200940074A

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

（H21－医薬－一般-028）

研究報告書

（総括研究報告書＋分担研究報告書）

平成２２年（２０１０年）３月

研究代表者：和田　清

目　次

Ⅰ．総括研究報告書　　和田　清（国立精神･神経センター　精神保健研究所）･･･････　1

Ⅱ．分担研究報告書

Ⅱ－１．薬物乱用・依存の実態把握に関する研究

1-1：薬物使用に関する全国住民調査(2009 年)･･･････････････････････････････　15
和田　清（国立精神･神経センター　精神保健研究所）

1-2：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査･･･････････････　97
小林桜児（国立精神･神経センター　病院）

1-3：全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究････ 111
庄司正実（目白大学　人間社会学部）

1-4：監察医務院における異状死からみた薬物乱用･依存等の実態に関する研究･･･････ 123
福永龍繁（東京都監察医務院）

Ⅱ－２．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

2-1：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･･･････････････ 133
山口みほ（日本福祉大学社会福祉学部）

2-2：障害者自立支援法下における薬物依存症治療資源に関する研究(1)･･･････････ 141
宮永　耕（東海大学　健康科学部社会福祉学科）

2-3：若年者向け薬物再乱用防止プログラムの開発に関する研究･･･････････････････ 157
嶋根卓也（国立精神･神経センター　精神保健研究所）

2-4：司法関連施設における少年用薬物乱用防止教育ツールによる介入効果とその普及に関する研究･･･ 167
松本俊彦　（国立精神･神経センター　精神保健研究所）

2-5：薬物依存症者の家族がもつ多様なニーズを満たすための家族教育プログラムの開発に関する研究･･･ 181
近藤あゆみ（新潟医療福祉大学　社会福祉学部社会福祉学科）

Ⅲ：海外渡航報告書

1.　和田　清：チェンマイ、バンコク（タイ王国）･･･････････････････････ 201

Ⅳ：研究成果の刊行に関する一覧表･･･････････････････････････････････････ 202

Ⅴ：研究成果の刊行物・別刷り･･･････････････････････････････････････別添

総括研究報告書

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）
総括研究報告書

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研究
(H21-医薬-一般-028)

研究代表者　和田　清　国立精神・神経センター　精神保健研究所　薬物依存研究部長

研究要旨　薬物乱用・依存対策の立案・評価の際の基礎資料に供するために、薬物乱用･依存等の実態を把握し、同時に、薬物依存症に対して、「医療モデル」「福祉モデル」としての取り組みを強化するために、現行の保健・社会福祉制度等、制度的社会資源の運用実態とその問題点の明確化を図るとともに、大学生を含む若年者、触法少年に対する再乱用予防・回復支援プログラム、薬物依存症者の家族支援プログラムの開発を図る取り組みを実施した。

【研究１　薬物乱用・依存の実態把握に関する研究】

■研究1-1：薬物使用に関する全国住民調査（2009年）：わが国の飲酒・喫煙・医薬品を含めた薬物使用・乱用・依存状況を把握するために、住民基本台帳から層化二段無作為抽出法（調査地点数：350）により選ばれた全国の15歳以上64歳以下の5,000人に対して、戸別訪問留置法による自記式調査を実施した。調査期間は2009年9月17日～10月4日である。回収数及び有効回答数は、3,216（64.3%）及び3,191であった。従来の本調査では対象の年齢を15歳以上としてきたが、今回の2009年調査では15歳以上64歳以下という上限を設けたため、今回の結果を従来の結果と単純に比較することはできないが、今回の結果は以下の通りであった。**【飲酒】①飲酒１年経験率**（この1年間で1回でも飲酒したことのある者の率）は、男性で88.5%(2007年調査では88.5%。以下同じ。）、女性で79.4 %(79.1%）、全体で83.8 %(83.6%）であった。②飲酒の機会、禁酒経験等、わが国の飲酒はライフ・サイクルと深く結びついており、飲酒問題を論じる際には、飲んだことがあるかないかを基準にしても、さほど意味がなく、機会、頻度、量等の質的要因を考慮する必要がある。**【喫煙】①喫煙１年経験率**は、男性で48.9%(44.8)%、女性で16.4%(17.0%)、全体で32.2%(30.3%)であった。②年代別では、生涯経験率、1年経験率共に、10歳代、20歳代(特に10歳代）での経年的減少傾向が顕著であった。**【医薬品】①家庭の常備頻度**は、①風邪薬（68.7%）、②目薬（59.0%）、③胃腸薬（56.6%）、④湿布薬（55.5%）、⑤鎮痛薬（42.0%）の順に頻度が高かった。**②この１年間に１回でも使用したことのある医薬品**としては、①風邪薬（64.7%）、②鎮痛薬（58.2%）、③目薬（53.3%）、④湿布薬（43.3%）、⑤胃腸薬（43.0%）の順で頻度が高かった。**③鎮痛薬、精神安定薬、睡眠薬をこの１年間に使用したことのある者の割合**は、鎮痛薬で58.1%(55.3%)、精神安定薬で7.1%(8.1%)、睡眠薬で6.5%(7.7%)であった。**医薬品を常用（週３回以上）している者の割合**は、鎮痛薬で2.4%(2.5%)、精神安定薬で3.1%(2.8%)、睡眠薬で2.3%(2.7%)であった。④鎮痛薬、精神安定薬、睡眠薬の使用に関しては、明らかな問題点は見あたらなかったが、これらのすべての医薬品の使用経験率に関する経年的推移は、増加傾向にあるため、今後もモニタリングが必要である。**【違法薬物】①違法薬物乱用の生涯被誘惑率**（これまでに一回でも使用に誘われたことがある者の率）は、有機溶剤で3.6%(3.0%)、大麻で2.8%(1.8%)、覚せい剤で1.2 %(1.0%)、コカイン:0.4%(0.3%)、MDMA:0.6%（0.4%）、ヘロイン:0.1%(0.2%)の順に高かった。また、これら６種のうちのいずれかの薬物の使用への生涯被誘惑率は6.4%(4.4%)であり、有機溶剤を除いたいずれかの生涯被誘惑率は4.1%(2.7%)であった。経年的にはすべての薬物において過去最高値であった。**②1年被誘惑率**は、従来通り値が低すぎて、評価できなかった。**③生涯経験率**は、有機溶剤で1.9%（2.0%）、大麻で1.4%（0.8%）、覚せい剤で0.3%（0.4%）、MDAMで0.2%（0.2%）であり、コカイン、ヘロインでは統計誤差内であった。また、これらのうちのいずれかの薬物の生涯経験率は、2.9%（2.6%）で、有機溶剤を除いたいずれかの薬物の生涯経験率は1.7%（1.2%）であった。2007年調査との比較では、大麻の割合の増加率が顕著であり、その経年的増加傾向も明らかであった。また、大麻、いずれかの薬物及び有機溶剤を除いた何らかの薬物に関する生涯経験率は1995年以降最高の値を示していた。年代別に見た生涯経験率のピークは30歳代にあり、その値は有機溶剤で3.3%、大麻で2.6%、覚せい剤で0.9%、MDMAで0.4%で

あり、何らかの薬物では4.7%、有機溶剤を除く何らかの薬物では2.9%であることを考えると、全体での生涯経験率の低さを単純に楽観視すべきではない。④**1年経験率**は、すべての薬物について統計誤差内であった。また、6種のうちのいずれかの薬物の1年経験率、有機溶剤を除いたいずれかの薬物の1年経験率も、統計誤差内であった。⑤薬物の呼称名の周知度は年代とともに変わっており。薬物乱用防止教育、啓発活動等に際しては、この点に考慮する必要がある。また、2007年調査での「大麻」「MDMA」の周知度は、それぞれ88%、11%であったが、2009年調査ではそれぞれ94%、48%にまで急増していた。その背景には、2008年秋の角界及び大学生による大麻乱用問題、2009年8月の芸能人によるMDMA、覚せい剤乱用問題が影響していると推定できる。⑥わが国の薬物乱用・依存状況が多くの国に比べて良好を保ってきた背景には、遵法精神の高さがあると思われるが、本年度の調査でも、その傾向は保たれていた。ただし、大麻、覚せい剤乱用に対する「容認群」の割合が、20歳代では2005年以降、10歳代では2007年以降、上昇傾向にあることは危惧すべきことであろう。⑦違法薬物乱用防止の教育・啓発が進み、同時に、取締の強化が図られれば図られるほど、回答者側での「正直に答えたくない」という心理的バイアスが高くなり、本調査のような方法論による調査の結果は、実際の状況よりはますます低い結果を示す特質にあることは否めない。しかし、この種の調査では本研究で採用した調査法が国際的調査法であると同時に、それ以外の調査方法が事実上ないことも現実である。地味ながら、今後も本調査を継続してゆく必要がある。**■研究1-2：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査**:1987年～2008年度における一連の同種の調査研究の概要をまとめた。症例数の経年的減少傾向、大麻使用歴の増加傾向が認められた。また、覚せい剤・有機溶剤症例では遷延・持続型の慢性病対の割合が高く、睡眠薬・抗不安薬では依存症例の割合が高かった。女性例では摂食障害・境界型人格障害の併存が男性より多かった。薬物依存症治療プログラム利用経験者は1/3程度に過ぎず、治療的社会資源の不足解消が急務であると考えられた。**■研究1-3：全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究**：来年度の全国調査の質問項目を確認するために、2施設91人(男性42人, 女性49人)を対象に面接調査を実施した。男女ともに薬物乱用経験者の割合は経年的に激減していた。また、乱用される薬物も、かつての有機溶剤、覚せい剤といった特定の薬物が流行しているのではなく、MDMAや睡眠薬などが有機溶剤・大麻・ブタン・覚せい剤などと同様な頻度で使用されており、特定薬物への取り締まりや対処だけでは対応が難しくなってきていることを示唆していた。**■研究1-4：監察医務院における異状死からみた薬物乱用･依存等の実態に関する研究**：2005～2009年の5年間に行われた東京都監察医務院での薬毒物検査と薬物の検出結果を調査した。検査依頼件数と検出薬物件数はともに増加していた。検出薬物では医薬品等が増加していた。医薬品等の検出では精神神経用剤の件数が顕著に増加していた。睡眠剤ではペントバルビタール・酒石酸ゾルピデム・フルニトラゼパムが増加していた。メタンフェタミン67件、アンフェタミン65件、MDMA7件, モルヒネ1件, コカイン1件, ジヒドロコデイン3件が検出された。今後、乱用防止に繋げるためにも、薬毒物の検査システムの充実と共に監察医制度のような死因究明制度の全国的展開が期待される。

【研究2　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】

■研究2-1：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：現在の制度的社会資源は多岐あるが、「精神保健福祉法」第5条にて精神障害として定義されている薬物依存症が、「障害基礎年金」の給付、精神障害者福祉手帳の認定では、その対象者から事実上排除されていることが指摘された。その重要な根拠としては、国民年金法69条（「故意に障害又はその直接の原因となった事故を生じさせた者の当該障害については、これを支給事由とする障害基礎年金は、支給しない。」）の存在が大きいように考えられた。この国民年金法69条や障害認定基準は、現行の「精神保健福祉法」施行以前の法文、基準であり、現行の法律で規定された障害がそれ以前の法文、基準で制限されること自体、矛盾を感じるものである。そもそも国民年金法69条が想定した事態は自動車等への「あたり屋」対策であったようであるが、それを薬物依存症に適用すること事態が妥当かどうか、今後、様々な場で検討してゆく必要がある。また、全国同一であるはずの障害認定基準が自治体により異なっている現実も指摘された。**■研究2-2：障害者自立支援法下における薬物依存症治療資源に関する研究**(1)：ダルクを利用する薬物依存者にとって利用可能性の高い生活保護等諸制度の運用について現状とその課題を整理した。その結果、研究2-1による指摘に加えて、①ダルクを利用する要保護状態にある薬物依存症者に対する「実施機関」（生活保護法第19条）、「実施責任」に関する実施要領レベルの記

載の欠如とそれによる自治体毎の対応の違い、②アルコール依存症者には原則認められている「移送費」が薬物依存症者に関しては不明瞭である事実が明らかとなった。**■研究 2-3：若年者向け薬物再乱用防止プログラムの開発に関する研究**：既存の認知行動療法のワークブックをベースに、治療動機がそれほど高くない大学生を含む若年者向けの薬物再乱用防止プログラムを東京都立中部総合精神保健福祉センターとの協働により開発した。ワークブックは、POINT（学習目標）、STUDY（文章や図を使った解説）、TRY（書き込みや発表などのワーク）の3要素で成り立っており、全14回セッションから構成されている。参加者や職員への定着を考慮し、開発されたプログラムには「OPEN」プログラムという愛称をつけた。「OPEN」プログラムは平成22年3月より開始予定である。**■研究 2-4：司法関連施設における少年用薬物乱用防止教育ツールによる介入効果とその普及に関する研究**：若年の薬物乱用者の多くは、保健医療機関ではなく、少年鑑別所や少年院といった司法関連機関で処遇されている。そこで、薬物乱用を呈する少年鑑別所入所者46例を対象として、再乱用防止のために独自に開発した若年の薬物乱用者向けの自習ワークブックを用いて介入し、薬物問題の重症度と評価尺度の得点変化の関係について検討した。その結果、軽症群の場合には、評価尺度における薬物問題に対する認識深化に対する効果が顕著であったが、重症群の場合には、薬物欲求に対する自己効力感に対する効果が目立った。一方、自習用ワークブック終了後の感想としては、軽症群の全例が自習ワークブックを、「大変役に立つ」もしくは「多少は役に立つ」という感想を持ったのに対し、重症群ではそのような感想を持ったのは6割程度にとどまったことが明らかにされた。次年度は、自習ワークブックによる介入を多施設で実施して介入事例を蓄積し、その効果を検証する必要がある。**■研究 2-5：薬物依存症者の家族がもつ多様なニーズを満たすための家族教育プログラムの開発に関する研究**：本人の回復にそれぞれの段階があるように、家族の課題もその家族によって異なり、また多くの家族がそれらの課題の解決を求めているにも関わらず、ややもすると「(子供を)突き放せ！」の一辺倒になりがちだった家族指導に対して、家族の多様なニーズを把握し、それらのニーズに対応できる総合的な家族心理教育プログラムの開発を開始した。

【結論】我が国の違法薬物乱用状況は、じわじわと拡大傾向にある。ただし、かつての有機溶剤や覚せい剤のような象徴的薬物の乱用ではなく、大麻を中心に、多様な薬物が乱用される「多剤乱用型」へと急速に変化している。また、「回復」ないしは再乱用防止に際して必要となり得る制度的社会資源は、薬物依存症者には事実上制限されている事が多く、薬物依存症が「精神保健福祉法」第5条で精神障害であることが定義づけられている事実を踏まえて、既存の制度的社会資源等の基準、法文の整合性を図ってゆく必要がある。

研究分担者

和田　清　国立精神・神経センター
精神保健研究所 薬物依存研究部
部長

小林桜児　国立精神・神経センター　病院
医師

庄司正実　目白大学　人間社会学部
教授

福永龍繁　東京都監察医務院
院長

山口みほ　日本福祉大学　社会福祉学部
准教授

宮永　耕　東海大学　健康科学部
社会福祉学科　准教授

嶋根卓也　国立精神・神経センター
精神保健研究所　薬物依存研究部
研究員

松本俊彦　国立精神・神経センター
精神保健研究所　薬物依存研究部
室長

近藤あゆみ　新潟医療福祉大学社会福祉学部
社会福祉学科　講師

A．研究目的

現在、我が国は未だ第三次覚せい剤乱用期にある。この間、薬物乱用対策推進本部により「薬物乱用防止5カ年戦略」（平成10年5月）、「薬物乱用防止新五か年戦略」（平成15年7月）、「第三次薬物乱用防止五か年戦略」（平成20年8月）が策定され、今日に至っているが、1995年に始まる第三次覚せい剤乱用期も、既に15年以上が経っており、薬物乱用・依存に関する国内状況は大きく変わりつつある。

第三次覚せい剤乱用期は、当初は一部の外国人による新たな密売方法の出現、違法薬物の入手可能性の高まり、乱用の若年層までへの拡大等で始

まった。しかし、その後（特にこの数年間）は、「脱法ドラッグ」、リタリンに代表される医薬品の乱用・依存、大麻汚染の拡大等に代表されるように、「捕まる薬物から捕まらない薬物へのシフト」であり、「有機溶剤優位型」という我が国独自型から、大麻優位型という欧米型への変化として捉えることができる（和田　清ら：薬物乱用・依存の今日的状況と政策的課題. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 43:120-131, 2008）。

これらの状況変化は、依存性薬物乱用・依存の実態把握の必要性と、その実態に見合った対策立案の必要性を益々高めるものである。

薬物乱用・依存の実態把握は違法行為の掘り起こし的性質があり、困難を極める。2009年度～2010年度の本研究では、薬物乱用・依存等の実態把握に関する調査研究を質の異なる複数対象群に対して、多方面からの実態調査を実施し、総合的な現状把握を試みる。対象・調査法は次の通りである。①わが国全体での薬物乱用・依存状況を把握するための全国住民調査（層化二段無作為抽出調査）、②薬物乱用開始最頻年齢層である中学生に対する全国調査（層別一段集落抽出調査）、③薬物依存・精神病に陥った患者を対象とした全国精神科医療施設調査（2ヶ月間の全数調査）、④ハイリスクグループである全国の児童自立支援施設入所者調査（全数調査）、⑤生物学的マーカーを使用した乱用実態調査の一つとしての監察医務院での調査である。

これらにより、わが国の薬物乱用・依存の実態を多面的に把握でき、乱用防止対策並びに薬物依存者対策立案・遂行の際の基礎資料に供することができると考えている。ただし、費用効率と調査される側の各種負担を考慮し、2009年度は①薬物使用に関する全国住民調査に重点をおき、②～⑤に関しては2010年の本調査に向けての準備研究とした。

また、覚せい剤事犯検挙者の再犯率が55.9%（2008年）と高いように、薬物依存からの「回復」は困難を極める。欧米では「治療共同体」が薬物依存症治療の主役を担っているが、このような社会資源はわが国には存在せず、医療施設とDARC（ダルク）を中心とする民間治療施設があるのみである。このような再乱用防止面での著しい立ち後れの原因として、当研究者らによるこれまでの厚生労働科学研究の成果として、薬物依存症に対する「司法モデル」一辺倒的対応の限界と、「医療モデル」「福祉モデル」としての制度的社会資源の不足・欠落が指摘されてきた。

そこで、今回の2年間での研究では、現行の保健・社会福祉制度等、制度的社会資源の運用実態とその問題点の明確化を図るともに、大学生を含む若年者、触法少年に対する再乱用予防、回復支援プログラム、薬物依存症者の家族支援プログラムの開発・普及を図るという「実際的」な取り組みを行うことにした。

B．各分担研究の目的、方法、及び結果

■研究1　薬物乱用・依存の実態把握に関する研究

研究1-1：薬物使用に関する全国住民調査（2009年）

研究分担者　和田　清
国立精神・神経センター
精神保健研究所　薬物依存研究部長

わが国の飲酒・喫煙・医薬品を含めた薬物使用・乱用・依存状況を把握するために、住民基本台帳から層化二段無作為抽出法（調査値点数：350）により選ばれた全国の15歳以上64歳以下の5,000人に対して、戸別訪問留置法による自記式調査を実施した。調査期間は2009年9月17日～10月4日である。回収数及び有効回答数は、3,216（64.3%）及び3,191であった。従来の本調査では対象の年齢を15歳以上としてきたが、今回の2009年調査では15歳以上64歳以下という上限を設けたため、今回の結果を従来の結果と単純に比較することはできないが、今回の結果は以下の通りであった。**【飲酒】①飲酒生涯経験率**（これまでに1回でも飲酒したことのある者の率）は、男性で95.0%（2007年調査では96.3%。以下同じ。）、女性で94.3%（92.6%）、全体で94.6%（94.4%）であった。**②飲酒1年経験率**（この1年間で1回でも飲酒したことのある者の率）は、男性で88.5%(88.5%)、女性で79.4%(79.1%)、全体で83.8%(83.6%)であった。③飲酒の機会、禁酒経験等、わが国の飲酒はライフ・サイクルと深く結びついており、飲酒問題を論じる際には、飲んだことがあるかないかを基準にしても、さほ

ど意味がなく、機会、頻度、量等の質的要因を考慮する必要があることが示唆された。**【喫煙】**①喫煙の生涯経験率は、男性で83.1%(84.5%)、女性で50.5%(48.6%)、全体で66.4%(65.7%)であった。②**1年経験率**は、男性で48.9%(44.8)%、女性で16.4%(17.0%)、全体で32.2%(30.3%)であった。この1年経験率は2007年調査で最低を記録したが、今回はやや上昇を示していた。③年代別に見た生涯経験率、1年経験率共に、10歳代、20歳代(特に10歳代)での経年的減少傾向が顕著であった。**【医薬品】**①家庭の**常備薬としての常備頻度**は、①風邪薬(68.7%)、②目薬(59.0%)、③胃腸薬(56.6%)、④湿布薬(55.5%)、⑤鎮痛薬(42.0%)の順に頻度が高かった。経年的には胃腸薬と目薬の順位が入れ替わることはあっても、その他の順位に変化はなかった。②**この1年間に1回でも使用したことのある医薬品**としては、①風邪薬(64.7%)、②鎮痛薬(58.2%)、③目薬(53.3%)、④湿布薬(43.3%)、⑤胃腸薬(43.0%)の順で頻度が高かった。③**鎮痛薬、精神安定薬、睡眠薬をこの1年間に使用したことのある者の割合**は、鎮痛薬で58.1%(55.3%)、精神安定薬で7.1%(8.1%)、睡眠薬で6.5%(7.7%)であった。**医薬品を常用(週3回以上)している者の割合**は、鎮痛薬で2.4%(2.5%)、精神安定薬で3.1%(2.8%)、睡眠薬で2.3%(2.7%)であった。鎮痛薬の1年経験者率は経年的に上昇傾向にあった。鎮痛薬を週3回以上使用した者の割合は、横ばい状態であった。精神安定薬の1年経験率は女性では横ばいであったが、男性及び全体では減少していた。週3回以上使用した者の割合は女性及び全体で増加し、男性でも微増傾向を示していた。睡眠薬の1年経験率、週3回以上使用した者の割合は、男女ともに減少していた。④鎮痛薬、精神安定薬、睡眠薬の使用に関しては、明かな問題点は見あたらなかったが、これらのすべての医薬品の使用経験率に関する経年的推移は、増加傾向にあるため、今後もモニタリングが必要であると考えられる。**【違法薬物】**①**違法薬物乱用の生涯被誘惑率**は、有機溶剤で3.6%(3.0%)、大麻で2.8%(1.8%)、覚せい剤で1.2%(1.0%)、コカイン:0.4%(0.3%)、MDMA:0.6%(0.4%)、ヘロイン:0.1%(0.2%)の順に高かった。また、これら6種のうちのいずれかの薬物の使用への生涯被誘惑率は6.4%(4.4%)であり、有機溶剤を除いたいずれかの生涯被誘惑率は4.1%(2.7%)であった。経年的にはすべての薬物において過去最高値であった。② **1年被誘惑率**は、従来通り値が低すぎて、評価できなかった。③**生涯経験率**は、有機溶剤で1.9%(2.0%)、大麻で1.4%(0.8%)、覚せい剤で0.3%(0.4%)、MDAMで0.2%(0.2%)であり、コカイン、ヘロインでは統計誤差内であった。また、これらのうちのいずれかの薬物の生涯経験率は、2.9%(2.6%)で、有機溶剤を除いたいずれかの薬物の生涯経験率は1.7%(1.2%)であった。2007年調査との比較では、大麻の割合の増加率が顕著であり、その経年的増加傾向も明らかであった。また、大麻、いずれかの薬物及び有機溶剤を除いた何らかの薬物に関する生涯経験率は1995年以降最高の値を示していた。年代別に見た生涯経験率のピークは30歳代にあり、その値は有機溶剤で3.3%、大麻で2.6%、覚せい剤で0.9%、MDMAで0.4%であり、何らかの薬物では4.7%、有機溶剤を除く何らかの薬物では2.9%であることを考えると、全体での生涯経験率の低さを単純に楽観視すべきではない。④ **1年経験率**は、すべての薬物について統計誤差内であった。また、6種のうちのいずれかの薬物の1年経験率、有機溶剤を除いたいずれかの薬物の1年経験率も、統計誤差内であった。⑤「覚せい剤」の周知度は全体で92%と高く、過去最高の値であった。以下、「シャブ」>「スピード」>「ピロポン」>「エス」と続くが、「スピード」は10~30歳代で知られており、「エス」は10~20歳代で知られているのに対して、「ヒロポン」は年代が高いほど知っているというように、呼称の周知度は年代とともに変わっていた。薬物乱用防止教育、啓発活動等に際しては、この点に考慮する必要がある。また、2007年調査での「大麻」「MDMA」の周知度は、それぞれ88%、11%であったが、2009年調査ではそれぞれ94%、48%にまで急増していた。その背景には、2008年秋の角界及び大学生による大麻乱用問題、2009年8月の芸能人によるMDMA、覚せい剤乱用問題が影響していると推定できる。⑥違法性薬物の入手可能性については、有機溶剤のみが入手可能群が入手不可能群を上回っていた。この結果は従来通りであった。⑦わが国の薬物乱用・依存状況が多くの国に比べて良好を保ってきた背景には、遵法精神の高さがあると思われるが、本年度の調査でも、その傾向は保たれていた。ただし、大麻、覚せい剤乱用に対する「容認群」の割合が、20歳代では2005年以降、10歳代では2007年以降、上昇傾向にあることは危

惧すべきことであろう。⑧違法薬物乱用防止の教育・啓発が進み、同時に、取締の強化が図られれば図られるほど、回答者側での「正直に答えたくない」という心理的バイアスが高くなり、本調査のような方法論による調査の結果は、実際の状況よりはますます低い結果を示す特質にあることは否めない。しかし、この種の調査では本研究で採用した調査法が国際的調査法であると同時に、それ以外の調査方法が事実上ないことも現実である。地味ながら、今後も本調査を継続してゆく必要がある。【結論】2007年秋のリタリン問題、2008年秋の角界及び大学生による大麻乱用問題、2009年8月の芸能人によるMDMA、覚せい剤乱用問題の報道により、薬物乱用・依存問題に対する世論の関心が高まり、回収率が上昇すると共に、大麻、MDMAの周知度が急上昇した。生涯被誘惑率はコカインを除くすべての薬物で過去最高であった。生涯経験率は、大麻、何らかの薬物、有機溶剤を除く何らかの薬物で過去最高であった。乱用薬物から見たわが国の薬物乱用状況は、従来の有機溶剤優位型（途上国型ないしは我が国独自型）から欧米型（大麻優位型）に変化してきていることには変わりはない。時代と共に変化して行く薬物乱用状況を迅速に把握するために、本調査を継続的に実施して行くことが必要である。

研究 1-2: 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査

研究分担者　小林桜児
国立精神・神経センター　病院
医師

1987年～2008年度における一連の同種の調査研究の概要をまとめた。全般的には，全国の有床精神科医療施設から報告される薬物関連精神障害の患者および報告施設は減少傾向にあった。主たる使用薬物，使用歴のある薬物，初回使用薬物としては，長年にわたって覚せい剤，有機溶剤が上位を占めていた。一方，病院調査においても大麻使用の拡大がうかがわれ，大麻使用歴を有する症例は30%前後に，大麻を初回使用薬物とする割合も7～8%とこの10年余で倍増していた。診断別にみると，覚せい剤，有機溶剤症例では精神病性障害を中心として遷延・持続性の慢性病態が目立ち，睡眠薬，抗不安薬を中心とする医薬品症例では依存症候群の割合が高かった。全体の10%前後に不安障害，気分障害が併存し，女性においてより高い傾向がみられた。また，女性症例では摂食障害や境界型人格障害の併存率，虐待などの生活史的問題，自傷・自殺企図の既往を有する割合が男性に比して高く，全般的に病像が複雑であることがうかがわれ，これらの性差に配慮した治療的アプローチが必要であると考えられた。薬物依存症治療プログラムの利用経験者は1/3程度に過ぎず，質・量ともに不十分であると考えられた。依存の重症度や併存症，性差など患者の病態や特性に応じた，多様な治療・回復のためのプログラムが広く地域で提供される必要がある。今後も，本調査研究の継続により，精神科医療の現場における乱用物質の動向および薬物関連精神障害の実態を把握しつつ，適切な治療的処遇と社会資源の整備に関する検討と実現が急務の課題であると考えられた。

研究 1-3：全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究

研究分担者　庄司正実
目白大学　人間社会学部　教授

本調査では1994年以降隔年ごとに全国の児童自立支援施設を対象として質問紙法により薬物乱用実態を調査してきた．今年度は2施設91人(男性42人，女性49人)を対象に面接調査を実施し，来年度以降の全国調査の質問項目が従来どおりでよいかを確認した．男性では2003年以降全体に薬物乱用者は減少傾向を示していた．長年最も乱用者の多かった有機溶剤は2003年の43.9%から2009年には9.6%にまで減少していた．覚せい剤乱用は2005年以降男性では認められていない．大麻乱用は2009年で11.9%であり2003年および2005年調査と同程度であった．ブタン乱用は2003年および2005年は25%前後にみられたが，2007年および2009年では10%前後であった．女性においても有機溶剤乱用頻度は2003年63.8%から漸減しており2009年では32.6%となっていた．覚せい剤乱用は2003年14.9%から2007年28.6%まで漸増したが2009年は12.3%に減少した．また大麻乱用は2005年34.4%に増加し，その後2007年19.0%

および2009年 16.3%と減少した．ブタン乱用は2007年まで30%から40%台であったが2009年は24.5%であった．一方，男女ともMDMAや睡眠薬などが前述の有機溶剤・大麻・ブタン・覚せい剤などと同様な頻度で使用されていた．MDMAや睡眠薬の頻度は，男性ではそれぞれ3人(7.2%) 4人(9.4%)，女性ではそれぞれ7人(14.3%)10人(20.4%)であった．

以上より今回の対象群の薬物乱用状況は特定の薬物が流行しているのではなくいろいろな薬物が同じように用いられており，特定薬物への取り締まりや対処だけでは対応が難しくなってきていることを示唆していた．

研究 1-4：監察医務院における異状死からみた薬物乱用･依存等の実態に関する研究

研究分担者　福永龍繁
東京都監察医務院　院長

2005～2009年（平成17～21年）の5年間に行われた東京都監察医務院の検案総件数63,082件のなかで、死因究明のため行政解剖が行われた13,263件の薬毒物検査と薬物の検出結果を調査した。検査依頼件数と検出薬物件数はともに増加した。検出薬物では医薬品等が増加した。医薬品等の検出では精神神経用剤の件数が顕著に増加した。睡眠剤の検出ではフェノバルビタールが減少し、ペントバルビタール・酒石酸ゾルピデム・フルニトラゼパムが増加した。抗てんかん剤の検出ではカルバマゼピンが減少した。精神神経用剤の検出では、塩酸クロルプロマジンやマレイン酸レボメプロマジンが減少した。ベゲタミンの成分であるフェノバルビタール・塩酸クロルプロマジン・塩酸プロメタジンの検出件数はそれぞれ減少した。メタンフェタミン67件、アンフェタミン65件、MDMA7件，モルヒネ1件，コカイン1件，ジヒドロコデイン3件が検出された。今後、乱用防止に繋げるためにも、薬毒物の検査システムの充実と共に監察医制度のような死因究明制度の全国的展開が期待される。

■研究２　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

研究 2-1：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

研究分担者　山口みほ
日本福祉大学社会福祉学部　准教授

依存症治療の専門医療機関の薬物依存症者グループ記録および薬物依存症者本人・家族・支援にあたるソーシャルワーカーを対象とするインタビュー・データ等の質的データから、薬物依存症者の回復支援において利用された、あるいは利用を試みた制度的社会資源を抽出し、その利用状況をまとめた。あげられた社会資源は多岐に渡るが、薬物依存症を事由とする適用が制限される実質的な「障壁」が存在しており、「薬物依存症」という病名・障害名で活用できるものは限定的で、本人や家族が抱える他疾病・他問題を事由として資源活用の幅を広げている状況がみられた。具体的には、①薬物依存症は「精神保健福祉法」第5条により精神障害として明記されているにも関わらず、「障害基礎年金」では、昭和60年に国が示した国民年金法上の障害認定基準（精神作用物質の使用による精神障害については、精神病性障害を示さない急性中毒および明らかな身体依存のみられないものは認定対象とならない」）を根拠に障害基礎年金の給付を認めない実態、②覚せい剤精神病では、国民年金法69条（「故意に障害又はその直接の原因となった事故を生じさせた者の当該障害については、これを支給事由とする障害基礎年金は、支給しない。」）を根拠に給付を認めない実態が明らかになった。また、精神障害者福祉手帳では、③薬物依存症での認定を認める自治体と認めない自治体とがあり、全国同一であるはずの障害認定基準が自治体により異なっている現実が明らかになった。

研究 2-2：障害者自立支援法下における薬物依存症治療資源に関する研究(1)

研究分担者　宮永　耕
東海大学　健康科学部社会福祉学科
准教授

制度運用の見直しが進められる障害者自立支援制度と関連する諸制度における課題を探るために、

ダルクを利用する薬物依存者にとって利用可能性の高い生活保護等諸制度の運用について現状とその課題を整理した。その結果、研究2-1による指摘に加えて、①ダルクを利用する要保護状態にある薬物依存症者に対する「実施機関」（生活保護法第19条）、「実施責任」に関する実施要領レベルの記載の欠如とそれによる自治体毎の対応の違い、②アルコール依存症者には原則認められている「移送費」が薬物依存症者に関しては不明瞭である事実が明らかとなった。

研究 2-3：若年者向け薬物再乱用防止プログラムの開発に関する研究

研究分担者　嶋根卓也　国立精神・神経センター
精神保健研究所　薬物依存研究部
研究員

国内で試行例のある認知行動療法のワークブックをベースに、大学生を含む若年者向けの薬物再乱用防止プログラムを東京都立中部総合精神保健福祉センターとの協働により開発した。ワークブックは、POINT（学習目標）、STUDY（文章や図を使った解説）、TRY（書き込みや発表などのワーク）の3要素で成り立っており、全14回セッションから構成される。治療動機がそれほど高くない若年薬物乱用者を想定し、次のようなアレンジを加えた。1)初期薬物乱用者を意識したコンセプトや表現とした。2)若者の生活や価値観を尊重した表現やデザインにした。3)先行研究で得られた知見を用い、生活全般を見直すセッションを新たに作成した。4)コミュニケーションスキルに関するセッションを取り入れた。5)性感染症や摂食障害など若年薬物乱用者に関連の深い健康教育を取り入れた。参加者や職員への定着を考慮し、開発されたプログラムには「OPEN」プログラムという愛称をつけた。また、ワークブックの作成に加えファシリテーターの人材育成やプログラムの広報活動も行った。「OPEN」プログラムは平成22年3月より開始予定である。今後は、教育機関との顔が見えるネットワーク構築や、教育機関に属さない若年者への周知手段を検討するとともに、プログラムの効果測定に向けた研究デザインや評価項目についても検討する必要がある。

研究 2-4：司法関連施設における少年用薬物乱用防止教育ツールによる介入効果とその普及に関する研究

研究分担者　松本俊彦　国立精神・神経センター
精神保健研究所　薬物依存研究部
室長

若年の薬物乱用者の多くは、保健医療機関ではなく、少年鑑別所や少年院といった司法関連機関で処遇されている。そこで、薬物乱用を呈する少年鑑別所入所者46例を対象として、再乱用防止のために独自に開発した若年の薬物乱用者向けの自習ワークブックを用いて介入し、薬物問題の重症度と評価尺度の得点変化の関係について検討した。その結果、軽症群の場合には、評価尺度における薬物問題に対する認識深化に対する効果が顕著であったが、重症群の場合には、薬物欲求に対する自己効力感に対する効果が目立った。一方、自習用ワークブック終了後の感想としては、軽症群の全例が自習ワークブックを、「大変役に立つ」もしくは「多少は役に立つ」という感想を持ったのに対し、重症群ではそのような感想を持ったのは6割程度にとどまったことが明らかにされた。次年度は、自習ワークブックによる介入を多施設で実施して介入事例を蓄積し、その効果を検証する必要がある。

研究 2-5：薬物依存症者の家族がもつ多様なニーズを満たすための家族教育プログラムの開発に関する研究

研究分担者　近藤あゆみ
新潟医療福祉大学
社会福祉学部社会福祉学科　講師

これまでの家族心理教育プログラムは、多様な家族のニーズに十分対応できていなかった。そこで、家族のニーズを把握し、ニーズに対応できる総合的な家族教育プログラムの開発を目指すことを目的に本研究を実施した。初年度は、欧米における家族介入方法等を参考に、想定される様々なプログラム内容に対する家族及び機関職員の理解度や関心度を把握するための調査を行った。家族と機関職員の理解度が比較的高い学習内容は、

「3. 自助グループと 12 ステップ」「7. 依存症の影響による家族の変化」「17. 依存症者の心理」などであった。一方、理解度が低い学習内容は、「11. 問題行動に対し効果的に働きかける」「12. 暴力を避け安全に働きかける」「19. 薬物関連の法律」などであった。家族の関心度及び機関職員の重要度が比較的高い学習内容は、「3. 自助グループと 12 ステップ」「5. 依存症からの回復の段階」「6. 再発に備える」「8. 信頼関係を再び築くために」「10. コミュニケーション・スキルの改善」などがあり、長い回復過程において家族がどのように本人に適切に関わり、再発のリスクを減少させるよう働きかけることができるかということと関連が深い学習内容が多かった。

これまでの家族教育は、本人をいかにして治療につなげるかという部分に焦点が当てられてきたが、今後は、長く続く本人の回復を見守り支えたいと願う家族にとっても役立つ学習内容の充実が求められる。

（倫理面への配慮）

本研究のすべては、各施設での倫理委員会に諮った上で実施した。

C. 考察

研究 1 薬物乱用・依存の実態把握に関する研究

1. 調査の位置づけ

本調査研究は、わが国の薬物乱用・依存に関する意識・実態把握と、新たな乱用物質の迅速な把握システムの構築・維持を目的としている。

本研究グループでは、調査に要する費用と調査される側の各種負担を考慮し、各種調査を原則的には隔年ごとに繰り返す形を採用している。その結果、ひとつは①「薬物使用に関する全国住民調査」（以下、全国住民調査）を実施し、他の調査に関しては、既存の調査結果を再分析したり、他国での類似の調査システムを調査したりしながら、次年度への準備をする年度であり、もうひとつは、②「薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査」（以下、全国中学生調査）、「全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」（以下、全国精神科病院調査）、「全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究」（以下、全国児童自立支援施設調査）を実施する年度である。今回の 2 年間に渡る研究では、上記②の調査研究に、「監察医務院における異状死からみた薬物乱用・依存等の実態に関する研究」を加えた。

本年度は上記の①の年度に当たる。

本研究では、これまで度々指摘してきたように、そもそも、この種の調査結果は乱用・依存者の絶対数を表すものではない。それはいかなる方法を採ろうとも不可能なことである。しかし、重要なことは、トレンドの把握であり、そのための調査の継続である。幸い、本グループによる一連の調査は国際的にも評価されており、1999 年には米国の National Institute on Drug Abuse の疫学部門より、2002 年にはタイ王国の Office of the Narcotic Control Board, Office of the Prime Minister 主催による会議に、また、2005 年には台湾の Department of Health 主催による国際会議にての講演を招聘されてきている。

2. 量的調査の方法論的問題

量的調査の実施上、最も重要なことは、対象のサンプリング法と回答率の維持・向上である。

「住民調査」では、1995 年以来、層化二段無作為抽出法を用いており、サンプリング法としては問題ないと考えられる。また、回収率は調査の実施法にかなり規定されるが、「全国住民調査」では、戸別訪問留置法を採用しており、回収率は 1995 年の 78.9%を最高に、1997 年で 75.6%、1999 年で 75.8%、2001 年で 71.5%、2003 年で 71.3%と、減少傾向を示しながらも、毎回 70%台を維持してきた。しかし、2005 年調査では 61.9%と初めて 70%台を切り、大幅にダウンしてしまった。その原因としては、①そもそも、個人情報の秘密保持の意識が年々高まっており、調査そのものへの「拒否」率が増加する傾向にあるが、特に 2005 年調査では、②「住民基本台帳ネットワークシステム」の導入、「住民基本台帳の閲覧制度」の見直しが社会的関心事となり、国民の個人情報秘密保持意識がこれまで以上に高まったことが推定される。また、③「住民基本台帳の閲覧制度」の見直しが各自治体レベルで進められており、「閲覧」のための申請法等がずいぶんと複雑化したと同時に、自治体側の新制度への不慣れも重なり、住民基本台帳の閲覧自体がスムーズに進まなかったのも事実である。

2007年調査では、自治体側も新制度への対応にはそれなりに慣れたようで、住民基本台帳の閲覧上の問題はほとんどなかったが、最終的に回収率は59.0%とついに60%を切ってしまった。結局、年々高まる調査そのものへの「拒否」率増加は時代の流れとしか言いようがない。

ところが、今回の2009年調査では、回収率が64.3%と大幅に上昇した。その最大の原因は、2007年秋のリタリン問題、2008年秋の角界及び大学生による大麻乱用問題等、薬物問題が社会問題化していたところに、2009年8月の芸能人によるMDMA、覚せい剤乱用問題が起き、それが一大社会問題として連日マスメディアを賑わした直後の調査の実施であったということができそうである。2007年調査では約11%にしか過ぎなかったMDMAの呼称周知率が今回の調査では約48%にまで急上昇し、2007年調査では約88%であった大麻の呼称周知率が今回の調査では約94%にまで上昇していた事実は、2009年8月の芸能人による連続した薬物問題事件とそれを報じ続けたマスメディアの影響力の大きさを改めて実感させるものであった。

この回収率の上昇に関係しそうな要因がもう一つある。それは、調査対象の年齢制限である。従来、本調査は年齢の上限をつけない15歳以上の者を対象としてきた。しかし、2007年調査の結果では、「調査不能ケース」の割合は60歳以上の対象者で12～13%と年代別では最も高いと同時に、回収できた全ケースの約22%は65歳以上の者が占めていたという事実があった。すなわち、我が国の高齢化により、対象の少なからぬ部分が65歳以上の者になってしまい、その部分での回収率は悪かったという結果であった。そもそも、薬物問題は若年者～青年を中心とした問題であることを考えると、年齢上限を定めた方が「現実的」であり、かつ、調査費用効率も良いと考えられるため、今回の2009年調査では対象年齢の上限を定めて、15歳以上64歳以下とした。このことも、回収率向上に貢献したのではないかと推定している。

ただし、この年齢の上限設定により、今回の2009年調査の結果は、従来の本調査とは対象が異なるため、結果の単純比較は出来なくなったことは確かである。しかし、今後も年齢の上限を64歳以下とすることで、現実的かつ経済効率の良い調査になってゆくことが期待できる。

また、この「住民調査」では、1999年に若干の調査票の改変がなされ、2001年には更に改変がなされた。内容的には、この2001年調査でほぼ完成されたと考えているが、2003年にはさらに「答えやすさ」を考慮した少々の改善を図った。2005年調査では2003年調査の調査用紙での聞き方に些細な改変を加えた個所が2個所あるが、事実上は2003年調査の質問紙と同じであった。2007年調査では、2005年調査の内容から、有機溶剤乱用が増えているかどうかという問いを削除し（減少傾向が明らかと思われたため）、違法ドラッグ（いわゆる脱法ドラッグ）の呼称についての周知度についての問いを追加した。その結果、違法ドラッグ名の周知度は極めて低いことが判明し、今回の2009年調査では、違法ドラッグ名の周知度調査項目は削除した。ただし、2009年調査では、昨今の禁煙エリアの拡大を考慮して、「禁煙しようかと考えた大きな理由は何ですか？」という設問の回答選択枝に「吸える場所が少なくなってきたから」を追加している。

また、薬物乱用・依存状況の把握には、可能ならば何らかの生物学的マーカーを用いた調査が最適である。そのため、当主任研究者は、かつて第三次救急医療センター受診者の尿・血液からの薬物検出調査を組織したことがあったが、各施設でのマンパワー不足により、結果的に断念せざるを得なかった。そこで、2007年以降、一連の本研究では、東京都監察医務院の協力を得て、監察医務院が関与した異状死例における薬物検出の実態把握調査を行うことにした。

研究２　再乱用防止のための社会資源等の現状と課題に関す研究

１．研究の位置付け

薬物乱用・依存が医療面に限らず社会のあらゆる分野に影響を及ぼしている事は論を待たない。そのため、わが国では「ダメ！ゼッタイ」をスローガンに強力な一次予防対策が続けられている。

しかし、本主任研究者らによる調査によれば、薬物関連精神障害者の約75%の者はすでに薬物を乱用している友人・知人から「勧められて」薬物の乱用を開始していた。この事実は、真の薬物乱用防止のためには、強力な一次予防と共に、二次予防（早期発見・早期治療）・三次予防（薬物依存からの回復と社会復帰）を推進することによっ

て、新たな薬物乱用者を誘い込む可能性のある薬物乱用・依存者を減らさない限り、新たな薬物乱用者が繰り返し生まれてくることを物語っている。

平成10年に始まった「薬物乱用防止5か年戦略」において、二次予防・三次予防の重要性が指摘されていたにもかかわらず、実際には実効的対策はほとんどとられず、結果的に薬物依存症治療及び社会復帰策に限れば、わが国は先進諸国の中で、最貧国と言っても過言ではない状況のままである。それが原因の全てではないにしても、結果として、覚せい剤事犯検挙者の再犯率は55.9%（2008年）と高い。

本研究では、薬物依存症とは「精神保健福祉法」第5条で定義された精神障害であるという前提に立って、わが国の二次予防・三次予防策上重要であると考えられる、制度的社会資源の現状把握、大学生を含めた若年者に対する薬物再乱用防止の具体的介入方法の開発とその実施、「薬物乱用防止新五か年戦略」「第三次薬物乱用防止5カ年戦略」でも謳われている薬物依存・中毒者の家族に対する具体的支援策を研究課題とした。

2．結果から指摘される課題

制度的社会資源の現状として、これまでの、及び、今回の調査研究により明らかになった点は下記の通りである。

1) 薬物依存症では「障害基礎年金」の給付が認められない。その根拠として、昭和60年に国が示した国民年金法上の障害認定基準（精神作用物質の使用による精神障害については、精神病性障害を示さない急性中毒および明らかな身体依存のみられないものは認定対象とならない」）が未だに使われている。

2) 覚せい剤精神病では、国民年金法69条（「故意に障害又はその直接の原因となった事故を生じさせた者の当該障害については、これを支給事由とする障害基礎年金は、支給しない。」）を根拠に給付が認められない。

3) 精神障害者福祉手帳では、薬物依存症での認定を認める自治体と認めない自治体とがあり、全国同一であるはずの障害認定基準が自治体により異なっている。

4) 生活保護制度下で設けられている「移送費」を利用して、アルコール依存症の場合にはAAミーティングに通うことが概ね全国的に一般化しているが、NAミーティングやDARCミーティングにかよう薬物依存症に関しては、認められないことが多く、その対応も自治体によって異なっている。そもそも、全国同一であるはずの障害認定基準が自治体により異なっている現実は関係者の間では周知の事実としか言いようがないが、だからといって、そのままで良いという問題ではない。

また、上記1)での障害認定基準や国民年金法69条は、現行の「精神保健福祉法」施行以前の基準、法文であり、現行の法律で規定された障害が以前の基準、法文で制限されること自体、納得できるものではない。

当研究班では、数回にわたる「勉強会」を開いたが、前述の問題点の背景には、どうも国民年金法69条が大きく影響している感触を持った。そもそも国民年金法69条が想定した事態は自動車等への「あたり屋」対策であったようであるが、それを薬物依存症に適用すること事態が妥当かどうか、今後、様々な場で検討してゆく必要がある。その際、決して落としてはいけない視点は、薬物依存症は「精神保健福祉法」第5条でいう精神障害であるという点と、薬物依存症とは何も違法な薬物だけの問題ではないという点である。

大学生を含めた若年者に対する薬物再乱用防止の具体的介入方法の開発とその実施に関しては、認知行動療法を取り入れた再乱用防止プログラムの開発とその実施に取り組んだ。しかも、その場所は、精神保健福祉センターと少年鑑別所である。精神保健福祉センターは各都道府県に最低一カ所は既存する公的機関であり、そこを利用して再乱用防止のための治療プログラムを展開できれば、薬物依存症の治療施設のほとんどないわが国の現状を一変させ得る可能性がある。また、若者の薬物乱用者の多くは、保健医療機関というよりは、少年鑑別所や少年院といった司法関連機関で処遇されている現実がある。したがって、そのような場で再乱用防止のための治療ポログラムを展開することは極めて重要なことである。これらの取り組みは、本研究者らにより別の研究（精神・神経疾患研究委託費（国立精神・神経センター））として既に開始されているが、本研究での取り組みは、対象施設の拡大を図るものである。

薬物依存・中毒者の家族に対する具体的支援策研究では、本人の回復にそれぞれの段階があるように、家族の課題もその家族によって異なり、ま

た多くの家族がそれらの課題の解決を求めているにも関わらず、ややもすると「(子供を)突き放せ！」の一辺倒になりがちだった家族指導に対して、家族の多様なニーズを把握し、それらのニーズに対応できる総合的な家族心理教育プログラムの開発を目指している。

D．結論

薬物乱用・依存対策の立案・評価の際の基礎資料に供するために、薬物乱用・依存等の実態を把握し、同時に、薬物依存症に対して、「医療モデル」「福祉モデル」としての取り組みを強化するために、現行の保健・社会福祉制度等、制度的社会資源の運用実態とその問題点の明確化を図るとともに、大学生を含む若年者、触法少年に対する再乱用予防、回復支援プログラム、薬物依存症者の家族支援プログラムの開発・普及を図るという「実際的」な取り組みを実施した。

■研究１　薬物乱用・依存の実態把握に関する研究

全国住民調査による違法薬物生涯被誘惑率は、有機溶剤＞大麻＞覚せい剤の順に高く、大麻、覚せい剤、MDMA, いずれかの薬物、有機溶剤を除くいずれかの薬物で過去値であった。特に大麻での増加が目立った。違法薬物生涯経験率も有機溶剤＞大麻＞覚せい剤の順に高く、大麻、いずれかの薬物、有機溶剤を除くいずれかの薬物で過去最高値であった。特に大麻での増加が目立った。

全国精神科病院調査では、症例数の経年的減少傾向、大麻使用歴の増加傾向が認められた。また、覚せい剤・有機溶剤症例では遷延・持続型の慢性病対の割合が高く、睡眠薬・抗不安薬では依存症例の割合が高かった。女性例では摂食障害・境界型人格障害の併存が男性より多かった。薬物依存症治療プログラム利用経験者は1/3程度に過ぎず、治療的社会資源の不足が急務である。

全国児童自立支援施設調査では、薬物乱用経験者の割合が経年的に減少していた。また、乱用される薬物も、かつての有機溶剤・覚せい剤といった特定の薬物優位と言うよりは、MDAM, 睡眠薬などが有機溶剤、大麻、ブタン、覚せい剤などと同程度の頻度で使用されていた。

監察医務院調査では、検出薬物としての医薬品の割合が増加していた。5年間で、メタンフェタミン67件、アンフェタミン65件、MDMA7件、モルヒネ1件、コカイン1件、ジヒドロコデイン3件が検出されていた。

■研究２　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

現在の制度的社会資源は多岐あるが、「精神保健福祉法」第5条にて精神障害として定義されている薬物依存症が、「障害基礎年金」の給付、精神障害者福祉手帳の認定では、その対象者から事実上排除されていることが指摘された。その重要な根拠としては、国民年金法69条（「故意に障害又はその直接の原因となった事故を生じさせた者の当該障害については、これを支給事由とする障害基礎年金は、支給しない。」）の存在が大きいように考えられた。この国民年金法69条や障害認定基準は、現行の「精神保健福祉法」施行以前の法文、基準であり、現行の法律で規定された障害が以前の法文、基準で制限されること自体、納得できるものではない。そもそも国民年金法69条が想定した事態は自動車等への「あたり屋」対策であったようであるが、それを薬物依存症に適用すること事態が妥当かどうか、今後、様々な場で検討してゆく必要がある。

また、全国同一であるはずの障害認定基準が自治体により異なっている現実も指摘された。

同時に、生活保護等諸制度の運用に関して、「実施機関」、「実施責任」、「移送費」に関する実施要綱レベルでの規定において、アルコール依存症者に関しては明確化されている事案も、ダルクに関しては極めて不明確であり、同時に、自治体毎に対応の違いがあることが指摘された。

また、若年の薬物乱用経験者の再乱用防止に向けて、大学生を含む若年者向け薬物再乱用防止プログラムを開発し、東京都立中部総合精神保健福祉センターにて実施予定である。また、少年鑑別所入所者用に再乱用防止のための自習ワークブックを用いた介入を実施した。

さらに、薬物依存症者の家族がもつ多様なニーズを満たすための家族教育プログラムの開発に着手した。

【結論】我が国の違法薬物乱用状況は、じわじわと拡大傾向にある。ただし、かつての有機溶剤や

覚せい剤のような象徴的薬物の乱用ではなく、大麻を中心に、多様な薬物が乱用される「多剤乱用型」へと急速に変化している。また、「回復」ないしは再乱用防止に際して必要となり得る制度的社会資源は、薬物依存症者には事実上制限されている事が多く、薬物依存症が「精神保健福祉法」第5条で精神障害であることが定義づけられている事実を踏まえて、既存の制度的社会資源等の基準、法文の整合性を図ってゆく必要がある。

E. 健康危険情報

特記すべきことなし。

F. 研究発表

1．著書

1) 松本俊彦：Ⅱ．精神疾患についての説明．物質関連障害．林　直樹編集　専門医のための精神科臨床リュミエール9 精神科診療における説明とその根拠，pp70-85，中山書店，東京，2009

2) 松本俊彦：認知行動療法に準拠した集団精神療法の実際．日本精神科救急学会教育研修会編 JAEP教育研修会テキスト Vol. 1，pp62-78，日本精神科救急学会，東京，2009

3) 松本俊彦：6．指定入院医療機関における物質関連障害治療プログラム～プログラムの構造とその実際～．平林直次編 平成20年度国立病院機構共同臨床研究 指定入院医療機関 治療プログラム集，pp15-30，国立精神・神経センター病院，東京，2009

4) 松本俊彦：依存症．伊藤利之・京極高宣・坂本洋一・中村隆一・松井亮輔・三澤義一編集 リハビリテーション事典．pp145-146，中央法規出版，東京，2009

5) 松本俊彦：苛酷な日常を「生き延びる」ために子どもたちは薬物や自傷に向っていることがある．坂根健二編 学校の危機管理最前線，pp198，教育開発研究所，2009

6) 松本俊彦：8-2-9 薬物依存．Pp143，精神保健福祉白書 2010版，中央法規出版，東京，2009

2．論文発表

1) 和田　清：特集薬物乱用　わが国の一般人口における薬物乱用・依存の実態．公衆衛生73(11)：807-812，2009.

2) 宮永耕：自助グループ（第Ⅱ部 各論－2．精神障害別　11．物質依存性障害）：精神療法・心理社会療法ガイドライン（「精神科治療学」第24巻増刊号）：p.249-251：星和書店：2009

3) 嶋根卓也、和田清、三島健一、藤原道弘：危険飲酒行動と薬物乱用リスクグループとの関連について―大学新入生を対象とした調査より―．日本 アルコール・薬物医学会雑誌.44(6):649-658.2009.

4) 嶋根卓也：定時制高校に在籍する思春期のこころ、思春期のこころと性「故意に自分の健康を害する」症候群（編集　松本俊彦）、現在のエスプリ、ぎょうせい、509,39-52,2009.

5) 嶋根卓也：思春期における飲酒・薬物乱用の実態と予防について、小児科医のための思春期医学　・医療.小児科,50(11),1923-29,2009.

6) 松本俊彦，今村扶美，小林桜児，千葉泰彦，和田　清：少年鑑別所における薬物再乱用防止教育ツールの開発とその効果―若年者用自習ワークブック「SMARPP-Jr.」―．日本アルコール・薬物医学会雑誌 44：121-138，2009

7) 松本俊彦，今村扶美，平林直次：医療観察法における覚せい剤依存の心理社会的治療．最新精神医学 14：163-170，2009

8) 松本俊彦，和田　清：薬物依存症の治療とリハビリテーション．大阪保険医雑誌 509：2009年5月号，25-29，2009

9) 松本俊彦，今村扶美：第2部 申し立てと鑑定 7．医療観察法と物質使用障害：臨床精神医学 38：577-581，2009

10) 松本俊彦：薬物依存症の治療：覚せい剤依存に対する統合的外来治療プログラムの試み．日本アルコール精神医学会雑誌 16（1）：11-18，2009

11) 松本俊彦，今村扶美：物質依存を併存する触法精神障害者の治療の現状と課題．精神科治療学 24：1061-1067，2009

12) 松本俊彦：第Ⅱ部 各論2，精神障害別 11）物質依存性障害 1．認知行動療法．精神科治療学 24 増刊号：241-243，2009

13) 松本俊彦：薬物依存の寛解．精神科 15（5）：453-458，2009

3．学会発表

1) 和田　清、舩田正彦：最近のわが国の薬物乱用

の特徴と依存性・神経毒性の評価．シンポジウムⅠ「覚せい剤乱用と依存の社会医学的評価」．第93次日本法医学会学術全国大会．大阪 千里ライフサイエンスセンター．2009.5.14.

2) 和田　清：精神作用物質使用障害の今日的実態 シンポジウム27 精神作用物質使用障害の今日的状況．第105回日本精神神経学会学術総会．神戸国際会議場．2009.8.23.

3) 和田　清、尾崎　茂、嶋根卓也：薬物乱用･依存の今日的状況－有機溶剤、覚せい剤から脱法ドラッグ、リタリン、大麻等使用しても捕まらない薬物へのシフトー．3学会合同シンポジウムⅠ（JS1）「大麻乱用の諸問題」．第44回日本アルコール･薬物医学会．第21回日本アルコール精神医学会．第12回ニコチン･薬物依存研究フォーラム．パシフィコ横浜．2009.9.8.

4) 和田　清：日本の薬物乱用状況の今日的特徴．国際シンポジウム「社会階層と逸脱」青少年の非行と社会的関係の病理．東北大学大学院文学研究科グローバルCOE「社会階層と不平等教育研究拠点」・台湾青少年犯罪抑制学会．東北大学川内南キャンパス文学部第二教室．2010.1.23.

5) 尾崎　茂，和田　清：精神科医療施設における薬物関連精神疾患の最近の動向。第44回日本アルコール・薬物医学会総会，2009/9/9，パシフィコ横浜。

6) 宮永耕：薬物依存者に対する回復援助資源の現状と課題 －リハビリテーション施設の社会的機能と利用者の生活保護受給状況を中心に－：日本社会福祉学会第57回全国大会:ポスターセッション6（歴史･制度）：2009（平成21）年10月11日：法政大学多摩キャンパス

7) 松本俊彦，小林桜児：精神作用物質使用障害の今日的状況．シンポジウム27．第105回日本精神神経学会総会，2009．8．23，神戸国際会議場

8) 小林桜児，松本俊彦：大麻乱用者の臨床的特徴と外来治療への導入．3学会合同シンポジウムⅠ「大麻乱用の諸問題」．第12回ニコチン・薬物依存研究フォーラム，2009．9．8，パシフィコ横浜

9) 松本俊彦：医療観察法指定入院医療機関における認知行動療法の展開．シンポジウムⅡ「薬物依存症治療の新たなる試み」．第44回日本アルコール・薬物医学会総会，2009．9．9，パシフィコ横浜

10) 松本俊彦：ワークショップ 新しい薬物依存症の治療～あなたにもできるSMARPP～．第17回関西アルコール関連問題学会，2009．11．7，ピアザ淡海

11) 松本俊彦，今村扶美，小林桜児，千葉泰彦，和田清：少年鑑別所における薬物再乱用防止教育ツールの開発とその効果―若年者用自習ワークブック「SMARPP-Jr.」―．第5回日本司法精神医学会総会，前橋，2009．5．16

12) 松本俊彦，今村扶美，小林桜児，千葉泰彦，和田清：少年鑑別所における薬物再乱用防止教育ツールの開発とその効果．第44回日本アルコール・薬物医学会総会，2009．9．9，パシフィコ横浜

13) 小林桜児，松本俊彦，大槻正樹，上条敦史，長嶋努，和田清：覚せい剤依存患者に対する外来治療プログラム(Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program：SMARPP）の有効性．第44回日本アルコール･薬物医学会総会，2009．9．9，パシフィコ横浜

G．**知的財産権の出願・登録状況**（予定を含む）

なし

分担研究報告書
(1−1)

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)
分担研究報告書

薬物使用に関する全国住民調査（2009年）

分担研究者　和田　清（国立精神・神経センター精神保健研究所薬物依存研究部長）
研究協力者　嶋根卓也（同研究部研究員）、
立森久照（同研究所精神保健計画部システム開発研究室長）

研究要旨　わが国の飲酒・喫煙・医薬品をも含めた薬物使用・乱用・依存状況を把握するために、住民基本台帳から層化二段無作為抽出法（調査地点数：350）により選ばれた全国の15歳以上64歳以下の5,000人に対して、戸別訪問留置法による自記式調査を実施した。調査期間は2009年9月17日～10月4日である。回収数及び有効回答数は、3,216（64.3%）及び3,191であった。従来の本調査では対象の年齢を15歳以上としてきたが、今回の2009年調査では15歳以上64歳以下という上限を設けたため、今回の結果を従来の結果と単純に比較することはできないが、今回の結果は以下の通りであった。**【飲酒】①飲酒生涯経験率**（これまでに1回でも飲酒したことのある者の率）は、男性で95.0%（2007年調査では96.3%。以下同じ。）、女性で94.3%、(92.6%) 全体で94.6%（94.4%）であった。**②飲酒1年経験率**（この1年間で1回でも飲酒したことのある者の率）は、男性で88.5%(88.5%)、女性で79.4%(79.1%)、全体で83.8%(83.6%)であった。③飲酒の機会、禁酒経験等、わが国の飲酒はライフ・サイクルと深く結びついており、飲酒問題を論じる際には、飲んだことがあるかないかを基準にしても、さほど意味がなく、機会、頻度、量等の質的要因を考慮する必要があることが示唆された。**【喫煙】**①喫煙の生涯経験率は、男性で83.1%(84.5%)、女性で50.5%(48.6%)、全体で66.4%(65.7%)であった。**②1年経験率**は、男性で48.9%(44.8)%、女性で16.4%(17.0%)、全体で32.2%(30.3%)であった。この1年経験率は2007年調査で最低を記録したが、今回はやや上昇を示していた。③年代別に見た生涯経験率、1年経験率共に、10歳代、20歳代(特に10歳代) での経年的減少傾向が顕著であった。**【医薬品】**①家庭の**常備薬としての常備頻度**は、①風邪薬（68.7%)、②目薬（59.0%)、③胃腸薬（56.6%)、④湿布薬（55.5%)、⑤鎮痛薬（42.0%）の順に頻度が高かった。経年的には胃腸薬と目薬の順位が入れ替わることはあっても、その他の順位に変化はなかった。**②この1年間に1回でも使用したことのある医薬品**としては、①風邪薬（64.7%)、②鎮痛薬（58.2%)、③目薬（53.3%)、④湿布薬（43.3%)、⑤胃腸薬（43.0%）の順で頻度が高かった。**③鎮痛薬、精神安定薬、睡眠薬をこの1年間に使用したことのある者の割合**は、鎮痛薬で58.1%(55.3%)、精神安定薬で7.1%(8.1%)、睡眠薬で6.5%(7.7%)であった。**医薬品を常用（週3回以上）している者の割合**は、鎮痛薬で2.4%(2.5%)、、精神安定薬で3.1%(2.8%)、睡眠薬で2.3%(2.7%)であった。鎮痛薬の1年経験者率は経年的に上昇傾向にあった。鎮痛薬を週3回以上使用した者の割合は、横ばい状態であった。精神安定薬の1年経験率は女性では横ばいであったが、男性及び全体では減少していた。週3回以上使用した者の割合は女性及び全体で増加し、男性でも微増傾向を示していた。睡眠薬の1年経験率、週3回以上使用した者の割合は、男女ともに減少していた。④鎮痛薬、精神安定薬、睡眠薬の使用に関しては、明かな問題点は見あたらなかったが、これらのすべての医薬品の使用経験率に関する経年的推移は、増加傾向にあるため、今後もモニタリングが必要であると考えられる。**【違法薬物】①違法薬物乱用の生涯被誘惑率**は、有機溶剤で3.6%(3.0%)、大麻で2.8%(1.8%)、覚せい剤で1.2%(1.0%)、コカイン:0.4%(0.3%)、MDMA:0.6%(0.4%)、ヘロイン:0.1%(0.2%) の順に高かった。また、これら6種のうちのいずれかの薬物の使用への生涯被誘惑率は6.4%(4.4%) であり、有機溶剤を除いたいずれかの生涯被誘惑率は4.1%(2.7%) であった。経年的にはすべての薬物において過去最高値であった。**②1年被誘惑率**は、従来通り値が低すぎて、評価できなかった。**③生涯経験率**は、有機溶剤で1.9% (2.0%)、大麻で1.4% (0.8%)、覚せい剤で0.3% (0.4%)、MDAMで0.2% (0.2%) であり、コカイン、ヘロインでは統計誤差内であった。また、これらのうちのいずれかの薬物の生涯経験率は、2.9% (2.

6%）で、有機溶剤を除いたいずれかの薬物の生涯経験率は1.7%（1.2%）であった。2007年調査との比較では、大麻の割合の増加率が顕著であり、その経年的増加傾向も明らかであった。また、大麻、いずれかの薬物及び有機溶剤を除いたいずれかの薬物に関する生涯経験率は1995年以降最高の値を示していた。年代別に見た生涯経験率のピークは30歳代にあり、その値は有機溶剤で3.3%、大麻で2.6%、覚せい剤で0.9%、MDMAで0.4%であり、何らかの薬物では4.7%、有機溶剤を除く何らかの薬物では2.9%であることを考えると、全体での生涯経験率のの低さを単純に楽観視すべきではない。④**1年経験率**は、すべての薬物について統計誤差内であった。また、6種のうちのいずれかの薬物の1年経験率、有機溶剤を除いたいずれかの薬物の1年経験率も、統計誤差内であった。⑤「覚せい剤」の周知度は全体で92%と高く、過去最高の値であった。以下、「シャブ」＞「スピード」＞「ピロポン」＞「エス」と続くが、「スピード」は10～30歳代で知られており、「エス」は10～20歳代で知られているのに対して、「ヒロポン」は年代が高いほど知っているというように、呼称の周知度は年代とともに変わっていた。薬物乱用防止教育、啓発活動等に際しては、この点に考慮する必要がある。また、2007年調査での「大麻」「MDMA」の周知度は、それぞれ88%、11%であったが、2009年調査ではそれぞれ94%、48%にまで急増していた。その背景には、2008年秋の角界及び大学生による大麻乱用問題、2009年8月の芸能人によるMDMA、覚せい剤乱用問題が影響していると推定できる。⑥違法性薬物の入手可能性については、有機溶剤のみが入手可能群（「簡単に手に入る」＋「少々苦労するが、なんとか手に入る」）が入手不可能群（「ほとんど不可能」＋「絶対不可能」）を上回っていた（生データ）。この結果は従来通りであった。⑦わが国の薬物乱用・依存状況が多くの国に比べて良好を保ってきた背景には、遵法精神の高さがあると思われるが、本年度の調査でも、その傾向は保たれていた。ただし、大麻、覚せい剤乱用に対する「容認群」の割合が、20歳代では2005年以降、10歳代では2007年以降、上昇傾向にあることは危惧すべきことであろう。⑧違法薬物乱用防止の教育・啓発が進み、同時に、取締の強化が図られれば図られるほど、回答者側での「正直に答えたくない」という心理的バイアスが高くなり、本調査のような方法論による調査の結果は、実際の状況よりはますます低い結果を示す特質にあることは否めない。しかし、この種の調査では本研究で採用した調査法が国際的調査法であると同時に、それ以外の調査方法が事実上ないことも現実である。地味ながら、今後も本調査を継続してゆく必要がある。**【結論】**2007年秋のリタリン問題、2008年秋の角界及び大学生による大麻乱用問題、2009年8月の芸能人によるMDMA、覚せい剤乱用問題の報道により、薬物乱用･依存問題に対する世論の関心が高まり、回収率が上昇すると共に、大麻、MDMAの周知度が急上昇した。生涯被誘惑率はコカインを除くすべての薬物で過去最高であった。生涯経験率は、大麻、何らかの薬物、有機溶剤を除く何らかの薬物で過去最高であった。乱用薬物から見たわが国の薬物乱用状況は、従来の有機溶剤優位型（途上国型ないしは我が国独自型）から欧米型（大麻優位型）に変化してきていることには変わりはない。時代と共に変化して行く薬物乱用状況を迅速に把握するために、本調査を継続的に実施して行くことが必要である。

A．研究目的

薬物乱用・依存問題は各国にとって深刻な問題となっている。戦後のわが国での歴史は、覚せい剤、有機溶剤の乱用・依存問題との戦いであり、特に覚せい剤の三度にわたる乱用期を基準に考えられてきた歴史がある。終戦後という混乱した時代に発生した第一次覚せい剤乱用期、オイル・ショックに象徴される経済不況による第二次覚せい剤乱用期を経て、1990年頃からは、国際化の実質化としての乱用薬物の多様化が顕著となり、バブル経済の破綻後の1995年以降は、第三次覚せい剤乱用期となった9)14)。しかし、第三次覚せい剤乱用期が始まって、既に10余年が経過しており、その間の乱用状況の変化は著しい20)。

薬物乱用・依存問題は時代・社会の変化と共に刻々と変化しており、その対策もその時々の実情に即したものでなければならない。そのためには、乱用・依存の実態を経年的に把握する多面的な疫学的調査が必須である。しかも、医薬品が乱用されることもあることを考えると、違法性薬物のみならず医薬品をも含めた使用の実態把握が必要である。

表１　地区・都市規模による調査票本数と地点数－標本数（地点数）

地区	大都市					人口10万以上の市	人口10万未満の市	郡部（町村）	計
	東京23区	横浜・京都	川崎・名古屋・大阪	千葉・静岡・神戸・・北九州	その他の政令市				
北海道					75(5)	63(4)	42(3)	45(3)	225(15)
東北					39(3)	148(10)	115(8)	78(5)	380(26)
関東	336(23)	140(10)	51(4)	35(3)	46(3)	685(48)	236(16)	96(7)	1,625(114)
北陸					32(2)	88(6)	77(5)	22(2)	219(15)
東山						78(5)	87(6)	37(3)	202(14)
東海			85(6)	28(2)	31(2)	209(15)	96(7)	49(3)	498(35)
近畿		56(4)	100(7)	59(4)	32(2)	343(24)	169(12)	52(4)	811(57)
中国					44(3)	168(12)	61(4)	28(2)	301(21)
四国						81(6)	54(4)	28(2)	163(12)
北九州				39(3)	53(4)	96(7)	104(7)	45(3)	337(24)
南九州						119(8)	68(5)	52(4)	239(17)
計	336(23)	196(14)	236(17)	161(12)	352(24)	2078(145)	1109(77)	532(38)	5,000(350)

表2　回収数（率）

調査対象数	5,000
有効回収数（率）	3,216 (64.3%)
調査不能数（率）	1,784 (35.7%)
不能内訳	
転居	184 (3.7%)
長期不在	76 (1.5%)
一時不在	464 (9.3%)
住居不明	60 (1.2%)
拒否	921 (18.4%)
その他（家族記入）	36 (0.7%)
その他（上記以外）	43 (0.9%)

表3　調査不能ケースの性別・年代別内訳(%

	男性	女性
	939人 52.6%	845人 47.4%
15～19歳	3.4	2.5
20歳代	9.7	9.1
30歳代	13.1	11.5
40歳代	9.8	7.7
50歳代	10.1	9.2
60歳以上	6.7	7.3

表4　地区別標本数と回収数（率）

地区	標本数	回収数（率）
北海道	219	141 (64.4)
東北	361	247 (68.4)
関東	1693	987 (58.3)
北陸	209	158 (75.6)
東山	194	128 (66.0)
東海	506	355 (70.2)
近畿	814	505 (62.0)
中国	288	208 (72.2)
四国	153	100 (65.4)
北九州	332	214 (64.5)
南九州	231	173 (74.9)
計	5,000	3,216 (64.3)

本調査は、薬物使用・乱用に関して存在する幾つかの経年的全国調査の中の一つであるが、全国の一般住民を対象とした薬物乱用・依存の実態把握調査としては、わが国唯一・最大のものである。

この住民調査は、厚生労働科学研究費補助金により実施されてきた。1992年には千葉県・市川市（対象：1,100人）1)で、1993年には東京圏、大阪圏（対象：3,000人）2)、1994年には東京圏、大阪圏、北九州圏（対象：3,300人）3)に対して実施され、その成果のもとで、1995年には、わが国初の「薬物使用に関する全国住民調査」（対象：5,

000人）4)となった。その後、全国規模の調査は1997年～2007年と隔年実施され5)、11)、15)、17)、18)、19)、今回の2009年調査となった。

本調査研究の成果は、わが国における薬物乱用・依存の予防・啓発、介入対策策定の際の基礎資料となるものであることは言うまでもないが、常備薬をも含めた医薬品のあり方を考える際の基礎資料にもなり得るものである。

B．研究方法

研究計画は下記の通りである。

・地域　全国
・対象　市区町村に住む満15歳以上64歳以下の男女（平成21年9月1日現在）

注：1995年調査～2007年調査では満15歳以上を対象としたが、今回初めて、年齢の上限を64歳とし、対象を変更した。その理由は、1)そもそも薬物乱用問題は思春期・青年期・壮年期を中心とする問題であること、2)国民の高齢化を反映して、対象者の年代別割当数が高齢者に多くなる傾向があること、3)それらを考慮したときの調査の質と経済性を考慮したためである。

標本数：5,000人
・抽出方法　層化2段無作為抽出
（調査地点数：350）
（社団法人 新情報センター に委託）
・調査方法　調査員による個別訪問留置法
（社団法人 新情報センター に委託）
・調査内容　巻末資料の通り
・調査期間　2009年9月17日～10月4日

層化2段無作為抽出について

この種の疫学的調査において最も大切なことは、全国の地区町村に住む15歳以上64歳以下の男女5,000人を如何に適切に無作為抽出するかである。そのための方法として、一連の本調査では層化2段無作為抽出法を採用している。その概略は以下の通りである。

(1)全国の地区町村を都道府県を単位として、以下の11地区に分類した。

北海道地区＝北海道
東北　地区＝青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県
関東　地区＝茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県
北陸　地区＝新潟県、富山県、石川県、福井県
東山　地区＝山梨県、長野県、岐阜県
東海　地区＝静岡県、愛知県、三重県
近畿　地区＝滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県
中国　地区＝鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県
四国　地区＝徳島県、香川県、愛媛県、高知県
北九州地区＝福岡県、佐賀県、長崎県、大分県
南九州地区＝熊本県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県

・大都市＝東京23区、横浜市、京都市、川崎市、名古屋市、大阪市、千葉市、静岡市、神戸市、北九州市、その他の政令市（8層）　（計18層）
・人口10万人以上の都市（計11層）
・人口10万人未満の都市（計11層）
・郡部（町村）（計11層）
（注）：ここでいう都市とは、平成21年4月1日現在による市制施行の地域である。また、人口による都市規模の分類は、平成20年3月31日現在の住民基本台帳に基づく「住民基本台帳人口要覧」（財団法人 国土地理協会 発行）によった（15歳以上64歳以下の人口：82,351,921）。

(2)さらに各地区内を、都市規模によって表1のように8分類し、それぞれを第1次層として、表1のように計51層とした。

(3)標本数5,000人を、上記51層の各層における人口密度に基づき、各層に比例配分し、各調査地点の標本数が11～17になるように調査地点を決めた。

(4)第1次抽出単位となる調査地点には、平成12年国勢調査時に設定された調査地点を使用し、調査地点（調査区）の抽出は、以下の手順によった。

・層内での調査地点（調査区）数が1の場合には、乱数表により無作為に1地点を抽出した。

・調査地点（調査区）数が2以上の場合には、抽出間隔（＝＜層における国勢調査時の15歳以上人口の(計)＞÷＜層で算出された調査地点数＞）を算出し、等間隔抽出法によって、調査地点（調査区）を無作為抽出した。調査地点（調査区）を抽出する操作を1段という。

(5)抽出に際しての各層内市区町村の配列順序は、平成12年国勢調査時の市町村コードに従った。

(6)調査地点（調査区）における対象者の抽出は、抽出間隔（＝＜調査区における国勢調査時の15歳以上の人口＞÷＜各層での調査区抽出標本数＞）

を算出し、住民基本台帳または選挙人名簿より等間隔抽出法により無作為抽出した。調査地点（調査区）から対象者を抽出する操作を2段という。

以上の操作によって得られた層別標本数と調査地点（調査区）数を表1に示した。

なお、本報告書では薬物使用の経験率等については、性別、年齢層について調査地区毎に実際の人口比を元に調査結果を補正した補正値を用いているところがあり、その箇所は補正値と明記した。補正値の箇所ではその値は生データによる表での結果とは異なっている。

C．研究結果

1．回収結果（表2～表6）

回収数（率）は3,216（64.3%）であり、調査不能ケースの内訳は表2、表3の通りである。地区別標本数と回収数（率）は表4の通りである。今回の回収率は2007年調査の回収率に比べて、5.3%の上昇であった。本調査は1995年から始められたが、回収率は1995年の78.9%を最高に、年毎に低下傾向を示し、2001年では71.5%と低下したものの、何とか70%台は維持してきた。しかし、2005年調査では一気に61.9%と低下し、2007年調査ではとうとう50%台になってしまった。しかし、今回の2009年調査で回収率が上昇した背景には、2008年秋に角界及び大学生での大麻乱用が社会問題化したことと、2009年8月に芸能人Oによる MDMA乱用問題、芸能人Sによる覚せい剤乱用が立て続けに発覚し、2009年を代表する一大社会問題となったことによる世間の関心の高まりがあると考えられる。

なお、有効回答の基準を「79の質問中41問以上に答えてくれたもの」とした。その結果、有効回答数は3,191となった。本報告書ではこの3,191通について、結果を分析した。

対象の性・年齢・学歴は表5に示した。

対象の職業・身分は表6に示した。

2．調査結果（表7～表135）

調査結果は男女別/年代別に表7～表140に示した。また、調査結果の中で重要と思われる項目については図1～図43、表141～147に示した。

D．考察

1．飲酒習慣について

飲酒生涯経験率（これまでに1回でも飲酒したことのある者の割合）は、男性で95.0%、女で94.3%、全体で94.6%であった（表7）。

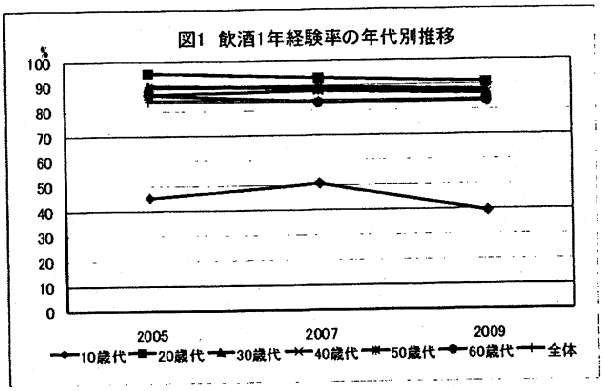
表7-2に飲酒経験率の年代別比較を示したが、10歳代を除けば、男女ともに年代に関わらず概ね90%を越えていた。このことは、わが国では、ほとんどの者に飲酒の生涯経験があり、「飲んだことがあるか、ないか」を基準に飲酒関連問題を論じてもさほど意味がなく、機会、頻度、量等の質的因子を絡めて論じる必要があることを示唆している7)10)12)。

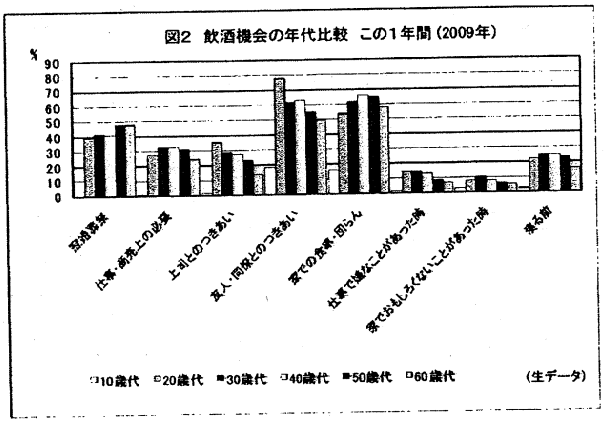
これまでに飲酒したことのある機会（表8）では、男性では「友人・同僚と」（82.4%）、「家の食事・団らん」（73.6%）、「冠婚葬祭」（73.2%）が多く、女性でも「友人・同僚と」（75.1%）、「冠婚葬祭」（67.7%）、「家の食事・団らん」（66.8%）の順に多かった。2007年調査では、男女ともに第一位の機会は同じであったが、第二位、第三位が男女ともに入れ替わった。

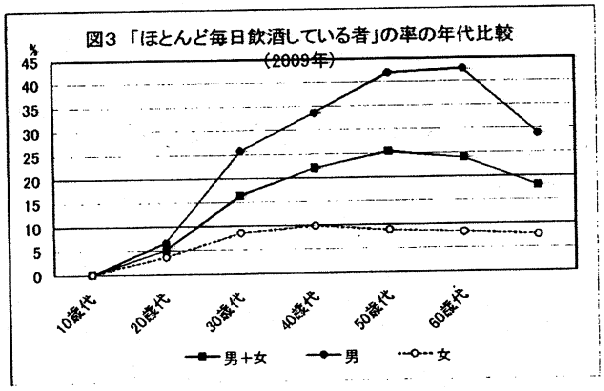
初飲年齢（初めて飲酒した年齢）は表9の通りである。男性では「18～19歳」で始めた者が最も多く、女性では「20歳以降」に始めた者が最も多かったのは2007年調査と同じである。

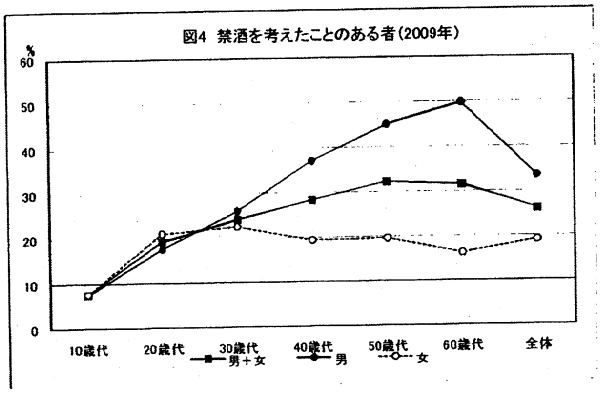
飲酒経験者が「それなりに飲酒するようになった時期」は表10の通りである。男女共に「20歳以降」の者が最も多く、次いで「18～19歳」が多かった。「それなりに飲酒」という聞き方は、定義が不明瞭であるため、2003年調査からは、「一回の量にかかわらず、月に一回以上飲酒すること」と定義付けた。同時に、2003年調査からは「それなりに飲酒するまでには至ったことがない」という選択肢も設けている。

飲酒1年経験率（この1年間で飲酒経験のある者の割合）は、男性で88.5%、女性で79.4%、全体で83.8%であった（表11）。表11-2、図1に、飲酒1年経験率の年代別推移を示した。ほとんどの年代で、飲酒1年経験率は低下傾向を示しているが、特に10歳代での減少が著しい。









過去1年間で飲酒した機会（表12）は、男性では「友人・同僚と」(76.9%)、「家の食事・団らん」(71.9%)、「冠婚葬祭」(56.6%) が多く、女性では「家の食事・団らん」(67.1%)、「友人・同僚と」(61.4%)、「外の食事・団らん」(43.9%)、「冠婚葬祭」(42.0%) が多かった。2007年調査と比べて、男性での一位、二位が入れ替わった。図2は、過去一年間に飲酒した機会の頻度を年代別に示しているが、「上司とのつきあい」、「友人・同僚とのつきあい」での飲酒経験は20歳代で最も高く、「仕事・商売上の必要」は30～50歳代、「冠婚葬祭」は50～60歳代で最も高く、ライフサイクルの影響を反映していると考えられる。

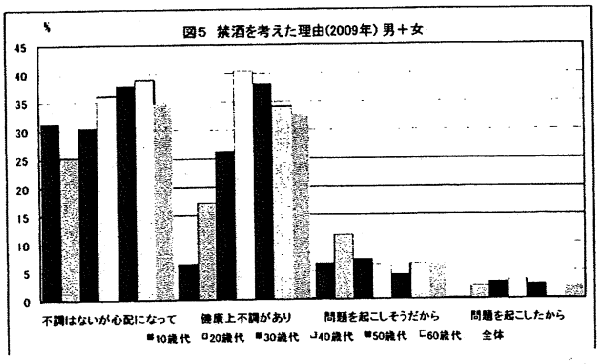
過去1年間の飲酒頻度（表13）は、男性では「ほとんど毎日」の者が32.5%と最も多く、「週3～6回」の者も含めると、47.0%にのぼった。女性では「1年間に数回」の者が37.3%と最も多かった。

図3は、「この1年間で、ほとんど毎日飲酒している者」の割合を年代比較で示している。男女共に年代が進むにつれて増加し、男性では50～60歳代、女性では50歳代でピークを迎えることが示されている。

生涯飲酒経験者での禁酒に対する考え・実態は表14に示した。禁酒中の者も含めて禁酒を考えたことのある者は、男性で33.5%、女性で19.1%、全体で26.1%であった。

図4は禁酒を考えたことのある者の割合の年代比較であるが、女性では年代的変動が比較的少ないのに対して、男性では年齢と共に割合が高くなることがわかる。

生涯飲酒経験があり、かつ禁酒を考えたことがある者が、禁酒を考えた理由としては、男女ともに「健康上の不調は感じないが可能性が心配になったから」と「健康上の不調を感じたから」がほとんど同じ割合で多かった（表15)。「健康上の不



調は感じないが可能性が心配になったから」の割合の高さは、「健康志向」ブームを反映している可能性がある。

図5は、生涯飲酒経験があり、かつ禁酒を考えたことがある者での禁酒を考えた理由の年代別比較である。年代と共に健康上の心配の割合は増加するが、実際の不調を原因とする者は40歳代で最も多かった。

2．喫煙習慣について

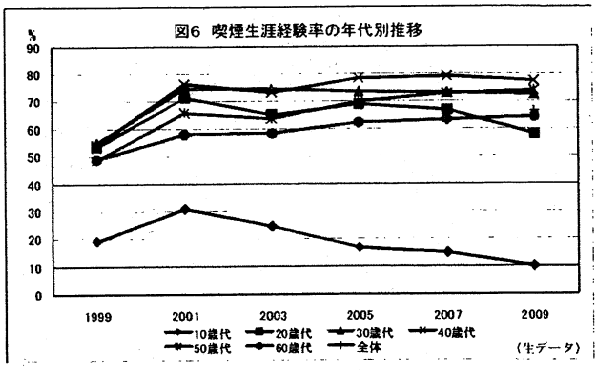
これまでに1回でも喫煙したことのある者の割合（喫煙生涯経験率）を表16に示した。男性で83.1%、女性で50.5%、全体では66.4%であり、2007年調査の結果と比べて、男性では微減、女性では微増、全体では微増であった。表16-2は年代別喫煙生涯経験率であり、図6はその年次推移である。10歳代、20歳代での生涯喫煙経験率の低下が明らかである。

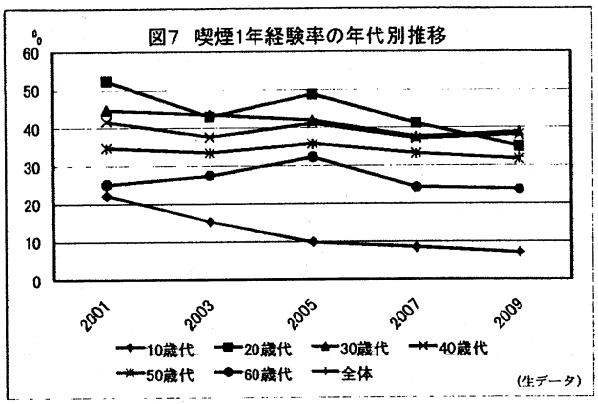
喫煙生涯経験者について、初めて喫煙した時の年齢を表17に示した。これまで通り、男性では「18-19歳」で始めた者が最も多く、女性では「20歳以降」始めた者が最も多かった。

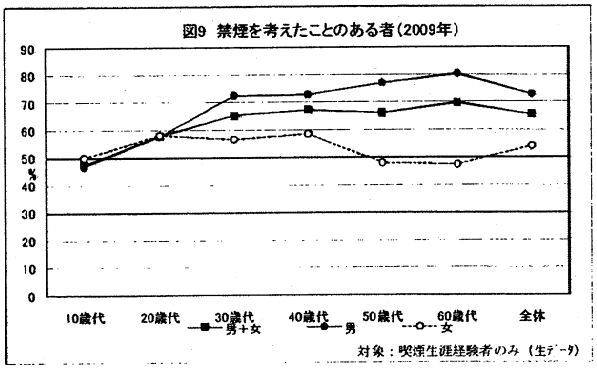
また、喫煙生涯経験者について、「それなりに喫煙するようになった時期」を表18に示した。ここでも「それなりに」という設問に関しては飲酒の場合と同様に、2003年調査より定義を明確化し、「それなりに喫煙する」とは一回の喫煙の量にかかわらず、「週1回以上、喫煙すること」と定義付けている。

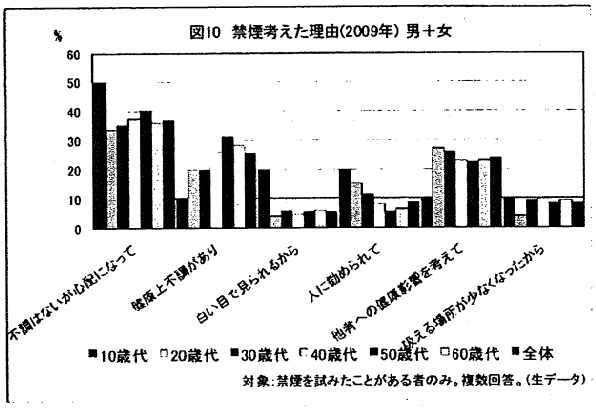
喫煙1年経験率（この1年間で1回でも喫煙したことのある者の割合）を表19、19-2に示した。男性で48.9%、女性で16.4%、全体で32.2%であった。2007年調査の結果と比べると、女性では微減していたが、男性及び全体では微増していた。ただし、年代別喫煙1年経験率の年次推移（図7）を見ると、どの年代でも減少傾向が認められる。特に10歳代、20歳代での減少傾向が顕著であった。

喫煙1年経験者に関して、過去1年間の喫煙頻度を表20に示した。「ほとんど毎日」の者が男性では89.1%、女性で79.5%、全体で86.6%であり、飲酒に比べて高率であった。これは同じ依存性薬物でも薬物による薬理作用の違いを反映していると考えられる。









喫煙生涯経験者に関して、禁煙を考えたことの、有無と禁煙状況とを表21に示した。また、図9は、喫煙生涯経験者に関して、禁煙を考えたことのある者の割合を年代別に示したものである。男性では年代が上がるにつれて、割合も増加していたが、女性では妊娠との関連か、20～40歳代で割合が高かった。

喫煙生涯経験者で、禁煙したことがある者に関して、その禁煙理由を表22に示した。男女ともに、「健康上の不調を感じたことはないが、その可能性が心配になったから」を選んだ者が最も多く、次に「健康上の不調を感じたから」ないしは「他者への影響」を選んだ者が多かった。

図10は生涯喫煙経験があり、かつ禁煙を考えたたことがある者での禁煙を考えた理由の年代別比較である。年代と共に健康上の心配が現実のものとなっていることがわかる。

3．常備薬・医薬品について

1．常備薬について

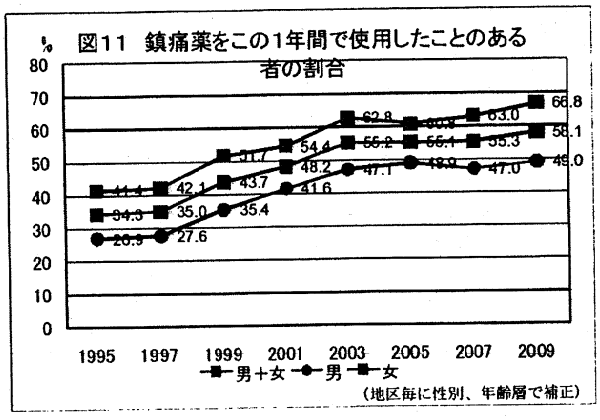
家庭の常備薬の常備状況については表23に示した。常備薬としては、①風邪薬(68.7%)、②目薬(59.0%)、③胃腸薬(56.6%)、④湿布薬(55.5%)、⑤鎮痛薬(42.0%)の順に頻度が高かった。その順番は、2007年調査と比べると、胃腸薬と目薬との順位が入れ替わっていたが、むしろ2007年調査の結果が例外であり、1999年調査～2005年調査の結果と同じであった。

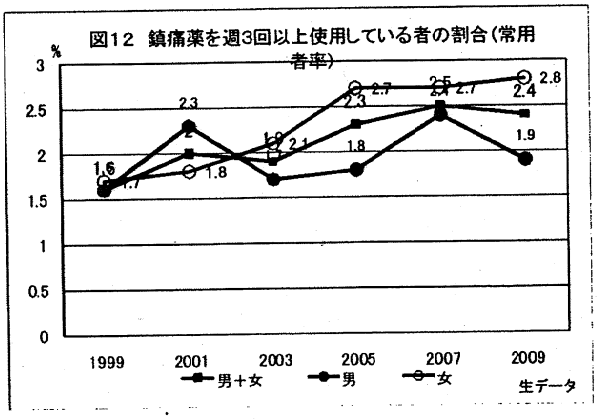
また、過去1年間で1回でも使用したことのある医薬品としては、①風邪薬(64.7%)、②鎮痛薬(58.2%)(表25)、③目薬(53.3%)、④湿布薬(43.3%)、⑤胃腸薬(43.0%)の順で頻度が高かった(表24)。この順番は湿布薬と胃腸薬の順番が2003年～2005年調査の結果と変わっただけであるが、2007年調査の結果を同じ順番であった。

2．鎮痛薬使用について

鎮痛薬をこの1年間に1回でも使用したことのある者の割合(補正値)は、生データ上は、男性で49.0%、女性で66.8%、全体で58.1%であった(図11)。

1年使用経験率を算出するための質問は、2003年調査からは、鎮痛薬、精神安定薬、睡眠薬に関しては他の医薬品とは完全に切り離して、それぞれ個別に問う形式に変更した。この方法が回答上、最も矛盾も少なく、結果的に最も妥当な方法と考えられる。ただし、今回の2009年調査から対象の年齢上限を64歳に変更したことから、図11での推移は簡単には論じられない。ただし、男性よりも女性での1年経験率が高いのは、毎回、同じである。この性差は鎮痛薬の使用理由として、女性では「生理痛」による使用の割合が高いことが最大の要因であると推定できる(表27)。





鎮痛薬のこの1年間での使用頻度は表25の通りである。使用した者の頻度は、「1年間に数回」使用した者が男性で34.1%、女性で35.9%、全体で35.0%と最も多かった。

鎮痛薬の使用には、慢性疼痛に対する使用もあり、使用頻度のみから乱用・依存を判定することは困難であるが、表25の「週に3～6回」と「ほとんど毎日」とを常用的使用と定義した場合、男性では1.9%、女性では2.8%、全体では2.4%であった(補正値)。図12に常用使用者の割合の推移を示

した。

また、鎮痛薬の入手先（表26）としては、従来の結果では、「薬局・薬店」「家族から」が際だって多く、男性では「薬局・薬店」が、女性では「家族から」が最も多くなっており、その結果は2003年～2007年調査で一定していたが、今回の2009年調査では、男性では「医院・病院」「薬局・薬店」が多く、女性では「薬局・薬店」「医院・病院」が多いという結果となった。

鎮痛薬の使用目的（表27）としては、全体では①「頭痛」、②「歯痛」、③「生理痛」の順であった。ただし、男性では①「頭痛」、②「歯痛」、③「腰痛」の順であり、女性では①「頭痛」、②「生理痛、③「歯痛」の順であった。

「遊び・快感目的」での使用者は男性で1名いただけである。

鎮痛薬には概して依存惹起作用があるものが多いが、その鎮痛薬の使用についての心情・実情を表28に示した。男女ともに「使う必要がないので、考えたことがない」と答えた者が多かったが、それ以外では、男女ともに「必要な時には心配せずに使っている」者が多く、次いで「心配もあるがどちらかというと使う」者が多かった（表28）。

3．精神安定薬使用について

精神安定薬をこの1年間に1回でも使用したことのある者の割合（補正値）は、男性で6.1%、女性で8.1%、全体で7.1%であった(図13)。年次推移では低下を示したが、対象の年齢の上限を64歳までに変更した影響の可能性もある。

使用頻度は、表29の通りである。

精神安定薬の使用には、高血圧及び慢性的精神疾患に対する使用もあり、使用頻度のみから乱用・依存を判定することは困難であるが、表29の「週に3～6回」と「ほとんど毎日」とを常用的使用と定義した場合、男性では2.9%、女性では3.3%、全体では3.1%であった。この常用者率（補正値）の推移は図14の通りであり、2005年調査以降、横ばいである。

精神安定薬の入手先（表30）は、「医院・病院」が87.6%と圧倒的に多かった。1999年調査及び2001年調査では、「医院・病院」が男女合わせた全体で、それぞれ83.6%、93.8%であり、「薬局・薬店」が男女合わせた全体で、それぞれ7.8%、6.6%であったが、その後は「薬局・薬店」が多くなり、2007年調査では「薬局・薬店」が80.7%であった。この結果は、2003年以降、院外処方が普及したためと推定していたが、今回の結果は何を意味するのかは不明である。

精神安定薬の使用目的（表31）としては、男女共に「不眠改善」目的が最も多く、次に「不安解消」、「ストレス軽減」が続いた。「遊び・快感目的」で使用した者は認められなかった。

精神安定薬には概して依存惹起作用があるものが多いが、その精神安定薬の使用についての心情・実情を表32に示した。男女ともに「使う必要がないので、考えたことがない」と答えた者が圧倒的に多かったが、使ったことのある人では、男女ともに「必要な時には心配せずに使っている」、「心配もあるがどちらかというと使う」を選んだ者が多かった（表32）。

図13 精神安定薬をこの1年間で使用したことのある者の割合

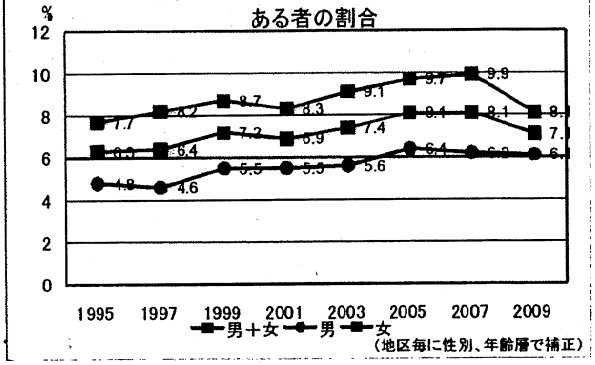
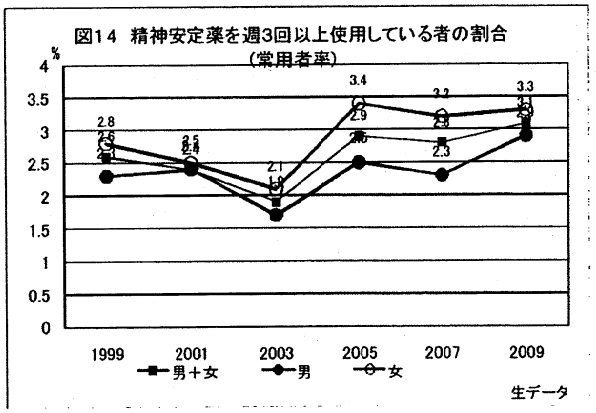


図14 精神安定薬を週3回以上使用している者の割合（常用者率）



4．睡眠薬使用について

睡眠薬をこの1年間に1回でも使用したことのある者の割合（補正値）は、生データ上は、男性で5.5%、女性で7.4%、全体で6.5%であった（図15）。

使用頻度は表33の通りである。使用経験のある者では、男性では「ほとんど毎日」「1年間に数回」の順であるが、女性では「1年間に数回」「ほとんど毎日」の順であった。

睡眠薬の使用には、高血圧及び慢性的精神疾患に対する使用もあり、使用頻度のみから乱用・依存を判定することは困難であるが、表33の「週に3～6回」と「ほとんど毎日」とを常用的使用と定義した場合、男女ともに2.3%であった。この年次推移は図16の通りであるが、今回の調査対象者には年齢の上限があるため、その推移を論じにくい。

また、睡眠薬の入手先（表34）は、従来と違って「医院・病院」が圧倒的に多く、この変化は前述した精神安定薬での説明・解釈と同じである。

睡眠薬の使用目的（表35）としては、男女共に「不眠改善」目的が最も多く、「不安解消」がそれに続いた。

「遊び・快感目的」で使用した者は、認められなかった。

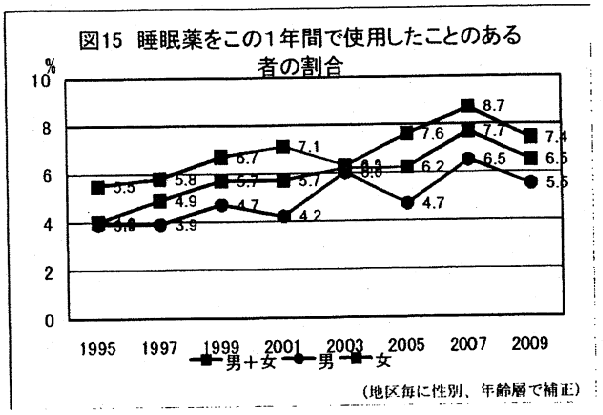
睡眠薬には多かれ少なかれ依存惹起作用があるが、その睡眠薬の使用についての心情・実情を表36に示した。男女ともに「使う必要がないので、考えたことがない」と答えた者が最も多かったが、使用した人では、男女ともに「必要な時には心配せずに使っている」が多かった（表36）。

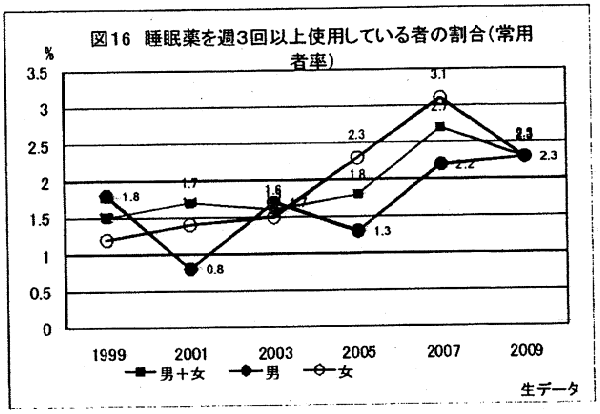
4．違法薬物について

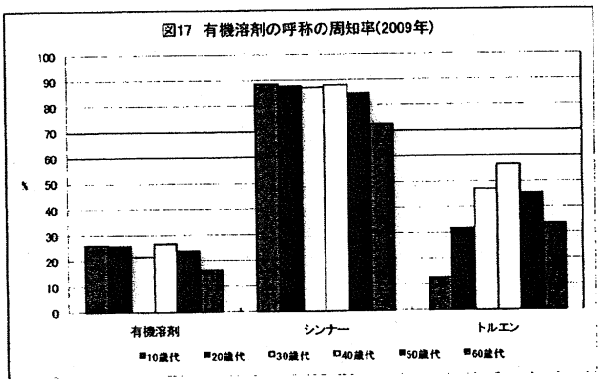
1．違法薬物について

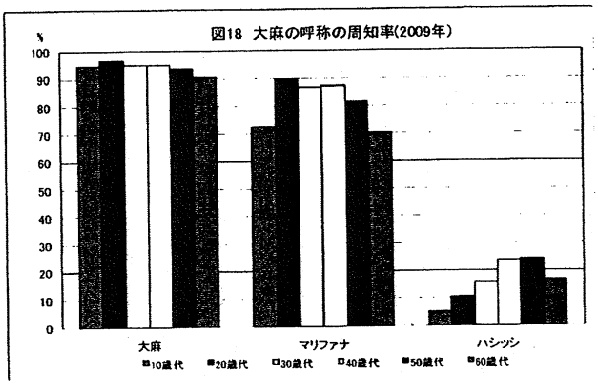
違法薬物の名前をどの程度聞いたことがあるか（周知度）を、表37示した。また、その年代での違いを図17～20に示した。

有機溶剤に関しては、「シンナー」という呼称は60歳代以上の年代以外の全ての年代で80%以上の者が周知しているが、「有機溶剤」というと、年代に関係なく周知率が激減していた（図17）。また、「トルエン」に関しては、40歳代では50%以上の者が周知していたにも関わらず、トルエンを主流とする「シンナー遊び」の最頻年代である15～19歳では約13%の者しか周知していなかった。この年代でのトルエンに対する周知度は、1999年調査では約17%であり、2001年調査では約30%であったが、2003年調査では約20%と減少し、2009年









調査ではさらに減少したことになる。この数字自体、有機溶剤乱用が「流行らない」現状を反映しているが、薬物乱用防止教育的には周知させたい名称である。

「大麻」という呼称は94.3%の者が知っており、「マリファナ」は82.8、「ハシッシ」は17.9%であった（図18)。2007年調査では、それぞれ、88.4%、74.6%、16.2%であったことを考えると、この2年間で周知度が上昇したことになる。この背景には、2008年秋の角界や大学生による大麻乱用騒動の報道が影響していると考えられる。有機溶剤との比較でも、年代別に見た「シンナー」の周知度が約90%弱（図17）であるが、「大麻」のそれは90%を優に超えており（図18)、今や「大麻」は最も知られている薬物になったと言える。

覚せい剤については、「覚せい剤」自体は全体の約92%の者が周知していたが、「シャブ」「スピード」「ヒロポン」「エス」と順番に周知度が低下していた（表37)。2007年調査までは、「シャブ」「ヒロポン」「スピード」「エス」の順番であったが、この変化は時代と共に呼称が変化することの好例であろう。年代別に見てみると（図19)、「スピード」は10～30歳代で、「エス」は10～20歳代で周知率が高く、その割合は年代の増加とともに減少していた。その逆が「ヒロポン」であり、年代が高いほど周知している傾向が伺えた（図19)。

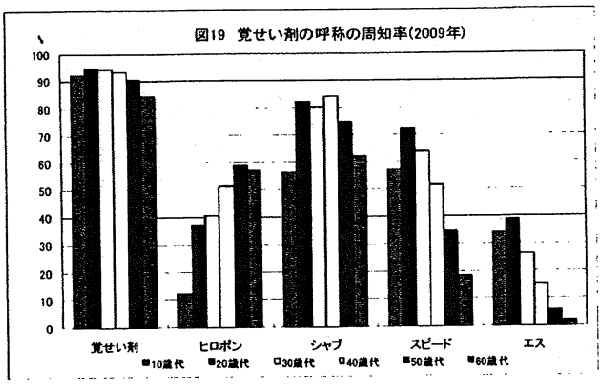
第3次覚せい剤乱用期の特徴の一つに、「シャブ」と言われた覚せい剤を「スピード」「エス」と称して、若者がファッショナブル感覚で使用するという面があるが、以上の結果は、その傾向を強く示唆するものである。

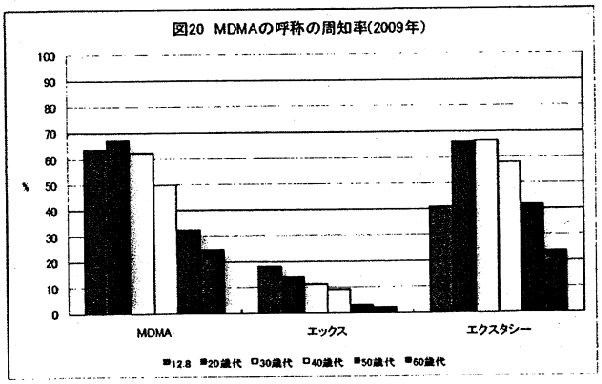
また、「覚せい剤」の周知率は約92%であるが、2007年調査でのそれは約84%であり、この上昇の背景には2009年8月の某女優による覚せい剤乱用事件の影響があると推定できる。

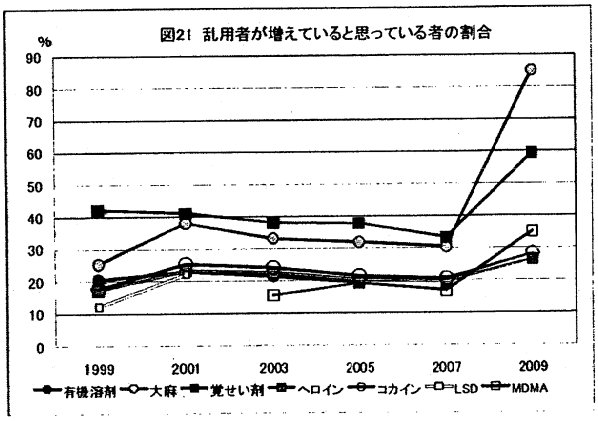
MDMAの周知度は、有機溶剤、大麻、覚せい剤に比べて明らかに低かった。しかし、「MDMA」の周知率は2007年調査では約11%にしか過ぎなかったが、2009年調査では約48%にまで急上昇していた。また、「エクスタシー」の周知率は2007年調査では約27%にしか過ぎなかったが、2009年調査では約51%にまで急上昇していた。この上昇の背景には、2009年8月の某芸能人による死者まで出たMDMA乱用事件の影響があると推定できる。

このMDMAは、現在、世界的に乱用が拡大しており、わが国での押収量も飛躍的に増加している薬物であり、今後、大問題化する可能性を秘めた薬物である。薬物乱用防止教育のなかで、このMDMAについて、その害をどう教えていくかを検討しながら、早急に対応してゆく必要があろう。

以上のように、規制（違法）薬物の呼称は年代と共に差異があることが明かである。薬物乱用防止教育、啓発活動に際しては、この点に関しても考慮する必要があろう。







2．違法性薬物の乱用拡大傾向について

有機溶剤、大麻、覚せい剤、ヘロイン、コカイン、MDMA乱用者の増減傾向についての印象を調べた（表55、表71、表85、表98、表111）。これまでの調査では、いずれの薬物においても「わからない」と答えた者が最も多かったが、2009年調査の「大麻」「覚せい剤」では「以前より増えている」と答えた者が最も多かった。

「以前より増えている」を選んだ者の割合の年次推移（図21）を見ると、今回の結果がこれまでの調査結果と以下に異なっているかが明白である。この種の「印象」は、各種メディアによる影響を受けやすいのは確かであり、2007年のリタリン問題、2008年秋の大麻問題、2009年夏のMDMA、覚せい剤問題報道が如何に薬物問題に関する世論の関心を喚起したが推定できる。

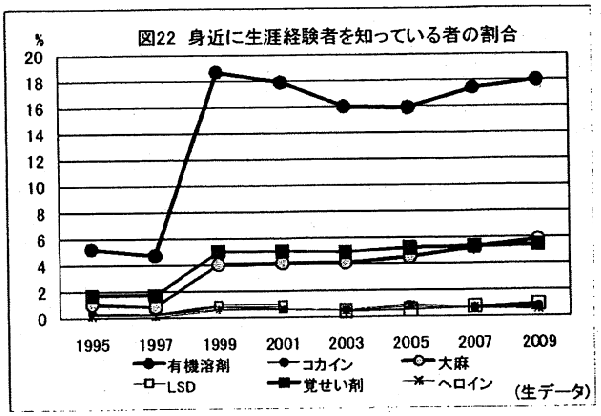
3．違法性薬物乱用者の認知率

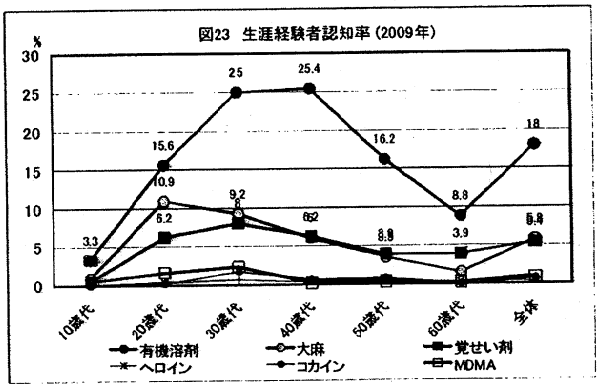
これまでに違法性薬物を乱用したことがある人を身近に知っているかどうかを表44、表57、表73、表86、表99、表112示した（生涯経験者認知率）。その内、「知っている」と答えた者の割合の推移を図22に示した。有機溶剤、大麻を除けば、1999年調査の結果以降、ほぼ横這い状態が続いていることがわかる。

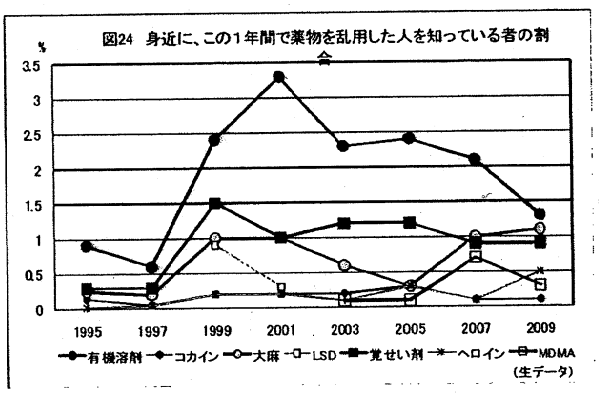
有機溶剤乱用者の割合が最も高かったことは、これまで、わが国で最も乱用者が多かった薬物は有機溶剤であったことの反映と思われる。1999年以降、有機溶剤生涯経験者の認知率が漸減傾向を示しきたことは、今日、有機溶剤の乱用が、かつてほどには「人気」がないことを反映していると思われるが、2007年調査以降、増加を示していることの理由は何とも説明に窮する。

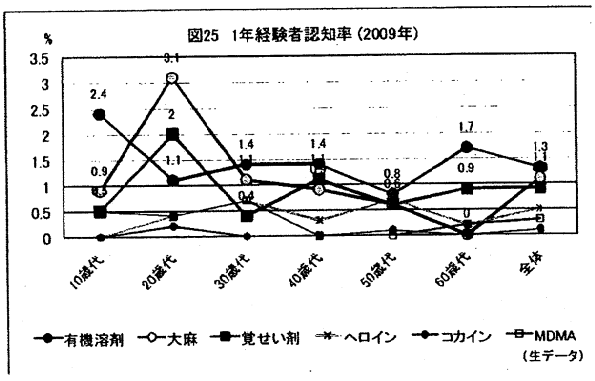
大麻については、2003年以降じわじわと増加傾向を示しており、「大麻優位型」20)に移行しつつあるわが国の状況を反映していると考えられる。

生涯経験者認知率を年代別に表44、表58、表74、表87、表100、表113に示した。これらの結果をまとめたものが図23である。有機溶剤の生涯経験者認知率は2007年調査では30歳代>40歳代>20歳代の順に高かったが、2009年調査では40歳代>30歳代>50歳代の順に高く、有機溶剤乱用の勢いのなさを象徴している。大麻は20歳代>30歳代で高く、覚せい剤は30歳代>20歳代・40歳代で高かった。MDAMは30歳代>20歳代で高いが、そもそもの認知率自体が未だ低い。









また、生涯経験者を知っている者は何人の生涯経験者を知っているかを尋ねた結果を表45、表60、表75、表88、表101、表115に示した。有機溶剤では平均5.0人、大麻で4.9、覚せい剤で4.9人、ヘロインで1.8人、コカインで2.5人、MDMAで2.5人であった。

この1年間で、身近に違法薬物を乱用したことがある人を知っているかどうかを表46、表61、表76、表89、表102、表104、表115に示した（1年経験者認知率)。その内、「知っている」と答えた者の割合の推移を図24に示した。2007年調査まで圧倒的に割合の高かった有機溶剤の割合が急落し、漸増した大麻の割合とさほど変わらなくなったことがわかる。

1年経験者認知率を年代別に表47、表62、表77、表90、表103、表116に示した。これらの結果をまとめたものが図25である。10歳代を除くすべての年代で、有機溶剤の割合は2007年調査の結果より低くなった。しかし、10歳代での割合は2007年調査の結果より上昇していた。大麻は20歳代で群を抜いて高かった。MDMAに関しては低いながらも30歳代にピークがあった。

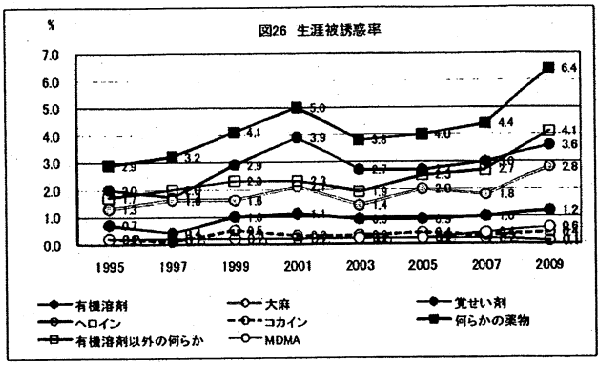
また、１年経験者を知っている者は何人の1年経験者を知っているかを尋ねた結果を表48、表64、表78、表91、表104、表117に示した。有機溶剤では平均6.3人、大麻で3.4人、覚せい剤で3.4人、ヘロインで13.3人、コカインで1.0人、MDMAで1.9人であった。

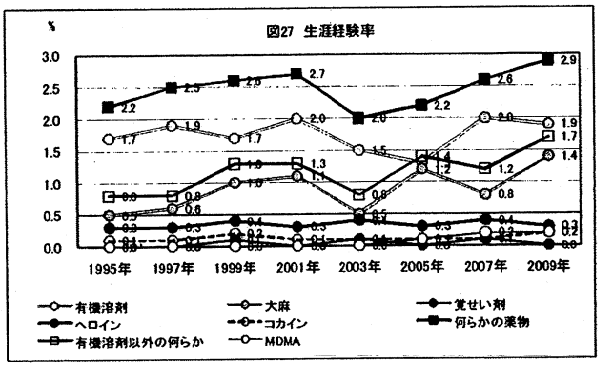
4．違法性薬物乱用へ誘われた経験

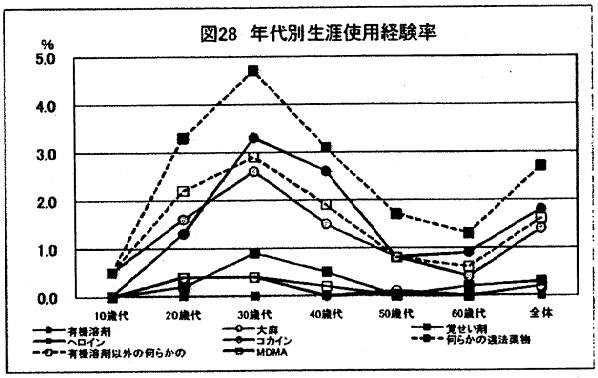
これまでに違法薬物の乱用に誘われたことがあるかないかの結果を、表49、表65、表79、表92、表105、表118に示した（生涯被誘惑経験率)。表141、表142、図26は、その年次推移を示している。

2007年調査と比べて、大麻で1.0ポイント、有機溶剤で0.6ポイント、覚せい剤、MDMAで0.2ポイント上昇していた。また、「何らかの薬物」では2.0ポイント、「有機溶剤以外の何らかの薬物」では1.4ポイントも上昇しており、ともに本調査が始まって以来の高い割合を示した。

生涯被誘惑経験率は、薬物乱用の実態を評価する際に、生涯乱用経験率とともに重要なデータである。図26に見る生涯被誘惑経験率は、有機溶剤>大麻>覚せい剤の順で高く、この順番は後述するように、生涯乱用経験率と同じである。







年代別では、有機溶剤は35-39歳で最も高かったが（表50)、大麻（表67）では30-44歳、覚せい剤（表81）では30-34歳、コカイン（表107）では25-29歳と35-39歳、MDMA（表120）は30-34歳で最も高かった。

また1年被誘惑経験率（この1年間で乱用に誘われたことのある者の率）は表143に示した。しかし、値自体が小さく、ほとんどが統計誤差内であり、論じることができない。

この種の違法薬物に関する調査では、知られたくないという心理が働きがちであり、結果の信憑性が問題になる（後述する乱用の経験では特にそうである）が、重要なのは同じ方法論による結果

の推移である。その意味では、バイアスの強弱を考えると、乱用経験率よりは被誘惑率の方が信憑性は高いと考えられる。また、1年間での率よりは、これまでの生涯被誘惑率の方が信憑性は高いと推定できる。

5．違法性薬物乱用経験

違法性薬物のこれまでの乱用経験についての結果を、表52、表68、表82、表95、表108、表121に示した（生涯経験率）。表144、表145、図27はその年次推移を示している。

生涯経験率は2007年調査の結果に比べて、大麻のみが増加し、その他は漸減ないしは横ばいであった。経験率の高い順に、有機溶剤＞大麻＞覚せい剤＞MDMAであり、この順番は前述した生涯被誘惑経験率（図26）と同じ順番であり、わが国で乱用されている違法薬物は、この順番に多いことは確かであろう。また、有機溶剤の率と大麻の率、覚せい剤の率とMDMAの率との差がなくなってきていることも今日的特徴と考えられる。

年代別では、すべての薬物で30歳代で生涯経験率が最も高かった（図28）。ただし、大麻では30歳代をピークに20歳代と40歳代とが均等に分布しているのに対して、有機溶剤では明らかに40歳代側に分布が寄っており、覚せい剤でもその傾向は認められた。

わが国での違法性薬物の生涯経験率は図27に示したとおりであり、国際的に見た場合、むしろ奇跡と言って良いほど低い。しかし、20歳代～40歳代に限れば、生涯経験率はそれなりに高くなるわけであり（図28）、年代的に最も生涯経験率の高い30歳代では、有機溶剤で3.3%、大麻で2.6%、覚せい剤で0.9%、MDMAで0.4%であり、何らかの薬物では4.7%、有機溶剤を除く何らかの薬物では2.9%であることを考えると、単純に楽観視すべきではない。

また1年経験率（この1年間で乱用したことがある者の率）は表146に示した。しかし、値自体が小さく、ほとんどが統計誤差内であり、論じることが出来ない。

以上により、2009年のわが国での薬物乱用者数は、薬物の種類を問わない何らかの経験者数という意味では、相変わらず経年的増加傾向の中にあるが、個別の薬物の増減を見ると、大麻乱用の予想通りの拡大を示唆する結果であった。

6．薬物乱用が健康に及ぼす害知識について

有機溶剤乱用が健康に及ぼす害についての知識周知度に関する結果を表38～42に示した。これまで述べてきたように、有機溶剤乱用は、乱用経験者数の上ではわが国最大の問題でありながら、覚せい剤ほどには社会的に関心を集めない感がある。しかし、第2次覚せい剤乱用期の調査によれば、覚せい剤乱用・依存者の少なくとも1/3は、有機溶剤乱用から覚せい剤乱用に進んでおり、有機溶剤乱用の防止が結果的に覚せい剤乱用防止の有力対策になると考えられる。そのため、当研究者らは全国の中学生における薬物乱用状況を把握するための調査6)8)13)16)のなかで、有機溶剤乱用による健康への害を教える形での調査を継続している。成人を中心とする本調査にも同様の質問を織り込むことによって、社会での有機溶剤乱用への注意を喚起したいと考えている。

有機溶剤の乱用は依存症を生み出すと共に、急性中毒死、精神病（状態）、無動機症候群を招くことがある。依存症を引き起こすことに関しては97%の人が認識しており（表38）、急性中毒死は79%、精神病（状態）は88%の人が認識しているが、無動機症候群に関しては65%であり、相変わらず低いと言わざるを得ない。無動機症候群は有機溶剤による中毒としての最重篤障害の一つに挙げても良い障害であるが、実際にその症状を持った者

表141　全国の15歳以上の住民の生涯被誘惑率(%)　　（性別、年代別に地区ごとに補正）

	有機溶剤	大麻	覚せい剤	コカイン	ヘロイン	MDMA	いずれか	有機溶剤以外のいずれ
1995	2.0	1.3	0.7	0.2	0.2		2.9	1.7
1997	1.7	1.6	0.4	0.1	0.2		3.2	2.0
1999	2.9	1.6	1.0	0.5	0.2		4.1	2.3
2001	3.9	2.1	1.1	0.3	0.2		5.0	2.3
2003	2.7	1.4	0.9	0.3	0.2	0.2	3.8	1.9
2005	2.7	2.0	0.9	0.4	0.2	0.2	4.0	2.5
2007	3.0	1.8	1.0	0.3	0.2	0.4	4.4	2.7
2009	3.6	2.8	1.2	0.4	0.1	0.6	6.4	4.1

表142 生涯被誘惑経験者推計人数(人)

	有機溶剤								
	全体			男			女		
	生涯被誘惑者数	下限	上限	生涯被誘惑者数	下限	上限	生涯被誘惑者数	下限	上限
2003年	3,226,949	2,558,285	3,895,612	2,102,885	1,612,304	2,593,467	1,124,063	690,698	1,557,429
2005年	3,327,335	2,575,055	4,079,615	1,880,665	1,306,516	2,454,813	1,446,670	946,809	1,946,532
2007年	3,578,721	2,814,702	4,342,740	2,489,324	1,855,080	3,123,568	1,089,397	645,159	1,533,636
2009年	3,410,271	2,749,052	4,071,491	2,379,363	1,828,276	2,930,449	1,030,909	649,260	1,412,557
	大麻								
	全体			男			女		
	生涯被誘惑者数	下限	上限	生涯被誘惑者数	下限	上限	生涯被誘惑者数	下限	上限
2003年	1,625,669	1,110,178	2,141,161	844,844	509,544	1,180,144	780,825	376,074	1,185,577
2005年	2,469,019	1,821,518	3,116,520	1,567,729	1,044,808	2,090,649	901,290	473,796	1,328,784
2007年	2,160,162	1,562,619	2,757,704	1,407,150	904,006	1,910,294	753,012	407,905	1,098,118
2009年	2,683,957	2,033,104	3,334,810	1,795,410	1,286,427	2,304,392	888,547	548,116	1,228,978
	覚せい剤								
	全体			男			女		
	生涯被誘惑者数	下限	上限	生涯被誘惑者数	下限	上限	生涯被誘惑者数	下限	上限
2003年	1,036,408	630,743	1,442,074	461,636	225,078	698,195	574,772	224,185	925,358
2005年	1,078,081	588,153	1,568,008	503,991	223,707	784,275	574,090	253,558	894,622
2007年	1,203,439	753,289	1,653,590	861,915	488,901	1,234,930	341,524	109,808	573,240
2009年	1171001.0	734,182	1,607,821	602,661	321,784	883,538	568,340	244,158	892,523
	ヘロイン								
	全体			男			女		
	生涯被誘惑者数	下限	上限	生涯被誘惑者数	下限	上限	生涯被誘惑者数	下限	上限
2003年	250,292	46,103	454,481	統計誤差	統計誤差	統計誤差	統計誤差	統計誤差	統計誤差
2005年	187,947	32,663	343,230	統計誤差	統計誤差	統計誤差	統計誤差	統計誤差	統計誤差
2007年	245,514	24,782	466,245	203,468	35,570	371,367	統計誤差	統計誤差	統計誤差
2009年	139,300	13,092	265,509	99,561	502	198,621	統計誤差	統計誤差	統計誤差
	コカイン								
	全体			男			女		
	生涯被誘惑者数	下限	上限	生涯被誘惑者数	下限	上限	生涯被誘惑者数	下限	上限
2003年	343,025	101,546	584,504	227,511	47,742	407,280	統計誤差	統計誤差	統計誤差
2005年	445,093	163,654	726,532	298,031	56,370	539,693	147,062	1,406	292,717
2007年	408,925	127,275	690,575	249,214	38,013	460,415	統計誤差	統計誤差	統計誤差
2009年	425,567	138,889	712,245	171,807	21,630	321,984	253,760	39,906	467,614
	MDMA								
	全体			男			女		
	生涯被誘惑者数	下限	上限	生涯被誘惑者数	下限	上限	生涯被誘惑者数	下限	上限
2003年	284,157	89,892	478,422	統計誤差	統計誤差	統計誤差	156,659	10,259	303,058
2005年	199,470	21,993	376,947	統計誤差	統計誤差	統計誤差	統計誤差	統計誤差	統計誤差
2007年	500,445	213,622	787,269	337,088	97,954	576,222	統計誤差	統計誤差	統計誤差
2009年	571,689	269,053	874,324	169,461	18,247	320,676	402,227	165,065	639,390
	上記いずれか								
	全体			男			女		
	生涯被誘惑者数	下限	上限	生涯被誘惑者数	下限	上限	生涯被誘惑者数	下限	上限
2003年	4,496,271	3,685,964	5,306,577	2,686,630	2,157,971	3,215,290	1,809,640	1,219,391	2,399,890
2005年	4,854,569	3,934,099	5,775,039	2,737,955	2,058,196	3,417,714	2,116,614	1,496,584	2,736,644
2007年	5,299,142	4,372,991	6,225,293	3,455,308	2,694,445	4,216,170	1,843,834	1,297,620	2,390,048
2009年	6,114,892	5,211,889	7,017,894	3,912,521	3,228,707	4,596,336	2,202,371	1,587,472	2,817,269
	有機溶剤を除いたいずれか								
	全体			男			女		
	生涯被誘惑者数	下限	上限	生涯被誘惑者数	下限	上限	生涯被誘惑者数	下限	上限
2003年	2,266,799	1,660,902	2,872,695	1,187,102	803,991	1,570,213	1,079,697	597,579	1,561,815
2005年	3,081,155	2,333,321	3,828,989	1,781,806	1,240,279	2,323,333	1,299,349	799,084	1,799,615
2007年	3,189,331	2,430,828	3,947,834	1,958,626	1,346,314	2,570,938	1,230,705	793,501	1,667,909
2009年	3,901,449	3,100,251	4,702,647	2,319,175	1,747,439	2,890,910	1,582,274	1,062,170	2,102,379

表143　全国の15歳以上の住民の違法薬物1年被誘惑率(%)

	1995年	1997年	1999年	2001年	2003年	2005年	2007年	2009年
有機溶剤	0.16	0.09	0.04	0.03	0.04	0.06	0.07	0
大麻	0.25	0.26	0.12	0.3	0.12	0.15	0.20	0.12
覚せい剤	0.07	0	0.1	0.07	0.07	0	0.18	0.03
ヘロイン	0	0.13	0.03	0.03	0	0	0.03	0.03
コカイン	0.05	0.03	0.03	0.03	0	0	0.07	0
LSD	—	—	0.08	0.04	—	—	—	—
MDMA	—	—	—	—	0	0.06	0.13	0.03
上記いずれか	0.43	0.42	0.2	0.3	0.23	0.2	0.47	0.19
有機溶剤を除いたいずれか	0.32	0.36	0.16	0.3	0.19	0.2	0.40	0.19

表144　全国の15歳以上の住民の生涯経験率(%)　（性別、年代別に地区ごとに補正）

	有機溶剤	大麻	覚せい剤	コカイン	ヘロイン	MDMA	いずれか	有機溶剤以外のいずれか
1995	1.7	0.5	0.3	誤差内	誤差内		2.2	0.8
1997	1.9	0.6	0.3	誤差内	誤差内		2.5	0.8
1999	1.7	1.0	0.4	0.2	誤差内		2.6	1.3
2001	2.0	1.1	0.3	0.1	誤差内		2.7	1.3
2003	1.5	0.5	0.4	0.1	誤差内	誤差内	2.0	0.8
2005	1.3	1.2	0.3	誤差内	誤差内	誤差内	2.2	1.4
2007	2.0	0.8	0.4	誤差内	誤差内	0.2	2.6	1.2
2009	1.9	1.4	0.3	誤差内	誤差内	0.2	2.9	1.7

表145　全国の15歳以上の住民の生涯経験者数推計値(人)
(層化二段無作為抽出に基づく補正済み)

	有機溶剤			大麻			覚せい剤		
	生涯経験者数	下限	上限	生涯経験者数	下限	上限	生涯経験者数	下限	上限
2003	1,764,691	1,260,296	2,269,087	550,303	271,190	829,416	498,948	233,751	764,145
2005	1,560,170	1,047,149	2,073,191	1,416,593	892,019	1,941,167	315,282	20,842	609,722
2007	2,444,351	1,822,901	3,065,802	1,014,207	590,083	1,438,330	527,409	206,178	848,640
2009	1,798,329	1,299,177	2,297,482	1,363,965	909,827	1,818,102	323,006	122,634	523,378

	コカイン	ヘロイン	MDMA		
	生涯経験者	生涯経験者	生涯経験者	下限	上限
2003	誤差内	誤差内	誤差内	誤差内	誤差内
2005	誤差内	誤差内	誤差内	誤差内	誤差内
2007	誤差内	誤差内	232,984	24,111	441,857
2009	誤差内	誤差内	207,868	35,795	379,942

	上記いずれか			有機溶剤以外のいずれか		
	生涯経験者	下限	上限	生涯経験者	下限	上限
2003	2,373,965	1,769,084	2,978,845	957,607	540,964	1,374,249
2005	2,663,656	1,929,692	3,397,619	1,699,592	1,104,595	2,294,590
2007	3,086,607	2,400,434	3,772,780	1,462,326	953,452	1,971,199
2009	2,768,501	2,127,456	3,409,546	1,637,934	1,128,141	2,147,727

表146　全国の15歳以上の住民の違法薬物1年経験率(%)

	1995年	1997年	1999年	2001年	2003年	2005年	2007年	2009年
有機溶剤	0.08	0.02	0.04	0	0.07	0	0	0
大麻	0.07	0.1	0.04	0.11	0	0.04	0.04	0.03
覚せい剤	0.06	0.06	0.07	0	0	0	0	0
ヘロイン	0	0.02	0.03	0	0	0	0	0
コカイン	0.06	0.02	0.03	0.03	0	0	0	0
LSD	—	—	0.04	0.01	—	—	—	—
MDMA	—	—	—	—	0	0	0	0
上記いずれか	0.16	0.14	0.13	0.16	0.07	0.04	0.04	0.03
有機溶剤を除いたいずれか	0.09	0.14	0.12	0.16	0	0.04	0.04	0.03

を見たことのない者にはイメージしにくい状態であることが周知率の上昇を妨げていると推定される。

大麻の乱用は精神病状態・フラッシュバック現象・無動機症候群を引き起こすことがある。その周知率は72%であり、経年的にも横ばいのままである。この背景には「大麻はタバコよりも害が少ない」という論調の「宣伝」が一部のマスメディアにより以前からはびこっていることが挙げられそうである。大麻の依存性は覚せい剤や麻薬に比べれば相対的には低いようであるが、そもそもが催幻覚作用を特徴とした薬物であり、それ自体が害以外の何ものでもない。このことを周知させる必要がある。

覚せい剤乱用の繰り返しは、精神病（状態）を引き起こしやすく、フラッシュバック現象を引き起こすことがある。特に精神病（状態）は包囲襲来妄想を特徴としており、それに基づいて引き起こされるのが「通り魔事件」である。害の周知率は81%であり（表72）、今後も80%台を維持する必要がある。

また、マジック・マッシュルームが毒キノコであることを知っていた者の割合は2001年調査以来30%を超えたことはない。今回の2009年調査でも28%であり、呼称の重要性を強く示唆する問題である。各種啓発活動及び薬物乱用防止教育で考慮していく重要問題であろう。

7．違法性薬物の入手可能性について

違法性薬物の入手可能性についての結果は表124～表129に示した。その結果のうち「簡単に手に入る」、または「少々苦労するが何とか手に入る」と答えた者（入手可能群）の割合の年次推移を図29～35に示した。

「ほとんど不可能」＋「絶対不可能」を入手不可能群すると、入手可能群が入手不可能群を上回っていたのは有機溶剤のみであったことはこれまで通りである。また、2009年調査ではすべての薬物に関する入手可能性が高まっていたが、特に大麻の入手可能性が高まっていた（図29）。

この入手可能性は有機溶剤を除けば、薬物の種類に関わらず、10～20歳代で高いという共通項をもっていた。つまり、この年代が薬物乱用に関心があり、薬物への接近度が高い年代であるといえよう。また、10歳代で有機溶剤の入手可能性が低いのは、この年代で有機溶剤乱用に関しての関心が薄いのか、それともかつては有機溶剤密売のメッカであった新宿駅周辺で有機溶剤が既に密売されなくなっていることに象徴される密売の縮小を反映しているのかは不明であるが、有機溶剤乱用の「人気」がない今日的状況を反映していることは確かであろう。

薬物毎の入手可能性を見ると、ヘロイン、コカインの入手可能性が覚せい剤の入手可能性より僅かに低くなっているが、薬物問題に長年関わる者

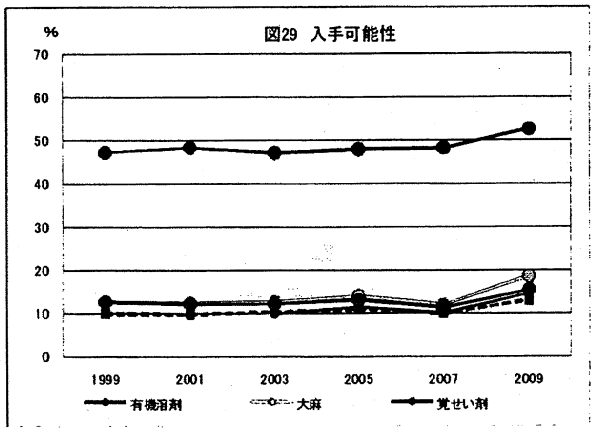


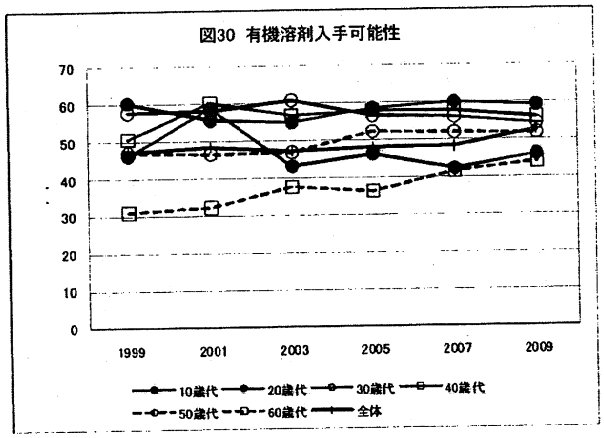
図29　入手可能性

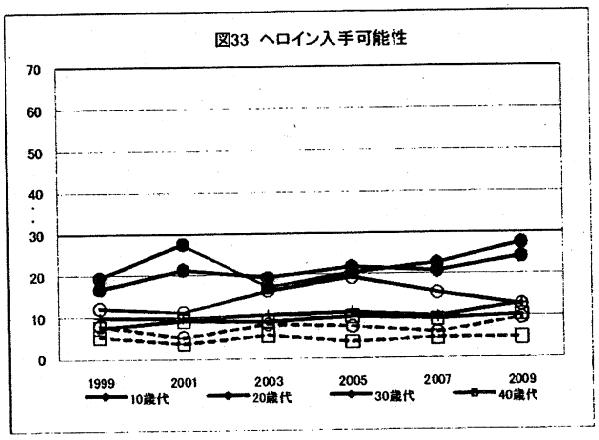
としては「本当に僅かしか違わないのか？」という疑問が生ずる。回答者のほとんどは薬物乱用非経験者であり、大麻、MDMA の入手可能性の上昇を見る限り、マスメディアの影響による「印象」という感が強い。

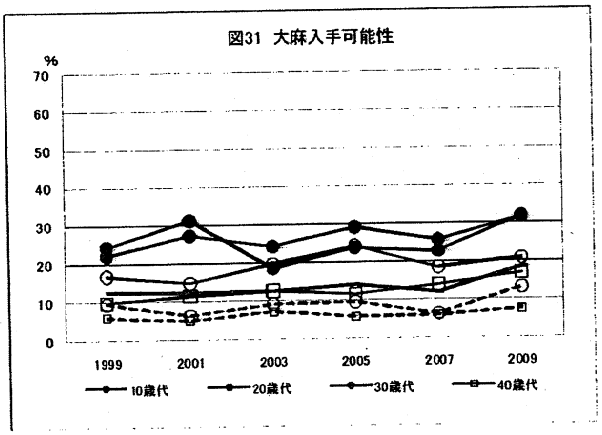
8．法の遵守性について

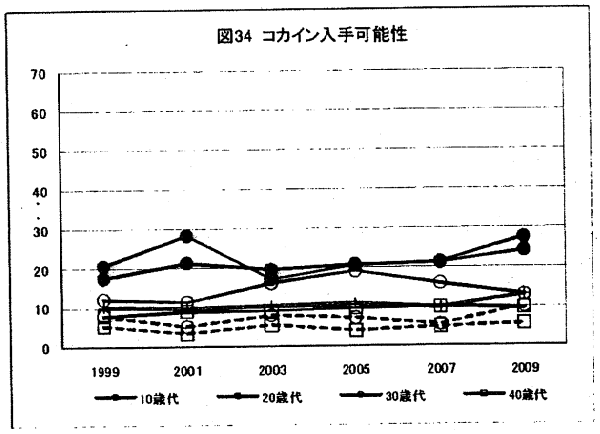
本研究者らは、わが国の薬物乱用・依存状況が多くの先進諸国に比べて良好な背景には、国民の遵法精神の高さがあると推定している。覚せい剤（事実上大麻も）は使用自体が法により規制されており、その使用について如何なる意識を持っているかを調査した（表130、表131）。80%以上の者が「法律で云々言う以前に、そもそも、すべきではないと思う」を選んでいる事実は上記推論を裏付けていると考えている。

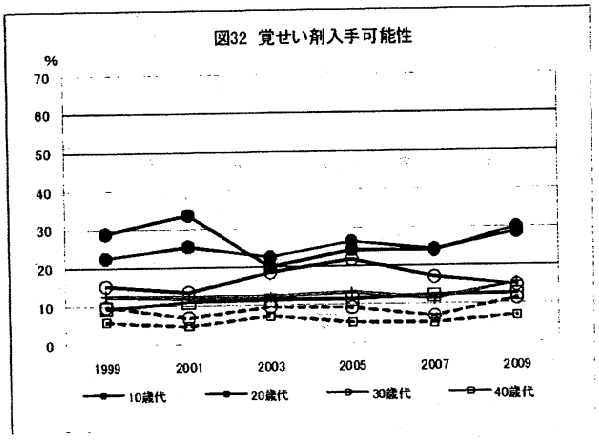
それとは裏腹に、「法律で禁止されてはいるが、少々ならかまわないと思う」や「法律で禁止され

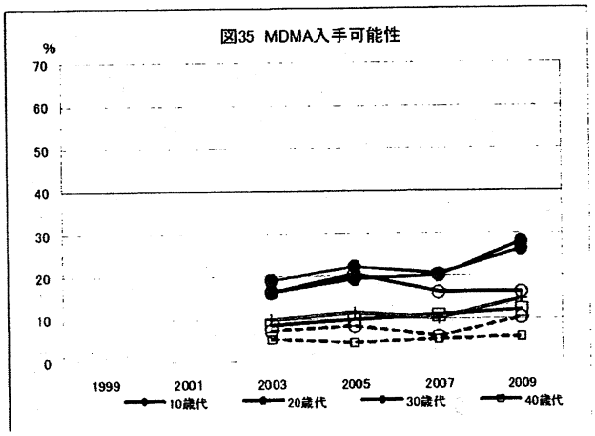












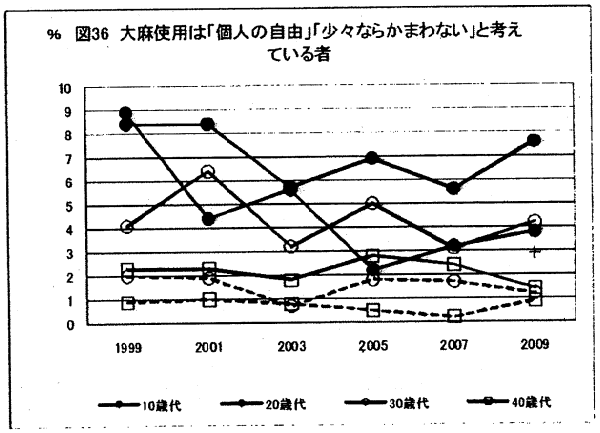
てはいるが、そもそも法律で決める必要はなく、個人の判断だと思う」を選ぶ者（「容認群」）の割合が増えてくると、法規制はその意味を弱くする。図36～37は、「法律で禁止されてはいるが、少々ならかまわないと思う」ないしは「法律で禁止されてはいるが、そもそも法律で決める必要はなく、個人の判断だと思う」を選んだ者の割合の年次推移を示している。

大麻でも覚せい剤でも、1999年調査に比べれば、容認群の割合は減少している。しかし、大麻でも覚せい剤でも、20歳代では2005年以降、10歳代では2007年以降上昇傾向である（図36）。また、覚せい剤に比べて、大麻への認識は相変わらず相対的には「甘い」ようである。

「社会性と個人の自由」と言った議論・啓蒙が必要なのかも知れない。

9．規制（違法）薬物の動向

わが国の今日的薬物乱用状況を把握するためには、1年経験率、1年被誘惑率等、直近に近い状況



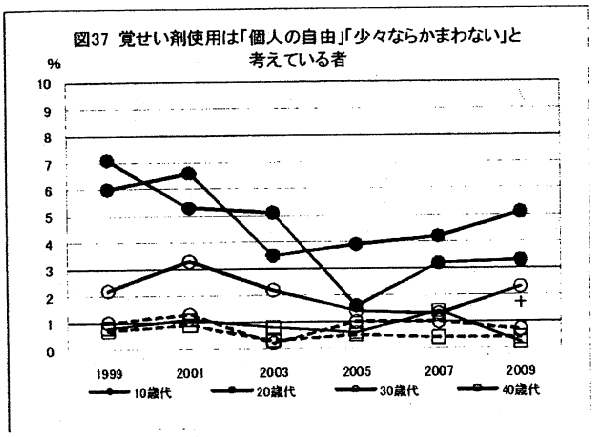


図37 被誘惑・経験率の変化

	生涯被誘惑率	生涯経験率
有機溶剤	↗	
大麻	↗↗	↗
覚せい剤	↗	
MDMA	↗	→
コカイン	→	
いずれか	↗↗	↗
いずれか（有機溶剤以外）	↗↗	↗

↗↗ ： 2007年に比べて1.0ポイント以上の上昇

を把握することが望まれる。しかし、本調査研究に示すように、わが国の場合にはそもそもの生涯経験率、生涯被誘惑率が他の先進諸国との比較上「驚異的」に低いために、1年経験率、1年被誘惑率は統計誤差内となってしまい、論ずる根拠となるべきデータにはなり得ない。したがって、わが国場合、今日的薬物乱用状況把握には生涯経験率、生涯被誘惑率を使わざるを得ないという事情がある。

2009年調査の規制薬物（違法）乱用への生涯被誘惑率（図26）はコカインを除く全ての薬物で2007年調査との比較では上昇していた（図37）。特に、大麻では1.0ポイント、「いずれかの薬物」で2.0ポイイント、「有機溶剤を除くいずれか」では1.4ポイントの上昇であった。

生涯被誘惑率（図26）から見た、割合の高い薬物順では、有機溶剤＞大麻＞覚せい剤＞MDAM＞コカイとなる。この順番は、2007年にMDMAとコカインとの順番が入れ替わった以外は、一定している。

経年的変化を見ると、2001年に一つのピークがあるが、2003年には全体的に減少したものの、その後、すべての薬物において漸増傾向を示している（図26）。その中でも、今回の2009年調査における大麻、「いずれかの薬物」、「有機溶剤を除くいずれか」での上昇度はこれまでには認められなかったほど大きいものであった。

しかし、生涯被誘惑率の増減がそのまま生涯経験率（図27）に反映されているかというと、そうでもない。その点が「生涯」という幅を持った事による特徴かも知れない。

今回の2009年調査で2007年調査の割合を上回った薬物は大麻、コカイン、「いずれかの薬物」、「有

機溶剤を除くいずれか」であり、有機溶剤、覚せい剤は減少し、MDMAは横ばいであった。

生涯経験率の高い順に、有機溶剤＞大麻＞覚せい剤＞MDMA・コカインである。この順番は1995年以来一貫した順番である（MDAMとコカインは時々入れ替わる）。2005年調査の結果を見て、当研究者らは、2007年調査では生涯経験率で大麻が有機溶剤に取って代わって、第一位になるのではないかと予測したが、結果的には、2007年、2009年共にそうはならなかった。

その原因として、大麻事犯の報道が増えることによって、大麻に関して正直に答えることが難しいという「心理的バイアス」が高まったせいではないかと考えた。逆に、ある薬物についてバイアスが強く働くと、どういう訳かその他の薬物についてのバイアスが低下する傾向があることはこれまでも感じてきたことであるが、それが有機溶剤乱用の生涯経験率の上昇に現れているのではないかと考えてきた。

この問題の、「正解」は誰にもわからないが、生涯経験率、生涯被誘惑率とは「これまでに1回でも・・・ある」ということであるから、1年経験率、1年被誘惑率よりは答えにくさの「心理的バイアス」は低いが、今日的ないしは直近的状況を反映するには「時間差」があることはもちろんである。

本調査のみで、わが国の薬物乱用状況を説明することには限界があるが、他の全国レベルの調査等を考慮すると、従来の有機溶剤優位型（途上国型ないしは我が国独自型）から欧米型（大麻優位型）に変化してきていることには変わりはなさそうである20)。

E. 結論

わが国の飲酒・喫煙・医薬品をも含めた薬物使用・乱用・依存状況を把握するために、住民基本台帳から層化二段無作為抽出法（調査地点数：350）により選ばれた全国の15歳以上64歳以下の5,000人に対して、戸別訪問留置法による自記式調査を実施した。

調査期間は2009年9月17日～10月4日である。

従来の本調査では対象の年齢を15歳以上としてきたが、今回の2009年調査では15歳以上64歳以下という上限を設けたため、今回の結果を従来の結果と単純に比較することはできないが、今回の結果は以下の通りであった。

回収数及び有効回答数は、3,216（64.3%）及び3,191であった。

【飲酒】

① 飲酒生涯経験率（これまでに1回でも飲酒したことのある者の率）は、男性で95.0%（2007年調査では96.3%。以下同じ。）、女性で94.3%、（92.6%）全体で94.6%（94.4%）であった。

② 飲酒1年経験率（この1年間で1回でも飲酒したことのある者の率）は、男性で88.5%(88.5%)、女性で79.4%(79.1%)、全体で83.8%(83.6%)であった。

③ 「ほとんど毎日飲酒している」者の割合は、男性では60歳代（50～60歳代）、女性では40歳代（40歳代）で最高であった。

④ その他、飲酒の機会、禁酒経験等、わが国の飲酒はライフ・サイクルと深く結びついており、飲酒問題を論じる際には、飲んだことがあるかないかを基準にしても、さほど意味がなく、機会、頻度、量等の質的要因を考慮する必要があることが示唆された。

【喫煙】

① 喫煙の生涯経験率は、男性で83.1%(84.5%)、女性で50.5%(48.6%)、全体で66.4%(65.7%)であった。

② 1年経験率は、男性で48.9%(44.8)%、女性で16.4%(17.0%)、全体で32.2%(30.3%)であった。この1年経験率は2007年調査で最低を記録したが、今回はやや上昇を示していた。

③ 年代別に見た生涯経験率、1年経験率共に、10歳代、20歳代(特に10歳代）での経年的減少傾向が顕著であった。

④ また、禁煙を考えたことのある者の割合は、男性では年代と共に増加していたが、女性では妊娠との関係か、20～40歳代で高い値を示していた。

【医薬品】

① 家庭の常備薬としての常備頻度は、①風邪薬（68.7%）、②目薬（59.0%）、③胃腸薬（56.6%）、④湿布薬（55.5%）、⑤鎮痛薬（42.0%）の順に頻度が高かった。経年的には胃腸薬と目薬の順位が入れ替わることはあっても、その他の順位に変化はなかった。

② この1年間に1回でも使用したことのある医薬品としては、①風邪薬（64.7%）、②鎮痛薬（58.2%）、③目薬（53.3%）、④湿布薬（43.3%）、⑤胃腸

薬（43.0%）の順で頻度が高かった。

③　鎮痛薬、精神安定薬、睡眠薬をこの1年間に使用したことのある者の割合は、鎮痛薬で58.1%(55.3%)、精神安定薬で7.1%(8.1%)、睡眠薬で6.5%(7.7%)であった。

医薬品を常用（週3回以上）している者の割合は、鎮痛薬で2.4%(2.5%)、、精神安定薬で3.1%(2.8%)、睡眠薬で2.3%(2.7%)であった。

鎮痛薬の1年経験者率は経年的に上昇傾向にあった。鎮痛薬を週3回以上使用した者の割合は、横ばい状態であった。精神安定薬の1年経験率は女性では横ばいであったが、男性及び全体では減少していた。週3回以上使用した者の割合は女性及び全体で増加し、男性でも微増傾向を示していた。睡眠薬の1年経験率、週3回以上使用した者の割合は、男女ともに減少していた。

ただし、これら医薬品の使用経験率は、対象の年齢上限を64歳以下に限定した影響を最も強く受けている可能性がある。

④　この1年間で、「遊び・快感目的」で医薬品を乱用した者は、精神安定薬、睡眠薬では認められなかったが、鎮痛剤では1名認められた。

⑤　以上より、鎮痛薬、精神安定薬、睡眠薬の使用に関しては、明かな問題点は見あたらなかったが、これらのすべての医薬品の使用経験率に関する経年的推移は、増加傾向にあるため、今後もモニタリングが必要であると考えられる。

【違法薬物】

①　違法薬物乱用の生涯被誘惑率（これまでに1回でも誘われたことのある者の率）は、有機溶剤で3.6%(3.0%)、大麻で2.8%(1.8%)、覚せい剤で1.2%(1.0%)、コカイン:0.4%(0.3%)、MDMA:0.6%(0.4%)、ヘロイン:0.1%(0.2%)の順に高かった。また、これら6種のうちのいずれかの薬物の使用への生涯被誘惑率は6.4%(4.4%)であり、有機溶剤を除いたいずれかの生涯被誘惑率は4.1%(2.7%)であった。

経年的にはすべての薬物において過去最高値であった。

②　1年被誘惑率（この1年間で1回でも誘われたことのある者の率）は、従来通り値が低すぎて、評価できなかった。

③　生涯経験率（これまでに1回でも乱用したことのある者の率）は、有機溶剤で1.9%（2.0%)、大麻で1.4%（0.8%)、覚せい剤で0.3%（0.4%)、MDAMで0.2%（0.2%）であり、コカイン、ヘロインでは統計誤差内であった。また、これらのうちのいずれかの薬物の生涯経験率は、2.9%（2.6%）で、有機溶剤を除いたいずれかの薬物の生涯経験率は1.7%（1.2%）であった。

2007年調査との比較では、大麻の割合の増加率が顕著であり、その経年的増加傾向も明らかであった。また、大麻、いずれかの薬物及び有機溶剤を除いたいずれかの薬物に関する生涯経験率は1995年以降最高の値を示していた。

生涯経験率を年代で見ると、すべての薬物において生涯経験率のピークは30歳代にあった。30歳代では、有機溶剤で3.3%、大麻で2.6%、覚せい剤で0.9%、MDMAで0.4%であり、何らかの薬物では4.7%、有機溶剤を除く何らかの薬物では2.9%であることを考えると、全体での生涯経験率のの低さを単純に楽観視すべきではない。

④　1年経験率（この1年間に1回でも乱用したことのある者の率）は、値が小さ過ぎ、すべての薬物について統計誤差内であった。また、6種のうちのいずれかの薬物の1年経験率、有機溶剤を除いたいずれかの薬物の1年経験率も、統計誤差内であった。

⑤　「覚せい剤」の周知度は全体で92%と高く、過去最高の値であった。以下、「シャブ」＞「スピード」＞「ピロポン」＞「エス」と続くが、「スピード」は10～30歳代で知られており、「エス」は10～20歳代で知られているのに対して、「ヒロポン」は年代が高いほど知っているというように、呼称の周知度は年代とともに変わっていた。薬物乱用防止教育、啓発活動等に際しては、この点に考慮する必要がある。

また、2007年調査での「大麻」「MDMA]の周知度は、それぞれ88%、11%であったが、2009年調査ではそれぞれ94%、48%にまで急増していた。その背景には、2008年秋の角界及び大学生による大麻乱用問題、2009年8月の芸能人によるMDMA、覚せい剤乱用問題が影響していると推定できる。

⑥　違法性薬物の入手可能性については、有機溶剤のみが入手可能群（「簡単に手に入る」＋「少々苦労するが、なんとか手に入る」）が入手不可能群（「ほとんど不可能」＋「絶対不可能」）を上回っていた（生データ）。この結果は従来通りであった。

2009年の入手可能性はすべての薬物において20

07年よりは高まっていたが、ヘロイン、コカインの入手可能性と覚せい剤の入手可能性にさほどの差がないことから、この入手可能性の値は、マスメディアによる報道の影響による「印象」を表している感が強い。

⑦ わが国の薬物乱用・依存状況が多くの国に比べて良好を保ってきた背景には、遵法精神の高さがあると思われるが、本年度の調査でも、その傾向は保たれていた。ただし、大麻、覚せい剤乱用に対する「容認群」の割合が、20歳代では2005年以降、10歳代では2007年以降、上昇傾向にあることは危惧すべきことであろう。

⑧ 違法薬物乱用防止の教育・啓発が進み、同時に、取締の強化が図られれば図られるほど、回答者側での「正直に答えたくない」という心理的バイアスが高くなり、本調査のような方法論による調査の結果は、実際の状況よりはますます低い結果を示す特質にあることは否めない。

毎回のことではあるが、今日的状況の把握には、1年被誘惑率、1年経験率が知りたいところではあるが、毎回、統計誤差内となってしまう。

しかし、この種の調査では本研究で採用した調査法が国際的調査法であると同時に、それ以外の調査方法が事実上ないことも現実である。

地味ながら、今後も本調査を継続してゆく必要がある。

【結論】 2007年秋のリタリン問題、2008年秋の角界及び大学生による大麻乱用問題、2009年8月の芸能人によるMDMA、覚せい剤乱用問題の報道により、薬物乱用・依存問題に対する世論の関心が高まり、回収率が上昇すると共に、大麻、MDMAの周知度が急上昇した。生涯被誘惑率はコカインを除くすべての薬物で過去最高であった。生涯経験率は、大麻、何らかの薬物、有機溶剤を除く何らかの薬物で過去最高であった。乱用薬物から見たわが国の薬物乱用状況は、従来の有機溶剤優位型(途上国型ないしは我が国独自型) から欧米型 (大麻優位型) に変化してきていることには変わりはない。時代と共に変化して行く薬物乱用状況を迅速に把握するために、本調査を継続的に実施して行くことが必要である。

F. 研究発表

1. 論文

1) 和田　清：特集薬物乱用　わが国の一般人口における薬物乱用・依存の実態. 公衆衛生73(11)：807-812, 2009.

1. 学会発表

1) 和田　清、舩田正彦：最近のわが国の薬物乱用の特徴と依存性・神経毒性の評価. シンポジウムI「覚せい剤乱用と依存の社会医学的評価」. 第93次日本法医学会学術全国大会. 大阪 千里ライフサイエンスセンター. 2009.5.14.

2) 和田　清：精神作用物質使用障害の今日的実態. シンポジウム27 精神作用物質使用障害の今日的状況. 第105回日本精神神経学会学術総会. 神戸国際会議場. 2009.8.23.

3) 和田　清、尾崎　茂、嶋根卓也：薬物乱用・依存の今日的状況－有機溶剤、覚せい剤から脱法ドラッグ、リタリン、大麻等使用しても捕まらない薬物へのシフト－. 3学会合同シンポジウムI (JS1)「大麻乱用の諸問題」. 第44回日本アルコール・薬物医学会. 第21回日本アルコール精神医学会. 第12回ニコチン・薬物依存研究フォーラム. パシフィコ横浜. 2009.9.8.

4) 和田　清：日本の薬物乱用状況の今日的特徴. 国際シンポジウム「社会階層と逸脱」青少年の非行と社会的関係の病理. 東北大学大学院文学研究科グローバルCOE「社会階層と不平等教育研究拠点」・台湾青少年犯罪抑制学会. 東北大学川内南キャンパス文学部第二教室. 2010.1.23.

謝辞

本調査研究にご回答をいただいた、多くの方々に、心よりお礼を述べさせていただきます。

引用文献

1) 福井　進、和田　清、伊豫雅臣：薬物依存の世帯調査. 平成4年度厚生科学研究費補助金 (麻薬等総合対策研究事業)「薬物依存の社会学的、精神医学的特徴に関する研究 (主任研究者：福井　進)」平成4年度研究報告書、pp.9-23, 1993.

2) 福井　進、和田　清、伊豫雅臣：薬物依存の世帯調査. 平成5年度厚生科学研究費補助金 (麻

薬等総合対策研究事業)「薬物依存の社会学的、精神医学的特徴に関する研究（主任研究者：福井　進)」平成5年度研究報告書、pp.5-26, 1994.

3)福井　進、和田　清、伊豫雅臣：薬物依存の世帯調査．平成6年度厚生科学研究費補助金（麻薬等総合対策研究事業)「薬物依存の社会学的、精神医学的特徴に関する研究（主任研究者：福井　進)」平成6年度研究報告書、pp.5-34, 1995.

4)福井　進、和田　清、伊豫雅臣、浦田重治郎、尾崎　茂：薬物乱用・依存の世帯調査．平成7年度厚生科学研究費補助金（麻薬等対策総合研究事業)「薬物依存・中毒者の疫学調査及び精神医療サービスに関する研究（主任研究者：寺元　弘)」平成7年度研究報告書第1分冊、pp.5-35, 1996.

5)福井　進、和田　清、菊池周一、尾崎　茂、浦田重治郎：薬物乱用・依存の世帯調査．平成9年度厚生科学研究費補助金（麻薬等対策総合研究事業)「薬物依存・中毒者の疫学調査及び精神医療サービスに関する研究（主任研究者：寺元　弘)」平成9年度研究報告書第1分冊、pp.7-48, 1998.

6) 和田　清、勝野眞吾、尾崎米厚、中野良吾：中学生における「シンナー遊び」・喫煙・飲酒についての調査研究．平成8年度厚生科学研究費補助金（麻薬等対策総合研究事業）研究報告書「薬物依存・中毒者の疫学調査及び精神医療サービスに関する研究班」（主任研究者：寺元　弘）第１分冊薬物乱用・依存の多面的疫学調査研究（２）．pp.21-60. 1996.

7) Wada, K., Price, R.K., Fukui, S.: Reflecting Adult Drinking Culture: Prevalence of Alcohol Use and Drinking Situations among Japanese Junior High School Students in Japan. Journal of Studies on Alcohol 59: 381-386, 1998.

8) 和田　清、中野良吾、尾崎米厚、勝野眞吾：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査．平成10年度厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業)「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神病患者等に対する適切な医療のあり方についての研究（主任研究者：和田　清）研究報告書．pp.19-83, 1999.

9) 和田　清：薬物依存の最近の傾向と対策．日本医事新報 第3920号: 25-32, 1999.

10)和田　清：中学生における飲酒－飲酒文化の反映－．日本アルコール・薬物医学会雑誌 34:36-48, 1999.

11)和田　清、菊池安希子、尾崎　茂、菊池周一：薬物使用に関する全国住民調査．平成11年度厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業)「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神病患者等に対する適切な医療のあり方についての研究（主任研究者：和田　清）研究報告書．pp.17-70, 2000.3.

12)Wada K.: Lifetime Prevalence of Alcohol Drinking, Cigarette Smoking, and Solvent Inhalation among Junior High School Studentsin Japan: Tradition and Urbanization. Jpn. J. Alcohol & Drug Dependence 36 (2): 124-141, 2001.

13)和田　清、菊池安希子、尾崎米厚、勝野眞吾：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査．平成12年度厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業)「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神病患者等に対する適切な医療のあり方についての研究（主任研究者：和田　清）研究報告書．pp.15-76, 2001.

14)和田　清：薬物乱用の現状と歴史．神経精神薬理 19: 913-923, 1997.

15)和田　清、菊池安希子、尾崎　茂：薬物使用に関する全国住民調査．平成13年度厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業)「薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究（主任研究者：和田　清）研究報告書．pp.15-77, 2002.3.

16)和田　清、畢　穎、鈴木紀美子、尾崎米厚、勝野眞吾：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査（2002年）．平成14年度厚生労働科学研究費補助金(医薬安全総合研究事業)「薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究（主任研究者：和田　清）研究報告書．pp.19-86, 2003.

17)和田　清、高橋伸彰、尾崎　茂：薬物使用に関する全国住民調査．平成15年度厚生労働科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業)「薬物乱用・依存の実態とその社会的影響・対策に関する研究（主任研究者：和田　清）研究

報告書. pp. 17-87, 2004. 3.
18) 和田　清、嶋根卓也、近藤あゆみ：薬物使用に関する全国住民調査. 平成17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・依存等の実態把握と乱用・依存者に対する対応策に関する研究（主任研究者：和田　清）研究報告書. pp. 17-105, 2006. 3. 31.
19) 和田　清、嶋根卓也、近藤あゆみ：薬物使用に関する全国住民調査. 平成19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・依存等の実態把握と「回復」に向けての対応策に関する研究（主任研究者：和田　清）研究報告書. pp. 15-95, 2008. 3. 31.
20) 和田　清、尾崎　茂、近藤あゆみ：薬物乱用・依存の今日的状況と政策的課題. 日本アルコール・薬物医学会誌 43(2): 120-131. 2008.

表5 対象の性・年齢・学歴（%）

		男		女		全体	
年齢	15-19歳	106	(6.8)	105	(6.4)	211	(6.6)
	20-24歳	106	(6.8)	98	(6.0)	204	(6.4)
	25-29歳	121	(7.8)	125	(7.6)	246	(7.7)
	30-34歳	135	(8.7)	183	(11.2)	318	(10.0)
	35-39歳	184	(11.8)	195	(11.9)	379	(11.9)
	40-44歳	172	(11.1)	162	(9.9)	334	(10.5)
	45-49歳	158	(10.2)	154	(9.4)	312	(9.8)
	50-54歳	173	(11.1)	157	(9.6)	331	(10.4)
	55-59歳	187	(12.0)	205	(12.5)	392	(12.3)
	60-64歳	211	(13.6)	253	(15.5)	464	(14.5)
学歴	小学校	0	(.0)	3	(.2)	3	(.1)
	中学校	127	(8.2)	118	(7.2)	246	(7.7)
	専門学校（中卒後）	32	(2.1)	36	(2.2)	68	(2.1)
	専門学校（高校中退後、ないし高卒後）	180	(11.6)	234	(14.3)	414	(13.0)
	高等学校	634	(40.8)	725	(44.3)	1359	(42.6)
	短大・大学以上	567	(36.5)	500	(30.5)	1067	(33.4)
	その他	7	(.5)	12	(.7)	19	(.6)
	無回答	6	(.4)	9	(.5)	15	(.5)
合計		1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表6 対象の職業・身分（%）

	男		女		全体	
中学生	11	(.7)	14	(.9)	25	(.8)
高校生	69	(4.4)	69	(4.2)	138	(4.3)
予備校生	6	(.4)	0	(.0)	6	(.2)
専門学校、各種学校生徒	9	(.6)	9	(.5)	18	(.6)
短大生、大学生、大学院生	49	(3.2)	32	(2.0)	81	(2.5)
農林漁業自営者	27	(1.7)	14	(.9)	41	(1.3)
商店主	26	(1.7)	24	(1.5)	50	(1.6)
工場主	18	(1.2)	10	(.6)	28	(.9)
土木建設業種	42	(2.7)	9	(.5)	52	(1.6)
医療関係業種	6	(.4)	5	(.3)	11	(.3)
サービス業事業主	49	(3.2)	42	(2.6)	91	(2.9)
その他の事業主	30	(1.9)	18	(1.1)	48	(1.5)
販売従業者	155	(10.0)	144	(8.8)	299	(9.4)
保安従業者	36	(2.3)	3	(.2)	39	(1.2)
運輸従業者	70	(4.5)	4	(.2)	74	(2.3)
通信従事者	3	(.2)	1	(.1)	4	(.1)
サービス業従事者	44	(2.8)	115	(7.0)	159	(5.0)
技能職従事者	34	(2.2)	35	(2.1)	69	(2.2)
土木建築業従事者	109	(7.0)	1	(.1)	110	(3.4)
工場労働者、工業作業者	170	(10.9)	62	(3.8)	232	(7.3)
その他の労務従事者	22	(1.4)	28	(1.7)	50	(1.6)
専務従事者	148	(9.5)	231	(14.1)	379	(11.9)
管理的職業	81	(5.2)	4	(.2)	85	(2.7)
医療職従事者	26	(1.7)	86	(5.3)	112	(3.5)
その他の専門、技術職従事者	141	(9.1)	74	(4.5)	215	(6.7)
専業主婦	4	(.3)	470	(28.7)	474	(14.9)
無職	117	(7.5)	63	(3.8)	180	(5.6)
その他	34	(2.2)	59	(3.6)	93	(2.9)
無回答	17	(1.1)	11	(.7)	28	(.9)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表7 これまでの飲酒経験の有無 (%)

		男		女		全体	
飲酒経験	なし	73	(4.7)	90	(5.5)	163	(5.1)
	あり	1475	(95.0)	1544	(94.3)	3020	(94.6)
	無回答	5	(.3)	3	(.2)	8	(.3)
合計		1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表7-2 生涯飲酒経験率 (%) 未補正

男		なし		あり		無回答		合計	
		度数	(%)	度数	(%)	度数	(%)	度数	(%)
年代別	10歳代	50	47.2	56	52.8	0	0	106	100
	20歳代	3	1.3	223	98.2	1	0.4	227	100
	30歳代	7	2.2	312	97.8	0	0	319	100
	40歳代	3	0.9	327	99.1	0	0	330	100
	50歳代	6	1.7	352	97.8	2	0.6	360	100
	60歳代	4	1.9	205	97.2	2	0.9	211	100
	無回答	0	0	0	0	0	0	0	100
	全体	73	4.7	1475	95	5	0.3	1553	100

女		なし		あり		無回答		合計	
		度数	(%)	度数	(%)	度数	(%)	度数	(%)
年代別	10歳代	48	45.7	57	54.3	0	0	105	100
	20歳代	2	0.9	220	98.7	1	0.4	223	100
	30歳代	4	1.1	374	98.9	0	0	378	100
	40歳代	7	2.2	309	97.8	0	0	316	100
	50歳代	12	3.3	349	96.4	1	0.3	362	100
	60歳代	17	6.7	235	92.9	1	0.4	253	100
	無回答	0	0	0	0	0	0	0	100
	全体	90	5.5	1544	94.3	3	0.2	1637	100

全体		なし		あり		無回答		合計	
		度数	(%)	度数	(%)	度数	(%)	度数	(%)
年代別	10歳代	98	46.4	113	53.6	0	0	211	100
	20歳代	5	1.1	443	98.4	2	0.4	450	100
	30歳代	11	1.6	686	98.4	0	0	697	100
	40歳代	10	1.5	636	98.5	0	0	646	100
	50歳代	18	2.5	702	97.1	3	0.4	723	100
	60歳代	21	4.5	440	94.8	3	0.6	464	100
	無回答	0	0	0	0	0	0	0	100
	全体	163	5.1	3020	94.6	8	0.3	3139	100

表8 これまでに飲酒した機会（生涯飲酒経験者のみ）（複数回答）（%）

	男		女		全体	
冠婚葬祭	1079	(73.2)	1045	(67.7)	2125	(70.4)
仕事・商売上の必要	832	(56.4)	507	(32.8)	1340	(44.4)
上司とのつきあい	793	(53.8)	465	(30.1)	1259	(41.7)
友人・同僚と	1216	(82.4)	1160	(75.1)	2377	(78.7)
その他つきあい	593	(40.2)	328	(21.2)	922	(30.5)
家の食事・団らん	1086	(73.6)	1032	(66.8)	2119	(70.2)
外の食事・団らん	849	(57.6)	758	(49.1)	1608	(53.2)
仕事で嫌なこと	365	(24.7)	200	(13.0)	566	(18.7)
家で面白くないこと	225	(15.3)	138	(8.9)	364	(12.1)
寝る前	488	(33.1)	340	(22.0)	829	(27.5)
その他	39	(2.6)	38	(2.5)	77	(2.5)
飲酒機会ありだが機会不明	12	(.8)	12	(.8)	24	(.8)
合計	1475	(100.0)	1544	(100.0)	3020	(100.0)

表9 初めての飲酒経験年齢（初飲年齢）（飲酒経験者のみ）、(%)、[累積%]

	男			女			全体		
小学校以前	61	(4.1)	[4.1]	62	(4.0)	[4.0]	124	(4.1)	[4.1]
小学校時代	255	(17.3)	[21.4]	204	(13.2)	[17.2]	459	(15.2)	[19.3]
中学校時代	269	(18.2)	[39.7]	165	(10.7)	[27.9]	434	(14.4)	[33.7]
中卒後～17歳	254	(17.2)	[56.9]	160	(10.4)	[38.3]	414	(13.7)	[47.4]
18-19歳	385	(26.1)	[83.0]	420	(27.2)	[65.5]	805	(26.7)	[74.0]
20歳以降	236	(16.0)	[99.0]	517	(33.5)	[99.0]	753	(24.9)	[99.0]
初飲酒年齢不明	5	(.3)	[99.3]	6	(.4)	[99.4]	11	(.4)	[99.3]
無回答	10	(.7)	[100.0]	10	(.6)	[100.0]	20	(.7)	[100.0]
合計	1475		(100.0)	1544		(100.0)	3020		(100.0)

表10 それなりに飲酒するようになった時期（飲酒経験者のみ）、(%)、[累積%]

	男			女			全体		
それなりには至ったことない	175	(11.9)	[11.9]	327	(21.2)	[21.2]	502	(16.6)	[16.6]
小学校以前	0	(.0)	[11.9]	0	(.0)	[21.2]	0	(.0)	[16.6]
小学校時代	3	(.2)	[12.1]	1	(.1)	[21.3]	4	(.1)	[16.8]
中学校時代	20	(1.4)	[13.4]	11	(.7)	[22.0]	31	(1.0)	[17.8]
中卒後～17歳	90	(6.1)	[19.5]	37	(2.4)	[24.4]	127	(4.2)	[22.0]
18～19歳	439	(29.8)	[49.3]	269	(17.4)	[41.8]	709	(23.5)	[45.5]
20歳以降	711	(48.2)	[97.5]	824	(53.4)	[95.1]	1535	(50.8)	[96.3]
飲酒開始時期不明	20	(1.4)	[98.8]	40	(2.6)	[97.7]	60	(2.0)	[98.3]
無回答	17	(1.2)	[100.0]	35	(2.3)	[100.0]	52	(1.7)	[100.0]
合計	1475	(100.0)		1544	(100.0)		3020	(100.0)	

表11 過去1年での飲酒経験（飲酒1年経験率）（%）

		男		女		全体	
過去1年飲酒経験	なし	166	(10.7)	331	(20.2)	497	(15.6)
	あり	1375	(88.5)	1299	(79.4)	2675	(83.8)
	無回答	12	(.8)	7	(.4)	19	(.6)
合計		1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表11-2 飲酒1年経験率の年代別推移(%)

	10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	全体
2003							
2005	45.2	95.2	90.1	89.7	86.9	86.5	84
2007	50.6	93	88.9	89.4	88	83.1	83.6
2009	39.3	90.9	86.9	87.8	86.2	83.4	83.8

表12 過去1年に飲酒した機会（過去1年飲酒経験者のみ）（複数回答）（%）

	男		女		全体	
(冠婚葬祭)	778	(56.6)	546	(42.0)	1325	(49.5)
(仕事・商売上の必要)	667	(48.5)	234	(18.0)	902	(33.7)
(上司とのつきあい)	563	(40.9)	204	(15.7)	768	(28.7)
(友人・同僚と)	1057	(76.9)	797	(61.4)	1855	(69.3)
(その他つきあい)	473	(34.4)	201	(15.5)	675	(25.2)
(家の食事・団らん)	988	(71.9)	871	(67.1)	1860	(69.5)
(外の食事・団らん)	717	(52.1)	570	(43.9)	1288	(48.1)
(仕事で嫌なこと)	239	(17.4)	105	(8.1)	345	(12.9)
(家で面白くないこと)	152	(11.1)	80	(6.2)	233	(8.7)
(寝る前)	415	(30.2)	267	(20.6)	683	(25.5)
(その他)	29	(2.1)	24	(1.8)	53	(2.0)
(飲酒機会ありだが機会不明)	6	(.4)	6	(.5)	12	(.4)
合計	1375	(100.0)	1299	(100.0)	2675	(100.0)

表13 過去1年での飲酒頻度（過去1年飲酒経験者のみ）（%）

	男		女		全体	
1年間に数回（年5回以内）	216	(15.7)	484	(37.3)	700	(26.2)
2ヶ月に1回（年間約6-11回）	107	(7.8)	137	(10.5)	244	(9.1)
月に1-2回（年間約12-24回）	102	(7.4)	158	(12.2)	260	(9.7)
月に数回（年間約25-51回）	131	(9.5)	126	(9.7)	257	(9.6)
週に1-2回程度	166	(12.1)	151	(11.6)	317	(11.9)
週に3-6回程度	199	(14.5)	104	(8.0)	303	(11.3)
ほとんど毎日	447	(32.5)	123	(9.5)	571	(21.3)
飲んだが頻度不明	3	(.2)	12	(.9)	15	(.6)
無回答	4	(.3)	4	(.3)	8	(.3)
合計	1375	(100.0)	1299	(100.0)	2675	(100.0)

表14 禁酒に対する考え・実態（生涯飲酒経験者のみ）（%）

	男		女		全体	
禁酒は考えたことない	892	(60.5)	1094	(70.9)	1986	(65.8)
禁酒を考えたことはあるが実行したことはない	367	(24.9)	161	(10.4)	528	(17.5)
禁酒を試みたが現在禁酒に至っていない	94	(6.4)	64	(4.1)	158	(5.2)
禁酒中（初めての禁酒。1年未満。）	15	(1.0)	11	(.7)	26	(.9)
禁酒中（再挑戦の禁酒。1年未満。）	8	(.5)	11	(.7)	19	(.6)
禁酒中（1年以上）	36	(2.4)	66	(4.3)	102	(3.4)
無回答	63	(4.3)	137	(8.9)	201	(6.7)
合計	1475	(100.0)	1544	(100.0)	3020	(100.0)

表15 禁酒理由（生涯飲酒経験があり、かつ、禁酒を考えたことのある人）（複数回答）（%）

	男		女		全体	
健康上の不調は感じないが可能性が心配になったから	193	(37.1)	96	(30.7)	289	(34.7)
健康上の不調を感じたから	184	(35.4)	89	(28.4)	273	(32.8)
問題は起こしていないが自分の飲酒にその可能性を感じたから	38	(7.3)	15	(4.8)	53	(6.4)
飲酒で問題を起こしたから	16	(3.1)	3	(1.0)	19	(2.3)
その他	49	(9.4)	73	(23.3)	122	(14.6)
禁酒理由不明	67	(12.9)	39	(12.5)	106	(12.7)
無回答	8	(1.5)	10	(3.2)	18	(2.2)
合計	520	(100.0)	313	(100.0)	833	(100.0)

表16 これまでの喫煙経験（生涯喫煙経験）（%）

		男		女		全体	
喫煙経験	なし	258	(16.6)	804	(49.1)	1062	(33.3)
	あり	1290	(83.1)	827	(50.5)	2118	(66.4)
	無回答	5	(.3)	6	(.4)	11	(.3)
合計		1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表16-2　喫煙生涯経験率の年代別比較　生データ

男＋女									
	10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	全体	70歳代以上	全体
1999	19.1	53.4	54.8	54.1	48.6	48.8			49.3
2001	30.8	71.2	74.5	76.2	65.8	57.8			64.7
2003	24.5	65.2	74.4	73.2	63.7	58.2		49.1	62.1
2005	16.7	68.9	73.5	78.4	69.9	62.2		53.7	65.1
2007	14.9	66.7	73.2	79.1	72.8	63.2		52	65.7
2009	10	58	72.3	77.4	73.9	64.2	66.4		
男									
	10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	全体	70歳代以上	全体
1999	21.7	69.2	79.7	85.7	85.1	81.4			76.4
2001	39.8	86.6	89.7	91.2	93.1	88.6			86.5
2003	33.6	79.9	88.5	89.2	88.7	85.4		77.1	82.1
2005	15.6	82.5	89.1	93.3	93.3	93.1		86.7	85.9
2007	18.9	75	86.1	91.1	92	92.4		84	84.5
2009	14.2	68.7	86.5	92.4	93.1	96.2	83.1		
女									
	10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	全体	70歳代以上	全体
1999	15.6	40.2	36.7	26.6	18.5	13.7			25.1
2001	22.5	58.8	62.6	63.7	41.9	23.7			45.1
2003	14.6	54.1	61.9	60.3	41.1	26.9		13	43.1
2005	17.7	57.1	60.9	64.3	48.3	28.2		16.3	45.2
2007	11.3	60.6	63.2	68.3	55.1	32.8		15.9	48.6
2009	5.7	47.1	60.3	61.7	54.7	37.5	50.5		

表17 初めての喫煙時期（生涯喫煙経験者のみ）、(%)、[累積%]

	男			女			全体		
小学校以前	16	(1.2)	[1.2]	5	(.6)	[.6]	21	(1.0)	[1.0]
小学校時代	120	(9.3)	[10.5]	43	(5.2)	[5.8]	163	(7.7)	[8.7]
中学校時代	259	(20.1)	[30.6]	88	(10.6)	[16.4]	348	(16.4)	[25.1]
中卒後～17歳	257	(19.9)	[50.5]	98	(11.9)	[28.3]	355	(16.8)	[41.9]
18-19歳	388	(30.1)	[80.6]	249	(30.1)	[58.4]	637	(30.1)	[72.0]
20歳以降	243	(18.8)	[99.5]	343	(41.5)	[99.9]	586	(27.7)	[99.6]
初喫煙年齢不明	4	(.3)	[99.8]	1	(.1)	[100.0]	5	(.2)	[99.9]
無回答	3	(.2)	[100.0]	0	(.0)	[0.0]	3	(.1)	[100.0]
合計	1290	(100.0)		827	(100.0)		2118	(100.0)	

表18 それなりに喫煙するようになった時期（喫煙経験者のみ）、(%)、[累積%]

	男			女			全体		
それなりには至ったことない	125	(9.7)	[9.7]	273	(33.0)	[33.0]	398	(18.8)	[18.8]
小学校以前	0	(.0)	[9.7]	0	(.0)	[33.0]	0	(.0)	[18.8]
小学校時代	7	(.5)	[10.2]	1	(.1)	[33.1]	8	(.4)	[19.2]
中学校時代	75	(5.8)	[16.0]	16	(1.9)	[35.1]	91	(4.3)	[23.5]
中卒後～17歳	177	(13.7)	[29.8]	53	(6.4)	[41.5]	231	(10.9)	[34.4]
18-19歳	448	(34.7)	[64.5]	142	(17.2)	[58.6]	590	(27.9)	[62.2]
20歳以降	410	(31.8)	[96.3]	278	(33.6)	[92.3]	688	(32.5)	[94.7]
喫煙開始時期不明	39	(3.0)	[99.3]	50	(6.0)	[98.3]	89	(4.2)	[98.9]
無回答	9	(.7)	[100.0]	14	(1.7)	[100.0]	23	(1.1)	[100.0]
合計	1290	(100.0)		827	(100.0)		2118	(100.0)	

表19 過去1年間での喫煙経験（%）

		男		女		全体	
過去1年喫煙経験	なし	771	(49.6)	1320	(80.6)	2091	(65.5)
	あり	760	(48.9)	268	(16.4)	1029	(32.2)
	無回答	22	(1.4)	49	(3.0)	71	(2.2)
合計		1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表19-2　喫煙1年経験率の年代別比較　生データ

男＋女									
	10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	全体	70歳代以上	全体
2001	22.2	52.3	44.7	41.7	34.7	25.1			36
2003	15.3	43	43.4	37.6	33.4	27.5		18.9	32.9
2005	9.9	48.8	41.9	41.2	35.7	32.3		16.2	34.6
2007	8.4	41.1	37.5	37.1	33.2	24.2		17.6	30.3
2009	7.1	35.1	38.9	38.1	31.7	23.7	32.2		
男									
	10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代以上	全体	70歳代以上	全体
2001	29.7	73.8	68.2	62.4	58.3	40.8			54.7
2003	21.2	62.1	61.7	59.5	53.5	42.9		29.8	49.2
2005	12.4	62.5	60.5	56.6	53.7	48.2		27.2	49.1
2007	10.8	59.2	53.4	49.8	54.7	39.4		27.9	44.8
2009	11.3	48.5	58.9	53.9	50.8	42.2	48.9		
女									
	10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代以上	全体	70歳代以上	全体
2001	15.5	34.9	26.5	24.4	14	7.9			19.1
2003	8.7	28.6	27.3	20	15.2	9.8		4.7	17.5
2005	7.5	36.9	26.6	26.4	18.1	14.2		2.7	20.3
2007	6.3	27.9	25.3	25.7	13.5	8.3		5.6	17
2009	2.9	21.5	22	21.5	12.4	8.3	16.4		

表20 過去1年の喫煙頻度（過去1年喫煙経験者のみ）(%)

	男		女		全体	
1年間に数回（年間5回以内）	35	(4.6)	27	(10.1)	62	(6.0)
2ヶ月に1回程度（年6-11回）	5	(.7)	3	(1.1)	8	(.8)
月に1-2回程度（年12-24回）	8	(1.1)	6	(2.2)	14	(1.4)
月に数回（年25-51回）	14	(1.8)	5	(1.9)	19	(1.8)
週に1-2回程度	10	(1.3)	4	(1.5)	14	(1.4)
週に3-6回程度						
週に3-6回程度	11	(1.4)	10	(3.7)	21	(2.0)
ほとんど毎日（1日1-10本）	131	(17.2)	100	(37.3)	231	(22.4)
ほとんど毎日（1日11-20本）	374	(49.2)	90	(33.6)	464	(45.1)
ほとんど毎日（1日21本以上）	168	(22.1)	22	(8.2)	191	(18.6)
ほとんど毎日（パイプたばこ）	4	(.5)	1	(.4)	5	(.5)
合計	760	(100.0)	268	(100.0)	1029	(100.0)

表21 禁煙に対する考え方（生涯喫煙経験者のみ）(%)

	男		女		全体	
禁煙を考えたことはない	320	(24.8)	348	(42.1)	668	(31.5)
禁煙を考えたことはあるが実行したことはない	235	(18.2)	87	(10.5)	322	(15.2)
禁煙を試みたが現在禁煙に至っていない	280	(21.7)	112	(13.5)	392	(18.5)
禁煙中（初めての禁煙。1年未満。）	19	(1.5)	14	(1.7)	33	(1.6)
禁煙中（再挑戦の禁煙。1年未満。）	29	(2.2)	11	(1.3)	40	(1.9)
禁煙中（1年以上）	377	(29.2)	223	(27.0)	600	(28.3)
無回答	30	(2.3)	32	(3.9)	63	(3.0)
合計	1290	(100.0)	827	(100.0)	2118	(100.0)

表22 禁煙理由（喫煙経験者で、禁煙を考えたことがある人のみ）（複数回答）(%)

	男		女		全体	
健康上の不調は感じないが可能性が心配になった	358	(38.1)	157	(35.1)	515	(37.1)
健康上の不調	263	(28.0)	90	(20.1)	353	(25.5)
喫煙者が白い目で見られるようになった	49	(5.2)	24	(5.4)	73	(5.3)
人から勧められた	90	(9.6)	33	(7.4)	123	(8.9)
家族や他者の健康への影響を考えて	223	(23.7)	108	(24.2)	331	(23.9)
その他	105	(11.2)	97	(21.7)	202	(14.6)
吸える場所の減少	83	(8.8)	35	(7.8)	118	(8.5)
禁煙理由不明	39	(4.1)	20	(4.5)	59	(4.3)
無回答	8	(.9)	13	(2.9)	21	(1.5)
合計	940	(100.0)	447	(100.0)	1387	(100.0)

表23 家庭の常備薬（複数回答）(%)

	男		女		全体	
とくになし	250	(16.1)	147	(9.0)	398	(12.5)
風邪薬	1009	(65.0)	1182	(72.2)	2191	(68.7)
胃腸薬	822	(52.9)	983	(60.0)	1805	(56.6)
ビタミン剤	372	(24.0)	489	(29.9)	861	(27.0)
高血圧薬	164	(10.6)	182	(11.1)	346	(10.8)
糖尿病薬	69	(4.4)	48	(2.9)	117	(3.7)
精神安定薬	65	(4.2)	84	(5.1)	149	(4.7)
湿布薬	763	(49.1)	1007	(61.5)	1770	(55.5)
強精強肝薬	12	(.8)	10	(.6)	22	(.7)
睡眠薬	56	(3.6)	88	(5.4)	144	(4.5)
鎮痛薬	479	(30.8)	860	(52.5)	1339	(42.0)
抗生物質	88	(5.7)	115	(7.0)	203	(6.4)
便秘薬	189	(12.2)	349	(21.3)	538	(16.9)
目薬	858	(55.2)	1025	(62.6)	1883	(59.0)
鼻炎薬	336	(21.6)	460	(28.1)	796	(24.9)
セットの置き薬	358	(23.1)	349	(21.3)	707	(22.2)
その他	32	(2.1)	57	(3.5)	89	(2.8)
無回答	10	(.6)	5	(.3)	15	(.5)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表24 過去1年間に一回でも使用したことのある医薬品（複数回答）(%)

	男		女		全体	
とくになし	144	(9.3)	90	(5.5)	235	(7.4)
風邪薬	1002	(64.5)	1061	(64.8)	2063	(64.7)
胃腸薬	660	(42.5)	711	(43.4)	1371	(43.0)
ビタミン剤	367	(23.6)	499	(30.5)	866	(27.1)
高血圧薬	168	(10.8)	148	(9.0)	316	(9.9)
糖尿病薬	58	(3.7)	31	(1.9)	89	(2.8)
湿布薬	576	(37.1)	806	(49.2)	1382	(43.3)
強精強肝薬	17	(1.1)	11	(.7)	28	(.9)
抗生物質	276	(17.8)	410	(25.0)	686	(21.5)
便秘薬	78	(5.0)	265	(16.2)	343	(10.7)
目薬	761	(49.0)	940	(57.4)	1701	(53.3)
鼻炎薬	296	(19.1)	392	(23.9)	688	(21.6)
セットの置き薬	119	(7.7)	127	(7.8)	246	(7.7)
その他	79	(5.1)	146	(8.9)	225	(7.1)
無回答	13	(.8)	8	(.5)	21	(.7)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表25 過去1年間での鎮痛薬使用頻度 (%)

	男		女		全体	
一度も飲んでいない	793	(51.1)	531	(32.4)	1325	(41.5)
1年間に数回 (年5回以内)	529	(34.1)	587	(35.9)	1116	(35.0)
2ヶ月に1回 (年約6-11回)	68	(4.4)	119	(7.3)	187	(5.9)
月に1-2回 (年約12-24回)	57	(3.7)	200	(12.2)	257	(8.1)
月に数回 (年約25-51回)	39	(2.5)	83	(5.1)	122	(3.8)
週に1-2回程度	18	(1.2)	47	(2.9)	65	(2.0)
週に3-6回程度	11	(.7)	20	(1.2)	31	(1.0)
ほとんど毎日	19	(1.2)	28	(1.7)	47	(1.5)
飲んだが頻度不明	13	(.8)	18	(1.1)	31	(1.0)
無回答	6	(.4)	4	(.2)	10	(.3)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表26 鎮痛薬の入手先 (鎮痛薬を過去1年間に使用した人のみ) (複数回答) (%)

	男		女		全体	
常備薬	129	(17.1)	227	(20.6)	356	(19.2)
家族	51	(6.8)	36	(3.3)	87	(4.7)
医院・病院	350	(46.4)	489	(44.4)	839	(45.2)
薬局・薬店	336	(44.6)	637	(57.8)	973	(52.4)
友人・知人	10	(1.3)	13	(1.2)	23	(1.2)
愛人・恋人	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)
その他	4	(.5)	2	(.2)	6	(.3)
飲んだが入手先不明	28	(3.7)	17	(1.5)	45	(2.4)
無回答	2	(.3)	9	(.8)	11	(.6)
合計	754	(100.0)	1102	(100.0)	1856	(100.0)

表27 鎮痛薬の使用理由 (鎮痛薬を過去1年間使用した人のみ) (複数回答) (%)

	男		女		全体	
頭痛	472	(62.6)	781	(70.9)	1253	(67.5)
歯痛	198	(26.3)	175	(15.9)	373	(20.1)
腰痛	87	(11.5)	90	(8.2)	177	(9.5)
生理痛	0	(.0)	367	(33.3)	367	(19.8)
胃痛	64	(8.5)	102	(9.3)	166	(8.9)
肩こり	55	(7.3)	117	(10.6)	172	(9.3)
その他の痛み	67	(8.9)	69	(6.3)	136	(7.3)
遊び・快感目的	1	(.1)	0	(.0)	1	(.1)
その他	32	(4.2)	36	(3.3)	68	(3.7)
使用目的不明	33	(4.4)	23	(2.1)	56	(3.0)
合計	754	(100.0)	1102	(100.0)	1856	(100.0)

表28 鎮痛薬使用の実情・心情 (%)

	男		女		全体	
必要がないので考えたことがない	683	(44.0)	411	(25.1)	1095	(34.3)
必要なときは心配せずに使っている	508	(32.7)	571	(34.9)	1079	(33.8)
心配もあるがどちらかといえば使う	156	(10.0)	390	(23.8)	546	(17.1)
心配だからどちらかというと使わない	33	(2.1)	108	(6.6)	141	(4.4)
心配だからとにかく使わない	6	(.4)	12	(.7)	18	(.6)
不明	151	(9.7)	122	(7.5)	273	(8.6)
無回答	16	(1.0)	23	(1.4)	39	(1.2)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表29 この1年間での精神安定薬（抗不安薬）の使用頻度 (%)

	男		女		全体	
一度も飲んでいない	1453	(93.6)	1483	(90.6)	2937	(92.0)
1年間に数回（年5回以内）	23	(1.5)	40	(2.4)	63	(2.0)
2ヶ月に1回（年約6-11回）	5	(.3)	7	(.4)	12	(.4)
月に1-2回（年約12-24回）	6	(.4)	15	(.9)	21	(.7)
月に数回（年約25-51回）	3	(.2)	5	(.3)	8	(.3)
週に1-2回	7	(.5)	11	(.7)	18	(.6)
週に3-6回	5	(.3)	9	(.5)	14	(.4)
ほとんど毎日	40	(2.6)	45	(2.7)	85	(2.7)
飲んだが頻度不明	3	(.2)	10	(.6)	13	(.4)
無回答	8	(.5)	12	(.7)	20	(.6)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表30 精神安定薬の入手先（過去1年間に精神安定薬を使った人）（複数回答）(%)

	男		女		全体	
常備薬	2	(2.2)	2	(1.4)	4	(1.7)
家族	3	(3.3)	2	(1.4)	5	(2.1)
医院・病院	84	(91.3)	121	(85.2)	205	(87.6)
薬局・薬店	10	(10.9)	9	(6.3)	19	(8.1)
友人・知人	0	(.0)	7	(4.9)	7	(3.0)
愛人・恋人	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)
その他	0	(.0)	3	(2.1)	3	(1.3)
飲んだが入手先不明	2	(2.2)	7	(4.9)	9	(3.8)
無回答	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)
合計	92	(100.0)	142	(100.0)	234	(100.0)

表31 精神安定薬の使用理由（過去1年間に精神安定薬を使った人）（複数回答）（%）

	男		女		全体	
不眠改善	45	(48.9)	66	(46.5)	111	(47.4)
不安解消	39	(42.4)	64	(45.1)	103	(44.0)
ストレス軽減	18	(19.6)	38	(26.8)	56	(23.9)
高血圧の治療	9	(9.8)	11	(7.7)	20	(8.5)
遊び・快感目的	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)
その他	12	(13.0)	22	(15.5)	34	(14.5)
使用目的不明	6	(6.5)	8	(5.6)	14	(6.0)
合計	92	(100.0)	142	(100.0)	234	(100.0)

表32 精神安定薬使用の実情・心情（%）

	男		女		全体	
必要がないので考えたことがない	1379	(88.8)	1363	(83.3)	2743	(86.0)
必要なときは心配せずに使っている	74	(4.8)	82	(5.0)	156	(4.9)
心配もあるがどちらかというと使う	50	(3.2)	108	(6.6)	158	(5.0)
心配だからどちらかというと使わない	14	(.9)	42	(2.6)	56	(1.8)
心配だからとにかく使わない	15	(1.0)	11	(.7)	26	(.8)
不明	12	(.8)	14	(.9)	26	(.8)
無回答	9	(.6)	17	(1.0)	26	(.8)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表33 1年間での睡眠薬の使用頻度（%）

	男		女		全体	
一度も飲んでいない	1467	(94.5)	1501	(91.7)	2969	(93.0)
1年間に数回（年5回以内）	25	(1.6)	57	(3.5)	82	(2.6)
2ヶ月に1回（年約6-11回）	3	(.2)	8	(.5)	11	(.3)
月に1-2回（年約12-24回）	9	(.6)	10	(.6)	19	(.6)
月に数回（年約25-51回）	3	(.2)	7	(.4)	10	(.3)
週に1-2回	5	(.3)	9	(.5)	14	(.4)
週に3-6回	3	(.2)	14	(.9)	17	(.5)
ほとんど毎日	33	(2.1)	23	(1.4)	56	(1.8)
飲んだが頻度不明	2	(.1)	2	(.1)	4	(.1)
無回答	3	(.2)	6	(.4)	9	(.3)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表34 睡眠薬の入手先（過去1年に睡眠薬を使用した人）（複数回答）（%）

	男		女		全体	
常備薬	2	(2.4)	2	(1.5)	4	(1.9)
家族	9	(10.8)	5	(3.8)	14	(6.6)
医院・病院	65	(78.3)	102	(78.5)	167	(78.4)
薬局・薬店	11	(13.3)	18	(13.8)	29	(13.6)
友人・知人	0	(.0)	3	(2.3)	3	(1.4)
愛人・恋人	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)
その他	0	(.0)	2	(1.5)	2	(.9)
入手先不明	1	(1.2)	2	(1.5)	3	(1.4)
無回答	0	(.0)	2	(1.5)	2	(.9)
合計	83	(100.0)	130	(100.0)	213	(100.0)

表35 睡眠薬の使用理由（過去1年に睡眠薬を使用した人）（複数回答）（%）

	男		女		全体	
不眠改善	75	(90.4)	103	(79.2)	178	(83.6)
不安解消	17	(20.5)	16	(12.3)	33	(15.5)
ストレス軽減	7	(8.4)	16	(12.3)	23	(10.8)
高血圧の治療	2	(2.4)	7	(5.4)	9	(4.2)
遊び・快感目的	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)
その他	4	(4.8)	11	(8.5)	15	(7.0)
使用目的不明	0	(.0)	3	(2.3)	3	(1.4)
合計	83	(100.0)	130	(100.0)	213	(100.0)

表36 睡眠薬使用の実情・心情（%）

	男		女		全体	
必要がないので考えたことがない	1385	(89.2)	1374	(83.9)	2760	(86.5)
必要なときは心配せずに使っている	71	(4.6)	86	(5.3)	157	(4.9)
心配もあるがどちらかといえば使う	49	(3.2)	102	(6.2)	151	(4.7)
心配だからどちらかというと使わない	19	(1.2)	35	(2.1)	54	(1.7)
心配だからとにかく使わない	15	(1.0)	24	(1.5)	39	(1.2)
不明	3	(.2)	2	(.1)	5	(.2)
無回答	11	(.7)	14	(.9)	25	(.8)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表37 聞いたことのある薬物名（複数回答）（%）

	男		女		全体	
有機溶剤	515	(33.2)	226	(13.8)	741	(23.2)
シンナー	1330	(85.6)	1378	(84.2)	2709	(84.9)
トルエン	854	(55.0)	491	(30.0)	1345	(42.1)
大麻	1471	(94.7)	1536	(93.8)	3008	(94.3)
マリファナ	1321	(85.1)	1319	(80.6)	2641	(82.8)
ハシッシ	369	(23.8)	201	(12.3)	570	(17.9)
覚せい剤	1437	(92.5)	1492	(91.1)	2930	(91.8)
ヒロポン	887	(57.1)	613	(37.4)	1500	(47.0)
シャブ	1242	(80.0)	1177	(71.9)	2419	(75.8)
スピード	853	(54.9)	705	(43.1)	1558	(48.8)
エス	332	(21.4)	247	(15.1)	579	(18.1)
麻薬	1382	(89.0)	1429	(87.3)	2812	(88.1)
モルヒネ	1288	(82.9)	1346	(82.2)	2634	(82.5)
ヘロイン	1198	(77.1)	1132	(69.2)	2331	(73.0)
コカイン	1371	(88.3)	1402	(85.6)	2774	(86.9)
クラック	377	(24.3)	129	(7.9)	506	(15.9)
LSD	1010	(65.0)	732	(44.7)	1742	(54.6)
アシッド	126	(8.1)	35	(2.1)	161	(5.0)
MDMA	808	(52.0)	732	(44.7)	1540	(48.3)
エックス	167	(10.8)	103	(6.3)	270	(8.5)
エクスタシー	827	(53.3)	805	(49.2)	1632	(51.1)
マジック・マッシュルーム	670	(43.1)	563	(34.4)	1233	(38.6)
すべて知らない	34	(2.2)	45	(2.7)	79	(2.5)
無回答	26	(1.7)	44	(2.7)	70	(2.2)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

左端のカッコは同じものであることを意味している。

表38 薬物乱用を繰り返すと依存状態になることを知っているか？（%）

	男		女		全体	
知っている	1502	(96.7)	1592	(97.3)	3095	(97.0)
知らない	36	(2.3)	36	(2.2)	72	(2.3)
無回答	15	(1.0)	9	(.5)	24	(.8)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表39 「シンナー遊び」で死亡すること（急性中毒死）があることを知っているか？（%）

	男		女		全体	
知っている	1264	(81.4)	1239	(75.7)	2504	(78.5)
知らない	286	(18.4)	392	(23.9)	678	(21.2)
無回答	3	(.2)	6	(.4)	9	(.3)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表40 「シンナー遊び」で幻視・幻聴・妄想などの精神病状態になることがあることを知っているか？(%)

	男		女		全体	
知っている	1389	(89.4)	1429	(87.3)	2819	(88.3)
知らない	157	(10.1)	201	(12.3)	358	(11.2)
無回答	7	(.5)	7	(.4)	14	(.4)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表41 「シンナー遊び」でフラッシュバック現象があることを知っているか？ (%)

	男		女		全体	
知っている	1089	(70.1)	1107	(67.6)	2197	(68.8)
知らない	454	(29.2)	519	(31.7)	973	(30.5)
無回答	10	(.6)	11	(.7)	21	(.7)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表42 「シンナー遊び」で無動機症候群になることがあることを知っているか？ (%)

	男		女		全体	
知っている	1034	(66.6)	1032	(63.0)	2067	(64.8)
知らない	509	(32.8)	587	(35.9)	1096	(34.3)
無回答	10	(.6)	18	(1.1)	28	(.9)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表43 身近な人で「シンナー遊び」をこれまでに行ったことのある人を知っているか？ (%)

	男		女		全体	
知らない	1214	(78.2)	1395	(85.2)	2610	(81.8)
知っている	335	(21.6)	238	(14.5)	573	(18.0)
無回答	4	(.3)	4	(.2)	8	(.3)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表44 身近な人で「シンナー遊び」をこれまでに行ったことのある人を知っているか？

(年齢群別) (%)

	「シンナー遊び」をした人						合計	
	知らない		知っている		無回答		度数	列 %
15-19歳	203	(7.8)	7	(1.2)	1	(12.5)	211	(6.6)
20-24歳	177	(6.8)	27	(4.7)	0	(.0)	204	(6.4)
25-29歳	203	(7.8)	43	(7.5)	0	(.0)	246	(7.7)
30-34歳	237	(9.1)	79	(13.8)	2	(25.0)	318	(10.0)
35-39歳	283	(10.8)	95	(16.6)	1	(12.5)	379	(11.9)
40-44歳	242	(9.3)	91	(15.9)	1	(12.5)	334	(10.5)
45-49歳	239	(9.2)	73	(12.7)	0	(.0)	312	(9.8)
50-54歳	263	(10.1)	68	(11.9)	0	(.0)	331	(10.4)
55-59歳	341	(13.1)	49	(8.6)	2	(25.0)	392	(12.3)
60-64歳	422	(16.2)	41	(7.2)	1	(12.5)	464	(14.5)
合計	2610	(100.0)	573	(100.0)	8	(100.0)	3191	(100.0)

表45 身近な人で、「シンナー遊び」をこれまでに行ったことのある人を何人知っているか？
（「シンナー遊び」をこれまでに行ったことのある人を知っている者のみ）(%)

	男		女		全体	
1人	58	(17.3)	60	(25.2)	118	(20.6)
2人	60	(17.9)	57	(23.9)	117	(20.4)
3人	60	(17.9)	42	(17.6)	102	(17.8)
4人	15	(4.5)	16	(6.7)	31	(5.4)
5人	52	(15.5)	22	(9.2)	74	(12.9)
6人	6	(1.8)	7	(2.9)	13	(2.3)
7人	2	(.6)	0	(.0)	2	(.3)
8人	5	(1.5)	0	(.0)	5	(.9)
10人	37	(11.0)	19	(8.0)	56	(9.8)
12人	1	(.3)	0	(.0)	1	(.2)
15人	0	(.0)	2	(.8)	2	(.3)
20人	9	(2.7)	2	(.8)	11	(1.9)
25人	0	(.0)	1	(.4)	1	(.2)
30人	3	(.9)	3	(1.3)	6	(1.0)
35人	0	(.0)	1	(.4)	1	(.2)
45人	1	(.3)	0	(.0)	1	(.2)
50人	2	(.6)	1	(.4)	3	(.5)
100人	2	(.6)	0	(.0)	2	(.3)
無回答	22	(6.6)	5	(2.1)	27	(4.7)
合計	335	(100.0)	238	(100.0)	573	(100.0)
平均±SD	5.63±9.83		4.19±5.81		5.01±8.38	
	n=314		n=233		n=547	

表46 身近な人で、この1年間に「シンナー遊び」を行ったことのある人を知っているか？ (%)

	男		女		全体	
知らない	1521	(97.9)	1616	(98.7)	3138	(98.3)
知っている	27	(1.7)	16	(1.0)	43	(1.3)
無回答	5	(.3)	5	(.3)	10	(.3)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表47 身近な人で、この1年間に「シンナー遊び」を行ったことのある人を知っているか？

(年齢群別) (%)

	過去1年「シンナー遊び」をした人						合計	
	知らない		知っている		無回答		度数	列 %
15-19歳	204	(6.5)	5	(11.6)	2	(20.0)	211	(6.6)
20-24歳	202	(6.4)	2	(4.7)	0	(.0)	204	(6.4)
25-29歳	243	(7.7)	3	(7.0)	0	(.0)	246	(7.7)
30-34歳	311	(9.9)	7	(16.3)	0	(.0)	318	(10.0)
35-39歳	375	(12.0)	3	(7.0)	1	(10.0)	379	(11.9)
40-44歳	327	(10.4)	5	(11.6)	2	(20.0)	334	(10.5)
45-49歳	308	(9.8)	4	(9.3)	0	(.0)	312	(9.8)
50-54歳	327	(10.4)	4	(9.3)	0	(.0)	331	(10.4)
55-59歳	387	(12.3)	2	(4.7)	3	(30.0)	392	(12.3)
60-64歳	454	(14.5)	8	(18.6)	2	(20.0)	464	(14.5)
合計	3138	(100.0)	43	(100.0)	10	(100.0)	3191	(100.0)

表48 身近な人で、この1年間に「シンナー遊び」を行ったことのある人を何人知っているか？

(過去1年使用者を知っている人のみ) (%)

	男		女		全体	
1人	8	(29.6)	6	(37.5)	14	(32.6)
2人	3	(11.1)	4	(25.0)	7	(16.3)
3人	5	(18.5)	2	(12.5)	7	(16.3)
4人	2	(7.4)	0	(.0)	2	(4.7)
5人	2	(7.4)	0	(.0)	2	(4.7)
6人	0	(.0)	1	(6.3)	1	(2.3)
7人	1	(3.7)	0	(.0)	1	(2.3)
8人	1	(3.7)	0	(.0)	1	(2.3)
10人	2	(7.4)	0	(.0)	2	(4.7)
20人	1	(3.7)	0	(.0)	1	(2.3)
25人	0	(.0)	1	(6.3)	1	(2.3)
100人	1	(3.7)	0	(.0)	1	(2.3)
無回答	1	(3.7)	2	(12.5)	3	(7.0)
合計	27	(100.0)	16	(100.0)	43	(100.0)
平均±SD	7.77±19.28		3.64±6.30		6.33±15.98	
	n=26		n=14		n=40	

表49 これまでに「シンナー遊び」に誘われたことがあるか？（生涯被誘惑経験）（%）

	男		女		全体	
ない	1467	(94.5)	1600	(97.7)	3068	(96.1)
1年より前にのみあった	82	(5.3)	32	(2.0)	114	(3.6)
1年より前にも、この1年間にもあった	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)
この1年間にのみあった	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)
無回答	4	(.3)	5	(.3)	9	(.3)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表50「シンナー遊び」生涯被誘惑経験（年齢群別）（%）

	「シンナー遊び」に誘われた経験								合計	
	ない		1年より前にのみあった		1年より前にも、この1年間にもあった		この1年間にのみあった		度数	列 %
15-19歳	211	(6.9)	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)	211	(6.6)
20-24歳	197	(6.4)	7	(6.1)	0	(.0)	0	(.0)	204	(6.4)
25-29歳	231	(7.5)	12	(10.5)	0	(.0)	0	(.0)	246	(7.7)
30-34歳	293	(9.6)	25	(21.9)	0	(.0)	0	(.0)	318	(10.0)
35-39歳	357	(11.6)	22	(19.3)	0	(.0)	0	(.0)	379	(11.9)
40-44歳	312	(10.2)	21	(18.4)	0	(.0)	0	(.0)	334	(10.5)
45-49歳	304	(9.9)	8	(7.0)	0	(.0)	0	(.0)	312	(9.8)
50-54歳	321	(10.5)	10	(8.8)	0	(.0)	0	(.0)	331	(10.4)
55-59歳	383	(12.5)	5	(4.4)	0	(.0)	0	(.0)	392	(12.3)
60-64歳	459	(15.0)	4	(3.5)	0	(.0)	0	(.0)	464	(14.5)
合計	3068	(100.0)	114	(100.0)	0	(.0)	0	(.0)	3191	(100.0)

表51「シンナー遊び」生涯被誘惑経験（年齢群別）（%）

	「シンナー遊び」に誘われた経験								合計	
	ない		1年より前にのみあった		1年より前にも、この1年間にもあった		この1年間にのみあった		度数	行 %
15-19歳	211	(100.0)	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)	211	(100.0)
20-24歳	197	(96.6)	7	(3.4)	0	(.0)	0	(.0)	204	(100.0)
25-29歳	231	(93.9)	12	(4.9)	0	(.0)	0	(.0)	246	(100.0)
30-34歳	293	(92.1)	25	(7.9)	0	(.0)	0	(.0)	318	(100.0)
35-39歳	357	(94.2)	22	(5.8)	0	(.0)	0	(.0)	379	(100.0)
40-44歳	312	(93.4)	21	(6.3)	0	(.0)	0	(.0)	334	(100.0)
45-49歳	304	(97.4)	8	(2.6)	0	(.0)	0	(.0)	312	(100.0)
50-54歳	321	(97.0)	10	(3.0)	0	(.0)	0	(.0)	331	(100.0)
55-59歳	383	(97.7)	5	(1.3)	0	(.0)	0	(.0)	392	(100.0)
60-64歳	459	(98.9)	4	(.9)	0	(.0)	0	(.0)	464	(100.0)
合計	3068	(96.1)	114	(3.6)	0	(.0)	0	(.0)	3191	(100.0)

表52 これまでに「シンナー遊び」を1回でも行ったことのある経験（生涯経験）（%）

	男		女		全体	
ない	1506	(97.0)	1621	(99.0)	3128	(98.0)
1年より前にのみあった	44	(2.8)	12	(.7)	56	(1.8)
1年より前にも、この1年間にもあった	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)
この1年間にのみあった	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)
無回答	3	(.2)	4	(.2)	7	(.2)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表53 これまでに「シンナー遊び」を1回でも行ったことのある経験（年齢群別）（%）

	「シンナー遊び」経験						合計	
	ない		1年より前にのみあった		無回答		度数	列 %
15-19歳	211	(6.7)	0	(.0)	0	(.0)	211	(6.6)
20-24歳	203	(6.5)	1	(1.8)	0	(.0)	204	(6.4)
25-29歳	239	(7.6)	5	(8.9)	2	(28.6)	246	(7.7)
30-34歳	310	(9.9)	8	(14.3)	0	(.0)	318	(10.0)
35-39歳	364	(11.6)	15	(26.8)	0	(.0)	379	(11.9)
40-44歳	322	(10.3)	11	(19.6)	1	(14.3)	334	(10.5)
45-49歳	306	(9.8)	6	(10.7)	0	(.0)	312	(9.8)
50-54歳	327	(10.5)	3	(5.4)	1	(14.3)	331	(10.4)
55-59歳	386	(12.3)	3	(5.4)	3	(42.9)	392	(12.3)
60-64歳	460	(14.7)	4	(7.1)	0	(.0)	464	(14.5)
合計	3128	(100.0)	56	(100.0)	7	(100.0)	3191	(100.0)

表54 これまでに「シンナー遊び」を1回でも行ったことのある経験（年齢群別）（%）

	「シンナー遊び」経験						合計	
	ない		1年より前にのみあった		無回答		度数	行 %
15-19歳	211	(100.0)	0	(.0)	0	(.0)	211	(100.0)
20-24歳	203	(99.5)	1	(.5)	0	(.0)	204	(100.0)
25-29歳	239	(97.2)	5	(2.0)	2	(.8)	246	(100.0)
30-34歳	310	(97.5)	8	(2.5)	0	(.0)	318	(100.0)
35-39歳	364	(96.0)	15	(4.0)	0	(.0)	379	(100.0)
40-44歳	322	(96.4)	11	(3.3)	1	(.3)	334	(100.0)
45-49歳	306	(98.1)	6	(1.9)	0	(.0)	312	(100.0)
50-54歳	327	(98.8)	3	(.9)	1	(.3)	331	(100.0)
55-59歳	386	(98.5)	3	(.8)	3	(.8)	392	(100.0)
60-64歳	460	(99.1)	4	(.9)	0	(.0)	464	(100.0)
合計	3128	(98.0)	56	(1.8)	7	(.2)	3191	(100.0)

表55 大麻を吸っている人の人数の印象 (%)

	男		女		全体	
以前より増えている	860	(55.4)	992	(60.6)	1853	(58.1)
変わらない	74	(4.8)	29	(1.8)	103	(3.2)
以前より減っている	6	(.4)	0	(.0)	6	(.2)
わからない	603	(38.8)	606	(37.0)	1209	(37.9)
無回答	10	(.6)	10	(.6)	20	(.6)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表56 大麻の吸引により精神病状態・フラッシュバック・無動機症候群になることがあることを知っているか？(%)

	男		女		全体	
知っている	1103	(71.0)	1184	(72.3)	2287	(71.7)
知らない	441	(28.4)	438	(26.8)	880	(27.6)
無回答	9	(.6)	15	(.9)	24	(.8)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表57 大麻をこれまでに吸ったことのある人を知っているか？ (%)

	男		女		全体	
知らない	1423	(91.6)	1561	(95.4)	2985	(93.5)
知っている	119	(7.7)	67	(4.1)	186	(5.8)
無回答	11	(.7)	9	(.5)	20	(.6)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表58 大麻をこれまでに吸ったことのある人を知っているか？（年齢群別）(%)

	大麻を吸った人						合計	
	知らない		知っている		無回答		度数	列 %
15-19歳	208	(7.0)	2	(1.1)	1	(5.0)	211	(6.6)
20-24歳	180	(6.0)	23	(12.4)	1	(5.0)	204	(6.4)
25-29歳	217	(7.3)	26	(14.0)	3	(15.0)	246	(7.7)
30-34歳	276	(9.2)	41	(22.0)	1	(5.0)	318	(10.0)
35-39歳	355	(11.9)	23	(12.4)	1	(5.0)	379	(11.9)
40-44歳	309	(10.4)	23	(12.4)	2	(10.0)	334	(10.5)
45-49歳	295	(9.9)	16	(8.6)	1	(5.0)	312	(9.8)
50-54歳	316	(10.6)	15	(8.1)	0	(.0)	331	(10.4)
55-59歳	376	(12.6)	10	(5.4)	6	(30.0)	392	(12.3)
60-64歳	453	(15.2)	7	(3.8)	4	(20.0)	464	(14.5)
合計	2985	(100.0)	186	(100.0)	20	(100.0)	3191	(100.0)

表59 大麻をこれまでに吸ったことのある人を知っているか？（年齢群別）(%)

	大麻を吸った人						合計	
	知らない		知っている		無回答		度数	行%
15-19歳	208	(98.6)	2	(.9)	1	(.5)	211	(100.0)
20-24歳	180	(88.2)	23	(11.3)	1	(.5)	204	(100.0)
25-29歳	217	(88.2)	26	(10.6)	3	(1.2)	246	(100.0)
30-34歳	276	(86.8)	41	(12.9)	1	(.3)	318	(100.0)
35-39歳	355	(93.7)	23	(6.1)	1	(.3)	379	(100.0)
40-44歳	309	(92.5)	23	(6.9)	2	(.6)	334	(100.0)
45-49歳	295	(94.6)	16	(5.1)	1	(.3)	312	(100.0)
50-54歳	316	(95.5)	15	(4.5)	0	(.0)	331	(100.0)
55-59歳	376	(95.9)	10	(2.6)	6	(1.5)	392	(100.0)
60-64歳	453	(97.6)	7	(1.5)	4	(.9)	464	(100.0)
合計	2985	(93.5)	186	(5.8)	20	(.6)	3191	(100.0)

表60 大麻をこれまでに吸ったことのある人を何人知っているか？ (%)

	男		女		全体	
1人	28	(23.5)	28	(41.8)	56	(30.1)
2人	20	(16.8)	9	(13.4)	29	(15.6)
3人	20	(16.8)	9	(13.4)	29	(15.6)
4人	8	(6.7)	2	(3.0)	10	(5.4)
5人	14	(11.8)	8	(11.9)	22	(11.8)
6人	2	(1.7)	0	(.0)	2	(1.1)
8人	1	(.8)	1	(1.5)	2	(1.1)
10人	10	(8.4)	4	(6.0)	14	(7.5)
15人	1	(.8)	1	(1.5)	2	(1.1)
20人	3	(2.5)	1	(1.5)	4	(2.2)
30人	2	(1.7)	2	(3.0)	4	(2.2)
100人	1	(.8)	0	(.0)	1	(.5)
無回答	9	(7.6)	2	(3.0)	11	(5.9)
合計	119	(100.0)	67	(100.0)	186	(100.0)
平均±SD	5.32±10.50		4.06±5.86		4.85±9.06	
	n=110		n=65		n=175	

表61 大麻をこの1年間に吸った人を知っているか？ (%)

	男		女		全体	
知らない	1520	(97.9)	1623	(99.1)	3144	(98.5)
知っている	26	(1.7)	8	(.5)	34	(1.1)
無回答	7	(.5)	6	(.4)	13	(.4)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表62 大麻をこの1年間に吸った人を知っているか？（年齢群別）（%）

	過去1年大麻を吸った人						合計	
	知らない		知っている		無回答		度数	列%
15-19歳	208	(6.6)	2	(5.9)	1	(7.7)	211	(6.6)
20-24歳	198	(6.3)	6	(17.6)	0	(.0)	204	(6.4)
25-29歳	236	(7.5)	8	(23.5)	2	(15.4)	246	(7.7)
30-34歳	314	(10.0)	4	(11.8)	0	(.0)	318	(10.0)
35-39歳	373	(11.9)	4	(11.8)	2	(15.4)	379	(11.9)
40-44歳	329	(10.5)	4	(11.8)	1	(7.7)	334	(10.5)
45-49歳	310	(9.9)	2	(5.9)	0	(.0)	312	(9.8)
50-54歳	328	(10.4)	3	(8.8)	0	(.0)	331	(10.4)
55-59歳	386	(12.3)	1	(2.9)	5	(38.5)	392	(12.3)
60-64歳	462	(14.7)	0	(.0)	2	(15.4)	464	(14.5)
合計	3144	(100.0)	34	(100.0)	13	(100.0)	3191	(100.0)

表63 大麻をこの1年間に吸った人を知っているか？（年齢群別）（%）

	過去1年大麻を吸った人						合計	
	知らない		知っている		無回答		度数	行%
15-19歳	208	(98.6)	2	(.9)	1	(.5)	211	(100.0)
20-24歳	198	(97.1)	6	(2.9)	0	(.0)	204	(100.0)
25-29歳	236	(95.9)	8	(3.3)	2	(.8)	246	(100.0)
30-34歳	314	(98.7)	4	(1.3)	0	(.0)	318	(100.0)
35-39歳	373	(98.4)	4	(1.1)	2	(.5)	379	(100.0)
40-44歳	329	(98.5)	4	(1.2)	1	(.3)	334	(100.0)
45-49歳	310	(99.4)	2	(.6)	0	(.0)	312	(100.0)
50-54歳	328	(99.1)	3	(.9)	0	(.0)	331	(100.0)
55-59歳	386	(98.5)	1	(.3)	5	(1.3)	392	(100.0)
60-64歳	462	(99.6)	0	(.0)	2	(.4)	464	(100.0)
合計	3144	(98.5)	34	(1.1)	13	(.4)	3191	(100.0)

表64 大麻をこの1年間に使用した人を何人知っているか？（%）

	男		女		全体	
1人	8	(30.8)	3	(37.5)	11	(32.4)
2人	7	(26.9)	1	(12.5)	8	(23.5)
3人	2	(7.7)	0	(.0)	2	(5.9)
4人	0	(.0)	2	(25.0)	2	(5.9)
5人	1	(3.8)	1	(12.5)	2	(5.9)
6人	1	(3.8)	0	(.0)	1	(2.9)
10人	4	(15.4)	1	(12.5)	5	(14.7)
無回答	3	(11.5)	0	(.0)	3	(8.8)
合計	26	(100.0)	8	(100.0)	34	(100.0)
平均±SD	3.43±3.33 n=23		3.50±3.07 n=8		3.45±3.21 n=31	

表65 これまでに大麻使用に誘われた経験(生涯被誘惑経験) (%)

	男		女		全体	
ない	1490	(95.9)	1609	(98.3)	3100	(97.1)
1年より前にのみあった	54	(3.5)	24	(1.5)	78	(2.4)
1年より前にも、この1年にもあった	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)
この1年間にのみあった	3	(.2)	1	(.1)	4	(.1)
無回答	6	(.4)	3	(.2)	9	(.3)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表66 大麻の生涯被誘惑経験 (年齢群別) (%)

	大麻使用に誘われた経験								合計	
	ない		1年より前にのみあった		この1年間にのみあった		無回答		度数	列 %
15-19歳	210	(6.8)	1	(1.3)	0	(.0)	0	(.0)	211	(6.6)
20-24歳	196	(6.3)	7	(9.0)	1	(25.0)	0	(.0)	204	(6.4)
25-29歳	232	(7.5)	10	(12.8)	1	(25.0)	3	(33.3)	246	(7.7)
30-34歳	296	(9.5)	20	(25.6)	2	(50.0)	0	(.0)	318	(10.0)
35-39歳	364	(11.7)	14	(17.9)	0	(.0)	1	(11.1)	379	(11.9)
40-44歳	322	(10.4)	11	(14.1)	0	(.0)	1	(11.1)	334	(10.5)
45-49歳	305	(9.8)	7	(9.0)	0	(.0)	0	(.0)	312	(9.8)
50-54歳	328	(10.6)	3	(3.8)	0	(.0)	0	(.0)	331	(10.4)
55-59歳	385	(12.4)	3	(3.8)	0	(.0)	4	(44.4)	392	(12.3)
60-64歳	462	(14.9)	2	(2.6)	0	(.0)	0	(.0)	464	(14.5)
合計	3100	(100.0)	78	(100.0)	4	(100.0)	9	(100.0)	3191	(100.0)

表67 大麻の生涯被誘惑経験 (年齢群別) (%)

	大麻使用に誘われた経験								合計	
	ない		1年より前にのみあった		この1年間にのみあった		無回答		度数	行 %
15-19歳	210	(99.5)	1	(.5)	0	(.0)	0	(.0)	211	(100.0)
20-24歳	196	(96.1)	7	(3.4)	1	(.5)	0	(.0)	204	(100.0)
25-29歳	232	(94.3)	10	(4.1)	1	(.4)	3	(1.2)	246	(100.0)
30-34歳	296	(93.1)	20	(6.3)	2	(.6)	0	(.0)	318	(100.0)
35-39歳	364	(96.0)	14	(3.7)	0	(.0)	1	(.3)	379	(100.0)
40-44歳	322	(96.4)	11	(3.3)	0	(.0)	1	(.3)	334	(100.0)
45-49歳	305	(97.8)	7	(2.2)	0	(.0)	0	(.0)	312	(100.0)
50-54歳	328	(99.1)	3	(.9)	0	(.0)	0	(.0)	331	(100.0)
55-59歳	385	(98.2)	3	(.8)	0	(.0)	4	(1.0)	392	(100.0)
60-64歳	462	(99.6)	2	(.4)	0	(.0)	0	(.0)	464	(100.0)
合計	3100	(97.1)	78	(2.4)	4	(.1)	9	(.3)	3191	(100.0)

表68 これまでに大麻を使用した経験（大麻生涯経験率）（%）

	男		女		全体	
ない	1512	(97.4)	1624	(99.2)	3137	(98.3)
1年より前にのみあった	34	(2.2)	9	(.5)	43	(1.3)
1年より前にも、この1年にもあった	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)
この1年間にのみあった	1	(.1)	0	(.0)	1	(.0)
無回答	6	(.4)	4	(.2)	10	(.3)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表69 これまでの大麻の使用経験（年齢群別）（%）

	大麻使用経験								合計	
	ない		1年より前にのみあった		この1年間にのみあった		無回答		度数	列 %
15-19歳	210	(6.7)	1	(2.3)	0	(.0)	0	(.0)	211	(6.6)
20-24歳	201	(6.4)	2	(4.7)	0	(.0)	1	(10.0)	204	(6.4)
25-29歳	239	(7.6)	5	(11.6)	0	(.0)	2	(20.0)	246	(7.7)
30-34歳	309	(9.9)	8	(18.6)	1	(100.0)	0	(.0)	318	(10.0)
35-39歳	369	(11.8)	9	(20.9)	0	(.0)	1	(10.0)	379	(11.9)
40-44歳	326	(10.4)	7	(16.3)	0	(.0)	1	(10.0)	334	(10.5)
45-49歳	309	(9.9)	3	(7.0)	0	(.0)	0	(.0)	312	(9.8)
50-54歳	328	(10.5)	3	(7.0)	0	(.0)	0	(.0)	331	(10.4)
55-59歳	384	(12.2)	3	(7.0)	0	(.0)	5	(50.0)	392	(12.3)
60-64歳	462	(14.7)	2	(4.7)	0	(.0)	0	(.0)	464	(14.5)
合計	3137	(100.0)	43	(100.0)	1	(100.0)	10	(100.0)	3191	(100.0)

表70 これまでの大麻の使用経験（年齢群別）（%）

	大麻使用経験								合計	
	ない		1年より前にのみあった		この1年間にのみあった		無回答		度数	行%
15-19歳	210	(99.5)	1	(.5)	0	(.0)	0	(.0)	211	(100.0)
20-24歳	201	(98.5)	2	(1.0)	0	(.0)	1	(.5)	204	(100.0)
25-29歳	239	(97.2)	5	(2.0)	0	(.0)	2	(.8)	246	(100.0)
30-34歳	309	(97.2)	8	(2.5)	1	(.3)	0	(.0)	318	(100.0)
35-39歳	369	(97.4)	9	(2.4)	0	(.0)	1	(.3)	379	(100.0)
40-44歳	326	(97.6)	7	(2.1)	0	(.0)	1	(.3)	334	(100.0)
45-49歳	309	(99.0)	3	(1.0)	0	(.0)	0	(.0)	312	(100.0)
50-54歳	328	(99.1)	3	(.9)	0	(.0)	0	(.0)	331	(100.0)
55-59歳	384	(98.0)	3	(.8)	0	(.0)	5	(1.3)	392	(100.0)
60-64歳	462	(99.6)	2	(.4)	0	(.0)	0	(.0)	464	(100.0)
合計	3137	(98.3)	43	(1.3)	1	(.0)	10	(.3)	3191	(100.0)

表71 覚せい剤を使っている人の人数の印象 (%)

	男		女		全体	
以前より増えている	851	(54.8)	1041	(63.6)	1893	(59.3)
変わらない	74	(4.8)	41	(2.5)	115	(3.6)
以前より減っている	13	(.8)	1	(.1)	14	(.4)
わからない	606	(39.0)	546	(33.4)	1152	(36.1)
無回答	9	(.6)	8	(.5)	17	(.5)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表72 覚せい剤使用により精神病状態になりやすく、フラッシュバック現象があることを知っているか? (%)

	男		女		全体	
知っている	1266	(81.5)	1327	(81.1)	2593	(81.3)
知らない	277	(17.8)	296	(18.1)	574	(18.0)
無回答	10	(.6)	14	(.9)	24	(.8)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表73 身近な人で、覚せい剤をこれまでに使用したことのある人を知っているか? (%)

	男		女		全体	
知らない	1459	(93.9)	1546	(94.4)	3006	(94.2)
知っている	87	(5.6)	84	(5.1)	171	(5.4)
無回答	7	(.5)	7	(.4)	14	(.4)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表74 身近な人で、覚せい剤をこれまでに使用したことのある人を知っているか? (年齢群別) (%)

	覚せい剤を使った人						合計	
	知らない		知っている		無回答		度数	列 %
15-19歳	208	(6.9)	1	(.6)	2	(14.3)	211	(6.6)
20-24歳	194	(6.5)	10	(5.8)	0	(.0)	204	(6.4)
25-29歳	225	(7.5)	18	(10.5)	3	(21.4)	246	(7.7)
30-34歳	287	(9.5)	31	(18.1)	0	(.0)	318	(10.0)
35-39歳	353	(11.7)	25	(14.6)	1	(7.1)	379	(11.9)
40-44歳	311	(10.3)	21	(12.3)	2	(14.3)	334	(10.5)
45-49歳	293	(9.7)	19	(11.1)	0	(.0)	312	(9.8)
50-54歳	317	(10.5)	14	(8.2)	0	(.0)	331	(10.4)
55-59歳	374	(12.4)	14	(8.2)	4	(28.6)	392	(12.3)
60-64歳	444	(14.8)	18	(10.5)	2	(14.3)	464	(14.5)
合計	3006	(100.0)	171	(100.0)	14	(100.0)	3191	(100.0)

表75 身近な人で、覚せい剤をこれまでに使用したことがある人を何人知っているか？ (%)

	男		女		全体	
1人	25	(28.7)	34	(40.5)	59	(34.5)
2人	18	(20.7)	24	(28.6)	42	(24.6)
3人	15	(17.2)	6	(7.1)	21	(12.3)
4人	3	(3.4)	2	(2.4)	5	(2.9)
5人	6	(6.9)	6	(7.1)	12	(7.0)
6人	2	(2.3)	3	(3.6)	5	(2.9)
7人	1	(1.1)	0	(.0)	1	(.6)
10人	5	(5.7)	3	(3.6)	8	(4.7)
13人	0	(.0)	1	(1.2)	1	(.6)
30人	1	(1.1)	1	(1.2)	2	(1.2)
45人	0	(.0)	1	(1.2)	1	(.6)
50人	2	(2.3)	0	(.0)	2	(1.2)
100人	1	(1.1)	0	(.0)	1	(.6)
無回答	8	(9.2)	3	(3.6)	11	(6.4)
合計	87	(100.0)	84	(100.0)	171	(100.0)
平均±SD	5.60±13.52		3.38±6.06		4.85±9.06	
	n=80		n=65		n=175	

表76 身近な人で、覚せい剤をこの1年間に使った人を知っているか？ (%)

	男		女		全体	
知らない	1528	(98.4)	1615	(98.7)	3144	(98.5)
知っている	16	(1.0)	12	(.7)	28	(.9)
無回答	9	(.6)	10	(.6)	19	(.6)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表77 身近な人で、覚せい剤をこの一年間に使用したことのある人を知っているか？ (年齢群別) (%)

	過去1年覚せい剤を使った人						合計	
	知らない		知っている		無回答		度数	列 %
15-19歳	208	(6.6)	1	(3.6)	2	(10.5)	211	(6.6)
20-24歳	199	(6.3)	5	(17.9)	0	(.0)	204	(6.4)
25-29歳	240	(7.6)	4	(14.3)	2	(10.5)	246	(7.7)
30-34歳	316	(10.1)	2	(7.1)	0	(.0)	318	(10.0)
35-39歳	377	(12.0)	1	(3.6)	1	(5.3)	379	(11.9)
40-44歳	329	(10.5)	4	(14.3)	1	(5.3)	334	(10.5)
45-49歳	308	(9.8)	3	(10.7)	1	(5.3)	312	(9.8)
50-54歳	328	(10.4)	2	(7.1)	1	(5.3)	331	(10.4)
55-59歳	383	(12.2)	2	(7.1)	7	(36.8)	392	(12.3)
60-64歳	456	(14.5)	4	(14.3)	4	(21.1)	464	(14.5)
合計	3144	(100.0)	28	(100.0)	19	(100.0)	3191	(100.0)

表78 身近な人で、覚せい剤をこの1年間に使った人を何人知っているか？ (%)

	男		女		全体	
1人	4	(25.0)	5	(41.7)	9	(32.1)
2人	1	(6.3)	3	(25.0)	4	(14.3)
3人	6	(37.5)	0	(.0)	6	(21.4)
4人	0	(.0)	1	(8.3)	1	(3.6)
5人	1	(6.3)	1	(8.3)	2	(7.1)
6人	0	(.0)	1	(8.3)	1	(3.6)
10人	1	(6.3)	0	(.0)	1	(3.6)
20人	0	(.0)	1	(8.3)	1	(3.6)
無回答	3	(18.8)	0	(.0)	3	(10.7)
合計	16	(100.0)	12	(100.0)	28	(100.0)
平均±SD	3.00±2.42 n=13		3.83±5.37 n=12		3.40±4.04 n=25	

表79 覚せい剤使用にこれまでに誘われた経験（覚せい剤生涯被誘惑経験）(%)

	男		女		全体	
ない	1523	(98.1)	1609	(98.3)	3133	(98.2)
1年より前にのみあった	21	(1.4)	17	(1.0)	38	(1.2)
1年より前にも、この1年にもあった	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)
この1年間にのみあった	1	(.1)	0	(.0)	1	(.0)
無回答	8	(.5)	11	(.7)	19	(.6)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表80 覚せい剤使用にこれまでに誘われた経験（覚せい剤生涯被誘惑経験）（年齢群別）(%)

	覚せい剤使用に誘われた経験								合計	
	ない		1年より前にのみあった		この1年間にのみあった		無回答		度数	列 %
15-19歳	209	(6.7)	0	(.0)	0	(.0)	2	(10.5)	211	(6.6)
20-24歳	202	(6.4)	1	(2.6)	0	(.0)	1	(5.3)	204	(6.4)
25-29歳	237	(7.6)	6	(15.8)	1	(100.0)	2	(10.5)	246	(7.7)
30-34歳	310	(9.9)	8	(21.1)	0	(.0)	0	(.0)	318	(10.0)
35-39歳	370	(11.8)	7	(18.4)	0	(.0)	2	(10.5)	379	(11.9)
40-44歳	328	(10.5)	5	(13.2)	0	(.0)	1	(5.3)	334	(10.5)
45-49歳	307	(9.8)	3	(7.9)	0	(.0)	2	(10.5)	312	(9.8)
50-54歳	329	(10.5)	2	(5.3)	0	(.0)	0	(.0)	331	(10.4)
55-59歳	386	(12.3)	2	(5.3)	0	(.0)	4	(21.1)	392	(12.3)
60-64歳	455	(14.5)	4	(10.5)	0	(.0)	5	(26.3)	464	(14.5)
合計	3133	(100.0)	38	(100.0)	1	(100.0)	19	(100.0)	3191	(100.0)

表81 覚せい剤使用にこれまでに誘われた経験（覚せい剤生涯被誘惑経験）（年齢群別）（%）

	覚せい剤使用に誘われた経験								合計	
	ない		1年より前にのみあった		この1年間にのみあった		無回答		度数	行 %
15-19歳	209	(99.1)	0	(.0)	0	(.0)	2	(.9)	211	(100.0)
20-24歳	202	(99.0)	1	(.5)	0	(.0)	1	(.5)	204	(100.0)
25-29歳	237	(96.3)	6	(2.4)	1	(.4)	2	(.8)	246	(100.0)
30-34歳	310	(97.5)	8	(2.5)	0	(.0)	0	(.0)	318	(100.0)
35-39歳	370	(97.6)	7	(1.8)	0	(.0)	2	(.5)	379	(100.0)
40-44歳	328	(98.2)	5	(1.5)	0	(.0)	1	(.3)	334	(100.0)
45-49歳	307	(98.4)	3	(1.0)	0	(.0)	2	(.6)	312	(100.0)
50-54歳	329	(99.4)	2	(.6)	0	(.0)	0	(.0)	331	(100.0)
55-59歳	386	(98.5)	2	(.5)	0	(.0)	4	(1.0)	392	(100.0)
60-64歳	455	(98.1)	4	(.9)	0	(.0)	5	(1.1)	464	(100.0)
合計	3133	(98.2)	38	(1.2)	1	(.0)	19	(.6)	3191	(100.0)

表82 覚せい剤使用のこれまでの経験（覚せい剤生涯経験率）（%）

	男		女		全体	
ない	1538	(99.0)	1626	(99.3)	3165	(99.2)
1年より前にのみあった	7	(.5)	4	(.2)	11	(.3)
1年より前にも、この1年にもあった	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)
この1年間にのみあった	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)
無回答	8	(.5)	7	(.4)	15	(.5)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表83 覚せい剤使用のこれまでの経験（覚せい剤生涯経験）（年齢群別）（%）

	覚せい剤使用経験								合計	
	ない		1年より前にのみあった		この1年間にのみあった		無回答		度数	列 %
15-19歳	209	(6.6)	0	(.0)	0	(.0)	2	(13.3)	211	(6.6)
20-24歳	204	(6.4)	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)	204	(6.4)
25-29歳	243	(7.7)	1	(9.1)	0	(.0)	2	(13.3)	246	(7.7)
30-34歳	315	(10.0)	3	(27.3)	0	(.0)	0	(.0)	318	(10.0)
35-39歳	375	(11.8)	3	(27.3)	0	(.0)	1	(6.7)	379	(11.9)
40-44歳	332	(10.5)	1	(9.1)	0	(.0)	1	(6.7)	334	(10.5)
45-49歳	308	(9.7)	2	(18.2)	0	(.0)	2	(13.3)	312	(9.8)
50-54歳	330	(10.4)	0	(.0)	0	(.0)	1	(6.7)	331	(10.4)
55-59歳	387	(12.2)	0	(.0)	0	(.0)	5	(33.3)	392	(12.3)
60-64歳	462	(14.6)	1	(9.1)	0	(.0)	1	(6.7)	464	(14.5)
合計	3165	(100.0)	11	(100.0)	0	(.0)	15	(100.0)	3191	(100.0)

表84 覚せい剤使用のこれまでの経験（覚せい剤生涯経験）（年齢群別）（%）

	覚せい剤使用経験						合計	
	ない		1年より前にのみあった		この1年間にのみあった		無回答		度数	行 %
15-19歳	209	(99.1)	0	(.0)	0	(.0)	2	(.9)	211	(100.0)
20-24歳	204	(100.0)	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)	204	(100.0)
25-29歳	243	(98.8)	1	(.4)	0	(.0)	2	(.8)	246	(100.0)
30-34歳	315	(99.1)	3	(.9)	0	(.0)	0	(.0)	318	(100.0)
35-39歳	375	(98.9)	3	(.8)	0	(.0)	1	(.3)	379	(100.0)
40-44歳	332	(99.4)	1	(.3)	0	(.0)	1	(.3)	334	(100.0)
45-49歳	308	(98.7)	2	(.6)	0	(.0)	2	(.6)	312	(100.0)
50-54歳	330	(99.7)	0	(.0)	0	(.0)	1	(.3)	331	(100.0)
55-59歳	387	(98.7)	0	(.0)	0	(.0)	5	(1.3)	392	(100.0)
60-64歳	462	(99.6)	1	(.2)	0	(.0)	1	(.2)	464	(100.0)
合計	3165	(99.2)	11	(.3)	0	(.0)	15	(.5)	3191	(100.0)

表85 ヘロインを使っている人の人数の印象（%）

	男		女		全体	
以前より増えている	434	(27.9)	405	(24.7)	840	(26.3)
変わらない	120	(7.7)	83	(5.1)	203	(6.4)
以前より減っている	33	(2.1)	15	(.9)	48	(1.5)
わからない	951	(61.2)	1123	(68.6)	2074	(65.0)
無回答	15	(1.0)	11	(.7)	26	(.8)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表86 身近な人で、ヘロインをこれまでに使用したことのある人を知っているか？（%）

	男		女		全体	
知らない	1534	(98.8)	1626	(99.3)	3161	(99.1)
知っている	12	(.8)	3	(.2)	15	(.5)
無回答	7	(.5)	8	(.5)	15	(.5)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表87 身近な人で、ヘロインをこれまでに使ったことのある人を知っているか？（年齢群別）(%)

	ヘロインを使った人						合計	
	知らない		知っている		無回答		度数	列 %
15-19歳	209	(6.6)	0	(.0)	2	(13.3)	211	(6.6)
20-24歳	204	(6.5)	0	(.0)	0	(.0)	204	(6.4)
25-29歳	242	(7.7)	2	(13.3)	2	(13.3)	246	(7.7)
30-34歳	316	(10.0)	2	(13.3)	0	(.0)	318	(10.0)
35-39歳	375	(11.9)	3	(20.0)	1	(6.7)	379	(11.9)
40-44歳	331	(10.5)	2	(13.3)	1	(6.7)	334	(10.5)
45-49歳	311	(9.8)	0	(.0)	1	(6.7)	312	(9.8)
50-54歳	328	(10.4)	3	(20.0)	0	(.0)	331	(10.4)
55-59歳	385	(12.2)	2	(13.3)	5	(33.3)	392	(12.3)
60-64歳	460	(14.6)	1	(6.7)	3	(20.0)	464	(14.5)
合計	3161	(100.0)	15	(100.0)	15	(100.0)	3191	(100.0)

表88 身近な人で、ヘロインをこれまでに使ったことのある人を何人知っているか？ (%)

	男		女		全体	
1人	5	(41.7)	1	(33.3)	6	(40.0)
2人	1	(8.3)	0	(.0)	1	(6.7)
3人	1	(8.3)	0	(.0)	1	(6.7)
5人	1	(8.3)	0	(.0)	1	(6.7)
無回答	4	(33.3)	2	(66.7)	6	(40.0)
合計	12	(100.0)	3	(100.0)	15	(100.0)
平均±SD	1.88±1.46				1.78±1.39	
	n=8		n=1		n=9	

表89 身近な人で、ヘロインをこの1年間に使用したことのある人を知っているか？ (%)

	男		女		全体	
知らない	1539	(99.1)	1628	(99.5)	3168	(99.3)
知っている	5	(.3)	1	(.1)	6	(.2)
無回答	9	(.6)	8	(.5)	17	(.5)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表90 身近な人で、ヘロインをこの一年間に使用したことのある人を知っているか？（年齢群別）（%）

	過去1年ヘロインを使った人						合計	
	知らない		知っている		無回答		度数	列 %
15-19歳	209	(6.6)	0	(.0)	2	(11.8)	211	(6.6)
20-24歳	204	(6.4)	0	(.0)	0	(.0)	204	(6.4)
25-29歳	243	(7.7)	1	(16.7)	2	(11.8)	246	(7.7)
30-34歳	318	(10.0)	0	(.0)	0	(.0)	318	(10.0)
35-39歳	378	(11.9)	0	(.0)	1	(5.9)	379	(11.9)
40-44歳	330	(10.4)	2	(33.3)	2	(11.8)	334	(10.5)
45-49歳	309	(9.8)	0	(.0)	3	(17.6)	312	(9.8)
50-54歳	330	(10.4)	1	(16.7)	0	(.0)	331	(10.4)
55-59歳	386	(12.2)	1	(16.7)	5	(29.4)	392	(12.3)
60-64歳	461	(14.6)	1	(16.7)	2	(11.8)	464	(14.5)
合計	3168	(100.0)	6	(100.0)	17	(100.0)	3191	(100.0)

表91 身近な人で、ヘロインをこの1年間に使用したことのある人を何人知っているか？（%）

	男		女		全体	
1人	3	(60.0)	0	(.0)	3	(50.0)
50人	1	(20.0)	0	(.0)	1	(16.7)
無回答	1	(20.0)	1	(100.0)	2	(33.3)
合計	5	(100.0)	1	(100.0)	6	(100.0)
平均±SD	13.25±24.5				13.25±24.5	
	n=4				n=4	

表92 ヘロイン使用にこれまでに誘われた経験（ヘロイン生涯被誘惑経験）（%）

	男		女		全体	
ない	1537	(99.0)	1629	(99.5)	3167	(99.2)
1年より前にのみあった	4	(.3)	0	(.0)	4	(.1)
1年より前にも、この1年にもあった	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)
この1年間にのみあった	0	(.0)	1	(.1)	1	(.0)
無回答	12	(.8)	7	(.4)	19	(.6)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表93 ヘロインの生涯被誘惑経験（年齢群別）（%）

	ヘロイン使用に誘われた経験								合計	
	ない		1年より前にのみあった		この1年間にのみあった		無回答		度数	列 %
15-19歳	208	(6.6)	0	(.0)	0	(.0)	3	(15.8)	211	(6.6)
20-24歳	203	(6.4)	1	(25.0)	0	(.0)	0	(.0)	204	(6.4)
25-29歳	243	(7.7)	0	(.0)	0	(.0)	3	(15.8)	246	(7.7)
30-34歳	317	(10.0)	0	(.0)	0	(.0)	1	(5.3)	318	(10.0)
35-39歳	378	(11.9)	0	(.0)	0	(.0)	1	(5.3)	379	(11.9)
40-44歳	332	(10.5)	1	(25.0)	0	(.0)	1	(5.3)	334	(10.5)
45-49歳	308	(9.7)	1	(25.0)	1	(100.0)	2	(10.5)	312	(9.8)
50-54歳	329	(10.4)	1	(25.0)	0	(.0)	1	(5.3)	331	(10.4)
55-59歳	386	(12.2)	0	(.0)	0	(.0)	6	(31.6)	392	(12.3)
60-64歳	463	(14.6)	0	(.0)	0	(.0)	1	(5.3)	464	(14.5)
合計	3167	(100.0)	4	(100.0)	1	(100.0)	19	(100.0)	3191	(100.0)

表94 ヘロインの生涯被誘惑経験（年齢群別）（%）

	覚せい剤使用に誘われた経験								合計	
	ない		1年より前にのみあった		この１年間にのみあった		無回答		度数	行 %
15-19歳	208	(98.6)	0	(.0)	0	(.0)	3	(1.4)	211	(100.0)
20-24歳	203	(99.5)	1	(.5)	0	(.0)	0	(.0)	204	(100.0)
25-29歳	243	(98.8)	0	(.0)	0	(.0)	3	(1.2)	246	(100.0)
30-34歳	317	(99.7)	0	(.0)	0	(.0)	1	(.3)	318	(100.0)
35-39歳	378	(99.7)	0	(.0)	0	(.0)	1	(.3)	379	(100.0)
40-44歳	332	(99.4)	1	(.3)	0	(.0)	1	(.3)	334	(100.0)
45-49歳	308	(98.7)	1	(.3)	1	(.3)	2	(.6)	312	(100.0)
50-54歳	329	(99.4)	1	(.3)	0	(.0)	1	(.3)	331	(100.0)
55-59歳	386	(98.5)	0	(.0)	0	(.0)	6	(1.5)	392	(100.0)
60-64歳	463	(99.8)	0	(.0)	0	(.0)	1	(.2)	464	(100.0)
合計	3167	(99.2)	4	(.1)	1	(.0)	19	(.6)	3191	(100.0)

表95 これまでにヘロインを使用した経験（ヘロイン生涯経験率）（%）

	男		女		全体	
ない	1545	(99.5)	1631	(99.6)	3177	(99.6)
1年より前にのみあった	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)
1年より前にも、この1年にもあった	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)
この1年間にのみあった	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)
無回答	8	(.5)	6	(.4)	14	(.4)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表96 ヘロイン使用のこれまでの経験（ヘロイン生涯経験）（年齢群別）（%）

	ヘロイン使用経験								合計	
	ない		1年より前にのみあった		この1年間にのみあった		無回答		度数	列 %
15-19歳	209	(6.6)	0	(.0)	0	(.0)	2	(14.3)	211	(6.6)
20-24歳	204	(6.4)	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)	204	(6.4)
25-29歳	244	(7.7)	0	(.0)	0	(.0)	2	(14.3)	246	(7.7)
30-34歳	318	(10.0)	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)	318	(10.0)
35-39歳	378	(11.9)	0	(.0)	0	(.0)	1	(7.1)	379	(11.9)
40-44歳	333	(10.5)	0	(.0)	0	(.0)	1	(7.1)	334	(10.5)
45-49歳	311	(9.8)	0	(.0)	0	(.0)	1	(7.1)	312	(9.8)
50-54歳	330	(10.4)	0	(.0)	0	(.0)	1	(7.1)	331	(10.4)
55-59歳	387	(12.2)	0	(.0)	0	(.0)	5	(35.7)	392	(12.3)
60-64歳	463	(14.6)	0	(.0)	0	(.0)	1	(7.1)	464	(14.5)
合計	3177	(100.0)	0	(.0)	0	(.0)	14	(100.0)	3191	(100.0)

表97 ヘロイン使用のこれまでの経験（ヘロイン生涯経験）（年齢群別）（%）

	ヘロイン使用経験								合計	
	ない		1年より前にのみあった		この1年間にのみあった		無回答		度数	行 %
15-19歳	209	(99.1)	0	(.0)	0	(.0)	2	(.9)	211	(100.0)
20-24歳	204	(100.0)	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)	204	(100.0)
25-29歳	244	(99.2)	0	(.0)	0	(.0)	2	(.8)	246	(100.0)
30-34歳	318	(100.0)	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)	318	(100.0)
35-39歳	378	(99.7)	0	(.0)	0	(.0)	1	(.3)	379	(100.0)
40-44歳	333	(99.7)	0	(.0)	0	(.0)	1	(.3)	334	(100.0)
45-49歳	311	(99.7)	0	(.0)	0	(.0)	1	(.3)	312	(100.0)
50-54歳	330	(99.7)	0	(.0)	0	(.0)	1	(.3)	331	(100.0)
55-59歳	387	(98.7)	0	(.0)	0	(.0)	5	(1.3)	392	(100.0)
60-64歳	463	(99.8)	0	(.0)	0	(.0)	1	(.2)	464	(100.0)
合計	3177	(99.6)	0	(.0)	0	(.0)	14	(.4)	3191	(100.0)

表98 コカインを使っている人の人数の印象（%）

	男		女		全体	
以前より増えている	447	(28.8)	448	(27.4)	896	(28.1)
変わらない	125	(8.0)	72	(4.4)	197	(6.2)
以前より減っている	23	(1.5)	7	(.4)	30	(.9)
わからない	941	(60.6)	1100	(67.2)	2041	(64.0)
無回答	17	(1.1)	10	(.6)	27	(.8)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表99 身近な人で、コカインをこれまでに使ったことのある人を知っているか？ (%)

	男		女		全体	
知らない	1526	(98.3)	1621	(99.0)	3148	(98.7)
知っている	16	(1.0)	7	(.4)	23	(.7)
無回答	11	(.7)	9	(.5)	20	(.6)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表100 身近な人で、コカインをこれまでに使用したことのある人を知っているか？ (年齢群別) (%)

	コカインを使った人						合計	
	知らない		知っている		無回答		度数	列 %
15-19歳	209	(6.6)	0	(.0)	2	(10.0)	211	(6.6)
20-24歳	204	(6.5)	0	(.0)	0	(.0)	204	(6.4)
25-29歳	243	(7.7)	1	(4.3)	2	(10.0)	246	(7.7)
30-34歳	312	(9.9)	6	(26.1)	0	(.0)	318	(10.0)
35-39歳	371	(11.8)	6	(26.1)	2	(10.0)	379	(11.9)
40-44歳	330	(10.5)	3	(13.0)	1	(5.0)	334	(10.5)
45-49歳	308	(9.8)	1	(4.3)	3	(15.0)	312	(9.8)
50-54歳	327	(10.4)	4	(17.4)	0	(.0)	331	(10.4)
55-59歳	385	(12.2)	2	(8.7)	5	(25.0)	392	(12.3)
60-64歳	459	(14.6)	0	(.0)	5	(25.0)	464	(14.5)
合計	3148	(100.0)	23	(100.0)	20	(100.0)	3191	(100.0)

表101 身近な人で、コカインをこれまでに使用したことがある人を何人知っているか？ (%)

	男		女		全体	
1人	4	(25.0)	4	(57.1)	8	(34.8)
2人	4	(25.0)	2	(28.6)	6	(26.1)
3人	1	(6.3)	0	(.0)	1	(4.3)
10人	2	(12.5)	0	(.0)	2	(8.7)
無回答	5	(31.3)	1	(14.3)	6	(26.1)
合計	16	(100.0)	7	(100.0)	23	(100.0)
平均±SD	3.18±3.43		1.33±0.52		2.53±2.88	
	n=11		n=6		n=17	

表102 身近な人で、コカインをこの1年間に使った人を知っているか？ (%)

	男		女		全体	
知らない	1541	(99.2)	1628	(99.5)	3170	(99.3)
知っている	2	(.1)	0	(.0)	2	(.1)
無回答	10	(.6)	9	(.5)	19	(.6)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表103 身近な人で、コカインをこの一年間に使用したことのある人を知っているか？（年齢群別）(%)

	過去1年コカインを使った人						合計	
	知らない		知っている		無回答		度数	列 %
15-19歳	209	(6.6)	0	(.0)	2	(10.5)	211	(6.6)
20-24歳	204	(6.4)	0	(.0)	0	(.0)	204	(6.4)
25-29歳	244	(7.7)	1	(50.0)	1	(5.3)	246	(7.7)
30-34歳	318	(10.0)	0	(.0)	0	(.0)	318	(10.0)
35-39歳	377	(11.9)	0	(.0)	2	(10.5)	379	(11.9)
40-44歳	333	(10.5)	0	(.0)	1	(5.3)	334	(10.5)
45-49歳	309	(9.7)	0	(.0)	3	(15.8)	312	(9.8)
50-54歳	329	(10.4)	1	(50.0)	1	(5.3)	331	(10.4)
55-59歳	388	(12.2)	0	(.0)	4	(21.1)	392	(12.3)
60-64歳	459	(14.5)	0	(.0)	5	(26.3)	464	(14.5)
合計	3170	(100.0)	2	(100.0)	19	(100.0)	3191	(100.0)

表104 身近な人で、コカインをこの1年間に使った人を何人知っているか？ (%)

	男		女		全体	
1人	1	(50.0)	0	(.0)	1	(50.0)
無回答	1	(50.0)	0	(.0)	1	(50.0)
合計	2	(100.0)	0	(.0)	2	(100.0)

表105 コカイン使用にこれまでに誘われた経験（コカイン生涯被誘惑経験）(%)

	男		女		全体	
ない	1538	(99.0)	1619	(98.9)	3158	(99.0)
1年より前にのみあった	5	(.3)	7	(.4)	12	(.4)
1年より前にも、この1年にもあった	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)
この1年間にのみあった	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)
無回答	10	(.6)	11	(.7)	21	(.7)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表106 コカイン使用にこれまでに誘われた経験（コカイン生涯被誘惑経験）（年齢群別）（%）

	コカイン使用に誘われた経験								合計	
	ない		1年より前にのみあった		この1年間にのみあった		無回答		度数	列 %
15-19歳	208	(6.6)	1	(8.3)	0	(.0)	2	(9.5)	211	(6.6)
20-24歳	203	(6.4)	1	(8.3)	0	(.0)	0	(.0)	204	(6.4)
25-29歳	243	(7.7)	2	(16.7)	0	(.0)	1	(4.8)	246	(7.7)
30-34歳	317	(10.0)	0	(.0)	0	(.0)	1	(4.8)	318	(10.0)
35-39歳	372	(11.8)	4	(33.3)	0	(.0)	3	(14.3)	379	(11.9)
40-44歳	333	(10.5)	0	(.0)	0	(.0)	1	(4.8)	334	(10.5)
45-49歳	306	(9.7)	2	(16.7)	0	(.0)	4	(19.0)	312	(9.8)
50-54歳	329	(10.4)	1	(8.3)	0	(.0)	1	(4.8)	331	(10.4)
55-59歳	387	(12.3)	1	(8.3)	0	(.0)	4	(19.0)	392	(12.3)
60-64歳	460	(14.6)	0	(.0)	0	(.0)	4	(19.0)	464	(14.5)
合計	3158	(100.0)	12	(100.0)	0	(.0)	21	(100.0)	3191	(100.0)

表107 コカイン使用にこれまでに誘われた経験（コカイン生涯被誘惑経験）（年齢群別）（%）

	コカイン使用に誘われた経験								合計	
	ない		1年より前にのみあった		この１年間にのみあった		無回答		度数	行 %
15-19歳	208	(98.6)	1	(.5)	0	(.0)	2	(.9)	211	(100.0)
20-24歳	203	(99.5)	1	(.5)	0	(.0)	0	(.0)	204	(100.0)
25-29歳	243	(98.8)	2	(.8)	0	(.0)	1	(.4)	246	(100.0)
30-34歳	317	(99.7)	0	(.0)	0	(.0)	1	(.3)	318	(100.0)
35-39歳	372	(98.2)	4	(1.1)	0	(.0)	3	(.8)	379	(100.0)
40-44歳	333	(99.7)	0	(.0)	0	(.0)	1	(.3)	334	(100.0)
45-49歳	306	(98.1)	2	(.6)	0	(.0)	4	(1.3)	312	(100.0)
50-54歳	329	(99.4)	1	(.3)	0	(.0)	1	(.3)	331	(100.0)
55-59歳	387	(98.7)	1	(.3)	0	(.0)	4	(1.0)	392	(100.0)
60-64歳	460	(99.1)	0	(.0)	0	(.0)	4	(.9)	464	(100.0)
合計	3158	(99.0)	12	(.4)	0	(.0)	21	(.7)	3191	(100.0)

表108 これまでにコカインを使用した経験（コカイン生涯経験率）（%）

	男		女		全体	
ない	1540	(99.2)	1625	(99.3)	3166	(99.2)
1年より前にのみあった	2	(.1)	4	(.2)	6	(.2)
1年より前にも、この1年にもあった	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)
この1年間にのみあった	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)
無回答	11	(.7)	8	(.5)	19	(.6)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表109 コカイン使用のこれまでの経験（コカイン生涯経験）（年齢群別）（%）

	コカイン使用経験								合計	
	ない		1年より前にのみあった		この1年間にのみあった		無回答		度数	列 %
15-19歳	209	(6.6)	0	(.0)	0	(.0)	2	(10.5)	211	(6.6)
20-24歳	203	(6.4)	1	(16.7)	0	(.0)	0	(.0)	204	(6.4)
25-29歳	244	(7.7)	1	(16.7)	0	(.0)	1	(5.3)	246	(7.7)
30-34歳	317	(10.0)	0	(.0)	0	(.0)	1	(5.3)	318	(10.0)
35-39歳	373	(11.8)	3	(50.0)	0	(.0)	3	(15.8)	379	(11.9)
40-44歳	333	(10.5)	0	(.0)	0	(.0)	1	(5.3)	334	(10.5)
45-49歳	309	(9.8)	0	(.0)	0	(.0)	3	(15.8)	312	(9.8)
50-54歳	330	(10.4)	1	(16.7)	0	(.0)	0	(.0)	331	(10.4)
55-59歳	388	(12.3)	0	(.0)	0	(.0)	4	(21.1)	392	(12.3)
60-64歳	460	(14.5)	0	(.0)	0	(.0)	4	(21.1)	464	(14.5)
合計	3166	(100.0)	6	(100.0)	0	(.0)	19	(100.0)	3191	(100.0)

表110 コカイン使用のこれまでの経験（コカイン生涯経験）（年齢群別）（%）

	コカイン使用経験								合計	
	ない		1年より前にのみあった		この1年間にのみあった		無回答		度数	行 %
15-19歳	209	(99.1)	0	(.0)	0	(.0)	2	(.9)	211	(100.0)
20-24歳	203	(99.5)	1	(.5)	0	(.0)	0	(.0)	204	(100.0)
25-29歳	244	(99.2)	1	(.4)	0	(.0)	1	(.4)	246	(100.0)
30-34歳	317	(99.7)	0	(.0)	0	(.0)	1	(.3)	318	(100.0)
35-39歳	373	(98.4)	3	(.8)	0	(.0)	3	(.8)	379	(100.0)
40-44歳	333	(99.7)	0	(.0)	0	(.0)	1	(.3)	334	(100.0)
45-49歳	309	(99.0)	0	(.0)	0	(.0)	3	(1.0)	312	(100.0)
50-54歳	330	(99.7)	1	(.3)	0	(.0)	0	(.0)	331	(100.0)
55-59歳	388	(99.0)	0	(.0)	0	(.0)	4	(1.0)	392	(100.0)
60-64歳	460	(99.1)	0	(.0)	0	(.0)	4	(.9)	464	(100.0)
合計	3166	(99.2)	6	(.2)	0	(.0)	19	(.6)	3191	(100.0)

表111 MDMA使用人数の印象（%）

	男		女		全体	
以前より増えている	540	(34.8)	580	(35.4)	1121	(35.1)
変わらない	70	(4.5)	41	(2.5)	111	(3.5)
以前より減っている	11	(.7)	1	(.1)	12	(.4)
わからない	918	(59.1)	998	(61.0)	1916	(60.0)
無回答	14	(.9)	17	(1.0)	31	(1.0)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表112 身近な人で、MDMAをこれまでに使用したことのある人を知っているか？ (%)

	男		女		全体	
知らない	1531	(98.6)	1610	(98.4)	3142	(98.5)
知っている	11	(.7)	17	(1.0)	28	(.9)
無回答	11	(.7)	10	(.6)	21	(.7)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表113 身近な人で、MDMAをこれまでに使用したことのある人を知っているか？ (年齢群別) (%)

	MDMAを使った人						合計	
	知らない		知っている		無回答		度数	列 %
15-19歳	208	(6.6)	1	(3.6)	2	(9.5)	211	(6.6)
20-24歳	202	(6.4)	2	(7.1)	0	(.0)	204	(6.4)
25-29歳	240	(7.6)	5	(17.9)	1	(4.8)	246	(7.7)
30-34歳	309	(9.8)	9	(32.1)	0	(.0)	318	(10.0)
35-39歳	370	(11.8)	7	(25.0)	2	(9.5)	379	(11.9)
40-44歳	331	(10.5)	1	(3.6)	2	(9.5)	334	(10.5)
45-49歳	309	(9.8)	0	(.0)	3	(14.3)	312	(9.8)
50-54歳	328	(10.4)	1	(3.6)	2	(9.5)	331	(10.4)
55-59歳	387	(12.3)	1	(3.6)	4	(19.0)	392	(12.3)
60-64歳	458	(14.6)	1	(3.6)	5	(23.8)	464	(14.5)
合計	3142	(100.0)	28	(100.0)	21	(100.0)	3191	(100.0)

表114 身近な人で、MDMAをこれまでに使用したことがある人を何人知っているか？ (%)

	男		女		全体	
1人	3	(27.3)	8	(47.1)	11	(39.3)
2人	1	(9.1)	4	(23.5)	5	(17.9)
3人	1	(9.1)	2	(11.8)	3	(10.7)
5人	1	(9.1)	1	(5.9)	2	(7.1)
8人	0	(.0)	1	(5.9)	1	(3.6)
10人	0	(.0)	1	(5.9)	1	(3.6)
無回答	5	(45.5)	0	(.0)	5	(17.9)
合計	11	(100.0)	17	(100.0)	28	(100.0)
平均±SD	2.17±1.60		2.65±2.64		2.52±2.39	
	n=6		n=17		n=23	

表115 身近な人で、MDMAをこの1年間に使用した人を知っているか？ (%)

	男		女		全体	
知らない	1538	(99.0)	1623	(99.1)	3162	(99.1)
知っている	5	(.3)	4	(.2)	9	(.3)
無回答	10	(.6)	10	(.6)	20	(.6)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表116 身近な人で、MDMAをこの一年間に使用したことのある人を知っているか？（年齢群別）（%）

	過去1年MDMAを使った人						合計	
	知らない		知っている		無回答		度数	列 %
15-19歳	208	(6.6)	1	(11.1)	2	(10.0)	211	(6.6)
20-24歳	204	(6.5)	0	(.0)	0	(.0)	204	(6.4)
25-29歳	243	(7.7)	2	(22.2)	1	(5.0)	246	(7.7)
30-34歳	315	(10.0)	3	(33.3)	0	(.0)	318	(10.0)
35-39歳	375	(11.9)	2	(22.2)	2	(10.0)	379	(11.9)
40-44歳	333	(10.5)	0	(.0)	1	(5.0)	334	(10.5)
45-49歳	309	(9.8)	0	(.0)	3	(15.0)	312	(9.8)
50-54歳	329	(10.4)	0	(.0)	2	(10.0)	331	(10.4)
55-59歳	387	(12.2)	0	(.0)	5	(25.0)	392	(12.3)
60-64歳	459	(14.5)	1	(11.1)	4	(20.0)	464	(14.5)
合計	3162	(100.0)	9	(100.0)	20	(100.0)	3191	(100.0)

表117 身近な人で、MDMAをこの1年間に使った人を何人知っているか？（%）

	男		女		全体	
1人	1	(20.0)	2	(50.0)	3	(33.3)
2人	1	(20.0)	1	(25.0)	2	(22.2)
3人	1	(20.0)	1	(25.0)	2	(22.2)
無回答	2	(40.0)	0	(.0)	2	(22.2)
合計	5	(100.0)	4	(100.0)	9	(100.0)
平均±SD	2.0±1.0 n=3		1.75±0.96 n=4		1.86±0.90 n=7	

表118 MDMA使用にこれまでに誘われた経験（MDMA生涯被誘惑経験）（%）

	男		女		全体	
ない	1537	(99.0)	1617	(98.8)	3155	(98.9)
1年より前にのみあった	5	(.3)	11	(.7)	16	(.5)
1年より前にも、この1年にもあった	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)
この1年間にのみあった	0	(.0)	1	(.1)	1	(.0)
無回答	11	(.7)	8	(.5)	19	(.6)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表119 MDMA使用にこれまでに誘われた経験（MDMA生涯被誘惑経験）（年齢群別）（%）

	MDMA使用に誘われた経験								合計	
	ない		1年より前にのみあった		この1年間にのみあった		無回答		度数	列 %
15-19歳	209	(6.6)	1	(6.3)	0	(.0)	1	(5.3)	211	(6.6)
20-24歳	202	(6.4)	2	(12.5)	0	(.0)	0	(.0)	204	(6.4)
25-29歳	241	(7.6)	4	(25.0)	0	(.0)	1	(5.3)	246	(7.7)
30-34歳	312	(9.9)	4	(25.0)	1	(100.0)	1	(5.3)	318	(10.0)
35-39歳	372	(11.8)	4	(25.0)	0	(.0)	3	(15.8)	379	(11.9)
40-44歳	332	(10.5)	1	(6.3)	0	(.0)	1	(5.3)	334	(10.5)
45-49歳	309	(9.8)	0	(.0)	0	(.0)	3	(15.8)	312	(9.8)
50-54歳	329	(10.4)	0	(.0)	0	(.0)	2	(10.5)	331	(10.4)
55-59歳	388	(12.3)	0	(.0)	0	(.0)	4	(21.1)	392	(12.3)
60-64歳	461	(14.6)	0	(.0)	0	(.0)	3	(15.8)	464	(14.5)
合計	3155	(100.0)	16	(100.0)	1	(100.0)	19	(100.0)	3191	(100.0)

表120 MDMA使用にこれまでに誘われた経験（MDMA生涯被誘惑経験）（年齢群別）（%）

	MDMA使用に誘われた経験								合計	
	ない		1年より前にのみあった		この１年間にのみあった		無回答		度数	行 %
15-19歳	209	(99.1)	1	(.5)	0	(.0)	1	(.5)	211	(100.0)
20-24歳	202	(99.0)	2	(1.0)	0	(.0)	0	(.0)	204	(100.0)
25-29歳	241	(98.0)	4	(1.6)	0	(.0)	1	(.4)	246	(100.0)
30-34歳	312	(98.1)	4	(1.3)	1	(.3)	1	(.3)	318	(100.0)
35-39歳	372	(98.2)	4	(1.1)	0	(.0)	3	(.8)	379	(100.0)
40-44歳	332	(99.4)	1	(.3)	0	(.0)	1	(.3)	334	(100.0)
45-49歳	309	(99.0)	0	(.0)	0	(.0)	3	(1.0)	312	(100.0)
50-54歳	329	(99.4)	0	(.0)	0	(.0)	2	(.6)	331	(100.0)
55-59歳	388	(99.0)	0	(.0)	0	(.0)	4	(1.0)	392	(100.0)
60-64歳	461	(99.4)	0	(.0)	0	(.0)	3	(.6)	464	(100.0)
合計	3155	(98.9)	16	(.5)	1	(.0)	19	(.6)	3191	(100.0)

表121 これまでにMDMAを使用した経験（MDMA生涯経験率）（%）

	男		女		全体	
ない	1541	(99.2)	1623	(99.1)	3165	(99.2)
1年より前にのみあった	2	(.1)	4	(.2)	6	(.2)
1年より前にも、この1年にもあった	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)
この1年間にのみあった	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)
無回答	10	(.6)	10	(.6)	20	(.6)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表122 MDMA使用のこれまでの経験（MDMA生涯経験）（年齢群別）（%）

	MDMA使用経験								合計	
	ない		1年より前にのみあった		この1年間にのみあった		無回答		度数	列 %
15-19歳	209	(6.6)	0	(.0)	0	(.0)	2	(10.0)	211	(6.6)
20-24歳	204	(6.4)	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)	204	(6.4)
25-29歳	243	(7.7)	2	(33.3)	0	(.0)	1	(5.0)	246	(7.7)
30-34歳	316	(10.0)	2	(33.3)	0	(.0)	0	(.0)	318	(10.0)
35-39歳	376	(11.9)	1	(16.7)	0	(.0)	2	(10.0)	379	(11.9)
40-44歳	332	(10.5)	1	(16.7)	0	(.0)	1	(5.0)	334	(10.5)
45-49歳	308	(9.7)	0	(.0)	0	(.0)	4	(20.0)	312	(9.8)
50-54歳	329	(10.4)	0	(.0)	0	(.0)	2	(10.0)	331	(10.4)
55-59歳	388	(12.3)	0	(.0)	0	(.0)	4	(20.0)	392	(12.3)
60-64歳	460	(14.5)	0	(.0)	0	(.0)	4	(20.0)	464	(14.5)
合計	3165	(100.0)	6	(100.0)	0	(.0)	20	(100.0)	3191	(100.0)

表123 MDMA使用のこれまでの経験（MDMA生涯経験）（年齢群別）（%）

	MDMA使用経験								合計	
	ない		1年より前にのみあった		この1年間にのみあった		無回答		度数	行 %
15-19歳	209	(99.1)	0	(.0)	0	(.0)	2	(.9)	211	(100.0)
20-24歳	204	(100.0)	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)	204	(100.0)
25-29歳	243	(98.8)	2	(.8)	0	(.0)	1	(.4)	246	(100.0)
30-34歳	316	(99.4)	2	(.6)	0	(.0)	0	(.0)	318	(100.0)
35-39歳	376	(99.2)	1	(.3)	0	(.0)	2	(.5)	379	(100.0)
40-44歳	332	(99.4)	1	(.3)	0	(.0)	1	(.3)	334	(100.0)
45-49歳	308	(98.7)	0	(.0)	0	(.0)	4	(1.3)	312	(100.0)
50-54歳	329	(99.4)	0	(.0)	0	(.0)	2	(.6)	331	(100.0)
55-59歳	388	(99.0)	0	(.0)	0	(.0)	4	(1.0)	392	(100.0)
60-64歳	460	(99.1)	0	(.0)	0	(.0)	4	(.9)	464	(100.0)
合計	3165	(99.2)	6	(.2)	0	(.0)	20	(.6)	3191	(100.0)

表124 有機溶剤の入手（%）

	男		女		全体	
絶対不可能	290	(18.7)	612	(37.4)	902	(28.3)
ほとんど不可能	227	(14.6)	284	(17.3)	512	(16.0)
少々苦労するがなんとか手に入る	313	(20.2)	273	(16.7)	586	(18.4)
簡単に手に入る	693	(44.6)	401	(24.5)	1094	(34.3)
無回答	30	(1.9)	67	(4.1)	97	(3.0)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表125 大麻の入手 (%)

	男		女		全体	
絶対不可能	714	(46.0)	1090	(66.6)	1804	(56.5)
ほとんど不可能	437	(28.1)	279	(17.0)	717	(22.5)
少々苦労するがなんとか手に入る	291	(18.7)	173	(10.6)	464	(14.5)
簡単に手に入る	81	(5.2)	48	(2.9)	129	(4.0)
無回答	30	(1.9)	47	(2.9)	77	(2.4)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表126 覚せい剤の入手 (%)

	男		女		全体	
絶対不可能	757	(48.7)	1124	(68.7)	1881	(58.9)
ほとんど不可能	461	(29.7)	281	(17.2)	743	(23.3)
少々苦労するがなんとか手に入る	244	(15.7)	140	(8.6)	384	(12.0)
簡単に手に入る	62	(4.0)	44	(2.7)	106	(3.3)
無回答	29	(1.9)	48	(2.9)	77	(2.4)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表127 ヘロインの入手 (%)

	男		女		全体	
絶対不可能	779	(50.2)	1153	(70.4)	1932	(60.5)
ほとんど不可能	483	(31.1)	286	(17.5)	770	(24.1)
少々苦労するがなんとか手に入る	219	(14.1)	124	(7.6)	343	(10.7)
簡単に手に入る	42	(2.7)	26	(1.6)	68	(2.1)
無回答	30	(1.9)	48	(2.9)	78	(2.4)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表128 コカインの入手 (%)

	男		女		全体	
絶対不可能	771	(49.6)	1153	(70.4)	1924	(60.3)
ほとんど不可能	485	(31.2)	289	(17.7)	775	(24.3)
少々苦労するがなんとか手に入る	224	(14.4)	124	(7.6)	348	(10.9)
簡単に手に入る	44	(2.8)	25	(1.5)	69	(2.2)
無回答	29	(1.9)	46	(2.8)	75	(2.4)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表129 MDMAの入手 (%)

	男		女		全体	
絶対不可能	759	(48.9)	1143	(69.8)	1902	(59.6)
ほとんど不可能	462	(29.7)	279	(17.0)	742	(23.3)
少々苦労するがなんとか手に入る	240	(15.5)	132	(8.1)	372	(11.7)
簡単に手に入る	59	(3.8)	34	(2.1)	93	(2.9)
無回答	33	(2.1)	49	(3.0)	82	(2.6)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表130 大麻を吸うことについてどう思うか？ (%)

	男		女		全体	
法律以前にすべきではない	1216	(78.3)	1470	(89.8)	2687	(84.2)
法律で禁止されているからすべきではない	181	(11.7)	104	(6.4)	285	(8.9)
法律で禁止されているがかまわない	17	(1.1)	3	(.2)	20	(.6)
法律で決める必要はなく個人の自由	55	(3.5)	18	(1.1)	73	(2.3)
大麻の害を知らないから判断できない	68	(4.4)	29	(1.8)	97	(3.0)
無回答	16	(1.0)	13	(.8)	29	(.9)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表131覚せい剤を使用することについてどう思うか？ (%)

	男		女		全体	
法律以前にすべきではない	1338	(86.2)	1520	(92.9)	2859	(89.6)
法律で禁止されているからすべきではない	126	(8.1)	67	(4.1)	193	(6.0)
法律で禁止されているがかまわない	1	(.1)	0	(.0)	1	(.0)
法律で決める必要はなく個人の自由	39	(2.5)	14	(.9)	53	(1.7)
覚せい剤の害を知らないから判断できない	35	(2.3)	19	(1.2)	54	(1.7)
無回答	14	(.9)	17	(1.0)	31	(1.0)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表132 マジック・マッシュルームが毒キノコだということを知っているか？ (%)

	男		女		全体	
知らなかった	1053	(67.8)	1219	(74.5)	2273	(71.2)
知っていた	487	(31.4)	402	(24.6)	889	(27.9)
無回答	13	(.8)	16	(1.0)	29	(.9)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表133 この1年間に受診した科（複数回答）(%)

	男		女		全体	
どこにも受診していない	265	(17.1)	157	(9.6)	423	(13.3)
1年間に受診（内科）	820	(52.8)	965	(58.9)	1785	(55.9)
1年間に受診（神経科・精神科）	34	(2.2)	27	(1.6)	61	(1.9)
1年間に受診（神経内科）	27	(1.7)	20	(1.2)	47	(1.5)
1年間に受診（外科）	133	(8.6)	131	(8.0)	264	(8.3)
1年間に受診（整形外科）	251	(16.2)	271	(16.6)	522	(16.4)
1年間に受診（皮膚科）	203	(13.1)	333	(20.3)	536	(16.8)
1年間に受診（脳神経外科）	36	(2.3)	49	(3.0)	85	(2.7)
1年間に受診（泌尿器科）	58	(3.7)	43	(2.6)	101	(3.2)
1年間に受診（産婦人科）	0	(.0)	291	(17.8)	291	(9.1)
1年間に受診（眼科）	243	(15.6)	420	(25.7)	663	(20.8)
1年間に受診（歯科）	523	(33.7)	624	(38.1)	1147	(35.9)
1年間に受診（耳鼻咽頭科）	185	(11.9)	314	(19.2)	499	(15.6)
1年間に受診（心療内科）	28	(1.8)	33	(2.0)	61	(1.9)
1年間に受診（その他）	25	(1.6)	21	(1.3)	46	(1.4)
1年間に受診（無回答）	16	(1.0)	23	(1.4)	39	(1.2)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

表134 薬物使用（医薬品も含めて）が原因で、これまでに受診したことのある科（複数回答）(%)

	男		女		全体	
どこにも受診していない	1431	(92.1)	1450	(88.6)	2882	(90.3)
薬物で受診（内科）	58	(3.7)	86	(5.3)	144	(4.5)
薬物で受診（神経科・精神科）	9	(.6)	9	(.5)	18	(.6)
薬物で受診（神経内科）	4	(.3)	4	(.2)	8	(.3)
薬物で受診（外科）	16	(1.0)	9	(.5)	25	(.8)
薬物で受診（整形外科）	22	(1.4)	16	(1.0)	38	(1.2)
薬物で受診（皮膚科）	22	(1.4)	43	(2.6)	65	(2.0)
薬物で受診（脳神経外科）	5	(.3)	4	(.2)	9	(.3)
薬物で受診（泌尿器科）	5	(.3)	6	(.4)	11	(.3)
薬物で受診（産婦人科）	0	(.0)	22	(1.3)	22	(.7)
薬物で受診（眼科）	18	(1.2)	20	(1.2)	38	(1.2)
薬物で受診（歯科）	29	(1.9)	26	(1.6)	55	(1.7)
薬物で受診（耳鼻咽頭科）	11	(.7)	22	(1.3)	33	(1.0)
薬物で受診（心療内科）	3	(.2)	7	(.4)	10	(.3)
薬物で受診（その他）	2	(.1)	0	(.0)	2	(.1)
薬物で受診（無回答）	28	(1.8)	57	(3.5)	85	(2.7)
合計	1553	(100.0)	1637	(100.0)	3191	(100.0)

第8回　飲酒・喫煙・くすりの使用についてのアンケート調査

ご協力のお願い

国立精神・神経センター 精神保健研究所 薬物依存研究部（http://www.ncnp.go.jp/nimh/）は、国民の飲酒・喫煙・くすり（以下、薬物と表現します。）の使用状況、乱用実態などを調査し、その対策のための基礎資料作りを行っている厚生労働省の研究機関です。

このたび、全国にお住まいの15歳以上65歳未満の方5,000人に、薬物の使用実態をおたずねすることになりました。この調査は、1995年より2年に1回行っており、今回で8回目となります。お忙しいところ、突然で恐縮ですが、ご協力いただけますようお願い申しあげます。

調査のために、あなた様をお訪ね致しました調査員は、当研究所より委託しました、世論調査・統計調査の専門機関である社団法人 新情報センターの調査員です。

今回の調査にご協力をお願いしたい方は、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**様**です。

月　日　時頃に、回収にお伺いします。それまでにご記入の上、回収用封筒に入れて、調査員にお渡し下さいますようお願い申し上げます。

調査員名（　　）

以下の方法により、あなた様の個人情報が漏れることはありません。

○ あなた様をお訪ねしたのは、お住まいの区役所・市役所等へ住民基本台帳の閲覧を申請し、そこから無作為（くじ引きと同じ）に調査対象者として選ばせて頂いた結果で、あなた様を特定したものではありません。

○ 調査はお断りいただくこともできますが、より正しい結果を得るため、是非ご協力をお願いいたします。

○ お訪ねした調査員は、あなた様の住所・氏名を存じあげた上でお訪ねしましたが、後日、回収にお伺いし調査用紙を受け取る際には、回収用封筒に入れられた調査用紙を受け取るだけですので、あなた様の回答内容を知ることはできません。

○ 調査終了後、住民基本台帳から知り得た、あなた様の住所・氏名等の個人情報は速やかに裁断処理いたします。

○ 調査結果の分析は、当研究部にて行いますが、当研究部ではどの調査用紙がどの方のものか特定することはできません。したがいまして、**あなた様の個人情報が漏れることはありません。**

○ 本調査用紙は無記名であり、また**個人を特定するような項目はありません。**

調査の趣旨をご理解いただきまして、ご協力頂けますようお願い申し上げます。
なお、本調査につきまして、ご意見、ご質問等がございましたら、下記の 社団法人 新情報センターまでお問合わせ下さいますようお願い致します。

（些少ですが調査員に粗品を持参させました。ご笑納下さい。）

平成21年9月

調 査 企 画 ：国立精神・神経センター
精神保健研究所　薬物依存研究部
調査実施機関：社団法人 新情報センター
（連絡先）　〒150-0013 東京都渋谷区恵比寿1-13-6
フリーダイヤル 0120-78-5231（平日9:00～17:00）
担当　：　阪口、平栗
ホームページアドレス http://www.sjc.or.jp/

12330041(03)

（社）新情報センターは、（財）日本情報処理開発協会より「プライバシーマーク」の付与認定を受けております。調査の実施にあたりましては、調査の対象になった方の個人情報の保護を徹底いたします。

第8回　飲酒・喫煙・くすりの使用についてのアンケート調査

ご記入に際してのお願い

1) ご記入は、エンピツ、または黒・青のボールペンでお願いします。
2) 回答は、あなたの気持ち・考え・実情に最も近いものの番号を○印で囲んで下さい。
必要に応じて、(　　) 内にご記入下さい。

国立精神・神経センター精神保健研究所 薬物依存研究部

【あなたご自身について、おたずねします。】

問1　性別を教えて下さい。(○は1つ)

1. 男性	2. 女性

問2　年齢は何歳（満）ですか？（　　）内にご記入ください。　（　　）歳

問3　（中退も含めて）最後に出られた学校は、次のどれにあたりますか？
(○は1つ)（在学中の方は、現在の学校を選んで下さい）

1. 小学校	5. 高等学校
2. 中学校	6. 短大・大学以上
3. 専門学校（中卒後）	7. その他
4. 専門学校（高校中退後、ないしは高卒後）	

問4　あなたは、現在、学生・専業主婦・パートタイム・アルバイトなどを含めて、以下のどれに該当しますか？（○は1つ）（学生で、働いている方は、学生の中から自分に該当するものを選んで下さい。）

学生

1. 中学生　2. 高校生　3. 予備校生(含：自宅浪人生)　4. 専門学校・各種学校生徒
5. 短大生・大学生・大学院生

自営業種、家族従業員

10. 農林漁業の自営者
11. 商店主（小売業・卸売店の店主など）
12. 工場主（製造工場・自動車整備工場・印刷工場主など）
13. 土木建設業種（工務店主など）
14. 医療関係業種（病院経営、薬局・薬店主など）
15. サービス業事業主（旅館主、喫茶店主、理・美容店主、クリーニング店主、運送店主など）
16. その他の事業主（弁護士・会計士事務所経営、宗教家、プロスポーツ選手など）

勤め人

17. 販売従業者（販売店員、外交員、行商人、セールスマンなど）
18. 保安従業者（警察官、消防士・自衛官、守衛・管理人・ガードマンなど）
19. 運輸従業者（運転手、機関士・車掌など）
20. 通信従事者（電話交換手、通信士など）
21. サービス業従事者（ウエイター、ホステス、家政婦、ガイドなど）
22. 技能職従事者（理容師、美容師、調理師など）
23. 土木建築業従事者（大工、とび職、土工、左官、配管工、その他建設作業者など）

24. 工場労働者、工業作業者（洋服仕立て工、印刷工、板金工、自動車修理工、旋盤工、メッキ工など）
25. その他の労務従事者（採鉱員、荷役作業員、清掃員など）
26. 専務従事者（事務系会社員、事務系公務員、タイピスト、記者など）
27. 管理的職業（課長以上の公務員、民間会社の部長以上など）
28. 医療職従事者（医師、看護師、薬剤師など）
29. その他の専門・技術職従事者（技術者、弁護士、教師、研究者など）
30. **専業主婦・専業主夫**
31. **無　　職**
32. **その他**（具体的に：　　）

【あなたの飲酒習慣について、おたずねします。】

問５　これまでに、一回でも飲酒したことがありますか？
（ない方は「1.」を、ある方は、飲酒したことのある機会すべてに○をして下さい。）
※この調査で言う飲酒には、梅酒など、アルコールが入ったものすべてを含みます。
また、「飲む」とは、「なめる」「口をつける」も含めます。

1. 一度も飲酒したことがない	7. 家での食事や団らんで
2. 冠婚葬祭時（正月や各種儀式も含める）	8. 外での家族との食事や団らんで
3. 仕事や商売上の必要で	10. 仕事や職場でいやなことがあったとき
4. 上司とのつきあいで	11. 家の中でおもしろくないことがあったとき
5. 友人・同僚とのつきあいで	12. 寝る前に
6. その他のつきあいで	13. その他（具体的に：　　）

問６　あなたが、「いたずら」を含めて、初めてアルコールを口にしたのはいつ頃ですか？
（○は１つ）

1. これまでに一度も飲酒したことがない	4. 中学校時代	7. 20歳以降
2. 小学校以前	5. 中卒後～17歳	
3. 小学校時代	6. 18歳～19歳	

問７　あなたが、それなりに飲酒をするようになったのはいつ頃からですか？（○は１つ）
※「それなりに飲酒をする」とは、一回の飲酒の量にかかわらず、「月に1回以上、飲酒すること」を指します。

1. これまでに一度も飲酒したことがない	4. 小学校時代	6. 中卒後～17歳
2. それなりに飲酒するまでには至ったことがない		7. 18歳～19歳
3. 小学校以前	5. 中学校時代	8. 20歳以降

問８　この一年間に、一回でも飲酒したことがありますか？
（ない方は「1.」を、ある方は、飲酒したことのある機会すべてに○をして下さい。）

1. 一度も飲酒したことがない	7. 家での食事や団らんで
2. 冠婚葬祭時	8. 外での家族との食事や団らんで
3. 仕事や商売上の必要で	10. 仕事や職場でいやなことがあったとき
4. 上司とのつきあいで	11. 家の中でおもしろくないことがあったとき
5. 友人・同僚とのつきあいで	12. 寝る前に
6. その他のつきあいで	13. その他（具体的に：　　）

問９　この一年間の飲酒頻度は、以下のどれに該当しますか？（○は１つ）

1. この1年間で、一度も飲んでいない
2. この1年間で、数回飲んだ（年間5回以内）
3. 2ヶ月に1回程度、飲んだ（年間約6～11回）
4. 月に1～2回程度、飲んだ（年間約12～24回）
5. 月に数回程度、飲んだ（年間約25～51回）
6. 週に1～2回程度、飲んでいる
7. 週に3～6回程度、飲んでいる
8. ほとんど毎日、飲んでいる

問10　現在のあなたは、禁酒に関してどれに該当しますか？（○は１つ）

1. これまでに一度も飲酒したことがない または 禁酒を考えたことがない
2. 禁酒を考えたことはあるが、実行したことがない
3. 禁酒を試みたが、現在、禁酒に至っていない
4. 禁酒し、今も禁酒しているが、未だ1年は経っていない（初めての禁酒挑戦）
5. 禁酒し、今も禁酒しているが、未だ1年は経っていない（禁酒への再挑戦中）
6. 禁酒し、既に1年以上禁酒を続けている

問11　禁酒しようかと考えた大きな理由は何ですか？（○はいくつでもけっこうです）
（禁酒を考えたことがない方や、飲酒経験のない方は1.に○をしてください。）

1. 禁酒を考えたことがない　または　飲酒経験がない
2. 健康上の不調を感じたことはないが、その可能性が心配になったから
3. 健康上の不調を感じたから
4. 問題(対人関係、社会生活上)を起こしたことはないが、自分の飲酒にその可能性を感じたから
5. 飲酒で問題(対人関係、社会生活上)を起こしたから
6. その他(具体的に:　　)

【あなたの喫煙習慣について、おたずねします。】

問12 これまでに、一回でも（いたずらを含めて）**、喫煙したことがありますか？**（○は１つ）

1. ない　　2. ある

問13 あなたが、「いたずら」を含めて、初めてたばこを吸ったのはいつ頃ですか？
（○は１つ）

1. これまでに一度も喫煙したことがない
2. 小学校以前
3. 小学校時代
4. 中学校時代
5. 中卒後～17歳
6. 18歳～19歳
7. 20歳以降

問14 あなたが、それなりに喫煙するようになったのはいつ頃からですか？（○は１つ）
※「それなりに喫煙をする」とは、1回の喫煙の量にかかわらず、「週1回以上、喫煙すること」を指します。

1. これまでに一度も喫煙したことがない
2. それなりに喫煙するまでには至ったことがない
3. 小学校以前
4. 小学校時代
5. 中学校時代
6. 中卒後～17歳
7. 18歳～19歳
8. 20歳以降

問15　この一年間の喫煙頻度は、以下のどれに該当しますか？（○は１つ）

1. この1年間で、一回も喫煙していない
2. この1年間で、数回喫煙した（年間5回以内）
3. 2ヶ月に1回程度、喫煙した（年間約6～11回）
4. 月に1～2回程度、喫煙した（年間約12～24回）
5. 月に数回程度、喫煙した（年間約25～51回）
6. 週に1～2回程度、喫煙している
7. 週に3～6回程度、喫煙している
8. ほとんど毎日、喫煙している（1日に1～10本）
10. ほとんど毎日、喫煙している（1日に11～20本）
11. ほとんど毎日、喫煙している（1日に21本以上）
12. ほとんど毎日、喫煙している（パイプたばこ）

問16 現在のあなたは、禁煙に関してどれに該当しますか？（○は１つ）

1. これまでに一度も喫煙したことがない または 禁煙を考えたことがない
2. 禁煙を考えたことはあるが、実行したことがない
3. 禁煙を試みたが、現在、禁煙に至っていない
4. 禁煙し、今も禁煙しているが、未だ1年は経っていない（初めての禁煙挑戦）
5. 禁煙し、今も禁煙しているが、未だ1年は経っていない（禁煙への再挑戦中）
6. 禁煙し、既に1年以上禁煙を続けている

問17　禁煙しようかと考えた大きな理由は何ですか？（○はいくつでもけっこうです）
（禁煙を考えたことがない方や、喫煙経験のない方は1.に○をしてください。）

1. 禁煙を考えたことがない　または　喫煙経験がない
2. 健康上の不調を感じたことはないが、その可能性が心配になったから
3. 健康上の不調を感じたから
4. 人から禁煙を勧められたわけではないが、喫煙者は「白い目」で見られるようになってきたから
5. 人から禁煙を勧められたから
6. 家族や他者の健康への影響を考えて
7. その他（具体的に：　　）
8. 吸える場所が少なくなってきたから

【鎮痛薬、精神安定薬（抗不安薬）、睡眠薬についておたずねします。】

問18　あなたの家庭に常備している薬に○をつけて下さい。（○はいくつでもけっこうです）

1. 特にない	6. 糖尿病薬	12. 鎮痛薬	17. セットの置き薬
2. 風邪薬	7. 精神安定薬	13. 抗生物質	18. その他
3. 胃腸薬	8. 湿布薬	14. 便秘薬	（具体的に：　　）
4. ビタミン剤	10. 強精強肝薬	15. 目薬	
5. 高血圧薬	11. 睡眠薬	16. 鼻炎薬	

問19　次の薬のうち、この一年間に一回でも使ったことのある薬があったら、○をつけて下さい。（○はいくつでもけっこうです）（この調査での「薬」には、医療機関からの薬も市販薬も含みます）

1. 特にない	5. 高血圧薬	10. 抗生物質	13. 鼻炎薬
2. 風邪薬	6. 糖尿病薬	11. 便秘薬	14. セットの置き薬
3. 胃腸薬	7. 湿布薬	12. 目薬	15. その他
4. ビタミン剤	8. 強精強肝薬		（具体的に　：　　）

問20　あなたは、この一年間で、平均すると鎮痛薬（頭痛薬、歯痛止め、生理痛止め、も含まれます）をどのくらいの頻度で使用しましたか？（○は１つ）

1. 一度も飲んでいない	5. 月に数回程度、飲んだ（年間約25～51回）
2. この１年間で、数回飲んだ（年間5回以内）	6. 週に1～2回程度、飲んでいる
3. 2ヶ月に1回程度、飲んだ（年間約6～11回）	7. 週に3～6回程度、飲んでいる
4. 月に1～2回程度、飲んだ（年間約12～24回）	8. ほとんど毎日、飲んでいる

問21　この一年間で、鎮痛薬は、どこから入手しましたか？（○はいくつでもけっこうです）

1. 入手していない	4. 医院・病院から	7. 愛人・恋人から
2. 常備薬から	5. 薬局・薬店から	8. その他
3. 家族から	6. 友人・知人から	（具体的に:　　）

問22　鎮痛薬の、この一年間での使用理由は、以下のどれですか？
（○はいくつでもけっこうです）

1. 使っていない	5. 生理痛	10. 遊び（快感）目的で
2. 頭痛	6. 胃痛	11. その他
3. 歯痛	7. 肩こり	（具体的に:　　）
4. 腰痛	8. その他の痛みのため	

問23　鎮痛薬の中には、依存（やめようと思っても、簡単にはやめられなくなる状態）を作り得るものもありますが、そのような鎮痛薬も含めて、鎮痛薬の使用についての、あなたの実情・心情は次のどれに該当しますか？（○は1つ）

1. 使う必要がないので、考えたことがない
2. 必要な時には、心配せずに、使う
3. 必要な時には、心配もあるが、どちらかというと使う
4. 必要な時でも、心配だから、どちらかというと使わない
5. 必要な時でも、心配だから、とにかく使わない

問24　あなたは、この一年間で、平均すると精神安定薬（抗不安薬）をどのくらいの頻度で使用しましたか？（○は１つ）

1. 一度も飲んでいない	5. 月に数回程度、飲んだ(年間約25～51回)
2. この１年間で、数回飲んだ（年間5回以内）	6. 週に1～2回程度、飲んでいる
3. 2ヶ月に1回程度、飲んだ（年間約6～11回）	7. 週に3～6回程度、飲んでいる
4. 月に1～2回程度、飲んだ（年間約12～24回）	8. ほとんど毎日、飲んでいる

問25　この一年間に、精神安定薬（抗不安薬）は、どこから入手しましたか？
（○はいくつでもけっこうです）

1. 入手していない	4. 医院・病院から	7. 愛人・恋人から
2. 常備薬から	5. 薬局・薬店から	8. その他
3. 家族から	6. 友人・知人から	（具体的に:　　）

問26　精神安定薬（抗不安薬）の、この一年間での使用理由は以下のどれですか？
（○はいくつでもけっこうです）

1. 使っていない	4. ストレス軽減のため	7. その他
2. 不眠改善のため	5. 高血圧の治療のため	（具体的に:　　）
3. 不安解消のため	6. 遊び（快感）目的で	

問27　精神安定薬（抗不安薬）の中には、依存を作り得るものもありますが、そのような精神安定薬（抗不安薬）も含めて、精神安定薬（抗不安薬）の使用についての、あなたの実情・心情は、次のどれに該当しますか？（○は1つ）

1. 使う必要がないので、考えたことがない
2. 必要な時には、心配せずに、使う
3. 必要な時には、心配もあるが、どちらかというと使う
4. 必要な時でも、心配だから、どちらかというと使わない
5. 必要な時でも、心配だから、とにかく使わない

問28　あなたは、この一年間で、平均すると睡眠薬をどのくらいの頻度で使用しましたか？（○は１つ）

1. 一度も飲んでいない
2. この１年間で、数回飲んだ（年間5回以内）
3. 2ヶ月に1回程度、飲んだ（年間約6～11回）
4. 月に1～2回程度、飲んだ（年間約12～24回）
5. 月に数回程度、飲んだ（年間約25～51回）
6. 週に1～2回程度、飲んでいる
7. 週に3～6回程度、飲んでいる
8. ほとんど毎日、飲んでいる

問29　この一年間に、睡眠薬はどこから入手しましたか？（○はいくつでもけっこうです）

1. 入手していない
2. 常備薬から
3. 家族から
4. 医院・病院から
5. 薬局・薬店から
6. 友人・知人から
7. 愛人・恋人から
8. その他（具体的に：　　）

問30　睡眠薬の、この一年間での使用理由は以下のどれですか？（○はいくつでもけっこうです）

1. 使っていない
2. 不眠改善のため
3. 不安解消のため
4. ストレス軽減のため
5. 高血圧の治療のため
6. 遊び（快感）目的で
7. その他（具体的に：　　）

問31　睡眠薬の中には、依存を作り得るものもありますが、そのような睡眠薬も含めて、睡眠薬の使用についての、あなたの実情・心情は、次のどれに該当しますか？（○は1つ）

1. 使う必要がないので、考えたことがない
2. 必要な時には、心配せずに、使う
3. 必要な時には、心配もあるが、どちらかというと使う
4. 必要な時でも、心配だから、どちらかというと使わない
5. 必要な時でも、心配だから、とにかく使わない

【薬物乱用・依存についておたずねします。】

問32　以下の薬物は、すべて依存（止めようと思っても簡単には止められない状態）を作り得る薬物です。あなたが聞いたことのある薬物があったら、○をつけて下さい。
（○はいくつでもけっこうです）

1. 大麻	7. LSD	13. スピード	19. コカイン
2. モルヒネ	8. 有機溶剤	14. 麻薬	20. クラック
3. マリファナ	10. アシッド	15. ヒロポン	21. 覚せい剤
4. トルエン	11. シンナー	16. ヘロイン	22. エクスタシー
5. ハシッシ	12. エス	17. MDMA	23. シャブ
6. マジック・マッシュルーム		18. エックス	24. すべて知らない

問33　薬物乱用を繰り返すと、依存状態になることを知っていますか？（○は１つ）

1. 知っている　　2. 知らない

問34　「シンナー遊び」（有機溶剤の乱用。以下、同じ。）で死亡すること（急性中毒死）があるのを知っていますか？（○は１つ）

1. 知っている　　2. 知らない

問35　「シンナー遊び」を繰り返すと、何もないのに物が見えたり（幻視）、実際には何も聞こえないのに、声が聞こえたり（幻聴）、誰も何とも思っていないのに、人が自分の事を非難していると思い込んだり（妄想）する状態（精神病状態）になることがあるのを知っていますか？（○は１つ）

1. 知っている　　2. 知らない

問36　「シンナー遊び」の結果、幻視、幻聴、妄想が出るようになってしまうと、それを治療して治っても、その後、疲れ・ストレス・飲酒などで、幻視、幻聴、妄想が再び出現すること（フラッシュバック）があるのを知っていますか？（○は１つ）

1. 知っている　　2. 知らない

問37　「シンナー遊び」を繰り返すと、何事にも関心が持てなくなり、結果的に学校を欠席しがちになったり、どんな仕事に就いても、長続きしなくなること（無動機症候群）を知っていますか？（○は１つ）

1. 知っている　　2. 知らない

問38　あなたは、国内で、自分の身近にいた、あるいは、身近にいる人の中で、「シンナー遊び」を一回でも行ったことのある人を、これまでに何人知っていますか？
（身近でなくても、実際に目撃した場合は人数に含めてください。2.「いる」を選んだ場合は、（　）内に、その人数をお書き下さい。数人とか多数とかは書かないでください。）

1. いない（知らない）　　2. いる →（　　）人

問39　あなたは、国内で、自分の身近にいた、あるいは、身近にいる人の中で、この一年間に「シンナー遊び」を一回でも行ったことのある人を、何人知っていますか？
（身近でなくても、実際に目撃した場合は人数に含めてください。2.「いる」を選んだ場合は、（　）内に、その人数をお書き下さい。数人とか多数とかは書かないでください。）

1. いない（知らない）　　2. いる →（　　）人

問40　あなたは、これまでに、「シンナー遊び」に一回でも誘われたことがありますか？
（○は1.の場合は1つ、それ以外の場合には、1つまたは2つ）

1. ない	2. この1年間より前にあった	3. この1年間にあった

問41　あなたは、これまでに一回でも、「シンナー遊び」を経験したことがありますか？
（○は1.の場合は1つ、それ以外の場合には、1つまたは2つ）

1. ない	2. この1年間より前にあった	3. この1年間にあった

問42　あなたは、大麻を吸っている人の数について、どのような印象をお持ちですか？
（○は１つ）（マリファナ、ハシッシもすべて大麻です）

1. 以前より増えている	2. 変わらない	3. 以前より減っている	4. わからない

問43　あなたは大麻を吸うと、問35～問37と同じ精神病状態、フラッシュバック、無動機症候群になることがあるのを知っていますか？（○は１つ）

1. 知っている	2. 知らない

問44　あなたは、国内で、自分の身近にいた、あるいは、身近にいる人の中で、大麻を一回でも使ったことのある人を、これまでに何人知っていますか？
（身近でなくても、実際に目撃した場合は人数に含めてください。2.「いる」を選んだ場合は、（　）内に、その人数をお書き下さい。数人とか多数とかは書かないでください。）

1. いない（知らない）	2. いる →（　　）人

問45　あなたは、国内で、自分の身近にいた、あるいは、身近にいる人の中で、この一年間に大麻を一回でも使ったことのある人を、何人知っていますか？
（身近でなくても、実際に目撃した場合は人数に含めてください。2.「いる」を選んだ場合は、（　）内に、その人数をお書き下さい。数人とか多数とかは書かないでください。）

1. いない（知らない）	2. いる →（　　）人

問46　あなたは、これまでに、大麻使用に一回でも誘われたことがありますか？
（○は1.の場合は1つ、それ以外の場合には、1つまたは2つ）

1. ない	2. この1年間より前にあった	3. この1年間にあった

問47　あなたは、これまでに一回でも、大麻を吸ったことがありますか？
（○は1.の場合は1つ、それ以外の場合には、1つまたは2つ）

1. ない	2. この1年間より前にあった	3. この1年間にあった

問48　あなたは、覚せい剤を使っている人の数について、どのような印象をお持ちですか？
（○は１つ）（ヒロポン、シャブ、エス、スピードも覚せい剤です）

1. 以前より増えている	2. 変わらない	3. 以前より減っている	4. わからない

問49　覚せい剤を使うと、質問35と同じ精神病状態になりやすく、また質問36のようなフラッシュバックがあることを知っていますか？（○は１つ）

1. 知っている	2. 知らない

問50　あなたは、国内で、自分の身近にいた、あるいは、身近にいる人の中で、覚せい剤を一回でも使ったことのある人を、これまでに何人知っていますか？

(身近でなくても、実際に目撃した場合は人数に含めてください。2.「いる」を選んだ場合は、(　)内に、その人数をお書き下さい。数人とか多数とかは書かないでください。)

1. いない (知らない)	2. いる → (　　) 人

問51　あなたは、国内で、自分の身近にいた、あるいは、身近にいる人の中で、この一年間に覚せい剤を一回でも使ったことのある人を、何人知っていますか？

(身近でなくても、実際に目撃した場合は人数に含めてください。2.「いる」を選んだ場合は、(　)内に、その人数をお書き下さい。数人とか多数とかは書かないでください。)

1. いない (知らない)	2. いる → (　　) 人

問52　あなたは、これまでに、覚せい剤使用に一回でも誘われたことがありますか？

(○は1. の場合は1つ、それ以外の場合には、1つまたは2つ)

1. ない	2. この1年間より前にあった	3. この1年間にあった

問53　あなたは、これまでに一回でも、覚せい剤を使用したことがありますか？

(○は1. の場合は1つ、それ以外の場合には、1つまたは2つ)

1. ない	2. この1年間より前にあった	3. この1年間にあった

問54　あなたは、ヘロインを使用している人の数について、どのような印象をお持ちですか？

(○は１つ)

1. 以前より増えている	2. 変わらない	3. 以前より減っている	4. わからない

問55　あなたは、国内で、自分の身近にいた、あるいは、身近にいる人の中で、ヘロインを一回でも使ったことのある人を、これまでに何人知っていますか？

(身近でなくても、実際に目撃した場合は人数に含めてください。2.「いる」を選んだ場合は、(　)内に、その人数をお書き下さい。数人とか多数とかは書かないでください。)

1. いない (知らない)	2. いる → (　　) 人

問56　あなたは、国内で、自分の身近にいた、あるいは、身近にいる人の中で、この一年間にヘロインを一回でも使ったことのある人を、何人知っていますか？

(身近でなくても、実際に目撃した場合は人数に含めてください。2.「いる」を選んだ場合は、(　)内に、その人数をお書き下さい。数人とか多数とかは書かないでください。)

1. いない (知らない)	2. いる → (　　) 人

問57　あなたは、これまでに、ヘロイン使用に一回でも誘われたことがありますか？

(○は1. の場合は1つ、それ以外の場合には、1つまたは2つ)

1. ない	2. この1年間より前にあった	3. この1年間にあった

問58　あなたは、これまでに一回でも、ヘロインを使用したことがありますか？

(○は1. の場合は1つ、それ以外の場合には、1つまたは2つ)

1. ない	2. この1年間より前にあった	3. この1年間にあった

問59　あなたは、コカインを使用している人の数について、どのような印象をお持ちですか？
（○は１つ）（クラックもコカインです）

1. 以前より増えている	2. 変わらない	3. 以前より減っている	4. わからない

問60　あなたは、国内で、自分の身近にいた、あるいは、身近にいる人の中で、コカインを一回でも使ったことのある人を、これまでに何人知っていますか？
（身近でなくても、実際に目撃した場合は人数に含めてください。2.「いる」を選んだ場合は、（　）内に、その人数をお書き下さい。数人とか多数とかは書かないでください。）

1. いない（知らない）	2. いる →（　　）人

問61　あなたは、国内で、自分の身近にいた、あるいは、身近にいる人の中で、この一年間にコカインを一回でも使ったことのある人を、何人知っていますか？
（身近でなくても、実際に目撃した場合は人数に含めてください。2.「いる」を選んだ場合は、（　）内に、その人数をお書き下さい。数人とか多数とかは書かないでください。）

1. いない（知らない）	2. いる →（　　）人

問62　あなたは、これまでに、コカイン使用に一回でも誘われたことがありますか？
（○は1. の場合は1つ、それ以外の場合には、1つまたは2つ）

1. ない	2. この1年間より前にあった	3. この1年間にあった

問63　あなたは、これまでに一回でも、コカインを使用したことがありますか？
（○は1. の場合は1つ、それ以外の場合には、1つまたは2つ）

1. ない	2. この1年間より前にあった	3. この1年間にあった

問64　あなたは、ＭＤＭＡを使用している人の数について、どのような印象をお持ちですか？
（エクスタシー、エックスもＭＤＭＡです）（○は１つ）

1. 以前より増えている	2. 変わらない	3. 以前より減っている	4. わからない

問65　あなたは、国内で、自分の身近にいた、あるいは、身近にいる人の中で、ＭＤＭＡを一回でも使ったことのある人を、これまでに何人知っていますか？
（身近でなくても、実際に目撃した場合は人数に含めてください。2.「いる」を選んだ場合は、（　）内に、その人数をお書き下さい。数人とか多数とかは書かないでください。）

1. いない（知らない）	2. いる →（　　）人

問66　あなたは、国内で、自分の身近にいた、あるいは、身近にいる人の中で、この一年間にＭＤＭＡを一回でも使ったことのある人を、何人知っていますか？
（身近でなくても、実際に目撃した場合は人数に含めてください。2.「いる」を選んだ場合は、（　）内に、その人数をお書き下さい。数人とか多数とかは書かないでください。）

1. いない（知らない）	2. いる →（　　）人

問67　あなたは、これまでに、ＭＤＭＡ使用に一回でも誘われたことがありますか？
（○は1. の場合は1つ、それ以外の場合には、1つまたは2つ）

1. ない	2. この1年間より前にあった	3. この1年間にあった

問68　あなたは、これまでに一回でも、ＭＤＭＡを使ったことがありますか？
（○は1.の場合は1つ、それ以外の場合には、1つまたは2つ）

1. ない	2. この1年間より前にあった	3. この1年間にあった

問69　あなたが「シンナー遊び」のためにシンナーなどの有機溶剤を手に入れようとした場合、それはどの程度むずかしいことですか？（○は１つ）

1. 絶対不可能だ	3. 少々苦労するが、なんとか手に入る
2. ほとんど不可能だ	4. 簡単に手に入る

問70　あなたが大麻を手に入れようとした場合、それはどの程度むずかしいですか？
（○は１つ）

1. 絶対不可能だ	3. 少々苦労するが、なんとか手に入る
2. ほとんど不可能だ	4. 簡単に手に入る

問71　あなたが覚せい剤を手に入れようとした場合、それはどの程度むずかしいですか？
（○は１つ）

1. 絶対不可能だ	3. 少々苦労するが、なんとか手に入る
2. ほとんど不可能だ	4. 簡単に手に入る

問72　あなたがヘロインを手に入れようとした場合、それはどの程度むずかしいですか？
（○は１つ）

1. 絶対不可能だ	3. 少々苦労するが、なんとか手に入る
2. ほとんど不可能だ	4. 簡単に手に入る

問73　あなたがコカインを手に入れようとした場合、それはどの程度むずかしいですか？
（○は１つ）

1. 絶対不可能だ	3. 少々苦労するが、なんとか手に入る
2. ほとんど不可能だ	4. 簡単に手に入る

問74　あなたがＭＤＭＡを手に入れようとした場合、それはどの程度むずかしいですか？
（○は１つ）

1. 絶対不可能だ	3. 少々苦労するが、なんとか手に入る
2. ほとんど不可能だ	4. 簡単に手に入る

問75　大麻を吸うことは法律で禁止されていますが、あなたは大麻を吸うことについて、どう思いますか？（○は１つ）

1. 法律で云々（うんぬん）言う以前に、そもそも、すべきではないと思う
2. 法律で禁止されているから、すべきではないと思う
3. 法律で禁止されてはいるが、少々ならかまわないと思う
4. 法律で禁止されてはいるが、そもそも法律で決める必要はなく、個人の判断だと思う
5. 大麻による害を知らないから、判断できない

問76　覚せい剤を使用することは法律で禁止されていますが、あなたは覚せい剤を使用することを、どう思いますか？（○は１つ）

1. 法律で云々（うんぬん）言う以前に、そもそも、すべきではないと思う
2. 法律で禁止されているから、すべきではないと思う
3. 法律で禁止されてはいるが、少々ならかまわないと思う
4. 法律で禁止されてはいるが、そもそも法律で決める必要はなく、個人の判断だと思う
5. 覚せい剤による害を知らないから、判断できない

問77　あなたは、マジック・マッシュルームが毒キノコであることを知っていましたか？
（○は１つ）

1. 知らなかった　　2. 知っていた

問78　あなたが、この一年間に受診したことがある診療科に○をして下さい。
（○はいくつでもけっこうです）

1. どこも受診していない	5. 外科	10. 泌尿器科	14. 耳鼻咽喉科
2. 内科	6. 整形外科	11. 産婦人科	15. 心療内科
3. 神経科・精神科	7. 皮膚科	12. 眼科	16. その他
4. 神経内科	8. 脳神経外科	13. 歯科	（具体的に:　　）

問79　あなたが、これまでに、何らかの薬物（医薬品も含めて）の使用が原因で受診したことがある診療科に○をして下さい。
（○はいくつでもけっこうです）

1. どこも受診していない	5. 外科	10. 泌尿器科	14. 耳鼻咽喉科
2. 内科	6. 整形外科	11. 産婦人科	15. 心療内科
3. 神経科・精神科	7. 皮膚科	12. 眼科	16. その他
4. 神経内科	8. 脳神経外科	13. 歯科	（具体的に:　　）

ご協力ありがとうございました。

なお、この調査についての結果は、来年の7月頃に公表します。

結果をお知りになりたい方は、ハガキにあなた様の住所、氏名をご記入になり、下記の「結果請求用紙」を点線に沿って切り取り、ハガキに貼付の上、2009年11月末日までに、下記住所（点線に沿って切り取り、ハガキに添付して下さい）までご請求下さい。来年の7月頃に郵送させていただきます。（結果は、調査対象全員について、統計的にまとめられたものであり、個人について論じたものではありません。ただし、郵送の必要上、あなた様が本調査の対象の一人であったことが、当研究部にはわかりますが、当研究部では、あなた様ご自身の記載内容を特定することはできませんし、あなた様が本調査の対象の一人であったことを漏らすことは、一切ありません。）

注：下記を切り取る際は、裏面の回答部分の番号が切り取られないよう、点線に沿ってお切り下さい。

結果請求用紙	結果請求先
住民調査09の結果を請求します	〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1 国立精神・神経センター 精神保健研究所 薬物依存研究部　住民調査　担当者　宛

第8版-2009

分担研究報告書
(1－2)

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）
分担研究報告書

全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査

分担研究者　小林桜児　国立精神・神経センター病院　精神科
研究協力者　尾崎　茂　中野総合病院　精神神経科
和田　清　国立精神・神経センター精神保健研究所　薬物依存研究部

研究要旨　1987年～2008年度における本調査研究の概要をまとめた。全般的には，全国の有床精神科医療施設から報告される薬物関連精神障害の患者および報告施設は減少傾向にあった。主たる使用薬物，使用歴のある薬物，初回使用薬物としては，長年にわたって覚せい剤，有機溶剤が上位を占めていた。一方，病院調査においても大麻使用の拡大がうかがわれ，大麻使用歴を有する症例は30%前後に，大麻を初回使用薬物とする割合も7～8%とこの10年余で倍増していた。診断別にみると，覚せい剤，有機溶剤症例では精神病性障害を中心として遷延・持続性の慢性病態が目立ち，睡眠薬，抗不安薬を中心とする医薬品症例では依存症候群の割合が高かった。遷延持続性の精神病性障害に対する治療的アプローチの検討も重要である。全体の10%前後に不安障害，気分障害が併存し，女性においてより高い傾向がみられた。また，女性症例では摂食障害やBPDの併存率，虐待などの生活史的問題，自傷・自殺企図の既往を有する割合が男性に比して高く，全般的に病像が複雑であることがうかがわれ，これらの性差に配慮した治療的アプローチが必要であると考えられた。薬物依存症治療プログラムの利用経験者は1/3程度に過ぎず，質・量ともに不十分であると考えられた。依存の重症度や併存症，性差など患者の病態や特性に応じた，多様な治療・回復のためのプログラムが広く地域で提供される必要がある。今後も，本調査研究の継続により，精神科医療の現場における乱用物質の動向および薬物関連精神障害の実態を把握しつつ，適切な治療的処遇と社会資源の整備に関する検討と実現が急務の課題であると考えられた。

A．研究目的

国内においては，依然として第三次覚せい剤乱用期にあり，厚労省のまとめによれば，2008年度における覚せい剤事犯での検挙人員は11,231人，押収量は402.6kgで，前年に比較すると検挙人員は減少したが，押収量は前年比で215kgの大幅な増加のあった2007年度（359kg）よりさらに増加がみられた。また，大麻事犯については，押収量は減少したものの，検挙人員および不正栽培事犯での検挙人員は過去最高であった[1)]。

全国の有床精神科医療施設を対象とした薬物関連精神疾患の調査研究は，日本における薬物乱用・依存者の実態を把握するための多面的疫学研究の一分野として，1987年以来ほぼ現行の方法論を用いて隔年で実施されてきた。2009年度は，2008年度までの調査結果について，全体的な推移を把握し，精神医療の現場における薬物関連問題，および診断，治療面における今後の問題を検討した。

B．研究方法

1）対象

本調査の対象および方法は，1987年以来，基本的に同一である。調査対象となった医療機関は，大学病院，国公立・民間病院を含む全国の全有床精神科医療施設で，約1,600施設である。対象患者は，調査対象医療機関において，調査年度の9，10月に外来および入院で診療を受けたアルコールを除く精神作用物質を主たる使用薬物とするすべての薬物関連精神疾患患者である。

2）方法

あらかじめ調査対象医療機関宛に質問紙を郵送し，個々の患者について，担当医師による記載を依頼した。調査は原則的に国立精神・神経センター倫理委員会の承認を得て実施され，調査対象医療機関内に調査に関する案内文書を掲示するとともに，口頭による同意（自記式調査実施年度は文書による同意）を取得することとした。

3）調査項目について

（1）継続的な調査項目について

調査用紙前半の質問項目は，経時的な傾向の把握のために，基本的に以下のような項目による構成とした。

- 人口動態学的データ
- 交友，婚姻関係
- 矯正・補導歴
- 飲酒・喫煙歴
- 薬物使用歴
- 薬物使用開始の動機，契機となった人物
- 診断（ICD-10 分類）
- 精神科疾患の家族歴
- 自傷行為・自殺企図の既往
- 成育史的問題の有無

（2）各調査年度における関心項目

1996 年度より，上記の継続的調査項目に加えて以下のように各年度毎の関心項目を設定した。

① 1996 年度[2)]
- 覚せい剤関連障害の診断（厚生省「専門家会議（1985）」による類型分類）

② 1998 年度[3)]
- ICD－10 による診断分類
- 覚せい剤精神病の発症年齢

③ 2000 年度[4)]
- 覚せい剤精神病の持続期間（付：ICD-10 診断分類のｱﾙｺﾞﾘｽﾞﾑ）

④ 2002 年度[5)]
- 精神病性障害の長期持続例
- ICD-10「依存症候群」診断ガイドラインの項目別該当率
- 乱用開始から依存症候群に至るまでの期間（Length of Time between Abuse and Dependence, LOTAD）
- 自記式精神依存評価尺度である SDS（Severity of Dependence Scale）の信頼性・妥当性評価
- 先行・併存する精神医学的障害
- Traumatic life events の既往
- 利用された治療プログラム

⑤ 2004 年度[5)]
- Y-G による性格傾向の把握
- TCI（Temperament and Character Inventory）20 項目版による気質・パーソナリティ評価

⑥ 2006 年度[7)]
- BZ 系睡眠薬・抗不安薬の臨床用量依存
- 生育史上の問題（早期の離別，虐待，不登校，いじめ，家庭内暴力等）
- 精神科的併存症・既往症（気分障害，自傷・自殺企図歴）
- DSM-Ⅳによるパーソナリティ障害の併存診断（ASPD・BPD）

⑦ 2008 年度[8)]
- 受診経路
- 治療プログラムの利用状況・実施場所・内容について
- 各患者の治療および回復における問題点

これらの関心項目のうち，ICD-10 による診断分類，精神病性障害の発症年齢など一部の項目は，その後の継続調査項目として組み入れられた。

C．研究結果

1） 回答状況の推移（表1）

調査に対する回答率は，1996 年の 36.9%を除き概ね 50%前後で，2006 年度は 56.7%と最も高かった。「該当症例あり」と報告した施設の割合は，2000 年までは 15～20%程度であったが，2002 年度以降は低下し，とくに 2004 年度から 2008 年度においては，4～6%にとどまっている。「報告症例数」は，2002 年度まで 900 例前後であったが，2004 年度以降は 500 例前後となり，2008 年度は 284 例と過去最も少なかった。

2） 主たる使用薬物別にみた症例数の推移（表2）

主たる使用薬物では，「覚せい剤」が 1993 年以降最も高い割合を示しており，一方「有機溶剤」は 1991 年の 40.7%をピークとして低下傾向にあった。これら２剤の合計は毎回の調査においてほぼ 65～80%を占めており，覚せい剤と有機溶剤は依然として精神医療の現場における主要な使用薬物で

あった。

「鎮静剤（睡眠薬および抗不安薬）」は，6～12%前後で，1996年度調査でいったん減少したが，その後はやや増加傾向にある。「鎮痛薬」，「鎮咳薬」は横ばいないし減少傾向にあった。「大麻」は1987年度の調査以降，漸増傾向がみられ，2002年度以降は2%を超えている。

3） 使用歴のある薬物の割合（表3）

症例全体において，使用歴のある薬物をみると，平均して覚せい剤が64.3%と最も高い割合を示し，有機溶剤が48.0%でこれに次いでいた。この2剤が上位を占めるパターンが1996年以来持続している。有機溶剤を主たる使用薬物とする症例の割合は明らかに減少傾向にあるが，有機溶剤の使用歴を有する症例の比率は大きく減ってはいない。

鎮静剤の使用歴を有する症例は平均35.2%で，1996年の29.5%から漸増傾向を示し，2008年には40.5%と有機溶剤に次いで高かった。

4） 初回使用薬物の割合（表4）

初回使用薬物では，有機溶剤が平均45.6%と最も高い割合を示した。有機溶剤は，1996年には53.2%と半数以上の症例において初回使用薬物として報告されたが，その後次第に減少し，2008年には最も高い割合ではあったものの37.6%とさらに減少傾向を強めていた。一方，覚せい剤は平均29.6%と有機溶剤に次いで高い割合を示し，2002年までは30%を超えていたが，それ以降は20%台前半で推移している。鎮静薬，鎮咳薬はそれぞれ平均12.5%，2.9%とほぼ横ばい傾向にあり，鎮痛薬は3.3%でやや減少傾向にあった。大麻は，1996年には3.9%であったが，その後次第に増加傾向をみせ，2008年には7.4%とほぼ倍増している。

5） 覚せい剤，有機溶剤症例における初期乱用・長期乱用例の推移（表5）

薬物の使用期間を「最終使用年齢－初回使用年齢」から算出し，使用期間が1年未満のものを「初期乱用例」，5年以上のものを「長期乱用例」として，覚せい剤症例，有機溶剤症例についてその推移をみた。

覚せい剤症例においては，初期乱用例は平均3.8%で，1991年には8.9%であったが，その後漸減して2%前後となっている。長期乱用例は平均61.0%で，多少の増減はあるものの概ね60%前後で推移している。

有機溶剤症例においては，初期乱用例は平均4.1%，1991年には8.3%と覚せい剤症例同様の割合であったが，その後増減を示しながら推移して2～5%前後になっている。長期乱用例は平均67.7%で，1991年には48.9%であったが，その後は覚せい剤症例よりも高い割合を維持し，60～80%で経過している。

2剤ともに，長期乱用例の割合が圧倒的に高いことで共通している。

6） 大麻使用症例の推移（表6）

すでに述べたが，大麻を主たる使用薬物とする症例（大麻症例）の割合は平均1.8%で，やや漸増傾向はありながらも概ね横ばいであった。一方，大麻使用歴のある症例の割合は平均17.4%で，1993年の5.3%から1996年には10.7%と倍増，さらに2004年には38.1%と顕著に増加し，その後も26～28%と高い水準で推移している。

7） リタリン使用症例の推移（表7）

大麻同様に，リタリンを主たる使用薬物とする症例（リタリン症例）と，使用歴のある症例の割合の推移をみると，ともに1996年以降，増加傾向を示し，2006年にはそれぞれ2.8%，5.6%とピークを迎えた。しかし，リタリン乱用・依存問題がマスコミに大きく取り上げられるなど社会問題化したことを背景として，2007年から2008年にかけての保険適用病名の変更（「うつ病」の削除），処方・調剤および流通管理の厳格化などの対策後，2008年度調査においては，それぞれの割合は0.7%，2.1%といずれも低下した。

8） ICD-10診断別にみた症例の推移（表8）

症例全体におけるICD-10による主診断の推移をみると，2000～2008年の平均では，「精神病性障害」が36.8%と最も高く，中でも精神病症状の持続期間が6ヶ月以上のものが20.5%と高い割合を示した。「精神病性障害」に次いで「依存症候群」が32.7%，「残遺性障害・遅発性精神病性障害」の割合が21.8%と高かった。「急性中毒」「有害な使用」はともに4%弱と低かった。症例

全体としてみると，依存や精神病症状の遷延など慢性病態が目立った。

９） 覚せい剤症例における ICD-10 診断別にみた症例の推移（表９）

覚せい剤症例の診断をみると，「精神病性障害」の割合が平均で50%を超えており，「残遺性障害・遅発性精神病性障害」も32.0%と高かった。精神病性障害の持続期間が６ヶ月以上の症例が平均28.6%であり，「残遺性障害・遅発性精神病性障害」と合わせると全体の約60%が慢性病態を示すことになり，高い割合であった。「依存症候群」は15.5%にとどまった。

１０）有機溶剤症例におけるICD-10診断別にみた症例の推移（表１０）

有機溶剤症例では，覚せい剤症例に比較して「依存症候群」が平均38.3%と高い割合を示した。「精神病性障害」は全体の36.6%で，「持続６ヶ月以上」の長期持続例の割合が23.2%と高い傾向がみられた。「残遺性障害・遅発性精神病性障害」の割合は平均15.3%で，症状の遷延・持続例は一定の割合を占めていたが，覚せい剤症例に比較すると，相対的に低い傾向がみられた。

１１）併存する精神科的障害（表１１）

2002年度調査において併存する精神科的障害を調べたところ，「不安障害・神経症性障害」が男女とも最も高い割合を示し，全体で12.9%を占め，次いで「気分障害」が9.6%と高い割合だった。女性では，「不安障害・神経症性障害」に次いで「摂食障害」14.5%，「気分障害」12.3%と高く，「ストレス反応・適応障害」が11.4%と続いた。男性では，「気分障害」8.6%，「ストレス反応・適応障害」が6.0%の順であった。

１２）併存する気分障害の内訳（表１２）

2006年度調査では，気分障害の併存についてさらに詳細に検討した。気分障害の併存率は全体で9.5%，男性8.7%，女性11.7%と2002年度の結果とほぼ同一水準であった。「併存の疑い」を含めると全体の16.4%と高い割合を示し，とくに女性では22.8%と高かった。

気分障害の内訳では，「うつ病性障害」が全体の71.2%と最も高い割合を示し，「双極性障害」は5.8%だった。

１３）パーソナリティ障害の併存（表１３）

2006年度調査では，パーソナリティ障害の併存について，「反社会性パーソナリティ障害(ASPD)」と「境界性パーソナリティ障害（BPD）」に絞って検討した。診断はDSM－Ⅳに基づいて行った。

ASPDの併存は，全体の6.2%にみられ，女性の4.1%に比較して男性では6.9%とやや高い傾向がみられたが，大きな差はなかった。「併存疑い（傾向あり）」を含めると，全体の21.3%であった。ASPDの障害が顕在化した時期と薬物使用開始との時期的関係をみると，薬物使用開始前から障害がみられた割合が38.6%，開始後が29.8%と前者の割合が高い傾向がみられた。

BPDの併存率は全体の4.9%だが，顕著な性差があり，女性では15.2%，「併存疑い（傾向あり）」を含めると38.6%と高い割合を示した。薬物使用開始前からBPDの障害が顕在化していた割合が男女とも高く，とくに女性では50%以上であった。

１４）生育史上の問題，自傷・自殺企図の既往（表１４）

生育史上の問題は，2006年度，2008年度調査で検討された。全体としてみると，1/3から半数近くが何らかの生育史上の問題を有しており，とくに「15歳以前の親との離別」体験が男女とも最も高い割合を示した。次いで，「不登校」が約1/3にみられ，「家庭内暴力」「いじめられ体験」「被虐待体験」がそれぞれ20～25%にみられた。「いじめられ体験」および「被虐待体験」は女性における割合が高い傾向がみられた。「自傷行為・自殺企図の既往」は，全体の33.5%にみられ，とくに女性では50%を超えていた。

１５）治療プログラムの利用状況（表１５）

依存症のための何らかの治療プログラムを利用したことがある割合は全体の43.0%で，そのうち「薬物依存」のプログラムが50.0%，「アルコール依存」のプログラムは9.0%だった。また，プログラムの実施場所は，「精神科医療機関」が90%近くを占め，次いで「民間リハビリ施設」が16.4%，「自助グループ」が12.3%で，保健所や精神保健福祉センターといった公的機関でのプログラム利用はほとんどみられなかった。

プログラムの内容については，「教育プログラム」「グループミーティング」が60%前後と最も高い割合で，次いで「自助グループメッセージ」が約1/3と続いた。内容は不詳だが，「認知行動療法」プログラムの利用率は28.7%であった。

１６）治療・回復における問題点（表１６）

個々の報告症例の治療や回復において，担当医師として何が問題と考えるかを尋ねた結果である。「使用欲求・渇望のコントロールが困難」が男女とも47%前後と最も高い割合を示し，「断薬への動機付けが希薄なこと」が37.3%とこれに続いた。そのほか，「ソーシャルスキルの欠如」，「就労・経済的問題」，「家族の問題」などの心理社会的側面での問題が20%前後にみられた。「地域の受け皿」や「刑事司法的問題」は10%以下であった。

D．考察

本調査研究は，1987年より基本的に同一の方法で施行され，薬物関連問題に対する多面的疫学研究の一分野として，精神科医療現場における薬物関連精神障害について継時的に検討してきた。また本調査研究は，全国のすべての有床精神科医療施設を対象とした悉皆調査であり，一定の回答率を維持することには多大な困難が伴ったが，毎回の回答率は概ね50%を超えており，信頼に足るデータ収集が行われてきたといえる。

精神障害者全体からみれば，薬物関連精神障害患者はごく一部を占めるに過ぎず，診療を行っている医療機関もまたごく一部に過ぎない。それは，「該当症例あり施設」の割合が低いことからもうかがえる（表１）。とくに，1987年調査で「該当症例あり施設」の「総回答率」は19.6%であったが，次第に低下して2004年度以降は5～6%前後となっている。施設類型別にみても，国公立，大学，民間ともに「該当症例あり」と回答した施設数が減っていることから，これは有床精神科医療機関に全般的にみられる傾向といえる。施設数と同様に，報告症例数も減少し，2002年度までの900例前後から，2004年度以降は500例前後に減少し，さらに2008年度は300例以下となっている。報告症例数の減少は，二大薬物である覚せい剤，有機溶剤ともに「初期乱用例」が減少傾向にあることも関連があるかもしれない。しかし，これらはあくまでも有床精神科医療施設においてみられる傾向であり，実際に薬物関連精神疾患患者自体が減少しているのか，クリニック等で診療を受ける機会が増しているのか，といった点については今後の検討が必要だろう。

「使用歴のある薬物」（表３）として，覚せい剤，有機溶剤が上位を占める傾向は変わらないが，大麻が著しい増加傾向にあることには注意が必要である。「大麻使用歴のある症例」（表３，６）は，とくに2004年以降の調査では，1/3～1/4を占めるに至っている。大麻は，「初回使用薬物」（表４）としても同様に増加傾向がみられている。一般に，何らかの薬物関連精神障害を発症して精神科医療現場に登場するまでには，社会における乱用状況から一定のタイムラグがあると思われるが，今後，大麻については注意深く推移を見守る必要がある。MDMAについても同様である。

「ICD-10診断別にみた症例数の推移」（表８～１０）からは，全体として，精神病症状の持続が6ヶ月以上の精神病性障害や残遺性障害など，精神症状が遷延・持続する症例の割合が全体の40～60%と高い。「依存症候群」を主診断とする症例も約1/3にみられることから，薬物使用に関連した慢性病態が多くを占めることがわかる。後述する「治療・回復における問題点」（表１６）で「遷延性・持続性の精神病性障害」が34.9%にみられるのと呼応する結果である。

最近，薬物関連精神疾患の併存精神障害が診断，治療において問題となっている。生涯罹患率（lifetime prevalence）としては，薬物乱用者の25～50%に気分障害がみられるとされ，他の併存障害についても種々の報告があるが，概ね双極性障害は1～8%，パニック障害10～20%，恐怖性不安障害10～34%などとされる[9]。

本調査においては，2002年度調査にその概要を調べ，2006年度は気分障害とパーソナリティ障害を取り上げて，より詳細に検討した。2002年度調査の結果からは，「不安障害・神経症性障害」が男女とも最も高い割合でみられ，男性では次いで「気分障害」であった。女性では「不安障害・神経症性障害」に次いで「摂食障害」が高いことが

男性とは異なる特徴で，さらに「気分障害」の順であった。特に，気分障害は男女とも高い頻度で併存がみられており，予後にも大きく影響するため，十分な臨床的評価が必要である。2006年度においても，気分障害は男女とも2002年度とほぼ同様の割合で併存していることが確認され，疑いも含めると全体の約1/4に併存していることが示唆された。類型としては，「うつ病性障害」が70%前後を占め，「双極性障害」は全体の5.8%と従来の報告と同様の割合であった。双極性障害の併存については，とくにBipolarⅡでみられるような抑うつから軽躁に至る気分変調およびそれに伴う行動変化と薬物誘発性精神症状との臨床的鑑別が困難な場合が少なくなく，underestimateされている可能性も否定できない。

パーソナリティ障害の併存については，2006年度にASPD，BPDを取り上げて検討した（表１３）。これらのパーソナリティ障害は，薬物関連精神疾患との併存がよく指摘されるものである。従来，ASPD，BPDの併存率は報告によってばらつきがあるが，コカイン，オピエート乱用者における中央値でみると，ASPDが各24%，BPDが各7%，18%とされている[10]。2006年度調査では，ASPDは全体の6.2%，傾向を含めると21.3%に併存がみられた。“規制薬物使用”という違法行為や薬物使用に誘発される“反社会的行動”を診断の根拠として考えた場合，薬物使用後にこれらの問題行動が顕在化する割合が高まる可能性が予想されたが，実際には薬物使用後」の顕在化は29.8%で，「薬物使用前」の38.6%より低かった。BPDについては，症例全体の4.9%，傾向を含めて16.3%に併存ありとされたが，その割合は女性において顕著に高かった。さらに，顕在化の時期は「薬物使用前」が「使用後」の約4倍高かった。したがって，薬物使用前からBPDの問題があり，さまざまな衝動行為のひとつとして薬物乱用が選択されたり，あるいは抑うつ・不安症状などの治療に用いられた処方薬の乱用・依存に発展した可能性が示唆された。

パーソナリティの評価は，Ⅱ軸という診断面のみならず，併存症状の理解，治療戦略，予後予測などにおいて重要である。また，ときには治療者側の治療動機にも影響を与える問題であり，評価が適切に行われる必要がある。本来のパーソナリティ障害に伴う行動パターンと，薬物使用によって直接的・間接的に影響された行動とをできるだけ峻別し，パーソナリティ障害に関するより適切な臨床評価がなされる必要があるだろう。

併存症を性差からみると，女性症例では不安障害，気分障害，摂食障害やBPDの併存率が高かった。さらに，虐待やいじめなどの生活史的問題，自傷・自殺企図の既往を有する割合も男性に比して高く，全般的に女性症例においては病像がより複雑であることがうかがわれた。また，これらの性差による併存症や生活史的背景に配慮した治療的アプローチが必要であると考えられた。なお，「生活史的問題」と「自傷・自殺企図の既往」については2006，2008年度において関心項目として質問に組み込まれたが，報告症例の半数近くがこれらの問題を有していることから，薬物関連精神障害患者において一般的にみられる問題であると考えられ，今後の調査においては継続的な調査項目とされるべきかもしれない。

これまでに利用した治療プログラムについては，「薬物療法」「精神療法」「行動療法」などの療法別の調査を2002年度調査で行った。2008年度は，依存症治療に絞って調査を行い，依存症プログラムの利用の有無，利用場所，プログラムの内容について検討した（表１５）。結果で述べたように，何らかの「依存症治療プログラム」を利用していた症例は半数以下，薬物依存症治療プログラムの利用率は1/3程度に過ぎなかった。本調査の回答施設が，薬物関連精神疾患患者の診療に比較的熱心な施設だと仮定しても，依存症治療プログラムの普及が質・量ともにきわめて不十分であることが示唆される。また，精神保健福祉センターや保健所等の保健行政機関でのプログラム経験者はきわめて少なかった。これらの行政機関は，薬物関連問題の相談窓口を設けており，家族相談のみならず，使用者本人の相談を受け入れる機会も少なくないと思われる。一部のセンターではすでに開始されているが，今後はこれら地域の相談機関においても，家族と並んで本人に対するプログラム提供がより広く試みられてもよいだろう。同時に，プログラムの中身も，教育プログラ

ムのみならず認知行動療法的な再発防止プログラムや，併存精神障害をもつ患者のためのプログラム等，患者のステージとニーズに応じた内容が今後一層求められている。

2008年度には，薬物関連精神疾患の治療・回復における阻害要因を検討するため，各症例について，担当医師がそれぞれ問題と感じている点について回答を求めた（表１６）。問題点としては「使用欲求・渇望のコントロールが困難」と「断薬への動機付けが希薄なこと」の割合が高く，これらはいずれも使用欲求，断薬継続といった薬物依存，とくに精神依存そのものの症状であり，精神依存に対する治療的対応が現場で最も問題となっていることがあらためて明らかになった。さらに，「精神科併存症の存在」，「遷延性・持続性の精神病性障害」がこれらに次いで，35%前後にみられた。前者では女性が，後者では男性において割合が高い傾向がみられた。精神病性障害の遷延・持続は前述したように，とくに覚せい剤症例において問題となっており，これは男性に多くみられること，また，不安障害や気分障害などの精神科的併存症が女性により高い割合でみられることがこれらの性差に関連していると思われる。

そのほか，アルコール関連精神障害に比較して，より若年発症の傾向がある薬物関連精神障害では，さまざまなソーシャルスキルの欠如やこれに関連した就労・経済的問題を有することが多いが，これらの問題も 20～25%の症例で指摘されており，リハビリテーションや社会復帰における阻害要因となっていることがうかがわれた。また，一般に規制薬物使用症例においては，刑事司法と医療との役割分担や連携が問題となることが少なくないが，今回の結果によれば「刑事司法的問題」を指摘された症例は1.8%と少なかった。これは，刑事司法との連携が精神科救急など急性期診療においてより問題となりやすいこと，本調査で報告された症例は覚せい剤，有機溶剤症例を中心に初期乱用例と急性中毒症例が少なく，むしろ精神病性障害を中心とする慢性病態が多いこと，等が関連していると思われる。

E．結　論

1) 1987 年～2008 年度における本調査の概要をまとめた。全般的には，全国の有床精神科医療施設から報告される薬物関連精神障害の患者および報告施設は減少傾向にあった。
2) 主たる使用薬物，使用歴のある薬物，初回使用薬物としては，長年にわたって覚せい剤，有機溶剤が上位を占めていた。
3) 病院調査においても大麻使用の拡大がうかがわれ，大麻使用歴を有する症例は 30%前後に，大麻を初回使用薬物とする割合も 7～8%とこの 10 年余で倍増していた。
4) 診断別にみると，覚せい剤，有機溶剤症例では精神病性障害を中心として遷延・持続性の慢性病態が目立ち，睡眠薬，抗不安薬を中心とする医薬品症例では依存症候群の割合が高かった。遷延持続性の精神病性障害に対する治療的アプローチの検討も重要である。
5) 全体の 10%前後に不安障害，気分障害が併存し，女性においてより高い傾向がみられた。また，女性症例では摂食障害や BPD の併存率，虐待などの生活史的問題，自傷・自殺企図の既往を有する割合が男性に比して高く，全般的に病像が複雑であることがうかがわれ，これらの性差に配慮した治療的アプローチが必要であると考えられた。
6) 薬物依存症治療プログラムの利用経験者は 1/3 程度に過ぎず，依存症の治療プログラムの普及は質・量ともに不十分であると考えられた。今後，依存の重症度や併存症，性差など患者の病態と特性に応じた多様な治療・回復のためのプログラムが広く地域で提供される必要がある。
7) 今後も，本調査研究の継続により，精神科医療現場における乱用物質の動向および薬物関連精神障害の実態を把握しつつ，適切な治療的処遇と社会資源の整備に関する検討と実現が急務の課題であると考えられた。

謝　辞

ご多忙の中，長期間にわたって本実態調査にご協力いただきました全国の精神科医療施設の医師の皆様ならびに関係者の方々，患者の皆様に心より

厚く御礼申し上げます。

F. 研究発表

1. 論文発表

① 尾崎　茂：薬物関連障害の動向。医学のあゆみ 233(12), 2010。（in print）

2. 学会発表

① 尾崎　茂, 和田　清：精神科医療施設における薬物関連精神疾患の最近の動向。第 44 回日本アルコール・薬物医学会総会, 2009/9/9, パシフィコ横浜。

3. その他

① 尾崎　茂：精神医療における薬物関連問題。（財）麻薬・覚せい剤乱用防止センターNEWS LETTER かいせつ第 12 回, 第 82 号：p2-7, 2010/2。

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし

文　献

1) 厚生労働省医薬食品局監視指導・麻薬対策課：麻薬・覚せい剤行政の概況。2009 年 12 月。
2) 尾崎　茂, 和田　清, 福井　進：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成 8 年度厚生科学研究報告書：61-86。1997 年 3 月。
3) 尾崎　茂, 和田　清：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成 10 年度厚生科学研究補助金「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神疾患患者等に対する適切な医療のあり方についての研究」報告書：85-114, 1999 年 3 月。
4) 尾崎　茂, 和田　清：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成 12 年度厚生科学研究補助金「薬物乱用・依存等の疫学的及び中毒性精神疾患患者等に対する適切な医療のあり方についての研究」報告書：77-118, 2001 年 3 月。
5) 尾崎　茂, 和田　清：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成 14 年度厚生科学研究補助金「薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究および社会的損失に関する研究」報告書：87-128, 2003 年 3 月。
6) 尾崎　茂, 和田　清：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成 16 年度厚生労働科学研究補助金「薬物乱用・依存の実態とその社会的影響・対策に関する研究」報告書：89-126, 2005 年 3 月。
7) 尾崎　茂, 和田　清, 大槻直美：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成 18 年度厚生労働科学研究補助金「薬物乱用・依存の実態把握と乱用・依存者に対する対応策に関する研究」報告書：93-140, 2007 年。
8) 尾崎　茂, 和田　清：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成 20 年度厚生労働科学研究補助金（「薬物乱用・依存の実態把握と「回復」に向けての対応策に関する研究」報告書：p87-134, 2009 年 3 月。
9) Hasin DS and Nunes E: Comorbidity of alcohol, drug, and psychiatric disorders. Dual diagnosis and treatment, pp1-30. Mercel Dekker Inc, New York, 1998.
10) Verheul R and Wim van dem Brink: Substance abuse and personality disorders. Dual diagnosis and treatment, pp317-363. Mercel Dekker Inc, New York, 1998.

表1　回答状況の推移

	1987	1989	1991	1993	1994			1996		
					国公立	大学	民間	国公立	大学	民間
総施設数	1584	1564	1587	1572	1572			1567		
類型別施設数	−	−	−	−	231	79	1262	192	84	1291
総施設に占める割合(%)	−	−	−	−	14.7	5.0	80.3	12.3	5.4	82.4
回答施設数	776	789	851	799	127	58	587	83	38	457
類型別回答率(%)	−	−	−	−	55.0	73.4	46.5	43.2	45.2	35.4
総回答率(%)	49.0	50.4	53.6	50.8	49.1			36.9		
該当症例あり施設数	310	287	309	266	55	26	177	47	22	182
類型別回答率(%)	−	−	−	−	23.8	32.9	14.0	24.5	26.2	14.1
総回答率(%)	19.6	18.4	19.5	16.9	16.4			16.0		
報告症例数	881	915	938	933	326	53	609	320	53	531
類型別症例(%)	−	−	−	−	33.0	5.4	61.6	35.4	5.9	58.7
総症例数	881	915	938	933	988			904		

	1998			2000			2002		
	国公立	大学	民間	国公立	大学	民間	国公立	大学	民間
総施設数	1648			1652			1645		
類型別施設数	191	83	1374	195	83	1374	195	84	1366
総施設に占める割合(%)	11.6	5.0	83.4	11.8	5.0	83.2	11.9	5.1	83.0
回答施設数	130	66	639	132	50	658	108	39	719
類型別回答率(%)	68.1	79.5	46.5	67.7	60.2	47.9	55.4	46.4	52.6
総回答率(%)	50.7			50.8			52.6		
該当症例あり施設数	63	30	182	66	16	169	47	14	137
類型別回答率(%)	33.0	36.1	13.2	33.8	19.3	12.3	24.1	16.7	10.0
総回答率(%)	16.7			15.2			12.0		
報告症例数	299	60	551	336	53	592	381	32	466
類型別症例(%)	32.9	6.6	60.5	34.3	5.4	60.3	43.3	3.6	53.0
総症例数	910			981			879		

	2004			2006			2008		
	国公立	大学	民間	国公立	大学	民間	国公立	大学	民間
総施設数	1658			1653			1622		
類型別施設数	198	84	1376	199	84	1370	187	83	1352
総施設に占める割合(%)	11.9	5.1	83.0	12.0	5.1	82.9	11.5	5.1	83.4
回答施設数	105	42	690	120	51	766	95	51	639
類型別回答率(%)	53.0	50.0	50.1	60.3	60.7	55.9	50.8	61.4	47.3
総回答率(%)	50.5			56.7			48.4		
該当症例あり施設数	24	6	45	28	10	52	25	12	71
類型別回答率(%)	12.1	7.1	3.3	14.1	11.9	3.8	13.4	14.5	5.3
総回答率(%)	4.5			5.4			6.7		
報告症例数	243	7	203	246	17	272	81	21	182
類型別症例(%)	53.5	1.5	44.8	46.0	3.2	50.8	28.5	7.4	64.1
総症例数	453			535			284		

表２　主たる使用薬物別にみた症例数(%)の推移

	主たる使用薬物					
	覚せい剤	有機溶剤	鎮静薬*	鎮痛薬	鎮咳薬	大　麻
1987	39.2	34.2	12.0	9.5	3.4	0.1
1989	40.8	38.7	7.4	7.0	3.9	0.8
1991	35.3	40.7	9.6	6.5	3.4	1.3
1993	41.9	33.9	12.3	4.7	4.4	1.5
1994	42.8	31.9	12.8	4.4	4.8	1.3
1996	56.3	22.8	5.6	2.2	2.3	0.9
1998	48.0	25.5	7.5	2.2	2.7	1.1
2000	57.6	19.6	7.4	2.7	1.5	0.7
2002	55.0	18.7	8.6	2.7	3.5	2.6
2004	51.1	17.0	11.1	2.4	3.5	3.8
2006	49.0	15.1	12.4	1.7	4.3	2.4
2008	52.5	13.8	13.0	2.2	2.9	2.2
平均	47.5	26.0	10.0	4.0	3.4	1.6

（鎮静薬*：睡眠薬および抗不安薬）

表３　使用歴のある薬物(%)の推移

	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	平均
覚せい剤	62.5	59.2	67.3	66.2	67.9	63.2	63.7	64.3
有機溶剤	50.7	47.5	43.6	50.1	52.4	48.0	43.7	48.0
鎮静薬	29.5	29.2	26.1	33.4	45.2	42.8	40.5	35.2
鎮痛薬	9.7	9.4	7.7	8.9	9.3	5.2	7.7	8.3
鎮咳薬	7.1	7.5	4.5	7.5	9.7	8.8	7.0	7.4
大　麻	10.7	11.4	9.8	22.0	38.1	27.7	26.1	20.8
ヘロイン	0.8	1.7	1.3	2.7	5.1	3.2	2.5	2.5
コカイン	3.7	4.4	3.6	6.8	12.2	6.9	7.4	6.4

表４　初回使用薬物(%)の推移

	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	平均
有機溶剤	53.2	48.7	44.0	46.2	45.1	44.3	37.6	45.6
覚せい剤	32.5	34.3	42.6	30.2	22.1	19.1	26.4	29.6
鎮静薬	11.0	15.7	13.1	9.0	10.2	13.3	15.1	12.5
大　麻	3.9	4.5	4.2	4.4	8.8	6.5	7.4	5.7
鎮痛薬	4.3	5.0	4.7	3.0	2.4	1.7	1.9	3.3
鎮咳薬	2.9	3.7	2.8	2.8	2.2	3.2	2.9	2.9

表５　覚せい剤症例，有機溶剤症例における初期乱用例・長期乱用例（%）の推移

	1991	1993	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	平均
（初期乱用例）											
覚せい剤	8.9	5.8	4.3	3.7	1.4	3.4	2.1	3.9	1.9	2.7	3.8
有機溶剤	8.3	4.6	5.1	2.2	2.1	4.7	3.7	3.9	1.3	5.0	4.1
（長期乱用例）											
覚せい剤	58.9	51.8	61.6	61.5	62.2	60.6	77.0	64.2	59.2	53.4	61.0
有機溶剤	48.9	62.8	70.5	78.0	72.1	71.4	80.5	71.4	61.3	60.0	67.7

表６　大麻使用症例(%)の推移

	1993	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	平均
大麻を主たる使用薬物とする症例(%)	1.5	1.3	0.9	1.1	0.7	2.5	3.8	2.4	2.2	1.8
大麻使用歴のある症例(%)	5.3	5.4	10.7	11.4	9.8	22.0	38.1	27.7	26.1	17.4

表７　リタリン使用症例(%)の推移

	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	平均
ﾘﾀﾘﾝを主たる使用薬物とする症例(%)	0.2	0.3	0.5	0.9	1.8	2.8	0.7	1.0
ﾘﾀﾘﾝ使用歴のある症例(%)	0.3	0.3	0.7	1.3	4.2	5.6	2.1	2.1

表８　ICD-10診断別にみた症例(%)の推移

	急性中毒	有害な使用	依存症候群	精神病性障害		健忘症候群	残遺性障害・遅発性精神病性障害	その他
				持続６ヶ月以内	持続６ヶ月以上			
2000	5.8	2.3	27.5	35.9		0.2	21.5	1.3
2002	3.7	5.1	26.8	15.3	18.3	0.1	25.6	2.6
2004	2.0	3.3	36.0	13.0	25.6	0.0	13.0	2.4
2006	5.0	3.0	37.8	9.3	17.9	0.2	23.7	2.2
2008	2.5	3.9	35.2	8.1	20.1	0.4	25.0	2.1
平均	3.8	3.5	32.7	16.3	20.5	0.2	21.8	2.1

表９　覚せい剤症例におけるICD-10診断別にみた症例(%)の推移

	急性中毒	有害な使用	依存症候群	精神病性障害		健忘症候群	残遺性障害・遅発性精神病性障害	その他	報告症例数
				持続６ヶ月以内	持続６ヶ月以上				
1998	1.3	1.8	14.3	40.0		0.0	37.4	2.3	385
2000	3.6	1.1	12.0	47.5		0.4	29.6	3.1	550
2002	2.3	2.3	13.4	20.1	25.1	0.2	35.1	1.5	481
2004	0.4	2.1	19.3	20.2	33.0	0.0	18.5	2.1	233
2006	5.0	1.9	17.6	13.0	25.2	0.0	34.4	3.1	262
2008	1.4	0.0	16.2	10.1	31.1	0.0	37.2	1.4	148
平均	2.3	1.5	15.5	25.2	28.6	0.1	32.0	2.3	343

表１０　有機溶剤症例におけるICD-10診断別にみた症例(%)の推移

	急性中毒	有害な使用	依存症候群	精神病性障害		健忘症候群	残遺性障害・遅発性精神病性障害	その他	報告症例数
				持続６ヶ月以内	持続６ヶ月以上				
1998	7.3	2.0	43.4	22.0		0.0	17.6	2.9	205
2000	9.7	3.8	34.6	31.4		0.0	12.4	0.5	185
2002	3.1	11.9	31.9	15.6	14.4	0.0	19.4	2.5	163
2004	3.9	5.2	36.4	5.2	35.1	0.0	9.1	2.6	77
2006	9.9	4.9	35.8	3.7	25.9	1.2	16.0	2.5	81
2008	2.5	2.5	47.5	2.5	17.5	0.0	17.5	5.0	40
平均	6.1	5.1	38.3	13.4	23.2	0.2	15.3	2.7	125

表１１　併存する精神科的障害（性別%）

	男性（648例）	女性（228例）	計（876例）
気分障害	8.6	12.3	9.6
不安障害・神経症性障害	10.6	19.3	12.9
ストレス反応・適応障害	6.0	11.4	7.4
身体表現性障害	0.9	4.8	1.9
摂食障害	1.2	14.5	4.7
多動性障害	0.6	0.0	0.5
行為障害	3.4	3.1	3.3

（2002年度調査より）

表１２　併存する気分障害の内訳（性別%）

	男性（390例）	女性（145例）	計（535例）
①気分障害の併存あり	8.7	11.7	9.5
②気分障害の併存疑い	14.1	22.8	16.4
③計（①+②）	22.8	34.5	26.0
（③における気分障害の内訳）			
うつ病性障害	68.5	76.0	71.2
双極性障害	9.0	0.0	5.8
気分循環性障害	3.4	2.0	2.9
NOS・その他	6.7	16.0	10.1

（2006年度調査より）

表１３　併存するパーソナリティ障害と薬物使用との時期的関連（性別%）

	男性（390例）	女性（145例）	計（535例）
反社会性パーソナリティ障害			
①併存あり	6.9	4.1	6.2
②併存疑い（傾向あり）	16.9	10.3	15.1
③計（①+②）	23.8	14.5	21.3
（③計における顕在化時期）			
薬物使用前	36.6	47.6	38.6
薬物使用後	28.0	38.1	29.8
境界性パーソナリティ障害			
①併存あり	1.0	15.2	4.9
②併存疑い（傾向あり）	6.9	23.4	11.4
③計（①+②）	7.9	38.6	16.3
（③計における顕在化時期）			
薬物使用前	32.3	55.4	47.1
薬物使用後	9.7	14.3	12.6

（2006年度調査，診断はDSM-IVによる）

表１４　生育史上の問題，自傷・自殺企図の既往を有する割合(性別%)

	2006			2008		
	男性(390例)	女性(145例)	計(535例)	男性(194例)	女性(90例)	計(284例)
何らかの生育史上の問題あり	33.3	51.0	38.1	40.2	54.4	44.7
(内訳)						
15歳以前の親との離別	36.2	35.1	35.8	37.2	55.1	44.1
不登校	34.6	36.5	35.3	30.8	32.7	31.5
いじめられ体験	23.1	37.8	28.4	17.9	28.6	22.0
家庭内暴力	21.5	21.6	21.6	34.6	10.2	25.2
被虐待体験	20.0	32.4	24.5	17.9	28.6	22.0
自傷行為・自殺企図の既往あり	−	−	−	24.2	53.3	33.5

表１５　治療プログラムの利用状況（性別%）

	男性（194例）	女性（90例）	計（284例）
何らかのﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑを利用したことがある	42.8	43.3	43.0
(内訳)			
薬物依存症	47.0	56.4	50.0
アルコール依存症	9.6	7.7	9.0
上記の両方	30.1	15.4	25.4
プログラムの実施場所			
精神科医療機関	85.5	89.7	86.9
精神保健福祉センター	0.0	2.6	0.8
保健所	0.0	2.6	0.8
自助グループ	9.6	17.9	12.3
民間リハビリ施設	21.7	5.1	16.4
プログラムの内容			
教育プログラム	67.5	64.1	66.4
グループミーティング	66.3	43.6	59.0
自助グループ・メッセージ	26.5	48.7	33.6
認知行動療法	34.9	15.4	28.7
運動療法	6.0	5.1	5.7
内観療法	34.9	10.3	27.0
生活技能訓練（SST）	21.7	5.1	16.4
家族のためのプログラム	3.6	5.1	4.1

（2008年度調査より）

表１６　治療・回復における問題点（性別%）

	男（194例）	女（90例）	計（284例）
使用欲求・渇望のコントロールが困難	47.9	46.7	47.5
断薬への動機付けが希薄なこと	34.0	44.4	37.3
精神科併存症の存在	30.4	45.6	35.2
遷延性・持続性の精神病性障害	42.8	17.8	34.9
ソーシャルスキルの欠如	23.2	26.7	24.3
就労・経済的問題	19.6	23.3	20.8
家族の問題	14.9	24.4	18.0
認知機能障害	17.0	13.3	15.8
自助グループにつながらないこと	19.1	8.9	15.8
薬物使用に関わる交友関係を断てないこと	10.8	16.7	12.7
住居など地域の受け皿なし	7.2	7.8	7.4
刑事司法的問題	2.1	1.1	1.8

（2008年度調査より）

分担研究報告書
(1－3)

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）
分担研究報告書

全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究

分担研究者　庄司正実　目白大学
研究協力者　妹尾栄一　東京都精神医学総合研究所
富田　拓、相澤　仁、小柳紘介　国立武蔵野学院
宇佐見兼市　国立きぬ川学院

研究要旨　われわれは1994年以降隔年ごとに全国の児童自立支援施設を対象として質問紙法により薬物乱用実態を調査してきた．この調査において有機溶剤，覚せい剤，大麻をおもな乱用薬物として乱用頻度や乱用への態度などを検討してきたが，縦断的調査の継続により上記以外の薬物乱用も多く認められることが分かってきている．今年度は面接調査を実施し，来年度以降の質問紙調査対象薬物が従来どおりでよいかを確認した．また対象群における薬物乱用に対する態度を検討し，来年度の質問紙調査項目の選定の資料とした．

面接調査対象施設は2施設であり，2003年，　2005年，2007年の面接調査対象と同一である．調査人数は91人(男性42人，女性49人)であった．精神科医および臨床心理士5名により面接を実施した．面接は半構造化面接を用い，薬物乱用状況および薬物乱用への態度を尋ねた．

おもな結果は以下のとおりである．男性では2003年以降全体に薬物乱用者は減少傾向を示していた．以前もっとも乱用者の多かった有機溶剤は2003年の43.9%から今年度9.6%にまで減少した．覚せい剤乱用は2005年以降男性では認められていない．大麻乱用は今年度11.9%であり2003年および2005年調査と同程度であった．ブタン乱用は2003年および2005年は25%前後にみられたが，2007年および今年度は10%前後であった．．

女性においても有機溶剤乱用頻度は2003年63.8%から漸減しており今年度32.6%となった．覚せい剤乱用は2003年14.9%から2007年28.6%まで漸増したが今年度は12.3%に減少した．また大麻乱用は2005年34.4%に増加し，その後2007年19.0%および今年度16.3%と減少した．ブタン乱用は2007年まで30%から40%台であったが今年度24.5%であった．

一方，男女ともMDMAや睡眠薬などが前述の有機溶剤・大麻・ブタン・覚せい剤などと同様な頻度で使用されていた．MDMAや睡眠薬の頻度は，男性ではそれぞれ3人(7.2%)　4人(9.4%)，女性ではそれぞれ7人(14.3%)10人(20.4%)であった．

以上より今回の対象群の薬物乱用状況は特定の薬物が流行しているのではなくいろいろな薬物が同じように用いられており，特定薬物への取り締まりや対処だけでは対応が難しくなってきていると考えられる．

薬物使用に関連する状況としては，精神症状は全体の70%ほどにみられ以前の調査結果と同程度である．また入手方法は他者から譲り受けた者が80%で一番多かった．薬物使用を中止しようと思った者は30%から50%ほど，薬物使用に対して忠告された者は30%から70%ほど，薬物使用により困難や問題を感じた者は60%ほど，初回使用時に躊躇を感じた者は20%から50%ほどであった．

A．研究目的

分担研究者らは，1994年以降隔年ごとに全国の児童自立支援施設入所児童を対象に薬物乱用の実態について継続調査を行ってきた．この一連の調査は全国の児童自立支援施設を対象とした全数調査であり，有効回答数はだいたい1000人以上であり，結果は信頼できるものと考えている[1]．

2008年までの全国調査により，従来非行少年のあいだで最も多く認められた乱用である有機溶剤乱用は明らかに減少してきてきていることが示されている．特に男性においてこの傾向が著しく，1994年41.2%から2008年9.8%に減少した．女性でも1994年59.6%から2006年31.1%まで漸減している．また，覚せい剤乱用は男女とも2000年ころまで増加傾向にあったが，2002年以降減少傾向を示している．大麻乱用頻度について男性は5%

から6%前後であったが2006年度は2.7%に.減少した. 女性では 1994 年(22.0%)および 1996 年(19.0%)はやや高かったが1998年から14%から15%台であまり変化はないという結果が得られている. 全国調査とは別年度に実施している面接調査においてブタン乱用(いわゆるガスパン遊び)の頻度が高いことが分かり, 2000 年以降はブタン乱用についても全国調査で検討してきた. 2006 年には男性ではブタン乱用者(10.8%)が有機溶剤乱用者(9.8%)よりも多いという結果であった. 一方女性では 2006 年においてまだ有機溶剤乱用者(31.1%)がブタン乱用者(15.0%)よりも多かった.

この一連の調査において薬物乱用頻度以外に乱用への態度なども同時に検討してきた.その結果, 薬物乱用頻度が漸減しているのに対し薬物乱用への意識や態度にはあまり変化は見られなかった. そのため薬物乱用への意識が十分高まったため薬物乱用が減少してきたとはいえないと考えている.

今年度の調査の目的は, 児童自立支援施設入所児童に対する面接調査を実施し来年度全国調査の質問紙項目作成の準備を行なうことである. 少人数を対象とした面接ではあるが薬物乱用動向を把握し必要があれば対象薬物など来年度の質問紙項目を変更する.

B. 研究方法

1 対象

2003 年度, 2005 年度, 2007 年度に面接調査をした児童自立支援施設 2 施設を今回も調査対象施設とした.

今回の対象人数は 91 人(男性 42 人, 女性 49 人)であった. なお 2003 年, 2005 年, 2007 年の面接対象数はそれぞれ 88 人(男性 41 人, 女性 47 人), 102 人(男性 38 人, 女性 64 人), 88 人(男性 42 人, 女性 46 人)であり, 毎回の対象数に大きな増減はない.

対象の性別学年構成を表 1 に示した. 男性では中学 2 年生 15 人(35.7%)中学 3 年生 16 人(38.1%)が多かったが, 女性ではやや年齢が高く中学卒業 19 人(38.8%)中学 3 年生 17 人(34.7%)中学 2 年生 11 人(22.4%)の順に多かった.

2 調査方法

1) 手続き

面接は 1 対 1 の対面式で行った. 調査者は, 精神科医 3 人および臨床心理士 2 人の計 5 人である. 面接時間は 1 人 15 分から 20 分程度である. 倫理面に配慮し質問紙調査および面接調査において回答したくない場合は回答しなくても良い旨を伝えた. また回答により施設内での処遇に不利が生じたりしないことを伝えた.

2) 面接用紙

面接調査用紙は資料 1 に示した. 面接は構造化および半構造されている.

調査項目は, 個人属性, 各種薬物乱用歴, 薬物入手経路, 薬物による発現症状, 乱用に伴う困難, 周囲からの助言, 他者への乱用勧誘, 薬物に対する意識, 薬物の有害性知識である. また薬物以外の自傷的行動についても尋ねた.

表 1 性・学年構成

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
小学6年		-	1	2.0
中学 1年	4	9.5	1	2.0
中学 2年	15	35.7	11	22.4
中学 3年	16	38.1	17	34.8
中学卒業	7	16.7	19	38.8
計	42	100.0	49	100.0

薬物使用の評価では, 使用経験がある者を, 機会的使用(1回から2回程度の使用),(依存にいたっていない)乱用的使用,依存的使用の 3 群に分けた. 乱用および依存の分類基準は DSM-IV-TR に依拠した.

C. 研究結果

1 各種薬物の乱用状況

1) 薬物乱用頻度(表 2, 表 3)

まったく薬物使用していない者は男性 26 人 61.9%), 女性 24 人(49.0%)であり, 男性の 16 人(38.1%および女性 25 人(51.0%)はなんらかの薬物使用経験があった.

今回男性で最も多く使用されていた薬物は大麻 5 人(11.9%)であり, ついで有機溶剤, 睡眠薬・抗不安薬, ブタンのいずれも 4 人(9.6%)であった. 覚せい剤使用者は 2007 年と同じく認められなか

表2　本人の薬物使用状況(男性)

	機会的使用		乱用的		依存的		計	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
有機溶剤	2	4.8	2	4.8			4	9.6
大麻	1	2.4	3	7.1	1	2.4	5	11.9
覚せい剤							0	−
ブタン	1	2.4	2	4.8	1	2.4	4	9.6
MDMA	1	2.4	1	2.4	1	2.4	3	7.2
コカイン							0	−
睡眠薬			3	7.1	1	2.4	4	9.5
咳止め液							0	−
その他			1	2.4			1	2.4

表3　本人の薬物使用状況(女性)

	機会的使用		乱用的		依存的		計	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
有機溶剤	5	10.2	5	10.2	6	12.2	16	32.6
大麻	4	8.2	3	6.1	1	2.0	8	16.3
覚せい剤	2	4.1	2	4.1	2	4.1	6	12.3
ブタン	4	8.2	5	10.2	3	6.1	12	24.5
MDMA	3	6.1	2	4.1	2	4.1	7	14.3
コカイン		−	1	2.0	1	2.0	2	4.0
睡眠薬	2	4.1	5	10.2	3	6.1	10	20.4
咳止め液		−	1	2.0		−	1	2.0
その他	1	2.0	1	2.0	1	2.0	3	6.0

表4　2003年，2005年，2007年の面接における乱用頻度

単位：%

	男性				女性			
	2003	2005	2007	2009	2003	2005	2007	2009
有機溶剤	43.9	10.5	9.5	9.6	63.8	50.0	47.6	32.6
大麻	9.8	10.5	4.8	11.9	25.5	34.4	19.0	16.3
覚せい剤	7.3	—	−	−	14.9	18.8	28.6	12.3
ブタン	24.4	26.3	11.9	9.6	48.9	35.9	45.2	24.5

った．MDMA使用者が3人(7.2%)いた．女性では有機溶剤16人(32.6%)，ブタン12人(24.5%)，睡眠薬・抗不安薬10人(20.4%)，大麻8人(16.3%)，MDMA7人(14.3%)，覚せい剤6人(12.3%)，の順であった．

女性では男性よりも全体的に薬物使用者が多いだけでなく，依存的使用者も多かった．6人（12.2%）が有機溶剤の依存的使用であり，ブタンあるいは睡眠薬の依存的使用が3人(6.1%)いた．また大麻1人(2.0%)，覚せい剤あるいはMDMAは2人(4.1%)が依存的使用を示していた．乱用的使用はさらに多く，ブタン5人(10.2%)，有機溶剤5人(10.2%)，睡眠薬5人(10.2%)，大麻3人(6.1%)，覚せい剤2人(4.1%)，MDMA2人(4.1%)が乱用的で

あった.

2) 薬物乱用頻度の年代変化(表4)

今回の面接対象を施設が2003年・2005年・2007年調査と同一であるため過去の薬物乱用頻度と比較検討した(表4). 男性では, 有機溶剤, 大麻, 覚せい剤, ブタンとも減少してきている. 有機溶剤乱用頻度は2003年には40%以上であったが2005年以降10%程度となっている. 大麻乱用は2007年は5%ほどであったが, その他の今年度も含め10%程度である. 覚せい剤乱用は2003年に7.3%であったが, 2005年以降認められていない.

女性も薬物使用は減少しているが, 男性ほどには減っていない. 女性の有機溶剤乱用は2003年から63.8%, 50.0%, 47.6%, 32.6%と漸減している. 覚せい剤は14.9%(2003年), 18.8%(2005年), 28.6%(2007年)と増加していたが, 今年度は12.3%に減少した. 大麻は2005年に増加(34.4%)したが, 2007年および2009年は20%以下であった. ブタンも今年度は24.5%と減少した.

3) 周囲の薬物乱用頻度および周囲の乱用者の様子(表5, 表6)

入所児童の周囲にどのような薬物乱用者がいたかを尋ねた. 周囲の薬物乱用者の頻度も本人の乱用と同様に男性よりも女性で高かった. 女性では半数以上の者が周囲に有機溶剤, 大麻, 覚せい剤などの使用者がいたと述べていた. 特に有機溶剤乱用が75.5%と高い. また, MDMA(28.6%), 咳止め液(8.2%), コカイン(6.1%)などの乱用者も周囲にいたとしている. 男性は女性の場合よりも少なく, 周囲の有機溶剤乱用, 大麻乱用, 覚せい剤乱用, ブタン乱用はそれぞれ40.5%, 26.2%, 16.7%, 38.1%であった.

周囲で最も使われていた薬物を尋ねたところ, 男性ではブタン9人(21.4%), 大麻5人(11.9%)が多かった. 一方, 女性では有機溶剤15人(30.6%), 大麻10人(20.4%), ブタン9人(18.4%)が多かった.

周囲に乱用者がいるとした男女それぞれ17人および38人に対して, 乱用している者に行動の変化がみられたかどうかを尋ねた. 回答によっては単に普通でない状態を行動の変化としてとらえていた可能性もある. 周囲の乱用者に行動変化があったと答えたのは男性15人(35.7%)女性33人(67.3%)であった.

4) 乱用に伴う状況(表7, 表8)

薬物乱用者に対して乱用に伴う状況として, 精神症状, 薬物入手経路, 乱用中止への試み, 乱用に伴う困難状況, 乱用に対する周囲からの忠告,

表5 周囲の薬物使用頻度

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
有機溶剤	17	40.5	37	75.5
大麻	11	26.2	28	57.1
覚せい剤	7	16.7	25	51.0
ブタン	16	38.1	23	46.9
MDMA	3	7.1	14	28.6
コカイン	2	4.8	3	6.1
睡眠薬	5	11.9	22	44.9
咳止め液	0	-	4	8.2
その他	2	4.8	1	2.0

表6 周囲でもっとも乱用されていた薬物

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
有機溶剤	3	17.6	15	39.5
大麻	5	29.4	10	26.3
覚せい剤	1	5.9	2	5.3
ブタン	9	52.9	9	23.7
MDMA	0	-	2	5.3
計	18	105.9	38	100.0

表7 薬物使用にともなう状況

	男性(n=16)		女性(n=25)	
	人数	%	人数	%
精神症状 あり	12	75.0	17	68.0
中止の試み あり	5	31.3	13	52.0
乱用に伴う困難 あり	11	68.8	15	60.0
中止への忠告 あり	6	37.5	19	76.0
使用への躊躇 あり	8	50.0	6	24.0
他人への勧誘 あり	2	12.5	6	24.0

表8 薬物使用にともなう状況(入手方法)

	男性(n=16)		女性(n=25)	
	人数	%	人数	%
もらった	13	81.3	20	80.0
買った	3	18.8	8	32.0
万引き・窃盗	1	6.3	6	24.0
その他	2	12.5	1	4.0

表9　入所前の薬物の有害性の認識（どのくらい有害と思っていたか？）
男女別・薬物使用別の平均得点

	男性(n=42)		女性(n=49)	
	使用者(n=16)	非使用者(n=26)	使用者(n=25)	非使用者(n=24)
有機溶剤	3.31	3.69	2.64	3.04
大麻	2.62	2.73	2.24	2.75
ブタン	2.25	2.42	2.20	2.58
覚せい剤	3.69	3.77	3.12	3.54
タバコ	1.88	2.31	1.44	1.67
酒	1.63	2.00	1.36	1.67

1:ぜんぜん害はない～4：かなり有害
使用者：何らかの薬物使用者，非使用者：薬物使用歴のない者
性別ごとの使用vs非使用間でt検定にてすべてn.s.

薬物に対する躊躇，他人への薬物の勧誘のついてその有無を尋ねた．さらにその内容についての自由回答を求めた．対象は薬物使用歴のある男性16人・女性25人である．

① 精神症状

薬物を使った結果何らかの精神的な症状が出たかどうかを尋ねた．薬物乱用により何らかの精神症状を認めた者が男女それぞれ12人(75.0%)17人(68.0%)であった．

② 薬物入手経路

た」「万引き・窃盗」「その他」に対して重複ありで回答してもらった．男女とも貰ったとした者が80%ほどで最も多い．次いで男性では「買った」3人(18.8%)が，女性では「買った」8人(32.0%)「万引き・窃盗」6人（24.0%）が多かった．

③ 初回使用時の躊躇

初めて薬物を使用したときに躊躇があったかどうか尋ねた．あったとして者は男性8人(50.0%)女性6人(24.0%)であった．

④ 他人への勧誘

他人に薬物を勧めたことがあるかどうかを尋ねた．進めたことがあるのは男性2人(12.5%)女性6人(24.0%)であった．

⑤ 減量・中止への試み

これまでに使っている薬物を「止めないといけない」「使うのを減らそう」と感じたことがあったかどうかを尋ねた．薬物使用をやめようと少しでも思った者あるいは使用を減らそうと思った者は男性5人(31.3%)女性13人(52.0%)であり，女性の方がやめようかと考えた者の割合が多かった．

⑥ 使用に伴う困難

これまでに、薬物を使用して少しでも困った事あるいはまずいかなと思った事がおきたかどうかを尋ねた．男性11人(68.8%)女性15人(60.0%)でそのようなことがあったとしていた．困ったことの内容としては，体調を崩した，友達をなくしたなどが述べられた．

⑦ 使用に対する周囲からの忠告

これまでにまわりの誰かから薬物を止めるようにあるいは少しは減らすようにとか忠告や助言を受けたことがあったかどうかを尋ねた．注意や忠告を受けた者は男性では6人(37.5%)女性では19人(76.0%)であり，女性の方が注意忠告を受けたものの割合が高かった．

⑧ 薬物の有害性の認識(表9)

薬物について，体や心にどのくらい有害なものだと入所前に思っていたかを尋ねた．回答は，ぜんぜん害はない，少し有害，やや有害，かなり有害，を1点から4点までの4件法で評価した．対比するためにタバコおよび飲酒についても有害性の認識を尋ねた．

何か一つでも薬物を使用していれば使用群，全く使用していなければ非使用群として集計した．

男女別，使用別の平均点を表9に示した．人数が少ないこともあり，使用群と非使用群のあいだで薬物の有害性の認識について統計学的な差はなかった．

薬物種ごとに見ると，覚せい剤，有機溶剤，ブ

タンの順に乱用による有害性の認識は高かった．覚せい剤および有機溶剤は平均得点3.0以上でありやや有害以上と評価されていた．特に覚せい剤で有害性の認識が高かった．一方，タバコや飲酒は2点以下であり，少し害があるという程度の評価であった．

全体に女性の方が薬物を害がないと認識する傾向にあった．

5) 薬物へのイメージ

面接では，大麻，有機溶剤，覚せい剤のイメージが違うか同じかを，2択で答えてもらった．男性では同じと答えた者人20人(47.0%)違うと答えた者 21 人(50.0%)，女性では同じと答えた者人 26 人(53.1%)違うと答えた者22人(44.9%)であり，男女ともおよそ半々であった．イメージの違いとしては，覚せい剤の方が危ない，覚せい剤の方が癖になる・やめられなくなるなどがあげられ，同じ理由としてはどれもおかしくなる，薬物は皆一緒であるなどとされていた．

6) いわゆる自傷行為への態度

薬物以外の自分を傷つける行為として，根性焼きやリストカット等への態度も検討した．

リストカットや根性焼きということばはほとんどの者が知っていた．経験したことがある者は，リストカットでは男性 14 人(33.3%)女性 26 人(53.1%)，根性焼きでは男性18人 (42.9%) 女性26人(53.1%)であった．

リストカットと根性焼きは，イメージが違うとした者は男性32人 (76.2%) 女性34人 (69.4%)であり，多くの者はリストカットと根性焼きの意味は異なると考えていた．

D．考察

1　研究結果の留意点

今回の面接対象施設は，2003年・2005年および2007年面接と同一の施設である[2)-4)]．これらの施設は児童自立支援施設のうち国立の 2 施設であり，他の施設に比べ児童の非行問題が重篤で，より高度の処遇が必要される児童が多く入所している．薬物問題の頻度も他の一般の児童自立支援施設より高い．したがって今回の結果をそのまま全国の児童自立支援施設入所児童にあてはめることはできない．

また，この一連の研究では同一施設を縦断的調査対象としているが，面接調査であるため対象数が十分多いとはいえない．これまで毎回の面接数は80人から100人程度である．そのため結果の信頼性の問題がある．

さらに施設そのものの目的変化してきている点も注意が必要である．かって教護院と呼ばれていた時と異なり児童の自立を目指す事が施設目的となっている．そのため非行以外の不適応問題なども入所事由として考慮されてきており，入所児童の母集団が変化してきている．この点も結果の評価上考慮する必要がある．

1 薬物乱用頻度

今回の結果も含め，これら非行の進度が比較的高い児童集団においても薬物乱用が減少する傾向にあることが示されている．この結果は，われわれの全国の児童自立支援施設を対象とした縦断的調査[1)]および青少年白書[5)]などとも一致する傾向である．乱用薬物のうち従来最も多い乱用薬物であった有機溶剤の乱用者減少が目立ち，特に男性において減少が顕著である．女性の有機溶剤乱用者の減少は男性の場合ほど著しくない．

一時乱用者の増加が危惧された覚せい剤は，特に男性において乱用者は少なくなっており 2005年以降当該施設の入所児童では見られなくなった．女性においては今年度6人(12.3%)見られたが，これは2007年調査の半分以下である．

ブタンは2003年・2005年調査では男性の使用者は20%台であったが，2007年以降は10%前後となっている．しかし大麻については2005年を除いて10%前後であまり変動していない．他の薬物乱用が減少しているため相対的に大麻の問題が占める比重が大きくなっている．

その一方，MDMAや抗不安薬・睡眠薬などが男女とも前述の有機溶剤・大麻・ブタンなどと同程度の頻度で認められている．以前は少年における薬物乱用といえば，まず有機溶剤とされていた．われわれの全国調査や今回の結果をみると，非行少年にとって有機溶剤はいまだ重要な乱用薬物ではあるが相対的に地位は低下し，多数ある乱用薬物の1つという状況になってきている．以前のように特定薬物を重点的に取り締まるという対応では難しくなっているといえる．

1 乱用にともなう状況

乱用に伴う精神症状は70%前後に見られた．この中には幻覚や妄想など重篤な精神病症状以外に単純な酩酊なども含まれている．前回2007年の調査では何らかの精神層状を認めた者は男女それぞれ7人(77.8%)21人(72.4%)であり，今回の結果もほぼ同じといえる．われわれの全国児童自立支援施設の質問紙調査などでは酩酊などは含んでいないので頻度の直接比較は難しい．

前回 2007 年調査では薬物の入手経路は質問していなかった．本研究では入手の多くは人から貰うという形式であった．多くは自分より年上の知人であり場合によっては暴力団関係者であったりしていた．店でガスボンベを買うあるいは日用品店から万引きしたり工事現場からシンナー等持ち去る等も見られた．

自分が薬物を使用して止めようと試みた者は1/3 から 1/2 ほどみられた．多くは友達や恋人に言われてという者であった．全く止める気はなかったが施設人所となり薬物から強制的に離れさせられた者もいた．

最初に薬物を使用したとき躊躇した者もいたがあまり躊躇せずに開始した者もいた．躊躇しながら使用した者では仲間としての付き合いでやったりする者がみられる．女性では躊躇する者が少なく，周りで使用しているのを見ていたため特に抵抗なかったとか自分でもやってみたいと思っていた等と答えていた．

周りからの誘われて薬物を開始しているが，自分が他の人に勧めたことがある者は男性 12.5% 女性 24.0%であり比較的少ないようである．

2 薬物の有害性の認識

これまでの我々の調査では児童自立支援施設入所児童の薬物乱用がは減少してきているが，薬物乱用への意識はそれほど変化していないことが示されている．このことより乱用の減少が薬物乱用への意識が高まったためではないことと考えている．

今回の面接調査では，有機溶剤・大麻・ブタン・覚せい剤に加え，タバコおよび飲酒の有害性の認識を尋ね，比較検討することとした．前回2007年調査では有機溶剤・大麻・ブタン・覚せい剤を「かなり有害」と回答した者は男子ではそれぞれ64.3%，41.9%，ブタン 33.3%，覚せい剤 81.0%，女性ではそれぞれ 32.6%，21.7%，ブタン 19.6%，覚せい剤 73.9%であった．今回の結果はほぼこれらと同程度である．

また今回の対比のためのタバコや飲酒については「かなり有害」とした者は数%であったが，同一対象の過去資料がないため意味づけは難しい．タバコや飲酒は「ぜんぜん害はない」「少し有害」が 70%から 80%を占めており有害性の認識は少ない．

面接において，有機溶剤・大麻・覚せい剤のイメージが同じかどうかも尋ねた．前回2007年の結果では，男性では同じと答えた者人27人(64.3%)違うと答えた者15人(35.7%)，女性では同じと答えた者人 17 人(53.1%)違うと答えた者 28 人(62.2%)であった．今回は男女とも同じと答えた者と違うと答えた者が半々程度であった．男性で同じと答えた者がやや多くなったが統計的に差はない．

これまで全国調査では喫煙についてはその使用経験や喫煙への態度は調査してこなかった．おもな理由は非行児においてはほとんどが喫煙をしていたため頻度などを調査してもあまり意味がないと考えられたためである．薬物乱用の全般的減少傾向を考えると喫煙頻度についても継続的に調査することは意味があるかもしれない．

3 来年度質問の作成

本研究の目的の1つは来年度全国調査の質問紙作成を検討することであった．

まず調査対象とする薬物は今回も前回調査対象とした薬物を中心とする予定とする．今回の面接で乱用薬物として特に新しい乱用薬物は見られなかったが，タバコについて調査することも考慮する．

今回男性において有機溶剤乱用が減少しており今後もこの傾向が続くかどうか把握する必要がある．また男性では覚せい剤の乱用は目立たなくなった．その一方で大麻や睡眠薬などの使用は続いている．医薬品については近年リタリン乱用が問題とされている．しかし，睡眠薬使用が少年のあいだで見られることに対してあまり注意が払われていないようである．したがって睡眠薬の乱用にも注意し調査を継続する．

一般の逮捕補導では男性の方が多いが，入所児童では女性に薬物乱用問題が大きい．男性では暴力犯や財産犯が多く入所理由もこれらが薬物から

少年の保護問題よりも大きいためであると考えられる．したがって入所児の非行状況も調査項目とする．

また社会状況の変化により薬物乱用は大きく変わるので，薬物への意識や態度も引き続き調査対象とする．

E．結論

われわれは全国児童自立支援施設を対象に隔年ごとに質問紙により薬物乱用実態を調査してきた．今年度は面接調査により来年度以降の質問紙調査の対象薬物が従来どおりでよいかを確認した．また近年のわれわれの対象群では薬物乱用は減少傾向にあるので，その乱用状況や態度についても調べることとした．

調査対象施設は2施設であり，調査人数は91人(男性42人，女性49人)である．調査手続きは，精神科医および臨床心理士による個別の半構造化面接である．

以下のような結果が得られた．

今年度の調査では何らかの薬物使用者は男性の16人(38.1%)，女性25人(51.0%)であった．2003年・2005年・2007年の結果と比較して，男女とも薬物乱用者は減少傾向にある．

特に男性で薬物乱用者はかなり減っている．以前もっとも乱用者の多かった有機溶剤乱用は2003年の43.9%から9.6%にまで減少した．覚せい剤乱用は前回2007年および今回2009年ともみられなくなった．ブタン乱用も減少していた．一方，大麻についてはあまり減少していないようである．またMDMAや抗不安薬・睡眠薬などが有機溶剤・大麻・ブタン等と同程度にみられている．

女性においては有機溶剤乱用がまだ比較的多くみられる．しかし頻度は2003年63.8%から今年度32.6%と減少している．大麻・覚せい剤・ブタンも男性よりも多くみられているが全体に減少傾向にある．また男性の場合と同じくMDMAや抗不安薬・睡眠薬が前述の薬物と同程度にみられている．

これらより，以前のように少年・児童の乱用薬物といえば有機溶剤という状態ではなく，いろいろな薬物が同程度に使用される状況になっている．

薬物使用状況としては，精神症状は全体の70%ほどにみられ，これは以前の調査と同程度である．また入手方法は他者から譲り受けた者が80%で一番多かった．薬物使用を中止しようと持った者は30%から50%ほど，薬物使用に対して忠告された者は30%から70%ほど，薬物使用により困難や問題を感じた者は60%ほど，初回使用時に躊躇を感じた者は20%から50%ほどであった．

F．研究発表　　なし

G．知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし

文献

1)庄司正実，妹尾栄一，富田拓，相澤仁，小柳紘介，宇佐見兼市：全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究．平成20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「回復」に向けての対応策に関する研究」(主任研究者：和田清)研究報告書．2009

2)庄司正実，妹尾栄一，富田拓：全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究．平成15年度厚生労働科学研究費補助金(医薬安全総合研究事業)「薬物乱用・依存の実態とその社会的影響に関する研究」(主任研究者：和田清)研究報告書．　2004

3)庄司正実，妹尾栄一，富田拓：全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究．平成17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・依存の実態把握と乱用・依存者に対する対応策に関する研究」(主任研究者：和田清)研究報告書．2006

4)庄司正実，妹尾栄一，富田拓：全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究．平成19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「回復」に向けての対応策に関する研究」(主任研究者：和田清)研究報告書．2008

5)内閣府編：平成19年版青少年白書．2007

施設No　　児童No　　学年　　年齢　　才　性別 ①男　②女

ここに入所する前薬物についてどう思っていたか教えてください.

1 施設入所の前, あなたのまわりで遊びで薬物をやっている人はいましたか？誰がどんな薬物をやっていたか教えてください.

1) 使われていた薬物には○をつけ, また誰が使っていたかを書くこと(例: 友達, 友達の兄・・・・など)

①	シンナー(トルエン, ボンド, 除光液も)	それは誰ですか？(　　)
②	マリファナ(大麻, ハッパ, ハシッシも)	それは誰ですか？(　　)
③	覚せい剤(エス, スピード, シャブも)	それは誰ですか？(　　)
④	ガス(ライター用ガス, カセットコンロ用ガスなど)	それは誰ですか？(　　)
⑤	MDMA(エクスタシー, エックス, Xも)	それは誰ですか？(　　)
⑥	コカイン(クラックも)	それは誰ですか？(　　)
⑦	睡眠薬, 精神安定剤(病院での以外で)	それは誰ですか？(　　)
⑧	咳止め液(ブロン液など)	それは誰ですか？(　　)
⑨	その他 (具体的に　　)	それは誰ですか？(　　)

2) あなたのまわりで最もはやっていた薬物はどれですか？1つだけ答えてください
(番号記載) [　　]

3) 使っていた人(友達や知り合いの人)は薬を使ったことで行動や気分が極端に変化しましたか。例えば、急に怒りっぽくなった、何日も眠らなかった、食欲が落ちていたなど、気づいたことを教えてください
1 変化があった　　2 変化がなかった
具体的には？

2 あなたは遊びで薬物を使用したことがありますか？その回数はどのくらいですか？

1) 当てはまる薬物に○をつけ, その使用程度(機会的, 乱用的, 依存的)を評価. 精神的渇望が強くやめられないと感じていれば「依存」とする
また最も使った時の頻度を具体的に記載(例; 1日3回など)

		機会的使用 (1,2回)	乱用的	依存的	最も使った時の頻度を具体的に
①	シンナー(トルエン, ボンド, 除光液も)	1	2	3	(　　)
②	マリファナ(大麻, ハッパ, ハシッシも)	1	2	3	(　　)
③	覚せい剤(エス, スピード, シャブも)	1	2	3	(　　)
④	ガス(ライター用ガス, カセットコンロ用ガスなど)	1	2	3	(　　)
⑤	MDMA(エクスタシー, エックス, Xも)	1	2	3	(　　)
⑥	コカイン(クラックも)	1	2	3	(　　)
⑦	睡眠薬, 精神安定剤(病院での以外で)	1	2	3	(　　)
⑧	咳止め液(ブロン液など)	1	2	3	(　　)
⑨	その他 (具体的に　　)	1	2	3	(　　)

3　入所前，次の薬物が体や心にどのくらい有害なものだと思っていましたか？

		ぜんぜん害はない	少し有害	やや有害	かなり有害
①	シンナーについては？	1	2	3	4
②	マリファナについては？	1	2	3	4
③	ガスパンについては？	1	2	3	4
④	覚せい剤については？	1	2	3	4
⑤	タバコについては？	1	2	3	4
⑥	お酒については？	1	2	3	4

4　入所前，あなたにとって，シンナー，マリファナ，覚せい剤のイメージはどのように違っていましたか？あるいはどれも同じようなものだと思っていましたか？

いずれですか？　　1 同じようなもの　　2 違うもの

理由は

5　入所前，あなたはリストカット(腕や足も含む)や根性焼きという言葉を知ってましたか？

		知っていた	知らなかった
①	リストカットについては	1	2
②	根性焼きについては	1	2

6　あなたはリストカット(腕や足も含む)や根性焼きをしたことがありますか？

		ない	1回	2回～3回	数回以上
①	リストカットについては	1	2	3	4
②	根性焼きについては	1	2	3	4

7　　リストカットと根性焼きは似たようなものだと思いますか？あるいはぜんぜん違うものだと思いますか？

いずれですか？　　1 同じようなもの　　2 違うもの

理由は

8　以下1)～7)は使用歴ありの人はひとのみ

1)　薬物を使って何か精神的な症状が出ましたか？どんな症状が出たか教えてください．

1症状が出た　　2出なかった

2)　使った薬物はどのようにして手に入れてましたか？

1 もらった　　2 買った　　3万引き・盗んだ　　4その他

具体的には？

3) 薬物をつかうことに躊躇(ちゅうちょ)はありませんでしたか？それでも使ったのはなぜですか？

1 あり　　2 なし

「あり」の人は，そのようすを具体的に教えてください

4) あなたは他の人に薬物を勧めたことはがありましたか？あればその理由は？

1 あり　　2 なし

「あり」の人は，そのようすを具体的に教えてください

5) あなたはこれまでに、使っている薬物を「何とか減らして使おう」「ちょっと止めなければまずいかな」と感じたことはありましたか。

1 あり　　2 なし

「あり」の人は，そのようすを具体的に教えてください

6) あなたはこれまでに、薬物を使用して少しでも困った事がおきましたか。困ったことを感じたりしましたか。どの様なことでも、細かいことでも述べてください。

1 あり　　2 なし

「あり」の人は，そのようすを具体的に教えてください

7) あなたはこれまでに、まわりの誰かから(友人や家族など)薬物を止めるようにとか、少しは減らすようにとか忠告や助言を受けたことがありましたか。

1 あり　　2 なし

「あり」の人は，そのようすを具体的に教えてください

分担研究報告書
(1－4)

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）
分担研究報告書

監察医務院における異状死からみた薬物乱用･依存の実態に関する研究
－2005～2009年の5年間での薬物検出の実態－

分担研究者　福永龍繁　東京都監察医務院　院長
研究協力者　谷藤隆信　同上（主任）

研究要旨　2005～2009年（平成17～21年）の5年間に行われた東京都監察医務院の検案総件数63,082件のなかで，死因究明のため行政解剖が行われた13,263件の薬毒物検査と薬物の検出結果を調査した．検査依頼件数と検出薬物件数はともに増加した．検出薬物では医薬品等が増加した．医薬品等の検出では精神神経用剤の件数が顕著に増加した．睡眠剤の検出ではフェノバルビタールが減少して，ペントバルビタール・酒石酸ゾルピデム・フルニトラゼパムが増加した．抗てんかん剤の検出ではカルバマゼピンが減少した．精神神経用剤の検出では，塩酸クロルプロマジンやマレイン酸レボメプロマジンが減少した．ベゲタミンの成分であるフェノバルビタール・塩酸クロルプロマジン・塩酸プロメタジンの検出件数はそれぞれ減少した．MDMA7件，モルヒネ1件，コカイン1件，ジヒドロコデイン3件が検出された．行政解剖例における薬物検出の傾向を明らかにした．今後，乱用防止に繋げるためにも，薬毒物の検査システムの充実と共に監察医制度のような死因究明制度の全国的展開が期待される．

A．研究目的

薬物濫用・依存の現状実態を正確に把握するためには，違法者の検挙数や救急病院など医療機関を窓口に調査する方法などがあるが，医学的診断，薬毒物の分析の正確さに問題があり，確実な数値の把握が困難である．そこで本研究では，東京都23区内において全ての異状死を取り扱う東京都監察医務院において，薬毒物スクリーニング検査を行った結果を調査し，最近の濫用薬物のみならず，薬毒物中毒者の動向を正確に把握し，薬物濫用者の回復，依存者を持つ家族の在り方の検討に寄与貢献することを目的とする．

B．研究方法

対象データは，2005～2009年（平成17～21年）の5年間に行われた東京都監察医務院の検案総件数63,082件のなかで，死因究明のため行政解剖が行われた13,263件の薬毒物検査と薬物の検出結果である．データ抽出は東京都監察医務院の死因統計システムデータベースから集計した．

監察医務院のデータベースの検索に際し，各自例を剖検番号のみで取り扱い，連結可能な匿名化を行って調査を行った．尚，監察医務院研究審査委員会並びに倫理委員会の承認を得た．

C．研究結果

1．検案件数，行政解剖件数及び薬毒物検査依頼件数の年次的推移（表1及び図1）

薬毒物検査の依頼件数は増加傾向を示した．5年前と比較して5,575件から5,813件へと238件増加した．この期間，検案件数は11,974件から12,943件へと969件増加したが，行政解剖件数は2700件前後と横ばいであった．このことから，薬毒物検査を依頼する比率が行政解剖例に対して増加したことがわかる．

2．薬物検査依頼件数の年次的推移(依頼項目別)（表2及び図2）

薬物検査依頼件数は項目により増減がある．薬毒物スクリーニング，エタノール，抽出される薬毒物が増加した一方で，青酸と一酸化炭素が減少した．覚醒剤はほぼ横ばいである．特徴的なのは睡眠剤や向精神薬などを含む「抽出される薬毒物」が5年前と比較して164件増加（約1.3倍）したことである．尚，依頼件数は症例の血液，尿，胃内容などの検体ごとに計上した数値である．

3．薬毒物検査予試験件数の年次的推移（表3）

薬毒物検査の予試験件数は，薬毒物検査依頼件数の増加に伴って，各項目とも5年前と比較して約100件増加した．5年間でマウス経口毒性，pH測定，シェーンバイン反応の各予試験の総件数は

10,000件以上に達する.

4. 検出薬物件数の年次的推移(検出薬物細目別)(表4及び図3)

検出薬毒物件数は項目により増減がある.増減項目は薬毒物の検査依頼とほぼ同様である.エタノールと睡眠剤や向精神薬などを含む「医薬品など」が増加した一方で,青酸と一酸化炭素が減少した.覚醒剤は増減しながら減少した.「農薬その他」は年間検出件数が5件以内であった.尚,検出件数は症例の血液,尿,胃内容などの検体ごとに計上した数値である.

5. エタノール分析検査件数の年次的推移(表5及び図4)

エタノール分析件数と検出件数は増加傾向を示した.エタノールの分析及び検出件数は,薬物検査依頼件数と相関する(相関係数 0.838,有意確率(両側)0.076).薬化学検査の依頼数の増減がエタノール検出件数に影響することがわかる.

6. 一酸化炭素及び,青酸の分析検査と検出件数の結果(表6～9及び図5～8)

青酸と一酸化炭素の分析の検査対象は,ほとんどが焼死である.したがって,分析及び検出件数は行政解剖した焼死件数と関係する.特に青酸検出件数は焼死件数と強く相関する(相関係数 0.893,有意確率(両側)0.043).一方,一酸化炭素検出件数と焼死件数は,青酸検出件数ほど明確な相関はない(相関係数 0.692,有意確率(両側)0.195).これは,焼死以外の一酸化炭素中毒の場合,青酸が検出されないことが原因である.2009年に一酸化炭素検出件数と青酸検出件数が乖離するのは,焼死解剖例が減少して焼死以外の一酸化炭素中毒件数が増加したことによる.

7. 覚醒剤の分析検査と検出件数の結果(表10～11及び図9～10)

覚醒剤の検査件数と検出件数は5年間で18～41件の間を増減しながら減少した.2009年の検出件数は,2005年から15件減少して26件であった.メタンフェタミンとアンフェタミンは約半数に減少した.検出件数は少ないものの,5年間でMDMA7件,モルヒネ1件,コカイン1件,ジヒドロコデイン3件が検出された.

8. 農薬その他の分析検査と検出件数の結果(表12)

検出される農薬の種類は各年により異なるが,検出の合計数は年間5件程度であった.5年間の合計検出件数はマラソン4件,スミチオン3件,メソチル2件,界面活性剤2件であった.

9. 医薬品等の分析検査と検出件数の結果(表13及び図11)

分析検査で特徴的なのは,GC-MS件数とHPLC件数の増加率である.GC-MS件数は約3倍(900件増加),HPLC件数は約1.4倍(382件増加)となった.表と図から医薬品等の分析件数が大幅に増加していることがわかる.これに伴い,検出件数も5年間で62件増加して2009年は661件となった.

10. 医薬品等の検出件数の年次的推移(医薬品等細目別)(表14及び図12～13)

医薬品等の検出件数は増加傾向を示した.各医薬品等の年間検出件数は,睡眠剤224±3件,抗てんかん剤55±4件,精神神経用剤270±42件,解熱鎮痛消炎剤22±8件,その他薬物は113±13件である.5年間の総数は睡眠剤1,120件,精神神経用剤1,138件,抗てんかん剤254件,解熱鎮痛消炎剤69件,その他薬物500件であった.なかでも,精神神経用剤の検出件数の増加が著しい.2009年の検出件数は5年前より72件増加して270件となった.精神神経用剤の検出件数が増加する一方で,精神神経用剤以外の薬物の検出件数はほぼ横ばいである.検出薬物の年次的推移を100%積み上げ棒グラフでみると,精神神経用剤の検出割が33%から41%に増加した.医薬品等の検出件数の増加は,精神神経用剤の検出が増加したことが原因である.

11. 睡眠剤検出件数の年次的推移(表15及び図14～15)

睡眠剤の検出件数に顕著な変化はない.年間検出件数の上位にある薬物は以下のとおりである.フェノバルビタール117±19件,ペントバルビタール24±14件,アモバルビタール22±6件,酒石酸ゾルピデム14±9件,ブロムワレリル尿素12±4件,フルニトラゼパム11±6件.

検出した睡眠剤の傾向を視覚的に捉えるため,睡眠剤検出件数の年次的推移を100%積み上げ棒グラフにすると以下のとおりである.フェノバルビタール51%→40%(-25件),ペントバルビタール10%→17%(+16件),アモバルビタール12%→9%(-8件),酒石酸ゾルピデム5%→10%(+12件),ブロムワレリル尿素7%→4%(-7件),フルニトラゼパム4%→7%(+5件).

フェノバルビタールの減少傾向とペントバルビ

タール，酒石酸ゾルピデム，フルニトラゼパムの増加傾向が特徴的である．

12. 抗てんかん剤検出件数の年次的推移（表 16 及び図 16～18）

抗てんかん剤の検出件数に顕著な変化はない．年間検出件数の上位にある薬物は以下のとおりである．カルバマゼピン 36±9 件，バルプロ酸ナトリウム 7±4 件，ゾニサミド 5±3 件．

検出した抗てんかん剤の傾向を視覚的に捉えるため，抗てんかん剤検出件数の年次的推移を 100% 積み上げ棒グラフにすると以下のとおりである．カルバマゼピン 86%→56%（-13 件），バルプロ酸ナトリウム 10%→21%（+7 件），ゾニサミド 2%→15%（+7 件）．

カルバマゼピンの減少傾向と他の薬剤の増加傾向が特徴的である．

13. 精神神経用剤検出件数の年次的推移（表 17 及び図 19～20）

5 年間で精神神経用剤全体の検出件数は 198 件から 270 件に大幅に増加した．年間検出件数の上位にある薬物は以下のとおりである．塩酸クロルプロマジン 71±7 件，マレイン酸レボメプロマジン 39±16 件，ブロマゼパム 10±5 件，ジアゼパム 10±5 件，塩酸イミプラミン 10±5 件，塩酸アミトリプチリン 10±5 件，アモキサピン 10±5 件，塩酸クロミプラミン 10±5 件．

検出した精神神経用剤の傾向を視覚的に捉えるため，精神神経用剤検出件数の年次的推移を 100% 積み上げ棒グラフにすると以下のとおりである．塩酸クロルプロマジン 39%→24%（-14 件），マレイン酸レボメプロマジン 28%→13%（-19 件），ブロマゼパム 4%→4%（+2 件），ジアゼパム 3%→5%（+8 件），塩酸イミプラミン 3%→3%（+1 件），塩酸アミトリプチリン 5%→5%（+4 件），アモキサピン 1%→4%（+9 件），塩酸クロミプラミン 4%→4%（+4 件）．

多くの薬剤で検出件数は増加するが，特に増加割合が顕著な薬剤を列挙すると，フマル酸クエチアピン（+17 件），塩酸トラゾドン（+13 件），クロラゼプ酸二カリウム（+10 件），マレイン酸フルボキサミン（+9 件），ゾテピン（+7 件）などである．

精神神経用剤の検出件数は，塩酸クロルプロマジンとマレイン酸レボメプロマジンが減少して，他の薬剤が増加した．

14. 解熱鎮痛消炎剤検出件数の年次的推移（表 18 及び図 21）

5 年間で解熱鎮痛消炎剤全体の検出件数は 12 件から 22 件へと増加した．

15. その他薬物検出件数の年次的推移（表 19 及び図 22）

5 年間で本分類全体の検出件数は 109 件から 90 件へと減少した．塩酸プロメタジンが 90 件から 77 件へ減少したことが原因である．その他薬物は大きな変動はない．

16. フェノバルビタール，塩酸クロルプロマジン及び塩酸プロメタジンの検出件数と検出件数の年次的推移（表 20 及び図 23）

ベゲタミンの成分である 3 剤の検出件数はそれぞれ減少した．3 剤の合計値は 2008 年から減少して，2009 年は 2005 年から 52 件減少して 232 件であった．それぞれの相関はフェノバルビタールと塩酸クロルプロマジン（相関係数 0.445，有意確率（両側）0.453），フェノバルビタールと塩酸プロメタジン（相関係数 0.616，有意確率（両側）0.268），塩酸クロルプロマジンと塩酸プロメタジン（相関係数 0.781，有意確率（両側）0.119）である．明確な相関性はない．

D．考察

2005～2009 年（平成 17～21 年）の 5 年間において東京都監察医務院で行われた薬化学検査の調査を行った．

薬物検査の依頼件数と検出薬物の件数は共に増加した．検出薬物の傾向は，睡眠剤，抗てんかん剤，精神神経用剤の全てにおいて経年的な変化が明らかになった．特に，ベゲタミンの成分である 3 剤の検出傾向の変化が著しい．フェノバルビタール，塩酸クロルプロマジン及び塩酸プロメタジンの検出件数はそれぞれ減少した．3 剤の検出件数の相関性は高くはないが，3 剤が共に減少したことから，精神科におけるベゲタミンの処方が減少したことが推測される．

監察医務院で取り扱う事例は，すべて司法警察員の検視を経て，監察医が外表検査をまず行い，死因が不明な例について解剖を行って死因を究明している．死体の外表所見，状況，病歴などから明らかに死因が推定できる例については，特に剖検を行わないが，中毒の関与する例は，外表のみから死因の推定は非常に困難な例が多い．また，

病死であろうと推定した例であっても，剖検を行って初めて中毒死であると判明した例が多い．特に，覚醒剤やMDMAなどは，若年層における突然死であろうと思われた例であっても，解剖を行うことによって，薬毒物の乱用が原因であることが判明した例がほとんどを占める．即ち，解剖を行い，肉眼的，顕微鏡的な検査に加え，薬毒物のスクリーニング，定性・定量を行って初めて総合的に死因を解明できるのである．

又，不慮の中毒なのか，あるいは自殺なのかという死亡の種類の判断には，現場状況，薬物入手経路，生前の生活状況や行動に関する情報が必須であり，これらを総合して慎重に判断されなければならない．

ここに紹介した薬毒物検出の現状は，致死例についてあるいは薬毒物の関与した死亡事例であり，「氷山の一角」と言える．しかし，監察医制度のない地域では，警察が犯罪性なしと判断すれば，司法解剖を行うことはまずなく，行政解剖もほとんど行われていないのが現状である．この全ての異状死を検案し，死因不明のものを解剖するという監察医制度がなければ，薬毒物による死亡例の検出は不可能であると言える．

さらに，ここに紹介した医務院検査科のような薬化学検査を行うシステムを有するか否かによって，薬毒物検出の精度が大きく異なることが容易に推察され，救命救急部のような機関にも検査システムの充実が望まれる．

監察医制度の意義は，単に一体一体の死因を究明することだけに留まるのではなく，得られた結果，疫学調査研究の結果を広く医療に，そして社会に還元することにある．衛生行政，公衆衛生の向上に貢献するために，この死因究明制度の根幹となるべき「監察医制度」が全国的に拡充されることが期待される．そして，これが薬毒物の濫用防止につながるものである．

E．結論

東京都監察医務院において2005～2009年(平成17～21年)に取り扱った解剖例から，薬毒物検出の実態を報告した．少数ながら覚醒剤，ガス類，脱法ドラッグ類，その他睡眠鎮静剤・向精神病薬などを検出した．このような薬毒物の濫用は，自殺のみならず，不慮，不詳の死例について検出された．

このような薬毒物検索のためのシステム作り，死因不明死を解剖する制度の拡充が今後の重要な課題である．

F．研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

3. その他

なし

G．知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし

文献

なし

表１．検案件数，行政解剖件数及び薬毒物検査依頼件数の年次的推移

	2005	2006	2007	2008	2009	合計
検案件数	11,974	12,022	13,154	12,989	12,943	63,082
解剖件数	2,702	2,553	2,647	2,661	2,700	13,263
検体数	6,341	6,219	6,435	6,502	6,595	32,092
薬物検査依頼数	5,575	5,433	5,774	5,718	5,813	28,313

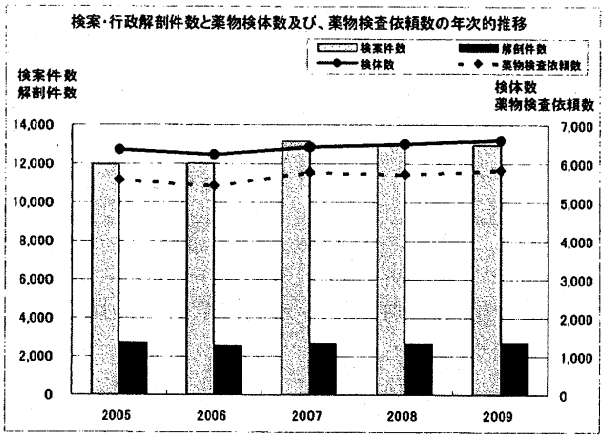


図１．検案件数，行政解剖件数及び薬毒物検査依頼件数の年次的推移

表２．薬物検査依頼件数の年次的推移
（依頼項目別）

	2005	2006	2007	2008	2009	合計
薬毒物スクリーニング	1,974	1,932	2,113	2,127	2112	10,258
エタノール	2,379	2,346	2,452	2,478	2528	12,185
青酸	409	441	372	321	321	1,864
一酸化炭素	302	194	225	190	178	1,089
抽出される薬毒物	481	495	591	580	645	2,792
覚醒剤検査	30	23	21	22	29	125

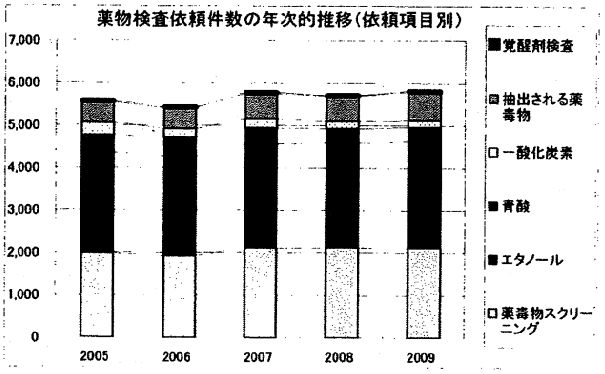


図２．薬物検査依頼件数の年次的推移
（依頼項目別）

表３．薬毒物検査予試験件数の年次的推移
（予試験項目別）

	2005	2006	2007	2008	2009	合計
マウス経口毒性	2,000	1,956	2,122	2,118	2,113	10,309
pH測定	2,000	1,952	2,122	2,115	2,113	10,302
シェーバイン反応	1,996	1,949	2,122	2,115	2,110	10,292
その他	19	38	56	44	30	187
合計	6,015	5,895	6,422	6,392	6,366	31,090

表４．検出薬物件数の年次的推移
（検出薬物細目別）

薬毒物名	2005	2006	2007	2008	2009	合計
青酸	41	23	41	44	22	171
エタノール	608	561	592	599	612	2972
一酸化炭素	51	26	45	45	33	200
医薬品等	599	633	612	590	661	3095
覚醒剤等	41	23	38	18	26	146
農薬その他	4	1	3	0	5	13
合計	1344	1267	1331	1296	1359	6597

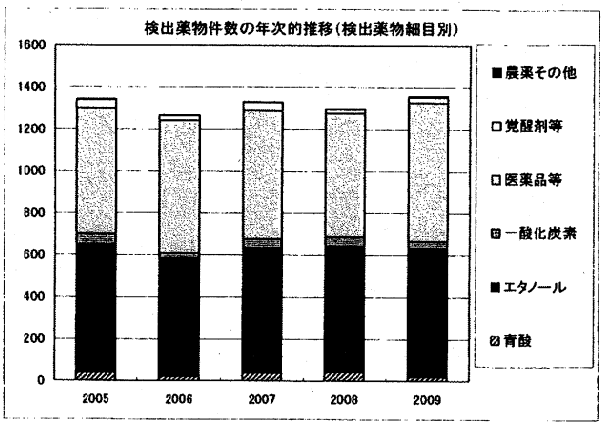


図３．検出薬物件数の年次的推移
（検出薬物細目別）

表５．エタノール分析検査件数と検出件数の年次的推移

	2005	2006	2007	2008	2009	合計
GC定量	3,513	3,597	3,752	3,766	3,851	18,479
検出件数	608	561	592	599	612	2,972

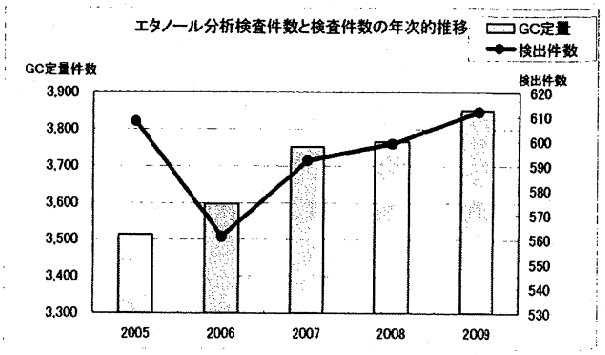


図４．エタノール分析検査件数の年次的推移

表６．一酸化炭素分析検査件数と検出件数の年次的推移

	2005	2006	2007	2008	2009	合計
GC定性	300	191	224	185	178	1,078
吸光度法定量	61	28	46	46	36	217
検出件数	51	26	45	45	33	200

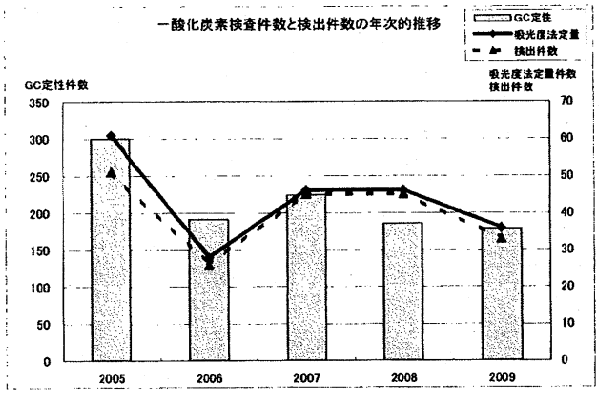


図５．一酸化炭素分析検査件数の年次的推移

表８．一酸化炭素と青酸分析検査件数の比較

	2005	2006	2007	2008	2009	合計
青酸検出件数	41	23	41	44	22	171
CO検出件数	51	26	45	45	33	200

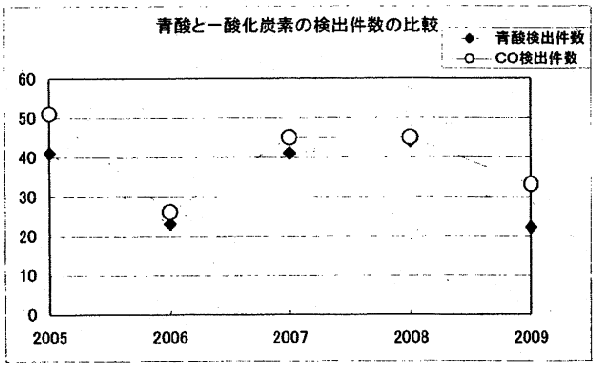


図７．一酸化炭素と青酸分析検査件数の比較

表７．青酸分析検査件数と検出件数の年次的推移

	2005	2006	2007	2008	2009	合計
GC定性	419	440	368	321	326	1,874
比色法定量	41	24	40	43	23	171
検出件数	41	23	41	44	22	171
合計	501	487	449	408	371	2,216

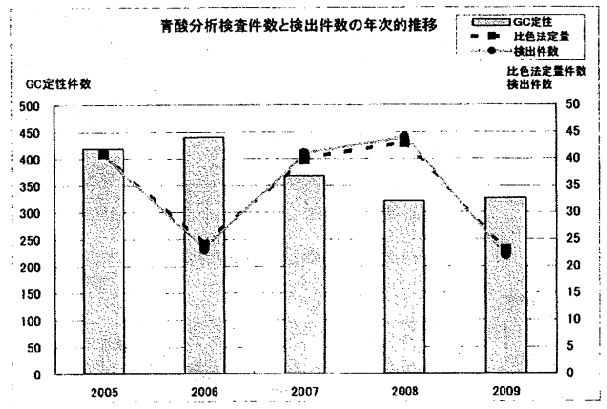


図６．青酸分析検査件数の年次的推移

表９．行政解剖例の焼死件数と焼死以外の一酸化炭素中毒件数の比較

行政解剖例	2005	2006	2007	2008	2009	合計
焼死件数	35	27	42	38	15	157
焼死以外の一酸化炭素中毒件数	8	3	6	5	8	30

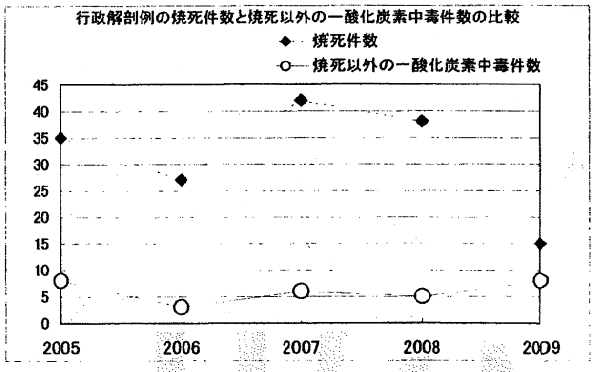


図８．行政解剖例の焼死件数と焼死以外の一酸化炭素中毒件数の比較

表１０．覚醒剤分析検査件数と検出件数の年次的推移

	2005	2006	2007	2008	2009	合計
定性検査件数	45	32	49	27	44	197
検出件数	41	23	38	18	26	146

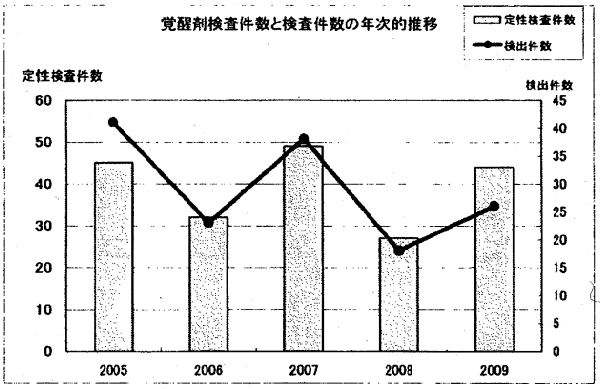


図９．覚醒剤分析検査件数と検出件数の年次的推移

表１１．覚醒剤等の検出件数の年次的推移（覚醒剤等細目別）

覚醒剤等	2005	2006	2007	2008	2009	合計
メタンフェタミン	20	11	17	8	11	67
アンフェタミン	20	10	17	8	10	65
塩酸メチルエフェドリン	0	0	1	0	1	2
MDMA	1	2	2	2	0	7
モルヒネ	0	0	0	0	1	1
コカイン	0	0	1	0	0	1
ジヒドロコデイン	0	0	0	0	3	3
合計	41	23	38	18	26	146

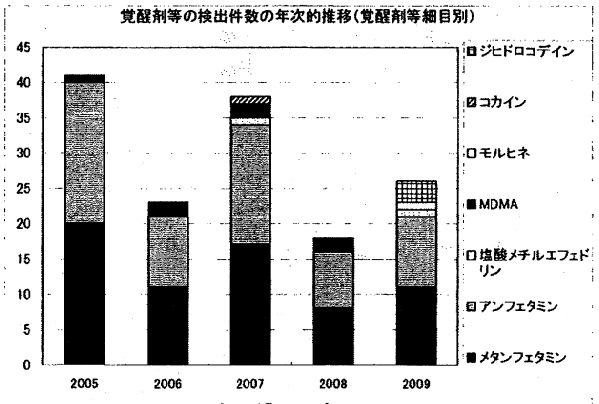


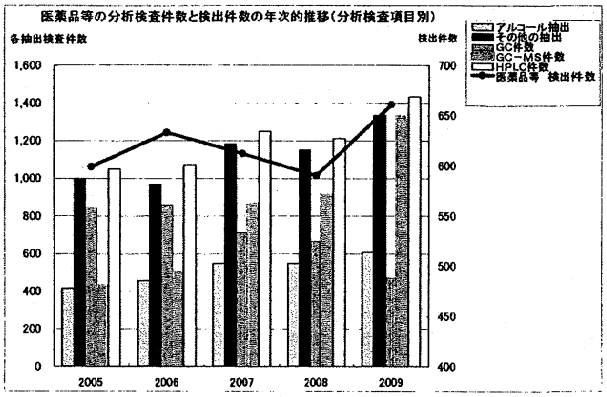
図 10．覚醒剤等の検出件数の年次的推移（覚醒剤等細目別）

表１２．農薬その他の検出件数の年次的推移（農薬その他細目別）

農薬その他	2005	2006	2007	2008	2009	合計
メソミル	0	0	0	0	2	2
MEP(スミチオン)	0	0	3	0	0	3
界面活性剤	0	1	0	0	1	2
ピリミホスメチル	1	0	0	0	0	1
カルタップ(殺虫剤)	1	0	0	0	0	1
マラソン	2	0	0	0	2	4
合計	4	1	3	0	5	13

表１３．医薬品等の分析検査件数と検出件数の年次的推移（分析検査項目別）

	2005	2006	2007	2008	2009	合計
アルコール抽出	414	456	547	547	607	2,571
その他の抽出	998	967	1,181	1,151	1,333	5,630
GC件数	847	859	714	667	472	3,559
GC－MS件数	429	505	864	914	1,329	4,041
HPLC件数	1,050	1,071	1,249	1,211	1,432	6,013
医薬品等　検出件数	599	633	612	590	661	3,095



＊医薬品等には，睡眠剤・向精神薬・有機性農薬を含む

図 11．医薬品等の分析検査件数と検出件数の年次的推移（分析項目項目別）

表１４．医薬品等の検出件数の年次的推移
（医薬品等細目別）

医薬品等の内訳	2005	2006	2007	2008	2009	合計
催眠剤	227	223	221	224	225	1120
抗てんかん剤	49	55	51	47	52	254
精神神経用剤	198	230	221	219	270	1138
解熱鎮痛消炎剤	12	9	15	11	22	69
その他薬物	109	113	102	86	90	500
アルカロイド	4	3	2	3	2	14
合計	599	633	612	590	661	3095

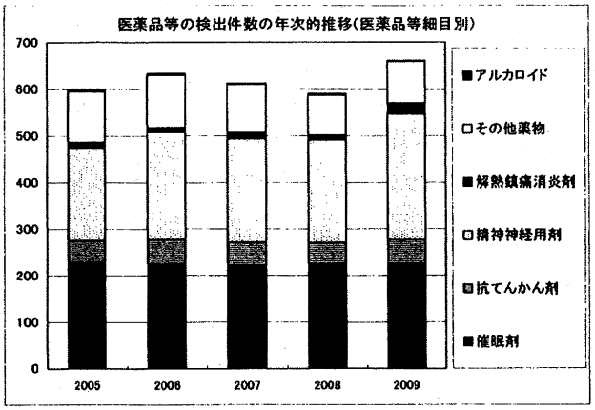


図 12．医薬品等の検出件数の年次的推移
（医薬品等細目別）

表１５．睡眠剤の検出件数の年次的推移
（睡眠剤細目別）

催眠剤の内訳	2005	2006	2007	2008	2009	合計
ブロムワレリル尿素	16	11	9	15	9	60
クアゼパム	3	4	1	6	4	18
ニメタゼパム	3	2	0	2	1	8
塩酸フルラゼパム	2	4	3	5	4	18
ニトラゼパム	6	4	6	4	10	30
フルニトラゼパム	9	8	6	17	15	55
エスタゾラム	6	6	4	2	6	24
トリアゾラム	3	0	3	2	2	10
ブロチゾラム	0	0	1	1	0	2
ミダゾラム	0	1	0	0	0	1
ロルメタゼパム	0	0	1	0	0	1
アモバルビタール	28	22	18	23	20	111
アロバルビタール	0	0	0	0	0	0
セコバルビタールNa	0	0	0	0	0	0
バルビタール	2	0	2	2	2	8
フェノバルビタール	116	124	135	116	91	583
ペントバルビタールCa	22	30	17	14	38	121
酒石酸ゾルピデム	11	7	14	15	23	70
合計	227	223	221	224	225	1120

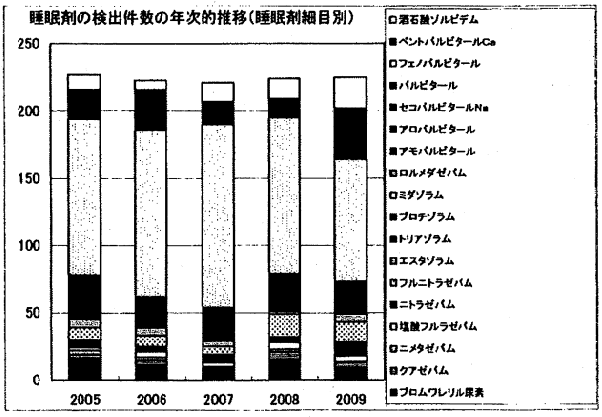


図 14．睡眠剤検出件数の年次的推移

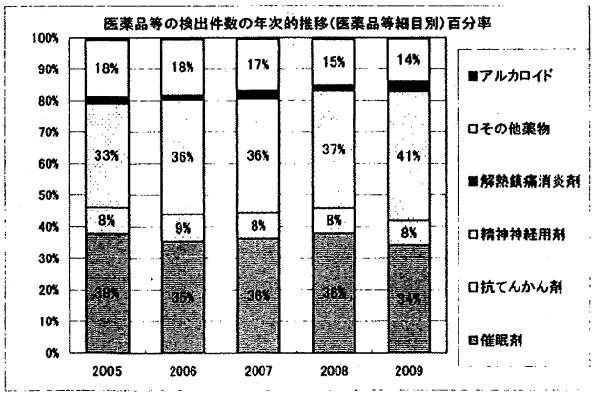


図 13．医薬品等の検出件数の年次的推移
（医薬品等細目別）百分率

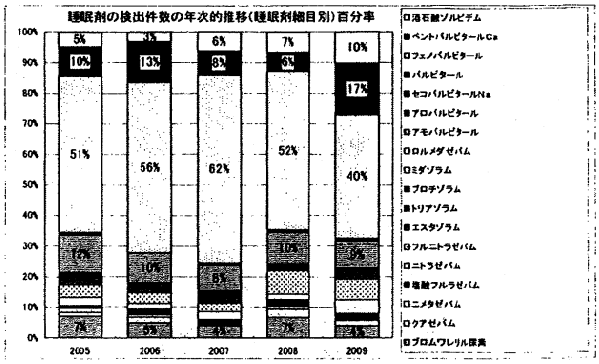


図 15．睡眠剤検出件数の年次的推移　百分率

表１６．抗てんかん剤の検出件数の年次的推移
（抗てんかん剤細目別）

抗てんかん剤の内訳	2005	2006	2007	2008	2009	合計
フェニトイン	1	1	8	3	4	17
クロナゼパム	0	0	1	0	0	1
カルバマゼピン	42	45	29	34	29	179
バルプロ酸ナトリウム	5	7	6	4	11	33
ゾニサミド	1	2	7	6	8	24
合計	49	55	51	47	52	254

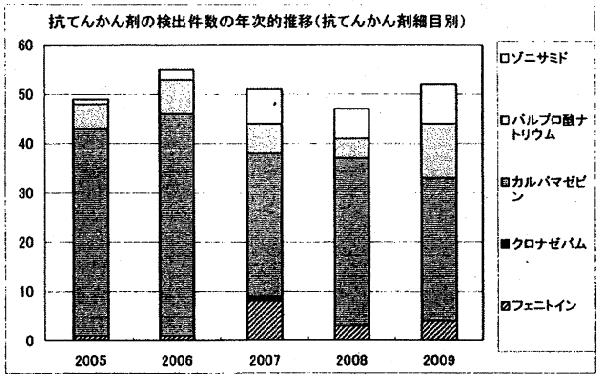


図 16．抗てんかん剤検出件数の年次的推移

表１７．精神神経用剤の検出件数の年次的推移
（精神神経用剤細目別）

精神神経用剤の内訳	2005	2006	2007	2008	2009	合計
塩酸クロルプロマジン	78	74	69	68	64	353
マレイン酸レボメプロマジン	55	44	24	38	36	197
プロペリシアジン	0	2	1	0	3	6
ハロペリドール	7	2	4	6	1	20
ブロムペリドール	0	1	0	0	1	2
塩酸フロロピパミド	0	6	1	0	0	7
オランザピン	3	1	2	1	2	9
クロルジアゼポキシド	2	0	0	0	2	4
ジアゼパム	5	10	7	15	13	50
オキサゼパム	0	0	0	0	0	0
ブロマゼパム	8	15	9	9	10	51
ロラゼパム	0	0	2	0	1	3
クロラゼプ酸二カリウム	4	9	6	7	14	40
オキソラム	0	0	1	0	0	1
クロチアゼパム	0	0	0	1	4	5
プラゼパム	0	0	0	0	1	1
エチゾラム	3	3	8	3	3	20
アルプラゾラム	0	0	1	0	1	2
フマル酸クエチアピン	2	8	12	2	19	43
塩酸イミプラミン	6	10	12	15	7	50
塩酸デシプラミン	0	0	0	0	1	1
塩酸クロミプラミン	8	6	8	3	12	37
塩酸アミトリプチリン	9	5	10	13	13	50
塩酸ノルトリプチリン	0	4	4	3	5	16
塩酸トラゾドン	2	1	2	2	15	22
スルピリド	1	0	7	1	4	13
塩酸スルトプリド	1	5	3	0	5	14
塩酸ミアンセリン	1	0	2	1	2	6
アモキサピン	2	6	13	11	11	43
塩酸マプロチリン	1	3	2	2	4	12
塩酸モサプラミン	0	0	0	0	0	0
ゾテピン	0	7	6	8	7	28
マレイン酸フルボキサミン	0	8	5	5	9	27
塩酸セルトラリン	0	0	0	5	0	5
合計	198	230	221	219	270	1138

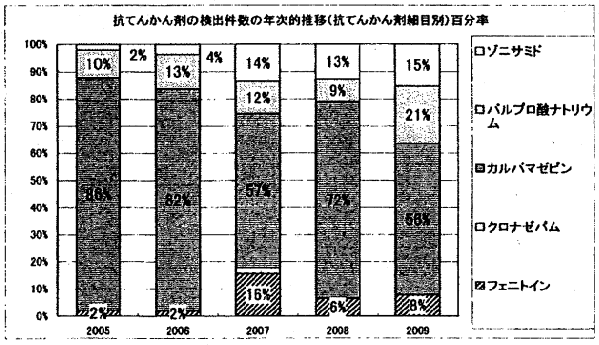


図 17．抗てんかん剤検出件数の年次的推移
百分率

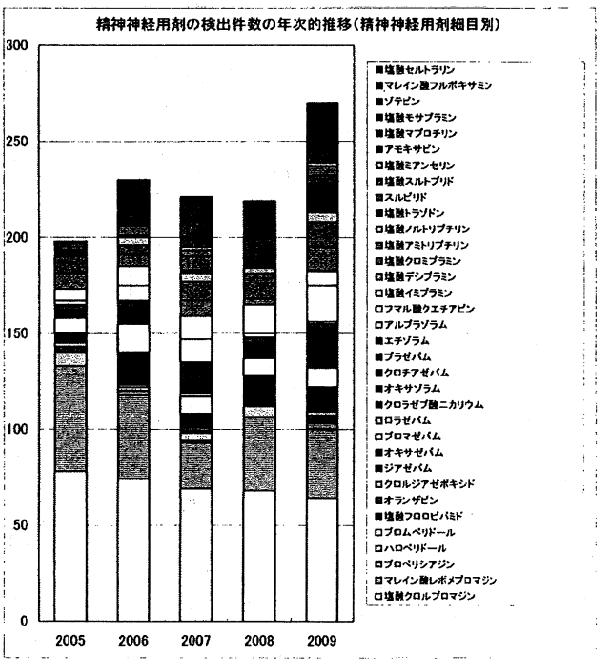


図 18．精神神経用剤検出件数の年次的推移

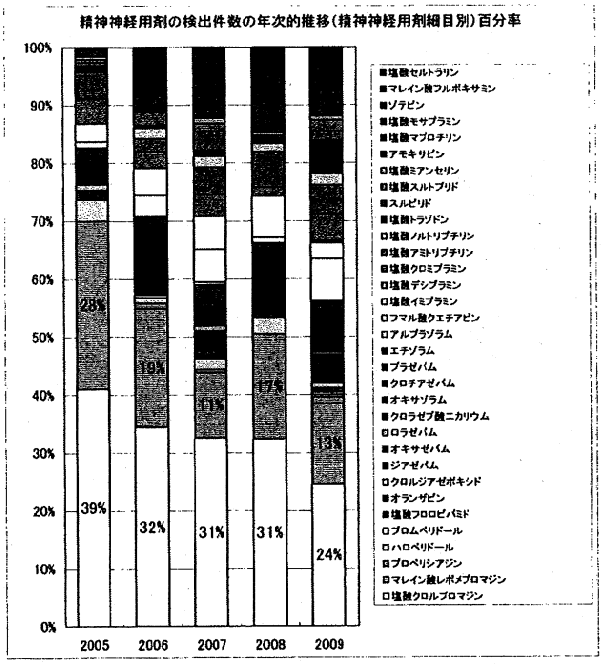


図 19. 精神神経用剤検出件数の年次的推移
百分率

表１８．解熱鎮痛消炎剤の検出件数の年次的推移
(解熱鎮痛消炎剤細目別)

解熱鎮痛消炎剤の内訳	2005	2006	2007	2008	2009	合計
アセトアミノフェン	1	0	7	2	6	16
アスピリン	0	2	0	0	1	3
エテンザミド	7	2	4	2	6	21
イブプロフェン	1	2	2	3	3	11
アリルイソプロピルアセチル尿素	3	3	2	3	3	14
サリチル酸	0	0	0	1	3	4
合計	12	9	15	11	22	69

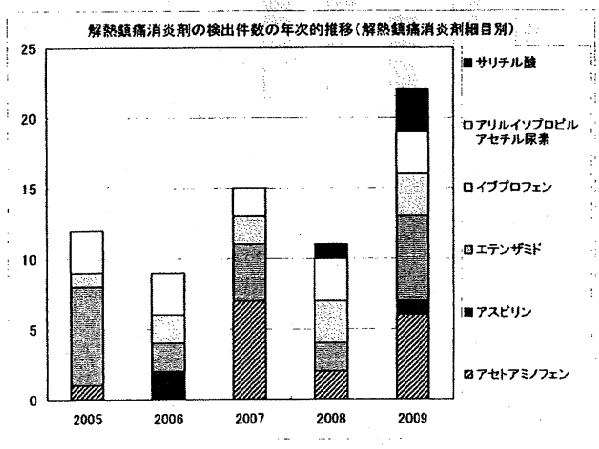


図 20. 解熱鎮痛消炎剤検出件数の年次的推移

表１９．その他薬物の検出件数の年次的推移
(その他薬物細目別)

その他薬物の内訳	2005	2006	2007	2008	2009	合計
塩酸ピペリデン	1	1	2	1	3	8
塩酸プロメタジン	90	95	88	76	77	426
マレイン酸クロルフェニラミン	2	0	2	1	1	6
塩酸ジフェンヒドラミン	10	10	7	7	6	40
塩酸リドカイン	1	1	1	0	0	3
ジゴキシン	3	1	1	0	2	7
テオフィリン	2	3	1	1	1	8
塩酸ピルジカイニド	0	2	0	0	0	2
合計	109	113	102	86	90	500

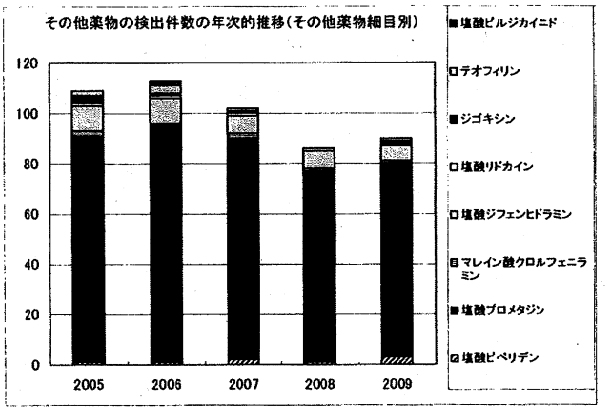


図 21. その他薬物検出件数の年次的推移

表２０．フェノバルビタール・塩酸クロルプロマジン・塩酸プロメタジンの検出件数の年次的推移

	2005	2006	2007	2008	2009	合計
フェノバルビタール	116	124	136	116	91	583
塩酸クロルプロマジン	78	74	69	68	64	353
塩酸プロメタジン	90	95	88	76	77	426
合計	284	293	293	260	232	1,362

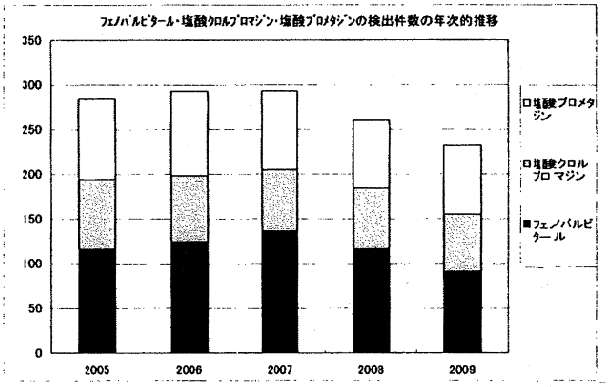


図 22. フェノバルビタール・塩酸クロルプロマジン・塩酸プロメタジンの検出件数と検出件数の年次的推移

分担研究報告書
(2－1)

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）
分担研究報告書

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

分担研究者　山口みほ　日本福祉大学　社会福祉学部保健福祉学科　准教授
研究協力者　宮永　耕　東海大学　健康科学部社会福祉学科　准教授

研究要旨　依存症治療の専門医療機関の薬物依存症者グループ記録および薬物依存症者本人・家族・支援にあたるソーシャルワーカーを対象とするインタビュー・データ等の質的データから、薬物依存症者の回復支援において利用された、あるいは利用を試みた制度的社会資源を抽出し、その利用状況をまとめた。あげられた社会資源は多岐に渡るが、社会的イメージによる「障壁」のみならず、制度の枠組み・運用において薬物依存を事由とする適用が制限される実質的な「障壁」が存在しており、「薬物依存症」という病名・障害名で活用できるものは限定的で、本人や家族が抱える他疾病・他問題を事由として資源活用の幅を広げている状況がみられた。

A．研究目的

現在わが国では、依存性薬物の乱用は「犯罪」や「非行」などの反社会的行為として扱われ、薬物の乱用を繰り返す依存症者も「取り締まり」や「課罰」・「矯正」・「更生保護」等の対象とみなされる。一方で、「精神保健および精神障害者福祉に関する法律」において「精神作用物質の依存症を有する人」も「精神障害者」に含まれることが明記されており（第５条）、薬物依存症者は公的に「疾病」と「障害」を併せ持つ、「医療」と「福祉」のケアを必要とする人とみなされているはずであるが、そうした観点からの社会的対応が得られにくい現実がある。

平成10年5月に薬物乱用対策推進本部から発表された「薬物乱用防止五ヵ年戦略」の柱のひとつとして「薬物依存症者の社会復帰支援」が掲げられ、この方針は「新薬物乱用防止五ヵ年戦略」（平成15年）、「第三次薬物乱用防止五ヵ年戦略」（平成20年）にも引き継がれているが、ダルクの利用以外の薬物依存症者の社会復帰策は進んでおらず、社会福祉の視点からの薬物依存症者支援は医療的ケアよりもさらに遅れている状況にあると言わざるを得ない。

本研究では、①薬物依存症者の回復支援に活用し得る制度的社会資源を具体的に把握すること、②資源の活用が困難な事例について、制度の枠組みそのものや運用手続に内包される「障壁」を明らかにすること、の２点を目的として、薬物依存症者本人・家族および支援に携わる社会福祉専門職のソーシャルワーカーを対象とする調査を実施した。

B．研究方法

以下の２種類の質的データから、薬物依存症者もしくはその家族が、社会生活上のニーズのために利用した、あるいは利用を試みた制度的社会資源を抽出し、活用状況をまとめた。また、これらのデータから把握した事例の一部については、診療記録やソーシャルワーク記録等からさらに詳細な社会資源活用に関わる情報を得た。

（１）報告者がスタッフとして参加しているＮクリニック（名古屋市）「薬物依存症者本人グループ」の 2005 年～2009 年の参加者発言記録（実施回数 175 回、延べ参加人数 931 名、１回あたりの平均参加者数 5.32 名、実参加人数 49 名）

なお、同一人が同じ資源についての発言を複数回している場合があり、各資源についての利用人数や利用回数は不明である。

（２）薬物依存症者本人３名、家族８名、支援に携わるソーシャルワーカー７名を対象に行なった半構造化面接によるインタビュー・データ

インタビューの実施期間は 2009 年６月～2010 年２月である。

対象者は、薬物依存症者本人については関係者からの紹介、家族についてはＮクリニックからの紹介および「愛知家族会（薬物依存症者を抱える

家族の会）」からの紹介、ソーシャルワーカーについては報告者の同僚と知人、および関係者からの紹介で、調査協力の同意を得られた人である。

なお、本人・家族・ソーシャルワーカーの三者に共通で、以下のインタビュー・ガイドを用意した。

＜インタビュー・ガイド＞

①活用した、あるいは活用を検討した制度的社会資源

②制度活用にあたっての困難

③制度の活用に際して行った工夫

④制度を活用した（又はしなかった）ことによる変化

⑤制度的社会資源に関する要望

（倫理面への配慮）

（1）のグループ記録の使用について、Nクリニック院長に書面と口頭で趣旨説明を行い、協力への同意を得た（同クリニックでは、調査・研究への協力も含めた個人情報の取り扱いについて、文書掲示等により患者への周知を行っている）。また、発言者名を取り除いた発言内容のみの記録を用い、社会資源に関わる部分を抽出することにより、発言者の特定ができないように配慮した。

（2）のインタビュー調査については、調査対象者に研究目的・方法等を記した協力依頼文書を渡し、口頭でも説明を行った上で、インタビュー当日に同意書に署名をもらっている。

また、後述の障害年金申請事例については、担当ソーシャルワーカーを通じて匿名化した上での事例の公表について同意を得た。

なお、本年度は本研究に関わる研究会を4回開催し、うち3回について数ヵ所のダルク施設長や全国薬物依存症者家族連合会の代表者等、当事者組織の方々の参加を得て、本研究の中間報告とその内容の検討を行った（注1）。

C．研究結果

上記の方法により得たデータから、実際に薬物依存症者および家族が利用した、あるいは利用を検討した制度的社会資源を分野別に整理し、表1にまとめた。

D．考察

1）「障害者」としての認識の不足

薬物依存症者・家族が利用したことがある、あるいは利用したいと考えた制度的社会資源は、種類としては多岐に渡っている。しかし、「障害者」としての社会保険や福祉のサービス利用実績は少なく、「非行」・「犯罪」等の反社会的行動への対処としての制度・施設利用が目立つ点で、薬物依存症者は統合失調症の罹患者等の一般的な精神障害者像とは異なっている。

薬物依存症者の社会保険や福祉サービスの利用が進んでいない原因としては、患者・家族等の当事者にサービスのメニューや内容・利用方法についての情報が届いていないという根本的な問題に加えて、そのために薬物依存症者の利用申し込み自体が少なく、サービス提供者に支援のノウハウが蓄積されず、利用に結びついても必ずしもうまく機能しないことがあげられる。また、有効な対応が得られなかった経験から、当事者がサービス利用を控えてしまうという悪循環が生じていることも考えられる。

2）制度の枠組み・運用上の「障壁」

制度の利用を検討しながらあきらめた事例や、実際に利用を試みて成功しなかった事例の中には、サービス提供者側の認識の変容だけでは解決しない制度上の「障壁」が存在していた例もある。

（1）障害基礎年金

平成19年に覚醒剤使用に起因する「薬物性精神病」にて障害基礎年金を申請し、不支給決定を不服として再審査請求を行った事例について経緯を確認したところ、国民年金法69条を主な理由として請求が棄却されていた。

69条は「故意に障害又はその直接の原因となった事故を生じさせた者の当該障害については、これを支給事由とする障害基礎年金は、支給しない。」として年金の支給制限を示す条文である。

昭和60年に国が示した国民年金法上の障害認定基準では、精神作用物質の使用による精神障害について、「明らかな身体的依存の見られないものは認定の対象とならない」として実質的に覚醒剤依存に対する障害基礎年金の給付を認めない方針である。また、「覚醒剤中毒による精神の障害は国民年金法69条に抵触する」との判断を下している（注2）。しかし、薬物の自己使用を「故意」

と判断するのであれば、すべての精神作用物質使用による精神障害が認められないことになるが、認定基準ではそうはしていない。また、覚醒剤使用の犯罪性については、別法による処罰が課せられるものであり、年金給付の制限によって過去の行為に対して二重に社会的制裁を加えるべきではない。従って、「認定の対象としない」根拠は明白なものとは言えない。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律を根拠とする精神障害者福祉手帳制度では、障害年金不支給となった事例でも障害者の認定を受けている例があり、同じ国内で異なる「精神障害」の公的な規定がなされるという矛盾も生じている。

（2）精神障害者福祉手帳

精神障害者福祉手帳制度の歴史は平成7年からとまだ浅く、同手帳の取得によって受給可能となる福祉サービス自体が、身体障害者手帳や知的障害の手帳を前提とするものに比べて少ないという課題がある。その上に、薬物依存症者については手帳の取得自体に「障壁」が存在する。

障害認定の基準となる等級表は全国同一であるはずだが、同程度の障害状態にあっても実際の認定にあたって「依存症」での申請を認める自治体とそうでない自治体がある。また、同じ自治体内でも認定にばらつきがみられる。

例えば、Nクリニックの診療圏である愛知県下の多くの自治体では、「薬物依存症」では手帳が給付されない。ただし、精神作用物質使用による「中毒性精神病」で申請した場合や、依存症であっても他の精神疾患が併記されていると認められることが多い。隣接する三重県では、アルコール依存症であれば認められるが、その他の薬物の依存症では認められない傾向にある。

これらは、あくまで「そのような傾向がある」ということであって、絶対的なものではない。本来、手帳制度の根拠である精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の定義では、「依存症を有する者」も障害者と認められているはずである。しかし、各審査会の判断の幅が大きく、申請者側からみれば基準が「ブラックボックス」となってしまっている。

また、条例等で独自に設けている障害者福祉制度についても、例えば医療費助成制度について「アルコール・薬物依存症は「入院助成を受けられない」との制限を明記している自治体があるなど、依存症者は他の障害に比して明らかに不利な状態に置かれている。

この他にも、実施要項が整備されていないために、アルコール依存症では認められている(注 3)自助グループ活動に対する生活保護制度の移送費支給が、他の精神作用物質の依存症については各福祉事務所の判断で認められないこともあるなど、地域格差を伴う制度上の課題はまだまだある(注 3)。

これらの現状が生じている根本的な問題として、違法行為に対する社会的な厳罰化の指向や、合法・違法に関わらず薬物の自己使用を問題視する「健康自己責任論」の考え方、また、肢体不自由、聴覚・視角障害などをモデルとする固定的・静態的な「障害」の捉え方が背景にあるものと推測される。

3）「障壁」への対処

調査結果から考え得る制度的社会資源利用の「障壁」への対処行動としては、以下のような方法がある。

（1）制度利用事由の変更

「薬物依存症」を事由とするものについては、自立支援医療や生活保護制度などの限られた社会資源しか活用されていない実態があるが、他の合併症や後遺障害を事由として障害者手帳や障害年金等を申請することにより、活用できる社会資源の幅を広げる。

（2）サービス利用主体の変更

親の介護保険サービスや子どもの児童相談所利用など、他の家族員に対して社会サービスが適用されることによって、薬物依存症者本人の生活支援にもつなげる。

（3）未活用資源の活用の試み

制度の存在を知らなかったが故に未活用であった資源や、認定基準に適合しないものと諦めていた制度の利用について、結果の成否に関わらず申請を試みる。

（3）のような直接的な行動は、成否に関わらず薬物依存症に対する認識を変容させていく大きな契機となろう。また、（1）・（2）のような問題把握のリフレイミングや視点の切り替えを行った場合でも、実際に資源活用にこぎつければ、

資源の利用者と提供者の交流を通してその後に少しずつ「薬物依存症」への理解を広げて行くことができるものと考える。「薬物依存症」を事由とする制度利用を可能にしていくには、まずはいずれの方法であっても積極的に資源を活用していく姿勢が重要であり、このことは薬物依存症者本人・家族だけでなく、日常的に関わっている援助者側の志向・態度も問われる課題である。

E. 結論

薬物依存症を事由とする社会資源利用が進まない要因としては、単に薬物依存症者に対する社会的なイメージによるだけでなく、法律の条文や行政通知等の公的な枠組みそのものによる制限があること、また、運用にあたって法文・通知等の解釈に幅があることなど、実際的な障壁が存在している。また、利用可能な社会資源についても、行政窓口の担当者や関係機関の援助職の志向・態度とも関わって、当事者・家族に情報が十分に行き渡っていない現状が見られた。

今後さらに情報提供策を十分に講じることとともに、薬物依存症以外の事由に依ってでも当事者・関係者が積極的に資源を活用する姿勢が求められる。

本研究としては、①今年度の結果をもとに、調査地域を増やし、地域格差や他疾患・他障害との格差を含めた制度的社会資源活用の実態をさらに詳細に把握・検討すること、②援助者の増強を目標に、ソーシャルワーカーのインタビュー・データの質的分析を行い、薬物依存症者支援過程のモデルを提示すること、の2点を次年度の課題としたい。

謝辞

インタビューにご協力頂いた当事者・ご家族・ソーシャルワーカーの皆様、また、研究会に参加を頂いた皆様、西山仁先生、長谷川俊彦先生、小嶋章吾先生、浅野正嗣先生、川田誉音先生ほか、ご指導・ご助言を頂いた皆様にあらためて感謝を申し上げます。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

3. その他

1) シンポジウム報告「薬物依存症者の回復支援に関わる社会資源」愛知家族会（薬物依存症者を抱える家族の会）第5回フォーラム、名古屋市国際会議場、2010. 3. 14.

2) 研究構想発表「薬物依存症からの回復を目指す人の社会生活を支援するソーシャルワーク過程」第52回M－GTA定例研究会、実践的グラウンデッド・セオリー・アプローチ研究会、立教大学池袋キャンパス、2010. 3. 27.（予定）

G. 知的財産権の出願・登録

なし

注

(1)「薬物乱用防止のための社会資源研究会」

第1回　研究計画発表、研究会運営について　順天堂大学本郷キャンパス、2009. 6. 13.

第2回　山口みほ「活用可能性のある社会資源について～愛知県の現状から～」、宮永耕「生活保護制度における移送費問題」　順天堂大学本郷キャンパス　2009. 8. 5.

第3回　山口みほ「事例にみる薬物依存症者の社会資源活用の実際」、宮永耕「薬物依存と障害年金認定について」　順天堂大学本郷キャンパス、2009. 10. 27.

第4回　山口みほ「障害者手帳はどこまで『使える』か？」、宮永耕「ダルクの利用に関する生活保護における実施責任」　順天堂大学本郷キャンパス、2009. 12. 15.

(2)『国民年金・厚生年金保険　障害認定基準の説明（増補改訂新版）』厚生出版、2002. p. 99

(3)『生活保護手帳（2009年度版）』中央法規出版、2009. p. 206

参考文献

(1)春日武彦『よくわかる最新医学　統合失調症　最新の薬物療法とその他の治療法　患者のための社会福祉制度ガイド』主婦の友社、2005.

(2)ＮＰＯ法人日本医療ソーシャルワーク研究会『医療福祉総合ガイド2008年度版』医学書院、2008.

表1　薬物依存症者・家族の利用社会資源一覧

分野	資源	活用状況
教育関係	学校	非行問題としての対応が主。学齢期後、あるいは退学後の発覚が多く、相談・指導の機会を逸している。
	教育センター	親の相談先としての利用。上記と同様の理由により、利用例は少ない。
矯正・更生保護関連	警察	逮捕を恐れ、相談に行きづらい。家族の電話相談に対し、本人の出頭を要求された例も。相談は単発的。注意のみで帰されたり、家族による「監視」を指導された例も。専門機関の紹介機能有り。
	家庭裁判所	少年審判に際し、調査官によるケースワーク。警察止まりで送致されない例も多数。
	保護観察制度	遵守事項の設定により、専門機関とのつながりが継続される例有り。疾病に対する保護司の理解に差がある。
	少年院	過去の事例では、専門機関へのつなぎが無く、退所後に再使用する例が多数。
	刑務所	過去の事例では、専門機関へのつなぎが無く、出所後に再使用する例が多数。
	更生保護施設	地域コンフリクトへの恐れから、過去に薬物乱用によるトラブルのあった者は、入所を断られることもある。
	職親	就労困難な事例、法的処分を受けていない事例では利用できないため、活用例は少ない。
	弁護士	身柄拘束と自己破産手続を契機につながる。裁判に有利になることを勘案し、受診を勧められるケースも有り。費用に関して法律扶助が適用されるケースも多い。
保健関係	保健所（行政保健師）	継続的に相談指導を行うことは少なく、専門機関の情報提供、紹介、連絡調整が主。
	精神保健福祉センター	同上。家族プログラムが本人向けよりも先行している。 薬物問題相談に外部専門機関の人材を導入することで、本人・家族が継続的な支援に結びつくことも。
医療関係	精神科	陽性症状、離脱症状、衰弱等の時期の入院利用。治療プログラムが無いことを理由に入院・通院を断られることも。医師から「どうせ治らん」と罵倒され、通院継続を断られた例も。
	その他（一般科）	肝炎等、合併症の治療、薬物使用時の事故によるケガや骨折等の治療など。薬物使用を伏せての受診も多い。

社会保険	医療保険	高額療養費		「委任払い」であっても、自己負担限度額自体が高額。分割払いで対応した例も。
		傷病手当金		生活保護受給者や国保加入者、被扶養者が多く、傷病手当金受給条件が無いケースが大多数。
	年金	老齢年金		制度未加入期間や年金保険料減免申請期間が長い場合、受給できなくなるおそれ。免除申請自体を知らなかった例もある。
		障害年金		「うつ」や「中毒性精神病」による年金取得例が多い。「依存症」での申請や、覚醒剤に起因する内容での申請では不支給。
	雇用保険	ハローワーク		一般就労の困難なケースや、採用条件の面で不利なケースが多い。障害者枠も依存症者には活用されていない。
		障害者職業センター		就労困難例が多いこともあるが、「障害」の認識が本人にも周囲にもないためか、利用例は少ない。
		失業給付		雇用保険加入例自体が少ないため、受給者は少数。
	介護保険			保険加入年齢、あるいは給付対象年齢に達していないケースがほとんどであるため、本人の利用は少ない。家族（親）のサービス利用によって本人の生活も助かる例有り。
社会福祉	生活保護	保護費		所持金を失っている上に、就労困難な病状のために経済的援助が必要となる例が多い。生活保護を受給して一人暮らしを始めることが「自立」の形のひとつとも考えられている。自助グループ参加の移送費を出さない自治体有り。
		救護施設		薬物使用により、退所となる例もある。救護施設から専門機関につながるケースも。
	生活福祉資金			制度の認知度が低い。また、返済能力の問題・保証人の不在等により、活用できる人は限定的
	児童相談所			児童期の薬物使用は「非行」モデルでの対応が主。依存症者本人の療養や収監のための子どもの保護例有り。ネグレクト事例の「親」として相談支援につながる例も。
	障害者福祉	自立支援法	医療	通院ケースのほとんどが活用。当初制度を知らず、負担が高額となった例も。
			介護訓練地域	ダルクが指定事業者となっている場合を除き、あまり利用されていない。「薬物依存症」ではなく、合併している他の精神障害を事由とする就労支援の活用例有り。
		障害者手帳		「薬物依存症」では取得できない地域が多い。医療費の自己負担助成制度や公共交通機関料金助成など、自治体条例による制度活用を目当てに手帳を取得するケースが多い。「薬物依存症」を対象から除外しているサービスもある。

分担研究報告書
(2－2)

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）
分担研究報告書

障害者自立支援法下における薬物依存症治療資源に関する研究（1）

分担研究者　宮永 耕　　東海大学健康科学部社会福祉学科
研究協力者　山口 みほ　日本福祉大学社会福祉学部保健福祉学科

研究要旨　平成18年度より施行された障害者自立支援法（平成17年法律123号）は、その施策の対象となる薬物依存者の治療および社会復帰にも今日大きく影響するところとなっている。1980年代以降の歴史的経過からみれば、司法及び医療による施設内処遇の外側で、民間の自主的な自助活動として始まったDARC（Drug Addiction Rehabilitation Center：以下、ダルク）を代表とする回復援助施設は、1990年代に地域での精神障害者施策の一部に組み入れられることをきっかけに、地域作業所やグループホームといった形で補助金対象事業に順次編入され、その全国的な拡大と合わせて、障害者自立支援制度のなかにあってはサービス提供事業所（プロバイダ）の役割を負って運営されるようになってきた。

社会福祉基礎構造改革がすすめられ、急激な制度の改正が相次いで進められる状況の中で、昨年度は、20年近くの活動経験を持つダルクが運営上さまざまな困難を抱えてきた個別事例の分析をとおして、今後全国で活動する他のダルクでも共有する可能性の高い諸課題の整理を行った。

今年度は、障害者の生活実態に照らした制度上の課題が浮上し、制度運用の見直しが進められる障害者自立支援制度と関連する諸制度における課題を探るために、ダルクを利用する薬物依存者にとって利用可能性の高い生活保護等諸制度の運用について現状とその課題を整理し、ダルクのスタッフ等を交えた継続的な研究会の場で報告し、合わせて現場で感じるさまざまな困難さとの突き合わせを行った。

その結果、①今日では、福祉事務所等において薬物依存者を対象とした一定程度の「処遇フォーマット」は存在している、②しかし、ダルクを利用する薬物依存者援助の制度上の裏付けは今日でも不十分なまま、援助現場の経験の蓄積とその継承とによって、順次その成果が制度運用のマニュアルにも反映されてきた、③ダルクにおいて援助を担当するスタッフが感じる業務上の困難も、社会福祉・社会保障等の制度に関する知識、情報の共有の面に関わる部分が多い、④実務上必要な知識の継続的な研修の機会が求められている、⑤前記のような内容の研修機会を保障する具体的方策の確保、が現在の課題となっていることが理解された。

A．研究目的

これまで指摘してきたとおり、今日薬物依存者処遇の中に社会福祉的援助、すなわちソーシャルモデルとして運営される機能の重要性が注目されて久しいが、依存者自身の回復運動に基づく民間回復援助施設ダルク以外に、この領域に活動する施設・機関は皆無に等しく、毎年数か所の新たな地域でダルクが活動を開始している。

今年度は、昨年度検討した現行制度に関わって運営される一か所のダルクを取り上げて行った事例検討をきっかけとして、全国の他地域で活動するダルクでも共通に抱えていると思われる利用者の制度利用上の問題点について、それら制度運用面の実際状況と合わせて整理した。そこで今日求められる主に社会福祉・社会保障面での実務的研修のあり方について検討することを目的とした。

なお、後述するとおり平成21年9月19日、政権交代後の新政府は既に厚生労働大臣が本法の廃止を言明し、本年1月7日、制度施行以来提訴されていた障害者自立支援法訴訟の原告団との和解合意文章の中で、その期日も平成25（2013）年8月と明記されて、現在では次なる新法新制度の策定に向けた厚生労働省内のプロジェクトが開始されている。

このような経緯から、本研究では廃止されるべき障害者自立支援法本体の問題検討ではなく、社会福祉基礎構造改革の中で近年急速に進められてきた政策動向の帰結でもある障害者自立支援制度を一つのモデルとしてとらえ、そのような状況における制度運用の課題について生活保護等社会福祉・社会保障制度を視野に入れ検討することとした。

B．研究方法

民間薬物依存者回復援助施設であるダルクのスタッフ及び関連団体等に呼び掛け、「薬物依存症からの回復を支援する社会資源研究会」を定期的に開催し、そこでの討議への参加を求めた。今年度は、本研究班内での準備会議を除いて3回の同研究会を開催し、関東近県のダルクスタッフ、NPO法人薬物依存症者家族会連合会、その他の関係職種からの参加を得た。

C．研究結果

1．ダルクの利用に関する生活保護における実施責任の問題

平成19年度の本研究における調査[1]で報告したとおり、ダルクを利用する薬物依存者の中の生活保護受給者の割合は既に半数を超えて大きく拡大している現状にある。2008年2月当時の利用者のうち62.1%が生活保護を受給しており、その運用がダルクでの援助に与える影響も大きくなっていることは疑いようもない。

ダルクが全国に広がり、運営する施設数でも50か所を超えるまでに至った今日では、施設所在地の行政機関とりわけ生活保護の実施機関である福祉事務所との間に様々な関わりを持ってきている。一方で依存者個々の回復に向けた治療的処遇の中で、数か所のダルクを移動しながら回復の援助過程が進行することも、今日では珍しい例ではない。特に回復過程の中で薬物の再使用をはじめとして、利用者同士のトラブルや就労の不調などのインシデントに遭遇して、他地域のダルクでのプログラム参加をスタッフが提案することが有効と考えられる事例も少なくなく、現実的には回復者スタッフのネットワークによって利用者の居住地が変更になる事例も多い。

そのような場合、各実施機関で同一の運用が行われていれば、受給者数の短期間での大きな変化を除けば、問題になることは少ないと思われるが、実際には各都道府県及び市ごとに、あるいは福祉事務所ごとにその運用についての解釈には不一致な部分が存在している。

実施機関の問題としては、ダルクの利用を必要とし、かつ要保護状態にある薬物依存者の生活保護をどこが行うか、に集約されるが、ある地域で活動するダルクの利用者の生活保護の実施機関が所在地を所管する同一の福祉事務所だけである場合はむしろ少なく、近隣の数か所の、あるいは県外からの利用者をも受け入れている場合が多い。そのような場合、福祉事務所ごとの制度運営に関する解釈や方針が異なることは利用者に提供できるサービスの質に影響する可能性が生じる。

実施機関を決定するに当たっては、生活保護法の各条文及び実施責任に関する諸規定（保護の実施要領及び問答集）が基本となるが、そこには以下のように規定されている。

生活保護法第19条（実施機関）条文

図（スライド）1

実施機関について（1）

第4章　保護の機関及び実施（実施機関）

第19条　都道府県知事、市長及び社会福祉法（昭和26年法律第45号）に規定する福祉に関する事務所（以下「福祉事務所」という。）を管理する町村長は、次に掲げる者に対して、この法律の定めるところにより、保護を決定し、かつ、実施しなければならない。

一　その管理に属する福祉事務所の所管区域内に居住地を有する要保護者

二　居住地がないか、又は明らかでない要保護者であつて、その管理に属する福祉事務所の所管区域内に現在地を有するもの

図（スライド）2

実施機関について（2）

第4章　保護の機関及び実施（実施機関）

第19条

2　居住地が明らかである要保護者であつても、その者が急迫した状況にあるときは、その急迫した事由が止むまでは、その者に対する保護は、前項の規定にかかわらず、その者の現在地を所管する福祉事務所を管理する都道府県知事又は市町村長が行うものとする。

3　第30条第1項ただし書の規定により被保護者を救護施設、更生施設若しくはその他の適当な施設に入所させ、若しくはこれらの施設に入所を委託し（中略）た場合には、当該入所又は委託の継続中、その者に対して保護を行うべき者は、その者に係る入所又は委託前の居住地又は現在地によつて定めるものとする。

（注：第4項以下7項までは略）

さらに、実施要領ではさまざまな利用者の生活状況を勘案して、以下のとおり規定されている。ここで見る限り、ダルク利用者が生活保護を要する状態にある場合は、施設所在地を所管する福祉

事務所が実施責任を負うことになるが、但し書き以下（一時的な便宜 etc.）を合わせて判断するとそうでない取り扱いもあり得る。施設の利用開始時と保護申請（開始）時が異なる場合は特に問題となり得る可能性がある。

図（スライド）3

実施責任の規定（1）：実施要領レベル

- 次官通知第2　保護の実施責任は要保護者の居住地または現在地により定められるが、この場合、居住地とは要保護者の**居住事実がある場所**をいうものであること。
- なお、現にその場所に居住していなくても、他の場所に居住していることが**一時的な便宜のため**であって、一定期限の到来とともにその場所に復帰して起居を継続していくことが期待される場合等には、世帯の認定をも勘案のうえ、その場所を居住地として認定すること。

図（スライド）4

実施責任の規定（2）：実施要領レベル

- 局長通知第2の7　問）被保護者がケアハウスに入所した場合、ケアハウス所在地をその者の居住地とし、その者に対する保護の実施責任は、**ケアハウス所在地を所管する保護の実施機関が負うこととなるのか？**
  → 答）お見込みのとおりである。
- なお、同様の取扱いとしては、身体障害者福祉ホーム、知的障害者福祉ホーム、軽費老人ホーム、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）等がある。

また、障害者自立支援法施行時に現に障害者自立支援法に規定する**共同生活援助を行う住居**に入居している者については、従前の保護の実施機関が引き続き保護の実施責任を負うこととなる。

前述のように、プログラム中のインシデントにより他のダルクに移動して同種の回復プログラムを継続する場合、逐次個別に福祉事務所との事例検討（処遇検討）を経た決定に基づいて実施機関の変更（廃止・再開始もしくは移管）を行う例は少なく、多くは報告と承認に基づいて従前の福祉事務所が継続して保護実施の責任を負う場合が多数と思われる。

一方で、各自治体が発行する運用マニュアル、問答集では以下のような記述による整理が行われている。

図（スライド）5

実施責任の規定（3）：自治体問答集レベル

- 精神障害者福祉ホーム及び軽費老人ホームの実施責任（問2-28）精神障害者福祉ホームは、（略）入所期間は原則2年以内であるが、必要であれば期間を定めず延長することができる。また、軽費老人ホームは、（略）このように、両施設とも、居所を提供することを目的としているため、そこが居住地となる性格を有している。→ このことから実施責任は、施設所在地を所管する実施機関が負うこととなる。
- 経過措置あり：平成13年3月末日以前の入所者は従前どおり。

図（スライド）6

実施責任の規定（4）：自治体問答集レベル

- 自立支援ホーム等実施要領に定めがない施設等の入所者の保護の実施責任（問2-26）

自立支援ホーム、MAC、すずらんハウス、ダルク等は、「特定の便宜のために施設を利用しており、一定の期限の到来とともに従前の場所に復帰していく性格」の施設である。したがって、その施設は居住地ではなく、出身世帯があれば出身世帯の居住地を当該施設利用者の居住地として認定することになる。

これに対して、他に居住地のない単身者がこれらの施設に入所した場合は、実施要領の考え方からは入所者の身柄がある場所、即ち施設所在地を所管する保護の実施機関が実施責任を負うことになるが、施設所在地に実施責任が集中することを避ける意味から、以下の取り扱いとする。

図（スライド）7

実施責任の規定（5）：自治体問答集レベル

（問2-26：つづき）

1　単身の被保護者がこれらの施設に入所した場合：入所前の居住地又は現在地（局第2-4準用）
（1）現ケース（受給中）：従前の実施機関
（2）入居と同時に保護開始、居住地あり：入居前の居住地
（3）入居と同時に保護開始、居住地なし：現在地を所管する実施機関
2　入所中の保護開始：施設所在地
3　出身世帯あり：出身世帯の居住地を所管する実施機関

図（スライド）8

実施責任の規定（6）：自治体運用レベル

- 「ダルク入寮に際し、帰来先がない場合、現在地保護として本市が実施責任とし、帰来先がある場合、当該市町村が実施責任となるような方向で考えている」（1997年4月17日県より確認）
- 出身世帯のある者が入寮した場合においては、入寮期間中は当該入寮者のみの基準を別途認定する。（東京都「生活保護運用事例集」所収「ダルク入寮者に対する保護の適用」平成7（1995）年度版 問8-19、平成13（2001）年度版 問8-22、平成17（2006）年度版 問8-27」）

これらによれば、自治体の問答集レベルにおいて一応の基準は明示されているものの、実際は個々の事例について判断することになり、合わせて障害者・高齢者施設に比較して利用者規模の小さいダルク利用者だけを取り上げての規定も全国の福祉事務所の運用を方向づける実施要領レベルには記載がないことから、制度の運用裁量権はダルクのスタッフにとっても理解し対応することが困難な場合が生じていることが分かる。ここにはダルクの機能に関する各地の自治体の評価が関係している。

2．ダルクの利用に関する生活保護における移送費認定の問題

ダルクでは、活動開始当初より施設外で行われるNA（Narcotics Anonymous：ナルコティクス・アノニマス）を中心とした12ステッププログラムが行っているミーティングへの継続的な参加を、回復プログラムのフォーマットに位置付けてきた。開始当初は日本において地域の中で行われるNAミーティングの数も少なく、先行するAA（Alcoholics Anonymous：アルコホーリクス・アノニマス）のミーティングをも代用せざるを得ない状況が続いたが、順次NAグループ及びミーティング数も開催地区も増加し、2010年2月末現在[2]で、全国に136グループが登録し、週間337回のミーティングが定期的に行われるまでになっている。

経験的に実証される回復に有効な方法であるNAミーティングへの参加は、ダルクでの回復プログラムの特徴の1つとしても理解されるが、生活保護を受給する利用者の場合、生活扶助の一時扶助の中に設けられた移送費として、必要な交通費が認定（支給）されるか否かは、重要な問題となってきた。

生活保護制度における移送費は、以下のように規定され、説明される。

図（スライド）9

移送費とは(1)

- 日本国憲法第25条に基づき最低生活保障を目的とする生活保護制度の中に設けられている.
- 同時に、制度目的とされる自立の助長という観点から、対象者（被保護者）の自立阻害要因を克服するために有効と判断された「自助グループ」の例会・ミーティング参加を対象に支給.

図（スライド）10

移送費とは(2)

- 「移送」の解説

「例えば、要保護老人が養老施設へ入所するとか、浮浪者がその扶養義務者の許に帰るという如き場合、即ち、歩行不能若しくは歩行が著しく困難な場合、又は貧困のため交通費の支弁不能の場合には、生活扶助として移送することができるのである。移送費の内訳は移送のために要する交通費、移送のために使役したる者の賃金、手当及び宿泊を要したる場合にはその宿泊料等である。」
（小山進次郎『生活保護法の解釈と運用』1950）

- 保護の目的からみた必要経費

「移送費の額は、移送に必要な最小限度の額とする。」
（告 別表第1第3章－3移送費, 局 第7－2）

この移送費について、現時点においても全国の自治体で一律に認定されていない実態についてはこれまでも本研究の中で報告してきた(宮永:2003)が、認定の可否の根拠となる規定は、現行実施要領において以下のとおりに示されている。

図（スライド）11

移送費認定の現状(1):実施要領レベル

- 自助グループを対象とした移送費認定の根拠は、以下のもののみ.

局 第7−2−(7)−(セ)　次のいずれかに該当する場合であってそれがその世帯の自立のため必要かつ有効であると認められるとき。

a. アルコール症若しくはその既往のある者又はその同一世帯員が、断酒を目的とする団体(以下「断酒会」という。)の活動を継続的に活用する場合

b. アルコール症又はその既往のある者(同伴する同一世帯員を含む。)が、断酒会の実施する2泊3日以内の宿泊研修会(原則として当該都道府県内に限る。)に参加する場合

c. 精神保健福祉センター、保健所等において精神保健福祉業務として行われる社会復帰相談指導事業等の対象者又はその同一世帯員が、その事業を継続的に活用する場合

(『生活保護手帳(2009年度版)』, p.206-208)

図（スライド）12

移送費認定の現状(2):問答集レベル

- 「断酒会に参加する際の移送費」(問7−56)

移送費としての参加交通費に限定
宿泊研修会: 参加交通費+宿泊費+飲食物費
断酒会の入会費用及び例会以外の大会、総会等の出席費用は不可

- 「精神障害者等の社会復帰対策事業への参加」(問7−58)

…また、薬物依存・中毒者がいわゆる民間リハビリテーション施設に通う場合は含まれるか。→「…薬物依存・中毒者に対する事業も含め民間活動として行われるものであっても、国若しくは地方公共団体から当該事業に対し補助が行われている場合、又は、保健所もしくは精神保健福祉センター等が後援する場合で、いずれも社会復帰に効果が期待できると認められるときは対象」

(生活保護手帳 別冊問答集(2009年版), p.200-201)

これらに見る限り薬物依存者に対して、NAミーティング参加のための交通費＝移送費を認定できる根拠と見るか否かは微妙であり、実施機関の判断にゆだねられていることが分かる。ただし、そのことはAAについても同様であり、実際にはAAミーティング参加の移送費が認定されない事例は、ミーティング開催数の極端に少ない地区を除いてほぼ全国的に可能とされている場合と、幾分事情を異にしているとも考えられる。

自治体問答集・マニュアルレベルでは、ダルクを利用する保護受給者に関する個別の規定が記されているものもあるが、その利用者についてNAミーティング参加の移送費支給が可能と直接に述べているものは少ない。以下では東京都のマニュアルを参照した。

図（スライド）13

移送費認定の現状(3):
各自治体のマニュアルレベル

- 「ダルク入所者の保護の適用」(横浜市『生活保護問答集実施要領編』1998, p.84 問147)、「ダルクホーム入所者の取扱い」(埼玉県『新生活保護マニュアル』1999, p.153 問7−16)、「ダルク入寮者に対する保護の適用」(東京都『生活保護運用実例集』1996/2001/2006)
- 上記2006年度版で初めて、「問8−27　ダルク入寮者に対しては、以下のとおり取り扱う。

4　入寮期間中に施設外のNA等の活動に参加する場合は、別途移送費を計上できる。」

(局 第6−2−(7)−アー(セ)−C.)

一方で、移送費認定に否定的な以下のような記述もある。

図（スライド）14

移送費認定の現状(4):
各自治体のマニュアルレベル

- 一方で、A市マニュアルでは、以下の記述もあり

問132　薬物依存症患者のAAへの通所費用

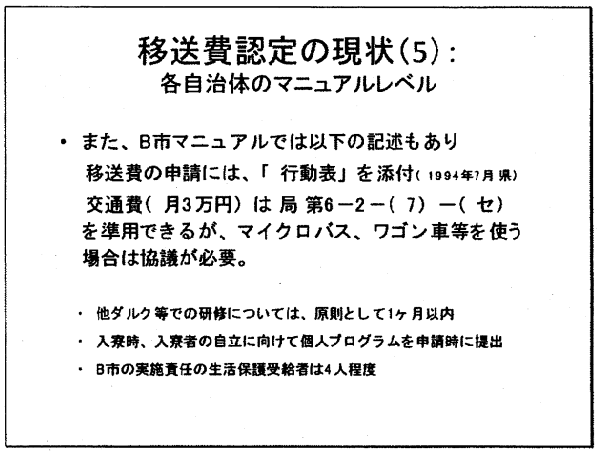
(1995年版 p.73)

「薬物依存症の患者から、AAへの通所費用にかかる交通費について支給してほしいとの相談があったが、これについて、アルコール依存症と同様に移送費として支給してよいか」

(答)…一方、薬物依存症を対象にした諸団体については、現状について、このような**社会資源としての有効性**についてその**評価が確立されているとは必ずしもいえない状況**である。したがって、設問については、**移送費として支給することは認められない**。

別の自治体では、特に交通手段についてその認定のルールについて記載がある。公共交通機関の利用が困難な地域では、通常ダルク利用者が集団で乗用車を利用してミーティング会場に移動する以外の選択肢がなく、その際は必要経費となる燃料費を人数分で除した単価を回数に乗じて算出するのが合理的だとしても、その作業はダルクスタッフにとっても福祉事務所担当者にとっても煩雑極まりなく、認定額の適否に関する精緻な検証は実際には困難であり、ある種妥当性の範囲で認定せざるを得ない。これも社会的・地理的状況の違うダルクにおける保護運用の困難性の一端を示しているといえる。

図（スライド）15



上記のような経緯で、現時点でもダルク利用者の移送費認定をはじめとする保護の運用には際の存在を認めざるを得ないが、そのことは別な面からみれば制度運用の可能性の存在そのものでもあり、制度が目的とする自立支援が現行制度の解釈と運用の範囲で効果的であることが評価されれば、将来的に制度運用におけるデファクト・スタンダード(事実上の標準)となり得ることを意味する。

ただし、これらの事情に関して直接援助に携わるダルクのスタッフ等が福祉事務所担当者や担当課管理職とも合理的に協議していくためには、制度活用の技術・知識等の面について研修し修得しておくことも不可避であり、そのための機会も手段も現状ではほとんど保障されていないことは大きな問題として指摘される必要があろう。

3．薬物依存と障害年金認定に関する問題

ダルクを利用する薬物依存者の中で、公的年金による障害年金その他の年金受給者は皆無ではないにしろその数は少ない。一般的に年金受給は稼働年齢層にとって一般的なものではなく、ダルクの利用者の年齢層がこれまで30代を中心とした若年者を中心としていたことによるが、利用者の平均年齢は近年中高年齢よりに移動してきていることも本研究の中で報告した（宮永：2008)。今後は60歳代半ば以降に老齢年金を受給する可能性のある依存者が利用することもあり得るのかもしれない。

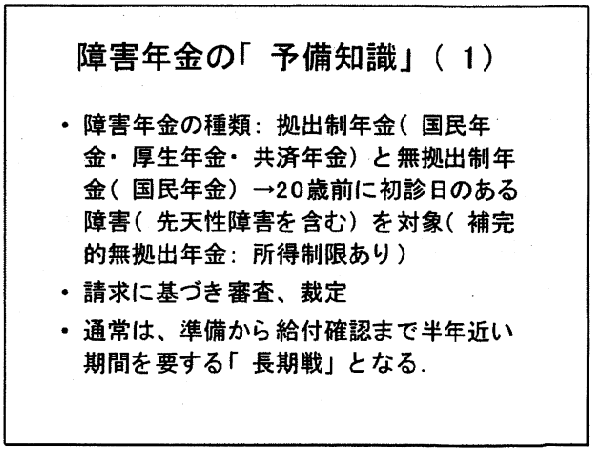
ここで検討したのは、年金制度の中でも高年齢者を対象とするものではない障害年金である。障害年金は、現行制度上基礎年金及び厚生年金制度にそれぞれ規定されており、すべての国民が年金加入可能とされる国民皆年金の見地からは、検討の課題となると考えられた。

制度の性質としては、一定程度の障害状態によって生活の維持が困難と判断される対象者が、恒久的な稼働能力の喪失もしくは制限を根拠として、既に加入している年金制度から給付を受けるものが障害年金であるから、一時的・可逆的な就労不能状態は本来的に対象とならない。

障害者としての薬物依存者像は幅広く、簡単にどの部分の薬物依存者がこの制度の対象になるのか明示することは困難であるが、かなり限定された範囲の依存者となることが予想される。就労が実際上困難な状態を認定され得る薬物使用による後遺障害の状態がかなりの期間にわたって継続すること、その改善が少なくとも医学的には期待できない状態にあることはもちろん、そのような後遺障害を引き起こした原因である薬物使用の状況もまた判断に影響を及ぼすことがこの問題の複雑なところである。

障害年金受給に際しての共通する要件については、以下のとおりにまとめられた。

図（スライド）16



図（スライド）17

障害年金の「予備知識」（2）

- 障害年金等級：1級・2級（国民年金）、1級・2級・3級＋障害手当金（厚生年金・共済年金）
- 現行年金制度（1986～）では、各制度共通して1級及び2級を「日常生活能力の減退の程度」で、厚生年金の3級を「労働能力の減退の程度」で判定.
- 障害原因の傷病が治癒もしくは固定しない場合には、初診日から1年6ヶ月（18ヶ月）経過した時点で認定が可.

図（スライド）18

障害年金の「予備知識」（3）

- 障害年金の額：障害基礎年金は等級（障害の重度差を示す）により定額、障害厚生年金は報酬比例.
- 障害基礎年金受給者に子どもがある場合は加算もあり.
- 1級：993,100（82,758）円、2級：794,500（66,208）円＋子の加算：228,600（第1・2子）／76,200（第3子以下）円.

年金制度は本来的に申請主義であり、受給権者自身による裁定請求に基づいて手続きが開始される。障害年金は前述のとおり重度障害を中心に対象者像を描かざるを得ず、その意味では周囲の人々、通常は家族であるが、援助職などの代理人が援助することなしに受給に至ることは考えにくい。ダルクのスタッフも含めた援助職が薬物依存者の年金受給にどの程度の知識・技術と関心とを持っているかは、受給の可否に不可避的に関わらざるを得ないともいえる。一般的にみて、その請求手続きは複雑で制度に関する知識も細部にわたって要求される。

図（スライド）19

障害認定請求の手続き

- 請求主義：裁定請求書と添付書類（年金手帳、受診状況証明書、診断書、身障手帳・療育手帳等）
- 手続き窓口：障害基礎年金（国民年金）は住所地の市区町村役場国民年金担当課、障害厚生年金は初診時の事業所を管轄する社会保険事務所へ.
- 請求者本人が手続き不能等の場合は、代理人でも請求可.
- 受給権発生の翌月から喪失の当月分まで.

具体的な請求の手続きでは、裁定請求書と添付書類が必要になるが、その中でも重要なものは診断書であり、その内容が受給の可否に大きな影響を及ぼすのが実態である。

図（スライド）20

添付書類の中心：診断書（1）

- 診断書の性格：障害年金の診断書は純粋に医学的なもの（治療目的）ではなく、社会医学的なもの（生活保障目的）.
  病人であり、同時に障害者として.
- 現実的には、医療モデルによる障害認定基準.診断書作成者も障害認定医も医師.
- 指定医制度はないが、精神障害の場合は精神保健指定医へ.様式は「120号の4（精神）」を使用.

図（スライド）21

添付書類の中心：診断書（2）

- 病状は詳細に、傷病名は絞り込む.
- 日常生活能力の判定（4段階・単身生活を想定）と程度（5段階）：整合性
- 「精神の障害の原因となった傷病名」：ICD-10（WHO）の「精神及び行動の障害」中、①統合失調症、②気分障害（そううつ病）、③器質性精神障害（含・精神作用物質使用による障害）、④知的障害、⑤てんかん、の5疾患に限定.

薬物依存を対象とする障害認定裁定請求の場合、精神障害の原因疾患として挙げられるもののうち、③器質性精神疾患（含・精神作用物質使用による障害）として対象に含まれることになる。

図（スライド）22

診断書における課題：薬物乱用・依存の場合

- ③症状性を含む器質性精神障害とは、先天異常、頭部外傷、変性疾患、新生物、中枢神経等の器質障害を原因として生じる精神障害に、膠原病や内分泌疾患を含む全身疾患による中枢神経障害等を原因として生じる症状性の精神障害を含むものである。なお、アルコール、薬物等の精神作用物質の使用による精神及び行動の障害（精神作用物質の使用による精神障害）も含める。
- ④アルコール、薬物等の精神作用物質の使用による精神障害は、精神病性障害を示さない急性中毒および明らかな身体依存のみられないものは認定の対象とならない。
- ⑤覚醒剤中毒による精神の障害は国民年金法第69条の規定に抵触するので対象とならない（昭和60年2月 質疑応答）。

ここで留意すべき記述は、精神作用物質による障害の内容として「身体依存の有無」が挙げられていることであり、離脱症状（退薬症候群）が明確に現れない薬物使用を原因とする障害については認定対象から除外されることの規定である。わが国の薬物乱用・依存問題の中心となる薬物であるメタンフェタミン（覚せい剤）の場合、強力な精神依存を特徴とし、身体依存の形成はほとんど見られないことが一般的であり、アルコールを専ら中心としてその他は使用者のきわめて限定されるヘロイン等のアヘン系物質使用以外には対象に含まれる可能性が低いことである。ここに、本制度による「障害状態」のイメージが表現されているともいえる。

また、メタンフェタミン使用については、「覚醒剤中毒」として、障害程度の審査以前に以下の「給付制限」の規定を理由に除外している。

（国民年金法条文、下線は筆者）

第69条　故意に障害又はその直接の原因となつた事故を生じさせた者の当該障害については、これを支給事由とする障害基礎年金は、支給しない。

第70条　故意の犯罪行為若しくは重大な過失により、又は正当な理由がなくて療養に関する指示に従わないことにより、障害若しくはその原因となつた事故を生じさせ、又は障害の程度を増進させた者の当該障害については、これを支給事由とする給付は、その全部又は一部を行わないことができる。自己の故意の犯罪行為若しくは重大な過失により、又は正当な理由がなくて療養に関する指示に従わないことにより、死亡又はその原因となつた事故を生じさせた者の死亡についても、同様とする。

図（スライド）23

「第3章 給付」／「第6節 給付の制限」
国民年金法 第69条・70条とは（1）

- 給付制限の根拠：保険給付は保険事故の発生によるが、これは偶発的なものという根本的前提が存在する.
- この根本的前提が脅かされる場合には、保険団体の利益が著しく害され得るため.
- 絶対的給付制限：故意*に障害状態を生じさせる.
- 相対的給付制限：故意の犯罪行為*もしくは重大な過失**により 障害を生じさせるか程度を増進させ、また回復を妨げる***.

注1・「絶対的給付制限」に関わり、故意*とは年金給付目的意思の存在に限らず、障害にいたる必然性の認識をさす。

注2・「相対的給付制限」に関わり、犯罪行為*とは刑事犯に限らず行政犯も含む、重大な過失**と

は、例として無免許運転による交通事故など、障害増悪・回復阻害***とは、例として合理的な療養上指示の無視、が挙げられている。

図（スライド）24

「第3章 給付」／「第6節 給付の制限」
国民年金法 第69条・70条とは（2）

「精神作用物質のなかで、覚醒剤、麻薬、シンナーなど違法薬物を遊びで使用して中毒性精神障害になっても国民年金法第69条により対象とされません。しかしがんの治療のために麻薬を使用し中毒性精神障害になった場合は対象となります。」

（社会保険庁監修『国民年金障害等級の認定指針』厚生出版社、1981年）

上記の記述では、使用状況を「遊び」か「医療」か、その目的別に単純に分類し、違法性を根拠に障害状態の審査を拒否し、また回復可能性も考慮していないことは明白である。重要なことは、この解釈が示された時代背景である。つまり、精神衛生法時代の新年金制度以前の旧制度施行下における一般的指針としてであり、1986年の現行国民年金法試行以降には何ら新しい解釈も示されることなく今日に至っている事実であろう。

このような制度解釈が示された後、以後約30年の期間には、精神障害を取り扱う精神衛生法は精神保健法を経て精神保健福祉法（精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律）へと移り変わり、精神障害者の地域生活支援に関する制度の整備も徐々に進みつつあるが、薬物依存者の状況で見れば、薬物使用開始時が障害認定の根拠となる初診日（医療機関受診日）と関係する例は少ない。一般的には、ダルク利用者に見るように、一定期間の乱用・使用の破綻をきっかけに受診につながる事例も多く、その場合は原因疾患発症の時期的な特定が実際には困難であること、また初診日が20歳を過ぎている場合には国民年金に加入し保険料納付していることが受給要件となり、そのことを10代から乱用を継続してきた薬物使用者が現実的に満たし得るのかという問題、さらに細かく見れば、現時点では制度の整備過程における学生等の任意加入時代に発病した者のいわゆる「学生無年金者問題」に該当する事例など、制度的限界に関わる根本的な課題も多い。

図（スライド）25

「精神保健福祉法」時代にふさわしい障害の認定に向けて

- 症状性を含む器質性精神障害（精神作用物質使用による精神障害を含める）による1級の障害の状態とは、「高度の痴呆、高度の人格変化、その他高度の精神神経症状が著明なため、常時の介護が必要なもの」、また2級の障害の状態とは、「痴呆、人格変化、その他の精神神経症状が著明なため、日常生活が著しい制限を受けるもの」となっている.
- 記憶、見当識、抽象思考、判断力等の障害による人格変化から対人関係障害→社会生活困難に
- 精神障害と神経障害の両方により障害の全体像を総合的に評価して判定.

国民年金法が対象として規定する障害年金1級の程度は、高度の精神神経障害により常時介護が必要なものとされ、2級は精神神経症状の残存による日常生活上の顕著な制限、が用件になっている。薬物使用を中断してなお残存する日常生活の困難性が上記の規定に該当する事例については、当然に対象に含まれるように援助職は制度活用を働きかける意義があるが、これまでのダルク利用者で見る限り、その割合は高いとはいえないだろう。そのため年金受給申請手続きに関するダルクスタッフ側の経験も概して乏しく、援助手段としても上位に意識されにくかった。

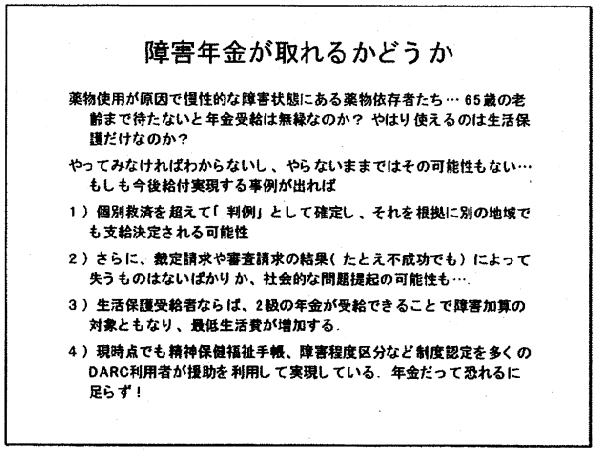
以下では、制度活用に向けた取り組みの可能性を検討する視点を整理した。

図（スライド）26

給付制限による不支給決定に対して

- 保険給付の制限と内容については、保険者（政府または共済組合）の裁量
- 国民年金法第69条・70条、または厚生年金保険法第73条・第73条の2・第74条を根拠として、薬物依存者の請求に対する全部または一部不支給に対しては、その保険者の決定への不服申し立てが可能.
- 裁定請求書の提出→処分決定→口頭・文書で社会保険審査官（県）に審査請求→棄却→社会保険審査会（東京）再審査請求→棄却→裁判所に行政訴訟として提訴
- 審査請求・再審査請求とも決定より60日以内に

図（スライド）27



実際には、ダルク利用者がスタッフその他の援助を受けて障害年金裁定請求にいたった事例、さらに不支給決定を受けそれに対する審査請求を起こした事例はこれまでほとんどないと思われる。その原因の一つには、複雑な年金制度自体の規定と運用に関する知識や技術が一般的に不足しており、それを援助する機能も存在していないことは今後の課題とされよう。前述のとおり、障害年金制度に関しては薬物依存以外の精神障害者についてもその受給困難性が明らかになっており、その意味では社会的な運動の進展による制度の改定を要する部分も大きいが、まず何より所得保障のための生活保護受給以外の方法に関する援助者側の意識と情報の普及が本当に必要な利用者の援助を実現する第一歩となることも理解されて然るべきべきである。

筆者がこれらの制度運用について教示いただいたある神奈川県のベテラン社会保険審査官によれば、薬物依存者の障害年金に関する審査請求例は皆無といってよく、したがって判断基準となる判例に該当する事例も極めて少なく、実際には保険者の都合のみで決定が行われている。審査請求があってはじめて旧来の判断基準の妥当性も審査対象とされるため、現時点では救済の手立てが思いつかない、とも指摘された。

そうであるならば、ダルクの機能を介した裁定請求援助と審査請求援助（代理人の受諾も含む）が全国各地で行われ、実際に請求事例が挙がることが有効であり、現実に行われれば薬物依存者の障害年金認定の見直しにつながる可能性があるのではないか。今後そのためにも制度に関するダルクスタッフをはじめ関連援助職も含めた具体的情報の普及が課題となっていることは、これまでの記述からも既に明らかであるといえよう。

D．考察

平成21年8月末の総選挙による政権交代は、社会福祉・社会保障制度全体の見直しを重要な政策課題に位置付け、これまでにない制度上の変更を予告して現在に至っている。新政権は発足直後から、当事者を中心とした制度に対する反対の強い障害者自立支援制度を後期高齢者医療制度とを合わせて廃止し、それぞれ新制度を創設することを言明した。

このように、本研究のテーマでもある障害者自立支援法は、発足後わずか4年を待たずに廃止と新制度の創設が決定された。平成20年10月31日に全国一斉提訴された障害者自立支援法訴訟の原告・原告弁護団と国との間で交わされた基本合意文書[3]の中では、その期日も平成25（2013）年8月までと明示された。それに先駆け、平成21年12月には内閣府に「障がい者制度改革推進本部」が設置され、22年1月より当事者を多数含む委員で構成された「障がい者制度改革推進会議」が開催されている。そこでは既に障害者自立支援法に代わる「障がい者総合福祉法（仮称）」の内容検討も開始された。

数年前、ダルクスタッフそしてそれをサポートする運営参加者等にとっては、突然通知された感の強かった障害者自立支援法への移行は、そのことがもたらす影響の全体像に関する検証が行われようもないまま、同法への乗り入れによるさまざまな代償をも負わされたことが今後明らかにされていくだろう。加えて、これから策定される新制度においても、薬物依存者とそのための回復施設の意向がどこまで反映されるのか、現時点ではその保証もない。そのような中で、ダルクの中の多くの施設は手探りに近い運営を続けていくことが予想される。

一方で、昨年度末に発生した高齢者入所施設（無届老人ホーム）での火災事故がきっかけとなって、その実態にメスが入れられることになったいわゆる「貧困ビジネス」に関わる問題との関係にも言及する必要がある。経済不況の急速な進展による雇用環境の悪化は、必然の問題としてそれまでのホームレス問題をさらに複雑困難なものに

したことは言を俟たないが、そのような制度の隙間に「貧困ビジネス」と揶揄される劣悪なサービス事業の存在も急速に顕在化し、社会問題化してきている。一昨年までには一般に取り上げられる機会もほとんどなかった「無料低額宿泊所」として分類される施設群の事業を巡って、この1年程度の間にさまざまな報道が行われ、問題の構造についても徐々に知られるところとなってきた。これら「無低施設」と略称されるものの実態はいまだ明らかでない部分を含むが、その中には住居を喪失した路上生活者を代表とする不安定生活者等を勧誘して生活保護受給の援助を行い、支給された扶助費の大半を施設利用料や管理費・食費等の名目で搾取する事業者によって相当数の宿泊を伴った「援助」が行われており、社会福祉法における第2種社会福祉事業[4]として届出されただけの個人事業者が劣悪な処遇による人権侵害問題として提訴されたり、事業所得隠しを巡って国税告発される事件まで発生している。

このような状況にあって、政府もその実態を把握するべく平成21年6月末時点での調査を実施し、社会福祉法第2条第3項に規定する無料低額宿泊事業を行う施設の利用者数等その状況を10月に初めて公表した。そこでは全国で439施設に14,089人が入所し、そのうちの生活保護受給者は12,894人、91%強を占めている実態が明らかになり、同時に「無料低額宿泊施設等のあり方に関する検討チーム」が設置されて検討が開始され、22年5月を目途に一定の方向が示される見通しとなっている。

上記の検討チームの定期会議に提出された検討資料として、平成21年1月現在で把握された「社会福祉各法に法的位置付けのない施設に関する調査」の結果も公表された。それによれば、生活保護受給者が利用している法的位置付けのない施設は1,437施設、利用している生活保護受給者数は12,587人であった。この1,437施設の内訳としては、高齢者対象825、ホームレス対象127、アルコール依存症者対象41、薬物依存症者対象39、その他405、となっている。入所者数では、全国12,587人中、「薬物依存症者対象」施設に213人(1.7%)が挙げられており、支援自治体別の一覧で見てもダルクの所在地とほとんどが重なっていることから213人のほとんどがダルク入寮者であることがわかる。ただし、障害福祉サービス事業所として運営されるグループホームやケアホームに該当するダルクの入寮施設は、障害者自立支援法等の「法定位置付けを有する」ため、ここには含まれていない。

すなわち、全国のダルクのうち、法人格を持って障害福祉サービス事業所として、いわゆるサービスプロバイダになっていったダルクは既に法内施設に位置付けられ、もともとの形でもある寄付・献金等を財源として依存者自身の自主的・自助的活動として運営することを選択したダルクは、ここでは「法的位置付けのない施設」に分類されて取り扱われていることになる。「法的に位置付けを持たない」ことの評価においても、施設の活動実態と離れた外形的な部分が重視されれば、本来的なダルクの活動が批判を受けかねず、社会的圧力によって制度内施設への方向付けが進むことも考えられる。法律に規定されない施設がすなわち劣悪なものというイメージが形成され、主体的な選択によらないサービスプロバイダ化がもたらす問題についても今後の課題として想定されなければならないのかも知れない。

筆者らが主張してきたこれまでのダルクとは異なる薬物依存者を専門に援助する社会的装置(たとえばTC)の必要性と合わせ、現状の急激に変化しつつある社会情勢の中にあるダルクの位置付けについても、分析と課題の明確化を続けていく必要が理解された。

E. 結語

障害者自立支援法下における薬物依存症治療資源の現状を把握するために、ダルクの利用者が活用可能な制度の運用の状況とその課題について問題の整理を行った。その内容について、ダルクスタッフをはじめ、関係援助職等にも参加を呼びかけて研究会を開催し、そこで援助実践に関わる検討を行った。その結果、以下の各点が明らかになった。

1. 今日では、福祉事務所等においては薬物依存者を対象とした一定程度の「処遇フォーマット」は存在し、ある程度共有されてきてもいる。生活保護受給に関わる諸手続き、その他社会福祉・社会保障制度の活用もダルクにおける援助の前提となっている。

2. しかし、ダルクを利用する薬物依存者援助の制度上の裏付けは今日でも不十分なまま、実際は

援助現場（福祉事務所等）での経験の個別な蓄積とその継承とによって、順次その成果が制度運用のマニュアルにも反映されてきた。

３．ダルクにおいて援助を担当するスタッフが感じる業務上の困難も、社会福祉・社会保障等の制度に関する知識、情報の共有の面に関わる部分が多い。これは、現実にスタッフとして求められる業務に関わる知識・技術を修得する機会が不足していることと表裏をなしている。

４．実務上必要な知識について、継続的な研修の機会が求められている。合わせて、個々のスタッフの知識・技術修得だけはでなく、援助を担う社会資源として、集団としての力量の向上も課題となる。

５．前記のような内容の研修機会を保障する具体的方策の確保が必要である。現状ではスタッフ個々の自主的な情報収集・情報交換にとどまっているものをダルク外部の援助業務従事者の実践的知識・技術と結び付けていくための研修機会をどのようにしたら提供可能か、が明確にされなければならない。さしあたり、情報の共有と意見交換ができるダルクスタッフを主体としてそこに船も年女色の参加を求めていく合同研修会の開催がその方策の端緒になろう。

合わせて、今回記述したような、これまでにない流動的な制度の状況についても、関連する制度及びそこに影響を及ぼしている社会状況自体について情報を整理し共有しておくことは、少なからず今後のダルクの援助内容に影響してくることについても理解しておく必要がある。

Ｆ．研究発表

１．論文発表

1）宮永耕：自助グループ（第Ⅱ部 各論—2. 精神障害別　11. 物質依存性障害）：精神療法・心理社会療法ガイドライン（「精神科治療学」第24巻増刊号）：p.249-251：星和書店：2009

２．学会発表

宮永耕：薬物依存者に対する回復援助資源の現状と課題 －リハビリテーション施設の社会的機能と利用者の生活保護受給状況を中心に－：日本社会福祉学会第57回全国大会：ポスターセッション6（歴史・制度）：2009（平成21）年10月11日：法政大学多摩キャンパス

＜文献等＞

1）宮永耕：薬物依存症者に対する社会復帰資源に関する研究（1）：平成19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・依存等の実態把握と「回復」に向けての対応策に関する研究（H19-医薬－一般-025）」研究報告書：p.151-159：2008

2）NAグループの現況については、以下参照 http://najapan.org/pdf/NALIST_J.pdf/

3）障害者自立支援法違憲訴訟に係る基本合意について（平成22年1月7日）http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jiritsushienhou/2010/01/dl/100107-1b.pdf/

4）社会福祉法第2条第3項に規定される第2種社会福祉事業は、「国、地方公共団体又は社会福祉法人が経営することを原則とする」と第60条で規定される第1種社会福祉事業とは異なり、運営主体の限定がなく、民間団体の「自主性と創意工夫」を生かせるようにとの意図による弱い規制の下、法的にはあらゆる団体及び個人でも経営が可能とされる。さらに第1種事業が事前の申請と行政による審査に基づく許可制であるのに対し、第2種事業は事業開始後1ケ月以内に所在地、事業内容に関する事項、基本約款等を所管地の知事に届け出ることが規定されている（届出制）。なお、本文中の「無料低額宿泊所」は第3項8「生計困難者のために、無料又は低額な料金で、簡易住宅を貸し付け、又は宿泊所その他の施設を利用させる事業」が制度的根拠とされているものである。

薬物再乱用防止のための社会資源研究会

第２回研究会のご案内

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」（研究代表者：和田清）の活動の一環として、薬物再乱用防止のための社会資源に関する研究会を継続的に行なうこととなりました。

過日準備会として行なった初回の研究会にて、今後２ヶ月に１度のペースで定期的に例会を持つことが決まりました。

つきましては、第２回の研究会を下記の通り開催いたします。

ご多用中とは存じますが、是非ご出席くださいますようお願いいたします。

記

日時：2009年８月５日（水）　14:00〜17:00

場所：順天堂大学本郷キャンパス　10号館　403カンファレンスルーム

(http://www.juntendo.ac.jp/info/access/index.html)

内容：１）活用の可能性のある社会資源についてー愛知県の現状からー

報告者：山口みほ（日本福祉大学）

２）生活保護制度における移送費問題

報告者：宮永　耕（東海大学）

＜問い合せ先＞

東海大学　健康科学部社会福祉学科　宮永研究室

〒259-1193　神奈川県伊勢原市下糟屋143

Tel.：0463-93-1121（内線4056）　Fax.：0463-90-2073

E-mail: k-myng@is.icc.u-tokai.ac.jp（宮永）

以上

薬物再乱用防止のための社会資源研究会

第３回研究会のご案内

本研究会は、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」（研究代表者：和田清）の一環として、薬物再乱用防止のための社会資源に関する現状調査、課題の検討等に取り組んでおります。

この度、第３回の研究会を下記の通り開催することとなりました。

ご多用中とは存じますが、是非ご出席くださいますようお願いいたします。

記

日時：2009年10月27日（火）　14:00〜17:00

場所：順天堂大学本郷キャンパス　10号館9階　903カンファレンスルーム

(http://www.juntendo.ac.jp/info/access/index.html)

内容：１）事例にみる薬物依存症者の社会資源活用の実際

報告者：山口みほ（日本福祉大学）

２）薬物依存と障害年金認定について

報告者：宮永　耕（東海大学）

＜問い合せ先＞

東海大学　健康科学部社会福祉学科　宮永研究室

〒259-1193　神奈川県伊勢原市下糟屋143

Tel.：0463-93-1121（内線4056）　Fax.：0463-90-2073

E-mail: k-myng@is.icc.u-tokai.ac.jp（宮永）

薬物再乱用防止のための社会資源研究会
第４回研究会のご案内

本研究会は、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」（研究代表者：和田清）の一環として、薬物再乱用防止のための社会資源に関する現状調査、課題の検討等に取り組んでおります。

この度、第４回の研究会を下記の通り開催することとなりました。

ご多用中とは存じますが、是非ご出席くださいますようお願いいたします。

記

日時：2009年12月15日（火）　14:00ー17:00

場所：順天堂大学本郷キャンパス　10号館９階　903カンファレンスルーム
（http://www.juntendo.ac.jp/info/access/index.html）

内容：１）障害者手帳はどこまで「使える」か？
報告者：山口みほ（日本福祉大学）
２）ダルクの利用に関する生活保護における実施責任
報告者：宮永　耕（東海大学）

＜問い合せ先＞

東海大学　健康科学部社会福祉学科　宮永研究室
〒259-1193　神奈川県伊勢原市下糟屋143
Tel.：0463-93-1121（内線4056）　Fax.：0463-90-2073
E-mail: k-myng@is.icc.u-tokai.ac.jp（宮永）

分担研究報告書
(2−3)

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）
分担研究報告書

若年者向け薬物再乱用防止プログラムの開発に関する研究

分担研究者　嶋根卓也　国立精神・神経センター精神保健研究所薬物依存研究部
研究協力者　菅原　誠、吉村栄一、藤堂千浪、染谷和子、平　重忠
東京都立中部総合精神保健福祉センター
岡崎重人　川崎ダルク
吉田智子　QQ＊
古藤吾郎　NPO法人　アパリ

研究要旨　若年者向けの薬物再乱用防止プログラムを東京都立中部総合精神保健福祉センターとの協働により開発した。国内で試行例のある認知行動療法のワークブックをベースに若年者向けにアレンジを加え、ワークブックの作成を行った。ワークブックは、POINT（学習目標）、STUDY（文章や図を使った解説）、TRY（書き込みや発表などのワーク）の3要素で成り立っており、全14回セッションから構成される。治療動機がそれほど高くない若年薬物乱用者を想定し、次のようなアレンジを加えた。

1）初期薬物乱用者を意識したコンセプトや表現とした
2）若者の生活や価値観を尊重した表現やデザインにした
3）先行研究で得られた知見を用い、生活全般を見直すセッションを新たに作成した
4）コミュニケーションスキルに関するセッションを取り入れた
5）性感染症や摂食障害など若年薬物乱用者に関連の深い健康教育を取り入れた

参加者や職員への定着を考慮し、開発されたプログラムには「OPEN」プログラムという愛称をつけた。また、ワークブックの作成に加えファシリテーターの人材育成やプログラムの広報活動も行った。「OPEN」プログラムは平成22年3月より開始予定であるが、現在1名（男性、19歳、大麻乱用者）がエントリーしているに過ぎない状況である。したがって今後は、参加者のリクルート方法の工夫が必要であり、教育機関との顔が見えるネットワーク構築や、教育機関に属さない若年者への周知手段を検討する必要があると考えられる。また、プログラムの効果測定に向けた研究デザインや評価項目についても検討する必要があろう。

A．研究目的

薬物問題を薬物依存症の予防あるいは早期解決という観点から考えれば、初期薬物乱用者への早期介入が必要である。これまでの疫学研究から薬物依存者の多くが10代～20代前半に薬物乱用を開始していることが明らかにされていることから[1]、介入対象の中心は若年者ということになる。地域における若年者に対する薬物乱用の予防は、教育機関での薬物乱用防止教育、地域での啓発キャンペーンなど薬物乱用を開始させないための「一次予防」が中心となっている。一方、既に薬物乱用を開始している若者に対する再乱用防止の取り組み、つまり「二次・三次予防」は十分とは言えない現状にある。

これらの背景にはさまざまな理由が考えられる。第一に、地域における若年薬物乱用者の受け皿がほとんど存在しないことが考えられる。地域には薬物依存治療を行う精神科医療施設や民間リハビリテーション施設（ダルク：Drug Addiction Rehabilitation Center[2]）といった援助資源が存在するが、これらの施設でも若年者に特化した再乱用防止プログラムはほとんどみられない現状にある。第二に、若年薬物乱用者に対する介入の困難性が考えられる。一般的に薬物乱用歴の比較的短い若年者は治療動機がそれほど高くない場合が多く、自発的な相談や治療につながりにくい特徴がある。若年薬物乱用者の中には、逮捕や退学を恐れて相談機関へのアクセスをためらうケースも少なくないと想定される。

では、なぜ若年者向けの再乱用防止プログラムが必要なのか。第一の理由として、薬物依存症の重要度の違いが考えられる。重篤な薬物依存者と

緒にプログラムを行うことも当然可能であるが、薬物依存症の重症度の違いを目の当たりにすることで「自分はあそこまで病んでいない」と感じる若者も少なくないと想定される。松本らは、若年者に特化したプログラムが必要な理由として「自分の問題に対する過小視を助長する可能性を避けるため」と指摘している[3]。また、米国薬物乱用研究所(NIDA)が出版している薬物依存治療の原則(Principles of drug addiction treatment)は、若年者に特化したプログラム例が紹介されているが、その中で「若者に効果的な治療にするために、大人用にデザインされたプログラムを修正する必要があった」という記述がある[4]。このように、海外では若年者向けの再発予防プログラムは区別されていることが一般的である。第二の理由としては、若年者に特有のニーズや特徴に対応するためである。若年薬物乱用者は、仲間からの影響を受けやすい年齢層であり、注意欠陥・多動性障害(ADHD)や摂食障害など他の精神障害との併存例が多いといった特徴が挙げられている[4-6]。家族を積極的に巻き込んだ家族介入や動機付け面接法が有効であるという報告もある[7]。

わが国における若年薬物乱用者への治療的な取り組みの報告例は驚くほど少ない。先行的には、長谷川病院におけるピアグループの交流を活用した集団精神療法[8]や、肥前精神医療センターにおける3回の外来受診をセットにしたブリーフインターベンションが報告されている[9]。近年では少年鑑別所の被収容少年に対する介入例が報告されている[3]。これは認知行動療法をベースとする自習用のワークブックを活用した介入であり、薬物依存に対する問題意識や治療に対する動機付けの改善が確認されている。

一方、地域には精神保健サービスの拠点ともいえる精神保健福祉センターが各都道府県および政令指定都市に存在している。精神保健福祉センター運営要領の目標には「精神障害の予防」が含まれていることから[10]、精神保健福祉センターが薬物乱用者に対する再発予防プログラムを提供することは妥当であろう。実際に東京都立多摩総合精神保健福祉センターでは、平成19年2月より、薬物依存者向けの再発予防プログラム(TAMARPP)が立ち上げられている[11]。近藤らの報告によれば、プログラム参加者の中心は30代以上であり、実質的には薬物依存者のみならず、アルコールやギャンブルの問題を抱える者も参加しているようである[12]。

以上の背景を踏まえると、地域における若年薬物乱用者の受け皿を増やしていくことは急務であり、精神保健福祉センターで若年者に特化した再乱用防止プログラムを提供していくことは、地域のメンタルヘルスサービス向上の観点から考えても有意義な形であるといえよう。そこで本研究では、若年薬物乱用者に対する直接的なサービス提供を検討していた東京都立中部総合精神保健福祉センター(以下、中部センターと表記)と協働して、若年者向けの薬物再乱用防止プログラムの開発を行うことを目的とする。

B. 研究方法

プログラム開発は、研究分担者および研究協力者8名で行った。研究協力者は、中部センター常勤職員5名(相談係3名、援助係1名、精神科医1名)、回復者スタッフ1名、健康教育・啓発プログラムの専門家2名から構成される(以降、これら計8名をコアメンバーと表記する)。平成21年4月以降、中部センターにてプログラム検討会を定期的に開催し、ワークブックの作成を含めプログラム開発を行った。

1.教材(ワークブック)の作成

ワークブック作成にあたり、米国の Matrix model を参考に開発された認知行動療法プログラムである SMARPP (Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program)[13,14]および SMARPP-Jr.[3]を参考にした。なお、SMARPP を用いた再発予防プログラムは、神奈川県立精神医療センターせりがや病院や国立精神・神経センター病院司法観察法病棟などで導入されている。一方、SMARPP-Jr. は一部の少年鑑別所に導入されている自習用のワークブックである。コミュニケーションスキルに関するセッションは、森田らがダルクで試行した認知行動療法の一部を参考にした[15]。

各プログラム作成担当者よりワークブックの加筆・修正の許可を得て、若年薬物乱用者向けにアレンジを加えた。ワークブックの作成は、各セッションの作成担当者が修正原案を作成し、全体会議でコアメンバーの意見を集約し、更なる修正を加え、コアメンバー全体の合意を得ながら最終案をまとめるプロセスをとった。既存プログラムの

開発担当者を検討会に招き、直接的な助言・指導も受けた（計3回）。なお、各セッションは上記の既存プログラムをベースとしているが、検討会を通じて新たに作成されたセッションもある。

2. 人材育成

薬物依存に関する研修会やワークショップに参加するとともに、先行的に実施されている再発予防プログラムの見学などを通じて人材育成を図った。

3. 広報普及活動

広報資料を作成し、関係機関に郵送するとともに、一部の機関に対しては電話あるいは訪問にて直接プログラムの説明を行い、ネットワーク構築を目指した。

4.倫理面への配慮

本研究は若年者向けの薬物再乱用防止プログラムの開発を行うことが目的であり、対象者への介入や、個人情報の収集を行うものではなく、研究倫理面に関する問題はない。

C．研究結果

1. ワークブック作成状況

コアメンバーによる検討会の結果、ワークブックは全 14 回のセッションから構成されることが決まった。各セッションの目次を図1に示した。各セッションは、POINT、STUDY、TRY の 3 要素から構成される（図 3, 図 4）。POINT はセッションにおける学習目標であり、STUDY は文章や図による解説、TRY は STUDY を踏まえた上での書き込みや発表などのワークに該当する。一部の専門用語についてはコラムを設けた。平成 22 年 3 月現在、第 8 回セッションまでのワークブックが完成している。

プログラムの正式名称は CDRPP-Y (Chubu Drug Abuse Relapse Prevention Program for Youth) であり、中部センターの事業として位置づけられている。なお、対象者やスタッフへのプログラムの定着を考慮して「OPEN」という愛称を付けた。この愛称には「薬物を使わない新しい生活の扉を開いて欲しい」、「オープンマインドでプログラムに取り組んで欲しい」というコアメンバーの思いが込められている(以下、当プログラムを「OPEN」プログラムと表記する）。

「OPEN」プログラムは、SMARPP などと同様にワークブックを主軸とする認知行動療法である。ワークブックの表紙を図2に示した。各セッションは約 90 分間を想定している。まずこの一週間を振り返る「チェックイン」を行い、次にワークブックを用いた学習・ワークを行い、最終的にはセッションのまとめと来週までの課題を考える「チェックアウト」を行う。ファシリテーションは、原則的に中部センターの常勤職員が行い、一部、元薬物依存者あるいは回復者としての視点が有効と判断されるセッションについては回復者スタッフ（コアメンバー）によるファシリテーションも行う。

2. プログラムの施行開始

中部センターでは、この「OPEN」プログラムを平成 22 年 3 月より施行する予定である。対象者は東京都内に在住・在勤・在学している薬物乱用者・依存者であり、対象年齢は概ね 30 歳以下と設定した。現在、19 歳（男性）の大麻乱用者 1 名がプログラムへの参加にエントリーしている。この参加者は、親が中部センターの家族教室を既に利用しており、家族と本人との相談の上で、プログラムへの参加が決まった。

3. 広報活動の現状

「OPEN」プログラムの概要が記載された広報資料および対象者向けのパンフレットを作成した。これらの広報資料を東京都内の大学 87 校の学生部および健康管理センター、都立病院 7 施設、教育庁管轄の教育相談センター、警察署 36 箇所、少年センター9 箇所、弁護士会 4 箇所、23 区内の保健所・保健センター107 箇所に対して郵送にて送付した。なお、「OPEN」プログラムの概要や募集要項については、中部センターのホームページでも公開している。

一部のダルク、医療機関、警察署、薬務課、保護観察所については電話あるいは直接訪問によりプログラムの説明を行い対象者のリクルートに関してのネットワークづくりにも努めた。

4. 人材育成

中部センターの常勤職員 1 名（相談係）が国立精神・神経センター精神保健研究所薬物依存研究

部が主催する「第11回薬物依存臨床看護等研修会（平成21年9月）」に参加し、薬物依存の現状理解、基礎知識、臨床的対応法にわたる研修を受けた。同職員は、同研究部が主催する「薬物依存症に対する認知行動療法ワークショップ（平成21年12月）」にも参加し、ワークブックを主軸とする認知行動療法に関する基礎的な知識・技術の習得を行った。なお、研修で得た情報や知識は、他のコアメンバーとも共有された。

また、ファシリテーションに関する更なる研修を積むため、既にプログラムが立ち上げられている国立精神・神経センター病院司法観察法病棟（コアメンバー2名が3回の訪問）および東京都立多摩総合精神保健福祉センターでのプログラム（コアメンバー2名が2回の訪問）に参加した。

D．考察

1．「OPEN」プログラムの特徴

1）初期乱用者を意識した内容

「OPEN」プログラムの参加者として30歳以下の初期薬物乱用者を想定している。そのため参加者の中には、薬物依存に対する否認が強い者や治療動機がそれほど高くない者が含まれる可能性がある。そのためワークブックの中で「薬物乱用は今すぐやめるべき」といった一方的な価値観を押しつけるような立場をとると、プログラムへの定着が悪く、場合によっては脱落する恐れもあると考えられた。そこで、まずは対象者とスタッフが良好な信頼関係を築くことに重点を置くべきと判断した。「薬物について何でも話せる場」、「自分のことを素直に話せる安全な場」であることを感じさせることを狙いとしている。また、ファシリテーションを行う際には、「薬物の再乱用を予防する」というプログラムの大前提を常に意識しながらも、対象者の価値観や考えを即座に否定することは避けるべきであろう。つまり、対象者の価値観や考えを受け止め、共感する中で、薬物を使わない新しい生活への動機付けを行う態度が望ましいと考えられる。

薬物乱用歴の短いクライアントの立場に立てば、「依存症からの回復を目指す」というスタンスでは、「自分は依存症ではない」と自己の問題を過小視する傾向をさらに強める恐れがあると考えられる。そこで、ワークブックの中では読み手を「薬物依存者」と断定するような表現はなるべく避け、「（依存症であってもなくても）今後薬物を使わない生活を送るためのプログラム」というスタンスをとることで、初期薬物乱用者にも受け入れやすい表現を心がけた。

2）若者の生活や価値観を尊重する

若年者向けのワークブックを作成する際には、若者の生活や価値観を尊重する必要があると考えられる。例えば、再使用につながる「引き金」のリストには若者の生活や文化を反映した項目を挙げるように心がけた。若者に受け入れられやすいデザインにするため、20代のコアメンバーが中心となって、ワークブックのデザインやレイアウトを担当した。レイアウトをする際には、図や写真を数多く挿入し、なるべく文章が連続しないように配慮し、難解なイメージをもたせないように工夫した。また、DVDやビデオなどのメディア（今すぐ防げ！大麻汚染、映学社）を活用することも予定している。メディアの活用は対象者を飽きさせないだけなく、ワークブックの理解を深める上でも有効と考えられる。

3）先行研究のエビデンスを盛り込む

青少年を対象とする先行研究では、生活リズム・食行動・危険飲酒行動・反社会行動と薬物乱用との関連性が報告されている[16-25]。「OPEN」プログラムには、これらのエビデンスをワークブックに盛り込み、薬物乱用していた頃の生活全般を見直すセッションを新たに作成した（第8回）。自分の生活を見直し、薬物乱用との結びつきを理解させることは、薬物を使わない新しい生活スケジュールを組み立てる上での動機付けにもなると考えられる（第9回）。

4）コミュニケーションスキル

仲間からの影響を強く受ける年齢層を考えれば、対人スキルなどコミュニケーションスキルを養うセッションは必須であろう。そこで森田らのプログラム[15]を参考に、コミュニケーションに関するセッションを設けた（第12回、第13回）。自信の感情を相手に伝えるトレーニングや、仲間からの薬物の誘いを断るトレーニングを行う。これらのセッションではこれまでの書き込み式のワークではなく、ロールプレイを用いた学習を行う。

5) 実効的な健康教育

若年薬物乱用者と関連の深い健康問題として性感染症や摂食障害などを取り上げた（第10回）。健康教育・啓発プログラムの専門家の協力も得ながらワークブックの作成を行っている。ここでは、単なる疾病教育ではなく、ワークも取り入れながら予防に結びつけるような実効的な健康教育を目指している。NIDA（米国薬物乱用研究所）による薬物依存治療の原則（Principles of drug addiction treatment）では、「薬物乱用治療は、HIV/HCV予防である(Drug abuse treatment is HIV and HCV prevention)」という指摘もある[4]。

2．対象者のリクルートメントに向けて

今年度は主としてワークブック作成および人材育成を行い、「OPEN」プログラムの立ち上げ準備が整った。今後は、「OPEN」プログラムへのリクルートメントについて検討する必要があると考えられる。若年薬物乱用者のリクルート先として第一に考えられるのが高校や大学などの教育機関である。近年、大学生による大麻等の薬物事件に関する報道が後を絶たないが、教育機関側の対応は退学処分など極めて厳罰的な対応をとらざるを得ない状況にある[26-30]。大学は再発防止策を強調し、学内に監視カメラの設置を検討するケースまで報告されている[31]。では、退学処分になった学生に対する再発防止策は不要であろうか。退学処分などの厳罰を課すだけが教育機関の役割なのであろうか。こうした問題意識が本研究の出発点となっていることは言うまでもない。

教育機関がこうした厳罰主義を取り続けるのは地域の受け皿が極端に少ないことに加え、薬物問題に対する「治療的な視点」が十分ではないことが背景にあると考えられる。そこで、「OPEN」プログラムの施行が可能となった今、教育機関側に「治療処分」というコンセプトを提案していきたい。「治療処分」とは、教育機関側が生徒や学生の薬物問題を把握した場合、即座に退学処分等の厳罰処分を下すのではなく、外部機関での再乱用防止プログラムを「処分」として受講させ、プログラム修了を条件にさせるようなシステムである。青少年の薬物乱用に対しては「執行猶予の理念が必要」という指摘はこれまでにも報告されており[32]、米国のドラッグ・コートシステム[32]にも近いコンセプトであろう。

一方、高校や大学を中退した青少年は教育機関における青少年に比べて薬物乱用のリスクが高いと想定され、これらの集団に対するプログラムの情報提供方法についても検討を行う必要があろう。教育機関に属さない青少年に対する情報提供やリクルートメントは、アウトリーチ的な活動、つまり薬物乱用者が比較的多く集まると考えられる場においてプログラムに関する情報提供を行うことが想定される。先行的にはMSM（男性同性愛者、Men who have Sex with Men）に向けたHIV予防の啓発活動の取り組みが報告されており[34,35]、これらの啓発普及活動から学べる点は多いと考えられる。

3．プログラムの効果測定

対象者のリクルートメントと同様に重要な課題がプログラムの効果測定である。リクルートメント自体の困難性や対照群を設定することの困難性を考慮に入れれば、「OPEN」プログラムによる介入の前後を比較する研究デザインをとることが妥当と考えられる。また、薬物乱用状況がメインのアウトカムとなることはプログラムの趣旨からも当然であるが、それ以外のアウトカムについての検討も必要であろう。SMARPPなどで使用されているDAST-20[36]、SOCRATES[37]といった評価尺度をそのまま若年者に適用することが妥当であるかについての議論も必要である。

米国における若年薬物乱用者向けのプログラムでは、薬物乱用が減ることにより、「犯罪行為や問題行動の減少」、「学校の成績の向上」、「家族機能の改善」などが副次的に改善されると報告されている[38]。教育機関からの「治療処分」としてクライアントを受け入れるのであれば、これらのエビデンスをもとに教育機関側が期待するアウトカムを設定する必要もあるかもしれない。また、「OPEN」プログラムの内容的な特徴を考えれば、「生活習慣の改善」や「コミュニケーションスキルの向上」なども評価対象となると考えられる。

E．結論

若年者向けの薬物再乱用防止プログラムを東京都立中部総合精神保健福祉センターとの協働により開発した。国内で試行例のある認知行動療法のワークブックをベースに若年者向けにアレンジを加え、ワークブックの作成を行った。ワークブッ

クは、POINT（学習目標）、STUDY（文章や図を使った解説）、TRY（書き込みや発表などのワーク）の3要素で成り立っており、全14回セッションから構成される。治療動機が比較的低い若年薬物乱用者を想定し、次のようなアレンジを加えた。

1) 初期薬物乱用者を意識したコンセプトや表現とした
2) 若者の生活や価値観を尊重した表現やデザインにした
3) 先行研究で得られた知見を用い、生活全般を見直すセッションを新たに作成した
4) コミュニケーションスキルに関するセッションを取り入れた
5) 性感染症や摂食障害など若年薬物乱用者に関連の深い健康教育を取り入れた

ワークブックの作成に加え、ファシリテーターの人材育成やプログラムの広報活動も行った。

今後は、参加者のリクルート方法の工夫が必要であり、教育機関との顔が見えるネットワーク構築や、教育機関に属さない若年者への周知手段を検討する必要があると考えられる。また、プログラムの効果測定に向けた研究デザインや評価項目についても検討する必要がある。

F．研究発表

1. 論文発表

1) 嶋根卓也、和田清、三島健一、藤原道弘：危険飲酒行動と薬物乱用リスクグループとの関連について—大学新入生を対象とした調査より—．日本アルコール・薬物医学会雑誌. 44(6):649-658. 2009.
2) 嶋根卓也：定時制高校に在籍する思春期のこころ、思春期のこころと性「故意に自分の健康を害する」症候群（編集　松本俊彦）、現在のエスプリ、ぎょうせい、509, 39-52, 2009.
3) 嶋根卓也：思春期における飲酒・薬物乱用の実態と予防について、小児科医のための思春期医学・医療. 小児科, 50(11), 1923-29, 2009.

2. 学会発表

なし

3. その他

なし

G．知的財産権の出願・登録状況

なし

文献

1) 尾崎茂、他：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査. 平成20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)研究報告書「薬物乱用・依存等の実態把握と「回復」に向けての対応策に関する研究」:87-134, 2009.
2) 嶋根卓也：第3章第1節処遇をめぐる爽やかな風~ダルク~. 日本版ドラッグ・コート-処罰から治療へ-（石塚伸一編著），p168-190, 日本評論社, 2007.
3) 松本俊彦, 他：少年鑑別所における薬物再乱用防止教育ツールの開発とその効果　若年者用自習ワークブック「SMARPP-Jr.」. 日本アルコール・薬物医学会雑誌、44(3)、121-138、2009.
4) National institute on drug abuse: Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide (Second Edition), 2009.
5) 松本俊彦:第8章思春期の乱用・依存者に対する援助について、薬物依存の理解と援助「故意に自分の健康を害する」症候群、金剛出版, 113-125, 2005.
6) 梅野充：若年者の薬物乱用と治療プログラム、病院・地域精神医学, 44(4), 37-41, 2001.
7) Gates S, McCambridge J, Smith LA, Foxcroft D: Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings (Review), The Cochrane Library2009, Issue 1. 2009.
8) 森田展彰, 他：青年期薬物乱用者に対する集団精神療法、アルコール依存とアディクション、10(1), 49-62, 1993.
9) 村上優, 他：薬物依存に関する病院プログラムと転帰調査. 厚生労働科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）「薬物依存・中毒の予防、医療およびアフターケアのモデル化に関する研究（主任：内村英幸）」、7-15, 2001.
10) 精神保健福祉センター運営要領：厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知, 平成八年一月十九日　健医発第五七号

11) 嶋根卓也：薬物依存症治療の新しい挑戦. 龍谷大学矯正・保護研究センター研究年報，第5号，p41-53，2008.
12) 近藤あゆみ，他：精神保健福祉センターへの相談者に対する認知行動療法の開発と普及に関する研究. 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費「薬物依存症および中毒性精神病に対する治療法の開発・普及と診療の普及に関する研究」、平成19年度～平成21年度分担研究報告書, 145-156, 2010.
13) 松本俊彦，他：薬物依存者の社会復帰のために精神保健機関は何をすべきか？. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 2008; 43(3): 172-187
14) 小林桜児，他：覚せい剤依存患者に対する外来再発予防プログラムの開発 Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program(SMARPP). 日本アルコール・薬物医学会雑誌. 42(5)、507-521、2007.
15) 森田展彰，他：日本の薬物依存症者に対するマニュアル化した認知行動療法プログラムの開発とその有効性の検討. 日本アルコール・薬物医学会雑誌. 42(5): 487-506, 2007.
16) 和田清，他：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査（2008年）. 平成20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・依存等の実態把握と「回復」に向けての対応策に関する研究」研究報告書 2009；15-85
17) 和田清：依存性薬物と乱用・依存・中毒，星和書店 2000
18) 和田清，福井進：薬物依存の発生因をめぐって、精神医学 1991; 33(6) :633-642
19) 嶋根卓也，三砂ちづる：埼玉県下中学生における有機溶剤乱用に関する研究、日本公衆衛生雑誌、2004;51(12):997-1007
20) Wada, k., Fukui, S:Prevalence of volatile solvent inhalation among junior high school students in Japan and background life style of users. Addiction 1993;88:89-100
21) Wada, k.: Prevalence of solvent inhalation among junior high school students in Japan and their background lifestyle: result of Chiba prefecture survey 1994. Japanese Journal of alcohol studies and drug dependence 2002;37:41-56
22) Wada, k., Price, RK., Fukui, S.:Cigarette smoking and solvent use among Japanese adolescents, Drug and Alcohol Dependence 1997; 46:137-145
23) 鈴木健二，他：高校生における違法性薬物乱用の調査研究、日本アルコール・薬物医学会雑誌 1999; 34(5):465-474
24) 嶋根卓也，和田清：定時制高校生における薬物乱用と問題行動との関連、日本社会精神医学会 2009;17(3):233-244
25) 嶋根卓也、他: 危険飲酒行動と薬物乱用リスクグループとの関連について—大学新入生を対象とした調査より—. 日本アルコール・薬物医学会雑誌. 44(6):649-658. 2009.
26) 産経新聞社(Sankei Web)：慶応大院生ら大麻所持「路上で吸った」, 2005. 9. 26
27) 毎日新聞社(Web版)：〈大麻所持〉関西大生ら3人逮捕「学内で密売」供述 大阪, 2008. 5. 15
28) 産経新聞社(産経ニュース Web 版)：構内で堂々と売買や吸引 大学生に広がる大麻汚染, 2008. 10. 2
29) 朝日新聞社(asahi.com)：大麻を大学内で売買、自宅に所持 慶大生2容疑者を逮捕, 2008. 10. 30
30) 読売新聞(YOMIURI ONLINE)：大麻所持容疑で高3女子生徒を逮捕 兵庫県警, 2008. 12. 5
31) 産経新聞社：薬物汚染対策悩む大学 監視カメラ設置検討「過剰反応」懸念の声も, 2009. 4. 7.
32) 小沼杏坪：青少年の薬物乱用-保健・医療の立場から-. 日本社会精神医学会雑誌, 8(3), 207-217, 2000.
33) James L., Jr. Nolan (著)，小沼 杏坪・ 妹尾 栄一・小森 榮 (翻訳)：ドラッグ・コート—アメリカ刑事司法の再編、丸善プラネット、2006.
34) 市川誠一：日本のMSMにおける予防啓発活動. Confronting HIV、36、4-5、2009.
35) 市川誠一，他：男性同性間の HIV 感染対策とその評価に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金（エイズ対策研究事業）平成19年度総括・分担研究報告書, 2008.
36) Skinner, H. A.: The drug abuse screening test. Addictive Behaviors, 7:363-71, 1982.
37) Miller, W. R. Tonigan, J. S.: Assessing

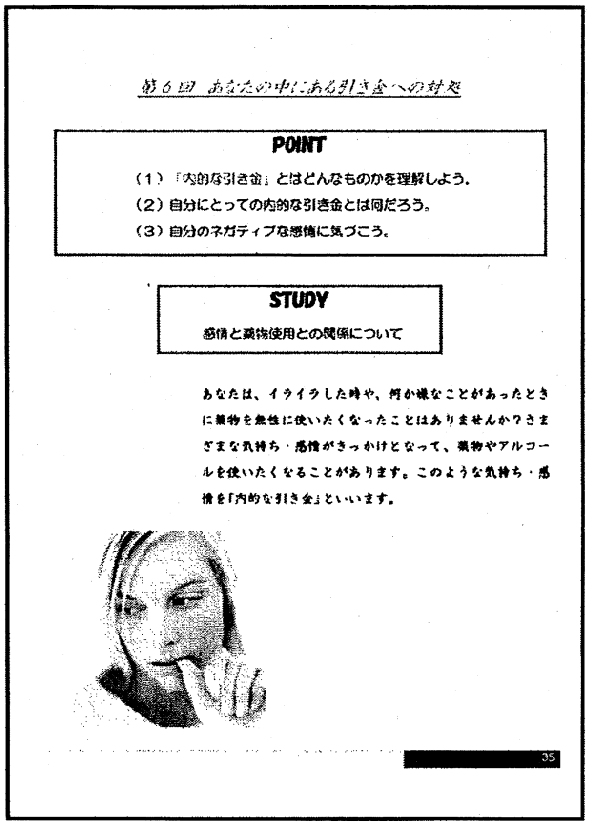
drinker's motivations for change: The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale(SOCRATES). Psychology of Addictive Behaviors, 10:81-89, 1996.
38) Kimberly R. Martin: Adolescent treatment programs reduce drug abuse, produce other improvements. National institute on drug abuse research findings, 17(1), 81-82, 2002.

第　1回　言いたいことを言ってみよう
第　2回　あなたの引き金と渇望
第　3回　依存症ってどんな病気
第　4回　回復へのステップ
第　5回　あなたのまわりにある引き金への対処
第　6回　あなたの中にある引き金への対処
第　7回　大切な人を失わないために
第　8回　ライフスタイルと薬物乱用
第　9回　新しい生活のスケジュールを立ててみよう
第10回　自分と大切な人の健康のために
第11回　再発のメカニズムと予防
第12回　コミュニケーションスキルアップ　1
第13回　コミュニケーションスキルアップ　2
第14回　自分を大切に、相手も大切に

図 1.　「OPEN」プログラムの各セッション目次



図 2.「OPEN」プログラムのワークブック表紙



第6回 あなたの中にある引き金への対処

POINT

（1）「内的な引き金」とはどんなものかを理解しよう。
（2）自分にとっての内的な引き金とは何だろう。
（3）自分のネガティブな感情に気づこう。

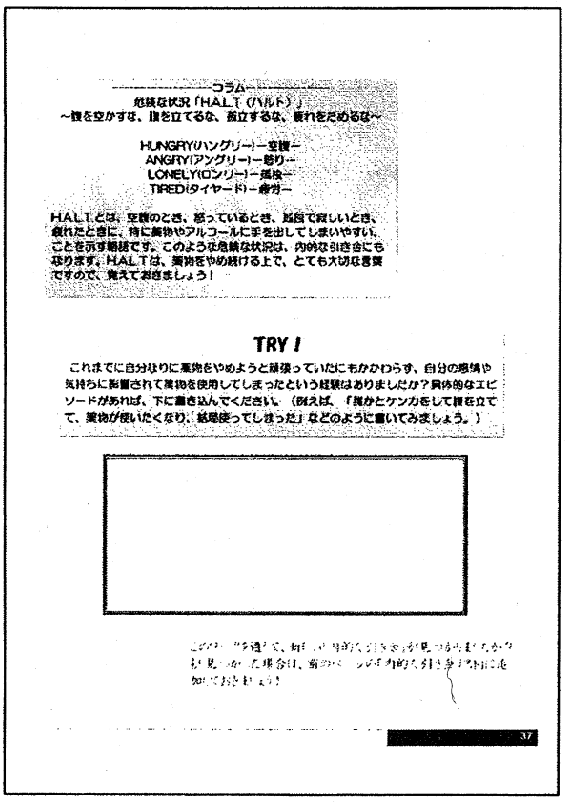
STUDY

感情と薬物使用との関係について

あなたは、イライラした時や、何か嫌なことがあったときに薬物を無性に使いたくなったことはありませんか？さまざまな気持ち・感情がきっかけとなって、薬物やアルコールを使いたくなることがあります。このような気持ち・感情を「内的な引き金」といいます。

35

図 3. ワークブックにおける POINT と STUDY の一例



コラム

危険な状況「HALT（ハルト）」
～腹を空かすな、腹を立てるな、孤立するな、疲れをためるな～

HUNGRY(ハングリー)－空腹－
ANGRY(アングリー)－怒り－
LONELY(ロンリー)－孤独－
TIRED(タイヤード)－疲労－

HALTとは、空腹のとき、怒っているとき、孤独で寂しいとき、疲れたときに、特に薬物やアルコールに手を出してしまいやすい、ことを示す単語です。このような危険な状況は、内的な引き金にもなります。HALTは、薬物をやめ続ける上で、とても大切な言葉ですので、覚えておきましょう！

TRY！

これまでに自分なりに薬物をやめようと頑張っていたにもかかわらず、自分の感情や気持ちに影響されて薬物を使用してしまったという経験はありましたか？具体的なエピソードがあれば、下に書き込んでください。（例えば、「誰かとケンカをして腹を立てて、薬物が使いたくなり、結局使ってしまった」などのように書いてみましょう。）

37

図 4. ワークブックにおけるコラムと TRY の一例

分担研究報告書
(2－4)

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）

司法関連施設における少年用薬物乱用防止教育ツールによる介入効果とその普及に関する研究

分担研究者　松本俊彦　国立精神・神経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
研究協力者　今村扶美　国立精神・神経センター病院 心理指導部 心理療法士
小林桜児　神奈川県立精神医療センター芹香病院　医師
千葉泰彦　横浜少年鑑別所 医務課長

研究要旨：本研究では、薬物乱用を呈する少年鑑別所入所者 46 例を対象として、我々が独自に開発した若年の薬物乱用者向けの自習ワークブックを用いて介入し、薬物問題の重症度と評価尺度の得点変化の関係について検討した。その結果、軽症群の場合には、評価尺度における薬物問題に対する認識深化に対する効果が顕著であったが、重症群の場合には、薬物欲求に対する自己効力感に対する効果が目立った。一方、自習用ワークブック終了後の感想としては、軽症群の全例が自習ワークブックを、「大変役に立つ」もしくは「多少は役に立つ」という感想を持ったのに対し、重症群ではそのような感想を持ったのは6割程度にとどまったことが明らかにされた。次年度は、自習ワークブックによる介入を多施設で実施して介入事例を蓄積し、その効果を検証する必要がある。

A. 研究目的

若年の薬物乱用者の多くは、保健医療機関ではなく、少年鑑別所や少年院といった司法関連機関で処遇されている。しかし、少年院でこそ矯正教育の一環として薬物乱用防止教育がなされているものの、少年鑑別所では、職員の個別的な助言を除けば、系統的な薬物再乱用防止教育がほとんどなされていない。その理由は2つある。一つは、少年鑑別所に入所した少年は、成人における「推定無罪」と同じ身柄であり、したがって、たとえ善意からであっても薬物乱用防止教育を行うのは、少年の付添人から人権侵害との非難を受ける可能性があるためである。もう一つは、矯正教育を行うことで、少年鑑別所に課せられた本来の任務である、非行性・犯罪性に関する鑑別業務に支障を来す可能性があるからである。

しかしその一方で、若年の薬物乱用者に対して効率のよい介入ができる施設として、少年鑑別所ほどふさわしい場所はないのも事実である。なぜなら、その施設には、少年院収容となるような重篤な薬物依存を呈する少年から、試験観察・保護観察といった地域内処遇の対象となるような初期乱用の少年まで幅広く収容されており、多くの若年薬物乱用者を介入の対象とすることが可能である。また、逮捕・保護からまだ時間が経過しておらず、しかも審判を控える身柄であることの緊張感に加えて、薬物関連の交遊関係から離れた静かな環境であるために、少年たちは集中して作業に取り組むことができる。

このような認識から、我々は少年鑑別所における自習ワークブックを用いた薬物問題への介入を試み、すでに薬物問題を持つ若年者が自身の問題に対する認識を深めるのに有用である可能性を明らかにしている。しかし、自習ワークブックによる介入が、どのような重症度の薬物乱用者に有効であるのかについては、不明な点が多い。

そこで本研究は、薬物問題の重症度と自習ワークブックによる介入効果の関係を明らかにすることを目的として実施された。今年度の報告書では、その中間的な分析の結果を報告し、自習ワークブックの介入効果と薬物問題の重症度との関係について、若干の考察をしたい。

B. 研究方法

1. 対象

2009年1月から2009年12月までの1年間にA少年鑑別所に入所した全少年1,158名（男子1,020名，女子138名）のうち、以下の3つの条件を満たす者を対象候補者として抽出した。その条件とは、観護措置の理由となった非行・犯罪行為の内

容にかかわらず、同少年鑑別所医務課医師による入所時診察において、①何らかの薬物使用経験があり、②その使用状況がICD-10「F1: 精神作用物質使用による精神と行動の障害」における「有害な使用」以上の水準にあることが判明し、③ワークブック実施可能な精神状態・言語能力のある者である。

調査期間に入所してきた者のうち、上記の条件を満たす対象候補者は51名であった。この51名に対して自習ワークブックに取り組むことを提案したところ、48名から同意が得られたが、このうち2名はワークブックを最後まで終了できなかった。したがって、最終的な対象者は46名(男子36名、女子10名)となり、その年齢は15～19歳に分布し、平均年齢[±標準偏差]は17.5[±1.2]歳であった。

対象者46名がこれまで使用した経験のある薬物の種類、ならびに最近における最も使用頻度の高い薬物の種類を、表1(生涯使用経験薬物)と表2(最頻使用薬物)に示す。これらの表からも明らかなように、対象者の78.3%に大麻の使用経験が認められ、対象者の半数が入所直前の生活において大麻を最も頻用し、次いで覚せい剤、トルエンという順であった。

2. 自習ワークブック

介入に用いた自習ワークブックは、我々がMatrix model (Matrix Institute)を参考にして実践している包括的外来薬物依存治療プログラム(Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program; SMARPP)(小林ら, 2007)のワークブックを平易化・簡略化し、さらに少年鑑別所職員との協議を重ねながら作成したものである。そのワークブックは、「SMARPP-Jr.(スマープ・ジュニア)」と名付けられている、49ページの「読む冊子」と19ページの「書きこみ用冊子」の2分冊形式からなり、薬物欲求を刺激する引き金の同定とその対処スキルの習得を中心とした、認知行動療法的な内容のものである。「SMARPP-Jr.」の各章は、表3に示すように全12回から構成されており、1日1回分ずつ仕上げて行けば、2～3週間という鑑別所収容期間内に終了できる分量となっている。

すでに我々(松本ら, 2009)は、少年鑑別所入所者を対象とした本ワークブックによる介入によって、評価尺度上の薬物欲求に対する自己効力感の高まりと、自らの問題意識と援助必要性の認識の深まりが得られることを明らかにしている。

3. 実施方法

本研究は、国立精神・神経センター倫理委員会の承認、ならびに、A少年鑑別所所長の決裁にもとに実施された。本研究は、少年鑑別所における通常業務として位置づけられていることから、対照群の設定は困難であった。また、人権上の問題から、少年鑑別所出所後に追跡して情報収集することも困難であった。そこで、評価尺度上の変化をエンドポイントに設定し、介入群のみの前後比較という研究デザインを採用した。

具体的な手続きは以下の通りである。まず、少年鑑別所医務課医師による入所時診察によって対象候補者としての条件を備えていることが判明した少年に対して、医師から本ワークブックの実施を提案した。その際、本ワークブックの実施は強制ではなく、断ったからといって処遇に影響しない点について説明がなされた。

ワークブック実施に関して同意が得られた場合には、後述する3つの自記式評価尺度の回答用紙を渡し、回答を求めた(実施前評価)。その際、回答用紙への署名をもって研究協力に対する正式な同意とした。対象者は各自の居室で自習ワークブックに取り組むこととし、実施するペースについては個々の少年たちに任せた。ワークブック終了者には再び二つの自記式評価尺度、ならびに後述するワークブックの難易度と有用性に関する質問紙を配布し、回答を求めた(実施後評価)。

なお、ワークブック、および評価尺度や質問紙には各自の名前を付して回答を求め、それらの配布と回収はいずれも、鑑別業務や日常的処遇に関与しない医務課医師もしくは看護師が行った。さらに、回収されたデータは匿名化がなされたうえで、施設外部の研究者である筆頭著者らのもとに送られ、分析がなされた。

4. 評価尺度・質問紙

1) DAST-20(Drug Abuse Screening Test, 20 items)

これは違法薬物および医療用薬物などの乱用をスクリーニングする目的から作成された、20項目からなる自記式評価尺度である(Skinner, 1982)。本研究では、対象者の薬物問題の重症度を評価するために、独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センターで作成された日本語版を採用し(鈴木ら, 1999)、介入前に実施した。日本語版DAST-20は、20点満点のうち、0点で「薬物問題なし」、1

～5 点で「軽度の問題あり」、6～10 点で「「中等度の問題あり」、11～15 点で「やや重い問題あり」、16～20 点で「非常に重い問題あり」と、4 段階で評価することとなっている。本研究では、薬物乱用歴が短い若年者が対象であることを考慮し、対象を本尺度得点にもとづいて、1～5 点を「軽症群」、6～10 点を「中等症群」、11～20 点を「重症群」という 3 群に分類した。

なお、この日本語版はまだ標準化の手続きはなされていないものの、薬物に関連した心理社会的障害をチェックする質問文から構成される、明らかな表面的妥当性を持つ尺度であることから、すでに国内で汎用されている。

2) 薬物依存に対する自己効力感スケール

森田ら（2007）が独自に開発した、薬物に対する欲求が生じたときの対処行動にどれくらいの自信または自己効力感を持っているかを測定する自記式評価尺度である。この尺度は、二つのパートから成り立っている。一つは、場面を超えた全般的な自己効力感に関する 5 つの質問からなる部分であり、「5 点: あてはまる」から「1 点: あてはまらない」までの 5 段階から選択して回答する。もう一つは、「薬物を使うことを誘われる」などの個別的な場面において、これに対抗して薬物を使わないでいられる自己効力感を尋ねる 11 の質問からなる部分であり、「7 点: 絶対の自信がある」「6 点: だいぶ自信がある」「5 点: 少し自信がある」「4 点: どちらともいえない」「3 点: やや自信がある」「2 点: 少ししか自信がない」「1 点: 全然自信がない」の 7 段階から選択して回答する。

本尺度は、いまだ十分な標準化の手続きがなされていないものではあるが、いずれの項目も、すでに薬物依存に対する自己効力感を示す概念との表面的妥当性があり、すでにその内的一貫性の高さも確認されている。そこで、本研究では、本尺度を介入前後に実施し、「全般的な自己効力感」合計得点、「個別場面での自己効力感」合計得点、および尺度全体の合計得点の変化を比較した。

3) Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)

Miller と Tonigan (1996) によって、アルコール・薬物依存に対する問題意識と治療に対する動機付けの程度を評価するために開発された、19 項目からなる自記式評価尺度である。原語版では、各質問は「病識（質問 1, 3, 7, 10, 12, 15, 17 の合計）」「迷い（質問 2, 6, 11, 16 の合計）」「実行（質問 4, 5, 8, 9, 13, 14, 18, 19 の合計）」という 3 つの因子構造を持つことが確認されている。「病識」が高得点の場合には、「自分には薬物に関連した問題があり、このまま薬物を続けていれば様々な弊害を生じるので、自分を変えていく必要がある」と認識していることを示し、「迷い」が高得点の場合には、「自分は薬物使用をコントロールできていない、周囲に迷惑をかけている、依存症かもしれないと考えている」ことを、そして「実行」が高得点の場合には、「自分の問題を解決するために何らかの行動を起こし始めている、あるいは、誰かに援助を求めようと考えている」ことを示すとされている。海外の研究では、SOCRATES 合計得点の高さは治療準備性の高まりを反映し（Mitchell et al, 2007）、高得点のものほど治療継続率が良好であることが明らかにされている（Mitchell et al, 2006）。

本研究では、薬物依存用に開発された SOCRATES-8D について、著者の一人である小林が逆翻訳などの手続きを経て作成した日本語版（表 4）を用いて、ワークブックによる介入の前後に評価を行った。本尺度もまだ十分に標準化がなされているとはいえないが、個々の項目には表面的妥当性が認められ、すでに我々の先行研究（松本ら, 2009）において全項目に関する高い内的一貫性（Cronbach α=0.798）も確認されている。そこで、本研究では SOCRATES-8D 合計得点について介入前後で比較を行った。ただし、下位因子を構成する「病識（Cronbach α=0.674）」「迷い（Cronbach α=0.575）」「実行（Cronbach α=0.722）」については、先行研究（松本ら, 2009）においても内的一貫性が十分に証明されていないことから、本研究ではあくまでも参考結果として提示するにとどめた。

4) ワークブックの難易度と有用性に関する感想

ワークブック終了後に、SMARPP-Jr. のワークブックに対する難易度と有用性に関する感想について、我々が独自に開発した自記式質問票で評価を行った。難易度については、「わかりやすい」「ややわかりやすい」「ふつう」「ややむずかしい」「むずかしい」の 5 段階から選択して回答を求め、有用性については、「大変役に立つと思う」「多少は役に立つと思う」「どちらともいえない」「あまり役に立たないと思う」「まったく役に立たないと思う」の 5 段階から選択して回答を求めた。

そのうえで、得られた結果は、難易度については「わかりやすい」「ややわかりやすい」「ふつう」という回答を「内容の適切さ」に、また、有用性については「大変役に立つと思う」「多少は役に立つと思う」という回答を「内容の有用性」に、それぞれ整理したうえで分析を行った。

5. 統計学的解析

3群間における比率の比較にはPearsonのχ^2検定を用いた。また、3群間における連続量の比較には一元配置分散分析を用い、有意差が認められた場合には、いずれの2群間に有意差があるのかを明らかにするために、Bonferroniのpost hoc testを行った。さらに、自習ワークブックによる介入前後の評価尺度得点は、Wilcoxon符号付き順位検定を用いて、対象全体、および、重症度の異なる各3群について比較した。

いずれの統計学的解析にもSPSS for Windows version 17.0を用い、両側検定にてP<0.05を有意水準とした。

C. 結果

対象者46名のDAST-20得点は2～18点に分布し、その平均得点［±標準偏差］は6.31点［±3.68］であった。DAST-20による評価の結果、対象46名のうち、22名が「軽症群」、16名が「中等症群」、8名が「重症群」にそれぞれ分類された。

表5に、ワークブック実施前における各群の薬物依存に対する2つの評価尺度の総得点を比較した結果を示す。その結果、3群間で薬物依存に対する自己効力感スケール得点に有意差が認められ（P=0.003）、その有意差は、軽症群と重症群との得点差によるものであった（P=0.004）。

まず、対象者46名全体に対するワークブックによる介入の結果を提示しておく。表6に、介入前後における評価尺度の変化を比較した結果を示す。本ワークブックによる介入後、薬物依存に対する自己効力感尺度の総得点（P=0.042）、および、下位因子の1つである「個別場面での自己効力感」（P=0.007）が有意に上昇した。一方、もう一つ下位因子である「全般的自己効力感」には有意な変化は認められなかった。また介入後に、SOCRATES-8Dの総得点（P<0.001）、および、「病識」（P=0.001）と「実行」（P=0.002）という2つの下位因子について、有意な上昇が認められた。

表7に、ワークブック終了後に実施した難易度と有用性に関する感想を示す。ワークブックの難易度については、「わかりやすい」が32.6%、「ややわかりやすい」が28.3%であり、全体の76.1%が「内容の適切さ」を支持していた。また、有用性については、「大変役に立つと思う」が47.8%、「多少は役に立つと思う」が41.3%であり、全体の89.1%が「内容の有用性」を支持するという結果であった。

続いて、重症度別の介入効果に関する分析結果を提示する。表8は、各3群における介入前後の評価尺度得点の変化を比較した結果である。軽症群では、薬物依存に対する自己効力感スケールについては、下位因子「個別場面の自己効力感」の得点（P=0.016）が有意に上昇していたものの、総得点では有意な変化は見られなかった。一方、SOCRATES-8Dについて、総得点（P=0.005）、および「病識」（P=0.003）と「実行」（P=0.044）という2つの下位因子で有意な得点上昇が認められた。中等症群では、介入前後で薬物依存に対する自己効力感スケールとSOCRATES-8Dのいずれについても、有意な変化は認められなかった。重症群では、薬物依存に対する自己効力感尺度の総得点（P=0.024）、および、「個別場面での自己効力感」（P=0.012）に有意な上昇が認められたものの、SOCRATES-8Dには有意な変化は認められなかった。

表9は、重症度分類によるワークブックの感想を比較した結果である。ワークブックのわかりやすいを反映した項目である「内容の適切さ」については、3群間で有意さは認められなかった。その一方で、ワークブックが今後の生活にどれくらい役立つかを反映した項目である「内容の有用性」については3群間で有意差が認められ、軽症群では全員が有用と感じたのに対し、重症群では有用と感じた者は62.5%にとどまった。

D. 考察

薬物乱用・依存を標的とした自習ワークブックを開発し、ワークブック単独による介入の効果を検証しようという我々の試みは、国内外でも他に類例のないものである。海外には、問題飲酒者に対するワークブックを用いた内科医によるブリーフ・インターベンションの有効性に関する報告（Fleming et al, 2002）が存在するが、その介入はワークブック単独によるものではなく、ワークブックはあくまでも治療コンポーネントの一部を

構成しているにすぎないものである。また、ワークブックを用いた今回の試みは、少年施設における薬物問題に対する介入研究としても希少なものである。わが国の多くの少年施設において薬物乱用に対する矯正教育が行われてきたが、その介入の効果を検証した研究はこれまでのところ報告がない。このことは海外でもさして変わらず、少年施設における薬物乱用問題に対する介入研究として報告されている論文は、我々が知り得たかぎりでは、「運動療法」の有効性に関する報告（Collingwood et al, 2000）のみである。しかし、本研究の最も重要な意義は、少年鑑別所という、本来、矯正教育を目的としない施設のなかで、自習ワークブックという人的資源を要さない方法を用いて、薬物乱用に対する介入を実施している点にある。

さて、本研究では、少年鑑別所に入所する薬物乱用者に対して、自習ワークブックを実施したところ、薬物依存に対する自己効力感スケールおよびSOCRATES-8Dの得点の有意な上昇が認められた。とりわけ、「自分の薬物問題は思っていたよりも深刻である」、あるいは、「薬物をやめるために援助を受ける必要がある」といった、問題意識の深まりや援助必要性の認識の高まりを反映する、SOCRATES-8Dの得点上昇が顕著であった。この結果は、すでに我々が報告している、薬物問題を呈する少年鑑別所入所者59例に対する同様の試みと同じ結果であり、自習ワークブックの介入効果は、「薬物の誘いを受けても大丈夫」といったような薬物欲求に対する自己効力感よりも、「このままではいけない」という認識を深め、変化に対する動機付けにあることが確認されたといえるであろう。

しかし本研究が、我々自身の先行研究と異なるのは、薬物問題の重症度によって、自習ワークブックによる介入の効果がどのように異なるのかについて検討を試みた点にある。そのような意図から行われた本研究の結果はきわめて興味深いものであった。というのも、軽症群では、SOCRATES-8D優位の評価尺度得点上昇という、対象全体の結果と類似した結果であったのに対し、重症群では、むしろ薬物依存に対する自己効力感スケールの得点だけが有意に上昇するという結果が得られたからである。

このことは、薬物問題の重症度によって、我々の自習ワークブックがもたらす効果が異なる可能性を示唆している。重症群の場合、軽症群に比べて、ワークブック開始前における薬物依存に対する自己効力感スケールの得点が低かった。重症群では、薬物依存が進行した者が多く、自らの意志による断薬に失敗した経験を持つ者が少なくなかった可能性がある。そのような者にとって、認知行動療法指向的なワークブックに取り組むことは、薬物欲求への対処スキルを向上させる機会となり、結果的に、薬物欲求に対する自己効力感スケール得点の上昇につながったのかもしれない。

一方、軽症群の場合、薬物依存の進行はさほど深刻ではない者が多く含まれ、薬物欲求に対する自己効力感が比較的高く、対処スキルの習得にあまり意義を感じない者も少なくないであろう。しかし他方で、「自分はまだまだ大丈夫」と、自身の薬物問題を過小視している者が少なくないはずである。本研究は、本ワークブックは、そのような軽症の薬物乱用者に対しては、「自分の問題は考えていたよりも深刻かもしれない」と問題認識を深化させる効果がある可能性を示唆している。このような効果は、その後の少年院における矯正教育に対する治療動機を準備し、あるいは、地域において薬物を再使用した際には、援助機関を訪れようという動機を生み出しやすくする可能性がある。また、実際に援助を受けない場合においても、薬物再乱用に対する一定の抑止力となるかもしれない。

本研究では、乱用者が抱える薬物問題の重症度によって、自習ワークブックの感想にも違いがあることも明らかにされた。すなわち、全体としては、自習ワークブックの有用性については高い評価が得られたものの、軽症群の全例が自習ワークブックを、「大変役に立つ」もしくは「多少は役に立つ」という感想を持ったのに対し、重症群ではそのような感想を持ったのは6割程度にとどまったのである。このような感想を抱いた重症群の認識は、ある意味でごく現実的なものと思われる。先に、本ワークブックが重症群に対して薬物欲求への対処スキル向上に貢献した可能性を指摘したが、施設内で対処スキルを自習したからといって、それだけで解決するほど薬物問題は簡単ではないのは確かなことである。重症群の場合には、少年鑑別所内でのワークブックによる自習の後に、地域で実際に援助を受ける必要がある者が少なくな

い可能性がある。

最後に本研究の限界について述べておきたい。本研究にはいくつかの限界があるが、なかでも主要な問題は以下の三点である。第一に、対照群を欠いていることである。このため、本研究で確認された効果が、たんに少年鑑別所収容という状況・環境がもたらした自然経過のよる可能性を除外できないことがあげられる。第二に、これは第一の限界と重なるが、処遇や審判の結果に直接関係しないと説明したとはいえ、それでもなお、少年鑑別所に収容され、審判を控えている立場であることが、自記式評価尺度の回答に影響を与えた可能性が除外できないことがあげられる。

最後に、本研究では、最終的な評価項目として、「薬物の再使用」や「地域の援助機関の利用」ではなく、あくまでも介入前後における評価尺度得点の変化という代理変数を設定したことがあげられる。したがって、今後は対象のなかで少年鑑別所に再入所となった者に対する聞き取り調査を行うなかで、評価尺度が含意する問題認識の深化と援助必要性の自覚が、はたして本当に少年鑑別所退所後の援助資源利用や再使用抑止と関連するものなのかどうかについて、検証される必要がある。

以上の限界にもかかわらず、本研究はわが国の薬物乱用・依存の援助において貴重な意義を持つ。というのも、わが国の依存症専門医療機関は、そのほとんどが成人を対象とした治療体制にあり、現状では若年者に特化した治療プログラムを持つ医療機関は皆無といってよく、そのような現状は、DARC (Drug Addiction Rehabilitation Center) のような民間回復施設においても変わらない。その意味では、少年鑑別所という様々な程度の若年薬物乱用者が集まる施設において、自習ワークブックという、人的資源やコストを要さない介入は、現実的かつ効率のよい方法であり、薬物問題に関与する様々な施設においても汎用性が高い方法といえる。今後は、自習ワークブックによる介入を多施設で実施して介入事例を蓄積するとともに、少年鑑別所への再入所者に対する調査を行うことで、その効果を検証する必要がある。

E. 結論

本研究では、薬物乱用を呈する少年鑑別所入所者46例を対象として、我々が独自に開発した若年の薬物乱用者向けの自習ワークブックを用いて介入し、薬物問題の重症度と評価尺度の得点変化の関係について検討した。その結果、軽症群の場合には、評価尺度における薬物問題に対する認識深化に対する効果が顕著であったが、重症群の場合には、薬物欲求に対する自己効力感に対する効果が目立った。一方、自習用ワークブック終了後の感想としては、軽症群の全例が自習ワークブックを、「大変役に立つ」もしくは「多少は役に立つ」という感想を持ったのに対し、重症群ではそのような感想を持ったのは6割程度にとどまったことが明らかにされた。次年度は、自習ワークブックによる介入を多施設で実施して介入事例を蓄積し、その効果を検証する必要がある。

F. 研究発表

1. 論文

(原著)

1)松本俊彦，今村扶美，小林桜児，千葉泰彦，和田　清：少年鑑別所における薬物再乱用防止教育ツールの開発とその効果—若年者用自習ワークブック「SMARPP-Jr.」—．日本アルコール・薬物医学会雑誌 44：121-138，2009

(総説)

1)松本俊彦，今村扶美，平林直次：医療観察法における覚せい剤依存の心理社会的治療．最新精神医学 14：163-170，2009

2)松本俊彦，和田　清：薬物依存症の治療とリハビリテーション．大阪保険医雑誌 509：2009年5月号，25-29，2009

3)松本俊彦，今村扶美：第2部 申し立てと鑑定 7．医療観察法と物質使用障害：臨床精神医学 38：577-581，2009

4)松本俊彦：薬物依存症の治療：覚せい剤依存に対する統合的外来治療プログラムの試み．日本アルコール精神医学会雑誌 16 (1)：11-18，2009

5)松本俊彦，今村扶美：物質依存を併存する触法精神障害者の治療の現状と課題．精神科治療学 24：1061-1067，2009

6)松本俊彦：第Ⅱ部 各論 2，精神障害別 11) 物質依存性障害 1．認知行動療法．精神科治療学 24 増刊号：241-243，2009

7)松本俊彦：薬物依存の寛解．精神科 15 (5)：453-458，2009

(著書)

1)松本俊彦: Ⅱ. 精神疾患についての説明. 物質関連障害. 林　直樹編集　専門医のための精神科臨床リュミエール 9 精神科診療における説明とその根拠, pp70-85, 中山書店, 東京, 2009

2)松本俊彦: 認知行動療法に準拠した集団精神療法の実際. 日本精神科救急学会教育研修会編 JAEP 教育研修会テキスト Vol. 1, pp62-78, 日本精神科救急学会, 東京, 2009

3)松本俊彦: 6. 指定入院医療機関における物質関連障害治療プログラム～プログラムの構造とその実際～. 平林直次編 平成 20 年度国立病院機構共同臨床研究 指定入院医療機関 治療プログラム集, pp15-30, 国立精神・神経センター病院, 東京, 2009

4)松本俊彦: 依存症. 伊藤利之・京極髙宣・坂本洋一・中村隆一・松井亮輔・三澤義一編集 リハビリテーション事典. pp145-146, 中央法規出版, 東京, 2009

5)松本俊彦: 苛酷な日常を「生き延びる」ために子どもたちは薬物や自傷に向っていることがある. 坂根健二編 学校の危機管理最前線, pp198, 教育開発研究所, 2009

6)松本俊彦: 8-2-9 薬物依存. Pp143, 精神保健福祉白書 2010 版, 中央法規出版, 東京, 2009

2. 口頭発表

(シンポジウム・教育講演)

1)松本俊彦, 小林桜児: 精神作用物質使用障害の今日的状況. シンポジウム27. 第105回日本精神神経学会総会, 2009. 8. 23, 神戸国際会議場

2)小林桜児, 松本俊彦: 大麻乱用者の臨床的特徴と外来治療への導入. 3学会合同シンポジウムⅠ「大麻乱用の諸問題」. 第12回ニコチン・薬物依存研究フォーラム, 2009. 9. 8, パシフィコ横浜

3)松本俊彦: 医療観察法指定入院医療機関における認知行動療法の展開. シンポジウムⅡ「薬物依存症治療の新たなる試み」. 第44回日本アルコール・薬物医学会総会, 2009. 9. 9, パシフィコ横浜

4)松本俊彦: ワークショップ 新しい薬物依存症の治療～あなたにもできる SMARPP～. 第 17 回関西アルコール関連問題学会, 2009. 11. 7, ピアザ淡海

(一般演題)

1)松本俊彦, 今村扶美, 小林桜児, 千葉泰彦, 和田清: 少年鑑別所における薬物再乱用防止教育ツールの開発とその効果—若年者用自習ワークブック「SMARPP-Jr.」—. 第 5 回日本司法精神医学会総会, 前橋, 2009. 5. 16

2)松本俊彦, 今村扶美, 小林桜児, 千葉泰彦, 和田清: 少年鑑別所における薬物再乱用防止教育ツールの開発とその効果. 第 44 回日本アルコール・薬物医学会総会, 2009. 9. 9, パシフィコ横浜

3)小林桜児, 松本俊彦, 大槻正樹, 上条敦史, 長嶋努, 和田清: 覚せい剤依存患者に対する外来治療プログラム (Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program: SMARPP) の有効性. 第 44 回日本アルコール・薬物医学会総会, 2009. 9. 9, パシフィコ横浜

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

文献

Collingwood, T. R., Sunderlin, J., Reynolds, R., Koh, l H. W., 3rd: Physical training as a substance abuse prevention intervention for youth. J. Drug. Educ. 30: 435-451, 2000.

Fleming, M. F., Mundt, M. P., French, M. T., Manwell, L. B., Stauffacher, E. A., Barry, K. L.,: Brief Physician Advice for Problem Drinkers: Long-Term Efficacy and Benefit-Cost Analysis. Epidemiology and Prevention Alcoholism: Clinical & Experimental Research 26: 36-43, 2002.

小林桜児, 松本俊彦, 大槻正樹, 遠藤桂子, 奥平謙一, 原井宏明, 和田　清: 覚せい剤依存者に対する外来再発予防プログラムの開発—Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP) —. 日本アルコール・薬物医学会誌 42: 507-521, 2007.

Matrix Institute: http://www.matrixinstitute.org/index.html

松本俊彦, 今村扶美, 小林桜児, 千葉泰彦, 和田清: 少年鑑別所における薬物再乱用防止教育ツールの開発とその効果—若年者用自習ワークブック「SMARPP-Jr.」—. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 44: 121-138, 2009

Mitchell, D., and Angelone, D. J.: Assessing the validity of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale with treatment-seeking military service members. Mil. Med. 171: 900-904, 2006.
Mitchell, D., Angelone, D.J., and Cox, S. M.: An exploration of readiness to change processes in a clinical sample of military service members. J. Addict. Dis. 26: 53-60, 2007.
森田展彰，末次幸子，嶋根卓也，岡坂昌子，清重知子，飯塚　聡，岩井喜代仁：日本の薬物依存症者に対するマニュアル化した認知行動療法プログラムの開発とその有効性の検討．日本アルコール・薬物医学会雑誌 42: 487-506, 2007.
Skiner, H.A.: The drug abuse screening test. Addict. Behav. 7: 363-371, 1982.
鈴木健二，村上　優，杠　岳文，武田　綾：高校生における違法性薬物乱用の調査研究．日本アルコール・薬物医学会雑誌 34: 465-474, 1999.

表 1: 薬物種類別の生涯使用経験率（複数選択可）

薬物名	人数	百分率
トルエン	22	47.8%
ブタンガス	21	45.7%
覚せい剤	20	43.5%
MDMA	13	28.3%
大麻	36	78.3%
ケタミン	12	26.1%
LSD	5	10.6%
ヘロイン	0	0.0%
マジックマッシュルーム	1	2.2%
5-Meo-DIMP/MIPT	0	0.0%
その他	5	10.6%

表 2: 最頻使用薬物（1つだけ選択）の種類

薬物名	人数	百分率
トルエン	8	17.4%
ブタンガス	4	8.7%
覚せい剤	9	19.6%
MDMA	1	2.0%
大麻	23	50.0%
ケタミン	1	2.2%
合計	46	100.0%

表 3: 自習ワークブック SMARPP-Jr.の内容

第 1 回	薬物をやめることに挑戦してみよう	薬物を使うことのメリット・デメリット、薬物をやめることのメリット・デメリットについて考え、いま現在における自分の正直な気持ちについて考えてみる。
第 2 回	薬物依存からの回復段階	薬物をやめていく過程で見られる 5 つの段階（離脱期・ハネムーン期・『壁』期・適応期・解決期）について知識と理解を深める。
第 3 回	引き金と欲求	薬物の欲求を刺激する、「引き金」→「考え」→「欲求」→「使用」のプロセスについて理解を深め、様々な種類の思考ストップ法について学ぶ。
第 4 回	あなたのまわりにある引き金について	薬物の欲求を刺激する「引き金」のなかでも、特に「外的な引き金」に関する理解を深める。
第 5 回	あなたのなかにある引き金について	感情や気分、疲労感などといった、「内的な引き金」に関する理解を深めとともに、その対処法について考える。
第 6 回	新しい生活のスケジュールを立ててみよう	「引き金」と遭遇する危険の少ない、安全で現実的なスケジュール作りに関する理解を深め、実際に自分なりのスケジュールを作ってみる。
第 7 回	依存症ってどんな病気?	「依存症」という病気がどのような特徴を持った病気にのかについて理解を深め、自分の薬物問題のせいでどのような人を巻き込んできたのかについて考える。
第 8 回	危険な状況を察知する	薬物の欲求が高まる状況として有名な H.A.L.T. (Hungry, Angry, Lonely, Tired) とアルコールの危険性について理解を深める。
第 9 回	再発を防ぐには	行動・思考面における「引き金」ともいえる「依存症的行動」と「依存症的思考」に関する理解を深め、自分の場合についても考える。
第 10 回	再使用のいいわけ	再発の兆候である「再使用のいいわけ」について理解を深め、自分の場合はどのようないいわけを使ってきたのかについて振り返る。
第 11 回	「強くなるより賢くなれ」	自分の「引き金」と「対処法」、それからスケジュールについて復習し、確実なものとする。
第 12 回	回復のために—信頼と正直さ	薬物を使わない生活を続けているうえで重要な「正直さ」と「援助を求めること」について理解を深める。
巻末付録	薬物乱用問題の援助資源	被収容少年が居住する地域における社会資源（専門医療機関、精神保健福祉センター、DARC など）に関する情報を提供する。

表4：日本語版Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES-8D) の全項目

		絶対にそうは思わない	そうは思わない	どちらともいえない	そう思う	絶対そう思う
1	自分が薬物を使うことを何とか変えたいと真剣に思っている	1	2	3	4	5
2	ときどき自分は薬物依存なのではないかと思うことがある	1	2	3	4	5
3	すぐに薬物を止めなければ、自分の問題は悪くなる一方だと思う	1	2	3	4	5
4	私はすでに自分の薬物の使い方を少し変えようとし始めている	1	2	3	4	5
5	昔、自分は薬をたくさん使っていたけれど、その後、何とかそのような使い方を変えることができた	1	2	3	4	5
6	ときどき、自分が薬物を使うことで他の人たちを傷つけているかもしれないと思うことがある	1	2	3	4	5
7	自分には薬物の問題がある	1	2	3	4	5
8	自分は薬物を使うことを変えようと頭で考えているだけでなくて、実際に行動に移し始めている	1	2	3	4	5
9	自分はすでに以前のような薬物の使い方は止めている。そして昔のような使い方に戻ってしまわない方法を探している	1	2	3	4	5
10	自分は深刻な薬物の問題を抱えている	1	2	3	4	5
11	ときどき自分は薬物の使用をコントロールできているのだろうかと疑問に思うことがある	1	2	3	4	5
12	自分が薬物を使用することで、たくさんの害が生じている	1	2	3	4	5
13	自分は今、薬物の使用を減らすか、薬物の使用をやめるために積極的に行動している	1	2	3	4	5
14	自分は以前のような薬物の問題に戻ってしまわないように、誰かに助けてもらいたいと思っている	1	2	3	4	5
15	自分には薬物の問題があると分かっている	1	2	3	4	5
16	自分は薬物を使いすぎなのではないかと思うことがある	1	2	3	4	5
17	自分は薬物依存者だ	1	2	3	4	5
18	自分は薬物の使用を何とか変えようと努力している	1	2	3	4	5
19	自分は薬物の使い方を少し変えてみた。そして以前のような使い方に戻ってしまわないように助けてもらいたいと思っている	1	2	3	4	5

表 5: 重症度分類による薬物依存に対する自己効力感スケールと SOCRATES-8D の比較

	薬物問題の重症度					
	軽症群 N=22	中等症群 N=16	重症群 N=8	df	F	P
薬物依存に対する自己効力感スケール総得点［±標準偏差］*	95.41 [±2.18]	81.31 [±21.64]	69.75 [±27.31]	2, 43	6.603	0.003
SOCRATES-8D 総得点［±標準偏差］	65.55 [±6.68]	68.56 [±12.55]	69.25 [±10.138]	2, 43	0.661	0.522

SOCRATES-8D, Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, 8th version for drug dependence

* P<0.01; Bonferroni's post hoc test, 軽症群>重症群, P=0.004

表 6: 介入前後の薬物依存に対する自己効力感スケールと SOCRATES-8D の比較（N=46）

		実施前		実施後			
		平均点	標準偏差	平均点	標準偏差	z	P
薬物依存に対する自己効力感スケール	全般的な自己効力感 合計	21.80	4.23	21.52	5.17	0.435	0.664
	個別場面の自己効力感 合計**	64.24	16.24	67.89	14.02	2.698	0.007
	総得点*	86.04	20.08	89.41	17.78	2.032	0.042
SOCRATES-8D	病識（質問 1, 3, 7, 10, 12, 15, 17 の合計）**	24.83	4.86	27.78	4.78	3.449	0.001
	迷い（質問 2, 6, 11, 16 の合計）	12.09	3.65	13.02	3.27	1.757	0.079
	実行（質問 4, 5, 8, 9, 13, 14, 18, 19 の合計）**	30.33	6.92	32.70	6.98	3.058	0.002
	総得点***	67.24	9.59	73.00	10.22	3.790	<0.001

SOCRATES-8D, Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, 8th version for drug dependence

* P<0.05, ** P<0.01, *** P<0.001

表 7: 自習ワークブックの難易度と有用性に関する回答

	人数	百分率		人数	百分率
ワークブックの難易度					
わかりやすい	15	32.6%			
ややわかりやすい	13	28.3%	内容の適切さ	35	76.1%
ふつう	7	15.2%			
ややむずかしい	7	15.2%	内容が不適切	11	23.9%
むずかしい	4	8.7%			
合計	46	100.0%	合計	46	100.0%
ワークブックの有用性					
大変役に立つと思う	22	47.8%	内容の有用性	41	89.1%
多少は役に立つと思う	19	41.3%			
どちらともいえない	4	8.7%			
あまり役に立たないと思う	1	2.2%	内容が有用でない	5	10.9%
まったく役に立たないと思う	0	0.0%			
合計	46	100.0%	合計	46	100.0%

表 8: 薬物問題の重症度別の薬物に対する自己効力感スケールと SOCRATES-8D の変化

			実施前		実施後			
			平均点	標準偏差	平均点	標準偏差	z	P
軽症群 (N=22)	薬物依存に対する自己効力感スケール	全般的な自己効力感 合計	23.45	2.18	22.95	5.44	0.563	0.574
		個別場面の自己効力感 合計*	71.95	6.89	75.50	2.58	2.416	0.016
		総得点	95.41	8.44	98.45	7.65	1.632	0.103
	SOCRATES-8D	病識（質問 1, 3, 7, 10, 12, 15, 17 の合計）**	22.68	3.52	26.14	5.02	2.999	0.003
		迷い（質問 2, 6, 11, 16 の合計）	10.36	3.17	11.09	3.09	0.929	0.353
		実行（質問 4, 5, 8, 9, 13, 14, 18, 19 の合計）*	32.50	4.71	34.45	5.83	2.018	0.044
		総得点**	65.55	6.68	71.68	10.22	2.810	0.005
中等症群 (N=16)	薬物依存に対する自己効力感スケール	全般的な自己効力感 合計	20.69	4.33	20.13	4.32	0.315	0.752
		個別場面の自己効力感 合計	60.63	17.52	61.94	15.16	0.315	0.753
		総得点	81.31	21.64	82.06	18.49	0.210	0.834
	SOCRATES-8D	病識（質問 1, 3, 7, 10, 12, 15, 17 の合計）	26.25	4.45	27.88	3.78	1.291	0.197
		迷い（質問 2, 6, 11, 16 の合計）	14.00	2.61	15.13	1.41	1.286	0.198
		実行（質問 4, 5, 8, 9, 13, 14, 18, 19 の合計）	28.31	8.82	31.13	8.13	1.822	0.069
		総得点	68.56	12.55	74.13	10.85	1.877	0.061
重症群 (N=8)	薬物依存に対する自己効力感スケール	全般的な自己効力感 合計	19.50	6.57	20.38	5.53	0.552	0.581
		個別場面の自己効力感 合計*	50.25	21.32	58.87	19.87	2.524	0.012
		総得点*	69.75	27.31	79.25	25.01	2.252	0.024
	SOCRATES-8D	病識（質問 1, 3, 7, 10, 12, 15, 17 の合計）	27.88	6.49	29.25	5.63	1.706	0.088
		迷い（質問 2, 6, 11, 16 の合計）	13.00	4.72	14.13	3.56	0.736	0.462
		実行（質問 4, 5, 8, 9, 13, 14, 18, 19 の合計）	28.38	6.78	31.00	7.15	1.439	0.150
		総得点	69.25	10.14	74.38	9.24	1.895	0.058

SOCRATES-8D, Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, 8th version for drug dependence

* P<0.05, ** P<0.01, *** P<0.001

表 9: 薬物問題の重症度と自習用ワークブックに対する感想

		薬物問題の重症度			df	X^2	P
		軽症群 N=22	中等症群 N=16	重症群 N=8			
自習ワークブックに対する感想	内容の適切さ	63.6%	81.3%	100.0%	2	4.623	0.099
	内容の有用性*	100.0%	87.5%	62.5%	2	8.583	0.014

* $P<0.05$

分担研究報告書
(2−5)

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）
分担研究報告書

薬物依存症者の家族がもつ多様なニーズを満たすための家族教育プログラムの開発に関する研究

分担研究者　近藤　あゆみ　新潟医療福祉大学社会福祉学部社会福祉学科　講師

研究要旨　〔目的〕これまでの家族心理教育プログラムは、多様な家族のニーズに十分対応できていなかった。そこで、家族のニーズを把握し、ニーズに対応できる総合的な家族教育プログラムの開発を目指すことを目的に本研究を実施した。初年度は、欧米における家族介入方法等を参考に、想定される様々なプログラム内容に対する家族及び機関職員の理解度や関心度を把握するための調査を行った。〔対象及び方法〕対象となった機関職員は、（1）薬物患者を診療対象とする全国の医療機関（142 箇所）、（2）全国の精神保健福祉センター（67 箇所）、（3）薬物相談が比較的多い 12 都道府県の保健所（256 箇所）における、薬物問題担当代表者である。当事者家族は、上記（1）～（3）のいずれかを利用した家族と、5 箇所の家族会のメンバーである。調査方法は、関係機関に対しては、平成 22 年 2 月初旬に、機関職員が回答するアンケート用紙及び家族が回答するアンケート用紙を郵送した。家族向けのアンケート調査は、機関を利用した家族に対し、職員を通して回答を依頼する方法で行った。家族会におけるアンケート調査は、研究者が実地に赴き調査を行った。機関職員が回答するアンケート用紙の回収率は、医療機関 13.4%（19/142）、精神保健福祉センター70.1%（47/67）、保健所 38.7%（99/256）であった。関係機関を利用する当事者家族からの回答は、医療機関 8 部、精神保健福祉センター29 部、保健所 13 部で、家族会メンバーから得られた回答は 143 部であった。〔結果及びまとめ〕家族と機関職員の理解度が比較的高い学習内容は、「3. 自助グループと 12 ステップ」「7. 依存症の影響による家族の変化」「17. 依存症者の心理」などであった。一方、理解度が低い学習内容は、「11. 問題行動に対し効果的に働きかける」「12. 暴力を避け安全に働きかける」「19. 薬物関連の法律」などであった。学習内容 11 及び 12 については、これまでの家族介入が、「問題行動を呈している本人に対し、家族はいかに手をひいて問題行動の結果を本人に返していくか」という点に主眼が置かれていたことを考えると納得のいく結果であるが、家族の対応としては、問題行動の負の結果をきちんと本人に返しつつ、同時に好ましい行動に対しては正の強化を行えることが望ましいことから、今後このような学習内容を充実していくことは重要である。学習内容 19 については、例えば裁判の手続き等について家族が予め知っておくことは、逮捕の経験を回復への契機として役立てることにもつながるので、やはり今後充実が必要な学習内容である。家族の関心度及び機関職員の重要度が比較的高い学習内容は、「3. 自助グループと 12 ステップ」「5. 依存症からの回復の段階」「6. 再発に備える」「8. 信頼関係を再び築くために」「10. コミュニケーション・スキルの改善」などがあり、長い回復過程において家族がどのように本人に適切に関わり、再発のリスクを減少させるよう働きかけることができるかということと関連が深い学習内容が多かった。これまでの家族教育は、本人をいかにして治療につなげるかという部分に焦点が当てられてきたが、今後は、長く続く本人の回復を見守り支えたいと願う家族にとっても役立つ学習内容の充実が求められる。また、家族の関心の度合いは、現在の本人の状態によっても異なることが示された。概して、「家族と同居しており、一定期間断薬を継続できている」場合や「刑務所に入所しており、薬物を使用できる状況にない」場合は、「一人暮らしをしており、一定期間断薬を継続できている」場合や「リハビリ施設に入所しており、一定期間断薬を継続できている」場合と比べて関心が高かった。例え本人が断薬できていたとしても、同居している家族には、日々様々な問題や葛藤が生じている可能性がある。本人の再発のリスクを軽減し、家族の生活の質の向上をはかるためには、家族に対する継続的な支援介入が必要である。更に、本人が刑務所に入所している時は、家族に対する重要な介入ポイントであるといえよう。最後に、家族心理教育プログラムに対する今後の利用可能性については、75.2%の機関が「利用を検討したい」と回答していることから、次年度以降は、理解度が低かった内容や関心度が高かった内容を優先的に、その中でもこれまで家族に提供する機会が少なかった学習内容から順次教材の作成を行い普及に努めたい。

A．研究目的

依存症対策の中でも特に家族支援整備の立ち遅れが著しい現況を反映して、2003年に内閣府薬物乱用対策推進本部が薬物乱用防止新五か年戦略[1]を公表し、薬物乱用防止のための基本目標の中に「薬物依存・中毒者の家族に対する支援等」が明記された。またその流れは、2008年に公表された第三次薬物乱用防止五か年戦略[2]においても、「薬物依存・中毒者の治療・社会復帰の支援及びその家族への支援の充実強化による再乱用防止の推進」として引き継がれている。それでも尚、わが国の家族支援に関する体制は極めて未整備であり、課題は山積の状況にある。

このような状況下において、「薬物依存症者をもつ家族に対する心理教育プログラム」（以下、家族心理教育プログラムと記す）の拡充は非常に重要な課題であると思われる。欧米では既に、多様な家族のニーズに応える様々な家族介入方法が開発され、その効果が検証されつつあるが[3][4]、欧米と比較して薬物乱用依存症者が少ないといわれているわが国[5]では、家族支援に必要な資源が経済的にも人的にも圧倒的に不足しているため、同様の発展は当面期待できそうにない。だからこそ、低コスト、少ないマンパワーで実施可能な心理教育の場面で用いられる教材の充実は現実的且つ高い有用性を発揮するものと思われる。

これまでわが国で行われてきた薬物依存症者をもつ家族への支援は、主に治療につながりにくい薬物依存症者本人（以下、本人と記す）を治療につなげることを目的にしていた。従って、家族心理教育プログラムも、「家族が本人の問題を肩代わりすることをやめて問題を本人に返すことを徹底することが本人の回復への決意を促すので、家族は本人の問題から手を引き、消耗した家族自身のケアを行うことが必要である」といった内容が中心であった。また、実際にこれらの教育は、長期間本人の問題行動に巻き込まれ消耗した多くの家族にとって有益であったと思われる。

しかし、長期にわたる依存症者の回復全体を考えると、家族が果たし得る役割、また、家族が希望する役割はそれだけでは終わらない。依存症を支える悪い家族関係について理解し、ネガティブな関わりからいったん手を引いた家族の多くは、よりポジティブに依存症者の回復を支えることのできる家族に変化することを望んでいる。一例を挙げると、常に再発の可能性を考慮にいれておかねばならない依存症者との関わりの中で、再発を早期に発見できる観察者の役割を果たせるようになることは、家族の重要な役割のひとつである。また、その役割を果たすためには、本人に対するコミュニケーション・スキルの向上が欠かせない。

このように、本人の回復にそれぞれの段階があるように、家族の課題もその家族によって異なり、また多くの家族がそれらの課題の解決を求めているにも関わらず、これまでの限られた内容の家族心理教育プログラムは、このような多様な家族のニーズに十分対応しきれていなかったと思われる。

そこで、家族の多様なニーズを把握し、それらのニーズに対応できる総合的な家族心理教育プログラムの開発を目指すこと目的として本研究を実施した。

初年度にあたる平成21年度は、次年度に計画している家族心理教育プログラムの作成に先立ち、薬物依存症者をもつ家族の支援を行う関係機関職員及び当事者家族が、想定される様々なプログラム内容に対して、現在どの程度理解をしており、また、どのような内容に強く関心をもち、どのような内容を重要であると考えているのかを明らかにするために調査を行った。

B．研究方法

1. 対象

薬物依存症者をもつ家族の支援を行う関係機関職員とは、（1）書籍「アディクション―治療相談先・自助グループ全ガイド（アスク・ヒューマン・ケア発行，2002）」[6]に記載されている中で、診療対象として「シンナー」「覚せい剤」「その他薬物」を挙げている全国の医療機関（142箇所）、（2）全国の精神保健福祉センター（67箇所）、（3）「平成20年地域保健医療基礎統計」において「保健所及び市区町村が実施した精神保健福祉相談等のうち薬物相談の被指導延人員」の数が100名を超える12都道府県の保健所（256箇所）における、薬物問題担当代表者である。

当事者家族とは、上記（1）から（3）のいずれかを利用している家族と、5箇所の家族会（愛知家族会，アディクション家族会とちぎ，仙台ダル

ク家族会,横浜ひまわり家族会,琉球GAIA家族会)のメンバーである。

2. 方法

関係機関及び家族会に対してアンケート調査を行った。関係機関に対しては、平成22年2月初旬に調査票を郵送した。関係機関宛の書類の中には、薬物問題担当代表者が回答するアンケート用紙1部の他、当事者家族が回答するアンケート用紙3部を同封した。家族向けのアンケート用紙については、平成22年2月8日から同月24日に機関を利用した家族に対し、職員を通して回答を依頼する方法で行った。

家族会におけるアンケート調査は、平成22年2月7日から3月10日にかけて、研究者が実地に赴き調査を行った。

薬物問題担当代表者が回答するアンケート用紙の回収率は、医療機関13.4%(19/142)、精神保健福祉センター70.1%(47/67)、保健所38.7%(99/256)であった。また、関係機関を利用する家族からの回答は、医療機関8部、精神保健福祉センター29部、保健所13部であった。

家族会メンバーから得られた回答は、愛知家族会51部,アディクション家族会とちぎ23部,仙台ダルク家族会19部,横浜ひまわり家族会30部,琉球GAIA家族会20部であった。

薬物問題担当代表者向けアンケート調査の項目は、薬物の家族を対象とした個別相談の実施の有無及び平成21年の薬物の家族に対する新規相談件数、薬物の家族を対象とした家族教室の実施状況、薬物の家族が活用できる地域資源とその連携状況、家族心理教育プログラムの内容(学習内容1～19)に対する理解度及び重要性について、などである。

尚、家族心理教育プログラムの学習内容(学習内容1～19)については、米国の統合的な薬物依存症外来治療プログラムMatrix model[7]における、家族教育プログラム[8]、依存症者の家族や身近な周囲の人々に対する介入法として効果が高いとされているCRAFT (Community Reinforcement and Family Training)[9]、依存症者の家族療法などに関する研究を行う機関AFRG (Addiction and Family Research Group)から発行されている依存症者とそのパートナーのための集団心理教育プログラム[10]に含まれている内容を中心に作成した。その他には、薬物問題を扱う相談員のためのマニュアル[11]の内容なども一部含めた。

当事者家族向けアンケート調査の項目は、家族の属性、本人との続柄、薬物問題に気づいた時期、これまで継続的に利用した関係機関、現在の家族と本人との関係性、本人の属性、本人の主たる使用薬物、本人の現在の薬物問題の状況、家族心理教育プログラムの内容(学習内容1～19)に対する理解度及び関心度について、などである。

尚、データの分析には、PASW Statistics18を用いた。

(倫理面への配慮)

本研究は、臨床研究に関する倫理指針等に基づき、人権の擁護、インフォームド・コンセント、研究参加による個人への不利益及び危険性等について十分な配慮を行って計画したものであり、新潟医療福祉大学倫理委員会の審査承認(承認番号17163-100303)を受けて実施した。

C. 研究結果

1. 家族の属性

家族の属性を表1に示す。家族の性別は女性が多く、約7割(72.0%)を占めていた。年齢は約6割(57.5%)が60代であり、50代以上がほとんど(91.2%)を占めていた。平均年齢は60.7歳(SD=7.5)であった。本人との続柄については、ほとんど(94.3%)が親であった。

表1.家族の属性(n=193)

		n (%)
性別	男性	54 (28.0)
	女性	139 (72.0)
年齢	20-30歳未満	1 (.5)
	30-40歳未満	2 (1.0)
	40-50歳未満	13 (6.7)
	50-60歳未満	48 (24.9)
	60-70歳未満	111 (57.5)
	70歳以上	17 (8.8)
	無回答	1 (.5)
本人との続柄	親	182 (94.3)
	配偶者・パートナー	4 (2.1)
	兄弟姉妹	4 (2.1)
	その他	2 (1.0)
	無回答	1 (.5)

2. 家族に薬物問題が発覚してから現在までの年数及び家族がこれまで継続的に利用した機関

家族に薬物問題が発覚してから現在までの年数及び家族がこれまで継続的に利用した機関については表2に示す。発覚してから現在までの年数については、10-15 年未満（29.0%）が最も多く、5-10 年未満（26.4%）、5 年未満（24.4%）と続いていた。平均年数は 9.1 年（SD=5.9）であった。

継続的に利用した機関については、家族会が最も多く約8割（81.9%）を占めており、医療機関の個別相談（32.1%）、医療機関の家族教室（25.9%）、精神保健福祉センターの家族教室（24.9%）、精神保健福祉センターの個別相談（22.3%）と続いていた。

3. 本人の属性及び薬物問題

本人の属性及び薬物問題については表 3 に示す。性別は男性が多く、約8割（84.5%）を占めていた。年齢は30代（56.5%）、20代（30.6%）がほとんど（87.1%）で、平均年齢は 32.5 歳（SD=6.0）であった。

主たる使用薬物は、覚せい剤が最も多く全体の約6割（63.2%）を占めていた。家族からみた現在の薬物問題の状況については、「一定期間断薬を継続できている」と回答した者が約5割（49.7%）と多く、その次に、「薬物使用が不可能な状況（医療機関，刑務所など）にある」（20.2%）が多かった。

4. 家族から見た本人との現在の関係性及び本人の生活状況

家族から見た本人との現在の関係性及び本人の生活状況を表4に示す。本人の現在の生活状況については、「リハビリ施設に入所」が約3割（29.0%）と最も多く、「一人暮らし」（19.2%）、「家族（回答者）と同居」（18.7%）、「刑務所に入所」（15.5%）と続いていた。

家族から見た本人との現在の関係性については、「離れて暮らしておりあまり連絡を取り合わない」(34.2%)、または、「離れて暮らしておりまったく連絡を取り合わない」（30.6%）が多く、全体の約2/3（64.8%）を占めていたが、「（回答者と）一緒に暮らしている」(19.7%)と回答した者、「離れて暮らしているが頻繁に連絡を取り合う」(14.0%）と回答した者も合わせて約 1/3（33.7%）存在した。

5. 家族から見た本人の現在の薬物問題の状況及び本人の生活状況

家族から見た本人の現在の薬物問題の状況及び本人の生活状況を表5に示す。薬物問題と生活状況から現在の本人の状態を判断すると、最も多い

表2.家族に薬物問題が発覚してから現在までの年数及び家族がこれまで継続的に利用した機関(n=193)

		n (%)
発覚してからの年数	5年未満	47 (24.4)
	5-10年未満	51 (26.4)
	10-15年未満	56 (29.0)
	15-20年未満	20 (10.4)
	20年以上	15 (7.8)
	無回答	4 (2.1)
継続的に利用した機関[a]	医療機関の個別相談	62 (32.1)
	医療機関の家族教室	50 (25.9)
	精神保健福祉センターの個別相談	43 (22.3)
	精神保健福祉センターの家族教室	48 (24.9)
	保健所の個別相談	23 (11.9)
	保健所の家族教室	16 (8.3)
	家族会	158 (81.9)
	民間の相談機関	30 (15.5)
	その他	4 (2.1)
	なし	8 (4.1)

a 複数回答可

のが「リハビリ施設に入所しており、一定期間断薬を継続できている」であり、全体の 21.8%（42/193）を占めていた。次に多いのが、「刑務所に入所しており、薬物を使用できる状況にない」の 15.5%（30/193）であり、「一人暮らしをしており、一定期間断薬を継続できている」の 15.0%（29/193）、「家族（回答者）と同居しており、一定期間断薬を継続できている」の 9.8%（19/193）と続いていた。現在本人が上記いずれかの状態にある家族は全体の 62.2%（120/193）であった。

6. 家族心理教育プログラムに対する家族の理解度

家族心理教育プログラムの学習内容を表 6-1, 6-2 に示す。また、学習内容 1 から 19 に対する家族の理解度を表 7、図 1 に示す。いずれの学習内容についても「ある程度理解している」との回答が最も多く全体の 5〜6 割を占めていた。「非常によく理解している」との回答が多かった学習内容は、「3. 自助グループと 12 ステップ」(28.5%)、「7. 依存症の影響による家族の変化」(26.4%) な

表3.本人の属性及び薬物問題(n=193)

		n (%)
性別	男性	163 (84.5)
	女性	28 (14.5)
	無回答	2 (1.0)
年齢	20-30歳未満	59 (30.6)
	30-40歳未満	109 (56.5)
	40歳以上	22 (11.4)
	無回答	3 (1.6)
主たる使用薬物	覚せい剤	122 (63.2)
	有機溶剤	11 (5.7)
	大麻	9 (4.7)
	鎮咳薬	4 (2.1)
	処方薬	17 (8.8)
	ブタンガス	6 (3.1)
	その他	4 (2.1)
	多剤	17 (8.8)
	不明	1 (.5)
	無回答	2 (1.0)
現在の薬物問題の状況	一定期間断薬を継続できている	96 (49.7)
	薬物使用はあるが状態は改善している	21 (10.9)
	薬物使用があり状態は改善していない	8 (4.1)
	薬物使用が不可能な状況(医療機関, 刑務所など)	39 (20.2)
	不明	22 (11.4)
	無回答	7 (3.6)

表4.家族から見た本人との現在の関係性及び本人の生活状況(n=193)

	家族から見た本人との現在の関係性					
	同居	別居			無回答	合計
		頻繁に連絡	連絡少ない	連絡なし		
	n (行の%)	n (行の%)	n (行の%)	n (行の%)	n (行の%)	n (列の%)
本人の現在の生活状況						
家族と同居(回答者と同居)	35 (97.2)	1 (2.8)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	36 (18.7)
家族と同居(回答者と別居)	0 (.0)	4 (80.0)	1 (20.0)	0 (.0)	0 (.0)	5 (2.6)
一人暮らし	0 (.0)	13 (35.1)	16 (43.2)	8 (21.6)	0 (.0)	37 (19.2)
リハビリ施設に入所	0 (.0)	4 (7.1)	26 (46.4)	26 (46.4)	0 (.0)	56 (29.0)
医療機関に入院	2 (28.6)	3 (42.9)	1 (14.3)	1 (14.3)	0 (.0)	7 (3.6)
刑務所に入所	0 (.0)	2 (6.7)	13 (43.3)	13 (43.3)	2 (6.7)	30 (15.5)
その他	1 (16.7)	0 (.0)	5 (83.3)	0 (.0)	0 (.0)	6 (3.1)
不明	0 (.0)	0 (.0)	2 (15.4)	11 (84.6)	0 (.0)	13 (6.7)
無回答	0 (.0)	0 (.0)	2 (66.7)	0 (.0)	1 (33.3)	3 (1.6)
合計	38 (19.7)	27 (14.0)	66 (34.2)	59 (30.6)	3 (1.6)	193 (100.0)

どであった。一方、「あまり理解していない」や「全く理解していない」との回答が多かった学習内容は、「11. 問題行動に対し効果的に働きかける」（39.9%）、「12. 暴力を避け安全に働きかける」（39.4%）「10. コミュニケーション・スキルの改善」（33.7%）、「16. 依存症者と家族との関係性」（33.6%）、「19. 薬物関連の法律」（33.2%）などであった。

7. 家族心理教育プログラムに対する家族の関心度

学習内容 1 から 19 に対する家族の関心度を表 8、図 2 に示す。いずれの学習内容についても「非常に関心がある」との回答が最も多く全体の 6〜7 割を占めていた。「非常に関心がある」との回答が多かった学習内容は、「6. 再発に備える」（79.8%）、「8. 信頼関係を再び築くために」（75.6%）、「5. 依存症からの回復の段階」（73.1%）、「10. コミュニケーション・スキルの改善」（73.1%）、「3. 自助グループと 12 ステップ」（71.5%）、「9. 依存症者と上手く生活するために」（71.5%）などであった。

8. 現在の本人の状況別に見た家族の心理教育プログラムに対する関心の相違

現在の本人の状況別に見た家族の心理教育プログラムに対する関心の相違について表 9 に示す。現在の本人の状況は、表 5 の中で人数が多かった「家族（回答者）と同居しており、一定期間断薬を継続できている」（19/193）、「一人暮らしをしており、一定期間断薬を継続できている」（29/193）、「リハビリ施設に入所しており、一定期間断薬を継続できている」（42/193）、「刑務所に入所しており、薬物を使用できる状況にない」（30/193）の 4 群に分類した。

上記 4 群において、学習内容 1〜19 に対する関心の程度を比較したところ、概ね「家族（回答者）と同居しており、一定期間断薬を継続できている」及び「刑務所に入所しており、薬物を使用できる状況にない」では「非常に関心がある」と回答した者と割合が高く、一方、「一人暮らしをしており、一定期間断薬を継続できている」や「リハビリ施設に入所しており、一定期間断薬を継続できている」群では割合が学習内容が多く認められた。正確検定を行ったところ、統計的に有意の差が認められたのは、「4. 薬物の作用と心身への悪影響」（p=0.020）、「7. 依存症の影響による家族の変化」（p=0.006）、「12. 暴力を避け安全に働きかける」（p=0.011）、「17. 依存症者の心理」（p=0.047）、「19. 薬物関連の法律」（p=0.014）であった。一方、「6. 再発に備える」のように、4 群の差が小さい学習内容もあった。

9. 関係機関における薬物の家族に対する個別相談及び家族教室の実施状況

医療機関、精神保健福祉センター、保健所における薬物の家族に対する個別相談の実施状況を表 10 に示す。家族に対する個別相談は約 9 割（90.3%）が実施していた。

また、個別相談を実施している 149 機関におけ

表5.家族から見た本人の現在の薬物問題の状況及び本人の生活状況(n=193)

	現在の薬物問題の状況						
	一定期間断薬を継続	薬物使用あるが状態は改善している	薬物使用があり状態は改善していない	薬物使用が不可能な状況	不明	無回答	合計
	n（行の%）	n（行の%）	n（行の%）	n（行の%）	n（行の%	n（行の%）	n（列の%）
本人の現在の生活状況							
家族と同居（回答者と同居）	19 (52.8)	9 (25.0)	5 (13.9)	0 (.0)	2 (5.6)	1 (2.8)	36 (18.7)
家族と同居（回答者と別居）	2 (40.0)	2 (40.0)	0 (.0)	0 (.0)	1 (20.0)	0 (.0)	5 (2.6)
一人暮らし	29 (78.4)	2 (5.4)	1 (2.7)	0 (.0)	4 (10.8)	1 (2.7)	37 (19.2)
リハビリ施設に入所	42 (75.0)	6 (10.7)	1 (1.8)	1 (1.8)	3 (5.4)	3 (5.4)	56 (29.0)
医療機関に入院	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	7 (100.0)	0 (.0)	0 (.0)	7 (3.6)
刑務所に入所	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	30 (100.0)	0 (.0)	0 (.0)	30 (15.5)
その他	3 (50.0)	2 (33.3)	0 (.0)	1 (16.7)	0 (.0)	0 (.0)	6 (3.1)
不明	0 (.0)	0 (.0)	1 (7.7)	0 (.0)	12 (92.3)	0 (.0)	13 (6.7)
無回答	1 (33.3)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	2 (66.7)	3 (1.6)
合計	96 (49.7)	21 (10.9)	8 (4.1)	39 (20.2)	22 (11.4)	7 (3.6)	193 (100.0)

表6-1.薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラムの学習内容(学習内容1から10)

番号	テーマ	内容
1	脳内の依存形成のメカニズム	薬物を使い続けているうちに、その人の中には依存が形成され、薬物をやめることが難しくなっていきます。脳内にある報酬系という神経回路を中心に、どんな心身の変化が起こって人は薬物をやめられなくなるのか、そのメカニズムについて学びます。また、薬物に対する渇望感と関連している「引き金」という概念についても学習します。
2	アルコールが回復に与える影響	アルコールは、薬物依存症からの回復を妨げる大きな要因のひとつでもあります。アルコールが人の心身にどのような悪影響をもたらすのか、また、なぜアルコールが薬物依存症からの回復の妨げになるのかなどについて学びます。
3	自助グループと12ステップ	回復の道を歩みつつある本人や家族に登場してもらい、これまでの回復の道のりの中で大変だったこと、助けになったことなどについて話してもらいます。また、回復には自助グループが有効であると言われていますが、自助グループで用いられている12ステップ・プログラムや、自助グループへの参加が本人とその家族の回復にどのように役立つのかということについて学びます。
4	薬物の作用と心身への悪影響	覚せい剤はわが国の主たる乱用薬物です。また、近年様々なクラブ・ドラッグ(MDMA, ケタミンなど)、大麻の乱用者の増加も心配されています。これらの薬物が脳にどのように作用するのか、また、長期的にみると、どのような心身への悪影響がもたらされるのかについて学びます。
5	依存症からの回復の段階	薬物依存症からの回復には、通常いくつかの段階があると言われていますが、その回復の道のりについて学びます。また、各段階にみられるそれぞれの特徴や、各段階において本人や家族が気をつけなくてはならないことについても学習します。
6	再発に備える	薬物依存症は再発する可能性が高い障害であると言われています。再発を避けるために家族や周囲の人ができることについて学び、また、再発が起きたときにどのように対処するのがよいかということについても考えます。
7	依存症の影響による家族の変化	家族や周囲の人々が薬物依存症の悪い影響を受けてどのように変化するのかということについて学びます。変化していく家族の状態としては、本人をなんとかしようと必死になる時期、問題がうまく解決されないために依存症者本人や自分自身を責める時期、絶望とあきらめの中で次第に家族内に不健康なルールが作られていく時期などがあります。
8	信頼関係を再び築くために	薬物依存症という病気によって、多くの家族の信頼関係は壊れてしまっています。失われた信頼関係を再び築くことは本人にとっても家族にとっても非常に難しい課題ですが、そのために家族や周囲の人ができることについて学び考えます。
9	依存症者と上手く生活するために	回復しつつある本人との生活では、家族はある種の我慢をしなくてはならないことがあります。薬物使用が止まったからといって、何もかも依存症になる以前と同じというわけにはいかないかもしれないのです。本人とうまく生活していくために必要なある種の制限について学び考えます。
10	コミュニケーション・スキルの改善	本人とコミュニケーションをとる時に、家族が陥りやすい悪いパターンについて学ぶと共に、より良いコミュニケーションの方法について学習し、実際に使えるよう練習します。

表6-2.薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラムの学習内容(学習内容11から19)

番号	テーマ	内容
11	問題行動に対し効果的に働きかける	本人の言動は家族や周囲の人の態度によっても変化するので、家族は、本人の問題行動を減らし、望ましい行動が増えるよう働きかけることが可能です。本人の行動をよく観察し、それらに対してどのように働きかけることが効果的か考え、実践する方法を身につけます。
12	暴力を避け安全に働きかける	家族や周囲の人が本人に働きかけようとする際、本人から暴力をふるわれる可能性があります。暴力が起きる可能性について慎重に評価し、家族の安全性を確保しながら本人に効果的に働きかけていくにはどうすればよいのか学び考えます。
13	家族の生活を豊かにする	薬物依存症という病気は家族の生活に広く悪影響を及ぼします。本人との生活によって家族の生活がどのように悪影響を受けたのか(社会生活、夫婦関係、趣味や余暇、精神状態など)自分たちで調べてみます。また、それらを改善するためには何ができるかということを具体的に考え実践してみます。
14	効果的な治療の勧め方	本人に治療を勧めることは家族や周囲の人にとって非常に困難な課題です。このような場面に備えて、家族が治療について切り出す良いタイミング、上手く説明する方法、本人の治療を受けたいという気持ちを引き出す働きかけなどについて学びます。
15	薬物関連の用語を理解する	ひとくちに薬物使用といっても問題の程度は様々です。薬物使用に関しては「乱用」や「依存」「アディクション」など様々な言葉が用いられますが、それぞれの用語の意味や違いについて学習します。また、依存症の定義についても学びます。
16	依存症者と家族との関係性	薬物依存症は家族の病であるともいわれています。本人と家族がどのような関係性になって依存症という病気が起こり維持されていくのか、システム理論等に基づき学習します。そのなかで「共依存」「イネイブリング」「アダルト・チルドレン」などの用語の意味を学びます。
17	依存症者の心理	薬物依存症は、その人の物事の見方や考え方を変えてしまいます。「問題を認めようとしない」「責任を他人に転嫁する」「言い訳や正当化をする」など、依存症者の心理的特徴について学びます。
18	依存症治療の段階	薬物依存症の治療にはいくつかの段階があります。医療機関や地域のリハビリ施設などを利用しながら「離脱・精神病症状の治療」「認知・行動修正」「社会参加・社会復帰」へと進んでいく治療や回復の過程について学びます。
19	薬物関連の法律	多くの精神作用物質は所持や使用が犯罪行為であり、取締りの対象となります。薬物乱用を取り締まる「覚せい剤取締法」「麻薬及び向精神薬取締法」などの法律について学ぶとともに、逮捕から裁判までの一連の流れについて学びます。また、逮捕された場合、家族や周囲の人がどのように対応することが回復の可能性を高めることになるか考えます。

表7.家族心理教育プログラムに対する家族の理解度(n=193)

番号	テーマ	全く理解していな n (%)	あまり理解していない n (%)	ある程度理解してい n (%)	非常によく理解してい n (%)	無回答 n (%)
1	脳内の依存形成のメカニズム	3 (1.6)	36 (18.7)	121 (62.7)	32 (16.6)	1 (.5)
2	アルコールが回復に与える影響	7 (3.6)	43 (22.3)	110 (57.0)	31 (16.1)	2 (1.0)
3	自助グループと12ステップ	1 (.5)	19 (9.8)	116 (60.1)	55 (28.5)	2 (1.0)
4	薬物の作用と心身への悪影響	7 (3.6)	37 (19.2)	119 (61.7)	30 (15.5)	0 (.0)
5	依存症からの回復の段階	6 (3.1)	39 (20.2)	122 (63.2)	26 (13.5)	0 (.0)
6	再発に備える	2 (1.0)	42 (21.8)	115 (59.6)	33 (17.1)	1 (.5)
7	依存症の影響による家族の変化	2 (1.0)	27 (14.0)	111 (57.5)	51 (26.4)	2 (1.0)
8	信頼関係を再び築くために	2 (1.0)	32 (16.6)	124 (64.2)	31 (16.1)	4 (2.1)
9	依存症者と上手く生活するために	10 (5.2)	44 (22.8)	108 (56.0)	26 (13.5)	5 (2.6)
10	コミュニケーション・スキルの改善	10 (5.2)	55 (28.5)	106 (54.9)	19 (9.8)	3 (1.6)
11	問題行動に対し効果的に働きかける	10 (5.2)	67 (34.7)	99 (51.3)	14 (7.3)	3 (1.6)
12	暴力を避け安全に働きかける	10 (5.2)	66 (34.2)	98 (50.8)	16 (8.3)	3 (1.6)
13	家族の生活を豊かにする	5 (2.6)	49 (25.4)	104 (53.9)	29 (15.0)	6 (3.1)
14	効果的な治療の勧め方	7 (3.6)	49 (25.4)	111 (57.5)	22 (11.4)	4 (2.1)
15	薬物関連の用語を理解する	6 (3.1)	54 (28.0)	107 (55.4)	22 (11.4)	4 (2.1)
16	依存症者と家族との関係性	8 (4.1)	57 (29.5)	103 (53.4)	22 (11.4)	3 (1.6)
17	依存症者の心理	5 (2.6)	33 (17.1)	115 (59.6)	37 (19.2)	3 (1.6)
18	依存症治療の段階	12 (6.2)	39 (20.2)	126 (65.3)	13 (6.7)	3 (1.6)
19	薬物関連の法律	10 (5.2)	54 (28.0)	108 (56.0)	18 (9.3)	3 (1.6)

表8.家族心理教育プログラムに対する家族の関心度(n=193)

番号	テーマ	全く関心がない n (%)	あまり関心がない n (%)	ある程度関心がある n (%)	非常に関心がある n (%)	無回答 n (%)
1	脳内の依存形成のメカニズム	0 (.0)	6 (3.1)	62 (32.1)	123 (63.7)	2 (1.0)
2	アルコールが回復に与える影響	0 (.0)	7 (3.6)	75 (38.9)	109 (56.5)	2 (1.0)
3	自助グループと12ステップ	0 (.0)	4 (2.1)	49 (25.4)	138 (71.5)	2 (1.0)
4	薬物の作用と心身への悪影響	0 (.0)	3 (1.6)	66 (34.2)	121 (62.7)	3 (1.6)
5	依存症からの回復の段階	0 (.0)	1 (.5)	50 (25.9)	141 (73.1)	1 (.5)
6	再発に備える	0 (.0)	1 (.5)	36 (18.7)	154 (79.8)	2 (1.0)
7	依存症の影響による家族の変化	0 (.0)	2 (1.0)	61 (31.6)	128 (66.3)	2 (1.0)
8	信頼関係を再び築くために	0 (.0)	3 (1.6)	40 (20.7)	146 (75.6)	4 (2.1)
9	依存症者と上手く生活するために	1 (.5)	1 (.5)	49 (25.4)	138 (71.5)	4 (2.1)
10	コミュニケーション・スキルの改善	0 (.0)	5 (2.6)	44 (22.8)	141 (73.1)	3 (1.6)
11	問題行動に対し効果的に働きかける	0 (.0)	3 (1.6)	57 (29.5)	129 (66.8)	4 (2.1)
12	暴力を避け安全に働きかける	1 (.5)	7 (3.6)	62 (32.1)	118 (61.1)	5 (2.6)
13	家族の生活を豊かにする	0 (.0)	4 (2.1)	54 (28.0)	127 (65.8)	8 (4.1)
14	効果的な治療の勧め方	0 (.0)	2 (1.0)	57 (29.5)	130 (67.4)	4 (2.1)
15	薬物関連の用語を理解する	0 (.0)	13 (6.7)	70 (36.3)	105 (54.4)	5 (2.6)
16	依存症者と家族との関係性	1 (.5)	10 (5.2)	60 (31.1)	118 (61.1)	4 (2.1)
17	依存症者の心理	0 (.0)	6 (3.1)	57 (29.5)	126 (65.3)	4 (2.1)
18	依存症治療の段階	1 (.5)	4 (2.1)	51 (26.4)	133 (68.9)	4 (2.1)
19	薬物関連の法律	0 (.0)	11 (5.7)	62 (32.1)	116 (60.1)	4 (2.1)

図1.家族心理教育プログラムに対する家族の理解度

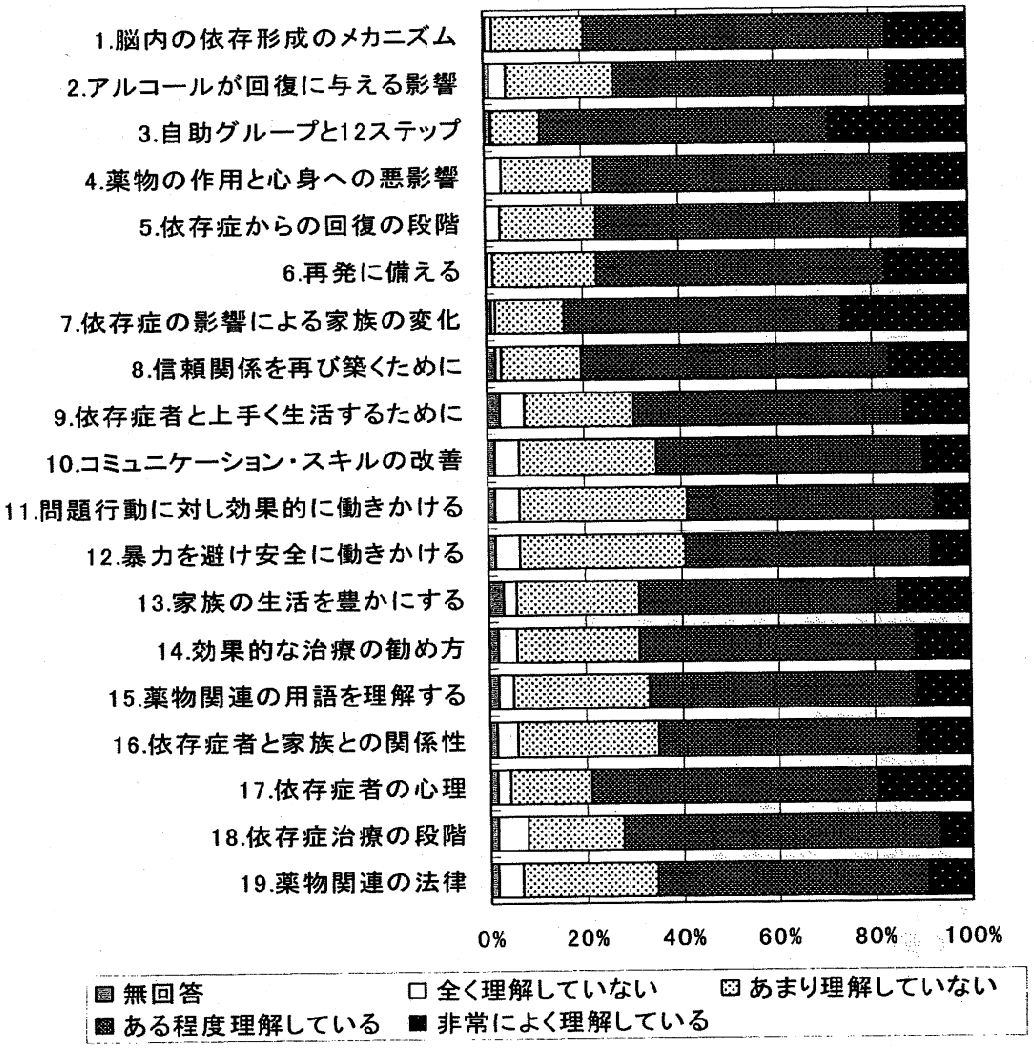


図2.家族心理教育プログラムに対する家族の関心度

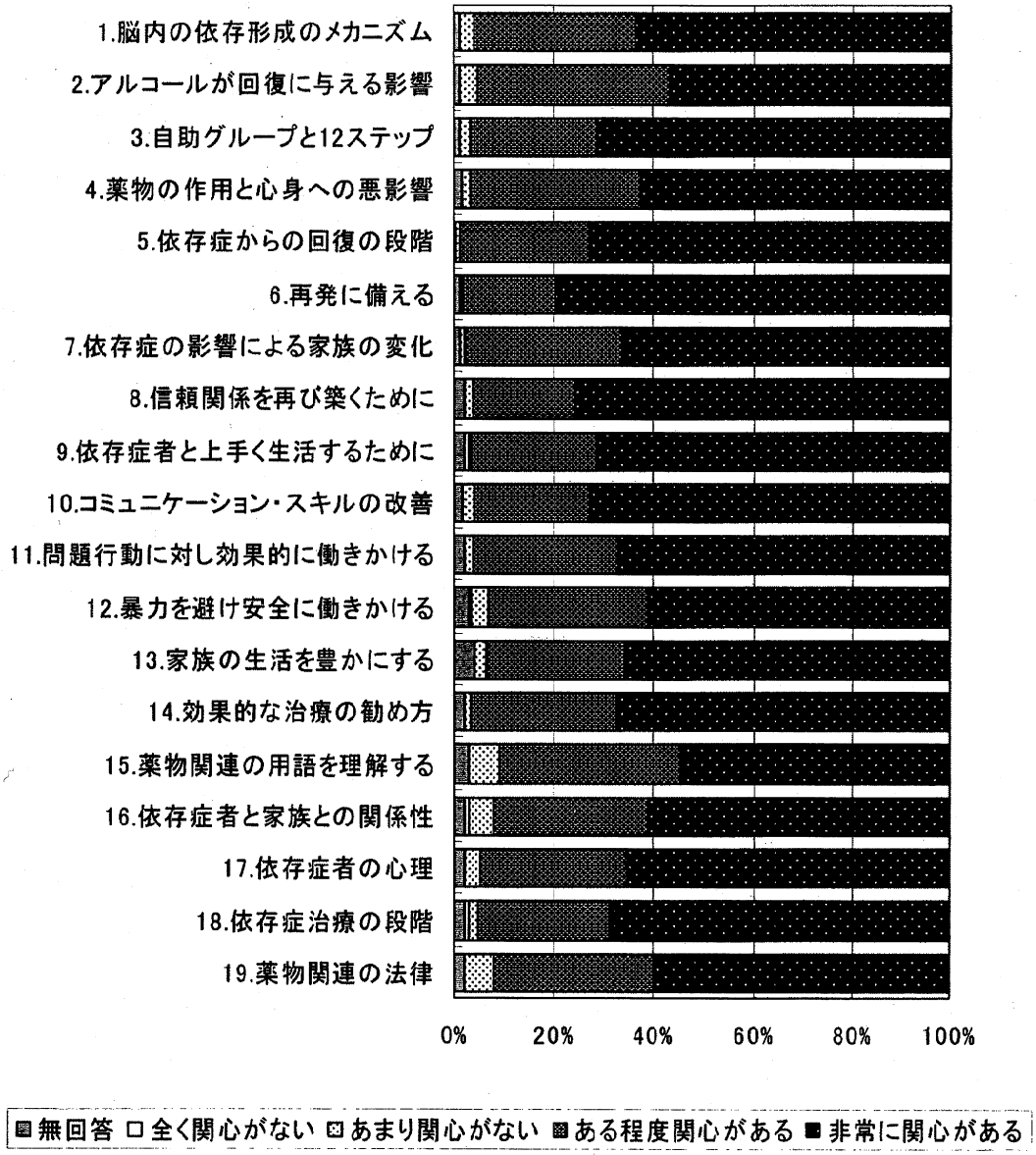


表9.現在の本人の状況別に見た家族の心理教育プログラムに対する関心の相違(n=120)

番号	テーマ	本人の現在の状況 家族と同居 断薬継続 n (%)[a]	一人暮らし 断薬継続 n (%)[a]	リハビリ施設 断薬継続 n (%)[a]	刑務所 n (%)[a]	合計 n (%)[a]	p値	
1	脳内の依存形成のメカニズム	16 (84.2)	18 (62.1)	27 (64.3)	23 (74.2)	84 (69.4)	0.358	
2	アルコールが回復に与える影響	14 (73.7)	15 (51.7)	25 (59.5)	20 (64.5)	74 (61.2)	0.466	
3	自助グループと12ステップ	16 (84.2)	23 (79.3)	29 (69.0)	24 (77.4)	92 (76.0)	0.629	
4	薬物の作用と心身への悪影響	15 (78.9)	14 (48.3)	25 (59.5)	25 (80.6)	79 (65.3)	0.020	*
5	依存症からの回復の段階	15 (78.9)	20 (69.0)	34 (81.0)	25 (80.6)	94 (77.7)	0.659	
6	再発に備える	17 (89.5)	24 (82.8)	35 (83.3)	27 (87.1)	103 (85.1)	0.966	
7	依存症の影響による家族の変化	17 (89.5)	16 (55.2)	25 (59.5)	27 (87.1)	85 (70.2)	0.006	**
8	信頼関係を再び築くために	17 (89.5)	23 (79.3)	29 (69.0)	27 (87.1)	96 (79.3)	0.274	
9	依存症者と上手く生活するために	15 (78.9)	21 (72.4)	32 (76.2)	27 (87.1)	95 (78.5)	0.672	
10	コミュニケーション・スキルの改善	15 (78.9)	20 (69.0)	32 (76.2)	27 (87.1)	94 (77.7)	0.519	
11	問題行動に対し効果的に働きかける	15 (78.9)	17 (58.6)	27 (64.3)	25 (80.6)	84 (69.4)	0.285	
12	暴力を避け安全に働きかける	15 (78.9)	14 (48.3)	22 (52.4)	26 (83.9)	77 (63.6)	0.011	*
13	家族の生活を豊かにする	15 (78.9)	17 (58.6)	26 (61.9)	26 (83.9)	84 (69.4)	0.161	
14	効果的な治療の勧め方	14 (73.7)	16 (55.2)	26 (61.9)	26 (83.9)	82 (67.8)	0.144	
15	薬物関連の用語を理解する	14 (73.7)	14 (48.3)	21 (50.0)	23 (74.2)	72 (59.5)	0.088	
16	依存症者と家族との関係性	14 (73.7)	14 (48.3)	28 (66.7)	24 (77.4)	80 (66.1)	0.147	
17	依存症者の心理	15 (78.9)	18 (62.1)	25 (59.5)	27 (87.1)	85 (70.2)	0.047	*
18	依存症治療の段階	15 (78.9)	19 (65.5)	30 (71.4)	26 (83.9)	90 (74.4)	0.571	
19	薬物関連の法律	15 (78.9)	16 (55.2)	20 (47.6)	25 (80.6)	76 (62.8)	0.014	*

a 数字及びパーセンテージは、それぞれに学習内容について「非常に関心がある」と回答した者の割合を示す
* $p<0.05$, ** $p<0.01$

表10.関係機関における薬物の家族に対する個別相談の実施状況(n=165)

		医療機関 n (列の%)	精神保健福祉センター n (列の%)	保健所 n (列の%)	合計 n (列の%)
家族に対する個別相談	実施している	13 (68.4)	44 (93.6)	92 (92.9)	149 (90.3)
	実施していない	6 (31.6)	3 (6.4)	7 (7.1)	16 (9.7)
平成21年新規相談件数[a]	0件	2 (15.4)	7 (15.9)	19 (20.7)	28 (18.8)
	1-9件	5 (38.5)	21 (47.7)	47 (51.1)	73 (49.0)
	10-19件	1 (7.7)	8 (18.2)	8 (8.7)	17 (11.4)
	20-29件	0 (.0)	0 (.0)	3 (3.3)	3 (2.0)
	30-39件	0 (.0)	1 (2.3)	2 (2.2)	3 (2.0)
	40-49件	0 (.0)	2 (4.5)	0 (.0)	2 (1.3)
	50件以上	0 (.0)	3 (6.8)	3 (3.3)	6 (4.0)
	無回答	5 (38.5)	2 (4.5)	10 (10.9)	17 (11.4)

a 家族に対する個別相談を「実施している」と回答した機関のみ(n=149)

表11.関係機関における薬物の家族に対する家族教室の実施状況(n=165)

		医療機関 n (列の%)	精神保健福祉センター n (列の%)	保健所 n (列の%)	合計 n (列の%)
家族教室	薬物のみで実施	2 (10.5)	16 (34.0)	4 (4.0)	22 (13.3)
	アルコール等と一緒に実施	6 (31.6)	10 (21.3)	8 (8.1)	24 (14.5)
	実施していない	11 (57.9)	21 (44.7)	84 (84.8)	116 (70.3)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	3 (3.0)	3 (1.8)
家族教室の実施頻度[a]	1週間に1度	4 (50.0)	2 (7.7)	0 (.0)	6 (13.0)
	2週間に1度	2 (25.0)	2 (7.7)	2 (16.7)	6 (13.0)
	1ヶ月に1度	1 (12.5)	13 (50.0)	7 (58.3)	21 (45.7)
	数ヶ月に1度	0 (.0)	3 (11.5)	1 (8.3)	4 (8.7)
	1年間に1度	0 (.0)	2 (7.7)	1 (8.3)	3 (6.5)
	その他	1 (12.5)	3 (11.5)	1 (8.3)	5 (10.9)
	無回答	0 (.0)	1 (3.8)	0 (.0)	1 (2.2)

a 家族教室を「薬物のみで実施」または「アルコール等と一緒に実施」と回答した機関のみ(n=46)

る平成21年の薬物問題を有する家族に対する新規相談件数は、20件未満が全体の約8割（79.2%）を占めており、相談件数が0件である機関も28機関存在した。

10. 関係機関における薬物の家族に対する個別相談及び家族教室の実施状況

医療機関、精神保健福祉センター、保健所における薬物の家族に対する家族教室の実施状況を表11に示す。精神保健福祉センター（55.3%）や医療機関（42.1%）では実施しているとの回答が多かったが、保健所は12.1%と少数であった。

また、家族教室を実施している46機関における実施頻度をみると、医療機関では「1週間に1度」（50.0%）が約半数と多いのに対し、精神保健福祉センターや保健所では「1ヶ月に1度」がそれぞれ50.0%、58.3%と多かった。

11. 関係機関の所在する地域における家族が利用できる地域資源の状況

関係機関の所在する地域における家族が利用できる地域資源の状況を表12に示す。利用可能な地域資源の中で最も多かったのは、「薬物の患者を受け入れてくれる医療機関」（64.6%）であり、「保健所」（51.2%）、「家族会」（43.3%）、「アラノン」（41.5%）と続いていた。

12. 関係機関が連携している家族が利用できる地域資源の状況

関係機関が連携している家族が利用できる地域資源の状況を表13に示す。連携機関として最も多かったのは、「薬物の患者を受け入れてくれる医療機関」（72.7%）であり、「精神保健福祉センター」（55.8%）、「家族会」（41.8%）、「保健所」（40.6%）と続いていた。

機関別にみると、「医療機関」は「保健所」（63.2%）、「精神保健福祉センター」（57.9%）と、「精神保健福祉センター」は「保健所」（87.2%）、「薬物の患者を受け入れてくれる医療機関」（80.9%）と、「保健所」は「薬物の患

表12.関係機関の所在する地域における家族が利用できる地域資源の状況(n=165)

		医療機関	精神保健福祉センター	保健所	合計
		n（列の%）	n（列の%）	n（列の%）	n（列の%）
地域資源[a]	なし	0（.0）	0（.0）	16（16.2）	16（9.8）
	薬物患者受け入れ可能な医療機関	13（68.4）	40（87.0）	53（53.5）	106（64.6）
	精神保健福祉センター	14（73.7）	9（19.6）	31（31.3）	54（32.9）
	保健所	13（68.4）	41（89.1）	30（30.3）	84（51.2）
	民間相談機関	3（15.8）	15（32.6）	12（12.1）	30（18.3）
	ナラノン	8（42.1）	30（65.2）	16（16.2）	54（32.9）
	アラノン	10（52.6）	31（67.4）	27（27.3）	68（41.5）
	家族会	10（52.6）	32（69.6）	29（29.3）	71（43.3）
	その他	2（10.5）	9（19.6）	6（6.1）	17（10.4）

a 複数回答可

表13.関係機関が連携している家族が利用できる地域資源の状況(n=165)

		医療機関	精神保健福祉センター	保健所	合計
		n（列の%）	n（列の%）	n（列の%）	n（列の%）
連携機関[a]	なし	2（10.5）	0（.0）	6（6.1）	8（4.8）
	薬物患者受け入れ可能な医療機関	9（47.4）	38（80.9）	73（73.7）	120（72.7）
	精神保健福祉センター	11（57.9）	9（19.1）	72（72.7）	92（55.8）
	保健所	12（63.2）	41（87.2）	14（14.1）	67（40.6）
	民間相談機関	2（10.5）	11（23.4）	14（14.1）	27（16.4）
	ナラノン	4（21.1）	17（36.2）	17（17.2）	38（23.0）
	アラノン	6（31.6）	16（34.0）	22（22.2）	44（26.7）
	家族会	8（42.1）	28（59.6）	33（33.3）	69（41.8）
	その他	4（21.1）	8（17.0）	7（7.1）	19（11.5）

a 複数回答可

表14.家族心理教育プログラムに対する機関職員の理解度(n=165)

番号	テーマ	全く理解していな n (%)	あまり理解していない n (%)	ある程度理解してい n (%)	非常によく理解してい n (%)	無回答 n (%)
1	脳内の依存形成のメカニズム	1 (.6)	13 (7.9)	105 (63.6)	45 (27.3)	1 (.6)
2	アルコールが回復に与える影響	1 (.6)	13 (7.9)	104 (63.0)	46 (27.9)	1 (.6)
3	自助グループと12ステップ	0 (.0)	9 (5.5)	93 (56.4)	62 (37.6)	1 (.6)
4	薬物の作用と心身への悪影響	1 (.6)	20 (12.1)	108 (65.5)	35 (21.2)	1 (.6)
5	依存症からの回復の段階	0 (.0)	25 (15.2)	108 (65.5)	31 (18.8)	1 (.6)
6	再発に備える	0 (.0)	16 (9.7)	110 (66.7)	38 (23.0)	1 (.6)
7	依存症の影響による家族の変化	0 (.0)	14 (8.5)	105 (63.6)	45 (27.3)	1 (.6)
8	信頼関係を再び築くために	0 (.0)	26 (15.8)	98 (59.4)	39 (23.6)	2 (1.2)
9	依存症者と上手く生活するために	2 (1.2)	31 (18.8)	102 (61.8)	27 (16.4)	3 (1.8)
10	コミュニケーション・スキルの改善	0 (.0)	28 (17.0)	101 (61.2)	35 (21.2)	1 (.6)
11	問題行動に対し効果的に働きかける	0 (.0)	37 (22.4)	99 (60.0)	28 (17.0)	1 (.6)
12	暴力を避け安全に働きかける	0 (.0)	34 (20.6)	96 (58.2)	30 (18.2)	5 (3.0)
13	家族の生活を豊かにする	1 (.6)	27 (16.4)	104 (63.0)	28 (17.0)	5 (3.0)
14	効果的な治療の勧め方	0 (.0)	38 (23.0)	101 (61.2)	22 (13.3)	4 (2.4)
15	薬物関連の用語を理解する	1 (.6)	19 (11.5)	104 (63.0)	38 (23.0)	3 (1.8)
16	依存症者と家族との関係性	0 (.0)	8 (4.8)	107 (64.8)	49 (29.7)	1 (.6)
17	依存症者の心理	0 (.0)	10 (6.1)	99 (60.0)	54 (32.7)	2 (1.2)
18	依存症治療の段階	0 (.0)	19 (11.5)	108 (65.5)	37 (22.4)	1 (.6)
19	薬物関連の法律	3 (1.8)	64 (38.8)	81 (49.1)	16 (9.7)	1 (.6)

表15.機関職員からみた家族心理教育プログラムの各学習内容に対する重要度(n=165)

番号	テーマ	全く重要ではない n (%)	あまり重要ではない n (%)	ある程度重要である n (%)	非常に重要である n (%)	無回答 n (%)
1	脳内の依存形成のメカニズム	1 (.6)	2 (1.2)	46 (27.9)	115 (69.7)	1 (.6)
2	アルコールが回復に与える影響	0 (.0)	0 (.0)	64 (38.8)	100 (60.6)	1 (.6)
3	自助グループと12ステップ	0 (.0)	0 (.0)	23 (13.9)	141 (85.5)	1 (.6)
4	薬物の作用と心身への悪影響	0 (.0)	6 (3.6)	58 (35.2)	99 (60.0)	2 (1.2)
5	依存症からの回復の段階	0 (.0)	2 (1.2)	27 (16.4)	135 (81.8)	1 (.6)
6	再発に備える	1 (.6)	1 (.6)	24 (14.5)	138 (83.6)	1 (.6)
7	依存症の影響による家族の変化	0 (.0)	0 (.0)	39 (23.6)	125 (75.8)	1 (.6)
8	信頼関係を再び築くために	1 (.6)	1 (.6)	32 (19.4)	129 (78.2)	2 (1.2)
9	依存症者と上手く生活するために	0 (.0)	1 (.6)	44 (26.7)	117 (70.9)	3 (1.8)
10	コミュニケーション・スキルの改善	0 (.0)	1 (.6)	26 (15.8)	137 (83.0)	1 (.6)
11	問題行動に対し効果的に働きかける	1 (.6)	7 (4.2)	33 (20.0)	123 (74.5)	1 (.6)
12	暴力を避け安全に働きかける	0 (.0)	2 (1.2)	46 (27.9)	110 (66.7)	7 (4.2)
13	家族の生活を豊かにする	0 (.0)	4 (2.4)	50 (30.3)	106 (64.2)	5 (3.0)
14	効果的な治療の勧め方	1 (.6)	2 (1.2)	30 (18.2)	127 (77.0)	5 (3.0)
15	薬物関連の用語を理解する	0 (.0)	13 (7.9)	89 (53.9)	61 (37.0)	2 (1.2)
16	依存症者と家族との関係性	0 (.0)	9 (5.5)	57 (34.5)	98 (59.4)	1 (.6)
17	依存症者の心理	0 (.0)	0 (.0)	39 (23.6)	124 (75.2)	2 (1.2)
18	依存症治療の段階	0 (.0)	2 (1.2)	52 (31.5)	110 (66.7)	1 (.6)
19	薬物関連の法律	0 (.0)	9 (5.5)	74 (44.8)	80 (48.5)	2 (1.2)

図3.家族心理教育プログラムに対する機関職員の理解度

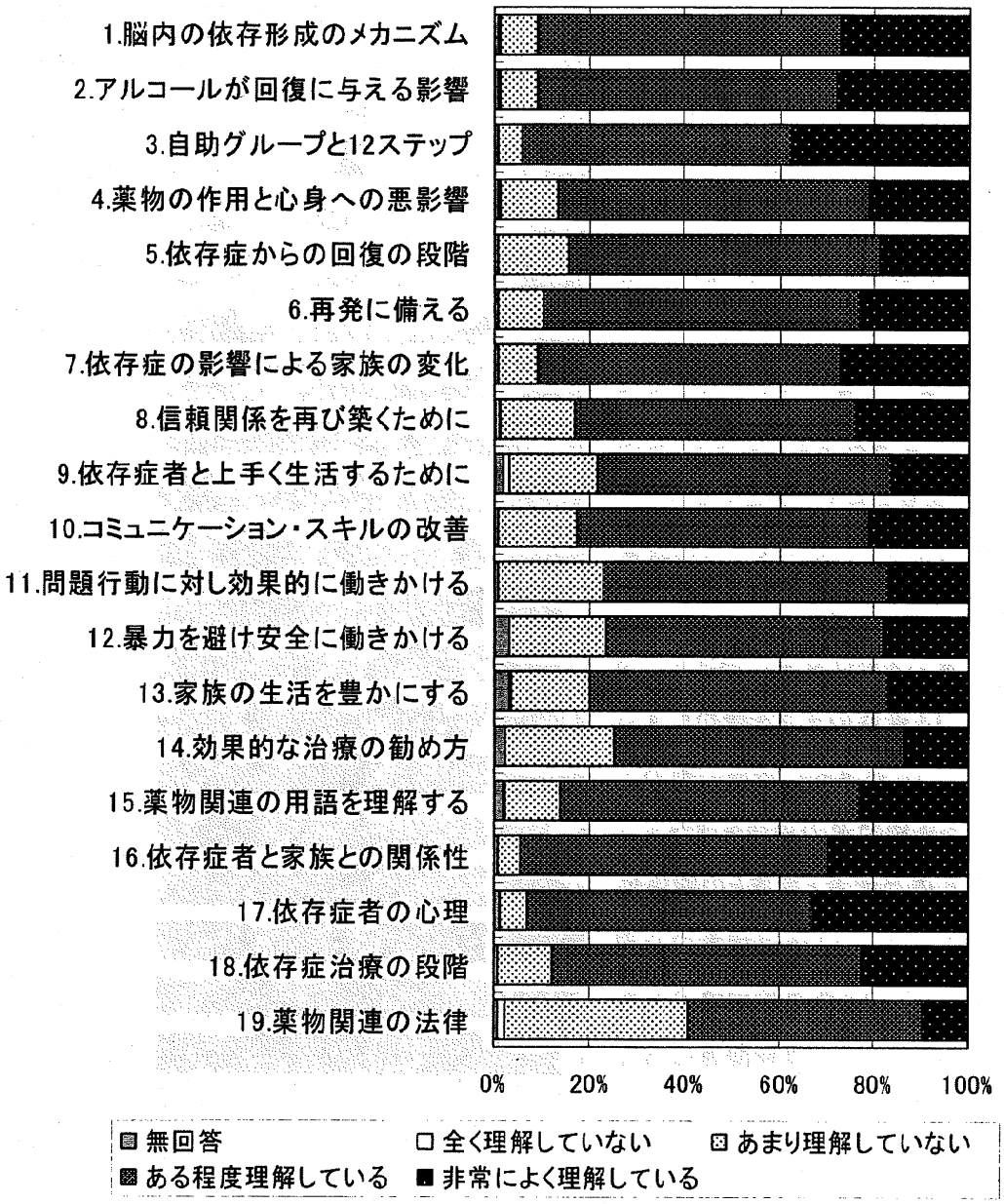
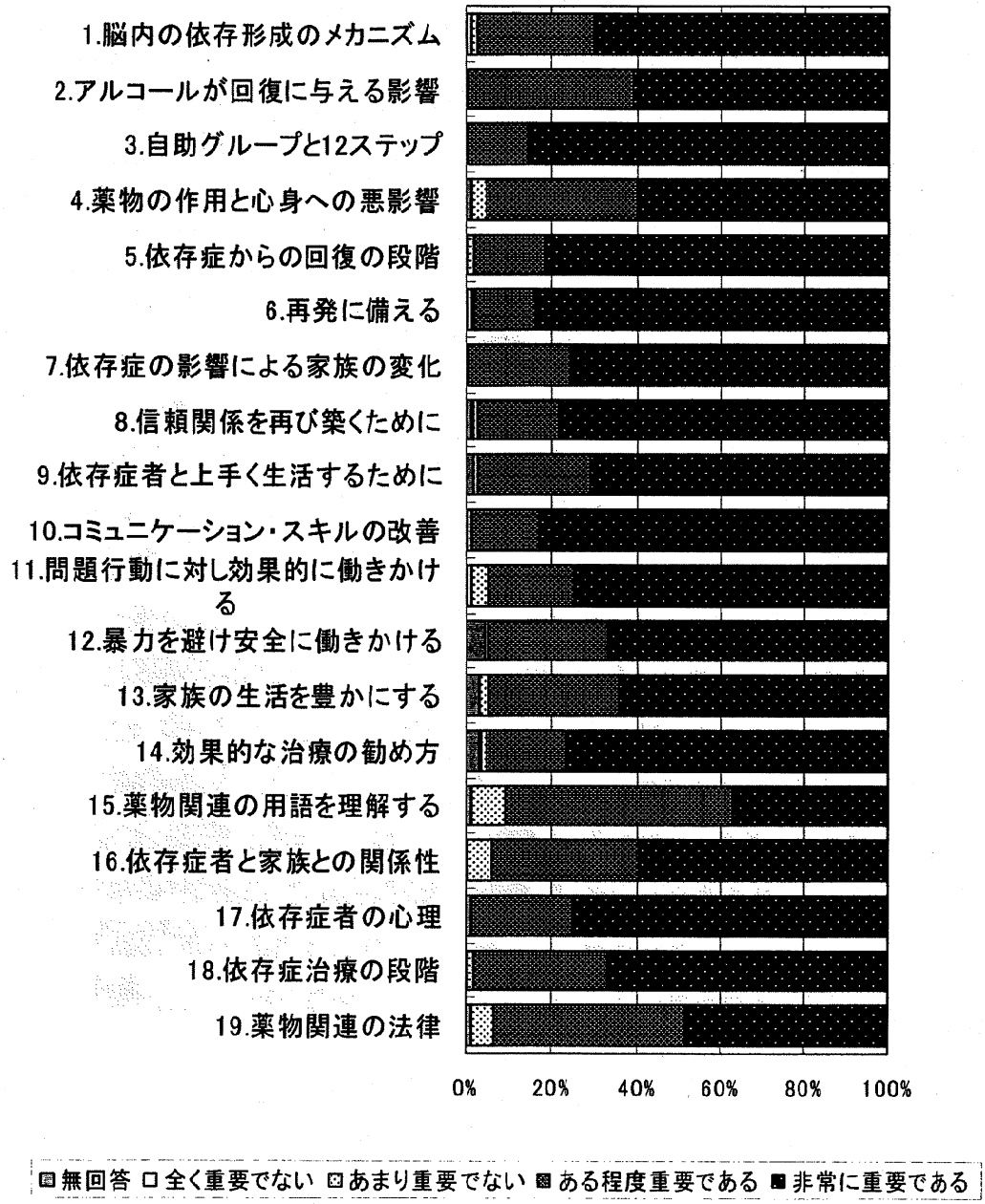


図4.機関職員からみた家族心理教育プログラムの各学習内容に対する重要度



者を受け入れてくれる医療機関」（73.7%）」、「精神保健福祉センター」（72.7%）との連携割合が高かった。

13. 家族心理教育プログラムに対する機関職員の理解度

学習内容1から19に対する機関職員の理解度を表14、図3に示す。いずれの学習内容についても「ある程度理解している」との回答が最も多く全体の約6割を占めていた。「非常によく理解している」との回答が多かった学習内容は、「3. 自助グループと12ステップ」(37.6%)、「17. 依存症者の心理」（32.7%）、「16. 依存症者と家族の関係性」（29.7%）などであった。一方、「あまり理解していない」との回答が多かった学習内容は、「19. 薬物関連の法律」(38.8%)、「14. 効果的な治療の勧め方」（23.0%）、「11. 問題行動に対し効果的に働きかける」（22.4%）、「12. 暴力を避け安全に働きかける」（20.6%）などであった。

14. 機関職員からみた家族心理教育プログラムの各学習内容に対する重要度

機関職員からみた学習内容1から19に対する重要度を表15、図4に示す。いずれの学習内容についても「非常に重要である」との回答が最も多く全体の5〜8割を占めていた。「非常に重要である」との回答が多かった学習内容は、「3. 自助グループと12ステップ」（85.5%）、「6. 再発に備える」（83.6%）、「10. コミュニケーション・スキルの改善」(83.0%)、「5. 依存症からの回復の段階」（81.8%）などであった。

15. 家族にとっての心理教育プログラムの有用性に対する関係機関の評価

家族にとっての心理教育プログラムの有用性に対する関係機関の評価を表16に示す。「ある程度役に立つ」（54.5%）または「非常に役に立つ」（44.2%）がほとんど（98.7%）を占めていた。

16. 関係機関における今後の家族心理教育プログラムの利用可能性

関係機関における今後の家族心理教育プログラムの利用可能性を表17に示す。最も多かったのは「利用を検討したい」（75.2%）であった。

表16.家族にとっての心理教育プログラムの有用性に対する関係機関の評価(n=165)

	医療機関	精神保健福祉センター	保健所	合計
	n（列の%）	n（列の%）	n（列の%）	n（列の%）
家族にとってのプログラムの有用性				
全く役に立たない	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
あまり役に立たない	0 (.0)	0 (.0)	1 (1.0)	1 (.6)
ある程度役に立つ	11 (57.9)	21 (44.7)	58 (58.6)	90 (54.5)
非常に役に立つ	8 (42.1)	26 (55.3)	39 (39.4)	73 (44.2)
無回答	0 (.0)	0 (.0)	1 (1.0)	1 (.6)

表17.関係機関における今後の家族心理教育プログラムの利用可能性(n=165)

	医療機関	精神保健福祉センター	保健所	合計
	n（列の%）	n（列の%）	n（列の%）	n（列の%）
プログラムの利用可能性				
利用したくない	1 (5.3)	0 (.0)	6 (6.1)	7 (4.2)
利用を検討したい	13 (68.4)	37 (78.7)	74 (74.7)	124 (75.2)
ぜひ利用したい	3 (15.8)	8 (17.0)	11 (11.1)	22 (13.3)
無回答	2 (10.5)	2 (4.3)	8 (8.1)	12 (7.3)

D．考察

1. 家族と本人の関係性

家族が本人と「一緒に暮らしている」割合は19.7%であり、「離れて暮らしているが頻繁に連絡を取り合う」割合は14.0%であり、合わせて約3割（33.7%）は、家族と本人との関係が密接であった。また、現在「離れて暮らしておりあまり連絡を取り合わない」または「離れて暮らしており全く連絡を取り合わない」と回答した者の中には、本人が現在リハビリ施設に入所している者(52名）や刑務所に入所中の者（26名）が多数含まれており、その中の一定割合は、今後リハビリ施設や刑務所を退所（出所）する過程において、家族との関係性が現在より緊密になることが予想される。このように、家族と本人が近い関係性にある割合は低くないといえる。

本研究の調査対象である家族にとっての本人の現在の薬物問題の状況は、「一定期間断薬を継続できている」が最も多く約半数（49.7%）を占めているが、薬物依存症は再発可能性が高い障害であることを考えると、身近な家族が再発について理解を深め、また、再発のリスクを軽減できるよう働きかけられることが望ましい。

2. 家族心理教育プログラムに対する家族及び機関職員の理解度

家族心理教育プログラムの各学習内容に対する家族と機関職員の理解度は、概観して機関職員の理解度のほうが高いものの、多くの類似点が見られた。

家族と機関職員双方の理解度が比較的高い学習内容としては、「3. 自助グループと12ステップ」「7. 依存症の影響による家族の変化」「17. 依存症者の心理」などがあった。自助活動の有用性や依存症の影響による本人及び家族の変化については、これまでも家族にとって必要な情報であるとみなされ、実際に情報提供や教育が行われてきたものと思われる。

一方、家族と機関職員双方の理解度が比較的低い学習内容としては、「11. 問題行動に対し効果的に働きかける」「12. 暴力を避け安全に働きかける」「19. 薬物関連の法律」などがあった。学習内容11及び12については、これまでの家族介入の方向性の中心が、「問題行動を呈している本人に対し、家族はいかに手をひいて問題行動の結果を本人に返していくか」という点にあったことを考えると納得のいく結果であると思われる。実際には、家族の対応としては、問題行動の負の結果をきちんと本人に返しつつ、同時に好ましい行動に対しては正の強化を行えることが望ましいことから、今後このような学習内容を充実していくことは重要であると思われる。また、学習内容19については、例えば裁判の手続き等について家族が予め知っておくことは、いかにして逮捕の経験を回復への契機として役立てることができるかということにもつながるので、やはり今後充実が必要な学習内容であると思われる。

3. 家族心理教育プログラムに対する家族の関心度と機関職員が考える重要性

家族心理教育プログラムの各学習内容に対する家族の関心度はいずれも非常に高く、家族の高い関心の度合いがうかがえる。

家族心理教育プログラムの各学習内容に対する家族の関心度と、機関職員が考える重要性は、概観して多くの類似点が見られた。

家族の関心度及び機関職員の重要度が比較的高い学習内容としては、「3. 自助グループと12ステップ」「5. 依存症からの回復の段階」「6. 再発に備える」「8. 信頼関係を再び築くために」「10. コミュニケーション・スキルの改善」などがあった。学習内容3を除いては、薬物依存症からの回復の道のりは長く、また、再発の恐れが高いことから、その過程において家族がどのように本人に適切に関わり、再発のリスクを減少させるよう働きかけることができるかということと関連が深い学習内容が多い。これまでの家族介入や家族教育は、主に治療につながらない本人をいかにして治療につなげるかという部分に焦点が当てられてきたが、今後は、長く続く本人の回復を見守り支えたいと願う家族にとって役立つ学習内容の充実が求められる。

また、家族の関心の度合いは、現在の本人の状態によっても異なることが示唆された。概観して、「家族（回答者）と同居しており、一定期間断薬を継続できている」場合や「刑務所に入所しており、薬物を使用できる状況にない」場合は、「一人暮らしをしており、一定期間断薬を継続できている」場合や「リハビリ施設に入所しており、一定期間断薬を継続できている」場合と比べて関心が

高い。

一定期間断薬が継続できていても家族が同居している場合は心理教育プログラムに対する関心が高いことは、例え本人が断薬できていたとしても、同居している家族には、日々様々な問題や葛藤が生じている可能性を示唆している。本人の再発のリスクを軽減し、家族の生活の質の向上をはかるためには、これらの家族に対して心理教育プログラムの充実をはかることはもちろんのこと、継続的に個別支援を行えることが望ましい。

また、現在本人が刑務所に入所している家族に対する支援介入は、今後の本人の回復を考える上でも非常に重要である。本人が入所している期間は、家族が落ち着いて必要な事柄を広く学習し、出所に向けて準備を整えることができる良い機会でもあるので、この時期は家族に対する重要な介入ポイントでもあるといえる。

4. 関係機関における今後の家族心理教育プログラムの利用可能性

家族心理教育プログラムの概要を示し、その有用性について関係機関に問うたところ、「ある程度役に立つ」（54.5%）または「非常に役に立つ」（44.2%）の回答が多かった。また、今後の利用可能性についても8割近く（75.2%）が「利用を検討したい」と回答していることから、家族心理教育プログラムは、今後なんらかの形で利用していただける可能性が高いものと思われる。

来年度以降は、理解度が低かった内容や関心度が高かった内容を優先的に、その中でもこれまで家族に提供する機会が少なかった学習内容から順次教材の作成を行い普及に努めたい。

E. 結論

本研究により、これまで薬物依存症者をもつ家族に対して行われてきた心理教育の中では、家族が本人に対する有効な働きかけを行うために必要とされる学習内容や、薬物関連の法律に関する学習内容が不十分であることが示唆された。

また、家族の多くは、想定される心理教育プログラムの学習内容に対して強い関心をもっていることが示された。中でも、再発のリスク軽減に関連する学習内容が多く、薬物依存症が再発可能性の高い障害であることを考えると、身近な家族が再発について理解を深め、リスクを軽減できるよう働きかけられることに役立つ学習内容の充実が求められる。

更に、家族の関心の度合いは、現在の本人の状態によっても異なることが示唆された。一定期間断薬が継続できていても家族が同居している場合は、家族に日々様々な問題や葛藤が生じている可能性があることから、継続的な支援が求められる。また、本人が刑務所に入所している家族の心理教育プログラムへの関心は高いことから、この時期に家族が落ち着いて必要な事柄を広く学習し、出所に向けて準備を整えることができるような体制作りが重要である。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

3. その他

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし

文献

1) 薬物乱用対策推進本部「薬物乱用防止新五か年戦略」平成15年7月（平成19年8月3日一部改正），内閣府政策統括官（共生社会政策担当），http://www8.cao.go.jp/souki/drug/sin5_mokuji.html

2) 薬物乱用対策推進本部「第三次薬物乱用防止五か年戦略」平成20年8月22日，内閣府政策統括官（共生社会政策担当），http://www8.cao.go.jp/souki/drug/sanzi5-senryaku.html

3) Meyers, R.J., Miller, W.R., Hill, D.E., Tonigan, J.S.: Community reinforcement and family training (CRAFT): Engaging unmotivated drug users in treatment. Journal of Substance Abuse 10: 291-308, 1998.

4) Garrett, J., Landau-Stanton, J., Stanton, M.D., Stellato-Kabat, J., Stellato-Kabat, D.:

ARISE: A method for engaging reluctant alcohol- and drug- dependent individuals in treatment. Journal of Substance Abuse 14: 235-248, 1997.
5) 嶋根卓也：〔小児科医のための思春期医学・医療〕 思春期における生活サポート 思春期における薬物乱用の実態とその予防. 小児科, 50 : 1923-1929, 2009.
6) アディクション—治療相談先・自助グループ全ガイド, アスク・ヒューマン・ケア , 東京, 2002.
7) Shoptaw, S., Rawson, R.A., McCann, M.J., Obert, J.L.: The Matrix model of outpatient stimulant abuse treatment: evidence of efficacy. J Addict Dis, 13:129-41, 1994.
8) Matrix Institute: The Family Unit A 12-session Alcohol and Drug Education Program for Families, Hazelden, 2005.
9) Smith, J.E., Myers, R.J.: Motivating Substance Abusers to Enter Treatment: Working With Family Members. Guilford Press, New York, 2004.
10)Fals-Stewart, W., Klostermann, K.: Group Psychoeducational Attention Control Treatment: A 10-session Lecture Series (1 introductory session & 9 group sessions). Buffalo, New York, Addiction and Family Research Group, 2004.
11) 再乱用防止資料作成委員会：薬物問題相談員マニュアル, 厚生労働省医薬食品局監視指導・麻薬対策課, 東京都, 2007.

海外渡航報告書

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)
海外渡航報告書

分担研究者　和田　清　　国立精神・神経センター精神保健研究所

【1】渡航先

チェンマイ、バンコク（タイ王国）

【2】渡航期間

平成21年11月17日～21日

【3】渡航目的

タイ王国は古くからのヘロイン問題に加えて、近年ではメタアンフェタミン問題が社会問題化している。

タイ王国はアジアではいち早く薬物依存症を医療対象として捉え、専門の治療病院を作ると共に、治療共同体をも導入し、その治療体制に関してはアジアでは定評のあるところであるが、メタアンフェタミン乱用の拡大により、米国Matrix Instituteが開発した総合的外来治療プログラムMatrix Modelをアジアで最初に導入し、タイ王国の全薬物専門病院でそのプログラムを展開している。そこで、現地を訪問し、タイ王国でのMatrix Modelプログラム実施の状況を現地調査した。

【4】渡航旅程

11／17　萩山→バンコク経由→チェンマイ

11／18

1) Chomtong Hospitalを訪問し、Nopawan Oupkham看護師より、Chomtong Hospitalの概要とMatrix Model実施状況について説明を受け、施設見学をするとともに、意見交換を行った。

2) Sanpatong Hospitalを訪問し、Sumalee Fairopol看護師よりSanpatong Hospitalの概要とMatrix Model実施状況について説明を受け、施設見学をするとともに、意見交換を行った。

3) チェンマイ大学精神科を訪問し、Manit Srisurapanont教授とMatrix Modelプログラムに関して意見交換を行った。

11/19

1) Suanprung Hospitalを訪問し、Chalitsuda Promtawee看護師よりSuanprung Hospitalの概要とMatrix Model実施状況について説明を受け、施設見学をするとともに、意見交換を行った。

2) チェンマイ→バンコク

11/20

1) Public Health Center 48, BMAを訪問し、Apiradee Tiranathagul医師よりPblic Health Center 48, BMAの概要とMatrix Model実施状況について説明を受け、施設見学をするとともに、意見交換を行った。

2) バンコク→　11/21萩山

【5】渡航成果

タイ全国で郡立病院は約800存在するが、精神科に限らず、そのすべての病院で、薬物乱用・依存に対する治療の提供がなされていることが判明した。

また、Matrixプログラムは、ケースワーカー、心理職、看護師等コメディカル職員によってなされていた。

専門病院に限らず、すべての郡立病院で薬物乱用・依存に対する治療の提供がなされている事実は、我が国も学ぶべき点であろう。

（別掲5）

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
松本俊彦	Ⅱ．精神疾患についての説明．物質関連障害	林　直樹	専門医のための精神科臨床リュミエール9 精神科診療における説明とその根拠	中山書店	東京	2009	70-85
松本俊彦	認知行動療法に準拠した集団精神療法の実際	日本精神科救急学会教育研修会	JAEP教育研修会テキスト Vol. 1	日本精神科救急学会	東京	2009	62-78
松本俊彦	6. 指定入院医療機関における物質関連障害治療プログラム～プログラムの構造とその実際～	平林直次	平成20年度国立病院機構共同臨床研究 指定入院医療機関 治療プログラム集	国立精神・神経センター病院	東京	2009	15-30
松本俊彦	依存症	伊藤利之ほか	リハビリテーション事典	中央法規出版	東京	2009	145-146
松本俊彦	苛酷な日常を「生き延びる」ために子どもたちは薬物や自傷に向っていることがある	坂根健二	学校の危機管理最前線	教育開発研究所	東京	2009	198
松本俊彦	8-2-9 薬物依存	桑原　寛ほか	精神保健福祉白書2010版	中央法規出版	東京	2009	143

雑誌

発表者名	論文タイトル名	発表紙名	巻	ページ	出版年
和田　清	わが国の一般人口における薬物乱用･依存の実態	公衆衛生	73	807-812	2009
宮永　耕	自助グループ（第Ⅱ部 各論-2 精神障害別 11.物質依存性障害）	精神科治療学　増刊号「精神療法・心理社会療法ガイドライン」	24	249-251	2009
嶋根卓也、和田清、三島健一、藤原道弘	危険飲酒行動と薬物乱用リスクグループとの関連について―大学新入生を対象とした調査より－	日本アルコール・薬物医学会雑誌	44	649-658	2009
嶋根卓也	定時制高校に在籍する思春期のこころ	現在のエスプリ	509	39-52	2009
嶋根卓也	思春期における飲酒・薬物乱用の実態と予防について	小児科医のための思春期医学・医療	50	1923-1929	2009

松本俊彦，今村扶美，小林桜児，千葉泰彦，和田　清	少年鑑別所における薬物再乱用防止教育ツールの開発とその効果―若年者用自習ワークブック「SMARPP-Jr.」―.	日本アルコール・薬物医学会雑誌	44	121-138	2009
松本俊彦，今村扶美，平林直次	医療観察法における覚せい剤依存の心理社会的治療	最新精神医学	14	163-170	2009
松本俊彦，和田　清	薬物依存症の治療とリハビリテーション	大阪保険医雑誌	509	25-29	2009
松本俊彦，今村扶美	第2部 申し立てと鑑定 7. 医療観察法と物質使用障害	臨床精神医学	38	577-581	2009
松本俊彦	薬物依存症の治療：覚せい剤依存に対する統合的外来治療プログラムの試み	日本アルコール精神医学会雑誌	16	11-18	2009
松本俊彦，今村扶美	物質依存を併存する触法精神障害者の治療の現状と課題	精神科治療学	24	1061-1067	2009
松本俊彦	第Ⅱ部 各論 2，精神障害別 11）物質依存性障害 1. 認知行動療法	精神科治療学	24増刊号	241-243	2009
松本俊彦	薬物依存の寛解	精神科	15	453-458	2009

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

(H21薬-一般-028)

研究報告書

（総括研究報告書＋分担研究報告書）

主任研究者：和田　清（国立精神・神経センター　精神保健研究所）

2010年3月31日　発行

200838039A

平成２０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・依存等の実態把握と「回復」に向けての対応策に関する研究

（H19－医薬－一般-025）

研究報告書

（総括研究報告書＋分担研究報告書）

平成２１年（２００９年）３月

研究代表者：和田　清

目　次

Ⅰ．総括研究報告書　　和田　清（国立精神･神経センター　精神保健研究所）･･･････ 1

Ⅱ．分担研究報告書

Ⅱ－１．薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究

1-1：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査(2008 年)･･･････ 15
和田　清　（国立精神･神経センター　精神保健研究所）

1-2：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査･･･････ 87
尾崎　茂　（国立精神･神経センター　精神保健研究所）

1-3：全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究･･･ 135
庄司正実　（目白大学　人間社会学部）

1-4：大学新入生における薬物乱用実態に関する研究･･･････ 163
嶋根卓也　（国立精神･神経センター　精神保健研究所）

1-5：監察医務院における薬物検出の実態に関する研究･･･････ 193
福永龍繁　（東京都監察医務院）

Ⅱ－２．「回復」に向けての対応策に関する研究

2-1：薬物依存症者に対する社会復帰資源に関する研究（２）･･･････ 205
宮永　耕　（東海大学　健康科学部社会福祉学科）

2-2：少年施設における薬物乱用防止教育ツールの開発に関する研究･･･････ 217
松本俊彦　（国立精神･神経センター　精神保健研究所）

2-3：薬物依存症者の治療における家族介入の有効性評価に関する研究･･･････ 235
近藤あゆみ（新潟医療福祉大学　社会福祉学部社会福祉学科）

Ⅲ：海外渡航報告書

1.　和田　清：ニューヨーク、サンフランシスコ（米国）･･･････ 249

2.　嶋根卓也：チェンマイ（タイ王国）･･･････ 250

3.　宮永　耕：ワルシャワ、クラクフ（ポーランド）、ガヴレ（ベルギー）、ミーセン（ノルウェー）･･･････ 252

4.　松本俊彦：ウースター、ボストン、ニューヨーク（米国）･･･････ 253

Ⅳ：研究成果の刊行に関する一覧表･･･････ 254

Ⅴ：研究成果の刊行物・別刷り･･･････別添

総括研究報告書

平成20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)
総括研究報告書

薬物乱用・依存等の実態把握と「回復」に向けての対応策に関する研究

(H19-医薬一般-025)

研究代表者　和田　清　国立精神・神経センター精神保健研究所薬物依存研究部長

研究要旨　薬物乱用・依存対策の立案・評価の際の基礎資料に供するために、薬物乱用・依存等の実態を把握し、同時に、「回復」に向けての対応策を提示するための研究を実施した。

■研究1　薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究　性質の異なる対象に対して、実態調査を実施した。**研究1-1：全国中学生調査**　①有機溶剤の生涯経験率は男子で0.9%、女子で0.6%、全体では0.8%であった。この結果は、男女及び全体で、1996年に開始した一連の本調査では最低の値である。　②有機溶剤乱用の勢いは確実に弱くなってきていると考えられる。　③有機溶剤乱用経験者群では、非経験者群に比べて、日常生活の規則性、学校生活、家庭生活、友人関係において、好ましくない傾向が統計学的有意差を持って強いことが再確認された。　④その背景には、家庭生活のあり方が大きく影響していると考えられる。経験者群では、「親との相談頻度」「家族との夕食頻度」が有意に低く、逆に「大人不在での時間」が有意に長く、親子の共有時間が少ない傾向が再確認された。　⑤中学生における喫煙と大人が同伴しない飲酒は、有機溶剤乱用と強い繋がりを持っており、これらは、有機溶剤乱用への「ゲイトウェイ」となっている可能性が再確認された。　⑥大麻の生涯経験率は、男子で0.4%、女子で0.2%、全体で0.3%であり、覚せい剤の生涯経験率は、男子で0.4%、女子で0.2%、全体で0.3%であった。この結果は、大麻、覚せい剤ともに減少傾向を示している。　⑦有機溶剤・大麻・覚せい剤乱用による健康への害知識の周知率は調査年毎に上昇していたが、今回の2008年では2006年に比べて低下していた。この結果を重く受け止め、再度、薬物乱用防止教育の実施とあり方を検討する必要がある。　⑧有機溶剤乱用と大麻・覚せい剤乱用との間には強い結びつきがあることが再確認された。同時に、喫煙経験と有機溶剤乱用経験との間にも結びつきが認められた。このことは、わが国の中学生では、喫煙→有機溶剤乱用→大麻・覚せい剤乱用という流れがあることを強く示唆する結果であった。**研究1-2：全国精神科病院調査**　①主たる使用薬物別では、「覚せい剤症例」が52.1%と最も多く、「有機溶剤症例」14.1%と合わせると全体の2/3を占めた。　②「覚せい剤症例」の病態としては精神病性障害が中心で、従来の調査と同様に長期にわたる遷延性の状態像がうかがわれた。　③有機溶剤乱用は下火になりつつあるが、「使用歴を有する薬物」としては43.7%、「初回使用薬物」としても41.2%と依然として高い水準を維持しており、薬物乱用への入門薬としての役割は依然として軽視できない。　③「睡眠薬症例」と「抗不安薬症例」を合わせた鎮静剤関連症例の割合は徐々に増加の傾向がみられており、これらと「鎮痛薬症例」では平均年齢、使用開始年齢など高く、複数の薬物を併用する傾向がみられた。　④「大麻症例」は全体の2.5%と前回調査と同様に低い割合であったが、「大麻使用歴を有する症例」は全体の26.1%と高水準を保っていた。　⑤「リタリン症例」は0.7%、「リタリン使用歴を有する症例」としても2.5%と低下しており、保険適用病名の変更および処方・調剤・流通管理の厳格化による一定の効果が現れていると思われた。　⑥また、各症例において「治療・回復において問題となる点」としては、「使用欲求・渇望のコントロール困難」が48%と最も高く、次いで「断薬への動機付けが希薄なこと」「精神科併存症の存在」がそれぞれ1/3にみられた。　⑦これらの結果から、「依存症」と「併存症」に焦点を当てた治療プログラムの充実や社会資源の整備が求められていることが明らかになった。**研究1-3：全国の児童自立支援施設調査**　①有機溶剤乱用経験者（以下、乱用者）は男性で10.7%、女性で30.5%であり、大麻乱用者は男性で4.0%、女性で14.0%であった。覚せい剤乱用者は男性で0.3%、女性で6.9%であった。ブタン乱用者は男性で11.7%、女性で18.8%であった。その他、抗不安薬(安定剤)乱用が男性で5.3%、女性で17.4%であり、ブロン(咳止め液)乱用は男性で2.8%、女性で10.2%であった。　②従来の結果と同様にすべての薬物にて女性は男性より乱用頻度が高かった。　③有機溶剤乱用は経年的には確

実に減少していた。 ④大麻乱用は経年的には大きな変化が認められなかった。 ⑤覚せい剤乱用は男女ともに2000年ころまでは増加傾向にあったが，2002年以降減少傾向を示していた。 ⑥入所非行児の非行程度はやや軽度化している傾向が疑われた。 ⑦児童自立支援施設入所児童は薬物乱用のハイリスクグループであが、これらの児童による乱用薬物は、従来の有機溶剤中心ではなくなってきていることが示された。**研究1-4：大学新入生における薬物乱用実態に関する研究** ①薬物乱用経験者は、大麻2名、有機溶剤1名のみであった。 ②2007年度を除き、大麻が最も乱用されている薬物であった。しかし、2000～2008年度の推移を見る限り、薬物乱用経験は、減少傾向にあると言えそうである。 ③「第三次薬物乱用防止5カ年戦略」では、大学生への対策が盛り込まれ、1次予防の対象が大学生までに拡大されるようになった。しかし、薬物依存の予防という観点からは、全体を対象とする1次予防のみならず、薬物と既に関わりを持つ学生に対する再発予防（早期発見、早期介入などの2次予防）も重要である。大学では、健康管理センターや学生相談室といったセクションに、薬物乱用に対応できる専門職（精神科医、臨床心理士、保健師など）がいると考えられる。今後、こういったセクションが再発予防のプログラムを提供できる環境を作っていく必要があると考えられる。また、必要に応じて、外部専門機関（精神保健福祉センター、精神科医療施設、自助グループなど）からの協力を得ることも重要であろう。**研究1-5：監察医務院における薬物検出の実態に関する研究** ①東京都監察医務院において取り扱った平成19年のすべての異状死総数13,154件，剖検2,647件のうち，薬毒物の検出状況を調査した。 ②検出された薬毒物としては，アルコール及び医薬品が非常に高頻度であり，検出率が低いものの一酸化炭素，青酸，ガス類，覚醒剤，MDMAなどが検出された。 ③検出された医薬品の中で最も高頻度に検出されたものが，睡眠・鎮静剤の中ではフェノバルビタール，精神・神経用剤の中では塩酸クロルプロマジン，その他として塩酸ブロメタジンであり，ベゲタミンAの関与する死亡の多いことが疑われた。 ④又，MDMAの濫用の5例についてその中毒発生状況を調査した。いずれも剖検によって初めてその濫用が判明した若年者であった。 ⑤今後，乱用防止に繋げるためにも，薬毒物の検査システムの充実と共に監察医制度のような死因究明制度の全国的展開が期待される。

■研究2 「回復」に向けての対応策に関する研究 研究2-1：薬物依存症者に対する社会復帰資源に関する研究(2) ①わが国の薬物依存者処遇中で大きな役割を担ってきたダルクの今日的な機能を明確にし、現在の社会制度のもとで運営されるダルクが抱える問題点を明らかにするために、全国50前後あるダルクの中でも、早期から自治体と「連携」し、公的補助金（障害者自立支援制度も含めて）を受けながら「発展」し、その運営・存在が「礎石」と見られてきた1か所のダルクを例に、ダルクと現行社会制度（特に自治体による公的経済援助）との関係を検討した。 ②財政全体に占める公的運営費補助の割合が拡大するにつれ、本来の回復のための自助組織から、「サービス・プロバイダー」としての「役割」任務の比重が増大していた。 ③このことは、不可避的に社会制度を反映した委託者側のコントロールに関わらざるを得なかったことを意味する。 ④このコントロールは、行政機関から指導監査等をとおした「改善指導」という形でNPO法人としてのダルク（事実上は「理事会」）に向けられる。 ⑤その結果、本来、当事者活動として進められてきたダルクの運営が、行政→理事会主導型に変遷して行き、運営主体と援助スタッフとの間にコンフリクトを生み出す結果となった。 ⑥結果的に、このダルクは運営上の窮地に陥ってしまっている。 ⑦現行の障害者自立支援法において、入寮を伴った大半のダルクは、制度に合わせて運営を変える（NPO法人化）以外に補助金を受託する方法はなく、利用者の要援助ニーズの内容とは必ずしも合致しない規準のもとで運営せざるを得ない面が強い。 ⑧行政機関はもとより、全国のダルク自体、一ダルクで起きている問題を重く受け止めて、解決策を検討してゆく必要がある。**研究2-2：少年施設における薬物乱用防止教育ツールの開発に関する研究** ①薬物乱用問題を持つ少年鑑別所被収容少年のための自習ワークブックを開発し、それを用いて少年鑑別所被収容少年に対して介入を試み、その前後で尺度を用いた評価を行った。 ②ワークブック終了後、薬物依存に対する自己効力感スケール得点の上昇は不十分なものであったが、薬物依存症に対する問題意識と治療に対する動機付けの程度を反映するSOCRATES項目の得点については、十分な上昇が認められた。 ③これらの結果から、本自習ワークブックが、薬物乱用問題を抱える少年が自らの問題に対する認識を深め、援助を受けることの必要性の自覚を促す可能性が示唆され、現実的で効率的、かつ汎用性が高い方法であると考えられた。**研究2-3：薬物依存症者の治療における家族介入の有効性評価に関する研究** ①薬物依存症リハビリテーション施設利用者の入所1年予後と家族の回復への取り組みとの関連

について検討した。 ②入所1年後には対象者の39.7%が施設の職員の同意を得ないで自主退寮をしていた。また、薬物乱用期間が長い者ほど、自主退寮者の割合が増加することが示された。 ③対象者の薬物乱用期間が長い家族は、短い家族と比較して、様々な薬物関連問題に悩まされているにも関わらず、家族が支援を受けることの意義や重要性を十分理解できておらず、回復への取り組みが消極的になっているケースが少なくないものと思われた。 ④本人の薬物乱用期間が長くなってくると、本人の潜在率は低下し、回復への取り組みが消極的である家族の割合も増加するが、家族の取り組みが積極的である場合は、消極的である場合に比べて、本人の潜在率が高い傾向が示され、家族支援・介入の意義はあるものと思われる。

【結論】 各種実態調査での薬物乱用経験率は減少傾向にある。ただし、乱用される薬物の種類をみると、「有機溶剤→覚せい剤」というわが国の伝統的な構図は大きく変化してきており、大麻の締める割合の増加が危惧される結果であった。また、わが国の薬物依存者処遇中で大きな役割を担ってきたダルクは、財政全体に占める公的運営費補助の割合が拡大するにつれて、本来の回復のための自助組織から、「サービス・プロバイダー」としての「役割」任務の比重が増大し、障害者自立支援法のもとで、行政→理事会主導型に変遷して行き、結果的に、経済的にも運営論的にも立ちゆかない状況に陥ってしまった実態が紹介された。行政機関はもとより、全国のダルク自体、一ダルクで起きている問題を重く受け止めて、解決策を検討してゆく必要がある。

分担研究者

和田　清　国立精神・神経センター
精神保健研究所 薬物依存研究部
部長

尾崎　茂　国立精神・神経センター
精神保健研究所 薬物依存研究部
室長

庄司正実　目白大学
人間社会学部　教授

嶋根卓也　国立精神・神経センター
精神保健研究所　薬物依存研究部
流動研究員

福永龍繁　東京都監察医務院
院長

宮永　耕　東海大学
健康科学部社会福祉学科　准教授

松本俊彦　国立精神・神経センター
精神保健研究所　薬物依存研究部
室長

近藤あゆみ　新潟医療福祉大学
社会福祉学部　社会福祉学科
講師

A. 研究目的

現在、我が国は未だ第三次覚せい剤乱用期にある。この間、薬物乱用対策推進本部により、平成10年5月に「薬物乱用防止5カ年戦略」が策定され、平成15年7月には「薬物乱用防止新五か年戦略」が策定され、平成20年8月には「第三次薬物乱用防止5カ年戦略」が策定された。

この15余年間、薬物乱用・依存状況は、当初は一部の外国人による新たな密売方法の出現、違法性薬物の入手可能性の高まり、乱用の若年層までへの拡大等、激変し、その後は、「脱法ドラッグ」、リタリンに代表される医薬品の乱用・依存、大麻乱用の拡大等、使用自体では捕まらない薬物の乱用という方向性で進行し、ある意味では混沌としていると評するべきであろう。

これらの状況変化のなかで、依存性薬物乱用・依存の実態把握の必要性と、薬物乱用・依存が及ぼす社会的影響と状況に合致した対策検討の必要性は、ますますその不可欠性を増している。

薬物乱用・依存の実態把握は違法行為の掘り起こし的性質があり、困難を極める。2007年度～2008年度の本研究では、薬物乱用・依存等の実態把握に関する調査研究を質の異なる複数対象群に対して、多方面からの実態調査を実施し、総合的な現状把握を試みた。対象・調査法は次の通りである。①わが国全体での薬物乱用・依存状況を把握するための全国住民調査（層化二段無作為抽出調査）（2007年度）、②薬物乱用開始最頻年齢層である中学生に対する全国調査（層別一段集落抽出調査）（2008年度）、③薬物依存・精神病に陥った患者を対象とした全国精神科医療施設調査（2ヶ月間の全数調査）、④ハイリスクグループである全国の児童自立支援施設入所者調査（全数調査）、

⑤大学新入生を対象とした意識・実態調査（定点調査）、⑥生物学的マーカーを使用した乱用実態調査の一つとしての監察医務院での調査である。

これらにより、わが国の薬物乱用・依存の実態を多面的に把握でき、乱用防止対策並びに薬物依存者対策立案・遂行の際の基礎資料に供することができると考えている。ただし、費用効率と調査される側の各種負担を考慮し、2007年度は①薬物使用に関する全国住民調査に重点をおき、②～⑥に関しては2008年の本調査に向けての準備研究とし、2008年度は①薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査と②～⑥の本調査を実施した。

また、覚せい剤事犯検挙者の再犯率が55.7%（2007年）と高いように、薬物依存からの「回復」は困難を極める。欧米では「治療共同体」が薬物依存症治療の主役を担っているが、このような社会資源はわが国には存在せず、医療施設とDARC（ダルク）を中心とする民間治療施設があるのみである。そこで、本研究では、将来のわが国での「治療共同体」導入を想定して、わが国に適した「治療共同体」とはどういう物なのかを検討すると共に、既存の社会資源（DARC等の民間治療施設）の抱える諸問題を明らかにし、合わせて、ハイリスク青少年（あるいは既に薬物を乱用した青少年）への「回復」支援法の提供とその有効性の検証、家族会の有効性研究を行うことによって、「回復」に向けた対応策整備の際の基礎資料を提供することにした。

B．各分担研究の目的、方法、及び結果

■研究1　薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究

研究1-1：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査

分担研究者　和田　清
国立精神・神経センター
精神保健研究所　薬物依存研究部長

わが国の中学生における薬物乱用の広がりを把握し、特に有機溶剤乱用に関する危険因子を特定することによって、中学生に対する薬物乱用防止対策の基礎資料に供するために、飲酒、喫煙、有機溶剤・大麻・覚せい剤乱用に対する意識・実態調査を実施した。その結果、以下のような結論を得た。

① **有機溶剤の生涯経験率**は男子で0.9%、女子で0.6%、全体では0.8%であった。この結果は、男女及び全体で、1996年に開始した一連の本調査では最低の値である。② 有機溶剤乱用の目撃率は着実に低下しており、「身近に経験者がいる」と答えた者の率も1998年のピーク（5.2%）から着実に減少していた（1.9%）。また、有機溶剤乱用に「誘われた」ことのある者の率も2000年調査をピーク（1.8%）に調査年次毎に漸減し、2008年には1.0%であった。③ 以上を総合して、有機溶剤乱用の勢いは確実に弱くなってきていると考えられる。④ 有機溶剤乱用経験者群では、非経験者群に比べて、日常生活の規則性、学校生活、家庭生活、友人関係において、好ましくない傾向が統計学的有意差を持って強いことが再確認された。⑤ その背景には、家庭生活のあり方が大きく影響していると考えられる。経験者群では、「親との相談頻度」「家族との夕食頻度」が有意に低く、逆に「大人不在での時間」が有意に長く、親子の共有時間が少ない傾向が再確認された。⑥ 結局、有機溶剤経験者群は、相対的に見れば、家庭にも、学校にもなじめず、友人関係も希薄な中学生たちが多く、「居場所のない子供たち」と推測することできよう。⑦ また、中学生における喫煙と大人が同伴しない飲酒は、有機溶剤乱用と強い繋がりを持っており、これらは、有機溶剤乱用への「ゲイトウェイ」となっている可能性が再確認された。⑧ 有機溶剤乱用による健康への害知識の周知率は調査年毎に上昇していたが、今回の2008年では2006年に比べて低下していた。この結果を重く受け止め、再度、薬物乱用防止教育の実施とあり方を検討する必要がある。⑨ 大麻、覚せい剤の生涯経験者数は無回答者数よりも少なく、その意味では参考データ的意味合いを否定はできないが、**大麻の生涯経験率**は、男子で0.4%、女子で0.2%、全体で0.3%であり、**覚せい剤の生涯経験率**は、男子で0.4%、女子で0.2%、全体で0.3%であった。大麻の生涯経験率は、1998年をピーク（0.7%）に、以後減少はしたものの、2000年～2004年と停滞していたが、今回の2008年調査で減少傾向をはっきりと確認することができた。覚せい剤の生涯経験率は、1998年、2004年に記録した最高値（0.5%）

以降、2006年、2008年と連続して減少していた。⑩ 大麻及び覚せい剤乱用による医学的害知識の周知度は、覚せい剤に関しては2006年調査の結果よりも低い結果であった。同時に、そもそもの周知度自体が未だに高いとは言えず、薬物乱用防止教育の一層の推進が望まれる結果であった。⑪ 大麻、覚せい剤の入手可能性は2002年から2006年にかけて減少していたが、今回の2008年調査の結果は2006年とほとんど同じか少々増加を示す結果であった。ただし、有機溶剤乱用非経験者群では「絶対不可能」を選択した者が、大麻でも覚せい剤でも男女ともに約70%弱であるのに対して、有機溶剤乱用経験者群では、大麻に関しては男子で約44%、女子で約63%の者が、また、覚せい剤に関しては男子で約43%、女子で44%の者が入手可能を選択していた。つまり、わが国の中学生にとって、有機溶剤を一回でも乱用すると言うことは、大麻、覚せい剤の入手が身近なものになる状況に入り込むことになるという特徴を強く示唆する結果であった。⑫ 法の遵守性については、喫煙については全体の約9%の者が「少々ならかまわない」を選んでいるのに対して、「シンナー遊び」に関してそれを選んだ者は1.3%に過ぎず、大麻では1.6%であったことは、同じ依存性薬物と言えども、有機溶剤及び大麻乱用への心理的垣根は喫煙よりははるかに高いことを物語っている。⑬ また、有機溶剤乱用経験者群の23.3%の者に大麻乱用の経験があり、20.6%の者に覚せい剤乱用の経験があり、**有機溶剤乱用と大麻・覚せい剤乱用との間には強い結びつきがあること**が再確認された。同時に、**喫煙経験と有機溶剤乱用経験との間にも結びつきが認められた。このことは、わが国の中学生では、喫煙→有機溶剤乱用→大麻・覚せい剤乱用という流れがあることを強く示唆する結果であった。**

研究1-2：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査

分担研究者　尾崎　茂
国立精神・神経センター
精神保健研究所薬物依存研究部室長

全国の精神科病床を有する医療施設1,622施設を対象に、薬物関連精神疾患の実態調査を郵送法にて施行し、785施設（48.4%）から284症例の報告を得た。主たる使用薬物別では、『覚せい剤症例』が148例（52.1%）と最も多く、『有機溶剤症例』40例（14.1%）と合わせると全体の2/3を占めた。『覚せい剤症例』の病態としては精神病性障害が中心で、従来の調査と同様に長期にわたる遷延性の状態像がうかがわれた。有機溶剤乱用は下火になりつつあるが、「使用歴を有する薬物」としては43.7%、「初回使用薬物」としても41.2%と依然として高い水準を維持しており、薬物乱用への入門薬としての役割は依然として軽視できない。『睡眠薬症例』と『抗不安薬症例』を合わせた鎮静剤関連症例の割合は徐々に増加の傾向がみられており、これらと『鎮痛薬症例』では平均年齢、使用開始年齢など高く、複数の薬物を併用する傾向がみられた。近年、大麻乱用の拡大が懸念されており、『大麻症例』は全体の2.5%と前回調査と同様に低い割合であったが、「大麻使用歴を有する症例」は全体の26.1%と高水準を保っていた。『リタリン症例』は2例（0.7%）、「リタリン使用歴を有する症例」としても7例（2.5%）と低下しており、保険適用病名の変更および処方・調剤・流通管理の厳格化による一定の効果が現れていると思われた。また、各症例において「治療・回復において問題となる点」としては、「使用欲求・渇望のコントロール困難」が48%と最も高く、次いで「断薬への動機付けが希薄なこと」「精神科併存症の存在」がそれぞれ1/3にみられた。これらの結果から、「依存症」と「併存症」に焦点を当てた治療プログラムの充実や社会資源の整備が求められていることが明らかになった。今後も、精神科医療現場における使用薬物の動向を把握しつつ、依存と併存症に対する適切な治療的処遇の検討と実現が急務の課題であると考えられた。

研究1-3：全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究

分担研究者　庄司正実　目白大学
人間社会学部　助教授

薬物乱用のハイリスク群である非行児の薬物への意識および実態を把握ために、全国の児童自立支援施設に入所中の児童に質問紙調査を実施し

た．有効調査人数は，1289 人であった．調査により以下のような結果が得られた：1)有機溶剤乱用経験者（以下、乱用者）数は男性 93 人(10.7%)女性 128 人(30.5%)，大麻乱用者数は男性 35 人(4.0%)女性 59 人(14.0%)，覚せい剤乱用者数は男性 3 人(0.3%)女性 29 人(6.9%)，ブタン乱用者数男性 102 人(11.7%)女性 79 人(18.8%)であった．その他，抗不安薬(安定剤)乱用が男性 46 人(5.3%)女性 73 人(17.4%)，ブロン(咳止め液)乱用が男性24人(2.8%)女性43人(10.2%)に認められた．従来の結果と同様にすべての薬物にて女性は男性より乱用頻度が高かった．2)1994 年度からの薬物乱用頻度の変化は以下のとおりである．有機溶剤乱用はこれまで男女とも減少傾向であったが，今回も同様であった．特に男性において減少傾向が強く，1994 年の 41.2%から 2006 年以降 10%前後になっている．女性でも 1994 年 59.6%から 2006 年以降 30%となっている．覚せい剤乱用は男女とも 2000 年ころまで増加傾向にあったが，2002 年以降減少傾向を示している．大麻乱用頻度について男性は 5%から 6%前後であったがあまり変化していない．女性では 1994 年(22.0%)および 1996 年(19.0%)はやや高かったが 1998 年から 14%から 15%台であまり変化はない．3)有機溶剤乱用に対する態度の年代変化を検討したところ，1998 年と比較して大きな変化は見られなかった．ことのことより近年の有機溶剤乱用頻度の減少と児童の薬物乱用への態度はあまり関係がないと考えられた．一方，入所非行児の非行歴を検討した結果非行程度がやや軽度化している傾向が疑われた．児童自立支援施設入所児童は薬物乱用のハイリスクグループである．今回の調査により児童の乱用薬物が従来のように有機溶剤中心ではなくなってきていることを示している．今後とも継続的に実態を把握していくことが必要である．

研究 1-4：大学新入生における薬物乱用実態に関する研究

分担研究者　嶋根卓也
国立精神・神経センター
精神保健研究所薬物依存研究部
流動研究員

大学生の薬物乱用実態の一端を把握するために、A 大学の新入生 376 名を対象に、自記式質問紙調査を実施し、以下の知見を得た。

1) 薬物乱用経験者は、**大麻 2 名、有機溶剤 1 名**のみであった。男子は、女子に比べて、大麻との距離が近く、乱用リスクが高い可能性が示唆された。2) 2007 年度を除き、**大麻が最も乱用されている薬物**であった。しかし、2000～2008 年度の推移を見る限り、薬物乱用経験は、減少傾向にあると言えそうである。3) 薬物乱用リスクが高いグループほど、生活習慣に乱れがあり、危険飲酒行動や喫煙経験が多く、反社会的な問題行動を経験している傾向がみられた。平成 20 年 8 月に新たに出された第三次薬物乱用防止 5 カ年戦略では、大学生への対策が盛り込まれ、1 次予防の対象が大学生までに拡大されるようになった。しかし、薬物依存の予防という観点からは、全体を対象とする 1 次予防のみならず、薬物と既に関わりを持つ学生に対する再発予防（早期発見、早期介入などの 2 次予防）も重要である。大学では、健康管理センターや学生相談室といったセクションに、薬物乱用に対応できる専門職（精神科医、臨床心理士、保健師など）がいると考えられる。今後、こういったセクションが再発予防のプログラムを提供できる環境を作っていく必要があると考えられる。また、必要に応じて、外部専門機関（精神保健福祉センター、精神科医療施設、自助グループなど）からの協力を得ることも重要であろう。

研究 1-5：監察医務院における薬物検出の実態に関する研究

分担研究者　福永龍繁
東京都監察医務院　院長

薬物濫用・依存の実態を知るために，東京都監察医務院において取り扱った平成 19 年のすべての異状死総数 13,154 件，剖検 2,647 件のうち，薬毒物の検出状況を調査した．検出された薬毒物として，アルコール及び医薬品が非常に高頻度であり，検出率が低いものの一酸化炭素，青酸，ガス類，覚醒剤，MDMA などが検出された．検出された医薬品の中で最も高頻度に検出されたものが，睡眠・鎮静剤の中ではフェノバルビタール，精神・神経用剤の中では塩酸クロルプロマジン，その他として塩酸プロメタジンであり，ペゲタミンAの

関与する死亡の多いことが疑われた．又，MDMA の濫用の 5 例についてその中毒発生状況を調査した。いずれも剖検によって初めてその濫用が判明した若年者であった．外表検査から病死が疑われても，剖検そして検査を行うことによって薬毒物の使用が発見された事例が多かった．

今後，乱用防止に繋げるためにも，薬毒物の検査システムの充実と共に監察医制度のような死因究明制度の全国的展開が期待される．

■研究２　「回復」に向けての対応策に関する研究

研究 2-1：薬物依存症者に対する社会復帰資源に関する研究（２）

分担研究者　宮永　耕　東海大学
健康科学部社会福祉学科　准教授

わが国の薬物依存者処遇で相対的に大きな領域を占める司法及び医療の諸制度と関連しつつ、社会福祉援助領域の中で大きな役割を担ってきたダルクの今日的な機能を明確にし、現在の法体系のもとで運営されるダルクが抱える問題点を明らかにするために、障害者自立支援制度と関わって運営されている１か所のダルクの例を取り上げて検討した。合わせて、ヨーロッパ諸国で行政による経費負担によって運営される治療共同体（TC）施設の運営状況をヒアリング調査し、その結果からダルクと TC におけるサービス委託関係の異同についても検討した。①行政から運営費補助を受けることになったダルクは、財政全体に占めるその割合が拡大するにつれ、不可避的に社会制度を反映した委託者側のコントロールに関わらざるを得ない。②上記のコントロールは、行政機関から直接援助スタッフに対して向けられるものではなく、指導監査等をとおした「改善指導」という形で、団体内部の運営に間接的に代行させる。それにより運営主体と援助スタッフとの間にコンフリクトを抱えるリスクが発生する。③現行の障害者自立支援法において、入寮を伴った大半のダルクの場合は特に、制度に合わせて運営を変える（NPO 法人化）以外に補助金を受託する方法はなく、利用者の要援助ニーズの内容とは必ずしも即応しない規準に対しても同様の選択をせざるを得ない。④行政からの運営費補助を受けて運営されるヨーロッパの TC 施設の場合、直接援助サービスの提供に関わるスタッフも回復者と専門援助職とで構成されているため、あるいは団体運営にも回復者と専門職とが同一の目的で関与するために、ダルクの場合におけるスタッフと支援者という関係でのコンフリクトは回避し易い。⑤社会制度の変化の中で多様に理解されてきているダルクの本来的な価値と独自の機能を有効に維持するためには、意識的に別の環境を創出（TC の設置等）して、援助機能を相対化することがどうしても必要であると考えられた。

研究 2-2：少年施設における薬物乱用防止教育ツールの開発に関する研究

分担研究者　松本俊彦
国立精神・神経センター
精神保健研究所　薬物依存研究部
室長

薬物乱用問題を持つ少年鑑別所被収容少年のための自習ワークブックを開発し、それを用いて少年鑑別所被収容少年 59 名に対して介入を試み、その前後で尺度を用いた評価を行った。ワークブック終了後、薬物依存に対する自己効力感スケール得点の上昇は不十分なものであったが、薬物依存症に対する問題意識と治療に対する動機付けの程度を反映する SOCRATES 項目の得点については、十分な上昇が認められた。これらの結果から、本自習ワークブックが、薬物乱用問題を抱える少年が自らの問題に対する認識を深め、援助を受けることの必要性の自覚を促す可能性が示唆された。また、本ワークブックを利用した者の感想から、ワークブックの難易度が適切なものであり、利用者の大半が有用であるという感想を持ったことが明らかにされた。以上より、少年鑑別所入所中における「自習ワークブック」による介入は、現実的で効率的、かつ汎用性が高い方法であると考えられた。

研究 2-3：薬物依存症者の治療における家族介入の有効性評価に関する研究

分担研究者　近藤あゆみ
新潟医療福祉大学
社会福祉学部　社会福祉学科　講師

薬物依存症リハビリテーション施設利用者の入所1年予後と家族の回復への取り組みとの関連について検討することを目的に研究を実施した。1)入所1年後には対象者の39.7%が施設の職員の同意を得ないで自主退寮をしていた。また、薬物乱用期間が長い者ほど、自主退寮者の割合が増加することが示された。2)入所前の対象者と家族との関係については、「家族と共に生活」が36.5%を占めており、「主たる生活費の出所が家族またはパートナー」の割合も41.3%を占めているという結果であった。このように、多くの家族は依存症者本人と密接な関係にあり、負担が大きいことが推測された。3)家族の回復への取り組みについては、約半数は回復への取り組みを積極的に行っていることが示されたが、同時に、依存症者本人の薬物乱用期間により家族の取り組み姿勢が変化する可能性が示唆された。4)また、対象者の薬物乱用期間が長い家族は、短い家族と比較して、様々な薬物関連問題に悩まされているにも関わらず、家族が支援を受けることの意義や重要性を十分理解できておらず、回復への取り組みが消極的になっているケースが少なくないものと思われた。5)薬物乱用期間が短い場合は、入所1年後に本人が施設にとどまっている率は高く、また、多くの家族はある程度積極的に回復に向けた取り組みを行っているが、それにも関わらず、本人が施設を出た後は、再び自宅に迎え入れているケースも存在することが示唆された。6)一方、本人の薬物乱用期間が長くなってくると、本人の滞在率は低下し、回復への取り組みが消極的である家族の割合も増加するが、家族の取り組みが積極的である場合は、消極的である場合に比べて、本人の滞在率が高い傾向が示されており、家族支援・介入の意義はあるものと思われる。7)これらの研究結果を踏まえ、今後は様々な段階の家族を念頭に置き、段階に応じた教育プログラム、動機付け、メンタルヘルス改善のための支援を行うなど、一層の家族支援・家族介入の充実が望まれる。

（倫理面への配慮）

本研究のすべては、各施設での倫理委員会に諮った上で実施した。

C．考察

研究1　薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究

1．調査の位置づけ

本調査研究は、わが国の薬物乱用・依存に関する意識・実態把握と、新たな乱用物質の迅速な把握システムの構築・維持を目的としている。

本研究グループでは、調査に要する費用と調査される側の各種負担を考慮し、各種調査を原則的には隔年ごとに繰り返す形を採用している。その結果、ひとつは①「薬物使用に関する全国住民調査」（以下、住民調査）を実施し、他の調査に関しては、既存の調査結果を再分析したり、他国での類似の調査システムを調査したりしながら、次年度への準備をする年度であり、もうひとつは、②「薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査」（以下、中学生調査）、「全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」（以下、精神科病院調査）、「全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究」（以下、児童自立支援施設調査）を実施する年度である。今回の2年間に渡る研究では、上記②の調査研究に、「大学新入生における薬物乱用実態に関する研究」と「監察医務院における薬物検出の実態に関する研究」を加えた。

本年度は上記の②の年度に当たる。

本研究では、これまで度々指摘してきたように、そもそも、この種の調査結果は乱用・依存者の絶対数を表すものではない。それはいかなる方法を採ろうとも不可能なことである。しかし、重要なことは、トレンドの把握であり、そのための調査の継続である。幸い、本グループによる一連の調査は国際的にも評価されており、1999年には米国のNational Institute on Drug Abuseの疫学部門より、2002年にはタイ王国のOffice of the Narcotic Control Boad, Office of the Prime Minister主催による会議に、また、2005年、2006年には台湾のDepartment of Health主催による国際会議にての講演を招聘されてきている。

2．量的調査の方法論的問題

量的調査の実施上、最も重要なことは、対象のサンプリング法と回答率の維持・向上である。

「中学生調査」では、1996年以来、層別一段集

落抽出法を用いており、サンプリング法としては問題ないと考えられる。また、調査実施校数の割合は、第一回の1996年には58.1%であったものが、1998年には71.2%、2000年には73.7%と上昇し、2002年調査でも71.0%と70%台を確保できた。しかし、2004年調査では69.3%と低下し、2006年調査では66.3%と70%台を割ってしまった。その原因としては、1998年には第三次覚せい剤乱用期への危機感が教育現場でも強く、「薬物乱用防止5カ年戦略」（薬物乱用対策推進本部）が策定されこともあって、調査実施校率があがったものの、その後の学校現場における様々な「事件」「問題」の頻発により、薬物乱用問題への社会的関心が相対的に薄められてきていることと、本調査の実施に割く時間が狭められた結果ではないかと推定している。今回の2008年調査での実施校率は62.7%であり、かろうじて60%台を確保出来た。おそらく、実施校率の低下傾向は今後も続くであろうが、継続こそが本調査研究の最大の価値であると考えられるため、今後も、70%を目標に継続実施してゆく必要があろう。

「全国精神病院調査」「全国児童自立支援施設調査」は全数調査という方法を採っている。

「全国精神病院調査」では、調査協力施設の割合がなかなか上がらない問題が続いている。2002度調査では、なんとか52.6%であり、2004年調査でも50.5%（837施設）であったが、2006年調査では56.7%を確保できた。しかし、今回の2008年調査では48.4%と50%を切ってしまった。

ただし、785施設中86.2%（全国の1,622施設中では41.7%）が「該当症例なし」と言う結果であり、回答率を上げる作業は「該当症例なし」の施設から、「該当症例なし」という報告をいただく作業になるきらいがある。その背景には、我が国の薬物関連精神障害患者に対する医療対応システムの貧困がある。当主任研究者による試算によれば、2000年6月30日時点での全国精神病院病名別在院患者数（「我が国の精神保健福祉」監修　精神保健福祉研究会）を元に算出すると、我が国の覚せい剤関連精神障害入院患者の約18%がわずか某6病院で占められている現実があり（1645施設中のわずか6施設である）、薬物関連精神障害患者に対する我が国の貧困な現状が明らかである。したがって、医療システムの開発・改善が急務であるが、その際、必須となる社会資源の一つが後述する「治療共同体」であると考えている。

「全国児童自立支援施設調査」での対象数は、1994年で1339人，1996年で1194人，1998年で1315人，2000年で1327人と、1200人から1300人前後で一定していたが，2002年では851人と減少した。2004年調査では、質問項目数を少なくし回収率が低下しないよう配慮したこともあり、回収数は1230人となり、2002年より前のレベルに戻すことができた。しかし、2006年調査では986人と後退してしまった。今回の2008年調査では1,289人と回復したが、そもそも調査の実施自体が施設にとっては負担であることは否めず（「全国中学生調査」「全国精神病院調査」でも言えることであるが）、全国調査の維持と言うものがなかなか容易ではないと言うことを実感せざるを得ない。

昨秋、大学生における大麻乱用の報道が頻発したことは記憶に新しい。ただし、この時期に大学生間で大麻の乱用が急に増加したのではなく、大麻の乱用はすでに社会全般に広がりを見せていたが、「有名大学生」の逮捕に端を発した報道の頻発であったことは押さえておく必要がある。しかし、そもそも、わが国には全国の大学生における薬物乱用実態把握調査は事実上存在しない。そこで、せめてもという思いで実施しているのが、A大学との協力の下で実施している「大学新入生における薬物乱用実態に関する研究」である。わずか1校での調査であるから、その結果を持って云々は言えないが、各大学にはこの種の調査の重要性に目を向けて頂きたい。実態把握なくして対策はたてられない。

また、薬物乱用・依存状況の把握には、可能ならば何らかの生物学的マーカーを用いた調査が最適である。そのため、当研究代表者は、かつて第三次救急医療センター受診者の尿・血液からの薬物検出調査を組織したことがあったが、各施設でのマンパワー不足により、結果的に断念せざるを得なかった。そこで、今回の2年間の研究では、東京都監察医務院の協力を得て、監察医務院が関与した死体検案例における薬物検出の実態調査を行うことにした。

研究2　「回復」に向けての対応策に関する研究

1．研究の位置付け

薬物乱用・依存が医療面に限らず社会のあらゆる分野に影響を及ぼしている事は論を待たない。そのため、わが国では「ダメ！ゼッタイ」をスローガンに強力な一次予防対策が続けられている。しかし、本研究代表者らによる調査によれば、薬物関連精神障害者の約 75%の者はすでに薬物を乱用している友人・知人から「勧められて」薬物の乱用を開始していた。この事実は、真の薬物乱用防止のためには、強力な一次予防と共に、二次予防（早期発見・早期治療）・三次予防（薬物依存からの回復と社会復帰）を推進することによって、新たな薬物乱用者を誘い込む可能性のある薬物乱用・依存者を減らさない限り、新たな薬物乱用者が繰り返し生まれてくることを物語っている。

平成10年に始まった「薬物乱用防止5か年戦略」において、二次予防・三次予防の重要性が指摘されていたにもかかわらず、実際には実効的対策はほとんどとられず、結果的に薬物依存症治療に限れば、わが国は先進諸国の中で、この点においては世界最貧国と言っても過言ではない状況のままである。それが原因の全てではないにしても、結果として、覚せい剤事犯検挙者の再犯率は 55.7%（2007 年）と高い。従来の「薬物乱用防止（新）5か年戦略」では「4つの目標」の4番に位置づけられてきた「薬物依存・中毒者の治療・社会復帰」が「第三次薬物乱用防止五か年戦略」では2番目に位置づけられた意味はそこのあるのであろう。

世界的に見た場合、薬物依存症治療の主な場所は「治療共同体」である。しかし、わが国にはそのような社会資源は存在せず、医療施設と DARC（ダルク）を中心とする民間治療施設があるのみである。しかも、有床精神科医療施設は全国に約 1,660 前後あるが、そのうちのわずか6施設に、入院している全覚せい剤関連精神障害患者の約 18～19%が入院しているという驚くべき偏在がある（厚労省による6月 30 日現在調査）。

米国では「drug court 制度」（薬物裁判所制度）が一般化し、薬物乱用・依存者に対する医療と司法の協同システムとして世界的関心を集めているが、わが国では前述したように、ダルクと限られた医療施設以外に「受け皿」が存在しない。そもそもダルクとは、薬物依存症から回復したいと願う当事者たちが回復をめざして共同生活する場であった。しかし、今回の宮永による分担研究報告にあるように、全国に 50 前後あるダルクの中でも、早くから自治体と連携し合い、公的補助金のもとに順調に「成長」し、「盤石」と見られていた某ダルクが、公的補助金を受け続ける中で「リハビリ・プロバイダー」としての役割が大きくなり、運営上も当事者主体というよりは理事会主導型への変更を余儀なくされ、最終的には障害者自立支援法のもとで、運営上立ちゆかなくなった事実の投げかける問題は大きい。このことに関しては、行政機関はもとより、全国のダルク自体、重く受け止めて頂きたい問題である。

当研究者らは、わが国が早急にすべき事は、薬物依存症者を受け入れる施設とシステムの整備であるという認識の下で、わが国での「治療共同体」導入を想定して、わが国に適した「治療共同体」とはどのような物なのかを検討すると共に、既存の社会資源（ダルク、家族会と少年鑑別所）の有効利用法、ならびにその有効性を明らかにしようと試みた。特に、家族会については、「薬物乱用防止新五か年戦略」で「薬物依存・中毒者の家族への支援を充実する」と唱われてはいるものの、その具体策は示されてこなかった。この「家族への相談体制・支援等の充実」は、「民間団体等との連携の強化」とともに、「第三次薬物乱用防止五か年戦略」でも謳われている。「そこで本研究では、薬物乱用・依存者を持つ家族の実態調査を実施すると同時に、家族会の有効性を検証した。

D．結論

薬物乱用・依存対策の立案・評価の際の基礎資料に供するために、薬物乱用･依存等の実態を把握し､同時に、「回復」に向けての対応策を提示するための研究を実施した。

■研究１　薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究

研究 1-1：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査

①**有機溶剤の生涯経験率**は男子で 0.9%、女子で 0.6%、全体では 0.8%であった。この結果は、男女及び全体で、1996 年に開始した一連の本調査では最低の値である。　②有機溶剤乱用の勢いは確実に弱くなってきていると考えられる。　③有機溶剤乱用経験者群では、非経験者群に比べて、日常

生活の規則性、学校生活、家庭生活、友人関係において、好ましくない傾向が統計学的有意差を持って強いことが再確認された。④その背景には、家庭生活のあり方が大きく影響していると考えられる。経験者群では、「親との相談頻度」「家族との夕食頻度」が有意に低く、逆に「大人不在での時間」が有意に長く、親子の共有時間が少ない傾向が再確認された。⑤結局、有機溶剤経験者群は、相対的に見れば、家庭にも、学校にもなじめず、友人関係も希薄な中学生たちが多く、「居場所のない子供たち」と推測することできよう。⑥また、中学生における喫煙と大人が同伴しない飲酒は、有機溶剤乱用と強い繋がりを持っており、これらは、有機溶剤乱用への「ゲイトウェイ」となっている可能性が再確認された。⑦有機溶剤乱用による健康への害知識の周知率は調査年毎に上昇していたが、今回の2008年では2006年に比べて低下していた。この結果を重く受け止め、再度、薬物乱用防止教育の実施とあり方を検討する必要がある。⑧大麻、覚せい剤の生涯経験者数は参考データ的意味合いを否定はできないが、**大麻の生涯経験率**は、男子で0.4%、女子で0.2%、全体で0.3%であり、**覚せい剤の生涯経験率**は、男子で0.4%、女子で0.2%、全体で0.3%であった。大麻の生涯経験率は、1998年をピーク（0.7%）に、以後減少はしたものの、2000年～2004年と停滞していたが、今回の2008年調査で減少傾向をはっきりと確認することができた。覚せい剤の生涯経験率は、1998年、2004年に記録した最高値（0.5%）以降、2006年、2008年と連続して減少していた。⑨大麻及び覚せい剤乱用による医学的害知識の周知度は、覚せい剤に関しては2006年調査の結果よりも低い結果であった。同時に、そもそもの周知度自体が未だに高いとは言えず、薬物乱用防止教育の一層の推進が望まれる結果であった。⑩大麻、覚せい剤の入手可能性は有機溶剤乱用非経験者群に比べて有機溶剤乱用経験者群では圧倒的に高く、わが国の中学生にとって、有機溶剤を一回でも乱用すると言うことは、大麻、覚せい剤の入手が身近なものになる状況に入り込むことになるという特徴を強く示唆する結果であった。⑪法の遵守性については、同じ依存性薬物と言えども、有機溶剤及び大麻乱用への心理的垣根は喫煙よりははるかに高いことを物語っていた。⑫また、有機溶剤乱用経験者群の23.3%の者に大麻乱用の経験があり、20.6%の者に覚せい剤乱用の経験があり、**有機溶剤乱用と大麻・覚せい剤乱用との間には強い結びつきがあることが再確認された。同時に、喫煙経験と有機溶剤乱用経験との間にも結びつきが認められた。このことは、わが国の中学生では、喫煙→有機溶剤乱用→大麻・覚せい剤乱用という流れがあることを強く示唆する結果であった。**

研究1-2：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査

①主たる使用薬物別では，「覚せい剤症例」が52.1%と最も多く，「有機溶剤症例」14.1%と合わせると全体の2/3を占めた。②「覚せい剤症例」の病態としては精神病性障害が中心で，従来の調査と同様に長期にわたる遷延性の状態像がうかがわれた。③有機溶剤乱用は下火になりつつあるが，「使用歴を有する薬物」としては43.7%，「初回使用薬物」としても41.2%と依然として高い水準を維持しており，薬物乱用への入門薬としての役割は依然として軽視できない。③「睡眠薬症例」と「抗不安薬症例」を合わせた鎮静剤関連症例の割合は徐々に増加の傾向がみられており，これらと「鎮痛薬症例」では平均年齢，使用開始年齢など高く，複数の薬物を併用する傾向がみられた。④近年，大麻乱用の拡大が懸念されており，「大麻症例」は全体の2.5%と前回調査と同様に低い割合であったが，「大麻使用歴を有する症例」は全体の26.1%と高水準を保っていた。⑤「リタリン症例」は0.7%，「リタリン使用歴を有する症例」としても2.5%と低下しており，保険適用病名の変更および処方・調剤・流通管理の厳格化による一定の効果が現れていると思われた。⑥また，各症例において「治療・回復において問題となる点」としては，「使用欲求・渇望のコントロール困難」が48%と最も高く，次いで「断薬への動機付けが希薄なこと」「精神科併存症の存在」がそれぞれ1/3にみられた。⑦これらの結果から，「依存症」と「併存症」に焦点を当てた治療プログラムの充実や社会資源の整備が求められていることが明らかになった。今後も，精神科医療現場における使用薬物の動向を把握しつつ，依存と併存症に対する適切な治療的処遇の検討と実現が急務の課題であると考えられた。

研究 1-3：全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究

①有機溶剤乱用経験者（以下、乱用者）は男性で10.7%、女性で30.5%であり、大麻乱用者は男性で4.0%、女性で14.0%であった。覚せい剤乱用者は男性で0.3%、女性で6.9%であった。ブタン乱用者は男性で11.7%、女性で18.8%であった。その他，抗不安薬(安定剤)乱用が男性で5.3%、女性で17.4%であり、ブロン(咳止め液)乱用は男性で2.8%、女性で10.2%であった。　②従来の結果と同様にすべての薬物にて女性は男性より乱用頻度が高かった。　③有機溶剤乱用は経年的には確実に減少していた。　④大麻乱用は経年的には大きな変化が認められなかった。　⑤覚せい剤乱用は男女ともに2000年ころまでは増加傾向にあったが，2002年以降減少傾向を示していた。⑥入所非行児の非行程度はやや軽度化している傾向が疑われた。　⑦児童自立支援施設入所児童は薬物乱用のハイリスクグループであが、これらの児童による乱用薬物は、従来の有機溶剤中心ではなくなってきていることが示された。

研究 1-4：大学新入生における薬物乱用実態に関する研究

①薬物乱用経験者は、大麻2名、有機溶剤1名のみであった。　②2007年度を除き、**大麻が最も乱用されている薬物**であった。しかし、2000~2008年度の推移を見る限り、薬物乱用経験は、減少傾向にあると言えそうである。　③薬物乱用リスクが高いグループほど、生活習慣に乱れがあり、危険飲酒行動や喫煙経験が多く、反社会的な問題行動を経験している傾向がみられた。　④「第三次薬物乱用防止5カ年戦略」では、大学生への対策が盛り込まれ、1次予防の対象が大学生までに拡大されるようになった。しかし、薬物依存の予防という観点からは、全体を対象とする1次予防のみならず、薬物と既に関わりを持つ学生に対する再発予防（早期発見、早期介入などの2次予防）も重要である。大学では、健康管理センターや学生相談室といったセクションに、薬物乱用に対応できる専門職（精神科医、臨床心理士、保健師など）がいると考えられる。今後、こういったセクションが再発予防のプログラムを提供できる環境を作っていく必要があると考えられる。また、必要に応じて、外部専門機関（精神保健福祉センター、精神科医療施設、自助グループなど）からの協力を得ることも重要であろう。

研究 1-5：監察医務院における薬物検出の実態に関する研究

①東京都監察医務院において取り扱った平成19年のすべての異状死総数13,154件，剖検2,647件のうち，薬毒物の検出状況を調査した。　②検出された薬毒物としては，アルコール及び医薬品が非常に高頻度であり，検出率が低いものの一酸化炭素，青酸，ガス類，覚醒剤，MDMAなどが検出された。　③検出された医薬品の中で最も高頻度に検出されたものが，睡眠・鎮静剤の中ではフェノバルビタール，精神・神経用剤の中では塩酸クロルプロマジン，その他として塩酸プロメタジンであり，ベゲタミンAの関与する死亡の多いことが疑われた。　④又，MDMAの濫用の5例についてその中毒発生状況を調査した。いずれも剖検によって初めてその濫用が判明した若年者であった。外表検査から病死が疑われても，剖検そして検査を行うことによって薬毒物の使用が発見された事例が多かった。　⑤今後，乱用防止に繋げるためにも，薬毒物の検査システムの充実と共に監察医制度のような死因究明制度の全国的展開が期待される。

■研究２　「回復」に向けての対応策に関する研究

研究 2-1：薬物依存症者に対する社会復帰資源に関する研究(2)

①わが国の薬物依存者処遇中で大きな役割を担ってきたダルクの今日的な機能を明確にし、現在の社会制度のもとで運営されるダルクが抱える問題点を明らかにするために、全国50前後あるダルクの中でも、早期から自治体と「連携」し、公的補助金（障害者自立支援制度も含めて）を受けながら「発展」し、その運営・存在が「盤石」と見られてきた1か所のダルクを例に、ダルクと現行社会制度（特に自治体による公的経済援助）との関係を検討した。　②財政全体に占める公的運営費補助の割合が拡大するにつれ、本来の回復のための自助組織から，「サービス・プロバイダー」としての「役割」任務の比重が増大していた。　③

このことは、不可避的に社会制度を反映した委託者側のコントロールに関わらざるを得なかったことを意味する。 ④このコントロールは、行政機関から指導監査等をとおした「改善指導」という形で NPO 法人としてのダルク（事実上は「理事会」）に向けられる。 ⑤その結果、本来、当事者活動として進められてきたダルクの運営が、行政→理事会主導型に変遷して行き、運営主体と援助スタッフとの間にコンフリクトを生み出す結果となった。 ⑥結果的に、このダルクは運営上立ちゆかない状況に陥ってしまっている。 ⑦現行の障害者自立支援法において、入寮を伴った大半のダルクは、制度に合わせて運営を変える（NPO 法人化）以外に補助金を受託する方法はなく、利用者の要援助ニーズの内容とは必ずしも合致しない規準のもとで運営せざるを得ない面が強い。 ⑧行政機関はもとより、全国のダルク自体、一ダルクで起きている問題を重く受け止めて、解決策を検討してゆく必要がある。 ⑨なお、本研究では、ヨーロッパ諸国で行政による経費負担によって運営される TC 施設の運営状況もヒアリング調査した。行政からの運営費補助を受けて運営される TC 施設の場合、直接援助サービスの提供に関わるスタッフも回復者と専門援助職とで構成されるため、あるいは団体運営にも回復者と専門職とが同一の目的で関与するために、ダルクの場合にみるスタッフと支援者という関係でのコンフリクトは回避し易い。

社会制度の変化の中で多様に理解されてきているダルクの本来的な価値と独自の機能を有効に維持するためには、意識的に別の環境を創出（TC の設置等）して、援助機能を相対化することがどうしても必要であると考えられた。

研究 2-2：少年施設における薬物乱用防止教育ツールの開発に関する研究

①薬物乱用問題を持つ少年鑑別所被収容少年のための自習ワークブックを開発し、それを用いて少年鑑別所被収容少年に対して介入を試み、その前後で尺度を用いた評価を行った。 ②ワークブック終了後、薬物依存に対する自己効力感スケール得点の上昇は不十分なものであったが、薬物依存症に対する問題意識と治療に対する動機付けの程度を反映する SOCRATES 項目の得点については、十分な上昇が認められた。 ③これらの結果から、本自習ワークブックが、薬物乱用問題を抱える少年が自らの問題に対する認識を深め、援助を受けることの必要性の自覚を促す可能性が示唆された。 ④以上より、少年鑑別所入所中における「自習ワークブック」による介入は、現実的で効率的、かつ汎用性が高い方法であると考えられた。

研究 2-3：薬物依存症者の治療における家族介入の有効性評価に関する研究

①薬物依存症リハビリテーション施設利用者の入所 1 年予後と家族の回復への取り組みとの関連について検討した。 ②入所 1 年後には対象者の 39.7%が施設の職員の同意を得ないで自主退寮をしていた。また、薬物乱用期間が長い者ほど、自主退寮者の割合が増加することが示された。 ③対象者の薬物乱用期間が長い家族は、短い家族と比較して、様々な薬物関連問題に悩まされているにも関わらず、家族が支援を受けることの意義や重要性を十分理解できておらず、回復への取り組みが消極的になっているケースが少なくないものと思われた。 ④本人の薬物乱用期間が長くなってくると、本人の滞在率は低下し、回復への取り組みが消極的である家族の割合も増加するが、家族の取り組みが積極的である場合は、消極的である場合に比べて、本人の滞在率が高い傾向が示され、家族支援・介入の意義はあるものと思われる。

E．健康危険情報

特記すべき個別情報はなし。

F．研究発表

1．著書

1）和田　清：Ⅲ．思春期の保健　薬物の乱用・依存・中毒．思春期医学臨床テキスト．日本小児科学会編（監修　別所文雄、五十嵐隆）．診断と治療社．東京．pp. 76-pp. 80，　2008. 4. 25.

2）嶋根卓也（分担執筆）、林謙治（編著）：青少年の健康リスク-喫煙、飲酒および睡眠障害の全国調査から-、第 5 章 青少年の薬物乱用．自由企画・出版、東京、p97-107, 2008.

3）松本俊彦：思春期と薬物乱用．中根晃・牛島定信・村瀬嘉代子 編 詳解 子どもと思春期の精神医学，pp89-96，金剛出版，東京，2008

2．論文発表

1）和田　清、尾崎　茂、近藤あゆみ：薬物乱用

・依存の今日的状況と政策的課題．日本アルコール・薬物医学会雑誌 43(2):120-131, 2008.
2) 和田　清：心の健康をめざした薬物乱用防止教育を．特集　今こそ薬物乱用防止教育・指導の徹底を！．心とからだの健康 Vol.13, No.133: 14-18, 2009.
3) 尾崎　茂：覚せい剤依存症の疫学的研究。最新精神医学 14(2) : 133-138, 2008.
4) 嶋根卓也：薬物依存症治療の新しい挑戦.龍谷大学矯正・保護研究センター研究年報,第 5 号,p41-53,2008.
5) 嶋根卓也、和田清：定時制高校生における薬物乱用と問題行動との関連、日本社会精神医学会,17(3),233-244.2009.
6) 宮永耕：薬物依存者処遇におけるサービスプロバイダとしての治療共同体について：龍谷大学矯正･保護研究センター研究年報 5：現代人文社.19-39, 2008
7) 宮永耕：覚せい剤依存者の地域生活移行支援：最新精神医学 14 (2) : 171-176, 2009
8) Matsumoto T, Imamura F: Self-injury in Japanese junior and senior high-school students: Prevalence and association with substance use. *Psychiatry and clinical neurosciences* 62: 123-125, 2008
9) Kobayashi O, Matsumoto T, Otsuki M, Endo K, Okudaira K, Wada K, Hirayasu Y: Profiles Associated with Treatment Retention in Japanese Patients with Methamphetamine Use Disorder: A Preliminary Survey. *Psychiatry and clinical neurosciences* 62: 526-532, 2008

3．学会発表

1) 嶋根卓也，和田清，三島健一，藤原道弘：大学新入生における薬物乱用リスクと危険飲酒行動との関連，日本アルコール・薬物医学会雑誌.43(4):646-647.第 43 回日本アルコール・薬物医学会総会，横浜，2008.9.18-19.
2) 嶋根卓也、鈴木雅子：高校生における薬物乱用のハイリスクグループの特徴-反社会行動との関連から-.55(10):556.第 67 回日本公衆衛生学会総会，福岡,2008.11.5-7.
3) 鈴木雅子、嶋根卓也：高校生における薬物乱用のハイリスクグループの特徴-食行動異常との関連から-.55(10):556.第 67 回日本公衆衛生学会総会，福岡,2008.11.5-7.

G．知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし

分担研究報告書
(1－1)

平成20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)
分担研究報告書

薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査（2008年）

研究分担者　和田　清　国立精神・神経センター精神保健研究所薬物依存研究部長
研究協力者　嶋根卓也　同上（流動研究員）
尾崎米厚　鳥取大学医学部　社会医学講座環境予防医学　准教授
勝野眞吾　兵庫教育大学　副学長

研究要旨　わが国の中学生における薬物乱用の広がりを把握し、特に有機溶剤乱用に関する危険因子を特定することによって、中学生に対する薬物乱用防止対策の基礎資料に供するために、飲酒、喫煙、有機溶剤・大麻・覚せい剤乱用に対する意識・実態調査を実施した。調査期間は、2008年10月中（原則）であり、層別一段集落抽出法により選ばれた全国212校の全生徒を対象に、自記式調査を実施した。その結果、133校（対象校の62.7%）より、52,719人（対象校212校の全生徒想定数の54.8%）の回答を得た。有効回答数は52,541人（対象校212校の全生徒想定数の54.7%）であった。その結果、以下のような結論を得た。
①　**有機溶剤の生涯経験率**は男子で0.9%（1年生0.7%、2年生0.9%、3年生1.1%）、女子で0.6%（1年生0.5%、2年生0.5%、3年生0.9%）、全体では0.8%（1年生0.6%、2年生0.7%、3年生1.0%）であった。この結果は、男女及び全体で、1996年に開始した一連の本調査では最低の値である。②　有機溶剤乱用の目撃率は着実に低下しており（全体で、1996年の11.8%から2008年の2.8%）、「身近に経験者がいる」と答えた者の率も1998年のピーク（5.2%）から着実に減少していた（1.9%）。また、有機溶剤乱用に「誘われた」ことのある者の率も2000年調査をピーク（1.8%）に調査年次毎に漸減し、2008年には1.0%であった。③　以上を総合して、有機溶剤乱用の勢いは確実に弱くなってきていると考えられる。④　有機溶剤乱用経験者群では、非経験者群に比べて、日常生活の規則性、学校生活、家庭生活、友人関係において、好ましくない傾向が統計学的有意差を持って強いことが再確認された。⑤　その背景には、家庭生活のあり方が大きく影響していると考えられる。経験者群では、「親との相談頻度」「家族との夕食頻度」が有意に低く、逆に「大人不在での時間」が有意に長く、親子の共有時間が少ない傾向が再確認された。⑥　結局、有機溶剤経験者群は、相対的に見れば、家庭にも、学校にもなじめず、友人関係も希薄な中学生たちが多く、「居場所のない子供たち」と推測することができよう。⑦　また、中学生における喫煙と大人が同伴しない飲酒は、有機溶剤乱用と強い繋がりを持っており、これらは、有機溶剤乱用への「ゲイトウェイ」となっている可能性が再確認された。⑧　有機溶剤乱用による健康への害知識の周知率は調査年毎に上昇していたが、今回の2008年では2006年に比べて低下していた。この結果を重く受け止め、再度、薬物乱用防止教育の実施とあり方を検討する必要がある。⑨　大麻、覚せい剤の生涯経験者数は無回答者数よりも少なく、その意味では参考データ的意味合いを否定はできないが、参考データは参考データなりに推移を見る必要がある。**大麻の生涯経験率**は、男子で0.4%（1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.6%）、女子で0.2%（1年生0.1%、2年生0.2%、3年生0.4%）、全体で0.3%（1年生0.2%、2年生0.3%、3年生0.5%）であり、**覚せい剤の生涯経験率**は、男子で0.4%（1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.5%）、女子で0.2%（1年生0.1%、2年生0.2%、3年生0.4%）、全体で0.3%（1年生0.2%、2年生0.3%、3年生0.4%）であった。大麻の生涯経験率は、1998年をピーク（0.7%）に、以後減少はしたものの、2000年～2004年と停滞していたが、今回の2008年調査で減少傾向をはっきりと確認することができた。覚せい剤の生涯経験率は、1998年、2004年に記録した最高値（0.5%）以降、2006年、2008年と連続して減少していた。⑩　大麻及び覚せい剤乱用による医学的害知識の周知度は、覚せい剤に関しては2006年調査の結果よりも低い結果であった。同時に、そもそもの周知度自体が未だに高いとは言えず、薬物乱用防止教育の一層の推進が望まれる結果であった。⑪　大麻、覚せい剤の入手可能性は2002

年から2006年にかけて減少していたが、今回の2008年調査の結果は2006年とほとんど同じか少々増加を示す結果であった。ただし、有機溶剤乱用非経験者群では「絶対不可能」を選択した者が、大麻でも覚せい剤でも男女ともに約70%弱であるのに対して、有機溶剤乱用経験者群では、大麻に関しては男子で約44%、女子で約63%の者が、また、覚せい剤に関しては男子で約43%、女子で44%の者が入手可能を選択していた。つまり、わが国の中学生にとって、有機溶剤を一回でも乱用すると言うことは、大麻、覚せい剤の入手が身近なものになる状況に入り込むことになるという特徴を強く示唆する結果であった。⑫ 薬物の乱用経験率には、法の遵守性が大きく影響すると考えられる。喫煙については全体の約9%の者が「少々ならかまわない」を選んでいるのに対して、「シンナー遊び」に関してそれを選んだ者は1.3%に過ぎず、大麻では1.6%であったことは、同じ依存性薬物と言えども、有機溶剤及び大麻乱用への心理的垣根は喫煙よりははるかに高いことを物語っている。⑬

また、有機溶剤乱用経験者群の23.3%（男子で20.6%、女子で27.0%）の者に大麻乱用の経験があり、20.6%（男子で19.4%、女子で22.1%）の者に覚せい剤乱用の経験があり、**有機溶剤乱用と大麻・覚せい剤乱用との間には強い結びつきがあることが再確認された。同時に、喫煙経験と有機溶剤乱用経験との間にも結びつきが認められた。このことは、わが国の中学生では、喫煙→有機溶剤乱用→大麻・覚せい剤乱用という流れがあることを強く示唆する結果であった。**

（なお、2002年調査の報告書から、有機溶剤、大麻、覚せい剤乱用の生涯経験率、1年経験率、目撃率、乱用者周知率、生涯被誘惑率については、「無回答」を除いて計算し直した値を文章上は採用することにした。その結果、表での値と異なることがある。）

A. 研究目的

第三次覚せい剤乱用期に入って、10年以上が経過した。この間、わが国での薬物乱用状況は確実に変化してきている。その変化の特徴は、2006年での不正事犯数における有機溶剤と大麻の入れ替わりに象徴されるように「違法」から「脱法」への流れであり、有機溶剤優位型である「わが国独自型」から大麻優位の「欧米型」への変化としてとらえることができる[23]。

ただし、薬物乱用により精神障害をきたして精神病院を受診した患者調査（2006年）での初回使用薬物としては、有機溶剤が44.3%と断トツに高く[1]、覚せい剤の入手可能性の高まりの中で、有機溶剤乱用の経験なしに、いきなり覚せい剤乱用を始める若者の増加が推定される第3次覚せい剤乱用期においても、有機溶剤乱用が依然として重要な役割を担っていることを示唆している。

すなわち、わが国では、飲酒・喫煙を除けば、有機溶剤の乱用が精神医療の面からみて、その後の覚せい剤乱用への門を開く「ゲイトウェイ・ドラッグ」[2]としての役割を相変わらず担っている可能性が相変わらず高いと推定される。

この有機溶剤乱用は、14歳から16歳で開始されることが多く[3]、予防対策上は中学生が重要である。したがって、中学生における有機溶剤乱用（「シンナー遊び」）の実態を把握し、有機溶剤乱用に関連するハイリスク・ファクターを特定することは、わが国における薬物乱用防止対策上、不可欠である。

同時に、中学生における喫煙、飲酒は、有機溶剤乱用と強い関係を有していると推定され[3][4][5][6][7][8][9]、中学生における喫煙と飲酒の一部が有機溶剤乱用開始ないしは継続への「ゲイトウェイ」になっている可能性が高い[2][3][5]。

以上の考えから、平成20年度、平成8年度に初めて実施した、「薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査」[9]の第7回目調査を実施し、薬物乱用防止対策の基礎資料に供することを目的とした。

B. 研究方法

調査は、下記方法によって選ばれた対象校で、原則として、2008年10月中（一部11月～12月中）に、全生徒による自記式調査として実施した。

対象校の抽出方法には層別一段集落抽出法を用いた。抽出に用いたデータベースは、2008年版の全国学校総覧[10]である。どの都道府県からも最低1校は抽出されるようにするために、都道府県を層とし、中学生数に比例して都道府県毎に対象校の抽出を行った。すなわち、中学生数の最も少ない鳥取県での調査校数を1とし、その他の都道府

県での調査校数は、鳥取県の生徒数との比に従って、切り上げで決定し、その後、各都道府県での対象校数を2校以上確保するために、鳥取県での調査対象校数を2に変更した。

対象校の抽出は、各都道府県毎に、上記の手続きで決定された数の中学校を全中学校から無作為で抽出した。その際、学校毎の生徒数に比例して抽出確率を決める確率抽出法を用い、実際の抽出には乱数を使用した。

本調査での抽出法は、抽出された学校の全生徒を調査対象としたので、層別一段集落抽出法となる。この場合の集落とは学校を指す。

この操作により、全国の中学校から212校（想定96,130人）が選ばれた。

調査用紙には氏名等個人を特定できる項目はなく、学年、性別、日常生活の規則正しさ、学校生活、家庭生活、友人関係、喫煙について、飲酒について、「シンナー遊び」について、大麻乱用について、覚せい剤乱用について、薬物の入手し易さについての全51項目から構成されている。この調査項目は2000年調査時のものと同じである。

調査用紙は教師によって生徒に配られた。記載の終わった生徒は、同時に配られた個人用封筒に調査用紙を入れ、封をし、あらかじめ用意されたクラス毎の回収用封筒に個人用封筒を投函した。各学校はクラス用回収封筒をとりまとめて当研究所に郵送し、各封筒は当研究所にて初めて開封された。

212校（国立1校、公立202校、私立9校）中、調査を実施していただけた中学校は133校(国立0校、公立129校、私立4校：対象校の62.7%）であった。そのうちの10校については、学年・クラスを限定した実施であった。その内訳は、1年生の1クラスのみ実施1校、1年生の2クラスのみ実施1校、1年生のみ実施3校、3年生のみ実施4校、1年生の1クラスを除いた全員での実施1校であった。

以上の結果、52,719人（想定生徒数の54.8%。ただし、全国学校要覧による生徒数と実際の生徒数は一致しないため、正確な%は不明である）の調査用紙が回収されたが、うち1校では調査用紙を自宅に持って帰らせ、親等と一緒に記載をする方式をとっていたため、その回収用紙は本調査での結果の解析用としては無効とした(30通)。さらに、うち148通は、明らかな記載上の不備、または記載項目が全51問の50%を満たしていなかったため無効とした。したがって、有効回答は52,541人（想定生徒数の54.7%）である。

また、中学生における有機溶剤乱用の生涯経験率は、昼夜人口比の低い地域で高く、喫煙・飲酒の生涯経験率は持ち家率の高いところで高いことが指摘されており[18]、それなりの地域格差の存在が推定される。そこで、今回の調査が全国の中学生を対象にしながらも、全国を代表していない可能性もあるため、都道府県毎の回答状況を表1に示した。表1の実施状況が今回の調査結果にどのような影響を及ぼしているかは不明であるが、本調査の限界として、表1を見ておく必要がある。

有効回答の内訳は表2の通りである。男子26,740人、女子25,757人、性別不明者44人の計52,541人である。

その結果、以下の各表では、「全体」は男性＋女性＋性別不明者を意味している。結果の検定に当たっては、項目毎に回答の「無回答」を除外し、それぞれの項目毎に当該薬物の経験者群（以下、経験者群）と非経験者群（以下、非経験者群）とについてχ^2検定をおこなった。

C．研究結果

1．「シンナー遊び」について

1．有機溶剤乱用の広がりについて

(1)「シンナー遊び」の生涯経験率について

性別・学年別の「シンナー遊び」の生涯経験率（これまでに1回でも「シンナー遊び」をしたことがある者の率）は表3の通りである。

生涯経験率は男子で0.9%（1年生0.7%、2年生0.9%、3年生1.1%）、女子で0.6%（1年生0.5%、2年生0.5%、3年生0.9%）であり、全体では0.8%（1年生0.6%、2年生0.7%、3年生1.0%）であった。

男女ともに学年による有意差（$P<0.05$）が認められ、1996年調査[9]以降認められてきた学年と共に生涯経験率が高くなる傾向は、今回の調査でも認められた。

なお、生涯経験率の推移については、考察で論じる。

(2)「シンナー遊び」の1年経験率について

この1年間での「シンナー遊び」の経験率（1年経験率）は表4の通りである。

男子で0.7%（1年生0.5%、2年生0.7%、3年生0.8%）、女子で0.5%（1年生0.4%、2年生0.4%、3年生0.6%）であり、全体では0.6%（1年生0.5%、2年生0.5%、3年生0.7%）であった。

男女ともに、学年が進むにしたがって高くなる傾向が認められ、女子及び全体では統計学的有意差が認められた。

(3)「シンナー遊び」の目撃について

「あなたは、『シンナー遊び』をしているところを実際に見たことがありますか？」との問いに対する回答の分布を表5に示した。

男子の3.0%、女子の2.70%の生徒が実際に見たことがあるという結果であった。男女ともに、学年が進むにつれて見たことのある者が増えていく傾向が認められ、男子と全体では統計学的有意差が認められた。

なお、この目撃率の推移については考察で論じる。

(4)身近での「シンナー遊び」経験者の存在について

「あなたの身近に、『シンナー遊び』をしている人がいますか？」との問いに対する回答の分布を表6に示した。

男子では1.8%、女子では2.0%、全体では1.9%の者が「いる」と答えており、その割合は男女ともに学年が進むにつれて高くなる傾向が認められた。また、そこには統計学的有意差が認められた。

しかも、男子よりも女子に多い傾向は以前の同種の調査と同じであった[21][19][20][22][24]。

なお、上記の年次推移については考察で論じる。

(5)「シンナー遊び」への誘惑について

「あなたは、『シンナー遊び』に誘われたことがありますか？」との問いに対する回答の分布を表7に示した。

男子の1.0%、女子の1.0%の者が誘われたことが「ある」と答えており、男女ともに、学年が進むにつれて、誘われたことのある者の率が有意に高くなっていた。

なお、この誘われ経験率の推移については、考察で論じる。

2．有機溶剤乱用に対する捉え方

(1)「シンナー遊び」への関心について

「『シンナー遊び』について、あなたの気持ちはどれに最も近いですか？」との問いに対する未経験者群での回答の分布を表8に示した。

男女ともに、回答の分布には学年間で有意差（P<0.01）が認められるが、「関心がない」を選択した者は、男女ともに3年生で最も多く、「好奇心」は2年生で高い傾向が示唆された。この傾向は2002年調査[20]、2004年調査[23]、2006年調査[24]でも認められている。

なお、表8は未経験者についてだけの分析であるが、有機溶剤未経験者の中には、本問で「（シンナー遊びの）経験がある」を選択した者があり、本調査の「正確さ」を見るために、あえてその結果を公表した。

(2)「シンナー遊び」と法の遵守について

「『シンナー遊び』は法律で禁じられていますが、その『シンナー遊び』をすることをどう思いますか？」との問いに対する回答の分布を「シンナー遊び」の経験の有無を軸にして表9に示した。

回答の分布には、男女共に有意差（P<0.01）が認められ、未経験者群では男女共に約97%の者が「法律で禁止されているから、すべきではない」を選んだのに対して、経験者群では、男女共に「法律で禁止されてはいるが、少々ならかまわないと思う」「法律を守る必要は全然ないと思う」と答えた者が男子で約33%、女子で約39%おり、非経験者群、経験者群間で乖離していた。

(3)「シンナー遊び」と法規制の必要性について

「法律で『シンナー遊び』を禁止しているのをどう思いますか？」との問いに対する回答の分布を表10に示した。

回答の分布には、男女共に有意差（P<0.01）が

認められ、非経験者群では、男女ともに約93%の者が「当然だと思う」を選んだのに対して、経験者群では、「麻薬・覚せい剤とちがって、シンナーくらい禁止しなくてもいいのではないかと思う」「そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思う」と答えた者が相当数いた（男子で約26%、女子で約26%）。

(4)「シンナー遊び」をしている者への見方（その１）

「『シンナー遊び』をしている人について、どう思いますか？」との問いに対する回答の分布を表11に示した。

回答の分布には、男女共に有意差（$P<0.01$）が認められ、非経験者群では男女共に約97～96%の者が「自分には無関係の人だと思う」を選んだのに対して、経験者群では「『シンナー遊び』をする気持ちが理解できる気がする」ないしは「親しみを感じる」を選んだ者が相当数いた（男子で約30%、女子で約45%）。

(5)「シンナー遊び」をしている者への見方（その２）

「『シンナー遊び』をしている人と親しくなる事について、どう考えますか？」との問いに対する回答の分布を表12に示した。

回答の分布には、男女共に有意差（$P<0.01$）が認められた。非経験者群では「親しくなりたくない」を選んだ者が、男女共に79～75%前後だったのに対して、経験者群では男女共に「すでに親しい」を選んだ者が17～31%にのぼった。

この結果は、表11とあわせて、「シンナー遊び」をしている者に対する見方が、非経験者群、経験者群間で乖離していることを示唆している。

(6)「シンナー遊び」をする理由について

「『シンナー遊び』をしている人たちは、どうして『シンナー遊び』をするのだと思いますか？」との問いに対する回答の分布を表13に示した。

非経験者群では、男女ともに「本人に問題があるから」ないしは「家庭に問題があるから」が上位2つを占めたが、男子では本人に問題があるから」を選んだ者が最も多く、「女子では「家庭に問題があるから」を選んだ者が僅かではあるが最も多かった。この結果は2004年調査[20]、2006年調査[19]でも同様であった。

一方、経験者群でも、男女ともに、「本人に問題があるから」「家庭に問題があるから」が多いことは同じであるが、男女ともに「社会に問題があるから」、「学校に問題があるから」を選んだ者の割合も多かった。

「家庭に問題があるから」を選んだ者の割合には非経験者群、経験者群間での有意差は認められなかった。

３．有機溶剤乱用による医学的害について

(1)「シンナー」吸引による急性中毒死について

「『シンナー遊び』で死亡すること（急性中毒死）があるのを知っていますか？」との問いに対する回答の分布を表14に示した。

従来、この質問には、男女ともに、経験者群の方が「知っている」を選択した者の割合が高かったが[9][10][19]、2002年調査[20]で初めて、男子で「知っている」を選択した者が非経験者群の方が多いという結果になり、2004年調査[20]で初めて、男女ともに、「知っている」を選択した者が非経験者群の方が多いという結果であった（しかし、有意差はない）。しかし、2006年調査では、有意差はないものの、男子では経験者群の方が「知っている」を選択した者の割合が高いという従来のパターンに後戻りしてしまった。幸い（？）、今回の調査では、「知っている」と答えた者は男女ともに非経験者群で多いという結果であった。

非経験者群と経験者群とでどちらがより知っているかという問題は、下記の知識を含めて、薬物乱用防止教育を考える時に常に念頭に置いておくべき問題である。

(2)「シンナー」吸引の繰り返しによる歯の腐食について

「『シンナー遊び』を繰り返すと、歯がぼろぼろになりやすことを知っていますか？」との問いに対する回答の分布を表15に示した。

従来、この質問に対しては、男女ともに、経験

者群の方が「知っている」を選択した者の割合が高かったが[9][10][18]、2002年調査[20]で初めて、男子では「知っている」を選択した者が非経験者群の方が多くなり、2004年調査で再び元に戻ってしまった（ただし有意差はない）知識である。2006年調査[22]では、有意差はないものの、「知っている」を選んだ者が、再び非経験者群の方が多いというパターンに復帰したが、今回もそれを維持できた。

(3)「シンナー」吸引の繰り返しによる多発神経炎について

「『シンナー遊び』を繰り返すと、手足の筋肉や神経が衰え、物をつかめなかったり、歩けなくなること（多発神経炎）があるのを知っていますか？」との問いに対する回答の分布を表16に示した。

「知っている」を選んだ生徒の割合は、男子では1996年調査[9]、1998年調査[10]、2000年調査[18]では、経験者群の方で高かったが、2002年調査[20]では非経験者群の方が割合が高かった。女子では、1996年調査、2000年調査では、非経験者群の方で「知っている」を選んだ者の割合が高く、1998年調査では、経験者群の方で高かったが、2002年調査[20]では経験者群の方でわずかに高かった。

2004年調査[22]で、初めて、男女ともに非経験者の方が「知っている」を選んだ生徒の割合の方が多いという結果となったが、2006年調査につづいて、今回の2008年調査でもそれを維持できた。しかし、前述の(1)、(2)同様に、非経験者群と経験者群間では統計学的有意差（$p<0.05$）はなく、薬物乱用防止教育の一層の推進が望まれる結果であった。

(4)「シンナー」吸引の繰り返しによる有機溶剤精神病について

「『シンナー遊び』を繰り返すと、何もないのに物が見えたり（幻視）、実際には何も聞こえないのに、声が聞こえたり（幻聴）、誰も何とも思っていないのに、人が自分の事を非難していると思い込んだり（妄想）する状態（精神病状態）になることがあるのを知っていますか？」との問いに対する回答の分布を表17に示した。

1996年調査[9]では、男女ともに経験者群の方が「知っている」を選んだ者が多く、1998年調査[10]ではその割合は非経験者群の方が多かったが、男子では有意差がなく、2000年調査[18]では男女共に経験者群の方が割合が高いという結果であった。 2002年調査[20]では、男女ともに「知っている」を選んだ者は非経験者群で多く、男子では有意差も認められた。2006年調査では、男女ともに「知っている」を選んだ者は非経験者群で多く、同時に、男女ともにその結果には有意差があるという期待されるべき結果であった。今回もそれが維持出来た。

(5)「シンナー」吸引の繰り返しによる無動機症候群について

「『シンナー遊び』を繰り返すと、何事にも関心が持てなくなり、結果的に学校を欠席しがちになり、どんな仕事についても長続きしなくなること（無動機症候群）を知っていますか？」との問いに対する回答の分布を表18に示した。

2004年調査[22]では、男女共に、有意差こそ認められなかったが、「知っている」を選んだ者は経験者群の方で多かったが、今回の2006年調査では、有意差こそないものの、女子では「知っている」を選んだ者は非経験者群で多かった。今回の2008年調査では男女ともに「知っている」を選んだ者は非経験者群でわずかに多いが、統計学的有意差は認められなかった。

この無動機症候群は有機溶剤乱用による害の中でも、特に重篤なものと考えられるが、これまでに述べた害の中でも、この無動機症候群についての知識普及率が最も低く、ややもすれば身体への害知識の普及に傾きがちな薬物乱用防止教育の今後の最大の課題であろうと考えられることは、従来通りである。

(6) 有機溶剤精神病後のフラッシュバック現象について

「『シンナー遊び』の結果、幻視、幻聴、妄想が出るようになってしまうと、それを治療して治っても、その後「シンナー遊び」をやめていても、疲れ・ストレス・飲酒などで、幻視、幻聴、妄想が再出現すること（フラッシュバック現象）があるのを知っていますか？」との問いに対する回答

の分布を表19に示した。

これまでの調査[21][22][23]では、毎回、男女ともに経験者群の方が「知っている」と答えた者の割合が有意差を持って高かったが、2002年調査[23]では、「知っている」と答えた者の割合は、相変わらず経験者群の方で高いことはそれまでと同じであったが、初めて男子で有意差が認められなくなった。2004年調査[21]の結果も2002年調査[23]と同じであった。2006年調査では、有意差こそないものの、女子では、「知っている」と答えた者は非経験者群の方が初めて多くなった。男子では両群でほとんど同じであった。今回の2008年調査では、男子ではほとんど2群間で差がなく、女子では経験者群の方で「知っている」と答えた者が多いという結果に戻ってしまった。

薬物乱用という「特殊な」あるいは「逸脱」行動に関しては、経験者群の方が「知っている」ことがあるという皮肉な現実があることを忘れてはならない。

4．有機溶剤乱用と日常生活の規則性について

(1)起床時間について

「起床時間は、ほぼ一定していますか？」との問いに対する回答の分布を表20に示した。

男女ともに、非経験者群では80%台の者が一定しているを選んだのに対して、経験者群では、男子では68%、女子では約64%であった。男女共に、経験者群の起床時間は非経験者群のそれに比べて、有意（$p<0.01$）に乱れていた。

(2)就床時間について

「就床時間は、ほぼ一定していますか？」との問いに対する回答の分布を表21に示した。

一定しているを選んだ者は、非経験者群では50%台であったのに対して、経験者群では、男子で約47%、女子で約37%と低かった。

男女共に、経験者群の就床時間は非経験者群のそれに比べて、有意（$p<0.01$）に乱れていた。

(3)朝食について

「毎朝、朝食を食べていますか？」との問いに対する回答の分布を表22に示した。

非経験者群では男女ともに87%以上の者が「ほとんど毎日（食べている）」を選んだのに対して、経験者群では、「ほとんど毎日（食べている）」を選んだ者は男子で72%、女子で約61%と低かった。

男女共に、経験者群では、非経験者群に比べて、朝食頻度が有意（$p<0.01$）に低いと解釈できる。

5．有機溶剤乱用と学校生活について

(1)学校生活について

「あなたにとって、学校生活は次のどれですか？」との問いに対する回答を表23に示した。

男女共に、経験者群と非経験者群とでは、回答の分布に有意差（$p<0.01$）が認められ、「全く楽しくない」を選んだ者は、非経験者群では、約4～3%前後であったが、経験者群では男子で約15%、女子では19%であった。

経験者群で「楽しくない」傾向の者が有意に多いと解釈できる。

(2)クラブ活動について

「クラブ活動（部活）に参加していますか？」との問いに対する回答の分布を表24に示した。

男女共に、経験者群と非経験者群との間には、回答の分布に有意差（$p<0.01$）が認められ、非経験者群で「参加していない」を選んだ者は、男女ともに約17%であったのに対して、経験者群では、男子で約27%、女子で約36%の者が「参加していない」を選んだ。

経験者群の方で、クラブ活動（部活）に参加していない者の割合が有意に高いと解釈できる。

6．有機溶剤乱用と家庭生活について

(1)家族との夕食頻度

夕食には、「一家団欒」としての意味合いが強いと考え、一週間における家族での夕食頻度を調査した。

「夕食を週何回くらい家族全員で食べますか？」との問いに対する回答の分布を表25に、また「母親と週何回くらい夕食を食べますか？」「父親と

週何回くらい夕食を食べますか？」のと問いに対する回答の分布を、それぞれ表26、表27に示した。

すべての場合において、回答の分布には有意差（$p<0.01$）が認められ、かつ、親との夕食頻度は常に「シンナー遊び」経験者群で低い傾向が示唆された。

また、「父親との夕食頻度」は、「家族全員での夕食頻度」より低く、これは論理の矛盾であるが、この矛盾は、この種の調査で毎回認められていることである。我が国の社会環境の中で、父親が夕食時に帰宅できない事情がかなり定着しており、家族全員での夕食と言った時には、中学生の解釈では、父親は既に含まれていない傾向が強いことを示していると解釈できる。

いずれにしても、経験者群では、非経験者群に比べて、家族との夕食頻度が有意（$p<0.01$）に少ないと解釈できる。

(2) 一日での大人不在の時間について

「学校、塾、習い事、運動での時間以外、大人が不在の状態で、毎日平均どの程度の時間を過ごしますか？」との問いに対する回答の分布を表28に示した。

経験者群、非経験者群間で男女ともに有意差（$p<0.01$）が認められた。非経験者群で「3時間以上」を選んだ者は、男女ともに約14～15%前後であったのに対して、経験者群では男子で約27%、女子で約36%であった。

経験者群で、大人不在で過ごす時間が有意に長い傾向があることが示唆された。

(3) 親との相談について

「悩みごとがある時、親と相談する方だと思いますか？」との問いに対する回答の分布を表29に示した。

男女ともに、回答の分布には有意差（$p<0.01$）が認められ、非経験者群で「ほとんど相談しない方である」を選んだ者は、男子で約40%、女子で約29%であったのに対して、経験者群では男子で約43%と非経験者群とそれほど大きな違いはなかったものの、女子では約37%と高かった。

経験者群の方で、親との相談が少ない傾向にあることが示唆された。

しかし、それ以前に、「シンナー遊び」の経験の有無に関わらず、男女ともに、そもそも、「よく相談する方である」を選んだ者の少なさが目立ったのは従来通りである。

7．有機溶剤乱用と友人関係について

(1) 遊び友達について

「親しく遊べる友人がいますか？」との問いに対する回答の分布を表30に示した。

男女ともに、経験者群と非経験者群との間には有意差（$p<0.01$）が認められた。男女ともに、経験者群の方で、「親しく遊べる友人がいない」を選んだ生徒が多いのは、これまでの同種の調査結果と同じであった。このことは生徒指導上留意すべき点であろう。

(2) 相談事のできる友人について

「相談事のできる友人がいますか？」との問いに対する回答の分布を表31に示した。

男女ともに、経験者群・非経験者群間で有意差（$p<0.01$）が認められ、「（相談できる友人は）いない」を選んだ者は、非経験者群の男子で約15%、女子で約8%であったのに対して、経験者群では男子で約28%、女子で約27%と、違いが認められた。

経験者群の方で、相談事のできる友人が「いない」傾向がより強いことが示唆された。

2．喫煙について

1．喫煙の広がりについて

(1) 喫煙の生涯経験率について

喫煙の生涯経験率（これまでに1回でも喫煙したことのある者の率）についての回答を表32に示した。

生涯経験率と学年の間には、男女ともに有意差が認められ（$P<0.01$）、学年が進むにしたがって、生涯経験率が増加する傾向が認められた。

男子では9.7%（1年生6.7%、2年生9.5%、3年生12.9%）であり、女子では6.9%（1年生4.1%、2年生

7.3%、3年生9.3%）であった。全体で8.3%（1年生で5.4%、2年生で8.4%、3年生で11.1%）であった。

(2)喫煙の1年経験率について

1年喫煙率（この1年間に1回でも喫煙したことのある者の率）についての回答を表33に示した。

生涯経験率と同様に、1年経験率（1年喫煙率）と学年との間には、男女ともに有意差が認められ（$P<0.01$）、学年が進むにしたがって、経験率が増加する傾向が認められた。

男子では4.1%（1年生2.5%、2年生4.0%、3年生5.9%）であり、女子では3.0%（1年生1.4%、2年生3.3%、3年生4.5%）であった。全体では3.6%（1年生で1.9%、2年生で3.7%、3年生で5.2%）であった。

2．喫煙に対する捉え方

(1)喫煙と法の遵守について

「未成年者の喫煙は法律で禁じられていますが、あなたは未成年者の喫煙をどう思いますか？」との問いに対する回答の分布を表34に示した。

回答の分布には、男女共に有意差（$p<0.01$）が認められ、未経験者群では、男女共に90%以上の者が「法律で禁じられているから、吸うべきでない」を選んだのに対して、経験者群では、それを選んだ者は男女共に59～57%しかおらず、逆に「法律で禁じられてはいるが、全然かまわない」を選んだ者が男女ともに14～13%いた（未経験群では、それぞれ3%、1%）。

(2)喫煙と法規制の必要性について

「未成年者の喫煙禁止をどう思いますか？」に対する回答の分布を表35に示した。

回答の分布には、男女共に有意差が認められ（$p<0.01$）、未経験者群では男女共に約78～79%の者が「当然だと思う」を選んだのに対して、経験者群では、それを選んだ者は、男子で約40%、女子で約34%であり、18～19%の者が「そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思う」を選んでいた。

これを「シンナー遊び」に関する法規制の必要性（表10）と比べた場合、「当然だと思う」を選んだ者は、「シンナー遊び」非経験者群では、男女共に約93～94%前後であったわけで、喫煙に関しては約15%の低下と言うことになる。

3．喫煙による医学的害について

「健康面から、喫煙をどう思いますか？」との問いに対する回答の分布を表36に示した。

回答の分布には、男女共に有意差（$p<0.01$）が認められ、未経験者群では男性の約86%、女性の約91%が「害ばかりで良い面はない」を選んだのに対して、経験者群では、それを選んだ者は、男女共に約67～68%前後であり、「害もあるが良い面もある」を選んだ者が25～26%いた。

しかし、「害よりも良い面の方が多い」を選択した者は、生涯喫煙経験に関わらず、極めて少数であり、喫煙の健康に及ぼす害についての知識は浸透していると推定される結果であった。

4．生涯喫煙経験と日常生活の規則性について

1)起床時間について

「起床時間は、ほぼ一定していますか？」との問いに対する回答の関係を表37に示した。

非経験者群では約84～86%の者が「一定している」を選んだのに対して、経験者群では、それを選んだ者は約72～67%であった。男女共に、経験者群の起床時間は非経験者群のそれに比べて、有意（$p<0.01$）に乱れていた。

「シンナー遊び」経験者群では、約31～36%の者が「一定していない」を選んでいた（表20）が、生涯喫煙者群では約28～33%であり、生涯喫煙者群での結果は「シンナー遊び」経験者群ほどは乱れていないということになるが、その差は小さいものである。

(2)就床時間について

「就床時間は、ほぼ一定していますか？」との問いに対する回答の関係を表38に示した。

男女ともに、非経験者群では59～57%の者が「一定している」と答えたのに対して、経験者群では、約58～65%の者が「一定していない」と答えた。

男女共に、経験者群の就床時間は非経験者群の

それに比べて、有意（$p<0.01$）に乱れていた。

「シンナー遊び」経験者群では、52～63%（表21）の者が「一定していない」を選んでいたが、生涯喫煙者群では58～65%であり、むしろ「シンナー遊び」経験者群よりも悪い結果であった。

(3) 朝食について

「毎朝、朝食を食べていますか？」との問いに対する回答の分布を表39に示した。

非経験者群では男女ともに約89～90%の者が「ほとんど毎日食べている」を選んだのに対して、経験者群では、「ほとんど毎日食べている」を選んだ者は約71～68%であった。

男女共に、経験者群では、非経験者群に比べて、朝食頻度が有意（$p<0.01$）に低かった。

しかし、「シンナー遊び」経験者群では、「ほとんど毎日食べている」を選んだ者は約72～61%（表22）であり、生涯喫煙者群での朝食頻度は、「シンナー遊び」経験者群とあまり差がなかった。

5．喫煙経験と学校生活について

(1) 学校生活について

「あなたにとって、学校生活は次のどれですか？」との問いに関する関係を表40に示した。

男女共に、経験者群と非経験者群とでは、回答の分布に有意差（$p<0.01$）が認められ、「まったく楽しくない」を選んだ者は、非経験者群では約3～2%であり、経験者群では男女共に約10%であり、経験者群に「楽しくない」傾向の者が有意に多かった。

しかし、「シンナー遊び」経験者群では、それぞれ約3%前後、15～19%（表23）であり、それなりに異なっていた。

(2) クラブ活動について

「放課後のクラブ活動（部活）に参加していますか？」との問いに対する回答の関係を表41に示した。

男女共に、経験者群と非経験者群との間には、回答の分布に有意差（$p<0.01$）が認められ、非経験者群で「参加していない」を選んだ者は男女ともに約16%であったのに対して、経験者群では、男子で約27%、女子で約33%の者が「参加していない」を選んでいた。

経験者群で、放課後のクラブ活動（部活）に参加していない者の割合が有意に多い傾向にあると解釈される。

「シンナー遊び」経験者群のそれぞれは、約27%、36%（表24）であり、さほどの違いは認められなかった。

6．生涯喫煙経験と家庭生活について

(1) 家族との夕食頻度

「夕食を週何回くらい家族全員で食べますか？」との問いに関する関係を表42に、また「母親と週何回くらい夕食を食べますか？」「父親と週何回くらい夕食を食べますか？」のと問いに対する関係を、それぞれ表43、表44に示した。

すべての場合において、回答の分布には有意差（$p<0.01$）が認められ、生涯喫煙経験者で家族全員との夕食頻度、母親との夕食頻度、父親との夕食頻度が低かった。その程度は、有機溶剤乱用経験の有無による場合に比べて、一概にどっちがどうだとは簡単には言えない結果であった（表25～27参照）。

なお、ここでも有機溶剤乱用経験の有無による場合と同様に、「父親との夕食頻度」は、「家族全員での夕食頻度」より低く、この論理的矛盾は、我が国の父親が置かれた社会状況を反映していると同時に、家族全員での夕食と言ったときに、中学生の解釈では、父親は既に含まれていない傾向が強いことを再度示していると解釈できる。

いずれにしても、経験者群では、非経験者群に比べて、家族との夕食頻度が有意（$p<0.01$）に少ないと解釈できる。

(2) 一日での大人不在の時間について

「学校、塾、習い事、運動での時間以外、大人が不在の状態で、毎日平均どの程度の時間を過ごしますか？」との問いに対する回答の分布を表45に示した。

経験者群、非経験者群間で男女ともに統計学的有意差（$p<0.01$）が認められ、非経験者群で「3

時間以上」を選んだ者は、約14～13%であるのに対して、経験者群では約28～31%であった。

経験者群で大人不在の時間が有意に長い傾向が示唆された。

この傾向は、有機溶剤乱用の経験の有無の場合と同様であるが、「シンナー遊び」経験者群で「3時間以上」を選んだ者の割合は、男子で約27%、女子で約36%（表28）であり、有機溶剤経験者群と喫煙経験者群とでは、一概にどっちがどうだとは簡単には言えない結果であった

(3)親との相談について

「悩みごとがある時、親と相談する方だと思いますか？」との問いに対する回答の分布を表46に示した。

男女ともに、回答の分布に有意差（$p<0.01$）が認められ、非経験者群で「ほとんど相談しない方である」を選んだ者は、男子で39%、女子で29%であるのに対して、経験者群ではそれぞれ50%、43%であった。

この結果は、有機溶剤乱用の有無による場合（表29：男子で43%、女子で37%）に比べれば、まだ良い結果であった。

同時に、喫煙経験の有無に関わらず、男女ともに「よく相談する方である」と答えた者が少ないのも、有機溶剤乱用経験の有無による場合と同じであった。

7．喫煙と友人関係について

(1)遊び友達について

「親しく遊べる友人がいますか？」との問いに対する回答の分布を表47に示した。

男女ともに、「いない」と答えた者は経験者群で多い傾向が伺え、男女ともに経験者群と非経験者群との間に有意差（$p<0.01$）が認められたが、数字だけを比較すると、さほどの違いは内容に見える。

(2)相談事のできる友人について

「相談事のできる友人がいますか？」との問いに対する回答の分布を表48に示した。

男女ともに、「いない」と答えた者は喫煙経験者群で有意に多いという結果であったが、その違いは女子で目立った。

3．飲酒について

わが国では、中学生といえども、飲酒の生涯経験率（これまでに1回でも飲酒したことのある率）は、男子では約75%、女子では68%と高く[87]、飲酒機会から見たその内容は、「冠婚葬祭時」及び「家で家族と共に」の飲酒が多い[88]こともあり、飲酒の生涯経験から中学生の飲酒を論じても、ほとんど意味がないため[89]、本報告書では、飲酒機会ごとの生涯経験率を表49、「シンナー遊び」の経験と飲酒の経験・機会を表50に示すのみとした。

飲酒の生涯経験者の割合は、機会に関わらず、男女ともに、学年が進むにつれて、増加していた。

機会別では、男女共に「冠婚葬祭時」「家族と食事などで」での飲酒経験率が高かった。

4．「シンナー遊び」と他の依存性薬物使用との関係

1．「シンナー遊び」と飲酒との関係

「シンナー遊び」の経験の有無と生涯飲酒経験率及びその機会との関係を表50に示した。

男女共に、飲酒経験のない者は「シンナー遊び」未経験者群で有意（$p<0.01$）に多かった。

また、全ての場合において有機溶剤乱用経験者群で飲酒経験率が有意に高かった（表50）。特に「クラス会、打ち上げなど」「カラオケ、居酒屋など」「自分の部屋など」「一人で」での両群の違いは著しく、大人の同席しない場での飲酒問題を改めた確認することとなった[90][91]。これらの結果は、「シンナー遊び」における「仲間」の存在とその影響力の大きさの一側面を物語っていると解釈される。

2．「シンナー遊び」と喫煙との関係

「シンナー遊び」経験の有無と喫煙経験との関係を表51に示した。

「シンナー遊び」経験の有無と喫煙経験の有無との間には、男女共に有意差が認められた（P<0.01）。つまり、喫煙経験は、「シンナー遊び」経験者群に有意に多い。「シンナー遊び」未経験者群での喫煙経験者は、男子で約9%、女子で7%であるのに対して、「シンナー遊び」経験者群では、男子で約39%、女子で約52%と、両群間には著しい違いがあった。

一方、喫煙経験の有無から「シンナー遊び」の経験の有無を見たのが、表52である。喫煙経験のない者の中で有機溶剤乱用経験がある者は、男子で0.6%、女子で0.3%に過ぎないが、喫煙経験のある者では男子で3.7%、女子で4.7%であり、両群には有意差が認められた。

これらは、中学生にとっての喫煙が「シンナー遊び」と強い繋がりを持っていることを強く示唆するものである[29]。

3.「シンナー遊び」と大麻乱用との関係

(1) 大麻乱用の生涯経験率について

各学年・性別毎に大麻乱用の生涯経験率（これまでに1回でも乱用したことのある率）を表53に示した。

男女ともに、学年があがるに連れて生涯経験率も高くなる結果であった。生涯経験率は男子では0.4%（1年生で0.3%、2年生で0.4%、3年生で0.6%）であり、女子では0.2%（1年生で0.1%、2年生で0.2%、3年生で0.4%）であった。全体では0.3%（1年生で0.2%、2年生で0.3%、3年生で0.5%）であった。

この生涯経験率の年次推移は考察で論じる。

(2)「シンナー遊び」と大麻乱用との関係

「シンナー遊び」の経験と大麻乱用の経験との関係を表54に示した。

結果には男女ともに有意差（p<0.01）が認められ、「シンナー遊び」未経験者では、男子で0.2%、女子で0.1%の者が大麻乱用の経験があると答えたのに対して、経験者群では、男子で20.6%、女子で27.0%の者が大麻乱用の経験があると答えた。

この両群による違いは、1996年調査～2006年調査の結果と同じ傾向であり、「シンナー遊び」と大麻乱用との関係を強く示唆している。

(3) 大麻吸引に対する意識について

「大麻を吸うことをどう思いますか？」との問いに対する回答の分布を表55に示した。

回答の分布には、男女共に有意差（p<0.01）が認められた。「シンナー遊び」未経験者群では、男女共に約97～98%の者が「吸うべきではないと思う」を選んだのに対して、「シンナー遊び」経験者群では、それを選んだ者は、男子で約72%、女子で69%であり、約19～21%の者が「まったくかまわない」と答えた。

また、「麻薬・覚せい剤と違って少々なら構わない」と答えた者も、「シンナー遊び」経験者で、男子で約6%、女子で約8%おり、麻薬・覚せい剤に比べて、大麻の害を軽視する傾向が伺われた。

(4) 大麻乱用による医学的害について

「大麻を吸うと、精神病状態や無動機症候群になることがあるのを知っていますか？」との問いに対する回答の分布を表56に示した。

2002年調査[30]では、「知っている」を選んだ者は男女ともに有機溶剤乱用経験者群の方がわずかに多かった（有意差はない）が、2004年調査では、非経験者群の方が多い結果に変わった（ただし有意差なし）。2006年調査では、男子に関しては再度「知っている」を選んだ者は有機溶剤乱用経験者群の方がわずかに多い（有意差はない）結果に戻ってしまった。しかし、今回の2008年調査では男女ともに「知っている」を選んだ者は非経験者群の方で多かった。ただし、男子では優位差は認められなかった。

また、そもそも、有機溶剤乱用経験の有無に関わらず、「知っている」者の割合は決して高いとは言えず、今後の薬物乱用防止教育の課題であると解釈された。

4.「シンナー遊び」と覚せい剤乱用との関係

(1) 覚せい剤乱用の生涯経験率について

覚せい剤乱用の生涯経験率（これまでに1回でも経験したことのある者の率）を表57に示した。

覚せい剤の生涯経験率は、男子では0.4%（1年

生0.3%、2年生0.4%、3年生0.5%）で、女子では0.4%（1年生0.1%、2年生0.2%、3年生0.4%）であり、全体では0.3%（0.2%, 0.3%, 0.4%）であった。

この生涯経験率の年次推移は考察で論じる。

(2) 「シンナー遊び」と覚せい剤乱用経験との関係

「シンナー遊び」の経験と覚せい剤乱用経験との関係を表58に示した。

「シンナー遊び」未経験者では、覚せい剤乱用の経験があると選んだ者は、男子で0.2%、女子で0.1%、全体で0.1%であったのに対して、「シンナー遊び」経験者では、男子で19.4%、女子で22.1%の者が、覚せい剤の乱用経験ありを選んだ。

これも、過去5回の本調査と同じ結果であり、大麻同様、中学生における「シンナー遊び」と覚せい剤乱用との関係を強く示唆するものであった。

(3) 覚せい剤乱用による医学的害について

「覚せい剤を使うと、精神病状態になりやすく、またフラッシュバックがあることを知っていますか？」との問いに対する回答の分布を表59に示した。

2002年調査[10]では、「知っている」を選んだ者は男女ともに有機溶剤乱用非経験者群の方がわずかに多かった（有意差はない）が、2004年調査では、経験者群の方が多い結果であった。2006年調査でも、「知っている」を選んだ者は優位差こそないものの、男女ともに有機溶剤乱用非経験者群の方がわずかに多いという結果を維持出来た。今回の2008年調査でもそれは維持できたが、相変わらず優位差はなかった。

そもそも、有機溶剤乱用経験の有無に関わらず、「知っている」者の割合は決して高いとは言えず、今後の薬物乱用防止教育の課題であると解釈された。

5．違法薬物の入手可能性について

(1) 乱用のための有機溶剤の入手可能性について

乱用のための有機溶剤の入手可能性についての回答の分布を表60に示した。

「シンナー遊び」非経験者群では、「ほとんど不可能」「絶対不可能」を選んだ者の合計が男性で約77%、女性で約79%と半数を大幅に超えていたが、「シンナー遊び」経験者群では、「簡単に手に入る」「少々苦労するが、なんとか手に入る」を選んだ者の合計は、男性で約52%、女性で約60%にものぼった。全体では「シンナー遊び」非経験者群では、「ほとんど不可能」「絶対不可能」を選んだ者の合計が約78%であるのに対して、「シンナー遊び」経験者群では、「簡単に手に入る」「少々苦労するが、なんとか手に入る」を選んだ者の合計が、逆に約56%にものぼっていた。両群間には明らかな違い（$p<0.01$）が認められた。

(2) 大麻の入手可能性について

大麻の入手可能性についての回答の分布を表61に示した。

「簡単に手に入る」「少々苦労するが、なんとか手に入る」を選んだ者の合計は、「シンナー遊び」未経験者群では、男子で約16%、女子で約15%であったが、経験者群では、男子で約44%、女子で約44%であり、両群には有意差（$p<0.01$）が認められ、「シンナー遊び」経験者群での大麻入手可能性の高さが強く示唆された。

また、1998年調査では、入手可能性は男性の方で高かったが、2000年調査以降は%上は女性の方が高くなっているのも特徴の一つである。ただし、今回の2008年調査では男女間での入手可能性の差はほとんどなかった。

(3) 覚せい剤の入手可能性について

覚せい剤の入手可能性についての回答の分布を表62に示した。

「簡単に手に入る」「少々苦労するが、なんとか手に入る」を選んだ者の合計は、「シンナー遊び」未経験者群では、男子で約16%、女子で約16%で、経験者群では、男性で約43%、女性で約44%であり、両群には有意差（$p<0.01$）が認められた。

この結果は、大麻の入手可能性の値とほぼ同じであり、同時に、「シンナー遊び」経験者群での覚せい剤入手可能性の高さが強く示唆された。

また、1998年調査では、入手可能性は男女で拮抗していたが、2000年調査以降は%上は女性の方が高くなっているのも特徴の一つである。ただし、今回の2008年調査では男女間での入手可能性の差はほとんどなかった。

以上、3つの違法性薬物の入手可能性については、考察で論じたい。

D．考察

1. 本調査研究の位置づけ

わが国の中学生における「シンナー遊び」の広がりについての調査研究で、地域特性を考慮して行われた大規模なものとしては、当分担研究者の知る限り、1990年から原則2年に1回、当分担研究者らによって実施されてきた千葉県の公立中学校調査[6][11][13]と、1996年から2年に1回、厚生労働科学研究費補助金により、当分担研究者らにより継続調査されてきた全国調査[9][12][19][20][22][24]に限られている。

その結果、有機溶剤乱用の生涯経験率が明らかになり、有機溶剤乱用経験者群では非経験者群に比べて、日常生活の規則性が有意に乱れており、家族性が希薄（精神的単親家庭[9]と称した）で、友人関係にも難があることが明らかになっている[11][13]。

また、地域的には、有機溶剤の乱用は昼夜人口比と強い相関があり、夜間に人口が多く、昼間に人口の少ない地域ほど経験率が高いこと[18]、及び、有機溶剤の乱用経験と喫煙経験・喫煙頻度とには強い相関があり[9]、わが国の中学生では喫煙が有機溶剤乱用へのGateway Drug[2]となっている可能性が高いことも指摘してきた[20]。

今回の調査研究は、上記一連の調査研究を継続的に発展させたものであり、わが国では薬物乱用に関する第7回目の全国中学生調査である。

2.「シンナー遊び」の広がりについて

今回の調査研究では、「シンナー遊び」の生涯経験率（無回答を除いたもの）は、男子では0.9%（1年生0.7%, 2年生0.9%, 3年生1.1%）、女子では0.6%（1年生0.5%, 2年生0.5%, 3年生0.9%）、全体では0.8%（1年生0.6%, 2年生0.7%, 3年生1.0%）であった。

表63、図1は生涯経験率の年次推移を示している。男子では1998年以降、確実に下降傾向を示している。女子では2004年までは漸増傾向を示していたが、2006年調査では1996年調査のレベルまで下降し、今回の2008年調査では過去最低となった。

一方、1年経験率は流行の勢いを探る意味では生涯経験率よりは優れているはずである。しかし、個人情報の秘密保持という意味でのバイアスは生涯経験率よりは高いと考えられる。そのためか、1996年調査から2002年調査では、男女ともに、全ての学年で「経験あり」の人数よりは「無回答」の人数の方が多いという結果であった。しかし、2004年調査の結果以降は、「経験あり」が「無回答」を上回る結果へと変化してきている。ただし、バイアスの高さを想定して、従来通り、参考として、1年経験率の推移を載せた（表64、図2）。

図2及び表64に見るように、1年経験率の推移も生涯経験率の推移（図1）と基本的には同じ傾向である（ただし、2006年調査と2008年調査との比較では下げ止まりであるが）。

ところで、この種の調査で最も問題になるのは、結果の信頼性であろう。この信頼性は、自記式調査と同時に、何らかの客観的検査（たとえば尿からの馬尿酸の測定）を実施することによって、初めて明らかになることである。しかしながら、尿検査の実施は、個人の人権上の問題にも関わる難しい方法であり、実施は事実上不可能である。したがって、当研究者らは、類似した方法論にもとづく継続的な調査の結果によるトレンドを見ることが、本調査研究の主目的であると考えている。

同時に「シンナー遊び」の広がりの増減を判断するには、経験率だけではなく、いくつかの関連する指標の結果をも考慮して、総合的に判断する必要があると考えている。

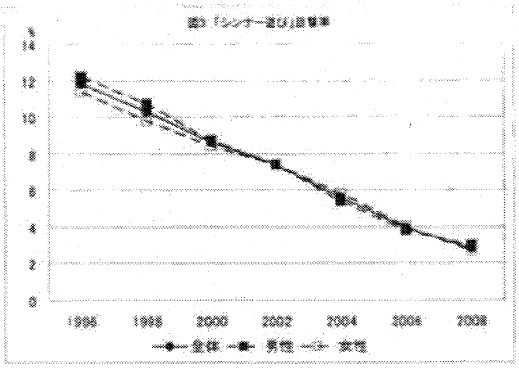
そこで採用しているのが、「シンナー遊び」をこれまでに目撃したことのある者の率（生涯目撃率：表65、図3）、身近に「シンナー遊び」をしている人を知っている者の率(乱用者周知率：表66、図4)、「シンナー遊び」に誘われたことのある者の率（生涯被誘惑率：表67、図5）である。

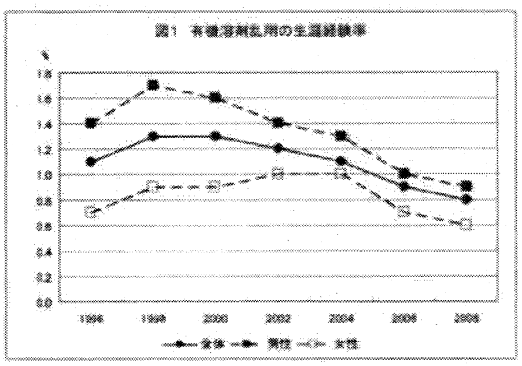
それらを見ると、目撃率、乱用者周知率は確実に減少傾向にあり、有機溶剤乱用の「流行の勢い」が弱くなってきていることが明かである。

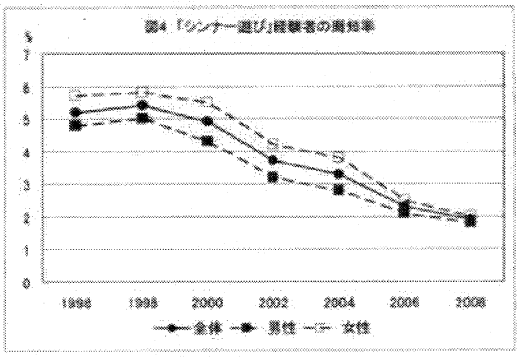
女子で停滞気味であった生涯被誘惑率も、2006年調査以降は明らかに減少を示している。

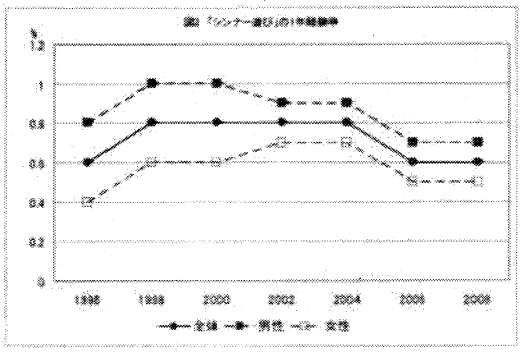
ちなみに本調査の記載上の「正確さ」を見るため、有機溶剤未経験者における「シンナー遊び」についての気持ちに関し、回答の矛盾を表8に示した。それを見る限り、調査用紙への記載に関しては、本調査は極めて正確に実施されていると推定される。

以上を総合すると、「シンナー遊び」の「流行の勢い」は確実に弱くなって来ていると考えられる。









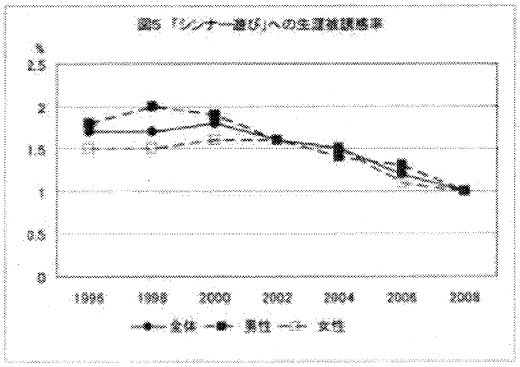


表63　「シンナー遊び」生涯経験率の推移　(%)（「無回答」を除いて計算したもの）

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	1.4	1.2	1.3	1.7	0.7	0.7	0.6	0.9	1.1	0.9	1.0	1.3	108	53,440
1998	1.7	1.2	1.6	2.3	0.9	0.9	0.8	1.1	1.3	1.1	1.2	1.7	148	71,299
2000	1.6	1.4	1.6	1.9	0.9	0.8	0.8	1.1	1.3	1.1	1.2	1.5	140	61,675
2002	1.4	1.3	1.4	1.5	1.0	1.0	1.1	1.0	1.2	1.2	1.3	1.3	149	62,413
2004	1.3	1.2	1.1	1.6	1.0	0.9	1.0	1.0	1.1	1.1	1.1	1.3	147	65,110
2006	1.0	1.0	1.0	1.1	0.7	0.6	0.7	0.6	0.9	0.8	0.8	1.0	138	56,421
2008	0.9	0.7	0.9	1.1	0.6	0.5	0.5	0.9	0.8	0.6	0.7	1.0	133	52,541

表64　「シンナー遊び」1年経験率の推移　(%)（「無回答」を除いて計算したもの）

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	0.8	0.6	0.8	1.0	0.4	0.4	0.4	0.6	0.6	0.5	0.6	0.8	108	52,229
1998	1.0	0.7	0.9	1.3	0.6	0.6	0.5	0.7	0.8	0.6	0.7	1.0	148	70,302
2000	1.0	0.8	0.9	1.1	0.6	0.5	0.5	0.7	0.8	0.6	0.7	0.9	140	60,280
2002	0.9	0.8	0.9	0.9	0.7	0.7	0.8	0.7	0.8	0.7	0.8	0.8	149	60,800
2004	0.9	0.8	0.8	1.0	0.7	0.7	0.7	0.7	0.8	0.7	0.8	0.9	147	65,299
2006	0.7	0.6	0.7	0.8	0.5	0.4	0.5	0.7	0.6	0.5	0.6	0.8	138	56,421
2008	0.7	0.5	0.7	0.8	0.5	0.4	0.4	0.6	0.6	0.5	0.5	0.7	133	52,541

表65　「シンナー遊び」を実際に見たことがある者の率　(%)（「無回答」を除いて計算したもの）

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	12.2	9.9	12.6	14.1	11.4	9.2	12.0	13.1	11.8	9.5	12.3	13.6	108	53,863
1998	10.7	8.8	10.0	13.3	9.8	8.3	9.5	11.5	10.3	8.5	9.7	12.4	148	71,599
2000	8.7	7.5	8.3	10.2	8.4	7.0	7.9	10.2	8.6	7.2	8.1	10.2	140	61,905
2002	7.4	6.3	7.6	8.3	7.4	6.8	7.3	7.9	7.4	6.6	7.5	8.1	149	62,611
2004	5.4	4.9	4.6	6.6	5.8	4.9	6.1	6.4	5.6	4.9	5.3	6.5	147	65,296
2006	3.8	3.2	3.7	4.6	4.0	3.7	4.0	4.2	3.9	3.4	3.8	4.4	138	56,421
2008	3.0	2.6	3.0	3.4	2.7	2.3	2.5	3.2	2.8	2.5	2.7	3.3	133	52,541

表66　身近に「シンナー遊び」をしている人がいると答えた者の割合（乱用者周知率）(%)
（「無回答」を除いて掲載したもの）

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	4.8	3.6	4.6	6.4	5.7	3.9	6.2	6.9	5.2	3.7	5.4	6.6	108	53,697
1998	5.0	3.4	4.9	6.6	5.8	4.1	5.8	7.4	5.4	3.7	5.4	7.0	148	71,379
2000	4.3	2.9	4.5	5.5	5.5	4.0	5.1	7.4	4.9	3.4	4.8	6.5	140	61,773
2002	3.2	2.4	3.5	3.7	4.2	3.3	4.4	4.7	3.7	2.8	3.9	4.2	149	62,517
2004	2.8	2.3	2.7	3.3	3.8	2.9	3.5	4.9	3.3	2.6	3.1	4.1	147	65,124
2006	2.1	1.4	2.2	2.7	2.5	2.0	2.7	3.0	2.3	1.7	2.4	2.8	138	56,421
2008	1.8	1.4	1.6	2.4	2.0	1.3	2.3	2.5	1.9	1.4	1.9	2.4	133	52,541

表67　「シンナー遊び」に誘われたことのある者の率の推移　（有機溶剤乱用の生涯被誘惑率）(%)
（「無回答」を除いて計算したもの）

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	1.8	1.2	1.7	2.5	1.5	1.2	1.6	1.9	1.7	1.2	1.6	2.2	108	53,169
1998	2.0	1.0	1.9	2.9	1.5	0.9	1.5	2.0	1.7	0.9	1.7	2.5	148	67,776
2000	1.9	1.3	1.8	2.6	1.6	1.2	1.4	2.2	1.8	1.2	1.6	2.4	140	59,640
2002	1.6	1.1	1.7	1.9	1.6	1.3	1.7	1.9	1.6	1.2	1.7	1.9	149	59,988
2004	1.4	1.3	1.2	1.7	1.5	1.2	1.5	1.9	1.5	1.2	1.3	1.8	147	62,544
2006	1.3	0.9	1.3	1.6	1.1	1.0	1.0	1.3	1.2	0.9	1.2	1.5	138	56,421
2008	1.0	0.7	1.0	1.3	1.0	0.8	0.9	1.3	1.0	0.8	1.0	1.3	133	52,541

3.「シンナー遊び」と日常生活・家庭生活・友人関係

「シンナー遊び」経験者群と非経験者群との比較では、「起床時間の規則性」（表20）、「就床時間の規則性」（表21）、「朝食の摂取率」（表22）から見た日常生活の規則性、及び「学校生活への思い」（表23）、「クラブ活動の参加状況」（表24）、「親しく遊べる友人の存在」（表30）、「相談事の出来る友人の存在」（表31）において、統計的有意差が認められており、「シンナー遊び」経験者群での日常生活の不規則さ、学校生活への不満、友人関係の希薄さが明かである。

これらの背景には、そもそもの家庭生活のあり方が大きく影響していると考えられるが、表25～27に見る家族との夕食頻度の差は、今回の調査でも「シンナー遊び」経験者群と非経験者群とで有意差を示していた。

ところで、「父親との夕食頻度（表27）」は、「家族全員での夕食頻度（表25）」よりも低率になっており、これは明らかに矛盾である。しかも、この矛盾は、これまでの同種の調査[4)9)11)12)13)20)22)24)]でも毎回認められており、中学生の考えの中には、「家族全員での夕食」と言った時、父親の存在は既に除外されている傾向がそれなりにあることを示唆している。つまり、その背景には、父親はいつも帰りが遅いものだという中学生の考え方を伺うことができる。

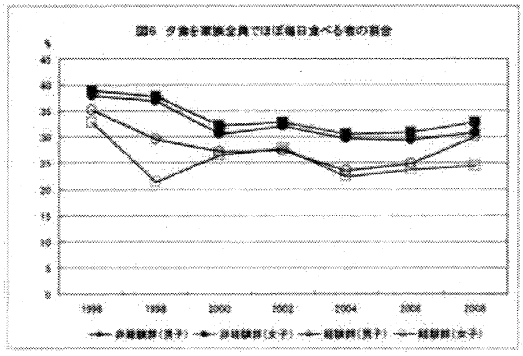
図6及び図7は、一週間で夕食をほぼ毎日家族全員で食べると答えた者の割合の年次推移と、ほとんど食べないと答えた者の割合の年次推移を示している。我が国では、有機溶剤の乱用の有無に関わらず、2006年あたりから、家族全員での夕食頻度が少々増加気味かも知れない。

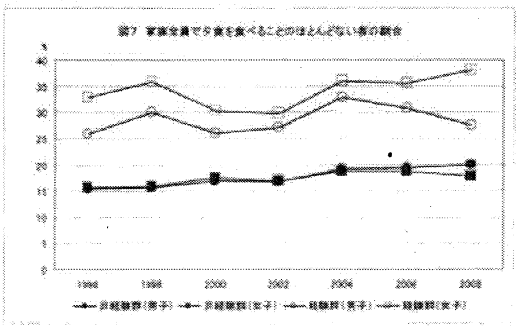
そもそも、当研究者らは、夕食には「一家団欒」という意味合いがあると考えて調査項目に入れてきた。しかし、この夕食頻度には地域差が大きく、都市部ほど低く、農村部・山間部ほど高い傾向がある。「一家団欒」には、家族としての精神的意味合いも含まれるが、特に都市部における生活様式の多様性を考慮すると、親子の共有時間についての、もう少し直接的な項目が必要であると考えていた。そこで「学校、塾、習い事、運動での時間以外、大人が不在の状態で、毎日平均どの程度の時間を過ごしますか？」という項目も1996年より調べている（表28）。図8、9はその結果の年次推移を示している。「シンナー遊び」経験者群では非経験者群に比べて、一日3時間以上大人不在で過ごす者が有意に多いことがわかる。結局、夕食頻度の少なさも、親子の共有時間の少なさの一現れとして解釈できよう。

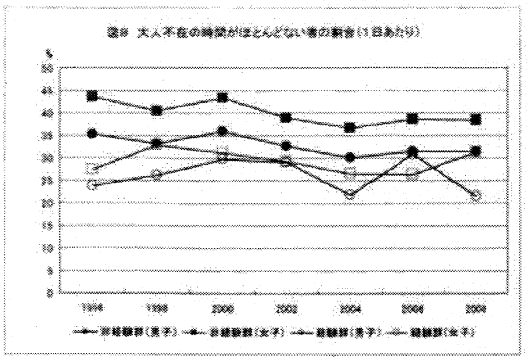
また、中学生という年代は、基本的に親との相談頻度は低いようであるが（表29）、それでも「シンナー遊び」経験者群での相談頻度は有意に低く（表29）、ここでも「シンナー遊び」経験者群における親子の共有時間の少なさが示唆された。

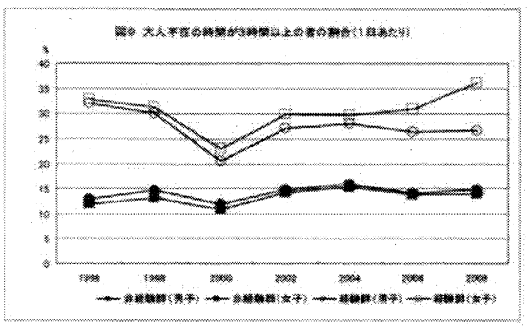
以上により、今回も、「シンナー遊び」経験者群は、総体的に見れば、家庭にも、学校にもなじめず、友人関係も希薄な中学生たちが多く、「居場所のない子供たち」[8)10)16)]が多いという推定が成り立つと考えている。

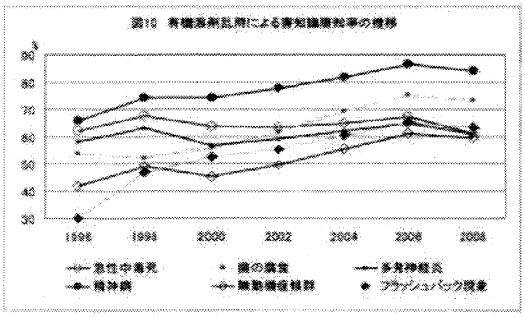
表11～表12は「シンナー遊び」をしている者について、どのような認識を持っているのかを調べたものである。表11～12では、経験者群と非経験者群での捉え方に、明らかな乖離が認められる。非経験者から見れば、経験者はほとんど「無関係」











な人たち（97～96%）であり、経験者から見れば「気持ちが理解できる気がする」人たちである割合が非常に高いということである。本研究者らは、「シンナー遊び」経験者にとってわかる気がするという、その気持ちとは、受容感と帰属感を求める「居場所のない子供たち」[1][16]の共通の思いであろうと推測している。

有機溶剤乱用者への治療的介入の際に、当研究者らは、親の参加なくして子の回復はないと考えており、親子の共有時間を増やすことの重要性を説いているが[1][16][18]、今回の結果もその有力な根拠である。

しかも、経験論的には、本調査の結果を保護者に紹介することが、保護者の意識変革には重要のようである。

4.「シンナー遊び」による医学的害

薬物乱用防止には、薬物乱用による諸害をきちんと認識させることが重要である。

ところが、「知識」があれば乱用しないかというと、そうとも言えない面がある。これまでの調査では、往々にして、害知識は有機溶剤乱用経験者群の方が高いという傾向が認められていた[1][9][12][13][16][20]。今回の調査でも、有機溶剤乱用の繰り返しの結果としてのフラッシュバックの周知度は、有機溶剤経験女子群で最も高いという結果であった。

ただし、経年的に見ると、2002年調査では、急性中毒死、歯の腐食、多発神経炎に関する男子、精神病に関する男女では、非経験者群の方で「知っている」を選んだ者が多くなり、それ以外の害知識でも、経験者群VS非経験者群で有意差が認められない項目が出てきた。さらに、2004年調査では、その傾向がさらに進み、急性中毒死、多発神経炎、精神病では、男女ともに非経験者群の方で「知っている」を選んだ者が多いと言った結果になった。これは、「害を知らない者が乱用しやすい」という仮説（薬物乱用防止教育はこの仮説を根拠としているわけであるが）があるとすれば、期待される結果であり、これまでの薬物乱用防止教育推進による成果である可能性が考えられる。

図10は害知識周知率の年次推移を示している。2006年までは、ほとんどの害知識の周知率が明かな増加傾向にあった。しかし、今回の2008年調査ではすべての害について「知っている」と答えた者の割合は低下した。これは憂慮すべき結果であり、もう一度、薬物乱用防止教育がなされているかを確認しながら、薬物乱用防止教育を推し進める必要がある。同時に、周知度の低い害については、意識的に教えて行く必要がある。

なお、この薬物乱用防止教育には、「知識が行動に結びつくとは限らない」という大きな課題が常に存在するわけで、これに関しては、知識教育を行った上で、次の段階として、薬物依存からの

回復の苦しみをドキュメンタリー形式で紹介したビデオ（平成9年度文部省制作「なくした自由」）の活用が期待されることは従来通りである。

5．大麻・覚せい剤の乱用経験

そもそも、大麻及び覚せい剤の乱用経験率は、調査結果上、これまで同様に「経験あり」よりは「無回答」の方が数字が大きいため（表53、表57）、参考データとした方が妥当と思われるが、参考データは参考データなりに推移を見る必要がある。

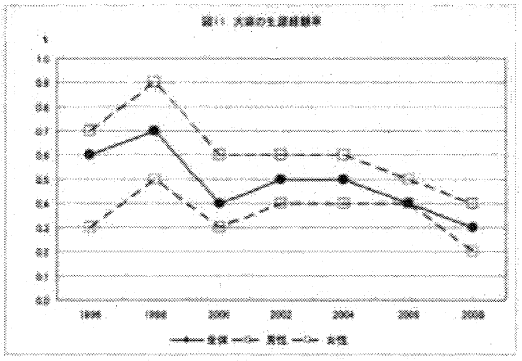
図11に見るように、男女全体での大麻の生涯経験率は、1998年調査に比べると、それ以降は減少しているものの、2006年調査までは、ほとんど平衡状態であったが、今回の2008年調査では減少を見せた。

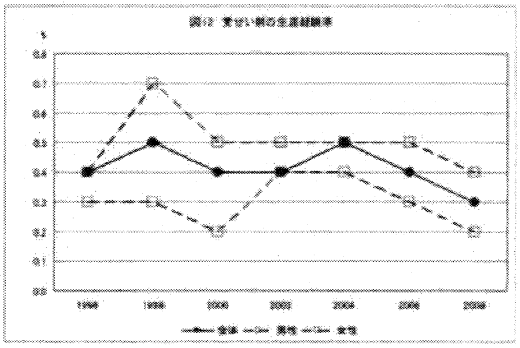
図12は覚せい剤の生涯経験率の推移を示しているが、ここでも1998年調査に比べると、全体及び男子では、それ以降は減少しているものの、2006年調査までは、ほとんど平衡状態であったものが、今回の2008年調査では減少を見せた。

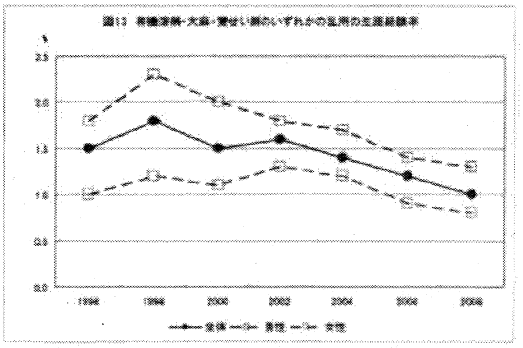
第3次覚せい剤乱用期の特徴の一つは、若年層までへの乱用の拡大であるが、有機溶剤乱用の減少（図1）に比べて、大麻及び覚せい剤の乱用はなかなか減少しなかったが、今回の2008年調査ではなんとか減少を見せている。

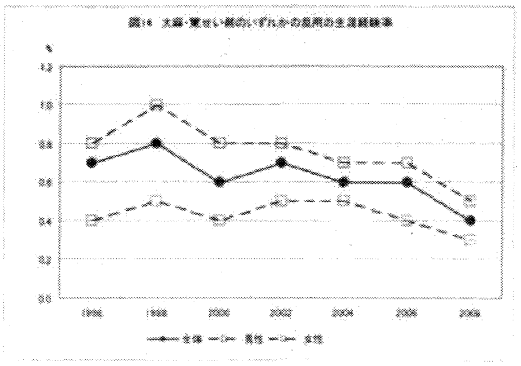
以上のように大麻・覚せい剤についての生涯経験率はあくまで参考データであるため、利用法に限界はあるものの、今日の薬物乱用状況を考えるためには貴重なデータであると考えている。

なお、参考までに有機溶剤・大麻・覚せい剤のいずれかの生涯経験率と大麻・覚せい剤のいずれかの生涯経験率を表71（図13）、表72（図14）に示した。有機溶剤・大麻・覚せい剤のいずれかの生涯経験率は順調に減少しているが、それは有機溶剤乱用の生涯経験率の低下のせいであったが、今回の2008年調査では、有機溶剤のみならず、大麻、覚せい剤の経験者率も低下したため、大麻・覚せい剤のいずれかの生涯経験率も低下を示した。









6. 大麻・覚せい剤乱用による医学的害

大麻、覚せい剤乱用による医学的害知識の周知度は、表56、表59の通りであるが、その推移を示

表68　大麻乱用の生涯経験率の推移（%）（「無回答」を除いて計算したもの）

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	0.7	0.4	0.8	0.9	0.3	0.3	0.3	0.3	0.6	0.4	0.5	0.6	108	53,271
1998	0.9	0.8	0.8	1.0	0.5	0.5	0.4	0.5	0.7	0.6	0.6	0.8	148	70,846
2000	0.6	0.4	0.6	0.7	0.3	0.2	0.4	0.3	0.4	0.3	0.5	0.5	140	61,477
2002	0.6	0.4	0.8	0.7	0.4	0.3	0.6	0.4	0.5	0.4	0.7	0.5	149	62,255
2004	0.6	0.4	0.7	0.7	0.4	0.3	0.4	0.5	0.5	0.4	0.5	0.6	147	64,875
2006	0.5	0.4	0.5	0.6	0.4	0.3	0.3	0.5	0.4	0.3	0.4	0.5	138	55,895
2008	0.4	0.3	0.4	0.6	0.2	0.1	0.2	0.4	0.3	0.2	0.3	0.5	133	51,979

表70　覚せい剤乱用の生涯経験率の推移（%）（「無回答」を除いて計算したもの）

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	0.4	0.3	0.4	0.5	0.3	0.3	0.2	0.3	0.4	0.3	0.3	0.4	108	53,197
1998	0.7	0.5	0.7	0.8	0.3	0.2	0.3	0.4	0.5	0.4	0.5	0.6	148	70,819
2000	0.5	0.5	0.5	0.6	0.2	0.2	0.3	0.3	0.4	0.3	0.4	0.4	140	61,457
2002	0.5	0.4	0.6	0.5	0.4	0.3	0.4	0.4	0.4	0.3	0.5	0.5	149	62,181
2004	0.5	0.4	0.6	0.7	0.4	0.3	0.4	0.4	0.5	0.3	0.5	0.6	147	64,886
2006	0.5	0.4	0.6	0.6	0.3	0.2	0.2	0.5	0.4	0.3	0.4	0.5	138	55,841
2008	0.4	0.3	0.4	0.5	0.2	0.1	0.2	0.4	0.3	0.2	0.3	0.4	133	51,972

表71　有機溶剤・大麻・覚せい剤のいずれかの乱用の生涯経験率（%）　（無回答を除いて計算したもの）

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	1.8	1.5	1.8	2.2	1.0	0.9	1.0	1.0	1.5	1.3	1.5	1.7	108	54,136
1998	2.3	1.8	2.1	2.9	1.2	1.2	1.1	1.3	1.8	1.5	1.6	2.2	148	71,245
2000	2.0	1.7	2.0	2.3	1.1	1.0	1.0	1.2	1.5	1.4	1.5	1.8	140	61,481
2002	1.8	1.7	1.9	1.9	1.3	1.2	1.4	1.3	1.6	1.5	1.7	1.6	149	61,668
2004	1.7	1.4	1.5	1.9	1.2	1.1	1.2	1.2	1.4	1.2	1.3	1.6	147	64,314
2006	1.4	1.3	1.4	1.6	0.9	0.8	0.8	1.1	1.2	1.1	1.1	1.3	138	55,387
2008	1.3	1.0	1.2	1.7	0.8	0.7	0.6	1.0	1.0	0.8	0.9	1.4	133	51,515

表72　大麻・覚せい剤のいずれかの乱用の生涯経験率（%）　（無回答を除いて計算したもの）

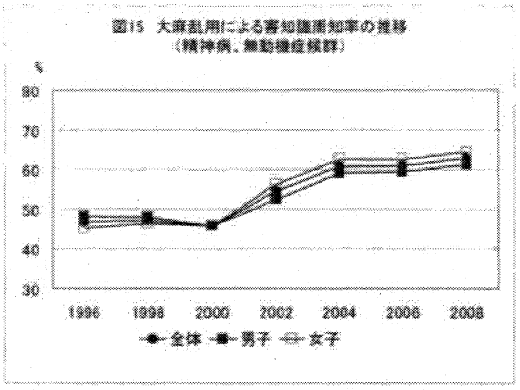
	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	0.8	0.5	0.8	1.0	0.4	0.4	0.4	0.4	0.7	0.5	0.7	0.8	108	54,116
1998	1.0	0.9	1.0	1.2	0.5	0.5	0.5	0.6	0.8	0.7	0.8	0.9	148	71,245
2000	0.8	0.6	0.7	0.9	0.4	0.3	0.4	0.4	0.6	0.5	0.6	0.6	140	61,481
2002	0.8	0.6	0.9	0.8	0.5	0.4	0.6	0.6	0.7	0.5	0.8	0.7	149	61,668
2004	0.7	0.5	0.8	0.8	0.5	0.4	0.5	0.6	0.6	0.5	0.6	0.7	147	64,610
2006	0.7	0.6	0.7	0.8	0.4	0.3	0.3	0.6	0.6	0.5	0.5	0.7	138	55,627
2008	0.5	0.4	0.5	0.7	0.3	0.2	0.2	0.5	0.4	0.3	0.4	0.6	133	51,751

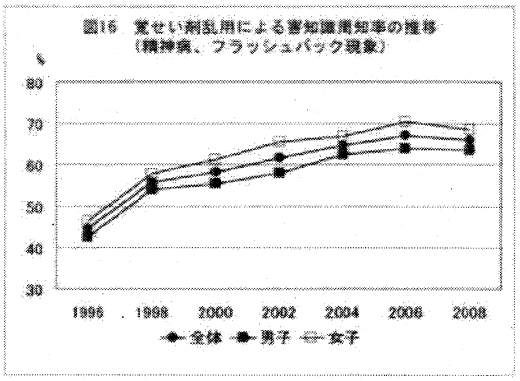
したものが図15、16である。

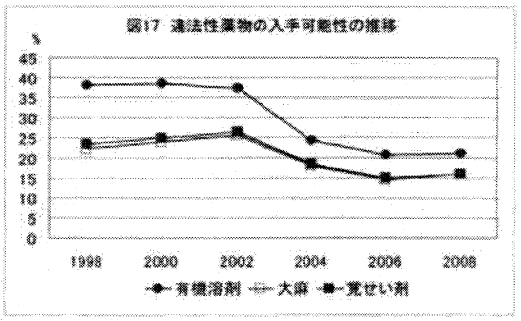
大麻による精神病・無動機症候群に関しては、1998年調査の女性を除けば、2000年調査までは、男女ともに有機溶剤乱用群の方が周知率が有意に高かった。しかし、2002年調査では、初めて有機溶剤乱用経験の有無による有意差がなくなり、2004年調査では、わずかではあるが、有機溶剤非経験者群での方が、「知っている」者の割合が高くなった（ただし有意差なし）。ところが、2006年調査では、男子では再び「知っている」と答えた者は有機溶剤経験者群の方が多くなってしまった。幸い今回の2008年調査では男女ともに「知っている」と答えた者は非経験者群の方で多かったが、有意差はない。

また、昨今の大学生における大麻乱用報道のおかげか、有機溶剤に関連した害知識や覚せい剤に関連した害知識の周知率が軒並み低下した中で、この大麻の害知識の周知度だけが僅かながら増加していた。しかし、周知率が上昇したと言っても未だに約60%に過ぎず、大麻についての害知識の徹底が急務である。

また、覚せい剤乱用による精神病・フラッシュバック現象に関しては、男子では1996年調査、1998年調査では有機溶剤乱用群での周知率が有意に高かったが、2000年調査、2002年調査では、有意差こそないものの、有機溶剤乱用非経験者群の方がわずかに周知率は高いというように変化した。しかし、2004年調査では、再び、有機溶剤経験者群の方が「知っている者」の割合は高いという結果にもどってしまった。2006年調査以降は「知っている」と答えた者は、有機溶剤非経験者群の方が多いという形に戻ったものの、今回の2008年調査では、周知率自体が低下しており、なお一層の薬物乱用防止教育の推進が必要であることを示唆している。







7. 違法薬物の入手可能性の比較

1993年以来、一部の外国人を中心に、大麻および覚せい剤が、大都会では路上で密売されるようになり、第3次覚せい剤乱用期を作り出した[9]。その影響と思われるが、1996年の1年間に覚せい剤取締法により検挙された高校生の数は対前年度比2.3倍と激増した[9]。いくら有機溶剤乱用の勢いが鈍ったと言っても、この現実は、わが国の薬物汚染状況の深刻化を象徴する以外の何物でもない。

表60～61は、本調査による違法薬物の入手可能性についての結果である。

有機溶剤は日常生活上の必需品であり、その気になれば入手は極めて簡単である。しかし、入手可能を選んだ者の割合は2004年以降激減しており少々驚きを隠せない（図13）。「シンナー遊び」のための「有機溶剤」という問いの言葉から、トルエンの入手を想定した者が多かった可能性もあるが、そもそもの有機溶剤乱用に関する関心のなさ

の現れとも考えられる。

ただし、大麻、覚せい剤の入手可能性に比べれば、有機溶剤の入手可能性が最も高いことは、事実に一致するところである。

大麻及び覚せい剤の入手可能性は、図17に見るように、今回の2004年調査では激減している。これは、この間の取締りの厳しさの反映の可能性がある。

ただし、この入手可能性を、有機溶剤乱用経験の有無を軸に見た場合（表61、表62)、大麻の入手可能性では、「簡単に手に入る」「少々苦労するが、なんとか手に入る」を選んだ者の合計を入手可能群とすると、その割合は、「シンナー遊び」未経験者群では、男子で15.8%、女子で15.4%であるのに対して、経験者群では、男子で44.1%、女子で62.6%と明らかに異なっていた（$p<0.01$）（表61)。

このことは覚せい剤の入手可能性についても同じであり、入手可能群の割合は、「シンナー遊び」未経験者群では、男子で15.6%、女子で15.7%であるのに対して、経験者群では、男性で42.5%、女性で44.2%となっていた（$p<0.01$）（表62)。

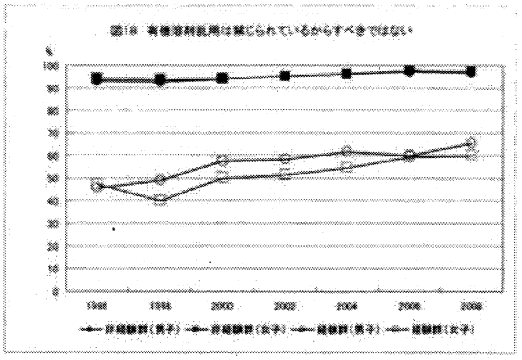
これらの結果は、わが国の中学生にとって、有機溶剤を乱用すると言うことは、大麻、覚せい剤が身近なものになるという特徴を如実に示している。

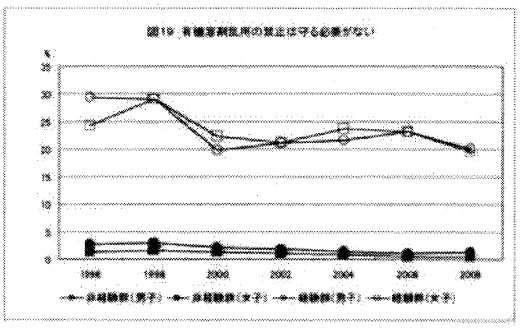
8. 薬物乱用に対する法の遵守性

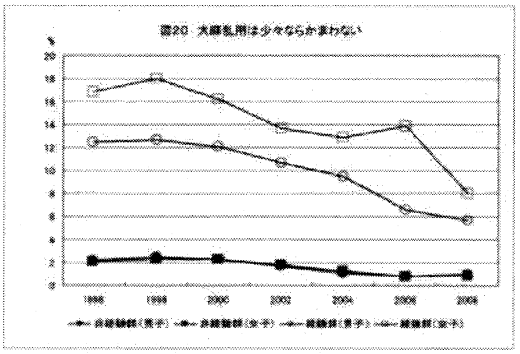
わが国の規制薬物乱用が、多くの国に比べて少ない背景には、国民の法に対する遵守性の高さがあるのではないかと本研究者らは推定している。

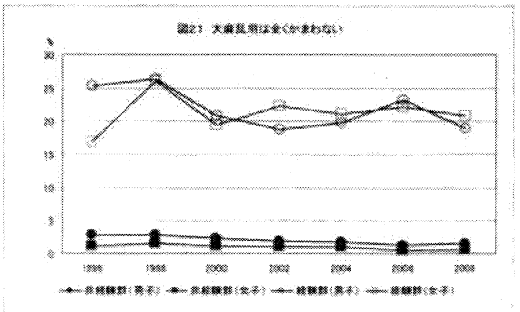
喫煙については全体の約9%（表34）の者が「少々ならかまわない」を選んでいるのに対して、「シンナー遊び」に関してそれを選んだ者は1.3%（表9）に過ぎず、大麻では1.6%（表55）であったことは、同じ依存性薬物と言えども、有機溶剤及び大麻乱用への心理的垣根は喫煙よりははるかに高いことを物語っている（覚せい剤に関しては、尋ねていない)。

図18、19は法で禁じられている有機溶剤の乱用についてどう思うかという問いに対する回答の年次推移である。有機溶剤非経験者群と経験者群とで結果には大きな開きがあるが、「乱用すべきでない」（図18）と答えた者の割合は、男女ともに









有機溶剤の乱用経験に関わらず微増してきている。同時に「法を守る必要はない」と答えた者の割合は、経験者群では2000年以降漸増しているが、今回の2008年調査では減少していた。

図20、21は大麻乱用をどう思うかに対する回答の年次推移である。「少々ならかまわない」と答えた者の割合は、有機溶剤乱用経験者群でも確実に減少していた。また、「全くかまわない」と答えた有機溶剤乱用経験者の割合も、僅かではあるが減少していた（図21）。

9.「ゲイトウェイ・ドラッグ」の視点から

表54と表58に示したように、「シンナー遊び」の経験と大麻・覚せい剤乱用の経験とには、強い結びつきがあり（図22、23）、わが国では依然として有機溶剤が大麻・覚せい剤への「ゲイトウェイ・ドラッグ」となっている可能性が強く示唆される[3)21)]。

また、中学生における喫煙及び飲酒が「シンナー遊び」への「エントリー・ドラッグ」になっている可能性が高いことは以前より指摘してきたが[3)4)5)18)22)]、表50及び表52の結果は、大人が同伴しない飲酒と「シンナー遊び」との結びつきの強さと、喫煙経験と「シンナー遊び」との結びつきの強さ（図24）を再確認させるものである。この背景には、有機溶剤乱用同様に、家庭環境、「仲間」関係等、薬物乱用の背後にある人間関係が大きな要因となっていると推定できる。

中学生における喫煙・飲酒・薬物乱用防止を行う際には、喫煙・飲酒・薬物乱用といった表面的行為に目を奪われすぎることなく、その背後に潜む家庭環境、「仲間」関係等の人間関係に目を注ぐことが重要であろう[19)]。

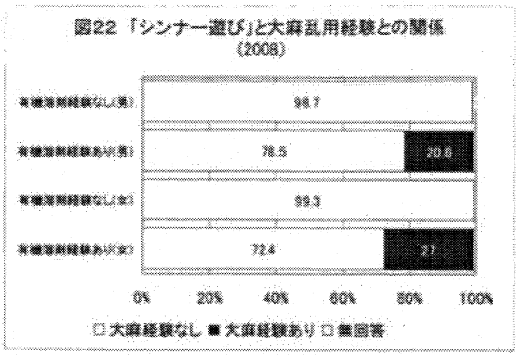


図22「シンナー遊び」と大麻乱用経験との関係（2008）

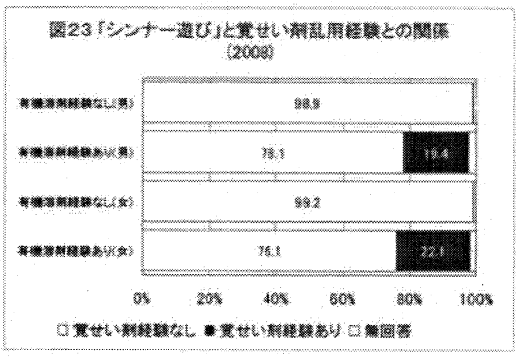


図23「シンナー遊び」と覚せい剤乱用経験との関係（2008）

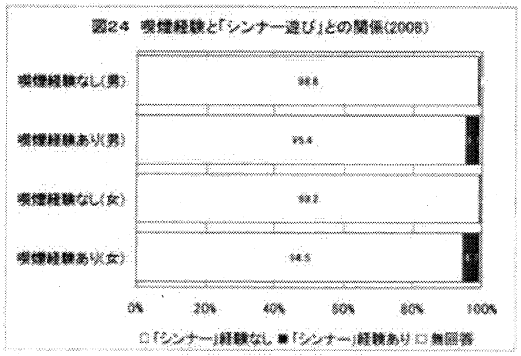


図24 喫煙経験と「シンナー遊び」との関係(2008)

E. 結論

わが国の中学生における薬物乱用の広がりを把握し、特に有機溶剤乱用に関する危険因子を特定することによって、中学生に対する薬物乱用防止対策の基礎資料に供するために、飲酒、喫煙、有機溶剤・大麻・覚せい剤乱用に対する意識・実態調査を実施した。調査期間は、2008年10月中（一部11～12月中）であり、層別一段集落抽出法により選ばれた全国212校の全生徒を対象に、自記式調査を実施した。その結果、133校（対象校の62.7%）より、52,719人（対象校212校の全生徒想定数の54.8%）の回答を得た。有効回答数は52,541人（対象校212校の全生徒想定数の54.7%）であった。

ただし、回答が得られなかった県が4県あり、都道府県毎の回答率には、未だにばらつきがあることをふまえた上で、本調査の結果を利用する必要がある。

このような限界はあるが、以下のような結論を

得た。

① これまでに有機溶剤乱用を経験したことがあると回答した男子は0.9%〔1年生0.7%、2年生0.9%、3年生1.1%〕、女子では0.6%（1年生0.5%、2年生0.5%、3年生0.9%）、全体では0.8%（1年生0.6%、2年生0.7%、3年生1.0%）であった。

この結果は、男女及び全体で、1996年に開始した一連の本調査では最低の値である。また、2004年調査まで上昇傾向にあった女子での生涯経験率は2006年より減少傾向に転じている。

② 有機溶剤乱用の目撃率に関しては男性、女性、全体の全てにおいて、1996年以降、着実に低下しており（全体で、1996年の11.8%から2008年の2.8%）、「身近に経験者がいる」と答えた者の率も、1998年のピーク（5.2%）から着実に減少していた（1.9%）。

また、有機溶剤乱用に「誘われた」ことのある者の率も、2000年調査をピーク（1.8%）に調査年次毎に漸減し、2008年には1.0%であった。

③ 以上を総合すると、有機溶剤乱用の勢いは、確実に弱くなってきていると考えられる。

④ 有機溶剤乱用経験者群では、非経験者群に比べて、日常生活の規則性、学校生活、家庭生活、友人関係において、好ましくない傾向が統計学的有意差を持って強いことが再確認された。

⑤ その背景には、家庭生活のあり方が大きく影響していると考えられる。経験者群では、「親との相談頻度」「家族との夕食頻度」が有意に低く、逆に「大人不在での時間」が有意に長く、親子の共有時間が少ない傾向が再確認された。

⑥ 結局、有機溶剤経験者群は、相対的に見れば、家庭にも、学校にもなじめず、友人関係も希薄な中学生たちが多く、「居場所のない子供たち」と推測することができよう。

⑦ また、中学生における喫煙と大人が同伴しない飲酒は、有機溶剤乱用と強い繋がりを持っており、これらは、有機溶剤乱用への「ゲイトウェイ」となっている可能性が再確認された。

⑧ 有機溶剤乱用による健康への害知識の周知率は調査年毎に上昇していたが、今回の2008年では2006年に比べて低下していた。この結果を重く受け止め、再度、薬物乱用防止教育の実施とあり方を検討する必要がある。

⑨ 大麻、覚せい剤の生涯経験者数は無回答者数よりも少なく、その意味では参考データ的意味合いが否定できないが、以下の結果を得た。

大麻の生涯経験率は、男子で0.4%（1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.6%）、女子で0.2%（1年生0.1%、2年生0.2%、3年生0.4%）、全体で0.3%（1年生0.2%、2年生0.3%、3年生0.5%）であり、覚せい剤の生涯経験率は、男子で0.4%（1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.5%）、女子で0.2%（1年生0.1%、2年生0.2%、3年生0.4%）、全体で0.3%（1年生0.2%、2年生0.3%、3年生0.4%）であった。

大麻の生涯経験率は、1998年をピーク（0.7%）に、以後減少はしたものの、2000年～2004年と停滞していたが、今回の2008年調査で減少傾向をはっきりと確認することができた。

覚せい剤の生涯経験率は、1998年、2004年に記録した最高値（0.5%）以降、2006年、2008年と連続して減少していた。

⑩ 大麻及び覚せい剤乱用による医学的害知識の周知度は、覚せい剤に関しては2006年調査の結果よりも低い結果であった。同時に、そもそもの周知度自体が未だに高いとは言えず、薬物乱用防止教育の一層の推進が望まれる結果であった。

⑪ 違法性薬物の入手可能性については、有機溶剤は日常生活上の必需品であり、その入手可能性は大麻や覚せい剤よりは高かった。

大麻、覚せい剤の入手可能性は2002年から2006年にかけて減少していたが、今回の2008年調査の結果は2006年とほとんど同じか少々増加を示す結果であった。

ただし、有機溶剤乱用非経験者群では「絶対不可能」を選択した者が、大麻でも覚せい剤でも男女ともに約70%弱であるのに対して、有機溶剤乱用経験者群では、大麻に関しては男子で約44%、女子で約63%の者が、また、覚せい剤に関しては男子で約43%、女子で44%の者が入手可能を選択していた。つまり、わが国の中学生にとって、有機溶剤を一回でも乱用すると言うことは、大麻、覚せい剤の入手が身近なものになる状況に入り込むことになるという特徴を強く示唆する結果であった。

⑫ 薬物の乱用経験率には、法の遵守性が大きく影響すると考えられる。喫煙については全体の約9%の者が「少々ならかまわない」を選んでいるのに対して、「シンナー遊び」に関してそれを選んだ者は1.3%に過ぎず、大麻では1.6%であったこと

は、同じ依存性薬物と言えども、有機溶剤及び大麻乱用への心理的垣根は喫煙よりははるかに高いことを物語っている。

⑬　また、有機溶剤乱用経験者群の23.3%（男子で20.6%、女子で27.0%）の者に大麻乱用の経験があり、20.6%（男子で19.4%、女子で22.1%）の者に覚せい剤乱用の経験があり、有機溶剤乱用と大麻・覚せい剤乱用との間には強い結びつきがあることが再確認された。同時に、喫煙経験と有機溶剤乱用経験との間にも結びつきが認められた。このことは、わが国の中学生では、喫煙→有機溶剤乱用→大麻・覚せい剤乱用という流れがあることを強く示唆する結果であった。

謝辞

本調査研究にご協力いただいた多くの学校関係者、生徒、ならびに、本調査の実施に関して御尽力をいただいた多くの方々に、心よりお礼を述べさせていただきます。

また、調査用紙回収後の膨大な資料整理に協力をしていただいた、埼玉ダルク、東京ダルク、アパリの協力者に感謝いたします。

F．参考文献

1)尾崎　茂、和田　清：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査．平成16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）研究報告書「薬物乱用・依存等の実態とその社会的影響・対策に関する研究」（主任研究者：和田　清）．pp. 89-126. 2005.

2) 和田　清："Gateway Drug"概念について．日本アルコール・薬物医学会雑誌 34(2): 95-106, 1999.

3) Wada,K., Fukui, S.: Demographic and SocialCharacteristics of Solvent Abuse Patients inJapan. The American Journal on Addictions 3:165-176, 1994.

4) Wada,K., Fukui, S.: Prevalence of volatile solvent inhalation among junior high school students in Japan and background life style of users. Addiction 88: 89-100, 1993.

5) Wada, K, Price, RK, Fukui, S: Cigarette smoking and solvent use among Japanese adolescents. Drug and Alcohol Dependence 46: 137-145, 1997.

6) Wada, K, Price, RK, Fukui, S: Reflecting Adult Drinking Culture: Prevalence of AlcoholUse and Drinking Situations among Japanese Junior High School Students in Japan. Journal of Studies on Alcohol 59: 381-386, 1998.

7) 和田　清：中学生における飲酒ー飲酒文化の反映ー．日本アルコール・薬物医学会雑誌 34: 36-48, 1999.

8)和田　清：薬物乱用の現状と歴史．神経精神薬理 19: 913-923, 1997.

9) 和田　清、勝野眞吾、尾崎米厚、中野良吾：中学生における「シンナー遊び」・喫煙・飲酒についての調査研究．平成8年度厚生科学研究費補助金（麻薬等対策総合研究事業）研究報告書「薬物依存・中毒者の疫学調査及び精神医療サービスに関する研究班」（主任研究者：寺元　弘）第1分冊薬物乱用・依存の多面的疫学調査研究（2）．pp. 21-60. 1997.

10) 編者　全国学校データ研究所：全国学校総覧2008年版．原書房．東京．2007.

11)Wada, K.: Prevalence of Solvent Inhalation among Junior High School Students in Japan and Their Background Lifestyle: Result of Chiba Prefecture Survey 1994. Japanese Journal of Alcohol Studies and Drug Dependence 37: 41-56, 2002.

12)和田　清、中野良吾、尾崎米厚、勝野眞吾：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査．平成10度厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）研究報告書「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神障害者等に対する適切な医療のあり方についての研究」（主任研究者：和田　清）．pp. 19-83. 1999.

13) 和田　清：中学生における有機溶剤乱用の実態とその生活背景ー1992年千葉県調査よりー．学

校保健研究 43:26-38, 2001.

14)和田 清：中学生における「シンナー遊び」・喫煙・飲酒についての調査研究．平成5年度厚生科学研究費補助金「麻薬等総合対策研究事業」薬物依存の社会学的、精神医学的特徴に関する研究（主任研究者：福井 進）平成5年度研究成果報告書．pp.27-54．1994.

15）和田 清：有機溶剤乱用発生の社会的背景―青少年にとり有機溶剤とは何か―．アルコール医療研究 8：179-184，1991.

16)和田 清：中学生における飲酒－飲酒文化の反映－．日本アルコール・薬物医学会雑誌34：36-48，1999.

17)和田 清：有機溶剤乱用と家族．精神保健研究 7：13-17，1994.

18)Wada, K.：Lifetime Prevalence of Alcohol Drinking, Cigarette Smoking, and Solvent Inhalation among Junior High School Students in Japan: Tradition and Urbanization. Japanese Journal of Alcohol Studies and Drug Dependence 36：124-141，2001.

19）和田 清、菊池安希子、尾崎米厚、勝野眞吾：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査．平成12度厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）研究報告書「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神障害者等に対する適切な医療のあり方についての研究」（主任研究者：和田 清）．pp.15-76．2001.

20）和田 清、畢 穎、尾崎米厚、勝野眞吾：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査（2002年）．平成14度厚生労働科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）研究報告書「薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究」（主任研究者：和田 清）．pp.19-86．2003.

21）和田 清：有機溶剤吸引の入り口としての喫煙：1994年千葉県中学生調査より．学校保健研究 45:512-527, 2004.

22）和田 清、近藤あゆみ、高橋伸彰、鈴木紀美子、尾崎米厚、勝野眞吾：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査（2004年）．平成16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）研究報告書「薬物乱用・依存等の実態とその社会的影響・対策に関する研究」（主任研究者：和田 清）．pp.17-87．2005.

23）和田 清、尾崎 茂、近藤あゆみ：薬物乱用・依存の今日的状況と政策的課題．日本アルコール・薬物医学会雑誌43(2)：120-131，2008.

24）和田 清、近藤あゆみ、尾崎米厚、勝野眞吾：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査(2006年)．平成18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）研究報告書「薬物乱用・依存等の実態と乱用・依存者に対する対応策に関する研究」(主任研究者：和田 清)．pp.17-91．2007

G．研究発表

1．論文発表

(1) 和田 清：心の健康をめざした薬物乱用防止教育を．特集 今こそ薬物乱用防止教育・指導の徹底を！．心とからだの健康 Vol.13，No.133：14-18，2009.

(2) 和田 清、尾崎 茂、近藤あゆみ：薬物乱用・依存の今日的状況と政策的課題．日本アルコール・薬物医学会雑誌 43(2):120-131，2008.

(3) 和田 清：Ⅲ．思春期の保健 薬物の乱用・依存・中毒．思春期医学臨床テキスト．日本小児科学会編（監修 別所文雄、五十嵐隆）．診断と治療社．東京．pp.76-pp.80，2008.4.25.

2．学会発表

(1) 和田 清、尾崎 茂、近藤あゆみ：シンポジウム：アルコール・薬物（脱法ドラッグを含む）依存をめぐる社会的諸問題と各機関の連携「実態調査から見た今日の違法薬 物乱用状況」．第42回日本アルコール・薬物医学会．大津．2007.9.28.

H．知的財産権の出願・登録状況 なし

表1 対象校の分布と回答状況

	対象校数	回答校数	実施率(%)		対象校数	回答校数	実施率(%)
北海道	9	5	55.6%	京都	4	2	50.0%
青森	3	3	100.0%	大阪	13	4	30.8%
岩手	3	3	100.0%	兵庫	9	6	66.7%
宮城	4	4	100.0%	奈良	3	1	33.3%
秋田	2	2	100.0%	和歌山	2	0	0.0%
山形	2	2	100.0%	鳥取	2	2	100.0%
福島	4	3	75.0%	島根	2	2	100.0%
茨城	5	3	60.0%	岡山	3	3	100.0%
栃木	3	3	100.0%	広島	5	2	40.0%
群馬	3	3	100.0%	山口	3	2	66.7%
埼玉	11	6	54.5%	徳島	2	0	0.0%
千葉	9	6	66.7%	香川	2	1	50.0%
東京	17	9	52.9%	愛媛	3	2	66.7%
神奈川	12	6	50.0%	高知	2	1	50.0%
新潟	4	2	50.0%	福岡	8	5	62.5%
富山	2	0	0.0%	佐賀	2	2	100.0%
石川	2	0	0.0%	長崎	3	2	66.7%
福井	2	1	50.0%	熊本	3	2	66.7%
山梨	2	2	100.0%	大分	2	1	50.0%
長野	4	4	100.0%	宮崎	3	2	66.7%
岐阜	3	1	33.3%	鹿児島	3	3	100.0%
静岡	6	5	83.3%	沖縄	3	3	100.0%
愛知	12	6	50.0%				
三重	3	3	100.0%				
滋賀	3	3	100.0%	全体	212	133	62.7%

表2 対象の内訳

	1年	2年	3年	合計
男性	8744 (50.5)	9074 (50.8)	8922 (51.4)	26740 (50.9)
女性	8558 (49.4)	8787 (49.2)	8412 (48.5)	25757 (49.0)
無回答	11 (.1)	16 (.1)	17 (.1)	44 (.1)
合計	17313 (100.0)	17877 (100.0)	17351 (100.0)	52541 (100.0)

表3 これまでに1回でも「シンナー遊び」を経験したことのある率(生涯経験率)

		1年	2年	3年	合計
男性	経験なし	8577 (98.1)	8933 (98.4)	8762 (98.2)	26272 (98.2)
	経験あり	61 (.7)	84 (.9)	102 (1.1)	247 (.9)
	無回答	106 (1.2)	57 (.6)	58 (.7)	221 (.8)
	合計	8744 (100.0)	9074 (100.0)	8922 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 9.384, df = 2, p = 0.009)
女性	経験なし	8422 (98.4)	8702 (99.0)	8316 (98.9)	25440 (98.8)
	経験あり	46 (.5)	45 (.5)	72 (.9)	163 (.6)
	無回答	90 (1.1)	40 (.5)	24 (.3)	154 (.6)
	合計	8558 (100.0)	8787 (100.0)	8412 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 9.759, df = 2, p = 0.008)
全体	経験なし	17008 (98.2)	17650 (98.7)	17093 (98.5)	51751 (98.5)
	経験あり	108 (.6)	130 (.7)	174 (1.0)	412 (.8)
	無回答	197 (1.1)	97 (.5)	84 (.5)	378 (.7)
	合計	17313 (100.0)	17877 (100.0)	17351 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 16.782, df = 2, p < 0.001)

表 4　この１年間に「シンナー遊び」を１回でも経験したことのある率（１年経験率）

		１年	２年	３年	合計
男性	ない	8626 (98.7)	8975 (98.9)	8816 (98.8)	26417 (98.8)
	ある	47 (.5)	62 (.7)	75 (.8)	184 (.7)
	無回答	71 (.8)	37 (.4)	31 (.3)	139 (.5)
	合計	8744 (100.0)	9074 (100.0)	8922 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 5.832, df = 2, p = 0.054)
女性	ない	8456 (98.8)	8735 (99.4)	8349 (99.3)	25540 (99.2)
	ある	30 (.4)	34 (.4)	53 (.6)	117 (.5)
	無回答	72 (.8)	18 (.2)	10 (.1)	100 (.4)
	合計	8558 (100.0)	8787 (100.0)	8412 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 8.528, df = 2, p = 0.014)
全体	ない	17092 (98.7)	17725 (99.1)	17181 (99.0)	51998 (99.0)
	ある	78 (.5)	97 (.5)	128 (.7)	303 (.6)
	無回答	143 (.8)	55 (.3)	42 (.2)	240 (.5)
	合計	17313 (100.0)	17877 (100.0)	17351 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 12.773, df = 2, p = 0.002)

表 5 「シンナー遊び」を実際に見たことがありますか？

		１年	２年	３年	合計
男性	ない	8434 (96.5)	8768 (96.6)	8589 (96.3)	25791 (96.5)
	ある	228 (2.6)	270 (3.0)	302 (3.4)	800 (3.0)
	無回答	82 (.9)	36 (.4)	31 (.3)	149 (.6)
	合計	8744 (100.0)	9074 (100.0)	8922 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 8.836, df = 2, p = 0.012)
女性	ない	8291 (96.9)	8550 (97.3)	8128 (96.6)	24969 (96.9)
	ある	196 (2.3)	218 (2.5)	272 (3.2)	686 (2.7)
	無回答	71 (.8)	19 (.2)	12 (.1)	102 (.4)
	合計	8558 (100.0)	8787 (100.0)	8412 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 15.822, df = 2, p < 0.001)
全体	ない	16735 (96.7)	17334 (97.0)	16733 (96.4)	50802 (96.7)
	ある	425 (2.5)	488 (2.7)	574 (3.3)	1487 (2.8)
	無回答	153 (.9)	55 (.3)	44 (.3)	252 (.5)
	合計	17313 (100.0)	17877 (100.0)	17351 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 23.156, df = 2, p < 0.001)

表6　身近に「シンナー遊び」をしている人がいますか？

		１年	２年	３年	合計
男性	いない	8514 (97.4)	8870 (97.8)	8661 (97.1)	26045 (97.4)
	いる	119 (1.4)	143 (1.6)	210 (2.4)	472 (1.8)
	無回答	111 (1.3)	61 (.7)	51 (.6)	223 (.8)
	合計	8744 (100.0)	9074 (100.0)	8922 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 27.439, df = 2, p < 0.001)
女性	いない	8361 (97.7)	8550 (97.3)	8183 (97.3)	25094 (97.4)
	いる	112 (1.3)	203 (2.3)	209 (2.5)	524 (2.0)
	無回答	85 (1.0)	34 (.4)	20 (.2)	139 (.5)
	合計	8558 (100.0)	8787 (100.0)	8412 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 33.765, df = 2, p < 0.001)
全体	いない	16885 (97.5)	17436 (97.5)	16859 (97.2)	51180 (97.4)
	いる	232 (1.3)	346 (1.9)	419 (2.4)	997 (1.9)
	無回答	196 (1.1)	95 (.5)	73 (.4)	364 (.7)
	合計	17313 (100.0)	17877 (100.0)	17351 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 52.744, df = 2, p < 0.001)

表7 「シンナー遊び」に誘われた経験

		1年	2年	3年	合計
男性	ない	8312 (95.1)	8649 (95.3)	8453 (94.7)	25414 (95.0)
	ある	62 (.7)	87 (1.0)	111 (1.2)	260 (1.0)
	無回答	370 (4.2)	338 (3.7)	358 (4.0)	1066 (4.0)
	合計	8744 (100.0)	9074 (100.0)	8922 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 13.102, df = 2, p < 0.001)
女性	ない	8100 (94.6)	8288 (94.3)	7907 (94.0)	24295 (94.3)
	ある	65 (.8)	78 (.9)	102 (1.2)	245 (1.0)
	無回答	393 (4.6)	421 (4.8)	403 (4.8)	1217 (4.7)
	合計	8558 (100.0)	8787 (100.0)	8412 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 9.902, df = 2, p = 0.007)
全体	ない	16420 (94.8)	16951 (94.8)	16374 (94.4)	49745 (94.7)
	ある	129 (.7)	165 (.9)	213 (1.2)	507 (1.0)
	無回答	764 (4.4)	761 (4.3)	764 (4.4)	2289 (4.4)
	合計	17313 (100.0)	17877 (100.0)	17351 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 21.685, df = 2, p < 0.001)

表8 「シンナー遊び」についての気持ち（未経験者についてのみ）

		1年	2年	3年	合計
男性	関心がない	7994 (93.2)	8333 (93.3)	8287 (94.6)	24614 (93.7)
	見てみたい	438 (5.1)	485 (5.4)	368 (4.2)	1291 (4.9)
	試してみたい	48 (.6)	45 (.5)	37 (.4)	130 (.5)
	経験がある	2 (.0)	2 (.0)	5 (.1)	9 (.0)
	無回答	95 (1.1)	68 (.8)	65 (.7)	228 (.9)
	合計	8577 (100.0)	8933 (100.0)	8762 (100.0)	26272 (100.0)
					(χ^2 = 19.193, df = 6, p = 0.004)
女性	関心がない	7828 (92.9)	8047 (92.5)	7855 (94.5)	23730 (93.3)
	見てみたい	481 (5.7)	529 (6.1)	367 (4.4)	1377 (5.4)
	試してみたい	42 (.5)	64 (.7)	36 (.4)	142 (.6)
	経験がある	1 (.0)	2 (.0)	2 (.0)	5 (.0)
	無回答	70 (.8)	60 (.7)	56 (.7)	186 (.7)
	合計	8422 (100.0)	8702 (100.0)	8316 (100.0)	25440 (100.0)
					(χ^2 = 33.937, df = 6, p < 0.001)
全体	関心がない	15831 (93.1)	16393 (92.9)	16156 (94.5)	48380 (93.5)
	見てみたい	919 (5.4)	1016 (5.8)	736 (4.3)	2671 (5.2)
	試してみたい	90 (.5)	109 (.6)	73 (.4)	272 (.5)
	経験がある	3 (.0)	4 (.0)	7 (.0)	14 (.0)
	無回答	165 (1.0)	128 (.7)	121 (.7)	414 (.8)
	合計	17008 (100.0)	17650 (100.0)	17093 (100.0)	51751 (100.0)
					(χ^2 = 48.914, df = 6, p < 0.001)

表9 「シンナー遊び」についてどう思いますか？（法の遵守）

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	法律で禁止されているからすべきではない	25440 (96.8)	162 (65.6)	114 (51.6)	25716 (96.2)
	法律で禁止されてはいるが少々なら構わない	397 (1.5)	32 (13.0)	3 (1.4)	432 (1.6)
	法律で禁止されてはいるが守る必要は全然ない	362 (1.4)	50 (20.2)	4 (1.8)	416 (1.6)
	無回答	73 (.3)	3 (1.2)	100 (45.2)	176 (.7)
	合計	26272 (100.0)	247 (100.0)	221 (100.0)	26740 (100.0)
				(χ^2 = 791.361, df = 2, p < 0.001)	
女性	法律で禁止されているからすべきではない	24827 (97.6)	98 (60.1)	66 (42.9)	24991 (97.0)
	法律で禁止されてはいるが少々なら構わない	416 (1.6)	31 (19.0)	2 (1.3)	449 (1.7)
	法律で禁止されてはいるが守る必要は全然ない	150 (.6)	32 (19.6)	2 (1.3)	184 (.7)
	無回答	47 (.2)	2 (1.2)	84 (54.5)	133 (.5)
	合計	25440 (100.0)	163 (100.0)	154 (100.0)	25757 (100.0)
				(χ^2 = 1142.085, df = 2, p < 0.001)	
全体	法律で禁止されているからすべきではない	50304 (97.2)	261 (63.3)	182 (48.1)	50747 (96.6)
	法律で禁止されてはいるが少々なら構わない	815 (1.6)	63 (15.3)	5 (1.3)	883 (1.7)
	法律で禁止されてはいるが守る必要は全然ない	512 (1.0)	83 (20.1)	6 (1.6)	601 (1.1)
	無回答	120 (.2)	5 (1.2)	185 (48.9)	310 (.6)
	合計	51751 (100.0)	412 (100.0)	378 (100.0)	52541 (100.0)
				(χ^2 = 1839.142, df = 2, p < 0.001)	

表10 法律で「シンナー遊び」を禁止しているのをどう思いますか？（法規則の必要性）

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	当然だと思う	24311 (92.5)	145 (58.7)	105 (47.5)	24561 (91.9)
	仕方のないことだと思う	1076 (4.1)	36 (14.6)	7 (3.2)	1119 (4.2)
	麻薬・覚せい剤と違ってシンナーくらい禁止しなくてもいい	90 (.3)	13 (5.3)	1 (.5)	104 (.4)
	法律で決める必要はなく個人の自由	734 (2.8)	51 (20.6)	8 (3.6)	793 (3.0)
	無回答	61 (.2)	2 (.8)	100 (45.2)	163 (.6)
	合計	26272 (100.0)	247 (100.0)	221 (100.0)	26740 (100.0)
				(χ^2 = 513.226, df = 3, p < 0.001)	
女性	当然だと思う	23800 (93.6)	79 (48.5)	59 (38.3)	23938 (92.9)
	仕方のないことだと思う	1058 (4.2)	39 (23.9)	8 (5.2)	1105 (4.3)
	麻薬・覚せい剤と違ってシンナーくらい禁止しなくてもいい	99 (.4)	8 (4.9)	0 (.0)	107 (.4)
	法律で決める必要はなく個人の自由	444 (1.7)	35 (21.5)	4 (2.6)	483 (1.9)
	無回答	39 (.2)	2 (1.2)	83 (53.9)	124 (.5)
	合計	25440 (100.0)	163 (100.0)	154 (100.0)	25757 (100.0)
				(χ^2 = 605.733, df = 3, p < 0.001)	
全体	当然だと思う	48145 (93.0)	225 (54.6)	166 (43.9)	48536 (92.4)
	仕方のないことだと思う	2137 (4.1)	75 (18.2)	15 (4.0)	2227 (4.2)
	麻薬・覚せい剤と違ってシンナーくらい禁止しなくてもいい	189 (.4)	21 (5.1)	1 (.3)	211 (.4)
	法律で決める必要はなく個人の自由	1179 (2.3)	87 (21.1)	12 (3.2)	1278 (2.4)
	無回答	101 (.2)	4 (1.0)	184 (48.7)	289 (.6)
	合計	51751 (100.0)	412 (100.0)	378 (100.0)	52541 (100.0)
				(χ^2 = 1089.207, df = 3, p < 0.001)	

表11「シンナー遊び」をしている人についてどう思いますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	自分には無関係の人	25428 (96.8)	168 (68.0)	113 (51.1)	25709 (96.1)
	シンナー遊びをする気持ちが理解できる気がする	594 (2.3)	35 (14.2)	3 (1.4)	632 (2.4)
	親しみを感じる	112 (.4)	38 (15.4)	2 (.9)	152 (.6)
	無回答	138 (.5)	6 (2.4)	103 (46.6)	247 (.9)
	合計	26272 (100.0)	247 (100.0)	221 (100.0)	26740 (100.0)
				(χ^2 = 1157.885, df = 2, p < 0.001)	
女性	自分には無関係の人	24310 (95.6)	87 (53.4)	61 (39.6)	24458 (95.0)
	シンナー遊びをする気持ちが理解できる気がする	944 (3.7)	41 (25.2)	9 (5.8)	994 (3.9)
	親しみを感じる	53 (.2)	33 (20.2)	1 (.6)	87 (.3)
	無回答	133 (.5)	2 (1.2)	83 (53.9)	218 (.8)
	合計	25440 (100.0)	163 (100.0)	154 (100.0)	25757 (100.0)
				(χ^2 = 2175.758, df = 2, p < 0.001)	
全体	自分には無関係の人	49776 (96.2)	256 (62.1)	177 (46.8)	50209 (95.6)
	シンナー遊びをする気持ちが理解できる気がする	1538 (3.0)	76 (18.4)	12 (3.2)	1626 (3.1)
	親しみを感じる	166 (.3)	72 (17.5)	3 (.8)	241 (.5)
	無回答	271 (.5)	8 (1.9)	186 (49.2)	465 (.9)
	合計	51751 (100.0)	412 (100.0)	378 (100.0)	52541 (100.0)
				(χ^2 = 3046.714, df = 2, p < 0.001)	

表12 「シンナー遊び」をしている人と親しくなることについてどう思いますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	親しくなりたくない	20721 (78.9)	122 (49.4)	77 (34.8)	20920 (78.2)
	シンナー遊びだけで決めたくない	5325 (20.3)	77 (31.2)	37 (16.7)	5439 (20.3)
	すでに親しい	88 (.3)	43 (17.4)	0 (.0)	131 (.5)
	無回答	138 (.5)	5 (2.0)	107 (48.4)	250 (.9)
	合計	26272 (100.0)	247 (100.0)	221 (100.0)	26740 (100.0)
				(χ^2 = 1508.802, df = 2, p < 0.001)	
女性	親しくなりたくない	19168 (75.3)	50 (30.7)	46 (29.9)	19264 (74.8)
	シンナー遊びだけで決めたくない	6103 (24.0)	63 (38.7)	21 (13.6)	6187 (24.0)
	すでに親しい	77 (.3)	50 (30.7)	3 (1.9)	130 (.5)
	無回答	92 (.4)	0 (.0)	84 (54.5)	176 (.7)
	合計	25440 (100.0)	163 (100.0)	154 (100.0)	25757 (100.0)
				(χ^2 = 3059.749, df = 2, p < 0.001)	
全体	親しくなりたくない	39920 (77.1)	172 (41.7)	124 (32.8)	40216 (76.5)
	シンナー遊びだけで決めたくない	11436 (22.1)	141 (34.2)	58 (15.3)	11635 (22.1)
	すでに親しい	165 (.3)	94 (22.8)	3 (.8)	262 (.5)
	無回答	230 (.4)	5 (1.2)	193 (51.1)	428 (.8)
	合計	51751 (100.0)	412 (100.0)	378 (100.0)	52541 (100.0)
				(χ^2 = 4295.149, df = 2, p < 0.001)	

表13　どうして「シンナー遊び」をするのだと思いますか？（複数回答）

		生涯シンナー経験				
		経験なし	経験あり	無回答	合計	
男性	本人に問題	18595 (70.8)	142 (57.5)	106 (48.0)	18843 (70.5)	(χ^2 = 20.813, df = 1, p < 0.001)
	家庭に問題	12900 (49.1)	117 (47.4)	69 (31.2)	13086 (48.9)	(χ^2 = 0.293, df = 1, p = 0.588)
	学校に問題	7205 (27.4)	87 (35.2)	44 (19.9)	7336 (27.4)	(χ^2 = 7.436, df = 1, p = 0.006)
	社会に問題	9707 (36.9)	112 (45.3)	64 (29.0)	9883 (37.0)	(χ^2 = 7.401, df = 1, p = 0.007)
	無回答	392 (1.5)	5 (2.0)	57 (25.8)	454 (1.7)	
	合計	26272 (100.0)	247 (100.0)	221 (100.0)	26740 (100.0)	
女性	本人に問題	16910 (66.5)	92 (56.4)	61 (39.6)	17063 (66.2)	(χ^2 = 7.298, df = 1, p = 0.007)
	家庭に問題	16936 (66.6)	107 (65.6)	54 (35.1)	17097 (66.4)	(χ^2 = 0.062 df = 1, p = 0.803)
	学校に問題	10099 (39.7)	85 (52.1)	44 (28.6)	10228 (39.7)	(χ^2 = 10.473, df = 1, p = 0.001)
	社会に問題	10145 (39.9)	90 (55.2)	37 (24.0)	10272 (39.9)	(χ^2 = 13.859, df = 1, p < 0.001)
	無回答	260 (1.0)	4 (2.5)	59 (38.3)	323 (1.3)	
	合計	25440 (100.0)	163 (100.0)	154 (100.0)	25757 (100.0)	
全体	本人に問題	35529 (68.7)	235 (57.0)	168 (44.4)	35932 (68.4)	(χ^2 = 25.559, df = 1, p < 0.001)
	家庭に問題	29853 (57.7)	225 (54.6)	123 (32.5)	30201 (57.5)	(χ^2 = 1.578 df = 1, p = 0.209)
	学校に問題	17312 (33.5)	173 (42.0)	89 (23.5)	17574 (33.4)	(χ^2 = 13.345, df = 1, p < 0.001)
	社会に問題	19865 (38.4)	203 (49.3)	102 (27.0)	20170 (38.4)	(χ^2 = 20.452, df = 1, p < 0.001)
	無回答	653 (1.3)	10 (2.4)	116 (30.7)	779 (1.5)	
	合計	51751 (100.0)	412 (100.0)	378 (100.0)	52541 (100.0)	

表14　「シンナー遊び」による急性中毒死を知っていますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	知っている	15456 (58.8)	137 (55.5)	69 (31.2)	15662 (58.6)
	知らない	10790 (41.1)	108 (43.7)	52 (23.5)	10950 (40.9)
	無回答	26 (.1)	2 (.8)	100 (45.2)	128 (.5)
	合計	26272 (100.0)	247 (100.0)	221 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 0.886, df = 1, p = 0.346)
女性	知っている	16310 (64.1)	91 (55.8)	52 (33.8)	16453 (63.9)
	知らない	9122 (35.9)	70 (42.9)	21 (13.6)	9213 (35.8)
	無回答	8 (.0)	2 (1.2)	81 (52.6)	91 (.4)
	合計	25440 (100.0)	163 (100.0)	154 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 4.028, df = 1, p = 0.045)
全体	知っている	31790 (61.4)	228 (55.3)	123 (32.5)	32141 (61.2)
	知らない	19927 (38.5)	180 (43.7)	73 (19.3)	20180 (38.4)
	無回答	34 (.1)	4 (1.0)	182 (48.1)	220 (.4)
	合計	51751 (100.0)	412 (100.0)	378 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 5.337, df = 1, p = 0.021)

表15 「シンナー遊び」を繰り返すと歯がぼろぼろになりやすいことを知っていますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	知っている	18836 (71.7)	167 (67.6)	74 (33.5)	19077 (71.3)
	知らない	7416 (28.2)	78 (31.6)	47 (21.3)	7541 (28.2)
	無回答	20 (.1)	2 (.8)	100 (45.2)	122 (.5)
	合計	26272 (100.0)	247 (100.0)	221 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 1.532, df = 1, p = 0.216)
女性	知っている	19223 (75.6)	113 (69.3)	56 (36.4)	19392 (75.3)
	知らない	6209 (24.4)	48 (29.4)	17 (11.0)	6274 (24.4)
	無回答	8 (.0)	2 (1.2)	81 (52.6)	91 (.4)
	合計	25440 (100.0)	163 (100.0)	154 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 2.527, df = 1, p = 0.112)
全体	知っている	38086 (73.6)	280 (68.0)	132 (34.9)	38498 (73.3)
	知らない	13637 (26.4)	128 (31.1)	64 (16.9)	13829 (26.3)
	無回答	28 (.1)	4 (1.0)	182 (48.1)	214 (.4)
	合計	51751 (100.0)	412 (100.0)	378 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 5.214, df = 1, p =0.022)

表16 「シンナー遊び」を繰り返すと多発神経炎になることがあるのを知っていますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	知っている	14962 (57.0)	133 (53.8)	80 (36.2)	15175 (56.8)
	知らない	11177 (42.5)	113 (45.7)	89 (40.3)	11379 (42.6)
	無回答	133 (.5)	1 (.4)	52 (23.5)	186 (.7)
	合計	26272 (100.0)	247 (100.0)	221 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 1.003, df = 1, p = 0.317)
女性	知っている	16588 (65.2)	98 (60.1)	70 (45.5)	16756 (65.1)
	知らない	8766 (34.5)	64 (39.3)	29 (18.8)	8859 (34.4)
	無回答	86 (.3)	1 (.6)	55 (35.7)	142 (.6)
	合計	25440 (100.0)	163 (100.0)	154 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 1.731, df = 1, p = 0.188)
全体	知っている	31571 (61.0)	231 (56.1)	151 (39.9)	31953 (60.8)
	知らない	19959 (38.6)	179 (43.4)	120 (31.7)	20258 (38.6)
	無回答	221 (.4)	2 (.5)	107 (28.3)	330 (.6)
	合計	51751 (100.0)	412 (100.0)	378 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 4.156, df = 1, p = 0.041)

表17 「シンナー遊び」を繰り返すと精神病状態になることがあるのを知っていますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	知っている	21188 (80.6)	166 (67.2)	117 (52.9)	21471 (80.3)
	知らない	4847 (18.4)	78 (31.6)	50 (22.6)	4975 (18.6)
	無回答	237 (.9)	3 (1.2)	54 (24.4)	294 (1.1)
	合計	26272 (100.0)	247 (100.0)	221 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 28.284, df = 1, p < 0.001)
女性	知っている	22491 (88.4)	122 (74.8)	86 (55.8)	22699 (88.1)
	知らない	2815 (11.1)	38 (23.3)	13 (8.4)	2866 (11.1)
	無回答	134 (.5)	3 (1.8)	55 (35.7)	192 (.7)
	合計	25440 (100.0)	163 (100.0)	154 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 25.482, df = 1, p < 0.001)
全体	知っている	43710 (84.5)	288 (69.9)	204 (54.0)	44202 (84.1)
	知らない	7668 (14.8)	117 (28.4)	65 (17.2)	7850 (14.9)
	無回答	373 (.7)	7 (1.7)	109 (28.8)	489 (.9)
	合計	51751 (100.0)	412 (100.0)	378 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 61.331, df = 1, p < 0.000)

表18 「シンナー遊び」を繰り返すと無動機症候群になることがあるのを知っていますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	知っている	14777 (56.2)	138 (55.9)	74 (33.5)	14989 (56.1)
	知らない	11235 (42.8)	104 (42.1)	94 (42.5)	11433 (42.8)
	無回答	260 (1.0)	5 (2.0)	53 (24.0)	318 (1.2)
	合計	26272 (100.0)	247 (100.0)	221 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 0.005, df = 1, p = 0.945)
女性	知っている	16003 (62.9)	97 (59.5)	62 (40.3)	16162 (62.7)
	知らない	9251 (36.4)	65 (39.9)	37 (24.0)	9353 (36.3)
	無回答	186 (.7)	1 (.6)	55 (35.7)	242 (.9)
	合計	25440 (100.0)	163 (100.0)	154 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 0.845, df = 1, p = 0.358)
全体	知っている	30802 (59.5)	235 (57.0)	137 (36.2)	31174 (59.3)
	知らない	20502 (39.6)	170 (41.3)	133 (35.2)	20805 (39.6)
	無回答	447 (.9)	7 (1.7)	108 (28.6)	562 (1.1)
	合計	51751 (100.0)	412 (100.0)	378 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 0.676, df = 1, p = 0.411)

表19 「シンナー遊び」の結果、フラッシュバックが起こることがあるのを知っていますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	知っている	16182 (61.6)	152 (61.5)	89 (40.3)	16423 (61.4)
	知らない	9830 (37.4)	91 (36.8)	79 (35.7)	10000 (37.4)
	無回答	260 (1.0)	4 (1.6)	53 (24.0)	317 (1.2)
	合計	26272 (100.0)	247 (100.0)	221 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 0.013, df = 1, p = 0.911)
女性	知っている	16714 (65.7)	109 (66.9)	62 (40.3)	16885 (65.6)
	知らない	8556 (33.6)	52 (31.9)	36 (23.4)	8644 (33.6)
	無回答	170 (.7)	2 (1.2)	56 (36.4)	228 (.9)
	合計	25440 (100.0)	163 (100.0)	154 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 0.174, df = 1, p =0.676)
全体	知っている	32924 (63.6)	261 (63.3)	152 (40.2)	33337 (63.4)
	知らない	18396 (35.5)	145 (35.2)	117 (31.0)	18658 (35.5)
	無回答	431 (.8)	6 (1.5)	109 (28.8)	546 (1.0)
	合計	51751 (100.0)	412 (100.0)	378 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 0.003 df = 1, p = 0.954)

表20 あなたの起床時間はほぼ一定していますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	はい	21763 (82.8)	168 (68.0)	176 (79.6)	22107 (82.7)
	いいえ	4443 (16.9)	78 (31.6)	43 (19.5)	4564 (17.1)
	無回答	66 (.3)	1 (.4)	2 (.9)	69 (.3)
	合計	26272 (100.0)	247 (100.0)	221 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 37.445, df = 1, p < 0.001)
女性	はい	21502 (84.5)	105 (64.4)	122 (79.2)	21729 (84.4)
	いいえ	3901 (15.3)	58 (35.6)	30 (19.5)	3989 (15.5)
	無回答	37 (.1)	0 (.0)	2 (1.3)	39 (.2)
	合計	25440 (100.0)	163 (100.0)	154 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 50.614, df = 1, p < 0.001)
全体	はい	43290 (83.7)	274 (66.5)	299 (79.1)	43863 (83.5)
	いいえ	8355 (16.1)	136 (33.0)	75 (19.8)	8566 (16.3)
	無回答	106 (.2)	2 (.5)	4 (1.1)	112 (.2)
	合計	51751 (100.0)	412 (100.0)	378 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 86.042, df = 1, p < 0.001)

表21 あなたの就寝時間はほぼ一定していますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	はい	15032 (57.2)	115 (46.6)	122 (55.2)	15269 (57.1)
	いいえ	11120 (42.3)	129 (52.2)	98 (44.3)	11347 (42.4)
	無回答	120 (.5)	3 (1.2)	1 (.5)	124 (.5)
	合計	26272 (100.0)	247 (100.0)	221 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 10.590, df = 1, p = 0.001)
女性	はい	14132 (55.6)	60 (36.8)	76 (49.4)	14268 (55.4)
	いいえ	11216 (44.1)	103 (63.2)	77 (50.0)	11396 (44.2)
	無回答	92 (.4)	0 (.0)	1 (.6)	93 (.4)
	合計	25440 (100.0)	163 (100.0)	154 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 23.548, df = 1, p < 0.001)
全体	はい	29182 (56.4)	175 (42.5)	199 (52.6)	29556 (56.3)
	いいえ	22354 (43.2)	233 (56.6)	177 (46.8)	22764 (43.3)
	無回答	215 (.4)	4 (1.0)	2 (.5)	221 (.4)
	合計	51751 (100.0)	412 (100.0)	378 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 31.071, df = 1, p < 0.001)

表22 毎朝、朝食を食べていますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	ほとんど毎日食べている	22840 (86.9)	178 (72.1)	188 (85.1)	23206 (86.8)
	時々食べる	2209 (8.4)	36 (14.6)	25 (11.3)	2270 (8.5)
	ほとんど食べない	1166 (4.4)	30 (12.1)	8 (3.6)	1204 (4.5)
	無回答	57 (.2)	3 (1.2)	0 (.0)	60 (.2)
	合計	26272 (100.0)	247 (100.0)	221 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 50.087, df = 3, p < 0.001)
女性	ほとんど毎日食べている	22583 (88.8)	100 (61.3)	130 (84.4)	22813 (88.6)
	時々食べる	1957 (7.7)	28 (17.2)	18 (11.7)	2003 (7.8)
	ほとんど食べない	841 (3.3)	35 (21.5)	6 (3.9)	882 (3.4)
	無回答	59 (.2)	0 (.0)	0 (.0)	59 (.2)
	合計	25440 (100.0)	163 (100.0)	154 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 188.132, df = 2, p < 0.001)
全体	ほとんど毎日食べている	45453 (87.8)	279 (67.7)	321 (84.9)	46053 (87.7)
	時々食べる	4168 (8.1)	64 (15.5)	43 (11.4)	4275 (8.1)
	ほとんど食べない	2010 (3.9)	66 (16.0)	14 (3.7)	2090 (4.0)
	無回答	120 (.2)	3 (.7)	0 (.0)	123 (.2)
	合計	51751 (100.0)	412 (100.0)	378 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 199.428, df = 3, p < 0.001)

表23　あなたにとって、学校生活は次のどれですか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	とても楽しい	10729 (40.8)	78 (31.6)	86 (38.9)	10893 (40.7)
	どちらかといえば楽しい	11739 (44.7)	87 (35.2)	105 (47.5)	11931 (44.6)
	あまり楽しくない	2815 (10.7)	41 (16.6)	23 (10.4)	2879 (10.8)
	まったく楽しくない	938 (3.6)	38 (15.4)	7 (3.2)	983 (3.7)
	無回答	51 (.2)	3 (1.2)	0 (.0)	54 (.2)
	合計	26272 (100.0)	247 (100.0)	221 (100.0)	26740 (100.0)
				(χ^2 = 111.960, df = 3, p < 0.001)	
女性	とても楽しい	10694 (42.0)	51 (31.3)	56 (36.4)	10801 (41.9)
	どちらかといえば楽しい	11111 (43.7)	62 (38.0)	75 (48.7)	11248 (43.7)
	あまり楽しくない	2900 (11.4)	18 (11.0)	17 (11.0)	2935 (11.4)
	まったく楽しくない	683 (2.7)	31 (19.0)	5 (3.2)	719 (2.8)
	無回答	52 (.2)	1 (.6)	1 (.6)	54 (.2)
	合計	25440 (100.0)	163 (100.0)	154 (100.0)	25757 (100.0)
				(χ^2 = 161.040, df = 3, p < 0.001)	
全体	とても楽しい	21438 (41.4)	129 (31.3)	143 (37.8)	21710 (41.3)
	どちらかといえば楽しい	22862 (44.2)	150 (36.4)	180 (47.6)	23192 (44.1)
	あまり楽しくない	5719 (11.1)	59 (14.3)	40 (10.6)	5818 (11.1)
	まったく楽しくない	1625 (3.1)	70 (17.0)	14 (3.7)	1709 (3.3)
	無回答	107 (.2)	4 (1.0)	1 (.3)	112 (.2)
	合計	51751 (100.0)	412 (100.0)	378 (100.0)	52541 (100.0)
				(χ^2 = 262.924, df = 3, p < 0.001)	

表24　クラブ活動（部活）には参加していますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	積極的に参加している	18638 (70.9)	123 (49.8)	165 (74.7)	18926 (70.8)
	消極的に参加している	2913 (11.1)	52 (21.1)	22 (10.0)	2987 (11.2)
	参加していない	4501 (17.1)	67 (27.1)	32 (14.5)	4600 (17.2)
	無回答	220 (.8)	5 (2.0)	2 (.9)	227 (.8)
	合計	26272 (100.0)	247 (100.0)	221 (100.0)	26740 (100.0)
				(χ^2 = 52.023, df = 2, p < 0.001)	
女性	積極的に参加している	18079 (71.1)	71 (43.6)	101 (65.6)	18251 (70.9)
	消極的に参加している	2848 (11.2)	32 (19.6)	22 (14.3)	2902 (11.3)
	参加していない	4280 (16.8)	59 (36.2)	25 (16.2)	4364 (16.9)
	無回答	233 (.9)	1 (.6)	6 (3.9)	240 (.9)
	合計	25440 (100.0)	163 (100.0)	154 (100.0)	25757 (100.0)
				(χ^2 = 63.211, df = 2, p < 0.001)	
全体	積極的に参加している	36745 (71.0)	195 (47.3)	269 (71.2)	37209 (70.8)
	消極的に参加している	5764 (11.1)	84 (20.4)	44 (11.6)	5892 (11.2)
	参加していない	8784 (17.0)	127 (30.8)	57 (15.1)	8968 (17.1)
	無回答	458 (.9)	6 (1.5)	8 (2.1)	472 (.9)
	合計	51751 (100.0)	412 (100.0)	378 (100.0)	52541 (100.0)
				(χ^2 = 110.146, df = 2, p < 0.001)	

表25 夕食を週何回くらい家族全員で食べますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	ほとんど毎日	8147 (31.0)	74 (30.0)	68 (30.8)	8289 (31.0)
	５－６回	2873 (10.9)	17 (6.9)	32 (14.5)	2922 (10.9)
	４回前後	2725 (10.4)	23 (9.3)	22 (10.0)	2770 (10.4)
	３回前後	2462 (9.4)	15 (6.1)	25 (11.3)	2502 (9.4)
	２回前後	4635 (17.6)	46 (18.6)	30 (13.6)	4711 (17.6)
	ほとんど食べない	5286 (20.1)	68 (27.5)	44 (19.9)	5398 (20.2)
	無回答	144 (.5)	4 (1.6)	0 (.0)	148 (.6)
	合計	26272 (100.0)	247 (100.0)	221 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 13.813, df = 5, p = 0.017)
女性	ほとんど毎日	8367 (32.9)	40 (24.5)	51 (33.1)	8458 (32.8)
	５－６回	2956 (11.6)	14 (8.6)	21 (13.6)	2991 (11.6)
	４回前後	2557 (10.1)	17 (10.4)	16 (10.4)	2590 (10.1)
	３回前後	2277 (9.0)	9 (5.5)	13 (8.4)	2299 (8.9)
	２回前後	4617 (18.1)	19 (11.7)	24 (15.6)	4660 (18.1)
	ほとんど食べない	4537 (17.8)	62 (38.0)	29 (18.8)	4628 (18.0)
	無回答	129 (.5)	2 (1.2)	0 (.0)	131 (.5)
	合計	25440 (100.0)	163 (100.0)	154 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 47.822, df = 5, p < 0.001)
全体	ほとんど毎日	16525 (31.9)	114 (27.7)	121 (32.0)	16760 (31.9)
	５－６回	5830 (11.3)	31 (7.5)	53 (14.0)	5914 (11.3)
	４回前後	5286 (10.2)	40 (9.7)	38 (10.1)	5364 (10.2)
	３回前後	4742 (9.2)	24 (5.8)	38 (10.1)	4804 (9.1)
	２回前後	9261 (17.9)	66 (16.0)	54 (14.3)	9381 (17.9)
	ほとんど食べない	9832 (19.0)	131 (31.8)	74 (19.6)	10037 (19.1)
	無回答	275 (.5)	6 (1.5)	0 (.0)	281 (.5)
	合計	51751 (100.0)	412 (100.0)	378 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 48.835, df = 5, p < 0.001)

表26　母親と週何回くらい夕食を食べますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	ほとんど毎日	14866 (56.6)	104 (42.1)	131 (59.3)	15101 (56.5)
	5－6回	3192 (12.1)	28 (11.3)	31 (14.0)	3251 (12.2)
	4回前後	2349 (8.9)	33 (13.4)	17 (7.7)	2399 (9.0)
	3回前後	1484 (5.6)	9 (3.6)	11 (5.0)	1504 (5.6)
	2回前後	1364 (5.2)	24 (9.7)	8 (3.6)	1396 (5.2)
	ほとんど食べない	1819 (6.9)	25 (10.1)	19 (8.6)	1863 (7.0)
	母親がいない	759 (2.9)	18 (7.3)	1 (.5)	778 (2.9)
	無回答	439 (1.7)	6 (2.4)	3 (1.4)	448 (1.7)
	合計	26272 (100.0)	247 (100.0)	221 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 45.940, df = 6, p < 0.001)
女性	ほとんど毎日	16398 (64.5)	64 (39.3)	97 (63.0)	16559 (64.3)
	5－6回	2604 (10.2)	14 (8.6)	20 (13.0)	2638 (10.2)
	4回前後	1774 (7.0)	11 (6.7)	11 (7.1)	1796 (7.0)
	3回前後	1146 (4.5)	9 (5.5)	3 (1.9)	1158 (4.5)
	2回前後	1177 (4.6)	12 (7.4)	8 (5.2)	1197 (4.6)
	ほとんど食べない	1357 (5.3)	23 (14.1)	11 (7.1)	1391 (5.4)
	母親がいない	631 (2.5)	21 (12.9)	3 (1.9)	655 (2.5)
	無回答	353 (1.4)	9 (5.5)	1 (.6)	363 (1.4)
	合計	25440 (100.0)	163 (100.0)	154 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 115.969, df = 6, p < 0.001)
全体	ほとんど毎日	31285 (60.5)	168 (40.8)	231 (61.1)	31684 (60.3)
	5－6回	5800 (11.2)	43 (10.4)	51 (13.5)	5894 (11.2)
	4回前後	4125 (8.0)	44 (10.7)	28 (7.4)	4197 (8.0)
	3回前後	2632 (5.1)	18 (4.4)	14 (3.7)	2664 (5.1)
	2回前後	2546 (4.9)	36 (8.7)	16 (4.2)	2598 (4.9)
	ほとんど食べない	3176 (6.1)	49 (11.9)	30 (7.9)	3255 (6.2)
	母親がいない	1392 (2.7)	39 (9.5)	4 (1.1)	1435 (2.7)
	無回答	795 (1.5)	15 (3.6)	4 (1.1)	814 (1.5)
	合計	51751 (100.0)	412 (100.0)	378 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 135.674, df = 6, p < 0.001)

表27 父親と週何回くらい夕食を食べますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	ほとんど毎日	7012 (26.7)	52 (21.1)	47 (21.3)	7111 (26.6)
	５－６回	2826 (10.8)	20 (8.1)	25 (11.3)	2871 (10.7)
	４回前後	2796 (10.6)	23 (9.3)	26 (11.8)	2845 (10.6)
	３回前後	2395 (9.1)	20 (8.1)	23 (10.4)	2438 (9.1)
	２回前後	3991 (15.2)	39 (15.8)	30 (13.6)	4060 (15.2)
	ほとんど食べない	3181 (12.1)	45 (18.2)	25 (11.3)	3251 (12.2)
	父親がいない	3598 (13.7)	41 (16.6)	39 (17.6)	3678 (13.8)
	無回答	473 (1.8)	7 (2.8)	6 (2.7)	486 (1.8)
	合計	26272 (100.0)	247 (100.0)	221 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 14.410, df = 6, p = 0.025)
女性	ほとんど毎日	6630 (26.1)	26 (16.0)	43 (27.9)	6699 (26.0)
	５－６回	2906 (11.4)	9 (5.5)	14 (9.1)	2929 (11.4)
	４回前後	2478 (9.7)	9 (5.5)	20 (13.0)	2507 (9.7)
	３回前後	2239 (8.8)	13 (8.0)	9 (5.8)	2261 (8.8)
	２回前後	3936 (15.5)	12 (7.4)	19 (12.3)	3967 (15.4)
	ほとんど食べない	2828 (11.1)	38 (23.3)	17 (11.0)	2883 (11.2)
	父親がいない	4015 (15.8)	49 (30.1)	31 (20.1)	4095 (15.9)
	無回答	408 (1.6)	7 (4.3)	1 (.6)	416 (1.6)
	合計	25440 (100.0)	163 (100.0)	154 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 65.310, df = 6, p < 0.001)
全体	ほとんど毎日	13651 (26.4)	78 (18.9)	92 (24.3)	13821 (26.3)
	５－６回	5736 (11.1)	29 (7.0)	39 (10.3)	5804 (11.0)
	４回前後	5279 (10.2)	33 (8.0)	46 (12.2)	5358 (10.2)
	３回前後	4634 (9.0)	33 (8.0)	32 (8.5)	4699 (8.9)
	２回前後	7938 (15.3)	51 (12.4)	49 (13.0)	8038 (15.3)
	ほとんど食べない	6014 (11.6)	83 (20.1)	42 (11.1)	6139 (11.7)
	父親がいない	7616 (14.7)	90 (21.8)	71 (18.8)	7777 (14.8)
	無回答	883 (1.7)	15 (3.6)	7 (1.9)	905 (1.7)
	合計	51751 (100.0)	412 (100.0)	378 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 59.797, df = 6, p < 0.001)

表28　大人が不在の状態で、毎日平均どの程度の時間を過ごしますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	なし、あるいはほとんどなし	8296 (31.6)	53 (21.5)	71 (32.1)	8420 (31.5)
	1時間未満	5442 (20.7)	40 (16.2)	50 (22.6)	5532 (20.7)
	1時間以上2時間未満	5182 (19.7)	50 (20.2)	37 (16.7)	5269 (19.7)
	2時間以上3時間未満	3299 (12.6)	33 (13.4)	26 (11.8)	3358 (12.6)	
	3時間以上	3924 (14.9)	66 (26.7)	32 (14.5)	4022 (15.0)
	無回答	129 (.5)	5 (2.0)	5 (2.3)	139 (.5)
	合計	26272 (100.0)	247 (100.0)	221 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 33.666, df = 4, p < 0.001)
女性	なし、あるいはほとんどなし	9801 (38.5)	51 (31.3)	57 (37.0)	9909 (38.5)
	1時間未満	4337 (17.0)	21 (12.9)	34 (22.1)	4392 (17.1)
	1時間以上2時間未満	4460 (17.5)	17 (10.4)	21 (13.6)	4498 (17.5)
	2時間以上3時間未満	3116 (12.2)	13 (8.0)	15 (9.7)	3144 (12.2)
	3時間以上	3560 (14.0)	59 (36.2)	25 (16.2)	3644 (14.1)
	無回答	166 (.7)	2 (1.2)	2 (1.3)	170 (.7)
	合計	25440 (100.0)	163 (100.0)	154 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 67.749, df = 4, p < 0.001)
全体	なし、あるいはほとんどなし	18112 (35.0)	105 (25.5)	130 (34.4)	18347 (34.9)
	1時間未満	9785 (18.9)	61 (14.8)	85 (22.5)	9931 (18.9)
	1時間以上2時間未満	9646 (18.6)	68 (16.5)	58 (15.3)	9772 (18.6)
	2時間以上3時間未満	6419 (12.4)	46 (11.2)	41 (10.8)	6506 (12.4)
	3時間以上	7493 (14.5)	125 (30.3)	57 (15.1)	7675 (14.6)
	無回答	296 (.6)	7 (1.7)	7 (1.9)	310 (.6)
	合計	51751 (100.0)	412 (100.0)	378 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 87.122, df = 4, p < 0.001)

表29　悩み事があるとき、親と相談する方だと思いますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	よく相談する	3024 (11.5)	20 (8.1)	23 (10.4)	3067 (11.5)
	どちらかといえば相談する	5815 (22.1)	41 (16.6)	38 (17.2)	5894 (22.0)
	どちらかといえば相談しない	6618 (25.2)	61 (24.7)	47 (21.3)	6726 (25.2)
	ほとんど相談しない	10615 (40.4)	107 (43.3)	72 (32.6)	10794 (40.4)
	親がいない	128 (.5)	15 (6.1)	0 (.0)	143 (.5)
	無回答	72 (.3)	3 (1.2)	41 (18.6)	116 (.4)
	合計	26272 (100.0)	247 (100.0)	221 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 148.310, df = 4, p < 0.001)
女性	よく相談する	5306 (20.9)	18 (11.0)	29 (18.8)	5353 (20.8)
	どちらかといえば相談する	7347 (28.9)	30 (18.4)	34 (22.1)	7411 (28.8)
	どちらかといえば相談しない	5152 (20.3)	33 (20.2)	27 (17.5)	5212 (20.2)
	ほとんど相談しない	7484 (29.4)	61 (37.4)	41 (26.6)	7586 (29.5)
	親がいない	102 (.4)	19 (11.7)	0 (.0)	121 (.5)
	無回答	49 (.2)	2 (1.2)	23 (14.9)	74 (.3)
	合計	25440 (100.0)	163 (100.0)	154 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 456.197, df = 4, p < 0.001)
全体	よく相談する	8335 (16.1)	38 (9.2)	52 (13.8)	8425 (16.0)
	どちらかといえば相談する	13168 (25.4)	71 (17.2)	72 (19.0)	13311 (25.3)
	どちらかといえば相談しない	11780 (22.8)	94 (22.8)	75 (19.8)	11949 (22.7)
	ほとんど相談しない	18114 (35.0)	170 (41.3)	114 (30.2)	18398 (35.0)
	親がいない	231 (.4)	34 (8.3)	0 (.0)	265 (.5)
	無回答	123 (.2)	5 (1.2)	65 (17.2)	193 (.4)
	合計	51751 (100.0)	412 (100.0)	378 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 520.993, df = 4, p < 0.001)

表30　親しく遊べる友人がいますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	いる	25234 (96.0)	214 (86.6)	205 (92.8)	25653 (95.9)
	いない	974 (3.7)	27 (10.9)	14 (6.3)	1015 (3.8)
	無回答	64 (.2)	6 (2.4)	2 (.9)	72 (.3)
	合計	26272 (100.0)	247 (100.0)	221 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 36.742, df = 1, p < 0.001)
女性	いる	24667 (97.0)	129 (79.1)	145 (94.2)	24941 (96.8)
	いない	714 (2.8)	33 (20.2)	7 (4.5)	754 (2.9)
	無回答	59 (.2)	1 (.6)	2 (1.3)	62 (.2)
	合計	25440 (100.0)	163 (100.0)	154 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 174.875, df = 1, p < 0.001)
全体	いる	49934 (96.5)	344 (83.5)	351 (92.9)	50629 (96.4)
	いない	1694 (3.3)	61 (14.8)	23 (6.1)	1778 (3.4)
	無回答	123 (.2)	7 (1.7)	4 (1.1)	134 (.3)
	合計	51751 (100.0)	412 (100.0)	378 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 171.119, df = 1, p < 0.001)

表31　相談事のできる友人がいますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	いる	22115 (84.2)	172 (69.6)	183 (82.8)	22470 (84.0)
	いない	4016 (15.3)	68 (27.5)	35 (15.8)	4119 (15.4)
	無回答	141 (.5)	7 (2.8)	3 (1.4)	151 (.6)
	合計	26272 (100.0)	247 (100.0)	221 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 30.494, df = 1, p < 0.001)
女性	いる	23147 (91.0)	117 (71.8)	128 (83.1)	23392 (90.8)
	いない	2181 (8.6)	44 (27.0)	25 (16.2)	2250 (8.7)
	無回答	112 (.4)	2 (1.2)	1 (.6)	115 (.4)
	合計	25440 (100.0)	163 (100.0)	154 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 70.289, df = 1, p < 0.001)
全体	いる	45293 (87.5)	290 (70.4)	312 (82.5)	45895 (87.4)
	いない	6204 (12.0)	113 (27.4)	62 (16.4)	6379 (12.1)
	無回答	254 (.5)	9 (2.2)	4 (1.1)	267 (.5)
	合計	51751 (100.0)	412 (100.0)	378 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 95.546, df = 1, p < 0.001)

表32　喫煙の生涯経験率

		1年	2年	3年	合計
男性	喫煙経験なし	8077 (92.4)	8116 (89.4)	7705 (86.4)	23898 (89.4)
	喫煙経験あり	583 (6.7)	861 (9.5)	1147 (12.9)	2591 (9.7)
	無回答	84 (1.0)	97 (1.1)	70 (.8)	251 (.9)
	合計	8744 (100.0)	9074 (100.0)	8922 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 193.700, df = 2, p < 0.001)
女性	喫煙経験なし	8145 (95.2)	8087 (92.0)	7588 (90.2)	23820 (92.5)
	喫煙経験あり	350 (4.1)	644 (7.3)	781 (9.3)	1775 (6.9)
	無回答	63 (.7)	56 (.6)	43 (.5)	162 (.6)
	合計	8558 (100.0)	8787 (100.0)	8412 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 181.650, df = 2, p < 0.001)
全体	喫煙経験なし	16232 (93.8)	16217 (90.7)	15306 (88.2)	47755 (90.9)
	喫煙経験あり	934 (5.4)	1507 (8.4)	1932 (11.1)	4373 (8.3)
	無回答	147 (.8)	153 (.9)	113 (.7)	413 (.8)
	合計	17313 (100.0)	17877 (100.0)	17351 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 373.722, df = 2, p < 0.001)

表33　喫煙の1年経験率

		1年	2年	3年	合計
男性	経験なし	8496 (97.2)	8664 (95.5)	8351 (93.6)	25511 (95.4)
	経験あり	215 (2.5)	367 (4.0)	522 (5.9)	1104 (4.1)
	無回答	33 (.4)	43 (.5)	49 (.5)	125 (.5)
	合計	8744 (100.0)	9074 (100.0)	8922 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 129.295, df = 2, p < 0.001)
女性	経験なし	8414 (98.3)	8476 (96.5)	8020 (95.3)	24910 (96.7)
	経験あり	119 (1.4)	289 (3.3)	376 (4.5)	784 (3.0)
	無回答	25 (.3)	22 (.3)	16 (.2)	63 (.2)
	合計	8558 (100.0)	8787 (100.0)	8412 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 138.879, df = 2, p < 0.001)
全体	経験なし	16920 (97.7)	17155 (96.0)	16384 (94.4)	50459 (96.0)
	経験あり	335 (1.9)	657 (3.7)	901 (5.2)	1893 (3.6)
	無回答	58 (.3)	65 (.4)	66 (.4)	189 (.4)
	合計	17313 (100.0)	17877 (100.0)	17351 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 265.761, df = 2, p < 0.001)

表34　未成年の喫煙をどう思いますか？（法の遵守）

		生涯喫煙経験			
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	合計
男性	法律で禁じられているから吸うべきではない	22072 (92.4)	1528 (59.0)	168 (66.9)	23768 (88.9)
	法律で禁じられてはいるが少々なら構わない	1138 (4.8)	690 (26.6)	22 (8.8)	1850 (6.9)
	法律で禁じられてはいるが全然構わない	594 (2.5)	350 (13.5)	7 (2.8)	951 (3.6)
	無回答	94 (.4)	23 (.9)	54 (21.5)	171 (.6)
	合計	23898 (100.0)	2591 (100.0)	251 (100.0)	26740 (100.0)
				(χ^2 = 2718.371, df = 2, p < 0.001)	
女性	法律で禁じられているから吸うべきではない	22313 (93.7)	1012 (57.0)	115 (71.0)	23440 (91.0)
	法律で禁じられてはいるが少々なら構わない	1151 (4.8)	537 (30.3)	17 (10.5)	1705 (6.6)
	法律で禁じられてはいるが全然構わない	297 (1.2)	221 (12.5)	7 (4.3)	525 (2.0)
	無回答	59 (.2)	5 (.3)	23 (14.2)	87 (.3)
	合計	23820 (100.0)	1775 (100.0)	162 (100.0)	25757 (100.0)
				(χ^2 = 2887.699, df = 2, p < 0.001)	
全体	法律で禁じられているから吸うべきではない	44416 (93.0)	2542 (58.1)	283 (68.5)	47241 (89.9)
	法律で禁じられてはいるが少々なら構わない	2293 (4.8)	1229 (28.1)	39 (9.4)	3561 (6.8)
	法律で禁じられてはいるが全然構わない	893 (1.9)	574 (13.1)	14 (3.4)	1481 (2.8)
	無回答	153 (.3)	28 (.6)	77 (18.6)	258 (.5)
	合計	47755 (100.0)	4373 (100.0)	413 (100.0)	52541 (100.0)
				(χ^2 = 5577.152, df = 2, p < 0.001)	

表35　未成年の喫煙禁止をどう思いますか？（法規制の必要性）

		生涯喫煙経験			
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	合計
男性	当然だと思う	18729 (78.4)	1036 (40.0)	136 (54.2)	19901 (74.4)
	仕方のないことだと思う	3612 (15.1)	879 (33.9)	36 (14.3)	4527 (16.9)
	成人が吸えて未成年者が吸えないのはおかしい	241 (1.0)	190 (7.3)	6 (2.4)	437 (1.6)
	法律で決める必要はなく個人の自由	1224 (5.1)	472 (18.2)	21 (8.4)	1717 (6.4)
	無回答	92 (.4)	14 (.5)	52 (20.7)	158 (.6)
	合計	23898 (100.0)	2591 (100.0)	251 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 2158.742, df = 3, p <0.001)
女性	当然だと思う	18928 (79.5)	600 (33.8)	95 (58.6)	19623 (76.2)
	仕方のないことだと思う	3743 (15.7)	696 (39.2)	32 (19.8)	4471 (17.4)
	成人が吸えて未成年者が吸えないのはおかしい	238 (1.0)	137 (7.7)	2 (1.2)	377 (1.5)
	法律で決める必要はなく個人の自由	844 (3.5)	336 (18.9)	12 (7.4)	1192 (4.6)
	無回答	67 (.3)	6 (.3)	21 (13.0)	94 (.4)
	合計	23820 (100.0)	1775 (100.0)	162 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 2336.426, df = 3, p < 0.001)
全体	当然だと思う	37684 (78.9)	1639 (37.5)	231 (55.9)	39554 (75.3)
	仕方のないことだと思う	7361 (15.4)	1576 (36.0)	68 (16.5)	9005 (17.1)
	成人が吸えて未成年者が吸えないのはおかしい	479 (1.0)	328 (7.5)	8 (1.9)	815 (1.6)
	法律で決める必要はなく個人の自由	2072 (4.3)	810 (18.5)	33 (8.0)	2915 (5.5)
	無回答	159 (.3)	20 (.5)	73 (17.7)	252 (.5)
	合計	47755 (100.0)	4373 (100.0)	413 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 4467.414, df = 3, p < 0.001)

表36　健康面から喫煙をどう思いますか？

		生涯喫煙経験			
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	合計
男性	害ばかりで良い面はない	20626 (86.3)	1730 (66.8)	158 (62.9)	22514 (84.2)
	害もあるが良い面もある	2149 (9.0)	652 (25.2)	26 (10.4)	2827 (10.6)
	害よりも良い面の方が多い	195 (.8)	108 (4.2)	3 (1.2)	306 (1.1)
	無回答	928 (3.9)	101 (3.9)	64 (25.5)	1093 (4.1)
	合計	23898 (100.0)	2591 (100.0)	251 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 913.204, df = 2, p < 0.001)
女性	害ばかりで良い面はない	21707 (91.1)	1208 (68.1)	107 (66.0)	23022 (89.4)
	害もあるが良い面もある	1498 (6.3)	457 (25.7)	21 (13.0)	1976 (7.7)
	害よりも良い面の方が多い	103 (.4)	52 (2.9)	2 (1.2)	157 (.6)
	無回答	512 (2.1)	58 (3.3)	32 (19.8)	602 (2.3)
	合計	23820 (100.0)	1775 (100.0)	162 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 1098.437, df = 2, p < 0.001)
全体	害ばかりで良い面はない	42362 (88.7)	2943 (67.3)	265 (64.2)	45570 (86.7)
	害もあるが良い面もある	3652 (7.6)	1110 (25.4)	47 (11.4)	4809 (9.2)
	害よりも良い面の方が多い	299 (.6)	161 (3.7)	5 (1.2)	465 (.9)
	無回答	1442 (3.0)	159 (3.6)	96 (23.2)	1697 (3.2)
	合計	47755 (100.0)	4373 (100.0)	413 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 2025.055, df = 2, p < 0.001)

表37　起床時間は一定していますか？

		生涯喫煙経験			
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	合計
男性	はい	20058 (83.9)	1855 (71.6)	194 (77.3)	22107 (82.7)
	いいえ	3777 (15.8)	730 (28.2)	57 (22.7)	4564 (17.1)
	無回答	63 (.3)	6 (.2)	0 (.0)	69 (.3)
	合計	23898 (100.0)	2591 (100.0)	251 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 252.845, df = 1, p < 0.001)
女性	はい	20411 (85.7)	1190 (67.0)	128 (79.0)	21729 (84.4)
	いいえ	3372 (14.2)	583 (32.8)	34 (21.0)	3989 (15.5)
	無回答	37 (.2)	2 (.1)	0 (.0)	39 (.2)
	合計	23820 (100.0)	1775 (100.0)	162 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 441.135, df = 1, p < 0.001)
全体	はい	40494 (84.8)	3047 (69.7)	322 (78.0)	43863 (83.5)
	いいえ	7159 (15.0)	1316 (30.1)	91 (22.0)	8566 (16.3)
	無回答	102 (.2)	10 (.2)	0 (.0)	112 (.2)
	合計	47755 (100.0)	4373 (100.0)	413 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 671.173, df = 1, p < 0.001)

表38　就寝時間は一定していますか？

		生涯喫煙経験			
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	合計
男性	はい	14059 (58.8)	1072 (41.4)	138 (55.0)	15269 (57.1)
	いいえ	9733 (40.7)	1503 (58.0)	111 (44.2)	11347 (42.4)
	無回答	106 (.4)	16 (.6)	2 (.8)	124 (.5)
	合計	23898 (100.0)	2591 (100.0)	251 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 289.005, df = 1, p < 0.001)
女性	はい	13568 (57.0)	625 (35.2)	75 (46.3)	14268 (55.4)
	いいえ	10165 (42.7)	1145 (64.5)	86 (53.1)	11396 (44.2)
	無回答	87 (.4)	5 (.3)	1 (.6)	93 (.4)
	合計	23820 (100.0)	1775 (100.0)	162 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 318.925, df = 1, p < 0.001)
全体	はい	27645 (57.9)	1698 (38.8)	213 (51.6)	29556 (56.3)
	いいえ	19915 (41.7)	2652 (60.6)	197 (47.7)	22764 (43.3)
	無回答	195 (.4)	23 (.5)	3 (.7)	221 (.4)
	合計	47755 (100.0)	4373 (100.0)	413 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 590.480, df = 1, p < 0.001)

表39　毎朝、朝食を食べますか？

		生涯喫煙経験			
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	合計
男性	ほとんど毎日食べている	21159 (88.5)	1844 (71.2)	203 (80.9)	23206 (86.8)
	時々食べる	1821 (7.6)	417 (16.1)	32 (12.7)	2270 (8.5)
	ほとんど食べない	873 (3.7)	315 (12.2)	16 (6.4)	1204 (4.5)
	無回答	45 (.2)	15 (.6)	0 (.0)	60 (.2)
	合計	23898 (100.0)	2591 (100.0)	251 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 660.230, df = 3, p < 0.001)
女性	ほとんど毎日食べている	21465 (90.1)	1213 (68.3)	135 (83.3)	22813 (88.6)
	時々食べる	1661 (7.0)	328 (18.5)	14 (8.6)	2003 (7.8)
	ほとんど食べない	641 (2.7)	228 (12.8)	13 (8.0)	882 (3.4)
	無回答	53 (.2)	6 (.3)	0 (.0)	59 (.2)
	合計	23820 (100.0)	1775 (100.0)	162 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 871.165, df = 2, p < 0.001)
全体	ほとんど毎日食べている	42653 (89.3)	3062 (70.0)	338 (81.8)	46053 (87.7)
	時々食べる	3484 (7.3)	745 (17.0)	46 (11.1)	4275 (8.1)
	ほとんど食べない	1517 (3.2)	544 (12.4)	29 (7.0)	2090 (4.0)
	無回答	101 (.2)	22 (.5)	0 (.0)	123 (.2)
	合計	47755 (100.0)	4373 (100.0)	413 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 1512.133, df = 3, p < 0.001)

表40 あなたにとって学校生活は？

		生涯喫煙経験			
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	合計
男性	とても楽しい	9967 (41.7)	840 (32.4)	86 (34.3)	10893 (40.7)
	どちらかといえば楽しい	10725 (44.9)	1091 (42.1)	115 (45.8)	11931 (44.6)
	あまり楽しくない	2439 (10.2)	405 (15.6)	35 (13.9)	2879 (10.8)
	まったく楽しくない	723 (3.0)	248 (9.6)	12 (4.8)	983 (3.7)
	無回答	44 (.2)	7 (.3)	3 (1.2)	54 (.2)
	合計	23898 (100.0)	2591 (100.0)	251 (100.0)	26740 (100.0)
				(χ^2 = 391.056, df = 3, p < 0.001)	
女性	とても楽しい	10202 (42.8)	534 (30.1)	65 (40.1)	10801 (41.9)
	どちらかといえば楽しい	10433 (43.8)	742 (41.8)	73 (45.1)	11248 (43.7)
	あまり楽しくない	2599 (10.9)	321 (18.1)	15 (9.3)	2935 (11.4)
	まったく楽しくない	541 (2.3)	172 (9.7)	6 (3.7)	719 (2.8)
	無回答	45 (.2)	6 (.3)	3 (1.9)	54 (.2)
	合計	23820 (100.0)	1775 (100.0)	162 (100.0)	25757 (100.0)
				(χ^2 = 466.521, df = 3, p < 0.001)	
全体	とても楽しい	20183 (42.3)	1376 (31.5)	151 (36.6)	21710 (41.3)
	どちらかといえば楽しい	21171 (44.3)	1833 (41.9)	188 (45.5)	23192 (44.1)
	あまり楽しくない	5041 (10.6)	727 (16.6)	50 (12.1)	5818 (11.1)
	まったく楽しくない	1268 (2.7)	423 (9.7)	18 (4.4)	1709 (3.3)
	無回答	92 (.2)	14 (.3)	6 (1.5)	112 (.2)
	合計	47755 (100.0)	4373 (100.0)	413 (100.0)	52541 (100.0)
				(χ^2 = 860.245, df = 3, p < 0.001)	

表41 クラブ活動に参加していますか？

		生涯喫煙経験			
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	合計
男性	積極的に参加している	17309 (72.4)	1451 (56.0)	166 (66.1)	18926 (70.8)
	消極的に参加している	2536 (10.6)	415 (16.0)	36 (14.3)	2987 (11.2)
	参加していない	3857 (16.1)	696 (26.9)	47 (18.7)	4600 (17.2)
	無回答	196 (.8)	29 (1.1)	2 (.8)	227 (.8)
	合計	23898 (100.0)	2591 (100.0)	251 (100.0)	26740 (100.0)
				(χ^2 = 307.358, df = 2, p < 0.001)	
女性	積極的に参加している	17296 (72.6)	850 (47.9)	105 (64.8)	18251 (70.9)
	消極的に参加している	2565 (10.8)	318 (17.9)	19 (11.7)	2902 (11.3)
	参加していない	3738 (15.7)	593 (33.4)	33 (20.4)	4364 (16.9)
	無回答	221 (.9)	14 (.8)	5 (3.1)	240 (.9)
	合計	23820 (100.0)	1775 (100.0)	162 (100.0)	25757 (100.0)
				(χ^2 = 523.180, df = 2, p < 0.001)	
全体	積極的に参加している	34632 (72.5)	2306 (52.7)	271 (65.6)	37209 (70.8)
	消極的に参加している	5104 (10.7)	733 (16.8)	55 (13.3)	5892 (11.2)
	参加していない	7598 (15.9)	1290 (29.5)	80 (19.4)	8968 (17.1)
	無回答	421 (.9)	44 (1.0)	7 (1.7)	472 (.9)
	合計	47755 (100.0)	4373 (100.0)	413 (100.0)	52541 (100.0)
				(χ^2 = 787.913, df = 2, p < 0.001)	

表42　週何回、家族全員で夕食を食べますか？

		生涯喫煙経験			
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	合計
男性	ほとんど毎日	7510 (31.4)	706 (27.2)	73 (29.1)	8289 (31.0)
	５－６回	2628 (11.0)	262 (10.1)	32 (12.7)	2922 (10.9)
	４回前後	2517 (10.5)	230 (8.9)	23 (9.2)	2770 (10.4)
	３回前後	2279 (9.5)	196 (7.6)	27 (10.8)	2502 (9.4)
	２回前後	4315 (18.1)	357 (13.8)	39 (15.5)	4711 (17.6)
	ほとんど食べない	4522 (18.9)	823 (31.8)	53 (21.1)	5398 (20.2)
	無回答	127 (.5)	17 (.7)	4 (1.6)	148 (.6)
	合計	23898 (100.0)	2591 (100.0)	251 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 246.466, df = 5, p < 0.001)
女性	ほとんど毎日	7943 (33.3)	466 (26.3)	49 (30.2)	8458 (32.8)
	５－６回	2803 (11.8)	168 (9.5)	20 (12.3)	2991 (11.6)
	４回前後	2397 (10.1)	174 (9.8)	19 (11.7)	2590 (10.1)
	３回前後	2125 (8.9)	160 (9.0)	14 (8.6)	2299 (8.9)
	２回前後	4411 (18.5)	222 (12.5)	27 (16.7)	4660 (18.1)
	ほとんど食べない	4023 (16.9)	574 (32.3)	31 (19.1)	4628 (18.0)
	無回答	118 (.5)	11 (.6)	2 (1.2)	131 (.5)
	合計	23820 (100.0)	1775 (100.0)	162 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 286.105, df = 5, p < 0.001)
全体	ほとんど毎日	15463 (32.4)	1175 (26.9)	122 (29.5)	16760 (31.9)
	５－６回	5431 (11.4)	431 (9.9)	52 (12.6)	5914 (11.3)
	４回前後	4917 (10.3)	405 (9.3)	42 (10.2)	5364 (10.2)
	３回前後	4407 (9.2)	356 (8.1)	41 (9.9)	4804 (9.1)
	２回前後	8736 (18.3)	579 (13.2)	66 (16.0)	9381 (17.9)
	ほとんど食べない	8554 (17.9)	1399 (32.0)	84 (20.3)	10037 (19.1)
	無回答	247 (.5)	28 (.6)	6 (1.5)	281 (.5)
	合計	47755 (100.0)	4373 (100.0)	413 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 529.866, df = 5, p < 0.001)

表43 週何回、母親と夕食を食べますか？

		生涯喫煙経験			
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	合計
男性	ほとんど毎日	13838 (57.9)	1131 (43.7)	132 (52.6)	15101 (56.5)
	５－６回	2911 (12.2)	307 (11.8)	33 (13.1)	3251 (12.2)
	４回前後	2126 (8.9)	252 (9.7)	21 (8.4)	2399 (9.0)
	３回前後	1305 (5.5)	183 (7.1)	16 (6.4)	1504 (5.6)
	２回前後	1193 (5.0)	187 (7.2)	16 (6.4)	1396 (5.2)
	ほとんど食べない	1501 (6.3)	339 (13.1)	23 (9.2)	1863 (7.0)
	母親がいない	622 (2.6)	150 (5.8)	6 (2.4)	778 (2.9)
	無回答	402 (1.7)	42 (1.6)	4 (1.6)	448 (1.7)
	合計	23898 (100.0)	2591 (100.0)	251 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 355.686, df = 6, p < 0.001)
女性	ほとんど毎日	15679 (65.8)	784 (44.2)	96 (59.3)	16559 (64.3)
	５－６回	2422 (10.2)	200 (11.3)	16 (9.9)	2638 (10.2)
	４回前後	1603 (6.7)	179 (10.1)	14 (8.6)	1796 (7.0)
	３回前後	1050 (4.4)	98 (5.5)	10 (6.2)	1158 (4.5)
	２回前後	1068 (4.5)	120 (6.8)	9 (5.6)	1197 (4.6)
	ほとんど食べない	1151 (4.8)	227 (12.8)	13 (8.0)	1391 (5.4)
	母親がいない	513 (2.2)	139 (7.8)	3 (1.9)	655 (2.5)
	無回答	334 (1.4)	28 (1.6)	1 (.6)	363 (1.4)
	合計	23820 (100.0)	1775 (100.0)	162 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 576.588, df = 6, p < 0.001)
全体	ほとんど毎日	29537 (61.9)	1919 (43.9)	228 (55.2)	31684 (60.3)
	５－６回	5337 (11.2)	508 (11.6)	49 (11.9)	5894 (11.2)
	４回前後	3731 (7.8)	431 (9.9)	35 (8.5)	4197 (8.0)
	３回前後	2357 (4.9)	281 (6.4)	26 (6.3)	2664 (5.1)
	２回前後	2266 (4.7)	307 (7.0)	25 (6.1)	2598 (4.9)
	ほとんど食べない	2652 (5.6)	567 (13.0)	36 (8.7)	3255 (6.2)
	母親がいない	1137 (2.4)	289 (6.6)	9 (2.2)	1435 (2.7)
	無回答	738 (1.5)	71 (1.6)	5 (1.2)	814 (1.5)
	合計	47755 (100.0)	4373 (100.0)	413 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 914.272, df = 6, p < 0.001)

表44　週何回、父親と夕食を食べますか？

		生涯喫煙経験			
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	合計
男性	ほとんど毎日	6458 (27.0)	594 (22.9)	59 (23.5)	7111 (26.6)
	５－６回	2609 (10.9)	235 (9.1)	27 (10.8)	2871 (10.7)
	４回前後	2578 (10.8)	243 (9.4)	24 (9.6)	2845 (10.6)
	３回前後	2249 (9.4)	170 (6.6)	19 (7.6)	2438 (9.1)
	２回前後	3711 (15.5)	309 (11.9)	40 (15.9)	4060 (15.2)
	ほとんど食べない	2748 (11.5)	465 (17.9)	38 (15.1)	3251 (12.2)
	父親がいない	3104 (13.0)	533 (20.6)	41 (16.3)	3678 (13.8)
	無回答	441 (1.8)	42 (1.6)	3 (1.2)	486 (1.8)
	合計	23898 (100.0)	2591 (100.0)	251 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 243.925, df = 6, p < 0.001)
女性	ほとんど毎日	6335 (26.6)	327 (18.4)	37 (22.8)	6699 (26.0)
	５－６回	2762 (11.6)	145 (8.2)	22 (13.6)	2929 (11.4)
	４回前後	2355 (9.9)	139 (7.8)	13 (8.0)	2507 (9.7)
	３回前後	2131 (8.9)	119 (6.7)	11 (6.8)	2261 (8.8)
	２回前後	3768 (15.8)	171 (9.6)	28 (17.3)	3967 (15.4)
	ほとんど食べない	2548 (10.7)	318 (17.9)	17 (10.5)	2883 (11.2)
	父親がいない	3541 (14.9)	527 (29.7)	27 (16.7)	4095 (15.9)
	無回答	380 (1.6)	29 (1.6)	7 (4.3)	416 (1.6)
	合計	23820 (100.0)	1775 (100.0)	162 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 422.702, df = 6, p < 0.001)
全体	ほとんど毎日	12802 (26.8)	923 (21.1)	96 (23.2)	13821 (26.3)
	５－６回	5374 (11.3)	381 (8.7)	49 (11.9)	5804 (11.0)
	４回前後	4939 (10.3)	382 (8.7)	37 (9.0)	5358 (10.2)
	３回前後	4380 (9.2)	289 (6.6)	30 (7.3)	4699 (8.9)
	２回前後	7489 (15.7)	481 (11.0)	68 (16.5)	8038 (15.3)
	ほとんど食べない	5300 (11.1)	784 (17.9)	55 (13.3)	6139 (11.7)
	父親がいない	6648 (13.9)	1061 (24.3)	68 (16.5)	7777 (14.8)
	無回答	823 (1.7)	72 (1.6)	10 (2.4)	905 (1.7)
	合計	47755 (100.0)	4373 (100.0)	413 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 618.229, df = 6, p < 0.001)

表45　一日の大人不在の平均時間

		生涯喫煙経験			
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	合計
男性	なし、あるいはほとんどなし	7722 (32.3)	633 (24.4)	65 (25.9)	8420 (31.5)
	1時間未満	5046 (21.1)	426 (16.4)	60 (23.9)	5532 (20.7)
	1時間以上2時間未満	4799 (20.1)	429 (16.6)	41 (16.3)	5269 (19.7)
	2時間以上3時間未満	2951 (12.3)	371 (14.3)	36 (14.3)	3358 (12.6)
	3時間以上	3257 (13.6)	718 (27.7)	47 (18.7)	4022 (15.0)
	無回答	123 (.5)	14 (.5)	2 (.8)	139 (.5)
	合計	23898 (100.0)	2591 (100.0)	251 (100.0)	26740 (100.0)
				(χ^2 = 401.998, df = 4, p < 0.001)	
女性	なし、あるいはほとんどなし	9369 (39.3)	491 (27.7)	49 (30.2)	9909 (38.5)
	1時間未満	4148 (17.4)	214 (12.1)	30 (18.5)	4392 (17.1)
	1時間以上2時間未満	4215 (17.7)	255 (14.4)	28 (17.3)	4498 (17.5)
	2時間以上3時間未満	2881 (12.1)	245 (13.8)	18 (11.1)	3144 (12.2)
	3時間以上	3070 (12.9)	541 (30.5)	33 (20.4)	3644 (14.1)
	無回答	137 (.6)	29 (1.6)	4 (2.5)	170 (.7)
	合計	23820 (100.0)	1775 (100.0)	162 (100.0)	25757 (100.0)
				(χ^2 = 466.588, df = 4, p < 0.001)	
全体	なし、あるいはほとんどなし	17105 (35.8)	1128 (25.8)	114 (27.6)	18347 (34.9)
	1時間未満	9199 (19.3)	642 (14.7)	90 (21.8)	9931 (18.9)
	1時間以上2時間未満	9019 (18.9)	684 (15.6)	69 (16.7)	9772 (18.6)
	2時間以上3時間未満	5836 (12.2)	616 (14.1)	54 (13.1)	6506 (12.4)
	3時間以上	6335 (13.3)	1260 (28.8)	80 (19.4)	7675 (14.6)
	無回答	261 (.5)	43 (1.0)	6 (1.5)	310 (.6)
	合計	47755 (100.0)	4373 (100.0)	413 (100.0)	52541 (100.0)
				(χ^2 = 861.057, df = 4, p < 0.000)	

表46　親と相談するか？

		生涯喫煙経験			
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	合計
男性	よく相談する	2863 (12.0)	184 (7.1)	20 (8.0)	3067 (11.5)
	どちらかといえば相談する	5508 (23.0)	354 (13.7)	32 (12.7)	5894 (22.0)
	どちらかといえば相談しない	5968 (25.0)	698 (26.9)	60 (23.9)	6726 (25.2)
	ほとんど相談しない	9409 (39.4)	1295 (50.0)	90 (35.9)	10794 (40.4)
	親がいない	92 (.4)	49 (1.9)	2 (.8)	143 (.5)
	無回答	58 (.2)	11 (.4)	47 (18.7)	116 (.4)
	合計	23898 (100.0)	2591 (100.0)	251 (100.0)	26740 (100.0)
				(χ^2 = 308.336, df = 4, p < 0.001)	
女性	よく相談する	5119 (21.5)	209 (11.8)	25 (15.4)	5353 (20.8)
	どちらかといえば相談する	7018 (29.5)	349 (19.7)	44 (27.2)	7411 (28.8)
	どちらかといえば相談しない	4795 (20.1)	384 (21.6)	33 (20.4)	5212 (20.2)
	ほとんど相談しない	6781 (28.5)	769 (43.3)	36 (22.2)	7586 (29.5)
	親がいない	70 (.3)	51 (2.9)	0 (.0)	121 (.5)
	無回答	37 (.2)	13 (.7)	24 (14.8)	74 (.3)
	合計	23820 (100.0)	1775 (100.0)	162 (100.0)	25757 (100.0)
				(χ^2 = 490.678, df = 4, p < 0.001)	
全体	よく相談する	7987 (16.7)	393 (9.0)	45 (10.9)	8425 (16.0)
	どちらかといえば相談する	12532 (26.2)	703 (16.1)	76 (18.4)	13311 (25.3)
	どちらかといえば相談しない	10772 (22.6)	1084 (24.8)	93 (22.5)	11949 (22.7)
	ほとんど相談しない	16204 (33.9)	2068 (47.3)	126 (30.5)	18398 (35.0)
	親がいない	163 (.3)	100 (2.3)	2 (.5)	265 (.5)
	無回答	97 (.2)	25 (.6)	71 (17.2)	193 (.4)
	合計	47755 (100.0)	4373 (100.0)	413 (100.0)	52541 (100.0)
				(χ^2 = 825.882, df = 4, p < 0.001)	

表47　親しく遊べる友人はいますか？

		生涯喫煙経験			
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	合計
男性	いる	22964 (96.1)	2449 (94.5)	240 (95.6)	25653 (95.9)
	いない	870 (3.6)	136 (5.2)	9 (3.6)	1015 (3.8)
	無回答	64 (.3)	6 (.2)	2 (.8)	72 (.3)
	合計	23898 (100.0)	2591 (100.0)	251 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 16.457, df = 1, p < 0.001)
女性	いる	23133 (97.1)	1655 (93.2)	153 (94.4)	24941 (96.8)
	いない	634 (2.7)	112 (6.3)	8 (4.9)	754 (2.9)
	無回答	53 (.2)	8 (.5)	1 (.6)	62 (.2)
	合計	23820 (100.0)	1775 (100.0)	162 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 78.222, df = 1, p < 0.001)
全体	いる	46128 (96.6)	4108 (93.9)	393 (95.2)	50629 (96.4)
	いない	1510 (3.2)	251 (5.7)	17 (4.1)	1778 (3.4)
	無回答	117 (.2)	14 (.3)	3 (.7)	134 (.3)
	合計	47755 (100.0)	4373 (100.0)	413 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 81.704, df = 1, p < 0.001)

表48　相談事の出来る友人はいますか？

		生涯喫煙経験			
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	合計
男性	いる	20109 (84.1)	2150 (83.0)	211 (84.1)	22470 (84.0)
	いない	3656 (15.3)	430 (16.6)	33 (13.1)	4119 (15.4)
	無回答	133 (.6)	11 (.4)	7 (2.8)	151 (.6)
	合計	23898 (100.0)	2591 (100.0)	251 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 2.853, df = 1, p < 0.091)
女性	いる	21730 (91.2)	1522 (85.7)	140 (86.4)	23392 (90.8)
	いない	1987 (8.3)	242 (13.6)	21 (13.0)	2250 (8.7)
	無回答	103 (.4)	11 (.6)	1 (.6)	115 (.4)
	合計	23820 (100.0)	1775 (100.0)	162 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 58.539, df = 1, p < 0.001)
全体	いる	41867 (87.7)	3677 (84.1)	351 (85.0)	45895 (87.4)
	いない	5651 (11.8)	674 (15.4)	54 (13.1)	6379 (12.1)
	無回答	237 (.5)	22 (.5)	8 (1.9)	267 (.5)
	合計	47755 (100.0)	4373 (100.0)	413 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 47.898, df = 1, p < 0.001)

表49 飲酒の生涯経験率

	学年								
	1年		2年		3年		合計		
男性									
飲んだ経験なし	5175	(59.2)	4913	(54.1)	4351	(48.8)	14439	(54.0)	(χ^2 = 194.966, df = 4, p < 0.001)
冠婚葬祭	1991	(22.8)	2438	(26.9)	2621	(29.4)	7050	(26.4)	(χ^2 = 100.884, df = 2, p < 0.001)
家族と食事などで	1682	(19.2)	1879	(20.7)	2151	(24.1)	5712	(21.4)	(χ^2 = 66.221, df = 2, p < 0.001)
クラス会、打ち上げなど	223	(2.6)	273	(3.0)	331	(3.7)	827	(3.1)	(χ^2 = 20.183, df = 2, p < 0.001)
カラオケ、居酒屋など	107	(1.2)	140	(1.5)	195	(2.2)	442	(1.7)	(χ^2 = 26.201, df = 2, p < 0.001)
自分の部屋など	161	(1.8)	306	(3.4)	534	(6.0)	1001	(3.7)	(χ^2 = 215.892 df = 2, p < 0.001)
一人で	269	(3.1)	412	(4.5)	528	(5.9)	1209	(4.5)	(χ^2 = 82.709, df = 2, p < 0.001)
その他の機会に	4	(.0)	0	(.0)	0	(.0)	4	(.0)	
無回答	61	(.7)	43	(.5)	34	(.4)	138	(.5)	
合計	8744	(100.0)	9074	(100.0)	8922	(100.0)	26740	(100.0)	
女性									
飲んだ経験なし	5485	(64.1)	4751	(54.1)	4139	(49.2)	14375	(55.8)	(χ^2 = 398.405, df = 2, p < 0.001)
冠婚葬祭	1731	(20.2)	2247	(25.6)	2288	(27.2)	6266	(24.3)	(χ^2 = 123.491, df = 2, p < 0.001)
家族と食事などで	1646	(19.2)	2255	(25.7)	2383	(28.3)	6284	(24.4)	(χ^2 = 201.568, df = 2, p < 0.001)
クラス会、打ち上げなど	157	(1.8)	284	(3.2)	348	(4.1)	789	(3.1)	(χ^2 = 77.104, df = 2, p < 0.001)
カラオケ、居酒屋など	100	(1.2)	183	(2.1)	219	(2.6)	502	(1.9)	(χ^2 = 47.011, df = 2, p < 0.001)
自分の部屋など	138	(1.6)	431	(4.9)	633	(7.5)	1202	(4.7)	(χ^2 = 335.243, df = 2, p < 0.001)
一人で	148	(1.7)	344	(3.9)	434	(5.2)	926	(3.6)	(χ^2 = 148.062, df = 2, p < 0.001)
その他の機会に	2	(.0)	0	(.0)	0	(.0)	2	(.0)	
無回答	42	(.5)	39	(.4)	24	(.3)	105	(.4)	
合計	8558	(100.0)	8787	(100.0)	8412	(100.0)	25757	(100.0)	
全体									
飲んだ経験なし	10669	(61.6)	9671	(54.1)	8496	(49.0)	28836	(54.9)	(χ^2 = 569.968 df = 4, p < 0.001)
冠婚葬祭	3723	(21.5)	4690	(26.2)	4915	(28.3)	13328	(25.4)	(χ^2 = 223.856, df = 2, p < 0.001)
家族と食事などで	3330	(19.2)	4138	(23.1)	4538	(26.2)	12006	(22.9)	(χ^2 = 336.779, df = 2, p < 0.001)
クラス会、打ち上げなど	381	(2.2)	557	(3.1)	680	(3.9)	1618	(3.1)	(χ^2 = 85.982, df = 2, p < 0.001)
カラオケ、居酒屋など	208	(1.2)	323	(1.8)	414	(2.4)	945	(1.8)	(χ^2 = 68.949, df = 2, p < 0.001)
自分の部屋など	300	(1.7)	737	(4.1)	1169	(6.7)	2206	(4.2)	(χ^2 = 540.3559, df = 2, p < 0.001)
一人で	418	(2.4)	757	(4.2)	964	(5.6)	2139	(4.1)	(χ^2 = 221.066, df = 2, p < 0.001)
その他の機会に	6	(.0)	0	(.0)	0	(.0)	6	(.0)	
無回答	103	(.6)	82	(.5)	59	(.3)	244	(.5)	
合計	17313	(100.0)	17877	(100.0)	17351	(100.0)	52541	(100.0)	

表50 「シンナー遊び」経験と飲酒の経験・機会（複数回答）

	生涯シンナー経験				
	経験なし	経験あり	無回答	合計	
男性					
飲んだ経験なし	14287 (54.4)	62 (25.1)	90 (40.7)	14439 (54.0)	(χ^2 = 84.604, df = 2, p < 0.001)
冠婚葬祭	6924 (26.4)	83 (33.6)	43 (19.5)	7050 (26.4)	(χ^2 = 6.622, df = 1, p = 0.010)
家族と食事などで	5584 (21.3)	91 (36.8)	37 (16.7)	5712 (21.4)	(χ^2 = 35.397, df = 1, p < 0.001)
クラス会、打ち上げなど	781 (3.0)	37 (15.0)	9 (4.1)	827 (3.1)	(χ^2 = 118.140 df = 1, p < 0.001)
カラオケ、居酒屋など	416 (1.6)	23 (9.3)	3 (1.4)	442 (1.7)	(χ^2 = 89.868, df = 1, p < 0.001)
自分の部屋など	955 (3.6)	38 (15.4)	8 (3.6)	1001 (3.7)	(χ^2 = 93.839, df = 1, p < 0.001)
一人で	1138 (4.3)	56 (22.7)	15 (6.8)	1209 (4.5)	(χ^2 = 191.639 df = 2, p < 0.001)
その他の機会に	4 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	4 (.0)	
無回答	94 (.4)	1 (.4)	43 (19.5)	138 (.5)	
合計	26272 (100.0)	247 (100.0)	221 (100.0)	26740 (100.0)	
女性					
飲んだ経験なし	14278 (56.1)	30 (18.4)	67 (43.5)	14375 (55.8)	(χ^2 = 93.475, df = 1, p < 0.001)
冠婚葬祭	6164 (24.2)	62 (38.0)	40 (26.0)	6266 (24.3)	(χ^2 = 16.782, df = 1, p < 0.001)
家族と食事などで	6194 (24.3)	70 (42.9)	20 (13.0)	6284 (24.4)	(χ^2 = 30.303, df = 1, p < 0.001)
クラス会、打ち上げなど	750 (2.9)	35 (21.5)	4 (2.6)	789 (3.1)	(χ^2 = 187.095, df = 1, p < 0.001)
カラオケ、居酒屋など	468 (1.8)	34 (20.9)	0 (.0)	502 (1.9)	(χ^2 = 304.922, df = 1, p < 0.001)
自分の部屋など	1135 (4.5)	58 (35.6)	9 (5.8)	1202 (4.7)	(χ^2 = 353.277, df = 1, p < 0.001)
一人で	875 (3.4)	42 (25.8)	9 (5.8)	926 (3.6)	(χ^2 = 233.921, df = 1, p < 0.001)
その他の機会に	1 (.0)	1 (.6)	0 (.0)	2 (.0)	
無回答	79 (.3)	1 (.6)	25 (16.2)	105 (.4)	
合計	25440 (100.0)	163 (100.0)	154 (100.0)	25757 (100.0)	
全体					
飲んだ経験なし	28383 (55.2)	93 (22.6)	158 (41.8)	28836 (54.9)	(χ^2 = 176.299, df = 2, p < 0.001)
冠婚葬祭	13097 (25.3)	146 (35.4)	85 (22.5)	13328 (25.4)	(χ^2 = 22.155, df = 1, p < 0.001)
家族と食事などで	11786 (22.8)	162 (39.3)	58 (15.3)	12006 (22.9)	(χ^2 = 63.404, df = 1, p < 0.001)
クラス会、打ち上げなど	1532 (3.0)	73 (17.7)	13 (3.4)	1618 (3.1)	(χ^2 = 298.758, df = 1, p < 0.001)
カラオケ、居酒屋など	884 (1.7)	58 (14.1)	3 (.8)	945 (1.8)	(χ^2 = 352.939, df = 1, p < 0.001)
自分の部屋など	2092 (4.0)	97 (23.5)	17 (4.5)	2206 (4.2)	(χ^2 = 386.954, df = 1, p < 0.001)
一人で	2016 (3.9)	99 (24.0)	24 (6.3)	2139 (4.1)	(χ^2 = 426.246 df = 1, p < 0.001)
その他の機会に	5 (.0)	1 (.2)	0 (.0)	6 (.0)	
無回答	174 (.3)	2 (.5)	68 (18.0)	244 (.5)	
合計	51751 (100.0)	412 (100.0)	378 (100.0)	52541 (100.0)	

表51 「シンナー遊び」経験と喫煙経験の関係

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	喫煙経験なし	23607 (89.9)	150 (60.7)	141 (63.8)	23898 (89.4)
	喫煙経験あり	2472 (9.4)	95 (38.5)	24 (10.9)	2591 (9.7)
	無回答	193 (.7)	2 (.8)	56 (25.3)	251 (.9)
	合計	26272 (100.0)	247 (100.0)	221 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 236.851, df = 1, p < 0.001)
女性	喫煙経験なし	23634 (92.9)	79 (48.5)	107 (69.5)	23820 (92.5)
	喫煙経験あり	1678 (6.6)	84 (51.5)	13 (8.4)	1775 (6.9)
	無回答	128 (.5)	0 (.0)	34 (22.1)	162 (.6)
	合計	25440 (100.0)	163 (100.0)	154 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 507.487, df = 1, p < 0.001)
全体	喫煙経験なし	47276 (91.4)	230 (55.8)	249 (65.9)	47755 (90.9)
	喫煙経験あり	4154 (8.0)	180 (43.7)	39 (10.3)	4373 (8.3)
	無回答	321 (.6)	2 (.5)	90 (23.8)	413 (.8)
	合計	51751 (100.0)	412 (100.0)	378 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 681.738, df = 1, p < 0.001)

表52 喫煙経験と「シンナー遊び」経験の関係

		生涯喫煙経験			
生涯シンナー経験		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	合計
男性	経験なし	23607 (98.8)	2472 (95.4)	193 (76.9)	26272 (98.2)
	経験あり	150 (.6)	95 (3.7)	2 (.8)	247 (.9)
	無回答	141 (.6)	24 (.9)	56 (22.3)	221 (.8)
	合計	23898 (100.0)	2591 (100.0)	251 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 236.851, df = 1, p < 0.001)
女性	経験なし	23634 (99.2)	1678 (94.5)	128 (79.0)	25440 (98.8)
	経験あり	79 (.3)	84 (4.7)	0 (.0)	163 (.6)
	無回答	107 (.4)	13 (.7)	34 (21.0)	154 (.6)
	合計	23820 (100.0)	1775 (100.0)	162 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 507.487, df = 1, p < 0.001)
全体	経験なし	47276 (99.0)	4154 (95.0)	321 (77.7)	51751 (98.5)
	経験あり	230 (.5)	180 (4.1)	2 (.5)	412 (.8)
	無回答	249 (.5)	39 (.9)	90 (21.8)	378 (.7)
	合計	47755 (100.0)	4373 (100.0)	413 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 681.738, df = 1, p < 0.001)

表53 大麻乱用の生涯経験率

		1年	2年	3年	合計
男性	大麻経験なし	8569 (98.0)	8953 (98.7)	8769 (98.3)	26291 (98.3)
	大麻経験あり	29 (.3)	34 (.4)	53 (.6)	116 (.4)
	無回答	146 (1.7)	87 (1.0)	100 (1.1)	333 (1.2)
	合計	8744 (100.0)	9074 (100.0)	8922 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 7.573, df = 2, p = 0.023)
女性	大麻経験なし	8430 (98.5)	8715 (99.2)	8324 (99.0)	25469 (98.9)
	大麻経験あり	11 (.1)	16 (.2)	33 (.4)	60 (.2)
	無回答	117 (1.4)	56 (.6)	55 (.7)	228 (.9)
	合計	8558 (100.0)	8787 (100.0)	8412 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 14.061, df = 2, p = 0.001)
全体	大麻経験なし	17009 (98.2)	17684 (98.9)	17108 (98.6)	51801 (98.6)
	大麻経験あり	41 (.2)	50 (.3)	87 (.5)	178 (.3)
	無回答	263 (1.5)	143 (.8)	156 (.9)	562 (1.1)
	合計	17313 (100.0)	17877 (100.0)	17351 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 19.897, df = 2, p < 0.001)

表54 「シンナー遊び」経験と大麻乱用経験

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	大麻経験なし	25942 (98.7)	194 (78.5)	155 (70.1)	26291 (98.3)
	大麻経験あり	64 (.2)	51 (20.6)	1 (.5)	116 (.4)
	無回答	266 (1.0)	2 (.8)	65 (29.4)	333 (1.2)
	合計	26272 (100.0)	247 (100.0)	221 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 2335.309, df = 1, p < 0.001)
女性	大麻経験なし	25263 (99.3)	118 (72.4)	88 (57.1)	25469 (98.9)
	大麻経験あり	16 (.1)	44 (27.0)	0 (.0)	60 (.2)
	無回答	161 (.6)	1 (.6)	66 (42.9)	228 (.9)
	合計	25440 (100.0)	163 (100.0)	154 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 5025.394, df = 1, p < 0.001)
全体	大麻経験なし	51243 (99.0)	313 (76.0)	245 (64.8)	51801 (98.6)
	大麻経験あり	80 (.2)	96 (23.3)	2 (.5)	178 (.3)
	無回答	428 (.8)	3 (.7)	131 (34.7)	562 (1.1)
	合計	51751 (100.0)	412 (100.0)	378 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 6471.935, df = 1, p < 0.001)

表55 大麻を吸うことをどう思いますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	吸うべきではない	25369 (96.6)	178 (72.1)	160 (72.4)	25707 (96.1)
	麻薬・覚せい剤と違って少々	254 (1.0)	14 (5.7)	4 (1.8)	272 (1.0)
	ならば構わない				
	全く構わない	403 (1.5)	47 (19.0)	7 (3.2)	457 (1.7)
	無回答	246 (.9)	8 (3.2)	50 (22.6)	304 (1.1)
	合計	26272 (100.0)	247 (100.0)	221 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 522.349, df = 2, p < 0.001)
女性	吸うべきではない	24914 (97.9)	112 (68.7)	96 (62.3)	25122 (97.5)
	麻薬・覚せい剤と違って少々	222 (.9)	13 (8.0)	2 (1.3)	237 (.9)
	ならば構わない				
	全く構わない	151 (.6)	34 (20.9)	1 (.6)	186 (.7)
	無回答	153 (.6)	4 (2.5)	55 (35.7)	212 (.8)
	合計	25440 (100.0)	163 (100.0)	154 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 1043.282, df = 2, p < 0.001)
全体	吸うべきではない	50321 (97.2)	291 (70.6)	258 (68.3)	50870 (96.8)
	麻薬・覚せい剤と違って少々	476 (.9)	27 (6.6)	6 (1.6)	509 (1.0)
	ならば構わない				
	全く構わない	554 (1.1)	82 (19.9)	9 (2.4)	645 (1.2)
	無回答	400 (.8)	12 (2.9)	105 (27.8)	517 (1.0)
	合計	51751 (100.0)	412 (100.0)	378 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 1383.381, df = 2, p < 0.001)

表56 大麻を吸うと精神病状態や無動機症候群になることがあるのを知っていますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	知っている	16180 (61.6)	138 (55.9)	94 (42.5)	16412 (61.4)
	知らない	9505 (36.2)	99 (40.1)	76 (34.4)	9680 (36.2)
	無回答	587 (2.2)	10 (4.0)	51 (23.1)	648 (2.4)
	合計	26272 (100.0)	247 (100.0)	221 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 2.281, df = 1, p = 0.131)
女性	知っている	16463 (64.7)	89 (54.6)	57 (37.0)	16609 (64.5)
	知らない	8659 (34.0)	66 (40.5)	43 (27.9)	8768 (34.0)
	無回答	318 (1.3)	8 (4.9)	54 (35.1)	380 (1.5)
	合計	25440 (100.0)	163 (100.0)	154 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 4.483, df = 1, p = 0.034)
全体	知っている	32668 (63.1)	227 (55.1)	153 (40.5)	33048 (62.9)
	知らない	18176 (35.1)	167 (40.5)	120 (31.7)	18463 (35.1)
	無回答	907 (1.8)	18 (4.4)	105 (27.8)	1030 (2.0)
	合計	51751 (100.0)	412 (100.0)	378 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 7.483, df = 1, p = 0.006)

表57　覚せい剤の乱用経験（生涯経験率）

		1年	2年	3年	合計
男性	覚せい剤経験なし	8600 (98.4)	8949 (98.6)	8782 (98.4)	26331 (98.5)
	覚せい剤経験あり	25 (.3)	33 (.4)	42 (.5)	100 (.4)
	無回答	119 (1.4)	92 (1.0)	98 (1.1)	309 (1.2)
	合計	8744 (100.0)	9074 (100.0)	8922 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 4.059, df = 2, p = 0.131)
女性	覚せい剤経験なし	8431 (98.5)	8701 (99.0)	8307 (98.8)	25439 (98.8)
	覚せい剤経験あり	12 (.1)	16 (.2)	32 (.4)	60 (.2)
	無回答	115 (1.3)	70 (.8)	73 (.9)	258 (1.0)
	合計	8558 (100.0)	8787 (100.0)	8412 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 11.951, df = 2, p = 0.003)
全体	覚せい剤経験なし	17041 (98.4)	17665 (98.8)	17104 (98.6)	51810 (98.6)
	覚せい剤経験あり	38 (.2)	49 (.3)	75 (.4)	162 (.3)
	無回答	234 (1.4)	163 (.9)	172 (1.0)	569 (1.1)
	合計	17313 (100.0)	17877 (100.0)	17351 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 13.714, df = 2, p = 0.001)

表58　「シンナー遊び」経験と覚せい剤乱用経験の関係

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	覚せい剤経験なし	25981 (98.9)	193 (78.1)	157 (71.0)	26331 (98.5)
	覚せい剤経験あり	51 (.2)	48 (19.4)	1 (.5)	100 (.4)
	無回答	240 (.9)	6 (2.4)	63 (28.5)	309 (1.2)
	合計	26272 (100.0)	247 (100.0)	221 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 2475.883, df = 1, p < 0.001)
女性	覚せい剤経験なし	25225 (99.2)	124 (76.1)	90 (58.4)	25439 (98.8)
	覚せい剤経験あり	24 (.1)	36 (22.1)	0 (.0)	60 (.2)
	無回答	191 (.8)	3 (1.8)	64 (41.6)	258 (1.0)
	合計	25440 (100.0)	163 (100.0)	154 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 3389.226, df = 1, p < 0.001)
全体	覚せい剤経験なし	51243 (99.0)	318 (77.2)	249 (65.9)	51810 (98.6)
	覚せい剤経験あり	75 (.1)	85 (20.6)	2 (.5)	162 (.3)
	無回答	433 (.8)	9 (2.2)	127 (33.6)	569 (1.1)
	合計	51751 (100.0)	412 (100.0)	378 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 5691.742, df = 1, p < 0.001)

表59　覚せい剤を使うと精神病状態になりやすく、またﾌﾗｯｼｭﾊﾞｯｸがあることを知っていますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	知っている	16744 (63.7)	150 (60.7)	96 (43.4)	16990 (63.5)
	知らない	9180 (34.9)	92 (37.2)	75 (33.9)	9347 (35.0)
	無回答	348 (1.3)	5 (2.0)	50 (22.6)	403 (1.5)
	合計	26272 (100.0)	247 (100.0)	221 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 0.707, df = 1, p = 0.400)
女性	知っている	17505 (68.8)	107 (65.6)	65 (42.2)	17677 (68.6)
	知らない	7714 (30.3)	55 (33.7)	34 (22.1)	7803 (30.3)
	無回答	221 (.9)	1 (.6)	55 (35.7)	277 (1.1)
	合計	25440 (100.0)	163 (100.0)	154 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 0.855, df = 1, p = 0.355)
全体	知っている	34275 (66.2)	257 (62.4)	162 (42.9)	34694 (66.0)
	知らない	16905 (32.7)	149 (36.2)	111 (29.4)	17165 (32.7)
	無回答	571 (1.1)	6 (1.5)	105 (27.8)	682 (1.3)
	合計	51751 (100.0)	412 (100.0)	378 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 2.442, df = 1, p = 0.118)

表60　有機溶剤の入手可能性

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	絶対不可能	16341 (62.2)	77 (31.2)	91 (41.2)	16509 (61.7)
	ほとんど不可能	3850 (14.7)	37 (15.0)	25 (11.3)	3912 (14.6)
	少々苦労するが手に入る	3084 (11.7)	40 (16.2)	25 (11.3)	3149 (11.8)
	簡単に手に入る	2661 (10.1)	89 (36.0)	24 (10.9)	2774 (10.4)
	無回答	336 (1.3)	4 (1.6)	56 (25.3)	396 (1.5)
	合計	26272 (100.0)	247 (100.0)	221 (100.0)	26740 (100.0)
					(χ^2 = 201.321, df = 3, p < 0.001)
女性	絶対不可能	16210 (63.7)	46 (28.2)	46 (29.9)	16302 (63.3)
	ほとんど不可能	3841 (15.1)	17 (10.4)	17 (11.0)	3875 (15.0)
	少々苦労するが手に入る	3185 (12.5)	35 (21.5)	20 (13.0)	3240 (12.6)
	簡単に手に入る	1816 (7.1)	63 (38.7)	10 (6.5)	1889 (7.3)
	無回答	388 (1.5)	2 (1.2)	61 (39.6)	451 (1.8)
	合計	25440 (100.0)	163 (100.0)	154 (100.0)	25757 (100.0)
					(χ^2 = 263.126, df = 3, p < 0.001)
全体	絶対不可能	32569 (62.9)	123 (29.9)	139 (36.8)	32831 (62.5)
	ほとんど不可能	7697 (14.9)	54 (13.1)	42 (11.1)	7793 (14.8)
	少々苦労するが手に入る	6270 (12.1)	75 (18.2)	45 (11.9)	6390 (12.2)
	簡単に手に入る	4487 (8.7)	154 (37.4)	35 (9.3)	4676 (8.9)
	無回答	728 (1.4)	6 (1.5)	117 (31.0)	851 (1.6)
	合計	51751 (100.0)	412 (100.0)	378 (100.0)	52541 (100.0)
					(χ^2 = 463.645, df = 3, p < 0.001)

表61　大麻の入手可能性

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	絶対不可能	17690 (67.3)	90 (36.4)	113 (51.1)	17893 (66.9)
	ほとんど不可能	4101 (15.6)	43 (17.4)	25 (11.3)	4169 (15.6)
	少々苦労するが手に入る	2821 (10.7)	41 (16.6)	21 (9.5)	2883 (10.8)
	簡単に手に入る	1343 (5.1)	68 (27.5)	12 (5.4)	1423 (5.3)
	無回答	317 (1.2)	5 (2.0)	50 (22.6)	372 (1.4)
	合計	26272 (100.0)	247 (100.0)	221 (100.0)	26740 (100.0)
				(χ^2 = 276.761, df = 3, p < 0.001)	
女性	絶対不可能	17432 (68.5)	65 (39.9)	53 (34.4)	17550 (68.1)
	ほとんど不可能	3744 (14.7)	24 (14.7)	18 (11.7)	3786 (14.7)
	少々苦労するが手に入る	2881 (11.3)	31 (19.0)	18 (11.7)	2930 (11.4)
	簡単に手に入る	1030 (4.0)	40 (24.5)	7 (4.5)	1077 (4.2)
	無回答	353 (1.4)	3 (1.8)	58 (37.7)	414 (1.6)
	合計	25440 (100.0)	163 (100.0)	154 (100.0)	25757 (100.0)
				(χ^2 = 191.566, df = 3, p < 0.001)	
全体	絶対不可能	35145 (67.9)	155 (37.6)	168 (44.4)	35468 (67.5)
	ほとんど不可能	7849 (15.2)	68 (16.5)	43 (11.4)	7960 (15.2)
	少々苦労するが手に入る	5706 (11.0)	72 (17.5)	39 (10.3)	5817 (11.1)
	簡単に手に入る	2378 (4.6)	109 (26.5)	20 (5.3)	2507 (4.8)
	無回答	673 (1.3)	8 (1.9)	108 (28.6)	789 (1.5)
	合計	51751 (100.0)	412 (100.0)	378 (100.0)	52541 (100.0)
				(χ^2 = 484.404, df = 3, p < 0.001)	

表62　覚せい剤の入手可能性

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	絶対不可能	17818 (67.8)	92 (37.2)	117 (52.9)	18027 (67.4)
	ほとんど不可能	4064 (15.5)	46 (18.6)	22 (10.0)	4132 (15.5)
	少々苦労するが手に入る	2756 (10.5)	38 (15.4)	19 (8.6)	2813 (10.5)
	簡単に手に入る	1338 (5.1)	67 (27.1)	14 (6.3)	1419 (5.3)
	無回答	296 (1.1)	4 (1.6)	49 (22.2)	349 (1.3)
	合計	26272 (100.0)	247 (100.0)	221 (100.0)	26740 (100.0)
				(χ^2 = 266.754, df = 3, p < 0.001)	
女性	絶対不可能	17394 (68.4)	64 (39.3)	50 (32.5)	17508 (68.0)
	ほとんど不可能	3724 (14.6)	25 (15.3)	21 (13.6)	3770 (14.6)
	少々苦労するが手に入る	2878 (11.3)	27 (16.6)	18 (11.7)	2923 (11.3)
	簡単に手に入る	1115 (4.4)	45 (27.6)	6 (3.9)	1166 (4.5)
	無回答	329 (1.3)	2 (1.2)	59 (38.3)	390 (1.5)
	合計	25440 (100.0)	163 (100.0)	154 (100.0)	25757 (100.0)
				(χ^2 = 216.904, df = 3, p < 0.001)	
全体	絶対不可能	35234 (68.1)	156 (37.9)	169 (44.7)	35559 (67.7)
	ほとんど不可能	7792 (15.1)	72 (17.5)	43 (11.4)	7907 (15.0)
	少々苦労するが手に入る	5638 (10.9)	65 (15.8)	37 (9.8)	5740 (10.9)
	簡単に手に入る	2459 (4.8)	113 (27.4)	21 (5.6)	2593 (4.9)
	無回答	628 (1.2)	6 (1.5)	108 (28.6)	742 (1.4)
	合計	51751 (100.0)	412 (100.0)	378 (100.0)	52541 (100.0)
				(χ^2 = 493.322, df = 3, p < 0.001)	

飲酒・喫煙・薬物乱用についての 意識・実態調査

（第８版-08）

飲酒・喫煙・薬物乱用は、心と体の両面にさまざまな害を及ぼします。

この調査は、中学生が飲酒・喫煙・薬物乱用をどのように考えており、また、実際にどのくらいの人が飲酒・喫煙・薬物乱用を経験しているのかを調べ、今後の対策の参考にするものです。

答えにくい質問には答えなくても結構ですが、この調査では、**回答者が誰かわからないように以下のような配慮がなされています。**

・この調査用紙には、氏名など個人を見つけ出せそうなものを書くところはありません。

・先生には、必要に応じて、生徒の質問に答えていただきますが、必要以上に生徒の所には行かず、生徒が書きやすい　ように努めていただきます。

・書き終わったら、配られた封筒に用紙を入れて必ず封をし、先生の持っている大きな袋に封筒ごと入れてください。

・調査用紙は、封を切られることなく（学校の先生などに結果を知られることなく）、下記の研究室に運ばれ、研究室で　開封し、厳重に保管され、研究以外の目的には使用しません。

・調査結果は、全体でまとめて処理します。個人が特定されることはあり得ません。

各質問に対する回答は、ことわりがない限り、自分の場合に最も近いものの数字を一つだけ、丸で囲んでください。

実施機関：国立精神・神経センター　精神保健研究所 薬物依存研究部 東京都小平市小川東町4-1-1 TEL. 042-346-1954

（質問１）**あなたは男性ですか、女性ですか？**
１．男性　２．女性

（質問２）**あなたは中学何年生ですか？**
１．１年生　２．２年生　３．３年生

（質問３）**あなたの起床時間は、ほぼ一定していますか？**
１．はい　２．いいえ

（質問４）**あなたの就寝時間は、ほぼ一定していますか？**
１．はい　２．いいえ

（質問５）**あなたは、毎朝、朝食を食べていますか？**
１．ほとんど毎日食べている
２．時々食べる
３．ほとんど食べない

（質問６）**あなたにとって、学校生活は次のどれですか？**
１．とても楽しい。
２．どちらかといえば楽しい
３．あまり楽しくない
４．まったく楽しくない

（質問７）**あなたはクラブ活動（部活）に参加していますか？**
１．積極的に参加している
２．消極的に参加している
３．参加していない

（質問８）**あなたは、母親と週何回くらい夕食を食べますか？**

１．ほとんど毎日　２．５～６回　３．４回前後　４．３回前後　５．２回前後
６．ほとんど食べない　７．母親がいない（単身赴任、死別、別居、離婚など）

（質問９）**あなたは、父親と週何回くらい夕食を食べますか？**

１．ほとんど毎日　２．５～６回　３．４回前後　４．３回前後　５．２回前後
６．ほとんど食べない。　７．父親がいない（単身赴任、死別、別居、離婚など）

（質問10）**あなたは、夕食を週何回くらい家族全員で食べますか？**

１．ほとんど毎日　２．５～６回　３．４回前後　４．３回前後　５．２回前後
６．ほとんど食べない

（質問11）**あなたは、学校・塾・習い事・運動での時間以外、大人が不在の状態で、毎日平均どの程度の時 間を過ごしますか？**

１．なし、あるいは、ほとんどなし　２．１時間未満　３．１時間以上２時間未満
４．２時間以上３時間未満　５．３時間以上

（質問12）**あなたは、親しく遊べる友人がいますか？**　１．いる　２．いない

（質問13）**あなたは、相談事のできる友人がいますか？**　１．いる　２．いない

（質問14）**あなたは、悩みごとがある時、親と相談する方だと思いますか？**

１．よく相談する方である　４．ほとんど相談しない方である
２．どちらかと言えば相談する方である　５．親がいない（単身赴任・死別・別居・離婚など）
３．どちらかと言えば相談しない方である

（質問15）**あなたは、<u>これまでに一回でも</u>、タバコを吸ったことがありますか？**
（ある場合は、初めて吸った時の年齢を選んでください。）

１．吸ったことがない　２．10歳以下　３．11歳　４．12歳　５．13歳
６．14歳　７．15歳以上　８．吸ったことはあるが、年齢はおぼえていない

（質問16）**あなたは、<u>この１年間で</u>、タバコを吸ったことがありますか？**

１．一度も吸わなかった　２．１年間で1～数回吸った　３．月に数回吸った
４．週に数回吸った　５．ほとんど毎日吸った

（質問17）**あなたは、健康面から、喫煙をどう思いますか？**　１．害ばかりで、良い面はないと思う
２．害もあるが、良い面もあると思う
３．害よりも、良い面の方が多いと思う

（質問18）**未成年者の喫煙は法律で禁じられていますが、あなたは未成年者の喫煙をどう思いますか？**

１．法律で禁じられているから、吸うべきでないと思う
２．法律で禁じられてはいるが、少々ならかまわないと思う
３．法律で禁じられてはいるが、全然かまわないと思う

（質問19）**あなたは、未成年者の喫煙禁止をどう思いますか？**

１．当然だと思う
２．しかたのないことだと思う
３．成人が吸えて、未成年者が吸えないのはおかしいと思う
４．そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思う

（質問20）**あなたは、これまでに、下記の時に、一回でも、アルコール（ビール、日本酒、焼酎、ワイン、ウィスキーなど）を飲んだことがありますか？**
（いくつ選んでもけっこうですが、なめただけの場合は、含めないで下さい。ただし、「1」を選んだときには、その他は選ばないでください。）

1．飲んだことがない
2．冠婚葬祭（結婚式・祭り・葬式・法事・盆・正月など）の時に飲んだことがある
3．家族での食事などの時に、家族といっしょに飲んだことがある
4．クラス会、打ち上げ、友達とのパーティーの時に、仲間と飲んだことがある
5．カラオケボックス、居酒屋、飲み屋などで、仲間と飲んだことがある
6．自分や誰かの部屋で、仲間と飲んだことがある
7．一人で飲んだことがある

（質問21）**あなたは、上記のいずれかの機会で、初めてアルコールを飲んだのは、何歳の時ですか？**
（なめただけの場合は、含めないで下さい。）

1．飲んだことがない　2．10歳以下　3．11歳　4．12歳　5．13歳
6．14歳　7．15歳以上　8．飲んだことはあるが、年齢はおぼえていない

（質問22）**あなたは、この1年間に一回でも、アルコールを飲んだことがありますか？**
（飲んだことのある機会をいくつ選んでもけっこうですが、なめただけの場合は、含めないで下さい。ただし、「1」を選んだときには、その他は選ばないでください。）

1．飲んだことがない
2．冠婚葬祭（結婚式・祭り・葬式・法事・盆・正月など）の時に飲んだことがある
3．家族での食事などの時に、家族といっしょに飲んだことがある
4．クラス会、打ち上げ、友達とのパーティーの時に、仲間と飲んだことがある
5．カラオケボックス、居酒屋、飲み屋などで、仲間と飲んだことがある
6．自分や誰かの部屋で、仲間と飲んだことがある
7．一人で飲んだことがある

（質問23）**あなたは、この1年間に、どのくらいの頻度でアルコールを飲みましたか？**

1．一度も飲まなかった　2．1年間で1～数回飲んだ　3．月に数回飲んだ
4．週に数回飲んだ　5．ほとんど毎日飲んだ

（質問24）**あなたは、健康面から、飲酒をどう思いますか？**
1．害ばかりで、良い面はないと思う
2．害もあるが、良い面もあると思う
3．害よりも、良い面の方が多いと思う

（質問25）**未成年者の飲酒は禁止されていますが、あなたは、未成年者の飲酒をどう思いますか？**

1．法律で禁止されているから、飲むべきではないと思う
2．法律で禁止されてはいるが、時と場合に応じては、かまわないと思う
3．法律で禁止されてはいるが、全然かまわないと思う

（質問26）**あなたは、未成年者の飲酒禁止をどう思いますか？**

1．当然だと思う
2．しかたのないことだと思う
3．成人が飲めて、未成年者が飲めないのはおかしいと思う

4．そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思う

（質問27）あなたは、「シンナー遊び」をしているところを実際に見たことがありますか？

1．ない　2．ある

（質問28）あなたの身近に、「シンナー遊び」をしている人がいますか？　1．いない　2．いる

（質問29）あなたは、「シンナー遊び」に誘われたことがありますか？　1．ない　2．ある

（質問30）「シンナー遊び」について、あなたの気持ちは次のどれに最も近いですか？

1．関心がない　2．見てみたい　3．試してみたい　4．経験がある

（質問31）あなたは、「シンナー遊び」をしている人について、どう思いますか？

1．自分には無関係の人だと思う
2．「シンナー遊び」をする気持ちが理解できる気がする
3．親しみを感じる

（質問32）あなたは、「シンナー遊び」をしている人と親しくなることについて、どう考えますか？

1．親しくなりたくない
2．「シンナー遊び」だけで決めたくはない
3．すでに親しい

（質問33）あなたは、<u>これまでに一回でも</u>、「シンナー遊び」を経験したことがありますか？
（ある場合は、初めて経験した時の年齢を選んでください。）

1．経験がない　2．10歳以下　3．11歳　4．12歳　5．13歳　6．14歳
7．15歳以上　8．経験はあるが、年齢はおぼえていない

（質問34）あなたは、<u>この１年間に一回でも</u>、「シンナー遊び」をしたことがありますか？

1．ない　2．ある

（質問35）「シンナー遊び」は法律で禁止されていますが、あなたは「シンナー遊び」について、どう思いますか？

1．法律で禁止されているから、すべきではないと思う
2．法律で禁止されてはいるが、少々ならかまわないと思う
3．法律で禁止されてはいるが、それを守る必要は全然ないと思う

（質問36）あなたは、法律で「シンナー遊び」を禁止しているのをどう思いますか？

1．当然だと思う
2．しかたのないことだと思う
3．麻薬・覚せい剤とちがって、シンナーくらい禁止しなくてもいいのではないかと思う
4．そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思う

（質問37）あなたは、「シンナー遊び」で死亡すること（<u>急性中毒死</u>）があるのを知っていますか？

1．知っている　2．知らない

（質問38）あなたは、「シンナー遊び」を繰り返すと、歯がぼろぼろになりやすいことを知っていますか？

1．知っている　2．知らない

（質問39）あなたは、「シンナー遊び」を繰り返すと、手足の筋肉や神経が衰え、物をつかめなくなったり、歩けなくなること（多発神経炎）があるのを知っていますか？

1．知っている　2．知らない

（質問40）あなたは、「シンナー遊び」を繰り返すと、何もないのに物が見えたり（幻視）、実際には何も聞こえないのに、声が聞こえたり（幻聴）、誰も何とも思っていないのに、人が自分の事を非難していると思い込んだり（妄想）する状態（精神病状態）になることがあるのを知っていますか？

1．知っている　2．知らない

（質問41）あなたは、「シンナー遊び」を繰り返すと、何事にも関心が持てなくなり、結果的に学校を欠席しがちになり、どんな仕事に就いても、長続きしなくなること（無動機症候群）を知っていますか？

1．知っている　2．知らない

（質問42）あなたは、「シンナー遊び」の結果、幻視、幻聴、妄想が出るようになってしまうと、それを治して治っても、その後「シンナー遊び」をやめていても、疲れ・ストレス・飲酒などで、幻視、幻聴、妄想が再び出現すること（フラッシュバック）があるのを知っていますか？

1．知っている　2．知らない

（質問43）あなたは、「シンナー遊び」をしている人たちは、どうして「シンナー遊び」するのだと思いますか？（いくつ選んでもけっこうです。）

1．本人に問題があるから　2．家庭に問題があるから
3．学校に問題があるから　4．社会に問題があるから

（質問44）あなたは、これまでに一回でも、大麻（マリファナ、ハッシッシュも同じものです）を吸ったことがありますか？（ある場合は、初めて吸った時の年齢を選んでください。）

1．経験がない　2．10歳以下　3．11歳　4．12歳　5．13歳　6．14歳
7．15歳以上　8．経験はあるが、年齢はおぼえていない

（質問45）あなたは、大麻を吸うことをどう思いますか？

1．吸うべきではないと思う
2．麻薬・覚せい剤とちがって、少々ならかまわないと思う
3．まったくかまわないと思う

（質問46）あなたは大麻を吸うと、上記の質問40や質問41と同じ精神病状態や無動機症候群になることがあるのを知っていますか？

1．知っている　2．知らない

（質問47）あなたは、これまでに一回でも、覚せい剤（スピード、エスも同じものです）を使用したことがありますか？（ある場合は、初めて使用した時の年齢を選んでください。）

1．経験がない　2．10歳以下　3．11歳　4．12歳　5．13歳　6．14歳
7．15歳以上　8．経験はあるが、年齢はおぼえていない

（質問48）覚せい剤を使うと、上記の質問40と同じ精神病状態になりやすく、また質問42のようなフラッシュバックがあることを知っていますか？

1．知っている　2．知らない

（質問49）あなたが「シンナー遊び」のために有機溶剤を手に入れようとした場合、それはどの程度むずかしいですか？

1．絶対不可能だ　　2．ほとんど不可能だ
3．少々苦労するが、なんとか手に入る　　4．簡単に手に入る

（質問50）あなたが大麻を手に入れようとした場合、それはどの程度むずかしいですか？

1．絶対不可能だ　　2．ほとんど不可能だ
3．少々苦労するが、なんとか手に入る　　4．簡単に手に入る

（質問51）あなたが覚せい剤を手に入れようとした場合、それはどの程度むずかしいですか？

1．絶対不可能だ　　2．ほとんど不可能だ
3．少々苦労するが、なんとか手に入る　　4．簡単に手に入る

ご協力ありがとうございました。

薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査（2008年）－要約版－

分担研究者　和田　清　国立精神・神経センター精神保健研究所薬物依存研究部長
研究協力者　嶋根卓也　同上（流動研究員）
尾崎米厚　鳥取大学医学部　社会医学講座環境予防医学　准教授
勝野眞吾　兵庫教育大学　副学長

わが国の中学生における薬物乱用の広がりを把握し、特に有機溶剤乱用に関する危険因子を特定することによって、中学生に対する薬物乱用防止対策の基礎資料に供するために、飲酒、喫煙、有機溶剤・大麻・覚せい剤乱用に対する意識・実態調査を実施した。調査期間は、2008年10月中（原則）であり、層別一段集落抽出法により選ばれた全国212校の全生徒を対象に、自記式調査を実施した。その結果、133校（対象校の62.7%）より、52,719人（対象校212校の全生徒想定数の54.8%）の回答を得た。有効回答数は52,541人（対象校212校の全生徒想定数の54.7%）であった。その結果、以下のような結論を得た。

① **有機溶剤の生涯経験率**は男子で0.9%(1年生0.7%、2年生0.9%、3年生1.1%)、女子で0.6%（1年生0.5%、2年生0.5%、3年生0.9%)、全体では0.8%（1年生0.6%、2年生0.7%、3年生1.0%）であった。この結果は、男女及び全体で、1996年に開始した一連の本調査では最低の値である。

② 有機溶剤乱用の目撃率は着実に低下しており（全体で、1996年の11.8%から2008年の2.8%)、「身近に経験者がいる」と答えた者の率も1998年のピーク（5.2%）から着実に減少していた（1.9%)。また、有機溶剤乱用に「誘われた」ことのある者の率も2000年調査をピーク（1.8%）に調査年次毎に漸減し、2008年には1.0%であった。

③ 以上を総合して、有機溶剤乱用の勢いは確実に弱くなってきていると考えられる。

④ 有機溶剤乱用経験者群では、非経験者群に比べて、日常生活の規則性、学校生活、家庭生活、友人関係において、好ましくない傾向が統計学的有意差を持って強いことが再確認された。

⑤ その背景には、家庭生活のあり方が大きく影響していると考えられる。経験者群では、「親との相談頻度」「家族との夕食頻度」が有意に低く、逆に「大人不在での時間」が有意に長く、親子の共有時間が少ない傾向が再確認された。

⑥ 結局、有機溶剤経験者群は、相対的に見れば、家庭にも、学校にもなじめず、友人関係も希薄な中学生たちが多く、「居場所のない子供たち」と推測することができよう。

⑦ また、中学生における喫煙と大人が同伴しない飲酒は、有機溶剤乱用と強い繋がりを持っており、これらは、有機溶剤乱用への「ゲイトウェイ」、となっている可能性が再確認された。

⑧ 有機溶剤乱用による健康への害知識の周知率は調査年毎に上昇していたが、今回の2008年では2006年に比べて低下していた。この結果を重く受け止め、再度、薬物乱用防止教育の実施とあり方を検討する必要がある。

⑨ 大麻、覚せい剤の生涯経験者数は無回答者数よりも少なく、その意味では参考データ的意味合いを否定はできないが、参考データは参考データなりに推移を見る必要がある。**大麻の生涯経験率**は、男子で 0.4%（1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.6%)、女子で 0.2%（1年生0.1%、2年生0.2%、3年生0.4%)、全体で 0.3%（1年生0.2%、2年生0.3%、3年生0.5%）であり、**覚せい剤の生涯経験率**は、男子で 0.4%（1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.5%)、女子で 0.2%（1年生0.1%、2年生0.2%、3年生0.4%)、全体で 0.3%（1年生0.2%、2年生0.3%、3年生0.4%）であった。大麻の生涯経験率は、1998年をピーク（0.7%）に、以後減少はしたものの、2000年～2004年と停滞していたが、今回の2008年調査で減少傾向をはっきりと確認することができた。覚せい剤の生涯経験率は、1998年、2004年に記録した最高値（0.5%）以降、2006年、2008年と連続して減少していた。

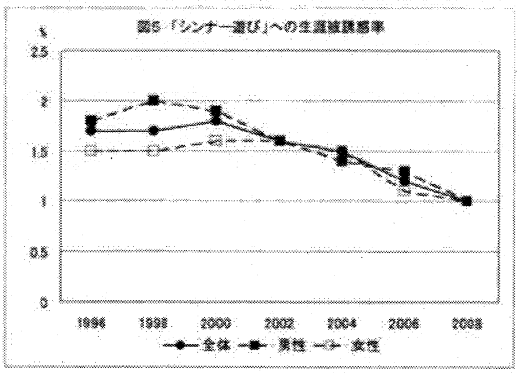
⑩ 大麻及び覚せい剤乱用による医学的害知識の周知度は、覚せい剤に関しては2006年調査の結果よりも低い結果であった。同時に、そもそもの周知度自体が未だに高いとは言えず、薬物乱用防止教育の一層の推進が望まれる結果であった。

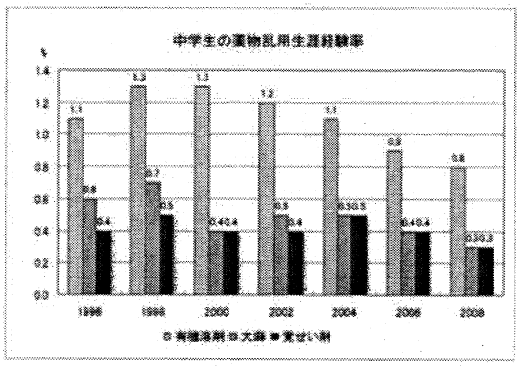
⑪ 大麻、覚せい剤の入手可能性は2002年から2006年にかけて減少していたが、今回の2008年調査

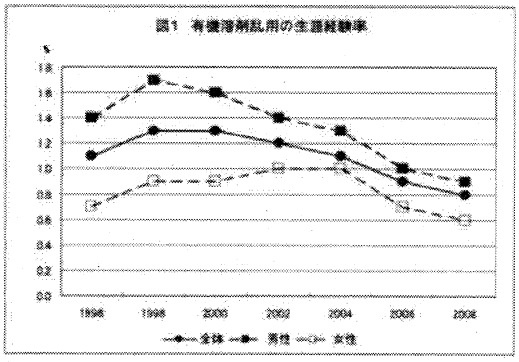
の結果は2006年とほとんど同じか少々増加を示す結果であった。ただし、有機溶剤乱用非経験者群では「絶対不可能」を選択した者が、大麻でも覚せい剤でも男女ともに約70%弱であるのに対して、有機溶剤乱用経験者群では、大麻に関しては男子で約44%、女子で約63%の者が、また、覚せい剤に関しては男子で約43%、女子で44%の者が入手可能を選択していた。つまり、わが国の中学生にとって、有機溶剤を一回でも乱用すると言うことは、大麻、覚せい剤の入手が身近なものになる状況に入り込むことになるという特徴を強く示唆する結果であった。

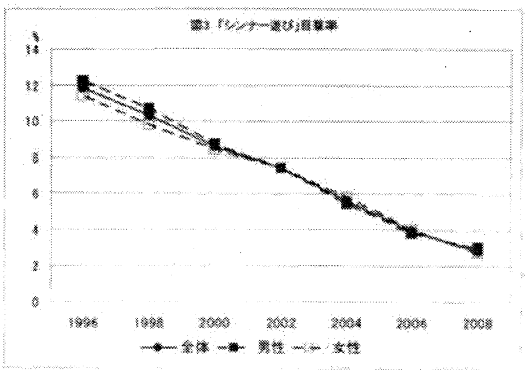
⑫　薬物の乱用経験率には、法の遵守性が大きく影響すると考えられる。喫煙については全体の約9%の者が「少々ならかまわない」を選んでいるのに対して、「シンナー遊び」に関してそれを選んだ者は1.3%に過ぎず、大麻では1.6%であったことは、同じ依存性薬物と言えども、有機溶剤及び大麻乱用への心理的垣根は喫煙よりははるかに高いことを物語っている。

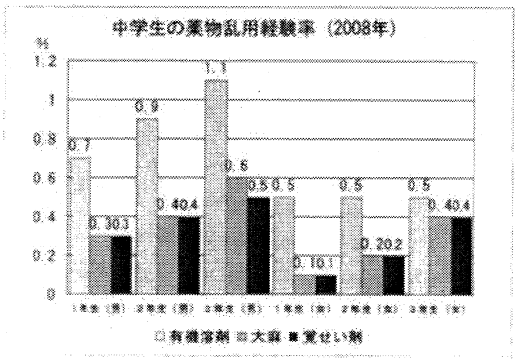
⑬　また、有機溶剤乱用経験者群の23.3%（男子で20.6%、女子で27.0%）の者に大麻乱用の経験があり、20.6%（男子で19.4%、女子で22.1%）の者に覚せい剤乱用の経験があり、有機溶剤乱用と大麻・覚せい剤乱用との間には強い結びつきがあることが再確認された。同時に、喫煙経験と有機溶剤乱用経験との間にも結びつきが認められた。このことは、わが国の中学生では、喫煙→有機溶剤乱用→大麻・覚せい剤乱用という流れがあることを強く示唆する結果であった。

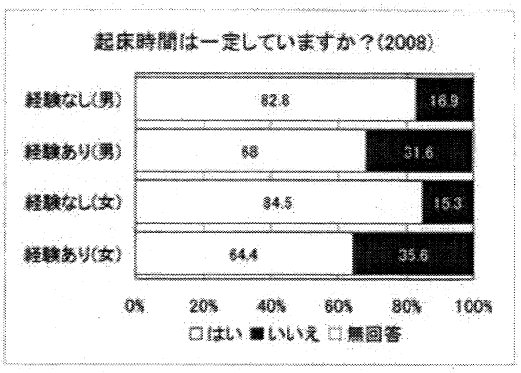


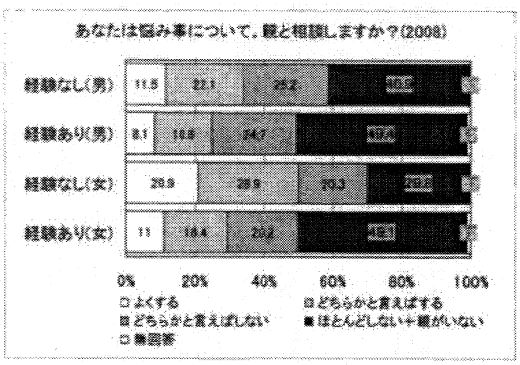


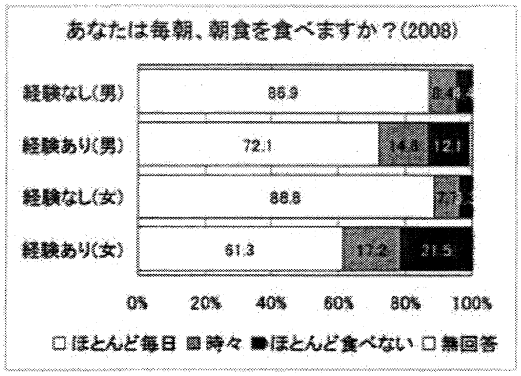







起床時間は一定していますか？(2008)
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
82.8
16.9
68
31.6
84.5
15.3
64.4
35.6
0%
20%
40%
60%
80%
100%
□はい ■いいえ □無回答


あなたは悩み事について、親と相談しますか？(2008)
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
11.5
23.1
49.2
8.1
10.9
34.7
28.9
28.9
30.3
11
18.4
30.2
0%
20%
40%
60%
80%
100%
□よくする
□どちらかと言えばする
■どちらかと言えばしない
■ほとんどしない＋親がいない
□無回答


あなたは毎朝、朝食を食べますか？(2008)
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
86.9
72.1
14.8
12.1
88.8
7.7
61.3
17.2
21.5
0%
20%
40%
60%
80%
100%
□ほとんど毎日 ■時々 ■ほとんど食べない □無回答

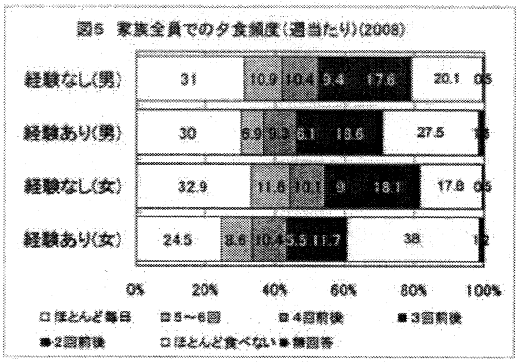
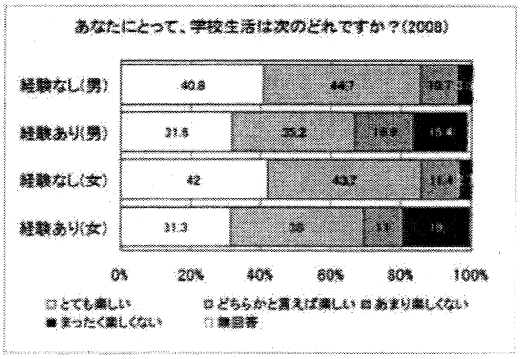
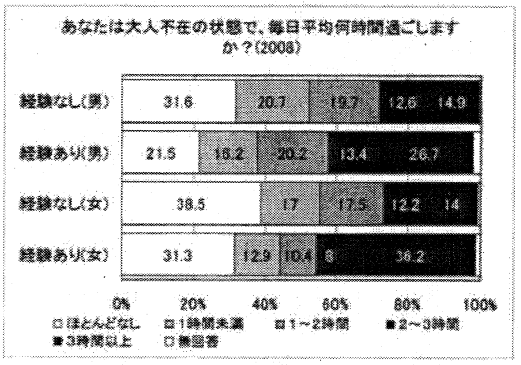
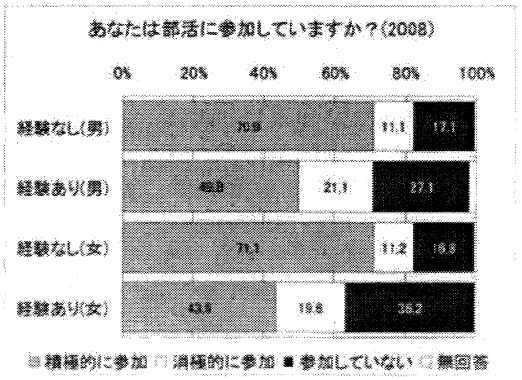
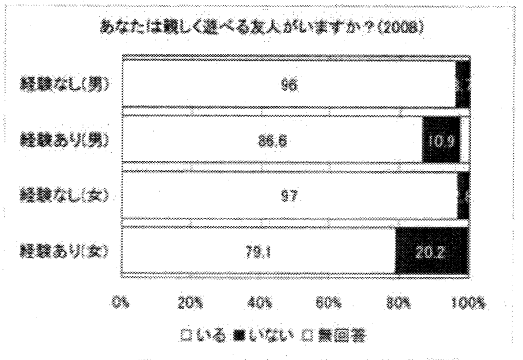


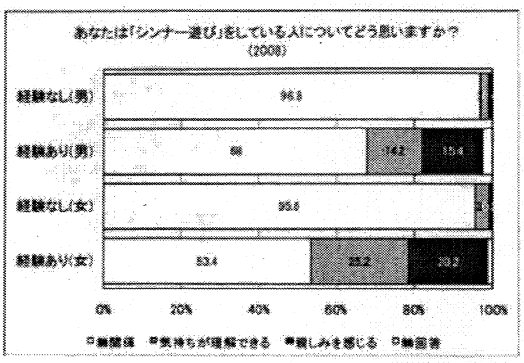
図5 家族全員での夕食頻度（週当たり）(2008)
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
31
10.9
10.4
9.4
17.6
20.1
30
6.9
8.1
18.6
27.5
32.9
11.6
10.1
9
18.1
17.8
24.5
10.4
5.5
11.7
38
0%
20%
40%
60%
80%
100%
□ほとんど毎日 ■5～6回 ■4回前後 ■3回前後
■2回前後 □ほとんど食べない ■無回答

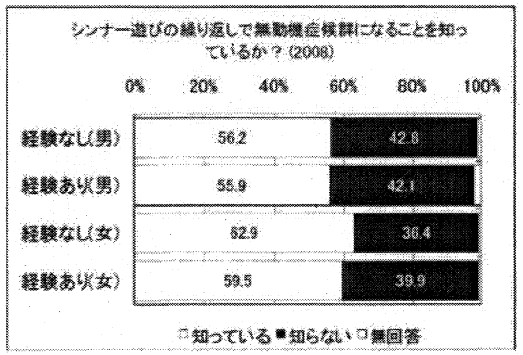

あなたにとって、学校生活は次のどれですか？(2008)
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
40.8
44.7
31.6
35.2
42
43.7
31.3
0%
20%
40%
60%
80%
100%
□とても楽しい
□どちらかと言えば楽しい
■あまり楽しくない
■まったく楽しくない
□無回答

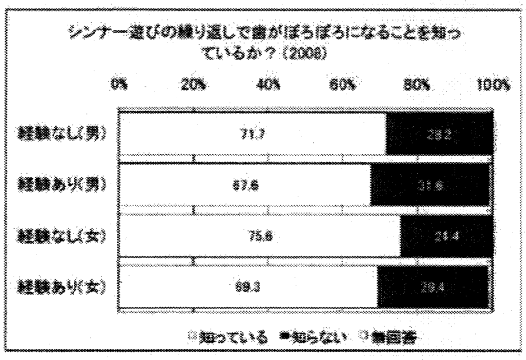

あなたは大人不在の状態で、毎日平均何時間過ごしますか？(2008)
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
31.6
20.7
19.7
12.6
14.9
21.5
15.2
20.2
13.4
26.7
38.5
17
17.5
12.2
14
31.3
12.9
10.4
8
36.2
0%
20%
40%
60%
80%
100%
□ほとんどなし
□1時間未満
■1～2時間
■2～3時間
■3時間以上
□無回答


あなたは部活に参加していますか？(2008)
0%
20%
40%
60%
80%
100%
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
70.9
11.1
17.1
43.8
21.1
27.1
71.1
11.2
16.8
43.8
19.8
36.2
■積極的に参加 □消極的に参加 ■参加していない □無回答


あなたは親しく遊べる友人がいますか？(2008)
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
96
88.6
10.9
97
79.1
20.2
0%
20%
40%
60%
80%
100%
□いる ■いない □無回答


あなたは「シンナー遊び」をしている人についてどう思いますか？
(2008)
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
0%
20%
40%
60%
80%
100%
□無関係 ■気持ちが理解できる ■寂しみを感じる □無回答


シンナー遊びの繰り返しで無動機症候群になることを知っているか？(2008)
0%
20%
40%
60%
80%
100%
経験なし(男)
56.2
42.8
経験あり(男)
55.9
42.1
経験なし(女)
52.9
38.4
経験あり(女)
59.5
39.9
□知っている ■知らない □無回答


シンナー遊びの繰り返しで歯がぼろぼろになることを知っているか？(2008)
0%
20%
40%
60%
80%
100%
経験なし(男)
71.7
28.2
経験あり(男)
67.6
31.6
経験なし(女)
75.6
24.4
経験あり(女)
69.3
29.4
□知っている ■知らない □無回答

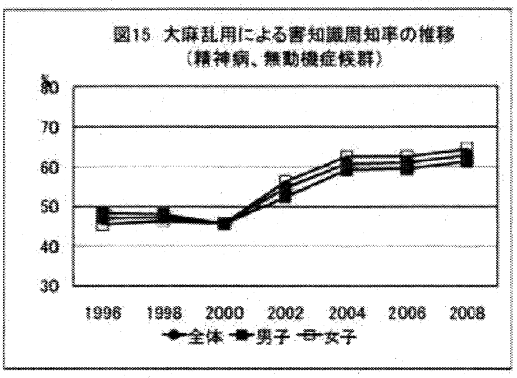
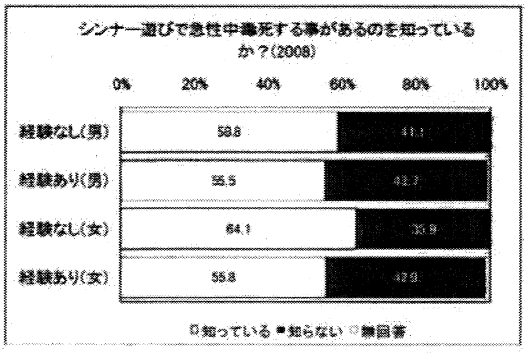


図15 大麻乱用による害知識周知率の推移
(精神病、無動機症候群)
%
80
70
60
50
40
30
1996
1998
2000
2002
2004
2006
2008
全体
男子
女子


シンナー遊びで急性中毒死する事があるのを知っているか？(2008)
0%
20%
40%
60%
80%
100%
経験なし(男)
58.8
41.1
経験あり(男)
55.5
43.7
経験なし(女)
64.1
35.9
経験あり(女)
55.8
42.6
□知っている ■知らない □無回答

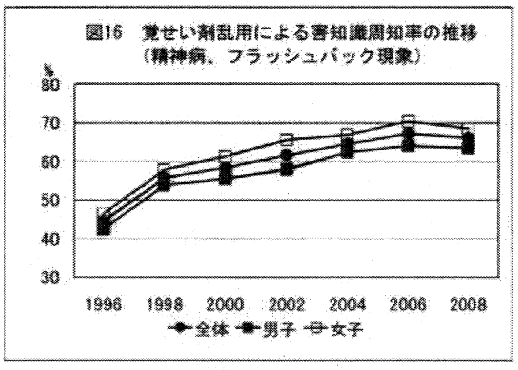
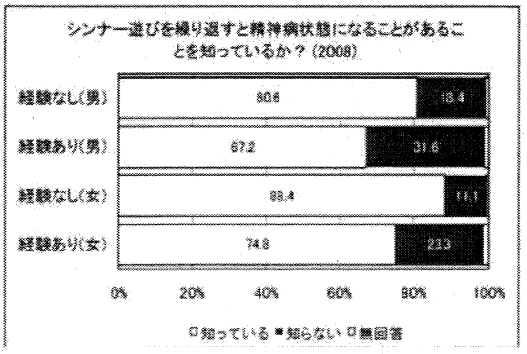
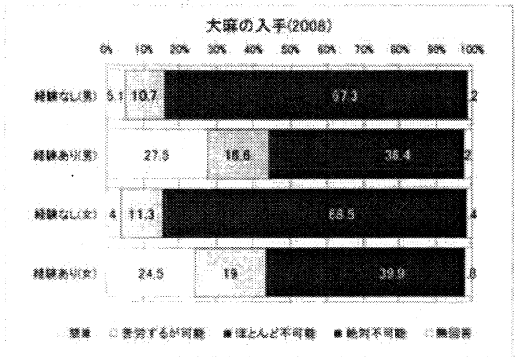
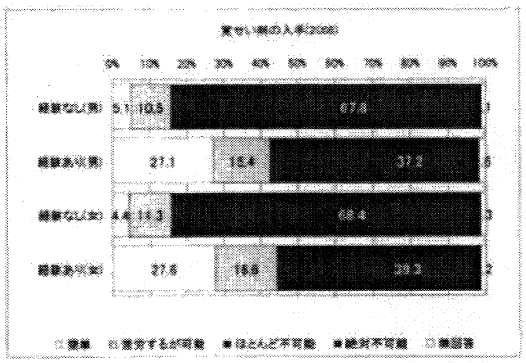


図16 覚せい剤乱用による害知識周知率の推移
(精神病、フラッシュバック現象)
%
80
70
60
50
40
30
1996
1998
2000
2002
2004
2006
2008
全体
男子
女子


シンナー遊びを繰り返すと精神病状態になることがあることを知っているか？(2008)
経験なし(男)
80.6
18.4
経験あり(男)
67.2
31.6
経験なし(女)
88.4
11.1
経験あり(女)
74.8
23.3
0%
20%
40%
60%
80%
100%
□知っている ■知らない □無回答


大麻の入手(2008)
0%
10%
20%
30%
40%
50%
60%
70%
80%
90%
100%
経験なし(男)
5.1
10.7
67.3
経験あり(男)
27.9
18.6
38.4
経験なし(女)
4
11.3
68.5
経験あり(女)
24.5
19
39.9
□容易である ■ほとんど不可能 ■絶対不可能 □無回答



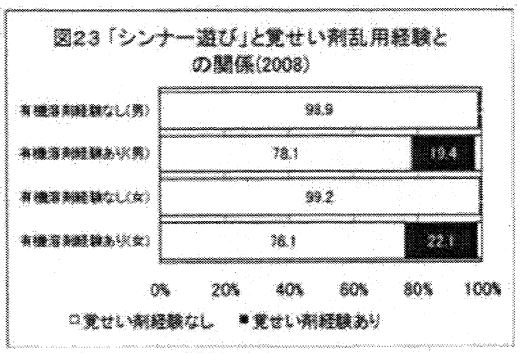
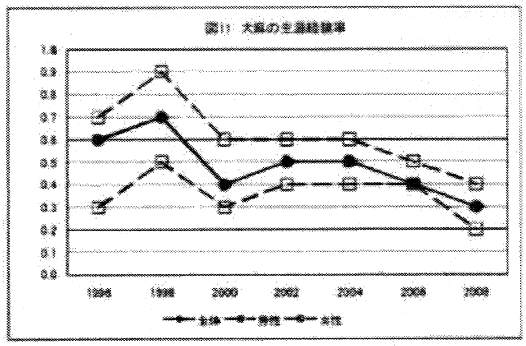


図23「シンナー遊び」と覚せい剤乱用経験との関係(2008)
有機溶剤経験なし(男)
98.9
有機溶剤経験あり(男)
78.1
19.4
有機溶剤経験なし(女)
99.2
有機溶剤経験あり(女)
76.1
22.1
0%
20%
40%
60%
80%
100%
□覚せい剤経験なし ■覚せい剤経験あり



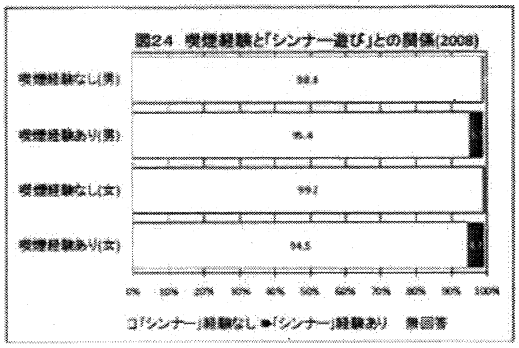
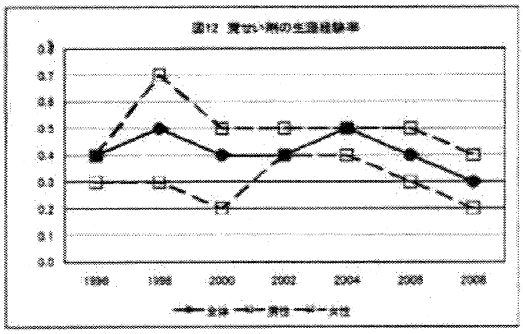


図24 喫煙経験と「シンナー遊び」との関係(2008)



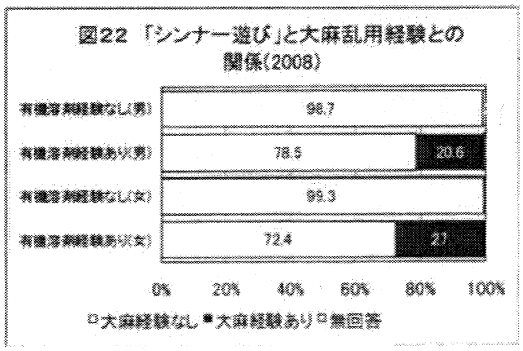


図22 「シンナー遊び」と大麻乱用経験との関係(2008)
有機溶剤経験なし(男)
98.7
有機溶剤経験あり(男)
78.5
20.6
有機溶剤経験なし(女)
99.3
有機溶剤経験あり(女)
72.4
27
0%
20%
40%
60%
80%
100%
□大麻経験なし ■大麻経験あり □無回答

分担研究報告書
(1−2)

平成20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）
分担研究報告書

全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査

分担研究者　尾崎　茂　　国立精神・神経センター精神保健研究所薬物依存研究部
研究協力者　和田　清　　国立精神・神経センター精神保健研究所薬物依存研究部
大槻直美　　（同上）研究助手

研究要旨　全国の精神科病床を有する医療施設1,622施設を対象に，薬物関連精神疾患の実態調査を郵送法にて施行し，785施設（48.4%）から284症例の報告を得た。主たる使用薬物別では，『覚せい剤症例』が148例（52.1%）と最も多く，『有機溶剤症例』40例（14.1%）と合わせると全体の2/3を占めた。『覚せい剤症例』の病態としては精神病性障害が中心で，従来の調査と同様に長期にわたる遷延性の状態像がうかがわれた。有機溶剤乱用は下火になりつつあるが，「使用歴を有する薬物」としては43.7%，「初回使用薬物」としても41.2%と依然として高い水準を維持しており，薬物乱用への入門薬としての役割は依然として軽視できない。『睡眠薬症例』と『抗不安薬症例』を合わせた鎮静剤関連症例の割合は徐々に増加の傾向がみられており，これらと『鎮痛薬症例』では平均年齢，使用開始年齢など高く，複数の薬物を併用する傾向がみられた。近年，大麻乱用の拡大が懸念されており，『大麻症例』は全体の2.5%と前回調査と同様に低い割合であったが，「大麻使用歴を有する症例」は全体の26.1%と高水準を保っていた。『リタリン症例』は2例（0.7%），「リタリン使用歴を有する症例」としても7例（2.5%）と低下しており，保険適用病名の変更および処方・調剤・流通管理の厳格化による一定の効果が現れていると思われた。また，各症例において「治療・回復において問題となる点」としては，「使用欲求・渇望のコントロール困難」が48%と最も高く，次いで「断薬への動機付けが希薄なこと」「精神科併存症の存在」がそれぞれ1/3にみられた。これらの結果から，「依存症」と「併存症」に焦点を当てた治療プログラムの充実や社会資源の整備が求められていることが明らかになった。今後も，精神科医療現場における使用薬物の動向を把握しつつ，依存と併存症に対する適切な治療的処遇の検討と実現が急務の課題であると考えられた。

A．研究目的

日本における薬物乱用問題としては，依然として第三次覚せい剤乱用期にあり，昨年来，とくに大麻乱用に関する報道が目立つ状況である。厚労省のまとめによれば，2007年度における覚せい剤事犯での検挙件数・人員はそれぞれ17,169件，12,211人で，前年に比較すると311件減少したが，人員は390人増加している。押収量は359kgで，前年比で215kgの大幅な増加であった[1]。

2008年上半期においては，薬物事犯全体で7,648人と，前年同期比で624人，8.9%の増加がみられている。薬物別にみると，覚せい剤事犯6,216人（504人，8.8%増），大麻事犯1,202人（132人，12.3%増），コカイン事犯52人（3人，6.1%増），ヘロイン事犯5人（1人，25%増）と軒並み増加している一方，MDMA等合成麻薬事犯は118人（30人，20.3%減），あへん事犯8人（3人，27.3%減）と減少している。押収量では，覚せい剤は42.1kgと半減したが，乾燥大麻は94.7kg（56.9kg，150.5%増），コカイン3.9kg（3.3kg，550%増）と大幅な増加がみられている[2]。依然として国内における乱用薬物の中心である覚せい剤は，末端密売価格の上昇もあったためか，流通量の減少をうかがわせる状況にあるといわれるが，勢いを盛り返しつつあるようにもみえる。

全国の有床精神科医療施設を対象とした薬物関連精神疾患の調査研究は，日本における薬物乱用・依存者の実態を把握するための多面的疫学研究の一分野として，1987年以来ほぼ現行の方法論を用いて隔年で実施されてきた。2008年度も，引き続き精神科医療の現場における薬物関連精神疾患の実態を把握するため，実態調査を施行した。

B．研究方法

1） 対象施設

調査対象施設は，全国の精神科病床を有する医療施設で，内訳は国立病院 44 施設，自治体立病院 143 施設（都道府県立病院 74 施設，市町村立病院 69 施設），大学医学部附属病院 83 施設，そして民間精神病院 1,352 施設の計 1,622 施設である。

2） 方法

（1）調査期間および対象症例

調査期間は従来と同様に，2008 年 9 月 1 日から 10 月 31 日までの 2 ヶ月間とした。対象症例は，調査期間内に対象施設において，入院あるいは外来で診療を受けた，“アルコール以外の精神作用物質使用による薬物関連精神障害患者”のすべてである。

（2）調査用紙の発送および回収

調査対象施設に対して，あらかじめ 2008 年 7 月下旬に調査の趣旨と方法を葉書により通知し，本調査への協力を依頼した。8 月下旬に依頼文書，調査に関する案内文書（各医療機関掲示用），調査用紙一式を各調査対象施設宛に郵送し，上記条件（1）を満たす薬物関連精神疾患患者について担当医師による調査用紙への記載を求めた。調査用紙回収の期限は 2008 年 11 月 30 日とし，11 月下旬にその時点で未回答の調査対象施設宛に本調査への協力要請の葉書を送付するとともに，必要に応じて電話・FAX 等により回答内容・状況の確認等の作業を行った。実際には，回収期間終了後も回収作業を継続し，2009 年 2 月末までに返送された症例について集計に加えた。

（3）調査項目について

① 継続的な調査項目について

調査用紙前半の質問項目は，経時的な傾向の把握のために，以下のような項目による構成とした。

- 人口動態学的データ
- 交友，婚姻関係
- 矯正・補導歴
- 飲酒・喫煙歴
- 薬物使用歴
- 薬物使用開始の動機，契機となった人物
- 診断（ICD-10 分類）
- 精神科疾患の家族歴
- 自傷行為・自殺企図の既往
- 成育史的問題の有無

② 2008 年度に設定した関心項目

今年度の関心項目としては，下記のような質問を設定した。

- 薬物使用開始におけるメディアの影響

近年，薬物に関する情報や入手に関して，インターネット等のメディアが大きな役割を果たしているおり，患者の薬物使用開始にどの程度の影響があったかを把握するため。

- 受診経路

地域の薬物相談窓口である精神保健福祉センター，民間リハビリ施設や自助グループ，あるいは刑事司法機関を介した受診の実態を把握するため。

- 治療プログラムの利用状況

依存症に対する治療プログラムや社会資源が乏しいことはこれまでの調査で明らかであるが[3]，個別の症例についての利用状況に関するデータは少ないため。

- 治療と回復における個別的な問題点

薬物関連精神障害では，たとえば依存症候群と精神病性障害においても，対応する医療側のスタンスや治療プログラム，また必要な社会資源などが異なる。そこで，個々の患者について，治療や回復の上で問題となる点を把握することにより，必要な対応策を検討することが可能になると考えられたため。

（4）“主たる使用薬物”の定義

該当症例の“主たる使用薬物”は，これまでと同様に決定した。すなわち，原則的に調査用紙[参考資料]の質問１８）において，“調査時点における『主たる薬物』（＝現在の精神科的症状に関して，臨床的に最も関連が深いと思われる薬物）”として，記載した医師によって選択された薬物とした。また，複数の薬物が選択されている症例については，薬物により『多剤症例（規制薬物）』または『多剤症例（医薬品）』のいずれかとした。複数の薬物が規制薬物と医薬品の両方を含む場合には，薬物使用歴等から総合的に判断した。リタリ

ン（メチルフェニデート）を主たる使用薬物とする症例数も一定数みられるため，『リタリン症例』として前回[4]に続いて今年度も独立したカテゴリーとした。主たる使用薬物のカテゴリーは，以下の通りである。

【主たる使用薬物のカテゴリー】
（ⅰ）覚せい剤（『覚せい剤症例』，以下同様）
（ⅱ）有機溶剤（『有機溶剤症例』）
（ⅲ）睡眠薬（『睡眠薬症例』）
（ⅳ）抗不安薬（『抗不安薬症例』）
（ⅴ）鎮痛薬（『鎮痛薬症例』）
（ⅵ）鎮咳薬（『鎮咳薬症例』）
（ⅶ）大麻（『大麻症例』）
（ⅷ）リタリン（『リタリン症例』）
（ⅸ）その他（『その他症例』）
（ⅹ）多剤（医薬品）（『多剤症例（医薬品）』）
（ⅺ）多剤（規制薬物）（『多剤症例（規制薬物）』

（倫理面への配慮）
調査にあたり，あらかじめ各対象医療機関に，調査に関する案内文書を送付し，院内の適切な場所に掲示し，患者に周知してもらうよう依頼した。その上で，面接にあたり原則的に口頭での同意を取得した上で調査を実施することとした。面接可能な状態で明らかに調査への協力を拒否する場合は，調査困難と判断し「調査への協力拒否」として該当例数の報告を求めた。また，病状やすでに退院しているなどの理由により面接困難な場合は，診療録からの転記とし，この場合，同意取得は不要とした。なお本調査研究は，国立精神・神経センター倫理委員会の承認を得て実施された（受付番号 20-2-事 1）。

C．研究結果

1） 対象施設の種別による回答状況（表 1）
対象施設 1,622 施設のうち，785 施設（48.4%）より回答を得た。このうち「該当症例なし」との回答は 677 施設（41.7%）であった。「該当症例あり」との報告は 108 施設（6.7%）から得られたが，報告された全症例のうち 115 例は回答拒否であったため，有効症例としては 284 症例であった。

施設別の回答率は，「国立病院」と「大学医学部附属病院」が 61.4%と最も高い割合で，市町村立病院が 50.7%とこれに次いでいた。一施設当たりの有効回答症例数は平均 2.6 例で，「国立病院」で 4.1 例と最も多く，「都道府県立病院」が 3.6 例，「民間病院」が 2.6 例とこれに次いでいた。
回答方法については，「面接による調査」が 89 例（31.3%），「診療録による調査」が 171 例（60.2%），「記載なし」が 24 例(8.5%)であった。

2） 主たる使用薬物別にみた症例数（表 2）
284 症例の内訳は，『覚せい剤症例』が 148 例で報告症例全体の 52.1%と最も高い割合を占めた。『有機溶剤症例』が 40 例（14.1%）とこれに次ぎ，両薬物合わせて 66.2%と症例全体の 2/3 を占めていた。この他はすべて 10%未満で，『睡眠薬症例』8.5%，『多剤症例（医薬品）』5.6%，『多剤症例（規制薬物）』5.3%の順で多かった。
『その他症例』5 例（1.8%）における主たる使用薬物は下記の通りであった。
- ヘロイン：1 例
- MDMA：1 例
- 総合感冒薬：1 例
- 向精神薬，抗精神病薬（不詳）：各 1 例

全体としてみると，規制薬物を主たる使用薬物とする症例（以下，『規制薬物症例』）は 212 例（74.6%），医薬品を主たる使用薬物とする症例（以下，『医薬品症例』）は 72 例（25.4%）と前回の調査と同様に前者が多かった。

3） 性別・年齢の分布（表 3－1，表 3－2）
性比では，『鎮痛剤症例』のみで女性の割合が高く，『リタリン症例』『多剤症例（医薬品）』で男女同数，それ以外のすべての薬物症例群で男性の比率が高かった。
調査時の平均年齢は，『覚せい剤症例』39.2 歳，『有機溶剤症例』34.8 歳，『鎮咳薬症例』32.4 歳など，ほぼ 30～40 歳代を中心に分布していた。『大麻症例』は 27.0 歳と最も低く，『睡眠薬症例』は 45.5 歳と最も高かった。
男女別にみた平均年齢では，『抗不安薬症例』，『リタリン症例』，『その他症例』，『多剤症例（規制薬物）』を除き，女性の方が男性より平均年齢で概ね 5～8 歳程度低かった。

また，65 歳以上という高齢の症例も，『睡眠薬症例』で 2 例，『覚せい剤症例』，『抗不安薬症例』でそれぞれ 1 例報告された。

4）最終学歴（表 4）

全体としては，高校中退までの学歴が 50.0%と半数を占め，中学卒業以下が 28.5%と前回同様の結果であった。主たる使用薬物別にみると，『覚せい剤症例』，『有機溶剤症例』で，中学校卒業以下が概ね 35～40%と比較的高い割合であった。一方，『睡眠薬症例』，『抗不安薬症例』，『リタリン症例』，『多剤症例（医薬品）』では比較的高学歴の傾向がみられた。また，薬物全体では 7 例（2.5%）が学校在学中の生徒であった。

5）職業（表 5－1，5－2）

薬物乱用開始前には，『有機溶剤症例』で「中学生」が 20.0%と最も高く，「無職」が 17.5%とこれに次いでいた。『覚せい剤症例』では，「土木建築業」が 16.2%と高かった。『睡眠薬症例』では，「会社員」の 25.0%に次いで「医療薬業関係」が 16.7%と高かった。

薬物乱用開始後（現在）に「無職」の割合は，『有機溶剤症例』で 72.5%と最も高く，『覚せい剤症例』，『鎮咳薬症例』，『抗不安薬症例』，『多剤症例（医薬品）』でも 60%を超えて高い割合を示していた。

6）暴力団との関係（表 6）

全体の 46.8%と半数近くは「これまで関係なし」であったが，17～18%に「薬物乱用前」あるいは「薬物乱用後」に暴力団との関係がみられた。全般的に『規制薬物症例』群で関係を有する割合が高い傾向があり，『覚せい剤症例』では男女とも乱用開始前後に 20～30%が暴力団との関係を有していた。前回調査では，男女とも乱用開始後に，関係を有する割合が 2～3 倍に上昇していたが，今回は乱用開始前後で著しい増加はみられなかった。

7）非行グループとの関係（表 7）

薬物乱用前に非行グループとの関係を有していた割合は症例全体の 31.7%と高く，開始後には半減して 12.0%であった。薬物別では，『規制薬物症例』で高い割合を示したが，『多剤症例（医薬品）』や『抗不安薬症例』でも比較的高かった。全体の 1/3 には，これまでに非行グループとの関係はみられなかった。

8）薬物乱用者との関係（表 8）

薬物乱用の開始前後で，全体の 25～40%の症例が他の薬物乱用者との関係を有しており，とくに『覚せい剤症例』，『有機溶剤症例』，『大麻症例』，『多剤症例（規制薬物）』や『鎮咳薬症例』などで割合が高い傾向がみられた。

9）矯正施設への入所歴（表 9）

矯正施設への入所歴を有する割合は，全体の 50.7%にみられ，男性症例では 56.2%，女性症例では 38.9%と，男性の割合が高かった。主たる薬物別では，『覚せい剤症例』，『有機溶剤症例』などで 50%以上と高い割合を示した。

10）逮捕・補導歴の有無（表 10－1，10－2）

症例全体の 32.7%はこれまでに逮捕・補導歴を有していなかったが，薬物乱用開始前には 13.0%，開始後では 47.2%と半数近くが逮捕・補導歴を有していた。『覚せい剤症例』，『有機溶剤症例』で高かった（表 10－1）。

補導・逮捕歴の内容については，薬物乱用開始前では症例全体で「窃盗」が 25.8%，「傷害・暴行」が 21.2%と高い割合を示した。「薬物関連（所持・使用等）」の割合は，開始前には 24.2%だったが，開始後には 63.3%と増加していた。とくに『覚せい剤症例』では使用開始後に 71.4%と高かった（表 10－2）。

11）配偶関係（表 11）

各症例群の年齢分布の違いを考慮に入れなければならないが，全体的には半数が「未婚」で，「離婚」も 20.4%と高い割合であった。「既婚者」の割合は『医薬品症例』で 20～40%前後と比較的高かった。

12）主たる使用薬物の初回使用年齢（表 12－1～12－5）

各薬物症例群における主たる使用薬物の初回薬物使用年齢の分布をみると，『有機溶剤症例』で 10～14 歳，15～19 歳でそれぞれ 40%前後を占

め，低年齢での使用開始が示され，平均年齢も17.7歳と最も低年齢であった。『多剤症例（規制薬物）』における有機溶剤使用開始年齢は15.1歳とこれより低い傾向がみられた。次いで，『大麻症例』20.3歳，『覚せい剤症例』21.9歳，『鎮咳薬症例』24.4歳と低かった。

医薬品症例では，薬物使用開始年齢はより高く，概ね30歳前後から使用を開始していた。『多剤症例（医薬品）』における睡眠薬，抗不安薬の初回使用年齢は『睡眠薬症例』，『抗不安薬症例』より低い傾向がみられた。

１３）主たる使用薬物の使用期間（表１３）

薬物の使用期間の算出方法は従来と同様で，①最近１年間に薬物使用歴を有する場合は「調査時年齢－初回使用年齢」，②最近１年以内に薬物使用歴がない場合は「最終使用年齢－初回使用年齢」とし，各薬物症例群における「主たる薬物」について求めた。したがってここでの「使用期間」とは，あくまで薬物使用の“始め”と“終わり（あるいは現在）”のみから算出されたものであり，使用期間中の薬物使用様態（頻度，使用中断後の再開，使用量の増減等）などは反映していない。

全体的な平均使用期間は，『抗不安薬症例』の4.3年から『有機溶剤症例』の13.5年と長期に及んでいた。概ね，「5～10年未満」あるいは「10～15年未満」に比較的多く分布していた。5年以上の使用期間は，『覚せい剤症例』，『有機溶剤症例』で50%を超えており，『有機溶剤症例』では10年以上の使用期間も47.5%と半数近くにみられた。また，両薬物症例群では，使用期間が１年未満の初期乱用者は5%以下であり，初期乱用者の割合は低かった。これまでの調査と同様に薬物関連問題の長期化がうかがわれた。

１４）併用薬物と初回使用年齢（表１４－１，１４－２）

主たる使用薬物別に，併用薬物（これまでに使用歴のある薬物）について，それぞれ使用歴を有する頻度と平均使用開始年齢を示した。

『覚せい剤症例』では，覚せい剤の単独使用症例は全体の13.5%とこれまでより低く，最も高い割合で併用された薬物は有機溶剤（41.9%），次に大麻（25.7%）であった。有機溶剤の使用開始年齢は15.6歳で，『有機溶剤症例』における年齢（17.7歳）よりも低かった。

『有機溶剤症例』においては，単独使用症例は15.0%と『覚せい剤症例』と同様にこれまでに比較すると低い割合であった。併用率の高い薬物は覚せい剤，大麻で，それぞれ使用歴を有する割合は17.5%，15.0%であった。覚せい剤使用開始年齢は27.3歳で，『覚せい剤症例』におけるそれ（21.9歳）より高かった。

『大麻症例』では，単独使用症例はおらず，すべてが他の規制薬物との併用であった。使用歴を有する薬物としては，覚せい剤（42.9%）の割合が高かった。

『多剤症例（規制薬物）』では，覚せい剤，有機溶剤の使用率がそれぞれ92.9%，57.1%と高く，大麻使用歴も50%にみられ，これらは前回同様の傾向であった。

『医薬品症例』では，『睡眠薬症例』の16.7%が，『抗不安薬症例』の7.7%が単独使用であった。『多剤症例（医薬品）』では，70～80%が睡眠薬，抗不安薬の併用であった。

１５）過去１年間における薬物使用歴（表１５－１，１５－２）

『覚せい剤症例』においては過去１年間に覚せい剤使用歴を有する症例の割合は32.4%，『有機溶剤症例』では50.0%に有機溶剤使用歴がみられ，前回同様の傾向であった。『大麻症例』では，70%以上に１年以内の大麻使用歴がみられた。

『医薬品症例』では，過去１年間においてそれぞれの主たる使用薬物の使用歴を有する割合が高い傾向は前回調査ほどではなく，睡眠薬では58.3%，抗不安薬では38.5%と低下傾向であった。鎮痛薬では全例で１年以内の鎮痛薬使用歴があり，鎮咳薬でも62.5%と高い割合を示した。『多剤症例（医薬品）』では，60%近くが１年以内に睡眠薬および抗不安薬の使用歴がみられた。これらの高い割合も前回同様の傾向である。

１６）喫煙の状況（表１６）

症例全体としては，80.6%が喫煙経験者で，喫煙開始年齢は平均16.1歳であった。『リタリン症例』，『多剤症例（規制薬物）』，次いで『有機溶剤症例』でより低年齢で喫煙を開始していた。非喫煙者の割合は，『リタリン症例』で前回同様50%と高かったが，１例のみなので何とも言

えない。喫煙未経験者は全体としては 4.2%と低かった。

１７）飲酒状況（表１７－１，２）

症例全体として 70%以上に飲酒歴があり，飲酒開始年齢は平均 17.8 歳であった。『リタリン症例』，『多剤症例（規制薬物）』でより低年齢で飲酒を開始しており，『鎮咳薬症例』，『有機溶剤症例』がこれに次いで低かった。

アルコール問題の既往については 68 例と全体の 23.9%にみられ，このうち「過去の問題飲酒レベル」の割合が 31 例（45.6%）で最も高かった。『抗不安薬症例』，『多剤症例（医薬品）』，『リタリン症例』で問題飲酒歴を有する割合が高い傾向がみられた。

１８）薬物乱用開始から依存に至る期間（表１８）

薬物乱用開始から依存（質問文では，「薬物使用のコントロール喪失を指標」と指示）に至る期間（Length Of Time between Abuse and Dependence，LOTAD）を月換算で示した。LOTAD のデータにはばらつきが大きく，個体差や使用様態（頻度，使用量など）等を詳細に検討する必要があるが，薬物別にみると，覚せい剤，有機溶剤ではそれぞれ概ね 27～28 ヵ月（約２.３年）程度で依存に至る傾向がみられた。例数が少ないが，コカイン，ヘロイン，MDMA，大麻などではより短い傾向がみられた。また，リタリンでは従来の結果（2006 年度調査では平均 9.2 月）より LOTAD が長い傾向がみられたが，症例数が少ない影響もあると思われる。

１９）初回使用薬物（表１９）

症例全体における初回使用薬物としては，有機溶剤が 41.2%と最も高く，次いで覚せい剤が 28.9%，睡眠薬が 10.6%，大麻 8.1%と高かった。最近の調査では同様の傾向が続いている。

２０）薬物初回使用の動機（表２０-１，２０-２）

『規制薬物症例』群では，「誘われて」，「刺激を求めて」，「好奇心・興味から」を初回使用動機とする割合が高く，『医薬品症例』群では『鎮咳薬症例』でも比較的高い割合を示し，今年度は『抗不安薬症例』でも高い傾向がみられた。『睡眠薬症例』，『抗不安薬症例』，『鎮痛薬症例』等の処方薬・医薬品使用の症例群では，多くが「不眠の軽減」，「不安の軽減」，「疼痛の軽減」など，本来の症状の軽快を目的としたものであったが，これに対して『鎮咳薬症例』において「咳嗽の軽減」を目的として薬物使用を開始した割合は 1/3 以下に過ぎず，乱用目的での使用開始がこれまで同様にうかがわれた。

２１）薬物初回使用の契機となった人物，メディアの影響（表２１－１，２１－２，２１－３）

薬物使用のきっかけとなった人物として“同性の友人”としたものが，『多剤症例（医薬品）』，『多剤症例（規制薬物）』で 60%前後と高く，『覚せい剤症例』，『有機溶剤症例』，『鎮咳薬症例』，『大麻症例』の男性で 40～ 50%前後とこれに次いでいた。『多剤症例（規制薬物）』の女性では，“異性の友人”が 50%と他の薬物症例群に比較して高い割合を示した。これに対して，『有機溶剤症例』の女性では，“自発的使用”の割合が 50%と高かった。なお，『覚せい剤症例』では“密売人”との接触が初回使用のきっかけとなっている症例は男性の約 4.9%にみられた。

また，「メディアが薬物使用開始の契機となっている」症例は，全体の 4.2%で報告された。内訳は「インターネット」７例，「TV」４例，「活字メディア（書籍・雑誌および新聞報道）」４例であった。

２２）最近１年間における薬物の主な入手経路（表２２-１，２２-２）

最近１年以内に使用歴のない割合は，『覚せい剤症例』，『有機溶剤症例』の男性，『リタリン症例』などで高かった。入手経路としては，『覚せい剤症例』，『大麻症例』では 15%前後が「密売人（男性）」と高い割合を示した。『覚せい剤症例』の女性では，「恋人・愛人」が 13.0%と他の薬物症例に比較して高い傾向がみられた。一方，『睡眠薬症例』，『抗不安薬症例』，『鎮痛薬症例』，『多剤症例（医薬品）』では「医師」または「薬局」からの入手の割合が高かった。「インターネット」を利用した入手は，『覚せい剤症例』（女性）と『睡眠薬症例』（男性）でそれぞれ１例ずつ報告された。

２３）主たる使用薬物別にみた主診断，依存症候群（表２３－１，２３－２）

症例全体としてみると，「依存症候群」が35.2%と最も高かった。これに次いで，「精神病性障害」（症状持続が６ヶ月以内および６ヵ月以上合わせて）28.2%，「残遺性障害および遅発性精神病性障害」が25.0%と高かった。これは前回同様の傾向である。「精神病性障害（>6M）」は『覚せい剤症例』，『有機溶剤症例』，『大麻症例』で高く，「残遺性障害および遅発性精神病性障害」は『リタリン症例』（ただし１例），『覚せい剤症例』，『多剤症例（規制薬物）』でそれぞれ1/3を超える高い割合を示した。一方，「依存症候群」は，医薬品症例群での比率が高く，『睡眠薬症例』，『抗不安薬症例』，『鎮痛薬症例』，『鎮咳薬症例』，『多剤症例（医薬品）』などの『医薬品症例』群では50～90%がこれに該当していた（表２３－１）。

主・副診断いずれかで“依存症候群”に該当する症例の割合は，症例全体では47.5%と半数近かった。とくに『医薬品症例』群では高い割合を示し，それぞれ3/4を超えていた（表２３－２）。

なお，「精神病性障害（症状持続>6M）」は精神作用物質に誘発された精神病性障害に関するICD-10の診断基準である“症状持続が６ヵ月以内”からは外れるが，国内では従来より覚せい剤精神病の長期遷延例が臨床的に認知されていることから，2002年度の調査より診断分類に追加した項目である。

２４）性別にみたICD-10による主診断（表２４）

女性症例の半数が「依存症候群」に該当し，男性症例の28.5%に比較して高い割合であった。「精神病性障害（症状持続>6M）」および「残遺性障害および遅発性精神病性障害」では，それぞれ1/4前後と，いずれも男性において高い傾向がみられた。男女とも慢性的な病態が優位であることがうかがわれた。

２５）精神病エピソードの既往と治療開始年齢（表２５）

精神病エピソードの既往は，症例全体の60.6%にみられ，平均の発症年齢は26.3歳であった。薬物別にみると『覚せい剤症例』では73.0%と最も高く，次いで『有機溶剤症例』，『多剤症例（規制薬物）』で50～60%と高かった。精神病エピソードの発症年齢は，『有機溶剤症例』で22.7歳，『多剤症例（規制薬物）』で22.9歳と低かった。

治療開始年齢は，症例全体の平均が29.3歳で，『有機溶剤症例』では23.2歳と最も低く，『多剤症例（規制薬物）』が24.4歳とこれに次いで低かった。『医薬品症例』群では『抗不安薬症例』，『鎮咳薬症例』を除いて概ね30～40歳と規制薬物症例に比べて高い傾向がみられた。

２６）精神疾患の家族歴（表２６）

「精神疾患の家族歴あり」と報告された症例は47例で，症例全体の16.5%であった。薬物別にみると，『大麻症例』で42.9%と高い傾向がみられた。具体的に報告された精神疾患は以下のようなものである。

- アルコール関連障害　18例（38.3%）
- 精神病圏（統合失調症含む）　10例（21.3%）
- 気分障害圏　9例（19.1%）
- 薬物関連障害　3例（6.4%）
- 神経症圏（不安障害，パニック障害含む）　1例（2.1%）

２７）自傷行為・自殺企図の既往について（表２７－１，２７－２）

自傷行為または自殺企図の既往は，95例（33.5%）で報告された。薬物別にみると『多剤症例（医薬品）』，『鎮痛薬症例』，『抗不安薬症例』で45～60%前後と高い割合を示した。性別にみると，女性では53.3%と男性症例の24.2%に比べて，倍以上の高い割合であった。

２８）成育史上の問題について（表２８－１，２８－２）

成育史上の問題としては，前回同様に「親との離別体験（15歳未満）」，「不登校」，「いじめられ体験」，「家庭内暴力」，「被虐待体験」の有無について質問した。これらの成育史上の問題は127例で報告され，症例全体の46.0%で，前回の38.1%よりやや増加傾向がみられた。

性別にみると，女性では54.4%で，男性症例の

40.2%に比べて高かった。全体としては『リタリン症例』を除くと『多剤症例（規制薬物）』で71.4%と最も高く，その他は 30～50%であった。『規制薬物症例』，『医薬品症例』で前回ほど大きな差はみられなかった。内容をみると，「親との離別体験」が44.1%と最も高い割合で，「不登校」31.5%がこれに次ぎ，「いじめられ体験」，「家庭内暴力」，「被虐待体験」はそれぞれ症例全体の 1/4 前後にみられた。女性では，「親との離別体験」，「いじめられ体験」，「被虐待体験」で男性より高い傾向がみられた。

２９）受診に至る経路（表２９－１，２９－２，２９－３）

症例全体では，「周囲のすすめ」が 37.7%と最も高く，次いで「自発的受診」30.3%，「医療機関」18.0%，「刑事・司法機関」10.6%，「保健福祉・行政機関」9.2%の順であった。

薬物別にみた受診経路では，『リタリン症例』では２例全例，『多剤症例（規制薬物）』で半数近くが「自発的受診」であった。『有機溶剤症例』，『鎮咳薬症例』では「周囲のすすめ」が 60%以上と高く，その 80%以上が「家族のすすめ」によるものだった。『鎮痛薬症例』では，「医療機関」が 80%以上と高かった。「刑事司法機関」経由による受診は，『多剤症例（規制薬物）』，『大麻症例』，『覚せい剤症例』で高く，12～20%であった。

性別にみると，男性では「周囲のすすめ」が44.8%と女性より高い傾向があり，女性では「自発的受診」37.8%，「刑事司法機関」14.4%と男性よりやや高い傾向がみられた。

３０）治療プログラムの利用状況（表３０－１，３０－２，３０－３）

薬物関連障害のための「何らかの治療プログラムを利用したことがある」症例は 122 例で，症例全体の 43.0%と半数以下であった。122 例の内訳は，「薬物依存症のプログラム」が 50.0%，「アルコール依存症のプログラム」が 9.0%，これらの「両方のプログラム」が 25.4%であった。

プログラムの実施場所は，「精神科医療機関」が 86.9%と最も高く，次いで「民間リハビリ施設（ダルク等）」16.4%，「自助グループ」12.3%であった。内容としては，「教育プログラム」が 2/3 を占め，次いで「グループミーティング」59.0%，「自助グループ・メッセージ」が 33.6%だった。薬物別にみると，全般的に『医薬品症例』群でプログラム利用率が高い傾向がみられた。

３１）治療および回復において問題と考えられる点（表３１－１，３１－２，３１－３）

症例全体でみると，「使用欲求・渇望のコントロールが困難」が 47.5%と半数近くを占め，次いで「断薬への動機付けが希薄なこと」，「遷延性・持続性の精神病性障害」，「精神科併存症の存在」がそれぞれ約 1/3 であった。「ソーシャルスキルの欠如」や「住居など地域の受け皿なし」も20～25%と高い割合を示した。

薬物別にみると，『医薬品症例』群で「断薬への動機付けが希薄なこと」が 50～60%と高い割合を占めていた。『有機溶剤症例』では，「使用欲求・渇望のコントロールが困難」と「断薬への動機付けが希薄なこと」がともに高く，「ソーシャルスキル欠如」も 40.0%と高い傾向がみられた。

性別でみると，「併存症」は女性で 45.6%と男性の 30.4%より高く，「遷延性・持続性の精神病性障害」は男性で 42.8%と女性の 17.8%より高い割合を示した。

D．考察

１）本年度の実態調査の概括

今回の調査対象施設では，「回答拒否症例」の報告施設（24 施設）を含めて 785 施設より回答を得た。回答率は 48.4%と前回に比較すると低下したが，全数調査としては概ね満足できる数字であると考えられる。

回答率を医療施設の種別でみると，「国立病院」と「大学医学部附属病院」が 61.4%と最も高く，「都道府県立病院」と「民間病院」の 47.3%を除いて 50%以上の回答率が得られ，施設種別でそれほど大きなばらつきはみられなかった。

1 施設あたりの報告症例数は平均 2.6 例で，「大学医学部附属病院」を除いて，前回より低下した。とくに，「国立病院」は前回の 14.7 例から 4.1 例に減ったが，これは前回調査で多数例の報告を

受けた病院の協力が得られなかったことが大きい。しかし，全体としてみれば，薬物関連精神疾患の診療においては，国立ないし都道府県立の医療機関に比較的症例が集中している状況はこれまで同様である。

また，ここ数回の調査では「該当症例あり」と回答する施設の割合が，以前の16%前後から，4.5%（2004年度），5.4%（2006年度）と減少し続けている[4]。今年度は回答拒否症例を含めると108施設（6.7%），有効該当症例の報告施設は83施設（5.1%）と前回同様であった。さらに，「回答拒否症例」数は115件と，前回の183件に比較すれば減ったものの，有効報告症例数は前回調査時の535例から284例へと大幅に減少した。これは，多数の患者を診療している一部の医療機関からの報告が減少したことを考えても，精神科医療機関で診療を受ける患者数自体が減っていることの反映である可能性が予想される。

2）今年度調査における関心項目

従来からの調査における継続的基礎項目に加えて，今年度は①メディアの影響，②受診経路，③依存症のプログラム利用状況，④治療・回復における問題点について関心項目とした。そのほか，成育史上の問題や自傷行為・自殺企図の既往については，薬物関連精神障害においては重要な項目であるため，継続的な調査事項にすることが望ましいと考え，今回も調査に含めている。

3）各薬物についてのまとめ

（1） 覚せい剤

① 『覚せい剤症例』の概観

国内的には依然として「第三次乱用期」にあり，従来より最も深刻な問題をひきおこしている乱用薬物である。

「覚せい剤症例」は今年度の調査でも52.1%と全症例の半数強を占めていた（図1）。「使用歴を有する薬物」としては63.7%と，これまで同様の高い割合を示している（図2）。一方，「初回使用薬物」としては28.9%と有機溶剤に次いでいるが，前回調査より上昇傾向にある（図3）。いずれにしても，依然として精神科医療施設の現場においては，覚せい剤が最も主要な乱用薬物のひとつであることが示されている。

② 性・年齢の特徴

『覚せい剤症例』148例のうち70%近くが男性で，年齢は30歳代を中心としながら，60歳代まで幅広い分布がみられる。未成年者の比率は1991年調査では5.2%，1993年は8.4%，1994年は1.9%，1996年は2.0%，1998年は1.1%，2000年は2.1%，2002年度は2.7%，2004年度は0.9%，2006年度は0.8%であったが[4]，今年度は0.7%と横這いであった。

年齢分布においては，男性の平均年齢41.3歳に対して女性では34.5歳と，より低年齢にシフトしていた。いずれも前回調査[4]における平均年齢よりやや上昇していた（男性39.6歳，女性29.5歳）。

③ 初回使用年齢・使用期間・使用方法

20歳未満で覚せい剤使用を開始した者の割合は57例（38.5%）で，これまでと同様の水準であった。初回使用年齢は男性22.4歳に対して，女性は20.6歳とわずかに低かった。覚せい剤使用期間が1年未満である症例は4例（2.7%）と，前回（1.9%）とほぼ同水準であった。覚せい剤の使用期間が1年未満の「覚せい剤初期乱用群」の割合は最近の調査で全般的には減少傾向にある（図4）。

一方，覚せい剤の使用期間が5年以上の症例は53.4%と前回よりは減少傾向にあるが，依然として高い水準にある。10年以上の使用期間も約33.1%にみられ，長期使用の傾向が引き続き強く現れていた（図5）。

覚せい剤初回使用方法では，男性の68.0%，女性の55.9%が静注で，加熱吸煙（あぶり）は全体で18例，『覚せい剤症例』の12.2%にみられた。女性における加熱吸煙の割合が17.4%（8例）と，男性の9.8%（10例）に比較して高い傾向がみられた（図6）。

④ 交友関係・司法矯正歴・社会生活

「暴力団」や「非行グループ」との関係を有する割合は他の薬物症例群と比較して全般的に高い

傾向がみられた。「逮捕・補導歴」を有する症例の割合も高く，覚せい剤乱用開始後には男女とも60%前後に達していた。矯正施設への入所歴は男性症例の3/4，女性でも2/3近くにみられ，薬物別・性別で最も高かった。無職や離婚率も高く，覚せい剤関連問題による深刻な社会的機能の障害がうかがわれることは従来と同様の傾向である。

⑤ 喫煙・飲酒歴・薬物使用の動機および契機

『覚せい剤症例』における喫煙・飲酒の開始年齢は15.7歳，17.3歳と，他の薬物群に比較して低年齢の傾向がみられた。「アルコール問題の既往」は，21.6%と他の薬物症例群に比較して高くはなかった。ただし，そのうち40%以上が現在において「問題飲酒レベル」または「依存レベル」を示していた。

覚せい剤初回使用の契機は，男性の46.1%が「同性の友人」と高い割合を示した。女性では「異性の友人」と「同性の友人」がそれぞれ17.4%，15.2%と同程度であったが，他の薬物に比較して，異性パートナーの存在が使用開始の契機となる割合がより高い傾向がこれまで通りうかがわれた。薬物使用開始の動機としては，男女とも約半数が「誘われて」であり，「好奇心・興味から」も男性の60.8%，女性の30.4%とこれに次いで高く，「性的効果を求めて」とする症例は，ほぼ覚せい剤のみでみられた。

なお，「メディアが薬物使用開始のきっかけとなった」とした症例は，3例（2.0%）に過ぎず，いずれも「インターネット」であった。

⑥ 精神医学的診断

ICD-10による診断分類では，『覚せい剤症例』の約40%は「精神病性障害」に該当した。これは前回同様の頻度である。とくに精神病症状の持続が6ヵ月以上に及ぶ「精神病性障害（>6M）」に該当する症例が31.1%にみられ，高い割合を示した。「残遺性障害および遅発性精神病性障害」も55例（37.2%）と多く，精神医療の現場においては，覚せい剤使用による慢性ないし遷延性の病態が主な問題となっていることがうかがわれる。この傾向は，最近1年以内において覚せい剤使用歴がない症例の割合が52.7%，とくに男性で60.8%と高いことからも想定される。

⑦ 受診経路

今回の受診に至る経路は，「自発的受診」，「周囲のすすめ」がともに1/4程度で，「刑事司法機関」は12.0%であった。特定の機関に偏っておらず，むしろ多様な経路で受診に至っている様子がうかがわれた。

⑧ 治療プログラムの利用状況

「何らかの依存症プログラムを利用したことがある」割合は39.9%で，その半数は「薬物依存症用のプログラム」であった。実施場所は「精神科医療機関」が84.7%を占め，内容は「教育プログラム」「グループミーティング」が主体であった。

⑨ 治療および回復における問題点

『覚せい剤症例』において治療・回復上の最も大きな問題点として，48.6%が「遷延性・持続性の精神病性障害」と報告され，『リタリン症例』と並び（ただし1例のみ）最も高い割合であった。この結果は，前述したICD診断分類の結果と一致していた。すなわち，『覚せい剤症例』においては，依存症そのものへの対応策もさることながら，遷延性・持続性精神病性障害に対する治療の検討がより求められていることが明らかになった。

（2）有機溶剤

① 『有機溶剤症例』の概観

有機溶剤関連の検挙者数は次第に減少しているが，若年で乱用が開始されること，深刻な心身の健康問題や社会的障害をもたらすこと，その入手の容易さなどから，依然として軽視すべきでない薬物である。今年度も，主たる使用薬物としては覚せい剤に次いで多くみられ，国内の精神科医療現場においてはこれまで同様に主要な乱用薬物であった。具体的な物質名の記載があったのは一部の症例のみだが，以下のようであった。今回“ガス類”は1例のみだが，最近は毎回の調査において一定数の報告がみられている。

・ シンナー：10 例
・ ガス類：4 例
・ トルエン：4 例
・ ボンド：2 例
・ ラッカー：1 例

『有機溶剤症例』が症例全体に占める割合は 14.1%で，昨年の 15.1%に続き，減少傾向がみられている。しかし“使用歴を有する薬物”としては 43.7%と，覚せい剤に次いで高い水準で経過している（図 2）。また“初回使用薬物”としては，41.2%と覚せい剤を上回り，依然として最も高い割合であった。これらの結果は，薬物乱用への入り口としての有機溶剤が依然として軽視できないことを示している。

② 性・年齢の特徴

『有機溶剤症例』の特徴は，80%が男性で，平均 17.7 歳という低年齢で乱用が開始されることである。これまで，他の併用薬物のない単独使用者の割合が 2/3 程度にみられてきたが，今回は 15.0%と少なかった。

③ 喫煙・飲酒歴，薬物使用歴

喫煙歴は 95.0%にみられ，初回喫煙年齢は 15.4 歳と『多剤症例（規制薬物）』に次いで低年齢であった。飲酒開始年齢も 16.1 歳と，より低年齢で使用を開始する傾向はこれまで同様である。

有機溶剤の使用期間では，1 年未満の「初期乱用者」は 2 例（5.0%）と，前回の 1.3%と比較するとやや増加傾向にあった。一方，5 年以上の「長期使用者」の割合は約 60%，10 年以上も 47.5%と高く，『覚せい剤症例』以上に，慢性病態の存在がうかがわれた。

④ 交友関係，逮捕・補導歴

交友関係では，乱用開始前に「非行グループ」との関係を有する割合は 30.0%と低くなく，「薬物乱用者」との関係も 1/4 程度にみられた。「逮捕・補導歴」は乱用後で 52.5%であったが，乱用前に比較して開始後には 7 倍に増加していた。

⑤ 薬物使用の契機，動機，入手経路

初回使用の契機となった人物としては，男性の半数が「同性の友人」とし，比較的高い割合であった。また，女性では 4 例（50%）が「自発的使用」であった。

薬物初回使用の動機としては，男女とも 40%前後が「誘われて」で，「好奇心・興味から」も 50～60%と高かった。薬物入手経路では「密売人」が女性のうち 3 例（37.5%）と高かった。

⑥ 精神医学的診断

ICD-10 による診断分類では，「依存症候群」が 47.5%と前回以上に高い割合を示し，次いで「精神病性障害（>6M）」，「残遺性障害および遅発性精神病性障害」がそれぞれ 17.5%にみられた。『覚せい剤症例』に比較すると「依存症候群」の割合が高いが，これに次いで，『覚せい剤症例』同様に症状の遷延・持続化が問題となっていることがうかがえる。

⑦ 受診経路

「周囲のすすめ」による受診の割合が最も高いことが『有機溶剤症例』の特徴のひとつといえる。中でも「家族」のすすめが最も多く，有機溶剤乱用の問題がまず家族内で事例化する点は，他の規制薬物症例とは多少異なる特徴といえるだろう。これには，有機溶剤乱用が低年齢で開始されることも関連していると思われる。家族が相談治療機関にアクセスしやすい環境作りがさらに必要と考えられる。

⑧ 治療プログラムの利用状況

プログラム利用歴を有する割合は 47.5%と比較的高い。『覚せい剤症例』同様に，半数が「薬物依存症用のプログラム」でほとんどが「精神科医療機関」におけるものであった。

⑨ 治療および回復における問題点

「断薬への動機付けが希薄なこと」，「使用欲求・渇望のコントロールが困難」といった依存症そのものに関わる問題が 40.0%，55.0%と高い割合を示した。これも，『有機溶剤症例』の診断分類

において「依存症候群」の割合が高いことと合致する結果である。また，「ソーシャルスキルの欠如」が 40.0%と他の薬物症例群と比較して最も高いことは，有機溶剤の低年齢からの乱用に伴う心理社会的発達上の障害の大きさを反映すると考えられる。

（3）睡眠薬・抗不安薬・鎮痛薬

これらの薬物を“主たる使用薬物”とする症例が全体に占める割合としては，各年度の調査において 10%前後と高くはない。しかし，『睡眠薬症例』と『抗不安薬症例』を合わせた『鎮静剤症例（%）』の推移をみると，1996 年の 5.6%から今回は 13.0%へと，徐々にではあるが着実に増加傾向にある（図1）。ただし，これらの薬物症例の推移を判断するにあたっては“ベンゾジアゼピン系医薬品の臨床用量依存”の問題もあり，治療と乱用との境界が必ずしも明確ではないことを考慮することも必要である。

『睡眠薬症例』，『抗不安薬症例』では 30～40%がそれぞれ抗不安薬，睡眠薬を併用しており，また『多剤症例（医薬品）』では，70～80%に睡眠薬，抗不安薬の使用率がみられる。また，規制薬物症例における睡眠薬の使用割頻度も 10～35%程度と決して低くない。

『睡眠薬症例』では平均年齢が 40～50 歳代，初回使用年齢も 35.8 歳と他の薬物症例に比較して高く，ほとんどの症例で最近1年間における使用がみられる。使用期間も平均 8.2 年と長い。『抗不安薬症例』，『鎮痛薬症例』ではそれぞれ 4.3 年，5.3 年と『睡眠薬症例』に比較すると使用期間は短い傾向がみられた。

初回使用の契機となった人物としては『睡眠薬症例』，『抗不安薬症例』の女性例，『鎮痛薬症例』では半数以上が「医師」であったが，それ以外では，当初からの乱用目的による使用が想定される入手経路が少なからずみられた。

初回使用の動機としては，多くは不眠，不安，疼痛等の症状軽減が目的であったが，『抗不安薬症例』男性例では治療目的以外の使用が目立った。

一部の症例で具体的に報告された薬物は，以下のようなものであった。

【睡眠薬】
- トリアゾラム　15 例
- フルニトラゼパム 9 例
- ブロムワレリル尿素（“ウット”含む）　5 例
- ゾルピデム　4 例
- ペゲタミン　3 例
- ブロチゾラム　2 例
- ニトラゼパム　2 例
- その他（アモバルビタール，ニメタゼパム，ゾピクロン，エスタゾラム）　各 1 例

【抗不安薬】
- エチゾラム　11 例
- アルプラゾラム　5 例
- クロキサゾラム　2 例
- ブロマゼパム　2 例
- ジアゼパム　2 例
- ロラゼパム　2 例

【鎮痛薬】
- セデス　6 例
- ペンタゾシン　4 例
- その他（イブ，オプタリドン，ナロン）　各 1 例

（4）鎮咳薬

『鎮咳薬症例』は 1982 年以来，毎回の調査で報告されている[4]。今回の調査では，主たる使用薬物としては 2.8%で，前回と比較すると減少傾向にあった。『鎮咳薬症例』の平均年齢は 32.4 歳，平均 24.4 歳で鎮咳薬の使用を開始しており，『医薬品症例』群の中では低年齢であった。性比は男性優位で，使用期間は平均 7.8 年，8 例中少なくとも 5 例が過去1年以内の鎮咳薬使用経験を有し，大麻併用率も 25.0%と低くなかった。これらは従来の鎮咳薬症例の傾向とほぼ同様である。

ICD-10 による主診断では，87.5%が「依存症候群」に該当した。前回 1/4 の症例で報告された「残

遺性障害および遅発性精神病性障害」はみられなかった。

なお，具体的に報告された鎮咳薬は以下のようなもので，すべてOTCであった。

- ブロン錠　10例
- ブロン液　9例
- その他（ブロン，ガノン，トニン，不詳市販薬）　各1例

（5）大麻

大麻はこのところ検挙者数，押収量が増加傾向にあり，スポーツ界や大学生における乱用の報道が昨年来頻繁にされているなど，最も乱用拡大が懸念される薬物のひとつである。

『大麻症例』は1987年度調査より報告されるようになったが，主たる使用薬物症例数としては少数で推移していた。ところが，2002年度から2%を超えて増加傾向がみられ，今年度は前回の2.4%と同様の水準にあった。一方，過去に大麻使用歴のある症例は，ここ数年の調査において回答症例全体の10%前後を占めていたが，2002年度の22.0%から，2004年度には38.1%へと急増し，2006年度は27.7%，今年度も26.1%と高い割合を示した。社会における大麻乱用拡大の影響が，精神医療の現場にも確実に及んでいると思われる。

『大麻症例』は7例中6例（85.7%）が男性で，平均27.0歳と比較的低年齢であった。大麻使用開始年齢は平均20.3歳と『有機溶剤症例』に次いで低く，半数近く（42.9%）に覚せい剤の使用歴がみられた。また，7例すべてが他の薬物の併用歴を有しており，従来以上に多剤併用傾向がみられた。70%以上が最近1年以内の大麻使用歴を有するのは，最近の国内における乱用拡大を反映している可能性がある。さらに7例すべてで薬物乱用前から薬物乱用者との関係がみられ，半数以上に逮捕・補導歴があった。これらの特徴はこれまでと同様の傾向である。喫煙・飲酒は低年齢で開始しているが，アルコール問題の既往を有する症例は報告されなかった。

一方，『多剤症例（規制薬物）』では半数に大麻使用歴があり，初回使用年齢からみると，有機溶剤（15.1歳）→大麻または覚せい剤（22.0歳）という多剤併用の時間的流れが推測された。また，『覚せい剤症例』では約1/4に大麻使用歴がみられ，ここでの初回使用年齢は21.7歳と覚せい剤の21.9歳とほぼ同年齢であった。

『大麻症例』の乱用開始にあたっては，男性症例の半数が「誘われて」，1/3が「刺激を求めて」，「好奇心・興味から」を動機としており，「同性の友人」や「知人」が使用契機となっていた例が多くみられた。大麻使用における自己治療的な意味合いは少なかった。最近1年以内の薬物入手は1/3が「友人」からで，容易に入手できる状況がうかがわれた。診断としては，「精神病性障害」の割合が70%を超え，症状の長期遷延例も少なからずみられた。これらの傾向もこれまで同様である。

（6）メチルフェニデート（リタリン）

メチルフェニデート（リタリン）症例は従来より一定数の報告がみられていたため，2006年度調査より独立した薬物として集計している[4]。リタリンについては，これまで“うつ病”に対する一部医療機関の安易な処方が乱用・依存を助長しているとの批判があったが，ようやく2007年から2008年にかけて，保険適用がナルコレプシーのみとなり，処方・調剤および流通管理の厳格化などの対策がとられるに至った。これについては昨年度の報告書[4]で詳述したので詳細は省く。

今年度の報告では，リタリンを主たる使用薬物とする症例（『リタリン症例』）は2例（0.7%），リタリン使用歴を有する症例も7例（2.5%）と，2006年度調査に比較すると，それぞれ15例（2.8%），30例（5.6%）から半減した。今回は報告症例数全体として減少したため，実質的なリタリン乱用・依存の減少については慎重な判断が必要であるが，リタリン使用歴を有する7例のうち，「最近1年以内のリタリン使用歴」を有する症例は1例のみであったことから，上記の諸対策については，直近の乱用の抑制という側面からは一定の効果が現れていると考えられる。とはいえ，今後もリタリンだけではなく，中枢刺激作用をもつ他の医薬品（コンサータ，モダフィニール，ペモ

リン等)についても注意深く見守る必要がある[4]。

（7）その他の薬物

症例全体で使用歴があると報告されたその他の薬物には以下のようなものがみられた。

- MDMA　23例
- コカイン　21例
- LSD　16例
- ヘロイン　7例
- マジック・マッシュルーム　7例
- ケタミン　2例
- ラッシュ（指定薬物）　2例
- あへん　1例
- モルヒネ　1例
- 5-Meo-DIPT（メルシー）　1例
- その他，センノサイド，ラシックス，向精神薬（パロキセチン，クエチアピン）　各1例

MDMAは押収量，検挙者数ともに年々増加しており，本調査においても2004年度41例，2006年度に51例の報告がみられている[4]。大麻とともに乱用拡大がきわめて懸念される乱用物質である。コカイン，LSD，ヘロイン，マジック・マッシュルーム等も例年報告がみられている。ケタミン（2-(2-クロロフェニル)-2-(メチルアミノ)シクロヘキサノン）は，2004年度に2例，今年度も2例の報告がみられており，2007年1月より麻薬として規制されている。

これまでの報告書でも指摘したように，最近の麻薬指定物質や知事指定薬物，薬事法指定薬物に該当する物質は，その生体作用について十分解明されていない場合が多く，臨床上の問題も予測しがたい。とくに急性中毒の症候や，他の薬物との相互作用など不明な点が多いので，医療現場では注意が必要である。

E. 結　論

1)全国の精神科病床を有する医療施設1,622施設を対象に，薬物関連精神疾患の実態調査を郵送法にて施行し，785施設（48.4%）から284症例の報告を得た。

2)主たる使用薬物別では，『覚せい剤症例』が148例（52.1%）と最も多く，『有機溶剤症例』40例（14.1%）と合わせると全体の2/3を占めており，依然として両薬物が主要なものであった。

3)『覚せい剤症例』の病態としては，精神病性障害が中心で，従来の調査と同様に長期にわたる慢性・遷延性の状態像がうかがわれた。有機溶剤の社会における乱用は下火になりつつあるが，「使用歴を有する薬物」としては43.7%，「初回使用薬物」としても41.2%と依然として高い水準を維持しており，薬物乱用への入門薬としての役割は依然として軽視できない。

4)『睡眠薬症例』，『抗不安薬症例』，『鎮痛薬症例』では平均年齢，使用開始年齢など高く，複数の薬物を併用する傾向がみられた。

5)近年，大麻乱用の拡大が懸念されており，今回報告された『大麻症例』は全体の2.5%と前回調査と同様に低い割合であったが，「大麻使用歴を有する症例」は全体の26.1%と高水準を保っていた。

6)『リタリン症例』は2例（0.7%）報告され，「使用歴を有する症例」としては7例（2.5%）と低下しており，保険適用病名の変更および処方・調剤・流通管理の厳格化による一定の効果が現れていると思われた。

7)受診経路の検討からは，「周囲のすすめ」が38%と最も高く，「自発的受診」が30%でこれに次ぎ，「医療機関」18%，「刑事司法機関」が11%，「精神保健福祉センター」は1例（3.8%）のみであった。地域の中核的な薬物相談窓口である精神保健福祉センターと精神科医療施設の役割分担，連携についての検討がより必要かもしれない。

8)依存症プログラムの利用状況については，「何らかの依存症プログラムを利用した」症例は122例で全体の43%と半数以下であった。プログラムの実施場所は「精神科医療機関」が87%と最も高い割合で，内容は「教育プログラム」66%，「グループミーティング」59%で，有効性が期待される「認知行動療法」は29%に過ぎなかった。今後は，これらの治療プログラム内容に関する検討と普及が課題と考えられる。

9)治療・回復における問題点としては，「使用欲

求・渇望のコントロール困難」が48%と最も高く，次いで「断薬への動機付けが希薄なこと」，「精神科併存症の存在」がそれぞれ1/3にみられた。これらの結果から，「依存症」と「併存症」に焦点を当てた治療プログラムの充実や社会資源の整備が，精神科医療の現場から求められていることが明らかになった。

10)今後も，精神科医療現場における乱用物質の動向および薬物関連精神障害の実態を把握しつつ，「依存症」と「併存症」に対する適切な治療的処遇と社会資源の整備に関する検討と実現が急務の課題であると考えられた。

謝　辞

ご多忙の中，本実態調査にご協力いただきました全国の精神科医療施設の医師の皆様ならびに関係者の方々，患者の皆様に心より厚く御礼申し上げます。

F．研究発表

1. 論文発表

① 尾崎　茂：覚せい剤依存症の疫学的研究。最新精神医学 14(2)：133-138，2008。

2. 学会発表

なし

3. その他

なし

G．知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし

文献

1) 厚生労働省医薬食品局監視指導・麻薬対策課：麻薬・覚せい剤行政の概況。2008年12月。
2) 麻薬・覚せい剤乱用防止センター：ニュースレターKNOW，vol179，2008年10月。
3) 尾崎　茂，和田　清，松本俊彦，近藤あゆみ，嶋根卓也，堀　達，今岡岳史：専門病棟を有する精神科病院受診者に対する認知行動療法の開発と普及に関する研究（3）。平成19年度精神・神経疾患研究委託費「薬物依存症および中毒性精神病に対する治療法の開発・普及と診療の普及に関する研究」。平成19年度研究成果報告会（抄録集）：18，2007/12。
4) 尾崎　茂，和田　清，大槻直美：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成18年度厚生労働科学研究補助金(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・依存の実態把握と乱用・依存者に対する対応策に関する研究」報告書，p93-140，2007。

表1　精神科医療施設の種別と回答状況

	総施設数	回答のあった施設数と症例数				1施設あたり有効回答症例数
		回答あり施設数*	症例報告あり		症例なし施設数	
			施設数*	有効症例数		
国立病院	44 (2.7%)	27 (61.4%)	9 (20.5%)	37 (13.0%)	18 (40.9%)	4.1
自治体立病院						
都道府県立病院	74 (4.6%)	33 (44.6%)	11 (14.9%)	40 (14.1%)	22 (29.7%)	3.6
市町村立病院	69 (4.3%)	35 (50.7%)	5 (7.2%)	4 (1.4%)	30 (43.5%)	0.8
大学医学部附属病院	83 (5.1%)	51 (61.4%)	12 (14.5%)	21 (7.4%)	39 (47.0%)	1.8
民間病院	1352 (83.4%)	639 (47.3%)	71 (5.3%)	182 (64.1%)	568 (42.0%)	2.6
計	1622 (100.0%)	785 (48.4%)	108 (6.7%)	284 (100.0%)	677 (41.7%)	2.6

（回答あり施設数*，症例報告あり施設数*には，「回答拒否例（計115例）」を報告した施設を含む）

表2　主たる使用薬物別にみた症例数（%）

主たる使用薬物	男　性	女　性	合　計
覚せい剤	102 (68.9%)	46 (31.1%)	148 (52.1%)
有機溶剤	32 (80.0%)	8 (20.0%)	40 (14.1%)
睡眠薬	18 (75.0%)	6 (25.0%)	24 (8.5%)
抗不安薬	9 (69.2%)	4 (30.8%)	13 (4.6%)
鎮痛薬	1 (16.7%)	5 (83.3%)	6 (2.1%)
鎮咳薬	5 (62.5%)	3 (37.5%)	8 (2.8%)
大　麻	6 (85.7%)	1 (14.3%)	7 (2.5%)
リタリン	1 (50.0%)	1 (50.0%)	2 (0.7%)
多剤（規制薬物）	9 (60.0%)	6 (40.0%)	15 (5.3%)
多剤（医薬品）	8 (50.0%)	8 (50.0%)	16 (5.6%)
その他	3 (60.0%)	2 (40.0%)	5 (1.8%)
計	194 (68.3%)	90 (31.7%)	284 (100.0%)

表3-1　主たる使用薬物別にみた性別・年齢の分布

	覚せい剤（148例）		有機溶剤（40例）		睡眠薬（24例）		抗不安薬（13例）		鎮痛薬（6例）		鎮咳薬（8例）	
性　別	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
性　比	(68.9%)	(31.1%)	(80.0%)	(20.0%)	(75.0%)	(25.0%)	(69.2%)	(30.8%)	(16.7%)	(83.3%)	(62.5%)	(37.5%)
年齢構成												
≦14	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
15～19	1 (1.0%)	0 (0.0%)	3 (9.4%)	1 (12.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (33.3%)
20～24	4 (3.9%)	6 (13.0%)	2 (6.3%)	2 (25.0%)	1 (5.6%)	1 (16.7%)	1 (11.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (33.3%)
25～29	9 (8.8%)	8 (17.4%)	5 (15.6%)	1 (12.5%)	1 (5.6%)	0 (0.0%)	2 (22.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (20.0%)	1 (20.0%)	0 (0.0%)
30～34	18 (17.6%)	7 (15.2%)	4 (12.5%)	0 (0.0%)	1 (5.6%)	0 (0.0%)	2 (22.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (20.0%)	2 (40.0%)	0 (0.0%)
35～39	20 (19.6%)	13 (28.3%)	6 (18.8%)	2 (25.0%)	2 (11.1%)	3 (50.0%)	1 (11.1%)	2 (50.0%)	0 (0.0%)	1 (20.0%)	2 (40.0%)	0 (0.0%)
40～44	10 (9.8%)	6 (13.0%)	5 (15.6%)	2 (25.0%)	4 (22.2%)	0 (0.0%)	1 (11.1%)	0 (0.0%)	1 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
45～49	15 (14.7%)	2 (4.3%)	1 (3.1%)	0 (0.0%)	1 (5.6%)	0 (0.0%)	1 (11.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (33.3%)
50～54	5 (4.9%)	1 (2.2%)	1 (3.1%)	0 (0.0%)	4 (22.2%)	1 (16.7%)	0 (0.0%)	1 (25.0%)	0 (0.0%)	2 (40.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
55～59	9 (8.8%)	1 (2.2%)	4 (12.5%)	0 (0.0%)	1 (5.6%)	1 (16.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
60～64	8 (7.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (5.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
65≦	1 (1.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (11.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (25.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
不明	2 (2.0%)	2 (4.3%)	1 (3.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (11.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
計	102 (100.0%)	46 (100.0%)	32 (100.0%)	8 (100.0%)	18 (100.0%)	6 (100.0%)	9 (100.0%)	4 (100.0%)	1 (100.0%)	5 (100.0%)	5 (100.0%)	3 (100.0%)
平均（男女別）	41.3±11.7	34.5±8.0	35.8±11.6	30.8±10.6	47.3±14.7	39.8±11.9	32.9±9.0	47.5±13.5	41		40.4±10.1	34.4±4.6
平均（全体）	39.2±11.1		34.8±11.4		45.5±14.2		37.8±12.4		40.5±9.9		32.4±9.5	
											29.0±15.6	

表3-2　主たる使用薬物別にみた性別・年齢の分布

	大麻（7例）		リタリン（2例）		その他*（5例）		多剤（医薬品）（16例）		多剤（規制薬物）（15例）	
性別	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
性比	(85.7%)	(14.3%)	(50.0%)	(50.0%)	(60.0%)	(40.0%)	(50.0%)	(50.0%)	(60.0%)	(40.0%)
年齢構成										
≦14	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
15～19	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (33.3%)
20～24	2 (33.3%)	1 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (33.3%)	0 (0.0%)	1 (12.5%)	1 (12.5%)	3 (33.3%)	0 (0.0%)
25～29	1 (16.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (50.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (16.7%)
30～34	2 (33.3%)	0 (0.0%)	1 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (12.5%)	3 (37.5%)	2 (22.2%)	1 (16.7%)
35～39	1 (16.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (66.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (37.5%)	3 (33.3%)	0 (0.0%)
40～44	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (37.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (33.3%)
45～49	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (50.0%)	1 (12.5%)	1 (12.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
50～54	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (12.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
55～59	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
60～64	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
65≦	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
不明	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (12.5%)	0 (0.0%)	1 (11.1%)	0 (0.0%)
計	6 (100.0%)	1 (100.0%)	1 (100.0%)	1 (100.0%)	3 (100.0%)	2 (100.0%)	8 (100.0%)	8 (100.0%)	9 (100.0%)	6 (100.0%)
平均（男女別）	29.1±5.6	20	30	41	31.7±7.6	36.5±16.3	39.9±6.5	35.1±8.0	30.9±6.5	30.3±10.5
平均（全体）	27.0±6.0		35.5±7.5		33.6±10.1		37.3±8.3		30.6±8.1	

表4　主たる使用薬物別にみた最終学歴

		覚せい剤	有機溶剤	睡眠薬	抗不安薬	鎮痛薬	鎮咳薬	大麻	リタリン	その他	多剤（医薬品）	多剤（規制薬物）	計
中学校	在学中		1 (2.5%)										1 (0.4%)
	中退	2 (1.4%)											2 (0.7%)
	卒業	51 (34.5%)	13 (32.5%)	1 (4.2%)	3 (23.1%)		2 (25.0%)			2 (40.0%)	3 (18.8%)	3 (20.0%)	78 (27.5%)
	不明	4 (2.7%)	1 (2.5%)										5 (1.8%)
高校	在学中	1 (0.7%)	1 (2.5%)					1 (14.3%)				1 (6.7%)	4 (1.4%)
	中退	37 (25.0%)	8 (20.0%)	2 (8.3%)	1 (7.7%)	1 (16.7%)		2 (28.6%)			2 (12.5%)	4 (26.7%)	57 (20.1%)
	卒業	27 (18.2%)	9 (22.5%)	9 (37.5%)	5 (38.5%)	2 (33.3%)	2 (25.0%)		1 (50.0%)		5 (31.3%)	3 (20.0%)	63 (22.2%)
	不明	1 (0.7%)		1 (4.2%)									2 (0.7%)
専門学校	在学中												
	中退	4 (2.7%)	3 (7.5%)									1 (6.7%)	8 (2.8%)
	卒業	4 (2.7%)	2 (5.0%)	2 (8.3%)		3 (50.0%)		2 (28.6%)		2 (40.0%)	1 (6.3%)		16 (5.6%)
	不明	1 (0.7%)						1 (14.3%)					2 (0.7%)
短大	在学中												
	中退			3 (12.5%)									3 (1.1%)
	卒業	1 (0.7%)	2 (5.0%)		2 (15.4%)								5 (1.8%)
	不明												
大学	在学中							1 (14.3%)		1 (20.0%)			2 (0.7%)
	中退	2 (1.4%)					1 (12.5%)				2 (12.5%)	1 (6.7%)	6 (2.1%)
	卒業	2 (1.4%)		5 (20.8%)	2 (15.4%)		1 (12.5%)		1 (50.0%)		2 (12.5%)	2 (13.3%)	15 (5.3%)
	不明												
不明		11 (7.4%)		1 (4.2%)			2 (25.0%)				1 (6.3%)		15 (5.3%)
計		146 (100.0%)	40 (100.0%)	24 (100.0%)	13 (100.0%)	6 (100.0%)	8 (100.0%)	7 (100.0%)	2 (100.0%)	5 (100.0%)	16 (100.0%)	15 (100.0%)	284 (100.0%)

表5－1　主たる使用薬物別にみた職業歴（薬物乱用前および現在）

	覚せい剤		有機溶剤		睡眠薬		抗不安薬		頭痛薬		鎮咳薬	
	乱用前(%)	現在(%)	乱用前(%)	現在(%)	乱用前(%)	現在(%)	乱用前(%)	現在(%)	乱用前(%)	現在(%)	乱用前(%)	現在(%)
1 藤林漁業	2 (1.4)	2 (1.4)			2 (8.3)							
2 商人（卸・小売り）			1 (2.5)	1 (2.5)								
3 不動産業											1 (12.5)	
4 金融業	1 (0.7)	1 (0.7)										
5 自営職人		2 (1.4)		1 (2.5)			1 (7.7)	1 (7.7)				
6 露天・行商	1 (0.7)											
7 その他自営業					1 (4.2)		1 (7.7)					
8 団体役員												
9 会社員	8 (5.4)	2 (1.4)	1 (2.5)		6 (25.0)	2 (8.3)	1 (7.7)	1 (7.7)	1 (16.7)			
10 店員	7 (4.7)		2 (5.0)			1 (4.2)						
11 工員	10 (6.8)	2 (1.4)	2 (5.0)	1 (2.5)			1 (7.7)	1 (7.7)				
12 公務員	1 (0.7)		1 (2.5)					1 (7.7)				
13 風俗営業関係	8 (5.4)	2 (1.4)	1 (2.5)		1 (4.2)	1 (4.2)						
14 飲食業	13 (8.8)	3 (2.0)	1 (2.5)				1 (7.7)		1 (16.7)		2 (25.0)	
15 興業関係												
16 旅館業	1 (0.7)											
17 交通運輸	8 (5.4)	1 (0.7)	4 (10.0)		1 (4.2)							
18 土木建築業	24 (16.2)	4 (2.7)	3 (7.5)	1 (2.5)	1 (4.2)		1 (7.7)				1 (12.5)	
19 日雇い労働者	2 (1.4)	3 (2.0)							1 (16.7)			
20 その他の被雇用者	5 (3.4)	3 (2.0)			2 (8.3)	1 (4.2)						
21 医療薬業関係	2 (1.4)	1 (0.7)			4 (16.7)	2 (8.3)	1 (7.7)					1 (12.5)
22 芸能関係												
24 小学生							1 (7.7)					
25 中学生	8 (5.4)		8 (20.0)	1 (2.5)					1 (16.7)		1 (12.5)	
26 高校生	3 (2.0)	1 (0.7)	3 (7.5)	1 (2.5)	1 (4.2)						1 (12.5)	
27 大学生						1 (4.2)					1 (12.5)	
28 各種学校生			1 (2.5)									
29 主婦	5 (3.4)	5 (3.4)		2 (5.0)		2 (8.3)	1 (7.7)	1 (7.7)	2 (33.3)	2 (33.3)		
30 家事手伝い	1 (0.7)											1 (12.5)
31 無職	13 (8.8)	92 (62.2)	7 (17.5)	29 (72.5)		12 (50.0)	2 (15.4)	8 (61.5)		2 (33.3)		5 (62.5)
32 不定	3 (2.0)				1 (4.2)		1 (7.7)					
33 不明	20 (13.5)	20 (13.5)	3 (7.5)	3 (7.5)	4 (16.7)	1 (4.2)	1 (7.7)			2 (33.3)	1 (12.5)	1 (12.5)
34 その他	2 (1.4)	4 (2.7)	2 (5.0)			1 (4.2)						
計	148 (100.0)	148 (100.0)	40 (100.0)	40 (100.0)	24 (100.0)	24 (100.0)	13 (100.0)	13 (100.0)	6 (100.0)	6 (100.0)	8 (100.0)	8 (100.0)

表5－2　主たる使用薬物別にみた職業歴（薬物乱用前および現在）

	大麻		リタリン		その他		多剤（医薬品）		多剤（規制薬物）	
	乱用前(%)	現在(%)	乱用前(%)	現在(%)	乱用前(%)	現在(%)	乱用前(%)	現在(%)	乱用前(%)	現在(%)
1 藤林漁業		1 (14.3)								
2 商人（卸・小売り）										
3 不動産業										
4 金融業										
5 自営職人	1 (14.3)	1 (14.3)								
6 露天・行商										
7 その他自営業					1 (20.0)	1 (20.0)				
8 団体役員										
9 会社員			1 (50.0)		1 (20.0)		2 (12.5)		2 (13.3)	2 (13.3)
10 店員							1 (6.3)			
11 工員										1 (6.7)
12 公務員									1 (6.7)	
13 風俗営業関係	1 (14.3)	1 (14.3)			1 (20.0)		1 (6.3)		2 (13.3)	1 (6.7)
14 飲食業							3 (18.8)		1 (6.7)	
15 興業関係										
16 旅館業							1 (6.3)			
17 交通運輸					1 (20.0)					1 (6.7)
18 土木建築業		1 (14.3)							1 (6.7)	
19 日雇い労働者										
20 その他の被雇用者	2 (28.6)	1 (14.3)					1 (6.3)		1 (6.7)	
21 医療薬業関係							3 (18.8)	2 (12.5)		
22 芸能関係										
24 小学生										
25 中学生							1 (6.3)			
26 高校生							1 (6.3)		2 (13.3)	
27 大学生	1 (14.3)	1 (14.3)								
28 各種学校生	1 (14.3)									
29 主婦			1 (50.0)		2 (40.0)					1 (6.7)
30 家事手伝い								1 (6.3)		
31 無職		1 (14.3)	1 (50.0)	1 (50.0)	1 (20.0)	1 (20.0)		10 (62.5)		7 (46.7)
32 不定										
33 不明	1 (14.3)					1 (20.0)	2 (12.5)	2 (12.5)	5 (33.3)	2 (13.3)
34 その他								1 (6.3)		
計	7 (100.0)	7 (100.0)	2 (100.0)	2 (100.0)	5 (100.0)	5 (100.0)	16 (100.0)	16 (100.0)	15 (100.0)	15 (100.0)

表6　暴力団との関係（複数回答）

		乱用開始前にあり	乱用開始後にあり	これまでなし	不明	計
（主たる使用薬物）						
覚せい剤	(男)	30 (29.4%)	24 (23.5%)	33 (32.4%)	26 (25.5%)	102 (100.0%)
	(女)	12 (26.1%)	9 (19.6%)	9 (19.6%)	17 (37.0%)	46 (100.0%)
有機溶剤	(男)		2 (6.3%)	18 (56.3%)	10 (31.3%)	32 (100.0%)
	(女)		1 (12.5%)	6 (75.0%)	1 (12.5%)	8 (100.0%)
睡眠薬	(男)	1 (5.6%)		16 (88.9%)	1 (5.6%)	18 (100.0%)
	(女)	1 (16.7%)	1 (16.7%)	3 (50.0%)	2 (33.3%)	6 (100.0%)
抗不安薬	(男)		2 (22.2%)	7 (77.8%)		9 (100.0%)
	(女)			4 (100.0%)		4 (100.0%)
鎮痛薬	(男)			1 (100.0%)		1 (100.0%)
	(女)			5 (100.0%)		5 (100.0%)
鎮咳薬	(男)		1 (20.0%)	3 (60.0%)	1 (20.0%)	5 (100.0%)
	(女)			3 (100.0%)		3 (100.0%)
大麻	(男)	1 (16.7%)		3 (50.0%)	2 (33.3%)	6 (100.0%)
	(女)			1 (100.0%)		1 (100.0%)
リタリン	(男)			1 (100.0%)		1 (100.0%)
	(女)			1 (100.0%)		1 (100.0%)
その他	(男)			2 (66.7%)	1 (33.3%)	3 (100.0%)
	(女)			2 (100.0%)		2 (100.0%)
多剤（医薬品）	(男)		2 (25.0%)	6 (75.0%)		8 (100.0%)
	(女)	2 (25.0%)	2 (25.0%)	4 (50.0%)	1 (12.5%)	8 (100.0%)
多剤（規制薬物）	(男)	2 (22.2%)	2 (22.2%)	3 (33.3%)	2 (22.2%)	9 (100.0%)
	(女)	2 (33.3%)	3 (50.0%)	2 (33.3%)		6 (100.0%)
計	(男)	34 (17.5%)	33 (17.0%)	93 (47.9%)	43 (22.2%)	194 (100.0%)
	(女)	17 (18.9%)	16 (17.8%)	40 (44.4%)	21 (23.3%)	90 (100.0%)
男女計		51 (18.0%)	49 (17.3%)	133 (46.8%)	64 (22.5%)	284 (100.0%)

表7　非行グループとの関係（複数回答）

		乱用開始前にあり	乱用開始後にあり	これまでなし	不明	計
（主たる使用薬物）						
覚せい剤	(男)	43 (42.2%)	12 (11.8%)	20 (19.6%)	32 (31.4%)	102 (100.0%)
	(女)	12 (26.1%)	5 (10.9%)	12 (26.1%)	18 (39.1%)	46 (100.0%)
有機溶剤	(男)	10 (31.3%)	4 (12.5%)	9 (28.1%)	10 (31.3%)	32 (100.0%)
	(女)	2 (25.0%)	2 (25.0%)	2 (25.0%)	2 (25.0%)	8 (100.0%)
睡眠薬	(男)			16 (88.9%)	2 (11.1%)	18 (100.0%)
	(女)	1 (16.7%)	1 (16.7%)	2 (33.3%)	3 (50.0%)	6 (100.0%)
抗不安薬	(男)	4 (44.4%)	1 (11.1%)	4 (44.4%)	1 (11.1%)	9 (100.0%)
	(女)			4 (100.0%)		4 (100.0%)
鎮痛薬	(男)			1 (100.0%)		1 (100.0%)
	(女)	1 (20.0%)		4 (80.0%)		5 (100.0%)
鎮咳薬	(男)	1 (20.0%)		3 (60.0%)	1 (20.0%)	5 (100.0%)
	(女)			2 (66.7%)	1 (33.3%)	3 (100.0%)
大麻	(男)	1 (16.7%)	1 (16.7%)	4 (66.7%)		6 (100.0%)
	(女)	1 (100.0%)				1 (100.0%)
リタリン	(男)			1 (100.0%)		1 (100.0%)
	(女)			1 (100.0%)		1 (100.0%)
その他	(男)	1 (33.3%)		2 (66.7%)		3 (100.0%)
	(女)			2 (100.0%)		2 (100.0%)
多剤（医薬品）	(男)	2 (25.0%)	1 (12.5%)	5 (62.5%)	1 (12.5%)	8 (100.0%)
	(女)	4 (50.0%)	2 (25.0%)	2 (25.0%)	1 (12.5%)	8 (100.0%)
多剤（規制薬物）	(男)	3 (33.3%)	1 (11.1%)	3 (33.3%)	2 (22.2%)	9 (100.0%)
	(女)	4 (66.7%)	4 (66.7%)	1 (16.7%)	1 (16.7%)	6 (100.0%)
計	(男)	65 (33.5%)	20 (10.3%)	68 (35.1%)	49 (25.3%)	194 (100.0%)
	(女)	25 (27.8%)	14 (15.6%)	32 (35.6%)	26 (28.9%)	90 (100.0%)
男女計		90 (31.7%)	34 (12.0%)	100 (35.2%)	75 (26.4%)	284 (100.0%)

表８　薬物乱用者との関係（複数回答）

		乱用開始前にあり	乱用開始後にあり	これまでなし	不明	計
覚せい剤	(男)	51 (50.0%)	30 (29.4%)	10 (9.8%)	24 (23.5%)	102 (100.0%)
	(女)	25 (54.3%)	14 (30.4%)	3 (6.5%)	12 (26.1%)	46 (100.0%)
有機溶剤	(男)	11 (34.4%)	8 (25.0%)	7 (21.9%)	9 (28.1%)	32 (100.0%)
	(女)	2 (25.0%)	2 (25.0%)	3 (37.5%)	1 (12.5%)	8 (100.0%)
睡眠薬	(男)	3 (16.7%)	2 (11.1%)	14 (77.8%)	1 (5.6%)	18 (100.0%)
	(女)	2 (33.3%)	1 (16.7%)	2 (33.3%)	2 (33.3%)	6 (100.0%)
抗不安薬	(男)	2 (22.2%)	2 (22.2%)	5 (55.6%)	1 (11.1%)	9 (100.0%)
	(女)			4 (100.0%)		4 (100.0%)
鎮痛薬	(男)			1 (100.0%)		1 (100.0%)
	(女)			3 (60.0%)	2 (40.0%)	5 (100.0%)
鎮咳薬	(男)	2 (40.0%)	2 (40.0%)	1 (20.0%)	1 (20.0%)	5 (100.0%)
	(女)			2 (66.7%)	1 (33.3%)	3 (100.0%)
大麻	(男)	6 (100.0%)	2 (33.3%)			6 (100.0%)
	(女)	1 (100.0%)				1 (100.0%)
リタリン	(男)			1 (100.0%)		1 (100.0%)
	(女)			1 (100.0%)		1 (100.0%)
その他	(男)	1 (33.3%)	1 (33.3%)	1 (33.3%)		3 (100.0%)
	(女)	1 (50.0%)		1 (50.0%)		2 (100.0%)
多剤（医薬品）	(男)	1 (12.5%)	1 (12.5%)	4 (50.0%)	3 (37.5%)	8 (100.0%)
	(女)		4 (50.0%)	2 (25.0%)	2 (25.0%)	8 (100.0%)
多剤（規制薬物）	(男)	2 (22.2%)	2 (22.2%)	2 (22.2%)	3 (33.3%)	9 (100.0%)
	(女)	3 (50.0%)	3 (50.0%)		2 (33.3%)	6 (100.0%)
計	(男)	79 (40.7%)	50 (25.8%)	46 (23.7%)	42 (21.6%)	194 (100.0%)
	(女)	34 (37.8%)	24 (26.7%)	21 (23.3%)	22 (24.4%)	90 (100.0%)
男女計		113 (39.8%)	74 (26.1%)	67 (23.6%)	64 (22.5%)	284 (100.0%)

表９　矯正施設への入所歴の有無

主たる使用薬物		あり	なし	不明	計
覚せい剤	(男)	76 (74.5%)	19 (18.6%)	7 (6.9%)	102 (100.0%)
	(女)	29 (63.0%)	13 (28.3%)	4 (8.7%)	46 (100.0%)
有機溶剤	(男)	19 (59.4%)	11 (34.4%)	2 (6.3%)	32 (100.0%)
	(女)	4 (50.0%)	4 (50.0%)		8 (100.0%)
睡眠薬	(男)	1 (5.6%)	16 (88.9%)	1 (5.6%)	18 (100.0%)
	(女)		5 (83.3%)	1 (16.7%)	6 (100.0%)
抗不安薬	(男)	4 (44.4%)	5 (55.6%)		9 (100.0%)
	(女)		4 (100.0%)		4 (100.0%)
鎮痛薬	(男)	1 (100.0%)			1 (100.0%)
	(女)		4 (80.0%)	1 (20.0%)	5 (100.0%)
鎮咳薬	(男)	1 (20.0%)	3 (60.0%)	1 (20.0%)	5 (100.0%)
	(女)		2 (66.7%)	1 (33.3%)	3 (100.0%)
大麻	(男)	2 (33.3%)	4 (66.7%)		6 (100.0%)
	(女)		1 (100.0%)		1 (100.0%)
リタリン	(男)		1 (100.0%)		1 (100.0%)
	(女)		1 (100.0%)		1 (100.0%)
その他	(男)		3 (100.0%)		3 (100.0%)
	(女)		2 (100.0%)		2 (100.0%)
多剤（医薬品）	(男)	3 (37.5%)	4 (50.0%)	1 (12.5%)	8 (100.0%)
	(女)	2 (25.0%)	5 (62.5%)	1 (12.5%)	8 (100.0%)
多剤（規制薬物）	(男)	2 (22.2%)	6 (66.7%)	1 (11.1%)	9 (100.0%)
	(女)		6 (100.0%)		6 (100.0%)
計	(男)	109 (56.2%)	72 (37.1%)	13 (6.7%)	194 (100.0%)
	(女)	35 (38.9%)	47 (52.2%)	8 (8.9%)	90 (100.0%)
男女計		144 (50.7%)	119 (41.9%)	21 (7.4%)	284 (100.0%)

表１０－１　補導・逮捕歴の有無（複数選択）

		薬物乱用前にあり	薬物乱用後にあり	これまでなし	不明	計
覚せい剤	(男)	21 (20.6%)	69 (67.6%)	14 (13.7%)	4 (3.9%)	102 (100.0%)
	(女)	3 (6.5%)	27 (58.7%)	10 (21.7%)	6 (13.0%)	46 (100.0%)
有機溶剤	(男)	3 (9.4%)	17 (53.1%)	8 (25.0%)	4 (12.5%)	32 (100.0%)
	(女)		4 (50.0%)	4 (50.0%)		8 (100.0%)
睡眠薬	(男)	1 (5.6%)	1 (5.6%)	15 (83.3%)	1 (5.6%)	18 (100.0%)
	(女)	1 (16.7%)		4 (66.7%)	1 (16.7%)	6 (100.0%)
抗不安薬	(男)	2 (22.2%)	3 (33.3%)	3 (33.3%)	1 (11.1%)	9 (100.0%)
	(女)			4 (100.0%)		4 (100.0%)
鎮痛薬	(男)		1 (100.0%)			1 (100.0%)
	(女)			3 (60.0%)	2 (40.0%)	5 (100.0%)
鎮咳薬	(男)		1 (20.0%)	3 (60.0%)	1 (20.0%)	5 (100.0%)
	(女)			2 (66.7%)	1 (33.3%)	3 (100.0%)
大麻	(男)	1 (16.7%)	2 (33.3%)	3 (50.0%)		6 (100.0%)
	(女)	1 (100.0%)				1 (100.0%)
リタリン	(男)			1 (100.0%)		1 (100.0%)
	(女)			1 (100.0%)		1 (100.0%)
その他	(男)			3 (100.0%)		3 (100.0%)
	(女)			2 (100.0%)		2 (100.0%)
多剤（医薬品）	(男)	1 (12.5%)	3 (37.5%)	2 (25.0%)	1 (12.5%)	8 (100.0%)
	(女)	1 (12.5%)	2 (25.0%)	3 (37.5%)		8 (100.0%)
多剤（規制薬物）	(男)	1 (11.1%)	2 (22.2%)	6 (66.7%)	1 (11.1%)	9 (100.0%)
	(女)	1 (16.7%)	2 (33.3%)	2 (33.3%)	1 (16.7%)	6 (100.0%)
計	(男)	30 (15.5%)	99 (51.0%)	58 (29.9%)	13 (6.7%)	194 (100.0%)
	(女)	7 (7.8%)	35 (38.9%)	35 (38.9%)	11 (12.2%)	90 (100.0%)
男女計		37 (13.0%)	134 (47.2%)	93 (32.7%)	24 (8.5%)	284 (100.0%)

表１０－２　薬物乱用開始前後の補導・逮捕内容（件数）

		補導・逮捕の内容						合計（実人数）
		窃盗	傷害・暴行	恐喝	強盗	薬物関連	その他	
覚せい剤	(前)	8 (16.7%)	13 (27.1%)	5 (10.4%)	3 (6.3%)	14 (29.2%)	5 (10.4%)	48
	(後)	9 (9.2%)	8 (8.2%)	3 (3.1%)	2 (2.0%)	70 (71.4%)	6 (6.1%)	98
有機溶剤	(前)	2 (66.7%)	1 (33.3%)					3
	(後)	9 (33.3%)	2 (7.4%)	1 (3.7%)	1 (3.7%)	12 (44.4%)	2 (7.4%)	27
大麻	(前)	2 (50.0%)					2 (50.0%)	4
	(後)					2 (100.0%)		2
睡眠薬	(前)	1 (50.0%)				1 (50.0%)		2
	(後)						1 (100.0%)	1
抗不安薬	(前)	1 (25.0%)					3 (75.0%)	4
	(後)	1 (20.0%)				2 (40.0%)	2 (40.0%)	5
鎮痛薬	(前)							
	(後)						1 (100.0%)	1
鎮咳薬	(前)							
	(後)	1 (50.0%)					1 (50.0%)	2
リタリン	(前)							
	(後)							
多剤（規制薬物）	(前)	2 (100.0%)						2
	(後)	1 (20.0%)				3 (60.0%)	1 (20.0%)	5
多剤（医薬品）	(前)	1 (33.3%)				1 (33.3%)	1 (33.3%)	3
	(後)	1 (16.7%)				4 (66.7%)	1 (16.7%)	6
その他	(前)							
	(後)							
計	(前)	17 (25.8%)	14 (21.2%)	5 (7.6%)	3 (4.5%)	16 (24.2%)	11 (16.7%)	66
	(後)	22 (15.0%)	10 (6.8%)	4 (2.7%)	3 (2.0%)	93 (63.3%)	15 (10.2%)	147

表１１　配偶関係

		未婚	同棲	内縁	既婚	別居	離婚	死別	再婚	その他	不明	計
覚せい剤	(男)	54 (52.9%)	2 (2.0%)	3 (2.9%)	8 (7.8%)	3 (2.9%)	19 (18.6%)	2 (2.0%)	1 (1.0%)	1 (1.0%)	9 (8.8%)	102
	(女)	15 (32.6%)	2 (4.3%)	1 (2.2%)	6 (13.0%)	2 (4.3%)	15 (32.6%)	3 (6.5%)	1 (2.2%)		1 (2.2%)	46
有機溶剤	(男)	23 (71.9%)		1 (3.1%)			6 (18.8%)				2 (6.3%)	32
	(女)	4 (50.0%)		1 (12.5%)	2 (25.0%)		1 (12.5%)					8
睡眠薬	(男)	7 (38.9%)	1 (5.6%)		7 (38.9%)		1 (5.6%)				2 (11.1%)	18
	(女)	2 (33.3%)			2 (33.3%)		1 (16.7%)		1 (16.7%)			6
抗不安薬	(男)	5 (55.6%)	1 (11.1%)				3 (33.3%)					9
	(女)	2 (50.0%)			1 (25.0%)		1 (25.0%)					4
鎮痛薬	(男)	1 (100.0%)										1
	(女)	1 (20.0%)			2 (40.0%)		2 (40.0%)					5
鎮咳薬	(男)	3 (60.0%)			2 (40.0%)							5
	(女)	2 (66.7%)			1 (33.3%)							3
大麻	(男)	4 (66.7%)					2 (33.3%)					6
	(女)	1 (100.0%)										1
リタリン	(男)	1 (100.0%)										1
	(女)				1 (100.0%)							1
その他	(男)	2 (66.7%)			1 (33.3%)							3
	(女)				2 (100.0%)							2
多剤	(男)	4 (50.0%)			1 (12.5%)	1 (12.5%)	2 (25.0%)					8
(医薬品)	(女)	3 (37.5%)			1 (12.5%)		3 (37.5%)				1 (12.5%)	8
多剤	(男)	5 (55.6%)		1 (11.1%)	1 (11.1%)		2 (22.2%)					9
(有機薬物)	(女)	3 (50.0%)			1 (16.7%)						2 (33.3%)	6
計	(男)	109 (56.2%)	4 (2.1%)	5 (2.6%)	20 (10.3%)	4 (2.1%)	35 (18.0%)	2 (1.0%)	1 (0.5%)	1 (0.5%)	13 (6.7%)	194
	(女)	33 (36.7%)	2 (2.2%)	2 (2.2%)	19 (21.1%)	2 (2.2%)	23 (25.6%)	3 (3.3%)	2 (2.2%)		4 (4.4%)	90
男女計		142 (50.0%)	6 (2.1%)	7 (2.5%)	39 (13.7%)	6 (2.1%)	58 (20.4%)	5 (1.8%)	3 (1.1%)	1 (0.4%)	17 (6.0%)	284

表１２－１　主たる使用薬物別にみた薬物初回使用年齢

主たる使用薬物	覚せい剤		有機溶剤		睡眠薬	
(使用薬物)	(覚せい剤)		(有機溶剤)		(睡眠薬)	
年齢（歳）	男性	女性	男性	女性	男性	女性
＜10						
10～14	1 (1.0%)	2 (4.3%)	11 (34.4%)	2 (25.0%)		
15～19	32 (31.4%)	22 (47.8%)	14 (43.8%)	3 (37.5%)	2 (11.1%)	
20～24	39 (38.2%)	9 (19.6%)	4 (12.5%)	2 (25.0%)		
25～29	9 (8.8%)	3 (6.5%)			6 (33.3%)	
30～34	6 (5.9%)	3 (6.5%)	1 (3.1%)		2 (11.1%)	1 (16.7%)
35～39	4 (3.9%)	2 (4.3%)	1 (3.1%)	1 (12.5%)	2 (11.1%)	
40～44	1 (1.0%)					
45～49	1 (1.0%)				1 (5.6%)	1 (16.7%)
50～54	1 (1.0%)				2 (11.1%)	
55～59					1 (5.6%)	
60～64						
65～					1 (5.6%)	
不明	8 (7.8%)	5 (10.9%)	1 (3.1%)		1 (5.6%)	4 (66.7%)
計	102 (100.0%)	46 (100.0%)	32 (100.0%)	8 (100.0%)	18 (100.0%)	6 (100.0%)
平均年齢（男女別）	22.4±6.9	20.6±6.1	17.2±5.4	20.0±8.5	35.6±14.2	37.5±10.6
平均年齢（全体）	21.9±6.7		17.7±6.2		35.8±13.6	

表１２-２　主たる使用薬物別にみた薬物初回使用年齢

主たる使用薬物（使用薬物）	抗不安薬（抗不安薬）		鎮痛薬（鎮痛薬）		鎮咳薬（鎮咳薬）	
年齢（歳）	男性	女性	男性	女性	男性	女性
10～14						
15～19	1（11.1%）				1（20.0%）	2（66.7%）
20～24	2（22.2%）				2（40.0%）	
25～29	1（11.1%）			1（20.0%）		
30～34	1（11.1%）					1（33.3%）
35～39		2	1（100.0%）		1（20.0%）	
40～44				1（20.0%）		
45～49				1（20.0%）		
50～54						
55～59						
不明	4（44.4%）	2（50.0%）		2（40.0%）	1（20.0%）	
計	9（100.0%）	4（50.0%）	1（100.0%）	5（100.0%）	5（100.0%）	3（100.0%）
平均年齢（男女別）	24.0±5.7	37.5±2.1	35.0	38.0±11.3	25.0±10.1	23.7±9.0
平均年齢（全体）	27.9±8.1		37.3±9.3		24.4±8.8	

表１２-３　主たる使用薬物別にみた薬物初回使用年齢

主たる使用薬物（使用薬物）	大　麻（大　麻）		その他（その他）	
年齢（歳）	男性	女性	男性	女性
10～14	1（16.7%）			
15～19	1（16.7%）	1（100.0%）		
20～24	2（33.3%）			
25～29				
30～34	1（16.7%）		1（33.3%）	
35～39				
45～49				1（50.0%）
50～54				
55～59				
不明	1（16.7%）		2（66.7%）	1（50.0%）
計	6（100.0%）	1（100.0%）	3（100.0%）	2（100.0%）
平均年齢（男女別）	20.6±6.8	19.0	29.5±3.5	34.0±15.6
平均年齢（全体）	20.3±6.2		31.8±9.6	

表１２-４　主たる使用薬物別にみた薬物初回使用年齢

主たる使用薬物（使用薬物）	多剤（医薬品）（睡眠薬）		（抗不安薬）	
年齢（歳）	男性	女性	男性	女性
15～19	2（11.1%）			2（25.0%）
20～24			2（25.0%）	2（25.0%）
25～29	6（33.3%）		1（12.5%）	
30～34	2（11.1%）	1（16.7%）		1（12.5%）
35～39	2（11.1%）		1（12.5%）	
40～44			1（12.5%）	
45～49	1（5.6%）	1（16.7%）	1（12.5%）	
50～54	2（11.1%）			
55～59	1（5.6%）			
60～64				
65～69	1（5.6%）			
不明	1（5.6%）	4（66.7%）	2（25.0%）	3（37.5%）
計	18（100.0%）	6（100.0%）	8（100.0%）	8（100.0%）
平均年齢（男女別）	31.4±9.7	21.7±6.0	32.5±10.2	21.2±6.8
平均年齢（全体）	26.9±9.4		27.4±10.3	

表１２-５　主たる使用薬物別にみた薬物初回使用年齢

主たる使用薬物（使用薬物）	（覚せい剤）		多剤（規制薬物）（有機溶剤）		（大麻）	
年齢（歳）	男性	女性	男性	女性	男性	女性
10～14			2 (22.2%)	1 (16.7%)		
15～19	3 (33.3%)	3 (50.0%)	4 (44.4%)	1 (16.7%)	1 (11.1%)	2 (33.3%)
20～24	3 (33.3%)	1 (16.7%)			1 (11.1%)	2 (33.3%)
25～29		1 (16.7%)				
30～34						
35～39	1 (11.1%)	1 (16.7%)				1 (16.7%)
不明	2 (22.2%)		3 (33.3%)	4 (66.7%)	7 (77.8%)	1 (16.7%)
計	9 (100.0%)	6 (100.0%)	9 (100.0%)	6 (100.0%)	9 (100.0%)	6 (100.0%)
平均年齢（男女別）	21.7±7.1	22.3±7.6	15.3±2.5	14.5±0.7	20.5±3.5	22.6±7.6
平均年齢（全体）	22.0±7.0		15.1±2.2		22.0±6.5	

表１３　主たる薬物別にみた薬物使用期間

	主たる使用薬物						
	覚せい剤	有機溶剤	睡眠薬	抗不安薬	鎮痛薬	鎮咳薬	大麻
使用期間（年）							
平均	12.0±10.3	13.5±9.9	8.2±5.9	4.3±5.8	5.3±1.2	7.8±6.4	4.8±4.5
＜1	4 (2.7%)	2 (5.0%)	1 (4.2%)	0	0	1 (12.5%)	2 (28.6%)
1～2	7 (4.7%)	1 (2.5%)	1 (4.2%)	2 (15.4%)	0	0	0
2～3	5 (3.4%)	1 (2.5%)	0	0	0	1 (12.5%)	0
3～4	3 (2.0%)	3 (7.5%)	1 (4.2%)	0	0	1 (12.5%)	2 (28.6%)
4～5	12 (8.1%)	0	4 (16.7%)	0	1 (16.7%)	0	0
5～10	30 (20.3%)	5 (12.5%)	0	0	2 (33.3%)	0	0
10～15	16 (10.8%)	6 (15.0%)	3 (12.5%)	1 (7.7%)	0	3 (37.5%)	2 (28.6%)
15～20	8 (5.4%)	4 (10.0%)	0	0	0	0	0
20～25	9 (6.1%)	5 (12.5%)	1 (4.2%)	0	0	0	0
25～30	7 (4.7%)	1 (2.5%)	0	0	0	0	0
30～35	4 (2.7%)	2 (5.0%)	0	0	0	0	0
35≦	5 (3.4%)	1 (2.5%)	0	0	0	0	0
不明	38 (25.7%)	9 (22.5%)	13 (54.2%)	10 (76.9%)	3 (50.0%)	2 (25.0%)	1 (14.3%)
＜5年以上＞	79 (53.4%)	24 (60.0%)	4 (16.7%)	1 (7.7%)	2 (33.3%)	3 (37.5%)	2 (28.6%)
＜10年以上＞	49 (33.1%)	19 (47.5%)	4 (16.7%)	1 (7.7%)	0 (0.0%)	3 (37.5%)	2 (28.6%)
計	148 (100.0%)	40 (100.0%)	24 (100.0%)	13 (100.0%)	6 (100.0%)	8 (100.0%)	7 (100.0%)

表１４－１　主たる使用薬物別にみた併用薬物と使用開始年齢

	主たる使用薬物			
	覚せい剤	有機溶剤	大　麻	多剤（規制薬物）
（併用薬物）				
なし	*20 (13.5%)*	*6 (15.0%)*	*0*	*0*
覚せい剤	148 (100.0%) 21.9±6.7	7 (17.5%) 27.3±11.4	3 (42.9%) 21.7±3.8	13 (92.9%) 22.0±7.0
有機溶剤	62 (41.9%) 15.6±4.7	40 (100.0%) 17.7±6.2	0 (0.0%)	8 (57.1%) 15.1±2.2
睡眠薬	16 (10.8%) 28.6±9.5	4 (10.0%) 25.3±5.2	2 (28.6%) 19.0±1.4	5 (35.7%) 18.6±1.7
抗不安薬	5 (3.4%) 27.0±3.0	1 (2.5%) 30.0	0 (0.0%)	0 (0.0%)
鎮痛薬	6 (4.1%) 18.8±8.8	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
鎮咳薬	4 (2.7%) 20.5±7.3	1 (2.5%) 18.0	0 (0.0%)	1 (7.1%) 20.0
リタリン	3 (2.0%) 33.3±11.5	1 (2.5%) 22.0	0 (0.0%)	0 (0.0%)
大麻	38 (25.7%) 21.7±6.8	6 (15.0%) 19.0±3.9	7 (100.0%) 20.3±3.8	7 (50.0%) 22.0±6.5
コカイン	13 (8.8%) 22.6±4.4	0 (0.0%)	2 (28.6%) 24.5±7.8	2 (14.3%) 29.5±9.2
ヘロイン	4 (2.7%) 24.0±4.1	0 (0.0%)	1 (14.3%) 28.0	0 (0.0%)

（複数回答）

表１４－２　主たる使用薬物別にみた併用薬物と使用開始年齢

	主たる使用薬物					
	睡眠薬	抗不安薬	鎮痛薬	鎮咳薬	リタリン	多剤（医薬品）
（併用薬物）						
なし	*4 (16.7%)*	*1 (7.7%)*	*0 (0.0%)*	*3 (37.5%)*	*0 (0.0%)*	*0*
覚せい剤	4 (16.7%) 28.0±8.6	2 (15.4%) 19.0±1.4	0 (0.0%)	1 (12.5%) 19.0	0 (0.0%)	4 (25.0%) 19.8±2.5
有機溶剤	0 (0.0%)	2 (15.4%) 13.5±3.5	0 (0.0%)	1 (12.5%) 16.0	0 (0.0%)	7 (43.8%) 15.0±1.5
睡眠薬	24 (100.0%) 35.8±13.6	5 (38.5%) 27.0±6.6	0 (0.0%)	1 (12.5%) 29.0	0 (0.0%)	13 (81.3%) 26.9±9.4
抗不安薬	7 (29.2%) 33.6±15.9	13 (100.0%) 27.9±8.1	1 (16.7%) 28.0	0 (0.0%)	0 (0.0%)	11 (68.8%) 27.4±10.3
鎮痛薬	2 (8.3%) 39.5±24.7	1 (7.7%) 18.0	6 (100.0%) 37.3±9.3	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (18.8%) 29.0±6.6
鎮咳薬	2 (8.3%) 34.0±8.5	0 (0.0%)	0 (0.0%)	8 (100.0%) 24.4±8.8	0 (0.0%)	2 (12.5%) 31.0±12.7
リタリン	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (100.0%) 24.5±7.8	0 (0.0%)
大麻	1 (4.2%) 23.0	3 (23.1%) 19.3±2.1	0 (0.0%)	2 (25.0%) 17.0±1.4	1 (50.0%) 17.0	4 (25.0%) 19.8±3.6
コカイン	0 (0.0%)	1 (7.7%) 30.0	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (6.3%) 20.0
ヘロイン	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (6.3%) 20.0

（複数回答）

表１５－１　主たる使用薬物別にみた過去1年間における使用薬物

	主たる使用薬物				
	覚せい剤	有機溶剤	大麻	多剤（規制薬物）	その他
（使用薬物）					
覚せい剤	48 (32.4%)	1 (2.5%)	1 (14.3%)	1 (6.7%)	0 (0.0%)
有機製剤	3 (2.0%)	20 (50.0%)	0 (0.0%)	3 (20.0%)	0 (0.0%)
大麻	2 (1.4%)	1 (2.5%)	5 (71.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
コカイン	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
ヘロイン	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (20.0%)
MDMA	2 (1.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
ﾏｼﾞｯｸﾏｯｼｭﾙｰﾑ	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
LSD	1 (0.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
睡眠薬	8 (5.4%)	3 (7.5%)	1 (14.3%)	3 (20.0%)	1 (20.0%)
抗不安薬	3 (2.0%)	1 (2.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (20.0%)
鎮痛薬	4 (2.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
鎮咳薬	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
リタリン	0 (0.0%)	1 (2.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
薬物別計	148 (100.0%)	40 (100.0%)	7 (100.0%)	15 (100.0%)	5 (100.0%)

表１５－２　主たる使用薬物別にみた過去1年間における使用薬物

	主たる使用薬物					
	睡眠薬	抗不安薬	鎮痛薬	鎮咳薬	リタリン	多剤（医薬品）
（使用薬物）						
覚せい剤	2 (8.3%)	1 (7.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
有機製剤	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (6.3%)
大麻	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (6.3%)
コカイン	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
ヘロイン	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
MDMA	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
ﾏｼﾞｯｸﾏｯｼｭﾙｰﾑ	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
LSD	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
睡眠薬	14 (58.3%)	1 (7.7%)	0 (0.0%)	1 (12.5%)	0 (0.0%)	10 (62.5%)
抗不安薬	2 (8.3%)	5 (38.5%)	1 (16.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	9 (56.3%)
鎮痛薬	1 (4.2%)	0 (0.0%)	6 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (6.3%)
鎮咳薬	1 (4.2%)	0 (0.0%)	1 (16.7%)	5 (62.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
リタリン	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
薬物別計	24 (100.0%)	13 (100.0%)	6 (100.0%)	8 (100.0%)	2 (100.0%)	16 (100.0%)

表１６　主たる使用薬物別にみた喫煙歴

	喫煙歴あり		喫煙歴なし		不明・記載なし		計		使用開始年齢
（主たる使用薬物）									
覚せい剤	118	(79.7%)	5	(3.4%)	25	(16.9%)	148	(100.0%)	15.7±3.4
有機溶剤	38	(95.0%)	0	(0.0%)	2	(5.0%)	40	(100.0%)	15.4±2.0
大麻	6	(85.7%)	1	(14.3%)	0	(0.0%)	7	(100.0%)	15.6±2.3
睡眠薬	17	(70.8%)	2	(8.3%)	5	(20.8%)	24	(100.0%)	19.3±4.4
抗不安薬	10	(76.9%)	2	(15.4%)	1	(7.7%)	13	(100.0%)	16.6±3.4
鎮痛薬	4	(66.7%)	0	(0.0%)	2	(33.3%)	6	(100.0%)	22.3±6.8
鎮咳薬	7	(87.5%)	0	(0.0%)	1	(12.5%)	8	(100.0%)	16.0±2.2
リタリン	1	(50.0%)	1	(50.0%)	0	(0.0%)	2	(100.0%)	12.0
多剤（規制薬物）	11	(73.3%)	0	(0.0%)	4	(26.7%)	15	(100.0%)	14.4±1.8
多剤（医薬品）	13	(81.3%)	0	(0.0%)	3	(18.8%)	16	(100.0%)	16.0±1.9
その他	4	(80.0%)	1	(20.0%)	0	(0.0%)	5	(100.0%)	20.0
計	229	(80.6%)	12	(4.2%)	43	(15.1%)	284	(100.0%)	16.1±3.4

表１７-１　主たる使用薬物別にみた飲酒歴

	飲酒歴あり		飲酒歴なし		不明・記載なし		計		使用開始年齢
（主たる使用薬物）									
覚せい剤	110	(74.3%)	18	(12.2%)	20	(13.5%)	148	(100.0%)	17.3±3.1
有機溶剤	27	(67.5%)	9	(22.5%)	4	(10.0%)	40	(100.0%)	16.1±2.8
大麻	7	(100.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	7	(100.0%)	17.2±2.3
睡眠薬	14	(58.3%)	7	(29.2%)	3	(12.5%)	24	(100.0%)	26.0±13.3
抗不安薬	8	(61.5%)	3	(23.1%)	2	(15.4%)	13	(100.0%)	17.6±4.4
鎮痛薬	5	(83.3%)	0	(0.0%)	1	(16.7%)	6	(100.0%)	19.0±1.4
鎮咳薬	6	(75.0%)	1	(12.5%)	1	(12.5%)	8	(100.0%)	16.0±1.7
リタリン	1	(50.0%)	1	(50.0%)	0	(0.0%)	2	(100.0%)	12.0
多剤（規制薬物）	9	(60.0%)	2	(13.3%)	4	(26.7%)	15	(100.0%)	15.3±2.7
多剤（医薬品）	14	(87.5%)	0	(0.0%)	2	(12.5%)	16	(100.0%)	17.8±4.1
その他	5	(100.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	5	(100.0%)	17.7±2.1
計	206	(72.5%)	41	(14.4%)	37	(13.0%)	284	(100.0%)	17.8±5.3

表１７－２　アルコール問題の既往と程度（薬物別）

	アルコール問題の既往				アルコール問題の程度（「問題あり」における頻度）								症例数
	なし		あり		問題飲酒レベル(過去)		問題飲酒レベル(現在)		依存レベル(過去)		依存レベル(現在)		
覚せい剤	83	(56.1%)	32	(21.6%)	16	(50.0%)	5	(15.6%)	7	(21.9%)	9	(28.1%)	5 (15.6%)	148
有機溶剤	27	(67.5%)	4	(10.0%)	3	(75.0%)								40
大麻	7	(100.0%)	0	(0.0%)										7
睡眠薬	17	(70.8%)	5	(20.8%)			1	(20.0%)	1	(20.0%)	3	(60.0%)		24
抗不安薬	4	(30.8%)	7	(53.8%)	1	(14.3%)	1	(14.3%)	2	(28.6%)	3	(42.9%)	1 (14.3%)	13
鎮痛薬	5	(83.3%)	1	(16.7%)							1	(100.0%)		6
鎮咳薬	5	(62.5%)	2	(25.0%)	1	(50.0%)			2	(100.0%)				8
リタリン	1	(50.0%)	1	(50.0%)	1	(100.0%)			1	(100.0%)				2
多剤(規制薬物)	6	(33.3%)	5	(33.3%)	3	(60.0%)	1	(20.0%)	1	(20.0%)	1	(20.0%)	1 (20.0%)	15
多剤(医薬品)	5	(31.3%)	9	(56.3%)	5	(55.6%)	1	(11.1%)	3	(33.3%)	1	(11.1%)	2 (22.2%)	16
その他	3	(60.0%)	2	(40.0%)	1	(50.0%)			1	(50.0%)				5
計	162	(57.0%)	68	(23.9%)	31	(45.6%)	9	(13.2%)	18	(26.5%)	18	(26.5%)	9 (13.2%)	284

表１７－３　アルコール問題の既往と程度（性別）

	アルコール問題の既往				アルコール問題の程度（「問題あり」における頻度）										症例数
	なし		あり		問題飲酒レベル(過去)		問題飲酒レベル(現在)		依存レベル(過去)		依存レベル(現在)		不明		
男性	112	(57.7%)	44	(22.7%)	21	(47.7%)	5	(11.4%)	13	(29.5%)	11	(25.0%)	8	(18.2%)	194
女性	50	(55.6%)	24	(26.7%)	10	(41.7%)	4	(16.7%)	5	(20.8%)	7	(29.2%)	1	(4.2%)	90
計	162	(57.0%)	68	(23.9%)	31	(45.6%)	9	(13.2%)	18	(26.5%)	18	(26.5%)	9	(13.2%)	284

表１８　乱用開始から「依存」に至る期間（月）

薬物	n	平均	標準偏差	最小値	最大値
覚せい剤	71	28.5	39.5	1	216
有機溶剤	46	26.9	52.8	0.25	324
大　麻	11	7.5	6.5	0	20
コカイン	1	1.0	.	1	1
ヘロイン	3	5.3	5.9	1	12
MDMA	7	5.0	8.4	0.25	24
LSD	3	12.3	11.5	1	24
睡眠薬	21	14.8	25.8	1	120
抗不安薬	12	22.6	29.2	1	96
鎮痛薬	7	11.0	11.8	1	36
鎮咳薬	13	10.0	14.8	1	48
リタリン	7	23.0	43.1	1	120

表１９　初回使用薬物

	n	%
有機溶剤	117	(41.2%)
覚せい剤	82	(28.9%)
睡眠薬	30	(10.6%)
大　麻	23	(8.1%)
抗不安薬	17	(6.0%)
鎮咳薬	9	(3.2%)
リタリン	1	(0.4%)
その他	3	(1.1%)
鎮痛薬	6	(2.1%)
コカイン	3	(1.1%)
ヘロイン	1	(0.4%)
LSD	1	(0.4%)
マジック・マッシュルーム	2	(0.7%)
MDMA（ｴｸｽﾀｼｰ）	2	(0.7%)
不明・記載なし	14	(4.9%)
症例総数	284	(100.0%)
		（複数回答）

表２０－１　薬物初回使用の動機（複数回答）

	主たる使用薬物									
	覚せい剤		有機溶剤		睡眠薬		抗不安薬		鎮痛薬	
	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)
誘われて	50 (49.0%)	25 (54.3%)	15 (46.9%)	3 (37.5%)	0	1 (16.7%)	3 (33.3%)	0	0	0
刺激を求めて	27 (26.5%)	8 (17.4%)	8 (25.0%)	2 (25.0%)	0	0	1 (11.1%)	0	0	0
好奇心・興味から	62 (60.8%)	14 (30.4%)	17 (53.1%)	5 (62.5%)	1 (5.6%)	0	3 (33.3%)	0	0	0
断り切れずに	12 (11.8%)	8 (17.4%)	1 (3.1%)	0 (0.0%)	0	0	0	0	0	0
自暴自棄になって	1 (1.0%)	1 (2.2%)	1 (3.1%)	0	0	0	2 (22.2%)	0	0	0
覚醒効果を求めて	3 (2.9%)	0	1 (3.1%)	0	0	0	0	0	0	0
疲労の除去	2 (2.0%)	1 (2.2%)	0	0	3 (16.7%)	0	0	0	0	0
性的効果を求めて	2 (2.0%)	1 (2.2%)	0	0	0	0	0	0	0	0
ストレス解消	5 (4.9%)	2 (4.3%)	5 (15.6%)	4 (50.0%)	2 (11.1%)	0	0	0	0	0
抑うつ気分の軽減	3 (2.9%)	3 (6.5%)	2 (6.3%)	0	2 (11.1%)	1 (16.7%)	0	1 (25.0%)	0	0
不安の軽減	0	1 (2.2%)	2 (6.3%)	0	3 (16.7%)	1 (16.7%)	3 (33.3%)	4 (100.0%)	0	1 (20.0%)
不眠の軽減	0	1 (2.2%)	1 (3.1%)	0	13 (72.2%)	3 (50.0%)	1 (11.1%)	1 (25.0%)	0	2 (40.0%)
疼痛の軽減	0	0	0	0	0	0	0	0	1 (100.0%)	2 (40.0%)
咳嗽の軽減	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
やせるため	0	0	1 (3.1%)	0	0	0	0	0	0	0
その他	1 (1.0%)	1 (2.2%)	0	0	3 (16.7%)	1 (16.7%)	1 (11.1%)	0	0	0
症例数	102 (100.0%)	46 (100.0%)	32 (100.0%)	8 (100.0%)	18 (100.0%)	6 (100.0%)	9 (100.0%)	4 (100.0%)	1 (100.0%)	5 (100.0%)

表２０－２　薬物初回使用の動機（複数回答）

	主たる使用薬物									
	鎮咳薬		大麻		リタリン		多剤（医薬品）		多剤（規制薬物）	
	（男）	（女）	（男）	（女）	（男）	（女）	（男）	（女）	（男）	（女）
誘われて	2 (40.0%)	0	3 (50.0%)	0	0	0	2 (25.0%)	3 (37.5%)	4 (44.4%)	2 (33.3%)
刺激を求めて	0	1 (33.3%)	2 (33.3%)	0	0	0	1 (12.5%)	0	2 (22.2%)	1 (16.7%)
好奇心・興味から	3 (60.0%)	0	2 (33.3%)	1 (100.0%)	0	0	6 (75.0%)	4 (50.0%)	6 (66.7%)	4 (66.7%)
断り切れずに	0	0	1 (16.7%)	0	0	0	0	1 (12.5%)	0	2 (33.3%)
自暴自棄になって	0	0	0	0	0	0	0	1 (12.5%)	0	0
覚醒効果を求めて	2 (40.0%)	0	1 (16.7%)	0	0	0	0	0	0	0
疲労の除去	1 (20.0%)	0	1 (16.7%)	0	0	0	0	0	0	0
性的効果を求めて	0	0	0	0	0	0	0	0	1 (11.1%)	0
ストレス解消	1 (20.0%)	0	0	0	0	0	0	2 (25.0%)	1 (11.1%)	1 (16.7%)
抑うつ気分の軽減	0	0	0	0	1 (100.0%)	0	3 (37.5%)	0	0	0
不安の軽減	0	0	0	0	0	0	4 (50.0%)	2 (25.0%)	0	1 (16.7%)
不眠の軽減	0	0	0	0	0	0	2 (25.0%)	1 (12.5%)	0	1 (16.7%)
疼痛の軽減	0	0	0	0	0	0	1 (12.5%)	1 (12.5%)	0	0
咳嗽の軽減	1 (20.0%)	1 (33.3%)	0	0	0	0	0	1 (12.5%)	0	0
やせるため	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	0	0	0	0	0	0	0	0	1 (11.1%)	1 (16.7%)
症例数	5 (100.0%)	3 (100.0%)	6 (100.0%)	1 (100.0%)	1 (100.0%)	1 (100.0%)	8 (100.0%)	8 (100.0%)	9 (100.0%)	6 (100.0%)

表２１－１　薬物初回使用の契機となった人物（複数回答）

	主たる使用薬物									
	覚せい剤		有機溶剤		睡眠薬		抗不安薬		鎮痛薬	
	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)
なし（自発的使用）	10 (9.8%)	3 (6.5%)	7 (21.9%)	4 (50.0%)	6 (33.3%)	1 (16.7%)	2 (22.2%)	0	0	0
配偶者	0	7 (15.2%)	1 (3.1%)	0	0	0	0	0	0	0
同棲相手	0	3 (6.5%)	0	0	0	0	0	0	0	0
恋人・愛人	2 (2.0%)	4 (8.7%)	0	1 (12.5%)	0	1 (16.7%)	1 (11.1%)	0	0	0
同性の友人	47 (46.1%)	7 (15.2%)	16 (50.0%)	0	0	0	2 (22.2%)	0	0	0
異性の友人	5 (4.9%)	8 (17.4%)	0	0	0	1 (16.7%)	0	0	0	0
知人	14 (13.7%)	3 (6.5%)	1 (3.1%)	1 (12.5%)	1 (5.6%)	0	1 (11.1%)	0	0	0
医師	0	1 (2.2%)	0	0	9 (50.0%)	0	2 (22.2%)	3 (75.0%)	1 (100.0%)	3 (60.0%)
薬剤師	0	0	0	0	1 (5.6%)	0	0	0	0	1 (20.0%)
親	0	0	0	0	0	1 (16.7%)	0	0	0	0
同胞	1 (1.0%)	1 (2.2%)	1 (3.1%)	0	0	0	0	0	0	0
密売人	5 (4.9%)	1 (2.2%)	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	2 (2.0%)	2 (4.3%)	1 (3.1%)	1 (12.5%)	1 (5.6%)	0	0	0	0	0
症例数	102 (100.0%)	46 (100.0%)	32 (100.0%)	8 (100.0%)	18 (100.0%)	6 (100.0%)	9 (100.0%)	4 (100.0%)	1 (100.0%)	5 (100.0%)

表２１－２　薬物初回使用の契機となった人物（複数回答）

	主たる使用薬物									
	鎮咳薬		大麻		リタリン		多剤（医薬品）		多剤（規制薬物）	
	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)
なし（自発的使用）	1 (20.0%)	0	2 (33.3%)	0	0	1 (100.0%)	0	1 (12.5%)	1 (11.1%)	0
配偶者	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
同棲相手	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
恋人・愛人	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
同性の友人	2 (40.0%)	0	3 (50.0%)	1 (100.0%)	0	0	5 (62.5%)	3 (37.5%)	5 (55.6%)	2 (33.3%)
異性の友人	0	0	0	0	0	0	0	1 (12.5%)	0	3 (50.0%)
知人	2 (40.0%)	0	2 (33.3%)	0	0	0	0	1 (12.5%)	1 (11.1%)	1 (16.7%)
医師	0	0	0	0	1 (100.0%)	0	2 (25.0%)	2 (25.0%)	0	1 (16.7%)
薬剤師	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
親	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
同胞	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
密売人	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	1 (20.0%)	0	0	0	0	0	1 (12.5%)	0	0	1 (16.7%)
症例数	5 (100.0%)	3 (100.0%)	6 (100.0%)	1 (100.0%)	1 (100.0%)	1 (100.0%)	8 (100.0%)	8 (100.0%)	9 (100.0%)	6 (100.0%)

表２１－３　メディアが薬物使用開始のきっかけになっているか

	なっている		その内訳（複数選択） インターネット	TV	書籍・雑誌	新聞報道	なっていない		不明・無回答		症例数
覚せい剤	3	(2.0%)	3				120	(81.1%)	26	(17.6%)	148
有機溶剤	2	(5.0%)	1	2	1		32	(80.0%)	6	(15.0%)	40
大麻	0	(0.0%)					6	(85.7%)	1	(14.3%)	7
睡眠薬	2	(8.3%)		1		1	18	(75.0%)	4	(16.7%)	24
抗不安薬	1	(7.7%)	1	1	1	1	11	(84.6%)	0	(0.0%)	13
鎮痛薬	0	(0.0%)					5	(83.3%)	1	(16.7%)	6
鎮咳薬	1	(12.5%)	1				5	(62.5%)	2	(25.0%)	8
リタリン	1	(50.0%)	1				1	(50.0%)	0	(0.0%)	2
多剤（規制薬物）	1	(6.7%)					11	(73.3%)	3	(20.0%)	15
多剤（医薬品）	1	(6.3%)					13	(81.3%)	2	(12.5%)	16
その他	0	(0.0%)					5	(100.0%)	0	(0.0%)	5
	12	(4.2%)	7	4	2	2	227	(79.9%)	45	(15.8%)	284

表２２-１　薬物の入手経路（複数回答）

	主たる使用薬物 覚せい剤		有機溶剤		睡眠薬		抗不安薬		鎮痛薬	
	（男）	（女）	（男）	（女）	（男）	（女）	（男）	（女）	（男）	（女）
最近１年間は使用せず	62 (60.8%)	16 (34.8%)	14 (43.8%)	0	1 (5.6%)	1 (16.7%)	2 (22.2%)	0	0	0
友人	8 (7.8%)	3 (6.5%)	2 (6.3%)	1 (12.5%)	0	0	1 (11.1%)	0	0	0
知人	8 (7.8%)	3 (6.5%)	0	2 (25.0%)	0	0	0	0	0	0
恋人・愛人	0	6 (13.0%)	0	0	0	0	1 (11.1%)	0	0	0
家族	0	1 (2.2%)	0	0	0	0	0	0	0	0
密売人（日本人）	13 (12.7%)	7 (15.2%)	2 (6.3%)	3 (37.5%)	1 (5.6%)	0	0	0	0	0
密売人（外国人）	3 (2.9%)	1 (2.2%)	0	0	0	0	0	0	0	0
医師	0	0	0	0	11 (61.1%)	2 (33.3%)	3 (33.3%)	4 (100.0%)	1 (100.0%)	4 (80.0%)
薬局	0	0	0	0	3 (16.7%)	1 (16.7%)	1 (11.1%)	0	1 (100.0%)	1 (20.0%)
インターネット	0	1 (2.2%)	0	0	1 (5.6%)	0	0	0	0	0
その他	1 (1.0%)	1 (2.2%)	9 (28.1%)	2 (25.0%)	2 (11.1%)	0	0	0	0	0
症例数	102 (100.0%)	46 (100.0%)	32 (100.0%)	8 (100.0%)	18 (100.0%)	6 (100.0%)	9 (100.0%)	4 (100.0%)	1 (100.0%)	5 (100.0%)

表２２-２　薬物の入手経路（複数回答）

	主たる使用薬物									
	鎮咳薬		大麻		リタリン		多剤（医薬品）		多剤（規制薬物）	
	（男）	（女）	（男）	（女）	（男）	（女）	（男）	（女）	（男）	（女）
最近１年間は使用せず	1 (20.0%)	0	1 (16.7%)	0	1 (100.0%)	1 (100.0%)	0	0	3 (33.3%)	2 (33.3%)
友人	0	0	2 (33.3%)	0	0	0	0	0	2 (22.2%)	0
知人	0	0	0	0	0	0	0	0	1 (11.1%)	1 (16.7%)
恋人・愛人	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
家族	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
密売人（日本人）	0	0	1 (16.7%)	0	0	0	0	0	1 (11.1%)	0
密売人（外国人）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
医師	0	0	0	0	0	0	7 (87.5%)	6 (75.0%)	0	1 (16.7%)
薬局	4 (80.0%)	3 (100.0%)	0	0	0	0	2 (25.0%)	3 (37.5%)	1 (11.1%)	0
インターネット	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	0	0	1 (16.7%)	0	0	0	0	1 (12.5%)	0	1 (16.7%)
症例数	5 (100.0%)	3 (100.0%)	6 (100.0%)	1 (100.0%)	1 (100.0%)	1 (100.0%)	8 (100.0%)	8 (100.0%)	9 (100.0%)	6 (100.0%)

表２３－１　主たる使用薬物別にみたICD-10分類による主診断

	ICD-10分類									
	[F1x.0]	[F1x.1]	[F1x.2]	[F1x.4]	[F1x.5]	[F1x.5*]	[F1x.6]	[F1x.7]	[F1x.8]	
	急性中毒	有害な使用	依存症候群	せん妄を伴う離脱状態	精神病性障害（症状持続<6M）	精神病性障害（症状持続>6M）*	健忘症候群	残遺性障害および遅発性精神病性障害	他の精神および行動の障害	薬物別症例数
覚せい剤	2 (1.4%)	0 (0.0%)	24 (16.2%)	0 (0.0%)	15 (10.1%)	46 (31.1%)	0 (0.0%)	55 (37.2%)	2 (1.4%)	148 (100.0%)
有機溶剤	1 (2.5%)	1 (2.5%)	19 (47.5%)	0 (0.0%)	1 (2.5%)	7 (17.5%)	0 (0.0%)	7 (17.5%)	2 (5.0%)	40 (100.0%)
睡眠薬	2 (8.3%)	0 (0.0%)	20 (83.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (4.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	24 (100.0%)
抗不安薬	1 (7.7%)	2 (16.4%)	7 (53.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (7.7%)	0 (0.0%)	2 (15.4%)	0 (0.0%)	13 (100.0%)
鎮痛薬	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5 (83.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (16.7%)	6 (100.0%)
鎮咳薬	0 (0.0%)	0 (0.0%)	7 (87.5%)	0 (0.0%)	1 (12.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	8 (100.0%)
大　麻	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	0 (0.0%)	4 (57.1%)	1 (14.3%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	0 (0.0%)	7 (100.0%)
リタリン	0 (0.0%)	1 (50.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (50.0%)	0 (0.0%)	2 (100.0%)
その他	1 (20.0%)	1 (20.0%)	3 (60.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5 (100.0%)
多剤（医薬品）	0 (0.0%)	3 (18.8%)	12 (75.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (6.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	16 (100.0%)
多剤（規制薬物）	0 (0.0%)	3 (20.0%)	2 (13.3%)	0 (0.0%)	2 (13.3%)	1 (6.7%)	0 (0.0%)	5 (33.3%)	1 (6.7%)	15 (100.0%)
合　計	7 (2.5%)	11 (3.9%)	100 (35.2%)	0 (0.0%)	23 (8.1%)	57 (20.1%)	1 (0.4%)	71 (25.0%)	6 (2.1%)	284 (100.0%)

（注）精神病性障害（症状持続>6M）　*　：ICD-10には含まれない項目

表２３－２　主・副診断いずれかにおける依存症候群

	依存症候群に該当する症例（%）		薬物別症例数
覚せい剤	47	(31.8%)	148
有機溶剤	21	(52.5%)	40
大　麻	4	(57.1%)	7
睡眠薬	21	(87.5%)	24
抗不安薬	10	(76.9%)	13
鎮痛薬	5	(83.3%)	6
鎮咳薬	7	(87.5%)	8
リタリン	1	(50.0%)	2
多剤（規制薬物）	4	(26.7%)	15
多剤（医薬品）	12	(75.0%)	16
その他	3	(60.0%)	5
合　計	135	(47.5%)	284

表２４　性別にみたICD-10による主診断

	男　性		女　性		計	
【F1x.0】急性中毒	7	(3.6%)	0	(0.0%)	7	(2.5%)
【F1x.1】有害な使用	7	(3.6%)	4	(4.4%)	11	(3.9%)
【F1x.2】依存症候群	55	(28.5%)	45	(50.0%)	100	(35.3%)
【F1x.4】せん妄離脱状態	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)
【F1x.5】精神病性障害（<6M）	12	(6.2%)	11	(12.2%)	23	(8.1%)
【F1x.5*】精神病性障害（>6M）	48	(24.9%)	9	(10.0%)	57	(20.1%)
【F1x.6】健忘症候群	1	(0.5%)	0	(0.0%)	1	(0.4%)
【F1x.7】残遺・遅発性障害	55	(28.5%)	18	(20.0%)	73	(25.8%)
【F1x.8】その他	4	(2.1%)	2	(2.2%)	6	(2.1%)
（不明・記載なし）	4	(2.1%)	1	(1.1%)	5	(1.8%)
計	193	(100.0%)	90	(100.0%)	283	(100.0%)

表２５　精神病エピソードの既往と精神科治療開始年齢

主たる使用薬物	精神病エピソードの既往					不明・記載なし		精神科治療開始年齢	薬物別症例数
	既往あり			既往なし					
	例数	(%)	発症年齢	例数	(%)				
覚せい剤	108	(73.0%)	26.4±8.8	20	(13.5%)	20	(13.5%)	30.1±10.0	148
有機溶剤	25	(62.5%)	22.7±6.2	12	(30.0%)	3	(7.5%)	23.2±8.0	40
大　麻	3	(42.9%)	27.3±3.8	4	(57.1%)	0	(0.0%)	24.8±4.4	7
睡眠薬	6	(25.0%)	33.6±18.6	13	(54.2%)	5	(20.8%)	42.1±15.6	24
抗不安薬	5	(38.5%)	29.0±9.1	7	(53.8%)	1	(7.7%)	27.0±7.8	13
鎮痛薬	3	(50.0%)	27.5±16.3	1	(16.7%)	2	(33.3%)	30.0±14.4	6
鎮咳薬	4	(50.0%)	27.3±6.7	3	(37.5%)	1	(12.5%)	26.5±7.6	8
リタリン	1	(50.0%)	41.0	1	(50.0%)	0	(0.0%)	30.0±14.1	2
多剤(規制薬物)	8	(53.3%)	22.9±12.9	2	(13.3%)	5	(33.3%)	24.4±7.8	15
多剤(医薬品)	7	(43.8%)	29.4±6.9	7	(43.8%)	2	(12.5%)	29.1±9.1	16
その他	2	(40.0%)	28.0±7.1	3	(60.0%)	0	(0.0%)	31.0±7.8	5
合　計	172	(60.6%)	26.3±9.1	73	(25.7%)	39	(13.7%)	29.3±10.9	284

表２６　精神疾患の家族歴

	家族歴なし		家族歴あり		不明・記載なし		薬物別症例数
覚せい剤	99	(66.9%)	21	(14.2%)	28	(18.9%)	148
有機溶剤	28	(70.0%)	8	(20.0%)	4	(10.0%)	40
大麻	4	(57.1%)	3	(42.9%)	0	(0.0%)	7
睡眠薬	15	(62.5%)	4	(16.7%)	5	(20.8%)	24
抗不安薬	10	(76.9%)	1	(7.7%)	2	(15.4%)	13
鎮痛薬	4	(66.7%)	1	(16.7%)	1	(16.7%)	6
鎮咳薬	4	(50.0%)	2	(25.0%)	2	(25.0%)	8
ﾘﾀﾘﾝ	1	(50.0%)	0	(0.0%)	1	(50.0%)	2
多剤（規制薬物）	8	(53.3%)	3	(20.0%)	4	(26.7%)	15
多剤（医薬品）	11	(68.8%)	4	(25.0%)	1	(6.3%)	16
その他	5	(100.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	5
計	189	(66.5%)	47	(16.5%)	48	(16.9%)	284

表２７－１　自傷行為または自殺企図の有無（薬物別）

	あり		なし		不明・記載なし		薬物別計	
覚せい剤	44	(29.7%)	85	(57.4%)	19	(12.8%)	148	(100.0%)
有機溶剤	9	(22.5%)	24	(60.0%)	7	(17.5%)	40	(100.0%)
大麻	3	(42.9%)	4	(57.1%)	0	(0.0%)	7	(100.0%)
睡眠薬	7	(29.2%)	16	(66.7%)	1	(4.2%)	24	(100.0%)
抗不安薬	6	(46.2%)	6	(46.2%)	1	(7.7%)	13	(100.0%)
鎮痛薬	3	(50.0%)	3	(50.0%)	0	(0.0%)	6	(100.0%)
鎮咳薬	3	(37.5%)	4	(50.0%)	1	(12.5%)	8	(100.0%)
ﾘﾀﾘﾝ	1	(50.0%)	1	(50.0%)	0	(0.0%)	2	(100.0%)
多剤（規制薬物）	6	(40.0%)	9	(60.0%)	0	(0.0%)	15	(100.0%)
多剤（医薬品）	10	(62.5%)	5	(31.3%)	1	(6.3%)	16	(100.0%)
その他	3	(60.0%)	2	(40.0%)	0	(0.0%)	5	(100.0%)
計	95	(33.5%)	159	(56.0%)	30	(10.6%)	284	(100.0%)

表２７－２　自傷行為または自殺企図の有無（性別）

	あり		なし		不明・記載なし		性別計	
男性	47	(24.2%)	128	(66.0%)	19	(9.8%)	194	(100.0%)
女性	48	(53.3%)	31	(34.4%)	11	(12.2%)	90	(100.0%)
計	95	(33.5%)	159	(56.0%)	30	(10.6%)	284	(100.0%)

表２８－１　成育史上の問題の有無（薬物別）

	成育史上何らかの問題が報告された症例（%薬物別症例）		成育史上の問題の内容					
			「15歳以前」の親との離別		不登校		いじめられ体験		家庭内暴力		被虐待体験	
覚せい剤	68	(46.9%)	36	(52.9%)	17	(25.0%)	16	(23.5%)	19	(27.9%)	11	(16.2%)
有機溶剤	17	(44.7%)	5	(29.4%)	10	(58.8%)	4	(23.5%)	5	(29.4%)	7	(41.2%)
大麻	2	(33.3%)	1	(50.0%)	1	(50.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)
睡眠薬	7	(29.2%)	2	(28.6%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	2	(28.6%)
抗不安薬	5	(41.7%)	0	(0.0%)	1	(20.0%)	2	(40.0%)	0	(0.0%)	2	(40.0%)
鎮痛薬	3	(50.0%)	2	(66.7%)	1	(33.3%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)
鎮咳薬	3	(37.5%)	1	(33.3%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	2	(66.7%)	0	(0.0%)
ﾘﾀﾘﾝ	2	(100.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	1	(50.0%)
多剤（規制薬物）	10	(71.4%)	6	(60.0%)	5	(50.0%)	3	(30.0%)	2	(20.0%)	3	(30.0%)
多剤（医薬品）	7	(43.8%)	3	(42.9%)	4	(57.1%)	3	(42.9%)	3	(42.9%)	2	(28.6%)
その他	3	(60.0%)	0	(0.0%)	1	(33.3%)	0	(0.0%)	1	(33.3%)	0	(0.0%)
計	127	(46.0%)	56	(44.1%)	40	(31.5%)	28	(22.0%)	32	(25.2%)	28	(22.0%)

表２８－２　成育史上の問題の有無（薬物別）

	成育史上何らかの問題が報告された症例（%薬物別症例）	成育史上の問題の内容				
		「15歳以前」の親との離別	不登校	いじめられ体験	家庭内暴力	被虐待体験
男性	78 (40.2%)	29 (37.2%)	24 (30.8%)	14 (17.9%)	27 (34.6%)	14 (17.9%)
女性	49 (54.4%)	27 (55.1%)	16 (32.7%)	14 (28.6%)	5 (10.2%)	14 (28.6%)
計	127 (44.7%)	56 (44.1%)	40 (31.5%)	28 (22.0%)	32 (25.2%)	28 (22.0%)

表２９－１　受診に至る経路（薬物別）

主たる使用薬物（報告症例数）	覚せい剤 184	有機溶剤 40	大麻 7	多剤（規制薬物） 15	睡眠薬 24	抗不安薬 13
自発的受診	48 (26.1%)	5 (12.5%)	1 (14.3%)	7 (46.7%)	9 (37.5%)	3 (23.1%)
周囲のすすめ	49 (26.6%)	26 (65.0%)	3 (42.9%)	3 (20.0%)	8 (33.3%)	4 (30.8%)
家族	37 (75.5%)	23 (88.5%)	3 (100.0%)	2 (66.7%)	8 (100.0%)	2 (50.0%)
友人・知人	3 (6.1%)	3 (11.5%)		1 (33.3%)		
職場関係者	1 (2.0%)					1 (25.0%)
医療機関	20 (10.9%)	4 (10.0%)	4 (57.1%)	1 (6.7%)	5 (20.8%)	6 (46.2%)
精神科クリニック	3 (15.0%)					2 (33.3%)
精神科病院	11 (55.0%)	2 (50.0%)	3 (75.0%)	1 (100.0%)	1 (20.0%)	1 (16.7%)
一般医療機関	6 (30.0%)	2 (50.0%)	1 (25.0%)		3 (60.0%)	3 (50.0%)
保健福祉・行政機関	18 (9.8%)	3 (7.5%)	1 (14.3%)	3 (20.0%)		
精神保健福祉センター	1 (5.6%)					
保健所	5 (27.8%)			1 (33.3%)		
福祉事務所	6 (33.3%)	1 (33.3%)				
一般救急搬送				1 (33.3%)		
精神科救急システム	3 (16.7%)	2 (66.7%)		1 (33.3%)		
鑑定	1 (5.6%)		1 (100.0%)			
刑事司法機関	22 (12.0%)	2 (5.0%)	1 (14.3%)	3 (20.0%)	1 (4.2%)	
警察	13 (59.1%)	1 (50.0%)	1 (100.0%)	2 (66.7%)	1 (100.0%)	
保護観察所	1 (4.5%)					
裁判所	5 (22.7%)	1 (50.0%)		1 (33.3%)		
保護司	3 (13.6%)					
民間リハビリ施設・自助グループ	5 (2.7%)	3 (7.5%)				
ダルク	4 (80.0%)	3 (100.0%)				

表２９－２　受診に至る経路（薬物別）

主たる使用薬物（報告症例数）	鎮痛薬 6	鎮咳薬 8	リタリン 2	多剤（医薬品） 16	その他 5
自発的受診	2 (33.3%)	2 (25.0%)	2 (100.0%)	5 (31.3%)	2 (40.0%)
周囲のすすめ		5 (62.5%)		7 (43.8%)	2 (40.0%)
家族		4 (80.0%)		4 (57.1%)	2 (100.0%)
友人・知人				1 (14.3%)	
職場関係者					
医療機関	5 (83.3%)	2 (25.0%)		4 (25.0%)	1 (20.0%)
精神科クリニック	1 (20.0%)			1 (25.0%)	1 (100.0%)
精神科病院	1 (20.0%)	2 (100.0%)		2 (50.0%)	
一般医療機関	3 (60.0%)				
保健福祉・行政機関		1 (12.5%)			
精神保健福祉センター					
保健所					
福祉事務所		1 (100.0%)			
一般救急搬送					
精神科救急システム					
鑑定					
刑事司法機関				1 (6.3%)	
警察				1 (100.0%)	
保護観察所					
裁判所					
保護司					
民間リハビリ施設・自助グループ	1 (16.7%)			1 (6.3%)	
ダルク	1 (100.0%)			1 (100.0%)	

表２９－３　受診に至る経路（性別）

	男性	(%)	女性	(%)	計	(%)
自発的受診	52	(26.8%)	34	(37.8%)	86	(30.3%)
周囲のすすめ	87	(44.8%)	20	(22.2%)	107	(37.7%)
家族	70	(80.5%)	15	(75.0%)	85	(79.4%)
友人・知人	6	(6.9%)	2	(10.0%)	8	(7.5%)
職場関係者	2	(2.3%)	0		2	(1.9%)
学校	0		1	(5.0%)	1	(0.9%)
その他	6	(6.9%)	2	(10.0%)	8	(7.5%)
医療機関	31	(16.0%)	20	(22.2%)	51	(18.0%)
精神科クリニック	3	(9.7%)	5	(25.0%)	8	(15.7%)
精神科病院	15	(48.4%)	9	(45.0%)	24	(47.1%)
一般医療機関	12	(38.7%)	6	(30.0%)	18	(35.3%)
その他：総合病院精神科	2	(6.5%)			2	(3.9%)
保健福祉・行政機関	20	(10.3%)	6	(6.7%)	26	(9.2%)
精神保健福祉センター	1	(5.0%)	0		1	(3.8%)
保健所	4	(20.0%)	2	(33.3%)	6	(23.1%)
福祉事務所	5	(25.0%)	3	(50.0%)	8	(30.8%)
一般救急搬送	1	(5.0%)	0		1	(3.8%)
精神科救急システム	5	(25.0%)	1	(16.7%)	6	(23.1%)
鑑定	1	(5.0%)	1	(16.7%)	2	(7.7%)
その他	5	(25.0%)	1	(16.7%)	6	(23.1%)
刑事司法機関	17	(8.8%)	13	(14.4%)	30	(10.6%)
警察	9	(52.9%)	10	(76.9%)	19	(63.3%)
保護観察所	0		1	(7.7%)	1	(3.3%)
裁判所	6	(35.3%)	1	(7.7%)	7	(23.3%)
保護司	2	(11.8%)	1	(7.7%)	3	(10.0%)
民間リハビリ施設・自助グループ	9	(4.6%)	1	(1.1%)	10	(3.5%)
ダルク	8	(88.9%)	1	(100.0%)	9	(90.0%)
性別症例数	194	(100.0%)	90	(100.0%)	284	(100.0%)

表３０－１　治療プログラムの利用状況（主たる薬物別）

	主たる使用薬物				
	覚せい剤	有機溶剤	大麻	睡眠薬	抗不安薬
何らかのﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑを利用したことがある	59 (39.9%)	19 (47.5%)	1 (14.3%)	10 (41.7%)	5 (38.5%)
薬物依存症用のプログラム	31 (52.5%)	10 (52.6%)	1 (100.0%)	6 (60.0%)	2 (40.0%)
アルコール依存症用のプログラム	5 (8.5%)	0	0	1 (10.0%)	0
上記の両方	16 (27.1%)	5 (26.3%)	0	1 (10.0%)	2 (40.0%)
プログラムの実施場所					
精神科医療機関	50 (84.7%)	16 (84.2%)	1 (100.0%)	8 (80.0%)	5 (100.0%)
精神保健福祉センター					
保健所					
自助グループ	4 (6.8%)	1 (5.3%)		3 (30.0%)	2 (40.0%)
NA	1 (1.7%)			1 (10.0%)	1 (20.0%)
AA	2 (3.4%)	1 (5.3%)			
民間リハビリ施設	9 (15.3%)	3 (15.8%)		3 (30.0%)	
プログラムの内容					
教育プログラム	43 (72.9%)	11 (57.9%)		5 (50.0%)	3 (60.0%)
グループミーティング	33 (55.9%)	12 (63.2%)	1 (100.0%)	7 (70.0%)	4 (80.0%)
自助グループ・メッセージ	13 (22.0%)	5 (26.3%)	1 (100.0%)	5 (50.0%)	4 (80.0%)
認知行動療法	22 (37.3%)	7 (36.8%)		1 (10.0%)	
運動療法	5 (8.5%)	1 (5.3%)			
内観療法	23 (39.0%)	5 (26.3%)		1 (10.0%)	
生活技能訓練（SST）	12 (20.3%)	6 (31.6%)			
家族のためのプログラム	2 (3.4%)	1 (5.3%)			1 (20.0%)

表３０－２　治療プログラムの利用状況（主たる薬物別）

	主たる使用薬物				
	鎮痛薬	鎮咳薬	リタリン	多剤（規制薬物）	多剤（医薬品）
何らかのﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑを利用したことがある	4 (66.7%)	4 (50.0%)	2 (100.0%)	5 (33.3%)	10 (62.5%)
薬物依存症用のプログラム	1 (25.0%)	1 (25.0%)	2 (100.0%)	3 (60.0%)	2 (20.0%)
アルコール依存症用のプログラム	0	1 (25.0%)	0	0	3 (30.0%)
上記の両方	1 (25.0%)	2 (50.0%)	0	1 (20.0%)	3 (30.0%)
プログラムの実施場所					
精神科医療機関	4 (100.0%)	4 (100.0%)	2 (100.0%)	4 (80.0%)	9 (90.0%)
精神保健福祉センター				1 (20.0%)	
保健所				1 (20.0%)	
自助グループ	1 (25.0%)	1 (25.0%)	1 (50.0%)	2 (40.0%)	
NA	1 (25.0%)		1 (50.0%)		
AA					
民間リハビリ施設	1 (25.0%)	1 (25.0%)		2 (40.0%)	1 (10.0%)
プログラムの内容					
教育プログラム	2 (50.0%)	2 (50.0%)	1 (50.0%)	3 (60.0%)	8 (80.0%)
グループミーティング	1 (25.0%)	3 (75.0%)	2 (100.0%)	4 (80.0%)	4 (40.0%)
自助グループ・メッセージ	1 (25.0%)	3 (75.0%)	1 (50.0%)	4 (80.0%)	4 (40.0%)
認知行動療法	1 (25.0%)			2 (40.0%)	2 (20.0%)
運動療法		1 (25.0%)			
内観療法	1 (25.0%)			1 (20.0%)	2 (20.0%)
生活技能訓練（SST）		1 (25.0%)			1 (10.0%)
家族のためのプログラム		1 (25.0%)			

表３０－３　治療プログラムの利用状況（性別）

	男性（194例）		女性（90例）		計（284例）	
何らかのﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑを利用したことがある	83	(42.8%)	39	(43.3%)	122	(43.0%)
薬物依存症	39	(47.0%)	22	(56.4%)	61	(50.0%)
アルコール依存症	8	(9.6%)	3	(7.7%)	11	(9.0%)
上記の両方	25	(30.1%)	6	(15.4%)	31	(25.4%)
プログラムの実施場所						
精神科医療機関	71	(85.5%)	35	(89.7%)	106	(86.9%)
精神保健福祉センター	0	(0.0%)	1	(2.6%)	1	(0.8%)
保健所	0	(0.0%)	1	(2.6%)	1	(0.8%)
自助グループ	8	(9.6%)	7	(17.9%)	15	(12.3%)
NA	3	(3.6%)	2	(5.1%)	5	(4.1%)
AA	2	(2.4%)	1	(2.6%)	3	(2.5%)
民間リハビリ施設	18	(21.7%)	2	(5.1%)	20	(16.4%)
プログラムの内容						
教育プログラム	56	(67.5%)	25	(64.1%)	81	(66.4%)
グループミーティング	55	(66.3%)	17	(43.6%)	72	(59.0%)
自助グループ・メッセージ	22	(26.5%)	19	(48.7%)	41	(33.6%)
認知行動療法	29	(34.9%)	6	(15.4%)	35	(28.7%)
運動療法	5	(6.0%)	2	(5.1%)	7	(5.7%)
内観療法	29	(34.9%)	4	(10.3%)	33	(27.0%)
生活技能訓練（SST）	18	(21.7%)	2	(5.1%)	20	(16.4%)
家族のためのプログラム	3	(3.6%)	2	(5.1%)	5	(4.1%)

表３１－１　治療および回復において問題と考えられる点

	主たる使用薬物				
	覚せい剤	有機溶剤	大麻	多剤（複数薬物）	睡眠薬
断薬への動機付けが希薄なこと	40 (27.0%)	16 (40.0%)	2 (28.6%)	7 (46.7%)	14 (58.3%)
使用欲求・渇望のコントロールが困難	50 (33.8%)	22 (55.0%)	3 (42.9%)	5 (33.3%)	16 (66.7%)
遷延性・持続性の精神病性障害	72 (48.6%)	14 (35.0%)	1 (14.3%)	5 (33.3%)	1 (4.2%)
認知機能障害	28 (18.9%)	4 (10.0%)	3 (42.9%)	4 (26.7%)	4 (16.7%)
精神科併存症の存在	49 (33.1%)	8 (20.0%)	3 (42.9%)	5 (33.3%)	8 (33.3%)
気分障害	13 (8.8%)	1 (2.5%)		2 (13.3%)	5 (20.8%)
不安障害	11 (7.4%)	1 (2.5%)	1 (14.3%)	2 (13.3%)	4 (16.7%)
摂食障害	2 (1.4%)			1 (6.7%)	1 (4.2%)
パーソナリティ障害	13 (8.8%)	2 (5.0%)			1 (4.2%)
ソーシャルスキルの欠如	43 (29.1%)	16 (40.0%)	1 (14.3%)	4 (26.7%)	2 (8.3%)
家族の問題	22 (14.9%)	12 (30.0%)		2 (13.3%)	8 (33.3%)
薬物使用に関わる交友関係を断てないこと	23 (15.5%)	5 (12.5%)	1 (14.3%)	2 (13.3%)	3 (12.5%)
自助グループにつながらないこと	25 (16.9%)	10 (25.0%)	2 (28.6%)	2 (13.3%)	3 (12.5%)
地域に存在しない	6 (4.1%)	1 (2.5%)	1 (14.3%)	2 (13.3%)	1 (4.2%)
本人が拒否	16 (10.8%)	9 (22.5%)	1 (14.3%)		2 (8.3%)
住居など地域の受け皿がないこと	15 (10.1%)	3 (7.5%)		1 (6.7%)	1 (4.2%)
就労・経済的問題	36 (24.3%)	3 (7.5%)		5 (33.3%)	3 (12.5%)
刑事司法的問題	4 (2.7%)		1 (14.3%)		

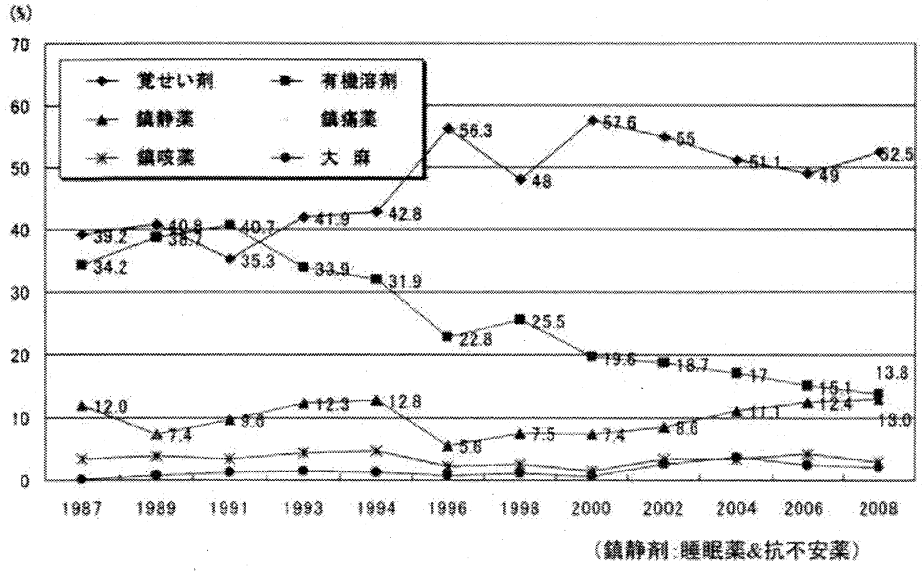
表３１－２　治療および回復において問題と考えられる点

	主たる使用薬物				
	抗不安薬	鎮痛薬	鎮咳薬	リタリン	多剤（医薬品）
断薬への動機付けが希薄なこと	9 (69.2%)	4 (66.7%)	4 (50.0%)		8 (50.0%)
使用欲求・渇望のコントロールが困難	11 (84.6%)	5 (83.3%)	7 (87.5%)	2 (100.0%)	10 (62.5%)
遷延性・持続性の精神病性障害	2 (15.4%)		1 (12.5%)	1 (50.0%)	2 (12.5%)
認知機能障害		1 (16.7%)	1 (12.5%)		
精神科併存症の存在	6 (46.2%)	4 (66.7%)	3 (37.5%)	1 (50.0%)	11 (68.8%)
気分障害	3 (23.1%)	2 (33.3%)	1 (12.5%)	1 (50.0%)	4 (25.0%)
不安障害	1 (7.7%)	1 (16.7%)			3 (18.8%)
摂食障害			1 (12.5%)		
パーソナリティ障害	1 (7.7%)	1 (16.7%)			4 (25.0%)
ソーシャルスキルの欠如		1 (16.7%)			2 (12.5%)
家族の問題	1 (7.7%)	2 (33.3%)	1 (12.5%)	1 (50.0%)	2 (12.5%)
薬物使用に関わる交友関係を断てないこと					1 (6.3%)
自助グループにつながらないこと	2 (15.4%)			1 (50.0%)	
地域に存在しない			1 (12.5%)	1 (50.0%)	
本人が拒否	1 (7.7%)				
住居など地域の受け皿がないこと					1 (6.3%)
就労・経済的問題	2 (15.4%)	1 (16.7%)	2 (25.0%)		6 (37.5%)
刑事司法的問題					

表３１－３　治療・回復において問題となる点（性別）

	男（194例）		女（90例）		計（284例）	
断薬への動機付けが希薄なこと	66	(34.0%)	40	(44.4%)	106	(37.3%)
使用欲求・渇望のコントロールが困難	93	(47.9%)	42	(46.7%)	135	(47.5%)
遷延性・持続性の精神病性障害	83	(42.8%)	16	(17.8%)	99	(34.9%)
認知機能障害	33	(17.0%)	12	(13.3%)	45	(15.8%)
精神科併存症の存在	59	(30.4%)	41	(45.6%)	100	(35.2%)
気分障害	21	(10.8%)	11	(12.2%)	32	(11.3%)
不安障害	10	(5.2%)	14	(15.6%)	24	(8.5%)
摂食障害	0	(0.0%)	5	(5.6%)	5	(1.8%)
パーソナリティ障害	12	(6.2%)	11	(12.2%)	23	(8.1%)
併存症(その他)	17	(8.8%)	3	(3.3%)	20	(7.0%)
ソーシャルスキルの欠如	45	(23.2%)	24	(26.7%)	69	(24.3%)
家族の問題	29	(14.9%)	22	(24.4%)	51	(18.0%)
薬物使用に関わる交友関係を断てないこと	21	(10.8%)	15	(16.7%)	36	(12.7%)
自助グループにつながらないこと	37	(19.1%)	8	(8.9%)	45	(15.8%)
地域に存在しない	11	(5.7%)	2	(2.2%)	13	(4.6%)
本人が拒否	24	(12.4%)	5	(5.6%)	29	(10.2%)
住居など地域の受け皿なし	14	(7.2%)	7	(7.8%)	21	(7.4%)
就労・経済的問題	38	(19.6%)	21	(23.3%)	59	(20.8%)
刑事司法的問題	4	(2.1%)	1	(1.1%)	5	(1.8%)
その他	16	(8.2%)	3	(3.3%)	19	(6.7%)

図１　主たる使用薬物別にみた症例(%)の推移



（鎮静剤：睡眠薬&抗不安薬）

図2　使用歴のある薬物(%)の推移

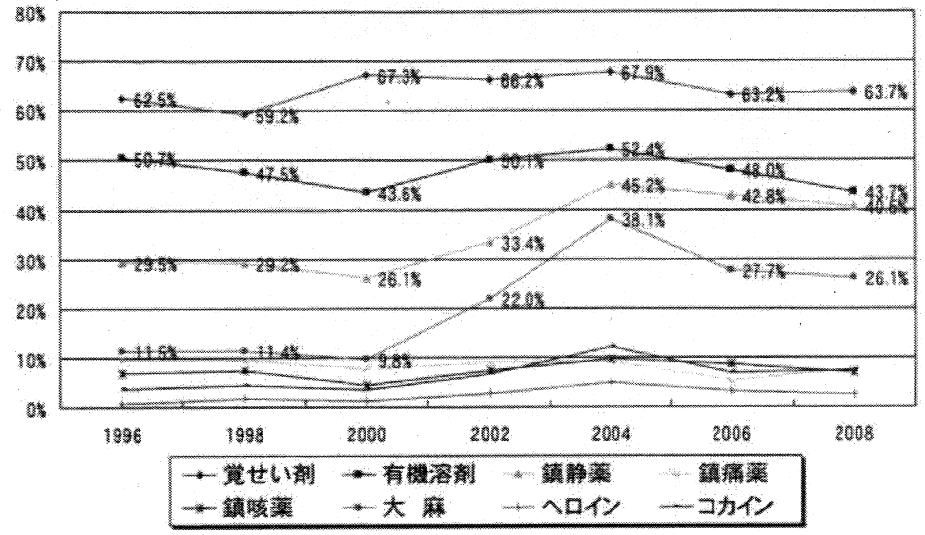


図3　初回使用薬物(%)の推移

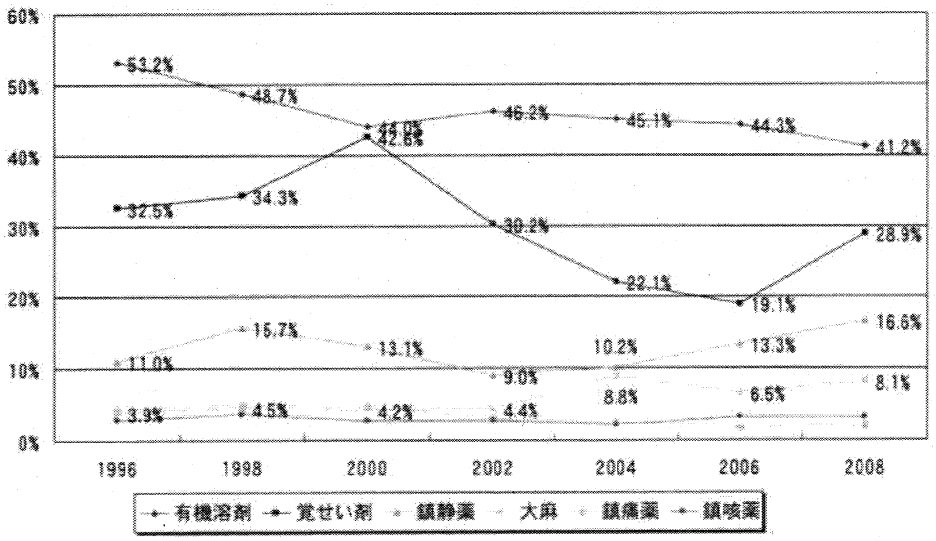
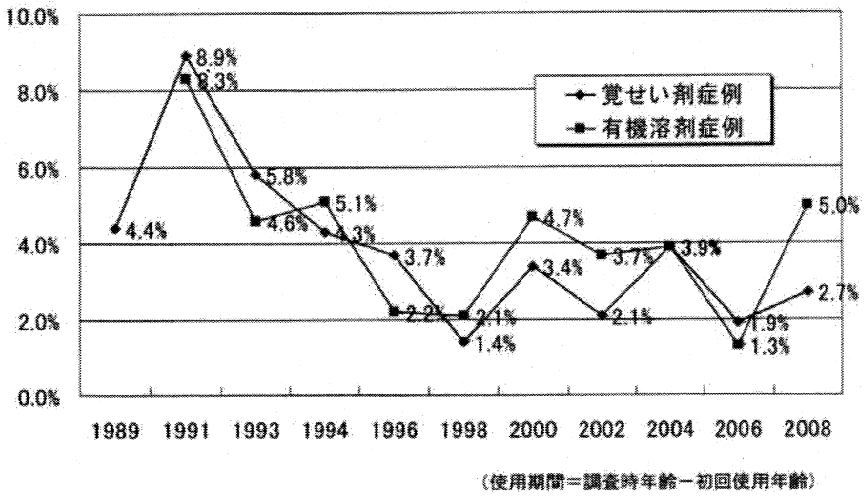
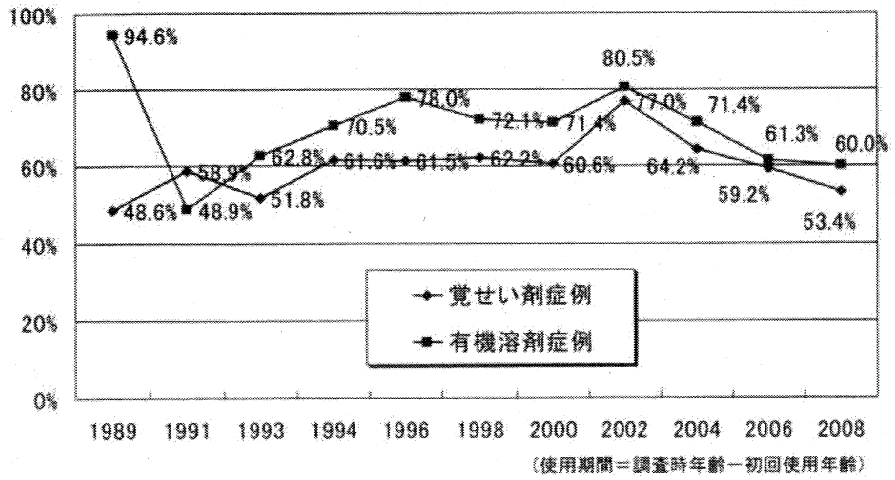


図4　初期乱用群(使用期間:1年未満)の推移
ー 覚せい剤，有機溶剤症例 ー



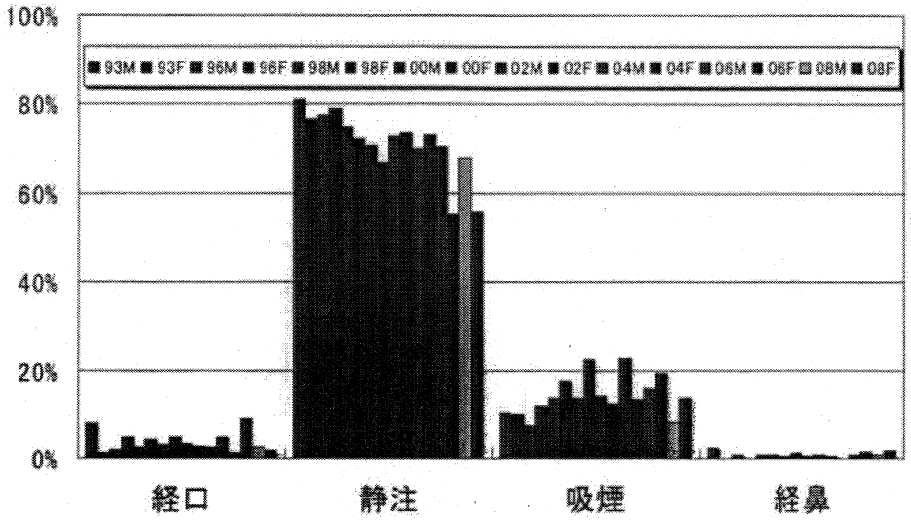
(使用期間＝調査時年齢－初回使用年齢)

図5　長期乱用症群(使用開始後5年以上)の推移
ー 覚せい剤，有機溶剤症例 ー



(使用期間＝調査時年齢－初回使用年齢)

図6　覚せい剤初回使用方法の推移（性差）



08M：男性，08F女性（2008年度調査）

図7　大麻使用症例(%)の推移

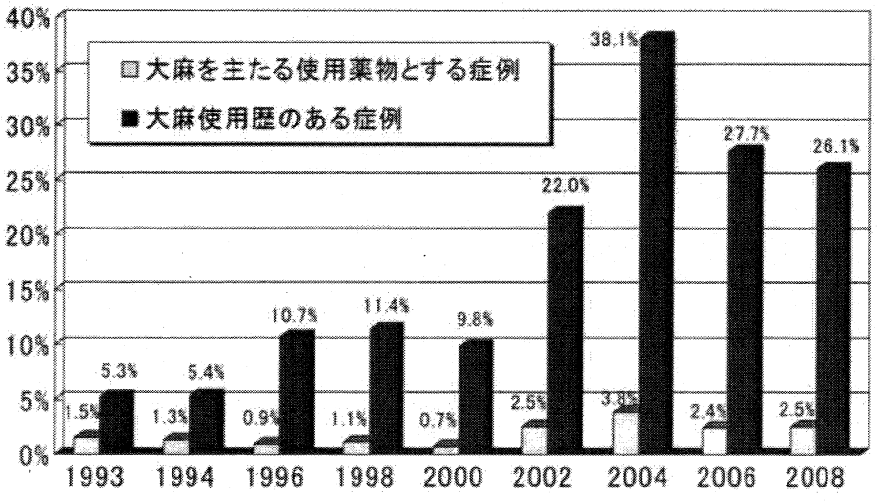
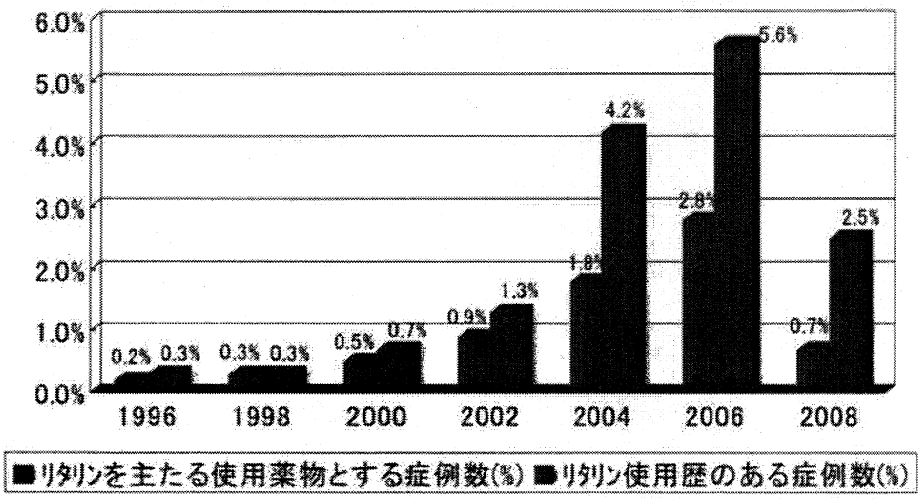


図8　リタリン使用症例(%)の推移



薬物関連精神疾患調査用紙

（2008 年度版）

本調査の実施要領は以下の通りです:

（1） 調査期間:2008 年9月1日～10月31日

（2） 対象患者:上記期間に，貴施設にて外来（初診・再診ともに含みます）または入院で診療を受けた，アルコール以外の薬物を主たる使用薬物とするすべての「薬物関連精神疾患」患者。

（3） 方 法:口頭で同意を取得できた場合は本調査用紙による面接，また面接調査が困難な場合は診療録からの転記とします。

（4） 調査用紙返送期限:2008 年11月30日

＊ □面接による調査　□診療録からの転記　（どちらかにチェックをお願いします）

＊ 報告症例がない場合，下記のいずれかにチェックをお願いします

□ 調査期間中に **該当患者なし**

□ 該当患者はいたが面接調査への協力を拒否された

（このような患者さんは何名くらいおられたか，参考までにお知らせ下さい:症例数＿＿＿例）

貴施設名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

記載年月日 2008 年　　月　　日

記載医師名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿医師

＊ 本調査に関するお知らせ，追加文書の添付等のため，先生のメールアドレスをお知らせ頂ける場合は，右に御記入下さい。 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1)性 別　　1.男　2.女
2)調査時年齢　　1.満(　　)歳　99.不明
3)最終学歴　　1.小学校 2.中学校 3.高校 4.専門学校 5.短大 6.大学 99.不明
4)在学・卒業の別　　1.在学中 2.中退　3.卒業 99.不明
5)職 歴　　1.乱用前職業(　　, 99.不明)　2.現在の職業(　　, 99.不明)

(下記のコード番号を記入。【例】主婦:29, 無職:31, "暴力団員"の場合は「31.無職」を含め日常的業種を選択)

01. 農林漁業 02. 商人(卸・小売り) 03. 不動産業 04. 金融業 05. 自営の職人 06. 露天・行商 07. その他の自営業 08. 団体役員
09. 会社員 10. 店員 11. 工員 12. 公務員 13. 風俗営業関係者 14. 風俗営業以外の飲食業関係者 15. 興業関係者 16. 旅館業関係者
17. 交通運輸業関係者 18. 土木建築業関係者 19. 日雇い労働者 20. その他の被雇用者 21. 医療業業関係 22. 芸能関係 23. 船員
24. 小学生 25. 中学生 26. 高校生 27. 大学生 28. 各種学校生 29. 主婦 30. 家事手伝い 31. 無職 32. 不定 33.その他

6)薬物乱用開始前・後における交友関係(複数選択可)
①暴力団員との関係　0.これまでなし 1.乱用前にあり 2.乱用後にあり 99.不明
②非行グループとの関係　0.これまでなし 1.乱用前にあり 2.乱用後にあり 99.不明
③薬物乱用者との関係　0.これまでなし 1.乱用前にあり 2.乱用後にあり 99.不明
7)補導・逮捕歴　0.これまでなし 1.乱用前にあり【内容(下記より):　】2.乱用後にあり【内容(下記より):　】99.不明
【内容】①窃盗 ②暴行・傷害 ③恐喝 ④強盗 ⑤薬物関連(所持・使用等) ⑥道交法 ⑦その他
8)刑事・矯正施設入所歴　0.なし 1.あり【①鑑別所 ②少年院 ③留置場 ④拘置所 ⑤刑務所 ⑥その他(　　)】99.不明
9)現在の配偶関係　1.未婚 2.同棲 3.内縁 4.既婚 5.別居 6.離婚 7.死別 8.再婚 9.その他(　　) 99.不明

10)タバコの使用歴　0.なし 1.あり【①使用開始:　歳, 不明 ②最終使用:　歳, 不明】99.使用歴は不明
11)アルコールの使用歴　0.なし 1.あり【①使用開始:　歳, 不明 ②最終使用:　歳, 不明】99.使用歴は不明
12)アルコール問題の既往　0.なし 1.あり【①問題飲酒レベル(過去・現在) ②依存レベル(過去・現在) ③程度は不明】99.不明
13)これまでの薬物使用歴について(例)にならって記入して下さい。ただし治療で用いた薬物は除きます。
(「方法*」は下欄から該当する番号を選択。「年齢」が不明の場合は「99」。「依存」は薬物使用の"コントロール喪失"を目安として。)

	使用薬物	【これまで】使用の有無	【初回使用時】年齢	【初回使用時】方法*	【過去1年間】使用の有無	【過去1年間】方法*	【過去1ケ月間】使用の有無	【過去1ケ月間】方法*	乱用開始から「依存」に至る期間(月)	最終使用年齢
規制薬物	(例) 覚せい剤	(1.あり) 2.なし 3.不明	20歳	(1~8)	(1.あり) 2.なし 3.不明	(1~8)	1.あり (2.なし) 3.不明	(1~8)	約28ヵ月	23歳
	1. 覚せい剤	1.あり 2.なし 3.不明	歳	(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明	(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明	(1~8)		歳
	2. 有機溶剤	1.あり 2.なし 3.不明	歳	(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明	(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明	(1~8)		歳
	*「有機溶剤」(=各種「吸入剤」含む)薬物名:シンナー, トルエン, ラッカー, ボンド, ガス類, その他(薬物名):									
	3. 大 麻	1.あり 2.なし 3.不明	歳	(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明	(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明	(1~8)		歳
	*「大麻」の形態:マリファナ(葉), 樹脂, ハシシオイル, その他:									
	4. コカイン	1.あり 2.なし 3.不明	歳	(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明	(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明	(1~8)		歳
	5. ヘロイン	1.あり 2.なし 3.不明	歳	(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明	(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明	(1~8)		歳
	6. MDMA(エクスタシー)	1.あり 2.なし 3.不明	歳	(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明	(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明	(1~8)		歳
	7. マジックマッシュルーム	1.あり 2.なし 3.不明	歳	(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明	(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明	(1~8)		歳
	8. LSD	1.あり 2.なし 3.不明	歳	(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明	(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明	(1~8)		歳
	9. その他①	1.あり 2.なし 3.不明	歳	(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明	(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明	(1~8)		歳
	*「その他①」(薬物名):									
医薬品	10. 睡眠薬	1.あり 2.なし 3.不明	歳	(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明	(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明	(1~8)		歳
	*「睡眠薬」剤名:トリアゾラム, フルニトラゼパム, ブロムワレリル尿素, "ウッド", ブロチゾラム, ニトラゼパム, その他(薬剤名):									
	11. 抗不安薬	1.あり 2.なし 3.不明	歳	(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明	(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明	(1~8)		歳
	*「抗不安薬」剤名:エチゾラム, アルプラゾラム, ジアゼパム, ブロマゼパム, その他(薬剤名):									
	12. 鎮痛薬	1.あり 2.なし 3.不明	歳	(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明	(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明	(1~8)		歳
	*「鎮痛薬」剤名:セデス, ナロン, ソセゴン・ペンタジン, その他(薬剤名):									
	13. 鎮咳薬	1.あり 2.なし 3.不明	歳	(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明	(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明	(1~8)		歳
	*「鎮咳薬」剤名(アロン液, アロン錠, トニン, その他(薬剤名):									
	14. リタリン	1.あり 2.なし 3.不明	歳	(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明	(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明	(1~8)		歳
	15. その他②	1.あり 2.なし 3.不明	歳	(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明	(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明	(1~8)		歳
	*「その他②」(薬物名):									

「方 法*」　1. 経口　2. 静注　3. 吸引(主に有機溶剤)　4. 加熱吸煙(いわゆる"あぶり":コカイン・クラック, 覚せい剤など)
(複数選択可)　5. 喫煙(主に大麻)　6. 経鼻　7. その他　8. 不明

14）はじめて使用した薬物は何ですか？（＊処方薬・医薬品については、治療目的以外の使用(=乱用)とします。）
1.覚せい剤 2.有機溶剤 3.大麻 4.コカイン 5.ヘロイン 6.MDMA(ｴｸｽﾀｼｰ) 7.ﾏｼﾞｯｸﾏｯｼｭﾙｰﾑ 8.LSD
9.睡眠薬 10.抗不安薬 11.鎮痛薬 12.鎮咳薬 13.リタリン 14.その他（ ） 99.不明

15）初回使用薬物（"質問14）"の薬物）をはじめて使用した動機は次のうちどれでしたか？（複数選択可）
1.誘われて 2.刺激を求めて 3.好奇心・興味から 4.断りきれずに 5.自暴自棄になって 6.覚醒効果を求めて
7.疲労の軽減 8.性的効果を求めて 9.ストレス解消 10.抑うつ気分の軽減 11.不安の軽減 12.不眠の軽減
13.疼痛の軽減 14.咳嗽の軽減 15.やせるため 16.その他（ ） 99.不明

16）初回使用薬物（"質問14）"の薬物）を使用するきっかけとなった人物は次のうち誰でしたか？（複数選択可）
1.なし（自発的使用） 2.配偶者 3.同棲中の相手 4.恋人・愛人 5.同性の友人 6.異性の友人 7.知人
8.医師 9.薬剤師 10.親 11.同胞 12.密売人 13.その他（ ） 99. 不明

17）インターネットなどのメディアが薬物を使用するきっかけとなっていますか？
0.なっていない
1.なっている【具体的に：①インターネット ②TV ③書籍・雑誌 ④新聞報道 ⑤その他（ ）】
99.不明

18）調査時点における「主たる薬物」（＝現在の精神科的症状に関して臨床的に最も関連が深いと思われる薬物）をひとつ選択して下さい。（複数の薬物が同程度に関与していると考えられる場合は、複数選択して下さい。）
1.覚せい剤 2.有機溶剤 3.大麻 4.コカイン 5.ヘロイン 6.MDMA(ｴｸｽﾀｼｰ) 7.ﾏｼﾞｯｸﾏｯｼｭﾙｰﾑ 8.LSD
9.睡眠薬 10.抗不安薬 11.鎮痛薬 12.鎮咳薬 13.リタリン 14.その他（ ） 99.不明

19）"質問18）"で選択した「主たる薬物」の最近1年間における主な入手経路は以下のうちどれですか？（複数選択可）
1.最近1年間は使用していない 2.友人 3.知人 4.恋人・愛人 5.家族 6.密売人（日本人） 7.密売人（外国人）
8.医師 9.薬局 10.インターネット 11.その他（ ） 99.不明

20）"質問18）"で選択した「主たる薬物」について、現在、精神科的には以下のどの診断（ICD-10）に該当しますか。
該当する診断に○をつけて下さい。（主診断：ひとつ，副診断：複数選択可。）

ICD-10 診断分類	主診断	副診断
1. (F1x.0) 急性中毒		
2. (F1x.1) 有害な使用（心身の健康に害が起きているが、「依存症候群」「精神病性障害」は満たさないもの）		
3. (F1x.2) 依存症候群		
4. (F1x.3) 離脱状態		
5. (F1x.4) せん妄を伴う離脱状態（アルコール性振戦せん妄等）		
6. (F1x.5x) 精神病性障害（物質使用中または使用後２週以内の発症、症状の持続は 48 時間以上で6ヶ月以内）		
7. (F1x.5*) 精神病性障害（物質使用中または使用後２週以内の発症、症状の持続は 48 時間以上で6ヶ月以上）		
8. (F1x.6) 健忘症候群		
9. (F1x.7) 残遺性障害（ﾌﾗｯｼｭﾊﾞｯｸ、気分・認知・人格障害等）・遅発性精神病性障害（使用後 2～6 週の発症）		
10. (F1x.8) 他の精神および行動の障害		

21）これまでに薬物使用に誘発された「精神病エピソード」の既往がある場合、その発症年齢は何歳でしたか？
1. 既往がある【発症：（ ）歳，不明】 2.既往はない 99.既往は不明

22）精神疾患の家族歴はありますか？（ｱﾙｺｰﾙ・薬物関連精神疾患またはその他の精神疾患）
0.なし 1.あり 99.不明
＊「あり」の場合【①続柄（ ）：精神疾患名（ ），②続柄（ ）：精神疾患名（ ）】，不明

23）これまでに、自傷行為または自殺企図がみられたことがありますか？
0.なし 1.あり【その内容：①自傷行為（ 歳頃） ②自殺企図（ 歳頃） ③どちらともいえない】 99.不明

24)これまでに経験した「生育史上の問題」について，下記から選んで下さい(複数回答可)。

0.とくになし 1.15 歳以前の親との離別【①父親 ②母親】 2.不登校 3.いじめられ体験 4.家庭内暴力
5.被虐待【内容：①身体的 ②性的 ③心理的(ネグレクトなど) ④その他( ):年齢：___歳頃】
6.その他(内容：) 99.不明

25)薬物関連精神疾患に関する精神科治療の開始年齢は何歳でしたか？(他院での治療歴があれば含めて下さい)

1.( )歳 99.不明

26)今回の外来受診または入院に至る受診経路は以下のうちどれですか？

1.自発的な受診
2.周囲のすすめ 【①家族 ②友人・知人 ③職場関係者 ④学校 ⑤その他( )】
3.医療機関 【①精神科クリニック ②精神科病院 ③一般科医療機関 ④その他( )】
4.保健福祉・行政機関 【①精神保健福祉センター ②保健所 ③福祉事務所 ④児童相談所 ⑤一般救急搬送
⑥精神科救急システム ⑦鑑定 ⑧その他( )】
5.刑事司法機関【①警察 ②保護観察所 ③裁判所 ④弁護士 ⑤保護司 ⑥民生委員 ⑦その他( )】
6.民間リハビリ施設・自助グループ 【①ダルク ②NA ③AA ④その他( )】
7.その他( ) 99.不明

27)これまでに「薬物依存症」または「アルコール依存症」用の何らかのプログラムを利用したことがありますか？利用したことがある場合，実施場所と内容を下記から選んで下さい(複数選択可)。

0.利用したことはない
1.利用したことがある
A.次のどちらのプログラムを利用しましたか？
①「薬物依存症」のためのプログラム ②「アルコール依存症」のためのプログラム 99.不明
B.プログラムの実施場所はどこでしたか？
①精神科医療機関 ②精神保健福祉センター ③保健所 ④自助グループ【ア.NA イ.AA ウ.断酒会】
⑤民間リハビリ施設(ダルク等) ⑥その他( ) 99.不明
C.プログラムの内容はどのようなものでしたか？
①教育プログラム(講義形式のもの，教育ビデオ，テキスト学習，等)
②グループミーティング ③自助グループ(NA，AA 等)・ダルク等のメンバーによるメッセージ
④認知行動療法 ⑤運動療法 ⑥内観療法 ⑦生活技能訓練(SST，等)
⑧家族のためのプログラム ⑨その他( ) 99.不明

28)この患者さんの治療および回復において問題と考えられる点について，重要なものから 3項目を下記より選んで下さい。

1.断薬への動機付けが希薄なこと
2.薬物の使用欲求・渇望のコントロールが困難なこと
3.遷延性・持続性の精神病性障害
4.長期にわたる薬物使用に伴う認知機能障害
5.精神疾患の併存【①気分障害 ②不安障害 ③摂食障害 ④パーソナリティ障害 ⑤その他( )】
6.基本的なソーシャルスキルが身に付いていないこと
7.家族の問題(薬物関連問題に関する理解や協力の乏しさ，虐待の既往，家族の物質使用障害・精神疾患，等)
8.薬物使用に関連した交友関係を断ち切れないこと
9.自助グループにつながらないこと【①地域に存在しない ②存在するが本人が拒否 ③その他( )】
10.住居など地域の受け皿がないこと
11.就労または経済的問題
12.刑事司法的問題【具体的に： 】
13.その他

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

分担研究報告書
(1−3)

平成20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）
分担研究報告書

全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究

分担研究者　庄司正実　　目白大学
研究協力者　妹尾栄一　　東京都精神医学総合研究所
研究協力者　富田　拓　　国立武蔵野学院
研究協力者　相澤　仁　　国立武蔵野学院
研究協力者　小柳紘介　　国立武蔵野学院
研究協力者　宇佐見兼市　国立きぬ川学院

研究要旨　この研究の目的は，薬物乱用のハイリスク群である非行児の薬物への意識および実態を把握することである．この目的のため，全国の児童自立支援施設に入所中の児童に質問紙調査を実施した．有効調査人数は，1289人（男性869人，女性420人）であった．調査により以下のような結果が得られた：1）有機溶剤乱用経験者（以下、乱用者）数は男性93人（10.7%）女性128人（30.5%），大麻乱用者数は男性35人（4.0%）女性59人（14.0%），覚せい剤乱用者数は男性3人（0.3%）女性29人（6.9%），ブタン乱用者数男性102人（11.7%）女性79人（18.8%）であった．その他，抗不安薬（安定剤）乱用が男性46人（5.3%）女性73人（17.4%），ブロン（咳止め液）乱用が男性24人（2.8%）女性43人（10.2%）に認められた．従来の結果と同様にすべての薬物にて女性は男性より乱用頻度が高かった．2）1994年度からの薬物乱用頻度の変化は以下のとおりである．有機溶剤乱用はこれまで男女とも減少傾向であったが，今回も同様であった．特に男性において減少傾向が強く，1994年の41.2%から2006年以降10%前後になっている．女性でも1994年59.6%から2006年以降30%となっている．覚せい剤乱用は男女とも2000年ころまで増加傾向にあったが，2002年以降減少傾向を示している．大麻乱用頻度について男性は5%から6%前後であったがあまり変化していない．女性では1994年（22.0%）および1996年（19.0%）はやや高かったが1998年から14%から15%台であまり変化はない．3）有機溶剤乱用に対する態度の年代変化を検討したところ，1998年と比較して大きな変化は見られなかった．ことのことより近年の有機溶剤乱用頻度の減少と児童の薬物乱用への態度はあまり関係がないと考えられた．一方，入所非行児の非行歴を検討した結果非行程度がやや軽度化している傾向が疑われた．児童自立支援施設入所児童は薬物乱用のハイリスクグループである．今回の調査により児童の乱用薬物が従来のように有機溶剤中心ではなくなってきていることを示している．今後とも継続的に実態を把握していくことが必要である．

A　研究目的

われわれは，1994年度より2006年度まで隔年ごとに児童自立支援施設入所非行児の薬物乱用の実態を全国調査してきた[1),2),3),4),5),6)]．その結果，有機溶剤乱用経験者（以下、乱用者）は男女とも低下してきており特に男性における低下が顕著であるという結果が得られている．また，覚せい剤乱用は男女とも2000年ころまで増加傾向にあったが，2002年以降減少傾向を示していた．大麻乱用頻度について男性は5%から6%前後であったが2006年度には2.7%に．減少し，女性では1994年（22.0%）および1996年（19.0%）はやや高かったが1998年から14%から15%台であまり変化はなかった．

これら各種薬物の非行少年における乱用実態を継続的に把握することが本研究のおもな目的である．

児童自立支援施設入所非行児における薬物乱用の動態の変化は警察白書[7)]による薬物乱用検挙少年者数動向と類似している．

青少年白書平成19年版[8)]によれば，2006年に覚せい剤事犯で検挙した少年は289人で，前年に比べ138人（32.3%）減少し，有機溶剤等の乱用で検挙した少年は841人で，前年に比べ527人（38.5%）減少した．大麻事犯で検挙した少年は187人で，前年に比べ13人（7.5%）増加した。また，MDMA

等合成麻薬事犯で検挙した少年は31人で，前年に比べ32人（50.8%）減少した．少年の薬物事犯のうちでは，有機溶剤の乱用が依然として大半を占めているが，1990年代初めは2万人前後検挙され，その数は激減している．

このような警察検挙数の変化が，実際の非行臨床場面における薬物乱用を反映しているかどうかを把握することは非行臨床の実践にとっても重要である．

薬物乱用では実際に検挙されず暗数となっている乱用者が多いため，実際の薬物乱用数を推定するための疫学調査がどうしても必要である．

本調査では，2006年に引き続き児童自立支援施設入所非行児の薬物乱用実態を調査することにより薬物乱用のハイリスク群である非行児の薬物乱用の動態を把握する．おもな調査対象薬物は，われわれの従来調査の結果と比較できることおよび他の調査研究や司法統計資料と比較検討できることより有機溶剤，大麻，覚せい剤，ブタンとしたが，その他の薬物についても簡単に乱用経験および周囲の乱用状況を尋ねる質問項目を追加した．

B　方法

1 対象

全国の57の児童自立支援施設入所児童．児童自立支援施設に調査用紙を配布した．回答が得られた施設は，48施設であった（施設回収率84.2%）．分析では性別の記載のなかった者を除いた．その結果最終的調査対象者数は1289人（男性869人，女性420人）となった．

2 調査用紙

調査用紙は資料に示した．調査が今後も同一施設に継続的に実施できるよう，なるべく被調査施設および被調査者の負担にならないように留意した．

調査項目は，薬物乱用関連項目，薬物以外の非行関連項目，性格検査項目，一般個人属性などである．薬物乱用に関する質問項目は前回までとほぼ同じである．

今回，薬物に対するイメージを検討するためにSD法により喫煙と有機溶剤乱用を比較することとした．このSD法検査は昨年度の児童自立支援施設面接調査で実施したものである[7]．項目数は18項目である．ただしこの薬物イメージは今回の分析には含まない．

3 調査手続き

調査用紙は各施設に郵送し，施設ごと集団で実施してもらった．終了後施設ごとに一括して返送してもらった．回答は無記名式で，もし回答したくない場合は回答しなくても良い旨を質問紙に書き添えた．

C　結果

1 対象者の属性

対象者の，性・学年構成，性・年齢構成，施設入所期間，地域別人数，非行歴，初発非行年齢，家庭裁判所係属歴を表1から表7に示した．

性別にみると男性が869人で全体の67.4%を占めている．就学状況は，中学3年生が男性364人（41.9%），女性が190人（45.2%）と最も多い．中学生が男性の80.5%，女性の78.5%で多いが，高校生および専門学校生が男性4.7%，女性5.7%であった．中学卒業後で無職である者も男性5.4%，女性8.1%を占めている．そのほか小学生が男女それぞれ6.6，1.4%いた．就労者は男女それぞれ0.3%，1.7%であった（表1）．年齢で見ると中学2年および3年に相当する14歳および15歳が男性でそれぞれ35.0%，28.5%，女性で35.2%，33.3%と多くを占めていた．一方，18歳以上の者は男女それぞれ1.1%，2.1%であった（表2）．

施設入所期間は，入所初期の3ヶ月以下の者が男性164人（18.9%），女性99人（23.6%）であった．一方，2年以上入所している者は男性104人（12.0%），女性39人（9.3%）いた（表3）．

在住地は，施設の所在地により北海道・東北，関東，中部，関西，中国・四国，九州・沖縄に分けた．国立2施設については児童本人の居住地を確認していないため在住地不詳とした．最も人数の多かった地域は関東（男性216人，女性88人）であり，また調査対象数が最も少なかったのは中部（男性75人，女性32人）であった（表4）．

非行歴に関しては多いものから順に，男性では怠学604人（69.5%），家出・外泊582人（67.0%），窃盗550人（63.3%），自転車盗 534人（61.4%），女性では家出・外泊358人（85.2%），怠学355人（84.5%），窃盗284人（67.6%），不良交友 283人（67.4%），自転車盗281人（66.9%）などとなってい

る(表5).

初発非行年齢は，男女とも小学校5年から中学校1年が10%台で多い．女性では全体に男性より初発非行がやや高い傾向にあり，女性の最も多い初発非行年齢は中学1年の91人(21.7%)であった(表6).

家庭裁判所への係属歴は，性差はなく，男性181人(26.1%)，女性82人(28.0%)である(表7).

2 薬物乱用の頻度

調査対象薬物は前回2006年調査と同じく有機溶剤，ブタン，大麻，覚せい剤，コカイン，睡眠薬，安定剤，咳止め液，MDMA，リタリンである．非行児の薬物乱用は，女性に多いため，男女別に検討した．また，薬物への意識は，薬物乱用者と非乱用者で異なると予想されるので両者を分けて分析した．

1) 周囲の薬物乱用頻度(表8)

少年達の交友関係など周囲に各種薬物乱用者がいるかどうか尋ねた．その結果，すべての薬物で女性は男性よりも周囲の薬物乱用頻度が高かった．

男性では，有機溶剤245人(28.2%)，ブタン199人(22.9%)，大麻129人(14.8%)，安定剤120人(13.8%)，覚せい剤96人(11.0%)，咳止め液85人(9.8%)，MDMA28人(3.2%)，コカイン23人(2.6%)，リタリン22人 (2.5%)，睡眠薬14人(1.6%)の順であった．

女性では有機溶剤244人(58.1%)，ブタン165人(39.3%)，覚せい剤・安定剤154人(36.7%)，大麻153人(36.4%)，咳止め液128人(30.5%)，コカイン62人(14.8%)，MDMA41人(9.8%)，リタリン40人(9.5%)，睡眠薬19人(4.5%)の順であった．

2) 本人の薬物乱用頻度(表9)

本人の薬物乱用もすべての薬物において女性は男性より頻度が高かった．

男性では，乱用頻度が高い順に，ブタン102人(11.7%)，有機溶剤93人(10.7%)，安定剤46人(5.3%)，大麻35人(4.0%)，咳止め液24人(2.8%)，MDMA10人(1.2%)，睡眠薬9人 (1.0%)，コカイン8人(0.9%)，覚せい剤3人(0.3%)，リタリン1人 (0.1%) であった．

女性では，乱用頻度が高い順に，有機溶剤128人(30.5%)，安定剤73人(17.4%)，ブタン79人(18.8%)，大麻59人(14.0%)，咳止め液43人(10.2%)，覚せい剤29人(6.9%)，MDMA24人(5.7%)，コカイン16人(3.8%)，リタリン9人(2.1%)，睡眠薬8人(1.9%)であった．

各薬物とも無回答者が数ほどいたため乱用頻度の少ない薬物では結果の信頼に問題がある．男性の場合は有機溶剤，ブタン以外は信頼性に乏しい．女性でもコカイン，睡眠薬やリタリンなどは信頼性が低い．

3) 有機溶剤，大麻，覚せい剤の乱用頻度の年代変化(表10，表11)

有機溶剤，大麻，覚せい剤の乱用頻度について，1994年から今回2008年調査までの隔年調査結果を表にまとめた．

有機溶剤乱用は，男性において一貫して減少しており1994年41.2%から2008年には10.7%となった．女性有機溶剤乱用率は男性よりも減少率がゆるやかであったが前回2006年31.1%から2008年30.5%に減少した．

大麻は男性では1994年から2004年まで5%から6%前後，2006年は2.7%であったが，今回4.0%となった．女性では1998年から2006年にかけて14%から15%台であり今回は14.0%であり大きな変化はない．

覚せい剤は男性では1994年1.2%から2000年5.0%まで増加したのち，2002年2.5%，2004年1.6%，2006年0.7%と低下し，今回は0.3%となった．女性では1994年6.6%から1998年16.9%まで増加したが，2000年15.2%から2006年10.9%へと低下傾向であり，今回は6.9%へと低下した．

4) 地域ごとの有機溶剤，大麻，覚せい剤の乱用頻度 (表12，表13)

有機溶剤，大麻，覚せい剤，ブタンの各種薬物乱用頻度を地域ごとにみてみた．

男性では，有機溶剤乱用は中部13.3%，東北・北海道13.2%，関西12.7%，九州12.9%などで高かった．大麻乱用は関西7.3%が高かった．ブタン乱用は，九州3.5%が低くその他はいずれも10%いじょうであった．

女性の場合，東北・北海道はいずれの薬物とも乱用頻度が高い．また関西も有機溶剤乱用42.6%，

大麻23.8%と高かった.

地域別の検討では,対象数が少なくなるので調査年度による変動が大きくなりやすい.

3 有機溶剤,大麻,覚せい剤乱用の意識・実態

1) 有機溶剤

① 周囲の有機溶剤乱用による精神症状発現者(表14)

身近に有機溶剤乱用の結果,病気や異常になった人がいたかどうか訪ねた.

その結果,男性の80人(9.2%),女性の118人(28.1%)が身近に有機溶剤乱用の結果と思われる異常を訴える人がいたと答えていた.女性に周囲の症状発現者が多かった.

② 有機溶剤入手性(表15)

有機溶剤の入手が困難であるかどうかについて尋ねた.

簡単に手に入るとしたものは,男性では164人(18.9%),女性では156人(37.1%)であり,女性の方が簡単に手に入るとした者が多かった.

③ 有機溶剤乱用開始年齢(表16)

有機溶剤乱用開始年齢は,男女とも中学1年生あるいは中学2年生である13歳が最も多かった(男性21人(22.6%),女性42人(32.8%)).続いて14歳,12歳が開始年齢として多かった.

④ 有機溶剤吸引頻度(表17)

有機溶剤を最も乱用していた時期の吸引頻度を尋ねた.「数回以上」が男女それぞれ45人(48.4%),53人(41.4%)と多かった.「ほとんど毎日」と回答した者は男女それぞれ21人(22.6%),36人(28.1%)であった.乱用頻度に性差はなかった.

⑤ 有機溶剤乱用への態度(表18,19)

この項目は,男女ごとに有機溶剤乱用経験別に比較した.有機溶剤乱用に対して,「法律で禁じられているから,すべきではないと思う」,「法律で禁じられてはいるが,少々ならかまわないと思う」,「法律で禁じられてはいるが,それを守る必要は全然ないと思う」の3件法で回答してもらった.

「法律で禁じられているからすべきではないと思う」と遵法的に答えた者は,有機溶剤非乱用者では男性597人(78.9%),女性188人(67.1%)だったのに対し,有機溶剤乱用者では男性26人(28.0%),女性28人(21.9%)と少なかった.

一方,「少々ならかまわないと思う」,「法律を守る必要は全然ないと思う」という許容的回答をした者は,乱用者では男性64人(68.8%)および女性90人(70.3%)と多く,一方,非乱用者では男性104人(13.7%)および女性70人(25.0%)と少なかった.

以上,男女とも乱用者は有意に有機溶剤乱用に許容的であった.

⑥ 有機溶剤乱用禁止への態度(表20,21)

法律で有機溶剤乱用を禁止していること自体への意見を尋ねた.「禁止することを当然」としているのは非乱用者では男女それぞれ493人(65.1%),140人(50.0%)であったのに対し,有機溶剤乱用者では「禁止することを当然」とした者は男女それぞれ35人(37.6%),30人(23.4%)にすぎなかった.「有機溶剤くらい禁止しなくても良い」「そもそも法律で決める必要はなく,個人の好きにさせればよい」を合わせた有機溶剤乱用に肯定的意見が,有機溶剤乱用者では,男女それぞれ27人(29.0%),48人(37.5%)あり,非乱用者よりも多かった.

⑦ 有機溶剤の有害性知識(表22,23)

有機溶剤乱用の影響として,急性中毒死,多発神経炎,精神病状態,無動機症候群,フラッシュバックについて尋ねた.

これらの有害性については,精神病状態およびフラッシュバックが有機溶剤乱用の有無にかかわらず男女とも良く知られていた.精神病状態が生じることを知っていた者は,男性では乱用者70人(75.3%)非乱用者487人(64.3%),女性では乱用者114人(89.1%),非乱用者221人(78.9%)であった.また,乱用者・非乱用者とも女性の方が男性よりも有害性知識がある傾向にあった.

⑧ 有機溶剤で体験した症状(乱用者)(表24)

有機溶剤による症状としては精神病状態が男性乱用者11人(11.8%),女性乱用者35人(27.3%)に訴えられていた.フラッシュバックも男性乱用者12人(12.9%),女性乱用者37人(28.9%)に見られた.無動機症候群や多発神経炎の症状も尋ねている

が，これらは本人の訴えであるので正確な診断ではない．

⑨ 有機溶剤の有害性知識と乱用抑止(表25)

有機溶剤乱用の有害性の知識が有機溶剤乱用を抑止するかどうかを有機溶剤乱用者に尋ねた．「害を知っていたら吸引しなかったと思う」が男性乱用者では23人(24.7%)，女性乱用者では26人(20.3%)であった．一方，「やはりしていたと思う」は男女乱用者それぞれ40人(43.0%)，80人(62.5%)であった．

⑩ 施設退所後，乱用しないと思うか(有機溶剤乱用者のみ)(表26)

今回施設を退所した後有機溶剤を再び乱用すると思うかどうかを乱用者に尋ねた．その結果，「絶対やらないと思う」は男女それぞれ64人(68.8%)，69人(53.9%)であった．一方，「多分やると思う」「絶対やると思う」と答えた者は男性ではどちらも0人，女性ではそれぞれ9人(7.0%)，3人(2.3%)と少なかった．

⑪ 退所後，乱用すると思う理由(退所後「多分やる」「絶対やる」と答えた者のみ)(表27)

上記退所後乱用すると思うと答えた者にその理由を尋ねた．男性では退所後「多分やる」「絶対やる」と答えた者がいなかった．女性では「いやなことがあったらやると思うから」とした者が5人(41.7%)いた．「今もやりたいと思っているから」が7人(58.3%)いた．

2) ブタン乱用

① 周囲のブタン乱用による精神症状発現者(表28)

身近にブタン乱用の結果，病気や異常になった人がいたかどうか訪ねた．

その結果，男性の74人(8.5%)，女性の75人(17.9%)が身近にブタン乱用の結果と思われる異常を訴える人がいたと答えていた．女性に周囲のブタンによる症状発現者が多かった．

② ブタン入手困難さ (表29)

ブタンの入手が困難であるかどうかについて尋ねた．

簡単に手に入ると回答したのは，男性では335人(38.6%)，女性では177人(42.1%)であり，4割前後の者がブタン入手は容易としていた．

③ ブタン乱用開始年齢(表30)

ブタン乱用開始年齢は，13歳が男性33人(32.4%)，女性22人(27.8%)で最も多かった．つづいて14歳，12歳が多かった．11歳以下の男性が10人(9.8%)，女性7人(8.9%)みられた．

④ ブタン乱用頻度(表31)

ブタンを最も乱用していた時期の吸引頻度を尋ねた．「ほとんど毎日」していた経験があるのは，男性37人(36.3%)，女性27人(34.2%)であった．一方，「いままで1,2回」のみと回答した者は男性18人(17.6%)，女性11人(13.9%)であった． ブタン乱用に関しては乱用頻度の性差はないようである．

⑤ ブタン乱用への態度(表32,33)

男女ごとにブタン乱用経験別に比較した．ブタン乱用についてどう思うかを，「すべきではない」，「少々ならかまわないと思う」，「かまわないと思う」の3件法で回答してもらった．

「乱用すべきではない」と答えた者は，ブタン非乱用者では男性374人(49.9%)，女性131人(40.2%)だったのに対し，乱用者では男性12人(11.8%)および女性12人(15.2%)と少なかった．非乱用者ではブタン吸引そのものを知らなかった者が男女それぞれ271人(36.2%)，95人(29.1%)と多かった．

⑥ ブタンの有害性知識(表34,35)

ブタン吸引の影響として，精神病状態，急性中毒死について尋ねた．

非乱用者では，精神病状態および急性中毒死いずれも知らなかった者が男性505人(67.4%)女性198人(60.7%)と多くを占めていた．男性乱用者では精神病状態，急性中毒死を知っていたものはそれぞれ27人(26.5%)，12人(11.8%)であった．女性では，精神病症状について知っていた者は乱用者26人(32.9%)非乱用者88人(27.0%)，急性中毒死について知っていた者は乱用者18人(22.8%)非乱用者67人(20.6%)であった．男女とも有害性の知識は乱用者と非乱用者の間に大きな差はないようであった．

⑦ ブタンで体験した症状(乱用者)(表36)

乱用者において体験した症状を尋ねた.その結果ブタン乱用によって精神病状態を体験した者は男女それぞれ14人(13.7%),17人(21.5%)であった.フラッシュバック体験率は男女それぞれ22人(21.6%), 13人(16.5%)であった.

⑧ ブタンの有害性知識と抑止(表37)

ブタンの有害性知識がブタン吸引を抑止するかどうか検討するためブタンの有害性を知っていたら乱用しなかったかどうかを乱用者に尋ねた.男性では「害を知っていたら吸引しなかったと思う」と「やはりしていたと思う」がいずれも30%前後でほぼ同じであった.一方,女性では「やはりしていたと思う」41人(51.9%)が「害を知っていたら吸引しなかったと思う」13人(16.5%)よりも多かった.

⑨ 施設退所後、乱用したいと思うか(ブタン乱用者のみ)(表38)

今回施設を退所した後ブタンを再び乱用すると思うかどうかを乱用者に尋ねた.その結果,「多分やると思う」あるいは「絶対やると思う」と答えた者は男性では3人(2.9%), 女性では2人(2.6%)であり,「絶対やらないと思う」は男女それぞれ69人(67.6%), 50人(63.3%)であった.退所後のブタン乱用への気持ちに性差はないようであった.

⑩ 退所後、乱用すると思う理由(「多分やる」「絶対やる」と答えた者のみ)(表39)

退所後乱用すると思うと答えた者にその理由を尋ねた.対象人数が男性3人女性2人とすくなかった.理由としては少ないが男女とも「今もやりたいと思う」「いやなことがあったらやると思う」などがあげられた.

3) 大麻

① 周囲の大麻乱用による精神症状発現者(表40)

身近に大麻乱用の結果,病気や異常になった人がいたかどうか尋ねた.

その結果,男性の71人(8.1%), 女性の100人(23.8%)が身近に大麻乱用の結果と思われる異常を訴えていた人がいたと答えていた.大麻による周囲の精神症状発現者は女性に多かった.

② 大麻入手性困難さ(表41)

大麻の入手が困難であるかどうかについて尋ねた.

簡単に手に入るとしたものは,男性では69人(7.9%), 女性では79人(18.8%)であり,女性の方が簡単に手に入るとする者が多かった.

③ 大麻の知識(表42)

「大麻を吸う前(使ったことがない人は施設入所前), 大麻についてあなたはどう思っていたか」を尋ねた.「見てみたかった」が男性61人(7.0%)女性61人(14.5%),「試してみたかった」が男性42人(4.8%)女性52人(12.4%)であった.

④ 大麻の乱用開始年齢(表43)

大麻乱用者に乱用開始年齢を尋ねた.男性では18人(51.5%)女性では24人(40.6%)が 13歳から14歳が開始年齢と回答しており,この年代に開始年齢として多かった.

⑤ 最もしていた時の大麻乱用頻度(表44)

大麻乱用経験者に最も吸引していた時期の吸引頻度を尋ねた.「数回以上」が男性18人(51.4%),女性28人(47.5%)と半数を占めていた.「ほとんど毎日」は男性13人(37.1%), 女性16人(27.1%)みられた.

⑥ 大麻乱用への態度(表45,46)

大麻を吸うことをどう思っていたかを大麻乱用の有無で比較した.大麻非乱用者は,男性646人(79.3%), 女性220人(63.8%)が,「法律で禁じられているからすべきではないと思う」と答えていた.一方,大麻乱用者では,「すべきではない」とした者が男女それぞれ6人(17.1%), 10人(16.9%)に過ぎなかった.大麻乱用者では「少々ならかまわないと思う」「 それを守る必要は全然ない」をあわせた大麻乱用に肯定的意見が男性で28人(80.0%),女性で45人(76.3%)を占めていた.男女とも乱用者のほうが許容的態度であった.

⑦ 大麻禁止への態度(表47,48)

法律で大麻を禁止していること自体への意見を

尋ねた．有機溶剤乱用の場合と同様，非乱用者は，「禁止することを当然」としとするものが多い（男性71.5%，女性55.4%）のに対し，大麻乱用者では「禁止することを当然」とした者は少なかった（男性20.0%，女性16.9%）．大麻乱用者では「大麻くらい禁止しなくても良い」「そもそも法律で決める必要はなく，個人の好きにさせればよい」など大麻吸引に肯定的意見が男女それぞれ37.2%，45.8%と多かった．

⑧ 大麻の有害性知識（表49，50）

大麻吸引の影響として，精神病状態，無動機症候群について尋ねた．全体に乱用者は非乱用者よりも知識があった．乱用者は男女とも60%以上が精神病状態が起こることを知っていた．

⑨ 大麻で体験した症状（乱用者）（表51）

乱用者に大麻による精神症状を尋ねた．精神病状態は男性6人（17.1%），女性20人（33.9%）にみられた．無動機症候群は男性9人（25.7%），女性15人（25.4%）にみられた．精神病状態は女性に多かった．

⑩ 大麻の有害性知識と抑止（表52）

大麻吸引の有害性の知識が大麻吸引を抑止するかどうかを検討するため，大麻による害を知っていたら吸引しなかったと思うかどうかを大麻乱用者に尋ねた．

「害を知っていたら吸引しなかったと思う」と答えた大麻乱用者は，男女それぞれ8人（22.9%），6人（10.2%）にすぎず，「やはりしていたと思う」と答えた者が多かった．

⑪ 施設退所後の大麻使用（大麻乱用者のみ）（表53）

今回施設を退所した後大麻を再び乱用すると思うかどうかを乱用者に尋ねた．その結果，男女ともほとんどの者が「多分やらないと思う」（男性13人（37.1%），女性24人（40.7%））あるいは「絶対やらないと思う」（男性18人（51.4%），女性25人（42.4%）と答えていた．

退所後も乱用する理由としては，「今もやりたいと思っているから」「いやなことをあったらやると思う」などがあげられた（表54）．

4）覚せい剤

① 周囲の覚せい剤乱用による精神症状発現者（表55）

身近に覚せい剤乱用の結果，病気や異常になった人がいたかどうか訪ねた．

その結果，男性の57人（6.6%），女性の81人（19.3%）が身近に覚せい剤乱用の結果と思われる異常を訴えていた人がいたとしており，女性の周囲で覚せい剤乱用による精神症状発現者が多かった．

② 覚せい剤入手性（表56）

覚せい剤の入手が困難であるかどうかについて尋ねた．

簡単に手に入るとした者は，男性では47人（5.4%），女性では73人（17.4%），また少々苦労するが手に入ると答えた者が男性106人（12.2%），女性86人（20.5%）であり，女性の方が簡単に手に入るとする者が多かった．

③ 覚せい剤への関心（表57）

「覚せい剤を使う前（使ったことがない人は施設入所前），覚せい剤についてどう思っていたか」を尋ねた．「見てみたかった」および「試してみたかった」という覚せい剤への関心を示した者が男性の66人（7.6%），女性の93人（22.1%）を占めた．女性は男性よりも覚せい剤乱用以前から覚せい剤への関心が高かった．

④ 覚せい剤乱用への誘い（表58）

「入所前，覚せい剤の使用を誘われたことがあるかどうか」を尋ねた．男性では21人（2.4%），女性では76人（18.1%）が覚せい剤乱用に誘われていた．この質問項目では無回答が男女それぞれ283人（32.6%），104人（24.8%）と多いためその点を考慮する必要がある．

⑤ 覚せい剤の乱用開始年齢（表59）

覚せい剤乱用者にはじめて覚せい剤を乱用した年齢を尋ねた．男性では乱用者が3人と少ないので開始年齢についてははっきりしない．女性では15歳が9人（28.1%）で最も多く，ついで14歳の5人（15.6%）であった．

⑥ 覚せい剤の乱用頻度（表60）

覚せい剤乱用者が最も乱用していた時期にどの程度乱用していたかを尋ねた．男女とも「数回以上」が2人(66.7%)および12人(41.4%)と多かった．一方，女性では「ほとんど毎日」とした者も9人(31.0%)いた．

⑦ 覚せい剤の乱用方法（表61）

乱用方法を「吸引」「注射」「吸引と注射」に分けて尋ねた．吸引のみを乱用方法としてあげた者が女性では18人(62.1%)と最も多かった．古典的使用法である注射のみをあげた者は男女それぞれ1人(33.3%)，4人(13.8%)であった．「吸引と注射」をあげた者は，男女それぞれ1人，5人(17.2%)であった．

⑧ 覚せい剤への態度(表62,63)

男女別乱用経験別に覚せい剤への態度を比較した．男性では乱用者が少ないため乱用有無別の比較はあまり実がない．男性では約80%が「乱用すべきではない」としている．女性では乱用者29人のうち「少々ならかまわないと思う」11人(37.9%)「それを守る必要は全然ない」8人(27.6%)など覚せい剤乱用に肯定的意見が多く「乱用すべきではない」は8人(27.6%)と少なかった．これに対し女性の非乱用者では「乱用すべきではない」が240人(64.3%)で2/3ほどを占めていた．

⑨ 覚せい剤禁止への態度(表64,65)

法律で覚せい剤を禁止していること自体への意見を尋ねた．これも男性では乱用者が3人と少ないため乱用有無別の比較は意味がない．男性では「禁止するのは当然である」とする者がおよそ75%であった．女性では乱用者では「禁止するのは当然である」は9人(31.0%)，「そもそも法律で決める必要はなく，個人の好きにさせればよい」という覚せい剤使用に肯定的意見が9人(31.0%)にみられた．一方，女性の非乱用者では「禁止するのは当然である」が209人(56.0%)であった．

⑩ 覚せい剤の有害性知識(表66,67)

覚せい剤吸引の影響として，精神病状態およびフラッシュバックについて尋ねた．男性では精神病状態およびフラッシュバックについて知っているとした者が40%ほどであった．一方，女性では精神病状態やフラッシュバックについては知っている者は乱用者でいずれも21人(72.4%)があった．非乱用者でも60%ほどが有害性の知識があった．

⑪ 覚せい剤の有害性体験率(表68)

覚せい剤乱用者に，精神病状態，フラッシュバックの体験ついて尋ねた．男性では，乱用者が少ないこともあり，精神病状態，フラッシュバックの体験した者はいなかった．一方，女性では，精神病状態，フラッシュバックの体験した者はそれぞれ15人(51.7%)，11人(37.9%)いた．

⑫ 覚せい剤の有害性知識と抑止(表69)

覚せい剤有害性知識が覚せい剤吸引を抑止するかどうかを覚せい剤乱用者に尋ねた．「害を知っていたら吸引しなかったと思う」が女性4人(13.8%)であった．「やはりしていたと思う」とする者が，女性で19人(65.5%)であり，有害性を知っていても乱用したとするものの方が多かった．

⑬ 施設退所後の乱用可能性(覚せい剤乱用者のみ)(表70)

今回施設を退所した後覚せい剤を再び乱用すると思うかどうかを乱用者に尋ねた．その結果，男性では回答全員「絶対やらないと思う」と答えていた．女性では2人(6.9%)が「多分やると思う」と答えていた．理由については，「今もやりたいと思っているから」と「いやなことがあったらやると思うから」があげられていた(表71)．

D 考察

1 本年度調査の薬物乱用実態

1) 乱用薬物の種類

今年度の調査で，非行児の乱用薬物として多かったのは男性ではブタン102人（11.7%）および有機溶剤93人（10.7%），女性では有機溶剤128人（30.5%）であった．われわれこれまでの入所非行児調査では男女とも有機溶剤が最も多い乱用薬物であったが，2006年調査以降は男性では有機溶剤乱用よりもブタン乱用の方が多くなっていた．またいわゆる精神安定剤が男性46人(5.3%)女性73人(17.4%)と比較的多い．

薬物乱用で検挙された少年数は近年減少している(青少年白書19年版)．特に有機溶剤乱用は199

0年代には2万人以上が検挙されていたが平成18年度は841人と大きく減少している．現在ブタン乱用は青少年の間で相対的に重要な乱用薬物となってきていると思われる．

いわゆる精神安定剤が男性46人(5.3%)女性73人(17.4%)と比較的多い．有機溶剤乱用が以前より減少してきたため安定剤も乱用薬物としては相対的に頻度が高く実態について今後とも把握していく必要があると思われる．安定剤(抗不安薬)についてはこれまで非行児を対象に種類や入手経路などあまり検討してきていない．

男性においてその他の薬物乱用頻度は1%台以下である．この値は未回答者の頻度と変わらずこれらの薬物乱用頻度は信頼性が低いと考えられる．

全体的に薬物乱用が減少してきているため，特に男性では児童自立支援における薬物問題の重要性は相対的に低下していると考えられる．そのため薬物に対する啓蒙教育があまり行われなくなるではないかと心配される．

2) 薬物乱用の性差

入所非行児の薬物乱用の性差については，従来と同様にすべての薬物において男性より女性の方が乱用率が高くまた乱用者実数も多かった．一方，青少年白によれば，有機溶剤乱用，大麻乱用，覚せい剤乱用により検挙された犯罪少年のうち女性の割合はそれぞれ41.7%, 16.7%, 64.9%である．つまり大麻のみ著しく男性に多く，有機溶剤はやや男性が多く，覚せい剤は女性が多い．したがって，われわれの調査対象である入所非行児においては，これは検挙された犯罪少年の場合とはやや異なるといえる．

この理由として，一つには女子非行では性非行や薬物非行が重要な入所理由となりやすいことが考えられる．児童保護の観点から，薬物問題は男性より女性で重要となりやすい．児童自立支援施設への入所は児童相談所や家庭裁判所の判断によるので，女性の場合の方が薬物乱用をしたことによって施設入所になる可能性が高いと思われる．

3) 薬物乱用の地域差

薬物乱用の頻度を地域ごとの検討した結果，薬物の種類により地域差が認められた．しかし，地域ごとの対象人数はそれほど多くないので乱用率などの結果の変動は大きい．そのため地域差については断定的なことは言いにくい．

過去の結果を見てみると，2000年度調査では，有機溶剤乱用および覚せい剤乱用頻度は関西地域が高く，ブタン乱用は地域差があまりなかった．2002年調査では北海道・東北地方で有機溶剤乱用，ブタン乱用，大麻乱用などが多かった．2004年度は東北・北海道では全般に各種の薬物乱用が多く九州は有機溶剤乱用がおもな乱用薬物であり他の乱用薬物は比較的少ないという結果であった．

2006年度は男性よりも女性で地域差があるようで関東および関西で多少薬物乱用率が高いという結果であった．

2 薬物乱用の年代変化

乱用頻度の年代変化は回答数や回答施設の変動の影響を受ける．これまで調査対象数は大体1200人から1300人ほどである．前回2006年調査では対象数が986人とやや少なかったが，今回は回答者数1300人台となった．このような回答率の変動を考慮し結果の解釈には注意が必要である．また薬物乱用には地域差があるので回答する施設が調査ごとに異なるとその影響も出てくると思われる．さらに対象者のうち1年以上入所している者が30%以上いる．これらの対象者では1年以上前の薬物経験を訪ねていることになるので警察統計の年度と直接比較し評価することは難しい．

以上を考慮したうえで有機溶剤乱用，大麻乱用，覚せい剤乱用の年次変化についておよそ下記のとおりである．

1) 有機溶剤

男性では1994年度調査より有機溶剤乱用は一貫して減少しており，1994年度から今回2008年まで2年おきに41.2%, 37.3%, 30.3%, 26.4%, 21.6%, 14.3%, 9.8%, 10.7%となっている．

一方，女性も減少傾向にあるが男性ほど顕著でない．女性では，1994年から1998年までの59.6%, 50.6%, 48.5%と減少したが，2000年は52.3%とやや上昇し，その後2002年46.5%, 2004年44.2%, 2006年31.1%, 2008年30.5%と減少してきている．

警察白書によれば有機溶剤乱用により検挙された少年数は1991年ごろは2万人前後であったがそ

の後漸減し，平成18年には841人までに減少した．この傾向は児童自立支援施設入所非行児の有機溶剤乱用者数の動向は検挙少年数との変化と相関していると思われる．児童自立支援施設入所児童の有機溶剤乱用率が今後とも減少していくか継続的調査が必要である．

2) 大麻

大麻乱用は，男性では1994年および1996年は5.5%，6.7%であったが，1998年から2004年までほぼ5%前後で変化していなかった．2006年は2.7%と低下したがこの2008年は4.0%であった．女性では，1994年から1998年まで22.0%，19.0%，14.4%と漸減し，2000年以降は14%から15%台であり，今回も14.0%とあまり変化していない．

全体としてみるとこの10年ほど児童自立支援施設入所児の大麻乱用は有機溶剤乱用と比較すると大きな変化はなく，男性では4%から5%，女性では14%から15%である．

3) 覚せい剤

警察白書によれば，検挙された覚せい剤乱用少年は1990年代中頃より増加し，その後1998年より減少傾向にある．このような傾向と同様に，児童自立支援施設調査の覚せい剤乱用頻度も，男性では1994年1.2%から2000年5.0%まで増加傾向にあり，2002年度に2.5%へとはじめて減少し，2004年1.6%，2006年0.7%，今回2008年0.3%となった．女性では1994年6.6%から1998年16.9%まで急増し，その後は減少傾向を示し2008年6.9%となった．全般に覚せい剤乱用は一時増加したが，ここ数年は減少傾向にあるといえよう．

3 対象者の特性の変化

今回の調査より，有機溶剤乱用の減少がはっきりしてきた．原因のひとつには単純に有機溶剤が乱用薬物として好まれなくなったことが考えられる．その他有機溶剤乱用減少に関連すると思われる要因として，有機溶剤乱用への態度，有機溶剤乱用への知識，入所児童の非行性そのものの変化なども考えられる．以下従来のわれわれの調査結果もふまえて，有機溶剤乱用頻度の減少に対する態度などの要因の影響を検討する．

1) 薬物乱用に対する態度

従来調査と同様に，今回対象薬物について，各薬物の乱用についてどう思うか，および法律で薬物乱用を禁止していることをどう思うかを尋ねた．全体として従来の結果とほぼ同様な結果が得られた．すなわち，乱用者は非乱用者よりも薬物乱用に許容的であり，また乱用を法律で禁止する必要はなく個人の好きにすればよいと考える傾向にある．また，乱用者，非乱用者に限らず女性の方が男性より薬物乱用に許容的である．

縦断的にみてみると「法律で禁じられているから，有機溶剤を乱用すべきではないと思う」と答えた者の割合は，1998年には男性67.6%女性53.1%であり，今年2008年度は男性71.7%女性51.4%であった．この間有機溶剤乱用頻度は大きく減少したのに対して有機溶剤乱用への態度は変化してないといえる．

また法律で有機溶剤乱用を禁止していることについて「禁止することを当然」「禁止するのは仕方ない」と回答したものの割合は，1998年には男性78.3%女性71.2%であり，2008年度は男性74.2%女性61.9%であった．法律で禁止されていることに対する態度も変化していないといえる．

これらより，近年の入所児童における有機溶剤乱用頻度の減少と有機溶剤乱用に対する態度はあまり関係がないと思われる．確かに乱用別にみると乱用者は非乱用者よりも薬物乱用に許容的態度である薬物乱用と乱用への態度は関連があるが，有機溶剤に対する態度は乱用頻度の年代変化を説明するものではないようである．

2) 薬物の有害性知識

具体的有害性知識が乱用前からあったら乱用しなかったかどうかという，有害性知識と乱用抑止の関係も前回同様に検討した．その結果，やはり前回同様な傾向にあった．結果に示したとおり，もし有害性を知っていたら使用しなかったと答えた者は少なく，大多数は有害性知識があっても使用しただろうと答えている．これは，単なる知識としての啓蒙教育で防げるの薬物乱用は全体の一部に過ぎないことを予測させる．ただ，今回も薬物の害について質問紙で簡単に尋ねただけなので，十分な啓蒙教育を実際に実施にその前後で態

度の変化を測定しなければ教育による態度変容の効果を判定することは難しい.

このことより近年の有機溶剤乱用の低下は有機溶剤の害知識にそれほど関係していないことが考えられる.有機溶剤による精神病状態について知っている者は1998年男性63.6%女性82.2%, 2008年男性70.0%女性80.0%であった. またフラッシュバックについては1998年男性40.6%女性50.2%, 2008年男性54.0%女性72.4%であった. これらより精神病状態についてはあまり変化はないがフラッシュバックの知識はやや増加している.

これらより有機溶剤の害知識も特に近年の有機溶剤乱用頻度減少を説明するものではないと思われる.

3) 非行歴

入所児童の非行性そのものの変化が薬物乱用頻度と関連していることが考えられる.そこで代表的な非行行動として「恐喝・ひったくり」「不良交友」「傷害」の頻度を以前の調査結果と比較した.

「傷害」は1998年男性70.0%女性57.1%, 2008年調査では男性61.0%女性55.7%であった. やや減少傾向かあまり変らないように見える.「不良交友」は1998年男性69.4%女性80.5%, 2008年調査では男性52.6%女性67.4%であった. やはりこれもやや減少傾向にあるようである.「恐喝・ひったくり」は1998年男性59.6%女性54.4%, 2008年調査では男性29.9%女性33.6%であった. これも減少傾向にある.

1998年より児童自立支援支援施設は教護院より名称変更され,施設目的も非行性の除去だけでなく自立への援助が必要な児童への対応となってきている.そのため以前より入所児童の非行度は低下している可能性が示唆される.有機溶剤乱用頻度の減少もこのような入所児童の非行性の低下と一部関連しているのかもしれない.しかし薬物によって乱用頻度が大きく減少しているものとそうでないものがあり乱用と非行性全体の関連ははっきりはしない.一方, 家庭裁判所への係属率などはそれほど変化しておらず,一概に非行性が低下しているとも言いきれず,薬物乱用との関連は断定できない.

今後母集団としての入所児童の特性変化に注意しながら薬物乱用調査をしていく必要があると思われる.

4 方法論上の問題点

1) 対象者の特性

本研究は児童自立支援施設入所非行児の薬物乱用の実態調査であるが,前述のとおり入所児童の特性が以前と変化している可能性がある.今回入所児童のいくつかの非行行動は薬物乱用に限らず次第に減少していることが示唆されている.

施設関係者の間では入所児童が以前ほどいわゆる反社会性が目立たなくなってきていると言われている.特に1998年に教護院から児童自立支援施設へと名称変更になり,同時に施設目的がかっての教護院時代の非行性除去ではなく児童への支援となり,さらに入所児童が変化してきていると考えられる.入所児童はおもに反社会性の高い非行児童であるが,非社会的であったり精神障害を伴い不適応を起こしていたりする児童が増えてきているといわれている.

以前よりも非行性の軽い児童が多く入所するようになってきているとすると,当然薬物非行もそれに伴い減少している可能性がある.したがって入所児童の特性の変化に注意しながら今後の継続的調査を進めていく必要がある.

2) 対象数の変動

われわれの全国児童自立支援施設薬物乱用実態調査の回答数は,1994年以降1200人から1300人前後である. 2006年調査では986人とやや少なくなったが,今回有効回答数1289人であり従来どおりの調査人数であった.人数が少ないと地域差による変動なども受けやすく結果の信頼性も低下する. 本調査は比較的質問数が少ないとはいえ, 児童および施設にとって調査協力はやはり負担であると思われるので,次回以降の調査でも回答数が極端に減少しないよう配慮した研究計画を作成していく予定である.

3) 無回答率の問題

無回答を減らすために無記名式の質問紙調査としているが,質問内容が薬物乱用という反社会行動であるため無回答が多くなることが予想される. 今回の調査で各薬物の乱用経験について2%から5%が無回答であった. 乱用率が数%程度の薬物では乱用頻度と無回答率が変らないこととな

る．無回答者においては薬物乱用者が多い可能性があるため，特に乱用率の低い薬物では乱用率の信頼性が乏しくなる．男性では女性よりも薬物乱用が少ないため有機溶剤およびブタン以外の薬物は乱用頻度の信頼性が低い．

5　今後の課題

1）調査対象数の問題

今回調査の有効回答者数は1289人，施設参加率は84.2%であった．しかし前回2006年調査は施設参加がやや少なかった．年度による施設の調査参加率の変動が大きいと結果の信頼性が低下するので今後とも施設回答率が一定以上保たれるようにする必要がある．ひとつにはやはり調査が施設や児童の抵抗を引き起こさないような内容であることに注意しなければならない．現在でも薬物乱用への質問は無用な関心を引き起こしたり過去の非行を思い出させたりして良くないと考えられる場合があるようである．これらの点に配慮しつつ必要な事柄を聴ける質問紙にしていくことが望まれる．また調査時期が適切かどうかの問題もある．同時期に他の調査の依頼，入所児童の生活態度・状況，施設行事等により調査に参加しにくくなることもある．これらの点を考慮して今後の調査計画を立てる必要があると感がえられる．

2）非行少年における薬物乱用の減少に対する対応

現在でも女性入所児童において，有機溶剤乱用は30%ほどの認められ，施設入所中の薬物教育は重要である．しかし，男性入所児童において有機溶剤乱用者は激減した．また以前は薬物乱用と言えば有機溶剤と覚せい剤であったが，今は多様な薬物が使用されている．使用される薬物が多様であると，その有害性の説明も多様になるであろうし，入手経路などもまた多様になるであろう．全般的な薬物教育は変らないと思われるが，施設としては多くの乱用薬物に教育することが難しくなっているかもしれない．そもそも薬物非行が目立たなくなると薬物教育そのものがおざなりになることも危惧される．薬物乱用児童にとって施設入所中は薬物教育を受けられる良い機会でありこの間に適切な教育を受けられるかどうかは施設退所後の薬物乱用再発にとって重要と思われる．

非行少年における薬物乱用は有機溶剤乱用中心から多様になってきており，今後そのような変化に合わせた調査や啓蒙教育が必要と思われる．ブタンや医薬品その他薬物を考慮して調査を継続していく必要がある．

謝辞

本研究は，全国の児童自立支援施設の多くの方々のご協力により実施ができました．ご協力いただいた方々にここで深謝させていただきます．

参考文献

3）阿部恵一郎：児童福祉施設(教護院)における有機溶剤乱用少年・少女の実態調査．平成6年度厚生科学研究費補助金「麻薬等総合対策研究事業」　薬物依存研究の社会学的，精神医学的特徴に関する研究　平成6年度研究結果報告書．1995

4）庄司正実：全国の児童自立支援施設における薬物依存の意識・実態に関する研究　平成10年度厚生科学研究「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神病患者等に対する適切な医療のあり方についての研究」．1999

5）庄司正実：全国の児童自立支援施設における薬物依存の意識・実態に関する研究　平成12年度厚生科学研究「薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究」．2001

6）庄司正実：全国の児童自立支援施設における薬物依存の意識・実態に関する研究　平成14年度厚生科学研究「薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究」．2003

7）庄司正実：全国の児童自立支援施設における薬物依存の意識・実態に関する研究　平成16年度厚生科学研究「薬物乱用・依存の実態とその社会的影響・対策に関する研究」．2005

8）庄司正実：全国の児童自立支援施設における薬物依存の意識・実態に関する研究　平成18年度厚生科学研究「薬物乱用・依存の実態とその社会

的影響・対策に関する研究」. 2005

9) 平成13年度警察白書. 警察庁編. 2002

10) 平成19年版青少年白書 内閣府編 2007

E. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

F. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表1 性・学年構成

	男性 人数	%	女性 人数	%
小学 4年以下	10	1.2	1	0.2
小学 5年	13	1.5	3	0.7
小学 6年	34	3.9	2	0.5
中学 1年	89	10.2	37	8.8
中学 2年	247	28.4	103	24.5
中学 3年	364	41.9	190	45.2
高校(専門学校)	17	2.0	11	2.6
高校(専門学校)	16	1.8	8	1.9
高校(専門学校)	8	0.9	5	1.2
無職	47	5.4	34	8.1
就労中	3	0.3	7	1.7
無回答ほか	21	2.4	19	4.5
計	869	100.0	420	100.0

表2 性・年齢構成

	男性 人数	%	女性 人数	%
9歳以下	5	0.6	0	0.0
10歳	5	0.6	4	1.0
11歳	26	3.0	0	0.0
12歳	58	6.7	10	2.4
13歳	139	16.0	60	14.3
14歳	304	35.0	148	35.2
15歳	248	28.5	140	33.3
16歳	34	3.9	31	7.4
17歳	33	3.8	13	3.1
18歳	9	1.0	9	2.1
19歳以上	1	0.1	0	0.0
無回答ほか	7	0.8	5	1.2
計	869	100.7	420	100.0

表3 施設入所期間

	男性 人数	%	女性 人数	%
3ヶ月以下	164	18.9	99	23.6
4ヶ月から6ヶ月	144	16.6	88	21.0
6ヶ月から1年	215	24.7	98	23.3
1年から1年6ヶ月	149	17.1	69	16.4
1年6ヶ月から2年	93	10.7	27	6.4
2年以上	104	12.0	39	9.3
無回答		0.0		0.0
計	869	100.0	420	100.0

表4 地域別人数

	男性 人数	%	女性 人数	%
東北・北海道	91	10.5	54	12.9
関東	216	24.9	88	21.0
中部	75	8.6	32	7.6
関西	205	23.6	101	24.0
中国・四国	111	12.8	58	13.8
九州	85	9.8	42	10.0
不詳	86	9.9	45	10.7
	869	100.0	420	100.0

表5 非行歴

	男性 人数	%	女性 人数	%
学校をさぼった	604	69.5	355	84.5
外泊や家出をした	582	67.0	358	85.2
自転車を盗んだ	534	61.4	281	66.9
人の物やお金を盗んだ	550	63.3	284	67.6
人にけがをさせた	530	61.0	234	55.7
家からお金を持ち出し	477	54.9	258	61.4
不良仲間とつき合った	457	52.6	283	67.4
家の中で暴れた	345	39.7	190	45.2
人の物やみんなの物を	328	37.7	178	42.4
バイクや自動車を盗んだ	279	32.1	169	40.2
ひったくり, カツアゲ	260	29.9	141	33.6
無免許運転	285	32.8	158	37.6
物や家に火をつけた	276	31.8	104	24.8
根性焼きや入墨をした	251	28.9	136	32.4
性関係のこと	218	25.1	218	51.9
その他	153	17.6	96	22.9
暴力団とつき合った	90	10.4	106	25.2
暴走族に入った	61	7.0	50	11.9

表6 初発非行年齢

	男性 人数	%	女性 人数	%
小学校入学前	67	7.7	12	2.9
小学 1年	67	7.7	29	6.9
小学 2年	75	8.6	26	6.2
小学 3年	90	10.4	35	8.3
小学 4年	90	10.4	46	11.0
小学 5年	116	13.3	50	11.9
小学 6年	104	12.0	57	13.6
中学 1年	125	14.4	91	21.7
中学 2年	52	6.0	37	8.8
中学 3年	7	0.8	4	1.0
中学卒業後	4	0.5	2	0.5
無回答	72	8.3	31	7.4
計	869	100.0	420	100.0

表7 家庭裁判所への係属歴

	男性 人数	%	女性 人数	%
ある	181	20.8	82	19.5
ない	433	49.8	183	43.6
無回答	79	9.1	23	5.5

表8 周囲の薬物乱用状況

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
有機溶剤	245	28.2	244	58.1
大麻	129	14.8	153	36.4
覚せい剤	96	11.0	154	36.7
ガス	199	22.9	165	39.3
コカイン	23	2.6	62	14.8
リタリン	22	2.5	40	9.5
睡眠薬	14	1.6	19	4.5
安定剤	120	13.8	154	36.7
咳止め液	85	9.8	128	30.5
MDMA	28	3.2	41	9.8
その他	36	4.1	48	11.4

表9 本人の薬物乱用歴

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
有機溶剤	93	10.7	128	30.5
大麻	35	4.0	59	14.0
覚せい剤	3	0.3	29	6.9
ガス	102	11.7	79	18.8
コカイン	8	0.9	16	3.8
リタリン	1	0.1	9	2.1
睡眠薬	9	1.0	8	1.9
安定剤	46	5.3	73	17.4
咳止め液	24	2.8	43	10.2
MDMA	10	1.2	24	5.7
その他	12	1.4	20	4.8

表10 有機溶剤・大麻・覚せい剤の乱用頻度の年代変化(男性)

単位:%

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008
有機溶剤	41.2	37.3	30.3	26.4	21.6	14.3	9.8	10.7
大麻	5.5	6.7	4.8	5.0	4.9	4.9	2.7	4.0
覚せい剤	1.2	1.7	3.9	5.0	2.5	1.6	0.7	0.3

表11 有機溶剤・大麻・覚せい剤の乱用頻度の年代変化(女性)

単位:%

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008
有機溶剤	59.6	50.6	48.5	52.3	46.5	44.2	31.1	30.5
大麻	22.0	19.0	14.4	14.7	15.9	15.9	14.0	14.0
覚せい剤	6.6	10.8	16.9	15.2	13.6	12.4	10.9	6.9

表12 地域別薬物乱用頻度(男性)

	有機溶剤	大麻	覚醒剤	ブタン
東北・北海道(n=91)	13.2%	4.4%	0.0%	15.4%
関東(n=216)	7.9%	3.2%	0.0%	12.5%
中部(n=75)	13.3%	2.7%	1.3%	10.7%
関西(n=205)	12.7%	7.3%	0.5%	12.7%
中国・四国(n=111)	4.5%	0.9%	0.0%	11.7%
九州(n=85)	12.9%	3.5%	0.0%	3.5%

表13 地域別薬物乱用頻度(女性)

	有機溶剤	大麻	覚醒剤	ブタン
東北・北海道(n=54)	31.5%	16.7%	11.1%	25.9%
関東(n=88)	23.9%	2.3%	3.4%	17.0%
中部(n=32)	6.3%	9.4%	3.1%	15.6%
関西(n=101)	42.6%	23.8%	5.9%	15.6%
中国・四国(n=58)	22.4%	8.6%	1.7%	12.1%
九州(n=46)	35.7%	9.5%	7.1%	19.0%

表14 自分の周囲の有機溶剤乱用による精神症状発現者

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
いた	80	9.2	118	28.1
いない	757	87.1	286	68.1
無回答	32	3.7	16	3.8

表15 有機溶剤入手困難さ

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
簡単に手に入る	164	18.9	156	37.1
少々苦労するが,なんとか手に入る	91	10.5	55	13.1
ほとんど不可能だ	73	8.4	23	5.5
絶対不可能だ	295	33.9	60	14.3
無回答	246	28.3	126	30.0

表16 有機溶剤乱用開始年齢(乱用者のみ)

	男性(n=93)		女性(n=128)	
	人数	%		%
10歳以下	5	5.4	3	2.3
11歳	4	4.3	6	4.7
12歳	16	17.2	20	15.6
13歳	21	22.6	42	32.8
14歳	15	16.1	26	20.3
15歳以上	2	2.2	3	2.3
経験はあるが年齢はおぼえていない	4	4.3	11	8.6
無回答	26	28.0	17	13.3

表17 最もしていた時の有機溶剤乱用頻度(乱用者のみ)

	男性(n=93)		女性(n=128)	
	人数	%	人数	%
今まで1, 2回	22	23.7	14	10.9
数回以上	45	48.4	53	41.4
ほとんど毎日	21	22.6	36	28.1
無回答	5	5.4	25	19.5

表18 有機溶剤乱用への態度(男性)

	有機溶剤乱用			
	乱用者(n=93)		非乱用者(n=757)	
	人数	%	人数	%
法律で禁じられているから，すべきではないと思う	26	28.0	597	78.9
法律で禁じられてはいるが，少々ならかまわないと思う	44	47.3	54	7.1
法律で禁じられてはいるが，それを守る必要は全然ないと思う	20	21.5	50	6.6
無回答	3	3.2	56	7.4

表19 有機溶剤乱用への態度(女性)

	有機溶剤乱用			
	乱用者(n=128)		非乱用者(n=280)	
	人数	%	人数	%
法律で禁じられているから，すべきではないと思う	28	21.9	188	67.1
法律で禁じられてはいるが，少々ならかまわないと思う	51	39.8	48	17.1
法律で禁じられてはいるが，それを守る必要は全然ないと思う	39	30.5	22	7.9
無回答	10	7.8	22	7.9

表20 有機溶剤乱用禁止への態度(男性)

	有機溶剤乱用			
	乱用者(n=93)		非乱用者(n=757)	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	35	37.6	493	65.1
しかたないことだと思う	29	31.2	88	11.6
シンナーくらい禁止しなくてもいいのではないかと思う	11	11.8	9	1.2
法律で決める必要はなく，個人の好きにさせればよいと思う	16	17.2	75	9.9
無回答	2	2.2	92	12.2

表21 有機溶剤乱用禁止への態度(女性)

	有機溶剤乱用			
	乱用者(n=128)		非乱用者(n=280)	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	30	23.4	140	50.0
しかたないことだと思う	40	31.3	50	17.9
シンナーくらい禁止しなくてもいいのではないかと思う	14	10.9	14	5.0
法律で決める必要はなく，個人の好きにさせればよいと思う	34	26.6	41	14.6
無回答	10	7.8	35	12.5

表22 有機溶剤の知識(男性)

	有機溶剤乱用			
	乱用者(n=93)		非乱用者(n=757)	
	人数	%	人数	%
急性中毒死	31	33.3	254	33.6
多発神経炎	34	36.6	279	36.9
精神病状態	70	75.3	487	64.3
無動機症候群	41	44.1	259	34.2
フラッシュバック	65	69.9	405	53.5
いずれも知らなかった	10	10.8	160	21.1

表23 有機溶剤の知識(女性)

	有機溶剤乱用			
	乱用者(n=128)		非乱用者(n=280)	
	人数	%	人数	%
急性中毒死	55	43.0	116	41.4
多発神経炎	67	52.3	132	47.1
精神病状態	114	89.1	221	78.9
無動機症候群	78	60.9	137	48.9
フラッシュバック	106	82.8	198	70.7
いずれも知らなかった	6	4.7	34	12.1

表24 有機溶剤で体験した症状(有機溶剤乱用者)

	男性乱用者(n=93)		女性乱用者(n=128)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	11	11.8	35	27.3
フラッシュバック	12	12.9	37	28.9
多発神経炎	5	5.4	8	6.3
無動機症候群	8	8.6	38	29.7

表25 有機溶剤の薬害知識と乱用抑止(有機溶剤乱用者)

	男性乱用者(n=93)		女性乱用者(n=128)	
	人数	%	人数	%
しなかったと思う	23	24.7	26	20.3
やはりしていたと思う	40	43.0	80	62.5
無回答	24	25.8	14	10.9

表26 施設退所後，乱用しないと思うか(有機溶剤乱用者)

	男性乱用者(n=93)		女性乱用者(n=128)	
	人数	%	人数	%
絶対やらないと思う	64	68.8	69	53.9
多分やらないと思う	27	29.0	44	34.4
多分やると思う	0	0.0	9	7.0
絶対やると思う	0	0.0	3	2.3
無回答	2	2.2	3	2.3

表27 退所後，乱用すると思う理由(退所後「多分やる」「絶対や

	男性乱用者(N=0)	女性乱用者(N=12)
	人数	人数
誘われたらやると思うから		2 16.7
今もやりたいと思っているから		7 58.3
いやなことがあったらやると思うから		5 41.7
なんとなくそう思うから		3 25.0

表28 自分の周囲のブタン乱用による精神症状発現者

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
いた	74	8.5	75	17.9
いない	763	87.8	327	77.9
無回答	32	3.7	18	4.3

表29 ブタン入手困難さ

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
簡単に手に入る	335	38.6	177	42.1
少々苦労するが，なんとか手に入る	54	6.2	28	6.7
ほとんど不可能だ	56	6.4	27	6.4
絶対不可能だ	222	25.5	66	15.7
無回答	202	23.2	122	29.0

表30 ブタン乱用開始年齢(乱用者のみ)

	男性(n=102)		女性(n=79)	
	人数	%	人数	%
10歳以下	1	1.0	3	3.8
11歳	9	8.8	4	5.1
12歳	15	14.7	7	8.9
13歳	33	32.4	22	27.8
14歳	17	16.7	15	19.0
15歳以上	1	1.0	2	2.5
経験はあるが年齢はおぼえていない	4	3.9	7	8.9
無回答	22	21.6	19	24.1

表31 最もしていた時のブタン乱用頻度(乱用者のみ)

	男性(n=102)		女性(n=79)	
	人数	%	人数	%
今まで1，2回	18	17.6	11	13.9
数回以上	37	36.3	26	32.9
ほとんど毎日	37	36.3	27	34.2
無回答	10	9.8	15	19.0

表32 ブタン乱用への態度(男性)

	ブタン乱用			
	経験有(n=102)		経験無(n=749)	
	人数	%	人数	%
すべきではないと思う	12	11.8	374	49.9
[illegible]	40	39.2	45	6.0
かまわない	32	31.4	26	3.5
知らなかった	9	8.8	271	36.2
無回答	9	8.8	32	4.3

表33 ブタン乱用への態度(女性)

	ブタン乱用			
	経験有(n=79)		経験無(n=326)	
	人数	%	人数	%
すべきではないと思う	12	15.2	131	40.2
[illegible]	26	32.9	51	15.6
かまわない	27	34.2	31	9.5
知らなかった	8	10.1	95	29.1
無回答	6	7.6	18	5.5

表34 ブタンの知識(男性)

	ブタン乱用			
	経験有(n=102)		経験無(n=749)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	27	26.5	154	20.6
急性中毒死	12	11.8	118	15.8
いずれも知らなかった	61	59.8	505	67.4

表35 ブタンの知識(女性)

	ブタン乱用			
	経験有(n=79)		経験無(n=326)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	26	32.9	88	27.0
急性中毒死	18	22.8	67	20.6
いずれも知らなかった	35	44.3	198	60.7

表36 ブタンで体験した症状(乱用者のみ)

	男性乱用者(n=102)		女性乱用者(n=79)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	14	13.7	17	21.5
フラッシュバック	22	21.6	13	16.5

表37 ブタンの知識と乱用抑止(乱用者のみ)

	男性乱用者(n=102)		女性乱用者(n=79)	
	人数	%	人数	%
しなかったと思う	37	36.3	13	16.5
やはりしていたと思う	34	33.3	41	51.9
無回答	31	30.4	26	32.9

表38 施設退所後，乱用しないと思うかやブタン乱用者のみ)

	男性乱用者(n=102)		女性乱用者(n=79)	
	人数	%	人数	%
絶対やらないと思う	69	67.6	50	63.3
多分やらないと思う	25	24.5	25	31.6
多分やると思う	3	2.9	1	1.3
絶対やると思う	0	0.0	1	1.3
無回答	5	4.9	2	2.5

表39 退所後，乱用すると思う理由(退所後「多分やる」「絶対やる

	男性乱用者(n=3)		女性乱用者(n=2)	
	人数	%	人数	%
誘われたらやると思うから	0	0.0	0	0.0
今もやりたいと思っているから	2	66.7	0	0.0
いやなことがあったらやると思うから	0	0.0	2	100.0
なんとなくそう思うから	1	33.3	0	0.0

表40 自分の周囲の大麻乱用による精神症状発現者

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
いた	71	8.2	100	23.8
いない	761	87.6	304	72.4
無回答	37	4.3	16	3.8

表41 大麻入手困難さ

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
簡単に手に入る	69	7.9	79	18.8
少々苦労するが，なんとか手に入る	111	12.8	78	18.6
ほとんど不可能だ	103	11.9	36	8.6
絶対不可能だ	385	44.3	110	26.2
無回答	201	23.1	117	27.9

表42 大麻の知識

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
知らなかった	244	28.1	64	15.2
関心がなかった	447	51.4	210	50.0
見てみたかった	61	7.0	61	14.5
試してみたかった	42	4.8	52	12.4
無回答	75	8.6	33	7.9

表43 大麻乱用開始年齢(乱用者のみ)

	男性(n=35)		女性(n=59)	
	人数	%	人数	%
10歳以下	3	8.6	6	10.2
11歳	1	2.9	2	3.4
12歳	2	5.7	0	0.0
13歳	3	8.6	11	18.6
14歳	15	42.9	13	22.0
15歳以上	6	17.1	16	27.1
経験はあるが年齢はおぼえていない	0	0.0	5	8.5
無回答	5	14.3	6	10.2

表44 最もしていた時の大麻乱用頻度(乱用者のみ)

	男性(n=35)		女性(n=59)	
	人数	%	人数	%
今まで1，2回	4	11.4	6	10.2
数回以上	18	51.4	28	47.5
ほとんど毎日	13	37.1	16	27.1
無回答	0	0.0	9	15.3

表45 大麻乱用への態度(男性)

	大麻乱用			
	経験有(n=35)		経験無(n=815)	
	人数	%	人数	%
法律で禁じられているから，すべきではないと思う	6	17.1	646	79.3
法律で禁じられてはいるが，少々ならかまわないと思う	19	54.3	59	7.2
法律で禁じられてはいるが，それを守る必要は全然ないと思う	9	25.7	41	5.0
無回答	1	2.9	69	8.5

表46 大麻乱用への態度(女性)

	大麻乱用			
	経験有(n=59)		経験無(n=345)	
	人数	%	人数	%
法律で禁じられているから，すべきではないと思う	10	16.9	220	63.8
法律で禁じられてはいるが，少々ならかまわないと思う	28	47.5	59	17.1
法律で禁じられてはいるが，それを守る必要は全然ないと思う	17	28.8	35	10.1
無回答	4	6.8	31	9.0

表47 大麻乱用禁止への態度(男性)

	大麻乱用			
	経験有(n=35)		経験無(n=815)	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	7	20.0	583	71.5
しかたないことだと思う	12	34.3	72	8.8
大麻くらい禁止しなくてもいいのではないかと思う	5	14.3	10	1.2
法律で決める必要はなく，個人の好きにさせればよいと思う	8	22.9	66	8.1
無回答	3	8.6	84	10.3

表48 大麻乱用禁止への態度(女性)

	大麻乱用			
	経験有(n=59)		経験無(n=345)	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	10	16.9	191	55.4
しかたないことだと思う	19	32.2	66	19.1
大麻くらい禁止しなくてもいいのではないかと思う	8	13.6	8	2.3
法律で決める必要はなく，個人の好きにさせればよいと思う	19	32.2	49	14.2
無回答	3	5.1	31	9.0

表49 大麻の知識(男性)

	大麻乱用			
	経験有(n=35)		経験無(n=815)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	21	60.0	320	39.3
無動機症候群	11	31.4	175	21.5
いずれも知らなかった	12	34.3	436	53.5

表50 大麻の知識(女性)

	大麻乱用			
	経験有(n=59)		経験無(n=345)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	37	62.7	170	49.3
無動機症候群	27	45.8	109	31.6
いずれも知らなかった	17	28.8	140	40.6

表51 大麻で体験した症状(乱用者のみ)

	男性乱用者(n=35)		女性乱用者(n=59)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	6	17.1	20	33.9
無動機症候群	9	25.7	15	25.4

表52 大麻の知識と乱用抑止(乱用者のみ)

	男性乱用者(n=35)		女性乱用者(n=59)	
	人数	%	人数	%
しなかったと思う	8	22.9	6	10.2
やはりしていたと思う	19	54.3	42	71.2
無回答	4	11.4	6	10.2

表53 施設退所後，乱用しないと思うか(乱用者のみ)

	男性乱用者(n=35)		女性乱用者(n=59)	
	人数	%	人数	%
絶対やらないと思う	18	51.4	25	42.4
多分やらないと思う	13	37.1	24	40.7
多分やると思う	2	5.7	5	8.5
絶対やると思う	0	0.0	4	6.8
無回答	2	5.7	1	1.7

表54 退所後，乱用すると思う理由(退所後「多分やる」「絶対や

	男性乱用者(n=2)		女性乱用者(n=9)	
	人数	%	人数	%
誘われたらやると思うから	0	0.0	0	0.0
今もやりたいと思っているから	2	100.0	0	0.0
いやなことがあったらやると思うから	0	0.0	2	22.2
なんとなくそう思うから	1	50.0	0	0.0

表55 自分の周囲の覚せい剤乱用による精神症状発現者

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
いた	57	6.6	81	19.3
いない	769	88.5	187	44.5
無回答	43	4.9	25	6.0

表56 覚せい剤の入手性

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
簡単に手に入る	47	5.4	73	17.4
少々苦労するが，なんとか手に入る	106	12.2	86	20.5
ほとんど不可能だ	110	12.7	38	9.0
絶対不可能だ	396	45.6	106	25.2
無回答	210	24.2	117	27.9

表57 覚せい剤への関心

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
覚せい剤はどのようかへ	200	23.0	49	11.7
関心がなかった	510	58.7	225	53.6
見てみたかった	53	6.1	58	13.8
試してみたかった	13	1.5	35	8.3
無回答	93	10.7	53	12.6

表58 覚せい剤乱用への誘い

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
ある	21	2.4	76	18.1
ない	565	65.0	240	57.1
無回答	283	32.6	104	24.8

表59 覚せい剤乱用開始年齢

	男性(n=3)		女性(n=29)	
	人数	%	人数	%
10歳以下	1	33.3	2	6.3
11歳	0	0.0	2	6.3
12歳	0	0.0	1	3.1
13歳	0	0.0	2	6.3
14歳	1	33.3	5	15.6
15歳	0	0.0	9	28.1
経験はあるが年齢はおぼえていない	1	33.3	3	9.4
無回答	0	0.0	5	15.6

表60 覚せい剤乱用頻度

	男性(n=3)		女性(n=29)	
	人数	%	人数	%
今まで1，2回	1	33.3	3	10.3
数回以上	2	66.7	12	41.4
ほとんど毎日	0	0.0	9	31.0
無回答	0	0.0	5	17.2

表61 覚せい剤の乱用方法

	男性(n=3)		女性(n=29)	
	人数	%	人数	%
吸引	0	0.0	18	62.1
注射	1	33.3	4	13.8
吸引と注射	1	33.3	5	17.2
無回答	1	33.3	2	6.9

表62 覚せい剤への態度(男性)

	覚せい剤乱用			
	経験有(n=3)		経験無(n=845)	
	人数	%	人数	%
法律で禁じられているから，すべきではないと思う	2	66.7	685	81.1
法律で禁じられてはいるが，少々ならかまわないと思う	1	33.3	56	6.6
法律で禁じられてはいるが，それを守る必要は全然ないと思う	0	0.0	41	4.9
無回答	0	0.0	63	7.5

表63 覚せい剤への態度(女性)

	覚せい剤乱用			
	経験有(n=29)		経験無(n=373)	
	人数	%	人数	%
法律で禁じられているから，すべきではないと思う	8	27.6	240	64.3
法律で禁じられてはいるが，少々ならかまわないと思う	11	37.9	72	19.3
法律で禁じられてはいるが，それを守る必要は全然ないと思う	8	27.6	34	9.1
無回答	2	6.9	27	7.2

表64 覚せい剤禁止への態度(男性)

	覚せい剤乱用			
	経験有(n=3)		経験無(n=845)	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	3	100.0	641	75.9
しかたないことだと思う	0	0.0	69	8.2
法律で決める必要はなく，個人の好きにさせればよいと思う	0	0.0	63	7.5
無回答	0	0.0	72	8.5

表65 覚せい剤禁止への態度(女性)

	覚せい剤乱用			
	経験有(n=29)		経験無(n=373)	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	9	31.0	209	56.0
しかたないことだと思う	9	31.0	77	20.6
法律で決める必要はなく，個人の好きにさせればよいと思う	9	31.0	53	14.2
無回答	2	6.9	34	9.1

表66 覚せい剤の知識(男性)

	覚せい剤乱用			
	経験有(n=3)		経験無(n=845)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	1	33.3	363	43.0
フラッシュバック	1	33.3	320	37.9
いずれも知らなかった	2	66.7	389	46.0

表67 覚せい剤の知識(女性)

	覚せい剤乱用			
	経験有(n=29)		経験無(n=373)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	21	72.4	217	58.2
フラッシュバック	21	72.4	218	58.4
いずれも知らなかった	3	10.3	105	28.2

表68 有機溶剤で体験した症状

	男性乱用者(n=3)		女性乱用者(n=29)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	0	0.0	15	51.7
フラッシュバック	0	0.0	11	37.9

表69 覚せい剤の知識と抑止

	男性乱用者(n=3)		女性乱用者(n=29)	
	人数	%	人数	%
使わなかったと思う	0	0.0	4	13.8
やはり使ったと思う	0	0.0	19	65.5
無回答	3	100.0	6	20.7

表70 施設退所後，乱用しないと思うか(覚せい剤乱用者のみ)

	男性乱用者(n=3)		女性乱用者(n=29)	
	人数	%	人数	%
絶対やらないと思う	3	100.0	19	65.5
多分やらないと思う	0	0.0	6	20.7
多分やると思う	0	0.0	2	6.9
絶対やると思う	0	0.0	0	0.0
無回答	0	0.0	2	6.9

表71 退所後，乱用すると思う理由(退所後「多分やる」「絶対や

	男性乱用者(n=0)		女性乱用者(n=2)	
	人数	%	人数	%
誘われたらやると思うから	0	0.0	0	0.0
今もやりたいと思っているから	1	0.0	2	100.0
いやなことがあったらやると思うから	0	0.0	2	100.0
なんとなくそう思うから	0	0.0	1	50.0

調査へのお願い

この調査の目的は，薬物などに対するみなさんの考えや経験を知ることです．この調査は，厚生労働省の科学研究費によるもので，現在，全国の一般中学生でも同様な調査が行われています．

自分の名前は書く必要はありませんし，集めた用紙もコンピュータで集計しますので，誰がどのように答えたのか分かりません．したがって，答えた内容が施設での生活や退院時期に影響することはありません．どうしても答えたくない質問には答えなくてもかまいません．

各質問に対する回答は，特にことわらない限りもっともあてはまる内容の番号を一つだけ選んで○をつけて下さい．

目白大学	教授	庄司正実
国立武蔵野学院	院長	相澤　仁
国立武蔵野学院	医務課長	富田　拓

1 あなたの年齢はいくつですか？　年齢を記入してください　＿＿＿＿歳

2 学校は？　①小学校　②中学校　③高校　④専門学校　⑤中学卒業後で無職　⑥就労中

3 何年生ですか？学年を記入してください　＿＿＿＿年生

4 男性ですか，女性ですか？　①男性　②女性

5 今回，この施設に入所してからどのくらいになりますか？　＿＿＿＿年＿＿＿＿ヶ月

6 あなたの身近(友達，先輩，知り合い，家族など)で以下のような薬物をやっている人はいましたか？

1) シンナーやトルエン（ボンド，マニュキヤの除光液なども含む）	①いた	②いない
2) マリファナ（大麻，ハッパ，ハシッシも同じ）	①いた	②いない
3) 覚せい剤（エス，スピード，シャブも同じ）	①いた	②いない
4) ガス（ライター用ガス，カセットコンロ用ガスなど）	①いた	②いない
5) MDMA(エクスタシー，エックス，Xも同じ）	①いた	②いない
6) コカイン（クラックも同じ）	①いた	②いない
7) リタリン（病気治療以外の目的で）	①いた	②いない
8) 睡眠薬（病気治療以外の目的で）	①いた	②いない
9) 精神安定剤（病気治療以外の目的で）	①いた	②いない
10) ブロン薬などのセキ止め液(病気治療以外の目的で)	①いた	②いない
11) その他の薬物	①いた	②いない

7 あなた自身は以下のような薬物を1回でも使用したことがありますか？

1) シンナーやトルエン（ボンド，マニュキヤの除光液なども含む）	①ある	②ない
2) マリファナ（大麻，ハッパ，ハシッシも同じ）	①ある	②ない
3) 覚せい剤（エス，スピード，シャブも同じ）	①ある	②ない
4) ガス（ライター用ガス，カセットコンロ用ガスなど）	①ある	②ない
5) MDMA(エクスタシー，エックス，Xも同じ）	①ある	②ない
6) コカイン（クラックも同じ）	①ある	②ない
7) リタリン（病気治療以外の目的で）	①いた	②いない
8) 睡眠薬（病気治療以外の目的で）	①ある	②ない
9) 精神安定剤（病気治療以外の目的で）	①ある	②ない
10) ブロン薬などのセキ止め液(病気治療以外の目的で)	①ある	②ない
11) その他の薬物	①ある	②ない

8 この施設に入る前，お酒（アルコール類）をどのくらい飲んでいましたか？

①飲んだことはない　②1年で数回飲んだ　③月に2，3回　④週に2，3回かそれ以上

9 あなたの身近に「シンナー遊び」の結果，病気や異常になった人がいましたか？

①いた　②いない

10 入所前，「シンナー遊び」に誘われたことがありますか？　①ある　②ない

11 施設に入る前，「シンナー遊び」のために有機溶剤(シンナー，トルエン，その他)を手に入れようとした場合，それはどの程度難しいことでしたか？

①簡単に手に入る　②少々苦労するが，なんとか手に入る

③ほとんど不可能だ　④絶対不可能だ

12 これまでに一回でも「シンナー遊び」を経験したことがありますか？ある場合は，初めて経験した年齢を選んでください

①経験がない　②10歳以下　③11歳　④12歳　⑤13歳

⑥14歳　⑦15歳以上　⑧経験はあるが年齢はおぼえていない

13 施設に入る前，最もしていた時で「シンナー遊び」をどのくらいしていましたか？

①したことはない　②今まで1，2回くらい　③数回以上した　④ほとんど毎日

14 入所前から「シンナー遊び」が法律で禁止されていることを知っていました？

①知っていた　②知らなかった

15 「シンナー遊び」をする前(したことがない人は施設入所前)，あなたは「シンナー遊び」をどう思っていましたか？

①法律で禁じられているから，すべきではないと思っていた

②法律で禁じられてはいるが，少々ならかまわないと思っていた

③法律で禁じられてはいるが，それを守る必要は全然ないと思っていた

16 法律で「シンナー遊び」を禁止しているのを「シンナー遊び」をする前(したことがない人は施設入所前)どう思っていましたか？

①当然だと思っていた

②しかたないことだと思っていた

③麻薬・覚せい剤とちがって，シンナーくらい禁止しなくてもいいのではないかと思っていた

④そもそも法律で決める必要はなく，個人の好きにさせればよいと思っていた

17 「シンナー遊び」をしすぎたり繰り返したりすると，下のようなことがおこることがあります．「シンナー遊び」をする前(したことがない人は施設入所前)，「シンナー遊び」でおこることとして知っていたものすべてに○をつけてください．

①急性中毒死(吸っていてそのまま急に死ぬこと)

②多発神経炎(手足の筋肉や神経がおとろえ，物がつかめなくなったり，歩けなくなること)

③精神病状態(何もないのに物が見えたり声が聞こえたりする幻覚，誰もいないのに自分が見られているとか自分が噂されていると思いこんだりする妄想がでること)

④無動機症候群(何もする気がなくなり，学校を欠席したり仕事が長続きしなくなること)

⑤フラッシュバック(「シンナー遊び」をやめて吸わなくなったのに，疲れ・ストレス・飲酒などで，幻覚や妄想が出ること)

⑥いずれも知らなかった

18 「シンナー遊び」の結果，上記のような精神病状態やフラッシュバックなどを体験したことがありますか？体験したことすべてに○をつけてください．(もともと「シンナー遊び」をしていない人は⑤を選んでください)

①精神病状態　②フラッシュバック　③多発神経炎

④無動機症候群　⑤「シンナー遊び」はしたことがない

19 「シンナー遊び」をすると上記質問のような急性中毒死・多発神経炎・精神病状態・無動機症候群・フラッシュバックをおこすことを知っていたら「シンナー遊び」をしなかったと思いますか？(もともと「シンナー遊び」をしていない人は③を選んでください)

①しなかったと思う　②やはりしていたと思う　③「シンナー遊び」はしたことがない

20 この施設を出た後，「シンナー遊び」はやらないと思いますか？

①絶対やらないと思う　②多分やらないと思う　③多分やると思う　④絶対やると思う

21 「③多分やると思う」「④絶対やると思う」と答えた人は，その理由を以下から選んであてはまることすべてに○をつけてください．

①誘われたらやると思うから　②今もやりたいと思っているから

③いやなことがあったらやると思うから　④なんとなくそう思うから

22 あなたの身近に「ガスパン遊び(ガスの吸引)」の結果，病気や異常になった人がいましたか？

①いた　②いない

23 入所前，「ガスパン遊び」に誘われたことがありますか？　①ある　②ない

24 施設に入る前，「ガスパン遊び」のためのライターガスなどを手に入れようとした場合，それはどの程度難しいことでしたか？

①簡単に手に入る　②少々苦労するが，なんとか手に入る
③ほとんど不可能だ　④絶対不可能だ

25 「ガスパン遊び」をする前(使ったことがない人は施設入所前)，「ガスパン遊び」についてあなたはどう思っていましたか？
①「ガスパン遊び」は知らなかった　②関心がなかった　③見てみたかった　④試してみたかった

26 これまでに一回でも「ガスパン遊び」を経験したことがありますか？ある場合は，初めて経験した年齢を選んでください
①経験がない　②10歳以下　③11歳　④12歳　⑤13歳
⑥14歳　⑦15歳以上　⑧経験はあるが年齢はおぼえていない

27 施設に入る前，最もしていた時で「ガスパン遊び」をどのくらいしていましたか？
①したことはない　②今まで1，2回くらい　③数回以上した　④ほとんど毎日

28 「ガスパン遊び」をする前(したことがない人は施設入所前)，あなたは「ガスパン遊び」をどう思っていましたか？
①すべきではないと思っていた　②少々ならかまわないと思っていた
③かまわないと思っていた　④「ガスパン遊び」は知らなかった

29 「ガスパン遊び」をすると質問15のような精神病状態や急性中毒死をおこすことをガスパン遊びをする前に(したことがない人は施設入所前)知っていましたか？「ガスパン遊び」でおこることとして知っていたものすべてに○をつけてください．
①精神病状態　②急性中毒死　③いずれも知らなかった

30 「ガス」を使った結果，精神病状態やフラッシュバックを体験したことがありますか？体験したことすべてに○をつけてください．（もともと「ガス」を使っていない人は③を選んでください）
①精神病状態　②フラッシュバック　③「ガスパン遊び」はしたことがない

31 「ガスパン遊び」をすると，精神病状態や急性中毒死をおこすことがあるのを知っていたら「ガスパン遊び」をしなかったと思いますか？（もともと「ガス」を使っていない人は③を選んでください）
①使わなかったと思う　②やはり使ったと思う　③「ガスパン遊び」はしたことがない

32 この施設を出た後，「ガスパン遊び」はやらないと思いますか？
①絶対やらないと思う　②多分やらないと思う　③多分やると思う　④絶対やると思う

33 「③多分やると思う」「④絶対やると思う」と答えた人は，その理由を以下から選んであてはまることすべてに○をつけてください．
①誘われたらやると思うから　②今もやりたいと思っているから
③いやなことがあったらやると思うから　④なんとなくそう思うから

34 あなたの身近に大麻(マリファナ，ハシッシ，ハッパ)を吸った結果，病気や異常になった人がいましたか？　①いた　②いない

35 入所前，大麻の使用に誘われたことがありますか？　①ある　②ない

36 施設に入る前，大麻を手に入れようとした場合，それはどの程度難しいことでしたか？
①簡単に手に入る　②少々苦労するが，なんとか手に入る
③ほとんど不可能だ　④絶対不可能だ

37 大麻を吸う前(使ったことがない人は施設入所前)，大麻についてあなたはどう思っていましたか？
①大麻は知らなかった　②関心がなかった　③見てみたかった　④試してみたかった

38 これまでに一回でも大麻を吸ったことがありますか？ある場合は，初めて経験した年齢を選んでください
①経験がない　②10歳以下　③11歳　④12歳　⑤13歳
⑥14歳　⑦15歳以上　⑧経験はあるが年齢はおぼえていない

39 施設に入る前，最もしていた時で大麻をどのくらい吸っていましたか？

①したことはない　②今までに1，2回くらい　③数回以上した　④ほとんど毎日

40 入所前から大麻が法律で禁止されていることを知っていました？

①知っていた　②知らなかった

41 大麻を吸う前(使ったことがない人は施設入所前)あなたは大麻をどう思っていましたか？

①法律で禁じられているから，すべきではないと思っていた

②法律で禁じられてはいるが，少々ならかまわないと思っていた

③法律で禁じられてはいるが，それを守る必要は全然ないと思っていた

42 大麻を吸う前(使ったことがない人は施設入所前)，法律で大麻を禁止しているのをどう思っていましたか？

①当然だと思っていた

②しかたないことだと思っていた

③麻薬・覚せい剤とちがって，大麻くらい禁止しなくてもいいのではないかと思っていた

④そもそも法律で決める必要はなく，個人の好きにさせればよいと思っていた

43 大麻を吸うと質問15と同じ精神病状態や無動機症候群をおこすことを大麻を吸う前(したことがない人は施設入所前)に知っていましたか？大麻でおこることとして知っていたものすべてに○をつけてください．

①精神病状態　②無動機症候群　③いずれも知らなかった

44 大麻を吸った結果，精神病状態や無動機症候群を体験したことがありますか？体験したことすべてに○をつけてください．（もともと大麻を使っていない人は③を選んでください）

①精神病状態　②無動機症候群　③大麻は使ったことがない

45 大麻を吸うと精神病状態や無動機症候群をおこすことがあるのを知っていたら大麻を使わなかったと思いますか？（もともと大麻を使っていない人は③を選んでください）

①使わなかったと思う　②やはり使ったと思う　③大麻は使ったことがない

46 この施設を出た後，大麻はやらないと思いますか？

①絶対やらないと思う　②多分やらないと思う　③多分やると思う　④絶対やると思う

47「③多分やると思う」「④絶対やると思う」と答えた人は，その理由を以下から選んであてはまることすべてに○をつけてください．

①誘われたらやると思うから　②今もやりたいと思っているから

③いやなことがあったらやると思うから　④なんとなくそう思うから

48 あなたの身近に覚せい剤(スピード，エス)の結果，病気や異常になった人がいましたか？

①いた　②いない

49 入所前，覚せい剤(スピード，エス)の使用を誘われたことがありますか？　①ある　②ない

50 施設に入る前，覚せい剤(スピード，エス)を手に入れようとした場合，それはどの程度難しいことでしたか？

①簡単に手に入る　②少々苦労するが，なんとか手に入る

③ほとんど不可能だ　④絶対不可能だ

51 覚せい剤(スピード，エス)を使う前(使ったことがない人は施設入所前)，覚せい剤についてあなたはどう思っていましたか？

①覚せい剤は知らなかった　②関心がなかった　③見てみたかった　④試してみたかった

52 これまでに一回でも覚せい剤(スピード，エス)を使用したことがありますか？ある場合は初めて経験した年齢を選んでください

①経験がない　②10歳以下　③11歳　④12歳　⑤13歳

⑥14歳　⑦15歳以上　⑧経験はあるが年齢はおぼていない

53 施設に入る前，最も使っていた時で覚せい剤(スピード，エス)をどのくらい使っていましたか？

①したことはない　②今まで1，2回くらい　③数回以上した　④ほとんど毎日

54 覚せい剤(スピード，エス)を使ったことがある人はどんな方法で使用しましたか？(もともと覚せい剤をしていない人は④を選んでください)

①吸引　②注射　③吸引と注射の両方　④覚せい剤は使ったことがない

55 入所前から覚せい剤が法律で禁止されていることを知っていました？

①知っていた　②知らなかった

56 覚せい剤(スピード，エス)を使う前(使ったことがない人は施設入所前)あなたは覚せい剤をどう思っていましたか？

①法律で禁じられているから，すべきではないと思っていた

②法律で禁じられてはいるが，少々ならかまわないと思っていた

③法律で禁じられてはいるが，それを守る必要は全然ないと思っていた

57 覚せい剤(スピード，エス)を使う前(使ったことがない人は施設入所前)，法律で覚せい剤(スピード，エス)を禁止しているのをどう思っていましたか？

①当然だと思っていた

②しかたないことだと思っていた

③そもそも法律で決める必要はなく，個人の好きにさせればよいと思っていた

58 覚せい剤によって質問15と同じ精神病状態やフラッシュバックが起こることを覚せい剤を使う前(したことがない人は施設入所前)知っていましたか？覚せい剤でおこることとして知っていたものすべてに○をつけてください．

①精神病状態　②フラッシュバック　③いずれも知らなかった

59 覚せい剤を使った結果，精神病状態やフラッシュバックを体験したことがありますか？体験したことすべてに○をつけてください．(もともと覚せい剤を使っていない人は③を選んでください)

①精神病状態　②フラッシュバック　③覚せい剤は使ったことがない

60 覚せい剤を使うと，精神病状態，フラッシュバックをおこすことを知っていたら覚せい剤を使わなかったと思いますか？(もともと覚せい剤を使っていない人は③を選んでください)

①使わなかったと思う　②やはり使ったと思う　③覚せい剤は使ったことがない

61 この施設を出た後，覚せい剤はやらないと思いますか？

①絶対やらないと思う　②多分やらないと思う　③多分やると思う　④絶対やると思う

62 「③多分やると思う」「④絶対やると思う」と答えた人は，その理由を以下から選んであてはまることすべてに○をつけてください．

①誘われたらやると思うから　②今もやりたいと思っているから

③いやなことがあったらやると思うから　④なんとなくそう思うから

63 シンナー遊び，ガスパン遊び，大麻，覚せい剤のいずれかでも使ったことがある人に聞きます．これまで使った順にそれぞれの(　)のなかに1から順に番号を付けてください．一つだけしかやっていない人は1のみ，二つやったことがある人は1から2まで，三つやったことがある人は1から3まで，というふうに経験のある薬物の数だけ使った順に番号をつけてください．(いずれも使っていない人は何もつけなくてかまいません)

(　) シンナー遊び(シンナー，トルエン，ボンド，マニュキヤの除光液など)

(　) ガスパン遊び(ライター用ガス，カセットコンロ用ガスなど)

(　) マリファナ(大麻，ハッパ，ハシッシも同じ)

(　) 覚せい剤(エス，スピード，シャブも同じ)

(　) 睡眠薬，精神安定薬，咳止め液(病気治療以外の目的で)

(　) その他の薬物(コカイン，MDMAなど)

64 施設(児童自立支援施設)に入ったのはいつですか？

①小学4年生以下　②小学5年生　③小学6年生
④中学1年生　⑤中学2年生　⑥中学3年生
⑦高校・専門学校生　⑧就職中　⑨中卒後無職中

65 家庭裁判所から呼び出されたことはありますか？　①ある　②ない

66 以下のようないわゆる非行について、したことがあるのはどれですか？したことがあるものすべてに○をつけてください。

①外泊や家出をした　②人にけがをさせた　③家からお金を持ち出した
④自転車を盗んだ　⑤人の物やお金を盗んだ　⑥ひったくり，カツアゲ
⑦家の中で暴れた　⑧暴走族に入った　⑨物や家に火をつけた
⑩学校をさぼった　⑪バイクや自動車を盗んだ　⑫人の物やみんなの物をわざと壊した
⑬不良仲間とつき合った　⑭暴力団とつき合った　⑮根性焼きや入墨をした
⑯無免許運転　⑰性関係のこと　⑱その他

67 このような非行を，あなたが初めてしたのはいつですか？

①小学校入学前　②小学1年生　③小学2年生　④小学3年生　⑤小学4年生
⑥小学5年生　⑦小学6年生　⑧中学1年生　⑨中学2年生　⑩中学3年生
⑪中学卒業以後

68 リストカット(手首以外の腕や足やなども含みます)をしたことがありますか？

①ない　②1回ある　③2回から3回程度ある　④数回以上ある

69 根性焼きをしたことがありますか？

①ない　②1回ある　③2回から3回程度ある　④数回以上ある

70 タバコに対して次の言葉の組み合わせのうちどちらに近い感じがしますか？当てはまる｜印に○をつけてください？

		非常に 1	かなり 2	やや 3	どちらともいえない 4	やや 5	かなり 6	非常に 7	
1)	暗い								明るい
2)	弱い								強い
3)	おだやかな								はげしい
4)	興奮した								落ち着いた
5)	親しみやすい								親しみにくい
6)	安全な								危険な
7)	爽快(そうかい)な								不快な
8)	スリリングな								退屈な
9)	格好よい								格好わるい
10)	健康な								不健康な
11)	苦しい								楽しい
12)	子どもっぽい								大人っぽい
13)	はっきりした								ぼんやりした
14)	温和な								乱暴な
15)	陽気な								陰気な
16)	緊張した								ゆるんだ
17)	生き生きした								無気力な
18)	近づきにくい								近づきやすい

71 シンナー遊びに対して次の言葉の組み合わせのうちどちらに近い感じがしますか？当てはまる｜印に○をつけてください？

		非常に 1	かなり 2	やや 3	どちらともいえない 4	やや 5	かなり 6	非常に 7	
1)	暗い								明るい
2)	弱い								強い
3)	おだやかな								はげしい
4)	興奮した								落ち着いた
5)	親しみやすい								親しみにくい
6)	安全な								危険な
7)	爽快(そうかい)な								不快な
8)	スリリングな								退屈な
9)	格好よい								格好わるい
10)	健康な								不健康な
11)	苦しい								楽しい
12)	子どもっぽい								大人っぽい
13)	はっきりした								ぼんやりした
14)	温和な								乱暴な
15)	陽気な								陰気な
16)	緊張した								ゆるんだ
17)	生き生きした								無気力な
18)	近づきにくい								近づきやすい

質問は以上です．ありがとうございました．

分担研究報告書
(1－4)

平成20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）
分担研究報告書

大学新入生における薬物乱用実態に関する研究

分担研究者　嶋根卓也　国立精神・神経センター精神保健研究所 薬物依存研究部
研究協力者　和田　清　国立精神・神経センター精神保健研究所 薬物依存研究部
三島健一　福岡大学薬学部 臨床疾患薬理学教室
藤原道弘　福岡大学薬学部 臨床疾患薬理学教室

研究要旨　近年、大学生による大麻の所持や不正栽培による逮捕などの事件が数多く報道され、社会的な関心が高まっている。本研究では、大学生の薬物乱用実態の一端を把握するために、A大学の新入生376名を対象に、自記式質問紙調査を実施し、以下の知見を得た。

1）薬物乱用経験者は、**大麻2名（男女各1名）**、**有機溶剤1名（男子）**のみであった。男子は、女子に比べて、大麻との距離が近く、乱用リスクが高い可能性が示唆された。

2）2007年度を除き、**大麻が最も乱用されている薬物**であった。しかし、2000～2008年度の推移を見る限り、薬物乱用経験は、減少傾向にあると言えそうである。

3）**薬物乱用リスクが高いグループ**ほど、**生活習慣に乱れ**があり、**危険飲酒行動**や**喫煙経験が多く**、**反社会的な問題行動**を経験している傾向がみられた。

平成20年8月に新たに出された第三次薬物乱用防止5カ年戦略では、大学生への対策が盛り込まれ、1次予防の対象が大学生までに拡大されるようになった。しかし、薬物依存の予防という観点からは、全体を対象とする1次予防のみならず、薬物と既に関わりを持つ学生に対する再発予防（早期発見、早期介入などの2次予防）も重要である。大学では、健康管理センターや学生相談室といったセクションに、薬物乱用に対応できる専門職（精神科医、臨床心理士、保健師など）がいると考えられる。今後、こういったセクションが再発予防のプログラムを提供できる環境を作っていく必要があると考えられる。また、必要に応じて、外部専門機関（精神保健福祉センター、精神科医療施設、自助グループなど）からの協力を得ることも重要であろう。

A．研究目的

青少年における覚せい剤事犯の検挙人員は減少傾向にあるものの、大麻、MDMA等合成麻薬事犯の検挙人員の6割～7割を未成年者及び20歳代の若年層が占めており、青少年を中心に乱用されている状況がうかがわれる[1]。また近年、大学生等若者による大麻の所持や不正栽培による事件が数多く報道され[2-7]、社会的な関心が高まっている。

しかし、国内の大学生を対象とする薬物乱用の実態調査は、筆者らが医学系データベースを用いて検索したところ、一部の定点調査を除き、ほとんど行われていないようであった。その中で、坂口らは、大学生における薬物乱用の実態を1988年度、および1999～2000年度の2回に渡り調査を行い、薬物乱用経験率や乱用薬物の変化を比較している[8]。

一方、喫煙や飲酒については、大学生のニコチン依存に関する研究[9,10]、大学生のアルコール乱用（大量飲酒、問題飲酒行動など）に関する研究[11-14]、イッキ飲みの強要など、いわゆる「アルコール・ハラスメント」に関する意識調査[15]など、薬物乱用・依存に関連のある研究が報告されている。

今年度も引き続き、総合大学であるA大学をフィールドに、大学生の薬物乱用（飲酒・喫煙を含む）の実態把握を試みた。また、A大学では、2000年度より薬物乱用の実態調査を独自に実施しており、2006年度より当研究部と共同研究となっている。そこで本報告では、大学新入生における薬物乱用の推移を把握するため、2000～2007年度までのデータも併せて検討する。

以上の背景を踏まえて、以下の3つを研究目的とした。

1. 薬物乱用経験（飲酒、喫煙を含む）の実態を把握すること。
2. 薬物乱用実態に関する2000～2008年度の推

移を検討すること。
3. 薬物乱用と生活習慣やその他の問題行動との関連を検討すること。

B. 研究方法

1. 対象者

対象は、A 大学における新入生向けの健康関連科目を履修した 421 名の学生である。第 1 回目の講義（4 月 14 日）を使って、調査に関するインフォームド・コンセントを書面および口頭で行い、同意の得られた 377 名に対して無記名自記式の質問紙調査を実施した。この中から、新入生ではない 1 名を除外し、376 名を分析対象とした。なお、平成 20 年度の新入生は 4893 名であり、分析対象者は、この約 7.7%をカバーしている。

2. 倫理面への配慮

調査用紙には氏名など個人を特定する項目はないが、個人情報保護の観点から、以下の配慮を施した。なお、本研究は、国立精神・神経センター倫理審査委員会の承認を得た(19-2-事 4)。

① 調査用紙には、個人情報を書く必要はないことやデータの管理方法などを明記する。
② 記載内容の秘密保持のために、調査用紙と共に「個人用封筒」を配布し、調査対象者は調査用紙に回答した後、用紙をその封筒に入れて封をした上で、回収用の大きな「教室回収用封筒」に投函する形式をとる。
③ 「個人用封筒」の配布・封印により、白紙等による事実上の拒否を保証している。
④ 「個人用封筒」は未開封のまま、国立精神・神経センターに郵送され、研究協力者の立ち会いの下で、開封作業を行う。よって、調査済みの調査用紙が外部に流出することはない。なお、開封作業の段階で、開封済の封筒があった場合には、無効回答とする。

3. 調査項目

1) 質問紙の構成

調査項目は、「1. プロフィール」、「2. 日常生活」、「3. 飲酒・喫煙」、「4. 受診歴」、「5. 薬物乱用」、「6. 家族関係」「7. 問題行動」の 7 パートからなる（詳細は質問紙を参照のこと）。

「1. プロフィール」は、基本的属性に関する質問である。「2. 日常生活」は、大学生活への満足度、サークル活動への参加、起床・就寝や睡眠の状況、携帯電話の利用状況、アルバイトや収入に関する質問である。「3. アルコールとタバコ」は、飲酒・喫煙の経験に関する質問である。「4. 受診歴」は、精神科・心療内科・神経内科などの受診状況に関する質問である。

「5. 薬物乱用」では、有機溶剤、大麻、覚せい剤、MDMA、コカイン、ガス、ラッシュ、向精神薬、リタリンの計 9 種類の乱用薬物について、乱用経験の有無、誘われた経験の有無、入手可能性の程度、周囲の乱用者の有無について尋ねた。なお、このパートには、慢性中毒症状の知識を問う質問も含まれるが、これは、高校までに受けた薬物乱用防止教育の効果を確認すると共に、調査を通じた薬物乱用防止教育の意味合いも有している。

「6. 家族関係」では、家族関係について、「大変良い」～「大変悪い」までの 4 段階で主観的に尋ねた。また、家族内での依存者の存在についても尋ねた。「7. 問題行動」では、いじめ、暴力、自傷行為、万引き、ギャンブル、クラブ・レイブパーティの経験など計 16 種類の問題行動の生涯経験を尋ねた。

4. データマネジメントと統計解析

調査用紙は、研究協力者の監督下で、個人用封筒が開封され、ID 番号をナンバリングした後、電子メディアへのインプットを行った。調査用紙記載内容の電子メディアへの入力は、業者に委託した。業者委託に際しては、誓約書を業者に提出させ、情報漏洩防止を徹底した。

作成されたデータセットをクリーニングした後、全変数について単純集計、および性別による二変量解析を実施した。

薬物乱用と生活習慣やその他の問題行動との関連を検討する際には、本来であれば、実際の乱用経験をアウトカムとすべきであるが、本研究では乱用経験者数が極端に少なく、統計解析ができない状態であった。そこで薬物乱用経験に代わるアウトカムとして、「薬物乱用に誘われた経験（いずれか）」、「周囲に薬物乱用者がいる（いずれか）」の情報を用いて、どちらも該当する群（ハイリスク群：HRG）、どちらかが該当する群（リスク群：RG）、どちらも該当しない群（対照群：CG）の 3 群に分類し、群間比較を行った。

なお有意差検定は、フィッシャーの正確確率検定および傾向性の検定を用い、以上の統計解析には統計パッケージSPSS for windows 17.0.1Jを用いた。

C. 研究結果

1. 基本的属性

表1は、基本属性に関する結果である。男子学生が33.7%、女子学生が66.3%、平均年齢は18.5歳であった。浪人経験者は、全体の23.5%であった、現在の住まいは、血縁関係者と同居（52.3%）が最も多く、一人暮らし(46.7%)、非血縁関係者と同居（1.1%）と続いた。

性別による分析では、男子は、女子に比べて平均年齢が高く、浪人経験者が多く、一人暮らしをしている者が多い傾向がみられ、女子との間に有意差が認められた。

2. 日常生活

表2は、日常生活に関する結果である。大学生活への満足度は、「満足」という回答(46.7%)が最も多く、どちらとも言えない(34.4%)、不満(9.9%)と続いた。起床・就寝のリズムについては、「どちらかといえば規則的」という回答(44.1%)が最も多く、どちらかといえば不規則（27.1%）、規則的(17.8%)、不規則(10.9%)と続いた。睡眠時間については、「6～7時間」という回答が40.2%と最も多く、5～6時間(32.4%)、7～8時間(15.2%)と続いた。昼夜逆転の頻度については、「なし」とする回答が51.3%と最も多く、あったが週1回より少ない(26.9%)、週1回程度(14.6%)、週に数回程度(6.1%)と続いた。

性別による分析では、女子は、男子に比べて、大学生活への満足度が高い傾向があり、昼夜逆転の頻度が少ない傾向がみられ、男子との間に有意差が認められた。

3. 携帯電話・アルバイト

表3は、携帯電話の利用状況およびアルバイト・収入に関する結果である。携帯電話を持っていない学生は1人のみであった。月あたりの携帯電話料金は、「5,000～10,000円」という回答が65.2%と最も多かった。

次に、携帯電話への依存の程度を4つの質問項目から尋ねたところ、「携帯がないと落ち着かない」については、「やや当てはまる」という回答が最も多かった（42.9%）。「携帯メールがやめられない」については、「全く当てはまらない」という回答が最も多かった（42.4%）。「携帯を常に見えるところに置いている」については、「やや当てはまる」という回答が最も多かった(32.5%)。「携帯がないと仲間との付き合いが上手くいかない」については、「やや当てはまらない」という回答が最も多かった（38.5%）。

アルバイトについては、全体の21.5%が現在何らかの形で就労していた。アルバイトの頻度は、「週に3～6日」という回答が50.6%と最も多く、就労の時間帯としては、「午後」が97.5%と最も多かった（複数回答）。

経済状況を測る設問として、月当たりで自由に使える金額を6段階で尋ねたところ、「1～2万円」という回答が最も多く(35.9%)、1万円未満(24.9%)、2～3万円(17.7%)と続いた。

性別による分析では、女子は、男子に比べて、「携帯がないと仲間との付き合いが上手くいかない」と考える傾向があり、アルバイトをしている割合が高く、男子との間に有意差が認められた。アルバイトの時間帯としては、女子は早朝や午前中に仕事をしている割合が高いのに対し、深夜に働いているのは男子の方が多く、男女間の就労時間帯には有意差が認められた。また、月あたりに自由にできる金額は、女子より男子の方が高い傾向がみられた。

4. 飲酒・喫煙

表4は、飲酒に関する結果であるは、飲酒経験者は、全体の87.0%であった。過去30日間の飲酒経験者は、全体の69.4%であり、その頻度は、「飲んだが週1回よりは少ない」が45.9%と最も多かった。飲酒経験者の82.0%は、大人がいない状況下での飲酒経験があり、18歳でそのような経験をするケースが多かった(29.7%)。また、危険飲酒行動として、イッキ飲み経験（21.4%）、ブラックアウト（飲酒による一時的な健忘・記憶喪失）経験（9.5%）、アルコール・ハラスメント経験（8.6%）がみられた。

性別による分析では、男子は、女子に比べて、飲酒経験率が高く、飲酒頻度が高く、イッキ飲みの経験や、アルコール・ハラスメントの被害経験が高く、女子との間に有意差が認められた。

表5は、喫煙に関する結果である。喫煙経験者は、全体の19.1%であり、喫煙の開始年齢は、「15歳」とする回答が22.2%と最も多かった。過去30日間の喫煙経験者は、全体の7.4%であり、その頻度は、「吸っていない」とする回答が60.6%と最も多く、「ほぼ毎日」とする回答は23.9%であった。

性別による分析では、男子は、女子に比べて、喫煙経験率が高く、女子との間に有意差が認められた。一方、喫煙開始年齢や喫煙頻度については有意差が認められなかった。

5. メンタルヘルスの受療状況

表6にメンタルヘルスの受療状況に関する結果を示した。これまで、メンタルヘルスの問題で、精神科・心療内科・神経内科などを受診した経験がある学生は全体の4.5%であり、そのうち11.8%は、現在も治療継続中であった。

6. 薬物乱用

表7～11に薬物乱用に関する結果を示した。

表7は、身近な薬物乱用者の存在についての結果である。全体の8.5%（男子11.5%、女子6.6%）は、何らかの薬物を乱用している人が身近にいた。その内訳は、有機溶剤(4.9%)、向精神薬(3.0%)、大麻(2.2%)、覚せい剤(1.1%)と続いた。なお、大麻については、男子の方が、女子よりも身近な乱用者が多い傾向がみられた。

表8は、薬物乱用に誘われた経験についての結果である。全体の1.6%（男子3.3%、女子0.8%）は、これまでに薬物乱用に誘われた経験がみられた。その内訳は、有機溶剤(1.1%)、大麻(1.1%)、ラッシュ(0.3%)であった。なお、大麻については、男子の方が、女子よりも誘われた経験が多い傾向がみられた。

表9は、対象者の薬物乱用経験についての結果である。全体の0.5%（男子0.8%、女子0.4%）は、何らかの薬物を乱用した経験があった。その内訳は、大麻(0.5%)、有機溶剤(0.3%)であり、他の薬物乱用は報告されなかった。

表10は、各薬物の入手可能性を「絶対不可能」から「簡単に手に入る」までの4段階で尋ねた結果である。対象者の26.4%は有機溶剤を、16.8%はガスを、14.6%は向精神薬を入手することは「簡単」と回答した。男子は女子に比べて、大麻の入手可能性が高い傾向がみられた。

慢性中毒症状の知識についての設問は、正答率が高く、幻視(99.5%)、幻聴(99.5%)、被害妄想(98.6%)、フラッシュバック(96.2%)といずれも9割を超えた。

7. 家族関係

表11は、家族関係についての結果である。両親の存在は、両親ともにいる(93.9%)、母親のみ(5.1%)、父親のみ(0.8%)、両親ともにいない(0.3%)という結果であった。家族関係について、主観的に尋ねたところ、両親の関係は、「どちらかと言えば良い」とする回答が42.7%と最も多かった。対象者と母親との関係は、「大変良い」とする回答が56.3%と最も多く、対象者と父親との関係は、「どちらかと言えば良い」とする回答が44.3%と最も多かった。また、家族内での依存者の存在を主観的に尋ねたところ、対象者の47.2%には喫煙者（ニコチン依存症）の家族がおり、6.4%にはアルコール依存症の家族が、2.7%にはギャンブル依存の家族が、0.5%には薬物依存症の家族がいるという回答を得た。

性別による分析では、男子の両親は、女子に比べて、関係が良い傾向がみられ、女子と母親との関係は、男子と母親との関係より良好である傾向がみられ、男女間に有意差が認められた。

8. ライフイベント・問題行動

表12は、ライフイベントや問題行動の生涯経験に関する結果である。いじめられ経験(19.7%)、いじめ経験(19.2%)、無断外泊(17.9%)、万引き(16.3%)が、他の項目と比べて高い割合であった。

性別による分析では、男子は、女子に比べて、いじめ経験、無断外泊、万引き、身体的暴力、補導・逮捕、ギャンブルといった問題行動をより高い頻度で経験しており、男女間に有意差が認められた。

9. 2000～2008年度の年次推移

図1～3に、2000～2008年度における喫煙状況の推移を示した。男子では、年々減少傾向がみられる。一方、女子では2003年にピークを迎え、2006年度まで減少したが、2007年度以降上昇に転じている。

図4～6に、2000～2008年度における飲酒状況

の推移を示した。飲酒経験は、男女ともに、概ね横這い状態であった。

図7に、2000～2008年度における薬物乱用状況の推移を示した。有機溶剤、大麻、覚せい剤ともに、全体としては減少傾向にある。また、2007年度を除き、大麻が最も乱用されている薬物であった。

10. 薬物乱用リスク分類による分析

薬物乱用に関するリスクによって、対象者は、CG:対照群91.2%、RG：リスク群7.4%、HRG：ハイリスク群1.4%と分類された。

表13～17に、薬物乱用リスク群と各項目との関連についての結果を示した。基本属性については、群間に有意差はみられなかった。生活習慣については、薬物乱用のリスクが高い群ほど、起床や就寝のリズムが不規則であり（p=0.018）、昼夜逆転の頻度が高く（p=0.001）、群間に有意差が認められた。携帯電話の利用状況やアルバイト・収入に関する項目との関連では、特に有意差がみられなかった。

飲酒・喫煙に関する項目では、薬物乱用のリスクが高い群ほど、飲酒頻度が高く（p=0.018）、イッキ飲みの経験者が多く（p=0.001）、ブラックアウトの経験者が多く（p=0.030）、アルコール・ハラスメントを受けた経験者が多く（p=0.010）、喫煙経験者が多く（p<0.001）、有意差が認められた。

家族関係に関する項目では、HRG全員に両親が揃っていたのに対し、RGでは、どちらかの親がいないケースが多くみられ、有意差が認められた（p=0.021）。また、自分と母親との関係について、薬物乱用のリスクが低い群ほど関係性が良いという結果を得た（p<0.001）。

問題行動に関する項目では、薬物乱用のリスクが高い群ほど、補導（p=0.003）、無断外泊（p=0.001）、いじめられ（p=0.019）、万引き（p=0.005）、出会い系サイト（p<0.001）、ギャンブル（p=0.047）、身体的暴力（p=0.011）、クラブ・レイブパーティ（p=0.005）の各経験が、有意に高かった。

D. 考察

1. 対象者について

本研究の対象者は、総合大学であるA大学の新入生向けの健康関連科目を履修した学生であった。調査は、入学直後の4月14日に実施されていることから、飲酒・喫煙・薬物乱用をはじめとする各種経験については、大学入学後の経験という解釈より、むしろ高校3年生まで（あるいは浪人中まで）の経験と解釈する方が妥当と考えられる。

本研究は、大学1校における定点調査であるため、全国の大学生を代表するデータではないが、飲酒・喫煙を含めた薬物乱用の状況を経年的に観察している数少ない研究である。同一大学における特定の講義を受講する学生の基本属性や学力は、ほぼ一定していると考えられるため、経年的な推移を把握することで、青少年における薬物乱用の実態の一端を把握することが可能と判断している。

2. 喫煙と飲酒の状況

2000～2008年度における喫煙状況の推移を図1～3まで示したが、喫煙の生涯経験は、男女ともに減少傾向にあると言えそうである。尾崎らは、未成年者の喫煙状況に関する全国調査（1996年、2000年、2004年の3回）を通じて、未成年における喫煙経験率（生涯）の低下を報告している（図中に×で示した）[16]。本研究における減少もこの報告に類似した傾向と考えられる。また、勝野らが実施した全国調査[17,18]（2004年および2006年）の結果より、本研究対象者に最も近いと考えられる高校3年生のデータ（図中データの▲）と比較すると、対象者の男子では、高校3年生のデータを上回っている一方、女子においては高校3年生のデータとほぼ一致あるいはそれを下回る結果と言える。

月喫煙率については、尾崎らの全国調査[16]では、男女ともに減少傾向がみられているが（図中に＊で示した）、本研究（2006年～2008年）では、男子は減少傾向にある一方で、女子は横這い状態と言えそうである。しかし、尾崎らの全国調査の実施時期と本研究のデータとの間には数年のタイムラグあるため、両者を単純比較できず、今後の動向に注目する必要がある。

一方、2000～2008年度における飲酒状況の推移を図4～6まで示したが、飲酒経験率（生涯）は、男女ともに、ほぼ横這い状態と解釈することができる。尾崎らの調査では、未成年者の飲酒状況（図中に×と＊で示した）も減少傾向にあるが[19]、これは本研究における知見とは異なる結果と言える。勝野らのデータ（図中データの▲）と比較すると、

対象者の飲酒経験率（生涯）は、男女ともに高校生を上回っていると言えよう。

つまり、大学新入生における飲酒の状況は、全国の高校生よりも高いことが示唆される。その背景としては、大学入学後の飲酒機会（新入生歓迎の飲み会など）が想定されるが、調査実施日が入学直後であることや、大人不在下での飲酒を18歳で経験している者が多い結果を踏まえると、高校卒業後あるいは浪人期間中に飲酒を経験している可能性もある。

3. 薬物乱用に関する実態

「薬物乱用をする仲間の存在」、「誘われた経験」、「入手可能性」といった薬物との距離感を問う設問においては、男女間で差がみられ、男子は、女子に比べて、大麻を使っている仲間が周囲におり、大麻に誘われた経験があり、大麻の入手可能性が高いという結果であった。青少年期は、仲間の影響を受けやすい時期であり、すでに薬物乱用をしている仲間と関わること、実際に薬物が出回っている場所に出入りすること、身近な仲間から薬物乱用を勧められることは、青少年期における代表的なリスクファクターだとされている[20,21]。したがって、本研究の対象者においては、女子よりも男子の方が大麻のリスクが高いと示唆される。

4. 薬物乱用のリスク分類による分析

生活習慣や問題行動と、薬物乱用との関連を検討するためには、実際の乱用経験をアウトカムとすべきであるが、本研究では薬物乱用経験が報告されたのは、わずか2名であり、乱用経験をアウトカムとして統計解析を行うことができなかった。先行研究によれば、有機溶剤乱用者の多くは誰かに誘われて乱用を開始しており、友人に乱用者がおり、友人から誘われた経験を持っていたという報告がある[22-24]。そこで乱用経験に代わるアウトカムとして、「誘われた経験」、「薬物乱用をする仲間の存在」という薬物乱用リスクに関する情報を元に、対象者を3つのリスクグループに分類した。

薬物乱用リスクの高いグループほど、生活リズムに乱れがみられ、飲酒・喫煙の経験が多く、問題行動が多くみられる傾向は、乱用経験をアウトカムとした先行研究[24-28]と類似する結果である。したがって、薬物乱用リスクを乱用経験に代わるアウトカムとする妥当性は高いと考えられる。

5. 危険飲酒行動

青少年期における飲酒は、飲酒頻度や飲酒量に加えて、飲酒のスタイル（飲み方）についても注意を要する必要がある。平成20年4月には、東京都の大学内の学生寮で、新入生が急性アルコール中毒の疑いのある死亡事故が発生している[27]。本研究では、飲酒に関わる危険行動として、「イッキ飲み」、「ブラックアウト」、「アルコール・ハラスメント」の3つを取り上げた。

大学生におけるこれら危険飲酒行動の実態は、医学系のデータベースを検索した限りでは、限られた知見しか得られなかった。岐阜県内の大学・短期大学7校における2109名（男子1751名、女子358名）を対象とする調査（1986年に実施）では、全体の67.7%（男子71.9%、女子46.9%）がイッキ飲み経験があると報告されている[28]。また、千葉県の私立大学理学部の男子生徒371名（1〜4年）を対象とする調査（1980年に実施）では、34.0%に、飲酒中のブラックアウト経験があると報告している[11]。昭和薬科大学3年生245名に対する調査（1988年に実施）では、大量飲酒者（清酒に換算した飲酒量が宴会で5合以上）の70.6%、一般学生の35.2%が飲酒中に意識を失った経験があると報告されている[12]。

これら先行研究に比べて、本研究における危険飲酒行動の経験率はかなり低く、大学生の危険飲酒行動は、以前より改善されている可能性も考えられるが、実施時期に約20年以上の時間差があることや、先行研究における対象者が新入生だけではないため、両者の単純比較は難しい。しかし、危険飲酒行動をとる学生が一定の割合で存在することには変わりはなく、薬物乱用のリスクが高いグループほど、危険飲酒行動をとる傾向も示されている。大学生の危険飲酒行動を予防していく上では、薬物乱用との関連についても注意喚起が求められる。

6. 問題行動と薬物乱用リスク

著者らは、定時制高校生を対象に、問題行動と薬物乱用との関連についての報告を行っている[29]。本研究において、薬物乱用リスクと関連がみられた項目の中で、「補導経験」、「無断外泊」、「万引き」、「身体的暴力」については、定時制高校生調

査と一致する結果であった。一方、「いじめ(被害)」は、定時制高校生調査においては有意な関連が確認できなかったが、本研究では有意な関連がみられている。「拒食・過食・食べ吐き」といった食行動の異常については、有意な関連がみられなかった。一方、「出会い系サイトの利用」、「クラブ・レイブパーティの経験」については、本調査で初めて薬物乱用リスクとの関連を確認した。

全体として、薬物乱用のリスクが高いグループほど、反社会的行動をとる傾向にあると解釈することができよう。

7. 大学における薬物乱用の予防について

薬物乱用防止新5カ年戦略[29](平成15年7月～平成20年7月)においても、青少年に対する薬物乱用防止は目標の一つとして掲げられてきたが、薬物乱用防止教育の対象は、主として中学生・高校生であった。平成20年8月に新たに出された、第三次薬物乱用防止5カ年戦略では、大学生への対策が盛り込まれ、「(文部科学省から)大学等に対し、入学時のガイダンスの活用を促し、その際に活用できる啓発資料を作成するなどの啓発の強化を図る」という取組が記載され、1次予防の対象が大学生までに拡大されるようになった[1]。

全国の大学における薬物乱用防止活動の全体像は不明であるが、本研究のフィールドであるA大学は、新入生を対象とする健康関連科目(全14回)の中で、薬物乱用、アルコール、HIV/AIDSなど大学生に身近な健康リスクについて講義を行っている。総合大学である利点を生かし、薬学部、医学部、法学部の3学部から講師を出し、基礎医学的、臨床医学、法学と多角的な側面から、これらの健康リスクについての講義を行っている。これは、新入生を対象とする薬物乱用防止教育としては、モデル的な事例と呼べるだろう。

一方、薬物依存の予防という観点からは、集団を対象とする1次予防のみならず、薬物と既に関わりを持っている学生に対する再発予防も重要である。近年、大麻の所持や栽培で逮捕される大学生の報道が続いているが、刑事事件として判決が確定した学生については退学処分に、起訴猶予処分となった学生に対しては、停学処分という対応がみられている[30,31]。しかし、停学処分中の学生へのアプローチや再発防止に関する具体的な取り組みについては不明である。

大学では、健康管理センターや、学生相談室といったセクションに薬物乱用問題に対応できる専門職(精神科医、臨床心理士、保健師など)がいると考えられる。今後、こういったセクションが再発予防のプログラムを提供できる環境を整えておく段階にきていると考えられる。また、必要に応じて、外部専門機関(精神保健福祉センター、精神科医療施設、自助グループなど)からの協力を得ることも重要であろう。

E. 結論

1) 薬物乱用経験者は、大麻2名(男女各1名)、有機溶剤1名(男子)のみであった。男子は、女子に比べて、大麻との距離が近く、乱用リスクが高い可能性が示唆された。

2) 2007年度を除き、大麻が最も乱用されている薬物であった。しかし、2000～2008年度の推移を見る限り、薬物乱用経験は、減少傾向にあると言えそうである。

3) 薬物乱用リスクが高いグループほど、生活習慣に乱れがあり、危険飲酒行動や喫煙経験が多く、反社会的な問題行動を経験している傾向がみられた。

F. 研究発表

1. 論文発表

1) 嶋根卓也、和田清:定時制高校生における薬物乱用と問題行動との関連、日本社会精神医学会,17(3),233-244,2009.

2) 嶋根卓也:薬物依存症治療の新しい挑戦.龍谷大学矯正・保護研究センター研究年報,第5号,p41-53,2008.

2. 学会発表

1) 嶋根卓也、和田清、三島健一、藤原道弘:大学新入生における薬物乱用リスクと危険飲酒行動との関連,日本アルコール・薬物医学会雑誌.43(4):646-647.第43回日本アルコール・薬物医学会総会,横浜,2008.9.18-19.

2) 嶋根卓也、鈴木雅子:高校生における薬物乱用のハイリスクグループの特徴-反社会行動との関連から-.55(10):556.第67回日本公衆衛生学会総会,福岡,2008.11.5-7.

3) 鈴木雅子、嶋根卓也:高校生における薬物乱用のハイリスクグループの特徴-食行動異常

との関連から-. 55(10):556. 第67回日本公衆衛生学会総会, 福岡, 2008.11.5-7.

3. その他

1) 嶋根卓也：青少年における薬物乱用.少年写真新聞社ホームページ SeDoc「最新医療情報」http://school.sedoc.ne.jp/
2) 嶋根卓也（分担執筆）、林謙治（編著）：青少年の健康リスク-喫煙、飲酒および睡眠障害の全国調査から-、第5章 青少年の薬物乱用. 自由企画・出版、東京、p97-107, 2008.

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

特になし

文献

1) 薬物乱用対策推進本部：第三次薬物乱用防止五か年戦略, 内閣府, 2008.
2) 産経新聞社(Sankei Web)：慶応大院生ら大麻所持「路上で吸った」,2005.9.26.
3) 毎日新聞社(Web 版)：〈大麻所持〉関西大生ら3人逮捕「学内で密売」供述 大阪,2008.5.15.
4) 産経新聞社(産経ニュース Web 版)：構内で堂々と売買や吸引 大学生に広がる大麻汚染,2008.10.2.
5) 朝日新聞社(asahi.com)：大麻を大学内で売買、自宅に所持 慶大生2容疑者を逮捕,2008.10.30.
6) 読売新聞(YOMIURI ONLINE)：大麻所持容疑で高3女子生徒を逮捕 兵庫県警,2008.12.5.
7) 毎日新聞社地方版：大麻取締法違反：ネットで入手、高校生ら6人摘発 容疑で県警/鹿児島,2008.11.7.
8) 坂口早苗、坂口武洋：大学生における薬物使用の実態調査-1988年度と1999-2000年度との比較-.体力・栄養・免疫学雑誌,11(2),46-52,2001.
9) 中尾理恵子, 田原靖昭, 石井伸子, 門司和彦：未成年期に喫煙開始した若者の喫煙に関する認識とニコチン依存度 大学生の質問紙調査から.保健学研究.20(1);59-65.2007.
10) 栗岡成人, 吉井千春, 加濃正人：女子学生のタバコに対する意識 加濃式社会的ニコチン依存度調査票 Version 2 による解析.京都医学会雑誌.54(1);181-185.2007.
11) 青山莞爾, 森忠繁, 喜多義邦：男子大学生飲酒者の問題飲酒行動のパターン分類.アルコール研究と薬物依存.19(2);136-143,1984.
12) 福田照夫：大量飲酒大学生と一般大学生との飲酒状況の比較.アルコール研究と薬物依存.29(3);195-203.1994.
13) 福田照夫：Adolescent Alcohol Involvement Scale(AAIS)による大学生のアルコール乱用調査.日本アルコール・薬物医学会雑誌.31(5);462-474.1996
14) 市川富美子, 村田敦子, 叶谷由佳, 高田絵理子, 佐藤千史：若年女性の飲酒に関する調査研究 女子大学生の初飲状況とその後の問題飲酒行動との関連.保健婦雑誌.59(3);238-242.2003.
15) 森和美, 山口みほ：アルコール・ハラスメントに関する大学生の意識調査.アディクションと家族.21(2);210-217.2004.
16) 尾崎米厚、谷畑健生、神田秀幸、他：わが国の中高生の喫煙率はなぜ下がったか？. 第65回日本公衆衛生学会総会抄録集（富山）646：2006.
17) 勝野眞吾、吉本佐雅子、和田清、他：高校生の喫煙、飲酒、薬物乱用の実態と生活習慣に関する全国調査2004.兵庫教育大学教育・社会調査研究センター報告書：1-183,2006.
18) 勝野眞吾、吉本佐雅子、三好美弘、他：高校生の喫煙、飲酒、薬物乱用の実態と生活習慣に関する全国調査2006.兵庫教育大学教育・社会調査研究センター報告書：1-123,2007.
19) 尾崎米厚、谷畑健生、神田秀幸、他：わが国の中高生の飲酒率の低下に関連する要因. 第17回日本疫学会学術総会講演集（広島）230：2007.
20) National Institute on Drug Abuse (NIH Pub No.07-5605): Drugs, Brains, and Behavior-The Science of Addiction. 2008.
21) National Institute on Drug Abuse (NIH Pub No.04-4212): Preventing Drug Use among Children and Adolescents. A Research-Based Guide for parents, Educators, and Community Leaders.2003.
22) 和田清、福井進：薬物依存の発生因をめぐって.精神医学.33(6);633-642.1991.
23) 和田清：依存性薬物と乱用・依存・中毒.星和書店.2000.

24) 嶋根卓也、三砂ちづる：埼玉県下中学生における有機溶剤乱用に関する研究、日本公衆衛生雑誌.51(12);997-1007.2004.
25) 和田清、近藤あゆみ、尾崎米厚、勝野眞吾：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査（2006年）．平成18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)研究報告書：17-91，2007.
26) 嶋根卓也、和田清：定時制高校生における薬物乱用と問題行動との関連、日本社会精神医学会雑誌.17(3);233-244.2009.
27) 毎日新聞社（毎日jp）：飲酒死亡-一橋大の新入生、寮歓迎会後に死亡　急性中毒か.2008.4.28.
28) 水野敏明、大森正英、青山政史、他：大学生の飲酒に関する研究．教育医学.33(4);191-197.1998.
29) 薬物乱用対策推進本部：薬物乱用防止新五か年戦略，内閣府，2003.
30) 朝日新聞：教育現場は試行錯誤-探る大麻汚染-.2008.12.9.
31) 産経新聞："大麻学生"5人を処分、女子学生は退学　同志社大学.2008.12.18.

表1.対象者の基本属性

	合計(n=376) n (%)	男子(n=126) n (%)	女子(n=248) n (%)	p-value
性別				
男子学生	126 (33.7)			
女子学生	248 (66.3)			
年齢(歳)				
平均(min-max)	18.5(18-25)	19.0(18-25)	18.3(18-24)	<0.001
浪人経験				<0.001
あり	88 (23.5)	49 (38.9)	39 (15.9)	
なし	286 (76.5)	77 (61.1)	207 (84.1)	
住まい				<0.001
血縁関係者と同居	196 (52.3)	43 (34.1)	152 (61.5)	
一人暮らし	175 (46.7)	80 (63.5)	94 (38.1)	
非血縁関係者と同居	4 (1.1)	3 (2.4)	1 (0.4)	

表2.生活習慣に関する結果

	合計(n=376) n (%)	男子(n=126) n (%)	女子(n=248) n (%)	p-value
大学生活への満足度				0.005
非常に満足	27 (7.2)	10 (8.0)	16 (6.5)	
満足	175 (46.7)	42 (33.6)	133 (53.6)	
どちらともいえない	129 (34.4)	56 (44.8)	72 (29.0)	
不満	37 (9.9)	14 (11.2)	23 (9.3)	
非常に不満	7 (1.9)	3 (2.4)	4 (1.6)	
あなたの起床や就寝のリズムは規則的ですか				0.085
規則的	67 (17.8)	19 (15.1)	48 (19.4)	
どちらかといえば規則的	166 (44.1)	48 (38.1)	117 (47.2)	
どちらかといえば不規則	102 (27.1)	41 (32.5)	61 (24.6)	
不規則	41 (10.9)	18 (14.3)	22 (8.9)	
平均睡眠時間*				0.181
5時間未満	31 (8.2)	8 (6.3)	23 (9.3)	
5～6時間未満	122 (32.4)	33 (26.2)	88 (35.5)	
6～7時間未満	151 (40.2)	55 (43.7)	96 (38.7)	
7～8時間未満	57 (15.2)	24 (19.0)	32 (12.9)	
8～9時間未満	13 (3.5)	6 (4.8)	7 (2.8)	
9時間以上	2 (0.5)	0 (0.0)	2 (0.8)	
昼夜逆転の頻度*				<0.001
なし	193 (51.3)	50 (39.7)	141 (56.9)	
あったが週1回より少ない	101 (26.9)	34 (27.0)	67 (27.0)	
週1回程度	55 (14.6)	31 (24.6)	24 (9.7)	
週に数回程度	23 (6.1)	8 (6.3)	15 (6.0)	
ほぼ毎日	4 (1.1)	3 (2.4)	1 (0.4)	

*過去30日間に関する情報

表3.携帯電話の利用状況およびアルバイト・収入に関する結果

	合計(n=376)	男子(n=128)	女子(n=248)	
	n (%)	n (%)	n (%)	p-value
携帯電話を持っているか				1.000
はい	375 (99.7)	128 (100.0)	247 (99.6)	
いいえ	1 (0.3)	0 (0.0)	1 (0.4)	
月あたりの携帯料金(円)				0.483
5000円未満	55 (14.7)	16 (12.7)	39 (15.9)	
5000～1万円未満	244 (65.2)	81 (64.3)	161 (65.4)	
1万～1万5000円未満	36 (9.6)	14 (11.1)	22 (8.9)	
1万5000～2万円未満	10 (2.7)	6 (4.8)	4 (1.6)	
2万～2万5000円未満	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
2万5000～3万円未満	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
3万円以上	1 (0.3)	0 (0.0)	1 (0.4)	
わからない(親に任せてある)	28 (7.5)	9 (7.1)	19 (7.7)	
携帯電話依存傾向				
1.携帯がないと落ち着かない				0.070
非常に当てはまる	75 (20.0)	16 (12.7)	59 (23.9)	
やや当てはまる	161 (42.9)	57 (45.2)	103 (41.7)	
やや当てはまらない	86 (22.9)	33 (26.2)	52 (21.1)	
全く当てはまらない	53 (14.1)	20 (15.9)	33 (13.4)	
2.携帯メールがやめられない				0.090
非常に当てはまる	23 (6.1)	3 (2.4)	20 (8.1)	
やや当てはまる	77 (20.5)	24 (19.0)	53 (21.5)	
やや当てはまらない	116 (30.9)	38 (30.2)	77 (31.2)	
全く当てはまらない	159 (42.4)	61 (48.4)	97 (39.3)	
3.携帯を常に見えるところに置いている				0.976
非常に当てはまる	77 (20.5)	24 (19.0)	52 (21.1)	
やや当てはまる	122 (32.5)	42 (33.3)	79 (32.0)	
やや当てはまらない	116 (30.9)	40 (31.7)	76 (30.8)	
全く当てはまらない	60 (16.0)	20 (15.9)	40 (16.2)	
4.携帯がないと仲間との付き合いがうまくいかない				0.009
非常に当てはまる	33 (8.8)	16 (12.8)	17 (6.9)	
やや当てはまる	104 (27.8)	24 (19.2)	80 (32.4)	
やや当てはまらない	144 (38.5)	57 (45.6)	86 (34.8)	
全く当てはまらない	93 (24.9)	28 (22.4)	64 (25.9)	
現在、アルバイトをしているか				0.045
はい	81 (21.5)	19 (15.1)	61 (24.6)	
いいえ	295 (78.5)	107 (84.9)	187 (75.4)	
アルバイトの頻度				0.607
ほぼ毎日	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
週3～6日	41 (50.6)	8 (42.1)	33 (54.1)	
週1～2日	34 (42.0)	10 (52.6)	23 (37.7)	
不定期	6 (7.4)	1 (5.3)	5 (8.2)	
アルバイトの時間帯(複数回答)				
早朝	6 (7.4)	0 (0.0)	6 (9.8)	0.327
午前中	25 (30.9)	0 (0.0)	24 (39.3)	<0.001
午後	79 (97.5)	19 (100.0)	59 (96.7)	1.000
深夜	4 (4.9)	3 (15.8)	1 (1.6)	0.040
自由に使えるお金				0.036
1万円未満	93 (24.9)	27 (21.6)	65 (26.4)	
1～2万円未満	134 (35.9)	42 (33.6)	92 (37.4)	
2万～3万円未満	66 (17.7)	18 (14.4)	48 (19.5)	
3～5万円未満	52 (13.9)	22 (17.6)	29 (11.8)	
5～10万円未満	21 (5.6)	11 (8.8)	10 (4.1)	
10万円以上	7 (1.9)	5 (4.0)	2 (0.8)	

表4.飲酒に関する結果

	合計(n=376)	男子(n=126)	女子(n=248)	
	n (%)	n (%)	n (%)	p-value
飲酒経験(生涯)				0.003
あり	327 (87.0)	119 (94.4)	207 (83.5)	
なし	49 (13.0)	7 (5.6)	41 (16.5)	
飲酒経験(過去30日)				0.001
あり	261 (69.4)	102 (81.0)	158 (63.7)	
なし	115 (30.6)	24 (19.0)	90 (36.3)	
過去30日間の飲酒頻度[b]				0.001
飲んでいない	66 (20.2)	17 (14.3)	49 (23.7)	
飲んだが週1回よりは少ない	150 (45.9)	46 (38.7)	103 (49.8)	
週に1回程度	53 (16.2)	23 (19.3)	30 (14.5)	
週に数回	53 (16.2)	29 (24.4)	24 (11.6)	
ほぼ毎日	5 (1.5)	4 (3.4)	1 (0.5)	
大人不在下での飲酒経験[a]				0.103
あり	268 (82.0)	103 (86.6)	164 (79.2)	
なし	59 (18.0)	16 (13.4)	43 (20.8)	
大人不在下での飲酒を初めて経験した年齢[a]				0.147
10歳以下	6 (2.2)	3 (2.9)	3 (1.8)	
11歳	2 (0.7)	0 (0.0)	2 (1.2)	
12歳	5 (1.9)	4 (3.8)	1 (0.6)	
13歳	5 (1.9)	2 (1.9)	3 (1.8)	
14歳	13 (4.8)	3 (2.9)	10 (6.1)	
15歳	28 (10.4)	14 (13.3)	14 (8.6)	
16歳	55 (20.4)	18 (17.1)	36 (22.1)	
17歳	44 (16.4)	18 (17.1)	26 (16.0)	
18歳	80 (29.7)	26 (24.8)	54 (33.1)	
19歳以上	31 (11.5)	17 (16.2)	14 (8.6)	
イッキ飲みの経験[c]				<0.001
あり	70 (21.4)	40 (33.6)	29 (14.0)	
なし	257 (78.6)	79 (66.4)	178 (86.0)	
ブラックアウトの経験[c]				0.171
あり	31 (9.5)	15 (12.6)	16 (7.7)	
なし	296 (90.5)	104 (87.4)	191 (92.3)	
アルコールハラスメントを受けたことがある[c]				0.007
あり	28 (8.6)	17 (14.3)	11 (5.3)	
なし	298 (91.4)	102 (85.7)	195 (94.7)	

a:大人不在下での飲酒経験者に対する設問、b:過去30日間の飲酒経験者に対する設問、c:飲酒経験者(生涯)に対する設問

表5.喫煙に関する結果

	合計(n=376) n (%)	男子(n=126) n (%)	女子(n=248) n (%)	p-value
喫煙経験(生涯)				<0.001
あり	72 (19.1)	42 (33.3)	30 (12.1)	
なし	304 (80.9)	84 (66.7)	218 (87.9)	
初回喫煙年齢[a]				0.832
10歳以下	8 (11.1)	6 (14.3)	2 (6.7)	
11歳	2 (2.8)	1 (2.4)	1 (3.3)	
12歳	3 (4.2)	1 (2.4)	2 (6.7)	
13歳	5 (6.9)	3 (7.1)	2 (6.7)	
14歳	12 (16.7)	5 (11.9)	7 (23.3)	
15歳	16 (22.2)	11 (26.2)	5 (16.7)	
16歳	9 (12.5)	4 (9.5)	5 (16.7)	
17歳	9 (12.5)	6 (14.3)	3 (10.0)	
18歳	6 (8.3)	4 (9.5)	2 (6.7)	
19歳以上	2 (2.8)	1 (2.4)	1 (3.3)	
喫煙経験(過去30日)				<0.001
あり	28 (7.4)	20 (15.9)	8 (3.2)	
なし	348 (92.6)	106 (84.1)	240 (96.8)	
過去30日間の喫煙頻度[b]				0.115
吸っていない	43 (60.6)	21 (51.2)	22 (73.3)	
吸ったが、週1回よりは少ない	5 (7.0)	2 (4.9)	3 (10.0)	
週に1回程度	3 (4.2)	2 (4.9)	1 (3.3)	
週に数回	3 (4.2)	2 (4.9)	1 (3.3)	
ほぼ毎日	17 (23.9)	14 (34.1)	3 (10.0)	

a:喫煙経験者(生涯)に対する設問、b:過去30日間の喫煙経験者に対する設問

表6.心の問題での受療歴(精神科・心療内科・心理カウンセリングなど)

	合計(n=376) n (%)	男子(n=126) n (%)	女子(n=248) n (%)	p-value
これまでの受診歴				0.799
ある	17 (4.5)	5 (4.0)	12 (4.8)	
ない	358 (95.5)	120 (96.0)	236 (95.2)	
現在も受診しているか				1.000
はい	2 (11.8)	0 (0.0)	2 (16.7)	
いいえ	15 (88.2)	5 (100.0)	10 (83.3)	
現在、服薬しているか				
はい	2 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	
いいえ	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	

表7.身近な薬物乱用者

	合計(n=376)			男子(n=126)			女子(n=248)			
	いる	いない	この薬物を知らない	いる	いない	この薬物を知らない	いる	いない	この薬物を知らない	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p-value
有機溶剤	18 (4.9)	339 (91.9)	12 (3.3)	6 (4.9)	108 (88.5)	8 (6.6)	11 (4.5)	230 (93.9)	4 (1.6)	0.049
大麻	8 (2.2)	353 (95.7)	8 (2.2)	6 (4.9)	111 (91.0)	5 (4.1)	2 (0.8)	240 (98.0)	3 (1.2)	0.008
覚せい剤	4 (1.1)	353 (95.7)	12 (3.3)	2 (1.6)	114 (93.4)	6 (4.9)	2 (0.8)	237 (96.7)	6 (2.4)	0.289
MDMA	2 (0.5)	280 (75.9)	87 (23.6)	2 (1.6)	96 (77.9)	25 (20.5)	0 (0.0)	184 (75.1)	61 (24.9)	0.107
コカイン	0 (0.0)	351 (95.1)	18 (4.9)	0 (0.0)	114 (93.4)	8 (6.6)	0 (0.0)	235 (95.8)	10 (4.1)	0.313
ガス	3 (0.8)	310 (84.0)	56 (15.2)	3 (2.5)	101 (82.8)	18 (14.8)	0 (0.0)	207 (84.5)	38 (15.5)	0.077
ラッシュ	0 (0.0)	220 (59.8)	148 (40.2)	0 (0.0)	76 (62.3)	46 (37.7)	0 (0.0)	143 (58.9)	101 (41.4)	0.572
向精神薬	11 (3.0)	312 (84.8)	45 (12.2)	4 (3.3)	98 (80.3)	20 (16.4)	7 (2.9)	212 (86.9)	25 (10.2)	0.212
リタリン	0 (0.0)	215 (58.4)	153 (41.6)	0 (0.0)	77 (63.1)	45 (36.9)	0 (0.0)	137 (56.1)	107 (43.9)	0.217
Any drug	31 (8.5)	— —	— —	14 (11.5)	— —	— —	16 (6.6)	— —	— —	0.084

表8.薬物乱用に誘われた経験

	合計(n=376)			男子(n=126)			女子(n=248)			
	ある	ない	この薬物を知らない	ある	ない	この薬物を知らない	ある	ない	この薬物を知らない	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p-value
有機溶剤	4 (1.1)	356 (96.5)	9 (2.4)	2 (1.6)	114 (93.4)	6 (4.9)	2 (0.8)	240 (98.0)	6 (4.9)	0.063
大麻	4 (1.1)	359 (97.3)	6 (1.6)	3 (2.5)	115 (94.3)	4 (3.3)	1 (0.4)	242 (98.8)	2 (0.8)	0.036
覚せい剤	0 (0.0)	361 (97.8)	8 (2.2)	0 (0.0)	118 (96.7)	4 (3.3)	0 (0.0)	241 (98.4)	4 (1.6)	0.448
MDMA	0 (0.0)	294 (79.7)	75 (20.3)	0 (0.0)	102 (83.6)	20 (16.4)	0 (0.0)	191 (78.0)	54 (22.0)	0.217
コカイン	0 (0.0)	355 (96.2)	14 (3.8)	0 (0.0)	116 (95.1)	6 (4.9)	0 (0.0)	237 (96.7)	8 (3.3)	0.567
ガス	0 (0.0)	326 (88.6)	42 (11.4)	0 (0.0)	109 (90.1)	12 (9.9)	0 (0.0)	215 (87.8)	30 (12.2)	0.602
ラッシュ	1 (0.3)	240 (65.2)	127 (34.5)	1 (0.8)	85 (69.7)	36 (29.5)	0 (0.0)	154 (63.1)	90 (36.9)	0.120
向精神薬	0 (0.0)	332 (90.0)	37 (10.0)	0 (0.0)	107 (87.8)	15 (12.3)	0 (0.0)	223 (91.0)	22 (9.0)	0.359
リタリン	0 (0.0)	241 (65.3)	128 (34.7)	0 (0.0)	88 (72.1)	34 (27.9)	0 (0.0)	152 (62.0)	93 (38.0)	0.063
Any drug	6 (1.6)	— —	— —	4 (3.3)	— —	— —	2 (0.8)	— —	— —	0.097

表9.薬物使用経験

	合計(n=376)			男子(n=126)			女子(n=248)			
	ある	ない	この薬物を知らない	ある	ない	この薬物を知らない	ある	ない	この薬物を知らない	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p-value
有機溶剤	1 (0.3)	360 (97.6)	8 (2.2)	1 (0.8)	115 (94.3)	6 (4.9)	0 (0.0)	243 (99.2)	2 (0.8)	0.007
大麻	2 (0.5)	359 (97.3)	8 (2.2)	1 (0.8)	114 (93.4)	7 (5.7)	1 (0.4)	243 (99.2)	1 (0.4)	0.001
覚せい剤	0 (0.0)	360 (97.6)	9 (2.4)	0 (0.0)	114 (93.4)	8 (6.6)	0 (0.0)	244 (99.6)	1 (0.4)	0.001
MDMA	0 (0.0)	296 (80.2)	73 (19.8)	0 (0.0)	100 (82.0)	22 (18.0)	0 (0.0)	195 (79.6)	50 (20.4)	0.676
コカイン	0 (0.0)	355 (96.2)	14 (3.8)	0 (0.0)	113 (92.6)	9 (7.4)	0 (0.0)	240 (98.0)	5 (2.0)	0.018
ガス	0 (0.0)	322 (87.3)	47 (12.7)	0 (0.0)	104 (85.2)	18 (14.8)	0 (0.0)	216 (88.2)	29 (11.8)	0.507
ラッシュ	0 (0.0)	245 (66.4)	124 (33.6)	0 (0.0)	82 (67.2)	40 (32.8)	0 (0.0)	162 (66.1)	83 (33.9)	0.907
向精神薬	0 (0.0)	340 (92.1)	29 (7.9)	0 (0.0)	109 (89.3)	13 (10.7)	0 (0.0)	229 (93.5)	16 (6.5)	0.217
リタリン	0 (0.0)	247 (66.9)	122 (33.1)	0 (0.0)	85 (69.7)	37 (30.3)	0 (0.0)	161 (65.7)	84 (34.3)	0.481
Any drug	2 (0.5)	— —	— —	1 (0.8)	— —	— —	1 (0.4)	— —	— —	0.555

表10.各乱用薬物の入手可能性

	全体(n=376)				
	絶対不可能	ほとんど不可能	なんとか手に入る	簡単に手に入る	この薬物を知らない
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
有機溶剤	150 (41.2)	51 (14.0)	51 (14.0)	96 (26.4)	16 (4.4)
大麻	207 (56.9)	76 (20.9)	55 (15.1)	10 (2.7)	16 (4.4)
覚せい剤	216 (59.3)	71 (19.5)	51 (14.0)	9 (2.5)	17 (4.7)
MDMA	181 (49.7)	64 (17.6)	35 (9.6)	6 (1.6)	78 (21.4)
コカイン	217 (59.8)	79 (21.8)	36 (9.9)	6 (1.7)	25 (6.9)
ガス	149 (40.9)	59 (16.2)	43 (11.8)	61 (16.8)	52 (14.3)
ラッシュ	143 (39.4)	53 (14.6)	23 (6.3)	5 (1.4)	139 (38.3)
向精神薬	151 (41.5)	59 (16.2)	61 (16.8)	53 (14.6)	40 (11.0)
リタリン	144 (39.7)	50 (13.8)	22 (6.1)	10 (2.8)	137 (37.7)

表10.各乱用薬物の入手可能性(続き)

	男子(n=126)				
	絶対不可能	ほとんど不可能	なんとか手に入る	簡単に手に入る	この薬物を知らない
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
有機溶剤	39 (32.2)	20 (16.5)	20 (16.5)	34 (28.1)	8 (6.6)
大麻	58 (47.9)	29 (24.0)	19 (15.7)	6 (5.0)	9 (7.4)
覚せい剤	64 (52.9)	25 (20.7)	19 (15.7)	4 (3.3)	9 (7.4)
MDMA	58 (47.9)	21 (17.4)	16 (13.2)	3 (2.5)	23 (19.0)
コカイン	65 (53.7)	29 (24.0)	12 (9.9)	5 (4.1)	10 (8.3)
ガス	40 (33.1)	21 (17.4)	16 (13.2)	26 (21.5)	18 (14.9)
ラッシュ	44 (36.4)	21 (17.4)	11 (9.1)	4 (3.3)	41 (33.9)
向精神薬	48 (39.7)	24 (19.8)	21 (17.4)	13 (10.7)	15 (12.4)
リタリン	47 (38.8)	21 (17.4)	8 (6.6)	4 (3.3)	41 (33.9)

表10.各乱用薬物の入手可能性(続き)

	女子(n=248)					
	絶対不可能	ほとんど不可能	なんとか手に入る	簡単に手に入る	この薬物を知らない	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p-value
有機溶剤	111 (46.1)	31 (12.9)	30 (12.4)	61 (25.3)	8 (3.3)	0.094
大麻	148 (61.4)	47 (19.5)	35 (14.5)	4 (1.7)	7 (2.9)	0.034
覚せい剤	151 (62.7)	46 (19.1)	31 (12.9)	5 (2.1)	8 (3.3)	0.245
MDMA	123 (51.0)	43 (17.8)	19 (7.9)	3 (1.2)	53 (22.0)	0.447
コカイン	151 (62.9)	50 (20.8)	23 (9.6)	1 (0.4)	15 (6.3)	0.078
ガス	109 (45.2)	38 (15.8)	27 (11.2)	34 (14.1)	33 (13.7)	0.188
ラッシュ	99 (41.3)	32 (13.3)	12 (5.0)	1 (0.4)	96 (40.0)	0.061
向精神薬	103 (42.7)	35 (14.5)	39 (16.2)	40 (16.6)	24 (10.0)	0.403
リタリン	97 (40.4)	29 (12.1)	14 (5.8)	6 (2.5)	94 (39.2)	0.615

表11.家族関係について

	合計(n=376) n (%)	男子(n=126) n (%)	女子(n=248) n (%)	p-value
両親の存在				0.229
両親ともにいる	352 (93.9)	117 (93.6)	233 (94.0)	
母親はいるか父親はいない	19 (5.1)	5 (4.0)	14 (5.6)	
父親はいるが母親はいない	3 (0.8)	2 (1.6)	1 (0.4)	
両親ともにいない	1 (0.3)	1 (0.8)	0 (0.0)	
両親の関係				0.026
大変良い	145 (41.5)	57 (49.1)	88 (38.1)	
どちらかと言えば良い	149 (42.7)	50 (43.1)	98 (42.4)	
どちらかと言えば悪い	42 (12.0)	7 (6.0)	34 (14.7)	
大変悪い	13 (3.7)	2 (1.7)	11 (4.8)	
自分と母親との関係				0.043
大変良い	206 (56.3)	59 (49.2)	147 (60.2)	
どちらかと言えば良い	142 (38.8)	56 (46.7)	84 (34.4)	
どちらかと言えば悪い	17 (4.6)	4 (3.3)	13 (5.3)	
大変悪い	1 (0.3)	1 (0.8)	0 (0.0)	
自分と父親との関係				0.167
大変良い	154 (43.8)	52 (44.1)	102 (44.0)	
どちらかと言えば良い	156 (44.3)	58 (49.2)	96 (41.4)	
どちらかと言えば悪い	33 (9.4)	6 (5.1)	27 (11.6)	
大変悪い	9 (2.6)	2 (1.7)	7 (3.0)	
家族の依存傾向*				
喫煙者	177 (47.2)	58 (46.4)	119 (48.0)	0.826
アルコール依存症	24 (6.4)	12 (9.6)	12 (4.8)	0.115
薬物依存症	2 (0.5)	1 (0.8)	1 (0.4)	1.000
ギャンブル依存症	10 (2.7)	3 (2.4)	7 (2.8)	1.000
いずれにも当てはまらない	182 (48.5)	61 (48.8)	119 (48.0)	0.913

*複数回答

表12.問題行動の経験(生涯経験率)

	合計(n=376) n (%)	男子(n=126) n (%)	女子(n=248) n (%)	p-value
誰かにイジメられたこと	74 (19.7)	29 (23.2)	44 (17.7)	0.216
誰かをイジメたこと	72 (19.2)	38 (30.4)	34 (13.7)	<0.001
無断外泊したこと	67 (17.9)	37 (29.6)	30 (12.1)	<0.001
万引きをしたこと	61 (16.3)	34 (27.2)	27 (10.9)	<0.001
家族・恋人・友人・知人・他人に対する身体的暴力	34 (9.1)	23 (18.4)	10 (4.0)	<0.001
家族から身体的暴力を受けたこと	28 (7.5)	8 (6.4)	20 (8.1)	0.679
警察に補導・逮捕されたこと	25 (6.7)	15 (12.0)	10 (4.0)	0.007
拒食が続いたこと	21 (5.6)	5 (4.0)	16 (6.5)	0.476
クラブ・レイブパーティへ行ったこと	19 (5.1)	6 (4.8)	13 (5.2)	1.000
不登校になったこと	17 (4.5)	5 (4.0)	11 (4.4)	1.000
過食が続いたこと	17 (4.5)	5 (4.0)	12 (4.8)	0.799
出会い系サイトを利用したことがある	15 (4.0)	5 (4.0)	10 (4.0)	1.000
リストカットなどの自傷行為をしたこと	14 (3.7)	3 (2.4)	10 (4.0)	0.556
学校を停学・退学になったこと	13 (3.5)	6 (4.8)	7 (2.8)	0.374
パチンコ・パチスロなどのギャンブルがやめられない経験	7 (1.9)	6 (4.8)	1 (0.4)	0.007
食べ吐きが続いたこと	6 (1.6)	1 (0.8)	5 (2.0)	0.668

表13.基本的属性・生活習慣と薬物乱用リスクとの関連

	CG(n=332) n (%)	RG(n=27) n (%)	HRG(n=5) n (%)	p-value*
性別				0.069
男子	107 (32.3)	10 (38.5)	4 (80.0)	
女子	224 (67.7)	16 (61.5)	1 (20.0)	
浪人経験				0.601
あり	78 (23.6)	7 (25.9)	2 (40.0)	
なし	252 (76.4)	20 (74.1)	3 (60.0)	
住まい				0.383
血縁関係者と同居	172 (51.8)	15 (57.7)	3 (60.0)	
一人暮らし	157 (47.3)	10 (38.5)	2 (40.0)	
非血縁関係者と同居	3 (0.9)	1 (3.8)	0 (0.0)	
大学生活への満足度				0.216
非常に満足	22 (6.6)	4 (14.8)	0 (0.0)	
満足	156 (47.1)	12 (44.4)	2 (40.0)	
どちらともいえない	115 (34.7)	7 (25.9)	2 (40.0)	
不満	33 (10.0)	3 (11.1)	0 (0.0)	
非常に不満	5 (1.5)	1 (3.7)	1 (20.0)	
あなたの起床や就寝のリズムは規則的ですか				0.018
規則的	59 (17.8)	3 (11.1)	2 (40.0)	
どちらかといえば規則的	154 (46.4)	8 (29.6)	0 (0.0)	
どちらかといえば不規則	84 (25.3)	12 (44.4)	1 (20.0)	
不規則	35 (10.5)	4 (14.8)	2 (40.0)	
平均睡眠時間(過去30日間)				0.512
5時間未満	29 (8.7)	1 (3.7)	1 (20.0)	
5～6時間未満	103 (31.0)	13 (48.1)	2 (40.0)	
6～7時間未満	136 (41.0)	8 (29.6)	2 (40.0)	
7～8時間未満	51 (15.4)	3 (11.1)	0 (0.0)	
8～9時間未満	11 (3.3)	2 (7.4)	0 (0.0)	
9時間以上	2 (0.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	
昼夜逆転の頻度(過去30日間)				0.001
なし	181 (54.5)	7 (25.9)	0 (0.0)	
あったが週1回より少ない	86 (25.9)	7 (25.9)	3 (60.0)	
週1回程度	45 (13.6)	8 (29.6)	1 (20.0)	
週に数回程度	17 (5.1)	4 (14.8)	1 (20.0)	
ほぼ毎日	3 (0.9)	1 (3.7)	0 (0.0)	

CG:対照群、RG:リスク群、HRG:ハイリスク群、: p value for trend-test

表14.携帯電話の利用状況およびアルバイト・収入に関する項目と薬物乱用リスクとの関連

	CG(n=332) n (%)	RG(n=27) n (%)	HRG(n=5) n (%)	p-value*
携帯電話を持っているか				
はい	331 (99.7)	27 (100.0)	5 (100.0)	
いいえ	1 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	
月あたりの携帯料金(円)				0.197
5000円未満	52 (15.8)	2 (7.4)	0 (0.0)	
5000～1万円未満	211 (63.9)	20 (74.1)	3 (60.0)	
1万～1万5000円未満	30 (9.1)	4 (14.8)	1 (20.0)	
1万5000～2万円未満	8 (2.4)	1 (3.7)	1 (20.0)	
2万～2万5000円未満	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
2万5000～3万円未満	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
3万円以上	1 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	
わからない(親に任せてある)	28 (8.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	
携帯電話依存傾向				
1.携帯がないと落ち着かない				0.956
非常に当てはまる	64 (19.3)	6 (22.2)	2 (40.0)	
やや当てはまる	141 (42.6)	12 (44.4)	2 (40.0)	
やや当てはまらない	78 (23.6)	6 (22.2)	1 (20.0)	
全く当てはまらない	48 (14.5)	3 (11.1)	0 (0.0)	
2.携帯メールがやめられない				0.506
非常に当てはまる	21 (6.3)	0 (0.0)	1 (20.0)	
やや当てはまる	67 (20.2)	8 (29.6)	1 (20.0)	
やや当てはまらない	103 (31.1)	7 (25.9)	1 (20.0)	
全く当てはまらない	140 (42.3)	12 (44.4)	2 (40.0)	
3.携帯を常に見えるところに置いている				0.582
非常に当てはまる	69 (20.8)	5 (18.5)	1 (20.0)	
やや当てはまる	105 (31.7)	9 (33.3)	4 (80.0)	
やや当てはまらない	104 (31.4)	9 (33.3)	0 (0.0)	
全く当てはまらない	53 (16.0)	4 (14.8)	0 (0.0)	
4.携帯がないと仲間との付き合いがうまくいかない				0.076
非常に当てはまる	26 (7.9)	1 (3.8)	2 (40.0)	
やや当てはまる	96 (29.0)	4 (15.4)	2 (40.0)	
やや当てはまらない	126 (38.1)	13 (50.0)	0 (0.0)	
全く当てはまらない	83 (25.1)	8 (30.8)	1 (20.0)	
現在、アルバイトをしているか				0.670
はい	74 (22.3)	5 (18.5)	0 (0.0)	
いいえ	258 (77.7)	22 (81.5)	5 (100.0)	
アルバイトの頻度				0.090
ほぼ毎日	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
週3～6日	36 (48.6)	4 (80.0)	0 (0.0)	
週1～2日	33 (44.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	
不定期	5 (6.8)	1 (20.0)	0 (0.0)	
アルバイトの時間帯(複数回答)				
早朝	6 (8.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	1.000
午前中	24 (32.4)	1 (20.0)	0 (0.0)	1.000
午後	72 (97.3)	5 (100.0)	0 (0.0)	1.000
深夜	3 (4.1)	1 (20.0)	0 (0.0)	0.234
自由に使えるお金				0.599
1万円未満	82 (24.9)	7 (25.9)	2 (40.0)	
1～2万円未満	119 (36.2)	9 (33.3)	0 (0.0)	
2万～3万円未満	59 (17.9)	5 (18.5)	2 (40.0)	
3～5万円未満	47 (14.3)	3 (11.1)	1 (20.0)	
5～10万円未満	15 (4.6)	3 (11.1)	0 (0.0)	
10万円以上	7 (2.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	

CG:対照群、RG:リスク群、HRG:ハイリスク群、: p value for trend-test

表15.飲酒・喫煙の状況と薬物乱用リスクとの関連

	CG(n=332) n (%)	RG(n=27) n (%)	HRG(n=5) n (%)	p-value
飲酒経験(生涯)				0.694
あり	286 (86.1)	25 (92.6)	5 (100.0)	
なし	46 (13.9)	2 (7.4)	0 (0.0)	
飲酒経験(過去30日)				0.025
あり	224 (67.5)	22 (81.5)	5 (100.0)	
なし	108 (32.5)	5 (18.5)	0 (0.0)	
大人不在下での飲酒経験				0.231
あり	230 (80.4)	23 (92.0)	5 (100.0)	
なし	56 (19.6)	2 (8.0)	0 (0.0)	
大人不在下での飲酒を初めて経験した年齢				
10歳以下	4 (1.7)	1 (4.3)	1 (20.0)	
11歳	2 (0.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	
12歳	4 (1.7)	1 (4.3)	0 (0.0)	
13歳	3 (1.3)	2 (8.7)	0 (0.0)	
14歳	9 (3.9)	3 (13.0)	1 (20.0)	
15歳	21 (9.1)	4 (17.4)	1 (20.0)	
16歳	45 (19.6)	6 (26.1)	1 (20.0)	
17歳	40 (17.4)	3 (13.0)	1 (20.0)	
18歳	73 (31.7)	2 (8.7)	0 (0.0)	
19歳以上	29 (12.6)	1 (4.3)	0 (0.0)	
過去30日間の飲酒頻度				0.018
飲んでいない	82 (21.7)	3 (12.0)	0 (0.0)	
飲んだが週1回よりは少ない	135 (47.2)	7 (28.0)	3 (60.0)	
週に1回程度	43 (15.0)	6 (24.0)	1 (20.0)	
週に数回	42 (14.7)	9 (36.0)	0 (0.0)	
ほぼ毎日	4 (1.4)	0 (0.0)	1 (20.0)	
イッキ飲みの経験				0.001
あり	52 (18.2)	11 (44.0)	3 (60.0)	
なし	234 (81.8)	14 (56.0)	2 (40.0)	
ブラックアウトの経験				0.030
あり	23 (8.0)	4 (16.0)	2 (40.0)	
なし	263 (92.0)	21 (84.0)	3 (60.0)	
アルコールハラスメントを受けたことがある				0.010
あり	19 (6.7)	6 (24.0)	1 (20.0)	
なし	266 (93.3)	19 (76.0)	4 (80.0)	
喫煙経験(生涯)				<0.001
あり	60 (18.1)	6 (22.2)	5 (100.0)	
なし	272 (81.9)	21 (77.8)	0 (0.0)	
喫煙経験(過去30日)				0.013
あり	22 (6.6)	2 (7.4)	3 (50.0)	
なし	310 (93.4)	25 (92.6)	3 (50.0)	
初回喫煙年齢				0.136
10歳以下	8 (13.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	
11歳	1 (1.7)	0 (0.0)	1 (20.0)	
12歳	2 (3.3)	0 (0.0)	1 (20.0)	
13歳	4 (6.7)	1 (16.7)	0 (0.0)	
14歳	10 (16.7)	0 (0.0)	2 (40.0)	
15歳	14 (23.3)	2 (33.3)	0 (0.0)	
16歳	8 (13.3)	1 (16.7)	0 (0.0)	
17歳	8 (13.3)	0 (0.0)	1 (20.0)	
18歳	4 (6.7)	1 (16.7)	0 (0.0)	
19歳以上	1 (1.7)	1 (16.7)	0 (0.0)	
過去30日間の喫煙頻度				0.717
吸っていない	37 (62.7)	4 (66.7)	2 (40.0)	
吸ったが、週1回よりは少ない	5 (8.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	
週に1回程度	2 (3.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	
週に数回	3 (5.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	
ほぼ毎日	12 (20.3)	2 (33.3)	3 (60.0)	

CG:対照群、RG:リスク群、HRG:ハイリスク群、: p value for trend-test

表16.家族関係と薬物乱用リスクとの関連

	CG(n=332) n (%)	RG(n=27) n (%)	HRG(n=5) n (%)	p-value
両親の存在				0.021
両親ともにいる	315 (95.2)	21 (77.8)	5 (100.0)	
母親はいるか父親はいない	13 (3.9)	5 (18.5)	0 (0.0)	
父親はいるが母親はいない	2 (0.6)	1 (3.7)	0 (0.0)	
両親ともにいない	1 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	
両親の関係				0.169
大変良い	133 (42.4)	7 (35.0)	0 (0.0)	
どちらかと言えば良い	130 (41.4)	10 (50.0)	4 (80.0)	
どちらかと言えば悪い	40 (12.7)	1 (5.0)	1 (20.0)	
大変悪い	11 (3.5)	2 (10.0)	0 (0.0)	
自分と母親との関係				<0.001
大変良い	188 (57.7)	12 (48.0)	0 (0.0)	
どちらかと言えば良い	127 (39.0)	8 (32.0)	4 (80.0)	
どちらかと言えば悪い	11 (3.4)	4 (16.0)	1 (20.0)	
大変悪い	0 (0.0)	1 (4.0)	0 (0.0)	
自分と父親との関係				0.648
大変良い	141 (44.6)	6 (28.6)	2 (40.0)	
どちらかと言えば良い	137 (43.4)	12 (57.1)	3 (60.0)	
どちらかと言えば悪い	29 (9.2)	3 (14.3)	0 (0.0)	
大変悪い	9 (2.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	
家族の依存傾向				
喫煙者	157 (47.4)	9 (33.3)	4 (80.0)	0.132
アルコール依存症	19 (5.7)	4 (14.8)	1 (20.0)	0.077
薬物依存症	2 (0.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	1.000
ギャンブル依存症	8 (2.4)	2 (7.4)	0 (0.0)	0.278
いずれにも当てはまらない	161 (48.6)	16 (59.3)	1 (20.0)	0.913

CG:対照群、RG:リスク群、HRG:ハイリスク群、: p value for trend-test

表17.問題行動と薬物乱用リスクとの関連

	CG(n=332) n (%)	RG(n=27) n (%)	HRG(n=5) n (%)	p-value
学校を停学・退学になったこと	1 (3.0)	2 (7.4)	1 (20.0)	0.056
不登校になったこと	13 (3.9)	3 (11.1)	0 (0.0)	0.219
警察に補導・逮捕されたこと	19 (5.7)	2 (7.4)	3 (60.0)	0.003
無断外泊したこと	53 (16.0)	9 (33.3)	4 (80.0)	0.001
誰かにイジメられたこと	58 (17.5)	10 (37.0)	2 (40.0)	0.019
誰かをイジメたこと	60 (18.1)	8 (29.6)	2 (40.0)	0.132
過食が続いたこと	13 (3.9)	3 (11.1)	0 (0.0)	0.219
拒食が続いたこと	17 (5.1)	3 (11.1)	0 (0.0)	0.386
食べ吐きが続いたこと	4 (1.2)	2 (7.4)	0 (0.0)	0.143
万引きをしたこと	51 (15.4)	4 (14.8)	4 (80.0)	0.005
リストカットなどの自傷行為をしたこと	10 (3.0)	3 (11.1)	0 (0.0)	0.101
出会い系サイトを利用したことがある	9 (2.7)	4 (14.8)	2 (40.0)	<0.001
パチンコ・パチスロなどのギャンブルがやめられない経験	5 (1.5)	1 (3.7)	1 (20.0)	0.047
家族・恋人・友人・知人・他人に対する身体的暴力	25 (7.6)	5 (18.5)	2 (40.0)	0.011
家族から身体的暴力を受けたこと	22 (6.6)	5 (18.5)	0 (0.0)	0.085
クラブ・レイブパーティへ行ったことがある	13 (3.9)	3 (11.1)	2 (40.0)	0.005

CG:対照群、RG:リスク群、HRG:ハイリスク群、: p value for trend-test

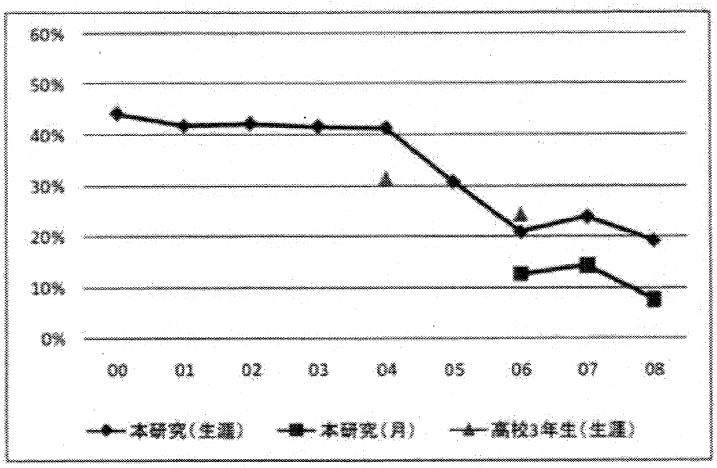


図 1. A 大学新入生における喫煙の状況（全体）

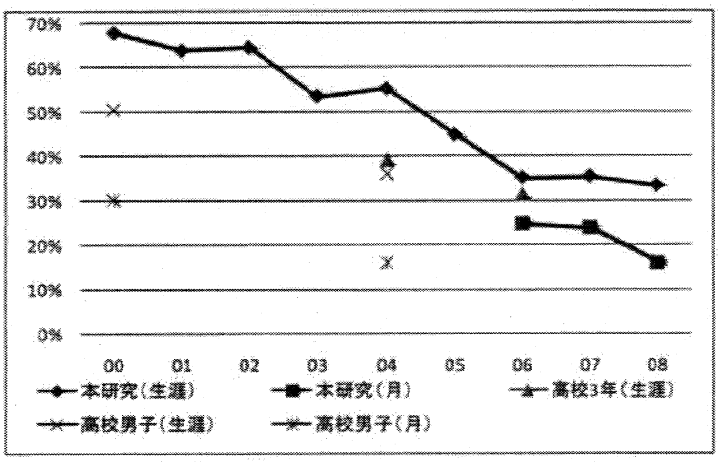


図 2. A 大学新入生における喫煙の状況（男子）

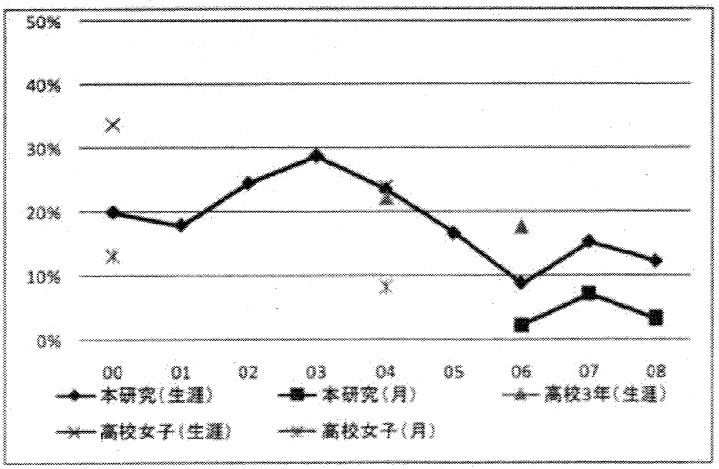


図 3. A 大学新入生における喫煙の状況（女子）

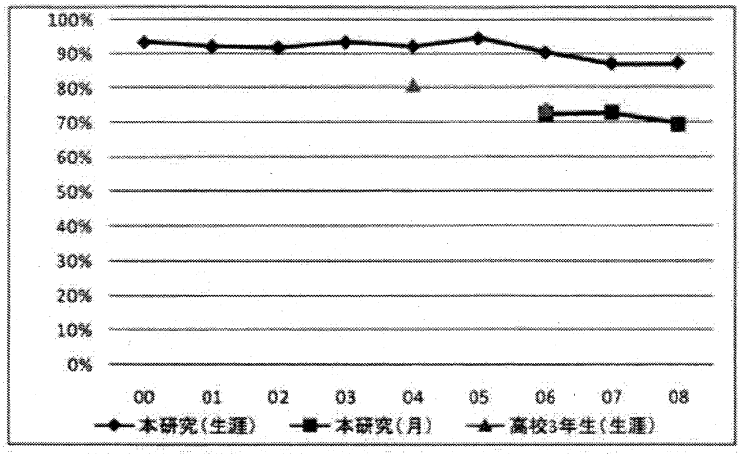


図 4. A 大学新入生における飲酒の状況（全体）

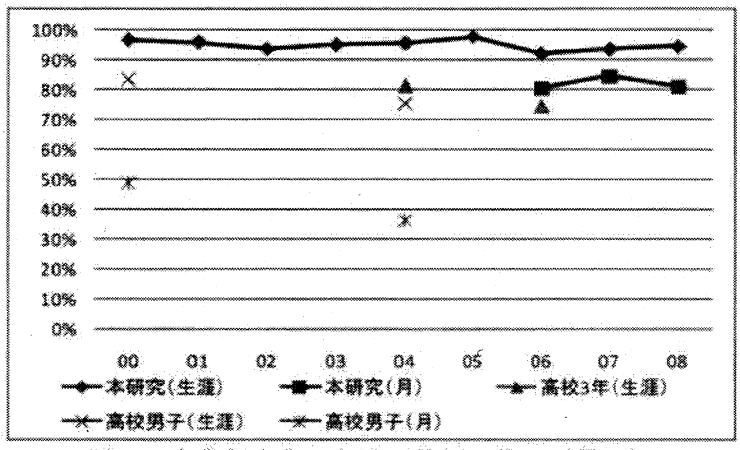


図 5. A 大学新入生における飲酒の状況（男子）

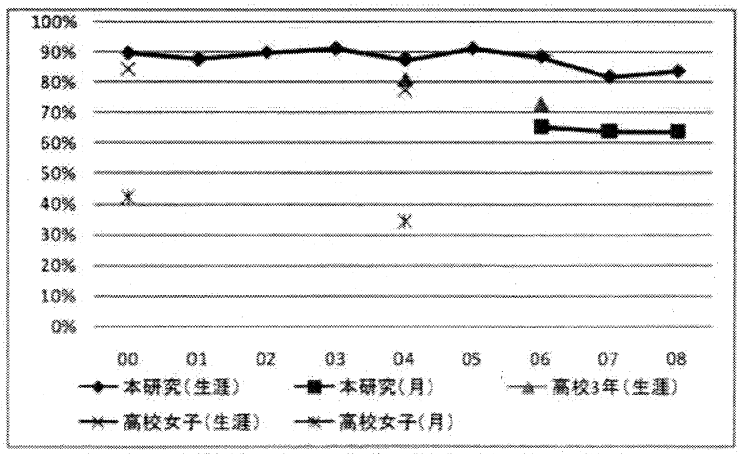


図 6. A 大学新入生における飲酒の状況（女子）

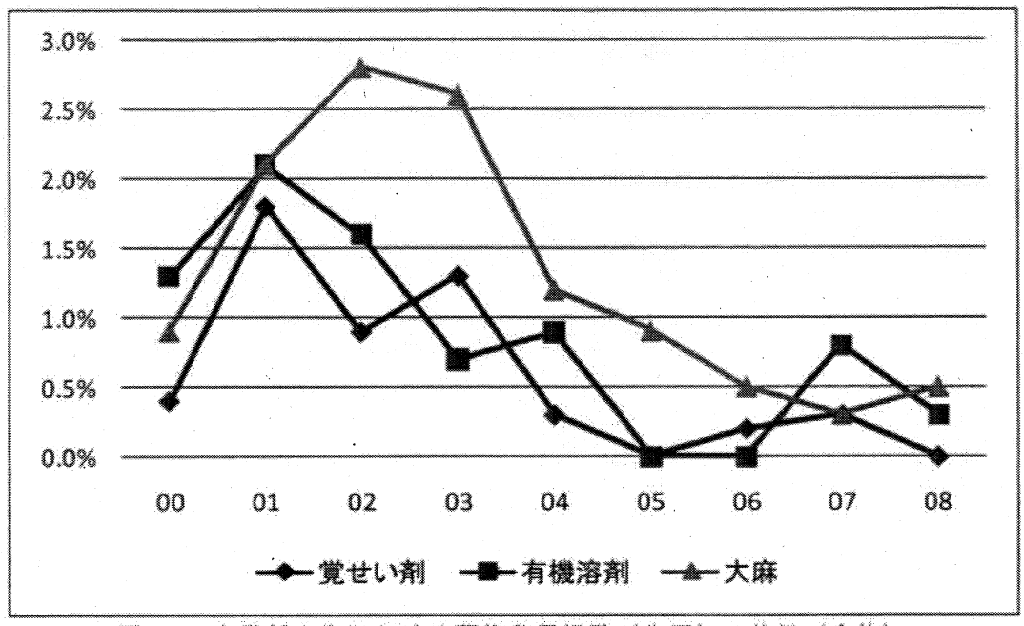


図 7. A 大学新入生における薬物乱用経験（生涯）の状況（全体）

大学生の飲酒・喫煙・薬物乱用に関するアンケート

（第2版-08）

- このアンケートは、みなさんが、実際にどの程度、お酒やタバコや薬物乱用を経験しているのかを調べ、日常生活やこれまでの経験との関係を調査研究するものです。調査結果は、青少年の薬物乱用対策に役立てます。
- 答えにくい質問には回答しなくても結構ですが、正直にありのままをお答えください。なお、この調査では個人を特定できないように、以下のような配慮がなされています。
  - この調査用紙には、あなたの名前や住所などの個人情報を書く必要はありません。
  - 選択肢に○を付けるか、数字を書くだけの簡単な質問形式になっています。
  - 回答後は、配られた封筒に用紙を入れて必ず封をし、先生の持っている大きな袋に封筒ごと入れてください。開封は大学では行いませんので、先生が中身を見ることはありません。
  - 担当教官は、必要に応じてみなさんからの質問を受け付けますが、回答中は、なるべくみなさんの所には行かず、みなさんが書きやすいように努めていただきます。
  - 調査用紙は、研究所で開封し、電子メディアに入力後、破棄されます。また、電子メディアは、厳重に保管され、研究以外の目的には使用しません。
  - 調査結果は、全体を集計して処理しますので、個人が特定されることはありません。

実施機関：福岡大学 薬学部 臨床疾患薬学部教室、国立精神・神経センター 精神保健研究所 薬物依存研究部

各質問に対する回答は、ことわりがない限り、自分の場合に最も近いものの数字を一つだけ○で囲んでください。

1.プロフィールについて

（質問 1）あなたは男性ですか、女性ですか？

1）男性　　2）女性

（質問 2）あなたは新入生（１年生）ですか？

1）はい　　2）いいえ

（質問 3）現在、あなたは何歳ですか？　（＿＿＿＿＿＿＿＿歳）

（質問 4）大学入学前に、浪人生活をしていましたか？　1）はい　　2）いいえ

（質問 5）現在の住まいは、どれにあてはまりますか？

1）血縁関係者（親・きょうだい・祖父母・親戚など）と同居　　2）一人暮らし（学生寮を含む）
3）非血縁関係者（知人・友人・パートナーなど）と同居　　4）その他

2.日常生活について

（質問 6）現在の学生生活にどのくらい満足していますか？

1）非常に満足　　2）満足　　3）どちらともいえない
4）不満　　5）非常に不満

（質問 7）あなたの起床や就寝のリズムは規則的ですか？

1）規則的　　2）どちらかといえば規則的
3）どちらかといえば不規則　　4）不規則

（質問 8）**この 30 日間について、1 日に寝る時間は、平均何時間くらいでしたか？**

1）5 時間未満　　2）5～6 時間未満　　3）6～7 時間未満
4）7～8 時間未満　　5）8～9 時間未満　　6）9 時間以上

（質問 9）**この 30 日間に、昼夜逆転（明け方に寝て、昼に起きるような、昼と夜が入れ替わってしまっている状態）した日がどのくらいありましたか？**

1）なし　　2）あったが週 1 回より少ない　3）週 1 回程度
4）週に数回程度　　5）ほぼ毎日

（質問 10）**携帯電話（PHS を含む）を持っていますか？**

1）はい（質問 10-1, 2 もお答えください）　　2）いいえ（質問 11 へ）

（質問 10-1）**毎月の携帯料金（基本料金を含めた通話料、パケット代などの合計）は平均どのくらいですか？**

1）5000 円未満　　2）5000～1 万円未満　　3）1 万～1 万 5000 円未満
4）1 万 5000～2 万円未満　　5）2 万～2 万 5000 円未満　　6）2 万 5000～3 万円未満
7）3 万円以上　　8）わからない（親に任せてある）

（質問 10-2）**携帯電話に関するそれぞれの項目について、あなたはどこにあてはまりますか？**
①～④の中から、当てはまる番号に○をつけてください。

	①非常に当てはまる	②やや当てはまる	③やや当てはまらない	④全く当てはまらない
1.携帯電話がないと落ち着かない	1	2	3	4
2.他にやらないといけないことがあるのに携帯メールがやめられない	1	2	3	4
3.携帯電話を常に見えるところに置いている	1	2	3	4
4.携帯電話を持っていないと仲間との付き合いがうまくいかない	1	2	3	4

（質問 11）**現在、何らかのアルバイトや仕事をしていますか？**

1）はい（質問 11-1, 2 にもお答えください）　　2）いいえ（質問 12 へ）

（質問 11-1）**「はい」の場合、1 週間のうち、どのくらいアルバイトをしていますか？**

1）ほぼ毎日　　2）週 3～6 日　　3）週 1～2 日　　4）不定期（臨時）

（質問 11-2）**どの時間帯にアルバイトをしていますか？当てはまるものすべてに○をつけてください。**

1）早朝（9 時前）　　2）午前　　3）午後　　4）深夜（23 時以降）

（質問 12）**あなたが、自由に使えるお金は、毎月どのくらいですか？例えば、仕送りを受け取っている場合、そこから家賃・光熱費などを差し引いた金額で、余暇（交際費、遊び代）に使える額をお答えください。**

1）1 万円未満　　2）1～2 万円未満　　3）2 万～3 万円未満
4）3～5 万円未満　　5）5～10 万円未満　　6）10 万円以上

2.アルコールとタバコについて

（質問 13）**これまでに、一度でもお酒（チューハイ、ビール、日本酒、焼酎、ワイン、ウイスキーなど）を飲んだことがありますか？**
（ただし、なめただけの場合は、「2.いいえ」としてください。）

1）はい（質問 13-1～6 をお答えください）　　2）いいえ（質問 14 へ）

（質問 13-1）**これまでに、お酒をイッキ飲みしたことがありますか？**

1）はい　　2）いいえ

（質問 13-2）**これまでに、お酒を飲んでブラックアウト（記憶が飛ぶ、意識を失う）をしたことがありますか？**

1）はい　　2）いいえ

（質問 13-3）**これまでに、先輩、友人、同級生、家族などから、アルコール・ハラスメント（酒の多量摂取、イッキ飲みなどを強要する嫌がらせ）を受けたことがありますか？**

1）はい　　2）いいえ

（質問 13-4）**この 30 日間に、どのくらいの頻度で、お酒を飲みましたか？**

1）飲んでいない　　2）飲んだが週 1 回よりは少ない　　3）週 1 回程度
4）週に数回程度　　5）ほぼ毎日

（質問 13-5）**大人がいない状態で（友人や仲間だけで、あるいは単独で）、お酒を飲んだことはありますか？**

1）はい　　2）いいえ（質問 14 へ）

（質問 13-6）**大人がいない状態で、初めてお酒を飲んだのは何歳の時でしたか？**

1）10 歳以下　2）11 歳　3）12 歳　4）13 歳　5）14 歳
6）15 歳　7）16 歳　8）17 歳　9）18 歳　10）19 歳以上

（質問 14）**あなたは、これまでに一度でもタバコを吸ったことがありますか？**

1）はい（質問 14-1, 2 をお答えください）　　2）いいえ（質問 15 へ）

（質問 14-1）**初めてタバコを吸ったのは何歳の時でしたか？**

1）10 歳以下　2）11 歳　3）12 歳　4）13 歳　5）14 歳
6）15 歳　7）16 歳　8）17 歳　9）18 歳　10）19 歳以上

（質問 14-2）**この 30 日間に、どのくらいの頻度で、タバコを吸いましたか？**

1）吸っていない　　2）吸ったが週 1 回よりは少ない　　3）週 1 回程度
4）週に数回程度　　5）ほぼ毎日

3.病院等の受診歴について

（質問 15）**これまでに、心の問題（うつ、不安、眠れないなどの症状）で精神科・心療内科・神経内科などを受診（通院・入院どちらでも）したことがありますか？**

1）はい　　2）いいえ（質問 16 へ）

（質問 15-1）**現在も、定期的に受診していますか？**　1）はい　　2）いいえ（質問 16 へ）

（質問 15-2）**現在、これらの病院からお薬をもらっていますか？**

1）はい　　2）いいえ（質問 16 へ）

（質問 15-3）**それはどのようなお薬ですか？当てはまるものすべてに○をつけてください。**

1）うつの薬（抗うつ薬）　　2）不安を取り除く薬（抗不安薬）

3)眠りやすくする薬（睡眠薬）　　4)気持ちを落ち着ける薬（精神安定剤）
5)その他（どんな薬？＿＿＿＿＿＿＿＿）　　6)不明（何の薬だかわからない）

4.薬物乱用について

（質問 16）あなたのまわりで、次の薬物を乱用している人はいますか？

それぞれの薬物を知らない場合は、「3.この薬物を知らない」に○をつけてください。なお、8と9は、病院から処方される医薬品ですが、治療目的ではなく、乱用目的での使用（ラリるため、酔うため、気持ちよくなるため、トブために、大量に飲んだりすること）について尋ねています。

	1.いない	–	2.いる	–	3.この薬物を知らない
1.有機溶剤（シンナー、トルエン、ボンドなど）	1	–	2	–	3
2.大麻（マリファナ、ハシシ、ガンジャ）	1	–	2	–	3
3.覚せい剤（シャブ、エス、アイス、スピード）	1	–	2	–	3
4.MDMA（エクスタシー、バツ、エックス）	1	–	2	–	3
5.コカイン（クラック、コーク）	1	–	2	–	3
6.ガス（ガスパン、ライターガス）	1	–	2	–	3
7.ラッシュ（RUSH、ポッパー）	1	–	2	–	3
8.向精神薬（精神安定剤、抗不安薬、睡眠薬など）	1	–	2	–	3
9.リタリン（メチルフェニデート、ビタミンR）	1	–	2	–	3
10.その他の薬物（名前＿＿＿＿＿＿＿＿）	1	–	2		
11.不明（名前はわからないが、何か乱用している）	1	–	2		

（質問 17）これまでに、次の薬物乱用に誘われたことがありますか？（友人・仲間・恋人・知人・先輩・売人などから）

それぞれの薬物を知らない場合は、「3.この薬物を知らない」に○をつけてください。なお、8と9は、病院から処方される医薬品ですが、治療目的ではなく、乱用目的での使用（ラリるため、酔うため、気持ちよくなるため、トブために、大量に飲んだりすること）について尋ねています。

	1.ない	–	2.ある	–	3.この薬物を知らない
1.有機溶剤（シンナー、トルエン、ボンドなど）	1	–	2	–	3
2.大麻（マリファナ、ハシシ、ガンジャ）	1	–	2	–	3
3.覚せい剤（シャブ、エス、アイス、スピード）	1	–	2	–	3
4.MDMA（エクスタシー、バツ、エックス）	1	–	2	–	3
5.コカイン（クラック、コーク）	1	–	2	–	3
6.ガス（ガスパン、ライターガス）	1	–	2	–	3
7.ラッシュ（RUSH、ポッパー）	1	–	2	–	3
8.向精神薬（精神安定剤、抗不安薬、睡眠薬など）	1	–	2	–	3
9.リタリン（メチルフェニデート、ビタミンR）	1	–	2	–	3
10.その他の薬物（名前＿＿＿＿＿＿＿＿）	1	–	2		
11.不明（名前はわからないが、誘われた）	1	–	2		

↓アンケートは、もう少し続きます。引き続きご協力お願いします。↓

（質問 18）**あなたが、次の薬物を手に入れようとした場合、どの程度むずかしいですか？**

それぞれの薬物を知らない場合は、「5.この薬物を知らない」に○をつけてください。なお、8と9は、病院から処方される医薬品ですが、治療目的の処方ではなく、乱用目的での不正入手（インターネットや売人から）について尋ねています。

	1. 絶対不可能だ	2. ほとんど不可能だ	3. なんとか手に入る	4. 簡単に手に入る	5.この薬物を知らない
1.有機溶剤(シンナー、トルエン、ボンドなど)	1	2	3	4	5
2.大麻（マリファナ、ハシシ、ガンジャ）	1	2	3	4	5
3.覚せい剤(シャブ、エス、アイス、スピード)	1	2	3	4	5
4.MDMA(エクスタシー、バツ、エックス)	1	2	3	4	5
5.コカイン(クラック、コーク)	1	2	3	4	5
6.ガス(ガスパン、ライターガス)	1	2	3	4	5
7.ラッシュ(RUSH、ポッパー)	1	2	3	4	5
8.向精神薬（精神安定剤、抗不安薬、睡眠薬など）	1	2	3	4	5
9.リタリン(メチルフェニデート、ピタミンR)	1	2	3	4	5

（質問 19）**これまでに、次に挙げる薬物を乱用したことがありますか？**

それぞれの薬物を知らない場合は、「3.この薬物を知らない」に○をつけてください。使ったことがある場合は、初めて使った年齢を数字でご記入ください。なお、8と9は、病院から処方される医薬品ですが、治療目的の使用ではなく、乱用目的での使用（ラリるため、酔うため、気持ちよくなるため、トブために、大量に飲んだりすること）について尋ねています。

	1. ない	2. ある	3.この薬物を知らない	初めて使った年齢
1.有機溶剤(シンナー、トルエン、ボンドなど)	1	2	3	（　　歳）
2.大麻（マリファナ、ハシシ、ガンジャ）	1	2	3	（　　歳）
3.覚せい剤(シャブ、エス、アイス、スピード)	1	2	3	（　　歳）
4.MDMA(エクスタシー、バツ、エックス)	1	2	3	（　　歳）
5.コカイン(クラック、コーク)	1	2	3	（　　歳）
6.ガス(ガスパン、ライターガス)	1	2	3	（　　歳）
7.ラッシュ(RUSH、ポッパー)	1	2	3	（　　歳）
8.向精神薬（精神安定剤、抗不安薬、睡眠薬など）	1	2	3	（　　歳）
9.リタリン(メチルフェニデート、ピタミンR)	1	2	3	（　　歳）
10.その他の薬物（名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）	1	2	－	（　　歳）
11.不明（名前はわからないが、何か乱用している）	1	2	－	（　　歳）

（質問 20）**薬物乱用を繰り返すと、次の精神病症状（慢性中毒症状）が現れることがあります。この症状を表していると思う用語を下のボックスから選び、（　　）に数字をご記入ください。**

1）実在しないのに、物が見えること・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・（　　）
2）実際には何も聞こえていないのに、声や音が聞こえること・・・・・・・・・（　　）
3）人が自分の事を非難していると思い込んでしまうこと・・・・・・・・・・・・（　　）

①無動機症候群	②幻聴	③アカシジア	④クラミジア	⑤幻視
⑥本態性振戦	⑦トリアゾラム	⑧被害妄想	⑨シアナマイド	

(質問 21)薬物乱用を繰り返した結果、上のような精神病症状を経験した場合、その後、回復して、かつ、長期間薬物をやめていたとしても、疲れ・ストレスなどをきっかけに、再び精神病症状が出現することがあります。この状態を表す用語を下から選んでください。

1. 耐性　　2. フラッシュアウト　　3. 抗原抗体反応　　4. フラッシュバック

5.家族について

(質問 22)あなたには両親がいますか？

1. 両親ともにいる（質問 22-1～3 にお答えください）
2. 母親はいるが父親はいない（質問 22-2 のみ）
3. 父親はいるが母親はいない（質問 22-3 のみ）
4. 両親ともにいない（質問 23 へ）

(質問 22-1)あなたのお父さんとお母さんの仲は良いと思いますか？

1. 大変良い　　2. どちらかと言えば良い　　3. どちらかと言えば悪い　　4. 大変悪い

(質問 22-2)あなたとお母さんとの関係はいかがでしょうか？

1. 大変良い　　2. どちらかと言えば良い　　3. どちらかと言えば悪い　　4. 大変悪い

(質問 22-3)あなたとお父さんとの関係はいかがでしょうか？

1. 大変良い　　2. どちらかと言えば良い　　3. どちらかと言えば悪い　　4. 大変悪い

(質問 23)あなたの家族（兄弟や祖父母も含めて）の中で、次にあてはまる人はいますか？（当てはまるものすべてに○）

1. 喫煙者
2. アルコール依存症（飲酒にハマって、コントロールができない状態）
3. 薬物依存症（薬物乱用が止まらない状態）
4. ギャンブル依存（パチンコ・パチスロなどにハマって、それがやめられない状態）
5. いずれも当てはまらない

6.これまでに経験したこと

(質問 24)これまでに、あなたが経験したことがある事柄すべてに○をつけてください。

1. 学校を停学あるいは退学になったことがある。
2. 不登校になったことがある。
3. 警察に補導・逮捕されたことがある。
4. 親の許可なく、外泊したことがある
5. 誰かにイジメられた（精神的嫌がらせや、言葉の暴力も含む）ことがある。
6. 誰かをイジメた（精神的嫌がらせや、言葉の暴力も含む）ことがある。
7. 過食の状態が続いたことがある。
8. 拒食の状態が続いたことがある。
9. 食べ吐きを繰り返していたことがある
10. 万引きをしたことがある。
11. リストカットなどの自傷行為（自分で自分自身を傷つけること）をしたことがある。
12. 携帯電話やインターネットの出会い系サイトを利用したことがある。
13. パチンコ・パチスロなどのギャンブルがやめられないことがある。
14. 家族・恋人・友人・知人などに身体的な暴力（なぐる、けるなど）をふるったことがある。
15. 家族から身体的な暴力（なぐる、けるなど）を受けたことがある。
16. クラブやレイブ（Rave:音楽を一晩中流し、それに合わせて踊る野外イベント）に行ったことがある。

アンケートは以上です。もう一度、記入漏れが無いかご確認ください。ご協力ありがとうございました。

分担研究報告書
(1－5)

平成20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）
分担研究報告書

監察医務院における薬物検出の実態に関する研究

分担研究者　福永龍繁　東京都監察医務院 院長
研究協力者　水上　創　同上（非常勤監察医）

研究要旨　昨年度に引き続き，薬物濫用・依存の実態を知るために，東京都監察医務院において取り扱った平成19年のすべての異状死総数13,154件，剖検2,647件のうち，薬毒物の検出状況を調査した．検出された薬毒物として，アルコール及び医薬品が非常に高頻度であり，検出率が低いものの一酸化炭素，青酸，ガス類，覚醒剤，MDMAなどが検出された．検出された医薬品の中で最も高頻度に検出されたものが，睡眠・鎮静剤の中ではフェノバルビタール，精神・神経用剤の中では塩酸クロルプロマジン，その他として塩酸プロメタジンであり，ベゲタミンAの関与する死亡の多いことが疑われた．又，MDMAの濫用の5例についてその中毒発生状況を調査した．いずれも剖検によって初めてその濫用が判明した若年者であった．外表検査から病死が疑われても，剖検そして検査を行うことによって薬毒物の使用が発見された事例が多かった．
今後，乱用防止に繋げるためにも，薬毒物の検査システムの充実と共に監察医制度のような死因究明制度の全国的展開が期待される．

A．研究目的

薬物濫用・依存の現状実態を正確に調査するためには，違法者の検挙数や救急病院など医療機関を窓口に調査する方法などがあるが，医学的診断，薬毒物の分析などの正確さに問題があり，確実な数値の把握が困難である．そこで本研究では，東京都23区内において全ての異状死を取り扱う東京都監察医務院において，薬毒物スクリーニング検査を行った結果を調査し，最近の濫用薬物のみならず，薬毒物中毒の動向を正確に把握し，薬物乱用者の「回復」，依存者を持つ家族の在り方の検討に寄与貢献することを目的とする．

B．研究方法

昨年度に引き続き，東京都監察医務院において平成19年の1年間に行われた13,154件の検案総数のうち，死因究明のための剖検が行われた2,647件について，監察医の作成した死体検案調書及び剖検記録に基づき，実施された薬毒物検査と検出薬毒物について調査を行った．そして，昨年度の調査結果との比較を行った．

監察医務院のデータベースの検索に際し，各事例を剖検番号のみで取り扱い，連結可能な匿名化を行って調査を行った．尚，監察医務院研究倫理審査会の承認を得た．

C．研究結果

平成19年に行われた2,647件の行政解剖のうち，医務院検査科薬化学班の取り扱った検体数は6,435件，検査依頼総数は約10,909件であり，平成18年より検体数で220件，依頼総数で1,000件増加していた．そのうち，2,113件の薬毒物スクリーニング検査を行った．エタノール検査は，2,452件，青酸が372件，一酸化炭素は225件であった．睡眠鎮静剤・向精神病薬などは591件，覚醒剤検査は21件，その他（細菌・ウイルス検査など）は5,135件行われた．覚醒剤が漸減傾向であったが，睡眠鎮静剤・向精神病薬などは100件の増加を示した（表1(ア)）．

検査の方法は，まず，検体のうち胃内容から予備試験，エタノール検査についてはガスクロマトグラフィー（GC）にて，青酸についてはGCによる定性に続き比色法による定量，一酸化炭素については吸光度法を用いた．ブタン，プロパンなどのガス類はGC法にて，睡眠・鎮静薬・向精神病薬などは，薄層クロマト，GC，高速液体クロマトグラフィークロマトグラフィー，GC・マススペクトロメトリーにて定性・定量を行った件数を表1(イ)に示す．

検出状況は，青酸41件，アルコール592件，有

機溶媒2件，一酸化炭素45件，医薬品612件，覚醒剤37件，農薬その他3件であった（表1(0)）．

薬毒物の使用状況は，自殺目的で使用されるもの，不慮の中毒と判断されるもの，自殺か不慮の中毒か，または他殺であるか決定できない不詳のものが混在していた[1]．

平成19年中に検出された薬物全種とその検出月を表2に示す．検出頻度の高い薬物は，睡眠・鎮痛薬の中ではフェノバルビタール，精神神経用剤の中では塩酸クロルプロマジン，そしてその他の中の塩酸プロメタジンであった．これらは，ベゲタミンの主成分と一致する．この傾向は，平成18年（表3）及び17年（表4）も同様の傾向を示した．

この期間に Methylene dioxymethamphetamine (MDMA)による中毒が3例発生した．昨年度の報告の2例に加え，計5例の概要について紹介する（表5）[2]．

［事例1］ 19歳の女性．アルバイト店員．上京し，午前0時頃，都内のライブハウスに入店．午前3時頃，店内のカウンターバーで他の客に寄り掛かっていたので，店のスタッフが控室で休ませていたが，瞬きせず，涎を流し，硬直したように「うーっ，うーっ」と唸っていたことから，午前6時頃病院に搬送，約4時間後に死亡が確認された．血清中MDMA濃度6.03μg/ml，エタノール及び覚醒剤は検出されなかった．

［事例2］ 22歳の男性．フリーター．土曜日の深夜に友人とライブハウスに行くと家族に告げて外出．早朝，ライブハウスの前で友人と別れて以降不明となり，2日後付近の運河の海面上に浮いているのを発見された．死後変化進行．血液中MDMA (+) 定性のみ．血液中エタノール濃度1.72mg/ml（n-プロパノール0.08mg/ml），尿中エタノール濃度2.32mg/ml（n-プロパノール0.02mg/ml），覚醒剤を検出せず．

［事例3］ 19歳の女性．高校中退後，アルバイトを転々とし，家で同然で友人宅に寝泊まり．死亡の約1か月半前に風俗店に入店，その寮内にて全裸で死亡していた．死後変化進行．全血中MDMA検出限界以下，同尿中濃度6.47μg/ml．であった．血液（全血）中より塩酸アミトリプチン及びカフェインを検出した．エタノールは腐敗産生によるものが検出され，覚醒剤は検出されなかった．

［事例4］ 25歳の男性．東京近郊に住む工員．友人と居酒屋で飲酒，深夜のトランス・パーティに参加．気分が悪いと席を外し，暫く後に路上に倒れていた．近くのビル屋上の手摺に払拭痕があり，転落したことが疑われた．死因は，大動脈損傷に基づく外傷性血胸と判断されたが，全血中より0.19μg/ml，尿中より1.10μg/mlのMDMAが検出された．エタノール及び覚醒剤は検出されなかった．

［事例5］ 23歳の男性．大学生．独居．鬱病の既往あり．地元の精神科で処方した薬を親が送っていた．自宅の洋式便座に，ズボン，下着を下げて腰掛け，左後方に倒れるようにして死亡していた．全血中MDMA濃度3.82μg/ml，尿中同97.84μg/ml．エタノール及び覚醒剤は検出されなかった．

D．考察

監察医務院で取り扱う事例は，すべて司法警察員の検視を経て，監察医が外表検査をまず行い，死因が不明な例について解剖を行って死因を究明している．死体の外表所見，状況，病歴などから明らかに死因が推定できる例については，特に剖検を行わないが，中毒の関与する例は，外表のみから死因の推定は非常に困難な例が多い．また，病死であろうと推定した例であっても，剖検を行って初めて中毒死であると判明した例が多い．特に，覚醒剤やMDMAなどは，若年層における突然死であろうと思われた例であっても，解剖を行うことによって，薬毒物の乱用が原因であることが判明した例がほとんどを占める．即ち，解剖を行い，肉眼的，顕微鏡的な検査に加え，薬毒物のスクリーニング，定性・定量を行って初めて総合的に死因を解明できるのである．

又，不慮の中毒なのか，あるいは自殺なのかという死亡の種類の判断には，現場状況，薬物入手経路，生前の生活状況や行動に関する情報が必須であり，これらを総合して慎重に判断されなければならない．

ここに紹介した平成19年の薬毒物検出の現状は，致死例についてあるいは薬毒物の関与した死亡事例であり，「氷山の一角」と言える．しかし，監察医制度のない地域では，警察が犯罪性なしと判断すれば，司法解剖を行うことはまずなく，行政解剖もほとんど行われていないのが現状である．この全ての異状死を検案し，死因不明のもの

を解剖するという監察医制度がなければ，薬毒物による死亡例の検出は不可能であると言える．

さらに，ここに紹介した医務院検査科のような薬化学検査を行うシステムを有するか否かによって，薬毒物検出の精度が大きく異なることが容易に推察され，救命救急部のような機関にも検査システムの充実が望まれる．

監察医制度の意義は，単に一体一体の死因を究明することだけに留まるのではなく，得られた結果，疫学調査研究の結果を広く医療に，そして社会に還元することにある．衛生行政，公衆衛生の向上に貢献するために，この死因究明制度の根幹となるべき「監察医制度」が全国的に拡充されることが期待される．そして，これが薬毒物の乱用防止につながるものである．[3)]

E．結論

東京都監察医務院において平成 19 年に取り扱った解剖例から，薬毒物検出の実態を報告した．少数ながら覚醒剤，ガス類，脱法ドラッグ類，その他睡眠鎮静剤・向精神病薬などを検出した．このような薬毒物の濫用は，自殺のみならず，不慮，不詳の死例について検出された．

このような薬毒物検索のためのシステム作り，死因不明死を解剖する制度の拡充が今後の重要な課題である．

F．研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

3. その他

なし

G．知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし

文献

1) 水上 創．中毒死――監察医の立場から．Clinical Neuroscience 2007 Aug 1; 25(8): 939-41.

2) 水上 創，加藤幸久，原 修一，永井智紀，森晋二郎，松井健一，栗岩ふみ，荒川礼二郎，福永龍繁，遠藤任彦．3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) が検出された５剖検例の検討．法医学の実際と研究 2008 Dec; 51: 125-30.

3) 福永龍繁．日本の死因究明制度の現状と将来展望．警察学論集,2009 Jan 10; 62(1): 56-70.

表１．薬化学検査状況

（ア）薬化学検査依頼状況

種別＼年		15	16	17	18	19
検体数		8,150	8,469	8,341	8,219	8,435
検査依頼総数		9,760	9,977	10,297	9,981	10,909
検査依頼種類別内訳	薬毒物スクリーニング	1,844	1,969	1,974	1,932	2,113
	エタノール	2,296	2,384	2,379	2,348	2,452
	青酸	540	477	409	441	372
	一酸化炭素	272	287	302	194	225
	睡・精・他の毒物	471	490	481	495	591
	覚醒剤定性	50	58	30	23	21
	血液型	232	229	270	255	198
	生化学	2,556	2,506	2,422	2,428	2,890
	肝炎検査	980	1,000	1,291	1,177	1,361
	梅毒検査	274	308	366	313	329
	細菌検査	186	195	282	288	271
	ウイルス検査	7	12	21	19	27
	HIV検査	52	62	70	48	59

（イ）検査実施状況

年（平成）			15	16	17	18	19
総検査件数			18,690	17,806	18,510	18,119	19,336
検査種別内訳	予試験	マウス経口毒性	1,877	1,988	2,000	1,956	2,122
		ｐＨ測定	1,877	1,990	2,000	1,956	2,122
		シェーバイン反応	1,877	1,988	1,998	1,949	2,122
		免疫的検出	15	20	19	33	55
		その他	2	2	0	5	1
	エタノール	ＧＣ定量	3,455	3,698	3,513	3,597	3,752
	その他の有機溶媒		36	30	8	7	4
	青酸	ＧＣ定性	536	480	419	440	368
		比色法定量	29	36	41	24	40
	一酸化炭素	定性	274	285	300	191	224
		吸光度法定量	51	39	81	28	46
	その他のガス類		4	4	4	5	9
	揮・発・他の試験	アルコール抽出	406	432	414	456	547
		その他の抽出	974	993	998	967	1,181
		ＴＣＬ	981	845	696	513	－
		呈色反応	974	845	698	513	－
		ＧＣ	832	890	847	857	714
		ＨＰＬＣ	1,016	1,052	1,050	1,071	1,249
		ＧＣ－ＭＳ	390	360	429	505	864
	発臭試験性		103	83	45	32	49
	血液型	ＡＢＯ	181	179	215	184	140
		熱解離試験	50	54	50	73	54
	生化学検査		1,674	1,387	1,394	1,491	2,168
	肝炎検査		672	604	787	751	992
	梅毒検査		182	184	188	189	223
	細菌検査		183	207	276	273	245
	ウイルス検査		7	33	26	22	26
	ＨＩＶ検査		32	12	41	26	39
	マス・スクリーニング		－	－	－	5	10

※　19年からＴＣＬ、呈色反応による検査は、他の検査方法で定性可能なため、実施していない。

（ウ）毒物検出状況

種類＼年		15	16	17	18	19
総数		1,491	1,407	1,348	1,269	1,333
内訳	青酸	29	33	41	23	41
	アルコール	644	639	608	561	592
	有機溶媒	15	2	2	2	2
	一酸化炭素	48	39	51	26	45
	その他のガス	3	−	−	−	−
	医薬品	708	656	599	630	612
	覚醒剤等	40	30	41	26	37
	農薬その他	4	8	4	1	3

注1．件数は胃内容、血液、胸腔液、尿それぞれにつき一件と数える。
2．アルコールは0.50mg/dl以上でn－プロパノールの値は考慮しない。
3．医薬品は睡眠剤、精神神経用剤、抗てんかん剤、解熱鎮痛剤等を含む。

表２−1. 平成 19 年薬毒物検出状況(1)

薬 毒 物 検 出 状 況

2007年　　平成19年度

	薬毒物名	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
揮	有機	3	7	7	4	3			1	1	7	5	3	41
発	エタノール	52	67	61	55	58	35	33	52	41	58	33	64	552
性	一酸化炭素	8	7	8	3	4			1	2	4	4	7	45
有機	トルエン							1						1
	キシレン	1												1
睡眠・鎮痛	【0100番台は麻薬です】													
	アロバルビタール	2		2			4			1				9
	ブロムワレリル尿素						1							1
	クアゼパム													
	塩酸フルラゼパム	1	1							1				3
	ニトラゼパム	3			1				2					6
	フルニトラゼパム	1					1	1	1		2			6
	エスタゾラム	1		2	1									4
	トリアゾラム			2				1						3
	ブロチゾラム						1							1
	ロルメタゼパム										1			1
	アモバルビタール	2	1	4	1		5	1	1	1	1		1	18
	バルビタール			2										2
	フェノバルビタール	15	9	21	7	4	9	15	10	11	13	10	12	136
	ペントバルビタールCa			2		2	2	2	6	2		1		17
	酒石酸ゾルピデム	2	2	3	2			2	1		2			14
抗てん	【0200番台は抗てんかん剤です】													
	フェニトイン	2	2	1					2		1			8
	クロナゼパム						1							1
	カルバマゼピン	5	4	2	3	1	3	6	4			1		29
	バルプロ酸ナトリウム		1		2			1				2		6
	ゾニサミド	1	2	1					1				2	7
精神・神経	【0300番台は精神神経用剤です】													
	塩酸クロルプロマジン	7	3	14	3	2	9	6	5	7	8	1	4	69
	マレイン酸レボメプロマジン	5	2	7	1				3		3	2	1	24
	ブロペリシアジン								1					1
	ハロペリドール			2	1				1					4
	塩酸プロクロルペラジド								1					1
	オランザピン				2									2
	ジアゼパム	4		1							2			7
	ブロマゼパム	2	3	1				2					1	9
	ロラゼパム		1		1									2
	クロラゼプ酸二カリウム	3	2					1						6
	オキサゾラム	1												1
	エチゾラム			4			2	1			1			8
	アルプラゾラム							1						1
	フマル酸クエチアピン	2	2	2	2		2	1			1			12
	塩酸イミプラミン	3		5	2							2		12
	塩酸クロミプラミン	2			3		1	2						8
	塩酸アミトリプチリン	3	2	1			3			1				10
	塩酸ノルトリプチリン			2				2						4
	塩酸トラゾドン			2										2
	スルピリド	2		3	1							1		7
	塩酸スルトプリド			2					1					3
	塩酸ミアンセリン						2							2
	アモキサピン	1			2		5		1			4		13
	塩酸マプロチリン							2						2
	ゾテピン				2					2			2	6
	マレイン酸フルボキサミン		1	1						1		2		5
解熱・鎮痛	【0400番台は解熱鎮痛消炎剤です】													
	アセトアミノフェン			1	3							3		7
	エテンザミド				1		1					2		4
	イブプロフェン		1				1							2
	アリルイソプロピルアセチル尿素									2				2
	塩酸ピペリデン	1			1									2
	塩酸ブロメタジン	9	6	17	7	3	7	6	7	8	8	7	3	88
	マレイン酸クロルフェニラミン												2	2
	塩酸ジフェンヒドラミン	3		1	1					1		1		7
	塩酸リドカイン					1								1
	【全身麻酔剤】													

表２-２. 平成 19 年薬毒物検出状況(2)

農薬	【強心剤】							
	ジゴキシン		1					1
	【呼吸器系用剤】							
	テオフィリン			1				1
	【感覚器官用剤】							
	【不整脈用剤】							
	【0950番台はアルカロイドです】							
	カフェイン	2						2
	メタンフェタミン		2	2	5	4	4	17
	アンフェタミン		2	2	5	4	4	17
	塩酸メチルエフェドリン	1						1
	MDMA		2					2
	【0910番台は麻薬（ｏｐｉａｔｅｓ）類です】							
	コカイン			1				1
	【1000番台は農薬です】							
	【1100番台は有機リン系農薬です】							
	ＭＥＰ(スミチオン)	1			2			3
	【1200番台は有機塩素系農薬です】							
	【1300番台は有機ヒ素系農薬です】							
	【1400番台はｶﾙﾊﾞﾒｰﾄ系農薬です】							

表３-1. 平成 18 年薬毒物検出状況(1)

H18.5.11 8:15:3

平成18年度(1～12月)

分類	薬毒物名	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
揮	塩酸	4	2	3		1	1			1	0	1	6	23
発/	エタノール	53	60	53	29	53	37	48	34	42	51	53	48	561
C	一酸化炭素	3	4	4		1			2		1	1	7	26
有	トルエン										2			2
機	【0100番台は催眠剤です】													
催	ブロムワレリル尿素		1				2	1			2	3	2	11
眠	クアゼパム											2	2	4
鎮	ニメタゼパム											2		2
静	塩酸フルラゼパム						1	1				1	1	4
剤	ニトラゼパム						1				1		3	4
	フルニトラゼパム	1				1	2	2			2			8
	エスタゾラム						2				2		2	6
	ミダゾラム									1				1
	アモバルビタール	4	2		1	3	2		1		5	1	3	22
	フェノバルビタール	14	11	9	6	9	13	8	17	7	8	14	8	124
	ペントバルビタールCa		2	6	3	3	2	2	1		3	4	4	30
	酒石酸ゾルピデム			2					1		2	1	1	7
抗	【0200番台は抗てんかん剤です】													
け	フェニトイン										1			1
い	カルバマゼピン	3	3	2	5	3	5	7	6	1	2	2	6	45
	バルプロ酸ナトリウム	2			1			1			1		2	7
	ゾニサミド										2			2
精	【0300番台は精神神経用剤です】													
神	塩酸クロルプロマジン	8	6	6	3	12	11	4	6	3	5	5	7	74
神	マレイン酸レボメプロマジン	4	3	3	2	8	7	3	5	1	2	3	3	44
	プロペリシアジン											2		2
	ハロペリドール	1				1								2
	ブロムペリドール					1								1
	塩酸フロロピパミド						4						2	6
	オランザピン											1		1
	ジアゼパム						3	1			2	3	1	10
	ブロマゼパム		1	1		5	4					4		15
	クロラゼプ酸二カリウム	1	1				1	1		1		1	3	9
	エチゾラム						1				2			3
	フマル酸クエチアピン		3		1					4				8
	塩酸イミプラミン						4	1			2	2	1	10
	塩酸クロミプラミン			1		1		1		2	1			6
	塩酸アミトリプチリン	2					1	2						5
	塩酸ノルトリプチリン				2		1	1						4
	塩酸トラゾドン						1							1
	塩酸スルトプリド					3	2							5
	アモキサピン					2		1			1	2		6
	塩酸マプロチリン		1									2		3
	ゾテピン				3	2	1	1						7
	マレイン酸フルボキサミン		2			1	2				1	2		8
の	アスピリン											2		2
源	エテンザミド					1						1		2
	イブプロフェン					1						1		2
	アリルイソプロピルアセチル尿素		3											3
	塩酸ピペリデン									1				1
	塩酸プロメタジン	7	10	7	4	14	13	3	10	4	4	10	9	95
	塩酸ジフェンヒドラミン		2			2	1			1	4			10
	【局所麻酔剤】													
	塩酸リドカイン												1	1
	【催吐剤】													
	ジゴキシン							1						1
	【中枢興奮系剤】													
	テオフィリン					1					1	1		3
	【その他】													
	塩酸ピルジカイニド											2		2
	【0350番台はアルカロイドです】													
	カフェイン					1	1					1		3

表 3-2. 平成 18 年薬毒物検出状況(2)

覚醒剤	メタンフェタミン	1	2			3	2						3	11
	アンフェタミン	1	1			3	2						3	10
	MDMA										2			2
麻薬	【0910番台は麻薬（opiates）類です】													
	【1000番台は麻薬です】													
	【1100番台はモルヒネ系麻薬です】													
	【1200番台はモルヒネ類似合成麻薬です】													
	【1300番台はモルヒナン系麻薬です】													
	【1400番台はコカイン系麻薬です】													
	【1500番台はアヘン（ケシ）類麻薬】													
	【1600番台はその他の麻薬類です】													

その他	【その他に分類される薬毒物】													
	サンポール													
	台所用洗剤													
	フッ素化合物（防水スプレー）													
	防臭剤													
	界面活性剤										1			1
	次亜塩素酸													
	テトロドトキシン													
	漂白													
	硝酸													
	硫酸													

表4-1. 平成17年薬毒物検出状況(1)

H18.5.23 10:4:30　　　　平成17年度

分類	薬毒物名	合計	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
覚醒	覚醒剤	41	10	5	6	4	2		3			3	3	5	41
アルコール	エタノール	608	66	58	51	59	52	50	43	38	33	50	47	61	608
CO	一酸化炭素	51	9	7	7	3	1	1	6		3	3	6	7	51
有	トルエン	2	2												2
催眠・鎮静剤	【0100番台は催眠剤です】														
	ブロムワレリル尿素	16	1	1	1	1	4		1	5			2		16
	メタカロン														
	グルテチミド														
	ジアゼパム	3		1						2					3
	ニメタゼパム	3		3											3
	塩酸フルラゼパム	2		1						1					2
	ニトラゼパム	6	1				1		2	1			1		6
	フルニトラゼパム	9		5		2							2		9
	エスタゾラム	6	1			2	3								6
	ハロキサゾラム														
	トリアゾラム	3											3		3
	ブロチゾラム														
	アモバルビタール	28			4	2	4			9	1	2	4	2	28
	バルビタール	2					2								2
	フェノバルビタール	116	11	11	15	11	8	1	6	13	5	12	7	16	116
	ヘキソバルビタール														
	ペントバルビタールCa	22	6	4		2		2	3				3	2	22
	酒石酸ゾルピデム	11			1	4				2	1		1	2	11
抗てんかん	【0200番台は抗てんかん剤です】														
	フェニトイン	1				1									1
	カルバマゼピン	42	5	5	3	5	3	2	1	2	1	2	2	11	42
	バルプロ酸ナトリウム	5	1		1		1							2	5
	ゾニサミド	1									1				1
精神神経	【0300番台は精神神経用剤です】														
	塩酸クロルプロマジン	78	10	9	10	14	7	2	3	9	2	5	5	2	78
	マレイン酸レボメプロマジン	55	6	7	9	9	8		2	3		2	5	4	55
	ハロペリドール	7		2		1	1			1			2		7
	オランザピン	3					2						1		3
	クロルジアゼポキシド	2							2						2
	ジアゼパム	5			1	2	1			1					5
	ブロマゼパム	8		1		2	1						4		8
	クロラゼプ酸二カリウム	4	1		1	1				1					4
	エチゾラム	3							2				1		3
	フマル酸クエチアピン	2	2												2
	塩酸イミプラミン	6			1	1				1				3	6
	塩酸クロミプラミン	8		1						2		1	1	3	8
	塩酸アミトリプチリン	9		2		1			4					2	9
	塩酸トラゾドン	2	2												2
	スルピリド	1								1					1
	塩酸スルトプリド	1				1									1
	塩酸ミアンセリン	1		1											1
	アモキサピン	2							1		1				2
	塩酸マプロチリン	1		1											1
その他の薬	【0400番台は解熱鎮痛消炎剤です】														
	アセトアミノフェン	1		1											1
	アスピリン														
	エテンザミド	7	1		2				2			2			7
	イブプロフェン	1							1						1
	アリルイソプロピルアセチル尿素	3	3												3
	塩酸ビペリデン	1											1		1
	塩酸プロメタジン	90	9	14	11	11	7	2	3	10	1	6	8	8	90
	マレイン酸クロルフェニラミン	2		1	1										2
	【局所麻酔剤】														
	塩酸リドカイン	1				1									1
	【全身麻酔剤】														
	【強心剤】														
	ジゴキシン	3				1		1						1	3

表４-2. 平成 17 年薬毒物検出状況(2)

| | | |

分担研究報告書
(2—1)

平成20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）
分担研究報告書

薬物依存者に対する社会復帰資源に関する研究（2）

分担研究者　宮永 耕　　東海大学健康科学部社会福祉学科

研究要旨　わが国における薬物依存者処遇の相対的に大きな領域を占める司法及び医療の諸制度と関連しつつ、社会福祉援助領域の中で大きな役割を担ってきたダルクの今日的な機能を明確にし、現在の法体系のもとで運営されるダルクが抱える問題点を明らかにするために、障害者自立支援制度と関わって運営されている1か所のダルクの例を取り上げて検討した。合わせて、ヨーロッパ諸国で行政による経費負担によって運営されるTC施設の運営状況をヒアリング調査し、その結果からダルクとTCにおけるサービス委託関係の異同についても検討した。
①行政から運営費補助を受けることになったダルクは、財政全体に占めるその割合が拡大するにつれ、不可避的に社会制度を反映した委託者側のコントロールに関わらざるを得ない。②上記のコントロールは、行政機関から直接援助スタッフに対して向けられるものではなく、指導監査等をとおした「改善指導」という形で、団体内部の運営に間接的に代行させる。それにより運営主体と援助スタッフとの間にコンフリクトを抱えるリスクが発生する。③現行の障害者自立支援法において、入寮を伴った大半のダルクの場合は特に、制度に合わせて運営を変える（NPO法人化）以外に補助金を受託する方法はなく、利用者の要援助ニーズの内容とは必ずしも即応しない規準に対しても同様の選択をせざるを得ない。④行政からの運営費補助を受けて運営されるTC施設の場合、直接援助サービスの提供に関わるスタッフも回復者と専門援助職とで構成されているため、あるいは団体運営にも回復者と専門職とが同一の目的で関与するために、ダルクの場合におけるスタッフと支援者という関係でのコンフリクトは回避し易い。⑤社会制度の変化の中で多様に理解されてきているダルクの本来的な価値と独自の機能については、意識的に別の環境を創出して援助機能を相対化することがどうしても必要となる。

A．研究目的

薬物依存者処遇の中に社会福祉的援助、すなわちソーシャルモデルとして運営される機能の重要性が注目されて久しいが、依然として依存者自身の回復運動に基づく民間回復援助施設ダルク以外に、この領域に活動する施設・機関は皆無に等しい。

昨年度の本研究でも報告したが、2008（平成20）年2月現在の調査によれば、ダルクは2003（平成15）年2月調査時の25か所から今回は48か所へ施設数自体が約2倍に拡大していた。そして、地域で回復に取り組むダルク利用者のうち生活保護受給する者の割合は、42.7%から62.1%へと過半数を超えて大きく拡大していた。

今年度は、現行制度下で運営される一つのダルクで生じた運営をめぐる諸問題を、時系列的に整理し検討することから、全国の他のダルクでも共通に抱え得るいくつかの問題点を抽出した。合わせて、薬物依存者の地域でのリハビリテーションあるいは回復の援助について、地方政府が主体となって公費支出によるサービス給付を行っているヨーロッパ諸国の例との比較から考察を試みる。

B．研究方法

民間薬物依存者回復援助施設である一か所のダルク（DARC）をとりあげ、運営団体（現在はNPO法人）が発行してきた既存の運営経過に関する資料、ニューズレター及び総会資料等をもとに、運営状況に関して事例検討（Single-Case study）した。

また、今年度海外渡航研究として行ったポーランド、ベルギー及びノルウェーでの治療共同体（Therapeutic Community：TC）等の運営関係者に対するヒアリング調査の内容をもとに、そ

こで教示された文献資料を参考にして、現行の運営費補助に関する課題について検討した。

C．研究結果

1．精神障害者社会復帰対策と障害者自立支援法によるダルク運営の変化について（再掲）

ダルクは薬物依存者の回復援助施設として、平成6（1994）年度に自治体事業による精神障害者社会復帰対策として、小規模作業所運営費補助制度を根拠とした補助金の受託を契機とした「障害者地域作業所」要綱による運営が始まり、以後は全国的に自治体からのさらには精神保健福祉法による国の制度である精神障害者地域生活援助事業の一部に位置づけられるグループホーム（含、ケアホーム）として、徐々に補助金対象事業としての運営が広がりつつあった。

2006（平成18）年10月に始まった障害者自立支援法では、障害の種別を根拠としたサービスではなく、その必要の程度に応じた共通のサービスを提供する仕組みへと変更された。同法に基づくサービス提供を受ける利用者は、自立支援法の手続きによって「障害者」としての認定を受け、自立支援給付及び地域生活支援事業による給付を受けることになっている。たとえば、ダルクが運営するものであっても「グループホーム」入居者は、個別にサービス利用申請に基づく障害程度区分の認定を受け、個別支援計画の策定によって支給決定され、障害福祉サービス受給者証の交付を受けるという手続きを要することになる。

これは、ダルクという団体を対象に、平均利用者数等を根拠（作業所はA～Cランクに認定するなど）に補助金給付することで、間接的にその利用者にサービス給付してきたものから、自立支援法によって対象者への給付が、サービス提供事業者であるダルクに支払われる形に変更された。一人当たりの単価でダルクの提供するサービス費用が公費負担されることは重要だが、同時にサービス報酬の支払いが利用者の前月利用実績による日割り後払い方式へと変更されたことがもたらす事務量増加の影響も大きい。

平成19（2007）年3月の東京ダルクによる調査によれば、デイケア（小規模作業所）ナイトケア（グループホーム）等のプログラム運営主体となった37団体のうち、16団体が特定非営利活動法人（NPO法人）格を取得済みで、その他にも5団体が19年度中に法人格取得予定となっていた。20年度中にも引き続き相当数のダルクが変更を完了し、現在では既に半数以上がNPO法人へと組織替え、もしくはそれら法人の一部を構成する形となっている。これは前述の障害者自立支援法により、ナイトケア（入寮）施設を運営するためには、制度に合わせるとグループホームもしくはケアホームとなるため、設置運営主体に対して指定事業者として法人格の取得が求められたことによる。ダルクは当初より、入寮による共同生活をとおしてプログラム利用することが想定されており、多くのダルクでこの機に組織の見直しを進め、安定した運営を目的としてNPO法人化を選択していったことは自然な流れでもあった。

さらに、並行する特筆すべき変化として、1つの運営団体で複数の施設プログラムを提供する例が大半を占めるようになったこと、さらに現在も進行しているのが、自立支援制度における市町村実施の事業である地域生活支援事業として位置づけられる「地域活動支援センター」等へのデイ（ケア）部門の転換（種別変更）である。早いところでは平成19年度より、その他の施設でも20年度中の移行を目標に準備を進めている。

このように、ダルクは全国的規模で自立支援制度への移行が進行しており、その制度の内在する課題がそのままダルクの運営に影響を及ぼし得る現状が理解できよう。

2．ダルクが「専門施設化」することの意味 ～事例を通して考える～

以下では、現在全国で50か所以上にも広がる全国のダルクのうち、制度による運営費補助を受けている現在では多数派の一例を取り上げ、そこで現在までにどのような変化が起こり、プログラムの提供にも影響を与えてきたか、その経過を時系列的に整理して検討を加える。

以下では、対象とするダルクを便宜的に「Xダルク」として記述する。

Xダルクは、最も初期に公費による運営費補助を受けることに成功し、以来今日まで約20年同地域で事業を継続している。

＜経過年表①＞

1）1990年6月A市に開設、回復者スタッフ2名によるデイケア、ナイトケア開始（定員等

規定なし)。運営資金は、民間個人・団体からの善意の寄付金及び利用者（家族）の支出する入寮費（月額14万円）のみ。

2) 1992年11月 ボランティア（スタッフ、地域の専門援助職、家族等で構成）による「運営委員会」が公的助成に向けて活動開始。A市、B県行政等に陳情活動。

3) 1993年4月 第1回総会開催、市民による任意団体として運営団体の設立を承認、(旧)運営委員会に代えて理事会が発足。8月 行政に要望書を提出、12月 補助金受託の条件となる地域住民・利用者家族等を含めた運営委員会が発足。

4) 1994年4月 市より（B県も分担して費用負担）補助金受託開始、所管は市衛生局、種別はデイケアセンターをA市精神障害者地域作業所設置運営要綱による「精神障害者地域作業所」として認定（運営費・借地借家費・指導員研修費で年額1,400万円：Bランク、初年度のみ設置費250万円)、入寮(ナイトケア)施設は引き続き自主財源で運営。5月 総会と合わせ「開所式」開催。12月 「第1回ダルクフォーラム」開催。

5) 1995年4月 初代責任者（施設長)、他地域にて新規ダルク開設のため退職、施設長交代、新スタッフ1名採用。第1回理事改選、一部交代。通所者増加により補助金が年額1,600万円（Aランク）に変更。

6) 1997年2月 デイケアセンター移転、4月スタッフ1名増員。5月 総会にて理事長交代、デイケア移転開所式開催。12月 スタッフ1名採用。

7) 1998年3月 民間財団からの助成により単行本出版、12月 地元弁護士会より団体が「人権賞」を受賞。

8) 1999年3月 ナイトケア移転(定員6名)、「精神障害者グループホーム」としての認可を得、補助金対象となる。年度内の補助金額は2,847万円となる。

9) 2000年12月 「10周年記念フォーラム」開催、「10周年記念誌」刊行。

10) 2001年度より、地域の刑務所内の教育プログラム（試験的実施事業）にスタッフが依頼を受けて定期参加。

11) 通所者の増加に対応して、2001年4月よりスタッフ1名増員。常勤回復者スタッフが計4名体制に。

＜経過年表②＞

12) 2002年度総会には、啓発活動としての講演依頼の増加、会費収入の大幅な減少の指摘。年間運営費支出約4,600万円の65%にあたる3,000万円が市からの補助金で構成。会費・寄付等が1,100万円、利用者負担が300万円。財政構造改善のため自主財源＝会員の増加のため広報啓発にも重点化。

13) 2002年度当初の人件費予算額が年間2,500万円超に。社会保険料増と労働環境整備義務により。

14) 2003年度の補助金額は、デイケア2,042万円、ナイトケア770万円。9月最も新しい常勤スタッフが退職。

15) 2004年4月よりスタッフ1名増員補充。

16) 2005年10月 障害者自立支援法成立、2006年度当初からの施行が決定。

17) 2006年3月 自立支援法の施行に伴い、障害者サービス指定事業者の要件として法人格が必要となり、2006年2月 グループホーム運営に対する補助金運営継続のため、団体の特定非営利活動法人化を臨時総会で議決。3月県に設立申請、特例的に短期間で認証取得、年度内に登記完了。会則に代えて定款が発効。

18) 2006年4月 ナイトケア施設は居住型障害者サービスとしてのグループホーム（共同生活援助）及びケアホーム（共同生活介護）に事業種別変更。入居者には、障害程度区分による分類が求められるようになる。

19) 2006年6月 キリスト教会等県内ボランティアの支援を得て、Xダルク施設長が準備・サポートし、同ダルクのプログラム修了生スタッフが代表となって、隣接のC県に入寮型ダルク（Yダルク）を開設、活動を開始。直後に地域住民との間にコンフリクトが発生、2007年2月 住民説明会を開催も立ち退き要求は変わらず。

20) 2006年度決算では、会費収入等の減少により約400万円の赤字となる。2007年度予算作成時には、職員の賞与額を大幅に減額変更す

ることを理事会が決定し、職員に通知、合意を得た。

21) 2007年4月 精神障害者地域作業所として運営してきたデイケアセンターを「経過的小規模通所施設」に、1年を期限に運営変更。新制度への対応準備を検討する必要により。補助金額は前年度と同様の方式で算定。

22) 2007年3月末で常勤スタッフ2名が退職。援助職員確保が突如困難となり、市当局とも協議の結果、グループホームの運営を補助金対象から外す(4月のみ対象)。2008年5月 グループホームを「休止」とし、同区内の低額家賃物件に転居。制度による定員等の規定からも外れ、入居者からの入寮費収入による運営へ。早期の新スタッフ雇用の方針を確認。

23) 2008年4月 経過的小規模通所施設として運営されていたデイケア・センターが、自立支援法の地域生活支援事業(市町村実施:単独予算)による地域活動支援センターへ種別変更。2008年夏で賃貸契約満了となったC県Yダルクの賃貸契約更新は認められず、貸主より立ち退き要求と損害賠償請求が提訴される。新規移転先探しは難航し、裁判審理(口頭弁論)も開始。

24) 2009年1月 入寮施設専従スタッフの欠員期間が続いたことを理由に、理事会で同施設の一時休止(閉鎖)を決議。入居者の転居をめぐりスタッフ、理事の合意できず(スタッフは反対)。

25) 2009年度総会にて、理事会による入寮施設事業休止の経過報告。3月 入居中の利用者全員に月末での退去を提示、打診(両者の同意は得られず)。

<コメント>

上記、経過年表①及び経過年表②からわかることを、以下にまとめてコメントする。

1) 経過年表①の前半10年間は、自主的に回復者自身が開設、活動開始したダルクの地域定着とボランティアを中心とした理解の拡大、行政への支援要求・陳情と早い段階での補助金受託の実現、充実した物理的環境確保のための転居の実現、そして活動の継続と周知による新たな支持層の獲得、といった運動体としての成長が認められる。ボランティア会員の拡大は、会費収入の増加だけでなく、家族を含めた新規利用者へのアプローチも可能にした。

2) それに対し、経過年表②の時期には、全国的なダルク施設の拡大、補助金受託運営の普及が背景にあり、長期的な不況による社会福祉・医療等の拡大にブレーキがかかり、「見直し」が要求された。社会福祉基礎構造改革、社会保障構造改革、医療費見直し等の方針と規制緩和・地方分権の推進により、社会福祉実施運営における地方自治体のイニシアチブが拡大する。

制度の整備拡大に伴い、障害者サービス領域に位置づけられるダルクのサービスも運営費の中心を構成する費用負担と表裏となる行政(地方政府)による管理指導下に位置づけられていることが明確になる。書面と実地ヒアリングにより毎年実施される市当局による指導監

図(スライド)1

公費補助金額(1)

・グループホーム(ケアホーム)

2008(H20)年度(1か月)
国庫: 599,416 市費: 175,100
2007(H19)年度実績
国庫: 6,865,569 市費: 2,491,200
2006(H18)年度実績
国庫: 7,012,190 市費: 2,041,210

図(スライド)2

公費補助金額(2)

・デイケア(地域活動支援センター)

2008(H20)年度(未確定)
地域活動支援センター 市費: 22,593,000
2007(H19)年度実績
経過的小規模通所施設 市費: 19,573,400
2006(H18)年度実績
精神障害者地域作業所 市費: 18,610,400

査の指摘（改善要求）項目をとおした行政指導が繰り返され、時間経過とともに、必然的に委託者である所管行政の意思がダルクの管理に徹底される。

3）その際、行政の管理を内在化して代行する役割を負うことになるのが、運営団体の実質的な意思決定機関となる理事会である。前述の指導監査指摘項目の中でも、時間的経過に伴い「理事会権限の明確化と強化」が徹底された。Xダルクの例で見れば、1994年市民による任意団体（法人格なき社団）の段階での会則は、類似の事業を行う先行団体の会則を参考にしつつ自主的に策定され、運営の過程で必要に応じて変更されたが、2006年2月に発効したNPO法人の定款では、役員としての理事会の権限が明確に規定され、正職員の任免権も理事長の職務に属することが明記されている。

4）上記3）のような環境下では、利用者の援助を日常的に担う現場スタッフ（集団）と意思決定権限を有する理事会との間にパワーゲームが生じる余地を構造的かつ不可避的にはらんでいる。それは、利用者の権利を確保し、回復を支援するという抽象的な目標を共有するダルクの場合、表面的には薬物依存体験の有無を引き合いにしての駆け引きと他者拒絶に陥る危険性が回避できず、無意識的なパワーゲームは直接の当事者を超えて団体の全体にも影響を及ぼしかねない。スタッフ・理事双方、そして関係する者の身体的・精神的健康上のリスクをも増大させていた。

5）前述の定款の中には、理事会に対するコントロールの機能として、「評議員」が規定（第4章 役員等 第21条第1から第4項）されており、これはまた従前の任意団体における会則にも評議員の規定として存在していた（第5章 会議 第24条第1から第3項）が、Xダルクの運営においてはこの評議員及び評議員会が果たすべき機能が重視されることなく、実際には評議員会組織が存在しない状態が継続してきた。

6）ダルクの運営においては、判断が困難な状況に陥った場合、これまでも精神的な支柱である12ステッププログラムに立ち戻り、経験のあるスタッフが個人のスポンサーシップをも活用して判断することが自然であり暗黙の合意事項だった。しかし、今日の問題となる対行政、対司法、対家族（グループ）といった、それぞれ独自に複雑な別の社会的要素によって成り立つシステムとの間では、アディクトの共同体の原理はそれのみでは機能する部分が限定されるのが現実であり、コンフリクトを生みやすい。

7）上記の諸要素により、ダルクは既に条件によっては、独自の判断を制限されて活動していることが運営当事者によって明確に理解される必要がある。その上でダルクとして運営する方法が選択できない限り、Xダルクで経験されてきたこれらの事柄は同様に他のダルクでの、また今後生まれる新しい地域におけるダルクの活動においても再現する可能性があることが理解された。

8）再度、ダルクの「専門施設化」がはらむ諸課題について、当事者だけでなくそのサービスを利用する法務省等国の機関、保健福祉行政を担当する自治体関係者や医療機関等関連サービス従事者、そして利用者家族やマスコミ、ボランティアも含めて、既存情報の点検や合意の再形成を行う時期にあるといえるのではないか。

3．海外におけるソーシャルモデル諸施設の運営（公費負担を前提として）に学ぶ

今年度は、別記の通り欧州3カ国において薬物依存者を対象として地域内で援助を行う主にTC施設等の運営団体を訪問してヒアリング調査を実施した。特に今回は、アメリカ等の民間団体（保険会社を含む）の競争的資金獲得による大規模なプロジェクト運営型ではなく、国及び地方政府が税から支出する「補助金」、すなわち公費補助型の行政が主流となる欧州諸国を選択し、わが国で行われる同種の公費補助との異同について検討した。

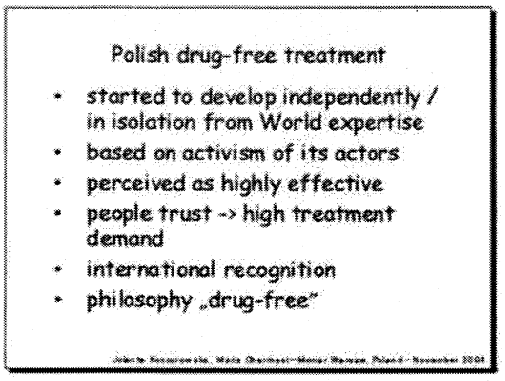
対象国はポーランド（2都市）とベルギー（1都市）及びノルウェー（1都市）であり、これらの国では薬物依存者の回復援助にとどまらない関連対策において、TCを運営する非営利団体が大きな役割を担っている。

1）ポーランドにおけるTC施設の事業運営

ポーランドでは首都のワルシャワ（Warszawa）と南部の大都市クラクフ(Kraków)を訪問し、MONAR associationの関連施設において見学とヒアリング調査、質疑を行った。

社会主義体制下の1978年に活動を開始した全国的な非営利団体連合体であるMONARは、筆者も2004年度の調査で訪問した経験があるが、今日以下の図にみるように国内の薬物依存者等に対する地域における援助の主要な部分を担う最大の団体として活動し、実績を上げている。

図（スライド）3

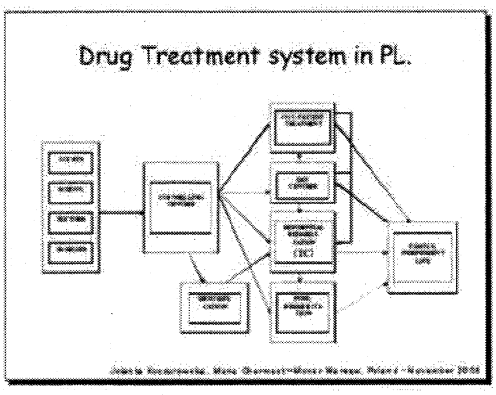


図（スライド）4



図3～5にあるように、ポーランドの地域での薬物依存者援助は先行するアメリカや西ヨーロッパ諸国とは独自に始まり、Drug freeを基本指針に実績を上げる中で次第にTCモデルによる共同体に修正されていったが、2005年時点でOut-patient services（相談センターやデイケアセンターといった通所型サービス：対象は薬物使用者とその家族）が国内に335か所、Detox. Units（解毒施設）が40か所、Residential Services

図（スライド）5



（入寮型サービス／TCも含まれる）86か所、Hostels/ re-adaptation flats（社会復帰施設）21か所が設置運営され、利用者からの費用徴収を求めない国もしくは（社会）保険給付によって運営されている。

特に図5では、基本的フォーマットとして、裁判所／学校／医師／家族からの紹介（送致）により、地域の中の相談センターが窓口となってアセスメントし、適切な治療方法・環境へとつなげることが示されている。その中の一つとしてTCといった入寮型サービスも位置付けられ、必要に応じて社会復帰のためのサービスに結び付けられたうえで家族や地域に帰っていくモデルと説明される。

図6及び7はポーランドでのTCの状況についてであるが、国内のTCは総数で158施設、そのうちMONARが運営するものが113か所、薬物依存者のサブグループとしてそれらに対応する専門のTCでみると、青少年向けTCが32、成人用TCが48、重複疾患・障害向けTCが6、そしてホームレス者用のTCが最大の72となっている。ホームレス生活をする薬物依存者に介入するTCの多さは、先駆的にサービスを始めたMONARが現在でも国内のTCサービスの7割以上を占めていることと関連すると思われる。

TCのもう一つの分類では、3～6ヶ月での短期プログラム、6～12ヶ月の中期プログラム、そして12ヶ月～2年の長期プログラムでは多くを長期プログラムが占め、国内の全TCが用意した2,784ベッド（定員）のうちMONARをはじめとするNPO／NGOによるものが1,831ベッド（66%）、キリス

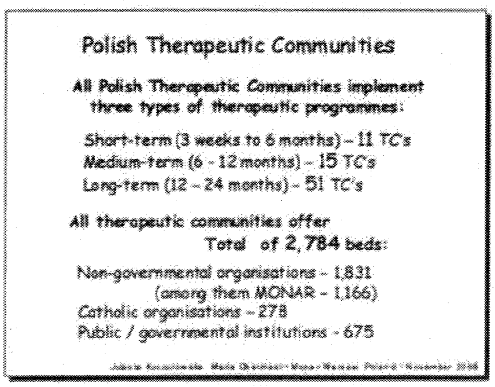
ト教(カトリック)団体運営が278ベッド(10%)、残りの675ベッド（24%）が公設及び公立運営のものとされている。

MONARは、国内に35か所の地域内の相談センター、34か所（うち10か所は青少年対象）の入寮型リハビリテーション施設を、そして65の多様なタイプのホームレスを対象としたサービスを展開している。各入寮型施設においては心理士、教育職及びソーシャルワーカーが8～12人で援助職チームを構成し、援助にあたっている。各センターは、それぞれ独立運営のMONARオフィスによるが、いずれの施設においても、共同体には利用者援助者すべてが参加し、プログラムの卒業生を積極的に雇用し、利用者ニーズに合わせた多様なプログラムを提供しつつ、基本は国際的に共有されたTCの方法論によって運営される。

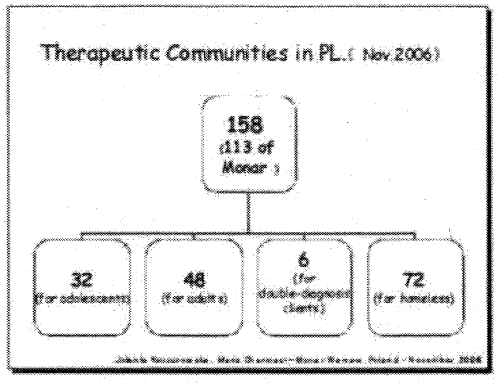
地域的な状況もその地域のMONARの事業に濃淡を与えるが、特にMONAR Kraków では代表者Marek Zygadło氏のリーダーシップを背景に、特にHarm Reductionを目的とした使用者へのアウトリーチ活動を展開し、近隣諸国のHR対策におけるモデルともなっている。

1996年からMONAR Kraków によって開始されたNeedles & Syringes Exchange Programs（注射器と針の交換プログラム）は、「ストリートワーカー」と呼ばれる回復者である専門職の入念な訓練と地域警察との度重なる交渉と同意を経て、市当局との連絡を保ちながら実施された。その目的は、注射器による薬物使用者（IDU：Injection Drug Users）のHIV･HCVその他感染症の拡大を抑止することと合わせ、使用者が投棄する特に注射針が子

図（スライド）6



図（スライド）7



どもや住民を傷つける事故を防止する意味から、定期的な使用者の調査によってIDUが使用済みの針を投棄することなく次回の交換まで保管するようになったデータをフィードバックすることによって、プログラムの意義を認めさせてきた。

さらに、それらアウトリーチ活動はそれ単独ではなく、薬物に関する情報提供や教育、Methadoneなどの代替置換薬療法への導入等と併せて、意味を持つアプローチを構成し得る、と説明された。

2007年でポーランドの人口は約3,812万人とされ、日本の30%程度であるが、西ヨーロッパ諸国とロシアとの間に位置し、短期間に激変した社会状況の中で複雑な様相を見せる薬物問題に対応して、1990年の民主化以降20年足らずの間に、対応すべき相当数の社会施設を配置運営するに至っていることがわかる。

なお、使用される薬物は元来ヘロインが多いヨーロッパ型モデルであるが、当然近隣諸国等からの流入も多く多剤使用型の他国と同様であり、Harm Reduction によるHIV等の拡大阻止は不可避の課題として、国及び地方政府の公費投入の対象となっていた。しかしながら、その経緯については、当初よりそれら政府が積極的だったのではなく、MONAR等の非営利団体が国内外のプロジェクト資金を活用して、その実績と方法を提示したことによってはじめて対策に位置付けられるようになっていった。今日ではその経験を、旧ソ連等の近隣諸国に向けて情報提供･技術協力指導を行っていた。

2）ベルギーにおけるTC施設の事業運営

ベルギーは人口1千万程度、フランスとオランダに挟まれて位置する小国ながら、EUの本部が首都に置かれていることもあり、ヨーロッパの中心としての役割を担っている。それは薬物政策についても、ベルギー王国単独のものというより今日の（西）ヨーロッパの基本政策が表現されているとみることができる。さらにベルギーの所得税率はOECD諸国の中最高であり、高い税負担と相応する手厚い社会サービスの一部を構成するであろう薬物関連問題対策の位置づけについても聴取することを目的とした。

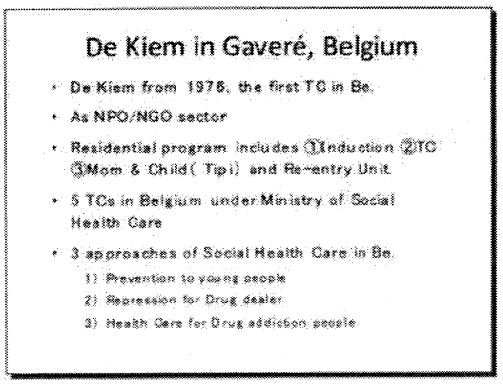
当初、フランスでのTC運営をヒアリングする予定だったが、EFTC（European Federation of Therapeutic Communities）への紹介依頼と回答の中で、フランスには現在TCとして運営されるサービスはなく、ベルギーがそこへの普及に向けて援助している段階であることがわかった。

中西部フランダースの中心都市Gentに近いGaverèにある、ベルギーで最初にTCプログラムを開始したDe Kiemを訪問し、ヒアリング調査した。

De Kiemは1976年に当時のEFTC会長の参加によって開始されたNPO／NGOとしてMinistry of Social Health Care（MSHC：社会保健省）からの費用を受けて運営されている。

ベルギー国内では、現在5つのTCがMSHCの支出のもとで運営されており、薬物関連政策上共通する3つのアプローチが示されている。

図（スライド）8



①青少年に対する予防

②薬物ディーラーに対する抑制

③薬物依存者の保健対策

プログラム利用者のサービスコストは基本的に社会保険給付によってカバーされるが、その管理は州のHealth Care Insurance委員会が行っている。社会保険加入のないクライアントがサービス利用する場合は、多くの場合入口となるAmbulatory（巡回サービス）を管理するMin. of Justice（法務省）により行われる。そこには心理士や教育の専門職が配置されてアウトリーチが行われる。経費の支出根拠はAlternative punishment of Drug addictsと説明されるように、通常とは手続きが異なる。

その他、Detox（解毒）は地域のCrisis Center（一次救急センター）もしくは精神科医療機関内の特別区域で対応するが、地域の中にはMSC（Medical Social-care Center）と呼ばれる部署が配置されてそこでも対応する。MSCはMin. Internal affairs（内務省）及び地方政府（市）が管理する救急センターで、地域社会の安全確保の役割を負うが、そこには医師（MD）とソーシャルワーカーも配置されている。また、国内で行われているMethadone Treatmentは同様に内務省の治安対策部署が管轄することになっている。

司法と保健システムの統合は、1990年代よりさまざまな形で開始された。現在では州により取り扱いが異なっており、今後5年間に国内での扱いが統一される予定。政策方針として、若い世代に対しては、Prevention programへと送致、しかしMethadone programの方がTCでの治療よりコストが安いとの批判もある。

De Kiemでは成人男女のケアに対応しているが、特に子供を伴った女性のケアに特徴があり、Tipiという専門ユニットとスタッフを持っている。同様に他の4か所のTCでも青少年や重複疾患・障害の薬物依存者援助に特化したプログラムを行っている。個々の入寮者には、所在する地方政府から任命されたOmbudspersoon（オンブズパーソン）が利用者の権利確保に関して責任を負い、意見を代弁することができるようになっている。

TCプログラムでの共同体運営に適当なサイズは概ね35人で、内訳として第1段階の導入期が5～8人、第2段階のTCプログラム期が25人、第3段階のリエントリ期が5人といった構成が標準で

あるとのことだった。

3) ノルウェーにおけるTC施設の事業運営

ノルウェーでは、EFTCの本部が置かれる代表的なTC施設Phoenix Haga（House）を訪問し、ヒアリング調査した。

ノルウェーは一般的に全国民と居住者を対象に加入させる国民健康保険加入者が一切の医療費支払い義務を負わない高福祉国家としても知られている。452万人のほとんどは上記システムの中に該当するが、移民等の例外も含めて薬物問題対策、特に依存者のケアについては、国のThe Ministry of Health and Care Servicesが管理し、The Regional Health Authorities（RHF）がThe Specialist Health Care Service（専門職保健サービス）のプロバイダとして認定された民間団体との間に契約を結んで委託する形をとる。精神保健サービスは勿論、内科的な医療サービスや機能障害や慢性疾患を持つ児童リハビリ及びハビリテーションプログラムの提供、暴力被害やそのトラウマケアまでもが包括的に同様の仕組みに統合され、運営されている。

Phoenix Hagaも上記の専門職保健サービスセクターとしてTCプログラムによって薬物依存者のケアを行い、その費用はRHFによって負担される。ノルウェー全土で5～6か所のTCが活動しており、利用者は年に2回1か所に集まり合同でスポーツ等の屋外プログラムを実施している。

Phoenixの名の通り、アメリカ、イギリスで展開されていたPhoenix Houseの影響を受け、1990年に現在のMysen（Østfold郡）の場所でTCプログラムを開始している。プログラムの構成は、以下のオーソドックスなものである。

第1期　Treatment（MOFA&UV）
第2期　Re-entry：contact weekly（4-5months）
第3期　Independent living：contact every month

第1期から第3期までを24か月かけて体験する。入寮者の年齢は18歳以上30歳程度まで、男女が利用可能。

共同体のサイズは、スタッフによれば30人がベストで、35人までは対応可能とのことだった。訪問時にはMOFA TRINNET（第1期）5人、UV TRINNET（第2期：TC phase）12人、OU. TRINNET（第3期：Re-entry phase）9人の計26人が入寮していた。

利用者の費用は、主に国からの費用配分を受けた前述のRHFから契約に基づいて支払われるため、利用者自身の支出はない。その契約の内容は、30ベッド中の22ベッドが所在地Mysen地区の居住者のために確保されており、少なくともその95%の20ベッドが使用されていることを条件に支出される。残りの8ベッドはMysen以外の居住者に充てられたもの。

スタッフはTCプログラムの卒業生を進んで雇用するが、開始当初は3ヶ月間のトレーニングのみで始めざるを得なかった。当時は55人の入寮者に対しスタッフ9人で援助していたが、現在では30人の利用者のために非常勤も含めて26人のスタッフが働いている。2009年1月よりTC施設内でのMethadone管理が許可されることになるので、通常の内科薬だけの場合には義務付けられていない管理者として必要となる看護師を1名雇用する予定。

Phoenix Hagaではスタッフ（集団）の役割は、クライアントが経験しながら理解できるようにするための案内、と説明されたように、伝統的TCのアプローチ、ストラクチャー（構造的環境）やジョブ・ファンクションといった要素が忠実に実践されていた。

近年、ノルウェーでも保健医療サービス支出のルールが変更されつつあり、国からRHFへの財政支出がActivity-based fundingと呼ばれる効率化を促す仕組みに試行的に変更されつつある。支出額の60%を基本支出とし、残りの40%を各事業者の実際の活動コストをPerformance-based fundingとして1970年代にアメリカで導入されて広がったDRG（Diagnosis Related Groups）等によって評価される活動にターゲットし、配分変更する方式で、精神保健サービスの導入は未定ながら、地域のクリニック等医療機関への配分については2008年にも実施される計画が公表されている。そういった状況の中で、費用対効果の検証はTC運営にとって無縁のものではなく、むしろ今後シリアスな問題としてクローズアップされてくることが予想される、とのコメントが得られた。

D. 考察

昨年度本研究報告の中で、海外で行われるTCとの比較を通して、いくつかの角度からダルクとの異同について整理し、両者の違いを理解することの重要さについて言及した。その後、今回報告したとおり、全国でこれまで活動してきたダルクの中でも最も行政との関係を長期間にわたって維持してきたXダルクにおいて、事業運営上の大きな転換点を経験するに至った。今回はその事例を時系列的に整理し、現行制度のもとで運営されるソーシャルモデルを目指す社会資源が求められる条件について考察した。

1990年の開設以来、そこで日常的に行われるプログラムをみる限り大幅な変化もなく20年のリハビリテーション援助に取り組んできたように受け取られてきたが、とりわけ自治体による補助金運営が始まった1994年から2009年までのXダルクは、社会的には対象となるサービスニーズを持つ要援助者へのサービス提供保全という意味での行政責任を肩代わりする役割を負ってきた。それは、1990年代後半に始まった社会福祉基礎構造改革もしくは社会保障構造改革の動きとも関係しながら、2000年以降は特に社会福祉関連予算の拡大抑制政策の様々な形の影響を受け、さらに社会サービス一般に求められる環境の変化や行政手続きの仕組みの変更等にも影響されて、結果としての委託—受託関係の強化はダルクの活動に不可避的な変化を要請したことが理解できる。

そのことを内容的にも、全国的な規模の上でも決定づけたのが現行の障害者自立支援法の施行であった。自治体の裁量と予算措置に基づく単独事業の時代とは全く異なる全国統一の法制度として、それまでの運営上は想定しなかった身体・知的障害者サービス等との一般的ルールへと収斂されることにより、運営上は創意工夫も独自性も問題にはならなくなり、基準に適合するか否かによってのみサービス提供者として参入の可否が判断されるようになった。

そのような抜本的な変更はきわめて短期間に、それも準備に必要となる情報もないまま対応してきた結果、ダルクが当初から持っていた治療的環境が変質の危機にさらされていたと見ることは偏見であろうか。少なくとも筆者の知る限り、ダルクがこの間の環境の変化とは無関係に「専門施設化」すべく内部努力した事例はなく、新規に開設されたダルクでも補助金運営の前例を踏襲しつつ、申請・受託手続きを進めてきたに過ぎない。中心となって運営する回復者スタッフらの関心事は、回復に有効だと自らが体験してきた場（環境）の「複製」をどのようにして目の前に形作り、地域の支援を得て維持させるか、ということであって、ミーティングを中心としたダルク・プログラムの内容は20年を経過する現在も原形に近い形で保存されている。

しかしながら、ダルクの外部ではソーシャルモデル全体が本来担うべき期待が、ダルクに対して直接向けられ、事情によりさまざまに機能は解釈され、アセスメント機能を欠いたまま「丸投げ」されている。そのような状況下では、当然ながらダルクの機能と守備範囲、そしてEvidence-basedな機能評価など望むべくもないばかりか自覚的な限界設定すらできない。

今回ヨーロッパ諸国のTCにおいてヒアリング調査し、先述のように記述するなかで、改めてTCが専門施設として意識的に形作られ、維持するための努力を重ねてきていることを理解できた。当然それらの活動する国や地域においても社会制度からは様々な要求が求められる。しかし、TCが担うべき要求と評価は、地域における薬物問題関連諸施設とその機能のうちに明確に位置付けられたある特定の部分についてのものであり、それゆえに費用対効果に関する評価も意味を持つ。

ダルクが日本で活動を始めて既に20年以上が経過し、他の領域では国際的な標準に基づいた社会サービスへの関心は高まっているにもかかわらず、薬物依存者の地域における回復支援機能を持った専門施設が未だに活動を始めていないことは、何を意味するのか。筆者らの主張の基本的な出発点である、ダルク以外の選択肢としてのソーシャルモデルによる専門施設が可能にする援助をとおして、薬物依存者自身の手によって外部からのコントロールを極力排して運営されるDrug freeな環境、そのこと自体でも貴重な、ダルク本来の価値と機能について関係者すべてが体験的に理解し直す必要があろう。そのためには、ダルクとは異なる薬物依存者を専門に援助する社会的装置（たとえばTC）が必要になるのである。

E. 結語

薬物依存者の回復援助における社会福祉援助の現状について考察するために、今年度はここ20

年間の社会制度下で行政からの補助金を運営費に使ったダルクの事業展開と直面してきた課題の実例から、「専門施設化」がもたらす課題について整理した。またヨーロッパ諸国で同様に行政との委託関係の中で運営されるTC施設の例と比較して検討した。

1．行政から運営費補助を受けることになったダルクは、財政全体に占めるその割合が拡大するにつれ、不可避的に社会制度を反映した委託者側のコントロールに関わらざるを得ない。

2．上記のコントロールは、行政機関から直接援助スタッフに対して向けられるものではなく、指導監査等をとおした「改善指導」という形で、団体内部の運営に間接的に代行させる。それにより運営主体と援助スタッフとの間にコンフリクトを抱えるリスクが発生する。

3．現行の障害者自立支援法において、入寮を伴った大半のダルクの場合は特に、制度に合わせて運営を変える（NPO法人化）以外に補助金を受託する方法はなく、利用者の要援助ニーズの内容とは必ずしも即応しない規準に対しても同様の選択をせざるを得ない。

4．行政からの運営費補助を受けて運営されるTC施設の場合、直接援助サービスの提供に関わるスタッフも回復者と専門援助職とで構成されているため、あるいは団体運営にも回復者と専門職とが同一の目的で関与するために、ダルクの場合におけるスタッフと支援者という関係でのコンフリクトは回避し易い。

5．社会制度の変化の中で多様に理解されてきているダルクの本来的な価値と独自の機能については、意識的に別の環境を創出して援助機能を相対化することがどうしても必要となる。

現行制度下における薬物依存者の社会復帰資源あり方に関する今後の検討課題について、以下にまとめた。

1．全国で50か所を超え、多様な運営規模や物理的環境、運営体制と財源構造をもつダルクの運営実態と課題の把握と整理。

2．サービスプロバイダとしての社会的要求に対する「困難性」要素の主観的・客観的整理。

3．ダルクに独立して設置運営されるべきたとえばTCプログラムを運営する場合の利用可能な制度に関する検討。

4．ダルクでは経験しなかったTransdisciplinary Staffingと説明される多職種専門職によって構成されるチームアプローチの対象者別の具体化とそのためのコスト算出。

F．研究発表

1．論文発表

1）宮永耕：薬物依存者処遇におけるサービスプロバイダとしての治療共同体について：龍谷大学矯正・保護研究センター研究年報5：現代人文社. 19-39, 2008

2）宮永耕：覚せい剤依存者の地域生活移行支援：最新精神医学14（2）：171-176, 2009

2．学会発表　なし

G．知的財産権の出願・登録状況

なし

＜文献等＞

1）宮永耕：「わが国における『治療共同体』導入の可能性に関する研究（2）」、平成17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・依存等の実態把握と乱用・依存者に対する対応策に関する研究（H17-医薬・一般-043）」研究報告書、p. 229、2007

2）宮永耕：「薬物依存症者に対する社会復帰資源に関する研究（1）」、平成19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・依存等の実態把握と「回復」に向けての対応策に関する研究（H19-医薬・一般-025）」研究報告書、p. 151-159、2008

3）Jolanta Koczurowska, Maria Charmast (Monar) "Drug free treatment for drug-users in Poland" (Novenber, 2006) 及び "THE MONAR ASSOCIATION System of care and treatment of people addicted to drugs in Poland" www.monar.org (Warsaw 2008) MONAR Warszawaにて配布提供されたプレゼンテーションスライド資料

分担研究報告書
(2−2)

平成20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）
分担研究報告書

少年施設における薬物乱用防止教育ツールの開発に関する研究

分担研究者　松本俊彦　国立精神・神経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
研究協力者　今村扶美　国立精神・神経センター武蔵病院 心理指導部 心理療法士
小林桜児　神奈川県立精神医療センター芹香病院　医師
千葉泰彦　横浜少年鑑別所 医務課長

研究要旨　本研究では、薬物乱用問題を持つ少年鑑別所被収容少年のための自習ワークブックを開発し、それを用いて少年鑑別所被収容少年59名に対して介入を試み、その前後で尺度を用いた評価を行った。ワークブック終了後、薬物依存に対する自己効力感スケール得点の上昇は不十分なものであったが、薬物依存症に対する問題意識と治療に対する動機付けの程度を反映するSOCRATES項目の得点については、十分な上昇が認められた。これらの結果から、本自習ワークブックが、薬物乱用問題を抱える少年が自らの問題に対する認識を深め、援助を受けることの必要性の自覚を促す可能性が示唆された。また、本ワークブックを利用した者の感想から、ワークブックの難易度が適切なものであり、利用者の大半が有用であるという感想を持ったことが明らかにされた。以上より、少年鑑別所入所中における「自習ワークブック」による介入は、現実的で効率的、かつ汎用性が高い方法であると考えられた。

A. 研究目的

若年の薬物乱用者の多くは、保健医療機関ではなく、少年鑑別所や少年院といった司法関連機関で処遇されている。しかし、意外に知られていないことであるが、少年院でこそ矯正教育の一環として薬物乱用防止教育がなされているものの、少年鑑別所では、職員の個別的な助言を除けば、系統的な薬物再乱用防止教育がほとんどなされていない現状にある。

誤解を避けるためにいえば、少年鑑別所において教育的介入がなされないのは、決して職員の怠慢によるものではなく、そのような関与が望ましくないとされている事情があるからである。その事情とは、第一に、観護措置によって少年鑑別所に入所した少年は、審判前の、成人でいうところの「被疑者」に相当する段階にある、というものである。したがって、仮に薬事法関連犯罪によって観護措置がとられたとしても、いまだ非行・犯罪事実が確定しておらず、無罪が推定される法的身分として処遇される必要がある。にもかかわらず、たとえ善意からであっても薬物乱用防止教育を行うのは、少年の付添人から人権侵害との非難を受ける可能性がある。

第二に、少年鑑別所処遇規則では、少年鑑別所は、「少年を明るく静かな環境に置いて少年が安んじて審判を受けられるようにし、そのありのままの姿をとらえて資質の鑑別を行う（少年鑑別所処遇規則 第一章 総則 第二条）」[1]ための施設と定義されている事情もある。したがって、矯正教育によって「ありのまま」に変化が生じ、非行性・犯罪性に関する鑑別に影響してしまうのは望ましいことではなく、それゆえ、「……資料によって調査のできる事項に関しては、少年との面接調査はできるだけ避けなければならない（少年鑑別所処遇規則 第四章 鑑別 第二十条）」[1]のである。

かねてより我々は、こうした「鑑別作業」に特化した少年鑑別所のこうしたあり方に疑問と窮屈さを感じてきた。薬物乱用を犯罪と捉える司法的見解の文脈自体は十分に理解できるものの、精神保健的支援の立場からいえば、少年自身が「確かに薬物を使っていた」と認めている以上、家庭裁判所の判断を待たずして何らかの心理教育介入を行うのは、至極当然なことでもある。このことは、米国国立薬物乱用研究所（National Institute on Drug Abuse; NIDA）が「物質使用障害治療の原則」[2]のなかで謳っている、「物質使用障害は、それが発見された時点で介入がなされなければならず、しかもその介入は継続されるべき」という一文からも明らかといえよう。

このようなわが国の少年鑑別所における処遇が意味しているのは、少年院送致とならずに試験観察や保護観察となった者の場合、薬物乱用問題に対して何らの

介入を受けないまま、さらには、自身の薬物乱用問題が援助を要する問題であることを十分に自覚しないまま、地域に戻ってしまう可能性がある、ということである。もちろん、少年鑑別所を退所した薬物乱用少年たちが必ず地域の援助資源につながり、何らかの心理教育的介入や援助を受けるのであれば、必ずしも少年鑑別所での介入は必須とはいえない。しかし、わが国の場合、若年の薬物乱用者が利用できる地域の援助資源はきわめて乏しく、専門医療機関やDARC (Drug Addiction Rehabilitation Center) にも、若年者に特化した薬物依存症治療プログラムは存在しないのが実状である。もちろん、ある程度依存が進行した少年であれば、成人を対象とした治療プログラムに参加させるという方法もあり得るが、比較的乱用期間が短く、まだ重篤な依存に至っていない者にとっては、かえって、「自分はあそこまでひどくない」といったように、問題の過小視を助長してしまう可能性もある。

こうした地域支援の状況を考えた場合、実は、少年鑑別所という施設は、薬物乱用を抱える若年者に対して心理教育的な介入するのに適した、貴重な場と捉えることができる。なぜなら、その施設には、少年院収容となるような重篤な薬物依存を呈する少年から、試験観察・保護観察といった地域内処遇の対象となるような初期乱用の少年まで幅広く収容されており、多くの若年薬物乱用者を介入の対象とすることが可能だからである。さらにまた、逮捕・保護からまだ時間が経過しておらず、しかも審判を控えている立場であるという緊張感に加えて、薬物関連の交遊関係から離れた静かな環境であることが、少年たちにして、自らを振り返らせ、集中的に作業に取り組ませる状況を準備しているようにも思われる。

「薬物乱用問題を持つ若年者に対して、少年鑑別所で何らかの再乱用防止プログラムを提供できないであろうか」。本研究はこうした着想から計画された。しかし同時に、少年鑑別所の役割が法的に規定されている以上、少年鑑別所職員に少年たちに対する積極的な教育的関与を求めるのには限界があることを念頭に置く必要もあった。要するに、我々は、少年鑑別所本来の役割から大きく逸脱しない方法で、薬物乱用問題を抱える被収容少年に介入する方法が考案する必要があったわけである。このような状況のなかで我々が考えついたのは、薬物再乱用防止教育の自習ツールを用いた介入であった。

そこで、今回、我々は、薬物乱用問題を持つ少年鑑別所被収容少年を対象とした自習ワークブックを開発し、それを用いて少年鑑別所での心理教育的介入を実施するとともに、その効果測定を行った。以下に、ワークブックの開発プロセス、ならびに効果測定の結果について報告するとともに、自習ワークブックを用いた若年の薬物乱用者に対する介入の意義について若干の考察をしたい。

B. 研究方法

1. 若年者向け自習ワークブックの開発

我々は、以下の三段階の手続きによってワークブックを作成した。

1) 少年鑑別所所長・医務課長への事前ヒアリング: 少年鑑別所で自習ワークブックによる介入を行うことの是非、ならびにワークブック作成と実施にあたっての配慮点について、少年鑑別所所長および医務課長と意見交換を行った。その結果、以下の要請を考慮することを条件に、実施の許可が得られた。

- あくまでも少年本人の同意にもとづいた実施である必要がある。
- 家庭裁判所や付添人に対して、「鑑別資料」として有用であることを説明できるものとして欲しい。
- 2週間程度の入所期間中に無理なく仕上げられる分量である必要がある。
- 必ずしも知的に高いとはいえない少年に対しても実施できる、平易な内容であることが望ましい。
- 覚せい剤だけに特化せず、広く「薬物」全般を対象とした内容が望ましい。
- 本格的な治療を目標とするよりも、ごく初期の介入を目標とし、幅広い病態に対し、「広く、浅く」対応できる内容が望ましい。
- 実施にあたっては、処遇や鑑別に関わる職員ではなく、医務課職員が「少年の健全育成に関する情報提供」という方法で冊子を配布する形式が望ましい。
- ワークブックに直接書き込む形式の場合、少年はそのワークブックを出所後に地域に持ち帰ることができない (少年鑑別所では、少年が字を書き込んだ紙類は地域に持ち帰れない規則となっている)。

2) 自習ワークブックの作成

少年鑑別所所長・医務課長の意見を念頭に置きなが

ら、我々は、Matrix model[※]の認知行動療法ワークブックを参考にした治療プログラム（神奈川県立精神医療センター—せりがや病院におけるSerigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program; SMARPP[®]）のワークブックを参考にして、若年者用の自習ワークブックを作成した。作成にあたっては、以下の点を配慮した。

- 平仮名の割合を多くし、漢字にはできるかぎり仮名をふり、平易な文章表現に努めた。
- 少年たちが1日に1セッション分の課題に取り組むというペースを想定し、全12回というセッション構成とした。
- 地域の援助資源に関する情報も記載されたワークブックを地域もしくは少年院へと持ち出すことができるように、ワークブックは分冊化された様式とし、「読む冊子」と「書きこみ用冊子)」とに分けた。そして、前者の冊子は、少年鑑別所退所時に被収容少年は地域や少年院に持っていけるものとし、後者の冊子は、鑑別資料として調査実施施設の鑑別技官が閲覧・参照できるものとした。
- 少年たちが「やってみたい」という気持ちになるように、表紙をできるかぎり明るく、しゃれた雰囲気のものとすべく、印刷会社のデザイナーにデザインを依頼した。
- 地域に持ち出せる「読む冊子」の巻末に、被収容少年が居住する地域の社会資源（依存症専門医療機関、精神保健福祉センター、DARCなど）に関する情報を掲載した。

ワークブック案の完成後、鑑別所所長と医務課長、および同少年鑑別所の鑑別技官全員に目を通してもらい、さらに意見交換を重ねて修正を加え、最終的に49ページの「読む冊子」と19ページの「書きこみ用冊子」の2分冊形式の自習ワークブックを完成した。なお、SMARPPを参考にして作成した、若年者用ワークブックということで、本ワークブックの名前を「SMARPP-Jr.（スマープ・ジュニア)」と命名した。

なお、我々は、退所時に少年が地域の援助資源に関する情報も記載されたワークブックを持ち帰れるようするべく、あえて二分冊形式のワークブックを作成したわけだが、最終的な実施段階で、少年鑑別所側から、「読む冊子も持ち出すことはできない」という説明があった。その理由は、「今回のワークブックの実施は、当少年鑑別所の業務の一環として実施している。その意味では、少年の書き込みの有無にかかわらず、ワークブックは全て行政文書としての扱いになる。行政文書は地域には持ち帰れない」というものであった。残念ながら、少年たちがワークブックを自宅に持ち帰ることについては断念せざるを得なかった。

3）自習ワークブックのパイロット的実施：作成したワークブックを3名の薬物乱用問題を抱える被収容少年（男子少年2名、女子少年1名）に実施した。その3名はいずれも、予定の2週間よりも短い期間（3日～7日）でワークブックを終了し、3名とも「やや難しかったが、まあまあ役に立った」という感想を述べた。この結果をもって、「実施可能性は十分にある」と判断し、最終的なワークブックを確定した。

ワークブックの各セッションにおける内容を表1に、そしてワークブックの表紙デザインと内容を図1および図2に示す。

2. 効果測定

1）対象

2008年3月から2008年12月までの10ヶ月間にA少年鑑別所に入所した全男女少年1049名のうち、観護措置の理由となった非行・犯罪行為の内容にかかわらず、同少年鑑別所医務課医師の入所時診察により、①何からの薬物使用経験があり、かつ、②その使用状況が「機会的とはいえない」水準にあることが判明し、しかも、③ワークブックが使用できる精神状態・言語能力を持つ者を対象候補者とした。

調査期間に入所してきた者のうち、上記の条件を満たす対象候補者は64名であった。この64名に対して自習ワークブックに取り組むことを提案したところ、全員から同意が得られた。ただし、自習ワークブックを全て終了する前、もしくはワークブック終了後の評価を行う前に観護措置取り消しとなった者が5名いた。したがって、最終的な対象者は59名（男子45名、女子14名）となり、その年齢は16～19歳に分布し、平均年齢[±標準偏差]は17.9[±1.1]歳であった。

対象者59名がこれまで使用した経験のある薬物の種類、ならびに最近における最も使用頻度の高い薬物の種類を、表2（生涯使用経験薬物）と表3（最頻使用薬物）に示す。これらの表からも明らかなように、対象者の過半数に大麻の使用経験が認められ、その比率はトルエンを凌駕していたが、入所直前の生活において最も頻用していた薬物としては、MDMAが最も多く、次いで覚せい剤、トルエンという順であった。なお、表3における「その他」に該当する者は、いずれもアルコール乱用が社会的障害を呈する段階にあったことから、

本介入の対象に含めた経緯がある。

2) 実施方法

本研究は、国立精神・神経センター倫理委員会の承認、ならびに、A少年鑑別所所長の決裁にもとに実施された。本研究は、少年鑑別所における通常業務の一環として位置づけられることで許可を得た事情から、対照群を設定することは倫理的に困難であった。そこで、介入群のみの前後比較という研究デザイン、すなわち、対象としての条件を満たし、同意が得られた者全員に対して自習ワークブックを実施させ、その実施前後に自記式評価尺度と質問紙による評価を行うという方法を採用した。

具体的な実施方法は以下の通りである。少年鑑別所医務課医師による入所時診察によって対象候補者としての条件を備えていることが判明した少年に対しては、医師の方から本ワークブックの実施を提案した。その際、本ワークブックの実施は強制ではないこと、そして、回答内容は鑑別資料として参考にされることはありうるものの、処遇や審判に直接的に影響するものではないことを説明した。

自習ワークブックの実施に関して同意が得られた場合には、後で述べる二つの自記式評価尺度(「薬物依存に対する自己効力感スケール」[9]「Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale」[8]の回答用紙を渡し、回答を求めた(実施前評価)。その際、回答用紙への署名をもって研究協力に対する正式な同意とした。回答が終了した者には、自習ワークブックを渡し、各自の居室でこれに取り組んでもらった。本ワークブック作成に際しては、全12セッションを1日1セッションというペースでこなしていくことを想定したものの、実施するペースについては、個々の少年たちに任せることとした。終了した者には再び二つの自記式評価尺度、およびワークブックの難易度と有用性に関する質問紙を配布し、回答させた(実施後評価)。

なお、ワークブック、および評価尺度や質問紙には各自の名前を付して回答を求め、それらの配布と回収はいずれも、鑑別や日常的処遇に関与しない医務課医師もしくは看護師が行った。回収されたデータは匿名化がなされたうえで、施設外部の研究者である筆頭著者らのもとに送られ、分析がなされた。

3) 評価尺度・質問紙

(1) 薬物依存に対する自己効力感スケール[9]

森田ら[9]が独自に開発した、薬物に対する欲求が生じたときの対処行動にどれくらいの自信または自己効力感を持っているかを測定する自記式評価尺度である。この尺度は、二つのパートから成り立っている。一つは、場面を超えた全般的な自己効力感に関する5つの質問からなる部分であり、「5点: あてはまる」から「1点: あてはまらない」までの5段階から選択して回答する。もう一つは、「薬物を使うことを誘われる」などの個別的な場面において、これに対抗して薬物を使わないでいられる自己効力感を尋ねる11の質問からなる部分であり、「7点: 絶対の自信がある」「6点: だいぶ自信がある」「5点: 少し自信がある」「4点: どちらともいえない」「3点: やや自信がある」「2点: 少ししか自信がない」「1点: 全然自信がない」の7段階から選択して回答する。

本尺度は、いまだ十分な標準化の手続きがなされていないものではあるが、いずれの項目も、すでに薬物依存に対する自己効力感を示す概念との表面的妥当性があり、すでにその内的一貫性の高さも確認されている。したがって、本研究では、本尺度を介入前後に実施し、各項目の得点とともに、「全般的な自己効力感」合計得点、「個別場面での自己効力感」合計得点、および尺度全体の合計得点についても、その変化を検討した。

(2) Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)[8]

MillerとTonigan[8]によって、アルコール・薬物依存に対する問題意識と治療に対する動機付けの程度を評価するために開発された、19項目からなる自記式評価尺度である。原語版では、各質問は「病識(質問1, 3, 7, 10, 12, 15, 17の合計)」「迷い(質問2, 6, 11, 16の合計)」「実行(質問4, 5, 8, 9, 13, 14, 18の合計)」という3つの因子構造を持つことが確認されている。「病識」が高得点の場合には、「自分には薬物に関連した問題があり、このまま薬物を続けていれば様々な弊害を生じるので、自分を変えていく必要がある」と認識していることを示し、「迷い」が高得点の場合には、「自分は薬物使用をコントロールできていない、周囲に迷惑をかけている、依存症かもしれないと考えている」ことを、そして「実行」が高得点の場合には、「自分の問題を解決するために何らかの行動を起こし始めている、あるいは、誰かに援助を求めようと考えている」ことを示すとされている。海外の研究では、SOCRATES得点は治療準備性の高まりを反映しており[7]、高得点のものほど治療を長く継続できることが明らかにされている[8]。

本研究では、薬物依存用のSOCRATES-8Dを採用し、共著者の一人である小林が逆翻訳などの手続きを経て日

本語版（表4）を作成した。そして、ワークブックによる介入の前後にこの日本語版SOCRATESによる評価を行った。ただし、本尺度が標準化のなされていないものであることを考慮して、実施前後の比較は原則として表面的妥当性を持つ個々の項目について行い、合計点や各因子得点に関しては内的一貫性を確認したうえで検討した。

(3) ワークブックの難易度と有用性に関する質問

ワークブック終了後に、対象となった少年に、SMARPP-Jr.のワークブックに対する難易度と有用性に関して、我々が独自に開発した自記式質問票による評価を行ってもらった。難易度については、「わかりやすい」「ややわかりやすい」「ふつう」「ややむずかしい」「むずかしい」の5段階から選択して回答を求め、有用性については、「大変役に立つと思う」「多少は役に立つと思う」「どちらともいえない」「あまり役に立たないと思う」「まったく役に立たないと思う」の5段階から選択して回答を求めた。

4) 統計学的解析

対象59例における二つの自記式評価尺度（薬物依存に対する自己効力感尺度・SOCRATES）の各項目得点を、ワークブックの実施前後でWilcoxon符号付き順位検定によって比較した。統計学的解析には、SPSS for Windows version 17.0を用い、両側検定にてP<0.05を有意水準とした。ただし、薬物依存に対する自己効力感スケールの16項目、SOCRATESの19項目があり、さらに各総合得点や下位因子得点の比較も行うと、42回という多数回の検定を実施することから、Type I errorを回避するためにBonferroniの補正を行い（補正前P値÷42＝補正後P値）、補正後にP<0.05となった項目を重視することとした。

（倫理的配慮）

本研究は、国立精神・神経センター倫理委員会の承認、ならびに、A少年鑑別所所長の決裁にもとに実施された。

C. 研究結果

対象者59名全員が少年鑑別所入所中に自習ワークブックを終了し、この59名全員に対して実施前後の評価を行うことができた。

1. 薬物依存に対する自己効力感スケールの変化（表5）

薬物依存に対する自己効力感スケールのなかで、実施前後で有意な変化が見られた項目は、「全般的な自己効力感」の質問1「自分が薬物を使いたくなるきっかけをわかっていて、それをできるだけ避けるように注意できる」（P=0.006）だけであり、その他の項目では有意な変化は認められなかった。また、「全般的な自己効力感」合計得点は実施後に有意な上昇が認められたが（P=0.047）、「個別場面での自己効力感」合計得点および尺度全体の合計得点については有意な変化が認められなかった。なお、有意差の認められた「全般的な自己効力感」の質問1および「全般的な自己効力感」合計得点については、Bonferroniの補正後には有意ではなくなった。

2. SOCRATESの変化（表6）

SOCRATESの19項目のうち、実施前後で有意な変化が認められた項目は、以下の通りである。すなわち、質問2「ときどき自分は薬物依存なのではないかと思うことがある」（P=0.009）、質問8「自分は薬物を使うことを変えようと頭で考えているだけでなくて、実際に行動に移し始めている」（P=0.040）、質問9「自分はすでに以前のような薬物の使い方は止めている。そして昔のような使い方に戻ってしまわない方法を探している」（P=0.011）、質問11「ときどき自分は薬物の使用をコントロールできているのだろうかと疑問に思うことがある」（P=0.029）、質問14「自分は以前のような薬物の問題に戻ってしまわないように、誰かに助けてもらいたいと思っている」（P<0.001）、質問17「自分は薬物依存者だ」（P=0.003）、質問19「自分は薬物の使い方を少し変えてみた。そして以前のような使い方に戻ってしまわないように助けてもらいたいと思っている」（P<0.001）である。いずれも実施後に得点の上昇が認められた。このうちBonferroniの補正を行った後にも有意であったのは、質問14「自分は以前のような薬物の問題に戻ってしまわないように、誰かに助けてもらいたいと思っている」、および、質問19「自分は薬物の使い方を少し変えてみた。そして以前のような使い方に戻ってしまわないように助けてもらいたいと思っている」であった。

ところで、SOCRATESの19項目に関するCronbachαは0.798であり、高い内的一貫性が認められ、その合計得点は全般的な治療への動機付けを反映し、実施前後で合計点の比較が可能であるといえた。また、各下位因子のCronbachαについては、「病識（質問1, 3, 7, 10, 12, 15, 17）」が0.674、「迷い（質問2, 6, 11, 16）」が0.575、「実行（質問4, 5, 8, 9, 13, 14, 18）」

が0.722であった。このことは、「実行」は十分な内的一貫性を持っており、実施前後での得点変化を比較することが可能といえたが、その一方で、「病識」と「迷い」はそれぞれの内的一貫性が十分とはいえず、実施前後での比較結果はあくまでも参考にとどまらざるを得ないことが明らかにされた。

この結果を踏まえて、実施前後におけるSOCRATES合計点、ならびに各下位因子合計点の変化を見てみると、以下のような結果になった。すなわち、SOCRATES合計点は実施後に有意に上昇し（P<0.001）、また、「病識」（P=0.026）、「迷い」（P=0.001）、ならびに「実行」（P<0.001）についても有意な上昇が認められた。このうち、Bonferroniの補正後にも有意であった項目は、SOCRATES合計点、および「迷い」と「実行」であった。ただし、この結果のうち、内的一貫性の観点から臨床的に意義を持つのは、SOCRATES合計点と「実行」得点の上昇であるといえた。

3. 自習ワークブックの難易度と有用性（表7）

ワークブックの難易度に関する回答は、「わかりやすい」32.2%、「ややわかりやすい」22.0%、「ふつう」10.2%、「ややむずかしい」27.1%、「むずかしい」8.5%という結果であった。また、ワークブックの有用性に関する回答は、「大変役に立つと思う」57.6%、「多少は役に立つと思う」33.9%、「どちらともいえない」6.8%、「まったく役に立たないと思う」1.7%という結果であった。

D. 考察

本研究は、わが国で最初の若年薬物乱用者向け自習ワークブック開発とその効果測定の試みである。海外の先行研究には、問題飲酒者に対するワークブックを用いた内科医によるブリーフ・インターベンションの有効性に関する報告[8]が存在するが、その試みはワークブック単独による介入ではなく、ワークブックはあくまでも治療コンポーネントの一部を構成しているにすぎないものであった。少なくとも我々が知るかぎり、現在までのところ、自習ワークブック単独によるアルコール・薬物乱用に対する介入を試みた先行研究は存在しない。

また本研究は、少年施設における薬物乱用問題に対する介入の効果を検討した、わが国で最初の報告である。もちろん、わが国の多くの少年施設において薬物乱用に対する矯正教育が行われてきたが、その効果測定を行った研究はこれまで報告がない。このことは海外でもさして変わらず、少年施設における薬物乱用問題に対する介入研究として報告されている論文は、我々が知り得たかぎりでは、「運動療法」の有効性に関する報告[9]だけであった。だが、本研究において何よりも重要な点は、少年鑑別所という矯正教育を目的としない施設で、あえて薬物乱用に対する介入を実施したということにあり、このこと自体に新しい試みとしての価値があると考えている。

1. 少年鑑別所における自習ワークブックによる介入の効果

本研究では、薬物乱用問題を持つ少年鑑別所被収容少年に対する自習ワークブックによる介入の結果、薬物依存に対する自己効力感スケールの変化は不十分なものであった。確かに介入後には、「自分が薬物を使いたくなるきっかけをわかっていて、それをできるだけ避けるように注意できる」という項目、および「全般的な自己効力感」の合計得点において有意な上昇が認められている。興味深いことに、これらの項目は、森田らの認知行動療法プログラムによって得点の上昇が認められた項目と全く同じであり、トリガーの同定や対処のあり方に主眼を置く、認知行動療法的な治療プログラムに共通した効果とも考えられる。しかし、本研究では、その効果測定を厳密にするためにBonferroniの補正を行っており、その結果、補正後にこれらの有意差が消失してしまったことから、今回は十分な改善とは見なさなかった。なお、我々は、治療的介入による薬物依存に対する自己効力感の上昇は慎重に判断する必要があると考えている。小林らによるSMARPP介入事例において、プログラム終了直後に「薬物依存に対する自己効力感スケール」得点が低下する者の存在が報告されていたことからも分かるように[6]、治療的介入によって自身の薬物乱用に対する問題意識が深まった結果、短期的には自己効力感が低下し、むしろそのこと自体が治療効果を反映している場合もあるように思われる。

一方、薬物依存症に対する問題意識と治療に対する動機付けの程度を反映するSOCRATES項目の得点については、十分な上昇が認められた。なかでも、「自分は以前のような薬物の問題に戻ってしまわないように、誰かに助けてもらいたいと思っている（質問14）」、および、「自分は薬物の使い方を少し変えてみた。そして以前のような使い方に戻ってしまわないように助けてもらいたいと思っている（質問19）」といった、援助を受ける必要性の認識を反映する項目においては、Bonferr

oniの補正後もその得点上昇は有意な水準にあり、臨床的に意義のある変化と判断された。これらの結果は、我々の自習ワークブックが、薬物乱用問題を抱える少年が自らの問題に対する認識を深め、援助を受けることの必要性の自覚を促す効果、すなわち治療動機を高める効果がある可能性を示している。こうした変化は、少年鑑別所入所中という短期間における初期介入の成果としては、好ましいものといえるであろう。ちなみに、海外で行われた、刑務所内で薬物関連問題の治療プログラム参加者の再犯研究によれば、治療プログラム参加時の治療への動機付けの乏しさが、将来における薬物関連犯罪をはじめとする様々な再犯行為と密接に関連していたという[10]。

本研究では、我々が開発したワークブックを利用した者の6割あまりがその内容をむずかしいとは思わず、9割の者がワークブックを有用であるという感想を持ったことも明らかにされた。このことは、本ワークブックの内容が若年者向けの薬物再乱用防止教材として適切であることを示唆するものと考えられた。また、対象候補者として条件を満たした者全員が、本ワークブックの実施に同意し、途中で観護措置解除などの理由から退所となった者を除いて、全員がワークブックを最後まで仕上げることができたということも、注目に値する結果であると思われた。

このことは、本ワークブックの外観や内容による成果というよりも、少年鑑別所入所中という強制的に行動を制限されている状況が、自習ワークブックに取り組むのに適した環境であったことを示しているように思われる。もしも仮に、今回の自習ワークブックによる介入を、娯楽や刺激に満ち、非行仲間との交遊がある地域生活のなかで実施したとすれば、はたしてどのくらいの少年が、全49ページ、12セッションからなるワークブックを独力で最後まで仕上げることができるかは、疑問である。我々の予想では、そのような状況では、ワークブックの終了率はかなり低下するように思われる。ちなみに、海外の研究[10]によれば、薬物依存治療プログラムに裁判所命令で強制的に参加した者と自主的に参加した者とでは、治療プログラム参加することによる治療意欲の高まりは、むしろ前者の方で著しいという報告もある。

2. 若年薬物乱用者支援における自習ワークブックの意義と今後の展望

わが国における若年の薬物乱用者向けの援助資源は、きわめて乏しい状況にある。もちろん、精神症状を呈している者ならば精神科医療機関、また、重篤な依存を呈している者ならば、12ステップを用いた自助グループやDARCをはじめとする民間回復施設でも一定の成果を上げられる可能性がある。しかし、比較的まだ依存が進行していない若年の薬物乱用者の場合には、成人の薬物依存者を対象とした治療プログラムのなかになかなかなじめず、援助から離脱してしまう場合も少なくない。

もちろん、そうしたなかでも、少数ながら若年者に特化した薬物依存治療プログラムは試みられてきた。たとえば、肥前精神医療センターでは、1〜2週間隔での3回の外来受診を1セットとする初期介入プログラム[18]が試みられたこともあった。また、司法的対応からから精神保健的援助へのダイヴァージョンともいうべき方法としては、同じく肥前精神医療センターが福岡県弁護士会と連携することで実現した、試験観察下における入院治療プログラムの参加という方法が試みられたこともある[16]。同様に、APARI（アジア太平洋地域アディクション研究所Asia-Pacific Addiction Research Institute）でも、家庭裁判所に対して薬物依存治療施設への入所を条件に保護観察下での社会内処遇を申請し、民間回復施設に入所させるという方法を行っている[19]。しかしながら、これらの試みは、稀少な専門機関による特殊な試みといった域を出ておらず、現在の実施状況やプログラムの具体的内容が不明であるとともに、その介入の効果に関する評価が十分になされているとはいえない。さらに、そもそも、比較的軽症の若年薬物乱用者の場合には適用しにくいという点については、既存の薬物依存に関する援助資源と何ら変わりところがない。

その意味では、今回我々が試みた、少年鑑別所入所中における「自習ワークブック」による介入は、さしたるマンパワーやコストを要さない、現実的かつ効率のよい介入方法と考えられる。また、職員に対する特段の研修も要さないという意味で、他施設での汎用性も高い方法ともいえるであろう。また、あくまでも推測にとどまるが、我々は、この介入による問題認識の深化や援助を受ける必要性の自覚は、その後における少年院での矯正教育に対する治療動機を準備し、あるいは地域で薬物を再使用した際には、援助機関を訪れようという動機を生み出しやすくするのではないかと考えている。

ただ、それだけに残念でならないのは、今回の試みでは、最終的な実施段階で、少年鑑別所退所時に少年たちが「読む冊子」を地域に持ち帰ることの許可が下

りなかったことである。本研究により自習ワークブックの効果が治療動機の掘り起こしにあることが明らかにされたにもかかわらず、地域における援助資源に関する情報が記載されたものを持ち帰ることができないのは、矛盾した対応といわざるを得ないだけでなく、倫理的に問題があるようにも感じられる。この点については、少年鑑別所ならびに法務省矯正局関係者には何らかの方策を検討していただきたいところである。

ともあれ、我々は、本研究が端緒となって、他の少年鑑別所でも自習ワークブックによる介入がなされることを期待している。また、我々は、今回の実践経験をもとに本自習ワークブックの改訂を行い、各地の少年院や保護観察所における治療プログラムの教材として、さらには、地域において特に薬物乱用・依存に関する専門知識の乏しい保護司でも利用できるような教材にしたいとも考えている。これによって司法関連機関で一貫した介入が実現できる可能性があろう。また、自らの薬物問題に対する洞察を深め、治療動機を高めるという今回の結果から、我々の自習ワークブックは、依存症専門医療機関における治療プログラム参加の予約待ちの段階における自習教材として活用することもできるであろう。いずれにしても、この低コストでマンパワーを要しない自習ワークブックは、薬物依存の援助資源の乏しいわが国ではきわめて有用な教材としての意義があると思われる。

E. 結論

本研究では、薬物乱用問題を持つ少年鑑別所被収容少年のための自習ワークブックを開発し、それを用いて少年鑑別所被収容少年59名に対して介入を試み、その前後で尺度を用いた評価を行った。ワークブック終了後、薬物依存に対する自己効力感スケール得点の上昇は不十分なものであったが、薬物依存症に対する問題意識と治療に対する動機付けの程度を反映するSOCRATES項目の得点については、十分な上昇が認められた。これらの結果から、本自習ワークブックが、薬物乱用問題を抱える少年が自らの問題に対する認識を深め、援助を受けることの必要性の自覚を促す可能性が示唆された。また、本ワークブックを利用した者の感想から、ワークブックの難易度が適切なものであり、利用者の大半が有用であるという感想を持ったことが明らかにされた。以上より、少年鑑別所入所中における「自習ワークブック」による介入は、現実的で効率的、かつ汎用性が高い方法であると考えられた。

F. 研究発表

1. **論文発表**:

松本俊彦: 思春期と薬物乱用. 中根晃・牛島定信・村瀬嘉代子 編 詳解 子どもと思春期の精神医学. pp 89-96, 金剛出版, 東京, 2008

Matsumoto T, Imamura F: Self-injury in Japanese junior and senior high-school students: Prevalence and association with substance use. *Psychiatry and clinical neurosciences* 62: 123-125, 2008

Kobayashi O, Matsumoto T, Otsuki M, Endo K, Okudaira K, Wada K, Hirayasu Y: Profiles Associated with Treatment Retention in Japanese Patients with Methamphetamine Use Disorder: A Preliminary Survey. *Psychiatry and clinical neurosciences* 62: 526-532, 2008

2. **学会発表**: なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

I. 文献

1) 少年鑑別所処遇規則: http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S24/S24F00301000058.html

2) National Institute of Drug Abuse (NIDA): http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODAT1.html

3) Matrix Institute: http://www.matrixinstitute.org/index.html

4) 小林桜児, 松本俊彦, 大槻正樹, 遠藤桂子, 奥平謙一, 原井宏明, 和田 清: 覚せい剤依存者に対する外来再発予防プログラムの開発—Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP) —. 日本アルコール・薬物医学会誌 42: 507-521, 2007.

5) 森田展彰, 末次幸子, 嶋根卓也, 岡坂昌子, 清重知子, 飯塚 聡, 岩井喜代仁: 日本の薬物依存症者に対するマニュアル化した認知行動療法プログラムの開発とその有効性の検討. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 42: 487-506, 2007.

6) Miller, W. R., and Tonigan, J. S.: Assessing

drinkers' motivation for change: The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). Psychology of Addictive Behaviors 10: 81-89, 1996.
7) Mitchell, D., Angelone, D.J., and Cox, S. M.: An exploration of readiness to change processes in a clinical sample of military service members. J. Addict. Dis. 26: 53-60, 2007.
8) Mitchell, D., and Angelone, D. J.: Assessing the validity of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale with treatment-seeking military service members. Mil. Med. 171: 900-904, 2006.
9) Fleming, M. F., Mundt, M. P., French, M. T., Manwell, L. B., Stauffacher, E. A., Barry, K. L.,: Brief Physician Advice for Problem Drinkers: Long-Term Efficacy and Benefit-Cost Analysis. Epidemiology and Prevention Alcoholism: Clinical & Experimental Research 26: 36-43, 2002.
10) Collingwood, T. R., Sunderlin, J., Reynolds, R., Koh, l H. W., 3rd: Physical training as a substance abuse prevention intervention for youth. J. Drug. Educ. 30: 435-451, 2000.
11) Prendergast, M., Greenwell, L., Farabee, D., and Hser, Y. I.: Influence of Perceived Coercion and Motivation on Treatment Completion and Re-Arrest among Substance-Abusing Offenders. J. Behav. Health. Serv. Res. May 31, 2008. [Epub ahead of print]
12) Gregoire, T. K., and Burke A. C.: The relationship of legal coercion to readiness to change among adults with alcohol and other drug problems. J. Subst. Abuse. Treat. 26: 337-343, 2004.
13) 鈴木健二, 村上 優, 杠 岳文, 武田 綾: 高校生における違法性薬物乱用の調査研究. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 34: 465-474, 1999.
14) 八尋八郎, 谷川誠, 村上 優, ほか: 若年薬物乱用者に対するダイヴァージョン・プログラムの整備に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金医薬安全総合研究事業. 「薬物依存・中毒者の予防, 医療およびアフターケアのモデル化に関する研究 (主任. 村上 優)」平成14年度研究報告書, 69-85, 2003.
15) APART: http://www.apari.jp/npo/

表1：自習用ワークブックSMARPP-Jr.の内容		
第1回	薬物をやめることに挑戦してみよう	薬物を使うことのメリット・デメリット、薬物をやめることのメリット・デメリットについて考え、いま現在における自分の正直な気持ちについて考えてみる。
第2回	薬物依存からの回復段階	薬物をやめていく過程で見られる5つの段階（離脱期・ハネムーン期・『壁』期・適応期・解決期）について知識と理解を深める。
第3回	引き金と欲求	薬物の欲求を刺激する、「引き金」→「考え」→「欲求」→「使用」のプロセスについて理解を深め、様々な種類の思考ストップ法について学ぶ。
第4回	あなたのまわりにある引き金について	薬物の欲求を刺激する「引き金」のなかでも、特に「外的な引き金」に関する理解を深める。
第5回	あなたのなかにある引き金について	感情や気分、疲労感などといった、「内的な引き金」に関する理解を深めとともに、その対処法について考える。
第6回	新しい生活のスケジュールを立ててみよう	「引き金」と遭遇する危険の少ない、安全で現実的なスケジュール作りに関する理解を深め、実際に自分なりのスケジュールを作ってみる。
第7回	依存症ってどんな病気?	「依存症」という病気がどのような特徴を持った病気になのかについて理解を深め、自分の薬物問題のせいでどのような人を巻き込んできたのかについて考える。
第8回	危険な状況を察知する	薬物の欲求が高まる状況として有名なH.A.L.T.（Hungry, Angry, Lonely, Tired）とアルコールの危険性について理解を深める。
第9回	再発を防ぐには	行動・思考面における「引き金」ともいえる「依存症的行動」と「依存症的思考」に関する理解を深め、自分の場合についても考える。
第10回	再使用のいいわけ	再発の兆候である「再使用のいいわけ」について理解を深め、自分の場合はどのようないいわけを使ってきたのかについて振り返る。
第11回	「強くなるより賢くなれ」	自分の「引き金」と「対処法」、それからスケジュールについて復習し、確実なものとする。
第12回	回復のために―信頼と正直さ	薬物を使わない生活を続けているうえで重要な「正直さ」と「援助を求めること」について理解を深める。
巻末付録	薬物乱用問題の援助資源	被収容少年が居住する地域における社会資源（専門医療機関、精神保健福祉センター、DARCなど）に関する情報を提供する。

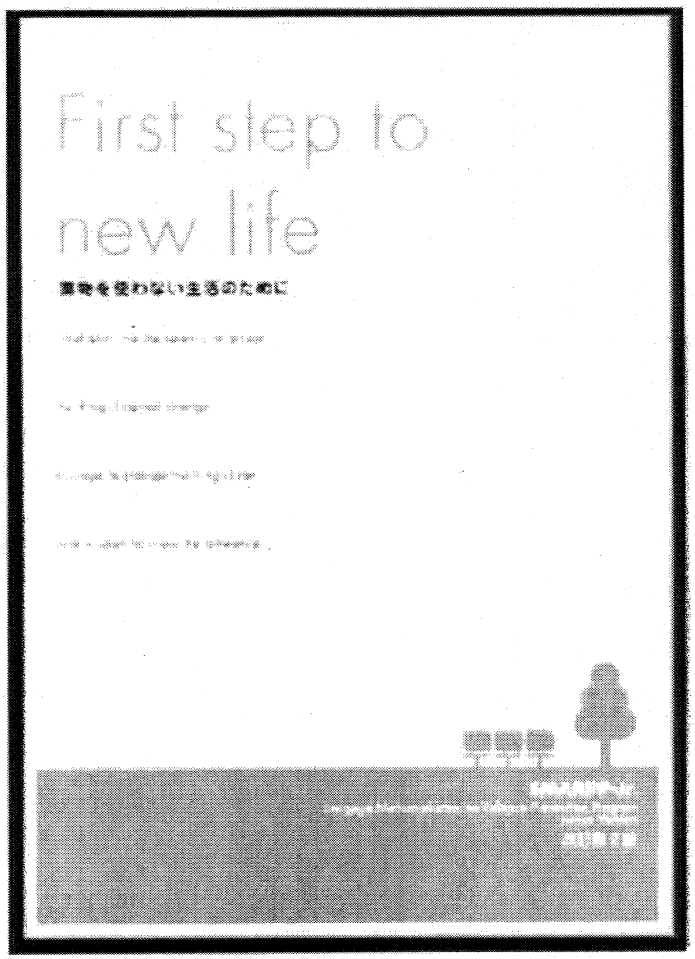


図1　SMARPP-Jr. の表紙（読む冊子全49ページ）

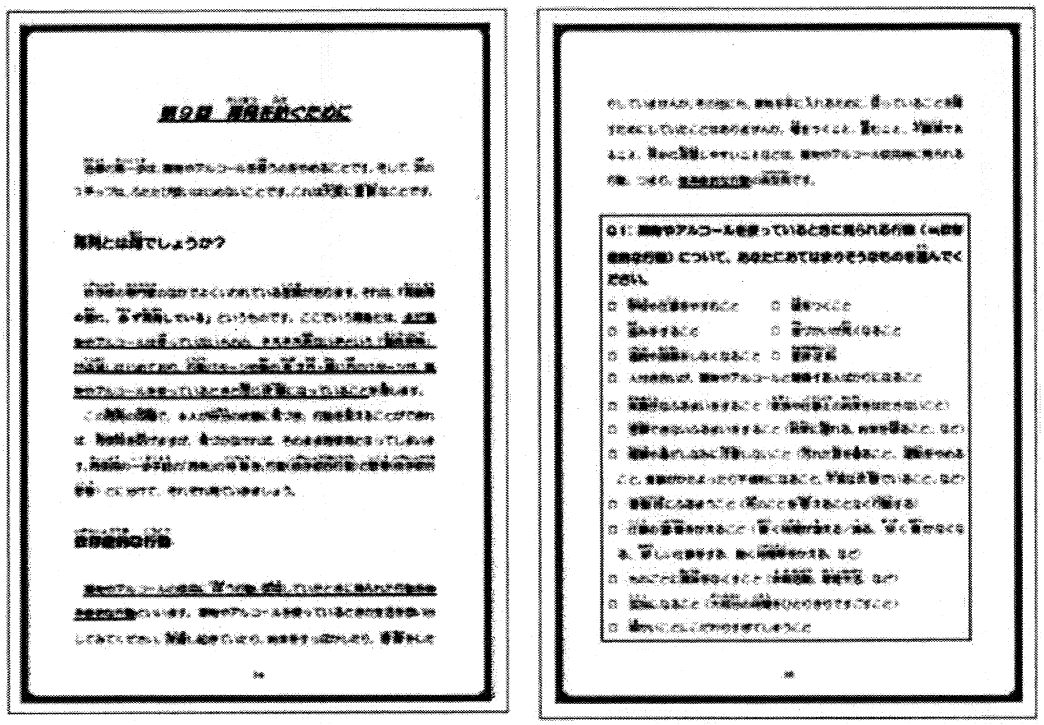


図2：SMARPP-Jr.の中身（読む冊子）

表2: 薬物種類別の生涯使用経験率（複数選択可）

薬物名	人数	百分率
トルエン	24	40.7%
ブタンガス	16	27.1%
覚せい剤	20	33.9%
MDMA	14	23.7%
大麻	40	67.8%
ケタミン	14	23.7%
LSD	3	5.1%
ヘロイン	0	0.0%
マジックマッシュルーム	0	0.0%
5-Meo-DIMP/MIPT	1	1.7%
その他	9	15.3%

表3: 最頻使用薬物（1つだけ選択）の種類

薬物名	人数	百分率
トルエン	11	18.6%
ブタンガス	5	8.5%
覚せい剤	12	20.3%
MDMA	22	37.3%
大麻	4	6.8%
ケタミン	0	0.0%
LSD	0	0.0%
ヘロイン	0	0.0%
マジックマッシュルーム	0	0.0%
5-Meo-DIMP/MIPT	0	0.0%
その他（アルコール）	5	8.5%
合計	59	100.0%

表4: 日本語版 Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES-8D) の全項目

		絶対にそうは思わない	そうは思わない	どちらともいえない	そう思う	絶対そう思う
1	自分が薬物を使うことを何とか変えたいと真剣に思っている	1	2	3	4	5
2	ときどき自分は薬物依存なのではないかと思うことがある	1	2	3	4	5
3	すぐに薬物を止めなければ、自分の問題は悪くなる一方だと思う	1	2	3	4	5
4	私はすでに自分の薬物の使い方を少し変えようとし始めている	1	2	3	4	5
5	昔、自分は薬をたくさん使っていたけれど、その後、何とかそのような使い方を変えることができた	1	2	3	4	5
6	ときどき、自分が薬物を使うことで他の人たちを傷つけているかもしれないと思うことがある	1	2	3	4	5
7	自分には薬物の問題がある	1	2	3	4	5
8	自分は薬物を使うことを変えようと頃で考えているだけでなくて、実際に行動に移し始めている	1	2	3	4	5
9	自分はすでに以前のような薬物の使い方は止めている。そして昔のような使い方に戻ってしまわない方法を探している	1	2	3	4	5
10	自分は深刻な薬物の問題を抱えている	1	2	3	4	5
11	ときどき自分は薬物の使用をコントロールできているのだろうかと疑問に思うことがある	1	2	3	4	5
12	自分が薬物を使用することで、たくさんの害が生じている	1	2	3	4	5
13	自分は今、薬物の使用を減らすか、薬物の使用をやめるために積極的に行動している	1	2	3	4	5
14	自分は以前のような薬物の問題に戻ってしまわないように、誰かに助けてもらいたいと思っている	1	2	3	4	5
15	自分には薬物の問題があると分かっている	1	2	3	4	5
16	自分は薬物を使いすぎなのではないかと思うことがある	1	2	3	4	5
17	自分は薬物依存者だ	1	2	3	4	5
18	自分は薬物の使用を何とか変えようと努力している	1	2	3	4	5
19	自分は薬物の使い方を少し変えてみた。そして以前のような使い方に戻ってしまわないように助けてもらいたいと思っている	1	2	3	4	5

表5: 自習用ワークブック実施前後における薬物依存に対する自己効力感スケール得点の比較

		実施前		実施後		t	P
		平均点	標準偏差	平均点	標準偏差		
全般的な自己効力感							
1	自分が薬物を使いたくなるきっかけをわかっていて、それをできるだけ避けるように注意できる	4.44	0.84	4.80	0.48	2.723**	0.006
2	今後、もし薬物を使いたくなることがあっても、何とか使わないでその場を切り抜ける準備ができている	4.68	0.63	4.80	0.58	1.308	0.191
3	薬物がなくても生活していける自信がある	4.83	0.46	4.78	0.65	0.55	0.582
4	困ったときにも薬に頼らず、周りの人に助けを求めることができる	4.69	0.60	4.69	0.68	0.125	0.901
5	何かあっても、あわてずやっていける落ち着いた気持ちをもてる	4.41	0.83	4.56	0.65	1.395	0.163
全般的な自己効力感 合計		23.05	2.32	23.63	2.12	1.99	0.047
個別場面の自己効力感							
1	薬物を使うことに誘われたとき	6.10	1.40	6.31	1.15	1.30	0.191
2	他の人が薬物を使っているところを見たとき	5.93	1.59	6.29	1.15	1.79	0.073
3	ちょっとなら大丈夫と試したくなったとき	5.97	1.65	6.20	1.36	0.93	0.348
4	セックスしたい気持ちから薬物を用いたくなったとき	6.53	1.08	6.63	1.07	0.90	0.364
5	ストレスや疲れにより薬物が欲しくなったとき	6.19	1.38	6.32	1.35	1.13	0.256
6	よく眠れず薬物が欲しくなったとき	6.31	1.33	6.53	1.18	1.55	0.120
7	身体の不調や苦痛により薬物を使いたくなったとき	6.36	1.34	6.54	1.15	1.12	0.261
8	人間関係の悩みで薬物を使いたくなったとき	6.08	1.28	6.25	1.18	1.26	0.206
9	落ちこみや不安により薬物が欲しくなったとき	6.05	1.40	6.24	1.47	1.27	0.201
10	腹が立って薬物が欲しくなったとき	6.41	1.25	6.51	1.12	0.49	0.623
11	孤独で、さみしくて薬物が欲しくなったとき	6.19	1.54	6.27	1.24	0.51	0.606
個別場面の自己効力感 合計		68.10	13.06	70.08	11.64	1.50	0.131
薬物依存に対する自己効力感尺度合計点		91.15	14.48	93.71	13.06	1.68	0.092

$p<0.05$, ** $P<0.01$, *** $P<0.001$.

表6: 自習用ワークブック実施前後におけるSOCRATES-8D得点の比較

		実施前		実施後		z	P
		平均点	標準偏差	平均点	標準偏差		
1	自分が薬物を使うことを何とか変えたいと真剣に思っている	4.92	0.28	4.85	0.48	1.027	0.305
2	ときどき自分は薬物依存なのではないかと思うことがある	2.44	1.38	3.03	1.40	2.598	0.009
3	すでに薬物を止めなければ、自分の問題は悪くなる一方だと思う	4.59	0.87	4.64	0.74	0.111	0.912
4	私はすでに自分の薬物の使い方を少し変えようとし始めている	4.25	1.04	4.66	0.71	2.452	0.014
5	昔、自分は薬をたくさん使っていたけれど、その後、何とかそのような使い方を変えることができた	3.68	1.12	3.86	1.07	1.247	0.212
6	ときどき、自分が薬物を使うことで他の人たちを傷つけているかもしれないと思うことがある	4.03	1.19	4.25	0.96	1.093	0.274
7	自分には薬物の問題がある	3.51	1.48	3.71	1.30	0.943	0.346
8	自分は薬物を使うことを変えようと頭で考えているだけでなくて、実際に行動に移し始めている	4.22	1.07	4.56	0.70	2.057*	0.040
9	自分はすでに以前のような薬物の使い方は止めている。そして昔のような使い方に戻ってしまわない方法を探している	4.39	0.93	4.75	0.51	2.547*	0.011
10	自分は常習な薬物の問題を抱えている	2.59	1.37	2.86	1.47	1.505	0.132
11	ときどき自分は薬物の使用をコントロールできているのだろうかと疑問に思うことがある	2.34	1.36	2.80	1.28	2.187*	0.029
12	自分が薬物を使用することで、たくさんの害が生じている	3.95	1.21	4.22	0.97	1.768	0.077
13	自分は今、薬物の使用を減らすか、薬物の使用をやめるために積極的に行動している	4.58	0.65	4.68	0.63	0.995	0.320
14	自分は以前のような薬物の問題に戻ってしまわないように、誰かに助けてもらいたいと思っている	3.06	1.12	3.61	1.08	3.935***, †	<0.001
15	自分には薬物の問題があると分かっている	3.81	1.15	4.05	0.97	1.411	0.158
16	自分は薬物を使いすぎなのではないかと思うことがある	2.83	1.35	3.08	1.19	1.577	0.115
17	自分は薬物依存者だ	2.36	1.39	2.80	1.31	2.978**	0.003
18	自分は薬物の使用を何とか変えようと努力している	4.37	0.95	4.63	0.61	2.167*	0.030
19	自分は薬物の使い方を少し変えてみた。そして以前のような使い方に戻ってしまわないように助けてもらいたいと思っている	3.14	1.18	3.92	0.93	4.210***, †	<0.001
熟慮（質問1, 3, 7, 10, 12, 15, 17の合計）		25.73	4.88	27.14	4.83	2.23*	0.026
迷い（質問2, 6, 11, 16の合計）		11.64	3.51	13.17	3.37	3.231**, †	0.001
実行（質問4, 5, 8, 9, 13, 14, 18の合計）		28.54	4.28	30.75	3.23	3.657***, †	<0.001
SOCRATES-8D合計点		69.05	10.12	74.97	9.02	4.350***, †	0.001

SOCRATES-8D, Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale

* P<0.05, ** P<0.01, *** P<0.001, † Bonferroniの補正後におけるP<0.05

表7: 自習用ワークブックの難易度と有用性に関する回答

	人数	百分率
ワークブックの難易度		
わかりやすい	19	32.2%
ややわかりやすい	13	22.0%
ふつう	6	10.2%
ややむずかしい	16	27.1%
むずかしい	5	8.5%
合計	59	100.0%
ワークブックの有用性		
大変役に立つと思う	34	57.6%
多少は役に立つと思う	20	33.9%
どちらともいえない	4	6.8%
あまり役に立たないと思う	0	0.0%
まったく役に立たないと思う	1	1.7%
合計	59	100.0%

分担研究報告書
(2－3)

平成20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）
分担研究報告書

薬物依存症者の治療における家族介入の有効性に関する研究

研究分担者　近藤あゆみ　新潟医療福祉大学　社会福祉学部　社会福祉学科　講師
研究協力者　五十畑修　特定非営利活動法人横浜ダルク・ケア・センター　施設長
猪瀬　健夫　びわこダルク　施設長
栗坪千明　栃木ダルク　代表
白川雄一郎　千葉ダルク　施設長
鈴木文一　特定非営利活動法人アルコール・薬物依存症リハビリセンター琉球ガイア　施設長

研究要旨　薬物依存症リハビリテーション施設利用者の入所1年予後と家族の回復への取り組みとの関連について検討することを目的に研究を実施した。対象者の入所1年後の施設利用状況については、39.7%が施設の職員の同意を得ないで自主退寮をしていた。また、薬物乱用期間が長い者ほど、自主退寮者の割合が増加することが示された。入所前の対象者と家族との関係については、「家族と共に生活」が36.5%を占めており、「主たる生活費の出所が家族またはパートナー」の割合も41.3%を占めているという結果であった。このように、多くの家族は依存症者本人と密接な関係にあり、負担が大きいことが推測された。家族の回復への取り組みについては、約半数は回復への取り組みを積極的に行っていることが示されたが、同時に、依存症者本人の薬物乱用期間により家族の取り組み姿勢が変化する可能性が示唆された。乱用期間が10年未満の家族の取り組みは、「積極的」（65.2%）に次いで「全く取り組まない」（26.1%）の割合が高いのに比べ、10-20年未満の家族については、「積極的」（53.8%）に次いで「消極的」（38.5%）の割合が高かった。また、積極的に取り組まない理由としては、本人の薬物乱用期間が10年未満の家族では、「家族自身が困っていないので積極的に取り組む姿勢に欠ける」が多く、10-20未満の家族では、「家族が回復に向けた取り組みを行うことの意義を理解していない」が多かった。これらを併せて考えると、対象者の薬物乱用期間が長い家族は、短い家族と比較して、様々な薬物関連問題に悩まされているにも関わらず、家族が支援を受けることの意義や重要性を十分理解できておらず、回復への取り組みが消極的になっているケースが少なくないものと思われる。家族の回復への取り組みと対象者の入所1年後の施設利用状況については、家族の回復への取り組みが「積極的」な群31名（50.0%）と「消極的」な群12名（19.4%）で、入所1年後の状況を比較すると、「良好」な群の割合はそれぞれ58.1%、58.3%であり、ほとんど同じであった。一方で、「全く取り組まない」群8名における「良好」群の割合は87.5%と非常に高かった。更に詳しく検討するため、対象者の薬物乱用期間別に、再度分析を行ったところ、10年未満の群では、入所1年後の状況が「良好」な者の割合が78.3%（18/23）と多く、「不良」な者の割合は21.7%（5/23）のみであったが、「不良」な者5名のうち4名の家族は「積極的」に回復への取り組みを行っていたにも関わらず、そのうち3名は、自主退寮後自宅に戻っていた。10-20年未満の群では、「良好」な者の割合が46.2%（6/13）に減少し、「不良」な者の割合が53.8%（7/13）に増加したが、家族の回復への取り組みが「積極的」の場合は57.1%（4/7）が「良好」であるのに対し、取り組みが「消極的」の場合には「良好」の割合が20.0%（1/5）と低い結果であった。これらの結果から、薬物乱用期間が短い場合は、入所1年後に本人が施設にとどまっている率は高く、また、多くの家族はある程度積極的に回復に向けた取り組みを行っているが、それにも関わらず、本人が施設を出た後は、再び自宅に迎え入れているケースも存在することが示唆された。一方、本人の薬物乱用期間が長くなってくると、本人の滞在率は低下し、回復への取り組みが消極的である家族の割合も増加するが、家族の取り組みが積極的である場合は、消極的である場合に比べて、本人の滞在率が高い傾向が示されており、家族支援・介入の意義はあるものと思われる。これらの研究結果を踏まえ、今後は様々な段階の家族を念頭に置き、段階に応じた教育プログラム、動機付け、メンタルヘルス改善のための支援を行うなど、一層の家族支援・家族介入の充実が望まれる。

A．研究目的

薬物依存症者の回復や治療プログラムの評価に関する研究が進む中、薬物依存症者とその家族との関係性や、家族が依存症からの回復に及ぼす影響に対する関心が高まるようになり、これまで欧米を中心に、薬物依存症者とその家族に関する様々な研究が蓄積されてきた[1][2]。また、薬物依存症者の家族自身をターゲットにした介入プログラムが開発され、その有効性が検証されつつある[3]。

わが国でも、薬物依存症者の回復状況に関する実態把握、治療プログラムの開発及び評価などに関する研究[4][5][6]や、家族の実態把握、家族介入の効果等に関する研究[7][8][9]が徐々に蓄積されつつあるが、未だ不十分であり、多くの研究課題が残されている。

そこで、今回は、薬物依存症リハビリテーション施設利用者の入所1年予後と家族の回復への取り組みとの関連について検討することを目的とした研究を実施したので、その結果を報告する。

B．研究方法

調査対象となった施設は、千葉ダルク、特定非営利活動法人アルコール・薬物依存症リハビリセンター琉球ガイア、特定非営利活動法人横浜ダルク・ケア・センター、栃木ダルク、びわこダルクの計5箇所である。上記の施設に対し、平成19年1月1日から12月31日までの1年間に施設に入所してきた全員に関するアンケート調査を依頼した。調査時期は平成20年8月から平成21年2月である。期間内に研究者が各施設を訪れ、研究目的等について施設職員に説明を行い同意を得た後に、施設職員がケース記録等を参考にしながらアンケート用紙に回答した。

対象者は、千葉ダルク12名、特定非営利活動法人アルコール・薬物依存症リハビリセンター琉球ガイア14名、特定非営利活動法人横浜ダルク・ケア・センター11名、栃木ダルク18名、びわこダルク8名の計63名である。

調査項目は、対象者の属性、入所前（6ヶ月）の生活状況、薬物乱用歴、支援が期待できる家族の存在、家族の各種資源利用状況、家族の回復への取り組みに関する施設職員の評価などである。

（倫理面への配慮）

研究倫理に関しては、説明を行った上での同意の取得、不参加の自由と不参加による損害がないことの保証、同意の撤回可、ID番号による調査票の管理、データの厳重管理、個人が特定されない形での結果公表など、十分な配慮を行った。

また、本研究は、新潟医療福祉大学倫理委員会の承認を得て実施した。（承認番号 17121-090204）

C．研究結果

1）対象者の属性及び入所前の生活状況

対象者の属性を表1に示す。性別は全て男性である。年層は30代が多く全体の約半数（46.0%）を占めており、次に20代（30.2%）が多かった。平均年齢は32.4才（SD=7.4）であった。配偶関係については、「未婚」が全体の7割以上（74.6%）と多く、既婚者は「既婚」「別居」を合わせてもわずか4名（6.4%）であった。

入所前（6ヶ月）の対象者の居場所を表2に示す。最も多かったのは、「家族と生活」（36.5%）であり、「独居」（15.9%）、「刑務所」（15.9%）、「リハビリ施設」（11.1%）と続いていた。

入所前（6ヶ月）の対象者の就業状況を表3に示す。最も多かったのは、医療機関、リハビリ施設、刑務所などへの入所による「仕事をする立場にない」（34.9%）であった。「仕事をする立場にない」と回答した22名を除き、就業状況について割合を算出すると、「仕事ができない」または「時々不定期に仕事」が68.3%（28/41）と多くを占めていたが、一方で、「週35時間以上仕事」の者も22.0%（9/41）存在した。

入所前（6ヶ月）の対象者の主たる生活費について表4に示す。最も多かったのは「家族の援助」（38.1%）であり、「給料」（25.4%）と続いていた（複数回答可）。尚、「その他」の割合が19.0%と高いのは、入所前（6ヶ月）の対象者の居場所が「刑務所」であった者（10名）含んでいることによる。

入所前(6ヶ月)の居場所と就業状況との関連、入所前(6ヶ月)の居場所と主たる生活費との関連についてそれぞれ表5、表6に示す。「家族と生活」していた者の82.6%は「仕事をする立場にない」「仕事が出来ない」「時々不定期に仕事」の就業状況にあり、69.5%が主な生活費を「パートナーの援助」「家族の援助」により得ていた。一方、「独居」生活を送っていた者は、60%が「週35時間以下仕

事」「週35時間以上仕事」の就業状況にあり、70%が主たる生活を「給料」により得ていた。病院やリハビリ施設に入所していた9名の主たる生活費は、「家族の援助」が55.6%（5/9）、「生活保護」が44.4%（4/9）であり、ほぼ半々であった。

2）主たる乱用薬物及びこれまでの乱用期間

主たる乱用薬物及びこれまでの乱用期間を表7に示す。主たる乱用薬物は、覚せい剤が最も多く（54.0%）、有機溶剤（12.7%）、大麻（12.7%）と続いていた。乱用期間は、5-10年未満（23.8%）と20年以上（23.8%）最も多く、平均乱用期間は12.3年（SD=7.5）であった。

3）入所1年後の施設利用状況、薬物乱用期間、主たる乱用薬物との関連

対象者の入所1年後の施設利用状況を表8に示す。入所1年後も「利用継続」している者は41.3%であり、施設の職員の同意によらない「自主退寮」をした者（39.7%）とほぼ同じ割合であった。

次に、入所1年後の施設利用状況により、「円満退寮」「施設移動」「利用継続」を「良好」（37名）、「自主退寮」を「不良」（25名）として2群に分類した。「その他」の1名は、入所前の罪状により逮捕されたことによる退寮であり分析から除外した。

尚、「自主退寮」した者の転出先については、不明が最も多く15名（60.0%）であり、その他は、自宅9名（36.0%）、友人宅1名（4.0%）であった。

薬物乱用期間別にみた入所1年後の施設利用状況を表9に示す。乱用期間が「10年未満」の者では、施設利用状況が「良好」である者の割合が78.3%であるのに対し、「10-20年未満」では46.2%、「20年以上」では33.3%と低い結果であった。薬物乱用期間が無回答である11名を除外した51名について、各群の割合の差を検討したところ、有意な差が認められた（χ^2=8.287, p=0.016）。

主たる乱用薬物別にみた入所1年後の施設利用状況と、主たる乱用薬物別にみた薬物乱用期間を、それぞれ表10、表11に示す。

4）対象者の回復を支援する家族の存在

対象者の回復を支援する家族については、表12に示す。支援が期待できる家族（以下、支援家族と記す）が「不在」であるのは12.7%のみであり、「不在」（8名）と「無回答」（3名）を除く52名（82.5%）は支援家族が存在していた。その続柄は「親」が最も多く81.0%を占めていた。

5）支援家族の回復への取り組み

支援家族の各種資源利用状況を表13に示す。支援家族が、対象者の入寮している施設の個別相談を受ける割合は高く、「度々利用」「時々利用」「あまり利用しない」を合わせると、63.5%が利用していた。ダルク等の家族会についても同様であり、「定期的に参加」「時々参加」「あまり参加しない」を合わせると、57.1%が参加していた。一方、保健所や精神保健福祉センター等のその他関係機関の個別相談や家族教室を利用する者の割合は低く、「度々利用」「時々利用」「あまり利用しない」を合わせても36.5%であった。自助グループの利用は更に少なく、「定期的に参加」「時々参加」「あまり参加しない」を合わせて14.3%のみであった。

上記のような支援家族の回復への取り組みに対する施設職員の評価を表14に示す。最も多い評価は「積極的」（41.3%）であり、「消極的」（19.0%）、「全く取り組まない」（15.9%）と続いていた。「消極的」「全く取り組まない」との評価を受けたケースについては、その理由を表15に示す。また、本人の薬物乱用期間別に多い理由をみると、乱用期間が10年未満の群では、「家族自身が困っていないので積極的に取り組む姿勢に欠ける」（44.4%）が最も多く、「家族自身の心身不調のため積極的な取り組みが困難である」（33.3%）と続いていた。10-20年未満の群では、「家族が回復に向けた取り組みを行うことの意義を理解していない」（37.5%）と「家族自身の心身不調のため積極的な取り組みが困難である」（37.5%）が多かった。

次に、「施設の個別相談」「家族会」「その他関係機関」「自助グループ」の利用頻度の合計を、「度々利用」または「定期的に参加」を3点、「時々利用」または「時々参加」を2点、「あまり利用しない」または「あまり参加しない」を1点、「全く利用しない」または「全く参加しない」を0点として算出した（得点範囲0-12点）。合計得点の分布を表16に示す。

この合計得点を用いて、支援家族の回復への取り組みに対する施設職員の評価とは別に、各種資源利用頻度による評価を行った。0点を「全く取

り組まない」とし、「積極的」と「消極的」のカットオフポイントを3/4にすると、職員による評価との一致率は73.0%、4/5では71.4%、5/6でも71.4%であった。上記3つ全てのカットオフポイントによる分類で以降の分析を試みたところ、カットオフポイントが上昇するにつれ、当然のことながら「積極的」が減少し、「消極的」が増加するが、それ以外ではその後の分析結果に大きな差は認められなかったことから、今回は施設職員の評価との一致率が最も高かったカットオフポイント3/4を用いた結果のみを報告する。尚、カットオフポイント(3/4)を用いて行った分類結果と、職員による評価との相違は、表17の通りである。

6) 支援家族の回復への取り組みと対象者の入所1年後の施設利用状況

支援家族の回復への取り組み別にみた入所後1年の施設利用状況を表18に示す。支援家族の回復への取り組みが「積極的」な群31名(50.0%)と「消極的」な群12名(19.4%)で、入所1年後の状況を比較すると、「良好」な群の割合がそれぞれ58.1%、58.3%であり、ほとんど同じであった。一方で、「全く取り組まない」群8名における「良好」群の割合は87.5%と非常に高かった。

次に、対象者の薬物乱用期間別にみた家族の回復への取り組みを表19に示す。対象者の薬物乱用期間が長くなるにつれ、家族の回復への取り組みにおける「積極的」の割合が減少すること、また、薬物乱用期間が10年未満の者については、「積極的」(65.2%)に次いで「全く取り組まない」(26.1%)の割合が高いこと、10-20年未満の者については、「積極的」(53.8%)に次いで「消極的」(38.5%)の割合が高いこと、20年以上の者では、「積極的」(40.0%)とならんで「不在」(40.0%)の割合が高いことなどの特徴がみられ、薬物乱用期間及び支援家族の回復への取り組みにおける「無回答」を除外した後にその割合の差を検定したところ、有意な差が認められた(Fisherの直接法, p=0.001)。

最後に、薬物乱用期間及び家族の回復への取り組み別にみた入所後1年の施設利用状況を表20に示す。10年未満の群では入所1年後の状況が「良好」な者が78.3%と多かった。10-20年未満の群では、「良好」な者が46.2%に低下するとともに、支援家族の回復への取り組みが「積極的」の場合は57.1%が「良好」であるのに対し、取り組みが「消極的」の場合には「良好」の割合が20.0%と低い結果であった。20年以上の群では、「良好」な者が33.3%と更に低下し、また、支援家族の回復への取り組みが「積極的」であっても入所後1年の状況が「良好」である者の割合は16.7%と低かった。

また、薬物乱用期間が10年未満の者では、入所1年後の施設利用状況が不良の者5名のうち3名(60.0%)が自宅に戻っており、その3名の支援家族の回復への取り組みは全て「積極的」であった。10−20年未満の者では、入所1年後の施設利用状況が不良の者7名のうち3名(42.9%)が自宅に戻っており、その3名の支援家族の回復への取り組みは、1名が「積極的」、2名が「消極的」であった。20年以上の者では、入所1年後の施設利用状況が不良の者10名のうち1名(10.0%)が自宅に戻っており、その1名の支援家族は不在であった。

D. 考察

1) 対象者の入所1年後の施設利用状況

対象者の約4割(41.3%)は入所1年後も同じ施設に入寮を継続しており、施設移動をした者(11.1%)を合わせると、約5割(52.4%)がリハビリ施設にとどまっていることが明らかになった。一方で、入所後1年以内に施設の職員の同意を得ないで自主的に退寮をした者の割合は約4割(39.7%)であった。そして、薬物乱用期間が長い者ほど、自主退寮者の割合が増加することが示された。薬物乱用期間は入所時年齢と強い相関関係にあることから(r=0.759)、乱用期間が長い群は、短い群に比べて当然入所時年齢が高いが、一般に、年齢が高いほど治療滞在率は良いといわれているおり[10]、これまでの研究とは異なる結果であった。5歳毎の年層別に入所1年後の施設利用状況をみると、20-24歳において治療継続者の割合が80.0%(8/10)と最も高く、近年の若年乱用者の質の変化による可能性も考えられる。

2) 入所前の対象者と家族との関係

多くの対象者(82.5%)には、なんからの支援が期待できる家族が存在しており、家族の続柄としては、親が81.0%と多かった。家族が不在である者は12.7%のみであった。また、入所前(6ヶ月)の対象者の生活状況をみると、家族と共に生活していた者が約4割(36.5%)を占めており、

主たる生活費の出所が家族またはパートナーである者の割合も約4割（41.3%）を占めていた。これらのことから、多くの家族は依存症者本人と共に生活していたり、本人の生活費を援助していたりするなど密接な関係にあることがわかる。依存症者の家族は、本人の薬物乱用に関連する様々なストレスを受けQOL.が低下した状態にあることは広く知られており[1]、これらの家族を支援することは、依存症者本人の回復の観点からのみならず、家族自身の精神状態の改善という観点からも重要である。

3）支援家族の回復への取り組み

支援家族の多く（69.8%）は、「施設の個別相談」「家族会」を中心として、なんらかの資源を利用していた。また、各種資源の利用頻度を単純加算した合計得点により支援家族の回復への取り組み状況を分類すると、「積極的」（50.8%）、「消極的」（19.0%）、「全く取り組まない」（12.7%）、「不在」（21.7%）であった。尚、この分類に従うと、例えば、支援家族が最もよく利用している資源で例えると、「施設の個別相談」及び「家族会」を、それぞれ「時々利用」「時々参加」以上の頻度で利用している家族を「積極的」と分類することとなる。

上記結果より、支援家族の約半数は回復への取り組みを積極的に行っていることが示されたが、同時に、依存症者の本人の薬物乱用期間により家族の取り組み姿勢が変化する可能性が示唆された。結果によると、薬物乱用期間が10年未満の者の家族の取り組みは、「積極的」（65.2%）に次いで「全く取り組まない」（26.1%）の割合が高いのに比べ、10-20年未満の者の家族については、「積極的」（53.8%）に次いで「消極的」（38.5%）の割合が高かった。

施設職員の評価が「消極的」または「全く取り組まない」場合には、その理由についても聞いているが、数が少ないため、あくまで参考としてみてみると、本人の薬物乱用期間が10年未満の家族では、「家族自身が困っていないので積極的に取り組む姿勢に欠ける」が多く、10-20未満の家族では、「家族が回復に向けた取り組みを行うことの意義を理解していない」が多かった。

これらのことを併せて考えると、対象者の薬物乱用期間が長い家族は、短い家族と比較して、様々な薬物関連問題に悩まされているにも関わらず、家族が支援を受けることの意義や重要性を十分理解できておらず、回復への取り組みが消極的になっているケースが少なくないものと思われる。

4）支援家族の回復への取り組みと対象者の入所1年後の施設利用状況

支援家族の回復への取り組みが「積極的」な群31名（50.0%）と「消極的」な群12名（19.4%）で、入所1年後の状況を比較すると、「良好」な群の割合がそれぞれ58.1%、58.3%であり、ほとんど同じであった。一方で、「全く取り組まない」群8名における「良好」群の割合は87.5%と非常に高かった。

上記結果について更に詳しく検討するため、対象者の薬物乱用期間別に、再度分析を行ったところ、まず、10年未満の群では入所1年後の状況が「良好」な者の割合が78.3%（18/23）と多く、「不良」な者の割合は21.7%（5/23）のみであった。また、「不良」な者5名のうち4名の支援家族は「積極的」に回復への取り組みを行っていたにも関わらず、そのうち3名は、自主退寮後自宅に戻っていた。また、家族が回復への取り組みを行わなかったり消極的である理由としては、「家族自身が困っていないので積極的に取り組む姿勢に欠ける」というものが多かった。

次に、10-20年未満の群では、「良好」な者の割合が46.2%（6/13）に減少し、「不良」な者の割合が53.8%（7/13）に増加したが、支援家族の回復への取り組みが「積極的」の場合は57.1%（4/7）が「良好」であるのに対し、取り組みが「消極的」の場合には「良好」の割合が20.0%（1/5）と低い結果であった。また、「不良」の者7名のうち3名（42.9%）が自主退寮後自宅に戻っており、その3名の支援家族の回復への取り組みをみると、1名が「積極的」、2名が「消極的」であった。また、家族が回復への取り組みを行わなかったり消極的である理由としては、「家族が回復に向けた取り組みを行うことの意義を理解していない」というものが多かった。

これらの結果から、薬物乱用期間が短い場合は、入所1年後においても本人が施設にとどまっている率は高く、また、多くの家族はある程度積極的に回復に向けた取り組みを行っているが、それにも関わらず、本人が施設を出た後は、再び自宅に迎え入れているケースも存在することが示

唆された。その理由としては、家族の依存症に対する理解が未だ不十分であること、本人の乱用期間が浅く薬物関連問題が深刻化していないケースでは、家族の変化への動機が高まりにくいことなどが考えられる。しかし、本人の乱用期間が長引くと、家族の取り組みに関わらず滞在率が低下することが示されていることからも、早い段階から家族が、薬物依存症という障害や、依存症の進行と回復プロセス、依存症者と家族の関係性、依存症者の回復を促進する関わり等について繰り返し学習し、対応を変えていくことが望ましい。

また、家族が「積極的」に取り組んでいるケースよりもむしろ「全く取り組まない」ほうが、本人の1年後の状況が「良好」であることも興味深い。「全く取り組まない」家族の詳細は不明であるが、本人の治療や回復は本人の問題であると捉え、本人及び施設に一任しているケースが多く含まれているとも考えられ、このような家族の姿勢が、本人の自立や回復に良い影響を与えている可能性もある。

一方、本人の薬物乱用期間が10-20年と長くなってくると、本人の滞在率は低下し、回復への取り組みが消極的である家族の割合が増加するが、家族の取り組みが積極的である場合は、消極的である場合に比べて、本人の滞在率が高い傾向が示されており、家族支援・家族介入の意義はあるものと思われる。家族介入の視点としはて、本人の乱用期間が長期化することに伴い、多くの家族は様々な薬物関連問題に巻き込まれて疲弊し、本来の力を失っていることが予想されることから、まずは家族自身が力を取り戻せるよう支援する必要がある。また、家族が回復への取り組みを積極的に行えるためには、まず家族自身がその意義や重要性を十分に理解できるようになる必要があることから、理解を促すための教育・支援体制の整備が重要である。

E. 結論

本研究により、多くの家族が依存症者本人と共に生活していたり、本人の生活費を援助していたりすることが示され、家族の負担の大きいことが予想された。

また、多くの家族がある程度積極的に回復への取り組みを行っているが、本人の乱用期間が短い場合は、取り組みの結果を実際の行動の変容に結び付けられない家族も存在しており、その理由としては、依存症への理解や対応を変化させる動機が不十分であることなどが考えられる。

また、依存症者本人の薬物乱用期間が長い家族の中には、様々な薬物関連問題に悩まされているにも関わらず、家族が支援を受けることの意義や重要性を十分理解できておらず、回復への取り組みが消極的になっているケースも少なくないことが示唆された。しかし、家族が積極的に取り組むことは、本人の治療滞在率を高める可能性が示されており、今後は、様々な段階の家族を念頭に置き、段階に応じた教育プログラム、動機付け、メンタルヘルス改善のための支援を行うことが求められる。

謝辞

本研究に多大なご協力をいただきました薬物依存症リハビリテーション施設職員の皆様には心より厚くお礼を申し上げます。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

文献

1) Stanton MD, Heath AW: Family /couples approaches to treatment engagement and therapy. Lowinson J, Ruiz P, Millman RB, Langrod J (eds), Substance Abuse: A Comprehensive Textbook, Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins, p.680-690, 2004.

2) Marlowe DB, Merikle EP, Kirby KC, Festinger DS, McLellan AT: Multidimensional assessment of perceived treatment-entry pressures among substance abusers. Psychol Addict Behav, 15: 97-108, 2001.

3) Meyers RJ, Miller WR, Hill DE, Tonigan JS: Community reinforcement and family training (CRAFT): Engaging unmotivated drug users in treatment. J Subst Abuse, 10: 291-308, 1998.

4) 三砂ちづる, 加藤則子：自助施設で断薬を続ける薬物依存症者の実態に関する研究－思春期にお

ける薬物問題と嗜癖の視点から－，平成15年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）思春期における暴力行為の原因究明と対策に関する研究　研究報告書，2004.
5）小林桜児，松本俊彦，大槻正樹，遠藤桂子，奥平謙一，原井宏明，和田清：覚せい剤依存患者に対する外来再発予防プログラムの開発 Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program(SMARPP)．日本アルコール・薬物医学会雑誌，42(5)，507-521，2007.
6）近藤あゆみ，和田清：中間回復施設における薬物依存症者の回復過程に関する研究．精神保健研究，20，65-76，2007.
7）Kondo A, Wada K: The Effectiveness of a Mutual-help Group Activity for Drug Users and Family Members in Japan, Substance Use & Misuse, 44, 2009. (in press)
8）菊池安希子，和田清：【物質依存症の現状と治療】物質依存症の当事者家族への対応　茨城ダルク家族会の活動を中心に．精神科治療学，19(12)，1419-1426，2004.
9）西川京子：薬物問題を持つ家族へのグループ援助プログラムの実践と評価．日本アルコール・薬物医学会雑誌，42(6)，635-658，2007.
10）Brecht ML, Greenwell L, Anglin MD: Methamphetamine treatment: trends and predictors of retention and completion in a large state treatment system (1992-2002). J Subst Abuse Treat, 29(4), 295-306, 2005.
11）Ryan JG, Verardo LT, Kidd JM, Horbatuk EL, Bonanno R, Fahrenwald R, Kirsch S, Stretch GV: Health outcomes of women exposed to household alcohol abuse: a Family Practice Training Site Research Network (FPTSRN) study. J Fam Pract, 45(5), 410-417, 1997.

表1. 対象者の属性

		n (%)
性別	男性	63 (100.0)
	女性	0 (.0)
	無回答	0 (.0)
	合計	63 (100.0)
入所時年齢	20未満	1 (1.6)
	20-24	10 (15.9)
	25-29	9 (14.3)
	30-34	15 (23.8)
	35-39	14 (22.2)
	40-44	6 (9.5)
	45-49	4 (6.3)
	無回答	4 (6.3)
	合計	63 (100.0)
配偶関係	未婚	47 (74.6)
	同棲	0 (.0)
	内縁	0 (.0)
	既婚	2 (3.2)
	別居	2 (3.2)
	離婚	10 (15.9)
	死別	0 (.0)
	再婚	0 (.0)
	その他	0 (.0)
	無回答	2 (3.2)
	合計	63 (100.0)

表2. 入所前(6ヶ月)の居場所

		n (%)
居場所	家族と生活	23 (36.5)
	友人と同居	2 (3.2)
	独居	10 (15.9)
	住所不定	6 (9.5)
	病院	2 (3.2)
	リハビリ施設	7 (11.1)
	刑務所	10 (15.9)
	その他	2 (3.2)
	無回答	1 (1.6)
	合計	63 (100.0)

表3. 入所前(6ヶ月)の就業状況

	n (%)
仕事をする立場にない	22 (34.9)
仕事ができない	19 (30.2)
時々不定期に仕事	9 (14.3)
週35時間以下仕事	2 (3.2)
週35時間以上仕事	9 (14.3)
無回答	2 (3.2)
合計	63 (100.0)

表4. 入所前(6ヶ月)の主たる生活費[a]

	n (%)
給料	16 (25.4)
パートナーの援助	2 (3.2)
家族の援助	24 (38.1)
雇用保険・年金	1 (1.6)
生活保護	8 (12.7)
その他	12 (19.0)
無回答	2 (3.2)
合計	63 (100.0)

a 複数回答可

表5. 入所前(6ヶ月)の居場所及び就業状況

		就業状況						
		仕事をする立場にない	仕事ができない	時々不定期に仕事	週35時間以下仕事	週35時間以上仕事	無回答	合計
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
居場所	家族と生活	2 (8.7)	14 (60.9)	3 (13.0)	1 (4.3)	2 (8.7)	1 (4.3)	23 (100.0)
	友人と同居	0 (.0)	0 (.0)	1 (50.0)	0 (.0)	1 (50.0)	0 (.0)	2 (100.0)
	独居	0 (.0)	3 (30.0)	1 (10.0)	1 (10.0)	5 (50.0)	0 (.0)	10 (100.0)
	住所不定	0 (.0)	2 (33.3)	4 (66.7)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	6 (100.0)
	病院	2 (100.0)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	2 (100.0)
	リハビリ施設	7 (100.0)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	7 (100.0)
	刑務所	10 (100.0)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	10 (100.0)
	その他	1 (50.0)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	1 (50.0)	0 (.0)	2 (100.0)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	1 (100.0)	1 (100.0)
	合計	22 (34.9)	19 (30.2)	9 (14.3)	2 (3.2)	9 (14.3)	2 (3.2)	63 (100.0)

表6. 入所前(6ヶ月)の居場所及び主たる生活費

		主たる生活費[a]							
		給料	パートナーの援助	家族の援助	雇用保険・年金	生活保護	その他	無回答	合計
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
居場所	家族と生活	4 (17.4)	1 (4.3)	15 (65.2)	1 (4.3)	2 (8.7)	0 (.0)	2 (8.7)	23 (100.0)
	友人と同居	1 (50.0)	0 (.0)	1 (50.0)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	2 (100.0)
	独居	7 (70.0)	0 (.0)	1 (10.0)	0 (.0)	0 (.0)	2 (20.0)	0 (.0)	10 (100.0)
	住所不定	3 (50.0)	1 (16.7)	1 (16.7)	0 (.0)	1 (16.7)	0 (.0)	0 (.0)	6 (100.0)
	病院	0 (.0)	0 (.0)	1 (50.0)	0 (.0)	1 (50.0)	0 (.0)	0 (.0)	2 (100.0)
	リハビリ施設	0 (.0)	0 (.0)	4 (57.1)	0 (.0)	3 (42.9)	0 (.0)	0 (.0)	7 (100.0)
	刑務所	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	10 (100.0)	0 (.0)	10 (100.0)
	その他	1 (50.0)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	1 (50.0)	0 (.0)	0 (.0)	2 (100.0)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	1 (100.0)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	1 (100.0)
	合計	16 (25.4)	2 (3.2)	24 (38.1)	1 (1.6)	8 (12.7)	12 (19.0)	2 (3.2)	63 (100.0)

a 複数回答可

表7. 主たる乱用薬物及び乱用期間

		n (%)
主たる乱用薬物[a]	覚せい剤	34 (54.0)
	有機溶剤	8 (12.7)
	睡眠薬	5 (7.9)
	抗不安薬	5 (7.9)
	鎮痛薬	1 (1.6)
	鎮咳薬	5 (7.9)
	大麻	8 (12.7)
	MDMA	2 (3.2)
	マジックマッシュルーム	1 (1.6)
	ブタンガス	1 (1.6)
	アルコール	6 (9.5)
	その他	4 (6.3)
	合計	63 (100.0)
乱用期間	5年未満	8 (12.7)
	5-10年未満	15 (23.8)
	10-15年未満	7 (11.1)
	15-20年未満	6 (9.5)
	20年以上	15 (23.8)
	無回答	12 (19.0)
	合計	63 (100.0)

a 複数回答可

表8. 入所1年後の施設利用状況

	n (%)
自主退寮	25 (39.7)
円満退寮	4 (6.3)
施設移動	7 (11.1)
利用継続	26 (41.3)
その他	1 (1.6)
無回答	0 (.0)
合計	63 (100.0)

表9. 薬物乱用期間別にみた入所後1年の施設利用状況

		入所後1年の施設利用状況		
		良好[a]	不良[b]	合計
		n (%)	n (%)	n (%)
乱用期間	10年未満	18 (78.3)	5 (21.7)	23 (100.0)
	10-20年未満	6 (46.2)	7 (53.8)	13 (100.0)
	20年以上	5 (33.3)	10 (66.7)	15 (100.0)
	無回答	8 (72.7)	3 (27.3)	11 (100.0)
	合計	37 (59.7)	25 (40.3)	62 (100.0)

a 利用継続, 円満退寮, 施設移動 b 自主退寮

表10. 主たる乱用薬物別にみた入所後1年の施設利用状況

		入所後1年の施設利用状況		
		良好[a]	不良[b]	合計
		n (%)	n (%)	n (%)
乱用薬物[#]	覚せい剤	23 (67.6)	11 (32.4)	34 (100.0)
	有機溶剤	3 (42.9)	4 (57.1)	7 (100.0)
	睡眠薬	3 (60.0)	2 (40.0)	5 (100.0)
	抗不安薬	2 (40.0)	3 (60.0)	5 (100.0)
	鎮痛薬	1 (100.0)	0 (.0)	1 (100.0)
	鎮咳薬	2 (40.0)	3 (60.0)	5 (100.0)
	大麻	5 (62.5)	3 (37.5)	8 (100.0)
	MDMA	1 (50.0)	1 (50.0)	2 (100.0)
	マジックマッシュルーム	1 (100.0)	0 (.0)	1 (100.0)
	ブタンガス	1 (100.0)	0 (.0)	1 (100.0)
	アルコール	2 (33.3)	4 (66.7)	6 (100.0)
	その他	3 (75.0)	1 (25.0)	4 (100.0)
	合計	37 (59.7)	25 (40.3)	62 (100.0)

複数回答可 a 利用継続, 円満退寮, 施設移動 b 自主退寮

表11. 主たる乱用薬物別にみた薬物乱用期間

		乱用期間				
		10年未満	10-20年未満	20年以上	無回答	合計
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
乱用薬物[#]	覚せい剤	9 (26.5)	8 (23.5)	10 (29.4)	7 (20.6)	34 (100.0)
	有機溶剤	1 (12.5)	2 (25.0)	2 (25.0)	3 (37.5)	8 (100.0)
	睡眠薬	1 (20.0)	2 (40.0)	1 (20.0)	1 (20.0)	5 (100.0)
	抗不安薬	1 (20.0)	2 (40.0)	1 (20.0)	1 (20.0)	5 (100.0)
	鎮痛薬	0 (.0)	1 (100.0)	0 (.0)	0 (.0)	1 (100.0)
	鎮咳薬	4 (80.0)	1 (20.0)	0 (.0)	0 (.0)	5 (100.0)
	大麻	4 (50.0)	1 (12.5)	2 (25.0)	1 (12.5)	8 (100.0)
	MDMA	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (.0)	0 (.0)	2 (100.0)
	マジックマッシュルーム	1 (100.0)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	1 (100.0)
	ブタンガス	1 (100.0)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	1 (100.0)
	アルコール	1 (16.7)	1 (16.7)	1 (16.7)	3 (50.0)	6 (100.0)
	その他	4 (100.0)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	4 (100.0)
	合計	4 (100.0)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	4 (100.0)

複数回答可

表12. 最も支援が期待できる家族[a]

	n (%)
親	51 (81.0)
パートナー	0 (.0)
兄弟姉妹	4 (6.3)
その他	0 (.0)
不在	8 (12.7)
無回答	3 (4.8)
合計	63 (100.0)

a 複数回答可

表13. 支援家族の各種資源利用状況

		n (%)
施設の個別相談	度々利用	19 (30.2)
	時々利用	12 (19.0)
	あまり利用しない	9 (14.3)
	全く利用しない	11 (17.5)
	不在	8 (12.7)
	無回答	4 (6.3)
	合計	63 (100.0)
家族会	定期的に参加	24 (38.1)
	時々参加	6 (9.5)
	あまり参加しない	6 (9.5)
	全く参加しない	16 (25.4)
	不在	8 (12.7)
	無回答	3 (4.8)
	合計	63 (100.0)
その他関係機関	度々利用	5 (7.9)
	時々利用	11 (17.5)
	あまり利用しない	7 (11.1)
	全く利用しない	20 (31.7)
	不在	8 (12.7)
	無回答	12 (19.0)
	合計	63 (100.0)
自助グループ	定期的に参加	5 (7.9)
	時々参加	2 (3.2)
	あまり参加しない	2 (3.2)
	全く参加しない	34 (54.0)
	不在	8 (12.7)
	無回答	12 (19.0)
	合計	63 (100.0)

表14. 支援家族の回復への取り組みに対する施設職員の評価

	n (%)
積極的	26 (41.3)
消極的	12 (19.0)
全く取り組まない	10 (15.9)
不在	8 (12.7)
無回答	7 (11.1)
合計	63 (100.0)

表15. 支援家族の回復への取り組みが「消極的」または「全く取り組まない」である理由[a]

	n (%)
家族自身が困っていないので積極的に取り組む姿勢に欠ける	5 (22.7)
家族が回復に向けた取り組みを行うことの意義を理解していない	6 (27.3)
家族自身の心身不調のため積極的な取り組みが困難である	6 (27.3)
家族自身の仕事や他の家族問題のため取り組みが困難である	7 (31.8)
家族の居住地の近隣に継続的支援を得られる機関や活動団体がない	2 (9.1)
合計	22 (100.0)

a 複数回答可

表16. 支援家族による各種資源利用頻度の合計得点

	n (%)
0点	8 (12.7)
1点	4 (6.3)
2点	5 (7.9)
3点	3 (4.8)
4点	5 (7.9)
5点	6 (9.5)
6点	6 (9.5)
7点	5 (7.9)
8点	3 (4.8)
9点	4 (6.3)
10点	0 (.0)
11点	1 (1.6)
12点	2 (3.2)
無回答	3 (4.8)
不在	8 (12.7)
合計	63 (100.0)

表17. 支援家族の回復への取り組みに関する「各種資源利用頻度による評価」と「施設職員による評価」の相違

		回復への取り組み（施設職員による評価）					
		積極的	消極的	全く取り組まない	不在	無回答	合計
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
回復への取り組み（各種資源利用頻度による評価）	積極的	23 (71.9)	7 (21.9)	1 (3.1)	0 (.0)	1 (3.1)	32 (100.0)
	消極的	3 (25.0)	5 (41.7)	2 (16.7)	0 (.0)	2 (16.7)	12 (100.0)
	全く取り組まない	0 (.0)	0 (.0)	7 (87.5)	0 (.0)	1 (12.5)	8 (100.0)
	不在	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	8 (100.0)	0 (.0)	8 (100.0)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	3 (100.0)	3 (100.0)
	合計	26 (41.3)	12 (19.0)	10 (15.9)	8 (12.7)	7 (11.1)	63 (100.0)

表18. 支援家族の回復への取り組み別にみた入所後1年の施設利用状況

		入所1年後の状況		
		良好[a]	不良[b]	合計
		n (%)	n (%)	n (%)
回復への取り組み	積極的	18 (58.1)	13 (41.9)	31 (100.0)
	消極的	7 (58.3)	5 (41.7)	12 (100.0)
	全く取り組まない	7 (87.5)	1 (12.5)	8 (100.0)
	不在	5 (62.5)	3 (37.5)	8 (100.0)
	無回答	0 (.0)	3 (100.0)	3 (100.0)
	合計	37 (59.7)	25 (40.3)	62 (100.0)

a 利用継続, 円満退寮, 施設移動　b 自主退寮

表19. 薬物乱用期間別にみた家族の回復への取り組み

		回復への取り組み					
		積極的	消極的	全く取り組まない	不在	無回答	合計
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
乱用期間	10年未満	15 (65.2)	1 (4.3)	6 (26.1)	1 (4.3)	0 (.0)	23 (100.0)
	10-20年未満	7 (53.8)	5 (38.5)	0 (.0)	1 (7.7)	0 (.0)	13 (100.0)
	20年以上	6 (40.0)	1 (6.7)	0 (.0)	6 (40.0)	2 (13.3)	15 (100.0)
	無回答	4 (33.3)	5 (41.7)	2 (16.7)	0 (.0)	1 (8.3)	12 (100.0)
	合計	32 (50.8)	12 (19.0)	8 (12.7)	8 (12.7)	3 (4.8)	63 (100.0)

表20. 薬物乱用期間及び家族の回復への取り組み別にみた入所後1年の施設利用状況

		入所1年後の状況		
		良好[a]	不良[b]	合計
乱用期間	回復するへの取り組み	n (%)	n (%)	n (%)
10年未満	積極的	11 (73.3)	4 (26.7)	15 (100.0)
	消極的	1 (100.0)	0 (.0)	1 (100.0)
	全く取り組まない	5 (83.3)	1 (16.7)	6 (100.0)
	不在	1 (100.0)	0 (.0)	1 (100.0)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	18 (78.3)	5 (21.7)	23 (100.0)
10-20年未満	積極的	4 (57.1)	3 (42.9)	7 (100.0)
	消極的	1 (20.0)	4 (80.0)	5 (100.0)
	全く取り組まない	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	不在	1 (100.0)	0 (.0)	1 (100.0)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	6 (46.2)	7 (53.8)	13 (100.0)
20年以上	積極的	1 (16.7)	5 (83.3)	6 (100.0)
	消極的	1 (100.0)	0 (.0)	1 (100.0)
	全く取り組まない	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	不在	3 (50.0)	3 (50.0)	6 (100.0)
	無回答	0 (.0)	2 (100.0)	2 (100.0)
	合計	5 (33.3)	10 (66.7)	15 (100.0)
無回答	積極的	2 (66.7)	1 (33.3)	3 (100.0)
	消極的	4 (80.0)	1 (20.0)	5 (100.0)
	全く取り組まない	2 (100.0)	0 (.0)	2 (100.0)
	不在	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	無回答	0 (.0)	1 (100.0)	1 (100.0)
	合計	8 (72.7)	3 (27.3)	11 (100.0)
合計	積極的	18 (58.1)	13 (41.9)	31 (100.0)
	消極的	7 (58.3)	5 (41.7)	12 (100.0)
	全く取り組まない	7 (87.5)	1 (12.5)	8 (100.0)
	不在	5 (62.5)	3 (37.5)	8 (100.0)
	無回答	0 (.0)	3 (100.0)	3 (100.0)
	合計	37 (59.7)	25 (40.3)	62 (100.0)

a 利用継続, 円満退寮, 施設移動　b 自主退寮

海外渡航報告書

平成20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）
海外渡航報告書

分担研究者　和田　清　　国立精神・神経センター精神保健研究所

【1】　渡航先
ニューヨーク、サンフランシスコ（米国）

【2】　渡航期間
平成20年6月8日～15日

【3】　渡航目的
薬物依存症治療は、世界的には Therapeutic Community（TC；治療共同体）にて行われている。その発祥の地は米国であり、その代表格が Day Top である。また、薬物依存症からの「回復」には、治療共同体を含めて、特化された社会復帰施設と地域内での日常的プログラム供給体制が必要である。
そこで、治療共同体、別形態の社会復帰施設、地域内プログラムを訪問し、生の情報収集を行った。

【4】　渡航旅程
6/8～6/8　成田→ニューヨーク

6/9　■アメリカの代表的な治療共同体である DAYTOP の管理部門を訪問し、DAYTOP International Inc. Aloysius Joseph (Executive Director)より DAYTOP の全容について説明を受けた。
■DAYTOP の外来部門の一つである DAYTOP Adult Outpatient Services を訪問し，Karen Szurek (Facility Manager)より、その目的と提供プログラムについて説明を受けた。

6/10　■地域における Harm Reduction Program 活動の一つとして、outreach プログラムを展開している FROST'D の活動を見学し、プログラム主催者の Don McVinney, Professor, Colombia University より概要説明を受け、意見交換を行った。
■地域における Drop in Center 活動を行っている CitiWide Harm Reduction を訪問し、David Mattews, Director of Health Services より地域特性とその存在意義の説明を受け、意見交換を行った。

6/11　■米国における治療共同体の代表格である DAYTOP Village を訪問し、Fernando B. Perfas, Director of Special Projecys, Raymond E. Lenahan, Jr. Director of Meadow Run より、そこでの多種な入寮施設の個別性とそれぞれの運営法について説明を受け、意見交換を行った。

6/12　ニューヨーク→サンフランシスコ

6/13　■12ステップを基本プログラムとはせず、かつ、公的資金援助を受けずに、独自の事業で自立運営している社会復帰施設である Delancey Street Foundation を訪問し、Carol Kizziah, Project Manager より、その理念、運営上のノウハウに関する説明を受け、意見交換を行った。

【5】渡航成果
ヨーロッパの democratic TC に対して、American concept-based TC と言われる TC の代表格である DAYTOP Village では、成人男性用、成人女性用、2つの青少年用、シュートプログラム用の計5つの施設で運営されていた。成人男性用施設入寮者の95%は drug cour 経由者であった。16歳以下の入寮者に対しては、州より学校に行かせることが要請されているため、施設内に学校を併設していた。
これに対して、12ステップを基本プログラムとはせず、かつ、公的資金援助を受けずに、独自の事業（引っ越し業、レストラン、カフェテリア、ケイタリング、自動車修理業）で自立運営している Delancey Street Foundation では、最低2年間の共同生活の中で、仕事に従事させることによって、社会性と「手に職」をつけさせていた。そもそも、Delancey Street Foundation の対象者は刑務所からの出所者であるわけだが、その95%が薬物依存症者であるために、結果的に薬物依存症者の社会復帰支援施設的色彩を帯びることになったという。
わが国での治療共同体導入を考える際に、この2施設はモデルになりそうである。

平成20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)
海外渡航報告書

分担研究者　嶋根　卓也　　国立精神・神経センター精神保健研究所

【1】　渡航先
チェンマイ（タイ王国）

【2】　渡航期間
平成20年10月11日～19日

【3】　渡航目的
現在、わが国は第三次覚せい剤乱用期にあり、若年層への薬物乱用拡大が特に憂慮されている。青少年に対する薬物乱用予防対策は、薬物の危険性を啓発し、手を出させない1次予防が中心であるが、既に薬物乱用を開始しているリスクの高い青少年への早期発見・早期介入（2次予防）といった取り組みは十分とは言えない状況である。こうした2次予防の実現は、本人の健康被害を軽減し、薬物依存を予防するだけでなく、将来的な薬物事犯者数の減少にも寄与すると考えられる。

そこで本渡航では、タイ王国における青少年に対する予防プログラムに関する調査を行う。チェンマイ県における郡立病院2施設（郡立サンパトン病院、郡立ジョントン病院）および国立病院1施設（国立チェンマイ薬物依存治療センター）を訪問し、各施設が提供するプログラムに関する情報収集を行う。なお、各施設とのやり取りは、現地NGO（Thai Harm Reduction Network）を窓口とした。

なお、タイ王国は、覚せい剤系の中枢神経刺激薬が薬物乱用の主流であり、特に若年層への乱用拡大が問題となっている。その一方で、国立の依存症専門病院が全国に8箇所あり、地域の郡立病院レベルにおいても薬物依存症の治療や予防が提供されている。このような薬物乱用状況の類似性が高いことや、薬物対策の先進性から、わが国の薬物乱用・依存対策への応用可能性が高いと判断し、本渡航先を選択した。

【4】　渡航旅程
10／11　成田→バンコク→チェンマイ

10／12　Ms. Sivalee Kasemsilpa（Thai Harm Reduction Network）より、タイにおける青少年に対する予防プログラムの概略説明を受け、訪問先の各施設についてのオリエンテーションを受けた。

10／13　郡立サンパトン病院を訪問し、実地見学し、Ms.Sumalee fairipol（精神科専門看護師）より、病院が提供する中学生向けのライフスキルトレーニング研修（2日間）や、初期の薬物乱用者向けのキャンププログラムなど、予防プログラムに関する説明を受けた。

10／14　郡立サンパトン病院と連携関係にある地域のHealth Centerを訪問した。ユースボランティアによる村落部での薬物乱用の予防活動や、薬物乱用のスクリーニング、郡立病院へのリファラルシステムについての説明を受けた。

10／15　郡立ジョントン病院を訪問し、実地見学し、Ms. Nopawan Oupkam（精神科専門看護師）より、予防プログラムに関する説明を受けた。その後、メンタルヘルス領域で協力関係にあるジョントン高校へ訪問した。ジョントン高校教員であり、生徒の問題行動に関するカウンセリングを担当しているMr. Dam RonおよびMr.Chai chetから、学校における薬物問題への取り組み、スクリーニング、ピアカウンセリング、再発予防プログラムの提供、郡立病院との連携についての説明を受けた。

10／16　郡立ジョントン病院にて、外来型の再発予防プログラム（マトリックス）の一部を見学した。プログラムは10代の若者が大多数を占め、42回のセッションに加え、Dharma therapyと呼ばれる僧侶による仏教の教えを説くセッションが組み合わさっていた。また、郡立ジョントン病院と連携関係にある地域ヘルスセンター責任者および、村のコミュニティリーダーより、村落部での薬物乱用防止に関する取り組みについて説明を受けた。

10／17　国立チェンマイ薬物依存治療センターを訪問し、Dr.Apisak Wittayanookulukより、郡立病院との連携状況について説明を受けた。このセンターは、240床を有する国立の薬物依存症専門病院であり、解毒治療、再発予防プログラムの提供、社会復帰支援を行っ

ている。患者の多くは、司法システムによって治療が義務づけられた薬物事犯者であり、その他、郡立病院では対応が困難な患者が転院するケースもある。

10／18　Thai Harm Reduction Network の事務所を訪問し、今回の現地調査で収集した資料の整理、翻訳、ファイルの複写などの作業を行った。
　チェンマイ→バンコク→成田の移動

10／19　成田着

【5】渡航成果

タイでは、2002 年に制定された薬物乱用者更生法(Narcotic Addict Rehabilitation Act B.E. 2545)により、薬物乱用者に対する基本的な姿勢が、刑罰から治療に変化している。これは、薬物使用者に対して刑罰を課すのではなく、治療を義務づけることを明確にした法律である。

これにより、コミュニティ（村、学校、寺院など）→医療機関→国への国家レポートシステムが設置され、薬物乱用の予防、早期発見・早期治療が強化されることになった。今回、青少年に対する予防が成功している事例を見学してきたが、その背景には、薬物乱用は犯罪行為である一方で、メンタルヘルスの問題であるという共通認識が、青少年の取り巻く、地域・警察・学校・病院の各担当者間で共有されていることが大きく影響していると考えられた。

また、精神科専門看護師は、病院での治療サービスの提供にとどまらず、村落部、寺院、学校といったコミュニティにおいても、メンタルヘルス向上を目的とする様々な活動を精力的に行っている。これらの活動がコミュニティレベルで提供できることで、薬物乱用に対する早期介入の効果を高めていると考えられた。

平成20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)
海外渡航報告書

分担研究者　宮永　耕　　東海大学健康科学部社会福祉学科

【1】　渡航先

ワルシャワ、クラクフ（ポーランド）、ガヴレ（ベルギー）、ミーセン（ノルウェー）

【2】　渡航期間

平成20年8月31日～9月13日

【3】　渡航目的

薬物依存症治療の主な治療施設として、世界的には、Therapeutic Community（TC；治療共同体）が不可欠である。このTCに関する情報の中でも特に財政構造について調査するために、特に公費負担システムにもとついて運営される欧州諸国の運営状況をヒアリングし、そこで質疑することにより我が国においても今後の同種の共同体施設の運営について考察することができる。今回は3ヶ国の実績あるTC施設を訪問し、そこでの実践の概略把握と合わせ、運営に関する情報の収集を行った。

【4】　渡航旅程

8／31　成田→ワルシャワの移動
9／1　ワルシャワにおいてTC及び関連活動を運営するCTN MONAR Warszawaオフィスを訪問、ポーランド国内でのMONARの活動とワルシャワ地区の活動の概況についてMaria Charmastより講義を受けた。
9／2　CTN MONAR Warszawaが薬物使用者の居住区域内で運営するHarm Reduction Centerを見学し、スタッフによるアウトリーチ活動等の状況に関する質疑を行った。
9／3　精神障害者の自助的生活共同活動の場であるWarszawski Domu Pod Fontanna（ファウンテンハウス・ワルシャワ）を見学し、利用者ミーティングに出席し、スタッフ及び利用者と意見交換した。
9／4　ワルシャワ → クラクフ の移動(都市間特急で約4時間)、到着後、CTN　MONAR Krakówの所長であるMarek Zygadłoに面会し、翌日からのスケジュールの打ち合わせを行った。
9／5　CTN MONAR Kraków所長であるMarek Zygadłoを訪問し、CTN MONAR運営に関する講義及び治療共同体施設（2ヶ所：Dom MONAR及びDetoxification Center）の見学とインタビュー調査を実施した。
9／6　CTN MONAR Krakówを再訪し、所長Marek Zygadłoとともに、治療共同体と関連施設施設（2ヶ所：Dom GWAN及びKraków Harm Reduction Center）の見学とスタッフを交えての質疑応答を行った。
9／7　クラクフ → ブリュッセル空港経由 → ゲントの移動。
9／8　ベルギー北西部ガヴレ（Gaverē）にある治療共同体De Kiemを訪問し、スタッフDirk Calleと面会、共同体活動の見学及び運営に関するヒアリング調査を実施した。
9／9　ブリュッセル → オスロ の移動
9／10　列車でミーセン（Mysen）に移動、Phoenix Hagaを訪問し、所長Anthony Slaterと面会、調査目的を説明し、共同体の運営状況を見学した。
9／11　前日と同様、Phoenix HagaにてEFTC（TC欧州連盟）会長を兼務するAnthony Slater及び管理部門責任者及びスタッフより、TC運営管理に関する講義を受け、質疑を行った。
9／12　オスロ → コペンハーゲン →　（機内泊）成田の移動
9／13　朝成田帰着

【5】渡航成果

訪問した3カ国のTC施設では、国及び州等の地方政府の精神保健サービス機関から薬物依存者の回復援助あるいはその関連サービスのプロバイダとして、専門機関としてのコントラクトに基づいた運営が行われていることが理解できた。このことから、ダルクとの間で行われている運営費補助の場合との異同について、正確に分析・検討する必要性が感じられた。
その他詳細については、分担研究報告書の通り。

平成20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)
海外渡航報告書

分担研究者　松本俊彦　　国立精神・神経センター精神保健研究所

【1】　渡航先

ウースター、ボストン、ニューヨーク（米国）

【2】　渡航期間

平成20年6月4日～11日

【3】　渡航目的

物質乱用や自傷行為といった自己破壊的行動を呈する若年者に対する認知行動療法や弁証法的行動療法で高く評価されている施設を視察し、わが国において、若年者を対象とした物質乱用の治療プログラムを作るうえで必要な体制、設備、研修のあり方に関する情報を収集する。

また、薬物依存者の入所型回復施設として有名な同施設を視察し、わが国において、若年者を対象とした物質乱用の治療プログラムを作るうえで必要な体制、設備、研修のあり方に関する情報を収集する。

【4】　渡航旅程

6月4日　成田出発

6月5日　ウースターにあるThe Bridges of Central Massachusettsを訪問し、施設や治療プログラムの視察を行うとともに、施設の所長であるBarrent Walsh博士をはじめとする施設職員との意見交換を行った。なお、この施設は、物質乱用や自傷行為を呈する若年者に対して、入所施設内における集中的な認知行動療法や弁証法的行動療法で評価が高く、2004年には米国心理学会で金賞を受賞している。また、Clark大学において、わが国の若年者における自傷行為と薬物乱用の現状について報告を行うとともに、同大学の心理学系の研究者と意見交換を行った。

6月6～7日　ボストン

Harvard Universityにて開催された、若年者の自傷行為や物質乱用に関するワークショップ「SELF-HARMING BEHAVIORS: Treating the Spectrum of Injuries」に参加し、若年者向けプログラムや教育ツールに関する情報収集、および海外の研究者との意見交換を行った。

6月8日　移動日

6月9日　ニューヨーク

薬物依存者の入所型回復施設として有名なDAYTOP International Inc.を訪問し、わが国において、若年者を対象とした物質乱用の治療プログラムを作るうえで必要な体制、設備、研修のあり方に関する情報を収集した。また、当施設の施設長であるAloysius Josephと意見交換を行った。

6月10日　ニューヨーク発

6月11日　成田着

【5】渡航成果

若年の薬物乱用者は、薬物乱用問題に加えて自傷行為や摂食障害などの広範な自己破壊的行動を呈する者が多く、外傷後ストレス障害、解離性障害、気分障害といった重複診断を持つ者も少なくない。米国では、こうした若者に対して、認知行動療法や弁証法的行動療法なども含めた、統合的・包括的な治療プログラムを提供していることが分かった。

（別添 5）　　研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
尾崎　茂、栗坪千明、幸田　実、小松崎未知、近藤あゆみ、関　紳一、高橋都絵、松本俊彦、三井敏子、和田　清			ご家族の薬物問題でお困りの方へ	発行：厚生労働省医薬食品局監視指導・麻薬対策課．制作作成：再乱用防止資料編集委員会．		2007	
和田　清	Ⅲ．思春期の保健　薬物の乱用・依存・中毒	思春期医学臨床テキスト	日本小児科学会編（監修　別所文雄、五十嵐隆）	診断と治療社	東京	2008. 4. 25.	76-80
和田　清	第 8 章第 2 節 8-2-9 薬物依存	編集 精神保健福祉白書編集委員会	精神保健福祉白書 2009 年版	中央法規出版株式会社	東京	2008. 12. 1.	155-155
嶋根卓也	青少年の薬物乱用	林謙治	青少年の健康リスク-喫煙、飲酒および睡眠障害の全国調査から-	自由企画・出版	東京	2008	97-107
松本俊彦	思春期と薬物乱用	中根晃・牛島定信・村瀬嘉代子	詳解 子どもと思春期の精神医学	金剛出版	東京	2008	89-96

雑誌

発表者名	論文タイトル名	発表紙名	巻	ページ	出版年
村崎光邦、石郷岡純、稲垣　中、亀井雄一、田島　治、松本俊彦、和田　清	適正使用のために　座談会記録　うつ病患者におけるリタリンからの離脱について	ノバルティスファーマ株式会社	（小冊子）		2007
和田　清（監修）	適正使用のために　薬物依存とリタリン	ノバルティスファーマ株式会社	（小冊子）		2007
村崎光邦、石郷岡純、稲垣　中、亀井雄一、田島　治、松	座談会　うつ病患者におけるリタリンからの離脱について	臨床精神薬理	11(2)	329-342	2008

本俊彦、和田　清					
和田　清、尾崎茂、近藤あゆみ	薬物乱用・依存の今日的状況と政策的課題	日本アルコール・薬物医学会雑誌	43(2)	120-131	2008
和田　清	心の健康をめざした薬物乱用防止教育を.特集　今こそ薬物乱用防止教育・指導の徹底を！	心とからだの健康	13 (133)	14-18	2009
和田　清	QUESTION & ANSWER Q 大麻が心身に与える影響について教えてください－　A 大麻とは	健	37(12)	10-12	2009
尾崎　茂	覚せい剤精神疾患の疫学的研究	最新精神医学	14(2)	133-138	2008
嶋根卓也、和田　清	定時制高校生における飲酒・喫煙・薬物乱用の実態について	日本アルコール・薬物医学会雑誌	42(3)	152-164	2007
嶋根卓也	薬物依存症治療の新しい挑戦	龍谷大学矯正・保護研究センター研究年報	第5号	41-53	2008
嶋根卓也、和田清	定時制高校生における薬物乱用と問題行動との関連	日本社会精神医学会	17(3)	233-244	2009
宮永耕	薬物依存者処遇におけるサービスプロバイダとしての治療共同体について	龍谷大学矯正・保護研究センター研究年報	第5号	19-39	2008
宮永耕	覚せい剤依存者の地域生活移行支援	最新精神医学	14 (2)	171-176	2009
Matsumoto T, Imamura F	Self-injury in Japanese junior and senior high-school students: Prevalence and association with substance use.	*Psychiatry and clinical neurosciences*	62	123-125	2008
Kobayashi O, Matsumoto T, Otsuki M, Endo K, Okudaira K, Wada K, Hirayasu Y	Profiles Associated with Treatment Retention in Japanese Patients with Methamphetamine Use Disorder: A Preliminary Survey.	*Psychiatry and clinical neurosciences*	62	526-532	2008

平成20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・依存等の実態把握と「回復」に向けての対応策に関する研究

（H19-医薬-一般-025）

研究報告書
（総括研究報告書＋分担研究報告書）

主任研究者：和田　清（国立精神・神経センター　精神保健研究所）

2009年3月31日　発行