

1. 1人で笑っている。  
15 施設 (62.5%)
3. ろれつがまわらない。  
13 施設 (54.2%)
3. 無断で施設を出ていく。  
13 施設 (54.2%)
5. 妄想に基づく暴力行為  
12 施設 (50.0%)
5. 処方薬を飲みたがらない。  
12 施設 (50.0%)
5. いざという時の入院先、受診先がない。  
12 施設 (50.0%)
5. 日中寝てばかりで活動しない。  
12 施設 (50.0%)
5. ミーティング中に妄想の話をする。  
12 施設 (50.0%)
5. 喧嘩っ早い。  
12 施設 (50.0%)

であり、幻覚妄想を伴う精神病の合併症状を多くの施設で困難な課題としてあげていることがわかる。以下に、その他として自由に記載してもらった回答をあげると、(ほぼ原文のまま)

- ・妄想によって出ていく人がいる。急に調子が悪くなる時があるが、(精神病院では)精神疾患の治療だけで入院が出来なかったり、解毒しかしてくれなかったりするため施設から通院させている。
- ・施設が金銭を不正に搾取しているのではないかという妄想を持つ人がいる。
- ・突然の症状再燃(薬物使用、フラッシュバック)。
- ・衛生、身だしなみ、風呂に入ることができなくて困る。
- ・うつのあとの躁状態  
また対応については

- ・スタッフが個別に話をする。
  - ・しばらくスタッフと同じ部屋で生活させる。
  - ・他の入所者に説明し協力をお願いする。
  - ・幻覚妄想等の精神症状が出ている通所者に対しては精神病院への入院、通院をすすめている。
  - ・医師と相談して処方薬の調整をしてもらう。
  - ・医療、家族、地域の福祉と相談して退寮後のサポート体制を作る。
  - ・施設に予備の薬はおかない。
  - ・アディクション以外の病気に対する対応は現時点では無理である。
  - ・困難だが薬を使わないでやっている。分裂病になる人が増えていて困っている。
  - ・ボーダーラインの対応が困難である。顕著に悪くならないので、はっきりとした判断が下せず、ついつい巻き込まれてしまう。
  - ・規則を守れない場合は退寮あるいは適切な医療機関へ移動させる。
- とある。多くの施設で精神科合併症をもつ入寮者の対応に困難を感じつつも、スタッフの献身的な努力でなんとか受け入れようとしているようすが伺われる。また施設によっては病院・クリニックなどの精神科医療機関の援助を十分に受けられず、施設内で苦慮しながら対応しているところもあるようである。社会復帰施設と精神科医療機関との緊密な連携が重要だと思われる。

### 3. フィリピンにおける薬物乱用対策の実態調査

#### ①フィリピンにおける薬物乱用状況とその対策

フィリピンでは日本と同様に

methamphetamine が広範に乱用されており、そのため精神科合併症を持つ薬物乱用者の社会復帰対策にも力を注いでいる。東南アジア諸国では 1990 年代から錠剤型の覚せい剤であるヤバターの乱用が流行しているが、フィリピンでは 1980 年代から methamphetamine の乱用が盛んになり、シャブと呼ばれている。最初は高価だったので比較的富裕な層を中心に乱用が広まり、徐々に廉価になって下の階層にも広まっていった。治療資源は公立・民間の入寮型社会復帰施設が全国で 60 施設以上あり、多くは治療共同体 TC (Therapeutic Community) である。

②フィリピンにおける社会復帰施設の特徴  
治療共同体とは、薬物乱用者が共同生活を行い、自ら施設内の管理・運営に関する仕事を分担して担当しながら共に依存症からの回復を目指す施設である。内部の構造は、「特権」と「罰則」によって維持される「ヒエラルキー」(階級制度)が根幹を成す。入寮者はまず本人の希望や特性によりビジネス(施設内外の広報活動)、ハウス・キーピング、キッチン(調理)などの施設内の仕事によってグループ分けされる。ヒエラルキーの最下位から始まり、仕事の習熟とプログラムの達成によって階級が上がっていく。階級が上がると、仕事に対する責任が増し、自分より階級が下の入寮者の面倒を見るようになる。そのかわり外出や外泊が可能になるなどの「特権」が与えられる。一方施設内でのルール違反には厳しい「罰則」が与えられる。治療共同体ではルール違反は、薬物乱用による歪んだ行動の現われだと解され、罰則を通して改善することに治療的意味があると考えられる。そのため罰

則のことを Behavior Shaping Tool と呼んだり、あるいは「罰則」を通じて自身の内面の問題に「直面する Confrontation」という意味を込めて Confrontation と呼んだりしている。罰則の内容は、問題行動が大きいほど厳しく、軽いほどやさしいものになる。罰則の内容は、違反の程度によってあらかじめ決められているものもあるが、スタッフと先輩の入寮者との話し合いで決められることもある。1日のスケジュールは、朝6時から夜9時頃まで30分から1時間ごとに細かくプログラムが設定されている。全入寮期間は1年から2年で、以下の3つのステージに分けられる。

**Phase I 導入期**：本格的にプログラムや施設内の業務に従事する前の準備を行う期間である。

**Phase II リハビリテーション期**：本格的にプログラムに参加する時期で、施設内の業務にもより責任をもたされる。

**Phase III 社会復帰期**：社会復帰の準備を行う。たとえば週に5日は家に帰り、学校に行ったり、仕事に行ったりする。その間は社会内で NA に参加する。

海外ではこのような治療共同体が薬物乱用者の治療として最も有効な治療資源と考えられている。精神病院や刑務所のなかに治療共同体のスタイルを取り入れているところもある。

フィリピン国内には、このような治療共同体が全国で 60 以上ある。多くの治療共同体が NY にある DAYTOP VILLAGE という有名な治療共同体のスタイルを取り入れている。DAYTOP は特に規律が厳しいことで知られている。たとえばヒエラルキーが厳格なところでは、階級が1段上か1段下

の階級の人としか口を聞いてはいけないというところもある。そのかわり内部の人間関係の混乱などを報告する専用の用紙 Slip と投書箱が用意されている。罰則もミーティング中は壁に向かって座らされるとか立たされるといような軽いものから、紙でできたパネルを首から掛けさせられたり、紙でできた仮面を被せられるという厳しいものもある。また階級が降格され、特権が一時的に制限されることもある。このような罰則の決め方は、アメリカの治療共同体では入寮者全員の民主的な話し合いで決められていることが多いが、フィリピンでは回復者以外の管理者を含めたスタッフと、入寮者のなかでも古参でグループのまとめ役になっているヒエラルキーの上位者で決められることが多い。

AAを出自としている点ではこのような治療共同体はNAと共通だが、現在両者は大きく異なった様相を呈している。たとえば治療共同体の原型の一つであるシナノンは、12ステップの第4ステップを徹底的に訓練することを目的とし、1人の告白者に対し、他のメンバーが激しい言葉をあびせること（verbal attack）により厳格な正直さを追求した<sup>2)</sup>。われわれが視察をした治療共同体でもミーティングの中で入寮者が他の入寮者を激しく罵倒するシーンがみられた。このような治療共同体のスタイルは、12ステップを中心に行っている入寮施設からは「厳しすぎる」「薬物乱用者の自尊心を傷つける」などと批判されている。また「罰則」としてミーティング中にパネルを首から掛けさせたり、仮面を被らされたりすることは、他の治療共同体スタイルの施設からも「70年代のやり方」と批判を受けて

いた。一方治療共同体側はNAを重視しているところとしていないところがあり、自ら施設内で12ステップミーティングをしているところ、外部からNAを招いているところ、全くしていないところとさまざまである。治療共同体とNAの双方の良いところを取り入れている折衷派という立場の施設もあった。

民間の施設の入寮費は月7万円（国民総生産は日本の約1/30である）など、フィリピンの庶民感覚からすると高額なところが多く、それが支払えない場合、比較的費用がかからない国営の社会復帰施設に入寮することになる。視察をしたルソン島とミンダナオ島のNational Bureau of Investigation Treatment and Rehabilitation Centerは、ともに治療共同体スタイルを取っており、入寮者は100人以上と規模が大きい。このような治療共同体では、「特権」と「罰則」で維持されるヒエラルキーが、本来は行動修正を通して薬物乱用からの回復を目指すためのツールなのであるが、むしろ集団を規律正しくコントロールする意味合いが強くなっているように感じられた。例えば脱走を試みる者がでたら、逃走防止のため同じグループの入寮者全員を1週間裸足で過ごさせるなどという「罰則」が行われていた。スタッフと一緒にドミトリーに入ると、入寮者は一糸乱れず整列しており、一斉に挨拶をした。国営の社会復帰施設では人数が多いため、個別に配慮することが難しく、精神科の合併症者は多くは受け入れられないとのことであった。

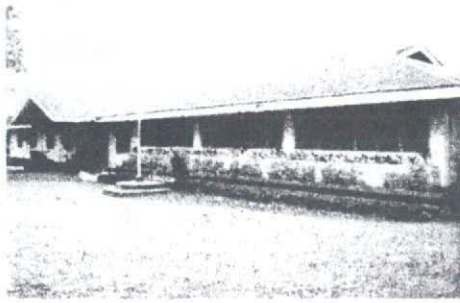


図1 NATIONAL BUREAU OF INVESTIGATION NORTH EASTERN MINDANAO REGIONAL OFFICE TREATMENT AND REHABILITATION CENTER

一方民間の治療共同体は入寮者が30人以下の少人数であることが多い。比較的富裕層の子弟から高額の入寮費を取っているからか、ヒエラルキーは国営の治療共同体ほど厳しくないところが多いようだ。入寮者ものびのびとしている様子が見られた。それでも精神科合併症を持つ入寮者は2割までに抑えないとプログラム自体が成り立たなくなるとのことであった。

民間の施設には薬物乱用の回復者のみで運営されている施設もあるが、国営の施設や民間の施設の多くは回復者以外のスタッフ（精神科医師など）がトップに立ち、それに臨床心理士やPSWなどの専門職がスタッフとして加わって、ヒエラルキーの外から全体を支えるような形で関与している。



図2 GLORIOUS TURNING POINT OF THE PHILIPPINES, INC. CHEMICAL DEPENDENCY RECOVERY CENTER

### ③精神科合併症をもつ薬物乱用者のための修正型治療共同体

精神科の合併症を持つ薬物乱用者を比較的多く受け入れ、かつ治療共同体のプログラムを修正してうまく適用している施設を紹介する。マニラの近郊にある **Roads and Bridges to Recovery** という治療施設である。3階建てのビルで、1階が **Metro Psych Facility** という60床の精神病院、2階が **Roads and Bridges to Recovery** という50床の治療共同体、3階がオフィスになっている。処方薬の管理は1階の精神病院で行い、服薬時には1階の看護師が2階の治療共同体に薬を持って行って服薬させる。また治療共同体の入寮者で症状が不安定になった場合は下の精神病院に移して治療を行うことが出来る。スタッフは精神科医師4名（常勤3名、非常勤1名）、看護師3名、臨床心理士4名、PSW2名、回復者カウンセラー7名などで構成されている（うち精神科医師と臨床心理士、PSWは1階の精神病院と兼任である）。入寮者における精神科合併症を持つ者の実態を以下に記す。2000年の1月にスタートし、2004年の12月までに260人の入寮者を経験した。そのうち204人

(78.5%)がmethamphetamineの乱用者であった。また入寮者の184人(70.8%)が精神科合併症を持っていた。内訳は抑うつ症状が43人(16.5%)、人格障害が38人(14.6%)、双極性障害が32人(12.3%)、中毒性精神病が30人(11.5%)、統合失調症が29人(11.2%)などである。このうち幻覚妄想などの精神病症状が問題となると思われる中毒性精神病と統合失調症を合わせると全体の22.7%になる。治療共同体プログラムを精神科の合併症を持つ入寮者に用いるにあたっての工夫として以下の4つをあげている。

#### 1. 専門医療チームの関与

従来は回復者だけで構成される治療共同体の構造に、精神疾患に理解のある精神科医師、看護師などを加えることによって、問題点を多角的に把握することができる。例えばプログラムをうまくこなせないことが行動の問題であるのか、あるいは合併精神障害や服薬が過剰で動けないなどの問題があるのかなどの判断が可能となる。

#### 2. 専門スタッフが主導するグループ・個別ミーティング

精神疾患の教育的プログラムや病気毎の対処行動の学習などが可能となる。

#### 3. より個別的な作業

治療共同体の重要な構成要素である施設内の管理業務は、精神科の合併症をもつ入寮者には十分に勤まらず、配慮しないとヒエラルキーが下位のままずっと上がって行けないことが起こりうる。能力に合わせた個別的な作業を工夫する必要がある。

#### 4. 個別カウンセリングの重視

時にはグループ・セッションから外して、その間個別にカウンセリングを行う。

プログラムを達成して卒寮する者の割合

は、12ヶ月のプログラムを達成した者が全体の24.2%、さらに専門のプログラムを6ヶ月間終了した者が全体の5.2%で、途中で脱落した者が全体の70.6%である。自発的な入寮では、長期間で厳格な治療共同体から離脱してしまうことも多いことがわかる。再発率は、プログラムを終了した群で2割、途中で脱落した群で5割で、かなり優秀な成果をあげていると思われる。

#### D. 考察

DARCの調査を通じて、調査時点では入寮者の約半数が何らかの精神科治療を受けていることが判明した。ただし、薬物乱用者は抗うつ薬、抗不安薬、睡眠薬などの処方が必要以上に長く、漫然と投与されていることも多いので、これがそのまま精神科のintensiveな治療を必要とする群とは考えられない。幻聴が残存するもの、妄想が取れないもの等、精神科医療との緊密な関わりを要するケースはもう少し少ないと思われる。しかしこのような入寮者は少人数でも施設内を大きく混乱させることが考えられる。スタッフに妄想を持ち暴力をふるうような入寮者に対しては、スタッフがほとんど捨て身で対応しているという印象を受けた。処方薬の調整、入院など、精神科医療が速やかに援助できる態勢があることが望ましい。次に処方薬の管理について検討する。薬物乱用者は精神的・肉体的な些細な問題でもすべて薬で解決しようとする傾向が強い。そのため精神病院内でも、入院患者の頻繁な鎮痛薬・睡眠薬の要求がみられる。病院では薬は厳重に管理され、看護師が医師の指示のもとで服薬回数を厳格に

制限できる。これが DARC のような民間施設では、処方薬の管理を厳格に行いすぎると、スタッフと入寮者の間の緊張感が強まり、穏やかな環境の維持が困難になるのではないかと推察された。また今回の調査結果には現れなかったが、精神科医療施設でも時々起こる誤薬（ある人の薬を間違えて他の人にのませてしまうこと）の問題がある。これも専門医療スタッフに速やかに相談できる態勢があることが望ましい。精神科医療機関と社会復帰施設の連携が重要になってくると思われる。

フィリピンの社会復帰施設を見ると、本来自助的組織である治療共同体に、精神科医師など薬物乱用からの回復者以外の者がトップに立って管理・運営しているところがみられる。これはわが国同様 *methamphetamine* の乱用が多く、精神科合併症が多いため、どうしても精神科医師などが主導的な立場でリードしていく必要性があったからではないかと推察される。また欧米の治療共同体では「罰則」を決める際に、全入寮者の合議制で決めることが多いが、フィリピンの施設では、スタッフとヒエラルキーの上位のものだけで決められていることが多い。これもわが国に治療共同体を導入するうえで重要なキーポイントだと思われる。欧米人のように個人主義が発達しており、議論に慣れていて、集団の決定にある程度感情に流されずに従えるような強固な *identity* があれば良いが、現在の日本人にはルール違反を犯した入寮者に、日ごろの感情を抑えて本人に与える「罰則」を考えたり、また「罰則」をあとになんのしこりもなく受け入れることは困難であると思われる。権威とされているところから

「罰則」を下される方式は、権威者（スタッフ）への不満は高まるが、内部入所者の結束を悪化させないため、まだ良いのではないか。あえて階級が上位のものだけで「罰則」を決めているフィリピンの治療共同体に学びたい点である。欧米の治療共同体がなんでも自分で責任を取れる大人の *Brother* 同士の関係を目指しているとしたら、アジア諸国で治療共同体を目指す場合、ある程度欠陥を補えあえる *Father* も *Mother* も *Brother* も *Sister* もいる *Family* という関係を作るほうが安定し、その後の社会復帰もスムーズだと思われる。

諸外国で顕著に発展している薬物乱用者のための治療共同体をわが国に導入しようとする動きが最近活発であり、我々の意見も同じである。わが国に合わせた修正としては、精神科合併症を持つ薬物乱用者に対応できるように精神科医療施設と緊密な連携ができる環境であること、精神科医師・臨床心理士などの専門職が加わっていること、そして症状の個別性に配慮できるように少人数から始めること、治療共同体スタイルは少しずつ修正を加えながら導入すること、*Brother* 同士の関係よりも、*Family* のような関係を構築した方が組織が安定することなどであろう。現在の精神保健行政のもとでは、精神障害者生活訓練施設（援護寮）の形態をとることが考えられる。

#### E. 結論

精神科合併症をもつ薬物乱用者に対応するために、社会復帰施設と精神科医療施設との連携が今後ますます重要になってくると思われる。

わが国に公的な社会復帰施設を作るには、

入寮者の精神科合併症に対応できるように、精神科医療施設と緊密な連携ができる環境であること、精神科医師・臨床心理士などの専門職が加わっていること、そして治療共同体スタイルは少しずつ修正を加えつつ、Familyのような関係を構築しながら導入する必要があると考える。わが国では薬物関連精神疾患を専門にみる病院は国公立の限られた施設になるため、まずここに併設することが現実的な方策だろうと考える。

#### F. 研究発表

なし

#### G. 知的所有権の取得状況

なし

#### 参考文献

1. 小沼杏坪：全国の精神科医療モニター施設を対象とする依存性薬物情報システムに報告された事例のうち、覚せい剤乱用事例における精神医学的および社会学的慢性影響についての実証的研究。厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業平成15年度研究報告書，2004。
2. 永野潔：F. 環境療法（治療共同体での治療）。薬物依存症ハンドブック（福井進・小沼杏坪編）；172-187，金剛出版，1996。

別紙 1

質問票

1. 現在の入所者数は何人ですか？  
男性 名、女性 名、計 名
2. その中で現在精神科に通院している人は何人ですか？  
男性 名、女性 名、計 名
3. 現在精神科の薬を服用している人は何人ですか？  
男性 名、女性 名、計 名
4. 精神科を受診している人の病状はなんですか？（推定でも構いません。複数回答可）  
うつ状態 名  
幻覚妄想 名  
強い衝動性 名  
その他 名
5. 職員は何人ですか？  
男性 名、女性 名、計 名
6. 治療に関して協力関係にある施設（比較的容易に入院や通院を受けてくれる病院や診療所）はありますか？適当なものに○を付けてください。（複数回答可）  
①精神病院      ②総合病院精神科      ③精神科クリニック  
④一般病院      ⑤保健所・精神保健センター      ⑥なし

差し支えなければ施設名を教えてください。

---

---

---

7. 入所者の精神症状で以下のようなことで対応に困ったことがありましたら、該当するものに○をつけてください。（複数回答可）
  1. 自殺企図      2. 妄想に基づく暴力行為      3. 大量服薬
  4. 鎮痛薬・睡眠薬などの要求が多い。      5. 処方薬を飲みたがらない。
  6. 無理な退院要求      7. 食事を食べない。      8. 手首を切る。
  9. 夜眠らずに徘徊する。      10. 奇声をあげる。
  11. 自殺をほのめかす。      12. いざという時の入院先、受診先がない



13. 日中寝てばかりで活動しない。
14. 過食・嘔吐がみられる。
15. ミーティング中に妄想の話をする。
16. 一人で笑っている。
17. ブツブツと独語をしている。
18. 喧嘩っ早い。
19. 処方薬が多すぎてフラフラしている。
20. ろれつが回らない。
21. けいれん発作をおこす。
22. 水分をとりすぎる。
23. 原因不明の突然死
24. 無断で施設を出て行く。
25. 物忘れが激しい。
26. 他の入所者と交流できない。
27. 他の入所者の薬を飲ませてしまったことがある。
28. 他人に自分の処方薬を渡す。
29. その他 なにかありましたら以下にお書きください。

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

7. 上記のような問題に対してどのような対応をしていますか？

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

ご協力ありがとうございました。  
今後ともよろしく申し上げます。

別紙 2

Questionnaire

1. How many inmates are there now?

Male	_____	Female	_____	Total	_____
Age classification		10's	_____		
		20's	_____		
		30's	_____		
		40's	_____		
		more than 50's	_____		
average	_____	years old			

2. What kind of drug is popular?

Methamphetamine, MDMA (Ecstasy), Heroine, Marihuana,  
Organic Solvents, or Others

No.1 \_\_\_\_\_  
No.2 \_\_\_\_\_  
No.3 \_\_\_\_\_  
No.4 \_\_\_\_\_  
No.5 \_\_\_\_\_

3. The number who takes psychiatric medicine?

Male	_____	Female	_____	Total	_____
------	-------	--------	-------	-------	-------

4. What kind of psychotic symptom?

Hallucination \_\_\_\_\_  
Paranoia \_\_\_\_\_  
Depression \_\_\_\_\_  
Eating disorder \_\_\_\_\_  
Personality disorder \_\_\_\_\_

5. Do you have any hospitals or clinic which supply psychiatric care of your inmates in case of emergency?

Yes it is 1. Mental hospital 2. Clinic 3. General hospital  
4. University hospital

No

If Yes, Could you tell me the name of hospital or clinic?

---

---

6. The number of stuff?

Male \_\_\_\_\_ Female \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_

And they are

Medical doctor	_____
Nurse	_____
Clinical Psychologist	_____
Occupational therapist	_____
Ex-addict counselour	_____
Social woker	_____
Security agent	_____
Others	_____

7. Could you accept our visit?

Yes

No

8. If it is possible, please tell me your E-mail address

---

Thank you very much for your cooperation!

## 社会復帰施設の研究 — 更生保護行政主導型 —

分担研究者 岡田和也 水戸保護観察所

### 研究要旨

薬物乱用問題に悩むアジア諸国を対象に、「アジア地域における薬物乱用の動向と効果的な薬物乱用者処遇対策」に関する調査研究の資料提供を受け、香港、韓国、マレーシア、シンガポール及びタイの5か国・地域における薬物乱用者処遇対策における社会復帰施設に関する研究を行った。

アジア諸国の薬物乱用者施策を見ると、刑事司法手続の初期段階から、薬物乱用者と規制薬物供給側の者が分離されており、薬物乱用者に対しては「処遇優先の原則」に基づき、強制的処遇が実施されていた。強制的処遇を担う施設としては、薬物嗜癖治療センター（香港）、治療監護所（韓国）、薬物更生センター（マレーシア）、薬物乱用者更生センター（シンガポール）、薬物乱用者更生センター等の公的機関（タイ）があり、自発的処遇を担う施設としては、更生保護施設が該当した。また、施設内処遇と社会内処遇が有機的に連携されていた。

これらアジア諸国の制度を参考にした場合、我が国においても、薬物乱用者に対して処遇優先の原則にもとづく強制的処遇制度を導入することが有効であり、この制度を担う施設として、施設内処遇としては薬物乱用者専門刑務所（薬物乱用者処遇センター）が、社会内処遇としては専門の更生保護施設が適用可能であり、この両者が有機的に連携することが望まれる。

### A. 研究目的

薬物乱用は、個人の心身に害悪を与えるだけでなく、社会全体に極めて大きな影響を与える問題として、刑事司法分野における最も深刻な問題の一つとされている。我が国の刑事司法手続の中では、薬物乱用者は薬物密売人等不法取引者と同様「薬物犯罪者」として、刑事裁判所の公判を経て、大半は執行猶予又は実刑に処せられる。覚せい剤取締法違反を例

にとると、約 99.9%が有罪となり、そのうち実刑が約 54%、単純執行猶予が約 41%、保護観察付き執行猶予が約 5%となっている（平成 16 年版「犯罪白書」による。）。実刑になった者の大半は、矯正施設内で薬物乱用防止教育を受けており、また保護観察付き執行猶予又は仮出獄が認められた者の場合は、保護観察期間中は指導監督の機会が得られる。ところが、残り 4 割強の者は刑事司法機関等による

指導監督が付されないことになる。

ところで、薬物乱用者を治療又は処遇する施設は、①医療・精神保健福祉関連施設、②矯正施設、③社会内施設に大別できるが、我が国の薬物乱用者対策は、医療・保健福祉政策と刑事政策がそれぞれ独立しており、①と②・③の施設が、一つにつながっていないことが指摘されよう。①及び②に関しては、他研究に譲るとして、本研究では③に焦点を当て、社会復帰を目指した豊富な施設を有するアジア諸国における社会復帰施設、特に、これまであまり研究されることのなかった社会内処遇関連施設にも研究を広げることにより、今後我が国の薬物乱用者処遇の在り方を検討することを目的とする。

## B. 研究方法

法務省では平成15年から16年にかけて、国連アジア極東犯罪防止研修所（アジア研）と法務総合研究所研究部が共同で、薬物乱用問題に悩むアジア諸国を対象に、「アジア地域における薬物乱用の動向と効果的な薬物乱用者処遇対策」に関する調査研究を実施した。本研究は、アジア研から調査結果の資料提供を受け、そのうち社会復帰施設に関する部分をまとめたものである。対象国・地域は、香港、韓国、マレーシア、シンガポール及びタイの5か国・地域である。

なお、本研究題目は「更生保護行政主導型」としているが、国・地域によって所管官庁等が異なり、厳密に更生保護行政のみを区別することは困難なので、矯正施設型の社会復帰施設もあわせて対象としている。

## C. 研究結果

### 1 全般的特徴

これら国・地域においては、規制薬物供給者に対しては、極めて厳しい処罰で臨んでおり、香港では法定刑の上限は無期徒刑で、その他4国ではいずれも死刑となっている。一方薬物乱用者（特に薬物使用歴が浅い者）に対しては、処罰よりも治療・処遇を重視した処遇（処遇優先の原則）が実施されている。この処遇は大別して、「強制的処遇」と「自発的処遇」に分けられる。前者は、本人の意思にかかわらず行政機関又は裁判所の命令により、施設内又は社会内施設等で、強制的に専門的処遇を受けさせる制度である。

以下、各国・地域ごとに、強制的処遇施設及び自発的処遇施設を挙げる。

### 2 香港

強制的処遇施設として、保安部矯正局所管の薬物嗜癖治療センター（Drug Addiction Treatment Center : DATC）が3施設ある。ここでの処遇は、2か月以上12か月未満の不定期とされ、釈放後は1年間の社会内法定監督期間が義務付けられている。

社会内の自発的処遇施設としては、居住施設型の集中的処遇施設、更生保護施設（Halfway House）などが挙げられる。これら民間居住型施設は、社会福祉局が開設許可権限を有しており、同局又は保健局から助成を受けている。また、DATCと同様に、継続的処遇の考え方をベースにしていることが特徴である。

### 3 韓国

強制的処遇施設として、法務部保護局所管の治療監護所が1施設ある。ここでの処遇は6か月間とされ、治療監護の執行終了後、懲役刑執行のために教導所(刑務所を指す。)に移送されるが、治療監護期間は刑期に算入される。

社会内処遇としては、薬物療法センター出頭命令があり、刑の執行猶予を受けた場合に、保護観察と合わせて又は独立して受ける処分である。

### 4 マレーシア

強制的処遇施設として、内務省薬物対策庁所管の薬物更生センター(Drug Rehabilitation Center)が28施設ある。ここでの処遇は2年間とされ、釈放後は、2年間の社会内処遇を受けることとなっている。

社会内処遇としては、薬物対策庁の地方事務所に設置された薬物乱用相談センターがある。

### 5 シンガポール

強制的処遇施設として、内務省矯正局及び中央麻薬統制局所管の薬物乱用者更生センター(Drug Rehabilitation Center)が5施設ある。ここでの処遇は6か月ごとの延長を重ねて最長3年間とされ、釈放後は、2年間の社会内処遇を受けることとなっている。

自発的処遇施設としては、更生保護施設(Halfway House)が挙げられる。ここでは、治療共同体(Therapeutic Community: TC)モデルを用いた処遇が展開されており、再犯率等に関する詳細

な評価報告が行われている。

### 6 タイ

強制的処遇制度は4種類の処遇コースに分けられる。施設内処遇は集中的処遇と通常処遇に、社会内処遇は薬物依存者用と薬物乱用者用に分けられている。強制的処遇施設として、法務省保護局所管の薬物乱用者更生センター(Drug Rehabilitation Center)、医療センター、青少年観察保護センター、地方自治体の施設、陸海空軍の施設など合計41施設あり、保護観察官の調査報告書をもとに、最もふさわしい施設が選定されている。ここでの処遇は6か月ごとの延長を重ねて最長3年間とされる。

自発的処遇施設としては、公的薬物乱用者処遇施設が846施設あり、保護司や地域社会のボランティアによってサポートされている。

### D. 考察

1 以上のとおり、アジア諸国の薬物乱用者に対する施策を見ると、①刑事司法手続の初期段階から、薬物乱用者と規制薬物供給側が分離されており、薬物乱用者に対しては、「処遇優先の原則」に基づき強制的処遇が実施されていること、②施設内処遇と社会内処遇が有機的に連携されていること、③強制的処遇施設及び自発的処遇施設といった、社会復帰を目指した豊富な施設が存在することなどの特徴が挙げられる。

2 これらアジア諸国の制度を、そのまま我が国に導入することは慎重を要する。なぜなら、社会問題とされている規制薬

物の種類が国により違い、また社会的・文化的背景が異なっているからである。しかし薬物乱用者に対して、「処遇優先の原則」をもとに、強制的処遇制度を導入することは可能であろう。それを担う施設として、我が国に適用可能性が高いものでは、薬物乱用者専門刑務所（薬物乱用者処遇センター）の新設と更生保護施設の活用が指摘できよう。

3 薬物乱用者専門刑務所（薬物乱用者処遇センター）については、小柳（2004）の指摘のとおりであり、これを強制的処遇施設に位置付けることが期待される。更生保護施設は、更生保護事業法（平成7年法律第86号）上、国及び地方公共団体又は法務大臣の認可を受けて更生保護事業を営む者（更生保護法人等）が設置できるものとなっているが、全国にある101の施設は、すべて更生保護法人によって運営されている。このことに関連して矯正保護審議会（平成12年11月28日）は、「更生保護事業は、刑事政策的観点から必要なものであり、国もその責務を十全に果たすことが重要である。加えて、近時、累犯者、薬物依存者等処遇に特段の配慮や専門性を必要とし、民間の施設では対応が著しく困難とされるものが増加していること、（中略）などにも対応するためにも、専門的処遇に関する調査研究及び更生保護施設職員の研修の機能をも備えた更生保護センター（仮称）の設置についても、将来的には検討することが望まれる。」と提言している。これを実現するとすれば、薬物乱用者処遇施設としての、更生保護施設の設置も検討できると考えられよう。そして、施設内処遇

としての薬物乱用者専門刑務所（薬物乱用者処遇センター）と、社会内処遇としての更生保護施設が、有機的に連携することが望まれよう。

#### E. 結論

- 1 薬物乱用者処遇として我が国でも、処遇優先の原則にもとづく強制的処遇制度を導入することが有効である。
- 2 強制的処遇を担う施設として、施設内処遇として薬物乱用者専門刑務所（薬物乱用者処遇センター）が、社会内処遇として専門の更生保護施設が適用可能であり、この両者が有機的に連携することが望まれる。

#### F. 参考文献

- \* 小柳 武（2004）「矯正施設における覚せい剤受刑者の処遇と関係機関の連携」、平成15年度本報告書
- \* 矯正保護審議会「21世紀における矯正運営及び更生保護の在り方についての提言」（平成12年11月28日）
- \* 国連アジア極東犯罪防止研修所、未公開資料
- \* 染田 恵・寺山堅志・桑山龍次（2004）「アジア地域における薬物乱用の動向と効果的な薬物乱用者処遇対策に関する調査・研究について」、『刑政』、第1346～1348号 法務省法務総合研究所（編）（2004）「平成16年版犯罪白書」

## 薬物需用削減対策を計画するための調査体系

分担研究者 小林崇則  
千葉県健康福祉部薬務課

### 研究要旨

昨年度の本研究では、薬物乱用者に関するこれまでの状況を統計資料等で概観し、覚せい剤乱用者の再犯率が高いこと、麻薬中毒者及び大麻中毒者の通報件数が少ないことなどを確認した。

本年度は、薬物需用削減対策計画のための基礎資料を作成するための調査体制が整ったときに備えて、調査表を作成することを目的とした。

調査様式については、現在までに他の機関で調査された内容を参考にしつつ、新たに、薬物に関する情報源の入手先などについても調査項目として、薬物乱用者を対象にした調査表を作成した。

### A 研究目的

これまでに薬物乱用防止対策事業の中では種々調査が行われているが、それぞれの機関がそれぞれに関係する対象者に対して調査したものであり、関係機関が同一の様式で調査したものはないように思われる。

そこで、関係機関全体で共通の様式により調査を実施し、薬物乱用防止対策事業の資料とすることを目的とした。

### B 研究方法

これまでに、薬物乱用者に対する調査は、厚生労働省依存性薬物情報研究班が昭和 61 年から継続的に調査を実施している。また今年度の 9 月から 10 月にかけて国立精神・神経センターが厚生労働科学研究において詳細に調査している。

また、千葉県警察本部では、平成 8 年から平成 15 年までに覚せい剤取締法違反で検挙された少年を対象に調査を実施している。その他に文部科学省が平成 9 年度と 12 年度に児童生徒を対象に行っている。また平成 15 年度と 16 年度に千葉県内の健康福祉センター（保健所）においても講習会の受講者に対し、調査を行っている。

財団法人麻薬・覚せい剤乱用防止センターでは、全国各地でキャラバンカー見学者等を対象に調査を実施している。

これらの調査内容を参考に、本事業の目的に沿った調査内容を検討し、関係各機関の誰もが容易に記入できる調査表を作成することとした。

これら



### C 研究結果及び考察

これまでに薬物乱用対策事業のためのアンケート調査は、各々の機関で独自に実施されている。

文部科学省では、児童生徒を対象に平成9年及び平成12年に同じ内容で調査し、意識の変化等も含めて調査を実施している。児童生徒の90%は、薬物の有害性、危険性に対する認識が、上級の学年になるに従い高くなるが、逆に「どのような理由であれ、絶対に使うべきではないし、許されることではない」と回答した比率が男子において低くなる傾向があることなどが公表されている。また、教師の指導にかかわる協力者として警察職員が頼りにされていることも調査結果に出ている。

昨年度、千葉県内の保健所において薬物乱用防止教室の講習会において実施された調査結果では、「他人に迷惑をかけなければ薬物を使うのは個人の自由」という認識が講習会の前では12%であったものが、講習会後は0%に改められたことなどが報告されている。

16年度は一般成人に対して薬物に対する認識度の調査が行われているが、調査結果は、まだ公表されていない。

一方、薬物の使用経験のある人に対する調査は、医療機関では、昭和61年から依存性薬物情報研究班（事務局：下総精神医療センター）により、また今年度は厚生労働科学研究「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」（事務局：国立精神・神経精神保健研究所）で9月から10月にかけて調査

が実施されている。

依存性薬物情報研究班の調査では、18年間にわたり調査が続けられていることから、この間の薬物事情の変化も含め、たいへん貴重な調査結果が出されている。

薬物ごとの使用年齢や、覚せい剤の使用方法が注射から吸入へ変化しつつあること、及び学歴や職業と乱用者の関係などが調査結果として公表されている。

厚生労働科学研究では、細部にわたる調査内容を選択式で行っている。例えば、職業については34項目に分け、配偶者についても8項目に、使用薬物についても12項目でしかもその使用期間等についても1つの表にまとめられている。

また「使用する動機となった人」についても14項目に、また薬物乱用者の性格特性についても12項目にわたりそれぞれ詳細に調査している。

さらに、千葉県警察本部の調査では、8年間にわたり覚せい剤取締法違反で検挙された少年382人に対し調査を実施し、乱用をはじめた動機や年齢等について報告されている。

財団法人麻薬・覚せい剤乱用防止センターは、平成14年度にキャラバンカーの見学者等と各都道府県の薬物乱用防止指導員地区協議会の状況等についての調査を実施している。

これらを参考に、各関係機関で薬物乱用者を対象とした調査を実施するため、可能な限り選択式とし、だれでもが容易に記入できる内容を検討した。今回は、職業、家族関係、薬物の使用状況などの項目については、従来調査表を参考に

した。また、今回は対象とする薬物は、現在規制の対象となっている薬物とし、薬物乱用防止対策推進本部が作成した薬物乱用防止新五カ年戦略の柱の一つである普及啓発事業の効果も知りたいため、薬物に関する情報源などについての項目を設けた調査票案を表1に示す。

#### D 結論

現在薬物乱用者を対象とした調査は、医療機関での調査と千葉県警察本部が実施した少年の覚せい剤乱用者を対象

とした調査が貴重なものとなっている。

このため、取締機関で規制薬物全般にわたり成人も含めた調査を実施すれば、さらに貴重な資料となることが期待できる。

しかし、警察等の取締機関では、調査内容の報告段階において関係機関の守秘義務があるため、報告が困難となることが懸念される。

今後は、このことが解決でき関係機関で円滑な調査体系が構築され、早期に調査が実施できることを願うものである。

表 1

薬物中毒者調査表 (案)

平成 年 月 日

- 1 生年月 昭和・平成 年 月
- 2 性別 ①男 ②女
- 3 住所地 (都道府県名) \_\_\_\_\_
- 4 学 歴  
 ①中学校卒 ②高等学校卒 ③高等学校中退 ④各種学校卒  
 ⑤短大卒 ⑥大学卒 ⑦大学中退 ⑧その他 ( )
- 5 職 業 \_\_\_\_\_ (詳細に記載してください。)
- 6 家族関係等  
 ①父 (同居・別居・死別) ②母 (同居・別居・死別)  
 ③配偶者 (有・無・死別) ④兄弟 \_\_\_\_\_人 ⑤子供 \_\_\_\_\_人
- 7 乱用薬物の入手先  
 ①友人 ②売人 ③家族 ④知人 ⑤恋人 (愛人) ⑥医療機関  
 ⑦薬局 ⑧その他 ( )
- 8 現在の乱用薬物 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃から使用 )  
 ①覚せい剤 ②有機溶剤 ③向精神薬 ④大麻 ⑤モルヒネ  
 ⑥ヘロイン ⑦コカイン ⑧MDMA ⑨その他 ( )
- 使用の頻度 ①1日 回 ②週 回 ③月 回 ④年 回
- 使用方法 ①経口 ②静注 ③皮下注 ④吸入 ⑤点鼻 ⑥その他 ( )
- 9 過去の乱用薬物 (該当する薬物に○をつけ、その使用期間を記入してください。)
- |        |     |   |     |   |       |
|--------|-----|---|-----|---|-------|
| ①覚せい剤  | (   | 年 | 月から | 年 | 月頃まで) |
| ②有機溶剤  | (   | 年 | 月から | 年 | 月頃まで) |
| ③向精神薬  | (   | 年 | 月から | 年 | 月頃まで) |
| ④大麻    | (   | 年 | 月から | 年 | 月頃まで) |
| ⑤モルヒネ  | (   | 年 | 月から | 年 | 月頃まで) |
| ⑥ヘロイン  | (   | 年 | 月から | 年 | 月頃まで) |
| ⑦コカイン  | (   | 年 | 月から | 年 | 月頃まで) |
| ⑧MDMA  | (   | 年 | 月から | 年 | 月頃まで) |
| ⑨その他 ( | ) ( | 年 | 月から | 年 | 月頃まで) |

- 10 初めて使用した薬物は？  
 ①覚せい剤 ②有機溶剤 ③向精神薬 ④大麻 ⑤モルヒネ  
 ⑥ヘロイン ⑦コカイン ⑧MDMA ⑨その他（ ）
- 11 規制薬物の中毒による治療経験 ①ある（ 回） ②なし
- 12 規制薬物による検挙 ①ある（ 回） ②なし
- 13 その他の犯罪による検挙 ①ある（ 回） ②なし
- 14 規制薬物を使用した動機  
 ①好奇心 ②疲労感をなくすため ③性的な効果を求めて  
 ④友人に誘われたから ⑤やせたかった ⑥痛みを除きたかった  
 ⑦かっこいいと思った ⑧その他（ ）
- 15 規制薬物を使用することに誘った人  
 ①友人 ②恋人（愛人） ③知人 ④配偶者 ⑤密売人 ⑥医師  
 ⑦薬剤師 ⑧自分から ⑨その他（ ）
- 16 学校などで「薬物に関する講習会」等を聞いたことがあるか  
 ①ある ②ない
- 17 規制薬物の危険性を知っているか  
 ①よく知っている ②知っている ③よくわからない ④まったくわからない
- 18 規制薬物の知識をどのように得たのか  
 ①友人 ②恋人（愛人） ③知人 ④配偶者 ⑤医師 ⑥薬剤師  
 ⑦学校の先生 ⑧本を読んで ⑨インターネット ⑩その他（ ）
- 19 今後は、規制薬物の使用を止めたいと思うか  
 ①絶対に止めたい ②やめたい ③できればやめたい ④わからない  
 ⑤止めたいと思わない
- 20 過去に薬物をやめたいと考えたことがあったか。  
 ①あった（ 回ぐらい） ②ない

「①あった」と答えた人は、次の問に答えてください。  
 やめたいと考えたとき、相談した人は。

- ①友人 ②家族 ③警察 ④精神保健センター ⑤病院  
 ⑥保健所 ⑦ダルク ⑧その他（ ）
- 21 薬物相談を受けることができる機関として知っている機関  
 ①警察 ②少年センター ③精神保健センター ④病院  
 ⑤保健所 ⑥ダルク ⑦その他（ ）