

2014 年度一般研究助成研究報告書

# 薬事再犯者に対する施設内処遇の効果検証

—認知行動療法とダルク受講者の再犯率—

研究代表者  
新潟青陵大学臨床心理学科  
氏名  
横谷 謙次

## 1. まえがき

### 1-1 問題の所在

再犯者の増加は近年の日本の社会問題である。検挙人員における再犯者の割合は近年増加傾向にあり、全体の約3割の再犯者によって約6割の犯罪が行われている。特に覚醒剤取締法等違反の再犯者（以下、薬事再犯者）の割合は60%であり、極めて高い。再犯率の高さは日本の治安の悪化を招きかねず、早急な問題解決が望まれている。

平成24年の閣僚会議では、平成33年までに2年以内の再入率を20%減少させる数値目標が設定され、法務省を中心に個々の再犯者の特性に応じた取組が実施されている。特に薬事再犯者に対しては、専門的知識及び技術を活用した特別改善指導プログラムが平成18年から全国規模で実施されており、その指導の必要性が広く認められている。

### 1-2 有効な治療法と日本国内の課題

薬事再犯者に対してこれまでに妥当とされている治療法は、a) 薬物療法、b) 心理療法、及び、c) 社会環境調整法の3つがある。

#### a) 薬物療法

海外の薬物療法では、メタドンやブプロピオンなどの代替薬物を提供することで、薬事再犯者

の違法薬物使用を防ぐことが検証されている。しかし、日本国内ではこの代替薬物を薬事再犯者に対して使用することが認可されていない。そのため、薬事再犯者は適切な薬物療法を日本国内で受けることは出来ない。

#### b) 心理療法

海外では、認知行動療法を中心に、動機付け面接法、ソーシャルスキルトレーニング、個別フィードバック介入(Personalized Feedback Intervention)などが提案されている。また、自助グループによるミーティングについても有効な治療法と考えられている。日本でもこれらの治療法は実施されている。しかし、いずれの治療法もいくつかの例外を除けば、日本では十分に検証されていない。そのため、適切な治療法については未だに分からない。

#### c) 社会環境調整

海外では、薬事再犯者を出所後数年間、治療コミュニティ(therapeutic communities)に滞在させることによって、その後の再犯率の低下が確認されている。日本でもダルクなどのような居住型のコミュニティもあれば、地域生活定住センターのような通所型の相談機関も存在する。こういった社会環境調整も国を挙げて推進している。しかし、その効果を示すデータは国内では十分蓄積されていない。

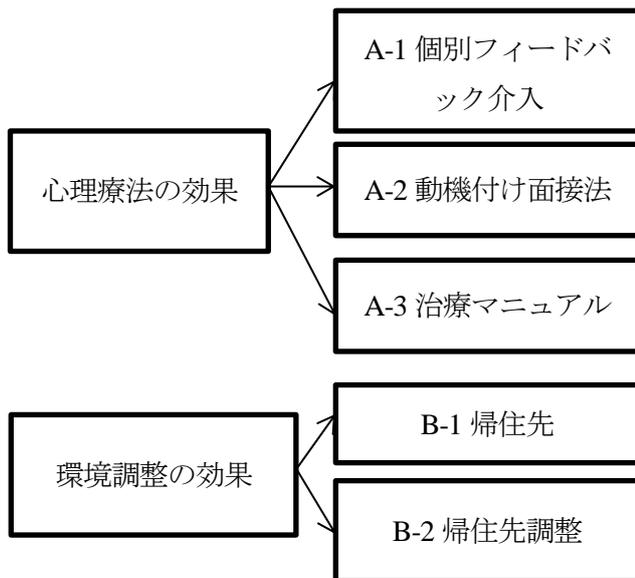


図 1-1. 本研究の全体像（薬物療法は日本で認可されていないため、効果検証は出来ない）

### 1-3 本研究の目的

本研究の目的は2つある(図 1-1 参照)。1つは、現在刑事施設で行われている心理療法が、薬事再犯者の再犯を実際に減らしているのかどうかを検証することである。研究 A-1 では、薬事再犯者を無作為に個別フィードバック受講群と非受講群に分け、最長6年の追跡調査を行うことによって、受講群と非受講群の再犯率を確認する。また、研究 A-2 では、心理療法を希望する対象者に対して、動機付け面接法(認知行動療法)、自助ミーティング(ダルク)、及び個別フィードバック介入の3群に分け、群ごとの違いを確認する。加えて、研究 A-3 では、研究 A-1 及び A-2 で用いた動機付け面接法の治療マニュアルを説明する。

2つ目の目的は、社会環境調整の影響を探索的に確認することである。研究 B-1 では、薬事再犯者が受刑中に、出所後に帰る居住先(帰住先)があるかどうかをたずねた。彼らが出所してから後、彼らの犯罪記録を確認し、再犯率を確認し、帰住先の効果を検証した。研究 B-2 では、高齢受刑者(65歳以上)で上記の帰住先の無い者を対象に刑

事施設内で社会環境の調整を行った。環境調整を受けたものと受けていないものとをその後追跡調査し、再犯率を確認し、帰住先の効果を検証した。

## 2. 研究の概要

### 研究 A-1 薬事再犯者に対する個別フィードバック介入の効果

#### a) 問題と目的

先行研究では、個別フィードバック介入は依存症患者に対して有効であるということが指摘されている。ここで言う、個別フィードバック介入とは、非対面形式の(手紙やメールなどを用いた)治療法で動機付け面接法の技法(A-2、A-3で詳述)に加え、正確な情報提供、個人別の危険因子への着目、及び、再使用を予防するためのトレーニングも含まれている。

本研究では、個別フィードバック介入の効果を違法薬物使用者に対して検証する。先行研究では、同手法が飲酒行動を低めることが報告されている。また多くの無作為化統制実験でも、インターネットを介した介入で、大学生の飲酒行動、一般社会人のアルコール消費量、そしてアルコール依存症患者のアルコール使用を減らすことが確認されている。

しかし、同手法は違法薬物に対して一貫した結果を得られていない。例えば、インターネットを用いた同手法は大学生の大麻使用者で家族に薬物依存症者がいれば、効果的という報告もある。しかし、そういった大学生が強制的に同手法を受けさせられるとその効果はあまり確認されない。準実験的な手法で大麻使用を減らすことを示した研究はあるが、この研究は無作為化統制されていない。別の研究では同手法がメタンフェタミンの使

用を減らすことを示していたが、その効果は無作為化統制実験で確認されていない。

同手法は理論的には、違法薬物に対しても有効なはずである。本研究では同手法の効果を明らかにすることが目的である。本研究では、重度の薬物依存症状を持つと考えられる薬物事犯の受刑者を調査した。日本で薬物事犯で受刑している者は個人的使用者がほとんどであり（97%法務総合研究所、2006）、繰り返し使用している。なぜなら、初犯の場合95%が執行猶予がつくのにに対し、再犯するにつれて、執行猶予がつかなくなっていくからである（2回目：79%、3回目：93%、法務総合研究所、2009）。そのため、日本で薬事犯者として収容されているもののほとんどは頻りに違法薬物を使用しており、収監される危機があったとしても違法薬物を使用した者であり、その依存の程度は重症と考えられる。

本研究の仮説は2つある。1つは、薬事犯者で同手法を受けたものは、受けてないものに比べて、薬事再犯の危険率が低くなるだろう。また、違法薬物の使用とその他の犯罪行為（傷害、窃盗など）とは互いに関連している。そのため、同手法を受けたものはそうでないものに比べて、全般的な再犯率も低くなるだろう。

## b) 方法

### b-1) 対象者と研究デザイン

潜在の対象者は北陸地域にある刑務所に 2008 年 2 月時に収容されていた 243 名の薬事犯受刑者である。2010 年の 4 月から個別フィードバック介入が実施され、その完了には 3 ヶ月かかった（2010 年の 6 月）。そのため、2010 年の 6 月より前に出所していた者は対象者から除いた。また、追跡を 2015 年の 1 月に打ち切ったため、その時点で入所し続けている者も除いた。加えて、本研究は日本国内の犯罪記録に則って調査しているため、国外

追放を宣告された 5 名の外国人受刑者も除かれた。その結果、50 名の対象者が選ばれた（図 A-1-1）。

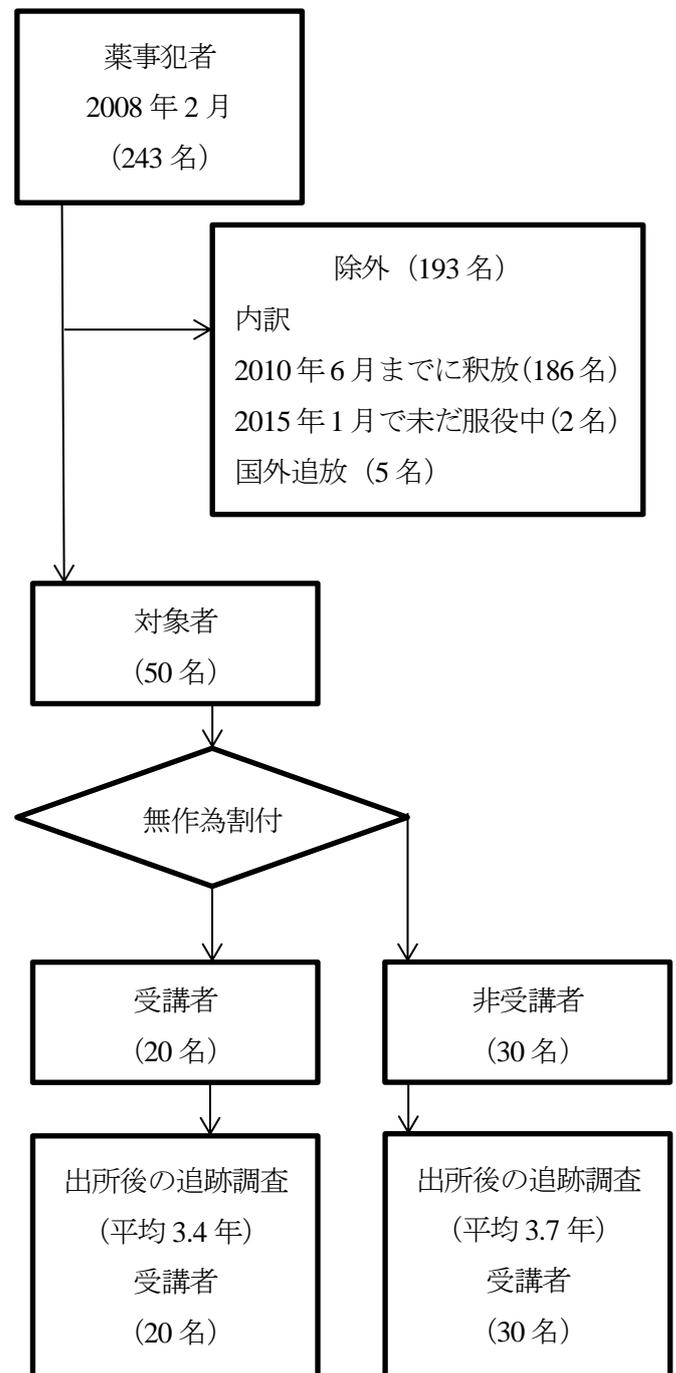


図 A-1-1 研究 A-1 の無作為化統制（人的資源の都合で 20 名しか実施できなかったため、受講者と非受講者の人数比は 1 : 1 ではない）

50 名は全て薬事犯者であり、38 名の主罪は薬事犯である。34 名は覚醒剤事犯であった。オピオイ

ド（1名）と大麻（3名）もいた。一方、残りの12名は薬物の影響下で以下の犯罪を行っていた（強盗5名、窃盗4名、強姦1名、恐喝1名、銃刀法違反1名）。日本の薬事犯者のうち、83.5%は覚醒剤を使用していることを考慮すれば、この12名の多くも覚醒剤使用者と推察し得る。

同刑務所での薬事犯者の研究によれば、シンナー、覚醒剤、大麻の使用開始年齢はそれぞれ12、20、及び23歳と報告されている。また、彼らはこれらの薬物を月に平均してそれぞれ22回、39回、10回ずつ使用している、と報告されている。これらのデータから本研究の対象者は複数、かつ、長期間の薬物使用の経験があると言える。

50名の対象者の内、44名は日本国籍であり、他は外国籍であった。この50名と除外された193名との間に年齢、教育歴、刑務所入所回数に関する差は無かった。しかし、50名の対象者は除外されたものに比べて有意に長い懲役刑を受けていた（ $t=7.78, p<0.001, df=241$ ）。

本研究のプロジェクトを開始した際、人的資源が不足していたため、個別フィードバック介入を薬犯者全員に提供することは出来ず、20名しか出来なかった。そのため、対象者は受講群（20名）と非受講群（30名）に分けられた。対象者はそれぞれ称呼番号があり（この番号にも規則性は無い）、その番号に基づいて無作為に20名が選出された。

受講群は刑務所内の部屋で個別フィードバック介入に関する手紙を雑居房で受け取った。彼らは当時8から12名と共同生活していた。雑居房のメンバーは日中の仕事も共同で行っていた。いくつかの雑居房では受講者が複数名いることもあれば、別の房では1人しか居ないこともあった。

表1に対象者の特徴を示す。受講群と非受講群との間に、年齢、教育年数、入所回数、現在の懲役期間、及び追跡期間に有意な差は見られなかった。

本研究は刑務所内の審査会及び大学内の倫理委員会において認可されている。本研究で使用する全ての方法は1964年のヘルシンキ宣言及びその後の倫理的基準に則っている。

表 A-1-1. 対象者の特徴（平均と標準偏差。薬事再犯率と全再犯率はパーセント）

	受講群 20名	非受講群 30名
年齢	43.3(9.3)	40.3(11.1)
教育年数	10.5(1.9)	9.9(1.4)
入所回数	3.7(2.2)	2.7(2.2)
懲役期間	5.8(1.9)	5.5(2.1)
出所後測定		
追跡期間	3.4(1.1)	3.7(1.0)
薬事再犯率	15%	30%
全再犯率	25%	40%

#### b-2) 治療方法

治療構造：受講群は6通の手紙を3ヶ月間に渡って受け取り続けたが（一月に2回）、初回の査定面接は実施しなかった。なぜなら、彼らは既に麻薬取締官及び検察官によって徹底的に調査されているからである。彼らは刑務所内で全ての手紙を受け取り、返信した。この手紙を受けている最中に釈放されたものはいず、釈放後に手紙を受け取ったものもない。全ての手紙のやりとりは刑務所内で行われた。

手紙の内容：1通目は、薬物に対してどの程度の費用を支払ったかという質問をした。例えば、薬物の使用期間、月ごとの使用頻度、そして1回の使用にかかる費用などである。また、機会費用も尋ねた。例えば、薬物使用のために仕事に行けなかった期間や服役中のために仕事できなかった期間を示し、1日にどの程度稼げていたかも報告した。

2 通目は薬物依存とそれに伴う症状の説明を行った。例えば、耐性、禁断症状、二次障害としての精神疾患や身体疾患を説明した。

3 通目は薬物使用によって引き起こされた社会的・経済的な不利について質問した。また、薬物使用をしなかった期間の社会生活についても質問を下。

4 通目は彼らの重要な他者（妻や母や子どもなど）についての手紙を書くように依頼した。また、架空の設定でその重要な他者から返事が来た場合、その返事の内容を架空で書くようにも依頼した。

5 通目は、薬物使用をしそうになったときにそれを避けるための方法について質問した。

6 通目は、薬物使用をせずに済むような出所後の生活について質問をした。

返信の仕方：これら6通の手紙は全て、治療者本人から直接受刑者個人に渡された。一方、彼らからの返信は各雑居房の担当刑務官を経由して、治療者に戻された。治療者が手渡しをする際、彼らは治療者の顔を見ることは出来たが、話すことはほとんど出来なかった。というのも、彼らは作業中のため話すことを許可されていないからである。

フィードバック介入に際しては以下の2点に配慮した。1 つ目は常に肯定的なコメントを行う、ということである。例えば、2 通目の手紙は医学用語などがあり、内容がよく理解出来なかった、ということを示す“E”や“D”がよく書かれていた。しかし、フィードバックでは、「あなたは自身の禁断症状のことをとても正確に説明しています。そのため、“A”（とてもよく理解出来ている）の方が“D”よりもあなたにふさわしいと思います」というコメントを返した。また、5 通目の手紙で「自分は意志薄弱だから、薬物を避けることが出来ない」ということを書いてきた。その場合は、「あなたはこれまでに薬物を断ってきた方法を沢

山お持ちだと思います。その方法を具体的に教えてください」と返した。

2 つ目の配慮は具体的な質問をすることである。例えば、4 通目で架空の手紙の書き方が分からない、という返事があった。その場合、「あなたが出所後家に帰って、彼女にどのように話しかけるでしょうか？そして、そのとき、彼女はどのような風に対応すると思いますか？その彼女の対応をここに書いてみてください」と返した。また、6 通目では「定職と良い友人（が薬物使用をしないのに効果的）」という内容が多かった。その場合は、「あなたにとっての定職とはなんですか？あなたの就きたい仕事を具体的に書いてみてください。また、誰が良い友人で誰が悪い友人でしょうか？友人の名前を具体的に挙げてみてください。」と質問した。

### b-3) 測定と解析手法

2015年の1月に対象者の薬事再犯の記録を確認した。もし彼らが薬事再犯をしていた場合、出所時の日付と再犯時の日付を元に、彼らの薬物から離れていた生存期間を算出した。もし、彼らが薬物とは関係の無い犯罪をしていた場合、その再犯した日を基に生存期間を打ち切った。また、彼らが2015年1月の時点で何の犯罪もしていなければ、その時点を基に生存期間を打ち切った。

コックスの比例ハザードモデルを使用して、ハザード比を算出した。若年齢、長期間の服役、入所回数、低い教育歴は再犯率のリスクを高めるといわれている。そのため、これらの変数は調整変数としてモデルに組み入れられた。

また、仮説検証の検定力についても検討した。50名の対象者は2002年3月から2008年5月までの間に入所していた。そのため、6.2年の調査期間が設定された。また、出所後の追跡期間は最大で5.8年であった。加えて、受講群と非受講群との比

は 1.5 であった。タイプ 1 の危険率を 5% に設定した。これらの設定を基に検定力を算出した。

### c) 結果

#### c-1) 記述統計

50 名が出所した後、17 名が再入所していた。5 名は薬物とは関係の無い犯罪（窃盗、器物損壊、障害、不法侵入、道路交通法違反）であり、他の 12 名は薬事犯罪であった（全て覚醒剤事犯）。17 名のうち、9 名は 2015 年 1 月時点で入所中であるが、他の 8 名は既に対処している。1 名の対象者は追跡期間中に複数回入所していたが、そのほかの者はそうではなかった。

17 名の再入所者は平均して 1.1（標準偏差 0.8）年社会で生活し、2.4（1.3）年の実刑判決を受けた（ただし、2 名の懲役年数は未定のため不明）。同様に、12 名の薬事入所者も 1.2（0.9）年社会で生活し、2.6（1.1）年の実刑判決を受けた（ただし、1 名は未定）。

#### c-2) 個別フィードバック介入の薬事再犯に対する治療効果

受講群と非受講群の治療効果を比較した。図 A-1-2 に各群の生存曲線を示す。受講群は非受講群に比べて、有意に薬事再犯リスクが低いことが調整前及び調整後でも確認しうる(表 A-1-2 及び A-1-3)。

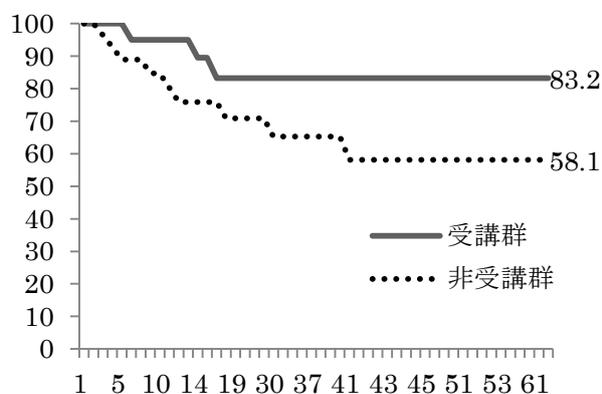


図 A-1-2. 薬事再犯をしなかった期間（縦軸は薬事

再犯をしないパーセント。横軸は出所後に社会で生活していた期間（月単位）

また、2 つの一貫しない結果も確認しうる。まず 1 つ目は、入所回数は調整後の薬事再犯ハザード比の高さと関連していたが（表 A-1-3）、調整前のハザード比とは関連していなかった（表 A-1-2）。2 つ目は、懲役年数が調整前の薬事再犯ハザード比の低さと関連していたが（表 A-1-2）、調整後の薬事再犯ハザード比の低さとは関連していなかった（表 A-1-2）。

表 A-1-2. 出所後 3.6 年時の薬事再犯：調整前ハザード比 (\*\*\*:  $p < .001$ , \*:  $p < .05$ )

	ハザード比	95%信頼区間
受講	0.44***	0.32-0.60
年齢	0.96	0.91-1.02
懲役 (年)	0.74*	0.59-0.94
入所回数	1.11	0.91-1.35
教育 (年)	0.96	0.76-1.21

注：ハザード比が 1.0 を超えると、薬事再犯を犯す危険が高くなることを示す。一方、1.0 より低いと、その分薬事再犯を犯す危険が低くなる。信頼区間の下限と上限で 1.0 以下と 1.0 以上がある場合、その数値は両義的のため、解釈は難しい。一方、下限と上限との両方の数値が 1.0 以下もしくは 1.0 以上のみの場合、その数値は一義的のため、解釈し易い。

表 A-1-3. 出所後 3.6 年時の薬事再犯：調整済みハザード比 (\*\*\*:  $p < .001$ , \*:  $p < .05$ )

	ハザード比	95%信頼区間
受講	0.27***	0.13-0.59
年齢	0.91	0.85-1.00
懲役 (年)	0.76	0.56-1.11
入所回数	1.44*	1.05-1.97
教育 (年)	1.31	0.83-2.09

c-3) 個別フィードバック介入の再犯全般に対する治療効果

図 A-1-3 は社会でいかなる再犯もしなかった期間を示している。受講群は非受講群に比べて、有意に再犯リスクが低いことが確認できる（表 A-1-4 及び A-1-5）。

また、2つの一貫した結果も確認出来る。1つは、懲役年数が再犯ハザード比の低さと関連していることである（表 A-1-4 及び A-1-5）。2つ目は、入所回数が再犯ハザード比の高さと関連していることである（表 A-1-4 及び A-1-5）。

加えて、1つの一貫しない結果も確認出来る。対象者の年齢は調整後のハザード比の低さと関連していたが（表 A-1-4）、調整前のハザード比とは関連しなかった（表 A-1-5）。

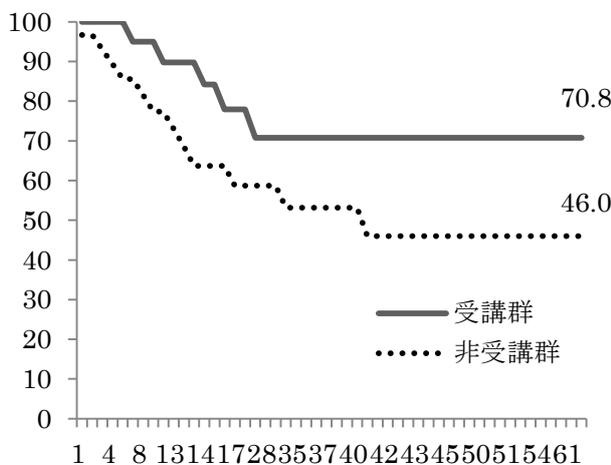


図 A-1-3. いかなる犯罪もしなかった期間（縦軸は再犯をしないパーセント。横軸は出所後に社会で生活していた期間（月単位））

#### C-4) 検定力

受講群は薬事再犯率及び全再犯率が非受講群に比べて有意に低かったが、検定力分析の結果は十分な検定力を検出しなかった。ログランクテストを実施しても有意な差は見られなかった（薬事再犯率： $\chi^2=1.71$ ,  $p=0.19$ , 全犯罪率： $\chi^2=1.45$ ,

$p=0.22$ ）。

受講群と非受講群との間に薬事再犯に関する有意な差がない、という帰無仮説は 0.473 の確率で棄却できる。この確率を 0.80 まで上げるためには、44 名の受講群と 66 名の非受講群が必要である。

同様に、受講群と非受講群との間に全再犯に関する有意な差がない、という帰無仮説は 0.426 の確率で棄却できる。この確率を 0.80 まで上げるためには、50 名の受講群と 75 名の非受講群が必要である。

表 A-1-4. 出所後 3.6 年時の薬事再犯：調整前ハザード比 (\*\*\*:  $p < .001$ , \*:  $p < .05$ )

	ハザード比	95%信頼区間
受講	0.44***	0.31-0.61
年齢	0.96	0.91-1.01
懲役（年）	0.67***	0.53-0.84
入所回数	1.20*	1.01-1.43
教育（年）	0.90	0.72-1.13

表 A-1-5. 出所後 3.6 年時の薬事再犯：調整済みハザード比 (\*\*\*:  $p < .001$ , \*\*:  $p < .01$ , \*:  $p < .05$ )

	ハザード比	95%信頼区間
受講	0.33***	0.17-0.65
年齢	0.91**	0.84-0.98
懲役（年）	0.74*	0.74-0.98
入所回数	1.56***	1.20-2.02
教育（年）	1.30	0.85-1.97

#### d) 考察

本研究は我々の仮説を支持した。つまり、個別フィードバック介入を受講した薬事犯罪者はそうでない者に比べて、違法薬物を再使用するリスクが低かった。本研究結果は理論仮説と合致しており、新たなデータを学術的知識に蓄積している。また、個別フィードバック介入は再犯率全体の低

下とも関連していた。もちろん、対象者数の少なさは統計的誤りを生んでいる可能性もある。しかし、5.8年と言う比較的長い追跡期間とほぼ完全に近い追跡率は我々の知見を抛り強固なものにしている。また、日本人や反社会的集団に関する知見を研究成果に含めることは、個別フィードバック介入の汎用性を高めるだろう。

薬事再犯の生存曲線は受講群が出所後 1.3 年以降、非受講群が出所後 3.4 年以降、再犯していないということを示している。全再犯の生存カーブも同様に受講群が出所後 1.9 年以降、非受講群が 3.4 年以降再犯していないということを示している。これらのデータは薬事犯者のリスクが出所後 3.4 年までに集中しているということを示唆する。また、出所後 3.4 年以降は、彼らの再犯リスクが低下しているということも示唆する。そのため、出所後の初めの数年間に一般社会で支援を行うことは有益と考えられる。

また、受講群は 1.3 年で社会に復帰したのに対し、非受講群は 3.4 年で社会復帰したとも考えられる。このデータから、受講群は社会復帰に擁する期間を半分にしたとも解釈し得る。個別フィードバック介入は薬物を使用しないで済む日常生活を受講群に繰り返し聞いていたため、受講者は出所前に予め出所後の生活設計を明確に持っていた可能性がある。彼らのこの生活設計が回復期を短縮するのに対して効果的だったとも考えられる。

入所回数は再犯リスクの高さと関連していた。この結果は先行研究と合致する。一方、年齢を経るにつれて、調整済みの再犯リスクは減っていたが、調整前の再犯リスクとは関連しなかった。本研究の対象者は年齢の高さと入所回数の多さとが共に関連していた。そのため、年齢による単純な効果は入所回数によって相殺されたとも考えられる。

先行研究の結果とは反対に、長期の懲役刑が再

犯リスクを低めていた。しかし、我々の対象者は懲役刑の長さとお出所後の追跡期間とが負の相関を示していた。そのため、この短い追跡期間ということ念頭において、長期の懲役刑の再犯率について検討する必要がある。また、本研究では教育年数が再犯率を予測しなかった。先行研究では大学卒業レベルの教育年数が主だったが、本研究では中学卒業レベルの教育年数が主だった。こういった教育水準の違いが結果の違いと関連しているとも考えられる。

本研究の実施環境についても一考の余地がある。先行研究では対象者は大学生や就労者などで違法薬物を友人や密売人から自由に入手することが出来た。一方、本研究の対象者はすべて刑務所に入所しているため、彼らは出所するまで薬物を入手することは出来なかった。また、彼らは友人とも自由に会話することが出来なかった。そのため、本研究の対象者は手紙など本研究で使用したコミュニケーションそれ自体を有り難く思った可能性がある。また、実施時の少ない対象者数は、選ばれた対象者に選抜された者と言う意識を付与したかもしれない。もちろん、彼らは無作為に選ばれたのだが、こういった統制不可能な要因が本研究の結果に影響を与えている可能性は十分にある。

本研究には 4 つの限界がある。まず、対象者の数が 50 名と少なく、受講群と非受講群が同じ比率で割り当てられていないため、結果の解釈には用心が必要である。実際、検定力分析では、約 2 倍の被験者が必要であるということが指摘されている。次に、我々の研究では対象者の過去の薬物使用歴及び精神科通院歴を統制していない。これらの諸変数は研究結果の違いを生む可能性が考えられるため、今後の研究では統制したほうがよいだろう。3 つ目は、薬事再犯が必ずしも違法薬物再使用の全てを含まない、ということである。ある対象者は薬物を再使用したにも関わらず、逮捕さ

れていないために、再使用の記録が残されていない、ということは十分に考えられる。4 つ目は、雑居房内の人間関係や出所日などの違いが結果に影響した可能性が考えられる。ある者は同居者に励まされることもあれば、別のものは妨害されていた、ということも十分に考えられる。また、ある者は受講後すぐに出所したのに対し、別のものは受講後数年経過した後に出所していた。こういった受講群内の違いも今後検討する必要がある。

こういった限界はありながらも本研究は無作為化統制実験の手法を用いて、個別フィードバック介入の薬事再犯率の影響を検証した初めての研究である。違法薬物への依存は世界中で様々な健康問題を生み、犯罪行動とも関連している。そのため、違法薬物への依存症を解消する効果的な治療法は常に世界中で求められている。個別フィードバック介入は比較的単純なフォーマットを用いているため、費用はあまりかからず、依存症で苦しむ多くの人を効果的に治療し得るだろう。本研究の知見は収容者に対しても個別フィードバック介入が有効であり、彼らの生活の質の向上はもちろん、社会全体の再犯率の低下にも寄与しうるだろう。

## 研究 A-2 薬事犯者に対する認知行動療法トダ ルクの比較：非無作為化統制実験

### a) 問題と目的

動機付け面接法は、依存症患者に対して有効である、ということが報告されている。薬物依存症患者に対しても有効であるということは報告されており、日本でもいくつかの実施例がある。

しかし、先行研究の多くはヘロインやコカイン使用者が多く、覚醒剤使用者を対象にした研究は少ない。また、日本ではいくつかの研究は報告されているが、陰性及び陽性対照群を設けられてい

ないことが多い。そのため、動機付け面接法を受講した群がそれを受講しなかった群、もしくは、類似した治療を受講した群と比較して、どの程度効果的なのかということとはよく分かっていない。

本研究では、陰性対照群として個別フィードバック介入群を設ける。個別フィードバック介入群は有効であることが示されているが、治療期間・回数が短く少ないため、治療期間・回数が長く多い治療に比べて、効果が出にくいだろう。

また、陽性対照群として、自助ミーティング群を設ける。自助ミーティングは依存症患者に対して有効なことが示されているため、治療期間と回数を統一した場合、動機付け面接法と同程度の治療効果が出るだろう。

### b) 方法

#### b-1) 対象者

潜在的対象者は薬物事犯で入所している 187 名の男性受刑者である。図 A-2-1 に示すように、個別フィードバック介入群は 54 名からなり、187 名の中から出所日の早い順に選ばれた。54 名の内、5 名は別件で捜査対象となったため、個別フィードバック介入を受講出来なかった。そのためこの 5 名は除かれた。他の 7 名と 5 名は自助ミーティングと動機付け面接グループを受講していたため、彼らも除いた。この残りの 37 名が個別フィードバック介入群の分析対象者である。

また、20 名の対象者が自発的に動機付け面接法を受講願を届け出た。この内、3 名は労務形態及び人数制限のために除外された。また、別の 5 名は個別フィードバック介入を受講していた。彼らも除外された。そのため、余りの 12 名が動機付け面接法群の分析対象者である。

同様に、27 名の対象者が自発的に自助ミーティングへの参加を希望した。9 名は労務形態及び人数制限のために除外された。また、別の 7 名は個

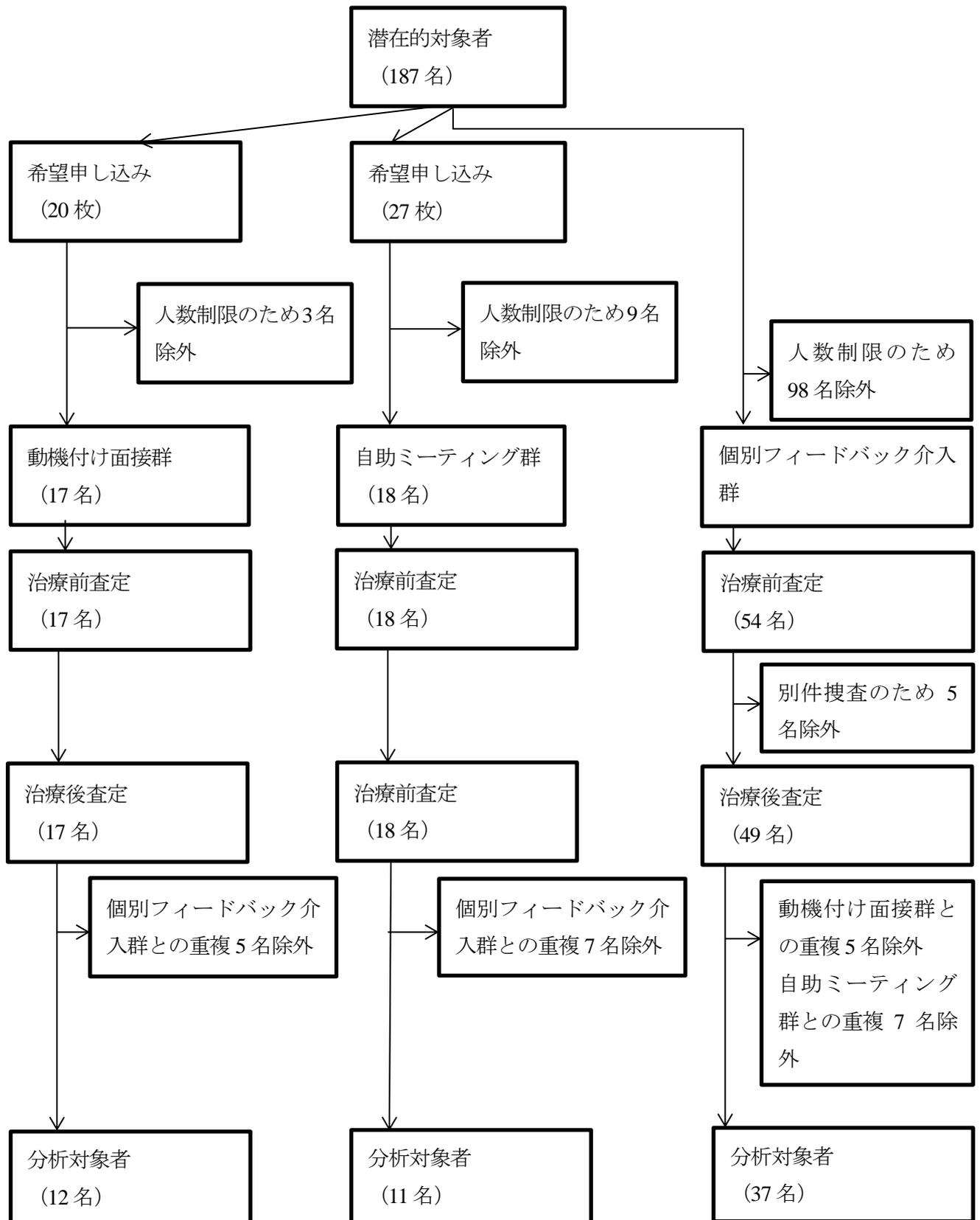


図 A-2-1. 対象者割り当て（非無作為）の流れ図：何名かの対象者は複数のプログラムを受講しているため、人数が全体の合計と合わない。

別フィードバック介入を受講していた。彼らも除外された。そのため、余りの11名が自助ミーティングの参加者である。つまり、合計60名が最終的な対象者である。

60名の分析対象者の特徴を表A-2-1に示す。平均して、彼らは44歳であり、3.2年の懲役刑を受けており、成人の刑務所に4.1回入っている。ほとんどの者は中学校卒業（教育年数9年）もしくは高校を中退している。

60名の内、2名は外国籍であるが、他は日本籍である。50名は薬事犯が主罪である。（内訳：覚醒剤取締法違反（47名）、向精神薬取締法違反（2名）大麻取締法違反（1名））。一方、他の10名は薬物の影響下で犯罪行為（窃盗など）をした者である。

日本で最も流通している違法薬物は、シンナー、大麻、及び覚醒剤（メタンフェタミン系及びアンフェタミン系）であり、ヘロインやコカインなどはあまり流通していない。そのため、本研究ではこれら3種類の薬物使用に限定して調査を行った。調査結果から、彼らの覚醒剤の平均30回を越えているため、ほぼ毎日使用していると考えられる。また、現在の年齢から使用開始年齢を引くと、23年であるため、彼らの使用歴は約23年と考えられる。彼らの使用頻度及び使用歴を考慮すると、彼らは薬物を繰り返しかつ慢性的に使用しており、遊びで単発的な使用ではないと言える。彼らは重度の薬物依存症患者であり、平時であれば常に薬物の影響下にあると考えられるが、日本の刑務所内では覚醒剤を入所することが困難なため、プログラム受講時は素面であったと考えられる。

#### b-2) 治療デザイン

全ての治療は北陸地方の刑務所で実施された。同刑務所は再犯者を対象にしており、約750名を収容する。動機付け面接法は2014年3月から同

年8月まで隔週で実施された。また、自助ミーティングは同年3月から9月まで隔週で実施された。それぞれの治療は午前の部と午後の部があったため、この期間には4つの集団療法が行われていたことになる。各セッションは概ね90分である。

表A-2-1. 対象者の基本的特徴（セル内は平均値もしくはパーセンテージを表す。()内は標準偏差を示す。）

	動機付け 面接法	自助ミ ーティ ング	個別フ ィー ドバ ック
	12名	11名	37名
年齢	38(8.9)	42.7(11.3)	47.6(12.1)
懲役年数	3.0(1.1)	4.9(2.3)	2.9(1.4)
入所回数	3.1(2.1)	4.4(3.7)	4.4(2.4)
教育年数	9.7(1.8)	10.3(2.1)	10.0(1.5)
受講回数	9.2(4.0)	10.4(2.2)	5.8(0.7)
薬物使用 経験			
シンナー	75%	55%	68%
大麻	75%	82%	51%
覚醒剤	92%	91%	95%
薬物の 開始年齢			
シンナー	14.5(1.5)	14.3(0.8)	14.8(1.5)
大麻	18.3(1.9)	19.4(4.9)	22.1(7.4)
覚醒剤	20.1(4.6)	20.9(5.7)	22.1(7.1)
薬物の月 間使用頻 度			
シンナー	19(30.2)	43.2(45.8)	35.8(37.8)
大麻	2(1.1)	38.5(82.3)	18.2(34.4)
覚醒剤	65.2(47.3)	47.0(45.1)	41.8(37.9)

個別フィードバック介入には前半と後半のグループがある。前半は2014年3月から同年5月まで

であり、隔週で6回の手紙を受け取った。後半は同年6月から8月までであり、手紙の内容は同じである。

動機付け面接法では83%の対象者が、自助グループでは81%の対象者が全てのセッションのうちの7割以上を受講していた。同様に、94%の個別フィードバック対象者が70%以上の手紙を受け取り、返信していた。

本研究は北陸地方の刑務所の審査委員会及び大学の倫理委員会から認可されている。対象者は下記の質問紙を治療開始前と開始後に記入した。

### b-3) 質問紙（治療開始前と治療開始後）

薬物使用のリスクを査定するために、対象者は刑事施設における薬物依存者用評価尺度(C-SRRS)を記入した。本尺度は病院患者を対象にした質問紙を収容者向けに改訂したものである。41個の質問項目があり、5件方である。「薬物を使用してしまう心配と意図」は11項目からなり、このスコアが高いほど、使用リスクが高いとされている。

本尺度は日本の60箇所の刑務所に入所している712名の薬事犯者を対象に妥当性が確認されている。例えば、「薬物を使用してしまう心配と意図」は薬事犯罪の入所回数と正の相関がある。本研究の対象者でも同スコアの信頼性係数(クロンバック $\alpha$ )は.93であり、内的一貫性は高い。

また、抑うつ度を測定するために、Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)を使用した。この尺度は世界中で使われており、日本でもその妥当性が確認されている。本尺度は健常な対象者及び抑うつ患者の両方で有効性が確認されている。本研究での $\alpha$ 係数は.83であり、内的一貫性は高い。

### b-4) 治療方法

動機付け面接群：研究A-3の治療マニュアルを参照すること

自助ミーティング群：「新しい人生」「フリートーク」「この一年を振り返って」「無力さ」「目標」というテーマで話し合った。また、家族会の代表が対象者に対して自身の経験談を講演する会もあった。

これらのミーティングに加えて、スキルトレーニングも行われた。条件反射制御法、薬物の再使用を止める方法(KJ法)、再使用を止める方法(ロールプレイ)、危険な場面で再使用を止める方法(ロールプレイ)

個別フィードバック介入群：研究A-1の方法を基にしているが、若干の変更がある。1つは条件反射制御法が加わり、精神症状などの解説が削除された点である。

治療者：動機付け面接法は臨床心理学専門の准教授が全て行った。彼は面接法のマニュアルを作成した経験がある。自助ミーティングについては、自助ホームで生活する4名が行った。2名はそのスタッフであり、他の2名はその居住者である。スキルトレーニングについては教育専門官が行った。個別フィードバック介入についてもこの専門官が行った。

## c) 結果

### c-1) 記述統計量

表A-2-1に動機付け面接法群、自助ミーティング群、個別フィードバック介入群の3群間の差を示す。表からも分かるとおおり、覚醒剤、大麻、及びシンナーの開始年齢に有意な差は無かった。

一方、動機付け面接法群は個別フィードバック介入群よりも有意に若かった。また、自助グループ群は他の2群よりも、有意に長い懲役刑を受けていた。これらの結果から、3つの群は治療開始

前に有意な差が有り、これらの変数が治療効果に影響を及ぼすと考えられる。

#### c-2) 群間の治療効果の確認

図2に示すように、動機付け面接法群及び自助ミーティング群は個別フィードバック介入群よりも治療効果が優れていた。

図3からも分かる通り、動機付け面接法群及び自助ミーティング群は治療前よりも治療後の方が、薬物使用のリスクが低く出ている。

#### d) 考察

本研究は、非無作為化統制実験を基に動機付け面接法、自助ミーティング及び個別フィードバック介入の治療効果を比較した。

動機付け面接法及び自助ミーティングは仮説通り、治療前よりも後の方が、薬物の再使用リスクが低かった。しかし、本研究は非無作為化実験であり、治療前に群間に有意な差が多くみられるため、様々な要因が交絡している、と考えられる。そのため、本データだけから、治療効果について結論を得ることは難しい。

本研究データを効果検証の最終的産物と捉えると、本研究知見はほとんど価値が無い。なぜなら、治療デザインがほとんど統制されておらず、交絡要因が多いため、一貫した結論がほとんど導き出せないからである。

一方、本研究データを司法矯正領域における効果検証の初めの一步と捉えるならば、一定の価値は見出せる。司法矯正領域において、治療効果を比較した研究は数が少ないため、治療効果の比較に関して、実質的な議論が出来なかった。本研究が新たな前例になれば、司法矯正領域における他の研究者も発表し易くなり、そういった発表のし易さが治療効果の比較を可能にするだろう。これらの比較検討を続けることによって、大規模な無

作為化統制実験を行う研究が今後可能になると考えられる。

図 A-2-2. 「薬物を使用してしまう心配と意図」における治療群間の差

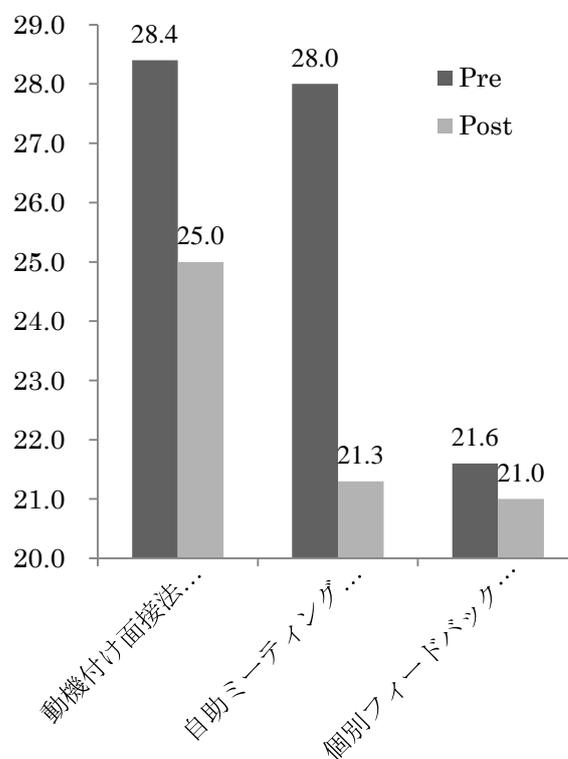
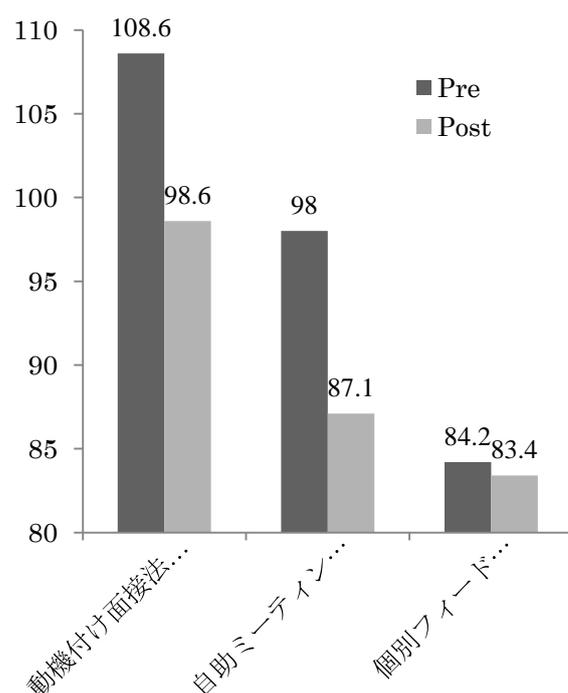


図 A-2-3. 薬物依存者用評価尺度における治療群間の差



本研究には非無作為化デザインのため、数多くの問題がある。例えば、動機付け面接法群及び自助ミーティングは自発的参加が前提であるが、個別フィードバック介入群はそうではない。個別フィードバック介入群の低い動機付けが治療効果に影響を与えることは十分に考えられる。加えて、自助ミーティングにはスキルトレーニングが混入したため、自助ミーティングの効果とスキルトレーニングの効果を分けて解釈することが難しい。対象者の人数が少なく、また、群間の比率が等しくないことは統計的な誤りを生むだろう。また、質問紙だけで効果を検証することも社会的望ましさのバイアスを生むと考えられる。

こういった限界はありながらも、本研究は動機付け面接法が日本の薬事再犯者に対しても有効であることを示唆する。無作為化統制実験が今後は必ず必要であるが、本研究の知見はそのためのひとつの準備となり得るだろう。

### 研究 A-3 動機付け面接法集団実施マニュアル

#### a) 問題と目的

動機付け面接法は、依存症患者個人を対象にした場合、治療効果があると報告されている。一方、動機付け面接法を集団に実施した場合、その治療効果の報告は限られている。

ミラーらによれば、動機付け面接法の集団実施には3つの問題点が指摘されている。1つは、集団療法の場合、個人が自分の話をする時間が十分に取れない、という点である。患者個人が薬物を止めるという発言をすることは、その後の患者の再使用の予防と関連しているという研究成果がある。そのため、患者個人で話す時間が短いことは、薬物を止めるという患者個人の発話量も減ってしまい、治療効果が見え難いだろう。

2つ目は、患者が自身の感情を話す、というのが集団場面では抑制されてしまうという点である。患者の感情を治療者が妥当化する、ということが動機付け面接法の主要な要点であるにもかかわらず、それが十分に含まれない、となると、その面接で治療効果を期待するのは難しいだろう。

3つ目は、治療者が集団を上手く統率できないという点である。違法薬物の使用は攻撃的行動や敵意、そして、反社会性人格障害とも関連している。そのため、薬事再犯者の多くは集団内の他のメンバーや治療者をたくみに攻撃すると考えられる。彼らの集団としての攻撃行動は時にとても強く、治療者は彼らと協働するのを難しく感じるだろう。概して、薬事犯者個人と協働するよりも、彼ら全体と協働することのほうが難しい。協働関係が築けない場合、その面接に治療効果を期待するのは難しい。

動機付け面接法の集団療法は先行研究で十分に発表されていないが、そのマニュアルを作成することは学術的・実務的にも価値があるだろう。まず、動機付け面接法の適用範囲を個人だけでなく、集団を含めることによって、同面接法をより一般化しうる治療法として示し得る。また、同じ患者数を治療する場合、集団療法は個人療法よりも時間が短く、費用がかからない。そのため、マニュアルの作成はより効率的な集団療法を多くの患者に実施することを可能にするだろう。

本研究では12回のプログラムを作成する。先行研究より、治療の期間が長く、かつ、面接回数が多いほど、依存症者には治療効果が出やすいとされている。そのため、12回、6ヶ月のプログラムはこれよりも短いプログラムより、効果を生み易いだろう。

また、我々のプログラムでは個人で話す時間も集団療法場面で設けている。この場面設定により、個人が自身の感情を話せることを促進した。加え

て、協働関係を作るための治療構造とマニュアルを設定した。この治療設定は治療者を守ると同時に、患者にも効果的な治療法を受けることを促すだろう。

次章以降では、協働関係を作るための構造とマニュアルを説明した後に、プログラムの中身を説明し、最後に本プログラムを心理学的観点から検討する。

### b) 薬事犯者と協働するための治療構造とそのマニュアル

#### b-1) 物理的及び社会的治療構造の設定

多くの薬事再犯者は攻撃傾向が高いため、彼らの攻撃行動を統制する治療構造が必要になる。本治療では2つの治療構造を設定している。まず、前半部(図 A-3-1)では、患者は渡された質問に基づき、自分自身のことを書くように促される。この治療構造は彼らが、周囲の誰かではなく、自分自身のことを話す準備をさせる。また、この構造は、患者ら同士の会話を最小限にさせる。(彼らの多くは、自分の所属している反社会的集団が行う犯罪行為(密売ルート、覚醒剤の値段、効き目など)について、お互いに密かに情報交換をしている。こういった情報交換は薬物使用をむしろ促してしまうため、最小限にしておく)。一方、この治療構造は治療者が彼ら個人に話しかけることを可能にするため、彼らの感情を妥当化し、動機付けを高めることを促すだろう。

後半部(図 A-3-2)では、車座になって、自分が書いた内容を自発的に話す。この構造には肯定的側面と否定的側面がある。肯定的側面としては、グループ内の会話がお互いの刺激になって、覚醒剤を止める話が自然に展開していくことである。否定的側面としては、彼らがお互いを邪魔して、攻撃や喧嘩に発展していくことである。彼らの攻撃や喧嘩を予防するためには、治療者は彼らのコ

ミュニケーションに注意を払う必要がある。例えば、ある患者が話しているときに、別の患者が小声で話そうとした場合、治療者は会話の統制者として、その小声で話した患者に即座に介入する必要がある。こういった行動は自身の攻撃や反撃のために別の患者が容易に真似してしまう。患者同士でお互いに馬鹿にしあうような目で見合ったり、相手を見下ろしたりすることが頻繁に起こったりしてしまうと、グループ場面は非言語の喧嘩状態になってしまい、治療的会話から離れてしまう。

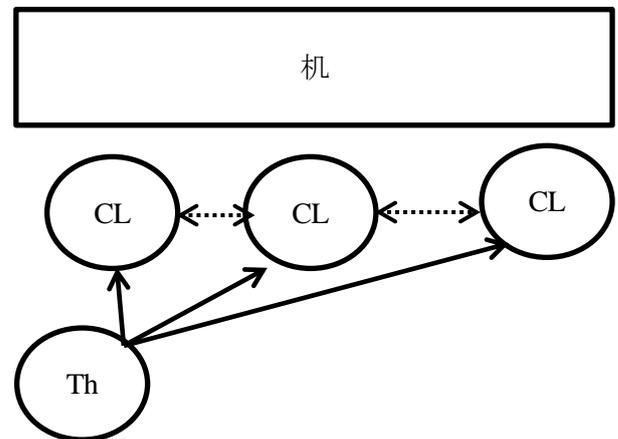


図 A-3-1. 前半の治療構造 (CLは患者の略。Thは治療者の略。実線部はその会話を促すことを意味し、破線部はその会話を妨げることを意味する。)

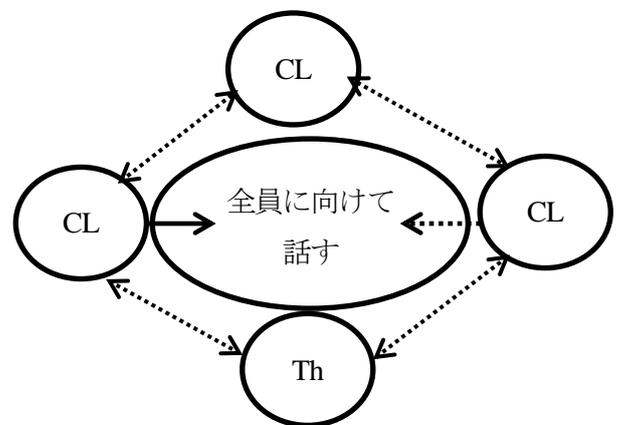


図 A-3-2. 後半の治療構造 (CLは患者の略。Thは治療者の略。実線部はその会話を促すことを意味し、破線部はその会話を妨げることを意味する。)

図 3-A-1 及び図 3-A-2 から分かるように、どちらの構造でも患者同士の会話を統制している。それは彼らの攻撃行動のエスカレートを最小限に食い止めるためである。攻撃行動は容易にエスカレートし易いため、治療者は初期段階で介入していく必要がある。

また、治療者が患者の攻撃行動を統制するためには、治療者は一定のルールを患者らと共有する必要がある。このルールを患者らも遵守してもらう必要があり、治療者の自己弁護はこのときのみ許容される。

基本的な説明は以下の通りである。「ルール 1、集団場면을安全なものにするために、メンバーはお互いに攻撃してはいけません。ルール 2、安全な場所で話すために、全てのメンバーは相手の話に敬意を払って聞きましょう。ルール 3、全てのメンバーの話す番が回るように、自分と相手の番に敬意を払いましょう。ルール 4、話しを有意義なものにするために、率直な話をしましょう。ただし、言いたくないことは言わなくても構いません。」

この4つのルールがない場合、メンバーはお互いに攻撃しあい易く、それは集団としての協働を阻害する。また、聞き手が話しを適当に聞いているような素振りは、話し手にとっては攻撃的な行動と受け取る可能性があり、そう受け取った場合、話し手は報復として同じことをその相手にする可能性がある。こういった報復の連鎖は集団での協働を容易に破壊する。また、集団療法でも個人が会話する時間が必要である。明確な「話す」番がないと、ある患者は話せるが、別の患者は話せない、ということがおきてしまう。何も話せなかった患者の治療効果は低下してしまう、と予想される。また、患者の動機付けは患者の実体験に基づく必要がある。偽りの体験談は実際の動機付けにほとんど関連しないため、患者の動機付けをほと

んど促さないだろう。

#### b-2) 治療者の心理的マニュアル

上記の物理的・社会的治療構造に加えて、治療者には、「変化を生む会話」をより促進するような、心理的マニュアルがある。

このマニュアルには3つの原則がある。1つは、患者が変化を生む発話をしたら、その発話を最大化する、ということである。変化を生む発話とは、変化する（覚醒剤を止める）ことの利益、変化しないことの不利益、変化に対する楽観的な態度、そして、変化に対する努力である。患者の変化を生む発話は彼自身が変化可能であるという考えを産み出し易くさせる。実際、変化を生む発話を多くする患者は依存症の程度が軽減することが報告されている。治療者は患者の発話に興味を示すことによって、患者の発話を増やすことが出来る。そのため、治療者は患者の発話に興味を示すことで、患者の変化を生む発話を最大化することが出来る。

2つ目の原則は、変化を拒む発話は、それを最小化しながらも、その発話を肯定的に評価し、意味づけを変えることである。変化を拒む発話（覚醒剤を止めない）とは、変化することの不利益、変化しないことの利益、変化することに対する悲観的な態度、及び、変化しないことに対する努力である。この発話は患者が自分自身で変化しない、という思考を産み出し易い。実際、この発話が多いほど、患者の再使用率が上昇する。また、1人の変化しない発話は容易に他のメンバーの発話に伝染する。例えば、覚醒剤をしたときの快感について患者らが話すとき、お互いに快感を覚え易く、如何に自分が快感をより覚えたかを互いに競って言い易い。これらの発話は治療には逆効果とされているため、この発話を最小化する必要がある。

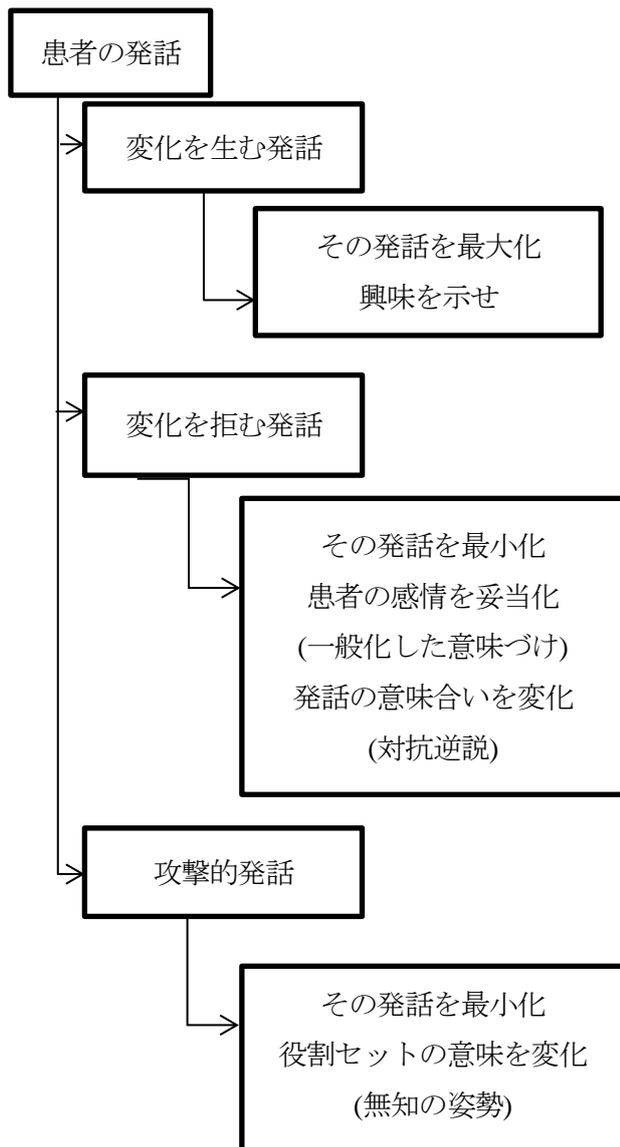


図 A-3-3. 薬事犯者に対する治療者の対応マニュアル

その一方で、彼らの変化を拒む発話は、彼ら自身の薬物に対する感情を表している。彼らの動機付けを高めるためには、彼らの感情を妥当化することが必要である。そのため、治療者は彼らの感情を妥当化する必要があり、一般化した意味づけ（ノーマライゼーション）が有効である。例えば、患者が「俺はクスリを止められない！」と言った場合、治療者は「あなたの感情は全くその通りだと思います。多くの方たちが覚醒剤を止めようとしたとき、あなたと全く同じ感情を抱いたと思

ます。時間はかかりますが、ゆっくりやっていきましょう」などと答える。

また、変化を拒む発話は治療を阻害する内容ではなく、むしろ、促進する内容である、という意味づけに変える必要がある。患者の率直さに敬意を払うというのが、彼らの感情を妥当化し、意味づけを変化させるのに最も有効だろう。例えば、患者が「覚醒剤をやると気持ちいいんだぜ。どうして止める必要がある？」と言った場合、治療者は「あなたはとても正直な方だと思います。そして、その正直さというのが、グループワークにおいてもっとも大事なことになります。というのも、自分の感情を知ることが自分の現状を知る、最も大事な手段だからです」と答える。この治療者の答え方は患者の意味づけを変える。もし、患者が変化を拒む発話を続けようとする、それはグループワークに積極的に参加している、ということの意味する。一方、患者が発話を止めた場合、治療者は別の患者の変化を生む発話に焦点を当てる事が出来る。そのため、患者が話すのを続けても、続けなくても、治療者はグループワークを勧める事が出来る。概して、治療者がこのように対応すると、多くの患者は発話することを止める。

3つ目の原則は、攻撃的発話を最小限にし、かつ、その意味付けを変える、ということである。攻撃的発話には、治療者や他の参加者への攻撃が含まれている。多くの患者は治療者の立場について攻撃しようとしてくる。例えば、「あんたは覚醒剤使ったことあんの？（治療者は無いと答える）じゃあ、俺たちのことわかんねえよ。」と言ったり、また「ムシヨ（刑務所）で話しても意味はねえよ。ここじゃやれねえんだし。やるのは外なんだし」と言ったりする。最悪の応答の仕方は、治療者の自己弁護である。治療者の自己弁護の発話は実際、治療効果がほとんどない。

最も良い応答は、無知の姿勢で対応することで

ある。無知の姿勢とは、治療者が患者の問題から学ぶ姿勢でいる態度のことを示す。この態度は、治療者が患者の問題についてほとんど知らない「素人」であるため、治療者はその問題を良く知っている「玄人」の患者から学ぶ、ということを前提にしている。例えば、治療者は「あなたの問題を私は実はよく分かっていないのです。あなたの問題を最もよく知っているのはあなた自身で、次によく知っているのはここにいるメンバーの方でしょう。」「話すというのはとても弱弱しいものです。ただ、以前の受講者の中にはこの話し合いがとても役立ったという方もいらっしゃって、その方にはとても良かったようなんです。ただ、私も実際のところその効果についてはあまり分からないんです」と答える。こういった返答は、グループが治療者の役割を攻撃する機会を減らしていく。

また、患者の攻撃的会話は治療者が薬物治療の専門家で、彼らはどうやって止めたらいいいのか分からない、という立場を前提にしていることが多い。治療者の無知の姿勢は彼らの前提を覆すだろう。なぜなら、治療者の反応は、患者が素人ではなく、玄人の役割で話す立場であり、治療者が素人の立場で聞く役割であるということを示すからである。この暗黙の役割セットは、彼らの治療者の権威に対する攻撃機会を減らすだろう。なぜなら、問題についての権威は治療者ではなく、患者自身であることを前提しているからだ。また、この役割セットは患者が話して、治療者が聞くという協働関係を促すだろう。

### c) プログラムの中身

上記の治療構造とマニュアルに加えて、本プログラムには12回のセッションがある。全てのセッションは患者の目標達成を促し、かつ、現状を変えようとする患者の動機付けを高めることを目的

にしている。具体的な目標設定は変化への動機付けを高め、変化への動機付けの高さは具体的な目標設定を可能にする。

そのため全てのセッションはお互いにかなり関連しているが、ここでは便宜的に目標設定に着目したセッションと動機付けに着目したセッションとに分けて説明する。

#### C-1) 目標設定 (表 A-3-1 参照)

患者の目標を、出所してから数年後の生活と設定した。彼らの目標は薬物使用だけに限定されてはならないし、刑務所の中で限定されてもならない。薬物使用は生活習慣の問題と関連しているため、彼らの目標は社会の中の日常生活と関連した形で設定される必要がある。また、その目標は具体的で、彼ら自身や治療者が容易に評価できるようにしておく必要がある。第2回目では出所後の目標設定を聞いている。この質問では様々な日常生活を聞いており、現状についても主観的な評価を促している。

また、具体的な目標には、具体的な方法が必要である。そのため、これ以降のグループでは、彼らが具体的な方法を見つけるように配慮し、その方法は、新奇なものではなく、彼ら自身が既に見つけているものに着目した。

例えば、第3回では彼らが覚醒剤を使用しなかった期間を聞いている。この期間には覚醒剤を止めようとして実際に成功した手法が数多く残されている。彼らが実際に成功した手法こそ、覚醒剤を止めるのに最も有効な手法である。治療者はそのため、詳細に彼らの経験を聞いていく必要がある。詳細な聞き取りによって、彼らは自分自身の有効な手法に気付いていく。また、第4回では対処方略に着目している。ここでも焦点は、彼らが既に見つけている対処方略である。そのため、対処方略も各患者の個人的経験に拠る必要がある。

第9回では、彼らが危険な状況だったにも関わらず、実際に使用しなかった場面を聞いている。この回では、治療者は彼らの例外的な対応を聞いていく必要がある。10回及び11回でも同様に彼らの対応を聞いている。するときとしないときとの違いが小さくなればなるほど、彼らは見つけにくくなるが、小さいほど有用である、というのも事実である。例えば、注射器などの道具が無かった、というものは分かり易いが、彼らはいつでも入手可能なため、出所後にこの違いを活かすのは難しい。一方、たまたま前日に息子から電話があり、その息子の声を思い出したときに、覚醒剤を使わなかった、という例の場合、息子を思い出すだけで覚醒剤を止めることが出来た方法であるため、出所後にも活かし易い（息子に電話する、など）。

表 A-3-1. 集団療法における各回のテーマ

回	質問内容
1	1-1.このグループに参加した理由を教えてください
1	1-2.これまで覚醒剤を止めようとしてされてきたことを教えてください
2	2-1 出所してから数年後、どのような生活をしていきたいですか？(居住地、友人、家族、仕事、趣味、覚醒剤、その他の習慣)
2	2-2. 出所してから数日後、どのような生活をしていると思いますか？(居住地、友人、家族、仕事、趣味、覚醒剤、その他の習慣)
2	2-3. 2-1 と 2-2 の間で何か違いはありますか？また、その違いを徐々に埋めていくために、やりたいことはありますか？.
2	2-4. 現状を数値化してください。1(最悪) to 10 (2-1 のような状態)

3. 3-1.覚醒剤を止めていた期間で最長の生活を教えてください(懲役期間やクサリを抜いていた期間は除く)
- 3-2.止めていたとき、どんな生活をしていましたか？(居住地、友人、家族、仕事、趣味、覚醒剤、その他の習慣)
- 3-3.覚醒剤を使用していたとき、どんな生活をしていましたか？(居住地、友人、家族、仕事、趣味、覚醒剤、その他の習慣)
- 3-4. 3-1 と 3-2 の間で何か違いはありますか？また、この違いを知った上で何かやってみたいことはありますか。
4. 4-1. 覚醒剤を止めていた期間で最長の対処行動
- 4-2.止めていた期間中に、無性に覚醒剤をやりたくなったことはありませんか？どういう状況でしたか？(時間、場所、そのとき居た人、覚醒剤、直前に見た(聞いた、匂った)もの)
- 4-3. あなたは、この危険な状況をどうやって切り抜けたのですか？
- 5 5-1.手紙をくれたり、面会に来てくれたりする人を思い出してみてください。(受刑者同士はなしにしてください)
- 5-2. こういった人たちからの手助けで、2-1 で言ったような目標の実現に役立ったことを書いて下さい。
- 5-3. その人への手紙として、下書きを書いてみましょう。
- 6 6-1. あなたが大切にしている人で、その人がいなくなると気分が乱れてしまう人を思い出してみてください。
- 6-2. その人はどのようにあなたの人生に影響を与えましたか？具体的なエピソードを書いてみてください。

- 6-3. その人に薬物使用の話をしたら、その人は何と言いますか？想像で構いませんのでその人の反応を書いてみてください。
- 7 7-1. クスリをすることの利益  
利益 7-2. クスリをすることの不利益  
不利  
益
- 8 8-1. クスリを止めることの利益  
利益 8-2. クスリを止めることの不利益  
不利  
益
- 9 9-1. クスリを頻繁に使用していた場面を思い出してください。(時間、場所、そのとき居た人)  
危機回避  
状況 9-2. その場面になったにも関わらず、クスリを使わなかったときを思い出してみてください。必ずあります。それはいつもと何が違いましたか(大きな違い、小さな違い、とても小さな違い)  
9-3. この違いをどういう風に使っていきそうですか
- 10 10-1. 薬を使う前の状況(やりたい気持ち5%ほど)を教えてください(時間、場所、人、思考、感情、行動、覚醒剤)  
危機回避  
技術 10-2 薬を使う前の状況(やりたい気持ち30%ほど)を教えてください(時間、場所、人、思考、感情、行動、覚醒剤)  
10-3 薬を使う直前の状況(やりたい気持ち95%ほど)を教えてください(時間、場所、人、思考、感情、行動、覚醒剤)  
10-4. やりたい気持ちが5%だったにも関わらず、やらなかったことはありますか？また、やりたい気持ちが30%
- 11 11-1. 前の刑務所を出てから、どのくらいの期間覚醒剤を止めていましたか？  
再発防止 11-2.止めている期間はどのような生活でしたか？(居住地、友人、家族、仕事、趣味、覚醒剤、平日、週末)  
11-3 1回使ってから、どのくらいの期間覚醒剤を使いませんでしたか？  
11-4.その期間はどのように生活していましたか？(居住地、友人、家族、仕事、趣味、覚醒剤、平日、週末)  
11-5. 11-2 と 11-4 の違いはありますか？  
11-6. その違いをどのように活かしていきますか？
- 12 12-1. 出所後どういった生活を送って今後  
の生活設計 12-2. 覚醒剤をとめるためにはどんな方法が有効ですか(居住地、友人、家族、仕事、趣味、気持ち、行動、思考、覚醒剤、平日、週末)  
12-3. 現状を数値化してください。  
1(最悪) to 10 (2-1のような状態)
- 
- C-2) 動機付けを高める (表 A-3-1 参照)  
覚醒剤の使用は生活習慣の問題でもある。そのため、患者が現在の生活習慣を変えようとする動機付けが薬物使用を止めるのに最も有効な要因になる。彼らの動機付けを高めるためには、治療者は彼らの変化を生む発話に焦点を当て、彼らの変化したい、という欲求を社会的、言語的に構成していく必要がある。また、彼らの変化したい、と

いう欲求の発話は、彼らに変化する際の理由付けの発話よりも、より治療効果を示している。したがって、治療者は患者の情緒を肯定し、かつ、彼らの欲求を含んだ情緒表現を促す必要がある。以下のセッションでは彼らの情緒を妥当化し、変化を生む会話を促すことを目標にしている。

例えば、第1回では、グループワークに参加した理由を尋ねている。この回でもっとも大事なことは彼らの理由付けを妥当化することである。いかなる理由も彼らの情緒表現のきっかけになる。実際、治療者が患者の感情を妥当化すると、患者はより情緒表現をするようになる。また、彼らの理由付けを患者個人の意味づけとして捉えることも重要である。個人的な意味づけは個人的な感情に患者が気付くことを促す。6回目のセッションで患者は情緒的に患者を支援してくれる人を思い出している。特に彼らの重要な他者、例えば祖母や子どもは彼らが覚醒剤を止めたいという気持ちを表す際にとっても有効である。実際、ある患者は「覚醒剤を自分のために止めるのは無理だ。けど、子供のためなら止められる」と言っている。また、7回目と8回目では覚醒剤の長所と短所を検討している。こういった冷静な検討をすると、多くの患者が覚醒剤を止めたほうが長期的には得をすることが多く、止めたいと発話するようになる。12回目では、彼らは将来の人生設計を書いている。彼らが自ら書いた人生設計は他人が書いたものよりも自分自身で実行しようとする動機付けを高める。

#### d) 考察

ここでは、プログラムの中身を個人の心理学的観点から考察してみる。

##### d-1) 患者の観点

患者の視点からすれば、覚醒剤を使うというのは快感の瞬間であり、その瞬間は未来や過去のこ

とをと考えていず、ただ現在の快楽を求めている。そのため、彼らは近視眼的な視点に立てば立つほど、覚醒剤をし易くなる、とも考えられる。本プログラムでは、彼らの視点をより長期的なものに変えるような働きかけをしていた。というのも、多くのセッションが彼らの出所後の将来設計と過去の成功した経験に基づいていたからである。彼らが覚醒剤の使用を考えたとき、こういった将来設計が頭によぎれば、彼らは覚醒剤の使用を思いとどまるとも考えられる。なぜなら、刑務所に再入所するのは誰もが避けたいからである。

また、覚醒剤を使用している瞬間は他者のことを配慮せず、自己の快楽のみを追っている。彼らの自己の快楽を追及した思考というのは、本プログラムで多少とも変化した可能性がある。というのも、彼らに重要な他者を探そうに促したからである。こういった他者志向の観点は、覚醒剤の使用を止めるのに役立つだろう。実際、彼らの多くは子どもや親の前で覚醒剤を使用することはほとんどない。

##### d-2) 治療者の観点

薬事再犯者は攻撃的であり、かつ、両価的なことが多い。そのため、治療者は彼らと協働するのが難しく感じ易い。特に彼らが言語的に治療者を攻撃したり、再使用を報告してきたりした場合、治療者は怒りとストレスを感じる。治療者が患者に対して直面化をするのは、患者のためというよりも、治療者の怒りやストレスの発散に近いだろう。したがって、患者への直面化は治療者の精神的健康にはよいかもしれないが、患者の健康には関連しないだろう。先行研究では、患者との協働関係が重要である、ということとはたびたび指摘されているが、具体的にどのように協働関係を築くのか、ということについては説明されてこなかった。本プログラムは治療構造とマニュアルを提示

しているため、効果的なグループセラピーの実施に有効であろうし、治療者を患者の攻撃から守ることも可能になるだろう。

#### d-3) 限界

本研究は男性の薬事再犯者を対象にしている。そのため、女性の薬事再犯者に適用可能かどうかは分からない。特に女性の再犯者には、育児役割など家庭内での役割を重視する患者が多い。したがって、女性を対象にしたセッションでは、彼女らの家族役割などについて話し合うセッションを入れたほうがいだろう。また、本研究は薬物使用者を対象にしており、薬物密売者を対象者にはしていない。密売者は薬物売買によって収入を得ているため、彼らが売買を止めた場合同時に収入を失うことも意味する。こういった密売者に対しては雇用環境や就労についてのテーマを再設定する必要があるだろう。

### 研究 B-1 帰住地が薬事再犯率に及ぼす影響

#### a) 問題と目的

出所後に帰る居住地（帰住地）は、出所後の社会復帰を促すと考えられている。実際、青少年の場合、帰住地がある者は無い者に比べて社会復帰し易く、再犯しにくい。

しかし、帰住地の効果は薬物事犯に対しては、両義的である。帰住地があると社会復帰を促す、という立場は、そこでの生活が本人の安定した生活に寄与し、薬物依存から離脱し、就労を促すと考えている。

一方、帰住地があると薬物使用が促進され、社会復帰が進まないという立場もある。というのも、本人の家族が本人のためを思って、薬物に使用するお金を与えてしまったり、薬物使用によって被った被害を本人の代わりに支払ってしまったたりし

てしまうからである。

そのため、帰住地の効果は成人の薬物使用者に対しては未だ良く分かっていない。本研究では薬物使用で入所している受刑者に対して、入所時に帰住地の有無を尋ねた。出所してから平均3年を経過した後、彼らの再入所率を確認した。

仮に帰住地が社会復帰を促すとした場合、帰住地のある者は無いものに比べて再犯率が低いと考えられる。一方、帰住地が社会復帰を阻害とした場合、帰住地のある者は無いものに比べて再犯率が高いだろう。

#### b) 方法

潜在的対象者は2010年11月に北陸地方の刑務所に入所していた849名の男性受刑者である。彼らのうち、223名は薬事犯を犯していたため、この223名が選ばれた。223名の内、27名は追跡出来なかった。17名は2014年12月の段階で未だに入所中であり、8名は国外追放されており、1名は入所中に死亡し、1名は記録で確認出来なかった。そのためこの27名を除いた196名が本研究の対象者である。彼らは2010年11月に入所しており、2014年12月までには退所しており、かつ、日本国内に居住することを許可されたものである。196名のうち、193名は日本国籍であり、他の3名は外国籍である。

評価手続き：対象者は入所時に帰住地の有無を刑務官から調査された。

追跡方法及び解析法方：研究 A-1 と同じ。

倫理的配慮：本研究は北陸地域の刑務所の審査会及び地方私立大学の倫理審査委員会の療法において実施が認可されている。

#### c) 結果

##### c-1) 記述統計

対象者の年齢、帰住地の有無、教育年数、暴力

団への所属、及び入所回数との間の相関関係を確認した。年齢の増加と入所回数の増加には正の相関が見られたが、そのほかについては有意な相関は見られなかった。

追跡期間とこれらの諸変数との関連も確認したが有意な関連は見られなかった。

196名のうち、61名は出所後3年以内に入所しており、その内の56名は覚醒剤法取締違反であった(表B-1-1参照)。彼らは平均して450日社会で暮らした後、980日の懲役刑を受けていた。

表 B-1-1. 対象者の特徴

	平均	標準偏差
年齢	41.8	10.8
教育年数	9.9	1.2
入所回数(成人刑務所 のみに限定)	3.5	2.4
懲役期間 (月)	39.1	19.6
追跡期間 (月)	34.9	11.1
	有り	%
薬事再犯	61名	31.1
全再犯	79名	40.3
暴力団の所属(現役)	51名	26.0
帰住地	137名	70.9

#### c-2) 帰住地の効果

図B-1-1からも分かるとおり、帰住地がある者は無いものに比べて、薬事再犯をし難いことが示された。全再犯率を指標にした場合も同様の傾向が確認しえた。

#### d) 考察

本研究の結果から、帰住地は薬事再犯者の薬事再犯率及び全再犯率の低下と関連することが示し

うる。

しかし、本研究では因果関係は不明である。帰住地の環境が本人の再犯行為を低下させるのか、それとも、本人の再犯傾向の低さが帰住地を得やすくさせるのかは分からない。

今後は、帰住地の無いものを対象にして、帰住地の新たな設定が対象者の再犯率を低下させるかどうかを検討する必要がある。

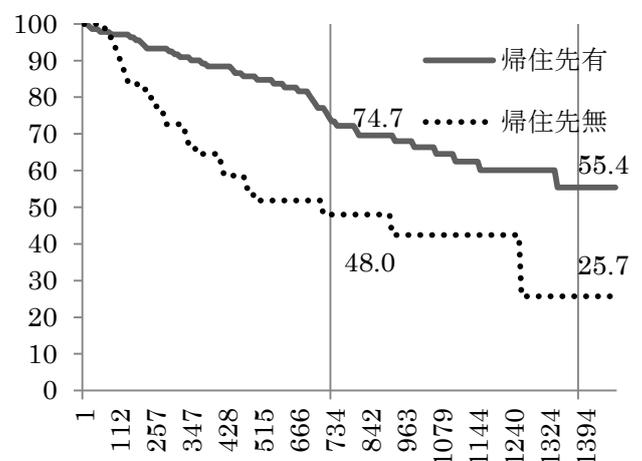


図 B-1-1. 帰住地別の薬事再犯率の違い

(縦軸は薬事再犯をしなかったものの割合：横軸は出所後の社会での生活日数)

## 研究 B-2 社会復帰プログラムの効果

### a) 問題と目的

近年、懲役刑は厳罰化・長期化する傾向にある。そのため、出所者も高齢化する傾向がある。高齢化した出所者は家族が生存している可能性も低いいため、身寄りが無いことが多い。

こういった身寄りの無い高齢受刑者にとって、一般社会は刑務所よりも住み難いことが多い。というのも、刑務所内では最低限の食事、住居、衣服、衛生、医療などが保障されているが、彼らが出所した社会ではこれらの保障は何も無い。

そのため、高齢受刑者は出所するとすぐに入所

する、ということを繰り返してしまう。実際、日本の65歳以上の受刑者は1986年から2012年にかけて、371%増加している(全体の受刑者数は28%も減少しているにも関わらず)。

高齢者の再犯は彼らに犯罪傾向があるという個人的要因とは別に、出所後の一般社会に彼らを受け容れる環境が無い、という環境要因も考えられる。

環境要因を仮に整えた場合、例えば住居や食事や医療を一般社会で整えた場合、彼らは再犯しなくなるのであろうか?それとも、再犯傾向という個人内の特徴が強いために、こういった環境調整にも関わらず、再犯をするのだろうか?

本研究では、高齢受刑者にケースマネージャーが付き、出所後の彼らの居住地や生活環境を整える。この介入を受けたものはそうでない者に比べて、再犯率が低いと予想する。

## b) 方法

### b-1) 対象者

対象者は25名の男性受刑者であり、全員が65歳を超えており、出所10ヶ月前までに帰住地が無かったものである。表B-2-1より、彼らはこれまでの懲役刑で平均14.4年間刑務所に住んでいる。彼らは1回の懲役で平均1.9年の刑を受けてきた。76%の者が財産犯である。

刑務所内で勤務する内科医及び外部機関の医師(癌専門医や外科医など)の診療記録を国際疾病分類10版に基づき、分類した。

対象者の80%が高校を卒業していなかった。また、1名は小学校も卒業していなかった。一方、3名は大学を卒業していた。彼らは複数の疾患を持っており、循環器系の疾患が最も多かった。

受講群と非受講群との間に年齢、教育水準、疾患数、入所回数、前刑務所から今までの再犯期間、主罪名、懲役期間は差が無かった。

### B-2-1. 対象者の特徴

	受講群	非受講群
	10名	15名
年齢	71.6	68.1
教育水準	3.4	3.8
入所回数	7.8	7.8
再犯期間(日)	190	347
懲役期間(日)	741	670
全懲役期間(日)	5463	5148
疾患種別	有病率	有病率
循環器系	70%	80%
泌尿器系	30%	46%
呼吸器系	30%	33%
消化器系	20%	33%
感染症	20%	26%

### b-2) 介入

対象者全員に対して心理学者が話しかけ、出所後の生活について尋ねた。全員に具体的な居住地が存在しないことを確認したあと、患者らに対し、高齢者向けの福祉制度によって一時的な居住先、金銭、及び職業斡旋が受けられる旨を説明した。25名のうち、10名は福祉制度を使うことに同意したが、他の15名は制度を使うことを拒否した(「自分のことは自分です」:7名)「家がある(実際には存在しない):7名」「理由なし:1名」。そのため、初めの10名が受講群であり、残りの15名が非受講群である。

受講群はケースワーカーのインタビューを受け、彼らの希望した都道府県内でどういった福祉サービスが受けられるか説明を受けた。また、刑務所内のケースワーカーは各都道府県のケースワーカーに事情を説明し、彼らが出所すると同時にサービスを受けられるように各地域で取り計らうよう依頼した。そのため、受講群は出所した直後から、

彼らを受け容れる居住場所及びケースワーカーが予め準備されていることになった。一方、非受講群はこのようなサービスを受けなかった。

### c) 結果

#### c-1) 調整の効果

25名の出所者の内、6名が111日以内に再入所していた。5名の罪名は財産犯であり(窃盗4名、詐欺1名)、1名は傷害である。6名全てが非受講群からなり、受講群はいずれも再犯していなかった。図B-2-1からも分かれるとおり、受講群は非受講群よりも再犯し難かった。

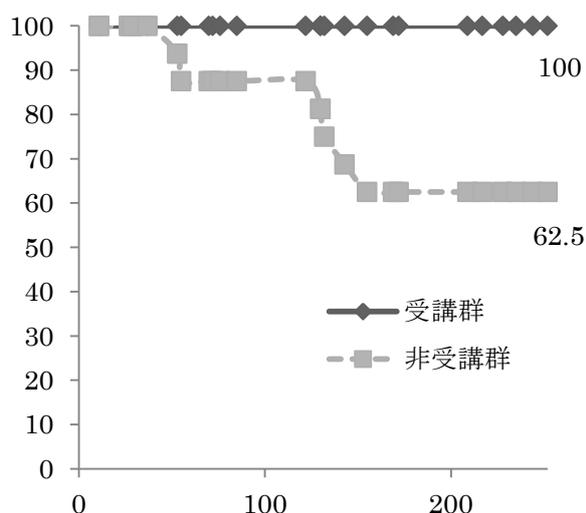


図 B-2-1. 受講群と非受講群における再犯率の違い(縦軸は再犯しなかった確率。横軸は社会で生活していた日数)

### d) 考察

本研究は高齢犯罪者の実態と環境調整の効果に対する探索的な研究である。高齢受刑者の疾患数は一般社会の高齢者よりも多かった。先行研究からも指摘されているように、高齢受刑者の健康状態は一般の高齢者よりも悪いことが推測しうる。彼らの健康状態は彼らが司法矯正の対象者ではなく、むしろ医療福祉の対象者であることを示唆す

る。

また、高齢犯罪者に対して、居住地及びケアマネージャーなどの物的・人的資源を投入した結果についても示唆的である。こういった資源を有効に使った場合、彼らの再犯は防止しうることが予測しうる。

本研究は対象者数が少ない非無作為化統制実験のため、研究成果の解釈は慎重になるべきである。特に福祉制度の利用を拒絶した対象者はそうでない対象者と個人的特徴が違った可能性が考えられる。こういった個人的特徴が再犯率に影響を及ぼしたということは考えられる。

こういった限界はありながらも、本研究では福祉制度の利用によって、高齢受刑者の再犯が予防可能であることを示唆した。刑務所での収容費用が年間300万円必要であるのに対し、生活保護世帯に対しては130万円前後が必要である。そのため、高齢受刑者を刑務所ではなく、福祉制度に繋がった場合、財政的負担は少ないだろう。また、一般社会で安全に暮らす彼らの自由というのは、刑務所内での自由を奪われた生活よりも価値のあるものだろう。

## 3. 総合考察

以上、5件の研究に基づいて刑務所内での治療効果を再犯率との関連で検討した。以下、4つの提言をする

### 1) 個別フィードバック介入は大規模な実施が望ましい

個別フィードバック介入については、再犯防止に有効なことが無作為化統制実験に基づく追跡調査から確認された。手紙によるフィードバックは実施が容易なため、再犯者に対しては大規模に実施していくことが望ましい。

### 2) 認知行動療法及びダルクについては無作為化統制実験が今後必要

いずれの治療法も薬事再犯リスクを減らすことが考えられた。しかし、個別フィードバック介入、ダルク、認知行動療法の順に対象者の薬物依存症がより重症化していた。そのため、彼らの重症度を考慮せずに再犯率を追跡した場合、この順に再犯率が高くなると考えられる。今後は、重症の程度を査定した上で、治療群と待機群とを無作為に分けて、再度検討する必要がある。

### 3) 社会調整法についても無作為化統制実験が 今後必要

社会調整についても再犯防止に関する一定の効果が示唆された。しかし、この調整でも対象者が無作為に分けられていないため、その効果を明確に数値化することは難しい。

### 4) 効果検証のためには専門家との事前計画が 今後必要

効果検証を行う場合は、事前に綿密な治療計画が必要である。こういった計画を抜きにして実施したデータは、治療効果を示すデータとしては不十分であり、時に誤りですらある。再犯率低下の数値目標を効率よく実現するためにも、治療の効果検証が今後必要であり、外部の専門家が治療実施の前段階から、矯正領域と連携する必要があるだろう。

## 4. 本資金に基づいた研究成果

A-1)

Yokotani, K., Tamura, K. Effects of a Personalized Feedback Intervention on Drug-Related Reoffending: A pilot study. Prevention Science, in press.

Yokotani, K. Efficacy of Personalized Feedback Intervention in reducing drug use among repeated-drug offenders. Global Addiction,

2014 November, Rio de Janeiro Brazil.

A-2)

Yokotani, K., Tamura, Solution-focused group therapy for drug users in Japanese prison: nonrandomized study, International Journal of Brief therapy and family science, in press

Yokotani, K. Efficacy of solution-focused group therapy for heavy drug users in a Japanese prison, Global Addiction, 2015, June 3rd to 5th, Belgrade, Serbia

Yokotani, K. Treatment effects of solution-focused group therapy on repeated drug-related offenders. Solution-Focused Brief Therapy Association conference 2014 November, New Mexico, USA.

A-3)

Yokotani, K., Tamura, K. Solution-focused group therapy program for repeated-drug users, International Journal of Brief therapy and family science, 4, 1, 28-43, 2014. (2014年論文賞受賞)

B-1)

Yokotani, K. A Three Year Prospective Design Shows the Protective Effects of Social Supporters on Drug-Related Offenders' Relapse in Japan, the XXXIVth International Congress on Law and Mental Health, 2015, July12-17, Vienna, Austria

B-2)

Kamigaki K, Yokotani K. A reintegration program for elderly prisoners reduces reoffending. Journal of Forensic Science & Criminology, 2, 1, 1-7, 2014.

なお、A-1 から B-2 の引用文献はこれらの論文・発表で詳細に記載されているため、省略する。

