

# 分担研究報告

## (5)薬物依存からの回復を支援する社会資源の調査 日本における薬物使用の現状と対応

研究分担者：樽井 正義(特定非営利活動法人ぶれいす東京)

研究協力者：古藤 吾郎(特定非営利活動法人アジア太平洋地域アディクション研究所)

林 神奈(サイモンフレイザー大学)

### 研究要旨

**目的と方法** 日本における薬物使用の現状と対応に関する情報を、つまり私たちの社会における薬物使用、刑事的対応、薬物取締法と刑罰、政策対応、地域社会での対応の現状に関する情報を、先行研究や関係省庁の白書等を調査して概括した。薬物使用に関する基本的な情報を、HIV 診療を提供している拠点病院の医療者、予防啓発と陽性者支援を担っている NGO のメンバーに供することが目的である。

**結果** 日本における薬物使用は、諸外国と比べればかなり低い水準にあり、使用薬物では過去 10 年間に覚せい剤は減り、大麻が増えているが、いずれかの薬物の生涯使用経験率は 0.1% で推移している。HIV 陽性者の薬物使用は、全国住民調査よりかなり高い。

薬物事犯検挙人員は 2015 年に 13,542 人、2000 年頃は 20,000 人前後だったのが 2006 年には 15,000 人を下回り、以降微減ないし横ばいの傾向にある。その内、覚せい剤が 8 割、所持ないし使用も 8 割を占める。

薬物取締関係法で定める個人使用に対する懲役刑は、覚せい剤で 10 年以下、大麻で 3 年以下、有機溶剤は 1 年以下とされている。覚せい剤の初犯は一般に懲役 1 年 6 ヶ月・執行猶予 3 年、再犯は懲役 2 年前後の実刑が課される。2016 年から刑の一部執行猶予制度が導入されている。

2013 年の第四次薬物乱用防止五か年戦略は、啓発の強化、治療と支援、取締の徹底、国内流入阻止、国際連携の 6 つの目標を掲げているが、予算で見ると、国内流入阻止の 92.7% に次いで治療と支援は 2 位だが 4.1% に留まり、厚生労働省予算での増額が望まれる。

地域社会において薬物依存症に対応している医療機関は少なく、回復プログラムを提供しているのは全体の 5.1% に過ぎない。現実にプログラムを担っているのは、主として民間の自助グループである NA やダルクである。

**結論** 日本における薬物使用への対策は、使用を主として処罰されるべき犯罪と見なす傾向が強く、健康問題と捉え、依存症からの回復や社会生活への復帰を支援する努力はきわめて不足している。薬物使用者とその関係者を支援する公的機関と民間団体の活動の充実が求められる。

### A 研究目的

HIV 感染と薬物使用との間の関連が注目され始めているが、HIV に関わる医療者や支援者にとって、薬物使用に関する情報は、個々の事件やそれへの反応を伝えるマスコミの報道にほぼ限られ、私たちの社会の現状に関する包括的な情報は、ほとんど共有されていない。使用される薬物や使用する人の割合、警察による取締、その基となる法律と罰則の規定と運用、薬物使用に対する政策、医療機関での依存症

治療や自助グループによる回復プログラム等、多様な情報はそれぞれに存在はするが、それらに一つ一つあたることは容易ではない。

薬物使用にまつわる問題をもつ人とその関係者に支援を提供しようとする際には、使用する人が置かれている現状を理解することが必要になる。本研究の目的は、私たちの社会における薬物使用の現状と対応を概括し、HIV 診療を提供している拠点病院の医療者、予防啓発と陽性者支援を担っている NGO のメンバーに提供することにある。

## B 研究方法

日本における薬物使用の現状と対応を概観するために、公表されている文献資料を調査した。1. 使用の現状については国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所の研究、厚生労働省と文部科学省の科研費による研究、そして国連薬物犯罪事務所(UNODC)の年次報告書を、2. 刑事的対応については法務省と警察庁の白書を、それぞれ利用した。3. 法律については6つの薬物取締関係の法規を、4. 政策については薬物乱用対策推進会議(内閣府)の薬物乱用防止五か年戦略を、それぞれ検討した。5. 地域社会での対応については、回復プログラムや使用者支援を提供している機関や団体を調査した。加えて日本における薬物使用に関する内外の先行研究を参照した。

(倫理面への配慮)

人を対象とする研究には該当しない。

## C 研究結果

### 1. 薬物使用の現状

#### 1.1. 薬物使用率の推移

薬物使用について隔年で行われている全国住民調査(16～64歳)<sup>1)</sup>によれば、2015年の薬物使用生涯経験率は、有機溶剤1.5%、大麻1.0%、覚せい剤0.5%、ヘロイン0.0%、危険ドラッグ0.3%、いずれかの薬物では2.4%であり、過去1年の経験率はそれぞれ、0.1%、0.1%、0.0%、0.0%、0.0%、そして0.1%である。このことから、生涯経験人口の概数は、有機溶剤138万人、大麻95万人、覚せい剤50万人、危険ドラッグ31万人と推測されている。調査結果の1995年以降の推移は、いずれかの薬物の生涯経験率は2%から3%の範囲で上下しながらもほぼ横ばいであり、2005年以降では覚せい剤は1.4%から1.0%へ下降しているが、大麻は0.3%から0.5%に上昇している。この調査は規模と方法において日本を代表するものであり、無作為抽出した5,000人を調査員が戸別訪問し、後日再訪して厳封され無記名で回収された3,976人の回答を分析している。

ちなみに世界における2014年の年間薬物使用経験率(16～64歳)について国連薬物犯罪事務所(UNODC)<sup>2)</sup>は、大麻は東・東南アジア0.6%、北米12.1%、西・中欧6.7%、覚せい剤はそれぞれ、0.6%、1.4%、0.5%、オピオイドは0.2%、3.9%、0.5%と報告している。

表 5.1 過去1年間の薬物使用経験率

国際比較(16-64歳 日本:2015年 海外:2014年)

|         | 大麻    | 覚せい剤 | ヘロイン | 有機溶剤 |
|---------|-------|------|------|------|
| 東・東南アジア | 0.6%  | 0.6% | 0.2% |      |
| 日本      | 0.1%  | 0.0% | 0.0% | 0.1% |
| 北米      | 12.1% | 1.4% | 3.9% |      |
| 西・中欧    | 6.7%  | 0.5% | 0.5% |      |

出典: 嶋根卓也他 2015, UNODC 2016.

### 1.2. HIVと薬物使用

HIV陽性者を対象に2014年に2つの調査が実施された。1つはHIV診療ブロック拠点病院の医療者を通じて配布した調査票を郵送で回収する方式で<sup>3)</sup>、もう1つはウェブを利用する方法で<sup>4)</sup>行われ、それぞれ1,100人、913人から回答を得ている。薬物使用の生涯経験率は、有機溶剤2.5%/4.6%、大麻9.0%/15.7%、覚せい剤8.8%/16.9%、危険ドラッグ12.5%/38.6%、過去一年の経験率はそれぞれ、0.1%/0.2%、0.4%/1.0%、2.3%/5.1%、4.8%/13.6%と、住民調査に比べかなり高い数値が示された。また生涯経験率の高い薬物として、ラッシュ41.2%/69.6%およびゴメオ25.1%/37.7%が挙げられ、過去一年の経験率はそれぞれ、10.0%/25.1%、0.5%/1.8%であった。

回答者の中で自分のHIV感染経路を男性同性間性的接触と答えたのは8割前後(78.8%/84.9%)で、注射針共有によるとしたのは1.9%/0.8%だった(厚生労働省動向委員会報告では0.8%)。また、セックスするときに薬物を使うと答えたのは44.0%/70.7%だった。こうしたことから、日本の男性とセックスする男性(MSM)は薬物使用率が、住民調査よりもかなり高いが、HIV感染経路が静脈注射であることは僅かで、むしろ薬物使用により性関係で予防が図られずにHIVに感染する、という事例が少なくないことが推測される。また、薬物使用がHIV治療の継続を困難にしていること<sup>5)</sup>、HIV陽性のMSM間でC型肝炎ウイルス(HCV)の感染

リスクを高めていること<sup>6)</sup>も指摘されている。

## 2. 刑事対応の現状

### 2.1. 検挙者数と覚せい剤

警察による薬物事犯検挙人員は、2015年で13,542人であり、2000年頃は20,000人前後だったが、2006年には15,000人を下回り、以降微減ないし横ばいの傾向にある。対象薬物について見ると、覚せい剤では11,200人、全体の8割を占める。違反態様別では所持と使用を合わせてその9割に対し、譲渡・譲受と密輸を合わせても1割に満たない<sup>7)</sup>。

第二次大戦中は軍需品であった覚せい剤は、戦後暴力団の資金源とされて民間に拡がり、1951年に覚せい剤取締法により禁止されたが、1954年に検挙人員は55,664人となった(最初で最大のピーク)。取り締まりの強化によりその後減少し、1957年から1969年までは1,000人を下回ったが、1970年から増加して1984年には24,372人(第二のピーク)、その後減少したが、1995年の約15,000人から増加して1997年には19,937人(第三のピーク)となり、2001年からは減少し、2006年から横ばいで推移している<sup>8)</sup>。

覚せい剤による被検挙者の中では、再犯よりも初犯の減少が大きいので、同一罪名再犯罪者率は近年上昇し、2015年は65.4%になった。刑事事犯全般において、いずれかの罪状による再犯罪者率も増えているが、2015年は48.0%だった。

### 2.2. 大麻と危険ドラッグ

大麻による2015年の検挙人員は2,167人、薬物事犯全体の15%を占める。2009年に3,087人と最多になったが、その後減少し、2013年からは微増している。違反態様別では所持が8割、譲受、密輸、栽培を合わせて15%になる。

危険ドラッグの使用による死亡者が2014年に急増(112人)したのを受けて取り締まりが強化され、同年に840人が検挙され、翌年に掛けて215の販売店舗と189のウェブサイトが閉鎖された。2015年には検挙者は1,196人に増え(使用は996人、8割)、死亡は11人に減少した。

## 3. 薬物取締関係法と刑罰

### 3.1. 法律と罰則

刑事対応の基となる薬物取締関係法において、法律の名称、個人の使用に関して処罰の対象となる事由、罰則の規定は次のとおりである<sup>9)</sup>。

- 1) 覚せい剤取締法：覚せい剤の所持／使用は10年以下の懲役
- 2) 麻薬及び向精神薬取締法：ヘロインの所持／使用は10年以下の懲役、その他の麻薬及び麻薬原料植物(コカイン、MDMA、マジックマッシュルーム等)は7年以下の懲役
- 3) あへん法：あへん等の所持／使用は7年以下の懲役
- 4) 大麻取締法：大麻の所持は5年以下の懲役
- 5) 毒物及び劇物取締法：シンナーなどの有機溶剤の所持／使用は1年以下の懲役もしくは50万円以下の罰金(または併科)
- 6) 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律：危険ドラッグの所持／使用は3年以下の懲役または300万円以下の罰金(または併科)

日本では大麻取締法を除く他の法律において、該当する薬物の所持だけではなく使用も取り締まりの対象となっている。実務的には、逮捕者の8割を占める覚せい剤の個人使用(または所持)に関して、初犯は懲役1年6ヵ月・執行猶予3年、再犯は懲役2年前後の実刑が相場となっている。また、上記の法律のなかでもっとも重い罰則は、覚せい剤(覚せい剤取締法)及びヘロイン(麻薬及び向精神薬取締法)の営利目的による製造、輸出、輸入に対する無期懲役である。

### 3.2. 受刑と刑の一部執行猶予制度

薬物取締関係法で実刑判決を受けた受刑者は、「刑事収容施設及び被収容者等の処遇に関する法律<sup>10)</sup>」により矯正処遇として「薬物依存離脱指導」が提供される。標準的なプログラムは認知行動療法を基盤としたグループワークであり、12回のプログラムを3～6ヵ月かけておこなうものである。

2016年より、違法薬物の使用・所持で受刑する薬物事犯者に対し実刑期間を部分的に猶予する制度

が施行された(刑法一部改正法(平成 25 年法律 49 号)及び「薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部の執行猶予に関する法律<sup>11)</sup>」(平成 25 年法律 50 号))。たとえば、従前であれば覚せい剤使用で懲役 2 年の判決がでていた場合、新制度下では、懲役 2 年のうち 1 年 6 カ月を実刑、残り 6 カ月について保護観察付き執行猶予 2 年と言い渡すことができる。この場合、1 年 6 カ月受刑した後、残りの 6 カ月の執行が猶予される。そして、地域社会において保護観察を受けながら 2 年間は定期的に保護観察官との面談、簡易薬物検査、覚せい剤事犯者処遇プログラムなどを受けることが遵守事項として義務付けられる。

#### 4. 政策対応の現状

##### 4.1. 薬物乱用防止五か年戦略

日本の薬物対策政策は、内閣府によって 5 年ごとに更新されている。しかし、全体的な目標は変わらず、「薬物乱用の根絶を図る」ことである。その政策路線は、薬物需要と供給の削減に終始しており、ハームリダクション、あるいはそれに該当する政策の言及はない。また、末端薬物使用者に対する取締りの徹底が政策目標の中に明記されていることからわかるように、日本の薬物対策は刑罰重視である。最新の政策は 2013 年に決定された「第四次薬物乱用防止五か年戦略」である<sup>12)</sup>。表 5.2 にある通り、全体の目標は 2008 年に決定された前回の政策時からひとつ増えているが、それは前回の目標 4 が、目標 4 と 5 に分けられたからである。

表 5.2 薬物対策政策目標の比較(2008 年と 2013 年)

| 第三次薬物乱用防止五か年戦略<br>(2008)   | 第四次薬物乱用防止五か年戦略<br>(2013)  |
|--|---|
| 4 つの目標   | 5 つの目標  |
| 1. 青少年による薬物乱用の根絶及び薬物乱用を拒絶する規範意識の向上<br>2. 薬物依存・中毒者の治療・社会復帰の支援及びその家族への支援の充実強化による再乱用防止の推進<br>3. 薬物密売組織の壊滅及び末端乱用者に対する取締りの徹底<br>4. 薬物密輸阻止に向けた水際対策の徹底、国際的な連携・協力の推進 | 1. 青少年、家庭及び地域社会に対する啓発強化と規範意識向上による薬物乱用未然防止の推進<br>2. 薬物乱用者に対する治療・社会復帰の支援及びその家族への支援の充実強化による再乱用防止の徹底<br>3. 薬物密売組織の壊滅、末端乱用者に対する取締りの徹底及び多様化する乱用薬物に対する監視指導等の強化<br>4. 水際対策の徹底による薬物の国内流入の阻止<br>5. 薬物密輸阻止に向けた国際的な連携・協力の推進 |

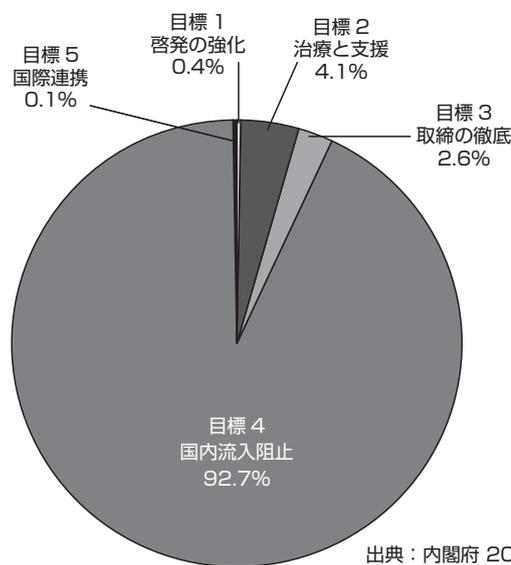
出典：内閣府 2013

#### 4.2. 対策予算

2016 年度の予算案は総額約 341 億円で、前年度より 20 億円増額された<sup>13)</sup>。その内訳は図 5.1 にあるように、95% 以上が薬物供給削減に使われており、薬物依存症者の治療や社会復帰に当てられた予算は全体の 4% でしかない。実際、前年度予算より増額された 20 億円のうち 14 億円は水際対策の徹底による薬物の国内流入の阻止(目標 4)に当てられており、これは合法ハーブ等と称して販売される新たな薬物の台頭に対する懸念を反映している。

一方、治療と支援(目標 2)については、刑の一部の執行猶予制度を導入する法律が制定されたことをうけて、薬物依存症者の社会復帰支援には、前年度に比べて 1.2 億円の予算が増額されたが、薬物依存症治療体制の充実については、前年度より 600 万円減額されている。薬物対策予算は、関係省庁で別に要求されているものもあるので、内閣府の予算だけでは全体像を掴みづらいが、厚生労働省所管では 2016 年度に更に 1.1 億円が予算計上されている<sup>14)</sup>。

図 5.1 2016 年度薬物対策予算案の内訳



#### 5. 地域社会での対応の現状

##### 5.1. 使用、依存の予防と依存からの回復

地域社会で利用可能な、薬物使用行動を対象にした予防と支援のプログラムは、覚せい剤などの違法薬物使用は健康ではなく司法の問題とみなされてきたために、使用防止の啓発を除けば僅少である。使用者の内、世界的には 88% は物質使用障害をもたないと言われる<sup>15)</sup>。そうした使用者の生活上の問

題に対応する相談窓口や、感染症や依存症予防のため保健介入によるアウトリーチが必要とされるが、そうしたスキームが日本にはほとんどない。

物質使用障害をもつ12%の使用者に対して、依存症治療を提供する専門性の高い精神科医療機関はきわめて限られている。覚せい剤による精神障害を持つ患者の12.7%は、入院施設を持つ病院のわずか4カ所に集中しており、依存症回復プログラムを提供している精神科医療機関は全体の5.1%に過ぎないという報告もある。断薬を目指すプログラムとしては、米国のマトリックスモデルを参照し、認知行動療法を基礎としたグループワークが、医療機関や精神保健福祉センターなどで実施されているが、その数は約70カ所とされる<sup>16)</sup>。

回復支援のプログラムを主として担ってきたのは薬物使用者を中心とする民間の活動であり、自助グループであるナルコティクス アノニマス(NA: Narcotics Anonymous)によるミーティングは、全国で週に483回開催されている<sup>17)</sup>。またNAを基盤として、12ステップを中心に薬物依存からの回復のための自助プログラムを提供する民間団体ダルク(DARC: Drug Addiction Rehabilitation Center)が全国で約80施設稼働している<sup>18)</sup>。

## 5.2. 当事者と支援者の活動

日本の地域社会において、薬物使用者への支援を実践してきたのはダルクである。1985年に設立され、12ステップによる回復プログラムが自助グループ活動として展開されてきた。またこれに関連するNGOやHIVに関わるNPOが、電話相談のホットラインや感染症予防の教育プログラムを提供してきた<sup>19)</sup>。

2010年代に入り、当事者、家族、薬物依存の専門家等が連携し、健康と人権という視点で薬物政策を考察するための海外視察や勉強会、市民講座等が開催されるようになった。2015年には、そうした動きが日本薬物政策アドボカシーネットワーク(JANDP)としてプロジェクト化され、今後、市民社会の理解促進、政策提言などをおこなっていくことが計画されている。

## D 考察

薬物使用は多くの社会で犯罪として対処されているが、同時にそれは健康問題でもあり、健康問題としての対応が課題とされている。しかし、日本での対策は、「薬物乱用の根絶を図る」5か年戦略に明らかかなように、犯罪としての取締に重点が置かれており、使用者の医療と支援は、上述のように不十分と言わざるをえない。

こうした傾向は、「ダメ。ゼッタイ。」という広く知られている標語に明確に反映されている。世界的に見て薬物使用率がかなり低いことから、この標語が薬物使用に対して大きな抑止力を持ってきたことはある程度認められるが、薬物を使用した人を社会から孤立させ、依存症患者の社会復帰を妨げていることも否定できない。

法規制についても、現在の法律はそれぞれの時点での問題に急ぎ対処するために立法と改正が積み重ねられてきた経緯があり、犯罪組織に連なる提供者と個人としての使用者に対する量刑にしても、均衡が取られているか疑問に思われる。また、危険ドラッグに迅速に対処しようとする法改正が、新たな薬物を市場に次々と出現させることになったとの指摘もある<sup>20)</sup>。ゴメオやラッシュの規制が、その使用者の間に危険ドラッグの流通や覚せい剤への移行を促す一因になったことを、HIV陽性者に関する研究は示唆している<sup>21)</sup>。法規制だけでは対応しきれない現実を直視する必要があると思われる。

法律と刑罰だけによって薬物使用を制御すること、まして依存症からの回復をはかることは望めない。その認識は私たちの社会にもようやく受け容れられ始めている。2006年に受刑者処遇法により義務づけられた薬物依存離脱指導に、NAやダルクのメンバーも招かれるようになっていく。また導入されたばかりの刑の一部執行猶予制度には、刑務所の内と外、施設内処遇と社会内処遇との連携を図り、使用者の社会復帰を促そうという狙いがある。しかし社会での受け皿の一つとされている更生保護施設には、使用者受け容れの経験と準備が乏しく、実績が蓄積されている民間施設であるダルクでは、資力とそれ故の人材の不足により、受入人員が限られている。

日本では薬物使用者は、まずは犯罪者、そうでなければ器質的な精神障害をもつ病人、という捉え方が根強い。入院加療に留まらず、保健問題としての薬物使用には、容易ではない依存からの回復への、それ以前の依存に対する予防への支援や、使用に関わる心理上、生活上の相談といった、より広範で現実的な対応が求められる。国際的には薬物の個人使用を非処罰化することが潮流となりつつあるが<sup>22)</sup>、その背景には、個人の問題としても社会の問題としても、薬物使用に保健問題として取り組もうとする要請もある。私たちの社会で薬物使用対策の急務とされるのは、薬物使用に関わる多様な問題を持つ人が少なからずいるという現実を認識し、そうした問題に取り組む公的機関と民間団体の活動を支援することだろう。

## **E** 結論

日本における薬物使用は、諸外国と比べればかなり低い水準にあり、使用薬物では過去10年間に覚せい剤は減り、大麻が増えているが、いずれかの薬物の生涯使用経験率は0.1%で推移している。HIV陽性者の薬物使用は、全国住民調査よりかなり高い。

薬物事犯検挙人員は2015年に13,542人、2000年頃は20,000人前後だったのが2006年には15,000人を下回り、以降微減ないし横ばいの傾向にある。その内、覚せい剤が8割、所持ないし使用も8割を占める。

薬物取締関係法で定める個人使用に対する懲役刑は、覚せい剤で10年以下、大麻で3年以下、有機溶剤は1年以下とされている。覚せい剤の初犯は一般に懲役1年6ヵ月・執行猶予3年、再犯は懲役2年前後の実刑が課される。2016年から刑の一部執行猶予制度が導入されている。

2013年の第四次薬物乱用防止五か年戦略は、啓発の強化、治療と支援、取締の徹底、薬物供給削減に95%以上が使われているが、薬物依存症者の治療や社会復帰には4%に留まる。

地域社会において薬物依存症に対応している医療機関は少なく、回復プログラムを提供しているのは全体の5.1%に過ぎない。現実プログラムを担っているのは、主として民間の自助グループである

NAやダルクである。

日本における薬物使用への対策は、使用を主として処罰されるべき犯罪と見なす傾向が強く、健康問題と捉え、依存症からの回復や社会生活への復帰を支援する努力はきわめて不足している。薬物使用者とその関係者を支援する公的機関と民間団体の活動の充実が求められる。

## 参考文献

1. 嶋根卓也他：薬物使用に関する全国住民調査2015。  
[http://www.ncnp.go.jp/nimh/yakubutsu/report/pdf/J\\_NGPS\\_2015.pdf](http://www.ncnp.go.jp/nimh/yakubutsu/report/pdf/J_NGPS_2015.pdf)
2. United Nations Office on Drug and Crime: World Drug Report 2016, annex xiv-xv.  
[http://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD\\_DRUG\\_REPORT\\_2016\\_web.pdf](http://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf)
3. 若林チヒロ他：HIV陽性者の生活と社会参加に関する研究。2014。  
[http://www.chiiki-shien.jp/image/pdf/H26hokoku/H26hokoku\\_04.pdf](http://www.chiiki-shien.jp/image/pdf/H26hokoku/H26hokoku_04.pdf)
4. 井上洋士他：Futures Japan - HIV陽性者のためのウェブ調査。2014。  
<https://survey.futures-japan.jp/result/1st/>
5. Nishijima T, Gatanaga H, Komatsu H, Takano M, Ogane M, Ikeda K, Oka S. Illicit drug use is a significant risk factor for loss to follow up in patients with HIV-1 infection at a large urban HIV clinic in Tokyo. PLoS One 2013;8(8):e72310.
6. Nishijima T, Shimbo T, Komatsu H, Hamada Y, Gatanaga H, Oka S. Incidence and risk factors for incident hepatitis C infection among men who have sex with men with HIV-1 infection in a large urban HIV clinic in Tokyo. J Acquir Immune Defic Syndr 2014, Feb 0;65(2):213-7.
7. 警察庁：警察白書。平成27年における薬物・銃器情勢。2016。  
[https://www.npa.go.jp/sosikihanzai/yakubutujuuki/yakujuuu/yakujuuu1/h27\\_yakujuuu\\_jousei.pdf](https://www.npa.go.jp/sosikihanzai/yakubutujuuki/yakujuuu/yakujuuu1/h27_yakujuuu_jousei.pdf)

8. 法務省：犯罪白書 平成 28 年版 . <http://hakusyo1.moj.go.jp/jp/63/nfm/mokuji.html>
9. 6つの基本法令には、内閣府のHPからアクセスできる。 <http://www8.cao.go.jp/souki/drug/know.html>
10. <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H17/H17HO050.html>
11. <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H25/H25HO050.html>
12. 薬物乱用対策推進会議：第四次薬物乱用防止五か年戦略 .2013. [http://www8.cao.go.jp/souki/drug/pdf/know/4\\_5strategy.pdf](http://www8.cao.go.jp/souki/drug/pdf/know/4_5strategy.pdf)
13. 平成 28 年度薬物乱用対策関係当初予算案調総括表 . <http://www8.cao.go.jp/souki/drug/pdf/know/yosan-h28-soukatsu.pdf>
14. 平成 28 年度障害保健福祉部予算案の概要 <http://www.mhlw.go.jp/wp/yosan/yosan/16syokanyosan/dl/gaiyo-11.pdf>
15. UNODC: Worlds Drug Repot 2016, x.
16. 松本俊彦：薬物依存臨床の焦点 . 金剛出版 2016.
17. ナルコティクス アノニマス <http://najapan.org/meetings.html>
18. 日本ダルク <http://darc-ic.com/>
19. ドラッグ OK トーク <http://www.ok-talk.com/>
20. Kikura-Hanajiri R, Uchiyama N, Kawamura M, Goda Y. Changes in the prevalence of new psychoactive substances before and after the introduction of the generic scheduling of synthetic cannabinoids in Japan. Drug Test Anal 2014, Jul 0; 6(7-8):832-9.
21. Hayashi, K., Wakabayashi, C, Ikushima, Y., and Tarui, M. High Prevalence of Quasi-Legal Psychoactive Substance Use among Male Patients in HIV Care in Japan: a Cross-Sectional Study. Subst Abuse Treat Prev Policy 2017 Feb 23;12(1):11.
22. Csete J, Kamarulzaman A, Kazatchkine M, Altice F, Balicki M, Buxton J, et al. Public health and international drug policy. Lancet

2016, Mar 0; 387(10026):1427-80.

## **F** 研究発表

### 1. 論文発表

Hayashi, K., Wakabayashi, C., Ikushima, Y., and Tarui, M. High Prevalence of Quasi-Legal Psychoactive Substance Use among Male Patients in HIV Care in Japan: a Cross-Sectional Study. Subst Abuse Treat Prev Policy 2017 Feb 23;12(1):11.

### 2. 学会発表

樽井正義 . エイズ対策における人権への配慮 その実績と課題 . 日本エイズ学会、2016 年、鹿児島 .

## **G** 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし