

~~~~~  
研究ノート  
~~~~~

〔欧州薬物調査シリーズ (1)〕

ドイツの薬物事情・2014年夏

石 塚 伸 一

はじめに

1. 調査研究の方法
 - (1) 調査方法
 - (2) ドイツの位置づけ
 - (3) 政策の概要
2. ドイツの薬物乱用・薬物政策
～EMCDDAに対するドイツ報告～
 - (1) 乱用状況
～一般人口および若年人口における薬物使用～
 - (2) 予防政策
 - (3) ハイ・リスク薬物使用
 - (4) 治療の提供
 - (5) 薬物関連感染症
 - (6) 薬物使用に起因する死亡および健康障害
 - (7) 治療への対応
 - (8) ハーム・リダクションへの対応
 - (9) 薬物市場と薬物事犯
 - (10) 薬物法制
 - (11) 薬物戦略
 - (12) 多機関の協働体制 (coordination mechanism)
 - (13) 公的支出
3. ニーダーザクセン州の薬物政策
～ハノーファー実態調査～
 - (1) ハノーファー薬物・注射針提供プログラム
～記憶を辿って～
 - (2) カフェ・コネクション (Café Connection)
 - (3) ステップ (STEP)
4. メサドン (代替薬物治療)・プロジェクト
～アスクレボス精神病院訪問調査～
 - (1) 古い教会建物の中へ

- (2) 代替薬物療法 (Drug Substitution Treatment)
 - (3) メサドンの薬効
 - (4) 代替薬物治療の評価
 - (5) ドイツにおける精神病院収容
 5. カナビス (大麻) 自己使用非犯罪化
～薬物政策に対する教授声明～
 - (1) 刑法学者有志「連邦議会アンケート委員会の設置を求める声明」
(2011年9月12日)
 - (2) バイエルの薬物政策
- むすびにかえて
- (1) 所見
 - (2) 残された課題
 - (3) 将来の展望

【補論1】 ハーメルン少年施設・開放行刑施設ゲッティンゲン支所訪問調査

【補論2】 ロスドルフ刑務所・保安監置施設訪問調査

はじめに

本調査報告は、文部科学省研究補助金・挑戦的萌芽研究 (2014/2015年) 「薬物政策への新たな挑戦：ドラッグ・コートからハーム・リダクションへ」(代表・石塚伸一) の助成を得て実施する欧州薬物調査の第一弾である。

今回、わたしたちは、ドイツ・ノルウエーとポルトガルの2つの班に分かれて欧州の薬物事情の調査を実施した。¹

1 2014年8・9月、ヨーロッパの薬物問題の実態を調査し、世界の刑事政策の現状について情報交換するため、ドイツおよびノルウエーの調査を実施した。本調査は、薬物依存回復支援 (Drug Addiction Recovery Supports: DARS) の全面的支援を受けている。本調査旅行には、尾田真言 (アジア太平洋地域薬物問題研究所 [APARI]) および森村たまき (同) の協力を得た。

調査期間は、2014年8月17日から同年9月3日、調査地はドイツ国ニーダーザクセン州ゲッティンゲン大学およびバイエルン州アウグスブルク大学ならびに刑事施設等の関連機関。この間に、ノルウエー王国オスロ大学および刑事施設等の関連機関も訪問した。

本報告書では、まず、調査対象国の欧州連合における位置づけを確認し、それぞれの薬物問題の状況と政策の特徴について概観する。その際、「欧州薬物・薬物依存監視センター（European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction：EMCDDA）」の報告を紹介し、その後に、訪問調査の成果を報告する。これらを踏まえ、最後に、調査対象国の薬物政策の特徴をまとめ、わたしたちの所見、残された課題と今後の展望を示すこととする。

本稿では、ドイツの薬物乱用・薬物政策の特徴を整理した後、ニーダーザクセン州の薬物政策（ハノーファー実態調査）、メサドン（代替薬物治療）・プロジェクト（アスクレポス精神病院訪問調査）および大麻自己使用非犯罪化（薬物政策に対する教授声明）について報告し、最後に、所見と残された課題・将来の展望を述べることにする。なお、文末にハーメルン少年施設・開放行刑施設ゲッティンゲン支所とロスドルフ刑務所・保安監置施設の訪問調査報告を【補論】として付記した。

1. 調査研究の方法

(1) 調査方法

EMCDDAは、欧州連合各国の薬物政策を監視し、その概要をホームページ上で紹介している。² 調査項目は、①乱用状況（一般人口および若年人

なお、同時期に本研究プロジェクトの研究協力者である丸山泰弘（立正大学）、加藤武士（木津川タルク）および市川岳仁（三重タルク）は、ポルトガルの薬物問題の実態調査を実施した。これについては、別稿で紹介の予定である。

2 「欧州薬物・薬物依存監視センター（European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction：EMCDDA）」は、1993年に設立された欧州連合（EU）の専門機関のひとつで、本部はポルトガルのリスボンに在る。

同センターは、薬物と薬物依存症に関する、事実即した、客観的で、信頼できる比較可能な情報を収集し、これを分析して広報することを任務としている。そのサイトは、欧州連合諸国の薬物問題の現状と政策を知るために包括的かつ体系的な

口における薬物使用)、②予防政策、③ハイ・リスク使用者、④治療の提供、⑤薬物関連感染症、⑥薬物使用に起因する死亡と健康障害、⑦治療への対応、⑧ハーム・リダクションへの対応、⑨薬物市場と薬物事犯、⑩薬物法制、⑪薬物戦略、⑫多機関の協働体制および⑬公的支出の13項目である。

(2) 欧州連合におけるドイツの地位³

まず、EUにおけるドイツの位置づけを確認しておく。

2013年現在のドイツの人口は、8,052万3,746人、欧州連合27か国の総人口が5億566万5,739人であるから、その16%を占めている。年齢構成は、15~24歳10.9%、25~49歳34.1%および50~64歳21.1%であり、欧州連合平均とほぼ同じ構成である⁴。

2011年の国内総生産（GDP）に占める社会保障支出の比率は29.4%であり、これも欧州連合の平均とほぼ同じである。⁵2013年の失業率は5.3%で、欧州連合平均の10.8%の半分以下である。とりわけ、25歳未満の若年成人の失業率は7.9%で、欧州連合平均は23.4%であるから、平均の3分の1である。2012年の人口10万人比の受刑者人口率は84.6人である。⁶いわゆる「貧困率」⁷

情報源である。活動の名宛人は、各国の薬物政策立案者であり、現実にも、欧州連合加盟国の薬物政策に影響を与えている。センター所属の薬物分野に精通した専門家は、欧州のメディアや一般市民の要望にも応えており、欧州全域の医薬品・薬物に関する情報の提供を円滑にするため、効果的な方法と手段を考案している。

3 EMCDDAのホームページの「ドイツにおける薬物政策の概要」では、そのプロフィールが本文のように紹介されている。以下、特に断らない限り、データは下記のサイトによる。<http://www.emcdda.europa.eu/data/treatment-overviews/Germany>

4 欧州連合全体の平均は、それぞれ11.5%、35.0%および19.7%である。

5 欧州連合の平均は29.0%である。

6 Council of Europe Annual Penal Statisticsによる。なお、International Centre for Prison Studies (ICPS) の調査結果を参照。www.pnisonstudies.org¹

7 低所得者の割合を示す指標。等価可処分所得の中央値の半分に当たる貧困線に満たない世帯の割合（相対的貧困率）。厚生労働省『国民生活起訴調査』（2014年7月発表）によれば、2012年の日本の貧困線は122万円で総世帯の16.1%であるから、日本とほぼ同じである。OECD諸國中、貧困率が最も低いのはデンマークの5%である。

は、2012年で16.1%であり欧州連合全体の17.0%とそれほど変わらない。

(3) 政策の概要

【薬物依存に対する処遇 (treatment) と治療 (therapy)】 ドイツにおける薬物依存症者に対する処遇の実施責任は、連邦政府と地方自治体にある。利用可能な処遇は、「敷居の低い接触拠点と相談サービス (low-threshold contacts and counselling services)」(以下「接触拠点」という。)から、専門治療施設における集中的処遇や治療まで多様である。処遇には、麻薬 (オピオイド系薬物) の代替薬物治療や長期間の社会復帰・社会再統合支援プログラムの選択的利用がある。麻薬依存症の処遇と大麻 (カナビス、マリファナ等)、コカイン、覚せい剤 (メサンアンフェタミン)、エクスタシー (合成麻薬)、ハルシオン (睡眠導入剤) などの使用に関連する心理学的・行動科学的問題に適用可能な専門ガイドラインが作成され、活用されている。

多くの処遇は、依存症一般を扱う治療センターや研究所で実施される。しかし、違法薬物使用者に特化した処遇ユニットもある。代替治療については、主に一般の健康管理システムの中で提供されている。薬物依存問題のインテイクは、外来の接触拠点で行われており、心理社会的ケアや心理療法も行われている。前記の接触拠点は、伝統的に心理社会的処遇を提供しているが、最近では、あらゆる種類の処遇が、接触拠点で直接提供されるようになった。施設によっては、依存症治療の専門資格をもった臨床家と協働して治療を提供するところもある。その財政基盤は、州、年金基金運用機構、地方自治体、地域社会、慈善団体、民間の研究所や企業など、多様なアクターによって提供されている。

【代替薬物治療政策への対応】 約1,507箇所の接触拠点は、受入の窓口となり、動機付けを与え、外来のケアを提供する。そのサービスの内容

の中心は、入院患者への心理社会的ケアである。約430の入院施設は、離脱と禁絶、入院治療、退院準備などを提供する。2011年現在、禁絶治療のできる有資格専門医として2,703人の医師が登録されている。

メサドン (methadone) は1992年に麻薬代替薬物として導入され、代替薬物治療患者の大多数はメサドンを処方されている。ブプレノフィン⁸は2000年に導入された。麻薬代替薬物治療による離脱援助モデル・プロジェクトは2009年に始まり、2010年の法律によって、一般的治療方法として認可された。

代替薬物治療に関する情報は、重複処方を回避し、治療水準の質的保証のため、2002年以降、登録制になった。2011年に代替薬物治療を受けた7万6,200人の患者中、6万1,112人 (80.2%) がメサドン (または、レヴォ・メサドン (levomethadone))、1万4,630人 (19.8%) がブプレノフィンを使用している。コデイン、ディヒドコデインおよびディアモロフィンが代替薬物として用いられることもある。⁸代替薬物治療へのアクセスの状況は州ごとに異なる。旧東ドイツの諸州でこの治療を受けている患者はわずか3%、登録医も5.3%にすぎない。大都市以外での代替薬物治療は、専門家の間では、あまり効果がないと評価されている。

【治療登録・監督システム】 すべての依存症処遇施設の患者データは「ドイツ中央情報局 (Deutscher Kerndatensatz)」に登録されている。各州の年次報告データは、ドイツ中毒者支援統計局に報告される。

2004年には初期段階の薬物関連問題をもつ約6万1,000人の患者が接触拠点を訪問した。2002年1月1日以来、麻薬依存症者に代替薬物を処方するすべての医師が連邦薬物・薬物製品研究所 (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte : BfArM) の代替薬物登録に代替薬物の種類と患者コードを報告することが義務付けられた。2004年12月1日の調査によれば、

8 ただし、その割合は、それぞれ0.1%、0.2%および0.4%にすぎない。

5万7,700人の代替薬物治療継続患者が登録されている。

3. ドイツの薬物政策

(1) 乱用状況

～一般人口および若年人口における薬物使用～

2012年にドイツ全土で実施された「全国依存症疫学調査(Epidemiological Survey on Addiction : ESA)」⁹⁾によれば、なんらかの違法薬物の使用経験のある人は4.9%¹⁰⁾、1月以内の利用者は2.6%である。¹¹⁾最も使用歴の多い薬物は大麻である。¹²⁾他の薬物については、コカインが0.8%、覚せい剤が0.7%およびエクスタシーが0.4%である。また、0.6%に新型精神活性物質 (new psychoactive substance : NPS)¹³⁾の使用経験があり、1年以内の利用者は0.2%、1月以内の利用者は0.1%である。違法薬物の使用率は、若年グループにおいて高い。¹⁴⁾

2011年の「アルコールおよびその他の薬物に関する欧州学校調査プロジェクト (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs : ESPAD)」によれば、15・16歳の生徒の19%に大麻使用経験がある。1年以

9 18歳以上64歳以下の9,084人を対象とする郵便、電話およびインターネットによるアンケート調査で、回答率は53.6%である。

10 同比率は、2003年7.4%、2006年5.0%、2009年5.1%であるから、徐々に減少している。

11 同比率は、2003年3.9%、2006年2.5%、2009年2.6%であるから、こちらも徐々に減少している。

12 2012年における1年以内の大麻利用者は4.5%、1月以内の利用者は2.3%である。

13 日本で「合法ドラッグ」「合法ハーブ」「危険ドラッグ」などと呼ばれている物質に相当するであろう。薬事法の認可も受けていない、人の健康にどのような影響を及ぼすかも明らかでないこのような物質は、単に「危険物 (健康危殆化物質)」と呼ぶべきであろう。

14 若年成人 (18歳以上34歳以下) 以下の1年以内の大麻利用は11.1%である。この利用率は、2006年と2009年の水準とほぼ同じである。30日以内の利用者は5.3%である。

内的大麻使用経験者は15%、1月以内の使用経験者は7%である。他の薬物の使用経験者は10%、覚せい剤が4%未満、ハルシオンとエクスタシーは、それぞれ2%未満である。¹⁵他の調査研究¹⁶も勘案すると、ドイツでは大麻の使用率が最も高く、その割合は、女性よりも男性、成人よりは若者において高い。ただし、統計的には若年層の大麻使用は減少傾向にあると推測される。¹⁷

(2) 予防政策

ドイツにおいては、連邦では健康教育センター、州および自治体では州政府と年金基金運用機関が、各種の薬物予防活動に責任を負い、財源を負担している。

学校は、常に一般向け薬物予防政策の最も重要な対応機関であり（以下「学校プログラム」という。）、これに対して、家庭向け、あるいは、地域社会に基盤を置いた介入政策は、あまり用いられていない。学校プログラムは、アルコール、煙草、大麻の3つの物質をターゲットにしている。生徒に対して薬物情報を提供し、生活技術（life skills）を育成して、薬物使用を批判的に捉え、自分自身の価値を大切にすることを奨励する。

「クラッセ2000（Klasse2000）」は、1991年に開発されたプログラムで、低学年向きのプログラムであり、最も普及している。評価も高く、プログラム修了後3年間、子どもたちの健康に肯定的な影響があることが確認されている。「クラッセ子どもゲーム（Klasse Kinder Spiel）」は、アメリカ

15 青少年（18歳以上24歳以下）の1年以内の大麻使用者は、長期的には増加傾向にあり、2003年は27%、2007年は20%であった。しかし、近年、減少傾向にある。

16 2011年の「薬物親和性研究（Drug Affinity Study：DAS）」は、12歳以上25歳以下の若者に対する調査である。

17 「連邦健康教育センター（Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung：BZgA）」の調査によれば、近年、12歳から17歳の少年の大麻使用が減少している。1月以内の大麻使用者は、2004年は2.4%であったが、2007年は1.9%であった。1年以内の使用率もそれぞれ10.1%から4.6%まで減少した。同様の傾向は18歳から25歳でも観察されており、使用率は2004年から若干減少傾向にある。

合衆国で開発された「健全行動ゲーム (Good Behaviour Game)」であり、小学校の子どもたちをターゲットとしている。2007年、最初は特にニーズのある子どもたちを対象として試行的に実施され、次第に対象を拡大していった。このプログラムは、ゲームの中で行動を変容させる技術を用いており、複数の評価研究によって、予防効果が長期間継続することが検証されている。

依存症予防のためのピア教育も、学校の内外で実践されている。通常は、7年生以上の子どもをターゲットとしている。最近は、職業訓練中の若者を対象とする「予防ワーク (Prev@WORK)」というプログラムが開発された。このプログラムは、薬物使用行動の反対行動の奨励を目的としており、現在、7州で実施されている。ほかに、11歳から14歳の中学生を対象とする「アンプラグド (Unplugged)」や15歳から25歳をターゲットとした自己決定重視の「リバウンド (REBOUND)」などが実施されている。「家族の紐帯」は、子育て技術の強化を目的とする介入のプログラムであり、「強い親―強い子 (Strong Parents-Strong Children)」は、家族の保護機能の形成について親を支援し、子どもの基本的な生活技術を強化するプログラムである。「親との会話 (Elterntalk)」は、バイエル州の35地域で行われており、子育て技術の補強に焦点を当てたプログラムである。多くの予防活動は、スポーツクラブのような余暇活動において、子どもや若者向けに実施されている。

インターネット相談、余暇活動への介入、電話相談、少数民族・移民・ハイリスク家族等に対象を特化した「選別的予防」プログラムも行われている。「家族治療～薬物使用青年とその家族～」は、薬物を使用している子どもや青年を対象とし、その家族を支援するプログラムであり、家族間のコミュニケーションを再構築し、青少年の薬物乱用の早期の制止と介入を可能にしようとするプログラムである。

「フレッド (FReD)」は、ネット上で公開されている選別的予防プログ

ラムであり、ハイ・リスクの子どもや若者にターゲットを合わせたプログラムである。行動障がいのある児童や青年、依存症の家族をもつ子どもたちにインターネットを通じてアプローチしようとするプログラムであり、他の欧州共同体加盟国でも実施されている。

「トランポリン (Trampolin)」は、依存症家族をもつ14歳から25歳の大麻使用者の断薬・減薬のために開発されたプログラムであり、2005年以来、フランクフルト・アム・マインで、大麻使用学生にケース・マネージメントとカウンセリングを提供している。これは、治療と相談をメインとした予防プログラムである。¹⁸「緑のリスト予防 (対策) (Green List Prevention)」は、ドイツの予防プログラムの中でも、刮目すべき成果を上げていると評価されている。¹⁹

(3) ハイ・リスク薬物使用

EMCDDAは、かつては、薬物の問題使用を「麻薬、大麻および／または覚せい剤の注射使用 (injecting drug use : IDU) または長期間もしくは定期的使用」と定義していた。したがって、エクスタシーやカナビスは、問題使用の範疇に含まれていなかった。しかし、2012年、新たに「ハイ・リスク薬物使用 (high-risk drug use)」という定義を採用した。新たな定義は、「問題使用 (problem drug use)」を対象としており、これまでと比べると広い概念であり、従来より、多くの危険物質、多様な使用方法を含むものとなっている。²⁰

18 大麻乱用者に対する効果的なオンライン・カウンセリング・プログラムと評価されている。www.quit-the-shit.net

19 予防政策については下記のサイトを参照。www.gruene-liste-praevention.de

20 「ハイ・リスク薬物使用」は、「精神興奮物質 (アルコール、煙草およびカフェインを除く。) を使用方法および／または最近12か月の使用状況によって測定するための治療的概念である。これに対して、「問題薬物使用」は、「対象者 (依存症その他の健康上、心理学的または社会的な諸問題をもつ人) に対して現実に有害状況 (多様な消極的效果) をもたらし、または、対象者を上記の有害状況の

危険性の高いオピオイド系薬物使用者（麻薬使用者）の人口比は、ドイツでは、警察情報（2012年）、薬物関連死亡（2012年）および治療（2011年）に関するデータを用いて、複合的・総合的に推計されている。試算によれば麻薬使用者は、ドイツ全体で6万2,000人から20万3,000人であり、15歳から64歳人口1000人比1.1人から3.8人の範囲にあり、若干増加傾向にある。増加の原因は、主として、代替薬物治療患者の増加である。²¹

(4) 治療の提供

治療人口データは、いくつかの全国統計によって収集することができる。²²2012年のドイツの治療需用は、外来センター977施設、入院センター218施設、敷居の低い受入機関（low-threshold agency）65施設および 刑事施設の治療ユニット 30 箇所である。

全国治療統計によれば、2012年に薬物特定治療を受けた患者の受診記録総数は7万6,323件である。その内の1万7,265件は、新規受診者である。新規受診者の55 %は大麻、17 %は覚せい剤、16 %は麻薬等のオピオイド系薬物、6 %はコカインの使用であった。全治療患者中、主たる薬物が麻薬等である患者は40 %であり、次いで大麻34 %、覚せい剤13 %およびコカイン6 %である。

全治療間者中、オピオイド系の3分の1以上が注射摂取であり、コカイン使用者の19 %も注射であった。注射使用の割合は、新規受診患者の間では比較的低水準であった。

被害者となる高度の蓋然性または危険性のある状況に置く現在の薬物使用」などの薬物関連情報に焦点を当てるキーワードである。

21 2011年治療データからの推計によれば、麻薬、コカイン、覚せい剤などの使用経験者は、22万9,000人から27万2,000人であり、15歳から64歳の人口1000人比で4.25人から5.0人である。

22 「ドイツ重要統計要覧」の「依存症治療ドキュメント」項目から抽出されてEMCDDAの「治療需用指標（Treatment Demand Indicator：TDI）」報告書に提出されたものである。ただし、両データには若干違いがある。

複数の物質を同時または連続して使用している多薬剤使用 (polydrug use) もいる。2012年には全患者の30 %が25歳未満、新規患者の47 %が25歳未満であった。男子と女子の比率は4対1であり、これは新規受診患者も全受診患者もほぼ同じであった。

(5) 薬物関連感染症

「ロベルト・コッホ研究所 (Robert Koch-Institut : RKI)」²³のヒト免疫不全症ウイルス (human immunodeficiency virus : HIV) および後天性免疫不全症候群 (acquired immune deficiency syndrome : AIDS) 研究部は、全国規模で、HIV および肝炎ウイルス (hepatitis virus : HV) の感染症データを収集している。ドイツのすべての医療・研究機関は、1987年以降、HIVに関する抗体検査の結果を匿名化して同研究所に報告することが義務付けられている。

同研究所によれば、2012年に新たにHIVと診断された患者の4.0 %²⁴が注射感染者である。2000年には新規のHIV診断者の12.4 %が注射感染者であったから減少傾向にある。²⁵2008年から2010年に実施されたHIV事案研究によれば、近年、HIVと認定された事案の割合は他の感染ルートと比べ、注射感染者の割合が高くなっている。2012年のHIV患者中、麻薬等の注射感染者の外来治療患者は464人、これは全体の3 %である。

2012年の統計によれば、新たにB型肝炎 (hepatitis B virus : HBV) と診断された患者は、人口10万人比0.8人であり、わずかに減少傾向にある。²⁶C型肝炎 (hepatitis C virus : HCV) と診断された患者は、人口10万人比6.1人であり、減少している。²⁷C型肝炎については、注射感染が全感染者の17

23 ロベルト・コッホ研究所については下記のサイトを参照。www.rki.de/

24 実数では2,954人である。ただし、感染ルートが判明しているものは77 %である。

25 2007年6.3 %、2008年5.0 %、2009年3.5 %、2010年3.7 %、2011年4.0 %である。

26 B型肝炎は、2008年1.0人、2009年0.9人、2010年0.9人、2011年1.0人である。

27 C型肝炎は、2008年7.5人、2009年6.6人、2010年6.5人、2011年6.1人である。た

%を占めており、第1位であるが、B型肝炎では第3位である。麻薬等オピオイド系薬物治療の外来患者でB型肝炎またはC型肝炎の感染者は、それぞれ8%および51%である。

(6) 薬物使用者に起因する死亡および健康障害

薬物に起因する死亡は、2つの全国規模の統計システムに登録されている。²⁸2012年のデータによれば、違法薬物の使用に起因する死亡者は944人である。2011年と比較して減少しており、1988年以来、最も少ない数字である。平均年齢は37歳、その大部分は男性である。麻薬等オピオイド系薬物またはこれと他の物質との併用による死者は616人である。死亡事中、麻薬単独使用による死亡は177件、他の薬物との併用死亡は250件であった。一般死亡統計によれば、2011年には1,076人が薬物に起因して亡くなっている。同統計も、薬物起因死亡件数の減少傾向を示している。15歳から64歳の成人における薬物起因死亡率は、2012年の全ドイツで人口100万人比16.8人、この比率は欧州全体平均の17.1人とほぼ同じである。

(7) 治療への対応

ドイツでの薬物治療の実施責任は、州と地方自治体にある。使用可能な治療は、接触拠点と相談サービスから集中治療まで多様である。集中治療には、専門入院施設における治療とオピオイド系代替物質の提供（opioid substitution treatment：OST）を組み合わせた治療や長期の社会復帰・再

だし、C型肝炎の感染データの厳密な時系列的比較は、現在の調査システムでは不可能である。

28 「連邦犯罪捜査局（Bundeskriminalamt：BKA）」の警察統計と「連邦統計局（Statistisches Bundesamt）」の一般死亡統計である。薬物に起因する死亡は、各州の警察当局が収集したデータが連邦犯罪捜査局に報告されている。「薬物関連死の指標に関するデータ収集・特性報告のための基準プロトコール（DRD-Standard）・第3版」については、EMCDDAの「定義と勧告（definitions and recommendations）」のサイト参照。

統合処遇を選択できる処遇プログラムなどがある。物質依存者用ガイドラインは、麻薬等オピオイド系薬物依存治療と大麻、コカイン、覚せい剤、エクスタシー、ハルシオン等乱用の心理学的・行動科学的諸問題に適用可能である。治療の財政的基盤は、州、年金基金運用機関、地方自治体、コミュニティ、教会、民間団体、民間企業など多くのアクターによって提供されている。

約1,300の接触拠点と心理社会的相談センター、300の精神医療クリニック、320の精神科外来、800の統合（社会復帰）支援機関、500の24時間外来治療機関および320の入院治療施設がある。2012年現在、2,731人の代替薬物治療認定医がいる。

例外的に違法薬物に特化した治療ユニットもあるが、ほとんどの治療は、依存症一般を対象とする治療センターや病院で実施されている。代替薬物治療は、通常健康保険制度の下で提供されている。薬物依存問題は、外来カウンセリング・センターによって処遇されており、主として心理社会的ケアと精神療法が提供されている。このセンターでは、伝統的に、心理社会的治療は提供を重視してきたが、最近では、あらゆる形式の治療が、センター自身、または依存症医療の専門的資格を有する臨床家と協働して、提供されている。

依存症治療精神医学施設は、薬物依存治療の第2柱である。幅広いサービスが、入院、外来およびデイ・ケアの施設において提供されている。そこでの治療には、敷居の低い接触拠点、薬物治療認定医による解毒、危機介入、依存症複合治療、再統合計画立案などが含まれる。解毒は、治療共同体（therapeutic community：TC）においても実施されている。統合やアフター・ケアの段階では、雇用、住居および社会への再統合に関連する多様なサービスが提供されている。

メサドンは、1992年に代替薬（substitute）として導入された。患者の大部分は、維持治療にメサドンを用いている。ブプレノロフィン、（龍法 '15）47 - 4, 174（858）

2000年、代替薬治療として導入された。麻薬回復支援処遇（heroin-assisted treatment）のモデル・プロジェクトは、2003年に始まり、2006年に正式に認可された。2009年と2010年には関連法令が議会を通過し、この療法が一般的臨床治療となった。現在、麻薬代替薬物治療においては、メサドン、ブプレノルフィンのいずれの代替薬物についても、専門医だけでなく、一般医でも、自らの判断で処方することができる。²⁹

2002年以来、代替薬物治療に関する情報は、代替薬物の重複処方を回避し、特殊治療の質的水準の遵守を監督するために代替薬物登録機関に登録されている。2012年には約7万6,000人の患者が代替治療を受けた。そのうちの5万9,264人はメサドン（または、レヴォメサドン）、1万5,008人がブプレノルフィンである。代替薬物治療でコデイン（codeine）、ディヒドロコデイン（dihydrocodeine）およびディアモルフィン（diamorphine）が使われることも稀にある。³⁰代替薬物治療の実施状況は、州ごとに多様である。旧東の諸州でこの治療を受けている患者は、わずか3%にすぎず、認定医も5%にすぎない。これに対して、大都市においては、専門医および認定医が不足状態にある。

代替薬物治療受診患者は、2010年7万1,507人（麻薬46.1%；コカイン6.0%；大麻33.6%；コカイン等8.6%）、2011年7万5,532人（麻薬44.3%；コカイン5.9%；大麻33.0%；コカイン等11.0%）、2012年7万6,323人（麻薬40%；コカイン6%；大麻34%；コカイン等13%）で、全体としては若干増加傾向にある（6.7%増）。薬物別では、麻薬が40%、大麻が33%を超えている。

新規受診患者数は、2010年1万5,961人（麻薬19.1%；コカイン6.8%；大麻

29 麻薬代替薬物の導入は、1992年にメサドン療法（methadone：MMT）、2000年にブプレノルフィン療法（buprenorphine：HDBT）、2003年にヘロイン回復援助処遇（heroin assisted treatment）がそれぞれ導入された。現在は、緩和離脱モルヒネ（slow-release morphine）やブプレノルフィン／ネロクソン併用療法（Buprenorphine／naloxone combination）も使用可能である。

30 代替薬物治療患者全体のそれぞれ0.1%、0.2%および0.7%にすぎない。

57.9%；コカイン等12.6%）、2011年2万0,519人（麻薬19.2%；コカイン6.2%；大麻54.2%；コカイン等15.2%）、2012年2万0,979人（麻薬16%；コカイン6%；大麻55%；コカイン等17%）であり、その増加は急である（31.4%増）。

注目すべきは、薬物別では、麻薬は20%未満、大麻の割合が50%を超えていることである。新規受診者の数は、麻薬が比較的安定しているのに対して、大麻は増えている。全受診者と新規受診者を比べてみると、麻薬は新規の割合が少なく、大麻は新規の割合が多いことから、受診期間は麻薬の方が長期であると推測される。代替薬物治療は、入院または外来の一般医療、心理社会的介入、断薬、代替薬物・継続治療など、ほぼすべての患者に適用可能である。

麻薬代替薬物治療患者数は、2010年7万7,400人（メサドン62,462人；ブプレノルフィン14,396人）、2011年7万6,200人（61,112人；14,630人）、2012年7万5,400人（59,566人；15,080人）で、安定している。

(8) ハーム・リダクションへの対応

ハーム・リダクションは、ドイツの薬物戦略の4つの柱のひとつである。ハーム・リダクションの主たる目標は、「死亡と健康障害（mortality and morbidity）」を減退させることである。この10年間、「敷居の低い測定システム（a system of low-threshold measure）」が構築され、重要な機能を営んでいる。とりわけ、都市部においてはこの傾向が強い。

注射針・注射器交換プログラムは、1984年以来、全国規模で行われている。最近の調査によれば、ドイツは、世界でも最も多くの注射針・注射器自動販売機が設置されている国である。すなわち、全国16州中10州に167機の自動販売機が設置されている。注射針・注射器プログラムを刑事施設で実施しているところも1箇所ある。ただし、注射器配件数に関する全国規模のデータは収集されていない。

薬物支援センターが設置され、センターは、薬物使用者との接点として

機能すると同時に、救急状況においては、心理社会的および医療的支援を提供している。また、多くのセンターでは、出前のサービスを提供している。全国横断的組織「安全利用者たち (safer-use initiatives)」の最近の調査によれば、都市および自治体の4分の1以上に少なくとも1箇所の注射器提供場所（自動販売機またはその他の施設）がある。

連邦法に準拠した州法が制定されれば、薬物使用室 (drug consumption room) を開設することができる。16州のすべてでこの措置が講じられている。全国には23箇所の薬物使用室があり、ベルリンには薬物使用自動車が配備されている。全国に約300の敷居の低いサービス (low-threshold services) とカウンセリングの拠点 (counselling facilities) があり、そのほとんどは、公的資金によって財政的裏付けが与えられている。

(9) 薬物市場と薬物事犯

ドイツへの違法薬物の輸出先は、主にアフガニスタンなどの南西アジアであり、主要な薬物は麻薬である。2012年にドイツで押収されたコカインのほとんどは南米産であり、航空郵便もしくは航空小包または船舶で密輸されたものである。オランダやチェコも、小規模であるが、覚せい剤およびその類似薬剤を生産し、国外に輸出している。大麻は、そのほとんどがドイツ国内で栽培されており、2012年には809 箇所の栽培場が搜索を受けた。大麻は、モロッコからも輸入されている。

大麻は、ドイツで最も頻繁に押収される薬物である。搜索の頻度と押収量は、年ごとでさまざまである。2012年は、押収物の種類では樹脂とハーブが増加した。押収量は2006年以来最も少なかった。³¹メサンアンフェタミンの押収量は2010年の3倍に増加したが、³²それ以外の覚せい剤は若干減少

31 2012年の大麻草の押収量は、9万7,829kgであった。麻薬の押収量は、2009年758 kg、2010年474 kg、2011年498 kg、2012年242 kgと減少し続けている。

32 メサンアンフェタミンの押収量は、2010年26.8 kg、2011年40 kg、2012年75 kg

した³³。コカイン押収量は、2009年以来最少であった。エクスタシーとアンフェタミンも、前年に比して減少した。³⁴2012年にはアンフェタミン、メサンアンフェタミン、MDMA、GHBなどを製造している24の工場が搜索された。しかし、1箇所の例外を除きすべてがきわめて小規模な工場で、製造者は特定の個人の依頼を受けて製造しているにすぎなかった。

2012年には23万7,150件の薬物犯罪が認知されており、2010年および2011年より増加している。その約3分の2が大麻関連であり、これにアンフェタミンが続いている。全薬物事犯の73%が麻酔薬物の規制関連法の不法所持罪または譲渡罪・販布罪である。

(10) 薬物法制

1981年7月28日に制定された『麻酔薬物取引法 (Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln: BtMG)』(以下「麻酔薬物法」という。)³⁵は、麻酔物質のリスト、正当化の枠組みとその手続、処罰規定、刑事および行政責任ならびに薬事犯に対する代替処分などを規定している。ドイツでは薬物の自己使用は犯罪ではない(非犯罪化)。薬物の不正所持は犯罪であるが、所持量が微量である場合には、訴追を回避するための多様な法的手段が存在する(非刑罰化)。起訴の可否を決定するための重要な基準は、当該薬物の量と種類、共犯関係、犯罪歴、公訴提起の利益などである。ほとんどの州では、大麻の「少量」所持に対しては麻酔薬物法の適用を自制している。麻薬、コカイン、アンフェタミンおよびエクスタシーの「少量所持」も州法で非刑罰化している州もある。連邦法上、メサンアンフェタミンは「昂奮性薬物」に指定され、5gを超える所持は「非少量」として起訴される。

である。

33 アンフェタミンは、2011年1,368 kgから1,121 kgに減少した。

34 コカイン押収量は1,258 kgであったが、これは2009年以来最少であった。エクスタシーは、2011年48万4,992錠から2012年には31万3,179錠へと減少した。

35 BGBl. I S. 681 ber. S. 1187.

この場合には「処罰に代わる治療の原則」に基づいて、被疑者が治療を望む場合には、一定の要件の下で不起訴または刑の免除をすることができる。³⁶

麻酔薬物の違法な提供、栽培および製造は、5年以下の自由刑に処することができる。一定の事由が存在する場合には自由刑を15年まで加重することができる。加重事由は、麻酔薬物の種類が「重要でない」という要件を充たさない場合のほか、成人が18歳未満の少年に麻酔薬物を提供した場合、麻酔薬物を「業として」輸入もしくは組織犯罪集団の構成員として行為した者、および一連の薬物関連犯罪をおかす際に武器を使用した場合である。

同法制定以降の注目すべき変化には、法的基礎として「処罰に代えた治療」（1981年）、「オピオイド系薬物処遇およびステロイド摂取用注射器の配布」（1992年）、「州法による薬物注射室の設置」（2000年）および「ディアモルファイン離脱代替薬物治療」（2009年）がある。³⁷2010年の追加規定によって、健康保険による代替薬物治療を可能にし、専門医の研修を奨励する規定が新設された。

2011年、麻酔薬物法は、大麻のランクを「一覧表 I (Schedule I)」から「一覧表 III」へと格下げした。同改正法によって、連邦薬物・医療機器研究所の臨床実験を経て、大麻を含有する代替薬剤の製造と処方認可された。2012年以降、上記麻酔薬物法の適用範囲が拡大され、所持量の上限も引き上げられた。³⁸同法は、向精神薬物依存のコントロールにも適用されることになった。³⁹

36 詳しくは、金尚均『ドラッグの刑事規制——薬物問題への新たな法的アプローチ』（日本評論社、2009年）を参照。

37 「ディアモルファイン離脱代替薬物治療法」は、2009年6月21日から施行され、ヘロインから薬学的に加工されたディアモルファインを、きわめて限定的な条件の下で、オピオイド系薬物の重度依存症の代替薬物として処方する治療法である。

38 メサリフェナイド (methyphenidate) の所持量の上限が変更され、新たにカナビス・エクストラクト (cannabis extract)、デクスアンフェタミン (dexamphetamine)、フルニトラゼパム (flunitrazepam) など数種の薬物が追加された。

39 欧州連合諸国の薬物関連法規については下記のサイトを参照。http://www.

(11) 薬物戦略

連邦薬物参事官（Commissioner）は、2010年3月、新たに「薬物・依存症政策に関する国家戦略」（以下「戦略」という。）を宣言し、2012年2月、連邦内閣はこれを採択した。その主たる目的は、個人が合法薬物（アルコール、煙草および精神昂揚薬物）の消費ならびに違法依存薬物の使用およびその関連依存行動（病的ギャンブル等）を回避または減少させることである。戦略の4つの柱は、予防政策、依存症克服を支援するためのカウンセリングと治療、ハーム・リダクション政策および抑止政策である。

戦略の射程は、依存性物質および使用嗜癖に焦点が当てられており、①アルコール、②煙草、③薬物依存症および薬物乱用への処方（prescription）、④病的ギャンブル、⑤オンラインあるいはメディアの依存症および⑥違法薬物の6つの領域においてそれぞれの戦略を実行するための目標と手段に及んでいる。⁴⁰

(12) 多機関の協働機制

連邦薬物参事官は、連邦健康省（BMG）に所属し、連邦政府の薬物政策および依存症対策との協働にも責任を負っている。薬物・依存症審議会は、連邦の薬物政策に協力し、その活動を評価する顧問会議である。審議会は、しかるべき運営機関と州部局の代表者たちを構成員とし、関連する機関、協力団体（association）、研究機関および自助グループを財政的に支援している。

州と自治体は、国の薬物政策の執行の大部分について責任を負っている。いくつかの州では、国の基本計画に加えて、州独自の優先政策リストを作成している。連邦政府と州政府は、会議やワーキンググループを通じ

emcdda.europa.eu/eldd

40 ドイツの薬物政策および依存症対策については下記のサイトを参照。

<http://www.emcdda.europa.eu/countries/national-drug-strategies/germany>

て協働している。

(13) 公的支出

合法および違法の物質依存だけでなく、病的ギャンブルその他の問題行動も対象とする「連邦薬物行動計画」について、連邦は直接的な予算をもっていない。連邦諸州の行動計画についての明示的関連予算項目もない。したがって、支出予算についての体系的監査も行われていない。多様な支出は、連邦各省や統計局の一般監査などの公式報告書で個別的に確認できるにすぎない。⁴¹

ある調査研究の試算によれば⁴²、2006年の薬物関連公的支出は、国内総生産（GDP）の0.23 %と0.26 %の間とされる。支出は、公共的な秩序と安全の領域が60 %以上、社会保障の領域は35 %未満、多機関協働は1 %にも満たない。⁴³

41 ドイツにおける薬物関連調査研究は、基礎および応用の分野のすべてに及んでいる。複数の学術的研究センターが存在し、助成金を得て調査研究を行っている。研究者コミュニティにおける情報交換は、研究者相互、ネットワークおよび専門企業によって大規模に組織化され、薬物領域に特化した会議や専門誌を通じて行われている。肯定的評価を得た実践例を普及させる臨床的なガイドラインや情報伝達も用いられている。EMCDDA への報告書は、多様な領域をカバーする包括的報告である。

42 Mostardt, S., S. Flöter, A. Neumann, J. Wasem and T. Pfeiffer-Gerschel (2010), 'Schätzung der Ausgaben der öffentlichen Hand durch den Konsum illegaler Drogen in Deutschland', *Das Gesundheitswesen* 73, pp. 886–894.

43 官公庁の公式統計において薬物関連予算は、項目化されていない。関連情報については、薬物関連として特定することができる項目と特定できない項目とがある。できない項目については、モデルリング・アプローチ (modelling approaches) を用いて試算せざるを得ない。上記の2つの項目の総額が薬物関連総支出ということになる。

なお、日本については、池上直己＝山内慶太＝湯尾高根「薬物乱用・依存によるマクロ的社会経済的損失に関する研究」（『平成12～14年度厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）・分担研究報告書』）は、1999年のデータを用いて、薬物の乱用・依存によって1年間に発生する経済的損失を推計している。その結果、①薬物乱用・依存は社会に多大な経済的損失を与えている。②直接費用の中

3. ニーダーザクセン薬物政策

～ハノーファー実態調査～

(1) ハノーファー薬物・注射針提供プログラム

～記憶を辿って～

2014年8月25日、薬物調査のためにハノーファーを訪問した。以前、警察・健康保健・司法関連の諸機関を訪問調査したことがあったので、今回は、まったくアポイントメントをとらず、記憶をたどって中央駅裏の簡易裁判所を臨む駐車場に設置された薬物依存症者イン・テイク・ポイントに行ってみることにした。

ここは、1995年に「90番」の注射針提供バスに出会った場所である。そのときには、行列の意味がよく理解できず、遠くから写真をとっただけだった。1998年に再び訪問したときには、バスは止まっておらず、付近にたたずんでいた男性にバスはどこへ行ったのかと聞いたところ、近くの小さなコンテナを教えてくれた。そこには数十名の入居者とコンテナへの行列ができていた。並んでいる人に聞くと、「お前も薬中か。こんなところに

では、「司法における費用」の割合が大きく、「医療費」よりも大きい。司法における費用の中では「警察」の占める割合が大きい。③総費用全体でみると、間接費用の占める割合が大きいたことが明らかになった。これらを踏まえ、2002年度費用推計を行なった。日本における薬物乱用・依存による社会経済的損失は、約2,068億円であった。これは国民1人当たり1,632円で、国内総生産の0.04%に相当する。直接費用（1,328億円）の中では、「司法における費用」が56%、次いで「医療費」が41%を占めていた。「司法における費用」の中では「矯正施設」の占める割合が66%で、一方、「警察」の占める割合は25%であった。また、「医療費」のうちHCVの医療費が89%を占めていた。間接費用（739億円）の中では、「罹病による費用」が92%、「死亡による費用」が8%であった。詳しくは、石塚伸一編著『日本版ドラッグ・コート——処罰から治療へ』（日本評論社、2007年）「薬物対策のコスト・ベネフィット～厳罰か？治療か？それとも回復支援か？～」236～242頁参照。

来ていると俺みたいになるぞ」といわれた。何人かにインタビューしてコンテナの側まで行ったが、荒れた雰囲気だったので、カフェ・コネクション (Caffee Conection) と呼ばれているこの施設の紹介パンフレットを貰って帰ってきた。その後、知人の警察学校教官に薬物のディーラーたちが客待ちをしている最も危険といわれる区画を案内してもらったとき、中央駅裏のたまり場のことを聞くと「あそこは危ないから、近付くな」といわれた。その後、ハノーファーを訪れる機会があるといこの場所の存在を確認していた。

ゲッティンゲンを9:00に出発し、10:30にハノーファーに着いた。カフェ・コネクションをめざしてやってきたのであるが、記憶の場所に件(くだん)の施設はなかった。足に怪我をし、松葉杖をついた男性に「この付近に注射針を配っているところがあるか」と聞くと、「自分は行ったことはないが」と前置きして、一筋向こうにカフェ・コネクションという場所があると教えてくれた。それ以外にも、フィックス・プンクト (Fix punkt) という薬物相談ステーションがあるという。

指示にしたがって中央駅と簡易裁判所の間の路地に行くと、目的のカフェ・コネクションがあった。

(2) カフェ・コネクション⁴⁴

業務時間は、月曜日から金曜日の9:30 から 14:00まで。業務時間外の相談には予約が必要である。所定の約束を守ることが相談の条件となっている。約束には「暴力を振るわない。薬物の取り引きをしない。薬物を他人に譲り渡さない。そして、この部屋では薬物を使用しない」などがある。

事務所の中に入ると注射針の提供と相談の最中であつた。受付けに行き

44 カフェ・コネクションは、フェルルーダー通り12番地 (Fernroder Straße 1252 30012 Hannover；電話番号0511 (33) 60412；Fax番号0511 (34) 81214；E-Mail: Connection@step-hannover.de)。窓口担当者は、クリス・グリーシュ (Chris Gliesch) である。

大柄な黒いTシャツと耳のピアスが特徴的な男性に話しかけた。ディーレマン (Dielemann) さんというスタッフであった。そこには「スタバ」の注文カウンターのような雰囲気、壁にはコーヒー、コーラなどのメニューが掛けられており、値段はすべて0.1ユーロである。

日本から来た研究者だと言ってインタビューをしたいというと、さすがに突然なので、他のスタッフと相談していた。今日は、午後も相談が入っているので、メールで予約をとってもらえないか。明後日なら時間が取れるとのことであった。

お金のない人は、飲み物はタダだそうである。小さなパンフレットを貰って、短時間であったが、業務の概略について話を聞いた。スタッフには回復者の人たちもいる。写真について聞くと、施設の写真好いだが、相談者は写さないでくれと言われた。ルールの遵守には厳しいようで、「時間外相談を受けるのであれば、予約を取るように」と隣の女性スタッフが不愉快そうな顔をしていた。今回は、調査旅行は時間が限られているので、次回は必ず予約を取ってくると約束した。ニーダーザクセンの薬物依存処遇は「ステップ (STEP)」という公益有限会社の傘下で運営されている。そこと連絡を取ると良いとも教えてもらった。⁴⁵フィックス・ブント⁴⁶の場所を教えてもらい失礼した。そこもアポなしで訪問したが、午後からの相談日なので、インタビューは予約を取ってほしいとのことであった。

【カフェ・コネクションの間診票】ここでのサービス内容は、その間診票に表れている。

あなたは、数回の個別面談以上のものを必要とし、より集中的な援助を

45 STEPの事務所は、グラッツァー通りにある (Grazer Straße 20 30519 Hannover、電話: (0511) 98931-0、Fax: (0511) 989 31-42; Eメール: info@step-hannover.de)。

46 フィックス・ブントは、ハンブルガー通りにある (Hamburger Alle 75)。

望んでいますか？ お望みなら、わたしたちは、予約さえとっていただければ、通常の営業時間外でも、長時間の面談ができます。

あなたは、現在、入院されていますか？ あなたの方からわたしたちを訪問する必要はありません。わたしたちの方が、取り決めにしたがって、あなたの病院を訪問することができます。

現在、代替薬物治療をしていますか？ 例外的ですが、わたしたちは、あなたが担当医の治療を受けながら、心理社会的支援を提供することもできます。

刑務所などの施設への道を選びますか？ それとも、薬物のない将来への道を選びますか？

わたしたちは、あなたに、薬物相談ステーション・ハノーファーやエイズ支援 (Aidshilfe)、あるいは、入寮施設や移行施設における継続的援助を提供します。このほかにも、断薬施設への入寮や病院での治療、あるいは州指定医による治療や代替薬物処遇などが受けられます。

あなたは、どのようなサービスを望まれますか？

(3) ステップ (STEP)

カフェ・コネクションなどの敷居の低い接触拠点は「公益有限会社 (Gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung : GmbH)」STEPの傘下にある。

STEPは、1971年、依存症者と少年のための支援者として、依存症の危険性のある児童、少年および成人、ならびにその家族に対して、外来、半入寮および入寮 (ambulant, teilstationär und stationär) の形式で回復を支援する組織として登記された。現在は、全ニーダーザクセン州に活動の拠点をもち、予防政策、カウンセリング、補導、処遇、治療、住居斡旋、入寮治療、事業活動、未成年者支援および教育の領域で緊密なネットワークを構築してい

る。⁴⁷

STEPは、ドイツの薬物問題の歴史とほぼ同じ長さの歴史を持っている。70年代初頭、ハノーファーとベニヒセン（Bennigsen）の小さな薬物相談所（Drogenberatungsstelle：Drobs）から始まった。その後、ドイツの依存症者回復支援の環境も、STEPも大きく変化した。まず、その事業の目標が、薬物依存者の持続的な断薬支援であることが明確化された。さらに、つぎつぎと外来施設を増やし、具体的治療サービスも提供するようになり、遂には、医学的治療を補完するまでになった。

1980年代半ば以降、当事者の権利に対する理解や配慮が進んだ。それまでの社会的支援においては、被援助者は、請求者にすぎなかったが、いまや、年金受給者として、多様な薬物関連業務の領域の主体として、自分たちはさまざまな権利の保有者であると宣言するに至っている。その経済的および具体的な要求は、増大し、かつ、多様化している。「医療的社会復帰センター（medizinische Reha-Zentren）」とそれに附設された治療共同体は、個人のニーズに応じた個別的・応差的治療を提供している。外来では、接触（Kontakt）、相談（Beratung）および介護（Vorsorgung）、入院では、断薬の支援とその他の処遇連携システムを構築し、敷居の低い援助と濃密な集中的援助とを効果的に結びつけ、機動力のある依存症者支援ネットワークを創り出している。

1990年代、STEPの事業は、法的な裏付けをもつ依存症者相談・処遇へと成長していった。組織の規模拡大と多様化によってSTEPの依存症者支援は、つねに変化する政治的・専門的ニーズに効果的に応えられるようになった。

2003年からは、比較的小規模な社会復帰施設と2つの依存症患者専門医療機関とを連動させる新たなプロジェクトを開始した。これによって、ひとつ傘の下で多様な依存症者を処遇することが可能になった。これらの専

47 STEPは、ニーダーザクセン州合同福祉同盟（Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Niedersachsen）の加盟団体である。

門医療機関と新たなるプロジェクトによって、将来を見据えた依存症者・少年支援活動を行なおうとしている。

しかし、変わっていない大切なポイントがある。すなわち、「人間に尊敬と尊厳をもって接すること。当事者に十分な配慮を払うこと。そして、社会的・経済的な生活を共有し、互いに支え合うときにも、当事者の自己決定権を尊重すること。これらは、STEPが最も大切にしている価値である」⁴⁸。

4. メサドン（代替薬物治療）・プロジェクト ～アスクレポス精神病院訪問調査～

(1) 古い教会建物の中へ

2014年8月26日（火）アスクレポリス精神病院を訪問した。

約束の16時の30分前くらいに病院に到着した。この精神病院は、かつてはニーダーザクセン州立であったが、財政削減の流れの中で民間病院に

48 www.step-hannover.de/startseite/die-step/ueber-step/

外来保護施設は、ハノーファーのほか、アルフェルト（Alfeld）、ハーメルン（Hamel）、ホルツミンデン（Holzminden）にある。少年専門の外来施設もある。面談施設としては、カフェ・コネクション（Café Connection）、カフェ・インコグニト（Café Inkognito）、ドロブス・ハノーファー（Drobs Hannover）、ドロブス・ハノーファー・ブリヴェンション、ドロブス・ハーメルン・ブリヴェンションがある。アルコール・薬物依存者専門外来としてはフィックスブックと（Fixpunkt）がある。

病院としては、クロンスベルグ（Kronsberg）クリニック、入寮施設としては、モビーレ・少年ワーク・ホルツミンデン（Mobile Jugendarbeit Holzminden）、シュタットハウス（需要と統合）、デリングセン城（Schloß Delligsen）、ゲストルフ城（Schloß Gestorf）、ゾンネンホーフ・フォルクゼン（Sonnenhof Völksen）、ステップ作業所プロジェクト、ステップ・カフェ、ステップ・キッズ、ステップ・ターゲットクリニック、ステップ治療学校、ステップ・借金相談、依存相談アルフェルト、依存相談バルジンゲンハウス、依存症・少年相談ホルツミンデン、移行施設パッハシュトラッセなどがある。

なった。建物は、古いルカ教会を改築したもので、中には博物館もある。「薬物依存棟」と書いてある棟があり、入り口で患者さんと思しき人たちが煙草を吸いながら歓談していたので、オフィスは何処かと聞くと、親切に案内してくれた。訪問先の医師の名前を言うと、その人は薬物外来の所属なので、本部棟の方に行くようにと教えられた。

敷地内は、落ち着いた佇まいで、緑も多く、ゆったりと時間が流れている。駐車場を移動して、別棟の外来棟を訪問した。対応者は、精神科医のリデュケ（Ludecke）さんであった。

(2) 代替薬物療法（Drug Substitution Treatment）

この外来は、主に物質依存症者にメサドン等の麻薬代替薬物を提供する治療を行っている。⁴⁹現在、約60人の患者さんが通院していて、最初は週1回、回数を次第に減らしていき、徐々に断薬していく。完全な新薬、すなわち、禁絶にはあまりこだわっていないよう思えた。

ドイツの乱用対象薬物は、麻薬とアルコールである。最近は、安価な覚せい剤やMDMAなどのデザイナーズ・ドラッグがポーランドなど東欧から密輸入され、流行っているという。

「ハーム・リダクション政策をどう思うか」と聞くと、彼女は、ハードな麻薬の依存・中毒者に対して、麻薬と注射針を提供し、マリファナなどのソフトな薬の自己使用を非犯罪化する施作がハーム・リダクション政策であると理解していた。ここでやっているのは麻酔薬物の代替薬物提供療法であって、ハーム・リダクションとは異なるとの見解であった。

49 メサドン（methadone）は、オピオイド系の合成鎮痛薬である。外科手術等に使用できる習慣性の低い鎮痛剤を開発していたドイツの科学者M・ボックミュール（Max Bockmühl）とG・エールハルト（Gustav Ehrhart）によって1937年に合成され、1941年に認可を得た。化学構造はモルヒネやヘロインと異なるが、オピオイド受容体に作用し、同等の効果を与える。化学的には、メサドンは最も単純な構造のオピオイドである。

代替薬物療法については、アルコールの呼気検査をして0.8%以上のアルコール濃度が検出されるとその日は代替薬物を処方しない。尿検査も行っていて、トイレで自分で尿を採る場合と職員等の立会いが付く場合とがある。陽性反応が出ると代替薬はもらえない。代替薬物は、メサドン⁵⁰ やブプレノルフィンなどである。

(3) メサドンの薬効

～緩やかに、そして長く～

メサドンは、代謝されるのが遅く非常に高い脂溶性を持つため、モルヒネ系の薬剤よりも持続時間が長い。⁵¹経口投与でも注射とほぼ同等の効果が得られる。ヘロインと同様にしばしば耐性と依存が生ずる。⁵²禁断症状は、モルヒネやヘロインに比べ緩慢で弱い。ヘロイン依存症者には、注射の回し打ちが行動様式に組み込まれていることが多いため、HIVやB型・C型の肝炎の感染率が高い。メサドンは経口服用できるので、感染症のリスクが低いことがメリットである。そのため、医師の治療計画に基づき、徐々に服用量を減らしてゆく「メサドン維持療法」が用いられ、ハーム・リダクションに効果的であるとの評価が定着している。

50 メサドンは、1947年に鎮痛薬としてアメリカ合衆国に導入され、麻薬中毒の治療に使われるようになった。持続時間の長さで低コストであることから、慢性痛の緩和抑にも用いられている。1月分のコストは、メサドンが20ドルであるのに対して、ペチジンなどで同等の鎮痛効果を得るには120ドル必要である。現在では多くの製薬会社がメサドンを製造・販売している。1960年代から1970年代には、依存症者の間ではドロフィンという商標名が使われていた。日本では長らくメサドンは販売されていなかった。しかし、2013年、癌疼痛治療剤である「メサベイン錠」がテルモ社から発売された。

51 メサドンの典型的半減期は、24から48時間であるから、ヘロインの解毒や維持療法の際には、1日1回の投与で足りることになる。

52 メサドンが脳のNMDA (Nメチル-Dアスパラギン酸) 受容体と親和性をもつことが明らかになった。NMDAがオピオイド拮抗物質のような活性を示すことによって、精神依存と耐性が制御されている可能性を指摘する研究者もいる。

このように適正に使用すれば、ヘロインへの欲求を減少させる効果がある。しかし、薬物中毒者の中には、ヘロインよりもメサドンから抜け出すことのほうが難しいと感じる者もいるという。

(4) 代替薬物治療の評価

リュデュケさんは、「代替薬物治療は効果をあげている」という。禁絶処分施設に収容するよりも社会の中で回復できることがよいという。依存症からの回復には時間が必要なので、施設に長く閉じ込めていると社会性がなくなってしまう。統計的にも、代替薬物療法を採り入れてから、麻薬の乱用者は減っている。薬物関連犯罪の発生件数も減っている。ヘロインは高価なため、依存症者は、薬物を入手するために1日約300ユーロ必要である。購入資金を入手するために財産犯罪をおかすケースも多かった。しかし、代替薬物が入手できるようになれば、金目当ての犯罪をおかさず済む。その結果、犯罪発生件数が減る。最近では、麻薬乱用者が減り、アルコール、大麻、MDMA、覚醒剤など、安価な薬物が若い人の間で流行っている。

薬物乱用者の間では肝炎を患っている人が多い。薬物乱用者の70～80%はウイルスの罹患患者であろう。日本のヤクザは、入れ墨のために肝炎ウイルスに感染しているそうだが、ドイツの入れ墨は清潔な環境で行われているので、肝炎とは無縁であるという。

近年、肝炎治療のためにインターフェロンが用いられるようになったが、1回10万円ぐらいするので、治療としてはかなり高コストだ。禁止薬物に手を出して、注射の回し打ちして、自己の責任で肝炎等に罹患した人に、高コストの治療を行うことには批判もある。

薬物依存症者には、いわゆる「重複障がい (double diagnosis)」を持っている人も少なくない。トラウマ、PTSD、鬱病、人格障害などであり、おそらくここに通う人の3分の1が重複障がいである。

自己流で薬剤を多数使用して意識障害を起こす人もいる。重要なのは、
(龍法 '15) 47 - 4, 190 (874)

社会関係を取り戻すことなので、ソーシャルワーカーなどの支援が不可欠である。長い時間をかけて徐々に治療していかなければならない。その意味では、社会生活を継続しながら長期間治療するメサドン療法は、社会関係の形成という意味でも有用である。禁絶施設収容処分⁵³のような比較的短期の集中的解毒療法は、社会への再統合という観点からは、あまり望ましいとはいえない。

(5) 入院治療と予後のケア

～ドイツにおける精神病院収容～

この病院には、74床の入院施設がある。解毒には3週間程度かかるので、この間は入院しなければならない。通院準備期間には6から8週間の「眼球運動による脱感作と再処理法（Eye Movement Desensitization and Reprocessing: EMDR）」⁵⁴を行っている。その効果については肯定的に評価されている。

53 【ドイツ刑法】は、自由剥奪を伴う刑事制裁として、刑罰と並んで処分を規定している。処分には、改善を目的とする処分と保安を目的とする処分とがあり、前者には精神病院（第63条）および禁絶施設（第64条）の2種類の収容処分、後者には保安監置（第66条）がある。

第63条は、「責任無能力（第20条）または限定責任能力（第21条）の状態で、違法行為をおこなった者が、行為者および行為を総合評価して、その精神状態が原因となって、将来、重大な違法行為をおこなうおそれがあり、その者が社会にとって危険であることが明らかとなった場合には、裁判所は、精神病院における収容を命じる」と規定する。また、第64条は、「①アルコール飲料またはその他の麻醉薬物を過度に摂取する性癖があり、その者が酩酊状態でおこなった行為またはその者の性癖を原因とする違法行為の故に、有罪判決を言渡され、または、その責任無能力が証明され、もしくは、責任無能力の疑いが排除できないという理由で有罪を言渡すことができない者について、その者が、その性癖が原因で、重大な違法行為をおこなうおそれがある場合には、裁判所は、禁絶施設における収容を命ずる。②判決時に禁絶治療の見込みがないと思われるときは、同命令はおこなわない」。

54 EMDRは、1989年にアメリカで臨床心理士のF・シャピロ（Francine Shapiro）が開発し、全世界で流行しているPTSD（心的外傷後ストレス障害）に対する心理療法で、精神科疾患、身体的症状の治療にも用いられている。EMDRは、適応的情報処理（AIP）モデルに基づいている。このモデルは、精神病理の多くは、トラウマ、または苦痛でいやな経験を、不適応的にコーディングされた、または、

自らの意志で入院治療を受ける者もあるが、強制的に入院させられている者もいる。この病院では、『精神病者法』に基づき、自傷他害のおそれの薬物乱用者を短期間に強制的に入院させ、解毒することがある。その場合の入院期間は、最長でも6週間である。また、麻酔薬物法は、特定の麻酔薬物を乱用している行為者が危険である場合に強制入院を認めており、この場合には6か月入院させることもできる。なお、これらは、刑法の禁絶施設収容所分とは異なり、犯罪をおかしている必要はない。この病院は、禁絶施設ではない。

ここで、ドイツにおける精神病院への強制収容について整理しておこう。法的には3つの形式がある。民事収容（『民法』第1906条および第1631b〔未成年者〕による保護的収容）、行政収容（公共の安全の危殆化を理由とする各州の『精神病者法』による収容）および刑事収容（『刑法』の保安処分による収容）である。

【民法による保護的収容（Fürsorgliche Unterbringung nach dem BGB）】
法的な世話（Betreuung）を必要とする精神病患者は、民法第1906条の枠組みにおいて、本人の意志に反しても、世話人または代理人の申請に基づき、精神病院に収容される。（民法第1906条第2項および第4項⁵⁵、家事手続法第312

不完全に処理されたことによって、経験を適切に統合する能力に障がいが生ずるとの仮説に基づいている。現在、数万人精神科医・臨床心理士等がこの方法のトレーニングを受けている。EMDRにおいては、眼球運動や他の両側性の刺激は大きな役割を果たし、脳を直接的に刺激し、脳が本来もっている情報処理のプロセスを活性化できるとされ、専門家が治療すれば、回復のプロセスを短期化することができると思われる。

55 民法第1906条〔収容に際しての世話裁判所（Betreuungsgericht）の許可〕①自由剥奪を伴う世話人による被世話人の収容は、以下の理由から、収容が被世話人の福祉のために必要である場合に限って、許されるものとする。すなわち、

1. 被世話人の精神病、または、精神的もしくは心理的障がいのために、被世話人が自死し、または重大な健康上の被害を受ける危険性が存在する場合、または、
2. 切迫した重大な健康上の被害を回避するために、健康状態の調査、治療措置

または医師の侵襲が必要であり、被世話人の収容なくしてはこれを実施することができず、かつ、被世話人が精神病または精神的もしくは心理的障がいに基づき収容の必要性が認識できず、かつ、上記の診察（Einsicht）では処置ができない場合である。

②世話裁判所がこれを許可する。許可のない場合は、危険状態の一時的回避（Aufschub）のために必要な場合に限って、収容することができる。この場合には、速やかに裁判所の追認を得なければならない。世話人は、収容の諸要件が欠ける場合には、収容を終了しなければならない。世話人は、収容の終了を裁判所に通知しなければならない。

③第1項第2号の医療的諸措置が、被世話人の自然的意志に反する場合には、世話人は、以下の場合にのみ、これに同意することができる。すなわち、

1. 被世話人が、精神病または精神的もしくは心理的障がいによって医療的諸措置の必要性を認識し、または、上記の診察にしたがって行動することができない場合、
2. すでに、被世話人にとって当該医療的諸措置が必要であるとの確信を得るための試みが行われていた場合、
3. 差し迫った重大な健康上の被害を回避するため、第1項による収容の枠組みにおける医療的諸措置が被世話人の福祉にとって必要である場合、
4. 重大な健康上の被害が、被世話人に期待できる他の措置では回避できない場合、および
5. 予期される医療的強制措置の実施が、予期される不利益に明らかに優越する場合である。

本法第1846条は、世話人が自らの義務の充足を妨げた場合にのみ回避することができる。

④（世話人による）医療的諸措置への同意は、世話裁判所の許可（Genehmigung）を必要とする。世話人は、医療的諸措置の諸要件を欠く場合には、その同意を取消さなければならない。世話人は、取消を世話裁判所に通知しなければならない。

⑤第1項および第2項は、強制収容されることなしに、入院施設（Anstalt）、ハイム（Heim）またはその他の施設に滞在している被世話人が、医療機器、薬剤その他の方法で長期間または定期的に自由を剥奪すべき場合にこれを準用する。

⑥被代理人による収容および第3項および第4項による諸措置への代理人の同意は、書面によって委任がなされ、かつ、第1項、第3項および第4項に掲げられた諸措置に明示的に含まれていることを前提とする。その他、第1項ないし第4項はこれを準用する。

同法第1631条b〔自由剥奪を伴う収容〕「自由剥奪を伴う年少者の収容は、家庭裁判所の許可を必要とする。収容は、年少者の福祉のため、とりわけ、重大な自傷または他害のおそれを回避するために必要であり、かつ、当該危険が他の方法、そしてまた、他の公的支援では対処できない場合に許される。許可決定のない場合は、危険状態の一時的回避と結びついているときにのみ、施設に収容すること

条第1号)。⁵⁶これは、後見人にも適用される(同法第1906条第5項)。収容の要件は、生命または健康の重大な自己危険化(erhebliche Selbstgefährdung)が原因で、対象者自身に「自傷のおそれ(Eigengefährdung)」が生じていることである。その典型例は、自殺の危険である。⁵⁷

連邦憲法裁判所は、「人間の自由は、特に重大な理由がある場合にのみ抵触の許される高度の法益である(BVerfGE 45, 187 (223) 参照)。したがって、自由の制約は、常に、比例性原則による厳格な審査の下におかれなければならない」とし、収容の可否を判定する指標は、対象者に収容延長を許容せざるを得ないほどの危険性が存在するか否か、すなわち、「医師が対象者の自己または他人を害する危険性を証明できているか」である。⁵⁸

一般的には、人格の崩壊を伴うような統合失調症や「重篤な慢性の躁病の場合に」危険化が認められている。財産の危険化だけでは、収容を必要とするような危険は認められない。病気が原因で、誰の眼から見ても人間の尊厳が害されていると評価されるような極限状態にある場合は、基本法の保障する自由に重大な侵害があることを理由に収容が認められる可能性

ができる。この場合には、速やかに裁判所の追認を得なければならない。

56 世話の決定は、『家事事件および和解事件の手続に関する法律(Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit:FamFG)』(以下「家事手続法」という。)第319条にしたがって、裁判官が対象者を直接聴聞し、その補佐人の意見を求める§ 317方法について定められている。さらには、世話人は、決定に対する抗告等の不服申立ても、自らの権限で提起することができる(家事手続法第316条)。世話裁判所の収容の許可(民法第1906条第2項)は、世話人または代理人の申請に基づいて行われ、例外的に、世話人が不在またはその資格に欠ける場合には、世話裁判所が職権で決定することができる(同法第1846条)。しかし、上記の例外の場合には、同時に、世話人を指定しなければならない。ただし、世話人は、暫定的であっても妨げない。なお、未成年の収容の場合は、民法第1631条bにより、親(一方でも良い。)または後見人の申請により、家庭裁判所が決定する。

57 裁判所は、人格の崩壊を伴うほどの慢性的な統合失調や躁病を「重大な危険」をしている。精神病院に収容しなければ、適切な医療処置ができない場合にのみ、収容を許してると解される。

58 BVerfG, Beschluss vom 23. März 1998, Az. 2 BvR 2270/96.

もある。⁵⁹ただし、その場合にも比例性原則に配慮しなければならない。単に本人に実害が生ずる可能性だけでは不十分であり、蓋然性がなければならない。本人が他者を攻撃し、相手の反撃行為のために本人に危害が生ずる場合に自己の危殆化を認容した事例もある。⁶⁰本人の健康の危殆化も保護的収容の対象である。⁶¹

収容の審査に際しては、収容に代わる介護的・治療的な措置および収容によって生ずるであろう消極的影響の比較衡量が必要である。治療を目的として収容される場合には、個々の医療的措置に対する本人の同意能力が問題となる。本人が処遇と侵襲の程度を理解し、自らの意志で当該処遇に同意するかどうかを判断することが必要となる。もし、本人が当該処遇の意味を十分に理解することができないのであれば、収容の決定は個別の治療には及んでいないので、当該処遇を強制することは許されない。本人の意志に反するアルコール禁絶施設への収容治療のような、十分な効果を期待できない保護的収容も対象外である。

【精神病患者法による収容】 ドイツでは、すべての州が、公共の安全を危殆化するおそれがあるとされる精神病患者を強制的に精神病院に収容する

59 自らの排泄物の中で生活しているような状態がその例である。基本法第2条〔人格の自由、人身の自由〕は、「①何人も、他人の権利を侵害せず、かつ憲法的秩序または道徳律に違反しない限り、自らの人格の自由な発展を求める権利を有する。②何人も、生命に対する権利および身体を害されない権利を有する。人身の自由は不可侵である。これらの権利は、ただ法律の根拠に基づいてのみ、侵すことができる」と規定している。

60 他者に重大な損害を与える危険性がある場合は、公共の安全の危殆化として「精神病患者法 (Gesetzen für psychisch Kranke der einzelnen Bundesländer)」または刑法の改善・保安処分の対象となる。

61 具体例としては、精神病のために生命の維持に必要な投薬や栄養を拒否している場合、何の目的もない路上徘徊を定期的に行っている場合、病的な薬物・アルコール摂取からの断薬・断面が必要な場合などである。緊急的な保護措置の予後のための居住地の変更は収容の十分な根拠とはならない。

州法を制定している。⁶²これらは、一般に、「精神病者法 (Psychisch-Kranken-Gesetz)」または「収容法 (Unterbringungsgesetz)」と呼ばれている。

収容は、当該事案を管轄する簡易裁判所の決定に基づいて行われる。通例は、権限を有する行政機関、すなわち、自治体担当部局 (Kreisbehörde) や州審査委員会 (Landratsamt) が所管する。自治体では保健局職員 (Gesundheitsämter) が所管することが多い。

公共の安全の危殆化とは、他者の法益を危険にさらす場合 (他害) と本人の法益が危険にされられる場合 (自傷) とを含む概念である。しかし、

62 「精神病者の援助および保護措置に関するニーダーザクセン州法 (Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychische Kranke : NPsychKG)」1997年6月16日；最新全面改正は、2015年1月8日) は、精神病院の収容についてつぎのように規定している。

第14条〔収容の概念〕「①本法の意味における収容は、対象者が、その意志に反して、または意志能力のない状態において、本法第15条における適切な病院への収容を指示または継続して滞在する場合における収容をいう。②本法における収容は、前項の収容または滞在許可が本人のへの配慮を決定する権限を有する彼女もしくは彼 (本人) の同意なく、または、現に世話・介護を行ない、かつ、その任務領域に関して滞在の同意権限を有する関係者集団 (Aufgabenkreis) の同意なしに行われる場合の収容も含む」。

第16条〔収容の要件〕「対象者の収容は、本法律に基づき、本法第1条1号の意味における病気または障がいの原因で、自己又は他人に対して現在の重大な危険 (§ 2 Nr. 1 Buchst. b und c Nds. SOG) を生じ、かつ、その危険が、他の方法では回避できない場合に限りて収容することができる」。

第17条〔申請の必要性〕「①世話裁判所は、本法に基づく収容について、権限ある機関の申請に基づいて決定するものとする。未成年者の収容については、世話裁判所に代わって家庭裁判所が決定する。本項は、当該対象者が、第16条の諸要件を充足するか否かを確定するために、その健康状態の鑑定の準備のために収容されるべき場合にも、準用する。申請については、医学的鑑定書を添付するものとする。②前項第3文の医学的鑑定書を作成した医師は、その後の手続において、その行政手続に関与すべきではない。③本条第1項は、本法によって収容されるべきである場合、または、すでに収容されている対象者が、特殊な医療機器または薬剤その他の方法で、長期間または定期的に付加的な自由の制約を受けるべき場合についても準用する。この場合には、医療機関の長も、これを請求することができる」。

実際には他害ととは、身体の完全性や生命などの重要な法益を重大な危険性にさらず場合に限定されており、静謐の平穩（住居侵入）や軽微な財産侵害はこれに含まれない。

裁判所が迅速な対応ができない場合には、自治体等の判断で「危険が切迫している場合の暫定的収容」を行うことができる。多くの州では、裁判官に申請することができない場合には、保健局長がこの処分をすることができる。⁶³収容の際の「危険の急迫」は、精神科医によって診断される。対象者の抵抗が予想されるような場合には、警察官の支援を得ることができる。保健局は、管轄する簡易裁判所に当該措置を事後的に申請しなければならない。収容期限の満了までに裁判所の決定がない場合には、対象者は解放されなければならない。⁶⁴

すべての州法に共通の収容要件は、重篤な精神病が判定され、かつ、その病気が原因となって公共の安全に対する重大な危険が存在することである。重大な危険が生じて、怒り、欲求不満、報復心あるいは失望などが原因で配偶者や交際相手を殺害するおそれがあるような場合はこの要件を欠くことになる。この場合には、精神病が原因で公共の安全の危殆化が存在しているのではないからである。だからといって、警察は、このような場合に介入できない訳ではない。事案によっては、犯罪予防の観点か

63 『バイエルン精神病者収容とその世話に関する法律 (Gesetz über die Unterbringung psychischer Kranker und deren Betreuung in Bayern)』第10条第2項) など参照。

64 基本法第104条〔自由剥奪における法的保障〕「①人身の自由は、正規の法律の根拠に基づき、かつそこで規定された形式によってのみ、制限することができる。拘禁された者は、精神的にも肉体的にも、虐待されてはならない。②自由剥奪の許可および継続については、裁判官のみが決定するものとする。裁判官の命令に基づかない自由剥奪は、すべて遅滞なく裁判官の決定を求めなければならない。・・・④自由剥奪の命令または継続についての裁判官の決定はすべて、遅滞なく、被拘禁者の親族または被拘禁者の信頼している者に知らせなければならない」と規定している。

ら、警察監視 (Ingewahrsamnahme) が行われることがある。⁶⁵

【刑法による収容 (Strafrechtliche Unterbringung)】 可罰行為の時点で責任無能力 (刑法第20条) であり、精神病のために更に重大な可罰行為をおかすおそれがある場合には、刑法第63条による精神病院における収容を命ずることができる。この場合の自由剥奪は、刑事裁判所の判決に基づき処分の枠組みで行われる。刑事法的手続による収容は、まず、暫定的に刑事訴訟法第126条a⁶⁶の認定手続による決定が前置される。その他の場合には、この決定は、公判手続の終結の時点で、刑法第63条または第64条の要件の下で、権限ある地方裁判所の大法廷において決定される。この収容

65 他害のおそれのある性犯罪者・累犯者についての州法による保安監置については、下記を参照。拙稿「〔特集 保安処分化する刑事罰と責任論・刑罰論の課題〕ドイツにおける保安拘禁の近年の状況について：保安監置をめぐる内外の動向」(『刑法雑誌』第53巻1号、2013年) 34～70頁；同「ドイツの刑事政策2004年～事後的保安監置をめぐる動き～」(『龍谷法学』第37巻4号、2005年) 212～252頁；同『社会的法治国家と刑事立法政策－ドイツ統一と刑事政策学のゆくえ－』(信山社、1997年)；同「精神科医療と保安処分：ドイツの場合と日本の場合」(『法学セミナー』第563号) 36～40頁；拙稿「人間を大切に刑事政策を求めて～ノルウェー犯罪学の実験～」(『龍谷大学矯正・保護総合センター研究年報』第1号、2011年) 3～62頁所収など参照。

66 刑事訴訟法第126条aは、暫定収容の手続について以下のように規定している。「①被告人が、責任無能力または限定責任能力 (刑法第20条または第21条) の状態で違法行為を行なったこと、かつ同時に、同人に精神病院または禁絶施設における収容を命ずる差し迫った理由がある場合、裁判所は、公共の安全にとって必要なときには、収容令状によって、これらの施設への暫定的収容を命ずることができる。②暫定収容については、本法第114条ないし第115条a、第116条第3項および第4項、第117条ないし第119条a、第123条、第125条および第126条を準用する。第121条および第122条は、高等裁判所が、暫定収容の諸要件がなお存在するかどうかを審査する場合にこれを準用する。③暫定収容の諸要件がもはや存在しない場合、または裁判所が判決において精神病院または禁絶施設における収容を命じない場合においては、当該収容令状は取消すものとする。不服申立ての提起によって釈放を取消すことはできない。この場合には、第120条第3項を準用する。④被収容者が、その法定代理人または民法第1906条第5項の後見人を有する場合には、本条第1項ないし第3項による決定は、これを通知するものとする」。

は、危険な常習累犯者を隔離する保安監置（刑法第66条）とは区別される。

【その他の収容】 『麻酔薬物法』⁶⁷は、刑の執行を停止し、同法第35条により州の認定する指定医療機関で適切な処遇をすることを認めている。⁶⁸

67 同法は、1929年12月10日制定にドイツ帝国法律として制定された『アヘン法（Opiumgesetzes）』（RGBl. I S. 215）の改正法として、1971年12月24日（BGBl. I S. 2092）に制定され、若干の編成上の修正の後、麻酔薬物の流通に関する法律として、1972年1月10日に新たに公布された（BGBl. I S. 1）。1982年7月28日および1994年3月1日には新たに編成されている。

68 『麻酔薬物法』第35条〔刑の執行停止（Zurückstellung der Strafvollstreckung）〕は、「①2年以下の自由刑を宣告された者が、その判決理由から、または、新たな事実認定によって、行為が麻酔薬物の依存によって行なわれたことが明らかになった場合には、執行機関は、第1審裁判所の同意を得て、全刑、残刑または禁絶処分⁶⁹の執行を最長2年間停止する。その間、当該確定者は、その依存性を理由として、自らの社会復帰に資する処遇を発見し、または、その執行を承諾し、もしくは、その開始を保証されることができる。州が施設への収容が、依存症の処遇または新たな依存性の排除に資すると認定し、施設への収容が妥当と判定した場合には上記の措置をすることができる。

②第1審裁判所による同意の拒否に対しては、当該執行機関は、刑事訴訟法第3編第2章による不服申立をすることができる。有罪確定者は、上記の同意の拒否については、裁判所構成法施行法第23条ないしは第30条による執行機関による不同意とともに提起することができる。高等裁判所は、上記の不服申立について同意の拒否についても決定する。また、自ら同意することもできる。

③第1項は、次の各号の場合において適用する。

1. 2年以下の刑（Gesamtfreiheitsstrafe）が宣告されている場合、または
2. 2年を超える刑が宣告されたが、自由刑の残刑または全刑期が2年を超えない場合で、かつ、判決の可罰行為の重要な部分について、第1項要件は十分な意味を充たしている場合である。

④有罪確定者は、執行機関が認定した時点において、処遇の受入れと継続について証拠によって証明する義務がある。したがって、処遇を行なう個人または施設は、執行機関に対して、処遇の打ち切りを伝えるものとする。

⑤執行機関は、処遇が開始されず、または、継続されず、かつ、有罪確定者が当該処遇を速やかに開始し、もしくは、再び受け入れることが期待できない場合、または、有罪確定者が第4項に証明をすることができない場合には、執行の停止を取り消す。有罪確定者が、自らが処遇に参加していることを事後的に証拠を以て証明した場合には、取消しを撤回することができる。第1項の取消しは、新たな執行の停止を妨げない。

『行刑法』は、指定医療機関の枠組みを規定している。⁶⁹

(6) 民営化と精神科医療

現在、この病院では改善処分は執行されていない。処分は、モーリングェン（Moringen）の司法精神病院で執行されている。処分の執行が終了するとこの病院で保護観察者付で通院することもある。例外的ではあるが、精神病の治療のために長期にわたってこの施設に入院している患者もいる。そこには、複雑な歴史がある。

この病院は、かつて、ライネベルク州立精神病院だった。ところが、2007年に民営化の流れの中で私立病院となり、処分による収容はなくなった。現在も、当時の名残で保安監置者として収容されている人たちがいる。その区画はモーリングェン精神病院の支所ということになっている。今回も参観を希望したが、モーリングェンの所長の許可がいるということで参観できなかった。禁絶施設における収容では、期間が比較的短いので、禁絶、すなわち解毒しかできない。『麻酔薬物法』第35条による収容では、2年以内なら強制的に収容することができる。しかしここでは、3分の1は、代替薬物療法、残りの3分の2は解毒である。

⑥執行の停止は、次の各号の場合においても取り消す。すなわち、

1. 宣告刑の事後的な変更によって、第3項に拘束された第1項によりその執行がもはや停止されない場合、または、
2. 有罪確定者に対して宣告された、更なる自由刑、または、自由剥奪を伴う改善および保安の処分が執行される場合である。

⑦執行機関が執行停止を取消した場合は、自由刑の執行または禁絶施設での収容のため拘禁状を發布することができる。取消しに対しては、第1審裁判所の決定を付することができる。執行の継続は、裁判所の依頼によって妨げられない。刑事訴訟法第462条を準用する」。

69 『行刑法（StVollzG）』第136条〔精神病院への収容〕は、「①精神病院の被収容者の処遇は、医療的観点にしたがって設計する。②そこでの処遇は、できる限り、被収容者は、治療を受け、または、その状況に応じて、将来の危険性を除去するよう改善されるべきである。③被収容者に対しては、必要な監視、介護と支援が提供されるものとする」。

なお、アルコールの使用や所持は違法ではないが、依存性が強く止めるのは難しい。抗酒剤を処方している患者もいるが、本人の同意が必要である。抗酒剤を使うと、アルコールを摂取すると血圧が上がり、顔が真っ赤になり、吐き気がするなどの症状が出る。最長でも1年しか使えないので、その間にアルコール以外の楽しみを見つけて止めていってくれるといいのだが、そう簡単ではない。

鑑定は膨大な資料を読み、CTスキャンや血液検査等を総合的に判断する。多くの精神科医は鑑定を引き受けたがらない。鑑定人には、司法精神医学のトレーニングを受けた人と、依存症治療の臨床経験を積んだ人の二種類がいる。リュトゲさんは、後者だそうである。

感覚的ではあるが、依存症者の平均年齢について、アヘンは20歳から30歳、アルコールは30から40歳ぐらい、覚せい剤については、安価なので比較的若い学生や普通の主婦に拡がっている。身体の消耗が激しいことが特徴であるという。

5. カナビス（大麻）自己使用非犯罪化問題

～薬物政策に対する教授声明～

2014年9月1日（日）と2日（月）、今回の調査旅行の最後に、かつてのゲッティンゲンの仲間であるアウグスブルク大学のH・ローゼナウ（Henning Rosenau）教授を訪問し、薬物問題に関する聴き取り調査をした。そこでの主たる話題は、大麻の非犯罪化・非刑罰化に関する刑法学者声明であった。

(1) 刑法学者有志「連邦議会アンケート委員会設置を求める声明」

(2011年9月12日)

L・ボヴェリンガー (Lorenz Böllinger)⁷⁰は、2011年9月、「連邦議会アンケート委員会設置を求める声明」を起案し、刑事学者の有志に賛同を求めた。⁷¹ 2013年11月26日現在、122人の刑法学者が署名し、「新裁判官連盟 (Neue Richtervereinigung)」「裁判官および検察官連盟 (Richterinnen und Richtern sowie Staatsanwältinnen und Staatsanwälte e.V.)」⁷²も賛同している。下記は、声明の概要である。⁷³

A. 「麻酔薬物法」の実効性の再検討の必要性

われわれは、立法者が特定の薬物の犯罪化に伴う意図せざる有害な副作用および効果に注目することを要望する。われわれは、連邦議会、とりわけ、アンケート委員会 (Enquête-Kommission) に対し、標記のテーマに関し、憲法律に依拠して、刑法および刑事政策の普遍的・科学的根拠に基

70 L・ボーリンガーは、1944年7月13日、バード・フルードリッヒスハレに生まれた。ブレーメン大学刑法・刑事学の名誉教授である。フランクフルト・アム・マイン大学で法学および心理学を学んだ。法律家、心理学学士および精神分析家。最初は弁護士として活動し、引き続いて、ドルトムント高等専門学校およびフランクフルト・アム・マイン高等専門学で教員を務めた後、1982年ブレーメン大学教授就任した。

研究の重点は、薬物犯罪（その後、性犯罪および暴力犯罪）であり、「ブレーメン薬物研究所 (Bremer Institut für Drogenforschung)」の指導的研究者だった。活動の重点は、司法心理学および犯罪者処遇である。薬物政策に関しては「自由化 (Liberalisierung)」を提唱し、ドイツの現在の薬物政策を厳しく批判している。「薬物禁止を批判する専門家ネットワーク (Schildower Kreis)」の主要メンバーであり、連邦議会への請願を起案し、今回のアンケート委員会では大麻自己使用の可罰性の再検討を求めた。「人道主義組合 (Humanistische Union)、の主要メンバーであり、監視社会を批判する情報保護デモ「怒りではなく自由を (Freiheit statt Angst)」の正式支援者でもある。2014年11月には、大麻自己使用の処罰を比例性原則に違反すると主張している。

71 正式名称は、「連邦議会アンケート委員会設置提案：テーマ（仮）『現行薬物刑法において期待すべきおよび意図すべき諸効果』 (Einrichtung einer Enquête-Kommission des Bundestages zum (vorläufigen) Thema „Erwünschte und unbeabsichtigte Folgen des geltenden Drogenstrafrechts“)』という声明である。

72 同連盟については、下記のサイトを参照。www.nrv-net.de

73 声明は、下記のサイトで参照することができる。www.schildower-kreis.de/ (龍法 '15) 47・4, 202 (886)

づく諸原理に配慮することを求める。すなわち、刑法学的視点から、および、経験的実証研究の成果に基づき、麻酔薬物法による刑法的規制には、差し迫った必然性、適合性、必要性および規範的な相当性が存在するか否かを再審査し、その結果に依拠して、必要であれば、全面改正を主導すべきである。

議員諸氏の中には、われわれの今回の行動を不適切、あるいは、成功の望みのないものと思われるかもしれない。たしかに、連邦憲法裁判所は、1994年、いわゆる「カナビス判決 (Cannabis-Entscheidung)」(BVerfGE 90, 145)において、原則として、現行『麻酔薬物法』が憲法適合的であると判示した。しかし、われわれの視点からすれば、判決から17年を経て、いま、このテーマを新たに中立的な法政策的課題とすることには十分な理由がある。一方で、現在、世界的規模で、刑法による薬物との闘争の効果に疑問が提起されている。他方で、厳罰政策には「犯罪化現象 (犯罪を創出し、あるいは増加する機能)」があることも明らかになりつつある。議員諸氏は、この犯罪化の副作用にも配慮すべきである。例えば、アフガニスタン内外でのタリバン (Taliban) によるテロ活動の資金源は、ヘロインやハッシシの闇市場から得られる利益である。また、メキシコでは「薬物との戦争 (War on Drugs)」において数千人の死者が出ている。これは、闇市場の法外な利益をめぐるカルテル間の闘争の帰結である。

闇市場、極度に膨れ上がった世界規模の「影の経済」は、多くの関連犯罪を産み出し、世界金融市場と国民経済に対しても圧倒的な悪影響を与えている。闇世界で横行している送金システム (例 ハワラ (Hawala)・システム) を見れば分かるように、資金洗浄に対する政府の統制は、現実にはほとんど機能していない。多くの実証研究にとって、従来の違法な薬物および医療薬物・アルコールによる危険行為 (危殆化) については、秩序罰や行政制裁、あるいは、少年に対する保護処分による保健上の規制による解決の方がより効果的である、ということは共通認識になっている。

われわれの行動のいまひとつの契機となったのは、従来違法とされていた禁止薬物を自由化し、入手を容易にし、あるいは直接配布するダイバージョン政策の試行実験（例 オランダ、スイス、スペイン、ポルトガルなど）から明らかになったように、薬物使用の蔓延から脱するにはこの政策（ハーム・リダクション）が効果的であるという事実である。このほか、従来、薬物問題については厳罰主義による統制を推進してきたアメリカ合衆国の政策環境が大きく変化したことも影響している。2009年12月10日、大統領官邸に薬物政策の失敗を調査するための委員会を設置し、YouTubeに、全米の大学教授・警察幹部の声明が公表された。カリフォルニアでは、同年11月2日実施されたカナビスの自由化に関する世論調査や『カリフォルニア・プロポジション19 (Proposition 19)』によって医療用大麻の処方量上限の引き上げ——この政策は、すでに16の州で実施されていた。——が実施された。オクラホマ州政府も、「薬物との戦争」のパラダイムを健康政策戦略へと転換している。連邦議会のアンケートと委員会の設置の必要性、すなわち、立法者には、現行麻酔薬物法が憲法の普遍的原則である「比例性原則」に従って法を見直し、そして、社会的現実と科学的認識の明確な変化に適切に対応する義務があること、は明らかである。

B. テーゼおよびその理由

〔テーゼ〕「刑法による薬物禁止 (prohibition) は、すでに頓挫しており、むしろ社会的に有害であり、かつ非経済的である。」

〔理由1〕国は、薬物禁止によって、薬物の使用可能性および純化のコントロールを放棄している。

薬物禁止に効果はない。むしろ、抑圧的薬物政策は、新たな問題を産み出している。薬物使用者の圧倒的多数は、規範的生活を営んでいる。自立

した生活を営む薬物使用者は、その多くが社会に統合されている。問題のある薬物使用者は、援助が必要である。刑事訴追は、彼らにとって、そして、他のすべての人たちにとって消極的な効果のみをもたらす。

〔理由2〕 禁止の目的は、体系性に欠けている。

特定の薬物の禁止は、薬物の有害な使用を回避するためものである。ところが、現実には、その禁止は、本来の目標を達成していない。このことは、すべての科学的に有為な調査研究の明らかにしているところである。さらには、国連（UNO）によるこの10年間の薬物と闘うプログラムの評価は、2008年にある結論に達した。たしかに、禁止は、若干の人を威嚇する。しかし、啓蒙にとっては有害であり、同時に、自らの意志で禁欲の生活をしたと思わない人たちにとって、また、健康と社会にとって、有害な効果を劇的に増大させている。「全制施設（total institution）」や刑罰施設では、薬物使用を回避することはできない。

〔理由3〕 禁止は社会にとって有害である。

- ・ 禁止は、組織犯罪と闇市場を助長する。
- ・ 禁止は、市民の諸権利を制約し、かつ、法治国家を腐敗させる。闇カルテルやマフィアの巨大な権力集中によって、市民社会が頓挫する危険性を増大させる。薬物の闇市場からの莫大な利益によって刺激を受けた、薬物カルテル同士の闘争が生じ、それに対する反作用として、警察の準軍隊化（Quasi-Militarisierung）と軍隊の準警察化が生ずることになる。これによって、国家の基本構造が浸食されることになる。
- ・ 禁止は、栽培国（生産国）と中継国（通過国）に壊滅的な影響を与える。
- ・ 禁止は、必要とされる医療的配慮を妨げる。

〔理由4〕 禁止は、あまりにコスト高である。

- ・市民は、薬代を調達するための犯罪（Beschaffungskriminalität）の被害者となっている。
- ・毎年、刑事訴追のために数10億ユーロの支出をしている。これを予防政策と健康への配慮で代替することも十分可能である。
- ・国は、合法であれば徴収できるはずの税金の徴収を放棄している。

〔理由5〕 禁止は、消費者にとって有害である。

- ・薬物使用者は、差別され、刑事訴追され、犯罪歴が付くことになる。「被害者なき」統制犯罪は、訴追が犯罪を産み出す可能性がある——そのため、下層階級や移民にとって不利益な訴追となる可能性がある——。
- ・薬物使用者や少年の保護にはならない。危険な形態の使用が誘発され、消費者は危険な病気に罹患する（例 エイズ、C型肝炎など）。
- ・普通の少年の成長過程の体験行動が犯罪化され、そして、大人の薬物使用方法の修得を困難にする。若者は、長期間、薬物乱用者のレッテルを貼られ、生活の機会を制約されることになる。

C. 結論（Fazit）

国家が薬物政策によって、市民に有害な効果をもたらすことは許されない。したがって、薬物政策の功罪についての偏りのない科学的検証が必要である。

われわれは、刑事法研究者として、刑法理論の諸原則を遵守し、刑法は国家による社会統制の「最後の手段（*ultima ratio*）」であるという、謙抑性の原則に対して責任をもっている。

かくして、われわれは、ドイツ連邦議会議員諸氏に対し、所属会派に隷属することなく、自らの個人的責任を自覚するよう求める。

行動グループ代表

L・ボエーリンガー教授

(2) バイエルンの薬物政策

2014年6月30日付の『南ドイツ新聞 (Süddeutsche)』誌上に「バイエルンの薬物政策～全面犯罪化～」という記名記事が掲載された。⁷⁴

「バイエルンでは、他州では裁判所に持ち込まれることのない問題がすべて訴追されている。自由国家バイエルンは、少量の大麻の自己使用についても厳しく処罰している。他方で、現在、刑法学者たちは、このような厳罰主義の薬物政策の再考を求めている」。⁷⁵

【事実の概要】 2010年8月25日、〔仮名〕A・ドライヤー (Alexander Dreyer) は、夜中の1時ころ、自転車でミュンヘンのカール・マルクス通りを走っていた。彼は、2人の警察官に呼び止められた。なぜなら、彼は、怪しげな香りに包まれていたからである。彼は、マリファナを使用していた。職務質問を受けたドライヤーは、友だちと一緒に「マリファナ煙草 (Joint)」を吸ったが、それは自分のものではなかったと答えた。

これを聞いた検察官は、被疑者がすでに廃棄してしまった吸引物質が何かを確かめるために、任意の薬物検査を求めた。たしかに、被疑者はマリファナを吸っていたが、自分自身でマリファナ煙草を入手し、回し吸いしたのかどうかは薬物検査では明らかにならない。しかし、友だちに貰って吸ったのか、それとも、自分で購入して吸ったのかには決定的な違いがあ

74 <http://www.sueddeutsche.de/thema/webservices>参照

75 このY・ブール (Yannik Buhl) の記名記事には、H・ローゼナウ教授のインタビューが掲載されている。

<http://www.sueddeutsche.de/bayern/drogenpolitik-in-bayern-kein-pardon-fuer-kiffer-1.2022173>

る。なぜなら、ドイツでは、マリファナの単純自己使用は不処罰であるが、所持は可罰的だからである。

警察官は、この点について、疑いを入れない程度の（zweifelsfrei）証明ができなかったにもかかわらず、被疑者は正当な理由のない麻酔薬物の所持を理由に起訴されることになった。警察官は、被疑者がマリファナ煙草をどのように廃棄したのかも現認していなかった。この被告人は、薬物使用の被疑事実で、何度も裁判所の世話になっていたため、検察官は、少量の薬物使用者（Kleinkiffer）に3月の自由刑の実刑判決を求めた。実際、被告人は、マリファナ煙草を自分で購入しても、栽培していなかった。

マリファナが問題となる事案で、バイエルンがこれを免責することはない。少量の使用罪であっても、自己使用目的の大麻草小規模栽培（Mini-Anbauer）でも莫大な労力を投入して必ず訴追する。ドライヤー事件から明らかになるのは、裁判官と検察官が、いかにいい加減な判断をし、杜撰な捜査をしているかである。「目配りの利いたサービスは何かという問題（eine Frage der Kulanz und des Augenmaßes）」よりも法的問題の処理の方が重要だと考えられているのである。

【大麻自己使用～紙袋の中の危険～】

大麻は、いわゆる「ソフト・ドラッグ」であり、一定程度までの使用であれば、社会的に容認されているともいえる。しかし、最近の研究には、マリファナ吸引の危険性を指摘するものもある。

「ベルリン警察は、単なるマリファナ吸引を摘発することはない」と本件の弁護士A・シュヴァルツァー（Andreas Schwarzer）は言う。これに対して、バイエルンでは「すべての局面を犯罪化」する。すでに大麻の自己使用の禁止は、かつてのアメリカにおける禁酒法のように基本的に頓挫しているといえる。「訴追に代えて罰金刑を導入する方が意味があるのではないであろうか」と同弁護士は言う。裁判官や検察官は、「たしかに、バ

イエレンは、他の州とは違い、少量の使用の訴追のために多額の金を支払っている。しかし、この訴追への支出は高くもなければ、無駄でもない」と言う。

【薬物政策再考の要請】 このような状況に対して、100名以上のドイツの刑法学者が、1年半前、連邦議会に対して、薬物政策の再考を求める請願を行った。署名者の中にはバイエルン州の大学で研究・教育に従事する教授たちもいる。

H・ローゼナウは、アウグスブルク大学の教授である。彼は、厳格な薬物政策について、「われわれは、法益が侵害されているかどうか、常に検証しなければならない。法益侵害が見出せないなら、刑法は、その法的基礎を欠くことになる」と述べている。問題は、つぎのように定式化することができる。すなわち、「大麻の自己使用を厳罰化し、これを訴追することによって、誰が保護されるのか。それは、国民だろうか。それとも、マリファナ吸引者であろうか」。ローゼナウによれば、「重要なのは本人の健康である。カナビスより、アルコールの方が、健康に対して脅威であるというのは言い置きであろう。しかし、マリファナ煙草に手を出すか否かは、最終的には自己決定である」。軽微なカナビス犯罪の訴追は「自傷犯罪 (selbst gemachte Kriminalität)」の処罰である。

大麻合法化をめぐる論議は、しばしば、アルコールとパラレルに議論される。オクトーバー・フェストでは、毎年100万人がアルコールを飲む。それも、まったく合法的に。バイエルンの元首相G・ベックスタイン (Günther Beckstein) は、それも悪くないと考えている。「もし、2杯 (2リットル) のビールを飲むのに6、7時間かけるのであれば、その人は、まだ十分自動車を運転できる」と2008年のインタビューで述べている。元首相は、禁酒法を支持しなかった。「わたしたちは、禁酒法類似の措置を用いることなく、自己責任によってアルコールと付き合うべきである。す

すべての成人は、自らの責任において、自らの意志で決定することができるからである」。この主張は、今日でもなお、多くの人に支持されている。

【バイエルンの薬物政策～それは、機能していない～】 たしかに、大麻の自己使用は、自己責任といえるかもしれない。これに対して、「麻薬の自己使用は、わたしたちの社会において容認された行動ではない」とローゼナウは言う。これに対して、「今日、マリファナについては、多くの若者がそれを試し吸いしている」のが現実である。ローゼナウは、マリファナの購入と所持を不処罰にすることを提案している。刑法によって薬物の自己使用と闘おうとすることは、正しい方法ではない。なぜなら、「それは、そう単純には機能しない」からである。

しかしながら、全ドイツでバイエルン州だけは、少量の薬物使用に対しても厳しく対処している。州犯罪統計局のデータは、この政策が上手くいっていないことを示唆している。すなわち、2012年、約22,000件の麻酔薬物統制法違反事件が認知されている。この認知件数の中には、少量の麻薬所持も含まれている——ただし、譲渡または輸入はこれには含まれていない——。軽微事案には、約14,000件の大麻事案があった。2011年もその数は、ほぼ同様であった。したがって、大麻所持による訴追は、軽微な麻酔薬物統制法違反事件の3分の2を構成している。もちろん、検察官の起訴件数についても同様のことがいえるのであり、厳罰政策が単純には機能しないことを示している。

【大麻の合法化に踏み出すか？】 レーゲンスブルク大学刑法・刑事学教授H=E・ミュラー（Henning Ernst Müller）も、連邦議会への請願声明に署名した。ミュラーによれば「刑事訴追の経費はきわめて高額であり、それは、最終的に警察と裁判所の人件費と結びついている」と言う。しかし、州の薬物政策は変わっていない。公式的には、威嚇戦略は依然として

放棄されていない。

「現実を目を向ければ、司法は、望まざることであるが、薬物の闇市場を維持し、組織犯罪を支援することになっている」。ミュラーは、改革を要求する。それは、大麻の合法的配給である。「もし、この改革が実施されれば、ドイツ政府は、これまで以上の税金を徴収することができるようになる」。

【ミュンヘンにおけるデモ行進～麻薬使用者たちの小さな抵抗 「お前たちには想像できないだろう。——俺たちには大切なものなんだ」】
ミュンヘンで150人が大麻の合法化を求めてデモ行進をした。その中には、バイエルン党の党員もいた。その男は、国民の希望に応えることを支持する2500人の署名を集めていた。

しかし、薬物政策革命は、成功しなかった。バイエルンの司法や政治は、これまでの厳罰政策を擁護した。司法省は、「違法な依存物質の領域における厳罰主義は、薬物との闘争における守るべき重要な柱である」と宣言した。「大麻の少量使用については、麻酔薬物統制法によって保護されるべき領域として、バイエルンが責任を持って確保する」と述べている。しかし、刑事訴追機関による厳格かつ強気の措置について語ることはない。

ミュンヘン地方検察庁広報官 T・シュタインクラウス=コッホ (Thomas Steinkraus-Koch) は、「麻酔薬物規制法が適用され、しかるべき可罰行為は訴追されなければならない」。「訴追について成果を上げていない他の諸州との比較は、バイエルンには当てはまらない」。「われわれは、正しいと考えたことを行っているものであり、他州でどのようになされているのかに関心はない」という。

【証拠による証明の困難性】 マリファナを吸引して自転車に乗ってい

た前述の被告人 A・ドライバーは、結局、裁判所で無罪を言渡された。被告人が、マリファナ煙草を所持者していたことは立証できなかった。検察庁は、無罪判決に対して「証拠による証明が妨害された」と非難し、有罪判決を求めて控訴した。控訴審においては、一緒にマリファナ煙草を吸引したとされる友人が証人と呼ばれ、マリファナ煙草は、自分が所持していたものであると証言すれば、検察庁は控訴を取下げるであろう。

【H・ローゼナウのコメント】 大麻吸引は、危険な遊びである。H・ローゼナウは、現状の変更には余り大きな期待を抱いていない。「ドイツは、隣国（オランダなど）とは異なり、過度に進歩的な法政策を簡単には導入しない」と言う。何らかの変化をもたらすためには、政治家が、大麻使用の合法化を強く支持する研究者の意見を聞き入れて、真摯に議論しなければならない。

「議会の常連席に座っているのはそんな人物ではない。その支持を得ることは、難しいであろう。」
(ヤニス・ブル記)

むすびにかえて

(1) 調査の所見

EMCDDAの13項目の評価によれば、ドイツの薬物事情とその政策は、つぎのようにまとめることができよう。

①薬物乱用の状況は、一般人口・若年人口ともに加盟国全体の中位に位置する。②予防政策と③ハイ・リスク薬物使用については、オピオイド系麻薬のようなハード・ドラッグ使用者も少なくないが、近年、大麻が若者を中心に蔓延しているので、その常用が深刻な問題である。④公的機関を中心に多様な処遇・治療方法が提供されている。⑤麻薬注射の回し射ちによるHIVや肝炎への感染症については、主として注射針・注射器の配布によって対応している。⑥薬物に起因する死亡は年間1000人未満で減少傾向

にあるが、人口比では欧州連盟の平均レベルである。⑦比較的早期にメサドン等代替薬物治療を導入し、次第にこれを拡大し、現在は政府の監督下、適用は安定しており、専門家の評価は良好である。⑧大麻の自己使用の合法化のようなハーム・リダクション政策（自己使用・単純所持の非犯罪化・非刑罰化）については、州ごとに対応が異なる。⑨中東や東欧からの密輸によって薬物の闇市場が形成され、莫大な資金が流通し、テロリズムやマフィアの資金源となっているので、輸入には厳しく対応している。⑩薬物関連法制は、『麻酔薬物法』を中心とする処罰と健康保険・公衆衛生関連法規を中心とする医療・福祉との二本立てで構成されている。⑪薬物戦略は、予防政策、依存症回復支援のための拠点形成・カウンセリング・治療、ハーム・リダクション政策および抑止政策を4つの柱としている。基本的には厳罰政策と福祉支援の二面性をもっており、バイエルン州などは前者を強調し、ニーダーザクセン州は後者に力点を置いており、州ごとによりかなりの温度差がある。⑫多機関連携については、国と地方の政府、公私の団体が協働体制を組んでいるが、これも地域ごとに格差がある。⑬公共支出については、包括的な公式データは存在しないが、取締りと処罰を中心とした司法領域への支出が大きな割合を占めている。

ニーダーザクセン調査から明らかになったように、刑事司法の枠組みの中では、禁絶施設収容処分のような治療が行われている。これは制度的には強制処分であるが、現場では本人の承諾と意志を尊重して実施されている。州立精神病院では強制措置による入院下での治療が行われている。本人や家族の同意に基づく治療も提供されている。代替薬物治療は、一定期間の施設収容の後に医療機関を中心に行われている。ドイツの薬物処遇では、医療関係者の役割がきわめて大きく、とりわけ、代替薬物療法ではこの傾向が強い。

バイエルン調査では、大麻自己使用のハーム・リダクションに関する情報を収集した。1960年代の刑法改正対案グループの活動に端を発する刑事

法学者たちの実践的政策提言は、現実の政策形成にも一定の影響を与えている。非犯罪化・非刑罰化という人道的でリベラルな刑事政策提案については、研究者や実務家の意見はまとまりやすい。現実の政策に対して沈黙を守ることを「賢慮？」とする日本の学界とは大きな違いである。

ハーム・リダクションについては保守的なバイエルンと進歩的なニーダーザクセンその他の州との違いが際立った。また、代替薬物治療については東西の格差が明らかとなった。いまだに財政的に貧しい旧東ドイツ地域の医療水準を反映したものと考えられる。薬物政策においては、地域社会を基盤とした処遇の視点がきわめて重要である。

(2) 残された課題

今回の調査では、ハノーファーのハーム・リダクション（注射針・代替薬物提供プロジェクト）、ゲッティンゲンのアスクレポス精神病院におけるメサドン療法（代替薬物提供プロジェクト）および大麻所持に関する刑法学者声明（大麻の非犯罪化・非刑罰化政策）について、聴取り調査を行った。

STEPの実践活動の詳細、禁絶施設や精神病院への強制入院の現状、先進的な非犯罪化政策の動向などについては、十分調査することができなかった。今後の課題である。

(3) 将来の展望

見るべきものをみて、話すべきことをはなせば、日本も、ドイツも、同じような問題を抱えており、知恵を出し合えば、より合理的な対策が考えられる。代替薬物や薬物のコントロール使用は、ときに日常生活の回復と社会関係の再構築につながる。日本の覚せい剤依存からの回復のための自助グループの四半世紀は、ドイツにとっても参考になるはずである。

わたしたちは、「日本版ドラッグ・コート構想」⁷⁶の発信に努めるとともに、ハーム・リダクション政策を実施している欧州連合諸国のから、学ぶべきものはまなぶという姿勢が必要であろう。⁷⁷良いものはよいのである。

【補論1】 ハーメルン少年施設・開放行刑ゲッティンゲン支所訪問調査⁷⁸

2014年8月21日（木）、ハーメルン少年施設および開放行刑のゲッティンゲン支所を参観した。

(1) ゲッティンゲン少年拘束施設 (Jugendarrestanstalt Göttingen)

ゲッティンゲン少年拘束施設は、ハーメルン少年施設 (Jugendanstalt Hameln) ゲッティンゲン支所の敷地内に在る。同所は、1996年に運営を開始した。2010年1月以降は、この支所の一区画となった。少年拘束の収容定員は20床で、そのうち8床が女性用である。すべての被拘束者に対して単独室が提供されている。被拘束者の年齢は14歳から21歳で、『ニーダーザクセン州の執行および収容要綱 (Vollstreckungs- und Einweisungsplan)』に従って収容された少年たちである。休日拘束 (Freizeitarrrest) および短期拘束 (Kurzarrrest) とならんで、長期拘束も執行されている。平均収容期間は10.5日であり、毎年、のべ1000人程度が身体拘束の執行を受けている。少年身体拘束 (Jugendarrest) は、刑罰ではなく、少年裁判所法の懲戒措置の (Zuchtmittel) のひとつである。その執行は、教育的に行われるべきとされている。同法は、「包括的な奨励と世話の提供 (ein

76 この構想については、石塚伸一編著『日本版ドラッグ・コート——処罰から治療へ——』（日本評論社、2007年）参照。

77 新たな構想については、石塚伸一編著『薬物政策への新たな挑戦——日本版ドラッグ・コートを越えて——』（日本評論社、2013年）参照。

78 ハーメルン少年施設および開放行刑ゲッティンゲンの住所は下までである。
Rosdorfer Weg 76, 37081 Göttingen。

umfangreiches Förder- und Betreuungsangebot)」を求めている。法令に準拠した教科または職業教育活動（同時進行で行われることもある。）のほか、依存症予防、進路相談、債務整理相談、暴力予防プログラム、犯罪に対する反省、健康促進・ボランティア活動（Gesundheitsförderung und Bewerbungstraining）などが提供されている。

(2) ハーメルン少年施設（Jugendanstalt Hameln）

本所であるハーメルン少年施設は、ハーメルン市の南に位置する総面積約20ヘクタール、定員533床の大規模閉鎖行刑施設（Hauptanstalt - Geschlossener Vollzug）である。本部棟は、施設の中央にあり、共同生活棟（Unterkunftsbereich）から作業場や運動場を分離している。本部棟には、管理・運営機能、学校、教誨、講堂、炊事、職業訓練用炊事場と並んで面会室なども設置され、この施設の中心施設になっている。

共同生活棟は、多様な居室棟からなっており、自由時間運動場を囲むように配置されている。生活棟にはそれぞれ8室からなる生活グループ区画がある。一階には、中央管理センター、行政部門、居室管理、教室・会議室があり、作業場や隔離室もある。

作業区画には、教室と生産工場を敷設している3つの工場がある。職業訓練のため職能に特化した施設設計になっており、職業学校や共同室も利用できるようになっている。運動場は、作業区画の敷地に直結しており、照明灯の設置されたグラウンドのほか、フットサル練習場、芝生運動場、ストリートバスケットボールができる球技場がある。2009年には、ビーチバレーの練習場が開設された。シャワーと更衣室の付いた体育館もある。

(3) ハーメルン開放行刑区画（Abteilung Offener Vollzug Hameln）

開放行刑区画は、ハーメルンの市街地にある。いわゆる「居住混合区画（Wohn-Mischgebiet）」として設置されている。定員は56床である。少年

たちは、互いに分離された9つの居住グループで生活している。それぞれの居住区には8つの部屋がある。ハウスの1階には入り口のたまり場、事務室、教室・会議室および安全配慮の拘禁室がある。スポーツ活動のため、小さな遊び場も付いている。

(4) ゲッティンゲン開放行刑区画 (Abteilung Öffener Jugendvollzug Göttingen)

ニーダーザクセン州司法執行組織改革 (Umstrukturierung) の枠組みでは、少年行刑を一つの施設に包括すべきとされている。ゲッティンゲン開放行刑施設は、97床の収容能力をもつハーメル少年施設の区画と位置づけられている。なお、ゲッティンゲン少年拘束施設もハーメル行刑施設の区画である。

(5) 所見

少年拘禁では、処遇といえるような処遇は、ほとんど行われていない。学校の欠席・怠学、夜間徘徊、家出などを諫め、真面目な生活を間接強制するための懲戒が目的である。たしかに、ショートで、シャープで、ショックな収容 (3S) と評価する論者もいる。しかし、一般に、少年非行や犯罪学の専門家は、概して批判的である。ここの施設長や教育職員も、決して肯定的ではなかった。

これとは対照的に、開放施設は、きわめて自由で、社会に近似した環境の中で、自律した生活習慣を身につけることを課題としている。街の教育機関や職業訓練所に通っている少年もいて、昼間はガランとしている。

薬物問題に関しては、定期的にカウンセラーや薬物教育の専門家が講演やワークショップを行っている。

【補論2】 ロスドルフ刑務所・保安監置施設参観⁷⁹

2014年8月26日（火）、ゲッティンゲン郊外のロスドルフ刑務所を参観した。

(1) 調査方法

案内してくれた保安職員のコラッサ（Kolassa）さんは、20年間、保安一筋でやってきた職員さんである。今回の、ロスドルフ刑務所新設計画には、建設段階から関わっている。フェンスと壁の二重構造は、ポーランド出身の建築家の設計によるもので、拘禁確保と同時に、拘禁感を和らげる役目も果たしている。

キュルト（Kurth）さんは、ハンブルク大学で法律を学び、一次・二次の司法試験に合格した完全な法律家（Volljurist）である。ドイツの司法執行施設では、いくつかの例外を除けば、幹部3名は法律家である。司法試験合格後、ニーダーザクセン州に公務員として採用され司法執行施設に、9年間勤務している。前述のカフェ・コネクションに隣接するハノーファー簡易裁判所で研修したそうだが、皮肉なことだが、地裁・簡裁で有罪判決を受けた薬物乱用者が、カフェ・コネクションと裁判所との間を行き来するのを何度も見たという。

(2) 収容区分

この司法執行施設は、既決の受刑者、未決の被勾留者、保安監置施設の収容者を収容している。

未決被収容者と既決被収容者は厳格に区別されている。アインベック（Einbeck）とトゥーダーシュタット（Duderstadt）にそれぞれ支所がある。

79 ロスドルフ司法執行施設（Justizvollzugsanstalt Rodorf）の住所か下記である。
Am Gorsen Sielce 8, 37124 Rosdorf.

これらの支所は、元は簡易裁判所の拘置所だったが、現在は開放区画として、釈放前教育として利用している。

本所の収容定員は401名。当日の被収容者は259人で収容率は64.6%である。内訳は未決84人、受刑者70人、保安監置68人。アインベクとドゥーダーシュタットに約30名の受刑者がいる。

1990年代に過剰収容であったドイツの司法執行施設も、最近は若干余裕が出てきている。開放処遇には多くの人員配置が必要なので、開放処遇にも力を入れることができるようになった。

ヘッセン州のフュンフェルト（Hünfeld）にドイツ最初の半民営刑務所があるが、ニーダーザクセン州でもブレーフォルダー（Bremeivorder）に民営刑務所が開設された。日本にも同じように半民営化の社会復帰支援センターが山口県的美祢市や島根県の旭町にある。刑務所の民営化政策は、当初、100%収容を前提に長期財政コストを試算したが、実際には収容率が低いために、コスト面では当初予定ほど有利とはいえない。

〔施設環境〕未決被収容者の個室を見せてもらった。居室は10平米弱。ベット、トイレ、洗面台付きで、ケーブルテレビがある。基本設定では3局しか観られないが、自費でチャンネル増設の契約ができる。

共同室は、余暇時間に使われている。サッカーゲーム、大型テレビ、ダーツ、台所などがあつた。自弁で食材を購入し、調理することができる。同じ棟の被収容者と共同で食事を調理している人たちもいる。

〔作業〕ほとんどの被収容者には作業義務が課されている。賃金制ではないが、労働の内容に応じて一定の報償が与えられる。多い被収容者で130ユーロ、平均は90ユーロ程度の報奨金をも貰っている。作業義務のない受刑者や未決被収容者も申し出れば作業をすることができる。報奨金は、最低賃金の100分の3以上とされている。働けない人は、1日11ユーロ程度の小遣い金を貰っている。年金を受給することもできるが、その場合には施設使用費用の一部を負担しなければならない。

(3) 面会・接見室

日本と同じ透明のパネルで仕切られた面会室もあるが、ほとんど使われていない。ここは物置になっていて、椅子が置いてあった。警察官や検察官が取調べをして調書を作成するための面会室（取調室）にはデスクトップ型のPCが設置されていた。弁護士との接見室にはテーブルと椅子が置かれていた。

一般面会室は大部屋で、3人ずつ6組が一度に面会できるようになっていた。面会は、原則として家族で1回に3人までである。自動販売機が置かれていて施設内だけで通用する施設内貨幣を10ユーロまで持ち込むことができるので、自動販売機で飲み物等を購入して、残りは施設内で使用することもできる。ほとんどの人は、ここで面会する。これとは別に家族面会用の子どもの遊具が設置されている部屋があった。おとな1人に対して子ども1人が原則だが、運用はそれほど厳格ではなく、遠くから来た家族については複数の面会も認めている。ともかく、家族との関係を切らないよう配慮されている。受刑者には、面会は最低月1回1時間が保証されている。

その横には、家族だけで立ち会いなしで5時間、一緒にいられる家族部屋があって——施設によっては「愛の部屋（Lieblingzimmer）」などと呼んでいるところもある——、大きなソファや調理器具、トイレなどが設置され、中から鍵が閉められるようになっている。プライバシー保護用のカーテンもある。ただし、この部屋での面会には事前の申し込みが必要である。受刑者が施設に申出て、許可を得られれば、これを面会者に連絡して、特定の日に面会が実現する。通常面会についても、原則として、申し込みが必要で、遠方の家族については2時間以上の面会が認められることもある。

〔運動場〕中庭は運動場で、80人程度が同時に運動できるようになっている。卓球台が1台置いてあった。この種の施設によくある大きなチェス

はなかった。後に参観した保安監置施設にはチェスがあった。伝統的なドイツの刑務所の中庭風景である。

長い通路を抜けると調理室とスーパーマーケットがあった。かなりの品揃えで、施設自慢のスーパーだそうだ。食事については、調理は職員が行っているが、配膳の補助は受刑者がやっている。前述のゲッティンゲン少年施設の食事もここで作って、配食している。司法関連施設が集まっているロストルフは、この地域の刑事施設の給食センター的役割も果たしている。

体育館には専門のトレーナーが5人もいる。アーノルド・シュワルツネッガータイプの金髪青い目の責任者は、アディダスの上下を着用していた。受刑者は、それぞれ個人用の黒のアディダスのスポーツシューズを給付されていた。教官室には数々の優勝カップが飾られていたが、これは職員の施設対抗戦の賞品とのことである。案内してくれた保安部長のコラッサさんは、柔道有段者（茶色の帯）だそうだ。ご多分に漏れず、サッカー、バレーボール、卓球などに人気があり、最近ではマラソンも流行っている。大会のときには施設の壁の外を職員と受刑者が一緒に走る風景を見ることができそうだ。外国人の受刑者も多いが、言葉ができなくても、スポーツは万国共通なので、スポーツを通じて社会関係が形成されるというメリットがあるという。

(4) 保安監置施設

ロストルフには、2013年6月、新たに保安監置施設が併設された。定員は48人。現在、31人が収容されている。担当のソーシャルワーカーが説明してくれた。

同所は、社会にとって危険な犯罪者を収容する保安監置施設ではあるが、欧州人権裁判所から刑務所と「格差」を設けることが求められたので、多様な治療プログラムが提供されている。しかし、いつ釈放されるか

分らない、いわば釈放の希望のない人たちの処遇は難しい。

絵画教室、ジグソーパズル、家模型・カレンダー・チェス等の制作など、施設側は、有り余る時間の過ごし方をいろいろと工夫をしている。大きなチェスのある中庭は整理され、花壇の手入れも行き届いている。被収容者の楽しみなのだろう。保安監置は、危険な行為者から社会を守るため、いわば、社会のために自由を拘束する処分なので、自らの罪を贖うために自由が拘束されている受刑者よりも、生活の自由度は高い。ここでの処遇も、義務的作業とは違って、すべて自由参加。強制することはできない。

保安監置では私服の着用が許されている。平均年齢も高く60歳を超える。長期の自由刑の執行を終わった後にここに収容されている人が多いので、すでに家族関係が破綻していて面会も少ない。ここが「終の住処（ついのすみか）」になる人もいる。

居室はすべて単独室で、中には車椅子対応の部屋もあった。この特別室は23平米、受刑者用の居室よりも広い。一般の保安監置収容者の居室の13平米と比べても格段広い。ベッド、テレビ、テーブル、上等な革製の二人掛けソファなどが配置されている。特段の自殺予防装置もなく、監視カメラもない。開設後間もないとはいえ逃走はない。

現在、ツェレの保安監置収容施設から被収容者が移送されてきている。

(5) 意見交換

職員の就業環境と被収容者の処遇について、担当の臨床心理士からお話を伺った。金髪碧眼、ピンクのブラウスに白いカーディガン、日本の矯正職員とは随分違ったカラフルな服装だ。刑務所の臨床心理士は、かつては人間相手の「自由な職業」だったが、最近はコンピュータの普及でデスクワークが多くなり、本来の意味での被収容者の処遇に当てられる時間が減ってきている。釈放前の特別処遇もあり、処遇効果のアセスメントなど

もするので、人員が足りない。

1人の臨床心理士に対する被収容者の数は、通常刑務所だと11人、保安監置だと7人、社会治療的処遇では3人である。比率が低いほど行き届いた処遇が可能になる。ソーシャルワーカーについては17.6人、保安監置では7人、社会治療的処遇だと3名である。医師については5名定員であるが、常勤は1名、通いが3名、歯科医が1名である。参観当日の職員数は232名。うち保安職員186名であった。

意見交換は、あちらも参考になったようである。ここには、終身自由刑や長期自由刑の受刑者が300人以上収容されている。保安監置施設では、目的や展望のない拘禁の難しさを痛感した。刑務所で10年以上服役した後、社会にとって危険だからという理由で予防拘禁される。そこには、時間の止まったような重い空気が流れている。手入れの行き届いた庭の風景がなお寂しい。車椅子仕様の単独室が虚しさを新たにさせる。居室に監視カメラを敷設していないので、自傷、自殺の虞を常に意識した人間的な処遇だけが砦である。

日本には130人の死刑確定者と1850人以上の無期受刑者がいる。ドイツにも約500人の保安装置収容者と約2000人の終身自由刑受刑者がいる。両国の刑事施設には、いつ釈放されるとも分らない収容者が2000人以上いることになる。

どんな人にも、季節の変化は訪れる。時間の止まったような空間に咲く花は、どこか寂しい。生きていることの証しなのか…。これが人生なのか…。それでも、やっぱり生きていてほしい。

【関連リンク一覧】

1. EMCDDAについては、下記のサイト参照。<http://www.emcdda.europa.eu>

同サイトには、①健康・社会統計 (Health and social responses statistics) ; ②処遇統計 (Treatment demand statistics) ; ③薬物問題年次報告 ; ④各国政府統計 ; ⑤国別報告書 (概況) ; ⑥薬物処遇対策 (Drug treatment responses) ; ⑦ インタビュー調査 ; ⑧処遇関連キーワード ; ⑨処遇システムの利用方法 ; ⑩処遇サービスなどについての情報が提供されている。

2. ドイツに関する外部情報サイトとしては、下記のものがある。

(1) 連邦外来依存症回復支援連盟 (Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe) <http://www.therapieplaetze.de>

(2) ドイツ依存症問題キーセッション (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen : DHS) <http://www.dhs.de>

(3) ドイツ依存症医療協会 Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin : DGS) <http://www.dgsuchtmedizin.de/suchtportal/>

(4) 依存症回復支援総連盟 (Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe : GVS) <http://www.sucht.org/aktuelles/>

などの組織がある。

〔追記〕 本報告は、文部科学省科学研究補助金・挑戦的萌芽的研究「薬物政策への新たな挑戦：ドラッグ・コートからハーム・リダクションへ」(代表・石塚伸一) および同補助金・新学術領域研究(研究領域提案型) 法と人間科学「犯罪者・非行少年処遇における人間科学的知見の活用に関する総合的研究」(代表・石塚伸一) の成果の一部である。