

日本犯罪社会学会主催
2009年度(財)社会安全研究財団助成事業
第6回公開シンポジウム成果報告書

「薬物犯罪の現状と課題」

地域社会における多機関連携アプローチの取組み

発行：日本犯罪社会学会

編集：河合幹雄・朴元奎・小関慶太

編集協力：上野貴広・作田誠一郎

2010年3月15日発行
〔非売品〕

目 次

刊行に寄せて	河合幹雄	...3
はじめに	矢島正見	...5
企画趣旨	朴 元奎	...7
北九州市における		
薬物対策ネットワークの現状と課題	三井敏子	...9
薬物から子どもを守るために		
薬物乱用少年への立ち直り支援から	安永智美	...18
薬物事犯者の刑務所における処遇	佐藤 誠	...28
薬物問題を持つ人の回復のための		
多機関連携について		
保護観察所の実務から	荒木龍彦	...37
薬物依存者に対する司法支援の現場から		
アパリの活動を通じて	尾田真言	...47
コメント1.		
薬物事犯の動向と北九州の実験	石塚伸一	...57
コメント2.		
薬物政策研究から		
実務に対する注釈としての	佐藤哲彦	...64
質疑応答		...76

刊行に寄せて

日本犯罪社会学会涉外委員長

河合幹雄

(桐蔭横浜大学)

1 謝辞

日本犯罪社会学会主催第6回公開シンポジウムの成果を、このように公表できる運びとなりまして、真にありがとうございます。

まず、毎年、公開シンポジウムのためにご助成をいただいている財団法人、社会安全研究財団に深く感謝の意を表明したいと思います。

続きまして、ご後援いただきました警察庁、法務省ならびに北九州市にも、大変感謝いたします。

会場をご提供いただいた北九州市立大学にも厚く御礼申し上げます。

2 テーマ選定の経緯

思い返せば昨年2008年10月に、本シンポジウムの実行委員長を、朴先生にお引き受けいただき、シンポジウムの準備をスタートした。朴先生は2009年度日本犯罪社会学会学術大会校の責任者も兼任され、文字通り大車輪のお働きであった。実行委員には、日本犯罪社会学会の涉外委員会のメンバー（河合幹雄、高橋則夫、丸山泰弘、小関慶太）と企画調整委員会のメンバー（福島至、新恵里）に、九州大学から武内謙治学会理事にも加わっていただいた。真に心強いかぎりであった。

その時期には、本年に世間を賑わした、芸能人、押尾学、酒井法子両名の事件はまだ発生しておらず、大学生による大麻事件が続けて報道されていただけであった。これまでの公開シンポジウムで薬物犯罪を取り上げたことがなかったこと、北九州市での開催といったことも考慮に入れて薬物犯罪をテーマにすることになった。結果的に、極めてタイムリーな企画となり、会場には福岡テレビが入り、新聞社の取材も多数受けた。大変ラッキーなことであった。

3 雜感

薬物といえば、世界レベルの視点では、麻薬組織との戦いとくるかもしれない。日本社会を、世界の恐るべき麻薬ネットワークから守ることは、麻薬取締官、警察官、海上保安庁が日々努力している。確かに、これは最重要課題なのかもしれない。しかし、一般の人々の生活からは、いささか遠すぎる話題ではないかと考えて、組織犯罪者ではない薬物依存者の立ち直りに話題を絞らせていただいた。

海外の理論を勉強すれば、薬物依存者を犯罪者と見て罰するのか、病人と見て治療するのかが対立的に捉えられている。しかし、現実に日本において薬物依存者を扱う現場を見てみれば、少し違った印象を持たされる。薬物依存者が使用を止めるには、自己イメージの転換が必要であり、少しずつよりも、区切りを付けて突然変身することになる。そうだとすれば、刑罰を受けることは、その転換のきっかけとして最適であるようと思われる。罰の変わりに治療ではなく、罰を受けた上でサイコセラピーなり医学的治療なりを受けるということでよいように思う。

また、薬物依存者に対して、どのように対処すべきであるかという方法論よりも、そもそも、薬物依存者に対して、何もしないで捨てておくことを、なんとかしなければということが現実の課題である。

現場で何が起きているのかを丁寧に観察した上で、対策が練られることを願う。

はじめに

日本犯罪社会学会会長
矢島正見
(中央大学)

日本犯罪社会学会では、研究成果の一端を市民の皆様に公開し、皆様のお役に立つことができればと、2004年以来、年次大会の一環として開催校のご協力をいただき、毎年「公開シンポジウム」を開催してきた。

第1回(2004年度)は『少年非行の最前線』と題して東京で開催し、第2回(2005年度)は『家庭、学校、コミュニティにおける「犯罪と防犯」　あなたとあなたの家族を守るために』と題して大阪で開催し、第3回(2006年度)は『幼少期の育ちと青少年の暴力　いま子育てを考える』と題して東京で開催し、第4回(2007年度)は『犯罪者の社会復帰を真剣に考える　矯正保護とソーシャルインクルージョン』と題して京都で開催し、第5回(2008年度)は『ファミリー・バイオレンスにどう対応するか』と題して東京で開催した。

また、第4回の公開シンポジウムでは、その後、議論を発展させて、日本犯罪社会学会編『犯罪からの社会復帰とソーシャル・インクルージョン』(2009年、現代人文社)が刊行され、第5回公開シンポジウムも同様に、日本犯罪社会学会編『ファミリー・バイオレンスにどう対応するか　公開シンポジウム』(2009年7月、尚学社)が刊行された。

第6回(2009年度)の公開シンポジウムは舞台を北九州市に移し、『薬物犯罪の現状と課題　地域社会における多機関連携アプローチの取組み』と題して、北九州市ならではのシンポジウム内容を組むことができた。そして、今回もシンポジウムの成果を刊行物として、世に出すということになった次第である。

さて、5人の報告者のうち、北九州市立精神保健福祉センターの三井敏子氏、福岡県警生活安全部少年課・北九州市サポートセンターの安永智美氏、北九州医療刑務所の佐藤誠氏と、北九州市でご活躍されている方3名に登壇

いただいた。また、東京保護観察所（公開シンポジウム開催時）現職、水戸保護観察所の荒木龍彦氏、アジア太平洋アディクション研究所の尾田真言氏と、一流の登壇者をお招きした。こうして、シンポジウムは成功裏に幕を閉じ、ここに報告書として再度顕在化したわけである。

ところで、「薬物犯罪」というのは、他の犯罪と異なった極めて特異な、かつ難しい内容をはらんでいる。1つは、被害者の定かでない犯罪であるということである。犯罪の当事者自らが実は被害者であり、「私自身が犠牲者なのに、何故私が犯罪者にならなくてはいけないのか」という問い合わせが常に付きまとふのである。つまり、薬物乱用者当人にとっては、他人を滅ぼす前に自らの身を滅ぼす犯罪が薬物犯罪なのである。

2つには、犯罪という側面と薬物依存という側面の、2つの面を同時にもつということである。それ故に、薬物犯罪とは、犯罪として罰すると同時に心の病として治療するという、この2つの同時進行対策を必要とせざるを得ない様相をもった行為なのである。片方は刑事政策の次元であり、今片方は福祉政策の次元なので、刑事政策と福祉政策の融合ということになり、そこで頭を悩ませるわけであるが、私ども社会学者に言わせれば、ともに社会政策の次元であるに過ぎない。専門領域で分ける必要性はない。

とはいものの、3つには、対策が専門領域で分かれていることである。それ故に、日本犯罪社会学会大会という場での統合・連携の試みが必要だったわけである。薬物使用・乱用の予防に関する対策は、我が国では功を奏している、と言えよう。ところが、薬物事犯の犯罪者の社会復帰に向けての政策はまだまだと言わざるを得ない。特に、その中間の、既に予防の域を超えた薬物乱用・依存者でありつつも、未だ薬物事犯の犯罪者として発覚されていない人たちに対する対策は、「犯罪」という次元と「治療」という次元の狭間で、ほとんど手が打たれていない状況にあるのである。

こうしたことでも射程に入れての、多機関連携アプローチの模索を期待する次第である。

企画趣旨

第6回公開シンポジウム実行委員長

朴 元 奎

(北九州市立大学)

欧米の犯罪学における最近の研究動向の特色として、犯罪予防論に対する研究関心の高まりということがあげられる（たとえば、Tonry, M. and Farrington, D. eds. *Building a Safer Society: Strategic Approaches to Crime*. University of Chicago Press. 1995. スティーブン・P・ラブ著（渡辺昭一他共訳）『犯罪予防　方法、実践、評価』（財）社会安全研究財団、2006年）。この研究関心の高まりを受けて、日本犯罪社会学会においてもこの数年間において学術大会シンポジウムのメインテーマとして犯罪非行予防対策が様々な視点から検討・議論されてきた。こうした議論の積み重ねの中で、昨年度の大会シンポジウムにおいては、「多機関連携アプローチ」による犯罪予防・犯罪者処遇の重要性・実施可能性ということが、ある意味でこれまでの議論を総括するものとして確認されたところである。

そこで、本年度の第6回公開シンポジウムにおいては、犯罪予防論における「多機関連携アプローチ」という議論を敷衍することを企図として、単にこの問題を一般的・抽象的なレベルで議論するのではなく、本大会開催地である北九州市において長年懸案となっている薬物乱用・薬物犯罪を具体的な問題素材として取り上げながら、多機関連携的防犯のあり方について検討することにした次第である。北九州市は、全国に先駆けて警察の少年サポートセンターに市教育委員会指導主事を派遣するなど、警察と人事交流を図りながら、児童相談所など関係機関やボランティア団体などと連携した防犯活動に取り組んでいる先進的な地方自治体の1つである。したがって、薬物乱用・薬物犯罪といった具体的な問題に対する多機関連携プログラムによる地域社会での取り組みの現状と課題を考える上で、格好の議論の場を提供するものといえよう。これが本公開シンポジウムのテーマを企画した最大の理由である。

本公開シンポジウムの主題として設定した「薬物犯罪の現状と課題」については、従来の刑事政策の議論においては、薬物の供給サイドと需要サイドに区分して、一方では組織的暴力団犯罪対策と関連づけながら供給サイドに対する刑事的規制の強化を問題とし、他方では薬物乱用者および薬物事犯者などの需要サイドに対する教育的・治療的対応とのバランスをはかるという問題接近の方法が一般的であったように思える。しかし、本公開シンポジウムではこのような従来のアプローチではなく、上記したように「多機関連携アプローチ」による防犯を切り口に薬物問題を検討することにした点に本企画のそれなりの新規性を見ることができるであろう。「多機関連携アプローチ」の考え方およびその実践例は、1980年代の英国においてすでに登場していたものであるが、犯罪予防戦略における重要なモデルの1つとして今日の欧米諸国において重要な位置を占めているといえよう（Hughes, G. *Understanding Crime Prevention: Social Control, Risk and Late Modernity*. Open University Press. 1998.）。多機関連携という場合に、それは刑事司法システム内における刑事司法諸機関相互の有機的な連携を通して犯罪者の処遇・治療・更生・社会復帰という事後的対応が問題とされる一方で、その議論の重点はむしろ学校、近隣コミュニティ、医療機関、社会福祉機関などの様々なレベルにおける地方行政機関と刑事司法諸機関との連携を通して、犯罪発生を事前に予防する取り組みとしての意義と課題に置かれている。はたして、薬物乱用・薬物事犯に対する防止策として、このようなアプローチがどこまで有効なものであるか、北九州市の場合を例として本公開シンポジウムの場において是非とも検討してみたい。

この目的のために、とくに犯罪予防、犯罪者の処遇・治療・更生・社会復帰の各領域においてこの問題に熱心に取り組む犯罪社会学者、刑事法学者、警察官、矯正従事者、更生保護従事者、精神科医、関連NPO法人職員などとの協働によるパネルディスカッションを予定している。薬物乱用・薬物犯罪の防止活動における多機関連携アプローチの意義、その長所、短所は何か、今後の課題は何かなどの各論点について、活発な議論を期待している。また、フロアーの一般市民、学生の方々からも奮って質疑応答に参加していただき、本公開シンポジウムを大いに盛り上げていただければ幸いである。

北九州市における薬物対策ネットワークの現状と課題

北九州市保健福祉局精神保健福祉センター

三井 敏子

1 はじめに

北九州市保健福祉行政の立場から、北九州市における過去 10 年の薬物対策の活動状況を報告し、特に、本シンポジウムにおけるテーマである機関間の連携について、触れる。

2 全体的状況

まず、シンポジウムの第一発言者という立場上、全般的な状況に触れる。

薬物犯罪のうち、日本において特徴的なものが覚せい剤であることは、周知のことである。覚せい剤事犯検挙数の推移でみれば、戦後の第 1 次覚せい剤乱用期、経済不況期の第 2 次覚せい剤乱用期を経て、1995 年以降は第 3 次覚せい剤乱用期とされて以降、終息宣言を迎えないまま既に 10 年を経ている。

一方、覚せい剤と双璧であったシンナー乱用については、1980 年代に 3 万人を超えるピークを迎えて、現在はかなり減少している(図 1)。

次に、覚せい剤の第 2 次乱用期以降、今まで、薬物全体の検挙人員も加えてグラフ化したものを見た(図 2)。国は、1997 年になって、内閣府に薬物対策本部を設置し、1998 年、初めて薬物乱用防止 5 カ年戦略を打ち出した。

第 1 次乱用期とは違い、第 2 次乱用期は徹底した取り締まりにもかかわらず下げ止まらなかったこと、流行の様相が若年層への広がりやファンクション化といった変化を示したこともあり、薬物事犯への対応方法に危機感が抱かれ、国としての対策にも見直しが迫られたものではないかと思われる。

それから、10 年を過ぎるが、2008 年 8 月には、薬物乱用防止新 5 カ年戦略が発表された。そこでは、「わが国の薬物乱用防止対策については、これまでの 10 年間の戦略の実施により、一定の効果が出ているものの、依然として厳しい状況下にあることから、政府を挙げた総合的な対策を講ずることにより、

図1 覚せい剤・劇毒法事犯検挙人員の年次推移

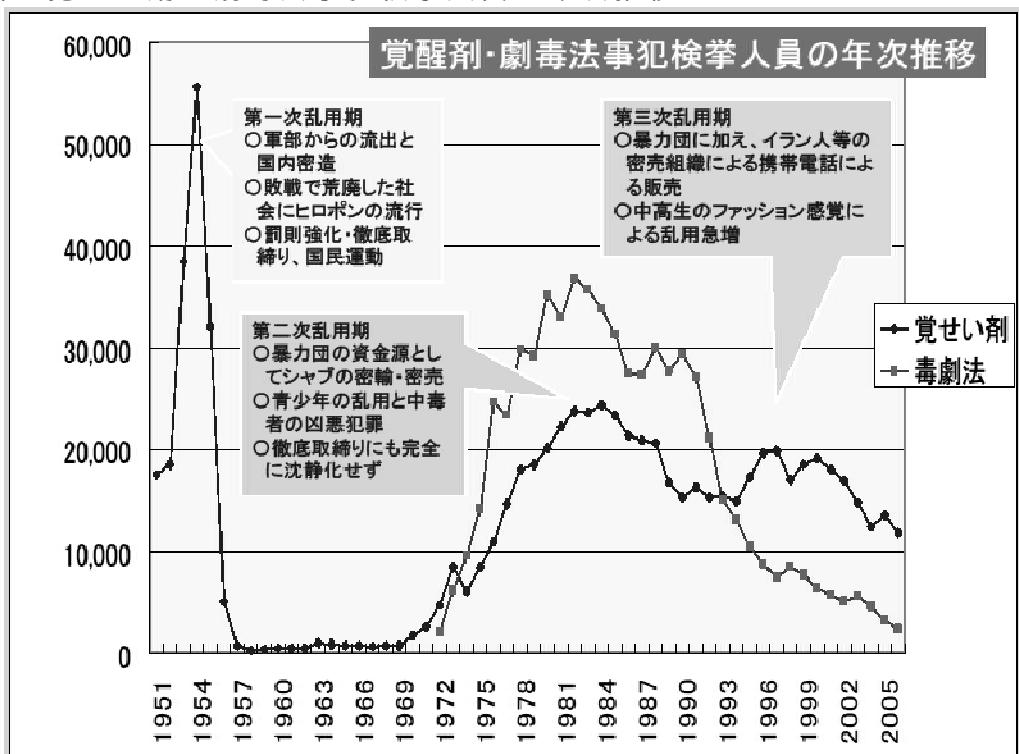
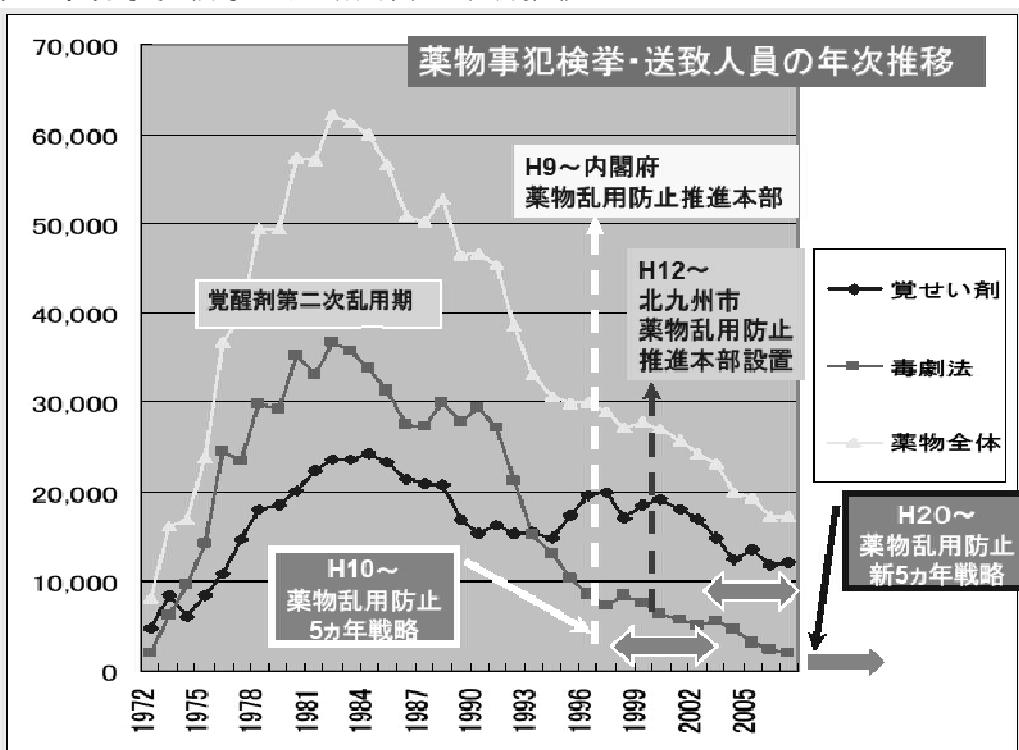


図2 薬物事犯検挙・送致人員の年次推移



薬物乱用の根絶を図る」と謳っている。大麻事犯が10年前の約2倍となっていること、MDMA等の合成麻薬等の押収量が増え、検挙事犯の多くが青少年の初犯者であって、インターネットや携帯電話等によって薬物入手が容易に行われるようになってきた傾向等、薬物汚染の裾野が広がってきたことを、危惧していると思われる。

北九州市においては、1998年の国の5ヵ年戦略を受け、2000年に市長を本部長とするシンナー等薬物乱用対策推進本部を立ち上げた。この地域としても、この10年、薬物問題は社会問題であり、健康問題であるとの捉え方から、地道に取り組んできたものである。

福岡県北九州市は薬物汚染地域であり、現在、県別の検挙数では、覚せい剤も大麻も、東京、大阪、神奈川に続く第4位である。人口割合から考えても多い。全国的に減少傾向の覚せい剤の検挙者も、福岡県では著しく減っているとは言えず、大麻は徐々に増えている。シンナーに関しては、全国的に減少する中で福岡県も下がっているが、9年連続1位の検挙数であることには変わらない。

ここ10年、それまでとは違った対応や工夫をし、その全体的な成果として、検挙者数、特にシンナーによる検挙者数は右肩下がりになっていると言えるにしても、地域の薬物問題が解決に向かっているとは言い難いのである。

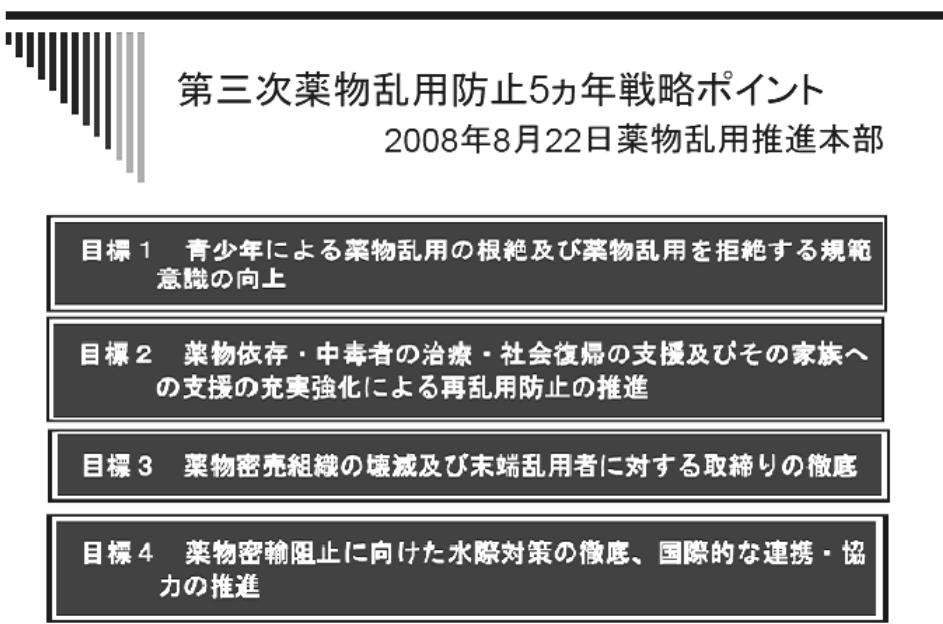
3 問題の性質

薬物の問題にアプローチしようとすると、関係機関の多さを意識せざるを得ない。

ここに、国第3次薬物乱用防止5ヵ年戦略のポイントとして挙げられている目標を示す(図3)。

こうした内容に取り組もうとすると、国においても、「政府を挙げて」「各省庁の緊密な連携」という言葉が必要になる。行政省庁で言えば、警察庁、厚生労働省、文部科学省、財務省、法務省、内閣府、海上保安庁、外務省、経済産業省等と、さまざまなところが関わる。このことそのものが、薬物問題の取り組みには、多次元的な捉え方が必要であることを表わしている。その根拠となる関連法律も、ここには簡単に挙げきれないほど数多くあること

図3 第3次薬物乱用防止5カ年戦略ポイント



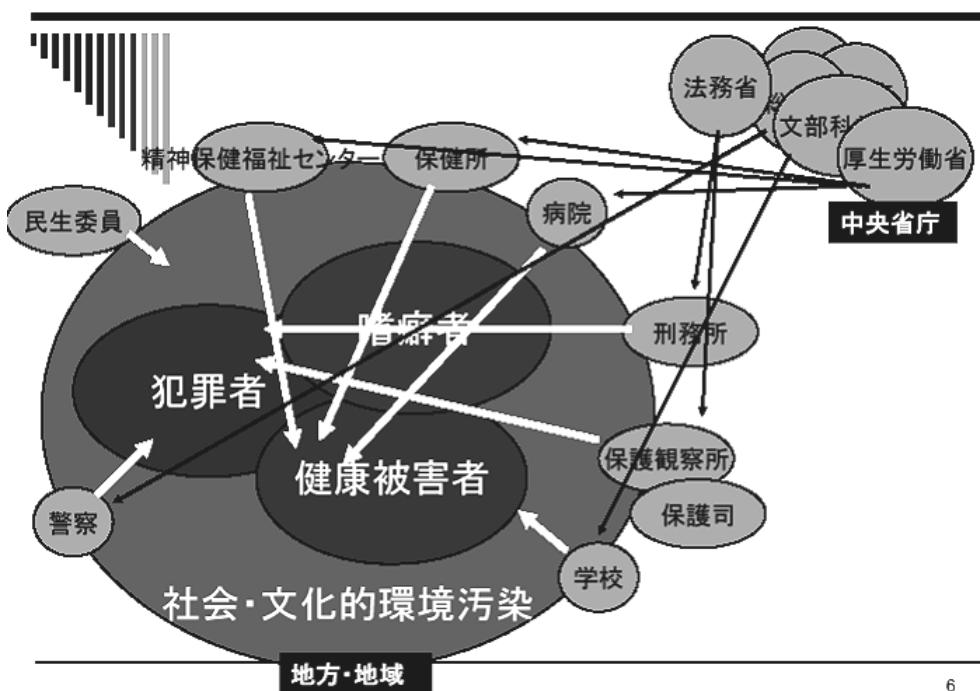
5

に気づく。

さらに、地方では、厚生労働省にしても法務省にしても中央省庁は、実態のない文書だけの遠い存在であって、具体的な実務の連携は、地域という枠内にこそあると言えよう。北九州市を例にしても、刑務所、鑑別所、保護観察所、警察もあれば、学校も、民間の医療機関やリハビリ施設などもある。しかし、これら関係する機関は、物理的な距離は近くても立場や背景はきわめてさまざまである。それぞれの中央省庁をもち、それに拠って立つ法の意図によって職務の文化が形成されているため、近隣にあっても考え方には相当な距離感もある。

それぞれの機関から見た対象者の性質を問えば、薬物使用は社会の安全・文化を破壊する「社会環境汚染」の問題でもあり、「犯罪」として取り締まつたり、処遇したりすべきものもある。私たち保健関係者から見れば「健康被害」であり、「依存や中毒という中枢神経系の疾病」をもたらす現象であり、社会学的には人間の成長を阻害する「嗜癖行動」とも捉えられる。同じ事象のさまざまな側面として、どの捉え方もどのアプローチも必要ではあるが、

図4 さまざまな観点からのアプローチ



現実には、さまざまな観点からのアプローチは、よほど相互に意識しておかないとバラバラにすれ違ってしまうような構造になってしまっている(図4)。

4 北九州市薬物対策本部

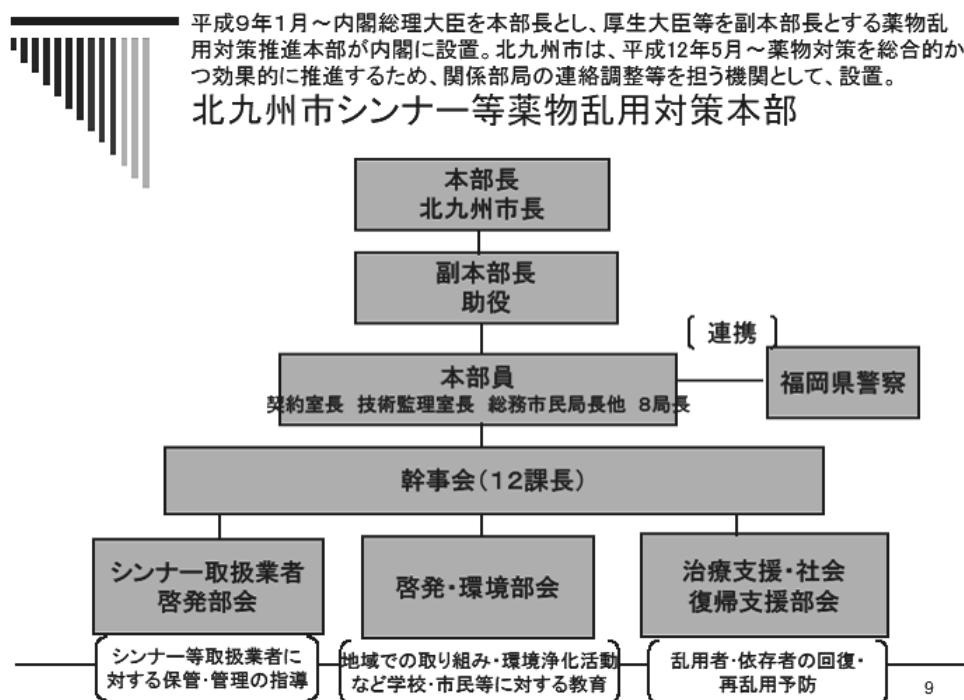
市薬物対策本部の設置は、バラバラなものをどうやって地域において整理し協同していくかという課題に対する、行政としての工夫である。

北九州市においては、市長を本部長とし、本部員は契約室長、総務市民局長といった8つ局の代表で成っており、幹事会を課長レベルで構成している(図5)。実働は、課単位でそれぞれの役割を果たしつつ、3つの専門部会を構成する。

専門部会の1つ目は、「シンナー取扱業者啓発部会」である。地域に多数存在する劇物などの取扱業者、塗装工事施行業者等に対して、適正な取り扱いの指導を文書や立ち入り調査、訪問による啓発講演などを行う。

2つ目は、「啓発・環境部会」である。市民、小中学生、青少年に対する、シンナー等薬物乱用防止の啓発及び有害環境の浄化などについて調査・審議

図5 北九州市シンナー等薬物乱用対策本部



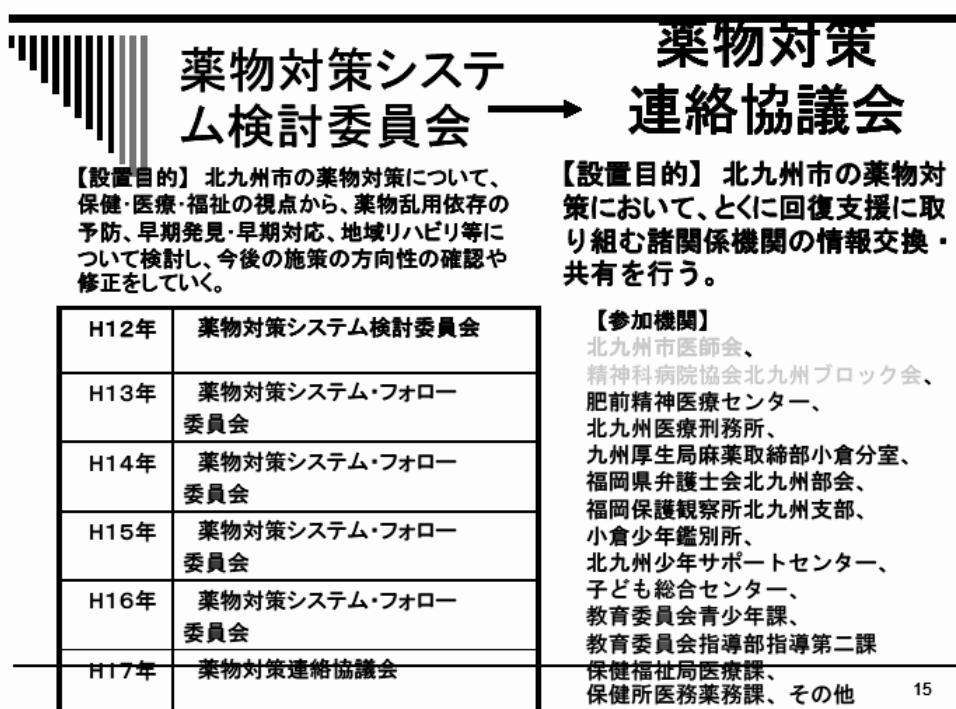
し、有効な対策を実施することとなっている。市民、地域啓発のフォーラム、教育出前講演、啓発資材作成・配布、夏休みに合わせた薬物乱用撲滅週間キャンペーンなどなど、毎年工夫を重ねている。啓発・環境部会の中心的な活動を担う教育委員会では、小学生高学年からの薬物教育を繰り返しており、補導活動などには、6000人以上の地域住民の参加を実現している。啓発も少しずつ浸透している印象がある。啓発の基本姿勢は、「薬物はぜったい駄目」と言うものだが、薬物に手を染めた子どもたちに対する排除の論理に傾くことを避けながら、こころの健康被害の側面も取り入れられてきたと思う。図6に、小倉駅ジャム広場で毎年行っているキャンペーン活動の様子を紹介する。

市対策本部専門部会の3つ目が「治療支援・社会復帰部会」で、私の所属する精神保健福祉センターが部会長を務める。市行政は薬物に関する医療や処遇の社会資源を市単独では持っていないため、回復支援の活動は、市行政のみで考えてゆくのは困難であり、したがって、さまざまに、市行政以外の機関にも参加いただきながら進めている。2000年度に、まずは、専門家から構成する「システム検討委員会」を設置して、北九州の現状を踏まえて、今

図6 小倉駅ジャム広場でのキャンペーン活動



図7 北九州市薬物対策本部 治療支援・社会復帰部会の変遷



後どのように考えてゆくのか、その姿勢をさまざまに議論していただいた(図7)。委員は、市内外の精神科医師、精神保健福祉士、回復支援の施設であるダルクの施設長、弁護士、社会福祉領域の大学教授等である。

そこで、理念と全体のシステムを俯瞰し、次の年からは「システム・フォロー委員会」と形を変え、さらに、2005年度からは、連絡協議会として、市行政内の関係部署や諸処の関係機関の情報交換の場としている。

広げてゆく中で、当初目指した「保健・福祉・医療」の視点に立つという発想にこだわりすぎず、司法関係機関にも参加を依頼するようになった。現在、参加機関は22機関。あらためて、地域における薬物問題に関わる機関が多数あることを確認するところである。

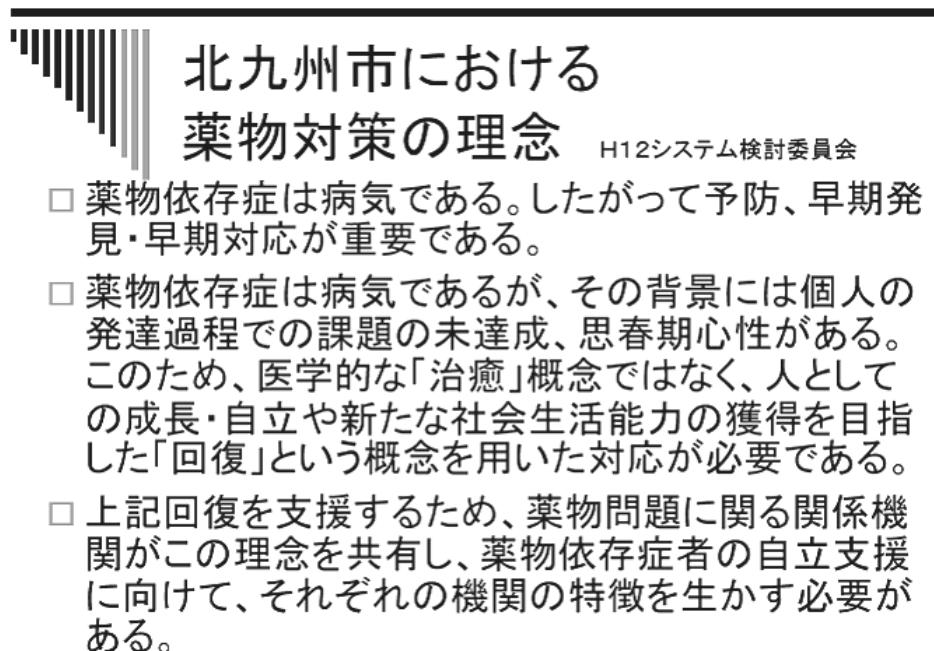
2000年度の「システム検討委員会」、その後の「フォロー委員会」の議論における成果物として、我々の「薬物対策の理念」(図8)と「地域における関係機関の対応の流れ」(図9)を示す。

「理念」では、薬物問題を思春期心性の躊躇として捉え、成長する人間に向かい合うまなざしが示されていると考えている。

「関係機関の対応について」は、それぞれの機関の機能と役割を示唆するものである。どの機関も地域の全体の中での存在意義を確認し、それぞれの機関の持ち味を十全に發揮することが連携に繋がると考えたものである。

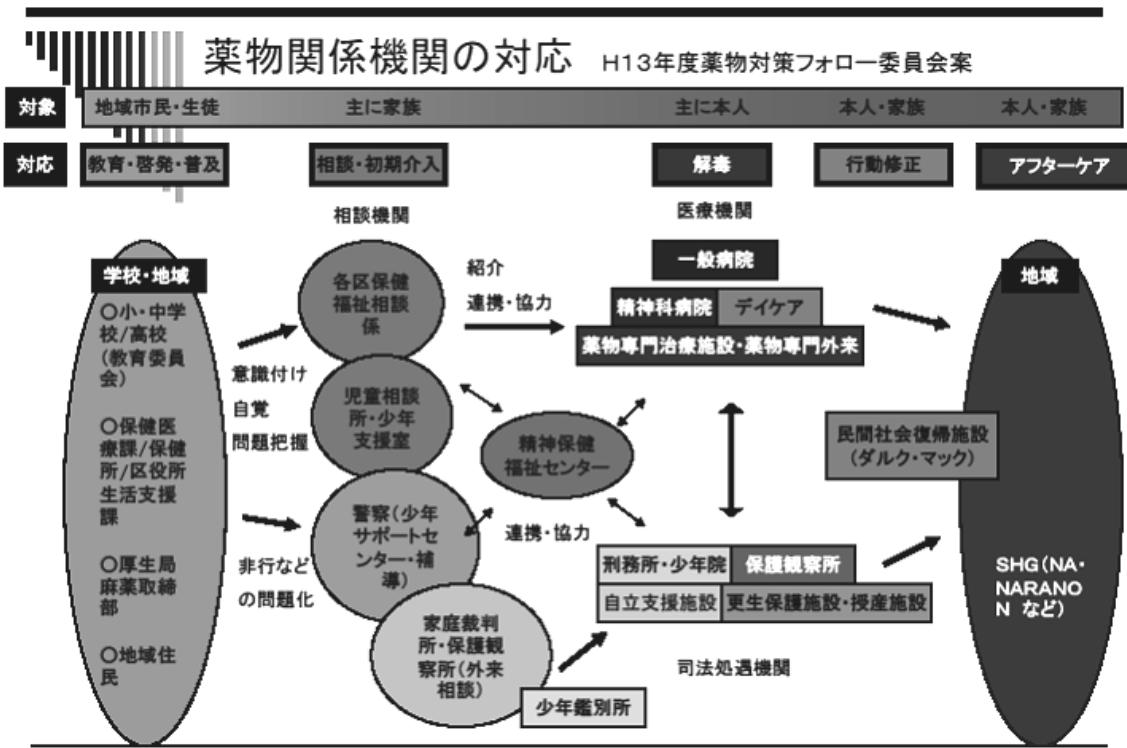
薬物問題で相談に来られる方々は、我々の想像以上にいろいろな機関に関わっておられる。2001年に十数例調べたところ、どの方も10以上の機関に出会っていた。それぞれの機関の役割や方法はさまざまであっても、同じ対象者がさまざまな機関に出会う限り、その方の回復支援のためには、それらの目指す方向性は共通であることが望ましいであろう。

図 8 北九州市における薬物対策の理念



16

図 9 薬物関係機関の対応



30

17

薬物から子どもを守るために 薬物乱用少年への立ち直り支援から

北九州少年サポートセンター

安 永 智 美

1 はじめに

私は警察の相談機関である北九州少年サポートセンターにおいて、子どもたちを犯罪の被害者にも加害者にもしない「非行から子どもを守る」ための各種活動(少年相談、立ち直り支援、街頭補導、講演等)を行っている。

今回のシンポジウムでは、シンナー等薬物乱用少年への立ち直り支援を通して、薬物問題が 10 代の子どもたちの身近な問題として起きている現状等を伝え、薬物から子どもを守るためにそれぞれの立場でできることを共に考える機会とさせて頂きたい。

2 シンナー等薬物乱用の現状とは

2008 年のシンナー等薬物乱用少年の検挙補導人員は、過去 10 年間で最少である。表 1 から一見して減少していることがわかる。このように減少した理由については、薬物問題に携わる各種機関が、それぞれの役割を真摯に果たしてきたからではないかと思う。

警察の役割(図 1)としては、薬物乱用の根絶に向けて、検挙活動と予防活動の双方の歯車をしっかりと機能させることにある。

検挙活動では、資金源活動の一環として、薬物を供給している暴力団に重点を置き、取り締まりを強化している。

当少年サポートセンターは、もう 1 つの歯車である予防活動の役割を担うもので、薬物乱用少年を作らないための予防教育として、広報啓発及び薬物乱用少年への立直り支援活動を行っているところである。これらのサポートセンターの広報啓発と立直り支援事例については、後半で具体的にご紹介させていただくこととする。

次に、会場の皆様に伺いたい。薬物に手を染めてしまう子どもたちに対し、

表 1 北九州市におけるシンナー乱用少年検挙補導数

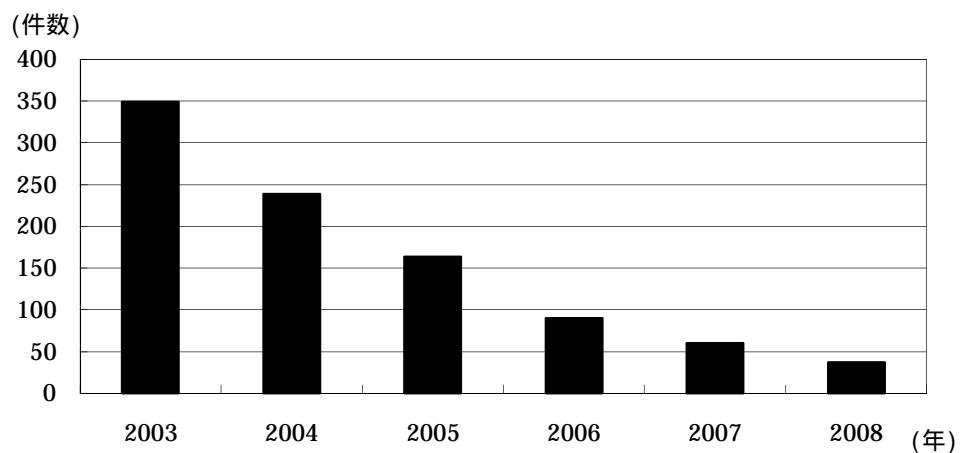
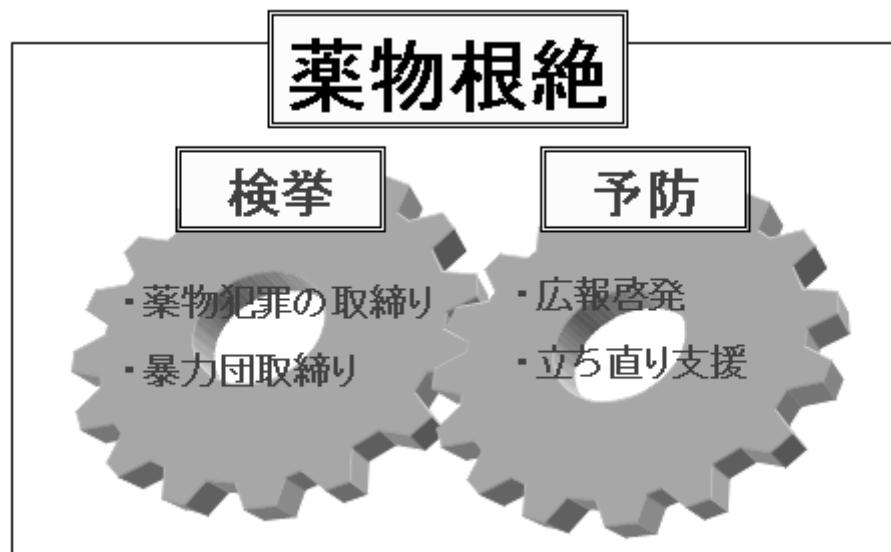


図 1 警察の役割



どのようなイメージを抱かれているだろうか。私が関わる薬物乱用少年や非行少年には、およそ決まって一枚のレッテルが貼られており、それは「問題を起こす困った子ども」というものである。

子どもたちに相談や立直り支援を行う上で「子どもをとらえる視点」は、極めて重要であると認識している(図 2)。これまでの立直り支援を通してわ

図 2 子どもをとらえる視点

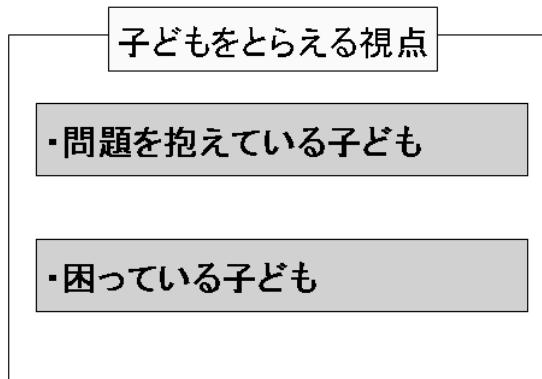
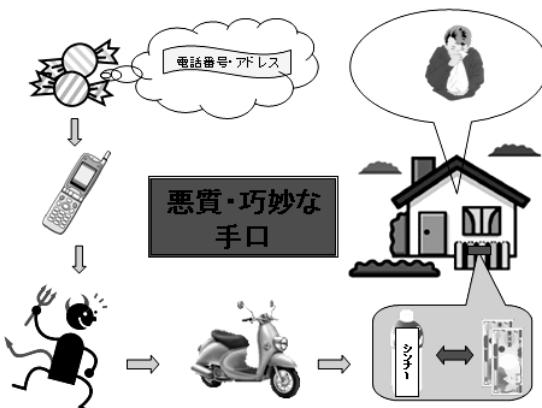


図 3 悪質・巧妙な手口



かったことは、「問題を起こす子ども」は「問題を抱えている子ども」であり、「困った子ども」ではなく、その少年自身が「困っている子ども」であるという視点を持つべきだということである。

次に、子どもを薬物から守るために知りたい現状として、実際にこの北九州市で行われている、少年少女たちの薬物の入手方法である。シンナーに限らず、大麻・マリファナ・覚せい剤、MDMA 等の錠剤タイプまで、何でも簡単に電話 1 本で子どもが指定した時間・場所に届けられる、宅配ピザならぬ「宅配薬物」になっており、また他にも「薬物の館」と呼ばれるアパートやマンションの一室が開放され、そこで薬物が使えるのである。薬物の売人の携帯電話番号や薬物の館の場所等は、駅前や公園、コンビニの前にいる小・中学・高校生等に対して、アメやガムを配り、その包み紙に書かれているという実に悪質・巧妙な手口となっている(図 3)。

次に、薬物乱用が人体に与える有害性についてであるが、図 4 や図 5 は、薬物乱用防止広報用リーフレットなどに掲載されている写真である。脳や歯等の人体に害を及ぼすだけでなく、最も危険な影響としては、自分の意思では薬物乱用を止められなくなる「依存」が形成されることである。

更には、薬物乱用による犯罪の発生や家庭崩壊など社会的影響も大きく、薬物の恐ろしさは、計り知れないのである(図 6)

実際に、サポートセンターで関わった薬物乱用少年たちも薬物を手に入れための資金繰りとして、少女たちは売春、少年たちは恐喝やひったくりな

図 4 有機溶剤の害

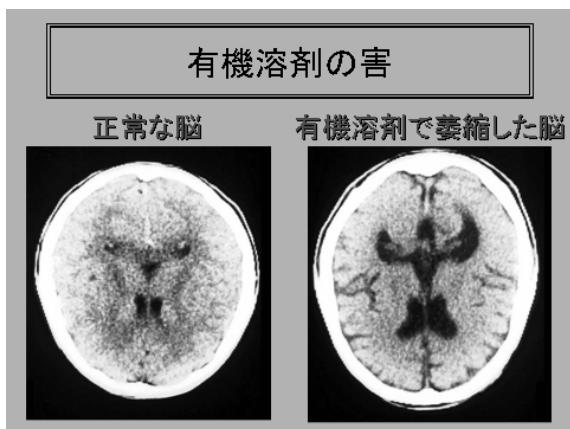


図 5 歯への影響

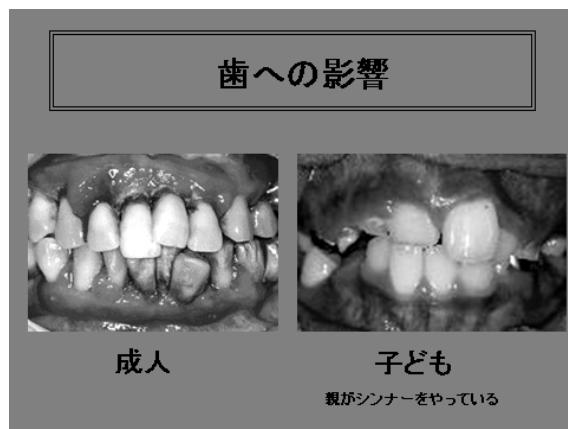
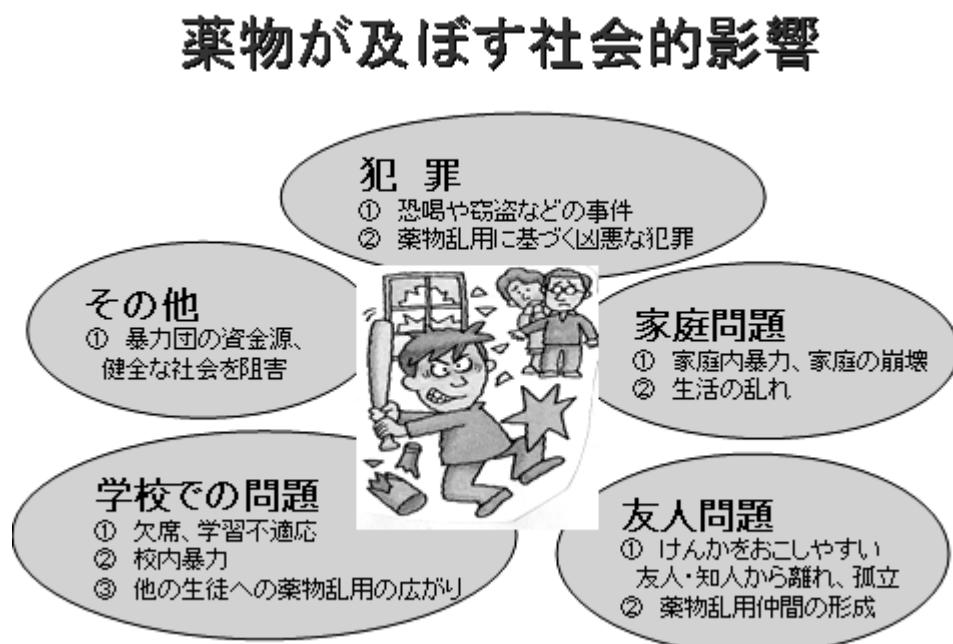


図 6 薬物が及ぼす社会的影響



どの犯罪に手を染めていた。

このような薬物乱用の恐ろしさについては、一般の方々にも周知されているところだが、教科書にはない薬物乱用によって子どもたちに現れる「奇行」

「乱交」について紹介すると、シンナーであれば、指先から赤や青、黄色などの光線が出るようになり、この光線を仲間間で飛ばしあうファイバーバトルにはまるのである。

この奇行は幻視と思われるが、子どもたちはこの遊び(奇行)に夢中になり、バトルをするためにシンナーを繰り返し吸うのである。また乱交は、もっと深刻な問題であり、夜中に仲間達とシンナーを吸いながら誰構わずに、しかも路上でみだらな行為をするのである。

以前、中学3年K子が、この乱交を終えての朝帰りに自宅ではなく、サポートセンターに立ち寄った時、彼女の学生服のスカートが、体液らしきものでひどく汚れていた。私がタオルでそれを拭いてあげながら、「こんなのすごく悲しい、悔しい」と呟いていると、初めは「こんなの全然平気。何でもないこと」などと強がっているK子も、最後は、こちらの「悲しい。悔しい」の言葉に合わせて黙って頷き、涙を流しはじめた。

こうした少年の傷ついている姿を見ていると、薬物乱用は自虐行為に思えてならない。

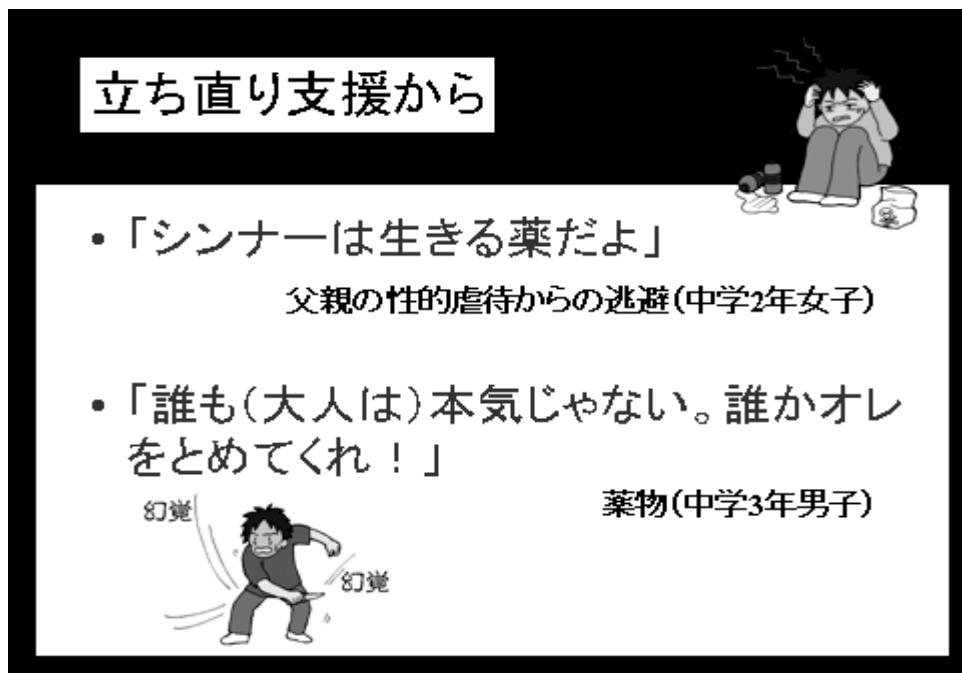
3 シンナー等薬物乱用少年の立直り支援から

実際のシンナー等薬物乱用少年への立直り支援事例を2つご紹介したいと思う(図7)。

(1) 事例1

ある中学校での講演後、帰り際に中学2年S子から「小さな相談でもいいですか」と呼び止められたため「相談に小さいも大きいもないよ。困ってるのね」と答えたところ、彼女は、制服の袖を捲りあげて腕のリストカットの傷を見せた。S子の話を傾聴すると母親が病死後、実父から性的虐待を受けていることやシンナーを吸っていることを打ち明けられた。S子は、シンナーを吸っている時だけが、父親からの虐待の苦しみが薄められたので「シンナーは、自分にとって生きる薬だった」と話した。この事例については、学校、児童相談所等の関係機関と連携し、少年を保護後、施設に入所し、高校進学を果たした。

図 7 立直り支援から



(2) 事例 2

中学3年Y男は、シンナー乱用により、心身への悪影響が現れているほど常習者であったが、病院での治療を勧める親や学校の先生の説得に全く耳を貸さなかった。サポートセンターの支援に対しても頑なに拒否し、携帯電話に出ることはなく、訪問しても「うざい。消えろ。俺からシンナーを取る奴はみんな敵だ」と怒鳴り、全く話ができない状態が続く中、1日1回はY男の携帯に電話をして着信を残し、定期的に訪問を継続していた。ある日突然、夜中にY男の携帯から連絡があり、驚いて出てみると、「あんた警察だろ。どうして俺を捕まえないんだ。誰も(大人)本気じゃない。誰か俺を止めてくれ」とY男が助けを求めてきた。彼の声の様子から、どうもシンナーを吸って電話をかけてきていたようであった。この事例については、警察や家庭裁判所、医療機関等と連携し、少年は鑑別所に収監後、試験観察処分を付されて薬物治療のため、県外にある薬物専門の病院に入院することができた。

薬物乱用少年への立直り支援の実践から思うことは、薬物から子どもを守るためにには、少年たちを薬物に走らせる問題行動の「根っこ」である主原因

を取り除くことが不可欠であるということである。S子の場合は、虐待からの救出であり、Y男の場合であれば、Y男自身の心の叫びであった「止めてくれ」というSOSに応えることである。検挙によって、まずは強制的に薬物から引き離し、その後、治療の道に繋ぐという支援のあり方もY男の言う「本気」の支援であると思っている。鑑別所での面会時にY男が漏らした「捕まってホッとした。これで(シンナーから)逃げられると思った」との言葉が印象的であった。

4 子どもたちを薬物に走らせる問題行動の「根っこ」(背景)とは

私がこれまでに出会った子どもたちとの関わりを通して見た問題行動の「根っこ」とは、満たされない不安や寂しさ・癒されない悲しみと怒りであった。

当時、中学3年A子が描いた自分自身だという絵(図8)を見て頂きたい。A子は、リストカットと覚せい剤使用、売春という3つもの自虐行為を繰り返していた。A子が3歳の時に両親が離婚し、この時A子は、父母二人から引き取りを拒否されたため、祖母に引き取られて養育された。

この絵のA子は涙を流して泣いているが、彼女は当時から祖母に心配をかけまいと泣くことを我慢していたため、涙が出せなくなり、子犬のようにくーんくーんと鼻を鳴らして泣いていた。そんな彼女がようやく、担当職員の前で初めて涙を流した時に彼女の口から出た言葉は、「さびしい。悔しい。お父さんからもお母さんからも要らないと捨てられた私って、生きててもいいのですか」との哀しい言葉であった。

しかし、その後、A子から「これね、サポートセンターだよ」と言って贈られた絵が「ひみつの木」(図9)である。

絵の中に彼女の自作の詩がある。

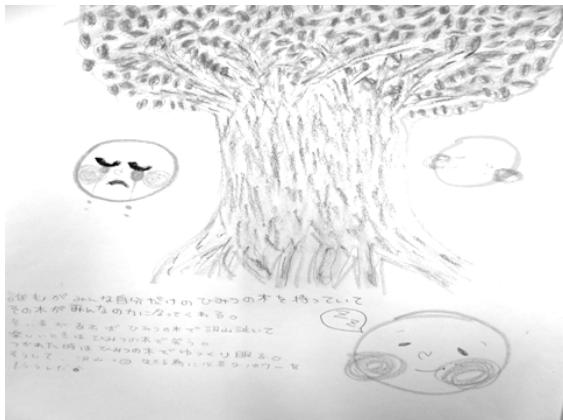
「誰もがみんな自分だけのひみつの木を持っていて、その木がみんなの力になってくれる。辛い事があればひみつの木で沢山泣いて、楽しい時はひみつの木で笑う。疲れた時はひみつの木でゆっくり眠る。そして、沢山沢山生きるために必要なパワーをもらうんだ」。

ひみつの木は、子どもたちが生きる力をもらう居場所を意味している。子

図 8 A 子の描いた絵



図 9 ひみつの木



子どもたちにとって、ひみつの木(居場所)は家庭であるが、他にも学校や地域等どこかに居場所があれば、子どもたちが自分自身を傷つけることはないようと思う。これからも少年サポートセンターは、子どもたちのひみつの木(居場所)でありたいと思う。

5 薬物から子どもたちを守るために

(1) 予防・防止活動の重要性と効果

薬物乱用少年への関わりから、薬物問題は、体だけでなく、依存が形成され、精神が蝕まれるため、立直りが大変困難であることを痛感している。だからこそ、薬物乱用少年を作らないための予防活動の重要性を強く訴えたい(図 10)。

サポートセンターは、子どもたちに対して、事前に薬物から自分を守るための「知る」というお守りを渡すことが予防の第一歩であると考え、子どもや保護者、地域等を対象に薬物乱用の恐ろしさを伝える薬物乱用防止講演を行っている。

講演内容は、薬物乱用によって心身に与える有害性や 2 次害として起きる犯罪の発生等の他にも、薬物を誘われた時の断り方(危険の回避方法)を実践するロールプレイングも取り入れている。

また、当センターの予防教育の特色は、知識だけを伝授するのではなく、薬物乱用少年や非行少年に欠落している、自尊感情を育む「生(きる)教育」

図 10 予防・防止活動の重要性と効果

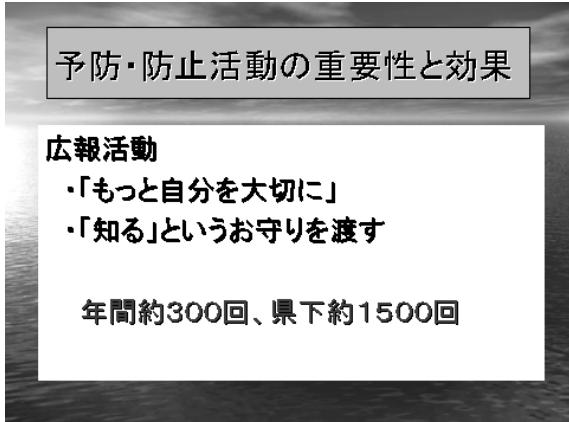
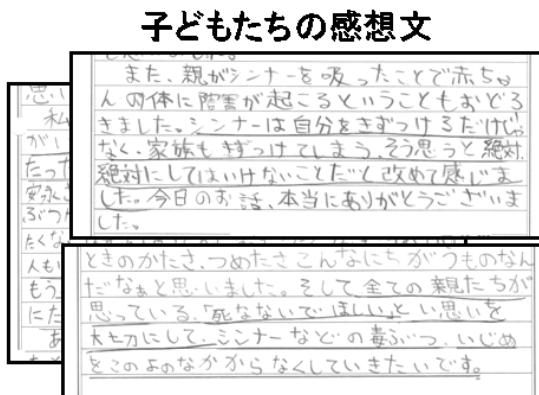


図 11 子どもたちの感想文



として「あなたは、大切な存在だよ」「もっと自分(命)を大切に」とのメッセージが伝わるような事例を主とした内容で構成している。

講演後に送られてくる子どもたちの感想文から、薬物の恐ろしさだけでなく、命の尊さや自分や家族の存在の大切さに気付いた、中には、死にたいと思っていた気持ちが救われたという非常に重い感想も毎回含まれており、子どもたちの反響の大きさから改めて、予防啓発の重要性とその効果を確信している(図 11)。

(2) 各種関係機関との連携

北九州少年サポートセンターは、全国で初めて、市の行政相談機関である児童相談所と教育委員会少年サポートチームとが同一建物の同じフロアに設置されており、更には、それぞれに警察 OB や教員 OB が配属され、当センターにも教育委員会指導主事が派遣されている。人事交流も図られていることから、子どもの問題に関わる必須機関である 3 者の「緊密な連携」がより具体化し、“face to face”的協働ができるようになり、必要に応じてケースを共有し、それぞれの特性と専門性を活かした新しい形の連携が構築されている(図 12)。

少年サポートセンターは、多機関連携におけるコーディネート役として、従来のタテ割り型の連携から「北九州方式」と呼ばれる各機関同士のヨコの繋がりを活かした連携を積極的に行っている(図 13)。

図 12 関係機関との連携例

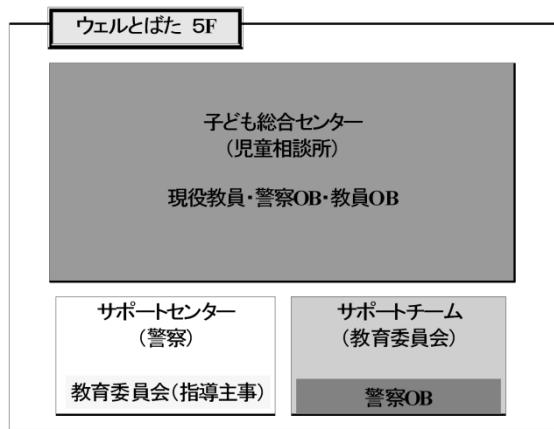
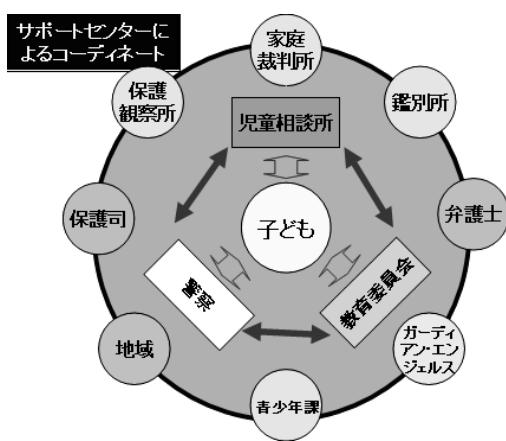


図 13 北九州方式の連携



今後も子どもたちを犯罪の被害者にも加害者にもしない「非行から子どもを守る」取り組みを行う上で、関係諸機関と協働し、更に有効かつ適正な多機関連携が図れるために、少年サポートセンターの役割を十分に果たしていきたいと思う。

薬物事犯者の刑務所における処遇

北九州医療刑務所

佐 藤 誠

1 薬物乱用防止教育の法務省矯正局の取り組み

犯罪白書によれば、2007年の覚せい剤取締法違反の検挙人員は12,009名であり、うち実刑者となった者は6,125名である。毒物および劇物取締法違反の検挙人員は2,044名、大麻取締法違反の検挙人員は2,375名である。2007年12月末日、刑務所には16,438名の薬物事犯者が収容されていた。

薬物事犯者は少数の営利犯を除けば依存症者として、治療的な関わりが必要とされているが、刑務所における従来の薬物事犯受刑者処遇は治療的な取り組みが欠けていると批判されてきた。2006年に公布され、翌年6月に施行された「刑事収容施設及び被収容者等の処遇に関する法律」(以下新法)の第103条に、被収容者の改善と社会復帰が明示されたが、刑務所における薬物事犯者の処遇も大きく変わることになった。

法務省矯正局が、その当時取り組んだ薬物乱用防止教育の準備作業を紹介する。2003年度刑事施設長会同で、日本ダルク代表近藤恒夫氏の講演が実施された。2004年4月法務省矯正局教育課の主管で、薬物事犯受刑者処遇研究会が設けられた。メンバーは近藤氏、和田清国立精神神経センター精神保健研究所薬物依存研究部長等学識経験者5名、当時の府中刑務所処遇部長、及び宇都宮鑑別所長であった。同年法務省矯正局所属施設での薬物事犯者の改善指導方針が定められ、従来からの講義形式による教育に加え、グループワークを充実させる、グループワークにおいてNAやダルク等の民間自助団体の協力を得る、薬物のない生活をイメージさせ、釈放後にダルク等が実施するプログラムへの参加を動機付ける、以上3点が確認されその後の指針となった。各施設での覚せい剤乱用防止教育のための予算処置も毎年計上されることとなった。

新しい処遇の開始に当たり、法律の改正、予算確保、現場最終責任者の研修、上級官庁のプログラム等の設定、現場全施設での実施、実施状況の上級

官庁への報告と監査という組織だった流れは、専門家やダルク等民間組織からも評価され、その後の協力と援助を得られることになったと思われる。

刑務所は薬物依存症の治療施設として、幾つかの利点を有している。

- (1) 薬物が絶対に入手できない環境であること、
- (2) 薬物乱用者は否認やはぐらかしを重ねることによって事態を深刻にしているのであるが、裁判等の手続きで直面化の作業が終了していること、
- (3) これからは良くなるだけだという底つき体験から出発できること、
- (4) 薬物乱用者の中には、粗暴な言動を繰り返す者も少なくなく、こうした暴力行為への対応について、法的処理も含め職員は訓練を受けていること、
- (5) 密売者からの誘惑や借金の取り立てから保護されていること、
- (6) 作業に従事し、規則正しい生活ができること、
- (7) ダルク等民間の組織とつながる機会が提供されること、
- (8) 民間有識者である篤志面接委員や通信教育を利用して、学科教育等の教育的処遇を受けることが可能であること、
- (9) 治療費が無料であること、等である。

2 薬物事犯受刑者

一般の刑務所に収容されている薬物事犯受刑者は、精神症状を欠く依存症の段階の乱用者である。薬物乱用の開始以前の非行歴や、教育と就業での挫折歴を有する者が少なくない。一見健常者に見える依存者の対人関係の基本の方策はうそ、否認、はぐらかしであり、そのことをグループワークで彼等は正直に告白する。乱用が深刻になり脳神経の障害が進むと、一般の刑務所での処遇が不可能となり、医療刑務所に M 指標の受刑者として移送される。彼等には二つの類型があり、非常に強い猜疑心を抱き、衝動的に粗暴行為を繰り返す者と、能動性が低下し、終日呆然と無為に過ごすタイプの者に別けることができる。前者は昔も今も職員から最も嫌われる受刑者である。1970 年代後半の小柳武氏の東京拘置所での調査によれば、覚せい剤乱用者の前科の 76%が暴力犯を含み、純粋な暴力累犯者は 43%であった。彼等はこうした調査に一致する者達である。後者のタイプは、施設職員から負荷をかけられ

なければ平穏に過ごすが、改善行刑の時代にあっては社会復帰が困難である点で、新しいタイプの処遇困難者といえる。

薬物事犯受刑者の処遇には、幻覚妄想等の異常体験の治療、暴力行為に対処できる体制、パーソナリティ障害と数多くの社会的欠損を修正・補填するシステムの3つの柱が必要である。

3 北九州医療刑務所の薬物事犯受刑者の治療処遇

北九州医療刑務所は広島矯正管区及び福岡矯正管区管下男子刑務所に収容されている精神障害者の治療施設である。職員構成は医師 5 名、看護師 13 名、刑務官 105 名、薬剤師等医療専門職 5 名、行政職 1 名である。

北九州医療刑務所には、この 2~3 年、約 120 名の M 指標の精神障害受刑者が収容されているが、そのうち凡そ 25 名が慢性薬物中毒症を病んでいる。その他、犯罪傾向の進んでいない A 指標の受刑者の約 130 名のうち、凡そ 25 名の罪名は薬物事犯である。他の罪名の受刑者も隠れた薬物乱用者も少数いると思われる。この A 指標の乱用者は薬物依存症を病んでいる。

1997 年に当時の国立肥前療養所薬物病棟に職員が研修に出向き、入手したプログラムの改定後、グループワークを開始した。こうした先進的な取り組みを可能にしたのは、慢性中毒症に悩む受刑者が数多く収容されており、依存症の治癒及び再使用防止のための治療処遇の導入を職員が望んでいたことと、熱意ある精神科医師と心理士の幹部職員が勤務していたことに求められる。現在の北九州医療刑務所の薬物関連処遇は、(1) 入所者全員に対する啓発教育、(2) 医療スタッフによる異常体験等種々の症状の治療と医学的な助言、(3) 身体合併症の治療、(4) 特別改善指導としてグループワーク方式による薬物依存離脱指導、(5) 家族会の開催、からなっている。

4 北九州医療刑務所のグループワーク

現在北九州医療刑務所では、2 グループの薬物依存離脱指導が実施されている。処遇部企画部門教育係のグループワークを紹介する。期間は 4 月、参加人員は 6~8 名、回数は 14 回である。そのカリキュラムを紹介する。(1) 開講式とオリエンテーション、(2) 薬物に出会ってからの自分、(3) 医師によ

る学習会；覚せい剤依存症と精神障害、(4) 私は薬物依存症なのか、(5) 刺激、(6) 薬物を使用したくなる時、(7) 自分にとって、薬物とはなんであったのか、(8) 現実を見つめる、(9) 居場所、(10) こころを開く、(11) 仲間意識、(12) 医師による学習会；覚せい剤使用とエイズ・肝炎等の臓器障害、(13) 薬物のない生活、(14) 生き方を変える、(15) 閉講式、である。

グループワークのメンバーは、相互の受け入れ、信頼、尊重を通じて人間的な成長が達成される。

5 薬物事犯受刑者の家族会

2003年から、家族に同じ日に面会に来てもらい、家族会を開催している。2009年は8回開催され、延べ参加者は49名であった。薬物依存症者の心理や精神障害、家族の対応のあり方等の学習、参加者相互の相談や助言、自由な意見交換が家族会のテーマになる。実施責任者はベテランの刑務官であり、精神科医師、北九州市の専門職及びダルクメンバーが協力している。家族の病理性は深刻であるが、家族会での活動等によって健康を回復し家族のもとに帰った本人の再使用の防止が狙いとなる。参加メンバーにも左右されるが、家族会が開催されている部屋から笑い声が漏れ聞こえることもある。家族会への参加が、各地で開催される薬物関連の講演会や集会への参加のきっかけにもなっている。

6 刑務所でのグループワークの困難性と職員の意識改革

北九州医療刑務所の薬物依存離脱教育の実務者は刑務官である。旧監獄法下警備専門職として採用され、受刑者待遇は規律を守らせ、懲役である刑務作業に従事させることだと教え込まれてきた刑務官にとって、受刑者のグループワークを主体的に実施することは大変困難なことである。犯罪者のグループ編成が悪風感染による犯罪傾向を助長するという危惧、メンバーは互いに他人の意見を無視し操作的な言動をなすのではないかという危惧、過去薬物使用歴を有するダルクのメンバーへの危惧等、の手続き的・形式的な危惧に加えて、そもそも参加メンバーを受け入れるという前提が嫌悪を呼び起こすことにもなり得る。数え切れない裏切られた体験、受刑者への警戒心を叩

き込まれた記憶、受刑者の悪しき行状を見つけては手続きを行うという明快な伝統処遇への回帰、グループワークの展開によっては職員個人の内面的な葛藤への対決を迫られる局面が生じる可能性、また参加者が互いに「さん」つけて呼ぶことへの職員の抵抗感等、こうした重圧の克服は難しい。この課題を克服し、新しい処遇を展開できるようになるためには、実際の取り組みから出発し、必要な理念、専門知識、及び実際の手技を習得することである。北九州医療刑務所で最も貢献したトレーナーは、少年鑑別所から転勤してきた分類統括達である。対象者をその資質、病状、環境を軸に把握し、感情に支配されずに心理学的根拠に基づき処遇を進めていくことを刑務官に伝授した。精神科医師と看護士も重要なサポート役を演じることになる。

また、堀の外の状況と処遇を知り、刑務所の立場と役割を確認し、関係者や関係機関と連携の重要性を認識することも同時に求められるが、その学習の場は、主として北九州市精神保健福祉センターで開催される講演会と各機関実務者の交流会である。同センターで開催される薬物関連のほぼ全ての行事に数名の職員が出席しているが、ちなみに、ある講演会では 19 名の刑務官を含め 26 名の刑務所職員が参加した。

刑務官にとって「依存症は刑罰だけでは治らない」という命題を受け入れることは自己否定とも言える。しかし、薬物依存離脱教育を推進していく過程で、直接同教育に携わった刑務官に限らず、北九州医療刑務所の全体の気質が、伝統的に受け継がれてきた受刑者処遇の基本的な姿勢を修正する方向性と一致し、行刑改革会議の提言に謳われた受刑者の自律性の尊重に合致する処遇意識と重なった、と筆者は確信している。

7 釈放状況

薬物事犯受刑者の再犯率は高いとされ、北九州医療刑務所に収容されている A 指標の彼等も、他の罪名の受刑者に比較して仮釈放の期間は短く、75% 程度の刑執行率で釈放されているが、仮釈放後の成り行きを調査したことはない。M 指標受刑者は、全員が満期釈放であり、精神保健福祉法 26 条通報の対象者である。2008 年、全ての 26 条通報の件数は 39 件であり、うち措置入院になった者は 20 名であり、20 名中薬物中毒症の診断を受けていた者

は 7 名であった。なお、措置入院にならなかつた M 指標の受刑者から、診断書と病状紹介状を求められれば交付するが、病院等を積極的に紹介することはしていない。釈放数日して、市中の病院から病状の問い合わせが来ることがある。決裁を済ませた文書でのみ問い合わせに回答している。ある程度の期間をおいて、警察や検察庁から捜査関係事項照会書が送られてくることがある。職員がダルクの集会等で、本人あるいは家族と再会することは稀にある。

8 地域で活躍されている関係者との交流を通して、

垣間見える社会の治療処遇状況

刑務所は多くの薬物乱用者を収容することで、乱用者処遇で大きな役割を演じている。しかし、ある識者が講演会場で「刑務所は再使用の集団合宿場である」と批判するのを直接耳にしたことがある。密行主義と伝統的処遇への固執が、適切でもある痛烈な批判を招いたと思われる。しかし、刑務所は「行刑改革会議」の提言以来、「国民に理解され、支えられる刑務所」を目標に門戸を開放し、また、組織を整え、積極的に新しい理念、知識、手技を学んできた。薬物事犯者の処遇についてはこうした取り組みは特に顕著と思われる。従来から大きな役割を果たしながらも孤立していた刑務所は、こうした努力によって、薬物犯罪多機関連携の陣に参入の資格を得たといえる。全ての受刑者の約 25%が薬物事犯者であり、被収容者の社会復帰が新法の理念であるが故、刑務所は連携に実質参入し、治療処遇の中核の機関となることが期待されている。

一方、堀の外の地域における治療状況は寒々としているように思われる。治療処遇の中核の機関が存在しないのである。日本で最も薬物の汚染地域とされる北九州市では、急性中毒の症状が消失した直後の渴望期に患者は退院を迫られるという。北九州ダルクとつながった極少数の患者のみが、遠い佐賀県の肥前精神医療センターに依存症治療のため入院できるのが実情という。精神科医療機関が薬物乱用者の入院治療を実質忌避していると疑わざるえない。事実、厚労省のホームページを閲覧すると、2008 年アルコール以外の、精神作用物質による精神及び行動障害に基づく患者の精神科病院の推定入院

数は凡そ 600 名である。依存症の治療には、渴望期 1~2 月強制的に薬物からの隔離が必要とされており、もし入院先が確保できないのであれば、スリップしがちな患者の外来治療も成立しない。ダルクの家族会を主とし、いずれかの援助機関につながっている家族 553 名を対象に、2008 年 10 月から 12 月末日の期間施行されたアンケート様式の「薬物問題を持つ方の家族の実態とニーズに関する調査報告」(分担研究者成瀬暢也氏)によれば、「薬物依存の治療をしてくれる病院を見つけるのに苦労した」と解答した家族が 49%、「精神科の薬を容易に投与されて薬物依存になった」と回答した家族が 26% あつたという。家族が既に崩壊し、深刻な病状が想定される患者達の悲惨な治療環境を案じざるを得ない。

薬物依存者及び慢性薬物中毒症者が市中の病院での治療が難しくなっている理由は、種々考えられる。

- (1) 原因物質の入手が違法であり、病的プロセスも乱用で生じたものであり、医療関係者が病む者として無条件に受け入れる意識が希薄になること、
- (2) 薬物の持込防止に費用を要すること、
- (3) 依存者及び中毒者は爆発的、情性欠如的、攻撃的な性格を有する者が含まれること、
- (4) 学業中断や就労体験の乏しさ等の多くの欠損を患者は有しており、狭義の医療行為以外の対応が必要であること、
- (5) 比較的長期の入院が必要であること、
- (6) 退院後の受け皿が乏しいこと、等である。

しかし、市中の精神科医療機関関係者が、病者を分類し、選択し、排除された者が、排除した側の視界の外に置かれる事態は許されないと思う。また、裁判でこうした社会での治療状況を考慮することなく薬物事犯者の判決が決定されているように思われ、疑問を感じる。薬物事犯者の第 1 刑は慣例として執行猶予とされているが、社会の治療環境が貧困である故に、治療にむすびつくことは少なく、早期の、執行猶予期間での再使用という事態を招くことになる。第 1 刑と第 2 刑を併科され、最初の入所期間が 3 年半程度となるが、3 年半の期間は家族の再構築を推し進め、出所後家庭での居場

所は最早なく社会復帰はより困難になる事例は多いと思われる。

9 薬物を乱用する重大事犯者のための禁絶施設の設立

殺人等の重大犯罪を行った乱用者の責任能力については、犯行時に幻覚妄想状態が認められても、その行為は疾病規定的とはいえず病前性格に負うところが大きいとされ、統合失調病者に比較して責任は重いとされているようである。責任無能力とされる場合は稀であると思われるが、執行猶予刑の可能性も残され、その者の治療処遇は病院が担うことが期待される。また、刑務所に収容された重大事犯者の中には、償いの期間を終了した後もなお酩酊ないし薬物依存によって重大犯罪を惹起する性癖を有したまま社会に復帰する者もいる。彼等は引き続き社会の脅威である。その者達の治療処遇も病院が期待される。

極めて少数の彼等に対する地域住人等の過大な警戒心と恐れが、精神科病院や地域の民間施設等のこうした危険な者達への取り組みの障害になっている。彼等を適切に治療処遇し、住民の不安を解消し、また社会の一般医療機関の負担を取り除く治療体制を構築することは社会の義務である。

先年、主として統合失調症を病む重大事犯者について、医療観察法案が用意され、各地の指定医療機関で画期的な治療が行われている。残念ながら中毒症患者や薬物乱用を合併する者は対象外とされているようである。わが国は医療観察法案によって実質刑事制裁の二元性を導入したのであり、重大事犯を惹起しながら、責任無能力とされた薬物関連病者、及び責任有りとされながらも刑執行が困難な程度に病状の重い薬物関連病者を対象にした禁絶施設設立を検討すべき時期にきていると考える。実刑を科せられた中毒症患者の中には、医療刑務所に移送されてもなお治療が極めて困難な者も存在し、そうした受刑者にはより治療的な環境が提供されるべきと思う。刑執行開始に先立ち、治療処分施設に収容され、十分な治療を受けた後刑罰の執行を受けることが、単に治療の効率性等にとどまらず、責任主義の立場からも望ましいと考える。

治療処分というと、説明と同意に基づかない強制治療、隔離、人権侵害を思い浮かべる方もいるかもしれないが、強制力なしには治療が始まらない患

者は実際存在するのであり、治療中断によって社会で危険な犯罪を惹起する患者には、鍵や塀は必要である。施設の透明性が確保されれば、治療が難しければ難しいほど、担当の施設や職員は努力するものである。逆に治療の易しい患者を選ぶことが治療の質を低下させることも自明のことである。筆者はドイツで「金銭の管理から余暇時間の過ごし方まで含めた日常生活指導、未終了の教育の補填、職業教育とその実地訓練、それが触法の薬物依存者の精神科医療だ」と喝破された院長が管理する禁絶施設を視察したことがあるが、その施設はセキュリティも完備されている。そうであるからこそ安心して処遇緩和や病院外での治療処遇ができることも理解できた。予算、人員、セキュリティ体制については、重量級ともいるべき病院がバックに控えた診療体制が、患者とその家族に希望を、地域住民に信頼を、そして一般の精神科病院に安心を提供することになると思われる。

10 テーマ薬物犯罪の現状と課題「地域社会における多機関連携アプローチの取り組み」についての私見

それぞれの機関が、果たすべき作業を誠実に取り組み、理念と言語を共有しなければ、真の連携は得られない。地域に中核となる治療施設が存在しない現状で、こうしたテーマを議論検討することは、淋しさと虚しさを禁じえない。刑務所についていえば、これまでも、これからも多数の薬物乱用者の処遇を引き受けるのであるが、ここ数年新法を制定し、予算処置し、講師を招き、職員をトレーニングしてきた。理念と言語を共有できるレベルに達したどうかは不明であるが、現状が不十分であるとしてもそう遅くない時期に、そのレベルに達することは可能であると思う。

薬物問題を持つ人の回復のための多機関連携について 保護観察所の実務から

水戸保護観察所

荒木龍彦

保護観察所では、矯正施設収容中の人の帰住予定地の生活環境調整、保護観察に付された人の保護観察、矯正施設満期釈放者などの申し出に基づく更生緊急保護の他、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った人の精神保健観察を実施している。

仮釈放で保護観察を受けている人の中で、覚せい剤事犯者は 1,542 名(22.7%)、保護観察付き猶予者で覚せい剤事犯者は 1,479 名(10.5%)である(2008 年新規受理人員中)。

薬物問題を持つ人の回復のための機関相互の連携については、個々の事例の処遇に関する連携と、各機関の組織活動に関する連携とを分けて考えるとよいかと思っている。この時、個別事例における連携を効果的に行うことを中心としたながらも、全般にわたる連絡協議を進める活動は、便宜、後者に含めて話を進めたいと思っている。

1 保護観察所における薬物問題者処遇の現状から

保護観察の中では、覚せい剤乱用問題をもつ対象者について、薬物検出検査や覚せい剤事犯者プログラムを実施するなどして対処している。多くの保護観察所では、薬物犯罪で服役している人の引受人への講習会などを実施している。治療機関や自助グループとの連携の事例は、まだ必ずしも一般的ではないが散見される。

保護観察所は、医療観察法の規定に基づく触法精神障害者の精神保健観察も行っており、その対象者には精神疾患とともに薬物依存を併せ持つ人もいる。精神保健観察では、保護観察所の社会復帰調整官が、対象者とその家族、関係機関に出席を求めるケア会議を毎月開催し、処遇計画をその都度見直して、機関相互、そして対象者本人との連携に基づく医療が行われるようにコ

ーディネートしている。まだ制度開始から日が浅く、課題は多くあるが、今後、多機関連携の在り方に多くの知見を生み出していくものと思われる。

まず、保護観察であるが、成人で覚せい剤への依存が認められる人には、覚せい剤プログラムを保護観察の遵守事項によって義務づけて実施し、薬物検出検査と認知行動療法によるプログラム面接を行っている。保護観察開始後、3か月ほどの間に保護観察の面接を1回90分程度、5回を義務として受けてもらい、簡易薬物検出検査によって、覚せい剤を使わないでいた努力を確認するとともに、覚せい剤を再び使用したくなる状況の確認や、使用したくなった際の対処の仕方について話し合っている。覚せい剤を使用してきた経緯を時間をかけて聞きとることによって、その人それぞれの問題の特質を従来よりも綿密に把握できるようになり、その人にあった個別の助言がしやすくなつたと感じている。

個々の保護観察事例で、依存からの回復のために他の機関と連携を行った経験は、必ずしも多くない。私が関わった範囲であるが、次のような例がある。(1) 精神症状がある場合に、精神科病院の受診を促す他、(2) 更生保護施設に収容し、ダルクへの通所を指導する、(3) 体験としてであれ、地域のNAへの参加を勧めてみる、などである。

ダルクに通所することを前提に法外の援助を福祉事務所で得られるように連絡をとりあつたこともある。自助グループに行くように促すのであれば、担当職員が一緒に行くことが重要であるというのに、保護観察所にしろ保健所にしろ職種を問わず関わっている職員の感想のようである。その他、再乱用の場合に、警察署や麻薬取締部と連絡を取り合うことはしばしばある。

いずれにしても、保護観察のケースで多機関連携ということは、まだできていないと感じている。その対象者が薬物問題からの回復のために、医療や福祉、自助グループなど多くの機関とつながりをもっていたとしても、それらの機関が一堂に会して協議し合うなどということは、医療機関に入院している場合などを除き、ないのが実情である。そのようなケースで、例えば保護観察所が、福祉事務所や医療機関と個別に連絡を維持していることはあるが、単線的なものである。本人に関わるそれぞれの機関が、それぞれの方法

で介入を行っている中では、本人について把握する情報が限られ、問題への対応も後手に回ることになりがちである。

処遇に当たっての多機関連携という点では、心神喪失者等医療観察法に基づく精神保健観察が、その前提となっているので参考になると思っている。薬物依存症である人が、この法律の対象になる訳ではないが、統合失調症などの精神疾患の他に、薬物依存が合併している場合があり、入院中であれ通院となった時点であれ、薬物依存への対応が必要な場合が少なくない。

精神保健観察では、保護観察所の社会復帰調整官が関係機関にケア会議の中で諮って処遇実施計画書の作成・変更を行い、各機関の役割の相互確認を行って処遇を進める。関係機関としては、保護観察所(社会復帰調整官)の他、精神疾患への治療ということで指定通院医療機関、複雑困難ケース対応又は救急対応ということで精神保健福祉センター、精神保健対応で保健所、薬物依存に対するデイ・ナイトケア、住居としてダルク、生活保護及び自立支援法に基づく障害福祉サービスということで福祉事務所などが関わる。対象者本人や家族をも交えたケア会議を1ないし数ヶ月に1回実施し、生活・治療上の課題への対応についてその都度話し合っている。それに基づいて、生活条件の確保や治療の継続、方針の変更などが進められる。本人の生活が崩れ、問題が顕著に現れる前に、継続的に検討の機会を持って調整を行うから、問題の再発を最小限にすることができると思っている。精神保健観察中に、薬物再乱用があった例は、正確には把握していないが、ほとんど耳にせず、重症の薬物依存がある人が病院やダルクとの関わりの中で落ち着いて処遇終了になった例も出ているので、薬物依存にも相応の成果がでているものと考えられる。もっとも、適切な社会資源を得るために、事例ごとにかなりの苦労を手探りで続けているのが現状である。

医療観察の経験は、ケース会議(ケア会議)を定期的に開催して関係者を集め、問題が生じる前から処遇を調整していくことの重要さを示している。各機関に働きかける権限を持つ調整者が、薬物問題を持つ人の回復援助にあっても制度的に設けられたならば、再乱用は、かなり減少させることができるのではないかであろうか。社会復帰調整官が担っている多職種チームの連携調整の役割を担う主体を、薬物問題の回復支援の中でも確定することが必要で

ある。

とりあえず今の段階で、個別事例での処遇上の連携を進める上で大切なことは何かというと、連携が進まないとか、協力が得られないといった過去の経緯にしばられないことだと思っている。いつの間にか作ってしまっている隔てや、制約を取り払う努力をしてみるということである。申し合わせのように扱われていることがらであっても、根拠に乏しかったり、あまり問題視されていないということが、しばしばなのである。例えばある県のダルクの方々は、地元の保護観察所が、ダルクを仮釈放の帰住先として認定しないと思っていたようである。話し合ってみたら、行き違いの内容がわかり、仮釈放もできることとなった。

文書による連携ではなく、お互いに顔が見える関係での連携が大切であるということも多く言われることである。連携の実績がないほど、出向いて行って膝をつき合わせて話し合い、お互いの立場、事情と可能性を理解し合う努力が必要である。

それでも、いきなり個別事例についての協議をする場合には、希望する対応が得られなかったり、相手機関に防御的になられたりすることもある。行き違いをできるだけ減らすために、次に述べるような日常的な連絡協議を行うという「連携」も大切であると思っている。

2 組織活動における多機関連携

先に述べた個々のケースの処遇をめぐる多機関連携の他、各機関が組織として回復支援の事業を進めるに当たっての多機関連携ということについて、お話しする。機関相互の連絡協議の場を確保し、対象者への講習会、職員研修会、家族相談会などに講師を派遣し合い、個別のケースへの対応について相互に協議や連携を行いやすくしておくなどの意図的な努力が必要であるということである。

地域の中で、薬物乱用者の回復に関わるべき機関の相互の日常的な連絡、連携が乏しい場合にはどのような状況になるだろうか。単独の機関だけではできることができきわめて限られ、結局、各機関とも薬物問題を持つ人への対応に消極的になる傾向がうかがえる。精神科病院でも、心理相談機関でも、薬

物乱用者を受け入れるところがほとんどない状態となる。公的な相談窓口はあるが、相談がほとんどなかつた、相談があつてもできることが少なかつたという状態が続く。受け入れを行う医療機関も、治療の内容が限られる、保護観察所も処遇の方法が限られる、などの状態になる。

薬物問題がある人への対応は、司法と保健医療、社会福祉、自助グループ、家族会など多数の機関にまたがつて行うことが不可欠であるため、薬物問題への対応を行う団体が少ない地域では、他の機関も活動が制約されることになつて、悪循環に陥ることになる。いざケースが生じた時にも、顔が見えないところから手探りでお互いの機能を利用し合つたのでは、どうしても無駄な空白が生じて結局お互いの力を生かし切れず、回復へのタイミングを失してしまうことになる。

逆に、多機関連携のネットワークが機能している中では、対象者(患者、来談者)を前にして、その状態に応じた対応メニューを想定し、活用することができる。多機関連携の中では、各機関が取るべき役割も限定され、その取り組みも現実的でなおかつ大きな効果を生むものとなる。そのような環境があると、自助組織の他、薬物などへのアディクションを専門領域とするクリニックや相談室がいくつも生まれ、社会資源は一層豊富になる。

そのようなネットワークを築くためには、機関相互の連携を個別の事例、個々の職員の間のものだけにしておくことなく、機関が相互に連絡協議をしっかり進めていくことが必要である。

私がかつて勤務した山梨県では、2007年2月から11月までの間に4回にわたり「薬物乱用問題研究会」が開催されたので概要を紹介する。

第1回会議は、甲府刑務所において2007年2月28日に開催された。各刑事司法機関、医療機関、精神保健機関などが出席し、現状の問題点が率直に披れきされた。その結果、県内において各機関との連携という点でも、相談機関の広報という点でも、また各種当事者団体の活動が未発達であるという点でも、薬物乱用者の回復のための環境としては課題が数多くあることが確認された。その改善のため、第2回以降は、他県のダルクや家族会といった当事者団体などさらに幅広い団体から参加者を求めて協議をした。

第2回会議終了後、自助グループ関係者と甲府保護観察所(研究会事務局)

が協議して、当面、ダルクが山梨県において設立されるまでの間、NA のミーティングを行うことができないか検討した。その結果、市内にあるボランティアセンター会議室において、毎週金曜日夜 7 時から 8 時半の間ミーティングが行われることになった。

また、会議の中でだされた家族会の設立が必要であるという医療関係者の意見を端緒として、研究会参加者である家族会「ドムクス・しずおか」の代表者岩松美八子氏により、10月 1 日、「ドムクス・やまなし」が設立され、毎月第 1 金曜日の午後に家族会が開催されることになった。さらに、日本ダルク本部は、山梨県におけるダルクの設立に意欲を示し、「山梨ダルク・ジョブ・トレーニング・センター」の設立構想を第 3 回会議で提出した。山梨ダルクについては、候補地数ヶ所について検討がなされ、結局、2008 年 2 月 1 日に甲府市内でスタートした。

これら、当事者団体の活動がスタートしたことに伴い、行政機関における薬物再乱用防止の事業も活発さを帶びた。まず、会議における協議に基づき、NA メンバーによるメッセージ活動が、県内 2 つの精神科病院において実施された。そのうちの 1ヶ所においては NA のメッセージ活動が毎月 1 回院内の依存症回復プログラムの一部として組み込まれることになった。

家族会の岩松氏は、静岡県において精神保健福祉センターの委嘱を受けて薬物問題相談員の業務を行っているのであるが、2008 年 1 月からは、甲府保護観察所においても毎月相談日を設けて同氏を招き、薬物事犯に係る保護観察対象者の家族の相談を受けることになった。

甲府刑務所においては、従前よりダルクの協力を得ての薬害教育を実施していたが、研究会での検討を経て、ポスター、解説書などの配置や、教育対象を満期出所予定者に拡大するなど、出所後に自助組織や相談機関につなげる働きかけを強化した。なお、甲府保護観察所は、県内 24 の精神科病院に質問表を送付し、薬物依存者の治療を受け付けるかどうか、NA や家族会のメンバーのメッセージを受ける意思があるか、NA や家族会のポスター等の掲示、備え付けが可能かどうか、薬物再乱用防止のためのセミナー等に職員を講師として派遣することが可能か、などのことについて調査し(回答数 18)、医療機関との連携の基礎資料とした。更生保護女性会においては、甲府保護

観察所や自助組織関係者と協議をしながら、薬物問題当事者団体支援ネットワーク「山梨芙蓉の会」を設立した。この会は、家族会の運営や山梨県内におけるダルクの設立準備のために資金援助を行うとともに、これら自助組織の広報等についての支援を行っていこうというものである。2007年11月2日に、篤志の更生保護女性会からの100万円の寄附金を得てスタートしたものであった。それ以降、ドムクス・やまなしと山梨ダルクに対して、寄附金の贈呈が行われている。

研究会の会議において再三強調されたのは、「ダメ！ ゼッタイ！」のスローガンのもとでの薬物乱用防止運動は、一般の市民や児童・生徒に対する予防に重点がおかれており、一歩進んで薬物依存者の回復、再乱用防止にも同様の力点をおいた運動にならなければ薬物乱用問題は真の解決をみないということであった。報告書ではこのことを強調するとともに、全国で薬物乱用予防教育に取り組んでいるライオンズクラブの薬物乱用防止委員会の委員長及び前委員長と面談し、今後この方面での連携について協議し合意を得た。

薬物乱用者の再乱用防止に係る広報資材については、県内の各機関(保健所、精神保健福祉センター、精神科病院、市町村、警察署、弁護士会、検察庁、保護観察所、刑務所、少年鑑別所、地方法務局、報道機関等)にどのようなルートを通じどの程度の数量で送付すべきかを申し合わせ、各機関や団体が作成した資材については、スムーズに県内の各機関に配布されるように配慮した。

また、相談機関において関係団体の概要が把握できるよう薬物問題対応機関一覧を作成し23団体について概要を記載した。第4回会議において関係諸機関が薬物再乱用防止に取り組むに当たっての行動指針を採択し、本研究会の報告書の成案を得て本研究会を終了した。研究会の報告書は、全国薬物依存症者家族連合会のホームページからダウンロードできるのでご覧願いたい。

4回にわたる会議は、問題を改善につなげるという、結果を強く意識して進められたものであった。その流れで、結果として、会議と会議の間の期間における関係機関の相互の協議、連絡調整の作業が大きな比重を占めることとなった。会議の内容の半ば以上は、事前の調整や準備の結果についての報

告となった感がある。その結果前述のようないつかの行動計画が立案され、その多くが実施に移されることとなったのである。それにはずみをつけたのは、NA や家族会という当事者団体の活動の開始であったと思っている。

同年 3 月 25 日には「山梨県薬物乱用者再乱用防止関係機関連絡会」というフォローアップの会を、研究会参加者を集めて行った。以後同様の会議が年に 1 回開催されている。

山梨県での経験などを通じ、機関どうしの連携を進めるに当たって考慮すべき方向として、次の 3 点をあげたいと思っている。

(1) 当事者団体との連携のあり方の模索を続けること

山梨県の研究会の協議の中で、医療機関、相談機関の方々がまず必要と述べたものは、家族会と自助グループであった。これらの団体は、広がりを求める強い力をもっているが、その活動を地域に導き、そして根付いたものにするためには、周囲の諸機関の協力が必要である。そしてその前提として必要なことは、諸機関が各当事者団体の特質を理解し、求め得ないことを求めず、連携し合えるところでは、数多く活動してもらうことだと思っている。

個々の事例で行き違いが生じたり、思うような経過にならなかつたといって連携が滞ってしまっているところも全国では多くみられる。そのような状態がいつまでも続くことなく、相互に修正し合って連携を維持できるよう、諸機関と各当事者団体は、お互いにいつの間にか作ってしまっている隔てを取り払って意思疎通を図る努力をしなければならない。

(2) 刑事司法機関全体の回復支援への意識の高揚

保護観察所や矯正施設職員が薬物依存者の回復のために必要なことを理解し、処遇に生かすことは、当然のことである。防止の手立てが十分になされないまま再乱用に至ってしまうという例は、極力なくさなければならない。さらにもっと早い段階から、警察署、弁護士、検察庁、裁判所など刑事司法機関の職員の方々が、被告などの回復の具体的な道筋に関心をもっていただくこともとても大切なことである。弁護士さんも、検事さんも、これまでの実務では判決までのことしか考えないでいたということを率直におっしゃる。

回復への治療の道筋が具体化しているから寛大な処分が正当化される、などといった観点が司法の各段階で判断がくだされる際にもっと幅広く、また基本的に重要な条件として考慮されるようになってもよいと思っている。実は、保護観察などの処分が決まってしまった後で薬物依存からの回復への取り組みを促しても本人に否定されることが多く、むしろ処分が決まるまでの段階が、薬物問題に向き合ってもらうには一番の機会であると言えるのである。

(3) 薬物乱用防止施策における予防と回復支援の融合へ

日本の麻薬問題対策は、数字的に見れば世界でも成功していることができる。それは、摘発・統制とともに、予防啓発の運動が効を奏しているからだと思っている。けれども、統計上その減少傾向にも限界が見え始めているのではないか。薬物事犯による検挙者中の再犯者率の上昇からみても、いっそうの薬物犯罪の減少を図るとするならば、回復支援に対する積極的な施策の推進が必要であると思っている。そういう理屈以前に、薬物依存に陥った人の回復の道筋が各地域にきちんとあるということは、人にやさしい共生の社会という点で大切である。けれども、日本はこの点ではまだまだ体制が整っていないといわなければならない。そのようなことから、予防啓発に積極的に取り組んでいる諸団体の方々にも、回復支援ということに積極的に関わっていただきたいと思っている。そしてその意図で予防啓発の活動に携わる何人もの人と話し合ってきたが、今のところ可能性も困難さも感じている。困難さとは、一度薬物に手を出したら取返しがつかないことを強調しているところが、回復支援を呼び掛けることと相反することからきているように思われる。しかし、乱用初期の段階から外部相談機関にできるだけ早くつながるよう各家庭に広報していくことも今後の重要な課題なのである。

3 終りに

前述の研究会の経過の中で生まれた山梨ダルクは、先日開設1周年を記念するフォーラムを、400名以上の参加者を集めて開催した。その結果報告とともに、23人の住人の方々に1人の再乱用者もないと連絡を受けうれしく思った。山梨は、ダルクの人たちの努力もあって、幅広い関係機関との連携

がある。日ごろのそうした機関の人たちとの交流が、彼らの再乱用防止を支えている面があるのだろうと思っている。多機関連携が薬物問題からの望ましい回復環境を維持する例として続いてほしいと思っている。

薬物依存者に対する司法支援の現場から アパリの活動を通じて

アジア太平洋アディクション研究所

尾 田 真 言

1 はじめに

薬物依存に関わる諸問題について多機関連携が必要な理由は、この問題が非常に多岐にわたっているため、1つの機関だけでは対応できないことにある。この観点から私は、特に刑事司法手続の中で薬物依存症の問題を抱えている人たちに対して、薬物依存症から回復するための道筋をコーディネートすることを仕事として、この10年間活動してきた。

2 薬物乱用・薬物依存・薬物中毒

薬物問題において適切な対応をするためには、まず、薬物乱用、薬物依存、薬物中毒という3つの概念をきちんと区別して理解しておかないといけない。この3つの概念が混同されているために、有効な対策が採られていないという問題があるからである。

(1) 薬物乱用

薬物乱用とは、1回でも違法薬物を使うこと、また、どこの薬局でも売っているような鎮咳薬や鎮痛剤、あるいは病院で処方される処方薬などの医薬品を定められた用量を超えて使うことを言う。刑罰が科せられるのは違法な薬物を使った人に限られる。

(2) 薬物依存

薬物依存とは、薬物乱用を継続するうちに、薬物を止めたくても止められない状態になることをいう。薬物依存症は病気である(精神保健福祉法5条)。病気である以上、治療しなければ治らないのだが、今の日本では薬物依存症の回復のための治療機関は、民間の薬物依存症リハビリ施設であるダルクが

2009年12月17日現在、全国42か所に56施設ある他は、いくつかの民間リハビリ施設と10くらいの精神科病院でしか、薬物依存症は治療されていないのが実情である。このため薬物依存症対策は、日本では経済的基盤も非常に脆弱であり、薬物問題の中で最も遅れている分野となっている。

(3) 薬物中毒

薬物中毒とは、薬物乱用を続けるうちに、幻覚や妄想という精神病の症状が出てくることを言う。薬物中毒は精神科病院における投薬治療により、3ヶ月で80%程度の人が治癒するとの報告が厚労省の研究班からなされている。

ここで注意しておくべきことは、薬物中毒が治癒したからといって薬物依存症であることそれ自体は何も変わっていないということである。

このように薬物乱用には、薬物乱用に留まっている、刑罰で薬物使用を抑止できる段階(1)、依存が形成された、リハビリ施設、自助グループへの参加が必要な段階(1)+(2)、中毒性精神病が発症して、幻覚、妄想を治療するために病院での解毒、投薬治療が必要な段階(1)+(2)+(3)、という3つの段階があることになる。

ここでキーワードとなるのが薬物依存症である。薬物依存症者には、自分が病気であって治療が必要であるという病識がなく、自分の真の姿から目をそらすという意味で否認するという特徴がある。

薬物の自己使用で捕まっている人の所に面会に行って、「これを機会に、もしよろしかったら薬物依存症の治療をしてみませんか」と勧誘して回ることが私の仕事の1つである。ところが日本では、覚せい剤の初犯者に対しては判で押したように懲役1年6月・執行猶予3年という判決が言い渡されていて、ほとんどの薬物事犯者がそのことを知っている。そうすると初犯者は、依存症になっていても、中毒性精神病症状が出ていても、自分からリハビリ施設に行くとか病院に行くといったことがほとんどない。

3 民間の薬物依存症者リハビリ施設ダルク

(1) ダルクとは

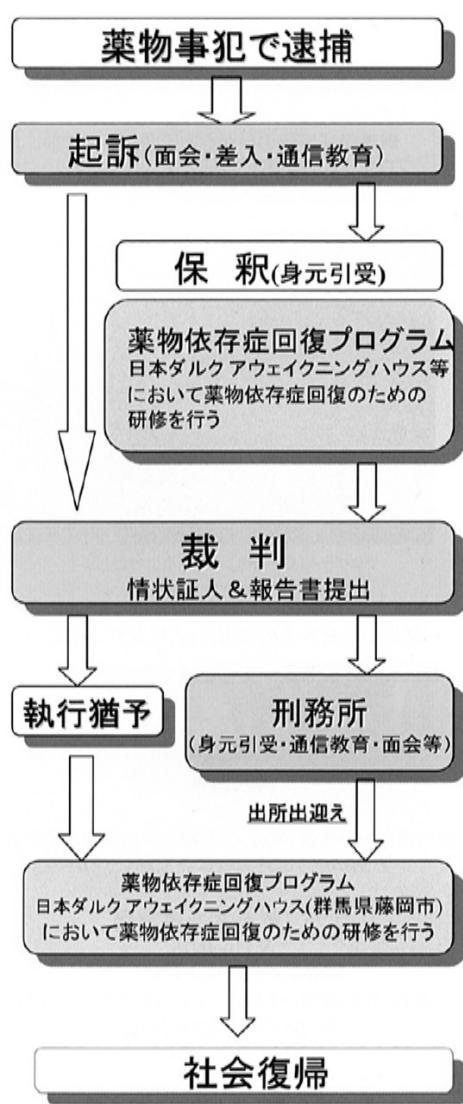
ダルクは 1985 年に、自ら 10 年間覚せい剤を乱用して薬物依存症になり、自助グループに参加し続けたことで 5 年覚せい剤が止まっていた近藤恒夫代表が東京で創設した民間の薬物依存症リハビリ施設である。2009 年で創設 24 年目を迎える。全職員が薬物依存症からの回復者で構成されている当事者活動であること、職員の交流、入寮者の移転等のゆるやかな連携はあっても、それぞれが独立採算であり、統一的に誰かが支配するような組織の形態を探っていないこと、12 ステップ・プログラムに基づくグループ・ミーティングを採用していること、各ダルクは独立採算であること、プログラム内容等、施設の運営は施設長の自由裁量に任されているという特徴がある。

図 1 社会復帰へのステップ

(2) ダルクのプログラム

ダルクでは月額 16 万円程度の入寮費がかかるが、みんながその額を支払えるわけではない。2008 年の東京ダルクの調査によると、全国ダルク利用者の生活保護の受給率は 65% だった。ダルクでは生活保護の受給額が入寮費に満たなくてもその額だけでも入寮できるようにしている。1 日に施設内で 1、2 回のミーティングに参加し、夜の時間帯に地元の NA と呼ばれる自助グループに通う生活をしていることから、ダルク入寮中に仕事をすることはできない。NA は全国に 128 グループ(2009 年 1 月)あり、年間のべ 15,000 回ミーティングが開かれている。

ダルクは当事者活動である。当事者が薬物依存症からの回復に必要な理由は、まず、否認を解くために同じ体験をした仲間の存在が必須だということがあげられる。彼ら



はそれまで正直な話ができずに、自分自身の本当の問題から目を背けていたが、そのときに正直な話をしている先行く仲間と一緒にプログラムに参加し続けていくうちに、自分も正直な話ができるようになってくる。90日くらいミーティングに参加すると人の話が耳に入ってくるようになり、さらに継続して参加し続けることで自分自身の生き方、人生観を変えていくことにつながっていく。

4 アパリ

(1) アパリとは

アパリは、特定非営利活動法人アジア太平洋地域アディクション研究所の英語表記である Asia-Pacific Addiction Research Institute の頭文字 APARI に由来する。日本国内のみならず、アジア太平洋地域のアディクションをめぐる諸問題の解決に資する活動をするという目的で 2000 年に設立された、シンクタンクである。アパリダルクができて 10 数年たった時点で、ダルクの活動を支援するためのシンクタンクを作りたいという近藤恒夫代表の提案により 2000 年に設立した NPO 法人である。私がこの 10 年間事務局長をしており、たまたま私が刑事政策の研究者であったことから、特に刑事司法手続中の薬物依存者にターゲットを絞ってその回復の道筋をコーディネートするようになった。

(2) アパリの司法サポート・プログラム

アパリでは薬物事犯者との間で、薬物研修プログラム・コーディネート契約を締結し、保釈中からダルクに入寮してもらったり、受刑中にはアパリのカウンセラーとの間で、通信教育をやってもらったり、身元引受人をダルクの施設長に設定することで、仮釈放のその日からダルクに入寮できるような道筋を設定したりしている。ダルクの施設長が受刑者の身元引受人として帰住予定先の保護観察所から許可された場合には、仮釈放後、満期までの間に勝手にダルクを出ると仮釈放が取り消されて刑務所に戻されるという強制力が働くため、ダルクにとどまってプログラムを受け続けるという義務付けが働く。

私は刑事裁判手続を援助側機関が薬物依存者に介入するための1つのチャンスだと考えている。少しでも自分の刑を軽くしたいという気持ちに働きかけて、病識がなく自らの状況を否認している薬物依存者たちに、薬物依存症回復プログラムに参加してもらう道筋を裁判段階から設定できるからである。

2006年から始まった即決裁判手続では、検察官が最初から執行猶予にすることを求めて起訴し(刑訴法350条の2)、起訴後2週間以内に執行猶予判決を言い渡さなければならぬことになったため(刑訴法規則222条の17)、逮捕後1ヶ月程度で自由の身になる人が出てきた。従来は逮捕から執行猶予判決の言い渡しまで2、3ヶ月の身柄拘束期間があったが、即決裁判手続で裁判を受ける人は、最も薬物使用の渇望が出てくる時期に野放しにされることになった。

アパリでは保釈中からダルクに入ってもらったり、病院に入院してもらったりするプログラムを提供しているが、最近は「どうせすぐに即決裁判で出られるのだからそんなところに行く暇はない」と言われてしまう。現在のアパリのクライアントの9割は再犯者であり、その内の3分の2は執行猶予中の再犯者である。中には即決裁判後、判決が確定する15日間が経過しないうちに再び覚せい剤使用で逮捕された人もいる。

せっかく薬物に問題がある人が検挙されたのだから、ぜひとも治療プログラムに連携するような制度が創設されることを期待したい。

(3) 警察庁の薬物再乱用防止モデル事業

即決裁判で執行猶予となつた薬物事犯者の中から希望者を対象とした警察庁のモデル事業「薬物再乱用防止プログラム」を、アパリでは、2007年度下半期と2008年度に警視庁と業務委託契約を締結して実施した。内容は、毎週土曜日の午後、簡易唾液検査キットを用いた、規制薬物の検査をするとともに、ダルクのスタッフをファシリテーターとするグループ・ミーティングに参加してもらい、さらに月に1度、精神科医師や弁護士等の専門家の講義を提供するというものであった。

(4) 実刑判決言渡後の保釈

またさらに、再犯者であっても、薬物依存症の治療のためにダルクに入寮したい、あるいは病院に入院したいという理由で保釈の申請をしたときに、まれにこれが裁判所から許可されることがある。

2009年には、第一審の実刑判決言い渡し後に、薬物依存症の治療のために入院する目的で、便宜的に量刑不当で控訴し、保釈申請をしたケースで、横浜地裁と東京地裁で独立行政法人国立病院機構下総精神医療センターを制限住所とした保釈決定が出た。被告人らは12週間のプログラムをこなし、退院日に収監された。弁護人が退院日に収監してもらえるよう、東京高検と調整して、事前に控訴取下書を出していた。

せっかく薬物依存症の治療をしたのだから、第一審判決言渡後に生じた有利な情状ということで、控訴審の裁判もすればよかったですという意見もあるだろうが、控訴したからといって必ず刑が軽減されるわけでもないし、両被告人とも、1日も早く服役したいという希望を持っていたため、無駄な日数を極力かけないように配慮した結果だった。

また、服役後に治療すればよいという意見もあるだろうが、今ならやる気になっていても、釈放されるずっと先になって、気が変わってしまうことも十分に考えられる。特に満期で出てくる人の中には、「これで自分は完全に自由だ。ダルクや病院に行かなければいけない法的根拠があるなら言ってみろ」と言う人もいる。

裁判官が薬物自己使用等事犯者に対して、判決を言い渡す時に、受刑期間と社会内処遇期間をあらかじめ言い渡すことができる一部執行猶予制度が創設されることで、社会内処遇が義務付けられることに、期待したい。

5 ドラッグ・コート

(1) ドラッグ・コートとは

私は、次に紹介するドラッグ・コート制度こそが、薬物依存症者に対する多機関連携の典型であると考えている。

ドラッグ・コートは、1980年代にコカイン乱用者の著しい増加により、刑務所における酷い過剰拘禁問題に苦しんだ米国フロリダ州ディド郡の第9巡回裁判所(マイアミ市所在)の関係者がその状況を打破するために1989年の

夏から始めた裁判制度である。薬物乱用者に対して、単に刑罰としての拘禁刑を科すだけでは薬物犯罪は減少せず、ただ薬物乱用者を社会と刑務所の間を行ったり来たりの繰り返しをさせるだけで、過剰拘禁を激化させ刑事司法制度の破綻を導くことになってしまう。刑罰の抑止力をもってしても薬物犯罪が増え続ける背景には、薬物の使用をやめたくてもやめられないという、薬物のコントロール喪失を意味する薬物依存症という病気があるのだから、その根本原因である薬物依存症の治療を刑事司法制度に取り込めば、薬物事犯者は減少するはずだと考えて、裁判手続の中心に薬物依存症治療を据えたドラッグ・コートが出現した。

ドラッグ・コートでは、薬物関連犯罪(薬物犯罪及び薬物乱用に起因して犯された他の非暴力犯罪)を犯した薬物乱用者に対して通常の刑事司法手続ではなく、薬物依存症から回復させるための治療的な手続にのせて、その経緯を裁判官が法廷でトリーントメント終了時まで長期間(1~3年)集中的に監督し、トリーントメントの全過程を終了した被告人に対して、手続を終結させることにより刑務所での拘禁を回避する革新的な裁判制度が採用されている。

アパリが活動の参考にしているのが、この米国のドラッグ・コート制度である。ドラッグ・コートにおいては、ただ単に裁判官、検察官、弁護人だけでなく、リハビリ施設の職員、借金があるという理由でプログラムに参加する暇がないという被告人のために借金問題を解決するための手助けをする法律扶助協会であるとか、住む家がない人のためのホームレス支援団体など、薬物依存者の回復に必要なさまざまな社会資源と裁判所が契約して、薬物依存症から回復させるという目的のために裁判に関わるすべての人たちが、薬物依存症からの回復という同じ目標に向かって協働している。

(2) ドラッグ・コートの実際

以下に示すように、日本は米国に比べると犯罪統計上、2ケタも薬物乱用者が少ない国である。

表 1 薬物乱用に関する日米比較

日本
・ 人口約 1 億 3,000 万人
・ 被拘禁者数(受刑者+未決拘禁者)約 8 万人
・ 2008 年の違法薬物の検挙人員(1 万 6,300 人) 覚せい剤事犯 11,231 人、大麻事犯 2,867 人、麻薬及び向精神薬事犯 601 人、あへん法事犯 21 人、シンナー事犯 1,580 人
米国
・ 人口約 3 億人、被拘禁者数約 300 万人、内 80%が薬物あるいはアルコール乱用者、その内 50%が依存症者。
・ 出所後にその 95%が薬物乱用を再開することが報告されている。

1989 年にフロリダ州マイアミで第 1 号のドラッグ・コートが創設され、今年は 20 周年を迎えている。この 20 年でドラッグ・コートは全米で 2,300 まで増えた。

ドラッグ・コートでは裁判官が薬物自己使用事犯者に刑罰を科すのではなく、クライアント(刑事被告人)の薬物依存症回復プログラムの進捗状況をチェックする役割を持っている。

ドラッグ・コートでは、プログラムの継続中に薬物を再使用したことで手続きが打ち切られて刑務所に入れられるようなことはない。少し考えればわかることがあるが、薬物依存症とは薬物を使わないようにすることができなくなつた人たちなのだから、プログラムに参加しはじめたからといって、すぐに薬物が止まるわけではない。入寮制を基本にしている日本のダルクとは異なり、ドラッグ・コートは過剰拘禁対策のために創られた制度ゆえに、社会内処遇が中心となっている。また、プログラムの進捗状況をチェックするために尿検査が義務付けられているが、たとえばカリフォルニア州刑事法典 § 1000(e) が定めるように、尿検査が陽性の場合でも新たに刑事訴追するための証拠とすることはできない。別の州の裁判所の話であるが、ニューヨークのブルックリン・トリートメント・コートでは違反行為をしたときにどういうサンクシ

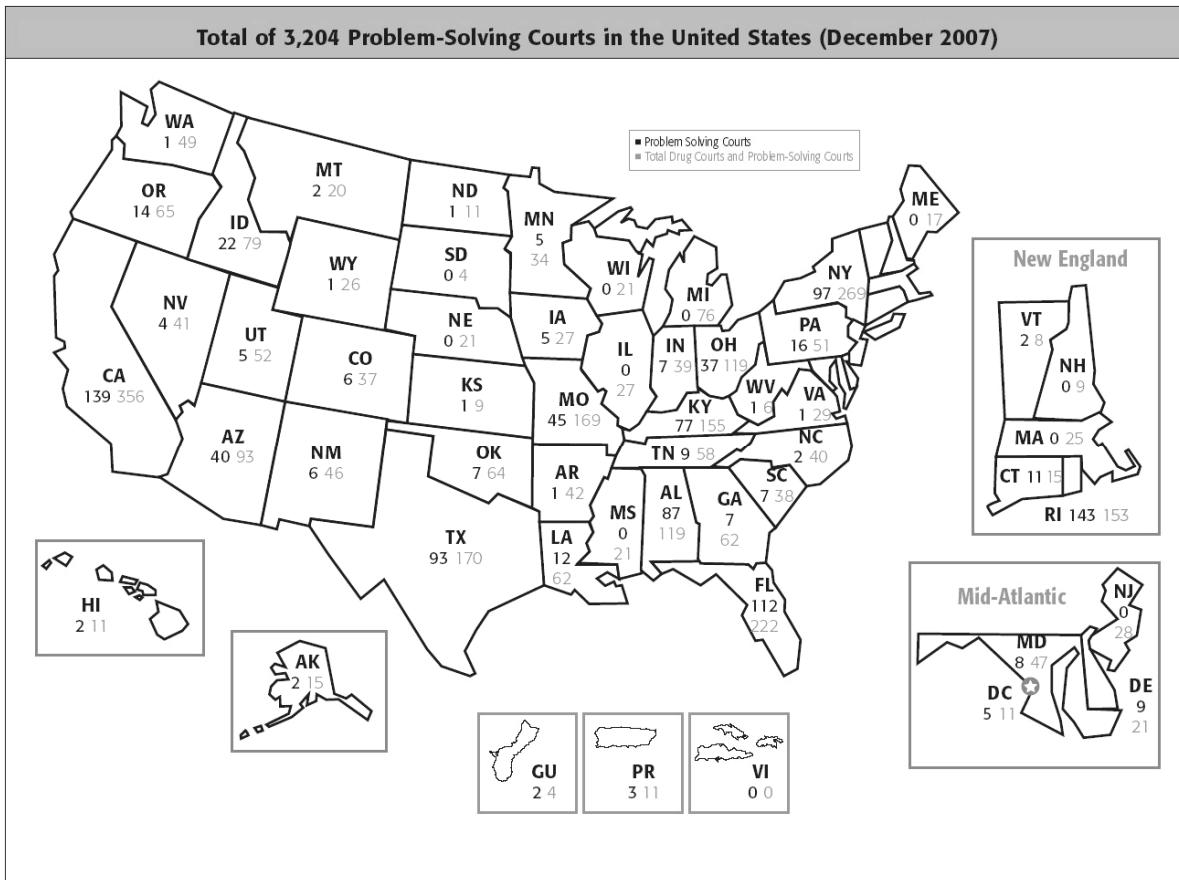
表 2 ブルックリン・トリートメント・コート サンクション一覧

違反行為	サンクションの内容	処遇段階に対する措置
新たな逮捕	判事の裁量による日数のジェイルへの拘禁 任意的なプログラムへの参加取り消し	判事の裁量による処遇段階の引き下げ
プログラムから離脱したが強制的に連れ戻された場合	1回目 1~14日間のジェイルへの拘禁 2回目 15~28日間のジェイルへの拘禁 3回目 プログラムへの参加取り消し、実刑判決言い渡し	現在の処遇段階の最初からのやり直し 60日以上離脱していた場合には、処遇段階の引き下げ
プログラムから離脱したが自発的に復帰した場合 尿検査における不正 第1段階では1ヶ月に3回以上次の違反があった場合(第2段階では月に2回、第3段階では月に1回) 1)尿検査の陽性反応あるいは検査を受けなかつたこと 2)約束の時間に出頭しないこと 3)プログラムのルールに違反したが参加取り消しにはならなかつたこと	1回目 2日間、終日ドラッグ・コートを傍聴する 反省文提出 解毒センター、リハビリ施設への入寮 ワークショップへの参加回数の増加 ケース・マネージャーとの面談回数の増加 1~7日間のジェイルへの拘禁 2回目 1~14日間のジェイルへの拘禁 3回目 8~14日間のジェイルへの拘禁 4回目 15~28日間のジェイルへの拘禁 5回目 プログラムへの参加取り消し、実刑判決言い渡し	現在の処遇段階の最初からのやり直し

ヨン(罰)が科せられるのかという表がクライアントに配布されている。その中でプログラムが3段階に分かれている、第1段階では、尿検査で1ヶ月に3回以上陽性反応が出たときに初めて1回目のサンクションが科せられるこになっている。1回目で科すことができる最も重いサンクションは最大1週間身柄の拘束でしかない。裁判官が違反行為にサンクションを科すのは、クライアントにがんばれと励ます目的であるという。

こうしたドラッグ・コートに効果があることがわかってき、米国では、問題解決型裁判所(Problem Solving Courts)として、さまざまな問題を抱えるクライアントに裁判手続の中でプログラムを提供するようになってきた。

図 2 米国における問題解決型裁判所の数



たとえば、ドメスティック・バイオレンスの問題を抱える人のための DV コートや、ギャンブルがやめられないために、窃盗罪等の財産犯罪を犯した人のためのギャンブリング・コートなどができるてきた。ドラッグ・コートとあわせて、2007 年末現在では 3,200 もこうした裁判所ができている。

日本でも、病識がなく否認する薬物依存症者に対して刑事司法制度の中で、治療的なアプローチが採用されることを期待したい。

コメント 1 薬物事犯の動向と北九州の実験

龍谷大学

石塚伸一

1 はじめに シンポジウムの趣旨

会員の研究の成果を社会に還元することを目的としてはじまった犯罪社会学会の公開シンポジウムも 6 回目になる。今回は、「薬物犯罪の現状と課題」をテーマに、地域社会における多機関連系アプローチの取り組みを考えてみることになった。大会が開催される北九州は、「シンナー遊び」の発祥地などともいわれ、厳しい薬物乱用問題を抱えている。そのような地域特性もあって、早い段階から、薬物に関連する複数機関の連携・協力が試みられてきた。そのような地の利を活かして、北九州の精神保健センター、少年補導そして医療刑務所の連携と全国の保護観察や NPO の現状について先進的な試みを紹介していただき、参加者とともに薬物問題について考えることにした。

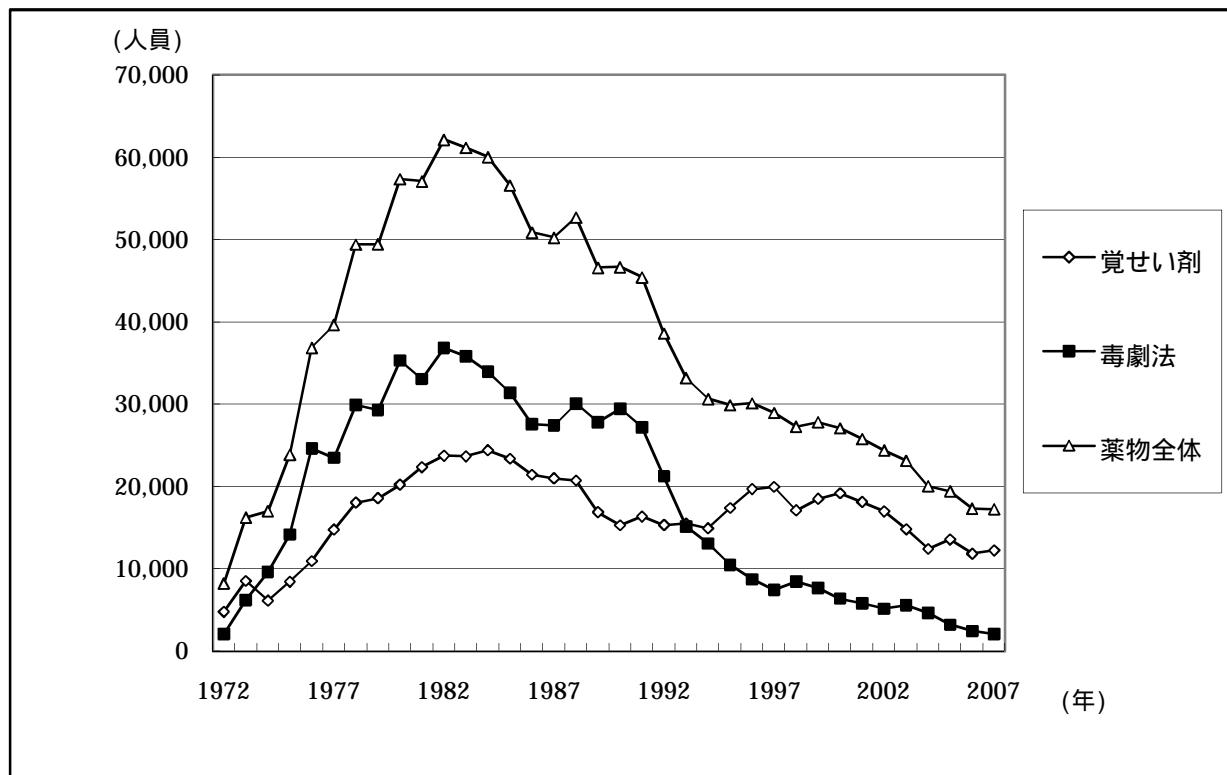
2 近年の薬物をめぐる状況

まず、近年の薬物問題の状況を眺めてみよう。なお、以下の数字は、『平成 20 年版・犯罪白書』から引用した 2007 年の統計である。

(1) 捜査段階(警察等・検察段階)

麻薬締法、あへん法、大麻取締法および覚せい剤取締法の検挙人員、ならびに毒物劇物取締法(以下「毒劇法」という)の送致人員を見てみる。2007 年のそれぞれの検挙・送致人員は、542 人(3.1%)、47 人(0.3%)、2,375 人(13.8%)、12,211 人(70.9%)および 2,044 人(11.9%)[合計 17,219 人(99.9%)]である。たしかに、大麻やシンナーの乱用も無視できないが、日本の薬物問題の中心は覚せい剤であることが分かる。ただ、1972 年から 2007 年までの全検挙・送致人員を見てみると、覚せい剤が 596,470 人(45.6%)、毒劇法が 641,699 人(49.1%)であるから、シンナー乱用の送致人員の方が覚せい剤検挙人員より多かった時代もある。

表 1 覚せい剤取締法および毒劇法の推移(検挙人員および送致人員: 1972 ~ 2007 年)



上記の薬物関連 5 法の検挙・送致人員の合計が最も多かったのは 1982 年の 36,796 人であり、同年の毒劇法の送致人員は 36,796 人であったから 6 割近く (59.2%) はシンナーだった。しかし、1990 年代になると毒劇法送致人員が激減し、いまや 1 割程度になっている。覚せい剤検挙人員も、1984 年の 24,372 人と比べれば半分 (50.1%) になっている。薬物関連 5 法の検挙・送致人員のピークは 1982 年の 62,192 人であったから、2007 年はピーク時の 3 割以下 (27.7%) になっている。近年、大麻取締法違反によるマリファナの検挙が話題となっているが、増えているといっても 2006 年の 2,423 人で 15% にも満たない¹⁾。

巷間、騒がれているのと異なり、日本の違法薬物の検挙・送致は減少しているのである²⁾。

(2) 処理段階

覚せい剤取締法違反の起訴率は 83.2%、第 1 審有罪判決の 6 割は 1 年以上 2 年未満、3 割が 2 年以上 3 年未満、1 割が 3 年以上となっていて、1 年未満はほとんどない。大半を占める単純所持・使用については、初犯は懲役 1 年執行猶予 3 年、再犯は 2 年の実刑という処理化がパターン化している。

(3) 矯正段階

主たる罪名が覚せい剤の新受刑者 6,125 人のうち、男性では 30 代が 4 割(39.8%)、40 代が 3 割(28.9%)を占め、20 代が減少している(13.9%)。女子では 30 代が 4 割以上(43.5%)、20 代(25.4%)と 40 代(23.1%)とともに 2 割以上を占めている。

20 代で乱用がはじまって検挙され、初めての裁判で執行猶予判決を受けたが、再犯して実刑となり、刑務所に入所し、出所後も再犯を繰り返す、という薬物事犯のライフコースが見えてくる。

(4) 更生保護段階

保護観察新規受理人員に占める薬物事犯の割合は、仮釈放(22.8%)、保護観察付執行猶予(10.3%)ともに下がっており、覚せい剤事犯としての類型別処遇を受けている対象者は 3,003 人で、約 2 万人(19,980 人)の約 15%である。薬物事犯の多くは、満期釈放や執行猶予で、援助のないまま社会で生活している。

3 むすびに代えて 薬物問題をめぐる北九州の実験

北九州では精神保健福祉センターが拠点となって、公的機関と民間機関が連携し、薬物問題の解決のために積極的に動いている。薬物を乱用している人たちを犯罪者・非行少年と捉えるのではなく、依存症を罹った病人、問題をもつ子どもと見る目が共有されている。そのことが、依存症からの回復や社会復帰を支援しようという姿勢に繋がっているのであろう。それでは、なぜ、このようなネットワークができあがったのだろうか。

私は、1987 年 10 月から 98 年 3 月まで、北九州大学(現在の北九州市立大学)に教員として務めていた。その間、ダルクのメンバーと出会い、「北九州

にダルクを呼ぶ会」という市民グループを立上げ、ダルクを招致する活動をした。97年、北九州ダルクが発足した³⁾。まとめとして、この間の体験をもとに、薬物問題に対する多機関連携ができるための機能条件について考えてみたい。

(1) ある事件との出会い

1995年、北九州近郊で、女子中学生(当時15歳)が交際していた少年(当時17歳)に刺殺され、母親も重傷を負うという事件が起きた。同日、少年は、緊急逮捕された。少年は中学生のときに窃盗で少年院に送致された。しかし、退院後もシンナー吸引が止まらなかった。そして、当時不登校だった中学生の少女と交際が始まった。しかし、少年は、少女を学校に行けるようにしてやるといって生活をコントロールし、思うようにならないと暴力を振るった。少女との別れ話がこじれ、ついには、シンナーを吸引して被害者宅に押し入り酩酊状態で少女を包丁で刺殺し、止めに入った母親に重症を追わせた⁴⁾。

同年12月少年は家庭裁判所に送致され、翌1996年1月逆送決定、殺人罪・殺人未遂罪等等で起訴された。同年3月公判が始まり、第10回公判で結審して、翌1997年2月14日の判決公判で、「懲役5年以上9年以下」の判決が言渡され、判決は確定した。

この事件は、この地域においてシンナー乱用が社会問題となっていることを示していた。わたしたちのゼミでは、この事件を連続して傍聴し、関係者の聴取り調査をした⁵⁾。

少年たちの間でシンナーの乱用は、子どもから大人になるための通過儀礼となっており、その中には乱用から依存に移行し、非行を繰り返しているグループがある。シンナー乱用には罪悪感がなく、周囲もシンナー乱用だけならこれを容認するという傾向がある。

今回の事件は、そのような環境の中で、少女に対する過度の愛着、人的な依存を強めていった少年が、別れ話が契機となって、暴力行為をエスカレートさせ、シンナーを乱用し、酩酊の中で、ついには少女を殺害するに至ったと説明できる。

(2) 精神衛生法から精神保健法へ、そして精神保健福祉法へ

1990年代、精神保健に対する考え方が変化し、関連法令の改正作業が進んだ。現行の『精神保健及び精神障害者福祉に関する法律』(以下「精神保健福祉法」という)は、精神障がい者の医療や保護の他、「社会復帰の促進・自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助」を行うことも目的としている(1条)。

1950(昭和25)年の制定当時、その名称は『精神衛生法』(昭和25年5月1日法律第123号)であった。その後、1987年に「精神保健法」、1995年に「精神保健福祉法」に名称が変わった。

日本の精神医療は、入院中心の「閉じ込め医療」と批判され、1980年代に不祥事が発覚し、改善が求められた。1990年代に入ると、入院病床を減らし、在宅医療を進めるために、グループホームや共同作業所を積極的に支援することになった。地方自治体でも、地域精神医療の拠点として精神保健センターを設置し、地域社会と一生になって、精神病者・障がい者を支援する体制を整備していった。薬物依存症者や薬物中毒者もその例外ではなく、地域社会でその回復を支援していくシステムが求められた。

そのような改革の流れの中で、北九州でも薬物問題解決の拠点が求められていたのである。

(3) 地域薬物対策の拠点 北九州にダルクを呼ぶ会

1996年11月、福岡県警察本部と北九州市の連絡会議は、学校現場での薬物乱用防止教育の徹底を求めた、同じ時期、北九州市と境を接する遠賀郡の保健所は「シンナー乱用モデル事業」として啓発活動をはじめた。関係機関の連携・協力のための会合が開かれていた。そして、1994年には博多に九州ダルクのデイケア・センターが開設されていた。

北九州では、1996年10月12日、ダルク・セミナーを開催し、「北九州にダルクを呼ぶ会」が発足した。1997年2月、3DKのマンションを借りてグループホームが活動を開始した。同年3月、近藤恒夫さんをお招きしてダルク・セミナーを開催し、デイケア・センターを開設した。支援者は、県議員、医師、看護師、保健婦、薬剤師、教員、新聞記者、主婦、学生などさま

ざまであった。

「絶望だ」と諦められていた薬物依存症に回復の可能性がある、という展望が示されたことで、福祉、医療、教育、司法の関係者が抱え込みを止め、それぞれの活動の活発化と連携がはじまつた、ダルクの活動が新聞やテレビで紹介され、学校教育の現場にダルクの人たちが講師として招かれ、相談がひっつきりなし、という状態になった。

しかし、ダルクのような自助グループは、流動的で変化が激しい。支援者たちが一生懸命になりすぎるとプレーッシャーに耐えかねて、メンバーが潰れてしまうことがある。逆に、支援が思うようにいかず、支援者が「燃え尽き(バーン・アウト)」してしまうこともある。行政とのつきあいも厄介で、資金的助成がもらうと、口も出してくる。提出書類や申請手続が煩雑で、イライラが募ることもすくなくない。

自助グループとの「つながり」は、コミュニケーションの言語も、手段も、一工夫が必要である。しかし、逆に考えれば、葛藤は、みずからのを変えるチャンスでもある。北九州での連携は、ダルクのような自助グループの存在を認めた公私の諸機関が、みずからの文化を修正し、自己改革を進めながら、他の機関との緩やかなネットワークを構築していく実験だったと思う。

[註]

- 1) 数字は、すべて法務総合研究所編『平成20年版・犯罪白書』(2008年)による。
- 2) 拙稿「新たな時代状況における薬物対策 “薬物との戦争(War on Drugs)” の終焉?」(『犯罪社会学研究』第34号、2009年)164~170頁参照。
- 3) 「呼ぶ会」の活動については、石塚伸一「薬物依存からの回復と市民的支援 北九州にダルクを呼ぶ会」(同編著『現代「市民法」論と新しい市民運動 21世紀の「市民像」を求めて』現代人文社、2003年)167~186頁参照。北九州ダルクについては、北九州にダルク編集委員会編『今日一日薬を止められますように 北九州ダルクの実践と薬物防止プログラム』(向陽舎、2000年)参照。

4) 少年は、別件の傷害事件において、シンナーを吸引し、酩酊状態で通りすがりの女性(18歳)に殴る蹴るの暴行を加え全治2週間のケガを負わせている(同年11月28日)。

本件の被害女性(15歳)は、交際を始めた少年に暴行を受けるなどしたため、別れたいと言ったところ、さらに激しい暴力を受けていた。本件では、別れ話がこじれ、裏切られたと思いつめた少年が、被害者宅に押し入り、被害女性を包丁で刺殺し、止めに入った母親にも顔や肩に重傷を負わせた。被害女性の傷は40ヶ所以上に及び、死体には顔に1本、胸部に2本の包丁が突き刺さったままであった(同年12月1日)。

弁護人は、傷害事件については、シンナー吸引直後の酩酊状態の行為であり、心神喪失で無罪。殺人・殺人未遂事件については、前夜からのシンナー吸引で酩酊しており、心神耗弱。被害女性(15歳)に対する傷害の故意は認めるが、殺意は否定した。また、少年の自白の任意性を争っている。

同年12月、福岡家庭裁判所小倉支部に送致されたが、翌1996年1月、同支部は逆送決定、同年1月23日、傷害罪(1995年11月28日事件)で起訴、同月26日、殺人罪・殺人未遂罪(同年12月1日事件)で追起訴された。

同年3月8日の第1回公判以降、同年12月18日の第10回公判で結審し、翌1997年2月14日の判決公判で、「懲役5年以上9年以下」の判決が言渡された。なお、未決勾留日数250日が本刑に算入された。双方とも控訴せず、14日後に確定した。

5) 拙著『刑事政策のパラダイム転換』(2005年、現代人文社)参照。

コメント 2 薬物政策研究から 実務に対する注釈としての

熊本大学
佐藤 哲彦

1 はじめに 少し長い前置き

今回、指定討論者としての登壇要請を受けたとき、実は当初、これは断るべきだろうと思い、その理由についてコーディネーターの朴先生に説明した。それはすなわち、今回のシンポジウムの内容が北九州市における薬物処遇をめぐる多機関連携という、きわめて実際的で実践的な内容であることに対して、筆者の関心は、これまでの研究(佐藤、2006、2008)でも明らかにしてきたように、薬物政策そのものにあるというよりもむしろ、ある特定の形で薬物政策を編成する近代的思考にあるからである。

もちろん、政策的思考について論じるためにには、政策とその内容について検討する必要があり、そのためにこれまでいくつかの国の政策について論じてきた経緯がある。それが登壇要請の理由であるとも考えられたが、しかしながら同時に、それら一連の研究においても明らかであることは、薬物政策において最も重要な事柄のひとつが、実務家の実践と彼らによる説明だということである(その重要性は本論の内容でも明らかになるであろう)。したがって、筆者によるコメントや討論内容は、それら重要な実践と説明の前ではいわば蛇足であり、最大限機能したところで注釈に過ぎないだろうということ。簡単に言えば、実務家に相対して研究者ができることは、本来沈黙することだけだという意識あるいは方法論的前提が筆者にはある。それもあって当初は断るべきであると考えたのである。

とはいえる、逆に言えば、筆者の薬物政策研究は、本報告の注釈程度の役割は果たせるわけであり、その意味で学会にも貢献可能であると考えて、お引き受けさせていただくこととした。そしてシンポジウムには、むしろ実務家の方々の実践について学ばせていただくという姿勢で参加した。

結果からみれば、まさに学ばせていただいた感が非常に強く、またそれによって政策的実践をめぐる思考について考える重要な機会を得ることができたと思われる。したがって以下のごく短い論述は、そのように学ばせていただいたものを筆者なりに咀嚼して文脈化する作業である。その意味で、これはまさに本報告の注釈である。

2 社会学からみる薬物問題

そこでまずははじめに、社会学から薬物問題をどのように考えることができるのかということについて、簡単に述べておきたい。それを踏まえて、現在の欧州における薬物問題へのアプローチが社会学的な思考形式を組み入れたものであることを指摘しておきたい。

(1) 社会の問題としての薬物問題

社会学において薬物問題を考える考え方はいくつかあげられるが、最も抽象度の高い言い方をするのであれば、薬物問題とは社会の問題、すなわち社会関係や社会秩序の問題だということである。これは一般的にいう社会問題ではなく、社会の問題である。つまり換言すれば、薬物問題は国家の問題ではなく社会の問題であること、したがって、薬物によって生じる社会関係や社会秩序の混乱とそのリスクの問題として位置づけられるということである。

すでに論じたように(佐藤、2008)、薬物使用現象を社会学においてはじめて取り上げた米国の社会学者アルフレッド・R・リンドスミスは、それが米国特有の国家的問題として位置づけられた後に、それを国家の問題ではなく社会の問題として位置づけることを提案しつつ、薬物の社会学的研究を展開した。1940年のことである(ただしそれ以前の彼の嗜癖研究についてはすでに1930年代に行われている)。リンドスミスは、薬物使用の問題は複合的な問題であるが、米国の政策のように刑事的に対処するのではなく、医療的に対処することの方がより望ましいと提案した。しかしながらリンドスミスの提案は、当時の米国では受け入れられず、それが再び注目を集めたのは1990年代半ばのことである。1994年に、薬物戦争(War on Drugs)を進める米国政府の薬物政策を再考する非政府機関としてリンドスミス・センターが設立さ

れたのが、その象徴であるともいえるだろう。リンドスミス・センターは、2000年に薬物政策協会(Drug Policy Foundation)と合併し、現在では薬物政策協力ネットワーク(Drug Policy Alliance Network)となっている。

リンドスミスが看破したように、薬物使用問題はそもそもは医療的な問題ではない。これは医療的な側面を含む複合的な問題である。たとえば、薬物使用に用いられる言語表現などの文化的資源も、この問題には関係しているからである。しかしながら、リンドスミスが医療的に処遇すべきであるとしたのは、嗜癖などからの回復を考えるのであれば、刑事的に処遇するよりも望ましいという判断をしたからである。この判断は、したがって、研究で明らかにされた洞察以上の何かを含むということを示唆しており、その部分が薬物問題にどのように対処するかということに関しての「選択の幅」を示しているといえる。

(2) 公衆衛生問題としての薬物問題

興味深いことに、リンドスミスの提案は、リンドスミスが考えたものとは別の文脈で、別の地域で実現されている。欧洲における薬物問題への対処方法、いわゆる欧洲アプローチ(European approach)である。

ただし欧洲といった場合、どこまでを欧洲とするかということがまず議論の対象となることが多いが、ここでいう欧洲アプローチの欧洲とは地理的・空間的な概念というよりもむしろ、「ある特徴を備えたもの」という意味で理解した方が良いだろう。というのは、これはすでに欧洲に限らずに普及しつつある考え方、薬物問題へのアプローチの仕方でもあるからである。

その特徴とは、まず何よりも、薬物問題を犯罪の問題としてではなく、保健医療の問題、別の言い方をすれば、公衆衛生(public health)の問題として考えることである。

もちろん公衆衛生の問題といった場合にも、様々な問題化の仕方が考えられる。ただし、欧洲アプローチでいうそれは、ほとんどの場合、ハームリダクション(harm reduction)を指すと考えられる。ハームリダクションとは、そもそもは、薬物の使用者とその使用者が所属するコミュニティへの有害性を減じることを目標とする方策のことを意味していたが(あるいはいまだ公

的にはそのような定義が用いられるが)、欧州アプローチの場合は具体的には、主として二つのプログラム 置換療法などの回復支援と注射器交換などの感染症予防 に代表される、諸プログラムの組合せの状態のことを指している。とはいえ、もちろん回復支援と感染症予防だけではなく、正確な情報の提供や薬物教育など、いってみれば、それまでの犯罪化政策にあった問題点をクリアにするという共通認識の上に提供されているプログラムを組合せたものを、こう呼んでいる。そしてそれは単に使用者個人やコミュニティへの健康被害の観点からのみ正当化されるとは限らず、場合によっては、経済的・人材的損失の削減という観点からも妥当であると判断され、採用されている。

以上のように、社会学的な薬物問題へのアプローチは、薬物問題を国家の問題ではなく社会の問題として考えていくものであること、さらにそれは今日では、欧州アプローチのように、公衆衛生の問題として考えられていることを、まずはここで確認しておきたい。したがって、以下の疑問点や論点は、このような社会学的アプローチを前提としたものである。

3 2 つの疑問

そこで以上を踏まえ、今回の諸報告についてまずは 2 つの疑問を提出しておきたい。とはいえ、これらは、ここで答えを求めるものというよりはむしろ、地域社会における薬物問題を考えるさいに、一般的に考えられうる疑問と位置づけられるものである。

(1) 二重診断の問題

最初に述べておきたいのは、いわゆる二重診断(double diagnosis)の問題である。

二重診断の問題とは、薬物使用と犯罪を論じる際に、とくに薬物使用と精神障害との関係を論じるものとしてしばしば登場するものである。これは、ごく単純化すれば、薬物使用と精神障害との類似性あるいは近縁性が指摘されるにあたり、そもそもどちらが原因であるのか、あるいはそれは決定可能なのか、という問題である。すなわち、精神障害がそもそもあり、その結

果として薬物使用が行われたのか、あるいは逆に 薬物使用の結果として精神障碍の症候を示すのか、ということの決定しがたさが問題になるということである。

これが問題となるのは、どちらが先行するかによって、対象者の処遇をどのようにするのかということについての意見が分かれる場合が多いからである。すなわち、(a)そもそも精神障碍であるのであれば、それは薬物問題というよりもむしろ精神医療にかかわる問題であり、これを犯罪として処遇すべきかどうか疑わしい、あるいは (b)刑罰よりも治療の問題ということになる。一方、薬物使用が先行するということであれば、結果的に精神障碍と認められるような状態となることが分かりながらもそれを使用するということについて、その責任が認められるという意見が、実は覚せい剤問題の初期の頃から存在する(竹山、1954)。

したがってここで問われるべきは、薬物使用が先行するケースであるが、薬物使用から精神障碍に至るのには時間的にも、あるいはキャリア的にも、ある程度の過程を経ることになると予想でき、そこに予防的介入の余地があると考えられる。すなわち、現行法制下においては最終的に犯罪として処遇するとしても、その前に段階的に介入することが可能ではないかということである。

以上のように考えるのであれば、地域における薬物問題への対処ということについて、結果的にどのように処遇するかという以前に、使用者キャリアの発達過程において、制度的な介入も可能なのではないかという疑問が浮上するといえるだろう。

(2) 地域とリハビリテーション

いまひとつ疑問は、上記の介入ということについて、なかでもとくにリハビリテーションに関する問題である。

薬物使用者の研究において明らかにされているピアグループの果たす役割、さらにはダルクに関する諸研究などが示唆していることからすると(市毛、1998、2002など)、薬物使用者が薬物使用から逃れ回復に至る過程に重要なのは、薬物使用を行っていた環境から離れるということである(SATO、2009)。

したがって、使用者が居住している地域社会においてリハビリテーションを行うという対策自体は、本来、リハビリテーションに対して抵抗する諸要素を抱え込みながら、それを行うということを意味している。そのような環境において、果たしてリハビリテーションは可能なのかどうかという疑問である。

4 補助線としてのハームリダクション

以上 2 つの疑問は、後に述べる論点と関わり合うものであるものの、それ以上に、地域社会における薬物問題への対処を考えるにあたっての、より一般的な疑問である。

そこでより個別的に地域社会における薬物問題への対処を考えるにあたって、ここで、先に述べたハームリダクションについてさらに詳しく述べ、それを補助線と引いておきたい。

(1) ハームリダクションとその文脈

さて、そのハームリダクションだが、すでに触れたように、ハームリダクションとは、ある特定の政策を意味するわけではない。そうではなく、現時点でいえばおそらく、ある種のプログラムの組み合わせを、そのように呼ぶという過程を通して見えてくる、誤解を恐れずにいえば、一種の構えのようなものとして理解すべきものであろう。したがって、その言葉そのものは、状況によって異なるものを指し示す場合さえあると考えられる。というのは、たとえば欧洲アプローチといった場合に、同じ回復支援や感染症予防を、ハームリダクションとは呼ばずに、予防と呼ぶ EU メンバーの国もあるからである。

ここから示唆されるのは、諸プログラムの組み合わせをハームリダクションと呼ぶのは、それをそのように呼ぶ文脈と切り離して考えることができないということである。近い将来それらが一括してハームリダクションと呼ばれるとしても、それはハームリダクションがそのようなものとして成立したというよりもむしろ、それをそのように呼ぶ文脈あるいは状況が特定のものになったとも考えられるであろう。

(2) ハームリダクションと犯罪化

以上のこととは、ハームリダクションと犯罪化との関係を念頭に置いた場合に、より明確になる。わが国における一般的な理解からすると　　とはいるもの、ハームリダクションがそれほどの認知を受けているとも思われないが　　、ハームリダクションは犯罪化と対立するものと考えられるし、また欧州でもそもそも実際に、そのような文脈の中で語られてきた（あるいは、いまだ語られてもいる）。

しかしながら、アメリカ合衆国やわが国と並んで、犯罪化政策をとる国として知られるスウェーデンは EU メンバーであるが、そこでもハームリダクションが行われている、とされる。すなわち、メタドン・メンテナンスや感染症予防といったプログラムが小規模ながら行われており、しかもそれらの導入についてスウェーデンは EU メンバーの中でも最も早い国であった。したがって、犯罪化と対立するものとして単純に考えるわけにはいかない。

すなわち、ここでも先と同じことが指摘である。ハームリダクションはそれをそのように呼ぶ文脈あるいは状況と切り離して考えることができないということである。この場合、スウェーデンが初期 EU メンバーであるということ自体が、そのような状況の一つとして考えられるのである。

いずれにしても、ここで確認しておく必要のあることは、すでにハームリダクションは、犯罪化と対立する概念ではないということである。そして、まさにその対立しない概念として実際に使用されているということが、すでに今日、犯罪化/非犯罪化という文脈で薬物問題や薬物政策を語ることの問題をあぶり出しているともいえるだろう（これは論理的な分割によって思考することの問題を指摘する、現代欧州ならではの発想かもしれない）。

(3) 置換療法

さらにハームリダクションにかかわるものとして引いておきたい補助線は、覚せい剤にかかわるものである。

ハームリダクションは多くの場合、ヘロインなどの阿片系薬物に対するものとして理解され、したがって、置換療法もメタドン・メンテナンスに限ら

れるものと考えられがちである。しかしながら、置換療法は覚せい剤に関しても行われうるし、実際に行われている。

たとえば、英国では覚せい剤であるアンフェタミン(通称スピード)の常用に対して、dexamphetamine が処方され、置換療法としての取り組みがなされている。

置換療法に関して一般的に誤解されているのは、当該薬物の薬理効果を軽減するなどの方策としてのみ理解されていることであろう。しかしながらメタドン・メンテナンスの歴史的な導入過程にみられるように、ヘロインの性質自体に起因すると考えられた犯罪への志向性の削減は、当初それが目論まれたものの、経験的・統計的に否定された。しかしながら、それにもかかわらずメタドン・メンテナンスが各国で導入され続けているのは、それが使用者の非合法市場へのコミットメントを防止する機能をもつからであり、それによって使用者に治療過程・回復過程へのコミットメントを促すからである。

リンドスミスが看破したように、薬物問題とは医学的な問題ではない。医学的な問題としての定式化は、薬物問題に介入するさいの重要な方策の 1 つであるが、問題全体にとっては、その一部を構成する局面にすぎないのである。

(4) 偏りのない情報伝達

最後に引いておきたい補助線は、情報伝達に関するものである。これは、より一般的な薬物教育につながるものもある。

欧洲アプローチの一翼を担う EMCDDA(薬物と薬物嗜癖に関する欧洲監視センター、リスボン)が発行する文書、あるいは EMCDDA を管轄する EU 委員会の担当部署の発行する文書で気づかされるのは、それらの文書の中で、正確な情報提供の重要性を論じている点である。そしてそれは、それら制度体のスタッフへのインタビューでもみられるものである。

この場合、正確な情報提供とは、過去の情報提供との対比において理解可能なものである。すなわち、薬物問題において、使用者自身をも取り締まるという政策を中心であったさいには、使用者がある種の公共の敵であり、あるいは使用によってそのような敵と化すなどの情報を提供することで、政策

を正当化し、また正統化する必要があった。そうでなければ、使用を犯罪として取り締まることを正当化・正統化できないからである。したがってそれはそこで行われている政策との関係においてなされる情報提供のあり方として理解できるものであるが、同時にそのような情報提供においては、使用者は社会の枠外に押し出される存在として位置づけられていたといえる。

しかしながら、ハームリダクションにおいて重要なのは、使用者を社会の枠の外に置くのではなく、むしろ社会の一員として処遇し、一員であることに必然的に伴うと想定される権利と義務を課すということである。したがって、使用に伴う功罪を、ある意味で使用者の視点も交えながら記述し情報として提供するという姿勢が必要とされる。換言すれば、「悪だからやめるべきだ」という一方的な情報提供というわけにはいかないということである。そこには、自分たちと同じ社会の一員である使用者が、何故使用しているのかということについての理解がない。そうではなく、使用者を社会の一員として遇することが機能的に可能な形での情報提供が必要とされるということになる。

5 2つの論点

以上の補助線を踏まえながら、地域社会における多機関連携アプローチに関して、2つの論点を提出したい。2つの論点とは、「地域社会における多機関連携アプローチ」に含まれる2つの契機、すなわち「地域社会」と「多機関連携」にかかわる論点である。

(1) 「地域社会」に関する論点

地域社会に関する論点とは、まさにそれが地域社会であるがゆえに、薬物問題に対してどのようにアプローチできるかを問うものといえる。すなわち、地域社会の地理的・文化的・制度的特徴を踏まえた形で、薬物対策を立案可能かどうかという点である。たとえば北九州市の場合、たまたま医療刑務所があるなどの制度的な特徴がある。このような特徴を薬物対策全体にどのような形で組込んでいくかということが、地域社会における薬物対策の特徴あるいは独自性を形成すると考えられる。

もちろんこれには、人的資源の観点も組み入れることができるであろうし、さらにはそれをする必要があるだろう。ただしそれはむしろ、次の多機関連携の論点に含まれるものである。

それに加えて、すでに一般的な疑問として提出したものとかかわる事柄が論点として浮上する。すなわち、薬物使用者の回復にとって、地域内で処遇するということは、一方でケアなどの点でさまざまな資源が動因可能であるということから、またその実践性からいっても望ましいものと考えられる。しかしながら他方で、リハビリテーションにおけるピアグループという点で問題を生じかねない。これをどのように調整するのか、それが地域社会において薬物対策をデザインする上で重要な論点となることが予想されるであろう。

(2) 「多機関連携」に関する論点

では、多機関連携に関する論点としてどのようなことがあげられるだろうか。これを以下に 3 点に分けてあげておきたい。

個別的状況への対処

すでに一般的な疑問としてあげた事柄と関係するが、薬物使用に介入する場合、対象者と考えられるのは、精神障碍とは結びついていない形での使用者である。したがって、それが現行法制下において最終的には犯罪として処遇することになるとしても、使用者キャリアの発達において、いくつかの局面において介入するという対策が考えられる。それはつまり、薬物使用者の個人的なキャリアを個別的に把握し、そこで示される問題の進行状況や想定される原因について、個別的に対処するということを意味する。それは同時に、そのような個別的対処を正当化するような、薬物と薬物使用に関する正確な情報提供とセットとして考える必要がある。そしておそらくこの点については、さらなる薬物使用に関する社会学的調査研究が必要とされるであろう。

コーディネーション

上記(1)において述べたように、多機関連携は地域社会の制度的特徴との関わりにおいて可能となる。とくに人的資源の配置状況がそれである。

そこで参考となるのが、欧洲アプローチの一翼を担う EMCDDA の組織編成であろう。EMCDDA は新しく登場する(登場しつつある)薬物の監視を行う部署、ハームリダクションに関する調査を行う部署、各国の薬物政策を調査する部署など幾つかの部署があるが、EMCDDA のおそらく最もユニークな特徴のひとつは、研究成果と外部機関とをつなぐコーディネーションの部署をもつことであろう。コーディネーションという考え方は、EU 委員会の研究学会(9月 25 日 26 日、ブリュッセル)でも論点の 1 つになったように、薬物政策において研究と政策とをつなぐ重要な機能であり、異なった言語を使用する制度体間の円滑な連携を可能にする。

多機関連携におけるコーディネーションとはこの場合、各機関をつなぐインターフェースの機能を果たすものであると考えられる。現状ではこのインターフェースは、それを自ら買って出る担当者の心意気のようなものに頼っている様子がうかがえるが、これを制度的な部署あるいは職務として整え、個人的なつながりによってではなく、制度的に保証する形で薬物対策を運営する必要があると考えられるであろう。

過程と効果の検証

最後に挙げたいのは、これまでの長年にわたる各国の薬物政策が示唆する事柄と関係しているある種の姿勢であり前提である。それはすなわち、薬物対策に特効薬はないということである。これは歴史的にみても明らかであり、薬物使用は産業化や都市化など近代化に伴う現象とともに生じている現象である。

したがって、特効薬はないという前提に立ち、薬物対策について、個々の対策過程とその効果を検証するという形で、ベストではないかもしれないがベターな対策を追求する必要があるだろう。そして対策そのものさえ過程にあるという前提に立って、検証する必要があると考えられる。

たとえば、おそらく対策が実践される過程においては、薬物嗜癖からの回復率がその指標とされることが想定されるが、その評価方法に関して、回復

率がどの程度であれば成功であり、あるいは改善が必要とされるものとするのかについて、単年度による評価を前提としないということである。回復率はその場合、その地域社会が社会としてのまとまりを確立しつつある指標であり、公的資金を投じた投資の利率として考えるなどの発想が必要である。投資の利率は30%、40%などの高率は単年度では望めない。それは投資ではなく投機である。特効薬はないという前提に立てば、単年度では低い利率であっても複利という考え方の導入によって、安定的な長期的対策が可能となるであろうし、また必要とされると考えられるだろう。

[文献]

- 市毛勝三、1998、『漂流の果てに 茨城ダルク薬物依存者の回復』、茨城ダルクを支援する会
- 、2002、『我ら回復の途上にて 茨城ダルクの10年心の居場所から』、茨城ダルクを支援する会
- SATO, Akihiko, 2009, Japan's long association with amphetamine: What can we learn from their experiences?, R.Pates Ed., Interventions for Amphetamine Misuse, Wiley-Blacwell, pp. 147-158
- 佐藤哲彦、2006、『覚醒剤の社会史 ドラッグ・ディスコース・統治技術』、東信堂
- 、2008、『ドラッグの社会学 向精神物質をめぐる作法と社会秩序』、世界思想社
- 竹山恒寿、1954、『酩酊及び薬品中毒による精神障碍について』、司法研修所

質疑応答

各パネリストの報告の内容は、それぞれの論稿を見ていただくこととして、会場からの質問とそれに対するパネリストの回答の要旨を紹介する。

(1) 三井報告への質問

【質問 1】具体的にネットワークの例について北九州で社会復帰調整官というような方々と連携をとることはありますか。

【三井】『心神喪失者等医療觀察法』(以下「医療觀察法」という)に基づいてケア会議策を行うことはありますが、薬物についての連携はあまりありません。薬物問題が、医療觀察法の対象ではありませんから、一律の対応は難しいものと思っています。

【質問 2】医療関係者とのネットワークをつくるときに、お医者さんの世界には独自のヒエラルキーがあるため難しいこともあると思います。例えば、医学の観点からすると「治療」ではなく「回復」と言葉を使うことに違和感があるかもしれません。医療関係の方々と福祉関係とのネットワークは難しくありませんか。

【三井】現在では、薬物依存症者の「回復」や「受け入れ」という見方について、気にする医師はいません。ただ、回復のプロセスの中で精神症状が出て、医療が必要なときならば、もちろん、「治療」します。しかし、医療が全てを担うとなると、医療経済的には成立たないという側面もあるので、常に医者が中心に治療をリードするというわけでもありません。薬物問題を医療化しすぎても良くないので、公衆衛生の問題として対処していくというのが基本的方向です。

医療・福祉の連携を考えると、拘禁施設ではない予防的な処遇ネットワークがきちんとできてきていることが重要です。薬物問題は、成長過程における少年たちの「躓き(つまずき)」の現れです。これを公衆衛生の問題と捉えると、「ハイリスクな(危険性の高い)」少年たちの自尊感情を育てていくようなプログラムがあり、それが地域社会の社会資源である、と考えられていくべきではないでしょうか。

公衆衛生の関心は、健康や安全に対する危険度(リスク)をゼロにするということではなくて、危険に対して、どう資源を投入し、その危険度を下げていくか、ということにあります、薬物問題も、「地域社会全体の健康を考えいく」と違った見方ができれば、医療との連携もいい形で実現するのではないかでしょうか。

【質問 3】ネットワーク創りにおいて、組織の管理職として大事に思われることをお聞かせください。

【三井】水平なネットワークを創るうえでは、管理職ではない方が創りやすいと思います。管理職としては、ネットワークのために「何ができるか」という見通しを持っていることが大切であり、いろいろな選択肢の中で部下が動いた結果を全体の施策の中できちんと評価することが重要だと思っています。

【コメント・佐藤哲彦】EU(ヨーロッパ連合)などの例でも、担当者が異動してしまうと、それまで積み重ねてきたことがゼロになってしまうことがあります。そのような無駄を防ぐためには、専門的な部署をきちんと作る必要があると思います。

(2) 安永報告への質問

【質問】シンナーを使用している子どもたちを処罰せよという意見と、回復のために支援しようという意見と両方の意見がありますが、現場ではどのように考えていますか。

【安永】処罰か、援助かの二者択一ではなく、目の前にいる子どもの状態に応じた対応をして、冷静に子どもを見極める大人になりたいとサポートセンターは考えています。子どもを違法薬物から切離すことができるのであれば、それが逮捕というかたちであっても、いいのではないかと思います。子ども自身が、本当は早く薬物から離れたいと訴え、望んでいるような場合もあります。つまり、おとなが処罰か、援助かを決めるのではなく、あくまで子どもが主体だと考えています。

また体感として、10年前と比べて、シンナーを乱用する子どもの姿を見な

くになりました。子どもたちから話を聞くと、「暴走族になっても、シンナーには手を出すな」という意識が子どもたちの間でも浸透してきているようです。たしかに、北九州市には「シンナー遊び発祥の地」という烙印があります。ある地域では通過儀礼のように普通にシンナーを使う少年たちがいました。しかし、最近では、そのような状況は明らかに変わってきています。

(3) 佐藤誠報告への質問

【質問 1】プログラムの中で看護師はどのような役割をしているのでしょうか。

【佐藤誠】医療刑務所では、精神的な症状と身体的合併症を持っている患者もいるため、そういう人たちのケアを行っています。また、グループワークに参加している看護師もいます。

【質問 2】薬物依存だけでなく、統合失調症などにも罹患している人をどのように処遇・治療していますか。

【佐藤誠】基本的に幻覚などについては薬物治療を行っています。しかし、そのような状態は、圧迫された状況やつらい目にあってはいるなど施設の雰囲気に影響されますので、そのような雰囲気にならないように施設の職員全員で配慮しています。

(4) 荒木報告への質問

【質問 1】薬物事犯の処遇について、ケア会議や意見交換会など、誰が中心になってこれを主宰して行くべきでしょうか。

【荒木】これは本来法令で決めないと難しいことだと思います。医療観察法の場合、社会復帰調整官が関係者の意見を聞きながらまとめ役をしています。薬物事犯についても、きちんとした仕組みを作る必要があると思います。つまり、薬物問題の解決を図るために新たなコーディネータの必要性を感じています。

【質問 2】覚せい剤事犯の具体的な処遇では、実際にどのようなことをやっていますか。

【荒木】認知行動療法に基づき、覚せい剤を乱用するまでの経過を細かく聞

き取り、乱用に対する黄色信号・赤信号を当事者にわかってもらうような話し合いを行っています。例えば、当事者に、仕事のストレスなどが溜まり黄色信号の段階になったらどうするか、ストレスの付加で薬物に手を出したくなる赤信号の段階になったらどうするか、ということを具体的に考えてもらっています。このように具体的な問題状況を設定して、そこでどのような行動をとるか、というソーシャル・スキルを考えてもらっています。

【質問3】薬物事犯の処遇を担当する保護観察官は、どのような方ですか。

【荒木】いろいろな採用のされ方があります。法律や心理学、社会学などを学んで公務員の行政職で採用される人、心理学・社会学等の専門職で採用される人の他、最近増えているのは、社会福祉施設等で8年以上勤務歴をもつ社会福祉士の有資格者です。

【質問4】施設の中で社会復帰処遇を行うという構造上の限界もあり、刑務所での薬物違反のプログラムは、すべての人に対応できるわけではありません。社会内処遇との連携が重要だと思うのですが、施設内で更生プログラムを受けている人と、受けていない人で保護観察中に違いはありますか。

【荒木】確認をしたわけではありませんが、教育を受けている人の方が、覚せい剤プログラムについても理解しやすいという面はあるはずです。ダルクを知っているかどうかなどもあります。もっとも、服役中の成績の良い人が教育を受ける傾向がありますが、成績の良い人や仮釈放になっていく人いうのは帰る場所のある人が多いので、このようなプログラムでダルクの存在を知っても、または実際にダルクの人に接する機会があっても、自分にはダルクは必要ではないと思ってしまい、なかなかダルクにはつながりません。むしろ、成績が悪い人や身元引受け人がいない人、満期釈放になる人がダルクにすがり、定着率も高い傾向にあります。したがって、そういう人こそ、 such a person who needs to be supported. そういう回復の道筋を教える必要があるということが山梨県での経験からも明らかになりました。甲府刑務所では満期釈放の人たちにもそういう情報を流しはじめています。

【質問5】処遇プログラムにのってくる人は、比較的治りやすい素直な人が多いのではないでしょうか。本当に必要な人ほど受けていないということを考えられますがいかがでしょうか。

【荒木】刑務所における教育や保護観察所におけるプログラムは、初期段階と考えていただければよいと思います。つまり、まずは軽症の人から始めて、段々と重症の人たちへも広がって行くことになるだろうと考えています。

(5) 尾田報告へ質問

【質問 1】ダルクやアパリに入所している人たちの生活保護受給率はどれくらいですか。

【尾田】ダルクは 65%です。アパリはもっと少なく、生活保護の受給が前提だと身元引き受けの許可を出さない保護観察所があるため、20%ぐらいです。

【質問 2】入所者が入所のために住民票を移す際に、受け入れる側から嫌がられたり、問題が起きたりすることはありませんか。

【尾田】アパリの施設がある群馬県藤岡市に関しては、そのような問題は起きていません。

【質問 3】福祉予算が逼迫する中で、生活保護などの関係で自治体の負担は大きくなるため、厳しい対応を迫られることはありますか。

【尾田】感覚的にですが、県庁所在地では比較的に生活保護が取りやすいようです。群馬県藤岡市では、生活保護はダルクに 3 カ月以上定着した人にしか出さないと言っていますし、割当ての人数も決まっています。その他の地域でも、あらかじめ枠が決まっているというのはよくあることのようです。

(6) 大麻について

【質問】大麻の問題について、大麻それ自体は依存性が高くないし、そんなに有害性は悪くないという意見もあります。しかし、大麻は、「ゲート・ドラッグ」などと呼ばれ、より有害な薬物の入り口になることが多いので、大麻を禁止することによって他の薬物をやらせないという考え方と、逆に、大麻でとどまることによって他の薬物に移らないようにするという考え方があります。どう考えるべきでしょうか。

【佐藤誠】古いイギリスの調査報告ですが、大麻を使用した約 60%がその他の薬物の乱用者になるという調査結果があります。

【石塚】大麻への依存は、依存性のメカニズムを作りだすのだから、依存対

象物質が代わっても、結局、依存症は治らないのかもしれません。近年、大脳生理学的に依存のメカニズムを解明しようという試みがなされています。他方で、心理学的には、違法な薬物である大麻の乱用によって、規範的意識一般が鈍化して、他の違法な薬物に手を出すことへの抵抗がなくなってしまうという論者もいます。その辺はいかがでしょうか。

【コメント・佐藤哲彦】ひとつは、マーケットの問題です。大麻を入手しやすい環境は、他の違法薬物の売っているところとも近接しているという環境的な問題です。

【石塚】大脳生理学的または医学的な観点、心理学的または精神的な依存性の観点、そして社会学的または環境犯罪学的な観点、どれも否定できないと思います。これらの観点を総合して、ハーム・リダクション(経験度の減少)の視点からの薬物対策が日本にも導入される可能性はどの程度あると思いますか。

【佐藤哲彦】ハーム・リダクションにはいろいろな考え方があり、個人とコミュニティに有害性を減らすという考え方をしていればそれはハーム・リダクションだと考えることもできます。スウェーデンの例などから見ても、公衆衛生の問題として捉える考え方と、極端な事案は医療刑務所で遭遇するしかないという考え方の、両方の考え方があってもよいのではないのでしょうか。刑事手続きの後で医療系にまわすということだけではなくて、その前段階でいろいろな段階的なプログラムを組んで公衆衛生的に対処していくというコーディネイションがあってもよいと考えます。今後、ハーム・リダクションが導入される可能性はあると思います。

(7) まとめ

【石塚】多機関連携という観点から考えたとき、薬物問題にかかわるダルクのような民間と公的機関が協力することで、自分のところだけで問題を抱えこむのではなく、それぞれが自分のところで出来ることを最大限行うという姿勢に展開したことが北九州市の成功の原因だったということがよくわかりました。これで質疑応答を終わります。

日本犯罪社会学会主催・2009年度(財)社会安全研究財団助成事業
第6回公開シンポジウム成果報告書
「薬物犯罪の現状と課題」
地域社会における多機関連携アプローチの取組み

発 行 : 日本犯罪社会学会

〒577-0036 大阪府東大阪市御厨栄町 1-4-4 TTS センター3階

E-mail:hansha@daishodai.ac.jp

編 集 : 河合 幹雄・朴 元奎・小関 慶太

編集協力 : 上野 貴広(北九州市立大学大学院法学研究科修了・法学修士)
作田誠一郎(北九州市立大学非常勤講師)

本報告書は、日本犯罪社会学会ホームページ

(<http://hansha.daishodai.ac.jp/>)よりダウンロードを行うことが出来ます。

2010年3月15日初版第1刷発行

【非売品】