

エキスパートに聞く その5

「薬物依存」

和田 清先生
(国立精神神経センター
精神保健研究所 薬物依存研究部)



聞き手
財団法人精神・神経科学振興財団
常務理事 埜中 征哉

薬物依存とは？

薬の乱用を繰り返すと薬物依存という状態になります。薬物の乱用を繰り返しているとその薬物を止めようとしても、自分をコントロールできずに薬物を乱用してしまう状態のことです。

この薬物依存は、身体依存と精神依存に分けられています。身体依存の代表はアルコール依存です。大量のアルコールを飲み続けた人は、いつの間にか、体の中にはアルコールがいつもあるものだという体に変化します。そのような人が、飲酒できないと手の震えや幻覚・意識障害のような離脱症状（従来は禁断症状といいました）を呈することがあります。一方、精神依存とは、渴望（薬物がほしいという強い欲求）に抵抗できず、自制が効かなくなった脳の障害（状態）です。精神依存だけでは、その薬物が切れても、身体的な不調は原則的にはでません。ほとんどの麻薬・覚せい剤は精神依存なのです。だから、麻薬・覚せい剤が切れても大した症状は出ません。



埜中：今日は薬物依存の専門家の和田先生に色々お話を伺いたいと思います。和田先生どうぞよろしくお願ひ致します。

麻薬、覚せい剤の違いは 法律で決められている

埜中：薬物依存というと今問題になっている麻薬とか、覚せい剤とか、その他の薬物とか色々あるかと思いますが、どの辺りまで薬物依存の定義として入っているのでしょうか？

和田：使うことと自体が禁じられている薬物、さらには医療で使用している医薬品全てがあてはまります。

埜中：ということは、先生の研究はその全てが対象になっているということですね。とても幅広いですね。

和田：はい、そうです。幅広すぎて困っちゃってるぐらいです（笑）

埜中：今、日本で問題になっているのは、麻薬とか覚せい剤だと思います。

そもそも、麻薬と覚せい剤の違いは何か教えて頂けますか？

和田：世の中の人には、覚せい剤も麻薬ではないかと思っでいらっしゃる方が多いと思います。

皆さんが思われている麻薬という概念は「ダメだと分かってもやめられなくなる薬物」だと思います。そういう意味で覚せい剤も麻薬と思っている人がいてもおかしくはありません。しかし、麻薬と覚せい剤は全く違います。

まず麻薬は、「麻薬及び向精神薬取締法」という法律があり、麻薬は約150種類あり、代表的なものが、モルヒネやコカインになります。

埜中：では覚せい剤はどうでしょう？

和田：その「麻薬及び向精神薬取締法」で定めた150種の麻薬の中に、覚せい剤というのは入っていないの

です。覚せい剤は「覚せい剤取締法」という別の法律がありまして、その第二条に以下の薬物を覚せい剤とする標記があります。アンフェタミン・メタンアンフェタミンの2種類だけが覚せい剤になります。

埜中：コカインは、日本の法律上は麻薬なのですね。

でも、薬理作用的には、コカインは覚せい剤ですよ。

和田：そうです。コカインは中枢神経を覚醒させ興奮させますから、覚せい剤といっても間違いではないです。ただ、法律の言葉と、薬理作用とは違うのです。

埜中：なるほど。今回芸能界関係者が薬物使用で逮捕起訴される報道がありました。それはこの法律用語に則って報道されているのですか？

和田：はい。報道はきちんと法律用語としての麻薬・覚せい剤を区分して報道されています。150種類の麻薬には、中枢神経に対して興奮作用のものと抑制作用のものが混在しています。さらに、幻覚を生み出す幻覚剤まで入っているのですよ。

埜中：最近、日本でもよく知られている大麻はどうなのでしょう？

和田：大麻はまた別でして、「大麻取締法」というのがあります。ですので、大麻は麻薬でもなければ、覚せい剤でもなく、大麻は「大麻」ということになります。ただ、問題なのは、これらの法律のどれにも当てはまらないもので、脱法ドラッグというものがあります。ここ数年、若者の間で流行っているものです。インターネットなどで簡単に買えたりするダイエットドラッグの一部がこれに当たります。しかし、この中には薬理作用的には麻薬や覚せい剤と同じ作用があって、非常に危険なものがあります。

日本での薬物依存の頻度は外国に比べると低い、増加しつつある

埜中：日本での薬物使用者の現状や世界の状況を教えて頂けますか？麻薬・覚せい剤の使用者は増えているのでしょうか？

和田：日本では15歳以上の国民で、一回でもなんらかの違法薬物を使ったことがある人は2.6%です。アメリカでは48%です。日本の現状というのは、世界でも奇跡というぐらいケタ違いに少ないのです。

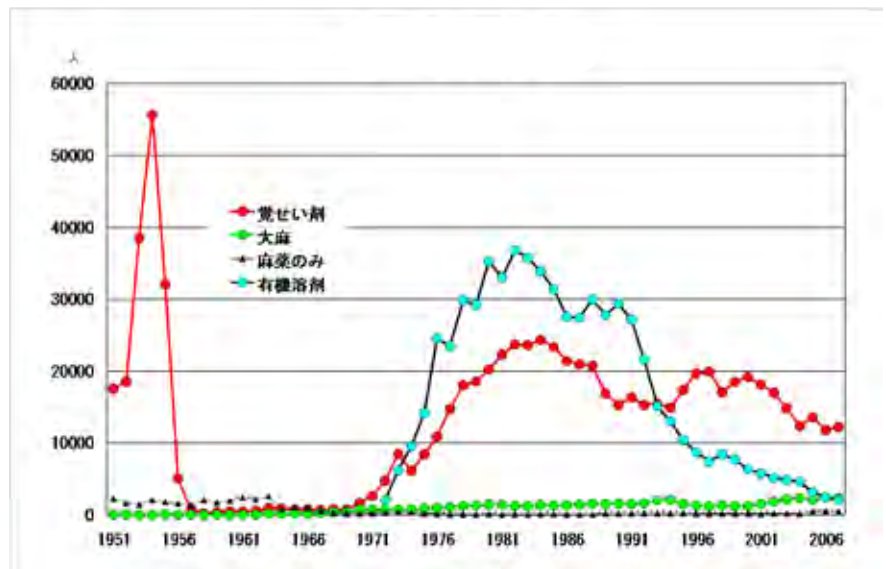


図1 不正薬物事犯者数

埜中：それはとてもいいニュースですね。

和田：そうなんです。日本はそれだけ真剣に努力してきているのです。ただ、その状況を維持していくことがものすごく大変なんですよ。

埜中：実際には使用者は増えていないのですか？

和田：それは、不正薬物事犯者数(図1)というのを1951年から2006年まで毎年数えたグラフがあります。なんと1950年代後半に第一次覚せい剤乱用期というのがありまして、年間55,000人ものが逮捕されています。それはヒロポンという薬物です。それ以前は法律がなかったので、薬局で買えたり、新聞で「二日酔いにはヒロポン」「徹夜にはヒロポン」と広告が載っていたりしたのです。ヒロポンの使用者の中に精神障害が出る人が出てきて、覚せい剤取締法というのが1951年に施行されたのです。製造元をストップさせてしまえば、それ以上は世に出ませんので、第一次覚せい剤乱用期は一気に終息しました。

しかし、バブル経済が崩壊した後、1995年から第三次覚せい剤乱用期が始まります。外国人労働者が失業してしまって、その一部の人々が暴力団の手先の、ポケベル・携帯を使って売り始めました。一気に覚せい剤が手に入りやすいものですから、昔であればシンナーのような有機溶剤を使用しただろう若者も覚せい剤にシフトしていったんですね。有機溶剤はどんどん人気なくなってきたのです。覚せい剤だけでいうと、最も問題になったのは第一次乱用期ですが、第二次乱用期は有機溶剤がメインで、それがとうとう第三次乱用期には覚せい剤が手に入りやすくなったので、覚せい剤がメインになってきました。

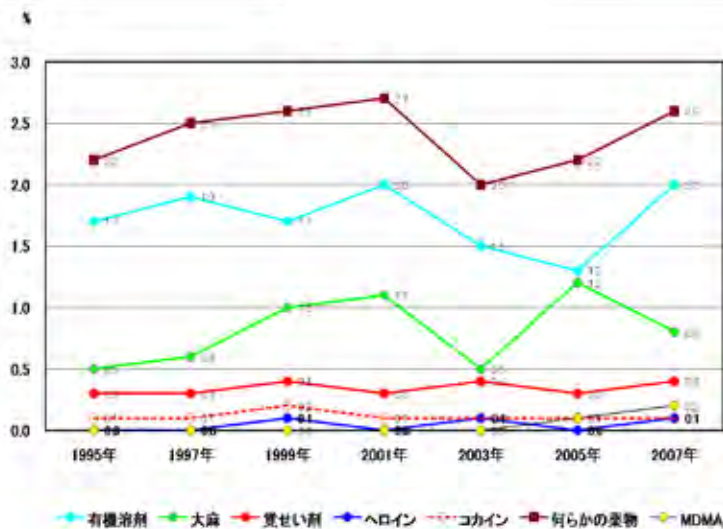


図2 薬物の生涯経験率

埜中：図1のグラフを見ますと今覚せい剤で捕まる人数は、年間12,000人程度ですね。徐々に減ってきているようにも見られますが・・・

和田：はい。ですが、これはあくまで捕まった人の人数の表なんです。では、捕まっていない人は何を使っているのか、我が研究部で調査しましたところ、生涯経験率（一回でも使ったことのある者の割合）（図2）では、一貫して有機溶剤が多く、二番目が大麻だったんです。これだけメディア等で騒がれる覚せい剤というのは、三番目で実はあまり増えていないんですね。先ほどお話ししたのは、捕まった人数の傾向でしたが、実際には捕まってない裾野の実態の方が日本の実状だと考えています。

ここで考えていただきたいのは、それぞれの薬物によって健康に及ぼす害の力が違うということです。病院へ入院・通院するような状態を作り出す力が一番強いのは覚せい剤で、第二番目は有機溶剤です。最近では有機溶剤での入院者数はぐっと減ってきています。これは使う人が減ってきているからだろうと思います。第三番目はなんと睡眠薬なんです。この睡眠薬については、今後社会問題になる可能性も十分にあります。

問題は覚せい剤です。この薬物は精神障害を来しやすいからです。有機溶剤も同じです。大麻は精神科の入院や通院になるような事態を引き起こす力は相対的には弱いようです。ただ、覚せい剤が原因だ、シンナーが原因だと言っても、こういう人たちの中には、大麻をやったことがあるよという人が結構いるわけです。2002年から2004年にかけて、大麻の経験者が急激に増えているんです。我々の目に見えないけれども、大麻が予想以上に増えたということが分かります。

埜中：日本は海外と比べて、麻薬・覚せい剤の使用者

が少ないという嬉しいお話が先ほどありました。でも薬物を使う人は後をたちません。ついつい薬物を使ってしまうような人は性格的に意思が弱いのでしょうか？

麻薬・覚せい剤の使用は環境に左右される

和田：昔から性格傾向の議論はありますが、性格傾向はあまり関係ありません。一番大きい要因は、我々が言う「入手可能性」、手に入れられる環境でしょう。そういう環境であれば薬物をする人は増えるということですね。

埜中：すると、やっぱり芸能関係者に多いというのは、お金もあるし、使用している人が多いということなのではないでしょうか。

和田：そうですね。薬物をやっている人と関係している人が多いから手を出す人も多いということが言えると思います。入手可能性というのは、まさに環境要因なのですけれども、大きな問題になっているのは人間関係だと私は思います。薬物に手をだしている人たちが多い集団に入ると感化されるのだと思います。自分の友達でやっている人がいなければ、その人も今後やることはないでしょう。

埜中：薬物依存症の主な症状とはどのようなものですか？なにか共通しているものがあるのでしょうか？

和田：薬物依存の症状というのはただ一つ「**薬物を止められない**」ということなのです。

手に入る環境であれば、分かっているにもかかわらず止められない、手を出してしまうということが症状で、またこれが薬物依存の定義になります。薬物の「乱用」・「依存」・「中毒」という言葉がありますが、「乱用」とは一回でもダメな薬物に手を出したりすることを言います。乱用を重ねていくと「依存」という脳の変化起きてきて、乱用の頻度が増えていきます。すると、「慢性中毒」といって覚せい剤では幻覚・妄想などの精神病になります。精神病になりますと、ご本人も幻覚や妄想にとられて乱用という行為は減っていきます。

薬物への精神依存と身体依存

埜中：精神症状が出てきたらどのようにして治療するのですか？

和田：慢性中毒患者には向精神薬を投与します。これは幻覚や妄想を消し去る力はものすごく強いです。9割ぐらいの方は1～2ヶ月の治療薬の投与で幻覚妄

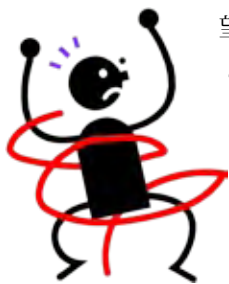
想は消えます。そうすると、依存のところに後戻りしてしまうんですね。では、依存者というのはどういう人かという、見た目にはどこもおかしくないのです。言動はまともであるけれども、ただ一点、薬物が目の前にあるとやってしまうということなのです。

埜中：依存となったとき、薬を止めてもいわゆる退薬症状（以前は禁断症状とっていた）というのではないのでしょうか？

和田：依存には身体依存と精神依存という考え方がありまして、身体依存には退薬症状（禁断症状）があります。最も強烈なのがヘロインだと言われています。分かりやすい例がアルコール依存の方でして、アルコールを急に止めると手が震えたり意識障害を起こしたりします。初期のアルコール依存の方は、アルコールを飲めば手の震えが止まります。アルコールが体内に入っていてこそ、まともな人間として機能するという風にと頭と体が変わっているのです。一方精神依存というのは、なくなると渴望といて、欲しい欲しいという気持ちばかりが出てきて、ついつい薬物を使ってしまうということなのです。

埜中：では、薬物の場合の精神依存は渴望するだけで、薬物が切れても本人はあまり苦しくないのですか？

和田：薬物依存の本体は精神依存なのです。身体依存がなければ、退薬症状は出てこないのです。覚せい剤は精神依存だけしかありません。切れたからといって退薬症状は出ないのです。覚せい剤というのは、中枢神経興奮薬ですから、使っている時は、2～3日は寝ないで活動出来て、本人はスーパーマンにでもなった気分であるのですが、切れると反兆現象といって、ガクリときまして、グッタリとして、やる気がなくて、とにかく寝続ける、ということになります。世間の人々は誤解してまして、覚せい剤が切れたら大暴れすると思われている方もいますが、実は逆なのです。



覚せい剤は精神依存だけしかありません。切れたからといって退薬症状は出ないのです。覚せい剤というのは、中枢神経興奮薬ですから、使っている時は、2～3日は寝ないで活動出来て、本人はスーパーマンにでもなった気分であるのですが、切れると反兆現象といって、ガクリときまして、グッタリとして、やる気がなくて、とにかく寝続ける、ということになります。世間の人々は誤解してまして、覚せい剤が切れたら大暴れすると思われている方もいますが、実は逆なのです。

埜中：覚せい剤取締法違反で拘置所にいる人は、退薬症状で震えているのではないのですか？

和田：そうです。実は覚せい剤では震えたりはしません。退薬症状として震えるのは抑制系の薬物でして、ヘロインがいい例です。ヘロインは使っている時はなんともないのですが、切れてくると退薬症状でヨレヨレになってしま

れになってしまいます。「自律神経の嵐」といって、色々な症状が出てくるのです。使っている時には部屋の中にこもって、ゆったりしているのですが、切れると苦しんで人前に出てくる。まさに覚せい剤とは逆なのですね。

薬物依存も本態は精神依存でして、渴望という気持ちをコントロールできないことなのです。最終的には身体依存・精神依存のどっちにしても、薬物探索行動とい

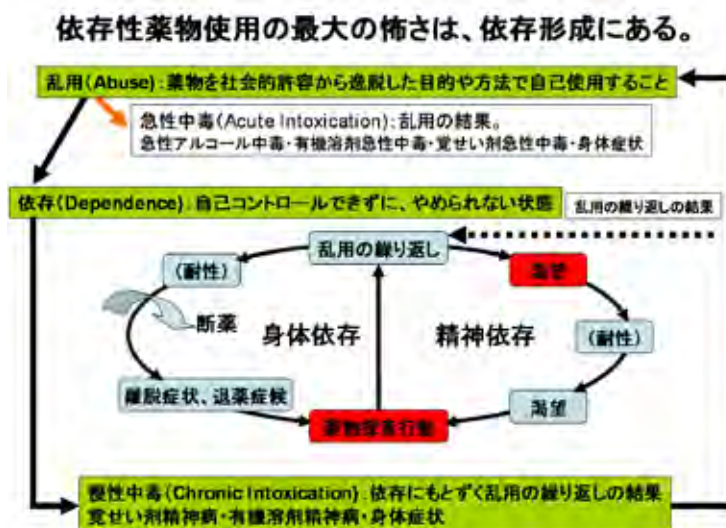
って何が何でも薬物を手に入れたい！と行動する。ということになり、これを繰り返していると慢性中毒としての精神病になっていきます。あるいは、アルコール・ニコチンにおいては身体症状として肝硬変や肺がんなどになっていきます。

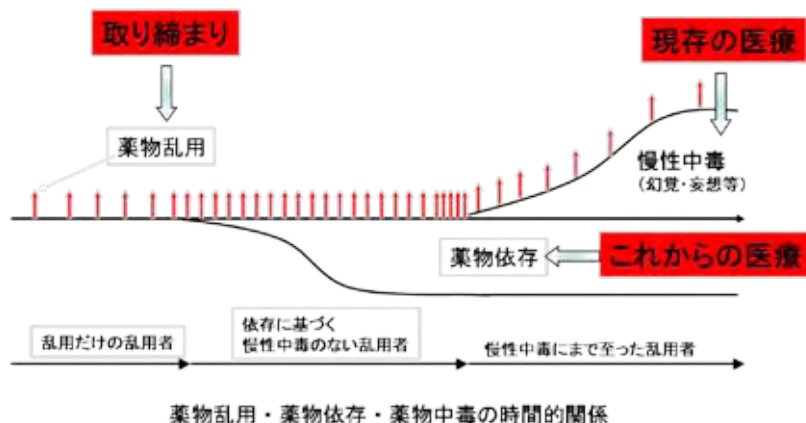
薬物依存治療への挑戦

埜中：ほとんどの方は、こういう薬物をやっているのだんだん自分がダメになってきて、止めたいと思いますよね？でも続けてしまう。これをストップさせる何か良い手立てや方法はあるのでしょうか？

和田：それが、渴望を消し去る便利な特効薬がないのです。まずヘロイン問題というのがありまして、アヘン・ヘロインというのは中枢神経を押さえる麻薬です。アヘン・ヘロインはその薬が体に入っている限り、なんの不都合もなく、切れてくると退薬症状が出てきて、同時に渴望が出てきて、ブラックマーケットに買いに行くということになるんです。

アヘン・ヘロインの代替品としてメサドンというものがあります。メサドン療法をするために、アヘン・ヘロイン中毒者を国に登録させまして、毎日決められた病院へ来てもらい、国がメサドンをその場で投与し





ます。ヨーロッパはメサドンの量を徐々に減らしていき、最終的には0を目標にしようという（漸減療法）理念は持っているようですが、決してうまくいっているとは言えません。そこで、アメリカに至っては、漸減療法がうまくいかないのならと、一生同じ量のメサドンを与え続ける維持療法を行っています。焼酎・日本酒でアルコール依存になった人に、ビールあげるから我慢しろよといったようなものですよ。

どうしてこのようなことが可能かという、アヘン・ヘロインは飲み続けている限り症状が出ない、精神病にならないからです。アヘン・ヘロインは精神障害を起こさないのです。ただし、日本はこの療法を事実上取り入れていません。というのは、そもそもアヘン・ヘロイン依存症者がほとんどいませんし、薬物依存症自体が変わったわけではないからです。

埜中：では、幻覚・妄想とかが出てくるのは覚せい剤が中心なのですね？

和田：はい。一般的には中枢神経興奮薬になります。麻薬の王様ヘロインでは出ないのです。

埜中：すると、専門家でない僕達は、薬物依存になった人達がいたらまず入院させて、薬物を止めさせて、退薬症状が出てきたらそれに対応して、良くなったら退院させるのがベストと考えていましたが、それはあまり当てはまらないですね？

和田：病院では慢性中毒としての精神病に対応するわけで、幻覚・妄想などの精神病症状を消し去るのです。しかし、精神病症状が消えたからと言って、依存ま

でもが消えたわけではありません。本人は依存の状態に戻るだけなんです。だから、退院して自由になるとまた薬物を乱用してしまいます。

埜中：心を入れ替えて、絶対止めるということにはならないのでしょうか？

和田：それが難しいのです。うまくいかないから困っているのです。

例えば、覚せい剤取締法違反で刑務所に入った人で、心を入れ替えて出所しても、再犯率が56～57%と高いのです。それで日本の刑務所はパンクしまして、この数年間に刑務所を新たに4箇所作るまでになったんです。

「依存」これが一番厄介なのです。慢性中毒については、病院がなんとかしましょう、乱用については教育とかで止めさせましょう、と対応が出来ます。教育効果は実際に大きく出ています。教育は大事、大原則だと思いますね。

しかし、依存に基づく乱用者は誰も手立てが出来ないというのが現実です。そして、この依存に基づく乱用者というのが刑務所に出たり入ったりを繰り返しているわけです。本人も止めようと心に誓って出所するわけですが、結局また戻って来てしまうんです。

埜中：先生方が予防に取り組んでおられる実態をお教えいただけませんか。

薬物依存者の見掛けは普通の人と変わらない

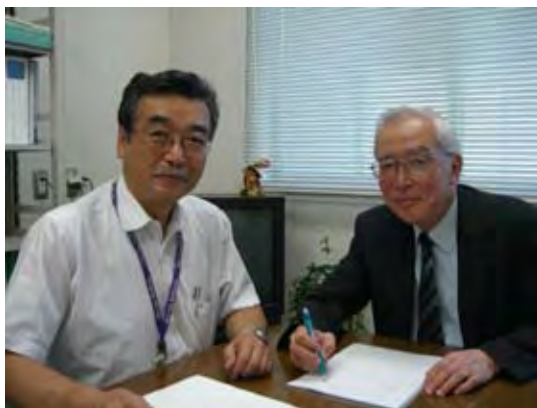
和田：世間の方々には薬物依存症の人をすごく誤解しています。薬物依存症というを見るからに呂律が回らないとか、よだれたらしているように思われるかもしれませんが、見掛けは正常の人と変わらないのです。困ったことに、依存と中毒の区別すらちゃんと出来ていない医師が多いのです。



慢性中毒の精神病にまでならず、依存だけの人はどこもおかしくない、ちゃんと話も出来る。だから、皆が思っている依存の患者像とは違うんだということをまず医療機関に分かってもらいたと思います。われわれは、依存に基づく乱用者に対して、なんとかする方法がないか模索してきました。私どもの研究部の松本俊彦室長が中心になって、全国5箇所では認知行動療法を含めた包括的外来治療プログラムというのをトライアルしています。ワークブックという物を使って、毎回テーマに沿って、患者4～5人でグループワークをするのです。薬物依存症者を集めて勉強するというのは誰も考えたことがないのですが、これが成立するのです。松本先生の言葉で「**依存の治療は貯金出来ない**」という名言があります。誰でも刑務所に入っている時、入院している時には、もう二度と薬物には手を出さないぞと思っているんです。だけど、自由になるとまたやってしまう。だから、12回のグループワークに、12週毎回必ず出席させるようにするんです。通い続けてもらうことに力を注いでいます。依存の患者さんはどこもおかしくないわけですから、通院してきても、出す薬もないですし、診察の時に話をする事柄すらないのです。せいぜい医者が言えることは、「～さんこの2週間薬物やらなかった?」「次の2週間もまたやらないように頑張ってください」と言うぐらいのもので、会話も終わっちゃうんです。どっちにしても患者さんは数回病院に通院したら来なくなっちゃうんですね。そうじゃなくて、来るたびにテーマを決めて、勉強してもらい、本人の止めようとする動機を高め、その気持ちを持続させる。

埜中: 12回のテーマが終わったらどうするのですか?

和田: 何回来てもらってもかまいません。繰り返していらっしゃる患者さんもけっこういます。そして、その繰り返しが重要です。人間の決意というのは、簡単



対談中の和田先生(左)と埜中常務理事(右)



SMARPP(左)とTAMARPP(右)ワークブック

にぐらつきますから、その決意をいかに継続維持させるかが大事です。

せりがや病院が使ったワークブックはスマーブ(SMARPP)と言います。多摩総合精神保健福祉センターで使ったワークブックはタマープ(TAMARPP)と言います。国の方針で精神保健福祉センターは薬物関連問題の相談窓口になれと言われてきたのですが、相談を受けても、紹介する医療機関がないために、皆困っていました。ところが、多摩総合精神保健福祉センターでは、それなら自分達で治療してしまおうということで、タマープという全8回のプログラムを作り出したのです。

埜中: この取組みは病院ではなく、精神保健福祉センターなのですね。医師が出向しているんでしょうか?

和田: いいえ。医師である必要性はありません。心理や福祉の方で十分です。精神保健福祉センターは全国にありますから、我々は今ここに期待しています。全てのセンターにこれが広がれば、一気に全国に治療する場所が出来ることとなります。建物はあるし、人もすでにいるということで、行政的にはコストも全然掛からないわけですから、我々がその治療のやり方を全国のセンターへ指導して広めていこうと力を注いでいます。国立精神・神経センター病院でも近々スタートさせる予定です。

埜中: その成果を期待しています。和田先生、今日は大変勉強になりました。ありがとうございました。

収録 2009年9月16日