

論説

大麻草の栽培の規制に関する法律の 成立と運用上の課題について

鷲 野 薫

- 第一 はじめに
- 第二 法改正の経過
- 第三 規制法の変遷
- 第四 大麻関連の国際的取扱基準
- 第五 まとめ

第一 はじめに

私は、少年院に勤務していた頃、大麻取締法違反の少年が徐々に増加し、覚醒剤等の他の薬物事犯者が減少したことに関心が向き、在院少年との初回面接の折、大麻使用に関する思い等を確認した。その際の返答では、「使用は罪にならない」とか「外国では取締まっていない」或いは「他人に迷惑をかけていない」などと主張する者も出始め、薬物教育の見直しの必要性を痛感したことを記憶している。また、「大麻は依存性がない」とか「いつでも止められる」といった根拠のない信念を持っている少年も散見され、大麻成分の効能も調べてみたいと考えた。

その後、令和5年第212回国会で、大麻取締法（昭和23年法律第124号）は全部改正され、「大麻草の栽培の規制に関する法律」となり、75年ぶりの

見直しが実施された。

改正の趣旨は、第1番目に大麻から抽出される薬効成分を医療目的から利用を認める。大麻には数百種類のカンナビノイドが含まれており、大別すると Cannabidiol（カンナビジオール：CBD）と Δ^9 -Tetrahydrocannabinol（ Δ^9 -テトラヒドロカンナビノール：THC）の2つに分けられる。薬理効果としては、CBDは深いリラックス作用が得られること、また鎮静化作用があり、神経に直接作用し、セロトニンやドーパミンといった神経伝達物質に対して反応するため、慢性的なストレスの緩和につながる効果があるとされている¹。他方第2番目として、THCは使用するとハイになり、中毒性・依存性があり、使用に関する何らかの規制が必要との見解である。THC成分は、大麻草の花、穂、葉、根から抽出される成分で、中毒性があり精神作用を引き起こすおそれがあることから²、麻薬に分類し規制するものとなった。

第二 法改正の経過

1 厚生労働省厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会大麻規制検討小委員会（以下「厚生科学審議会」という）の検討

法改正の前提課題として、①難治性てんかん薬として、Epidiolex（CBD主体の製剤）がアメリカを始め多くの国で承認されており、我が国のてんかん患者の多くから国内承認を希望する声が多くなっていること。②現在、てんかん患者に対する治験が実施されていること。③大麻の栽培者が、減少の一途をたどっており、栽培免許の見直しが必要であると認識されてきたこと。④最後に、若年層（30代未満）での大麻乱用が急増しており、THCに対する規制を実施する必要性が生じていることなどが課題として挙げられていた。

令和5年1月12日の厚生科学審議会の取りまとめでは、①医療ニーズへの対応、②薬物乱用への対応（施用罪）、③大麻の適切な利用の促進、④適切な栽培・管理の徹底が必要とされている。

厚生労働省の大麻等の薬物対策のあり方検討会は、第1回「薬物対策の現状と課題」（令和3年1月20日）、第2回「大麻を取り巻く環境と健康へ

の影響」(同年2月25日)、第3回「再乱用防止と依存症対策」(同年3月16日)、第4回「薬物の適正 使用大麻由来医薬品の医療への活用」(同年3月31日)、第5回「日本の麻文化を守るためにとりまとめた今後の検討課題」(同年4月23日)、第6回「素案」(同年4月23日)、第7回「とりまとめ(案)」(同年5月28日)、第8回「とりまとめ」(同年6月11日)という経過を経ている。

この中では、①大麻草の部位による規制から成分に着目した規制への見直し、②大麻から製造された医薬品の利用に関する見直し、③大麻の「使用」に対する罰則の導入、④再乱用防止と社会復帰支援の推進が検討された。具体的には、ア 大麻から製造された医薬品の使用に関する見直し＝近年の諸外国の動向やその医療上の有用性を踏まえて、大麻から製造された医薬品の製造や施用を可能とすべきである。イ 大麻の「使用」に対する罰則＝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。ウ 再乱用防止と社会復帰支援の推進＝刑事司法関係機関等の社会復帰に繋げる指導・支援の実施と医療機関の取組の継続及び地域社会における本人・家族等への支援体制の充実により再乱用防止を図る。ことなどが論議された。

2 国会審議について

厚生労働省内部での審議を踏まえ、閣法第7号「大麻取締法及び麻薬及び向精神薬取締法の一部を改正する法律案」が上呈され、令和5年11月14日第212回国会衆議院において可決された。同日参議院へ送付され、同年12月6日に可決し、75年ぶりの改正となった。法案では、附則第11で、「次に掲げる法律の規定中「大麻取締法」を「大麻草の栽培の規制に関する法律」に改める。」とし、附則第29条で、「この法律は、一部を除き、公布の日から起算して一年を超えない範囲内において政令で定める日から施行する。」とし、法律名の変更及び一年以内に施行することを明示している。

改正案の提出理由として、武見敬三厚生労働大臣は、令和5年11月8日の衆議院厚生労働委員会で、次のように説明している³。「第一に、大麻から製造された医薬品の施用等を禁止する規定を削除する^{略(以下同じ)}、大麻等を麻薬及び向精神薬取締法における麻薬として位置づける。第二に、大麻等の不正

な施用について、～麻薬として禁止規定及び罰則を適用する～、大麻草由来製品に微量に残留する有害成分の残留限度値を設ける～。第三に、大麻草の栽培に係る免許制度を見直し、都道府県知事の免許～厚生労働大臣の免許～。また～有害成分が基準値以下的大麻草から採取した種子等を利用して栽培しなければならないこと～所要の規制を設けることとします。」と説明している。これに先立つ同年 11 月 6 日の参議院厚生労働委員会では、武見大臣から「大麻等の不正な施用に対して禁止規定及び罰則が設けられていないことが大麻の濫用を助長しているとの調査結果もあり」とし、使用罪の設定を必要としている⁴。

要約すれば、部位規制から成分規制へ変更し、大麻草から製造された医薬品の製造・販売の容認及び栽培規制の見直しが実施された。

委員会の審議過程では参考人として、太田達也慶應義塾大学法学部教授、小林桜児神奈川県立精神医療センター副院長、中澤亮太 asabis 株式会社代表取締役、田所裕二日本てんかん協会理事・事務局長、田中紀子 ARTS 代表理事がそれぞれの立場から意見を提出している⁵。参考人意見は、①てんかん治療薬として患者側の要求があること。②薬物乱用防止教育に一定の効果があり、大麻等薬物の生涯使用率（経験率）が非常に低いこと。刑の重みは、犯罪とされる行為と社会や本人に対する影響及び責任に応じて決められていることから各種依存について、ひとしく治療・ケアの面から考えれば良いとすることは疑問がある。③大麻の生涯経験率が 40%を超えるような社会であれば、使用罪については反対したが、現状では司法の介入が有効である。④大麻使用は、自分以外は傷つけている人はいないとし、刑罰よりも治療を優先すべき等の意見が述べられている⁶。いずれにしても、使用罪新設に大きな反対はなかった。

今回の改正のトピックは、施用罪（以下「使用罪」という。）である。麻薬及び向精神薬取締法（昭和 28 年法律第 14 号以下「麻向法」という。）が定める「麻薬」に「大麻」及び「THC」を含めることで、不適切な施用に関して罰則が適用されることになった。改正法では、幻覚作用等がある「THC」を、麻薬取締法上の「麻薬」と位置づけて規制対象とした。使用罪では 7 年以下の懲役（今後は「拘禁刑」以下同じ）とし、単純所持罪もこれまでの 5

年以下の拘禁刑から，7 年以下に修正した。

3 改正の背景事情

厚生科学審議会の議論では，大麻事犯が平成 26 年以降毎年増加し，令和 2 年に，5,260 人の検挙人員で，検挙総数の 65%が 30 歳未満と若年層の大麻乱用問題が顕在化しているとした。更に，令和 2 年 12 月，United Nations Commission on Narcotic Drugs（国連麻薬委員会：CND）が，大麻から製造された医薬品に医療上の有用性を認め，「1961 年麻薬単一条約」上の大麻の規制スケジュールを変更すべき旨の勧告を行ったこと。加えて，諸外国の大麻政策が変容している実情を勘案し，今後の薬物対策のあり方を検討するとした⁷。

医療利用への見直しについては，重症てんかん症候群患者から「Epidiolex」が G7 諸国で承認されていること，治療行為のツールとして大麻由来薬品のニーズが高まっていることなどが主張された。医薬品として管理する上では他の麻薬等と同様に麻向法に基づく流通管理の仕組みを作ることなどが急務となった。

この背景には，大麻取締法上の大麻の定義が，第 1 条で「大麻とは，大麻草（カンナビス・サティバ・エル）及びその製品をいう。ただし，大麻草の成熟した茎及びその製品（樹脂を除く。）並びに大麻草の種子及びその製品を除く」としており，大麻全体を規制していることにある。今回の審議では，THC（幻覚等の精神作用がある）及び化学合成されたものを，麻薬として規制することが必要との考え方である。

第三 規制法の変遷

1 明治以降の国内法と国際関係

明治 6 年（1873）に北海道の屯田兵本部が栃木県産の大麻種子を使って 30 町歩栽培したとの記録がある⁸。これはイワシやニシンの漁網制作のためであった。

明治 19 年 (1886) に公布された「日本薬局方第 1 局」において、大麻は「印度大麻」と「印度大麻エキス (印度大麻越幾斯篤拉屈篤)」の 2 項目が記載されている。明治 23 年 (1891) 全篇改正版「第 2 改正日本薬局方」でも「印度大麻」と「印度大麻エキス」の 2 種である。当時の製薬学では、睡眠薬、鎮痛薬、喘息煙草として効果があるものとされている。明治 10 年 (1877) に「毒薬取締規則」(太政官布告 20 號) を制定し、巡回員に巡視させたが、これは売薬取締の管轄を文部省から内務省 (警察・衛生) へ変更したものである。

明治 15 年 (1882) には、税収確保のため「売薬印紙税規則」(太政官布告 51 號) を布達し、定価の 10% を税として徴収した (大正 15 年 (1926) に廃止)。大正 9 年 (1921) 12 月の「第 4 改正日本薬局方」(第 4 局) で、印度大麻は新たに「印度大麻草」と改められ、昭和 7 年 (1932) 10 月 1 日「第 5 版日本薬局方」(第 5 局) ⁹以降昭和 26 年 (1951) 第 6 局まで大麻は医薬品として記載され、鎮痛剤等として使用されている。

一方、国際情勢としては、大正 14 年 (1925) に、第一阿片会議協定および議定書 (第一阿片条約 (ジュネーブ条約)) が締結され、条約第 11 条により印度大麻草は、医療及び科学目的の使用のみ容認され、それ以外は規制の対象となった。また、大麻が精神等に害毒を起すことを理由に国際法上、流通や使用が制限されることとなった¹⁰。昭和 6 年 (1931) 頃の我が国における印度大麻の輸入量は、11,886 ^{きろぐらむ} 匁 であり、生阿片 22,180 匁に次いでのも量となっており¹¹、国際阿片会議では、日本のアヘン、コカイン等の流通量の多さが指摘されている。しかしながら、昭和 11 年 (1936) の第 21 回阿片諮問委員会経過報告 (外務省条約局第三課) 第十章印度大麻によると、「印度大麻ハ一定ノ國々ニ於テハ決シテ缺クヘカラサルモノニアラス故ニ分科會ハ印度大麻ノ使用ノ極端ナル制限ニ對シテ大ナル反對ハナカルヘシト思考セリ」とされ、再審議に持ち越すこととなった。この時期大麻の取扱について、各国の温度差が大きく、調整できなかったものと推察される。

2 国内法の整備

(1) 法制度の変遷

大麻に関する法規制について、端緒は昭和 5 年（1930）に制定された「麻薬取締規則」（昭和 5 年内務省令第 17 号）である。これは、麻薬等に関する条約や各種国際会議において、印度大麻の使用制限、輸出入や不正取引の制限に関する規制を求められたことによる国内法の整備を行ったものである。我が国の実情として、儀式等で「麻」を利用してきた歴史的な経緯があり（喫煙・吸引の風習はない。）、従来「麻」に関する薬効を調査研究することはなかった。敗戦後の麻薬等に関する法整備を進める必要があった段階においても、「大麻の完全禁止」という認識はなく、GHQ の干渉はあったものの、ある程度国情に合ったものとして立法させるために、数度の見直しを行い大麻取締法に至っている。

昭和 20 年（1945）に「ポツダム宣言ノ受諾ニ伴ヒ発スル命令ニ関スル件」（昭和 20 年勅令第 542 号）の発出及び「日本に於ける麻薬の生産並びに記録の統制に関する件」（覚書）により、大麻草の栽培が全面禁止となった¹²。更に、GHQ の指導の下、厚生省は「麻薬原料植物ノ栽培、麻薬ノ製造、輸入及輸出等禁止ニ関スル件」（厚生省令第 46 号）を発出し、大麻についても『麻薬』としての規制を行うこととなった。

その後、麻薬取締規則（昭和 21 年厚生省令第 25 号）によって、厚生大臣の免許を得た者以外は大麻草を含む麻薬の製造・輸入・輸出が原則として禁止された。この後、旧麻栽培農家等の要請により、大麻取締規則（昭和 22 年厚生・農林省令第 1 号）を発出し、大麻草の栽培再開を行った（繊維及び種子の採取又は研究目的の場合に限り大麻草の栽培を認める）。そのため麻薬から独立して大麻の規制を行う必要から、翌年「麻薬取締法」（昭和 23 年法律第 123 号）と「大麻取締法」（昭和 23 年法律第 124 号）を制定し、不法所持等が罰則対象となった。

当時も、国会では大麻の毒性等について議論され、政府は大麻が麻薬と同様の害毒を持つことについては肯定的に認めた発言をしている¹³。また、厚生省も大麻から麻薬成分抽出されるおそれがあるとし、必要な措置を講ずるとしている¹⁴。更に厚生省は、大麻の取締りについて、GHQ から取締りについて種々の指示を受けた結果、規制せざるを得なくなったと説明している¹⁵。

その後、昭和 25 年（1950）に一部改正（法律第 18 号）があった後、令和

4 年（2022）まで 17 回の改正が行われている。昭和 25 年の改正により、麻薬等の取締りは警察の専権事項から、厚生省に「麻薬取締官」が置かれ、都道府県の「麻薬取締員」と並立することとなった。

（2）取締の方法

昭和 20 年（1945）10 月の「ポツダム勅令」により、麻薬類取締の専属要員として昭和 21 年（1946）「麻薬統制官」を設置（都道府県の薬事行政職員のうち、麻薬取締に従事する職員）した。これが取締官職の嚆矢である。

麻薬統制官は、司法警察権を持たず、業者を指導・監督するというものであった。翌年、「司法警察官吏及び司法警察官吏の職務を行うべき者の指定等に関する勅令」（大正 12 年勅令第 528 号）の一部を改正する法律（法律第 112 号）第 7 条により、「麻薬統制主事」が指定され、司法警察員と同一の権限を有し捜査権が付与（但し、取締範囲が「麻薬に関する罪」とされており、大麻は適用外）された。国会審議では、取締担当者の専門性と捜査権の付与について議論され、麻薬について知識経験とそれに裏打ちされた捜査技量の必要性を強調している¹⁶。

昭和 23 年（1948）の麻薬取締法（法律第 123 号）、昭和 23 年（1948）同法の一部を改正する法律（法律第 238 号）及び刑事訴訟法の一部改正（法律第 260 号）に伴い¹⁷、麻薬統制主事は「麻薬取締員」と改称し、捜査上の武器の携帯や捜査範囲が拡大された。

昭和 25 年（1950）3 月に麻薬取締法及び大麻取締法の一部改正（法律第 18 号）では、麻薬取締員の廃止と「麻薬取締官」の設置が行われ、身分は国家公務員となった。これは、麻薬取締りを一元的に行うための措置であると説明している¹⁸。翌昭和 26 年（1951）に、厚生省設置法の改正があり、地区麻薬取締官事務所が開設された。昭和 28 年（1953）には、現麻薬取締法が施行され、麻薬取締業務の一部を国から都道府県に移し、麻薬取締官とは別に都道府県へ地方公務員たる「麻薬取締員」が置かれた。ここでは、取締事務の一部を地方委譲し、担当官職を 146 人減じ、地方官吏とした旨（地方への権限移譲）説明している¹⁹。以後、厚生労働省の麻薬取締官と地方公務員の麻薬取締員の体制が現在まで続いている。

この後も、大麻取締の廃止を求める声があり、政府は、農林省関係（大麻

栽培を拡大したい」と厚生省関係（「大麻に耽溺性の有毒成分が含まれている＝規制物質」）の均衡も考慮した答弁をしている²⁰。すなわち、農産品として麻の栽培等を継続したい農林省と麻薬関連違法薬物の取締りを実施する必要があると考える厚生省等との妥協として大麻取締法が整備されたことを認識するとともに、これが原因となり、大麻取締法における規制対象の曖昧さを惹起したものと言える。

3 大麻の定義

(1) 規制対象

大麻取締規則（昭和 22 年厚生・農林省令第 1 号）第 1 条に「大麻とは、大麻草（印度大麻を含む）及びその種子並びにそれらの製品をいう。但し、大麻草の成熟した茎及びその製品（樹脂を除く。）並びに発芽不能の種子及びその製品を除く。」とし、大麻取締法（昭和 23 年法律第 124 号）では、「大麻草大麻（大麻草及びその種子並びにそれらの製品）」としている。

我が国では、古より「麻」を衣食の必需品としており、繊維、食物、陶酔薬等として利用してきた。また、神社の儀式等として用いてきた。近代以降、「麻」を「大麻」と一括りにしてきたが、種類としては大麻、苧麻^{ちよま}、亜麻、洋麻^{ケナフ}、マニラ麻、及び黄麻^{ジュート}などがあり、それらを総称として「麻」を使ってきたことから、「麻」＝「大麻」の認識となっている。

大麻の種類は植物学名上の分類では、茎の形態の違いによって、*Cannabis sativa* L, *Cannabis sativa indica*, *Cannabis sativa ruderalis* に大別されている。各 *Cannabis* は、全て 1 族 1 種である。これら的大麻からは 400 種以上の化合物が抽出されており、成分中に幻覚作用を有する成分も含まれ、その成分は、 Δ^9 -tetrahydrocannabinol（ Δ^9 -テトラヒドロカンナビノール：THC）である。酩酊作用のない Cannabidiol（カンナビジオール：CBD）とは異なるものである。

(2) THC の薬理効果

THC の身体作用としては、眼球結膜充血、食欲亢進、口腔乾燥及び頻脈等とされ、精神作用としては、酩酊、空間認知機能障害があるとされる。THC の摂取により、気分変容、知覚変容及び思考変容等が惹起され、安定感・多

快感を感じ、意欲の亢進もある。一方、中毒症状としては、不安障害、妄想様観念やパニック状態となる場合があるとされている。使用中断後のフラッシュバックや慢性期の依存状態から、攻撃性亢進、睡眠障害や幻覚・妄想が発生する場合もあるとされる²¹。また、THC の脳細胞への影響については、山本経之ほかの研究があり、それによると、海馬・扁桃体・線条体及び前頭前皮質に THC の神経毒性が確認されている²²。大麻の長期使用により、記憶領域、動作機能及び感情処理機能に深刻な影響を及ぼす可能性が論証されたものと考えられる。

法律が制定された戦後直後は、大麻の中枢神経作用がどのような成分により引き起こされるのかについて明らかになっていなかったが、危険成分等が発見・確認された後も特に法改正することなく、部位規制を継続しており、国際的には異例な法制を残して来た。

昨今米国等から CBD 製品が輸入され始めたが、大麻取締法では THC という成分自体を規制しておらず、麻薬及び向精神薬取締法で対応することになる。しかし、同法は合成 THC が規制対象とされているが、天然の THC を規制してはいない²³。我が国の場合、THC の規制基準（含有量等）の定めはなく、THC＝大麻との理解である²⁴。

第四 大麻関連の国際的取扱基準

1 各種条約

1925 年 2 月 19 日に、International Convention relating to Dangerous Drugs（「危険薬品に関する国際条約」ジュネーヴ条約

（Geneva Convention）という。）が発効し、それまで阿片条約では対象でなかった「インド大麻」が、条約第 11 条に規定され、初めて国際的規制対象物質となった。この後、1950 年代までは、国際会議や条約・協定は主に阿片及び阿片以外の合成ドラッグに関するものであり、大麻に関する取り決めはない。

その後、薬学等の進化と法規制に解離が生じ、1961 年に Single

Convention on Narcotic Drugs 1961（「麻薬単一条約」）²⁵が締結されることになる。この麻薬単一条約第1条で「Cannabis 及び Cannabis Plant」が対象とされ、前者は、名称に拘わらず、大麻植物の花又は果実のついた枝端で樹脂が抽出されていないもの（枝端から離れた種子及び葉を除く。）とされ、後者は、カンナビス属の植物を指すとされている。なお、条約第28条2は、繊維にするものや種子の利用を適用範囲外としている。本条約は、国際ドラッグ規制に関する基本法であり、その後、Convention on Psychotropic Substances（「向精神薬に関する条約」以下「向精神薬条約」という。）が1971年に発効した。これと1988年の United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances（「麻薬及び向精神薬の不正取引の防止に関する条約」以下「麻薬新条約」という。）の3条約により国際的な運用が行われている。

麻薬単一条約附表I（標準的麻薬）には、コカイン、大麻、ヘロイン、メサドン、モルヒネ、阿片、ペチジン等依存性の高い植物性あるいは合成ドラッグが記載されている。更に、附表V（厳重規制麻薬）にもヘロインとともに大麻が載っている。1972年の The Protocol amending the Single Convention on Narcotic Drugs 1972（「麻薬単一条約改正議定書」）では、麻薬乱用を原因として条約に規定されている犯罪を行った場合、治療や更生支援など刑罰に替わる代替措置を要請している²⁶。向精神薬条約²⁷では、天然もしくは合成の向精神薬が規制され、カチノン（cathinone）、カンナビスの主要成分のひとつである THC、LSD、MDMA が附表I（乱用の危険性大、医療的な有用性なし）に分類されている。

このような状況の中、2020年12月2日、国連の麻薬政策決定機関である Commission on Narcotic Drugs（国連麻薬委員会：CND）は、大麻と大麻樹脂をその医学的価値を認める国際リストに再分類した。これは、WHOの第41回 Expert Committee on Drug Dependence（薬物依存専門家委員会：ECDD）の勧告²⁸に従ったものである（但し、本勧告の承認は、賛成27票、棄権1票、反対25票（反対票を投じたのは、日本、中国、ロシア及びアフガニスタン等のイスラム圏が多い。）と僅差）。

同勧告は、大麻と大麻樹脂について、公衆衛生に非常に有害であると考えられているヘロイン、フェンタニル類似体及びその他のオピオイドと並立している現在の分類から変更する必要があるとしたものである。2018年にWHOのECDDが大麻及び大麻関連物質の調査を実施し、大麻由来の医薬品は、乱用や依存を起こす可能性がなく、治療抵抗性てんかんの患者には高い薬効を示したことに起因している。但し、高レベルのTHC含む大麻製剤をより厳重に管理することも併せて指摘している²⁹。THCを向精神薬条約から麻薬単一条約に移行する勧告は、賛成23票、棄権2票、反対28票で、機関の承認を得ることができなかった。従い、THCに関する規制は従前のままである。以上の経緯を一覧にすると下表のとおりである。

麻薬単一条約にスケジュール管理 上段 2021年まで		
スケジュールⅣ	特に危険な第Ⅰ表中の麻薬 医療価値がない	大麻草、大麻樹脂、ヘロイン等
スケジュールⅠ	依存性が強い麻薬	大麻エキス、大麻チキン、アヘン、モルヒネ、コカイン等
スケジュールⅡ	依存性が弱い麻薬	コデイン、ジヒドロコデイン等
スケジュールⅢ	除外製剤	1回の使用料100mg以下のコデイン製剤等
脚注：主にCBDを含むΔ9-THC 0.2%以下の製剤は、国際規制物質の対象外		

向精神薬条約のスケジュール管理 上段 2021年まで		
スケジュールⅣ	医療価値がなく、乱用が深刻	プロランフェタミン、カチノン、エチンクリジン、テトラヒドロカナンビノール(THC)等
スケジュールⅡ	乱用の危険性があり、医療価値が極小から中	アンフェタミン、デキサンフェタミン、メタンフェタミン、メチルフェニデート
スケジュールⅢ	乱用の危険性があり、医療価値は中から極大	バルビタール、フェノバルビタール(バルビツール系、オピオイド系、ベンゾジアゼピン系)
スケジュールⅣ	乱用の危険性は小さく、医療価値は極小から極大	ジアゼパム、ロラゼパム、ペモリン等(バルビツール系、非バルビツール系、ベンゾジアゼピン系)

この変更の中、The International Narcotics Control Board（国際麻薬統制委員会：INCB）³⁰は、依然として、いかなる量のTHCを含むCBDの調製物は、条約のスケジュールにより管理されるとし、THCとその異性体及びその化学変異体は、スケジュールⅠの規制対象としている。

また、INCBは、「加盟国は、大麻植物の葉の誤用や不正取引を防止するために必要な措置を講じる必要がある。」としている³¹。更に、INCBは2021年年次報告書の中で、規制薬物の合法化、非犯罪化、及び非処罰化の概念を集合的に理解する必要性を強調している。これは、薬物常用者への治療、離脱プログラムの実施等の適切な対応が、刑事司法への指針となるべきであることを強調し、各国薬物政策における国民的なコンセンサス形成の必要性を述べている³²。

	ヘンプ	マリファナ
管轄	米国農務省	麻薬取締局 (DEA)
法律	2018年ヘンプ農業法	規制物質法 (CSA)
植物体/品種	THC0.3%以下	THC0.3%超
抽出物	THC0.3%以下 (ヘンプ抽出物)	THC0.3%超 (マリファナ抽出物)
播種用種子	THC0.3%以下	THC0.3%超 (DEA輸出入規制有)

2020年DEA規制によるマリファナ区分等

2 大麻合法化を実施した各国の例

(1) ウルグアイ

2013年12月に嗜好用大麻を合法化する法案を可決し、世界初となる大麻合法国家となった。法名「REGULACION Y CONTROL DEL CANNABIS」(Ley N° 19172)であり、全ての成人用大麻ビジネスを合法化し、個人が非医療用大麻を入手する方法等を規定している³³。2014年8月には、国内で大麻草を栽培することも合法化した。同時に国家機関マリファナ局と大麻規制機関 (Instituto de Regulación y Control del Cannabis) の創設を行い大麻の管理統制を図った。また、2015年 Regulating Decree No. 46 of 2015 (規制令第46号)で、医療用大麻の生産、輸入及び輸出に関する手続等を定め、国家管理の強化を行った。具体的には、あらゆる形態の広告を禁止し、18歳以上の国民と永住者は、①家庭栽培、②大麻社交クラブ、③薬局の3つの方法により合法的に大麻を入手できる。なお、自己栽培は6本の大麻草まで、購入は1週間に10g以下の制限がある。

ウルグアイのこの措置については、国際法に対する国家の行動が国益の動向に大きく影響されることを示した。条約の遵守・執行では薬物事犯の抑制やマフィアの壊滅には非力であることを主張したものと言える。この結論は、必ずしも国民のコンセンサスを十分に得たものではないとの指摘もある³⁴。しかしながら、ウルグアイが嗜好用大麻を合法化した主たる動機は、違法薬物取引とそれに伴う暴力及び公衆衛生に関連する種々の弊害を排除することと、国家財政の安定的な確保である。

INCB は、2021 年 1 月 14 日、Ley N° 19172 に対する懸念を表明し、麻薬単一条約の第 4 条 (c) の修正版が締約国に対し、必要な立法上及び行政上の措置を講じることを要求していることを説明し、麻薬の使用を医学的及び科学的目的のみに制限することを要請している。同時に同条約第 3 条

(1) (a) が、「生産、製造、抽出、準備、提供、販売の申し出、流通、販売、無条件の引渡、仲介」などの行為を犯罪とすべきであるとしていることを強調している³⁵。

購入登録を行なったウルグアイ人は、約 4,900 人から 1 万 3,000 人に急増したと報告されているが、未だ大麻産業の制約もある。例えば、米国の銀行に規制薬物の販売、流通に携わる企業との取引を禁じる（米国愛国者法 (USA PATRIOT Act)）も、ウルグアイの小売業者にとって大きな壁になっている³⁶。

嗜好用大麻解禁後のウルグアイの状況は、Marco A. Jorge によるとマリファナ消費量の増加、違法市場での競争の激化により殺人率の間に強い相関関係があることを発見したとしている³⁷。あくまでも短期間での調査であり、今後の変化を予測するものではない。

(2) カナダ

カナダでは、1997 年以降の世論調査で、「マリファナの喫煙は刑事犯罪ではない」との意見に多くの国民が同意しており³⁸、約 70%の国民が大麻合法化に賛成している³⁹。2016 年 11 月に「The Final Report of the Task Force on Cannabis Legalization and Regulation」が公刊され、この中では、「国際的に（コロラド州、ワシントン州、ウルグアイなど）、非医療目的で大麻を合法化した法域から学ぶことを検討し、カナダ政府がタバコとアルコール、および医療目的の大麻を規制した方法から教訓を得たこと、大麻の使用に関連する害を最小限に抑えることにより、カナダ人の健康を維持および改善するための対策を提案する」として、①全国の最低購入年齢を 18 歳に設定、②あらゆる手段によって、大麻及び関連商品の広告と販売促進に包括的な制限を適用、③大人がアクセスできるエリアでの限定的な宣伝を許可、④大麻製品には、パッケージに関する次の情報を許可する（許可のないものは、無地のパッケージ）。⑤大麻入りのアルコール飲料やタバコ、

ニコチン、カフェインを含む大麻混合製品の禁止等を求め、非医療用大麻の使用を認めるよう提言した⁴⁰。

カナダ政府は、本提言を受け、2018年6月21日 Cannabis Act (S.C.2018,c.16) (大麻法) が成立した。同年6月27日には、Cannabis Act (Police Enforcement) Regulations (SOR/2018-151) (大麻法警察執行規則) を発効させた。大麻法では、カナダ全土での大麻の生産、流通、販売、所持を管理するための厳格な法的枠組を規定し、①乾燥または非乾燥の形で同等の合法大麻を最大 30 グラム所有、②州の認可を受けた小売業者からの購入、③所持制限は、乾燥大麻を基準（乾燥大麻 1g は、生大麻 5g, 食用品 15g, リキッド 70g, 濃縮物 0.25g 等）、④18 歳未満の人に大麻を販売または提供することは禁止等が内容となっている。大麻の娯楽目的での使用を連邦政府が合法化したのである。

特筆すべきは、Youth Criminal Justice Act (S.C.2002,c.1) (青少年刑事司法法) の規定である。再社会化や刑罰代替措置を優先することを指示しており、これを受け大麻法は、目的 7 において、(a) 大麻へのアクセスを制限することにより、若者の健康を保護する。(b) 若者やその他の人々を大麻使用の誘因から保護する。(c) 大麻に関連する違法行為を減らすために、大麻の合法的な生産を規定する。(d) 適切な制裁と執行措置を通じて、大麻に関連する違法行為を抑止する。(e) 大麻に関する刑事司法制度の負担を軽減する。(f) 品質管理された大麻の供給へのアクセスを提供する。(g) 大麻の使用に関連する健康リスクに対する一般の意識を高める。ことを要求している。大麻法に違反した青少年については、青少年刑事司法法によって処理されることを規定している。

カナダの薬物規制は、1908 年の The Opium Act (阿片法)、1911 年、The Opium and Drug Act (阿片及び麻薬法＝コカイン、阿片、モルヒネ、またはユーカインが医療目的以外に使用されることを禁止)、1920 年の The Opium and Narcotic Drug (阿片と麻薬法)、1961 年に The Narcotic Control Act (麻薬取締法) と引き継がれている。1976 年頃から大麻使用者が急増し、大麻の禁止と若者に対する警察の過度の取締行為に反対する意見が出されるようになった⁴¹。その後も中産階級への大麻使用が広

がり続け、大麻に関する抜本的な見直しが求められた。

Royal Commission on the Non-medical Use of Drugs（ル・デイン委員会）により、大麻の単純所持と個人使用のための栽培の合法化が提言された⁴²。提言では、「大麻の現在の使用レベルによる身体的・精神的影響は、アルコールの過度の使用に比し、はるかに深刻ではない」とした。但し、若年層への影響について、「思春期の若者による大麻の定期的な使用は、成熟過程に有害な影響を及ぼす。」という見解に委員会は同意するとしている。その上で、「大麻が他剤使用の誘因とはならない」等の理由から合法化の妥当性を導いている。

National Cannabis Survey2018 年第 4 四半期報告によると、カナダ人の大麻使用頻度は、1 回以上の使用者が 45%であり、嗜好使用に関しては、大麻使用者の 50%に及ぶと報告している。また、15 歳以上の人口の約 16%（460 万人）が大麻を使用しているとしている⁴³。

Cannabis Act 施行の効果として、大麻販売の規制を強化し、ブラックマーケットの抑制、未成年者への教育等を上げている。また、ブラックマーケットでは、フェンタニル等の中毒性の高い薬剤が混入し、麻薬中毒症状を引き起こす場合もあったが、販売規制により粗悪品の防止に貢献しているとされる。結果的に警察・司法事務の軽減が図られたとしている。

（3）アメリカ合衆国

アメリカは、連邦政府の権限は外交・安全保障、通貨発行及び徴税などの権限に限定されており、国民の健康、福祉等の措置を制定する直接的な権限は各州の権限とされてきた。アメリカ合衆国憲法修正第 10 条（The powers not delegated to the United States by the Constitution, nor prohibited by it to the States, are reserved to the States respectively, or to the people.）により、薬物規制は各州の刑法等に委ねるものとされていた。

1906 年 Federal Food, Drug, and Cosmetic Act（食品医薬品法：FDCA）が成立し、粗悪な医薬品の製造、流通を禁止した。1914 年には、Harrison Tax Act（ハリソン税法）が、1937 年に Marihuana Tax Act（マリファナ税法）が成立している。また、1951 年 Boggs Act により重罰

化（マリファナの所持に関する初犯の有罪判決は、最低2年から10年の懲役と最高20,000ドルの罰金）が実施された。

麻薬単一条約，向精神薬条約により，国内法の整備が求められ，1976年10月 Toxic Substances Control Act（有害物質規制法：TSCA）が制定された。その後，2016年6月に Frank R. Lautenberg Chemical Safety for the 21st Century Act（H.R.2576）（化学物質安全法，以下 LCSEA という。）へ改正された。TSCA では，薬物の分類をスケジュール I からスケジュール V まで区分し，スケジュール I はあらゆる状況においても使用を禁止している。マリファナ，LSD，ヘロイン等が指定されている。

その後，Drug Enforcement Administration（麻薬取締局：DEA）及び United States Department of Health and Human Services（保健福祉省：HHS）が薬物規制の監督庁となっている。1984年には，Comprehensive Crime Control Act（包括的犯罪取締法）が制定され，マリファナの栽培，所持，または譲渡に対する連邦政府の罰則の強化が行われた（Title V: Drug Enforcement Amendments）。また，1986年には，Drug Abuse Prevention Act of 1986（薬物乱用防止法）を成立させ，国内の規制法を改善し，取締の強化を図っている。1990年の Crime Control Act 1990（犯罪管理法）により，国際的マネーロンダリング（Title I International Money Laundering）対策，法執行機関への補助金制度の導入（Title IV Law Enforcement Agencies）等がなされ，引き続き罰則強化が行われていた。

このように米国では，大麻は連邦の規制物質法に該当し，最も規制が厳しい区分（第 I 類）に分類され医薬品か嗜好品かを問わず違法薬物（承認された研究目的を除く。）となっている。TSCA 成立過程において，マリファナの個人的な使用は非犯罪化されるべきであるとの見解が，1977年のシェーファー委員会の答申で提言されている⁴⁴。引き続き規制緩和を求める声が強くなり，TSCA 附表 I から附表 II への変更が論議されるようになった。また，1980年代には，エイズ治療薬としてマリファナの利用が研究されるなどの時期があり，医療用マリファナの使用に関する許容度が高まった⁴⁵。

州レベルでは，罰則の軽減化や罰金の賦課（非犯罪化）を実施するところ

が現れ⁴⁶、また、医療用マリファナについては、順次合法化が住民投票によって可決している。

FDA は、1985 年及び 2016 年合成 THC 製品の数種類を承認した⁴⁷。カリフォルニア州が 1996 年に患者ケアのためのマリファナの医療使用を最初に合法化して以来、治療の一形態としてのマリファナの利用が大幅に増加した。2023 年現在では、ワシントン DC、プエルトリコ及びグアムの特別管轄区域と 38 州で、医療用マリファナの使用を認める法律が制定されている。連邦法と各州のマリファナ関連法がダブルスタンダードとなっている。

嗜好用マリファナについては、2012 年にコロラド州とワシントン州において、住民投票の結果、娯楽目的での大麻の使用と販売を合法化した。これらの動向から連邦議会下院は、2022 年 4 月 1 日 **The Marijuana Opportunity Reinvestment and Expungement Act**（マリファナ非犯罪化法案）を可決した。これは、TSCA のリストからマリファナを削除し、以前のマリファナ関連の有罪判決を抹消するものである。現在、全米で 23 の州等が娯楽目的でのマリファナ使用を容認している。

マリファナ解禁後の州の犯罪率や交通事故率の増減に関する研究では、いずれもマリファナ合法化後、急増も急減もしていないと報告している⁴⁸。

(4) EU 諸国

EU 諸国では、娯楽目的の大麻販売の合法化を支持する政府はなく、すべての国で違法な供給には自由刑等罰則が科せられている。しかし、ここ数年各国でいくつかの嗜好用大麻の解禁関連法案が議会に提案された状況もあるが、概ね否決されている。

オランダでは、**Coffeeshop** で大麻の販売と使用が可能となっている。これは 1970 年代に出現し始め、自治体によって許可されているものである。但し、自治体の約 70%程度では **Coffeeshop** の営業を許可していない。場所としては多くがアムステルダムに集中しているが、2000 年以降その数は減少（1997 年と 2019 年を比較し△49%）している。オランダの法律では、販売と個人所有は自由刑に処せられるが、**Coffeeshop** は、検察官の指令で公表された厳格な基準に従う限り容認（合法化ではなく非犯罪化）されている。しかし、在庫の生産は容認されておらず、闇栽培が横行し法的異常を生

み出している。

EU 諸国内での娯楽用大麻の合法性については、諸国間でかなりの相違があるが、以下の国々（EU 非加盟国を含む）では、娯楽（個人）使用の大麻に関する刑罰について、非犯罪化あるいは処罰の緩和を実施している。具体的には、オーストリア、ベルギー、キプロス、チェコ共和国、クロアチア、エストニア、フランス、ドイツ、アイルランド、イタリア、ルクセンブルク、マルタ、モルドバ、オランダ、ポルトガル、スロベニア、スペイン、スイス、英国である⁴⁹。

（5）タイの大麻政策

タイは2019年に医療目的での大麻の使用を許可した東南アジア初の国である。大麻の規制緩和は、**The Narcotics Act**（麻薬法1972年）の改正により、2019年2月から医療目的での大麻の限定的な使用が認められた。改正前的大麻はカテゴリー5にランクされ麻薬（禁止物質）に分類されていた。大麻及び麻関連製品の主な規制機関は、**Thai Food and Drug Administration**（タイ食品医薬品局：Thai FDA）であり、**The Ministry of Public Health**（保健省：MoPH）の監督下で運営されている。FDAは、規制監督下にある製品（医薬品、医療機器、化粧品、危険物質及び食品）のライセンスの付与と管理、及び市販後の監督を実施している。2019年の改正により、大麻、大麻抽出物、またはその他のカンナビノイドを配合した現代の医薬品は、**The Thai Drug Act**（2019 医薬品法）に基づくタイFDAによる規制審査とライセンス取得が必要となり、前提条件の1つとして、大麻がタイで栽培されている必要があるとされている。

全国に約8,000軒の薬局と多く的大麻栽培農業企業が出現し、大麻の芽やオイル抽出物から、大麻成分入りのキャンディーや焼き菓子まで、あらゆるものを製造販売している。こういった実情の中、政府は2024年の非犯罪化から2年を経て、大麻を麻薬として再指定する計画を打ち出した。麻薬統制委員会事務局が決定を下せば、2025年1月1日に再規制が発効する⁵⁰

（2025年2月現在、同法は発効しておらず、新たな管理法を導入し、厳格な法のもとで規制する方針とされた）。2022年に医療目的での大麻の非犯罪化を実現したが、実際には自由化により市場は事実上規制されておらず、

国民の再規制を求める声や大麻の乱用及び犯罪増加への懸念が高まっており、再規制への方針転換を図った⁵¹。合法化された日には、大麻関連の罪で拘留されていた3,000人以上の受刑者が釈放された。また、1年以内に、タイの大麻産業の売上は280億タイバーツ（7億2,800万ユーロ）に達し、2030年までには3,360億タイバーツ（87億ユーロ）に達すると予測されたことから、抑制方向へ向かったものと思われる。

3 世界保健機構（World Health Organization WHO）の態度

薬物等の国際的な管理統制は、Economic and Social Council（国際連合経済社会理事会：ECOSOC）が担っている。その監督下にある International Narcotics Control Board（国際麻薬統制委員会：INCB）が、第一義的に薬物等の監視及び物質規制に関する通告及び勧告等を実施している。INCBは麻薬単一条約により設置された機関で、同じくECOSOCの機能委員会の一つであるCNDとともに麻薬等の国際統制に関する意思決定機関である。また、INCBの事務局に付設される United Nations Office on Drugs and Crime（国連薬物犯罪事務所：UNODC）は、人間の安全保障を確保する観点から、不正薬物、犯罪、国際テロリズムの問題に包括的に対処することを目的している。1997年に The United Nations Drug Control Programme（国連薬物統制計画：1990年国連総会決議設立）及び The Crime Prevention and Criminal Justice Programme（犯罪防止刑事司法計画：1991年総会決議設立）を統合し、United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention（国連薬物統制犯罪防止事務所：UNODCCP）が設立された（2002年に改称してUNODC）。

WHOは、CNDに対して、麻薬及び向精神薬統制に関する通告及び勧告を行い、CND及びECOSOCは、WHOの勧告等を重視するシステムとなっている。WHOは、Program on Substance Abuse（薬物乱用対策計画：PSA）が主に依存性薬物の統制を担当し、Expert Committee on Drugs Dependence（専門家委員会：ECDD）が評価を行っている。また、UNODC・WHO Joint program on Drug Dependence Treatment and Care（薬物依存症の治療とケアに関するUNODC・WHO合同プログラム）

が、流通抑制や治療の拡大等の施策を担っている。2020年には、The International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders を示し、治療に関する国際基準を策定している⁵²。

大麻及び大麻関連物質に関する ECDD の見直しは、2009年にCND決議52/5を通じて加盟国から要請されたものである。その後、ECDDは2012年に第35回、第37回、及び第38回と大麻に関するレビューを行い、第42回まで継続され、WHO加盟国年次質問票を通じて加盟国から回報された。第41回ECDDの勧告に対する投票は、CND会議で数回の質疑応答を行ったが、さらなる対話が必要とされ、延期された。第42回（2020年3月18日）ECDD会議において採決された（ECDDからのすべての勧告を承認）。これにより、11種類の新向精神物質（NPS）と1種類の医薬品を含む12種類の向精神物質が事実上、国際管理下に置かれることになった⁵³。

決定は、「CBDは、条件付け、嗜好性または脳内自己刺激にほとんど影響を与えない。動物用薬物におけるCBD弁別モデルでは、THC代用とならなかった。ヒトにおいてCBDは、乱用あるいは依存可能性を示唆する作用を示さない。CBDは、てんかんの効果的な治療として実証されている。現在のところ、CBDの嗜好使用のエビデンスや純CBDの使用に関連した公衆衛生上の問題はない。」と結論付けた。2020年12月、CNDは制定から59年を経たスケジュールを変更し、大麻を付表IVから除外することを決定した⁵⁴。

重要なことは、このCNDの決定は、付表スケジュールの変更で、規制緩和ではないことを理解すべきである。麻薬単一条約のスケジュールIは、乱用のおそれがあり、悪影響を及ぼす麻薬が該当し、最も厳格な規制が設けられている。II、IIIは段階的に規制が緩和され、IVでは、特に危険で医療用途もない麻薬が該当し、麻薬単一条約では、医療用としても使用を制限しているものである。今回の変更は、大麻をIVからIへ移動したものに過ぎない。医療用に利用する場合も、栽培管理の徹底や譲渡等の規制が必要とされている。2020年のCNDの採決も賛成27、反対25、棄権1という差であり、大麻に関する国際的なトレンドは、大麻の自由化一辺倒ではないことを理解

すべきである。

今回の改正により、我が国も CND の決定を受け入れる方向で進むものと思われる。法改正前から、一部の学者や学会からは、CND の決定により、大麻取締法第 4 条 2 項及び 3 項は、根拠を失ったとする主張がある⁵⁵。しかしながら、大麻は依然とスケジュール I であり、規制対象薬物である。医薬利用の解禁と、その他の法的規制を行うこと（嗜好目的使用を容認しないこと）等は別次元の話である。アメリカでは、2022 年 12 月 2 日に Medical Marijuana and Cannabidiol Research Expansion Act（医療大麻およびカンナビジオール研究拡大法）が制定され、DEA に対して、研究目的の継続性や販売業者を登録の確認を義務付けるとともに、HHS に青少年の脳や自動車の運転能力への影響について報告するよう求めている。我が国の場合も法律による研究開発及び各種影響結果の報告等の制度設計をすべきであろう。

4 Gateway Drugs 性の有無

Gateway 仮説によると、大麻の使用はさらなる効果を求める促進作用があり、他のドラッグへの誘因となる。したがって、合法化によって大麻がより入手し易くなれば、人々をより強力なドラッグに駆り立てる可能性があるとし、大麻規制の必要性を訴える。

大麻解禁（医療、嗜好ともに）論者は、Gateway 仮説を証明するエビデンスは存在しないと主張する⁵⁶。サンディエゴ大学の報告では、娯楽目的での大麻使用は、Gateway Drugs 性を肯定しつつも、2002 年から 2019 年までの調査で、18 歳以上の対象者の 7.8%にマリファナ使用者が存在し、期間中 2.1%の者がコカイン等のより強力な薬物を利用した。人種により Gateway Drugs 性は異なり、社会経済的な環境や政策実施にかかる影響が強く、マリファナの使用からより強化された薬物使用への波及効果は間接的なものであるとしている⁵⁷。また、大麻が合法化されれば、使用者は合法的なシステムを通して大麻を購入できるため、より強力な薬物に導かれることはないとし、そのため合法化により Gateway Drugs ではなくなる可能性があるとする。

National Institutes of Health（国立衛生研究所）報告では⁵⁸、娯楽用大

麻の使用は、個人レベルでは大麻使用障害の増加は見られず、アルコールや違法薬物摂取の変化も検出されなかったとしている。一方、University of York “Is cannabis a gateway to hard drugs?” によると⁵⁹、「問題を抱えている集団」では、統計的に有意な Gateway 効果があり、危険性を倍増させると報告している。特に、依存効果について、ソフトドラッグの使用がより強い麻薬体験に対する心理的または生物学的欲求が生じる可能性が高いとしている。また、NIDA による 2020 年 7 月の Research Report “Cannabis (Marijuana) Research Report Is marijuana a gateway drug?” では大麻の Gateway Drugs 説を肯定している。更に、また、European Monitoring Centre for Drugs and addiction（欧州薬物および薬物中毒監視センター：EMCDDA）も、2013 年 3 月の “Cannabis policy: status and recent developments” において、大麻の使用は、さまざまな身体的及び精神的健康、社会的及び経済的問題を引き起こしたり、悪化させたりする可能性があり、大麻常習者への介入的治療の必要性を説いている。

なお、EMCDDA によるヨーロッパの廃水分析と薬剤 2023 年 3 月調査によると、廃水サンプル中の THC-COOH 負荷の増加が減少傾向であるのに対して、アンフェタミン等の覚醒剤物質等が増加傾向にあるとの調査結果を報告している。このことは、THC から他の物質へ使用薬剤が変遷していることを示している⁶⁰。

最近の大麻栽培の状況は、大麻草自体のアップグレードが進行している。栽培形態も屋内生産が多くなり、ますます薬理作用の強い種類が栽培されている。実態として、インディカ種とサティバ種をかけ合わせたハイブリッド種が主流であり、更に、遺伝子組換えにいるシンセミア種も多く栽培されている。ODC の World Drug Report 2006 によると、シンセミア種は、THC の含有率は約 10.5%（旧来種は 2.5%程度）と分析されている⁶¹。栽培手法では、クローン技術により、短時間で大量生産できる状態（概ね 10 週程度で出荷）になっている。大麻の大量消費国では、シンセミア種への移行が早い段階から行われており、Gateway 仮説が証明された形となっている（大麻常用户がより強い大麻を求めている）。

これまで、大麻の精神作用への影響は、THC 成分が主原因とされ、また

CBD は THC の作用を緩和低減すると考えられてききたが、CBD の含有量が極めて低いシンセミア種が主流となることで、従来の考え方を変更する必要がある。大麻管理、特にサプライコントロールにおいて、THC 高濃度大麻と低濃度大麻の分別管理も必要となってくる。

大麻の常用摂取による死亡事例はなく、大麻利用に起因する重要犯罪も少ないことから、『大麻利用者＝普通の人』イメージが形成され、あるいは、CBD のてんかん等一部疾患への治療効果から医療使用が認められ始めたことから、大麻は害がないとの認識が広まっている。法教育等を経て大麻に関する正確な情報提供が喫緊の課題といえる。

最後に、我が国の大麻取締法違反及び覚醒剤取締法違反による検挙者の近年の推移は次表のとおりである。

年次	大麻取締法違反検挙人員の推移		覚醒剤取締法違反 検挙人員		2年後大麻・覚醒剤対比	大麻検挙者の前年比	覚醒剤検挙者の前年比	薬物事犯同一名再犯者	
	20歳未満	20～29歳	20歳未満	20～29歳				同一再犯者	同一再犯者率
22年	164	1,186	228	2,375				7,085	60.2
23	81	805	183	2,188	175.6%	65.6%	91.1%	7,016	60.1
24	66	715	148	1,933	234.9%	88.1%	87.8%	7,094	62.1
25	59	637	124	1,530	211.8%	89.1%	79.5%	6,880	63.8
26	80	658	92	1,382	211.8%	106.0%	89.1%	7,062	65.0
27	144	890	119	1,417	208.1%	140.1%	104.2%	7,128	65.4
28	210	988	136	1,287	137.6%	115.9%	92.6%	6,787	65.8
29	297	1,174	91	1,226	109.9%	122.8%	92.6%	6,632	66.2
30	429	1,521	96	1,163	85.6%	132.6%	95.6%	6,508	66.6
元	609	1,950	97	1,038	58.2%	131.2%	90.2%	5,681	66.9
2	887	2,540	96	1,000	42.8%	133.9%	96.6%	5,871	70.1
3	994	2,823	115	1,019	33.1%	111.4%	103.5%	5,247	68.1
4	912	2,853	103	774	23.0%	98.6%	77.3%	4,167	69.2

犯罪白書から筆者集計

薬物事犯者の同一罪名再犯者率は、60%中ほどで推移しているが、大麻違反者と覚醒剤違反者の2年後対比を見ると平成28年までは相当の増加率を示しており、大麻違反者が覚醒剤へ移行した可能性も伺われるが、令和元年以降急速に減少しており（大麻違反者の急増から）、大麻が Gateway Drug であるとは断定できない状況となっている。覚醒剤違反者は対前年比が90%台で推移しており、漸減傾向であり、大麻違反者は令和4年を除き、前年比30%程度の増加であることから、大麻から覚醒剤への移行は低いものと思われる。

第五 まとめ — 大麻草の栽培の規制に関する法律の運用について

1 規制対象の変更

今回の改正により、法律名が「大麻草の栽培の規制に関する法律」と改称された。その目的は、大麻成分の医薬品利用、栽培に関する規制、罰則の新設であることは冒頭で述べたとおりである。麻向法が定める「麻薬」に「大麻」（「THC」）を含め、これを医薬品としての施用を認める一方で、改正前には罰則規定がなかった『使用』について、麻向法 27 条の適用とし、違反した場合は 7 年以下の懲役に処することとなった（麻向法 66 条の 2）。

改正法第 2 条第 2 項で、「大麻とは、大麻草（その種子及び成熟した茎を除く。）及びその製品（大麻草としての形状を有しないものを除く。）をいう。」と規定しており、大麻草としての形状を有しない製品については規制の対象外となる。従い、CBD 製品については、抽出された部位にかかわらず、政令で定める THC の基準値を超えない範囲のもので、かつ大麻草の形状を有しない製品は、改正法に基づき合法とされることとなる。

更に、薬機法では、CBD 製品（大麻リキッドやアロマオイル等）は、同法の承認を受けた医薬品ではないので、それら CBD 製品について、「リラックス効果」とか「心身が安定する」等の広告することは同法に抵触し、2 年以下の懲役と 200 万円以下の罰金に処せられる場合がある（薬機法 68 条、85 条 5 号）。従って、流通段階における細やかな注意が必要となる。

過去の大麻関連法は、昭和 28 年法律第 15 号改正法では、大麻の定義が「大麻草及びその製品」とされ、大麻草の種子は規制の対象外であったこと、昭和 38 年法律第 108 号改正法では、大麻関連医薬品の施用を禁止したこと及び罰則の引上げがなされた。また、平成 2 年法律第 33 号改正法では、大麻の栽培等についての営利犯加重処罰規定及び未遂罪の処罰規定等、予備罪の処罰規定及び資金等提供罪・周旋罪等の新設、平成 3 年法律第 93 号改正

法では、大麻の定義規定の明確化及び処罰範囲の拡大、並びに国外犯処罰規定の新設等が行われた。このように、改正ごと規制強化等が行われてきた。

今回の改正は、海外の医療目的の大麻使用の拡大や、WHO の数度の勧告を踏まえた国際機関での認識の変更が強く影響している。また、国内のてんかん患者側や医療側からの要請で「医療大麻」の解禁の議論が始まったことなどが影響している。しかしながら、「医療大麻」の承認と「嗜好（娯楽）大麻」は同意義ではないことも銘記すべきである。

海外では CBD の難治性てんかん薬としての効果や、THC の抗がん剤副作用（吐き気、食欲不振など）の軽減作用などから医療上使用されている。このような世界的な状況や研究から、日本も医療に限り、カンナビノイド製剤を認めても良いとの考えが広まっている。大麻草の中枢神経系への作用がある成分を有害としている厚労省見解を是認すれば、麻薬と同等に扱うという考え方について理解はできる。一方で医療用大麻の認可は、誤った認識を広める危険性も内包しており、アングラ的化合物（2023 年前後に話題となった HHCH⁶²等）と THC との区別を広報する必要や、使用罪の創設に関する具体的な周知が必要である。

日本における大麻の生涯使用経験率は 2%に満たず⁶³、大麻を一部合法化している国や地域とは大きな差がある。医療及び嗜好（娯楽）大麻が広く日本国内に浸透している実態はない。今回の法改正を契機に、医療上の利用や、CBD 含有製品の一般化等が予測される。関係官庁等のガイドラインの提示、学校等教育現場での情報提供等をとおして、正しい大麻の理解を広める必要がある。

今回の改正により成分規制が導入され、麻向法において、大麻草由来以外の化学物質 THC は、麻薬⁶⁴としての位置づけが明確にされた。また、部位規制が撤廃されたことにより、CBD 製品について消費行動が促進される可能性がある。更に、医療分野における THC の利用が進行していくと思われるが（厚労省の資料では医療において CBD は「○」、THC は「△」としている。）、THC 製品については、オーバードーズ化の問題も予測されることから、より慎重かつ厳格な管理の設定が必要である。また、CBD 製品も大麻草由来であり、微量 THC が混入する可能性は存在する。成分規制を導入する

以上は、THC の下限値の設定が必須であると考ええる。しかしながら、改正法では、具体的な THC の残留限度値については、今後政令で定めるとしており、明確な基準値は示されていない。

近時の知見では、CBD が THC に変換されるとのエビデンスもあり⁶⁵、具体的には、胃の溶液中に温度が上昇すると変換する例や、腸内酸により変換される場合を報告している。つまり CBD の経口使用により、禁止成分である THC に変換する場合があるのであり、医療製剤と雖も使用中の観察や予後調査の実施も欠かせないものと言える。こういった調査体制の確立や実施機関の整備も検討されなくてはならない。

我が国の大麻使用率は、下表のとおり他国と比べ圧倒的に低い数値を示しており、現状での問題性は低いものと思われる。しかしながら、CBD 製品の流通から、化合 THC である HHCH 等の流通も懸念される。THC の麻向法による監理の徹底と常用者となった場合の治療プログラムの用意を行って置く必要がある。

<参考>大麻生涯使用率の実態

Prevalence of drug use > Cannabis > Lifetime prevalence >
Young adults (15-34) EMCDDA The European Monitoring
Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)

Country	Year	Sample size	Males	Females	Total
Austria	2020	1,712	26.8	27.6	27.2
Belgium	2018	772	39	26.6	32.8
Czechia	2020	927	56.7	30.8	44.1
Denmark	2021	2,274	46.9	38.2	42.6
Estonia	2018	757	52.5	41.5	46
Finland	2018	1,515	38.6	32	35.3
France	2017	5,994	66.2	50.4	58.2
Italy	2017	2,937	44.8	37.7	41.4
Netherlands	2020	1,835	41.2	32.7	37
Norway	2020	949	34.9	25.7	30.5
United Kingdom	2018	6,963	39.5	27	33.3
Sweden	2020		28.4	20	24.4
日本 *	2019～ 2021	7,000	2.6	0.4	1.4

* 国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター 嶋根卓也ほか「薬物乱用・依存状況の実態把握と薬物依存症者の社会復帰に向けた思念に関する研究」

(注) The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) European Drug Report 2022 から筆者作成

2 栽培免許制度

大麻取締法では、「大麻取扱者でなければ大麻を所持し、栽培し、譲り受け、譲り渡し、又は研究のため使用してはならない。」と規定（第3条1項）

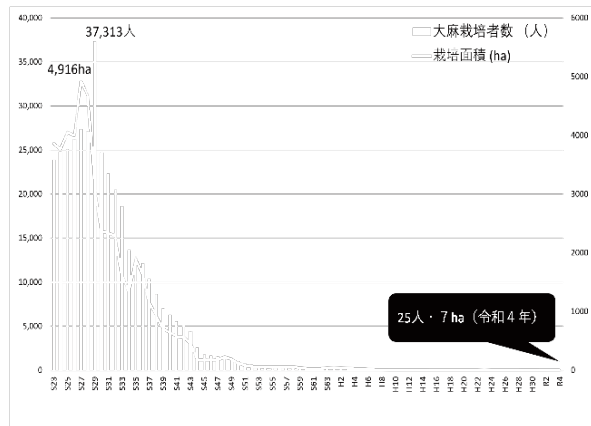
し、大麻栽培者及び大麻研究者を「大麻取扱者」としていた。都道府県の大麻栽培者免許基準は、①「当該地域の伝統文化の継承に資するもの」、②「栽培行為に対して社会的な有用性が十分認められること」、③「大麻栽培を必要とする十分な合理性があるものであること」との要件を満たすことを求めている。改正法では、大麻草採取栽培者の免許を区分し、「第一種大麻草採取栽培者免許」＝大麻草から製造される製品の原材料確保のための栽培で都道府県知事による免許制、「第二種大麻草採取栽培者免許」＝医薬品の原料採取を目的とする栽培で、厚生労働大臣による免許制の2種類とした。第一種大麻草採取栽培者については、THC が基準値以下的大麻草から採取した種子等を利用して栽培する必要があるとしている（改正法第12条の3第1項）。免許制度の改正により、CBD等を有効成分とする医薬品の開発等が促進されることが期待され、ドラッグ・ラグ（国外で既に承認された医薬品が日本国内での薬事承認を得るまでに長い年月を要するという問題）への対応も可能となる。

改正法付帯決議では、「THCの残留限度値を担保するための検査法や検査体制については明確かつ実効性があり、事業者による対応が可能なものとする」としたことから、CBD関連事業者の乱立が懸念されるとともに、大麻栽培者の増加による大麻関連製品の違法移転等の懸念もある。検査体制等の独立機関の整備やサプライ管理のため麻薬取締官事務所の機能拡充等も必要であろう。

産業用大麻は、アメリカやヨーロッパではエコロジー観点からまた、繊維製品として衣類や建築資材等としての有効性から、アメリカではタバコ農場から大麻農場へ転換が促進されている。今後我が国へも波及することが予測される。そうなれば、大麻は悪くないとの認識が一層喧伝されることも予測されるところであり、継続的な教育や広報活動の必要性が高まるものと思われる。

大麻栽培者栽培面積の推移

年次	大麻栽培者数(人)	栽培面積(ha)			
		繊維採取用面積	種子採取用面積	おがら採取用面積	計
46	1,637	155.20	13.90	—	169.10
51	748	71.90	7.70	—	79.60
56	446	56.60	5.70	—	61.80
60	253	27.60	3.00	—	30.70
元	233	33.20	3.90	—	37.10
5	186	28.50	4.20	—	32.70
10	102	10.53	1.29	—	11.82
15	75	8.10	1.15	—	9.25
20	58	6.02	0.94	—	6.89
25	36	4.42	1.20	—	5.62
30	35	8.80	2.00	0.48	11.26
元	35	6.44	2.30	0.45	9.17
2	30	5.11	1.67	0.43	7.14



上表のように、栽培者栽培面積ともに減少の一途をたどっている。（厚生労働省「大麻栽培者数の推移」から筆者作成⁶⁶⁾。今回の改正により、栽培者栽培面積ともに増加することが見込まれるが、免許者の管理や検査体制の厳格なる体制整備が必要である。

3 THC 成分濃度の基準

EU では、麻としての農業生産に対する助成対象の基準として、THC 濃度 0.3%以下と規定している。大麻製品に許容される THC 濃度は各国毎に規定しており⁶⁷⁾、ドイツ、フランス等が概ね 0.3%以下の THC 限度値を設けている。

アメリカでは、U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE（連邦農務省：USDA）が、大麻サティバ L の主な精神活性成分である THC 含有量を正式に区別している。米国麻薬取締局は THC 含有量が乾燥重量ベースで 0.3%未満の植物は麻とみなし、THC 含有量が 0.3%の閾値を超える場合はマリファナ（大麻）とみなすこととしている。この定義を利用して、2014 年にヘンプ（産業用大麻）生産の試験プログラムを開発するため The Agricultural Act of 2014（2014 年農業法）が成立した⁶⁸⁾。これにより、マリファナの法的定義と DEA の規制物質スケジュールから大麻とその種子が除外された。しかし、大麻の合法化は、THC のレベルが低い植物に限定されていることを注意しなければならない。

これら諸外国の THC 規制の実態を見定め、かつ、THC の鎮静・鎮痛作用（抑制作用）は、情緒が不安定になり、イライラや不安が増し暴力的になりやすい。また、感覚異常をきたし、錯覚と幻覚が混在する。更に、陶酔感や無気力が顕現し、集中力や判断力に支障が生じる。この薬理効果を踏まえつつ、我が国における THC 許容範囲を決定すべきである。筆者としては、低ければ低いほど良いと考えるが、ドイツ、フランス並みの 0.2% を上限とすべきと考える。

現時点では未定だが筆者の見立てでは CBD は非医薬品リストへ収載されられると思われる。

CBD が健康食品や美容品などに混入し、一般の消費者が特に制限なく購入できることとなった時に、原料の安全性や加工製造上の安全性（CBD は一定条件下で変性するためその管理が大切）、提供時の注意喚起等、ガイドラインを業界ルールとする、或いは、国の省令等により管理していくかは分からないが、安全性の基準をルール化していくこともセットで用意すべきだと考える。また、前述したが、医療用大麻の取り扱いは、アメリカの *The medical marijuana and cannabidiol Research Expansion Act*（マリファナ研究拡大法：MMCREA）⁶⁹のように、規制・承認・登録及び報告等の義務付けを法制化すべきと考える。CBD だからと安心という認識は誤りであり、利用者の心身の安全を確保した条件設定が必要である。

「ダメ絶対ダメ」とか「大麻は脳を破壊」との恐怖的教育から「科学的データ」を利用した抑制指導へ転換する必要があるだろう。アメリカでは、「社会的抵抗スキル」、「規範教育」等を統合したプログラムが効果を上げていると報告している⁷⁰。我国においても科学的なデータとエビデンスに基づいたプログラムを用意し、青少年教育ステージでの実践が望まれる。一般的な薬物離脱プログラムは、マトリックス系やビックブック系が大半を占めており、青年層には敬遠されがちな内容となっている。ストレス対処、セルフコントロールを中心とした指導・トレーニング中心の支援が必要と思われる。

4 Harm reduction

最後に、違法薬物に関するハームリダクションについて検討する。ハーム

リダクションの違法性阻却目的は、第一義には違法薬物の拡散防止であり、第二義には違法行為の免訴化を行うことによって、対象集団への効果的な介入を確保するものである。手法は、Supply Reduction と Demand Reduction であり、具体的にはサプライチェーンの明瞭化、対象者への治療及び社会復帰支援が中心となる。議論としては、薬物規制に関する decriminalization (非犯罪化) の賛否に帰着する。施行形態としては、立法による非犯罪化（スペイン Law 17/2015, of 9 July “The programme is led by the National Drug Plan”, 及び The illegal drug trafficking law of Spain, Article 344 of the Spanish Penal Code（違法麻薬密売法，スペイン刑法第 344 条），ポルトガル Decree-Law n. 15/93（政令法）等）又は、行政運用による非犯罪化（オランダの Algemene Wet Bestuursrecht（一般行政法）による各自治体に法執行委任，フランスの article L3421-1 of the Public Health Code（公衆衛生法），イギリスの Misuse of Drugs Act 1971.22（薬物乱用法）による代替プログラムによる法的免除）が実行されるものなどがある。

我が国は、ゼロサム政策でありハームリダクションの対極に位置する。2016 年に「刑の一部執行猶予制度」が施行され、治療の重要性が一部認識されたが、覚醒剤取締法違反の同一罪名再犯者率は、平成 24 年以降上昇傾向にあり、令和 4 年は前年比で 1.1 ポイント上昇した 69.2%と報告されている（大麻は 26%）⁷¹。この再犯者率の高さから、我が国でもハームリダクションを採用すべきか否か検討の時期に来ているとも思われる。「薬物使用者＝自立可能な要治療者」との意識を持つことが必要となる。これまでの「薬物使用者＝犯罪者（罰せられる人）」との意識を刑事司法にかかわる者だけではなく国民一般が変容できるか否かに掛かってくる。そういった許容度が向上したとしても、注射器の無償提供、薬物の使用場所の提供等まで国民が納得できるか否か、刑事司法の福祉化を含め国民的コンセンサス形成の努力が必要である。

大麻は人体に悪影響を与えないとか、何時でも止められるといった意識の大麻使用者が、自ら薬物使用からの解放を望み自立した生活を指向するよう支援する体制が構築されなければハームリダクションに進むことはできないものと思われる。

- ¹ 渡辺正仁ほか「カンナビジオールの治療効果とその作用機序」2018年保健医療学雑誌9巻2号115頁
- ² 山本経之「大麻／カンナビノイドの神経精神薬理学的作用と創薬への可能性に関する調査研究」平成30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金事業分担研究報告書143頁
- ³ 第212回国会衆議院厚生労働委員会第2号 令和5年11月8日
https://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_kaigiroku.nsf/html/kaigiroku/009721220231108002.htm
- ⁴ 第212回国会参議院厚生労働委員会第4号 令和5年11月6日
<https://kokkai.ndl.go.jp/#/detail?minId=121214260X00320231116¤t=20>
- ⁵ 第212回国会衆議院厚生労働委員会第3号 令和5年11月10日
<https://kokkai.ndl.go.jp/#/detail?minId=121204260X00320231110¤t=1>
- ⁶ 同上
- ⁷ 令和4年5月25日第1回大麻規制検討小委員会資料
- ⁸ <https://hokkaido-hemp.net/history.html> 北海道ヘンプ協会による。
- ⁹ 山本郁男「大麻文化科学考（その5）」北陸大学紀要1998年第18号1～13頁
日本薬局方は、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第41条により、医薬品の性状及び品質の適正を図るため、厚生労働大臣が薬事・食品衛生審議会の意見を聴いて定めた医薬品の規格基準書で、最新版は2021年第19改正である。
- ¹⁰ 齋藤唯逸「日本薬局方五十年史」日本薬局方公布五十周年祝賀会 三秀舎昭和11年4月60頁
- ¹¹ 宮島幹之助「国際阿片問題の経緯」社団法人日本国際協會昭和10年61頁
- ¹² 1945年10月12日 scapin-13c “Control of Narcotic Products and Records Japan”
- ¹³ 第2回国会衆議院厚生委員会第15号 昭和22年6月24日
- ¹⁴ 第2回国会参議院厚生委員会第16号 昭和23年6月25日
- ¹⁵ 第7回国会衆議院厚生委員会第12号 昭和25年3月13日
- ¹⁶ 第1回国会参議院厚生委員会第7号 昭和22年8月9日
- ¹⁷ 刑事訴訟法の一部改正による麻薬取締について昭和28年12月7日「薬発第427号」都道府県知事あて厚生省薬務局長通知により、刑訴法上の取扱いを周知している。
- ¹⁸ 第7回国会参議院厚生委員会第13号 昭和25年2月15日
- ¹⁹ 第16回国会参議院内閣委員会第18号 昭和28年7月21日
- ²⁰ 第19回国会参議院厚生委員会第6号 昭和29年2月11日
- ²¹ 宮川朋大「薬物依存一大麻を中心に」久里浜アルコール症センター PREVENTION No199

²² 山本経之, 山口拓, 福森良「脳の機能的・解剖学的側面から見た大麻の有害性に関する調査研究」平成 28 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業：H28-特別-指定-016）2016 年 26 頁

²³ 具体的な規制物は、麻薬、麻薬原料植物、向精神薬及び麻薬向精神薬原料を指定する政令（平成 2 年政令第 238 号）で指定されている。

²⁴ 令和 4 年 7 月 13 日「大麻成分 THC を含有する製品について」厚生労働省医薬・生活衛生局監視指導・麻薬対策 Press Release

²⁵ 「麻薬に関する単一条約『Single Convention on Narcotic Drugs』が昭和 36 年（1961）に採択された。日本においては昭和 39 年（1964 年）に批准している。

²⁶ 第 14 条単一条約第 36 条 1 及び 2 の改正「1 (b) (a) の規定にかかわらず、（略）～薬物の濫用者が（a）の罪を犯した場合には、有罪判決若しくは処罰に代わるものとして又は有罪判決若しくは処罰のほか、第 38 条 1 の規定に従って、そのような濫用者が治療、教育、後保護、厚生及び社会復帰の措置をうけるものとする。」（外務省訳）

²⁷ 向精神薬に関する条約（平成 2 年 9 月 1 日）（条約第 7 号）

²⁸ WHO Expert Committee on Drug Dependence forty-fourth report WHO technical report series:1038 Expert Committee on Drug Dependence (ECD)

²⁹ <https://www.who.int/publications/m/item/ecdd-41-cannabis-recommendations> World Health Organization “Cannabis recommendations” 24 January 2019

³⁰ The International Narcotics Control Board（国際麻薬統制委員会）は、1961 年の麻薬に関する単一条約によって設立された準司法的な専門家機関である。1931 年の「麻薬の製造制限および流通の規制に関する条約」によって麻薬監督機関の機能を付与された。13 人の構成員からなり、国連経済社会理事会によって選出される。

³¹ INCB, Analysis of the impact of the WHO recommendations on cannabis and cannabis-related products on the control requirements of the international drug control system, June 15, 2020, at 1.

³² Narcotic Drugs - Technical Report (INCB)

https://unis.unvienna.org/unis/en/events/2022/incb_2021.html

³³ REGULACION Y CONTROL DEL CANNABIS（大麻の規制と管理に関する法律）Ley N° 19172（法律第 19172 号）2013 年 12 月 20 日公布

³⁴ Novia Sinta Tesalonika, Natasya Kusumawardani International Law Non-Compliance: Assessing Uruguay's Decision to Legalize Cannabis under Jose Mujica Regime AEGIS Vol. 3 No. 1, September 2018

³⁵ UNIS/NAR/1429.4 January 2021 “INCB holds consultations with Uruguay on cannabis legalization for non-medical purposes”

³⁶ VICE 2019 年 12 月 19 日 <https://www.vice.com/ja/article/pa77xn/weed-curious-politicians-should-look-to-uruguay-where-theres-no-fuss-over-legal-pot>

³⁷ Marco A. Jorge “Short-term effects of marijuana legalization in Uruguay on homicides: an analysis using synthetic control” Economics Bulletin Volume 41,

Issue May 26, 2021.

³⁸ Opinions on the regulation and legalization of marijuana in Ontario submitted by Nanos to Ontario Public Service Employees Union, August 2016 (Submission 2016-885)

³⁹ 2016-02-29 Canadians concerned over implications of marijuana legalization (Globe and Mail / Nanos Research) 2016 Reports - Nanos Research

⁴⁰ “The Final Report of the Task Force on Cannabis Legalization and Regulation November 30, 2016 A. Anne McLellan (Chair)ほか

⁴¹ Senate of Canada Illegal Drugs (Special) “CANADIAN CANNABIS POLICY:” (カナダ上院特殊違法薬物常任委員会) 第37回議会, 第1セッション(2001年1月29日～2002年9月16日)

⁴² Le Dain Commission of Inquiry into the Non-Medical Use of Drugs tables fourth and final report J. S. Bennett CMAJ January 05, 1974 110 (1) 105-108

⁴³ Statistics Canada (カナダ統計局) National Cannabis Survey, fourth quarter 2018 (2018年第4四半期報告)

⁴⁴ Shafer Commission. Marijuana: Signal of misunderstanding. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 1972 (First Report of the National Commission on Marijuana and Drug Abuse).

⁴⁵ Journal of Cannabis Therapeutics Volume 1, 2001 - Issue 3-4 “Medical Marijuana and the AIDS Crisis”

⁴⁶ 例えば, 1973年オレゴン州は, 個人による1オンス(約30g)以下の所持を罰金のみを科す。アラスカ州, コロラド州も同様の措置を導入。

⁴⁷ U.S.FOOD&DRUG “FDA and Cannabis: Research and Drug Approval Process” <https://www.fda.gov/news-events/public-health-focus/fda-and-cannabis-research-and-drug-approval-process#role>

⁴⁸ Angela Dills, Sietse Goffard, Jeffrey Miron, & Erin Partin “The Effect of State Marijuana Legalizations: 2021 Update” FEBRUARY 2, 2021 <https://www.cato.org/policy-analysis/effect-state-marijuana-legalizations-2021-update>

⁴⁹ Luxembourg: Publications Office of the European Union 2017 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction “Cannabis legislation in Europe” pp.7ff.

⁵⁰ CNS Law・Tax・Future “CMS Expert Guide to cannabis law and legislation” <https://cms.law/en/int/expert-guides/cms-expert-guide-to-a-legal-roadmap-to-cannabis/thailand>

⁵¹ Businesstimes <https://www.businesstimes.com.sg/international/asean/thailand-to-ban-recreational-cannabis-use-by-year-end-health-minister>

⁵² International standards for the treatment of drug use disorders WHO/UNODC http://www.who.int/substance_abuse

⁵³ “WHO Expert Committee on Drug Dependence” WHO Technical Report Series 1026

<https://www.who.int/news/item/18-03-2020-c-n-d-accepts-all-w-h-o-recommendations-from-42nd-e-c-d-d>

⁵⁴ 同上

⁵⁵ 生田和余『「医療」と「嗜好」のあいりー国内における大麻使用の実践の分析』Future of Humanity Research Center commons vol.3 231 頁以下
正高佑志 「お医者さんがする大麻と CBD の話」 2021 年 彩図社
ISBN9784801305298

⁵⁶ San Diego State University「WORKING PAPER NO. 2021701」^ -CENTER FOR HEALTH ECONOMICS AND POLICY STUDIES “Is Recreational Marijuana a Gateway to Harder Drug Use and Crime?”

⁵⁷ Yang Liang San Diego State University “The Effects of Recreational Marijuana Legalization on Employment and Earnings” center for health economic and policy studies 11, 30, 2022

⁵⁸ “Recreational cannabis legalization has had limited effects on a wide range of adult psychiatric and psychosocial outcomes”
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36601811/>

⁵⁹ https://www.york.ac.uk/media/economics/documents/herc/wp/07_01.pdf “HEDG Working Paper 07/01 January 2007 ISSN 1751-1976”

⁶⁰ European union drugs agency “Wastewater analysis and drugs — a European multi-city study 3, 20, 2024

⁶¹ United Nations Office on Drugs and Crime “World Drug Report 2006” Volume 1: Analysis
Oxford Academic “GC-MS Analysis of the Total Ag-THC Content of Both Drug”
<https://academic.oup.com/jat/article-pdf>

⁶² 令和 5 年 11 月 22 日「HHCH」を指定薬物に指定する省令が公布され、令和 5 年 12 月 2 日から医療等の用途以外で「HHCH」と「HHCH」を含有する製品の製造、輸入、販売、所持、使用等が禁止された。令和 5 年 11 月 22 日医薬発 1122 第 4 号
「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第二条第十五項に規定する指定薬物及び同法第七十六条の四に規定する医療等の用途を定める省令の一部改正について」（施行通知）

⁶³ 国立精神・神経医療研究センター研究代表者嶋根卓也「薬物乱用・依存状況の実態把握と薬物依存症者の社会復帰に向けた支援に関する研究」薬物使用に関する全国住民調査（2019 年）では、薬物使用の生涯経験率（全体・男性・女性）大麻 1.8%・2.5%・1.2 と調査結果を示している。

⁶⁴ 「麻薬」とは麻酔作用を持ち、常用すると習慣性となって中毒症状を起す物質の総称で阿片・モルヒネ・コカインの類をいう。麻酔剤として医療に使用されている。これまで、わが国では、阿片は「あへん法」、大麻は「大麻取締法」、覚醒剤は「覚醒剤取締法」、麻薬は「麻薬及び向精神薬取締法」、で別々に規制されていたが、今回の改正で、大麻は麻薬として管理される。

⁶⁵ WHO “Cannabidio (CBD) Critical Review Report” Expert Committee on Drug

Dependence 40 Meeting Geneva, 4-7 June 2018

⁶⁶ <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000193867.html>

⁶⁷ “Cannabis laws in Europe June 2023” 10 頁 Publications Office of the European Union

⁶⁸ “Agriculture Improvement Act of 2018” Incorporating some of the text of the Hemp Farming Act of 2018, the farm bill descheduled some cannabis products from the Controlled Substances Act for the first time.

“Establishment of a Domestic Hemp Production Program” A Rule by the Agricultural Marketing Service on 10/31/2019

⁶⁹ 2022 年 12 月 2 日に米国連邦レベルで制定された医療用大麻およびカンナビジオール研究拡大法（MMCREA）は、規制物質法（CSA）のスケジュール I に含まれていたため、医薬品の開発と承認が複雑であったが、同法により研究等が管理される。

⁷⁰ National library of Medicine “Evidence-Based Interventions for Preventing Substance Use Disorders in Adolescents”

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2916744/>

⁷¹ 令和 5 年版犯罪白書 法務省法務総合研究所 令和 5 年 12 月 252 頁