

ISSN 2433-9229

Therapeutic Jurisprudence Journal

治療的司法ジャーナル  
第9号



SEIJO UNIVERSITY  
Research Center  
for Therapeutic Jurisprudence

成城大学治療的司法研究センター

2026年3月

《巻頭言》

第9号刊行に寄せて 指宿 信 ..... 1

《論説》

刑事施設における官民協働の持続的実装に向けた課題 東本愛香、岡本 融、岩淵 優 ..... 2  
—施設職員の期待と実現度の認識から— 宮園久栄、内藤 睦

《シンポジウム記録》

犯罪社会学会ミニシンポジウム 四方光、外川江美、斉藤章佳 ..... 9  
バイオサイコソーシャル・アプローチに基づく犯罪者 小長井賀與、指宿 信  
更生の実務と理論的意義

《研究ノート》

北米大麻販売店訪問雑感 南 保輔 ..... 31

2025年 治療的司法研究センター活動記録 ..... i

治療的司法ジャーナル執筆要綱 ..... iii

執筆者一覧 編集後記 ..... v

《巻頭言》

第9号刊行に寄せて

センター長・法学部教授 指宿 信

2025年6月1日、刑法改正によりこれまでの懲役刑・禁錮刑が改められて「拘禁刑」(刑法第12条)となった。その立法趣旨は、当局の解説によれば、「個々の受刑者の特性に応じて、改善更生・再犯防止のために必要な作業を行わせ、又は必要な指導を行うことが可能」とすることにあつた。

(<https://www.moj.go.jp/content/001453796.pdf> 参照)

当センターではこの改正を控えた時期にセンター内での学びや調査と共に、2023年3月、「拘禁刑を考える」と題して公開シンポジウム(対面)を成城大学で実施した。幸いその内容を2025年12月に書籍化することができた。これまでの刑務所という施設があくまで「罰を与える」場所であった時代と決別し、「改善更生・再犯防止のために」指導をおこなえる場所へと大転換することの意味と、これからの刑務所のあるべき姿を模索し、提案する(<https://www.seibundoh.co.jp/pub/products/view/16188> 成文堂、¥2,200)。矯正関係者、裁判官、弁護士、刑務所プログラム担当者そして刑事法学者が登壇しこの国の刑事施設と刑罰の未来を語っていると濃い内容である。ぜひ手に取っていただきたい。



このように刑事施設の運営の大きな曲がり角にある日本であるが、「官」のみの働きでは上記の改善更生・再犯防止に向けた指導を進めることはできず「民」の力や知恵をいかに活用するかが問われることになる。本第9号ではそうした問題意識から刑務所職員と研究者の共同による意識調査の報告を論文として収めることができた(東本ほか「刑事施設における官民協働の持続的実装に向けた課題」)。現場のニーズを踏まえどのような運用枠組みが必要かについて細かな課題が抽出されており、拘禁刑時代の行刑施策の立案にぜひ参考にしていただきたい。

また本号では、2025年10月に中央大学で開催された犯罪社会学会のプレ企画として実施された、学術領域横断型の刑事政策学を構想する意欲的なシンポジウムを収録することができた(四方ほか「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」)。治療的司法論も学際的アプローチの一つの取り組みとして紹介させていただいている。

依存症者の回復施設であるダルクを長く調査されてきた当センター南保輔研究員(文芸学部教授)からは在外研究中に訪問されている大麻販売店の実像をレポートいただいた(北米大麻販売店訪問雑感)。わが国では2023年に大麻取締法が改正され自己使用まで犯罪化されている現状であるが、大麻を解禁している海外の市中の様子は観念的な規制論や危険論とは全く異なる視点で大麻問題を捉える好機となるはずだ。

来号は当ジャーナルも10号を数える。記念すべき節目であるので治療的司法・治療法学のこの国での行方を見据えるような特別な機会としたいと考えている。一般投稿も歓迎しているので奮ってご応募いただきたい。

## 《論説》

刑事施設における官民協働の持続的実装に向けた課題  
—施設職員の期待と実現度の認識から—東本 愛香  
岡本 融  
岩淵 優  
宮園 久栄  
内藤 睦

## 1 問題の所在

近年、再犯防止施策および刑事政策の分野において、「官民協働」は中核的な政策課題として位置づけられている。とりわけ、2025年6月に施行された拘禁刑のもとでは、刑事施設における教育・改善指導および社会復帰支援の充実が明確に打ち出され、医療、福祉、就労支援、依存症支援、宗教活動、被害者支援など、刑事施設外の専門機関や関係団体が処遇・支援に関与する機会は拡大している。各地の刑事施設では、地域の医療機関や依存症回復支援団体、就労支援事業者、宗教関係者、NPO等との連携が進められており、刑事施設は従来の「閉じられた場」から、より地域社会と接続する場へと変容しつつある。

しかし、官民協働が現場においてどのように受け止められ、実際にどの程度機能しているのかについては、実証的検討が十分に蓄積されているとは言い難い。

実際の現場では、特定の担当者の判断や、これまでの人的つながりをきっかけとして関わりが開始されたものの、その後の運用段階において「役割が曖昧なことがある」「責任の所在が不明確で判断に迷う」といった声や、施設職員から聞かれることがある。また、民間支援者の側からも、「隔たりを感じることもある」「担当者によって対応が異なることがある」といった戸惑いが表明されることがある。こうした声は、官民協働が拡大する過程において、現場での判断や調整が必ずしも一様ではない可能性を示唆している。

先行研究においても、官民協働や多機関連携の拡大は、役割分担や責任配分、情報共有の在り方をめぐる新たな課題を伴うことが指摘されてきた。Garland (2001) は、刑事政策において統制の担い手が多元化する過程で、実務上の境界が曖昧になりやすいことを論じている。また、Taxman (2002) は、協働を安定的に機能させるためには、個人の裁量に依存しない調整や判断の枠組みが重要であることを示している。さらに、Raynor &

Robinson (2009) は、更生・支援理念への支持が高い場合であっても、実装が追いつかない状況では expectation-implementation gap (期待—実装のギャップ) が生じうることを指摘している。

しかし、日本の刑事施設を対象として、官民協働に対する施設職員の期待や実現度、ならびに協働をめぐる判断や運用上の認識を体系的に検討した実証研究は限られている。とりわけ、官民協働を日常業務として担う立場にある施設職員が、民間支援者との関係をどのように理解し、どのような点で困難や調整の必要性を感じているのかについては、十分に明らかにされていない。

以上を踏まえ、本研究では、拘禁刑施行後の制度転換期において、刑事施設職員が官民協働をどのように認識しているのかを実証的に把握し、期待と実現度の関係、ならびに協働の実装に影響する要因を検討することを目的とする。

## 2 調査目的

本調査の目的は、拘禁刑施行後の制度転換期において、刑事施設職員が民間支援者との協働をどのように認識しているかを明らかにし、官民協働を持続的に機能させるための条件を検討することである。具体的には、以下の3点を目的とする。

1. 刑事施設職員が民間支援者に対して抱く期待の内容と水準を明らかにすること
2. 期待と実際の協働実現度との関係を整理すること
3. 協働を阻害・促進する制度的・人的要因を抽出し、今後の改善方向を検討すること

## 3 調査方法

## 3.1 調査対象

本調査は、関東地方に所在する男性刑務所に勤務する刑事施設職員を対象とした質問紙調査である。有効回答

数は64名であった。

### 3.2 調査方法

無記名式質問紙調査を実施し、紙媒体および Google フォームによるオンライン回答を併用した。調査への回答は任意とし、回答の提出をもって調査参加への同意とみなした(質問紙内に同意確認項目を設けた)。

### 3.3 調査内容

本調査で用いた質問紙は、刑事施設における官民協働に関する施設職員の認識を把握することを目的に、以下の構成で作成した。なお、本調査は、刑事施設と協働する医療機関、福祉団体、就労支援事業者、NPO等を総称して「民間支援者(支援主体)」と表記する。

#### 1) 回答者属性

回答者の職種、担当業務、経験年数について尋ね、どのような立場や経験を有する職員の認識を反映したデータであるかを把握した。

#### 2) 民間支援者(支援主体)との関わり

刑事施設の処遇および社会復帰支援の文脈において、実際に関与が想定される民間支援者(支援主体)を対象とした。具体的には、協力雇用主・企業、医療機関(病院・クリニック)、自助グループ(断酒会等)、NPO・福祉団体、保護司会、更生保護女性会、被害者支援団体、家族会、地域団体、性犯罪に特化した専門クリニック/NPO、精神保健福祉センター等を含め、施設職員が実務上接点を持ちうる支援主体を網羅的に設定した。

#### 3) 民間支援者に対する役割期待(5件法)

上記の各民間支援者(支援主体)について、刑事施設における処遇および社会復帰支援の文脈において、どの程度の役割期待を寄せているかを質問した。回答は5件法(1=まったく期待しない~5=非常に期待する)により求め、当該支援主体との関わりがない場合には「関わりなし」を選択できるようにした。

#### 4) 官民協働の実現度に関する認識(5件法)

各民間支援者(支援主体)との協働について、実際の施設運営や支援実務の中で、どの程度「役に立っている」「機能している」と認識しているかを5件法(1=ほとんど役立っていない~5=十分に役立っている)により求め、当該支援主体との関わりがない場合には「関わりなし」を選択できるようにした。

#### 5) 役割分担・情報共有・責任に関する認識

官民協働における役割分担の明確さ、情報共有のしやすさ、判断や対応における責任の所在について、施設職員がどのように認識しているかを把握する項目を設定した。各項目は5件法(1=まったくそう思わない~5=非常にそう思う)で回答を求め、判断が難しい場合には

「関わりなし」を選択できるようにした。

#### 6) 官民協働の障壁および成功条件

官民協働を進める上での障壁、および円滑かつ継続的に協働を行うために必要と考えられる条件について、複数の項目を提示し、各項目を5件法(1=まったくそう思わない~5=非常にそう思う)で評価してもらった。判断が難しい場合には「関わりなし」を選択できるようにした。

#### 7) 今後の目標

今後1年で民間に特に期待したい支援内容について、最大3項目までの複数選択により回答を求めた。

#### 8) 自由記述

官民協働に関して、日常業務の中で感じている困難、要望、改善に向けた提案等について、回答者が自由に記載できる自由記述欄を設けた。

## 4 結果

### 4.1 回答者の概要

本調査には、関東地方に所在する男性刑務所に勤務する施設職員64名が回答した。回答者の所属・担当分野は、一般処遇部門および教育・改善指導に関わる職員が多数を占め、医務・福祉担当や保安部門の職員は相対的に少数であった。

また、回答者の経験年数については、10~19年の中堅層が最も多く、次いで0~3年の若手層、20年以上のベテラン層が続いていた(図1)。本調査は、日常的に受刑者処遇や支援調整に関与する現場実務層の認識を比較的良好に反映したサンプルであるといえる。

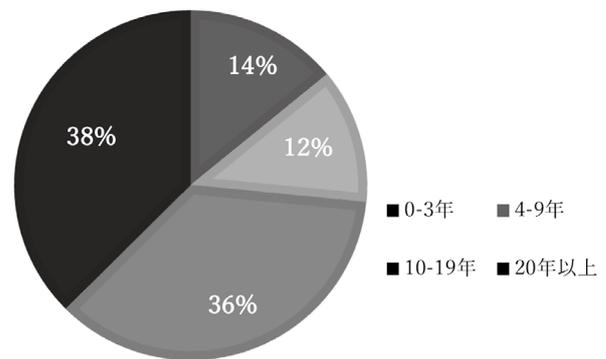


図1 経験(勤務)年数

### 4.2 民間支援者への期待度と実現度

図2に示すとおり、すべての支援領域において期待度は高水準であった。刑事施設内部では完結しにくい支援領域において高い期待が示された。これは、刑事施設職員が、処遇および社会復帰支援を施設単独で完結させ

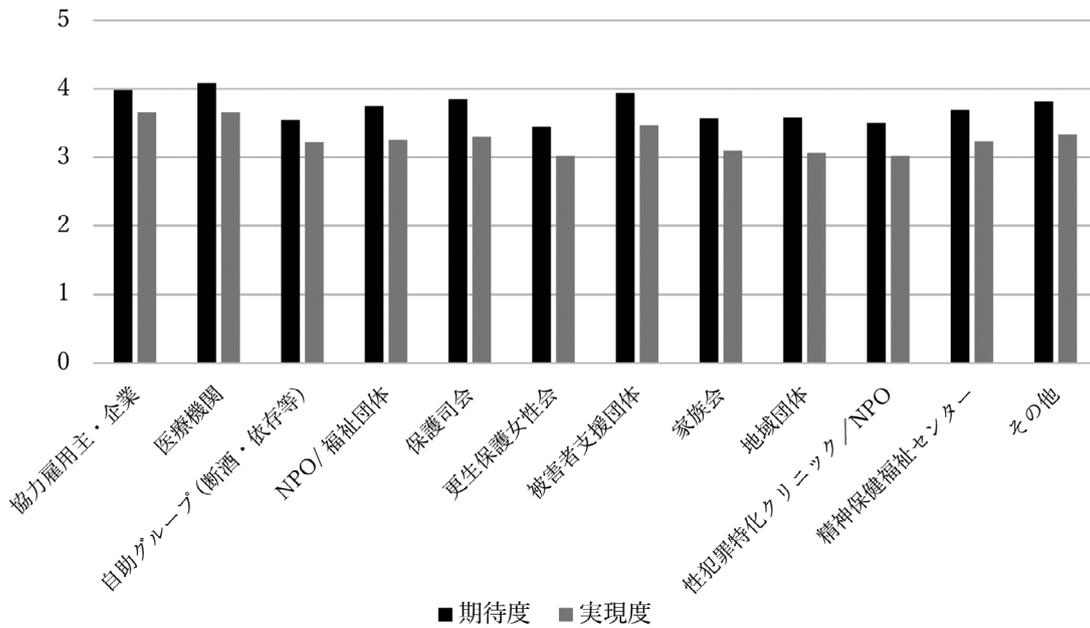


図2 民間支援者への期待度と実現度

ることには限界があり、民間支援者の関与が不可欠であると認識していることを反映した結果といえる。また、「被害者等心情伝達制度」の開始という制度的背景を踏まえると、刑事施設において被害者支援団体に対する役割期待が高く認識されていることは、近年の処遇方針の変化と整合的な結果であると考えられる。

一方、「役に立っている」「機能している」といった実現度の評価については、全体として中程度にとどまった。すなわち、期待度と実現度の間には一貫した乖離が認められ、官民協働が理念レベルでは支持されながらも、実務レベルでは十分に実装されていない状況が示された。この乖離は特定の支援領域に限定されるものではなく、官民協働全体に共通する傾向であった。

領域(支援主体)別にみると、実現度が相対的に高く評価されたのは医療機関(M = 3.65)および協力雇用主・企業(M = 3.65)であり、次いで被害者支援団体(M = 3.47)が続いた。一方で、実現度が低めに評価されたのは、更生保護女性会(M = 3.02)、性犯罪に特化した専門クリニック/NPO(M = 3.02)、家族会(M = 3.09)、地域団体(M = 3.07)等であった。なお、自助グループ(断酒・依存等)(M = 3.22)や精神保健福祉センター(M = 3.23)、NPO/福祉団体(M = 3.26)、保護司会(M = 3.30)は中程度の評価に位置していた。

これらの差は、施設内実務に組み込みやすい関与形態(例: 医療機関による継続的関与、協力雇用主との実務的接点)をもつ支援主体と、調整・連絡・継続関与の枠組みや接続経路が個別化しやすい支援主体(例: 家族会、

地域団体、特化型支援)との間で、実装上の制約条件が異なる可能性を示唆する。

医療機関において相対的に高い実現度が評価された背景としては、刑事施設内に高齢受刑者や知的障害・発達障害のある受刑者が一定数含まれており、日常的な支援ニーズとして医療・精神保健的対応が求められやすいことが影響している可能性がある。また、精神保健福祉センターや自助グループ(依存症支援)についても、実現度は中程度にとどまるものの、専門機関として制度上の位置づけが比較的明確であることから、施設内実務に組み込みやすい支援形態として認識されている可能性がある。

以上より、刑事施設が関与する各支援領域に対する役割期待は総じて高い一方で、協働の実現は期待に見合う水準には到達しておらず、期待-実装ギャップが構造的に存在することが確認された。特に、専門職が施設内実務に直接関与しやすい領域では実現度が相対的に高く評価される一方、施設外資源との調整や生活基盤形成を伴う支援では、実装上の難しさが残存している可能性が示唆される。なお、本稿では記述統計による傾向把握にとどめており、統計的有意差の検定は今後の課題とする。

### 4.3 役割分担、情報共有、責任の所在

官民協働における役割分担、情報共有、責任の所在、ならびに民間支援者からの提案の実装可能性に関する職員の認識を図3に示した。

その結果、「民間の役割を尊重しながら境界を守れている」とする項目は平均値 3.10 と、中程度からやや高

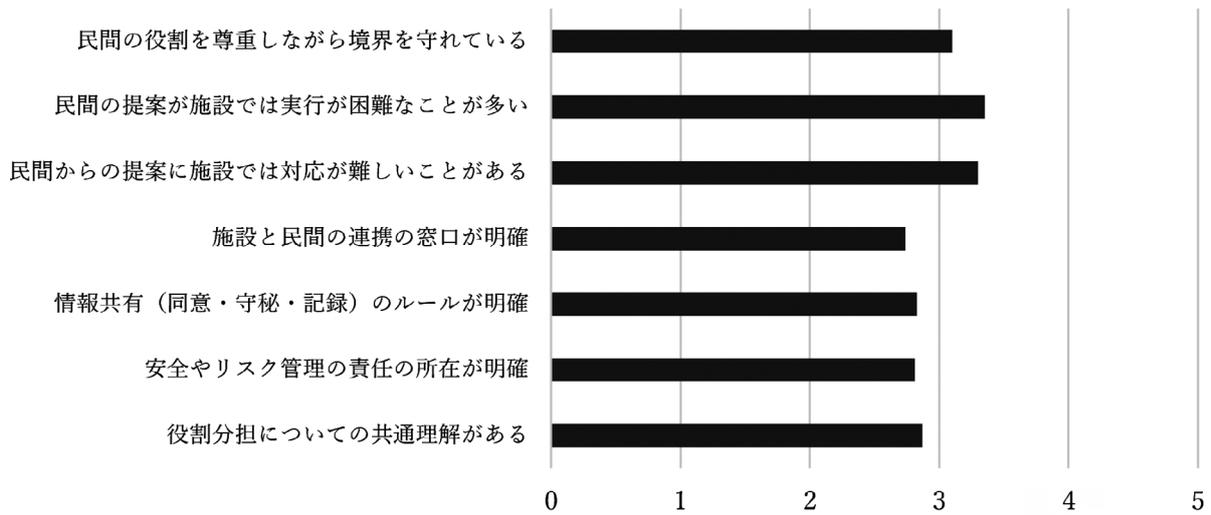


図3 役割分担、情報共有、責任の所在

めの評価を示した。一方で、「民間からの提案に施設では対応が難しいことがある」(M = 3.30) および「民間の提案が施設では実行が困難なことが多い」(M = 3.35) は、本設問群の中で最も高い平均値を示しており、民間支援者からの提案を実務として具体化することに対する困難感が、施設職員の間で比較的強く共有されていることが示された。

これに対して、役割分担についての共通理解 (M = 2.87)、情報共有に関するルールの明確さ (M = 2.83)、安全やリスク管理の責任の所在 (M = 2.81)、ならびに施設と民間の連携窓口の明確さ (M = 2.74) は、いずれも中程度の評価にとどまった。

これらの結果は、官民協働が一定程度実践されている一方で、判断や運用を支える制度的・手続的な明確さについては、職員の間で十分に共有されているとは言い難い状況を示唆している。以上より、施設職員は民間支援者の役割や意義を一定程度認識しつつも、提案を日常的な実務として安定的に運用するための条件については、なお不確実性が残されていると認識していることが明らかとなった。

#### 4.4 障壁と成功条件

表1および表2に、官民協働に関する障壁および成功条件の認識を示した。各項目の平均値は、「関わりなし」を除外した有効回答に基づいて算出した。ここでの高得点は、「当該項目を障壁 (または成功条件) として強く認識している (当てはまると感じている)」ことを意味する。なお、障壁項目と成功条件項目は同一の“方向性”で比較することを意図したものではない。

障壁項目では、「手続や調整に時間的負担が大きい」が最も高く、次いで「専門性や質にばらつきがある」

「施設の期待と民間の現実との不一致がある」「リスクを施設と民間で共有することに不安がある」「守秘や個人情報取り扱いに不安がある」が続いた。これらの結果から、官民協働においては、特定の民間支援者の資質そのものよりも、調整負担や責任・リスクをめぐる不確実性が障壁として強く認識されていることが示された。

(注)「関わりなし」を除外した有効回答に基づく。高得点ほど「障壁として当てはまる」認識が強い。

成功条件に関する項目では、「固定担当者で関係を築ける」「互いを知る研修や学びの機会がある」が相対的に高い値を示した一方、いずれの項目も平均値は概ね3点前後にとどまった。とくに、「施設内にコーディネーター役が配置されている」や「成果の見える化・フィードバック共有」といった制度的・組織的支援に関する項目は相対的に低い評価であった。

(注)「関わりなし」を除外した有効回答に基づく。高得点ほど「成功条件として当てはまる」認識が強い。

以上より、施設職員は官民協働の必要性を認識しつつも、現状では協働を円滑かつ安定的に支える条件が十分に整っているとは感じていないことが明らかとなった。

#### 4.5 今後1年で民間に特に期待したい支援内容

「今後1年で特に民間に期待したい支援内容」について、最大3項目までの複数選択により回答を求めた結果、最も多く選択されたのは「就労支援」および「住居・生活基盤の確保 (安定)」であった。これらはいずれも、出所後の社会生活の継続性を左右する基盤的支援であり、刑事施設単独では十分に対応しきれない領域として、施設職員から強い期待が寄せられていることが示された。

次いで多く選択されたのは、「依存症支援」および

表1 官民協働における障壁に関する認識

障壁項目	平均値
手続や調整に時間的負担が大きい	3.84
守秘や個人情報の取り扱いに不安がある	3.51
専門性や質にばらつきがある	3.75
リスクを施設と民間で共有することに不安がある	3.63
施設の期待と民間の現実との不一致がある	3.69

表2 官民協働を円滑に進めるための成功条件に関する認識

成功条件項目	平均値
固定担当者で関係を築ける	3.22
標準手順やマニュアルが整備されている	2.78
互いを知る研修や学びの機会がある	3.05
施設内にコーディネーター役が配置されている	2.62
成果の見える化・フィードバック共有	2.77

「メンタルヘルス支援」であった。これらの支援は、就労や住居の安定と密接に関連して選択されているケースが多く、施設職員が支援ニーズを単一の課題としてではなく、複合的な課題として捉えていることがうかがえる。また、「被害者配慮・修復支援」や「性犯罪に特化した専門的支援」、「家族・地域連携支援」についても一定数の選択がみられた。これらはすべての事例に共通する支援ではないものの、対象者の罪種、家族関係、認知特性等に応じて不可欠となる支援として認識されていることが示唆される。

さらに「その他」の記載では、「引受先がなく、家族関係も乏しいうえに、知的障害やASDなどの特性を有する対象者への支援が困難である」といった記載もみられ、標準的な社会復帰支援の枠組みでは対応が難しい事例の存在が、職員の認識として共有されていることが確認された。

以上より、施設職員が今後民間に期待している支援は、理念的・補助的な役割にとどまるものではなく、出所後の生活を具体的かつ継続的に支える実践的支援に集中していることが明らかとなった。

#### 4.6 自由記述にみる「民間との連携で、最優先で整えたいこと」および「対応が難しいと感じる提案」

官民協働に関する自由記述を求め、「民間との連携において最優先で整えたいこと」および「施設では対応が難しいと感じた民間からの提案」について回答を得た。

民間との連携に関して、制度的な基盤整備を最優先事

項として挙げる回答が複数みられた。具体的には、個人情報の取り扱い、守秘義務、同意取得、記録管理等に関する明確なルールや、社会復帰支援に係る民間機関との連携を支える訓令・通達等の整備を求める意見が示された。これらは、特定の民間機関に限定されない、一般的かつ共通の枠組みとしての明確化を求める内容であった。

また、民間との関係性の在り方について、「一回限りで終わる協力関係がある」「継続すべき関係と不要になった関係の整理が曖昧である」といった指摘がみられ、官民協働が属人的な判断や偶発的なつながりに依存している状況が示唆された。

民間からの提案や要望については、「本件内容や動機に関する問い合わせ」「出所後の支援先や就労先に関する提案」などが挙げられた一方で、受刑者本人の意欲が十分でない場合や、短期受刑により指導・面接の時間が確保できない場合には、提案があっても実務として活かすことができないことがあるとの記述もみられた。

さらに、支援内容としては、住居・生活基盤の確保、依存症支援、メンタルヘルス支援、性犯罪に対する再犯防止、被害者配慮・修復などが繰り返し言及されており、出所後の生活を支える基盤的支援および専門性を要する支援への期待が高いことが確認された。

## 5 考察

本調査は、拘禁刑の施行により官民協働の重要性が一

層高まる制度転換期において、刑事施設職員が民間支援者との協働をどのように認識しているかを質問紙調査により実証的に把握した点に意義がある。結果から、民間支援者に対する役割期待は全般に高い一方で、協働の実現度は中程度にとどまり、期待と実装のあいだに一貫したギャップ（期待—実装ギャップ）が確認された。これは、官民協働を前提とした処遇像が共有されつつも、それを現場で安全かつ一貫して運用するための条件（ルール、手続、責任分担、情報共有の線引き等）が十分に整備・共有されていない可能性を示している。

したがって、本調査で確認された期待—実装ギャップは、協働への消極性（「協働したくない」）を直接示すものというより、協働を安定的に回すための運用基盤が未成熟な状況に由来する乖離として理解するのが妥当である。理念が先行して制度が導入・拡大される移行期には、運用条件の整備が追いつかず同様のギャップが生じることが指摘されており、Raynor & Robinson (2009) のいう expectation-implementation gap の観点は本調査結果の解釈にも有用である。すなわち、官民協働を「導入した／していない」という二分法で評価するのではなく、現場が安全に運用できる形で内在化できているかという実装プロセスの観点から検討する必要がある。

次に、障壁および成功条件の認識に着目すると、障壁として高く評価されたのは「手続や調整に伴う時間的負担」「責任やリスク共有に伴う不確実性」「守秘・個人情報の取扱いへの不安」「期待と現実の不一致」など、協働相手の意欲そのものよりも、協働を支える運用基盤（情報共有、責任配分、承認・調整プロセス）の不確実性に関わる項目であった。Taxman (2002) が協働の実効性を左右する要因として運用設計や監督・調整の枠組みの重要性を指摘している点とも整合的であり、官民協働の課題は「相手がどうか」へ還元されにくい構造的課題として捉える必要がある。

また、自由記述では、協働の開始が人的つながりや担当者判断を契機として生じる一方、継続・整理の基準が曖昧になりやすいことが示唆された。官民協働は、現場における柔軟な判断や相互理解といった「人の善意」や「個別の関係性」によって成立しうる側面を有している。しかし、その成否が特定の担当者の力量や非公式な調整に強く依存する場合、異動や担当替えといった日常的な組織変化によって、協働関係が容易に不安定化するリスクを内包する。

言い換えれば、協働がうまく機能している状態であっても、それが個人依存的である限り、組織として再現可能な実践として定着しているとは言い難い。実際に自由

記述には、「一回限りで終わる協力関係がある」「継続すべき関係と不要になった関係の整理が曖昧である」といった指摘がみられ、官民協働が属人的・偶発的な関係性に依存して運用されている状況がうかがえた。この点から、現場が求めているのは、連携先を単に「増やす」ことではなく、担当者が替わっても判断や対応の質が大きく揺らがない、再現可能に回り続ける協働の仕組みであると考えられる。具体的には、役割と境界の共通理解、判断根拠の明示、記録や承認の手順、関係終了時の整理ルール、引継ぎの仕様といった要素が、あらかじめ組み込まれている必要がある。

このような課題は、Garland (2001) が論じた、統制の担い手が多元化する過程において実務上の境界が曖昧化しやすいという指摘とも接続しうる。官民協働の不安定さは、特定の個人や組織の問題に還元されるものではなく、異なる制度論理や専門文化が交差する場において、判断や責任を共同化する枠組みが十分に位置づけられていないことに由来する構造的課題として理解することができる。

さらに、「今後1年で民間に特に期待したい支援内容」では、就労支援・住居／生活基盤の確保が上位であり、次いで依存症支援・メンタルヘルス支援が続いた。これは、官民協働が理念的・補助的な役割としてではなく、出所後の生活の継続性を左右する実務的資源として認識されていることを示す。とりわけ生活基盤に直結する支援が重視されていた点は、官民協働が施設内で完結する処遇の補完ではなく、施設外の生活世界との接続を前提とする実践として位置づけられていることを示唆する。加えて、医療・精神科支援や依存症支援の実現度が相対的に高い傾向は、施設内に医療機関等からの継続的関与（プログラム等）が組み込まれていることや、対象者の高齢化、知的障害・発達障害等に伴う日常的支援ニーズの高さが背景にある可能性があり、今後は施設内資源配置や対象者特性との関連も含めて検討する余地がある。

以上を踏まえると、官民協働を持続可能なものとするためには、理念の共有にとどまらず、職員が責任やリスクを過度に個人で抱え込むことなく判断・対応できる運用枠組みを整えることが不可欠である。具体的には、①情報共有の線引き（同意・守秘・記録の基準）、②責任・リスク管理の分担、③承認・調整の標準手順、④例外対応時の判断と記録の型、⑤担当交代時の引継ぎ仕様といった「判断インフラ」を整備し、官と民のあいだで意味づけや優先順位をすり合わせ続ける橋渡し機能を位置づけることが、協働を「特別な取組」から「日常的実

務」へ移行させる中核条件となる。

最後に本研究の限界として、対象が関東地方の一男性刑務所の施設職員に限られる点、回答者の職種構成に偏りがあり得る点、横断調査であるため因果関係の推論はできない点が挙げられる。また、本研究は施設職員側の認識に焦点を当てたものであり、官民協働の実態を立体的に理解するためには、協働のもう一方の担い手である民間支援者側の認識を併せて検討することが不可欠である。今後は、本調査項目を基盤として、刑事施設と協働する民間支援者を対象とした対応関係にある調査（いわゆる mirror survey / 鏡像調査）を実施し、期待、実現度、判断の難しさ、調整上の課題について双方の認識を比較検討することを計画している。筆者自身も民間支援の実践に関与する立場にあり、本研究は「評価する側 / される側」という二分法に立つものではない。刑事施設と民間がそれぞれの制約と責任構造を踏まえつつ、どのように協働を組み立て支え合えるかを、刑事施設とともに、民間とともに検討していくための知見を積み重ねることを継続的な目的とする。

#### 【引用文献】

Garland, D. (2001). *The culture of control: Crime and social order in contemporary society*. Chicago, IL: University of Chicago Press.

Taxman, F. S. (2002). Supervision—Exploring the dimensions of effectiveness. *Federal Probation*, 66(2), 14-27.

Raynor, P., & Robinson, G. (2009). *Rehabilitation, crime and justice*. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan.

《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えます。

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えますけれども、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、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なんです。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2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、よろしくお願ひいたします。

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申します。本日は、どうぞよろしくお願ひいたします。

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おりました。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ことが非常に見立てや処遇の点で重要な課題になっておりますので、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が、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こと、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

S

P

B

(「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。

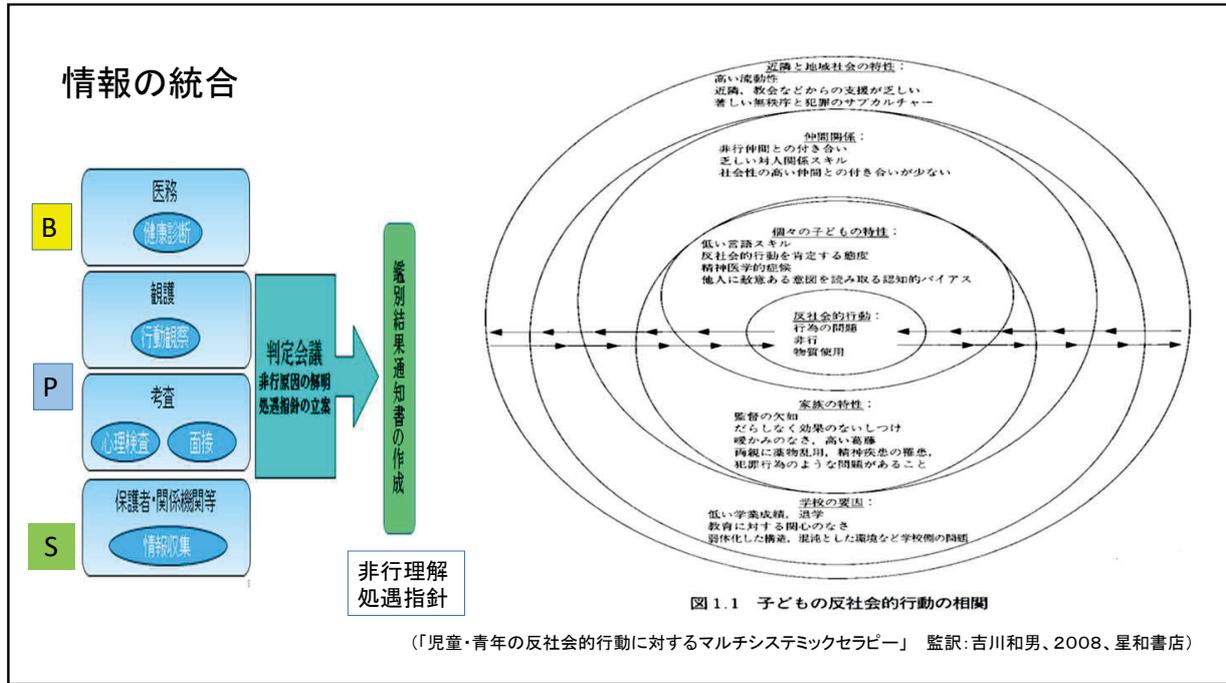
まずBは医務課です。少年鑑別所に医務部門がございまして、医師が診察、診断を行います。そして、Pと表記したところは、少年鑑別所の鑑別部門です。面接、検査、観察というように心理学のアセスメントの方法が3つ書いてありますが、それらは法務技官と法務教官が行うものです。最後が、こちらのSです。こちらは家庭裁判所ということで、少年鑑別所からすると外部機関ですけれど、家庭裁判所調査官が社会環境の調査をするという役割分担で動いています。ということで、少年鑑別所に入所してから審判までの間にBPSでそれぞれ情報を収集してきて、最後にこちらの判定会議で情報の統合作業をするということになっています。家庭裁判所調査官は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ということです。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ものではなくて、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ればグレーです。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

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	社会適応を円滑に進めるための各種の指導	2年以内の期間	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	自己統制力を高め、健全な価値観を養い、堅実に生活する習慣を身に付けるための各種の指導		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	日本の文化、生活習慣等の理解を深めるとともに、健全な社会人として必要な意識、態度を養うための各種の指導		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	社会生活に必要な基本的な生活習慣・生活技術を身に付けるための各種の指導		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	障害等その特性に応じた、社会生活に適応する生活態度・対人関係を身に付けるための各種の指導		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	対人関係技能を養い、適応的に生活する習慣を身に付けるための各種の指導		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	心身の疾患、障害の状況に応じた各種の指導		34 (2.1)

2014年改正少年院法で新規に設置

(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けられない
- 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 <b>グレーゾーン</b>	特性はあるが生活上 問題になりにくい

(\* 赤枠部分:「発達障害一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掛かりません。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。

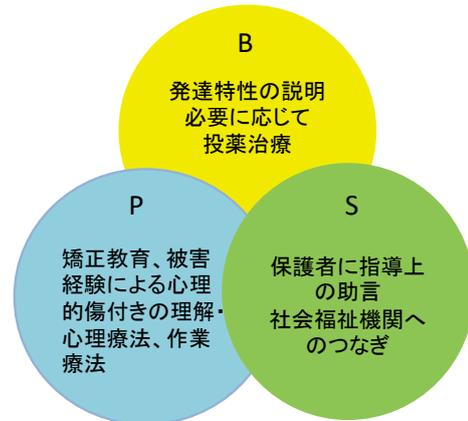
親にも分かってもらいにくいところが特につらいところです。心理的に居場所がないということはいわゆる二

## 「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。最近は、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。

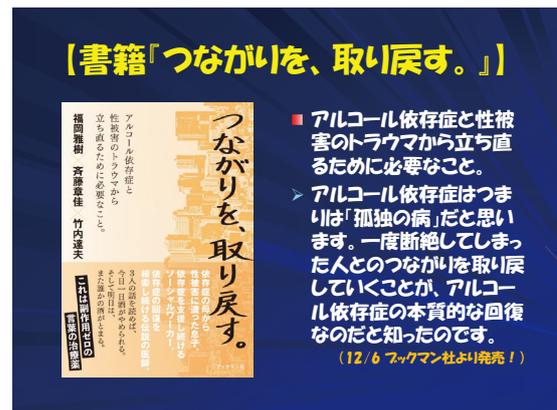
ただ、周囲からは、「男の子だからこれぐらいは」「元気があっていい」などと言われながら、なかったことにされ踏み込んだ介入もされずに、それが「負の成功体験」となり、やがてエスカレートしていきます。そして、成人後も繰り返していき、結果的に逮捕され、刑事手続きのルートにのって治療的な介入はなされず、刑務所に入り、やっと専門外来の門を叩く方が多いのです。やっぱりもっと早い段階で、いわゆる早期発見、早期介入、早期治療ができる仕組みを作らないといけないなという思いがずっとあります。このクリニックでは、そういう10代の子どもたちに、早い段階で加入するプログラムです。さきほどの外川先生の鑑別所にも、私は行くことがよくあります。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。

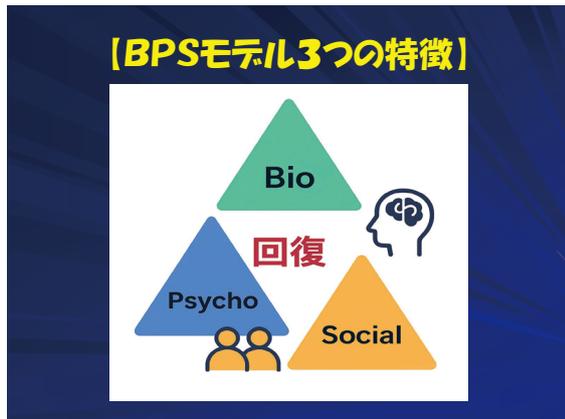
そんな時に、この自己治療仮説の中では「負の強化」という視点があります。つまり、彼らはその抱えている痛み、これは心理的な苦痛、例えば自己否定的な感情とか、日々の緊張感、将来の不安、プレッシャー、トラウマ、いろいろな苦痛をわれわれは抱えています。それをアルコールや薬物が、もしくは行為が一時的にその苦痛を緩和してくれる。遠ざけてくれる。だから、人は依存症になっていくんだ。つまり、私の理解では、人はなぜ依存症になるのかは、最初は正の強化として、その物質や行為を始め、そして繰り返す中で、負の強化として嗜癖（しへき）行動に発展していく。こんな理解をしています。

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モデルの話をしなれないんですけど……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っています。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) や境界知能の方々が一足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。

こういうふうに動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いって、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ことが重要な役割です。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いう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で最初しました。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。いろいろ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でで、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。

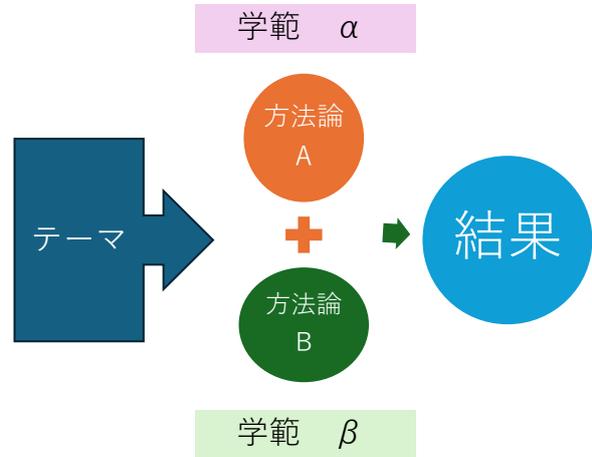
では、このTJの中にどういった学融的性質があるかということですが、犯罪行動の背景にある問題を特定します。ここでモード2でテーマが設定されるわけです。そして、そのテーマに対して、裁判官、検察官、弁護士といった法律家だけでなく、精神科医や心理士、ソーシ

## 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けれども、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えます。

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えます。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えます。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な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ったら、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す。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）

## 《研究ノート》

## 北米大麻販売店訪問雑感

成城大学文芸学部教授・治療的司法研究センター研究員 南 保輔

## 1 はじめに

2025年4月から1年間の研修の機会をいただいた。最初はイギリスのヨーク大学に滞在した。6月下旬からの夏のあいだ、オーストラリアのブリスベンで学会に出席したあと、北米とヨーロッパを転々とするようになった。学会出席と薬物依存治療施設の訪問調査、自助グループの活動参観、そして大麻販売店訪問などをおこなった。

ここでは、大麻販売店を訪問した雑感をまとめる。わたしは、薬物依存回復支援施設であるダルク (DARC) の協力をえて薬物依存からの回復者の調査をおこなってきた (ダルク研究会 2013; 南・中村・相良編 2018)。社会学を専門としており、薬物や脳科学の知識は乏しい。大麻規制は法律にかかわるが、この分野の知識も持ち合わせない。そういった人間の「雑感」として受けとめていただきたい。

## 2 訪問した店舗

訪問したのはカナダ、アメリカ、そしてポルトガルのそれぞれ2店舗ずつである。店舗名と所在地を以下に一覧で示す。

訪問はいずれも短時間のものだった。ふらりと入って、店内を一通り見て、店員にすこし話を聞いた。アメリカの2店舗はIDの提示を求められたこともあり、すこしまとまって話を聞くことができた。この報告が中心となる。ポルトガルの店舗では、南がポルトガル語を話すことができないために「インタビュー」と言えるよ

うなものは成立しなかった。そのために入ってみた印象のみとなっている。

店の印象や会話は終了後すみやかに記録した。南が代表として活動しているダルク研究会のメンバーにメールで報告するというかたちで数日中にまとめた。本稿の3節と4節ではそのようなかたちでまとめたものをかなり活用している。エスノグラフィ (民族誌) という作品形態があるが、ここでは「フィールドノーツ」を資料として引用することがある。これに類するものと理解されたい。

3節の元となったメール文を指宿信センター長にお送りしたところ、投稿を誘われたしだいである。そのほかの部分は、10月になって加筆したものである。訪問後にインターネットのウェブサイトを開覧して情報などを補足した。掲載している写真はすべて南が撮影したものである。

## 3 カナダの2つの店舗とアメリカのボウルダーの店舗

本節は、以下ダルク研究会あての報告をほぼそのまま再録する。そのために文体は敬体となっている。

ダルク研究会のみなさま

わたしはいまコロラド州デンバーにいます。日曜日にボウルダーで大麻専門店を訪問してすこし話を聞きました。その報告をいたします。

The Dandelionというお店でした<sup>1</sup>。ボウルダーのいちばん中心的なBroadwayという通りにありました。ですが、地下に店舗があり見つけるのに

表1 訪問した大麻販売店一覧

店名	所在地
Blooming World Cannabis	カナダ・ブリティッシュコロンビア州・ラディウムホットスプリングス
City Cannabis Co.	カナダ・ブリティッシュコロンビア州・バンクーバー
Native Roots Cannabis Co.	アメリカ・コロラド州・ボウルダー
Sunset Herbal	アメリカ・カリフォルニア州・ロスアンジェルス
店舗名不明	ポルトガル・マデイラ島
Green Culture CBD store	ポルトガル・カシュカイシュ

すこし手間取りました。外階段から降りてドアを入ると入店チェックするためのスペースがありました。銀行のカウンターのように防弾ガラスの向こうに店員がいます。身分証明の提示を求められパスポートをわたしました。なにかパソコンに入力しています。それがすむと奥の部屋にはいるドアが解錠されて入ることができました。

カウンターはガラス張りで商品が陳列されています。しかしそのほかの壁3方は掲示物があるぐらいでした。カナダのバンクーバーのお店とは大違いのシンプルさです<sup>2</sup>。入ってすぐ左側に銀行のATMが置いてあるのが印象的でした。店員は大柄の白人男性が2人とインド系と思われる若い女性が1人でした。こちらもバンクーバーやラディウムホットスプリングスの店員が若い女性ばかりだったのとは対照的でした。顧客ですが、わたしがいるあいだに中年白人男性が1人はいつてきたぐらいでした。日曜日午後の3時すぎあたりの時間帯でした。

入口で身分証明書を確認した男性が質問に応じてくれました。長髪でひげもじゃでした。この店はレクリエーション用だとか。医療用販売の店があったが、ボウルダー市の規制があり最近店を閉めたということです。大麻はコロラド州内で栽培されたものでないといけないようで、それが掲示物などに見られる「native」というセールス文句の意味のようです。大麻といっても、その系統 (lineage という言葉でした。Magnolias Road のウェブサイトでは strain と言われています) があるとのことでした。それが商品のブランドとなっているとのことでした。業者がほかの州に移動したらどうなるといったことも話してくれたようなのですが、うまく聞き取れませんでした。

壁の掲示物には「100% natural」とか、「100% 州内産」とか、「100% confidential」とか、「100%」を使った売り文句が5つほど並べてあるものがありました。「confidential」ということといえば、ATMが置いてあることとからんで現金払いで記録が残らないようにしたいという顧客側の希望があるのでしょうか。

また医療用のみが合法だったときは規制がきびしかった。自分が大麻を使っていることを他人に言うてはいけないとか、他人に譲渡するのはもちろんだめとかいうことでした。レクリエーション用が合法化されてゆるくなったとのことでした。

顧客層についても聞いてみました。年齢層は全般

だそうです。21歳以上という年齢制限があるのはアルコールと同じです。University of Colorado, Boulderがある大学町ということで若者が多めとのことでした。性でいうと男性のほうが女性よりもすこし多いとのことでした。

カウンターのショーケース内をていねいに見ましたが、あまりよくわかりません。これについてはあとのところで、ウェブで調べたことをご報告します。いずれにしてもラディウムホットスプリングスの店舗ではほんとうにいろんな花や葉っぱ、種 (と思われるもの) が産地別というかブランド別に陳列されていたのとは対照的にたいへんシンプルな印象です。

ひととおり聞き取りが終わったあとと壁にはってある掲示を見ていると、この店がボウルダーでベストという地位を7年ぐらい獲得したという掲示がありました。これを見ているときにも、これらの掲示内容についての説明を、聞き取りに対応してくれたマネージャーらしき男性がしてくれました。

カナダで訪問したお店の印象、つまりおしゃれで店員は若い女性だったということを言うと、生き延びるための努力だろうといったことを言っていました。ひょっとして日本人が来たりしているのかと聞いてみるとそんなに多くない。おまえは日本人として数か月ぶりに来た人間だということでした。

20分ほどの滞在だったのでしょうか。たいへんに興味深い体験でした。とくにカナダでの印象が残っていたのでその対比がきわだちました。知人といっしょに行ったのですが、その夫人は臭いがいやだからと入店しませんでした。やはり特有の臭いがすこし店内に充満していたようです。わたしも、ちょっとかいてみると商品の一部をすすめられてかいてみました。セールスの一環としてそういうことをしているのでしょう。

以下では写真を掲示します。

まず、カナダブリティッシュコロンビア州のラディウムホットスプリングスの大麻販売店です。訪問したのは2025年7月下旬です。



写真1

写真2

写真1、写真2とも外観です。写真2に写っている看板には年齢制限が示されています。ここはアル

バータ州との州境にちかく、2つの州の年齢制限がそれぞれ明示されていました。Blooming World Cannabisという店名をウェブで検索したところ、おしゃれなサイトが見つかりました。

<https://bloomingworldcannabis.com>

アクセス可能なようでしたらぜひご覧ください。そのおしゃれさがわかります。おしゃれに着飾った女性店員の写真も掲載されています。ちなみにこの店の隣はリカーショップです。カナダではアルコール類は専門店ではしか販売できません。大麻販売店とリカーショップが隣同士で並んでいるというのはちょっと特徴的でした。外からの店構えはリゾート地らしくどちらもよく似た山小屋ふうでした。

つぎにバンクーバーのお店です。こちらも2025年7月下旬訪問です。



写真3

<https://citycannabis.co>

こちらを上記ウェブサイトで確認しましたがたいへんにおしゃれです。Robson通りというバンクーバーで一番にぎわいのある通りにあります。

最後にボウルダーの店舗の写真です。こちらも2025年7月下旬の訪問でした。



写真4

写真5

写真6

写真4は通りから階段を降りたところの写真です。店舗入口の様子です。写真5は階段の降り口です。どちらも「Native Roots」という宣伝文句が見られます。写真6は降り口の階段です。店舗はハーゲンダッツのアイスクリーム店の下に当たります。

#### ウェブサイトについて

大麻ショップで売られている商品についての知識が不足していると感じてウェブを見ました。訪問し

たDandelionはあまりサイトが充実していませんでした。サイトが充実しているMagnolia Road Cannabisというサイトを閲覧しました。このお店はmedicalとrecreationと2種類の店舗があるようです。あと興味深いのは「dispensary (調剤薬局)」という用語が使われていることです。薬用だった時代の名残でしょうか。

#### 知人夫人の話

ボウルダー近郊に住んで20年以上となる知人夫妻に案内してもらいました。A夫妻とします。いずれも日本生まれの日本人です。すでに大学を卒業した2人の息子さんがいます。A夫人は15年以上プレスクールではたらいてきました。その経験からいくつか紹介します。

お子さんの高校時代は、高校生で大麻を摂取している生徒たちはいたということです。A夫妻の息子さんたちはそういうことはしなかったそうです。また、A夫人の知人の話ですが、そのひとが知り合いの家に遊びに行ったときに、室内で大麻を栽培しているのを見たそうです。つまりそれだけ、大麻使用がひとびとのあいだに広がっているということです。

(以上 引用終わり)

#### 4 ロサンジェルス店舗

ロサンジェルスでは、ノースハリウッドにあるCRI-Helpという薬物依存治療施設を訪問した。この施設は1971年からこの地で活動している。施設代表が誇らしげに言うように、この施設は「コミュニティの中にある」。つまり、ノースハリウッドは薬物依存者が多い地域ということだ。

実は、この点についてはひとつのやりとりがあった。ロサンジェルスでの宿泊地をどこにするかをCRI-Help代表のB氏に相談してみた。CRI-Helpのそばの安いモーターを見つけてここにしようと思うがどうかと。そうすると、治安が良くないのであまり勧めないという返事があった。強盗に襲われるというわけではないが、路上にたむろしているひとがけっこういるということのようだった。

実際に来てみてまず目についたのは酒類販売店(リカーショップ)の多いことだった。そして路上生活者と思われるひと目についた。落書きも多く、視覚障害者用の点字ブロックにも落書きがされていた。インド料理店

のガラスが割られているのも目撃した。訪問した大麻販売店もそういった一画にあり、東西方向に伸びる大きな通りに面していた。



写真7

写真8

写真9

写真7が店の東側からの写真である。店の奥行きがかなりある。中に入って見た印象では、店舗部分は全体の4分の1ぐらいかと思われる。あとの部分は倉庫になっているのか。あるいはこの部分で栽培しているということがあるのか。写真8は大通りに面した店の正面である。写真9は、訪問した大麻販売店 Sunset から宿泊しているモテルまでの途中で見かけた店舗である。入口脇にはガードマンのような男性がいて写真を撮るのを控えたが、大麻の図柄がはっきりと示されていた。写真のように薬局マークが掲示されているが壁面はかなり派手に塗られている。薬用大麻の販売店かと思われる。

## 5 ダルク研究会への報告メール

店内は1室でした。入ってすぐ右にいかつい男性がすわっていてIDを求められました。パスポートをわたしました。情報をパソコンに登録しているようでした。2分間待てと言われました。

そして店内を見ることが許されました。印象としては、ボウルダーのお店の無骨さよりはバンクーバーのお店のファッションブルさに近い感じです。ただし、ATMがあってIDチェックをしているところはボウルダーと同じです。グミなどがふつうに手にとれる棚においてあるのはバンクーバーのお店に近いです。ただし、調べたりそれをわたしたりするカウンターはありました。これはどこも同じでしょうか。濃縮製品は鍵のかかるショウケースに入っていました。

店主らしい小柄なヒスパニックの男性がなんでも聞いてくれと案内してくれました。ほかには客はいませんでした。午後7時すぎです。日本から来てちかくの薬物依存症の治療センターに調査に来たと言いました。CRI-Helpの名前は知らなかったようです。日本に昨年10月に行ったと話してくれました。東京、京都、奈良、沖縄と。どこが好きかと聞くと、東京は大きすぎると。大阪はクレイジーだと言われました。わたしは大阪生まれだと返しました。沖縄

はハワイみたいでしょということ、そうだなというかんじでした。

営業して10年ということです。最初は医療用だったと。2018年に娯楽用がカリフォルニアで合法化されて、こういう店にしたということのようです。商売は最初は良かったが最近はそうでもないということでした。

濃縮のものは効果がいいのかと聞くとストロングだと言いました。その後遺症は誰も知らない。20年後どうなっているかはわからないという回答でした。従来の使い方である花を吸っている分には問題ないということでした。なんか無責任という気がしたのですが、商売人とはそういうものなのでしょうか。

フェンタニルが出回っているが影響はないかと聞くと、うちのは合法ドラッグだから関係ないという回答でした。アルコールが合法的なのと同じなのだ。そして、わたしが、花を吸うのはビールみたいなもので、濃縮はウイスキーかと聞くと、はっきりとした答えはなかったようです。笑っていたのでしょうか。

顧客に日本人が多いかとたずねると4,5人いると。この近くに住んでいるひとだとか。そして、そういった顧客の半分が日本人でのこり半分はいろんなところからということでした。ヒスパニック系以外あるいは黒人、白人も含めた顧客以外のひとのバックグラウンドということでしょうか。10分ほどいたでしょうか。大麻の強烈なおいしませんでした。

じつは、この日お昼用の食べ物を買ったコンビニショップの裏にスモークショップがありました。どうも無認可の大麻販売店のようです。ウェブで見つけたニューヨークの事情紹介のサイトにはそうありました。また、このあと泊まっていたモテルまで歩いて帰ったのですが、その途上にもお店がありました。このお店はもっとクローズドな感じ。緑の十字のサインがあり、薬用ということのようです。店の上にかかげられた看板の文字の中央に大麻のマークがあったので、薬用大麻販売店のようです。入口にガードマンらしき男性が立っていました。

(以上 引用終わり)

## 6 ポルトガルの2店舗

マデイラ島のお店は商業施設が入っている3階建てのビルにあった。となりは理髪店だった。店内はそれほど広くはない。中年女性の店員が応対してくれた。彼女

は英語を話さないで、知人がかたことスペイン語で話を聞いてくれた。警戒されたかんじもあり、ほとんどなにも聞くことはできなかった。ただ、うちは合法だからということも言っていた。

カシュカインのお店も同様に明るいかんじだった。鉄道駅前のロータリーからその看板が見えた。ちょうど2人の来客に男性店員が対応していた。顧客は白人の中年女性で英語を話していた。このあとスペインに行くが、大麻を持っていても問題ないかと聞いている。個人で消費する分なら問題ないといった回答をしている。店員は英語が上手だし、かなり愛想が良い。この2人組はけっこうな買い物をしたかのような様子である。店内の商品はそれほど多くない。小さな飲み物用の冷蔵庫があり、そこにはふつうの炭酸飲料も売られている。明るいかんじとふつうのスナックなども置かれている点でマデイラ島の店舗とかんじが似ていた。

## 7 出会ったひとと

大麻販売店訪問についての報告は以上とする。最後に、北米で出会ったほかのひとたちの話をすこし紹介しておきたい。今回の北米調査ではいろいろなひとに出会った。薬物依存治療施設のスタッフと薬物依存者の自助グループであるNA (Narcotics Anonymous) のひとたちである。向かい合って録音しながら話を聞かせてもらうことをしてきた。その結果をきちんとまとめて報告することは別の機会となるが、印象に残っていることを少しここに書いておきたい。

施設スタッフもNAメンバーもアメリカ人ばかりである。アメリカの状況を念頭において南の問いかけに答えてくれている。施設のスタッフとして、あるいは自助グループの「先行く仲間」である古参メンバーとして、かれらはいろいろな薬物依存者に出会ってきている。そんな彼らは、大麻販売を基本的に法律で決められているものとして受けとめているようだった。とくに治療する立場のひとたちは、薬物依存者には、大麻を必要とするひとやあるいはそういった時期があることを事実として受けとめているようだった。治療にあたる側に必要な論理だと思われる。

NAメンバーとしての経歴の長いひとたちは、NAの12の伝統を尊重していた。とくに伝統10は「ナルコティクスアノニマスは外部の問題には意見を持たない。したがって、NAの名は公の論争で引き合いに出されるべきではない。」というものである。大麻規制関連の政策はさまにそのような「外部の問題」である。この伝統10のおかげで意見表明することもない、態度を決めな

いといけないといったことはない。伝統10に助けられていると述べたメンバーもいた。

最後にある出会いを紹介したい。ノースハリウッドでの調査を終えて、つぎの調査地であるアナハイムに向かうためにAmtrakの駅のプラットフォームで列車を待っていた。南カリフォルニアのNAリージョナルコンヴェンションを参観するためである。中年と高齢の女性の2人連れに話しかけられた。母と娘のようである。この駅の近くに母親が住んでいて、遊びに来た娘が帰っていくのを見送りにきたように見受けられた。

なにをしているのかと聞かれたので、薬物依存の調査のためにやってきたと告げた。すると、おまえはまさにいいところにいるのだなというコメントがあった。そして続いて、中年女性の夫は、薬物依存者をサポートするボランティア活動をしていると言う。その理由は、夫婦の子どもが薬物のオーバードーズ（過剰摂取）で命を落としたからだとか。

フェンタニルという化学物質がカナダとアメリカで蔓延して、多くの人間がオーバードーズで亡くなっている。トランプ大統領は、その流通取り締まりを求めて中国などに高い関税を課した。フェンタニルを使用すると身体の動きがごちかなくなって、見てすぐにわかるという。カナダのバンクーバーで訪問した施設の周辺やノースハリウッドで南がそのような姿を目にすることはなかった。「大流行」をこの目で見るというのはむしろかしいのかなと感じていたところだった。だが、子どもをオーバードーズで亡くした家族に「たまたま」出会えるほどには「蔓延」しているのだと実感した。

これとの関連でもうひとつ。治療施設のスタッフのひとりに、薬物依存者へのスティグマが強くないのはなぜかとたずねた。その回答が、たいていのひとが周囲に薬物を使っているひとがいるからだというものだった。言われてみれば道理であり、納得した。日本の「だめ、ゼツタイ」という薬物教育が、薬物依存者へのスティグマを涵養することになっていることは否めない。そのスティグマ解消の方途のひとつが、薬物使用のひろがりだというのは、納得できる一方でなにか複雑な感慨をいだかされた。

## 8 むすび

カナダとアメリカとポルトガル。物質依存との取り組みにおいてそれぞれ興味深い歴史を持つ3つの国で2つずつ大麻販売店を訪問した。身分証明書の提示を求められたということもあって、アメリカの2つの店舗でいちばんゆっくと話しを聞くことができた。

あまりていねいに観察できたわけではないが、カナダの2つの店舗は似ていた。同じブリティッシュコロンビア州にあるからかもしれない。アメリカの2つは、IDチェックがあったり、ATMが置かれていたり、いかつい男性店員がいたりというところは共通していた。カナダとアメリカの4つの店舗ともに、合法の商売としていかに売上をあげるかが最大関心であるようだった。

今回の北米滞在中に、シカゴで開催されたアメリカ社会学会において、トロントとシカゴの大麻販売店数の変遷と法規制との関係を経時的に調べた研究報告 (Chris M. Smith, 「Vice for Sale: Neighborhood Conditions and Illicit Markets」) を聞いた。Googleマップかなにかで営業している店舗の数を年ごとに調べている。シカゴの店舗数の増減は少なくその数は安定している一方、トロントでは増減が激しかった。カナダでは、トルドー氏が大麻使用の合法化を公約に掲げて2015年に総選挙で勝利したあと、実際に法律が整備されるまで時間があったりして、いわゆるグレイな期間があった。「無認可」営業があったということだ。政治経済学 (political economy) の研究であった。

このような体系的な研究がある一方、たまたま訪れた先でたまたま出会った大麻販売店を訪問した結果からなにが得られるのか。そこで生きるひとがなにをどう感じているかといった、南の主要関心については今後の報告を待たれたいとして締めくくりとしたい。

#### 【参考文献】

ダルク研究会『ダルクの日々：薬物依存者たちの生活と人生』(知玄社、2013)

南 保輔・中村英代・相良 翔編『当事者が支援する：薬物依存からの回復 ダルクの日々パート2』(春風社、2018)

#### 注釈

<sup>1</sup> 表1では、「Native Roots Cannabis Co.」としている。経営している企業名で、「Dandelion (たんぽぽ)」がこの店舗名と思われる。

<sup>2</sup> カナダの2店舗についての雑感もこのメールより先に、研究会メンバーに送ってあった。

## 2025年 治療的司法研究センター活動記録

- 1月22日 第18回TJセンターカンファレンス（ハイブリッド開催）  
 テーマ：依存症について  
 ゲスト：松本俊彦氏（国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部部長（兼任）薬物依存症センターセンター長）  
 場所：成城大学9号館1階グローバルラウンジ
- 1月22日 治療的司法研究会新年会（於 いなせや）
- 2月8日 女子依存症回復支援プログラムを考えるシンポジウム（ハイブリッド開催・センター共催）  
 テーマ：塀のなかと外はつながるのか？：女子刑務所モデル事業を振り返る  
 場所：成城大学8号館4階008教室
- 3月1日 第46回治療的司法研究会（ハイブリッド開催）  
 テーマ：少年院における矯正医療  
 ゲスト：中野温子氏（浪速少年院医務課、医師）  
 ファシリテーター：菅原直美会員（センター客員研究員）  
 場所：キャンパスプラザ京都
- 3月9日～16日 台湾出張（センター長）  
 台湾司法制度調査、台北大学校講演、台湾司法制度関係者ヒアリング・意見交換
- 3月15日 治療的司法ジャーナル第8号刊行
- 6月11日 学生サポーター募集記念連続イベント第1回：映画『前科者』上映会  
 場所：成城大学3号館1階312教室
- 6月18日 学生サポーター募集記念連続イベント第2回：ドラマ『塀の中の中学校』上映会  
 場所：成城大学3号館1階312教室
- 6月25日 学生サポーター募集記念連続イベント第3回：映画『ボブという名の猫』上映会  
 場所：成城大学3号館1階312教室
- 7月29日 学生サポーター・ミーティング特別学習会  
 テーマ：ドラマ「塀の中の中学校」が生まれるまで  
 ゲスト：巡田忠彦氏（TBS記者）  
 場所：成城大学9号館1階グローバルラウンジ
- 8月1日 第47回治療的司法研究会（ハイブリッド開催）  
 テーマ：日本型DVコートを目指して：家庭裁判所を中核とする、回復と変容の司法  
 法家庭裁判所を中核とする、回復と変容の司法  
 ゲスト：宮園久栄会員（東洋学園大学人間科学部特任教授、センター客員研究員）  
 ファシリテーター：丸山泰弘会員（立正大学法学部教授、センター客員研究員）  
 場所：成城大学5号館1階応接室
- 9月26日 第48回治療的司法研究会（ハイブリッド開催）  
 テーマ：キャロル・ローソン他「共同親権時代における『インティメート・テロリズム』としてのDVへの対応」治療的司法ジャーナル第8号掲載（2025.3）  
 を読む  
 ゲスト：キャロル・ローソン会員（東京大学法学部教授）、長谷川堅司会員（弁護士）  
 ファシリテーター：菅原直美会員（センター客員研究員）  
 場所：成城大学9号館1階グローバルラウンジ

## 2025年 治療的司法研究センター活動記録

- 10月10日 日本犯罪社会学会プレシンポジウム「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」にセンター長登壇
- 10月19日 学生サポーター校外学習：千葉刑務所矯正展への参加
- 12月2日 「刑事政策」の講義に東京ダルクの方々をゲストスピーカーとして招待
- 12月12日 第49回治療的司法研究会（ハイブリッド開催）  
テーマ：拘禁刑導入後の矯正施設内の「指導」について  
報告者：田村勝弘会員（川越少年刑務所）  
ファシリテーター：大橋いく乃会員（弁護士）  
場所：立正大学品川キャンパス
- 12月23日 法学部指宿ゼミ & 田中ゼミ合同オープンゼミ（センター後援）  
テーマ：国際人権 NGO で働くということ：女性のキャリア形成と人権を語る  
ゲスト：杉山日那子氏（カリフォルニア大学アーバイン校国際司法クリニックデジタルライツフェロー）  
場所：成城大学3号館1階312教室
- 12月24日 指宿信監修 / 城下裕二・丸山泰弘編『拘禁刑を考える：新しい刑罰制度は何をもたらすのか』（成文堂）刊行

センター長：指宿信（成城大学法学部教授）

2026年1月10日 記

## 治療的司法ジャーナル論文執筆要綱

### 1. 執筆者

①国内の大学（短期大学を含む）、大学院の常勤および非常勤の教員、②博士前期課程および博士後期課程の在学者、③大学に所属する常勤の研究職（ポスドク等）、④法曹有資格者、⑤治療・回復・支援に関する職にある者（医療関係者、NPO職員、社会福祉関係者等）、⑥その他、編集委員会が適当と認めた者。

### 2. 執筆原稿の種類

未公開の①論説、②研究ノート（事例・症例報告を含む）、③判例研究、④翻訳、⑤講演録、⑥書評、⑦資料に限る。掲載順は、丸数字の順とする。但し、基調講演などを文字起こした⑤講演録については、この限りでない。多重投稿を禁ずる。

### 3. 原稿の文字制限等

- (1) 邦語に限る。
- (2) 脚注等を含め、上記①論説および④翻訳は20,000字程度、その他の原稿は10,000字を上限とする。
- (3) 字数制限については、執筆者の申し出により、編集委員会が例外を認めることができる。
- (4) 翻訳権の取得は、執筆者の責任において行うものとする。

### 4. 原稿の体裁

- (1) 原稿は、MS wordに限る。A4用紙に40文字×36行を1頁とし、電子データを提出すること。
- (2) 原稿提出にあたっては、所定の応募用紙に、原稿の種類、氏名、題目（邦文および英文）、所属（所属機関および職位、所属大学院および学年・専攻等）、連絡先（電話番号、E-mailアドレス）を記入したうえで併せて提出すること。
- (3) 引用文献の表記について、編集委員会が編集段階で訂正・統一することがある。

### 5. 査読

- (1) 原稿の採否については、編集委員会において決定する。
- (2) 掲載にあたり、修正を要求する場合がある。要求に応じない場合は掲載しない。

### 6. 校正

校正は、原則として初校までとし、誤字脱字の訂正のみを行うものとする。ただし、大幅な変更、書き添え等を必要とする場合には、執筆者の申し出により、編集委員会がその可否を判断する。

7. 盗用・無断使用による責任

- (1) 執筆者は、執筆原稿が第三者である著作者の権利または他人の権利、もしくは名誉・プライバシー等を侵害していないことを確認し、所定の誓約書に署名のうえ、原稿とともに編集委員会に提出するものとする。
- (2) 執筆原稿により権利侵害等の法的紛争が生じ、当センターならびに第三者の権利を侵害した場合には、その一切の責任を執筆者が負うものとする。
- (3) 著作権違反の事実が確認された場合、当該原稿をジャーナルのコンテンツから削除する場合がある。

8. 発行回数

本誌は年2回、3月および9月に発行することを原則とする。

9. 締め切り

毎年6月末日、12月末日とする。

10. 提出先、問い合わせ先

成城大学治療的司法研究センターE-mail アドレス ([rctj@seiyo.ac.jp](mailto:rctj@seiyo.ac.jp)) 宛に送信すること。

11. 公開の許諾

成城大学治療的司法研究センターホームページ内で電子ジャーナルとして公開する。執筆者は、電子ジャーナルによる著作物の公開に同意したものとする。

12. その他

- (1) 本要綱中の「編集委員会」とは、成城大学治療的司法研究センター内に設置した治療的司法ジャーナル編集委員会をいう。
- (2) 治療的司法ジャーナルは、編集委員会が本要綱に基づいて編集・公刊する。
- (3) 本要綱は、編集委員会の議を経て、改定する場合がある。
- (4) 著作権に関し、本要綱にない事項については、著作権法に拠るものとする。
- (5) 原稿料は無料とする。
- (6) 抜刷りの著者贈呈は行わない。

治療的司法ジャーナル編集委員会

2017年12月31日

## 執筆者一覧

指宿 信 (成城大学法学部教授・センター長)  
東本愛香 (千葉大学社会精神保健教育研究センター特任講師・当センター客員研究員)  
岡本 融 (前橋刑務所上席統括矯正処遇官)  
岩渕 優 (前橋刑務所首席矯正処遇官)  
宮園久栄 (東洋学園大学特任教授・当センター客員研究員)  
内藤 睦 (前橋刑務所所長)  
四方 光 (中央大学法学部教授)  
外川江美 (帝京大学文学部心理学科教授)  
斉藤章佳 (西川口榎本クリニック副院長 精神保健福祉士・社会福祉士)  
小長井賀與 (信州大学経法学部特任教授)  
南 保輔 (成城大学文芸学部教授・当センター研究員)

## 編集後記

2025年は巻頭言で言及されたように拘禁刑の開始の年であった。その意味で、2023年3月に当センター主催で実施したシンポジウム「拘禁刑を考える」の内容を活字として刊行することができたのは何よりであった(12月24日発売、成文堂)。編集に当たられた城下裕二教授(北海道大学)、丸山泰弘教授(立正大学教授、当センター客員研究員)には大変労苦をおかけした。記して感謝したい。各方面でご活用いただければ幸いである。昨年春に募集した学生サポーターには多くの応募があった。新しい刑罰制度の始まる年に若い世代がこの国の刑事司法や刑務所のあり方に関心を持って学びを深めていくことを期待している。

PD研究員の中根倫拓氏が教員ポストを得てセンターを巣立たれることになった。学生サポーターの指導やセンターの活動全般を支えて頂き感謝に絶えない。

来年はセンター創設10周年を迎え節目の年となる。干支ではないが更に駆け上がる年としたい。(MI)

2026年3月15日発行

### 治療的司法ジャーナル第9号

ISSN 2433-9229

編集・発行 治療的司法ジャーナル編集委員会  
編集協力 大橋 鉄雄

〒157-8511  
東京都世田谷区成城6-1-20  
成城大学研究機構事務室内 治療的司法研究センター  
\*お問い合わせは、[rctj@seijo.ac.jp](mailto:rctj@seijo.ac.jp) まで

Foreword  
Foreword to the ninth volume Makoto IBUSUKI ..... 1

Article  
Challenges for the Sustainable Implementation of Community-based Collaboration in  
Correctional Institutions  
— Staff Perceptions of Expectations and Implementation —  
Aika TOMOTO, Yu OKAMOTO ..... 2  
Yu IWABUCHI, Hisae MIYAZONO  
Mutsumi NAITO

Symposium Record  
Practical Applications and Theoretical Significance of Offender Rehabilitation Based on  
the Bio-Psycho-Social Approach  
Ko SHIKATA, Emi TOGAWA ..... 9  
Akiyoshi SAITO, Kayo KONAGAI  
Makoto IBUSUKI

Note  
Thoughts on Visiting North American Cannabis Retail Stores  
Yasusuke MINAMI ..... 31

Activity Report of the Center ..... i  
Writing Guidelines ..... iii  
Editor’s Note ..... v