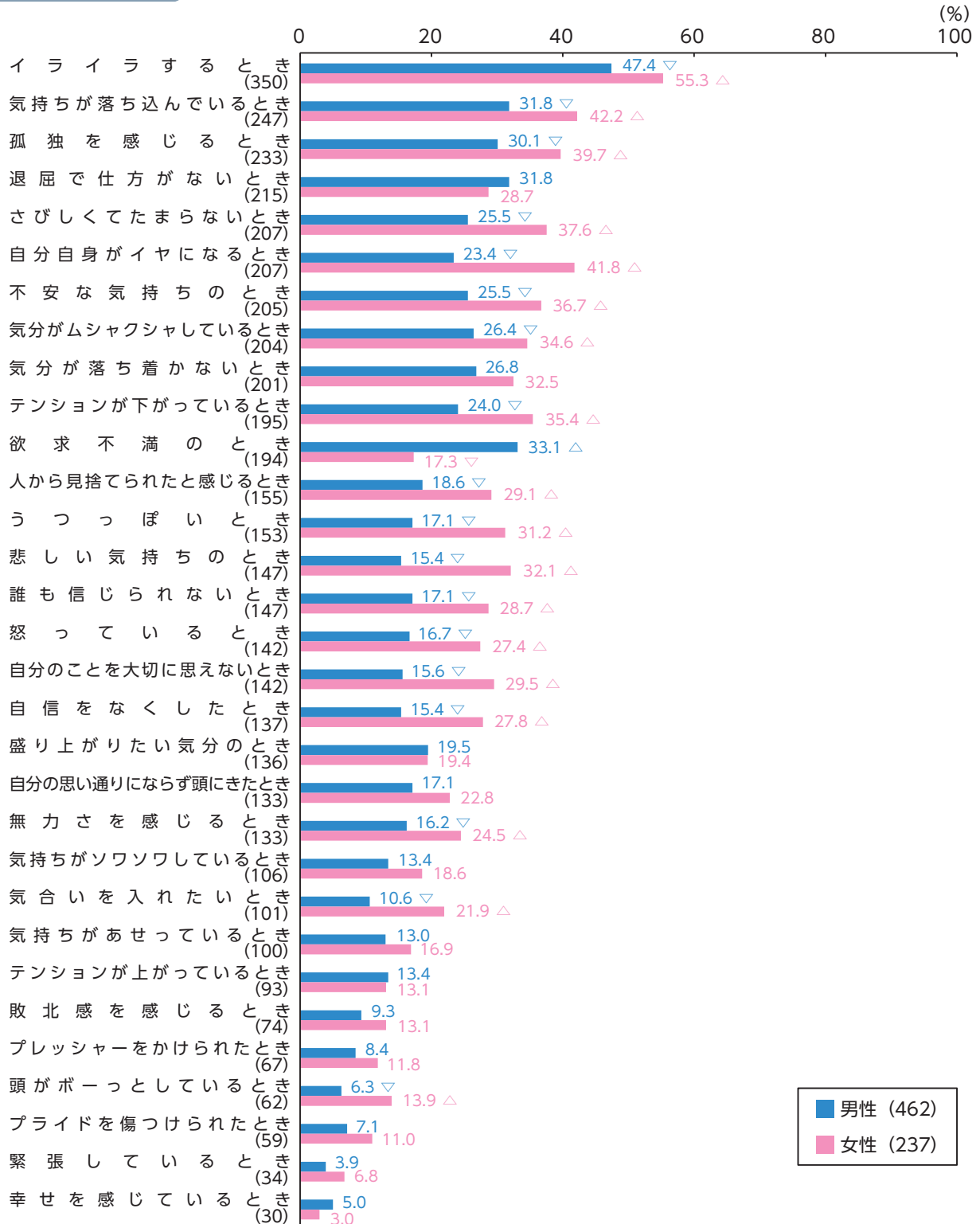
- 注 1 法務総合研究所の調査による。
 2 重複計上による。
 3 凡例の () 内は各性別の実人員であり、縦軸の () 内は各調査項目の該当者数である。
 4 全調査項目のうち、該当者数が30人未満であったものを除く。
 5 χ^2 検定により有意差が認められ、かつ残差分析の結果、期待値よりも有意に度数が多いものを△で示し、少ないものを▽で示す ($p < .05$)。

(2) 使用したくなったときの感情等 (内的引き金)

調査対象者の、覚せい剤を使用したくなったときの感情等を見ると、2-3-8図のとおりである。男女とも「イライラするとき」の選択率がおよそ5割で最も高かったが、女性は、4割前後の者が「気持ちが落ち込んでいるとき」、「自分自身がイヤになるとき」、「孤独を感じるとき」、「さびしくてたまらないとき」及び「不安な気持ちのとき」を選択しており、これらの項目を含め、ほぼ全ての項目で選択率が男性より有意に高くなっており、女性は、内的引き金となり得る感情等の幅が広い傾向があることがうかがえた。

2-3-8図

覚せい剤を使用しなくなったときの感情等（男女別）



注 1 法務総合研究所の調査による。

2 重複計上による。

3 凡例の（ ）内は各性別の実人員であり、縦軸の（ ）内は各調査項目の該当者数である。

4 全調査項目のうち、該当者数が30人未満であったものを除く。

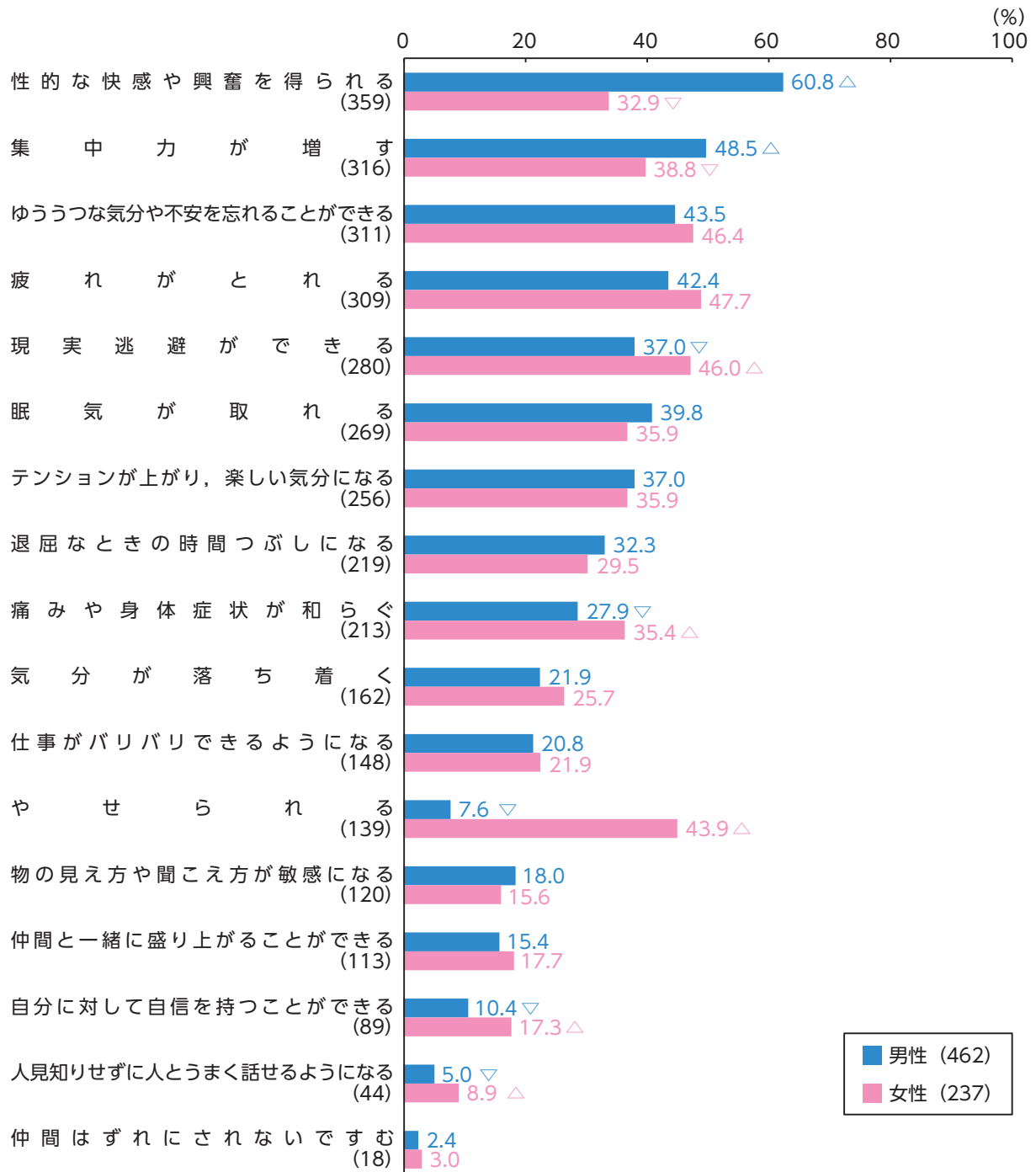
5 χ^2 検定により有意差が認められ、かつ残差分析の結果、期待値よりも有意に度数が多いものを△で示し、少ないものを▽で示す ($p<.05$)。

(3) 使用による本人のメリット

調査対象者の、覚せい剤使用による本人にとってのメリットを見ると、**2-3-9図**のとおりである。全体で見ると、「性的な快感や興奮を得られる」、「集中力が増す」、「ゆううつな気分や不安を忘れることができる」の順に選択率が高かったが、男女別に見ると、これらのうち上位2項目は、男性の選択率が有意に高かった一方、女性は「現実逃避ができる」、「やせられる」、「痛みや身体症状が和らぐ」、「自分に対して自信を持つことができる」及び「人見知りせずに人とうまく話せるようになる」の選択率が有意に高く、覚せい剤を使用するメリットに関する認識には男女で差が見られた。

2-3-9図

覚せい剤使用による本人のメリット（男女別）



注 1 法務総合研究所の調査による。

2 重複計上による。

3 凡例の（ ）内は各性別の実人員であり、縦軸の（ ）内は各調査項目の該当者数である。

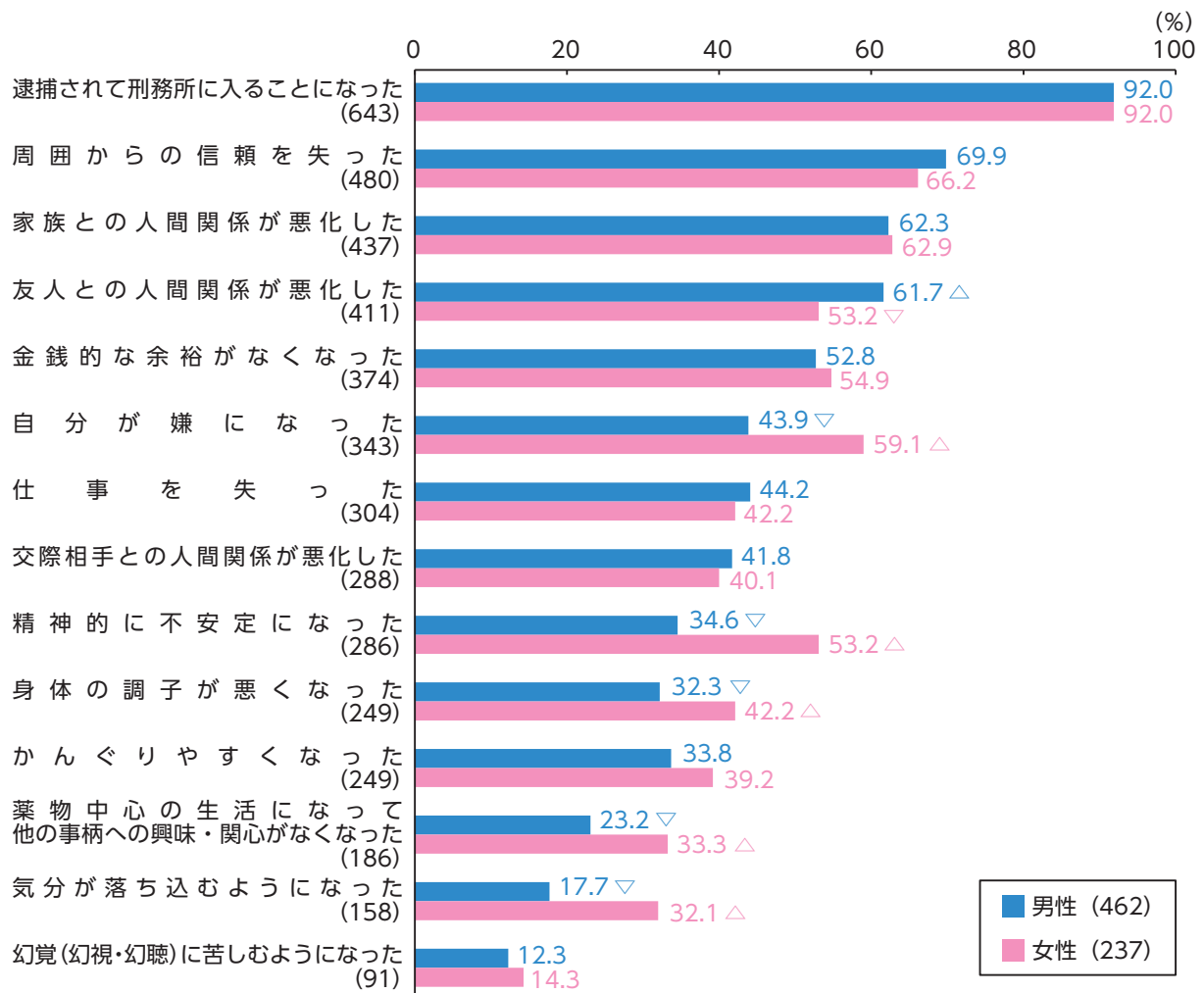
4 χ^2 検定により有意差が認められ、かつ残差分析の結果、期待値よりも有意に度数が多いものを△で示し、少ないものを▽で示す ($p<.05$)。

(4) 使用による本人のデメリット

調査対象者の、覚せい剤使用による本人にとってのデメリットを見ると、2-3-10図のとおりである。男女とも9割を超える者が「逮捕されて刑務所に入ることになった」を、6割を超える者が「周囲からの信頼を失った」及び「家族との人間関係が悪化した」を選択していた。男女別に見ると、女性は「自分が嫌になった」、「精神的に不安定になった」、「身体の調子が悪くなった」、「薬物中心の生活になって他の事柄への興味・関心がなくなった」及び「気分が落ち込むようになった」の選択率が有意に高かった。また、男性では「友人との人間関係が悪化した」の選択率が有意に高かった。

2-3-10図

覚せい剤使用による本人のデメリット（男女別）



注 1 法務総合研究所の調査による。

2 重複計上による。

3 凡例の()内は各性別の実人員であり、縦軸の()内は各調査項目の該当者数である。

4 χ^2 検定により有意差が認められ、かつ残差分析の結果、期待値よりも有意に度数が多いものを△で示し、少ないものを▽で示す ($p < .05$)。

(5) 断薬努力及び断薬経験の有無

調査対象者の、覚せい剤に係る断薬努力・断薬経験の有無を見ると、**2-3-11表**のとおりである。「これまで社会にいるときに、覚せい剤をやめるため、自分なりになんらかの具体的な努力をしたことがありますか。」との質問に、あると答えた者（以下「断薬努力あり」という。）の割合は、全体で73.8%であった。また、「初めて覚せい剤を使用してからこれまでに、1年間以上、覚せい剤の使用をやめていた期間がありましたか。」との質問に、あると答えた者（以下「断薬経験あり」という。）の割合は、全体で82.3%であった。これらを男女別に見ると、「断薬努力あり」の割合は、男性が68.6%、女性が84.1%で、女性の方が有意に高く、「断薬経験あり」の割合は、男女間に有意な差はなかった。

2-3-11表

覚せい剤の断薬努力及び断薬経験の有無（男女別）

項 目	区 分	総 数	男 性	女 性	χ^2 値
断 薬 努 力	あ り	498 (73.8)	▽ 308 (68.6)	△ 190 (84.1)	18.606***
	な し	177 (26.2)	△ 141 (31.4)	▽ 36 (15.9)	
断 薬 経 験	あ り	531 (82.3)	356 (82.6)	175 (81.8)	0.067
	な し	114 (17.7)	75 (17.4)	39 (18.2)	

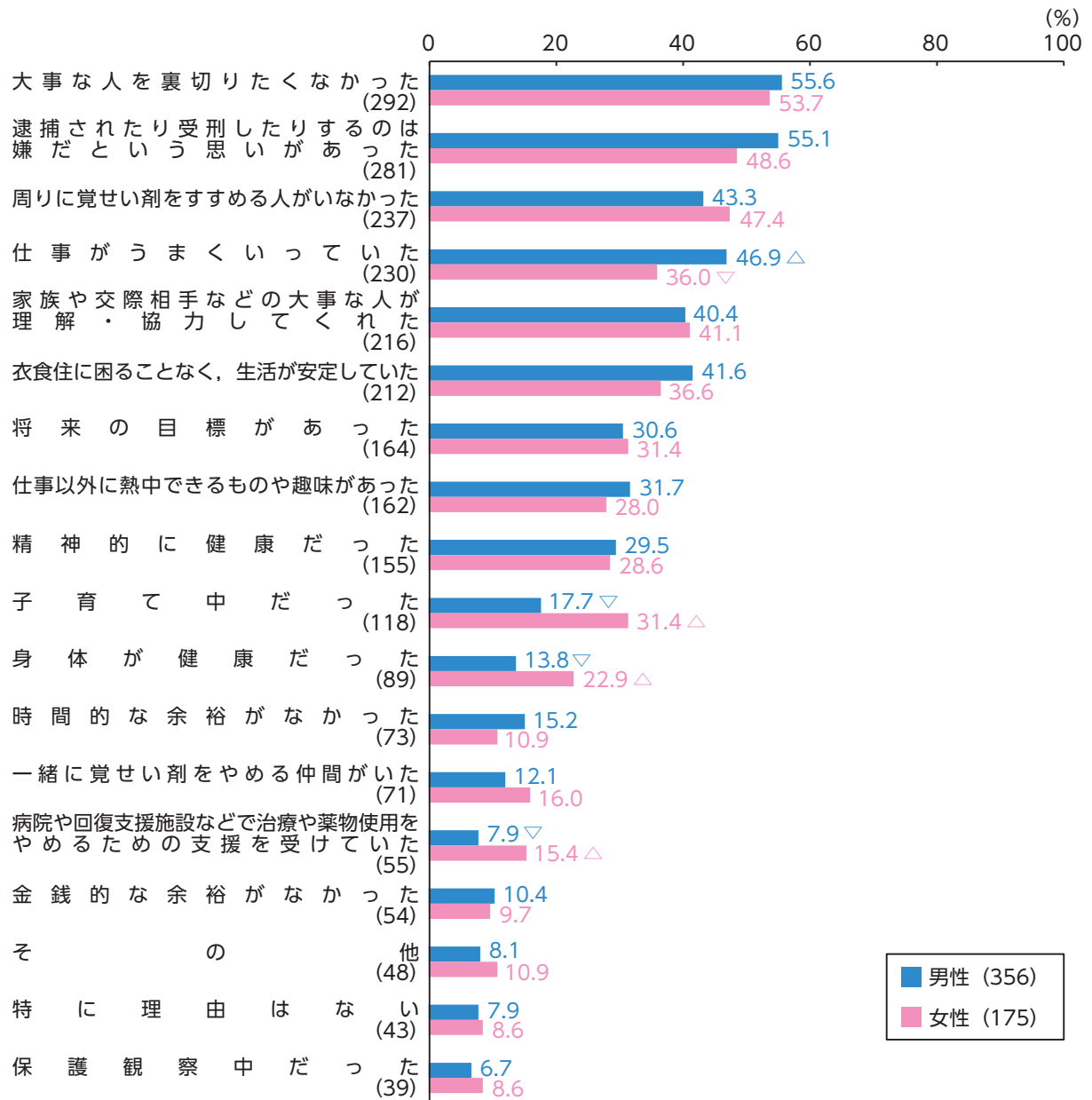
- 注 1 法務総合研究所の調査による。
 2 覚せい剤の断薬努力又は断薬経験の有無が不詳の者を除く。
 3 「断薬努力」は、覚せい剤をやめるために本人なりに何らかの具体的な努力を行った経験を指す。
 4 「断薬経験」は、刑務所等への入所など、身柄を拘束されていた期間を除き、1年間以上覚せい剤の使用をやめていた経験を指す。
 5 ***は $p<.001$, **は $p<.01$, *は $p<.05$ を示す。 p 値は、 χ^2 検定による漸近有意確率である。
 6 △は残差分析の結果、期待値よりも有意に度数が多いことを、▽は少ないことを示す ($p<.05$)。
 7 () 内は、各総数に占める構成比である。

(6) 断薬した理由

断薬経験がある者について、覚せい剤を断薬した理由を見ると、**2-3-12図**のとおりである。男女とも5割を超える者が「大事な人を裏切りたくなかった」を選択しており、選択率が最も高く、次いで「逮捕されたり受刑したりするのは嫌だという思いがあった」、「周りに覚せい剤をすすめる人がいなかった」の選択率が高かった。男女別に見ると、男性では、「仕事がうまくいっていた」の選択率が有意に高く、女性では「子育て中だった」、「身体が健康だった」、「病院や回復支援施設などで治療や薬物使用をやめるための支援を受けていた」の選択率が有意に高かった。

2-3-12図

覚せい剤を断薬した理由（男女別）



注 1 法務総合研究所の調査による。

2 断薬経験がない者を除く。なお、断薬経験については、2-3-11表の脚注4に同じ。

3 複数の断薬経験がある場合には、最も長くやめていた期間における断薬理由を計上している。

4 重複計上による。

5 凡例の（ ）内は各性別の実人員であり、縦軸の（ ）内は各調査項目の該当者数である。

6 χ^2 検定により有意差が認められ、かつ残差分析の結果、期待値よりも有意に度数が多いものを△で示し、少ないものを▽で示す ($p<.05$)。

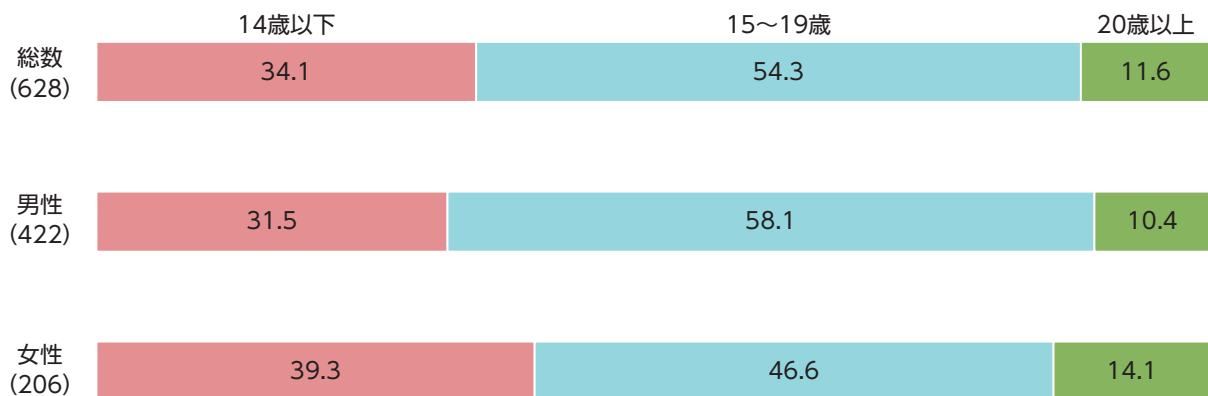
4 アルコール依存・ギャンブル依存との関連

(1) 飲酒（アルコール）

飲酒経験の有無について尋ねたところ、調査対象者のうち93.8%の者に飲酒経験があった（飲酒経験の有無が不詳の者を除く。）。飲酒経験がある者の飲酒の開始年齢の平均値は、全体15.7（±3.12）歳、男性15.7（±2.98）歳、女性15.7（±3.39）歳であった。飲酒の開始年齢層別構成比を見ると、**2-3-13図**のとおりであり、およそ9割の者が20歳未満で飲酒を開始しており、10歳までに飲酒を開始した者も全体で27人（4.3%）いた。男女別に見ると、「15～19歳」で開始した者の割合は男性が有意に高かった。

2-3-13図

飲酒の開始年齢層別構成比（男女別）



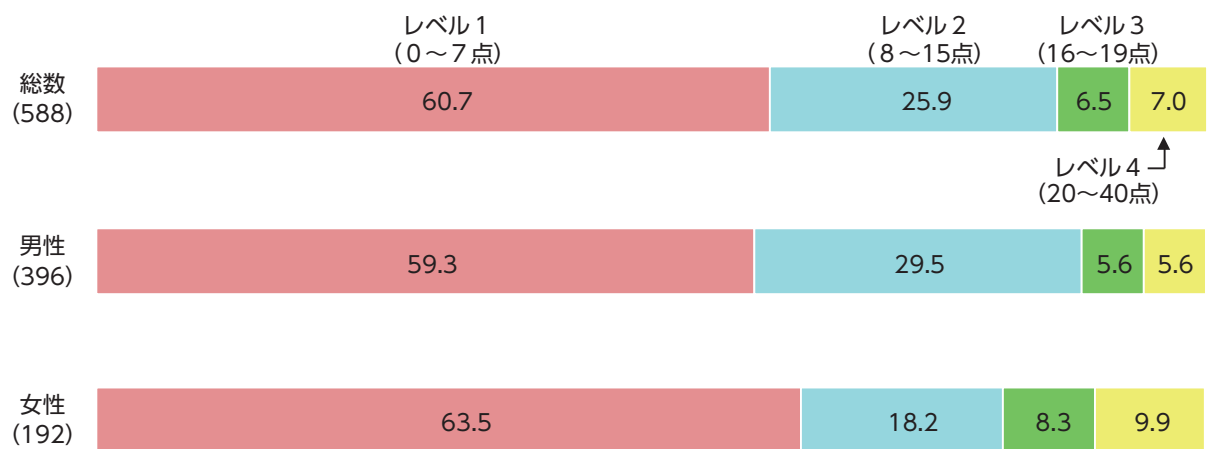
$$\chi^2(2)=7.406, p=.025$$

- 注 1 法務総合研究所の調査による。
 2 飲酒の開始年齢が不詳の者及び飲酒の経験がない者を除く。
 3 () 内は、実人員である。

AUDIT合計得点の平均値は、全体7.2（±6.87）点、男性7.2（±6.40）点、女性7.3（±7.75）点であった。AUDIT合計得点による問題飲酒のリスクレベル別構成比を見ると、**2-3-14図**のとおりである。「レベル1」（0～7点）の構成比が最も高く、全体で60.7%であったが、順に「レベル2」（8～15点）が25.9%、「レベル3」（16～19点）が6.5%、「レベル4」（20～40点）が7.0%であり、全体で39.3%の者が問題飲酒群に該当していた。男女別に見ると、問題飲酒群に該当する者は、男性で40.7%、女性で36.5%であり、男性で「レベル2」（8～15点）が有意に高かった。「レベル4」（20～40点）の割合は、単純比較で女性が男性より4.3pt高かった。

2-3-14図

AUDIT合計得点による問題飲酒のリスクレベル別構成比（男女別）



$$\chi^2(3)=11.818, p=.008$$

- 注 1 法務総合研究所の調査による。
 2 AUDIT合計得点が不詳の者及び飲酒の経験がない者を除く。
 3 () 内は、実人員である。

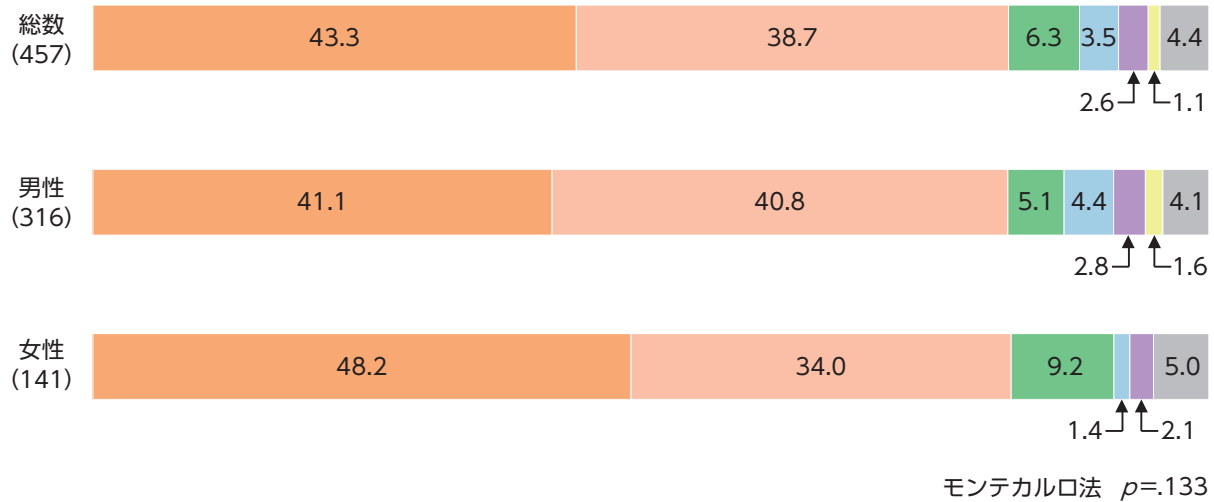
(2) ギャンブル

調査対象者の、ギャンブル経験の有無について尋ねたところ、84.5%の者にギャンブル経験があった。

ギャンブル経験がある者について、最ものめり込んだギャンブルの種類別構成比を見ると、2-3-15図のとおりである。「パチスロ」が43.3%、「パチンコ」が38.7%と、この2種類で8割以上を占めており、男女間に有意な差は認められなかった。

2-3-15図

最もめり込んだギャンブルの種類別構成比（男女別）



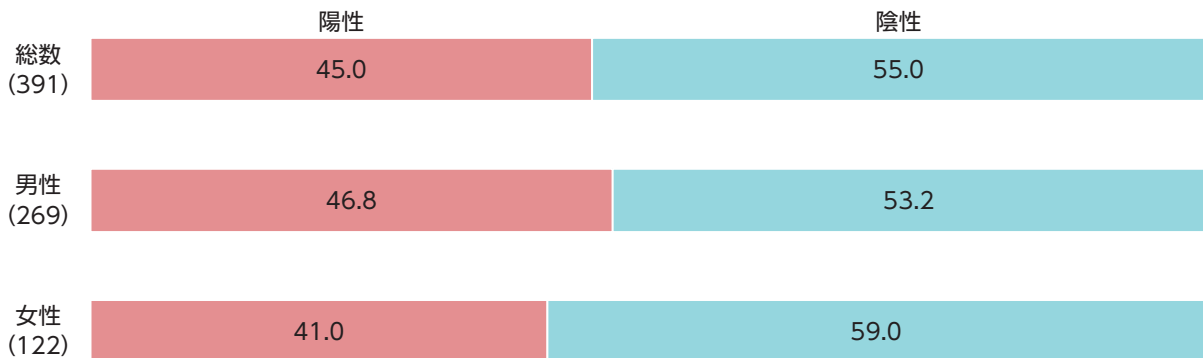
パチスロ パチンコ ポーカーマシン 競馬 競艇 競輪 その他

- 注 1 法務総合研究所の調査による。
 2 のめり込んだギャンブルの種類が不詳の者及びギャンブルの経験がない者を除く。
 3 () 内は、実人員である。

SOGS合計得点の平均値は、全体2.1（±2.19）点、男性2.3（±2.25）点、女性1.8（±2.01）点であった。SOGS合計得点2点以上でギャンブル依存の疑いがある者の割合（以下「陽性率」という。）を見ると、2-3-16図のとおりである。全体で45.0%，男性46.8%，女性41.0%であり、男女間に有意な差は認められなかった。

2-3-16図

SOGS合計得点の陽性率（男女別）



$\chi^2(1)=1.163, p=.281$

- 注 1 法務総合研究所の調査による。
 2 SOGS合計得点が不詳の者及びギャンブルの経験がない者を除く。
 3 SOGS合計得点が2点以上の者を陽性とした。
 4 () 内は、実人員である。

ギャンブル経験がある者について、薬物を買うためのギャンブル経験の有無を男女別に見ると、2-3-17表のとおりである。薬物を買うためのギャンブル経験がある者は、全体で32.2%であった。男女別に見ると、薬物を買うためのギャンブル経験がある者は男性が35.3%、女性が25.2%で、男性の割合が有意に高かった。

2-3-17表

薬物を買うためのギャンブル経験の有無（男女別）

区 分	総 数	男 性	女 性	χ^2 値
経 験 あ り	145 (32.2)	△ 110 (35.3)	▽ 35 (25.2)	4.476*
経 験 な し	306 (67.8)	▽ 202 (64.7)	△ 104 (74.8)	

- 注 1 法務総合研究所の調査による。
 2 薬物を買うためのギャンブル経験の有無が不詳の者及びギャンブルの経験がない者を除く。
 3 ***は $p<.001$, **は $p<.01$, *は $p<.05$ を示す。 p 値は、 χ^2 検定による漸近有意確率である。
 4 △は残差分析の結果、期待値よりも有意に度数が多いことを、▽は少ないことを示す ($p<.05$)。
 5 () 内は、各総数に占める構成比である。

5 精神的・身体的問題等との関連

(1) 信頼感

調査対象者の、信頼感尺度の下位尺度の得点を見ると、2-3-18表のとおりである。「自分への信頼」得点の平均値は、男性が14.10 (±3.19) 点、女性が13.98 (±3.25) 点、「他人への信頼」得点の平均値は、男性が14.09 (±3.53) 点、女性が13.52 (±3.58) 点、「不信」得点の平均値は、男性が19.75 (±4.75) 点、女性が20.65 (±4.67) 点であり、下位尺度ごとに平均値の差の検定（等分散性を仮定しないWelchの検定）を行ったところ「不信」得点において女性が有意に高かった。

2-3-18表

信頼感得点（男女別）

項 目	男 性			女 性			t 値
	平均	(標準偏差)	人員	平均	(標準偏差)	人員	
自 分 へ の 信 頼	14.10	(3.19)	436	13.98	(3.25)	216	0.44
他 人 へ の 信 頼	14.09	(3.53)	432	13.52	(3.58)	226	1.93
不 信	19.75	(4.75)	435	20.65	(4.67)	226	2.33*

- 注 1 法務総合研究所の調査による。
 2 信頼感得点が不詳の者を除く。
 3 ***は $p<.001$, **は $p<.01$, *は $p<.05$ を示す。

(2) 小児期逆境体験

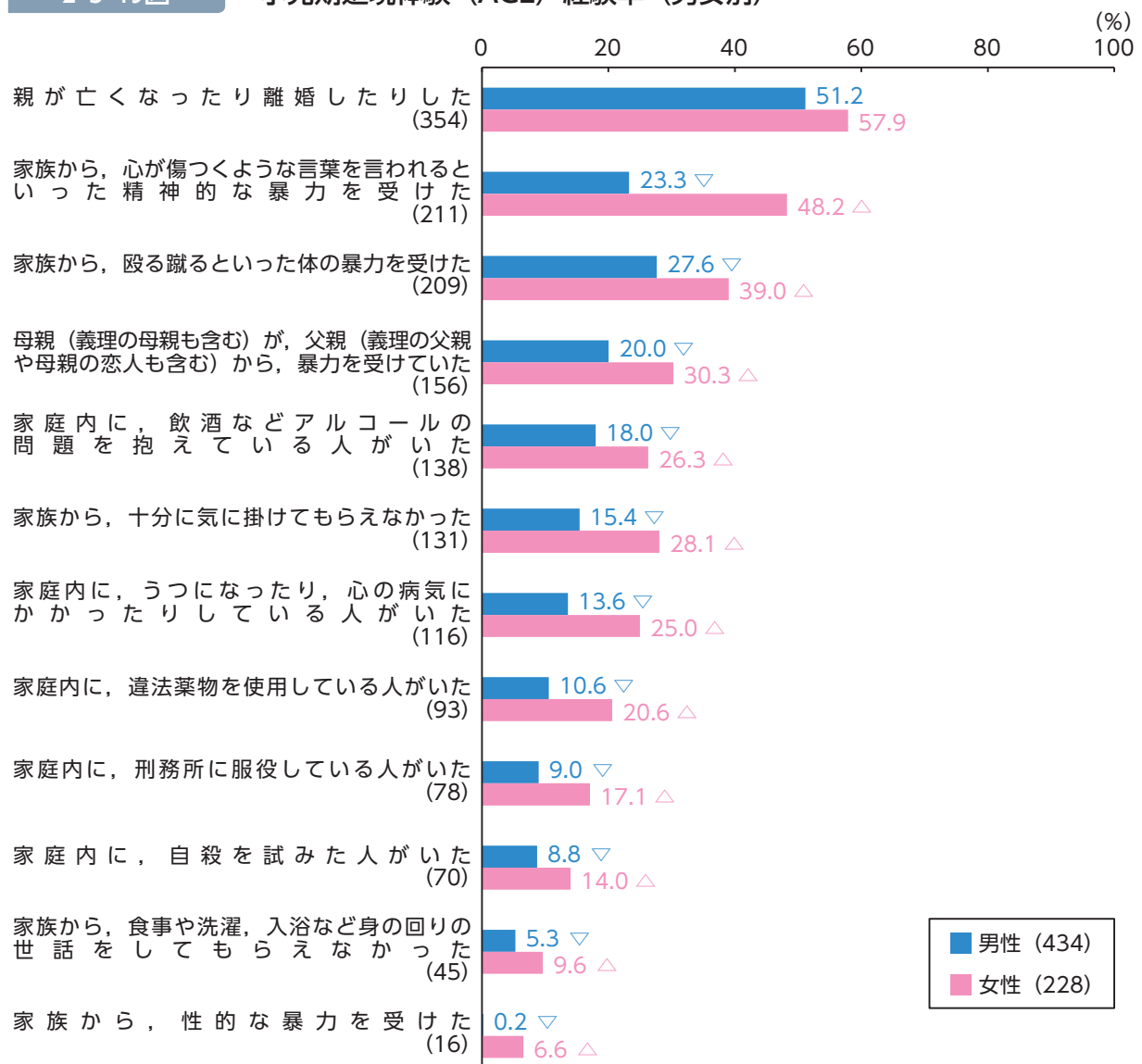
調査対象者の、ACE(小児期逆境体験)得点の平均値は、2.32 (±2.19) 点であった。男女別に見ると、男性1.94 (±2.01) 点、女性3.06 (±2.33) 点であり、平均値の差の検定（対

応のない t 検定) を行ったところ、女性の方が有意に高かった。

ACEの各下位項目について、経験があると回答した者の割合（以下「経験率」という。）を見ると、2-3-19図のとおりである。「親が亡くなったり離婚したりした」が全体で53.5%と半数を超え、「家族から、心が傷つくような言葉を言われるといった精神的な暴力を受けた」が31.9%、「家族から、殴る蹴るといった体の暴力を受けた」が31.6%と上位を占めていた。男女別に見ると、「親が亡くなったり離婚したりした」以外の全ての項目において、女性の割合が有意に高かった。

2-3-19図

小児期逆境体験（ACE）経験率（男女別）



- 注 1 法務総合研究所の調査による。
 2 いずれかの調査項目が不詳の者を除く。
 3 重複計上による。
 4 凡例の（ ）内は各性別の実人員であり、縦軸の（ ）内は各調査項目の該当者数である。
 5 χ^2 検定により有意差が認められ、かつ残差分析の結果、期待値よりも有意に度数が多いものを△で示し、少ないものを▽で示す ($p < .05$)。

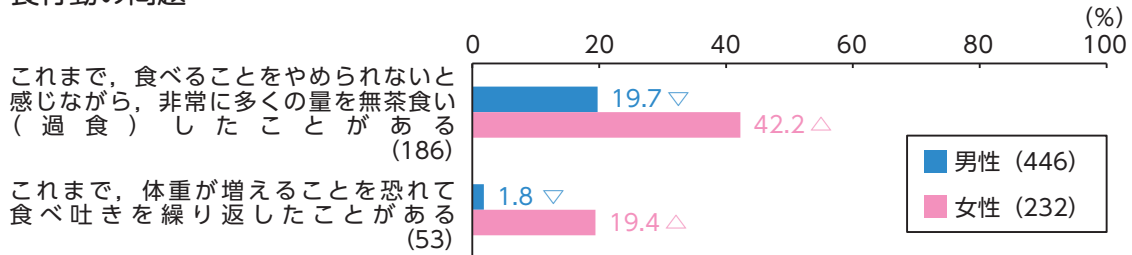
(3) 食行動の問題・自傷行為・自殺念慮・DV被害の経験

調査対象者の、食行動の問題・自傷行為・自殺念慮・DV被害の各経験率を見ると、2-3-20図のとおりである。まず、食行動の問題を見ると、「これまで、食べることをやめられないと感じながら、非常に多くの量が無茶食い（過食）したことがある」は、全体27.4%，男性19.7%，女性42.2%であり、女性の割合が有意に高く、4割以上の女性に過食の経験があった。「これまで、体重が増えることを恐れて食べ吐きを繰り返したことがある」は、全体7.8%，男性1.8%，女性19.4%であり、女性の割合が有意に高く、約5人に1人の女性に食べ吐きの経験があった。自傷行為について見ると、「これまで、刃物などでわざと自分の身体を切ったこと（リストカットなど）がある」は、全体19.6%，男性8.1%，女性41.2%であり、女性の割合が有意に高く、4割以上の女性に自傷行為の経験があった。自殺念慮について見ると、「これまでの人生で、本気で自殺したいと考えたことがある」は、全体29.8%，男性21.0%，女性46.3%であり、女性の割合が有意に高く、半数近くの女性に自殺念慮の経験があった。DV被害について見ると、「これまで、交際相手や配偶者などから、身体的な暴力（DV）を受けたことがある」は、全体27.5%，男性3.5%，女性72.6%であり、女性の割合が有意に高く、女性はおおよそ4人のうち3人がDV被害を経験していた。

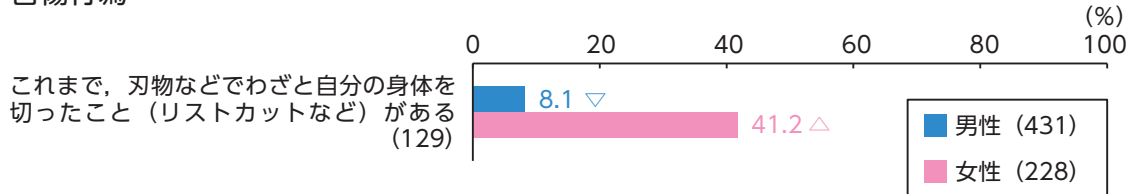
2-3-20図

食行動の問題・自傷行為・自殺念慮・DV被害の経験率（男女別）

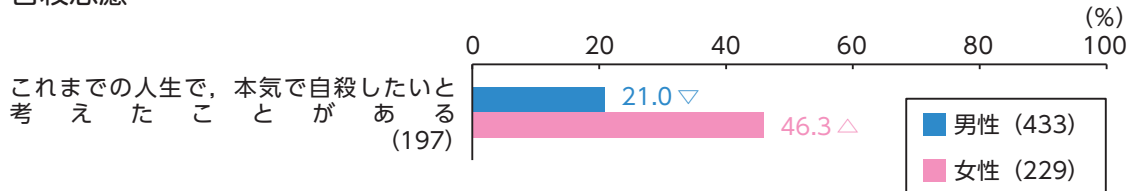
① 食行動の問題



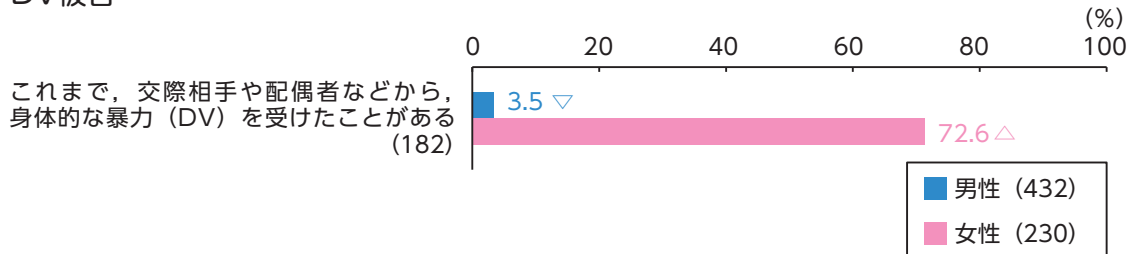
② 自傷行為



③ 自殺念慮



④ DV被害



- 注 1 法務総合研究所の調査による。
 2 食行動の問題、自傷行為、自殺念慮及びDV被害の経験の有無が不詳の者を除く。
 3 重複計上による。
 4 凡例の（ ）内は各性別の実人員であり、縦軸の（ ）内は各調査項目の該当者数である。
 5 χ^2 検定により有意差が認められ、かつ残差分析の結果、期待値よりも有意に度数が多いものを△で示し、少ないものを▽で示す ($p<.05$)。

（4）精神疾患・慢性疾患等

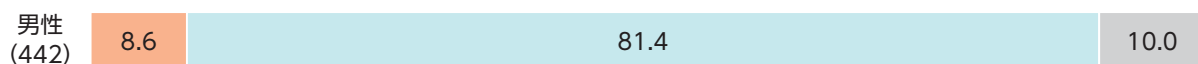
調査対象者の、依存症（薬物・アルコール・ギャンブル）以外の精神疾患、糖尿病等の慢性の身体疾患の診断の有無を見ると、2-3-21図のとおりである。精神疾患の診断を受けている者は、全体で19.4%であった。男女別に見ると、男性は8.6%、女性は40.2%であり、男女間に有意差が認められ、精神疾患の診断を受けている者の割合は、女性の方が有意に高かった。

糖尿病等の慢性の身体疾患の診断を受けている者は、全体で12.8%であった。男女別に見ると、男性は10.5%、女性は17.2%であり、慢性の身体疾患の診断を受けている者の割合は女性の方が有意に高かった。

2-3-21図

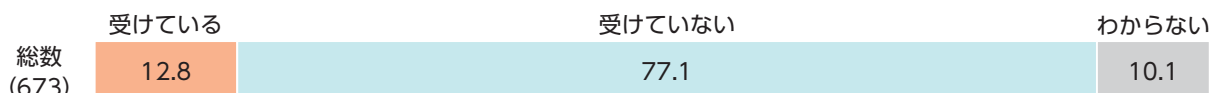
精神疾患・慢性疾患の診断の有無別構成比（男女別）

① 精神疾患の診断



$$\chi^2(2)=101.289, p<.001$$

② 慢性疾患の診断



$$\chi^2(2)=12.283, p=.002$$

注 1 法務総合研究所の調査による。

2 ①においては精神疾患の診断の有無が、②においては慢性疾患の診断の有無が不詳の者を除く。

3 「精神疾患」は、気分障害、統合失調症、発達障害、摂食障害等の精神障害をいい、依存症（薬物・アルコール・ギャンブル）を除く。

4 「慢性疾患」は、糖尿病、循環器疾患、がん等の身体の病気をいう。

5 () 内は、実人員である。

調査対象者の、感染症の診断歴の有無を見ると、**2-3-22表**のとおりである。診断歴がある者の割合の高かった感染症は、順に「C型肝炎」(46.0%)、「クラミジア」(10.3%)、「淋菌感染症」(7.7%)であり、「クラミジア」は女性の割合が有意に高く、「淋菌感染症」は男性の割合が有意に高かった。「いずれもない」とした者は、男性が46.5%、女性が34.4%で、男性の割合が有意に高かった ($\chi^2(1)=8.958, p<.01$)。なお、薬物乱用下における、感染症のリスクがあるとされる避妊具を使用しない性交経験については、「何回もある」とした者が全体の約6割に及んでいた。

2-3-22表

感染症の診断歴の有無（男女別）

項 目	区 分	総 数	男 性	女 性	χ^2 値
A 型 肝 炎	診断あり	7 (1.1)	3 (0.7)	4 (1.8)	1.690
	診断なし	652 (98.9)	432 (99.3)	220 (98.2)	
B 型 肝 炎	診断あり	13 (2.0)	7 (1.6)	6 (2.7)	0.874
	診断なし	646 (98.0)	428 (98.4)	218 (97.3)	
C 型 肝 炎	診断あり	303 (46.0)	189 (43.4)	114 (50.9)	3.299
	診断なし	356 (54.0)	246 (56.6)	110 (49.1)	
ク ラ ミ ジ ア	診断あり	68 (10.3)	▽ 20 (4.6)	△ 48 (21.4)	45.263***
	診断なし	591 (89.7)	△ 415 (95.4)	▽ 176 (78.6)	
梅 毒	診断あり	10 (1.5)	7 (1.6)	3 (1.3)	0.072
	診断なし	649 (98.5)	428 (98.4)	221 (98.7)	
H I V 感 染 症	診断あり	4 (0.6)	4 (0.9)	—	2.072
	診断なし	655 (99.4)	431 (99.1)	224 (100.0)	
淋 菌 感 染 症	診断あり	51 (7.7)	△ 43 (9.9)	▽ 8 (3.6)	8.255**
	診断なし	608 (92.3)	▽ 392 (90.1)	△ 216 (96.4)	

- 注 1 法務総合研究所の調査による。
 2 感染症の診断歴の有無が不詳の者を除く。
 3 ***は $p<.001$, **は $p<.01$, *は $p<.05$ を示す。 p 値は、 χ^2 検定による漸近有意確率である。
 4 △は残差分析の結果、期待値よりも有意に度数が多いことを、▽は少ないことを示す ($p<.05$)。
 5 () 内は、各総数に占める構成比である。

調査対象者の、注射器使用経験、注射器回し打ち経験を見ると、2-3-23表のとおりである。全体で93.8%の者に注射器の使用経験があり、69.5%の者に注射器回し打ち経験があった。男女別では、いずれも女性の割合が有意に高かった。

2-3-23表

注射器使用経験・注射器回し打ち経験の有無（男女別）

項 目	区 分	総 数	男 性	女 性	χ^2 値
注 射 器 使 用	経験あり	632 (93.8)	▽ 410 (92.3)	△ 222 (96.5)	4.529*
	経験なし	42 (6.2)	△ 34 (7.7)	▽ 8 (3.5)	
注 射 器 回 し 打 ち	経験あり	470 (69.5)	▽ 296 (66.4)	△ 174 (75.7)	6.174*
	経験なし	206 (30.5)	△ 150 (33.6)	▽ 56 (24.3)	

- 注 1 法務総合研究所の調査による。
 2 注射器使用経験又は注射器回し打ち経験の有無が不詳の者を除く。
 3 ***は $p<.001$, **は $p<.01$, *は $p<.05$ を示す。 p 値は、 χ^2 検定による漸近有意確率である。
 4 △は残差分析の結果、期待値よりも有意に度数が多いことを、▽は少ないことを示す ($p<.05$)。
 5 () 内は、各総数に占める構成比である。

(5) 性行動

調査対象者の、薬物と性行動の関連について見ると、**2-3-24表**のとおりである。薬物乱用経験がある交際相手や配偶者について、「いる」が43.2%、「いない」が32.3%であった。男女別に見ると、「いる」が、男性で32.6%、女性で63.9%であり、薬物乱用経験がある交際相手や配偶者がいる割合は、女性の方が有意に高かった。薬物乱用と性交の結びつきについては、「かなり強い」が全体で15.5%、「どちらかといえば強い」が全体で35.1%であり、男女別に見ると、「かなり強い」、「どちらかといえば強い」のいずれの割合も男性が有意に高かった。

2-3-24表

薬物と性行動（男女別）

項 目	区 分	総 数	男 性	女 性	χ^2 値
薬物乱用経験がある交際相手や配偶者の有無	い る	288 (43.2)	▽ 143 (32.6)	△ 145 (63.9)	64.836***
	い な い	215 (32.3)	△ 178 (40.5)	▽ 37 (16.3)	
	わ か ら な い	43 (6.5)	29 (6.6)	14 (6.2)	
	交際相手や配偶者がいない	120 (18.0)	△ 89 (20.3)	▽ 31 (13.7)	
薬物乱用と性交の結びつき	か な り 強 い	103 (15.5)	△ 88 (20.3)	▽ 15 (6.6)	67.585***
	どちらかといえば強い	233 (35.1)	△ 181 (41.7)	▽ 52 (22.7)	
	どちらかといえば弱い	180 (27.1)	▽ 96 (22.1)	△ 84 (36.7)	
	か な り 弱 い	147 (22.2)	▽ 69 (15.9)	△ 78 (34.1)	

- 注 1 法務総合研究所の調査による。
 2 薬物乱用経験がある交際相手や配偶者の有無又は薬物乱用と性交の結びつきの強さが不詳の者を除く。
 3 「薬物乱用」には、処方薬乱用及び市販薬乱用を含まない。
 4 ***は $p<.001$, **は $p<.01$, *は $p<.05$ を示す。 p 値は、 χ^2 検定による漸近有意確率である。
 5 △は残差分析の結果、期待値よりも有意に度数が多いことを、▽は少ないことを示す ($p<.05$)。
 6 () 内は、各総数に占める構成比である。

性交時の薬物乱用の有無を、薬物の種類別に見ると、**2-3-25表**のとおりである。性交時に何らかの薬物を乱用したことがある者の割合は93.8%であり、ほとんどの者に性交時の薬物乱用経験があった。薬物の種類としては、「覚せい剤」の割合が最も高く9割を超え、次いで「大麻」が約3割、「有機溶剤」も2割を超えていた。男女別に見ると、「危険ドラッグ」の割合は女性の方が有意に高かった。

2-3-25表

性交時の薬物乱用の有無（種類別，男女別）

項 目	区 分	総 数	男 性	女 性	χ^2 値
覚 せ い 剤	使用あり	600 (92.9)	390 (92.0)	210 (94.6)	1.505
	使用なし	46 (7.1)	34 (8.0)	12 (5.4)	
ガ ス	使用あり	5 (0.8)	3 (0.7)	2 (0.9)	0.071
	使用なし	641 (99.2)	421 (99.3)	220 (99.1)	
大 麻	使用あり	192 (29.7)	120 (28.3)	72 (32.4)	1.190
	使用なし	454 (70.3)	304 (71.7)	150 (67.6)	
有 機 溶 剤	使用あり	149 (23.1)	98 (23.1)	51 (23.0)	0.002
	使用なし	497 (76.9)	326 (76.9)	171 (77.0)	
コ カ イ ン	使用あり	67 (10.4)	44 (10.4)	23 (10.4)	0.000
	使用なし	579 (89.6)	380 (89.6)	199 (89.6)	
ヘ ロ イ ン	使用あり	14 (2.2)	10 (2.4)	4 (1.8)	0.213
	使用なし	632 (97.8)	414 (97.6)	218 (98.2)	
M D M A	使用あり	82 (12.7)	52 (12.3)	30 (13.5)	0.205
	使用なし	564 (87.3)	372 (87.7)	192 (86.5)	
危 険 ド ラ ッ グ	使用あり	76 (11.8)	▽ 38 (9.0)	△ 38 (17.1)	9.335**
	使用なし	570 (88.2)	△ 386 (91.0)	▽ 184 (82.9)	

注 1 法務総合研究所の調査による。

2 性交時の薬物乱用の有無が不詳の者を除く。

3 重複計上による。

4 ***は $p<.001$, **は $p<.01$, *は $p<.05$ を示す。 p 値は、 χ^2 検定による漸近有意確率である。

5 △は残差分析の結果、期待値よりも有意に度数が多いことを、▽は少ないことを示す ($p<.05$)。

6 () 内は、各総数に占める構成比である。

6 薬物依存に対する支援・サポート

(1) 関係機関の利用状況

調査対象者の、薬物乱用に関する医療・保健機関や民間支援団体の利用状況について見ると、2-3-26表のとおりである。支援を受けたことがある関係機関として「専門病院」と回答した者の割合は全体の23.9%と最も高く、次いで「自助グループ」(16.5%)、「回復支援施設」(12.9%)の順であった。存在を知らなかった関係機関として「保健機関」と回答した者の割合は38.6%で最も高く、次いで「自助グループ」(21.8%)、「専門病院」(15.7%)、「回復支援施設」(9.7%)の順であった。存在は知っていたが、支援を受けたことはない関係機関は、「回復支援施設」(77.4%)、「自助グループ」(61.6%)、「専門病院」(60.4%)、「保健機関」(55.6%)の順に割合が高く、最も高い「回復支援施設」で約8割、それ以外はおおよそ6割であった。男女別に見ると、「専門病院」、「保健機関」及び「自助グループ」でそれぞれ支援を受けたことがある者の割合は女性が有意に高かった一方、「専門病院」及び「自助グループ」でそれぞれ存在を知らなかった者の割合は男性が有意に高く、女性の方が関係機関を利用している者が多い傾向がうかがえた。

2-3-26表

関係機関の利用状況（機関別，男女別）

項 目	区 分	総 数	男 性	女 性	χ^2 値
専 門 病 院	支援を受けたことがある	136 (23.9)	▽ 58 (15.7)	△ 78 (39.2)	43.039***
	存在を知らなかった	89 (15.7)	△ 72 (19.5)	▽ 17 (8.5)	
	存在は知っていたが、支援を受けたことはない	343 (60.4)	△ 239 (64.8)	▽ 104 (52.3)	
保 健 機 関	支援を受けたことがある	29 (5.8)	▽ 11 (3.3)	△ 18 (10.8)	12.024**
	存在を知らなかった	193 (38.6)	136 (40.8)	57 (34.1)	
	存在は知っていたが、支援を受けたことはない	278 (55.6)	186 (55.9)	92 (55.1)	
回復支援施設	支援を受けたことがある	73 (12.9)	45 (11.9)	28 (14.9)	1.065
	存在を知らなかった	55 (9.7)	38 (10.1)	17 (9.0)	
	存在は知っていたが、支援を受けたことはない	438 (77.4)	295 (78.0)	143 (76.1)	
自助グループ	支援を受けたことがある	91 (16.5)	▽ 42 (11.6)	△ 49 (26.2)	21.658***
	存在を知らなかった	120 (21.8)	△ 91 (25.1)	▽ 29 (15.5)	
	存在は知っていたが、支援を受けたことはない	339 (61.6)	230 (63.4)	109 (58.3)	

注 1 法務総合研究所の調査による。

2 関係機関の利用状況が不詳の者を除く。

3 ***は $p<.001$, **は $p<.01$, *は $p<.05$ を示す。 p 値は、 χ^2 検定による漸近有意確率である。4 △は残差分析の結果、期待値よりも有意に度数が多いことを、▽は少ないことを示す ($p<.05$)。

5 () 内は、各総数に占める構成比である。

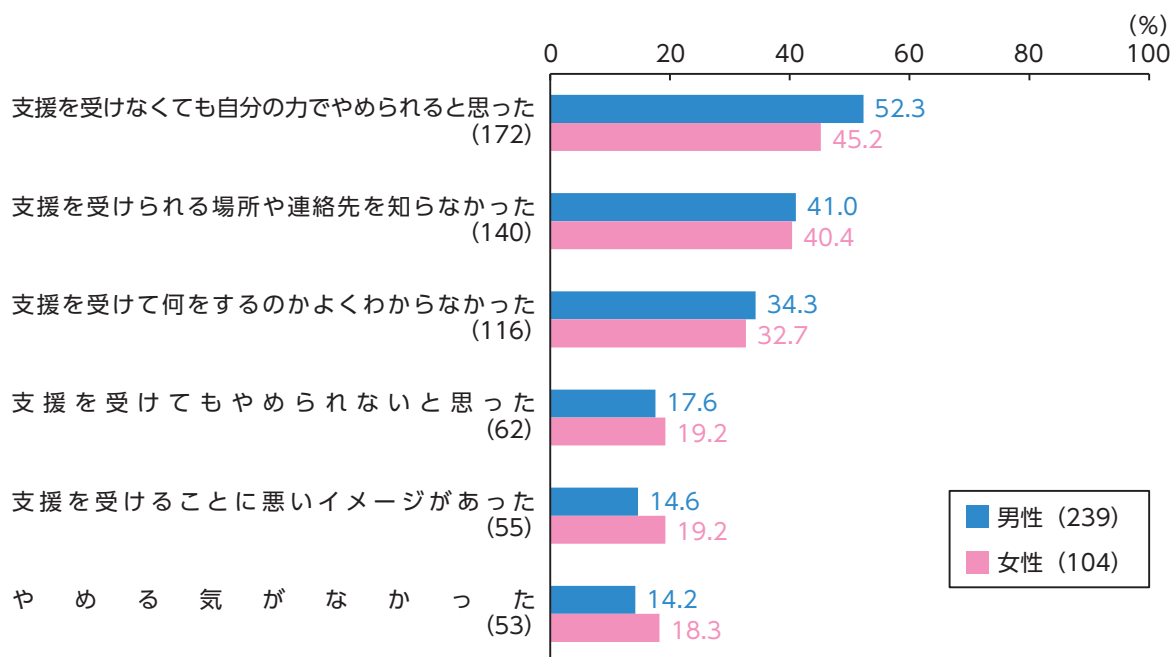
（２）関係機関の支援を受けたことがない理由

関係機関の存在は知っていたが、支援を受けたことがない者について、その理由を見ると、2-3-27図のとおりである。いずれの関係機関においても「支援を受けなくても自分の力でやめられると思った」、「支援を受けられる場所や連絡先を知らなかった」、「支援を受けて何をするのかよくわからなかった」が上位であったが、このうち、「専門病院」、「回復支援施設」及び「自助グループ」では「支援を受けなくても自分の力でやめられると思った」の選択率が最も高く、「保健機関」では「支援を受けられる場所や連絡先を知らなかった」の選択率が最も高かった。男女間で有意な差が認められた項目は、「保健機関」における「支援を受けなくても自分の力でやめられると思った」のみであった。

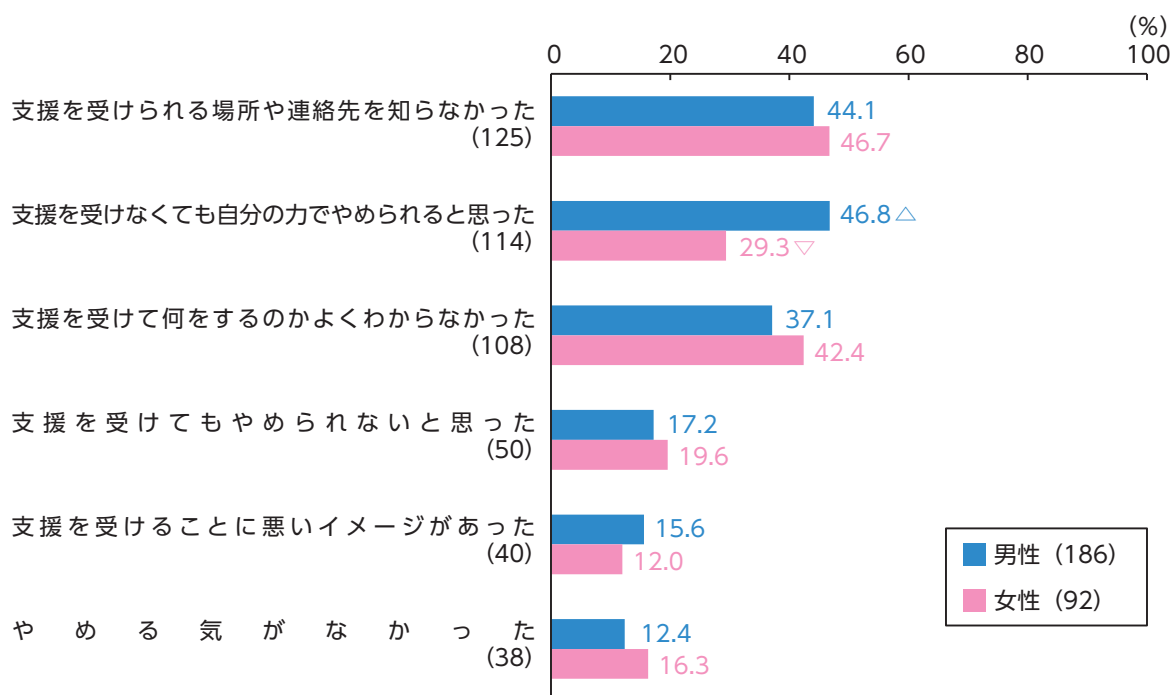
2-3-27図

関係機関の支援を受けたことがない理由（機関別，男女別）

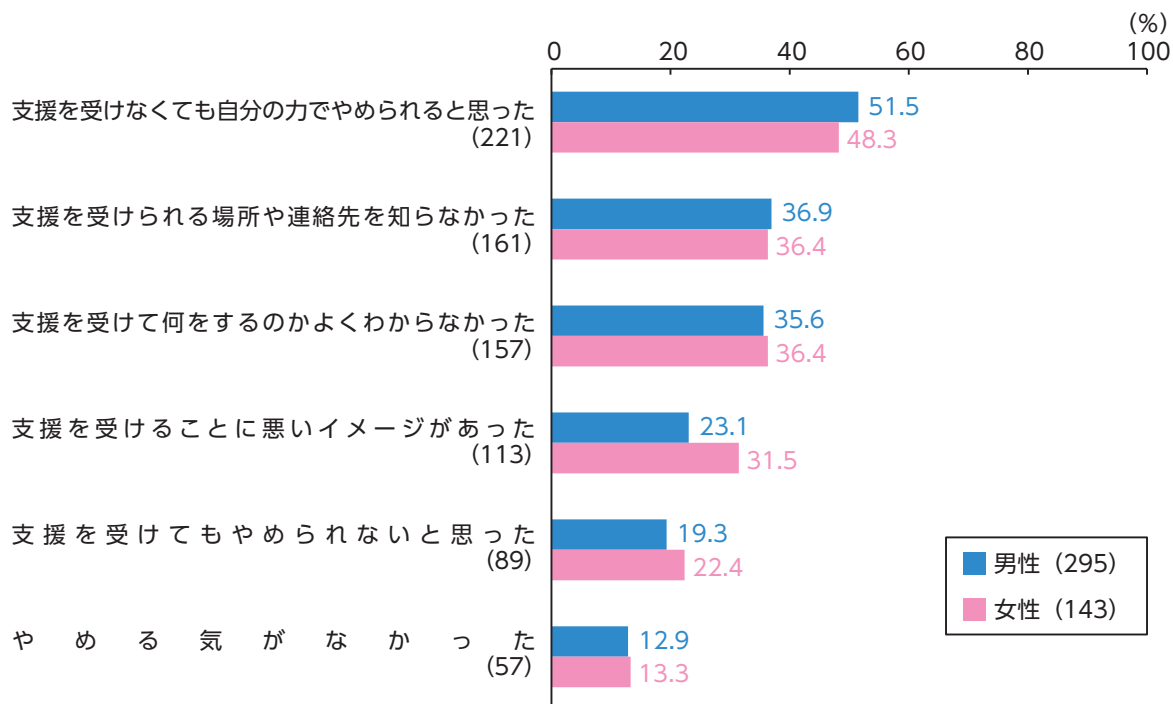
① 専門病院



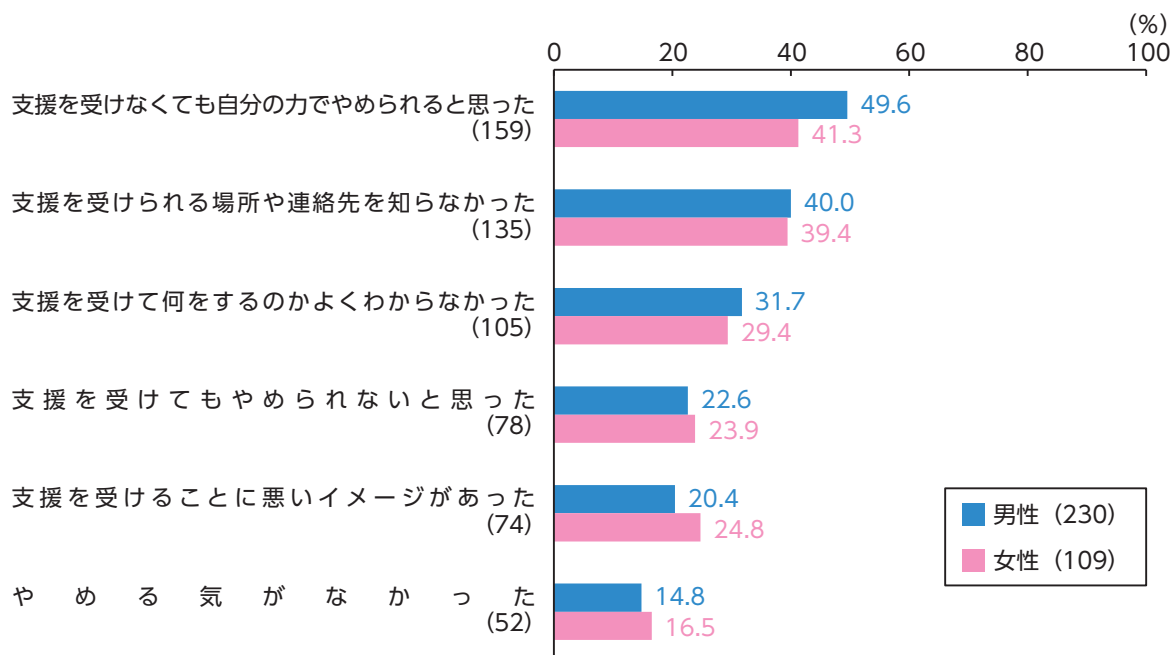
② 保健機関



③ 回復支援施設



④ 自助グループ



- 注 1 法務総合研究所の調査による。
 2 各関係機関について、「存在は知っていたが、支援を受けたことはない」と回答した者を計上している。
 3 重複計上による。
 4 凡例の () 内は各性別の実人員であり、縦軸の () 内は各調査項目の該当者数である。
 5 χ^2 検定により有意差が認められ、かつ残差分析の結果、期待値よりも有意に度数が多いものを△で示し、少ないものを▽で示す ($p<.05$)。

(3) 関係機関から受ける支援への良いイメージ

調査対象者の、関係機関から受ける支援への良いイメージを見ると、2-3-28図のとおりである。

「専門病院」では、「薬物をやめるための具体的な方法を知ることができる」(49.4%)、「不眠や精神安定等に効く薬がもらえる」(41.1%)、「人間関係などの悩みを相談でき、精神的に楽になる」(27.8%)の選択率が上位であった。男女別に見ると、女性で、「不眠や精神安定等に効く薬がもらえる」、「人間関係などの悩みを相談でき、精神的に楽になる」及び「家族や交際相手等との関係が良くなる」の選択率が有意に高かった。

「保健機関」では、「薬物をやめるための具体的な方法を知ることができる」(25.9%)、「特に良いイメージはない」(22.7%)、「人間関係などの悩みを相談でき、精神的に楽になる」(16.9%)が上位であったが、他の機関と単純に比較すると全体的に選択率は低かった。男女別に見ると、女性で、「人間関係などの悩みを相談でき、精神的に楽になる」の選択率が有意に高かった。

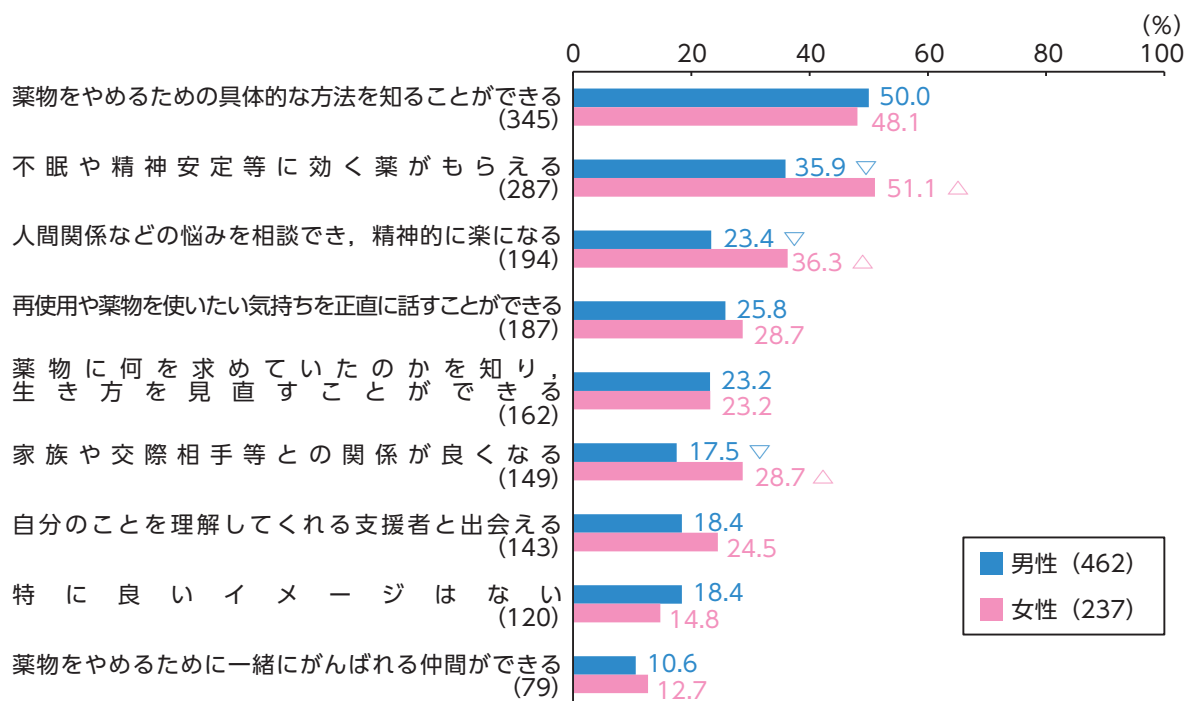
「回復支援施設」では、「薬物をやめるために一緒にがんばれる仲間ができる」(40.5%)、「自分のことを理解してくれる支援者と出会える」(37.5%)、「薬物に何を求めていたのかを知り、生き方を見直すことができる」(36.2%)が上位であった。回復支援施設においては、選択率に男女間の有意な差はなかった。

「自助グループ」では、「薬物をやめるために一緒にがんばれる仲間ができる」(37.1%)、「再使用や薬物を使いたい気持ちを正直に話すことができる」(34.3%)、「自分のことを理解してくれる支援者と出会える」(33.0%)が上位であった。男女別に見ると、これらの3項目はいずれも、女性の選択率が有意に高かった。

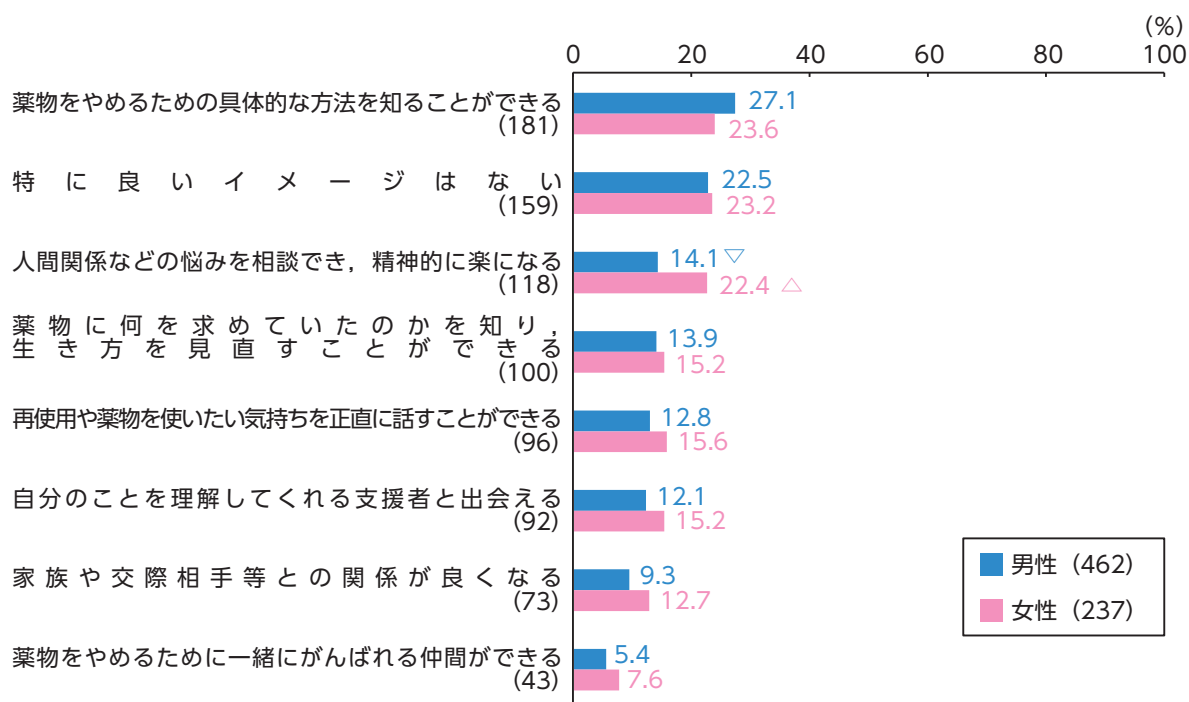
2-3-28図

関係機関から受ける支援への良いイメージ（機関別，男女別）

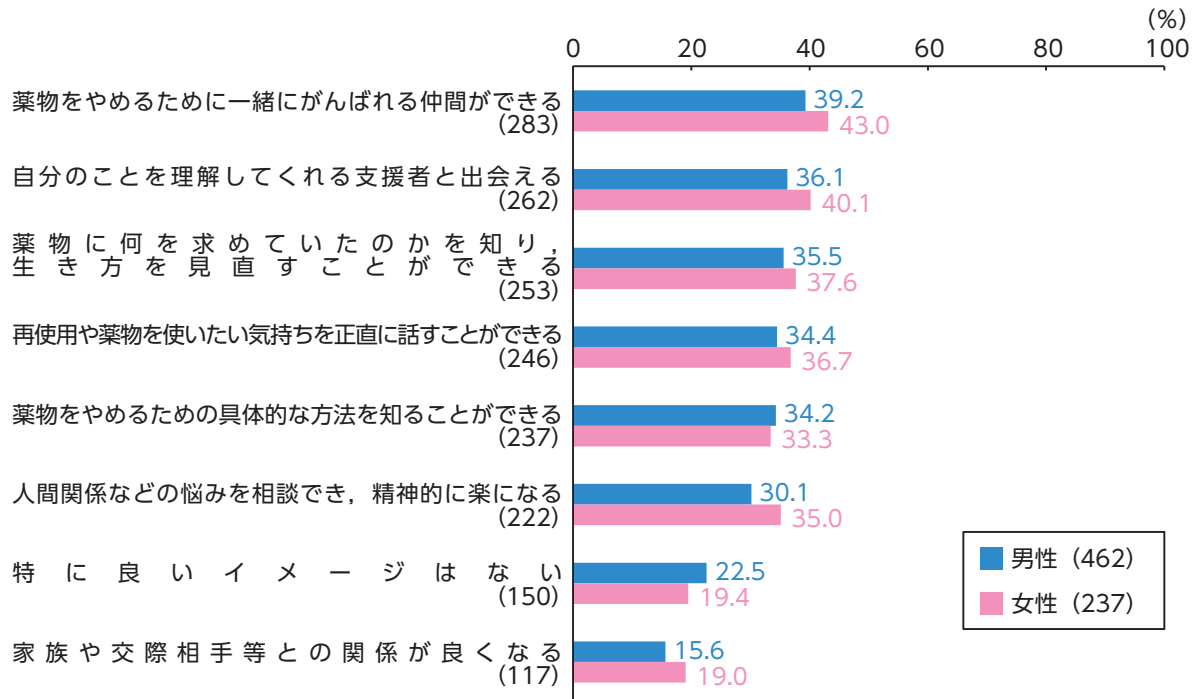
① 専門病院



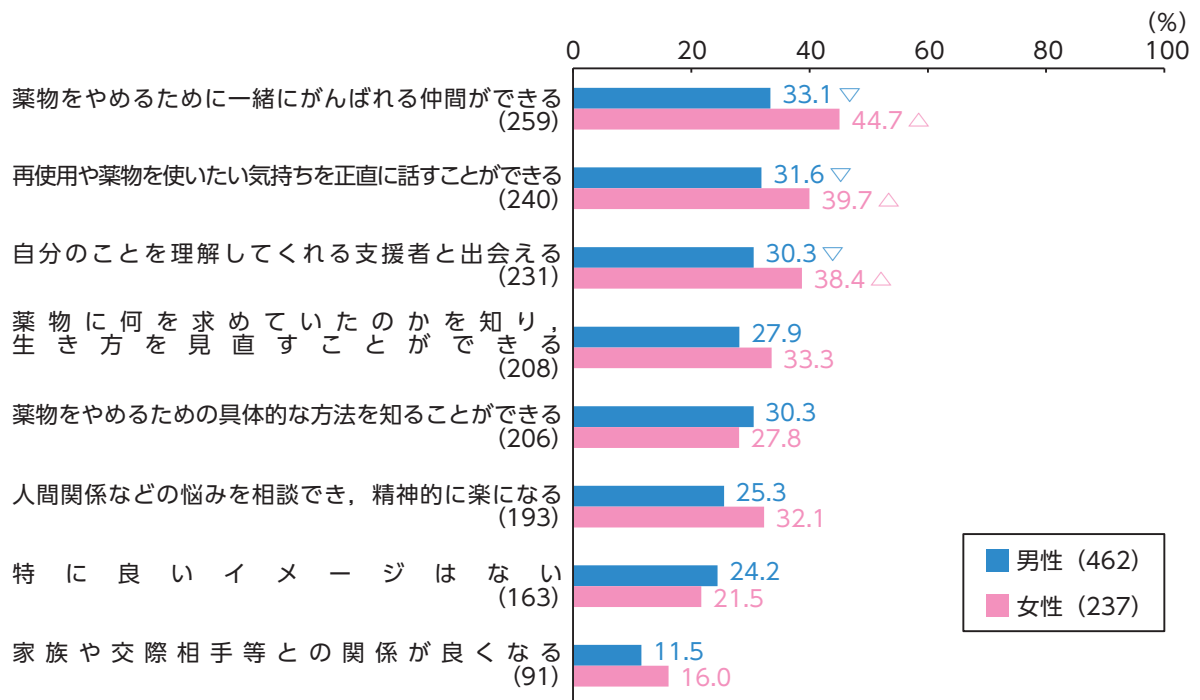
② 保健機関



③ 回復支援施設



④ 自助グループ



- 注 1 法務総合研究所の調査による。
 2 重複計上による。
 3 凡例の () 内は各性別の実人員であり、縦軸の () 内は各調査項目の該当者数である。
 4 χ^2 検定により有意差が認められ、かつ残差分析の結果、期待値よりも有意に度数が多いものを△で示し、少ないものを▽で示す (p < .05)。

(4) 関係機関から受ける支援への悪いイメージ

調査対象者の、関係機関から受ける支援への悪いイメージを見ると、2-3-29図のとおりである。

「専門病院」では、「お金がかかる」(40.5%)、「入院や入所を強引に勧められる」(32.0%)、「時間がかかる」(27.6%)が上位であった。男女別に見ると、女性で、「薬物を再び使ってしまった場合、通報(逮捕)される」の選択率が有意に高く、男性で、「自分が話したことで、あれこれ口を出され、わずらわしい思いをする」、「薬物のことを思い出し、かえってやりたくなる」の選択率が有意に高かった。

「保健機関」では、「薬物を再び使ってしまった場合、通報(逮捕)される」(21.2%)、「特に悪いイメージはない」(20.9%)、「時間がかかる」(18.6%)が上位であった。男女別に見ると、男性で、「お金がかかる」の選択率が高かった。

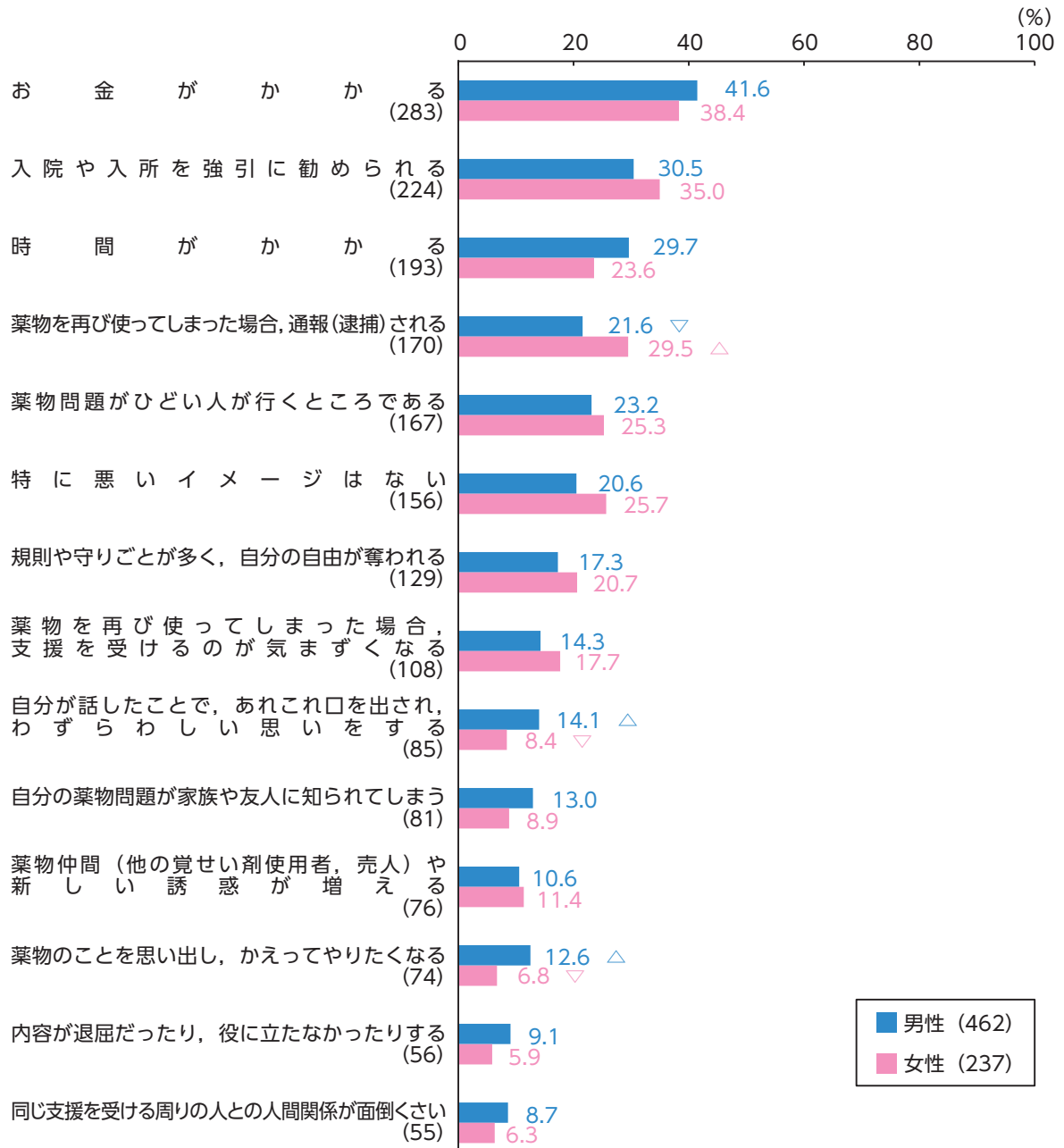
「回復支援施設」では、「薬物仲間(他の覚せい剤使用者、売人)や新しい誘惑が増える」(41.8%)、「お金がかかる」(36.9%)、「規則や守りごとが多く、自分の自由が奪われる」(36.8%)が上位であった。男女別に見ると、女性で、「薬物仲間(他の覚せい剤使用者、売人)や新しい誘惑が増える」の選択率が有意に高かった。

「自助グループ」は、「薬物仲間(他の覚せい剤使用者、売人)や新しい誘惑が増える」(36.5%)、「薬物のことを思い出し、かえってやりたくなる」(32.5%)、「同じ支援を受ける周りの人との人間関係が面倒くさい」(26.9%)が上位であった。男女別に見ると、女性で、「同じ支援を受ける周りの人との人間関係が面倒くさい」の選択率が有意に高く、男性で、「薬物を再び使ってしまった場合、通報(逮捕)される」の選択率が有意に高かった。

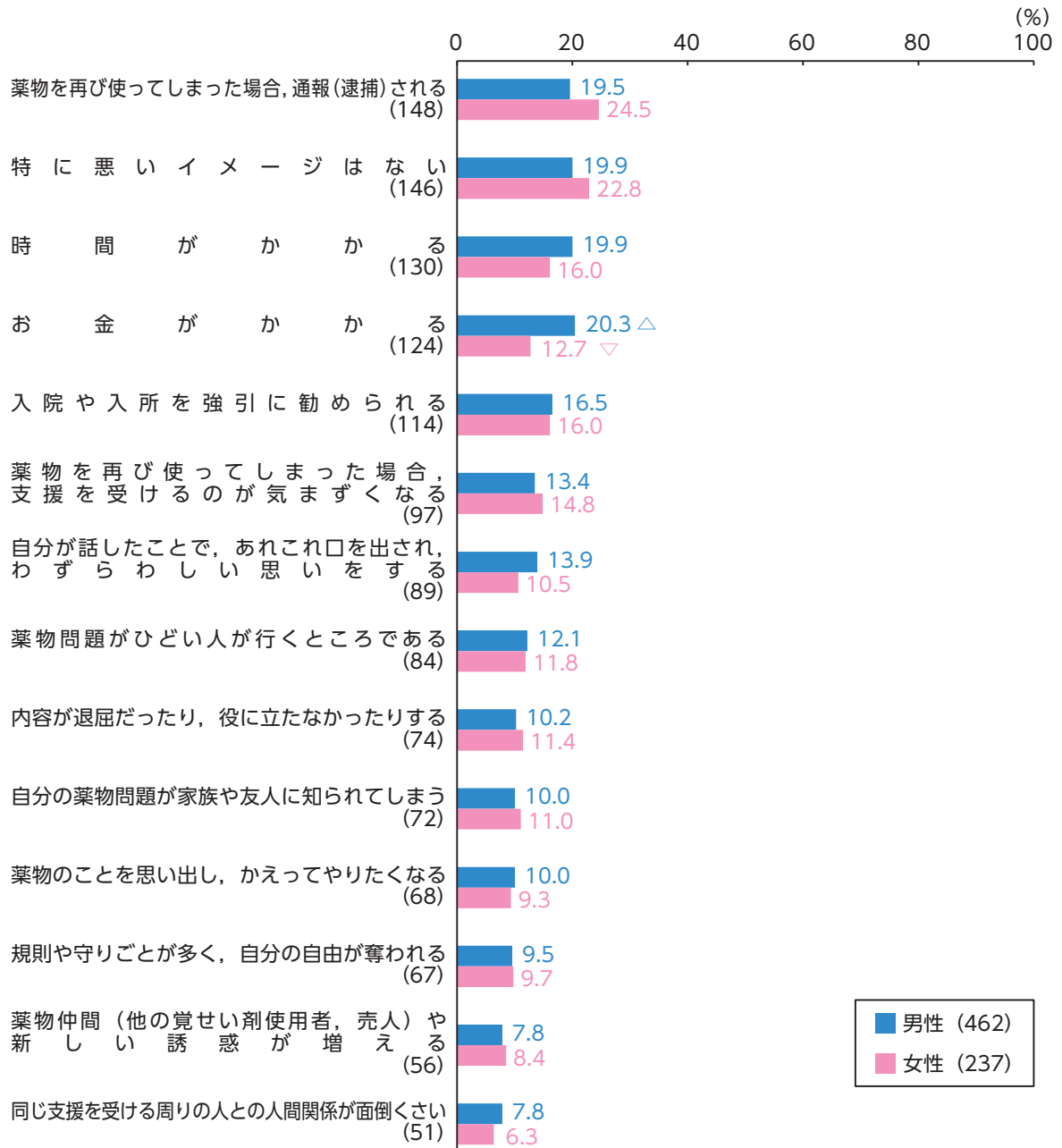
2-3-29図

関係機関から受ける支援への悪いイメージ（機関別，男女別）

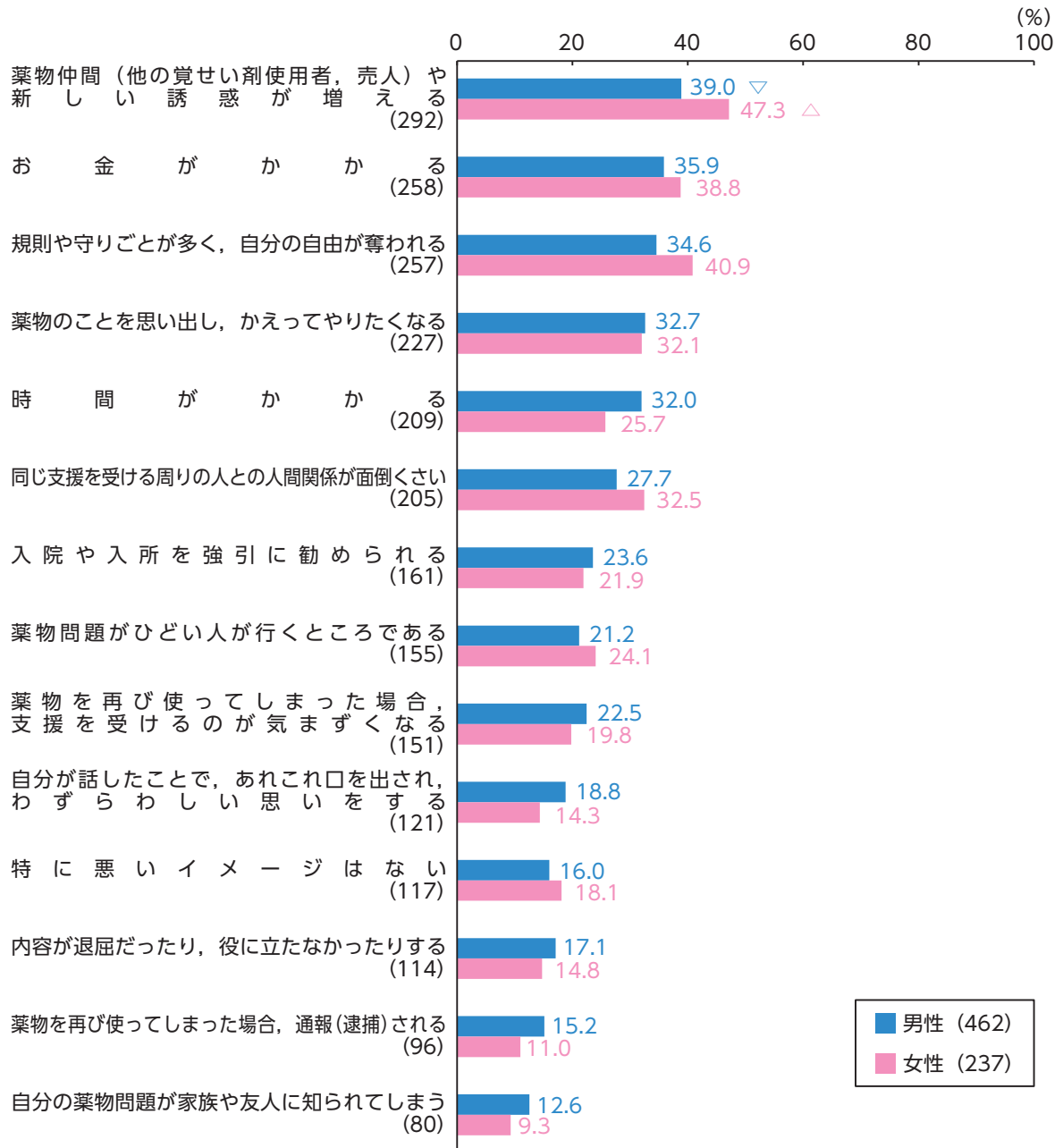
① 専門病院



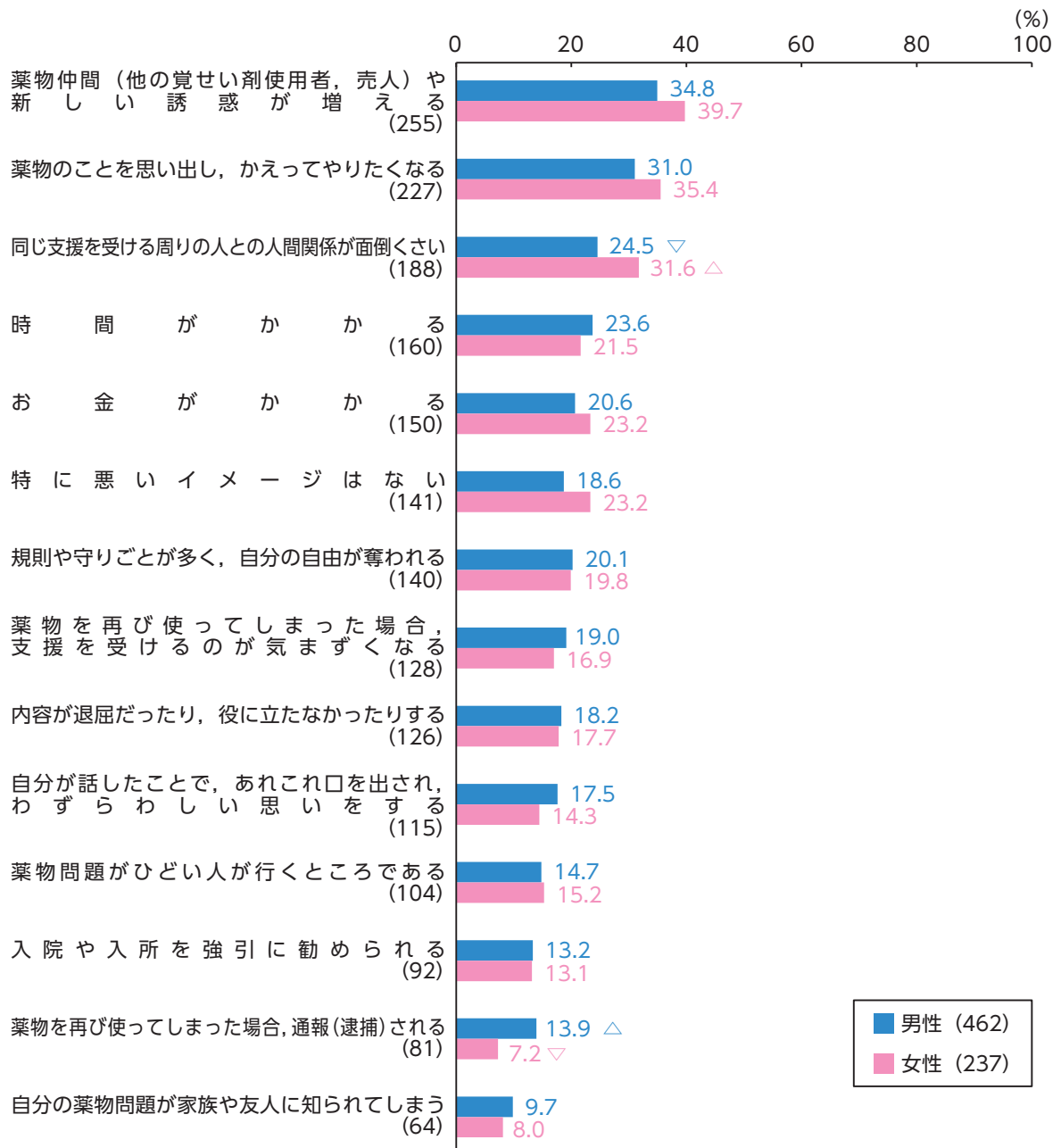
② 保健機関



③ 回復支援施設



④ 自助グループ



注 1 法務総合研究所の調査による。

2 重複計上による。

3 凡例の（ ）内は各性別の実人員であり、縦軸の（ ）内は各調査項目の該当者数である。

4 χ^2 検定により有意差が認められ、かつ残差分析の結果、期待値よりも有意に度数が多いものを△で示し、少ないものを▽で示す ($p<.05$)。

（５） 関係機関の支援を受ける気になる状況

調査対象者に対し、今回出所して社会に戻ったとき、どのような状況であれば関係機関の支援を受ける気になると思うかについて尋ねた結果を見ると、**2-3-30図**のとおりである。

「専門病院」では、「自分の力ではやめられないと感じれば」の選択率が42.8%と最も高く、次いで「家族や交際相手などの大事な人が理解・協力してくれれば」(40.6%)、「お金に余裕ができれば」(31.8%)の順であった。男女別に見ると、女性で、「家族や交際相手などの大事な人が理解・協力してくれれば」、「帰住先（雇用主、更生保護施設等）で勧められれば」の選択率が有意に高かった。

「保健機関」では、「自分の力ではやめられないと感じれば」の選択率が29.2%と最も高く、次いで「家族や交際相手などの大事な人が理解・協力してくれれば」(23.0%)、「刑務所や保護観察所等から具体的な場所や連絡先などを教えてもらえれば」(21.3%)の順であった。男女別に見ると、女性で、「家族や交際相手などの大事な人が理解・協力してくれれば」、「刑務所や保護観察所等から具体的な場所や連絡先などを教えてもらえれば」の選択率が有意に高かった。

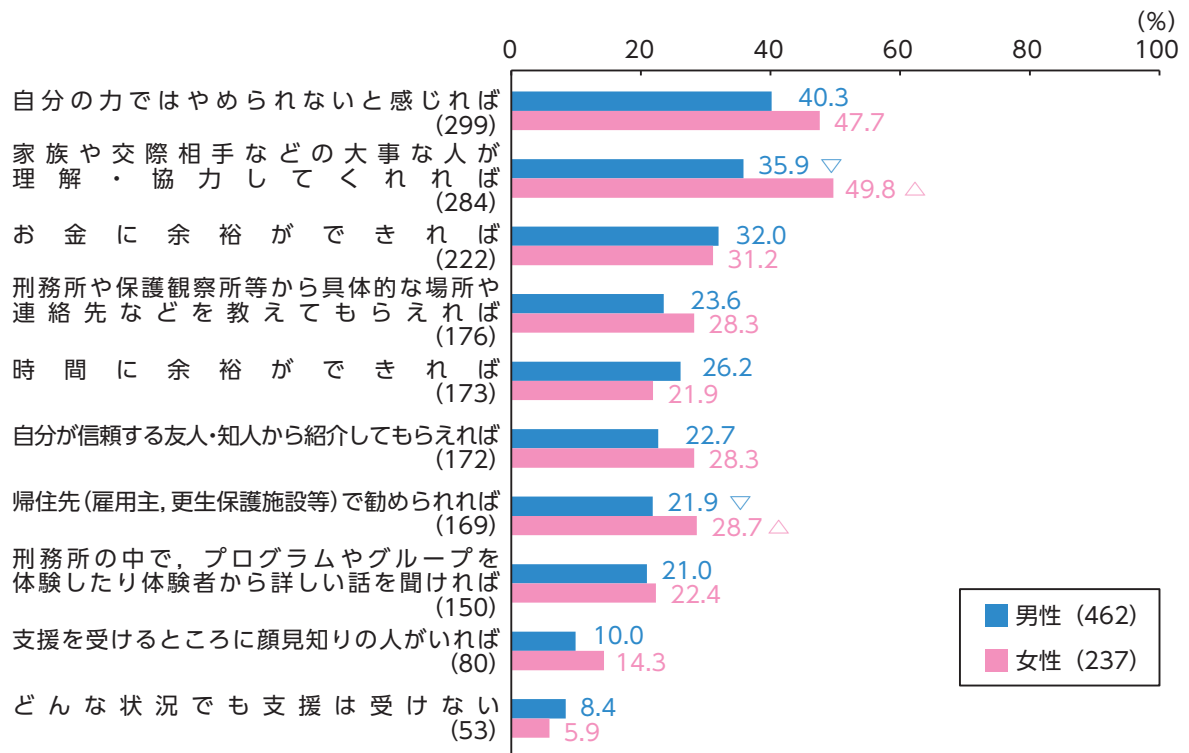
「回復支援施設」では、「自分の力ではやめられないと感じれば」の選択率が32.9%と最も高く、次いで「家族や交際相手などの大事な人が理解・協力してくれれば」(27.2%)、「刑務所の中で、プログラムやグループを体験したり体験者から詳しい話を聞ければ」(22.7%)の順であった。男女別に見ると、女性で、「帰住先（雇用主、更生保護施設等）で勧められれば」の選択率が有意に高かった。

「自助グループ」では、「自分の力ではやめられないと感じれば」の選択率が30.5%と最も高く、次いで「家族や交際相手などの大事な人が理解・協力してくれれば」(25.5%)、「刑務所の中で、プログラムやグループを体験したり体験者から詳しい話を聞ければ」(23.2%)の順であった。男女別に見ると、女性で、「自分の力ではやめられないと感じれば」、「家族や交際相手などの大事な人が理解・協力してくれれば」の選択率が有意に高かった。

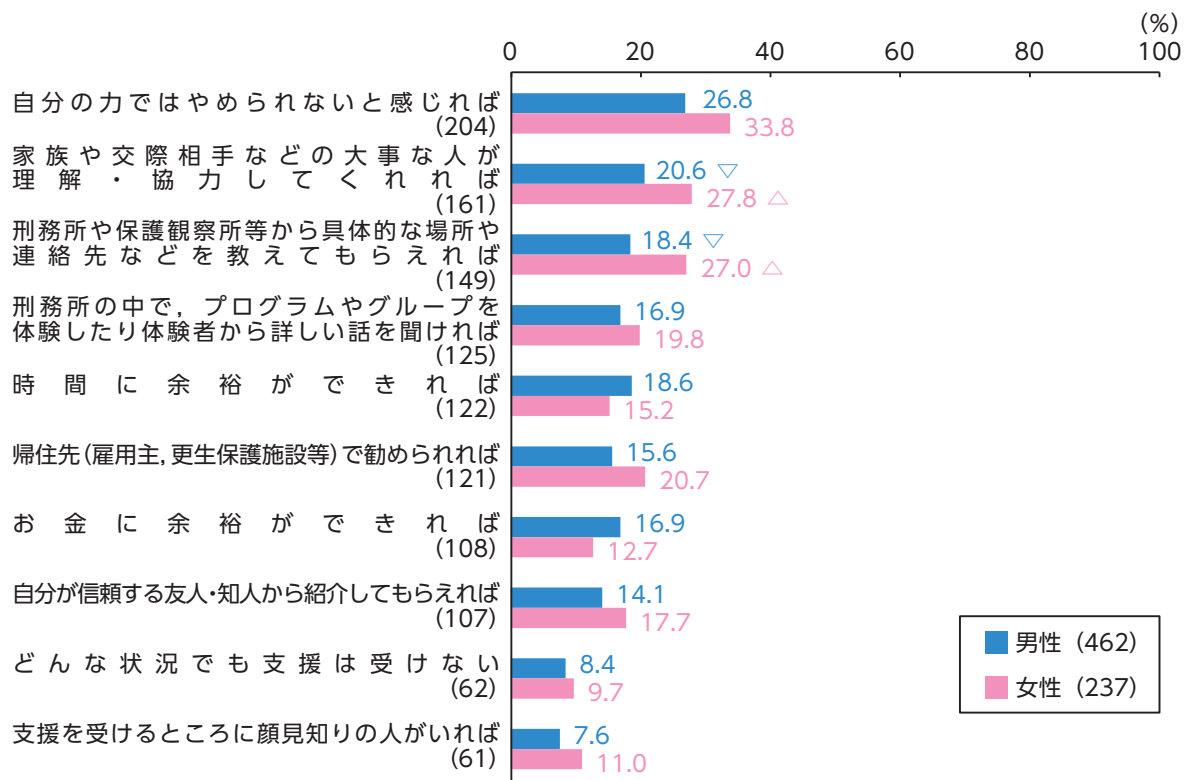
2-3-30図

関係機関の支援を受ける気になる状況（機関別，男女別）

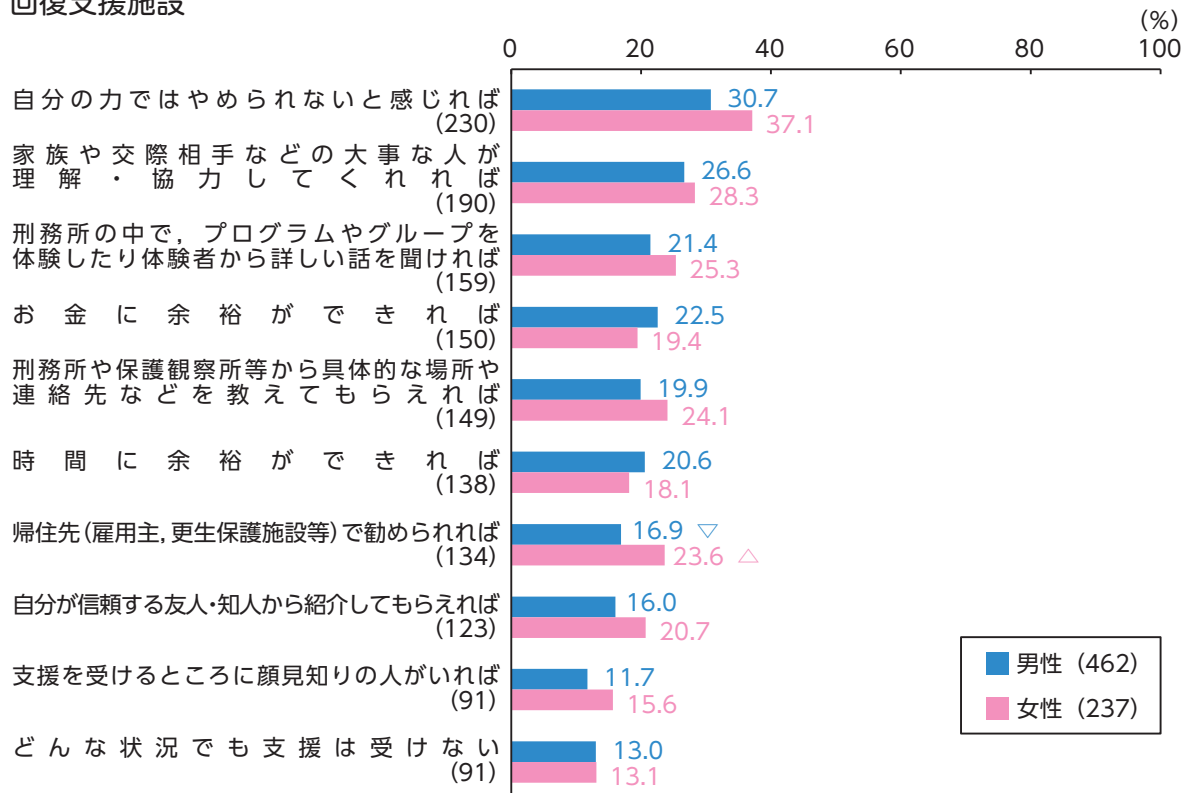
① 専門病院



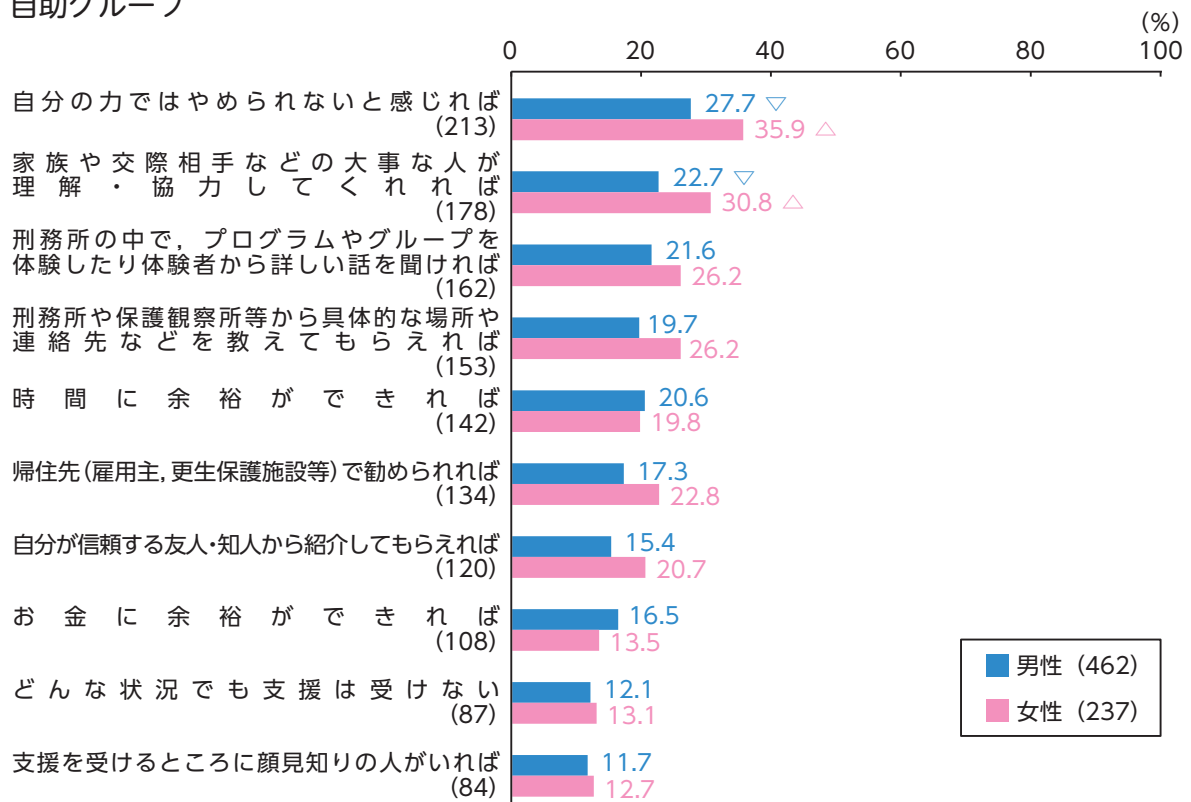
② 保健機関



③ 回復支援施設



④ 自助グループ



注 1 法務総合研究所の調査による。

2 重複計上による。

3 凡例の()内は各性別の実人員であり、縦軸の()内は各調査項目の該当者数である。

4 χ^2 検定により有意差が認められ、かつ残差分析の結果、期待値よりも有意に度数が多いものを△で示し、少ないものを▽で示す ($p<.05$)。

第4節 調査の結果（依存重症度別の分析）

第3節では、本調査の結果について、主に男女別に見てきたが、本節では、依存重症度別に見ていくこととする。

1 覚せい剤事犯者における薬物乱用の状況

（1）生涯経験の有無

2-4-1表は、種類別の薬物乱用の生涯経験の有無について、依存重症度別に見たものである。

各項目における「経験あり」の割合について単純比較すると、市販薬乱用を除き、「重度」が最も高く、次いで「相当程度」、「中度」、「軽度」の順であった。

「軽度」では、「経験あり」の割合は、有機溶剤及びヘロインを除き、有意に低かったところ、それでも大麻では4割弱の者が、処方薬乱用では2割半ばの者が「経験あり」であった。「中度」では、「経験あり」の割合は、ガス及び大麻で有意に低かったところ、大麻では4割半ばの者が「経験あり」であった。「相当程度」では、ガス、大麻、有機溶剤及びコカインで「経験あり」の割合が有意に高かった。「重度」では、ヘロインを除き「経験あり」の割合が有意に高く、大麻では8割半ばの者が、有機溶剤及び処方薬乱用では8割弱の者が、危険ドラッグでは6割半ばの者が「経験あり」であった。

2-4-1表

薬物乱用の生涯経験の有無（依存重症度別、種類別）

項 目 区 分	総 数	軽 度	中 度	相当程度	重 度	χ^2 値
覚 せ い 剤 経験あり	654 (100.0)	130 (100.0)	232 (100.0)	244 (100.0)	48 (100.0)	...
ガ ス 経験あり	73 (11.9)	▽ 7 (5.6)	▽ 17 (7.9)	△ 36 (15.5)	△ 13 (30.2)	24.676***
経験なし	543 (88.1)	△ 118 (94.4)	△ 198 (92.1)	▽ 197 (84.5)	▽ 30 (69.8)	
大 麻 経験あり	326 (52.1)	▽ 50 (39.4)	▽ 101 (45.9)	△ 136 (58.1)	△ 39 (86.7)	36.567***
経験なし	300 (47.9)	△ 77 (60.6)	△ 119 (54.1)	▽ 98 (41.9)	▽ 6 (13.3)	
有 機 溶 剤 経験あり	377 (60.1)	67 (52.8)	122 (55.5)	△ 154 (65.3)	△ 34 (77.3)	12.865**
経験なし	250 (39.9)	60 (47.2)	98 (44.5)	▽ 82 (34.7)	▽ 10 (22.7)	
コ カ イン 経験あり	144 (23.2)	▽ 19 (15.0)	42 (19.3)	△ 66 (28.2)	△ 17 (39.5)	16.485**
経験なし	478 (76.8)	△ 108 (85.0)	176 (80.7)	▽ 168 (71.8)	▽ 26 (60.5)	
ヘ ロ イン 経験あり	40 (6.5)	7 (5.5)	13 (6.0)	16 (6.8)	4 (9.5)	0.956
経験なし	578 (93.5)	120 (94.5)	202 (94.0)	218 (93.2)	38 (90.5)	
M D M A 経験あり	134 (21.6)	▽ 16 (12.6)	39 (18.1)	59 (25.3)	△ 20 (45.5)	24.360***
経験なし	486 (78.4)	△ 111 (87.4)	177 (81.9)	174 (74.7)	▽ 24 (54.5)	
危険ドラッグ 経験あり	163 (26.4)	▽ 20 (15.7)	48 (22.1)	67 (29.0)	△ 28 (65.1)	43.467***
経験なし	455 (73.6)	△ 107 (84.3)	169 (77.9)	164 (71.0)	▽ 15 (34.9)	
処方薬乱用 経験あり	209 (33.6)	▽ 32 (25.2)	67 (31.0)	76 (32.3)	△ 34 (77.3)	42.446***
経験なし	413 (66.4)	△ 95 (74.8)	149 (69.0)	159 (67.7)	▽ 10 (22.7)	
市販薬乱用 経験あり	59 (9.6)	▽ 6 (4.8)	21 (9.7)	17 (7.3)	△ 15 (36.6)	39.413***
経験なし	558 (90.4)	△ 120 (95.2)	195 (90.3)	217 (92.7)	▽ 26 (63.4)	

注 1 法務総合研究所の調査による。

2 薬物乱用の生涯経験の有無又は薬物依存重症度が不詳の者を除く。

3 「処方薬乱用」及び「市販薬乱用」は、治療のために飲むのではなく、決められた量や回数を守らず、大量の薬をまとめて飲むことや、症状を治すためではなく、本来決められた目的以外の理由で医薬品を大量に飲むことなどを指す。

4 ***は $p<.001$, **は $p<.01$, *は $p<.05$ を示す。 p 値は、 χ^2 検定による漸近有意確率である。5 △は残差分析の結果、期待値よりも有意に度数が多いことを、▽は少ないことを示す ($p<.05$)。

6 () 内は、それぞれの依存重症度の総数に占める構成比である。

(2) 使用開始年齢層

2-4-2表は、薬物乱用・覚せい剤使用の開始年齢層について、依存重症度別に見たものである。

薬物乱用の開始年齢層が「19歳以下」では、「重度」の割合が有意に高い一方、「軽度」の割合が有意に低く、「30～39歳」では、「軽度」の割合が有意に高い一方、「相当程度」の割合が有意に低かった。また、覚せい剤使用の開始年齢層が「19歳以下」では、「重度」の割合が有意に高い一方、「軽度」の割合が有意に低く、「30～39歳」では、「軽度」の割合が有意に高かった。

2-4-2表

薬物乱用の開始年齢層（依存重症度別、薬物・覚せい剤別）

項 目 区 分	総 数	軽 度	中 度	相当程度	重 度	χ^2 値
薬 物 乱 用 19歳以下	455 (70.0)	▽ 77 (59.7)	161 (69.4)	177 (73.4)	△ 40 (83.3)	20.194*
20～29歳	130 (20.0)	28 (21.7)	49 (21.1)	47 (19.5)	6 (12.5)	
30～39歳	44 (6.8)	△ 18 (14.0)	14 (6.0)	▽ 10 (4.1)	2 (4.2)	
40～49歳	18 (2.8)	5 (3.9)	6 (2.6)	7 (2.9)	—	
50歳以上	3 (0.5)	1 (0.8)	2 (0.9)	—	—	
覚せい剤使用 19歳以下	243 (38.1)	▽ 37 (29.4)	80 (35.2)	101 (42.6)	△ 25 (53.2)	22.870*
20～29歳	281 (44.1)	53 (42.1)	109 (48.0)	101 (42.6)	18 (38.3)	
30～39歳	84 (13.2)	△ 28 (22.2)	26 (11.5)	26 (11.0)	4 (8.5)	
40～49歳	27 (4.2)	8 (6.3)	10 (4.4)	9 (3.8)	—	
50歳以上	2 (0.3)	—	2 (0.9)	—	—	

注 1 法務総合研究所の調査による。

2 薬物乱用の開始年齢又は薬物依存重症度が不詳の者を除く。

3 「薬物乱用の開始年齢層」は、覚せい剤、ガス、大麻、有機溶剤、コカイン、ヘロイン、MDMA、危険ドラッグ、処方薬又は市販薬のいずれかを初めて乱用した年齢層を指す。なお、処方薬の乱用及び市販薬の乱用については、2-4-1表の脚注3に同じ。

4 ***は $p<.001$, **は $p<.01$, *は $p<.05$ を示す。 p 値は、 χ^2 検定による漸近有意確率である。ただし、度数が少ない場合は、モンテカルロ法を使用した検定による。

5 △は残差分析の結果、期待値よりも有意に度数が多いことを、▽は少ないことを示す ($p<.05$)。

6 () 内は、それぞれの依存重症度の総数に占める構成比である。

（3）直近1年間における薬物乱用経験の有無

2-4-3表は、直近1年間における種類別の薬物乱用経験の有無について、依存重症度別に見たものである。

各項目における「経験あり」の割合について単純比較すると、多くの薬物において、「重度」が最も高く、次いで「相当程度」、「中度」、「軽度」の順であり、処方薬乱用等、幾つかの薬物では「重度」が他の重症度と比較して著しく高かった。

「軽度」では、覚せい剤、大麻、コカイン、危険ドラッグ及び処方薬乱用で「経験あり」の割合が有意に低かったところ、処方薬乱用では1割強の者が「経験あり」であった。「中度」では、大麻で「経験あり」の割合が有意に低かった。「相当程度」では、覚せい剤、大麻及びコカインで「経験あり」の割合が有意に高かった。「重度」では、有機溶剤、ヘロイン及びMDMAを除き「経験あり」の割合が有意に高く、大麻では5割弱の者が、処方薬乱用では7割弱の者が「経験あり」であった。

2-4-3表

直近1年間における薬物乱用経験の有無（依存重症度別、種類別）

項目区分	総数	軽度	中度	相当程度	重度	χ^2 値
覚せい剤 経験あり	596 (91.1)	▽ 102 (78.5)	216 (93.1)	△ 230 (94.3)	△ 48 (100.0)	34.568***
経験なし	58 (8.9)	△ 28 (21.5)	16 (6.9)	▽ 14 (5.7)	▽ —	
ガス 経験あり	3 (0.5)	—	1 (0.5)	—	△ 2 (4.7)	8.125**
経験なし	619 (99.5)	127 (100.0)	216 (99.5)	235 (100.0)	▽ 41 (95.3)	
大麻 経験あり	95 (15.2)	▽ 8 (6.3)	▽ 20 (9.2)	△ 45 (19.1)	△ 22 (48.9)	56.635***
経験なし	531 (84.8)	△ 120 (93.8)	△ 198 (90.8)	▽ 190 (80.9)	▽ 23 (51.1)	
有機溶剤 経験あり	17 (2.7)	1 (0.8)	7 (3.2)	8 (3.4)	1 (2.3)	2.431
経験なし	606 (97.3)	126 (99.2)	210 (96.8)	227 (96.6)	43 (97.7)	
コカイン 経験あり	39 (6.3)	▽ 1 (0.8)	9 (4.1)	△ 21 (8.9)	△ 8 (18.2)	21.657***
経験なし	584 (93.7)	△ 126 (99.2)	208 (95.9)	▽ 214 (91.1)	▽ 36 (81.8)	
ヘロイン 経験あり	2 (0.3)	—	—	1 (0.4)	1 (2.3)	4.604
経験なし	619 (99.7)	127 (100.0)	217 (100.0)	233 (99.6)	42 (97.7)	
M D M A 経験あり	20 (3.2)	2 (1.6)	5 (2.3)	9 (3.8)	4 (9.1)	5.860
経験なし	603 (96.8)	125 (98.4)	212 (97.7)	226 (96.2)	40 (90.9)	
危険ドラッグ 経験あり	52 (8.4)	▽ 4 (3.1)	14 (6.5)	25 (10.7)	△ 9 (20.5)	15.582**
経験なし	570 (91.6)	△ 123 (96.9)	203 (93.5)	209 (89.3)	▽ 35 (79.5)	
処方薬乱用 経験あり	137 (22.0)	▽ 15 (11.8)	38 (17.6)	54 (22.9)	△ 30 (68.2)	64.942***
経験なし	486 (78.0)	△ 112 (88.2)	178 (82.4)	182 (77.1)	▽ 14 (31.8)	
市販薬乱用 経験あり	28 (4.5)	4 (3.2)	7 (3.2)	8 (3.4)	△ 9 (20.9)	28.948***
経験なし	593 (95.5)	122 (96.8)	210 (96.8)	227 (96.6)	▽ 34 (79.1)	

注 1 法務総合研究所の調査による。
 2 直近1年間における薬物乱用経験の有無又は薬物依存重症度が不詳の者を除く。
 3 「処方薬乱用」及び「市販薬乱用」については、2-4-1表の脚注3に同じ。
 4 ***は $p<.001$, **は $p<.01$, *は $p<.05$ を示す。 p 値は、 χ^2 検定による漸近有意確率である。ただし、度数が少ない場合は、モンテカルロ法を使用した検定による。
 5 △は残差分析の結果、期待値よりも有意に度数が多いことを、▽は少ないことを示す ($p<.05$)。
 6 () 内は、それぞれの依存重症度の総数に占める構成比である。

2 覚せい剤使用時に関する状況・断薬に関する状況

(1) 使用しなくなった場面（外的引き金）

2-4-4図は、覚せい剤を使用しなくなった場面について、依存重症度別に見たものである。

項目全体の傾向を見ると、「軽度」及び「中度」の者の選択率は、有意に低いものが多く、「重度」及び「相当程度」の者の選択率は、有意に高いものが多かった。

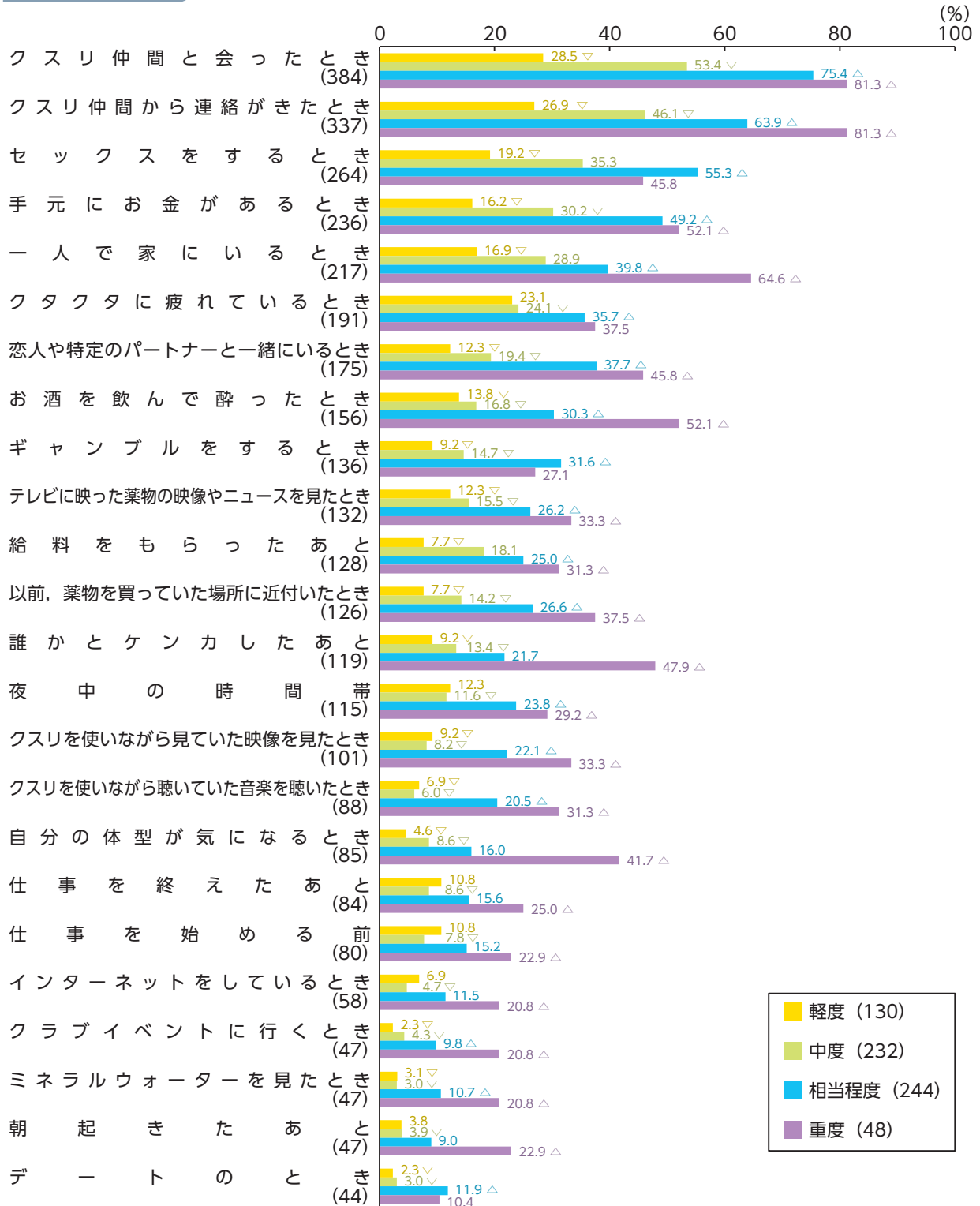
各場面の選択率について単純比較すると、大半の場面において、「重度」が最も高く、次いで「相当程度」、「中度」、「軽度」の順であった。「セックスをするとき」、「ギャンブルをするとき」及び「デートのとき」では、「相当程度」の者の選択率が「重度」よりも高かったことを始めとして、「軽度」の方が「中度」よりも高い場面も幾つか認められたが、「中度」が「相当程度」よりも高い場面は認められなかった。

各場面において、「軽度」では、選択率が1割に満たないものが多く認められ、最高でも3

割弱であり、「中度」でも、1割に満たないものが多く認められ、最高でも5割強であった。「相当程度」では、1割に満たないものも僅かに認められるものの、大半は2割以上となっており、最高では7割半ばであった。「重度」では、ほぼ全てで2割以上となっており、4割以上のものも少なくなく、最高では8割強であった。また、「一人で家にいるとき」、「お酒を飲んで酔ったとき」、「誰かとケンカしたあと」及び「自分の体型が気になるとき」では、「重度」と「相当程度」との差が20ptを超えていた。

2-4-4図

覚せい剤を使用しなくなった場面（依存重症度別）



- 注 1 法務総合研究所の調査による。
 2 薬物依存重症度が不詳の者を除く。
 3 重複計上による。
 4 凡例の（ ）内は各薬物依存重症度の実人員であり、縦軸の（ ）内は各調査項目の該当者数である。
 5 全調査項目のうち、 χ^2 検定により有意差が認められなかったもの ($p<.05$)、又は該当者数が30人未満であったものを除く。
 6 △は残差分析の結果、期待値よりも有意に度数が多いことを、▽は少ないことを示す ($p<.05$)。

(2) 使用しなくなったときの感情等 (内的引き金)

2-4-5図は、覚せい剤を使用しなくなったときの感情等について、依存重症度別に見たものである。

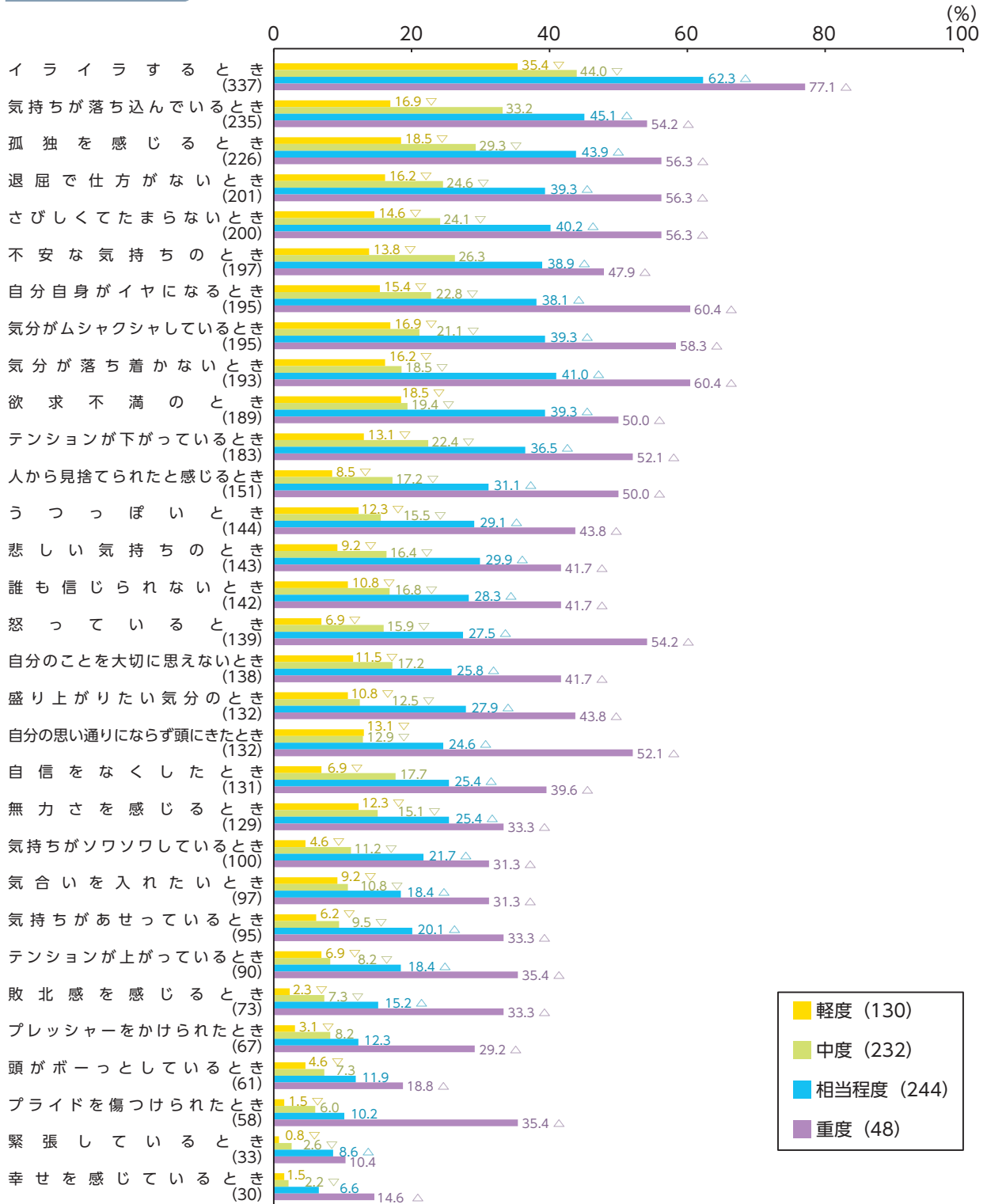
項目全体の傾向を見ると、「軽度」及び「中度」の者の選択率は、有意に低いものが多く、「重度」及び「相当程度」の者の選択率は、有意に高いものが多かった。

各感情等の選択率について単純比較すると、「自分の思い通りにならず頭にきたとき」で「軽度」の方が「中度」よりも高かったのを除けば、「重度」が最も高く、次いで「相当程度」、「中度」、「軽度」の順であった。

各感情等において、「軽度」では、選択率が1割に満たないか1割台でほぼ全てであり、「イライラするとき」のみが3割半ばであった。「中度」では、1割に満たないものから2割台まででほぼ全てであり、「イライラするとき」で最高の4割半ばであった。「相当程度」では、1割に満たないものも僅かに認められるものの、大半は2割以上となっており、「イライラするとき」で最高の6割強であった。「重度」では、1割台や2割台も僅かに認められるものの、ほぼ全てで3割以上となっており、4割台や5割台も少なくなく、「イライラするとき」で最高の8割弱であった。また、「自分自身がイヤになるとき」、「怒っているとき」、「自分の思い通りにならず頭にきたとき」及び「プライドを傷つけられたとき」では、「重度」と「相当程度」との差が20ptを超えていた。

2-4-5図

覚せい剤を使用しなくなったときの感情等（依存重症度別）



- 注 1 法務総合研究所の調査による。
 2 薬物依存重症度が不詳の者を除く。
 3 重複計上による。
 4 凡例の（ ）内は各薬物依存重症度の実人員であり、縦軸の（ ）内は各調査項目の該当者数である。
 5 全調査項目のうち、 χ^2 検定により有意差が認められなかったもの（ $p<.05$ ）、又は該当者数が30人未満であったものを除く。
 6 △は残差分析の結果、期待値よりも有意に度数が多いことを、▽は少ないことを示す（ $p<.05$ ）。

(3) 使用による本人のメリット

2-4-6図は、覚せい剤使用による本人のメリットについて、依存重症度別に見たものである。

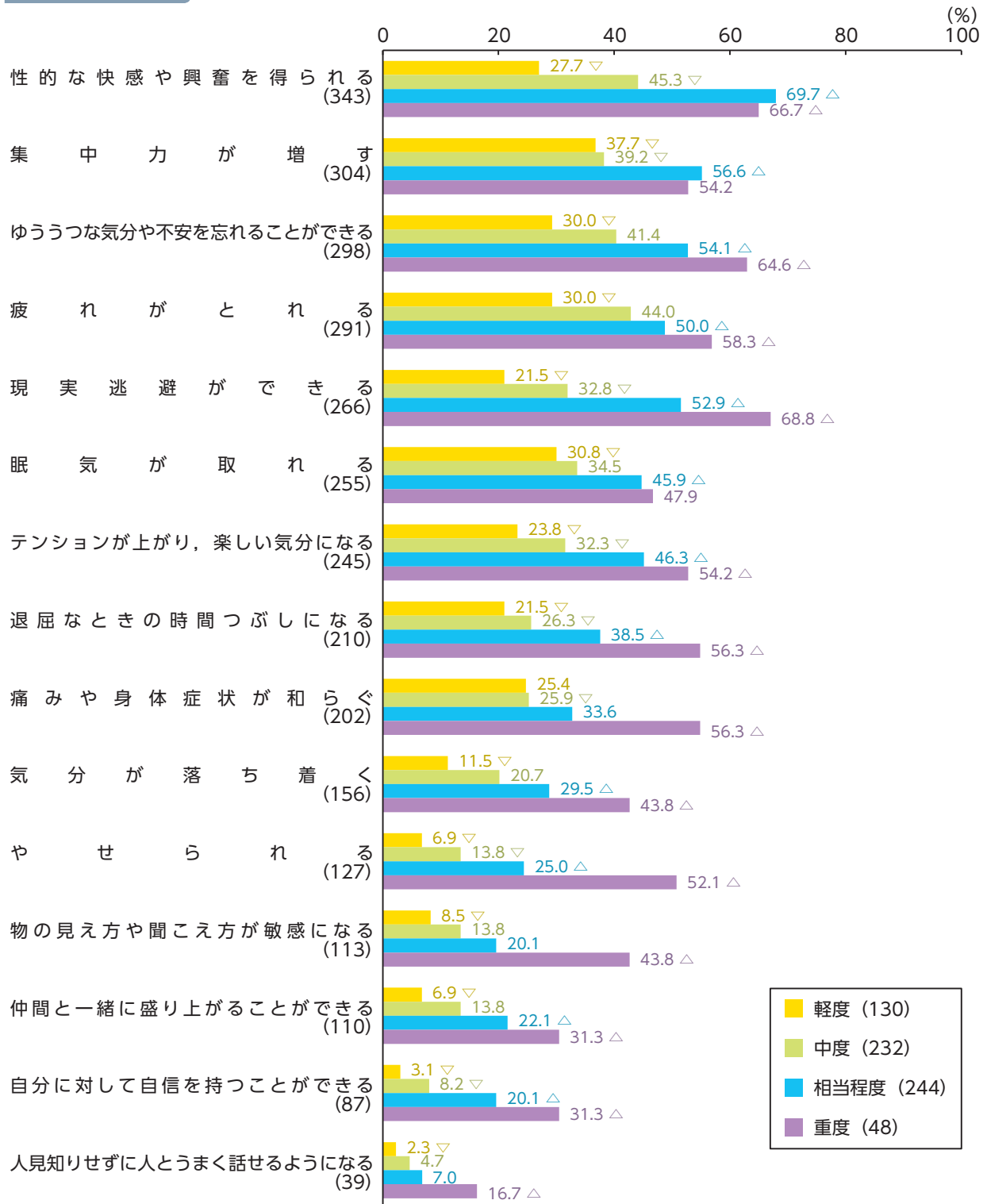
項目全体の傾向を見ると、「軽度」及び「中度」の者の選択率は、有意に低いものが多く、「重度」及び「相当程度」の者の選択率は、有意に高いものが多かった。

各メリットの選択率について単純比較すると、「性的な快感や興奮を得られる」及び「集中力が増す」で「相当程度」の方が「重度」よりも高かったのを除けば、「重度」が最も高く、次いで「相当程度」、「中度」、「軽度」の順であった。

各メリットにおいて、「軽度」では、選択率が1割に満たないものも幾つか認められ、大半が1割に満たないものから2割台までであり、最高で4割弱であった。「中度」では、1割に満たないものも僅かに認められるものの、大半が1割台から3割台までであり、最高で4割半ばであった。「相当程度」では、ほぼ全てで2割以上となっており、4割台や5割台も認められ、最高で7割弱であった。「重度」では、ほぼ全てで3割以上となっており、4割台、5割台及び6割台も認められ、最高で7割弱であった。また、「性的な快感や興奮を得られる」では、「軽度」、「中度」、「重度」の順に選択率が低かったが、各重症度間で20pt程度の差があり、「痛みや身体症状が和らぐ」、「やせられる」及び「物の見え方や聞こえ方が敏感になる」では、「重度」と「相当程度」との差が20ptを超えていた。

2-4-6図

覚せい剤使用による本人のメリット（依存重症度別）



- 注 1 法務総合研究所の調査による。
 2 薬物依存重症度が不詳の者を除く。
 3 重複計上による。
 4 凡例の（ ）内は各薬物依存重症度の実人員であり、縦軸の（ ）内は各調査項目の該当者数である。
 5 全調査項目のうち、 χ^2 検定により有意差が認められなかったもの ($p < .05$)、又は該当者数が30人未満であったものを除く。
 6 △は残差分析の結果、期待値よりも有意に度数が多いことを、▽は少ないことを示す ($p < .05$)。

(4) 使用による本人のデメリット

2-4-7図は、覚せい剤使用による本人のデメリットについて、依存重症度別に見たものである。

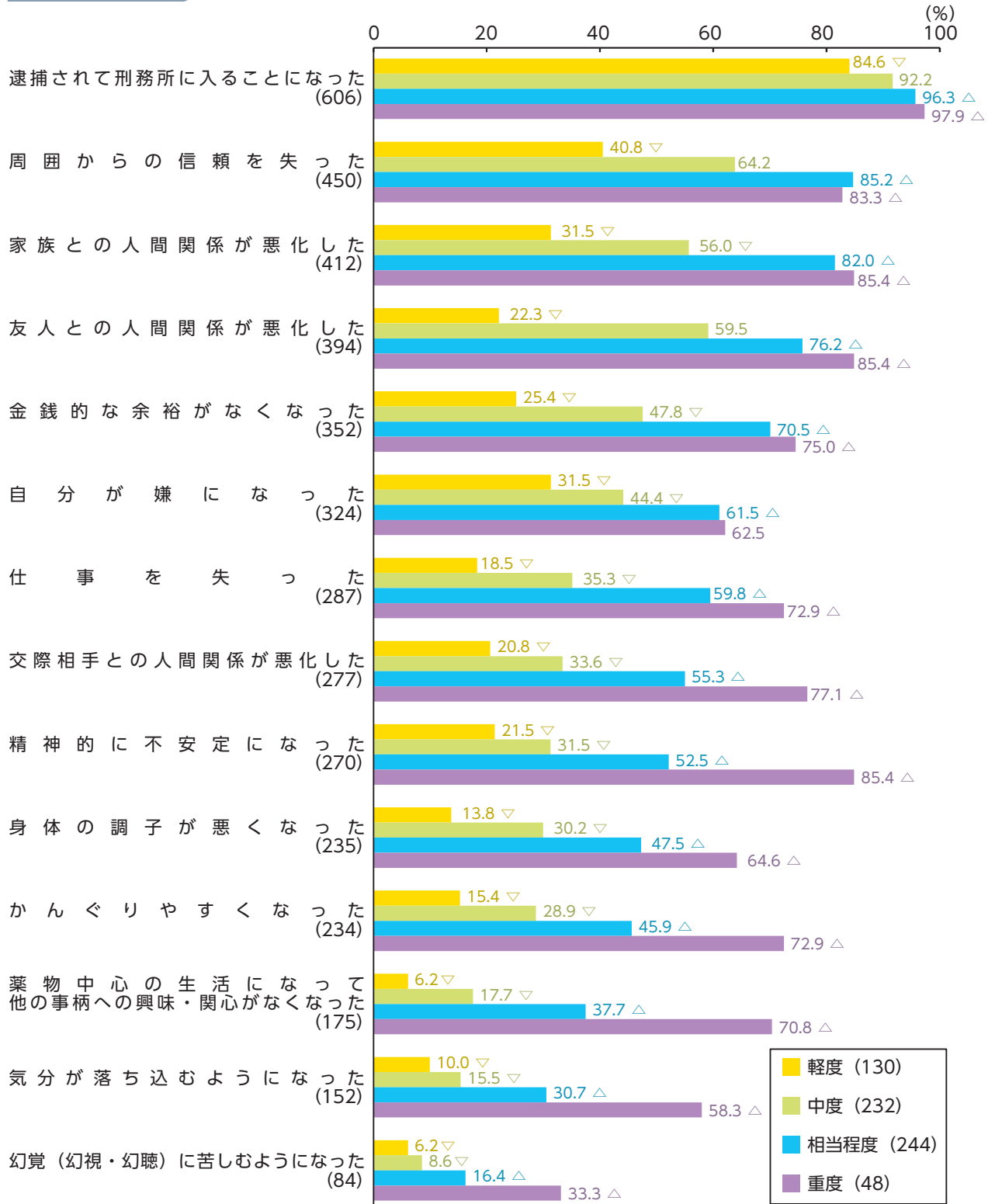
項目全体の傾向を見ると、「軽度」及び「中度」の者の選択率は、有意に低いものが多く、「重度」及び「相当程度」の者の選択率は、有意に高いものが多かった。

各デメリットの選択率について単純比較すると、「周囲からの信頼を失った」で「相当程度」の方が「重度」よりも高かったのを除けば、「重度」が最も高く、次いで「相当程度」、「中度」、「軽度」の順であった。

各デメリットにおいて、「軽度」では、選択率が1割に満たないものも僅かに認められ、1割に満たないものから3割台までで大半を占め、最高で8割半ばであった。「中度」では、1割台から5割台までがほぼ全てであり、最高で9割強であった。「相当程度」では、ほぼ全てで3割以上となっており、4割台から8割台まで認められ、最高で9割半ばであった。「重度」では、ほぼ全てで6割程度以上となっており、7割台及び8割台も認められ、最高で10割弱であった。また、「逮捕されて刑務所に入ることになった」は、いずれの依存重症度においても選択率が高く、各重症度間の選択率の差は他の項目と比較して僅かであったが、「周囲からの信頼を失った」、「家族との人間関係が悪化した」、「友人との人間関係が悪化した」及び「金銭的な余裕がなくなった」といった周囲との関係等についての項目では、「相当程度」と「中度」、「中度」と「軽度」の選択率の差が、20 pt程度かそれ以上であった。「精神的に不安定になった」、「かんぐりやすくなった」、「薬物中心の生活になって他の事柄への興味・関心がなくなった」、「気分が落ち込むようになった」及び「幻覚（幻視・幻聴）に苦しむようになった」といった精神の不調等についての項目では、とりわけ「重度」と「相当程度」の選択率の差が大きかった。

2-4-7図

覚せい剤使用による本人のデメリット（依存重症度別）



注 1 法務総合研究所の調査による。

2 薬物依存重症度が不詳の者を除く。

3 重複計上による。

4 凡例の（ ）内は各薬物依存重症度の実人員であり、縦軸の（ ）内は各調査項目の該当者数である。

5 χ^2 検定により有意差が認められ、かつ残差分析の結果、期待値よりも有意に度数が多いものを△で示し、少ないものを▽で示す (p<.05)。

(5) 断薬努力及び断薬経験の有無

2-4-8表は、覚せい剤に係る断薬努力及び断薬経験の有無について、依存重症度別に見たものである。

「断薬努力」では、各依存重症度において6割半ばから8割弱が「あり」であり、「相当程度」では「あり」の割合が有意に高かった。「断薬経験」では、各重症度において7割弱から9割弱が「あり」であり、「中度」では「あり」の割合が有意に高く、「相当程度」及び「重度」では「あり」の割合が有意に低かった。

「断薬努力あり」の割合と「断薬経験あり」の割合について単純比較すると、「軽度」と「中度」では、「断薬経験あり」が「断薬努力あり」を2割程度上回り、他方、「相当程度」では「断薬努力あり」が「断薬経験あり」を僅かに上回り、「重度」では「断薬努力あり」が「断薬経験あり」を1割弱上回った。

2-4-8表

覚せい剤の断薬努力及び断薬経験の有無（依存重症度別）

項 目 区 分	総 数	軽 度	中 度	相当程度	重 度	χ^2 値
断 薬 努 力 あ り	459 (72.5)	82 (66.1)	155 (68.9)	△ 185 (78.4)	37 (77.1)	8.610*
な し	174 (27.5)	42 (33.9)	70 (31.1)	▽ 51 (21.6)	11 (22.9)	
断 薬 経 験 あ り	494 (82.1)	102 (86.4)	△ 195 (88.6)	▽ 168 (75.7)	▽ 29 (69.0)	18.978***
な し	108 (17.9)	16 (13.6)	▽ 25 (11.4)	△ 54 (24.3)	△ 13 (31.0)	

注 1 法務総合研究所の調査による。

2 覚せい剤の断薬努力の有無、断薬経験の有無、又は薬物依存重症度が不詳の者を除く。

3 「断薬努力」は、覚せい剤をやめるために本人なりに何らかの具体的な努力を行った経験を指す。

4 「断薬経験」は、刑務所等への入所など、身柄を拘束されていた期間を除き、1年間以上覚せい剤の使用をやめていた経験を指す。

5 ***は $p<.001$, **は $p<.01$, *は $p<.05$ を示す。 p 値は、 χ^2 検定による漸近有意確率である。

6 △は残差分析の結果、期待値よりも有意に度数が多いことを、▽は少ないことを示す ($p<.05$)。

7 () 内は、それぞれの依存重症度の総数に占める構成比である。

(6) 断薬した理由

2-4-9図は、断薬経験がある者に対し、覚せい剤を断薬した理由について尋ねた結果を、依存重症度別に示したものである。

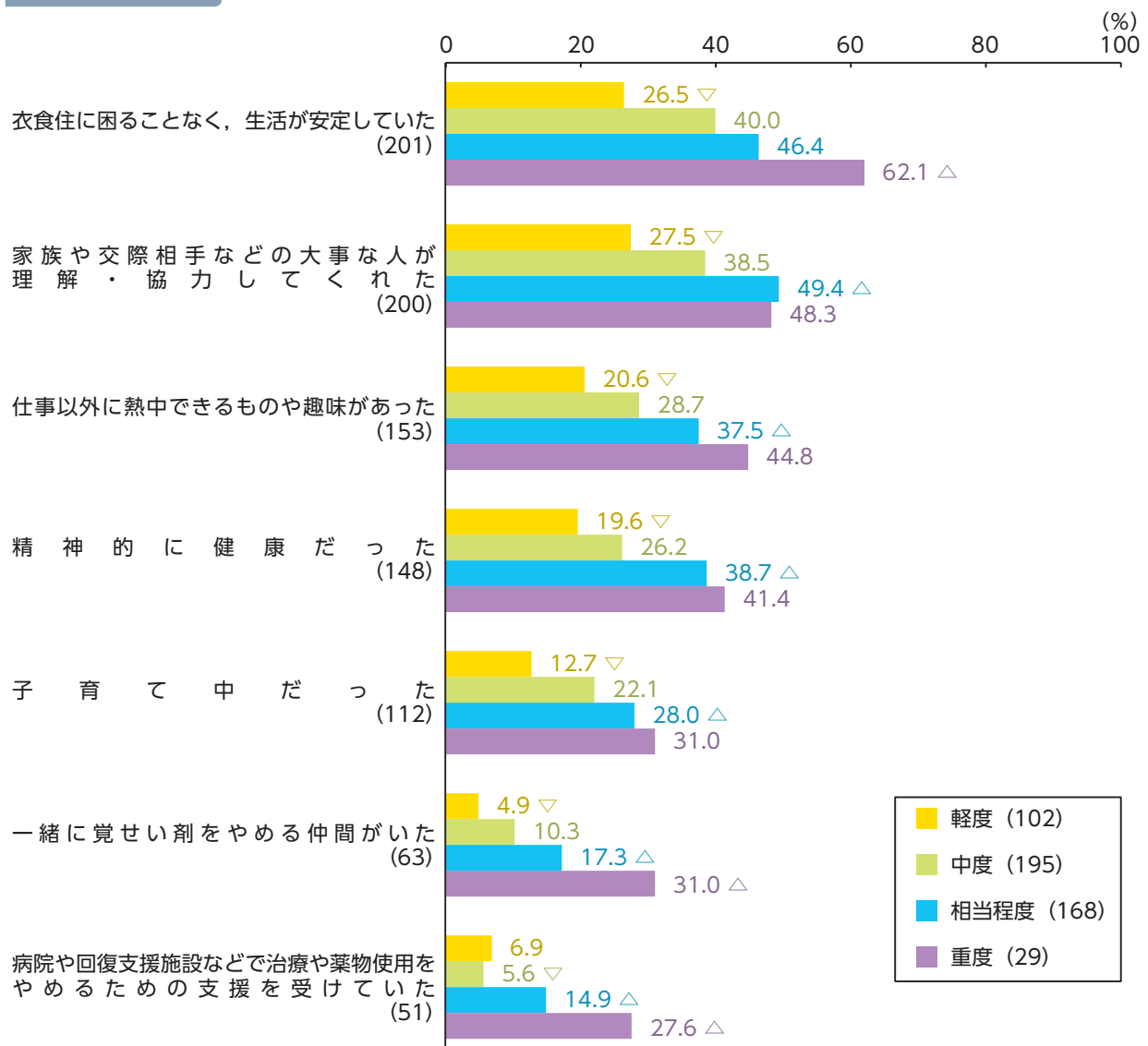
項目全体の傾向を見ると、「軽度」の者の選択率は、有意に低いものが多く、他方、「相当程度」の者の選択率は、有意に高いものが多かった。

各理由の選択率について単純比較すると、「家族や交際相手などの大事な人が理解・協力してくれた」で「相当程度」の方が「重度」よりも高かったのと、「病院や回復支援施設などで治療や薬物使用をやめるための支援を受けていた」で「軽度」の方が「中度」よりも高かったのを除き、「重度」が最も高く、次いで「相当程度」、「中度」、「軽度」の順であった。

各理由における各依存重症度別の選択率は、「軽度」では、1割に満たないものから2割台まで、「中度」では、1割に満たないものから4割台まで、「相当程度」では、1割台から5割弱まで、「重度」では、3割弱から6割強までであった。また、「一緒に覚せい剤をやめる仲間がいた」及び「病院や回復支援施設などで治療や薬物使用をやめるための支援を受けていた」は、「重度」では3割程度であり、他方、他の依存重症度の者では2割に満たなかった。

2-4-9図

覚せい剤を断薬した理由（依存重症度別）



- 注 1 法務総合研究所の調査による。
 2 薬物依存重症度が不詳の者及び断薬経験がない者を除く。なお、断薬経験については、2-4-8表の脚注4に同じ。
 3 複数の断薬経験がある場合には、最も長くやめていた期間における断薬理由を計上している。
 4 重複計上による。
 5 凡例の（ ）内は各薬物依存重症度の実人員であり、縦軸の（ ）内は各調査項目の該当者数である。
 6 「その他」を除く、全調査項目のうち、 χ^2 検定により有意差が認められなかったもの ($p < .05$)、又は該当者数が30人未満であったものを除く。
 7 △は残差分析の結果、期待値よりも有意に度数が多いことを、▽は少ないことを示す ($p < .05$)。

3 アルコール依存・ギャンブル依存との関連

(1) 飲酒 (アルコール)

ア 飲酒の開始年齢層

2-4-10表は、飲酒の開始年齢層について、依存重症度別に見たものである。

飲酒の開始年齢層が「14歳以下」では、「軽度」の割合が有意に低い一方、「重度」の割合が有意に高かった。「15～19歳」では、「重度」の割合が有意に低かった。「20歳以上」では、「軽度」の割合が有意に高い一方、「相当程度」の割合が有意に低かった。

2-4-10表

飲酒の開始年齢層 (依存重症度別)

区 分	総 数	軽 度	中 度	相当程度	重 度	χ^2 値
14 歳 以 下	201 (34.1)	▽ 30 (25.4)	71 (34.0)	74 (34.1)	△ 26 (56.5)	23.343**
15 ～ 19 歳	321 (54.4)	66 (55.9)	110 (52.6)	127 (58.5)	▽ 18 (39.1)	
20 歳 以 上	68 (11.5)	△ 22 (18.6)	28 (13.4)	▽ 16 (7.4)	2 (4.3)	

- 注 1 法務総合研究所の調査による。
 2 薬物依存重症度が不詳の者及び飲酒の経験がない者を除く。
 3 ***は $p<.001$, **は $p<.01$, *は $p<.05$ を示す。 p 値は、 χ^2 検定による漸近有意確率である。
 4 △は残差分析の結果、期待値よりも有意に度数が多いことを、▽は少ないことを示す ($p<.05$)。
 5 () 内は、それぞれの依存重症度の総数に占める構成比である。

イ AUDIT合計得点

2-4-11表は、AUDIT合計得点について、依存重症度別に見たものである。

AUDIT合計得点において、8点以上の者が問題飲酒群に該当するところ、「軽度」の平均値は7.32 (±7.15), 「重度」の平均値は8.56 (±7.83) であり、依存重症度別のAUDIT合計得点に有意な差は認められなかった。

2-4-11表

AUDIT合計得点 (依存重症度別)

項 目	軽 度	中 度	相当程度	重 度	F 値
	平均 (標準偏差) 人員	平均 (標準偏差) 人員	平均 (標準偏差) 人員	平均 (標準偏差) 人員	
AUDIT合計得点	7.32 (7.15) 107	6.67 (6.72) 200	7.57 (6.68) 207	8.56 (7.83) 43	$F(3,553)=1.148$

- 注 1 法務総合研究所の調査による。
 2 AUDIT合計得点又は薬物依存重症度が不詳の者及び飲酒の経験がない者を除く。
 3 ***は $p<.001$, **は $p<.01$, *は $p<.05$ を示す。

(2) ギャンブル

ア 薬物を買うためのギャンブル経験の有無

2-4-12表は、薬物を買うためのギャンブル経験の有無について、依存重症度別に見たもので

ある。

薬物を買うためのギャンブルの「経験あり」では、「軽度」の割合が有意に低い一方、「相当程度」及び「重度」が有意に高かった。

2-4-12表

薬物を買うためのギャンブル経験の有無（依存重症度別）

区 分	総 数	軽 度	中 度	相当程度	重 度	χ^2 値
経 験 あ り	136 (32.2)	▽ 12 (14.3)	42 (28.6)	△ 65 (41.9)	△ 17 (47.2)	23.674***
経 験 な し	286 (67.8)	△ 72 (85.7)	105 (71.4)	▽ 90 (58.1)	▽ 19 (52.8)	

- 注 1 法務総合研究所の調査による。
 2 薬物を買うためのギャンブル経験の有無又は薬物依存重症度が不詳の者及びギャンブルの経験がない者を除く。
 3 ***は $p<.001$, **は $p<.01$, *は $p<.05$ を示す。 p 値は、 χ^2 検定による漸近有意確率である。
 4 △は残差分析の結果、期待値よりも有意に度数が多いことを、▽は少ないことを示す ($p<.05$)。
 5 () 内は、それぞれの依存重症度の総数に占める構成比である。

イ SOGS合計得点

2-4-13表は、SOGS合計得点について、依存重症度別に見たものである。

SOGS合計得点において、2点以上の者がギャンブル依存が疑われる者であるところ、「相当程度」の平均値が2.73 (±2.47)、「重度」の平均値が2.63 (±2.30) であり、「軽度」よりも「相当程度」が、「軽度」よりも「重度」が、「中度」よりも「相当程度」がそれぞれ有意に高かった。

2-4-13表

SOGS合計得点（依存重症度別）

項 目	軽 度	中 度	相当程度	重 度	F 値
	平均 (標準 偏差) 人員	平均 (標準 偏差) 人員	平均 (標準 偏差) 人員	平均 (標準 偏差) 人員	
SOGS合計得点	1.40 (1.81) 73	1.87 (1.88) 132	2.73 (2.47) 138	2.63 (2.30) 30	$F(3,112.44)=7.592^{***}$ 軽度<相当程度, 軽度<重度 中度<相当程度

- 注 1 法務総合研究所の調査による。
 2 SOGS合計得点又は薬物依存重症度が不詳の者及びギャンブルの経験がない者を除く。
 3 ***は $p<.001$, **は $p<.01$, *は $p<.05$ を示す。
 4 等分散性が認められなかったため、Welchの検定を行った。多重比較は、Bonferroniの方法によった。

4 小児期逆境体験との関連

2-4-14表は、ACE得点について、依存重症度別に見たものである。

ACE得点について、「重度」の平均値は4.07 (±2.20) であり、「重度」は、「軽度」、「中度」及び「相当程度」よりも有意に高かった。「軽度」の平均値は1.83 (±1.94) であり、約7割の者が1項目以上に該当していた。

2-4-14表

ACE得点（依存重症度別）

項 目	軽 度	中 度	相当程度	重 度	F 値
	平均（標準偏差） 人員	平均（標準偏差） 人員	平均（標準偏差） 人員	平均（標準偏差） 人員	
ACE得点	1.83 (1.94) 119	2.17 (2.12) 223	2.36 (2.20) 237	4.07 (2.20) 42	$F(3,617)=11.96^{***}$ 軽度<重度, 中度<重度 相当程度<重度

- 注 1 法務総合研究所の調査による。
 2 ACE得点又は薬物依存重症度が不詳の者を除く。
 3 ACE得点は、18歳までの経験を対象として算出した。
 4 ***は $p<.001$, **は $p<.01$, *は $p<.05$ を示す。
 5 多重比較は、Bonferroniの方法によった。

5 薬物依存に対する支援・サポート

（1）関係機関の利用状況

2-4-15表は、薬物乱用に関する医療・保健機関や民間支援団体の利用状況について、依存重症度別に見たものである。

専門病院では、「軽度」で、「支援を受けたことがある」の割合が有意に低い一方、「存在を知らなかった」の割合が有意に高かった。他方、「相当程度」では、「支援を受けたことがある」の割合が有意に高い一方、「存在は知っていたが、支援を受けたことはない」の割合が有意に低く、「重度」では、「支援を受けたことがある」の割合が有意に高かった。

保健機関では、有意差は認められなかった。

回復支援施設では、「軽度」及び「中度」で、「支援を受けたことがある」の割合が有意に低かった。他方、「相当程度」及び「重度」では、「支援を受けたことがある」の割合が有意に高かった。

自助グループでは、「軽度」で、「支援を受けたことがある」の割合が有意に低い一方、「存在を知らなかった」の割合が有意に高く、「中度」で、「支援を受けたことがある」の割合が有意に低かった。他方、「相当程度」及び「重度」では、「支援を受けたことがある」の割合が有意に高く、「重度」では、「存在を知らなかった」の割合が有意に低かった。

2-4-15表

関係機関の利用状況（機関別、依存重症度別）

項 目	区 分	総 数	軽 度	中 度	相当程度	重 度	χ^2 値
専 門 病 院	支援を受けたことがある	128 (23.9)	▽ 12 (11.4)	36 (19.4)	△ 63 (31.2)	△ 17 (39.5)	25.482***
	存在を知らなかった	86 (16.0)	△ 24 (22.9)	30 (16.1)	29 (14.4)	3 (7.0)	
	存在は知っていたが、支援を受けたことはない	322 (60.1)	69 (65.7)	120 (64.5)	▽ 110 (54.5)	23 (53.5)	
保 健 機 関	支援を受けたことがある	27 (5.7)	3 (3.1)	4 (2.4)	15 (8.6)	5 (14.3)	12.548
	存在を知らなかった	180 (38.2)	39 (40.2)	65 (39.6)	66 (37.7)	10 (28.6)	
	存在は知っていたが、支援を受けたことはない	264 (56.1)	55 (56.7)	95 (57.9)	94 (53.7)	20 (57.1)	
回復支援施設	支援を受けたことがある	70 (13.1)	▽ 8 (7.2)	▽ 16 (8.5)	△ 35 (18.1)	△ 11 (26.2)	19.960**
	存在を知らなかった	54 (10.1)	16 (14.4)	19 (10.1)	17 (8.8)	2 (4.8)	
	存在は知っていたが、支援を受けたことはない	410 (76.8)	87 (78.4)	153 (81.4)	141 (73.1)	29 (69.0)	
自助グループ	支援を受けたことがある	81 (15.7)	▽ 6 (5.9)	▽ 19 (10.8)	△ 40 (20.4)	△ 16 (38.1)	39.862***
	存在を知らなかった	115 (22.3)	△ 36 (35.6)	40 (22.7)	36 (18.4)	▽ 3 (7.1)	
	存在は知っていたが、支援を受けたことはない	319 (61.9)	59 (58.4)	117 (66.5)	120 (61.2)	23 (54.8)	

注 1 法務総合研究所の調査による。

2 関係機関の利用状況又は薬物依存重症度が不詳の者を除く。

3 ***は $p<.001$, **は $p<.01$, *は $p<.05$ を示す。 p 値は、 χ^2 検定による漸近有意確率である。

4 △は残差分析の結果、期待値よりも有意に度数が多いことを、▽は少ないことを示す ($p<.05$)。

5 () 内は、それぞれの依存重症度の総数に占める構成比である。

(2) 関係機関の支援を受けたことがない理由

2-4-16図は、関係機関の支援を受けたことがない者に対し、関係機関別に支援を受けたことがない理由について尋ねた結果を、依存重症度別に示したものである。

専門病院では、「軽度」で、「やめる気がなかった」の選択率が有意に低く、他方、「重度」で、「やめる気がなかった」の選択率が有意に高い一方、「支援を受けなくても自分の力でやめられると思った」の選択率が有意に低かった。

保健機関では、「軽度」で、「やめる気がなかった」の選択率が有意に低く、他方、「重度」で「やめる気がなかった」の選択率が有意に高かった。「相当程度」では、「支援を受けて何をするのかよくわからなかった」の選択率が有意に高かった。

回復支援施設では、「軽度」で、「支援を受けてもやめられないと思った」及び「やめる気がなかった」の選択率が有意に低く、他方、「相当程度」で、「支援を受けてもやめられないと思った」及び「やめる気がなかった」の選択率が有意に高く、「重度」で、「やめる気がなかった」の選択率が有意に高かった。「重度」では更に、「支援を受けなくても自分の力でやめられると思った」の選択率が有意に低かった。

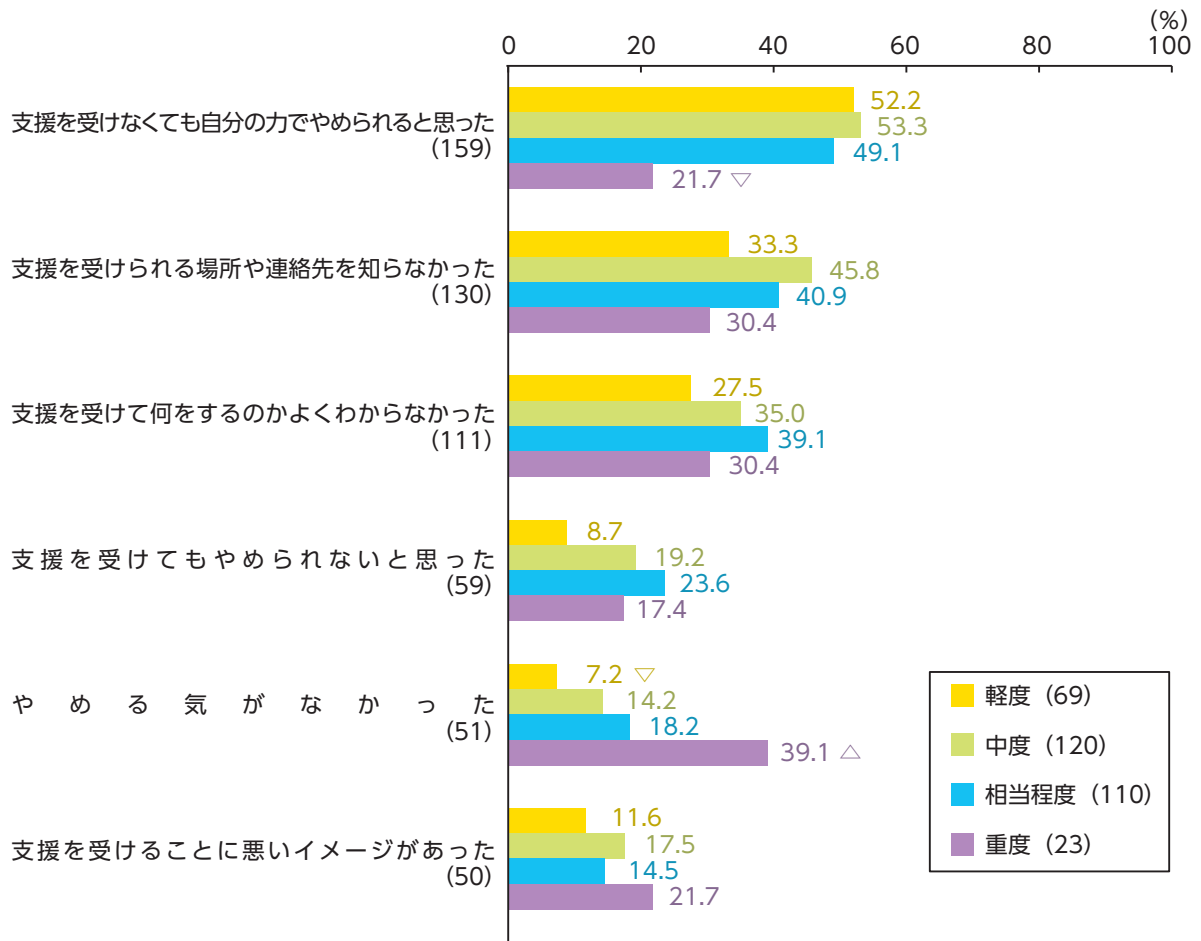
自助グループでは、「軽度」で、「支援を受けてもやめられないと思った」の選択率が有意に

低かった。

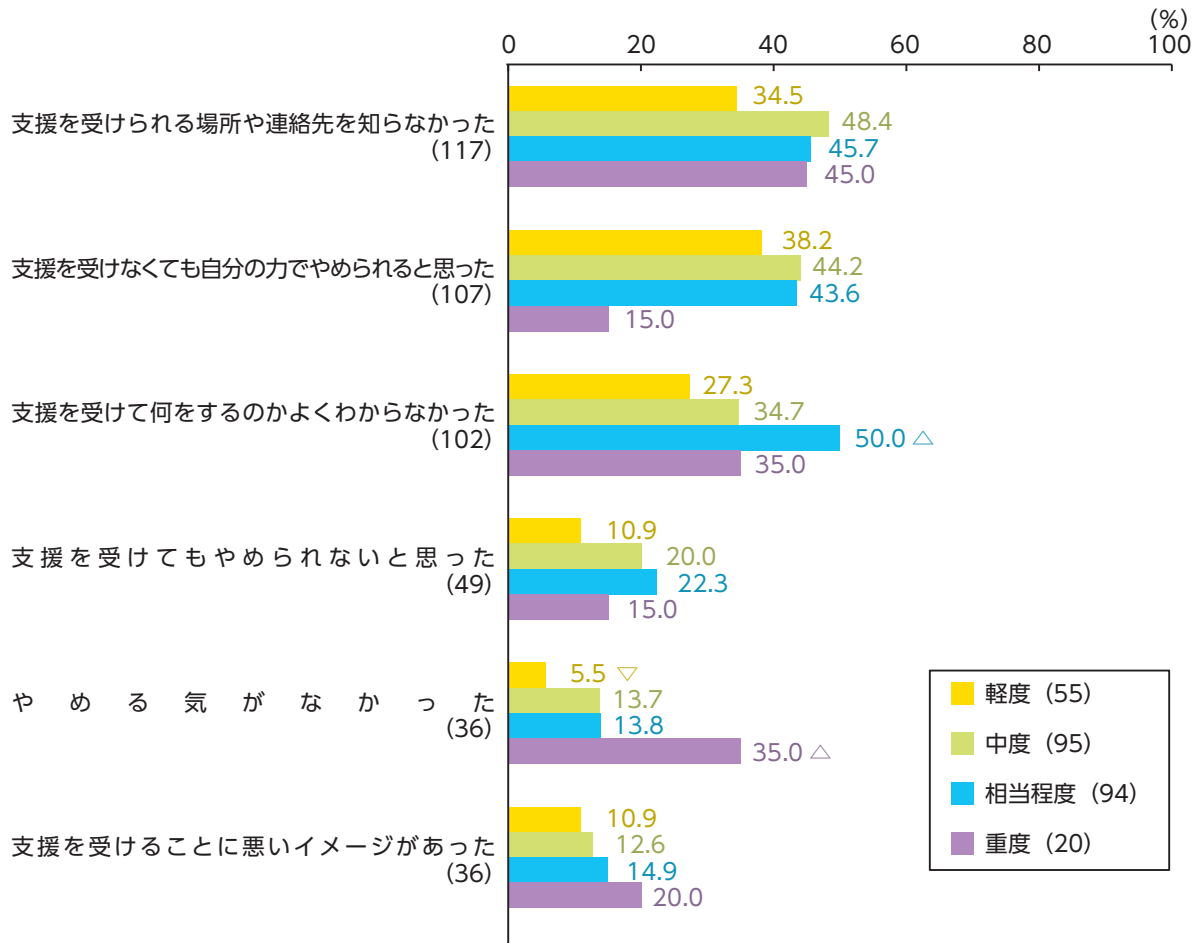
2-4-16図

関係機関の支援を受けたことがない理由（機関別，依存重症度別）

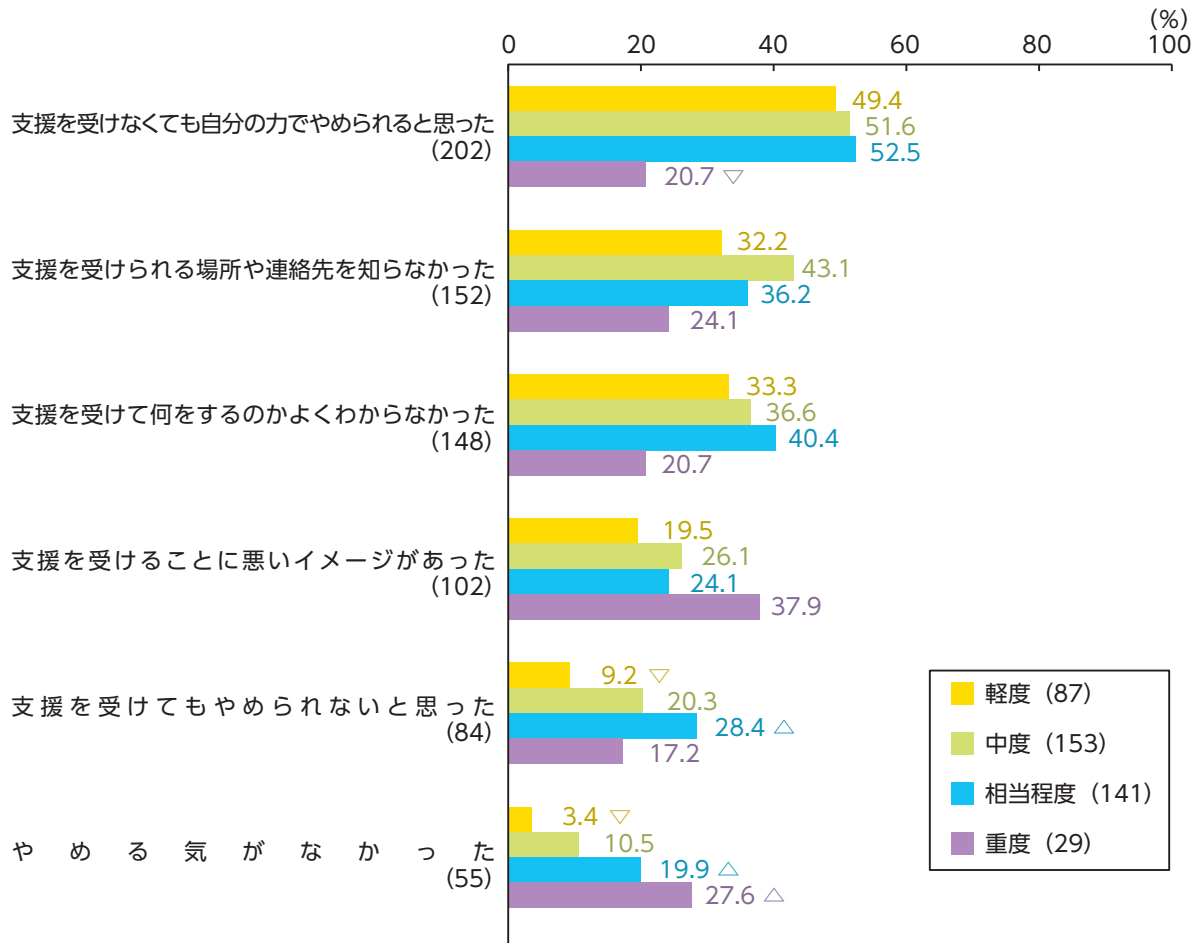
① 専門病院



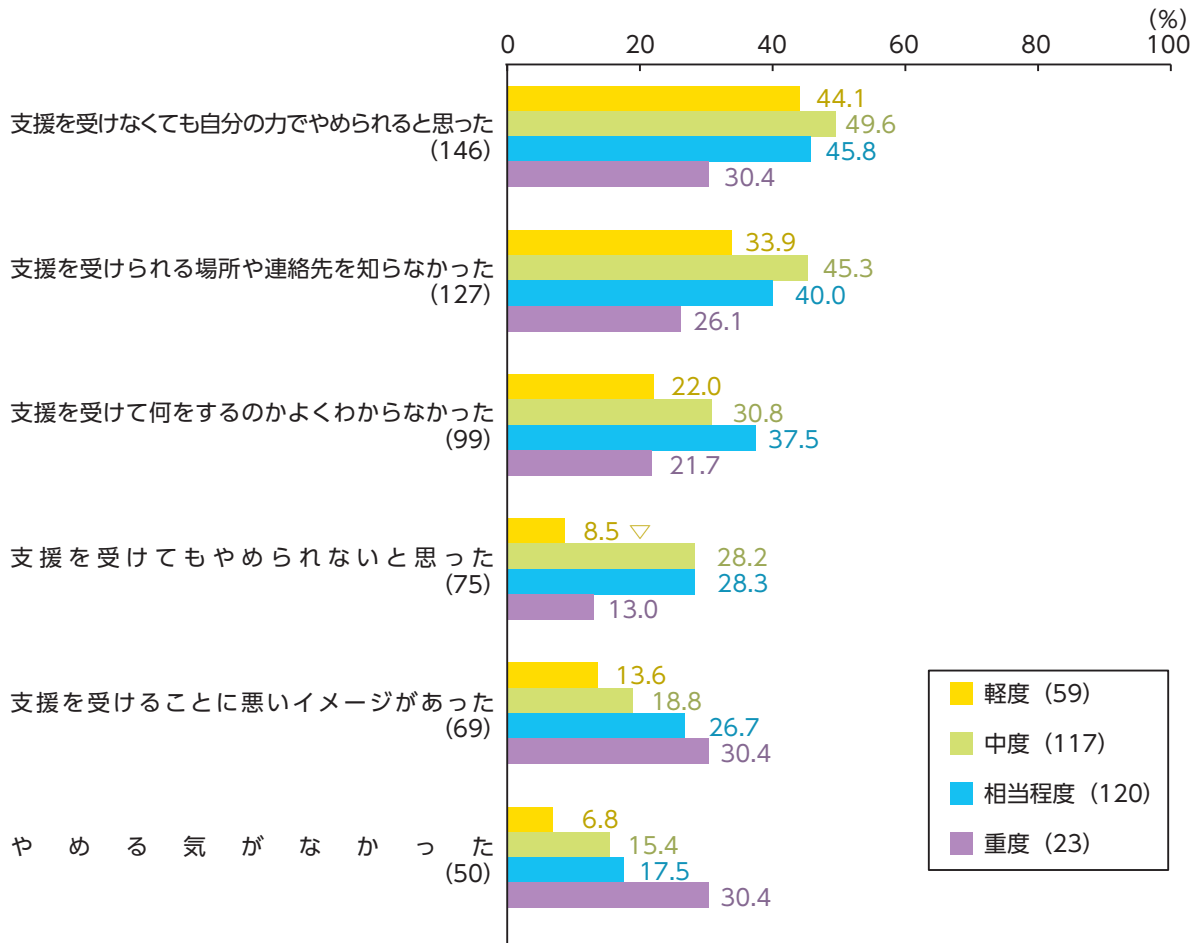
② 保健機関



③ 回復支援施設



④ 自助グループ



- 注 1 法務総合研究所の調査による。
 2 薬物依存重症度が不詳の者を除く。
 3 各関係機関について、「存在は知っていたが、支援を受けたことはない」と回答した者を計上している。
 4 重複計上による。
 5 凡例の () 内は各薬物依存重症度の実人員であり、縦軸の () 内は各調査項目の該当者数である。
 6 χ^2 検定により有意差が認められ、かつ残差分析の結果、期待値よりも有意に度数が多いものを△で示し、少ないものを▽で示す ($p<.05$)。

(3) 関係機関から受ける支援への良いイメージ

2-4-17図は、関係機関別に各関係機関から受ける支援への良いイメージについて尋ねた結果を、依存重症度別に示したものである。

専門病院では、「軽度」で、「不眠や精神安定等に効く薬がもらえる」の選択率が有意に低く、他方、「重度」で、「不眠や精神安定等に効く薬がもらえる」、「自分のことを理解してくれる支援者と出会える」及び「薬物をやめるために一緒にがんばれる仲間ができる」の選択率が有意に高かった。

保健機関及び回復支援施設では、有意差は認められなかった。

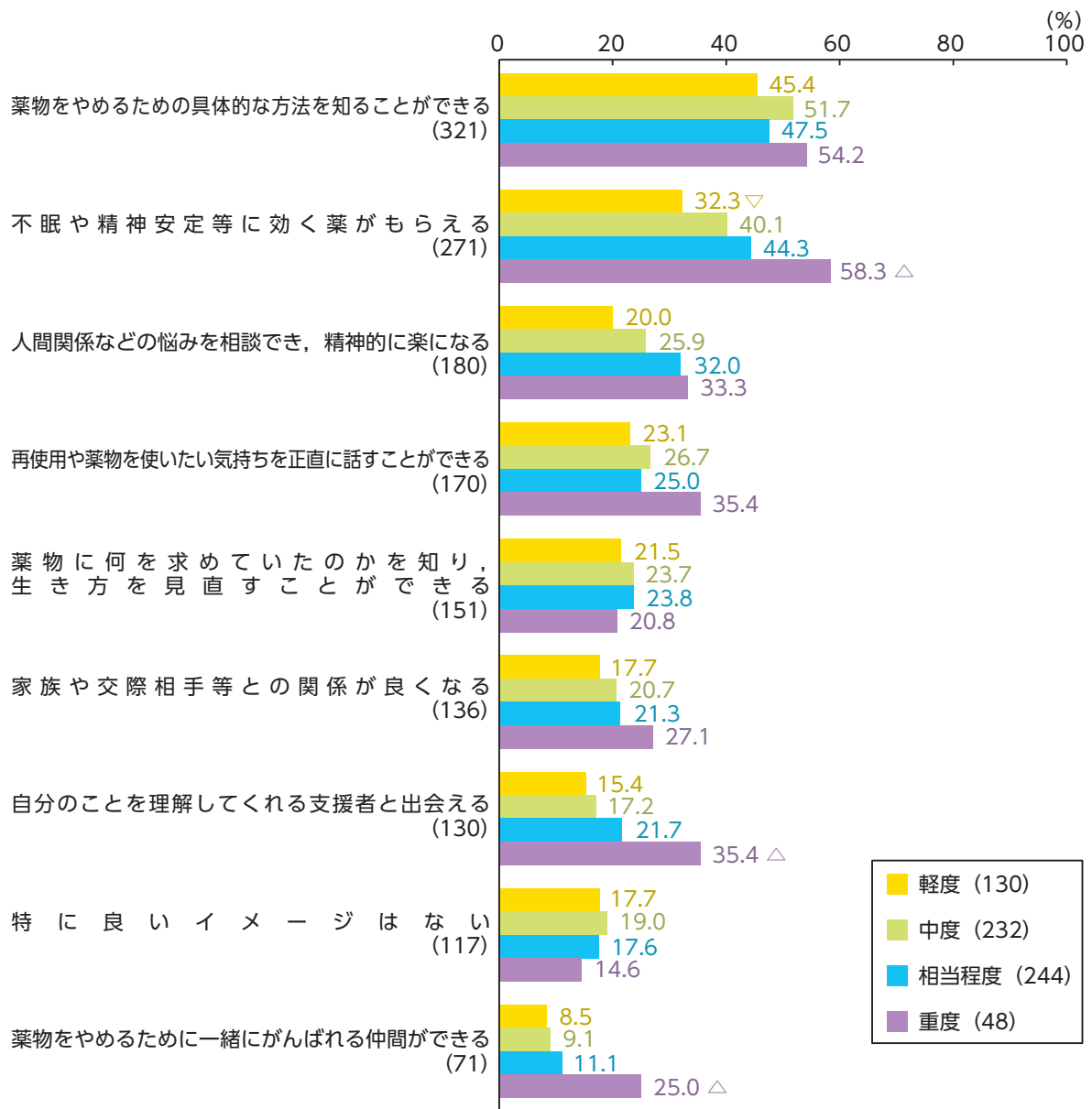
自助グループでは、「軽度」では、「薬物をやめるために一緒にがんばれる仲間ができる」、「再

使用や薬物を使いたい気持ちを正直に話することができる」,「薬物に何を求めていたのかを知り,生き方を見直すことができる」及び「薬物をやめるための具体的な方法を知ることができる」の選択率が有意に低く,他方,「相当程度」で,「再使用や薬物を使いたい気持ちを正直に話することができる」の選択率が有意に高く,「重度」で,「薬物をやめるために一緒にがんばれる仲間ができる」及び「再使用や薬物を使いたい気持ちを正直に話することができる」の選択率が有意に高かった。

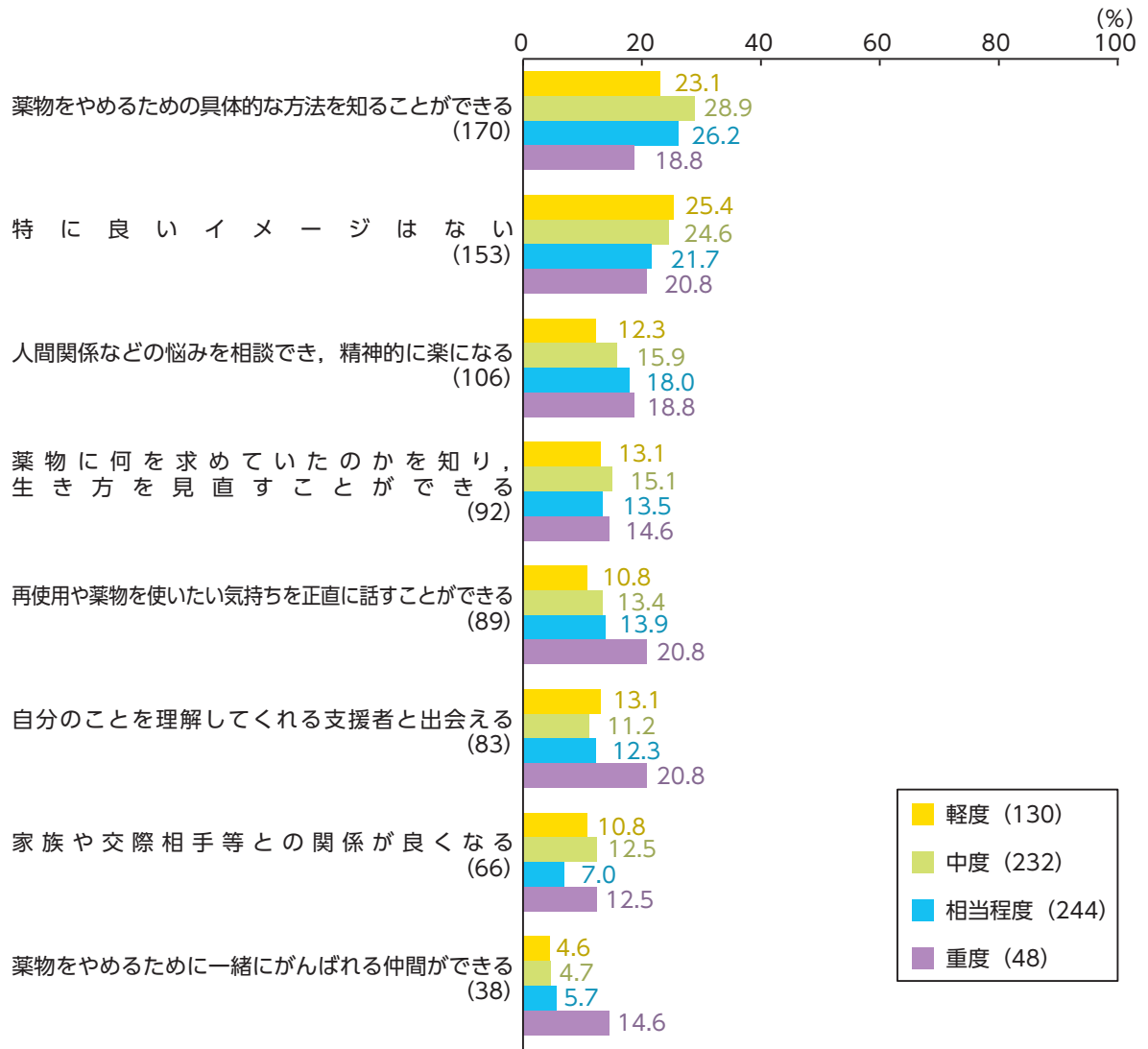
2-4-17図

関係機関から受ける支援への良いイメージ（機関別, 依存重症度別）

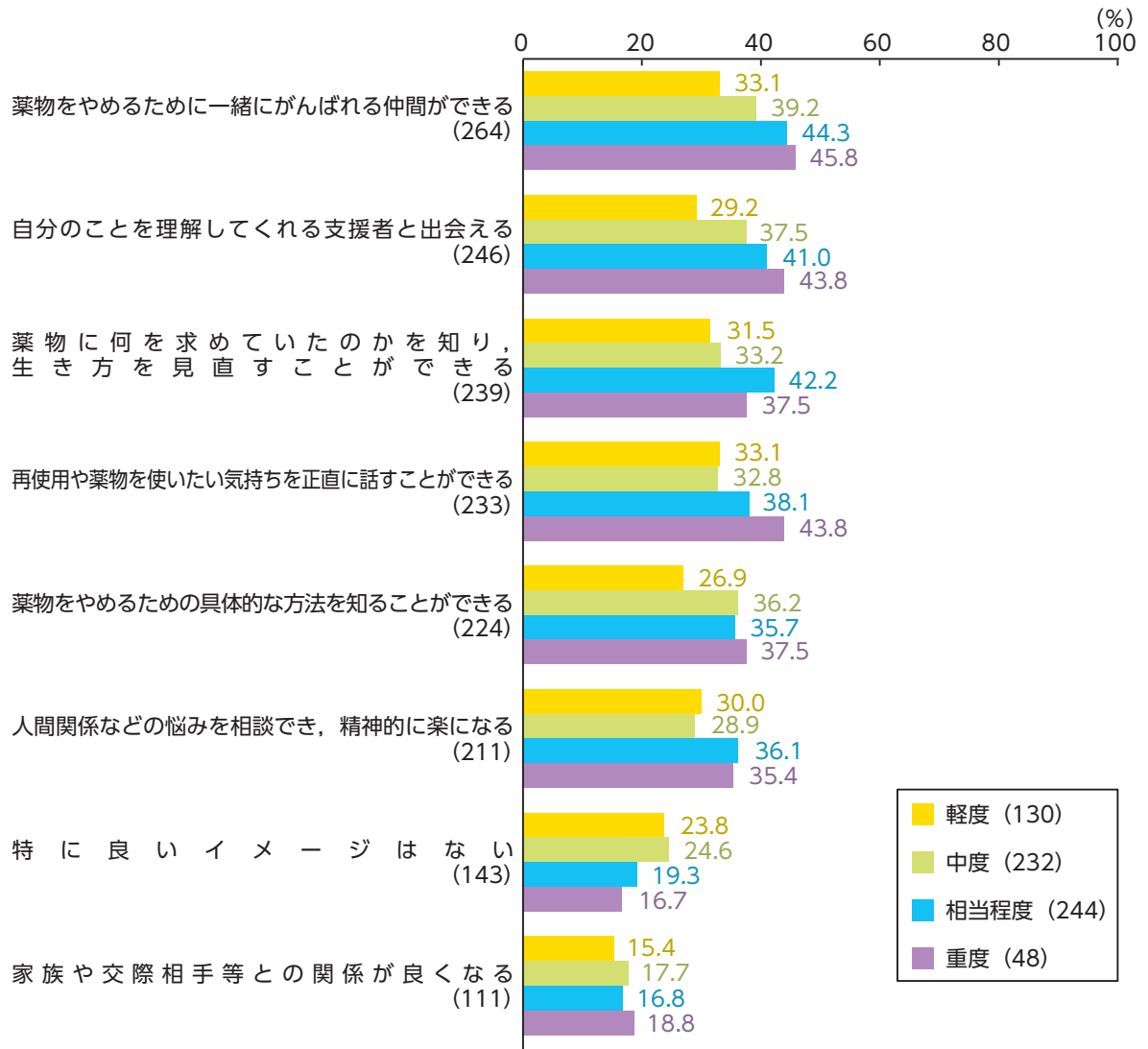
① 専門病院



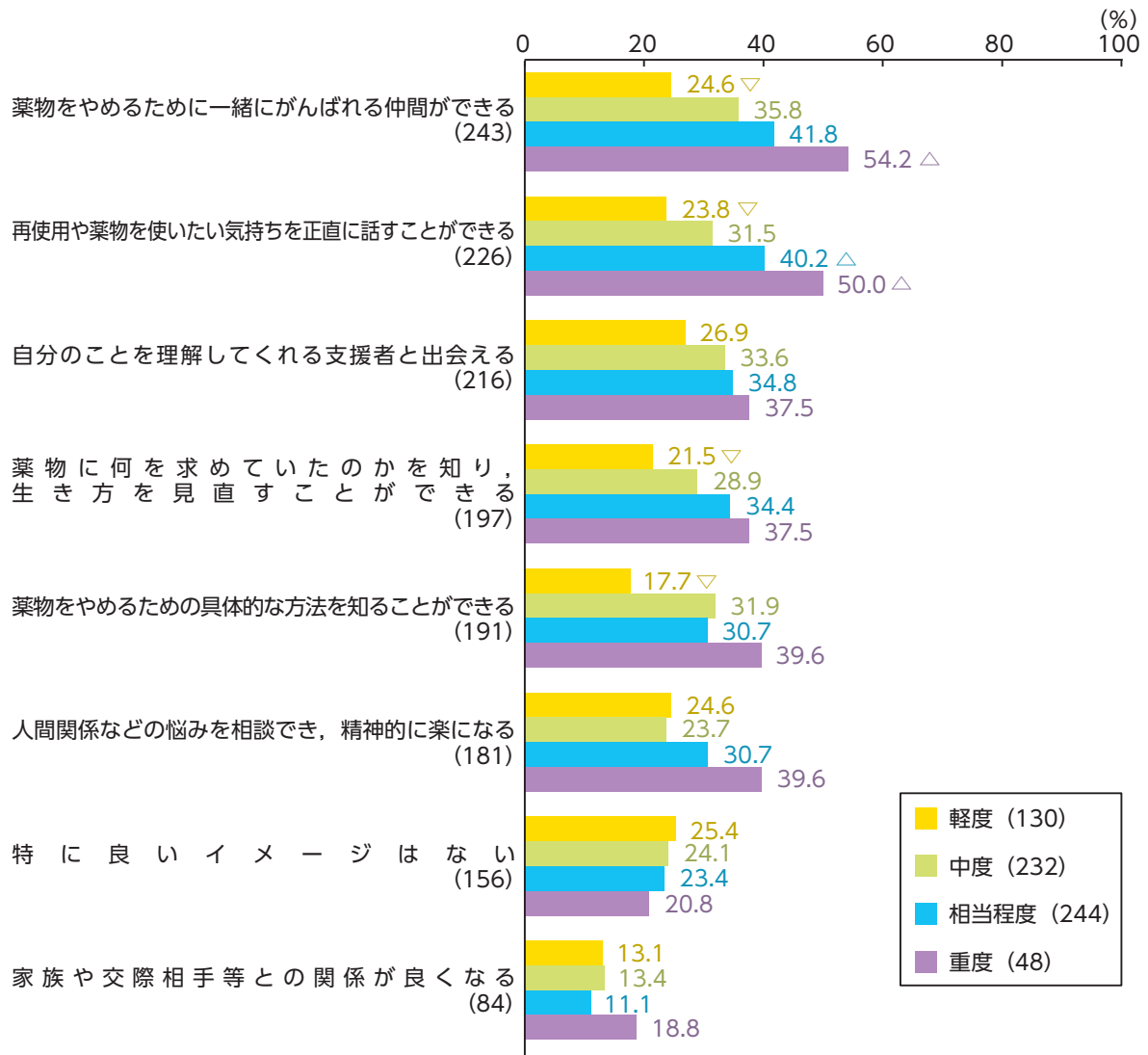
② 保健機関



③ 回復支援施設



④ 自助グループ



- 注 1 法務総合研究所の調査による。
 2 薬物依存重症度が不詳の者を除く。
 3 重複計上による。
 4 凡例の () 内は各薬物依存重症度の実人員であり、縦軸の () 内は各調査項目の該当者数である。
 5 χ^2 検定により有意差が認められ、かつ残差分析の結果、期待値よりも有意に度数が多いものを△で示し、少ないものを▽で示す ($p<.05$)。

（４）関係機関から受ける支援への悪いイメージ

2-4-18図は、関係機関別に各関係機関から受ける支援への悪いイメージについて尋ねた結果を、依存重症度別に示したものである。

専門病院では、「軽度」で、「お金がかかる」の選択率が有意に低く、他方、「中度」で、「お金がかかる」の選択率が有意に高かった。

保健機関では、「軽度」で、「薬物を再び使ってしまった場合、通報（逮捕）される」の選択率が有意に低く、「相当程度」で、「入院や入所を強引に勧められる」の選択率が有意に高かった。

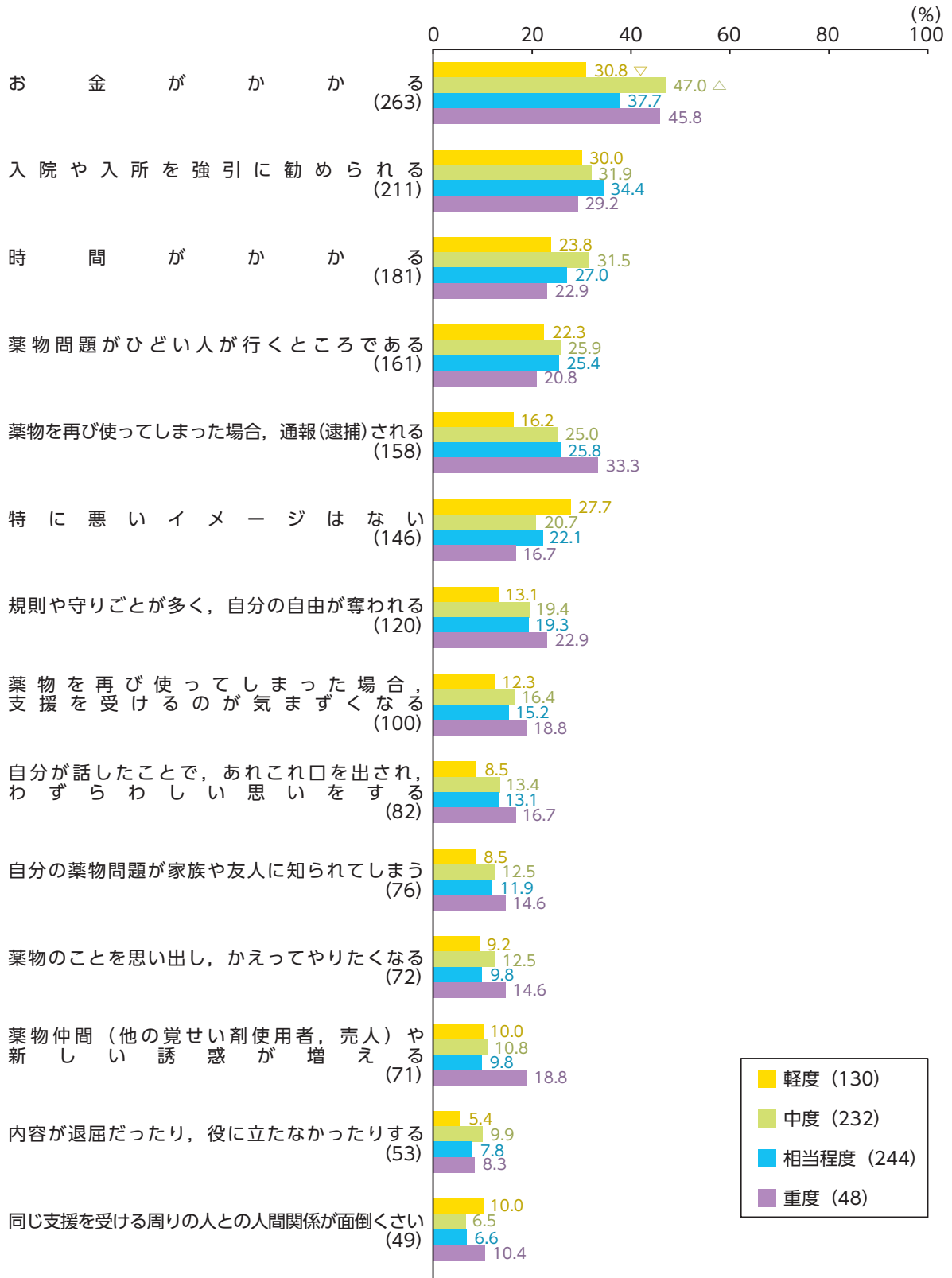
回復支援施設では、「軽度」で、「お金がかかる」及び「規則や守りごとが多く、自分の自由が奪われる」の選択率が有意に低く、他方、「中度」では「薬物仲間（他の覚せい剤使用者、売人）や新しい誘惑が増える」及び「お金がかかる」の選択率が有意に高かった。

自助グループでは、「軽度」で、「薬物仲間（他の覚せい剤使用者、売人）や新しい誘惑が増える」、「薬物のことを思い出し、かえってやりたくなる」、「同じ支援を受ける周りの人との人間関係が面倒くさい」、「お金がかかる」及び「規則や守りごとが多く、自分の自由が奪われる」の選択率が、「重度」で、「薬物仲間（他の覚せい剤使用者、売人）や新しい誘惑が増える」及び「同じ支援を受ける周りの人との人間関係が面倒くさい」の選択率が有意に低かったが、他方、「中度」では「お金がかかる」の選択率が、「相当程度」では「薬物のことを思い出し、かえってやりたくなる」、「同じ支援を受ける周りの人との人間関係が面倒くさい」及び「規則や守りごとが多く、自分の自由が奪われる」の選択率が有意に高かった。また、「中度」では、「内容が退屈だったり、役に立たなかったりする」の選択率が有意に低かったが、「相当程度」では有意に高かった。

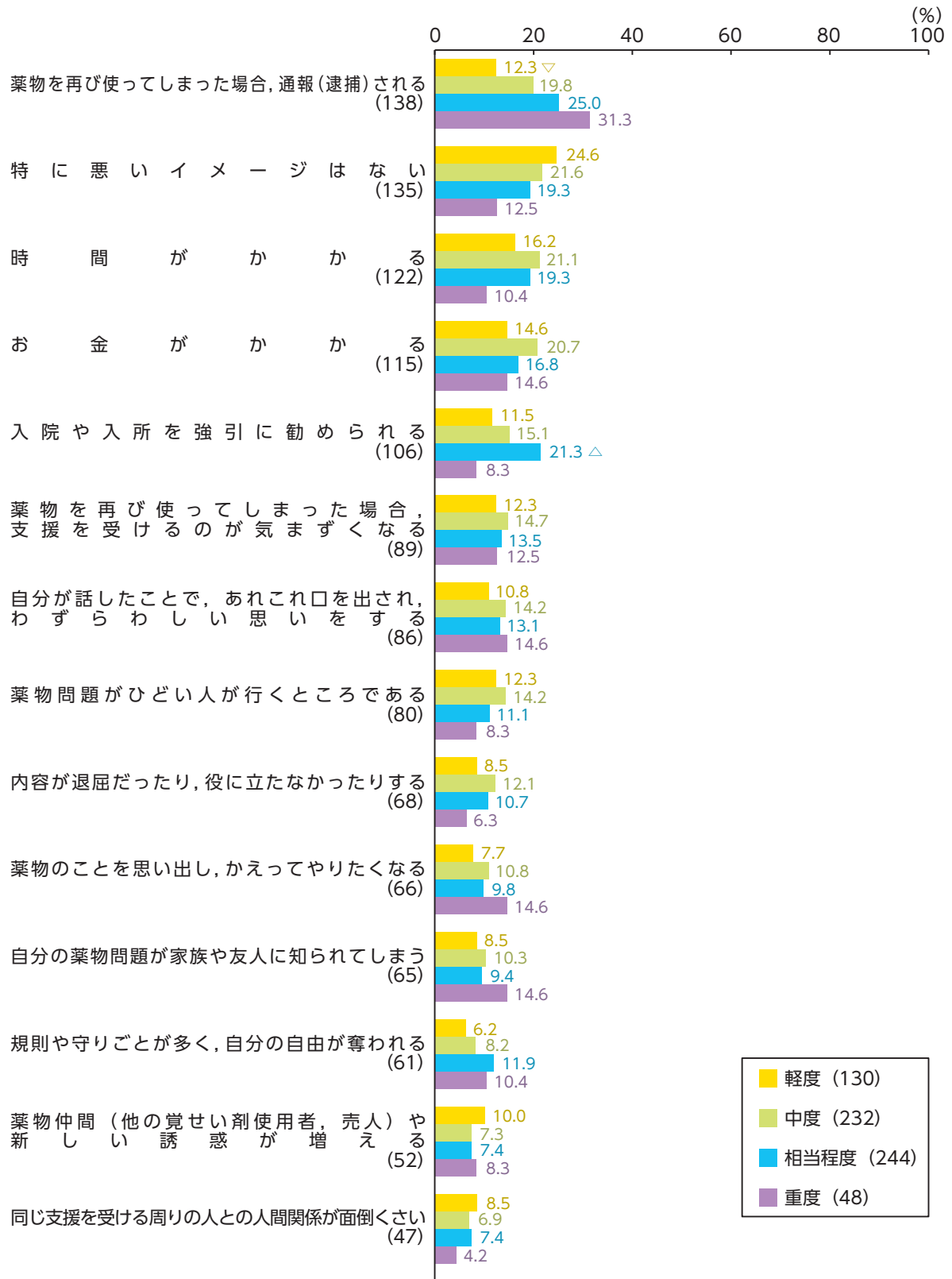
2-4-18図

関係機関から受ける支援への悪いイメージ（機関別、依存重症度別）

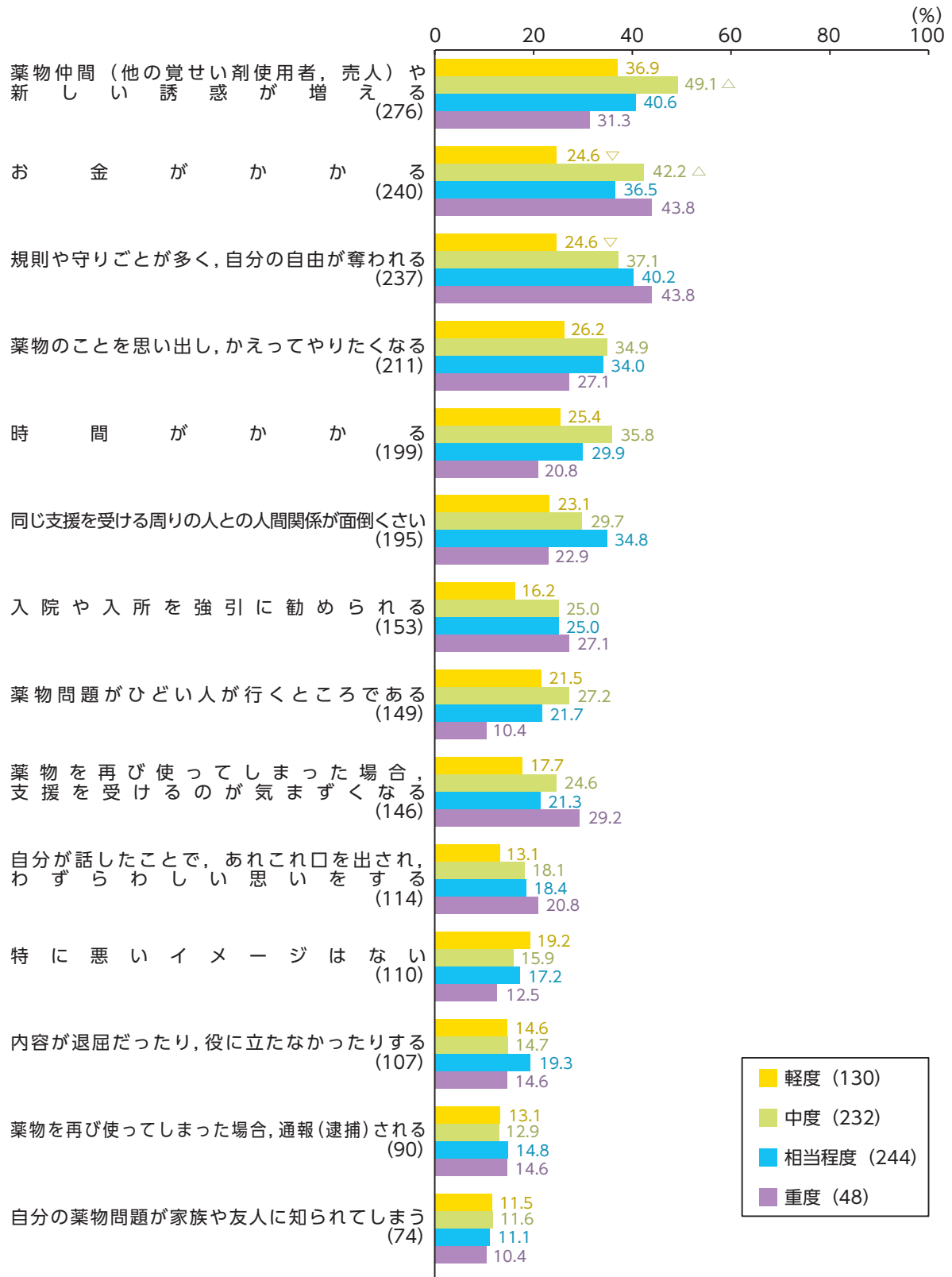
① 専門病院



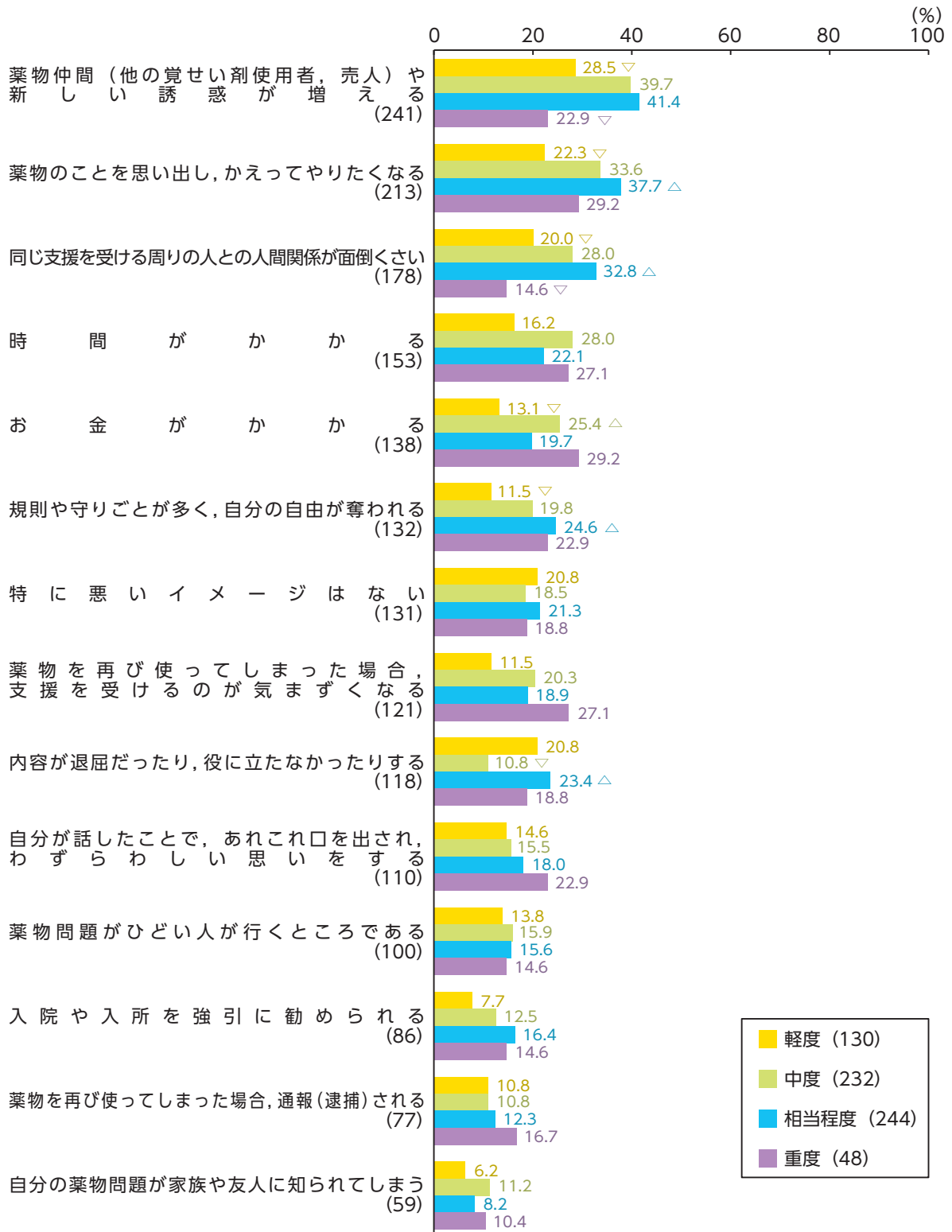
② 保健機関



③ 回復支援施設



④ 自助グループ



- 注 1 法務総合研究所の調査による。
 2 薬物依存重症度が不詳の者を除く。
 3 重複計上による。
 4 凡例の（ ）内は各薬物依存重症度の実人員であり、縦軸の（ ）内は各調査項目の該当者数である。
 5 χ^2 検定により有意差が認められ、かつ残差分析の結果、期待値よりも有意に度数が多いものを△で示し、少ないものを▽で示す ($p < .05$)。

(5) 関係機関の支援を受ける気になる状況

2-4-19図は、関係機関別に各関係機関の支援を受ける気になる状況について尋ねた結果を、依存重症度別に示したものである。

専門病院では、「軽度」で、「家族や交際相手などの大事な人が理解・協力してくれれば」の選択率が有意に低かったが、「相当程度」では有意に高かった。

保健機関では、「軽度」で、「刑務所や保護観察所等から具体的な場所や連絡先などを教えてもらえれば」の選択率が有意に低かった。

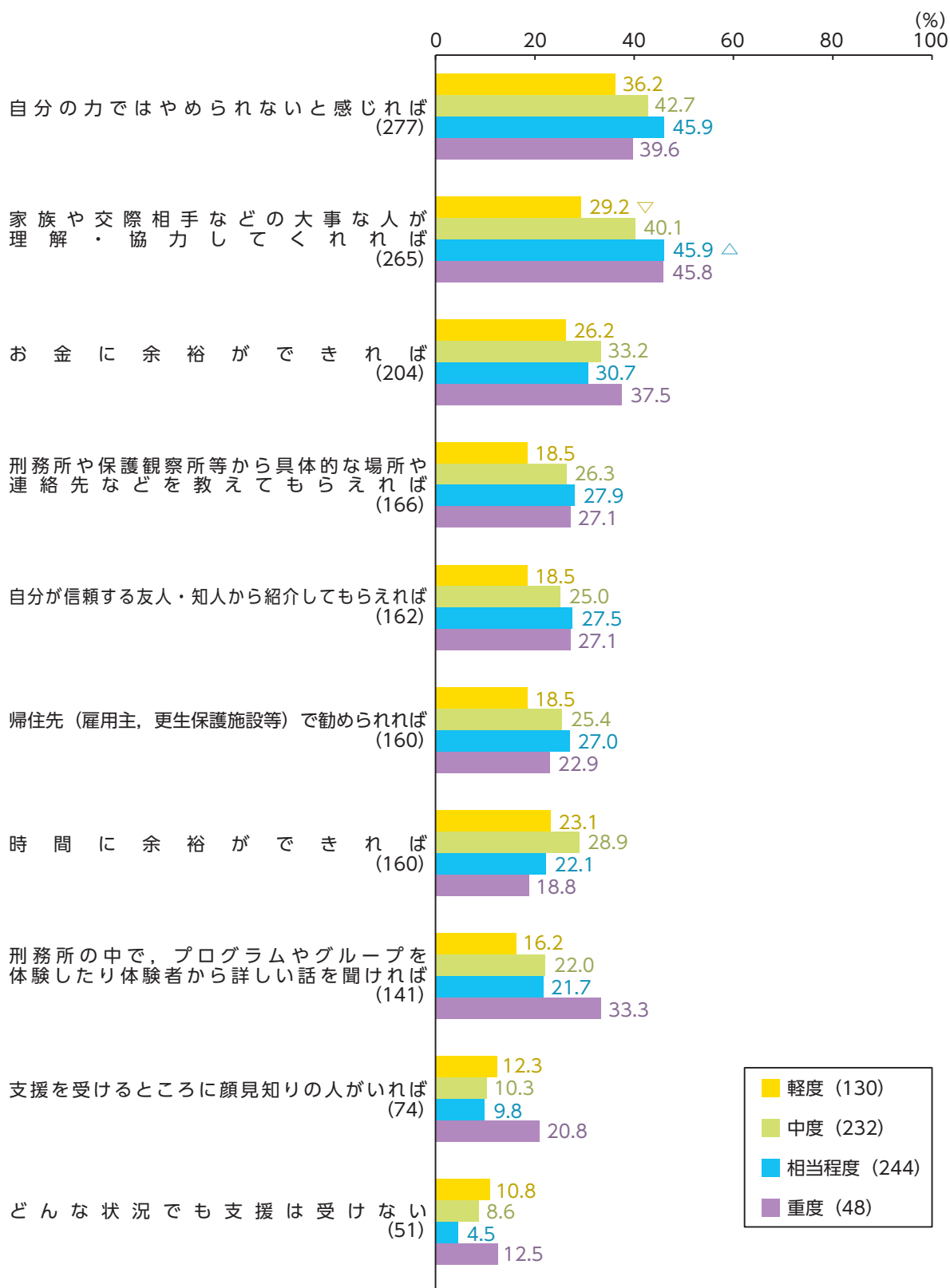
回復支援施設では、「軽度」で、「家族や交際相手などの大事な人が理解・協力してくれれば」の選択率が有意に低かったが、「重度」では有意に高かった。

自助グループでは、「軽度」で、「家族や交際相手などの大事な人が理解・協力してくれれば」、「刑務所の中で、プログラムやグループを体験したり体験者から詳しい話を聞ければ」及び「刑務所や保護観察所等から具体的な場所や連絡先などを教えてもらえれば」の選択率が有意に低く、他方、「相当程度」では、「家族や交際相手などの大事な人が理解・協力してくれれば」及び「刑務所の中で、プログラムやグループを体験したり体験者から詳しい話を聞ければ」の選択率が有意に高かった。

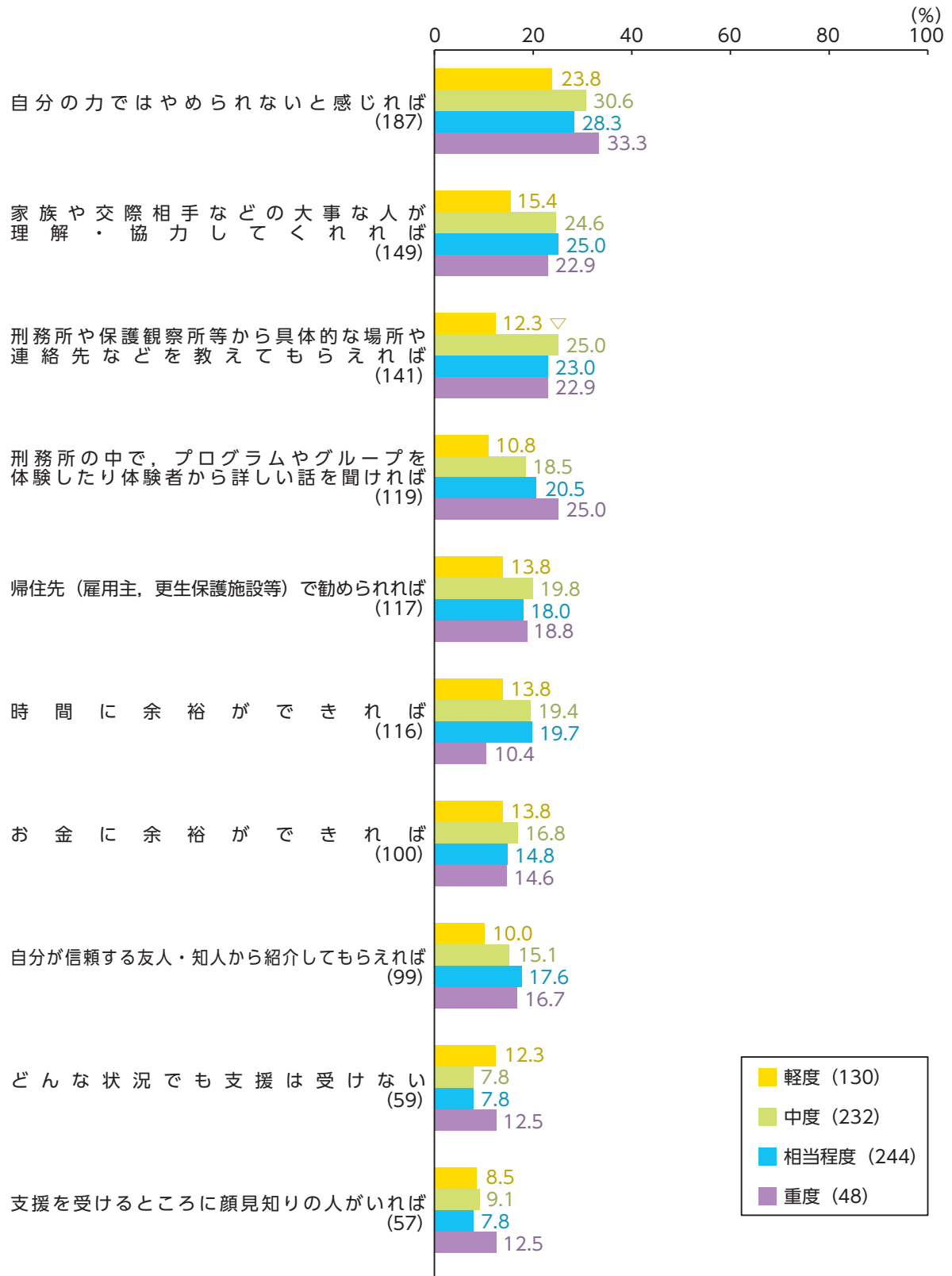
2-4-19図

関係機関の支援を受ける気になる状況（機関別，依存重症度別）

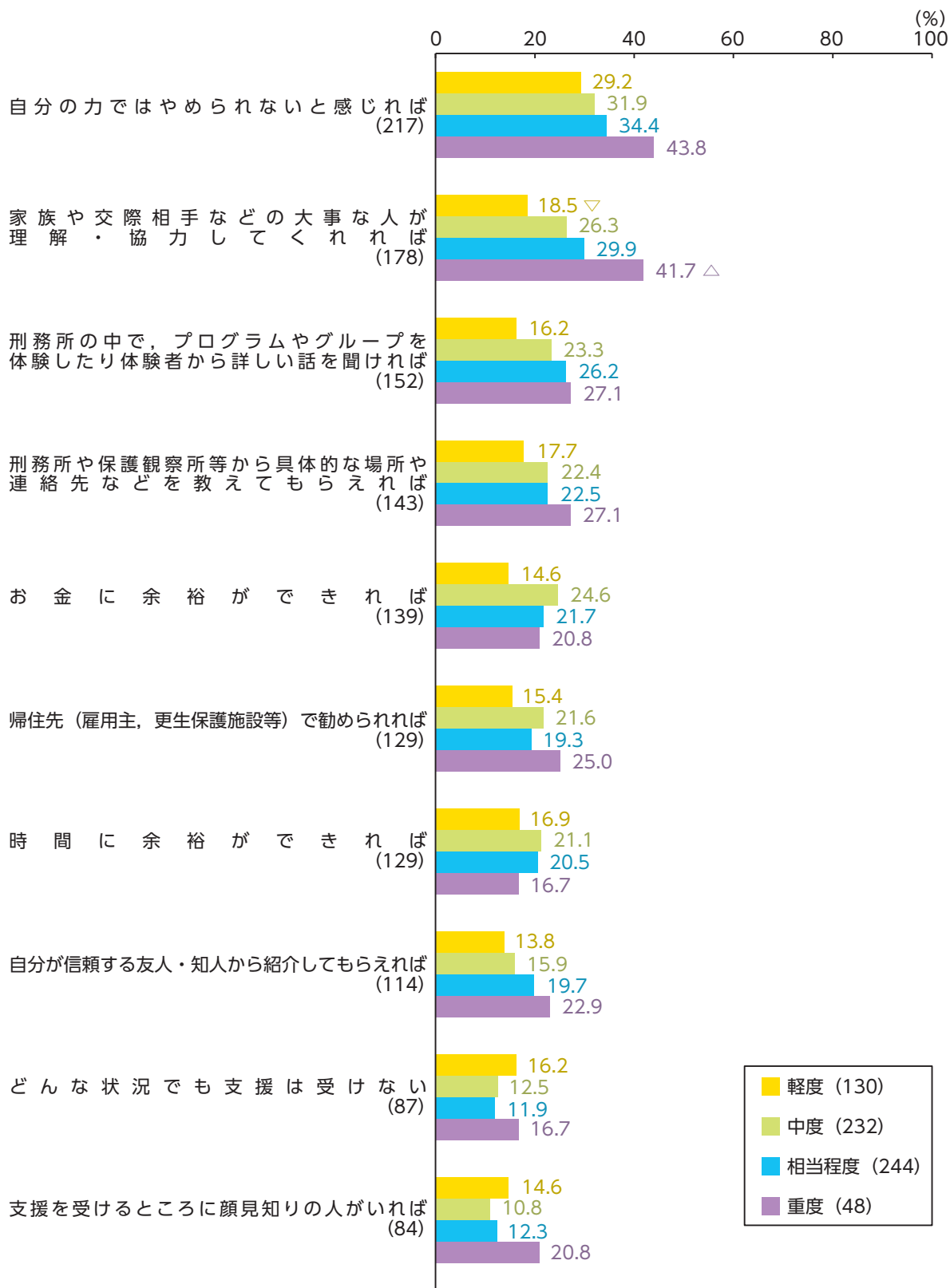
① 専門病院



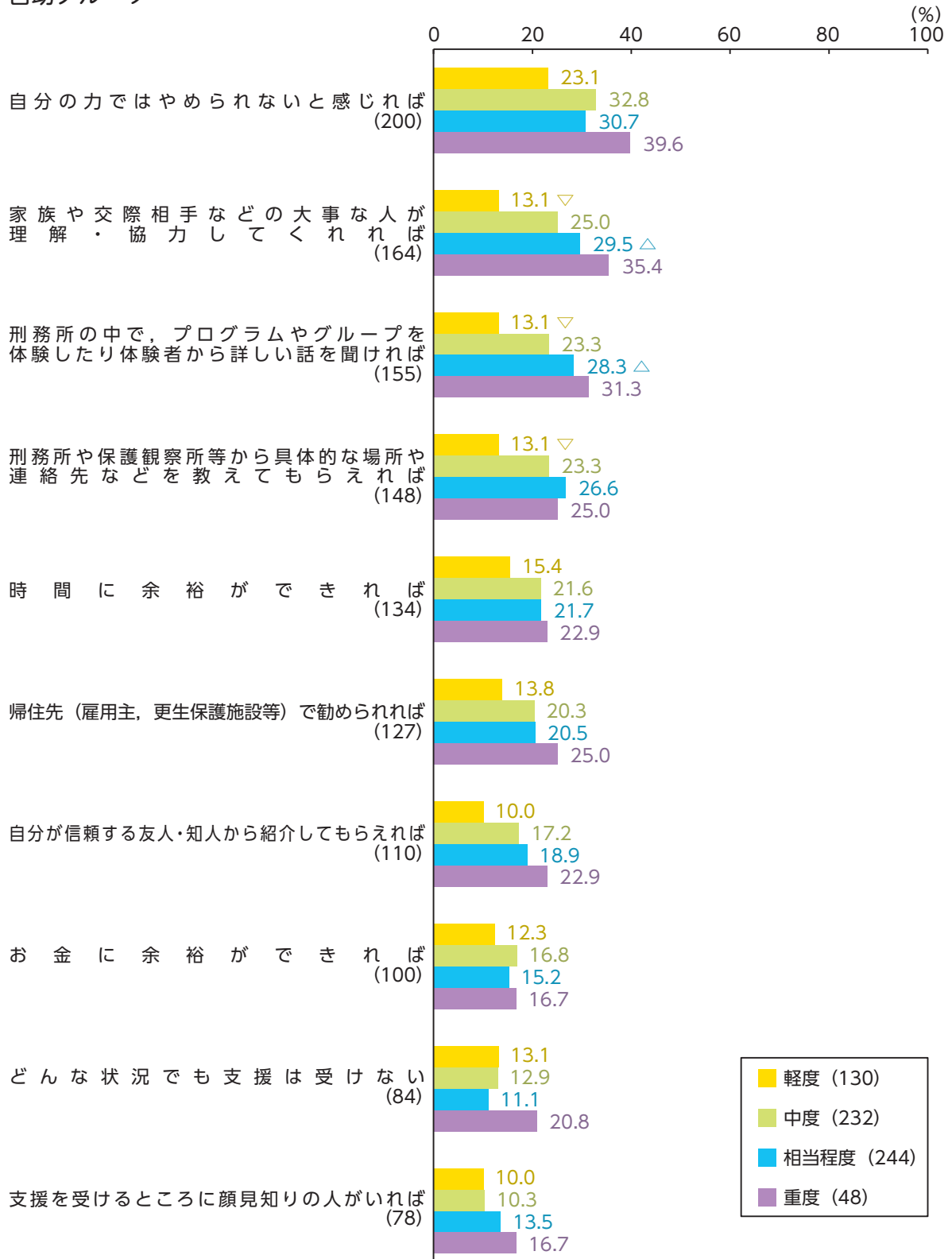
② 保健機関



③ 回復支援施設



④ 自助グループ



- 注 1 法務総合研究所の調査による。
 2 薬物依存重症度が不詳の者を除く。
 3 重複計上による。
 4 凡例の（ ）内は各薬物依存重症度の実人員であり、縦軸の（ ）内は各調査項目の該当者数である。
 5 χ^2 検定により有意差が認められ、かつ残差分析の結果、期待値よりも有意に度数が多いものを△で示し、少ないものを▽で示す ($p<.05$)。

第5節 考察

前節までは、刑事施設で受刑している覚せい剤事犯者を対象とした質問紙調査の結果について、属性等の基礎集計を踏まえた上で、男女別、薬物依存重症度別にそれぞれ説明した。本節では、これらの結果を概観し、覚せい剤事犯者の諸特性の整理と今後の指導・支援に向けた考察を行う。

なお、本研究は対象者の実態・諸特性の把握や指導・支援の一助となる基礎情報の提供を目的としており、いずれも因果関係を調べたものではない。また、考察に当たっては、本研究の対象者が判決罪名に覚せい剤取締法違反を含む入所受刑者であること、すなわち、社会内で断薬を継続している者は含まれておらず、覚せい剤等の使用・再使用に及んだ上受刑に至っている者を対象としていることのほか、本研究で用いたDAST-20日本語版、AUDIT日本語版、SOGS日本語短縮版は本来的にはスクリーニングツールであり、医学的診断結果と一致しない可能性が残ること、性別によって調査期間が異なること、受刑中に過去の状況を振り返った調査を行っており、調査状況が回答に影響を及ぼしている可能性を否定できないこと等、研究手法上の制約があることには留意する必要がある。

1 覚せい剤事犯者における薬物乱用の実態

調査対象者の属性を見ると、再入者は全体の74.1%であったところ、そのほとんどが薬物犯罪による再入所であった（薬物犯罪による再入者は全体の70.4%（不詳の者を除く。）。また、入所度数が5度以上の再入者は男性の31.2%、女性の11.4%、全体の24.5%であった。類似の手法を用いて受刑者調査を行った研究部報告60「暴力犯罪者に関する研究」（法務総合研究所、2019）では、暴力犯罪受刑者、窃盗事犯受刑者の入所度数5度以上の者の割合がそれぞれ17.6%、16.0%と示されているが、本研究で対象とした覚せい剤事犯者の同割合はこれらより単純比較で高く、再入所を繰り返す覚せい剤事犯者が他罪種よりも多いことがうかがえた。また、犯行時の婚姻状況が未婚あるいは離死別の者は約7割、無職の者は約6割といずれも半数を超えており、社会的な人間関係が限られている者が多い可能性が示唆された。

覚せい剤の使用開始年齢は平均22.8（±7.28）歳であり、約4割は未成年のうちに覚せい剤使用を開始していた。男女別では、15歳以下で使用を開始した者の割合が女性で高く、依存重症度別では、「相当程度」、「重度」の者が「軽度」の者より早期に使用を開始していた（F

(3,198.769)=6.476*** 「軽度」 > 「相当程度」, 「軽度」 > 「重度」)¹。また、覚せい剤のほか、何らかの違法薬物等の乱用を開始した年齢は更に早期であり（平均18.7（±7.35）歳）、とりわけ、薬物依存が深刻と思われる「相当程度」, 「重度」の2群については、覚せい剤の使用開始年齢と同様、「軽度」の者よりも早期であった（ $F(3,204.804)=7.904^{***}$ 「軽度」 > 「相当程度」, 「軽度」 > 「重度」)¹。

覚せい剤以外の薬物乱用の生涯経験率を見ると、有機溶剤、大麻、処方薬乱用の順に高く、依存重症度別では、「相当程度」, 「重度」の者が複数の違法薬物で高い経験率を示した。一般人口における薬物乱用状況に関する調査結果（嶋根ら、2018；第4章第1節3項参照）においても、生涯経験率の高い順に大麻、有機溶剤となっており、覚せい剤事犯者を対象とした本研究でも同様の結果となった。加えて、本研究ではこの2種類の経験率はいずれも全体の5割を超えており、それぞれの使用開始年齢（大麻：平均21.6（±6.83）歳、有機溶剤：平均14.9（±1.95）歳）が覚せい剤の使用開始年齢よりも早かったことを踏まえると、これらの薬物が、これまで広く指摘されてきたようにいわゆるゲートウェイドラッグとして使用されてきた可能性があることもうかがえた。また、直近1年間に限って薬物乱用経験を見ると、処方薬乱用、大麻の順に多く、特に依存重症度が「重度」の者においては、5割弱からそれ以上の者が覚せい剤と同時並行的に使用していることが示唆された。

薬物依存の重症度を見ると、集中治療の対象の目安とされる「相当程度」, 「重度」に4割以上の者が該当しており、多くの覚せい剤事犯者の薬物依存が深刻な段階にあり、治療の必要性が高いことがうかがえた。なお、覚せい剤事犯者への質問紙調査により依存の実態を調査した先行研究（高橋ら、2007）では、覚せい剤取締法違反による受刑者のうち、自己使用者の約9割がDSM-IVの「物質依存」の診断基準を満たすとのデータが示されており、本研究の結果はこれと矛盾しないものであった。

2 覚せい剤使用時に関する状況・断薬歴等

覚せい剤を使用しなくなった場面としては、「クスリ仲間と会ったとき」, 「クスリ仲間から連絡がきたとき」といった薬物仲間との直接・間接的な接触に係る項目の選択率が順に高かった。また、覚せい剤を使用しなくなったときの感情等については、設定した項目自体にネガティブな感情が多い点に留意は要するものの、「イライラするとき」, 「気持ちが落ち込んでいると

1 等分散性が認められなかったため、Welchの検定を行った。多重比較は、Bonferroniの方法によった。

き」,「孤独を感じる時」等,ネガティブな感情にある時が上位を占め,「盛り上がりた気分」,「テンションが上がっている時」等,ポジティブあるいはニュートラルな感情の選択率は低かった。依存重症度別に見ると,使用しなくなった場面・使用しなくなった時の感情等とともに,ほとんどの項目で依存重症度の深刻さに応じた選択率の高さとなっており,各群の該当項目の総数にも有意な差が認められたことから(使用しなくなった場面: $F(3,179.366)=47.664^{***}$ 「軽度」>「中度」>「相当程度」>「重度」,使用しなくなった時の感情等: $F(3,183.724)=48.925^{***}$ 「軽度」>「中度」>「相当程度」>「重度」)²,覚せい剤の使用欲求が誘発される刺激(引き金)の範囲には依存重症度による違いがあることが示唆された。薬物依存の治療では,我が国で開発された覚せい剤依存治療プログラム「SMARPP」のほか,認知行動療法的アプローチが効果を上げており,これらは序盤に外的・内的なトリガー(引き金)の同定・分析を行った上で欲求への対処方略を検討する構成になっているが,本研究で明らかになった各項目の選択率は,治療者・対象者それぞれがトリガーの同定を行う際の一助になるものと考えられる。

覚せい剤使用による本人のメリットについて,男女別に見ると,男性では「性的な快感や興奮を得られる」,「集中力が増す」,女性では「現実逃避ができる」,「やせられる」等の選択率がそれぞれ有意に高く,覚せい剤を求める理由には一部性差があることがうかがえた。また,依存重症度別に見ると,多数の項目で「中度」以下の者と「相当程度」以上の者との間に選択率の差が認められること,依存重症度によって高い選択率を示す項目の順序に違いが見られることが特徴として挙げられ,集中治療の対象の目安とされる「相当程度」以上の2群では自分にとってメリットだと感じるポイントが多いこと,依存重症度によっても覚せい剤を求める理由に違いがある可能性等が示唆された。

他方,覚せい剤使用による本人のデメリットは,男女とも9割以上が「逮捕されて刑務所に入ることになった」を選択していたが,次いで選択率が高かったのは「周囲からの信頼を失った」,「家族との人間関係が悪化した」等であり,多くの覚せい剤事犯者は身近な人間関係の悪化や信頼の喪失を実感していることがうかがえた。また,依存重症度別に選択率の差が認められ,とりわけ「相当程度」,「重度」の者ではそれぞれ5割前後あるいはそれ以上の高い選択率の項目が多数あり,そのうち,「精神的に不安定になった」,「身体の調子が悪くなった」等,心身の不調をきたした経験を有する者も少なくなかった。支援に当たっては,その対象者が何

2 等分散性が認められなかったため, Welchの検定を行った。多重比較は, Bonferroniの方法によった。

を求めて覚せい剤を使用し、覚せい剤使用にまつわるどのようなことがつらかったのか等に目を向けることで働き掛けの手がかりを把握できると考えられ、その点で本研究の中で示した本人にとっての主なメリット・デメリット及びその選択率は、基礎的な資料として実務上の有用性が高いと考えられる。

覚せい剤使用の断薬歴等を見ると、1年間以上の断薬経験がある者の占める割合（以下「断薬経験率」という。）は約8割、断薬のための具体的努力を行った経験がある者の占める割合（以下「断薬努力経験率」という。）は約7割であり、多くの覚せい剤事犯者に断薬経験、断薬努力の経験があることが明らかになった。断薬した理由では、「大事な人を裏切りたくなかった」、「仕事がうまくいっていた」、「家族や交際相手などの大事な人が理解・協力してくれた」等が上位であり、仕事や人間関係の安定が断薬のきっかけとなることがうかがえた。他方、断薬経験率を依存重症度別に見ると、「相当程度」、「重度」の者が有意に低かった。これら2群については、覚せい剤使用の引き金となり得る刺激の範囲が広いことが示唆されたところ、覚せい剤の使用欲求の誘発のされやすさが断薬の難しさにつながっている可能性も考えられる。また、断薬経験率、断薬努力経験率それぞれを依存重症度別に単純比較すると、「軽度」、「中度」の者は、断薬努力経験率よりも断薬経験率が約2割高く、具体的な努力をせずとも断薬できた期間が一定程度あったことが特徴的であった。覚せい剤依存では初回使用から習慣的な使用に至るまでに段階を踏むことが広く知られているが、習慣性や耐性等、状態像の面で「中度」以下の者と「相当程度」以上の者との間に質的な違いがあると推察され、医学的見地から「相当程度」以上の依存重症度を呈すと集中治療の対象になるとして段階を分けて評価されることを間接的に支持する結果となった。これらを踏まえ、支援に当たっては、安定した生活を築く努力をサポートするとともに、状態像の査定を的確に行った上で、薬物依存が慢性・進行性の病気であることや薬物の再使用により再び症状が進行する可能性があること等の認識を共有することが重要と考えられる。なお、今回は最終的に再使用に及んだ受刑者を対象にしているという限界があるため、今後、断薬継続に向けた要因を検討するに当たっては、社会内で断薬を継続している者を対象に含めた上で詳細に分析することが望まれる。

3 覚せい剤事犯者その他の依存との関連

（1）飲酒（アルコール）

調査対象者の約9割が未成年時に、約3割は14歳以下で飲酒を開始していた。飲酒と薬物乱用の関連性を指摘する研究は多く、我が国では受刑者及び保護観察対象者を対象とした研究

部報告43「飲酒（アルコール）の問題を有する犯罪者の処遇に関する総合的研究」（法務総合研究所，2010）において，飲酒時の覚せい剤使用の経験率は多量飲酒者が他の飲酒パターンの者と比べて顕著に高いことや，飲酒開始年齢の低い群は薬物使用経験がある割合が高いこと等が指摘されているところ，本研究においても薬物の依存重症度と飲酒の開始年齢には有意な弱い負の相関があり（ $r=-.201$ ， $p<.001$ ），先行研究と整合する結果となった。また，有害なアルコール使用が疑われる問題飲酒群に相当する者（AUDIT合計得点が8点以上）の割合は男性の40.7%，女性の36.5%，全体の39.3%であり，我が国の一般成人の同割合が男性24.5%，女性3.7%であるとの実態調査結果（樋口ら，2014）を踏まえると，覚せい剤事犯者では男女共に高いことがうかがえた。薬物依存からの回復を支援する上では，飲酒の問題の有無の査定を行うとともに，例えば，心理教育としてアルコール摂取と薬物乱用の関連を伝え，摂取を控えるよう促すなど，飲酒による薬物再使用のリスクを軽減するための対応が必要と言える。

（2）ギャンブル

ギャンブル依存が疑われた者（SOGS合計得点2点以上）は男性の46.8%，女性の41.0%，全体の45.0%であり，半数近くの調査対象者がギャンブルの問題を抱えていることがうかがえた。国立研究開発法人日本医療研究開発機構（2019）によるSOGS日本語版（12項目20点満点）を用いた全国調査（中間報告）では，ギャンブル等依存が疑われる者の割合は成人の3.6%と推計されており，これと単純比較すると覚せい剤事犯者では顕著に高いことが示唆された。

DAST-20合計得点とSOGS合計得点には有意な弱い正の相関が認められ（ $r=.219$ ， $p<.001$ ），薬物依存重症度とギャンブル依存の関連が示唆された。薬物依存重症度別に見ると，「相当程度」，「重度」の者は「軽度」の者に比してSOGS合計得点が有意に高く，薬物を買うためにギャンブルを行った経験も「相当程度」，「重度」の者の割合が顕著に高かった。近年，依存症の脳画像解析を用いた研究により物質依存と行為依存に共通する知見が蓄積されてきたほか，DSM-5（精神疾患の診断・統計マニュアル）では，物質関連障害群とギャンブル障害がまとめられ，ギャンブル行動が薬物乱用と類似的に脳内の報酬系を活性化させ，物質使用障害による行動上の症状と似た症状を生じさせることが指摘されている。本研究において薬物依存とギャンブルの問題との関連，薬物依存重症度別の関係性が示されたことは，これらの指摘を改めて確認する結果になったと言える。支援に当たっては，薬物依存が深刻と思われる対象

者にはギャンブルの問題を抱えている場合が多いことに十分に留意した対応が求められる。なお、SOGS日本語短縮版は、あくまでスクリーニングツールであり、同得点の高低とギャンブル依存の重症度が連関することまでは言及できないことに注意を要する。

4 覚せい剤事犯者と精神医学的問題等との関連

いずれの精神医学的問題等の経験率も男性より女性の方が高く、女性の覚せい剤事犯者は精神疾患や生育歴上の困難等を抱えており、より多角的かつ慎重な介入が求められることがうかがえた。以下、特徴的な結果を考察する。

(1) 食行動の問題

覚せい剤と摂食障害との関連に関する研究は多数報告されており、女性の覚せい剤乱用者では摂食障害の併存率が21～37%にのぼるとも指摘されているところ（松本，2010など）、本研究においては、むちゃ食い（過食）に関する項目では女性の42.2%，食べ吐きに関する項目では女性の19.4%がそれぞれ該当しており、これを支持する結果となった。また、これまで摂食障害を嗜癖行動・依存症等として捉える動きや、摂食障害が物質依存に対する脆弱性を準備すると捉える自己治療仮説も提唱されているが、前記のとおり、覚せい剤使用による本人のメリットでは、「やせられる」を選択した女性の割合が4割に達しており、覚せい剤事犯者の自己認識としては、やせ願望や肥満恐怖を背景として、食欲抑制・亢進をコントロールするために薬物を選択している可能性が示唆された。

(2) 自傷行為、自殺念慮、精神疾患等

自傷行為については、男性の8.1%，女性の41.2%，全体の19.6%が経験しており、性差も目立った。物質乱用と自傷行為との関係を指摘する先行研究は多く、例えば、自傷行為の経験のある者では違法薬物の使用歴が高率であることが明らかにされているところ（Matsumoto, 2004）、本研究では覚せい剤事犯者に自傷行為の経験を有する者が多く、特に女性の経験率の高さが目立つ結果となった。

自殺念慮については、一般成人の意識調査において自殺念慮経験率が男性21.4%，女性25.6%であったところ（厚生労働省，2016）、本研究における女性の調査対象者では4割を超えており、特に高い経験率であることが明らかになった。先行研究では、物質使用障害における自殺のリスクファクターとして、女性であること、現在又は1年以内に薬物使用・飲酒の

経験があること、薬物使用開始年齢が早いこと等が取り上げられているところ（宮田ら，2019），本研究を概観すると，覚せい剤事犯者ではこれらのリスクファクターに該当する者が多いと考えられる。

精神疾患等については，物質乱用・依存のある患者に気分障害やパーソナリティ障害の併存が多い（松本，2012）など，薬物乱用との関連はかねてから指摘されてきたところ，本研究でも調査対象者全体の約2割が精神疾患の診断を受けており，特に女性では4割を超えていた。

支援に当たっては，覚せい剤事犯者は自傷・自殺のリスクが高いこと，精神科治療の要否を慎重に判断する必要があること，対象者に精神疾患がある場合，薬物乱用が同疾患の症状を悪化させたり，自傷・自殺につながったりするおそれを考慮する姿勢をもつこと等に留意したい。

（3）DV

令和元年版犯罪白書（法務総合研究所，2019）における犯罪被害についての実態調査結果（平成31年実施）を見ると，一般国民の過去5年間のDV被害率は0.7%であったところ，本研究における調査対象者のDVの生涯経験率は27.5%と高く，そのうち，女性では72.6%にDVの被害経験があった。内閣府男女共同参画局による一般国民を対象とした調査（2018）によると，配偶者（交際相手）からのDVの生涯経験率は男性19.9%（11.5%），女性31.3%（21.4%）であり，単純に比較すると女性の覚せい剤事犯者の経験率がいかに高いかが見て取れる。

（4）小児期逆境体験（ACE）

ACE得点は平均2.32（±2.19）点であり，0点の者は約2割にとどまるなど，多くの調査対象者が18歳までに家庭内での何らかの逆境体験を有していた。男女別に見ると，いずれも5割以上が「親が亡くなったり離婚したりした」を経験していたところ，他の項目においてはいずれも女性の方が有意に高い経験率を示したほか，ACE得点も女性が有意に高く，女性の覚せい剤事犯者の逆境体験の多さが目立った。覚せい剤事犯者と児童虐待被害経験の関連を示した先行研究（藤野ら，2007）でも，男性の覚せい剤事犯者の約7割は虐待被害がなかった一方で，女性の5割以上が何らかの虐待被害を受けていたことが示されている。また，依存重症度別に見ると，「重度」の者は他の3群に比して，ACE得点が有意に高い傾向にあったが，これは，物質使用障害患者を対象とした先行研究（板橋ら，2017）において，被虐待型の小児期逆境体験が薬物使用障害の重症度と関連する可能性があるとして指摘した結果を一部支持するものであった。

性差に着目すると、令和元年版犯罪白書（法務総合研究所，2019）では、女子の少年院入院者は男子に比して保護者等からの被虐待経験がある者の割合が高いことが示されている。また、参考データとして、女子少年院在院者を対象に9項目の小児期逆境体験を調査した研究（松浦ら，2007）³を見ると、同体験のうち4項目以上に該当した女子在院者が17.1%であったところ、本研究では女性の38.2%が4項目以上に該当しており、矯正施設に入所した女性犯罪者の中でも、特に覚せい剤事犯者において特徴的な問題である可能性がある。

（5）性行動・感染症

女性の調査対象者のうち、現在、薬物乱用経験がある交際相手や配偶者がいる者の割合は約6割であり、男性に比して高かった。他方、薬物乱用と性交の結びつきに関する自己評価については、男性の方が結びつきの強さを認識していた。また、性交時に何らかの違法薬物を乱用したことがある者の割合は男女共に9割を超え、ほとんどの覚せい剤事犯者がいわゆるセックス・ドラッグとして使用した経験を有していた。性交時に乱用する薬物の経験率は覚せい剤が最も高く、薬物乱用下で避妊具を使用せずに性交した経験がある者は約8割であった。

性感染症との関連を見ると、クラミジア、HIV感染症等の性感染症の診断歴がある者は全体の約3割、女性においては約4割であり、女性の割合が有意に高かった（ $\chi^2(1)=12.124$, $p<.001$ ）。他方、HIV感染症の診断歴がある者は全体の0.6%であり、いずれも男性であった。我が国において薬物依存症者における性感染症の実態を調査した研究は限られるが、精神科病院における調査（和田ら，2011）において、覚せい剤関連患者3,762名のうち、HIV感染者は6名（0.16%）であったとの報告があり、これと単純に比較すると、覚せい剤事犯者におけるHIV感染症の有病率が高いことが分かる。C型肝炎の診断歴がある者が全体の4割を超えていることも踏まえ、こうした感染症のリスクについても理解、浸透させていくことが望ましい。

5 薬物依存に対する支援・サポート

本研究では、薬物乱用に関する医療・保健機関及び民間支援団体について、専門病院、保健機関、回復支援施設、自助グループの4つの機関・団体に分類した上で、利用状況や対象者の視点から見た各団体の特徴を調査した。全体的な特徴を概観した上で、関係機関ごとに目立っ

3 尺度項目数や対象が本研究と異なるため、本研究結果との比較には留意を要する。

た特徴を整理する。

（１）全体的な特徴

ア 関係機関の利用状況

いずれの機関も過去の利用経験率は１～２割程度と低く、「存在は知っていたが、支援を受けたことはない」がそれぞれ最も多かった。男女別に見ると、回復支援施設を除き、女性の利用経験率が有意に高かった。また、依存重症度別では、保健機関を除き、「相当程度」、「重度」の者の利用経験率が有意に高く、「軽度」の者は有意に低かった。薬物依存が深刻な段階にあり、治療の必要性が高いと考えられる者の方が、実際に治療・回復支援を行う機関を多く利用していると言える。

「存在は知っていたが、支援を受けたことはない」の理由としては、保健機関を除き、「支援を受けなくても自分の力でやめられると思った」の選択率が最も高く、次いで、「支援を受けられる場所や連絡先を知らなかった」、「支援を受けて何をするのかよくわからなかった」等が高かった。実際の支援につなげるためには、支援を受けることの意義や重要性を理解、浸透させていくとともに、支援機関の概要にとどまらず、具体的な支援内容や支援を受けるまでの手続等を明確に伝えていく工夫が欠かせないと考えられる。また、依存重症度別に見ると、「重度」の者はいずれの機関でも「支援を受けなくても自分の力でやめられると思った」の選択率が低く、「やめる気がなかった」の選択率は高かった。「重度」の者には、自力で回復することの難しさを認識している一方で、回復への意欲・動機付けが低い者が多い可能性が指摘できる。他方、「軽度」の者は、総じて「支援を受けてもやめられないと思った」の選択率が低く、関係機関による支援・サポートを受けることへの抵抗の少なさがうかがえた。関係機関に係る情報提供を行う際の導入や、動機付けを高めるための働き掛けに当たっては、依存重症度の特徴に配慮した対応が望ましいと言える。

イ 関係機関の支援を受ける気になる状況

調査対象者が社会復帰したときにどのような状況であれば関係機関を利用する気持ちになるかを調べた結果、いずれの機関においても「自分の力ではやめられないと感じれば」の選択率が最も高かった。前記のように、関係機関を利用しなかった理由のうち、「支援を受けなくても自分の力でやめられると思った」の選択率が高かったことを踏まえると、治療・回復の支援・サポートを受けること自体が二次的な選択にとどまっている可能性があると考えられる。国内

外の先行研究では、薬物依存症からの回復には地域内でのケアを長く継続することが効果的であるとの知見があるが、覚せい剤事犯者に対しては、処遇機関等において、断薬を継続するためには独りではなくサポート・ネットワークの中に身を置くことが重要であるとの考えを一層理解、浸透させていく必要があると言える。

また、「家族や交際相手などの大事な人が理解・協力してくれれば」の選択率が2番目に高く、身近な理解者の協力が意欲につながりやすいと考えられるが、依存重症度別に見ると、とりわけ「相当程度」又は「重度」の者にその傾向が顕著であった。他方、依存重症度が「軽度」の者は、いずれの関係機関においても選択率が2割に達しない項目が多数であった。前記のように、「軽度」の者は支援機関への抵抗が少ないと思われるものの、自分が支援を受ける必要性が高いとの認識自体も乏しいと考えられ、結果的に関係機関の活用につながっていない可能性が推察される。

（２）各関係機関の特徴

ア 専門病院

他の関係機関に比して、利用経験率が最も高かった。男女別に見ると、「存在を知らなかった」、「存在は知っていたが、支援を受けたことはない」は、いずれも男性の占める割合が有意に高く、利用経験率は女性よりも低かった。

支援への良いイメージとしては、「薬物をやめるための具体的な方法を知ることができる」、「不眠や精神安定等に効く薬がもらえる」等が上位であり、精神・身体面への医学的な治療を受けられることへの期待がうかがえた。男女別に見ると、「人間関係などの悩みを相談でき、精神的に楽になる」、「家族や交際相手等との関係が良くなる」等に有意差が認められ、女性の方が人間関係を修復する手がかりになると捉えていた。また、依存重症度別では、「自分のことを理解してくれる支援者と出会える」、「薬物をやめるために一緒にがんばれる仲間ができる」等の選択率において「重度」の者が有意に高く、回復に資する支援者や仲間との関わりを求める者が多いことがうかがえた。

他方、支援への悪いイメージとしては、「お金がかかる」、「時間がかかる」等の項目が上位であり、経済的、時間的な側面を懸念していることがうかがえた。現状、我が国においては、薬物依存症の専門治療を提供できる医療機関が限られており、薬物依存症者の中には遠方への通院が困難で治療を受けない者や治療を中断してしまう者が一定数いることが指摘されており、再犯防止推進計画（犯罪対策閣僚会議，2017）のほか、第五次薬物乱用防止五か年戦略（薬

物乱用対策推進会議，2018）においても，薬物依存症者等への医療提供体制の強化が掲げられているが，今回「お金がかかる」，「時間がかかる」といった項目が上位を占めたことは，医療提供に関する対象者側のニーズがあることを一部裏付ける結果であったと考えられる。社会復帰後の継続的なケアにつなげるためには，治療コストを含め，国と自治体が連携した医療提供体制の充実強化が重要と言える。

イ 保健機関

他の関係機関に比して，利用経験率が最も低く，また，「存在を知らなかった」の割合は最も高かった。保健機関を利用しなかった理由としては，「支援を受けられる場所や連絡先を知らなかった」，「支援を受けて何をするのかよくわからなかった」等が上位に挙がっており，存在が十分に周知されていない現状にあることが明らかになった。平成27年に策定された「薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン」（法務省・厚生労働省，2015）においては，保健機関が地域の支援体制を構築する上で重要な役割を担う機関として期待されているところ，処遇機関を始め，刑事・保護手続に関わる各機関においては，同ガイドラインを踏まえた具体的な情報を的確に提供することが重要と考えられる。

支援への良い・悪いイメージについては，全体的な選択率の低さや，「特に良いイメージはない」，「特に悪いイメージはない」が上位であること等から，他の関係機関に比して，具体的なイメージ自体を持てずにいることが推察された。ただし，支援への良いイメージとして，「薬物をやめるための具体的な方法を知ることができる」の選択率が最も高かったことから，専門的・実践的な助言を期待していることがうかがえた。また，支援への悪いイメージとしては，「薬物を再び使ってしまった場合，通報（逮捕）される」の選択率が最も高く，公的機関の支援を受けることへの抵抗が一定程度うかがえた。

関係機関の支援を受ける気になる状況に関する項目の選択率を見ると，「刑務所や保護観察所等から具体的な場所や連絡先などを教えてもらえれば」，「刑務所の中で，プログラムやグループを体験したり体験者から詳しい話を聞ければ」が上位であり，処遇機関からの情報や体験談を提供することが動機付けの向上につながる可能性が示唆された。刑務所を例に挙げれば，従前から特別改善指導（薬物依存離脱指導）の中で社会復帰後の支援機関に関する情報提供を行っているが，とりわけ，出所後の保護・支援につなぐりにくい満期出所者等に対しては，出所後の保健福祉分野の活用を見据えた上で，個々の帰住先に焦点付けた情報提供を行うなど，地域連携の視点を持った工夫が一層望まれる。

ウ 回復支援施設

他の関係機関に比して、「存在を知らなかった」の割合が最も低かったが、他方、「存在は知っていたが、支援を受けたことはない」の割合が最も高く、認知度の高さと実際の利用状況にかい離があることがうかがえた。

支援への良いイメージとしては、「薬物をやめるために一緒にがんばれる仲間ができる」、「自分のことを理解してくれる支援者と出会える」等の選択率が高く、同じ目標を有する仲間や回復に資する支援者との関わりを期待していることがうかがえた。ダルク利用者を対象とした先行研究（国立精神・神経医療研究センター，2019）では、回復という共通の目標を持った仲間や職員との出会いや、回復のモデルとなる仲間の存在が断薬継続者に共通する特徴として挙げられており、本研究の結果はこれと整合するものであった。そのほか、「薬物に何を求めていたのかを知り、生き方を見直すことができる」、「再使用や薬物を使いたい気持ちを正直に話することができる」は、他の関係機関に比して最も高い選択率（いずれも約35%）であり、施設入所者間の相互交流の中で自らの心情や考えを吐露できる場として期待する部分もあると推察される。

他方、支援への悪いイメージとしては、「薬物仲間（他の覚せい剤使用者、売人）や新しい誘惑が増える」、「薬物のことを思い出し、かえってやりたくなる」等が上位に挙げられ、再使用の引き金になることへの懸念が利用経験率の低さの一因と考えられた。ただし、依存重症度別に見ると、そもそも利用経験率の有意に低い「中度」の者がこれらの項目を選択している割合が高いことに留意する必要がある。

エ 自助グループ

「存在を知らなかった」の割合が21.8%であったところ、依存重症度別では「重度」の者の占める割合が有意に低い一方で、「軽度」の者は有意に高かった。ダルク利用者を対象とした先行研究（国立精神・神経医療研究センター，2019）では、自助グループへの定期的な参加と断薬率の高さの関連が指摘されており、薬物の問題が比較的軽度な段階から関係する機関において一層の周知を図っていく必要性が高い。

支援への良いイメージとしては、「薬物をやめるために一緒にがんばれる仲間ができる」、「自分のことを理解してくれる支援者と出会える」等の選択率が高く、同じ目標を有する仲間や回復に資する支援者との関わりを期待していることがうかがえた。他方、支援への悪いイメージとしては、回復支援施設と同様に「薬物仲間（他の覚せい剤使用者、売人）や新しい誘惑が増

える」,「薬物のことを思い出し,かえってやりたくなる」等が上位に挙げられ,再使用の引き金になることへの懸念がうかがえた。

依存重症度別に見ると,支援への良いイメージ・悪いイメージ共に,「軽度」の者は全体上位の複数項目で選択率が低かったが,これは自助グループに関する具体的なイメージや情報を十分に持ち合わせていないことが一因と推察され,前記のように更なる情報提供の機会を増やす必要があると言える。

引用・参考文献

- 天貝由美子（1997）.成人期から老年期に渡る信頼感の発達－家族および友人からのサポート感の影響 教育心理学研究, 45（1）, 79-86.
- Centers for Disease Control and Prevention(2019). Violence Prevention : About the CDC-Kaiser ACE Study. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/cestudy/about.html>
- 藤野京子・高橋哲（2007）. 覚せい剤事犯受刑者の現状（2）－児童虐待被害経験からの分析－ アディクションと家族, 24（2）, 160-168.
- 犯罪対策閣僚会議（2017）. 再犯防止推進計画
- 法務省保護局・矯正局・厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部（2015）. 薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン
- 法務総合研究所（2010）. 研究部報告43 飲酒（アルコール）の問題を有する犯罪者の処遇に関する総合的研究
- 法務総合研究所（2019）. 研究部報告60 暴力犯罪者に関する研究
- 法務総合研究所（2019）. 令和元年版犯罪白書
- 樋口進・尾崎米厚・神田秀幸（2014）. わが国の成人の飲酒行動に関する全国調査2013年 2003年, 2008年全国調査との比較 WHO世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合的研究 平成25年度総括・分担研究報告書, 15-28.
- 樋口進・松下幸生（2017）. 国内のギャンブル等依存に関する疫学調査 https://kurihama.hosp.go.jp/about/pdf/info_20171004.pdf
- 廣尚典・島悟（1996）.問題飲酒指標AUDIT日本語版の有用性に関する検討 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 31（5）, 437-450.
- 板橋登子・小林桜児・黒澤文貴・堀内恵美子・中村久美子・堀幸子…楠山さなみ（2017）. 物質使用障害患者の小児期逆境体験を分類する試み 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 52（6）, 249-263.
- 国立精神・神経医療研究センター（2019）. ダルク追っかけ調査2018 利用者データブック
- 厚生労働省（2016）. 平成28年度自殺対策に関する意識調査
- 松本俊彦（2012）. 薬物依存とアディクション精神医学 金剛出版
- 松本俊彦（2010）. アルコール・薬物依存症と摂食障害との併存例をめぐって 精神神経学雑誌

誌, 112 (8), 766-773.

松本俊彦 (2011). アディクションとしての自傷 星和書店

Matsumoto T, Azekawa T, Yamaguchi A, Asami T, & Iseki E (2004). Habitual self-mutilation in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58, 191-198.

松浦直己・橋本俊顕 (2007). 発達特性と、不適切養育の相互作用に関する検討ー女子少年院在院者と一般高校生との比較調査よりー 鳴門教育大学情報教育ジャーナル, 4, 29-40.

三重大学大学院医学系研究科環境社会学講座 家庭医療学分野 (2011). AUDIT アルコール使用障害特定テスト使用マニュアル

宮岡等・田中克俊 (2010). いわゆるギャンブル依存症の実態と地域ケアの促進 精神障害者の地域ケアの促進に関する研究 平成21年度総括・分担研究報告書, 122-140.

宮田久嗣・高田孝二・池田和隆・廣中直行 (2019). アディクションサイエンスー依存・嗜癖の科学ー 朝倉書店

内閣府男女共同参画局 (2018). 男女間における暴力に関する調査報告書

日本精神神経学会 (2014). DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院

嶋根卓也・今村顕史・池田和子・山本政弘・辻麻理子・長与由紀子…松本俊彦 (2015). DAST-20日本語版の信頼性・妥当性の検討 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 50 (6), 310-324.

嶋根卓也・菅原誠・岡崎重人・五十公野理恵子・東京都立中部総合精神保健福祉センター相談係依存症相談チーム (2014). OPENワークブック (第3版) 東京都立中部総合精神保健福祉センター広報援助課相談係

嶋根卓也・邱冬梅・和田清 (2018). 薬物使用に関する全国住民調査 (2017年) 薬物乱用・依存状況等のモニタリング調査と薬物依存症者・家族に対する回復支援に関する研究 平成29年度総括・分担研究報告書, 7-134.

Skinner, H. A. (1982). The Drug Abuse Screening Test. *Addictive Behaviors*, 7, 363-371.

高橋哲・藤野京子 (2007). 覚せい剤事犯受刑者の現状 (1)ー物質依存の罹患率と故意の自傷行為の併存についてー アディクションと家族, 24 (2), 150-159.

和田清・小堀栄子 (2011). 薬物依存とHIV/HCV感染ー現状と対策ー 日本エイズ学会誌, 13, 1-7.

和田清 (編) (2013). 依存と嗜癖ーどう理解し, どう対処するか 医学書院

薬物乱用対策推進会議 (2018). 第五次薬物乱用防止五か年戦略

第3章 我が国における薬物事犯の動向及び薬物事犯者の処遇

この章では、我が国における覚せい剤取締法違反、大麻取締法違反等の薬物事犯の動向や薬物事犯者の処遇について概観する。

第1節 検挙・検察・裁判

我が国における薬物事犯の検挙人員、起訴率の推移及び科刑状況等は以下のとおりである。

1 薬物事犯の検挙人員の推移

3-1-1図～3-1-3図は、覚せい剤取締法違反（覚せい剤に係る麻薬特例法違反を含む。以下この項において同じ。）、大麻取締法、麻薬取締法、あへん法の各違反（それぞれ、大麻、麻薬・向精神薬及びあへんに係る麻薬特例法違反を含む。以下この項において同じ。）及び毒劇法違反による各検挙人員の推移（昭和50年以降）を見たものである。

覚せい剤取締法違反の検挙人員は、昭和50年から59年にかけて大きく増加した後、60年から平成6年まではおおむね減少傾向にあったが、7年から3年連続で増加し、9年には平成期最多となる1万9,937人を記録した。13年以降は再び減少傾向に転じ、28年から3年連続で減少したものの、なお、毎年1万人を超える状況が続いている。

大麻取締法違反の検挙人員は、昭和50年から平成6年まではおおむね増加傾向にあり、7年から3年連続で減少したが、10年以降再び増加傾向に転じた。その後、22年から25年にかけて、大きく減少したものの、26年以降著しく増加し続け、30年は昭和46年以降最多となる3,762人（前年比16.9%増）であった。

麻薬取締法違反の検挙人員は、昭和50年から63年まではおおむね100人未満ないし100人台で推移したが、平成期に入るとやや増加し、平成元年から14年までは200人台から300人台で推移した。15年に530人まで増加すると、その後は緩やかな増減を繰り返し、30年は528人（前年比23人増）であった。

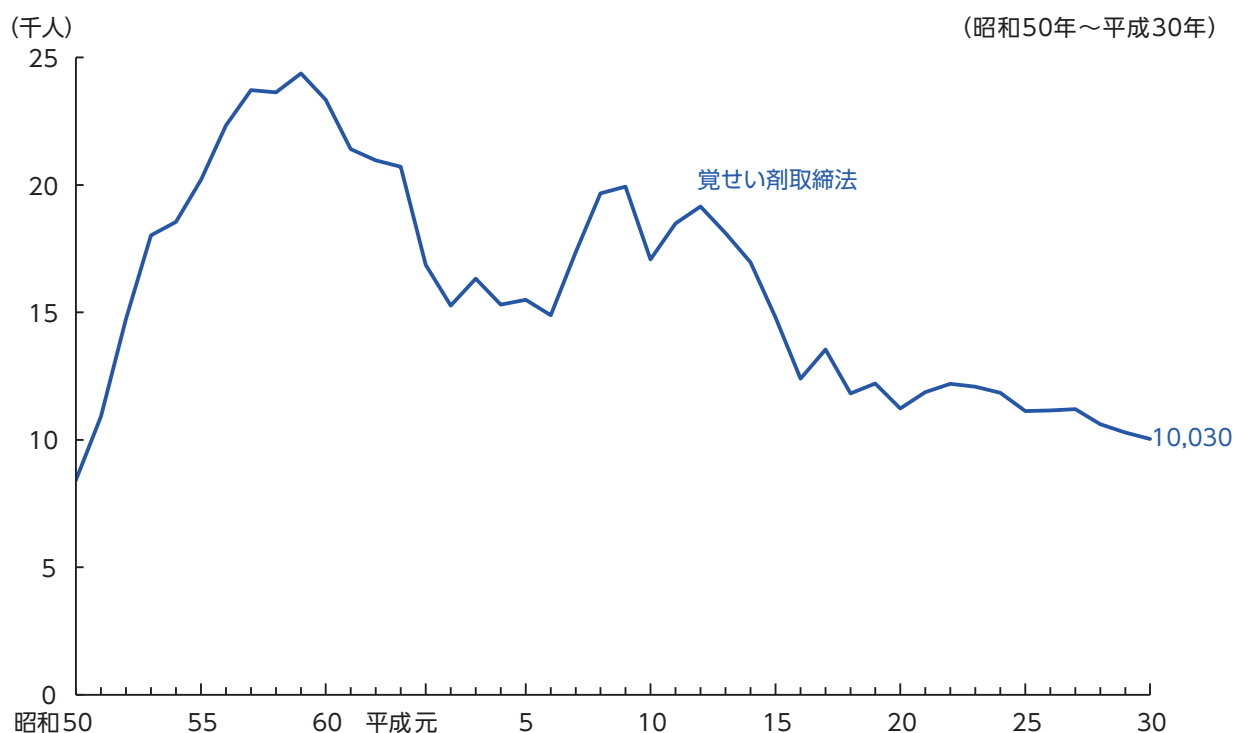
あへん法違反の検挙人員は、昭和50年以降、おおむね100人台から400人台で推移したが、平成12年以降は10人未満ないし100人未満でほぼ横ばいで推移しており、30年は昭和46年以

降最少となる2人（前年比10人減）であった。

毒劇法違反の検挙人員は，昭和50年代後半は3万人台で推移し，60年代以降も毎年2万人を超える状況が続いていたが，平成3年から9年にかけて大きく減少した後は，減少傾向が続いており，30年は226人（前年比3.8%減）であった。

3-1-1図

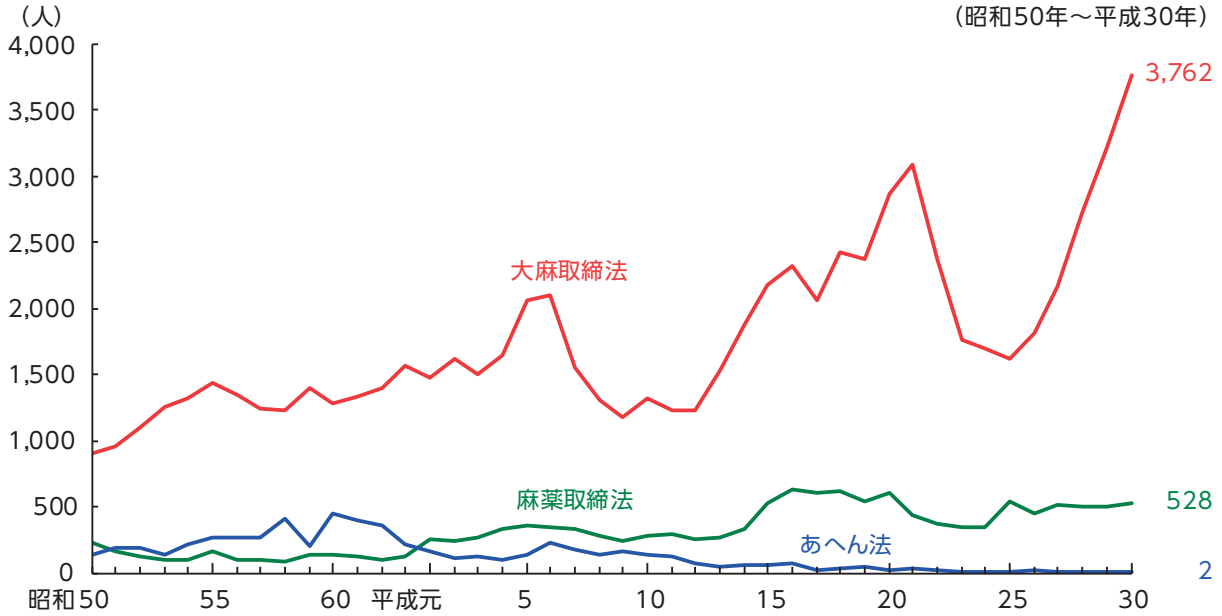
覚せい剤取締法違反 検挙人員の推移



- 注 1 厚生労働省医薬・生活衛生局の資料による。ただし，平成19年までは，厚生労働省医薬食品局，警察庁刑事局及び海上保安庁警備救難部の各資料により，20年から27年までは，内閣府の資料による。
- 2 覚せい剤に係る麻薬特例法違反の検挙人員を含む。
- 3 警察のほか，特別司法警察員が検挙した者を含む。

3-1-2図

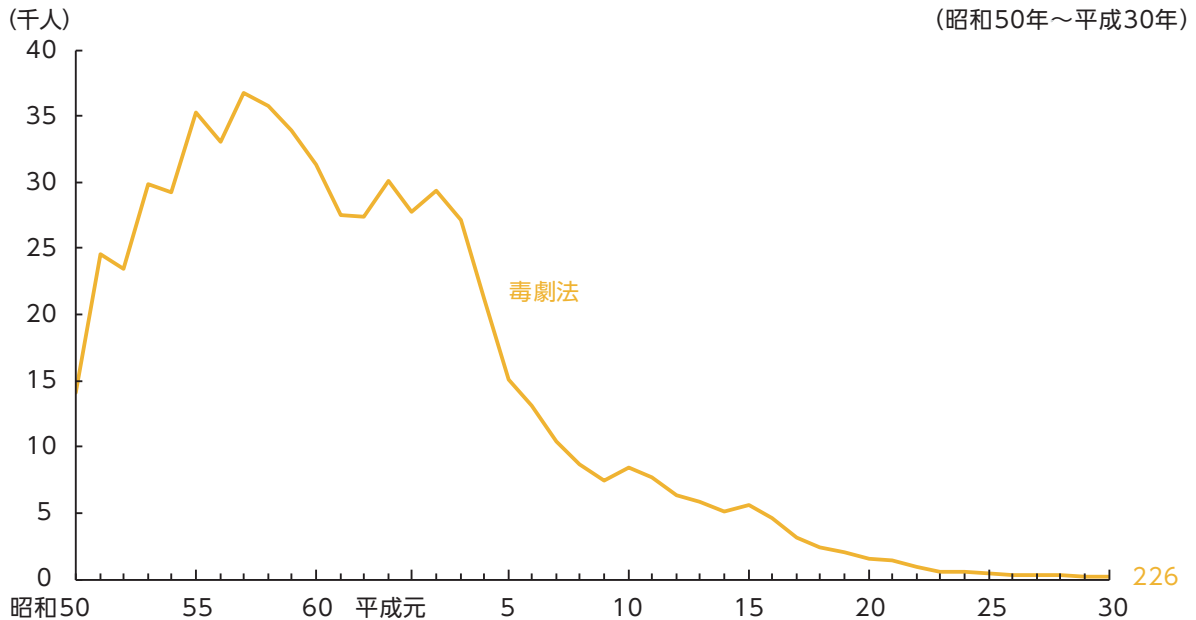
大麻取締法違反等 検挙人員の推移



注 1 厚生労働省医薬・生活衛生局の資料による。ただし、平成19年までは、厚生労働省医薬食品局、警察庁刑事局及び海上保安庁警備救難部の各資料により、20年から27年までは、内閣府の資料による。
 2 大麻、麻薬・向精神薬及びあへんに係る各麻薬特例法違反の検挙人員を含む。
 3 警察のほか、特別司法警察員が検挙した者を含む。

3-1-3図

毒劇法違反 検挙人員の推移



注 警察庁の統計による。

2 起訴率の推移

平成期における起訴率の推移を見ると、覚せい剤取締法違反では、平成13年以降は緩やかな低下傾向が見られるが、比較的大きな変動はなく、平成期を通じて、76～90%台を推移している。他方、大麻取締法違反及び麻薬取締法違反では、それぞれ46～71%台、40～82%台と年による変動が大きい。30年における起訴率は、覚せい剤取締法違反では76.9%、大麻取締法違反では50.8%、麻薬取締法違反では56.0%であった。なお、同年において、あへん法違反で起訴された者はいなかった（検察統計年報による。）。

3 科刑状況等

刑法等の一部を改正する法律（平成25年法律第49号）及び薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部の執行猶予に関する法律（平成25年法律第50号）により、平成28年6月から刑の一部執行猶予制度が施行されている。刑の一部執行猶予制度とは、刑期の一部を実刑とするとともに残刑期の執行を猶予することで、社会内における再犯防止や改善更生を促すものである。

3-1-4表は、平成28年以降、通常第一審で覚せい剤取締法違反により有罪（懲役）判決の言渡しを受けた人員を刑期別に見たものである。覚せい剤取締法違反により一部執行猶予付判決の言渡しを受けた者は、28年は913人（うち保護観察に付された者は913人）、29年は1,373人（同1,369人）、30年は1,456人（同1,454人）であった。他方、覚せい剤取締法違反により全部執行猶予付判決の言渡しを受けた者は、28年は3,511人（うち保護観察に付された者は436人）、29年は3,304人（同354人）、30年は3,204人（同356人）であった。

なお、平成30年に通常第一審で大麻取締法違反により一部執行猶予付判決の言渡しを受けた者は38人（うち保護観察に付された者は38人）、麻薬取締法違反により一部執行猶予付判決の言渡しを受けた者は11人（同11人）であった（司法統計年報による。）。

3-1-4表

覚せい剤取締法違反 通常第一審における有罪（懲役）人員（刑期別）

(平成28年～30年)

区 分		28年	29年	30年
総	数	9,061	8,558	8,179
無	期	—	—	—
30	年 以 下	—	1	—
25	年 以 下	—	1	2
20	年 以 下	1	9	6
15	年 以 下	8	8	12
10	年 以 下	28	44	55
7	年 以 下	54	43	51
5	年 以 下	479	517	414
3	年 以 下	465	498	423
実	刑	413	452	369
一 部 執 行 猶 予		48	75	104
全 部 執 行 猶 予		52	46	54
2	年 以 上	3,190	2,897	2,865
実	刑	2,255	2,059	2,037
一 部 執 行 猶 予		356	535	619
全 部 執 行 猶 予		935	838	828
1	年 以 上	4,814	4,519	4,340
実	刑	2,293	2,100	2,018
一 部 執 行 猶 予		508	761	730
全 部 執 行 猶 予		2,521	2,419	2,322
6	月 以 上	19	21	11
実	刑	16	20	11
一 部 執 行 猶 予		1	2	3
全 部 執 行 猶 予		3	1	—
6	月 未 満	3	—	—
実	刑	3	—	—
一 部 執 行 猶 予		—	—	—
全 部 執 行 猶 予		—	—	—
一 部 執 行 猶 予 総 数		913	1,373	1,456
保 護 観 察 付 量		913	1,369	1,454
裁 量		453	695	625
必 要		460	674	829
全 部 執 行 猶 予 総 数		3,511	3,304	3,204
保 護 観 察 付 量		436	354	356
裁 量		435	353	356
必 要		1	1	—

注 1 司法統計年報による。

2 「一部執行猶予」は、実刑部分と猶予部分を合わせた刑期による。

3 平成28年の「一部執行猶予」は、同年6月から12月までに一部執行猶予付判決の言渡しを受けた人員である。

第2節 矯正・更生保護

覚せい剤取締法違反による入所受刑者人員の推移や保護観察開始人員の推移等は以下のとおりである。

1 矯正

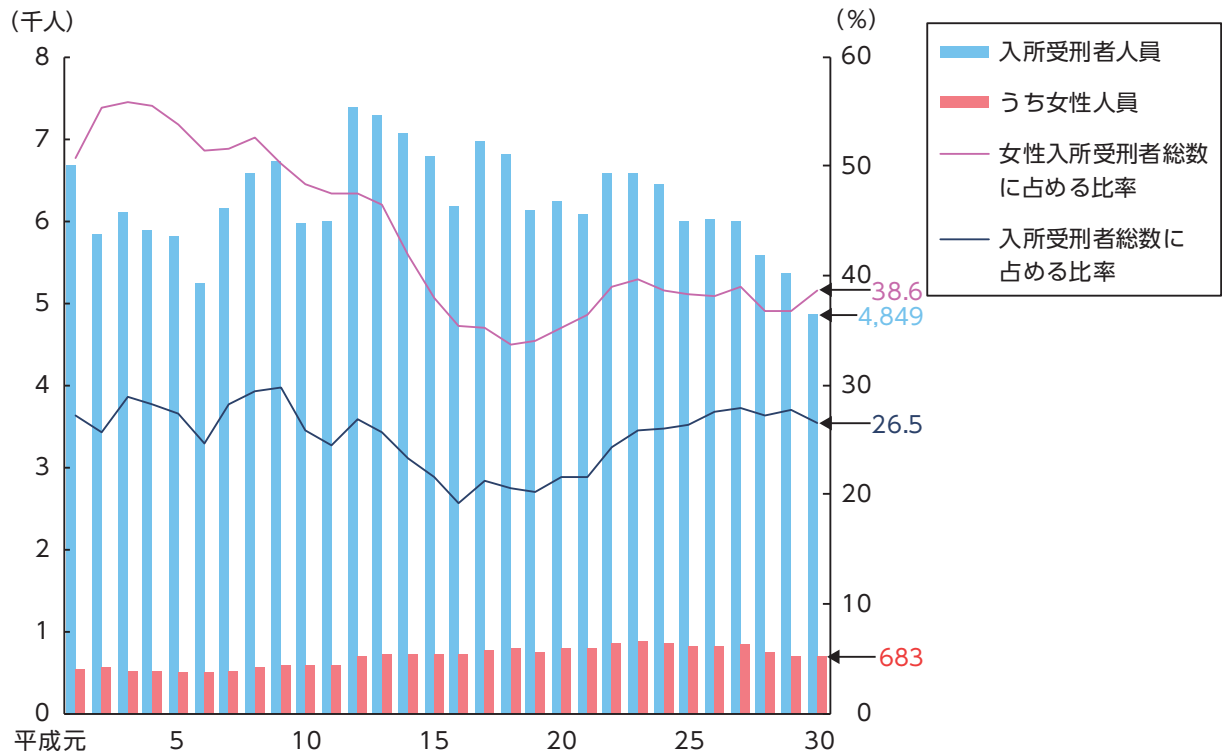
覚せい剤取締法違反による入所受刑者人員の推移（平成元年以降）は、**3-2-1図**のとおりである。平成期を通じて、おおむね5,000人台から7,000人台で推移していたが、最多となった12年（7,375人）以降、増減を繰り返しながら全体としては減少傾向にある。30年における入所受刑者人員は、平成期で初めて5,000人を割って4,849人（前年比9.4%減）となり、そのうち一部執行猶予受刑者は1,394人（同2.2%増）であった（矯正統計年報による。）。

また、覚せい剤取締法違反による入所受刑者人員の入所受刑者総数に占める比率は、平成期を通じておおむね20%台で推移している一方、女性入所受刑者に限って見ると、平成9年までは50%を超えており、その後は30～40%台で推移している。

3-2-1図

覚せい剤取締法違反 入所受刑者人員の推移

(平成元年～30年)



注 矯正統計年報による。

2 更生保護

覚せい剤取締法違反による仮釈放者及び保護観察付全部・一部執行猶予者の保護観察開始人員等の推移（平成元年以降）は、3-2-2図のとおりである。仮釈放者の保護観察開始人員は、同年が最多であり、その後増減を繰り返していたが、23年から3年連続で増加した後、26年以降は、ほぼ横ばいで推移しており、30年は3,900人であった。仮釈放率は、8年以降、50～60%台で推移しているが、同年から20年まで低下傾向にあった後、21年から上昇傾向が続いており、30年は8年以降で最も高い65.8%で、出所受刑者全体の仮釈放率（58.5%）と比べると7.3pt高い。

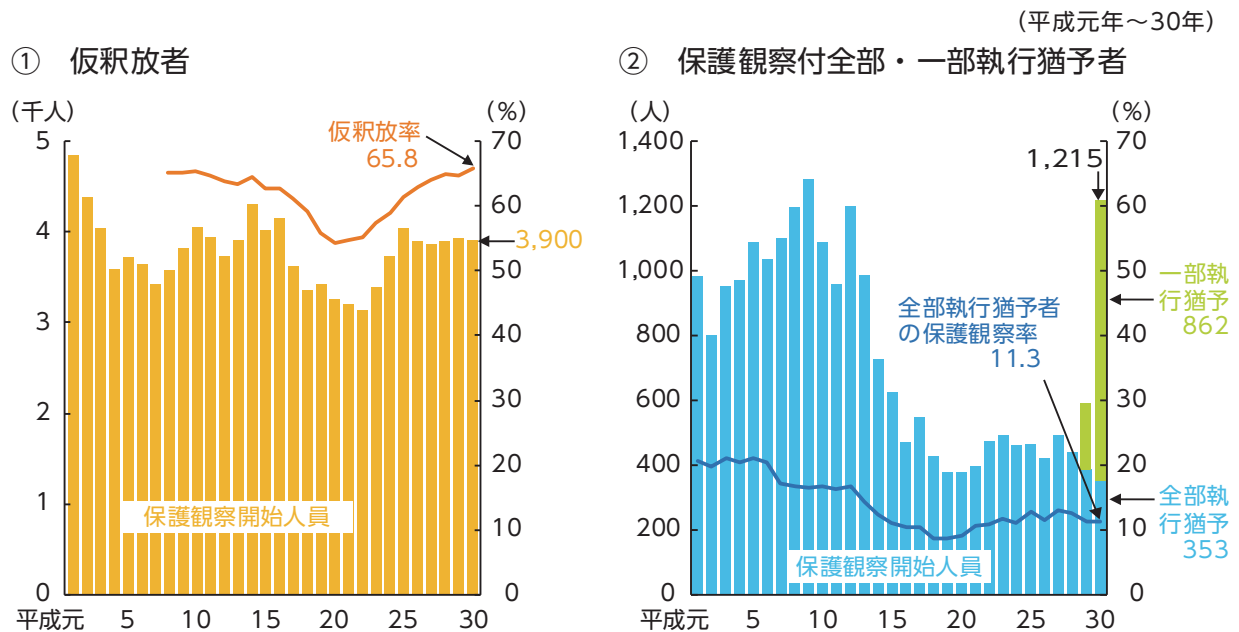
覚せい剤取締法違反による保護観察付全部執行猶予者の保護観察開始人員は、平成9年が最多であり、13年から減少傾向にあった後、18年以降はほぼ横ばいで推移していたが、28年から3年連続で減少し、30年は353人（前年比31人減）であった。また、30年の保護観察開始人員中、覚せい剤取締法違反による保護観察付一部執行猶予者は862人（同654人増）であった。

全部執行猶予者又は一部執行猶予者の保護観察率を見ると、全部執行猶予者については、平

成初期は20%前後であったが、平成6年以降緩やかな低下傾向が見られ、18年に8.6%にまで低下し、19年に上昇に転じた後は、おおむね10～12%台で推移し、30年は11.3%（前年比0.1pt上昇）であった。他方、一部執行猶予者については、28年が100%、29年及び30年は、いずれも99.9%であった（検察統計年報、保護統計年報及び法務省大臣官房司法法制部の資料による。）。

3-2-2図

覚せい剤取締法違反 保護観察開始人員等の推移



- 注 1 保護統計年報、検察統計年報及び法務省大臣官房司法法制部の資料による。
- 2 「仮釈放者」のうち一部執行猶予の実刑部分について仮釈放になった者及び「保護観察付全部・一部執行猶予者」のうち保護観察付一部執行猶予者は、刑の一部執行猶予制度が開始された平成28年から計上している。
- 3 ①において、「仮釈放率」については、統計の存在する平成8年以降の数値を示した。

第3節 薬物事犯者の更生に向けた指導・支援等

この節では、矯正及び更生保護の各段階で実施されている、薬物事犯者に対する指導・支援等の概要について紹介する。

1 矯正

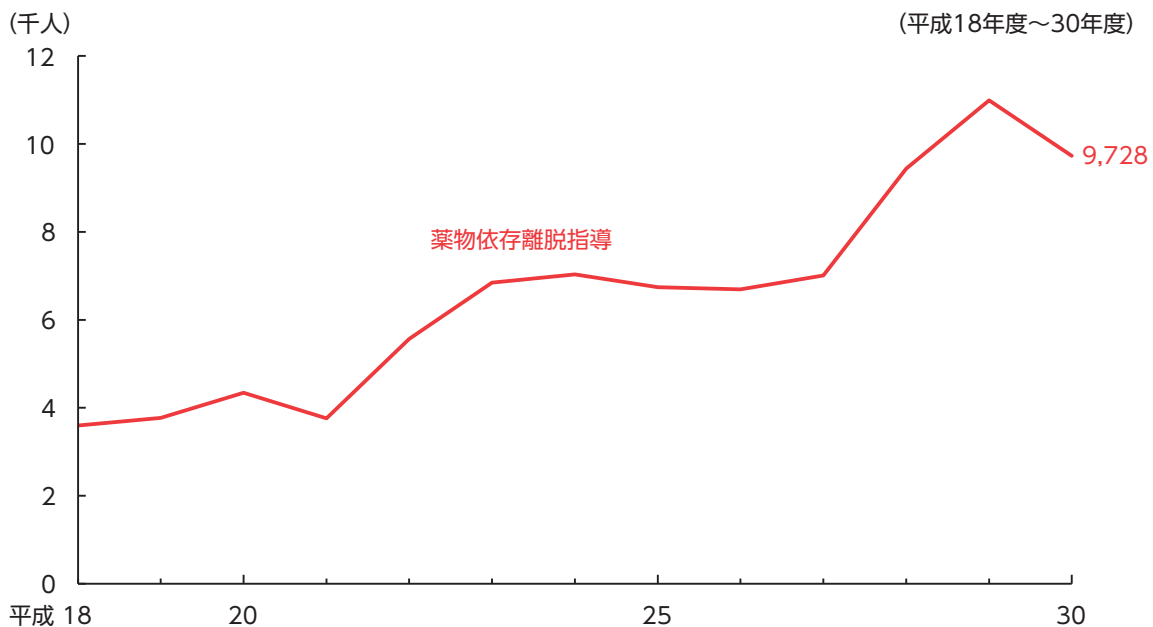
刑事施設においては、麻薬、覚せい剤その他の薬物に対する依存がある者を対象に薬物依存離脱指導を実施している（平成30年度における実施施設数は75庁）。薬物依存離脱指導は、刑事施設の職員（法務教官、法務技官、刑務官）らがグループワーク、講義、個別面接等を通じて、対象者に薬物依存の認識及び薬物使用に係る自分の問題を理解させた上で、断薬への動機付けを図り、再使用に至らないための知識及びスキルを習得させるとともに、社会内においても継続的に薬物依存からの回復に向けた治療及び援助等を受けることの必要性を認識させることを目標としている。

刑事施設においては、刑事収容施設及び被収容者等の処遇に関する法律（平成17年法律第50号）の施行に伴い開始された改善指導のうち、特別改善指導の一類型として、平成18年度から薬物依存離脱指導の標準プログラム（指導の標準的な実施時間数や指導担当者、カリキュラムの概要等を定めたもの）を実施しているところ、28年度からは、標準プログラムを複線化して、必修プログラム（麻薬、覚せい剤その他の薬物に依存があると認められる者全員に対して実施するもの）や専門プログラム（より専門的・体系的な指導を受講させる必要性が高いと認められる者に対して実施するもの）、選択プログラム（必修プログラム又は専門プログラムに加えて補完的な指導を受講させる必要性が高いと認められる者に対して実施するもの）の3種類を整備し、対象者の再犯リスクに応じて、各種プログラムを柔軟に組み合わせて実施できるようにしている。

薬物依存離脱指導の受講開始人員の推移（平成18年度以降）は、**3-3-1図**のとおりである。同年度から23年度まで増加傾向にあった後、27年度までは6,000人台後半から7,000人台前半で推移したが、標準プログラムを複線化した28年度以降は、1万人前後で推移し、30年度は9,728人であった。

3-3-1図

特別改善指導（薬物依存離脱指導）の受講開始人員の推移



注 1 法務省矯正局の資料による。
2 受講開始人員は、延べ人員である。

2 更生保護

(1) 類型別処遇

平成2年5月から、保護観察対象者の問題性その他の特性を、その犯罪・非行の態様等によって類型化して把握し、類型ごとに共通する問題性等に焦点を当てた効率的な処遇を行う類型別処遇が実施されているところ、薬物に関しては、シンナー等乱用類型及び覚せい剤事犯類型が設けられている。

平成30年におけるこれらの類型の認定状況（仮釈放者及び保護観察付全部・一部執行猶予者）を見ると、シンナー等乱用類型は、仮釈放者が18人、保護観察付全部・一部執行猶予者が40人だったのに対し、覚せい剤事犯類型は、仮釈放者が1,526人、保護観察付全部・一部執行猶予者が2,208人であった。

(2) 薬物再乱用防止プログラム

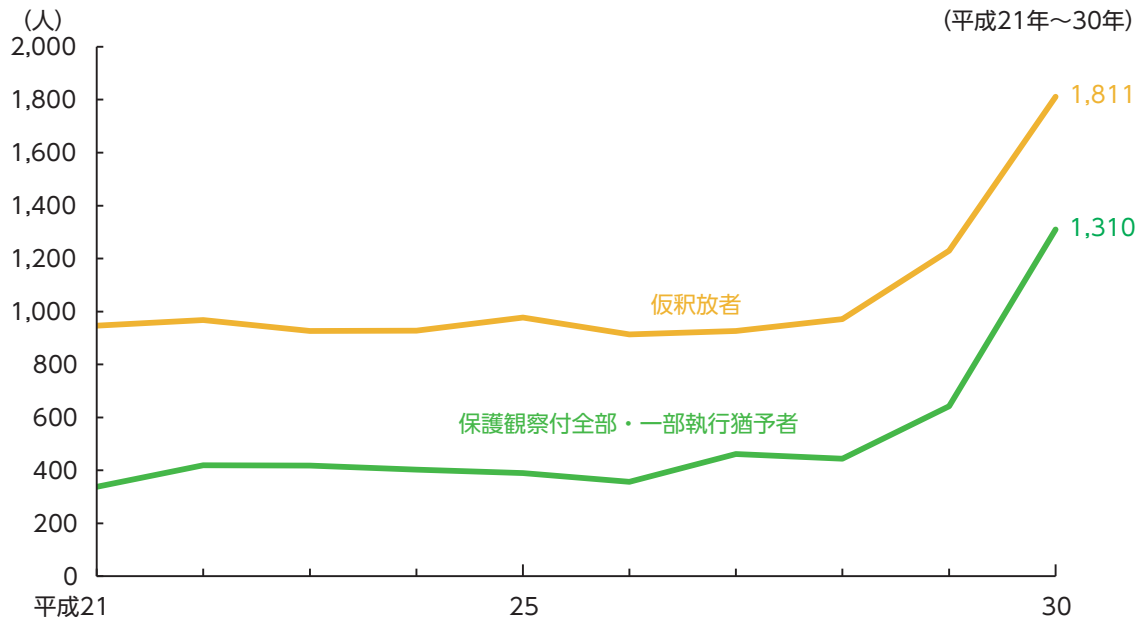
保護観察所では、覚せい剤の使用等の犯罪的傾向を有する保護観察対象者に対して、その傾向を改善するため、平成20年6月から覚せい剤事犯者処遇プログラムを実施してきたところ、28年6月からは、刑の一部執行猶予制度の施行に伴い、改善の対象となる犯罪的傾向の範囲

を依存性薬物（規制薬物等，指定薬物及び危険ドラッグをいう。以下この項において同じ。）の使用・所持に拡大し，それらの再乱用を防止するため，薬物再乱用防止プログラムを実施している。このプログラムは，依存性薬物の使用を反復する傾向を有する者に対し，依存性薬物の悪影響と依存性を認識させ，依存性薬物を乱用するに至った自己の問題性について理解させるとともに，再び依存性薬物を乱用しないようにするための具体的な方法を習得させ，実践させるものであり，コアプログラム（薬物再乱用防止のための具体的な方法を習得させるもの）及びステップアッププログラム（コアプログラムの内容を定着・応用・実践させるもの）から成る教育課程と簡易薬物検出検査を併せて行うものとなっている（なお，薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部の執行猶予に関する法律の規定により保護観察に付された者については，原則として，薬物再乱用防止プログラムを受けることを猶予期間中の保護観察における特別遵守事項として定めている。）。

薬物再乱用防止プログラムによる処遇の開始人員の推移（平成21年以降）は，**3-3-2図**のとおりである。仮釈放者については，同年以降900人台で推移していたが，刑の一部執行猶予制度が開始された翌年の29年から急増し，30年は1,811人であった。保護観察付全部・一部執行猶予者については，21年以降300人台から400人台で推移していたが，やはり29年から急増し，30年は1,310人（うち保護観察付一部執行猶予者は892人（68.1%））であった。

3-3-2図

専門的処遇プログラム(薬物再乱用防止プログラム)による処遇の開始人員の推移



- 注 1 法務省保護局の資料による。
 2 本図は、統計の存在する平成21年以降の数値で作成した。
 3 平成21年から28年5月までは、「覚せい剤事犯者処遇プログラム」による処遇の開始人員を計上している。
 4 「仮釈放者」のうち一部執行猶予の実刑部分について仮釈放となった者及び「保護観察付全部・一部執行猶予者」のうち保護観察付一部執行猶予者は、刑の一部執行猶予制度が開始された平成28年から計上している。
 5 仮釈放期間満了後、一部執行猶予期間を開始した保護観察付一部執行猶予者については、「仮釈放者」及び「保護観察付全部・一部執行猶予者」の両方に計上している。

(3) 薬物事犯者に対するその他の処遇

依存性薬物の所持・使用により保護観察に付された者であって、薬物再乱用防止プログラムに基づく指導が義務付けられず、又はその指導を受け終わった者等に対し、必要に応じて、断薬意志の維持等を図るために、その者の自発的意思に基づいて簡易薬物検出検査（平成16年4月から簡易尿検査として開始し、20年4月から名称変更）を実施することがあり、30年における実施件数は7,734件であった（法務省保護局の資料による。）。

また、平成24年度から、保護観察所が、薬物依存の問題を抱える保護観察対象者等の社会適応に必要な生活指導を民間の薬物依存症リハビリテーション施設等に委託して実施する、薬物依存回復訓練が導入されている。30年度において、訓練を委託して実施した施設数は63施設であり、委託実人員は548人（延べ人員は、1万8,448人）であった（法務省保護局の資料による。）。

3 薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン

薬物依存者（規制薬物等（指定薬物及び危険ドラッグを含む。）の乱用により、健全な社会生活に障害をきたしているものをいう。以下この項において同じ。）の再乱用を防止するためには、刑事司法機関による指導だけでなく、地域の医療・保健・福祉機関、民間団体等と緊密に連携した薬物依存からの回復のための地域支援が必要である。

そこで、法務省及び厚生労働省は、平成27年、「薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン」を策定し、28年度から運用を開始している。このガイドラインは、薬物依存のある刑務所出所者等に対する支援に関し、関係機関及び民間支援団体が相互に有効かつ緊密に連携し、その責任、機能又は役割に応じた支援を効果的に実施できるよう、関係機関が共有すべき基本的な事項を定めたものであり、薬物依存者本人及びその家族に対する支援として、要旨、以下のような内容を定めている。

（1）薬物依存者本人に対する支援

ア 刑事施設入所中の支援

刑事施設、地方更生保護委員会及び保護観察所は、薬物依存の程度、精神科通院・入院歴等を含む現在の心身の状況、出所後の支援に関する本人の意向等の調査（アセスメント）を行い、保護観察所は、アセスメントの結果を踏まえ、出所後の社会復帰上の課題と対応方針を検討する。保護観察所は、その方針等を決定するに当たっては、必要に応じて、関係機関及び民間支援団体と協議を行う。特に、出所後の住居については、刑事施設入所中の薬物依存者の特性を踏まえ、マッチングに配慮して調整するとともに、福祉及び医療に関しては、出所後速やかにこれらの支援が受けられるように調整する。刑事施設、地方更生保護委員会及び保護観察所は、特に必要と認める場合は、関係機関及び民間支援団体の参加を得てケア会議を開催して、前記の方針等につき協議する。

イ 保護観察中の支援

保護観察所は、保護観察の開始に当たっては、支援対象者（薬物依存者のうち、保護観察付全部・一部執行猶予者又は仮釈放者として保護観察を受けている者をいう。以下この項において同じ。）との面接を行い、支援対象者の刑事施設入所中に実施した前記のアセスメントや検討等を踏まえて保護観察の実施計画を作成し、計画的に指導・支援を行う。保護観察所は、支援の方針を決定又は修正するに当たっては、支援対象者及びその家族の意向等に十分配慮する

こととし、必要に応じて関係機関又は民間支援団体と協議を行うとともに、特に必要と認める場合は、関係機関又は民間支援団体の参加を得てケア会議を開催する。

医療機関は、支援対象者の治療や、必要に応じて関係機関に対する情報提供等を行い、都道府県、精神保健福祉センター又は保健所は、支援対象者の希望に応じ、回復プログラム等を実施する。また、福祉事務所又は市町村障害保健福祉主管課は、支援対象者の希望に応じ、必要な福祉的支援を実施する。

関係機関は、保護観察所等の求めに応じ、支援対象者に対する支援に関するケア会議等に出席する。

ウ 保護観察終了後の支援

保護観察所は、支援対象者の希望に応じ、精神保健福祉センターその他の関係機関に支援を引き継ぐ。

(2) 薬物依存者の家族に対する支援

ア 家族の意向への配慮

関係機関は、刑事施設入所中、保護観察中、保護観察終了後を通じて、薬物依存者の意向とともに、薬物依存者の家族の意向を十分にくみ、薬物依存者への支援に当たって必要な配慮を行う。

イ 家族への助言等

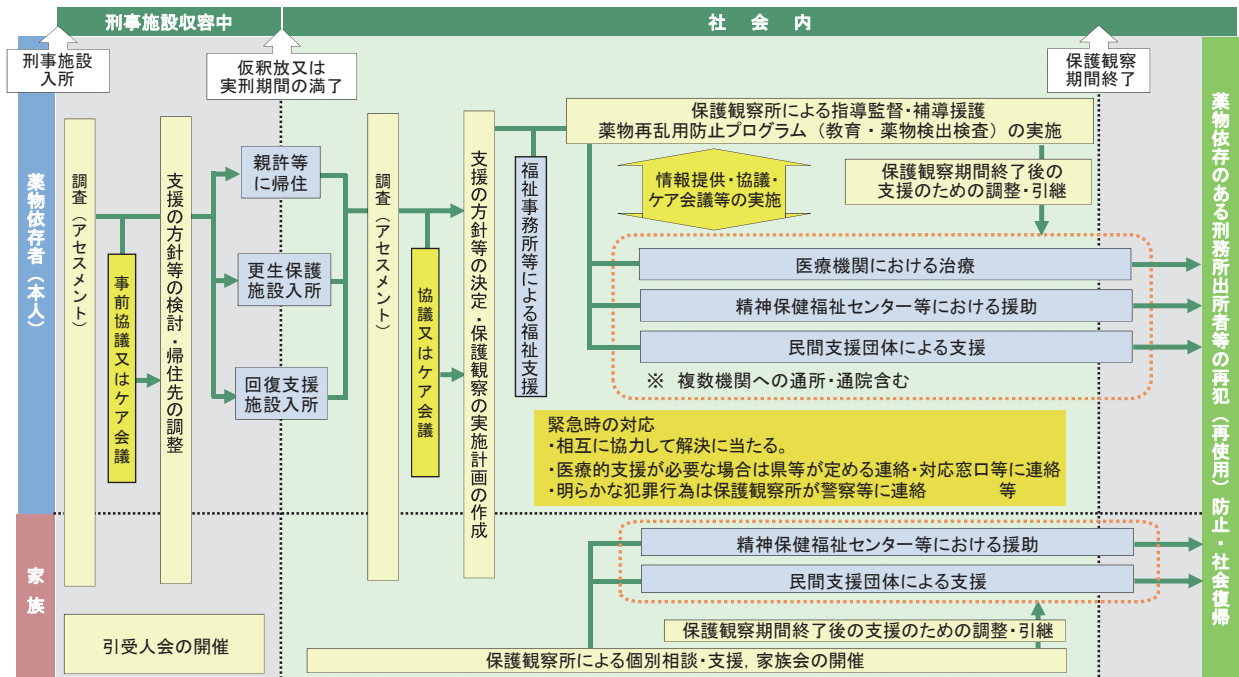
関係機関は、相互に協力して効果的に家族支援を行うとともに、希望に応じ、保護観察終了後も支援を行う。

なお、保護観察所と地方公共団体や保健所、精神保健福祉センター、医療機関その他の関係機関は、前記ガイドラインに基づき、定期的に連絡会議を開催するなどして、地域における支援体制の構築を図っている。

前記ガイドラインを踏まえた薬物依存者に対する支援等の流れについては、**3-3-3図**参照。

3-3-3図

地域連携ガイドラインを踏まえた薬物依存者に対する支援等の流れ



参考文献

法務省（2019）．令和元年版再犯防止推進白書

法務総合研究所（2017）．平成29年版犯罪白書

法務総合研究所（2019）．令和元年版犯罪白書

法務省保護局・矯正局・厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部（2015）．薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン

第4章 諸外国における薬物事犯者処遇

第1節 諸外国における薬物乱用の状況

1 薬物乱用の動向

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

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

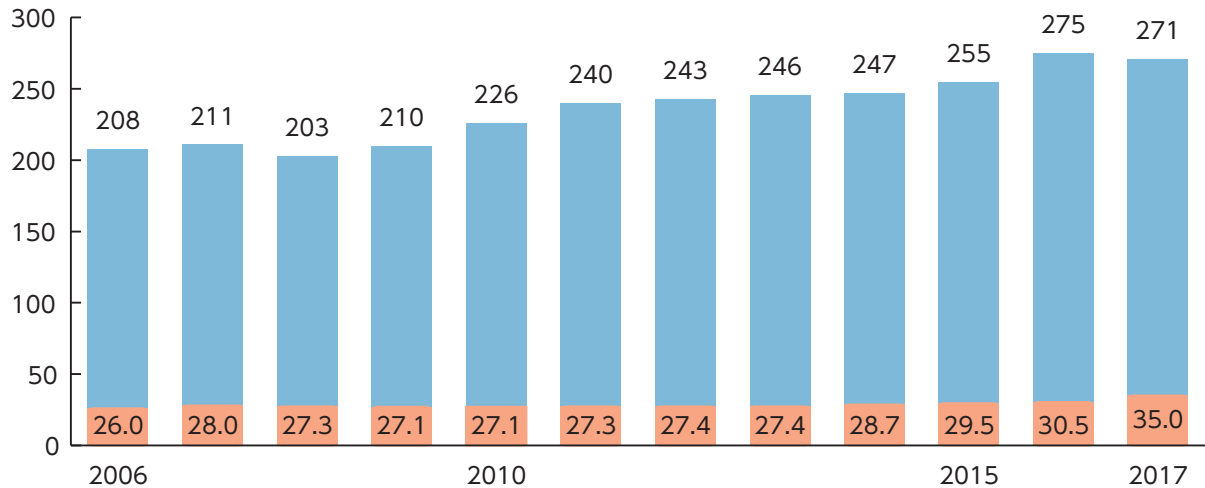
4-1-1図

世界における薬物使用経験者人員等の推移

(2006年～2017年)

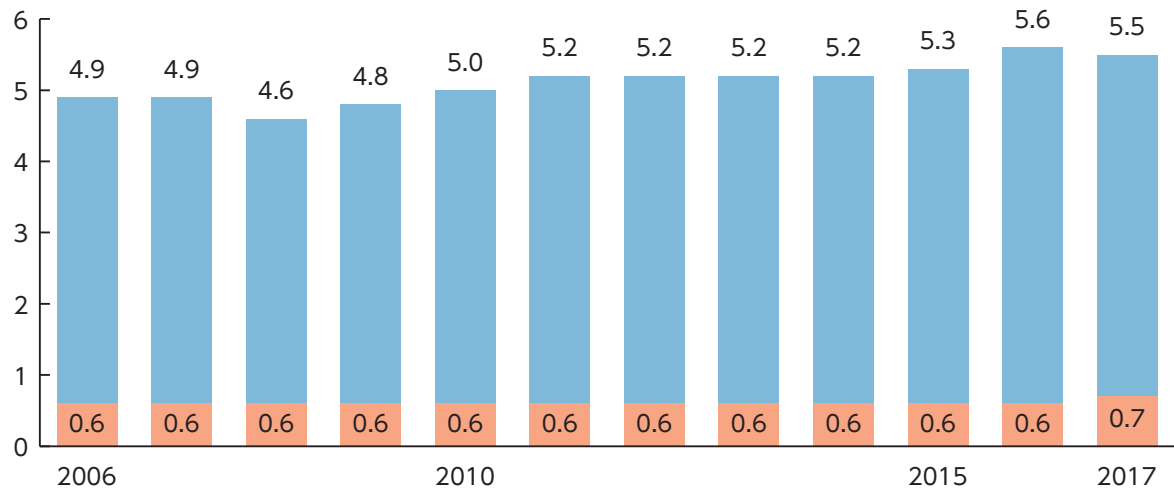
① 人員

(百万人)



② 人口に占める比率

(%)



■ 薬物使用経験者 ■ うち薬物使用障害者

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

2 薬物の押収量

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

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

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

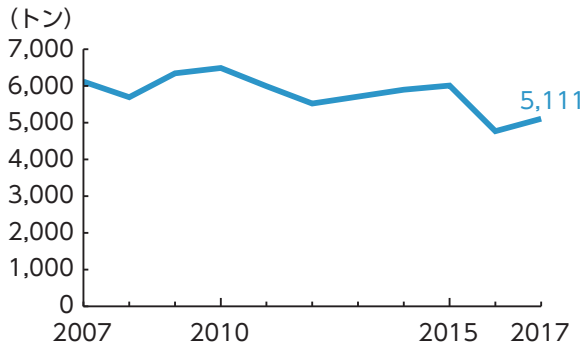
-
- 1 オピオイドは、中枢神経や末梢神経に存在するオピオイド受容体への結合を介してモルヒネに類似した作用を示す物質の総称であり、医療用麻薬として、がん疼痛・慢性疼痛の治療等に用いられることがある。我が国においても、コデイン、モルヒネ、フェンタニル等がオピオイド系鎮痛薬として使用されている。しかし、近年、オピオイドの乱用が世界的に大きな問題となっており、特に米国では、医療用オピオイド系鎮痛薬の乱用防止対策が進められ、乱用を防止するための特性を有する製剤が複数承認されるなどしている。
 - 2 新精神活性物質（NPS：New Psychoactive Substances）は、1961年の麻薬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

4-1-2図

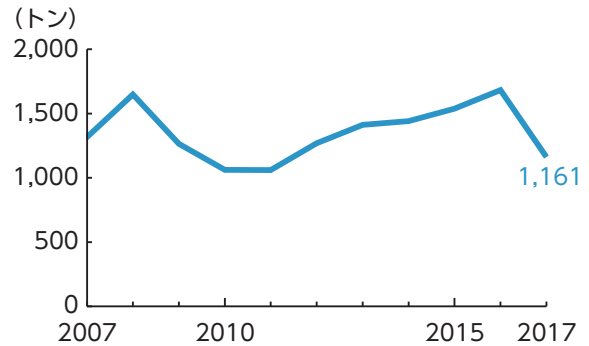
世界における主な薬物の押収量の推移

(2007年～2017年)

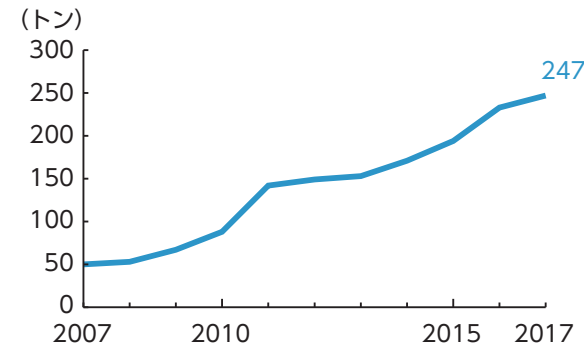
① 乾燥大麻



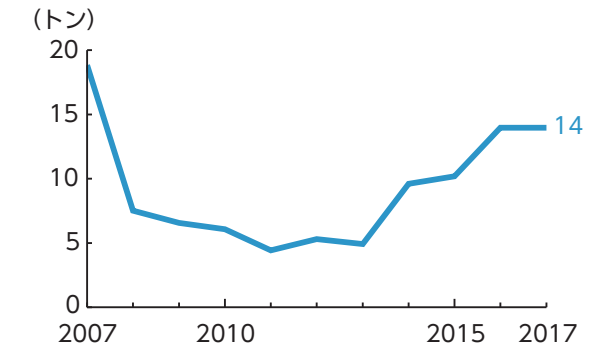
② 大麻樹脂



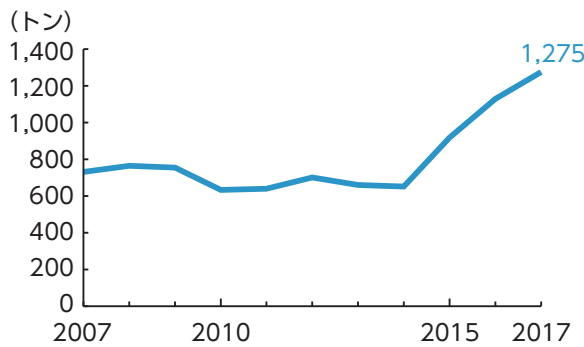
③ 覚せい剤



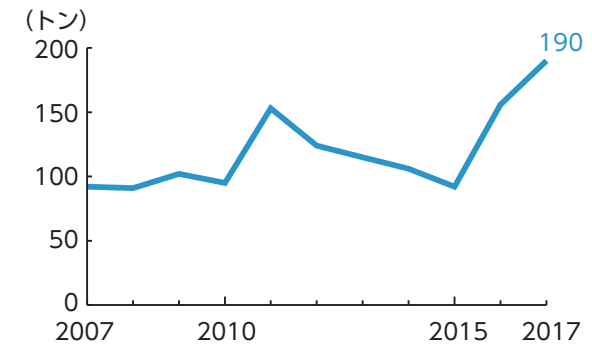
④ エクスタシー (MDMA)



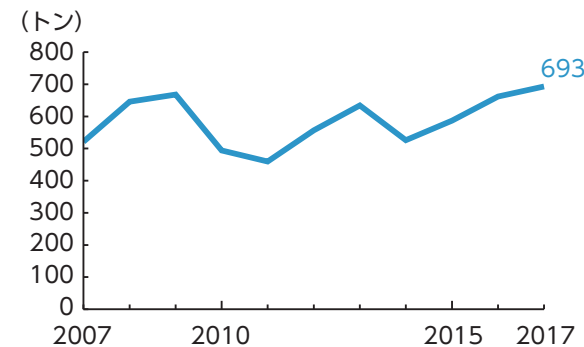
⑤ コカイン



⑥ ヘロイン・モルヒネ



⑦ あへん



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

3 薬物の生涯経験率等

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

4-1-3表

我が国及び諸外国における薬物の生涯経験率及び過去1年経験率

① 生涯経験率

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

② 過去1年経験率

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

注 1 各国の数値は、次の資料による。

日本 「薬物使用に関する全国住民調査（2017年）」（嶋根ら，2018）

フランス European Drug Report 2019

ドイツ European Drug Report 2019

イタリア European Drug Report 2019

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

カナダ Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey 2017

米国 2018 National Survey on Drug Use and Health

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

2 「英国」は、イングランド及びウェールズに限る。

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

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

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

ら自体は、決して少ない数ではない。

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

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

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

引用・参考文献

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

第2節 諸外国における薬物事犯者処遇

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

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

1 世界における薬物使用障害の状況

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

2 世界における刑務所の状況等

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

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

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

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

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

3 有罪判決又は刑罰の代替手段を導入する主な理論的根拠

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

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

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

(2) 有罪判決又は刑罰の代替手段は、効果的な刑事司法戦略である。

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

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

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

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

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

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

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

4 薬物使用障害の治療に関する基準

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

(1) 治療は利用可能で、利用しやすく、魅力的で適切でなければならない。

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

(2) 治療サービスにおけるケアの倫理基準を確保する。

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

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

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

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

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

(5) 特定の集団のニーズに対応する。

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

(6) 薬物使用障害の治療サービスとプログラムの良好な臨床管理を確保する。

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

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

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

5 刑事司法制度における薬物使用障害を持つ人々の処遇に関する基本原則

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

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

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

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

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

刑務所の過密状態が急増していることに対する重要な対応策でもある。

(3) プロセスの全ての段階で比例性が必要である。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

６ 有罪判決又は刑罰の具体的な代替手段

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

4-2-1表

刑事司法制度の各段階における代替手段（国連加盟国の例）

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

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

以下、それぞれの代替手段について概観する。

(1) 行政の対応

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

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

(2) 治療への転用を伴う警告

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

(3) 起訴の停止・条件付き棄却

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

違反した場合には、元の犯罪で再び起訴される可能性がある。

(4) 条件付き保釈

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

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

(5) 条件付き判決宣告の猶予

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

(6) 条件付き刑の執行の猶予

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

(7) 保護観察

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

(8) 特別裁判所

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

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

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

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

（9）早期の条件付き釈放又は仮釈放

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

引用・参考文献

United Nations Office on Drugs and Crime, & World Health Organization (2016).
International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders.

United Nations Office on Drugs and Crime, & World Health Organization(2018).
Treatment and care for people with drug use disorders in contact with the
criminal justice system: Alternatives to Conviction or Punishment.

山本麻奈 (2019). 薬物使用者の処遇に関する国際的動向 刑政, 130 (2), 36-45.

第3節 米国における薬物乱用防止に関する調査研究

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

1 米国における薬物問題への対応の経過

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

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

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

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

2 NIDAにおける調査研究

(1) NIDA

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

(2) 薬物依存症治療の原則

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

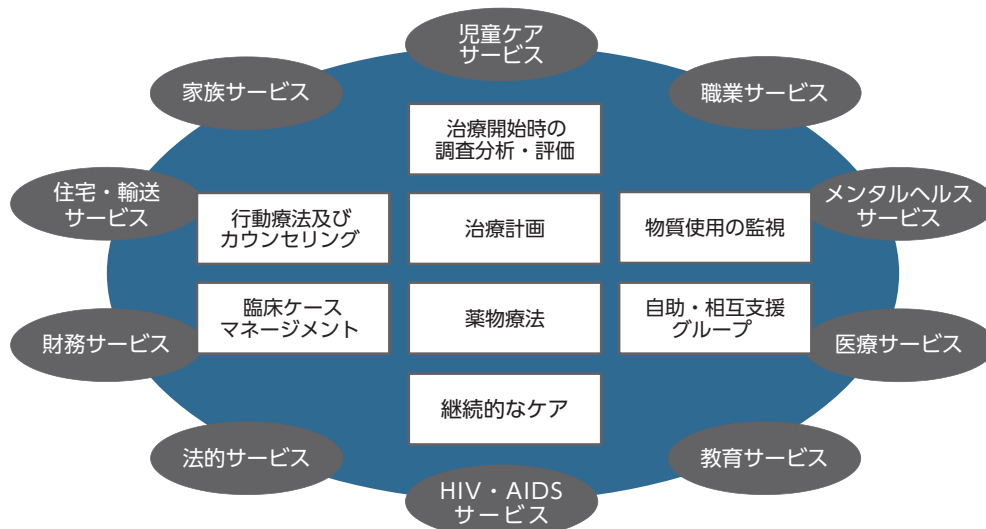
- ① 依存症は脳機能と行動に影響を与える疾患で、複雑であるが治療可能である。
- ② 万人にとって適切な単一の治療法は存在しない。
- ③ 治療はいつでも容易に利用できる必要がある。
- ④ 効果的な治療は、薬物乱用だけでなく、個人の多様なニーズにも対応する。
- ⑤ 治療は十分な期間、継続することが重要である。
- ⑥ 個人、家族、又は集団のカウンセリングを含む行動療法は、薬物乱用治療で最も一般的に利用される方法である。
- ⑦ 薬物療法は、特にカウンセリングやその他の行動療法と組み合わせた場合には、多くの患者にとって治療の重要な要素である。
- ⑧ 患者の治療・サービス計画は継続的に評価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

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

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

4-3-1図

包括的な薬物乱用治療の構成要素



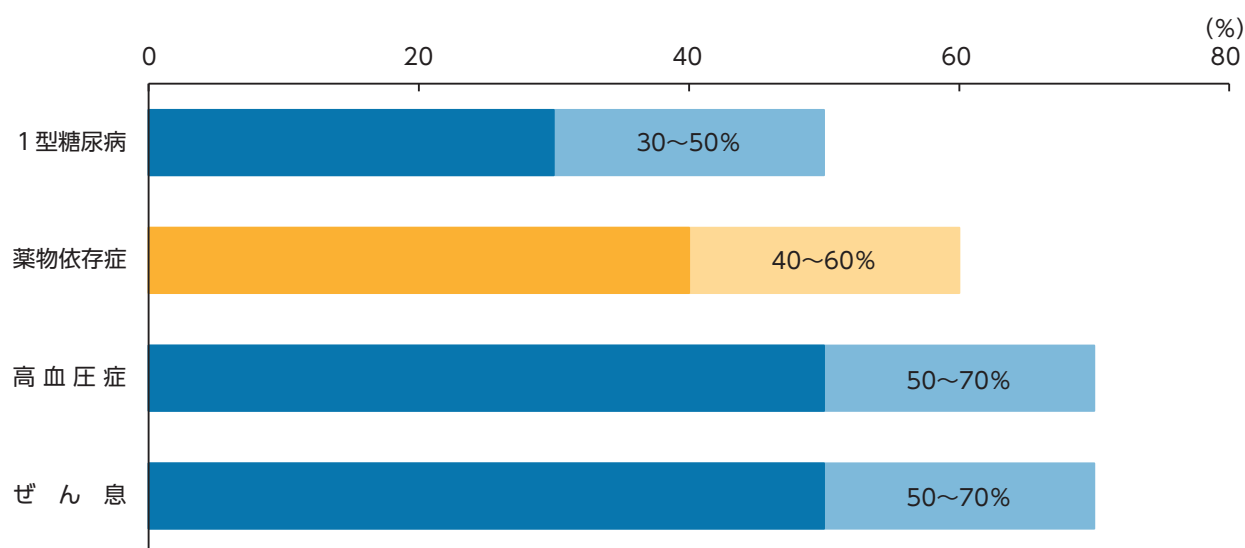
最善の治療プログラムは、患者一人一人のニーズに合わせ、
治療とその他のサービスを組み合わせ提供される。

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

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

4-3-2図

慢性疾患患者の再発率



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

(3) CJ-DATS

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

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

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

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

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

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

（４）刑事司法対象者に対する薬物乱用治療の原則

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

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

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

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

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

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

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

3 その他の実態調査

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

（１）薬物使用及び健康に関する全国調査（NSDUH）

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

（２）将来のモニタリング（MTF）

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

引用・参考文献

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

第4節 米国における薬物事犯者処遇の実際

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

1 ドラッグコートにおける処遇

(1) ドラッグコートの概要¹

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

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

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

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

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

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

(2) NADCP

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

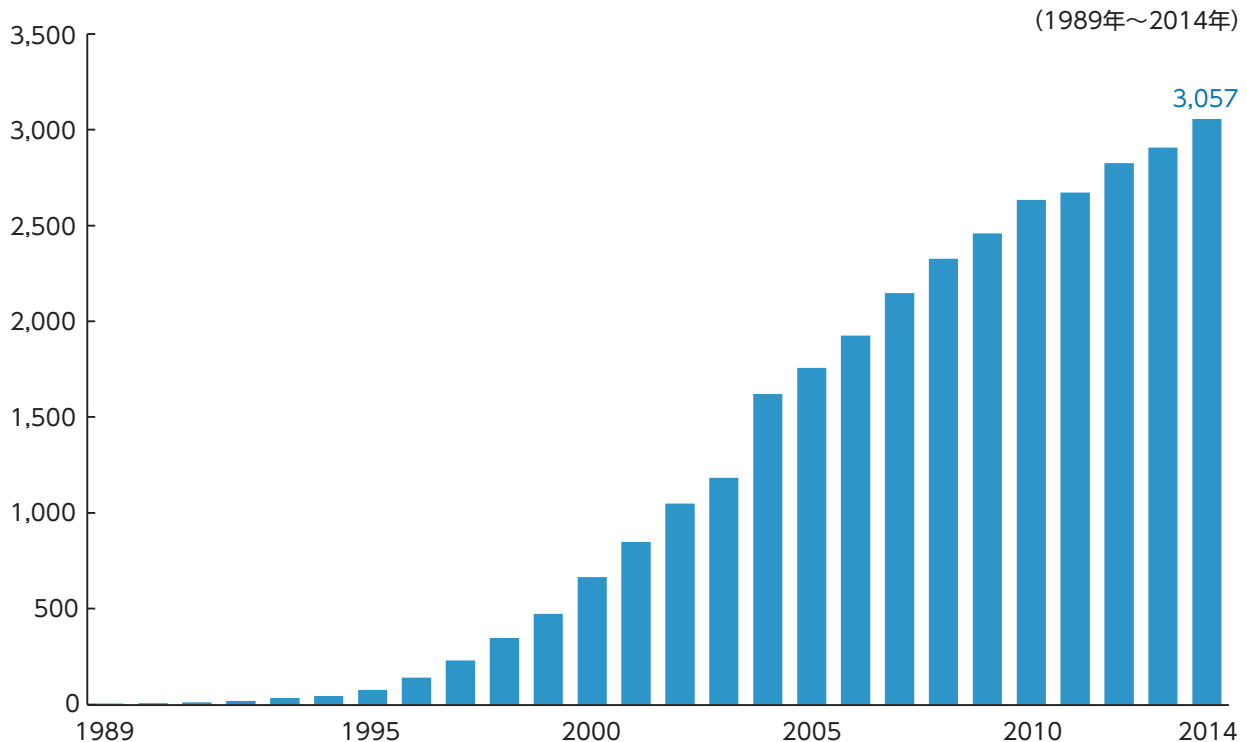
また、NADCPには三つの内部組織があり、そのうちの一つである全米ドラッグコート研究所（NDCI：National Drug Court Institute）は、ドラッグコートの急速な拡大に伴い、エビデンスに基づく標準化されたトレーニングと技術支援の必要性が高まったことに応じて、1997年に設立された。薬物使用及び精神疾患の問題があって司法手続に取り込まれた人々を処遇するための最新の研究、ベスト・プラクティス、最先端のイノベーションに関する情報を集約・発信している（NADCP, 2019）。

(3) ドラッグコートの発展

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

4-4-1図

米国におけるドラッグコート設置数の推移



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

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

4-4-2表

米国におけるドラッグコートの設置数（州・地域別，種類別）

(2014年)

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

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

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

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

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

4-4-3表

ドラッグコート参加者が抱える問題

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

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

(4) ドラッグコートに関する評価研究

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

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

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

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

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

（５）成人ドラッグコートにおける処遇効果

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

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

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

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

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

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

（6）その他のドラッグコートにおける処遇効果等

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

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

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

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

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

2 治療共同体における処遇

(1) 治療共同体の概要

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

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

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

（２）治療共同体の処遇効果

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

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

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

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

（3）フェニックス・ハウス³

ア 概要

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

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

イ プログラム及びサービス

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

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

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

ウ 刑事司法領域との連携

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

刑事司法領域の主要なサービスとして、次のようなものが挙げられる。

① 成人居住型サービス

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

② 成人外来サービス

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

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

③ 母子居住型サービス

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

④ メンタルヘルスサービス

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

⑤ 解毒・安定化サービス

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

⑥ 外来治療を併用した構造化された回復サービス

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

⑦ 査定・評価サービス

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

エ 実地調査

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

(ア) 概要

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

(イ) プログラム及びサービス

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

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

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

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

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

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

3 連邦刑務局による薬物乱用者処遇⁴

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

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

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

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

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

引用・参考文献

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

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

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

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

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

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

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

第5章 まとめ

本研究では、刑事施設で受刑している覚せい剤事犯者を対象とした特別調査、我が国における薬物事犯の動向及び薬物事犯者処遇の概観、諸外国における薬物乱用状況の分析、諸外国、特に米国における薬物事犯者処遇に関する調査等を通じて、薬物事犯者の諸特性を明らかにするとともに、有効な処遇について検討するための基礎資料を提供できるよう努めた。最後に、本章において、研究から得られた知見をまとめ、若干の考察及び提言を行う。

1 覚せい剤事犯者の特徴

第2章の特別調査の結果から、刑事施設で受刑している覚せい剤事犯者について、その特性や薬物使用にまつわる認識等、幾つかの特徴が見いだされた。

覚せい剤事犯者には、未成年のうちから違法薬物等の乱用を開始し、薬物犯罪を繰り返している者が少なくなく、刑事施設への入所度数が5度以上の者も、暴力犯罪、窃盗事犯といった他罪種より多いことがうかがえた。また、覚せい剤以外では大麻や有機溶剤の経験率が高く、その他の薬物の経験率も、一般人口を対象とした調査結果との単純比較において顕著に高いこと、薬物依存の重症度では、集中治療の対象の目安とされる「相当程度」及び「重度」に該当する者が4割以上を占めることなど、覚せい剤事犯者が抱える薬物乱用の問題は相当に深刻であることが示唆された。このことは、覚せい剤事犯者が、犯罪を繰り返している者であると同時に、その一部は依存症治療のニーズを持つ者であることも示唆している。

覚せい剤の使用に関しては、全体で見ると、薬物仲間との接触、ネガティブな感情等が引き金になることが多く、使用によって本人なりのメリットを得られるとする一方で、身柄の拘束、身近な人間関係の悪化や信頼の喪失等を大きなデメリットと感じている者が多かった。断薬の経験がある者の割合は約8割、断薬努力の経験がある者の割合は約7割であり、仕事や人間関係の安定が断薬のきっかけとなることがうかがえた。なお、それぞれの結果には男女別、依存重症度別で違いが見られており、再使用防止のための指導・支援に当たっては、個々の状況を丁寧に把握した上で働き掛けることが重要であることも示唆された。

加えて、アルコールの問題やギャンブル依存が疑われる者、性感染症等の問題を抱えている者が相当数いるほか、特に女性については、食行動の問題、自傷行為・自殺念慮、小児期逆境体験といった精神医学的問題が顕著に見られ、DV被害の経験率も高いなど、多角的かつ慎重

な介入が求められることも示された。

さらに、薬物乱用に関する医療・保健機関及び民間支援団体については、いずれも利用経験率が低かったが、支援を受けたことがない理由として、自力でやめられると思っていた者、支援を受けられる場所や連絡先を知らなかった者が多かったほか、特に依存重症度が「重度」の者に、やめる気がなかったとしている者が一定数見られた。各関係機関に対する認識やイメージも様々であり、関係機関に係る情報提供や、支援を受ける動機付けを行う際には、個々の状況や問題性を踏まえた対応が必要と言える。

2 薬物事犯者処遇に対する考え方

第4章において、近年、諸外国で広がりを見せている、薬物事犯者処遇に対する考え方について紹介した。薬物事犯者に対し、有罪判決や刑罰によって対処するのではなく、薬物依存症治療等の代替手段を採るべきであるとするモデルである。諸外国においては、この医療モデルに基づいて、個人消費のための少量の薬物所持には刑事司法の枠外で対処する制度や、薬物依存症の治療プログラムへの参加等を条件に、起訴、有罪判決の宣告、刑の執行等を猶予する手続等、様々な代替手段が導入されており、薬物事犯者に刑事司法制度の枠内で対処している我が国とは様相が異なっている。

他方、我が国と諸外国においては、薬物乱用の実態や、刑務所における収容状況等が、大きく異なっていることも示された。薬物の生涯経験率等を見ると、我が国では、諸外国と比べ、一般人口における薬物汚染の程度が相当に小さいと言える。このことには、これまで行われてきた薬物の厳しい取締りや、「ダメ。ゼッタイ。」普及運動に代表されるような薬物乱用防止活動が奏功した面もあるものと考えられる。また、刑事施設の収容率が低下している上、被収容者が刑事施設内で薬物を使用できる環境にはないことも、諸外国における状況と異なる点である。

したがって、こうした観点から一つの可能性を挙げれば、諸外国においては、薬物が広く蔓延し、薬物事犯者の刑務所収容に係るコストの大きさや、過剰収容のために必要な処遇が十分に行われないことが深刻な問題とされている状況を背景に、薬物使用を公衆衛生上、健康上、医療上の問題として捉える考え方が受け入れられていると見ることもできる。こうした見方は、諸外国において大きな潮流となっている薬物事犯者処遇の在り方に、相応の有効性が認められていることを否定するものではないが、薬物事犯者処遇の在り方を検討する際には、我が国が諸外国とは異なる背景事情を有していることも念頭に置きつつ、諸外国の取組において何が有

効に機能しているのかを丹念に把握した上で、多面的・総合的に検討を進める必要があろう。

3 米国における薬物事犯者処遇

第4章において、米国における薬物乱用防止に関する調査研究や、薬物事犯者処遇について紹介した。米国においては、以前から薬物乱用が大きな問題とされ、国を挙げて様々な施策を推進してきた経緯があり、薬物乱用防止、薬物事犯者処遇等に関する実証的研究も様々に行われている。

その中で注目すべき点の一つは、薬物事犯者に対し、米国内で普及しているドラッグコートを活用した対応が採られていることである。州・地域によって多少の差異はあるものの、薬物事犯者を再発が見込まれる慢性疾患を持つ者として捉え、刑事司法手続に乗せつつ、薬物依存症の治療を受けさせるという、刑事司法制度に医療的アプローチを組み入れた対応が広く採用されている。ドラッグコートの有効性については、実証的研究が進められているところであるが、重要な点は、対象者の再犯リスクや支援ニーズを的確に査定・把握し、個々の対象者に合わせて、医療、職業、教育、福祉といった多角的なサービスを継続的に提供することによって、再犯防止効果が上がることが示唆されているということであろう。

また、米国内で同様に広く取り入れられている治療共同体についても、実証的研究によってその処遇効果が示されているところ、実地調査を行った施設においては、刑事司法機関と連携しながら、対象者のニーズに合わせて、薬物依存症の治療プログラムのほか、医療、福祉、教育等の多種多様な支援サービスが提供されていた。

このような処遇・支援の在り方は、いずれも、薬物依存症を、継続的な支援を必要とする慢性疾患と捉えつつ、対象者の個別の状況をきめ細かく把握し、社会生活の安定に向けて、総合的・継続的にアプローチすることを重要視する考え方に基づいており、米国内の薬物乱用問題に関する調査研究機関である国立薬物乱用研究所（NIDA）が示す治療の原則にも沿うものとなっている。

4 我が国における薬物事犯者処遇の現状

第3章において、我が国における薬物事犯の動向及び薬物事犯者処遇の現状について概観した。

覚せい剤取締法違反の検挙人員は、近年減少しているものの、なお毎年1万人を超える状況が続いている。覚せい剤取締法違反による入所受刑者は全体的に減少傾向にあり、保護観察開

始人員については、近年、仮釈放者ではほぼ横ばいで推移し、保護観察付全部執行猶予者では減少している。覚せい剤取締法違反による保護観察付一部執行猶予者の保護観察開始人員は、平成29年から30年にかけて大きく増加した。

このような状況の中で、刑事施設においては、特別改善指導の一類型である薬物依存離脱指導の標準プログラムの複線化、保護観察所においては、類型別処遇、薬物再乱用防止プログラム、簡易薬物検出検査、薬物依存回復訓練等の実施を通じて、薬物事犯者に対する処遇の充実が図られている。また、「薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン」に基づき、刑事施設、地方更生保護委員会、保護観察所、地方公共団体、医療・福祉等関係機関、民間支援団体等が互いに連携して、刑事施設入所中のアセスメントから、刑事施設出所後の医療・福祉的支援、保護観察終了後の支援までを含め、薬物依存者本人及びその家族に対する支援等が行われている。

そのほか、薬物事犯者の再犯防止や社会復帰に向けた取組が、平成28年7月犯罪対策閣僚会議決定にかかる「薬物依存者・高齢犯罪者等の再犯防止緊急対策～立ち直りに向けた“息の長い”支援につなげるネットワーク構築～」、29年12月閣議決定にかかる「再犯防止推進計画」、30年8月薬物乱用対策推進会議決定にかかる「第五次薬物乱用防止五か年戦略」等に盛り込まれている。

このように、薬物事犯者に対する処遇は様々に行われているものの、効果的な支援を行う体制や、一貫性のある支援等を行うための関係機関等の連携等に、いまだ十分でない面があることは、再犯防止推進計画においても指摘されているところである。今後、刑事司法手続の各段階における指導・支援の充実、施設内処遇から社会内処遇への円滑な移行、刑事司法機関と医療・保健・福祉関係機関、民間支援団体等との連携の強化等が、一層求められる。

5 薬物事犯者処遇の一層の充実に向けて

今回、米国における実地調査で複数の機関・団体を訪問し、職員へのインタビュー調査を行った中では、薬物事犯者が刑事司法制度の枠組みから地域社会に移行するときに、治療を中断したり、支援から離脱したりすることが増加し、再犯につながっていくので、その間をいかに移行させるかが課題であるとの見解が繰り返し示された。また、刑事司法機関、医療機関、保健・福祉機関、研究機関、地域社会といったそれぞれの立場で、やるべきことはそれぞれに異なるので、各機関等が求められる役割を果たしつつ、互いに連携・協力する体制を構築することが、問題改善のために重要であることも強調されていた。

我が国においては、前記のように、処遇の充実、多機関・地域の連携強化に向けた施策が進められているところであるが、様々な処遇が展開されている米国においても同じようなことが課題として挙げられたところを見ると、薬物事犯者処遇に当たって基本的かつ重要なことは、おおむね共通しているものと思われる。

この点について、現状では、平成28年6月に開始された刑の一部執行猶予制度が、特に薬物事犯者に適用されていることもあり、刑事施設における薬物依存離脱指導、保護観察所における薬物再乱用防止プログラム等の開始人員が増加傾向にあるとともに、以前と比べると、刑事施設出所後の地域社会への移行、社会復帰後の生活の立て直しに際して、指導者・支援者等がより緊密に連携し、必要な介入を行うことが可能になっている。こうした状況も生かして処遇を更に充実させるためには、例えば、刑事施設においては、薬物事犯者の再犯リスクや支援ニーズを適切に査定し、問題性に応じた薬物依存離脱指導を実施するとともに、出所後の支援につながりやすくなるような本人への情報提供や動機付け、関係機関との連携の方法を工夫することなどが一層求められるだろう。また、保護観察所においては、刑事施設出所者に対する保護観察の実施に当たって刑事施設からの処遇情報を十分に引き継いだ上で、薬物再乱用防止プログラムの適切な実施、自発的意思に基づく簡易薬物検出検査受検への働き掛け、地域の医療・福祉機関や支援機関の利用に向けた働き掛けなどを積極的に行うことが期待される。これらの取組に際し、刑事司法機関が地域の関係機関・団体と互いに協力し合い、地域全体で対象者の継続的な支援を進めていこうとする意識を持つことも、これまでより更に重要となろう。

なお、今回の特別調査においては、薬物使用やそれによる刑事処分を少なからず反復している者が調査の対象であったものの、継続的指導・支援・治療や孤立防止の重要性等、本研究から得られた知見は、初犯者等、刑事司法手続の比較的初期の段階にある者にも相応に当てはまるものと推察される。したがって、例えば、執行猶予者には保護観察を積極的に付すること、手続の各段階において、地域の医療・福祉機関、支援機関等による治療・支援を受けられるよう、対象者への情報提供や動機付けを行うことなど、刑事司法手続の初期の段階から適切な指導・支援につなげるための働き掛けを充実させることの重要性にも、併せて触れておきたい。

以上、本研究から得られた知見をまとめてきたが、法務総合研究所においては、こうした知見を関係者に広く活用していただけるよう、積極的な発信に努めるとともに、今後、薬物事犯者の実態等を更に明らかにし、有効な施策を検討するための一助となる基礎資料を提供できるよう、引き続き研究に取り組んでいくこととしている。

参考文献

- 犯罪対策閣僚会議（2016）．薬物依存者・高齢犯罪者等の再犯防止緊急対策～立ち直りに向けた“息の長い”支援につなげるネットワークの構築～
- 犯罪対策閣僚会議（2017）．再犯防止推進計画
- 法務省保護局・矯正局・厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部（2015）．薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン
- 法務総合研究所（2019）．令和元年版犯罪白書
- 薬物乱用対策推進会議（2018）．第五次薬物乱用防止五か年戦略

巻末資料

研究成果の発表

本研究を基に行われた論文発表等は、次のとおりである（令和2年1月現在）。

1 論文発表

- 嶋根卓也・高橋哲・竹下賀子・小林美智子・高岸百合子・大宮宗一郎・近藤あゆみ・高野洋一・山木麻由子・松本俊彦（2019）．覚せい剤事犯者における薬物依存の重症度と再犯との関連性：刑事施設への入所回数からみた再犯 日本アルコール・薬物医学会雑誌，54（5），211-221.
- 谷真如・高野洋一・高宮英輔・嶋根卓也（2020）．覚せい剤取締法違反により刑事施設に入所した刑の一部執行猶予者の心理・社会的特徴 犯罪心理学研究，57（2），1-17.

2 学会発表

- Mayuko Yamaki, Yoshiko Takeshita, Masaru Takahashi, Ayumi Kondo, Takuya Shimane(2018). Prevalence and correlates of Adverse Childhood Experiences (ACEs) among methamphetamine users in Japanese prison. The 19th Congress of the International Society for Biomedical Research on Alcoholism, Kyoto, 2018.9.11.
- Takuya Shimane, Masayuki Tani, Mayuko Yamaki, Michiko Kobayashi, Ayumi Kondo, Masaru Takahashi(2018). Methamphetamine users in Japanese prisons: Comorbid hazardous alcohol consumption. The 19th Congress of the International Society for Biomedical Research on Alcoholism, Kyoto, 2018.9.12.
- 高橋哲・山木麻由子（2018）．薬物事犯者における小児期の逆境体験が自殺・自傷に与える影響の検討 日本犯罪心理学会第56回大会，奈良，2018.12.8.
- 小林美智子（2019）．（シンポジウム）日本の覚せい剤事犯の動向と覚せい剤事犯者調査の概要 2019年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，札幌，2019.10.5.
- 嶋根卓也（2019）．（シンポジウム）覚せい剤事犯者の入所度数と薬物依存との関連 2019年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，札幌，2019.10.5.
- 大宮宗一郎（2019）．（シンポジウム）信頼感と薬物依存の重症度の視点からの分析 2019年

度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，札幌，2019.10.5.

近藤あゆみ（2019）.（シンポジウム）全国調査からみた覚せい剤事犯者の性差 2019年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，札幌，2019.10.5.

高岸百合子（2019）.（シンポジウム）覚せい剤事犯者における被支援経験と各種支援団体のイメージ 2019年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，札幌，2019.10.5.

喜多村真紀・嶋根卓也・小林美智子・近藤あゆみ・伴恵理子・大宮宗一郎・高岸百合子・松本俊彦（2019）. 覚せい剤の早期使用と小児期逆境体験との関連：全国の刑務所における「薬物事犯者に関する研究」より 2019年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，札幌，2019.10.5.

3 その他刊行物

国立精神・神経医療研究センター／法務総合研究所（2019）. 覚せい剤事犯者の理解とサポート2018

令和 2 年 3 月 印 刷

令和 2 年 3 月 発 行

東京都千代田区霞が関 1 - 1 - 1

編集兼 法 務 総 合 研 究 所
発行人

印刷所 勝美印刷株式会社
