

《シンポジウム記録》

犯罪社会学会ミニシンポジウム

バイオサイコソーシャル・アプローチに基づく犯罪者更生の実務と理論的意義

2025年10月10日(金) 中央大学茗荷谷キャンパス

オーガナイザー：四方 光
第1講演：外川 江美
第2講演：斉藤 章佳
第1指定討論者：小長井賀與
第2指定討論者：指宿 信

四方

それでは定刻になりましたので、本日のミニシンポジウム「バイオサイコソーシャル・アプローチに基づく犯罪者更生の実務と理論的意義」を開始させていただきたいと思います。本日、講師の先生方、指定討論者の先生方、また、ご来場者の皆さま方には、お忙しいところをお越しいただきまして、誠にありがとうございます。

私、今日司会をさせていただきます、中央大学法学部の四方でございますが、皆さんご案内のとおり、あす、あさって、日本犯罪社会学会第52回大会があるのを奇貨といたしまして、このシンポジウムを開催させていただいた次第です。まず始めに私のほうから、このミニシンポジウムの進め方、また趣旨について、簡単にご説明させていただきたいと思います。

第1講演者として、帝京大学の外川江美（とがわえみ）先生に「バイオサイコソーシャル・アプローチの概要と少年司法における意義」について、お話をいただく予定にしております。第2講演者は、斉藤章佳（さいとうあきよし）先生です。西川口榎本クリニックの副院長でいらっしゃいます。「依存症者の回復とバイオサイコソーシャル・アプローチ」について、お話をいただきます。

後でもご説明しますが、シンポジウムは2段階構成を考えておりまして、最初にそのお2人の基調講演者に関するコメントを小長井賀與（こながいかよ）先生からお話をいただきまして、それから次のテーマにつきまして、指宿信（いぶすきまこと）先生から学融の視点からということで、また討論いただくことにしております。最後に、時間がどれだけ取れるかと思っておりますけれども、小長井先生はじめ、相互にコメントを出し合うことを考えております。

このシンポジウムの企画の趣旨でありますけれども、このバイオサイコソーシャル・モデル、あるいはバイオ

サイコソーシャル・アプローチは、犯罪対策において大変重要な方法論だと思っているわけですが、犯罪学や実務家の間で完全に共有認識には、必ずしもなっていないのかな、とも思っております。恥ずかしながらではありますが、私、警察庁時代、警察時代には、あんまりちゃんと存じ上げてなかったところですが、しかし、お話を聞いていると、他の分野の実務の方たちはちゃんと存じだったということもあり、反省も込めて、皆さんにまずご紹介したいということもあっての企画でございます。それで、実務的に非常に大切なのだと、実際にどのように実務のバックグラウンドになっているかのご紹介をいただくというのが第1の企画の趣旨であります。

2番目に犯罪学自体が長年にわたって生物学、心理学、社会学の各分野では発展してきて、相互に融合する考え方もないことはないのですが、本格的に理論的に融合がされているわけではないようなところもあるのではないかと思います。バイオサイコソーシャル・アプローチを基礎理論的にも考えていくのにはどうしたらいいのかなということについて考えたいと思っております。そこで、指定討論者のお2人の方々に来ていただいたということでございます。

そこで第1の目標につきましては、基調講演で外川先生、斉藤先生のご講演、また小長井先生のコメントによって、このバイオサイコソーシャル・アプローチの有用性、素晴らしさを共有していきたいな、と考えております。

それから2番目の学融の考え方について、指宿先生からお話をいただくことにしました。このバイオサイコソーシャル・アプローチの提唱者でありますエンゲルという人が、ベルタランフィの一般システム論が基礎理論になるのではないかというコメントもしたりしておりますので、それに基づいて、私が若干紹介をさせていただくところです。

早速でありますけども、このバイオサイコソーシャル・アプローチの実務上の意義について、まずはお二人の講演者の方々からお話を頂戴したいと思います。それでは早速、外川先生、よろしく願いいたします。

外川

では、始めさせていただきます。「バイオサイコソーシャル・アプローチの概要と少年司法における意義」ということでお話しします。私は、帝京大学文学部心理学科で犯罪心理学を担当しております外川といいます。本日は、どうぞよろしくお願いいたします。

現在は大学教員をしておりますが、平成2年から令和3年まで矯正職員として、少年鑑別所、少年院、刑務所で、主に心理技官、法務技官として勤務をしていました。ということで本日は、少年司法の実務からの話題提供ということで捉えていただければと思います。では、時間が限られておりますので、早速入っていきます。

本日の内容構成として、まず初めにBPSモデルとは、BPSアプローチとは、ということで、今日のミニシンポジウムの前提になりますところの確認を最初にさせていただきます。

それが済みましたら、「少年司法におけるBPSアプローチ」ということで、主に2つの柱で構成されますけれども、「少年鑑別所と家庭裁判所による非行少年のアセスメント」が1つ目の柱です。もう1つの柱は、「アセスメント」に対して「トリートメント」という趣旨で、「発達障害要素を持つ非行少年の増加と更生支援」、これは多摩少年院の例ですけれども、それを紹介させていただきます。いずれもBPSモデル、BPSアプローチの実例の例ということになります。

特に、私が現場からこの例を選びましたのは、BPSアプローチの実例ということでもありますけれども、ここ5年、10年、少年非行の領域で、この発達障害要素というところが非常に見立てや処遇の点で重要な課題になっていきますので、それをぜひご紹介したいと思ったことによります。では、入っていきます。

スライド2枚で基本の確認をさせていただきます。まず、BPSモデルです。言うまでもないことかもしれませんが、バイオ・サイコ・ソーシャルということで、生物学的視点評価、心理学的視点評価、社会学的視点評価、これらの相互性を考えながら総合的に理解して介入するということです。提唱者はエンゲルで、発表年の1977年という年号を少し覚えておいていただければと思います。

そして、意義ですが、文献によると2つ挙げられております。まずご承知のとおり、生物学的モデル中心の

医療における認識論的転換とありますが、平たく言いますと、医学の領域で疾患、疾病、障害というところに焦点を置きがちだったところを、人の存在として病気だけでなく、もう少し多面的に捉える、視野を広げましょうということの警鐘であったということになります。これが1つ目の意義になるわけです。

スライドの右側にありますのはエンゲルの階層モデルというもので、その多面性を確認していきます。見ていただくと、こちらにPの要素があって、上がSで下がBということになりますが、非常に「マイクロとマクロだな」ということが見て分かると思います。

まず、バイオのところは、先ほど疾患とか疾病というふうにお話ししましたが、神経システム以下、細胞レベルから、原子、分子レベルまでエンゲルは捉えるようです。

そして一方、ソーシャル、社会環境では、個人を取り巻く環境というのが最も身近なところですが、地域、国を越えて、地球レベルまでエンゲルは含めていたようです。

このように、マイクロからマクロまでの各要素において、矢印が双方向に向いて相互に関連し合っている状況を捉えていく、それによって多面性、全体性を把握するという1点目の意義になります。

2点目は、1977年にエンゲルが提唱する以前にこれらがなかったかというところではないです。ということで、臨床実践の中には既にこういう視点はあったわけですが、エンゲルはそれを取り上げて、モデルとして示したというところに、この第2の意義があるといわれております。ここまでは、よろしいでしょうか。

では次に、BPSアプローチの話になってまいります。結論から言うと、多機関・多職種連携、このモデル、アプローチの全体的意義ということを変更して考えると、図のようになるのかなと思います。心理の領域では公認心理師という国家資格がありまして、公認心理師法に連携が義務だという条文がございますので（同法42条）、大学では多機関・多職種連携を学生に教えているわけです。対人援助の多領域でこれが今注目されていて、そこにつながっていく話というと、このBPSアプローチの現代的意義と言えるのではないかと思います。

BPSモデルに関して批判があって、BPSがそれぞれの情報を列挙しただけでは意味がないのではないかとということに批判は集約されますけれども、それに対して、エンゲルの弟子のマクダニエルが、情報を統合してチームとして一体化して介入するアプローチへ発展させたという流れがございます。

BPSモデル

BioPsychoSocial Model

生物学的視点・評価

心理学的視点・評価

社会的視点・評価

}

相互性を考えながら、
総合的に理解して介入する。

提唱者 George Libman Engel 米国の内科医

“The need for a new medical model : A challenge for biomedicine.”

Science, Vol.196, No.4286(Apr.8, 1977), 129-136

地球
国
文化
地域
家族
二者家族

意義 ①生物学的モデル中心の医療における認識論的転換
(システム理論に基づく)

②臨床実践の中にあるものを取り上げた

個人

神経システム
臓器
組織
細胞
細胞構成物
分子
原子
原子以下の物質

階層モデル

(「バイオサイコソーシャルアプローチ 生物・心理・社会的医療とは何か？」 渡辺俊之・小森康永、2023、金剛出版)

BPSアプローチでは、統合、協働、寛容という3つのキーワードを強調しています。各専門家がそれぞれの役割を十分に発揮する、それぞれが相互尊重する、情報を共有し統合する、チームとして一体感を持って問題解決に当たるという内容にまとめられます。

さて、少年司法の話題に移ってまいります。少年審判ということで、家庭裁判所において非行少年の処遇を決定する、それに至る少年のアセスメントの流れを図示しています。こちらを見ていただきますと、B・P・Sの分業がなされていることが分かっていただけるかと思えます。

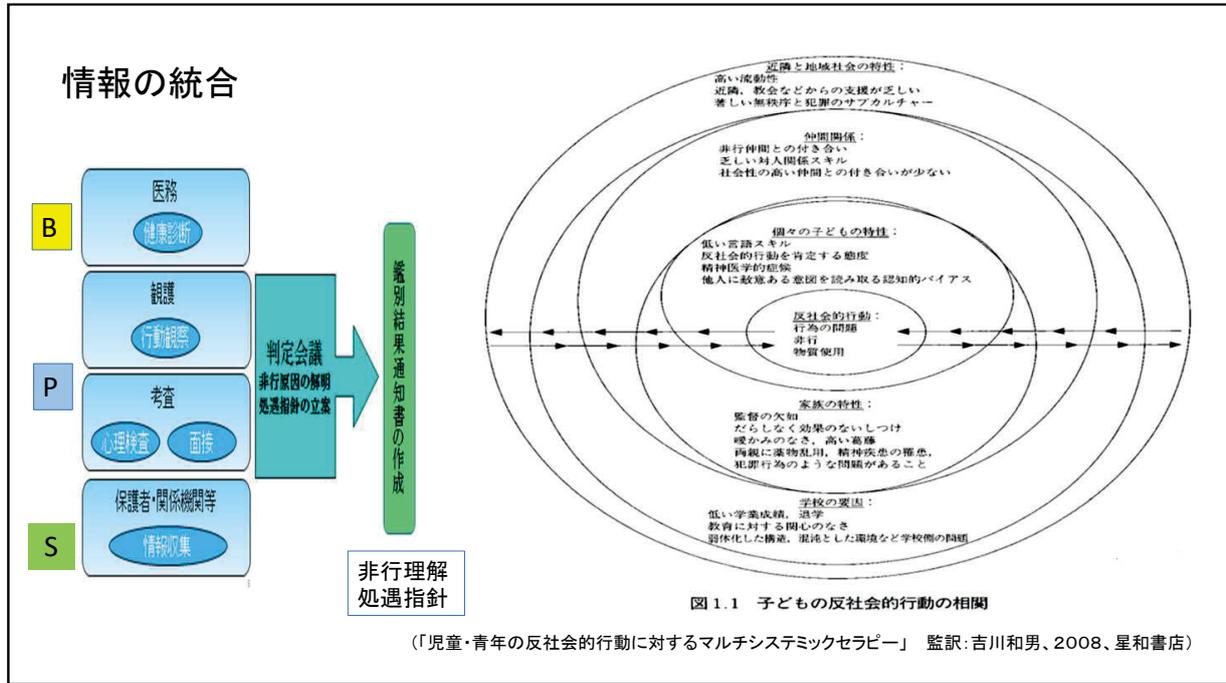
まずBは医務課です。少年鑑別所に医務部門がございまして、医師が診察、診断を行います。そして、Pと表記したところは、少年鑑別所の鑑別部門です。面接、検査、観察というように心理学のアセスメントの方法が3つ書いてありますが、それらは法務技官と法務教官が行うものです。最後が、こちらのSです。こちらは家庭裁判所ということで、少年鑑別所からすると外部機関ですけれど、家庭裁判所調査官が社会環境の調査をするという役割分担で動いています。ということで、少年鑑別所に入所してから審判までの間にBPSでそれぞれ情報を収集してきて、最後にこちらの判定会議で情報の統合作業をするということになっています。家庭裁判所調査官は少年鑑別所の職員ではございませんので、家庭裁判所調査官が社会調査をした結果を少年鑑別所の法務技官がカンファレンスの場で共有して、それを判定会議に持っていくということです。まさにBPSが少年鑑別所と家庭裁判所の業務の中にあります。

参考までに、こちらをご紹介しますと思います。今ご紹介した現行制度は戦後に成立しました。家庭裁判所が発足するとか、少年鑑別所が発足するというので、先ほどの役割分担の起点がこちらにございまして、その組織が発足した後、1950年に少年鑑別所の組織規定が決まって、医務課だとか鑑別部門が定まって、いよいよ鑑別方法も全国標準化へということで、現行制度は戦後に誕生したということです。エンゲルが提唱する前から少年鑑別所や家庭裁判所の実務は動いていたことをご紹介したかったということになります。

それ以前はどうだったのかというと、地方行政のレベルで行っていたようです。地方行政なので地域によって取り組みに温度差があったようです。あと、少年の心身の鑑別というのは医師の役割ということになっていて、必要に応じて医師が心の理解まで行っていたというのが、現行制度以前のわが国の非行少年のアセスメントであったようです。

では、情報の統合の話に移ってまいります。B・P・Sで集めてきた情報を判定会議でまとめるという流れをご紹介しましたが、実際はどのように統合作業を行っているかということのご紹介です。

エンゲルの階層モデルのマイクロとマクロの話がありましたよね。まさにそれに対応するように、同心円の中央部分に非行少年のBとPの要素、性格だとか力不足だとか、何らかの精神疾患だとか、それが位置付けられていて。さらにSの要素がどんどん外側へ拡大していきながら、家庭、学校、仲間、地域社会という情報がこのように付置されて、相互の関連性を捉えてい



くという図です。

必ずしも少年鑑別所でこういう図を使って情報を整理しているかというところではありません。私は鑑別実務を既存の理論を借りて説明するというのを大学の授業で試みております。矯正の実践を次世代に伝えていきたいということです。マルチシステムセラピーから、こういった図がちょうど臨床とフィットするので、これを借りて学生に説明していますけれども。まさにシステム理論ということで、今日の話にもフィットしておりますが、このように情報の相互関連を捉え全体的に把握して、アセスメントの結論に至るといったことです。今日大事なところは、このようにB・P・Sの要素がそれぞれ同時に相互に影響を及ぼし合っているという理解、情報の全体的統合ということになると思います。

では、ここまではアセスメントの話ですが、ここからは処遇、トリートメントのほうに、少年矯正、矯正教育の話に切り替えていきたいと思っております。

発達障害要素のある非行少年の増加ということで、まずご覧いただきたいのは、犯罪白書の最新データですが、この表は少年院収容者の収容区分ごとの割合を示しています。

最初に皆さんにお伝えしたいところからいくと、このN3という区分の収容割合が数年間で急増しております。全国の少年院収容者の中の20.9%、5人に1人がこのN3という区分の少年ということです。これは2014年の改正少年院法で新たに設けられた枠ですけれども、統計を確認すると、ぐいぐい増えていく状況にあります。

一方、これと対比されるのが、A1という区分です。「非行少年が少年院に送致される時の最も典型的な区分と捉えてください」と言えば、6割とか8割方がこういう少年のほうですけど、何とこちらのN3がぐんぐん伸びてくるので、こちらのA1が4割を切りました。こういう逆転現象が今加速している状態です。

ここでN級の説明をさせていただくと、学校教育に特別支援枠というものがございますよね。それが少年院にもあります。支援教育課程といいまして、N1は知的障害、N2というのはADHD（注意欠陥多動性障害）とかASD、N3はN1、N2に準じたものと分類されます。N1とN2の少年院における収容割合は両者を足しても15%以上にはならない。特に増えることはないものですが、N3については、この区分が新設されてぐんぐん伸びています。

では、次です。こちらに帯がありますけれども、これはいわゆる発達障害のグラデーションです。発達障害は白か黒か、発達障害があるかないかというのではなくて、そこは人ですので、程度の問題です。程度を表現するとこのようなグラデーションの帯になります。

これ全部がグレーと言えどグレーです。診断が付いている人がより黒に近いというか、グレーの濃いところで、診断が付けばほとんど医療少年院（第三種少年院）に指定されます。先ほどのN1、N2の人たちがそれよりも程度が軽いところに位置し、N3の人たちはここです。これは発達障害の研究をされている本田先生のカテゴリーをお借りして作成したのですが、本田先生がいわゆ

発達障害要素のある非行少年の増加

種別	課程	対象者	指導内容	人数 (割合)
第1種	社会適応課程Ⅰ	A1	義務教育を終了した者のうち、就労上、修学上、生活環境の調整上等、社会適応上の問題がある者であって、他の課程の類型には該当しないもの	625 (38.3)
	社会適応課程Ⅱ	A2	義務教育を終了した者のうち、反社会的な価値観・行動傾向、自己統制力の低さ、認知の偏り等、資質上特に問題となる事情を改善する必要があるもの	130 (8.0)
	社会適応課程Ⅲ	A3	外国人等で、日本人と異なる処遇上の配慮を要する者	5 (0.3)
	支援教育課程Ⅰ	N1	知的障害又はその疑いのある者及びこれに準じた者で処遇上の配慮を要するもの	108 (6.6)
	支援教育課程Ⅱ	N2	情緒障害若しくは発達障害又はこれらの疑いのある者及びこれに準じた者で処遇上の配慮を要するもの	125 (7.7)
	支援教育課程Ⅲ	N3	義務教育を終了した者のうち、知的能力の制約、対人関係の持ち方の稚拙さ、非社会的行動傾向等に応じた配慮を要するもの	341 (20.9)
第3種	医療措置課程	D	身体疾患、身体障害、精神疾患又は精神障害を有する者	34 (2.1)

2014年改正少年院法で新規に設置

2年以内の期間

(令和6年版犯罪白書、2025)

診断未満 ⇒ 「どっちつかず」の困難性

- 本人や周囲に早期から違和感があるが、福祉や医療の枠組みには引っかからない
- 集団内で孤立感を持ちやすく、自己肯定感も低くなりがち(誰にも分かってもらえない、居場所がない)。⇒ **二次障害**

医療措置課程	支援教育課程Ⅰ・Ⅱ	支援教育課程Ⅲ		
診断のほとんどは軽度				
D	N1、N2	N3		
診断が付く	生活上の問題に なりやすい (診断が出やすい)	診断が出る こともある	診断が出るか出ない かの グレーゾーン	特性はあるが生活上 問題になりにくい

(* 赤枠部分:「発達障害—生きづらさを抱える少数派の『種族』たち」 本田秀夫、2018、SB新書)

4

るグレーゾーン(狭い意味でのグレーゾーン)と示されるのがこの範囲(N3の位置に該当)で、本田先生ご自身で、「自分もグレーゾーンだ」とおっしゃっています。障害特性はあるけれども診断が付されるほどでない(N1、N2の人も診断は付いたり、付かなかったりします)人たちです。

非行臨床では、こういう人たちの生きづらさの話はよく聞きます。要はどっちつかずなんです。診断が付けば、周りからの見方も、本人の自己認識も、周囲の彼・彼女に対する取り扱いも、ある程度、決まってきます。そこに入ってしまうと本人も周囲も分かりやすいのだけれど、どうしても程度のグラデーションで、中間の人が出てき

ます。その人たちのどっちつかずの生きづらさというのは、当事者の話を聞くと切ないものがあります。

本人や周囲に早期から違和感はあるようです。「頑張ればできるよ」と言われて素直に頑張る。頑張ってもできないことに、本人が一番初めに気付きます。小学校1年生とか2年生ぐらいには、頑張っても自分ではできないと分かるそうです。でも、福祉や医療の枠組みには引っかかりません。程度が診断未満ですから。集団内で分かってもらえない、自分だけできないということで孤立感を持ちやすく、自己肯定感も低くなりがちです。

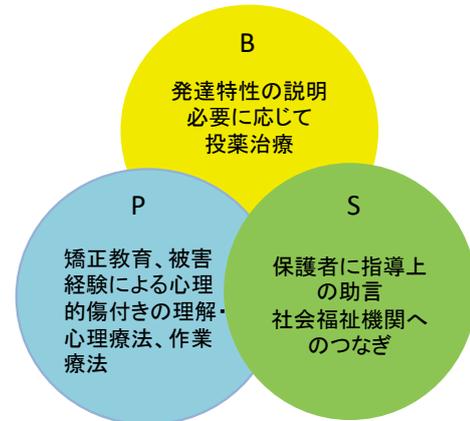
親にも分かってもらいにくいところが特につらいところ。心理的に居場所がないということはいわゆる二

「多摩少年院における処遇の現状と課題」

- ・N3の収容割合 約4割(2022年当時)
- ・N3の**処遇の難しさ** 粗暴行為が多い
- ・社会復帰支援(作業療法士、社会福祉士)
- ・課題

矯正教育実施上 ①職員の処遇力向上 ②在院者の発達特性や異文化、被虐待体験等に係る正しい理解と知識等の習得

社会復帰支援上 ①関係機関との連携強化 ②在院者の特性理解を確実に共有した上で、**チームで実施**する在院者及びその保護者への計画的かつ継続的な働き掛けの実行



日本特殊教育学会第61回大会 学会企画シンポジウム「少年院100年の歩み・矯正教育の現状と課題～個々の特別なニーズに応じた矯正教育の在り方を模索して～」、重松弘・草薙亜礼・大橋雅夫・木村敦、2023)

5

次障害が生じます。疎外感とか、自己肯定感が下がるとかして、こじれた状態を呈していきます。

こちらが最後になりますが、「多摩少年院における処遇の現状と課題」ということで、日本特殊教育学会の2023年のシンポジウムで多摩少年院が発表した内容のまとめを、このスライドに載せております。

多摩少年院は従来A1を収容する施設だったところ、後にN3が追加されています。そしてわずか数年でN3が多摩少年院の収容者の約4割に達しています。このデータは2022年当時なので、今ではA1とN3が数的に拮抗(きっこう)するか、A1はN3に抜かされたかかもしれません。

当初はいわゆるインクルージョンで、例えて言うと、同じクラスに両者混在した状態で処遇していましたが、N3がストレス反応を起こしたのか粗暴行為が多く、職員が取り扱いに窮しているということです。それに対して、BPSアプローチで取り組んでいますという報告がなされていますので、一つずつ紹介していきます。

まずBです。医師の役割として、発達特性の説明をする。職員に対してとか、場合によっては、保護者の方がいらしたら保護者の方に医師の視点での説明をしていただく。あとは、必要に応じて投薬治療と。発達障害は薬で治るものではないので精神安定だとか、睡眠導入とか、生活面での適応を支えるような投薬が医師によって行われます。

Pの部分は矯正教育、生活指導ということになります。被害経験による心理的傷つきの理解、カウンセリングとか、認知行動療法的に考え方や行動の修正をさせるとい

うことと、作業療法で作業能力を少しでも向上させるようにします。

最後が、このSです。Sのところは、保護者に指導上の助言をすることや、社会に戻った時の準備を在院中から進めるわけですが、社会福祉機関へのつなぎということを在院中からしております。これは保護調整担当の法務教官に加え、最近では社会福祉士さんが社会福祉機関へのつなぎをやってくださっています。常勤でこういう方に入っているわけですが、そういう専門家の力も借りて、在院中から社会復帰へつなげていくための動きは取っている状況です。

こちらは、文献紹介ということになります。今までご説明したスライドにもそれぞれ出典は書いておりましたが、こちらにまとめてあります。

一応持ち時間の中で話を終えることができそうです。ご清聴ありがとうございました。(拍手)

四方

ありがとうございました。続きまして、斉藤先生、お願いします。

斉藤

皆さん、こんにちは。西川口榎本クリニックの斉藤と申します。この学会は調べてみると、2012年に一橋大学で開催された第39回大会のテーマセッションで、白鳳大学の平山真理先生と当時大阪弁護士会所属の小橋るり先生と私で、「性犯罪と裁判員裁判」というテーマで登壇しました。それ以来なので13年ぶりということになります。私は学会員ではありませんが、実はコロナ禍になってから、私、ほとんどの学会をやめてしまいまし

た。幽霊学会員も含め、一度整理して現場のほうに集中しようと思って。ただ、時々学会の登壇依頼が来るので、断りにくいだけ受けようと思っていたところ、四方先生から依頼があって、これはちょっと断りにくいな、と思ってお受けしました。

私は今、昨年10月に開院した西川口榎本クリニックに勤務しています。最近、いわゆるアディクション、依存症の中心である物質使用障害のカテゴリーよりは、行為依存とりわけ性加害の問題に関わる機会が多いです。実は、この西川口榎本クリニックでは、前から私がやりたいと思っていた未成年の子どもたちの性非行の専門外来と、いわゆる行動修正のための心理教育的なグループ活動をしています。

ちょうど今データをまとめているのですが、今年の9月末までに受診された性加害の方の数は全部で3,500名を超えました。そのうち未成年、つまり民法が変わって成人の定義が18歳になった時期もありますが、10代の子どもたちのデータをまとめました。10代の子どもたちのデータを取っていくと、全部で280例くらいになります。今年11月には、福井県の或る児童青年精神医学会で、京都少年鑑別所の定本ゆきこ先生と京都市児童福祉センター診療所の上野千穂先生と一緒に、「性加害少年の実態と治療」についてのシンポジウムを行う予定です。私が出会ってきた性加害の課題を持つ子どもたちをヒアリングしていくと、結構早いと小学4年生ぐらいから性的な逸脱行為が始まっています。その内訳は、同意なくプライベートゾーンを触る、盗撮、のぞき、露出、下着窃盗などです。

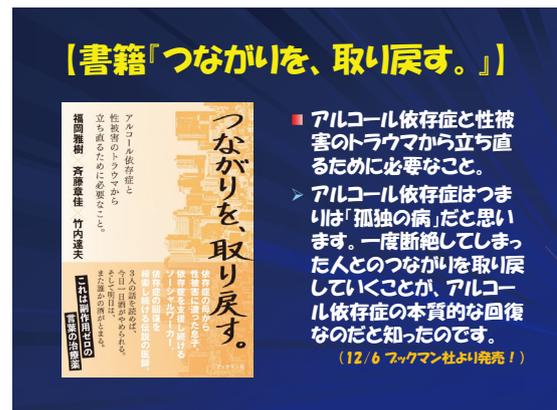
ただ、周囲からは、「男の子だからこれぐらいは」「元気があっていい」などと言われながら、なかったことにされ踏み込んだ介入もされずに、それが「負の成功体験」となり、やがてエスカレートしていきます。そして、成人後も繰り返していき、結果的に逮捕され、刑事手続きのルートにのって治療的な介入はなされず、刑務所に入り、やっと専門外来の門を叩く方が多いのです。やっぱりもっと早い段階で、いわゆる早期発見、早期介入、早期治療ができる仕組みを作らないといけないなという思いがずっとあります。このクリニックでは、そういう10代の子どもたちに、早い段階で加入するプログラムです。さきほどの外川先生の鑑別所にも、私は行くことがよくあります。鑑別所にいる1か月間でそこに出向いてアセスメントを行い、そして少年審判に向けて意見書を書いたり、審判に出席したりして、試験観察や保護観察になった子どもたちの社会内での通院治療をやっていくということが、今の中心的な仕事になっています。

今日はちょっとそこから離れて、依存症の回復、それにおけるBPSモデルの役割について話をしたいと思います。私はどちらかというと現場の話を中心にしたいと思うんですが、今日は「アディクションからコネクションへ」というサブタイトルが付いています。これは、依存症業界で使われる言葉で、TEDトークの「依存症一問違えだらけの常識」というジョハン・ハリの動画でこの言葉が用いられ、多くの臨床家が使うようになったと記憶しています。

一方で、コネクションの本質って一体何なんだろう、ということろは、あまり議論が深まってないように感じています。それは、今日の最後のまとめのところに出てきますので、BPSモデルと共にこの「つながり」というところに焦点をあてて話したいと思います。

この書籍は確か2023年にブックマン社から出版したものです(スライド1)。

『つながりを、取り戻す。』というタイトルで、当事者の福岡雅樹さん、この方はアルコール依存症のお母さんから性虐待されたサバイバーです。さらに、アルコール依存症と薬物依存症の当事者です。私は依存症の支援をしているソーシャルワーカーという立場です。竹内達夫先生はもう依存症業界ではレジェンドの先生で、今は現場に出ているか分からないのですが、精神科医で、当事者活動もずっとライフワークにしてこられた方です。この3人で、「つながりを、取り戻す。」というテーマで、鼎談(ていだん)をしたものが1冊になっています。



その中で、当事者の福岡さんが、「アルコール依存症は、つまりは孤独の病だ」と述べています。依存症の問題で断絶してしまった人とのつながりを取り戻していくことが、アルコール依存症の本質的な回復なのだということを、さまざまなプログラム、もしくは自助グループの活動の中で学んだということ話を話していました。

依存症からの回復というのは、ただ単に対象となる物質や行為をやめるだけではなくて、その依存症の問題で

失ったつながり、関係性を取り戻していく、再構築していくプロセスが依存症からの回復の本質なのではないかと。そういう重要な示唆を与えてくださいました。

そもそも依存症とは、大きく物質や行為や関係性に分かれています。時代とともに物質依存の内容も変わってきていて、特に最近では若者の処方薬・市販薬のオーバードーズの問題はよく見聞きします。また、行為依存の問題では、私が長年関わってきた性的な逸脱行動、特に最近多いのは盗撮の相談です。とにかく盗撮を繰り返している10代～40代の加害男性の相談が多いです。10年以上前は、性依存というと痴漢の相談が大多数を占めていましたが、それを軽く上回る形で盗撮の問題で受診される方が多いです。今年は、名古屋市を震源地とした教員の盗撮も話題になってますが、実はその背景には子ども同士の盗撮案件も多いです。クリニックには、そういう未成年の子どもたちの相談がたくさん来ます。最後は、関係依存です。

ということで、依存症の概念は今広くいろんなメディアを通して知られるようになってきました。私がよく使う定義は、「ある物質や行為や関係性により、何らかの社会的損失や身体的損失、経済的損失があるにもかかわらず、それがやめられない状態」と定義しています。もう亡くなられましたけど、精神科医のなだいなださんは、「酒をやめざるを得ない状況まで追い込まれた人」と書籍の中で述べています。

依存症の定義は、数限りなくありますが、長年現場にいると専門用語を並べた難しい定義は、あまり当事者の役に立たないと感じています。定義というのは、やはり当事者が使いこなせて初めて生きてくるものです。従って、私はなるべく現場にいる中で、回復に使える定義って一体何なんだろうっていうのを考えてきました。今はこの、「ある物質や行為や関係性により…」っていうのをよく使っています。

そして、現在依存症に関わる人たちから最も支持されている治療モデルが、「人はなぜ依存症になるのか？」という問いに対してよく使われる「自己治療仮説」という考え方です。これもご存じの方はよく知っていらっしゃると思いますが、エドワード・カンツィアンが1980年代から提唱している概念です（スライド2）。

これには「正の強化」と「負の強化」という考え方があります。依存症自体が正しく、社会に理解されていない部分というのは、依存症は例えば薬物の場合、その精神作用物質を使用し、使用したものが脳内をめぐるめく快感が駆け巡り、そしてその人はその薬に溺れていく。つまり、快樂のために続けるんだ、これは自己責任じゃな



いかという批判が当事者に対してよく巻き起こります。

一方で、私は現場で長く働く中で、彼らの死にたくさん出遭ってきました。アルコール依存症の方の最期、薬物依存症の方の最期、ギャンブル依存症の方の最期は、自殺が結構多いです。クレプトマニアの方々、あと性加害の問題を持つの方々、それぞれの依存症の死というところに立ち会う中で、これは快樂や達成感のみで続けているのだろうか？という疑問が出てきます。

特にアルコール依存症の最期はほんとに悲惨で、食事を取らず、栄養失調状態で、脱水で、足が細くなり、失禁して、人間の姿をしたとは言いがたいような、そんな最期です。でも、食事をとらず飲み続けています。これは快樂のために飲んでるんだらうかって、大きな疑問がわいてきます。

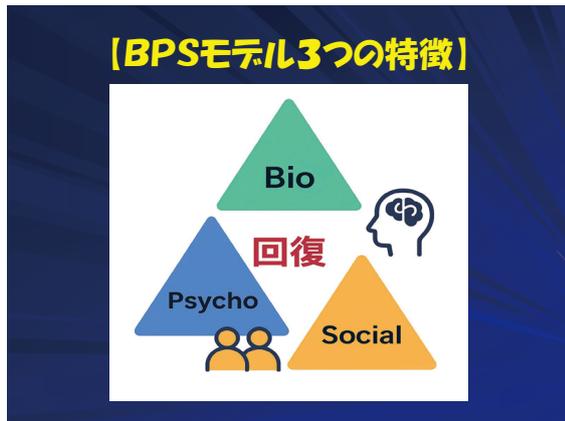
そんな時に、この自己治療仮説の中では「負の強化」という視点があります。つまり、彼らはその抱えている痛み、これは心理的な苦痛、例えば自己否定的な感情とか、日々の緊張感、将来の不安、プレッシャー、トラウマ、いろいろな苦痛をわれわれは抱えています。それをアルコールや薬物が、もしくは行為が一時的にその苦痛を緩和してくれる。遠ざけてくれる。だから、人は依存症になっていくんだ。つまり、私の理解では、人はなぜ依存症になるのかは、最初は正の強化として、その物質や行為を始め、そして繰り返す中で、負の強化として嗜癖（しへき）行動に発展していく。こんな理解をしています。

この負の強化という視点が入ることで、例えばスリップした患者さんがクリニックに来たとします。家族からは、「何でまたやったんだ。裏切り者」と言われるわけです。現場に来て、スリップして来て、援助者を振り回すとか暴言を吐くということがあります。でも、実はその人の背景にアルコール・薬物によって何とかしたい痛みがあるという視点が入ることで、じゃ、この人の背景にある痛み、自分なりに自己治療をしようとして来た、

その痛みとは一体何なんだろうかという視点が、この自己治療仮説によってもたらされました。

ですから、現場で働く者としては、この2つの視点を得られることで、今まであまり向けられて来なかった患者さんの背景にある苦痛、これは一体何なんだろうかというところに目が向くようになってきたなと思います。

BPSモデルの話をしてはいけないんですが……今日頂いたお題は「依存症からの回復とBPSモデル」です。私の中でのイメージでは、こんな形が近いかなと思っています。回復というのは真ん中であって、生物学的、心理的、社会的が周りにあり、そして、それらが相互につながっているイメージです (スライド3)。



まず、各B・P・Sについてそれぞれ見ていきたいと思います。私は普段、現場で働く中で、これらを意識してしているかという、意識は特にしてないです。なので、現場で使えるさまざまなアプローチをこのB・P・Sにあてはめると、どんなカテゴライズになるんだろうかというのを考えながら解説します。

まず、生物学的な支援としては、依存症の臨床において脳や身体への影響を扱うところ。まず、依存症自体は脳の機能不全の問題であり、これは報酬系の機能不全であり、条件反射の回路の問題。特に私、盗撮の人たちの臨床に関わっていると、ほんとうにこれは脳の反射の問題だな、というふうに思うことがよくあります。あと、身体合併症の問題、健康の問題です。アルコール依存症や薬物依存症で離脱の問題もありますし、医療で介入しないといけない部分も非常に多いです。

あと、先ほど外川先生からもありましたが、依存症の課題を抱える方の背景に自閉スペクトラム症 (ASD・ADHDのグレーゾーン) や境界知能の方々数が一定数いらっしゃいます。つまり、依存症の問題を抱える以前の生きづらさ、これを一次障害とすると二次障害が依存症です。確か先ほど、外川先生から「どっちつかずの生きづらさ」というお話を、初めて聞きました。ぜひ今後使わせていただきたいと思っています。どっちつかずの生きづ

らさって、確かにそうだなと思いました。

彼らの依存症の問題のもっと以前には、何らかの社会適応をしていく上での生きづらさがあるわけです。それが自閉スペクトラム症などのグレーゾーンの問題、もしくは身体障害や知的障害かもしれないですし、いわゆる小児期逆境体験のことかもしれません。そういう生きづらさを抱えながら社会適応していく上で生じるいろいろなストレスに対して、本人なりの自己治療的な試みとしての選択肢の1つが依存症なわけです。

依存症になるというのは、その人なりの自分なりに解決しようとする試みの結果というふうには言えると思います。なので、依存の問題が止まった後に出てくるのは、彼らのもともとある生きづらさの問題ということになります。多くの当事者が、「酒をやめたら楽になると思っていた」って言うんですが、「でもやめたらもっとしんどかった」と、みんな言います。これは今の依存症の2段階モデルを表してるんじゃないかと思います。

あと、もうひとつは衝動制御の問題。つまり、ある特定の状況・条件下で衝動の制御ができなくなる。こういう特性を持っている行為依存の方々も多いです。さらに、アルコール依存症の領域では今、遺伝的な要因ということでも研究が進んでいます。

そして次は、心理学的な支援になります。心理学的な支援としてはいろんなものがあるんですが、まず嗜癖行動の背景にある心理学的な側面に対するアプローチとしては、現場でよく使われるのは認知行動療法になります。特にリラプス・プリベンション・モデル。A. マーラットが提唱しているリラプス・プリベンション・モデルを使ったアプローチが主流になりつつあるな、というふうに思います。

私が現場で働き始めた25年くらい前は、依存症のプログラムの種類が非常に少なかったです。「三度の飯よりミーティング」という言葉があったように、「とにかくミーティングに出て、徹底的に正直な話をして自分自身と向き合いなさい」というようなことがよくいわれていました。

でも、最近では当事者にも、それぞれ回復の段階があるから、その回復の段階、ステージに合ったアプローチが必要だといわれるようになってきました。例えば、まだ最初の自分の問題を認めていない段階、これを昔は「否認」といっていましたが、今ではそうではなくて、まだ変化の準備が整っていない段階というふうな言い回しをして、動機付けがまだ非常に弱い人に対して、動機付け面接法などを用いてアプローチをしていく。

そして、動機付けが、つまり何らかの外発的動機付け

によってプログラムにつながり、プログラムにつながってからは仲間や回復のロールモデルに出会ったり、依存症の勉強をすることで、自分の問題に気付き、ああ、自分もあんなふうに回復したい、変わりたいなどという内発的な動機付けが高まってくる。

こういうふうに通機づけが高まってきたら、つまり、心理教育的なアプローチや、また動機付け面接法を使いながら、徐々に自助グループにつないでいくようなアプローチをしていく。こんなふうな、その人の回復の段階に応じたアプローチをしていくことが、いわゆる治療アドヒアランス、ドロップアウトを防ぐために重要なんだということが最近では常識になってきました。

また、随伴性マネジメントとって、好ましい行動に対して報酬を与えていくということで、その好ましい行動を強化していくような、こういうアプローチも用いられるようになってきました。

そして、トラウマの治療です。依存症の治療の中でもトラウマの問題というのは避けては通れない。今はどちらかというと性被害の分野ではトラウマインフォームドケアが、盛んに取り上げられています。

あと、重複障害の理解、これも非常に大事だと思います。依存症の問題以前の課題として、いろんな精神疾患を抱えている方もいらっしゃるの、ここへのアセスメントも非常に重要な、心理学的な支援として避けては通れないところです。

最後は、社会的な支援です。これは依存症当事者を取り巻く環境や人間関係の再構築というところになります。私は医療の中でできることは非常に限られていると考えています。一つは居場所を提供するというのが重要な役割です。そして、その中で彼らがロールモデルとなれるような仲間に出会ってもらうこと。そして極論は、再発があったときは死を防ぐこと。

そして、動機付けが高まったら、自分に合う自助グループを探すこと。これは何もアルコール依存症の人が必ずしもAAで回復する必要はないと私は思っています。もしNA、薬物の自助グループが合えば、私はそこでもいいと思いますし、ギャンブル依存症の人がAAで回復しているケースもたくさん見てきました。そういう自分に合うホームグループをちゃんとつくっていく、そこにつなげていくアプローチです。そういう意味では、われわれソーシャルワーカーは回復のお手伝いを何かできるとしたら、そういう社会資源や人にタイミングをみながらマッチングをさせることだと思います。本人の回復の段階に応じたマッチングを試みていく。これが、私はすごくアディクションアプローチの中でも大事だと思って

います。

社会資源としては自助グループ以外にも……家族へのアプローチや家族会もあります。あと、回復施設につなげていくというのがあります。あと、やはり自身の所属するコミュニティで、どう彼らがこれから生きていくか。特に加害行為を行った依存症の方々が刑務所出所後、またその事件を起こした場所に戻って回復を目指していく時、やはりそのコミュニティから排除されていくような動きもあるので、ここにどうアプローチ、関わっていくのかも重要なテーマです。

あと、お金の問題を抱えている方もすごく多いです。依存症って別名金銭管理コントロール障害だと思うんです。お金のコントロールができない人たちが多くので、この金銭の問題への介入です。弁護士への相談など債務整理も含めたというのがあります。

あと、予防啓発活動。これは今ASK（アスク）さんで依存症の予防教育のための認定アドバイザーの資格を出したりしています。たくさんの方の予防啓発のための仲間を増やすような、そんな活動をされています。

ということで、社会的な支援としてはもっと他にもあると思いますが、当事者の方が発信していくということもあると思います。私、好きな依存症関係のYou tubeチャンネルで「たかりこチャンネル」というのがあるんです。高知東生（たかちのぼる）さんと田中紀子さんがやってるチャンネルですけど、あれも一つの大きな予防啓発の活動だと思います。あの動画を見て、自助グループや受診につながるケースもあるでしょう。

終わりに近づいてきましたが、少し私の中で分類を試してみました。BPSモデルから見た依存症の回復とは何だろうか。もちろん、しらふで生きていくってことは一つ重要だと思いますが、あくまでも依存症というのは、その人の一部分に過ぎません。その人自身を全て表しているものではないのです。ですから、その依存症のことばかりにとらわれるのではなく、この3つの視点から、つまり生物的な回復、心理的な回復、社会的な回復という視点から、依存症からの回復を見ていきたいと思っています。

生物学的な回復は、身体性の回復であると考えています。あと、心理的な回復は、スピリチュアルなもの、霊的な回復の部分だと考えています。そして、社会的な回復は、関係性の回復だと考えています。これらの身体性、霊性、関係性の回復についてソーシャルワーカーは、さまざまな社会資源、もしくは重要なキーパーソンにつなげて、彼らの回復に伴走していくのが重要な役目であると考えています。

そして、いうまでもなく回復とはつながりの中で生きていくことです。1人では、やはりなかなか回復できません。ですから、このつながりの中でどう生きていくということをサポートできるかが、われわれ支援者の重要な役割だと思えます。今、伴走型支援という言葉もありますが、まさに私も20年以上現場で関わる中で、彼らの生きるということにどう伴走できるかを考えてやってきました。最初の頃は、アルコールをやめてほしい、やめさせたいという気持ちが強かったです。やめるということがなによりも大事だと思っていたからですが、今はどちらかというと、彼が生きるということにどれぐらい根気よく付き合えるか、これがすごく大事だなというふうに思うようになってきました。

最後です。つながりを取り戻すということで、冒頭で少し述べさせていただきました。アディクションからコネクションにというところの話を最初しました。依存症からつながりへというところでは。

つながりの本質って一体何なんだろうかというのを、私は、現場にいながらよく考えることがあります。最後に、私が担当したアルコール依存症の方の事例の話をししたいと思います。飲みながら亡くなったAさんと、断酒して亡くなったBさんの最期の場面です。そこから見えてきたことの話をしします。

Aさんは残念ながら、医療につながってはいませんが、最後は連続飲酒で孤独死という最期でした。そして、自助グループにもつながりませんでした。最後、自宅で発見したのは私です。お住まいは北区だったんですけども、北区の都営住宅の一室で死後1週間ぐらいたっていました。

私は当時、患者さんの亡くなった後も関わっていくことを大事にしていたので、彼の葬儀にも出ました。葬儀には親族がいなかったので、最後、火葬する場面に立ち会いました。生活保護のケースワーカーも来ていました。最後に、火葬して骨を拾う人がいないので、私がクリニックの担当者だったことで、彼の骨を骨つぼに入れました。大腿(だいたい)骨をお箸を頂いて挟んだ時に骨が崩れ落ちました。恐らく骨密度が低下して、大腿骨骨頭壊死(えし)になっていたんだと思います。でも、私はそれを見て、アルコールは死んだ後もこの人の体をこうやって呪っていくんだなと思いました。ほんとに酒は怖いなと思いました。そして、親族は誰も来てくれませんでした、彼の最後には。

そんなAさんの最後があり、そしてBさんは、約10年ぐらい断酒会で断酒を続けていました。彼は最期、山谷にある、「きぼうのいえ」というところで亡くなりま

した。そこは、ホスピスです。以前、笑福亭鶴瓶さんと吉永小百合さんが『おとうと』という映画に出ていましたが、その舞台になった場所です。彼はそこで最期、スタッフに看取られて亡くなりました。私もその方を担当していたので、最期に立ち会いましたが、その時沐浴(もくよく)をしました。沐浴というのは亡くなった後にお風呂に入れて身体を拭いてあげることです。沐浴をした時、彼、口角が上がりました。かすかに笑っていたんです。彼の好きだったハイライトとワンカップを置いて見送りました。彼の葬儀には、たくさんの仲間が来ました。「飲んでた時は大変だったけど、最期はこうやって仲間の中で亡くなられてよかったね」と、皆さんは言っていました。

そこで私が感じたのは、つながりでした。そして、つながりの中で感じた本質的な感情は、ぬくもりでした。私は、つながりの本質は「ぬくもり」だと思っています。アルコール依存症の人たちが今まで酒で埋めていた心の穴を自助グループの分かち合いで、この仲間との分かち合いで、この心臓部分に感じるあたたかいもの。これで今日一日、心の中を埋めていく作業をします。私は、このつながりの本質はぬくもりだと思いますし、BPSモデルも人が使うものですから、やはりその理論的な背景に、その人のぬくもりが必要だと、私は思っています。

ご清聴ありがとうございました。(拍手)

四方 齊藤先生、ありがとうございました。

小長井

指定討論を仰せつかった小長井と申します。ここまでお二人の先生に大変立派なご報告をしていただきました。ありがとうございます。

私は元保護観察官であり、20年前に大学へ転出したのですが、今日の外川先生のお話にあった少年鑑別所と少年院はもともとすごく近い領域だったので、自分の知っていることを再確認し、さらに新しいことも学ばせていただきました。

齊藤先生は、資料を拝見した時はもっと医療寄りの方だなと思っていたのですが、日頃から性犯罪者をかなり多く担当されているということでした。私も保護観察官の時に直接処遇班に所属して、保護司さんを付けないで直接にかなりの数の性犯罪者を担当していました。そういう経験をしたので、齊藤先生が非常に近い領域でご活躍されていることが分かって、性犯罪者を含め関係性に問題をもつ人たちについて、齊藤先生の観点から捉え直すことができました。

まず、非常に素晴らしいご報告だったと、率直に感じました。お2人ともしっかりとした理論をお持ちの上

で実践をされているので、示唆に富むご報告でした。

お2人とも企画者である四方教授の趣旨に沿いながら、異なる観点からお話しして下さったので、私たち視聴者は、お2人のご報告を総合して、バイオサイコソーシャル (BPS) モデルを広く理解することができました。いろんなアプローチがあることが分かったわけです。

もう一度バイオサイコソーシャル・アプローチを確認しますと、生物的、心理的、社会的な要因が相互に影響し合って対象者の問題を形成しているという考えに基づいて、対象者の抱える問題を複眼的に、かつ明瞭にアセスメントして、いろいろな視点から包括的に支援していくという枠組みであることを、お2人のご報告から学びました。

外川教授は、国の少年司法制度のアセスメントにおけるBPSのアプローチをマルチシステムミックセラピーの概念を用いて明快にご説明してくださり、さらに、少年司法の対象者は発達障害までいかないけれども、その要素がある者が多いという実態をお話してくださいました。

それから、多摩少年院の例として、矯正教育実施上および社会復帰支援上の課題をお話していただきました。私は、2019年に矯正研修所に効果検証センターが設立され、法務省矯正局のアセスメントのシステムが一層向上していることを、最近刑務所見学を通じて具体的に聞きました。受刑者が釈放される時には、現場の処遇効果測定に加えて、検証センターでも測定して、本人の問題点や課題を明らかにした上で社会に戻すというようなこともおやりになっていることが分かって、素晴らしいと思いました。そして、そういう知見を大学での教育や研究に生かされているということも、今日の外山先生のご報告を通じて知りました。

斉藤先生には、民間の精神医療の一つの拠点を運営されているお立場から、依存症者の回復支援における困難や実際のBPSのアプローチについてご説明いただきました。依存症は自分の抱える困難に対する自己治療であるという仮説を立てて、それに代わる本人らしい生き方を見つける、そういう支援をされているということも、具体的にお話いただきました。具体的ということは、前提として情熱と専門性に裏付けられた実践があり、当事者に寄り添ったそういう深い実践に沿ってお話いただいたという趣旨です。最後にアディクションからコネクションという概念的なキーワードも、大変印象的でした。コネクションの本質を考える機会をいただきました。

このように、お2人から実践と知見に基づいた素晴らしいご報告をいただいたので、大きなコンセプトで私

たちはBPSアプローチを理解することができました。少年矯正と成人矯正が、BPSモデルを基盤をもって、これからますます発展していくことでしょう。拘禁刑の導入も発展を促進すると思います。さらに、斉藤先生のお話からも、民間の治療機関で広い視野から日々意義深い実践をされていることがよく分かりました。一方で、その社会実装がどうなっているのかなということが、気になりました。

閉じられた中ではすぐうまくいく、正確に言えば、素晴らしい治療者なり支援者がいて成功例が蓄積されていく、というふうに思うのです。ただ、日本の場合に、その社会実装、すなわちそういう実効性のある治療ないし支援を受けて社会に戻られた方をちゃんと受け入れる、そういう枠というか、受け皿が社会にあるかが非常に気になります。

私はもともと実務家だったので、ヨーロッパの犯罪者処遇制度や実践との比較が主な研究手法なのですが、ヨーロッパの犯罪者処遇や司法精神医療と比較した場合に、日本のBPSアプローチ、物理的に閉ざされた空間でのアセスメントなり働き掛けはうまくいくのですが、社会復帰後の社会におけるBPSの実装が難しいのではないかなというふうに思います。受け入れの体制がないということです。

さきほど斉藤先生がソーシャルな支援ということでコミュニティへの再統合支援ということをおっしゃったのですが、非行少年にしろ犯罪者にしろ、そういうメンタルな問題を抱えていらっしゃる方も、最終的には社会に統合していくべきですが、いくらアセスメントが精緻でも、施設内での働き掛けが丁寧で充実したものであっても、社会の中で受け入れるシステムが十分ではないと考えております。

また、私はいろいろな所で発言してひんしゅくを買っているのですが、犯罪をやったり加害行為をやった人を一般の社会経済的弱者と全く同じに捉えて、同様に対応していいのかなと、心配しています。ヨーロッパでは、そうではないです。支援については、欧州の主要国はベースが福祉国家ですから、非常に丁寧な支援をやっているのですが、社会的・環境的な要因なり、内因的な身体的・精神的健康面での要因で問題行動を行い、そういう行動が生き延びるための習性になっている人たちについては、再加害なり再犯なりのリスクは更生や社会再統合が相当に進むまでの一定期間存続することを織り込んで、制度が構築されています。どの国においてであろうと、できれば再犯・再加害をさせてはいけないと思います。こう言って、方々からひんしゅく買って

いるんですけれども、本人のためにも、再発や失敗はあるかもしれないけど、その失敗は可能な限り小さいところで収めないと誰も本人を受け入れてくれない、というのが社会の現実だと思います。みんな生きるのに精いっぱいですから、そこでいろいろ迷惑行為をされたら、やはり忌避すると思うんです。受け止め切れません。本人を社会に包摂するには、再犯・再加害のリスク管理が必要であるということです。

私は長野県で地域生活定着支援センターの運営副委員長を務めており、現場のお話を数か月に1回聞くのですが、ほんとに大変なケースが少しあるんです。少しだけです。多分100事例中の5、あるかないかですが、それがほんとに大変です。齊藤先生が先程依存症で亡くなる方が多いっておっしゃいましたが、元犯罪者でも亡くなる方は少なくないです。迷惑行為を反復するために社会内に居場所がなくなって、結局措置入院に頼らざるを得なくなります。そして、治療を受けて症状が落ち着いても、引き受けてもらえる場所がなく、そこで社会的入院になって、最後は病院で死んでしまうという人がいます。そういう事象に対し、犯罪社会学的というか、刑事司法的にそういう現実を目をつぶって、地域社会の関係組織や社会資源との連携により、支援したりコネクションで受け入れてもらったりするだけでいいのかなと、懸念しています。少年司法や医療の現場でこういう立派なBPSの営みがあるだけに、国の責任において、そういう良い営みが生きるように地域移行のシステムとベースをもっと堅固に創っていかねばならないと考えております。

犯罪や加害行為を行った人に対する日本の国の制度や社会での働きかけの仕組みは、マジョリティーに照準を当てて構築されています。その範囲では非常にうまく機能していると思うし、多角的な支援のための多機関連携もだいぶ根付いてきました。誰もが多機関連携が重要だと分かっているし、いろんな実践が試みられています。通常の事例であれば、つまりマジョリティーの事例ではすぐうまくいっています。けれども、難しい極限事例というのは5%とか3%とか数としては少ないですが、そういう困難な事例がある中で、それに対して有効に対応できるシステムが日本にはありません。

例えばイギリスでは、警察と刑務所と保護観察所が緊密に連携して、社会に戻ってきた再犯リスクが高い性犯罪者・暴力事犯者・テロリストに対しては、福祉的・医療的な支援を手厚く行いつつ、再犯リスク管理もしっかりとやっています。これは、MAPPA（公衆保護のための多機関連携協定）という仕組みです。支援と再犯リス

ク管理の機能を併せ持ったこのような仕組みは、適正に運営されれば社会防衛になるだけでなく、本人の社会再統合も促進します。

日本にはそういう社会復帰した犯罪者や加害者への再犯リスク管理を受け入れる社会的風土や仕組みが十分にはない中で、矯正局と保護局が合併すればいいんじゃないかというご意見が、矯正の方から挙がっています。しかし、保護局では受け入れ難いようです。私は更生保護を出てしまった人間だけど、多分一緒になったほうが更生保護はもっと大きな仕事ができると思っています。少年院や刑務所に福祉専門職の方がたくさん入られたのはいいことですが、本来であれば、犯罪と福祉の双方に通じた更生保護の人材が外部の医療・福祉機関と連携して行うべき業務ではないかと思います。犯罪者の地域移行については更生保護がもっと主体的に関与してほしいと考えています。欧州ではそうですが、日本ではそうはなっていません。

結局は、更生保護が犯罪者の地域移行にもっと関与するようになって、社会の中で元犯罪者の再犯リスク管理を行うことに対して人々にアレルギーがあって、なかなかうまくいかないかもしれませんが、そういうことにもっと国は責任を持つべきだし、アカデミックの役割はそういうことをもっと言うことだと日頃から思っています。

京都アニメーションの放火殺人事件や相模原の障害者施設の殺傷事件の犯罪者は、ああいう重大・凶悪な事件を起こす前は、違うシステムの患者さんなりクライアントでした。多機関連携で支援していたのです。でも、うまく機能せず、あのような悲惨な事件を起こしました。それは関わった人たちの力不足ではなくて、私はシステムがどこか足りないと思うのです。だから今日のお話がかきかけとなって、特にアカデミックの方々に、そういう極限状態でも対応できる「BPSモデルに基づく支援と再犯予防のシステム」がないと社会としてうまくいかないという問題意識を持っていただけたら、ありがたいなと思います。

そういう社会実装について、どういうふうにすればいいかということが、多分第2部のほうで話題になると思いますので、第1部の指定討論者としてはここままで、お話を閉じたいと思います。どうもありがとうございました。(拍手)

四方

小長井先生、貴重なコメントありがとうございました。多機関連携もだいぶ長いこといわれてるんですけれども、まだ受け皿全部できてないと、そういうことですね、あ

りがとうございます。

これより第2部ということになりますが、私の話よりも先に指宿先生から、この3つの分野、犯罪学としてはもともと3つに分かれていたもの、実務的には、しかしやっぱり総合的に考えていく必要があるということなど、学術の観点から指宿先生にお話をいただきたいと思えます。よろしく願いいたします。

指宿

成城大学の指宿です。BPSアプローチに関して理論的な観点からコメントをするということで、私が取り組んでいる「治療的司法」という考え方を例にしながらお話ししたいと思います。

四方先生が私を登壇者にスカウトされたのは、別の団体で今日中心的に話をする「学融」、学問が融合するという概念、あるいはアプローチについて講演したところ、その後、先生がすごく共鳴されたということで、それで今日のご指名にあずかったというふうに理解しております。

そういうことで、BPSアプローチに匹敵するような考え方というのが、私の中ではこの「学融」という考え方です。それを簡単にご紹介した後で、その学問的実践として治療的司法、あるいはそれを支える「治療法学」というものがあるということをお話ししたいと思います。

学融というのは一般的に使われる「学際」と違う考え方で、これは立命館大学の総合心理学部の教授で、心理学史を専門としている佐藤達也教授が提唱しているものです。彼は日本質的心理学会の理事長などを歴任していますが、私が2002年に立命館大学に着任したと同時に彼も福島大学から着任して、2人とも法と心理学に関心があったものですから、それで一緒に仕事をするようになり、立命館大学で「法と心理研究会」などを一緒に開いておりました。

佐藤教授は、学問には大きく2つのモードがあるのだと言います。一つ目のモードを「モード1 (ワン)」といい、これは、ある学問の内部の価値や体験に基づいて知識が生産されていくモードです。彼はこれを学範駆動型の研究であると呼んでいます。学範とは、法学であるとか心理学であるとか医学であるとか、そういう各領域を言います。

もう一つのモードである「モード2 (ツー)」というのは、ある学問における学問と社会との出会いによって成り立つものだと言います。だから、このモード2では、いろいろな学範、専門が協働していかないといけないのだということです。そういうコラボレーションの必要があることで、その協働作業は融合的、すなわ

ちトランス・ディシプリンなものでなければならないと彼は提唱しているわけです。このモード2というところから「学融」という概念が生まれてきました。

このモード1とモード2の私なりのイメージなんですが、研究方法を述べる際に、従来はよくこれを「基礎」と「応用」というふうに分けられていたと思うんですが、モード1という「学範好奇心駆動型」は一つの学問領域で研究をして、まず結果を出す。モード2は「社会関心駆動型」ですので、何らかのテーマ、社会的なトピック、社会的な課題、問題があって、これを複数の学問が協働して解決していく、ということになると分けられます。

学範単独的なアプローチだと、あるテーマ、トピックについて、ひとつの学範の中で確立した、あるいは試みようとしてされている場合もあるかもしれませんが、何らかの方法論で研究を重ねて結果を出すというアプローチです。

学融的なアプローチ、トランスする学範っていうのはテーマに対していろいろな学問領域で重ねられてきた知見や研究方法を互いにつけていく、組み合わせていく。そして結果を出していくという、こういうのが「学融」のイメージではないかというふうに思います。

では、治療的司法と学融が、どういう関係にあるだろうかという話に移ります。

治療的司法を「TJ」と呼ぶことがありますが、それは、治療法学の英語名、Therapeutic Jurisprudenceの頭文字を取っています。この治療法学は、デビッド・ウェックスラー (David Wexler) とブルース・ウィニック (Bruce Winick) という2人の研究者が1980年代にアメリカで提唱した、新たな司法哲学です。この治療法学という考え方をベースに、具体的にこれを司法の場に落とし込む概念、もしくはアプローチを「治療的司法 (Therapeutic Justice)」と言います。

治療的司法とは、刑罰をできる限り回避し、問題行動の背景にある根本問題、出発となっている問題を解決することで再犯を防止する治療システムを指す法理念で、具体的に法システムの中に組み込まれた仕組みとして、問題解決型裁判所 (problem solving court) というものがあります。有名なドラッグ・コート (薬物専門法廷) はその代表です。

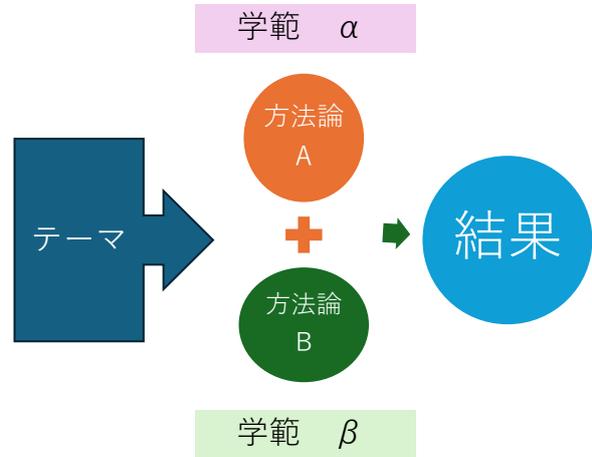
では、このTJの中にどういった学融的性質があるかということですが、犯罪行動の背景にある問題を特定します。ここでモード2でテーマが設定されるわけです。そして、そのテーマに対して、裁判官、検察官、弁護士といった法律家だけでなく、精神科医や心理士、ソーシ

その2 学範単独 vs transする学範 (学融) (イメージ図)

学範単独的アプローチ



transする学範 (学融)



ャルワーカー等の法学系以外の多職種が連携し、治療や福祉的、心理的支援等を通じて再犯を防止していこうとします。ということで、こうした司法のあり方は、モード2的な、つまり社会関心駆動型であると同時に、お互いの領域を乗り越えて、1人のクライアントの立ち直りに力を貸すという学融的思考が見られるわけです。

このような協働作業が司法というプラットフォームで進められていき、最終的に法律家が最終処遇であるとか、あるいは被告人が次のステップ、ステージに上がるか、上がらないかというようなことや、あるいはプログラムが終了できたとか、修了できていないとか、そういった判断をする決定権者が法律家、問題解決型裁判所の場合であれば裁判官になります。もちろん、そういった司法プロセスで法律家が主導している以上、法的思考が他の専門よりも優越しているんじゃないかという批判であるとか、刑罰回避ではなく刑罰が前提になっているのではないか、というTJの発想そのものに対する批判があります。あるいは、再犯がされない、再犯が起らない、再非行が起らないという結果が重視されてしまい、被告人となるクライアントのウェルビーイングが下位に置かれているんじゃないかというような批判もあります。こうしたTJに基づく問題解決型裁判所の進め方自体が職権主義で、(裁判所という)「官」主義的な色彩が強いといった批判もあり、対象者(被告人)が自尊的でないのではないか、システムに服従させているのではないかといった、さまざまな批判もあります。

こういった批判に対する回答として、『法律時報』の2024年3月号で特集「刑事司法と『アウトサイダ

ー』が組まれたので、「治療的司法—刑事司法の“内”と“外”を結ぶ理念的架け橋」という論稿を書きました。ぜひご参照ください。

では、日本でこういったTJをどうやって実践していくかということについては、第一法規さんからしばらく前に『治療的司法の実践』(第一法規、2018年)という本を出していますので、具体的な取り組みの例、さまざまな行為依存、物質依存、関係性依存についての取り組みを紹介していただいていますので、こちらをご覧くださいと思います。

先ほど社会的にどういうふうにもこのBPSを実装するのかというご指摘がありました。少年院や医療の現場でBPSが取り組まれているというのは先ほどご報告があったとおりですが、TJが実際に社会実装されている国では先ほど触れた「問題解決型裁判所(PSC)」という専門法廷がありますのでその実践、すなわちBPSの実装についてご紹介したいと思います。

一番有名なのは「ドラッグ・コート(Drug Court)」だと思うのですが、PSCは、犯罪タイプと行為者の属性タイプに大きく分かれています。犯罪対象タイプの具体例としては問題運転裁判所(Driving under Influence Court(DUI court))とか、DVコート、売春コート、ギャンブルコート、アニマルコートなどがあります。アニマルコートとは、動物虐待とか多頭飼育のような問題行動をする人たちを対象にしたものです。

属性タイプというのは、犯罪の対象には縛られません。アメリカは世界中に軍隊を送っているところなので退役軍人のPTSDが非常に深刻な問題です。その結果、依

存や犯罪に関わっていくので、こういった人たちを対象にした「退役軍人法廷 (Veterans Court) 」があります。それから、「ガールズコート (Girls Court)」。これは女子少年を対象にしたものです。それから、先住民を対象にした「ネイティブコート (Native Court) 」というものがあります。そして少年を対象にした「少年コート (Youth Court)」。それから犯罪対象と属性対象が組み合わさった「ジュベニール・ドラッグコート (Juvenail Drug Court)」。少年向けの薬物専門法廷などのハイブリッドなタイプです。

いずれの問題解決型裁判所も多様な分野の専門家が関与しています。全てのこの問題解決型裁判所に今挙げている人たちが配置されているわけではありません。それぞれの国や地域によって、どういう専門職や関係者が参加しているかは変わりますが、全部挙げるとしたら、このような人たちになります。裁判官、検察官、弁護士、ケースマネジャー、ソーシャルワーカー、精神保健担当者、治療プログラム関係者、臨床心理士、警察官、住宅支援担当行政官、被害者団体関係者、退役軍人支援団体等です。

なぜ住宅支援がいるかということ、公共住宅、住宅問題と就労問題と依存や各種の問題、この3つがほぼ原因となる問題のコアです。なので、問題解決型裁判所を置いている管轄では、住宅支援というのは結構大きい支援のファクターになっています。このように多種多様な専門家が、まさに学融的に、そしてクライアントの問題を解決するというモード2的に取り組まれているということが分かります。

私が定点観測しているのはオーストラリアのシドニーやメルボルンのドラッグコートですけれども、実際に裁判官が司会役となり、専門家たちがラウンドテーブルになってケース会議をしています。その中で被告人が次のステップに進んでよいかどうかアセスメントされています。

このような TJ についての研究はどのような分野が関わっているのでしょうか。

社会学、心理学、法学、矯正更生学、社会福祉学、行動科学、医学など、とにかく多様です。Google Scholar、Google のモジュールの中の1つで学術情報を専門に検索する機能ですけれども、これを使って、2024年以降で「問題解決型裁判所 (problem solving court)」を KW にして検索をかけますと、300件近くヒットしました。わずか一年半でこの結果です。検索結果をざっと眺めてみますと、ローレビューやロージャーナルといった法学以外の多様な分野の雑誌媒体、さまざま

なジャーナルが上がってきています。

このように TJ というのは、学融への強い動機付けを持っています。ただ、実際に論文の執筆者の組み合わせとかを見ると、本当に融合しているかどうかというのは、また一つの問題です。つまり、法学系論文では法学者だけが共著者ではないか。心理学系論文では心理学者だけが共著者ではないか。そういうことについて実証しないとけないと思いますが、なかなか多くの論稿で異分野の著者の組み合わせは見られないと言えそうです。

なぜ学際じゃなくて学融でなければならないのでしょうか。佐藤教授に刺激されて、私自身も実践を重ねてきました。学際という用語の「際」の字にはいろんな意味がありますけれども、「境目」とか、「へり」、「きわ」という意味ですね。だから、ある学範の領域のへりまでは行くんだけど、それを越えて相手のところまでは踏み込まないっていうのが一つの作法ではないかと思います。

それが、学融の場合は「トランス」、すなわち「越境」しないとけませんから、相手の領域に踏み込んでいかないとけないのです。これはなかなか大変ですね。専門領域によって用語の使い方すら違うし、定義も違ったり、ある言葉に対する捉え方とかアプローチも違ってきますので、なかなかそう簡単に踏み込むことは難しい。それだけに、やはりチームをつくって、この学融を実践するということが必要だろうと思います。実際にドラッグコートのケース会議なんかはかなり踏み込んで、お互いに情報を共有した上で議論しているような、意見を交換している印象を受けました。そのため、やはり日常的な経験や交流が不可欠です。これがないと学融というものを実践することはできないと思います。ドラッグ・コートのケース会議は、毎週開かれています。クライアントに関する情報を共有し、そして状態を把握し、アセスメントし、そして診断・判断を決めていく。その作業をずっと繰り返し、プログラムの修了を見届けているのです。

学融的な学問、あるいは研究を進める上でのリターンや報酬は何でしょうか。なかなか学融で研究を進めても、それぞれの学会で評価につながらないことが多いです。いわゆる評価問題があり、その先に就職問題があります。個々の学範（専門領域）で評価されないと就職先も見つけられない。そして最後は、榮譽問題です。榮譽は別にいいとしても、研究が評価されなかったら就職もできない。評価されなかったら学会内で認められず、いわゆる研究費も付かない、そういう問題もあります。個人としては、モード2が要請している解決を待つ問題に取り組むという社会貢献としての意義や価値に依拠せざるを

得ないでしょう。結局は自分の学問観に帰着するんじゃないかということになり、なかなか学融というのは、いうは易く実行するのは難しい。

参考の3に、私がこれまで取ってきた科研費を挙げています。私の場合、基本的に科研費は全部学融スタイルでやっています。自分だけの専門的なものでは科研費は取りません。私1人の研究、いわゆる法学の専門家としての私が、刑事訴訟法の研究者として1人で研究するテーマについては、若いときは科研費を取っていましたが、今はもう取りません。

このように2008年からずっと学融スタイルで科研費を取り、それから2017年に先ほどから述べている治療的司法を専門に調査研究する「治療的司法研究センター」を成城大学に立ち上げてますが、いろいろな分野の研究者の方々とこのようにTJに関わってやってまいりました。まだまだ私自身、実践途上だと言わなければならない状態ですが、こういった研究のアプローチがあるんじゃないかという問題提起となればいいですし、あるいは皆さんがもう既にこうしたアプローチで研究をやっておられるのであれば、そうしたスタイルを「学融」という考え方で概念化できる、というお話でした。ご清聴ありがとうございました。(拍手)

四方

指宿先生、ありがとうございました。私からは若干補足をさせていただいて、最後に、それぞれのお話を聞いた上でのコメントを頂ければと存じます。それから、フロアの方々からのご質問に対してお答えいただくという流れにしたいと思います。

ただ今、指宿先生からお話がありましたように、学際

ではなくて学融という話について、私は実務家出身でありますので、学際から学融に超えるところのほんとの厳しさを分かってないのかもしれませんが、大学に行って研究をしておりますと、それこそ各学会ごとに評価のシステムが異なっていて、大学のカリキュラムが、そもそもいろいろ分かれておりますので、指宿先生からお話がありましたように、その分野で実績を上げないと学会内の評価のない人は就職っていうのが難しいという問題が出てくるということです。

その中で、どうやったらいいかっていうことなんですけれども、それぞれの分野にいながらも、しかしその理論的なところでもうちょっとつながれないか、そういう認識を持っていました。他方、少し若い時から複雑系システム論の研究をやっていたんですが、システム論をつくられたベルタランフィという方がいます。

先ほどの外川先生のご発表の中にもちょっと紹介ありました、エンゲルさんが最初にこのBPSを言い出した論文の中で、途中に、このBPSの基礎理論をどこに求めればいいのかっていうくだりがありまして、エンゲルさんはこのベルタランフィのGeneral System Theoryがいいんじゃないかっていうふうなことを、ベルタランフィの理論をちょっと紹介しながら、短い文章ですけど展開している。

この一般システム論、私は「複雑系システム論」と言っていますけれども、いろんなフェーズのシステムの相互作用なんかを割と理解しやすい理論になってると私は理解しています。この一般システム論ですけれども、硬いシステム論ではなく、機械システムや硬いシステムではなくて、どちらかというと生態系だとか免疫系だとか、

【参考・3】報告者の、モードIIにおける「学融」的实践

科研費基盤B

(2008~2010,2011~2013)

- ・ 裁判員裁判に対する認知科学の寄与・貢献をめぐる学融的実証的研究+市民参加型司法プロセスにおける「情報的正義」の構築に向けた学融的実証的研究
 - ・ 法学2名
 - ・ 社会学1名
 - ・ 心理学1名
 - ・ 言語学1名
- ・ 「情報的正義」概念の有用性について、多様な学問分野で応用利用可能であることを確認、社会的政治的意思決定過程において非常に有益な観念となりうることを確認

科研費基盤B, A

(2014~2017, 2019~2023)

- ・ 脱刑事罰処理を支える「治療法学」の確立に向けた学融的総合的研究
- ・ 法学5名
- ・ 心理学2名
- ・ 社会学1名
- ・ 刑罰重視の伝統的刑事法学に代わりうる更生や回復支援を目的とした体系的な法理論確立を喫緊の課題として、「治療法学(therapeutic jurisprudence)」と呼ばれている新しい理論潮流に基づいて、更生支援実務を支える先端的法領域の構築を目指す

治療的司法研究センター

(2017~)

- ・ 刑事司法制度について犯罪を犯した人に対して「刑罰を与えるプロセス」と見るのではなく、犯罪を犯した人が抱える「問題の解決を導き、結果的に再犯防止のプロセス」と捉えようという考え方、すなわち治療的司法論に基づいて調査・研究を行う専門機関
- ・ 研究員 (PD研究員含む) 客員研究員 (特別客員含む) 20名中、法学12名、心理学3名、医学2名、教育学1名、社会学1名ほか1名

ベルタランフィ自身は免疫系や、ほかには例えば光合成の仕組みとか例に挙げてるんですけども、どちらかという柔軟いシステムを念頭に置いているということなんです。

それから、私自身はこのシステム論の中でも自己組織性という概念が、人間とか人間社会を理解するのに有用なんじゃないかと考えております。生物学的なレベルの話ですと、細胞が自分で自分を組織する、組織化して維持していくという仕組みが自己組織性なんです。

ただ、周りから完全に独立して生きていけるかっていうと、そうじゃなくて、やっぱり環境にも左右されながら、あるいは自分でつくるといっても、その部品は既存の物質を組み合わせたものなんで、物理的な法則にも従うし、周りの社会環境の法則にも従いながら、しかし一定の独立性は持つてみたいなのが自己組織性なんじゃないかと思っております。

まだ一部の学説ですけども、人格も一種の自己組織性ではないかというふうにいわれており、それで、人間の認知の枠組みなんか自己組織性システムとして理解する学説もあります。

今日のBPSに関係しましてこれは私が勝手に描いてる構図なんですけれども、コンピューターネットワークと人間の人格を比較しています。これらは比較するのはあまりよろしくない、特にコンピュータは価値観だとか感情がないですからよろしくないという議論もあるんですけども、一つのアナロジーとしては、コンピューターのハードウェアの上にソフトウェアが動いてるんだけど、そのソフトウェアというのは多くはネットワークの外側から導入されて、それが組み合わさっていくことでありますので、これと同じように人間の生物学的基盤である脳の上にソフトウェアである人格ないし心というものが、それが社会の中で影響されると考えることができます。

こういう構図を考えるのに、一般システム論では、異なるフェーズのシステムの相互作用を考えやすいんじゃないかと思えます。これは既存の理論をある意味くっつけやすいんじゃないかと。それぞれの学問の中で発達してきた英知、知見をもとに、それを相互作用によって結合して考えるのに、この複雑系システム論が一つの望みとして考えやすいのかなと思って、紹介した次第でございます。

それはさておき、今日の話でありますと、実践的にはBPSの帰結は、一つは多機関連携だということだったと思うんですけども、多機関連携をちゃんとしっかりやっていくためには学融が必要です。私の授業でもよく

紹介するんですけども、多機関連携をしようとする、それこそ違う専門分野で生きてきた方々が一緒にならなきゃいけないので、話が通じ合わなくて困るという話がよくあります。そのためには、やっぱりこの学融の発想というものの理解の浸透も必要なんじゃないかと思う次第でございます。

ちょっと司会がしゃべり過ぎたかもしれませんが、お互いのお話をさらいしながら、感想なりを、まずは登壇者の先生方にお伺いして、その後フロアからちょっとコメントなり質問を頂きたいと思っています。いかがでしょうか。じゃあ、外川先生からお願いします。

外川

先ほど小長井先生から社会実装はどうなっているのという問い掛けをいただきましたので、あまり楽しい話にはならないですけど、現実に向き合って何かここで話題を共有できればと思うので2つぐらいの柱で話をいたします。

まずは制度の不備です。制度、仕組みが整っていない、必要なところがないという状況とか、仕組みはあるけれど、その間を誰がつなぐのかというところが落ちていたりとか、仕組みはあるけれど、いわゆる縦割り行政の問題がまだ大きいということなどです。

縦割りだと言うまでもなくワンチームになりにくいです。保護局と矯正局が一体化すればというお話がありましたけれど、まさにそういう理想もあります。では、児相、児童福祉と警察というような地方行政のところで、あと、学校教育だとか、領域の縦割りというのは、どうしても解消しにくいです。

ないないづくしでどうするのかということになります。が、つなぎを地域で一生懸命やってくださっているのが、例えば、地域生活定着支援センターではないでしょうか。私は、とある県で勤務していた時に地域の関係機関の連携を担当していて、地域生活定着支援センターの方がいつも駆けずり回って、行政の仕組みと仕組みの間をつないでくださっていました。

行政は課題に対応する枠を設けていますが、その枠をつなげるところなどはマンパワーによって支えられている状況がございました。

海外だと民間が請け負っていることでワンチームになりやすい、機動力が高いという話がありますが、では、日本はいつまでもできないままかという話ではなく、現状の中で海外のシステムのエッセンスをどういうふうに変現できるかという発想を持続けられるだろうと思っています。

2点目です。日本はほぼ単一民族で、暗黙のルールも

含めて共有できる中で成立していたことが難しくなってきたかもしれないという感触があります。ルールや価値観の多様性の中で、法務矯正がどう機能していくのでしょうか。

例えば少年矯正で言うと、外国人の少年を対象にした教育課程があり、日本の文化や生活習慣を理解させることが指導に含まれます。多様性を受け入れる原則に立てば、こうした教育課程の位置付けや運用がややこしくなるのではないかと思うのですが、そのような話題を皆さんと共有できればと思いました。

以上です。

斉藤

私も保護局と矯正局が合併するのは大賛成です。今日の依存症の話からずれますが、性加害者の地域トリートメントに取り組んでいると、もう明らかにこの問題の本質は、矯正施設内処遇と社会内処遇の連携の未整備だということが分かってくるんです。ですから、この橋渡し機能が全くない中で、そこをやはり誰かがしないといけないと、ずっと言い続けてきて、やっとコロナの前ころから、各地方更生保護委員会が仮釈の決定をするわけですけど、その地方更生保護委員会の方が、この方は出所後に専門的な医療が必要であるというふうに判断した方に対して保護観察官が声を掛けるし、「君は出た後に医療を受けるつもりはあるか」という声掛けをし、ご本人が同意すれば社会内の専門家が出口支援の一環として刑務所に出向き、出所後の環境調整や、そのつなげる役割をするというのが、実はやっと予算が付いたんですが、これもほとんど知られてないんです。

私も今まで、それで20例ぐらい対応してきましたが、これもなかなか縦割りの難しさがあるみたいで、矯正局の人たちからすると、あまり良く思われてない。これは、保護局の主導でやっている制度だから、ということらしいんですが。だから、一緒になって、何で協働できないんだろうなって、よく思うことがあります。

さっきの話には結構出ているのですが、クリニックのほうでは、私自身が取り組んできた中で、最もメンタルヘルスの領域で排除されている人たちは誰だろうと考えた時に、私はその性犯罪をした人の地域トリートメントをやる中で、最も社会から排除される人たちって、ペドフィリアの人たちなんです。小児性愛障害、小児性愛症の人たちって、性犯罪者のヒエラルキーからも最も低い人たち、下の位置に位置付けられる。刑務所の中でも最も最下層に位置付けられる。つまり、社会の中でも最も排除されやすい人たち。

なので、この人たちが社会の中で生きていくためにど

んな関わりが必要なんだろうかというのを考えながら、いろいろな受け皿、治療の枠組みをつくってきました。なかなか難しいところはあるんですけども、一つ行き着いた答えとしては、彼らにとって最大のトリガーになるのは、孤立することと社会から排除されることだというのは分かってきました。つまり、その逆を関わりの中で作っていかないと、彼らは社会の中で子どもへの性嗜好を持ちながら再犯せずに生きていくというのは難しいです。そう考えると、やっぱり孤立の逆はつながりですし、排除の反対は包接になるんですが、それをクリニックのデイケアというプログラムの中でどう実現していくかというのを考えてきました。

それをやる中で、もっと排除されてる人が実はいて、これがやっぱり、放火の人たちなんです。ピロマニアの人たちは、まだ医療で対応していくという前提すらない状況です。私もやっぱりこのクリニックでの仕事の集大成として、この放火症、病的放火の人たちを嗜癪モデルでどう捉えていくかっていうのをずっと実践したいと思って、理事長にずっと言い続けてきたんですが、「それは駄目だ」って言われていました。理由は「病院が燃やされたらどうするんだ」って。

でも、この西川口でやっとそれができるようになって、医療観察法の指定も取りましたので、放火の人たちをこのクリニックでどう受け入れていくかというのを今実践しているところです。全国から相談もあるんですが、なかなかつながらないんです。多分地域生活定着支援センターのほうで扱うケースも、ペドフィリアと放火の人たちが一番難しい人たちだと思うんですが。相談までは来るが、つながるところまでいかない。それは寝床をどう設定するかっていうところにもなってきます。

ということで、私の次のチャレンジとしては、この放火の問題を持っている人を、どう社会内で包接しながら伴走するかってところが、私の次の大きな課題です。

四方

ありがとうございました。ほんとに個別ケースの中で一番問題なケースだと思います。続けて、すみません、小長井さん、お願いいたします。

小長井

私はもう公務員じゃないので、保護局や矯正局のことを言う資格は全くないし、外部の人間なのでよく分かってないところもあるんですけど、何か寄り添い型の支援とか福祉とか、そういうことだけで全部片付けるというか、片付くと思っている節が見受けられ、それが社会の現実なのだろうかと不安に思っています。法務省や厚生労働省は共生社会とかって言って、地域住民に善意があ

れば、犯罪リスクや加害リスクの高い人とも共生できるとホームページで謳っていますが、地方の現実を知っていると、あれにはちょっと違和感があります。

具体的には、ある一定期間はもうちょっと刑事司法が主体的に関与して地域移行を進めれば、地域社会は安心安全に元犯罪者を地域に包摂できると思います。だから、仮釈放の対象が増えて、期間ももっと長くなればいいとか、矯正施設退所後もかなりの期間更生保護が主体的に関与して、地域の関係機関と連携できればいい、と考えます。仮釈放制度の適用が拡大することで、再犯リスクの高い方の再犯を防止し、彼らの地域移行が促進されると思うんですけど、現行の仮釈放に関する法制度上簡単ではないのですけど、アカデミックとかマスコミとか、大きな事件が起こった時に、仕方なかったよなって犯罪者個人の責任として片付けしないで、やっぱり制度や仕組みにどこか不備があるんじゃないかっていう問題意識を持って、社会に問題提起してほしいなと思います。

京都アニメーションの事件でも、マスコミは、更生保護における特別調整や地域生活定着促進事業の仕組みについて正面から取り上げて検討しませんでした。刑務所出所者の地域移行について、もうちょっと刑事司法が関与し、地域の医療、保健福祉の方が安心して自分たちの専門的なスキルなり専門性を発揮してそういう人たちの社会再統合を促進させられるような環境づくりをやるのは、やっぱり国の務めです。しかし、国は過去の経緯や現行の法制度のしがらみがあってなかなか変わりません。だから、何か大きな事件があった時に、アカデミックとマスコミはもっと騒ぎましようというふうに思っています。以上です。

指宿

学融の観点からは、こういうセッションが犯罪社会学会で学融的に行われているっていう実践だと思うので、企画された四方先生に敬意を表したいと思います。

TJ的には、やっぱり矯正保護というのは既に有罪であるというレッテルを貼った人に対する処遇なんで、TJの考え方からすると、もっと前倒しですよ。起訴や公判の段階で治療や介入を日本は行うべきであると。そういう意味で、縦割りという観点からすると、司法と行政が完全に分断されているっていうのは、日本のやっぱり一番大きな問題じゃないかなと思います。

じゃあ、これからどうやって垣根を越えるかっていうことだけど、それは警察や裁判所がこの治療っていうことに、あるいは介入ということに、回復ということに、どこまで関与するかということを検討しないといけないということで。警察段階だったら、条件付き起訴猶予制

度です。それを治療支援につなげる道をつくる。

それから、裁判所の量刑の中に治療命令付き執行猶予っていうような、社会内処遇において何らかの支援や医療を義務付ける。そういう処分も入れていくっていうのが一つのきっかけになるんじゃないかなというふうに思っています。

それから、量的には日本でTJコート、問題解決型裁判所をやるんだしたら、やっぱりファミリーコートが一番早いんじゃないかな。病的に多いので、実情というかニーズに合うんじゃないかなというふうに考えています。以上です。

四方

コメントありがとうございます。ちょっと私の不手際で、もう時間になってしまいました。お許しただけたらフロアから質問を取りたいと思うんですけども、ありますでしょうか。

C

すみません。大変貴重なお話を聞かせてくださりまして、誠に、すみません、ありがとうございました。

斉藤先生にちょっと質問なんですけれども。先ほどペドフィリアとか放火癖がある方についてのお話があったと思うんですけども、そういった方々って自己治療仮説の中で言うと、何を正で強化して、何の負の強化と、苦痛の緩和をしてるかっていうのが、ちょっと気になったので、ご質問させていただきたいんです。よろしいでしょうか。

斉藤

ありがとうございます。自己治療仮説は基本的に物質使用障害で適用されている概念で、それを行為依存の問題にどう応用していくかっていうのは、多分これからの課題だと思います。でも、加害者臨床に長年関わっていると、性加害をする人たちが加害行為という自己治療を繰り返してきたんだろうなって思わせるようなケースはたくさんあります。

ただ、そもそもこの自己治療仮説は医療モデルの中での話で、加害行為が自己治療であるっていうのは、医療モデルになじまないと思うんです。加害と被害の問題なので、それを加害行為に適用するかどうかの可能性を検討することは慎重になる必要があります。

クリニックにおける医療モデルで、この性加害の治療をするのっていうのは、やっぱり彼らの行為責任を医療モデルで収斂することであって、彼らの行為責任を隠蔽(いんぺい)してしまうという難しさがあります。その危険性を常に考えながらやらないといけないと思いますし、カナダなんかでは極力医療モデルは排除して性加

害者のプログラムをやるべきだというふうな主張もあります。

ただ一方で、日本でこの性加害者の社会内でのアプローチが広がっていきません。だから、戦略的に医療モデルで捉えながら受け皿をつくっていくのが最も広がりやすいという、私なりの考え方があります。

そういう意味では、先ほどの放火、いわゆる加害行為についての自己治療仮説の適用可能性っていうのは議論されるべきだと思うんですが、被害者がいる場合の問題に関して、この理論をそのまま使っていくのかどうかの議論をちゃんとしないとイケないかなと思います。

C

ありがとうございます。

四方

もうあまり時間がありませんが、特にという方はいらっしゃいませんか。

D

今日は貴重な話、ありがとうございました。今日は法務省の先輩がいらっしゃってということで、ちょっと一つ。

質問2点あるんですけども。1点目が、1つ今日のキーワードが多職種連携することだと思います。もちろん公務員としての仕事をされた上で民間のほうの仕事をされているということで、やはり拘禁刑の施行に合わせまして社会復帰支援を矯正施設の長の責務として明記されまして、さらに矯正職員の支援に代わってミッション・ビジョン・バリューということで、20年後には刑務所を社会化していくというところで今勤務しているところなんですけども、その社会復帰支援ということで外につなぐとか、多職種連携を図っていく中で、先ほど、斉藤先生のほうからも保護の取り組みを矯正がなかなかあまり良く思っていない、そしてその中には多分よく分からないっていうところがあるのかと思うんです。われわれも改善指導をしていたりですとか、支援につなぐ際に、こういうふうな社会資源があるよとか、こういうふうな制度が利用できるよっていう話をしつつ、やはり堀の中で働いていると、その実情っていうものがなかなか分からない。その施設につないだ後に起こり得る問題であるとか、つないでその人がそこになじむかどうかっていうのが、なかなか分からないっていうところが一つ障害になっていると感じます。なので、ちょっと先輩のお2人に、ここら辺の実際の官と民を両方経験されたところから、これに対する処方箋のような何かご意見があれば、ちょっと伺いたいのが1点です。

2点目が、ちょっとこれは私のほんとに個別のケース

になるんですけども。ちょっと知的障害で放火を繰り返してる方が何度もうちに來ているので、そういった放火の方を社会に包接するっていうふうなところの取り組みを、斉藤先生のほうでぜひ進めていただきたいというのが一つと。刑務所で勤務をしていますと、この放火の方もそうなんですけれども、例えばもう、神様のおかげに従って、ずっと刑務所の中で汚損行為、問題行為を繰り返してしまうと。そうすると職員の側からすると、この人がいるべき場所は刑務所じゃないっていう人が多くいます。なので、こういったところに関して、指宿先生のほうからも少しコメントを頂けるとありがたいです。以上です。

四方

まず外川先生ですかね。

外川

私も堀の中で仕事をしていたので、送り出した後どうなるか見えにくいということはよく分かります。更生保護施設に処遇のボランティアでうかがうようになって、社会福祉士の方からいろいろ教えていただいています。刑務所在在所中からあれこれ想定して入念に出所後の生活の準備をしたけれど、出てみるとその通りにはならないというケースは少なくない。やってみないと分からないという部分は如何ともし難いです。

矯正職員は受刑者との適切な距離感というものが臨床感覚として身に付いています。これを生かして、例えば、出所後の社会復帰支援の様々なメニューに直接的に関わる機会があると何らかお役に立てるだろうと改めて感じているところです。ちょっと個人レベルの、体験レベルのお答えになってしまいました。

D

ありがとうございます。

四方

次は小長井先生。

小長井

やはり多機関連携の運用は、すごく難しいと思います。通常のケースでは難しくなくて、関係者はみんな多機関連携の良さとか、相乗効果は分かっています。多機関連携は最終的には本人の福利の向上と社会の安心安全の実現を目標にしていることを関係者は認識しているので、そこは共有できると思います。しかし、何か危機的状況に陥った時に、短期的に何を目標にどういうふうに動くかっていうのは、すごく難しくなると思うんです。例えば、私の知ってるケースでは自分の思うとおりにならないと石油をまいて、「これで火をつけるぞ」って脅したりする人を、危機場面で地域でどう受け入れられるか

ってというのは難しい問題です。それは、関係機関では処遇理念・専門性・処遇技法が異なるために、危機場面での短期目標と介入方針を共有するのは容易でないからです。

医療観察制度は比較的うまくいっているように見受けられます。それは社会復帰調整官が審判前調査から一貫して関わり、手厚い入院・通院治療の仕組みがあり、対象者に何か問題があったら司法に問い掛けるっていうか戻して、もう一回入院治療の必要があるかどうかを判断していただけます。そういう一貫して関わる専門職と丁寧にケアする医療機関が存在し、それから最終的には司法が関与して、本人の身柄を引き上げる必要があれば引き上げて最初からやり直す仕組みがあるので、相対的にうまくいっていると思います。その結果、重大な同種再加害は少ないようです。一方で、社会に統合されず自殺する方も存在しています。

刑事司法の対象となるケースは、もともと医療観察の対象者と全く別の範疇（はんちゅう）の人たちじゃなくて結構重なり合っていて、両制度の対象となり得る可能性があります。こちら側、すなわち刑事司法の対象となった場合に、刑務所では刑の執行には満期があるし、医療機関に比べると介入に制約があるところで、どういふふうに対応すべきか様々な試行がなされていると伺っています。BPS面での困難を抱える人をいかに刑事司法から地域へ移行させるかには、やはり制度的な課題があると思います。

仮釈放制度、また、医療と刑事司法の連携には抜本的な制度上の課題があるので、そこを何とかしてほしいと思いますが、なかなかそれは変わらないので、大きな事件が起こった時に、そこをマスコミと研究者と現場の実務家が問題提起して、仕組みの問題点を検討すべきだと考えています。最終的には本人の福利と社会の安全安心が共に実現することが肝要です。本人と社会、双方の福利をつなげる仕組みが必要です。やはり要所には司法が絡んで、司法が大所高所から、BPSモデルを踏まえて適切な対応を判断するという仕組みが必要じゃないかなと、私は思っています。

指宿

海外の問題解決型裁判所（プロブレム・ソービング・コート）には、精神障害を抱えた被告人を対象にした「メンタルヘルスコート」があります。それはメンタルヘルスの問題は、起訴されている犯罪の原因になっている場合に対応する専門法廷です。今おっしゃったように、矯正施設内での逸脱行動という異常行動にどう対処するかについては、私も知見を持ち合わせていません。

そういう強固な何らかの宗教的な信念とか、政治的な信念がある場合は、非常に海外でも処遇が難しいというのは知られているので、多分どこの国でも同じような問題を抱えているのではないかなというふうに想像するだけです。以上です。

四方

ありがとうございます。本日は私の不手際で、もともと2時間しかないという設定にやっぱり無理があったかもしれませんが、皆さまの今後の研究なり仕事の一助になればと思った次第でございます。

ほんとに先生方、今日はどうもありがとうございました。また会場の方々もありがとうございました。これにて終了したいと思います。（拍手）