

精神障害対策の3つのモデル

	司法モデル(LM)	治療モデル(MM)	福祉モデル(WM)
処遇の契機	犯 罪	病 気	依 存 症
介入の正当化	行為に対する責任	病気の治療	回復の意思
処分決定機関	国 家 機 関	医 療 機 関	民 間 機 関
処遇の場面	刑 事 施 設	医 療 機 関	治 療 共 同 体
判断の主体	刑 事 施 設 長	担 当 医 師	依 存 症 者
運営の原理	規律秩序の維持	治療の適切性	自己決定と自治
主たる関心事	処 罰 と 保 安	治 療 と 保 護	回 復 と 支 援
周囲の役割	非 難 と 監 視	憐 憫 と 介 護	分 別 ある 隣 人

V. 治療共同体とダルクの実験

15年程前、東京の日暮里で始まった、薬物依存から回復しようとしている人たちの自助グループ「ダルク(Drug Addiction Rehabilitation Center : DARC)」の活動は、この精神的依存からの解放を目指す画期的な試みである。

問題の明確化と目標を設定した人たちは(オリエンテーション期)、まず「自分が薬物依存者であり、薬物に対して無力であることを認める」(第1ステップ)。そして、「自分の力だけでは、回復できないことを知り、自分たちより上の力の必要性を感じ、そして信じる」(第2ステップ)。つぎに「行動によって新しい生き方を始め、実践して任せる」(第3ステップ)。ここまでの、ダルクのプログラムであり、同じ薬物依存という問題を抱える人たちだけが支えあって行く過程である。その後は、本来の意味での社会復帰のプログラムであり、自立して生活していくための社会的援助プログラムが必要になる(アフターケア)。

このような自助グループを治療共同体と呼ぶが、薬物(NA)だけではなく、アルコール(AA)やギャンプル(GA)の依存症の治療方法として世界的に注目されている。特別の治療方法を用いるわけでもない。1日2ないし3回のミーティングを中心に共同生活を続けていくこの治療が、一定の成果を上げている理由は、人間関係の修正が行われているからだと言われている。

わたしたちは、子どもの頃から、「親に支配される子」という支配=服従(世話=依存)関係の中で生活してきた。一般には、思春期危機や青年期危機を克服し、対等な個人と個人の関係を形成する方法を学習して社会に出ていくことが期待されている。しかし、現実には、支配=服従の縦の関係から抜け出すことができず、常に何かに依存(服従)していたり、何かを世話(支配)していないと不安な心理状況にある人が少なくない。依存の対象は、仕事や勉強あることもあれば、恋人や子どもでもあることもある。たまたま依存対象が、シンナーや覚醒剤、鎮痛剤や咳止めになると薬物依存者と呼ばれることになる。病院に入院しても、この依存の関係は変更されることはない。なぜなら、そこでは、依存の対象が医師に代わっただけだからである。

本当に依存から回復するためには、自らの意思で決定し、行動しながら、他者と対等の関係を形成する社会的トレーニングが必要になる。自助グループが、頑ななまでに参加者の自己決定を大切にするのは、支配=依存から解放されて、対等な個人間の人間関係を形成するためなのである。

このような人間関係修復的なプログラムを司法に導入することは可能であろうか。伝統的な国家中心の刑事政策観の下では、対象者は国家の支配に服従する客体として位置づけられていた。被疑者、被告人、受刑者、保護観察対象者、刑余者などに便宜が提供されるとしても、それはあくまでも国家の恩恵的な措置にと

どまっていた。いまや、処遇の主体は、彼ら自身であり、公的機関や地域社会の役割は、社会復帰を目指す人たちの支援であり、非政府組織（NGO）への期待がますます高まっている。

かつての刑事政策は、その実践活動の場が、警察、検察、裁判所、矯正、更生保護などの刑事司法機関であった。市民の参加といっても、検察審査会制度や少年補導、保護司、BBS運動などの限られた公的な回路や冤罪救済活動のような個別救済運動型の回路しか存在しなかった。最近10年間の特筆すべきことに国際的な刑事司法改革運動に連動した国内のNGOの活動と人権救済訴訟の展開である。

現在、一部の矯正施設では、覚せい剤受刑者の処遇類型別指導の中で、回復者を篤志面接委員として受け入れて、施設内でミーティングを開催している。保護観察所においても、シンナーや覚せい剤の依存症者にダルクを紹介し、社会内処遇に役立てようと試みている。裁判所においては、アパリ（APARI）の企画するプログラムに参加することが保釈の条件とされたり、ダルクの回復者が執行猶予を求める際の情状証人に採用されことなどもある。弁護士会の薬物弁護マニュアルでは、自助グループへの参加を促すことを勧めている。精神保健福祉センターや教育関係機関の主催する薬物予防対セミナーなどでは、ダルクのメンバーが引っ張りだこである。

たしかに、精神科医療の地域医療化の流れを背景として生じたこのような変化は、刮目すべきことである。しかし、これらの試みが、明確な治療プログラムとして、システムティックに提供されているかということ、それは疑問である。

最近、福岡県を中心に、医療機関、精神保健福祉センター、弁護士会、保護観察所、研究者などが協力して、薬物犯罪に関するダイバージョン・プログラムを作り、裁判所などへその利用を働きかけている。アメリカでは、より積極的に自助グループが刑事施設の内外で、民間主導のプログラムを展開しており、日本でも、その活動が注目されている。

アルコールなどの合法的な物質への依存症については、多くの自助グループが成功をおさめている。また、知的障害などについても、社会的支援が広がっている。近年は、精神病についても、共同作業所でピア・カウンセリングが行われるなど、自助への支援がプログラ

ム化されている。ところが、非合法的な物質への依存症、とりわけシンナーや覚せい剤については、その乱用や使用自体が違法行為であるために治療機関や自助グループにつながりにくい。そのために刑事司法と社会とを行き来して、「底をつく」まで治療ができないというようなケースが少なくない。特に公務員については、違法行為を発見した場合に捜査機関への通報義務があるため、非合法薬物の乱用者・依存症者の相談や治療に当たることができないという状況が生まれている。オランダ、スイス、イギリス、ドイツなどでは、非合法薬物の自己使用を正式に、あるいは事実上、非犯罪化して、イン・テイクの窓口を広げている。

日本では、いまだに自己使用を処罰の対象としているが、一定の条件の下で、公務員の捜査機関への通報義務を緩和し、医療機関への引き継ぎを優先させることができるような法整備を考えるべき時期に来ているように思われる。

VI. 結 論

～自己決定を基礎とした社会復帰と3つのテーゼ～

第3のモデルは、自己決定を基盤とする新たな処遇理念の構築なしには、対症療法とならざるを得ない。犯罪や非行からの回復は、対象者自身の人間としての尊厳とその主体性の回復から始まることが確認されるべきである。

最後に、わたしたちが市民としてなすべき課題を3つのテーゼにまとめておくことにする。

【第1テーゼ】薬物問題は、わたしたち市民の問題であることを認めよう。

【第2テーゼ】薬物依存の人たちの自助的努力を援助する市民的ネットワークを広げよう。

【第3テーゼ】薬物依存を解決するための社会的援助システムを創ろう。

文 献

- 1) 石塚伸一『刑事政策のパラダイム転換』（現代人文社、1996年）
- 2) 大阪ダルクのホームページ<http://www.yo.rim.or.jp/~addict/darc/>
- 3) 石塚伸一「精神科医療と保安処分～ドイツの場合と日本の場合～」(『法学セミナー』第563号、

- 2001年)
- 4) 石塚伸一「刑事政策のパラダイム転換—市民の、市民による、市民のための刑事政策」(『刑法雑誌』第40巻3号, 2001年)
 - 5) 石塚伸一「司法制度改革と犯罪者の処遇」(『別冊法律時報・司法制度改革III』日本評論社, 2001年)
 - 6) 石塚伸一「矯正保護審議会の提言と21世紀の社会復帰処遇—矯正・保護課程の新たな四半世紀に向けて—」(『矯正講座』第22巻, 2001年)
 - 7) 石塚伸一「触法精神障害者の処遇—行為者の視点と被害者の視点—」(『法律時報』2002年2月号)
 - 8) 澤登俊雄『少年法—基本理念から改正問題まで—』(中公新書:1999年)
 - 9) 精神医療法制の歴史については, 太谷實『精神保健福祉法講義』(成文堂, 1996年)
 - 10) 日本精神科病院協会のホームページ<http://www.nisseikyo.or.jp/>
 - 11) 山崎敏雄他「精神医療審査会の機能評価に関する研究(第一報)」(厚生省科学研究報告書『精神医療審査会の機能評価に関する研究報告書』1996年)
 - 12) 精神保健福祉研究会監修『平成12年版・我が国の精神保健福祉—精神保健福祉ハンドブック』(厚健出版, 2001年)
 - 13) ダルク編集委員会編『なぜ, わたしたちはダルクにいるのか・改訂版』(ダルク, 1996年)
 - 14) 永野潔「治療共同体の歴史と薬物依存症治療施設」(上掲書所収)
 - 15) 拙稿「犯罪者の社会復帰と自助グループの役割—国家的パラダイムから市民的パラダイムへ—」(『法学セミナー』第548号, 2000年)
 - 16) 内村英幸他『薬物依存・中毒者のアフターケアに関する研究・総合研究報告書(平成10年度～平成12年度)』(2001年)
 - 17) 大藪志保子「薬物自己使用少年のダイヴァージョンの試み—回復支援の整備に向けて—」(『矯正講座』第22号, 2001年)
 - 18) ナヤ・アビータ(坂上香訳)「アミティの活動について」(『矯正講座』第21号, 1999年). アミティ日本招聘委員会の活動については, ホームページ<http://www.egroups.co.jp/group/amity-japan/>
 - 19) 金尚均「ドイツの薬物政策の現状」(『矯正講座』第21号, 2000年)
 - 20) 平野哲郎「ドラッグ・コート—アメリカ合衆国におけるリハビリテーション・ジャスティス(社会復帰的司法)の試み」(『判例時報』第1674号, 1999年)
 - 21) 佐藤岩夫「『公共性の空間を支える司法』, しかしいかなる『公共性の空間』なのか」(『法律時報』第73巻7号, 2001年)
 - 22) 村井敏邦「監獄事情改良と『市民性』—NGOの役割—」(海渡雄一『監獄と人権』明石書店, 1995年)

II. 分 担 研 究 報 告

4. 薬物依存者の保護観察に関するアンケート調査

分担研究者 中 谷 陽 二

厚生科学研究費補助金 医薬安全総合研究事業
薬物依存・中毒者の予防、医療およびアフターケアのモデル化に関する研究 13年度研究報告書

薬物依存者の保護観察に関するアンケート調査

分担研究者 中谷陽二¹⁾

研究協力者 森田展彰¹⁾, 岡坂昌子²⁾, 石毛奈緒子³⁾, 梅野 充⁴⁾

1) 筑波大学社会医学系 2) 筑波大学大学院人間総合科学研究科

3) 東京都立精神保健福祉センター 4) 東京都立松沢病院

要 旨

犯罪者の社会内での更生保護を目的とする保護観察は薬物依存・中毒者の治療と社会復帰において重要な役割を担っているが、これまで保護観察と医療の関係は明らかにされていない。処遇モデルの構築に向け、保護観察における薬物依存・中毒者の実態、問題点を明らかにする目的で意識調査を行った。〔研究方法〕無記名自記式の「薬物使用者の保護観察に関するアンケート」を作成した。東京保護観察所の協力を得て同所の保護観察官全員の85名に郵送した。調査期間は2002年1月10日から1月31日とした。〔主な結果〕60名から回答が得られた。保護観察官の多数が使用者の処遇を重要かつ難しい問題と認識していた。更生をはかる上で薬物仲間や暴力団との接触が大きい阻害要因と考えられていた。一方、保健医療機関および自助グループとの関係については、多くは使用者本人あるいは家族に対して受診・相談を勧めるという間接的なかたちにとどまっていた。保護観察官の多数が現状において医療との連携が不十分であると認識し、〈保健医療、自助グループにアクセスするための情報の提供〉、〈医療機関の保護観察対象者の積極的受け入れ〉を強く望んでいることが明らかになった。

I. 目 的

犯罪者の社会内での更生保護を目的とする保護観察は薬物依存・中毒者の治療と社会復帰、再発予防において重要な役割を担っている。保護観察と医療の間での役割分担や協力が不可欠となるが、両者の関係のあり方はこれまで十分に検討されていない。今回、保護観察における薬物依存・中毒者の処遇の問題点を医療

との関連に注目して明らかにする目的で保護観察官に対する意識調査を行った。

II. 対象と方法

無記名自記式の「薬物使用者の保護観察に関するアンケート」を作成した。東京保護観察所の協力のもとで、同所の保護観察官全員（85名）に郵送した。調査期間は2002年1月10日から1月31日とした。なおアンケートでは下記の定義を呈示した。

「薬物使用者」: 受理時の罪名が覚せい剤取締法違反、毒劇法違反などの薬物事犯者と、受理時に薬物使用歴をもつその他の保護観察対象者（以下「使用者」と略）。
「保護観察対象者」: 保護観察処分少年、少年院仮退院者、仮出獄者、保護観察付き執行猶予者（以下「対象者」と略）。

「薬物」: 覚せい剤、有機溶剤（シンナー、トルエン等）、大麻（マリファナ）、コカイン、向精神薬（睡眠薬、安定剤等）、ブロン液など、依存性をもつ物質すべて。

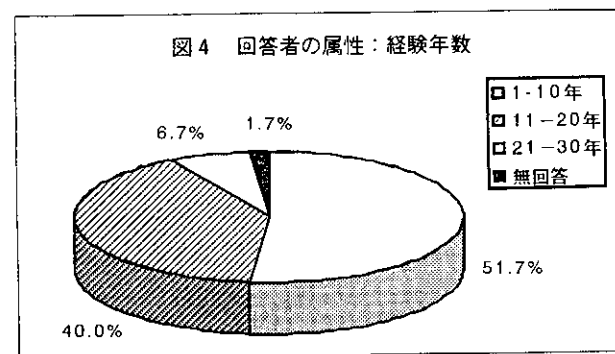
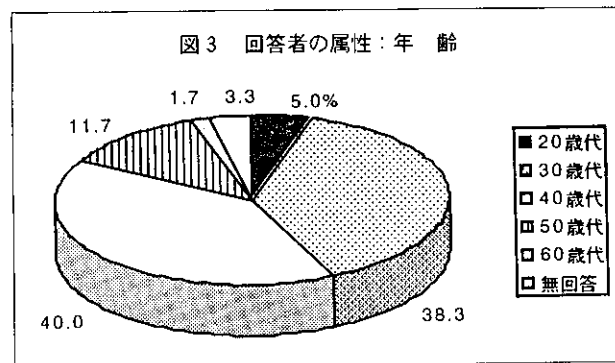
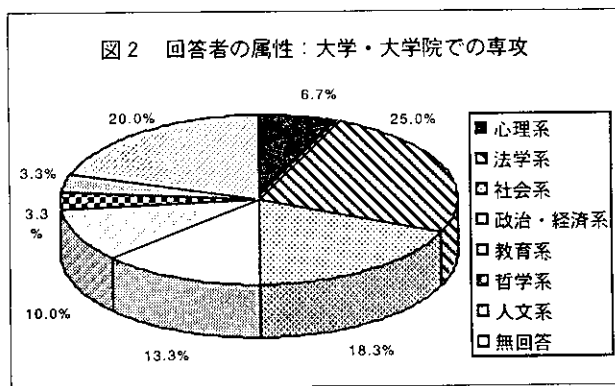
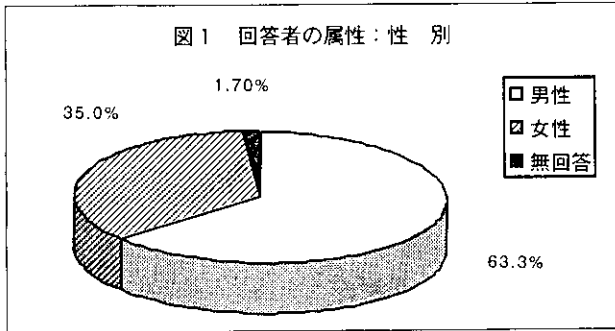
III. 結 果

60人から回答が得られた（回収率70.6%）。主な結果は以下の通りである。回答の「その他」の欄に記載された意見は〔自由意見〕として転載する。

1. 回答者の属性

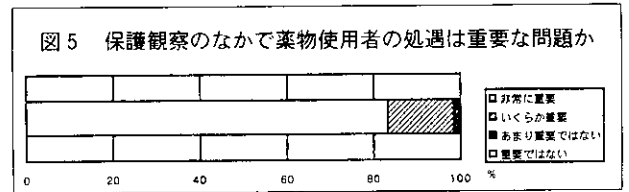
- 1) 男性63.3%, 女性35.0%, 無回答1.7%であった（図1）。
- 2) 大学・大学院での専攻は法学系、社会系、政治経済系、教育系の順に多かった（図2）。
- 3) 年齢は40歳代、30歳代の順に多かった（図3）。
- 4) 保護観察官の経験年数は1～10年間の者が約半数

を占めた(図4)。



2. 処遇上の一般的問題

1) 約8割が保護観察の中で使用者の処遇が「非常に重要」と回答し、「重要ではない」と回答した人はいなかった(図5)。



2) 約6割が使用者は他の対象者に比べ処遇が「非常に難しい」、約4割が「いくらか難しい」と回答した(図6)。保護観察官の勤務期間が長いほど「薬物使用者との接し方」がよくなっていく傾向がある(p<0.01)(表1)。

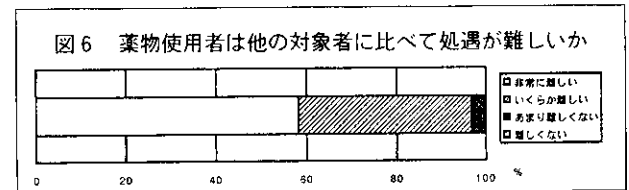


表1 経験年数と薬物使用者との接し方のクロス表

経験年数	接触			
	十分		不十分	
	度数	%	度数	%
1-10年間	4	12.9	27	87.1
11-20年間	14	58.3	10	41.7
21-30年間	1	25.0	3	75.0

3) 保護観察中の薬物再使用について、半数近くが「25~50%に起きている」、約3割が「50~75%に起きている」と推測していた(図7)。専攻により推測に違いが見られる(p<0.05)(表2)。政治・経済系出身の保護観察官は再使用率が50%以下であると考えられる傾向があり、法学系出身の保護観察官は再使用率が50%以上であると考えられる傾向がある。

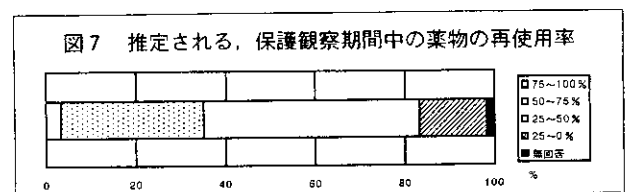
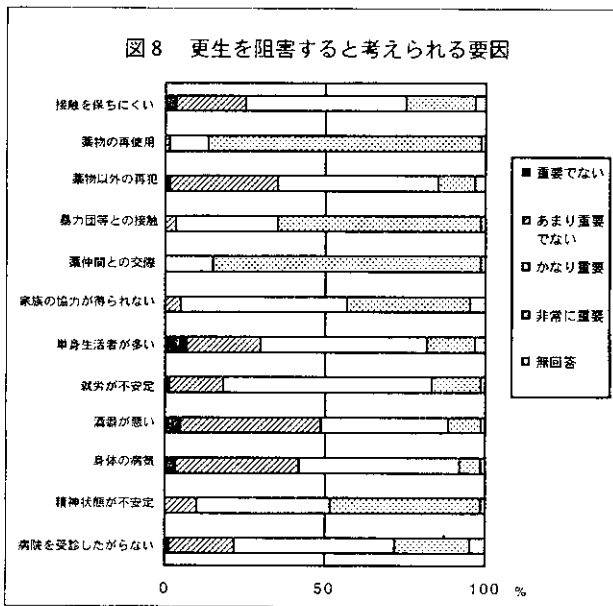


表2 専攻別と再使用の推定のクロス表

		再利用率推定			
		50%以上		50%以下	
		度数	%	度数	%
専攻系	教育系	3	50.0	3	50.0
	社会系	5	45.5	6	54.5
	心理系	0	0.0	4	100.0
	政治・経済系	0	0.0	8	100.0
	法学系	8	53.3	7	46.7
	哲学系	0	0.0	2	100.0
	人文系	1	100.0	0	0.0

4) 使用者の更生を阻害する要因として「薬物仲間との交際」、「暴力団等との接触」、「家族の非協力」が特に重要と考えられていた(図8)。

〔自由意見〕「薬物の再使用、薬物以外の再犯は更生を阻害する要因ではなく結果。再使用は犯罪であり、再犯があれば保護観察は終了する。覚せい剤の場合使用の有無を把握できないのが悩み」、「裏表のある行動」、「金銭管理、薬物依存の自覚がない」



3. 保護観察側の問題

1) 知識として「症状の見分け方」、「精神科受診の目安」が特に不十分と感じられていた(図9)。

2) 保護司が「使用者を扱いたがらない」、「依存症の知識不足」という傾向が認識されていた(図10)。

〔自由意見〕「薬物依存が病気という認識に欠けている」

3) 使用者の処遇で特に重視されている項目は「暴力団との断絶の指導」、「保護司による家庭訪問」、「家

族関係の調整」などであった(図11)。任意の尿検査は「重視しない」が半数以上であり、男性の保護観察官のほうが女性に比べて重視している(p<0.05)(表3)。

〔自由意見〕「任意の尿検査は警察等に頼まないとできない。処遇の一環として実施するのではなく、警察等に事件として立件するのが一般的」

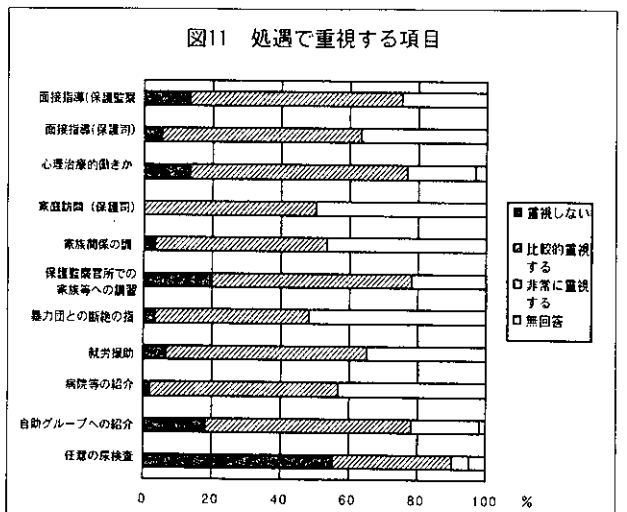
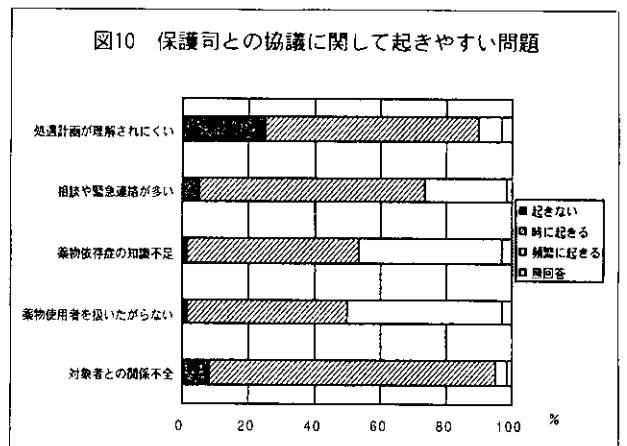
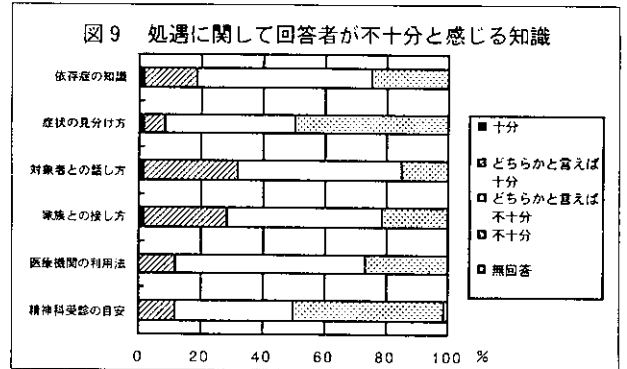
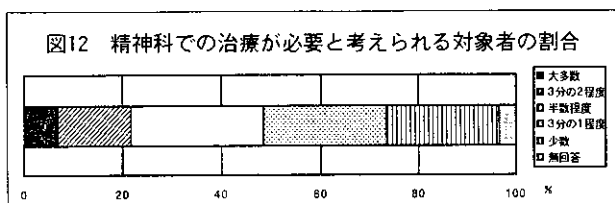


表3 性別と任意の尿検査についてのクロス表

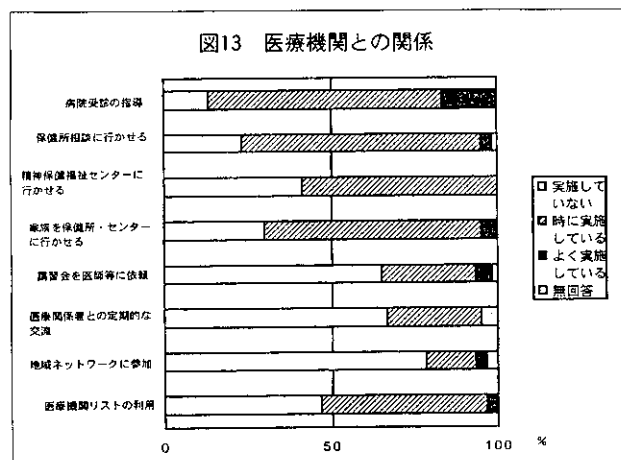
		任意尿検査			
		重視しない		重視する	
性別		度数	%	度数	%
男		17	45.9	20	54.1
女		15	78.9	4	21.1

4. 医療との関係

1) 半数近くの回答者が、半数以上の使用者に精神科治療が必要と考えていた(図12).



2) 医療機関との関係では、病院・保健所・精神保健福祉センターへの受診・相談を本人・家族に指導することは多く実施され、他方、保護観察官の地域ネットワーク参加や医療関係者との定期的交流は実施が少なかった(図13).

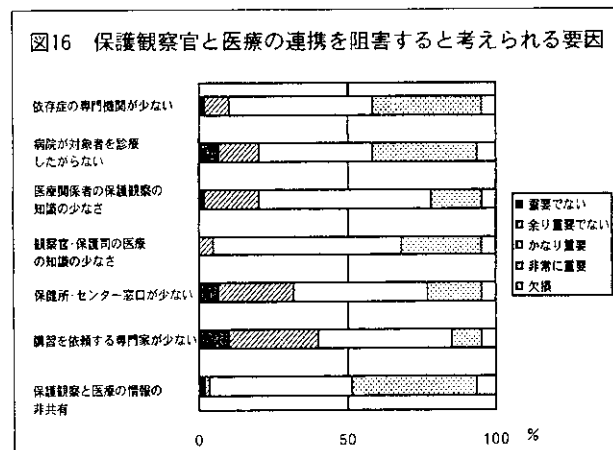
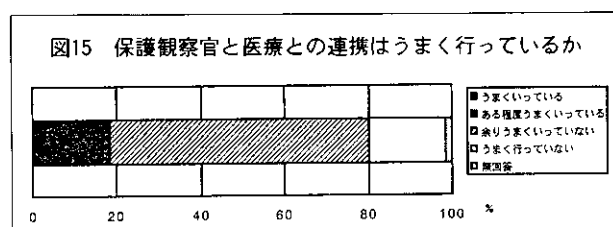
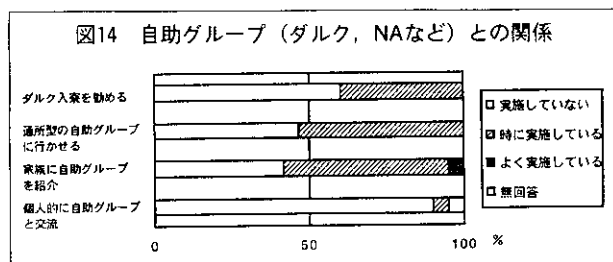


3) 自助グループとの関係では、「家族に紹介する」が比較的实施され、「個人的にグループと交流する」がほとんど実施されていなかった(図14).

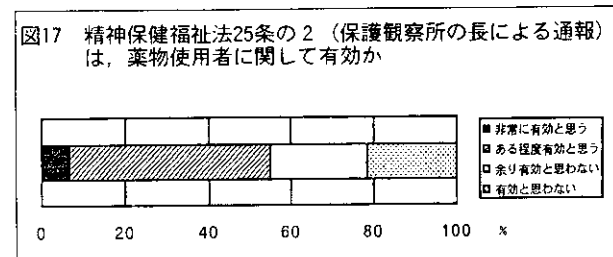
4) 保護観察官と医療の連携について、「余りうまく行っていない」と答えた人が約6割、「うまく行っていない」、「ある程度うまく行っている」と答えた人がそれぞれ約2割であった(図15).

5) 保護観察官と医療の連携を阻害する要因として「非常に重要」と回答した人の割合が特に多かった

項目は「保護観察と医療の間に情報が共有されていない」、「依存症の専門機関が少ない」、「病院が対象者を診療したがない」であった(図16).



〔自由意見〕「保護観察官、医者、ケースワーカーにもいろいろな考え方の人がおり、あたりはずれがある」



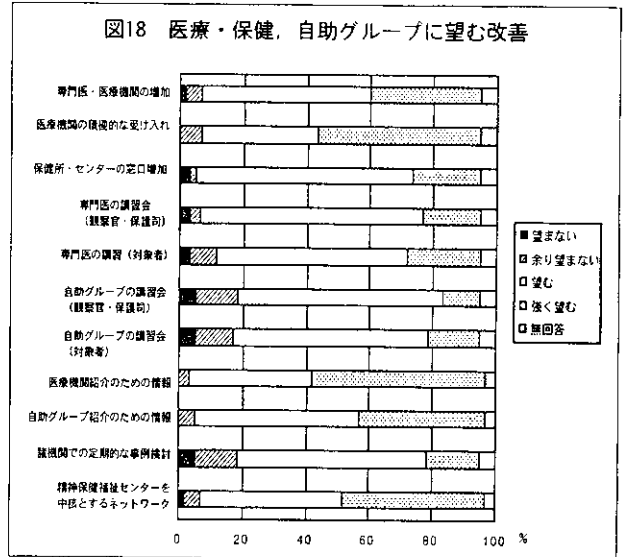
6) 精神保健福祉法25条の2(保護観察所長による通報)が使用者に関して「ある程度有効と思う」と答

えた人は半数近く、「余り有効と思わない」、「有効と思わない」と答えた人が計4割強であった(図17)。

〔自由意見(有効とは思わないと答えた理由)〕
 「通報しようとしても病院を確保していなければできない。都に通報しても病院を確保していないと有効に機能しない。設定の場所に連れていかないと診察もしてくれない」、「通報しても措置入院までのハードルが高い。決定まで時間がかかる」、「何回か通報し、乱用して錯乱状態にあった対象者を医療機関につなげようとしたが、うまくいかなかった」、「プログラム規程で、ほとんど機能していない。医療機関で薬物乱用者を敬遠するところが多く、措置につながりにくい」、「実際に機能していない」、「通報しても何か措置がとられることを期待できない」、「通報する前に再犯で捕まる」、「何回も25条について都、県に相談したが、実施に至ったのは1回のみ」、「対象者が目に見えるかたちで自傷他害をしていなければ通報は衛生局で受理されない。そのような精神症状に達する(悪化させる)まで対象者を放置なくてはならないのでは本制度は意味がない。軽い症状が出ている時から診察、治療をしてくれる医療機関があれば良い」、「通報しても行政が対応してくれない」、「緊急時等に速やかに都県知事は対応、処理してくれるのか疑問。受け皿(医療)側の問題もあるが、手段として警察からの通報の方がことが運びやすい」、「緊急事態に対応しにくい。“自傷他害”の判断が問題」、「通報しても諸官庁の対応が不良」、「よほどの障害でない限り(緊急性を含め)通報していない。その前に警察の保護を求めることが多い」、「薬物による精神錯乱は一過性のものが多く、保護観察の体制は機敏に動けるだけの人的・予備的裏づけが乏しいため時期を失ってしまう」、「通報しても本人を確保することが難しい。保護観察所には人員も車も少ない所が多く、機動力が欠如している」、「実例がほとんどない。通報するのは措置入院させたいときだが、自傷他害のおそれがある場合は警察に通報して24条通報してもらい措置入院となるケースがほとんど。緊急性のため観察所の対応では遅すぎる」、「実際運用されていない感じ」

7) 保健医療および自助グループの改善について、「強く望む」と答えた人の割合が特に多かった項目は「医療機関に紹介するための情報」、「医療機関が

保護観察対象者を積極的に受け入れる」、「精神保健福祉センターを中核とするネットワーク」、「自助グループに紹介するための情報」であった(図18)。



5. 取り扱いに困った使用者の事例(全回答を記載。趣旨を損ねない範囲で簡略化)

- (a) 病識がなく、受診させるのが難しいことがよくある。
- (b) 使用に至る経緯として生い立ち、失敗、不良交友などいろいろな事情が重なりあっているため短期間では解決を図れない例が多い。
- (c) 依存者は社会性が育っていないことが多く、ほとんど就労できないケースが多く、保護者が見放している時は生活自体が成り立たない。
- (d) 刑務所で新たに覚せい剤友達を作ってしまう、仮出獄をもらうも友人経由で3~4ヶ月後には再犯し、再収容された。以前から保護者は「再使用している」と述べていたが、なかなか確証がえられなかった。
- (e) 保護観察対象者=触法患者(迷惑患者)とされ、医療機関から受診を拒否された(医療従事者に刑事司法の流れが理解されていない)。
- (f) 幻覚、幻聴など精神症状が出ている対象者に医療措置をとることが難しい(観察所が医療機関の情報を持っていない)
- (g) 困った事例は多数ある。観察所として対応方法がなく、困っている時ほど病院はあまり相手にしてくれず、たらい回しにされる。
- (h) 40歳男性、有機溶剤使用、ダルク入寮者、自立

- 目的によりアパート転居、まもなく有機溶剤を使用し、アパート内で暴れているとの連絡を保護司から受け、観察官が現場へかけつける。都に通報したが不調に終わり、所轄署に連絡し、身柄拘束のため措置入院。ただし所轄署はその際証拠保全等を行わず、事件としては立件せず。措置入院は1ヶ月で解除（精神障害よりもパーソナリティの部分が大きく、治療の意味がないとの担当医の回答）となったが、受け入れ先がなく任意入院に切り替え、受け入れ先の調整の間に外出先で問題行動を起こす。事件にはならず、結局地方ダルクが受け入れ先となり、任意入院10日間制度(?)で退院し、ダルクへ入寮した。
- (i) 家族、特に親から「困った」「なんとかしてほしい」との訴えや相談がたびたびあり、そのつど親に面接等して対応について話し合っても「本人に内緒にしてほしい」と強く要望され、本人に指導ができなかった。親に関係機関への相談、病院等のアドバイスをして動こうとしなかった。
- (j) 覚せい剤事犯で仮出獄し、更生保護施設に帰住した。保護観察期間中にフラッシュバックを起こし錯乱状態になり暴れたために顎の骨を骨折し、鎮静剤を投与した。覚せい剤乱用者であり、精神状態が不安定のうえに骨折の緊急治療を要するため、条件に合う受け入れ先病院がなく（あっても病院に拒否され）、都に相談の上、都立病院に受け入れてもらったが、受け入れまで紆余曲折があり、手続きに困難を極めた。
- (k) 多剤乱用、高校在学時から精神科への入退院を繰り返す。保護観察当初、通院治療を受けていたが、治療を軽視するとともに、精神疾患を有するとの自覚がなく、治療中断。保護司、保護観察官が治療再開を助言するが、受け入れず、特異な言動を吐き続ける。父親や家族に協力を求めるが、消極的で、同意入院にもならず、地元保健所に相談、協力を求めたが、手厚くケアを受けることはできず、ほとんど放置された。観察官、保護司が家庭訪問もしたが、症状としては自傷他害の恐れまで認定できるとは言えず、結局保護司が特異な言動を受け止め、無事に保護観察期間を終了した。
- (l) 若い夫婦でシンナー中毒。子どもが生まれてシンナーからの決別を期待したが、育児そっちのけで2人でシンナー漬けになっていた。
- (m) 単身者で怠け者。覚せい剤を使用している様子だったが、接触が困難だった。通常保護司には夜遅くの訪問は頼めないで、生活状況が把握できない。
- (n) 刑務所を仮出所し、再使用が疑われたが、尿検査結果が出るまで1週間かかり、その間更生保護施設に寝泊りさせた。本人が覚せい剤をやめたいとの相談があり、医療機関に相談し、診療（面接）を1回行ったが、その後の治療費用を負担する能力がなく、続かなかった（その後上記状況になり、後に収監）。
- (o) シンナーで措置入院。地元の反対があり、退院先の調整が難航。責任能力の問題から刑事処分にならない。警察、病院とも扱いたがらない。
- (p) アルコール、薬物双方の問題を持ち、対応に苦慮した。家族がおらず、住所不定であるため、問題を顕発させては救急車で病院に運び込まれる状況で、援助者がいないため退去先を見つけるのがままならなかった。最終的には福祉の援助でダルクに入所できた。熱心なケースワーカーとの出会いで本人も助けられた。
- (q) 薬物依存の自覚がない成人。家族は本人をなだめるため、金を与える。本人、家族とも保護観察に拒否的。実母は自分の立場が悪くなりそうな時のみ相談を持ちかけてくる。実母は保健所や警察で相談するが、勉強会の誘いや対応についての助言をされても、自分のことを拒否されていると感じたのか、薬物依存について知識を得ようとすることもなく、一方的に相談を打ち切ってしまった。現在本人は精神病院入院中。実母が離婚した夫から金をもらい、警備会社に頼んで保護移送にしてもらった。相変わらず金は出すが、本人の今後のことについては全く考えておらず、地域の保健所との連携を拒否している。

6. その他の自由意見

- (a) 尿検査に対する抵抗が多く観察官や検察庁にもあり、その結果、本人の言動を信用することでしか処遇が行われていない。本人が薬物を使用していると疑われる場合でも確認の方法がない。こうして信頼関係による表面的な処遇が長年行われ、再犯率40~50%という事態を招いている。この意識改革はまず検察庁を動かさないと難しいのではないか。

- (b) 精神科による往診制度があれば助かる。精神疾患を有しているとの自覚のないケースに対する受診、治療継続の必要性の判断等を得ることができるので。
- (c) 保護観察になる薬物事犯者はすでに依存の進んだ状態になっており、また薬物に逃避せざるをえない家庭環境や社会環境など複雑な問題を抱えていることが多い。病院に自ら志願して入院しても、入院中はよくとも退院すればすぐに薬物に陥ってしまう例も多い。むなしい気持ちを覚える。
- (d) 買った者よりも作った者や売った者を厳しく取り締まらない限り、いつまでも続く。窃盗、道交法、暴力、暴走と雑多な対象者を1人で指導する制度なので、中途半端になりやすい。
- (e) 捜査機関との連携・情報交換も必要。医療および保護観察の面からだけでは薬物問題の全体像が把握できない。できれば麻取、海保などの水際防衛を担当している機関の意見も得られればと思う。
- (f) “自分は病気だ”という認識をどのように持たせるか、日々これに苦慮している。本人を囲む周りの環境（特に家族）が本人を過度に抱え込んだり、突き放しており、社会復帰の困難さを感じる。

IV. 考 察

保護観察は、家庭裁判所で保護観察に付された少年、少年院からの仮退院を許された者、刑務所から仮出獄を許された者、刑の執行を猶予され、保護観察に付された者、婦人補導院からの仮退院を許された者、を対象とする。全国で約600人の保護観察官、約5万人の保護司が活動している。保護司は保護観察官の立てた処遇計画に基づいて直接の指導監督、援助にあたる。保護観察の受理時に薬物使用歴が認められる対象者は年間約13,000人、うち覚せい剤取締法違反事件での受理数は年間約5,500人とされる²¹。医療機関の受診者と比べはるかに多数の使用者を保護観察は扱っていることになり、依存の予防と治療において保護観察は重要な社会資源と言える²²。

今回の調査は首都圏という限られた地域を対象としている。しかし保護観察官の意識の傾向が明らかになり、特に多数の自由記述を通して現場の貴重な意見が得られた点で有意義である。

まず保護観察官の多数が使用者の処遇を重要かつ難しい問題と認識していた。難しさの性質は薬物依存者

の特性と関連している。すなわち、治療の動機付けが乏しいこと、好ましくない生活条件、家族関係の歪み、薬物仲間との接触など、複数の問題が重なっている。多種の対象者を限られた期間内に処遇する保護観察制度の中で、依存者という複雑な問題を抱える人を扱うことに大きな制約があると思われる。

保護観察期間中でも対象者のかなりの部分が再使用を疑われるが、使用の事実の認知は当然困難であろう。再使用予防と回復動機付けの有効な手段と考えられる尿検査については全般に関心が低い。おそらく保護観察の枠内での実施には種々の制約が存在するためと考えられる。しかし千葉保護観察所での簡易尿検査の成果に関する生駒らによる報告²³もあり、今後前向きに検討される価値があるであろう。

保護観察官と医療の連携について、「うまく行っていない」、「余りうまく行っていない」と答えた回答者が合わせて8割という結果は重大である。保健医療機関および自助グループとの関係は、多くは保護観察官が本人や家族に受診、相談を勧めるという間接的なかたちにとどまっており、個人的交流やネットワークへの参加という直接的な接触は少ない。連携を阻害しており、今後改善が望まれている事項として、保健医療機関や自助グループにアクセスするための情報の乏しさとともに、専門医療機関が少ない上に、保護観察対象者の受け入れを医療側が忌避する傾向が特記される。受け入れ先の病院が見つからず、いわゆるたらい回しが起きる現状が指摘されている。依存症の治療システムの確立とともに、医療関係者が保護観察のシステムを十分に理解することが必要であろう。

精神保健福祉法25条の2は「保護観察所の長は、保護観察に付されている者が精神障害者又はその疑いがある者であることを知った時は、すみやかに、その旨を都道府県知事に通報しなければならない」と定めている。すなわち、保護観察対象者に中毒症状が認められた場合、公的なルートで措置入院を行える規定が存在する。これについては半数近くの回答者が有効性に疑問を表明した。指摘されている主な理由は2点ある。第一に、受け皿の病院を確保していなければ通報しても無効であるという。制度上は入院先の確保は医療行政の管轄であり、保護観察官が責任を負うべき問題ではないと思われるが、実情がどのようであるか調査が必要であろう。第二は、措置入院の対象となるような

緊急事態は保護観察の対応能力を超えるということがあげられる。措置の要件は言うまでもなく「自傷他害のおそれ」であるが、“おそれ”が明かでない状況では通報しても受理されず，“おそれ”が明瞭となると警察力を頼まざるを得ない、というジレンマが存在する。平成10年度の措置入院のための申請・通報・届出は全国で計6,472件であったが、そのうち保護観察所の長による通報はわずか11件であり、過去10年間、ほぼ10件台で推移している³⁾。従って、実際にはほとんど機能していない。有効な手段として活用し得るのか、医療行政と保護観察の双方からの検討が求められる。

V. 結 語

アンケート調査をもとに保護観察官から見た薬物依存者の処遇の問題点を検討した。特に保護観察と医療の連携がきわめて不十分な状況が明らかになった。何よりもまず、相互の理解と情報交換が求められるであろう。

稿を終えるにあたり、ご協力いただいた東京保護観察所に深謝します。

VI. 文 献

- 1) 生駒貴弘, 平井慎二, 南元英夫, 西祐子: 覚せい剤事犯者の保護観察における尿検査の試みについて。更生保護と犯罪予防 No.137:96-119, 2001.
- 2) 中谷陽二, 妹尾栄一, 手塚一朗: 日本の薬物乱用対策—矯正施設を中心に—。アルコール依存とアディクション 12:195-204, 1995.
- 3) 精神保健福祉研究会: 我が国の精神保健福祉。平成12年度版。原健出版。
- 4) 角田 亮: 保護観察の立場から。シンポジウム「薬物依存症対策の現状と将来—医療・矯正・司法の連携をめざして—」。都市センター・ホテル, 2001. 2. 17.

II. 分 担 研 究 報 告

5. 若年薬物濫用者に対するダイヴァージョン・プログラムの整備に関する研究

分担研究者 八 尋 八 郎

厚生科学研究費補助金 医薬安全総合研究事業
薬物依存・中毒者の予防、医療およびアフターケアのモデル化に関する研究 13年度研究報告書

若年薬物濫用者に対するダイヴァージョン・プログラムの整備に関する研究

分担研究者 八尋八郎¹⁾

研究協力者 村上 優²⁾, 遠藤光一²⁾, 大藪志保子³⁾

1) 八尋弁護士事務所

2) 国立肥前療養所

3) 久留米大学法学部

研究要旨

少年事件付添人（弁護士）と医療機関の連携による、試験観察の制度を活用した薬物自己使用少年に対する新しい処遇プログラムの可能性が明らかになった。

I. 目的

平成7年頃から始まる第三次覚せい剤濫用期の特徴として、薬物自己使用者層の低年齢化が指摘されている。成長期にある青少年の心身への薬物の害悪の影響ははかりしれず、将来の社会を担う人材である少年の薬物自己使用への対策を未整備のまま放置することは社会的損失を導くこととなる。心身に対する薬物の害悪の影響が次第に大きくなる前に、出来るだけ早期の医療的介入を保障することによって薬物自己使用少年の健全育成を図ることは、保護主義を基調とする少年法の理念に適い、ひいては社会の安全、発展にも寄与するものである。したがって、薬物自己使用少年への対処として可及的早期の段階で医療や社会的サポートとの接点を保障するために、これまでの処罰＝施設内処遇モデルから治療＝社会内処遇モデルへの移行を企図し、刑事手続きからのダイヴァージョンに向けた司法と医療の具体的連携のあり方を検討するのが本研究の目的である。

本年度の研究においては、薬物自己使用少年に対し医療や社会的サポートを提供する契機として社会内処遇の一環である試験観察に着目してその活用の可能性の検討を行い、少年事件の付添人として活動する弁護士と医療機関との連携による薬物自己使用少年に対する新しい処遇プログラムの具体的なアクションプラン

の策定とその広報活動を課題とした。

II. 対象と方法

薬物自己使用少年に対し医療や社会的サポートを提供する契機として試験観察制度に着目する場合、第一には試験観察を実際に担当する家裁調査官の協力が重要となるが、現実問題として直接の協力を得るのが難しい状況がある。そのため、付添人として少年審判に参加する弁護士と治療プログラムを提供する医療機関との連携・協力を試みたという点が今回の研究の特徴である。そこでまず、弁護士との連携をすすめるのに先立って、薬物自己使用事件の付添人・弁護活動に関する弁護士の意識やニーズを探る試みを行うこととした。

福岡県弁護士会では、2001年2月より全国初の試みとして、家庭裁判所の観護措置決定により少年鑑別所に身柄を拘束された少年全てに法律扶助協会の援助によって弁護士（付添人）を派遣するという、少年身柄事件の全件付添人制度を発足させている。そこで福岡県弁護士会子どもの権利委員会の協力を得て、この制度をもとにした調査活動を行った。調べたところでは、2001年4月1日から8月20日の期間における福岡県弁護士会の扶助付添件数全223件中、薬物自己使用事件は21件（9%）を占めていた。この21件の少年薬物自己使用事件の付添人を担当した弁護士にアンケート調査を行い、そのうち13件の回答を得ることができた。アンケート調査は、薬物自己使用事件の弁護活動についての意見を問うアンケートと、担当した少年本人に関する医療的見地からのアンケートの2部構成とし、

薬物依存問題に取り組む諸機関の認知度や少年薬物自己使用事件での弁護方針、当該少年のプロフィール、当該事件の処分の結果などを調査項目として設定した。

また、このアンケート調査への回答の中から興味深い5ケースを選び、担当弁護士を招いてケース研究会を行った。このケース研究会は、法律実務家のみならず薬物依存症の治療を担う医療実務家も参加して、法的見地および医療の見地の両方から検討を行った点が特色となっている。

なお、このアンケート調査の実施およびケース研究会の開催自体に、少年司法において重要な役割を担っている弁護士にたいし、試験観察制度を活用した少年薬物自己使用事件の新しいダイヴァージョンプログラムを広報する活動としての意味をもたせることを意図した。

III. 結 果

少年薬物自己使用事件の付添人を担当した弁護士に対するアンケートからは、次のようなことが明らかとなった。成人の薬物自己使用事件の弁護経験とは異なり、少年の薬物自己使用事件での付添人経験は少ないこと。薬物依存問題に取り組む社会資源としてダルクの認知度は非常に高いが、実際に弁護活動のなかでダルクを利用したり情報提供したことがある者は3分の2にとどまること。NAや薬物療法プログラムを有する医療機関を弁護活動のなかで利用したり情報提供したことがある者はごく少数しかなく、全体の4分の1は薬物依存問題に取り組む何らかの機関について利用したり情報提供した経験がないこと。また、過半数は、環境調整の一環として本人の家族にこれらの機関についての情報提供等の対応をした経験がないこと。しかしながら、大半が、薬物依存の治療について気軽に相談できる医療機関の窓口や、ダルク・NAの連絡先リスト、環境調整の一環として家族への対応を行う窓口、ケース研究に基づく薬物事件弁護マニュアルなどを必要と考えていること。少年の薬物自己使用のケースの弁護方針として、ほとんどが社会内処遇がよいと考えていること、である。

また、少年のプロフィールに関するアンケート調査やケース研究を通しては、薬物自己使用を行った非行少年本人に「加害者性」よりもむしろ家庭環境や社会環境の被害者としての側面が大きいことが浮き彫りに

なった。そのことから薬物自己使用少年に対しては処罰モデルではなく治療モデル・福祉モデルによって可及的早期の援助的介入を行うことの重要性が明らかとなった。

IV. 考 察

1. 試験観察制度の活用可能性の検討

1) 少年法の理念

まず、薬物自己使用少年への対処として社会内処遇としての試験観察に着目する理由について、少年法の理念から説明する。少年司法実務の指導理念はケースワーク思想にあると言えよう。すなわち、少年自身の立ち直る力に依拠し、その力を発揮できるように援助したり、犯罪につながるような周囲の環境の調整を行うというのがその指導理念である。ここでは、少年自身が責任を自覚し、自発的に変わろうとするプロセスが重視される。

このような理念からすると、少年が自ら変わっていく過程を観察し、環境の調整を図る試験観察こそは、少年司法を管轄する家庭裁判所のケースワーク的機能が最もよく発揮される場面と言えよう。そして、特に薬物問題においては、薬物依存が病気でありその治療に対しては自発性が重要となるというその特性に鑑みて、薬物自己使用少年への対処として処罰ではなく治療の確保を重視する場合、試験観察制度は治療＝社会内処遇モデルに最もよく適合すると思われる。

2) 試験観察制度とは

ここで試験観察制度について説明する。少年法第25条は次のように定めている。①家庭裁判所は、第24条第1項の保護処分を決定するため必要があると認めるときは、決定をもって、相当の期間、家庭裁判所調査官の観察に付することができる。②家庭裁判所は、前項の観察とあわせて、次に掲げる措置をとることができる。

1. 遵守事項を定めてその履行を命ずること。
2. 条件を付けて保護者に引き渡すこと。
3. 適当な施設、団体又は個人に補導を委託すること。

このように、試験観察とは家庭裁判所が保護処分の決定を留保し、相当の期間、少年に対し働きかけを行いつつ少年の生活の様子を観察する制度である。

これは、英米法で発達したプロベーションという処遇方法に由来するもので、犯罪者（非行少年）を矯正施設へ収容するのを猶予して、社会内において監督の下におき、条件違反があれば施設に収容するという心理強制によって、犯罪者の改善・更生を促進しようとする制度である。少年の場合このような社会内処遇の制度には他に保護観察もあるが、終局処分である保護観察の場合、処分が決定された時点で少年側にとって事件が終わったとの感覚が強く、治療への義務づけがなされない以上、少年の治療に対するモチベーションが弱いという問題が残る。しかしながら、家庭裁判所の中間処分としての試験観察の場合、終局処分の決定を控えているため、少年側にとって治療へのモチベーションが強く、薬物自己使用少年を治療へと結び付けるルートの確保が期待できる。

そこで、審判の過程で少年の付添人弁護士と医療機関が連携することにより、薬物非行少年の事件では医療機関が提供する治療プログラムを付添人が家庭裁判所に提示し、試験観察処分によって少年に治療に向きあう機会を提供するという、治療モデルによるダイヴァージョンプログラムが運用可能となるのである。実際、福岡県においてはこの方法で付添人弁護士が活動し、試験観察中に連携した医療機関での治療の結果、要保護性が解消されて最終的に不処分決定となった薬物自己使用少年のケースも誕生した。

なお、試験観察の類型には、少年の身柄を保護者等のもとにおいたまま、調査を担当した家裁調査官が引き続き直接少年の観察を行う在宅試験観察と、観察を適当な者に依頼する補導委託とがある。補導委託には、さらに、少年の身柄を保護者等のもとにおいたまま適当な個人・機関等に補導を委託する在宅補導委託と、少年の身柄を補導委託先に預ける身柄付き補導委託とがある。現在のところ補導委託先は、各家庭裁判所と契約を結んだ更生保護法人、厚生省関係の福祉施設、民間の事業主、個人の篤志家などであるが、新たに薬物自己使用少年の事件の補導委託先として、ダルクや病院など薬物依存治療施設との契約も考えられるべきであろう。

2. 保護的措置の活用可能性の検討

では次に、試験観察以外の方法による、社会内処遇

を基本とする治療モデルに基づくダイヴァージョンプログラムの運用可能性を検討することにする。なぜならば、試験観察の運用が家裁調査官の負担増等の理由で年々減少傾向にあるからである。資料によると、交通業過を除く少年の一般保護事件における試験観察実施率は1966年には5.0%であったが、1996年には1.7%にまで下がっている。（ちなみに、1996年における少年の覚せい剤取締法違反事件と毒物及び劇物取締法違反事件における試験観察実施率はそれぞれ7.4%と3.0%となっている。）（服部朗ら、2000、pp.209）

そこで注目されるのが、保護的措置である。保護的措置とは、家庭裁判所の裁量により少年事件の調査・審判の過程で少年や保護者に対し事実上行われている種々の措置のことである。そして、保護的措置をとった結果少年の要保護性が解消されれば保護処分の必要性がなくなり最終的な処分が不処分となることもある点は、試験観察の場合と同様である。

広義の保護的措置とは、「調査、審判の過程において、少年に対する訓戒、誓約書徴取、保護者への条件付引渡しなどを行い、教師・保護司などと連絡をとり、その協力を得て、少年の生活指導や環境の調整、関係人の啓蒙に努め、さらに必要とあれば、試験観察の措置を活用して、カウンセリングやケースワークを施すなど、少年の非行性に応じ適当と認められる種々の措置をとること」と定義される。狭義の保護的措置とは、終局決定が審判不開始又は不処分の際に行われる措置であり、具体的には、調査段階で行われるものとして、面接調査による問題の発見と助言、心理検査等による問題の発見と助言、保護者に対する監護方針等の助言、職業選択についての助言、カウンセリング、家族療法等の相談、治療機関の紹介、被害弁償についての助言、生活リズム表、行動点検表による生活リズム、生活態度の点検と改善、訓戒、誓約書徴取、反省文の提出、遵守事項（努力目標）の設定などがあるとされる（山口直也、1999、pp.63-64）。少年の一般保護事件の終局決定のうち、近年では審判不開始及び不処分が合わせて全体の7割程度を占めており、中でも保護的措置を伴った審判不開始及び不処分は一般保護事件全体の4割程度を占めており、保護的措置はまさに少年保護事件の最も一般的な措置であるとも指摘される（山口直也、1999、pp.64）。

そこで、この保護的措置を活用して、社会内処遇を

基本とする治療モデルに基づくダイヴァージョンプログラムを考えた場合、家裁から少年及び家族に対して治療機関の紹介や、自助グループや治療機関への通所を少年に約束させ保護者に条件付で引き渡すなど、少年の治療へのモチベーションを高める積極的な措置を行うという運用が可能であろう。そしてこのような運用にあたっては、少年の付き添い人弁護士が、率先してダイヴァージョンプログラムを実行する意識のもとに、積極的に家裁に保護的措置の活用を促し、また家裁と共働して少年および保護者に働きかけるといった活動を行うことがキーポイントとなると思われる。

V. 結 語

薬物自己使用少年の事件を担当した付添人弁護士に対するアンケート調査の結果からは、弁護士側に薬物依存治療の医療機関やサポート機関との連携、協力のニーズがあることが明かになり、また少年のプロフィールに関する調査の結果からは、少年の薬物自己使用には司法的介入よりもむしろ福祉的介入のほうが先行すべきと考えられるケースが多いことが明かとなった。このことから、薬物自己使用少年への対処として可及的早期の段階で医療や社会的サポートとの接点を保障するために、処罰モデルではなく治療モデルに基づき、試験観察制度を利用して付添人弁護士と医療機関の連携によって薬物自己使用少年を治療へと結び付ける新しい処遇プログラムの必要性が裏打ちされる。

しかしながら、少年司法実務においては、家裁調査官の多忙や補導委託先の減少などケースワークのマンパワー不足により、試験観察の運用が消極的になっている現状がある。従って、試験観察のみならず、調査・審判の過程で保護的措置を活用することにより、少年の治療に対する意欲を高め、医療や社会的サポートと接する機会を提供する試みが必要であろう。

それとともに、ケースワークのマンパワーの開発が今後ますます重要となるであろう。少年司法や更生保護で責任を有する家庭裁判所や保護観察所、公的な福祉機関はもとより、付添人として少年審判に関わる弁護士やBBSなどのボランティア団体が現在のところ活用できる民間のマンパワーとして考えられよう。特に、付添人弁護士の家裁及び少年に対する積極的な働きかけが、治療モデルに基づくダイヴァージョンプログラムを進めるにあたっての主導的な役割を果たすと思われる。

る。少年の一般保護事件における付添人選任率は1996年に1.4%（覚せい剤取締法違反事件では11.2%）と、近年では1%強程度に過ぎないが（服部朗ら、2000, pp.176・178）、福岡県弁護士会の様な少年身柄事件の全件付添人制度を基盤とし、弁護士と医療機関及びサポート機関との協力体制を敷けば、付添人弁護士の主導によって少年の薬物自己使用事件でのダイヴァージョンプログラムの推進が期待できよう。

VI. 参考文献

- 1) 服部朗、佐々木光明編著『ハンドブック少年法』（2000年）
- 2) 山口直也編著『ティーンコート 少年が少年を立ち直らせる裁判』（1999年）

アンケートのまとめ

2001年10月4日

第1部 薬物自己使用事件の弁護活動についてのアンケート

(1)これまで少年の薬物自己使用のケースを何例くらい担当したことがありますか。

ある=12人 わからない=0人
 1例=6人
 2例=5人
 10例=1人

(2)これまで成人の薬物自己使用のケースを何例くらい担当したことがありますか。

ある=6人 わからない=5人 ない=1人
 1例=3人
 2例=1人
 3例=1人
 15例=1人

(3)薬物依存問題に取り組む社会資源として以下の機関をご存知ですか。ご存知の機関全てに丸印をお付け下さい。

- 1.ダルクなどの薬物依存者の回復・社会復帰施設=12
- 2.NAなどの薬物依存者の自助グループ=4
- 3.肥前療養所などの薬物療法プログラムを有する医療機関=10
- 4.精神保健福祉センターの薬物相談=6
- 5.その他=0
- 6.どの機関も知らない=0

(4)薬物自己使用のケースの弁護活動の中で、次の機関について実際に利用を試みたり、あるいは本人に紹介や情報提供をしたことがありますか。あてはまる

もの全てに丸印をお付け下さい。

1. ダルクなどの薬物依存者の回復・社会復帰施設=8
2. NA などの薬物依存者の自助グループ=1
3. 国立肥前療養所などの薬物療法プログラムを有する医療機関=2
4. 精神保健福祉センター=1
5. 保健所=0
6. 福祉事務所=0
7. 児童相談所=0
8. その他=0
9. 利用したり、紹介・情報提供したことはない=3

(5) 弁護活動の中で、環境調整の一環として、本人の家族に対し次の機関の紹介や情報提供などの対応を試みたことがありますか。当てはまるもの全てに丸印をお付け下さい。

1. 薬物依存者の家族や友人のための自助グループ=4
(ナラノンやダルク家族会など)
2. 国立肥前療養所などの医療機関における薬物依存者の家族支援プログラム=2
3. 精神保健福祉センターの薬物依存家族教室=0
4. その他=0
5. 紹介・情報提供したことはない=7

(6) 薬物自己使用事件の弁護活動に当たって、必要あるいはあれば便利と思われるものはありますか。当てはまるもの全てに丸印をお付け下さい。

1. 薬物問題について気軽に相談できる公的機関の窓口=6
2. 薬物依存の治療について気軽に相談できる医療機関の窓口=12
3. ダルクや自助グループの連絡先リスト=10
4. 環境調整の一環として、依存者の家族へ何らかの対応を行う窓口=9
5. ケース研究に基づく薬物事件弁護マニュアル=8
6. 薬物の善悪を描いた本やビデオ=1
7. その他=0
8. 特に思い浮かばない=0

(7)少年の薬物自己使用のケースの弁護方針についてどのようにお考えですか。

1. 基本的に社会内処遇がよい=2
2. 少年院送致で一定期間身体を拘束した方がいい=0
3. 病院やダルク、自助グループにつなげる工夫をするのであれば、社会内で処遇した方がいい=9
4. 何とも言えない=0
5. その他=2
 - ・ 薬物使用歴等の事情にする
 - ・ 基本的には3であるが、逃走してしまい、プログラムを受けない例を経験したので、病院等の設備を工夫すればという条件付きです。

(8)薬物自己使用事件の弁護活動の中で、困っている点、工夫している点、弁護活動がうまくいった成功例などがあれば、何でも結構ですので以下にご自由にお書き頂ければありがたく存じます。

=6人回答

- ・ 少年の家庭が貧しいため、国立肥前療養所を紹介したが、なかなか通院できなかった。
- ・ 薬物克服のためのサポート機関で、実態を把握できているのは、正直ダルクのみです。①各サポート機関の活動内容、②どのような症状の人を受け入れることができるか、③内容がわかるリストを作っただけだと利用しやすくなると思います。

少年や被告人本人の治療を同時に家族のケアも必要という点は弁護活動の中で実感するところですが、限られた時間の中で、本人のみならず家族の問題点を見つけ出し適切な対応を行うことはとても難しそうです。具体的に諸先輩方が家族へのケアを試みられた経験談を聞いて参考とさせてもらいたいです。
- ・ 薬物については、害悪を強調するというアプローチよりも、その人自身の背景をできる限り探って、その人が抱えている人間関係障害などを解消する方向で行く方が、刑事処分、保護処分の結果期間に係らず、その人の本当の更生に資するように思います。しかし、かかる問題点に本人が気付いていないことが多いのも実情のようで、短い時間の中で効果が激的に出ることは困難だと思います。