

これまでの検討会における
委員からの御意見

1. 大麻が健康に与える影響	
<総論>	1
<THCの有害作用>	1
<若年者への影響>	2
2. 国内外における大麻の使用状況	3
<諸外国との比較>	3
<日本の使用状況>	3
<海外の使用状況>	3
3. 大麻由来医薬品	5
<効能効果>	5
<流通管理>	5
<その他>	5
4. 大麻取締法における規制のあり方	7
<総論>	7
<罰則のあり方>	7
<使用罪>	8
<部位規制と成分規制>	8
<違法薬物の合法化>	9
<大麻栽培>	9
5. 再乱用防止、社会復帰支援	11
<総論>	11
<社会的な支援の必要性>	11
<医療的な支援の必要性>	12
<日本の司法の仕組み>	12
<海外の司法の仕組み>	13
<中毒者制度>	13
<守秘義務>	14
6. 医療用麻薬及び向精神薬	15
<医療用麻薬の実態>	15
<医療用麻薬の適正使用>	15
<流通管理>	15
7. 情報提供、普及啓発	16
<正確な情報提供>	16
<普及・啓発の考え方>	16
<若年者への情報発信>	17
<ネットの影響>	18
8. その他	19

1. 大麻が健康に与える影響

<総論>

- 昔から言われてきていることで経験則であるが、大麻は、それ自体では、いわゆる精神病を引き起こす力というのが弱そうだが、大麻を使っていると、そのうち害が強い薬物を使う確率が高くなるということで、ゲートウェイドラッグという言い方をしているが、これも世界の通説だろうし、エビデンスもある。
- 臨床医学からどのような健康被害の報告があるのかということが大事であるが、大麻に関する臨床医学的な研究は非常に少なく、また、その結果を見てみると、断定的なことが言いづらい。日本国内で見ると、研究成果は少なく、我が国の精神科医は大麻の健康被害や精神障害に関して十分な知見はない状況であるから、知見を集めて、なぜ大麻を規制しなければならないのかということを確認しながら進めていくことが必要である。

<THCの有害作用>

- THCの濃度が高く含まれる薬物を長く使っている方は、やはり依存症の状態になる方が多い、なる傾向、可能性があるということが分かっている。ただ、幻覚・妄想に関しては、たくさん使ったから出るというわけではどうもなさそうだという結果が出ている。やはり嗜好品であるから、一定の依存性はある。
- 大麻を使うと人によって違いもあるが、意識の変容ということがかなりの頻度で最初は起きる。これは、どの成分が原因かと言われれば、 $\Delta 9$ （デルタナイン）のTHCというものが原因の物質であろうというのは世界の共通項だろう。だから、THCというものが非常に好ましくない作用の代表と考えていいと思われる。
- 長期間使った場合、THCには精神依存と身体依存の双方の危険性があるということが報告されており、特にTHCの濃度が高い製品を使うことは、依存に陥るリスクが極めて高いということが証明されている。
- THCを長期間使用していく中で、いわゆる認知機能の変化ということで、学習、記憶、判断力に影響があるということが諸外国の報告の中で明らかになっている。
- 大麻ワックスや大麻オイルのような製品が近年出回ってきている背景には、乾燥大麻の中に含まれるTHCの濃度が増え、THC自体を抽出することが容易になってきており、大麻の性質が変わってきていることがある。
- THC濃度の高い大麻の品評会というものが世界で開かれており、濃度が高いものは非常に高値で取引されるという事実がある。こういった濃度の高いものが出ているということを確認する必要がある。

- 2000 年ぐらいまで THC 濃度は 3～4% で推移していたが、その後 18 年間にわたって急激に含有量が増えてきたという印象を受ける。
- THC の濃度が増加している件について、日本では繊維に利用する場合や CBD を利用する場合、THC の濃度を高める必要はないように思われるが、嗜好目的で使うニーズが海外にあり、それに応じて効率的に THC が取れるように品種改良がされ、違法な栽培や販売につながっているのではないか。

<若年者への影響>

- 若い年代で大麻を使い始めることによって依存症になるリスクが上がり、13 歳から 18 歳までに使い始めた場合は、22 歳から 26 歳までに使い始めた場合にくらべて 5 倍から 7 倍依存症になるリスクが高い。
- 17 歳以前に大麻を使い始めた場合、大麻の使用頻度が上がるにつれ、28～30 歳時点で依存症として診断されるリスクが量依存的に増えていく。
- 大麻の使用による青少年期の問題として、高校を卒業できなくなる、単位を取得できなくなるリスクが上がり、ほかの違法薬物を使うリスク、自殺の企図といったリスクも、大麻の使用頻度が増えると同時に増えていく。

2. 国内外における大麻の使用状況

<諸外国との比較>

- 嗜好用大麻の合法化が進んでいるというのは限られた国のことであり、「世界の潮流はこうだ」と言われても、必ずしも正確ではない。それが、間違っただけで伝わっていき、その結果、間違っただけの判断がまた一般に広がることになる。
- 欧米の規制の仕方などを参考に議論すべきではあるが、違法薬物の生涯経験率が、欧米は 20~40%台であるのと比べて日本は 1.8%と極端に低いいため、どういう形で参考にすることが適切なのかわからない。
- いろいろな国での薬物状況を見てきて、やみくもに規制を厳しくすればいいかということ、そういうものではないと、逆に弱くすればいいかということ、そういうものでもないと考えている。世界の潮流がこうだからといって、日本はこうだと追随することは正しくないと考えている。

<日本の使用状況>

- 日本は欧米と比べて薬物の生涯経験率が非常に低い。これは大麻だけでなく、違法薬物全般の生涯経験率が非常に低いという説明があったが、この環境を今後も守っていききたい。
- 日本国民はなんとなく法を遵守する国民性があるのではないかという指摘がある程度で、違法薬物の生涯経験率が日本が極端に低いことについて、なぜそのような違いが生じるのかは十分に研究されていない。
- 全国住民調査については、生涯経験者数が 161 万人ということが報告されているが、日本の場合は違法薬物の経験を自己申告で答えていることから、一定のレポートバイアスがかかっている可能性があり、真の値は実際に観測されている値より高い可能性がある。
- 日本の違法薬物の生涯経験率の 1.8%は最低値であって、真の値はもっと高いはずである。
- 日本の 20 代、30 代において、大麻の使用を肯定するような考え、使用は個人の自由であるとか、少しであったら構わないと考える若者がここ数年で増加傾向にある。

<海外の使用状況>

- 大麻について規制緩和が進んでいる海外においても、年齢制限が課せられていることは非常に重要で、若年者が使うべきではないというメッセージになっている。
- 日本政府は、統治下の台湾において、あへんの漸禁政策を講じたが、収益が予想以上に大きかったことから、中毒者を減らすといいながら、経済的な利

益を追求していったという事例がある。昨今の大麻を嗜好品として認めている欧米の流れをみると、その乱用が広まり過ぎているので何らかの対策をと言いながら、台湾の事例と同様に政府が大麻を一元化することによる経済的な利益を期待してしまっている印象を受ける。

- 嗜好用の大麻を解禁しているカナダにおいても、最低年齢の設定や所持量の規制、あるいは個人間の譲渡の量の規制、あとは商用生産をする場合は生産者はライセンスを受けなければならない、違反したら罰則という使用に関する安全性を確保するための枠組みがあった上で一部使用許可であり、この点を認識した上で規制について検討する必要がある。
- オンタリオ州では、大麻の合法化により 2017 年から 2019 年にかけて使用率は増加しているが、長い目で見るとあまり変わっていない。
- カナダやアメリカ等において、若者を大麻から遠ざけるために合法化したにもかかわらず、結局は若者に蔓延してしまっているという話も聞く。
- アメリカでは、違法薬物の生涯経験率が 4 割以上であり、大麻を嗜好品として使用していく方がよいのではないかという流れがある。
- アメリカは州の自治が非常に高いため、一部の州で大麻が合法化されているが、連邦法では依然として大麻は Schedule 1 ということで、規制されている薬物である。また、実際は、例えば年齢制限や使用する場所、購入量の制限があり、大麻の影響下での自動車運転等は禁止というところで、ルールとして明確に規定されている。
- 大麻を合法化したことで、交通事故が増えたり、大麻製品の使用による緊急搬送が増えるということも確認されている。
- CDC のホームページにあるように、いわゆる合法化ということは、安全だから合法化されたのではなく、大麻の扱いについては、引き続き社会に与える影響について調べていく必要がある。
- ヨーロッパだと、薬物を使う人の権利を大事にし、使うかどうかはそれぞれの個人で決めていくことというような考え方がある。

3. 大麻由来医薬品

<効能効果>

- 海外で嗜好目的でも医薬品の有効性が認められるもの、適用があるようなものについては「医療大麻」という言い方をされているが、海外では医薬品で認められているのだから日本でも使用できるのではないかと、擁護派、推進派の方が声を大にして言っているが、治験をして、データとして集め、それを、日本として医薬品で認めるかどうかという議論が必要である。
- 大麻系医薬品が、オーファンドラッグとして、または本当に希少な病気の方を助けるものになるのだとすれば、その開発、販売に対してブレーキを踏むものでもないと思う。
- 医療用大麻というのは、CBD というカンナビジオールというものが、何らかの疾患に対して使えるのではないかという知見であり、この流れは、世界の共通項である。国内では全くと言って良いほどデータがないので、国外でのデータ、知見を日本は参考にして考えていくしかない。
- FDA に承認されているエピデオレックスは、難治性のてんかんの発作を抑える効果を持っており、CBD に関しては、医薬品としての利用価値が一部で認められてきている。
- THC が含まれている方が効果があるというペーパーも散見される。早く薬が使えるようになるということで、CBD にターゲットを絞るのはいいかもしれないが、医学的な進歩のために、その点を切り落としていいのかということも慎重に考えなければいけない。

<流通管理>

- CBD 製剤ということで医療用に使われる可能性があるのであれば、今後、我が国で CBD 製剤の利用がスムーズに進む体制作りも検討する必要がある。
- 大麻植物由来の医薬品というものについて、医薬品として必要なのであれば、適切な規制の枠組みの中に入れて、日本でも製造販売が可能になるようにすることも重要である。
- 医療用大麻という形で今後日本でも施行されるようになった場合に、単に使用者だけが処罰対象となるよりかは、処方する医師など流通の体制もやらなければならない。

<その他>

- 大麻医薬品について、法的な枠組みが決められると、逆に興味本位で使われる人も少なくなり、罰則が設けられることにより使用して良い悪いという白黒がはっきりするのではないか。
- 治験については、薬機法上、医薬品と治験薬を分けて書いているということ

で、ぎりぎり治験はいいという解釈をしているが、医薬品は今の大麻取締法だと使えないということで、これから承認申請して使えるようにするには法改正が必須である。

- 「大麻抽出成分医薬品」について、メディアを通じて情報が発信されていくときに、「大麻」という言葉をあえて使わないという方法もあるのではないか。
- 「大麻」や「麻薬」という言葉は、受け取る側としてはかなりスティグマが強いという部分がある。
- 国立精神・神経医療研究センターで、子どもの難治性のおてんかんを診ている先生には、患者会から厚い要望書まで送られてきており、困っている方たち、そしてこの薬剤に期待を寄せている方たちがいることを実感している。

4. 大麻取締法における規制のあり方

<総論>

- 海外における大麻に関する規制については、違法薬物の使用状況、使用割合、文化、生活様式などが国ごとに異なる背景を踏まえた上で、我が国としてどうしていくべきか慎重に検討する必要がある。
- 大麻取締法は、大麻の栽培者や大麻栽培の規制を目的としている一方で、近年、日本では大麻の乱用が広がっているとともに、医療用の大麻が治療薬として認可される国が出てきている中で、大麻取締法という法律の目的や規制対象が、今日の状況と符合していないのではないか。
- 日本の場合も場当たりの政策ではなくてグランドデザインを持って、どういうシステム、どういう体制をつくるために、何が足りなくて、何をどうするのだという組み立てで、考えていく必要がある。
- 法の目的については、法の各条文の根拠、指針となり得るものであり、大麻取扱者の免許を認める一つの判断基準になるものであるため、法の目的性を規定することを検討すべき。

<罰則のあり方>

- 1961年の麻薬に関する単一条約の前文には、なぜ法と刑罰をもって薬物を規制するのかという理由として、「人類の健康と福祉に思いをいたし」と書いてあるが、最近では、国際的には、規制というものが人類の健康や福祉を阻害する状況になっているのではないかという声も上がっている。
- 薬物が合法化されたことでスティグマが減り、医療関係者等にアクセスしやすい状況ができたという報告もあり、全てがダメとすると、ヘルプのサインが出しづらくなっていくケースも生まれてくるのではないか。
- INCBも、薬物の厳罰化を求めているのではなく、受刑に代わる代替案を各国で考えていって欲しいとしており、日本においても刑として何かを付け加えるのは必要と考えるが、今あるものをどのように運用していくかについても考えていく必要がある。
- 罰則は「犯罪の抑止」というものも大きな目的としており、罰則を定めることによって違法行為を抑止していくという考え方がある。その中で、違法だが非刑罰化、というのは今の日本の刑法の中であまり存在せず、おそらく検討もされていないので、非刑罰化するという今の刑法の考え方を変えていくのは難しいのではないか。
- 抑止の目的だけで犯罪として規定して罰則を設ければ、それで効果が上がるという観点だけで罰則を設けるのはまずい。実際に重要なのはそれをどう適用していくかだ。実際、違法化された刑罰であっても、検挙率が非常に低ければ非常に犯罪が蔓延する傾向が一般的に強い。

- 刑罰を重くした場合にどのような効果があるかというものを厳密に測定した例は、私の知る限り、ないと思われる。実際に法定刑の改正だけの効果を計ることは極めて困難だと考えられる。
- 単に法定刑の引上げをすれば、犯罪が減少するというものではない。併せて、法執行の在り方や違反者に対する働きかけ、例えば、薬物事犯の場合には、依存者に対する処遇や治療、一般の人々や児童に対する教育や啓蒙、マスコミによる適正な報道が合わさって、法規制の目的を達成することができるということを念頭に置く必要がある。

<使用罪>

- 大麻取締法に使用罪がないことによって、使用しても罪にならないという誤解が広まっていることも、大麻の使用が増えている一因ではないか。
- 大麻取締法において、使用のところに罰則がなく、その理由としてさまざまな経緯があったということであるが、そのような「法の穴」みたいな点について議論する必要がある。
- 立法事実を考えたとき、大麻の使用罪がないことを知っているという人は多い印象を受けるが、使う理由になったのは5%で、ハードルが下がったというのは15%であり、意外と低い印象を受けるので、この辺りをどのように考えるか議論したい。
- 大麻について、使用罪をつくる。ただし、初犯の場合には前科をつけない。初犯の使用犯が出たときは、精神保健福祉センターの治療プログラムを受けなさいとして、司法の今までの流れとは違って、まずは治療的に対応する道を義務付ける。しかもこれを前科にするのではない。こうした考え方は現実的に必要なのではないか。
- 麻酔いというものがないのであれば、大麻に使用罪がないことについてあまり合理性がないと思う。大麻の乱用への対応については、麻薬と同様に、THCについても使用罪の対象とする方向で毅然とした対応をしていくべきではないか。
- 厳罰化するのは何のためなのか、こういう健康被害が起きている、交通事故が増えていたり暴力事件が増えているなどのデータは検証されなくていいのか。単に大麻事犯が増えているから厳しくするというだけで本当にいいのかということも検討すべきではないか。

<部位規制と成分規制>

- 同じTHCという物質を規制しているにもかかわらず、経緯上、植物規制の大麻取締法と、成分規制の麻向法に股裂きの状態になっていることから、THCに着目して取締りを行っているという実態に併せた薬物規制法として整理す

べき。

- 大麻は植物であり、カンナビノイドといわれる成分だけでも 100 種類以上あり、それ以外の成分を合わせれば 1,000 を超える数多くの物質を含んでおり、人間にとって悪いものもあれば、場合によってはいいものもあることから、それぞれの成分というものに着目して議論を進めていくべき。
- 天然由来の THC であれば大麻取締法の規制の対象となり、化学合成由来の THC であれば、麻薬及び向精神薬取締法の規制の対象になるのは違和感を覚える。すべて麻薬及び向精神薬取締法の規制の対象として括ってしまえば、大麻由来の医薬品についての課題も解決しやすくなるのではないか。
- THC は有害な精神作用を示すことから、規制の対象とするのは妥当と考える。
- いわゆる大麻由来の THC も CBD も、大麻由来であろうが化学合成であろうが、麻薬及び向精神薬取締法で規制されるべき。

<違法薬物の合法化>

- 薬物が合法化されれば組織犯罪を抑え込めるといったことは、実際そうではないのだと思った。
- 法律で年齢制限をかけたとしても、薬物が未成年に渡るのを防ぐことは、カナダのように譲渡を厳罰化しても難しい。アメリカの州の例でも明らかかと思う。

<大麻栽培>

- 乱用目的でない正当な申請と大麻乱用者などによる申請を明確に区別し、乱用者に免許を与えない制度が必要ではないか。
- 法で免許要件が規定されていないため、各都道府県で免許要件を規定しており、ばらつきが生じている。免許要件を統一、法制化し、乱用者に免許を申請させないような厳格化が必要である。
- 免許権者は、あへん法で植物関係の栽培許可は厚生労働省であるので、大麻に関しても、国の免許に移行して全国で統一した免許に整理することも一つの考えかと思う。
- 大麻の研究者についても同様に、国の免許にすることも一つの考えであると思う。具体的な事務は麻薬取締部が行う方が抑止力が強いのではないか。
- 都道府県ごとの審査基準や規制の内容が、大麻の農業の維持と不正栽培の防止との関係で合理的なものになっているかどうかということは改めて見直す必要がある。
- 隣県への出荷、しかも大麻そのものではなくて加工したものを出荷することを制限することについて、法律でいう保健衛生上の危害の発生の防止という点で合理的な理由を見だし難しいのではないか。他の都道府県では行われて

いないとすれば、法の下での平等という点でも妥当でない。

- 大麻栽培のパンフレットについて、単に不正栽培を戒めるというものにとどまらずに、産業として的大麻栽培そのものの不合理性を説くような内容になっている。規制すべきは不正栽培であるため、そこに焦点を当てたものに改めるべき。
- 日本の農業として的大麻は、繊維などに利用できるものである一方、乱用には適さないものだということを示せば、農業に対する見方も変わり、不正に入手しようという者も出てこないのではないか。厳しい監督の義務を課すなどの規制も必要ないように思われ、国が各都道府県から情報を集めて整理することが有益なのではないか。
- 産業用的大麻の栽培や流通を過度に規制する必要性はあまりない。産業用的大麻という範囲を THC の含有量などである程度確定できるのであれば、一定の基準を設けることができるのかというのも検討に値する。

5. 再乱用防止、社会復帰支援

<総論>

- 日本はまだまだ遅れているが、令和2年度の犯罪白書では、法務省の司法機関でも回復支援や処遇のこと、精神保健福祉センターや医療機関のこと、SMARPPのことなどにも相当な紙幅を割いて記述しているなど、国内でも新しいムーブメントが起きている。
- それぞれのその部署で私たちはこれをやっていますというのは分かるが、国の施策としてトータルでどのようなになっているのかというのが全然見えない。国の施策としてどこが音頭を取ってグランドデザインを描くのかを考えることが大事である。
- 手を出さない、持ち込ませないという一次予防、早期発見・早期治療の二次予防、社会復帰としての三次予防、それぞれの側面から考えていくことが基本であるとする。
- 経済的あるいは社会的な状況など、薬物乱用を始めてしまった人と始めなかった人との間には共通項があると思う。一次予防と二次予防の間のリンクを検討する必要があるのではないか。
- 一次予防と三次予防の間の距離が空いてしまっている印象を受ける。二次予防について考えることは、特に若年層に大麻の経験者が多いという背景を踏まえると大事かと思う。
- 薬物を使用されている方は、貧困であったり、いろいろと社会的に苦しい状況に陥っている方も中にはいらっしゃるかと思うので、治療につながるようにつきま。

<社会的な支援の必要性>

- 薬物の乱用や再乱用の防止については、啓発活動や社会復帰支援といった施策を充実させていくとともに、薬物を使用せざるを得ない社会状況への対応ということも含め、幅広い観点から検討していく問題である。
- 最初の逮捕は治療のきっかけになる可能性があるが、その後の逮捕は薬物の問題ではなく、社会から排除されることにより、回復が難しくなり、薬物がやめにくくなっている。
- 若年で大麻を使い始めた人、大麻の使用頻度が高い人は依存症になるリスクが高くなるということが報告されているが、大麻を使用した子たちが大麻だけではなく、交友関係や、家庭環境に様々な複雑な問題を抱えていることから、このような青少年への支援についても議論して欲しい。
- 一旦、薬物に手を出してしまった人を排除するのではなく、その人たちをどのように処遇していくのかという視点から、規制一辺倒ではない議論を広げていくべき。

- 処罰としてそもそも起こることを抑止しつつ、起こってしまった場合にケアをするという両方の仕組みのバランスを考えて確保していくという検討の仕方をしていくべき。
- 違法薬物を使用して逮捕された方は、孤立化が進んだり、それにより薬物への依存がより進んだりして、社会的な資源とのつながりというものがつれない状態にまで陥ってしまうことがある。
- 処罰より治療を選べる仕組みが必要であり、社会の中で包摂された環境で、薬物事犯の方が逮捕されたとしても生活を続けていけることが、持続可能で、誰一人取り残されない社会と感じている。

<医療的な支援の必要性>

- 依存症といっても千差万別であるが、大麻単独でダルクに来る依存症者は見たことがない。
- 罪として罰するというのであれば、治療をセットで議論をしないと強くと強く思っている。
- 依存症の対策は自治体の役割が大きいですが、取組状況に差異があることから、自治体間で情報共有するなり、共有をすることで取組みを広げていくという活動をしてもいいのではないかと。
- 規制強化や取締りは大事であるが、一番大事なのは、違法化しても犯罪を犯すことをいとわず使ってしまう依存症の方を治療すること、回復支援すること、薬物を欲しがる人を減らすことである。
- 薬物事犯の当事者の方たちが、社会全体に広がるスティグマを内面化させて、自分自身に対するスティグマを持っている。これが医療へのアクセスを悪くしたり、治療の中断を引き起こしている。規制を増やすことよりも、治療につながる人を増やすことこそが真なる保健政策ではないか。
- 使用罪という話が出たとき、全員が同じレールに乗るのはおかしい。適切にアセスメントして、その方が本当に治療が必要なのか、もしくは依存になっているのかということ。

<日本の司法の仕組み>

- 平成 28 年から刑の一部執行猶予制度が施行され、刑務所を早目に出た方たちが定期的に保護観察所に出頭しながらプログラムを受ける際に、唾液検査と薬物検査を行っているが、唾液検査では、覚醒剤だけではなく大麻も調べられる。新たな規制ができることによって、保護観察中の方たちが再度収監されるリスクが高まるという可能性も考慮に入れて議論を進めていく必要がある。
- 日本では薬物事犯は起訴されても、多くの事犯が全部執行猶予となり、治療、

社会復帰の観点が非常に弱いため、再乱用につながっていることから、どのように刑事手続から治療や社会復帰につなげていくかが課題である。

- 薬物事犯を司法のルールに載せるということが本当に正しいのか疑問であり、その人が薬物の使用に至った背景も考慮し、国などの行政機関が支えていく必要があるのではないか。
- 違法化されたら刑事手続にすぐに乗るわけだが、そこからどのように処遇や教育、社会復帰に向けていくのかということ、トータルとして考えた上で犯罪化、刑罰化するのか考えていかなければならない。
- 諸外国に比べて、日本で行われている刑の一部執行猶予には、医療などの福祉的観点というのが少ないという印象を受ける。
- 日本において、最大の問題は刑務所に代わる受け皿がないことである。
- 大麻の場合、起訴された者については、ほとんどの者が全部執行猶予で保護観察がついていないということで、犯罪化されているのに手続に乗せて、結局有罪となって刑罰が科せられるが、全部執行猶予になってそれで終わりというのは、非常に大きな問題である。
- 日本の場合には条件付き起訴猶予はない。私はこういったものを導入すべきだと思っているが、反対が多くて導入されていない。
- 全部執行猶予になっても単純執行猶予で治療には結びついていない。犯罪化されても刑罰だけ科して治療には結びついていないという、このことが再乱用、再犯につながる大きな背景になっているのではないか。
- 薬物事犯について刑事手続には乗るが、犯罪化されてもほとんどそのまま放置されている状況を何とかしないと意味がないのではないか。二次予防において、薬物事犯は刑事手続に乗るが、その人たちをどうするのか。三次予防の前の間で放置されていることに留意すべきである。

<海外の司法の仕組み>

- オンタリオ州では、若者が大麻を使用した場合、裁判所の指示によりオンラインで参加できるダイバージョンプログラムというものがある。
- カナダにおいて、未成年が大麻を使用した場合は、青少年刑事司法法に基づいて判決を言い渡すということになっていて、その法律に基づくと、罰金や社会奉仕命令、拘禁した上でのプログラムの受講命令など様々な処分を言い渡すことができる。
- ドラッグコートについて、運用が日本の法制度と違うところもあって、日本での法制化というところにはかなり障害がある。

<中毒者制度>

- 大麻中毒者は、麻薬及び向精神薬取締法に基づけば「麻薬中毒者」に該当す

- る一方で、精神保健福祉法では、精神障害者という定義があり、その中に、「薬物依存症者」というのがあり、薬物依存症者に対する対応が、特に大麻の場合には2つの制度が重複していることから、整合性を図る必要がある。
- 麻薬中毒者制度がほとんど稼働していないという状況の中で、これをカバーできる制度が精神保健福祉法にあるということで、後者に集約してしまってもいいのではないか。
 - 薬物依存症は、精神保健福祉法に明記されたれっきとした障害であり、医療における扱いはその文脈で行われるように、麻薬中毒者制度の抜本的な見直しをすべき。
 - 麻向法の届出対象の薬物の中に大麻も含まれている。もし多くの医師が制度を適切に運用した場合、届出件数がより多くなる可能性もある。
 - 実際には多くの医療関係者の中で通報しないと駄目だと共有されており、安易に通報されてしまう事態を招いていることから、きちんとした広報のようなものが必要である。

<守秘義務>

- 治療・相談支援の場での守秘義務の徹底をすべき。できれば政府としてそのことを国内の医療者に通達を出してほしい。犯罪である以上、通報か守秘義務優先かを医師は裁量できることになっている。
- 薬物の再使用は1つの大きな契機と捉えている。本人が薬物をもう一度やめたいと思うタイミングでもあるし、また治療から外れてしまうタイミングでもある。そのため、本人が薬物を使ったということを言えることは大切ではないかと思う。
- 医療サイドからしてみると、自分が患者さんの違法薬物の使用を知ったときに、警察に通報しないと自分が何らかの罪に問われてしまうのではないかと心配して、自分の身を守るために通報しているケースもあるのではないか。国が守秘義務についてガイドラインなど、リーディングしていただくことが必要ではないか。また、教育現場における守秘義務についても議論していく必要がある。

6. 医療用麻薬及び向精神薬

<医療用麻薬の実態>

- オピオイド系の鎮痛薬で何らかの精神医学的な問題を受けて治療を受けている方は、2800 例中 15 例くらいだろう。そのうち半数が麻薬及び向精神薬取締法で規制されていない医薬品なので、乱用を抑えられている。
- リタリンのときには精神科医療の場面でも非常に問題があった。その後、コンサータになって、乱用の実態は浮かび上がってこないことから、規制は奏功していると思う。
- 日本で睡眠薬や抗不安薬の使用量が、欧米に比べて多いということはおかねてから問題。日本の医療自体が薄利多売で、十分に話を聞けない中で、薬に頼らざるを得ないなど、問題の裾野は広く、薬の処方を制限すればそれで解決するという単純な問題ではないと思う。

<医療用麻薬の適正使用>

- 若年者の医療用麻薬に対する誤解もあることから、医療用麻薬の正しい理解と適正使用を推進していくべき。「麻薬」と「医療用麻薬」の区分について、正しい理解が進んでいないといったところが問題。
- 教育現場でお薬教育のようなものが行われている中で、医療用麻薬についても正しく伝えていくということが重要ではないか。

<流通管理>

- 元卸業者は全国各地に効率的に麻薬を運ぶことができるが、卸売業者は、元卸業者のように、県をまたいで隣の県から譲り受けることができないというのが現状であり、今後検討が必要である。

7. 情報提供、普及啓発

<正確な情報提供>

- 違法薬物について世界各国で誤った情報が流布しているため、本検討会では正確な事実を把握し、情報を検証した上で、一般に広めていくことが必要である。
- 医療用に使えるようにとの理由で大麻を付表Ⅳから外したことで、大麻の規制が緩和されたかのような、正確でない印象を一般に与える可能性は、我々も考えておかなければいけない。
- 若年層を中心に、大麻は安全であるとか海外は合法化に向かっているなどの誤った言説が流布していることが、近年の大麻の乱用に拍車をかけていることから、医学的及び科学的見地から危険性を明らかにし、社会に対し適切に伝えていくことが必要である。
- 大麻の有害性や悪影響についての発信が圧倒的に足りない。若者に蔓延している現状を何とかしたいのであれば、データに基づく説得力のある情報を発信していくべき。
- 大麻の情報提供には偏りがあり、国民は大麻イコール麻薬である。大麻には産業用大麻、医療用大麻、食品用の大麻、嗜好品として規制されている THC の大麻があり、すべて同じように国民の人が思っているのであれば、情報が正確に発信できてないのではないか。
- 大麻が1つと思われている理解を、本当に危ないものはこれなのだと言として伝えていくべき。
- 「害」、「有害性」、「毒」という言葉自体にネガティブな印象を受ける。「大麻の健康影響」など、どんな健康影響があるのかということのエビデンスベースで伝えていく形の啓発が有効ではないか。

<普及・啓発の考え方>

- 予防啓発のコンセプトを変える必要がある。乱用防止啓発という名の下に、当事者やご家族が嫌がるような啓発をするというのはおかしいのではないか。
- 「ダメ、ゼッタイ。」については、予防しなければ駄目だということで、始めていない人、特に若者に対して、例えば母親が「やっては駄目」と言うように、そういう人たちに向けてできた言葉である。依存に陥ってしまった人たちに対し呼びかけただけでは問題は解決できない。
- 教育の部分でも、これからの未来の子どもたちに処方薬でも依存になってしまうというのは必要だと思うが、過度にその教育をしていくと、それ自体が偏見を生むものになってしまう。
- 「ダメ。ゼッタイ。」という用語について、これは薬物乱用はだめ、絶対とい

うことであって、医療用麻薬の適正使用は推進すべきものである。条約上でもそうになっているし、実際にもそのように行われるべきことである。

- 麻薬と向精神薬について、乱用防止教育が行き過ぎてしまっており、必要な治療が提供できないと感じる。
- 予防啓発と治療や回復支援が別に動くことは好ましくない。依存症の当事者や当事者の周辺の方たちが傷つくような予防啓発は非常に慎重にしなければいけない。
- 『ダメ。ゼッタイ。』に関しては、依存症の当事者や薬物依存症者の御家族の方たちが強く不満を持っている。また、薬物依存症の治療や回復支援に携わっている専門職や支援者の方たちも不満に思っている。
- 『ダメ。ゼッタイ。』に表される一次予防は、日本においては、薬物乱用を始めていない人たちに対しての標語である。したがって、対象者というのは、不幸にして薬物の使用を始めてしまって、勇気を持ってやめようと闘っている人たちではないことに留意する必要がある。
- いろいろな国の人たちから『ダメ。ゼッタイ。』という一次予防に対する呼びかけは不可欠であるという意見をもらう。また、ヨーロッパのある国の、依存症の治療に携わる人たちから、社会復帰を果たした人たちは、Never ever、すなわち『ダメ。ゼッタイ。』という意見があることを伺った。
- 既に依存症になっている人とこれから手を出すかもわからない人たちとの間に分断をしないような、排除しないような啓発や広報のあり方を模索していただきたい。
- 治療や回復支援の現場で、本人の犯罪に当たる薬物使用を、医師の裁量によって通報しないことが可能だが、治療の中では安全であるということをメッセージとして出して欲しい。

<若年者への情報発信>

- 大麻に関するエビデンスの情報発信について、10代が受け取りやすい表現、デザインで伝えていくことは大事である。
- 自治体としても大麻の有害性、危険性、正しい知識の普及という形でTwitterやYouTubeで発信しているが、短い時間の中でいかに若者に見てもらえるか苦慮している。
- 若者に情報を受け取ってもらうために、コンパクトに伝えていくことも大事である。また、フォロワー数が多い方にリツイートしてもらうことも戦略として考えられる。
- 子供たちだけではなく、大麻使用経験のある青少年の特徴の中で家庭生活もあったと思うので、親へのリーチという視点も必要かと思う。

<ネットの影響>

- インターネットや SNS で興味本位で薬物を手にしやすくなるような情報が飛び交っていることが、生涯経験率が増加していることと関連しているのではないか。
- マリファナを使っている映像やアメリカやカナダで売られているような製品の紹介などが、誰でもいつでもどこでもアクセスできてしまう状況になっており、若者の薬物使用に影響は少なからずあるのではないか。
- これまででは、努力して取りにいかないと情報にアクセスできなかった子供たちが、誰でもスマホを持つ時代となり、簡単に悪いものだと思わないで薬物にアクセスできる状況になっている。それに負けない強い発信力が必要である。

8. その他

- 地方庁では、麻薬の診療施設への立入検査とか、薬物乱用防止の普及啓発、薬物関係の許認可、具体的には、麻薬の施用者や大麻研究者の免許の交付等を行っているが、実務を行っている中で、規制や免許申請の在り方などについて課題があると考えていることから、そうした観点で、都道府県の立場から意見等を述べさせていただきたい。
- 市販薬の乱用について、市販薬を売る薬局やドラッグストアでは販売個数の制限をしたり、使用目的を確認したりと、様々な策を講じているが、根本的な解決に至っていないことから、市販薬の問題についても議論の対象とすべき。
- アルコールが外で飲めないようにするという見本の1つには、マリファナを公共の場所で使うということが見本になるのではないか。
- CBD は精神作用がないが、現在サプリメントなど数多く出ているところ、大麻の写真などをこの製品につけていることが非常に気になる。大麻使用を助長するようにも思われる。
- 本検討会の報告書は厚生労働省のものであるが、どこまで刑事手続や司法における対応のことを書き込めるのかというのは、法務省との間で詰めなければならぬ。