

プログラムを行っている。認知行動療法、教育的プログラム、SSTなどを行っており、12ステップは行っていない。回復者カウンセラーはいない。

通所者のほとんどが methamphetamine の乱用者で、他はコカインの乱用者である。急性期の精神病はよく見られるし、慢性の精神病の場合、幻聴が2年も続くことがある。DSMの診断基準では、1ヶ月以上精神病が続く場合は統合失調症に分類されるはずだが、彼らの臨床経験からも幻覚妄想が長期に持続する薬物精神病はあるということだった。ただ注射とあぶりを比べると、注射のほうが、精神病に限らずすべての self damage を大きくするので、ハームリダクションとして、使用をやめられない人には注射をやめてあぶりにするよう勧めるというようなことをしている。

また TC については以下のような意見が聞かれた。昔の TC のような激しい Verbal Attack を浴びせる手法は、最近では行われなくなっている。あまり厳しくすると中途脱落者が増えるのでよくない。人間関係のスキルを習ったりするからいいところもあるが、TC を出たらまたもとに戻ってしまうこともある、ということであった。

考察

アメリカ合衆国カリフォルニア州サンフランシスコ市の薬物乱用者の社会復帰施設を視察し、意見交換をして得られた知見を以下にまとめる。

① TC について

今回視察した施設では伝統的な TC に見られる厳しい階級構造（ヒエラルキー）はなく、家族的で friendly な関係が作られて

いた。特権と罰則もあるが、初期の TC で行われているようなプラカードを首からぶら下げて立たせるような屈辱的なものはなく、ベンチに座らせたり、外出を制限するなど、比較的軽微と思われるものであった。Verbal Attack も行われていなかった。全体的に TC のスタイルから厳しさがなくなった理由として、以下の2点が考えられる。1つはあまり厳しくすると中途脱落者が増えてしまうということ。もう1点は、精神科合併症（Dual Diagnosis）の知識が普及したため、薬物乱用者のなかで精神症状を持つ者が多いことが認識され、厳しすぎる方法が、本人の持つ症状にはそぐわないと判断されてきたからだと思われる。どこの施設でも精神科合併症を持つ者が多く、少ないところで3~4割、多いところでは9割である。これはわが国における薬物乱用状況と同じである。最近になって精神科の合併症が増えてきたわけではなく、知識の普及により今まで見過ごされてきていたのが、明らかになってきたのだろう。それにともない初期の TC の厳格な方式が見直されてきているのだと思われる。ただそうすると TC と DARC のような民間の自助的入寮施設との差は少なくなってくる。スタッフに精神科医師や臨床心理士のような専門職を置き、認知行動療法などの心理社会的治療を導入するかどうかということになるだろう。わが国にはすでに DARC があり、絶対数が足りないという問題があるものの、精神症状の少ない薬物乱用者には十分な援助を与えられると考えられる。わが国に TC のような社会復帰施設を作るとしたら、精神科合併症を持つ乱用者の入寮に特化した施設を作るべきだと考える。

② methamphetamine と他の依存性薬物の違い

methamphetamine が他の薬物に比べて、乱用者に精神病などの深刻な合併症を起しやすいということは全ての施設で共通な理解を得られた。そこで UCSF S.T.O.P. のように中枢刺激薬依存症の専門プログラムを行っている施設もあるし、また精神科合併症を持つ者としてまとめて、Dual Diagnosis 専門のミーティングを行っている施設もある。

③ 12 ステップの位置づけ

12 ステップは多くの施設で行われていない。入寮施設の場合は、内部ではやっていないが、退寮の際に NA に行くよう勧めるというように消極的に認めているくらいである。12 ステップの効果を認めているというよりは、退寮者が社会の中で孤立しないようにという配慮と思われた。ただ最近中枢刺激薬依存の回復プログラムとして注目されているマトリックスには、12 ステップの要素も多く含まれているため、アメリカの薬物依存の臨床の中で、12 ステップがまったく軽視されているわけではないようだ。視察した施設をみるかぎりでは、認知行動療法のほうがより普及していると思われた。また本人の適性にあわせていろいろ試してみるとか、治療の種類よりも治療を継続した期間の方が重要だという意見も聞かれた。

④ 回復者カウンセラーと専門スタッフの役割の違い

全く自助的に運営されている施設はなく、精神科医師などの専門職により運営され、臨床心理士など多くの専門職が配置されているところが多い。これは 12 ステップ以外

の心理社会的治療に重点が置かれていることによると思われる。一部の施設には回復者カウンセラーもいる。

③④については十分に把握しきれない部分が多かったため、今後も引き続き検討課題とする。

⑤ 覚せい剤精神病の疾患概念について

実際に methamphetamine の乱用者に関わる施設のスタッフの感覚では、幻覚妄想が長期に持続する精神病の存在を認めており、DSM-IV の診断基準が現状にそぐわないことを認めていた。

以上のような知見を踏まえ、主に慢性の精神病症状を持つ薬物乱用者のための社会復帰施設の特徴を以下に構想する。

1. 施設の特徴

入寮者は規則的な服薬が必要である。服薬管理など医学的管理が必要とされるため、乱用者以外の専門スタッフを置く必要がある。また病状が悪化した際にすぐに対処できるように、精神病院との緊密な連携ができることが重要である。施設を出たあとの目標は、家庭復帰あるいは単身生活とし、仕事をして社会参加することまでは考えない。そのため依存症のプログラムだけではなく、日常生活指導が必要になってくると考えられる。

2. 処遇の流れ

薬物乱用にともなう精神病性障害で入院した患者で、幻覚妄想が遷延し家庭復帰や DARC などの民間の自助的援助団体などの受け入れが困難な者を受け入れる。入寮前に試験入寮を行い、規則を守って生活できるのか、暴力的な傾向はないのか十分なアセ

メントを行う。施設内で病状が悪化した際は、病院に再入院になる。退院後は家庭復帰かアパートを借りて単身生活をするこ

とになるが、一時的な症状悪化の際は、ショートステイをすることも可能である。持続的な症状悪化の際は病院への入院になる。

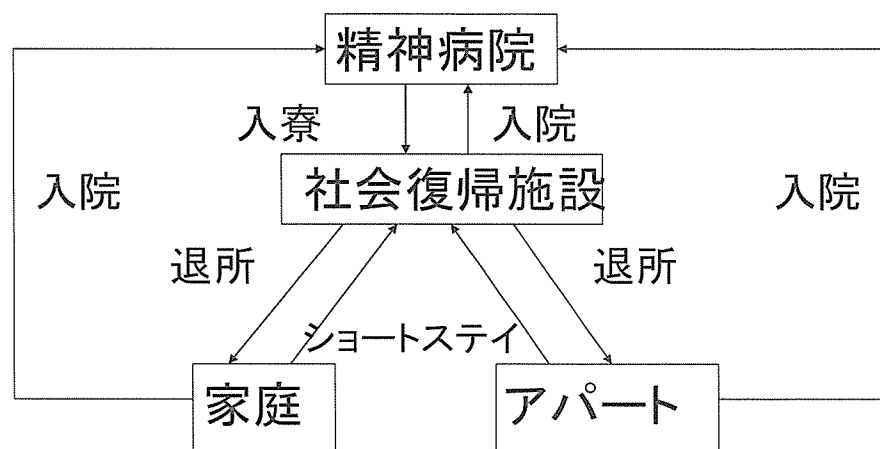


図3 処遇の流れ

3. 週間スケジュールの例

慢性の精神病症状をもつものを対象としているため、洞察を強いるようなミーティングは少なめにする。規則的な生活作り、体力維持のため、午前中は作業療法にあてる。精神病院に入院中から参加してもらい、施設に入所後も継続して行う。これはいくらか施設内スタッフの負担を軽減する意図もある。午後は1時間半のプログラムを2回行う。教育的プログラムとして、主に精神病への理解を深め、再発予防、服薬の必

要性を学ぶ。依存症の回復プログラムは認知行動療法などで、臨床心理士などの専門スタッフが行う。夜間にNAに参加させることも考えられる。また、連携している精神病院での外来診察を行い、この時病院で尿検査を実施する。日常生活の訓練としては、スタッフ同伴による外出訓練を行い、食料品・日用品の買い物を通して金銭管理を学ぶ。調理、清掃業務など施設の管理、運営に関わる仕事をスタッフの指導の元で分担して行う。

		月	火	水	木	金	土	日
午前		作業療法	作業療法	作業療法	作業療法	作業療法	施設管理	
午後	1	プログラム1	プログラム2	全体ミーティング		プログラム2		
	2	スポーツ	外来診察	施設管理	外出訓練		外出訓練	
夜間			NA			NA		

図4 週間プログラム

3. トラブルへの対処

慢性精神病症状がある者を対象にしているため、多くは病状に基づくトラブルと考えられ、病院での診察や入院の対象になると思われる。また違法薬物の持ち込みや傷害などでは警察への通報も必要になると思われる。入寮者を事前によくアセスメントし、予防することが重要である。

4. スタッフと入寮者の構成

精神科看護師、臨床心理士、作業療法士などの専門スタッフが必要で、夜勤もあるため少なくとも5人以上は必要である。また非常勤で精神科医師の関与も重要である。慢性の精神病性障害を持つ者を対象としているので、回復者カウンセラーは必須ではない。入寮者数は10～15人くらいで、入寮

期間は1～2年くらいを考える。これは現在の精神保健行政上の社会復帰施設の中では、精神障害者生活訓練施設（援護寮）の規定に当てはまると思われる。

5. 採算

施設だけでは、採算が合わなくなると思われるが、病院の長期入院者をへらすことによって、病院全体の収益をあげることできると考えられる。

まとめ

慢性の精神病性障害を持つ薬物乱用者のための社会復帰施設を構想した。精神障害者生活訓練施設（援護寮）として設立し、スタッフの指導の元、依存症のプログラム

だけではなく、日常生活指導もできる施設を構想した。

(本文中には紹介できませんでしたが、主に矯正施設を退所した者を受け入れているサンフランシスコ市の The Delancey Street Foundation と新潟県の精神障害者社会復帰施設である医療法人青山信愛会新潟信愛病院「ぐみの家」「しおさい荘」、同法人新潟信愛病院「みのわ荘」「さつき荘」、医療法人恵松会河渡病院「恵松園」「恵松福祉苑」を訪問させて頂き、スタッフのみなさまから貴重なご意見をいただきました。この場をお借りして感謝いたします。)

参考文献

- 1) 小沼杏坪、尾崎茂、和田清：各論Ⅱ 覚せい剤 覚せい剤使用による精神・行動の障害 5.覚せい剤関連精神障害の診断 3. 覚せい剤精神病、アルコール・薬物関連障害の診断・治療ガイドライン、じほう、pp169-170
- 2) 尾崎茂：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，厚生労働科学研究費補助金（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業）、薬物乱用・依存の実態とその社会的影響・対策に関する研究
- 3) 小沼杏坪ら：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
pp3

4) 監訳 日本精神神経学会：Ⅲ. 一般的治療原則と選択肢，治療共同体，米国精神医学会治療ガイドライン 物質使用障害
pp59

社会復帰施設の研究－更生保護行政主導型
薬物乱用保護観察対象者に対する関係機関等のネットワークを活用した
効果的な処遇の在り方について

分担研究者 染田 恵
法務省東京保護観察所

研究要旨

本分担研究においては、薬物乱用者処遇が長い時間的経過と多様な機関等の連携による支援等を必要とすることを踏まえて、継続的処遇(through care)実現の見地から、刑事司法機関主導で、社会復帰施設を活用しつつ、社会内において専門的薬物乱用者処遇を施設内処遇に引き続いて実施する際の在り方について諸外国での実地調査及び比較法制的研究をもとに検討した。

行政的な側面から見た継続的処遇を社会内で行う主体としては、日本の場合、刑事司法制度の一環である更生保護行政(法務省)と医療・保健制度の一環である精神保健福祉行政(厚生労働省)がある。本研究は、その中で、筆者の専門的バックグラウンドをもとに、前者について分析したものである。両者の基本的な違いは、前者が刑事処分に付された者を対象としており、保護観察対象者の場合、乱用者処遇の実施に際して刑事処分为背景とする法的強制力を担保としていることに求められる。

本研究で継続的処遇の対象者として念頭に置いているのは、薬物乱用処遇を行っている矯正施設から釈放又は薬物乱用者に対する強制的処遇施設等から退所した者である。

本研究において分析した要点は、掲載順に①社会復帰施設はなぜ必要か、②薬物乱用者処遇を支える2つの柱、③社会復帰施設とは何か、④更生保護行政主導型と精神保健福祉行政主導型の違い、⑤薬物乱用者処遇において社会復帰施設(更生保護施設)が持つ意義、⑥諸外国の社会復帰施設(更生保護施設)の例、⑦今後の日本における社会復帰施設(更生保護施設)の在り方である。①においては、科学的根拠に基づく実践(Evidence-based Practice, EBP)の観点から、薬物依存症への対応に関する継続的処遇・アフターケアの必要性について、②においては、処遇の縦軸として継続的処遇、及び処遇の横軸として多機関連携アプローチについて、それぞれ触れた。⑥においては、オーストラリア、シンガポール、香港における筆者等による実地調査の結果を踏まえて、刑事司法に関連する薬物乱用者の社会復帰施設について紹介・検討し、それを踏まえて、⑦において、日本における同種の施設導入に関する在り方をまとめた。なお、本報告中、意見にわたる部分は、筆者の私見である。

A. 研究目的

日本において、刑事司法制度の一環として、薬物乱用者に対する社会復帰施設を創設する場合の効果的な枠組み等について明らかにすること。

B. 研究方法

現在、日本においては、Aで述べたような施設は存在しない。そこで、諸外国において実績を挙げている同種の施設を実地調査し、併せてそのような制度の背景となっている薬物乱用者処遇に関する法的枠組に関して比較法的見地からの検討を加える。

C. 研究結果

1. 社会復帰施設はなぜ必要か

薬物中毒症に関しては、「解毒」治療を矯正施設又は専門病院において受けることで、比較的短期間に改善を見込むことができる。これに対して、薬物依存症に関しては、即効薬はなく、長い時間的経過と多面的・継続的支援が、その回復に必要である。これは、覚せい剤事犯(90%以上が自己使用者)の同種再犯率の高さについての実証データが示すように(検挙段階では、1985年以降ほぼ50%ないしそれ以上。それに比例して、刑務所再入所率も高い。平成13年～16年版犯罪白書)、依存者本人一人で薬物不使用状態を長期間維持するのは困難であることによる。そこに、施設からの釈放又は退所後も、中間処遇施設としての社会復帰施設が必要とされる基本的な理由が存在する。

科学的根拠に基づく実践

(Evidence-based Practice, EBP)の立場からも、薬物乱用者に対する処遇効果の維持は、継続的処遇・アフターケア体制の整備いかんで大きく左右されることが明らかとなっている。この点に関する大規模な実証研究の例としては、アメリカの刑務所内で実施した治療共同体(Therapeutic Community, 以下「TC」という。)*1方式による乱用者処遇と釈放後の継続的処遇・アフターケア体制に関する研究がある。結果としては、継続的処遇の見地からアフターケア・プログラムの対象となった者について、薬物再利用率の大幅な低下が見られた。

デラウェア州の州立刑務所におけるTC・アフターケア・プログラムの釈放後5年間の成り行き調査(Incianti, et.al., 2002)は、次のとおりである。このプログラムは、1990年代半ばからデラウェア州の州立刑務所で実施されており、3段階のTC処遇を刑務所拘禁期間中、釈放前外部通勤期間中(釈放前6か月間)、及び仮釈放期間中に分け、継続的処遇体制の一環として実施している。研究の対象者は、1991-1997年にデラウェア州矯正局において、このプログラムの対象とすることが適当と判断された者(N=1,077名)である。研究では、対象者を、非処遇群*2、処遇群に分け、後者はさらに、TC処遇脱落群、TC処遇修了群、TC処遇修了及び

*1 治療共同体(Therapeutic Community, TC)方式による薬物乱用者処遇の詳細及び処遇効果等の詳細については、染田, 2005, pp. 156 (17) - 164 (25) 及び研究部報告27号, 2005, pp. 72 - 79 参照。

*2 処遇適格と判断されたものの、定員超過のためTC処遇を受講できなかった者。

アフターケア・プログラム対象群に分けて、それぞれの成り行きを比較した。

その結果、①TC 処遇修了者は、断薬継続、再犯のいずれにおいても有意に良好な成績を示すが(60 か月目のオッズ比は薬物再使用 3.5, 逮捕 1.6), ②薬物再使用防止(断薬の継続)については、TC 処遇修了にアフターケアを付加することによって、断薬継続も再犯抑止も有意に向上することが分かった。これは、TC 処遇のみの修了でも、再犯抑止に相応の効果があるものの、TC 処遇に続くアフターケアを加えた場合に断薬の継続や再犯の抑止に最も効果が高まるという事実を示している。

デラウェア州方式のアフターケア・プログラムにおいては、仮釈放期間中、更生保護施設(halfway house)で実施される処遇グループ(再発防止, 対人関係, 雇用上の困難, 経済的問題などを扱う), カウンセラーとの個別・家族合同面接, 外部のNA, AA集会への参加が奨励される。アフターケア開始後30日間問題なく過ごした者は、処遇グループ参加が免除され、NA等集会への参加継続のみが奨励される。ただし、仮釈放(アフターケア)期間中は、不定期の尿検査の対象となる。陽性反応があれば、その薬物がアルコールの場合、週末に更生保護施設での再発防止グループ参加が義務づけられ、ヘロイン等の規制薬物の場合は、更生保護施設に連れ戻して、所要の措置を採ることになっている。

2. 薬物乱用者処遇を支える2つの柱

1) 継続的処遇(through care)及びアフ

ターケアの充実

まず、処遇の縦軸(時間的経過)として、社会内処遇と施設内処遇の効果的連携が不可欠である。そこでは、長い時間的経過を要する薬物乱用者処遇の実施を円滑化するため、関係機関等の緊密な連携を図る継続的処遇(through care)体制の確立が求められる。また、継続的処遇体制は、施設内から社会内処遇を経てアフターケア段階に至る過程をカバーすることが必要である。

2) 多機関連携アプローチ

次に、処遇の横軸として、一つの時点(処遇段階)における処遇の幅の広がりが必要である。薬物乱用者は、薬物依存以外にも、多面的で動的な犯罪生成危険因子(criminogenic needs)を抱えている場合が多く、それらに効果的に対応するためには、多機関連携アプローチが不可欠である。薬物乱用者は、国内外の乱用者処遇実務の集積に照らすと、長い時間的経過を必要とする薬物依存症という疾患の改善と同時に、その生活自体を立て直すことによって、真の社会復帰に向けて進むことができるとされている。生活の立て直しに際しては、住居及び就労の確保、家族関係の調整、教育や子育て等生活全般にわたる薬物乱用者の多様なニーズと、薬物再使用に至る危機的状況を各種の生活技能(social skills, life skills)等によって克服してゆくためのリスク管理の必要性に対して継続的に応えていく必要がある。そのためには、全体的(holistic)アプローチを基礎として、法律、医療、福祉、教育等多様な分野の専門家から構成される多機関等連携チーム

(multi-disciplinary team)による多省庁間連携アプローチ(inter-agency approach)を実践して、これらの支援や危機介入等を切れ目なしに、かつ、統一された理念の下で提供することが重要である。これらの過程を通じて、心理社会的支援ネットワークの中に本人を置くことが可能となり、乱用者の社会復帰施設は、多機関連携による継続的処遇を実施する機会を提供するための社会資源ネットワークにおける重要な柱として位置づけられるのである。

3. 社会復帰施設とは何か

薬物乱用者の社会内処遇のための施設としては、①居住型処遇(residential treatment)又は②通所型処遇(clinical treatment)のための施設がある。①については、前記のアメリカの例のような更生保護施設に居住して専門的乱用者処遇を継続的に受ける場合が典型例であるが、後記のオーストラリアの例のような、より緩やかな形式での居住型処遇形態も存在する。②については、本稿では紹介しなかったが、スウェーデン王国などでは、薬物乱用者に対する契約処遇の一環として、病院等のクリニックに通所して、各種処遇や尿検査等を受ける形態がある。

ここで処遇の時間的経過と処遇施設の変化についてまとめると、通常、対象者は、次の①から④に順次移行することになる。

①矯正施設又は専門的薬物乱用者処遇施設(施設内処遇)

施設内での専門的薬物乱用者処遇

又は薬物乱用者処遇に専門化・特化した施設の創設

②居住型社会復帰施設(社会内処遇)

③通所型社会復帰施設(社会内処遇)

④アフターケア(社会内処遇の効果維持)

4. 更生保護行政主導型と精神保健福祉行政主導型の違い

1) 更生保護行政主導型—刑事司法機関

(a) 保護観察対象者

これらの者に対しては、刑事司法制度の強制力を背景とした乱用者処遇が行われる。薬物再使用時の対応としては、遵守事項違反として制裁の対象となったり、再犯として刑事罰の対象となる点が、精神保健福祉機関による処遇との基本的な違いである。

科学的根拠に基づく実践の見地からは、このような「強制された処遇」であっても効果が認められている。すなわち、最も厳格な調査手法を用いた世界各地のドラッグ・コートに関する評価研究において、再犯減少効果(薬物再使用削減効果)があることが確認されている(Farrington and Welsh, 2005)。

(b) 満期釈放者等(更生緊急保護)

こちらは、既に、刑事処分を終了した者であり、アフターケア的要素が中心である。継続的処遇の見地から処遇内容に一貫性を持たせるべき点は別として、精神保健福祉機関による処遇・支援とその内容において質的な差異はない。

2) 精神保健福祉行政主導型－精神保健福祉機関

これまで述べたことから明らかなように、刑罰等による強制力を背景としない処遇である。実務においては、刑事司法機関が、専門的な乱用者処遇の場として、精神保健福祉機関が運営する社会復帰施設に対象者を契約等に基づいて委託することがある。

5. 薬物乱用者処遇において社会復帰施設(更生保護施設)が持つ意義

1) 継続的処遇の拠点－中間処遇施設

まず、社会復帰施設は、本人の自立を目指して一定期間の收容保護を行うという、中間処遇施設としての機能が、基本的なものである。

2) 関係機関・団体との連携の核

社会復帰施設は、乱用者処遇ネットワークの中核として、在所・通所処遇の多様化の拠点となる。具体的には、地域における多様な社会資源を活用した処遇ネットワークの中核(コアないしハブ[hub])としての機能を発揮することが期待されており、後記のオーストラリアの例では、ネットワークの核として、シンガポールの例では、人間関係を含めた退所後のネットワーク形成、香港の例では、乱用者処遇専門団体との連携等の機能がそれぞれ発揮されている。

6. 諸外国の薬物乱用者社会復帰施設(更生保護施設)の例

諸外国における実地調査等を踏まえて、日本で社会復帰施設構築を考える際、参考となる点について検討する。

1) オーストラリア・ビクトリア州

青少年薬物乱用サービス(YSAS)薬物乱用青少年処遇施設は、YSAS サービスのうち青少年施設收容型解毒支援サービスを担当し、18歳未満の青少年に対して、3週間の解毒治療とその後の短期的な施設收容型支援を行っている。解毒自体は、近くにある大規模総合病院である聖ビンセント病院の専用病床を借りて行い、終了後このハウスに移って自力更生の準備をする。

男女比は、ほぼ同じで、2003年には、220名が入所、平均10日滞在した。收容少女の70%は、9歳までに性的虐待を経験しており、收容少年の60%は、幼少時に遺棄、虐待等を経験している。このような生育歴のため、恐れや心配の感情が非常に強く、それを和らげるための処遇が在所中に行われる。処遇上のポイントは、「安全と感ずること、将来への希望を持つこと、生きている喜びを感ずること」を、彼らに体験させることである。成人用の施設と異なり、厳しい規律等はなく、伸び伸びと收容少年少女が過ごせる環境を目指している。

運営主体は、青少年薬物乱用サービス(Youth Substance Abuse Service, YSAS)である。YSASは、1998年に4つの民間団体が共同して設立した、青少年専門の薬物及びアルコール乱用者支援を行っている有力NGOの一つである。サービスの対象は、12歳から21歳までの青少年である。常勤職員は15名で、全員が、医学(看護師)、心理学(臨床心理士)、ソーシャル・ワーカー、少年司法ワーカー(juvenile justice worker)等いずれか

の専門的資格を持っており、かつ、薬物及びアルコール関係の専門研修を受けている。医師は、外部委託である。

筆者訪問時の担当対象者は約 150 名で、年間の利用件数は、1,500 件程度である。各種の乱用者処遇のほか、青少年矯正施設 (Youth Training Centre) 釈放者に対するサポートや少年の自宅訪問サービスを行っている。1 人の対象者に対する平均的なサポート期間はアフターケアを含めて 2 年程度である。対象者の 90% 近くがヘロイン乱用で、合併症 (co-morbidity, dual diagnosis) の者も少なくない。青少年薬物乱用サービスの事業所のある地域には、女子のホームレス及び矯正施設釈放者が多いため、対象者の 40~45% が女子である。青少年薬物乱用サービスは、薬物乱用青少年に対する各種サービスを効果的に提供するため、社会資源を効果的に連携させるためのネットワークの中核としての役割を担っている。

2) シンガポール—薬物乱用者の強制的処遇制度の一環

①概説

シンガポールでは、薬物乱用者の社会内処遇に、更生保護施設が重要な役割を果たしている。矯正局更生保護施設プログラム (Halfway House Scheme) は、社会内処遇プログラム (Community-based Rehabilitation Scheme) の一種であり、更生を真剣に決意したアヘン系薬物乱用者で、家族から支援が得られない、家族がいない、又は居住環境が更生に適切でない場合に、更生保護施設に居住して、

社会内処遇に移行するとともに、そこで薬物乱用者更生プログラムを受けさせる制度である。遵守事項により、対象者は、昼間就労のため外出し、夜間は、施設内に留まる (外出禁止) ことを求められる。

1995 年 4 月、矯正局は、薬物乱用者更生センター (Drug Rehabilitation Centre) から釈放されたアヘン系薬物乱用者^{*3}で家族から支援が得られない等前記の要件に該当する者の更生を援助し、アフターケアを行うためこのプログラムを創設した。更生保護施設内では、食事と宿所の供与という基本的サポートに加えて、カウンセリング、職業補導 (work therapy)、道徳・宗教的支援などが提供される。

シンガポールの制度の場合は、更生保護施設居住中及び退所後にかけて、対象者ごとのニーズを評価した上で、密度の高いアフターケアが、専門の担当官の作成した統合的援助計画によって提供されることになっている点が特徴であり、日本でも参考となる。

このプログラムの対象となっている 12 の更生保護施設では、2002 年 11 月末現在 342 名の乱用者が処遇を受けている。

*3 シンガポールでは、中国系移民が持ち込んだアヘン系麻薬 (アヘン、ヘロイン等) が伝統的に乱用されており、同国の乱用者対策もこの点を中心に展開されてきた。しかし、近時、若年層を中心に、合成麻薬 (Amphetamine Type Stimulants: ATS, ケタミンなど) の伸びが著しく、2003 年には、新規薬物乱用逮捕者数において、ついに合成麻薬 72%、ヘロイン 9% と順位が逆転した。その結果、同国では、アヘン系麻薬と薬理作用の異なる合成麻薬乱用者に対する対策の導入が緊急の課題となっている。

これらの12施設に関しては、毎年、政府系団体が、その処遇実績や処遇内容の充実度(関係者の満足度を含む)に関して詳細な評価報告書を作成しており、その中で、前年に続いて、2002年も第1位の評価を得たヘルピング・ハンド更生保護施設の処遇を紹介する。

②ヘルピング・ハンド更生保護施設 (The Helping Hand)

(ア) 概要

1987年に設立されたクリスチャン系の薬物乱用者専門の更生保護施設で、正職員は30名、全員男性で、かつ全員「回復した乱用者(recovering addict)」である。施設定員は、120名で、年間の入出所は、約200名である。ヘルピング・ハンドは、その実績をもとに、フィリピン、インドネシア、ベトナムに同様の施設を作り、薬物乱用者の更生に貢献している。

(イ) 処遇

乱用者更生プログラムは、次述のように四つの処遇モジュールから構成されており、期間は1年間である。具体的には、薬物乱用者が薬物乱用者更生センターに収容中、3～6か月をかけて準備をする。釈放後、ヘルピング・ハンドにおいて6か月をかけて後記のプログラムを受ける過程で、ヘルピング・ハンド退所後の生活及び継続的な更生(社会への再統合の準備)を行う。

処遇のモジュールは、①精神・宗教療法(Spiritual Therapy)、②職業補導(Work Therapy)、③運動療法(Physical Therapy)、④社会療法(Social Therapy)であり、詳細は、表1のとおりである。

ヘルピング・ハンドは、薬物乱用者処遇のための治療共同体(Therapeutic Community, TC)の一種であるが、厳しい規律を基本とするTCモデルと異なっており、在所者の受容を基本とする独自のスタイルを用いている。具体的な日課は、表2のとおりであり、四つの処遇モジュールが組み合わされた内容となっている。

なお、任意参加者を除き、矯正局更生保護施設プログラムの対象となっており入所している者は、法定の遵守事項を遵守することを要するので、その違反は新たな犯罪として処罰される。

前記②の職業補導は、まず古い家具を修復することから始める。それは、自分自身の薬物漬けの生活を振り返って、一から出直すことを意味している。ボロボロの古い家具は、自分自身であり、それを自分自身の手で再生することが、立ち直りの過程であることを身をもって体験するのである。その後、印刷、自動車整備、家具輸入・製造・販売、絵画・額縁制作、広告ポスター制作等各種の仕事に就くことになっている。

前記④の社会療法は、公園・道路の清掃活動などの公共奉仕活動や様々なレクリエーション活動から構成されている。

(ウ) アフターケア

以上とは別に、刑務所釈放後の乱用者に対するアフターケア・プログラムがある。薬物の再使用防止には、アフターケアの充実が極めて重要なことから、ヘルピング・ハンド更生保護施設

の近くに、新しくアフターケア専用の施設を用意し、合計で6～12か月の期間のサポートを提供している。その一環として、2か月に1回、元在所者を含めた同窓会を行い、現在の生活状況

の確認と薬物再使用を避けるための支援が行われている。

表1 ヘルピング・ハンドの処遇スケジュール

入所後の時期	処 遇 等 内 容
1か月目	精神・宗教療法，カウンセリング(いずれも在所中最後まで続く)
2か月目	内省
3か月目	職業補導開始
4か月目	職業補導＋運動療法開始。フォローアップ(又はモニタリング)・ネットワークの構築開始。各人ごとのこのネットワーク構築を通じて、ヘルピング・ハンド退所後の指導，援助，元気づけ，包括的な援助的關係の構築を図る。職員は，この時期に，在所者の更生の状況を把握・評価し，必要に応じて，アフターケア・カウンセリングやフォローアップ期間の延長を図る。
5か月目	職業補導＋運動療法(特に，通常の社会生活に耐えられるよう，屋外運動やゲームを充実させ，それによって，薬物に蝕まれた体を健康な状態に戻すよう努力させる。また，健康的な生活サイクルを身につけさせる。)
6か月目	職業補導＋運動療法＋社会療法開始。薬物乱用者は，それまでの荒んだ生活歴のため，家族，親戚，友人との人間關係に不全を来している場合が多いため，乱用者の再社会化を図る。具体的には，社会的・対人關係技能を再学習させ，ヘルピング・ハンド退所後の援助的な環境構築を図る。この時期に，ケア・グループや支援グループに在所者を繋げてゆく。また，4か月目から構築を開始したフォローアップ・ネットワークとこれらグループの結合を図る。さらに，回復した薬物乱用者として，ヘルピング・ハンドのスタッフとなる道も開かれている(薬物依存・乱用から回復して，他の依存者に援助の手を差し伸べられるようになるのは，更生の最高段階でもある。)

表2 ヘルピング・ハンドの日課

時間	日	月～金曜		土曜		祝祭日
7:00-7:45am		瞑想	7:00-7:45	瞑想	7:00-7:45	瞑想
7:45-8:00		朝食	7:45-8:00	朝食	7:45-8:00	朝食
8:00-8:15		清掃	8:00-8:15	清掃	8:00-8:15	清掃
8:30-9:30		礼拝	8:30-9:30	礼拝	8:30-9:30	礼拝
9:30-12:00pm		職業補導(施設内・外)	9:30-12:00	職業補導(施設内・外)	12:00	昼食
12:00-1:00		昼食	12:00-6:00	昼食・休憩・余暇	6:00	夕食
1:00-4:30		職業補導(施設内・外)	6:00-7:30	夕食・休憩	10:30	消灯
4:30-6:00		余暇・ゲーム	7:30-9:30	祈りの集会		
6:00-8:00		夕食・休憩	10:30	消灯		
8:00-9:00		瞑想，ケア・グループ， 夜間活動				
10:30		消灯				

注 日曜は，教会活動及び一時帰宅が日課となっている。一時帰宅は，在所者が良好な成績を維持していると職員が評価した場合に，許可される。

(エ) 実績

2001年コホート(49名)についての、退所後1年間の薬物再使用率は、4.08%と薬物乱用者処遇を行っている12更生保護施設の中で最も良好な値を示している。対象者の処遇プログラム完了率は、95.5%である。これらに、プログラム、職員、アフターケア・サービスの3点の質に関する評価を加えた総合評価においても、2001年に続いて、2002年も87.52と高いポイントを維持して、12更生保護施設中、首位を維持した。

3) 香港—薬物乱用者の強制的処遇制度の一環

①概説

香港では、薬物乱用者対策の一つとして、薬物嗜癖治療センター(Drug Addiction Treatment Centre)^{*4}・プログラムが運用されている。このプログラムの対象は、薬物の所持・自己使用等の薬物関連犯罪やその他の一般犯罪で有罪とされ、裁判所の判断により、薬物嗜癖治療センターへの拘禁命令が宣告された者である。プログラムの目的は、解毒、健康回復、心理的依存の除去、社会への再統合である。

薬物依存症からの回復は、非常に長い時間的経過と多面的な周囲からの支援を要するため、香港では、国立の更生保護施設(香港矯正局所管)において、薬物嗜癖治療センターからの釈放者を受け入れ

^{*4} 香港矯正局所管の施設。性別、年齢等に応じて3か所設置されており、合計収容定員は、1,018名である(2002年)。

て、継続的処遇の見地から、その更生に必要な処遇・支援等を行っている。

また、これらの更生保護施設では、薬物乱用者以外に、矯正施設から社会生活への円滑な移行のため家族関係の調整の必要な者や、帰住先がない者、少年向けの処遇では施設釈放後監督指導の対象となっている者も受け入れている。フェニックス・ハウス(14-21歳の少年男子施設)、ペリカン・ハウス(成人の釈放前外部通勤者、条件付釈放者が対象)、及びボヒニア・ハウス(女子の少年・成人が対象)の3施設が稼働している。

② フェニックス・ハウス(Phoenix House)における薬物乱用者処遇

(ア) 施設概要

フェニックス・ハウスは1983年に開設され(鉄筋4階建て)、入所対象者は、少年男子の拘置所又はトレーニング・センターの釈放者及び薬物嗜癖治療センターの出所者である。職員は25名、定員は50名である。国営施設であるため、予算は、矯正局施設運営経費で負担している。ただし、責任ある市民としての自覚を促すため、施設在在者から毎月一定額を食費等として徴収している。

(イ) 処遇プログラムの概要

前記のように、薬物関連以外の一般の対象者も受け入れているので、薬物乱用者処遇は、外部団体に委託して行っている。

昼間は学校への通学又は職場に通勤し、夜間・土日を中心に外部団体の協力を得てレクリエーション活動や趣味教室(陶芸、フィットネス、園芸、人形

作製、絵画等)、グループ活動が実施されている。グループ活動の一環として実施されている社会理解のクラスでは、PS33^{*5}の職員が薬害教育を行ったり、薬物問題等に関する自由課題レポート作成をPS33に出かけて行わせ、在所者の前で発表させたりしている。また、参加任意で老人ホームの掃除や塗装を行うなどの社会奉仕活動を実施しており、家族関係を調整するため、社会奉仕活動を親と一緒に行わせたり、バーベキューを行うこともある。

在所者の成績評価は、薬物乱用関係を含む各種活動への参加態度等をもとに実施しており、更生保護施設への入所前の身分に応じて1年から3年のアフターケア期間中の監督指導(家庭訪問・職場訪問等)を行っている。

*5 PS33の正式名称は、「香港キリスト教サービス PS33 薬物乱用者センター」である(Hong Kong Christian Service, PS33 Centre for Psychotropic Substance Abusers; PSはPsychotropic Substancesの略、33は番地から取った、九龍地区中心部のキリスト教サービスセンター内1階に開設)。

80年代半ばから香港では従来のヘロイン乱用から若年層を中心に向精神薬乱用が社会問題化してきたが、治療・リハビリ機関は主にヘロイン処遇に特化していたため、社会福祉局の要請を受けて1988年に向精神薬乱用の専門センターとして香港で最初に設立されたカウンセリングセンターである。「向精神薬」とされているが、実際には、ヘロイン以外の薬物乱用(覚せい剤、MDMA、ケタミン、コカイン等)をすべて引き受けている。向精神薬乱用者及びその家族に対するリハビリサービスの供与、向精神薬乱用に対する予防教育活動の企画・実施、薬物関連の相談、診断、専門家向け研修の実施等を行っている。

D. 考察と結論

今後の日本における社会復帰施設(更生保護施設)の在り方について、3か国の更生保護施設を活用した薬物乱用者処遇の検討を通じて、日本において参考となる点を以下に要約する。

1) 薬物乱用者に対する社会内処遇の核としての社会復帰施設

いずれの国も、薬物依存症からの回復が、時間と多面的支援を要することを前提として、継続的処遇及びアフターケア体制を整えてこの問題に対処しており、社会復帰施設(更生保護施設)は、これらの処遇体制において、社会内での処遇の中核となっていることである。そのため、多様な社会資源ネットワークが、更生保護施設を核に形成され、それが円滑で充実したアフターケアの基礎となっている点は重要と考えられる。

2) 国立社会復帰施設(更生保護施設)

香港の例は、国営の更生保護施設において、薬物乱用の専門的処遇を行っている例であり、日本における専門的処遇を行う国立社会復帰施設(更生保護施設)の構想を具体化する上で参考となる。

刑務所での処遇に比べて、犯罪者の社会内処遇の経費は、ほぼ10分の1であり(日米ともにほぼ同じ値が得られている。)、仮に国立の更生保護施設を設置したとしても、全体としてみた犯罪者の社会内処遇推進に伴う経費節減効果は、その費用を補って余りあるものとする。

3) 社会復帰施設(更生保護施設)における処遇の外部委託

紹介した香港の例では、更生保護施設における処遇の外部委託を積極的に行っ

ている。このように外部から特定分野の処遇の専門家を招へいしたり、更生保護施設在所者を、専門的処遇を行っているところに継続的に通所させる体制の導入は、日本において社会復帰施設(更生保護施設)の処遇機能充実に寄与するものと考えられる。

E. 参考文献

Farrington, D. P. and Welsh, B. D., 2005, "Randomized experiments in criminology: What have we learned in the last two decades?," *Journal of Experimental Criminology* Vol. 1 pp. 9 - 38, Springer.

Inciardi, J.A., Surratt, H.L., Martin, S.S., & Hooper, R.M., 2002, "The importance of aftercare in a corrections-based treatment continuum," in C.G. Leukefeld, F. Tims, & D. Farabee, Eds., "Treatment of Drug Offenders: Policies & Issues," Springer, Chap. 16, pp. 204-216.

染田恵

1998, 「犯罪者の社会内処遇の多様化に関する比較法制的研究」, 法務研究報告書 86 集 1 号, 法務省法務総合研究所, 371pp.

2005, 「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－処遇関係の注目すべき施策を中心に－」, 矯正講座第 26 巻, 成文堂, pp.132-180.

染田恵, 寺村堅志, 桑山龍次ほか, 2005, 「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」, 法務総合研究所研究部報告 27, 330pp.

薬物乱用者に対するサーベイランス体制

分担研究者 平野利之¹⁾

研究協力者 中元総一郎²⁾

1) 千葉県健康福祉部薬務課

2) 独立行政法人国立病院機構下総精神医療センター

研究要旨

国内全体における薬物乱用者の動向を把握することは、薬物需要削減対策の立案において必要不可欠である。現状では、警察が検挙した事例や精神科医療施設が対応した事例など、限られた機関が個別の領域を対象にして調査した統計しか存在せず、規制薬物乱用者の全体像を表す統計は得られていない。効率的な薬物需要削減対策を成立させるに当たっては、薬物乱用者に対して回復に必要な援助を提供する機関と、薬物乱用者を取締り処罰することにより、社会全体の薬物乱用に抑止をかける刑事司法体系の機関が連携することが求められる。従って薬物乱用者に関わる全ての機関からの報告をとりまとめ、その動向を調査することが必要である。その調査体制を構想し、実働させることが、この研究の焦点である。

その調査体制を成立させるためには、次のような困難性を解決する必要がある。

まずは、調査には援助機関も取締機関も参加すべきであり、援助側からの報告が、取締機関による個人を対象にした捜査や監視に利用されないことが必要である。

また、サーベイランスの拠点については、各都道府県において薬物乱用対策推進本部の事務局を受け持つ薬務行政担当課が適切であろうと考えられる。薬務行政担当課は相談業務および取締業務をもつために、援助機関からの規制薬物乱用の報告について薬務行政担当課が看過することを問題視する意見もあるが、薬務課は取締以外にも薬物乱用者に対する相談業務を始めとして種々の役割を持つことを考えると、薬務行政の重要な仕事であるサーベイランス業務に関しても、取締の責務に影響されない様にする調整も成立し得る。

さらに、同一事例が複数の機関からの報告を受けることもある。また、一旦報告されたケースの転帰を調査上において把握することも有用である。このために、識別に必要な程度の個人情報登録することが必要である。この場合、個人情報の秘匿との均衡が問題となり、慎重な検討を要する。

現状においては援助機関と取締処分機関が独立して効果を発揮しながら連携するこ

とについてもコンセンサスが得られておらず、現段階では関係機関全体が参加するサーベイランス体制は直ちには成立しない。本研究班が主張する薬物需要削減対策における連携に関する∞理論の定着が待たれる。

A. 研究目的

薬物乱用者に対応する関係機関から対象者に関する情報をとりまとめ、薬物乱用者全体の動向を把握し、また、個々の転帰を追跡できるサーベイランス体制を構想し、実務に導入することをこの研究の目的とする。

B. 研究方法

薬務行政全般に関わる薬務課職員である分担研究者と、薬物乱用者へ専門的に対応する精神科医療施設に勤務し、全国の精神科医療施設を通じたサーベイランス体制（厚生労働省依存性薬物情報研究班）にも関わっていた精神科医師である研究協力者が、サーベイランス体制のあり方について討議し検討した。

C. 結果と考察

1. 総合的なサーベイランス体制構築の必要性

我が国では、薬物乱用者の総数に関しては、警察による検挙者数、全国の医療機関での受診患者数や、あるいは全国住民から標本を抽出した調査など、限られた領域における統計か、推定に過ぎない統計しかない。無論、上記の統計も有用ではあるが、このような統計のみでは薬物需要削減対策の策定には不十分である。

なぜなら、薬物乱用者は種々の機関に関わり、決して一つの領域に限られることはないからである。

薬物乱用者に対応する全て機関から報告を受け、それを同一の乱用者が重複しないように計数した上での統計が、現実をよく反映すると思われる。また、事例化した薬物乱用者の転帰を調査することで、関係各機関の間に効率的な連携が成立しているか否かについて検討することが可能となる。したがって、薬物乱用者に関係する各機関からの事例報告をとりまとめるシステムの構築が必要である。

2. 調査体制の捜査からの独立、並びに連携体系成立の必要性

上記には、病院や福祉事務所、自助グループなどの援助機関のみならず、警察などの取締機関が参加することも求められる。そこで、援助機関の報告を基に検挙などの捜査活動や取締機関による観察指導が始まるようなことがあると、援助機関と対象者の関係に支障を来す恐れがある。よって、サーベイランスシステムに報告された情報が、取締機関による捜査や監視に使用されないことが必要である。

一方で、サーベイランスによって得られたより正確な統計を基に、刑事政策のあり方を再検討できるという恩恵が、取締機関側にもたらされる。

だが、現状では援助機関が対象者の薬物関連犯罪について、検挙に繋がるような形で取締機関に通報しないという、本研究班が主張する∞理論、すなわち関係

各機関の連携についての理論の中において核心となる一点について、警察機関の理解は全く不十分である。よって現状では、上記の様なサーベイランス体制は成立しない。上記の理論の定着が待たれる。

3. サーベイランスの拠点について

各都道府県において薬物乱用対策推進本部の事務局を担当し、援助と取締の両方の色彩をもつ薬務行政担当課が、本サーベイランスの拠点として最も適していると考えられる。しかし、薬務課には司法警察員である麻薬取締員が属している。このために前項で述べた、サーベイランスに報告された情報は捜査などには利用されてはならないという理念と、麻薬取締員の捜査義務との間に摩擦が生じうる。一方で、薬務課は取締以外にも相談業務など薬物乱用からの回復を援助する業務など種々の役割を持つことから、薬務行政の重要な仕事であるサーベイランス業務が、取締業務の影響を受けない方法も成立すると考えられる。

麻薬取締員の捜査義務と薬務行政担当課が行う他の業務の摩擦について他の例として、麻薬および向精神薬取締法第58の2等に規定された、麻薬中毒者通報に関することが挙げられる。麻薬中毒者通報については、麻薬中毒者の治療、相談が優先されるとの解釈がなされるべきである。通報に基づき捜査が行われるようなことが生じると、精神科医師が通報を躊躇するようになり、その結果麻薬中毒者対策が機能しなくなるという懸念は、実務において薬務課職員にも認識されている所である。

サーベイランス体制における報告は最終の規制薬物使用から時間をおいて行うように設定することで、直ちに検挙には結びつかないようになり、対象者と援助機関との関係が維持できるようにする方法も考えられる。

4. 個人情報の保護について

構想するサーベイランス体制は種々の関係機関からデータを収集することを基本とするため、同一個人に関するデータが異なる機関から重複して報告されることは十二分にあり得る。その重複を特定することは、より正確な薬物乱用者の動向を把握するために必要であるだけでなく、一旦登録された乱用者に関するその後の転帰を把握するためにも必要である。そのため、重複防止のために必要な程度の個人情報（イニシャル、生年月日、出生地など）を登録することとなろう。

また、調査の対象とすることに関しては、対象者が調査への協力の意思をもつか否かにかかわらない設定とすべきであると考えている。対象者の協力の意思を確認する手続きを義務化すると、対象数が減少し正確なサーベイランスが行われなくなる危険が高い。重大な損害を社会に与える薬物乱用の統計を整えるために、対象者の意思を確認しないことは、登録する個人情報を必要最低限に抑え実務においては個人の同定ができないようにすることにより、可能であろうと現在は考えている。

引き続き、サーベイランスの効果を保つことと、個人情報を保護することの均衡について検討を進めていく。

D. 結語

1. 薬物乱用者の正確な総数や、薬物乱用者が辿る転帰を調査するために、全ての関係各機関が参加するサーベイランス体制の構築が必要である。

2. 援助機関からの参加を妨げぬように、そこからの情報が、取締機関による捜査や監視に使用されない必要がある。

3. サーベイランス体制の拠点は、各都道府県薬務課が適当であるが、上記理念と麻薬取締員の捜査義務の間に摩擦が生じる。今後検討が必要である。

3. 同一事例に関する報告の重複を避けるため、並びに、転帰を調査上で把握するため、ある程度の個人情報の登録が必要であり、慎重な検討が引き続き求められる。

E. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

F. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし