

薬物依存者の社会内処遇

— 自己決定に基づく積極的支援の可能性についての一試論 —

丸 山 泰 弘

目 次

はじめに	問題の所在と本稿の目的
第1章	日本における薬物問題
第1節	薬物問題の現状
第2節	過剰収容問題
第2章	アメリカにおける薬物問題
第1節	「薬物戦争」(War on Drugs)
第2節	アメリカの過剰収容問題
第3節	ドラッグ・コート制度
第3章	社会内処遇
第1節	社会内処遇の歴史と意義
第2節	日本における保護観察の理念の変化
第4章	強制的な治療
第5章	薬物自己使用者と社会内処遇
第1節	はじめに
第2節	自助グループ・リハビリテーション施設の役割
第3節	ダルクとドラッグ・コート型司法の関連性
第4節	「見守り型」
第5節	具体案の考察
むすびにかえて	
文末資料	

はじめに 問題の所在と本稿の目的

現在、日本の薬物犯罪対策は「薬物乱用は『ダメ。ゼッタイ。』』というスローガンの下、薬物乱用対策推進本部、厚生労働省、警察庁、都道府県、(財)麻薬・覚せい剤乱用防止センターなどが、薬物乱用防止に向けて「教育・啓発活動の充実」「調査研究の推進」「国際連帯の強化」といった乱用防止啓発活動とともに、薬物犯罪の徹底した取締りを行っている¹⁾。

「薬物乱用」とは、薬物を社会規範から逸脱した目的や方法で、自己摂取することである²⁾。後に

挙げる法律で規制されている薬物を一回でも使用することは乱用であるし、未成年が酒やタバコを一回でも使用することも乱用であり、一回に一錠飲むように処方された薬を二錠以上飲むことも目的には沿っても方法において逸脱しているので乱用である。また、「社会規範からの逸脱」であることから、飲酒を禁止している国では成人であっても飲酒は乱用と考えられることになる。そもそも社会規範という曖昧な概念からなるもののため、ICD-10 (国際疾病分類)³⁾には「薬物乱用」という用語は存在しない⁴⁾。また、使用者にとって身体的・精神的に有害であるのに、その使用を繰り返すことは「有害な使用 (harmful use)」と呼ばれている。

つぎに、「薬物依存」とは、薬物乱用の繰り返しによって生じた状態であり、薬物摂取への渴望により自己のコントロールを喪失した状態のことである。WHOの定義によると第一に「薬物による快感を得るために、あるいは薬物を中止したときに出る不快感を避けるために、薬物を使い続けること」、第二に「絶えず、あるいは周期的に薬物を使

3) 「疾病及び関連保健問題の国際統計分類：International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (以下「ICD」という。))とは、異なる国や地域から、異なる時点で集計された死亡や疾病のデータの体系的な記録、分析、解釈及び比較を行うため、世界保健機関憲章に基づき、世界保健機関 (WHO) が作成した分類である。なお、最新の分類は、の第10回目の修正版として、1993年の第43回世界保健総会において採択されたものであり、ICD-10 (1990) と呼ばれている。現在、日本では、その後のWHOによるICD-10のままの一部改正の勧告である。ICD-10 (2003) に準拠した「疾病、傷害及び死因分類」を作成し、統計法に基づく統計調査に使用されるほか、医学的分類として医療機関における診療録の管理等に活用されている。

4) 和田前掲註 (2) 論文18頁。

1) 財団法人 麻薬・覚せい剤乱用防止センターが作成した「薬物乱用防止読本『薬物乱用は「ダメ。ゼッタイ。』健康に生きよう パート18」参照。

2) 和田清「薬物乱用・依存の現状と鍵概念」(『こころの科学』第111号、2003年) 17頁～19頁。

わずにいられない状態で、薬の継続使用によって、自分ではどうしても薬物を止められない状態」であるとしている。

さらに、薬物依存という概念は身体依存と精神依存の二つに分けられる。身体依存とは、体が薬理作用に順応してしまい、薬物が切れると様々な症状を引き起こす状態を指す。身体依存になると、薬を断つときの身体的、精神的苦痛に絶えられずに薬物摂取を渴望するようになる。また、精神依存は渴望による薬物摂取に対するコントロールを喪失し、薬物を使用してしまいう状態である。いずれの場合においても何が何でも薬を手に入れようと行動するようになり、それは薬物探索行動と呼ばれている⁵⁾。

さいごに、「薬物中毒」には、急性中毒と慢性中毒がある。急性中毒は、アルコールの一気飲みのように薬物の直接的薬理作用による精神的・身体的な異常状態であり、依存状態の有無に関わらず、急性中毒になりうる。また、慢性中毒は薬物依存状態にありながら、薬物乱用を繰り返すことで生じる精神的・身体的な異常状態である。その原因となった薬物の摂取を止めても、自然回復は原則的に望めない状態であるとされている⁶⁾。医学的側面から見れば、覚せい剤による幻覚妄想状態や有機溶剤による無動機症候群も、喫煙に伴う肝硬変や肺ガンと同じ慢性中毒であると考ええる。

最初にこれらの用語を確認することで、本稿の考察対象である薬物問題に対して以下のことが言える⁷⁾。すなわち、司法的な手続によって取り締まっている「薬物乱用者」の概念の中には、①依存症ではない乱用者、②薬物依存症による乱用者及び、③慢性中毒を起こしながら乱用を続ける乱用者の3つの概念が存在するということである。そして、まったく違法薬物を使用していない者を

乱用から予防することを一次予防、薬物の依存症者の乱用を予防することを二次予防、薬物の慢性中毒でありながら乱用を続けることを予防する三次予防とすると、警察をはじめとする司法がかかわる薬物自己使用罪に対して行われる徹底した取締り、一次予防を訴える啓発活動が介入できるのは意味があるのは①の概念のみで、②や③になると医療や福祉による治療や回復を望むべきなのである。ここに、治療されるべき対象者が伝統的な刑事司法の手続きに組み込まれ、施設から出ても、再使用し再び刑事司法手続に戻らなくてはならない問題、「意志が弱いから使用する」のだと考えられ非難を浴びなくてはならない等問題性が介在する。

これらの問題を残したまま、日本は乱用防止啓発活動とともに、薬物犯罪の徹底した取締りを行っているが、その理由は明らかである。「乱用根絶」を目標にする日本において、薬物犯罪に対しては、初めての使用者であろうが、依存症で意思により抑えることができない使用者であろうが徹底した取締りで抑止するといった厳罰主義が望ましいと考えられているからである。しかし、このような政策の弊害が生じている。とくに、薬物自己使用者への偏った取締りと、処遇効果の低さは、高い再犯率と刑務所人口が増加し刑務所人口の4分の1を薬物事犯者が占めるという状態をもたらした。

また薬物問題に限らず、一連の厳罰化の流れで社会は新しいルール of 創出や厳罰化によって社会的逸脱者を創出してきた。『自分たちの社会のあるべき姿』という理想を基に、ルールで縛られた、特に刑法というルールで縛られた社会を自分や他人に課し、自分が守らないことは想定に無く、ルールを守れない者は社会的敗者であるとして逸脱者とし、自分たちのルール社会から排除しようとする。

あるべき社会のためにルールによって縛る社会と、そのルールを刑法に解決方法を求めることが、悪循環を生むのが薬物犯罪、とくに、薬物自己使用者の問題である。なぜならば、徹底した取締りは、回復への効果が低く刑務所での処遇の見直しが論じられていることもさることながら、薬物依存という問題を引き起こした社会的背景を無視し、

5) その重きは精神依存であり、身体依存があるものも薬物依存の本態は精神依存であるとされる。身体依存が強い薬物もあり身体依存は必須ではない。その代表が覚せい剤である。

6) 和田前掲註(2)論文19頁。

7) 原則として、ここに挙げた「薬物乱用」、「薬物依存」、「薬物中毒」の三語以外は、麻薬及び向精神薬取締法第2条、大麻取締法第2条、覚せい剤取締法第2条、あへん法第3条にそれぞれ用語の定義が示されているためそれを使用する。

その解決とは逆の結果になっているからである。

たしかに、薬物自己使用者の中には、あるべき姿を求めて造られたルールを故意に拒否した者がいないとはいえない。しかし、現代社会において、その薬物使用の経緯は大きく二つのタイプが存在する。すなわち「単独で始めるタイプ」と「集団で始めるタイプ」である。前者は細々と生活することよりも、全員が獲得することが不可能な一部の上流階級を目指し⁸⁾、また上を目指さなければならない厳しい競争社会⁹⁾において、ついていくことに必死になって薬物を使用する者である。また、後者はその厳しい競争社会から外れることを選んだ人々の中でも、薬物を使用しなければ今度はその形成された新しい逸脱社会からも逸脱者とされてしまうのを避けるために使用するものである。薬物の使用といった背景には、どちらのタイプにおいても厳しい競争社会と、そこから逸脱することへの非難が背景に存在する¹⁰⁾。

これら社会が決めたルールを守らない者にはもちろん、守れなかった者に対しても厳罰化の政策は容赦をしない。逸脱者と見做されることを拒むのであれば、使用しなければよいと考えるからである。しかし、これら薬物自己使用の大きな問題点は、薬物は依存症という病気を引き起こし、病気であるが故に使う意思がなくても使用してしまい、そこに非難が浴びせられるという悲しい連鎖

が存在するところにある。

また、徹底した需要側の取締りは一時予防としての意義や比較的依存状態が進んでいない者についての意義は否定できないとしても、刑務所処遇による薬物問題解決の限界が論じられるようになりつつある。偏った取締りへの反省から、治療を重視した処遇が学説において論じられるようになった。しかし、結局は背景に刑罰を用意しているものや、完全に治療目的であっても強制的な治療である以上、保安処分の問題の再来を感じさせる。

そして、治療のみに頼ることができない点として、薬物依存によって形成された脳への傷に対し、治療方法が確立されてないことも挙げられよう。しかし、依存症という病気が完治しないとしても薬物を使用しない生き方をすることが可能であることは実証されている¹¹⁾。それが、自助グループの活動や、ダルク等のリハビリテーション施設の活動である。その活動内容は、グループミーティングや回復を目指す仲間とのつながりを通して、治したいと望む人が治せるように努力できる場を与え続けることに意味がある。

では、刑罰による抑止や強制的な治療による処遇を選択しないのであれば、完全に非犯罪化として放任主義に徹するという指摘がありうるだろうが、それは間違いである。たしかに、厳しい競争社会を皆と同じように生きなければならないことに疑問を感じ、自分を傷つけることの弊害を真に理解している人の自己使用にとっては、薬物を自由に使える社会が望ましいだろう。しかし、非犯罪化は、それら弊害を真に理解していない人及び、依存症を治したいが自分の意思では止められないといった援助を求めている人に無関心であることを意味するからである。そして、法律で処罰の可能性を残すことは、何度も指摘するように一時予防としての効果や、依存傾向にない乱用者にとっては意義のあるものとしても考えうる。それらの認識から、徹底した取締りによって反省を促す方法を「抑止型」、処罰に代替し強制的な治療を重視

8) たとえば、一部の成功したスポーツ選手がより高みを目指せない制度の壁に対し、「男女の区別はなくすべきである」との指摘や、「年齢の差による制度の壁をなくすべきだ」といった報道等の主張がある。たしかに、可能性として飛躍できる道を切り開くべきであるが、統一することで、より下層にいく者の存在が大多数であることも同時に認識しなければならない。

9) ニートなど、逆に何もしないことにも非難が浴びせられる。

10) 藤本によると「リチャード・クラワードとロイド・オーリンによって展開された『逃避的副次文化論』によるギャング非行の説明では、合法的な手段による機会の欠如によるか、または、非合法の使用に対する内面的な禁止により、経済的成功を成し得なかった副次的文化にいる若者は闘争や暴力にも頼ることもできずに、『二重の失敗』を起こす」としている。藤本哲也『犯罪学原論』（日本加除出版株式会社、2004年）127頁～130頁。すなわち、アルコールや薬物に向かいドロップアウトすることになる。

11) ダルク等のリハビリテーション施設では、回復者がスタッフになっていることが多く。それら、回復者が自分の回復経験を伝えることができ、また、使用せずに生活ができるという見本にもなる。ダルクなどについては、後述する。

する方法を「強制的な治療型」、非犯罪化による不介入といった方法を「放任型」とすると、それらの利点を活かし、対応できる制度を挙げるとすれば薬物自己使用者が治療を望んだときに支援をする「見守り型」による介入ではなかろうか。

本稿の目指す「見守り型」の介入とはどのようなものであろうか。それには伝統的な刑事手続のみでは運営しきれない。もちろん、医療や福祉だけの援助で支えきれものでもない。それらすべての関係することが必要である。この「見守り型」を考察する資料としてアメリカのドラッグ・コート制度を比較対象にする。

なぜならば、アメリカはレーガン大統領が用いた保守的な政府の政策の下、厳しい競争社会において薬物を使用することを違法とすることで逸脱者を排除し、それでも薬物を使用する者を意思が弱い者として厳罰主義を採り薬物の使用を抑えようとしていた。しかし、それによって惹起された様々な現実が、薬物事犯者の急激な増加による矯正施設の過剰収容という問題である。それに伴ったコストの増大という無視できない状況が起こり何らかの対処が迫られることになる。この問題を解決するために、薬物を使用する者は逸脱者であるという概念を捨てきれずに「抑止を与えるべきである」との主張と、「依存症は病気として捉え人道的な関わり方をすることで長期的に見れば使用者の回復に繋がる」との二つの主張の葛藤の末、ドラッグ・コートという新しい制度を導入することになるという歴史を持っているからである。

これらアメリカが辿った競争社会から薬物自己使用者という逸脱者を生み出し、徹底した取締りを行うことで、過剰収容を引き起こすというところまで、現在の日本はかつての選択が迫られたアメリカの状態に辿り着いている。

第1章 日本における薬物問題

第1節 薬物問題の現状

日本において薬物犯罪が社会問題化したのは第二次大戦後のことである。終戦時の混乱と共に社会問題として取り上げられた薬物の乱用は、現代においても大きな社会問題の一つであり、「麻薬及び向

精神薬取締法」、「覚せい剤取締法」、「あへん法」、「大麻取締法」及び「毒物及び劇物取締法」等の法律によって罰則を用いて規制している。この半世紀にわたる薬物事犯の動向を検挙・送致人員で見ると、日本において最も使用されている違法薬物は覚せい剤である¹²⁾。

近年、大麻取締法違反で検挙される者の数が急激に上昇しているが、依然として日本においては覚せい剤取締法違反で検挙される数が多いことから、日本における「違法薬物の問題」を取り上げる際には、主に覚せい剤の問題性として考えることができるだろう¹³⁾。そこで、以下は法律の目的やその取締り方法に大きな差がないため、覚せい剤取締法に着目して、見ていくことにする¹⁴⁾。

覚せい剤取締法第1条によれば、覚せい剤取締法は、覚せい剤の乱用による保健衛生上の危害を防止することにあり、その目的を達成するための手段として覚せい剤及び覚せい剤原料の輸入、輸出、所持、製造、譲渡、譲受、使用を規制することを目的とすると定めている¹⁵⁾。

覚せい剤や麻薬といった法律によって規制された薬物にいう「保健衛生上の危害の防止」とは、何をさすのであろうか。ここには、二つの意味が

12) 大麻事犯については、多少の起伏はあるものの、ほぼ一貫して増加を続け1993年をピークに一度減少傾向を見たが、2000年頃から再び増加に転じて、2004年には検挙人員が過去最高の2,312人にまで達している。あへん事犯は、戦後低い水準ながらも徐々に増加し、1968年に1,148人とピークを迎えたが、その後減少傾向に転じ、2004年には68人と落ち着いた傾向を示している。法務総合研究所編『平成17年度版・犯罪白書』(国立印刷局、2005年)33頁。文末資料1参照。

13) 上掲白書29頁～33頁によると2004年の覚せい剤取締法違反の検挙人員は12,397人で、以下、順に大麻取締法違反、麻薬取締法違反が635人、あへん取締法違反であった。2000年以降減少を続けている覚せい剤取締法違反の検挙人員数が、2000年以降急激に上昇している大麻取締法違反の検挙人員数の約6倍多いことから、やはり覚せい剤事犯が多数を占めており、日本の薬物情勢の特徴であるといえる。

14) 文末資料2参照。

15) 覚せい剤取締法第1条「この法律は、覚せい剤の濫用による保健衛生上の危害を防止するため、覚せい剤及び覚せい剤原料の輸入、輸出、所持、譲渡、譲受及び使用に関して必要な取締りを行うことを目的とする」。

ある。すなわち、「薬物使用者自身について生ずる危害」と「他の第三者あるいは社会全体に対して与える危害」である。前者については、自己使用者自身の健康、生命をむしろむしむものであり、過度に摂取を続けるとそれら薬物による中毒死がありうる。さらに他の疾病や感染症にかかることなどを防ぐためとされる。後者については、薬物によって生じた行動により他人が殺傷等の被害を受けたりすることが考えられる¹⁶⁾。また、他の者への乱用の習慣を与え易くすること、それが拡がれば社会全体の健全性に悪影響を与えること等が挙げられ、違法薬物の不正な流通は暴力団組織と密接な関係があり、それらは暴力団等の資金源になっていることも指摘されている¹⁷⁾。

これらの「危害」を防止し、公共の福祉を図るために、覚せい剤取締法などの違法薬物に関する法律は各種厳しい罰則が設定されているのである。

第2節 過剰収容問題

薬物犯罪に関する国の政策は、大きく二つの視点から行われている。すなわち、薬物密売組織の壊滅や水際での密輸入を阻止する「供給側中心の政策」と、青少年等への啓発活動や徹底した末端薬物乱用者の取締り、治療・社会復帰支援による薬物再乱用防止を行う「需要側の政策」である¹⁸⁾。

たしかに、薬の出所と末端を徹底的に取り締まれば効果があるように思われる。実際に、覚せい剤・麻薬・あへん・大麻の押収量はそれぞれ年ごとに波はあるが、違法薬物全体としては依然高い水準を保っている¹⁹⁾。しかし、覚せい剤取締法違反の違反態様別検挙人員をみると、営利犯を除いた単純自己使用者と単純所持者だけで、総数の約8割を占めており、末端使用者への徹底した取締りに偏っているように思われる。また、再犯率は窃盗犯について高い水準を示し、再入受刑者の中で、規制薬物によって受刑した者が、再度規制薬物によって再入した者は1987年以降70%を越えているということから、末端乱用者への徹底した取締り及び刑務所での薬物乱用に関する処遇では、あまり大きな成果は得られていないと考えられる²⁰⁾。なぜならば、薬物を初めて使用する者も依存症である者も「薬物乱用」として刑事司法手続で扱っているからであり、再使用を繰り返す依存症の者に刑事司法が行えることの限界を認識しなければならない。

また、相談活動の充実を謳っている²¹⁾が、それ

<http://www8.cao.go.jp/souki/drug/sinsenryaku.html>、犯罪対策閣僚会議、PDFファイル <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/hanzai/kettei/031218keikaku.pdf>参照。

19) 前掲白書註(12) 35頁。

20) 文末資料3参照。

21) 2003年9月、『『世界一安全な国、日本』の復活を目指し、関係推進本部及び、関係行政機関の緊密な連携を確保するとともに、有効適切な対策を総合的かつ積極的に推進するため』を理由とし「犯罪対策閣僚会議」が開催されることになった。そして、2003年12月に「犯罪に強い社会の実現のための行動計画—『世界一安全な国、日本』の復活を目指して—」が策定された。

これは、「国民の治安に対する不安感を解消し、犯罪の増勢に歯止めをかけ、治安の危機的状況を脱する。」という目標を持って、次の3つの視点からそれを推進しようとするものである。すなわち、視点1「国民が自らの安全を確保するための活動の支援」、視点2「犯罪の生じにくい社会環境の整備」及び、視点3「水際対策を始めとした各種犯罪対策」である。そして、以上の3つの視点を前提としつつ、5つの重点課題を設定し、「行動計画」を策定した。この5つの課題の中の「組織犯罪等からの経済、社会の防護」において「薬物乱用、銃器犯罪のない社会の実現」として、薬物問題が重要施策として挙げられている。そこで、薬物対策について「第4 組織犯罪等からの経済、社会

- 16) 香城敏彦「覚せい剤取締法」(平野龍一他編『注解特別刑法5-II』(医事・薬事編〈2〉))〔青林書院〔初版〕1983年；〔第2版〕1992年〕1頁～352頁所収)、71頁。
- 17) 千葉裕「麻薬及び向精神薬取締法」(平野龍一他編『注解特別刑法5-I (医事・薬物編〈1〉)』〔青林書院〔初版〕1983年；〔第2版〕1992年〕1頁～222頁所収) 19頁～20頁。
- 18) 1998年に「薬物乱用防止五か年戦略」が、2003年7月には「薬物乱用防止新五か年戦略」がそれぞれ内閣総理大臣を本部長とする政府の薬物乱用対策推進本部において、乱用期の一刻も早い終息に向けて政府の薬物対策の基本方針として制定された。また、2003年12月には政府の犯罪対策閣僚会議が決定した「犯罪に強い社会の実現のための行動計画—『世界一安全な国、日本』の復活を目指して—」においても、「第4 組織犯罪等からの経済、社会の防護」における「2 薬物乱用、銃器犯罪のない社会の実現」とする項の中で薬物対策について重要施策として位置づけられている。薬物乱用対策推進本部のウェブサイト<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/yakubutu/980701yakubutu.html>、薬物乱用対策推進本部、PDFファイル

に対しても、犯罪の概念が強く自己使用者である本人はもちろん、その家族においても、逮捕を理解しながら相談するというのは簡単にできることではなく、より薬物を使用する期間が長引くことになる。

そして、「需要側中心の政策」において覚せい剤取締法などの目的を鑑みると、「保健衛生上の危害の防止」を図ることが目的であるとすれば、薬物を使用しないようにすることに意図があるのであり、徹底した取締りに大きな効果がないのであれば、他の政策によって「保健衛生上の危害の防止」を図るべきである。

つまり、「供給側中心の政策」と「需要側中心の政策」の二大柱であったが、後者がうまく機能し

防護」の中の「2 薬物乱用、銃器犯罪のない社会の実現」とする一項目で薬物問題に関する箇所を取り上げてみると以下のように示されているのがわかる。

「①啓発の充実等による青少年の薬物乱用の根絶」、これは青少年に対する薬物乱用防止教育を充実するとともに、各種啓発活動の全国展開等薬物乱用の根絶等を訴える広報啓発活動を効果的に推進することとしたものである。「②薬物密売組織の壊滅」、これは麻薬特例法などを活用して、組織中枢に位置する者に対する取締り、厳正な科刑の獲得など総合的な組織犯罪対策を推進することにより、薬物密売組織を壊滅させるとしたものである。「③末端薬物乱用者の取締りの徹底」、これは薬物の密売を支える需要を生み出している末端乱用者に対する取締りを徹底するとともに、相談活動を充実するなどの末端乱用者の薬物への依存を断たせるための取り組みを強化することとしたものである。「④薬物密輸の水際での阻止」では関係機関が連携して、港や空港等における監視体制の強化、密輸組織・密輸ルートの解明等に取り組むことにより、薬物の密輸を水際で阻止することとしたものである。「⑤薬物対策に関する国際協力の推進」では、日本への薬物の供給源となっている密造地域等における取り組みへの支援を強化し、世界的な薬物乱用問題の解決に積極的に貢献することとしたものである。「⑥治療、社会復帰支援による薬物乱用の防止等」では、薬物中毒者等の治療、相談体制の充実、保護観察対象者に対する事案に応じた簡易尿検査の実施等により薬物中毒者等の社会復帰を支援するとともに、その家族を対象とした相談体制を充実させるなど、再乱用の防止のための取り組みを強化するといったものである。⑦いわゆる脱法ドラッグ対策の推進では、使用しても法令に抵触しないとして堂々と販売されている脱法ドラッグについての監視や製品買い上げ分析調査などを実施し、必要なものについて麻薬等への指定を行うといったものである。

ていないのである。それによって、違法薬物使用の本人・家族のみならず、様々なところに影響が及んでいる。そして、その影響を受けている矯正施設での過剰収容問題により、効果的な処遇が行われないようになり、覚せい剤取締法違反によって受刑している者ばかりか、他の受刑者への影響や、処遇システムを崩壊させ、受刑者の社会復帰を困難なものにし、再犯率を上昇させ、その結果、厳罰化や過剰収容、処遇環境の悪化、犯罪不安の増大といった連鎖を引き起こす危険性をはらんでいるのである²²⁾。

第2章 アメリカにおける薬物問題

第1節 「薬物戦争 (War on Drugs)」

1914年に連邦において「ハリソン麻薬法 (Harrison Narcotics Act of 1914)」が制定された。これが50

22) 近年、矯正施設における過剰収容の問題が切実なものとなっている。既決収容者について見れば、2000年に収容率が100%を超え、現在においてもそれが100%を下回ることはない。文末資料4参照。

これらを踏まえて、「最近における既決の収容状態は、30年～40年の間で最も厳しい状況にある。」と平成16年度版の犯罪白書は警告をしている。このような過剰収容に至った直接的原因の一つに「覚せい剤を中心とする薬物事犯に対する送検数の増加、起訴率の上昇、刑期の長期化といった覚せい剤事犯者に対する厳罰化が刑務所人口の増加に影響を与えている」との指摘がなされている。そこで、覚せい剤事犯について科刑分布の推移を見てみると、1980年ごろまでは約70%の者が1年未満の実刑であったものが急激に減少し始め、近年では1年未満の実刑はあまり言渡されていない。それに対し、1年以上の実刑や3年以上の実刑が増えており、特に2年以上の実刑が急激に増えている。これらから、徐々に刑期の長期化が進んでいると思われる。ただし、一概にいわゆる「厳罰化」が進んでいることだけが長期化の原因であるとはいえない。覚せい剤事犯者の執行猶予率は高く、実務において初犯であれば執行猶予がつきやすいといわれているからである。しかし、効果的な処遇が行われずに再犯をするものが多い覚せい剤事犯者であるだけに、同種違反を繰り返す者に対しては、検察官あるいは裁判所としても前刑を下回る求刑・判決を出すことが困難であるといえる。文末資料5参照。

以上のように、覚せい剤受刑者は、新規受刑者の約5分の1、年末在所受刑者の約4分の1を占めるようにまでなったのである。詳しくは、浜井浩一「過剰収容の本当の意味」(龍谷大学矯正・保護過程委員会編『矯正講座』第23号、2002年)79頁以下。

年以上にわたり薬物等の規制及び違反行為に対する取締りの基本法とされ、度重なる改正が施され、規制が強化されていくことになる²³⁾。そして、1970年に従来の連邦薬物規制関係法令を統合する形で「総合薬物乱用防止及び規制法(Comprehensive Drug Abuse Prevention and Control Act of 1970)」が制定されている²⁴⁾。

1980年代に入り、レーガン大統領が政権を握ると、大規模な薬物問題政策を展開するようになる。これを政策キャンペーンとして「薬物戦争(War on Drugs)」と名づけた²⁵⁾。そして、1982年10月レーガン大統領はラジオの演説において「薬物戦争」を国民に訴えかけたのである²⁶⁾。そして、薬物対策として法改正が次々に行われることになる。連邦政府の主な法改正だけを見ても、1984年の「犯罪取締法(Crime Control Act of 1984)」²⁷⁾、1986年の「薬物乱用取締法(Anti-Drug Abuse Act of 1986)」²⁸⁾、そして1988年には「薬物乱用取締法改正(Anti-Drug Abuse Amendments Act of 1988)」があり、さらに1990年には犯罪取締法も再改正されているのである²⁸⁾。

まず、1984年の犯罪取締法改正によって、薬物関連の重大な犯罪に関する保釈金の増額、薬物事犯に対する確定刑制度の設立、薬物事犯者に対する刑罰強化などが盛り込まれた。具体的な例を挙げると、重大な薬物犯罪に対する罰金刑の上限を、個人に対し2万5千ドルから12万5千ドルに加重し、ヘロイン及びコカインを含む特定の薬物の大

量な取引行為につき、罰金刑の上限を25万ドルに定め、改正前では15年であった拘禁刑の上限を20年に引き上げたのである²⁹⁾³⁰⁾。

第2節 アメリカの過剰収容問題

上記のような取締りと矯正を中心とした薬物対策において、どのような結果が現れたかについて、「1990年から2～3年ほどは抑止効果をもたらし、その後、薬物事犯者の逮捕者は再び増加していくことになるが、他方においてこれと平行し殺人や暴力犯などの薬物関連の犯罪率が低下したことは注目される。取締りによって、重犯罪を繰り返しやすい薬物関連の多くの累犯者が地域社会から矯正施設へ移されたため、また厳罰化によって受刑期間が長期化したため、地域社会には重犯罪におよぶ薬物事犯者が相対的に少なくなり、結果的に一般社会における薬物が絡んだ重大な犯罪率が低下していった」との指摘もある³¹⁾。

29) 岡部前掲註(27)論文18頁。

30) また、1986年の薬物乱用取締法は、薬物の取締りに対して、地域レベルから国際レベルに至る徹底したものであり、大規模な法的、財政的基盤整備が行われている。具体的なものを挙げると、「予防及び治療活動を支援するために、大規模な連邦予算をつけること」、「違法なマネーロンダリングに対する規制強化」、「マリファナに関しても大規模な密売であれば刑務所収容の刑罰を復活させること」、「新たに作られる脱法ドラッグを取締りの対象を加えたこと」、「州政府及び市町村自治体に対して取締り活動を支援する助成金制度の創設」、「国際的な薬物取締りを強化」などである。

そして、1988年の薬物乱用取締法の改正では、上記の目的に沿った密造や密売など供給側に対する罰則強化だけでなく、需要側を視野に入れた薬物使用者に対しての罰則も適用されるようになったのである。海外の供給体制への攻撃についても重要な政策課題として位置づけられたのである。

さらに、1990年の犯罪取締法改正で連邦政府は薬物取締対策への助成金を増やし、教育現場などで薬物問題を取り上げる施策などを推進したのである。

その後も、1999年にはONDCP (Office of National Drug Control Policy) による「全米薬物対策戦略」(National Drug Control Strategy by Office of National Drug Control Policy) が策定され、「薬物戦争」が国際的なものにも幅広く展開されている。清水前掲註(25)論文55頁～56頁参照。

31) 上掲論文、58頁～59頁。なお、清水は逮捕者の薬物反応テストで陽性反応が60%であるアメリカであるから、薬物事犯の押さえ込みは他の一般犯罪をも減少させているのだと指摘している。

23) 法務総合研究所編『平成7年度版・犯罪白書』(大蔵省印刷局、1995年)358頁。

24) 上掲白書、358頁。

25) 清水新二「アメリカの薬物戦争政策の現状と問題点」(『犯罪と非行』第123号、2000年)49頁～72頁。

26) 上掲論文、54頁。

27) 岡部泰昌「アメリカ連邦刑事法改正の概要－『1984年の“包括的犯罪規制法”(Comprehensive Crime Control Act of 1984)』の紹介－」(『判例タイムズ』第36巻3号、1985年)12頁～29頁。

28) 清水前掲註(25)論文54頁。清水論文は2年ごとに重要な法改正が行われる事態は、日本社会における法規範意識からすると少々異常であると感じるが、①どんどん新しい試みを取り入れるアメリカ社会の実利主義や②法律的対応に基本的信頼と合理性を見出すアメリカの行動原理などを想起すれば、法改正も理解しやすくなるし、なによりもアメリカ社会において薬物問題の深刻さが背景にあるからであろうと指摘している。

しかし、逮捕者中薬物反応テストで陽性反応が約60%であると言われるアメリカ社会においてのことであるから、薬物事犯者を長期隔離することで一般犯罪が減少傾向を示したとすることが大事であると同時に、「犯罪率は低下したが、受刑者は急増した」と指摘されるように³²⁾、薬物乱用取締法違反における逮捕者増と懲役刑の長期化が関連し、矯正施設における受刑者の増大を招くことになった。

実際に、ジェイル (jail) と刑務所 (prison)³³⁾における収容人員³⁴⁾を見てみると、1980年には両所併せて50万3,586人であり、1990年には114万8,702人、2000年には193万7,482人にまで上昇し、2002年には200万人の大病を超えて、2004年には213万5,901人にまで達している³⁵⁾。じつに、約20年の間に刑務所人口が約4.2倍増加したのである³⁶⁾。

しかし、根本の問題である「薬物を使用しない」という問題が解決されておらず、その問題性は必ずどこかで生じる³⁷⁾。それが、アメリカが起こし、

日本も追随している矯正施設の過剰収容という問題ではないだろうか。

第3節 ドラッグ・コート制度

アメリカにおいては、それらの問題を解決するために、ドラッグ・コート（以下、「DC」ともいう。）という制度が運用されるようになった³⁸⁾。

うになり、その後も約20%を超える高い水準を保っており、2002年には26.4%と、実に全体の4分の1を薬物事犯者が占めるようになるまでに急増しているのである。他の犯罪による受刑者の数の増加率と見比べると、暴力犯罪を除き、ほぼ横ばいで増加傾向にある他の犯罪に比べて薬物犯罪での受刑者は急激に増加している。文末資料8参照。

また、検挙人員についても他の犯罪が横ばいから減少傾向である時期においても、薬物犯罪で訴追された被検挙者の数と比率が明らかに増加し、それに伴い被拘禁者数も増加したと指摘されている。

FBI, Crime in the United States, annual, Uniform Crime Reportsによる。詳しくは、Bureau of Justice Statisticsのウェブサイト <http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/glance/tables/CorrectionalPopulationsintheUnitedStates,1997,andPrisonersin2004>, Bureau of Justice Statisticsのウェブサイト <http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/glance/tables/corrtypab.html>、また、藤本哲也「アメリカにおける刑務所人口の増加とその要因－アメリカ犯罪学会の全米政策白書を中心として－」(『法学新法』第108巻4号、2001年) 1頁～59頁も参照。

38) DCは、薬物事犯者に対して(薬物依存が原因で犯された他の犯罪を含む)幅広く総合的な観察や薬物テスト、トリートメントサービスなどを通して薬物事犯者に関わり、直接の決定権を有する特別な裁判所である。DCでは、通常の刑事司法手続ではなく、薬物依存を回復させるために治療的な手続にのせ、その経緯を裁判官などがトリートメント終了時まで約1～3年の間、集中的に監督し無事にトリートメントの課程が終了すると、刑務所などの拘禁刑を回避する。

詳しくは、平野哲郎「ドラッグ・コート－アメリカ合衆国におけるリハビリテーション・ジャスティス(社会復帰的司法)の試み－」(『判例時報』第1674号、1999年) 27頁～39頁、西岡繁靖「世界の司法－その実像を見つめて(32)ジョージア州フルトン郡上位裁判所におけるドラッグコートの試み－」(『判例タイムズ』第52巻17号、2001年) 71頁～76頁、尾田真言「アパリ、ダルクが提供可能な薬物自己使用事犯者に対する薬物依存症回復プログラム－米国ドラッグ・コート制度を参考に－」(『犯罪と非行』第141号、2004年) 145頁～176頁。また、NADCP (National Association of Drug Court Professionals; 全米ドラッグ・コー

32) 上掲論文、59頁。

33) 日本において、拘置所は刑の宣告を受ける前の被告人(未決拘禁)を収容する施設であるが、この部分で使用する「ジェイル (jail)」は、アメリカでいう一般的な「ジェイル」として使用する。すなわち、原則的に刑の宣告を受ける前の被告人(未決拘禁)と軽い罪(刑期が1年以内)の受刑者を収容する施設の意として使用する。

34) Bureau of Justice Statistics Correctional Surveys (The Annual Probation Survey, National Prisoner Statistics, Survey of Jails, and The Annual Parole Survey.) による。Bureau of Justice Statisticsのウェブサイト参照。<http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/glance/tables/corr2tab.html>

35) 資料6参照。

36) ちなみに、矯正統計年報によると、日本における刑務所人口(一日平均収容者数)の増減は、1980年に50,596人、1990年には48,243人、2000年には58,747人、2004年には75,289人である。

37) 薬物事犯者の検挙数について詳しく見てみると、まず、検挙者数における製造・所持の割合を見ると、販売及び製造は1990年前後までは増加傾向にあったが、それ以降は比較的横ばいの傾向を示しているのに対し、所持が1990年からのわずかな間だけ減少を見せたが、それ以外は一貫して増加傾向にあり、捜査の中心が末端使用者になり、逮捕者が増加したと考えられる。文末資料7参照。

そして、州の刑務所人口に占める薬物事犯者の割合を見ると、1980年の段階では全体の6.4%であった薬物事犯者が、1990年には21.8%を占めるよ

DCがすぐに薬物使用の解決に繋がるとは言えないが、薬物を使わない生活を送ることを望む人たちにとって、ポジティブな結果が出ているのは確かである。費用の面でも従来の刑事司法手続に比べ低額であり、再犯率も低いとされる³⁹⁾。

ト専門家会議)のウェブサイト<http://www.nadcp.org/whatis/drugstoday.htm> 及び、NADCI (National Drug Court Institute; 全米ドラッグ・コート研究所)のウェブサイト<http://www.ndci.org/courtfacts.htm>なども参照されたい。

- 39) 性犯罪や暴力事件を起こした者などは参加資格がない。しかし、重罪であっても暴力事件でなく薬物の影響下で起こしたものであれば、参加できる場合もある。こういった問題があり希望をしても参加できない者もいるが、対象者であっても実際に刑事司法ルートよりもDC制度を選ぶ対象者が多いわけではない。一般的に、特に若い使用者の間で、「好きでやっているのだから止めるつもりはない。助けなんていらないから、自由でいたい。」という考えを持つものが多く、実際にトリートメントに参加する者は、全被告人の約21%ほどだそうである。また、重罪であっても暴力事件でなく薬物の影響下で起こした者ならば参加ができる場合もある。さらに、刑期が1年未満である比較的軽犯罪であるものが薬物による影響で起きたものであるならば、トリートメント終了後にそれを含めて前科として残されないこともある。

2003年9月に公表された資料によると、DCはアメリカ全土において1,078の裁判所で運用されており、418の裁判所で準備中である。そして、これまでのところ、30万人以上の成人と1万2,500人の少年たちがDCに参加し、その内で7万3,000人の成人と4,000人の少年たちがプログラムを修了し、70%がプログラムを継続中であり、3,500の親(両親)たちが親権を回復している。

また、再犯率については、2001年に公表されているデータによると、ワシントン州のキング郡においては再犯者のうち27%がDCのトリートメントを打ち切られた者もしくは、中止をした者であったのに対し、トリートメント修了者の割合は7%であった。また、ダラス郡のDCにおいては27ヶ月が過ぎた後、その間の再犯者を調べたところ、15.6%が再犯者であり、その内39.5%がDCのトリートメント打ち切り又は中止をした者であり、48.7%が伝統的な刑事司法手続を終えた者であった。

そして、費用面においても、通常の刑事システムにおいては薬物犯罪者を矯正施設に収容すると1人につき1年で2万ドルから5万ドルがかかるが、対照的にDCのシステムに必要な費用は、1人につき1年で、一般的なもの2500ドル~4000ドルほどであるとされる。さらに、矯正施設収容人数を減少させることにつながり、過剰収容状態にある矯正施設の解決策の一つとして期待されているのである。NADCP (全米ドラッグ・コート専門家会議)のウェブサイト (2005年12月31日現在)において、“OJP Drug Court Clearinghouse at

また、DCはいわゆる自助グループにその治療を委任したままではない⁴⁰⁾。尿検査やDCにおいてなぜ決められたプログラムに参加しないのかなどを追及する。そして、再使用でも、追及されたことに対し言い訳を繰り返しても、すぐに刑罰を与えない。何度も自分をもう一度見つめなおさなければならない機会を与え続けることが刑罰を与えることより楽なようで、何度も現実を知らされることになる辛い作業であり、それが回復への大きな一歩につながっているのではないだろうか。また、再使用することを「リラプス (relapse)」というが、それを回復への方法の一つとして考える。その理由は、リラプスがどういった場所で、どういった状況で、どういった時間帯に起こったのかを知ること、以後それらに出会わないように心がけることができるからである⁴¹⁾。リラプスが回復に必要なプロセスの一つであることを、自助グループのメンバーのみならず保護観察官や弁護士、さらに裁判官や検察官などの訴訟関係者にも、誰もが認識しているのである。つまり、トリートメント中の1度や2度の再使用で、即座にプログラムが打ち切られ、実刑判決に繋がることはない。

DCに参加するのは被告人全体の21%ほどだが、これを少ないと見るかは検討を要する。結局はあまり機能していないのではないかとの指摘もありうるが、単純所持や軽微な自己使用などは、そもそもトリートメントと同等か、もしくは短い刑期との選択を迫られるので、やめたいと思わない若者などは、日本と違って短い刑もあるアメリカでは手っ取り早く自由になりたいと考えることもあるだろう。日本の実務では、1回目こそ執行猶予がつくものの2回目から約3年の実刑の言渡しを受けることが多い⁴²⁾、参加人数が少ないとの指摘は、日本にはそのまま当てはまらないのではなか

American University, Implementation Status of Drug Court Programs. September 8, 2003” によるデータが紹介されている。そして、その内訳は1078の裁判所中、成人用が693、少年用が285、家庭用が86、それらの複合体的なものが14であり、418の準備中の裁判所中、成人用が238、少年用が110、家庭用が69、それらの複合体的なものが1である。

40) 尾田前掲註 (38) 論文164頁~171頁。

41) 上掲論文、164頁~166頁。

42) 上掲論文、171頁~172頁。

ろうか。

以上のように、DCの利点は確認することができた。しかし、処遇の場が刑務所という施設から、社会に代替されることになるため、次章では、社会内処遇の意義を確認する。

第3章 社会内処遇

第1節 社会内処遇の歴史と意義

社会内処遇において、保護観察が果たす役割は非常に大きいものである。その保護観察制度の生成と発展を見ると、社会内処遇とは、対象者に対して指導監督の役割が強かったものから、補導監督としての関わり方へと代わっていくことで、発展していることが分かる。つまり、保護観察制度は、英米法の生成過程によって改善更生を望める者に保護観察官をつけることが、フランス・ベルギー型によって宣告の猶予でなく刑罰の一形態として刑の執行猶予が編み出され、それぞれの利点を融合させた型が日本で運営されている保護観察の形態につながっている⁴³⁾。

また、日本において運営されている保護観察付執行猶予の意義は非常に大きい。なぜならば、執行猶予することの利点とそれに保護観察を付けられる利点、そして、執行猶予者に保護観察を付けられる利点が組み合わさることにより、より補導援護を重視し、より人と人とのつながりをもって接することができるからである。

執行を猶予することの刑事政策的意義として、大きく二つ挙げられる。すなわち、①刑罰の弊害の回避と②刑の執行の威嚇による再犯防止である⁴⁴⁾。さらに、保護観察を付する意義として、独りで放っておくのではなく、保護観察官が犯罪をした者

の改善及び更生を助け、恩赦の適正な運用を図り、仮釈放その他の関係事項の管理について公正妥当な制度を定め、犯罪予防の活動を助長し、社会を保護し、個人及び公共の福祉を増進することを目的に指導監督、補導援護を行うのである⁴⁵⁾。

保護観察付執行猶予においては①特別予防効果の強化、②利益性の拡大などが挙げられる⁴⁶⁾。前者は、執行猶予することによって得られる意義に特別予防効果への期待が顕著であり、保護観察の付かない執行猶予に比べ、保護観察を結び付けて個別処遇を行うことにより、遵守事項を定めて指導監督が行えるようになり、就職の援助等補導援護を行えるのである⁴⁷⁾。

また、犯罪者予防更生法（以下、「犯更法」という。）に基づく保護観察と執行猶予者保護観察法執猶法（以下、「執猶法」という。）に基づく保護観察とでは、補導援護と指導監督との比重に違いがある。なぜならば、第一に仮釈放や保護処分を受けた少年たちに対する保護観察は、犯更法に基づくものであり、これに対し執行猶予中の保護観察は、執猶法による。それぞれの目的は、犯更法第一条「この法律は、犯罪をした者の改善及び更生を助け、恩赦の適正な運用を図り、仮釈放その他の関係事項の管理について公正妥当な制度を定め、犯罪予防の活動を助長し、もつて、社会を保護し、個人及び公共の福祉を増進することを、目的とする」とされていることから、本人だけに目を向けたものではなく、社会への害を抑えることをも目的としているものと考えられるであろう。これに対し、執猶法第一条「この法律は、刑法（明治四十年法律第四十五号）第二十五条の二第一項の規定により保護観察に付された者がその期間中遵守しなければならない事項を定めるとともに、保護観察の方法及びその運用の基準等を定めることによって、保護観察の適正な実施を図り、もつて、保護観察に付された者の速やかな更生に資することを目的とする」として本人を重視したものになっている。また、どちらの保護観察においても、その方法においては「補導援護」と「指導監

43) N. S. ティマシェフ著『プロベシヨン百年史』高橋正己訳（前野書店、1970年）、岩井宜子『刑事政策』（尚学社〔初版〕1999年）、柳本正春『拘禁処遇の理論と実践－改善主義の台頭と停滞－』（成文堂、1987年）、瀬川晃『犯罪者の社会内処遇』（成文堂、1991年）、トーステン・エリクソン著『犯罪者処遇の改革者たち』犯罪行動研究会訳（大成出版社、1980年）を参照されたい。

44) 西岡正之「保護観察付執行猶予の現状と課題」（石原一彦ほか編『現代刑罰体系7－犯罪者の社会復帰』日本評論社、1982年）294頁～295頁。

45) 上掲書、295頁～296頁。

46) 上掲書、293頁～301頁。

47) 上掲書、296頁～297頁。

督」を用いるが、執行猶予中の者に対する保護観察のほうが、その犯罪性が進んでいない傾向にあり、犯罪が一過性のものであるとの特殊性に鑑み、仮出獄者や保護処分の少年に比べ、補導援護に重点をおいた保護観察を行い、遵守事項を緩和するとの規定を置かれていると考えられる。

第二に、犯更法と執猶法を比較してみると、転居や長期間の旅行について前者が許可制であるのに対し、後者が届出制であることから、前者について設定できる特別遵守事項を後者については設定できないなど、後者のほうが緩やかな規定になっているからである。

これらの違いがあることは当然のことである。なぜならば、社会適応を重んじている仮釈放とは異なり、刑法第25条による執行猶予者に付された保護観察は、さまざまな情状等により実刑判決を受けるまではないと判断された者であり、刑の執行猶予の言渡しを取り消されることなく猶予の期間を経過したときは、刑の言渡しは、効力を失う⁴⁸⁾とまでされたものだからである。

このように、日本においては、監視目的のものとして導入され、保護観察官が付されるようになり、補導監督の概念を発展させることで、保護観察制度を発展させてきたのである。

第3節 日本における保護観察の理念の変化

現在の保護観察対象者に対する厳罰化の流れが保護観察付執行猶予者に対して押し寄せている。「更生保護のあり方を考える有識者会議」⁴⁹⁾で指摘

されていたのは、「4人の女性を保護観察付執行猶予者が起こした事件をうけて、現在の『見守り型』の保護観察では立ち入り調査権も無く、対象者の再犯リスクが高い場合には限界があるとの指摘がある」とされていた。つまり、補導援護ではなく指導監督を重視するべきだとの主張にとどまらず、指導監督を重視したものでさえ「見守り型」に偏っており、より監視を高めるべきだとの主張があると指摘されているのである。

また、「簡易尿検査を活用した保護観察処遇」⁵⁰⁾において、指導監督と補導援護によって、対象者の社会復帰を陰で支えるといった「消極的な社会復帰への介入」としての関わり方から、「積極的な社会復帰への介入」として保護観察制度そのものが変化をしている。しかし、全面的に簡易尿検査を使った保護観察のあり方が積極的に社会復帰をさせるといったものになったわけではない。なぜなら、当初各保護観察所への通達の時点では、4号観察対象者も含まれていた。しかし、実施されているのは3号観察対象者である。つまり、ここでも執猶法に伴う保護観察についても指導監督の面が濃い尿検査を科することを避けたのではなかろうか。指導監督の面が強い簡易尿検査が、一緒に回復できる方法を探ろうという補導援護に変われば、対象者も増え、相談できるところとして関係が築かれていくのである。これでは、「簡易尿検査を活用した保護観察処遇」も、保護観察官が指導監督を強化することで、対象者に社会復帰を望む「積極的な社会復帰への介入」であるといえるだろう。

48) 刑法第27条。

49) 「治安の回復が大きな社会問題となっている中、保護観察対象者による重大再犯事件が相次いだことを契機として、保護観察の実効性に厳しい目が向けられている。このような状況において、国民の期待に応える更生保護を実現するために、幅広い観点から更生保護制度全盤について検討する必要がある。」との目的を持ち、2005年7月20日に第一回の「更生保護のあり方を考える有識者会議」が開催された。<http://www.moj.go.jp/KANBOU/KOUSEIHOGO/>を参照。

なお、この会議が開催されるまでに、様々な更生保護に関する国会付帯決議や政府の方針及び、提言等が行われている。「更生保護のあり方を考える有識者会議」第1回会議、説明資料(4)参照。

さらに、法務省は2005年2月にも「再犯防止のための緊急的対策」を発表し、取り組みを行って

いたが、同年5月に生じた「執行猶予中の保護観察対象者による女性監禁事件」を受けて、保護観察の実効性に関する国民の目が厳しくなっていることが、本会議を開くことになった経緯の一つであると説明している。「更生保護のあり方を考える有識者会議」第1回会議、議事録1頁。

50) 2004年4月から、「覚せい剤事犯対象者につき、本人の自発的意思に基づく簡易尿検査を実施し、覚せい剤を使用していないことを示す結果を積み重ねさせることにより、断薬意志の維持及び促進を図り、その改善更生に資すること」を目的として、保護観察所において服役罪名に覚せい剤取締法違反が含まれている3号観察対象者のうちで保護観察所への定期的な通所ができる対象者に対し、本人の自発的な意思に基づく簡易尿検査が実施されることになった

たしかに、薬物の再使用が明らかなのに、なす術がないため見て見ぬふりをすることが対象者の改善更生に繋がるとは考えがたい。しかし、薬物の再使用が発覚したときに保護観察官が採りうる行動は、見てみぬふりか告発しかないのであろうか。

アメリカのDC政策で確認したように、薬物依存の回復プロセスにおいてリラプスは重要な過程の一つであると考えられている。なぜならば、繰り返しになるが、対象者がいつ・どこで・どういった状況で薬物を再使用してしまうのかが一緒に確認でき、次回からそれを避けるよう努力するという確認をしながら、回復へと向かうことができる。つまり、一回や二回の使用で罪をとがめることで、薬物の再使用を止めようとすることは間違いで、本当に必要なことは「見守り型」の関わり方で、回復へのプロセスを進むことなのである。

以上のように、保護観察は「見守り型」として発展しており、その効果を証明しているのであるから、一連の厳罰化の流れで犯罪を犯した者にタフな政策を行うのではなく、「消極的な社会復帰への介入」が望ましい。

第4章 強制的な医療

医学的にも薬物依存は「病気」であることが主張され始めている⁵¹⁾。そして、それに対して、適切な治療を行うことが重要であるが、刑罰の代替として、強制的な治療を行うことの問題点が指摘できよう。いくら「治療」が目的であるからといって、強制的なものが背後にあるのであれば、それは場所が刑務所から病院に代わっただけのことであって、施設収容による処遇に変わりがない。

従来から行われている強制的な治療をする根拠として「自傷他害のおそれ」による「ポリス・パワー」及び「パレンス・パトリエ」を主張されることが多い。しかし、「ポリス・パワー」としては、

51) 「依存は脳の中でできる」この言葉が示すように、医療的視点から薬物依存は精神依存を引き起こし、それは「脳の病気である」と考えられるようになっている。そのメカニズムなど詳しくは、氏家寛＝野村晃「薬物依存の生物学的背景」(『こころの科学』第111号、2003年)33頁～38頁。

再犯の可能性という将来の危険性によって採られる予防処置であると根拠付けるが、将来の犯罪の予測など不可能である⁵²⁾。また、「パレンス・パトリエ」としては、自己決定に基づかない精神医療体制は否定されてきたこと⁵³⁾、そして、薬物依存は「治す」という区切りのない「病気」であるとされている⁵⁴⁾。薬物使用とそれにまつわる生活習慣をすべて回避し、社会生活の中で薬物を使用しない生活を維持するしかない。つまり、「治療」を強制的にすることの法的問題の他に、強制されても治らない病気であるとの認識も必要であることから、「強制的な治療型」による、薬物自己使用に対する介入も否定されるのである。

第5章 薬物自己使用者と社会内処遇

第1節 はじめに

ここまで、徹底的な取締りによって反省を促す

52) 中山研一『心神喪失者等医療観察法の性格』(成文堂、2005年)38頁～39頁。

53) 1900年に「患者防止の取締」等の目的で「精神病者監護法」が制定され、1919年には「療養の必要の無い者の解放」及び、「療養の必要な者のための国立施設の設定」等を主な目的として「精神病院法」が制定された。さらに、1947年には社会保障制度の確立で最低基準の生活が保障されるようになり、1950年には「精神病質者を含めた対象者概念の拡大」、「私宅監置の一切禁止」、「精神病患者として入院をさせる取扱者は通報の義務を負う」及び、「病気以外の理由で入院が行われないように、医師二人による診察を受けること」等の規定をした「精神衛生法」が制定された。そして、1987年には「一人の人間として扱うこと」、「人格を認めること」、「解放治療の原則化」、「精神医療も一般の医療に近づけること」及び、「任意入院の重視」等を規定した「精神保健法」が制定され、「精神障害が法律の対象であることを明確にし、精神障害者のための施策が、他の障害者との均衡を欠くことがないように、社会復帰及び福祉面の施策の推進に努める」ということが目指された「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」が1995年に制定されている。

つまり、精神衛生法や精神保健法の改正が進むにつれて、「脱入院化と強制入院の乱用防止」、「任意入院制度を設けること」や、患者の人権保障のために「精神医療審査会の設置」と、自己決定権に基づかない治療への反省から、その重要性が強調されるようになったことが伺える。詳しくは、広田伊蘇夫『立法百年史－精神保健・医療・福祉関連法規の立法史』(批評社、2004年)。

54) 和田前掲註(2)論文20頁。

「抑止型」及び、自己決定に基づかない治療を行なう「強制的な治療型」が否定されることを確認した。では、薬物依存に対し採りうるアプローチが存在しないのであろうか。

現時点では、薬物依存を解消する薬物療法はなく、精神療法やカウンセリングにも限界があるとされている。つまり、医療によっても完全にこの病気を治すことができないといわれている⁵⁵⁾。

しかし、たとえ完治することが難しいとしても、薬物依存症であった人が薬物を使用せずに生きていく方法を見つけていることも現実である。環境と補助、そして本人の治したいという努力⁵⁶⁾があれば、薬物を使用しない生き方もあるのだ。

刑務所での収容にしろ病院での収容にしろ、いずれは薬が簡単に手に入る社会に戻り使わない人生を歩みたい人は使わないようにする努力が求められる。その努力は本人がすることになるのだが、それらをサポートするのが自助グループやリハビリテーション施設の役割であり、それらにしかないことである。

ここでは、使用しない生き方を選ぶことができることを、ダルクをはじめとするリハビリテーション施設や自助グループが行なっている「自己決定に基づいた治療」を通して、その回復への可能性を検討したい。

第2節 自助グループ・リハビリテーション施設の役割

1 AAとNA

自助グループの例をあげると、AA（アルコホリック アノニマス）やNA（ナルコティクス アノニマス）があげられるだろう。AAとは「Alcoholics Anonymous（無名のアルコール依存症者たち）」の略でアルコール依存症からの回復を目的とした非営利のグループであり、NAとは「Narcotics Anonymous（無名の薬物依存症者たち）」の略で薬物依存症からの回復を目的とした非営利のグループである⁵⁷⁾。AAは1935年に、NAは1947年に開かれたもので、アルコールや薬物によって問題をかかえた者たちが、使わないで生きていくことを目的に定期的に仲間と合いミーティングを行い相互に助け合って回復を目指す。AAではすでに200万人以上を回復に導いているようである。

これらAAやNAの注目すべき点は、そのメンバーになるために何か資格が必要とされるのではなく、ただ使う事をやめたいという願望があれば、回復の機会が与えられるという点である。具体的には、政党や宗教、警察などいかなる組織にも従属せず、入会金も月謝も要らない、宣誓書を書く必要も無く、いかなる約束も求めない⁵⁸⁾。年齢、国籍、性的アイデンティティ、主義、信仰の有無にかかわらず、いかなる人でも加わることができるのである。

そこでは12ステップという回復プログラムが用いられる。それは、依存に対して無力であり生きていくことがどうにもならなくなったこと認めることを最初のステップとして、自分の力だけでは使用しないことができないと知り、自分自身より上の力の必要性を感じ、信じる。そして、行動をもって実践するよう努力するといったものである⁵⁹⁾。

55) 上掲論文、20頁。もちろん、医療の必要性を否定しているのではない。なぜならば、代替薬物措置も治療の一環として重要なことである上に、薬物依存に伴って様々な精神障害も引き起こされていることが多い。そして、心の病が原因で薬物に手を出すといった事例も多いからである。松本俊彦「薬物乱用・依存と行動傷害」（『こころの科学』第111号、2003年）39頁。「医療機関を受診する薬物依存者の約60～70%に、気分障害、精神病性障害（薬物中断後に長期遷延する中毒性精神病）、不安障害、摂食障害などの精神障害の合併が認められるとの報告がある。実際、薬物依存者の解毒治療は、大抵の場合、重複障害の治療と併行して行われている。」としている。

56) ここでいう「本人の努力」とは、「使わないという強い意志」ではない。使ってしまう自分が、どうやって治していこうかと悩むことやそれに向けての行動のことである。

57) 前者は<http://www.cam.hi-ho.ne.jp/aa-jso/>、後者は<http://najapan.org/>を参照。

58) 上掲註(57) ウェブページを参照。

59) 上掲註(57) ウェブページを参照。

2 ダルクの役割

ダルク（DARC）とは、薬物依存症からの回復を望む人たちを支援する民間施設であり。「Drug Addiction Rehabilitation Center」の頭文字をとったもので、1985年に自身も薬物依存症者である近藤恒夫氏が東京の倉庫を借りてスタートさせたのが始まりである。

ダルクの回復プログラムの中心は1日に1～2回のグループミーティングと夜の外部でのNAに参加することで、ミーティングでは車座になり利用者が出したテーマに沿って思い思いの話をする。原則的にAAやNAで行われているように、「言いっ放し、聞きっ放し」で行われ、内容への批評はせず、話すことを拒むこともできる。互いの話を通じて仲間や自分自身と向き合うことを目指している。現在は、全国35ヶ所にまで広がったダルクであるが、いずれもスタッフは回復プログラムを経た回復者の方⁶⁰⁾で、互いに助け合うことで回復を目指す。

ダルクの成果としては、「平成16年度厚生労働省科学研究費補助金・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」で行われた「自助グループの実態に関する研究」によると、あくまで31施設に送られ30施設から返答を得たアンケートによる結果ではあるが、入寮型施設27ヶ所で年間406名の参加があり、通所施設では年間198名が利用開始しており、入寮型のプログラム参加者の77%は再使用を抑止できていたそうである。あくまでアンケートであり、何をもって再使用が止まったとするか等問題は残るが、非常に効果的であるといえるのではなかろうか⁶¹⁾。

こうしたダルクにおいて注目すべき点は、利用

者から薬を取り上げたり、薬を止めるように強制したりすることは無い点である。入手可能な日常生活の中で、止めたいと思う人々が協力し合う。本人が回復を希望する限り、ダルク自体から排除されることもない。それでは薬物使用者に対して甘すぎるとの批判を受けるかもしれない。しかし、それでも多くの回復者を輩出できるのは、回復プログラムを進めていく中で「監視や懲罰だけでは薬物依存は止まらない」と考えるようになり、重要なのは回復したいときにその「場所」を与えることであると実感されているからである⁶²⁾。

第3節 ダルクとドラッグ・コート型司法の関連性

ダルクの回復方法は、逃げ出すという選択肢も本人にとって残っている状況での作業であることが重要であろう。そのような状況であっても効果が出ているのは、もちろんグループミーティングの存在も大きいであろうが、「絶対に使ってはいけない」ではない状況で、さまざまな選択肢がある中で、その都度考える場を与え、薬物依存を治したいと望む者に生活の場を提供することに大きな意味があるのではなかろうか。つまり、自己決定に伴った治療が有効的なのである。

たしかに、ドラッグ・コート制度には最終的には刑務所に拘禁されるという刑事罰をもっているとの指摘から、抑止政策であるといわれるかもしれない。しかし、数度の再使用があるからといって簡単に刑事罰を与えない。自由な薬の使用を不快とする国側はもちろん、使用することに治療を押し付けられる本人側においても、刑事罰を与えられる方が楽であるにもかかわらず処罰を簡単には与えはしない。もちろん、背景には費用の問題や過剰収容の問題のための刑事手続からの回避目

60) なかなか止められない参加者に対し、薬物を使用しないでも生きていけるという見本にもなり、また、スタッフの方が「依存症が治ったのではなく、使っていない時期が続いているだけ」とおっしゃるようにスタッフ自身にとっても助けるだけでなく助けられている部分も大きいのだという。

61) なお、退所後の再使用はわからないのではないかな等の指摘もありうるが、それは伝統的な刑事司法手続においても同じことが言える。そして、再使用率についても、再犯率として再使用によって逮捕された率は数字として証明できるが、正確な再使用の数を示すということは不可能である。

62) 毎日新聞の地域ニュース（京都版）のページにおいて、2004年10月20日・21日・23日・26日・27日・28日・29日、『「回復の場から」薬物依存と向き合う』として連続して特集が組まれ京都ダルクを中心に、回復の現場を紹介している。なお、そこでスタッフの加藤さんは「司法も刑務所も病院も、最後は家族であっても切れてしまう。全員ではないが、場所があれば『回復』する人は確実に出る。だから無くすわけにはいかない。」とコメントし、「つながり」とそれを与えられる「場所」が重要であると訴えている。

的があるだろう。しかし、治療を受ける当事者にとっては、使いたくないのに使ってしまう「現実」に、「自分」に、何度も何度も向き合わされ考えさせられることになる。これは、本人にとっては非常に辛い作業だ。なぜなら、何度やってもうまくいかない作業に対して、反省を促され中止させられること（刑事罰）や、何か別の作業に強制的に代えられること（強制的な治療）ではなく、失敗すれば何度も一からやり直しするのと同じだからである。もちろん再使用することを悩み回復へと努力する人へのサポートは充実しており、関係者全員が使用者の回復を応援していることが大きな支えになっていることは重要なことである。そのサポートがドラッグ・コート制度においては自己決定に伴った治療が行なわれているといえる。

これらダルクをはじめとするリハビリテーション施設や自助グループが持つ「自己決定権に沿った治療」を行うことで回復への可能性を確認し、それらを支える援助としてのみ国が関わるべきであること、つまり「見守り型」での介入のあり方が重要なのである。

第4節 「見守り型」

ここまで「見守り型」としての政策の必要性を論じてきたが、さらに「積極的な見守り型」と「消極的な見守り型」との違いを考察する必要があるだろう。なぜならば、これらを確認することで「完全な放任型」による政策との区別がつけられるからである。

まず、「完全な放任型」とは、薬物依存者に対して薬物を使用することは完全な自由であり、薬物を使用し続けて死を迎えることにも自己の責任において何ら介入しないものである。

つぎに、「積極的な見守り型」とは一次予防としての処罰の効果を認め、犯罪概念として捉えるが、施設収容によらない処遇の場において、再度の使用を回復の過程の一つであることを認識し、自己決定による回復の場を与え続けることである。つまり、薬物を自ら止められないという者が治療を望んだ場合に、積極的に治療を受けられるようにするが、真の意思により使用を続けたいと望む者に対しては、死に至っても何ら介入を行わないと

いうものである。

最後に、「消極的な見守り型」とは「積極的な見守り型」が対象としない、真の意思により使用を続ける者へ、それによる連続使用による弊害と治療の選択肢があることを終始確認するが、依然使用を続ける対象者には、あくまで治療をさせることに消極的な働きかけを行い、死を迎えさせないために一定程度にまで危険が迫ることで介入するものである。

そして、薬物依存症は慢性中毒であり、薬物依存状態にありながら、薬物乱用を繰り返すことで生じる精神的・身体的な異常状態であるため、死に至る場面での真の同意は得ることができない⁶³⁾。そのため、一定程度の段階で死を迎えさせることを防ぐ必要がある。そのため、「消極的な見守り型」が望ましいあり方であろう。

つまり、薬物自己使用者の処遇のあり方は自己決定権に基づかない「抑止型」及び「強制的な治療型」、また、「有識者会議」や「簡易尿検査」による「積極的な社会復帰への介入」による社会復帰政策も否定され、対象者の自己決定権に沿った「消極的な社会復帰への介入」による社会復帰政策が望ましい。また、自己決定に基づくものであっても、「積極的な見守り型」といった放任のままにしておくのではなく、生命に関わる場所では積極的に支援を行う「消極的な見守り型」による政策が採られるべきである。

第5節 具体案の考察

1 試験観察型

以下、日本の現行法において薬物依存である自己使用者に対する処遇方法として、社会内において自己決定に基づいた「見守り型」による薬物自己使用者の処遇方法の一つの案として「試験観察型」及び、「保護観察付執行猶予型」を検討する。

63) ここで、死に対して同意をした上で薬物使用をしている場合について、使用前から死に同意していた場合と、使用中に死に同意した場合があるが、後者は死に対して真の同意を得られたとはいえず、前者に関しても、たとえ死を迎えるために始めた薬物使用であっても、死が差し迫った薬物使用状態では真の同意を得ることができないと考える。

ドラッグ・コートでは、回復プログラム修了者に起訴が取り消されたり、刑の宣告をしないといった措置が取られ、違反が一定の限度を越えれば回復プログラムが打ち切れ、刑務所への収容措置がとられる。これは、日本における少年事件の試験観察に類似する部分がある。

試験観察とは、保護処分決定に資するため決定をもって、相当の期間調査官の観察に付することができる制度である⁶⁴⁾。これは、終局処分を一時保留し、少年の行動等を観察するための中間決定である。少年事件の保護観察は試験観察と違い最終決定の一つであるので原則として、その取り消し・変更を認めないことになっている⁶⁵⁾。その導入の経緯は少年審判の決定は、要保護性の判断という将来への展望のもとになされるものであり、要保護性自体が少年の可塑性に関連して流動的であるため、その判断については、相当の見通しを得るまで審理を尽くす必要があることなどから、この制度が導入されたといわれる⁶⁶⁾。

その具体的な方法としては、担当する家庭裁判所調査官が、少年の個性を把握し、それに対応した個別具体的な遵守事項を定めることが多く、試験観察の実施において、少年の行動観察の補助手段として効果を上げている。

これらは、ドラッグ・コートが掲げる、個人にあったプログラムを考察し、背後に刑罰あるという心理的強制を用いて改善の実を挙げることを狙いとする点で一致していると思われる。

また、少年期に回復プログラムに乗ることの重要性も指摘できよう。なぜならば、薬物の使用開始年齢は平均16.0歳で、薬物への依存は平均18.3歳といわれており⁶⁷⁾、その早期発見、早期治療が

重要だからである。これらの結果からもわかるように、多くの薬物依存は思春期・青年期に発症している。そして、医療における治療も早期であればあるほど、その治療効果が上がるといわれている⁶⁸⁾。

以上のように家庭裁判所で非行少年の保護事件時に行なわれる試験観察と同様の位置づけで運用すれば、少年や青年段階での回復プログラムが参加可能になり、薬物による依存傾向を早期にやわらげ、社会復帰を実現しやすくなるのである。

2 保護観察付執行猶予型

(1) 保護観察を運用した処遇

また、現行法で保護観察中にもドラッグ・コート型の方法が行えないだろうか。もちろん、執行猶予は判決後の処遇であるので、ドラッグ・コートのように宣告や起訴をなかったことにしてラベルを貼らないということは不可能であるが、何度も確認しているように、その効用を薬物依存から回復する「機会」と「場」を与え「見守り型」として捉えるならば、日本の現行法でも可能であると考えられる。それは保護観察を運用した方法であるが、短期自由刑の弊害をも視野に入ると保護観察付執行猶予として運用されることが望ましい。

ドラッグ・コート型の保護観察処遇とは、現在行なわれている簡易尿検査に医療関係者を含めたものである。しかし、現在のものそのままでは、1回の再使用で通報されることになっているためそのままでは運用できない。なぜならば、何度も述べるように再使用することは回復過程で重要なことであり、再使用をすることで対象者がいつ・どこで・どういった状況で薬物を再使用してしまうのかが一緒に確認でき、次回からそれを避けるよう努力するという確認しながら、回復へと向かうことができるからである。

1年以上の断薬期間を持つものを対象に行なわれた調査である。大藪志保子「薬物依存症者処遇の新時代」(龍谷大学矯正・保護研究センター叢書第一巻『二十一世紀の刑事施設』:日本評論社、2003年)169頁。ちなみに薬物依存であると自覚した平均25.9歳でダルクにつながったのは平均28.1歳となっており、依存が始まってから、時間が費やされていることが指摘されている。

68) 氏家=野村前掲註(51)論文38頁。

64) 少年法第25条1項

65) しかし、2005年3月1日には「少年非行が深刻な状況にあり、触法少年による凶悪事件が相次いで発生するなどしている現状に適切に対処するため(後略)」との趣旨から、少年法における1号観察は保護処分として終局処分であるにもかかわらず、家庭裁判所の決定により、少年院送致をできるとした内容を含めた少年法改正案が国会に提出されている。

66) 中井節夫「家庭裁判所における試験観察制度運用状況について」(『刑政』第100巻11号、1995年)24頁。

67) ダルクを利用した経験のある薬物依存症者のうち

(2) 法的な義務と権利衝突

では、通報しないことが現行法で認められているのか検討が必要である。なぜならば、保護観察官と医療関係者は守秘義務と告発する権利が衝突しているからである。そこで、それぞれの根拠条文を確認する。

告発義務または権利を規定する法律としては、刑訴法第239条1項で「何人でも、犯罪があると思慮するときは、告発することができる」として公務員でない医療関係者やリハビリテーション施設のスタッフなどの援助職は規制薬物の使用があるときに告発する権利をもち、同条2項「官吏又は公吏は、その職務を行なうことにより犯罪があると思慮するときは、告発をしなければならない。」により公務員である保護観察官や医療関係者は規制薬物の使用があった場合に告発しなければならない義務を負うことになる。

また、守秘義務を規定する法律としては、刑法第134条1項で「医師、薬剤師、医薬品販売業者、助産師、弁護士、弁護人、公証人又はこれらの職にあった者が、正当な理由がないのに、その業務上知り得たことについて知り得た人の秘密を漏らしたときは、6月以下の懲役又は10万円以下の罰金に処する」とされている。そして、保健師助産師看護師法第42条の2において「保健師、看護師又は准看護師は、正当な理由がなく、その業務上知り得た人の秘密を漏らしてはならない。保健師、看護師又は准看護師でなくなった後においても、同様とする」とし、同法第44条の3で「第四十二条の二の規定に違反して、業務上知り得た人の秘密を漏らした者は、六月以下の懲役又は十万円以下の罰金に処する」としている。これらから、公務員でない医療関係者の一部は対象者の規制薬物の使用があった場合に正当な理由があれば告発してもいいが、そうでなければ守秘義務があることになる。

さらに、国家公務員法第100条1項において「職員は、職務上知ることのできた秘密をもらしてはならない。その職を退いた後といえども同様とする。」と規定しており、地方公務員法においては第34条1項において「職員は、職務上知り得た秘密

を漏らしてはならない。その職を退いた後も、また、同様とする。」として、それぞれで公務員である医療関係者も対象者の規制薬物を知った場合に守秘義務があることになる。

刑訴法第239条について、訓示規定に過ぎないとする論者⁶⁹⁾もあるが、各種行政機関が協力し、行政機能を発揮することの重要性から官公吏に一般的義務を課することとしたものであるとして、強行規定であるとする見解も有力である⁷⁰⁾。ただし、強行規定であるとする論者も「それぞれ固有の行政目的の遂行にあたっているものであるから、右の告発を行うことが、当該官公吏の属する行政機関にとってその行政目的の達成にきわめて重大な支障を生じ、そのためにもたらされる不利益が、告発をしないで当該犯罪が訴追されないこととされることによってもたらされる不利益よりも大であると認められるような場合には、当該官公吏の属する行政機関の判断によって告発しないこととしても、この規定に反しない」⁷¹⁾とし、事案によっては同条にいう告発義務違反にならないとしている⁷²⁾。

よって、薬物自己使用者に対して通報義務を負わない尿検査を行うことで、再使用があれば、それを基に回復するという方法が提起され「消極的な社会復帰への介入」としての保護観察制度が実現できるといえる。

むすびにかえて

近年、道徳的な非難を、刑罰で解消しようとする動きが生じている。その傾向を受け、2004年12月1日、犯罪被害者基本法と同時に刑法の一部を

69) 青柳文雄『刑事訴訟法通論』(立花書房、新訂版、1962年)233頁や、名古屋高判昭和26年6月14日高判集4巻7号705頁など。

70) 増井清彦「告訴告発事件の処理」(熊谷弘ほか編『公判法大系I』日本評論社、1974年)281頁～282頁。

71) 上掲書、282頁。

72) 平井慎二＝町野朔「対象者の薬物規正法違反(使用)への援助側専門職の態勢」(『薬物需要削減対策における関係機関の連携－研究報告書－平成15年度』[厚生労働科学研究費補助金(医薬安全総合研究事業)、2004年]15頁～18頁。

改正する法律が成立した。その理由として出された「凶悪犯罪を中心とする重大犯罪に関する最近の情勢等にかんがみ、これらの犯罪に適正に対処するため、有期刑の上限並びにこれらの犯罪に係る法定刑等及び公訴時効の期間を改める必要がある。」という文言が示すとおり、現在の日本では、しきりに「治安水準と体感治安の悪化」がマスコミなどを通じてさげばれている。

戦後の刑法改正を見ると1947年の憲法改正に伴う改正と1995年に行われた平易化・現代用語化以外のものは犯罪規定の新設や刑の引き上げであり、とくに2004年の改正に目を向けると、重罰化のための改正である。これにより法定刑の引き上げが行われ、たとえば殺人罪に到っては、下限が3年から5年に引き上げられ、何らかの減軽事由がなければ執行猶予を付することが不可能になっている。また、有期刑の上限も15年から20年に引き上げられ、死刑・無期懲役刑を有期刑に減軽する場合や有期刑を加重する場合の上限に到っては20年から30年にまで引き上げられたのである。この法定刑引き上げにより、言及するまでもなく長期の自由刑の弊害が懸念される上に、今まで執行猶予に付されていた者が実刑判決を受けることもありうるようになった。

また、危険社会論がいわれる現在において、刑法そのものへの機能化が議論にされている。これらの影響を経て、保護法益の早期化やそれに対する予防論、早期の処罰、法益の抽象化が起こっている。さらにこれらの変化によって、新たな概念が犯罪とされうるし、されようとしている。たと

えば、共謀罪などである。しかし、これらを取り締まることは、そもそも多くの弊害を含んでいるが、少なくとも一般予防の意義はあるとしても、特別予防として長期有期刑にすることに利益はない。そこで、新たに考え出された犯罪を時代の流れに乗って厳罰に処したところで、もともと問題を抱えた犯罪者ではないので、たとえば仮釈放といった比較的早い段階での社会復帰政策が適用されることになるであろう。

このように、長期自由刑の仮釈放及び満期による釈放・もともと執行猶予で対処されるべきだった者の仮釈放及び、釈放・新設された犯罪によって受刑することになった者の社会復帰、それらの問題点をダイレクトに反映させるのが、保護観察制度を中心とした、社会内処遇である。そして、そこにおいて必要なのは、社会復帰させるための積極的な介入ではなく、消極的な介入のあり方ではなかろうか。

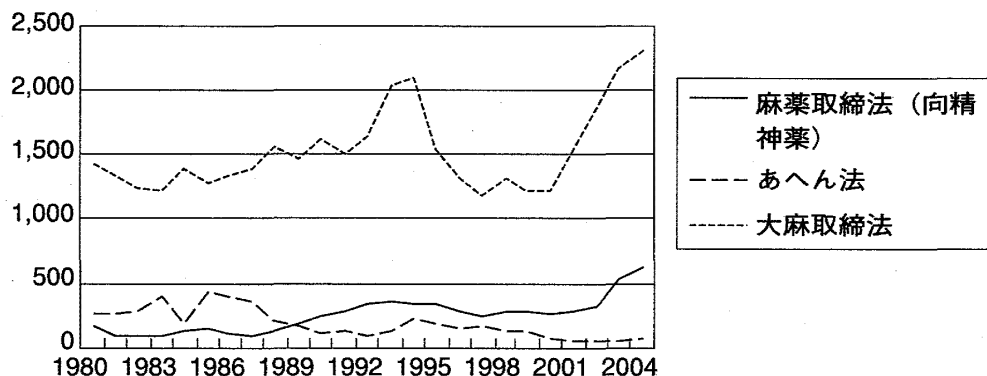
2004年の刑法改正において、薬物犯罪は直接の影響を受けていないが、有識者会議で保護観察のあり方について述べられたように、その背景にある犯罪不安や厳罰主義といった影響は大きいといえよう。

本稿は、以上のような背景を踏まえ、隔離政策による薬物自己使用者の処遇方法否定し必要な処遇方法を考察した。しかし、指摘しきれないほど問題が残されていることは否めない。これらを含め、残された課題を考察するための手がかり的研究として位置づけられるものと考えたい。

～文末資料～

資料1 麻薬取締法違反・あへん法違反・大麻取締法違反の検挙人員

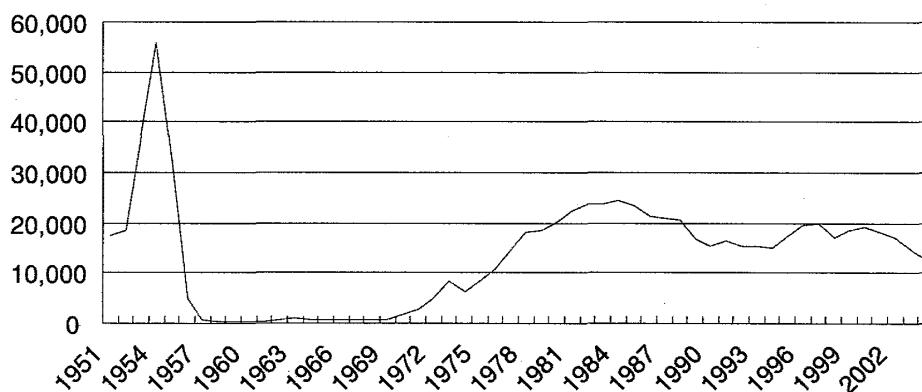
麻薬取締法違反・あへん法違反・大麻取締法違反の
検挙人員の推移



注) 犯罪白書による。(厚生労働省医薬食品局、警察庁刑事局及び海上保安庁警備救難部の資料による)

資料2 覚せい剤取締法違反の検挙人員

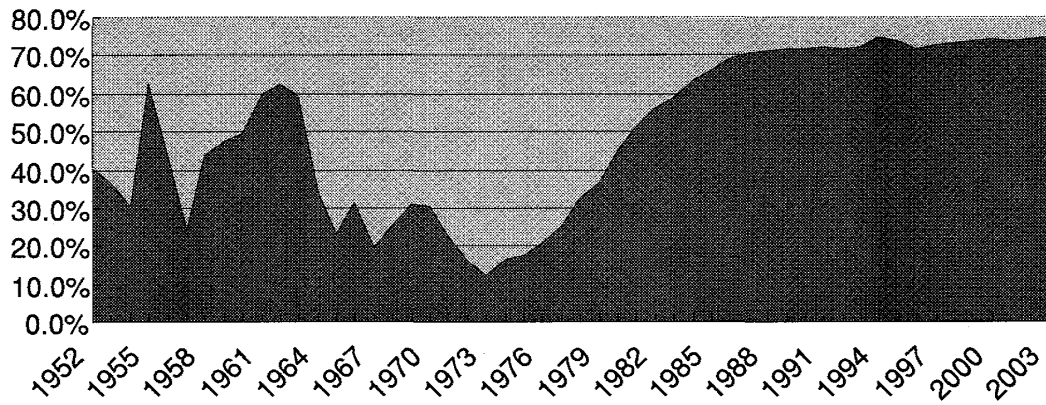
覚せい剤取締法違反の検挙状況



注) 犯罪白書による。(厚生労働省医薬食品局、警察庁刑事局及び海上保安庁警備救難部の資料による)

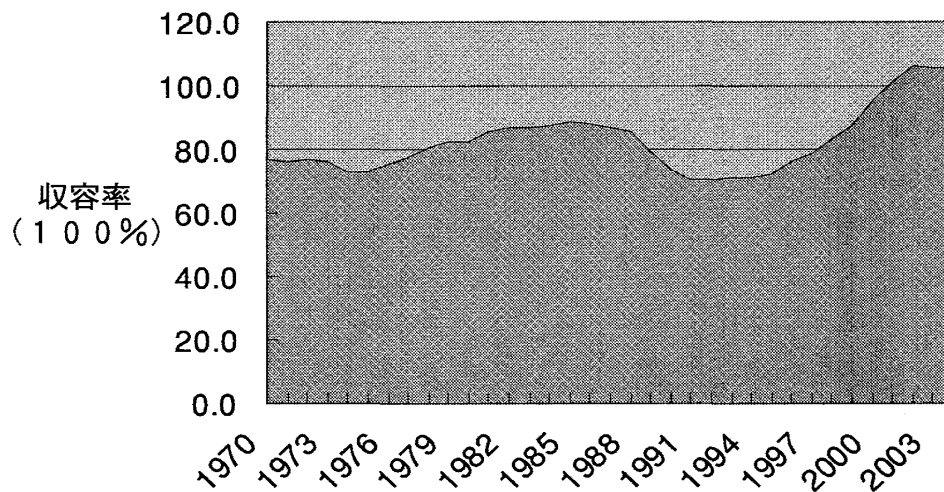
資料3 同一罪種で再入した者の薬物犯罪の比率

「麻薬もしくは、覚せい剤」で再入する者が、前期においても同一罪種であった者の比率



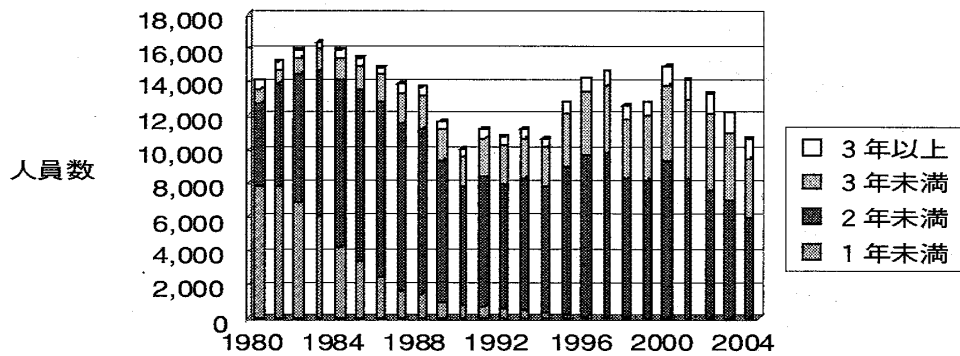
注) 矯正統計年報による。

資料4 矯正施設の収容率



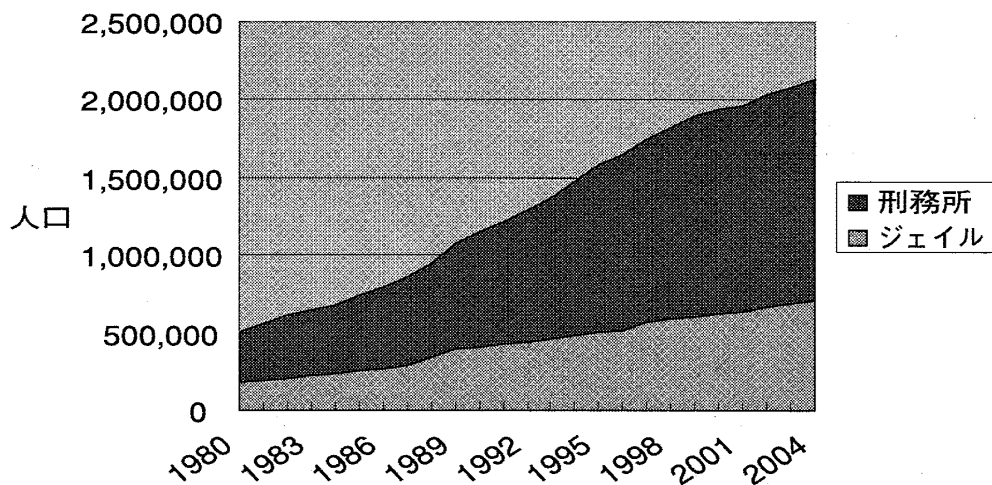
注) 矯正統計年報による。

資料5 覚せい剤事取締法違反の通常第一審事件の有罪（懲役）の人員一刑期区分別



注) 司法統計年報による。

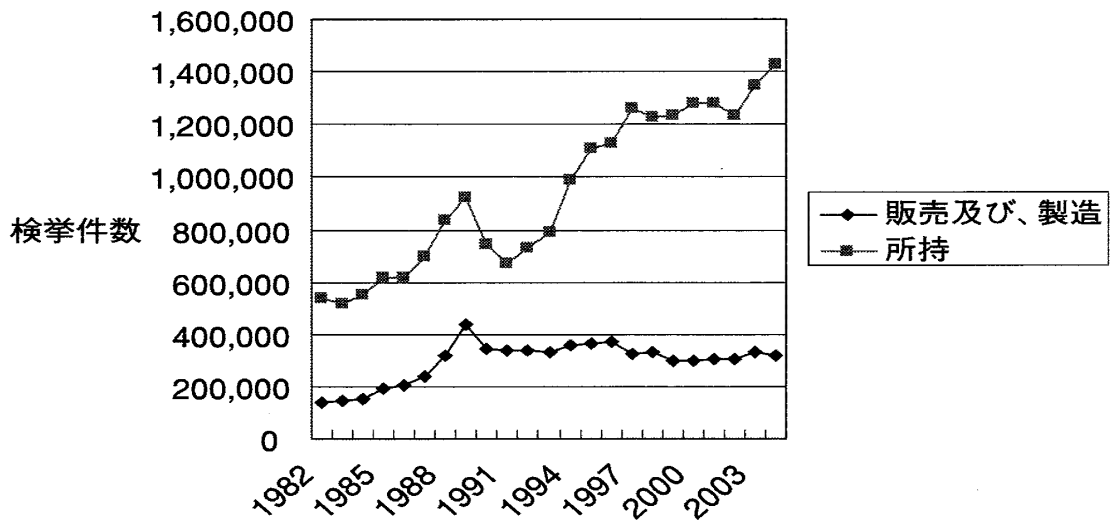
資料6 矯正施設（ジェイル及び、刑務所）における人口の推移



注) 1 “Bureau of Justice Statistics” ウェブサイトによる。

2 “Source: Bureau of Justice Statistics Correctional Surveys”

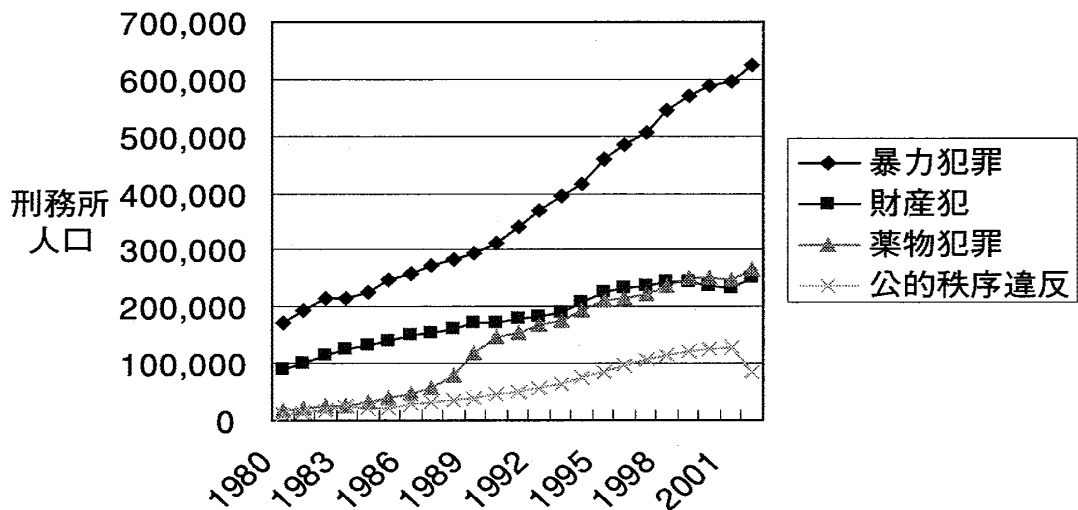
資料7 販売及び、製造・所持の検挙人員の推移



注) 1 “Bureau of Justice Statistics” ウェブサイトによる。

2 “Source: FBI, Crime in the United States, annual, Uniform Crime Reports”

資料8 刑務所人口に占める、暴力犯罪・財産犯・薬物犯・公的秩序違反の人員の推移



注) 1 “Bureau of Justice Statistics” による。

2 “Source: Correctional Populations in the United States, 1997, and Prisoners in 2004”