

医療現場において患者の大麻使用を知った場合の対応

松本 俊彦*

抄録：大麻は、わが国では大麻取締法によって規制されている違法薬物であるが、他方で、大麻には使用罪がない。したがって、患者の大麻使用を知っただけで警察に通報するのは、守秘義務を課せられた医療者としては逸脱的な対応である。しかし他方で、大麻は麻薬及び向精神薬取締法に定められた麻薬中毒者届出制度の対象薬物でもあり、この届出に関しては、医師は守秘義務を根拠に裁量することはできない。とはいえ、麻薬中毒者の定義は曖昧であり、患者の権利擁護などの点で精神保健福祉法による精神科医療のあり方と著しく乖離している制度である。本稿では、麻薬中毒者制度の意義と課題を整理しつつ、同制度の問題点を踏まえ、診療場面で患者の大麻使用を知った際の、現状における妥当な対応を提案した。

精神科治療学 35(1); 59-65, 2020

Key words : *cannabis, narcotics, narcotics and psychotropics control law, narcotics addicts, drug dependence*

I. はじめに

平成28年7月に発生した相模原障害者施設殺傷事件は、精神科医療における薬物問題への介入のあり方に関して重要な問題を提起した。というのも、事件後に逮捕された加害者の尿中からは大麻成分が検出されたが、犯行5ヵ月前、加害者が措置入院となった際にも、簡易検査で尿中の大麻成分が確認されていたからである。

事件直後、一部のメディアから、「大麻という違法薬物の使用が判明したわけだから、ただちに警察に通報すべきではなかったか」という批判が出た。

How do medical staffs respond when they become aware of a patient's using cannabis?

*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

[〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1]

Toshihiko Matsumoto, M.D., Ph.D.: Department of Drug Dependence Research, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, 4-1-1, Ogawa-higashi-cho, Kodaira-shi, Tokyo, 187-8553 Japan.

しかし、これはいささか見当外れなものといわざるを得なかった。使用罪のない大麻に関して医療者が警察に通報するのは、守秘義務を課せられた専門職としてはやり過ぎだからである。

しかし、看過できない批判もあった。それは、「使用罪のない大麻といえども、麻薬及び向精神薬取締法（以下、麻向法）に基づく麻薬中毒者として届出をすべきではなかったか」というものである。後に、厚生労働省内に設置された検討委員会において、加害者の大麻使用様態は麻薬中毒者の水準ではなく、措置入院先の医療機関がこの届出をしなかったのは妥当という判断がなされたことで²⁾、この批判は比較的すみやかに鎮静化した。しかし筆者は、このようなかたちで麻薬中毒者届出制度が注目されたことを苦々しく感じた。なぜなら、この制度には薬物依存症治療の根幹を揺るがしかねない問題が内包されているからである。

なるほど、麻薬中毒者届出制度は患者の犯罪行為を告発するものではなく、どちらかといえば、本来、医療的ケアを促進する趣旨の制度である。

しかし、だからといって治療中の患者を捜査対象としないことを保証するものでもない。したがって、麻薬中毒者届出制度が広く周知されるようになれば、薬物問題を抱える人たちの医療アクセスは抑制され、臨床場面での患者が「正直になる」ことを阻害する可能性がある。

しかも困ったことに、たとえ正当な理由があったとしても、医師はその届出を裁量できないのである。警察通報ならば、刑法に定められた守秘義務との兼ね合いにより医師の裁量が許容される余地は十分にあるが、麻薬中毒者届出制度はそうではない。医師に義務づけられたものであって、診断しながら届出を怠れば罰則規定もあるのである。このような状況の中で、精神科医、ことに薬物依存症治療を専門とする精神科医は、この麻薬中毒者届出制度といかに向き合ったらよいのだろうか？

以上のような問題意識を踏まえ、本稿では、患者の大麻使用を知った場合の対応のあり方について整理をしたい。

II. 麻薬中毒者の届出とアフターケア

まずは、麻薬中毒者届出制度について整理しておきたい。

1. 「麻薬」とは何か

麻向法は、厚生労働大臣の免許を持つ麻薬取扱者（麻薬製造・製剤・販売業者など）や都道府県知事の免許を持つ麻薬施用者（研究・医療での使用者）以外の者が、麻薬を所持、輸出・輸入、製造、製剤、譲渡・譲受、施用・使用することを禁じている。

ここで注意すべきなのは、「麻薬」とは医学的概念ではなく、あくまでも法律的概念であるという点である。つまり、麻薬とは、医学的根拠によらず、あくまでも「麻向法第2条第1項で定義された薬物」と法律のことでしか定義できないのである。麻薬に分類される薬物を具体的に挙げれば、ヘロイン、モルヒネなどのアヘンアルカロイド、コカインや、LSD、MDMA（エクスタシー）などの化学合成物質、さらにはマジックマッシュルームなどである。そこには化学構造式や薬理作用の

共通点は見出せず、一種の「ガラパゴス的」な概念として存在している。

わが国の麻向法による規制の根拠となっているのは、わが国も批准している国連の「麻薬に関する単一条約」(Single Convention on Narcotic Drugs: 1961年)である。この条約では、「麻薬」として、「アヘン系麻薬」「コカ系麻薬」「大麻系麻薬」の3種を指している。当初、国際的な薬物規制に関する議論の場では、前二者のみを麻薬とする流れで進んでいたが、政治的な事情から大麻規制に熱心な米国の強い要求により、ある時期から大麻とその有効成分の誘導体もまた麻薬に含まれることとなった。

その意味では、わが国の麻薬には、国際的な麻薬概念とは異なり、大麻が含まれていない。その理由は、わが国には伝統的に麻繊維産業が存在したこと、さらに、第2次世界大戦後、GHQより大麻規制を指示された時点では、日本には嗜好品として大麻使用がまったく社会問題化していなかったことが挙げられる。そこで、大麻を麻薬に含めず、大麻取締法という別立ての法律で規制することとなったのである。

2. 届出対象薬物と麻薬中毒者の定義

麻向法第58条の2では、「医師は、診察の結果受診者が麻薬中毒者であると診断したときには、すみやかに、その者の氏名、住所、年齢及び性別その他厚生労働省令で定める事項をその者の居住地の都道府県知事に届け出なければならない」と定められている。

ただし、麻向法における「麻薬中毒者」の定義については、法令の中には明示されていない。定義として唯一手がかりとなるのは、昭和41年に出された厚生省薬務局長通達だけである。それによれば、「麻薬中毒とは、麻薬に対する精神的身体的欲求を生じこれを自ら抑制することが困難な状態、即ち麻薬に対する精神的身体的依存の状態をいい、必ずしも自覚的または他覚的な禁断症状が認められることを要するものではない」と記述されている。

なお、注意すべきなのは、麻向法における「麻薬」と麻薬中毒者における「麻薬」には、若干の

違いがあることである。麻薬中毒者の「麻薬」には、ヘロイン、モルヒネ、コカイン、LSD、MDMAなどの麻向法の規制対象に加え、アヘンや大麻など、他の法令の規制対象も含まれているのである。つまり、ここには国際的な「麻薬」概念が適用されており、大麻を使用した患者が「麻薬中毒者」の水準にあると診断した場合には届出の必要が生じるわけである。

3. 届出・通報—都道府県薬務課への連絡—

ある患者に対して麻薬中毒という診断をした場合、医師はまず都道府県の薬務課、もしくは保健所に連絡しなければならない。その連絡をもって、都道府県知事に通報したことになり（麻向法58条の2）、都道府県はその患者を麻薬中毒者台帳に登録するとともに、地方厚生局麻薬取締部を介して厚生労働省にも報告することとなる。

4. 麻薬取締員による環境調査

その後、都道府県薬務課職員である麻薬取締員（逮捕権限を有する司法警察員）は、その患者が通院・入院している病院へと出向いて患者と面会し、環境調査を行う。この環境調査は、精神保健指定医による診察（58条の6）の必要性の判断を目的としている。麻薬取締員は自治体所属の司法警察員としての権限を持っているが、環境調査は取り調べではない。あくまでも医療・保護の必要性と本人の治療意欲を評価するとともに、薬物の入手先を突き止め、密売人の捜査・摘発により本人を薬物から遠ざける、という「環境浄化」のためのものである。

5. 麻薬中毒者の診察（58条の6）と入院措置（58条の8）

環境調査の結果、都道府県知事が必要と認めた場合には、精神保健指定医による診察が行われる（58条の6、7）。診察の結果、「当該受診者が麻薬中毒者であり、かつ、その者の症状、性行及び環境に照らしてその者を入院させなければその麻薬中毒のために麻薬、大麻又はアヘンの施用を繰り返すおそれが著しいと認めた」ときには、厚生労働省が定める病院（「麻薬中毒者医療施設」）に措

置入院させることができる。

その際、精神保健指定医は、30日以内の措置入院中に、治療に必要な入院期間を、3ヵ月を限度として決定しなければならない（58条の8）。治療経過の中で入院期間の延長が必要となった場合には、各自治体の麻薬中毒審査会に申請し、全入院期間が6ヵ月を超えない範囲で毎回2ヵ月までの延長ができる（58条の9）。

なお、すでに精神保健福祉法に基づいた入院治療中であつたり、あるいは、本人の治療意欲が十分に認められ、居住環境や精神症状などの観点から通院でも治療が可能と判断されたりした場合には、ただちに後述するアフターケアが実施される。

6. 麻薬中毒者相談員によるアフターケア（58条の18）

退院後の通院期には、麻薬中毒者相談員による定期的な観察・指導が実施される。麻薬中毒者相談員は非常勤の自治体職員であり、逮捕権を持たず（非司法警察員）、守秘義務を負った職種である（実際には保護司と兼任している者が多い）。本人の薬物再使用に際しては、医学的治療を促す方向で援助・指導を行う。

なお、観察・指導の頻度については、昭和40年厚生省薬務局長通達によって、(i) 退院後3ヵ月未満については1ヵ月に1回以上、(ii) 退院後1年未満の者については2ヵ月に1回以上、(iii) 退院後2年未満の者については4ヵ月に1回以上、(iv) 退院後3年未満の者については6ヵ月に1回以上、(v) 退院後3年以上を経過した者については1年に1回以上という基準が定められている。この観察・指導は台帳収載が解除されるまで継続される。

7. 観察・指導の解除

麻薬中毒者指導員によるアフターケアの中で、5年以上のクリーン（薬物を使わない生活）が達成され、「更生」が認められれば、薬務課から厚生労働省に対して解除申請が行われる。審査の結果、解除との決定がなされた場合には、その者の名前は自治体の麻薬中毒者台帳から削除される。

Ⅲ. 麻薬中毒者届出制度の問題点

昭和38年に創設された麻薬中毒者届出制度は、当時の水準としては先進的な要素を含む制度であった。また、「環境浄化」のように、精神保健福祉のスキームでは実施困難な、薬物依存症に罹患する者の回復を促進する介入もあり、それこそは本制度の肯定的側面として評価することはできる。

しかし、その後、長らく見直しや改正が成されてこなかったために、依存症の治療・回復支援に関する今日的な水準に照らしてみると、もはや非現実的な制度になってしまっている。

この制度の問題は以下の4点に整理できる。

1. 定義の曖昧さ

前節で述べた、昭和41年厚生省薬務局長通達における麻薬中毒者の定義は実に曖昧である。好意的に解釈すれば、漠然とWHOの精神障害診断分類ICD-10における「依存症(候群)」に近似した状態であろうと察することは不可能ではないが、今日の水準における医学用語とは看過できないほど乖離している。

なによりもまず問題とすべきは、「中毒」という用語である。中毒とは、今日、急性中毒に限定して用いられる表現であって、「麻薬に対する精神的身体的欲求を生じこれを自ら抑制することが困難な状態」には用いない。また、「精神的身体的依存」なる用語も医学用語には存在しない表現である。この表現が「精神依存かつ身体依存」なのか、「精神依存または身体依存」なのか、あるいは両者のいずれとも異なる臨床概念を意味するのかが判然としない。

2. 治療アクセスの阻害

本制度の届出は、警察通報とは異なり、患者を捜査対象として告発するものではない。しかしながら、届出後のプロセスには司法警察員である麻薬取締員が関与し、今後、その監視下に置かれるのは事実である。薬物依存症の治療経過において薬物再使用はあたりまえのこととして発生するが、監視下にあることで、通常よりも再使用時の逮捕

リスクが高くなる可能性は否定できない。その意味では、ある種の感染症への罹患者を都道府県に届け出るのは次元の異なる話といえるだろう。

その意味では、本制度で医療機関に期待されているのは、「捜査機関分室ないし出張所」としての機能であるように感じられなくもない。これでは、薬物問題に悩む者の医療アクセスを抑制し、彼らを治療や回復支援から疎外するのは当然である。

3. 過剰な人権侵害の可能性

ひとたび麻薬中毒者として自治体の台帳に名前が記載されると、その状況を解除するのは容易ではない。事実、複数の都道府県保健行政担当者からの私信によれば、台帳に記載された多くの人が「死亡」をもって削除となっている現実があるという。というのも、単に5年以上のクリーンだけで解除がなされることはまずなく、正規雇用されて就労し、安定した社会生活を送っている必要があるからである。これでは、景気の停滞や職業スキルの不足などにより非正規雇用に甘んじるしかない者、心身の障害により生活保護受給下での療養生活を送らざるを得ない者は、台帳記載解除は見込めず、生涯、観察・指導下に置かれかねない。

本制度による観察・指導期間は、保護観察などの刑事処分、あるいは、心神喪失者等医療観察法の処遇と比べても著しく長期に及び、重大な人権侵害が生じている可能性がある。麻薬中毒者は、薬物依存症という精神保健福祉法にリストされた精神障害を抱える者でもあるはずである。権利擁護に関する考え方に精神保健福祉法との齟齬があってはならないだろう。

4. 薬物乱用の実態との乖離

本制度が麻薬中毒として当初想定していたのは、精神病を惹起する薬理作用を欠く一方で、きわめて強力な身体依存を持つヘロインの依存症に罹患する者であった。たとえば、覚せい剤であれば、誘発性精神病性障害に基づく自傷・他害のおそれが生じたのを契機に、精神保健福祉法による措置入院によって精神科治療に導入できる。

一方、ヘロインなどのオピオイド類の場合には

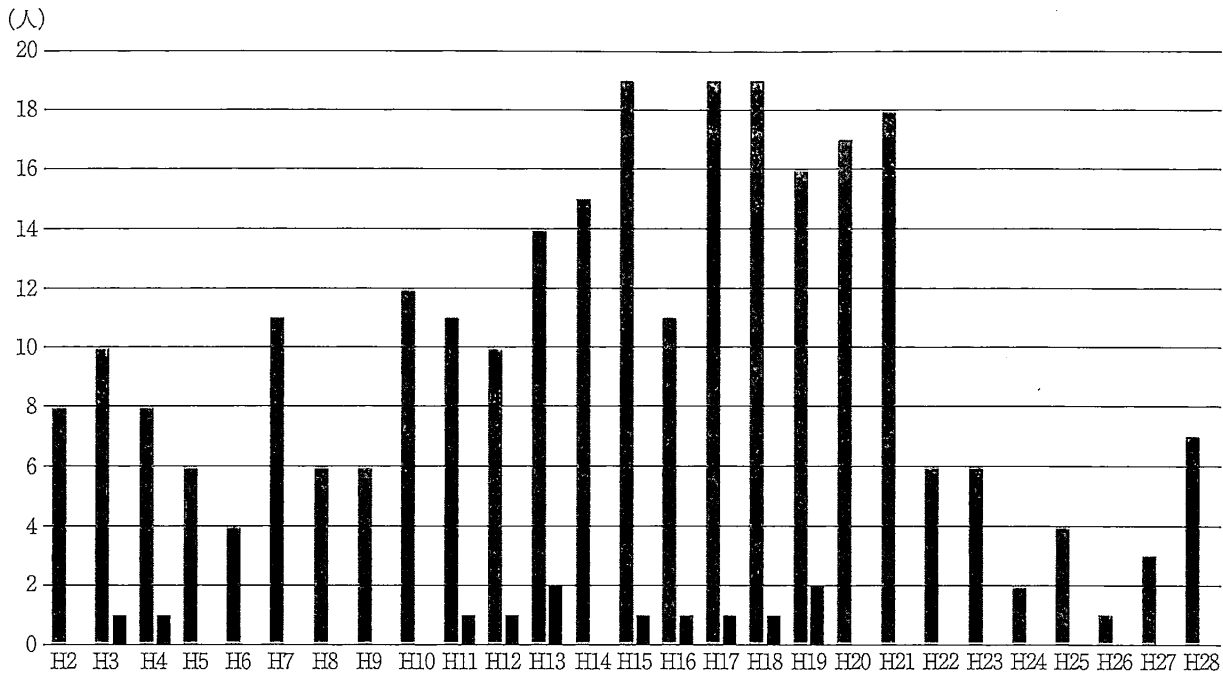


図1 麻薬中毒者の届出数・措置入院数の推移（文献1を元に作成）

■届出数, ■措置入院

そのような治療導入は困難である。その身体依存は非常に強力で、methadoneやbuprenorphineといったオピオイド代替療法を実施できないわが国の場合、依存性薬物からの離脱には非自発的入院によって物理的に薬物から隔離しなければならない。その意味で、昭和30年代後半のヘロイン禍においては、麻向法の措置入院は必要なものであった。

しかし、今日、わが国の精神科医療機関における薬物関連障害患者の多くは、麻向法の対象薬物ではない覚せい剤であり、大麻を除けば、麻向法対象薬物の関連障害患者はきわめて少ない¹⁾。そして、薬物関連障害患者が措置入院となる際には、精神病症状に基づく自傷・他害のおそれを指標とした精神保健福祉法の運用で十分対応できているというべきである。事実、平成2年以降、麻向法による措置入院患者は毎年0～2名程度であり、平成20年以降は現在まで0人という状況が続いている²⁾(図1)。その意味では、少なくとも現在のわが国には麻向法の措置入院は存在意義がきわめて乏しいといわざるを得ない。

IV. 麻薬中毒者届出制度とどのように向き合うべきか

1. 「死に体」制度

前節で挙げた本制度の問題点——特に人権侵害の問題——を見ると、「これほど問題の多い制度がなぜいまだに残っているのか」と疑問に思う人もいるであろう。おそらくこれほど多くの問題を抱えながらこれまで議論の俎上に載せられずにきたのは、本制度が医療関係者に知られておらず、麻向法の措置入院件数からもわかる通り、ほとんど運用されていない制度だからである。

最近、筆者は、全国約1,600施設ある有床の精神科医療施設を対象として経年的に実施している、「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」⁴⁾の中であることを調べた。全国有床精神科医療機関で2018年9～10月に外来もしくは入院で治療を受けた全薬物関連精神疾患2,609症例中、担当医が麻薬中毒者として届出をなされていると把握している患者の数を調べたのである。

その結果、6症例(0.2%)が麻薬中毒者の届出

がなされていたことが判明した。全2,609症例中、潜在的な麻薬中毒者数として、麻向法規制対象薬物および大麻の依存症候群に該当する症例数も試算したところ、69例存在したことから、潜在的該当者のうち8.7%しか届け出られていない実態が推測された。この結果からわかるのは、実際の精神科医療現場では、精神科医が本制度のことを知らないか、知っていたとしても相当に消極的な運用がなされている可能性がある、ということであろう。

それでは、薬物依存症治療を専門とする精神科医は本制度をどのように活用しているのだろうか？

筆者は、2005～2006年に実施した厚生労働科学研究班³⁾で、国内の薬物依存症治療を専門とする精神科医を対象として麻薬中毒者届出制度の運用に関するアンケート調査を行ったことがある。その結果、全員が本制度を熟知していたが、運用については、「精神依存が明らかとなって依存症の診断が確定した時点で、治療的な見地から積極的に通報する」といった者も少数存在したが、大多数は、「ヘロインなどの依存性の強い薬物の乱用患者については通報して措置入院で治療を行うが、大麻やMDMAの乱用患者については、まず治療を行い、経過をみながら個別的に判断する」、さらには「実情に合っていない、基準が明確でないことからいっさい届出しない」と、届出に対して消極的もしくはきわめて慎重な態度をとっていた。

以上から推測されるのは、次のようなことであろう。すなわち、一般の精神科医の多くは本制度のことをよく知らず、よく知っている薬物依存症治療を専門とする精神科医は届出に消極的である、ということである。こうした実情を考えると、今日の薬物依存症対策において、本制度は実質的に「死に体」制度となっているといわざるを得ない。やはりごく近い将来、今日の精神科医療、地域精神保健福祉の水準と歩調を合わせた制度へと大規模な修正が必要であろう。

2. 現状における運用上の留意点

将来的な修正が必要とはいえ、当面は、現状の制度を運用していかざるを得ないのもまた事実である。その際、留意すべきなのは、監督期間の長

さや司法警察員関与の可能性など、患者の人権擁護に関わる諸問題および法令の現代における存在意義を勘案すると、麻薬中毒者の診断には慎重を期する必要がある（医師は、麻薬中毒者の届出は裁量できないが、診断に関しては医師の専権事項である）。少なくとも限られた情報に基づく単回の診察、ましてやICD-10などの操作的診断基準に基づいて、自動的に「依存症候群＝麻薬中毒者」とするような診断は避けるべきである。

麻薬中毒者の診断に際しては、まずは、薬物依存症に詳しい精神科医に相談する、スーパーヴィジョンを受けることが望ましい。その上で、これまでの治療経過などを総合して判断する必要がある。いずれにしても、プライマリケアや一般救急医療の現場で即断するのは控えるべきであろう。

V. おわりに

—患者の大麻使用を知った際の対応—

最後に、以上の議論を踏まえ、患者の大麻使用を知った際の対応について私見を述べておきたい。

患者の大麻使用を知った場合、われわれ医療者は原則として守秘義務を優先し、患者およびその家族に対して薬物問題を解決するための社会資源に関する情報提供、さらには、患者を薬物使用障害の治療や回復支援のためのプログラムにつながる努力をすべきであろう。もっとも、大麻使用者の多くは使用障害の基準を満たさず、薬物使用障害の治療プログラムに違和感を覚え、すぐにドロップアウトしてしまうことが多い。その場合には、通常診療の中で、健康被害と社会的弊害のリスクを低減するための方策について話し合う治療関係を維持するように努めればよい。

ちなみに、薬物依存症の専門外来に訪れる大麻使用患者は、次の二つのタイプに大別される。一つは、一般の人たちが1日の終わりに晩酌をするのとまったく同様に、夜間にジョイント（大麻煙草）を1本吸って1日を締めくくるといって生活を長期間続け、健康被害はもちろん、家庭生活にも職業的活動にもまったく悪影響がなかったというタイプである。通常、逮捕後に法廷戦略の一環として弁護士への勧めで受診し、大麻の使用様態は

DSM-5の使用障害の基準を満たさない。

そして、もう一つの大麻使用患者のタイプが、すでに別の精神疾患に罹患しており、精神症状への対処として自己治療的に大麻を使用した結果、かえって精神症状の悪化を招いてしまう者である。このタイプには使用障害に対する専門治療が必要となる者が多く、大麻使用による精神症状の悪化や暴力を繰り返し、安定した治療関係が構築できない困難症例については、麻薬中毒者の届出を検討する必要がある。

以上がさしあたっての対応の目安である。

それにしても、逮捕後に法廷戦略の一環として受診する大麻使用患者と会うたびに、筆者は、大麻をヘロインなどのオピオイドと同列に扱う現行法令に疑問を抱いてしまう。そうした患者にとって、大麻使用による最大の弊害は、大麻の薬理作用による健康被害や問題行動ではなく、刑罰による社会的排除である。本来、個人の健康と社会の安全を守る規制が弊害を作り出しているとは、何とも皮肉な話である。

伝え聞くとところでは、昨今における各国の大麻寛容政策の流れを受けて、国連ではすでに麻薬単一条約の規制対象から大麻を除外することを検討し始めているという。もしもそうなれば、麻薬中毒者制度に大麻を含める根拠を失ってしまう。その意味では、われわれ医療者には、将来における制度見直しの可能性も念頭に置いた柔軟な対応が

求められるだろう。

COI：本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 厚生労働省：麻薬中毒関係. 麻薬・覚醒剤行政の概況, 2017. (https://www.mhlw.go.jp/bunya/iya/kuhin/yakubuturanyou/gyousei-gaikyo/dl/chudoku_h30-01.pdf) (最終確認2019年9月20日)
- 2) 厚生労働省：「相模原市の障害者支援施設における事件の検証及び再発防止策検討チーム」中間とりまとめ, 2016年9月14日 (<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000138402.pdf>) (最終確認2019年9月20日)
- 3) 松本俊彦, 今村扶美, 梅野充ほか：薬物関連精神障害の臨床における司法的問題に関する研究. 平成18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)「薬物乱用・依存等の実態把握と乱用・依存者に対する対応策に関する研究(主任研究者:和田清)」分担研究報告書, p.241-273, 2007.
- 4) 松本俊彦, 宇佐美貴士, 船田大輔ほか：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. 平成30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政策研究事業)「薬物乱用・依存状況等のモニタリング調査と薬物依存症者・家族に対する回復支援に関する研究(研究代表者:嶋根卓也)」総括・分担研究報告書, p.75-141, 2019.