

令和3年5月14日 第6回「大麻等の薬物対策のあり方検討会」 議事録

医薬・生活衛生局

○日時 令和3年5月14日（金）16：00～18：00

○場所 非公開

○議題 「とりまとめに向けた議論」
○大麻取締法のあり方
○再乱用防止、社会復帰支援等
○医療用麻薬及び向精神薬
○情報提供、普及啓発

○議事録

○事務局 それでは、定刻となりましたので、ただいまから第6回「大麻等の薬物対策のあり方検討会」を開催させていただきます。

委員の先生方には、大変御多用のところ御出席いただき、誠にありがとうございます。

本検討会におけるカメラ撮りにつきましては、冒頭のみでお願いいたします。御退席をお伝えしましたら、撮影担当の方は御退席をお願いします。

それでは、以後の議事進行は鈴木座長をお願いいたします。

○鈴木座長 それでは、本日の議題は、お配りしている次第に沿って進めさせていただきます。

最初に、事務局より検討会における連絡事項をお願いいたします。

○事務局 事務局から、本日の検討会の御出席者について申し上げます。

本日は、12名全ての委員の先生方に御出席いただいております。

なお、太田委員及び嶋根委員におかれましては、ウェブ形式で御参加いただいております。

続いて、連絡事項を申し上げます。

本検討会は公開とさせていただきますが、会場への入場制限につきましては、従前どおりとさせていただきます。

また、検討会の議事録の公開につきましても、従前どおりとさせていただきます。

これまでの資料につきましては、前回同様、お手元に御用意させていただきますので、そちらを御覧ください。

本検討会におけるカメラ撮りにつきましては、ここまでとさせていただきます。撮影担当の方は御退席をお願いいたします。

（カメラ退室）

○事務局 それでは、鈴木座長、お願いいたします。

○鈴木座長 それでは、議題に移ります。

本日は、検討会のとりまとめに向けた議論を行います。第5回の検討会において、これまでの検討会における委員の先生方からの御意見を踏まえた今後の検討課題として、主なものは「大麻取締法のあり方」、「再乱用防止、社会復帰支援等」、「医療用麻薬及び向精神薬」、「情報提供、普及啓発」がありました。

厚生労働省から、これらの検討課題の項目について、とりまとめ内容の素案を説明いただき、委員の先生方に御議論をお願いしたいと思っております。

なお、御議論いただく項目が多いため、大麻に関することでおおむね60分程度、再乱用防止、社会復帰支援等に関することでおおむね30分程度、医療用麻薬及び向精神薬に関することでおおむね30分程度という配分で御議論をお願いしたいと思います。

まず、厚生労働省から、大麻取締法のあり方について説明をお願いいたします。

○監視指導・麻薬対策課長 それでは、私のほうから資料について説明させていただきます。

まず、資料1「とりまとめ（素案）」ということで、これを中心に御議論いただきたいと思います。委員の皆様には、タブレットだけでなく印刷したものも配布しておりますので、適宜御活用ください。

資料2が、「規制の見直し（案）」についてということで、大麻取締法の規制の見直しについての資料を御用意させていただきましたので、後ほど紹介させていただきます。

あと資料3はこれまでの御意見ということで、前回は配付させていただきましたが、前回分を追加したものを御用意しております。

資料4で、これまでの検討会資料、机の上にも乗っていますけれども、一部重要なものは抜粋して配付させていただいております。今まで御紹介したものですので、折に触れ紹介させていただくということかと思っております。

それでは、資料1について御説明させていただきますが、「とりまとめ（素案）」ということで、これを中心に御議論いただければということです。大きく構成としては、「現状と課題」ということで、これまで私どもで御用意させていただいた資料ですとか、あるいは委員の皆様にはプレゼンいただいたり、お招きした先生からのプレゼンテーション、そうしたものを中心に、事実関係をとりまとめたということです。

もう一つ、「今後の方向性」ということで、字体を変えて点線で囲った部分がありまして、これはこれまでの委員からの御意見を踏まえ、方向性が出ていないのではないかという論点を中心に座長と相談して記載させていただきました。全体の分量がございまして、今日の議論で増えていくと思いますが、今でも12ページございますので、もしかしたらこれまでの御意見の中で書いてあっても、とりまとめに反映し切れていない部分もあると思いますが、そうしたことも含めて、今日この場で御議論いただければと考えております。

まず、大麻の関係について御説明申し上げます。時間もございますので、事実関係のところはなるべく簡潔に御説明したいと思います。1ページ目の一番上の○からです。まず「大麻規制のあり方」で「大麻規制の現状と課題」、これまでの経緯と取組ということで、我が国の薬物規制の歴史ですとか、2つ目の○、薬物乱用の歴史といったもの、あるいはこれに対して政府として「薬物乱用防止五か年戦略」を策定して取り組んでいること、そして、4つ目の○ですが、これも以前の検討会で御紹介いたしました。我が国の違法薬物の生涯経験率は、諸外国と比較して著しく低い、具体的には、欧米各国では20～40％台の大麻の生涯経験率が、我が国では1.8％にとどまっているということ、現状の御紹介です。

その上で（2）昨今の大麻に係る状況ということですが、これは前回新しい数字を御案内いたしました。大麻事犯の検挙人員が7年連続増加ということで、特に30歳未満の検挙人員が7年連続で増加していますし、その全体に占める割合が65％ということです。また、20歳未満の検挙人員も非常に増えているということです。

大麻の生涯経験率ですけれども、1.8％と、低いと言いつつも、人数換算すると、これは委員から「最低でも」というお話がありましたが、9.2万人ということでございまして、一番下ですが、やはりインターネットやSNSで手軽に大麻に手を出せる、あるいはいろいろな大麻由来の医薬品のほか、嗜好品についても医療用大麻と称している場合などが散見されるということも見受けられます。

2ページですが、一部の国や州では大麻は合法化されているわけですが、その背景とか使用に係る制限などの実態を伝えずに、海外で使われているから大丈夫なのだ、大麻に有害性はない、健康によいといった誤った情報が氾濫しているということや、カナダなどの実例として、18歳未満の若年者に対しては厳しい制限が課されている、違法な行為をした場合は厳しい罰則があるということも御紹介させていただきました。

一方、諸外国では、エピディオレックスをはじめとする大麻由来の医薬品が、難治性のもんかん治療薬として承認されているという状況も御紹介をさせていただきましたし、また、第4回に太組先生に来ていただいて、実際の治験に向かう状況も御説明をいただいたところです。

(3) 大麻が健康に与える影響、大麻の有害性ということです。INCBの年次報告書ですとか、コロラド州の状況、あるいは先ほど申し上げた大麻の使用を合法化している国や州でも、政府のホームページで大麻の健康への影響を示したり、18歳未満の使用を禁止しているということを御紹介いたしました。

また、国内外の研究でも、JAMAの研究で、大麻の使用は幾つかの物質使用障害のリスクの増加と関連しているといった論文ですとか、大麻を使用する青年の高い有病率は、大麻に起因する鬱病と自殺傾向を発症する可能性のある多数の若者を生み出すといった論文も委員から御紹介があったので、これも紹介させていただきました。

これまでの研究のまとめによれば、様々な急性、慢性の精神作用、身体作用がありまして、特に3つ目、慢性の主な精神作用で、青年期から乱用するとより強い精神依存の形成ですとか、統合失調症、鬱病の発症リスクのさらなる増加、衝動の制御、一般情報処理機能、IQの低下、より強い認知機能の障害等々、こうしたことが御紹介されまして、また、自動車運転への影響等もあるということをお紹介いたしましたということでございます。

3ページ目ですが、これに加えて、今年の犯罪白書で、いわゆる若年者の方ですと、覚醒剤事犯の方が最初に使った薬物として「大麻」と回答された方が42.6%と最も多いということで、大麻は使用者がより効果の強い薬物の使用に移行していくおそれが高い薬物、いわゆるゲートウェイドラッグであるということを描いていることを紹介させていただいたり、昨今の大麻製品、リキッド、ワックス、こうしたものは、有害成分であり幻覚作用が強いTHCの濃度が非常に高くなってきているという報告もありました。

また、WHO勧告についても紹介させていただきました。

(4) から大麻規制に係る現状と課題ということですが、御案内のとおり大麻取締法は部位規制になっています。しかしながら、1960年代にTHCとかCBDといった成分が判明いたしまして、取締りの実態として、THCを含有する製品について取締り対象としているということです。

このTHCは、4つ目の○ですが、化学合成のものは麻向法、植物由来のものは大麻取締法の規制対象となっているということも紹介させていただきました。

また、繰り返しになりますが、大麻取締法において医療用が禁止されているわけですが、G7諸国の中では日本だけが禁止されているという状況になっているということです。

3ページ目の一番下から使用罪です。使用罪がないということですが、制定当初、農家の方が麻酔いするということも使用罪がないことの理由ではあったのですが、4ページに移っていただきまして、一番上ですが、麻酔いの調査をしたところ、今回、全ての大麻栽培農家の方の尿について、大麻成分代謝物は検出されなかったということで、麻酔いは確認されなかったということをお紹介いたしました。

また、今回、大麻の単純所持で検挙された方に対する調査で、大麻取締法に使用罪が規定されていないことを知っていたことが大麻を使用するきっかけになった方は5.7%、ハードルが下がった方は15.3%ということで、2割の方が、使用罪がないということの一つの理由として大麻を使用していることが分かりました。

(5) 産業利用の実態ということで、これは前回、麻農家の方に来ていただいてお話を聴かせていただきましたが、麻農家が非常に減っているという状況でございます。免許の付与も自治事務なのですが、不正所持の事案を受けて管理を強化したわけですが、昨今、栽培用の大麻はTHC含有量が少なく、かなり厳し過ぎるのではないかという御意見もあったということです。

これらを踏まえての今後の方向性ということですが、まず、大麻規制のあり方ということで、現在、大麻取締法においては部位規制を行っているわけですが、実態としてはTHCという有害成分に着目して取締りを行っていることから、成分に着目した規制にすべきではないかというのが1つです。

2つ目は、大麻由来成分を利用した医薬品について、現行の麻薬及び向精神薬取締法に規定される免許制度などの流通管理の仕組みを導入することを前提とした上で、使用が可能となるよう見直すべきではないかというのがおおむね全体の御意見だったかと思います。

3つ目ですが、大麻取締法に使用罪がないことによって大麻を使用している方が2割いるということや、いわゆる麻酔いが確認されなかったということを踏まえて、他の薬物法規と同様に大麻取締法に使用罪を導入することをどう考えるかということで、いろいろ御意見がありました。また引き続き御議論いただければと考えています。

なお、部位規制と大麻由来医薬品の関係につきましては、資料2のほうで整理をさせていただきました。若干分りにくい部分もありますので、あえて別の資料、資料2で整理をさせていただいたのですが、皆様方にはまた、繰り返すにはなりますけれども、現行は部位による規制ということで、成熟した茎や種子から抽出した成分を用いた製品のみ、輸入、製造等が可能ということです。これは実態として、CBDのみということになっていますが、見直しの方向ということで、実態に合わせて部位規制を成分に着目した規制に見直し、併せて、大麻由来医薬品の輸入等々を可能とするということでございまして、表にありますとおり、幻覚作用を有するTHCという成分と、幻覚作用を有しないCBDという成分で分類をする、区分けをするということです。

ちなみに、THCについては、医薬品として効能効果が認められ、厚生労働大臣に医薬品として承認されたもの、これは先ほど申し上げたような現行の麻向法の免許制度などの流通管理の仕組みを導入することを前提として、認めてもいいのではないかとということです。

なお、参考ですが、一番下に記載したとおり、当然の話ですが、見直しには大麻取締法等の改正が必要ということで、引き続き、法律の改正に向けては、審議会での議論とか、国会での議論が必要になってくるということです。

また、THCの含有量による規制ということで、人体に対する影響がどの程度あるのかということは、まだ我々も精査をし切れておりませんので、そういったことをどうするかということは、将来的な課題だと考えております。

資料2は以上でございまして、資料1に戻っていただきまして、この2つについては基本的にこの方向のかなということでまとめさせていただきました。

4ページの下の方のほうが普及啓発の強化ということで、誤った情報とかが流れているということも紹介させていただきましたけれども、それに対して、若年者の大麻事犯が増加し続けていることに対して、大麻の乱用については開始時期が早いほど、使用量が多いほど、乱用期間が長いほど、依存症になるリスクが高まることなど、大麻の有害性に関する正確な情報をまとめて、SNSを活用した分かりやすい広報啓発活動に取り組む必要があるのではないかとすることが1つです。

また、これもいろいろ御議論があったところですが、5ページです。大麻については医薬品として用いるものと、THCが含有されていない産業用のもの、それと単に嗜好品として用いられ乱用されているもの、これをきちんと区別して情報提供していく必要があるのではないかと意見が多かったのではないかと考えております。

(3) の産業用大麻については、前回の御議論ですが、神事などに使用される大麻草、これは今、免許を取得した大麻栽培者によって栽培されておりますが、やはり合理的ではない規制を見直したり、指導の弾力化を行っていく必要があるのではないかと、また、都道府県ごとに策定されている取扱者の免許基準について統一を図っていく必要があるのではないかと御意見があったかと思っております。

とりあえず、私からは以上です。

○鈴木座長　ありがとうございます。

それでは、ただいまの厚生労働省からの説明について、御意見や御質問がございましたら、委員の先生方からお願いいたします。

では、□□委員から行きます。

○□□委員　3点でございます。

まず、2ページ目、国内の研究においてという箇所ですが、私は第2回の会議を欠席しているので、どのような議論があったか分らないのですが、ここに示されている情報は国内の研究による知見ではないです。恐らく海外の論文などをレビューしたものをまとめたものなのかなと思いますが、単に教科書とか総説とかにしばしば書かれている内容を列挙しただけでしかない。「国内の研究」として健康被害の知見を出すのであれば、国内で実施された調査・研究の知見を提示すべきであって、国内の研究者がレビューした知見を提示するべきではないと思います。

私が知っている限り、国内で行われた大麻に関する研究、それも原著論文として刊行されたものは、本当に最近まで少数例の症例報告しかございませんでした。ほかにあるのは、私がやっている病院調査と、それから昨年、ニューロサイコファーマコロジーレポートに掲載された9施設71例を対象とした私の研究だけなのです。そうした国内の研究から明らかにされた知見において分かっていることは非常に限られていて、ここに示されたようなたくさんの知見など存在しないはず。だから、多分このところはごっそりと差替えにしなければ

ばいけないのかなと思います。国内研究のなかで信頼度が高い、国内で実施された病院調査など多数例のデータ、そして特に優先すべきなのは、査読を受けた原著論文の研究知見を優先する。現在のような出典を明示できない知見は掲載すべきではない。それが1点目です。

2点目ですけれども、4ページの規制のところですが、別に書いてあることに異論は全然ないのですが、私自身が再乱用防止というテーマで第3回の会議でプレゼンさせていただいたときに、治療・回復支援という観点からは、使用罪創設によるデメリットにも言及したはずですが、それから、第1回の会議のときに、例えば保護観察所などでプログラムをやるときに、唾液検査をやっているときに大麻を同時に調べているので、使用罪ができると保護観察中に逮捕される人がどんどん増えてしまう、という問題点も指摘しました。

だから、規制を考えるにあたって、治療や回復支援とか再乱用防止との兼ね合い、使用罪創設のメリット・デメリットということも考えなければいけない。最初の1回を防ぐために規制をするだけではなく、既に問題を生じた人たちの社会復帰にその規制がどのような影響を及ぼすのかということも併せて議論をしながら、この使用罪の功罪を考えていく必要があると思います。そのことに、ここでも言及しておいてほしい。

最後なのですが、これは今後の課題だというふうに監視指導・麻薬対策課長もおっしゃっていたので、今ここで議論の俎上にするのはどうかとも思いますが、恐らくTHCを麻向法等の規制対象とした場合、やはり問題になってくるのはCBDオイルのような製品だと思うのです。前回の会議のときに、国内で流通しているCBDオイルからはTHCは検出されなかったという報告がありましたが、実際のところ、その検出の閾値がどのくらいなのか、具体的な数字は完全にブラックボックスです。例えばヨーロッパの主要国などで流通しているCBDオイルには3%程度のTHCが含まれているものもあると聞きます。ただ、WHOは0.3%以下は許容するような指針を提示しており、中国の場合には0.1%というかなりタイトな数字を上限値として出している。この辺りも上限値についても明示していくべきではないか。それは例えば、市販薬などに含まれているコデイン（麻薬）や、メチルエフェドリン（覚醒剤原料）についても、5%未満だったら問題ないとして市販薬に含有されている。それと同じくTHCを規制しつつも、どういう条件であれば許容されるのかについて、きちんと議論すべきではないか。

以上の3点を一応指摘しておきます。

○鈴木座長 ありがとうございます。

これはどうでしょうか。一応御意見として伺っておくということですね。

それでは、□□委員、お願いします。

○□□委員 とりまとめ素案の作成と御説明、ありがとうございます。

私からはとりまとめ素案の4ページの今後の方向性の部分についてコメントを申し上げます。

まず、検討会の当初から申し上げていますが、大麻に関する規制の根拠は、THCという成分に問題があることが明らかになっているということで、取締りもTHCに着目して行っているという実態ですので、大麻草に由来するかどうかではなくて、THCという成分に着目して行うという方向性は適切だと思います。なので（1）の1つ目の○はこれでよろしいかと思います。

それから、大麻由来の医薬品についても、有効性、安全性が認められるものであれば、それは当然製造販売できるようにする必要があるので、大麻由来の医薬品が一切禁止されているような現行の規定は見直すべきということで、（1）の2つ目の○も異存はありません。

ただ、（1）の3つ目の○について、使用罪を導入することはどう考えるかというような書き方になっていますけれども、THCという成分に着目した規制として、かつ医薬品としての使用は認めるという方向性であるならば、大麻由来のTHCだけを、ほかの医薬品にも使われることがある麻薬成分と異なる取扱いをするという合理性は基本的にはないと思います。これまで言われてきた麻酔の問題も存在しないことが明らかとなったということです。大麻由来のTHCだけ取り立てて使用罪がないということの立法事実も、もはやないということになります。

また、同じく素案の4ページ目の上から2つ目の○にあるように、使用罪が規定されていないというのが一部大麻の使用につながっているという調査結果もあることを踏まえると、医薬品として適正に使用する以外の大麻の使用というのは、当然取締りの対象になるというメッセージは明確に発するべきだと考えています。

成分に着目した規制とすること、それから、大麻由来の成分を用いた医薬品の使用を認めること、産業用大麻の栽培は合理的なものも認めること。他方で、マリファナの乱用については毅然として対応する、きちんとしたメッセージも発信するという、メリハリのついた規制とすべきというのは検討会を通じて繰り返し申し上げておりますので、その観点から、このとりまとめ素案のこの部分というのは、非常に中途半端な内容になっていると思います。

事務局のほうでは、議論の内容をきちんととりまとめに反映していただきたいと思います。

以上です。

○鈴木座長 ありがとうございます。

それでは、□□委員、お願いします。

○□□委員 とりまとめをありがとうございます。

私も、大麻に含まれるTHCについてコメントをさせていただきます。

先ほどお話がありましたように、THCを一つの基準として規制を考えるというのは妥当だと考えています。その中で、やはりTHCを何%含む程度のものが規制対象になるかというのは考えていく必要があるだろうと思います。先ほど具体的な値の提示もありましたが、アメリカだと実際に産業用大麻についてはTHC 0.3%未満のものを認める形になっています。その辺り、産業用として使っていくことを考えても、THCをどのように扱うかというのは非常に重要なポイントではないかなと思います。

これはまさに麻栽培をされる皆様もそういった、明確な規定に合ったものを使っているという安心感を持って対応できるかなということです。

もう一つは、産業用大麻というくくりについて一つ、今までその話題は出ていなかったのですが、できればゲノム解析等で産業に適した大麻を分類できるシステム構築に関する研究を進める必要があると考えます。

以上、私のコメントとさせていただきます。ありがとうございます。

以上です。

○鈴木座長 ありがとうございます。

では、□□委員、お願いします。

○□□委員 素案のとりまとめ、ありがとうございます。

とりまとめ素案の1ページの一番下の部分について、第1回目のときにコメントさせていただいたのですが、世間一般では医療用大麻というふうに言われております。本検討会にて議論をすすめるにあたり大事なことは言葉の定義だと思います。鈴木先生の著書に大麻系医薬品と医療用大麻の違いについての表現がございましたので、鈴木先生のほうからこれについてコメントをお願いします。

○鈴木座長 厚労科研の報告書だと思いますけれども、大麻そのものを医療用に使っているのを医療用大麻と言っております。それから、大麻系医薬品とは、大麻から抽出してその成分を医薬品として使うと私は記載しておりました。

○□□委員 ありがとうございます。

今後、検討していく上で非常に大事な部分なのかなと思いましたので、あえて確認をさせていただきました。

もう一点、今後の方向性なのですが、先ほどお三方の委員からお話があったとおり、私もやはり大麻草の部位規制というのは時代に合わないということと、大麻系医薬品を日本で使えるようにするためには、やはり成分規制にするべきだろうと思います。2つ目の○に書いてある現行の麻薬及び向精神薬取締法に規定される免許制度のもとでは必然的に厳しい規制の下に流通管理されることになっていくと判断されますので、これにはぜひ同意したいなと思います。

私からは以上です。

○鈴木座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

○□□委員 □□でございます。

幾つかございまして、大麻規制のあり方の今後の方向性ですが、（1）の2個目に記載されている麻向法での流通管理です。麻向法上の免許制度における流通管理については、麻薬施用者免許等になると思います。もう一つ別の意味の流通管理について意見があります。麻薬施用者免許のある方なら誰でも医療用大麻を処方できるというのは問題かもしれませんので、向精神薬のような医師とか医療機関の登録

を行った方だけが取り扱える、そういった面の流通管理も考えていく必要があるのかなと思っております。それが1点目です。

次に2点目、使用罪ですが、少し懸念している点がございまして、大麻はほかの規制薬物、違法薬物と比べて使い方が違い、吸引や喫煙等であります。室内で吸引していることが多いと思います。当然、一緒の部屋にいる方も吸ってしまいます。例えば、クラブの個室で友達に呼ばれて一緒に知らずに吸ってしまうような場合があると思います。ですから、受動喫煙者が誤ってそういったことで逮捕されてしまわないようなエビデンスが必要であり、慎重に検討していただきたいのがいいのではないかなと思っております。

私は、実際に使用罪が規定された場合、犯人を逮捕するのは難しいと思います。当然、私は吸っていないと、誰が吸っていたのだと、ではそれは誰なのだ、そこは黙秘しますというような形で、司法現場も混乱していくのではないかなと思っております。

また、抑止効果も2割あるとの説明がありましたが、そういった点で使用罪の効果もあるかもしれませんが、仮にその点だけに着目して規制することは、いかがなものかと思っております。

それと、今後の方向性について(3)の最後に免許基準について記載していただいております。免許基準の統一性だけではなくて、前回私が言わせていただきました法による免許要件の厳格化、それと法の目的の追加です。可能だったら、植物系は国の免許とするような内容を少し具体的にに入れていただければありがたいと思っております。

それと、種子規制です。大麻の検挙者が4年連続過去最高を更新しています。ネット等で害がないなどと流布しているのも一因と思われるますが、大麻の種子が規制されていないということも一因にあると思っております。

実際に大麻の栽培の検挙者も令和2年では1.4倍になっているという事実もございます。発芽不能な種子を除きまして、大麻種子について法規制をぜひ考えていただきたい。現在の大麻取締法の規制部位と全く同じ規制が難しいのであれば、せめて流通規制を検討いただきたい。例えば種子を販売する場合の届出制度とか、麻葉取締部に販売等を行う前に届を出す必要があるというような別の規制を考えていただければと思っております。

最後に質問なのですが、今後は、大麻の成分に着目して、麻向法で規制をしていくという方向性とのことですが、大麻取締法において規制物として残るのが大麻の植物だけなのか、よく分からない点がありまして、例えば、バズとかマリファナ、樹脂とかオイル、ワックスみたいなものはどちらで規制されるのかなど、分からない点があります。よろしければ教えていただければと思っております。

以上です。

○鈴木座長 それでは、ただいまの質問に対して厚労省のほうからお願いします。

○事務局 今御質問があった点、法律の立つけについてのご質問という理解でおりますけれども、まだ今御議論いただいている中で、どのような形で法律として構成していくかというのは、正直、まだ精微に検討していないという状況ですが、一般論で申し上げれば、今、麻向法でおっしゃった趣旨は、化学合成のTHCは麻向法の指定令で指定していますので、そういう意味で大麻について成分規制をすると、麻向法で大麻由来のTHCも化学合成のTHCも同じ政令で指定すればいいのではないかなという御意見であろうかと思えます。

そうすると、仮にですけれども、大麻も含めて麻向法で規制すると、大麻というのは大麻取締法ではなくて、免許付与だけの単なる「大麻栽培法」になってしまいます。ただ、その法形式がいいのか、要は、大麻取締法が大麻栽培法になってしまうことがメッセージとしていいかどうかというのがあって、やはりそこは仮にの話ですが、大麻取締法で、大麻であって、例えばTHCの含有量が政令で定める濃度を超えるものとか、そういうやり方もあるかと思えます。ですから、法律の形式をどうするかということは今後の議論でし、いろいろな課題があると思えます。先ほどから成分の規制をどうするかという御議論もありますし、そうしたことを総合的に勘案して、どういう法律の構成にしたほうがいいのかということについても、引き続き、検討を進めてまいりたいと考えております。

○鈴木座長 ありがとうございます。

それでは、□□委員からお願いいたします。

○□□委員 私もこの大麻取締法というものが制定された当時とは異なって、大麻草の中の有害成分がTHCであるということが明らかになる一方、有害作用のないCBDの医療的価値が認められつつあるという現状に鑑みますと、今後の方向性にお示しいただいたように、また、先ほどから委員の先生方からお話が出ているように、大麻草の中のこうした成分に着目した規制へとかじを取る必要があると思えますし、それから、大麻草から抽出したCBDの医療への活用の道を開くという必要があると思えます。

一方、大麻草由来のTHC成分というものが精神障害とか、そのほかの記憶、認知機能障害を引き起こしたり、あと急性症状として運動とか判断機能への悪影響を及ぼす危険性がある以上、基本的な方向性としてはTHCの成分と、先ほどから含有量という話が出ていますけれども、それを一定量含む大麻草の不正使用といったものを禁じることが妥当であると考えます。

ただ、次の再乱用防止のところで申し上げたいと思うのですが、同時にこの大麻やTHCの依存者に対する治療とか支援体制を整備するということには留意していくべきだと思います。

以上でございます。

○鈴木座長 ありがとうございます。

続きまして、□□委員、お願いします。

○□□委員 □□でございます。とりまとめをありがとうございます。

コメントが1点ございます。4ページの使用罪に関するところでございます。大麻取締法に使用罪がないことによって大麻を使用している者が2割いたという記述がございしますが、やはり検挙された方というのは氷山の一角にすぎないと思います。大麻使用経験者、生涯において大麻の使用経験がある方が160万人、過去1年間においても9万人いるという推定値が出ている中で、検挙された方だけの情報をもって判断するのはセレクションバイアスが非常に高いのではないかなと考えております。地域における大麻の使用者の状況もきちんと精査した上で考えていく必要があるかと思えます。

以上です。

○鈴木座長 ありがとうございます。

続きまして、□□委員からお願いいたします。

○□□委員 □□といいます。

今回、今後の方向性というところでコメントというか、私の感じたことも含めてなのですが、ダルクというところで働いていて、この施設に来る人は大体平均年齢が40歳を超えたぐらいの方たちが多いのですけれども、大麻単体での使用で入所される方は本当に少ないです。なおかつ、ここのダルクという場所に相談をしたりとかされる御家族、本人も含めてなのですが、そういった方たちが使用罪を規定されることでより相談しにくい環境が生まれてくるのかなと思えます。未成年者の人たちが増えているというデータもあったのですが、未成年者の人たちが今、薬物を使ったら駄目、犯罪だから駄目という形でしか教育されていない現状で、その子たちが大麻も使っちゃだめだよというふうになったときに、誰に相談したらいいのかというところは全くないのかなと。再乱用防止のほうにもあるのですけれども、情報提供というところが今までの形とかなり変わっていかないとならないし、使用罪という形でのメッセージよりも、しっかりとした正確な情報提供だったり、普及啓発ということを子供たちにしていけないと、どんどん御家族とか、薬物の問題というよりはその背景にある貧困だったりとか、ジェンダーだったりとか、いろいろな問題も全く見過ごされて、ただ捕まって、犯罪者が増えていってしまうのはすごく、私個人としては懸念があります。

捕まることでの本人の社会的な制裁だったり、家族の孤立だったりとかいうのは、より強いメッセージとして、それを相談したり訴えていける人たちは減ってしまうのではないかなと思っているので、使用罪をつけること自体は、私は反対です。コメントです。

○鈴木座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。□□委員、お願いします。

○□□委員 □□でございます。

先ほどある委員から出ていました、2ページ目の国内の研究において云々なのですが、私も2回目の検討会には出ていないものですが、よく分からないのですけれども、ぱっと見て、あまりにもいろいろな障害が出ていて、ちょっと多過ぎるのではないかなと、出典はどこだろうと若干考えました。しかも、急性の主な身体作用というところに知覚の変容などとあって、これは急性の精神作用ではないかなと思ったりもします。

ただ、研究というのは、統計的な数の大きいものだけが研究かというところではなくて、医学の世界では、一つの症例が持つ意味合いというのは昔から立派な研究として蓄積されているわけですし、そういう意味では、数だけでは言えない、一例でも本質をついているということもありますから、その辺も勘案して整理していただければという気がしました。

それから、4ページ目、使用罪の話です。これについては、私は早々と使用罪について、何らかの規制をすべきだという意見を述べさ

せていただきました。これは今も変わりません。もう一回繰り返しますけれども、こういう問題を人間の問題として考えるときには、一次予防、二次予防、三次予防というこの順番がまず一番重要だと思います。一次予防は、やったことがない人は手を出さずじやありませんよという、そこに目的があると思います。大麻の場合はそれが無い。要するに使用罪がないわけですけども、現状では所持罪になるのでしょうか。捕まった方々は前科だけがついて何の措置もない。何で捕まえるのだという、再び手を出してもらいたくないから捕まえるのでして、そういう意味では、再び手を出さないような手立てをする必要があるのではないかと思います。そういう意味で、基本的には前科のつかない処分はなかるうかという提案を私はさせていただきました。

例えば、随分前になります。「有名大学生、大麻使用」というのが連日新聞あるいはマスメディアを賑わせた時代がありました。そのときの大学サイドの大方の意見は、自信ありげに、「退学処分にしました」という形が多かった気がします。当時、私は、そういうことをやっている大学の関係者の集まりに呼ばれました。薬物依存とはどういうことなのだという話をさせていただきました。そこで私は退学処分についても少し意見を言わせていただいて、退学処分にすることは教育的ではないと発言させていただきました。いまだにそう思っています。要するに、使用に対する国の取り決めがないばかりに、逆に大学が個々ばらばらに処分していく。その処分の中に退学というものがある。これはある意味で人生にとっての前科です。そういう意味で、私は、その前科をつけない処分というものが逆に若い人たちを守るという見方もあると考えています。

そういう意味で、私は、基本的には使用罪というものは何らかの形で前科をつけないということで何とかならないかなということを再度言わせていただきたいと思います。

実は、私がそういう発言を以前したものですから、ある方から意見が来しました。その方は参考になればということで資料を送ってくれたのです。これはカリフォルニア州の例でして、ピーナルコードのワンサウザントというのですかね。PC1000という条例でしょうか、法律でしょうか、この辺の訳が私は専門家ではないのでよく分かりませんけれども。アメリカですから当然、所持罪になります。いろいろな薬物ごとに所持罪があるわけですが、大麻も入っています。いわゆる犯歴がなく所持罪だけで捕まった、そういう初犯の方に対しては、裁判に行く前の処分として、教育プログラム、あるいは治療プログラムにある期間きちんと通って、その間、薬物を使わなかった場合には、前科にはしないという処分なのです。ちょっとばらばら見たら、法律のことですからあまり詳しいことは分かりませんが、なるほど、これは参考になるなと私は個人的には思いました。そういう意味では、どうしても使用罪という、いわゆる前科のつく刑罰ばかり考えがちですけども、そうではない処分。例えば、誤解されると困るのですけども、スピード違反の場合とかは、点数があって随分処分の方法が違うわけですが、行政処分なのでしょうか、よく分かりませんが、そういう見方で一次予防にとって、使用罪というのは決して悪いものではない。むしろ場合によっては、二度と手を出さないという意味ではかなりの効果があるのではないかなという気がします。

ということで、再度、今日もそれを言わせていただきました。

それともう一つ、何人かの構成員の方々から、いわゆるソーシャルスティグマというのでしょうか、そういうことについての懸念が表明されているわけですけども、私は、それはそれで非常に大切な問題だと思うのです。ただし、順番は、一次予防、二次予防、三次予防でどう考えていくかという順番で、かつ、双方にとっての尊重だと思います。二次予防が一次予防より先駆けてはまずいと思います。まずは一次予防です。それをきちんとやった上で二次予防を考える。これは考え方の基本ではないかなということをもう一度表明させていただきたいと思います。

以上です。

○鈴木座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

□□委員、お願いします。

○□□委員 とりまとめをどうもありがとうございます。

使用罪についてどう考えるかという点ですが、使用罪が設けられなかった経緯を考えると、技術的な限界があって設けなかっただけで、実態としては所持罪で使用者を検挙してきたのだと理解をしています。

その上で、2割という数字をどう捉えるかですが、一定数の人がその意味を誤解して、使用のハードルを下げている、特に若者にそういう人たちが多いということであれば、それは問題だと思います。特に今、大麻は安全だ、使っても全然大丈夫というような誤ったメッセージがSNS上で流布されていることを考えると、使用罪がないことの意味を間違えて捉えられることは問題であって、使っては駄目なの다는ことはメッセージとして打ち出す意味があるのではないかと思います。

一方で、使用罪を設けるのは、言ってみれば法の穴を埋めるだけの話であって、厳罰化というのとはちょっと意味が違うかなとも思っています。これまでの検討会で、飲酒運転は厳罰化で減ったというような御説明もあったので、それも併せると、使用罪を設けることは厳罰化ではないかと捉えられてしまう面もあるかとも思うのですが、法定刑を上げるとかそういうことではありませんし、法の穴を埋めるだけなのではないかなと個人的には思っています。

あと、先ほど他の委員から、第一次予防、第二次予防の話がありましたが、使用を犯罪化するに当たっては、検挙するだけで終わっては駄目だと、その後ほったらかしでは意味がないということは強調しておきたいと思います。

以上です。

○鈴木座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、次に移りたいと思います。

続いて、厚生労働省から、再乱用防止、社会復帰支援等について説明をお願いいたします。

○監視指導・麻薬対策課長 それでは、次に、「第2 社会復帰支援を柱とする薬物乱用者に対する再乱用防止対策」ということで、6ページから御説明をさせていただきたいと思います。

まず、現状と課題です。薬物事犯の再犯の現状ですが、大麻事犯が増えているということは御紹介しましたが、覚醒剤事犯、これは絶対数自体は減ってきているのですが、一方で再犯率は13年連続で増加し、過去最高を更新し続けています。また、医療保険のデータの御紹介もありましたが、薬物依存症を理由に精神科を受診した方は外来で1万746人ということで、28年度の6,603人と比較して大幅に増加をしている状況です。

こうした状況ですので、(2)再乱用防止と社会復帰支援ということで、先ほど申し上げた五か年戦略だけではなくて、再犯防止計画というものの、これは法務省で策定されていますが、これで薬物乱用は犯罪であるとともに依存症ということでもございまして、再乱用防止施策を推進していく必要があるということが盛り込まれているということです。

これらの計画に基づきまして、厚労省や法務省では、様々な施策を実施しているということで、第3回に、法務省にもお越しいただいて御紹介いただきました。これは大きく3つに分けて、刑事司法関係機関における社会復帰につなげる指導・支援と、医療提供体制に係る取組、あるいは地域社会における本人・家族への支援体制の充実、こうしたことについて、御説明をいただきました。

7ページですが、真ん中辺りの○、刑の一部執行猶予制度です。これが平成28年6月にできたわけですが、本制度で地域社会への移行とか社会復帰後の生活の立て直しに際して指導者・支援者等がより緊密に連携し、必要な介入ができるようになったということですが、一方で、その保護観察中に治療・支援を受けた者の合計は、566人と増えてはいるものの、これは7%という状況で、これについて、いまだ十分ではないのではないかとということも指摘があったと思います。

また、保護観察期間終了後に継続的な治療・支援を受けるか否かは対象者の自発的な意思に委ねられているので、治療・支援に継続的につなげるための動機づけが必要ですか、薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドラインというもので、そういう連携強化、関係機関の連携を進めているが、まだ必ずしも十分ではないという現状も紹介されました。

また、これは私どもから御紹介申し上げましたが、アメリカではドラッグコートのような取組があるということを御紹介いたしました。

ページをめくっていただいて、麻薬中毒者制度についても少し御紹介し、御議論いただきまして、麻薬中毒者制度ということでヘロイン等の麻薬中毒者の入院措置が十分とは言えない状況でしたので、麻薬取締法で昭和38年にそういう仕組みを入れたのですが、平成11年に精神保健法でも同様の仕組みが構築されたことによって、事実上2つの制度が並立する中で、麻向法の措置入院は発生しなくて、機能していない状況が一つあるということです。

また、届出制度ということは義務づけられているわけですが、これが一種の守秘義務違反とか、届出の結果捜査を開始することで、薬

物乱用者に対する必要な治療が遅れることを懸念して医師が届出を躊躇するという御意見がございました。

こうした御意見を踏まえまして、今後の方向性を幾つか書かせていただきました。まず1つ目、再乱用防止対策、社会復帰支援策のあり方ということですが、薬物事犯者の再乱用防止を目指して、厚労省、法務省では、いろいろな支援あるいは医療提供体制や地域社会における本人・家族への支援体制の充実強化に取り組んで、一定の成果は上げているということであるのですが、やはり一方でそれぞれ課題も認められていることですので、薬物事犯者に対する息の長い支援を目指して、当然すぐできないこともありまじょうが、中長期的な視点も含め、関係機関が連携しながら総合的な取組を進めていく必要があるということです。

これは先般も御質問があって、なかなか厚労省の検討会でどこまで議論がというお話もありましたが、なるべく法務省ともよく相談をさせていただいて、書けるものは書かせていただいて、やれるものはやっていただきたいということで記載をさせていただいたものです。

まず、刑事司法関係機関における社会復帰につながる指導・支援ということですが、治療・支援が十分に引き届いていない満期釈放者、保護観察のつかない執行猶予者や起訴猶予となる方に対しても治療・支援が届くようにすべきではないか。あるいは保護観察期間終了後の対象者に対して、自発的な治療・支援につながるような取組が必要ではないかという御意見がございました。

あるいはアメリカのドラッグコートのような薬物依存症からの効果的な回復措置として実施されている取組を参考にしながら、社会復帰を促進するために、刑事司法関係施設で行われている施設内処遇や社会内における処遇や支援を効果的に行うための方策を中期的に検討すべきではないかということで、なかなかすぐということもないと思いますので、少し先の課題として書かせていただいているということです。

医療提供体制に係る取組の継続ということで、これは居住地域にかかわらず、薬物依存症者が適切な治療や支援を受けられるように、専門医療機関とか相談拠点の整備を進めています、これをさらに続けていく。あるいは地域支援の受け皿となる機関で治療・支援を行う者の育成事業をやっているわけですが、これを引き続きやっていくということです。

次に、地域社会における本人・家族への支援体制の充実ということでございますが、刑事司法関連機関、地域の医療・保健・福祉機関、民間支援団体等との連携体制の構築に関して、それぞれの機関における役割や取組について相互理解を一層深めるべきではないかということで、先ほど申し上げましたが、分量の問題もあって、今日の時点では個々の施策、細かには書いてありませんが、第3回で委員からVoice Bridges Projectという取組の御紹介もあったところです。

次に、広く国民に対して薬物の有害性等について正確な情報を提供しなければいけないということと、乱用を繰り返すというのは薬物依存症という健康問題になること、あるいは犯罪行為であるということの認識を共有するための普及啓発活動を進めてきて、薬物依存症からの離脱できずとか社会復帰を目指す方を支援する社会を目指すしていく必要があるのではないかとということです。

次に、麻薬中毒者制度のあり方ですが、先ほど申し上げましたように、制度の実態がないということで、廃止も含めて見直す必要があるのではないかとということかと思えます。

また、もう一点、それ待つまでもなく、制度における医師の届出義務と守秘義務の関係性がよく分からない、不明確だという御意見がございましたので、明確となるよう自治体、関係機関等に周知していく必要があるのではないかといた御意見があったかと思えます。

私からは以上です。

○鈴木座長　ありがとうございます。

それでは、ただいまの厚生労働省からの説明について、御意見、御質問がございましたら、委員の先生方からお願いしたいと思います。

□□委員、お願いします。

○□□委員　3点ありますが、その前に一言。冒頭に、先ほど他の委員から一次、二次、三次と順番にやっていくべきだという話があったのですが、日本は、一次については世界的にもかなり成功していて、一方の二次、三次については世界的にもかなり遅れている状況がある。前から数字の順番に対策をしているから、いつも最後の番号のほうで後回しになっている。そのような現状があることを指摘しておきたいと思います。

私が指摘したい1点目なのですが、まず6ページの(1)のところで、医療保険のデータによると、患者が増えているというデータが書いてあります。確かにこのナショナルデータベースでは増えています。私どもがやっている全国の病院調査でも患者は増えています。でも、この文脈、この書きぶりのなかでこのデータを提示すると、大麻の乱用が国民に広がって、それで病院に来る人が増えて、大麻の健康被害が医療機関で深刻になっているというような誤読を誘います。意図的なものではないのかもしれませんが、やはり書きぶりには注意していただければと思います。むしろ啓発が進んで治療につながる人が増えている、それで薬物依存症患者が増えているのです。

2点目ですけれども、8ページ目、今後の方向性のところです。法務省が矯正局も保護局も非常に頑張っていることは私ももちろん認識しておりますし、私自身もプログラムの開発や職員研修など、自分としてもできる限り法務省矯正局・保護局の活動に協力をしています。もちろん、頑張ってほしいと応援する気持ちはあるのですが、同時に、絶対に司法機関、法務省機関では治療にはならないだろうなとも思っています。依存症の治療というのは、まずもって安心・安全な治療環境が必要です。自分の失敗を正直に告白し、それによって自身のデメリットが生じない場所が絶対に必要なのです。刑務所や保護観察所にはその前提条件がありません。したがって、法務省が一人生懸命プログラムをやったからといって、再乱用防止など到底実現できないと考えています。

実際、私自身の第3回のプレゼンテーションの中でも、法務省のデータベースを使った研究で、やはり刑務所に入れば入るほど、また捕まりやすくなるというエビデンスを紹介させていただきました。この知見は、私どもの臨床的な実感とも重なります。自分が担当する患者さんが治療経過中に逮捕されて刑務所に服役してまた戻ってきます。さぞかしよかったのではないかと、という気持ちはいつも裏切られます。むしろ嘘つきになって、治療がどんどん難しくなっていきますし、何よりも、社会で支えてくれる人がどんどん少なくなってしまうからです。

だから、これは先ほどの使用罪をつくることに関して、つくることによって再発防止というか再乱用防止、依存症の回復支援がどうなるのかということと、そこも吟味しながら私としては規制ということを考えていただきたい。その議論を尽くさずに使用罪を創設するのは問題です。この点を前段の「規制の課題」の箇所に入れ込んで、議論の俎上上げていただきたいと思います。

そして、最後のところなのですが、これが一番大事なところで、9ページの麻薬中毒者制度のあり方というところで一括されているのですが、私自身のプレゼンテーションの中で麻薬中毒者届出制度についての批判を述べましたが、それとは別立てで、治療・相談支援の場における「守秘義務の優先」という課題を立てていただきたい。覚醒剤は麻向法や麻薬中毒者とは関係ないですね。患者さんの違法薬物の使用が分かったときに、守秘義務を優先するのか、告発を優先するのか。基本的に医師はそれを裁量することができるし、守秘義務を優先しても構わないのだけれども、現実には多くの医療者が悩んでいます。

しかも、今、依存症、特に薬物依存症の治療というのは自治体立病院や精神保健福祉センターという行政機関を中心に展開しています。そうすると、公務員の犯罪告発義務との兼ね合いが生じる。もちろん、公務員であったとしても、正当な理由があれば守秘義務を優先できるのですが、やはり行政機関のなかでは多くの公務員の支援者が悩むところだ。そして、たとえば、こうした悩みを都道府県庁の上層部上げて判断を仰ぐと、少なからず「通報すべし」という結果が出てきてしまうのです。

さらに言えば、2007年の最高裁判決の影響もあります。あの判決はあくまでも「通報したとしても守秘義務違反にはならない」という判決なのに、なぜか多くの医療者が「通報しなければならない」と誤解しているのです。ですから、前回の会議でも、「このところをきっちり啓発してください」ということをお願いしたかと思います。こういう状況を考えると、守秘義務の問題は麻薬中毒者の話とは別立てで明記していただかないといけないと考えます。

なお、麻薬中毒者届出制度について言えば、恐らく大麻もきちんと使用罪ということになって捕まったりしてくる中で、もしかすると大麻の人たちも麻薬中毒者として届出される方が増える可能性があります。その意味でも、この麻薬中毒者届出制度についてはきっちりと見直すことが必要です。今日の精神保健福祉領域の人権擁護の感覚からすると、ちょっと逸脱した人権侵害が行われていて、刑事処分よりもなぜか監視監督が長く続く。恐らく多くの人たちがこの制度を知らないから炎上しないのだけれども、知ったとするならばとても深刻な批判が出てくるだろうと思っています。しっかり見直すべきです。

以上です。

○鈴木座長　ありがとうございます。

それでは、ほかにいかがでしょうか。

どうぞ、□□委員、お願いします。

○□□委員　□□委員にお聞きしたいのですが、再乱用というのがなかなか防止できないというお話でした。再乱用は当然犯罪ですが、そ

の原因は治療が必要な病気だということの前提でいくと、そうになってしまう人は必ず何らかの社会的背景を持つと思います。それは例えば刑務所に入ったことで社会的に孤立して、また薬物が入手できるような環境に身を置かれてしまうために再乱用してしまうというような背景を持つってしまうことなのでしょう。

〇〇〇委員 そういう部分がありますね。やはり逮捕されるということはすごく大きなことです。先ほど他の委員が、前科をなくせばいいと言われたのですけれども、でも、いきなり捕まえられて身柄を数日押さえられたら、大体の会社は首になります。そして、前科をつけないと言われても、犯罪に当たる行為をやったら、やはり学校としては退学という判断をせざるを得ない現実もあるでしょう。その結果、友達が離れ、家族が離れ、仕事に就けず、そして、自分の話を聴いてくれる人は薬を使っている人という状況になってしまう。そうすると、社会に居場所ができないと、居場所のなさとか孤立とか希望のなさみたいなものが、薬物をやめて生きていくという選択肢をどんどん取りづらくしているのです。

だから、今ここで行われている議論は、一次予防が大事だということを再三多くの人たちが言っているのだけれども、それでは、「我が国は少数派を切り捨てながら多数派だけで生き伸びればよい、国を運営するにはある程度の犠牲者も必要」と考えているのか、と問い返したい気持ちになる。こうした議論がこの有識者会議に結構横行していることを、私は非常に危惧しているところです。

〇〇〇委員 分かりました。

もう一つ、普通、例えば再乱用、どうしても社会的孤立が起こってしまう人はそのように違法薬物に触れ合う機会が多くなってしまうのは理解できるのですけれども、そこを断つことというのはなかなか難しいのですか。要するに、入手できるルートを断てないものなのか。そこが一番難しいところだと思うのですが、どうなのでしょう。

〇〇〇委員 でも、そういった方たちは違法薬物が入手できなければ、市販薬や処方薬のほうになるのです。今、病院の中で一番増えているのは、やはり病院から処方されるお薬やドラッグストアで購入できる市販薬なのです。だから、何かを使わないではいけない困り事があるのだということで、供給を断つということだけでは限界があるのだということも強調しておきたいと思います。

御承知かと思いますが、薬物の政策は供給を断つことと需要を下げるのが大事なのですが、供給を下げることに限っては、日本は世界でトップレベルだと思います。もう伸びしろがないぐらいすごいのです。でも、需要を低減することに関しては先進国の中でも悲惨なレベルなのだとことです。そうすると、そろそろ苦手科目を克服すべき段階ではないかということをお私に数年来ずっと主張しております。

〇〇〇委員 覚醒剤を乱用してしまっている人はまた覚醒剤に手を出してしまうところ、どうしても私のような一般人には理解できなくて、入手できるルートがあるから手が出してしまうのだらうなというふうに思ってしまうのですが。

〇〇〇委員 そうではないので、覚醒剤が止まったらそれでオーケーなわけではないのです。その後、処方薬とかアルコールとかいろいろ問題にどんどんシフトして生活のしづらさが続いていくという現実があるのです。その根っこには、様々な生きづらさやメンタルヘルスの問題がある。こればかりはそうした治療や回復支援の現場を見たことがなければ分からないでしょうが、とはいえ、そうした現実を無視し、規制ありきの議論が安易に進んでいる感じがしています。非常に恐ろしいなと思います。

〇〇〇委員 承知しました。ありがとうございます。

〇鈴木座長 それでは、続いて、〇〇委員からお願いします。

〇〇〇委員 御報告ありがとうございます。

この再乱用防止の枠組が、令和元年でも66%の再犯者がいるということを考えてみても、現状そんなにうまくいっていないのかと、すごく変化に富んでいて、昔刑務所に人が入れなかったりとかしていた時代から比べたら、たくさんの外部の方たちが入って教育ができるようになったのは本当に大きな変化だと思うのですけれども、高い再犯率が出ている枠組の中にまた同じようにそれで捕まった人たちを同じレベルに乗せていくというのはすごく疑問があるのと、いろいろな治療をやられていると思うのですけれども、治療をやるということよりも、私たちが当事者としては、人との信頼関係だったりとか、人との関わり方、または個別的な支援とか生活の支援だったりとか、そういったことがすごく重要になってきているなと思います。自分自身の薬物使用というのも含めてなのでも、心に空いている部分があったもの、それが何かは分かりませんが、いろいろな生活の中での要因も踏まえて、それをふっと埋めてくれたのが薬物だったように思えるので、それが人だったりほかの周りにいる環境だったりとか、そういったことで変わっていった、今現在は薬物をやめ続けていられていると思います。

なので、大きな枠というよりは、本当に個々に沿った、一緒に寄り添えるような、難しい部分ではあると思うのですけれども、それが必要だというふうに強く感じます。

あと、本人に対するスティグマ、差別、偏見というのはもちろんあるのですけれども、それは罪を犯したから仕方がない部分もありますが、現状、犯罪行為という形で、刑務所だったり病院だったりいろいろなところに来る支援をしてくれる方たちにも、この人たちはうまくいかないのではないかな、だって犯罪者だからみたいな気持ち、昔よりは教育されていると思うのですけれども、支援する人にあるスティグマというか、そういったものもよりよくなっていければなと感じています。

〇鈴木座長 ありがとうございます。

それでは、〇〇委員からお願いいたします。

〇〇〇委員 よろしく申し上げます。

先ほどの〇〇委員のコメントに関連する形で私のコメントを申し上げます。

6ページの2016年と17年を比較して患者の数が増えたところなのですが、患者数が増えたのと同時に、薬物依存症を見ている医療機関の数も増えていると思います。したがって、薬物問題が今突然広がったということではなくて、薬物依存症を支援するような医療機関が増えた。つまり、受け皿が増えたということと評価すべきではないかと考えております。

そもそも薬物依存症の受け皿が足りないということで、厚生労働省としては依存症の専門機関を各自治体につくっていただくという取組を今行っているわけです。そういうふうに見るべきだと思います。

そして、再乱用防止ということで私がちょっと偏っているなと思ったのは、やはり違法薬物の話ばかりで、我が国の薬物依存症者の内訳を見ても、一番多いのが覚醒剤、これは変わらないのですが、2番目が処方薬、特にこれは睡眠薬や抗不安薬です。そして、3番目が一般用医薬品という順序で続いております。この一般用医薬品と処方薬の患者さんの構成割合を足すと、覚醒剤とほぼ同じ、もしくはそれを上回るぐらいの比率です。したがって、再乱用防止という観点から考えれば、医薬品の乱用や依存に対する支援についてもしっかり考えていく必要があると思います。

処方薬、ポリファーマシーが背景にあって、例えば診療報酬を変更してポリファーマシーにならないような工夫も今取られておりますし、市販薬に関しては、薬局やドラッグストアで販売個数の制限をする、あるいは大量頻回購入者に対して声かけをしていくといったような取組が行われておりますが、根本的な解決につながっていないということもあって、その患者の比率がどんどん年々増えていっているという状況にあります。

また一方、ちょっと話が変わりますが、受刑者ということと社会的な孤立との関係なのですが、私どもが法務省、法務総合研究所と行った共同研究によりますと、覚醒剤事犯者の受刑回数が増えるとともに、薬物使用に伴う社会的な問題が増えていくということが研究の結果で明らかとなっています。具体的に言うと、仕事を失ってしまうとか家族との関係性が悪化するとかそういったことです。ですので、地域での支援、社会でそういった方々をどう受け止めていくのかということが大事になってくるのかなと思っています。

以前、出所者を対象とした就職雑誌を拝見したことがあるのですが、求人情報のただし書きのところ、覚醒剤取締法違反で受刑していた人はお断りというようなことが書いてあります。そういった求人がほとんどです。したがって、受刑者の再就職先などについては、非常に困難な状況に依然あるということをお最後に追加でお伝えしたいと思います。

以上でございます。

〇鈴木座長 ありがとうございます。

それでは、続いて、〇〇委員、お願いいたします。

〇〇〇委員 6ページにあります最初の再犯の現状のところですが、何度もこの検討会で申し上げているように、例えば覚醒剤取締法違反で全部執行猶予の判決を言い渡された者の90%以上には保護観察がついておりませんし、大麻取締法違反で同じように全部執行猶予判決を受けた者はさらに高い95%以上に保護観察がついておりませんけれども、こういった保護観察のない全部執行猶予の判決を言い渡された者のかなりが、この執行猶予期間中に再犯に至って、全部執行猶予を取り消されていて、覚醒剤取締法違反で言うと25%ぐらいが再犯を犯してしまっているという事実とか、刑事施設から釈放された覚醒剤取締法違反の受刑者の46.3%が5年以内に再犯を犯して、

再び刑事施設に入所していて、再入所者の8割近くが同じ覚醒剤取締法違反の再犯であるという事実は、薬物事犯の再犯の現状のところでもきちんと指摘しておくべきだと思います。

それから、その後の今後の方向性のほうで示されている薬物依存者の社会復帰を促進するために、刑事司法関係施設で行われている施設内処遇及びそれに続く社会内における処遇とか支援を継続的かつ効果的に行うための方策を中期的に検討すべきだというのはそのとおりだと思います。薬物乱用が現在、犯罪とされていて、刑事手続に乗ってしまう以上、そこからどのように治療や処遇に結びつけていくかということも併せて考えなければいけないと思います。

ただ、とりまとめ案には、何度もアメリカのドラッグコートの取組例も参考にしつつというふうにありますけれども、アメリカなどの海外と日本では司法制度や司法の実務に相当違いがあることから、それをそのまま日本で導入することには困難かつ適当でない場合が少なくないため、慎重に検討する必要があると思いますし、ドラッグコートについても、これを例示的に特出しして参考にすることとはあまり適切でないように思います。

また、社会内処遇における処遇や支援の方策として社会奉仕活動が例示されていますけれども、薬物依存の処遇に社会奉仕活動が有効かどうかというのはまだ明らかにされていないと思いますので、これも特出しして記述するのはちょっと慎重になったほうがいいかなと思います。

むしろそれよりも、日本の社会内処遇の課題である仮釈放後の保護観察期間が概して短いことから、社会における再乱用プログラムなどの処遇とか支援に的確につないでいけるような施策を講ずるべきという方向を打ち出すべきではないかと思っています。

それから、先ほど、他の委員から指摘がありました前科の話ですけれども、前提となる情報としまして、まず、少年に関しましては保護処分となったとしても、これは前科にはなりません。

それから、前科になるかどうかということは、前科に対する社会的な偏見という問題を除くと、実際の問題としては資格制限があるということでありまして、ただ、どのような資格制限を設けるかというのは個別の法律ごとに目的や内容が異なっていますので、それぞれで考えていかなければいけないという事情があります。

ただ、委員がおっしゃることももっともでございまして、日本には検察官に訴追裁量がありまして、起訴猶予という制度があるわけがありますけれども、薬物事犯については所持とか使用についても非常に起訴率が高くなっています。しかし、起訴されても初犯だと単純全部執行猶予になって、保護観察もつかないために処遇に結びついておりません。ですから、少なくとも依存の治療とか処遇という観点から見ると、何のために起訴しているのかが分からないというところがないわけではありません。

私は個人的には、治療とか処遇を条件として起訴しないような制度を設けるべきだというふうに考えているのですが、残念ながらこれは日本ではかなり批判が強いのが現状でございまして。

それから、薬物事犯の初犯は保護観察のつかない全部執行猶予になることが多いわけですが、そのために自ら治療に行かない限り、処遇の機会がないため、結局再使用すなわち再犯に至る者が少なくなく、その次は一部執行猶予か実刑になって刑務所に収容されるということになってしまっています。

そうであるがゆえに、初めて刑務所に入った初入者でもかなり依存が進んでしまっているということは、国立精神神経センターと法務総合研究所による研究でも示されていることから、むしろこういった一部執行猶予や全部実刑になる前に、どのように処遇に結びつけていくか、その仕組みを考えることが必要だと思います。

以上でございます。

○鈴木座長　ありがとうございました。

それでは、ほかにいかがでしょうか。

では、□□委員、お願いします。

○□□委員　□□でございます。

今後の方向性、9ページの最後のところですが、（2）の麻薬中毒者制度のあり方について、廃止も含めて見直す必要があるのではないかということにつきましては、一つの英断だと思っております。仮に廃止した場合、少し気になる点が1点ございます。麻薬中毒者制度につきましては、麻向法の第5章になると思うのですが、その中に麻薬中毒者相談員という規定があります。これは麻薬中毒者の相談に応じるための職員で、薬物使用者に対して相談を受けたり指導や助言を行っていただいている方でございます。廃止してしまうと、この麻薬中毒者相談員の規定もなくなってしまうのは少しもったいないなと思うところであります。志が高いほぼボランティアで行っていただいている方なので、名称を変えても結構ですので、例えば薬物使用者相談員とか、麻向法上のどこかで残していただければありがたいと思っております。

以上でございます。

○鈴木座長　ありがとうございました。

それでは、□□委員、お願いします。

○□□委員　まず私は、麻薬中毒者制度の中のいわゆる中毒者概念及びそれに付随するところです。簡単に言ってしまうと、これを一切なくしてしまうことには賛成です。以前も言わせていただきましたけれども、法がダブっているわけですし、現状では精神保健福祉法で全部やれます。いわゆる健康問題と考えたときにはそこでやっていくのが本筋であろうということで、これには賛成です。

それから、あとは再乱用防止です。これは本当に大変難しいことでして、再乱用防止というのは私の考えの一次予防、二次予防、三次予防のまさに二次予防です。そういう意味では早期発見、早期介入、早期治療が非常に重要だと思います。その中で、厚生労働省の課が違いますが、随分頑張っていただいて、現在、医療供給体制が各都道府県でそれなりに整ってきました。同時に、相談機関として精神保健福祉センターもタッチするようになってきました。これは非常に評価できることだと思います。そこをうまく使えば、処分としてのダイバージョンという言い方を私はさせていただきますが、そういうことも不可能ではないと思っています。

その中で思うのですけれども、薬物依存症の治療とは何をもって治療とするのかということになれば、これは世界中が困っているわけですし、簡単には言えません。特効薬があるわけではありません。

それでは、今、日本でやっている認知行動療法的なアプローチがそれでいいのかというと、それが全てではないのはまた明らかです。しかも、認知行動療法的なものをやっていく中で重要なのは、これは少々医療・医学の中の話になって恐縮ですが、自分たちがやっている療法に対する効果測定というものを定期的にやっていかないと簡単にマンネリ化してしまうのです。現状では全国の精神保健福祉センターのほとんどのところで、それを実施できる体制まで来ましたから、ここの9ページに書かれております医療供給体制に係る取組の継続、これは非常に重要だと思いますが、同時に、質の検討、充実というのか、その辺りも少し入れていただいたほうがいいのではないかと私は思っております。

それから、いわゆる薬物関連精神障害ということですが、これは依存症だけではなくあります。この検討会は何も大麻の話だけではなくわけですし、例えば覚醒剤の場合、過去ほどではありませんが、現在でも幻覚、妄想状態で入院させなければならないケースもあるわけです。そのときにそういう方々を診る病院が極めて限られているのも事実だと思います。

これは昔からずっと言われてきたことなのですが、薬物関連精神障害者の患者さんを一人入院させるということは、物理的に、職員あるいは管理上の問題を含めて、病院にとっては本当に大変なのです。ところが、残念ながら、アルコールの患者さんを入院させると重症度加算という入院費の加算がつくのですが、どういうわけか薬物にはそれがありません。そういう患者さんを診る病院が少ない上に、その負担といえましょうか、世間的な言葉で言うと、その病院は割が合わない。これはやはり何とか考えていただきたいという思いがずっとあります。ということで、医療供給体制のところにはそういうことも入れていただきたいと思います。

それから、先ほどある委員の御意見がありました、一次、二次、三次という考え方をしたときに、日本はいつも一次ばかりで二次、三次が遅れるというのは、全くそうだと思います。

私が言いたいのは、これは私の昔からのスローガンですが、「『ダメ。ゼッタイ。』だけでは絶対駄目」というのが私のスローガンです。これは何も一次予防を否定するわけではないのです。一次予防はちゃんとやりましょう。日本はやってきました。だけれども、それだけでは駄目だよ、その次があるのだよ、ということ。そういう意味でも、日本は二次予防、それと社会復帰という三次予防、ただ、社会復帰自体は、一次から直接社会復帰ということもあるし、二次から社会復帰もあるので、三次予防という言い方が妥当かどうか自分でも疑問に思っているのですが、とにかく日本は二次予防が弱いのは事実です。そういう意味で、体制というものを考えていく必要があると思います。

しかも、ついついそうなってくると医療ということに目が行ってしまうのですけれども、私は、薬物、特に依存症の場合は、対応領域

は医療だけではないよと思っています。これは世界的にもそうだと思います。もしかしたら日本ほど医療に特化されている国は少ないかもしれない。いいか悪いかは別です。いわゆる更生という見方、更生施設という言い方がありますがそれでも、そういうところでやっていく国もあります。

日本は、数の上では依存症者がほかの国に比べれば人口当たりで桁違いに少ないですから、大々的な施設は要らないわけですが、ぜひ今回の9ページ、先ほどドラッグコートの話も出しましたが、いわゆるダイバージョンを考えてもらいたいという気がします。そう考えると、ダイバージョンを可能にする為にも、薬物依存からの回復支援施設、特に民間の施設、民間の活動、グループ、そういうところに対する公的な支援というものが必要なのだと思うと思います。その辺をある意味では育成的に支援していく見方が重要なのかなと思います。そうしないと、全てが医療で固まってしまう、医療で全てを解決しようということ自体がそもそも違うのではないかと、個人的には思っています。

以上です。

○鈴木座長 ありがとうございます。

それでは。

○□□委員 ありがとうございます。

今の委員のお話の延長でコメントさせていただきたいと思います。特に医療だけではないとおっしゃったところですが。医療は当然必要なことではありますけれども、それだけではないと思っている、とおっしゃったところからの発展です。

9ページにある、例えば地域社会における支援体制の充実という部分ですが、その第一の点で、それぞれの機関における役割や取組について相互理解を一層深めるべきではないか、その下では、支援する社会を目指すべきではないか、とあります。確かにそうなのですが、では、具体的にどういう手段があるのだろうかと考えています。この部分だけではないですが、今後、具体的には薬物規制、あるいは監視指導・麻薬対策課の扱われることの枠外になることも出てくると思うのです。その場合、法律上あるいは具体的な施策としてどういう手段があるのかを検討する必要があると考えています。この検討会の枠外になることもあるかと思いますが、薬物乱用を始めてしまった人々には理由があるわけですね。その理由は、始めていない人々にもあるかもしれない、同じ状況にいるかもしれない。そこに対する施策がなければ先に進めないと常々思っております。

以上です。

○鈴木座長 ありがとうございます。

それでは、続きまして、厚生労働省から、医療用麻薬及び向精神薬、それから、情報提供、普及啓発について説明をお願いいたします。

○監視指導・麻薬対策課長 それでは、引き続き、第3の医療用麻薬及び向精神薬の規制と第4、普及啓発及び情報提供をまとめて御説明させていただきます。

10ページでございますが、まず、医療用麻薬ということで、麻薬の流通管理、適正使用の現状と課題ということで、麻薬については、適正に使用されれば医療上有用であるということですが、一方で、国民の皆さんに負のイメージもあり、日本の使用量が非常に標準に比べて低いという状況にあることを紹介させていただきました。

一方で、アメリカでは逆に、オピオイドクライシスみたいなことが起こっているという状況についても御報告申し上げて、我が国では、麻向法で麻薬の不正な流通や乱用防止を図っているということで、委員からもプレゼンを行っていただいて、具体的な流通段階における厳格な管理体制を紹介させていただきました。

一方、10ページの下の方、向精神薬です。麻向法という同じ法律で規定されていながらも、麻薬ほど厳格な管理は行われていませんが、不正な流通、不適切使用、これがたまに社会問題化するということです。

向精神薬は、麻薬と違ってG7の中でドイツに次いで2番目に多く消費されているということでございまして、また、現状、一部向精神薬だけではなくて麻薬や覚醒剤原料、具体的に言うとコンサータとかビバンセという薬ですね、これが薬機法の承認条件をつけて流通管理体制の構築を行っているということです。

これについて11ページです。まず、麻薬の流通管理、適正使用ということですが、当然、医療用麻薬について不適切な使用がなされないような対策を講じながらも、適正使用の普及啓発を引き続き進めていく必要があるのではないかと。

2点目は名前です。これは何がいいというのはあるのか分かりませんが、適切な名称を検討すべきではないかという御意見があったと思います。

あとは流通について、弾力的な運用が可能となるような見直しをすべきではないかという御意見もございました。

次に、向精神薬です。これも関係機関と連携し、適正な使用を推進するための施策を構築していく必要があるということですが、特に不正流通、不適切な使用が行われるおそれが高いもの、今、薬機法の承認条件で行っているようなものは、きちんとした流通管理の監視指導が行えるような枠組みをつくっていくべきではないかという御意見もあったかと思います。

最後に12ページ、普及啓発及び情報提供ということです。

現状と課題ということで、厚生労働省をはじめ関係省庁において、一次予防を目的とした「ダメ。ゼッタイ。」運動をはじめ、青少年に対する普及啓発運動が実施されてまいりました。

これまでの普及啓発活動については、やはり日本では違法薬物の生涯薬物経験率が諸外国と比較して著しく低くなっていることに多いに寄与したというふうに考えています。

ただ、一方で、昨今、繰り返になりますが、大麻に有害性はないとか、健康にいいといった誤った情報が氾濫をしております、大麻事犯が非常に増えてきているという状況です。

一方で、委員からも御意見がございましたが、昨今、薬物依存症者に対する差別を助長しているのではないかとといった指摘があるということも意見がございました。

これについて今後の方向性ということですが、大麻のところと再掲になっておりまして、これは整理をする必要があると思いますが、一応方向性の一つとしての、あえて書かせていただきました。若年者の大麻事犯が増加し続けていることに対して、やはり大麻の乱用というのは、開始時期が早く、使用量が多いほど、また乱用期間が長いほど依存症になるリスクが高まることなど、大麻の有害性に関する正確な情報をとりまとめて、SNSなどを活用したわかりやすい広報啓発活動に取り組む必要があるのではないかと、また、大麻について、きちんと医薬品や産業用として用いられるものと、単に嗜好品として用いられ乱用されているもの、これをきちんと区別して情報提供していく必要があるのではないかと。

3点目です。広く国民に対して薬物の有害性等について正確な情報を提供するとともに、乱用を繰り返すと薬物依存症という健康問題になること、あるいは薬物乱用は犯罪であること、こういった認識を共有するための普及啓発活動を進めるなど、いろいろ御議論があったと思います。薬物依存症からの離脱あるいは社会復帰を目指す方を支援する社会を目指すべきではないかという御意見がございました。

また、先ほどからも御議論がりましたが、一次予防、二次予防、三次予防です。それぞれの目的を踏まえた普及啓発活動を進めていくべきという御意見がございました。

ということなのですが、一次、二次、三次と、前回そういう御意見が出ていたので、そういうふうに書かせていただきましたが、まだ役所的には一応、一次予防、二次予防という御説明をさせていただいておりまして、これに三次というのが加わると、なかなか一般的に理解されるのかなということは若干懸念をしております、私どもは一応、一次予防、二次予防ということで使用させていただいているということを改めて付言させていただければということです。

私からは以上です。

○鈴木座長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの厚生労働省からの説明について、御意見や御質問がございましたら、委員の先生方からお願いいたします。

では、□□委員。

○□□委員 改めて新しい意見ではなくて、毎回毎回私が会議のたびに言っていることです。「ダメ。ゼッタイ。」の話です。確かに一次予防は大事なだけでも、二次予防とか三次予防という言葉を使うかどうか分からないけれども、一次予防のために二次予防、三次予防が犠牲になってはならない。つまり、早期発見・早期治療とか、それから再発防止などのときに、それがどう影響するのかということを考えなければならない。薬物の問題を早期に告白し、治療や相談できる環境なのか、ということです。例えば、当事者に対する忌避的な感情がどんどん地域の中で運動として盛り上がり、一種の官民協働の草の根ファシズムみたいな格好で、薬物の問題を抱えた方たちの排除が起

きている。それが、私自身が臨床現場で実際に痛感していることです。

ちなみに、今年の「ダメ。ゼッタイ。」のポスターも拝見させていただきました。よろしくないですね。「ダメ。ゼッタイ。」を大書しているのはしょうがない、いつものことなのだと思うのですけれども、「薬物の誘いを受けたら逃げよう」と書いてあって、その下に「悩んだときには精神保健福祉センター」と書いてあるのです。あれを見ると、精神保健福祉センターは「売人告発機関」とか、「誘われたときに逃げ込む駆け込み寺」みたいに読めてしまうのです。つまり、問題を抱えている人たちに対して有益な情報提供になっていない。しかも、薬物が描いてあって、「EXIT」と書いてありますね。みんな逃げろということです。こういうふうにして薬物の問題を抱えている人たちからみんな去ってしまって孤立していくわけなのです。そのような象徴的なインパクトの強いポスターが社会に流布することによって、薬物の問題を抱えている方たちとかその御家族の方たちは、果たして相談しやすいだろうか。だから、予防啓発はとても大事です。とても大事なのだけれども、困っている当事者が見て不快に思うような予防啓発は、少なくとも公衆衛生の政策ではアウトだということを改めて強調しておきたいと思います。

私は以上です。

○鈴木座長 それでは、□□委員から。

○□□委員 ありがとうございます。

乱用される薬物というのは、不法に作られたものだけではなくて、処方されたもの、あるいは先ほどから出ています市販されたものも当然あるわけですね。薬物がどういう経緯でできたにかかわらず、乱用については検討されなければいけないと思っています。

したがって、この点についてお話ししたいのですけれども、まずその前に、今の委員からのコメントに関連して、「ダメ。ゼッタイ。」という呼びかけがどのようにできたのかについて、事実関係だけ確認しておきたいと思います。

もうまとめの段階に入っはいますけれども、思い込みではなく事実に基づいて、エピソードだけではなくデータに基づいて検討することが必要だと思っていますので、「ダメ。ゼッタイ。」という呼びかけができた経緯について認識を共有していただきたいと思い、コメントしています。

ここに『厚生労働』という冊子があります。2004年7月に出た号に監視指導・麻薬対策課から我が国における現状と対策の取組について寄稿があります。□□委員もこの号に薬物乱用の実態と傾向についてお書きになっております。それと同時に、「ダメ。ゼッタイ。」に関して、麻薬・覚せい剤乱用防止センターから説明が加えてあります。「薬物乱用防止活動は、まだやっていない人々をターゲットに啓発することが重要」だという点から、そのときに「スタッフの提案してきたものは、薬物乱用者を対象に薬物の乱用をやめなさいというコンセプトであったので、全て不採用にしました」と記録してあります。「あれこれとキャッチコピーを考え始めてから1週間後に、スタッフにもうこれで『ダメですか』と念を押しましたら、そのとき返ってきたのは『もうダメです』という言葉でしたので、それではその『ダメ』を使って『ダメ。ゼッタイ。』にしようとその場で決まりました。」という記録です。「この言葉は明らかに、案を出し尽くして降参した彼らの頭の中から、薬物乱用に対する定着したイメージが払拭されたときに初めて出てきた言葉です」と続きます。

「また、この言葉は、警告するにしても、親が子どもに、子どもが親に互いに、愛情を持った言葉として、ときには、厳しく、また、ときには、優しくコミュニケーションをつくる要因を抱えています。」と付け加えてあります。それと同時に、もう一つのキャッチコピー「愛する自分を大切に」も輩出しました、という記録が残っております。

したがって、その「ダメ。ゼッタイ。」という呼びかけに対して、誤解があったり、あるいは曲解をする向きがあれば、それは違うのですよと伝える必要があると考えております。

もし「ダメ。ゼッタイ。」という標語に誤解、曲解があるのであれば、それはちょうど、例えば「ダメ。ゼッタイ。」と聞き、疼痛治療のための麻薬処方を忌避することがあるようなものです。これは、乱用は「ダメ。ゼッタイ。」という意味であるわけですね。医療用の麻薬を使ってはいけないということではない。そういうふうには誤解している患者さん、家族の方々がいれば、それは違いますよと説得する必要があります。それと同じように、もし不幸にして乱用を始めてしまった人たちが勇気を出して聞いているときにスティグマになるようなことを考える向きがあれば、それは違いますよと一般社会の人々に対しても言う必要があると思っていますので、その点をコメントしておきたいと思います。

第2点として、使用罪に関連してですけれども、合法につくられた医療用の大麻由来の製剤が許可されたとします。その乱用については処罰の対象になるわけです。そうすると、そちらは処罰の対象になるけれども、非合法に作られた大麻を娯楽目的で用いた場合、その使用は処罰の対象にならないという、法律上の整合性の問題が出てくることも考慮しておかなければならないので、コメントさせていただきます。ありがとうございます。

○鈴木座長 ありがとうございます。

それでは、続きまして、□□委員、お願いします。

○□□委員 ありがとうございます。

私は、11ページにある麻薬の今後の方向性なのですから、ここにまとめていただいたとおり、当然、普及啓発というのは引き続き推進していただきたいと思っています。

麻薬と一言で言いますと、我々は医療用麻薬しか思い浮かべないのですけれども、先ほど委員の先生方から、再乱用する人は覚醒剤の代わりに例えば処方薬を使う人がいらっしゃるというお話でした。私の経験から言うと、麻向法上で取り締まられている医療用麻薬を、例えば覚醒剤の代わりに、入手できないからそれを使うという事例はないように聞いています。

医療用麻薬は麻向法で厳しく規制されているので、医療用麻薬の範疇にない向精神薬とか一般的な出ている麻薬に近い強い作用を持つようなお薬が使われてしまうのではないかなと思います。

私が何を言いたいのかというと「麻薬って言うとなんを思い浮かべる？」というと、やはり大麻、覚醒剤、モルヒネだとかをばっと思い浮かべるのです。それぞれがそれぞれの違う法律で規制されているなどということは、ほとんど知られてなくて、麻薬というと全て悪いものというイメージだろうと思います。

この素案にも書いてあるように、医療用麻薬については適切な名称を検討すべきだろうということで一時期、オピオイド鎮痛薬という言い方をしようかということも提案されたことがあります。ただ、オピオイド鎮痛薬のなかでも、麻向法に規定されているもの、そうではないものというのが分類するとどうしても出てきてしまうので、オピオイド鎮痛薬というのはなかなか浸透しにくいところ。で、恐らく議論はそこで止まっている部分もあるかと思っています。

私が何を言いたいのかといいますと、海外のように、例えばスケジュールⅠ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳというような、依存性の強さによってある程度分けていく時代がそろそろ来ているのかなとも思っています。

この辺については、以前、□□委員のほうから御意見いただいたので、□□委員、もし何かこのことについてコメントがあればお話しいただきたいのですけれども。

○□□委員 ありがとうございます。

委員の御指摘のとおりでありまして、麻薬の中でも医療用に使われているのは一部であって、その他のものは現時点ではあまり医療用に利用されないものがリストされています。一方で、最近、海外の研究から、現在日本で麻薬に指定されているものの中に、医療用に利用できないのではないかという物質が幾つか出てきています。

麻薬でも、医療用とそれに該当しないものが混在している訳です。麻薬という用語に負のイメージがともなう状況で、医療用には適切に利用することが必要ということだとも思います。そうしますと、今後、麻薬の中で危険性のランクづけのようなもの、米国のスケジュールによる規制のような変更も必要になるのではないのでしょうか。規制物質でも、医療用の利用は適切に進めることが重要だと思います。

○□□委員 ありがとうございます。

すみません。もう一点だけ。向精神薬の流通管理のところの2つ目の○ですけれども、行政による流通管理の監視指導が行えるような枠組の創設というのは、麻向法並みに流通管理を厳しくすべしという意味合いだろうと思うのですけれども、現実的に、これは□□委員にお聞きしたいのですが、向精神薬の行政のそういった意味の流通管理の監視指導というのは、実際はどんな感じで行われているのか。逆に、そういった枠組がないとやりにくいものなのか。その辺りについてお教えいただきたいと思います。

○□□委員 □□です。

実際に医療機関、病院や薬局で向精神薬を取り扱っていると思います。当然、立入調査も定期的に行っておりまして、実際に物の入り、そして、処方して患者さんに出す、在庫数の管理や、他にどのような管理を行っているのかについて確認しております。

また、事故がないとか、廃棄があった場合は適切に処理しているか。または届出が必要な量もございますので、そういったことを適

切に行っているかということについて、薬局などですと更新もございますし、また、一斉監視指導とか、今言った届出時とか苦情時とか、適宜、立入調査を行っている次第です。

以上です。

〇〇〇委員 ありがとうございます。

以上です。

〇鈴木座長 ありがとうございました。

私から言うのもなんなのですが、今気づきましたので、今後の方針の（１）のところに、がんサバイバーの問題が最近起きていますので、その辺も検討しておく必要があるかと思いました。

それでは、ほかにかがででしょうか。〇〇委員、お願いします。

〇〇〇委員 先ほど他の委員から「ダメ。ゼッタイ。」のポスターの話が出て、えっと思ったのですが、まだ私は見ていないので何とも分からないのですが、「精神保健福祉センターに相談してください」というのがどうして悪いのかなと思ったのですが、どうしたことなのか。

〇〇〇委員 薬物の誘いを受けたら逃げると書いてあって、悩んだときは精神保健福祉センターへと書いてあると、これは要するに何に悩んだときなのか分からないですね。誘われていることに、誘われてどうしたらいいか悩んでいるというふうに読めるのです。僕はそう読めて、結構多くの人たちがそのように言っているの、僕はちょっと説明が足りない過ぎると思っています。あと、「EXIT」ですよ。『逃げる』ということです。

〇〇〇委員 申し訳ありません。見ていないので何とも評価しようもないのだけれども、正直なところ、何かピンとこないです。

「ダメ。ゼッタイ。」について前から言いたいことがあるのですが、ダメ。ゼッタイ。」はよくないという人の中にも２種類いると思っているのです。どういうことかという、ダメ。ゼッタイ。」という言葉がいわゆる二次予防を阻害するという論理が一つです。そういう人たちの意見を聴いていると、実は「ダメ。ゼッタイ。」という言葉が、『ダメ。ゼッタイ。』とか、『覚醒剤やめですか、人間やめですか』とか、と言うように、ダブって論じられていて、現在の「ダメ。ゼッタイ。」と、過去の「人間やめですか」がごちゃごちゃになって論じられている意見を随分聴いてきました。その辺を混同して言っている人とそうではない人もいるように思います。このことは、人によって「ダメ。ゼッタイ。」についてどう思っているかということを経験には論じられない問題だと思っています。

それから、その言葉自体が本当にスティグマになるのかどうか。これも誰を情報源とするかによっても随分変わってくるので、一概には簡単に言えない。ただし、１つ言えることは、この言葉があるという意味で浸透していることです。そういう意味では、キャッチコピーとしては相当の効果があつたなという気がします。このキャッチコピーの問題は、うかつに論じるには非常に難しい問題だなというのが個人的感想です。

〇鈴木座長 ありがとうございます。

では、〇〇委員、お願いします。

〇〇〇委員 僕が言っているのは、「ダメ。ゼッタイ。」の言葉が云々ということではなくて、やはりキャッチコピーなので、啓発するときにどんどん独り歩きしていきます。そして、今、委員が言ったように、過去の様々なキャッチコピーとダブってどんどんイメージが勝手に膨らんでいくものなのです。恐らく作り手とか発信者の意図を超えて広がってしまっているのです。そして、今や「ダメ。ゼッタイ。」は何らかの象徴になっているのですね。だから、僕はこの言葉の象徴を取り下げないと、例えば、同じ厚生労働省で依存症対策推進室がやっている依存症を社会で受け入れようという、あれが全然浸透しなくなってしまうのです。その矛盾のほうに、同じ厚生労働省なのに何でもという意見はよく聞くのです。だから、僕が言っているのは、独り歩きしている「ダメ。ゼッタイ。」の言葉ということです。そろそろこれに気づかないと、確かにある時代においては一定の役割を果たしたでしょう。私もそれは認めます。しかし、もう時代は変わっています。精神保健福祉や公衆衛生の領域の感覚は、この標語が始まった時代とは多く変化しています。なのに、この薬物の領域だけ相変わらず昔のままです。少し時代に歩調を合わせていく必要があるだろうということを私は強調しておきたいと思っています。

〇鈴木座長 〇〇委員、お願いします。

〇〇〇委員 ありがとうございます。一言だけ申し上げておきます。

「ダメ。ゼッタイ。」という用語は、先ほど御説明しましたように、記録に残っているとおり、中毒者に対しての呼びかけではなくて、始めていない人たちへの呼びかけであったという事実は、覚えておく必要があると思います。もし標語が独り歩きしているとの見方があるのならば、本当にそうであるかどうかは、エピソードだけではなくてデータで示す必要があると考えます。麻薬・覚せい剤乱用防止センターが主催する、厚労省委託による研究会があります。現在、その中の研究調査の一つとして扱っていますので、結果が出るのを待っているところです。

以上です。

〇鈴木座長 それでは、〇〇委員、ちょっとお待ちいただけますか。〇〇委員、お願いします。

〇〇〇委員 すみません。話を遮ってしまって申し訳ありません。私からもコメントを言わせてください。

普及啓発に関してなのですが、普及啓発の難しいところは、普及啓発の対象となる方が不特定多数であるということです。当たり前の話ですが、この不特定多数の中にはいる人がある人かということです。薬物を一度も使ったことがない人もいれば、薬物を今使っている人もいますし、薬物依存症から回復しようと思って今、治療や支援を受けている人もいますし、その家族の方もいるということです。当たり前の話をしました。

なので、予防という観点からは、不特定多数にどうメッセージを伝えるのかということも大事ですけれども、ある特定の集団に対する介入、つまり、例えば教育ですね。教育現場の予防教育についてもしっかり考えていく必要があるというのがまず１つ目です。

一次予防の目的は、薬物乱用を始めさせないことが目的であるわけなのですが、一次予防＝「ダメ。ゼッタイ。」かということ、私はそうとも限らないと思うのです。どういうことかという、ダメ。ゼッタイ。」という言葉を使わなくても一次予防はできるとも思います。もちろん「ダメ。ゼッタイ。」が悪いとかと言っているわけではないですよ。そういったものを使わなくてもできるのではないかなと思っています。

例えばアメリカの薬物乱用研究所であるNIDAでは、恐怖を与えて手を出させないような、薬物を使うとこんなになってしまうみたいな、そういう恐怖教育はあまり意味がないということが指摘されています。薬物の危険性を過度に強調することによって、これは大げさだと、自分にはそんなことは起きないと、問題をすり替えてしまおうといった批判もあるということは事実です。

やはり大事なことは、若者をターゲットとして予防するのであれば、若者の価値観とか若者の生活をきちんと、自分の身近さですね。生活の価値観に沿ってやっていくことが大事だということ。

あとはエビデンスベースであるということですね。過度に健康影響を強調し、毒とか害とかという言葉を使って脅かそうとするのではなくて、エビデンスベースでやっていくということが２番目です。

３番目は教育の話なのですが、一方的な情報提供よりは相互のコミュニケーション、例えば教育の機会の中でも自分で発言をしたりとか、周りの人と考えて発表したりとか、そういうインタラクティブなコミュニケーションを通じて教育をさせていくことが有効ではないかと思っています。これは様々な研究においてもソーシャルスキルの向上を目的としたプログラムが予防の効果があるということが言われています。

最後に、教育という場面を考えても、不特定多数という場面を考えても、様々な人がいるということを見ると、健康影響だけの情報を伝えるのではなくて、困ったらどうしたらいいのか、困ったときに身近にどんな人がいるのかとか、困ったときには誰が助けてくれるのかとか、そういった情報も併せて予防というものをパッケージで考えていく必要があるのではないかと考えております。

以上でございます。

〇鈴木座長 ありがとうございます。

それでは、最後に〇〇委員、お願いします。

〇〇〇委員 普及啓発及び情報提供の項目についてなのですが、今回、構成員になっている先生方を改めて見回してみると、いわゆる教育関係の方が抜けているのではないかなと思った次第です。この問題になってくると、やはり教育関係者の意見も必要のかなと個人的には思っています。

ということで、文言に入れるかどうかは別として、簡単に言えば学校教育です。私の知っている限りでは、文部科学省主催で薬物乱用防止教室という名称でずっとやっていますが、同時に、薬の正しい使い方というのでしょうか、両面でやっていると思うのです。今後こう

いうことを考えるときには、そういう方々にもプレゼンテーションしてもらおうとか、そういうことがあってもよかったかなという気がします。

以上です。

○鈴木座長 ありがとうございます。

どうしてもという方はおられますか。どうぞ。

○□□委員 終わり間近にすみません。

私も予防教育というか、学校に呼ばれてお話をさせていただく機会があるのですが、教員の先生からほとんどオーダーされるのは、薬物の怖さを教えてくださいというようなオーダーが多いのです。その中で、私自身は自分の経験なので、自分が何で薬物を使ったかとか、それに至った自分の背景だったりとか、そういったことをお話して生徒さんとその時間を過ごすのですが、やはり今までの大麻の使用者の検挙が増えたということも含めてですが、そういったイメージが日本の中では怖さを与えていく。絶対使ってはいけない「ダメ。ゼッタイ。」というのも含めてですけれども、もっと正確な情報を提供していくという、依存になっていくということも含めてですけれども、薬物の物質的なものだったり使用的なものの被害、健康的な被害も含めて、何か正確にちゃんと伝えていって、臭いものにふたをする形ではない教育のあり方が必要なのかなと身をもって思っています。

○鈴木座長 ありがとうございました。

ほかはよろしいでしょうか。

それでは、そろそろ時間ですので、本日の議事はこれまでとさせていただきます。

大変多くの御意見をいただきまして、ありがとうございました。

本日の御議論を踏まえ、事務局ととりまとめ案を作成し、次回、お諮りさせていただきたいと思います。

最後に、事務局から何か連絡事項はございますでしょうか。

○事務局 第7回の検討会の日程につきましては、正式に決まり次第、御連絡させていただきます。

次回は、本日の御議論を踏まえ、座長とも相談させていただき、文章の形にしてとりまとめの案という形でお示しさせていただきたいと考えておりますので、よろしくお願いします。

○鈴木座長 それでは、以上をもちまして、第6回「大麻等の薬物対策のあり方検討会」を閉会いたします。

御協力、誠にありがとうございました。

(了)

医薬・生活衛生局 監視指導・麻薬対策課
直通：03-3595-2436



〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2 電話：03-5253-1111（代表）
Copyright © Ministry of Health, Labour and Welfare, All Right reserved.