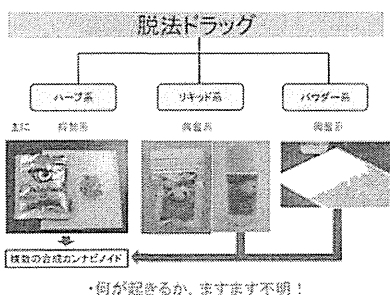


認識しています。図表(右)のとおりですが、ただ、2回目と3回目については、化学構造式の一部を変えることによって法規制を逃れようという手法ですから、本質的には同じです。

もともと、脱法ドラッグというのは形態的にハーブ系、リキッド系、パウダー系があります。これらのうち、リキッド系とパウダー系については、現在も覚醒剤に近い成分が入っています。一方、ハーブ系は、元々は中枢神経、頭の働きを抑制する、大麻成分に近いものが入っていたと言われていました。

「脱法ドラッグ」問題の変遷

- ・第1回目 1998年頃～2002年
 - ・マジック・マッシュルーム問題
 - キノコ自体を「麻薬原料植物」指定
- ・第2回目 2002年頃～2006年
 - ・規制薬物の化学構造式の一部を変更することによって、法規制を受けない化学物質(一部、植物)が販売され、使われる。
 - 薬事法改正で「指定薬物」という概念の導入
- ・第3回目 2011年下半期に「脱法ハーブ」の呼称で急速に社会問題化

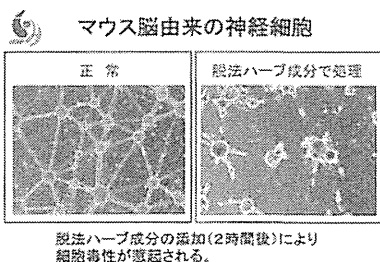


しかし、困ったことに、現在はハーブ系に抑制系だけではなく興奮系も混ぜ込まれています。一つのパッケージの中に一つの薬物だけが入っている商品はむしろ稀です。大体3～4種類など混ぜ込まれておりまして、私は、これが大変な事態を生じさせている大きな原因の一つではないかと思っています。

(2) 脱法ドラッグの恐ろしさ

『脱法』ドラッグというと、麻薬・覚醒剤と比べて人体に対する害は少ないのではないかと、つい考えがちかと思えます。しかし、そうではないということをここではっきり皆様にお示ししたいと思います。

この図はマウスの脳神経細胞です。左の正常な脳神経細胞の写真をみると、きれいにネットワークが作



られているのが分かります。そこに問題の脱法ドラッグに現に含まれていたある成分を垂らします。2時間経つと右の写真になります。一気に細胞が壊されます。脳が破壊されるのです。しかも、この成分は、脳を破壊する力が覚醒剤の5倍以上もありました。こうした実験は、うちの研究部の船田室長が行っており、非常に我々も助かっているのですが、これは現に脱法ドラッグに含まれていた成分です。これだけ脱法ドラッグは恐ろしいということです。「脱法」というのは法で規制されているかどうかの問題であり、そのことと健康への影響や安全ということとはまったく別であるということは、是非とも頭に置いていただきたいと思います。

(3) 脱法ドラッグを使用した場合、どうなるのか

とは言え、脱法ドラッグを使うとどうなるのか。この質問に対して一律に回答することは不可能です。そもそも個々の成分が不明ですから、何とも答えようがありません。

では、成分が分かれば何が起きるか分かるのかというと、これも無理

です。なぜなら脱法ドラッグというのは、正規に作られた商品——例えば、医薬品のように必要な基準を満たし、実験を行って何が起きるか事前にきちんと調べたもの——ではないからです。したがって、個々の成分を特定したところで何が起きるかは分かりません。また、仮に製品に含まれている物質が単一であれば、それを使うとこうなるということもある程度言える場合があるかもしれませんが、現在の脱法ドラッグには複数の成分が入っているので、どの成分がどうなったということが臨床症状と結びつかないのです。さらに言えば、例えば「Spice」という銘柄が昔から脱法ドラッグとして存在しているのですが、半年前に買った「Spice」と昨日買った「Spice」とで中身は同じかというと、その均一性すらありません。でたらめな話です。ますます何が起きるか分からない。これは正に、今使ってい

Q 脱法ドラッグを使うと、どうなるのですか？

脱法ドラッグ(ハーブ)の成分は不明である
→ 何が起きるか誰にもわからない

成分が判明しても、薬理効果・毒性が不明である
→ 何が起きる誰にもわからない

成分の均一性の保証もなければ、
経時的には成分も変わる。混在もする
→ 何が起きても不思議ではない

急性毒性の強いものは、
前に、急性中毒に陥る

脱法ドラッグは「毒物」である！

る方々が、自分自身で人体実験をやっていると言う以外に言いようがないのです。

もう一つ加えますと、脱法ドラッグの中には急性毒性が非常に強いものがあります。先ほどの脳神経細胞を破壊するのは正にその典型です。誤解されると困りますが、急性毒性の強い薬物は、依存という面から見ると、ある意味では比較的害が少ないと言えるのかもしれませんが。極端な話、人間はヒ素やトリカブトには絶対依存しませんから。依存性物質というのは、何回も使うことによって依存していきます。ところが、脱法ドラッグの中には急性毒性が強いために依存しようがないものもあります。そうしたものを使用した場合、救急車で病院に担ぎ込まれます。そういう事態が現に起きています。

こうしたことから——こんなことを私が言うと専門家に叱られてしまいますが——私は、脱法ドラッグは「毒物」だと前から言っています。薬物だとは考えない方が良くと思っています。

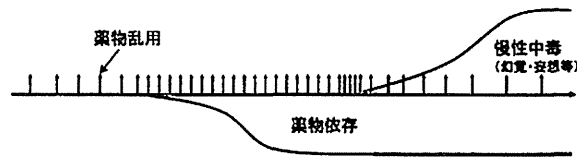
4 薬物乱用防止の視点の再確認

(1) 薬物依存とはどういうことか

薬物乱用はどうしていけないのかということについては、その最大の理由である、依存とはどういうことなのかを知ることが大切です。

この図（次頁）は、薬物乱用・依存・中毒を時間経過で描いたものです。矢印が薬物を使ったということを指しています。使ってはダメなのに使ってしまう。乱用、乱用、乱用とやっていくと、いつの間にか頭の中の神経がおかしくなります。その結果、薬物を欲しがる、やめられないという、薬物依存の状態になります。そうすると、使う頻度がどんどん増えていきます。そして、ある程度までいくと、とうとう脳がパンクする。慢性中毒、幻覚・妄想といった精神病状態にな

1. 薬物乱用状況はどうなっているのか？
・「捕まる薬物」から「捕まらない薬物」へ。
↓
「脱法ドラッグ」はその象徴
2. 薬物乱用防止の視点の再確認
どうして薬物乱用はダメなのか！



薬物乱用・薬物依存・薬物中毒の時間的關係

ります。そうなると頭の中は幻覚・妄想でいっぱいですから、逆に薬物を使う頻度は減っていくことになります。

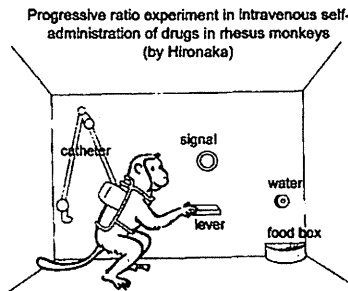
(2) 薬物による精神依存性の強さ

幻覚・妄想は病院で治療することができますが、問題は、薬物依存なのです。薬物依存はとにかく脳が薬物を欲しがるといことです。

では、そういうものが本当に起きるのか。これについては、サルを使った自己投与実験があります。ニコチンの依存性を例に、この実験内容を説明すると、まず、サルがレバーを叩くと管を通して1回分のニコチンが血管に入るような仕組みを作ります。

そうすると、サルは、「どうやらこのレバーを叩くと気持ちいいぞ。」ということを経験し、盛んに叩くようになります。今度はこのレバーを2回叩いて初めて1回入るようにする。次は4回叩いて1回やっに入る、次は16回叩いて初めて1回入るといったかたちで、1回のニコチンを手に入れるための回数を増やしていくと、サルもどこかでくたびれて、もう要らないとなるはずですが、それまでに何回叩くかを調べる実験です。

次の図(次頁)がその結果です。個体差はありますが、サルはニコチンの場合1,600回まで頑張る。アンフェタミンとは覚醒剤のことです。コカインは強烈でして、12,800回叩いています。この実験をやっている先生に、これはすごい数字だが、一体何時間かけたのかと聞いたところ、時間制限



をせずに無制限でやると、サルは一昼夜飲まず食わず叩き続けるので、3時間あるいは5時間という制限をつけて、その中で何回まで頑張るかを調べたとのことでした。しかも、コカインは中枢神経興奮薬ですから、頭の働きを活発にするだけではな

く、心臓のポンプ作用を強めます。よって、レバーを叩き続けながらも最後は心臓がくたびれてしまい、心不全で死ぬサルも出ることもあると言われました。欲しがって死ぬまでやめない。これが依存の究極の姿です。

比率推進法による精神依存性の強さ

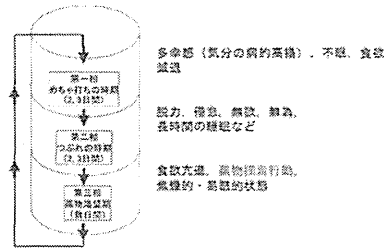
薬物	回数(回)
ニコチン	800~1,600
ジアゼパム	950~3,200
アルコール	1,600~6,400
モルヒネ	1,600~6,400
アンフェタミン	2,690~4,530
コカイン	6,400~12,800
モルヒネ(身体依存)	6,400~12,800

資料出典:「薬物依存—身体依存の強さ」, 藤原明彦, 現代精神医学大辞典, 第2版, 中山書店, 東京, 1997, 148頁

(3) 覚醒剤の周期的使用に見られる三相構造

では、人間の場合はどうか。次の図は、覚醒剤依存者の例ですが、人間の場合、一般的には1週間から10日間が三つの相に分かれると言われている。

覚醒剤の周期的使用に見られる三相構造



出典: 藤原明彦, 現代精神医学大辞典, 第2版, 中山書店, 東京, 1997, 148頁

第一相は「めっちゃ打ちの時期」と言って、まず、覚醒剤があればあるだけ使ってしまう。本人はスーパーマンになったような気持ちで不眠不休です。眠気もないし、食欲も出ない。しかし、手元にある覚醒剤を使い切ってしまったらどうなるか。通常、人間は2~3日間起きていれば、くたびれてしまって寝だけの状態になりますが、覚醒剤には禁断症状がありませんので、基本的には同じです。ひたすら寝かせてくれ、休ませてくれという状態になります。これが第二相です。

ところが2~3日間寝続けて目が覚めると——ここから第三相ですが——第一相や第二相でも何も食べていないからとても空腹になります。たっぷり寝ているから食べると元気が出ます。元気だけならば良いのですが、今度は「渴望」と言って、薬物が欲しくてたまらない状態になってしまいま

す。この渴望で頭の中がいっぱいになる。そうなる「薬物探索行動」と言って、薬物を探しに行くようになります。これを繰り返すためにのみ生きる人間になってしまうのです。

(4) 薬物依存の原因である「A10神経系（脳内報酬系）の異常」

サルにしても人間にしても、なぜそこまで欲しがるのか。これについては、既に脳の異常だということが分かっています。世の中には色々な薬物がありますが、依存の原因となる薬物は必ず脳に作用します。どこに作用するかは、薬物の種類によって作用点が変わるので一概には言えませんが、実は、1か所だけ共通するところがあります。どの薬物も最終的には、中脳の腹側被蓋野から側坐核につながっている「A10神経系」と呼ばれるものがおかしくなるのです。

脳内報酬系の主座

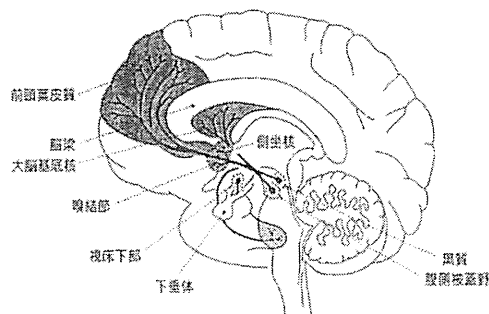


図2 脳内報酬系の主座

ドーパミン作動経路が主座と考えられており、覚せい剤などの刺激薬では、腹側被蓋野のA10領域に起始して側坐核、嗅結節、視床下部（大脳基底核）の報酬増強部位へ投射している系が重要視されている。

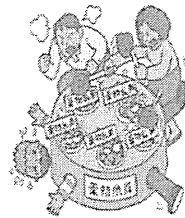
このA10神経系は、「脳内報酬系」とも言い、その言葉通り、我々の脳の中で褒美を与えてくれる役割を持っています。例えば——良い例で申し上げますと——学生が一生懸命勉強して好成績を取ったとします。そうすると、「ああ良かったな」「また頑張ろう」という、喜びと同時に活力が出ます。これがA10神経系の本来の役割です。ところが、依存性薬物というのは、何の努力もなしにA10神経系を興奮させる作用を持ちます。薬物を使

うといつも気持ち良い。そのようなかたちでA10神経系を興奮させ続けていると、そのうちこの神経系が壊れます。そうすると、逆にこの壊れたA10神経系が薬物を呼び込むと言われています。中にはこの神経系が薬物を使えという指令を出すための新しいルートができるという説もあるくらいです。

(5) どうして薬物をやってはだめなのか

これまでの話を整理すると、まず、薬物依存とは、A10神経系を中心とする脳神経系の異常であるということ、また、薬物の「乱用」を繰り返すと薬物の「依存」になるが、その結果、今度は「依存」が「乱用」を生むこととなり、関係性が逆転してしまうことを申し上げました。

薬物依存者は、もぐらたたきの機械と同じです。「乱用」というもぐらが次々に出てくるため、私たちはついついそのもぐらに目を取られて一生懸命叩くわけですが、もぐらを叩くと同時に薬物依存という本体を変えないことには、もぐらは出続けます。乱用と依存の両方を考えて対応していくしか術はありません。



もぐら叩きの機械(薬物依存症)をなんとかしないと
もぐら(薬物乱用)は際限なく現れます

どうして薬物をやってはだめなのか。この質問の答えは、薬物依存を作るからです。では、薬物依存になるとどうしてだめなのか。個人の健康と人生をだめにするからです。しかも個人だけではありません。当然、家族

を、友人を巻き込みます。結果的にそれらすべての人生をだめにするのです。そして、最終的には社会全体がだめになります。だからだめなのです。以上、当たり前のことではありますが、一応確認させていただきました。

1. 薬物乱用状況はどうか?
 - ・「捕まる薬物」から「捕まらない薬物」へ。

法による取締の限界

2. 薬物乱用防止の視点の再確認
 - どうして薬物乱用はダメなのか!

薬物依存
を作る

・個人の健康・人生をダメにする!
・家族、友人、知人の人生をダメにする!
・社会をダメにする!

5 治療施設の実情

(1) 医療体制の未整備

私は一応医療界にいる人間ですので、日本の医療についても話をしたいと思います。薬物依存の話になると、誰でも病院が診れば良いではないかと考えます。ところが、実際に覚醒剤を原因とする患者（覚醒剤患者）が全国の精神科の病院に入院しているかを見ると、全国に700人もいません。全入院患者は約31万人いますが、そのうちのわずか0.2%しかいないのです。それ以外の薬物を原因とする患者も0.2%であり、両方足しても0.4%しかいません。

また、精神科の病院は1,600以上ありますが、そのうちたった4施設、病院全体の0.2%で全覚醒剤患者の12%が入院している。非常に偏在している。要するに、薬物を原因にして精神的におかしくなった方々が入院できる病院は日本ではほとんどな

いような状況なのです。それだけ医療体制が整備されていません。はっきり言って、日本は、薬物依存に対する医療的対応は先進諸国の中で最低です。日本では、医療的対応などどこもされていないのと同じです。これは、今後大変な問題になってくると思います。

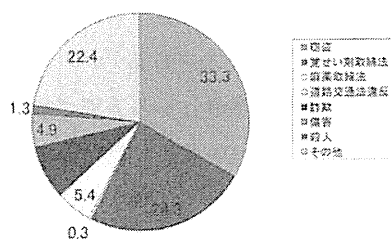
入院患者総数:	310,738 人
総合入院症例 59.1%、器質性精神障害 20.7%	
精神作用物質による患者:	14,611 人 4.7%
「アルコール」患者:	13,266 人 4.3%
「覚せい剤」患者:	671 人 0.2%
「その他」患者:	674 人 0.2%
精神科病院数:	1,636 施設
このうちの4施設(全精神科病院の0.2%)で	
精神作用物質関連患者:	469人 (全体の 3.2%)
「覚せい剤」患者:	83人 (全体の12.4%)
「その他の薬物」患者:	21人 (全体の 3.1%)
「覚せい剤」+「その他の薬物」:	104人 (全体の 7.7%)

(2) 薬物依存者はどこにいるのか

では、薬物依存の方はどこにいるのか。結論を言えば、それは刑務所です。毎年、刑務所には大体3万人弱の方が新受刑者として入ります。罪名では窃盗罪が最も多いのですが、それでも33%くらいです。その次に多いのが何と「覚せい剤取締法」違反です。御存じの方も多いと思いますが、日本では、覚せい剤取締法違反が初犯の場合には、暴力団員又は売人でない限り、一般的には執行猶予で、刑務所には入ることはありません。つま

り、刑務所に入った方々は再犯者ということになります。再犯ということは、結局やめられなかったということです。やめられないということは、医療から見れば薬物依存症となります。したがって、極端な言い方かもしれませんが、日本の場合には薬物依存症者は刑務所において、病院にはいないということです。これが現実です。

新受刑者の罪名別構成比 (2010年, 27,079人)

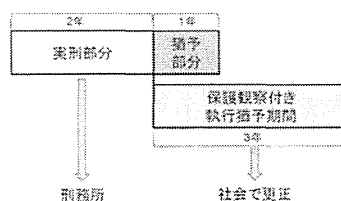


(3) 刑の一部執行猶予制度

さらに、あと3年くらいで刑の一部執行猶予制度が開始されます。この制度を簡単に申し上げると、例えば、覚醒剤事犯として懲役3年と言われた方がいたとします。そういう方は、従来であれば、懲役3年を刑務所の中で一生懸命頑張っていれば、仮釈放によって少し早く出られるかもしれない。ところが、刑の一部執行猶予制度が導入されると、判決の際に、実刑3年としつつも、そのうちの1年間を切り出して、その期間を3年間保護観察付きの執行猶予に処す、つまり、刑務所を出た後に更に3年間の保護観察が付くというスタイルに変わってきます。つまり、刑務所に入る前に、仮釈放される時期も決まっています、現行より早く出てくる場合もあることになります。

刑の一部執行猶予のイメージ

(例)「懲役3年、うち1年を3年間保護観察付き執行猶予」とした判決



ここで問題なのは、早く出てきた人たちはどこへ行くのかということですが、現状では、彼らを診る病院がほとんどありません。法務省管轄の保護観察所ですべて対応できるのでしょうか。

もう一つ、薬物依存の側面から大切な話があります。薬物依存とは、渴望のコントロール、欲しいと思った時にコントロールできないことを言い

ます。ところが、渴望には特性があります。喫煙者なら嫌というほど分かるかと思いますが、喫煙者は、たばこがなくなった時、夜中であろうが大雨が降ろうが台風が来ようが大雪が降ろうが絶対買いに行きます。薬物探索行動を一生懸命行うのです。しかし、飛行機に乗っている時は、喫煙者も最初は「欲しいな」と思いながらも、「ここでは吸えないから仕方ない」と思っているうちに、吸うことを忘れてしまいます。しかし、目的地に着いたら真っ先に喫煙所に行くのです。

実は、これが渴望の特性です。絶対に使えない、絶対手に入らないという環境下では渴望はしばむのです。ところが、「手に入れられる」あるいは「使える」というところでは、頭の中は渴望でいっぱいになってしまいます。

したがって、刑務所に入っている時も、渴望はしばんでおり、本人も使う気持ちはなくなっているのだと思います。ところが、出てくると、途端に、しかも昔の仲間などがいようものならそれだけで頭の中が覚醒剤でいっぱいになってしまうのです。

そういうことを考えたときに、この制度で果たしてどこまでうまくいくのか。これから大変なことが起きるのではないかと、私は正直、困っています。

(4) 我が国に必要な体制

私はこれまで同じことを言ってきましたが、やはり日本は薬物依存という問題に関してあまりにも鈍感であった、あるいは安心しきっていたのだと思います。

今、必要なのは、特に薬物依存という、依存に的を絞った治療システムを構築していくことです。刑の一部執行猶予に対応するためにも、ここをきちんとやっていかなければとダメだと思います。

我が国に必要な体制

- ・ 医療領域での「薬物依存」に的を絞った治療システム(社会資源)を準備する必要がある。
- 1. 正しい知識の普及
 - ・ 「家族読本」
 - ・ 「相談員マニュアル」
- 2. 地域医療・社会復帰対策の強化
 - ・ 認知行動療法を取り入れた包括的外来治療システム
 - ・ 精神保健福祉センター、医療施設、矯正施設での連携
 - ・ 薬物依存症者の家族支援
- 3. Habilitation的入寮施設の建設(回復者の活用)

まずやるべきことは知識の普及です。「依存」という言葉一つにしても、依存と中毒があまりにも混同されて使われています。日本では、依存とは何かということを知っていない人があまりにも多い。それ以前に、皆知った気になっている。きちんと正しい知識を普及する、これは絶対に必要です。

2つ目は、刑の一部執行猶予制度に絡むことですが、薬物患者を地域で支えていく体制を整備する必要があります。先ほど申し上げたように、刑務所にいる間は、薬物の渴望はしほみますが、出所してくると、渴望は頭の中いっぱい膨れあがります。その時、地域で対応する以外に術はありません。

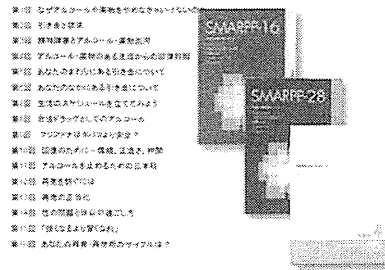
3つ目は——「Habilitation的入寮施設」と書いていますが——海外では治療共同体が治療施設の主役ですが、残念ながら日本にはこういうものはありません。ゼロです。この整備も必要です。

以上のことをしっかりやっていく必要がありますが、本日は、2つ目の、患者を地域で支えていく体制の整備についてもう少し話をしたいと思います。

6 薬物依存に対する治療の現状と課題

(1) SMARPPという認知行動療法

先ほど、薬物依存はA10神経系を中心とする脳神経系の異常であるという話をしましたが、これには特効薬がありません。だから世界中が困っています。しかし、何もないというわけにはいきません。医療というものは、治療法がなくても、できる限りのことを試みる必要があります。そうした中で、私たちは、SMARPPという認知行動療法を薬物依存症に適用することを勧めています¹⁾。



- ※16 脳がアルコールや薬物を覚えている仕組み
- ※20 引き寄せの法則
- ※22 精神療法とアルコール・薬物依存
- ※24 アルコール・薬物の薬理と依存症の脳科学
- ※26 あなただけの行動変容について
- ※28 生活のルールを再構築してみよう
- ※30 生活のルールとしてのアルコール
- ※32 アソシアティブ・レARNINGとは?
- ※34 記憶のメカニズム: 嗅覚、記憶、学習
- ※36 アルコールと依存症の脳科学
- ※38 薬物依存とは
- ※40 薬物の依存
- ※42 性的問題と依存症
- ※44 「強くなる習慣」
- ※46 あなた自身の薬物依存のケアとは?

例えば、「SMARPP-16」は16週間かけて、1週間に1回ずつテーマを決めて、薬物依存の方々のグループ療法を行うプログラムです。1回に5～6人あるいは7～8人くらいが

- 【わらい】
 ・記憶は消せないが、考え方と行動様式はコントロールできる。
 ・継続参加を最重要視 参加している間は断薬を！
 ・これが、その後の断薬継続につながる！
- 【課題】
 ・参加への導入がなかなか難しい。
- 【効果】
 ・参加さえすれば、治療施設での治療継続率が上がる。
 認知行動療法
 導入前：3ヶ月後には60%～70%が脱落
 導入後：4ヶ月後でも60%～80%が継続

ちょうど良いと思いますが、例えば1番「なぜアルコールや薬物をやめなきゃいけないのか」というテーマで、皆でディスカッションしながら、「ワークブック」と呼ばれるテキストを読み合わせて勉強していきます。毎回テーマがあり、自分たちのこれまでの体験もお互いに話し合いながら、薬物を使いたい気持ちが起きたらどうやってそれをコントロールしていくかという方法を学び、それを実行していくという試みです。

私も、正直言って最初は子どもだましのような気がしました。しかし、実際にやってみると馬鹿にはできません。SMARPPの考え方は、体験に基づく記憶は消せないが、考え方と行動様式はコントロールできるということ、しかも、せめてここに通っている間だけでも薬物をやらない、継続こそ重要だという、非常に現実的見地に立脚したものです。

最初は皆「こんなことやってられるか。」という思いを持ちます。ところが、これに参加すると治療継続率が上がるのです。SMARPPを導入する前は、初診から3か月経ってもきちんと病院に通っている患者は、大体3割から4割ほどしかいませんでした。つまり、6割から7割が治療を脱落していたわけです。ところが、導入後は、4か月経っても6割から8割の患者が継続して通って来るのです。

ただ、これも考えてみれば当然です。薬物依存に治療薬はありませんから、そういう人が病院に通っても処方する薬がないわけです。患者さんにしてみると、病院に行っても薬が出るならば病院に行ってみようかとも思うでしょうが、行っても何もありません。医者と話だけです。医者は「あなたはこの2週間、ちゃんと薬物をやらずに頑張った？」と聞く。患者が「はい。やらずに頑張りました。」と言うと「ああ、良かったね。」と褒め

られる。褒められているうちはまだ通う気がするでしょうが、中には——我々は「スリップ」と呼びますが——脱落する人も出てきます。「いや、使っちゃいました。」などと言おうものなら、「何をやっているんだ、お前！」などと説教されるわけです。病院へ行って説教されて、帰りに会計へ行ってお金まで取られるわけですから、いったい誰が通うかという話になりますよね。こうしたことでは、脱落する人が多いのも当然です。

一方、このSMARPPのワークブックを使うと、毎回きちんとした目標ができます。私は、これは治療のやり方として非常に重要だと思います。対策としても、やはりこういうものを全国に広めていくことが必要なのだと思います。

(2) 地域医療・社会復帰対策の強化

また、地域医療の在り方についてもう少しお話しすると、現状では一少々唐突に聞こえるかもしれませんが——相談場所すらありません。もちろん、全国の都道府県には自治体ごとに必ず精神保健福祉センターがあります。一応、そこが相談窓口

2. 地域医療・社会復帰対策の強化

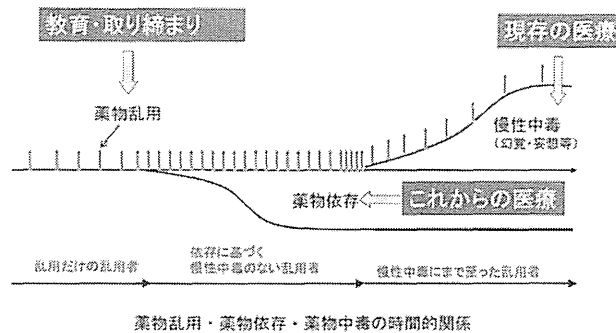
- ・ 外来医療、入院医療—認知行動療法
 - ・ 診療報酬の改正
- ・ 精神保健福祉センターの機能強化
 - ・ 相談業務の強化
 - ・ 家族経営の見直しと家族支援の強化
 - ・ ワークブックを使用した認知行動療法の実施
 - そのための人員・予算の整備
 - ・ 民間リハビリ施設、自助グループとの連携・連携の強化
- ・ 民間リハビリテーション施設、自助グループとの連携強化 → 財政的援助

にはなっているのですが、私が申し上げたいのは、そこの業務をもう一度見直してほしいということです。例えば、そこで先ほどの認知行動療法を受けられるようにする、また、民間リハビリテーション施設との連携を強化するなど、地域で薬物患者を支えることができるようにするために役割を変えていく必要があると思います。

(3) 薬物乱用の持つ2面性

薬物の恐ろしさは、乱用を繰り返すことで依存という脳の異常ができ、脳の異常が出てくると乱用がどんどん頻発して、最終的には精神病になるということですが、まずは教育により乱用させないということが大切です。

1. 薬物乱用の持つ2面性 2. 乱用者には3種類ある



また、もちろん、薬物を使用している者がどの段階にしようとも、乱用という法律に触れることをやってしまえば違法行為ですから、社会の掟として、乱用者を取り締まることは当然です。よって、乱用という問題に対して、我々はそもそも乱用させないための教育と取締りで対処していくしかありません。

一方、慢性中毒、精神病状態については、現行の病院で対処が可能です。ただ、問題は、これらの原因が、薬物依存というA10神経系の異常であり、これには特効薬がないということです。しかし、それでも策はある。これからはそれをきちんと考えていく必要があると思います。

薬物問題は結局、教育・取締り、もう1つは医療という、最低でも2つの側面が必ずあります。1つの側面だけで解決しようというのは無理に決まっています。やはり、両面で何とかしていくしかないのです。是非ともそのことを皆さんと共有したいと思っています。

また、乱用者はどこにいても、乱用さえすれば乱用者ですが、横線で引いた矢印にあるように、乱用者には3種類あります。乱用だけの乱用者、次に依存に基づく乱用者、そして慢性中毒まで行ってしまった乱用者のそれぞれで、対応方法を変えていく必要があることも申し添えたいと思います。

7 最後に～各国の違法薬物の生涯経験率～

各国の違法薬物の生涯経験率(%)

	対象年齢	何らかの違法薬物	大麻	メタンフェタミン	コカイン	MDMA	ヘロイン	調査年	出典
英国 (England+Wales)	16-59	36.6	31.1	12.3	9.4	8.6		2008-09	EMCDDA
オランダ	16-64		22.6	2.1	3.4	4.3		2005	EMCDDA
ドイツ	18-64	23.7	23.0	2.5	2.6	2.0		2006	EMCDDA
フランス	15-64		30.6	1.4	2.6	2.0		2005	EMCDDA
デンマーク	16-64		38.6	6.3	4.7	1.9		2008	EMCDDA
イタリア	15-64		32.0	3.2	7.0	3.0		2008	EMCDDA
スペイン	15-64		27.3	3.8	8.3	4.2		2007-08	EMCDDA
米国	12歳以上	47.1	41.5	5.1	14.5	5.7	1.5	2009	NSDUH
カナダ	18歳以上	45.2	44.5	6.4	10.6	4.1	0.9	2004	CAS
オーストラリア	14歳以上	38.1	33.5	6.3	5.9	8.9	2.0	2007	1)
タイ	12-65	16.4	12.1	7.5	0.1	0.6	2.1	2001	2)
日本	16-64	2.5	1.4	0.3	*	0.2	*	2005	3)

EMCDDA: European Monitoring Center for Drug and Drug Addiction
 NSDUH: National Survey on Drug Use and Health
 CAS: Canadian Addiction Survey
 1) 2007 National Drug Strategy Household Survey
 2) 2001 National Household Survey
 3) 薬物使用に関する全国住民調査(2004年)

最後に、是非皆さんに見ていただきたいものとして、各国の違法薬物の生涯経験率をまとめたものを作りました。ここでは、国ごとに違法な薬物を1回でも使ったことがある人たちのパーセンテージを示しています。調査時期は、少々古いものですが、今もほとんど変わりはありません。

私たちの調査では、何らかの違法薬物に関する生涯経験率は、今、日本は2.5%ですし、この表に記載された当時でも2.9%しかありませんが、そんな国は他にはありません。驚かれると思いますが、アメリカは47%、イギリスは37%です。パーセンテージを押し上げているのは大麻の経験率ですから、大麻について見てみると、日本の大麻の経験率は1.4%であるのに対し、アメリカは41%、カナダは44%で、ヨーロッパでも軒並み30%前後に上っています。日本では、大麻というとオランダのイメージが強いと思いますが、こうして比較すると、オランダは不思議と霞んで見えます。

覚醒剤（メタンフェタミン）は日本の専売特許のように言われますが、日本の0.3%に対し、何とイギリスは12%です。これが世界の現実です。私は、これは、日本が世界に誇れるものだと思っています。

しかし、我々がこの誇りを持ち続けるためには、現状を維持する社会装置が必要です。これを維持するのは並大抵のことではありません。そして、今の脱法ドラッグ問題は、この現状を破壊するかもしれないと危惧しています。今こそ、この世界に誇れる状態を維持するための社会システムを整備すべき時期だと思うのです。

御静聴いただきありがとうございました。

- 1) 例えば、和田清「飲酒・喫煙・くすりの使用についてのアンケート調査（2013年）」「脱法ドラッグ」を含む薬物乱用・依存状況の実態把握と薬物依存症者の「回復」とその家族に対する支援に関する研究 研究報告書」（平成25年度厚生科学研究費補助金（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業）、2014）
- 2) 例えば、松本俊彦「全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」「脱法ドラッグ」を含む薬物乱用・依存状況の実態把握と薬物依存症者の「回復」とその家族に対する支援に関する研究（H25-医薬-一般-018）研究報告書」（平成25年度厚生科学研究費補助金（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業）、2014）
- 3) 例えば、和田清ほか「飲酒・喫煙・薬物使用についての全国中学生意識・実態調査（2012）」「薬物乱用・依存等の実態把握と薬物依存症者に関する制度的社会資源の現状と課題に関する研究（H23-医薬-一般-014）研究報告書」（平成24年度厚生労働科学研究費補助金（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業）、2012）
- 4) 松本俊彦ほか「薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究（H22-精神-一般-009）」（平成22年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）、2010）

警察大学校編集

警察學論集

第67巻
第12号

特集・警察大学校における警察教養

警察大学校における警察教養の推進

前警察大学校長 小谷 渉 (1)

警部任用科における最近の取組

警察大学校教務部長 門田 渉 (10)

取調べ技術総合研究・研修センターにおける

研修等の実施状況

警察大学校
取調べ技術総合研究・
研修センター所長 粟野 友介 (21)

サイバーセキュリティ研究・研修センターの設置等

警察大学校サイバー
セキュリティ研究・
研修センター所長 國浦 淳 (34)

【警察教養のエッセンス】～警察大学校からの志上出前講義シリーズ～ その1
警察の責務編(上)

警察大学校
警務教養部長 中川 正浩 (49)

〈コラム〉校長に就任して

警察大学校長 竹内 直人 (68)

<社会安全フォーラム>

我が国の薬物対策の今とこれから

～脱法ドラッグの脅威への対処に向けて～

警察政策研究センター (75)

【イントロダクション】我が国の薬物対策のこれまでと脱法ドラッグ対策の重要性

首都大学東京法科大学院教授 藤田 雅英

【基調講演①】我が国の薬物乱用・依存の最近の動向と治療の現状・課題について

国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 薬物依存研究部長 相田 清

【基調講演②】弁護士からみた脱法ドラッグ対策の現状と課題

東京弁護士会副会長 弁護士 小森 榮

【基調講演③】海外の脱法ドラッグ事情と日本における流通実態

国立医薬品食品衛生研究所 生薬部第3室長 花尾 昭理

【パネルディスカッションの概要】

アメリカ合衆国及びイタリア共和国におけるマネーロンダリング規制に関する現金決済規制と有罪判決によらない犯罪収益等の没収制度について(上)

前預金保険機構法務
機構室統括調査員
法務省刑事局 田中 健太郎 (157)

<上級幹部ノート⑨>

幹部に贈る、職場で役立つ11章(中) ～困ったときのヒント～

警察大学校
国際警察センター所長 石川 威一郎 (168)

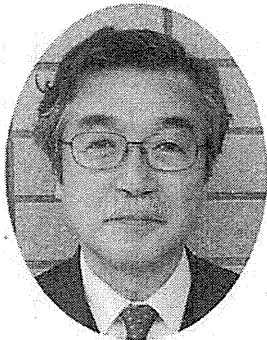
判例講座 刑事訴訟法

第14回 起訴後の捜査、捜査に対する不服申立て

東京大学大学院
法学政治学研究所教授 川出 敏裕 (178)

立花書房発行

「脱法ドラッグ」乱用の急拡大と 求められる 薬物乱用防止教育の視点



国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 薬物依存研究部長

和田 清

千葉大学医学部卒業(1980年)後、総合病院国保旭中央病院、千葉県精神科医療センターを経て、国立精神・神経センター精神保健研究所薬物依存研究部向精神薬研究室長に就任。その後同研究部部長に昇任。この間、米国立薬物乱用研究所嗜癮研究センター客員研究員、米国ワシントン大学(セントルイス)客員研究員を経験。施設の独立法人化により現職となる。医師、医学博士。日本社会精神医学会副理事長。

一 まくめく

わが国は現在も第三次覚せい剤乱用期にある。しかし、第三次覚せい剤乱用期が始まってから既に十九年が経過しており、この間の薬物乱用・依存状況の変化は著しい。特に、二〇一一年下半期頃に突如として社会問題化した「脱法ドラッグ」(二〇一四年七月二十二日、警察庁と厚生労働省は「危険ドラッグ」と名称を改めたが、本稿では従来通りの呼称をさせていただく)問題は、これまでのわが国では見られなかったほどの急激な変化をもたらしている。二〇一四年六月二十四日に七人の死傷者を出した東京・池袋での「脱法ハイブ」吸引者による自動車暴走事件は、一連の「脱法ドラッグ」問題の象徴的出来事として捉えることができる。

本稿では、この「脱法ドラッグ」問題に焦点を当てて、その乱用の拡大の勢いと、「脱法ドラッグ」問題が教える今後の薬物乱用防止教育の視点について論じたい。

二 「脱法ドラッグ」乱用拡大の勢い

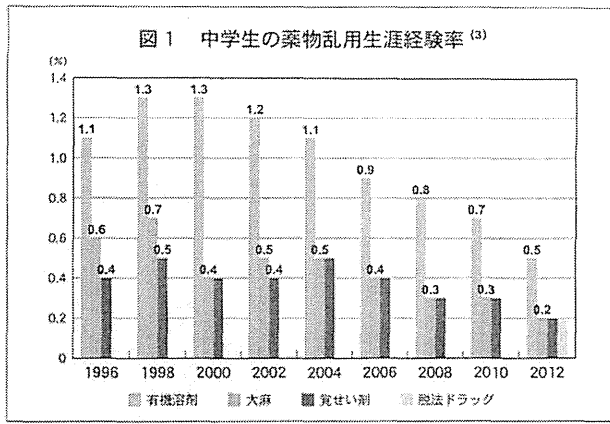
東京都によれば、この「脱法ドラッグ」を販売する店舗数は、二〇〇九年度には二店舗、二〇一〇年度には十七店舗だったものが、二〇一一年度には七十四店舗に激増し、二〇一二年二月初旬には九十三店舗に上ったという(朝日新聞二〇一二年二月七日夕刊)。さらに、全国六十の救急施設を対象にした「脱法ドラッグ」使用患者調査によれば、救急搬送された患者数は二〇一〇年一例、二〇一一年に四十八例だったものが二〇一二年には四六九例と激増していた(1)。

驚くべきことに、神奈川県、愛知県、宮城県、岐阜県では、「脱法ドラッグ」用の自動販売機までもが確認されている。

そのため、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では、我が国の薬物乱用・依存の現状を把握するためにいくつかの全国調査を経年的に実施してきたが、それらの調査で、新たに「脱法ドラッグ」乱用実態の把握を試みた。二〇一二年には、薬物乱用・依存が原因で全国の精神科病院に通院・入院している薬物関連精神疾患患者調査(「全国精神科病院調査」(2))で、初めて「脱法ドラッグ」を通院・入院の原因薬物に加えて調査した。その結果は、「脱法ドラッグ」は覚せい剤の四二・〇%について、「いきなり」の一六・三%であり、それまで第二位であった睡眠薬・抗不安薬の一五・一%を上回る結果であった。

さらに同年、薬物乱用に関する「全国中学生調査」(3)でも、乱用経

二〇一三年には、薬物使用に関する「全国住民調査」(4)でも、初めて「脱法ドラッグ」の生涯経験率を調べてみたところ、有機溶剤の一・九%、大麻の一・一%、覚せい剤の一・五%に次いで、「いきなり」〇・四%であり、それまで第四位であったMDMAの〇・三%を上回る結果



験のある薬物名として、「脱法ドラッグ」を初めて追加したところ、その生涯経験率(これまで一回でも乱用したことがあると答えた者の割合)は有機溶剤の〇・五%について、〇・二%と大麻、覚せい剤と同率でありながらも、人数的には大麻や覚せい剤をわずかに上回る「いきなり」の第二位であった(図1)。

しかし、この「マジック・マッシュルーム」問題が収束する前後からそれと入れ替わるかのように、第二回目の「脱法ドラッグ」問題が出現した。そこで、二〇〇五年、東京都では「東京都薬物の濫用防止に関する条例」を制定し、「脱法ドラッグ」を「知事指定薬」と認定することに

筆者は、二〇一一年下半期頃以降、急激に日本中にその乱用が拡がった「脱法ドラッグ」問題は、実は、わが国における脱法問題としては、三回目の流行であると考えている。第一回は一九八〇年、二〇〇二年に社会問題となった「マジック・マッシュルーム」問題である。最終的に、この問題は二〇〇二年に、それらのキノコ自体を麻薬及び向精神薬取締法上の「麻薬原料植物」に指定することによって、社会問題としては収束した。

ところが、二〇一一年下半期に第三回目の「脱法ドラッグ」問題が「脱法ハーブ」という呼称を中心に、劇的に顕在化したのである。その再燃の理由は明らかではないが、薬事法に基づく「指定薬物」制度には、製造、輸入、販売に対する罰則はあったものの、所持、使用に対する罰則がなかったこと、個々の「脱法ドラッグ」をその場で判定する簡易検査法が確立されていなかったことが大きく関わっていると推定できる。

ともなった。そもそも、最近の我が国の薬物乱用の特徴は、使うと「捕まる薬物」から、使っても「捕まらない薬物」へのシフトである(5)と考えているが、「脱法ドラッグ」こそ、その象徴的薬物であり、その乱用の拡がりの勢いは未曾有のものであると言わざるを得ない。

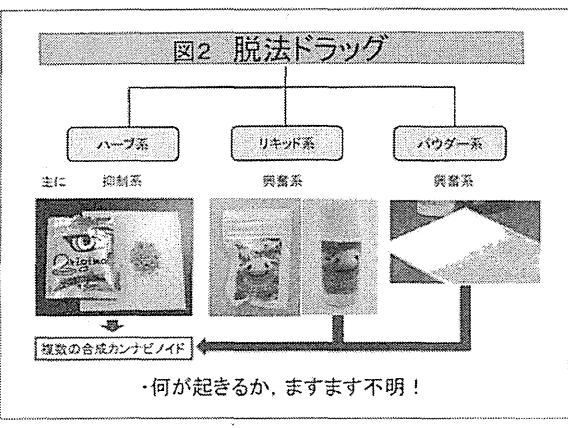
二 「脱法ドラッグ」の流行の経緯

よって、その製造・販売等を禁止する措置をとった。翌二〇〇六年六月、国も薬事法を改正し、麻薬指定する際に必要となる各種データ、要件ほどこには厳密ではなくとも、ある一定の要件を満たせば「指定薬物」※に指定することができる。「指定薬物」という新しい規制薬物概念を薬事法に導入し、二〇〇七年四月より改正の「脱法ドラッグ」問題が解決したかに思えた。

ところが、二〇一一年下半期に第三回目の「脱法ドラッグ」問題が「脱法ハーブ」という呼称を中心に、劇的に顕在化したのである。その再燃の理由は明らかではないが、薬事法に基づく「指定薬物」制度には、製造、輸入、販売に対する罰則はあったものの、所持、使用に対する罰則がなかったこと、個々の「脱法ドラッグ」をその場で判定する簡易検査法が確立されていなかったことが大きく関わっていると推定できる。

※「指定薬物」とは、中枢神経系の興奮若しくは抑制又は幻覚的作用(当該作用の維持又は強化の作用を含む。)を有する蓋然性が高く、かつ、人の体に使用された場合に保健衛生上の危害が発生するおそれがある物(大麻取締法(昭和二十三年法律第一二四号)に規定する大麻、覚せい剤取締法(昭和二十六年法律第二五二号)に規定する覚せい剤、麻薬及び向精神薬取締法(昭和二十八年法律第十四号)に規定する麻薬及び向精神薬並びにあへん法(昭和二十九年法律第七十一号)に規定するあへん及びけしをらを除く)として、厚生労働大臣が薬

事・食品衛生審議会の意見を聴いて指定する物をいう(薬事法第二条第十四項)。



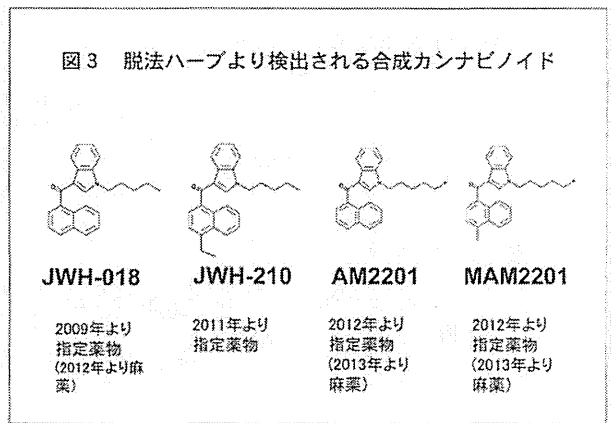
二回目と三回目の流行における「脱法ドラッグ」には、共通した特徴がある。一つ目は「脱法ドラッグ」とは、麻薬や覚せい剤に指定されている既存の薬物の化学構造式の一部を変えることによって、法の網をくぐり抜けるというものである。二つ目は「植物栄養剤」「クリーナー」「研究用化学物質」「お香」「ハーブ」「アロマ」「バスソルト」などと称して販売されるという特徴である。三つ目は、これらのものが、「ヘッド・ショップ」、「アダルト・シ

四 今回の「脱法ドラッグ」とは

ヨップ」、インターネット上で販売されているということである。三回目の流行では「ハーブ屋」という呼称までもが登場する事態となった。今日、出回っている「脱法ドラッグ」は、その形態上の違いから、「ハーブ系（脱法ハーブ系）」、「リキッド系」、「パウダー系」が存在する（図2）。

「ハーブ系」とはいわゆる「脱法ハーブ」であり、乾燥植物片に「脱法ドラッグ」を混ぜ込んだものである。その「脱法ドラッグ」は元々は中枢神経抑制系である大麻の主成分である Δ^9 -THC (tetrahydrocannabinol) のように脳内のカンナビノイド受容体に作用する合成カンナビノイドと呼ばれる薬物群が主であった。それに対して、「リキッド系」、「パウダー系」は、薬理作用的には覚せい剤に類似した中枢神経興奮系であるカチノン誘導体が主である。合成カンナビノイドの代表格であるJWH-018（二〇〇九年に指定薬物に指定され、二〇一二年には麻薬に指定された）を「指定薬物」に指定すると、その化学構造式の一部を変えたJWH-210が出現し、それを「指定薬物」に指定すると、さらに化学構造式の一部を変えた新たな「脱法ドラッグ」が出現するという「いたちごっこ」が続いているのである（図3）。しかも、合成カンナビノイドは Δ^9 -THCとは化学構造式が異なるため、大麻の検出キット

図3 脱法ハーブより検出される合成カンナビノイド

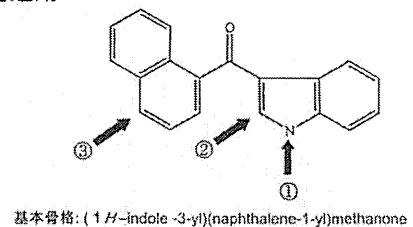


には反応しないのである。これらことはカチノン誘導体でも同じである。

そこで、国は二〇一三年三月、第一回目の「包括指定」制度を施行した。これは、合成カンナビノイドの代表格であるJWH-018の基本骨格を有する薬物は、図4の①②③の部分を変えうる形で変えようが、それらはすべて「指定薬物」とみなすというものである。さらに、二〇一四年一月には、第二回目の「包括指定」として、カチノン誘導体に対する「包括指定」を施行して今日に至っている。しかし、「脱法ドラッグ」の基本骨格は、これら以外にも多数あり、今後の動向が気になるのである。

図4 「包括指定」施行(2013. 3. 23)

「包括指定」第一号は、JWH-018の基本骨格を適用。



さらに、今日売られている「ハーブ系」には、単一の合成カンナビノイドが混ぜ込まれていることはまれであり、他の合成カンナビノイドをはじめ、中枢神経興奮系のカチノン誘導体を含めて、通常、三〜四種類の「脱法ドラッグ」が混ぜ込まれているのである。

五 「脱法ドラッグ」による人体への害

「脱法ドラッグ」というと、麻薬や覚せい剤のように法により規制されている薬物よりは人体に対する害は弱いのではないかと考えがちである。しかし、「脱法」とは法による切り口から見た用語であり、人体に対する害から見た場合とは一致しない

いことを肝に銘じておく必要がある。もともと「脱法ドラッグ」は正規の薬物ではないために、法規制するために必要となるデータが一切ないのである。その結果、法規制しようにも法規制しようがないのが実情である。有害データが確認された「脱法ドラッグ」はその都度「指定薬物」や麻薬に指定してきているが、次々に登場する「脱法ドラッグ」の多さに、データ作りが間に合わない結果、法規制と害の強さが一致しない現状にあるのである。

よく「脱法ドラッグ」をつかうとどうなりますか?と尋ねられるが、まず、その成分が不明であり、何が起きるか答えようがない。また、仮に、成分がわかったとしても、正規の薬物ではないために、薬理作用に関するデータが一切ないため、何が起きるか答えようがないのである。さらに、同じ名前のパッケージものでも、半年前のものと昨日のものとは混ぜられている「脱法ドラッグ」の種類、量の均一性が保証されていないのである。したがって、何が起きるか答えようがないし、何が起きても不思議ではない。これが現在の「脱法ドラッグ」の実情である。乱用者は自ら人体実験を行っているとしか言いがたい。

ただし、現実には、意識障害による自動車での人身事故や救急搬送が多発しており、幻覚・妄想・興奮状態・薬物依存による精神科病院受診