

[illegible]

2020.3
第102号



公益財団法人
麻薬・覚せい剤乱用防止センター
Drug Abuse Prevention Center

あなたの、健康のそばに。



大正製薬



しあわせは、明日も健康であること。

人々の健康意識を高めること、日々の生活をOTC医薬品でサポートすること。
それが「セルフメディケーション」をスローガンに掲げる私たち大正製薬の使命。

OTC医薬品のリーディングカンパニーとして、
より優れた医療用薬品の開発に力を入れるチャレンジャーとして、
常に「生活者の健康でより豊かな暮らし」の実現を目指しています。

大正製薬株式会社 〒170-8633 東京都豊島区高田3-24-1 インターネットホームページ <https://www.taisho.co.jp>
◎製品についてのお問い合わせは【お客様119番室】電話03-3985-1800 受付時間8:30~21:00(土・日・祝日を除く)

NEWS LETTER

2020.3・第102号

C O N T E N T S

随想

●令和の時代の薬物乱用対策

厚生労働省医薬・生活衛生局 監視指導・麻薬対策課長 田中 徹……………1

かいせつ

●薬物依存症者に対する治療や支援のあり方とわが国の課題

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 薬物依存研究部
診断治療開発研究室長 近藤 あゆみ……………2

誌上研修「薬物乱用防止指導者のための実践講座」

●最新の大麻情勢 星薬科大学薬物依存研究室 鈴木 勉……………6

誌上研修「薬物乱用防止指導者のための実践講座」

●小中学校における能動的な学習方法を取り入れた

薬物乱用防止教室の実践例 (公財) 麻薬・覚せい剤乱用防止センター理事

東京都薬剤師会 山田 純一……………16

●2019年度「ダメ。ゼッタイ。」国連支援募金状況……………24

●令和元年上半期における薬物情勢(暫定値)について……………26

●センターだより……………32

●啓発資材のご案内……………34

●ご寄付団体及び賛助会員……………36

令和の時代の薬物乱用対策

厚生労働省医薬・生活衛生局
監視指導・麻薬対策課長

田中 徹

平成という時代を振り返ると、金融危機、拡大し続ける財政赤字、グローバルizmと格差拡大、地球温暖化、エネルギー対策、そして少子高齢化など、我が国が直面する諸課題に対し、将来世代が安心して暮らせる社会に向けた処方箋を提示できたかという、必ずしもそうとはいえない現状です。厚生行政についても、私自身、この四半世紀にわたり、医薬品、医療保険、年金、子ども、障害者、生活保護、感染症対策など様々な行政分野に携わってきましたが、前進した分野がある一方、必ずしも改革が順調に進んでいない分野があるとともに、社会経済状況の変化や、科学技術の発展により、新たな行政課題が顕在化している分野も増加しています。

そうした中で、昨年7月に、監視指導・麻薬対策課長に就任して、約半年が経過しました。半年経過しての印象は、この麻薬対策、薬物乱用防止という行政分野が、平成を通じて、着実に成果を挙げた行政分野の一つだということです。例えば、違法薬物の生涯経験率についても、欧米諸国では、30%から40%の国民が違法薬物を使用している中で、我が国では、長年にわたり、数%と低い水準を維持しています。

平成時代における薬物乱用対策を俯瞰すると、平成9年には覚醒剤事犯による検挙者が、約2万人になるなど、「第三次覚せい剤乱用期」が到来し、こうした事態を踏まえ、政府は、薬物乱用対策推進本部を設置し、「薬物乱用防止五カ年戦略」を策定しました。現在は、第五次計画期間となっており、報告「再乱用防止」「取締りの徹底、薬物の流通

阻止」「水際対策による密輸入阻止」「国際連携・協力」の5つの柱となっております。この5つを柱とした具体的な取組が相互に相まって、日本の薬物乱用防止対策が成果を挙げたものであり、これも関係各位の地道な努力の積み上げの賜と考えています。

特に、「目標1」の「青少年を中心とした広報・啓発を通じた国民全体の規範意識の向上による薬物乱用未然防止」については、(公財)麻薬・覚せい剤乱用防止センターのみならずには、「ダメ。ゼッタイ。普及運動」として、全国各地で街頭キャンペーン等の啓発・募金活動の実施を行っていただけでなく、地方公共団体のみならずには、「麻薬・覚醒剤乱用防止運動」として、麻薬・覚醒剤等の恐ろしさ、乱用防止についての知識の普及を図るため、地区大会を開催するなど普及啓発活動を行っていたいただきました。私も、いくつかの大会に参加させていただきましたが、若年者に対して、薬物乱用防止について学習いただく、貴重な機会だったと思います。

さて、このように一定の成果を収めてきた平成の薬物乱用対策ですが、もちろん課題もまだまだ山積しております。平成30年中の情勢を見ますと、まず、薬物事犯で最も多い覚醒剤事犯は10,030人と前年よりわずかに減少したものの、覚醒剤事犯の特徴は再犯率が65.9%と非常に高い点にあり、再犯率は12年連続増加し、過去最高となっております。また、覚醒剤の押収量については、前年より増加し3年連続で1トンを超えているとともに、昨年6月には、一度に覚醒剤が約1トンも押収される事件が発生しています。また、大麻事犯の検挙人数は、5

年連続で増加した結果過去最多となり、そのうち半数以上が10代及び20代の若年層であり、大麻の乱用者の裾野が青少年を中心に拡大しています。若年層に限っては、覚醒剤より大麻の検挙人員が上回っており、大麻については、インターネット等において、「有害ではない」、「タバコよりも安全である」といった誤った情報が氾濫していることも、こうした状況に拍車をかけている原因の一つと推測されます。

行政の施策全般について、一定の政策目的を達成するためには、施策の特性に応じて、経済的手法、規制的手法、普及啓発、再発防止策など、多様な行政手法を組み合わせ、総合的な対策を実施していく必要があります。薬物乱用の防止を図るためには、薬物の需要面と供給面など、その形態に応じた総合的な対策を講ずる必要があります。取締りの徹底を図ることはもちろんのこと、薬物問題が身近に迫っている脅威であるという認識の下、特に若年層を中心とした国民一人一人の薬物乱用根絶意識を醸成することが重要です。また、薬物再乱用者に対する適切な治療と効果的な社会復帰支援も強化していく必要があります。

そのためには、(公財)麻薬・覚せい剤乱用防止センター、全国の薬物乱用防止指導員をはじめとした、関係者の皆様方のご理解と、地域での薬物乱用防止普及啓発活動に対するご協力が不可欠です。さまざまな取組に、関係者が一丸となって取り組むことによって、令和の時代の薬物乱用対策を進めてまいります。

支援のあり方とわが国の課題

1. 治療・支援のキーワード：「包括的」と「持続的」

薬物依存症者に対する治療や支援は、薬物使用歴や使用の有無にのみ焦点をあてるのではなく、「包括的」かつ「持続的」に行うことが求められます。薬物依存症は、単に脳の神経回路に生じる変化や、薬物使用に対するコントロール喪失だけでなく、その人の社会生活能力全般に様々な障害をもたらす複雑で広範囲な疾患です。そのことは、薬物・アルコールなどの物質依存症患者の状態を幅広く評価するための半構造化面接として世界に広く知られているAddiction Severity Index (ASI)¹が、「医学的状态」「雇用／生計状態」「薬物使用」「アルコール使用」「法的状態」「家族／人間関係」「精神医学的状态」と7つの領域によって構成されているのをもてみてもわかるでしょう。継続的な薬物使用は身体的・精神的健康や対人関係、就労する力などの低下をもたらし、また、それらの問題をそのままにしておくことは再使用・再発のリスクを高めることにもなるので、これらすべての問題の程度を広く評価することによって依存症重症度が決定されなくてはなりません。どの領域の問題がより深刻であるかは個人によって大きく異なることから、薬物使用に関する事柄のみに着目するのではなく、「包括的」な視点でその人の生活上の課題をアセスメントし、それに基づいた支援を提供することが必要となるのです。さらに、課題の解決・改善には年単位の長い期間を要することが通常であり、また、薬物依存症は糖尿

病や喘息と同じ慢性疾患で再使用・再発のリスクを常に抱えていることから、「持続的」で谷間のない支援体制の構築が重要となります。そして、そのために地域関係諸機関の緊密な連携が求められることはいうまでもありません。

2. 治療・支援のゴール：エンパワメント

図1は、薬物依存症者に対する生活支援の全体像を示したものです。薬物依存症者を囲む円内には、社会復帰の過程に生じ得る様々な問題があり、依存症回復支援施設などの支援機関がその人にとって必要な支援を提供することになります。薬物依存症者の生活支援を行う際に、居住や経済、医療に関する問題などは比較的に見逃されにくいのですが、快適に住める場所があり、生活に必要な所得が保障され、適切な医療を受け、ひとまず薬物使用が止まっていればそれで生活支援の目標に到達したわけではありません。また、経済的自立の実現が必ずしもゴールとなるわけでもありません。生活支援の目指すところは「エンパワメント」(クライエントが生活の主体者として自己決定能力を高め、自己を主張し、生きていく力を発揮していくこと)²であり、そのプロセスである「リカバリー」(病や障害によって一度は喪失したと感じられた自分自身の人生をもう一度自分の腕に取り戻す過程)³を支え見守ることであるというソーシャルワークの基本に立ち返ると、衣食住が満たされた安心安全な生活の実現に加え、薬物依存症者であることも含めて自分自身を肯定的に捉

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 薬物依存研究部 診断治療開発研究室長

近 藤 あ ゆ み

えられるようになること、社会参加を通して自分の存在意義を感じられるようになること、そして、ありのままの自分を受容してくれる安全な居場所や人間関係を作り上げていくことなどが、生活支援の重要な目標となります。最初から断薬継続ばかりに重きを置きすぎると、薬物使用の有無に振り回されて本来の支援目標を見失うだけでなく、良好な援助関係を損なうことにもつながるので、支援者には、リカバリーやエンパワメントの先に薬物が必要としないその人らしい生活があるという柔軟な考え方が求められるでしょう。

また、エンパワメントやリカバリーを促進する重要な要素のひとつにピア・サポートがあります。ピア・サポートとは、共通の経験・体験をもつ者同士が対等な関係のなかで支え合うことで、薬物依存症者の生活支援を行う際にも決して忘れてはならない重要な視点です。ピア・サポートがエンパワメントやリカバリーの促進に果たす役割はきわめて大きいことから、支援者は常日頃からピア・サポートの現場(ダルクやNAなどの自助活動)に足を運び、そこで起きていることを体験的に理解しようとつとめることや、専門家と自助活動の望ましい協働関係を模索していくことが必要になります。

3. 薬物依存症者の治療・支援をめぐるわが国の課題(1)：関係機関間の連携

薬物依存症の治療や社会復帰のための支援は、医療、経済、居住、就労、人間関係など広範囲に

薬物依存症者に対する治療や

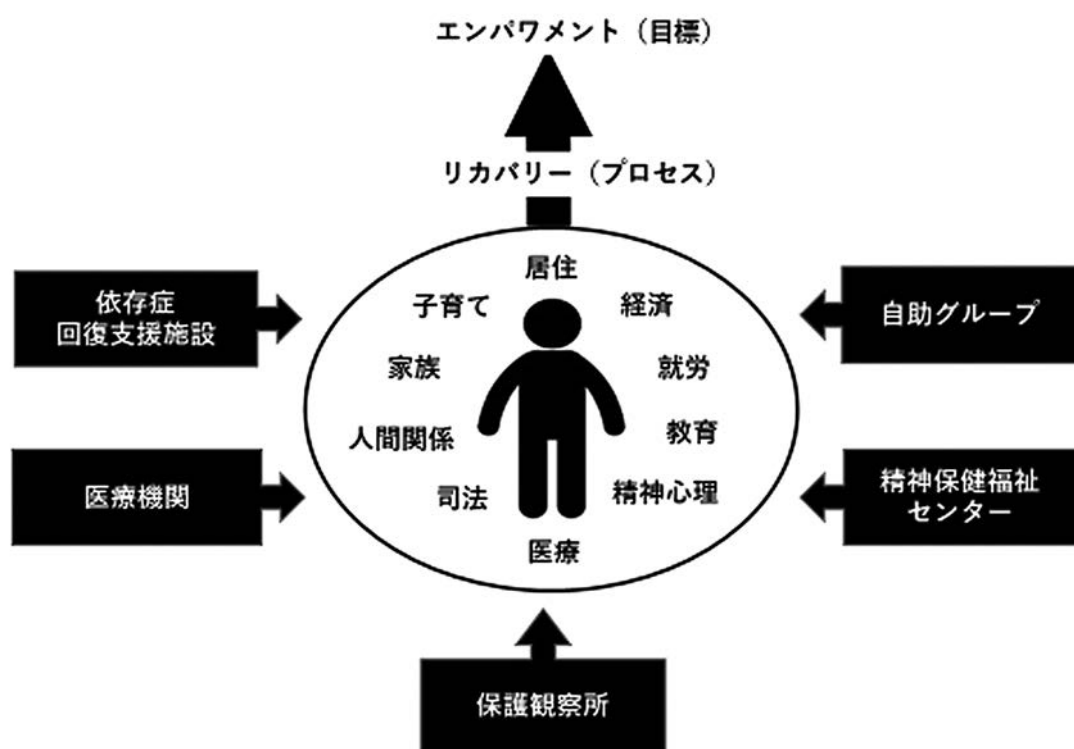


図1 薬物依存症者に対する生活支援の全体像

「アディクションサイエンス：依存・嗜癖の科」⁽⁷⁾から引用

なかには、14のサブカテゴリー「考え方や価値観の違いを受け入れる」「性急に変化をせまらず待つ」「相互に助け合う」「相互理解につとめる」「対等である」「互いに無理をしない」「できることはする」「過重な負担を避けるなどの配慮をする」「役割を分担する」「実績をつくって信頼を得る」「謙虚な姿勢で接する」「ケースに関する情

わたり長く続くものであるため、関係機関間の緊密な連携が欠かせません。覚せい剤など違法薬物を使用する者にとっては逮捕や裁判などの司法問題もからんでくるので、連携体制の構築はより複雑なものとなるでしょう。刑の一部執行猶予制度が施行され薬物依存症対策に対する社会の関心が高まりつつあるなか、薬物依存症者の社会復帰や

生活支援に力を入れる関係機関は確実に増えていますが、今後の大きな課題として、関係機関間の有機的な連携体制の構築が残っています。筆者は、良好な連携体制構築に資する情報を得ることを目的に、精神保健福祉センター、依存症回復支援施設、保護観察所、医療機関などの関係機関を対象に、連携良好と感じる機関との具体的

な連携状況に関するインタビュー調査を行った経験があります^⑤。その結果、良好な連携体制が構築されるには、その土台として「関係構築のための活動」や「関係構築のための姿勢・態度」が必要であるということがわかりました(図2)。「関係構築のための活動」のカテゴリーのなかには、8つのサブカテゴリー「訪問」「参加」「開催・共催」「委託・依頼」「手伝い・ボランティア」「情報提供・メッセージ」「活動」「技術支援」「つなぎ役」があり、「関係構築のための姿勢・態度」のカテゴリーのなかには、14のサブカテゴリー「考え方や価値観の違いを受け入れる」「性急に変化をせまらず待つ」「相互に助け合う」「相互理解につとめる」「対等である」「互いに無理をしない」「できることはする」「過重な負担を避けるなどの配慮をする」「役割を分担する」「実績をつくって信頼を得る」「謙虚な姿勢で接する」「ケースに関する情

報を共有する」「支援体制や運営方法を協議しながら決める」「治療や支援に対する思いを伝える」がありました。

つまり、実際のケースに関する協議・協働が活発に行われ、地域ネットワークの中でケースを支えることができる良好な連携体制をつくるには、まず、それぞれの地域の実情に応じた形で関係機関職員同士が日常的に交流し、顔と顔がつながる仕組みをつくる必要があるということです。地域の関係機関が一堂に会してそれぞれの機関の取り組みや職員の紹介を行うようなものだけではなく、関係機関同士が支援の現場を訪問し合ったり、それぞれの機関の業務やプログラムに参加・関与しあったり、ひとつのイベントを共催したり、実務者レベルで定期的に勉強会やケース検討会を積み重ねていくといった交流が必要です。このように様々な関係機関が相互に交流することで、自然に相互理解が進み、システムに頼らなくとも柔軟な体制で気軽に本音で相談や依頼ができる関係性が構築されます。そして、その先に良好な連携体制があり、回復のイメージや支援の在り方の共有が進み、信頼関係が醸成され、連携の重要性や意義に対する認識がさらに高まっていくのです。

4. 薬物依存症者の治療・支援をめぐるわが国の課題(2)…差別や偏見

わが国における薬物依存症者に対する差別・偏

見は極めて深刻です。薬物使用歴があるというだけで障害福祉サービスの利用を断られたり、薬物依存症の病名では精神障害者保健福祉手帳の給付が受けられなかったりすることがあるなど、薬物依存症を事由とする福祉制度の適用が制限されるということが現実起きています⁶⁾。とりわけ、

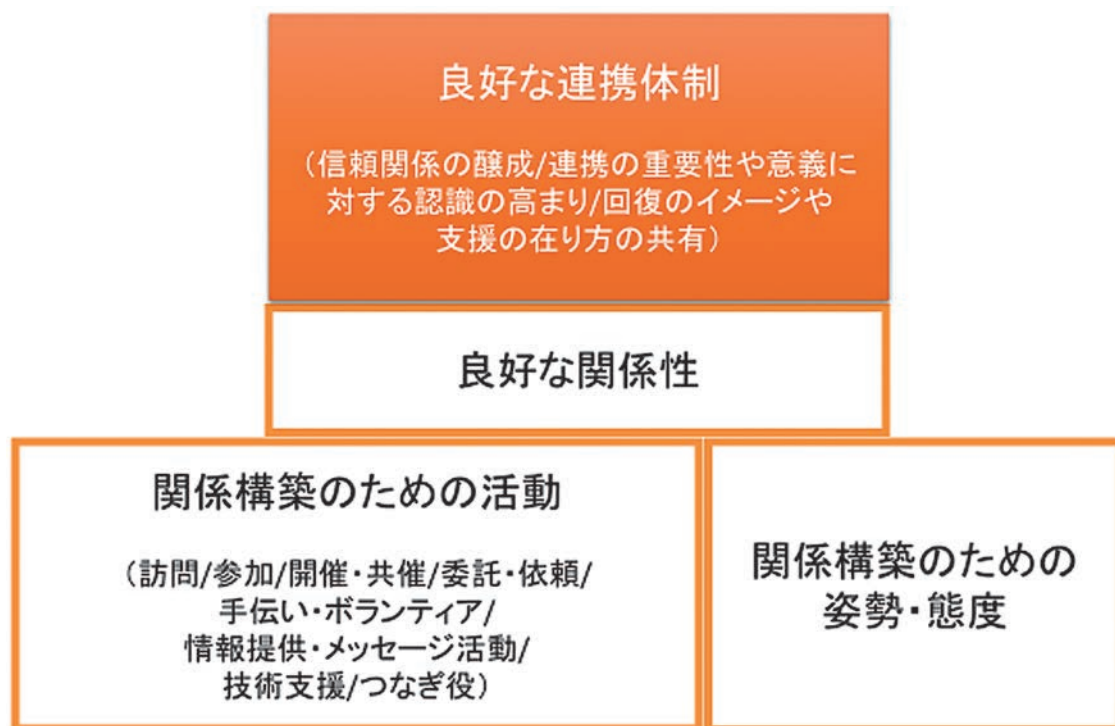


図2 良好な連携体制構築のために必要な諸要素

「薬物依存症からの回復をみんなで支える地域ネットワーク（連携事例集）」⁽⁸⁾から改変

逮捕経験がある者や刑務所出所者に対する眼差しは厳しく、メンタルヘルスの問題を抱えた人ではなく犯罪者として扱われる傾向が強く、そのことによって社会復帰のハードルが格段に高まっていると感じます。近年は、国による刑務所出所者の社会復帰支援策にも力が入られるようになってきましたが、社会全体の認識が変わらないままいくら支援策を講じても限界は大きいでしょう。例えば、理解ある雇用主が逮捕歴を承知のうえで薬物依存症者を雇出したとして、依存症の再発により再犯に至った時に、犯罪者が出たという理由で事業所の信頼が失われるような社会では、積極的に雇用しようとする動きは広まっていけないということですね。そして、世間の厳しい眼差しは、本人だけでなく家族にまでも及んでいます。まるで本人の薬物使用の原因が家族にあるかのようになされたり、家族として本人の更生の責任を追及されたりするのです。このように薬物依存症者とその家族を孤立にし孤立させる社会でリカバリーを実現するのは非常に難しいことから、支援者には、啓発活動など差別・偏見がない社会の実現に向けた取り組みも求められています。

引用文献

- (1) McLellan AT, Kushner H, Metzger D et al.: The fifth edition of the addiction severity index. J Subst Abuse Treat 1992; 9: 199-213.
- (2) 「精神保健福祉の理論と相談援助の展開1」編集 日本精神保健福祉士養成校協会、中央法規出版株式会社：2015. p74.
- (3) 近藤あゆみ：薬物依存症者のリカバリーをめぐるわが国の現状と課題、精神保健研究、31, 51-56, 2018.
- (4) A Life in the Community for Everyone. From Exclusion to Belonging: Transforming Mental Health Care in America. The U.S. Department of Health and Human Services Substance Abuse and Mental Health Services Administration, pp12, 2006.
- (5) 近藤あゆみ、白川教人：多機関連携による薬物依存症者地域支援の好事例に関する研究、平成30年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）「刑の一部執行猶予制度下における薬物依存者の地域支援に関する政策研究」、2019.
- (6) 山口みほ：薬物依存症者の回復支援に関わる制度的社会資源の現状と課題、平成21年度厚生労働科学研究費補助金（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業）「薬物乱用・依存の実態把握と再乱用防止のための社会資源等の現状と課題に関する研究」分担研究報告書、pp133-139, 2010.
- (7) 近藤あゆみ：社会復帰、編著 宮田久嗣、高田孝二他、アディクションサイエンス：依存・嗜癖の科学、朝倉書店、p257-262, 2019.
- (8) 近藤あゆみ、森田展彰、松本俊彦：薬物依存症からの回復をみんなで支える地域ネットワーク（連携事例集）、株式会社ウィザップ、2019.

ヘルスケア イノベーションを 推進しています。

ヘルスケア イノベーション。

それは健康を第一に考え、より美しく、より楽しく、
充実した日々を過ごしたいと願う人々への
佐藤製薬からの提案であり、企業理念です。



佐藤製薬株式会社

www.sato-seiyaku.co.jp

〒107-0051 東京都港区元赤坂 1-5-27

小林製薬

肩こりに、
血行促進成分が
効く。

アンメルツは血行を促進して、
肩の筋肉に溜まった肩こりの原因物質*を流し、
肩こりをラクにします。
*肩こりの原因物質＝疲労物質

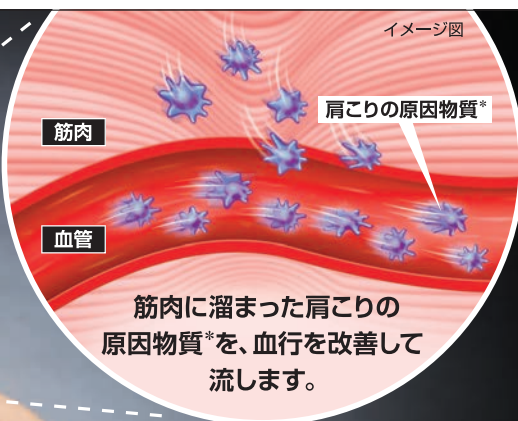
肩こり、筋肉痛に

NEW アンメルツ 第3類医薬品 **3333 A**

※使用上の注意をよく読んでご使用ください。 ◎お買い求めはお近くの薬局・薬店・ドラッグストアへ

発売元／小林製薬株式会社 〒541-0045 大阪市中央区道修町4-4-10 KDX小林道修町ビル

小林製薬お客様相談室 06-6203-3625 (受付時間 9:00～17:00 土・日・祝日を除く) <https://www.kobayashi.co.jp>



最新の大麻情勢

星薬科大学薬物依存研究室 鈴木 勉

はじめに

最近、大麻や依存性薬物の所持や使用で芸能人やスポーツ選手が逮捕されたというニュースがテレビや新聞紙上を賑わしている。覚せい剤の乱用防止活動は全国で活発に行われているが、これに比べて大麻の乱用防止活動は十分とは言えないかもしれない。薬物乱用防止活動はどうしても覚せい剤が中心となりがちである。しかし、今日の薬物乱用は、大麻の乱用が増加して最も多く、低年齢層にまで拡大しており、ゲートウェイ・ドラッグ（入門薬物）と呼ばれている^①。ゲートウェイ・ドラッグとは、アルコールやタバコ、有機溶剤、危険ドラッグ、大麻などの比較的依存性の弱い薬物（ソフトドラッグ）を指し、これらのゲートウェイ・ドラッグは他のもっと強力な依存性薬物（ハードドラッグ）の使用を促すようになるために薬物依存の入り

口となる薬物である。したがって、大麻の乱用拡大がより強力な覚せい剤などの更なる乱用の拡大に繋がる可能性があるので注意が必要である。そこで、本号では大麻の薬理作用、副作用、依存性などを良く理解し、さらに日本や米国、カナダにおける大麻の乱用状況を理解して、大麻や他の薬物乱用の防止に活用して頂くことを目指した。

大麻とは

大麻取締法で「大麻とは、大麻草（学名 *Cannabis sativa* L.）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。」とされている。大麻の主成分は Δ^9 テトラヒドロカンナビノール（ Δ^9 -THC）とカンナビジオール（CBD）である。大麻には主成分の Δ^9 -THCが種や産地によっても異なるが^③

—25%程度含有する。そして、大麻の吸引により速やかに Δ^9 -THCが脳に移行して精神作用を示す。 Δ^9 -THCは痛み、吐き気や嘔吐を抑制し、食欲を促進するなどの薬理作用を示す。米国やカナダではがんの化学療法に伴う吐き気の治療、難治性疼痛の治療やエイズ患者の食欲減退の改善などに対する有効性と安全性が確認され、医薬品として用いられている。また、民間療法として痛み、吐き気、食欲減退などの改善や関節炎、緑内障、てんかん、C型肝炎、糖尿病、高血圧、HIV/AIDSなど多くの疾患に使用されている。また、もう1つの主成分であるCBDは精神作用を起こさず、抗炎症、抗糖尿、抗がん、鎮痛、制吐、抗不安、抗アルツハイマーなど多彩な作用を示すことが報告されている^②。

カンナビノイド受容体

大麻の主成分である Δ^9 -THCは速やかに脳に移行して精神作用を示すが、そのターゲット部位としてカンナビノイド（CB）受容体が発見されている。さらに、表1に示すようにCB受容体にはサブタイプが存在し、中枢型のCB1と末梢型のCB2受容体に分類されている。

	CB1	CB2
タイプ	中枢型	末梢型
内因性リガンド	Anandamide	Anandamide
選択的作動薬	Arachidonoyl-2-chloroethylamide Arachidonoylcyclopropylamide	HU308, L759633, L759656
選択的拮抗薬	SR141716A, LY320135	SR144528, AM630
共役	Gi/o	Gi/o

カンナビノイド受容体は7回膜貫通型、G蛋白質共役型受容体であり、アデニル酸シクラーゼを阻害してc-AMPの産生を減少させる。CB受容体は中枢型のCB1と末梢型のCB2受容体に分類されている。CB1受容体は認知や記憶にかかわる海馬や大脳皮質に多く分布し、さらに運動の制御に関与している大脳基底核、黒質、小脳などにも多く分布している。したがって、カンナビノイドの中枢薬理作用や精神依存はCB1受容体を介して発現すると考えられる

表1 カンナビノイド受容体

しかし、これらは厳密なものではなく、CB1受容体が末梢にも存在して、それぞれの役割を果たしていることも知られている。このように大麻成分が結合する受容体が生体内に存在しているということは、この受容体に結合する生体内物質（内因性リガンド）も存在していることを意味している。そして、この内因性リガンドとしてアナンダミドや2-アラキドノイルグリセロール（2-AG）^③などが発見されている。また、CB1とCB2受容体はGi/oタンパク質共役型受容体である。CB1受容体は海馬や大脳皮質に多く分布して認知や記憶に関与している。さらに大脳基底核、黒質、小脳などにもCB1受容体が多く分布して運動の制御に関与している。一方、CB2受容体は脾臓、扁桃腺、リンパ節のB細胞、マクロファージ、ナチュラ

ルキラー細胞などに多く分布して免疫機能を制御している^{④,⑤}

Δ^9 -テトラヒドロカンナビノール（ Δ^9 -THC）とカンナビジオール（CBD）の薬理作用

Δ^9 -THCは大麻の主成分であり、薬物依存を引き起こす原因物質でもある。 Δ^9 -THCは脳に移行して、CB1受容体に結合することにより受容体を活性化して精神作用を発現する。まず、 Δ^9 -THC 10-100 mg/kg をマウスに投与して自発運動量を測定したところ、用量依存的な抑制が認められ、56-100 mg/kg では有意な抑制が認められている^⑥。すなわち、 Δ^9 -THCは中枢抑制作用を示すと考えられる。一方、ヒトにおける Δ^9 -THCの精神作用としては視覚・聴覚の異常、時間・空間的認知の異常、思考過程の異常、被暗示性の増大、感情の平板化、自覚性の低下、思考能力の低下及び記憶障害を起こすが、喫煙者の性格や気分、喫煙環境などによっても Δ^9 -THCの効果は大きく左右される^⑦。

CBDも大麻の主成分であるが、CB1及びCB2受容体に対して非常に低親和性であり、

かつ間接的にCB1受容体に拮抗作用を示すことから、CBDがTHCの効果を減弱させている。また、 Δ^9 -THCを始めとするCB1受容体作動薬はカタレプシーを誘発するが、これを

CBDが抑制することも明らかにされている^⑦。カタレプシーとは身体が鉋物のように固まり、なされるがままになってしまうことをいう。

したがって、自分の意志に従った行動ができなくなってしまう。大麻を暴露したマウスでも、鉄棒に掴まり立ちした状態を長時間に渡って続ける、すなわち、カタレプシーが見られる。また、CBDはCB1受容体の密度を上昇し、CB1受容体の情報伝達経路でTHCの効果を強めている可能性もある。また、CBDは5-HT1A受容体の部分作動薬であり、抗うつ、抗不安、神経細胞保護作用などに関わっている可能性がある。CBDは μ 及び δ オピオイド受容体の間接的な作動薬としても作用している。CBDの薬理作用はPPAR γ の作動薬として働き、細胞内カルシウムの放出を誘導する。PPAR γ はNF- κ B (nuclear factor- κ B) やSTAT (signal transducer and activation of transcription) 、AP-1 (activator protein-1) などの転写因子を直接またはcofactorとの競合を介して間接的に抑制することもできる^⑧。ま

た、CBDは内因性リガンドであるアナンダミドの濃度を上昇させて薬理作用を発現すること知られている^④。

Δ^9 -THCの依存性

Δ^9 -THC 30 mg/kgをヒトに投与した時に、高揚感は有意に発現し、落ち着きのなさや怒りやすさは増加傾向を示したが、不安は減少した。一方、 Δ^9 -THCの投与を休薬すると、高揚感は減少し、落ち着きのなさ、不安や怒りやすさが有意に増加した^⑤。このように Δ^9 -THCが高揚感を有意に引き起こすことが、薬物依存に繋がるものと考えられる。一方、ラットを用いて、 Δ^9 -THC 6 mg/kgを反復腹腔内投与することにより、ムリサイドや怒りやすさが投与14、15日より発現し、50%程度のラットにムリサイドや怒りやすさが発現した。また、 Δ^9 -THCの投与を休薬することにより、ムリサイドは急激に減少したが、怒りやすさは徐々に減少した。ムリサイドとは、 Δ^9 -THCを反復投与されたラットのケージにマウスを入れると、 Δ^9 -THC反復投与ラットがマウスを噛み殺してしまうという現象をいう^⑥。また、ラットのケージに割り箸を入れると、 Δ^9 -THC反復投与ラットは

激しく噛み付いてくる。このように Δ^9 -THCを反復投与されたラットは、外界の刺激に対して非常に攻撃的になることが示されている。

米国における大麻状況^⑨

米国における大麻の生涯経験率が約42%と言われており、大麻の乱用が米国全土に拡大し、一部の州(10州とDC)ではタバコのように大麻の所持と使用を限定的に認めている。また、大麻成分が医薬品としても承認され、使用されているので、以下に紹介する。

①大麻系医薬品

大麻の主成分である Δ^9 -THCとCBD、あるいは合成された Δ^9 -THC(ドロナビノール)の基礎研究と臨床研究においてその有効性と安全性が証明され、以下のように、医薬品として承認されて使用されている。

①サティベックス[®]： Δ^9 -THC 27 mg/mLとCBD 25 mg/mLを配合する口腔スプレーとして英国GW Pharmaceuticals社により開発され、多発性硬化症に伴う神経障害性疼痛の治療に用いられて



大麻オイル



乾燥大麻の棚

写真1

カンナビスオイルの成分表示（CBD や THC などの、有効成分の含量がすべての商品に明記されている）。天然成分なので、CBD や THC の含量は一定ではないが、品質の悪いものを使用しても効果が期待できないので、どの商品にも含量が明記されている。

いる。

②マリノール®：米国 Abbvie 社が開発した合成 Δ^9 -THC、一般名ドロナビノールを主成分とするカプセル剤（25.5及び10 mg）で、化学療法に伴う嘔気・嘔吐の治療薬として用いられる。

②医療用大麻

大麻の主成分 Δ^9 -THCあるいはCBDを含有する乾燥大麻や大麻オイル（写真1）、菓子、キャンディー（写真2）、製剤、ティーパック（写真3）などが医療用大麻であるが、医薬品と異なり有効性も安全性も十分には評価されていない。しかし、これらの製品は薬効を謳っているため医療用大麻と呼ばれている。

③娯楽用大麻

米国の連邦政府は単一麻薬条約に従って大麻の所持および使用を禁止している。しかし、一部の州政府は医療用大麻（33州とDC）だけでなく、娯楽用大麻（10州とDC）の使用も容認している。そこで、これらの州では合法的に娯楽用として大麻が使用されている。一方で、青少年を大麻から



写真2

カンナビス入りのお菓子（クッキー、キャンディー、ミント、チョコなど）

守るために、未成年の所持・使用を厳しく規制している。

カナダにおける大麻状況^⑩

カナダでは医療用大麻が2001年に合法化され、医療用大麻の市場規模は年間約8,000万カナダドル（約67・4億円）となっている。嗜好品としては、2016年にニューヨークで開かれた薬物に関する国連特別総会において、トルドー首相は2017年に大麻を合法化する方針を表明した。合法化は若者を守り、闇の世界への資金の流入を断ち、公共の安全を高める最善の方法であり、社会の安全にとってよりよい道である。また、税収も増加して、国家財政にも貢献するとしている。改正大麻法は2018年10月17日に施行された。

①大麻系医薬品

大麻の主成分である Δ^9 -THCとCBD、あるいは合成された Δ^9 -THCの基礎研究と臨床研究の双方で有効性と安全性が証明され、医薬品として以下の薬物が承認されている。

①サティバックス[®]…米国と同様に、 Δ^9 -



写真3
製剤やティーパック

THC 27 mg/mL と CBD 25 mg/mL を配合する口腔スプレーとして英国 GW Pharmaceuticals 社により開発され、他の治療では十分な効果がなく、初回治療において有意な効果が見られる多発性硬化症の患者において痙攣症状を緩和する補助的治療として使用される。

② ナビロン (セサメット®) .. バリエーション
ファーマシューティカルズが開発した CB1 受容体作動薬ナビロンを主成分とするカプセル剤 (0.25、0.5 及び 1 mg) と、麻薬として規制されている。がん化学療法に伴う重度の悪心及び嘔吐症状の管理に用いられる。

② 医療用大麻
大麻の主成分である Δ-THC あるいは CBD を配合して薬効を謳ったハーブ、製剤などであるが、医薬品と異なり有効性も安全性も十分には評価されていない。

③ 娯楽用大麻
前述のように、米国の連邦政府は単一麻薬条約に従って大麻の使用を禁止しているが、一部の州政府では大麻の娯楽使用も容

認している。一方、カナダでは政府が18歳以上（州により異なる）の成人が公共の場で最大1オンス（約30グラム）の乾燥大麻を所有することを容認している。2019年10月には大麻の食用使用も容認され、ティーパック、菓子、キャンディー、グミなどに大麻成分を混入して食されている。

日本における大麻状況

日本では古くより大麻を天然素材として衣類、草履や麻袋などの生活用品に活用され、また神社での神事にも大麻が広く用いられてきている。そのため、産業用の麻は陶酔成分の Δ^9 -THCができるだけ生成されないように品種改良されてきた。このように品種改良された代表的な品種として栃木種が挙げられるが、このような栃木種でも、大麻は大麻取締法で厳しく栽培が規制されている。また、大麻の品種が同じでも産業用と嗜好用とでは栽培方式が異なり、前者は縦に伸ばすために密集して露地に植えられる方式が主であるが、後者は枝を横に伸ばすために室内栽培が多く用いられる。そのため嗜好目的のための大麻を産業的栽培だと偽って栽培することは困難である。

また、大麻成分の研究が目的の場合、合成のカンナビノイドが使用されるため、多くの場合大麻の栽培は行わない。古来より日本で栽培されてきた大麻は幻覚成分である Δ^9 -THCの含有量が少なく、また日本には大麻を吸引する文化はなかったとされるが、麻畑では麻酔と呼ばれる精神作用があることは昔から知られていた。しかし、近年多くの大麻製品が日本国内に持ち込まれ、大麻の乱用が覚せい剤以上に行われるようになり、大きな社会問題となっている。そこで、乱用防止教育の量的質的改善や取締のさらなる強化が必要になってきている。

大麻のもう一つの主成分であるカンナビジオール（CBD）が最近カナダなどから日本に大量に輸入されており、サプリメント、化粧品などとして広く用いられている。このようなCBD製品として、リキッド、オイル、ワックス、ベープ、電子タバコ、パウダー、クリームなどをダイエット、健康、美容（化粧品、香水など）などの目的で使用されている。また、CBDは体内の身体調節機能に働きかけ、食欲、痛み、免疫調節、感情制御、運動機能、発達と老化、神経保護、認知と記憶などの機能をサポートするとされている^①。

大麻と危険ドラッグ

平成16年には、MDMA等錠剤型合成麻薬事犯及び大麻事犯の検挙人員が、いずれも過去最高となるなど大変深刻な状況となった。これを受け、平成17年2月には「脱法ドラッグのあり方に関する検討会（座長佐藤光源教授 東北福祉大学（当時）」が設置され、同年11月に提言が公表された。そして、平成18年3月には薬事法（現・薬機法）が改正されて、「指定薬物」の定義がなされた。すなわち、「指定薬物とは中枢神経系の興奮若しくは抑制又は幻覚の作用（当該作用の維持又は強化の作用を含む）を有する蓋然性が高く、かつ、人の身体に使用された場合に保健衛生上の危害が発生するおそれがある物として、厚生労働大臣が薬事・食品衛生審議会の意見を聴いて指定するものをいう。」と定義された。しかし、当時違法ドラッグ（現在の指定薬物）の乱用を多くの国民が不安に思っていた。そして、この問題が国会でも取り上げられ（平成24年3月14日 厚生労働委員会 質問 初鹿明博議員）、対策が求められた。薬事・食品衛生審議会の指定薬物部会では開催頻度を高めて毎月のように開催し、また包括指定

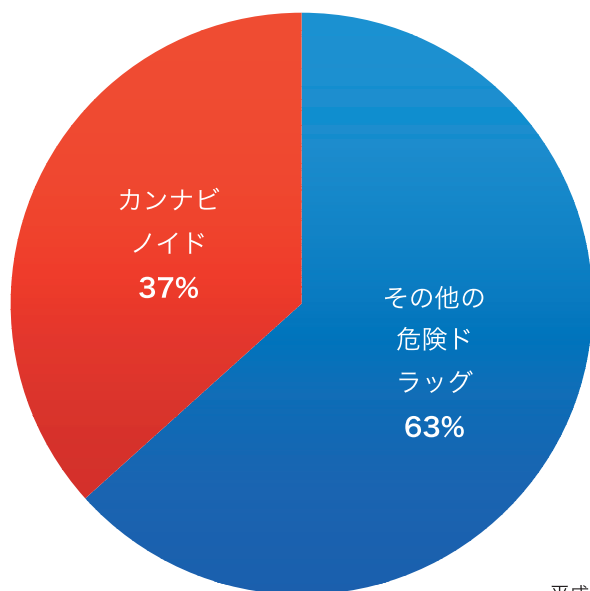
にも取り組んだ。その結果、平成24年に68物質であった指定薬物が、現在では2378物質となっている。また、この間、3回の包括指定も行っており、カチノン系物質は平成25と27年の2回で1、335物質（内3物質は麻薬指定）を指定薬物とし、合成カンナビノイド系物質は平成25年に772物質（内2物質は麻薬指定）を指定薬物として指定した。指定薬物は合成カ

ンナビノイド系、フェネチルアミン系、カチノン系、トリプタミン系、ピペラジン系、フェンサイクリジン（PCP）系などに分類される。これまで、個別指定により270物質の指定が行われている。この270物質の中で、カンナビノイド系はほぼ1／3の99物質ある（図1）。このように危険ドラッグには多くのカンナビノイド系の物質が含まれている。

平成26年7月に池袋で発生した脱法ドラッグ使用による自動車事故により20代女性の尊い命が奪われ、6人の重傷者も出してしまった。この脱法ドラッグに含まれていた成分が2種類のカンナビノイド系物質であった。このようにカンナビノイド系物質は大変危険な薬物である。この事件を受け、内閣府はいわゆる「脱法ドラッグ」について、危険な薬物であるという内容に相応しい呼称を募集して、応募された中から「危

険ドラッグ」という呼称を選定して平成26年7月に公表した。以来「危険ドラッグ」が広く使用されている。

このように危険ドラッグの危険性は認識されてきているが、一方で大麻を軽視しているような人達もいる。しかし、大麻には代表的カンナビノイドである Δ^9 -THCを（3125%）含有しており、また喫煙することで Δ^9 -THCの作用が速やかに、そして強く発現するので、大変危険なものであることをしっかりと認識しておく必



平成30年12月末日現在

図1 危険ドラッグに占めるカンナビノイド

要がある。

おわりに

本稿では最近の大麻情勢として、大麻とは何かから、大麻の受け皿であるカンナビノイド受容体、そして大麻の主成分である Δ^9 -THCとCBDの薬理作用を解説した。カナダや米国における大麻の生涯経験率が40%を上回っていることから、カナダや米国の一部の州では大麻の規制が緩和され、大麻の規制内での所持や使用も可能となった。そこで、米国やカナダの大麻状況をまとめ、日本の大麻状況と比較した。最後に、カンナビノイド系物質を多く含む危険ドラッグはその言葉の通り、とても危険な物質であり、日本では指定薬物として規制する事により、これらの乱用を比較的上手くコントロールできている。一方で、大麻に関しては誤った知識や認識で乱用されているケースもあり、大麻の乱用が増加している。したがって、大麻の薬理作用や副作用、さらに依存性に関する正しい知識を啓発して、大麻の乱用防止に役立てていただきたいと思う。

引用文献

- (1) 嶋根卓也 厚生労働科学研究費補助金（医薬品・医療機器等レギュトリーサイエンス政策研究事業）薬物乱用・依存状況等のモニタリング調査と依存症者・家族に対する回復支援に関する研究（H29 医薬一般ー001）平成29年度総括・分担研究報告書
- (2) 渡辺正仁、早崎 華、由留木裕子、渡辺克哉、カンナビジオールの治療効果とその作用機序 保健医療学雑誌 9, 113-126, 2018
- (3) 杉浦隆之、2ーアラキドノイルグリセロール・マリファナ受容体の内因性リガンド 生化学 79, 655-668, 2007
- (4) 山本経之、カンナビノイド受容体ー中枢神経系における役割 日薬理誌 130, 135-140, 2007
- (5) 藤原道弘、大麻による薬物依存と異常行動 日薬理誌 117, 35-41, 2001
- (6) Wiebelhaus JM, Grim TW, Owens RA et al. Δ^9 -tetrahydrocannabinol and endocannabinoid degradative enzyme inhibitors attenuate intracranial self-stimulation in mice. J Pharmacol Exp Ther 352, 195-207, 2015
- (7) Gomes FV, Del Bel EA and Guimaraes FS, Cannabidiol attenuates catalepsy induced by distinct pharmacological mechanisms via 5-HT1A receptor activation in mice. Prog Neuro-Psychopharm Biol Psychiat 46: 43-47, 2013
- (8) 吉川恵次、PPAR γ 外科と代謝 48, 81-85, 2014
- (9) 船田正彦、米国における大麻規制の現状 厚生労働行政推進調査事業費補助金（医薬品・医療機器等レギュトリーサイエンス政策研究事業）危険ドラッグ等の乱用防止のより効果的な普及啓発に関する研究（H29ー医薬指定ー009）平成30年度総括・分担研究報告書 39-52, 2019
- (10) 鈴木 勉、カナダにおける大麻法改正後の大麻の実態 厚生労働行政推進調査事業費補助金（医薬品・医療機器等レギュトリーサイエンス政策研究事業）危険ドラッグ等の乱用防止のより効果的な普及啓発に関する研究（H29ー医薬指定ー009）平成30年度総括・分担研究報告書 53-139, 2019
- (11) <https://item.rakuten.co.jp/org-store/1000033/>



7種類の生薬を粉末にしているから、
サッと溶けて、やさしく効く。
それで、いい笑顔になるってワケや。

飲みすぎ 胸やけ 胃の不快感に



12月13日は
「胃に胃散」の日です。

太田胃散 ありがとう いいくすりです

キンカン
KINKAN



キンカンぬって またぬって



げんきにようきに キンカンコン

これからも **あなたの**となりにキンカン♪

かゆみ
肩こりに！



1日数回、患部に適量を塗布してください。
第2類医薬品

株式会社金冠堂 東京都世田谷区三軒茶屋1-34-14 TEL:03-3421-6171(代表)

キンカン 🔍

小中学校における能動的な学習方法を取り入れた薬物乱用防止教室の実践例

(公財) 麻薬・覚せい剤乱用防止センター理事
東京都薬剤師会 山田 純 一

薬剤師としての視点から、喫煙防止・薬物乱用防止教室の実践例をご紹介しますが、これは、全ての薬物乱用防止指導にあたる方々に理解し取組んでいただきたい内容です。

た。

「子供のしつけは10歳まで」これは、懇意にさせて頂いていた臨済宗の僧侶の方が、昔から言われていることだと教えてくださった言葉です。学校薬剤師として、十数年前から小中学校での「喫煙防止教育」「薬物乱用防止教育」に関わってきましたが、講義形式で知識の伝達を図ることだけで、人の行動を大きく変えることができるのか少々疑問を感じていた頃に、この言葉に出会いました。これは、「悪いことはやってはいけないんだよ」と教えて、それを素直に受け入れるのは10歳くらいまでだということを論じているのだそうです。法律や社会のルールは、もちろん守らなければいけません。未成年はタバコを吸ってはいけない（もちろん成人であっても喫煙は百害あって一利なしです）、違法な薬物の摂取、乱用してはいけないと指導しても、喫煙者、薬物乱用者の数がゼロになるわけではありませんが、より効果的な指導の方法がないものかと考えてあぐねていたところでした。

また、アメリカのCDC（疾病管理・予防センター）は、青少年の6つの「危険行動」（個人の健康や社会に対して危険度の高い行動）として、1）故意または不慮の事故に関係する行動、2）喫煙、3）飲酒および薬物乱用、4）望まない妊娠、HIV/AIDSを含む性感染症に関係する性行動、5）不健康な食生活・食行動、6）運動不足を掲げて、これらを抑制することが現代社会の健康問題の解決のための現最優先課題だとしています。そしてこの危険行動には3つの特徴があります。第1は、一旦始まってしまふと、そこからの脱却が極めて難しいこと。第2は、相互に関連性が強く6つの危険行動はそれぞれが単独に起こるのではなく、ほとんどのケースで重複して起こること。第3は、6つの危険行動はいずれも小児期から青少年期にかけて始まり、成長するにつれて固定化し、質的にも量的にも進行することです。つまり、これらの行動は、相互に関連性が強く10代に身に付き、一度習慣化すると戻すのが難しいということになります。「喫煙」「飲酒及び薬物乱用」は薬物問題そのものであり、6つの

危険行動が相互に関連性が強いことを考えれば、青少年の喫煙・飲酒を含む薬物乱用を防止することは、健康教育の最も重要な課題であるということは明らかです。

一方で、大学薬学部への移行しました。これは、4年制から6年制へと移行しました。これは、医療技術の高度化、医薬分業の進展などを背景に、医療人としての質の高い薬剤師養成が必要であり、そのための教育には6年間必要であるという考え方に基づいています。薬学部が医療人として高い臨床対応能力、倫理観、使命感を持った薬剤師養成に大きく舵をきったことになります。その教育の内容も、これまでの知識偏重教育ではなく、技能、態度もバランスよく教育することが重要であるという考えのもとでカリキュラムが作成されました。臨床に関わる知識を身に付けると共に、人間理解のための幅広い教養、患者とのコミュニケーション能力、問題発見・解決型の能力、倫理観、医療事故や重大な副作用の発生を防ぐ危機管理能力等を育成することが目的です。臨床対応能力を養うために、病院・薬局における長期実務実習が導入され、病院・薬局で職務についている薬剤師も薬学生の指導に大きく関与することになりました。

そして、学校薬剤師の身分を規定する法律は、学校保健と学校安全の一層の充実を図るために平成20年に一部改正され、「学校保健法」から「学校保健安全法」に改称されました。

この中で、学校薬剤師は、学校の環境衛生に関し、検査に従事し、その維持及び改善に関し、

必要な指導及び助言を行うという従来の職務を行うと共に、児童生徒等の心身の健康に関し、健康相談、保健指導を行うものとされ、学校におけるくすり教育、喫煙・飲酒防止教育・薬物乱用教育等に積極的に関わることが期待されています。

薬剤師の職務は、薬剤師法第1条に「薬剤師は、調剤、医薬品の供給その他薬事衛生をつかさどることによって、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする。」とされています。

前述した「ヒトに本来備わっている性質や特徴」、「社会からの要求や要請」を踏まえて薬剤師としてどのように薬物乱用防止指導に関わるかを考えますと、一次予防の実践、健康教育の観点から知識の伝達と共に、その知識を応用した問題解決能力、様々な問題や要求に対処する「よりよく生きるために必要な技術的能力」、所謂ライフスキルの獲得を支援することが必要だということはお分かりいただけると思います。ライフスキルに関しては、みなさんも様々なところで学ばれていると思いますが、大きく関係している5つのスキルを以下にご紹介します。

1. セルフエスティーム

健全な自尊心を指します。自分らしく、より良く生きていくための基盤といえます。問題にぶつかったときに、周囲に影響されることなく、現実的に自分自身を見つめ、自分で判断し行動できる基盤となる「力」

2. 目標設定スキル

問題にぶつかったときに、客観的に現実を認識し、その中で自分が何ができるかを考え、現実的な目標を設定できる「力」です。

3. 意思決定スキル

問題を解決するための選択肢をあげ、それぞれの選択肢がもたらす結果を予測し、最善と思われる方法を決定する「力」です。(例えば、「たばこ」や「薬物」についても様々な体や心を与える影響を理解し、仲間からの誘いに乗ることがどのような結果を招くかを予測し、「吸う」か「吸わない」か、「やる」か「やらない」かを自分自身で判断することです。)

4. (自己主張的) コミュニケーションスキル

人間関係を損なうことなく上手に自己主張できる「力」です。(例えば、「たばこ」や「薬物」を友人から誘われたときに、このスキルが獲得できていると、上手に断ることができます。)

5. ストレスマネージメントスキル

有害なストレスを引き起こさないよう、上手に対処できる「力」です。

(東京都福祉保健局HP「学年別薬物乱用防止教育プログラム」より引用)

ライフスキル教育は、主に情意領域(態度・習慣)の教育と捉えていいと思います。態度・習慣は「受け入れ」から始まり、それが「内面化」するまでにはかなりの時間を要しますし、薬物乱用の問題だけでなく日常生活の中の様々な場面での教育が必要なので、学校薬剤師はその

の一部を担うのだと考える必要があります。ライフスキル教育の考え方を取り入れた薬物乱用防止教育の実践については、上記の「学年別薬物乱用防止教育プログラム」が大変役に立ちますので、ぜひ参考にしてみてください。この中には、ライフスキルを獲得するために有用だとされている様々な学習方法が紹介されています。みなさんも既にお分かりのように、知識の習得だけでは態度・習慣は身につきません。様々な能動的学習方法を取り入れることがライフスキルを獲得していくことにつながります。しかしながら、多様な学習方法を実践するためには、そのためのスキルが必要になります。そこで、比較的取り組みやすいと思われる学習方法である、小グループ討義論を取り入れたワークシヨップ(WS)形式の学習方法を取り入れた学級担任、養護教員との共同授業を実施していますので、この紙面を借りてご紹介します。

私が学校薬剤師を務めている八王子市内の小中一貫校では、小学5年生から中学3年生まで



学年毎に、喫煙防止・薬物乱用防止教室を実施しています。児童・生徒が主体的に取り組みながら、喫煙や薬物の誘因に適切に対処できる能力を身に付けることを目的とし



て、まず、知識教育として喫煙・薬物乱用に関する講義を行い、そのあとに、小グループ討議 (Small Group Discussion 以下SGDと記載) を取り入れたワークショップ (WS) 形式の能動的学習 (修得した知識を問題解決に応用する能力の獲得と、それを行動に移そうとする態度の変容を主眼とする) を行います。そのため、学校側から2時間の枠を提供してもらうことが前提になり、1時間目に知識の伝達を行う講義を行います。小学5年生から中学3年生までの講演内容の概要は、以下の通りです。

小学5年生 喫煙防止教室 (タバコの害、ニコチン依存、受動喫煙などについて)

小学6年生 薬物乱用教室 (薬の正しい使い方、アルコールの害、薬物乱用とは、乱用薬物、薬物依存などについて)

中学1年生 喫煙防止教室 (小学5年生の内容をさらに詳しく、社会問題としての受動喫煙、世界の喫煙事情などについて)

中学2・3年生 薬物乱用教室 (薬物乱用、薬物乱用の歴史と現状、依存の仕組み―脳内報酬神経回路を中心に―、フラッシュバック、薬

物乱用の社会的影響、危険ドラッグ、世界の大麻事情と大麻の害、中高生を取り巻く社会環境と乱用薬物などについて)

講演内容については、あくまでも例示ですが、様々な組み合わせやここに挙げていない内容が含まれていても構わないと考えます。講義内容について採用すべきものかどうか迷う場合は、学校側とも十分に協議をしてください。また、写真や動画を取り入れることにより関心、印象度はさらに深くなります。小学生では35分、40分くらい、中学生では40分～45分程度を目

所要時間	担当	内容
5分	担任の先生	・グループ分け指示 ・ワークシートの配布 ・導入と今回の担当スタッフの紹介
3分	担当スタッフ	・ごく簡単に自己紹介 ・ワークシートの内容説明 ・枠内の文章を読む (ゆっくり読んで1分半くらい)
2分	担当スタッフ	・文章を読んだ後に以下を伝える。 □ステップ①記入方法の説明 □選択肢A、B、C欄へ記入する際の注意点の説明 □選択肢Aには自分の意見を記入するよう指示 □選択肢B、C欄にはAの他にも考えがある場合に記入するよう指示
2分	担当スタッフ 担任の先生	・室内巡回し、記載箇所がわからないようであれば指導する。 ・生徒が何を書いたらよいかわからないようであれば、「一言でもよいので、自分がこの場にいたらどうするかを、考えて書く」よう指導する。
2分	担当スタッフ	・ステップ②記入方法の説明 □ステップ①で記入した自分が取れる行動に関して、それぞれの行動選択に対する長所、短所、その行動を起こした場合の結果の予測を記入するよう指示 □選択した行動が複数ある場合には、それぞれについて記入するよう指示
3分	担当スタッフ 担任の先生	・3分程度の時間をとる。 ・室内巡回し、記載箇所がわからないようであれば指導する。
1分	担当スタッフ	・ステップ③記入方法の説明 □選択肢Aのみ記入している場合には、Aに○印を付けるよう指示 ・数秒程度の時間をとる。
4分	担当スタッフ	・グループディスカッションの説明 □司会・記録・発表の担当を決めるよう指示 □グループ全員で意見を出し合っとなるべく論理的な合意形成をしながら グループとしての最善と思われる行動を選択して、その長所、短所、結果の予測を約15分間でまとめるよう指示 □グループでプロダクト (模造紙) 作成後、自分の考えた結果とグループで考えた結果をあわせて、どの選択肢が自分で最も良いと思うか○印をステップ④記入するよう指示
15分	担当スタッフ 担任の先生	・グループディスカッション (巡回) ・黒板への掲示を補助
12分	担当スタッフ 担任の先生	・グループごとに発表
1分	担当スタッフ	・まとめ
	担任の先生	・終了の挨拶

Table.1 SGDを取り入れた授業のタイムテーブル

安にして構成すると良いでしょう。

2時間目 (小学生は45分、中学生は50分) は、クラス毎にWS形式の授業を行います。クラス毎にチューターとして薬剤師が入り授業を進めます。各クラスの担任、養護の先生には進行の補佐役として参加してもらいます。クラスの中には、対応が難しい児童・生徒がいることがありますので、そのような子供たちを上手くコントロールしてもらうことで授業の進行がスムーズになります。ワークシート (資料参照、中学生のワークシートは日本学校保健会のホーム

「講義前」、「講義後（SGD 前）」に実施 ① 「薬物乱用」について、正しいと思うものはどれですか？ あてはまると思うものの番号の全てに○（マル）をつけてください。 1. 薬物乱用は、1回でも使用したら、意志が強くてもやめられない。 2. 医薬品などを、病気を治す目的以外で自分勝手に使用することも、薬物乱用である。 3. 大麻は、タバコより有害性も依存性も強い。 4. 薬物乱用は社会的な影響があるので、使用するのは個人の自由ではない。 5. 薬物依存になったら、治療しても元に戻らない。 6. 未成年のタバコやアルコールの摂取は、薬物乱用と関係がある。																														
「講義前」、「講義後（SGD 前）」、「SGD 後」に実施 ② 「薬物乱用」について、あなたはどのように思いますか？ あてはまると思う番号のひとつに○（マル）をつけてください。 <table border="0"> <tr> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td colspan="5"> </td> </tr> <tr> <td>絶対にやらない</td> <td>多分やらない</td> <td>どちらともいえない</td> <td>もしかするとやるかもしれない</td> <td>やると思う</td> </tr> </table> ③ 「薬物乱用」について、自分の考えと同じ、あるいは自分の考えに近い、と思うものはどれですか？ あてはまると思うものの番号の全てに○（マル）をつけてください。 1. とてもつらいことや悲しいことがあったら、使ってしまうことがあるかもしれない。 2. 大切な友達や、好きな人から、誘われたり、頼まれたりしたら、断りきれずに、使ってしまうことがあるかもしれない。 3. 周りの大人たちがよく使っているなら、使ってしまうことがあるかもしれない。 4. 体の害にならない量や回数であれば、使ってしまうことがあるかもしれない。 5. 上記1～4の項目が同時に2つ以上起こったら、使ってしまうことがあるかもしれない。 6. どれもあてはまらない。	5	4	3	2	1						絶対にやらない	多分やらない	どちらともいえない	もしかするとやるかもしれない	やると思う															
5	4	3	2	1																										
絶対にやらない	多分やらない	どちらともいえない	もしかするとやるかもしれない	やると思う																										
「講義後（SGD 前）」、「SGD 後」に実施 ④ 5時間目の講義（「SGD 後」の際には「6時間目の話し合い」と置き換えて記載）の前と比べて、薬物乱用について、いけないという気持ちが強くなったと思いませんか。あてはまると思う番号のひとつに○（マル）をつけてください。 <table border="0"> <tr> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td colspan="5"> </td> </tr> <tr> <td>とても強くなった</td> <td>強くなった</td> <td>どちらともいえない</td> <td>あまり変わらない</td> <td>全く変わらない</td> </tr> </table> ⑤ 5時間目の講義（「SGD 後」の際には「6時間目の話し合い」と置き換えて記載）の前と比べて、薬物乱用にさそわれた時に、断れる態度が身についたと思いませんか。あてはまると思う番号のひとつに○（マル）をつけてください。 <table border="0"> <tr> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td colspan="5"> </td> </tr> <tr> <td>とても身についた</td> <td>身についた</td> <td>どちらともいえない</td> <td>あまり身につかない</td> <td>全く身につかない</td> </tr> </table>	5	4	3	2	1						とても強くなった	強くなった	どちらともいえない	あまり変わらない	全く変わらない	5	4	3	2	1						とても身についた	身についた	どちらともいえない	あまり身につかない	全く身につかない
5	4	3	2	1																										
とても強くなった	強くなった	どちらともいえない	あまり変わらない	全く変わらない																										
5	4	3	2	1																										
とても身についた	身についた	どちらともいえない	あまり身につかない	全く身につかない																										

Table.2 SGD 前後のアンケート質問項目

ページに掲載されている中学生用教材を一部改変して作成）を用いて、ワークシートの中の主人公になって自分の意見を記入していきます。小学5・6年生の授業は、時間に余裕がありますので、クイズ形式で先の講義内容の振り返りをしてから進めても良いでしょう。自分の意見（自分の行動）の記入が終わりましたら、グループに分かれてワークシートと同様の内容でグループのメンバー全員で討議をしながら、どのような行動を取ることが一番適切かコンセンサスを取りながらグループとしての意見としてま

とめて発表してもらいます。グループ討議の際には、司会進行、記録、発表の3役を決めてそれぞれの役割を説明します。特に司会進行役は、グループ全員が討議に参加してグループの意見をまとめることが大切であることを伝えま

す。また、それぞれの項目に記入する時間をあらかじめ伝えて、時間内に記述するように促すことも重要です。（個人の意見を記入する際にも時間内に記入するよう伝えます）項目ごとに記述に要する時間を分単位で進めないと授業時間内に終わりませんので、チューターはそれぞれ

の作業の時間配分を考えながら授業を進めてください。最後に、各グループの討議の結果を模造紙に記入して発表してもらいます。

参考までに中学2年生の授業の進行スケジュールをTable1に示します。分刻みのスケジュールですが、すべての生徒が、自分の意見を記入、討議をしてグループ毎の意見をまとめる作業を、こちらの示した時間内で行うことは難しいのが現実です。生徒たちの取り組みの姿勢などを見ながら、時間調整をしたり、作業の進行を促すことが必要です。

このような形式の薬物乱用教育が、児童生徒たちにどのような変化をもたらすのかをアンケートに基づき解析した報告がありますので、その一部をご紹介します。アンケートの項目をTable2, 3に示します。Table2に示したアンケートの内容は5項目にわたりますが、生徒の薬物乱用に対する認識と態度の変化の測定するために行った④、⑤の質問の結果、及び、今回行った能動的学習方法を取り入れた授業に対する生徒の受け止め方を調査するために行ったTable3のアンケートの結果をご紹介します。（詳細な報告については文献（1）をあたってください。）

まず、Table2の質問④、⑤は、講義後（SGD 前）、SGD 後（WS形式の授業終了後）の変化を測定したものです。質問項目の「5時間目の講義（SGD 後は「6時間目の話し合い」と置き換え）の前と比べて、薬物乱用について、いけないという気持ちが強くなったと思います

質問④に関する回答の結果(SGD前後)

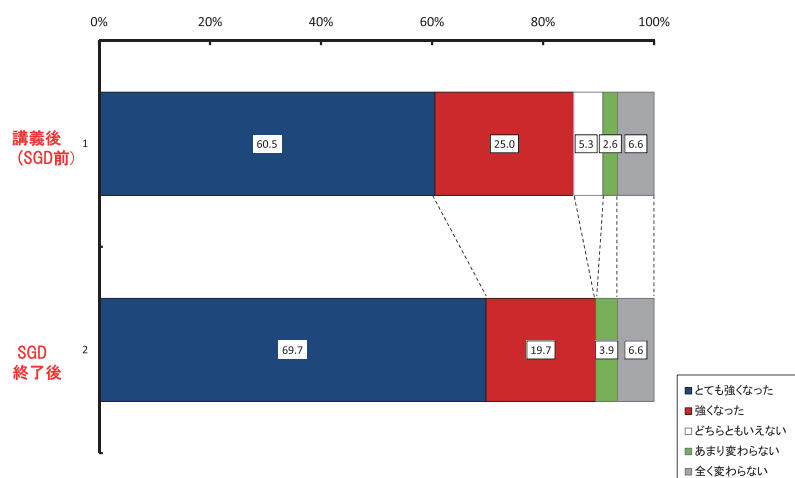


Fig. 1

か。」に対して得られた回答について、講義後(SGD前)とSGD後とで比較した結果をFig. 1に示します。「とても強くなった」と回答した生徒は、講義後(SGD前)で60・5%、SGD後で69・7%であり、SGD後の方が9・2%増加し、「どちらともいえない」は5・3%から0%となりました。「全く変わらない」と回答した生徒は、変化がありません。

次に、「5時間目の講義(SGD後)の際には「6時間目の話し合い」と置き換えて記載の前と比べて、薬物乱用に誘われた時に、断る態度が身についていると思いますか。」という質問

質問⑤に関する回答の結果(SGD前後)

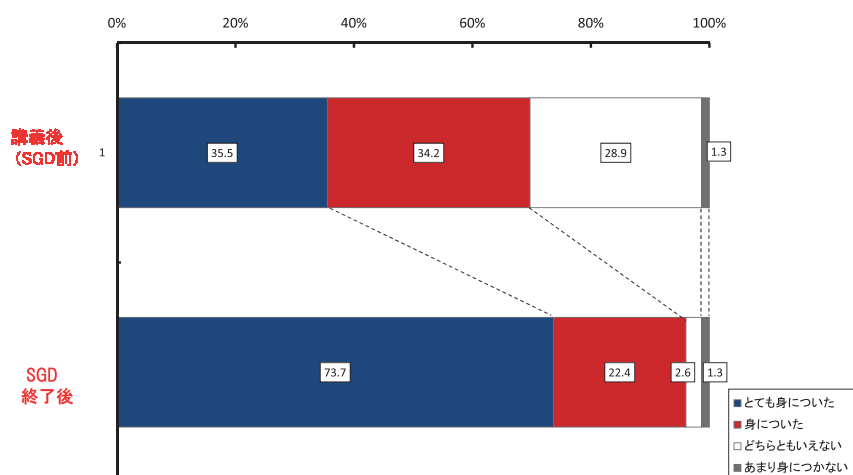


Fig. 2

に対して得られた回答について、講義後(SGD前)とSGD後とで比較した結果をFig. 2に示します。「とても身についた」と回答した生徒は、講義後(SGD前)で35・5%、SGD後で73・7%であり、SGD後では、講義後の約2倍に増加しました。一方、「どちらともいえない」は28・9%から2・6%に減少しています。「あまり身につかない」と回答した生徒は変化がありません。

Table 3のアンケートは、SGDに対する生徒の受け止め方と授業に対する感想をSGD

「SGD後」に実施

◆今回、グループで話し合いをしたことについては、どうでしたか？ あてはまると思う番号の全てに○(マル)をつけてください。

1. みんなで話し合うと、よく理解できた。
2. みんなで話し合うと、身近な問題に感じた。
3. みんなで話し合うと、よい考えが出たと思った。
4. 色々な意見が聞けてよかった。
5. 他の人の意見を聞いて、自分の考えが変わったところがあった。
6. みんなで話し合うと大変なので、あまりやりたくないと思った。

◆その他、何か意見や感想があれば、書いてください。

Table.3 SGD後のアンケート項目

SGD終了後のアンケート結果

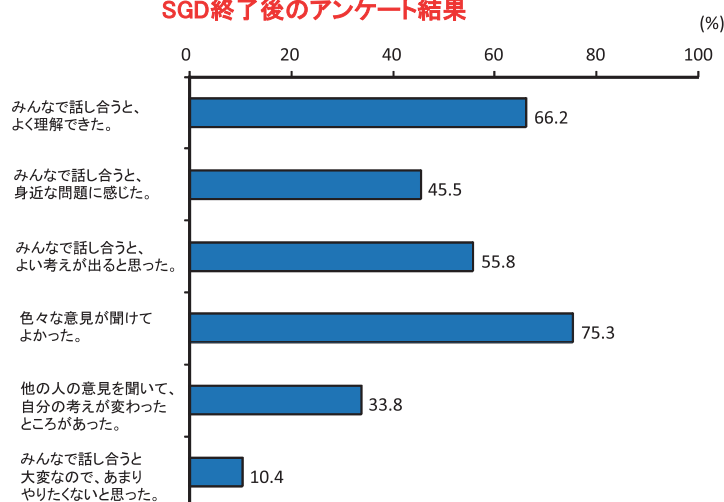


Fig. 3

後(能動的学習終了後)に実施しました。「今回、グループで話し合いをしたことについては、どうでしたか?」という質問に対して得られた回答について、Fig.3に示します。「色々な意見が聞けてよかった」が最も多く、75・3%、次いで「みんなで話し合うと、よく理解できた」が66・2%、「みんなで話し合うと、よい考えが出ると思った」が55・8%などとなりました。一方、「みんなで話し合うと大変なので、あまりやりたくないと思った」という否定的な意見は10・4%です。しかしながら、本項目のみを選択した生徒は2・6%であり、その他の生徒は有用性を認める項目も併せて選択しています。

また、今回の授業に対する生徒たちの意見や感想のうち、行動や態度に関する記述があるものを抜粋しTable.4に示します。「誘われても断れるようになった」、「友達などの誘いを断るのはつらいが、自分を守るためだということを学んだ」、「友達をやっていたらやめさせるべき」、「自分に関係が無いとは言えないので気をつけようと思った」等、行動や態度の変容が伺える意見や感想が多数見られました。

数字の変化を見ていただければわかるように、講義を聞くだけよりも、自分の考えを示し、それに基づいて少人数で討議をしてまとめることにより、生徒たちの内面に少くない変化をもたらしていることがお分かり頂けると思います。

喫煙やシンナー、薬物を乱用するきっかけは、

1) 「友人からの誘い」が最も多いこと

2) 乱用の誘いがあつたときには、毅然と断る態度が大切なこと

3) 普段の生活の中でも、状況によっては悪いことだと分かっている、使わざるをえないような場面に遭遇することがあるかもしれないこと

喫煙や薬物乱用の誘いを受けるこのような場面では、助けてくれる人は誰もいません。

□ 「自分は知っている」という知識だけで、自分を守ることはできないこと。

□ 何か問題にぶつかったとき、周りに影響されることのないよう、自分自身を見つめ、自分で判断し、正しい行動ができるような力を付ける必要があること。

- ・薬物について知ることができ、誘われても断れるようになった。
- ・友達などの誘いを断るのはつらいけど、自分を守るためだということを学びました。
- ・薬物とか友達をやっていたらやめさせるべき。
- ・自分に関係が無いとは言えないので気をつけようと思った。
- ・絶対にやらないという気持ちが固まった。
- ・薬物乱用をやるか、やらないかは、自分自身の責任だと思いました。
- ・みんなの意見を聞いて色々身に付いた。今後役に立てばいい。

など

Table.4 SGDを取り入れた授業に関する生徒の自由記載意見

□ そのような行動を身に付けるためには、授業で行ったように、みんなで意見を出し合って、話し合うことも重要であること。

自分の体や健康は、自分でしか管理ができないこと、守ることができないことは講義でも伝えています。自分のこととして考えることで、その重要さを、より明確に学習することができると考えます。

小学校高学年から中学生までの学齢期は、発育・発達の過程にあり、身体的な基盤が作られるだけでなく、ひとりひとりの意思決定のあり方や価値基準、それぞれの生活習慣や行動が形成される時期です。このような時期に継続的な能動的学習を学年（年齢）に応じた内容で繰り返し続けることが、普段の実際の行動に結びついていき、ライフスキルを身につけていくことになります。各学年のワークシートは、セルフエスティーム、身につけるべきライフスキルを意識して考え、討議できるものになっていると考えています。

ここで紹介した授業を実施するには、準備や時間の確保を含めて学校側の協力、そしてクラス毎にチューターを揃えるなど多くの人的資源も必要になります。そして、講師側にもある程度のスキルが求められますが、実際に、私たちが行動を起こさなければ、子供たちの行動が変わるきっかけを作ることができません。学校薬剤師だけではなく、青少年の薬物乱用防止指導に関わる多くの方々に参加をして頂くことが解決の糸口になるのではないのでしょうか。私が所

属する八王子薬剤師会では、学校薬剤師のうち約40名の方々がお互いにこの活動に協力して、ここで紹介した小中学校での薬物乱用防止教育を実践しています。是非、思いを同じくする者同士が協力して、より一層効果のある薬物乱用防止教育の構築に携わってください。紙面の関係上、ここで紹介できなかった資料については、（公財）麻薬覚せい剤乱用防止センターのHPにアクセスしてご連絡頂ければ提供が可能です。

喫煙・飲酒防止教室、薬物乱用防止教室を行う際には必ず「健康でよりよい人生を送るために」、「皆さんに必要なものは何か」というメッセージを込めて行っています。その思いを真摯に伝え、児童・生徒の心を動かすことが一次予防の重要な目的だと思っています。今後も、皆さんと考察を重ねながら、より効果的な薬物乱用指導のあり方を模索していければと考えています。

文献

- (1) YAKUGAKU ZASSHI 2014; 134 (12): 1331-45.

6年- ()

グループの答え

どうやってことわる？

これを使うと、嫌なことを忘れて
頭がスッキリするよ。
みんな使ってるよ。
いっしょに やろうよ！！

令和 2 年〇月〇日〇〇小学校 5 年
グループ ()

一緒に吸って
みようよ



1年 組 番 [] グループ 性別：男・女（○で囲ってください）

中学 1年生 A君の手記

＜シーン 1＞ 中学生になって急に勉強が難しくなり、授業を受けてもつまらなくなりました。仲の良いかった友達とは塾に違い始めてあまり遊ばなくなて、一人で過ごすことも多くなりました。先生に相談しても分かってくれない。親とは口げんばかりで、何か／＼と薬しきりで、おもしろいことはいないか、そんなことばかり考えていた。

＜シーン 2＞ この前、学校の帰りに1つ上の先輩に会い、話を合せて、一緒に遊ぶようになった。先輩と仲が良し、病状も少し良くなった。夜中にこっそり出かけて貴族館などで遊ぶことが増えた。先輩と高校生はよくタバコを吸って、なんだからでか／＼カワイイと思う。『スリッパを脱ぎ、おまえも吸ってみるよ。』とタバコをすすめてくれた。本音がスリッパするのとか、吸ってみたいと思ってる……

◆一人で考えてみましょう

1) シーン1でA君の気持ちや置かれている状況などをストレスになっていることを書いてください。

2) シーン2でA君はどんな方法でストレスを解消していますか？

3) タバコを吸ってストレスの解消になると思っていますか？（その理由も書いてください）

グループで考えてみましょう



自分で考えてみよう！

A君の場合・・・

A君は、日ごろから学校の成績や生活態度のことを親からうるさく言われていました。そのことで親とけんかをしてしまい、むしゃくしゃやて家をびだし公園に行きました。公園にはひとつ年上のB君がグループを作って楽しそうに話こんでいました。B君は小さいうちからの知り合いでとてもやさしく親切してくれていました。

この時も「どうしたの?」とやさしく聞いてくれたので、親とけんかしたことを話しました。

するとB君は「これを使うと、嫌なことを忘れて頭がスッキリするよ。みんな使ってるよ、一緒に使おうよ。」とポケットから家のようなものを取り出しました。A君は断りたいと思いましたがどうしたらいいのかわかりません。

① 自分がやる行動はどれか、○をつけてください。

- ア) 言葉では言えないが、身ぶりでごとる
- イ) 言葉では言えないが、逃げる
- ウ) はっきりと言葉で断る
- エ) 理由をつけて、はっきりと断る
- オ) 理由をつけてはっきりと断り、相手にちやめるように言う
- カ) その他 ()

② 自分が一番いいと思う行動はどれか、○をつけてください。

- ア) 言葉では言えないが、身ぶりでごとる
- イ) 言葉では言えないが、逃げる
- ウ) はっきりと言葉で断る
- エ) 理由をつけて、はっきりと断る
- オ) 理由をつけてはっきりと断り、相手にちやめるように言う
- カ) その他 ()

③もし自分だったら、どうやって断るか考えてみましょう。



○○小学校 6年グループ () 令和2年〇月〇日

〇〇中学校 3年

テーマ1：1班, 4班

3年 組 番 [] 性別: 男・女 (〇で囲ってください)

状況

A君は、1日頃から学校の成績や生活態度のことを顧からうさく書かれていました。さらに今日は進学的事で戦とけんかをしてしまい、むしゃくしゃして家をぶどびた公園に行きました。夕方だったのであたりは暗闇になっていました。その暗闇の公園には3人の人影が走りながら騒ぎしていました。その中の1人は先輩で、他の2人は先輩の友人でした。先輩はじいめられているといつも助けてくれたり、宿題を教えてくれたり、なんでも相談ののってくれたり、とても頼りにしている人でした。その先輩がやさしく声をかけてくれたので、今の状況を話し、相談ののってもらいました。先輩は僕も困ったよ。よし 今日みんなをつぐんで聞いてくれました。その後で、「これを渡ったら気分がとてもしずかしく成績もよがたよ。一緒に使おうよ。」と白銀錠を出しました。私はそれが驚き9割のようない気分なのですが、ごちそうお題になっているので余り強言えず、通まわしに断りました。先輩は「1回くらいなら大丈夫だよ。まさか、僕の親に断つたりのないよね?」と強く言いました。

1班, 4班 **テーマ1**：あなたがA君ならまずはじめにどうしますか。
A君の立場に立って考えてください。

自分が取るだろう言動 1	その言動がどんな結果になるといいますか。
自分が取るだろう言動 2	

班の出した結論

1分と班の言動を比較して、どちらがよいと思いますか。その理由を？

それぞれのテーマ毎に班で出した結論を発表します

中学2年 令和3年〇月〇日

2年 ____ 組 ____ 番 () 班 性別: 男・女 (〇で囲ってください)

放送

Dは、今日の試合でとても大きなミスをしてしまいました。責任をとって部活動をやめようとか、どうせ自分なんか駄目なんだとよく考えながら、一人で下校し歩いていました。すっかりあがり気味でくたない、くたないはあがりなんだよ。公園の隅を走ることに決めたDの裏に影があらします。よく見ると3人が公園に音の足で、ビーroll音を叩きつけています。「Dいひひ、シンナー遊びをやっている」と思った瞬間、その中の一人の声をかけられました。「Dちゃんいひ。久しぶりだなあ。」それは、小学校時代の大親友のKでした。小学校の時は、いじめられていたといつも助けけてくれ、また勉強をみせてくれたり、なんでも相談ののってくれた、とても親友になる親友でした。他の2人はKの友達でしてました。Dは少し安心して聞きました。「それシンナーじゃない」「それだよ。量を減らしてやるから全然心配ないんだよ。止める気になればいつでもやめられるさ。そんなことより、D、元気がないじゃん。」Dは、小学校の時のように口々にすべてを相談しました。話をしたことに比べて自分たちも楽になっってきたし。やっぱり、親戚でいていてあんなあつてると、D、おまえもこれやってみる？さっさと気づくさなよ。」とKは、シンナーの袋をDに差し出しました。

[Dの立場になって考えましょう] 太枠の部分を書き表します →		グループでの結果	
選択	選択肢A 自分が取れる可能な行動を考えよう。	選択肢B グループでの結果	グループでの結果
ス ク リ プ ①	それぞれの行動選択の場所を考えよう。		
ス ク リ プ ②	それぞれの行動結果の予測をしよう。		
ス ク リ プ ③	あなたの選んだ行動の選択肢 → 最もよいと思うものに○ (マル)		
ス ク リ プ ④	グループで話し合った後の行動の選択肢 → 最もよいと思うものに○ (マル)		

2019年度「ダメ。ゼッタイ。」国連支援募金状況

(公財) 麻薬・覚せい剤乱用防止センター

都道府県		実行委員会		ライオンズクラブ		ロータリークラブ		募金額合計	
		件数	募金額	件数	募金額	件数	募金額	件数	募金額
1	北海道	59	409,798	3	106,513	0	0	62	516,311
2	青 森	31	345,918	4	42,236	0	0	35	388,154
3	岩 手	46	127,317	0	0	0	0	46	127,317
4	宮 城	41	235,330	0	0	2	39,835	43	275,165
5	秋 田	126	386,968	4	87,311	0	0	130	474,279
6	山 形	39	445,309	3	20,000	0	0	42	465,309
7	福 島	118	2,360,906	0	0	0	0	118	2,360,906
8	茨 城	248	917,039	3	86,839	1	23,330	252	1,027,208
9	栃 木	8	101,234	0	0	0	0	8	101,234
10	群 馬	24	94,820	0	0	0	0	24	94,820
11	埼 玉	236	1,956,302	2	542,500	0	0	238	2,498,802
12	千 葉	61	351,052	3	41,918	9	88,644	73	481,614
13	東 京	241	1,624,228	0	0	0	0	241	1,624,228
14	神奈川	62	1,035,304	0	0	4	156,346	66	1,191,650
15	新 潟	119	194,582	2	51,491	0	0	121	246,073
16	富 山	2	391,364	0	0	0	0	2	391,364
17	石 川	16	323,351	5	56,290	3	60,799	24	440,440
18	福 井	5	351,027	1	5,000	0	0	6	356,027
19	山 梨	6	224,266	0	0	0	0	6	224,266
20	長 野	237	771,932	1	10,364	46	807,211	284	1,589,507
21	岐 阜	156	360,325	1	8,267	0	0	157	368,592
22	静 岡	47	336,399	23	239,748	1	10,000	71	586,147
23	愛 知	47	219,664	0	0	0	0	47	219,664
24	三 重	65	176,309	4	68,451	8	154,639	77	399,399
25	滋 賀	13	37,299	5	111,349	1	6,188	19	154,836
26	京 都	76	276,063	2	19,496	0	0	78	295,559
27	大 阪	45	543,104	48	712,942	15	270,373	108	1,526,419
28	兵 庫	21	293,538	0	0	0	0	21	293,538
29	奈 良	11	61,323	0	0	0	0	11	61,323
30	和歌山	25	119,727	15	220,053	9	115,738	49	455,518
31	鳥 取	27	86,076	0	0	0	0	27	86,076
32	島 根	50	160,910	4	35,017	0	0	54	195,927
33	岡 山	48	274,189	13	67,494	0	0	61	341,683
34	広 島	48	479,053	2	753,793	5	193,386	55	1,426,232
35	山 口	59	1,235,564	5	39,995	4	160,543	68	1,436,102
36	徳 島	8	570,427	0	0	0	0	8	570,427
37	香 川	6	50,525	2	23,300	0	0	8	73,825
38	愛 媛	2	1,971,203	0	0	0	0	2	1,971,203
39	高 知	39	274,261	1	6,213	0	0	40	280,474
40	福 岡	48	258,021	19	201,687	0	0	67	459,708
41	佐 賀	43	265,887	0	0	0	0	43	265,887
42	長 崎	45	278,931	0	0	0	0	45	278,931
43	熊 本	36	232,224	0	0	0	0	36	232,224
44	大 分	68	868,617	2	10,000	1	4,472	71	883,089
45	宮 崎	74	344,935	0	0	0	0	74	344,935
46	鹿児島	57	543,351	0	0	1	9,750	58	553,101
47	沖 縄	196	970,313	1	10,000	0	0	197	980,313
	合 計	3,085	23,936,285	178	3,578,267	110	2,101,254	3,373	29,615,806

	振込件数	募金額
実行委員会	3,085	23,936,285
ライオンズ	178	3,578,267
ロータリー	110	2,101,254
官公庁／団体	44	777,136
企業／その他	258	1,315,385
総計	3,675	31,708,327

2019年度「ダメ。ゼッタイ。」国連支援募金は12月15日で締め切りました。

12月16日からの分は、2020年度の募金に計上されます。

尚、ライオンズクラブ、ロータリークラブの募金を実行委員会に含まれている場合もあります。

「俺たちは、狽犬だ！」

瀬戸晴海

元・関東信越厚生局
麻薬取締部部長

マトリ

厚労省麻薬取締官

密輸組織との熾烈な攻防、違法薬物の摘発、「運び屋」にされた女性の裏事情、ネット密売人の猛追、薬物依存の家族の救済……知られざる薬物犯罪と精鋭三百名による捜査の実態。

本邦初！

元麻薬取締部部長が
すべてを明かす。



●定価（本体820円＋税）

新潮新書

新潮社 <https://www.shinchosha.co.jp>

介護付有料老人ホームと在宅福祉のご案内です。

八王子市暁町



●シルバービレッジ八王子

直下型地震にも対応
安心の免震構造
●シルバービレッジ日野東館



多摩モノレール
甲州街道駅徒歩1分！！
●シルバービレッジ日野



八王子市宮下町
●シルバービレッジ八王子西



八王子に隣接
救急指定右田病院



日野・日野東館に隣接
康明会
ホームケアクリニック

在宅福祉部
●居宅介護支援事業所
シルバービレッジいちょうの里
●訪問介護事業所
シルバービレッジいちょうの杜
●セカンドライフ応援倶楽部
シルバービレッジいちょうの実

「ゆったりと安心の毎日」をお届けしています。
SV シルバービレッジ

パンフレットのご請求は
0120-19-0432

ホームページ シルバービレッジ 検索

株式会社シルバービレッジ 代表取締役会長 石井 征二(八王子陵東LC)

令和元年上半期における薬物情勢（暫定値）について

（令和元年9月警察庁組織犯罪対策部組織犯罪対策企画課公表資料「令和元年上半期における組織犯罪の情勢」より抜粋）

● 薬物事犯の検挙状況

薬物事犯（覚醒剤事犯、大麻事犯、麻薬及び向精神薬事犯及びあへん事犯をいう。以下同じ。）の検挙人員は近年横ばいが続く中、令和元年上半期は、6,278人と前年同期に比べわずかに減少した。

このうち覚醒剤事犯検挙人員は3,970人と減少が続いている一方で、大麻事犯検挙人員は2,093人と平成26年以降増加が続いており、薬物事犯別検挙人員における大麻事犯の比率が上昇している。

〔薬物事犯別検挙件数及び検挙人員の推移〕

区分		年別	H26	H27	H28	H29	H30	H30 上半期	R元 上半期
覚醒剤事犯	検挙件数		15,355	15,980	15,219	14,325	14,135	6,768	5,546
	検挙人員		10,958	11,022	10,457	10,113	9,868	4,645	3,970
大麻事犯	検挙件数		2,362	2,771	3,439	3,965	4,687	2,203	2,646
	検挙人員		1,761	2,101	2,536	3,008	3,578	1,690	2,093
麻薬及び 向精神薬事犯	検挙件数		637	706	784	840	862	451	461
	検挙人員		378	398	412	409	415	223	214
あへん事犯	検挙件数		24	6	11	12	6	2	2
	検挙人員		24	3	6	12	1	1	1
合計	検挙件数		18,378	19,463	19,453	19,142	19,690	9,424	8,655
	検挙人員		13,121	13,524	13,411	13,542	13,862	6,559	6,278

注1：本表の数値には、各薬物に係る麻薬特例法違反の検挙件数・人員の数値を含む。

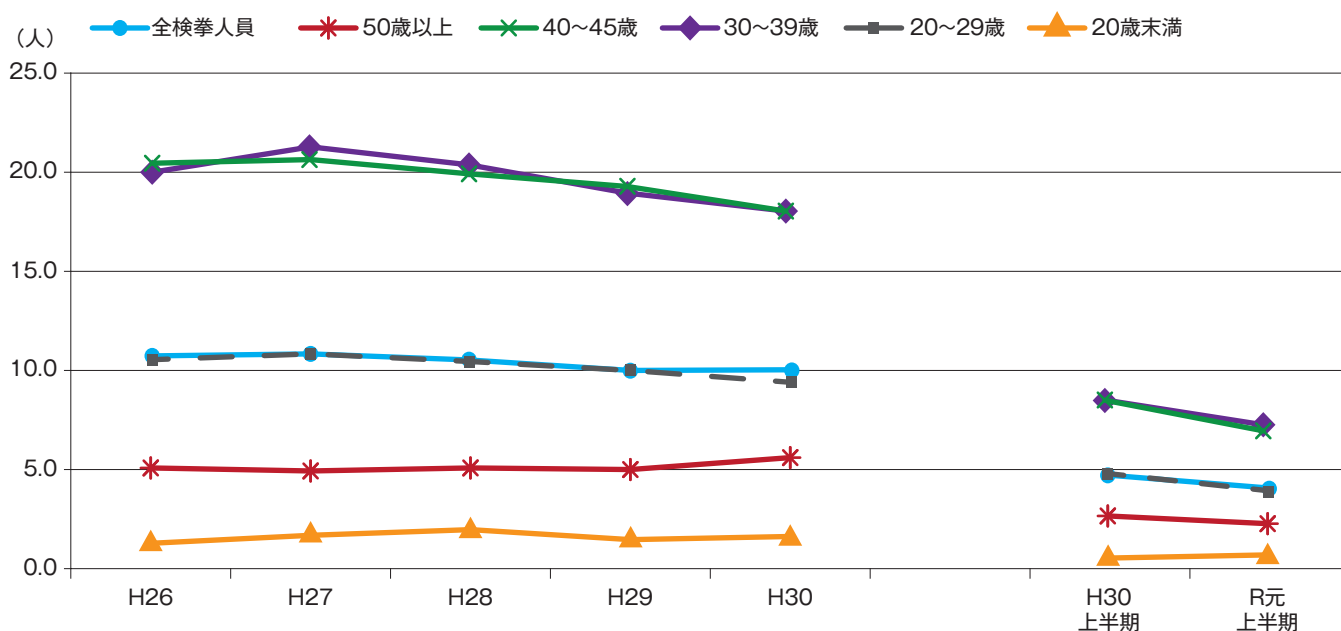
注2：本表の薬物事犯は、覚醒剤事犯、大麻事犯、麻薬及び向精神薬事犯及びあへん事犯をいい、犯罪統計による。

（1）覚醒剤事犯の検挙状況

ア 年齢層別の検挙状況

年齢層別でみると、人口10万人当たりの検挙人員は、20歳未満が0.6人、20歳代が3.7人、30歳代が7.5人、40歳代が7.1人、50歳以上が2.2人であり、最も多い年齢層は30歳代、次いで40歳代となっている。

〔人口10万人当たりの覚醒剤事犯検挙人員の推移〕



〔覚醒剤事犯年齢別検挙人員の推移〕

区分			年別	H26	H27	H28	H29	H30	H30 上半期	R 元 上半期	
覚醒剤事犯	検挙人員			10,958	11,022	10,457	10,113	9,868	4,645	3,970	
	人口 10 万人当たりの検挙人員			10.7	10.7	10.4	9.9	9.7	4.6	3.9	
	年齢別	50 歳以上			2,486	2,324	2,353	2,347	2,615	1,201	1,038
		人口 10 万人当たりの検挙人員			5.2	4.9	5.0	4.9	5.5	2.5	2.2
		構成比率（％）			22.7	21.1	22.5	23.2	26.5	25.9	26.1
		40～49 歳			3,697	3,779	3,592	3,587	3,352	1,565	1,325
		人口 10 万人当たりの検挙人員			20.5	20.5	19.7	18.9	17.7	8.3	7.1
		構成比率（％）			33.7	34.3	34.4	35.5	34.0	33.7	33.4
		30～39 歳			3,301	3,383	3,089	2,862	2,642	1,245	1,100
		人口 10 万人当たりの検挙人員			19.8	21.0	20.0	18.6	17.6	8.3	7.5
		構成比率（％）			30.1	30.7	29.5	28.3	26.8	26.8	27.7
		20～29 歳			1,382	1,417	1,287	1,226	1,163	593	465
		人口 10 万人当たりの検挙人員			10.6	11.0	10.2	9.8	9.3	4.7	3.7
		構成比率（％）			12.6	12.9	12.3	12.1	11.8	12.8	11.7
		20 歳未満			92	119	136	91	96	41	42
		人口 10 万人当たりの検挙人員			1.3	1.7	1.9	1.3	1.4	0.6	0.6
		構成比率（％）			0.8	1.1	1.3	0.9	1.0	0.9	1.1
			うち中学生	2	1	7	0	3	0	0	
			うち高校生	11	14	18	8	13	5	5	
	大学生			11	18	8	19	15	3	12	

注 1：算出に用いた人口は、各前年の総務省統計資料「10 月 1 日現在人口推計」又は「国勢調査結果」による。

注 2：20 歳未満の人口 10 万人当たりの検挙人員は 14 歳から 19 歳までの人口を基に、50 歳以上の人口 10 万人当たりの検挙人員は 50 歳から 79 歳までの人口を基にそれぞれ算出。

イ 再犯者率

〔覚醒剤事犯の再犯者率の推移〕

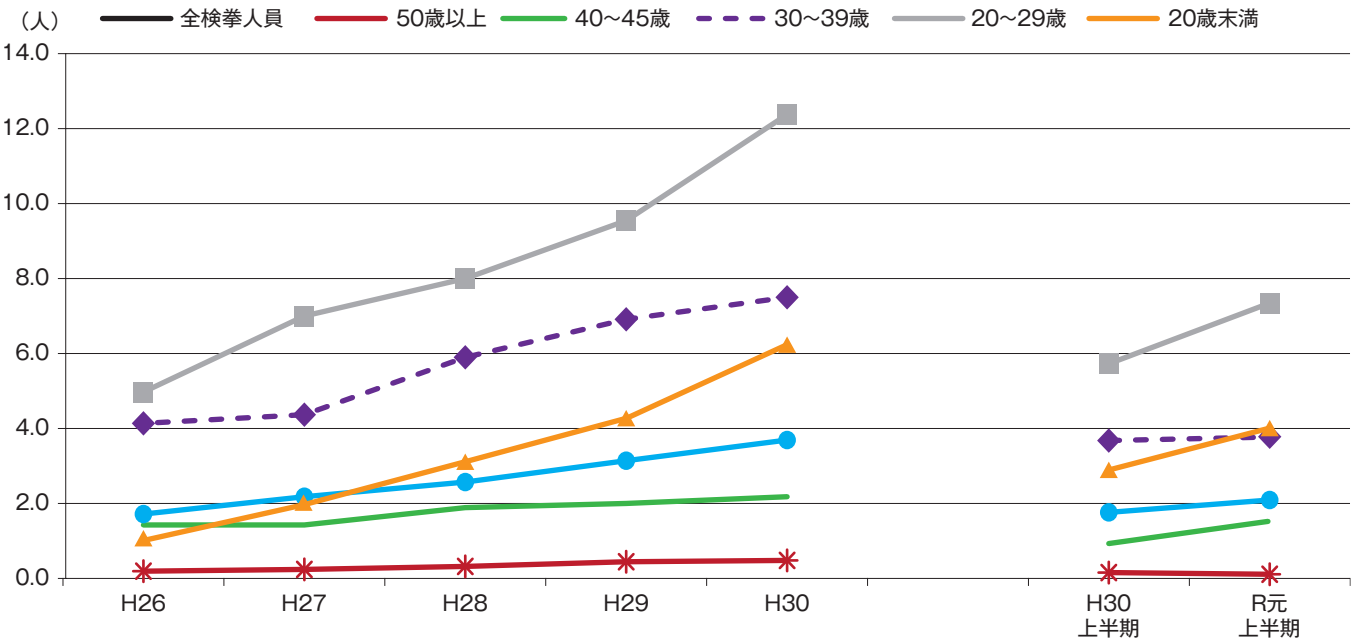
区分		年別	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H30 上半期	R 元 上半期
覚醒剤事犯	検挙人員		11,655	11,993	11,852	11,577	10,909	10,958	11,022	10,457	10,113	9,868	4,645	3,970
	再犯者数		6,765	7,114	7,038	7,116	6,899	7,067	7,147	6,804	6,647	6,521	3,089	2,649
	再犯者率（％）		58.0	59.3	59.4	61.5	63.2	64.5	64.8	65.1	65.7	66.1	66.5	66.7
	年齢別	50 歳以上	82.1	81.2	81.5	81.3	79.8	80.2	83.1	82.3	82.4	82.6	83.2	83.5
		40～49 歳	69.6	72.2	70.4	70.0	69.7	71.2	72.2	72.1	72.1	71.8	71.6	73.4
		30～39 歳	55.3	56.2	56.1	56.8	58.9	57.3	57.9	56.9	58.5	57.9	59.8	57.3
		20～29 歳	35.8	35.3	32.9	37.6	39.0	39.2	36.0	38.9	35.6	35.4	37.1	37.4
		20 歳未満	18.7	12.7	12.0	14.9	15.3	5.4	16.0	12.5	16.5	13.5	14.6	11.9
	再犯者率													

(2) 大麻事犯の検挙状況

ア 年齢層別の検挙状況

年齢層別でみると、人口10万人当たりの検挙人員は、20歳未満が4.0人、20歳代が7.3人、30歳代が3.7人、40歳代が1.4人、50歳以上が0.2人であり、最も多い年齢層は20歳代、次いで20歳未満となっている。

〔人口10万人当たり的大麻事犯検挙人員の推移〕



〔大麻事犯年齢別検挙人員の推移〕

区分		年別	H26	H27	H28	H29	H30	H30 上半期	R元 上半期
大麻事犯	検挙人員		1,761	2,101	2,536	3,008	3,578	1,690	2,093
	人口10万人当たりの検挙人員		1.7	2.1	2.5	3.0	3.5	1.7	2.1
	年齢別	50歳以上	88	104	113	152	157	73	105
		人口10万人当たりの検挙人員	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	0.2	0.2
		構成比率(%)	5.0	5.0	4.5	5.1	4.4	4.3	5.0
		40～49歳	257	263	326	347	370	175	255
		人口10万人当たりの検挙人員	1.4	1.4	1.8	1.8	2.0	0.9	1.4
		構成比率(%)	14.6	12.5	12.9	11.5	10.3	10.4	12.2
		30～39歳	678	700	899	1,038	1,101	538	537
		人口10万人当たりの検挙人員	4.1	4.3	5.8	6.8	7.3	3.6	3.7
		構成比率(%)	38.5	33.3	35.4	34.5	30.8	31.8	25.7
		20～29歳	658	890	988	1,174	1,521	707	913
		人口10万人当たりの検挙人員	5.0	6.9	7.9	9.4	12.2	5.7	7.3
		構成比率(%)	37.4	42.4	39.0	39.0	42.5	41.8	43.6
		20歳未満	80	144	210	297	429	197	283
		人口10万人当たりの検挙人員	1.1	2.0	3.0	4.1	6.0	2.8	4.0
		構成比率(%)	4.5	6.9	8.3	9.9	12.0	11.7	13.5
		うち中学生	3	3	2	2	7	1	4
		うち高校生	18	24	32	53	74	34	51
		大学生	27	31	40	55	100	46	60

注1：算出に用いた人口は、各前年の総務省統計資料「10月1日現在人口推計」又は「国勢調査結果」による。
注2：20歳未満の人口10万人当たりの検挙人員は14歳から19歳までの人口を基に、50歳以上の人口10万人当たりの検挙人員は50歳から79歳までの人口を基にそれぞれ算出。

イ 初犯者率

〔大麻事犯の初犯者率の推移〕

区分		年別										H30 上半期	R 元 上半期	
大麻事犯	検挙人員	2,920	2,216	1,648	1,603	1,555	1,761	2,101	2,536	3,008	3,578	1,690	2,093	
	初犯者数	2,475	1,803	1,323	1,292	1,208	1,385	1,613	1,962	2,294	2,741	1,293	1,624	
	初犯者率（％）	84.8	81.4	80.3	80.6	77.7	78.6	76.8	77.4	76.3	76.6	76.5	77.6	
	年齢別	50 歳以上	63.2	65.5	62.7	62.0	46.3	71.6	57.7	66.4	60.5	64.3	61.6	59.0
		40～49 歳	78.1	64.2	74.1	71.0	71.1	69.3	66.5	70.6	66.0	64.9	63.4	66.3
		30～39 歳	82.0	82.0	77.8	79.2	78.0	79.4	75.1	74.6	70.9	69.7	72.1	73.7
		20～29 歳	88.0	84.0	83.6	85.0	81.5	81.0	80.9	80.5	82.6	81.2	79.6	81.2
20 歳未満		87.7	89.6	91.4	93.9	93.2	91.3	91.7	91.0	89.9	92.8	94.4	90.5	

ウ 違反態様別の検挙状況

〔大麻栽培事犯の検挙状況の推移〕

区分	年別	H26	H27	H28	H29	H30	H30 上半期	R 元 上半期
検挙件数		130	115	144	191	175	51	70
検挙人員		116	107	116	138	152	46	63
暴力団構成員等		16	25	35	53	25	4	17

● 危険ドラッグ事犯の検挙状況

(1) 危険ドラッグ事犯の検挙状況

危険ドラッグ※事犯の検挙状況は 104 事件、108 人と前年に引き続き減少した。

※ 危険ドラッグとは、規制薬物（覚醒剤、大麻、麻薬、向精神薬、あへん及びけしがらをいう。以下同じ。）又は指定薬物（医薬品医療機器法第 2 条第 15 項に規定する指定薬物をいう。以下同じ。）に化学構造を似せて作られ、これらと同様の薬理作用を有する物品をいい、規制薬物及び指定薬物を含有しない物品であることを標ぼうしながら規制薬物又は指定薬物を含有する物品を含む。

※ 危険ドラッグ事犯の検挙事件数及び人員は、実務統計（警察庁において調査等により集計する数値）による。

〔危険ドラッグに係る適用法令別検挙状況の推移〕

区分		H26		H27		H28		H29		H30		H30 上半期		R 元 上半期	
		事件数	人員	事件数	人員	事件数	人員	事件数	人員	事件数	人員	事件数	人員	事件数	人員
指定薬物に係る医薬品医療機器法違反		401	492	895	960	713	758	555	578	336	346	224	227	94	98
	乱用者による単純所持・使用等	312	326	671	695	495	519	390	404	231	235	153	154	72	74
麻薬及び向精神薬取締法違反		80	98	133	148	115	126	56	56	45	48	31	33	10	10
交通関係法令違反		157	160	36	36	8	7	1	1	1	1	1	1	0	0
その他法令違反		68	90	36	52	28	29	16	16	1	1	1	1	0	0
合計		706	840	1,100	1,196	864	920	628	651	383	396	257	262	104	108

注 1：同一被疑者で関連する余罪を検挙した場合でも、一つの事件として計上。

注 2：複数の罪で検挙されている場合、主たる罪・人員として計上。

注 3：指定薬物に係る医薬品医療機器法違反は、危険ドラッグから指定薬物が検出された場合の検挙をいう。

注 4：麻薬及び向精神薬取締法違反は、危険ドラッグから麻薬が検出された場合の検挙をいう。

注 5：交通関係法令違反は、刑法（危険運転致死傷、自動車運転過失致死傷）、自動車の運転により人を死傷させる行為等の処罰に関する法律違反（危険運転致死傷、過失運転致死傷）、道路交通法違反をいう。

注 6：適用法令（罪名）は、検挙時点を基準として計上（交通関係法令違反の中には、送致時等の罪名変更のものあり）。

注 7：乱用者による単純所持・使用等とは、26 年 4 月 1 日から規制が新設された指定薬物の単純所持、使用、購入、譲受けによる違反態様のうち、販売目的等により検挙された供給者側を除くものをいう。

注 8：交通関係法令違反及びその他法令違反には、規制薬物及び指定薬物が検出されなかった事件を含む。

注 9：26 年から指定薬物以外の医薬品医療機器法違反は、その他法令違反に計上。

(2) 危険ドラッグ乱用者の検挙状況

危険ドラッグ事犯のうち、危険ドラッグ乱用者※の検挙人員は105人（構成比率97.2%）となっている。

※ 危険ドラッグ乱用者とは、危険ドラッグ事犯検挙人員のうち、危険ドラッグを販売するなどにより検挙された供給者側の検挙を除いたものをいう。

ア 年齢層別の検挙状況

〔危険ドラッグ乱用者の年齢別検挙人員の推移〕

区分			年別	H27	H28	H29	H30	H30 上半期	R元 上半期
危険ドラッグ乱用者	検挙人員			966	838	605	368	240	105
	年齢層別	50歳以上		75	125	105	67	42	17
		構成比率（%）		7.8	14.9	17.4	18.2	17.5	16.2
		40～49歳		236	293	208	135	89	42
		構成比率（%）		24.4	35.0	34.4	36.7	37.1	40.0
		30～39歳		330	261	196	109	72	30
		構成比率（%）		34.2	31.1	32.4	29.6	30.0	28.6
		20～29歳		297	145	94	56	36	15
		構成比率（%）		30.7	17.3	15.5	15.2	15.0	14.3
		20歳未満		28	14	2	1	1	1
		構成比率（%）		2.9	1.7	0.3	0.3	0.4	1.0

イ 薬物経験別の検挙状況

薬物経験別でみると、薬物犯罪の初犯者が56人（構成比率53.3%）、薬物犯罪の再犯者が49人（構成比率46.4%）となっている。

ウ 危険ドラッグの入手状況

入手先別でみると、インターネットを利用して危険ドラッグを入手した者が41人（構成比率39.0%）と最も多くなっている。

〔危険ドラッグ乱用者の入手先別検挙人員の推移〕

区分			年別	H27	H28	H29	H30	H30 上半期	R元 上半期
危険ドラッグ乱用者	検挙人員			966	833	605	368	240	105
	入手先別	街頭店舗		265	130	84	33	20	5
		構成比率（%）		27.4	15.5	13.9	9.0	8.3	4.8
		インターネット		336	353	227	166	102	41
		構成比率（%）		34.8	42.1	37.5	45.1	42.5	39.0
		友人・知人		110	93	77	45	31	15
		構成比率（%）		11.4	11.1	12.7	12.2	12.9	14.3
		密売人		109	71	55	32	22	13
		構成比率（%）		11.3	8.5	9.1	8.7	9.2	12.4
		その他・不明		146	191	162	92	65	31
		構成比率（%）		15.1	22.8	26.8	25.0	27.1	29.5

エ 危険ドラッグの使用が原因と疑われる死者数

〔危険ドラッグの使用が原因と疑われる死者数の推移〕

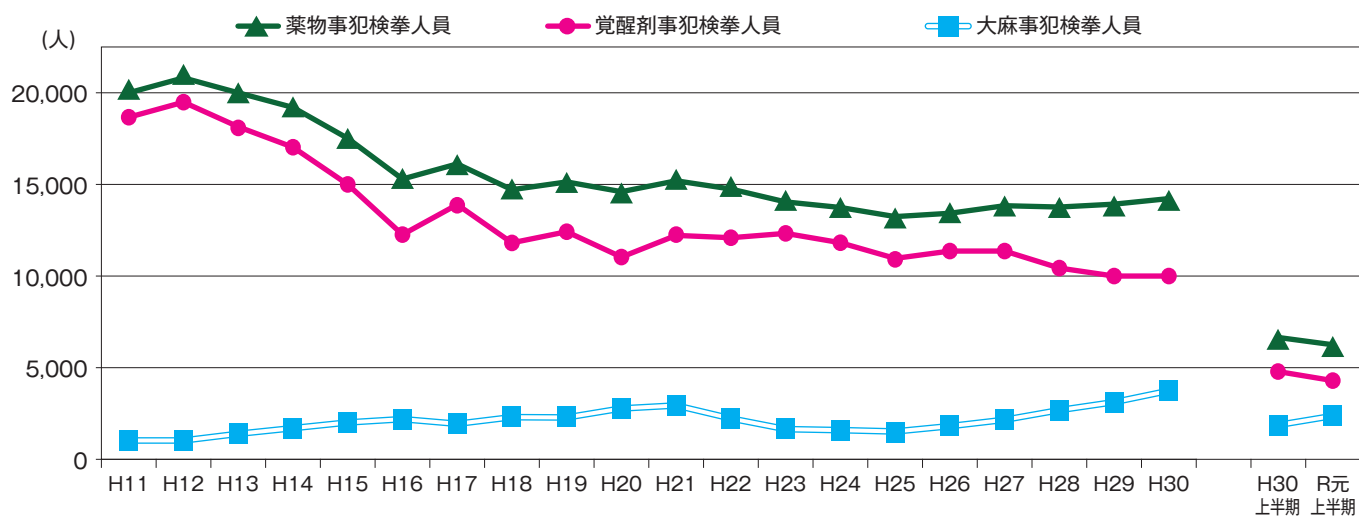
区分	年別	H27	H28	H29	H30	H30 上半期	R元 上半期
死者数		11	6	3	1	0	0

注1：令和元年6月末現在で警察庁に報告があったものを計上。

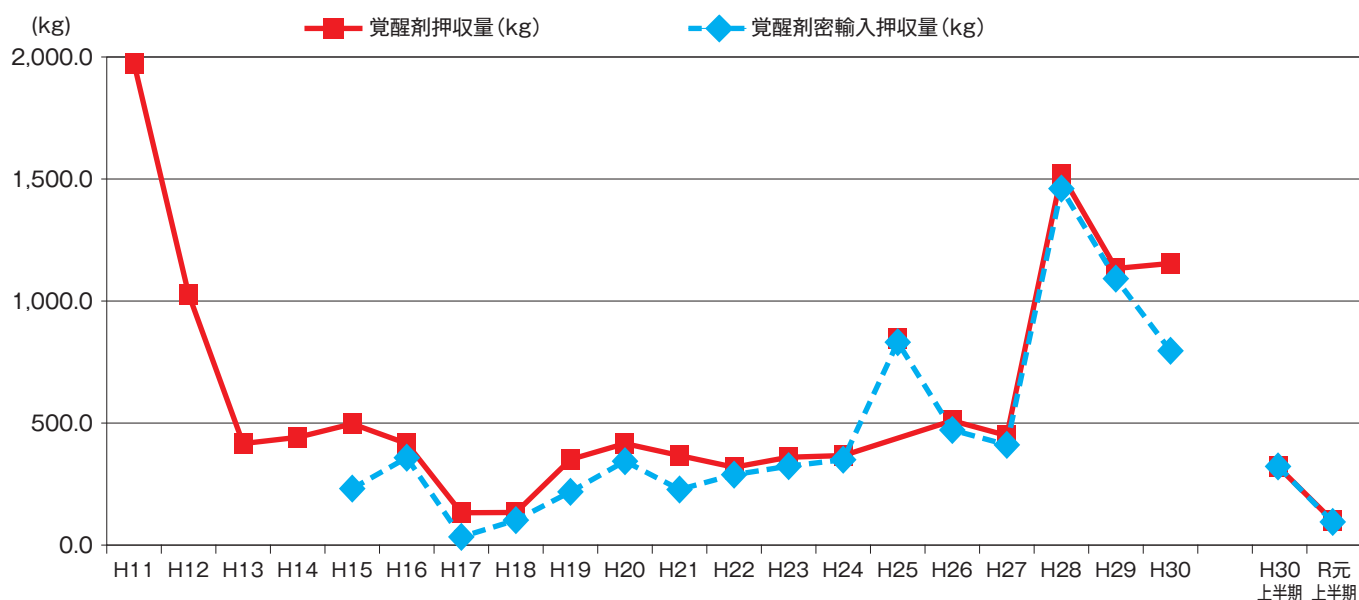
注2：発生日ではなく、認知日を基準として計上。

● 参考資料

(1) 薬物事犯検挙状況の推移（平成 11～令和元年上半期）



(2) 覚醒剤押収量の推移（平成 11～令和元年上半期）



財団ホームページをリニューアルしました

基本構成

公益財団法人麻薬・覚せい剤乱用防止センターの取組

薬物乱用未然防止のための基礎知識

公益財団法人麻薬・覚せい剤乱用防止センターについて

その他関連情報のトピックス、企画、データ等を随時掲載、更新していく予定です

The screenshot displays the homepage of the Foundation for Drug Abuse Prevention (dapc). The layout is clean and modern, with a clear hierarchy of information. The top navigation bar includes links to 'About the Center' and 'Contact Us'. The main banner features a green background with the text '薬物乱用は「ダメ。ゼッタイ。」' and '愛する自分を大切に' (Love yourself). Below this, there are several content blocks: 'Information' with recent news items, 'Activities' listing various programs like 'Prevention Activities' and 'Research Activities', 'Basic Knowledge' providing facts about drug use, 'About the Center' detailing its mission and structure, and a 'Pick Up' section highlighting specific topics like 'Q&A' and 'International Drug Crime Reports'. The footer contains contact information and a copyright notice.

●コンテンツのご紹介

公益財団法人
麻薬・覚せい剤乱用防止センター

＜センターについて＞> お問い合わせ

麻薬・覚せい剤等の乱用に伴う危害に関する知識の普及啓発等の事業を推進することにより、薬物乱用の未然防止を図り国民の保健衛生の向上と社会の繁栄に寄与します。

公益財団法人麻薬・覚せい剤乱用防止センター

インフォメーション

- 2020年10月25日 財団ホームページをリニューアルしました **NEW!!**
- 2020年2月20日 痔瘻科のたのみの恵南病棟連立使用推進協議会 東京都会場 (2月29日) (埼玉・千葉、神奈川、福岡、福岡支のサテライト会場を含む) の開催を中止します。 (2020年2月20日更新) **NEW!!**
- 2019年9月2日 薬物乱用防止啓発動画(DVD) No.52 (大原警視庁発中) ～アムネティック薬どうする?～ ご案内中

啓発活動のお知らせ

**資料・教材の
寄附資料のお申込は
こちらから**

公益財団法人 麻薬・覚せい剤乱用防止センターの取組

薬物乱用未然防止活動

「ダメ、ゼッタイ。」普及活動

麻薬・覚せい剤乱用防止活動

●薬物乱用防止キャパランカ一斉巡回啓発活動

キャパランカへのご紹介

2019年12月事業概要(お申込)

●指導員養成活動

薬物乱用防止教育認定協議会連立協議会の実施

薬物乱用未然防止のための基礎知識

●薬物乱用と心身の被害

薬物乱用を防止する仕組み

●乱用される薬物の種類と影響

- 覚醒剤
- 大麻
- コカイン
- 有機溶剤
- 危険ドラッグ (合成カンナビノイド系)
- 危険ドラッグ (合成フェニチン系)
- MDMA・LSD剤
- 向精神薬
- 処方薬

●薬物乱用防止・啓発情報

- 統計資料 (2018年データ)
- 第五次薬物乱用防止五か年戦略
- 【指導者向け】WE B講座

[illegible][illegible]

【薬物標本のご案内】

藥物標本



乱用薬物の模造品を種類別に整理、原料となる植物見本と合わせてプラスチックケース内に配列。啓発イベントなどで展示・ご使用ください。

サイズ：40×30×10.5cm
販売価格：62.843 円（税込）

新藥物標本



乱用薬物の模造品 12 種類をプラスチックケース内に配列、個々のケースが手に取ってご覧いただけます。標本内の薬物は、実物に似せた模造品です。

サイズ：42.5×25×6cm
販売価格：29,639 円（税込）

コンパクト乱用薬物標本



軽量、コンパクト、耐久性に優
れ、持ち運びにも便利な新しい
薬物標本です。乱用される代表
的な薬物に絞り、形態や形状を
模造標本にしました。

サイズ：300×150×55
価格：20,350 円（税込）

啓発資材のご案内

薬物乱用防止教育の教材として様々な啓発資材をご提供しております。



【啓発資材 ご注文ガイド】

①PCなどから財団のホームページにアクセスする。

「ダメ。ゼッタイ。」でキーワード検索またはURLを打ち込む

<http://dapc.or.jp>



②ホームページが開いたら、トップ画面右の

[「啓発資材のお申込み」をクリック](#)

※啓発資材のお申込みはこちらからのバナーがあります

啓発資材のご案内

財団では各種啓蒙資材を配布しております。皆様のご利用をお待ちしております。
ご注文の方法は[こちら](#)をご覧ください。ご希望の資材をクリックしてください。
表示されている価格は全て税別です。
納期は通常1〜2週間程度かかります。■資材によって変動いたします
資材の仕様・価格等は予告なく改良・変更になる場合がございますので、ご購入の際にはご確認ください。

FAXでの注文も承ります。下記までお問い合わせください
TEL 03-5544-8436 FAX 03-5544-8473
こちらの用紙をプリントしてご使用ください



③啓発資材の一覧が表示されます、スクロールして

ご希望の資材を選びクリックしてください。

対象資材の詳細と購入画面が出てきます。

* F A Xでご注文の場合

一覧画面の上部に「こちら

の申込用紙をプリントして

お使い下さい」とあります

ので用紙をプリントし、必

要事項を記入の上財団へ

FAXしてください。

= AX 番号)

FAX番号)

03-5544-8473

[illegible]

④そのままPCでご注文の場合は、画面に従い

必要資材を「カートに入れる」で必要事項記入

へお進みください。

複数の資材をまとめてご購入の場合は、資材ごと

に選択してカートに入れ、最後に必要事項ページ

へ進んで購入を完了して下さい。



薬物乱用は「ダメ。ゼッタイ。」健康に生きよう

¥ 105 税込

数量	1
----	---

カートに入れる

サイズ：B5版 28ページ
販売価格：105円
梱包送料：別途

内容：主に小・中学生を対象にした薬物乱用防止教育の教材。副読本として有効に活用いただけます。

ご不明点などお問い合わせはお気軽に下記担当までご連絡ください。

電話番号) 03-5544-8436 資材担当: 花田

【薬物乱用防止啓発動画（DVD）】

各素材とも小学高学年から大人まで幅広い年齢層に分かりやすく薬物乱用防止についての基礎知識を解説しています。全般的な知識についてはおおよそ共通していますが、それぞれフォーカスしている要素に特徴がありますので、用途に応じて活用ください。その一部をご紹介します。

※ホームページ上でも同様のご案内をしております

薬物乱用防止について全般の基礎知識

No51：薬物乱用から自分を守る

薬物が脳へ与える作用やその影響を最新調査による大麻拡大の実態を交え自分を守る知識を学びます。

協力 国立精神・神経医療研究センター



No50：身近にひそむ薬物乱用

身近にひそむ薬物乱用の危険を現役の小学校養護教諭が伝えます。手話による通訳付き

手話通訳 伊丹信子（手話通訳士）



No49：薬物乱用はダメ。ゼッタイ。

～やさしい解説！～

薬物乱用がいかに危険で恐ろしいかを医師の話や、身体に及ぼす影響や薬物依存について分かり易く解説。

協力 埼玉県立精神医療センター



薬物乱用防止について全般の基礎知識＋危険ドラッグについての解説

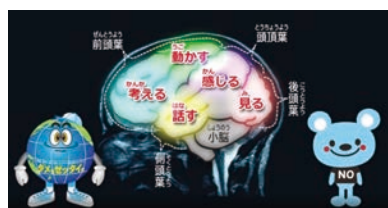
No48：愛する自分を大切に！

「ダメ。ゼッタイ君」と「ダメ。くま君」により危険ドラッグの恐ろしさを中心に解説しています。



No47：危険ドラッグは“毒”だ！

独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター和田清部長（当時）監修、危険ドラッグの解説をします。



No46：「ダメ。ゼッタイ。君」と

「ダメ。くま君」の薬物乱用防止教室

薬物乱用がなぜ「ダメ。ゼッタイ。」なのかをわかりやすく学びます。

危険ドラッグについても取り上げています。



10代・20代に急速に乱用が拡大する「大麻」について

～現状と具体的な断り方～

No52：大麻警報発令中！～アイメッセージで断ろう～

乱用が拡大している大麻についてその危険性・有害性を伝え、それでもなぜ使用してしまうのか、どう断ればいいのかの対応と対策について具体的に提示します。

協力：国立精神・神経医療研究センター／東京都／大場美奈 (SKE48)

※DVDの有効な使い方や本編内では説明しきれなかったポイントをまとめ、「薬物乱用防止教室推進の手引き」に掲載、解説しています



薬物乱用防止啓発動画（DVD）（各 ¥ 2,098）

ご 寄 付 団 体 及 び 賛 助 会 員

2019年8月2日から2020年2月12日までに、当センターにご寄付いただいた団体及びご入会いただいた賛助会員は次のとおりです。
ご協力ありがとうございました。

〔ご寄付団体・個人〕

ツカモトミチコ様	(一社)日本薬局協励会様
向島ダルク対策委員会様	太田中学校区青少年補導員様
第一三共(株)様	日本臓器製薬(株)様
丸石製薬(株)様	救急薬品工業(株)様
祐徳薬品工業(株)様	久光製薬(株)様
武田薬品工業(株)様	大日本住友製薬(株)様
藤本製薬(株)様	ヤンセンファーマ(株)様
協和発酵キリン(株)様	テルモ(株)様
帝國製薬(株)様	塩野義製薬(株)様

〔個人賛助会員〕

藤山 智雄 様(継続)



「公益財団法人JKA競輪補助
事業完了のお知らせ」

この度、2019年度の競輪の補助を受けて、左記の事業を完了いたしました。
本事業の実施により、青少年の薬物乱用に対する危険意識を高め、薬物乱用の予防啓発活動上大きな効果がありました。

記

事業名 2019年度 青少年の健やかな成長を育む活動補助事業

事業内容

- (1) 「ダメ。ゼッタイ。」普及運動の啓発メッセージ映像の作成・配布
- (2) 情報誌「ニュースレター」の発行・配布

補助金額 1,175,510円

実施場所 東京都港区赤坂2-4-1

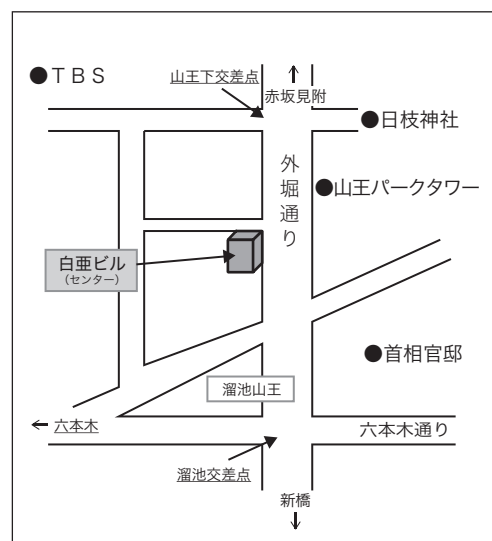
完了年月日 2019年8月29日



公益財団法人

麻薬・覚せい剤乱用防止センター

〒107-0052 東京都港区赤坂2-4-1 (白亜ビル9F)
TEL.03 (5544) 8436~7 FAX.03 (5544) 8473
ホームページアドレス <http://www.dapc.or.jp>



痛っ!!
どうしよう...

治すなら、**医薬品。**

医薬品は
まだ早いと思って
いませんか?!



日本で唯一※の1,560mg配合。

ゼリア新薬の **第3類医薬品**
コンドロイチンZS錠
【効能・効果】関節痛、腰痛、五十肩など

ゼリア新薬工業株式会社
お客様相談室 03-3661-2080
(9:00~17:50 土・日・祝日を除く)

薬局・ドラッグストアでお買い求めください。

※日本のOTC医薬品の中で唯一コンドロイチン
硫酸エステルNaを1,560mg配合(1日量)

詳しくはWEBで

<http://zs1560.jp>



キャベジンが、
胃の働く力を
取り戻していきます。



胃の働きが
弱ってきたと
感じる方。

キャベジンギョウワα

第2類医薬品

●効能・効果／胃部不快感、胃弱、もたれ、胃痛、食べ過ぎ、飲み過ぎ、胸やけ、食欲不振、消化不良、胃酸過多



興和株式会社 東京都中央区日本橋本町三丁目4-14

製品のお問合せ: 興和(株)お客様相談センター(Tel.03-3279-7755 受付時間9:00~17:00 土・日・祝日は除く)

詳しくは **キャベジン** (検索)



薬が のどにつまらず、むせずにつるんと飲める

ゴクン! といえば
龍角散

らくらく服薬ゼリー®



錠剤・カプセルに
「つつむ」タイプ



らくらく服薬ゼリー
(レモン味)

TAKUN
FURUKAWA



顆粒・散剤、漢方薬に
「まぜる」タイプ



らくらく服薬ゼリー 粉薬用
(いちごチョコ風味 / コーヒーゼリー風味)



薬を飲むための
ゼリーだから

のどに付着しない流動性

薬の作用や吸収に影響を与えない

ローカロリー

ノンシュガー

ノンカフェイン

合成着色料・保存料不使用

アレルギー物質(特定原材料とそれに準ずるもの)不使用

カロリー制限がある方、水分摂取制限がある方など、どなたでもご利用いただけます。

株式会社 龍角散 東京都千代田区東神田2-5-12 [お客様相談室] 電話0120-797-010/時間10:00~17:00(土・日・祝日を除く)
※「らくらく」「らくらく服薬ゼリー」「ゴクン! といえば龍角散」は(株)龍角散の登録商標です。 <https://www.ryukakusan.co.jp/>

らくらく服薬ゼリー

検索



貼って、寝て、
さもちいい!

サロンパス®

肩こり・腰痛・筋肉痛に 第3類医薬品

© この商品に関するお問い合わせは、久光製薬 お客様相談室へ。
OTC 0120-133250 受付時間/9:00-17:50(土日・祝日・会社休日を除く)
医薬品 www.hisamitsu.co.jp サロンパス 検索

5月18日は
サロンパスの日

貼るを、未来へ。



Hisamitsu®



東京2020オフィシャルパートナー(外用鎮痛消炎剤)

久光製薬はオフィシャルパートナーとして東京2020オリンピック・パラリンピックを応援しています。