



3/8/2024
JYHL フォーラム 東京

大麻をめぐる問題

勝野眞吾

JYHL理事長

Copyright © Japan Youth Health Literacy Support Laboratory All Rights Reserved

昨今の薬物問題で常に名前が挙げられるのが、「**大麻**」です。

「大麻」に関しては、多くの情報が内外で発せられています。しかし、そのかなりの部分に、正確でなかったり、誤っていたりするものがあります。なかには意図的に誤った情報を強く発信しているものさえあります。

ここでは、「大麻」をめぐる問題、特にその有害性、法的規制、大麻乱用の有害な影響を最も受けやすい青少年の現状について、信頼できる最新の情報を紹介します。



大麻の法規制

Copyright © Japan Youth Health Literacy Support Laboratory All Rights Reserved

まず、「大麻」についての法規制の現状です。

可決されたWHO勧告による変更点について

条約	規制 カテゴリー	カテゴリーの概要	規制の強さ	規制物質(旧)	規制物質(新)
1961年 の麻薬 に関する 単一条約	IV	Iの中でも特に危険で、医療上の有用性がない物質	IとIVの規制は同じ	ヘロイン等 大麻 大麻樹脂	ヘロイン等
	I	乱用のおそれがあり、悪影響を及ぼす物質	強 ↑	大麻 大麻樹脂 ヘロイン コカイン あへん モルヒネ等	大麻 大麻樹脂 ヘロイン コカイン あへん モルヒネ等
	II	Iに次いで乱用のおそれがあり、悪影響を及ぼす物質		コデイン等	コデイン等
	III	乱用のおそれがなく、悪影響を及ぼさない物質の製剤	弱 ↓	コデインの製剤等	コデインの製剤等

令和3年1月20日 厚生労働省資料

あへん、ヘロインやコカインなどの依存性のある危険な薬物は1961年に国連麻薬委員会で締結された「麻薬に関する単一条約」によって規制されています。この中で規制の対象とされている薬物は、その有害性によってIからIIIのカテゴリーに分類され、その有害性に対応した強い規制が求められています。Iは、乱用のおそれがあり、悪影響を及ぼす最も危険な薬物*（従って製造、販売、密輸、譲渡の禁止という最も強い規制の対象）です。ここにはヘロイン、コカイン、あへん、モルヒネ、そして「大麻」と「大麻樹脂」が入っています。IIは、Iに次いで乱用のおそれがあり、悪影響を及ぼす薬物で、ここにはコデインなどが入っています。IIIは、乱用のおそれがなく、悪影響を及ぼさない薬物の医療用製剤で、コデイン製剤などが入っています（ただし、全く悪影響がないのではなく、過剰摂取をすれば健康被害を引き起こします）。ここで分かりにくいのは、カテゴリーIVです。カテゴリーIVは、IIIの次の有害性の低い薬物ではなく、危険なカテゴリーIの薬物のなかでも、特に危険で、医療上の有用性のない薬物、すなわち、特別に危険な薬物のグループなのです。1961年の「麻薬に関する単一条約」では、ここにヘロインとともに「大麻」と「大麻樹脂」が入っているのです。

この「麻薬に関する単一条約」は、国連の健康に関する専門機関であるWHOによる新規の科学的知見に基づく勧告を受けて、見直しが行われます。近年、大麻が他の治療が効かない一部の病気に有効であることがわかってきたのでWHOは、「大麻」、「大麻樹脂」を医療上の有用性のないカテゴリーIVからカテゴリーIに異動することを勧告し、現在はこの勧告を受けて国連麻薬委員会は、「大麻」、「大麻樹脂」をカテゴリーIに移しました。

従って、現在でも「大麻」、「大麻樹脂」は、カテゴリーIの悪影響を及ぼす最も危険な薬物*（従って製造、販売、密輸、譲渡の禁止という最も強い規制の対象）であることが国際条約で取り決められているのです。

我が国も含めて国連に加盟する各国は、この単一条約を順守することが求められています。

*国際的には、薬物はDrugと言う名称ではなく、薬物だけでなく、有機溶剤などの化学物質を含めた総称としてのSubstanceが使われています。従ってこの表では「物質」と言う訳がされていますが、これは我が国で言う、いわゆる「薬物」と同じ意味です。

なお、今回は触れませんが、覚醒剤類（アンフェタミン、メタアンフェタミン等）や精神安定剤、鎮静剤などは「向精神薬に関する条約」によって別途、国際的に規制されています。

大麻取締法改正のポイント



・名称

大麻取締法

大麻草の栽培の規制に関する法律
(大麻草)

麻薬及び向精神薬取締法
(大麻、大麻樹脂およびTHC等有効成分
を麻薬として指定)

・施行

大麻成分使用禁止なし
(大麻の不正所持、譲渡、
譲受及び密輸等禁止)

大麻成分非医療的使用禁止
(麻薬及び向精神薬取締法＝**使用**、
不法所持、譲渡、譲受、密輸等**禁止**)

大麻成分の医療的使用可能
(CBD:難治性てんかん治療等)

Copyright © Japan Youth Health Literacy Support Laboratory All Rights Reserved

「麻薬に関する単一条約」を締結する我が国を含めた国連加盟国は、この新しい変更を踏まえて、それぞれの国内法規制を改めました。

このスライドは、我が国の「大麻」に関する法規制の変更点です。

名称は、

これまでの「大麻取締法」が廃止され、「大麻草の栽培の規制に関する法律」* になりました。また、旧来の「大麻取締法」で規制されていたTHC（テトラヒドロカンナビノール）など的大麻の有害成分は、我が国の薬物法規制で最も厳しい「麻薬および向精神薬取締法」での規制対象薬物とされました。

実際の法規制の施行では、この改正によってCBD（カンナビジオール）など的大麻成分の医療目的の使用が可能となった一方、**THCなどは、「麻薬および向精神薬取締法」での規制対象薬物となったので、旧来の不法所持、譲渡、密輸などに加えて“使用”も禁止の対象になりました。**

*我が国では、大麻草は古くから、神社などのしめ縄として使われてきたので、旧来の「大麻取締法」では、それを踏まえて大麻の”使用“は禁止してこなかったので、大麻に関しては乱用の危険のある薬物のなかでは唯一、有害なTHCも含めて”使用“が禁止されていませんでした。しかし、今回、THCなどが「麻薬および向精神薬取締法」での規制対象薬物とされ、”使用“も禁止されることになったのです。

我が国の大麻規制の動向と注意



- ・国連の麻薬委員会において、大麻の取り扱いが規制カテゴリーⅣから規制カテゴリーⅠに変更された。しかし、大麻は国際的にも依然として規制カテゴリーⅠに属する違法薬物である。
- ・我が国でもこれに伴って大麻の法的的位置づけが変更された。具体的には、従来の大麻取締法が廃止され、大麻の有害成分であるTHC等は、麻薬及び向精神薬取締法の対象となり、不法所持、譲渡、譲受、密輸に加えて使用も禁止された。また、新たに大麻草の栽培の規制に関する法律が作られた。
- ・また、大麻成分のうち、CBDなどについて、難治性てんかんなどの治療のための医療目的使用が認められるようになった。
- ・しかし、「医薬品として的大麻使用」は医薬品医療機器総合機構の審査を経て厚生労働省により、「医薬品」としてその適応も含めて認可されることが必要であり、それまでは医療目的としても使用は違法である。また、認可されても「医薬品」としての厳しい規制のもとでの使用が認められるのであり、医療目的以外の使用および医薬品として認められた使用法を逸脱した使用は「薬物乱用」であり、認められない。

Copyright © Japan Youth Health Literacy Support Laboratory. All Rights Reserved.

このスライドは、前の2つのスライドの要点をまとめたものです。



世界の大麻乱用の実態

その有害な影響

Copyright © Japan Youth Health Literacy Support Laboratory All Rights Reserved

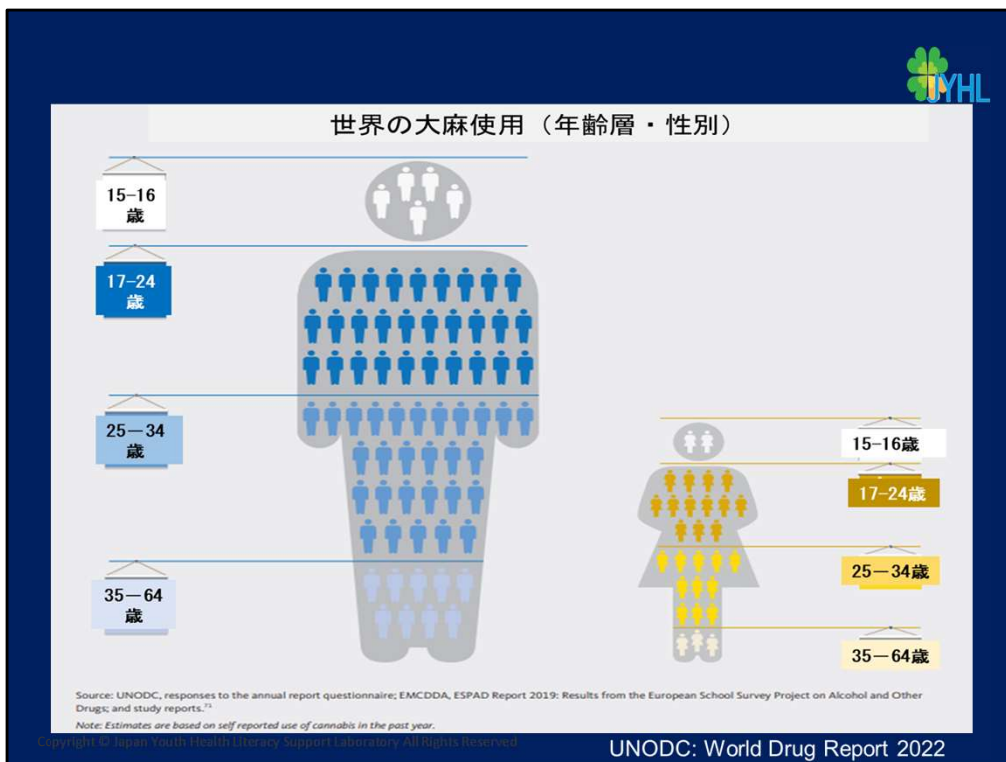
次に、**世界における大麻乱用の実態とそれが及ぼす有害な影響**について見てみましょう。



このスライドは、国連の麻薬と犯罪事務所（UNODC:United Nations Office on Drugs and Crime）が毎年公表しているWorld Drug Report の最新版（2024年）からのデータです。

国連がまとめた世界の薬物乱用者の総数（最新データ）は、全世界の薬物使用者（乱用者）2億9200万人、そして薬物乱用者はこの10年で20%増加しました。世界の薬物乱用者は増え続けているのです。

このうち、**世界で最も乱用されている薬物が「大麻」です。世界の2億2800万人が大麻を乱用しています。すべての薬物の78%、約8割を「大麻」が占めているのです。「大麻」は世界で最も乱用されている違法薬物です。**



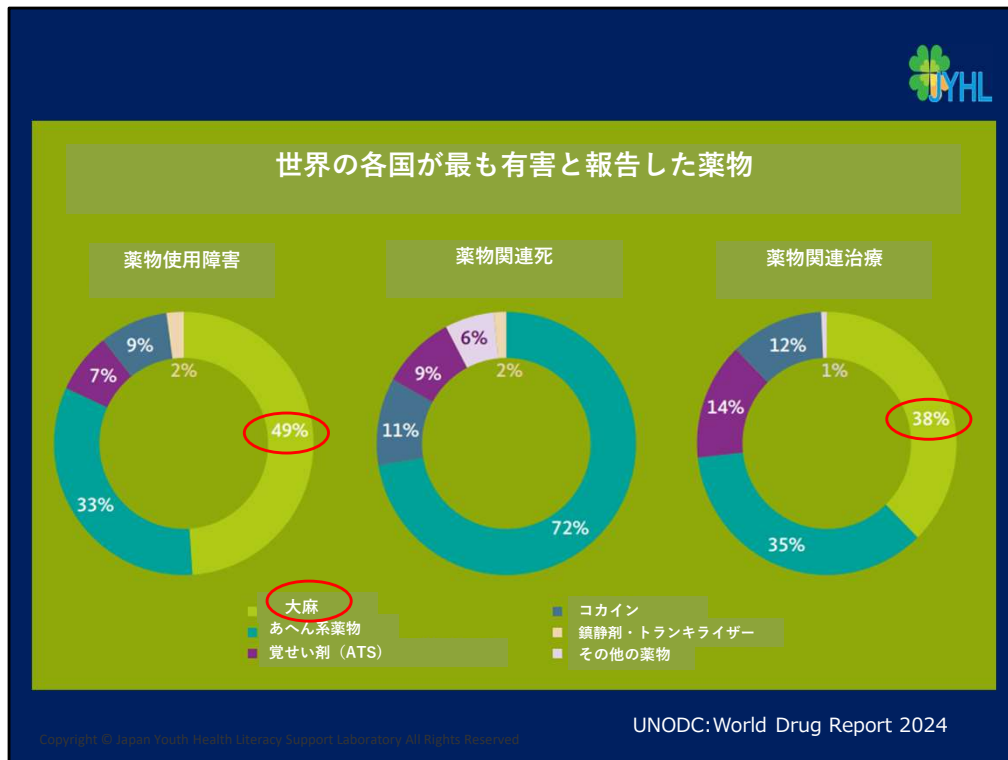
乱用される薬物には特異なパターンが見られます。

特に、「大麻」では顕著です。

・「大麻」乱用者は、その大部分が若年層（17－34歳）です。大麻乱用は若者で蔓延しているのです。

・「大麻」乱用には、明らかな性差があります。「大麻」乱用は、男性が女性より極めて多く見られる行為です。

「大麻」乱用防止対策は、この特性を踏まえて行うことが重要性となります。



「大麻」は、世界で最も乱用されている薬物であり、世界で最も有害な影響を与えている薬物でもあります。この図は、World Drug Report の最新版（2024年）のものであります。

- ・世界各国のうちの49%が、「大麻」を薬物使用障害の原因薬物として最も有害と報告しています。これは、一般に最も危険な薬物と認識されているあへん系薬物（ヘロイン、モルヒネ、フェンタニル、あへんなど）の33%を上回ります。

- ・また薬物使用が原因で治療を受けたケースの原因薬物で、世界の38%の国が「大麻」を最も有害としています。この指標でもあへん系薬物の35%を上回ります。

「大麻」乱用は有害性が少ないなどの情報が飛び交いますが、**このデータは、明らかに「大麻」が世界で最も有害な影響を与えている薬物であることを示すものです。**



「大麻」は、乾燥した大麻草やその樹脂を、主に喫煙の形で乱用されます。

近年では、火をつけて煙草のようにその煙を吸うやり方に加えて、電子加熱による吸引法（Vaping）やTHC、CBDなどの「大麻」成分をグミなどの菓子類に混入して食べる方法も広がっており、使用方法が多様になっています。

喫煙法の減少は、たばこ喫煙に対するきびしい眼が世界的に広がっていることの影響があるとされています。

薬物依存 Drug Dependence



(WHOの定義)

ある生体器官とある薬物との相互作用の結果として生じた精神的、あるいは時には身体的状態であり、その薬物の精神作用を体験するため、あるいは、時にその薬物の欠乏から来る不快を避けるために、その薬物を継続的ないしは周期的に摂取したいという衝動を常に有する行動上の、ないしは他の形での反応によって特徴づけられる状態。

・**精神依存**: 薬物への渴望にかられた自己コントロールを失った状態。

・**身体依存**: 薬物が体内から減ってくると様々な退薬症状(離脱症状)が出現し、精神的ないしは身体的不都合を生じる状態。

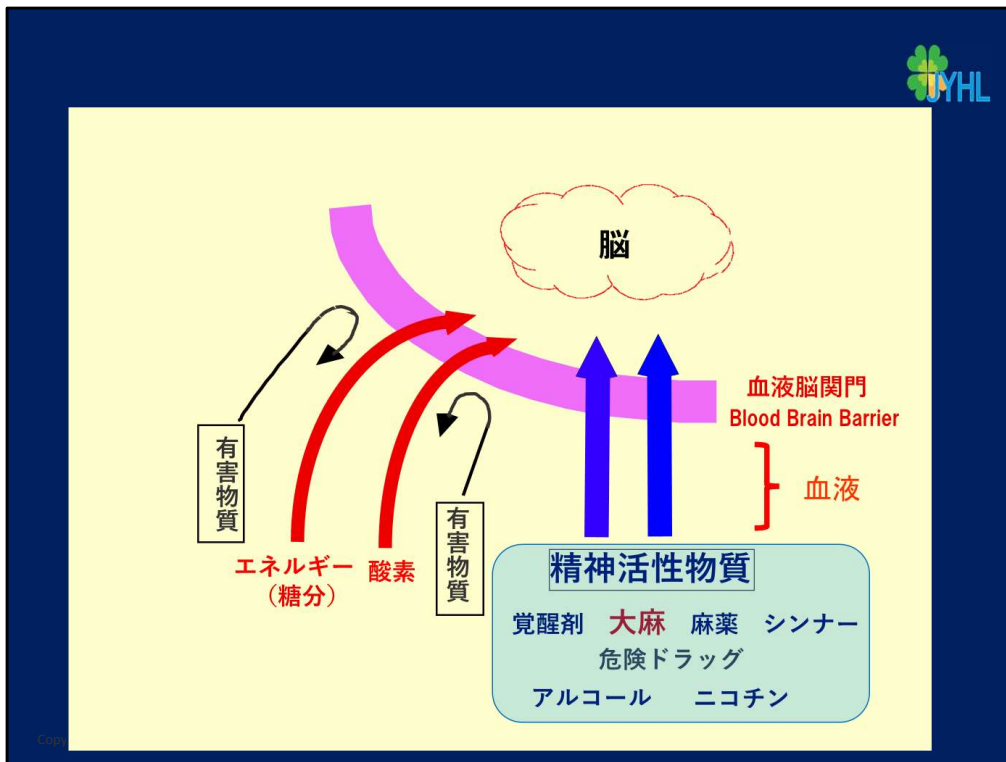
どちらの場合も、結果的にその薬物入手しようとする行動(薬物探索行動)として表面化する。そして習慣化し、嗜癖行動(Addiction)をとるようになる。

(日本学校保健会：喫煙、飲酒、薬物乱用防止に関する用語事典)

薬物乱用の有害性は、乱用のほとんどが実際は単独ではなく、他の複数の薬物と一緒に行われるので、単独の薬物の有害性だけに焦点を合わせるのは、問題点をそらせる危険がありますが、ここでは、一応、「大麻」という薬物の危険性をまとめて説明します。

・「大麻」、実際には「大麻」に含まれる有害成分が「薬物依存」を引き起こすという事に危険の第一があります。
「薬物依存」とは、その薬物が体内に入った時に起こる精神的あるいは時には身体的状態です。

スライドには、WHOの定義を示しました。



「薬物依存」は、そのような特異な性質をもった薬物（化学物質）が、体内に入った時に起こる「薬理的」状態です。

このスライドは、「薬物依存」の起こる仕組みを模式的に示したものです。

・脳（何よりもヒトにとって、自己そのものである重要な臓器）は、身体のなかでも最も多くのエネルギー原料（糖分）や酸素を必要とする臓器のひとつで、常にエネルギーと酸素の供給が必要で、これらは血液を介して脳に運ばれます。しかし、食べ物や空気などを介して血液には有害な物質が紛れ込むのを避けることはできません。脳は必要とするエネルギーや酸素の供給を常に必要とする一方、有害物質には極めて弱いデリケートな臓器です。

このような特性をもつ脳を守るために、ヒトを含む動物は進化の過程で極めて絶妙な仕組みを獲得しました。「脳・血液関門 Blood Brain Barrier」です。このバリアは、脳が必要とするエネルギーや酸素を容易に通過させる一方、有害物質をブロックするという選択能力があります。

「脳・血液関門 Blood Brain Barrier」のおかげで脳は守られているのです。

しかし、残念ながら「脳・血液関門 Blood Brain Barrier」は万能ではありません。このバリアを簡単に通過する一群の薬物（化合物）があるのです。バリアを通過して脳に作用する、このような薬物（化合物）を精神活性物質（あるいは向精神薬）と呼びます。これらの薬物は、脳に達し、脳に作用して「依存」を引き起こします。これが「薬物依存」の仕組みです。この一群の薬物（化合物）のなかに麻薬、覚醒剤などとともに「大麻」があります。

「大麻」による「依存」は、このような仕組みで起こる、専門用語では「薬理学的状態」なのです。従って、一旦このような薬物が体内に入ると意志の力でコントロールすることが難しいのです。

なお、「依存」という用語は、スマホやギャンブルをやめられない状態（嗜癖障害と言います）などにも安易に使われますが、「依存」**Dependence** という学術用語は**Drug Dependence**のみに使われる用語です。

大麻(マリファナ等)の有害性 I



幻覚・依存

[主成分] テトラヒドロカンナビノール
Δ9-tetrahydrocannabinol:THC

[有害作用] *

- ・大麻依存
- ・大麻精神病
幻覚、妄想、感覚異常
- ・知的機能の低下
- ・無動機症候群
無気力・集中力低下・判断力低下・無為

* 他の薬物と一緒に乱用されると危険は、より複雑になり、有害性は著しく増す

「大麻」独自の有害性をまとめると以下ようになります（前に述べたように、大麻を含む薬物乱用の場合、ほとんど複数の薬物が乱用されるので、それぞれの薬物単独の有害性だけを強調することは誤解を生みやすいのですが）

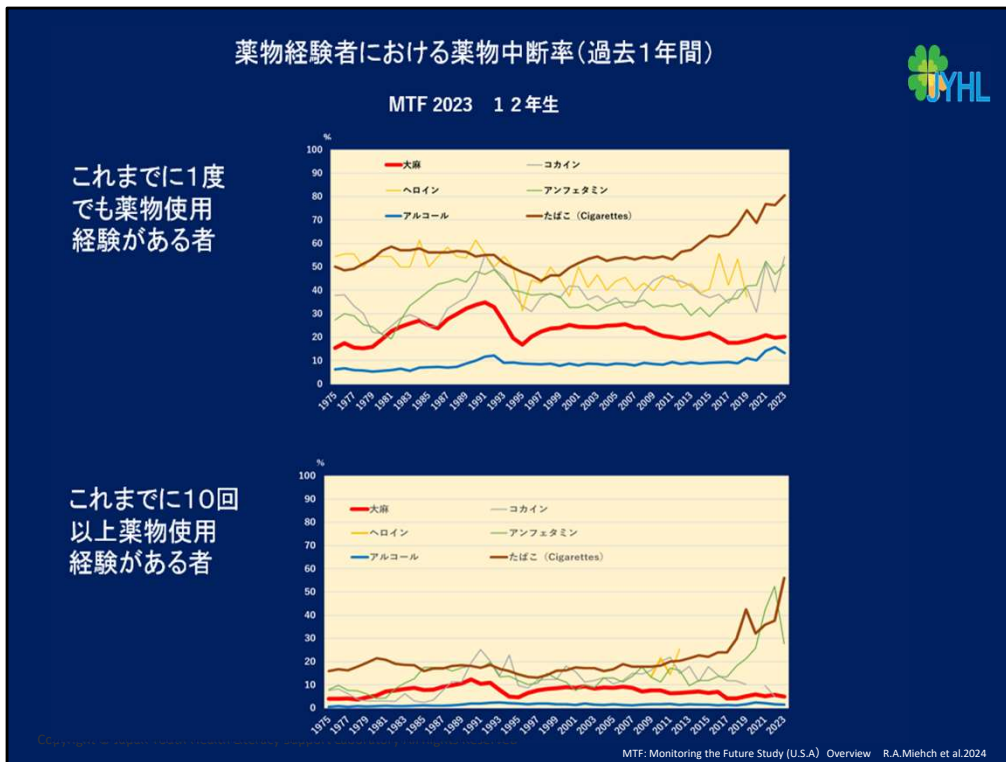
まず有害性のⅠは**特有の健康障害**を起こすことです：

「大麻」は常習的使乱用によって**大麻依存**を引き起こします。また、幻覚、妄想、感覚異常などを主症状とする**大麻精神病**を引き起こします。

さらに大麻乱用は、知的機能の低下や無気力・集中力低下・判断力低下・無為などの**無動機症候群**の原因となります。大麻による無動機症状下での自動車事故例が欧米で報告されています。

それらの**主な原因は、「大麻」の主成分のTHC（テトラヒドロカンナビノール Δ9-Tetrahydrocannabinol）**によります。

また、大麻は、酒（アルコール）や他の薬物と一緒に乱用されることが多く、このようなケースではその危険はより複雑になり、有害性が増大します。



米国では、青少年の薬物使用と関連要因について長期疫学調査 Monitoring the Future Study(MTF) が、1975年から現在までの約50年にわたって中等学校生（日本の中学生と高校生に相当）を対象に毎年継続実施されています。このスライドは、その調査結果のうち、「大麻」についてのものです。

後述のように、米国では高校生の「大麻」の常習的乱用経験率が30%を超えるほど蔓延していますが、この図は、依存性薬物乱用を経験したことのある12年生（日本の高校3年生に相当；17-18歳）のうち、乱用を1年間中断できた者の割合の推移を1975年から2023年にわたって示したものです。上の図は、これまでに一度でも薬物使用経験がある者（軽度乱用）、下の図はこれまで10回以上薬物使用経験がある常習的乱用者です。

下の図のように、薬物の常習的乱用者では、薬物使用を中断できる者の割合が極めて低くなり、ほとんどの依存性薬物乱用者の1年中断率は20%程度です。薬物依存に陥るためです。

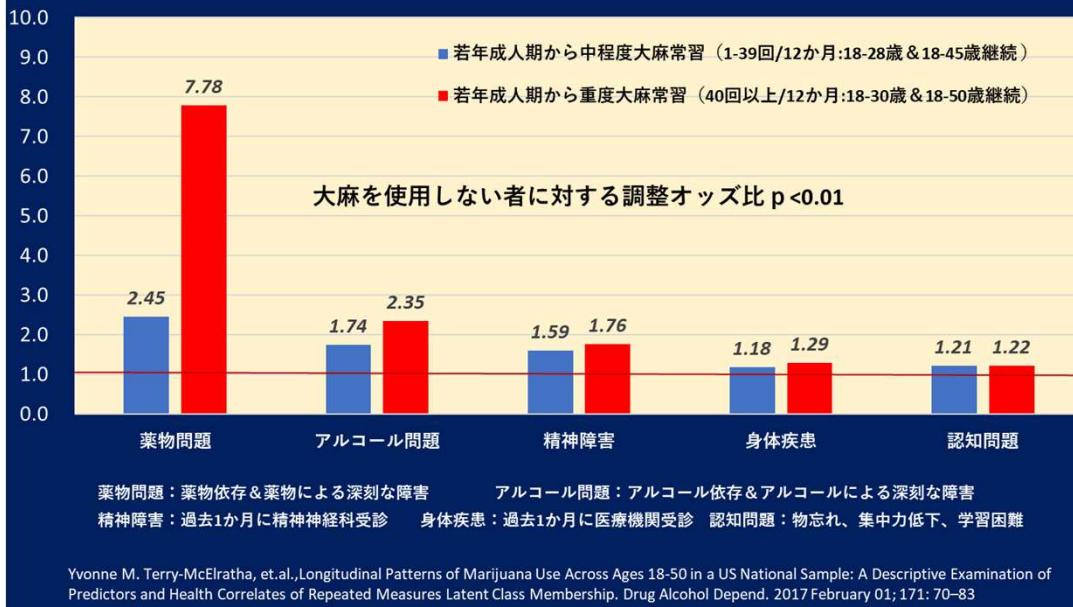
赤のラインが「大麻」です。図に明らかなように「大麻」乱用常習者の中断率は約50年にわたる調査を通じて10%程度、「**大麻**」乱用常習者では**9割が「大麻」使用を中断できない**のです。「大麻」中断率は、強烈な依存性を持つことで知られるヘロインやコカイン、覚醒剤（アンフェタミン）よりむしろ低いのです。この傾向は、軽度の「大麻」乱用者にも見られます（上の図）。

これらのデータは、「大麻」に手を染めるといかにそれをやめるのが難しいかを示しています。

なお、青のラインは飲酒（アルコール）です。アルコールは中断がもっともむづかしい薬物

(化学物質) です。飲酒の中断率が低いには、他の社会的要因の影響もあります。

若年成人期の大麻使用と50歳時の健康問題



「大麻」乱用は、長期にわたって有害な影響を及ぼします。

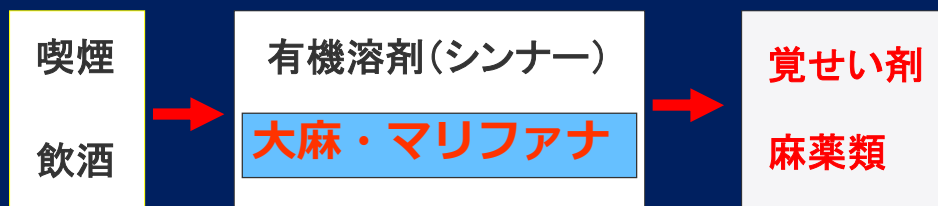
このスライドは、MTF調査に参加した高校生（参加時18歳）を卒業後50歳になるまで追跡して、「大麻」乱用の影響を調べたものです。

若い時期から重度（赤）あるいは中程度（青）の「大麻」常習使用を続けると、50歳になった時点で、薬物問題、アルコール問題、精神障害、身体障害、認知問題など様々な深刻な健康障害を発症するリスクが高くなります。

大麻(マリファナ等)の有害性Ⅱ

・青少年における薬物乱用の連鎖

“Entry Drug / Gateway Drug”



Copyright © Japan Youth Health Literacy Support Laboratory All Rights Reserved

「大麻」乱用には、別の観点からの有害性があります。

主に、青少年期に始まる薬物乱用は、身近にあり、相対的に危険度の少ないと思われる薬物に手を染めることで始まり、乱用を続けると、より刺激の強い強度の薬物乱用に進むという特徴があります。

これを青少年における薬物乱用の連鎖と呼び、最初に手を染める薬物は「入門薬物Entry DrugあるいはGateway Drug」と呼ばれます。

かつては、このような入門薬物は、たばこ（喫煙）、アルコール（飲酒）が代表的なものでした。しかし、近年は、「大麻」が代表的入門薬物となっています。この傾向は世界的なものですが、我が国でもこの傾向が見られ始めています。

「大麻」は、麻薬・覚醒剤など極めて有害な薬物の乱用へと、扉を開く入門薬物としての危険性を持つのです。



比較的軽度と考えて手を染めた「大麻」乱用は、より強い薬物乱用へと進行し、多様で極めて深刻な影響をもたらします。

その代表例が、ヘロイン乱用です。ヘロインは高い依存状態を引き起こすアヘン系薬物で、これに陥ると依存状態から脱するのは極めて難しくなります。

この写真はヨーロッパの古い歴史を持つ静かな国にある公園です。この公園に自動販売機が置かれています。何の？ 注射器の自動販売機です。

ヘロインは、注射器を使って、静脈注射によって主に乱用されます。また、ヘロイン常習者は隠れて、車座になって一緒に乱用することが多く、その際ヘロインを入れた注射器を共有します。

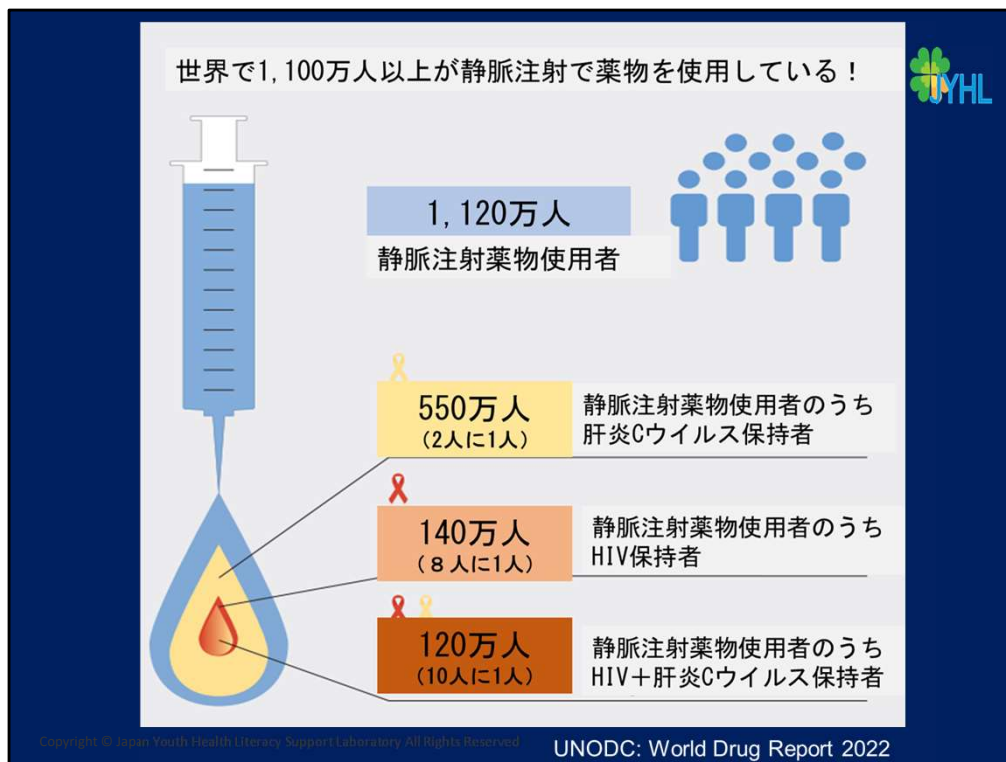
1981年、HIV/AIDSが広がりました。当時治療法などが確立されていない未知の致死性伝染病の拡散が、世界を恐怖に落とし入れました。主な感染ルートは性的接触と考えられていました。ところが欧米では、ヘロイン乱用者でHIV/AIDS感染が広がり、そこからさらに一般社会に広がっていることがわかりました。

HIVは血液中の免疫細胞に感染する病気なので、ヘロイン乱用に使用する不潔な注射器の共有が、感染拡大の原因でした。そのため、欧米諸国は最初、ヘロイン乱用を厳しく取り締まりました。しかし、その結果HIV/AIDS感染は収まるどころか、拡大しました。ヘロイン乱用を取り締まった結果、ヘロイン乱用は地下に潜り、見えないところで感染が広がったのです。そこで、苦慮の結果、欧米の国々は、HIV/AIDS感染拡大を防ぐため、ヘロイン乱用者が、”清潔”な注射器を使うことができるよう自販機を置いたのです。

つまり、ヘロイン乱用に目をつぶり、HIV/AIDS予防を優先したのです。これは、”やめられない”薬物依存の怖さを如実に示すものです。

欧州の小さな静かな町の公園の自販機の周りには、血液が付いたり、針がとれてしまった注射器が捨てられていました。

このような依存性薬物乱用への危険な連鎖の入り口に「大麻」があるのです。



静脈注射による薬物乱用（主にヘロイン）は、HIV/AIDSのみならずC型肝炎の感染も広がります。

スライドに示すように、世界では1,100万人以上が静脈注射によって薬物を乱用していますが、その半数、2人に1人、550万人がC型肝炎ウイルスに感染し、8人に1人、140万人はHIVウイルスに感染し、10人に1人、120万人がHIVとC型肝炎ウイルスに感染しています。

「大麻」などに始まる依存性薬物乱用の影響は、薬物自体の有害な影響にとどまらず、予想できないような形で、複雑で深刻な影響を広範囲に及ぼすのです。

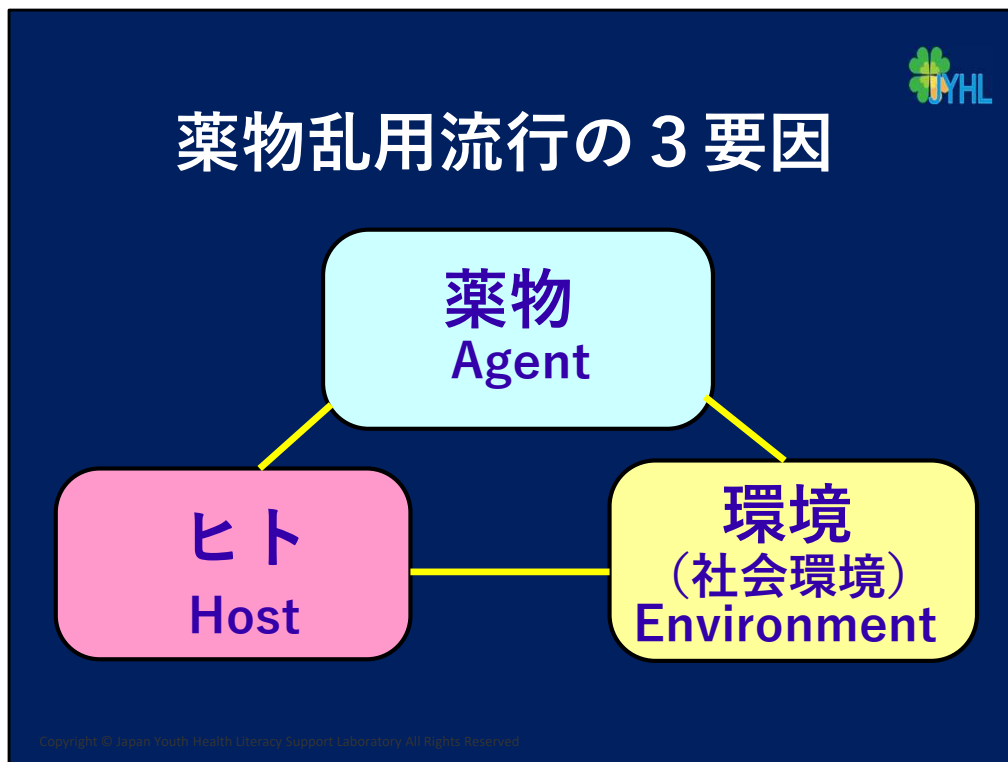


薬物乱用流行の要因と 予防の考え方

Copyright © Japan Youth Health Literacy Support Laboratory All Rights Reserved

次に、このように危険な**薬物乱用**が**社会に広がる（流行する）要因**とそれを踏まえた**予防の考え方**について、「大麻」を例に挙げながら触れます。

薬物乱用流行の3要因



Copyright © Japan Youth Health Literacy Support Laboratory All Rights Reserved

薬物乱用の流行には3つの要因が関与します。

薬物：社会に薬物がなければ薬物乱用流行そのものが存在しません。

ヒト：薬物はウイルスや細菌のように自己増殖して広がることはありません。それを使う（乱用）するヒトの存在があってはじめて社会に流行（広がり）ます。

環境（社会環境）：薬物乱用の流行は、人間社会での広がりです。このためそれぞれの地域やその時点での社会環境（社会の雰囲気、価値感・倫理観、情報・認知、仲間・家族関係など）の影響を受けます。

この要因がそろった時、薬物乱用の流行が起こります。従って、この3要因を抑えること、望ましくは3つ全てを抑えることが薬物乱用防止になります。

薬物に対しては：危険な薬物の対する法規制、取締り、密輸・密売の摘発によって、社会の中にある薬物そのものの量を抑える。

ヒトに対しては：薬物乱用の有害性についての正しい知識・認識・態度、倫理観、仲間や家族との関係、自己肯定感、意志決定・行動選択などのライフスキルの能力を教育を通じて醸成する。

社会に対しては：有害な薬物使用を許さない社会環境を醸成する（薬物乱用防止教育や防止キャンペーンなど）

薬物乱用・依存の自然史と予防対策



薬物乱用・依存は時間の経過に伴って進行します。

図は、「薬物乱用・依存」の自然史と予防対策のあり方を示したものです。自然史とは、病気や有害事象が時間とともに進む有様のことです。時間の流れは矢印のように進みますが、ここで矢印は交通信号に模して、緑：安全、黄：注意が必要、赤：危険と色分けしています。「薬物乱用」は「薬物」にまったく関わりのない健康の状態から、ハイリスクの時期を経て、「薬物」にちょっと手を染める試験的使用、乱用・依存の早期、進行期そして依存の悪循環に至ります。この段階に至ると「薬物依存症」という病気の状態になります。ハイリスクの状態とは、例えば、自らは「薬物乱用」をしていないけれども周りに「薬物乱用」をしている仲間がいる、と言うような状態をさします。

「薬物乱用」は、時間の流れにともなって進行し、「薬物依存」と健康障害の程度がひどくなります。「薬物依存」の悪循環に陥ると、「薬物」が離せなくなり、脳がダメージを受け、妄想や幻聴、奇異な行動が現れ、そして身体全体も広く侵されます。また、乱用する「薬物」も、より危険度の高い薬物になり、それも単独ではなく複数の「薬物」を乱用する、より危険な状況になります。妄想による殺傷事件や「依存」する「薬物」を得るための犯罪など、他者や社会にも害を与えます。

「薬物乱用」は、このように進行するので、この流れを止めることが予防になりますが、進行の段階によって、対応の仕方が異なります。「薬物依存」の悪循環に陥り、「薬物依存症」に陥った段階からの回復、社会復帰への積極的支援が「3次予防」と呼ばれる対策です。いわゆるリハビリテーションと呼ばれ、骨折や脳梗塞などでは、適切なリハビリテーションが有効であることが知られています。「薬物依存症」にも、良い薬が開発され、リハビリテーションの考え方が適用されていますが、実は、他の病気と違って、「薬物依存症」では3次予防が極めて難しいのです。脳に記憶された「薬物」への欲求は消えず一生続きます。特に入院・投薬によって「薬物依存症」の病的状態がある程度緩和されて退院し、社会に戻ったとき「薬物」の誘惑に負けてまた乱用を始めてしまうケースが多々あります。また、我が国社会に、薬物経験者の社会復帰のための仕組みが十分に整えられていないことも要因のひとつと考えられています。

2次予防は、「薬物」に手を染めた場合、そのできるだけ早い段階から介入して指導や治療を行う「早期発見・早期治療」が原則です。我が国では、生活習慣病などでこの2次予防がうまく功を奏しています。しかし、2次予防においても「薬物乱用・依存」の場合は、これもとても難しいのです。一つには、違法行為である「薬物乱用」は、隠れて行われるのでこれを察知することが難しいこと、そして、ふたつめは、医師や薬剤師の管理・指導のもとに注意して使われ、その品質も厳密に規制されている医薬品とは異なり、素人がかってに、「気分が変わる」まで、純度も中身もわからない化合物を身体に入れるので、様々なケースがあり、複雑なため対応が難しいのです。

また、3次予防と2次予防には、医師や警察、ケースワーカーなどの専門家が関わるので、その養成が必要であり、そのためのコストも大きくなります。我が国では「薬物乱用」、「薬物依存症」に対処できる専門家の数が極めて少ないのが現実です。

このように、「薬物乱用・依存」に対しては2次予防、3次予防がとても難しいのです。

最後に残ったのが、1次予防です。1次予防とは、一旦手を染めるとそこから脱却が難しい「薬物乱用・依存」には、ひとりひとりが、そもそも、「薬物」に手を染めないようにすることを目標にします。従って、その対象は“今、「薬物乱用」をしていない人”です。「薬物乱用」は青少年期に手を染めるケースが多いので、“「薬物乱用」をしていない青少年”、すなわち健全なほとんどの若者が主な対象となります。そして、予防の具体的手法は「教育」です。教育を通じてひとりひとりの青少年が「薬物乱用」の危険を理解し、危険な行動をしないようになることが目標です。

「薬物乱用」において、小学校、中学校、高等学校、大学の「薬物乱用防止教育」が、重視されるのは、このためです。

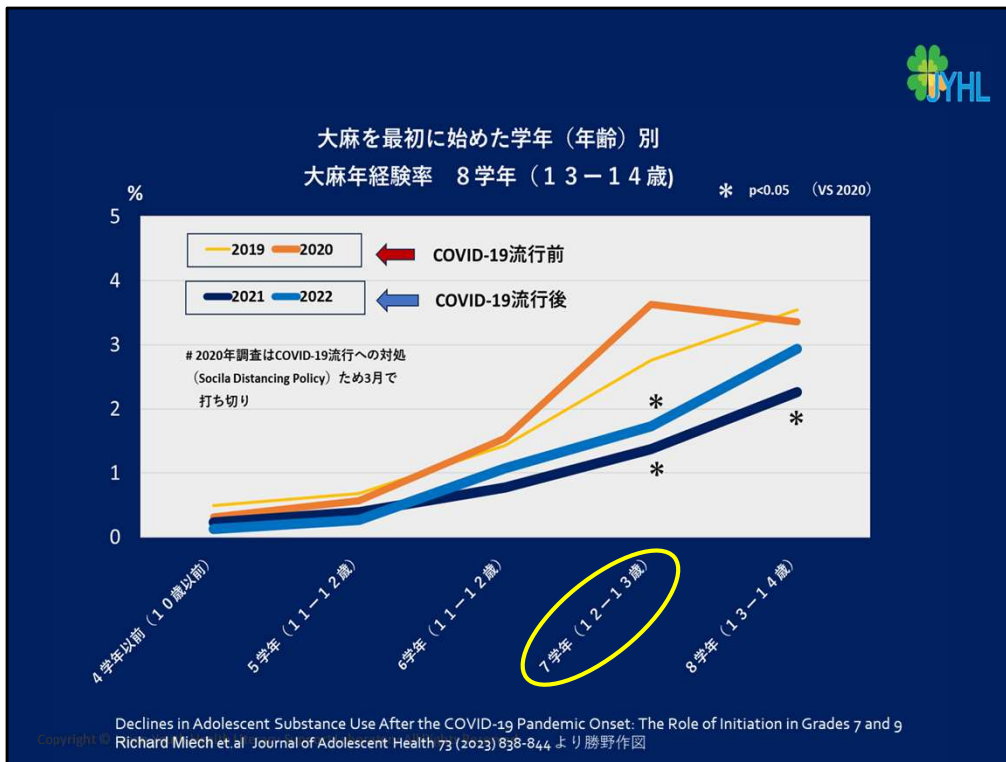


一次予防の観点からの 大麻乱用開始時期の重要性

Copyright © Japan Youth Health Literacy Support Laboratory All Rights Reserved

薬物乱用防止においては、一次予防が不可欠ですが、**一次予防では、いくつかの重要なポイントがあります。**

「大麻」を中心に考えてみます。最初のポイントは、「大麻」乱用が開始される時期です。



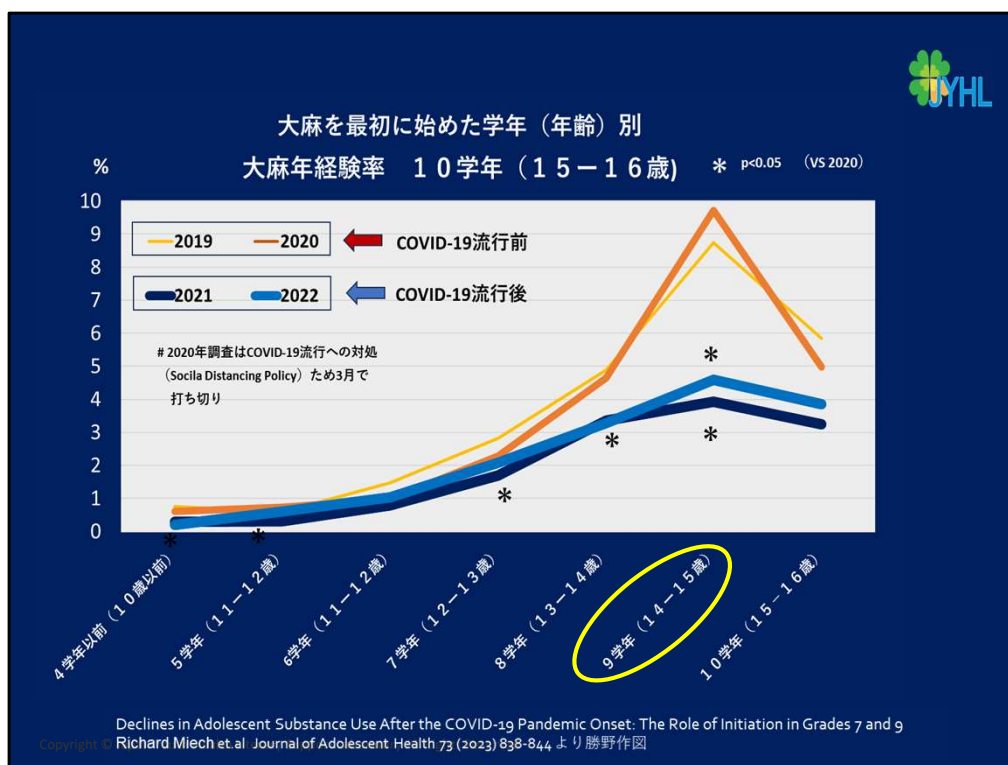
スライドは、米国の青少年の薬物問題についての長期調査であるMTFの新しいデータです。

「大麻」乱用経験のある中等学校8年生（日本の中学3年生12-13歳）が答えた「大麻」乱用を始めた学年のグラフです。この図で黄色及びオレンジ色の線はCOVID-19流行前の調査結果、青色と紺色はCOVID-19流行後の結果です。

COVID-19流行前の調査では、「大麻」乱用経験のある8年生が、「大麻」乱用を始めるピークは7年生（12-13歳）でした。ところがCOVID-19流行後の調査ではこのピークが消え、また「大麻」乱用の開始そのものもCOVID-19流行前に比べて低い割合になりました。

COVID-19流行後に調査を受けた生徒たちは、「大麻」乱用を始めるピーク年齢である7年生時を、COVID-19流行による社会封鎖（学校閉鎖）のため、学校に行かず、そのため仲間・友達との接触が少ない状態で過ごした生徒たちです。

このグラフが示したのは、「大麻」乱用を始めることの多い時期（年齢）に、仲間や外の社会などの「大麻」乱用に誘引する要因から遠ざかると「大麻」乱用に手を染める割合が低くなり、その影響は年齢を重ねても続くことを示しています。



こちらは、「大麻」乱用経験のある中等学校10年生（日本の高校1年生15-16歳）のグラフです。前の図と同じ、黄色及びオレンジ色の線はCOVID-19流行前の調査結果、青色と紺色はCOVID-19流行後の結果です。

COVID-19流行前の調査では、「大麻」乱用経験のある10年生が、「大麻」乱用を始めるピークは9年生（14-15歳）でした。ところがCOVID-19流行後の調査ではこのピークが消え、また「大麻」乱用の開始そのものもCOVID-19流行前に比べて低い割合になりました。

COVID-19流行後に調査受けた生徒たちは、「大麻」乱用を始めるピーク年齢である9年生時を、COVID-19流行による社会封鎖のため、学校に行かず、そのため仲間・友達との接触が少ない状態で過ごした生徒たちです。

この2つのグラフが示したのは、「大麻」乱用を始めることの多い時期（年齢）に、仲間や外の社会などの「大麻」乱用に誘引する要因から遠ざかると「大麻」乱用に手を染める割合が低くなり、その影響は年齢を重ねても続くことを示しています。

従って、12-13歳と14-15歳の年齢の時期は「大麻」乱用に手を染める危険が大きい一方、この時期に「大麻」乱用への誘因がないと「大麻」乱用を始めず、さらに年齢が上がっても「大麻」乱用をするリスクが低くなることがわかったのです。つまり、「大麻」乱用防止教育は12-15歳に対して行うと最も効果があることが明らかになったのです。

COVID-19パンデミックは、若者の「大麻」乱用の開始時期やその要因について、貴重な情報を与えてくれた社会実験でした。

大麻乱用につながる要因

- ・ 大麻使用の危険についての知識と認識
- ・ 大麻使用に対する拒否的態度
- ・ 大麻入手の可能性
- ・ 周囲、特に仲間・友人の影響

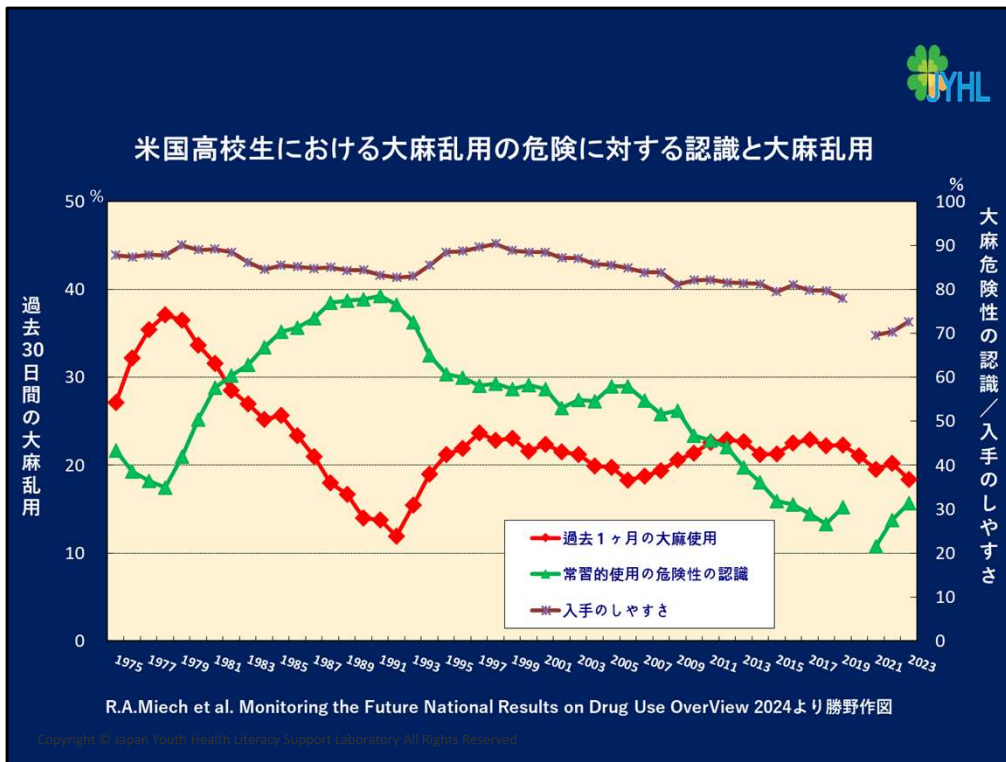
Copyright © Japan Youth Health Literacy Support Laboratory All Rights Reserved

次に、世界で行われた信頼できる調査研究から得られた「大麻」乱用につながる要因をまとめます。

特に**重要な要因**は：

- ・ 「大麻」乱用の危険についての知識と認識
- ・ 「大麻」乱用は良くないことと考える態度（拒否的態度）
- ・ 「大麻」を入手する可能性
- ・ 周囲、特に仲間・友人の影響

の4つです。



「大麻」乱用につながる要因の1は、「大麻」乱用の危険に対する認識です。この図も米国MTFの調査結果です。

高校生の「大麻」乱用経験率（過去30日の間に一度でも「大麻」乱用をした生徒の割合・・・「大麻」を常習的に乱用している指標）を赤ラインで示してあります（左目盛）。

この調査は米国で最も薬物乱用がひどかった1975年に開始されました。その時高校生の過去30日の「大麻」経験率は30%弱、その後1977年かけて「大麻」乱用はさらに拡大し40%近くになりました。普通の高校生の約4割が「大麻」を常習的に乱用するようになったのです。薬物乱用流行のもう一つの特徴である、「1つの薬物乱用が広がると他の薬物乱用も広がる」ため、コカインやヘロイン乱用も広がり、米国の薬物乱用はひどい状況になりました（その背景にはベトナム戦争後の米国の社会状況がると言われています）。

緑のラインは「大麻」の常習的使用の危険を認識している生徒の割合です（右目盛）。「大麻」乱用が広がり始めた1975年、「大麻」乱用の危険を認識しているのは40%程度、薬物乱用が広がるとこの指標はさらに低下し、1977年には30%台になりました。この時代米国の一般高校生のなんと70%以上が「大麻」乱用の危険を知らなかったのです。

このような深刻な状況に対処するため、強力な薬物乱用防止対策が行われました。その中核が一次予防を目的とした薬物乱用防止教育でした。この効果は直ぐに現れました。薬物乱用防止教育により、「大麻」乱用の危険に対する認識は急激に高まり、1990年には、高校生の約80%が「大麻」乱用が危険であると認識したのです。高校生の「大麻」乱用の危険についての認識が高まると、1年遅れで実際の「大麻」乱用経験率が下がりはじめました。1991年になると「大麻」経験率は20%近くまで激減しました。

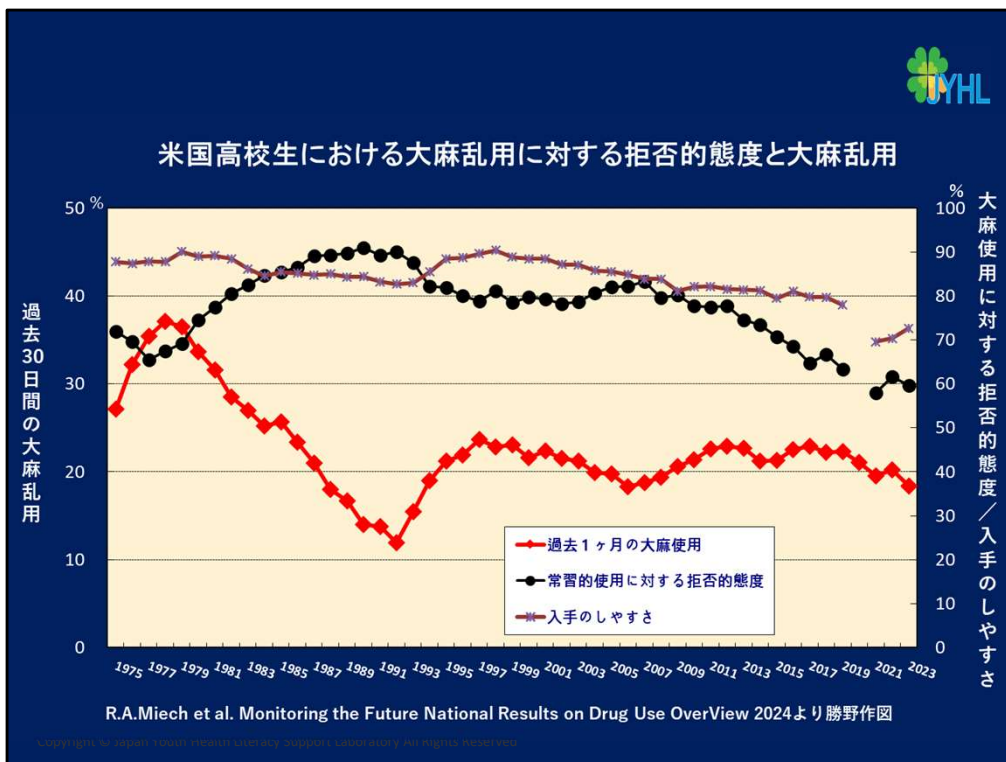
薬物乱用防止教育がはっきり効果を示したのです。しかし、1991年「大麻」経験率が低下したので薬物乱用防止対策の手が緩められました。すると、すぐ「大麻」乱用の危険についての認識は低下し、それに伴って「大麻」乱用は再び増え始めたのです。

薬物乱用防止対策（教育）は、きちんと実施すると効果がありますが、手を抜くとまたもとに戻るのです。MTFの長期の調査が示す重要な知見です。

米国では「大麻」はこの50年間、若者の身近にあります。「大麻」を手に入れることができる（入手の可能性）と答えた高校生は一貫して9割近くです。「大麻」が身近にあっても、その乱用の危険についての認識があれば、「大麻」乱用は減るのです。

なお、近年は、危険の認識と実際の乱用行動の間のきれいな逆の関係はみられない様になっています。こ

れは米国での喫煙の急激な減少の影響と考えられています（「大麻」乱用はおもに喫煙で行われる）。



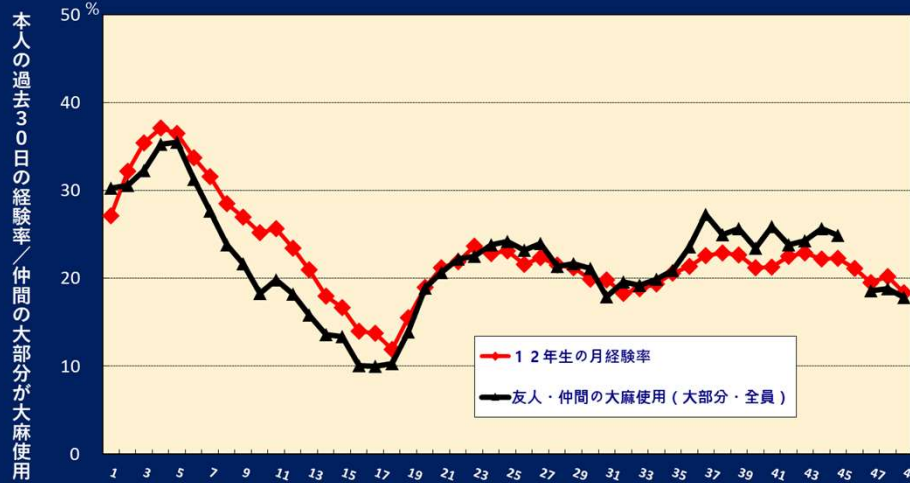
この図は、「大麻」乱用（赤のライン）と、「大麻を乱用することは良くないことだ」と考える生徒の割合（拒否的態度：黒のライン）を重ねたものです。

「大麻」乱用に対する拒否的態度も、実際の「大麻」乱用と逆のパターンを示します。

広範囲のキャンペーン、マスメディアなど警告、学校での薬物乱用防止教育によって、青少年ひとりひとりが、「大麻」乱用の危険についての認識を高め、「大麻」乱用に対する拒否的態度を持つと実際の「大麻」乱用は減るのです。

当然ですが、「大麻」乱用の危険についての認識と「大麻」乱用に対する拒否的態度のパターンは同じ動きをします。

米国高校生(12年生)の大麻使用および仲間・友人の大麻使用



R.A.Miech et al. Monitoring the Future National Results on Drug Use OverView 2024より勝野作図

この図もMTFからのものです。

青少年の「大麻」乱用は、仲間・友人の影響を大きく受けます。

「大麻」乱用を常習的に行う生徒の割合（赤のライン）は、その大部分が「大麻」乱用をする仲間・友人を持つ割合（黒のライン）と全く同じパターンをします。



「大麻」使用に対して良くないと考える若者は、同じ考えを持つ仲間・友人を持ちます。

一方、親（保護者）の影響は仲間・友人に比べて希薄です。

「大麻」乱用に拒否的態度をもつ若者は、同じ態度の仲間・友人があります。

この年齢の若者には、親（保護者）より、仲間・友人の存在が大きいのです。




日本と世界の青少年の薬物乱用の実態

Copyright © Japan Youth Health Literacy Support Laboratory All Rights Reserved

ここまでは、科学的で正確な調査結果が得られている米国の青少年の「大麻」乱用とその関連要因についてみてきました。

最後に、**我が国の青少年の「大麻」を中心とした薬物乱用の実態を世界と比較**して説明します。

世界の青少年の違法薬物経験率(生涯経験率%)



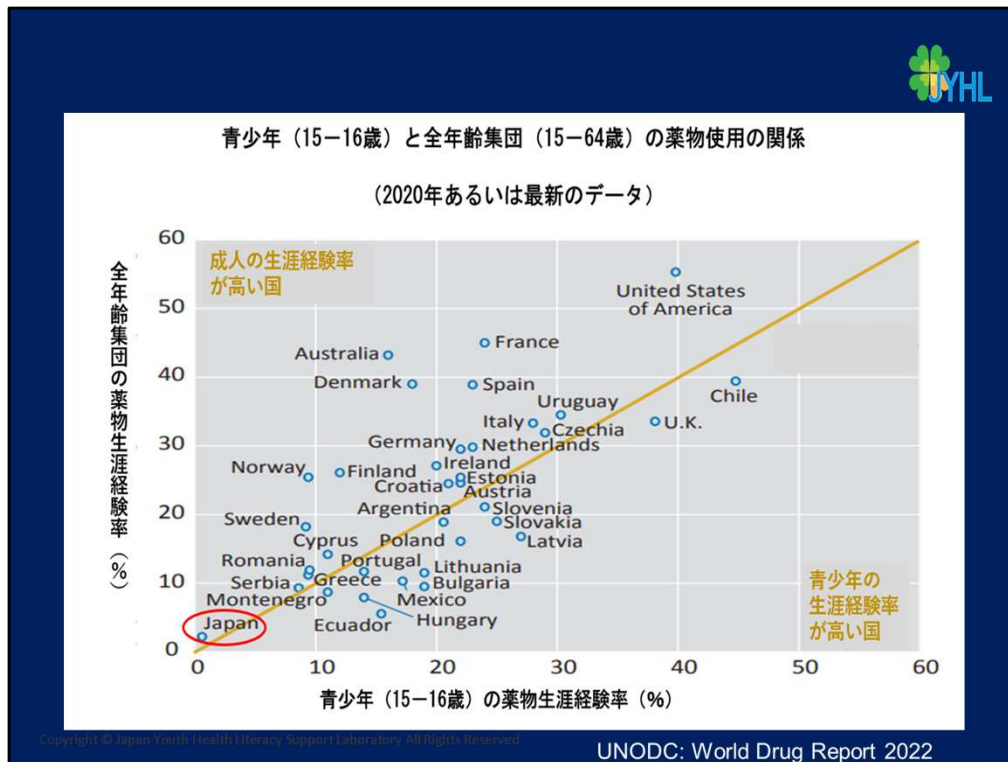
国	年	年齢	プロジェクト	大麻	有機溶媒	覚せい剤(ATS)	MDMA (エクスタシー)	コカイン	ヘロイン
日本	2022	13	JJHS	0.1	0.4	0.2	-	-	-
	2022	14	JJHS	0.1	0.6	0.4	-	-	-
	2022	15	JJHS	0.1	0.5	0.3	-	-	-
	2018	16	JHS	0.2	0.3	0.2	0.2	0.2	-
	2018	17	JHS	0.3	0.4	0.2	0.2	0.2	-
	2018	18	JHS	0.3	0.4	0.2	0.2	0.2	-
韓国	2018	18-22	JYPAD	0.1	0.1	0.1	0.2	-	-
韓国	2007	16-18	ASPD	0.7	1.0	0.6	0.6	-	-
ベトナム	2012	16-18	ASPD	2.0	0.6	1.3	1.0	-	0.5
米国	2023	14	MTF	11.5	9	5.3	0.9	1.0	0.8
	2023	16	MTF	22.5	6.5	6.2	1.4	1.0	0.5
	2023	18	MTF	36.5	6.3	4.9	1.6	1.3	0.2
ドイツ	2019	15-16	ESPAD	22.0	15.0	2.7	1.9	1.6	0.6
スペイン	2019	15-16	ESPAD	23.0	2.5	1.8	0.9	3.0	0.6
フランス	2019	15-16	ESPAD	23.0	6.2	2.8	1.7	4.8	1.1
イタリア	2019	15-16	ESPAD	27.0	2.0	1.9	1.3	3.7	2.0
オランダ	2019	15-16	ESPAD	22.0	7.1	2.1	3.5	2.3	0.5
スウェーデン	2019	15-16	ESPAD	8.0	11.0	2.6	1.8	2.5	0.6
英国	2011	15-16	ESPAD	29.0	7.0	4.0	4.0	5.0	2.0

JJHS: Japanese Junior High School Survey Shimane, T et al.2023
 JYPAD: Japanese Youth Survey Project on Alcohol and other Drugs Miyoshi, et al.2016
 ASPAD: Asian School Survey Project on Drug Abuse Katsuno S. et al. 2007
 MTF: Monitoring the Future Study (U.S.A) Overview R.A.Miechich et al.2024
 ESPAD: European School Survey Project on Alcohol and other Drugs EMCDDA2019

このスライドは、世界の青少年（13 - 16歳、主に中学生・高校生）の薬物経験率を比較したものです。ここでは薬物生涯経験率（これまで一度でも薬物を経験したことがある者の割合）を比較しています。紛争やCOVID-19などの影響により調査年はさまざまですが、現時点で最も新しい信頼できる調査のデータです。

「大麻」についてみると、我が国では、中学生（13 - 15歳）、高校生（16 - 18歳）、18 - 22歳の青少年すべてをみても、これまでに一度でも「大麻」乱用を経験した者の割合は 0.1 - 0.3%です。一方、米国では11.5 - 36.5%、欧州各国は米国に次ぐ割合、韓国・ベトナムなどのアジアの国では日本よりやや高い割合です。

日本の青少年の「大麻」経験率は、欧米に比べて2ケタも低く、日本は、世界的にみると最も青少年の「大麻」乱用が少ない国と言っても良いのです。



これまでに述べたように、「大麻」乱用は、乱用を始めると「大麻」だけにとどまらず、他のより危険な薬物の乱用に進みます。

この図は国連が信頼できる調査結果から最新の世界の状況をまとめたものです。

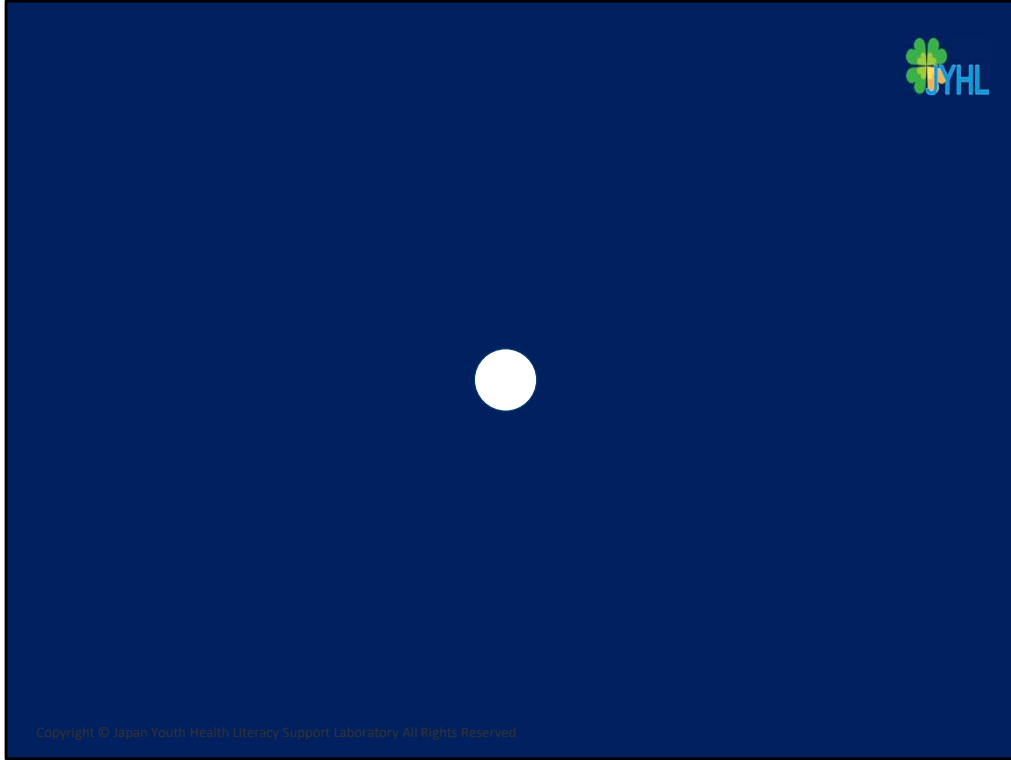
縦軸は、15-64歳の調査したすべての年齢集団の違法薬物（「大麻」だけではない）の生涯経験率、横軸はそのうちの青少年（15-16歳）の違法薬物生涯経験率を国別に示したものです。

青少年の薬物経験率は成人を含めた全集団の薬物経験率にほぼ比例します。欧米各国は。成人の薬物経験率が高く、中米や中欧諸国は青少年の薬物乱用率がやや高い傾向があります。

世界的に見ると、やはり米国の薬物経験率が突出して高く、全年齢集団では55%以上（半数）、青少年でも40%が違法薬物乱用経験があります。

これに対して、日本は、国連が調べたすべての国の中で、全年齢集団でも、青少年でも、最も薬物経験率が低いのです。

日本は、「大麻」だけでなく、すべての違法薬物においても、世界で最も乱用が少ない国なのです。



終わりに。
この図は何でしょう？



私たちは、「小さな点のある絵を見ている人みたいだ。この絵は何かと尋ねると、その人は点しか見てなくて、残りの部分は全部忘れてる。」

ローザ・ムザリワ（コンゴ平和活動家）の
言葉

セヴェリーヌ・オトセール

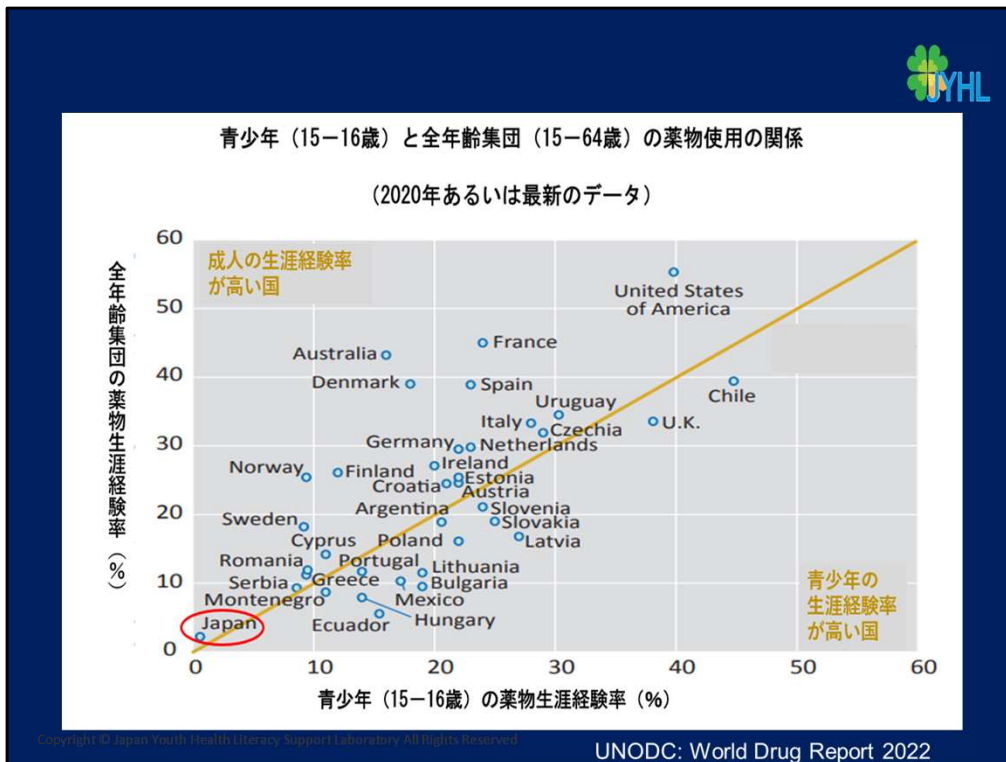
THE FRONTLINES OF PEACE より

Copyright © Japan Youth Health Literacy Support Laboratory All Rights Reserved

アフリカで困難なか、平和活動に力を注いでいるローザ・ムザリワは、前の図を示して、このように言っています。

私たちは、「小さな点のある絵を見ている人みたいだ。この絵は何かと尋ねると、その人は点しか見てなくて、残りの部分は全部忘れてる。」

この図でムザリワは、「救いがたい悲惨にあふれるアフリカ、その悲惨さに目が向けられているアフリカにおいて、実際には多くの平和が築かれているが、その部分の努力には、ほとんど目が向けられていない。」「白い部分＝平和は、ただそこにあるのではなく、そのための大きな努力・貢献があって築かれていることが忘れられている」と言っているのです。



世界で最も薬物乱用の少ない我が国、この状態は何もしなくて、ただそこにあるのではなく、薬物乱用防止に向けての大きな努力によって築き上げられたこと、そしてその努力を評価し、継続することが大切です。



青少年における医薬品の非医療目的使用 に関する補足

Copyright © Japan Youth Health Literacy Support Laboratory All Rights Reserved

青少年の医薬品の非医療目的使用は世界の各国でも見られます。
補足として米国の状況についての情報です。

医師の管理下でない医薬品使用およびOTC使用（年経験率）
 米国高校生（12年生）

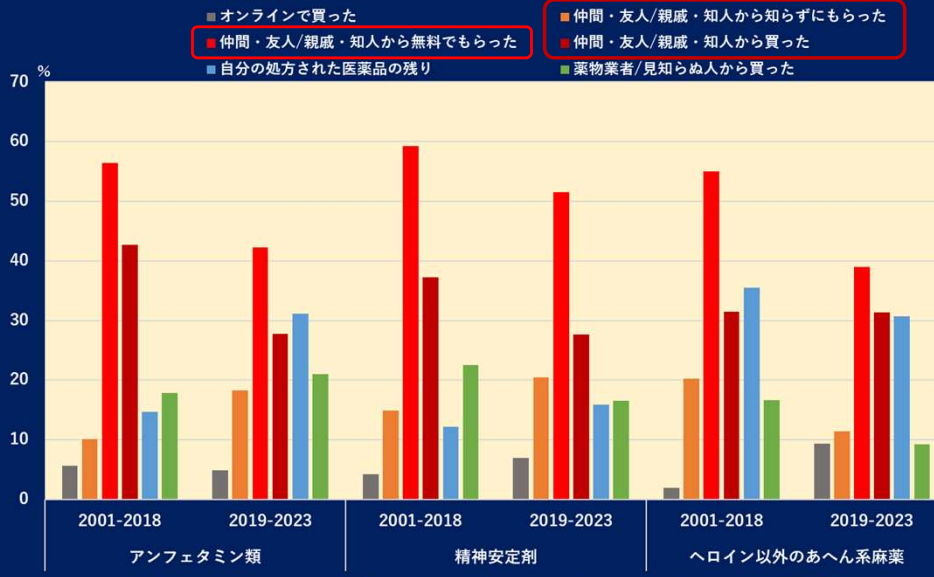


R.A.Meich et al. Monitoring the Future National Results on Drug Use OverView 2024より勝野作図

医師の指示なしの処方薬およびOTC（市販薬）の使用（乱用）についての米国の状況です。

覚醒剤（アンフェタミン）、鎮静剤、あへん系麻薬の医師の指示のない使用（赤のライン）と医師・薬剤師の指示のない市販薬の使用（緑）の推移をみると、米国の青少年では、そのような医薬品の乱用は減少しており、2023年調査では、覚醒剤（アンフェタミン）、鎮静剤、あへん系麻薬の乱用を過去1年に行った者は4%、市販薬の乱用を経験した者は2%であった。

医師の指示なく使用された処方箋医薬品の入手ルート



R.A.Miech et al. Monitoring the Future National Results on Drug Use OverView 2024より勝野作図

乱用目的で、医師の指示なしで使用された処方医薬品は、多くは仲間・友人から手に入れている。