

# 薬物犯罪者の処遇

川  
本  
哲  
郎

- 一、はじめに
- 二、薬物乱用等の概念
- 三、薬物犯罪の現状
  - (1) 関連規定の概要
  - (2) 犯罪の現状
  - (3) 他の犯罪との関係
- 四、薬物犯罪者の処遇
  - (1) 診察
  - (2) 矯正施設
  - (3) 民間リハビリ施設―ダルク等の取り組み
  - (4) 更生保護

## 五、諸外国の処遇の現状

(1) イギリス

(2) その他の諸国

## 六、今後の課題

## 一、はじめに

我が国における薬物事犯の検挙者数は一九九五年以降急激に増加し、二〇〇四年の検挙人員は約一五〇〇〇人である。また、薬物に起因する犯罪の検挙人員も約一〇〇〇名に達しており、重大な問題となっている。さらに、薬物事犯に関しては、①青少年の薬物乱用の拡大・増加、②暴力団や外国人による事犯の多発、③携帯電話やインターネットを用いた密売、④脱法ドラッグなどの問題が指摘されている<sup>1)</sup>。たとえば、青少年については、熊本市で中学二年生の女子が合成麻薬を使用して逮捕されている（共同通信二〇〇五年三月二日）ほか、小樽市の高校の女子生徒が校内で大麻を売買したとして逮捕されているし（読売新聞二〇〇四年一〇月二日）、埼玉県では女子高校生に覚せい剤を販売した男性が逮捕されている（読売新聞二〇〇五年七月一六日）。また、違法な薬物使用は一般国民の間にも拡大している。最近の事例では、自衛官（共同通信二〇〇五年七月二八日）、保護司（読売新聞二〇〇五年七月二八日）、医師（同八月四日）、映画監督（同八月二五日）と枚挙に遑がない。暴力団については、二〇〇四年八月に、覚せい剤約三六キログラム（末端価格二二億六〇〇〇万円相当）を所持していた暴力団員が逮捕されている（読売新聞二〇〇四年八月二六日<sup>2)</sup>）。外国人に関しては、大麻樹脂約一六キログラム（末端価格約一億二八〇〇万円相当）を所

持していたネパール人や、愛知県で薬物の密売によって約二億二〇〇万円の収入を得ていたイラン人の例がある（読売新聞二〇〇五年八月一〇日、二四日）。ネット販売の例としては、三〇都道府県の一三五人に覚せい剤を販売して一〇〇〇万円の利益を上げた男性や、二八都道府県の二五〇人から約一七〇〇万円の入金を得たグループが逮捕されている（読売新聞二〇〇五年六月二日、七月一六日）。脱法ドラッグに関しては、厚生労働省が二〇〇五年二月に「脱法ドラッグ対策のあり方に関する検討会」を設置し、その提言を踏まえて、法改正が検討されている。<sup>(3)</sup>

政府も、内閣総理大臣を本部長とする「薬物乱用対策推進本部」を一九九七年に設置し、二〇〇三年には、「薬物乱用防止新五か年戦略」を策定した。これは、「第三次覚せい剤乱用期の一刻も早い終息に向けて総合的に対策を講ずるとともに、世界的な薬物乱用問題の解決に」貢献することを目標とするものである。<sup>(4)</sup>

その他にも、薬物事犯を巡っては、責任能力の問題や、量刑の問題、さらには、強制採尿などの刑事訴訟法の問題も存在するが、本稿では、とくに薬物事犯犯罪者の中でも、依存症患者の処遇の問題を中心に取り上げることとする。<sup>(5)</sup>

## 二．薬物乱用等の概念

薬物嗜癖とは、「ある種の薬物を継続して、または断続して摂取するうちに、その薬物の摂取を止めようと思っても止められなくなり（強迫的使用）、使用量を増加しないと当初の効果が得られず（耐性）、その薬物の摂取を止めたり、減量したりすると、精神的・身体的苦痛に襲われるようになる（退薬症状）こと」をいう。<sup>(6)</sup>

薬物乱用とは、医療目的を逸脱して薬物を使用することであり、「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」とされている<sup>⑦</sup>。薬物依存とは、薬物の強迫的使用の結果、本人の健康を害し、社会生活が乱れ、社会に迷惑を及ぼすこと<sup>⑧</sup>とか、薬物乱用行為の反復の結果に生じた状態で、「薬物摂取への渴望により自己コントロールを喪失した状態」<sup>⑨</sup>、「生体と薬物の相互作用によって生じた薬物摂取をやめようと思ってもやめられない状態」と定義されている。慢性中毒とは、「ある薬物を継続的・断続的に摂取するうちに、その薬物に期待した効果以外の有害な作用が現われ、それとともに、内臓諸器官が侵されること」である<sup>⑩</sup>。

精神障害の国際的診断基準の ICD-10 は、「精神作用物質使用による精神および行動の障害」として、アルコール・アヘン・大麻・鎮痛剤・睡眠剤・コカイン・幻覚剤・タバコ・揮発性溶剤などの摂取から生じる幻覚などの精神病性障害や残遺性および遅発性の精神病性障害を記述している。また、DSM-IV-TR では、物質関連障害を物質使用障害（依存と乱用）と物質誘発性に分けており、後者については、アンフェタミン（覚せい剤）に関するものとして、中毒・離脱・せん妄や気分障害・不安障害などが記述されている<sup>⑪</sup>。

### 三. 薬物犯罪の現状

#### (1) 関連規定の概要

薬物乱用については、薬物五法（麻薬及び向精神薬取締法、覚せい剤取締法、毒物及び劇物取締法、大麻取締法、あへん法）といわれる法律によって規定されている。たとえば、ヘロイン・覚せい剤・あへんの輸入・輸出・製造は

一年以上の有期懲役、譲渡・譲受・所持・使用は一〇年以下の懲役、シンナー等有機溶剤無登録販売は三年以下の懲役若しくは二〇〇万円以下の罰金又はこの併科、大麻の栽培・輸出入は七年以下の懲役、シンナーの摂取・吸入は一年以下の懲役若しくは五〇万円以下の罰金又はこの併科、大麻の譲渡・譲受・所持は五年以下の懲役となっており、営利目的の場合は刑が加重される。

また、精神保健福祉法は、一九九九年の改正によって、精神障害者の定義に含まれていた「中毒性精神病」を「精神作用物質による急性中毒又はその依存症」へと変更し、精神病状態をきたしていない覚せい剤の慢性中毒者をも対象とすることとした。したがって、この者に自傷他害のおそれがある場合は強制（措置）入院の対象となる（二九条）。他方、麻薬及び向精神薬取締法は、医師の届出義務と麻薬取締官等の通報義務を規定し、麻薬中毒者が麻薬の施用を繰り返すおそれが著しいと認めるときは、入院させて必要な治療を行うことができると定めている（五八条の二―五八条の八）。このように、薬物乱用者に対する我が国の医療保護は、麻薬中毒と覚せい剤中毒とで異なったものになっている。<sup>13)</sup>

## (2) 犯罪の現状

薬物犯罪の平成一六年の現状について、①覚せい剤事犯は、検挙人員が減少しているが、依然として根強い需要が認められる、②大麻事犯は、乱用の拡大が進んでいる、③MDMA等の合成麻薬事犯は、乱用の拡大が顕著である、との分析が示されている。<sup>14)</sup>

(a) 覚せい剤

平成一六年中の覚せい剤事犯の検挙件数は一七六九九件、検挙人員は一二二二〇人、覚せい剤の押収量は四〇六一キログラムであり、いずれも前年よりも減少しているが、一割台の減少にとどまっているので、憂慮すべき状況に変わりはないとされている。起訴率は、この二〇年間ほぼ八〇%台後半で推移しているが、量刑については、懲役二年以上三年未満の者が増加しており、厳罰化の傾向が認められる。

(b) 大麻とその他の麻薬

平成一六年中の大麻事犯の検挙件数は三〇一八件、検挙人員は二二〇九人、大麻の押収量は九〇一・一キログラムであり、いずれも前年より一割前後の増加となっている。

その他の麻薬の中で、注目に値するのは、MDMA等の合成麻薬事犯の増加である。検挙人員と押収量を見ると、平成一二年（二〇〇〇年）には、それぞれ六九人と七七〇七六錠であったものが、平成一六年（二〇〇四年）には、四一七人と四六九一二六錠へと急激に増加しているのである。

平成一六年の①コカイン、②ヘロイン、③アヘンによる検挙件数、検挙人員、押収量は、それぞれ、①一六一件、七六人、八五・四キログラム、②四一件、一三人、〇・〇三二六キログラム、③八〇件、五九人、一・七キログラムであり、コカインの押収量は増加しているが、ヘロインは大幅に減少し、アヘンも減少している。このように、これら事犯の件数が少なく、覚せい剤事犯の多いことが我が国の特徴である。

二〇〇三年（平成一五年）の起訴率を見ると、麻薬取締法違反については七四%、大麻取締法違反は六六・九%と

なっており、上昇傾向を示している。

シンナー等有機溶剤事犯の平成一六年の検挙人員は四〇五七人であり、その半数を少年が占めている。また、いわゆる脱法ドラッグの販売も問題となっており、新たに麻薬として指定された薬物も見られる。<sup>(15)</sup>

### (3) 他の犯罪との関係

覚せい剤に起因する犯罪の検挙人員は、平成元年（一九八九年）に二〇三人であり、その後ほぼ一五〇人から二〇〇人の間で推移していたが、平成一〇年以降は減少を続け、平成一五年には八〇人となっている。その罪名を見てみると、殺人四名、傷害八名、窃盗九名、住居侵入一四名、銃刀法違反一名などが主なものである。<sup>(16)</sup>ただし、薬物常用者全体と犯罪の関係を見ると、平成一六年の検挙人員は九七一人であり、殺人一六名、強盗四五名、強姦一八名、傷害九四名、恐喝五八名、窃盗四六六名となっており、検挙人員は前年よりも四〇人減少しているものの、薬物に起因する犯罪は重大な問題であるといえるであろう。<sup>(17)</sup>

## 四．薬物犯罪者の処遇

### (1) 診察

公務員は、「その職務を行うことにより犯罪があると史料するときは、告発をしなければならない」（刑訴法二二九条二項）とされている。既に述べたように、麻薬及び向精神薬に関しては、医師・麻薬取締官による都道府県知事へ

の届出・通報義務が定められており（麻薬及び向精神薬取締法五八条の二―三）、司法に委ねずに治療が行われている。しかし、既述のように、覚せい剤取締法には、このような規定は存在せず、しかも、その取り扱いは分かれているようである。つまり、刑法に基づく告発は、「職務上の適正な裁量に委ねられ」<sup>18</sup>とされているので、告発を行わずに治療が開始されるときもあれば、医師が自首を勧めるときもある<sup>19</sup>。警察に対する通報が行われることもあり、近時の判例にはこれを容認したものがある。事案は、傷害を負った救急患者の承諾を得ずに、腎臓からの出血の有無を確かめるために尿を採取した後に、薬物検査を行ったところ、覚せい剤反応が認められたので、警察に通報したというものであったが、被告人から、薬物検査は、被告人の承諾なく強行された医療行為であって、医療上の必要もない上、警察官に通報した行為は、医師の守秘義務に違反しており、警察官が医師の行為を利用して被告人の尿を押収したものであるから、令状主義の精神に反する重大な違法があるとして、その証拠能力が争われた。最高裁は、「医師は、救急患者に対する治療の目的で、被告人から尿を採取し、…薬物検査を行ったものであって、医療上の必要があったと認められるから、…医療行為として違法であるとはいえない。…捜査機関に通報することは、正当行為として許容されるものであって、医師の守秘義務に違反しない」として、その証拠能力を肯定したのである。<sup>20</sup>

なお、保護観察所において二〇〇四年から実施されている簡易尿検査の場合は、取締的なものではなく予防的なものと位置づけられているので、陽性の反応が出たときに、必ず告発が行われているわけではない。<sup>21</sup>

このように、診察段階で薬物乱用が発見されたときの取り扱いには区々に分かれている。後に見るように、処罰よりも治療処遇を優先するならば、英米のような方向を目指して、運用の統一を図るべきであろう。その点で、麻薬及び

向精神薬取締法の医療・保護制度は評価されるべきであるが、遺憾なことに、実際の運用について地域間に較差が見られるなど多くの課題を抱えていることが指摘されている。<sup>(22)</sup>

## (2) 矯正施設

昭和五〇年前後から覚せい剤受刑者は増加し、現在では、新受刑者の約五分の一、年末在所受刑者の約四分の一を占めている。したがって、矯正施設において覚せい剤受刑者の処遇は重要な課題となっている。薬物乱用防止新五年戦略においても、「職員の指導技術の向上、新たな教材開発、民間資源活用 の推進等に一層努めるとともに、被収容者の社会復帰支援の一環として、民間団体との連携の在り方についても検討していく」こととされており、また、行刑改革会議の提言を受けて、薬物事犯受刑者処遇研究会において検討が行われた。<sup>(23)</sup>そして、矯正処遇における改善指導を義務化し、実施方法については、「個別的処遇・計画的処遇、専門的知識の活用、社会との連携」を取り入れることになった。<sup>(24)</sup>二〇〇五年に成立した刑事施設及び受刑者の処遇等に関する法律八二条は、改善指導について規定し、その二項において、とくに暴力団員と「麻薬、覚せい剤その他の薬物に対する依存がある」者を取り上げてい る。従来の処遇類型別指導は、法律上の根拠が明確でなく、各施設が独自に実施しており、統一的・標準的なものが存在していなかったところから、このような規定が置かれたものであり、現在法務省が標準的なプログラムの作成に取り組んでいるとされているので、その成果に期待したい。<sup>(25)</sup>

他方、矯正の現場では、このような動きを先取りする形で処遇の改善が進められてきた。たとえば、横浜刑務所で

は、二〇〇〇年から民間リハビリ施設のスタッフを指導に加えてグループワークを実施しており、二〇〇一年には指導回数を五回から一〇回へと増加させた。この受講者の定員は一〇名で、受講資格は、①参加意欲のあること、②残刑期六月以上、③出所日の近いことなどである。内容は、①覚せい剤依存であり、援助が必要であるという認識と、②出所後のリハビリの希望を持たせることが主たるものである<sup>(26)</sup>。このような処遇の開発は昭和五六年から開始されており、現在では、ほぼ全国の刑務所で実施されているが、後述する「継続ケア」の方向が目指されるようになってきたことは高く評価されるべきであろう。

### (3) 民間リハビリ施設—ダルク等の取り組み

東京ダルクのホームページによれば、ダルクの事業目的は、①薬物依存症者に共同生活の場を提供し、薬物を使わない生き方のプログラムを実践することによって、薬物依存からの回復を支援すること、②回復していくための場、時間、回復者モデルを提供し、ナルコティクス・アノニマス(NA)の一二ステップに基づいたプログラムによって新しい生き方の方向付けをし、各地の自助グループにつなげていくこと、とされている<sup>(27)</sup>。NAとは、回復に向かっている薬物依存者のための非営利的かつ国際的な組織である。現在一一三カ国以上で活動しており、回復のための一二ステップが用意されている。第一ステップは、「私たちは、アディクション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を認めた」であり、第二ステップは、「これらのステップを経た結果、スピリチュアルに目覚め、この話をアディクトに伝え、また自分のあらゆることに、この原理を実践するように努力した」となっ

ている。<sup>(29)</sup> ダルクは、薬物依存症の社会復帰のための中間施設であり、全国三〇箇所の施設は、いずれも回復者スタッフによって運営されている。入寮型（ナイトケア）、通所型（デイケア）、女性ハウスなどの施設も設けられており、家族教室も開催されている。現在では、病院だけでなく、行刑施設とも連携すると同時に、更生保護にも協力しており、依存者の社会復帰に大きな役割を果たしているといえよう。

さらに、二〇〇〇年に設立されたアパリ（アジア太平洋地域アディクション研究所＝Asia Pacific Addiction Research Institute）は、特定非営利活動法人であり、ダルクを支援する活動を展開している。刑事司法手続全般における支援活動を行っており、保釈中の刑事被告人に対する薬物研修プログラムを実施していることは注目に値する。<sup>(30)</sup>

#### (4) 更生保護

一九九〇年に法務省保護局は、類型別処遇のひとつとして、シンナー等乱用対象者及び覚せい剤事犯対象者を取り上げ、処遇指針を作成し、その後その改善が図られてきた。<sup>(31)</sup> かつては、保護観察官が訴追官としての役割を果たすことに対する疑問も見られたが、<sup>(32)</sup> 現在では、前述した簡易尿検査の運用を見ると、処罰的ではなく予防的なアプローチが目指されており、実際の処遇においても、精神医療施設や精神保健福祉センター、保健所、ダルクなどの援助機関との連携体制を確立していかうとする努力が重ねられている。<sup>(33)</sup>

さらに、上述の援助機関に加えて、麻薬取締官も一定の役割を果たしていることを指摘しておきたい。麻薬取締官は、薬物乱用防止のため、不正ルートの取締や正規ルートの監督を行っているが、それと同時に、薬物乱用防止啓発

活動の一環として、薬物中毒者の治療や社会復帰のための助言を行っている。麻薬取締官の多くは薬剤師であり、麻薬中毒者相談員、保健所、精神保健福祉センター、医療機関と協力して助言活動を実施している。<sup>34)</sup>

## 五. 諸外国の処遇の現状—イギリスを中心として—

### (1) イギリス

#### a. 現状

一九七一年薬物乱用法は、薬物を三分類しており、最も有害なものをAとし、これには、コカイン、エクスタシ、ヘロイン、LSDが含まれる。Bはアンフェタミン（覚せい剤）、Cはカナビス（インド大麻）、トランキライザーである。なお、カナビスは二〇〇四年にBからCへと移された。また、大抵の場合、カナビスの所持は逮捕されない。<sup>35)</sup>

イギリスの薬物対策は、一九八〇年代から一九九〇年代は、治療アプローチが採用されていたが、二一世紀になって、刑事司法アプローチに転換した、とされている。

二〇〇二年四月から二〇〇三年三月の間に、薬物依存の治療を受けた者は一四万人であり、二〇〇三年の薬物犯罪の総数は一三三九七〇件で、その内訳は、Aクラスが三五六一〇件、Bが九四五二〇件、C一六六〇件となっている。また、このうち有罪判決を受けた者は一一〇六四〇人であり、このうち九〇％は所持罪で、残りが取引に関連する犯罪である。所持罪に対する処分のほとんどは警告や罰金であるが、取引の場合は六割が実刑を科されている。<sup>36)</sup>

二〇〇三年に押収された薬物について見てみると、押収件数は一〇九四一〇件で、Bクラスが七七%を占め、A二七%、C一%となっている。押収量は、コカイン六・八トン、ヘロイン二・七トン、エクスタシー六七〇万錠、覚せい剤一・五トン、カナビス九九トンである。<sup>(27)</sup>

#### b. 処遇

イギリスでは、一九九八年以前は、薬物乱用者に対する特別な処分は規定されていなかった。保護観察に薬物治療を付加することは可能であったが、このような処分はほとんど利用されていなかったのである。しかし、一九九八年に、薬物に対する対策の包括的な戦略が策定された。その時に導入された処分は、逮捕委託制度 (Arrest Referral Schemes) や、薬物治療検査命令 (Drug Treatment and Testing Orders)、断薬命令 (Drug Abstinence Orders) などである。さらに、その後、継続ケア (throughcare) を確保するための処分も設けられている。継続ケアとは、逮捕から判決に至るまでの期間の継続的な支援のことをいい、多職種による総合チームがケースマネジメント (対象者に対して、保健、ソーシャルサービス、教育などを提供すること) を行うものである。<sup>(28)</sup>

逮捕委託制度とは、警察の留置場に薬物ワーカーが入り、被疑者が同意すれば、簡単な評価を実施し、彼らを治療機関に委託するというものである。二〇〇一年一〇月から二〇〇二年九月の間に、約四一〇〇〇人が委託されている。

薬物治療検査命令は、一九九八年犯罪秩序違反法によって導入され、一九九八年一〇月から二〇〇〇年三月の間に、三地域で試行された。現在でも試行は継続されており、効果の検証が行われている。この命令は、裁判所が、受

刑者の同意を得たうえで、保護観察所の援助を受けて、拘禁刑の代わりに治療を命じるというものである。命令の間は六月―三年であり、受刑者は頻繁に薬物検査を受け、遵守事項違反の場合は、裁判所が命令を取り消して、拘禁刑を言い渡すこととされている<sup>(39)</sup>。

相談・評価・委託・助言・継続ケア (Counselling, Assessment, Referral, Advice, and Throughcare = CARAT) とは、内務省と行刑庁が一九九九年に開始したもので、拘禁刑受刑者の施設内と釈放後の薬物治療を目的とするものである。薬物専門員と刑務官、保護観察官、医療専門員、臨床心理士で構成される多職種チームが担当し、対象者は六―一二週間の集中プログラムを受講する。また、開始されたばかりであり、評価は定まっていないが、現在のところ、順調に運営されている<sup>(40)</sup>。

イギリスのこのような処遇は、治療を継続するという点で、我が国よりも優れていると思われるが、イギリスにおいて全面的に支持されているわけではない。第一に、薬物治療検査命令に対象者が同意するのは、同意しなかった場合は拘禁刑に処せられるからである。そこから、この処分には「人権と倫理の問題がある」とする批判が見られる<sup>(41)</sup>。

第二に、薬物対策の管轄が保健省から内務省に移ったことにより、犯罪を犯していない者が薬物依存の治療を受けるのが困難になったことが非難されている。このような制度では、「治療を受けたければ、犯罪を犯す必要がある」ということになりかねないというのである<sup>(42)</sup>。ただし、イギリスと我が国では、使用される頻度の高い薬物にも違いが見られるし、その背後には、文化自体の差異も存在する。したがって、イギリスの制度を参照する際には、上記のような批判も含めて慎重に検討する必要がある<sup>(43)</sup>。

(2) その他の諸国

a. アメリカ合衆国のドラッグ・コート

ドラッグ・コートとは、裁判官の監督に基づいて、治療及びリハビリを実施し、薬物事件を処理する特別の裁判所<sup>(43)</sup>であり、治療を終了した被告人の公訴は棄却されるので、拘禁刑を回避するというダイバージョンの機能を有するものである。これは、イギリスの薬物治療検査命令のモデルとなったものであり、薬物犯罪者の処罰よりも治療を優先するものとして、その実績が高く評価されている。

b. アジア各国

法務総合研究所は、二〇〇三年に中華人民共和国などアジア八カ国についての調査研究を実施した。それによれば、規制薬物の取引に関しては、長期の拘禁刑や死刑が規定されているが、薬物乱用者に対しては、処罰よりも治療を優先する方針が採用されていることが明らかになっている。「予防を含めた統合的な薬物対策への転換」が図られているのであり、薬物対策統括機関を設け、それを核としたネットワークを構築し、薬物乱用者に対する様々な処遇——治療共同体、認知行動療法、Matrixモデル、PMKモデル、CAMP——が採用され、継続およびアフターケアの充実が<sup>(44)</sup>目指されている。

六. 今後の課題

先に紹介した法務総合研究所の調査研究においては、「日本における薬物乱用者処遇の現状と課題」が取り上げら

れ、重要な提言が行われている。また、近時、学界からも、この問題に関して貴重な提言が見られるようになった。それらをまとめると、以下のようなだろう。第一に、薬物乱用者に対しては、処罰よりも治療を優先させると同時に、ダイバージョンを拡大すべきである。アメリカのドラッグ・コートのような制度の導入も検討に値する。第二に、継続ケア (through care) が重要であり、そのためにネットワークを構築し、諸機関が連携を強化する必要がある。第三に、行刑施設においては、薬物乱用者の集中的処遇を実施すべきである。交通犯罪者の集禁処遇を参考にして、薬物刑務所を設置することも一つの方策である。第四に、治療共同体を設立すべきである。現在活動しているダルク等の民間団体への支援の強化も必要である。<sup>15)</sup>

本稿の検討からは、さらに以下のような課題の存在することが明らかになったと思われる。第一に、薬物犯罪者の継続ケアに関しては、イギリスのような統一の処遇を目指して、さらに改善を図る必要がある。現在の体制は、個々の機関の効率を上げるための改良は実施しているが、それを統合的に管轄する組織が必要であるように思われる。それに関連して、第二に、麻薬五法の統廃合も検討すべきであろう。とくに、現状では、麻薬中毒者と覚せい剤中毒者の医療保護体制が異なっているのが問題である。我が国では、イギリスとは異なり、薬物犯罪者の中では覚せい剤中毒者が圧倒的に多いのであるから、麻薬中毒者に対する処遇を参考にして、その統一を図るべきである。<sup>16)</sup> また、現在のような複雑な法規制では、実際の運用に支障の生じることが懸念される。たとえば、麻薬及び向精神薬取締法の医療保護制度に関して、現場の医師の理解不足が指摘されているのは、このことに起因するものではなからうか。<sup>17)</sup> 第三に、さらに一歩進めて、薬物犯罪者を分類し、きめ細かな処遇を行うべきである。薬物と言っても、イギリスが分類

しているように、その依存性や害悪性などについては、薬物によって違いが認められる。また、使用者に関しても、少年と女性、成人男性の間では、使用目的などの差異が存在するのであるから、それぞれの処遇は異なつて当然である。たとえば、薬物の使用は自己決定権の問題であるとか、墮落の自由を認めるかどうかが論じられることがあるが、これは、イギリスでCクラスに分類されているような依存性の低い薬物を成人が使用するときの問題であつて、Aクラスの薬物の場合は事情が異なるのは明白である。したがつて、現在よりもさらにきめ細かく分類したうえで、それぞれに適した処遇を行うべきであろう。第四に、薬物の自己使用者と取引に関わる者とは一致しない場合が見られるのであるから、アジア諸国のように、その処遇を分けるのが妥当である。我が国においても、既に見たように、麻薬五法の処罰には差が設けられているのであるが、刑の単なる加重にとどまらず、それぞれの処遇の個別化を図るべきであろう。また、その点に関連して、組織暴力団の関与が問題であるのは既に明らかになっているのであるから、その対策も重要であろう。一九九〇年代に、国連の麻薬新条約を担保するための法改正が行われ、コントロールド・デリバリーやマネー・ロンダリング処罰、不法収益の没収・追徴などが設けられることになったが、その運用にも注目する必要がある。<sup>49)</sup> 第五に、二〇〇五年七月に施行された心神喪失者等医療観察法との関連も重要である。この法律によつて、保護観察所に社会復帰調整官が置かれることとなり、社会復帰調整官は「精神保健福祉士その他の精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識を有する者」(同法二〇条三項)であるから、薬物犯罪者の処遇にも貢献することが期待される<sup>50)</sup>ところである。

最後に、薬物犯罪者処遇に関する知見を他の精神障害者処遇に活用することも検討されるべきであると思われる。

たしかに、薬物乱用と他の精神障害とは、以下のような違いが認められる。すなわち、第一に、精神病の場合は、当然のことながら、病気それ自体が犯罪ではないが、薬物の場合は乱用・依存・中毒が犯罪とされている。人格障害や性的逸脱の場合も、それ自体は犯罪ではなく、他人に危害を加えたときにのみ犯罪とされる。第二に、責任能力について、精神病の場合は、心神喪失ないしは心神耗弱が認められるときがあるが、薬物や人格障害の場合は概ね責任能力があるとされている。第三に、治療可能性に関して、精神病の場合は、治療薬の開発によって、その向上が認められているが、薬物や人格障害の場合は有効な治療法が存在していない。<sup>(51)</sup>そこで、このような相違を確認したうえで、これまでの薬物犯罪者処遇によって得られた知見を性犯罪者処遇などの領域に活用することを検討すべきではなからうか。<sup>(52)</sup>薬物乱用も精神障害のひとつであるから、精神障害者処遇の一環として位置づけるのは当然のことである。その点で、更生保護の現場から、「苦慮していることからは、薬物依存者による薬物再使用、再犯という刑事司法の問題よりも、薬物依存症に限らず精神障害者の処遇における精神医療、精神保健福祉の社会資源の乏しさではないか」という指摘は重要であると思われる。

以上、薬物犯罪者の処遇に関しては、これまでの実績を踏まえて、さらに総合的な方策を講じることが肝要であり、またそのための素地は着実に備えられつつあると思われるので、処遇を担当する諸機関の効果的な連携を早期に完成させるべきであると考ええる。

- (1) 平成一六年版厚生労働白書二六〇―二六一頁、平成一七年版同白書三五九頁―三六〇頁。
- (2) 暴力団の活動については、拙稿「組織犯罪の概念」西原春夫編「共犯理論と組織犯罪」(二〇〇三年)一四八頁以下参照。
- (3) 平成一七年版厚生労働白書三六〇頁、朝日新聞二〇〇五年一月二四日。
- (4) <http://www.8.cao.go.jp/souki/drng/html>
- (5) 責任能力については、青木紀博「覚せい剤中毒と刑事責任能力」京都産業大学論集二七卷一号(一九九六年)一〇七頁以下、拙稿「責任能力」町野朔・丸山雅夫・山本輝之編「ロースクール刑法総論」(二〇〇四年)一〇二頁以下参照。量刑に関しては、懲役刑に加えて罰金刑を科された場合について、拙稿「罰金刑の執行について」犯罪と非行一四三号(二〇〇五年)一二〇頁参照。強制採尿については、山中俊夫「概説刑事訴訟法」(一九八九年)一〇九頁以下など参照。
- (6) 逸見武光「アルコール・薬物と犯罪」澤登俊雄・所一彦・星野周弘・前野育三編著「新・刑事政策」(一九九三年)四〇六頁。
- (7) 和田清「薬物乱用・依存の現状と鍵概念」こころの科学一一号(二〇〇三年)一七頁。
- (8) 逸見・前掲論文四〇六頁。
- (9) 和田・前掲論文一八頁。
- (10) 平成一六年度版我が国の精神保健福祉一五〇頁。
- (11) 逸見・前掲論文四〇七頁。
- (12) 融道男・中根允文・小見山実監訳「ICD-10精神および行動の障害―臨床記述と診断ガイドライン」(一九九三年)、高野三郎・大野裕・染谷俊幸訳「DSM-IV-TR精神疾患の分類と診断の手引き」(新訂版・二〇〇三年)。
- (13) 高木敏之「薬物乱用者の更正とその諸問題―医療措置と取締りの間で―」更正保護と犯罪予防一一七号(一九九五年)七三頁以下参照。
- (14) 警視庁刑事局組織犯罪対策部 薬物銃器対策課「平成一六年中における薬物・銃器情勢について(前)」捜査研究六四六号(二〇〇五年)一〇頁。
- (15) 平成一七年版警察白書一九〇―一九三頁。起訴率と量刑については、平成一六年版犯罪白書四四頁。

- (16) 平成一六年版犯罪白書三九頁。
- (17) 平成一七年版警察白書一九七頁。なお、以前の状況に関しては、平成三年版警察白書、平成七年版犯罪白書参照。
- (18) 山中・前掲書七九頁。
- (19) 成瀬暢也「高澤和彦「薬物依存症の治療」こころの科学一一号(二〇〇三年)五二頁、梅野充「物質依存症の外來治療で心がけたいこと―社会資源の利用などについて―」精神科治療学一九卷二二号(二〇〇四年)一四四四頁、平井愼二「薬物乱用対策における取締処分と援助の連携のあり方」法と精神医療一四号(二〇〇〇年)一九頁以下参照。
- (20) 最決平成一七年七月一九日 (<http://www.courts.go.jp>)。佐久間修「医師の守秘義務と公益上の通報義務」ジュリスト一三〇三号 六四頁以下参照。
- (21) 生駒貴弘「保護観察の新たな取組み―薬物乱用減少に向けて―」罪と罰四一卷三号(二〇〇四年)三四頁以下、佐久間佳枝「簡易尿検査の導入について」同誌七二頁以下、生駒貴弘「平井愼二「南元英夫」西祐子「覚せい剤事犯者の保護観察における尿検査の試みについて」更生保護と犯罪予防一三七号(二〇〇一年)九六頁以下参照。
- (22) 松本俊彦「岡田幸之」柑本美和「吉川和男」法的措置(通報義務)と物質依存・乱用「精神科治療学一九卷一二号(二〇〇四年)一四三三八頁以下参照。
- (23) 平成一六年版犯罪白書三二九頁。矯正局教育課「薬物事犯受刑者処遇研究会及び『被害者の視点を取り入れた教育』研究会の概要報告」刑政一一六卷三号(二〇〇五年)六〇頁以下参照。
- (24) 行刑改革推進委員会「監獄法改正の概要」行刑改革会議提言を受けて(二〇〇五年二月)(法務省のホームページ <http://www.moj.go.jp>) に入手可能。
- (25) 名取俊也「南ゆり」刑事施設及び受刑者の処遇等に関する法律の概要「法律のひろば五八卷八号(二〇〇五年)一九頁参照。なお、名執雅子「刑事施設及び受刑者の処遇等に関する法律における改善指導等の充実について」同誌二八頁参照。
- (26) 戸高義憲「覚せい剤等薬物乱用防止指導について」刑政一一四卷三号(二〇〇五年)九二頁以下。
- (27) 細水令子「行刑施設における覚せい剤事犯受刑者の処遇」罪と罰四一卷三号(二〇〇四年)二八頁。なお、小柳武「覚せい剤受

- 刑者の処遇に対する類型化の試み」犯罪社会学研究七号（一九八二年）五五頁以下、同「覚せい剤事犯受刑者の特質と処遇」犯罪と非行七二号（一九八七年）一六一頁以下、羽根啓一「薬物事犯受刑者に対する矯正処遇」法律のひろば四九卷一号（一九九六年）四二頁以下、山入端津由「薬物依存からの回復プログラム」刑政一〇八卷八号（一九九七年）一〇六頁以下、楡木佳子「覚せい剤取締法違反女子受刑者へのグループ・カウンセリングプログラム」STAIによるカウンセリング効果の検討」犯罪心理学研究四一卷一号（二〇〇三年）三九頁以下、辰巳輝昭「薬物乱用・依存者に対する処遇の現状と今後の課題」犯罪と非行一三四号（二〇〇二年）一〇三頁以下、阿部恵一郎「医療刑務所における精神科医療」精神科看護二九卷四号（二〇〇二年）一五頁以下、西口芳伯「京都医療少年院の紹介―法と医療の接点―」京都学園法学四四号（二〇〇四年）六九頁以下、松本俊彦「薬物依存者の支援と更生のあり方について」刑政一六六卷九号（二〇〇五年）二四頁以下参照。
- (28) <http://www.15.ocn.ne.jp/%7Edarc/>
- (29) NAジャパンの公式サイト (<http://najapan.org/index.html>) に于て。
- (30) 尾田真言「アパリによる『保釈中の刑事被告人に対する薬物研修プログラム』」季刊刑事弁護三〇号（二〇〇二年）八三頁以下、同「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し―」犯罪と非行一四二号（二〇〇四年）一四五頁以下参照。
- (31) 横地環「更生保護の薬物処遇」犯罪と非行一二七号（二〇〇一年）一三七頁以下参照。
- (32) 榎本正也「覚せい剤乱用者に対する保護観察」犯罪社会学研究七号（一九八二年）八五頁。
- (33) 生駒・前掲論文三七頁以下参照。なお、簡易尿検査に対する批判として、横地・前掲論文一四七頁参照。また、久保貴「覚せい剤事犯対象者の処遇をめぐる」罪と罰二七卷三号（一九九〇年）三六頁以下、蛭原正敏「薬物犯罪者に対する更生保護」法律のひろば四九卷一号（一九九六年）五五頁以下、正木恵子「薬物・アルコール問題ケースへのアプローチ―更生保護の現場から―」犯罪と非行一三四号（二〇〇二年）八四頁以下、菅沼登志子「薬物依存者の『更正』援助について」犯罪と非行一三四号（二〇〇二年）六八頁以下参照。
- (34) 高木・前掲論文、<http://www.rico.go.jp>参照。

- (35) E. Wincup, Drugs, alcohol and crime, in Chris Hale et al., *Criminology*, 2005, p. 203-205.
- (36) L. Mwenda and K. Kumari, Drug offenders in England and Wales 2003, Findings 256, 2005.
- (37) L. Mwenda, M. Ahmad and K. Kumari, Seizures of drugs in England and Wales 2003, Findings 265, 2005.
- (38) Throughcare and Aftercare, <http://www.drugs.gov.uk>; A. Fox et al., Throughcare and aftercare: approaches and promising practice in service delivery for clients released from prison or leaving residential rehabilitation, 2005, Home Office Online Report 01/05, 川野雅資 (監訳)「司法精神看護」(二〇〇三年)一四七頁以下、三四六頁以下参照。一九九八年以前の状況について、平井慎一「日本の薬物乱用に対する治療的対応のあり方」法と精神科臨床一卷(一九九七年)一三三頁以下参照。
- (39) E. Wincup, op. cit., pp. 210-212.; G. Kothari, J. Marsden and J. Strang, Opportunities and obstacles for effective treatment of drug misusers in the criminal justice system in England and Wales, *British Journal of Criminology*, Vol. 42, 2002, pp. 414-415.; P. Murphy ed., Blackstone's Criminal Practice 2005, 2004, pp. 2033-2038, 横地・前掲論文一四〇頁以下、菅沼・前掲論文七六頁以下参照。なお、これらの処分は、二〇〇三年刑事司法法が施行されれば、廃止される。二〇〇三年法は、一六歳以上の犯罪者に対して、犯罪の重大性に応じた包括的な社会内処遇を創設したからである。
- (40) G. Kothari, J. Marsden and J. Strang, op. cit., p. 418.
- (41) K. S. Williams, op. cit., p. 232. See, G. Kothari, J. Marsden and J. Strang, op. cit., p. 416.
- (42) K. S. Williams, op. cit., p. 232. See, M. Tomry, Punishment and Politics, 2004, p. 50.
- (43) 平野哲郎「ドラッグ・コトア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」判例時報一六七四号(一九九九年)二八頁、尾田・前掲論文(犯罪と非行一四一号)一六四頁以下、中原修「薬物事犯の新しいアプローチに向けて」刑事弁護四四号(二〇〇五年)一七八頁以下参照。
- (44) 法務総合研究所研究部報告二七「アジア地域における薬物乱用の動向と効果的な薬物乱用者処遇対策に関する調査研究」(二〇〇五年)。その概要は平成一六年版犯罪白書三三九頁以下に紹介されている。なお、その他の外国の状況については、飯野伸子「少年薬物犯罪者の処遇再考」桐蔭論叢一一号(二〇〇四年)五五頁以下参照。

- (45) 小柳武Ⅱ染田恵「日本における薬物乱用者処遇の現状と課題」前掲・法務総合研究所研究部報告二七・三一九頁以下、小沼杏坪「薬物依存者に対する治療・処遇の体制の現状と課題」警察学論集五七巻二号（二〇〇四年）一―三頁以下、林原雅樹「覚せい剤使用の原因と対策―文理融合の刑事政策―」社会環境研究一〇号（二〇〇五年）一七頁以下、横地、飯野・前掲論文参照。
- (46) 高木・前掲論文八六頁。このことは夙に指摘されている。瀬川晃「覚せい剤事犯の多発化と犯罪者処遇」刑法雜誌二七巻二号（一九八六年）一四六頁以下参照。
- (47) 松本俊彦Ⅱ岡田幸之Ⅱ柑本美和Ⅱ吉川和男・前掲論文二四三八頁以下参照。
- (48) 上田寛「犯罪学講義」（二〇〇四年）二四三頁、守山正Ⅱ西村春夫「犯罪学への招待 第二版」（二〇〇一年）一一〇頁、金尚均「麻薬刑法の展開(1)(2)(3)」龍谷法学三七巻一号九九頁、二号一〇四頁、三号（二〇〇四年）一四九頁以下、同「違法薬物の少量自己使用についての可罰性」刑事弁護四四号（二〇〇五年）一七三頁以下、平井秀幸「覚せい剤使用の『犯罪化』・『医療化』論に関する再検討」犯罪社会学研究三〇号（二〇〇五年）一一九頁以下参照。
- (49) 青木紀博「薬物濫用と犯罪」宮澤浩一Ⅱ藤本哲也Ⅱ加藤久雄編「犯罪学」（一九九五年）二七〇頁以下、中野目善則「薬物乱用犯罪」加藤久雄Ⅱ瀬川晃編「刑事政策」（一九九八年）二六四頁以下、藤本哲也「刑事政策概論〔全訂第三版〕」（二〇〇五年）三八六頁以下参照。なお、大谷實「刑事政策講義第四版」（一九九六年）四〇八頁参照。
- (50) 平井慎二「心神喪失者等医療観察法観察法施行後の規制薬物乱用者に対する処遇」町野朔編「精神医療と心神喪失者等医療観察法」ジュリスト増刊（二〇〇四年）一八四頁以下参照。
- (51) 現在のところ、薬物依存を解消する薬物療法はないとされている（和田・前掲論文二〇頁）。See, G. Kohari, J. Marsden and J. Strang, op. cit., p. 420.
- (52) 拙稿「性犯罪者の処遇」法学新報一一二巻一・二号（二〇〇五年）六三三五頁以下、同「性犯罪者処遇の動向」警察政策八巻（二〇〇六年）参照。
- (53) 菅沼・前掲論文七九頁。