

条件反射制御法学会 第11回学術集会

～ プログラム・抄録集 ～

薬物乱用に対応する者の役割と連携



開催日 2022年9月10日(土)

主催 条件反射制御法学会事務局

会場 オンライン開催

第 1 1 回学術集会プログラム

10：00～10：05 開会式

総合司会：尾田真言

大会長挨拶 平井慎二

10：05～11：30 基調講演

座長：長谷川直実

10:05～11:30 薬物乱用に対応する者の役割と連携

○講師 平井慎二

11：30～11：40 総会

司会：高橋洋平

-----休憩 60 分-----

12：40～14：40 シンポジウム：∞連携を精査する

座長：平井慎二

12:40～13:10 焦点 1 薬物乱用自体に対する刑罰

13:10～13:40 焦点 2 義務として言い渡す治療や訓練と怠りに対する刑罰

13:40～14:10 焦点 3 検挙前の治療や訓練の怠りに対する刑罰

14:10～14:40 焦点 4 患者を通報せず、法の抑止力を利用する態勢

○シンポジスト 飯野海彦 尾田真言 岡田卓司 長谷川直実

-----休憩 10 分-----

14：50～15：50 一般演題（報告 20 分、質疑応答 10 分）

座長：小早川明子

14:50～15:20 報告 1 刑務所出所者の社会内施設における回復を支える経済支援

○曾根輝秋

15:20～15:50 報告 2 薬物乱用者の生活の場と回復を左右する生活保護

○高橋梨絵

-----休憩 10 分-----

16：00～18：00 シンポジウム：回復支援施設と精神科医療施設の連携

司会：西村武彦

16：00～17：30 シンポジスト 6 名による発表（1 人 15 分間）

17：30～18：00 討論・質疑応答

○シンポジスト：田中秀泰 岡崎有恆 藤村現 古川愛造 白川雄一郎 五月女凱亜

18：00～18：05 開会式

【担当者所属先および職名】

●大会長・講師

平井慎二：独立行政法人国立病院機構下総精神医療センター 医師

●シンポジスト ∞連携を精査する

飯野海彦：北海道大学 法学部教授

尾田真言：NPO 法人アパリ 理事長

岡田卓司：岡田法律事務所 弁護士

長谷川直実：医療法人社団ほっとステーション大通公園メンタルクリニック 院長

●一般演題報告者

曾根輝秋：NPO 法人潮騒ジョブトレーニングセンター 生活支援員

高橋梨絵：独立行政法人国立病院機構下総精神医療センター 看護師

●シンポジスト 回復支援施設と精神科医療施設の連携

田中秀泰：一般社団法人相模原ダルク 代表理事

岡崎有恆：医療法人財団青山会 みくるべ病院 院長

藤村現：静岡ダルク 施設長

古川愛造：医療法人十全会 聖明病院 院長

白川雄一郎：一般社団法人千葉ダルク 代表理事

五月女凱亜：独立行政法人国立病院下総精神医療センター 看護師

●座長・司会

【総合司会】

尾田真言：条件反射制御法学会事務局長・NPO 法人アパリ 理事長

【基調講演 座長】

長谷川直実：医療法人社団ほっとステーション大通公園メンタルクリニック 院長

【総会司会】

高橋洋平：高橋洋平法律事務所

【シンポジウム 座長】

∞連携を精査する

平井慎二：独立行政法人国立病院機構下総精神医療センター 医師

回復支援施設と精神科医療施設の連携

西村武彦：独立行政法人国立病院機構さいがた医療センター 看護部長

【一般演題 座長】

小早川明子：NPO 法人ヒューマニティ 理事長

ご挨拶

条件反射制御法学会第11回学術集会開催に際して

条件反射制御法学会理事長
平井慎二

私は医師資格を得て4年間の研修を終えた後に、薬物乱用に原因する疾病状態に精神科医療を提供する専門部門で1989年に働き始めました。

すぐに次の3つの問題に直面しました。

- 1) 患者の治療を優先し、規制薬物乱用を通報しない方針に正当な根拠がない。
- 2) 患者が看護職員に対して暴力的であり、働きかけが治療的でなくなる。
- 3) 患者の薬物に対する欲求が治まらず、再使用が頻発する。

上記1)に関しては、1999年に、規制薬物を乱用した者を精神科医療は通報せず受け入れ、治療を開始し、一方で取締職員との面接を勧め、同意した者を規制薬物が体内から消褪して証拠がなくなった時点で取締職員に面接させ、法の抑止力を処遇に設定する方法を構想しました。これが今回の学術集会で焦点の1つとなる∞連携の構想の端緒になりました。この方法を2000年から関東麻薬取締部の協力を得て開始し、他の施設にも同様の方法が広まりました。私が勤務する下総精神医療センターでは、今年2022年より、同部の協力が得られなくなり、この方法の一部を一旦、中断しています。

上記2)に対しては、患者の処遇方針の決定に看護職員が積極的に関わることで患者が看護職員を頼りにするようになり、暴力的になる頻度は一気に低下しました。また、上記3)の解決にもなったことですが、条件反射制御法を2006年に開発し、その実施を支えたのが看護職員による患者に対する綿密な指導と観察でした。患者に看護職員がより手厚くかわわり、また、その技法の効果もあり、緊張の高かった病棟は大きく変化し、治療的で安全な空間になりました。

条件反射制御法は、パヴロフの信号系学説に基づいて、覚醒剤への欲求を消すために始めた技法が強い効果を発揮したので、その名をつけ、改善を重ねたものです。開始からまもなくして他の物質使用障害にも用い、さらに、ヒトが行動するメカニズムを進化の点から次のように正しく把握し直し、万引きや痴漢行為等の本能行動が過剰に作動する疾病状態にも効果を上げられるようになりました。

ヒトは過去の生理的成功行動を反射で無意識的に再現する第一信号系、並びに未来に社会的成功行動を思考で意識的に創造する第二信号系をもち、各信号系による行動の方向が異なる際には、強い側の信号系による行動が生じます。

さて、刑事司法体系における犯罪の要件は、自由な意思による違法な行為で、その意思と行為に同時性があることです。その意思が指す作用は、思考とほぼ重なりま

す。従って、やめる決意をしても再現される覚醒剤乱用は違法行為ですが、生理的には、その行為を進める反射の強さがやめようとする思考より強い状態で生じた行為であり、自由な思考による行為ではないので、犯罪の要件に照らし合わせると、犯罪ではないのです。

この結論は社会通念と摩擦します。しかし、刑事司法体系が働きかける対象はヒトであるので、その体系はヒトが行動するメカニズムに適ったものであるときに効果の高い体系になります。

現在の刑事司法体系は、それを構成する際の検討において、ヒトは理性に従って行動するものと把握し、従って、第二信号系の作用を生じさせる体系となり、初めての規制薬物乱用をとめる一般予防の効果を高くもちます。しかし、第一信号系の存在を検討に入れなかったため、やめられない状態に陥ったヒトによる規制薬物乱用をとめる特別予防の効果が強く限定されています。

やめられない状態で生じた覚醒剤乱用は犯罪ではないので、それに対応する制度はどのようなものであるべきかを、条件反射制御法学会は検討してきました。ヒトの行動メカニズムに適った制度こそが効果を発揮するからです。その制度について今回の学術集会でも、反復する薬物乱用を題材にして議論を深めます。

また、精神科医療と回復支援施設の連携もどうすべきかを検討してきました。この連携もやはりヒトの行動メカニズムに従って構成すべきであり、今回の学術集会のもう一つの焦点になります。

また、急がれることは、上記の根拠となる条件反射制御法の臨床での結果を示すことです。そうすることにより、前記のヒトの行動メカニズムが正しいことを支えるからです。これについては、わずかではありますが、私による基調講演で紹介いたします。

理性が行動を司るという考え方と条件反射制御法の考え方は、天動説と地動説のように異なりますので、初めての方は条件反射制御法の考え方を突拍子もないもののように感じられると思います。しかし、これまでの考え方ではどうしても不明なままになるところを解決するのは、異なった考え方であるはずです。

条件反射制御法の考え方は、進化に注目し、自然の摂理に従ったものですので、ヒトが2つの中枢をもつところから始めて行動の発現までの流れを考えることで納得できるはずです。

皆様のご参加をお待ちしております。

Zoom について

下記内容をご確認ください

1. 入室時間

学術集会は 10:00～開始です。9:30 から入室可能です。

2. 画面表示

- 1) **申込時のお名前を表示** ※事務局が出席者を把握させていただく目的です。
ご参加当日、ご自身の画面を見て必要な場合は変更してください。
(過去のZoom 使用時に変更したことがあっても、元に戻っていることがあります。)

- ◆パソコンの場合:「参加者」をクリックするとご自分の画面が表示されます。その右上にある詳細メニュー「…」をクリックし、「名前の変更」を選択するとお名前の変更ができます。
- ◆携帯電話の場合:「参加者」をクリックすると画面が変わり、現在のお名前が表示されます。その名前をクリックし、選択するとお名前の変更ができます。

- 2) **お顔の表示** ※強制ではありません

画面にお顔が表示されていない時は、画面下の「ビデオの開始」をクリックしてください。

- 3) **画面の表示方法**

ギャラリービューとスピーカービューの2つの見えかたがあり、自分でビューを切り替えられます。画面の右上のスピーカービュー(またはギャラリービュー)の文字を押すと、画面が切り替わります。どちらでも構いません。

3. 「ミュートにする」「ミュートを解除する」

皆さんの生活音が入らないようにするために、聴講中はミュートにしてください。
画面左下の、マイクのアイコンをクリックすると切り替えが可能です。
マイクのアイコンに斜めの赤い線が入っていればミュートになっています。

- 1) **ミュートにする** 「音を出さない」の意味です。聴講中はミュートにしてください。
- 2) **ミュートを解除する** 質問時、発言時はミュートを解除してください。

4. 質問の方法

質疑応答時間では、次の方法で質問があることを伝えてください。

チャット機能のご利用はお控えください。

- 1) **挙手の仕方**

画面下の**リアクション**にカーソルをあわせて、**手を挙げる**のボタンをクリックすると、ご自身の画面上に手のマークが表示されます。マークを消すときは**手をおろす**ボタンを押してください。

- 2) 司会者に名前をよばれましたら、ミュートを解除して発言してください。

- 3) 質問・発言が終わったらミュートにしてください。

5. その他注意点

1つの同じ部屋で複数人が2台以上のPCを使用して聴講する場合
2台以上のPCスピーカーから音を出している時、マイクがONになっているとハウリングをおこしますので、なるべくヘッドフォンをご使用ください。

基調講演

薬物乱用に対応する者の役割と連携

下総精神医療センター
平井慎二

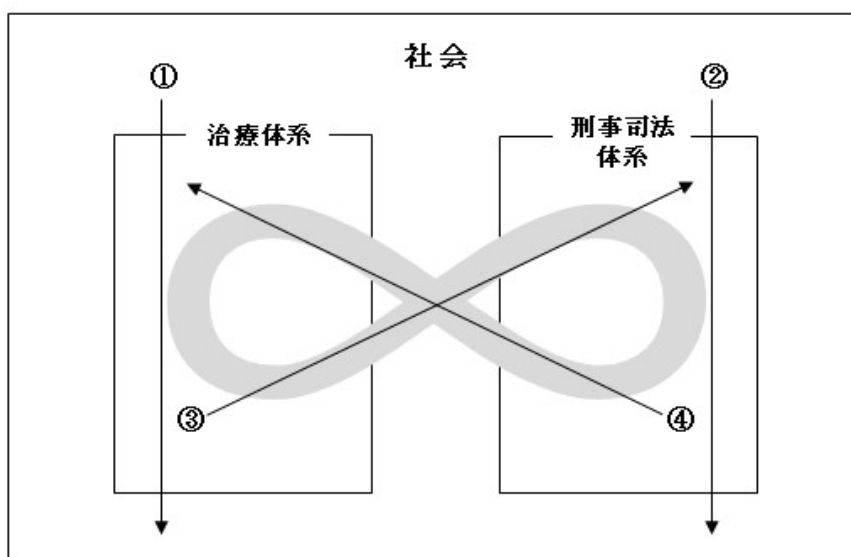
一部の薬物がもつ薬理作用は、それが作用する前に生じた神経活動間の結合を強化するので、その薬物を摂取する行動を無意識的に反射で再現する作用を強くもち、薬物摂取を過度に反復する疾病状態を招く。その疾病状態およびそれによる損失の予防のために、日本政府はその性質をもつ薬物の使用等を規制しており、その態勢は正当である。従って、規制薬物の乱用は、治療および刑罰の対象になる。

それらの働きかけを担う2つの領域は、目的を規制薬物乱用者数の減少として、次の態勢をもつことにより連携できる。

治療体系は、対象者による既遂の規制薬物乱用を取締機関に通報せず、援助の提供を優先し（図中①の矢印）、また、既遂の規制薬物乱用の証拠がなくなった時点で対象者の同意があれば、取締職員に観察と指導を依頼する（③）。

刑事司法体系は、将来の規制薬物乱用を防ぐために検挙を背景として治療開始を含めた薬物乱用を回避する指導を行い、既遂の規制薬物乱用は厳正に取り締まり、責任能力に応じた刑罰を与え（②）、並びに疾病性に依じた援助を受けることを強制する（④）。

各領域の態勢を示す4本の線



上記の各態勢は、援助と法の抑止力への接近を、治療体系は受容的に、刑事司法体系は強制的に保つ。

その連携は、治療体系と刑事司法体系がそれぞれ2つ、計4つの作用をもち、それらを滑らかに繋いで生じる形状から、∞（むげんだい）連携と呼ぶ。

∞連携を構成する各領域の態勢は、治療体系のものは現行法内で可能である。

一方、刑事司法体系は現行の裁判での言い渡しにおいては犯罪の部分には刑罰を強制するが、疾病性を認めた上でそれに治療等を強制することはない。

その不足に対して、ヒトの行動メカニズムに従い次のように補足できる。

ヒトの行動は無意識的に反射で過去の生理的成功行動を再現する第一信号系と意識的に思考で未来に社会的成功行動を創造しようとする第二信号系の2つの中枢により成立する。

規制薬物摂取行動を司る中枢の内、第一信号系には治療と訓練が、第二信号系には教育と刑罰が効果を発揮するので、次を整えるべきである。

薬物乱用に疾病性と犯罪性があることを一般的な知識に普及させることが必須である。治療体系は、充足した援助施設を備えて、規制薬物乱用者を取締機関に通報せず、疾病性への対応を優先する。一方、刑事司法体系は規制薬物乱用に関して第一信号系が第二信号系より強く作動し、薬物乱用をやめられない者に対して、検挙の前後を問わず、必要な援助等を受けることを求め、それを怠った第二信号系の選択には刑罰を科す。逆に、規制薬物乱用に関して第一信号系の作動より第二信号系が強い状態でのその行為に対しては、検挙した者のその行為を選択して実行した第二信号系には刑罰を科し、第一信号系に関しては治療や訓練を受けるよう勧奨する。

また、治療体系内での連携においては、過敏になり薬物摂取行動を再現する反射連鎖を抑制する治療と社会生活に不足した多くの反射連鎖を成長させる生活訓練を対象者に応じて提供する意識が求められる。

シンポジウム

∞連携を精査する

シンポジウム【∞連携を精査する】

∞連携を精査する

下総精神医療センター
平井慎二

私は1989年に規制薬物乱用者に専門的に対応する部門で働き始めた。患者による規制薬物の自己使用をどのように扱うかという問題は、次のように切迫したものであり、検討せざるを得ず、やっと1999年に辿り着いた回答が∞連携である。

覚醒剤を摂取したばかりの患者が精神病状態で家族に連れられて来院し、激しく興奮する患者を大人数で保護し、非自発的入院にした。入院当初は職員が綿密に観察し、ときには罵声を浴びせられながらスプーンで食事を口に運び、精神科薬を投与した。幻覚妄想は徐々に改善し、身体も健康になった。数か月後の退院時には、爽やかな笑顔で感謝を職員に伝え、覚醒剤を使わない決意を表明して退院した。その患者が数か月後には覚醒剤乱用に原因して前回と同様の幻覚妄想を伴う興奮状態で来院した。私は精神科医療を行うものであり、通報せず、前回と同様の治療を提供した。その患者は再び、退院時には爽やかな笑顔で感謝を職員に伝え、覚醒剤を使わない決意を表明して退院した。

そのような者は前回と同様に親をだまして金を得て、その金を非合法の活動をする暴力団に払って覚醒剤を入手し、使用して精神病になって、国民の税金で支えられている精神科医療に戻ってくる。そこで私は患者を社会に損害を与える者に再生して、送り返す。私が社会に損害を与える者であった。

それを避けるために、通報せず、覚醒剤を乱用した者を受け入れるが、証拠がなくなった時点で患者を麻薬取締官に面接させ、法による抑止力を提供する処遇を思いつき、その処遇を一部に含む∞連携を構想した。

精神科医療がそのように社会に損失を与えることをしているのだから、刑事司法体系の力を借りるのは当然であるという話しに留まらない。同様のことを刑事司法体系もしている。規制薬物を乱用した者に対する捜査と裁判、処遇に多くの者が長期に関わり、それを支える費用も莫大である。しかし、それらの手続きと処遇を通過したら、再度覚醒剤を使用する者が後を絶たない。そのように刑事司法体系も精神科医療と同様であり、その刑事司法体系の欠点を治療体系が補うためにも∞連携は必要なのである。

∞連携の骨格は正しいが、当初、刑事司法体系が規制薬物を乱用した者に刑罰を科し、かつ治療や訓練を強制する根拠が理論的に整理できていなかった。2006年に条件反射制御法を開発し、ヒトが行動する本当のメカニズムを、進化に照らし合わせて検討して把握し直した。その把握に従い、∞連携をおそらくは正当に整えた。刑事司法体系も治療体系も∞連携の一部として各領域の役割を果たすべきである。その∞連携の詳細を、法とは何かということを確認しながら検討するのが、この「∞連携を精査する」シンポジウムである。

薬物乱用自体に対する刑罰

下総精神医療センター
平井慎二

刑事司法体系の規定では、犯罪は自由な意思による違法な行為であり、また、その意思と行為に同時性があるものだとしている。私は、ヒトの行動を評価する際に意思という言葉を用いることが、責任能力に対する誤った評価を生じ、不足した処遇に繋がっていると考え

る。

ヒトは神経活動で行動する。神経活動は体内および体外の環境から受けた刺激を中枢に伝え、その刺激が中枢の神経活動により反応を生じ、その反応が神経活動で効果器に届き、表出する。刺激に対する中枢作用による反応、つまり、反射が集合し、連続して、行動になる。その過程で刺激に中枢作用を加えて反応を生じるのは第一信号系と第二信号系である。第一信号系は無意識的な反射で過去の生理的成功行動を再現する作用を、第二信号系は意識的な思考で未来に社会的成功行動を創造しようとする作用を発揮する。刺激が2つの中枢である第一信号系と第二信号系に入り、それぞれが作用し、また、相互に刺激し合い、刺激と反応が続き、行動の発現までに意識に上った神経活動を第二信号系が観察し、解釈したものが、記憶や認知、動機、意思である。最終的に2つの信号系から生じた反応の内、強い側が行動として表出する。

つまり、意思は行動の源ではない。行動に対する評価と行動の変更のための処遇が直接の対象とするべきものは表出した行動に関与した対象者の第一信号系と第二信号系の作用であり、次のように刑罰を適用すべきである。

規制薬物乱用は、当初は知識を得て、第二信号系のみでその行動の方向を選択し実行する。仮に過酷な体験による高まった駆動性が第一信号系にあっても、規制薬物乱用以外の行動の選択が可能である。つまり、反復される規制薬物乱用の始まり、並びに、その行動に関して第一信号系が第二信号系より強くなるまでは、意識的で思考する自由な第二信号系がその違法な行動を選択して進めたのであり、責められるべきであり、刑罰を科す対象である。刑罰があることにより、その行動をしないでおこうとする第二信号系の作用が強まる。

一方、特定の規制薬物の入手、準備、摂取を反復した者は、毎回の摂取時に、その薬物の作用がもつ生理的報酬と同様の効果により、薬物の入手、準備、摂取を司った反射連鎖が強化されることが反復した。つまり、規制薬物乱用を反復するにつれ、その行動を生じさせる第一信号系は徐々に強くなる。後には第二信号系が思考で規制薬物摂取をしないでおこうと決意しても、第一信号系が行動を強力に進めるので、判断能力があるが、行動制御能力に障害のある状態で、規制薬物乱用が生じる。その第一信号系の作用は、自由な意思に該当するものではないことから刑罰を与えてはならない。また、刑罰は第一信号系の作用に対応する効果をもたない。

薬物乱用自体に対する刑罰

北海学園大学法学部

飯野海彦

薬物乱用自体に対する刑罰の機能としては、Ⅰ薬物乱用の新規参入を防止する、Ⅱ薬物乱用をしている者の再度の乱用を思いとどまらせる、Ⅲ薬物乱用を止められず、処罰を恐れる者を必要な治療等へ誘う、の3点が考えられる。これらのうち、犯罪統制として最も意義のある機能はⅠといえる。犯罪統制とは、先ず犯罪、すなわち違法行為を未然に阻止することであり、我が国における規制薬物統制が諸外国と比して成功をしているといわれるのも、Ⅰによる薬物乱用の新規参入の防止がかなり徹底されているからといえる。

薬物乱用は、殺人や窃盗といった「自然犯」（法で禁止されるからではなく、反社会的、反道義的であるゆえに人々はその罪を犯さない）ではない。快樂という生理的報酬を求めることは、生物としてのヒトとして当然ともいえる。そこで、規制薬物については、刑罰をもってヒトの第二信号系へ働き掛けることで初めて乱用を阻止できるのである。第一信号系を第二信号系で抑制できている一般のヒトは、規制薬物乱用で得られるであろう快樂に対し、検挙による刑罰や社会的制裁等を勘案し、第二信号系により、乱用をしないという選択をするのである。

それゆえ、現在大麻の自己使用罪が法定されていないことが、大麻の自己使用の新規参入を野放しにしているという側面を否定できない。大麻吸引の害を説いたところで、飲酒・喫煙に伴う害と同視される可能性（そのような誤解も蔓延している）があり、国家がその乱用を無価値（Unwert）であると宣言し、刑罰をもって大麻使用を強力に禁止する必要がある。

また、薬物規制政策において、強制的（≒懲罰的）アプローチから受容的（≒公衆衛生）アプローチへと転換し、規制薬物特にソフトドラッグ自己使用の非犯罪化を主張する向きがあるものの、これはやはり規制薬物乱用の新規参入を加速させるものであろう。1年間の薬物過剰摂取による死者数が、20年にわたるアフガン紛争戦死者数の30倍になろうとする国であれば格別、薬物統制が比較的成功的にしているわが国で取るべき政策ではない。受容的アプローチ一本による薬物乱用者の新規参入で、治療等にどれほどのコストを要するかを想起すべきである。

他方、刑罰はヒトの第二信号系へ働きかけて違法行為を阻止するものである故、第一信号系が第二信号系を凌駕しているときの薬物乱用に対して自己使用罪を適用することは、無意味であり、責任主義に反する。

薬物乱用自体に対する刑罰

NPO 法人アパリ

尾田真言

ヒトの行動を司る中枢は、第一信号系（反射による行為）と第二信号系（思考による行為）であるとするパブロフの信号系学説に従うと、第一信号系による違法行為をしないようにさせるためには、治療と訓練を、第二信号系による違法行為をしないようにさせるためには、刑罰と教育を科さないといけない。刑罰はヒトの思考（第二信号系）に働きかけることで、犯罪抑止機能（一般予防能・特別予防）を持つので、社会にとって望ましくない薬物の使用を禁止する立法は、そうした薬物を使わないようにさせる抑止力となるという意義がある。しかし第二信号系で特定行動に対する第一信号系の過作動を止められなくなった者に対しては、治療の義務付けが必要となる。この点、現行刑法は、行為とは思考（第二信号系）に基づく身体の動静であるというフィクションの上に成り立っていて、第一信号系の作用を考慮していない。常習犯対策が有効に機能していないのも、ヒトの行動原理に基づかないで、累犯加重によって、ただ懲役の期間を長くする対応しかしてこなかったからであろう。

近時、刑事司法制度は治療的施策を取り入れてきた。刑の一部執行猶予制度は（平成 25 年法律 49 号及び 50 号）、判決言渡時に、刑務所出所後 1 年以上 5 年以下で、保護観察（社会内処遇）を義務付けるもので 2016 年 6 月 1 日から施行されている。その後、刑法等一部改正法が制定され（令和 4 年法律 67 号）、懲役と禁錮を「拘禁刑」に一本化して、「拘禁刑に処せられた者には、改善更生を図るため、必要な作業を行わせ、又は必要な指導を行うことができる。」（刑法 12 条 3 項）という規定が追加された。また、拘留にも、「拘留に処せられた者には、改善更生を図るため、必要な作業を行わせ、又は必要な指導を行うことができる。」（刑法 16 条 2 項）という規定が追加された。改正法は 2025 年 6 月迄に施行されることになっている。身体を自由を剥奪する自由刑は拘禁刑と拘留となり、執行刑の期間を限度とする治療処分が創設されたものと理解することができる。そうすると、自由刑は、身柄を刑務所に拘留することで自由を剥奪する刑罰的側面と、作業と指導という改善更生のためのプログラムが義務付けられるという治療的側面の両面を持つことになる。ヒトの行動メカニズムに基づいた判決が言い渡されるためには、制度の構築が急務である。

薬物乱用自体に対する刑罰

(第1論考)

岡田法律事務所

岡田卓司

第1 刑罰の在り方

刑罰の対象は、原則として他者加害行為とされる。自由主義の下、人は行動の自由が保障されるが、他者を害する行為までは自由が保障されないからである。

その意味で、規制薬物乱用に対する刑罰は特殊である。少なくとも規制薬物の自己使用による直接の弊害は他者加害ではなく自己加害だからである。自己加害行為としての規制薬物乱用に対して刑罰を科すこと自体については慎重でなければならない。

第2 常習的薬物乱用者に対して刑罰を科すことは法律上正当化されるのか。

1 現在の刑事司法制度は「人の行為」を対象としている。行為とは「意思に基づく身体の動静」などと定義される。刑罰は、人が自らの意思決定に基づき犯罪行為を行ったことに対する非難として刑罰は科されるのである。

したがって、「人が自らの自由な意思決定に基づいて犯罪を犯したと言えない例外的な場合」には刑罰を科すことは正当化できない。

そのような場合の一つの類型が限定責任能力・責任無能力である。

2 条件反射制御法理論が前提とする人の行動メカニズムとの関係

(1) 条件反射制御法は、人の行動メカニズムを担う信号系が第1信号系と第2信号系の2つであるとの仮説（以下「信号系仮説」という）に基づき、常習的薬物乱用者について第1信号系の過作動により第2信号系が行動を制御できない状態に至る（以下「問題状態」という）と仮定する。

(2) 今後、信号系仮説が実証され、責任能力判断における「生物学的要素」として、問題状態において人の行動制御能力が障害されている程度が実証されれば刑法学上の責任能力の議論に示唆を与えるものになると考えられる。

もっとも、行動制御能力が著しく損なわれていたと認定されるためのハードルは高いと思われる（あくまで私見であるが、少なくとも覚せい剤等の規制薬物を衆人監視の中でも使ってしまうというレベルに行かないと難しいと思われる。逆のいい方をすれば見つからないようにこそこそ使用しているのであれば、いまだ覚せい剤を使用するという行動を合理的に制御していると評価される可能性が高い）。

3 もっとも、責任能力による免責は規範的な要素を含むため、仮に、問題状態における人の行動制御能力が障害されていることを実証できたとしても、そのことの一時をもって免責されるとは考えにくい。

すなわち、行動制御能力が著しく損なわれる状態を自ら招いた（多年にわたり、頻回にわたって規制薬物を使用してきた）以上、責任能力による免責の抗弁が排斥される可能性が高

い。

そのための法理論としては、原因において自由な行為ないしそのアナロジーとしての見解が援用される可能性が高い。

なお、近時、責任能力判断において行動制御能力不要論も有力に主張されていることも指摘しておく。

薬物乱用自体に対する刑罰

医療法人社団ほっとステーション 大通公園メンタルクリニック

長谷川直実

多くの法曹界、精神医療福祉の専門家が参加する大麻使用罪成立の反対運動が続いているが、私は大麻取締法使用罪には賛成である。

「国際的な趨勢と日本だけがかけ離れている」「回復に逆行」という声もある。しかし、大麻等の生涯使用率が日本と比べ物にならないほど高く、対策が追い付かない諸外国を見習うことはおかしい。

令和2年度までの大麻事犯の検挙数は7年連続で増加しているが、国内において、暴力事件や交通事故などが増加しているという事実は確認されておらず、大麻の使用が社会的な弊害を生じさせているとはいえないといった意見もある¹⁾。しかし、現在違法であるので、皆こっそり、それなりに抑制的に屋内で使用しているのであり、合法となったら、飲み会や集まり、路上などで様々な刺激に晒されながらの使用となり、必然的に交通事故、暴力事件等の事件に発展していくだろう。アルコール絡んだ事件数を超えるかもしれない。

ただ、大麻に限らず、第一信号系が制御できず、違法薬物の自己使用を繰り返した人について、違法性があるとしても、即刑罰の対象にすることは反対である。検察が起訴をする前に、薬物離脱のための治療が優先されると判断し、本人も治療を希望した場合は、不起訴にすることも検討すべきである。

また、服役しても一時的な薬物離脱のみで回復にはつながりにくい。起訴された事例についても、現行の刑の一部執行猶予制度を更に拡大し、服役するか、保護観察所でのプログラムを一定の期間受けるか、保護観察の下での医療機関で治療を受けるか、保護観察の下で回復支援施設に入所するかを選べるようにするのがよいと考える。

- 1) 厚生労働省：大麻等の薬物対策のあり方検討会とりまとめ ～今後の大麻等の薬物対策のあり方に関する基本的な方向について～、2021年6月。

義務として言い渡す治療や訓練と怠りに対する刑罰

下総精神医療センター

平井慎二

特定の規制薬物の乱用を反復した者には、その行動を司る反射連鎖が第一信号系に成立しており、さまざまな程度の強さでその反射連鎖が作動する。

その反射連鎖の作動よりも第二信号系の制御が強く、特定の規制薬物の乱用を避ける行動制御能力がありながら、その薬物を乱用して検挙された者には、治療や訓練を義務付けることはしてはならない。勧奨にとどまるべきであろう。

一方で、通常の事象に関しては判断能力も行動制御能力も保たれていながら、特定の規制薬物の乱用に関しては、その行動が違法であることを知り、その行動をしないでおこうとしても、その行動を司る反射連鎖の作動が第二信号系の制御を超えるほどに強い者、つまり、特定の規制薬物の乱用に限定された行動制御能力の障害をもつ者がいる。その者によるその行動を検挙した際には、後には、その行動を司る反射連鎖が第二信号系の制御を超えるほどに強く作動しないように、つまり、再度の違法行為を生じさせないために、第一信号系に対して治療や訓練を義務付けることが刑事司法体系の負うべき役割である。社会は刑事司法体系に、違法な行為を予防するために強制力を発揮することを求めているのである。

最近、刑事司法体系は、治療や訓練を重要であると考え、制度に組み込もうとする動きがあるが、刑罰の中での治療や訓練という位置づけのようである。

現行法では、刑事司法体系は検挙した規制薬物乱用を犯罪であると認定して、それを根拠に刑罰を与える。刑罰は、意識的に思考で未来の社会的行動を創造しようとする第二信号系に対応するものである。

しかし、検挙した規制薬物乱用に促進的に作用した第一信号系は無意識的に反射で過去の生理的成功行動を再現するので、それに作用するのは、治療や訓練である。それらの選択や構成は、対象者が検挙されるまでの生活と反復された薬物乱用により成立した複数の要素がかかわる状態を評価してなされるべきである。

行為の把握と処遇の性質に注目すると、最近の刑事司法体系の動きは、検挙した規制薬物乱用を犯罪として認定し、それを根拠とした刑罰という処遇において、治療や訓練を実施するものであり、根拠と処遇の不良な対応性により、必要な治療や訓練が強制されない事態が生じやすい。

従って、刑事司法体系は検挙した規制薬物乱用に対する第一信号系と第二信号系の関与を正しく評価し、疾病性が原因であれば、そのように認定するべきである。その上で、疾病性に対する処遇においては、規制薬物摂取に関して制御能力を失った者は必ず、その薬物を摂取する反射が強く成立しているので、その反射を制御する治療を義務付け、また、規則的让生活をする能力に低下があれば、生活訓練も義務付けるべきである。

それらの処遇の実行と観察は次のようにするべきである。

それらの治療や訓練は、施設内あるいは施設外でも、また、刑事施設でも社会内施設への委託でも、行われる。また、それらの処遇が実行されていることを刑事司法体系の職員は直接あるいは照会等により間接的に把握する。実行されていなければ、刑罰で対応する。

義務として言い渡す治療や訓練と怠りに対する刑罰

北海学園大学法学部

飯野海彦

おそらく、最も過敏な反応を見せる方の多いと思われる論点であろう。

しかし、過敏な反応、すなわち治療等の刑罰による義務付けへの反対論には、表題の論点に対する誤解に基づくものがあると思われる。

表題の論点は、I判決言渡時等に、治療や訓練を受けることを命じ、それを怠った場合に刑罰を科するというものである。ところが、反対者の中には、II刑罰の内容として治療等を行う、という意味に誤解している方が居るのではないだろうか。条件反射制御法の考え方は、刑罰は第二信号系へ働きかけ、治療や訓練は第一信号系へ働きかけるものである。ここで、第一信号系へ働きかける治療等を、刑罰の内容そのものとしては意味がないのである。厭くまで、刑罰をもって第二信号系に対し、治療や訓練を受けないと処罰されると働きかけ、心理的強制をもって治療等で第一信号系へと働きかけることで、以後の薬物再使用を防止するのである。ましてや、刑罰そのものの内容として、対象者が抵抗した場合は抑制の上、無理やり治療を施すというものではない。

また、検挙後に判決等で治療等を義務付け、それを怠ることに対し刑罰を持って臨むことには、以下の利点がある。

III判決等で対象者に課される義務内容が明確化されるため、不作為犯として罪刑法定主義の派生原則である明確化の原則をクリアできる。IV治療等を怠ることによる処罰が、より強く第二信号系へと働きかけて。治療等へと誘う効果がある。

現在、刑事司法体系内で行われている、あるいは今後予定されている検挙後の治療等義務付けとしては、a 仮釈放、刑の全部又は一部執行猶予における保護観察の際特別遵守事項（薬物事犯では更生保護法 51 条の 2 や 65 条の 2～4 で特則が設けられている）として、b 導入予定の新拘禁刑における刑務作業と並んでの治療等の義務付け等がある。a の場合、特別遵守事項違反による仮釈放や執行猶予の取消、b の場合、治療等の正当な理由のない懈怠に対する懲罰はある。しかし、治療等の怠りを犯罪化するのであれば、執行猶予取消で復活する言渡し済みの刑に加え、治療等の不作為の刑も課されることとなるため、より強く第二信号系へと働きかけ、治療等を促すこととなろう。

義務として言い渡す治療や訓練と怠りに対する刑罰

NPO 法人アパリ

尾田真言

はたして義務として言い渡された治療や訓練を怠ったということ自体を犯罪として、刑罰を科すべきなのだろうか。

現行の刑事司法制度でも、保護観察と医療観察法による入院決定や通院決定によって、治療や訓練の義務付けが可能である。そして、義務付けられたプログラムをしないことが遵守事項違反となり、保護観察の取消事由となり、その結果として、執行猶予が取り消されて懲役の実刑が執行されたり、仮釈放が取り消されて刑務所に戻され、その残刑期間、服役させられたりすることにつながるが、治療・訓練の怠りそれ自体を犯罪とする規定はない。以下に説明するように、私は怠り自体の犯罪化は不要だと考える。

確かに、治療・訓練を怠ればまた規制薬物を乱用してしまうことを十分に認識しながら、義務付けられた治療・訓練を行わなかったことで、予想通りにまた乱用してしまったという場合に、病気が進行して行動制御能力がなくなることで、常習犯に刑罰が科せられないとするのであれば、それは犯罪抑止力の低減につながるのだから良くないように思える。

私は、そこで一定の条件の下で、犯罪の成立要件として、行動制御能力は不要だと考える。犯罪とは構成要件に該当する、違法かつ有責な行為であるという定義は正しいと考えるが、有責性については、特定行動についてのみ行動制御ができない状態については、行為者がそのことを十分に認識していながら治療・訓練を怠ったのであれば、違法行為を行うことは必然なのだから、怠り自体の刑罰化を考えるのではなく、責任の成立要件から特定行動についての行動制御能力を必要としないという新しい考え方を採用すべきだと考える。

平井は治療・訓練と刑罰・教育を峻別し、第一信号系には治療・訓練を、第二信号系には刑罰をと主張するが、刑罰の具体的内容についての言及はない。刑罰の目的を犯罪者の社会復帰に求める立場に立つと、刑罰の内容は再犯防止に役立つ各種施策となる。対象者によってはそれが治療・訓練になることもあれば、罰として自由の制約のみで足りる場合もあるだろう。処遇期間の長さは刑期の制約を受け、処遇内容は、立法論として、裁判手続で決めるか受刑開始時の分類で決めるか、検討が必要となる。

義務として言い渡す治療や訓練と怠りに対する刑罰 (第2論考)

岡田法律事務所
岡田卓司

1 治療や訓練を義務づけることができるか。

刑事司法制度は、①過去に行った違法行為に対するペナルティーと②社会防衛的観点から将来同種の犯罪を行う(犯罪者の)危険性に対する介入とを分けて考える考え方が主流である(いわゆる二元論)。

②の介入の例としては過去に導入が問題となった保安処分がある。

2 自由主義の観点から見た介入の問題点

介入が将来予測に基づく人権侵害であるところ、①将来予測が不安定であり、特に介入の対象が犯罪行為ではない場合(例:アルコール依存の治療。アルコールを飲む行為自体は犯罪ではない。アルコールを飲んだ状態で犯罪行為がなされることはあるにしても。)に不必要な介入がなされるおそれと、②犯罪行為とペナルティーの均衡が一応志向されている刑罰とは異なり、問題行動が犯罪でもなくとも治療効果があらわれるまで永遠に介入が継続される(例:死ぬまで入院)、介入の対象行為の内容と介入の内容とが均衡を失するという意味で過大な人権侵害を招く恐れがある。

3 参考になる実定法としての心神喪失者医療観察法

同法律は、①については、既に重大な他害行為(犯罪行為)をしていることを前提に、その背景に精神上的障害があり、精神上的障害に対する治療がなされなければ再び同種の犯行に及ぶ可能性が高い、という形で将来予測を行っている(将来予測の合理化)。

②については、介入の対象行為を「重大な他害行為を行った者」に限定することで、対象行為と介入とが均衡を失しないように配慮するとともに、期間を区切って(良い意味=理性的な判断が可能という意味)非民主的裁判所が処遇の継続の要否について判断する仕組みを採用した。

4 覚せい剤の自己使用罪について介入を行うことは許されるか。

(1) 将来予測の観点(①の視点)

覚せい剤を使用したものが反復して使用する傾向にあるという結論については大きな争いがない(その説明の仕方は異なる。信号系仮説もその一つ)。よって問題は少ない。

(2) 過大な人権侵害の観点

介入の対象行為は規制薬物の使用という犯罪行為であるが、規制薬物の自己使用は被害者なき犯罪であり、犯罪の重大性は低いと言わざるを得ない(その意味で、論者は覚せい剤の自己使用罪の法定刑は重すぎると考える。なお、量刑上は、初度の犯行に対してはほとんど全てのケースで執行猶予が選択されることが多い。犯罪の性質のみならず、最終一回行為が起訴されており、余罪を考慮しないという司法手続の特質によると思われる)。

そうすると、治療や訓練を義務化することは介入として行き過ぎと考える。

(3) したがって、治療や訓練を怠ったことに対して刑罰を科すのも行き過ぎであり、私見としては反対である。

5 その他の問題

詳細は第4論考に譲るが、治療や訓練の位置づけ（医療機関が社会防衛の手段としての治療を行うということが良いのか）も問題になる。

義務として言い渡す治療や訓練と怠りに対する刑罰

医療法人社団ほっとステーション 大通公園メンタルクリニック
長谷川直実

「第一信号系には治療を、第二信号系には刑罰を」という意見について、論理展開としては理解できる。

しかし、第二信号系の思考が治療を選ぶかどうか、またどのような治療を選ぶかどうかについては、憲法13条が保障する自己決定権が尊重されなければならない。

1981年の患者の権利に関するリスボン宣言（Declaration of Lisbon; Rights of the Patient）では、患者の選択の自由の権利、自己決定の権利を保障している。1991年の国連総会においては、同意なく治療を矯正することが許容される場合として、自他への際し迫った危機的状況と判断無能力の場合を挙げている。

薬物乱用のために幻覚妄想状態を来して、そのために重大な他害行為に及んだ場合、心神喪失等が認められて、その後医療観察法の入院処遇が決定された場合は、現行の日本の精神医療制度の中で最も強制力の高い治療の枠組みに入ることになる。医療観察法通院処遇において、受診しなくなったようなときは、医療担当者、保護観察所社会復帰調整官が訪問などで働きかけを続ける。もしも、治療を拒否した後に医療観察法処遇に入るきっかけになった対象行為と同様のリスクが高まった場合は、入院処遇に移行する場合もある。違法薬物の再乱用のために検挙されることもあり得る。しかし、治療を拒否したこと自体で刑罰に課されることはない。ましてや、違法薬物の自己使用のみで、強制力がそこまで高い精神医療の枠組みはあり得ない。有効な治療があっても、拒否する権利がある。∞連携が有効であっても、その枠組みから離れる権利は保障されなければならないはずである。

第一信号系が関わり、繰り返してしまう犯罪の中で、治療を拒否した場合に刑罰を課するような可能性があるとするれば、一部の性犯罪（連続強姦や小児に対する強制わいせつ等）、ストーカーなどではないだろうか。

検挙前の治療や訓練の怠りに対する刑罰

下総精神医療センター

平井慎二

特定の規制薬物の乱用を反復する者の中には、その行動をやめようとしてもやめられない疾病状態に自分が罹患していることを理解している者がいる。

薬物乱用対策においては、上記状態にある者などが疾病状態から回復できるように、規制薬物乱用を取締機関に通報しない態勢をもつ治療体系をもち、治療や訓練を提供する施設を充足させ、個々に対応した治療や訓練を選択して提供する知識と技術をもつ職員を配置し、社会に対しては規制薬物乱用には疾病性と犯罪性があり、援助を提供する治療体系があることを広く知らせるべきである。そのような社会を実現すれば、特定の規制薬物を乱用する行動に関して制御能力に障害をもつ者でも他の行動は制御できるので、治療や訓練を受ける選択と実行により薬物乱用を生じさせる反射を弱め、薬物乱用を避けられる。

規制薬物乱用で検挙された者による、検挙前の治療や訓練を選択しなかった判断とそれに従った行動は、違法行為をはたらく選択と行動であったので、有責であり、刑罰で対応すべきである。

上記の選択と行動に刑罰を科す捜査のための連絡や手続きは、規制薬物を長期に乱用していた者が援助の場に現れた時点や治療の場を離脱した時点で治療体系側からなされるべきものではない。なぜなら、治療体系は連携体系の受容的な態勢を保つべきであり、また、その者が治療や訓練を受けることなく薬物摂取から離れる可能性はある。ここで主張する検挙前の治療や訓練の怠りに対する刑罰は、それを科す捜査の開始は取締機関による検挙がなされた場合に始まり、刑罰を科す評価の対象行為は検挙された規制薬物乱用より前の期間の治療や訓練の怠りである。

第一信号系は一時点においては無意識的に機械のように決まり切った行動を生じ、経過においては自然界では環境の変化に応じて生き物らしく生き生きと変化する。逸脱した行動を生じさせる第一信号系に意識的に計画した変化を、直接的に、あるいは環境の整備等により間接的に生じさせるのが第二信号系であり、責任を負える中枢である。

信号系学説に基づいて刑事司法体系を再編することで、検挙した反復傾向をもつ違法行為は原因を疾病性と犯罪性に分解して評価でき、また、刑罰を科す検討の対象が規制薬物使用に対する検挙前および検挙後の自由な思考による選択と行動に広がり、さまざまな状態の者に応じて刑罰による抑止力と必要な援助を受けさせる作用が生じる。つまり、検挙した規制薬物乱用自体が完全に疾病性によるものであっても、過去には思考と同時性をもって治療や訓練を選択しないという違法行為がなされたことから刑罰での対応も用いられるので、疾病性への強制的な処遇に繋がる疾病性による違法行為であったという認定に躊躇がなくなる。

上記が整備されれば、次のようにこれまで対応が困難であった例に効果的な処遇が可能になる。覚醒剤使用で初めて検挙した者が長期に頻回の覚醒剤乱用を反復しており、その行動に対する制御能力が無い疾病状態にあるとき、判決において覚醒剤乱用自体を無罪とし、覚醒剤摂取を司る過剰な反射の作動という疾病性には義務付けされた治療と必要な生活訓練を治療体系の職員等により受け、ならびに治療等を怠ってきた選択と行動は犯罪であるので執行猶予等として、いずれの処遇に対しても、保護観察官等が観察と指導にあたる言い渡しができる。

検挙前の治療や訓練の怠りに対する刑罰

北海学園大学法学部

飯野海彦

規制薬物乱用を繰り返す者の中には、条件反射を起こすスイッチが入ると薬物使用について第一信号系が第二信号系を凌駕し、「当該薬物を使用してはいけない」という法が命じる禁止を守れなくなる者がいる。この場合、当該禁止を破ることについて、違法であると弁識していても、制御できず、すなわち他行為可能性が無く、責任能力に欠けるため、その者の行為を非難できない。近代刑事法の基本原則である責任主義は、責任能力のない者の行為は違法であっても処罰できないとする。然るに、現在の刑事実務は、一方でこの責任能力の問題に目を瞑ったまま、薬物使用を繰り返す者を「禁止を破った」として処罰し、他方、違法行為反復の疾病性は認めて、薬物乱用に対する処罰と並行しての治療や訓練等を用意しようとする。

しかし、薬物使用を繰り返す者の責任能力問題に目を瞑り、第二信号系には刑罰による働きかけ、第一信号系には治療・訓練等による働きかけというデバイスの使い方を未整理のまま、処罰や治療等を行っても功を奏しないであろう。

第一信号系が第二信号系を凌駕するゆえに規制薬物乱用を繰り返してしまう者も、条件反射を起こすスイッチが入っていない平時であれば、薬物の使用は違法であると弁識し、第二信号系により違法行為を抑制してられる。ここで、「このままでは規制薬物をまた使用してしまう」と認識している反復乱用者に対し、「必要な治療や訓練等を受けること（義務）」を法が命じたならば、その者の第二信号系は治療等を受けるべきことを命じるであろうし、もし必要な治療等を怠る不作為を処罰しても、その不作為の違法行為は非難可能であり、責任主義の点から処罰可能である。

「このままでは規制薬物乱用を繰り返してしまう」という認識のある者に対し、必要な治療や訓練等を受ける作為を命じることを構成要件化し、その不作為を処罰する不作為犯の犯罪化は、違法行為を繰り返すと処罰が不可能となるという責任主義の帰結に対する非難を躲すものとなる、そして、第二信号系には刑罰で、第一信号系には治療等で働きかけるというデバイスの使い分けに関する原則を守るものである。

検挙前の治療や訓練の怠りに対する刑罰

NPO 法人アパリ

尾田真言

検挙前の治療や訓練の怠りに対して刑罰を科すべきかどうかという論点は、常習犯ほど行動制御能力がなくなり、責任能力なしという理由で犯罪不成立になるのはおかしいと考えるかにかかっている。

私は、たとえ検挙前の、裁判によっては義務付けられていない治療・訓練であっても、そうした治療・訓練をしなければその犯罪を繰り返すことが十分に認識されていた場合には、再乱用で検挙された時点で、治療や訓練をしなかった不作為を、再乱用したことと同視するのだから、予想通りに反復する犯罪で検挙されたときに、行動制御能力の有無にかかわらず、犯罪成立とすべきだと考える。

刑事司法機関の役割は、違法行為がなされないように抑止すること（一般予防）、違法行為者が違法行為をやめるように、特定行動に対して第一信号系が過作動を起こして、違法行為をしないようにしようとする第二信号系が負けている者に対しては、治療と訓練を、第二信号系が違法行為をあえてしようとしている者や、第一信号系の過作動を止めようとするれば止められるはずなのに努力を怠った者に対しては、そうした判断をした第二信号系に対して刑罰と教育を科すことである。

単に規制薬物を使っただけではなく、そして、根拠と処遇の不良な対応性により、必要な治療や訓練が強制されない事態が生じているので、きちんと根拠と処遇が対応できるような制度を確立する必要がある。つまり刑事司法機関の職員の役割は、薬物乱用がなされるメカニズムを理解し、違法行為者に必要な処遇を決定してそれを義務付けることである。

また、社会復帰施設の役割は第一信号系に対する訓練だけでなく、第二信号系に対しては、刑罰だけでなく、教育も重要な役割だと考える。一信号系に対する必要な治療や訓練が強制されない事態が生じやすいのと同様、第二信号系に対する必要な教育もなされない事態が生じている。

検挙前の治療や訓練の怠りに対する刑罰

(第3論考)

岡田法律事務所

岡田卓司

1 信号系学説を前提とした刑罰の対象論

平井は「判断能力があるが、行動制御能力に障害のある状態で、規制薬物乱用が生じる。その第一信号系の作用は、自由な意思に該当するものではないことから刑罰を与えてはならない。また、刑罰は第一信号系の作用に対応する効果をもたない。」と述べる。

他方、平井は、「特定の規制薬物の乱用を反復する者の中には、その行動をやめようとしてもやめられない疾病状態に自分が罹患していることを理解している者がいる。(中略) 規制薬物乱用で検挙された者による、検挙前の治療や訓練を選択しなかった判断とそれに従った行動は、違法行為をはたらく選択と行動であったので、有責であり、刑罰で対応するべきである。」と述べる。

その意味するところを私なりに整理すると、第1信号系優位の状態で規制薬物を使用した者(例えば、仮に100回目の薬物使用行為で検挙された者とする)について「100回目の使用行為そのものをとらえて刑罰を科すことは許されないが、100回目の使用行為で検挙されるまでの間において、「治療・訓練を選択しなかったこと」について刑罰を科して対応すべきである」との主張と思われる。

2 「治療・訓練を選択しなかった」ことを、100回目の使用行為とは別個独立に刑罰の対象とする(=犯罪化する)ことは妥当か。

(1) 理念的な観点から

刑罰の対象は、原則として他者加害行為に限定されるべきであることは第1論考において述べた。

他者加害行為につながり得る自己加害行為は、現在処罰されているが、それとは別個にそのような行為を行わないために治療や訓練を受けることを刑罰の威嚇の下に義務化する(治療・訓練を受けなければ刑罰を科す)というのは、パートナーリズムからみても、社会防衛的観点から見ても行き過ぎではないかと考える。

(2) 技術的な観点から

治療・訓練を選択することが犯罪になるのはどのような場合なのか(=換言すれば、治療・訓練の非選択について処罰されない場合と処罰される場合をどのような形で線引きするか)を、実用に耐えうるような形で法律で定めることは困難ではないと思われる。

検挙前の治療や訓練の怠りに対する刑罰

医療法人社団ほっとステーション 大通公園メンタルクリニック
長谷川直実

焦点は、2の「義務として言い渡す治療や訓練と怠りに対する刑罰」の是非と同様になるが、「刑罰」以前に、違法薬物乱用のみであれば、高い強制力を持った精神医療の枠組みに入れることはできないと考える。

私は、信号学説を正しいと思っており、それに基づいて日々の臨床に取り組んでいる。

∞連携も有効であると考えている。治療の拒否や怠りに対して、治療者側は、強く指導したり、治療に対する動機付けを高めようとしたりはするであろう。しかし、治療を受けないと刑罰を科すという流れになることには違和感がある。

CRCT の治療作業が嫌になり中断した、あるいは回復支援施設を無断で抜け出した・・・その後覚醒剤を再乱用した。このとき、違法薬物使用ではなく、CRCT や回復支援施設から逃げたことで罰せられたとしたら、その人は、違法薬物使用による逮捕よりも、無力感を感じると思う。そして、このような体制は、自殺者を増やすかもしれない。

嗜癖の治療の場合、第一信号系を制御するために治療、CRCT がもちろん必要であるが、第二信号系への働きかけも重要である。「失敗する」「正直になるべきか迷う」「何のために治療をしているかわからなくなる」「支援者に不満を持つ」などの葛藤ややり取りが、回復へ向かう大切なプロセスになる。失敗したけど自分で考えて行動することが、第二信号系を強くするし、それは人間的な成長につながる。

切迫した他害行為のリスクがない違法薬物の自己使用であれば、ゆっくりした回復でもよいのではないだろうか。

患者を通報せず、法の抑止力を利用する態勢

下総精神医療センター

平井慎二

医療や福祉などの治療体系の機関が対象者の規制薬物使用を取締機関に通報するか否かの選択と実行は、対象者が検挙されるか否かをほぼ決定づけることである。従って、治療体系のみで選択するものでも、各機関がそれぞれで選択するものでもない。また、通報するか否かの選択のみで終われば、次のように社会に現実的な損害を与える道筋の選択に終わる。

通報すれば、その直後から一定期間は対象者の身柄が拘束され刑罰で対応される可能性が高い。刑事司法体系による身柄拘束が解かれても、対象者は治療機関による通報を怖れて寄りつかないことから、薬物摂取行動を無意識的に生じさせる疾病性に働きかけられず、再乱用が高い可能性をもって生じる。

通報しなければ、対象者は治療を拒否しないが、治療体系の施設は強制力をもたないことから治療の継続性は不透明であり、十分な治療は約束されない。また、通報しないことは薬物摂取行動を意識的に抑制する強い要素を利用しないことであるので、再乱用が高い可能性をもって生じる。

治療体系の各機関は対象者による規制薬物使用に対して共通する一定の方針をもち、また、その方針が社会に対する損害を上記のいずれにするかの岐路に留まってはならず、刑事司法体系との連携によりいずれの損害をも生じないように補完されなければならない。さらに、その連携における治療体系の対応方針は、連携する刑事司法体系が賛成し、期待する性質のものでなければならない。

治療体系の役割は、規制薬物乱用者に援助を提供することであるので、通報しないことを優先しながらも、処遇に法の抑止力を設定するように努める次のものである。

治療体系は、対象者による既遂の規制薬物使用を取締機関に通報せず、援助の提供を優先し、また、既遂の規制薬物使用の証拠がなくなった時点で対象者の同意があれば、取締職員に観察と指導を申し出る。取締機関がその申し出に応じることで、治療体系を構成の一部にもつ薬物乱用対策の整合性が保たれる。

法の抑止力を処遇に設定する治療体系の各施設の態勢に関しては、その施設の特性により、その態勢の強さの程度には差異があるものであり、治療体系内の機関間の連携で処遇に法の抑止力を成立させることも可能である。

患者を通報せず、法の抑止力を利用する態勢

北海学園大学法学部
飯野海彦

犯罪統制 (crime control) には、I 国家の刑事司法体系そのものに載せるフォーマルな (かたい) 犯罪統制と、II 家庭教育、道徳、社会政策、地域の統制力等々によるインフォーマルな (やわらかい) 犯罪統制とがあり、社会全体の犯罪抑止・予防で果たす役割はIIが非常に大きい。目に見えづらいIIと異なり、Iは人々にとって分かり易いものの、副作用が強く、また、Iのみによる犯罪統制は不可能である。何故ならば、犯罪白書等でお馴染みの「検挙率」という言葉があるように、取締機関が認知した犯罪全てを検挙し、刑事司法手続に載せることは不可能である。殊に、規制薬物乱用のような被害者無き犯罪の場合、検挙以前に取締機関が「認知」することすらできない「暗数」が多く存在することになる。

薬物乱をやめたい者を援助する側である医療機関等が、患者の規制薬物乱用を認知しても通報せず、法の抑止力を利用して患者の薬物使用障害を克服する態勢は、「犯罪を見逃す態勢」ではなく、IIやわらかい犯罪統制による犯罪の抑止・予防なのである。すなわち、医療機関等による援助により患者の規制薬物乱用という再犯を防止するという特別予防を達成し、また規制薬物需要が1名分減少、当然供給もできなくなるという意味で、2重3重の犯罪抑止が達成できるのである。しかも、援助側には近接性があるため、Iすなわち取締一本では不可能であった、規制薬物乱用による検挙を恐れる社会内の乱用者一暗数となっていた一を炙り出して、援助側に取り込めるのである。既述のように取締処分側による薬物乱用者の検挙後も治療等へ結びつける制度はある。しかし、検挙や刑の執行に伴うスティグマ等の副作用が強く、対象者の社会復帰は容易ではない。これに対し、援助側での薬物使用障害克服による社会復帰はそれよりは容易である。ここで、もし援助側が患者を通報してしまったら、この暗数の取り込みは失敗する。

患者等通報しない態勢は、「社会の安全を阻害しない範囲」という限定付きである。つまり、通報しない態勢は、IIによる規制薬物乱用の再犯防止が達成される範囲に限られ、例えば、医療機関に規制薬物を大量に持ち込んで他の患者に譲渡するといった行為をなし、医療機関の援助目的を阻害する者は当然通報される。

他方、医療機関等援助側には、その体系内に患者を留め置く強制力がなく、援助側の働き掛けのみでは、どうしてもリラプスを防げない。そこで、患者の同意を得て、規制薬物使用の陽性反応が出ない時期に、忌避性の強い取締処分側との面接を行うことは、検挙を恐れての強い心理的強制となって、薬物再使用を防止できるであろうし、それでもなお再使用した場合は、検挙され、Iによる法の強制力を用いた再犯防止に委ねることとなり、またその事が他の患者に対する一般予防効果を果たすこととなる。

ここで、規制薬物再使用の防止に必要な治療や訓練等を受けないことを処罰する不作為犯の創設は、より強い法的抑止力となるであろう。

患者を通報せず、法の抑止力を利用する態勢

NPO 法人アパリ

尾田真言

規制薬物の乱用には、犯罪性と疾病性の両面がある。犯罪性に対しては強制力を持つ取締側（刑事司法機関）が、疾病性に対しては援助側（医療、福祉）が対応しており、両者の役割は異なる。「患者を通報せず、法の抑止力を利用する態勢」とは、∞連携を提唱する平井が主張している、援助側の採るべき態勢である。援助側が規制薬物乱用者を取締機関に通報すると、乱用者は検挙を恐れて治療を受けに来なくなるので通報してはならない。しかし治療が功を奏して、優勢だった第一信号系の作用がおさまっても乱用を続ける者に対しては、逮捕権を持っている取締側の職員の面接指導を受けるように勧め、今後乱用したら逮捕されるという状況を作り、乱用者の思考（第二信号系）に抑止力をかけることで、取締側と援助側は連携すべきだという主張である。

ともすれば強制力がある取締側の活動が優先すると考える者が多いように感じているが、まずは通報させて検挙することから規制薬物乱用対策を始めようとするのは、社会から規制薬物乱用者を減らそうという共通目的の実現のためには効率が悪い。従来から、ひとたび検挙された者の中には、職質等で前科が判明することでより検挙されやすくなり、治療する間もなく、社会と刑務所を行ったり来たりを繰り返す者がいる一方で、具合が悪くなると入院する方法を知っている乱用者の中には、通報しない病院に入退院を繰り返すことで、検挙されることなく乱用を続けている者もいる。それを解決するのが∞連携である。

私は∞連携を実現させる、法律上の明文規定が必要だと考える。援助側が通報しないことが免責される明文規定があれば、援助側が通報しないことで罪に問われるのではないかという不安を払拭できるし、また、規制薬物乱用者は犯罪者なのだから取締側に任せて援助側はかかわらないようにしようという考えをなくすことができる。

それぞれが所属する機関の方針や解釈でばらばらに対応するのではなく、法によって、統一的な対応方法が決定されることで、規制薬物の乱用者対策が円滑に行われるであろう。

患者を通報せず、法の抑止力を利用する態勢

(第4論考)

岡田法律事務所

岡田卓司

1 治療期間中の規制薬物再使用を認識した場合に医師はどのような対応をとるべきか。ポイントは、①治療期間中の規制薬物再使用行為をどのように評価すべきか、②①を踏まえて医師が捜査機関に通報すべきか否か（通報することは許されるか）、③ ①及び②を踏まえた従来型の対応と∞連携はどのような関係にあるのかという点にあると考えられる。

2 従来型（非∞連携）の枠組みにおける対応

(1) 医師は守秘義務を負っているから治療期間中の薬物使用を認識した場合でも通報しないことは許される（公務員である医師についても、刑事訴訟法103条、同法144条との均衡からそのように解される）。

他方、「正当の理由」がある場合には通報することも許されるどころ、医療従事者からの捜査機関からの情報提供は任意捜査であっても「正当の理由」ありと解されているから（米村滋人「医事法講義」143頁〔日本評論社〕）、治療期間中の薬物使用を認識した場合、医師は通報することも許されると解される。

(2) 治療対象者が治療期間中に規制薬物を使用した場合について、①治療対象者には真摯に治療に取り組む意思がないと判断した場合には通報することも考えられよう。他方、②再使用の経緯その他の事情を考慮し、治療の継続が望ましいと判断した場合には通報せず、治療を継続することも考えられる。

3 ∞連携について

(1) ∞連携の問題意識は、治療期間中に規制薬物の再使用があった場合、通報しても、通報しなくても弊害が生じることを前提とした上、通報しないという選択をした上で、対象者に対し「司法機関により検挙されるかもしれないというプレッシャー（法の抑止力）を活用することで治療の継続を図ることを可能にするところにあるものと考えられる。

(2) しかし、治療期間中に規制薬物の再使用を行った者の中には治療意欲に乏しい者も含まれていると考えられるところ、そのような者に対してまで法の抑止力を背景に、無理に治療を継続する必要があるのか、という点にやや疑問を感じるところである（なお、検挙が可能な証拠が残存していない時期に警察・麻取が来ると対象者が高をくくってしまうと、法の抑止力の利用の効果も限定的ではないかと思われる）。

というのは、治療とは、本来、治療を受けるものが主体的に取り組んでこそ治療効果が発揮されるものであって、刑事司法機関による検挙をおそれて嫌々ないし渋々取り組むものではないと考えられるからである。

4 重要なことは治療対象者をどのように選別するかではないだろうか。

シンポジウム【∞連携を精査する】

(1) 真摯に治療に取り組む者については治療を行うが、刑罰の軽減その他刑事司法手続を乗り切るために「その場しのぎ的」に治療を受けようとするないしそのようなポーズを取る者は受け入れないという峻厳な姿勢が医療の側にも求められているのではないだろうか。

(2) 私が弁護活動を行う際に治療につなげる際に注意していることは、司法的処遇と治療を結びつけないことである（刑罰を軽くするための治療の否定ないし消極的態度）。

その上で、規制薬物の使用によって本人が何を得ようとしたのか、本人に失うものはないのかなど、規制薬物使用が本人の生活史にどのような意義を有するのかを押さえた上で、規制薬物の濫用によって本人が困っている場合には（治療を受けるインセンティブが存在し得る場合）医療・福祉につなぐことにしている。

患者を通報せず、法の抑止力を利用する態勢

医療法人社団ほっとステーション 大通公園メンタルクリニック
長谷川直実

ほっとステーションでは、違法薬物乱用を停めるために当院に通院することを希望する人に対し、保護観察中や公判中の人を除き、簡易薬物検査と麻薬取締官の面談を受けることを条件に、受け入れている。

これは、平井¹⁾が提唱する“∞(むげんだい)連携”の基本形である。医療機関で実施する簡易薬物検出検査で違法薬物の陽性反応が出て、直ちに通報せずに、二週間以上間隔をあけた時期に設定される麻薬取締官との面談にのぞんでもらう。取締官側は、関わりを持った薬物乱用者を援助側機関につながるよう勧める。

結果が陽性でも医療機関側から通報しないこと、しかし、取締側から問い合わせがあった場合は応えなければならないこと、麻薬取締官との面談を受けることについての説明を事前に口頭と文書で行い、あらかじめ同意を得ておく。

医療機関が陽性者を通報する体制は、違法薬物がやめられなくなっている人を治療から遠ざけてしまい、地下に潜らせることになる。薬物乱用を止めるために受診しているわけであるから、謂わば主症状である薬物乱用があったからといって、安易に医療機関が取締側に通報することは非治療的である。

この援助側が取締側からの刑訴法一九七条第二項に基づく紹介に対して、あるいは機関相互の協定に基づいて対象者の同意を得たうえで、直ちに検挙されない形で情報提供を行う体制は、守秘義務違反にも抵触せず、援助側単独での欠点を補完する体制である。取締側と援助側が互いの役割を補い合って、有効なブレーキと支援の輪を作る。

また、麻薬取締官と面談する体制にあること自体が、違法薬物離脱を図る人を売人等から守る。そして、医療機関自体を売人が近づきにくい環境にする効果がある。

平井慎二：規制薬物乱用者への対応における取締処分との連携による援助職としての純化。
日本社会精神医学会雑誌, Vol.12 (1), 55 - 65, 2003.

一般演題

刑務所出所者の社会内施設における回復を支える経済支援

潮騒ジョブトレーニングセンター
曾根輝秋

当施設において刑務所出所者が入寮した際に法務省から受ける経済支援は、仮釈放者、保護観察対象者に対して実施される「応急の救護」と、満期釈放者、保護観察に付されていない執行猶予者、起訴猶予者、労役場出場者や少年院退院者等に対する「更生緊急保護」である。どちらの場合も適当な住居や職業がないなどの事情により更生が妨げられるおそれがある場合に支援される。内訳としては、宿泊費、食事給与費、自立準備支援費、薬物回復訓練費とあり、この中に医療費は入っていない。持病があり持ち合わせのない者が医療にかかる場合、初回の医療費の支援は受けられるが、2回目以降の継続した医療費の支援は受けられず、医療を受けるために国民健康保険に加入して一部を自分で支払っている。支払いが困難な者は医療にかかることが出来ず、薬物使用に対する治療だけではなく、他の治療も受けるのが困難なケースがある。生活保護を受けることが出来れば医療費の支援を受けられるが、生活保護の利用は他の支援を受けられる者の場合、まずそれらを活用することという条件があるため、当施設を利用する刑務所出所者は「応急の救護」と「更生緊急保護」の支援を受けることになる。

令和3年4月から令和4年7月までで刑務所出所して当施設に入寮した者は21名おり、全て仮釈放者であった。その内、刑の満期を迎え退寮した者は15名、自主的に施設に残りプログラムを受けている者は6名であった。更生施設に行くことを条件に仮釈放を得るが、満期日を迎えた者に対して居住地やプログラムへの参加の強制力はなくなるため施設を離れる者が多い。施設を離れば回復を支える働きかけからも離れることが少なくなく、社会でも定期的に自身の問題に向き合えるような医療の面からのアプローチは再使用を防ぐ支援として大切であると感じている。当施設では、入寮者に対して医療面からの働きかけとして条件反射制御法を学び取り組んでもらっており、制御刺激と書き出しまでを、はまなすクリニックと連携し進めている。制御刺激だけでも問題行動を司る反射連鎖の抑制に効果的であることから、刑務所出所者に対しても取り入れていきたいが、刑務所出所者の保護制度の中に医療に対する支援が含まれておらず、入寮中に医療に関わることができず、薬物使用に対する予防が中途半端なまま社会へ戻っている現状である。同期間に薬物使用を止めるための治療を医療の面からつなげていき、社会でも継続して医療にかかることで再使用を防ぐ支援を出来ることが望ましいので薬物事犯者に対して刑務所出所後の医療費の継続した支援がなされるべきである。

薬物乱用者の生活の場と回復を左右する生活保護

下総精神医療センター

高橋梨絵

2008年からの3年間で、薬物あるいはアルコールの摂取反復が原因となって入院してきた者で生活保護を受けることが入院中に決定した者またはすでに受給していた者は256名であり、この内、回復支援施設に入寮した者は53名であった。

2018年4月からの2年間で、特定の行動を反復することが原因で入院してきた者で生活保護を受けることが入院中に決定した者またはすでに受給していた者は83名でありこの内、回復支援施設に入寮した患者は75名だった。対象行動と機関に差異はあるが、退院後に回復支援施設に入寮した割合は21%から90%に増加した。

薬物乱用者の一部は薬物を購入して摂取する生活を、家族からの経済支援や生活保護を受けて送っている。当病棟に入院する薬物乱用者の一部は退院後に生活訓練のために回復支援施設への入寮が必要である。しかし入寮を選択しない患者がいる。

生活能力が低下している患者の家族は、当病棟職員の指導により、患者が生活訓練を受けなければ経済的に支援しない態勢を持つことが回復を支援することを理解し実行する。家族が回復を支援する態勢を持つことを患者に伝え、あるいは実行することにより、患者は変化し、生活訓練を受けることを選択する。

しかし一部の福祉事務所は、患者が保護費を受ける権利を示す法律の記載を根拠にして、回復支援施設への入寮が必要な患者が単身で生活する選択をしても保護費を支給する態勢をもち、患者が薬物を乱用する生活に戻ることを容易にして、患者の回復を妨げていた。

条件反射制御法を平井が開発し、当病棟で開始したのは2006年であり、後にその技法の展開において特定の逸脱した行動を反復する病態を成立させる主な要素が、特定行動を進める反射連鎖の過剰な作動性、および、低い生活能力という2つであることを把握し、低い生活能力をもつ者に対して、欲求を抑制した後、回復支援施設に入寮することを強く指導した。また、福祉事務所職員にもそれを支える生活保護の提供の仕方を依頼した。しかし、しばらくの間、意見は対立することが頻発した。

ところが、東日本大震災が起こり、また、生活保護の不正受給が社会問題になり、福祉事務所の態勢が変化し、生活保護の提供の仕方に関して、当病棟の職員の意見を受け入れるようになった。ここで注目すべきは2013年から2015年に生活保護費の引き下げがあったことである。つまり、当病棟から退院する者が回復支援施設へ入寮する割合を増加させた生活保護費提供の仕方の適正化の理由は、生活に困窮する者全体に対して、生活保護を容易に支給しない態勢が偶然に重なったものであろう。福祉事務所が、特定の行動を反復する要素に関する理解が深まったという訳ではないのである。

必要な者が適正に生活保護を受け、同時に、より多くの薬物乱用者の円滑な回復を支えるために、薬物乱用者への対応に長けた者が、薬物乱用者への対応法に関する情報が蓄積していない福祉事務所に、関わりの当初から長期的な計画を伝え、方針を共有することがよい。回復支援施設に入寮することが必要な患者が入寮を選択しない場合は、その患者に対して福祉事務所は生活保護を支給しないことを伝え、同時に、患者の考えが変わり回復支援施設への入寮を選択するならば生活保護を支給することを伝える態勢をもつべきである。

シンポジウム

回復支援施設と

精神科医療施設の連携

シンポジウム【回復支援施設と精神科医療施設の連携】

回復支援施設と精神科医療施設の連携

下総精神医療センター
平井慎二

反復する行動に対する治療的な働きかけは、世界においてはアルコールをやめられなくなった本人達による自助的な活動で始まり、日本における薬物乱用に対する治療的な働きかけは、1985年に故近藤恒夫氏が開設したダルクにより活発となった。ダルクは毎日3回のミーティングを基本にして、薬物を使わないことを支えあうために共同生活をする形で始まった。

私が薬物乱用者に専門的に対応する部門に入った1989年には、精神科医療は彼らの問題の根幹である薬物摂取の反復に対してのはたらきかけは一定のものはあったが、不十分であった。むしろ薬物乱用者に対する精神科医療の役割は、薬物摂取の反復に付随して生じる幻覚や妄想の治療が主であり、また、それらを治療した後に薬物を使う傾向が強く残っていそうな者に対して、その解消のためにダルクでの生活を勧めることであると考えていた。

そのような精神科医療をしていた期間は、私は薬物を使う性質を薬物「依存」症と呼んだ。当時、ダルクへの入寮を勧めた対象は、その「依存」の程度が重篤だと考えた者であったのだが、その評価基準と根拠が不明であることを意識していた。幻覚や妄想を精神科医療で治療した後、どのような者をダルクに送るべきかを明確にするべきだと考えていた。

私は2006年に条件反射制御法を開発し、その技法を展開させながら、進化に照らし合わせヒトの行動メカニズムを検討しなおした。薬物摂取行動を司る反射を抑制することにより欲求の制御に成功し、欲求が成立するメカニズムから薬物から離れられない状態を「依存」と呼ぶことは不適切であると知った。後に、薬物への欲求を生じさせるのは薬物摂取の反復で強化された反射の状態だけでなく、生活能力の低下に原因する周囲との摩擦によるストレスも影響することを把握した。

過去には薬物乱用者に対応する回復支援施設はダルクだけであったが、現在は他にも多くの施設が薬物乱用者を受け入れさまざまなプログラムを用いている。また、薬物乱用者に専門的に対応する精神科医療施設も増えてきたようであり、用いる技法もいろいろである。

ここまで示したように薬物乱用者に対する回復支援施設と精神科医療施設による働きかけは多様であり、また、変化しつつある。

シンポジウム【回復支援施設と精神科医療施設の連携】

回復支援施設と精神科医療施設の連携

一般社団法人相模原ダルク

田中秀泰

相模原ダルクは、平成25年10月に神奈川県下で横浜ダルク、川崎ダルクに続いて設立された依存症回復施設です。施設では薬物、アルコール、ギャンブル等に依存してしまい社会生活がままならなくなってしまう方々が、ピアカウンセリング(仲間とのミーティング)を中心としたさまざまなプログラムを通じて、社会復帰を目指しています。

特徴

5ステージ制

利用者の回復の段階、生活形態をステージごとに(5ステージ制)分けています。利用者の回復のステージに見合った豊富なプログラムを用意しています。

精神科医療との連携

相模原市内に神奈川県西地区の医療の中核を担い、依存症治療拠点機関でもある北里大学病院との連携に於いて、大学病院では稀な依存症外来(薬物、アルコール)及び、ギャンブル依存症外来を約4年前から設置して頂けたことで、地域の依存症にお困りの方々の大きな入口になっている。民間の弱小なダルクが依存症治療の入口から出口までを担う他府県の地域からすると、非常に恵まれた環境である。主に外来受診者が参加する認知行動療法プログラムは対象者に薬物、アルコール、ギャンブル依存症者本人を一括りにして開催される。専門医、公認心理師、臨床心理士、作業療法士のもと手厚いサポート体制の中週一回開催され、相模原ダルクの職員も当事者スタッフとして参加する他、プログラムアドバイザーとしてプログラム内容の向上に寄与している。大学病院本来の設置目的である教育、研究のための研修医や医学生などの研修の場になっている点や、依存症関係者以外の多方面からの見学や問い合わせがあり、地域の依存症に対する偏見を無くし正しい理解を進めていくという依存症問題根本の啓発活動にも繋がっている。

利用者の通院先や急性期の対応は、開設当初から連携して頂いている東京都八王子市にある依存症専門医療機関「駒木野病院」や、今学会にて登壇される岡崎医師が院長を務める神奈川県秦野市にある依存症専門医療機関「みくるべ病院」との情報の共有を含め連携を密にし、急な入院などスピード感をもって対応して頂いている。

「駒木野病院」には院内機関としてアルコール総合医療センターが併設されており、主にアルコール依存症の利用者の外来窓口として、「みくるべ病院」は薬物依存症の利用者の外来窓口として通院させて頂く等、利用者の依存別に医療機関を選定できるメリットは計り知れない。又、入院中の患者さんの面会や、退院先の候補として相模原ダルクをご紹介頂くことも多く、地域移行のステップアップにつながっている。上記3病院の担当医及びケースワーカーの先生方には、当施設が毎月1回開催している家族会にご登壇頂き、依存症についての講義を行うと共に、入院から退院後の生活まで一貫したサポート体制を医療、ご家族、ダルク間で共有できる点や、当施設が連携している複数の医療機関をご紹介し、ご家族自身が受診したい医療機関をチョイスできる点も大きなメリットである。

シンポジウム【回復支援施設と精神科医療施設の連携】

医療機関に求める事

当施設が掲げる回復の定義とは、単に依存が止まる事よりもクライアントの生き方や人間性の向上に注視している。上記に記載した依存症を取り巻く社会環境に対しての啓発活動と共に、医療、行政、民間施設間において一貫した定義に基づく多重構造の支援体制の強化。

現在の薬物依存症者について、違法薬物よりも合法的処方薬依存の方が増えている。地域のクリニックや薬局等に対しての監督や啓発活動の必要性。

家族会や家族プログラムの強化。

シンポジウム【回復支援施設と精神科医療施設の連携】

回復支援施設と精神科医療施設の連携

医療法人財団青山会 みくるべ病院
岡崎有恆

当院と相模原ダルクとはH27から約7年間、連携しています。

施設入寮者の定期診察からダルク家族会での講演など連携範囲は多岐にわたりますが、今回はその内容を今一度整理し、考察していきます。

医療とダルクの連携を考える場合、それぞれの得意分野を活かした役割分担が大切です。

当院の役割の要素としては、精神科治療と行政手続きのサポートがあります。

精神状態を把握し、精神症状や精神科合併症があればそれへの治療、処方調整を行います。なるべく処方を簡素にし、依存性がある薬物の処方は控える留意が必要です。特に入寮当初や状態悪化時は患者側からの要求が強まる傾向があるので、ダルクスタッフの付き添いや助言がとてありがたい場面があります。状態がひどく悪化した際には入院対応としますが、退院後、施設でのプログラムにスムーズに参加できるよう、状態を整え簡素な処方退院させることが理想的です。

行政に提出する書類を作成するにあたっては施設における生活訓練などへの参加がスムーズにできるよう、スピードを重視しています。

回復支援施設に求める働きかけの要素は、地域の中で、薬物を使用しない生活訓練の場とリハビリテーションプログラムを提供することです。どのようにしてほしいかと言われれば、入寮者に対して、先ゆく回復者の姿をしっかりと、できれば段階的に示してほしいです。先ゆく者の姿が怠惰・強欲であればそれを真似するだろうし、そこに希望が見えなければ「自分も回復してこうなりたい」と思えないでしょう。今ここで踏ん張る動機、困難に向き合う勇気を与え合ってほしいと思います。

相模原ダルクは設立当初から「きちんとすること」を大切にしていると思います。スーツ姿の田中代表やスタッフの皆様と初めてお会いしたときは、驚きと共に心地よい緊張感を持ちました。

私が思うに、相模原ダルクは入寮者への対応が緻密で丁寧（きちんと患者の状態を把握、定期的な面談、家族との連携）です。

その成果が

- ① 必ずしも入院を挟まなくても入寮時からプログラムを開始できる
- ② 入寮者が連続的に回復していく
- ③ DARC スタッフになる確率が高いのでしっかりした屋根瓦になっている
 - ビギナーが回復する方向性を具体的に見られる
 - 中途退寮者が少ない
 - 良い意味での集団力動が作用しプログラムの効果を高める

という良い循環が存在しています。

信頼できるダルクとの連携の場合、医療は基本、サポート役でよいと思いますが、医療機関としての責任をしっかりと果たし信頼関係を維持継続していくことが大切と感じます。

シンポジウム【回復支援施設と精神科医療施設の連携】

回復支援施設と精神科医療施設の連携

静岡ダルク

藤村 現

■静岡ダルクについて

自身も薬物依存症の当事者であり、沖縄ダルクの入寮者でもあった演者によって2006年に静岡県函南町に設立された。

他ダルクと同様、薬物をやめたい仲間の手助けをすることだけを目的に、薬物依存症という「病気」から回復したいと願う仲間の集まる場を提供している。

■静岡ダルクの入寮者に対する働きかけ

利用者の入寮経路は、①刑務所等刑事施設から②精神科等医療施設から③各自治体の福祉担当部門から、に大別される。

入寮者は、依存症が「病気」であることを理解し、それまでの生き方や考え方に代わる新しい生き方を得られるよう、ピアカウンセラー（スタッフ）と共に自助グループ（NA）における12のステップとミーティングを中心としたプログラムを毎日行う。

ピアカウンセラーも依存の問題を抱えた当事者であり、プログラムを通じて得た気づきや経験を後から来る仲間へ手渡す。「経験を手渡す」ことの繰り返しがカウンセラー自身の回復をより強固なものにする。これが自助グループにおける回復の原理の一つである。

■精神科病院に求める入寮者に対する働きかけ

静岡ダルク設立以来、静岡県における依存症治療拠点機関の一つでもある医療法人十全会聖明病院から入寮者の定期受診等でサポートをいただいている。特に現院長が就任した2016年以降、より緊密に連携するようになった。

依存症以外の精神疾患等をもつ方（重複障害）への専門的医療ケアの提供はダルク単独での対応が困難である。この点に関しても聖明病院の全面的なサポートをいただいている。

自助グループのミーティングに「自分の足で」通うことができるような生活能力を身につけることがダルク入寮中の目標となる。したがって聖明病院をはじめとする医療機関にも治療プログラムとしての自助グループの存在と回復への有用性の患者・入寮者へのアピールを期待している。

シンポジウム【回復支援施設と精神科医療施設の連携】

回復支援施設と精神科医療施設の連携

医療法人十全会 聖明病院

古川愛造

聖明病院は静岡県に静岡ダルクが開設されて以来、同施設に医療的サポートを提供してきた。それと同時に、現在まで静岡ダルクを含む静岡県内外のダルクとの連携が、物質使用障害の専門医療を助け、医療の質の向上に寄与してきた。聖明病院は静岡県東部にある嗜癮問題の専門病院であり、入院患者の約2割を薬物関連の精神疾患が占める。ダルクとの連携で当院が受け持っているのは、第一に幻覚妄想等の精神症状が再燃したダルク入寮者の精神医学的治療を行い施設適応可能な状態にして施設に退院させることであり、第二に症状が不安定なダルクへの相談者を入院治療から始めて、退院後のダルク入寮へと結びつけることである。更に、当院とダルクが連携して進めている最近の取り組みとして、平成29年6月に開設した当院の嗜癮問題専門デイケアがある。同デイケアはダルクスタッフとメンバーの協力により運営されており、彼らはミーティングや集団精神療法において指導的な役割を果たし、後続く患者を牽引している。また、レクリエーションプログラムの作成においても彼らの意見を取り入れることが役立っている。近年の新型コロナウイルス感染症の流行下においては、オンラインによるダルクから病棟への「回復者からのメッセージ(当事者の体験談)」が入院患者に希望を与え、疾患理解を深めることに役立つと好評である。また、当院のスタッフ(看護職員や相談員)と浜松医大からの実習生(医学部6年時生)が「一日ダルク体験」として、静岡ダルクで一日のプログラムに参加することで、スタッフは回復者の姿を見ることで日々の臨床の意味を再確認し、実習生は嗜癮専門医療への理解を深めることができている。

最後に、聖明病院におけるCRCTの治療実績として、令和2年2月1日に開始して以来、物質使用障害では主にアルコールを、行動嗜癮では主に万引きや窃盗を対象に現在まで25名に施行した。退院後の患者の何割かは当院のデイケアで維持ステージを行っており、今後、対象患者が増えて、ダルクへの入寮者が現れ次第、ダルクでの維持ステージの継続を期待する。

シンポジウム【回復支援施設と精神科医療施設の連携】

回復支援施設と精神科医療施設の連携

一般社団法人千葉ダルク
白川雄一郎

2022年で創設37周年を迎えたダルクであるが、従来、他機関との連携という点では、生活保護－福祉事務所との関係と並んで、やはり医療機関との連携が開設当初からの最も重要な連携である。

連携と言う以上、双方向からの働きかけ－アクションが必須で、まず、ダルクからはクライアントの再使用時のデトックス、解毒のための入院であろう。薬物の再使用に起因する急性の精神症状が治まるまでの、投薬治療とか、ケースによっては医療保護とか隔離病棟に入って急性期が治まるまで入院してもらう。次に、ダルク利用者のどちらかと言うと慢性の精神疾患の治療の為に通院及び増悪期の入院、また、再使用していなくても慢性の精神疾患が発症してしまったクライアントの症状が悪化した際に処方薬の調整をしてもらうための入院などが考えられる。

それから、病院側からの要請などによって、入院患者さんの医療機関退院後のダルク利用とその準備の為に面接、こういったケースで連携を取っているダルクは多くある。そして、私たちはメッセージと呼んでいるのだが、ダルクの職員と利用者が医療機関に行ってそのクライアントとダルクでやっている12ステップを拠り所としたミーティングを一緒にやっている。また、病院で家族会をもっている所はそこへメッセージを運んでダルクの活動などの紹介をしているところもある。

回復支援施設と精神科医療が正しい連携の実践のためにはお互いの役割を十分に理解し活動していく必要がある。

回復支援施設の役割は社会復帰のための生活訓練、段階をふんでの就労・自立、そして社会復帰後も薬物を使わない生活を維持するための自助グループへの橋渡しやダルク退寮後も施設への立ち寄りや渴望の増大時の避難所として、またそこへの所属感を維持してもらうことである。

医療機関の役割は薬物のデトックスや離脱、薬物起因の精神障害の軽減であろう。

そして下総精神医療センターでの条件反射制御法実施によりクライアントの薬物に対する渴望を最小限にすることにより、ダルクでは社会復帰のための生活訓練や人間関係の形成のトレーニングをして自立していくという過程がスムーズに行うことができる。

下総精神医療センターの専門病棟は、次のように、薬物乱用者がもつ主な問題とそれらに対する回復支援施設と精神科医療の役割を考え、それを周辺機関に示し、賛同が得られた回復支援施設と協力関係を深めて、専門病棟の機能を向上させている。

1. 欲求

欲求を効果的に抑制するのが条件反射制御法であり、主には精神科医療施設が受け持つ。各ステージの当初には個別の指導により治療が進む。また多くの場合、疑似ステージと想像ステージの当初に欲求が引き起こされるので、薬物乱用の再発を防ぐために、重篤な状態には閉鎖的な環境での実施が安全である。

その後、それらのステージを終えて回復支援施設に入寮した者には、欲求が低減した状態を保つ維持作業を継続的に支えるかかわりは必須である。

2. 社会性（生活能力や対人関係）の障害

社会性の障害は、回復支援施設が効果的に回復させる。回復支援施設は共同生活を長期間送り、他者との関わりの中で徐々に対人関係能力が向上し、決まり事を守り、それぞれの役割を遂行することにより、低下していた規律性の回復、自己評価を向上させ、就労プログラムで現場の就労を習熟することができる。

精神科医療施設は入院生活が短期で保護的であることが多く、この問題に対応しきれない。

3. 幻聴、妄想、興奮

精神科医療施設は、構造上の安全対策を整え、抗精神病薬を使用して幻覚、妄想、興奮に対応できる。一方、それらの問題が重篤であれば回復支援施設は対応できない。

但し、欲求に対応する専門精神科医療施設に幻覚、妄想、興奮等への対応を求めてはならない。他の目的に用いれば、欲求を抑制する専門病棟の機能を失わせ、薬物乱用対策の効果を落とす。

4. 薬物規制法違反

精神科医療施設の一部は、違法薬物が検出されれば治療を優先せず警察に通報するという態勢を持っている

下総精神医療センターの専門部門は患者の規制薬物使用を把握するために尿検査等を定期的に実施し陽性になっても取締職員に通報しない。しかし、患者の同意が得られれば、取締職員に患者の存在と規制薬物使用傾向を伝え、処遇に取締職員が持つ法の抑止力を加える。

回復支援施設は規制薬物を乱用した入居者を、上記の態勢を用いるために精神科医療施設に受診させ、強力に薬物からの離脱を支えられる。

5. 経済的破綻

規制薬物乱用者が治療等を受けるための保護費を支給するように、あるいは、必要な治療等を受けない際には保護費を支給しないように、精神科医療は生活保護担当者に働きかけている。生活保護担当者は規制薬物乱用者の特性に慣れておらず、精神科医療施設から情報を提供することが必要である。その態勢が回復訓練の継続を支える。

条件反射制御法学会第11回学術集会

プログラム・抄録集

発行・編集 条件反射制御法学会事務局

〒162-0055

東京都新宿区余丁町 14-4

NPO法人アパリ内

本冊子の内容の無断複写・複製・転載などを禁止します。