

令和3年5月28日 第7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28日（金）16：00～18：00

○場所 非公開

 ○議題 「とりまとめに向けた議論2」
 ○大麻規制のあり方
 ○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
 ○医療用麻薬及び向精神薬の規制
 ○普及啓発及び情報提供

○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7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、撮影の御担当者の方は御退席をいただく予定です。

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、本日の議事は、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名全ての委員に御出席をいただいております。

なお、太田委員、小林委員、嶋根委員及び船田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。太田委員につきましては、所用により途中退席される予定でございます。

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、会議の議事録の公開についても、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したので、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、前回同様、検討会のとりまとめに向けた議論を行います。第6回の検討会において、「大麻規制のあり方」、それから「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」、さらに「医療用麻薬及び向精神薬の規制」、最後に「普及啓発及び情報提供」について、御議論いただきました。

前回の検討会における御議論を踏まえ、厚生労働省と相談の上、とりまとめ（案）を作成いたしましたので、厚生労働省から説明していただき、委員の先生方に御議論をお願いしたいと思います。

なお、前回同様、大麻に関することとおおむね60分、再乱用防止、社会復帰支援等に関することとおおむね30分、医療用麻薬及び向精神薬等に関することとおおむね30分という配分で御議論をお願いしたいと思います。

まず、厚生労働省のほうから「大麻規制のあり方」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「大麻規制のあり方」について御説明申し上げます。分量が多いので、多少説明時間を大目にいただくことになっておりますが、お許しください。

まず、資料でございますが、タブレットに入っておりますが、資料1がとりまとめ（案）、資料2が参考資料のポンチ絵でございます。資料3は、第2回に配付した「大麻問題の現状」の一部ということで、「III 大麻による有害作用：臨床的特徴」ということで、委員が御執筆されたものをお配りしております。資料4が前回配付させていただいた「とりまとめ（素案）」です。資料5が第6回検討会の議事録です。資料1と前回の議事録は、委員の方は机上に紙でも配付させていただいております。

それでは、資料1のとりまとめ（案）に沿って御説明させていただきます。

まず「はじめに」ということで新たに入れさせていただきます。これまでの経緯ですとか近年の状況、諸外国の状況といったことを簡単にまとめさせていただきます。前回議論になったところで大きく変更しているところは赤で記載しております。

1ページから2ページにかけては、前回のものをそのまま文章化したということで、記載内容に特段の変更はございません。

2ページから3ページにかけて「（3）大麻が健康に与える影響、大麻の有害性」で、前回、全部羅列をしていたのですが、1として国際機関や諸外国における状況、2として国内外における研究や調査ということで整理をさせていただきました。

3ページから4ページにかけては少し時間をいただいて御説明させていただきたいと思っております。

まず、資料2の参考資料の2ページですが、大麻の有害作用ということで、これは第2回の検討会で配付させていただいたのですが、この資料に基づき、素案を提示させていただいたところ、2名の委員から、この資料を基に書き下したものではありませんかという御指摘をいただきましたので、ここについては全面的に書換えをさせていただいております。

資料3の「大麻問題の現状」、これは、第2回の配付資料でございますが、第2回は、2名の委員にプレゼンをいただいたので、説明を省略させていただいていたのですが、前回御指摘があったので、内容についても御紹介をさせていただきたいと思っております。

「大麻問題の現状」ということで、33ページからでございます。「III 大麻による有害作用：臨床的特徴」ということで、2名の委員におまとめいただいたものです。

例えば、時間がないのではしよっての御説明で恐縮ですが、35ページの「2）大麻の急性作用」ということで、マリファナを吸引した場合のTHC濃度ですとか、4行目から「精神作用としては、気分が高揚し多幸感を感じる場合と、不安や恐怖、猜疑心を伴い、時にパニックに陥る場合があり、大麻喫煙による作用発現は個人差が大きいとされる」ということです。また、真ん中辺りですが「大麻成分Δ9-THC（290μg/kg）の摂取において自動車の運転操作に重要な、知覚運動における反応速度とその正確性も阻害されることが明らかになっている」ということで、一番下には「このように、大麻の急性作用のうち、有害作用としては自動車の運転への影響、運動失調と判断力の障害を引き起こす危険性があることを認識することが重要である」ということでまとめられています。

これはそれぞれ4）とか6）とか9）とか文献出典を明示してございまして、44ページから50ページにかけて、97の文献リストが提示されております。

次に「4. 大麻の慢性使用による影響」で、「1）行動障害」ですとか、37ページで「2）薬物依存」としまして「a. 精神依存」ということです。大麻が示す薬理作用は多くの人にとって報酬になるということで、「薬物の探索や摂取との関連性が強いことが示唆されている」、「精神活性物質であるΔ9-THCが高揚感や多幸感を引き起こし、その使用量の増加から精神依存形成に結びつく」ということで

す。また、「大麻依存症に陥ると、乱用を中止することにより、易怒性、不安及び大麻に対する渴望が生じることが報告されている」ということです。

「b. 身体依存」が38ページのところで、「慢性的な大麻使用により身体依存が形成され、大麻作用の消失に伴い退薬症候が引き起こされることが報告されている」、また「大麻乱用者において多く報告される退薬症候としては、睡眠障害、食欲減退および体重減少、易刺激性、不安、神経質、情緒不安定等が挙げられる」ということです。

下のほうで「5. 大麻使用と精神病の関連」、40ページで「6. 心臓血管系と自律神経系への影響」、41ページで「7. 呼吸器への影響」、8. 大麻使用と他の薬物乱用」ということで、お時間がありませんので、説明は省略させていただきます。

42ページです。「9. 青少年の大麻使用」でして、「大麻使用の結果生じる行動障害や認知機能低下の重症化については、大麻使用開始の年齢に起因する可能性が示唆されている。例えば、15歳以下で大麻使用を開始した場合、注意力持続評価、衝動の制御、一般情報処理機能に障害が見られる。これらの大麻による障害の発症は、15歳以降から大麻の使用を始めた人では稀であるとされる」ということです。

43ページですが、「現在までの疫学調査では、青少年からの大麻使用や高頻度の大麻使用により大麻依存症リスクが高まることが明らかになっている」ということで、下のほうは第2回の資料でも御説明をさせていただきましたJAMAの3万4,653名を対象としたコホート研究についても触れられております。

かようにいろいろと大麻の健康に対する悪影響が記載されているわけですが、検討会の報告書ですから、これを全部書くわけにはいきませんので、とりまとめ(案)の3ページから4ページにかけては、今申し上げました「大麻問題の現状」の44ページに「10. おわりに」というところがございまして、そこが比較的分かりやすくまとまっておりますので、そのまま引用させていただきました。

一応読み上げさせていただきますと「大麻の薬物依存性に関しては、覚せい剤やコカインと比較すると軽度であるとの認識が強い。しかしながら、大麻の乱用を繰り返すことにより、薬物の摂取欲求が抑えられない渴望を生じ、大麻の精神依存に陥ることはまぎれもない事実である。また、大麻を長期間乱用することにより、記憶や認知に障害を及ぼし、さらに精神障害を発症するなどの健康被害を生じる危険性がある。こうした大麻乱用の危険性を十分に認識することが重要である」ということです。

また、「一方、近年、流通している大麻に含まれる Δ 9-THC量が増加していることが明らかになっている」ということです。その後の部分は御覧のとおりでございますが、非常に増えてきているということなんです。

「このように、大麻の性質自体が変化しており、以前と比較して作用の強力な大麻が流通していることは確かであり、その乱用により重篤な健康被害の発生が懸念される」ということで、そのままとりまとめ(案)の4ページの上のほうで引用させていただきました。また、これだけですと分かりにくいので、お戻りいただいて、「大麻問題の現状」の36ページに、「表1 大麻摂取による主な作用」ということで整理していただいておりますので、これもそのまま引用して使わせていただきました。

前回の委員の御指摘で「原著論文を優先すべきではないか」という御意見がありました。検討会のとりまとめとしましては、分かりやすさということも必要でございますので、こういう形で、研究のままとということでございますが、ここは分かりやすく記載をさせていただきますので、そのまま引用させていただきました。

ただ、やはり原著論文という委員からのご指摘もありましたので、資料2の参考資料を御覧になっていただければと思います。これの3ページです。「大麻使用と依存症や精神病の発症との関連について」で、これは第2回の検討会の説明資料として御説明させていただいたものです。

また、4ページです。「大麻による精神障害の影響 -精神医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査より-」で、これはそれぞれ委員の研究ですが、これについて4ページから5ページにかけて、この資料に記載のあるものをそのまま記載させていただいております。

例えば4ページです。「国内において大麻使用による精神等行動の障害に該当する成人患者71名に対し行った調査では、長期間の大麻の使用や高濃度THC含有製品の使用が大麻による依存症の発症に関連している可能性を指摘している」ということです。

それで、とりまとめ(案)の「ただし」以下は資料にはないのですが、追記ということで、「この71例の対象中、43.7%には調査時点で何らかの精神障害が併存し、77.5%は、大麻に併行して他の精神作用物質を併行して習慣使用していることに留意が必要である」ということです。

また「アルコール以外の精神作用物質使用による薬物関連精神障害患者」を対象にした調査票による調査でございますが、大麻関連精神疾患症例に関して検討を行ったところ、大麻使用の影響には個人差がある可能性が高いことが判明したということでした。

前回、委員から御指摘があったので、とりまとめ(案)の記載事項として追加をさせていただきました。

さらに、資料2の5ページでございます。これはとりまとめ(案)に書いてあるものではないのですが、原著論文ということで、委員と御相談をさせていただいて、こうした論文があるということと整理をさせていただきましたので、これも併せて、これは本日初めて御紹介するものですが、資料として整理させていただいたということなんです。

とりまとめ(案)に戻っていただきまして、これも前回と同様のものですが、JAMAの論文の話ですか、犯罪白書からの引用ということなんです。

次に、5ページの「2. 大麻規制に係る課題と見直しの方向性」で、これは前回のとりまとめ(素案)の後、少し項目で整理しまして「(1)成分に着目した規制」「(2)大麻から製造された医薬品の施用に関する見直し」「(3)大麻の『使用』に対する罰則」「(4)繊維等として使用される大麻草について」「(5)その他」ということで整理をさせていただきました。

まず「(1)成分に着目した規制」です。

これにつきましては、資料2の6ページを御覧になっていただければと思いますが、これは前回お配りした資料で、「大麻取締法の規制の見直しについて(案)」という資料です。これは前々回までで方向性はほぼ一致しているだろうということで、私どものほうで分かりやすくというか、図にして御紹介させていただいたものです。

この資料も踏まえて文章化しまして、「現状」は時間の都合もありますので説明は省略させていただきます。6ページの上から8行目ですが、「このように、大麻取締法においては、大麻草の部位による規制を行っている一方、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や、規制すべき物質は有害な精神作用を示すTHCであることから、大麻草が含有する成分(THC)に着目した規制に見直すことが適当である」と記載させていただいております。

ここまでは特に御意見はなかったと思うのですが、何人かの委員から、成分に着目した規制に見直す場合には、含有されるTHCの濃度に関する規制基準を設けることも検討すべきということで、「THCの濃度に関する規制基準を設けることの要否も含め、引き続き検討する必要がある」ということで、御意見を踏まえ記載を追加させていただきました。

次に「(2)大麻から製造された医薬品の施用に関する見直し」です。

これも結論だけ御説明申し上げますと「大麻から製造された医薬品は、米国を始めとしたG7諸国において難治性のでんかん治療薬として承認され、また、令和2(2020)年WHO勧告により麻薬単一条約において医療上の有用性が認められるなど、近年の諸外国の動向や、その医療上の有用性を踏まえて、日本においても現行の麻薬及び向精神薬取締法に規定される免許制度等の流通管理の仕組みの導入を前提として、その製造や施用を可能とすべきである」ということでまとめさせていただきました。

次に「(3)大麻の『使用』に対する罰則」で、これは前回の素案ではどう考えるかということで投げかけさせていただきまして、いろいろ御意見をいただきました。

この部分は、前回もいろいろ御意見をいただいたのですが、当然、それまでの御意見も踏まえて整理しております。本日はお配りしませんでした。委員の机上には前回の検討会の資料があると思いますが、「これまでの検討会における委員からの御意見」という資料ですが、もし必要であれば御覧になっていただきたいと思います。前回の検討会の資料3の8ページで「使用罪について」ということで6点ほど意見が掲載されておりますが、これらの御意見に加え、前回の御議論も含め総合的に勘案して記載しております。

読み上げさせていただきますと、「(3)大麻の『使用』に対する罰則」ということで、「麻薬及び向精神薬取締法及び覚醒剤取締法は成分規制であり、制定当初から所持に対する罰則と使用に対する罰則が規定されているところ、現行の部位規制である大麻取締法には所持に対する罰則は規定されているが、使用に対する罰則が規定されていない。これは、大麻草の栽培農家が、大麻草を刈る作業を行う際に大気中に大麻の成分が飛散し、それを吸引して『麻酔い』という症状を呈する場合を考慮したため等の理由による。近時、国内の大麻栽培農家に対して作業後の尿検査を実施したところ、大麻成分代謝物は検出されず、また、いわゆる『麻酔い』は確認されなかったことから、制定時に大麻の使用に対する罰則を設けなかった理由は現状においては確認されず、今般、他の薬物法規と同様に成分に着目した規制とす

るとともに、大麻から製造された医薬品の施用を可能とすると、他の薬物法規との整合性の観点から、大麻の使用に対し罰則を科さない合理的な理由は見出し難い」ということで、法制的な観点でございます。

「さらに、今回、大麻の単純所持で検挙された者に調査をした結果、大麻の使用に対する罰則が規定されていないことが大麻を使用する要因となつた者がおよそ2割おり、『大麻を使用してもよい』というメッセージと受け止められかねない状況となっていることから、他の薬物法規と同様、大麻の使用に対し罰則を科すことが必要である」ということでまとめさせていただきます。

ただ「併せて、このような対応だけではなく、本とりまとめの第2に記載されるような薬物依存症の治療等を含めた再乱用防止や社会復帰支援策も併せて充実させるべきである」ということで、これも前回、何人かの委員から御意見があったと思います。

あと、前回、「大麻の乱用者に対しては、刑事罰を科す前に、犯罪者としないように刑事手続から外す一方で教育プログラムや治療プログラムへの参加等を義務付ける刑事政策（ダイバージョン）の導入も検討すべきである」という御意見、「大麻の使用罪については、受動的に吸い込むことによる体内からのTHCの検出の可能性も含めて、検挙・立証するために必要な証拠の研究等、適正な取締りを実施するための検討が必要である」という御意見、「大麻を実際に使用してしまった者が、通報されることを心配せずに相談することができる体制の整備を検討すべきである」という御意見、そして「使用罪が導入されると、大麻を使用してしまった人が相談できなくなってしまい、孤立を深めることになるため、使用罪には反対である」ということで、前回委員1名から明確に反対の意見がございましたので、それはきちんと記載をさせていただいたということでございます。

次に「(4) 繊維等として使用される大麻草について」で、7ページから8ページでございます。

これも結論のみ御紹介させていただきますと、8ページです。「神事等に使用される大麻草の免許者による栽培に対する合理的ではない通知の見直しや指導の弾力化を図ることが必要である。また、現在、都道府県ごとに策定している大麻取扱者の免許基準についても、全国で統一的な見解を共有することが適当である」ということで、委員から御意見があったので、それを反映させていただいているということでございます。

このほか、御意見として、目的規定の話が委員の方から第5回と第6回にございましたので、確かに大麻取締法は目的規定がないということがございますので、「目的規定が存在しないため、その目的として大麻の乱用による保健衛生上の危害の発生の防止等を定める目的規定を整備すべきである」と記載させていただきました。

一方、前回、委員の方から種子について御意見が出ましたけれども、第5回までに御意見をいただければ、この検討会でも議論できたわけですが、前回、初めてそのような御意見を頂戴いたしまして、この種子の取扱については、外為法ですとか輸入貿易管理令等の規制の枠組みの中で、複雑な仕組みになっておりますので、全くそうした点について御議論をいただいている中で、検討会のとりまとめとして一定の方向性を盛り込むのは見送らせていただきたいと思います。法律改正をする場合には、当然、よく協議、相談をさせていただくわけですから、ここに書いていないから何もやらないということではございませんが、検討会の議論とはなっておりませんので、とりまとめとしては記載しないということを御理解いただければと思います。

あとは「大麻草及び大麻については、正しく使用されるものと、単に嗜好として乱用されるものを、区別して情報提供することを検討すべきである」という御意見もあったかと思えます。

私からの説明は以上でございます。

○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。

□□委員、お願いします。

○□□委員 ありがとうございます。

「はじめに」の部分なのですが、読者の理解を深めるために、さらに反映していただきたいと思う点を考えておりますので、3点申し上げます。

第1に、国際情勢を理解した上での議論が必要であって、それを基に検討が進められたという側面です。例えばUNODCのデータを使うことも一例かと思いますが、「World Drug Report 2020」では、大麻が世界で最も乱用されている薬物であるとし、オピオイドは最も危険な薬物だと指摘してあります。そこで、1億9,200万人が大麻を娯楽目的で使用し、世界で最も使われていることに対して危惧を表明しています。ちなみに、オピオイドに関しては5,800万人です。さらに、少数の大麻を合法化した国と地域のほとんどで乱用が増加したという指摘があります。こうした点も踏まえて議論が行われたことも反映しておいたほうがいいのではないかと思います。

第2は、条約規制に関してです。そもそも、当初から麻薬問題は国際問題でした。したがって、1世紀を超えて国際薬物規制条約が進化してきました。大麻は、初めて実効的な手段を備えた1925年の国際あへん条約から規制されています。現在では麻薬に関する単一条約で規制されているわけですが、これも条約の最も厳しい規制がかかる付表1に入っています。WHO提案により、国連麻薬委員会が医療用に使用するよう付表IVから外したことに對して、最近の報道を見ますと、誤解されている部分があると思われまます。正確な事実を簡潔に反映する必要があると考えております。

第3に、今求められているのは、若者の大麻使用の増加を止めるにはどうすべきなのかという提言だと考えております。それは用語をどうするかは別にして、一次予防、二次予防、三次予防、全てを含めてのことです。

いま一度、何度か申し上げたことに再度触れますが、国際社会は麻薬単一条約を改正し、もともと中毒者に対する措置だけしかなかったところ、乱用の防止に特別な考慮を払う必要があると規定し、防止並びに乱用に陥った者の早期発見、治療、教育、アフターケア、更生及び社会復帰のため、あらゆる可能な措置を取るべきと規定し直しました。また、相互に協力するものとしています。つまり、これは国際協力であり、国際問題であるゆえんです。

こういった枠内で検討が行われる必要があったということも簡潔に説明すると、一般の理解を助けるためになるかと考えますので、この3点、国際情勢、条約規制の件、それから、求められている提言というものを反映していただければありがたいと考えます。

ありがとうございます。

○鈴木座長 ありがとうございます。

□□委員、お願いします。

○□□委員 今の厚生労働省からの説明に対して意見・質問をまず言わなければいけないのですけれども、その前に先に言っておきたいことがございます。結論から言うと、私は使用罪の創設には反対です。そういうふう最初に言っておかないと、合意していないのに合意したみたいな感じでメディアに書かれることがあるので、これははっきり言っておかなければいけないと思います。

その上でですが、やはりこの法律の目的というか、何のためにこの使用罪をつくらなければいけないのか。法律のことはよく分からないのですが、立法事実というのでしょうか。そこはやはりきちんと整理していく必要があると思うのですよ。何ゆえにまづいのかということだと思います。

例えば大麻で捕まる人が増える中で暴力犯罪が増えているとか、交通事故が増えているとか、あるいは健康被害が深刻であるとか、それから、今、ゲートウェイドラッグというものがあるけれども、それがどれだけ理由になるかも分からないのですけれども、確かにそうになっている非常に確証の高いデータがあるとかということなら分かるのですが、実は暴力犯罪は減っていますし、交通事故も減っていますね。それから、ゲートウェイドラッグなる大麻で捕まる人が増えていけば覚醒剤取締法事犯も増えなければいけないのだけれども、むしろどんどん減っているという状況をどのように解釈したらいいのか。

それから、一番大事なことは健康被害なのですが、このとりまとめ（案）の中には、恐らく事務局の方たちは非常に苦労しながら何とかかんとかまとめたのは重々分かります。しかも、私が共著者に入っている文書から引っ張ってくださったのも、うれしいのだが、悲しいのだが、よく分からないのですが、海外の様々な研究をレビューした教科書の文章で、例えばその記述を、大麻のところを全てアルコールに変えても成り立ってしまう文章なのです。アルコールという精神作用物質に関して、例えば少量摂取すると多幸感があるとか、もう少し飲むと運動失調が現れてくる。感情が不安定になって興奮性が高まって暴力が出てくるとか、同じようなことが書いてしまうのですよ。

大事なことは、そういう物質ではあるけれども、実際のときに社会で何が起きているのかということもきちんと記述する必要がある。それで原著論文とかをきちんと使ってくれというのはまさにそこだったのです。ただ、残念ながら大麻に関するきちんとした健康被害に関する研究は非常に少ないです。私が精神医学の領域の中で調べた限りでも先ほど事務局が紹介してくださったわずか5つの症例報告しかないのです。

この症例報告が5つしかないこと以上にもっと驚くのは、その5つの症例報告の中で最も最新のものが1991年なのです。その後、大麻

に関する大麻の精神症状にターゲットを置いた原著論文はずっと30年近くないのです。そして2020年に、調査自体は2019年に行われたものなのですが、私が監視指導・麻薬対策課の要請を受けて行った71例の調査なのです。この調査のときには正直、僕もちょっと驚いたのですけれども、大麻の健康被害をとにかく浮き彫りにしてほしいということで、一緒に組む研究者まで指定されて、調査項目をつくる時点から監視指導・麻薬対策課から指導を受けながらやった。そういう結果の調査だったのです。私はその結果もきちんと論文文化して、原著論文として国際誌に投稿はして、掲載もしています。

ただ、それとは別に、2年に1回、ずっと1987年以降、全国に約1,600施設ある、入院病床のある精神科医療施設の調査をやっている、その一部を今回、事務局も採用してくださっていますが、ただ、ちょっとその要約としてはそうではない気がします。実は病院調査で浮き彫りになってくるのは、様々な薬物の関連障害の患者さん同士を比較すると、大麻の関連障害の患者さんの特徴は何かというと、仕事に就いている方が多い、学歴が高い、非常に社会的な機能が非常に高いのが逆に浮き彫りになっているのです。恐らく逮捕されたことで障害が進行する前に病院に来たのだという考え方もできるけれども、これはどうなのかなという気もします。

そういう疑問をもうちょっと明らかにしたくて、2019年に71例の調査をやったわけなのですが、このとりまとめ(案)の中にも入っているように、多くの方たちがもともとほかの精神障害を合併している。四十数%がそうです。それから、78%がほかの精神作用物質を並行して習慣的に使っていることも分かったわけなのです。そうすると、この調査の結果をもって大麻の健康被害というふう結論するのは妥当ではないのです。

そこで、これは未発表で、現時点ではある雑誌に投稿中なのですが、私もGREEN ZONE JAPANの正高先生と一緒に、市中の大麻経験者、医療機関ではなく、地域ベースでの人たちはどうなのだろうということで、同じ調査票を使って明らかにしています。その中で分かったように、大体2週間のリクルートで約4,100名の方が協力してくれました。その中で分かったのは、過去1年以内に大麻を使用した経験のある方たちの中でDSM-5の使用障害、広い意味での依存症。これに該当する方が8.3%だったのです。これはアメリカのデータなどとも一致するので、かなり確証が高い数字ではないかと思っています。

それから、実は3割ぐらいの方たちが、大麻を使って不快感、いわゆるパッドトリップみたいな感じになった経験はあります。ただ、その中で数時間以上続いってしまったり人の助けが必要だったという経験をしている人は0.12%なのです。私はこれをもって大麻は安全だと言うつもりはないのですが、やはりこういう数字をきちんと大事にしていく必要がある。

それから、慢性持続性の精神症状を呈している方たちは、この市中の大麻経験者の中の1.3%です。統合失調症の市中における生涯経験率が大体0.7~1.0%ということを考えてみたときに、その大麻の精神病発症作用についても我々ももっと慎重に吟味する必要があるということなのです。

何でこんなことにうるさくこだわるかということ、多分、厚生労働省の方たちは知っているかもしれませんが、ラッシュの規制に関して裁判を起こしている方たちもいて、あの規制自体が妥当ではないのではないかという裁判を起こして、確かにその根拠となっている時期の指定に至った根拠を見てみると『The American Journal on Addictions』の総説の中の一節から引用しているのですよ。しかもその総説の中で出典がさらに不透明というところがあって、そういうことをやってみようという後でごたごたするという気がする、実際、我々の外来に診察に来る、ラッシュで捕まったからしょうがなく来ている人たちを見てみると、本当に有能な人たちが、ラッシュごときで言うと変なのですが、本当に人生がぐちゃぐちゃになっているのです。

だから、もちろん、僕は大麻は安全とは思わないし、使っていないとは思わないのだけれども、ただ、そのもたらす健康被害に照らしてみても果たしてどうなのかということをはきちんと慎重に考える必要があるだろうと思っています。

さらに言えばなのですが、やはり回復支援とか治療をしている立場から考えてみたときに、前回の会議で委員が言った、やはり困っている人たちが治療や相談にアクセスできなくなってしまうということは無視できないだろうと思います。

それから、若者たちを守るためと言っているのだけれども、むしろ最近では少年法の対象年齢の引下げということが議論されている中で、もしかすると若者たちがどんどん刑務所送りになっていってしまうのではないかとということもやはり併せて考えていかなければいけない。

それから、再犯防止推進計画の中でも、一応、厚生労働省と法務省の宿題として拘禁刑以外のものを考えていく必要があるなどということも書いてあるし、2015年のSDGsなどでも、物質関連のところでももちろん、アルコールの国民の消費量を減らしましょうということも書いてあるのですが、薬物に関しては別に規制の強化ではなく回復支援のことを強調して書いていますね。だから、そういうこと国際的な情勢にあえて逆って新しく何か使用罪をつくるのであれば、日本独自の、日本で行った調査の、決して教科書的な総説ではなくて、その根拠を明らかにする必要があるだろうと僕は思います。その中で、少なくとも現時点で集まったデータではちょっと見合わないのではないかとというのが私の率直な印象なのです。

前回でも委員が、だったら前科をつけなければいいという意見もおっしゃっていました。でも、これは僕からするとどうということなんでしょう。前科のつかない犯罪ということとは交通違反と同じように反則ということでしょうか。だったら、大麻の所持は罰が下るけれども、使用だったら反則ということになると、何か国民に逆に誤ったメッセージというか、反則程度で済むという誤解を招きかねないような気もするのです。そういったことを総合すると、いじくらないほうがいいのではないのかというのが私の見解です。

長くなりましたが、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 □□委員のお話を聞くといつも信じたいのですけれども、正直言ってびっくりしました。というのは、今日初めて出てきた「大麻関連精神障害に関する原著論文について」なのですが、これまでに5つしかないということに私はびっくりしてしまって、何を調べたのだとはっきり言いたいです。私の知っているだけでも15以上あります。直近では今年の2月に日本精神神経学会誌という日本の精神科医の一番大きい学会の学会誌に論文が出ています。だから、何か□□委員の話の聞いているのもっともらしく聞こえるのだけれども、正直言って、この分野の専門家として、これは絶対おかしい。

○□□委員 ではその論文を列挙してください。

○□□委員 今日、最新のものを持ってきているので、後で差し上げます。

だから、本当に何が本当か、私は分からなくなってきてしまう。今指摘したものが一つです。明らかにこの資料はおかしい。

もう一つは、大麻がゲートウェイになっているのならば、覚醒剤が増えてもいいではないか、しかし、現に減っているではないかという話です。これはそんな単純なものではないです。世界的に大麻はゲートウェイという見方は非常に強いと私は思います。だからといって、日本の覚醒剤が増えるかということ、そんな単純なことではないのです。これはほかの国でもそうです。それでヘロインが増えたかという、そうとも言えないのです。今、この10年以上、世界で起きている事態は、要するに、所持あるいは使うことによって捕まる薬物から、捕まらない薬物へのシフトなのです。簡単に言うと、それは医薬品絡みにシフトしているのです。だから、当然、覚醒剤はそんなに単純には増えておりません。

だから、そのゲートウェイならばほかの薬物が増えるだろう。だけれども、増えていないではないかという論法は、全然、現実と違うと思います。厄介ならば医薬品という、そういうところにシフトしてきている難しさがやはりあると思います。

それから、GREEN ZONE JAPANという、私はよく存じませんが、果たしてそこでの調査が妥当かどうか、私は若干疑問を持っています。どうやらサイトを見ると、大麻に関心を持たれている方々がアクセスするところのようですけれども、そこでの結果をもって「市中の大麻使用者」という言い方が妥当なのかどうか。やはり母集団として偏っているのではないかと。そういう気がします。

しかも、使用障害の割合でしょうか。8%という、これはほかの国と同じと言っていました。これは決して低くないですね。これは正直なところ、無視できないと思うのです。8%と簡単に言われても困るので、やはりいろいろな障害の有病率8%はちょっと無視できない気がします。

要するに、何かいろいろ言われたのだけれども、私は頭がこんがらがりましたが、少なくとも何点かについて、私はなかなか納得できぬという気がします。

そこで、ぜひ□□委員に聞きたいのだけれども、先ほど別の委員からも出ていましたが、この検討会にとって重要なのは、この近年の若年者を中心とする大麻乱用者が増えているという、それに対してどうするかということなのだと思います。

□□委員の論理で言えば、何も手をつけなくても害が大したことないからいいではないか、みたいな聞こえ方をしてしまうのですけれども、今言ったように、やはり害はあるわけです。しかも□□委員自ら、御自分の研究結果をあまり信用してはいかぬみたいなことも言わ

れましたが、それは研究デザインがおかしいのでして、私などの研究者サイドから見れば、何を言っているのだとはっきり言いたくなりませす。矛盾だらけです。怒りさえおぼえます。

そこで委員にお聞きしたいのですが、この近年の若年者の大麻乱用者が増えていることについて、委員は手だてというものを、具体的に何かいい方法はないのでしょうか。その辺のことを提案していただきたいと思います。

○鈴木座長 では、□□委員、お願いします。

○□□委員 まず、質問に答える前に、ぜひ□□委員がおっしゃった、その論文がどのようなものなのか。もちろん、最近の日本精神神経学会誌は僕は読んでいます。私が言っているのは過去長いことなかったということをやっている、それから、どのような雑誌に載った、どのような論文なのかちゃんと確認させていただければと思います。

あと、□□委員が言った、では、どうしたらいいのかということなのですが、ただ、もちろん、それは考えなければいけないのだけれども、薬物に手を出す子供たちを守るために今、ここで問題になっているのは刑罰という、要するに一部の人たちをある意味で見せしめにして、あるいはいけにえにして、その脅しによって変えていくのがいいかどうかということだと思っております。私はそれは違うだろうと思っております。

もちろん、そのまま放置していいとは思っていませんが、そこには多分、包括的な教育が必要なのですが、ただ、やはり少年施設に入るのだったら前科は消えるし、様々な教育の機会はあるのだけれども、大麻を使って捕まった子たちが18歳になっていた場合どうするのかという、18歳以上とか、あるいは20歳を超えている子たちの場合にはどうしたらいいのか。それは、僕は刑罰以外の方法でお願いしたいと思っています。

それで、刑罰以外の方法として、例えば起訴しないで、起訴猶予にして何らかのダイバージョンにするとか、そういうことだったらばもしかするとあるかもしれませんが、ただ、ここで起訴猶予という言葉が出てしまうと、既に犯罪ということが出てきてしまうので、むしろ精神保健福祉センターとか医療機関、今、どんどん増えているところがあるので、そういった困ったときに助けるところがあるという支援資源を多くすること。

それから、御家族は多分困るので、家族が相談しやすくすること。最初の1回をこれまでは少なくするという対策でやってきたのですが、これからは、それはもう僕は十分成功していると思っています。でも、大麻が増えているではないかというふうに言いますが、大麻が増え出したのは危険ドラッグが入手できなくなって以降だということも強調しておきたいし、恐らく海外の状況を考えてみると、これから先、コロナ禍が収束した後はもっと増えていく可能性があると思います。つまり、留学をしたり旅行したりした人たちです。海外からの渡航者なども持っていると思います。だから、そのときにこの犯罪化している状態の中でいいのかということも併せて私としては提言しておきたいと思っています。

○鈴木座長 □□委員、お願いします。

○□□委員 御自分で5つしかないといいながら、私が指摘したら、当然、それ以外にも読んでいました。そんなばかな発言があるかということをやまず言いたいと思います。

それと、では、若年者の大麻乱用を防ぐにはどうすればいいのだということに対して、何か二次予防の話を随分されている上に、その後言われたのが、私が提案している前科を科するなという、それを言われているので、それだったら最初からそう言ってあげればいいのかと個人的には思いました。

○鈴木座長 それでは、□□委員、お願いします。

○□□委員 とりまとめ、ありがとうございます。

私が申し上げたいのは、これは最初から一貫しているのですけれども、大麻由来の成分でもほかの麻薬と同じように医薬品として使える、承認できる、製造販売できるという、そういうふうにしなすということなんです。それで、そのためには、ほかの麻薬と同じように、そういう規制枠組みで医薬品としては使用できます。でも、医薬品としての適正な使用以外の使用は認められません。ほかの薬物と同じ規制にしましょうという、そういう非常にシンプルな話をずっと申し上げているつもりです。

その中で、ほかの薬物に関する規制と大麻については使用罪の部分だけ違う規制にしましょうということなのですが、その理由として立法事実がないかということなのですが、すみません。ここはデータの読み方が私も専門家ではなくてよく分からないところがあるのですが、先ほど別の委員からあったように、ほかにも論文があることなので、そこは専門的な知見で説明していただく必要はあると思います。この「大麻問題の現状」の44ページに「大麻の精神依存に陥ることはまぎれもない事実である」と書いてあって「大麻乱用の危険性を十分に認識することが重要である」としっかり書いてあって、しかもこれは厚労省の補助金の事業なのですが、これがあまり根拠にならないのですと言われてしまうとちょっと私も何をベースに考えていいのか、よく分からないところがあるのです。

あと、仮に大麻が処罰するほど危険な薬物ではないということだと、大麻の所持罪。今、所持は罰則はあるのですが、所持罪についても立法事実がないから所持罪もなくなってしまうという改正を御提案される、そういうことなのかということなのですが、そこまで言うということなのかもちょうとよく分からないところなんです。

もう一つ、使用を罪にすべきではないということでもよく言われるのが、いわゆるスティグマ論というか、犯罪者のレッテルを貼られてしまふという議論ですけれども、その犯罪者のレッテルが貼られて社会復帰が難しくなる実態があるのは全く否定しませんし、それは大きな問題であるのは間違いないので、そういう方が社会復帰できるような仕組みはきちりつくり上げなければならないし、そこは全力で取り組むべきだと思います。そこは多分、誰も異存がないところかと思えます。

ただ、このスティグマ論がとりわけ大麻についてだけ、なぜ強調されるのかというのが私はちょっとよく分からなくて、その犯罪者のレッテルが貼られると社会復帰が難しいというのは別に大麻だけではなくて、麻薬でも覚醒剤でも同様に当てはまる話なのではないかという気がしてしまって、犯罪を犯してしまった人がどうやって社会に戻ってくるのを支援するか。こういう全ての犯罪に通じる話だと思います。それを大麻についてだけ、なぜ特別視するのか。覚醒剤取締法とか麻薬及び向精神薬取締法も含めて、薬物犯罪についてはすべからく使用罪をこの期に削除しようという提案であればまだロジカルには分かるのですが、そうでなければあまり理屈としてはよく分からないところだと思います。

まとめますと、大麻についてだけ何かスティグマ論というものを取り上げて、ほかの薬物に関する規制との整合性を曲げてまで使用罪の部分だけちょっと置いておこうというのは理屈とか合理性はあまり感じなくて、何か大麻に関する特殊な考え方が背景にあるのかなと思ってしまうのですけれども、そういう何か特別な考え方を国の政策として法改正を通すというのは極めて困難で、これをどうやって国会で審議を持たせるのかということもあろうかと思えます。

最初に言ったとおり、私は大麻由来の医薬品は絶対認めるべきだということでは強く思っておりますが、法改正できなければこれも認められないわけです。そういう何か大麻に関する特殊な考え方を突き通すことで法改正ができないことになって、この一番大事な医療上必要な医薬品が承認される道を閉ざすのが本当にいいのかということでは、よく考えなければいけないかなと思います。

以上です。

○鈴木座長 ありがとうございます。

それでは、今の御意見に対して、どうぞ。

○□□委員 私は別に大麻に特別な思いがあってというわけではなくて、国際的な潮流を考えれば、薬物を使用罪や少量の所持で罰することに関しては、国際機関は懐疑的な声明をたくさん出してあります。むしろ司法的な問題ではなく健康問題として支援しようという流れの中です。その流れの中で今、新たに使用罪をつくる必要はないのではないかと考えているわけであって、既にもう日本は規制しているのだから、これだけ特別扱いはおかしいねという論法は成り立たないのではないかと考えています。

スティグマを解消するために頑張らなければいけないというふうにおっしゃったのですが、やはり前科のある方たちが就労することはとても難しいことだし、どこに就職しても、なかなか同僚と仲良くねばなるほど苦しくなるのです。必ず話せない秘密が増えるからで、依存症からの回復が一番大事なのは正直になることなのですが、必ず秘密を持ち続けなければいけないということがいかに回復の現場で回復を難しくしているのか。そういうことを考えてみると、日本はかなり厳罰主義でやってきていますけれども、ここでさらにそれを加速させる必要はないのではないかと私が使用罪の創設に反対する一番の理由です。

○鈴木座長 それでは、□□委員、お願いします。

○□□委員 よろしく申し上げます。□□でございます。とりまとめ、ありがとうございました。

コメントが幾つかございますので、お伝えいたします。

振り出しに戻るような発言をして大変恐縮なのですが、「はじめに」のところを書いてある「大麻事犯が増加傾向にあり、特に若年層

における大麻乱用が急増している」という記述がございます。果たして、本当に若者たちの間で大麻乱用が急増しているのだろうかと思っています。

なぜかという、私どもの全国住民調査によりますと、30代の方が一番多くて2.7%。これは生涯経験率です。次に40代の方は2.3%で、20代の方は0.6%、10代の方は0.4%です。また、青少年を対象とした全国調査でも、確かに最も低い2014年から比較すると2018年の結果は有意に増加しているのですが、もっと長期的なスパンで見ますと、2010年が0.3%、そして、2018年が0.34%ですので、ほとんど横ばいです。

だから、あたかも若者の中で大麻が急増しているという印象を思い描きがちなのですが、大麻で検挙される方が増えているだけのよう気がするのです。私どもの調査と比較したときにそういった違いがあることを冒頭、1点目でお伝えしたいと思います。

2点目ですが、健康影響です。これは初めてお伝えする情報ですが、全国のダルクに入所されている方々を対象とした調査を私どもで実施しております。「あなたがダルク利用に当たり最も問題となっていた薬物を1つだけ選んでください」ということを本人に答えていただいております。それで大麻と答えられた方が695人のうち24人。これは全体の3.5%と決して多くありませんが、確実に大麻が最も問題となってダルクを利用されている方がいることは事実でございます。

また、DAST-20という薬物関連問題の重症度を評価する尺度で測定すると、平均点が13.3。ちなみに、覚醒剤群の平均が13.4ですので、薬物問題は決してそんなに軽くはないということです。ここで言っている薬物関連問題というものは、何も依存のことだけではなくて、社会的な問題とか、いろいろな薬物に関連した様々な問題のことを指しています。これが2点目です。

3点目です。ゲートウェイドラッグです。資料の5ページ目、法務省の法務総合研究所のデータをここで引用されていますが、私はこのデータを引用することは反対です。なぜかという、私自身も関わっている調査なのですが、これは覚醒剤事犯者を対象としている調査です。実際には大麻を最初使ったけれども、その次に覚醒剤に行っていない人たちもいるわけですが。この情報だけをもって大麻はゲートウェイドラッグであると主張するのは根拠が乏しいと思います。

検討会の2回目のところで御紹介させていただいたニュージーランドとオーストラリアの研究だったでしょうか。諸外国ではそういった大規模なコホートを使ったデータをもとにゲートウェイドラッグを裏づけるような論文が出ておりますので、そういったものをむしろ引用すべきだと思います。

ちなみに『The New England Journal of Medicine』にアメリカのNIDAのノラ所長が2014年に発表した論文においては、確かに大麻がゲートウェイドラッグということをサポートするような知見が幾つかあるのだけれども、そんなことを言うアルコールとかニコチンもやはりゲートウェイドラッグに分類できるねということが指摘されている点を補足でお伝えしたいと思います。

最後に、使用罪についてです。私はこれまで、特にこの使用罪については反対も賛成も明言してきませんでしたが、現時点では反対という立場にいます。反対の理由なのですが、使用罪をつくったからといって使用者が減るといって根拠は、この検討会に参加していてもそういった根拠がないなと思っているからです。

資料の中で、2割の方が大麻の使用罪がないことが使用のきっかけとなったということが書いてあるのですが、これは前回もお伝えしたように、これはやはり逮捕された方の情報ですので、大麻を使っている方々全体にこれが当てはまるかどうかは現時点では分からないということ。これが理由の1つ目です。

2つ目は、仮にこれが大麻使用者全体に当てはまる結果だとしても、大麻に使用罪があったからこの方々が使用をやめるとは限らないわけですね。なぜかという、この調査では、「もし使用罪があればあなたは使用をやめますか」ということは聞いていないからです。したがって、現時点で使用罪があることの抑止効果がどれぐらいあるのかということとは不明です。また、人が薬物を使う理由は使用罪があるかないかだけではなくて、様々な理由で人は薬物を使うと思います。

3つ目の理由ですが、仮に大麻取締法で使用罪を創設した場合、検挙される方が増えるわけですが。やはり検挙者だけがが増えて、現状、そのほとんどが保護観察のつかないような状態である意味、野放しになっている状態では、薬物問題の根本的な解決にはならないと個人的には思っております。というのも、やはり薬物事犯者に対する社会のスティグマが非常に強いからです。規制を強化するだけでは薬物問題の根本的な解決にならないと思います。

最後に、これは素人からの質問なのですが、資料の中にほかの薬物法規との整合性を取る必要があると書いてあります。これがなぜ取る必要があるのかわかりませんでした。大麻取締法だけ使用罪がないから使用罪をつくりましょうというのであれば、それはあくまでもこれは結論ありきで、ほかの法律ではあるけれども、大麻では使用罪がないから使用罪をつくるという論理だと、検討会で検討する必要はそもそもなかったのではないかと思います。

また、G7で大麻の医薬品が承認されているということで、日本もそこに足並みをそろえていくべきだということを考えるのであれば、使用罪がないのもやはり国際的な潮流なのかなと思いますので、海外の潮流に合わせていくことも大事なのかなと思います。

以上でございます。

○鈴木座長 ありがとうございます。

それでは、□□委員、お願いします。

○□□委員 そもそも、この検討会は「はじめに」にありますとおり、昨今、諸外国において、大麻から製造された医薬品が上市されたことを契機に医療用への活用を踏まえて行われた議論を日本でも行うべきだろうということで始まった検討会と理解しております。先ほど他の委員がおっしゃったとおり、大麻を「部位」から「成分」で規制することに対しては賛成ですし、それを麻薬及び向精神薬取締法で規制していくということで大麻系医薬品が日本で使えるようになるのは、そういったことでお困りの患者さんにとっては朗報だと考えております。

ですから、そちらの議論に少し軸足を置かれたほうがいいのかと思います。素案には、「他の薬物法規との整合性の観点から、大麻の使用に対し罰則を科さない合理的な理由は見出し難い」とあり、確かに大麻所持に罰則があり、使用に罰則がないのは、法治国家として法律上何かそだけ抜けていたのは理解しにくいです。罰則がない理由としては、「麻酔い」があったからで、今はそれがないということが認められた以上、別にそこに使用罪を設けることで罪人がとたんにすごく増えるという論理は私には理解できません。麻薬及び向精神薬取締法で規制を受けたうえで大麻系医薬品として使用され、それ以外のことで使われたら、覚醒剤等と一緒に使用罪が設定されるのは仕方がない事だと思えます。

日本は優れた法治国家で、規制薬物に関してはそこから逸脱したら必ず罰則が付くのは当たり前だと思うのです。今まで大麻は医薬品と無関係でしたので、大麻取締法だけの法律で規制されていて、そこに使用罪がないからといって、委員の先生方が使用罪を中心に話をされていますが、事務局が検討会の最初の方でお話しされていたとおり、もともと、これは大麻使用の厳罰化を前提とした検討会ではないというふうには私は理解しています。大麻系医薬品をどうやったら日本国民が法規制の中でちゃんと使えるようになるか。そこにきちんと議論の軸足を置くべきだろうというふうには私は考えています。

私からは以上です。

○鈴木座長 ありがとうございます。

それでは、もう退席されているのですけれども、□□委員のほうから御意見が出ていますので、事務局よりお願いします。

○事務局 第2章です。次の項目です。

○鈴木座長 次のところですか。

○事務局 はい。

○鈴木座長 分かりました。大変失礼いたしました。

○□□委員 鈴木座長、もう一点、発言させてください。

○鈴木座長 どうぞ。

○□□委員 国内においては大麻関連のデータあるなしというお話がありましたけれども、大麻系医薬品として使用されるためには、そのための臨床データをそろえてから申請し、承認まで行くこととなります。しかも、承認についても今まで日本では使われていないものですから、かなりハードルとしては高くなるのではと思っています。また、適応疾患から考えても、対象の患者さん自身もそう多くはならないのではと予想しております。

そうなりますと、覚醒剤原料を取り扱っているメーカーの例でもそうですが、どの先生がどれだけ使っているかということまでの非常に厳しい流通規制が課されることになると予想されますので、軽々と使えるようなものではないし、麻薬施用者免許を取った上でやるということになっても、多くの先生方が届出をし、自由診療でも多く処方されるような薬にはならないと理解しています。

- 鈴木座長 ありがとうございます。
- 委員、使用罪に関しまして、いかがでしょうか。
- 委員 ありがとうございます。
- 今の委員のお話の延長となるかと思いますが、いずれの薬物に対しても使用罪の影響についての議論は必要だと思います。
- 1点、今のお話の延長で、私が前回の検討会で指摘したことをいま一度再確認しておきたいと思います。
- これまでは大麻由来の医薬品というものはなかったわけです。ところが、それが許可された場合、ほかの麻薬を含有する医薬品と同じように、医療用以外に使われた場合には処罰の対象になります。ところが、大麻に関して使用罪がなければ、合法的に作られた医薬品を乱用した場合は処罰の対象になるものの、非合法に作られた大麻を娯楽目的で使用した場合には処罰の対象にならない、という不合理な結果が生じてまいります。この点も留意しておく必要があると考えます。
- 以上です。
- 鈴木座長 使用罪の賛否に関してはいかがでしょうか。
- 委員 今は賛否としてですか。
- 鈴木座長 はい。
- 委員 それは法律上の整合性の問題を考える必要があると思っております。その他の影響に関しては、問題があるならば、それに対する対処方法を考えるメカニズムが必要だと考えています。
- 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。
- どうぞ。
- 委員 □□です。とりまとめ、ありがとうございました。
- 私自身は当事者なので、大麻の使用の経験もあり、ダルクという場所で働いている依存症者本人なのですが、医療用医薬品に関しては、私も使っていた方で、もちろん、難治性てんかんの病名もそうですが、ほかの外国でも使われているようながん患者の方とか、そちらのほうが逆にもっと多くなっていくのかなと思っています。そういった困られている方が医薬品として大麻を使用していくことに対してとても賛成ですし、または嗜好用ではなく産業用大麻という部分でもそれに関しての今、産業をつくられている方たちの規制をどういうふうに考えていくのか。もっと産業しやすい方たちを増やしていくためにどうするのかということも考えていくことは必要なのだなと思っております。
- それで、先ほど委員の方からもありましたけれども、では、ほかの使用罪はどうするのだという話に関しては、何回か前にもお話をさせていただいたのですが、国際的な流れというか、話の中では、刑罰を行うよりも地域とか社会的な場所で相談ができる、刑罰という形で禁錮とか懲役刑を受けるのではない形の施策が望まれるという一文が国際条約の中でも話されていると思うのですが、そういった形で、私自身は大麻だけではなく、この薬物等と考えたときには、ほかのものもそういうふうな運用されることを当事者として現在では願っています。そして、困っている当事者だけではなく、使ったことがない方たちも相談ができる。そういう人がそばにいて相談ができる。そこで何か、日本に住んでいて、生活に困っている、貧困で困っている。何でもいいのですが、そういったことを正直に相談ができる窓口が現在もないことがとても当事者としては悲しいと思いますし、僕と同じような境遇になっていく人が増えないでほしいと考えています。
- 自分自身はダルクという場所につながって薬物から離れる生活を今、送ることができていて様々な見方が変わっていったと思うのですが、すみません。そういった部分で、刑罰に関しては先ほどおっしゃったような代替案というか、ほかの市民団体の方たちも要望とかで出していると思うのですが、そういった形の代替的な措置も必要なのかなと感じております。
- 以上です。
- 鈴木座長 ありがとうございます。
- それでは、□□委員、お願いいたします。
- 委員 ありがとうございます。
- 委員が先に手を挙げられていたようではありますが、大丈夫でしょうか。
- 鈴木座長 先にお願いたします。
- 委員 分かりました。
- ちょっと私、今日の議論をお聞きしていてよく分からなくなってきてしまったところがあります。まず、大麻は有害なのかどうなのかということなのですが、使用罪に反対する委員の先生方が、大麻はたばこやアルコールと同様に考えていい程度で、安全というか、使ってもいいものなのだとということであれば話は分かるのですが、安全でもないし、使ってもいいものでもないということであれば、使用罪がない現状は、若者が安易に手を出してしまうバックグラウンドとして、使っても大丈夫なのだ、安全なのだという誤解につながってしまうのではないかと思います。
- これは前回も申し上げたのですが、現状では使用罪がないけれども、実態としては所持罪で使用も検挙しているというだけであって、使ってもいいということではないと思うのです。
- 大麻取締法の中に使用罪をつくるのか、麻薬及び向精神薬取締法の中で、先ほど来言われているように医療用大麻を使えるようにして、それ以外のは駄目だよという置き方にするのか、それは今後の立法次第だと思うのですが、いずれにせよ、大前提として、医療用以外での乱用は駄目なのだとことをはっきりさせたほうがいいのではないかと思います。
- 使ってしまった人の社会的な処遇や二次予防における支援がどうあるべきかは違う次元の話なのではないかと思うのですが、いかがでしょうか。
- 鈴木座長 ありがとうございます。
- 委員、コメントでよろしいですか。
- 委員 はい。結構です。
- 鈴木座長 ありがとうございます。
- それでは、□□委員、お願いいたします。
- 委員 □□です。とりまとめ、ありがとうございます。
- 私のほうからは、まず4ページに有害作用に関する情報について引用していただいているのですが、実際の本文中では詳細な文献も引用しておりますので、出典になっている文献を加えて、より正確な情報をお伝えできるように追加をお願いしたいと思います。4ページの部分です。
- それから、私は物質の作用解析に関する研究をしておりますので、成分の作用、すなわち、THC濃度に着目したルールを考えるのは一番妥当だと考えております。もう一度確認させていただきます。
- また、その中で、6ページの(2)ですが、医薬品として使っていくことを考えたときに、やはりTHCがどれだけ含まれているかというところを明確に見ていくことは当然、重要なポイントになってくると思います。医療用にこういった大麻から抽出された成分が利用されるのであれば、詳細な検討を進める必要があると思われました。
- それから、7ページの(4)ですが、大麻を原料として繊維として使っていくということを考えた場合にもやはり同じでありまして、このあたり、大麻の性質に着目し、特にTHCとの関連性を引き続き検討していかなければいけないかなというのをコメントとして付け加えさせていただきます。
- 以上です。
- 鈴木座長 ありがとうございます。
- ほかにございますでしょうか。
- それでは、ありがとうございます。
- 続きまして「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」について、厚生労働省のほうから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「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」についてです。
- まず「1. 薬物事犯の再犯の現状」につきまして、前回、医療保険のデータを示すのは適切ではないのではないかとということで削除さ

せていただきました。

一方で、委員のほうから出所事由別再入率とか出所受刑者のデータが必要ではないかということで、資料2の8ページ、9ページでございませう。これを参考にしまして追記いたしました。

「平成27（2015）年に出所した覚醒剤取締法違反の出所者受刑者の46.3%が、5年以内に出所後の犯罪により刑事施設に再び入所している。また、令和元（2019）年に覚醒剤取締法違反で入所した再入者の78.1%が、前刑罪名も覚醒剤取締法違反であり、同一罪名での再犯である。他方、令和元（2019）年には、覚醒剤取締法違反で刑の全部執行猶予判決を言い渡された者のうち、保護観察が付された者は9.7%のみであり、大麻取締法違反で刑の全部執行猶予判決を言い渡された者についても、保護観察が付された者は4.3%のみにとどまる。加えて、同年において、覚醒剤取締法違反で保護観察が付されていない、刑の全部執行猶予を言い渡された者のうち、その25.3%が執行猶予期間中に再犯に至っている」ということを追記いたしました。

次に11ページでございませうが、アメリカのドラッグコートの話はいろいろ御議論があったので、少し整理をさせていただいたことと、あと、具体的な取組が必要ではないかということなので、「（3）今後の取組の方向性」に「具体的に」と入れました。

あと、これも委員から「社会奉仕活動」というのはおかしい、「治療プログラムへの相当期間の参加」と書くべきではないか、という御意見がありました。

医療提供体制については、質の充実という御意見があったかと思ひます。

あと、12ページですが、前回の御議論を踏まえ、「さらに、薬物乱用や薬物依存の背景事情も考慮に入れ、薬物依存等につまわるステージマ（偏見）を解消し、薬物依存症からの回復や、社会復帰を目指す者を地域共生社会の一員として社会全体で支えていくような取組を進める必要がある」ということで追記させていただきました。

その他、処方箋医薬品や市販薬の乱用についても留意するということとか、就労支援等の観点も重要な視点という御意見があった点を追記いたしました。

13ページですが、これは「4. 医師の通報について」で、同じ麻薬中毒者の項目で整理をしていたのですが、別の項目に整理しまして、要するに医師の間には、違法薬物の使用を警察に必ず通報しなければいけないという誤解が広まっているとの指摘があるということで、これらの誤解を解消するためにも、医師には守秘義務もあり、犯罪の通報等に当たっては、医師に一定の裁量があることを周知することが望ましいということで整理をさせていただきました。

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、御意見や御質問を委員の先生方からお願いしたいと思ひます。いかがでしょうか。

□□委員、どうぞ。

○□□委員 このところで、麻薬中毒者届出制度に関してはこの文章でいいというか、廃止の方向で検討するというところで事務局によるののでしょうか。

○事務局 よろしいのでしょうかと私に聞かれてもあれなんですけれども、そういう御意見しかなかったのかなと。これは委員各位からも特に御異論がないところだと私は理解していますので、座長と相談してこう書いたということでございます。

○□□委員 何か非常にあっさり話が進んだので、驚いています。

○鈴木座長 ありがとうございます。

ほかによろしいでしょうか。

□□委員、お願いします。

○□□委員 □□です。

今、お話しがあった麻薬中毒者制度については廃止するというところですけれども、前回、その話の中で、麻薬中毒者相談員の存続について話させていただきました。簡単に言いますと、名称を変えてもいいので残してほしいということです。麻薬中毒者制度そのものが具体的になくなってしまうので、どこに麻薬中毒者相談員を残すかというのは難しいかもしれません。前回、普及啓発の協議で時間がなかったので発言できなかったのですけれども、普及啓発の実施につきましても、現在、法律に規定がございませう。通知において行っていることとございませうので、薬物関連法規において普及啓発の実施についてどういった規定がいいのか、強すぎる規定では実施に際し大変になってしまう面はあるかもしれませんが、そういった点も踏まえて規定を考えていただきたいと思ひしております。その普及啓発の中に、麻薬中毒者相談員について、薬物使用相談員とか、名称を変えてもいいですから、そのような形で残す方法を考えていただければありがたいと思ひしております。

以上でございます。

○鈴木座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○事務局 前回、委員から、麻薬中毒者相談員について御意見はありましたが、予算や定員の張り付けといった極めて事務的な御意見と受け止めたので、あえて記載はしなかったのですが、再度、今ほど、意見をいただきましたので、そういった意見があったということで追記をさせていただく方向で座長と相談させていただきます。

○鈴木座長 ありがとうございます。

□□委員、お願いします。

○□□委員 恐らく非常に実務的な御意見だったのだらうと思ひますけれども、私は麻薬中毒者という言葉が法律から消えることは大歓迎なんです。これがいつも中毒者とはどんな人なのだという、ごちゃごちゃ歴史の中で繰り返されてきているので、ぜひ、今の御意見にありましたが、今で言えば依存症とか依存者とか、何かそういう形に変える形で検討していただければと思ひます。この際、中毒者という名前が消えることが一番よいのかなと個人的には思ひています。

○鈴木座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。

□□委員、お願いします。

○□□委員 12ページの「その他」なのですが、前回も□□委員に教えていただいたとおりですが、薬物乱用の方には、違法薬物の乱用だけではなくて、処方箋医薬品や市販薬の乱用にも留意する必要がある、とあります。確かに私もそう思ひます。

乱用されやすい市販薬に関しては、1人1箱までの購入規制があったりするのですが、お医者さんが処方しないと出せない処方箋医薬品については、いわゆるドクターショッピングと言われる、いろいろ先生を回って処方薬をもらうということが起こることになるので、これについては法律上、何か規制できないのかなと思ひしております。この辺につきましても、□□委員、何か御意見をお持ちでしょうか。

○□□委員 確かに処方薬の乱用は問題になっているのですけれども、それでも私がすごく問題になっているなと思ひ始めたのが2010年なんです。その後、厚生労働省が診療報酬のほうで多剤処方の、診療報酬の減算であるとか、あと、長期処方がかんたんなくなってきたり、例えばエチゾラムなどが向精神薬に指定されたりとか、そういう中で実は少しずついい方向には行っているんです。牛歩の歩みかもしませんが、少しずつは確実に前進はしている。処方規制のような形で医師の処方権を法的に制限したりすると、臨床現場で治療がやりづらくなってしまうと思ひています。

むしろ、今、臨床の現場ですごく問題だなと感じているのは、やはり10代の子たちの市販薬の乱用のほうなんです。そっちのほうがあるかに深刻で、処方薬にアクセスするためには10代の子たちは親に相談して保険証をもらわなければいけないんです。でも、親に相談できない子たちが市販薬の乱用になってくる。それで、市販薬の乱用がいつから深刻になってきたかということ、危険ドラッグの乱用が終えんした後、それから、2014年にインターネットでの市販薬の販売規制が緩和された後だったりしているんです。だから、実は僕としては市販薬の対策のほうがある喫緊ではないかと思ひています。

○□□委員 ありがとうございます。

○鈴木座長 それでは、□□委員、お願いします。

○□□委員 よろしくお願ひします。

先日、某薬学部で講義をする機会があったのですが、講義終了後にある学生さんから相談を受けて、周りで市販薬のオーバードーズを

している友人とか知人が結構いるという話を伺いました。まだ全国規模でそういった実態を把握したデータは今、我が国にはないのですが、その点については早急にエビデンスを出していく必要がある分野だと私も思っております。

また、コメントなのですが、11ページです。「保護観察の付かない執行猶予者や起訴猶予となる者に対しても治療・支援が届くようにすべきである」。そのとおりだと思います。もしここにぜひ付け加えていただければ、そういった方々がどんな治療ニーズがあるのかということをもまずアセスメントする必要があるのではないかと思っています。これを例えば保護観察がつかない執行猶予者とか起訴猶予となっている人をアセスメントできる立場の人たちは誰なのかなと考えたときに、どうなのでしょう。警察とかになるのでしょうか。誰がどのように治療ニーズをアセスメントするのかということも議論していく必要があるのではないかと考えます。

以上です。

○鈴木座長 ありがとうございます。

では、事務局からお願いします。

○事務局 私からということではなくて、委員が途中で退席をされて、第1のところの御発言がいただけなかったのも、そこはまた必要があれば次回お話しただくとして、第2のところはメモを残していただきましたので、代読させていただきます。

「再乱用防止の課題のところ、10ページですが、以前、この会議でも法務省の方から、専門的処遇という薬物再乱用防止プログラムの対象にしているのは仮釈放期間6か月以上である場合に限られるという説明がありました。薬物の再乱用を防止、社会復帰を果たしていくためには、刑事施設から出た後も継続的に処遇を行い、保護観察が終わるまでに地域での治療や処遇に移行できるようにする必要があります。」

しかし、現在の薬物受刑者の仮釈放後の保護観察期間は余りに短く、法務省さんの言われるように、仮釈放後の保護観察において専門的処遇を行うだけの期間を確保することができない場合も少なくないことから、中期的には、仮釈放後の保護観察において薬物再乱用防止プログラムを実施できるだけの十分な期間を確保する仕組みを整備することが極めて重要であると思います。」という御意見でございますので、私が代わりに御紹介させていただきます。

○鈴木座長 ありがとうございます。

ほかに。

委員、どうぞ。

委員 すみません。先ほどの1セクションのところともちょっと関係するのですが、先ほど別の委員のほうから、有害性のことをきっちり議論する。それと、回復支援とかのことをごっちゃにすべきではないのではないかという発言がありまして、その発言が果たして私が理解した意味と同じかどうかはわかりませんが、私もまた大麻の有害性と治療・回復支援とは分けて考えるべきだと思っています。要するに、ともすれば使用罪をつくって逮捕されることが支援を受けるきっかけになって、それで助かっていくのだという道筋みたいな議論になっているのが気になるのです。私は、それはちょっと違うのではないかと考えています。

大麻の使用罪で捕まった方たちに回復のためのプログラムを提供するのだから、使用罪創設がいいのだというようになってくると、「病気ではない人」に治療や支援を提供することになりかねない。医療機関で見ると、我々の病院調査でもそうですが、大麻関連の問題で精神科受診した患者では、他の薬物関連の問題で受診した患者に比べて、「依存症」の診断に該当する人の割合が、顕著に低いのです。実際、刑務所や保護観察所で問題になっているのは、我々が開発にも関わった覚醒剤の依存症をメインにしたプログラムだと、大麻の人たちは全然乗ってきません。なぜならば、彼らは薬によって振り回されて、引っ張られて、本当に生活が破綻したという実感を全然持っていないで、本当にコントロールして使っていたという感じがしているのです。

つまり、プログラムが完全にミスマッチなのです。依存症ではない人、病気ではない人に治療提供していて、だから、本人たちからすると内容が納得できないし、必要性を感じる事ができない。そこに病気があれば、介入するのは医療者として当然と納得することができますが、何らかの本人の価値観とか信念とかに介入することになってくると、ちょっとそれは医療というよりも、ブレンウォッシングに近いものになってしまうのではないかと。私はそういったことを危惧しています。

ただ、だからといって何もしないでもいいとも思っていません。やはり所持罪があって、法に触れるということは若者たちはみんな知っている。それにもかかわらず、あえて大麻を使わなければいけない背景には、そこにいろいろなコミュニティー全体に対する不信感とか孤立といった事情があったりするかもしれない。その意味では、もしかするとプログラムではなくて、ほかの非特異的な支援、たとえば人と触れ合いとか、そういうものは必要かもしれません。ただ、いづれにしても、この使用罪と回復支援みたいなものが合体して何か一連托生みたいな形で議論されたり、使用罪創設が正当化されたりすることには抵抗感があります。

○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 ありがとうございます。

再犯防止などでまた捕まった人がどうするかという取組とか、そういう人たちへの社会復帰というところなのですが、私自身も捕まったことではないのです。それで、薬物を使っていてダルクという場所にきたので、それはすごく救われたかと思っているのです。なので、使った人ももちろん困っている方はいらっしゃると思うのですが、そういう日本の地域の中で捕まるということだったり、病院というところにアプローチしない、自分からもアプローチしない、相談にも行けないということがやはりいろいろの部分での側面が、偏見だったり差別、自分からカミングアウトがなかなかできないという部分は日本の社会にあるのかなと思っています。

なので、この「(3)今後の取組の方向性」で、3番目で地域等でやっていく支援体制の充実というものがあるのですが、もちろん、再犯の方だけではなく、薬物の問題に困っている。そういう方たちが、現状は多分、相談に行くことができる場所がないと思うのですよ。今回問題になっている未成年の利用者の方も含めてなのですが、そういった親御さんだったり、本当の子供が何か相談だったり、話ができるアプローチができる場所を拡充していくことはより必要になっていくというふうに感じています。

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 委員にも教えていただきたいのですが、仮に大麻使用で通報されて処罰対象になったときに、その人にとってはこれが更生の機会につながるのではないかなというふうに考えました。

私は、というかほとんどの日本国民は、小さいときから、悪いことをしたら牢屋に入るよと教えられてきたと思います。大麻は全く悪くないと思って使っている人は実は少ないのではと思っています。捕まることが、治療・更生のきっかけになり、二次予防につながるのではと思っています。罪が重いかどうかというのは別として、使用罪を設けることが必ずしもその人を排除することにはならないような気はするのですが、どうなのでしょう。何か御意見があればお願いします。

委員 それ治療の契機になるかどうかということですか。

委員 はい。治療とか更生とか。

委員 これも一概に全てが当てはまると思えないのですが、当事者の中でもそういうふうに言われる方もいらっしゃるの事実です。やはり自分が捕まったことによって、治療施設につながる事ができた方もいらっしゃると思いますが、それを全て同じように扱っていいのかという私は疑問を持っていて、先ほど他の委員も言っていましたけれども、どういうふうにするかという人自身を見て、では、その人が刑をちゃんと進んでいったほうがいいのか、執行していったほうがいいのか、刑務所に入ったほうがいいのかとか、地域の中で治療をやったほうがいいのかという評価は今はまだ行えていない部分だとは思っていますよ。

ただ、捕まったら全員捕まるみたいな形なので、依存症が進んでいる、進んでないとか関係なく、全てが同じような処遇になってしまう。そうならないほうがいいほうが私はいいと思っていますが、ちょっとお答えがあれかもしれません。

委員 薬物乱用で捕まってしまった人が、薬物依存症の専門医に診ていただくことで、乱用薬物は大麻のだけれども、まだそこまで依存になっていないねとかというきちんとした診断の下に更生プログラムみたいなものを受けられるような一つの機会になればいいのかなというふうに思っています。

今回は使用罪創設云々の話になっていきますけれども、私は大麻を所持しているけどまだ使っていないということで逃げられるみたいなことになっているほうが社会として良くないのかなとは思っています。またはそれを許すなら、いっそ所持罪もなくなってしまうかの議論も

必要と思います。それをしないので、何かどっちつかずみたいな議論になってしまっているのではと思います。

○鈴木座長 手短にお願いたします。

○□□委員 薬物依存症の治療が一番難しいのは依存そのものの治療ではなくて、やはり犯罪化されていることで、すごく治療アクセスが悪いということなのですよ。だから、使用罪が作られれば、アクセスはさらに悪くなります。

○鈴木座長 ありがとうございます。

それでは、□□委員、お願いいたします。

○□□委員 ありがとうございます。

この「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」の書きぶりがミスリーディングではないかと思っています。覚醒剤のことが延々と書かれていて、その後「2. 再乱用防止と社会復帰支援」のところも依存症回復支援とか治療とかということがずっと続いています。先ほども他の委員がおっしゃったとおり、大麻だけで治療が必要な人はすごく少ないということを前提とすると、この「(3)今後の取組みの方向性」の1のところ、「満期釈放者と保護観察のつかない執行猶予者と起訴猶予になる者に加えて仮釈放者に対して」という、これを全部ひっくるめて書くのはすごく乱暴ではないかなと思うのです。

大麻で言うと、覚醒剤などと違って、検挙されても起訴猶予で裁判手続に乗らない、あるいは裁判になっても全部執行猶予で保護観察もつかない人が多いという実態も数字として示されておりまして、それであれば、このとりまとめは大麻について話しているわけですから、そこはきちんと分けて考えるべきで、大麻についてどういう再犯防止策とか社会復帰支援策が取れるのかということを書いたほうがいいのではないかと思います。そうでないと、今、こんなに色々な治療プログラムや再乱用防止プログラムもあるから、そこで足りているのだというふうに受け止められてしまわないかと思っています。

以上です。

○鈴木座長 ありがとうございます。

それでは、続きまして、□□委員、お願いいたします。

○□□委員 ダルクに入所されている方で、大麻が主たる問題の方にインタビューをさせていただいた機会が何度かあります。それで、その方々は逮捕歴があって、逮捕をきっかけでダルクにつながって今に至っているとおっしゃっていました。

しかしながら、ダルクにつながっている方々は本当にごく一部ではないかと思えます。なので、大麻取締法で、所持で現状逮捕されている方々で保護観察等がつかないような方々がやはりどんな支援ニーズがあるのかの実態が今、分からないところが問題なのではないかと思うのです。そこをまず明らかにした上で、そういった方々に必要な支援はどういった支援なのかということを考えていくことが急務ではないかと思えます。

○鈴木座長 ありがとうございます。

それでは、次に移りたいと思います。

続きまして、厚生労働省のほうから「医療用麻薬及び向精神薬の規制」、「普及啓発及び情報提供」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「第3 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」について御説明させていただきます。時間も押しておりますので、ごく簡単に御説明させていただければと思います。

まず「第3 医療用麻薬及び向精神薬の規制」ですが、これは前回御提示させていただいたもので御了解をいただいたという理解でありますが、1点、座長のほうから「がんサイバパー」という御意見がありましたので、「他方で、がん疼痛や慢性疼痛の緩和に医療用麻薬が処方されているが、治療後も医療用麻薬を使用し続けている(乱用している)との指摘もある」と追記させていただきました。

「第4 普及啓発及び情報提供」に関しては、これは非常に様々な議論が交わされたところですが、委員から今年の「ダメ。ゼッタイ。」のポスターについていろいろ御意見を頂戴いたしました。ただし、資料としてこのポスター案を配布しておりませんでしたので、他の委員の皆様には、議論が分かりにくかったと思うのですが、今回、資料2ということで、11ページに「『ダメ。ゼッタイ。』普及運動」啓発ポスターの資料を御用意させていただきました。これは2年前からのポスターを3つ並べたものでございまして、一番左が令和元年度、真ん中が令和2年度、一番右が令和3年度ということで、それぞれどういう印象をお持ちになるかということとございまして、私どもとしても、特に委員がおっしゃった一番左のようなポスターについて、委員の御指摘も一つもつともなところはありますので、少しずつ改善してきたつもりはあるのですが、一方で、前回、この御議論があったとおり、一次予防ということ、やはり最初に使わせないというメッセージをどう出していくかということに麻薬・覚せい剤乱用防止センターと共に苦労しながらポスターを作成しているという現状も御理解いただきながら、また意見交換をしていただければと考えております。

それで、16ページに戻っていただきまして、前回いろいろ御意見をいただいたのですが、一つは「科学的なエビデンスに基づいた普及啓発・広報をすべきではないか」という御意見、また、その延長で、「単に薬物使用の恐怖をあおるのはいかがなものか」という御意見もありましたので追記させていただきました。

また、これまでの我が国の普及啓発運動は、違法薬物に手を出させない一次予防に重きが置かれ、それが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指摘がありますので、「今後の我が国の薬物対策は、違法薬物に手を出させない一次予防のみならず、違法薬物を使用してしまった方の早期発見・早期介入、早期治療を行う二次予防、さらには薬物依存症者に対する再発防止や社会復帰等を支援する三次予防にも重点を置いていくべきであり、今後の普及啓発活動についても、これら政策の目的・趣旨に配慮したものと進めていく必要がある」ということでまとめさせていただきました。

あとは「おわりに」ということで、今回の提言に関しては、法務省をはじめさまざまな関係機関がございまして、具体化に向けた検討作業を連携しながら速やかに行っていくということですが、一方で、やはり法改正が必要なものは一定の時間がかりまして、ここの議論は別に審議会ではないので、いろいろな御意見をいただく場ではありますが、今後、法律改正を国会に提出するのであれば、審議会にかけるという手続もありますし、また当然、法案に当たっては提出までに各党における議論も必要ですし、法案提出後は、当たり前ですが、国会審議があるということで、非常に時間がかかるところではあるのですが、やはり私どもも提言をいただいたら、可能な限り速やかに取り組んでいく必要があるだろうということで、その辺について言及をさせていただきました。

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したいと思います。

□□委員、どうぞ。

○□□委員 一次予防だけでなく、早期発見、早期治療、二次予防的なニュアンスも入れていきたいというお話はとてもありがたい話だと思っています。ただ、それと同時に、早期発見、早期治療するために何が 필요한のか、犯罪化すれば早期発見、早期治療が難しくなるのは常識です。そこをどうバランスを取っていくのかということですが、一般に、前段の話も含めてまた考えてほしいと思っています。

毎回の会議のたびに僕は「ダメ。ゼッタイ。」の啓発のことについてあれこれ文句を言っているのですけれども、もしかするとつくっている側からすれば、何を言ってもいちゃもんをつけられるではないかという思いにも駆られているのではないのでしょうか。恐らくそういう面もあるのだらうと思います。それくらい「ダメ。ゼッタイ。」というキャッチコピーには、良くも悪くも破壊力があり、ものすごく普及してしまっている。さらに言えば、「ダメ。ゼッタイ。」の前段に、35年前、どんな啓発が行われたかというところ「覚醒剤やめですか？それとも人間やめですか？」で、その延長線上でこのキャッチコピーが信じられている部分があるのではないかと思います。

一次予防はとても大事なのですが、一次予防をもう少し分解して考えてみると、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチというものがあると思うのです。まずはポピュレーション、リスクを高い人も含めたコミュニティーの全員員のリスクを低減する啓発。そのうえで、リスクの高い人たちに特化した啓発があると思います。一般に、国民の薬物経験率が低い国ほど薬物使用者個人のサイコパソロジーが深刻化する、といわれています。つまり、精神疾患に罹患していたり、トラウマ体験を持ったりする人の割合が多くなるのです。そして、日本では、まさにそういう人たちがハイリスクグループなのです。

ポピュレーションアプローチというものは、決してハイリスクの人たちを取り残してリスクを下げるのではなく、リスクの高い人たちも含めた集団全体の正規分布を左側に移すアプローチです。そのときに多分、この日本みたいなところで「ダメ。ゼッタイ。」をやると、リスクの高い精神疾患とかトラウマとかを抱えている方たちが取り残され、人々を分断する啓発になってしまうのです。

いずれにしても、その脅し教育が効かないことに関してはもうエビデンスが出ています。例えば「Just Say No」とか「Drug Abuse

Resistance Education」。あれなどもそうなのですから、あれは有害無益だったという結論が出ています。これは2019年に刊行された、ケンブリッジ出版から出版された、日本語で題名を言うと、「児童・青年期の心理療法における疑似科学」という本の中で、物質乱用の啓発のところで書いてあります。そういう意味でも、啓発のあり方は、これを機に、あるイメージが連続として「覚醒剤やめますか？それとも人間やめませんか？」でずっと連続して捉えられているものを変えることによって、やはり日本の対策が変わったのだというイメージを多くの人たちに知ってほしい。そんな風な社会になることを、私は願っています。

○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 ありがとうございました。

私の申し上げたいことは、前回の検討会で事実関係を述べたところが議事録に載っております。これはたしか議事録の10ページ目にあります。そこをいま一度お読みいただきたいと思います。

その上で1点だけ再確認ですけれども、その昔、35年前、40年前までの「覚醒剤やめますか？それとも人間やめませんか？」といった、乱用を始めてしまった人たちへ向けての呼びかけの延長などではなくて、全く違った考え方でできたものである事実は、この間、前回の検討会で『厚生労働』という冊子を引用したところで明らかだと思えます。その点の事実は確認しておいていただきたいと思えます。

以上です。

○鈴木座長 ほかにいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、□□委員、お願いします。

○□□委員 ありがとうございました。

成分規制ということもあったので、今後ももしかしたらTHCみたいな形での何かしらの規制が行われるのかもしれないですが、そういったときにも教育の中で、では、このTHCだけが駄目だみたいなふうになってしまうと、医療用麻薬としてTHCが入っている成分を使いたい患者さんももしかしたら減ってしまうという形もあるのかなと思いついて、ほかの医療用麻薬を、モルヒネ等も使えらというお話もあった中で、教育の中でその成分を、こっちは駄目だけれども、こっちはいいみたいな形になると、患者さん自体も、大麻というだけでも多分使いたくない人ももしかしたらいらっしゃるかもしれないですが、よりそういった理解が進んでしまうのではないかとという危惧が僕の中で勝手に思っていたのです。

それと、教育自体では、やはり薬物の怖さを伝えてほしいということがどうしても教育者の方たちにも多くあるのは私も肌で感じている部分なので、何かしらそういった薬物に手を出す子供たちの背景だったり、困っている真の部分というところが、私たちの体験などを通して何か話をさせてもらったときに、御理解いただけたりとかすることも中にはあったりするので、それを啓発に使ってくださいというわけではなく、いろいろな角度から正確な情報を子供たちに提示していくことが必要なかなと感じております。

以上です。

○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 予防教育のことです。よく予防教育で大事な正しい知識だと思ってる方がいるのですが、実はそうではないということが研究で明らかにされています。なぜかという、コクランレビューという研究のエビデンスを統合したようなものがあるのですが、それによりますと、2014年に出ている論文で、いろいろな予防介入の方法をレビューしているのですが、いわゆる知識伝達型の予防教育では、受けた生徒の知識は増えているけれども、行動は変わっていない。薬物は危ないのだということは分かった。でも、その後、薬物を使ってしまうので。

だから、やはりもうちょっとそこで、このレビュー論文で言っていることは、問題解決能力ですかゴール設定スキルなどを含む様々なソーシャルスキルに関連したアプローチが有効であるということです。しかし、これはやはり1回の予防教育だけではなかなか難しいので、学校教育全体で考えていく必要がありますので、このあたりはぜひ文部科学省など、教育の専門家の先生方と議論していくべきことではないかと思えます。

また、ここの中で、16ページの啓発のところでちょっと大事にしていきたいのは、若者を対象にした啓発をおじさんだけが考えていくとうまく伝わらない可能性があると思うのです。若者には若者の価値観とか考えとか意見がありますので、やはり若年層のそういった視点を取り入れていくことが大事で、大人だけで考えて進めるべきではないかと思えます。

カナダの大麻少年に対するダイバージョンプログラムなどを見てみますと、自分はどういうきっかけで大麻を始めたのかとか、今は大麻を使いたい気持ちがあるのか、なぜ使いたいのか、なぜ使いたくないのか。そういった証言が載っています。そういった実際の青少年の意見を啓発の中に入れていくことは大事かなと思っております。

以上です。

○鈴木座長 ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

□□委員、お願いします。

○□□委員 予防啓発活動の16ページ赤字部分についてですが、「我が国の普及啓発運動は、違法薬物に手を出させない一次予防に重きが置かれ、それが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」という御意見が今までもあったと思えます。この部分が私にはどうしてももう一つよく理解できません。一次予防をやることで薬物依存になった人を差別することにつながっていく、ということではなくて、適正な使用方法とは何なのか、ということも併せて啓発していくことが一次予防と考えております。例えば、医療用に使用されるモルヒネを患者さんに適切に使用されれば適正使用ですが、患者さん以外の人が服薬したら、違法になるわけです。むしろ、「ダメ。ゼッタイ。」だけではなくて、適正使用の教育というものも併せて必要なかなとも思いました。

それと、先ほど他の委員から薬物乱用者の医療へのアクセスが悪くなるというお話もあったのですが、恐らく一次予防をやり過ぎると乱用した人が言い出しにくくなって、なかなか治療を受けるための医療へのアクセスが悪くなるのかなということだろうと思うのですが、そのあたりを何か上手に解決できることは、□□委員、何かないかなと思いました。いかがでしょうか。

○鈴木座長 どうぞ。

○□□委員 駄目と言わないことだと僕は思っています。友達に相談したときに、「やっちゃダメじゃん」というふうに言われたら、もうそこから先、相談ができなくなる。同じように、犯罪化もそうだし、啓発において「ダメ」という言葉を前面に出すことのリスクはそこだと思います。

これは自殺予防教育などでも、死にたいというふうに言った子に死んではいけないというふうに言われると、もうその先の説明ができなくなってしまうのです。だから、そういうふうには頭ごなしに言わないことはとても大事なのです。だから、啓発においてそういうメッセージを出さないことはとても大事です。

これは内閣府で私も委員の一人としてその調査に参画したのですが、たしか2011年から2012年頃に、この10年くらいに薬物乱用防止教育を受けた方たちのアンケート調査をやっています。インターネット調査なのですが、役に立ったという人たちは結構多いのですが、役に立ってなかったと言って出さなかった、あんなものはないほうがよかったという子たちが1割ぐらいいるのです。その人たちの特徴は何かというと、その調査時点における自尊心がすごく低い子たちなのです。だから多分、人生がうまくいってなかった。それで、恐らく子供ときからうまくいかなかった子たちにとってはむしろ何か嫌な気持ちになっている。

それから、私自身も2008年に自分自身が行った、当時、僕も「ダメ。ゼッタイ。」の講演をやったのですが、その感想を必ず後でアンケートで聞いていました。そのときに、やはり1割ぐらいい子たちが、薬を使いたいやつは自分の体を傷つけるのだから、好きなだけ、その分でやったらいいのではないか、という回答をしたのです。その回答をしている子たちの特徴は何かというと、やはり自尊心が低かったり、リストカットを繰り返していたり、あと、既に飲酒や喫煙を始めている。そういう中学生・高校生が多かったのです。

何を言いたいかというと、リスクの高い子たちには全然効いていないということなのです。だから、リスクの高い子たちが相談できるような学校環境を作る、あるいは、コミュニティーを作るには、どのような啓発をしたらいいのか。そこをぜひとも考えていただきたいと思えます。

○鈴木座長 ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

□□委員、どうぞ。

○□□委員 ありがとうございました。

再確認ですけれども、先ほどの委員がおっしゃったこと、指摘されたこと、それから、別の委員が指摘されたことは全くそのとおりだと思っております。

さらに1点だけ、ただ、知識伝達型というやり方の問題ではあると思いますが、「正しい」知識というふうに私どもは考えていませんで、「正しい」というのは薬物合法化論者も自分たちが「正しい」と思っているわけですので、「正確な」知識を伝えるという表現にすべきだと考えています。ただ、おっしゃったのは伝え方の問題であり、若者たちの考え方を引き出すためには、おじさんたちが頭ごなしに伝えるだけでは全く意味がないと思います。

したがって、どういうやり方を取ればよいのかというのは、私どもの研究会で調査の対象になっていますし、その結果を踏まえて、この検討会の後にも関係者の方々と対話を続けていきたいと考えております。

もう一つだけ、「ダメ。ゼッタイ。」ができたときに双子の呼びかけも生まれていたということは前回申し上げたとおりです。「愛する自分を大切に」という呼びかけです。しかし、実際のやり方については、ただ言い募ればよいというわけではありません。若者が、あるいは大人もそうですけれども、自分たちで考えられるようにするにはどうしたらいいか、という手だてを模索していくべきだと考えております。

以上です。

○鈴木座長 ありがとうございます。

それでは、□□委員、お願いします。

○□□委員 この啓発はいろいろな意味でやはり難しい。皆様のご意見を聴いて、私も体験として難しいと思っているのですけれども、この「ダメ。ゼッタイ。」というスローガンというのでしょうか、キャッチコピーはやはりインパクトを今まで持ってきたと思います。それに対する二次予防サイドからの弊害的な意見も強くなっているわけで、それには当然、耳を傾ける必要があるわけで、その辺の一次と二次の関係性というものは相互に尊重しながら、お互いを阻害しないようにやっていく方策を考えていく必要があるのだらうと思います。

はっきり言って、総論ばかり言ってもこういうものは全然進まないのです。そこで、また人から教えられました。実はこの「ダメ。ゼッタイ。」というポスター、今日、ここに配付されているのは3つありますけれども、これとは別に、各都道府県がこの運動に基づいて、都道府県ごとにポスターの募集とかをずっとやっているようですね。その中で既に広島県ではそういうポスターの募集要項に、「『ダメ。ゼッタイ。』に代表される一次予防教育が功を奏してきてはいるが、そのような予防教育が薬物依存症者の回復の妨げとなっているという意見もある」ということをわざわざ断り書きとして既に書いていて、裏を返せば、「ダメ。ゼッタイ。」という言葉を入れなくていいのだとほのめかしているみたいな事例もあります、それも一つの工夫かなと思います。

これは都道府県ごとに決めればいい話ですから、みんなそうしろなどという話ではないでしょうし、それぞれ都道府県ごとに工夫していただく一つの例かなということで紹介させていただきました。

○鈴木座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、熱心な御議論をいただきまして誠にありがとうございました。時間もありますので、このあたりで区切らせていただきたいと思っております。

大麻の使用罪につきましては、□□委員は御不在でしたけれども、原案に賛同される方が一定数いらっしゃった一方、□□委員、□□委員、□□委員からは反対の御意見がありました。

この検討会は審議会ではないわけですから、政府の諮問に対して了承するかしないかではなく、提示された論点に対してどのような観点から賛成しているのか、あるいは反対しているのかといったことを国民の皆様に分かりやすくお示しし、国民の皆様がその論点に対してどのように考えるべきかを議論するための選択肢を提供することだと考えております。

したがって、□□委員や□□委員、□□委員から反対の御意見がありましたが、こうした御意見についてもそれぞれのお立場や経験を踏まえた貴重な御意見ですから、このことをまとめて反映させて、それで国民の皆様提示していくことが、我々に与えられた責務であると考えておりますので、事務局と相談の上、整理させていただき、次回とりまとめ時にお示しさせていただければと考えております。事務局から何かありますでしょうか。

○事務局 「はじめに」のところ委員から3つほど御指摘をいただいて、また、別の委員からも、本月初めてお聞きするようなさまざまなデータや御提案をいただきましたが、これらをすべてとりまとめに盛り込むことは、分量的な問題やタイミングの問題で、今から全部を反映してとりまとめに記載するのはなかなか正直厳しいところがありますので、座長と私どもにお任せいただいて、次回、整理した形で提示させていただければと思います。

○鈴木座長 それでは、以上をもちまして、第7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)