

第1章

<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～

< 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¹の脅威への対処に向けて～

警察政策研究センター

警察政策研究センターは、平成 26 年 7 月 18 日、公益財団法人日工組社会安全財団との共催、公益財団法人公共政策調査会、警察政策学会及び一般財団法人警察大学校学友会の後援により、グランドアーク半蔵門（東京都千代田区）において、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～」を開催した。

我が国の薬物情勢は、依然として憂慮すべき状況が続いているが、中でも近年、新たに問題となっているのが「危険ドラッグ」である。

取締機関や地方公共団体は、この危険ドラッグの使用者等が引き起こす種々の犯罪、事案に対し、取締りの強化や法制度の改正などを通じて対応しており、最近でも、指定薬物の所持、使用等の禁止に係る改正薬事法が本年 4 月から施行されるなど、危険ドラッグへの対策を推進してきた。

しかし、それにもかかわらず、去る 6 月 24 日には、池袋において危険ドラッグの使用者が自動車を運転して歩行者をはね、8 名を死傷させるという、痛ましい事件が発生し、最近でも、同様に危険ドラッグを使用したことに起因するとみられる事件・事故が頻発するなど、依然として危険ドラッグの惨禍が我々の生活に大きな不安を与えている。

また、対策に関しても、現状では、危険ドラッグの販売者、流通経路、使用者層等の実態が十分に把握されているとは言えず、規制が実効あるものになっていないなどの指摘もなされているところである。

こうした状況を踏まえ、本フォーラムは、我が国の薬物情勢全般を俯瞰しつつ、特に新たな脅威である危険ドラッグに焦点を当て、有識者・実務者を交えてその実態を浮き彫りにするとともに、これからの対処の在り方について議論し、我が国の危険ドラッグ対策、ひいては薬物対策全般について、その進むべき道を模索することを目的に開催したものである。

本フォーラムでは、佐々木真郎警察政策研究センター所長による開会挨拶に続き、イントロダクション及び基調講演が行われた。イントロダクション及び基調講演の講演者及び講演タイ

¹ 「脱法ドラッグ」という呼称については、警察庁及び厚生労働省において、本フォーラム開催前の 7 月、乱用者が犯罪を犯したり、重大な交通死亡事故を引き起こしたりする事案が後を絶たない社会問題となっていることを受け、いわゆる「脱法ドラッグ」は危険な薬物であるという内容にふさわしい呼称をすべく意見募集を行い（募集期間は平成 26 年 7 月 5 日から同月 18 日までの間）、本フォーラム開催後の 7 月 22 日、「危険ドラッグ」という呼称が決定された。本フォーラム開催時は、なお新呼称が決定されていなかったことから、本稿における基調講演等については、「脱法ドラッグ」という呼称で統一しているので留意されたい。

トルは、次のとおりである。

【イントロダクション】

前田 雅英 氏（首都大学東京法科大学院 教授）

「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」

【基調講演】

- 和田 清 氏（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）

「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」

- 小森 榮 氏（東京弁護士会所属 小森法律事務所 弁護士）

「弁護士からみた脱法ドラッグ対策の現状と課題」

- 花尻 瑠理 氏（国立医薬品食品衛生研究所 生薬部第3室 室長）

「海外の脱法ドラッグ事情と日本における流通実態」

これらの基調講演の後のパネルディスカッション（討論）では、同佐々木所長がコーディネーターを務め、上記4名のほか、早乙女芳明氏（東京都福祉保健局健康安全部薬務課薬事監視担当課長）、竹迫宣哉氏（警察庁刑事局組織犯罪対策部薬物銃器対策課国際薬物・銃器犯罪組織捜査指導官）、刈岡学氏（厚生労働省医薬食品局監視指導・麻薬対策課課長補佐）により活発な議論が行われ、盛会のうちに終了した。

なお、本フォーラムには、大学研究者、企業関係者、報道機関、関係機関、警察関係者等、約200名が出席した。

【開会挨拶】

警察政策研究センター所長 佐々木 真郎

警察政策研究センターは日本警察のシンクタンクとして、フォーラムを年に数回開催し、今後の警察政策の展開に資する場を設けているが、はじめに、今回のフォーラムの趣旨について触れさせていただく。

我が国の薬物情勢は、依然として憂慮すべき状況が続いているが、中でも近年、新たに問題となっているのが、いわゆる「脱法ドラッグ¹⁾」である。

この「脱法ドラッグ」という呼称については、薬物としての危険性を過小評価させるとして、現在、呼称名の変更に向けて取組が行われているが、まだ結論が出ていないので、本フォーラムでは、単に「脱法ドラッグ」と呼ばせていただく。

取締機関や地方公共団体は、この脱法ドラッグの使用者等が引き起こす種々の犯罪、事案に対し、取締りの強化や法制度の改正などを通じて対応しており、最近でも、指定薬物の所持、使用等の禁止に係る改正薬事法が本年4月から施行されるなど、脱法ドラッグの対策を推進しているところである。

しかし、こうした施策を推進している中、去る6月24日には、池袋において脱法ドラッグの使用者が自動車を運転して歩行者をはね、8名を死傷させるという痛ましい事件が発生した。また、最近でも、同様に脱法ドラッグを使用したことに起因するとみられる事件・事故が頻発するなど、依然として脱法ドラッグの惨禍が我々の生活に大きな不安を与えている。

また、現状では、脱法ドラッグの販売者、流通経路、使用者層等の実態が十分に把握されているとは言えず、規制が実効あるものになっていないとの指摘もある。

こうした状況を踏まえ、本フォーラムは、我が国の薬物情勢全般を俯瞰しつつ、特に新たな脅威である脱法ドラッグに焦点を当て、有識者・実務者を交えてその実態を浮き彫りにするとともに、これからの対処の在り方について議論し、我が国の脱法ドラッグ対策、ひいては薬物対策全般について、その進むべき道を模索することを目的に開催することとしたものである。

本日は、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である和田清先生、東京弁護士会所属の弁護士である小森榮先生、国立医薬品食品衛生研究所生薬部第三室長である花尻瑠理先生を基調講演者としてお迎えすることができた。

和田清先生は、薬物乱用・依存の疫学的研究、乱用・依存者の属性に関する研究などを御専門とされ、厚生労働省はもとより、法務省保護局や東京都の各種委員会・研究会等で御活躍されている。本日は、先生の研究分野から、我が国における薬物乱用の実態と薬物依存に係る治療の現状・課題などについてお話をいただく。

小森榮先生は、覚醒剤事件を中心に多くの薬物事件を扱うなど薬物事件専門の弁護士活動を行う傍ら、各種御講演や執筆活動等を通じて薬物乱用防止のための啓発活動にも尽力しておられる。本日は、こうした豊富な御経験を基に、我が国の脱法ドラッグ問題の実態と課題についてお話をいただく。

花尻瑠理先生は、我が国に流入する薬物研究の最前線で活躍されているが、平成 21 年には、優れた若手研究者に贈られる「日本法中毒学会吉村賞」を受賞されるなど、その御研究は学术界からも高く評価されている。本日は、海外の脱法ドラッグ事情や我が国の流通薬物の実態などについてお伝えいただけるものと存じている。

また、基調講演に先立つイントロダクションにおいては、「警察政策学会」会長、「法と精神医療学会」理事長である首都大学東京法科大学院教授の前田雅英先生をお迎えし、我が国のこれまでの薬物対策の歴史や脱法ドラッグ対策の意義などについて御講演をいただく。

このほか、基調講演後のパネルディスカッションにおいては、ただ今御紹介した先生方に加え、早乙女芳明・東京都福祉保健局健康安全部薬務課薬事監視担当課長、竹迫宣哉・警察庁刑事局組織犯罪対策部薬物銃器対策課指導官からも御発表を賜るとともに、厚生労働省医薬食品局監視指導・麻薬対策課から刈岡学課長補佐にも御同席をいただき、議論に参加していただく。

このように、多様な経歴の講演者、そして本日御参加いただいた皆様による議論を通じて、本日のフォーラムが、我が国における脱法ドラッグの脅威への対処方策、ひいてはこれからの薬物対策全般に対する取組の一助となれば望外の幸せである。

以上をもって、私の開会の挨拶とさせていただきます。

i 「脱法ドラッグ」という呼称については、警察庁及び厚生労働省において、本フォーラム開催前の 7 月、乱用者が犯罪を犯したり、重大な交通死亡事故を引き起こしたりする事案が後を絶たない社会問題となっていることを受け、いわゆる「脱法ドラッグ」は危険な薬物であるという内容にふさわしい呼称をすべく意見募集を行い（募集期間は平成 26 年 7 月 5 日から同月 18 日までの間）、本フォーラム開催後の 7 月 22 日、「危険ドラッグ」という呼称が決定された。本フォーラム開催時は、なお新呼称が決定されていなかったことから、以下、基調講演等については、「脱法ドラッグ」という呼称で統一しているので留意されたい。

【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 前田 雅英

はじめに【図1】

今日は薬物問題の専門の先生方の御講演が中心ですが、その前座として若干お話しさせていただきたいと思っています。

薬物関係については、以前、中医協（中央社会保険医療協議会）の薬科部会長をさせていただいておりました。脱法ドラッグに関しては、大阪府の条例制定に向けた動きが始まった頃に大阪府警の方々から御相談を受けており、そこで議論していたら、対策が国全体の動きに移っていったということを経験しています。

薬物と刑事法という関係から申し上げます、戦後の刑法・刑事訴訟法の解釈論は、薬物犯罪抜きに語ることはできません。むしろ、刑事法は薬物犯罪が動かしてきたという面があると思います。本日発表になった内閣府薬物乱用対策推進会議の緊急対策も、非常に大きな一歩を踏み出す対策です。これは警察庁と厚労省、そして内閣府、もちろん他の省庁も含めて、その連携の密度や迅速さという意味で今までにあまり例のない画期的なことだったと思いますし、今後の動きも非常に注目されるものだと思います。

1 薬物犯罪と刑事法の歴史【図2】

今日の話のポイントは二つあります。

一つは新しい対策が必要だということで、他の先生方から外国の例などの御披露もあろうかと思いますが、外国の例につきましても——これはマイナスのイメージになると困りますが——例えば、一部ではあるにせよ「アメリカでは大麻が解禁になり、日本はその逆だから、世界の趨勢から遅れてしまっているのか。」などという議論もあり得るわけです。しかし、これについては、日本における薬物問題の特殊性、もっと言えば「そもそも世界の趨勢とは何なのか。」ということを含めて、我々はよく考える必要があるということをお願いしたいと思います。

戦後の日本の治安状況は後でも簡単に触れますが、日本の治安の良さの源泉は、薬物対策と銃器対策が、他の国にはないかたちで徹底して行われていることにあります。3Dプリンターで銃を作ることができるようになりましたが、そうすると「アメリカでは銃が作れるのだからアメリカ人が見るサイトを日本で立ち上げて、日本人が偶然それを見ることがあったとしても、それは仕方がないのではないのか。」などという議論が出てきます。国際的ななら、アメリカで許されることは日本でも全部許さなければいけないのか。私はそうではないと思いますし、薬物問題については、特にこの考えが当てはまるのではないかと思います。

もう一つは、我々刑事司法に携わる人間は、脱法ドラッグなどの問題に直面すると、どうしても処罰というハードな対応を考えがちなのですが、対策としてはよりソフトで、「使ったら処罰する」という以前に、そもそも使えないようにする、買えないようにする、売らせないようにするという対策がもっと前になる必要があるということをお願いしたいと思います。

一時期、規制緩和というか、「事前の抑制はなるべくしない方がよい。」「官はなるべく介入しな

い方が良い。」「起こってから考えれば良い。」「そのために弁護士を増やせば良い。」というような議論がもてはやされた時期がありましたが、そうした考えは、日本の国柄にはそう単純には合わないのではないかと思います。

この二つを軸に、簡単に前座を務めさせていただきます。

2 治安の悪化と国家主義の潮流【図3】

日本の治安状況については、平成14年に最悪の時期を迎えましたが、現在は、再び非常にすばらしい、戦後最善とも言える状況に戻っています。単に統計上の話と言う説明もあり、それも一理あるかもしれませんが、これは、やはり薬物対策がうまくいったことの証左だと思います。しかし、それでも問題はなお存在しているわけで、やはり薬物対策に穴が空けば大きな問題——国民にとって直接的な不安要因——になっていきますし、間接的にも色々な社会事象にマイナスの影響を与えていくのではないかと思います。

海外諸国の治安状況に目を向ければ、イギリスを始め、ヨーロッパは大体同じような傾向にあります。治安がものすごく悪くなって、今はやや高止まりしている状況です。その意味でも、日本のように完全に治安を回復できたというのは、驚異的なことだと思います。ヨーロッパにおける治安悪化問題は、特に外国人問題とも関連し、社会の極右化を進める要因にもなっているように思われます。各国の極右政党を簡単にまとめましたが、スイスなどでは第一党になっています。これはある意味で治安悪化の象徴とも捉えられるのではないかと考えています。

こうした中であっても、オランダのみならずヨーロッパは、少なくとも自己使用に対しては非常に寛容です。そこには哲学の問題もあるかとは思いますが、果たして「グローバル・スタンダードだからヨーロッパで正しいものを日本も学ぶべきだ。」と単純に言えるのか。治安悪化と社会の歪み、その原因の一つに薬物が関係している面もあるのではないかと感じてしまいます。

3 60年代のディクリミナリゼーション論【図4、図5】

(1) 日本は欧米のように規制を緩和しなかった

ただ、歴史的に見ると、戦後の日本の刑法学でも同じように、アメリカ・ヨーロッパにおける自由主義化の流れは非常に強かったことも申し上げなければなりません。私が研究を始めたころは特に強かったように思います。自由主義的価値観に基づく刑罰謙抑主義の象徴として、「被害者なき犯罪は処罰すべきでない。」「大麻はたばこより害が少ないから開放すべきだ、自由化すべきだ。」という議論があったのです。ただ、日本の場合は、そうした自由主義的な議論も強かったものの、そこまで大きく振れることはありませんでした。それが欧米では、大麻に始まりコカイン、麻薬が蔓延する事態となり、我々の見方としてはもう揺り戻すことができない状態になってしまったように思います。もちろん、彼らも必死で対策を行ってはいますが、あのようになってから立て直すのは、日本の場合とは比べものにならないくらい大変なことだと思います。

(2) 薬物犯罪が重要判例の基となってきた

ともあれ、日本は欧米のように規制を緩和しなかった。むしろ、薬物問題を抑え込むために、刑事司法は闘ってきたのです。日本の戦後の議論の中では、薬物犯罪の影響を受けて故意論や責任能力

論などが変化していきます。刑事訴訟法の捜査の理論はほとんどそうだと思いますが、重要判例は、全て薬物犯罪が基になって発展してきました。

その過程においては、従来のプリンシプルを少し広げた場合にどこまで介入できるのか、介入しなければ大変なことになるということで、強制採尿について、あるいは通信傍受について、どこまで認めるかが議論となっていったのです。そこでは、当時、尿を強制的に取るなんて人格権の侵害だ、捜査だって許されないという議論が圧倒的でしたが、そんなことを言ったらどうやって覚醒剤を摘発するのか、モノが出れば一発ではないかという議論も出てきて、では人格権を尊重しながらどこまでやっていくかという流れの中で、議論をずっと積み上げてきながら、ここまで来ているわけです。徐々にではありますが、事実が理論を動かしてきたのです。

故意論についても同様です。成田空港で、「運んだものが覚醒剤だとは知りませんでした。」と被疑者が言う。しかし、知らなければ仕方がないから全部無罪というわけにもいかない。では、どういう状況証拠があれば有罪に持っていけるかという議論の方向になっていったのです。

また、責任能力論にしても、実は薬物と大きく結びつきながら動いてきています。覚醒剤を使用すると統合失調症に酷似した症状が出ますが、昭和50年代に薬物犯罪が多発した時——もちろん、現在の日本の精神医療はだいぶ変わったと承知していますが——当時の司法精神医学は、東京医科歯科大学の中田修先生以来、伝統的に「コンベンション論」¹を唱え、統合失調症が行為時にあれば無罪である、心神喪失だとする傾向が非常に強くありました。覚醒剤を打って犯行を犯した人の鑑定をすると、「これは幻覚・幻聴がある。」「これは大精神病²と同じだ。」というわけです。

ただ、昭和50年代に入って覚醒剤事犯が多発するにつれ、徐々に裁判官が鑑定の結果に首を縦に振らなくなってきた、ズレが生じてきます。供述を見てもつじつまが合っているし、任意性も信用性もある。これが責任無能力だと言われても納得がいかない。心神喪失や耗弱は法律事項であり、よって裁判所が判断すべきであって、医師の意見は参考意見に過ぎないと——そこまではっきりとは言いませんが——事実上、流れが変わってきたわけです³。ただ、裁判員裁判が導入され、また微妙な動き方をしているようにも感じています。

(3) ディクリミナリゼーションとパターンリズム

いずれにせよ、今後も故意の認定をどうするのかについては、議論があると思います。「指定薬物と言われても、指定したのがついこの間だからこれは起訴できない。」「認識できないのだから、違法性の意識の可能性がない。」などという主張もあるでしょう。ただ、そうした主張があるとしても、やはり実際の認定や運用については、国民の常識から見て納得のできるものでないと説得力がないと思います。

法律の世界、特に刑事司法は人権侵害が何よりも悪く、被疑者・被告人の人権を守る方向で、常にそちらにバイアスをかけて解釈しておけば安全だという考えに傾きがちです。被害者が目に見えないということであれば、「気持ち良くなってトランス状態になるだけなのにどうして規制するのか。」という議論も出るでしょう。しかし、薬物使用を原因とする事件が現に起きていて、そこには現に被害者がいるわけです。また、薬物犯罪で細胞や神経が冒され、元に戻らなくなってからどうするというのでは遅いのです。

先ほどお話した「ディクリミナリゼーション」の反対の概念として、「パターンリズム」というの

があります。悪い結果が目に見えているのであれば、親が子どもに干渉するのと同じように、国家が国民の安全を守るために干渉することが一定の範囲で許されるという発想です。もちろん、どこまで介入すべきかについては、常に法律の永遠の課題であり、最後は国民が決める問題であると思います。国家にはなるべく干渉されたくないという国民が多いか、安全はやはり守ってほしいと考える国民が多いか、そのバランスの問題だと思いますが、やはり、ヨーロッパの最近の議論などと比較すれば、日本は安全・健康を非常に重視する——少なくともこれまで重視してきた——わけですし、現在までのところ、それを大きく変えなければいけない状況は起こっていないと、私は思っています。

4 日本の薬物対策の正しさ【図6】

日本の薬物・銃器対策の現状については——対策を講じて覚醒剤の押収量は増えており、非常に問題だと思われるかもしれませんが——世界的に見ればうまくいっていると思います。銃器対策も同様です。以前、ドイツで治安が非常に悪化した時期がありましたが、その際、銃器が入り込んだことによるマイナスの影響は甚大でした。

最近では再犯防止が叫ばれていますが、我が国の治安を良好に維持する一番のポイントは——暴力団・組織犯罪対策ももちろん重要ではありますが——やはり薬物そのものの対策だと思います。この点、覚醒剤は戦後急激に増えた後に減り、また昭和60年前後から増え、今も沈静化という状況にはなっていませんが、他方でうなぎ上りになってどうしようもないという状況にもありません。かつて大きな問題となったシンナー乱用についても、対策が功を奏しています。これらは関係者の並々ならぬ御努力による成果です。

もっとも、少し気持ちが悪いのは、最近、大麻の事犯がかなり増えているという報告をいただいていることです。ここには大麻の悪性についての認識が弱いという問題があると思っています。

5 脱法ドラッグ対策の重要性【図7】

御専門の先生方を前に素人の私が申し上げることはありませんが、脱法ドラッグには薬理効果としての危険性があります。また、マスコミ等で「ハーブ」という言い方がされていますが、これも問題だと思っています。

ただ、マスコミもここ最近、変わったように感じます。以前は、「ハーブに走らざるを得ないような社会状況、あるいは教育問題や家庭の問題などによる疎外感があるのだから、それを除かなければ脱法ドラッグをいくら禁止しても効果はない。」「使いたいという土壤がある限りは全然減らない。」といった論調が強かったように思います。もちろん、それは100%間違いというわけではありませんが、それを強調すれば、対策を打たなくて良いという方向にどうしても議論を引っ張ってしまいます。そこにマスコミも最近では気がついてきたのかなという感じがしています。冒頭、内閣がこんなに迅速に対応するのはあまり例がないと申し上げましたが、こうした意識があるうちに、是非きちんとした対策を講じていただきたいと思っています。

6 薬物患者対策以上に薬物の根絶を【図8】

(1) 取締りは一歩前に出るべき

後で議論していただく糸口として若干申し上げますが、薬物患者対策は大事だと私も考えています。薬物それ自体への対策も、患者対策もどちらも大事です。ただ、現実的に問題に対処するために、政策的にどこに力を置くかという、今は「脱法ドラッグ」の根絶を目指すこと、具体的な手をなるべく迅速に打つことが大事だと思います。

捜査手法も一歩前に出るべきです。「故意はあるかないかだから、ないものがあるととして厳しく処罰するのは不当である。」という批判があるかもしれませんが、私はそうではないと思います。グレーの中でどこまでの認識があれば故意として非難できるかということが問題なのであり、それは評価の仕方の問題であるからです。先ほどお話しした通り、歴史的に見ても、どこからが故意になるかについては、治安状況に関連して動いていきます。被疑者が指定薬物だとは知らなかったとして知情性を否認する例もありますが、これについても、色々な情況証拠からその供述が虚偽となれば、やはり崩していかなければいけない。ここに記載した推定規定、過失処罰というのは最後の奥の手です。そこに行くまでに、まず捜査として厳しい対応をしていく必要があると思います。

(2) 事前抑止の手法の創設を

ただ、冒頭に申し上げたように、この問題については、何がなんでも刑事・刑罰でやるというよりは、やはり知恵を絞って事前抑止の手段を創り出していくことの方が重要だと思います。指定薬物というのは、薬事法において、中枢神経系の興奮若しくは抑制又は幻覚の作用を有する蓋然性が高く、かつ、人の身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ものとして、特に指定したものとされていますが、ただ、特に指定しなくても、この蓋然性がある程度推認できるようなものがあれば、持っただけで処罰するというのではなく、それを売ってはならない、それを宣伝してはならないという方向もあり得ると思います。

一定の危険性があるものを販売する行為については、憲法上の権利としての自由の保障だけでなく、パターンリスティックな視点も加味しながら、どこまで規制するかを考える必要があります。既に医薬品は薬事法で一定の規制がされているわけですから、これより緩いことはあり得ない。もちろん、対象の幅を広げていけば、酒だってアルコール中毒を引き起こすから、酒を売っているのはどうなのかということになりますし、睡眠薬はどうなのかという議論もあり得るでしょう。これまで使用を認めてきた経緯や、医療目的の場合が考慮されるのは当然です。それぞれのものの危険性やその背景にある文化的な継続性なども踏まえながら議論をしていかなければなりません。それでも、今、問題になっているこの脱法ドラッグについては、規制を強めないのはおかしいと思う意見が多いのではないのでしょうか。私は、それは感情論だけではないと思います。

7 最後に

(1) インターネット販売への対策の難しさ

脱法ドラッグについては、まずは店舗販売を何とかしなければならぬのは間違いないのですが、更にその先を見ますと、店舗での販売以上に今後問題になってくるのが、おそらくネットの販売だと思います。これをどうしていくかは非常に大きな問題です。というのも、これは薬物だけの問題に止まらないからです。先ほど、3Dプリンターで銃を作ることができる時代になったとの話をしましたが、実は、私もその3Dプリンター用のソフトウェアをダウンロードしてみて、それに合わせてネット上で

流通している図面を見ました。銃はさすがに、もうありませんでしたが、簡単に私でもボタンを押せば作成できてしまいます。3Dプリンターの機械も、6万円か7万円で誰でも買える形で売っています。

では「そういうものを規制すれば良いではないか。」という、そう簡単にはいきません。ネットに自分の思想を表現することを規制するのはいけないという通信の秘密、表現の自由があります。そして、薬物にせよ銃器にせよ、そうした憲法上の要請に全てつながってしまっているのです。

(2) インターネット全体に対応する警察力の創設を

もちろん、ネットでも法に触れる形で敢行すれば取締りは可能ですが、現実には、わずかに言葉を変えるだけでいくらでもすり抜けられてしまいます。現場では、例えば警視庁の組織犯罪対策第五課では、ネット対策の専従班を作って頑張っているようですが、ぜい弱な体制の中、果たしてどれだけのことができるのかは、なかなか難しいところだと思います。

刑事の感覚から言うと、ネット上に流通している情報は、ある種、捜査の端緒として宝の山だと思います。ただ、あるところまで行ったらそれ以上突き上げができなくなるわけです。しかし、「できないからやめておこう。」ではなく、どうやって壁を破っていくかを考えなければなりません。今後、間違いなくインターネットが「社会の半分」を占める時代になっていくのなら、インターネット犯罪そのものを問題にするのではなく、インターネットを利用した捜査手法や、インターネット全体に対応する警察力を創っていくことこそが非常に重要だと思います。

取りとめのない話であつという間に時間が来てしまいました。今日は、薬物等の御専門の先生方が中心ですので、基調講演・パネルディスカッションも非常に有意義なものになると存じます。是非、御参加の皆様も一緒になって、脱法ドラッグ対策が一步でも前に進むように今回のシンポジウムを見守っていただくことを最後にお願ひしまして、非常に雑駁な話で恐縮ですが、私からのお話を終わりにいたします。

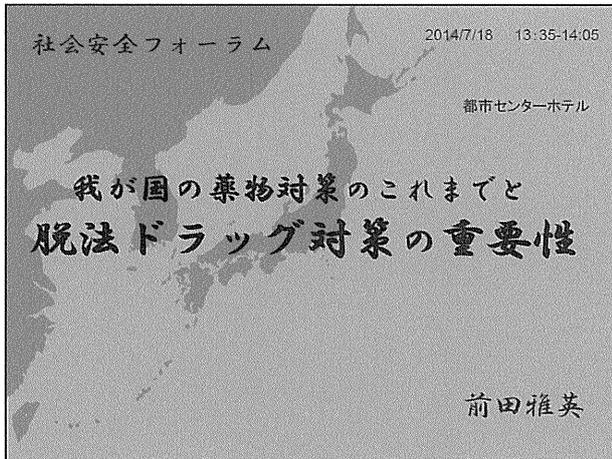
1 中田修博士は、「責任能力の判定方法の根本問題については、・・・種々の論議があるが、実際の判定には大体の原則がみとめられている。それはいわば慣例 *Konvention* というべきものである」とし、代表的なものとしてグルーレ (Gruhle, H.W.) の見解をあげている。同見解の詳細については、中田修「司法精神医学と精神鑑定」秋元波留夫他編『日本精神医学全書第6巻』(金原出版、1965) P228を参照のこと。

また、同博士は、ドイツでは責任能力判定に関して、そのような慣例が精神医学者、法学者、裁判官の間にかかなり強固に確立している一方、「日本の場合には裁判官の見解が司法精神医学の見解からかなり離れているように思われる」とし、「精神病学者と法律家とのあいだに一致した見解、すなわち一致した慣例 *Konvention* が今後築きあげられることが望ましい」としている。詳細については、同中田「犯罪心理学の立場からみた責任能力」『犯罪学雑誌第34巻1号』(日本犯罪学会、1968) P14を参照のこと。

2 進行麻痺、精神分裂病(現・統合失調症)、躁うつ病、てんかんの例外状態などをいう。(同中田1965)

3 昭和50年代の覚せい剤事犯の多発に伴う責任能力判断の規範化への流れについては、前田雅英「覚せい剤事犯の多発化と刑事司法—責任能力論と故意論への影響—」『日本刑法学会刑法雑誌第27巻第2号』(有斐閣、1986)を参照のこと。

【講演資料】



【図1】

薬物犯罪と刑事法の歴史

序 薬物犯罪と刑事法の歴史

- ・最近の「脱法ドラッグ」使用事案と国民の意識
- ・戦後の日本の治安状況の変化
- ・戦後30年有罪人員も刑務所人口も減り続けた
- ・後半30年 犯罪の急増
- ・増加の原因: 少年犯罪と外国人犯罪
- ・現在の犯罪発生状況をいかに評価するか

【図2】

治安の悪化と国家主義の潮流

- ・ドイツ: ネオナチ党 オーストリア: 自由党 スイス: 国民党 (第1党)
- ・フランス: 国民戦線 1972創立
 ジャン=マリー=ル=ペン (2002大統領選2位)
 → マリーヌ=ル=ペン (2011～) 2012大統領選3位18%
- ・ルウエー: 進歩党 デンマーク: 国民党
- ・ハンガリー: ヨッビク党
- ・ベルギー: フラムス=ベランフ
- ・オランダ: フォルタイン党 (2002フォルタイン射殺)
- ・今夏: イギリスの移民政策転換

【図3】

1 60年代のディクリミナリゼーション論

「大麻はタバコより害が少ない論」はどうなったのか

- ・ 刑罰謙抑主義
自由主義的価値観 被害者なき犯罪
同性愛処罰や大麻自己使用処罰批判
- ・ 75年代からの変化
刑事法理論を動かしたのは薬物犯罪
- ・ 刑法:故意論・責任能力論
- ・ 刑事訴訟法:捜査全般
通信傍受 強制採尿

【図4】

- ・ 刑法:故意論・責任能力論
「麻薬」の認識はいらない
覚醒剤を打てば統合失調症と同じ?
- ・ 刑事訴訟法:捜査全般
強制採尿 人格権の侵害は許されない
通信傍受:起こった事件のみ捜査可

【図5】

2 日本の薬物対策の正しさ

- ・ 日本の治安の良さの源泉
銃器 薬物対策
- ・ 薬物犯罪の発生状況
*ドイツ:銃器対策の遅れと治安悪化
- ・ 再犯者対策の中心 薬物と組織犯罪

【図6】

3 脱法ドラッグ対策の重要性

- 薬理効果の危険性
→他のパネリストの発表
- マスコミの危険な取り扱い方
脱法「ハーブ」
常に両論併記
「心の安らぎは得られる」

【図7】

4 薬物患者対策以上に薬物の根絶を

- 捜査手法を強化せよ
故意論の見直し
7/2改正直後で違法性の意識がなく不起訴
薬物に関する推定規定・過失処罰
- 刑事以外の手段の活用
事前抑止の手段を創り出す必要
一定の危険性のあるもの
販売を自由にして良いのか
「偽装」が明らかでも立ち入れないのか

【図8】

【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 和田 清

はじめに【図1】

私は、本質的には医者ですが、薬物依存を専門にしており、世の中でどういう薬物が使われていて、どういう人が使っていて、使うとどうなるかということの研究してきました。

本日は、まず、最近の薬物乱用・依存の動向について特に脱法ドラッグに焦点を当ててお話をし、その後、薬物依存とはそもそもどういうことなのかについて触れていきたいと思います。そして、薬物依存に対する治療の在り方について御紹介をするという流れで、お話をしていきたいと思います。

1 薬物事犯者について【図2】

これは皆さんもよく御存じのように、警察の薬物事犯に係る検挙人員の年次推移です。現在、日本は第三次覚醒剤乱用期にあります。第二次乱用期は覚醒剤以上に有機溶剤——シンナー遊びとも言われていましたが——これが圧倒的に多かったです。昔は全国どこに行ってもシンナー遊びを見ることができました。誰でも見ることができた時代があったのです。それが第三次覚醒剤乱用期になると有機溶剤は人気なくなっています。乱用者の間でも、「そんな安いものを使ってどうするんだ。」と言われるような世界になっています。その一方で、覚醒剤は一時期増えた後、停滞しています。

薬物事犯の原因別検挙人員を見ると、一番多いのが覚醒剤ですが、2006年になると、大麻は2位になりました。有機溶剤は3位まで転落しています。かつてに比べれば様変わりしている状況です。

ところが、日本の薬物乱用状況は、実際もこうなのかというと、なかなかそうは言い切れません。というのは、これは捕まった人の数に過ぎないからです。捕まった人は必ず「俺は運が悪い。俺以外にいっぱいいるよ。」と言います。私も確かにそうだと思います。社会の実態をより正確に把握するためには、ある程度、氷山の見えない部分がどうなっているかについて考えざるを得ないわけです。しかし、それは至難のわざでもあります。

2 最近の薬物使用の動向について【図3～図9】

(1) 薬物使用に関する全国住民調査

ただ、いわゆる先進国は、それでも何とか自分の国の薬物乱用状況をより正確に把握しようと努め、そのための調査を継続しています。私たちのところでも随分前から始めています。その一つが、全国から5,000人を無作為で選び、調査用紙を配付し後日回収するという、通称「薬物使用に関する全国住民調査」¹です。

その調査用紙に「あなたはこれまでに覚醒剤を1回でもやったことがありますか」というような質問があります。もちろん、誰が考えても、やった人間が素直に「はい、やりました。」と書くわけはありませんし、こういう調査で出てくる数字の絶対数を鵜呑みにしてはいけません。ただ、同じ調査を繰り返すことによって、その薬物の経験者が増えているのか減っているのか、その増減を見ていく限りにおいては、有効な指標となります。

その結果をお見せすると、生涯経験率——これは、1回でも違法薬物を「やったことがある」と答

えている人たちの割合ですが——このうち、まず、違法薬物の種類にかかわらず1回でもやったことがありますかという質問に対し、「はい」と答えた人たちが、直近では2.5%となっています。その内訳を見ますと、最も多いのは有機溶剤となっており、多少増減はあるものの、全体をならすとほぼ横ばいとなっています。ただ、これは、昔、シンナー遊びをしたことのある人たちがそのように回答しているということであり、第二次覚醒剤乱用期の経験が未だに消えていないということに過ぎません。

しかし、次に多いのが、実は大麻となっています。多少増減はありますが、確実に増えています。したがって、この調査からは、現時点で見れば大麻が一番使われているということになります。ちなみに覚醒剤は、我が国においては薬物の象徴ですが、3番目でして、やや増えているようにも見えますが、ほぼ横ばい。本調査では、検挙者の数と順番が変わることを頭に置いておいていただきたいと思います。

問題になっている脱法ドラッグは、2013年に初めて全国調査の項目に入れたのですが、経験者率はいきなり0.4%となりました。「いきなり」を強調したいと思います。こうした調査で新しい薬物が突然こうした高い数値になるのは、私も初めての体験です。例えば、MDMAについても継続して調べていますが、図表のとおり調査項目に入れてもしばらくの間、まったく有意な数値にはなりません。やっと最近になってこういう数字です。脱法ドラッグはいきなりそれを超えてしまいました。これだけでもすごい勢いだということが分かると思います。

(2) 全国精神科病院調査

基本的に、薬物を使うと精神的に不調をきたし、精神科の病院に来ます。そういうことから、我々は、精神科病院に通院・入院している薬物関連の精神疾患患者の実態調査²もやっています。精神疾患によって病院に来る原因となった薬物は何かという、かつての第二次乱用期には覚醒剤と有機溶剤がそれぞれ40%と、合計8割はいずれかの薬物が原因でした。ところがその後、有機溶剤は人気なくなり、どんどん減った。その半面、相対的に覚醒剤が割合として増えていきます。ただ、その陰で、実は睡眠薬・抗不安薬という医薬品が2位になりました。医薬品はいくら使っても捕まらない。犯罪にもならない。それがじわじわ増えているという大変な問題が実は起きていたわけです。

ところが、2012年、この調査でも脱法ドラッグを項目に入れて調べてみたら、2位の睡眠薬・抗不安薬をわずかに超えて、ここでもいきなり2位になりました。すごい勢いです。

先ほど、大麻は現時点で一番使われていると申し上げましたが、実は、大麻で通院・入院している方は少ないです。薬物一般に言えることですが、精神的におかしくする力——これを毒性とでも言うべきでしょうか——これには差がありますから、それによるものだと思います。ただ、大麻を原因とせず、他の薬物を原因として通院・入院している方々の中にも、実は大麻を使ったことがある方がいますから、そういう人たちをカウントしたグラフを見ると、2000年以降、急激に増えています。やはり2000年以降、日本に大麻が一気に広がったと見るべきだと思います。なかなか私たちの目には見えにくいのですが、状況は変わってきているということだと思います。

ちなみに、大麻取締法というのは少々ほかの取締法と違う部分があります。何が違うかという、麻薬・覚醒剤には使用罪があり、基本的に使うこと自体が犯罪になっています。ところが、大麻取締法には使用罪はありません。これは歴史的に色々な理由があり、ある意味では合理的なのかもしれま

せんが、杓子定規に言えば、使うだけでは捕まりません。誤解のないように付言すると、もちろん、現実には、使用罪はなくとも所持罪などで捕まるわけですが、いずれにせよ、大麻はほかの薬物とは少し違うようなかたちで扱われてきた面もあります。

(3) 全国中学生調査

もう一つ御紹介します。若者がどんな薬物をどれくらい使っているのかということに関しても、我々は全国の中学生を対象として、その実態に関する全国調査³をやっています。これについては、有機溶剤が割合的には多い。ただ、それでも0.5%、200人に1人。ここまで劇的に下がった。この間の努力は相当なものだったと思いますが、それが有機溶剤の鎮静化に結実しています。

2番目に多いのは大麻、3番目は覚醒剤で、これまで、ずっとこの順でした。しかし、初めて脱法ドラッグについて調べたら、いきなり0.2%と、大麻、覚醒剤に並びました。パーセンテージは同じですが、絶対数を見ると、実はこの0.2%の中で一番多いのが脱法ドラッグとなっています。脱法ドラッグがここでも第2位に浮上しています。繰り返しになりますが、こういう経験は、私は初めてです。

(4) 捕まる薬物から捕まらない薬物へのシフト

これまでいくつかの調査結果を御紹介してきましたが、それらの結果から見て取れるのは、世の中の薬物乱用者は、「捕まる薬物から捕まらない薬物にシフトしている」ということです。脱法ドラッグは捕まりませんし、医薬品も捕まりません。大麻には使用罪がありません。誰も捕まりたくないというのが今のトレンドであり、私は、その象徴として登場しているのが脱法ドラッグだと考えて良いのではないかと考えています。

3 捕まらない薬物の象徴としての「脱法ドラッグ」【図10～図14】

(1) 脱法ドラッグ問題の変遷とその形態

さて、その脱法ドラッグですが、我が国では、今回が3回目の流行だと認識しています。図表のとおりですが、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・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るとされていました。

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考えています。

(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います。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見ると、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ぽたぽたと垂らします。2時間た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、うちの研究部の舩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った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お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

とはいえ、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こと、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こと、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わからない。これは正に、今使っている方々が、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思っています。

4 薬物乱用防止の視点の再確認【図15～図22】

(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。使ってはだめ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、薬物を欲しがると、やめられない、薬物依存という状態になります。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ります。そうすると頭の中は幻覚・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回やっとなる、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が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。

(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ます。

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る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。そうすると「薬物探索行動」といって、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といのか。これについては、既に脳の異常だとい

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異な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。

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——良い例で申し上げると——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。そうなると、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。

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。

5 治療施設の実情【図 23～図 26】

(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。

(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いて、病院にはいないということです。これが現実です。

(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。

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。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、渴望というのは特性があります。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だめだと思えます。

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教わ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、薬物の渴望はしばみませんが、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【図 27～図 30】

(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⁴。

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ければなら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、自分たちの今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ます。

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っています。

(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——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。また、もちろん、薬物を使用している者がどの段階にいようとも、乱用という法律に触れることをやっと思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、もう一つは医療という、最低でも二つの側面が必ずあります。一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、この赤い矢印、乱用さえすれば乱用者ですが、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～【図 31】

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、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%であり、ヨーロッパでは軒並み30%台です。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す。

-
- 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）

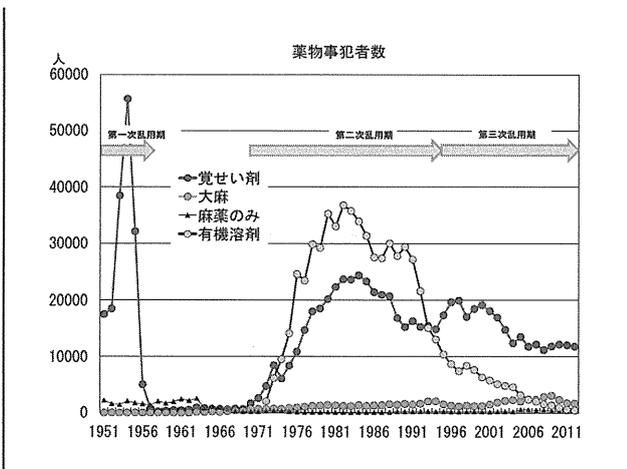
【講演資料】

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
和田 清

参考文献:「依存性薬物と乱用・依存・中毒」和田 清(著), 星和書店

【図 1】



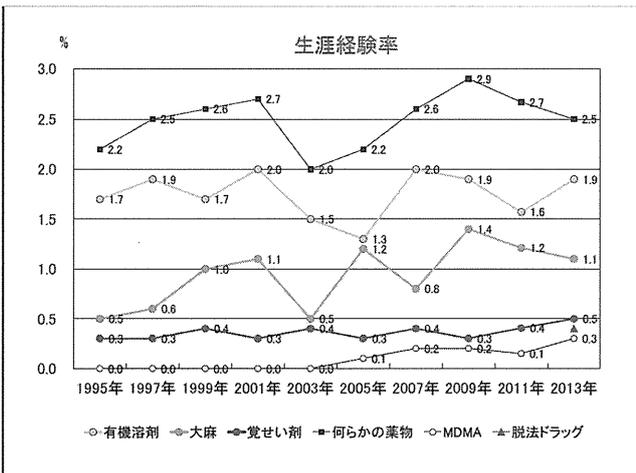
【図 2】

薬物使用に関する全国住民調査

対 象 : 全国の15歳～64歳の国民
サンプリング方式: 層化二段無作為抽出
(調査地点数: 350)

サンプル数 : 5,000人
調査方法 : 個別訪問留置法(自記式)
調査期間 : 2013年10月17日～10月27日
有効回収数 : 2,948人
有効回収率 : 59.0%
有効回答数 : 2,926人(58.5%)

【図 3】



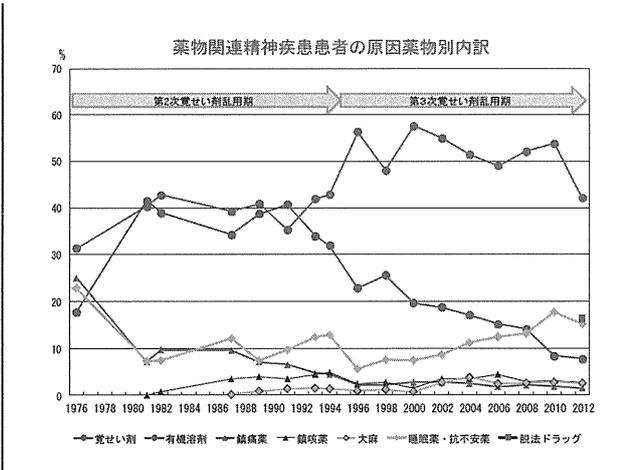
【図4】

全国精神科病院調査(2012年)

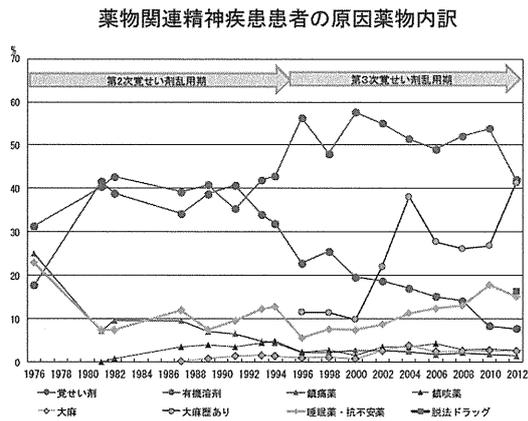
調査対象施設1609施設中
1136施設(70.6%)より回答

・該当症例数: 1161例
・分析対象症例: 848例

【図5】



【図6】

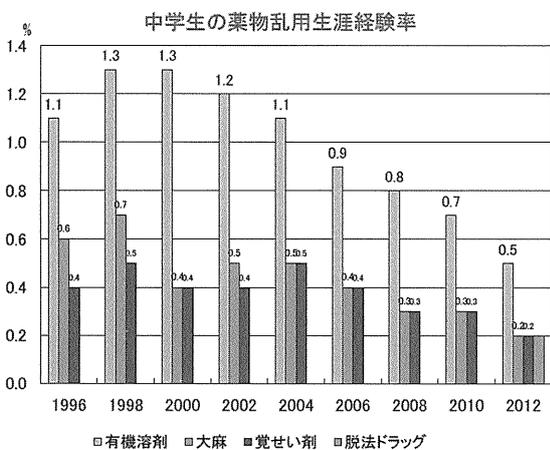


【図7】

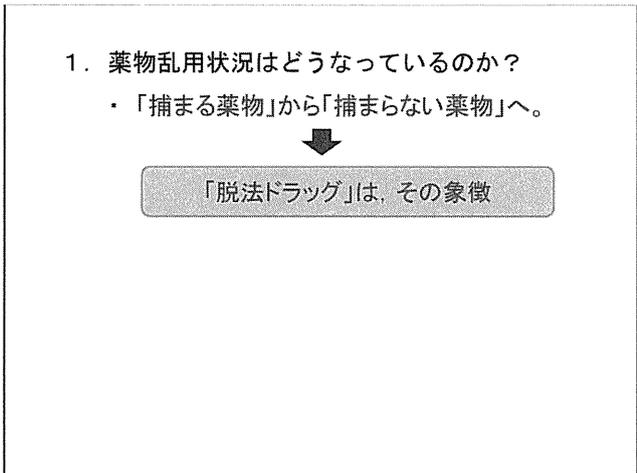
全国中学生調査

- 対象校数: 235 校
- 対象生徒数: 116,984 人
- 実施校数: 124 校 (52.8%)
- 実施生徒数: 54,733 人 (46.8%)
- 有効回答数: 54,486 人 (46.6%)
- 男性: 50.6%
- 女性: 49.4%

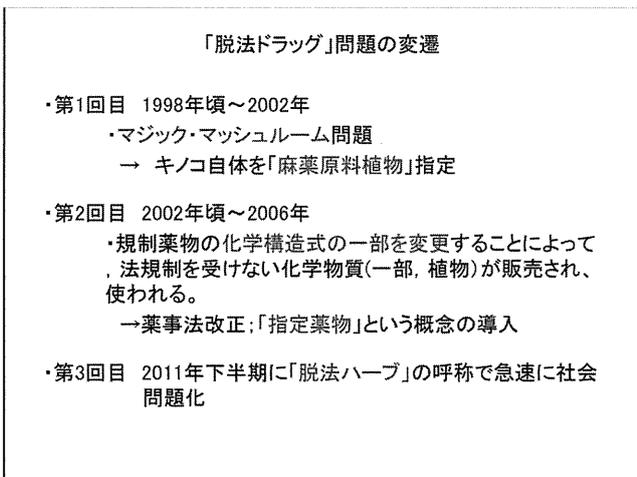
【図8】



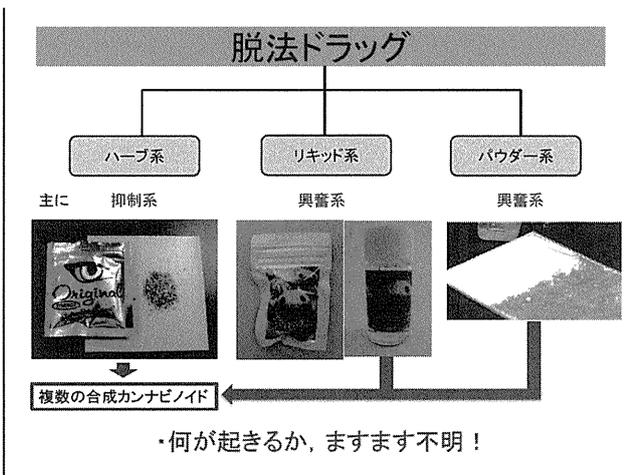
【図9】



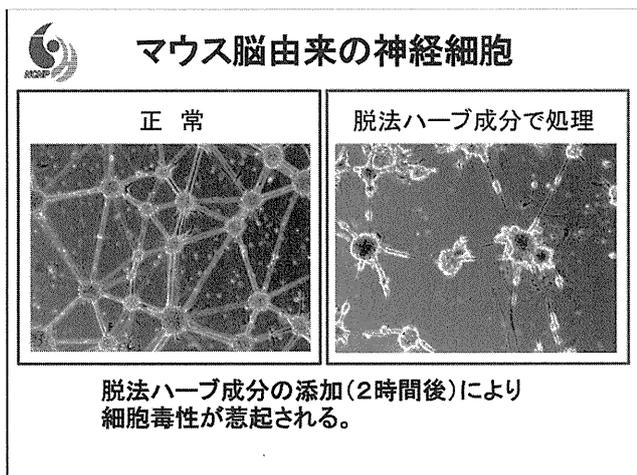
【図 10】



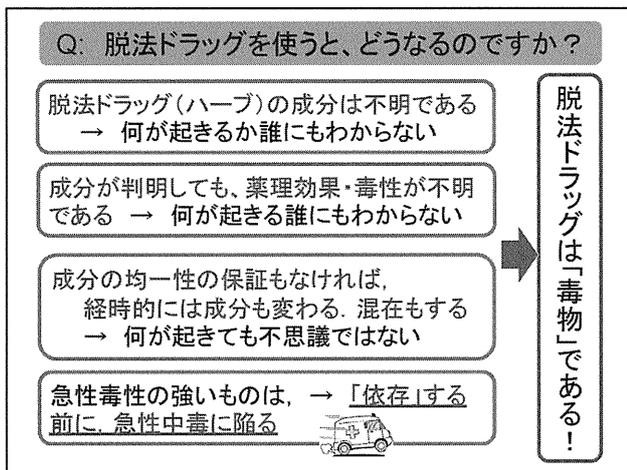
【図 11】



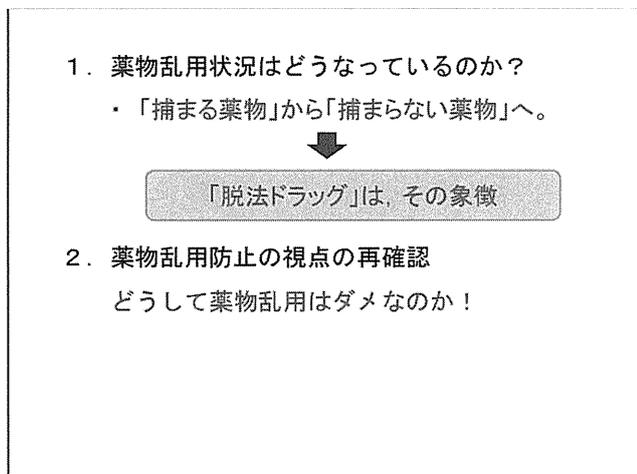
【図 12】



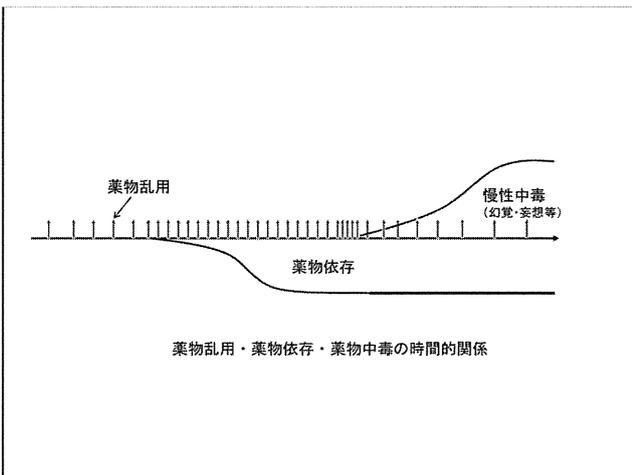
【図 13】



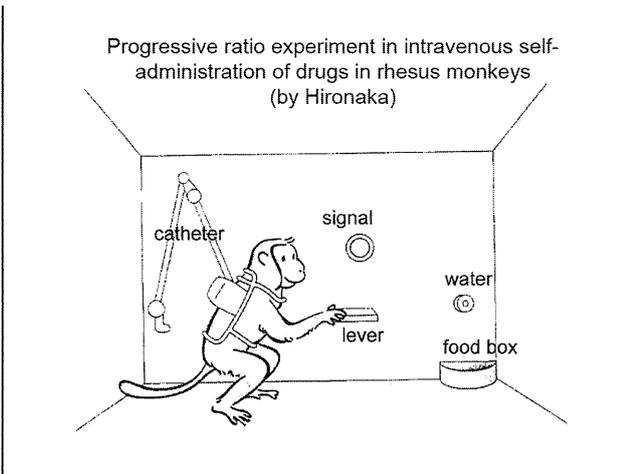
【図 14】



【図 15】



【図 16】



【図 17】

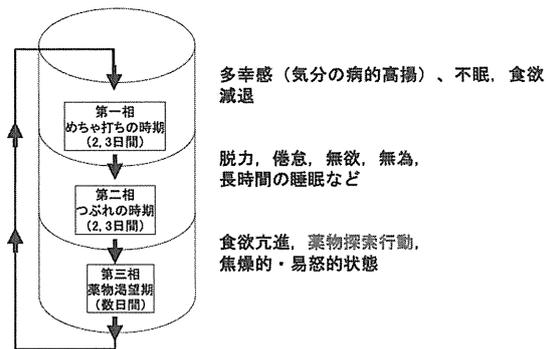
比率推進法による精神依存性の強さ

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

柳田知司:1.薬物依存—最近の傾向. A. 基礎的立場. 現代精神医学大系年間版'89-B. 中山書店,東京, pp.25-39, 1989.

【図 18】

覚せい剤の周期的使用に見られる三層構造



小沼吉洋 薬物依存(編者:佐藤光源、福井進) 世界保健通信社 1993

【図 19】

脳内報酬系の主座

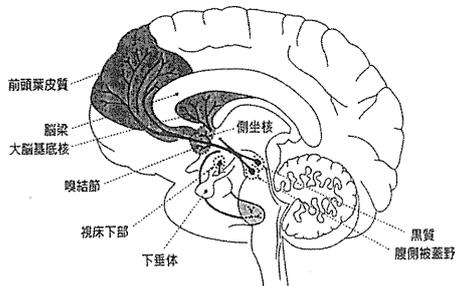


図2 脳内報酬系の主座

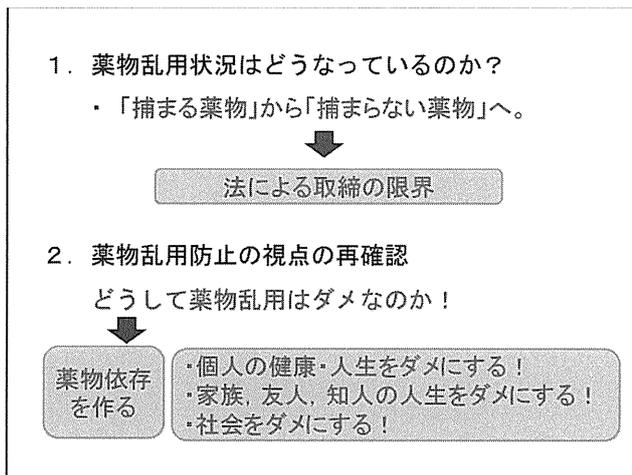
ドーパミン作動経路が主座と考えられており、覚せい剤などの刺激薬では、腹側被蓋野のA10領域に起始して側坐核、嗅結節、尾状核一被蓋(大脳基底核)の腹側線条体部へ投射している系が重要視されている。

【図 20】



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

【図 21】

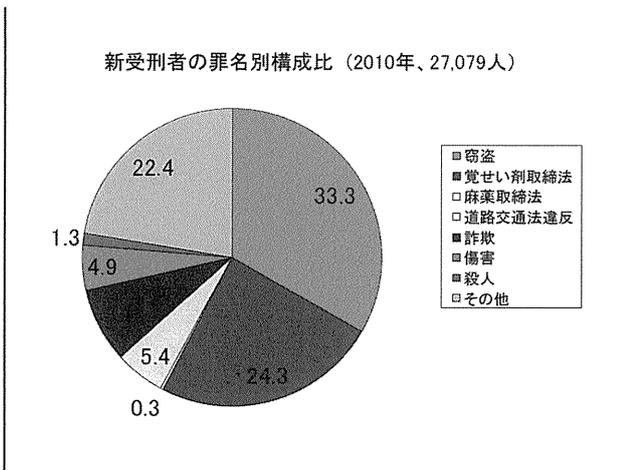


【図 22】

治療施設の実情 (平成21年6月30日現在)

- ・入院患者総数: 310,738 人
 統合失調症圏 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%)

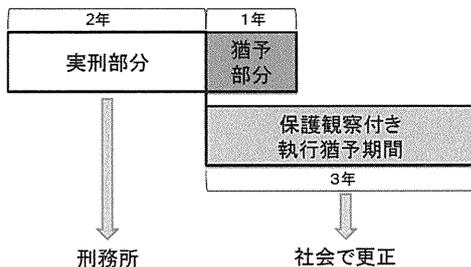
【図 23】



【図 24】

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



【図 25】

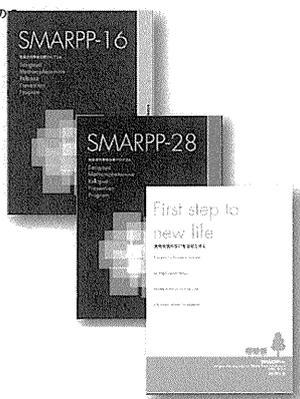
我が国に必要な体制

・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)

【図 26】

- 第1回 なぜアルコールや薬物をやめなきゃいけないの?
- 第2回 引き金と欲求
- 第3回 精神障害とアルコール・薬物乱用
- 第4回 アルコール・薬物のある生活からの回復段階
- 第5回 あなたのまわりにある引き金について
- 第6回 あなたのなかにある引き金について
- 第7回 生活のスケジュールを立ててみよう
- 第8回 合法ドラッグとしてのアルコール
- 第9回 マリファナはタバコより安全?
- 第10回 回復のために—信頼、正直さ、仲間
- 第11回 アルコールを止めるための三本柱
- 第12回 再発を防ぐには
- 第13回 再発の正当化
- 第14回 性の問題と休日の過ごし方
- 第15回 「強くなるより賢くなれ」
- 第16回 あなたの再発・再使用のサイクルは?



SMARPP-16、SMARPP-28、自習ワークブック「SMARPP-Jr.」

【図 27】

【ねらい】

- ・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。

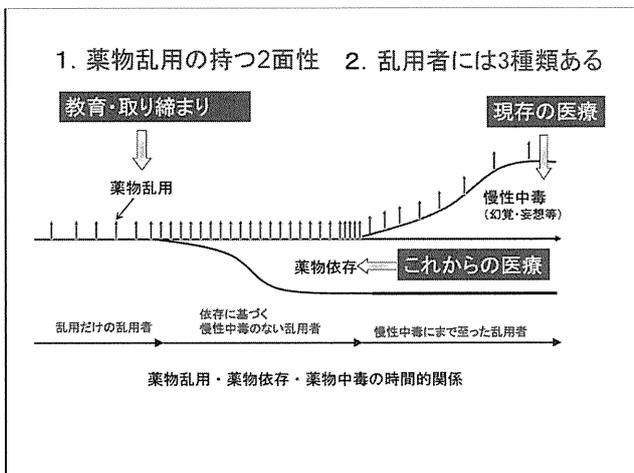
認知行動療法

- 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

【図 28】

- ## 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
 - ・ 家族教室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、自助グループとの橋渡し・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

【図 29】



【図 30】

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	36.8	31.1	12.3	9.4	8.6		2008-09	EMCDDA
オランダ	15-64		22.6	2.1	3.4	4.3		2005	EMCDDA
ドイツ	18-64	23.7	23.0	2.5	2.5	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	15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	7.8	0.1	0.8	2.1	2001	2)
日本	15-64	2.9	1.4	0.3	*	0.2	*	2008	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(2009年)

【図 31】

【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

東京弁護士会所属 弁護士 小森 榮

はじめに【図1】

私は、薬物事件の弁護を中心に活動していて、覚醒剤事件を含め、大麻その他の薬物を合わせると、これまで1,000件くらい担当してきました。そのうちの大半——800件から900件くらい——は末端の乱用者の事件ですが、その経験から、薬物問題に対して色々と発言したり、弁護活動以外の活動をしたりしています。

ここ数年、覚醒剤も大麻も、いわゆる規制薬物の犯罪の検挙者は減少してきました。その反面、例えば、先日池袋で脱法ドラッグの影響による自動車の暴走事件が起きました。これにより社会も目が覚めたというべきか、その後に相次いで脱法ドラッグ関連の事件が報道されています。そうした中で、私からは、脱法ドラッグに特化して話をしたいと思います。

1 脱法ドラッグとは？【図2】

脱法ドラッグは、国連など国際社会では、一般的にNPS（新規精神作用物質）と呼ばれており、特に欧米を中心に先進諸国を悩ませている新しい薬物問題です。

初歩的な話ですが、脱法ドラッグとは何か。これは、かつて「合ドラ」などと呼ばれていたものと同一でして、要は使っても使用する目的で所持していても処罰されないなどと言われていますが、多少理屈っぽく言えば、麻薬などと同等の作用があるのに規制薬物の成分を含んでいない製品ないし商品ということになります。店舗などでは「ハーブ」などと称して売られていて、店舗もあるし、インターネットもありますし、とある県議会議員はデリバリーで買ったような報道がされている。

スライドに映っているのはハーブの中身でして、乱用者はこれをたばこや大麻のように吸います。御覧のとおり、中身は乾いた植物を刻んだようなものですが、これが本体ではありません。本体は、この植物に染み込ませてある成分です。その成分は覚醒剤や麻薬などの規制薬物の化学構造を少し変化させただけのもので、作用も危険性も規制薬物並みか、それ以上のものもありますが、いずれも「合法」と称して売られている。規制薬物そのものではないから違法ではないというのが、流通側の言い分なのだろうと思います。

乱用する側も、『合法』すなわち『安全』——覚醒剤や麻薬などに比較して効果が弱い——という意識で使っているようです。しかし、実際に脱法ドラッグの乱用により多数の健康被害が発生し、死者も出ていますから、それが間違いであることは明白です。

2 イタチごっこのメカニズム【図3】

よく、脱法ドラッグはイタチごっこだと言われます。法規制をすり抜けるために素早く変化して取締りをかわし、いつまでも市場に存在し続けるということですが、このメカニズムを支えているのは、以下の三つの要素と思っています。

まず、法規制の及ばない未規制薬物を成分とする製品を「合法」とうたって販売しているということです。「ハーブ」「アロマ」「パウダー」などと呼んで、薬物の危険性をカモフラージュしていま

す。

もう一つは用途の偽装です。販売目的を偽り、お香やアロマなど、体に摂取するものではないとうたっています。そうすることで、薬事法上の医薬品としての扱いを回避し、無承認無許可医薬品としての取締りを逃れようとしているのです。

それから、類似薬物が無限にあるということです。ある物質を規制しても、たちまちその類似物質が流通してしまう。化学構造の一部を置き換えることで、脱法ドラッグ業者はほとんど無限の未規制物質を作り出すことができます。

この三つがかみ合わさって、いわゆるイタチごっこという状態になっています。

3 今から 10 年前…【図 4～図 6】

我が国において、最初に脱法ドラッグが問題になったのは、今から 10 年ほど前だったかと思います。被害が拡大している中、有効な取締りが及ばない当時の現状に対し、何もできないのではないかという批判が起きました。

当時売られていた商品は、マジック・マッシュルームと多様なケミカル系の薬物でしたが、最終的に、マジック・マッシュルームについては、麻薬に指定するということで処理されました。その頃、麻薬は指定されるまでに大体 3 年ぐらいかかると、私は当時の文献で読んだことがありましたが、その 3 年間ぐらいで対策が遅れ、その間に被害が拡大していったのです。

例えば 1998 年、マジック・マッシュルームの乱用が拡大し、救急事例が増加して、死亡事故も発生しました。また、2004 年には脱法ドラッグの販売店が増加し、脱法ドラッグの使用による死亡事故も起きましたし、脱法ドラッグの影響下で殺人事件も起こっています。この殺人事件は、同棲していた恋人を彼氏が刺し殺したという事件であり、その刺し殺した後、男は真っ裸で叫びながら警察に自首したという経緯があります。

こうした中で、拡大する被害にストップをかけようとまず立ち上がったのが東京都です。元々東京都はいち早く脱法ドラッグの問題に取り組んでいた経緯がありました。1996 年頃から買上げ調査を開始し、医薬品成分を含む製品の回収の指示や、販売業者に対する監視・指導を続けてきました。2003 年には独自の対策を導入するために検討を開始し、2005 年 4 月には脱法ドラッグ対策に重点を置いた東京都薬物の濫用防止に関する条例を制定しています。これは麻薬として規制を受けていない薬物を知事指定薬物という形で指定し、その製造、販売を規制するものです。

同じ頃、国もやはり対策の検討を始めました。それまで厚生労働省は、脱法ドラッグ対策としては、まず、有害性が確認されたものを麻薬として指定して取り締まり、人体への摂取を目的とするものは無承認無許可医薬品として取り締まるという方針を打ち出していましたが、脱法ドラッグの拡大に歯止めをかけることができずにいました。そこで、脱法ドラッグに対する規制の検討を開始し、2006 年 6 月に薬事法によって導入されたのが指定薬物制度です。

指定薬物は、先ほど前田先生がおっしゃったような性格のものであり、麻薬に比べ有害性の要件を緩和しています。これにより、国内に流通していない薬物や、あるいは後で出てくる包括規制という現実にあるかどうかわからない薬物に対する規制もできるようになるなど、迅速かつ弾力的な規制が可能になったわけです。

私は、当時、東京都の脱法ドラッグの委員をしておりましたので、この辺りの状況はよく憶えています。こうした東京都や国による薬物の指定制度ができてからは、脱法ドラッグ販売店が急速に減少し始めたように思います。ただ、同じころに大麻の種子の問題が出てきたので、もしかしたら、業者が取扱商品を変えただけかもしれないのですが、いずれにせよ、対策の効果は大きかったのではないかと考えています。

4 2011年…【図7、図8】

ところが、2011年頃から「脱法ハーブ」「合法ハーブ」と呼ばれるドラッグが再び急速に広がり始めました。またもや対策が後手に回り、何もできないという批判が起こります。この時期、よく新聞記者から問い合わせを受けましたが、「お香」と称して未規制薬物を販売する店舗に対して、当局側は「打つ手がない」とみているようだ、あちこちの記者から聞きました。

これは、当時の新聞です。「合法ハーブ」を掲げる販売店が全国で急増し、健康被害も拡大してきました。「ハーブ」と書かれたのぼり旗がひらひらして、しかも駅前のお店などで堂々と掲げられていました。この頃、私も「帰りにハーブを買って、居酒屋で目の前に座った女の子に飲ませたら泡を吹いて倒れた。救急車を呼ばれて警察も来てしまい、私は捕まってしまうのでしょうか。」というサラリーマンからの相談をいくつか受けた記憶があります。

5 対策…包括規制の導入【図9】

ただ、当時は既に指定薬物制度という受け皿となる制度がありましたから、ここで求められたのは対応の早さと実行力でした。対応の早さとは、要するに迅速に市場に現れた製品に対して素早く規制下に置き、それを取り締まるということですが、これについては、残念ながら若干遅かったようにも思います。2012年は、確か6月か7月頃になって初めて指定薬物が指定されるといった具合で、何もできないと言われていた時期が結構長く続いた記憶があります。

しかし、2012年下期からは新規指定のペースが着実に上がり、さらに、包括規制というのが出てきます。包括規制というのは、物質の基本的な化学構造（基本骨格）に基づき、同じ基本骨格を持つ一群の物質をまとめて規制する方法ですから、現実には市場にないものも含まれることとなります。2013年2月には、市場に流通していた合成カンナビノイドのうち最も有力であったナフトイルインドールというグループに対する包括規制が行われ、このグループに属する700種類以上の物質がまとめて規制対象になりました。また、同年12月には覚醒剤に似た効果・作用を持つカチノン類に対する包括指定が行われ、このグループに属する500種類以上の物質が一斉に規制薬物になっています。

なお、包括規制とは別ですが、今回の池袋の暴走事件に関連して、そのとき摂取されたという未規制物質2種類については、7月15日に指定薬物の緊急指定が行われ、25日から施行されることとなっています。

6 指定薬物と麻薬の現況【図10】

現状では、指定薬物と麻薬の指定の状況は、約1,400種類近い薬物が指定薬物として指定されています。その内訳は、個別指定が約100種類、包括指定されているものがカンナビノイド、カチノン

合わせて1,200種類ほどです。また、指定薬物として規制されたにもかかわらず相変わらず流通しているものや重大な危害をもたらすことが危惧されるものについては、麻薬に格上げされており、現在までに170種類ほどに上っています。

ちなみに、先ほど何もできない時期が続いた旨のお話をしましたが、現状において、新たに市場に登場した薬物を規制していく際の迅速性という点では、私は、日本は先進国の中でおそらく一番だろうと思っています。日本以上の政策は、海外でもないのではないのでしょうか。もちろん他の方策があるのかもしれませんが、私は現状では思いつきません。

しかし、これだけ早くやり、これだけ規制しても、未規制薬物の登場は止まらないというのも現状であることも付言いたします。

7 脱法ドラッグ対策について【図11～図13】

(1) 脱法ドラッグ店舗の現状

次に、違法販売に対する取締り、店に対する具体的な取締りに話を移したいと思います。

ここに掲げている数字は、厚生労働省が都道府県の報告を取りまとめたものです。販売店の数は、2012年3月には389、2012年12月には305、2013年9月には240となっています。把握する限りでは、店の数は減っています。

警察は、これまでも脱法ドラッグの販売業者に対して様々な取締りをしてきました。立入検査に同行し、例えば指定薬物が置いてあれば回収したり、販売を停止させたり、あるいは、指定薬物に当たらない、正面から言えば違法とは言えないような製品にしても、自粛を申し入れたりして販売店の削減に努めてきたと承知しております。その成果がこうした数字につながっていると思っています。

数字だけではなく、個人的にも、確かに、減ったと言われればその実感はないわけではありません。私が時々通る新宿通り沿いのビルの1階に、以前は脱法ドラッグ店舗があったのですが、今はありません。今は——池袋の事件で被疑者が脱法ドラッグを買った場所が正にそうですが——少し奥まった風俗街の近く、あるいはビルでも上の方の階とか、そういうところにあるものが多くなったように思いますし、インターネットショップあるいはデリバリーなどになったものもあると聞いています。それをどういうふうに見るかというところ、店舗はやはりコストがかかるので、採算上そういうところに撤退したと考えるべきだろうと思います。

乱用者の立場からすれば、欲しい時にすぐ手に入れたいわけです。この点、店舗に行ってさっと買えるのがまず一番ですが、その次が、多少手間はかかりますが持ってきてくれるデリバリーです。インターネットは1日くらいかかるかもしれないのであまり愛好はしないように思います。違法な薬物なら捕まるかもしれないので、インターネットの匿名性なども大いに活用するかもしれませんが、現時点、脱法ドラッグというだけで捕まるというわけではありませんから、インターネット販売は、販売という面について現実空間における販売形態と比較すれば、若干、不利な側面があるのかもしれませんが。

(2) 各種法令を駆使した取締りとマスコミ報道

警察は、脱法ドラッグ関連事件の取締りに本格的に乗り出しています。警察の取締りは、いわゆる脱法ドラッグの販売業者に対する違法販売の取締りから、最終的には住居侵入や建造物侵入などの犯

罪にまで及んでいます。様々な法令を駆使して脱法ドラッグに起因する各種犯罪を処理しています。

とりわけ、交通事故については、特に人身事故絡みになると厳しい対応をしています。こうした対応の厳しさは、裁判所も一緒です。人が亡くなったあるいはけがをしたという場合は、基本的には危険運転致死罪で立件されています。2012年の中頃だったと記憶していますが、大阪で脱法ドラッグに起因する三つの交通事故がありました。それらの事故は連日のように報道されましたが、最後に京都の事故があり、そのあたりで報道がピークになって急に途絶えました。同年11月頃には愛知県の春日井市で通学途中の高校生がハーブの乱用者にひかれて死亡した事件が起きましたが、東京ではあまり報道されなかったようです。

その後大きく報道されたのは、今年2月に入ってから福岡の天神の事件です。この時、マスコミは、「事件が急に増えた」と捉えていたようですが、その間の事件・事故をたどってみると、継続して起こっているのです。継続して報道するというのは大きな啓発になると考えますが、マスコミは視聴率が取れないとやみませんので、この辺りは啓発という面から見てちょっと問題だという思いが常にあります。

(3) 使用者の減少という成果

こうした努力の結果——これは私の個人的な評価ですが——脱法ドラッグの使用者はかなり減少しているのではないかと私は考えています。

ここに示したグラフは、愛知県が発表している脱法ハーブが原因と疑われる救急搬送件数をグラフ化したものです。私は、緊急搬送件数は、脱法ドラッグ乱用の広がりトレンドを具体的に示す指標の一つではないかと考えておりますが、愛知県では、2011年4月から継続して、脱法ハーブが原因と疑われる緊急搬送事件の数を月単位で発表しています。

このグラフによると、脱法ドラッグの販売店が急増し、野放しと批判されていた2012年初頭から緊急搬送者が増加し、1か月当たり20数件あるいは17件などといった数字があります。

この時期は、報道が比較的しっかり動いてくれたおかげで、愛知に限らず全国で大体同様の傾向にあることが分かっています。2012年1月から5月までの間にハーブに関連して緊急搬送された人は、東京都内では99人、前年の11人を大幅に上回りました。数カ月で1年分の9倍になったということです。大阪府内でも23人で前年1年間の24人に並ぶ勢いでした。さらに、神奈川県では65件発生し、月平均では13件と、前年度の月平均の10倍となったなどの記事があります。

愛知県のグラフでは、その後2013年後半まで、一番高かった時期からすれば若干減りつつも、同じような傾向が続きます。そして、ようやく2013年末ごろからはちょっと落ちているかなという気がいたします。

先ほども少し報道による啓発という点について申し上げましたが、2012年8月頃から脱法ドラッグに対する報道が激減した影響からか、愛知県以外のその後の数字は把握できておりません。そもそも救急搬送件数については、愛知県以外公表していないのです。愛知県だけがずっと継続して出していて、しかも年齢別に30代以上、20代、10代と分類もされているため、トレンドもある程度は読めます。もちろん、数字が少なくなるので信頼性はどうかという話は残りますが。

2013年以降については、薬物に絡んだ色々な事件で、地方新聞の記者などから問い合わせを受けた場合に、どのぐらいの数字なのかと聞いてはいますが、大まかなトレンドとしては同様ではないかと

思っています。取締り活動による販売店の削減や啓発活動による使用者の減少が影響したことによるのではないかと思っています。ただ、一方では、精神科に受診する脱法ドラッグの患者が増加しているとも聞いており、問題の長期化・複雑化という様相が見え始めた気もしております。

8 しかし、イタチごっこは終わらない【図 14～図 16】

このように、最近、乱用者は多少減少したかには見えますが、イタチごっこ自体は終わりません。先ほど申し上げた通り、確かに各分野の対策は一定の成果を上げていると私は評価しています。ところが、指定しても後から後から未規制物質が登場し、それらは「合法」と称して販売され続けていることも申し上げました。脱法ドラッグが公然と販売され続ける限り、一般人、社会の人たちは、店舗や使用者が多少減少したとしても、やはり対策が不十分だという思いは、常にあるのではないかと思います。マスコミの報道を見ても同様です。

そうした中で、先日、池袋で脱法ドラッグ使用者による悲惨な交通事故が起こってしまいました。その後も全国から同じような事件・事故の報道がなされています。

しかし、今回、時機を逸せず指定薬物の緊急指定を行ったことは、大きなインパクトがありました。国民に与える安心感という点でも、今回の緊急指定はとても良い印象を与えただろうと、私自身も非常に評価しています。

ただ、一方で、今回の事件は、指定薬物の所持・使用の禁止が施行された4月1日以後に起きた事件でもありますから、その意味では、一般人の法規制に対する信頼を大きく損ねたのではないかと思っています。その意味では、この所持・使用の禁止を含めた脱法ドラッグに対する取締りの成果如何が、今後の脱法ドラッグに対する社会の趨勢——また何もできないと批判されるのか否か——を大きく左右するものだと思います。

9 2014年4月からの新局面と今後の課題について【図 17～図 20】

指定薬物の所持・使用罪について触れましたので、最後にこの点について簡単におさらいをいたします。これまでの脱法ドラッグに係る規制というのは、流通の規制という点に重きを置いたものでした。つまり、従前は、製造、輸入、販売、授与、販売・授与目的の貯蔵・陳列という形態に対する規制がメインだったわけです。ところが、本年4月1日からは、これらに加えて所持、購入、譲り受け、使用を新たに禁止・処罰の対象にしました。規制の強さという点では、個人的にはシンナーと大麻の中間という実感ではありますが、乱用者が処罰されるということになると、今までの扱われ方とは大分異なりますから、色々な問題も出てくるのではないかと考えており、そういう意味で、多少意見を申し上げたいと思います。

(1) 犯罪捜査の難点

まず、犯罪捜査の問題です。その一つは、薬物鑑定迅速化です。薬物事件の捜査の出発点は薬物の鑑定であり、そのためには薬物の同定、何であるかを明らかにすることが第一となります。脱法ドラッグについては、覚醒剤のような現場での予試験などはなく、現場でどうこうということはできないので、任意提出を受けて鑑定に回すという手続になるろうかと思いますが、これが大変な作業であることは容易に想像できます。

近年の指定薬物の所持等の事件では、鑑定におおよそ1カ月程度かかっています。最近、警視庁で2,000件がまだ滞留しているという話も聞きました。既に指定されている薬物の鑑定ですら、1000種類以上ある中で特定するわけですから大変です。

未規制の薬物の場合——実は、私はこちらの方がより深刻とっていますが——もっと大変でしょう。危険運転致死罪などの乱用者の大半は、ハーブ屋から買ってすぐにそれを使い、そのまま車を運転して事故を起こすことから、その薬物を鑑定しようとしても、結局は未規制の、いわゆる指定薬物ではない成分が検出されることが多くあります。私が扱った事件や他の事件を検討してもほぼ全てがそうでした。こうしたケースでは、薬物そのものの同定作業にとっても時間がかかってしまいます。何としても鑑定機器の拡充などの形で鑑定の速度を高めていただきたいと思います。刑事弁護の観点からしても、事件の迅速な処理は法の適正な執行の一部であると考えております。

もう一つは知情性の立証です。先ほど前田先生がおっしゃった故意の問題です。今までに逮捕された脱法ドラッグ店舗の店主に係る事件の中には、指定薬物とは知らなかったというような言い分が通り不起訴になっているケースがあり、そういうものをどうするかという問題はこれからも残ります。日本の脱法ドラッグ業者は、深い化学知識があるわけではないし、成分が何であるかという形で仕入れてはいないだろうと思いますので、この線引きがあまりに緩いと全て不起訴になります。

この知情性の問題については、乱用者であるユーザーに対してはさらに判定が難しくなると思います。日本の脱法ドラッグ販売店は、販売している薬物が指定されるとすぐに入れ替えますから、私は、店舗で買ったユーザーが、対象の脱法ドラッグが指定薬物だと思っていた可能性は低いということが言えるのではないかと思います。

(2) 流通・製造過程への対応

さらに、知情性とも絡むのですが、取締りの対象を流通・製造ルートにまで広げることも必要で、そのためには、まず、脱法ドラッグの市場の実態を把握しなければなりません。

市場に流通する脱法ドラッグは、目まぐるしく変化しています。2011（平成23）年頃には海外からの輸入品中心だった市場も、今や流通品の大半が国内で調合・製品化されているとみられます。しかし、製造業者の実態、製品、情報及び資金等の流れはほとんど把握されていません。薬事法違反などの疑いで販売業者に対する捜査活動をすれば、必ず発注や仕入れ関係の情報があるはずですが、こうした情報に基づいて突き上げ捜査が行われ、製造業者や卸売りや仲介をする業者が摘発されたという話は、ほとんど聞かれません。また、試買調査や捜査活動を通じて違反製品が発見されても、製造業者にまで捜査が及ぶことは稀です。

今後は、製造業者への取り締まり、原料の輸入段階での管理など、流通網のより川上へ取り締まりの手を伸ばしていかなければなりません。

(3) ユーザー対策

最後に、最も立ち遅れているユーザー対策に、もっと力を入れなくてはなりません。この分野は、ほとんど手つかずのままになっています。

まず、薬物に染まりやすい青少年に的を絞った啓発活動がもっと活性化されなくてはなりません。しかし、ただ「危険です」「手を出さないで」と呼びかけるだけでは、肝心の対象者にメッセージは届きません。事件や事故に密着した危険情報をきちんとした形で提供することが重要です。また、専

門知識があり、しかも若者に対して発信力のある人材、つまりキーパーソンを育成することも考えたいところではあります。

次に、固定ユーザー（ヘビーユーザー、常用者）対策です。指定薬物について単純所持や使用等が禁止されたとは言え、実際にユーザーの手元から任意提出される脱法ドラッグの大半は未規制薬物であり、取締りは及ばないので、固定ユーザーの把握にはおのずと限界があります。しかし、その一方で事件・事故・保護活動等で警察が取り扱う対象者の中には、かなりの割合で固定ユーザーが含まれていると思われます。警察が取り扱った対象者に対して、治療を導入し、断薬を指導し、乱用を防止するといったフォローをしていくことが望まれます。

また、当事者、家族、友人からの相談に対応する、相談窓口の整備も急がれます。これは、覚せい剤で築いてきた薬物相談の機能を拡充し、脱法ドラッグにも対応していくことで、今すぐ動けるはずではあります。

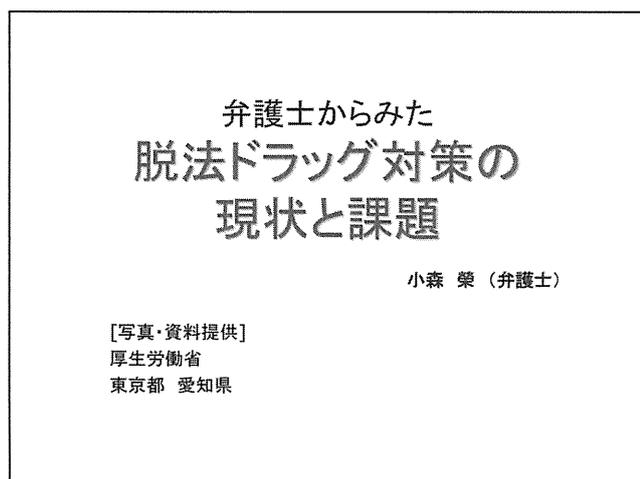
10 最後に【図 21、図 22】

この数年の取組で、脱法ドラッグ対策はかなり進みました。しかし、まだまだ課題が残されています。今は、重要課題に的を絞って対策を集中し、具体的な成果をあげていく段階を迎えていると思います。

「販売店がここまで削減された」「乱用者による事件や事故が減少した」「救急搬送数が減った」などといった具体的な成果の報告は、脱法ドラッグ市場のさらなる縮小につながるはずではあります。

この春から、薬事法の改正によって、指定薬物の乱用行為も取締りの対象になりました。これによって、取締り成果が大きく向上すると期待する向きもあるようですが、しかし、末端乱用者の摘発だけでは脱法ドラッグ問題は解決しません。総合的な取組が問われているのです。

【講演資料】



【図 1】

脱法ドラッグとは？

麻薬などと同等の作用があるのに、
規制薬物の成分を含んでいない製品



- ・規制薬物の化学構造を少し変化
- ・危険性は規制薬物並み
- ・しかし法規制が及ばない

「合法」と称して販売

消費者は
「安全」「作用が弱い」と誤解

事件・事故の発生
脱法ドラッグによる死亡例も

【図2】

イタチごっこのメカニズム

法規制をすり抜け、取り締まりをかわし、素早く変化する脱法ドラッグ。
脱法ドラッグを支えているのは…

「合法」と称して販売
法規制の及ばない未規制薬物を成分とする製品を「合法」をうたって販売。
「ハーブ」「アロマ」「パウダー」などと呼ばれ、薬物の危険性をカモフラージュ。

用途の偽装
未承認医薬品(薬事法)としての取り締まりを逃れるために、販売側は「お香」などと標榜。また、「身体に摂取するものではない」と用途を偽装。そのため、「医薬品」としての取り締まりに困難が生じている。



無限にある類似薬物
ある物質を規制しても、たちまちその類似薬物が流通してしまう。化学構造の一部を置き換えることで、脱法ドラッグ業者はほとんど無限に未規制物質を生み出すことができる。

【図3】

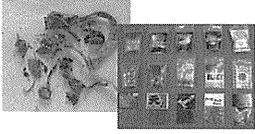
今から10年前…

何もできない？

脱法ドラッグによる被害が拡大、
対応の遅れが指摘された

【図4】

マジック・マッシュルーム、
多様なケミカル系薬物などが続々と登場・・・
しかし麻薬指定には数年が必要



- 1998年～マジック・マッシュルーム乱用の拡大
救急事例の増加、死亡事故も発生
- 2004年～脱法ドラッグ販売店が増加
- 2004年 脱法ドラッグ影響下での殺人事件
脱法ドラッグによる死亡事故

【図5】

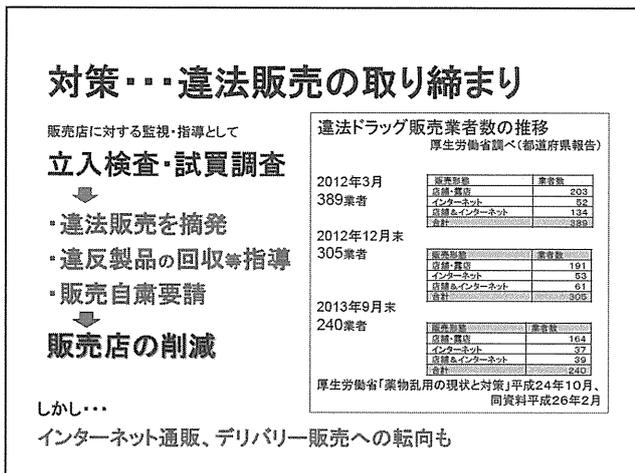
被害の拡大にストップ！

<p>【東京都の対策】 買上げ調査(1996年～) ・・・→実態把握→監視・指導</p> <p>2005年 「東京都薬物の濫用防止に関する条例」 東京都は独自の条例を制定 知事指定薬物 ・・・→製造、販売などを規制</p>	<p>【国の制度】 指定薬物制度(薬事法) 脱法ドラッグ対策として、2006年の薬事法改正(2007年施行)で新設</p> <p>指定薬物とは 中枢神経系の興奮若しくは抑制又は幻覚の作用を有する蓋然性が高く、かつ、人の身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</p> <p>早期に指定が可能 弾力的な運用で迅速対応</p>
--	---

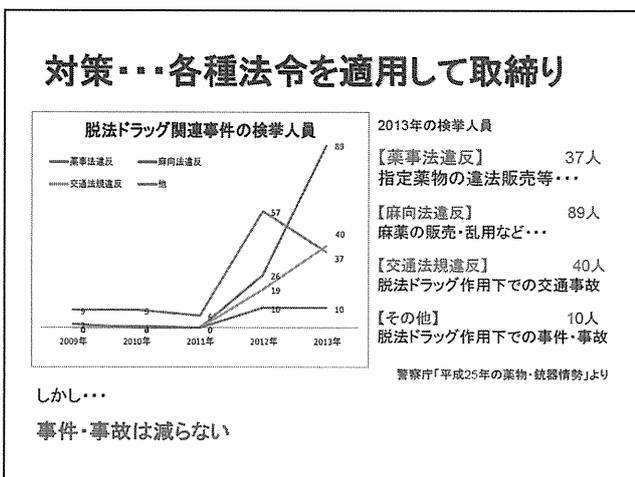
【図6】

2011年・・・
何もできない？
「合法ハーブ」と称する販売店が急増、
対策の遅れが指摘された

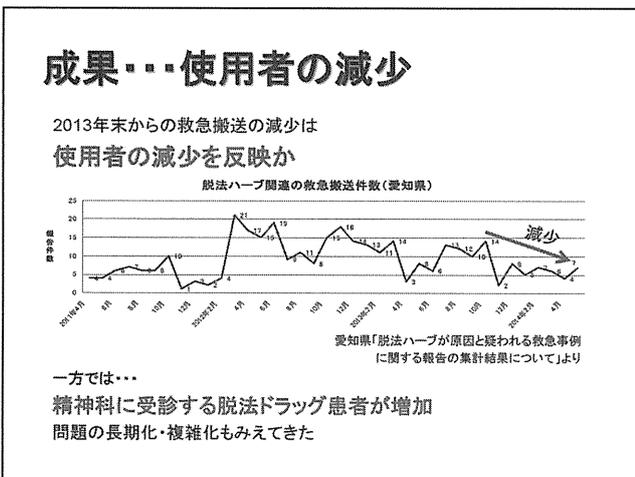
【図7】



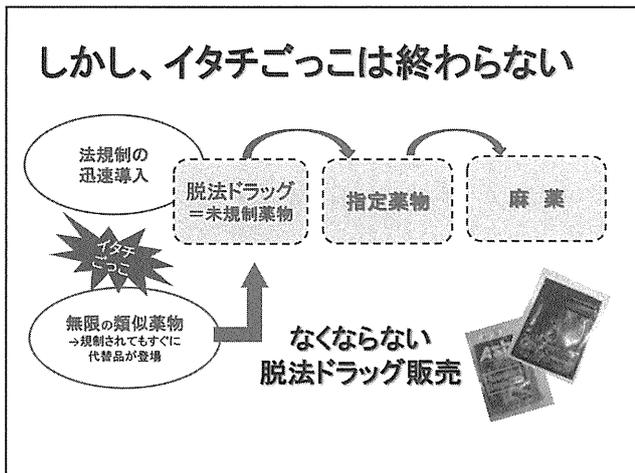
【図 11】



【図 12】



【図 13】



【図 14】

事件・事故の発生！

- 読売新聞(2014年2月24日)
「脱法ドラッグ、アングラ化...規制強化で摘発逃れ」
- 毎日新聞(2014年04月10日)
「脱法ドラッグ:改正法も「即逮捕」は困難 鑑定に1カ月」
- 読売新聞(2014年5月26日)
「脱法ドラッグ規制効果は...改正薬事法2か月」
- 朝日新聞(2014年6月26日)
「脱法ハーブ、絶えぬ惨事 規制めぐり「いたちごっこ」」

【図 15】

2014年…
何もできない？

指定薬物に所持・使用の禁止を追加
しかし効果的な取締まりへの疑問も

【図 16】

2014年4月からの新局面

指定薬物についての禁止行為

旧・・・医療等の用途以外の用途に供するための製造、輸入、販売、授与、販売・授与目的の貯蔵・陳列を禁止(76条の4)、主として医療等の用途に使用する者を対象として行う場合以外の広告(76条の5)を禁止。

新・・・上記に加えて所持、購入、譲り受け、使用を新たに禁止

76条の4の禁止行為と罰則(83条の9、84条20号)との関係

	製造	輸入	販売	授与	所持		購入	譲受	使用
					販売・授与目的の貯蔵・陳列に限る	左以外のもの			
業としない(84条20号)	3年以下の懲役若しくは300万円以下の罰金に処し、又はこれを併科する。								
業とする(83条の9)	5年以下の懲役若しくは500万円以下の罰金に処し、又はこれを併科する。								

【図 17】

課題・・・犯罪捜査の難点

薬物鑑定迅速化

- ・鑑定所要時間(現状)約1か月
- ・交通事故等では、未規制薬物の特定にさらに時間を要することも
- ・機器の導入、データベースの整備など、早急に整備しなければならない

知情性の立証

- ・逮捕した被疑者(販売業者等)の不起訴が相次ぐ
- ・問題は、違法性の認識(知情性)
- ・ユーザーには、違法かどうかの判断はさらに困難
- ・「合法」として販売されていたものを購入したユーザーは、特段の事情がない限り、違法性を認識せずに入手し、所持していたと推認される

【図 18】

課題・・・流通・製造過程への対応

把握されない実態

- ・脱法ドラッグは、素早く変化
- ・現在では流通品の大半が国内で調合・製品化されているとみられる
- ・しかし、製造業者の実態、資金の流れなどはほとんど把握されていない

及ばない取締り

- ・違反製品が発見されても、製造業者にまで捜査が及ぶことは稀
- ・今後は、製造、原料の輸入段階などへの取り締まりも

【図 19】

課題・・・ユーザー対策

青少年への啓発(情報提供)
 事件・事故に密着した危険情報の提供
 発信力のあるキーパーソン育成

固定ユーザー対策
 治療への導入、断薬指導
 再乱用防止のネットワーク

相談窓口
 当事者、家族、友人などへの対応

【図 20】

脱法ドラッグ対策の現状

	販売店対策	消費者対策	薬物規制
	販売店の指導・取締まり	啓発・教育・ケア	未規制薬物を迅速に規制下へ
対策	違法販売の取締まり 販売自粛の要請 立入検査→指導強化	広報等による啓発 自治体条例制定 →世論の喚起・地域の総意所持・使用等の禁止	流通成分の迅速規制 包括指定の導入 海外情報による先取り規制
成果	販売店の減少 2012年3月・・・389業者 2012年12月・・・305業者 2013年9月・・・240業者 <small>厚労省発表</small>	使用者増に歯止め 救急搬送の減少 若年使用者が減少か	規制導入の迅速化 1300以上の成分を規制
課題	変化する販売実態への対応 インターネット販売 テリハリー販売 店舗移動、名義変更	頻回使用者への対応 医療・教育体制 危険情報の発信	薬物の鑑別手法 迅速な薬物鑑定手法の開発 製造・流通業者への対応 製造・流通の実態把握 業者への指導・取締まり

【図 21】

**末端乱用者の摘発だけでは、
脱法ドラッグ問題は解決しない**

【図 22】

【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 花尻 瑠理

はじめに【図1、図2】

はじめに、本日お話しする機会を下さった警察政策研究センターの関係各位に感謝申し上げます。

本日は、薬物を取り扱う研究者の立場から、最初に脱法ドラッグと指定薬物制度について、次に国内における脱法ドラッグの流通実態変化の調査結果について、そして海外の脱法ドラッグの規制状況について、最後に情報の共有化として脱法ドラッグのデータベース——どのような形で情報を発信すべきか——について、それぞれ簡単にお話ししていきたいと思っております。

1 脱法ドラッグと指定薬物制度【図3～図11】

最初に、脱法ドラッグと指定薬物制度ですが、小森先生が詳しくお話くださったので、要点のみ絞ってお話ししていくこととします。

(1) いわゆる“脱法ドラッグ”とは？

いわゆる「脱法ドラッグ」「合法ドラッグ」と呼ばれていたものに関しては、1990年代後半くらいから、覚せい剤や麻薬に作用は似ているものの、実際には規制されていない薬物を含有する様々な製品が、都市部の路上で——例えば、渋谷や新宿を歩くと堂々と机が並べられていて——売られていた時代が続いていました。この写真はその当時の製品でして、今とは少し形状が異なっていますが、基本的には今と同じような形態で売られていました。

当時、どういう薬物が流行していたのかと言いますと、まずはフェネチルアミン系化合物、すなわち覚せい剤と基本構造が似ていて興奮性又は幻覚性を有する化合物群がありました。次に、いわゆるマジック・マッシュルームと呼ばれた幻覚性キノコの活性成分と基本構造が似ている——覚えている方もおられるかもしれませんが——「フォクシー」と呼ばれ流行が問題となった化合物などを含むグループがありました。さらに、ピペラジン類と呼ばれる興奮系の化合物群や、「RUSH」などと呼ばれる亜硝酸エステル類などがありました。

また、同時に、向精神活性成分を含有する植物であるサルビア、クラートン、またはサボテンなどが、この時期に広く流通しています。先ほど小森先生がおっしゃったように、この時期には、高校生などが簡単にこれらの製品を買ってしまうという指摘や、この種の化合物が関連した殺人事件も起きてしまったことなども大きく報道されました。

(2) 「指定薬物」制度の制定

こうしたことから2006年に薬事法が改正され、指定薬物制度ができました。麻薬に指定するには科学的な実験データが必要ですが、それらのデータを取得するには時間がかかってしまうことから、まずは流通を止めることを目的として、薬事法の中に「指定薬物」というカテゴリーを設け、中枢神経系へ影響を及ぼすおそれが認められた段階で規制していくことになりました。なお、指定薬物に関しては、先ほどお話があったとおり、今年4月から所持・使用も罰則が加えられることになっています。

(3) 厚生労働省全国違法ドラッグ製品買い上げ2002—2012年度503製品(886試料)調査結果

この図(図5)は、横軸に年度、縦軸に脱法ドラッグ成分が検出された製品数を示しています。2002年から2012年の間に厚生労働省が全国の都道府県に買い上げを依頼し、国立衛研においてそれら買い上げ製品中の含有成分を分析した結果が示されており、縦軸が大きい年ほど、多くの脱法ドラッグ成分が検出されていることを意味します。

2007年4月に指定薬物制度が導入された直後には、実際に国立衛研に送られてくる製品も少なくなり、検出される化合物もかなり少なくなったことが分かります。私どもも、指定薬物制度の効果が出て、少しは楽になるかと思っていたのですが、2009年頃から、グラフの中で、合成カンナビノイドを示す部分が急速に伸びてきました。合成カンナビノイドなどを添加したハーブ系の脱法ドラッグ製品の出現により、再び脱法ドラッグ問題が大きくなっていったことがお分かりいただけると思います。

(4) いわゆる“脱法ハーブ”製品の出現

では、脱法ドラッグ製品とはどういうものか。ここ(図6)にある写真は、いわゆる「脱法ハーブ」と呼ばれる製品の一番初期の頃のもので、「Spice」と呼ばれて世界的に流通し、問題となったものですが、世界的には2006年頃から、日本においては2008年頃から主に出回っていました。

当時、こうした製品は、海外でも天然ハーブとして売られていました。私たちが分析はしたのですが、今までの乱用薬物で見られるような化合物が検出されなかったので、なぜこれが流通しているのか分かりませんでした。本当に、何らかの向精神活性を有するような成分を含有する植物の製品なのかと思っていました。

しかし、2008年頃、このSpiceと呼ばれる製品が大量に日本に入ってきました。流通するにはやはり何か理由があるのではないかということで、この製品の成分を一つ一つ丁寧に薬理活性も含めて分析していったところ、初めて脱法ハーブ製品から薬理作用の非常に強い化学合成物質である2種類の合成カンナビノイドを分離同定したのです。これが、日本における合成カンナビノイド流通の——流通自体はそれ以前からしてはいましたが——幕開けかと思います。

(5) 合成カンナビノイドとは？

先ほどから「合成カンナビノイド」と言っていますが、これはどういうものなのか示してみました。「カンナビノイド」というのは元々、大麻(アサ属)に含まれる一定の構造を持つ化合物群の総称ですが、その中の一つ、大麻の活性成分である Δ^9 -THCと呼ばれる化合物は、脳に主に存在するカンナビノイド受容体——より詳しく言えば、その中の一つのCB1受容体——に親和性を示します。

この Δ^9 -THCと同様にカンナビノイド受容体に作用を示す化合物は、基本的には鎮静作用や食欲増進作用などがあるために、大手の製薬会社は、医薬品開発の目的で、カンナビノイド受容体に作用するような化合物を次々と合成しました。これに関しては、特許や論文などで数百もの化合物が既に公開されています。これらの化合物の一部が、乱用薬物の市場に出現してしまったというのが、今の脱法ドラッグ問題の一因ではないかと考えられます。これらは候補が何百種類もあるために、規制しても次々と構造類似体が出てきてしまうような状況に陥ってしまっているのです。

(6) 合成カンナビノイド以外にも・・・

また、合成カンナビノイド以外にも、現在、カチノン誘導體(カチノン系化合物)と呼ばれる化合物群も脱法ドラッグとして国内外で広く流通しています。カチノンとは元々、東アフリカやアラビア半島などに自生するニシキギ科のカートと呼ばれる植物——この植物自体も世界的には乱用されてい

るのですが——その中に含まれる覚せい剤様の興奮作用を示すアミン類の一つです。カチノンと似た構造の化合物は、ハーブ系の脱法ドラッグ製品に含有するのみならず、日本では「アロマリキッド」と呼ばれるような溶液又は粉末としても流通しています。

これらカチノン系化合物に関しても、類似の構造を有する化合物が次々と出現している状態となっています。

(7) 様々な“脱法ドラッグ”製品が登場

これ(図10)は、実際の脱法ドラッグの製品の写真です。乾燥植物細片や液体又は粉末などがあります。昨年は、切手状の1cm~2cm角の紙に強い幻覚作用を持つような化合物を染み込ませているような製品の流通も確認しています。

(8) 2012年以降、“脱法ハーブ”による健康被害が続々と報告

2011年後半頃から脱法ハーブによる健康被害が次々と報告されるようになり、自動車の暴走による交通事故も多発しています。脱法ハーブの喫煙などによる健康被害を防ぐために、様々な規制が行われてきました。しかし、規制を行っても、次々に構造類似化合物に変えて販売するために、いわゆる流通と規制のイタチごっこと呼ばれる状態が続いています。

(9) 迅速な指定薬物指定化

厚生労働省では、このような化合物をどのように規制するか苦心してきましたが、これまでのところ、規制に関して主に三つの方策を採っています。

一つ目は、迅速な指定薬物の指定化です。2007年に指定薬物制度ができてから、2011年までは、年に1回又は2回程度指定薬物部会が開かれ、5年間で71物質が指定薬物として指定されました。2012年度以降はこれまでに——包括指定も含みますが——1,326物質が指定薬物として指定されています。また、指定の回数という面でも、2013年(昨年)は5回の指定薬物指定の省令公布が出ています。

また、既に御存じのとおり、7月15日には、特例手続による緊急指定ということで2物質が指定薬物に加わりました。その結果、現在では、1,379物質が指定薬物として規制されています。

(10) 指定薬物から麻薬への規制強化

規制強化の方策の二つ目として、積極的な麻薬指定化があります。指定薬物というのはあくまで薬事法の下における類型ですが、化合物によっては、それよりも更に罰則が重い麻薬に規制強化する必要があります。2007年から2012年までに3化合物が指定薬物から麻薬に指定されましたが、2012年以降現在までの2年間では、15化合物が指定薬物から麻薬に指定されています。

(11) 包括規制の導入

規制強化の方策の三つ目として、包括指定があります。一定の構造を持つ化合物について包括的に規制を導入する包括規制は、2013年度、2014年度に相次いで導入されました。最初が、合成カンナビノイドのうちナフトイルインドールという構造を有するものに特定の置換基が付いた化合物群。次に、2013年から2014年にかけて、カチノン系の化合物群が包括的に指定されています。ただし、我々の流通実態調査の結果によると、残念ながら既に包括指定範囲外の化合物が続々と出現している状況となっています。

これまで脱法ドラッグと指定薬物制度について、やや駆け足でお話ししてまいりましたが、一旦ま

とめますと、2007年に指定薬物制度が施行された後は、合成カンナビノイドやカチノン誘導体など、いわゆる「脱法ハーブ」や「アロマリキッド」と呼ばれる製品の流通が主流となりました。2011年後半頃からこれら製品による健康被害の拡大が報告され、それとともに包括指定の導入等、規制が強化され、多くの脱法ドラッグが指定薬物として指定されるに至っているということになります。

また最近の1～2年は、その他の化合物の流通も無視できなくなってきました。例えば、フェンシクリジンと同じような作用を持つような化合物や、モルヒネと同じような作用を持つような化合物などが次々と出てきて、問題となっています。

2 国立衛研における脱法ドラッグに対する取組 —流通実態変化調査結果—【図12～図18】

次に、国立衛研（国立医薬品食品衛生研究所）における脱法ドラッグに対する取組について、特に流通実態変化の調査を中心にお話ししたいと思います。

（1）国立衛研の違法ドラッグに対する取り組み

私ども国立衛研における脱法ドラッグに対する取組としては、まず、国内外の情報収集及び実際の買上げ調査を行い、新しくどのような化合物がどのように流通し始めたかを調査しています。まったく未知の化合物の場合は、製品から分取精製を行って構造決定をし、薬理活性情報がないものに関しては簡単な薬理実験をしています。

それとともに、これらの化合物を規制化した後に必要となる分析法を作成するのですが、構造類似の化合物がたくさん存在するので、それら構造類似化合物の情報も集めた上で分析を行っています。また、何か問題があったときに全国の分析機関に分析用標準品を配ることができるような体制を確立しておく必要がありますので、規制化する以前の段階でそれらの化合物について標準品を確保することも行っています。

得られた結果については、厚生労働省を通じ、指定薬物部会や依存性薬物検討会などの審議に役立つよう情報提供を行っています。また、標準品に関しては、地方衛研や麻取、警察、税関などに対し、依頼があれば交付する状況になっています。

（2）指定薬物・麻薬指定に関わる監視指導行政への協力

次に、私どもの業務のうち、指定薬物・麻薬指定に関わる監視指導行政への協力に関し、少し宣伝させていただければと思います。

まず、薬物指定前は、先ほども申し上げたとおり、流通実態調査の結果を提出するとともに、各化合物の化学情報や薬理活性情報などの文献調査、または文献がない場合は自分たちで簡単な実験を行い、それらの結果を提出しています。

そして、薬物の指定薬物指定後においては——ここで必ず問題となるのは、実際にどういう製品がそれら化合物を含有していたかという点ですので——我々が持っている情報、すなわち新規指定薬物を含有している製品名、その他含有成分、製品写真の一覧等を厚生労働省に提出しています。また、スライドには分析データの提出と書いていますが、これは新しく指定薬物になった化合物の機器分析で得られた測定データを提出し、それが厚生労働省の監麻課（監視指導・麻薬対策課）の課長通知として全国に発出されています。さらに、分析用標準品の調製及び保管を行い、正式に厚生労働省を通じて交付依頼があった場合は、全国の地方衛研や警察などに分与しています。そのほか、年に1度、全国

の地方衛生研究所を対象とした分析研修会議を開いているところです。

(3) 国立衛研における脱法ドラッグ製品流通実態調査（過去12年間）

脱法ドラッグ製品の流通実態調査について、これまでその結果等をお示ししましたが、次に、こうした実態調査を、国立衛研はどのようなかたちで実施しているのかについてお話しします。

まず一つ目として、厚生労働省が全国の都道府県の薬務課に脱法ドラッグ製品を試買するように依頼した製品について、国立衛研において、含有成分分析をしております。

また、それとは別に、二つ目として、国立衛研で独自にインターネットを通じて試買調査を行っております。この調査では、毎年300から500くらいの製品について、どういう化合物が入っているか、新規にどういう化合物が出現してきたかなどを調査しています。

そのほか、他の公的試験機関から、何らかの化合物が出たが同定し切れないというものに関してFAXや電話等での相談を受けるとともに、実際に製品を送っていただいて正式に分析結果を提出するということをしています。

違法ドラッグ製品は、今までに大体2,800製品くらい——これは種類が異なる製品数であり、同じロットを必ず複数分析していますから、実際には5,000~6,000以上は分析していることにはなりますが——に関し、分析を行っています。

また、先ほども少しお話しした指定薬物の分析用標品については、流通実態のない一部の包括規制範囲内化合物を除いてすべて確保しており、2007年度から2013年度、つまり指定薬物制度ができてから、全国の警察や地方衛生研究所に延べ642化合物を正式に交付しています。また、指定薬物だけではなく、未規制化合物ではあっても、事故・事件又は健康被害が報告されたものなどについては、対応しています。

こうした調査から得られた我々の知見を少しお話ししますと、例えば合成カンナビノイドについては、最初の2009年から2011年は、ナフトイルインドール構造を有した化合物が主に検出されました。特に2010年9月から2011年3月においては、検出された化合物の約80%がナフトイルインドールタイプでした。ところが、2012年前後から2013年にかけて、このナフトイルインドール構造に対し包括指定が導入されることがアナウンスされてからは、別の化合物群が新たに出現しはじめました。そして、2013年3月に実際にナフトイルインドール構造に対して包括指定が導入されると、これらの化合物は市場から速やかに姿を消し、ナフトイルインドール構造を有する合成カンナビノイドに対しては包括規制が有効であったことが示されました。しかし一方で、既に包括規制範囲外の化合物が次々と出現する事態が認められています。

(4) なぜ“脱法ドラッグ”は危険なのか？

今までの先生方もおっしゃっていましたが、なぜ「脱法ドラッグ」は危険なのかについて確認したいと思います。

一つ目は、何がどれだけ入っているか分からないということが挙げられます。

医薬品とは違って品質保証がまったくない、つまり脱法ドラッグという製品自体にどのような化合物が入っているか分からない、また同じ製品名でも実際に入っている薬物の種類や量が異なる場合もあります。同じ店で同時に同じ名前の製品を買っても含有成分が異なることもあります。その上、一つの製品の中にたくさんの種類の化合物が入っていることも多くあります。

我々が分析した中で一番多かったのは、一つの製品中に 10 種類の化合物が入っていました。必ずしも同じ作用を持つ化合物だけではなく、例えば、興奮作用を持つもの、幻覚作用を持つもの、抑制作用を持つものなど、様々な作用を及ぼす複数の化合物が一つの製品の中に入っている場合もあります。海外の研究者と話をする、海外では合成カンナビノイド含有製品は合成カンナビノイドだけしか入っておらず、2～3 種類の合成カンナビノイドが含まれていることはあっても、それに例えば興奮性のカチノン系化合物と一緒に入るということはないということでした。様々な種類の化合物が複数入っているというのは、日本独特ではないかと考えています。

二つ目は、実際の薬理作用が分かっていないものが多いということが挙げられます。

次々と出現する構造類似化合物に関しては、当初は特許情報に記載されている化合物であることが多かったのですが、その後、少しずつ構造を修飾していくことによって、薬理作用が全く分からないものが出現しています。その上、医薬品とは違って不純物——果たしてそう呼ぶべきか分かりませんが——あるいは合成副生成物、例えば化合物とある化合物が製品調製中に熱を加えて乾燥することによって反応してしまったような、訳の分からないものが検出されることもあるのです。

和田先生のお話にもありましたが、こうしたことを踏まえれば、脱法ドラッグ製品は、実際に人が摂取してどういう作用を及ぼすのか想像できないという、非常に恐ろしいものであると言えます。特に不純物については、急性毒性だけではなく、発がん性などを有する可能性もあるかもしれないことを考えると、とても怖い製品ではないかと考えています。

さらに、三つ目は、既存の麻薬よりも活性が強い薬物も存在するということが挙げられます。

実際、流通している合成カンナビノイドには、実際の大麻の活性成分よりも強い活性、もしくは脳内のカンナビノイド受容体に高い親和性を持つ化合物が多くあります。

合成カンナビノイドは、カンナビノイド受容体、特に脳などに存在するカンナビノイド CB1 受容体という部位に結合することで中枢作用を及ぼすことが知られています。合成カンナビノイドが脱法ドラッグ市場に登場した初期の頃の化合物で現在では麻薬として規制されている JWH-018、我々の調査で 2012 年に最も検出された MAM-2201、2013 年に最も検出された 5F-QUPIC、あるいは今年の 1 月から 2 月にかけて最も検出された FUB-PB-22などを比べてみると、同じ合成カンナビノイドでも、この 1、2 年間のうちに、カンナビノイド受容体への親和性がより強い化合物が多くなっているような印象を受けています。なお、先日緊急指定された化合物についても、カンナビノイド受容体への親和性が極めて強いことが分かっています。

3 海外の脱法ドラッグ規制状況【図 19～図 21】

次に、海外の脱法ドラッグの規制状況について簡単にお話ししたいと思います。

(1) EU における new psychoactive substances (NPS) 規制への 3 ステップ

海外の規制状況で最初に御紹介すべきものは、EU における規制だと思います。ヨーロッパにおいては、“New Psychoactive Substances (NPS)”、日本で言うところの脱法ドラッグに相当しますが、これらに関して以前から積極的に情報収集及び規制化への取組を行っています。

具体的な規制手法としては 3 ステップになります。一つ目のステップとしては、“Early-warning”というシステムを構築しています。EU の加盟国と周辺諸国を合わせた 30 カ国のどこかで何か新しい

化合物が検出された場合、特定のフォーマットにデータが載せられ、EU 中にあるモニタリングセンターである EMCDDA¹ と Europol に送られます。また、その情報は、最終的には EMA² と EU の European Commission に送られることになっています。こうした情報は年に 1 回、EMCDDA と Europol のジョイントレポートとしてまとめられており、この 1 年間どういう化合物が EU の中で出現したかが分かるようになっています。

二つ目のステップとしては、“Risk assessment” があります。出現した化合物の中で特に流通が激しい、あるいは問題になりそうな化合物については、EMCDDA が Risk assessment をリクエストして、Scientific Committee でそれぞれの化合物について Risk assessment のレポートを発出することになっています。1999 年から全部で 18 化合物が Risk assessment を終えています。そのうち、2014 年度だけで 6 化合物がまとめられており、このステップは、最近、特に加速化しているのではないかと思います。

Risk assessment が済んだ化合物については、最終的には EU の European Commission において規制すべきか否かが話し合われ、規制することが決定すると、EU 諸国の中で、各国の法律ごとに規制の方法は異なるものの、おしなべて規制化が行われることになっています。

(2) 各国の薬物規制システム

EU の規制についてお話ししましたが、他の国ではどういった規制の方法があるかというと、「個別指定」、「アナログ規制・包括規制」、そして「特化した規制」と、大きく三つに分けられるかと思えます。

まず、個別指定ですが、これは、1 個 1 個の化合物について規制していく方法です。これについては通常の規制の仕方のほかに、暫定規制と緊急指定が有名です。

暫定規制に関して有名なのは米国で、2012 年までは 18 か月を目途に、暫定的にその化合物を「スケジュール I」——日本で言うところの麻薬に相当——で規制し、その間に有害性に関する情報を集めて、その後も継続的に麻薬として規制すべきか否かを検討していました。しかし、2012 年に一度に 26 化合物を暫定規制するに至り、もはや 18 か月の間に結論を出すのは無理だということになり、現在は暫定期間を 36 か月に延ばして運用されています。

また、英国においても 2011 年に暫定規制を導入しました。それ以前は ACMD³ という委員会において、薬理活性及びその他データを個別に検討した上で規制をしていました。しかし、それでは間に合わないということで、データがない段階で暫定的に規制し、データは後から加えるという規制の仕方を取り入れています。

緊急指定に関しては、スウェーデンなどが有名です。通常の規制のほかに、危険化合物のカテゴリーを設け、問題がある化合物について直ちに規制を実施するという手法が行われています。

次に、アナログ規制・包括規制に移りますが、この二つは似て非なるものです。包括規制は日本においても取り入れられましたが、元々は英国などが有名で、今までも合成カンナビノイド、カチオン、フェネチルアミン、トリプタミンなどの構造を持つ多くの化合物について、包括的に規制を導入しています。

アナログ規制は、それとは別に、米国やカナダなどで行われているものです。これは、もう既にスケジュール化されている、つまり、既に規制されている化合物と構造及び薬理活性が似ている化合物

に対して、規制対象とみなすというもので、その当否は裁判で争われることとなります。このため、例えば、骨格が似ていても類似の薬理活性が証明されていないものに関しては、裁判でアナログとは認められないという大きな問題が出ています。こうしたことから、アナログ規制自体にも賛否両論がありますが、データが揃ったものに関しては、裁判においてスケジュール I に相当するものとして認められた事例もいくつかあります。

そして三つ目は、NPS に特化した規制ということで、ニュージーランド、オーストリアなどがあります。

(3) NPS に特化した規制

ここでは、ニュージーランドを例に、NPS に特化した規制について簡単にお話します。

昨年、ニュージーランドでは、突然“Psychoactive substances”——日本で言うところの脱法ドラッグ——に関し、事前に承認を得た低リスクの製品を制限付きで販売可能としました。取扱いには免許を必要とし、その危険性などについてもきちんと公示することにより、認めるというものです。

しかし、結果から先に申し上げると、この取組は、低リスクであることを示すためにどのようなデータが必要されるか等の踏み込んだ内容まで提示されることなく、暫定承認としての取り扱いのまま終わりました。

スライドに示しているように、コンビニ、スーパーなどで売ってはいけない、18歳未満へ売ってはいけない、広告を制限する、ラベルに必ずその危険性などを書く、また、重大な副作用や耽溺性などが確認されたら承認を取り消すなどといった制限の下で行われていましたが、それでも、暫定的とはいえ、当初は事前承認を受ければ販売可能でした。

我々もインターネット上で公開される“product approval”（承認された製品）のリストを注目してきましたが、日本やアメリカでは麻薬となっている 5F-QUPIC という化合物について、50mg/g の製品が暫定承認されていたのを見て、この制度はいかかなものかと思った記憶があります。

結局、今年の 2014 年 5 月に、当初の方針を変えるような、販売や所持が取締りの対象となる“Psychoactive Substances Amendment Act”改正法案が緊急承認されて、今までの暫定承認は全部取り消されました。さすがに無理があったのかと考えています。

(4) NPS に特化したその他の取組

もう一つ、NPS に特化したという意味で、英国のウェールズ地方における取組を御紹介します。

ウェールズ地方では、次から次へと様々な化合物が出現し、なかなか有効的な取締りができないため、薬物使用者から製品を集め、含有成分を分析して、実際の乱用実態を把握しようというという取組を行っています。

実際には、自分が使っている製品に何が入っているのか知りたいと考える薬物使用者から製品を送付してもらい、ウェールズ地方の公的機関が委託した大学で分析を行います。そして、例えば、製品中に非常に強い中枢薬理活性を有する化合物が入っていることが判明した場合——これは良くも悪くもハーム・リダクションの考え方ではありますが——危険な化合物なので実際に使う場合には、「毎日使うことはやめよう」「使った後は自動車運転をしてはいけない」「身の安全のために、周りの人に対して使ったことを言うておくように」などというようなアドバイスが付加された形で製品の情報がインターネット上公示される仕組みとなっています。こうした取組については、賛否両論があり、

様々なコメントが出ています。

4 情報の共有化 —脱法ドラッグのデータベースについて— 【図 22】

最後に、情報の共有化についてお話しします。

脱法ドラッグの特性として、新しい化合物が次から次へと出てくるので、一つの機関ではすべての化合物について把握することが困難となっています。そこで、各国の機関でデータを共有化することが重要となります。

(1) 海外公的機関における脱法ドラッグ情報発信例

例えば、国連の UNODC⁴では、“Early Warning Advisory” というシステムをウェブ上で公開しています⁵。登録してアカウントをもらわないと奥のページには入れないのですが、ここでは、各国の規制状況や化合物データなどが取り揃えてあります。また、ヨーロッパの EMCDDA でも、脱法ドラッグに関する様々な情報を公表しています⁶。ここでは、特にヨーロッパにおける流通状況や取締り情報が詳しく載っています。

(2) 国立衛研「違法ドラッグデータ閲覧システム」

宣伝で申しわけありませんが、私ども国立衛研では、「違法ドラッグデータ閲覧システム」を公開しています。これは 2014 年の 3 月に公開を始めたもので、指定薬物やその構造類似体、また今後流通が予想される未規制化合物について各分析データを収載するとともに、実際に流通していた脱法ドラッグ製品中にどのような化合物が入っているのかが閲覧できるようにしています。

本年 7 月の時点で、化合物は 626 種類、脱法ドラッグ製品は 1,888 製品について、情報を公開しています（製品については写真も収載）。登録は公的分析機関、司法機関、薬学や法医学の大学関係者、そして病院関係の方々に限らせていただいておりますが、このデータは国連 UNODC などにも提供しています。

5 最後に

脱法ドラッグ問題に対し、私ども研究機関ができることとして、流通に先がけて情報を取得し、何か問題が起こったときに規制機関にその情報を提供し、なおかつ、問題が起こる前に対象化合物の分析用標品を確保しておき、何か問題が起こったときに鑑定作業が問題なく行えるように迅速に配布することなどが考えられ、そのための体制を整えることが重要になると思います。

先ほど申し上げた国立衛研違法ドラッグデータ閲覧システムは、マンパワーの問題でシステムのバージョンアップやデータのアップデートが遅れてしまうこともあります。また、UNODC にしても EMCDDA にしても、公的なレポートが出るのは 1 年にせいぜい数回ですから、どうしても情報が遅れてしまいます。

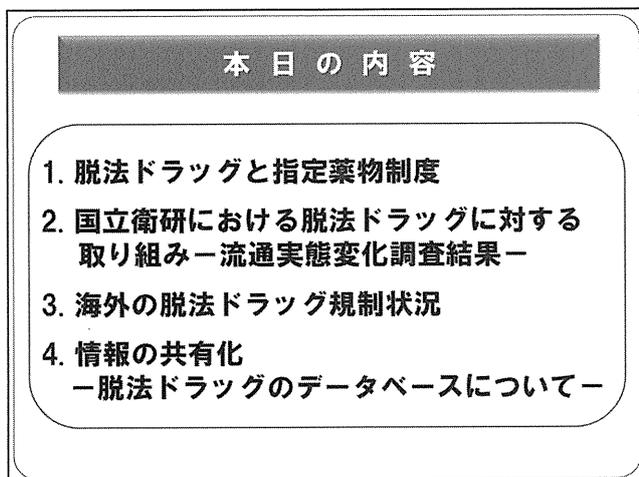
諸外国の研究機関と連携し、それが非公式であっても——例えば、各国の規制機関に 7 月に緊急指定された 2 化合物に関する情報を提供した際、実は我が国もその化合物については死亡者も出て問題になっている、最近出現したこの化合物は少しずつ検出頻度が上がっているから今後絶対に広く流通する、というような情報をお互いに交換していたのですが——脱法ドラッグに関する情報を共有していくことが重要と考えており、それが研究者に求められていることだと考えています。

- 1 EMCDDA European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction の略称。
- 2 EMA European Medicines Agency の略称。
- 3 ACMD Advisory Council on the Misuse of Drugs の略称。
- 4 UNDOC United Nations Office on Drugs and Crime の略称。
- 5 <http://www.unodc.org/LSS/Home/NPS> を参照のこと。
- 6 <http://www.emcdda.europa.eu/> を参照のこと。

【講演資料】



【図1】



【図2】

いわゆる“脱法ドラッグ”とは？

麻薬又は向精神薬には指定されておらず、麻薬又は向精神薬と類似の有害性を有することが疑われる物質(人為的に合成されたもの、天然物及びそれに由来するものを含む)であって、専ら人に乱用させることを目的として製造、販売等されるものを示す。

2000年前後から都市部の路上やアダルトショップや通販(インターネット)で流通
→目的を偽って販売

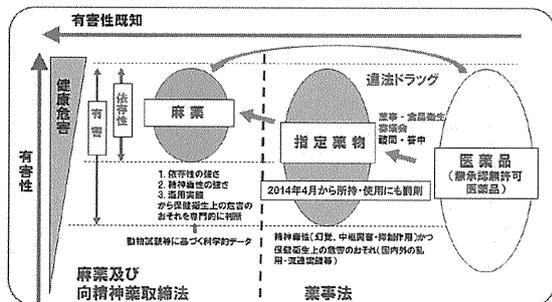


典型的な脱法ドラッグ製品 (平成17年撮影)

【図3】

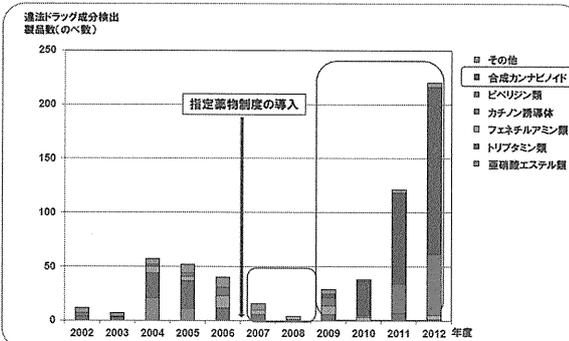
「指定薬物」制度の制定

2006年薬事法改正
中枢神経作用を有する恐れがあり、保健衛生上の危害が発生する恐れがある薬物や植物を厚生労働大臣が「指定薬物」として指定し、医療等の用途以外の製造、輸入、販売等を禁止することが可能に



【図4】

厚生労働省全国違法ドラッグ製品買い上げ 2002-2012年度503製品(836試料)調査結果



【図5】

いわゆる“脱法ハーブ”製品の出現

2008年頃(世界的には2006年頃)から、“合法ハーブ”を標榜して、強い薬理作用を及ぼす「ハーブ製品」が世界中に流通して問題に!



2008年末写真
スパイス (Spice)
シリーズ

【図6】

“合法ハーブ”、“脱法ハーブ”は
「お香」「ナチュラル」「リラックス」「合法」などといって販売されていた

~~天然「ハーブ」製品?~~

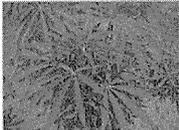
2008年後半に、はじめて”脱法ハーブ”製品から薬理作用の強い化学合成化合物(カンナビシクロヘキサノール, JWH-018)を分離同定

合成カンナビノイド

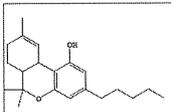
【図7】

合成カンナビノイドとは?

カンナビノイド



Cannabis sativa L. (大麻)



大麻の活性成分
 Δ^9 -THC

アサ属(大麻を含む属)に含まれる一定の構造を持つ化合物(テルペノイド側鎖を持つフェノール性化合物)の総称。

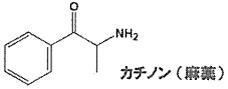
合成カンナビノイド

大麻の活性成分 Δ^9 -THCと同様に、カンナビノイド受容体に強い親和性を示す合成化合物群の総称。
今までに、医薬品開発の途上で様々な構造を有する化合物が合成されており、特許、論文公開されている化合物だけでも数百以上存在

規制しても、次々と構造類似化合物が出現

【図8】

合成カンナビノイド以外にも・・・
カチノン誘導体（カチノン系化合物）



カチノン（麻薬）

東アフリカやアラビア半島で酒の代用嗜好品として使用されるニシキギ科植物 カート (*Catha edulis*)の主活性分
 (覚せい剤様の興奮作用を示す)

カチノンと似た構造の化合物が“脱法ハーブ”に含有されるだけではなく、アロマリキッド（溶液）、粉末として流通（海外では“バスソルト”として流通）

↓

規制しても、次々と構造類似化合物が出現

【図 9】

様々な”脱法ドラッグ”製品が登場



乾燥植物細片
 紙片（シートタイプ）
 液体
 粉末

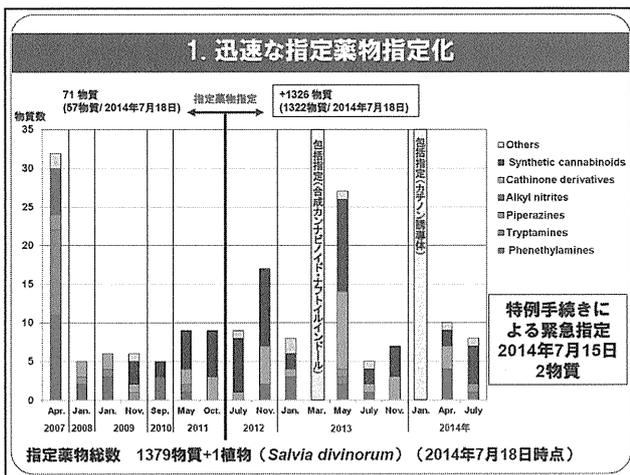
写真2013年

【図 10】

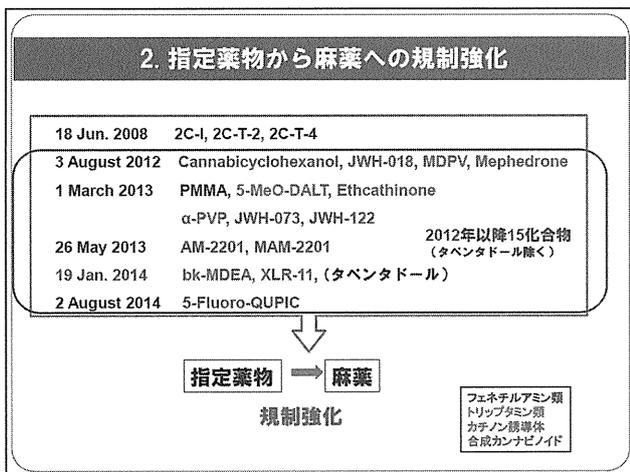
2012年以降, ”脱法ハーブ”による健康被害が綿々と報告

時期	場所	“脱法ドラッグ”との関連が疑われる主な被害事例
2012.3	沖縄・那覇	自動車暴走による交通事故
5	大阪・大阪	自動車暴走による交通事故（商店街）
<p>「お香」と称して販売。大麻様等の効果を期待して喫煙等により乱用。強い中枢活性を有する化合物が多く、呼吸困難や異常行動等を発現。 “脱法ハーブ”喫煙など違法ドラッグが原因と考えられる救急搬送や死亡事例・交通事故例が報告</p>		
	兵庫・神戸	自動車暴走による交通事故（ドリフト走行で湖に転落）
10	愛知・春日井	自動車暴走による交通事故（被害者女性が死亡）
	愛知・名古屋	自動車暴走による交通事故
<p>製品含有化合物を規制しても、次々に構造類似化合物にかえて販売</p>		
2	岡山・岡山	自動車暴走による交通事故
4	札幌・北海道	自動車暴走による交通事故
	中野・東京	自動車暴走による交通事故
5	多摩・東京	自動車暴走による交通事故

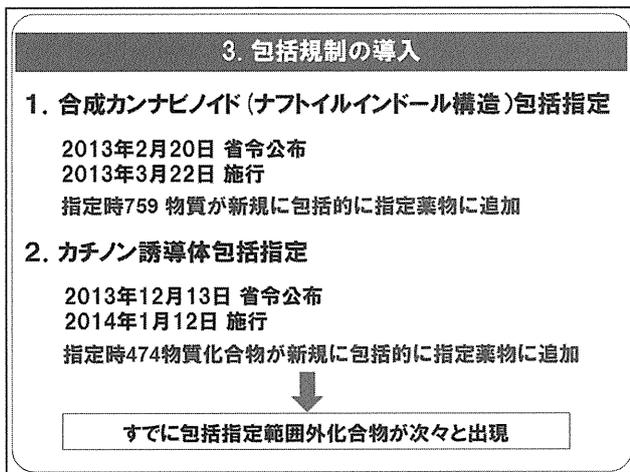
【図 11】



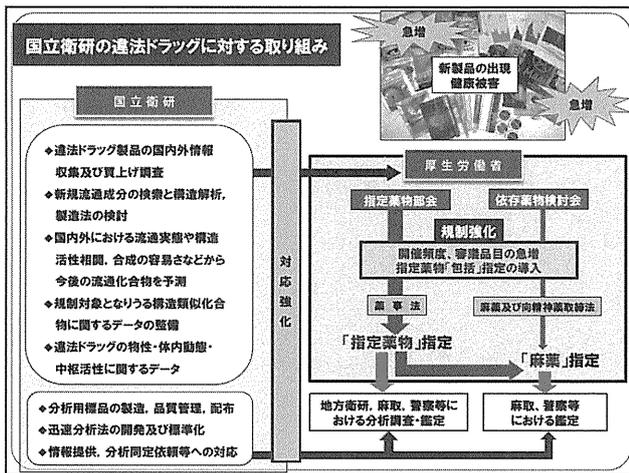
【図 12】



【図 13】



【図 14】



【図 15】

指定薬物・麻薬指定に関わる監視指導行政への協力

薬物指定前

- 流通実態調査結果(流通が問題となっている化合物)の提出
- 対象化合物の化合物情報、薬理活性情報等の文献調査
(薬理活性情報がない場合は薬理試験(受容体結合性、マウスの自発運動量変化の測定等)の実施) など

薬物指定後

- 含有製品情報(製品名、含有成分、写真)一覧の提出
→厚生労働省のwebで公開
- 分析データの提出
→厚生労働省監視指導麻薬対策課 課長通知として全国に発出
- 分析用標品の調製及び保管
→厚生労働省を通じて依頼があった場合、全国の地方衛生研究所、警察等に正式に交付
- 全国都道府県衛生研究所を対象とした分析研修会議 など

【図 16】

国立衛研における脱法ドラッグ製品流通実態調査(過去12年間)

- 厚生労働省全国脱法ドラッグ製品試買調査に係わる分析
全国買上げ 2002年度～2013年度 846製品(867試料)
本省分析依頼等 2002年度～2013年度 144製品
- 国立衛研脱法ドラッグインターネット試買調査(厚労科研費等)
～2008年度 39製品+植物149製品(合成カンナビノイド含有を除く)
2009年度～2013年度 1517 製品
- 他公的試験機関からの正式な分析依頼
毎年約20製品程度(その他メール、ファックス、電話等での問い合わせ)
違法ドラッグ製品分析 2013年度までに計2790製品
- 指定薬物分析用標品の他公的分析機関への交付
2007年度～2013年度 の642化合物

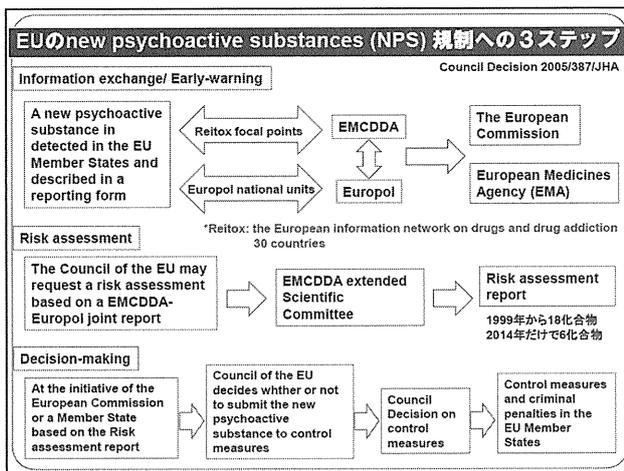
【図 17】

なぜ“脱法ドラッグ”は危険なのか？

1. 何がどれだけ入っているかわからない(品質保証がない)。
何が入っているかわからない。
同じ製品名でも含有薬物の量や種類が異なる場合もある。
薬理作用が異なる複数の薬物が混在。
2. 実際の薬理作用がわかっていないものが多い。
次々と出現する類似体が思わぬ薬理作用を有する可能性。
不純物(合成副生成物, 反応生成物等)の混在。
3. 既存の麻薬よりも活性が強い薬物も存在する。
流通する合成カンナビノイドの多くが, 大麻の活性成分よりも強い活性をもつ。

作用の予測が難しい!

【図 18】



【図 19】

各国の薬物規制システム

1. 個別規制
 - 暫定規制 Temporary (emergency) bans
 - 米国 2012年に暫定期間を36か月に延長
 - 英国 2011年に導入 など
 - 緊急指定 Rapid procedure
 - スウェーデン など
2. アナログ規制・包括規制
 - アナログ規制
 - 米国 Controlled Substances Analogue Enforcement Act (CSA)
 - カナダ The Controlled Drugs and Substances Act (CDSA)
 - 包括規制
 - 英国 など
 - (2009年以後に合成カンナビノイド, カチノン誘導体, フェネルアミン類, トリプタミン類を
対象として多くの国が導入)
3. NPSに特化した規制
 - ニュージーランド Market Restrictions/Pre-market authorization
 - オーストラリア The New Psychoactive Substances Act など

UNODC Early Warning Advisory on New Psychoactive Substancesより

【図 20】

NPSに特化した規制

ニュージーランドの例

Psychoactive Substances Act 2013

承認を得た低リスク製品は制限付きで販売可能
取り扱いには免許が必要

“Psychoactive Substances Regulations”が成立するまでの移行期間は、暫定承認としての取り扱い（成立後は再度申請を行う）

- ▶ コンビニ、スーパー、食料品店などでの販売禁止
- ▶ 18歳未満への販売禁止、18歳未満の購入・所持禁止
- ▶ 広告の制限
- ▶ ラベルに危険性、活性成分、製造業者・販売業者連絡先、国立中毒センターの電話番号を明示
- ▶ 重大な副作用、耽溺性が確認されたら承認取り消し

【図 21】

**国立衛研
違法ドラッグデータ閲覧システム**

<http://npsdb.nihs.go.jp/Search/>

2014年7月時点における収載数

- ・ 指定薬物及び構造類似未規制化合物、指定薬物に関連した麻薬類
計626化合物（GC-MS, LC-PDA-MSデータ等）
- ・ 違法ドラッグ製品（2009年以降）
計1888製品（含有成分一覧・写真付き）
 ↳ これら情報の検索システム

登録は、主に違法ドラッグ関連の業務・研究に携わる公的分析機関、病院及び大学研究室（法医学教室等）などに所属する方を対象としています。

国連薬物犯罪事務所UNODCへデータ提供

【図 22】