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）

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

平成１９年（２００７年）３月

主任研究者：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(2006 年)……17
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……93
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……141
庄司正実　（目白大学　人間社会学部）

Ⅱ－２．乱用・依存者に対する対応策に関する研究

2-1：薬物関連精神障害者専門病院利用者の予後についての研究……173
小林桜児　（神奈川県立精神医療センター　せりがや病院）

2-2：民間治療施設利用者の予後についての研究(1)……185
近藤千春　（藤田保健衛生大学　衛生学部衛生看護学科）

2-3：民間治療施設利用者の予後についての研究(2)……199
近藤あゆみ（国立精神・神経センター　精神保健研究所）

2-4：わが国における「治療共同体」導入の可能性に関する研究……219
宮永　耕　（東海大学　健康科学部社会福祉学科）

2-5：薬物関連精神障害の臨床における司法的問題に関する研究……241
松本俊彦　（国立精神・神経センター　精神保健研究所）

2-6：薬物依存者に対するその家族の対応法に関する研究……275
近藤あゆみ（国立精神・神経センター　精神保健研究所）

Ⅲ：海外渡航報告書

1.　和田　清、尾崎　茂、松本俊彦、小林桜児、近藤あゆみ：ロスアンジェルス（アメリカ）
……345

2.　和田　清：ロンドン、オックスフォード、ブライトン（イギリス）……346

3.　宮永　耕：ニューヨーク（アメリカ）、
ロンドン、ウィンザー、オックスフォード(イギリス)……347

Ⅳ：研究成果の刊行に関する一覧表……348

総括研究報告書

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)
総 括 研 究 報 告 書

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ー医薬ー一般-043)

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として資するために、薬物乱用・依存の実態を把握し、同時に、薬物乱用・依存者に対する対応策について検討した。

【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有機溶剤乱用生涯経験率は、男子では1.0%、女子では0.7%、全体では0.9%であった。②有機溶剤乱用の目撃率は3.9%と低下しており、「身近に経験者がいる」と答えた者の率も2.3%と低下していた。有機溶剤乱用に「誘われた」ことのある者の率は、2000年をピークに年々減少していた。③以上により、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有機溶剤乱用経験者群では、「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伺われた。⑥大麻の生涯経験率は、男子で0.5%、女子で0.4%、全体で0.4%であり、覚せい剤の生涯経験率は、男子で0.5%、女子で0.3%、全体で0.4%であった。トレンド的には大麻も覚せい剤も生涯経験率は2000年以降横ばい状態と見るべきであろう。⑦また、有機溶剤乱用経験者群の約29%の者に大麻乱用の経験があり、約28%の者に覚せい剤乱用の経験があった。⑧同時に、喫煙経験／大人が同伴しない飲酒と有機溶剤乱用経験との間には強い繋がりが認められた。⑨このことは、わが国の中学生では、喫煙／大人が同伴しない飲酒→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49.0%と最も多く，『有機溶剤症例』15.1%と合わせると全体の2/3近くを占めた。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。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48%，「初回使用薬物」としても44%と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と考えられた。③『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，『睡眠薬症例』，『抗不安薬症例』の80%以上が臨床用量依存に該当すると報告された。④大麻は乱用拡大が懸念されており，『大麻症例』は全体の2.4%と前回調査よりは若干減少したものの，「大麻使用歴を有する症例」は全体の27.7%と高水準を保っており，症状の遷延例も少なからず存在することがうかがわれた。⑤『リタリン症例』は2.8%報告され，「使用歴を有する症例」としては5.6%と増加傾向がみられた。⑥その他，新規の麻薬指定物質，改正薬事法における新規指定薬物，知事指定薬物など多様な物質が報告され，臨床現場においても，これらの薬理作用や関連法規等についての知識や情報の迅速かつ適切な共有が必要であると思われた。**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有機溶剤乱用者は男性で9.8%、女性で31.1%，大麻乱用者は男性で2.7%、女性で14.0%，覚せい剤乱用者は男性で0.7%、女性で10.9%，ブタン乱用者は男性で10.8%、女性で15.0%であった．②その他，抗不安薬(安定剤)乱用は男性で3.3%、女性で14.0%，ブロン(咳止め液)乱用は男性で2.5%、女性で10.6%であった。③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．④女性における大麻乱用経験率の横ばい傾向をのぞ

けば、それ以外の薬物の経験率は減少傾向を示していた。⑤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対象集団そのものがやや変化している可能性が示唆された。

【研究２　乱用・依存者に対する対応策に関する研究】研究 2-1：薬物関連精神障害者専門病院利用者の予後についての研究　①調査対象者総数 100 名中、最近 3 ヶ月以内の薬物使用歴に関して情報の得られた者は計 61 名（予後判明率 61%）であった。②このうち、最近 3 ヶ月以内に薬物乱用歴が無いと返答した断薬群は 44 名で、72%に達した。③他方、再乱用有りと返答した者は 9 名(15%)、勾留・服役中の者が 5 名(8%)、死亡が確認された者は 3 名(5%)であった。④入院時の自記式調査で希死念慮有りと返答していた群の方が、無い群よりも有意に断薬率が高かった($p<0.05$)。⑤断薬と生活の規則正しさとの間には有意な関連性が認められた($p<0.05$)。**研究 2-2：民間治療施設利用者の予後についての研究(1)** ①5 箇所のダルクの入寮者 28 名に対して追跡調査を行った。②9 名はダルクの利用期間が 1 ヶ月未満であった。③長期ダルク滞在者 5 名は、就労もしくは、就労のための準備に取り組んだ。④対象者 5 名のうち 3 名が、ダルクの職員となるための研修を開始したが、ダルクへの就労の理由には、対象の前歴や年齢などから、一般企業への就職が困難であることなども関連すると思われた。⑤一般企業に就職した者のダルク利用期間は 20 ヶ月であった。滞在期間が長い理由として、ダルク滞在中の退寮前半年間は、工場でアルバイトを行い就労訓練に取り組んでいたことによる。ダルク入寮中の、就労に向けた準備は、本人だけでなく、他の入寮者の励みにもなり、利用者相互にとって意義があると考えられる。⑥様々な生活背景を持つダルク利用者の予後の評価にあたっては対象の就労における難易度を考慮すべきであると考え、その指標とするものとして、「就労難易度」を算出した。**研究 2-3：民間治療施設利用者の予後についての研究(2)** ①沖縄 GAIA に入所した延べ 33 名（実人数 32 名）の予後を調査とした。②沖縄 GAIA 利用者の特徴としては、最終学歴が高いこと、親の援助により入寮している者の割合が高いこと、初使用薬物が大麻である者の割合が高いこと、使用開始年齢が比較的遅いこと、主な使用薬物が有機溶剤である者の割合が低いことなどが見出された。③入寮者の入寮 0-3 ヶ月時の生活状況をみると、3/4 が施設内の生活を「有意義に過ごせている」と回答しており、9 割以上が自助グループにも週数回以上参加していた。また、多くの者は「毎朝決まった時間に起きる」など、規則正しい生活を送れていた。④気分・感情の状態を評価する POMS の得点も、入寮時は高かったが、入寮 3 ヶ月時点には概ね改善していた。気分・感情の状態はその後 6 ヶ月時点で再度悪化する傾向がみられたが、その原因のひとつとして、この時期からアルバイトを通して再び社会生活に参入していくので、期待する職業や地位と現在の自己とのギャップ、慣れない仕事でのストレスを感じやすい時期であることなどが考えられる。⑤退寮者の多くは一人暮らしをしながら常勤の仕事に就いていたが、自分の生活を自分で賄えるようになるまでには退寮後約 1 年を要することが示唆された。心理状態は、退寮後一時期悪化するものの、1 年後には改善が認められた。⑥再使用率については、退寮 0-3 ヶ月（10-15%）、退寮 3-6 ヶ月（15-20%）、退寮 6-12 ヶ月（30-35%）であり、概ね良好であった。**研究 2-4：わが国における「治療共同体」導入の可能性に関する研究**　①世界で実施されている TC 治療の現状と課題を総括的に理解するため WFTC（治療共同体世界連盟）の第 23 回世界会議に出席した。②これまでわが国に紹介される機会の少なかった「民主的モデル」と分類される英国の TC 実践についても調査を実施し、資料収集を行った。③また、実践領域に関わる実務者や研究者との間で TC に関する諸情報を共有し、各領域からの問題提起と具体的方策に関する提案を集約していくための場となる「TC 研究会」を定期的に開催して課題を整理した他、より広く一般向けに TC 治療に関する公開セミナー、ワークショップ等も企画・開催し、今後の議論のための土台作りを行った。TC 研究会での討議を通して共有された課題として、以下のことが挙げられた。1. TC コンセプトに基づいた実際の治療施設・サービス機関の不在と薬物関連問題の実態から見たニーズの整理、2. なぜ、わが国にも TC が必要か？（敢えて DARC ではなく、TC であることの意味は何か）、3. TC を導入していく場合の基本原則（文化的・制度的・社会的）の明確化と共有、4. 日本において求められる TC の Mission（使命）の明文化と Administration（施設運営）領域に関わる課題の整理である。既に世界各地で実施されている TC の直訳的導入を急ぐのではなく、わが国の歴史・社会的、制度的あるいは薬物乱用・依存に関わる諸環境や条件、さらには文化的な側面までをも視野に入れ、既存の資源との連携を前提とした具体的方策について明らかにしていく必要が確認された。**研究 2-5：薬物関連精神障害の臨床における司法的問題に関する研究**　①薬物関連精神障害の臨床では、様々な局面において司法的問題との関わりを避けることができない。②そこで、本研究では、専門家会議、全国精神科医療機関調査、および法学者への意見聴取を通じて、薬物関連精神障害の治療過程における司法的問題を明らかにし、その対応指針を作成した。③また、薬物関連精神障害の臨床では様々な場面で関わりを持つ警察官の職務に関してその根拠となる法令を整理し、**医療従事者として警察官との適切な連携に寄与できる資料**を作成した。**研究 2-6：薬物依存者に対するその家族の対応法に関する研究**　①ダルク家族会の参加者 190 名に対し、アンケート調査およびインタビュー調査を実施した。②家族が依存症の 2 次的症状である様々な問題行動に長期間悩まされているにも関わらず、その解決のために家族を支える資源に巡り合えず時間が経過していること、家族はなんとか問題を解決しようと様々な試行錯誤を繰り返しているが、一家族のみで本人への対応を徹底し続けることは困難であること、薬物使用をコントロールする努力と問題行動の後始末を続ける家族と本人との関係は悪化する一方であり、家族には回復を支援する機能が低下しているにも関わらず、支援が得られず孤軍奮闘せざるを得ない状況であることなどが示された。③また、家族が薬物問題を知ってから 10 年以上経過した後も、本人が施設や刑務所に入所している率は高く、状態の安定には長期間を要することが示された。④当事者活動の有効性については、多くの仲間との出会いにより得られる理解・共感、依存症に関する知識や回復に役立つ情報の収集などを有効であると感じている者の割合が高く、これらの要素が家族支援において重要であること、薬物依存症者の回復には時間がかかること、本人への対応の理解、家族の心身の状態の改善、などについては一定の期間を要すことなどが明らかになり、本人に対する対応の徹底や家族の心身の状態改善のためには継続的な支援が求められることが示唆された。④また、昨年度からの調査結果を踏まえ、薬物依存症者をもつ家族を対象とした**家族読本**を作成した。

以上により、我が国の薬物乱用状況は、覚せい剤・有機溶剤に象徴される「害の強い薬物の乱用」はそれなりに落ち着いてきているが、大麻の乱用拡大、違法ドラッグ問題の浮上等、相対的に「害の弱い薬物の乱用」が目立つ状況になっていると考えられる。「害の強い薬物の乱用」がそれなりに落ち着いてきている時期こそ、「治療共同体」の導入、民間回復施設への支援、家族会への支援等、我が国では著しく遅れている乱用・依存者に対する対応策を早急に準備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
小林桜児　神奈川県立精神慰労センター
せりがや病院　医師
近藤千春　藤田保健衛生大学
衛生学部衛生看護学科　助教授
近藤あゆみ　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
宮永　耕　東海大学
健康科学部社会福祉学科　助教授
松本俊彦　国立精神・神経センター
精神保健研究所司法精神医学研究部
室長

A．研究目的

現在わが国は第三次覚せい剤乱用期にあり、「薬物乱用防止 5 か年戦略」（1998 年）の実施にもかかわらず、未だに十分な成果が上がっているとは言えず、「薬物乱用防止新 5 か年戦略」（2003 年）が策定される事態となっている。

対応策の立案・評価には現状の客観的把握が不可欠であるが、検挙者数は薬物乱用者の「氷山の一角」であり、その裾野の把握が重要である。しかし、薬物乱用は、違法行為であることが多く、その実態把握調査は「違法行為の掘り起こし」的性質を帯びており、困難を極める。そこで、本研究では、調査対象を複数設けて多角的に調査し、それらを総合することによって、わが国の薬物乱用・依存状況の把握を試みた。対象は次の通りである。①薬物乱用開始の最頻年齢である全国の中学生（層別一段集落抽出法）、②薬物依存・精神病に陥った薬物関連精神障害（2 ヶ月間の全数調査）、③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（全数調査）である。

これらにより、「薬物乱用防止新５か年戦略」の評価が可能になると同時に、今後の戦略策定の際の基礎資料として資することができる。また、成果を国連、WHO等国際社会に発信することによって、国際社会への一貢献ともなる。

また、覚せい剤事犯検挙者での再犯率は54.9%(2005年)と高く、薬物依存症治療のシステム整備が急務である。欧米では、「治療共同体」（社会参加のための生活訓練施設）が薬物依存症治療の主役となっているが、同種の施設は、わが国にはなく、医療施設と民間治療施設があるのみである。そこで、本研究では、現存の医療施設と民間治療施設での治療予後の把握を試み、現状の薬物依存症治療の評価のための基礎資料の提供を図った。また、わが国に「治療共同体」を導入するとなると、どのような改変等が必要になるのかといった観点から、「治療共同体」に関する検討を図った。これらにより、著しく立ち後れているわが国の薬物依存症治療システムの整備に向けた貢献が可能となる。

さらに、薬物関連精神障害の臨床では、様々な局面において取締機関・司法機関との関わりを避けることができない。しかし、医療従事者側には法的対応に関する知識がほとんどなく、臨床現場での混乱を招いているのが現状である。本研究では、対応法の円滑化を図るために、法的対応法に関するマニュアルを作成した。

また、「薬物依存・中毒者の家族への支援を充実する」（新５か年戦略）ために、全国薬物依存症者家族連合会の場をフィールドにした家族の実態調査を実施することによって、薬物依存者に対する家族の対応法を開発し、家族に対する具体的支援策の提示（『家族読本』）を図った。

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。調査期間は、2006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208校の全生徒を対象に、自記式調査を実施した。その結果、138校（対象校の66.3%）より、56,533人（対象校208校の全生徒想定数の57.0%）の回答を得た。有効回答数は56,421人（対象校208校の全生徒想定数の56.9%）であった。

ただし、回答が得られなかった県が2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1.0%(1年生1.0%、2年生1.0%、3年生1.1%)、女子では0.7%（1年生0.6%、2年生0.7%、3年生0.8%）、全体では0.9%（1年生0.8%、2年生0.8%、3年生1.0%）であった。

この結果は、男女合わせた全体では、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初めて減少し、1996年調査のレベルに回復した。

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11.8%から3.9%）、「身近に経験者がいる」と答えた者の率も、1998年のピークから着実に減少していた（全体で5.4%から2.3%）。

また、有機溶剤乱用に「誘われた」ことのある者の率も、2000年調査をピークに調査年次毎に漸減していた。

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 薬物乱用による健康への害知識に関しては、個々の知識の周知率自体は調査年次毎に上昇しており、薬物乱用防止教育の成果と受け止めることが出来る。

また、これまでの一連の本調査では、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。しかし、2004年調査から、有機溶剤の乱用による害としての急性中毒死、多発神経炎、精神病に関しては、非経験者群の方で「知っている」を選んだ者が男女ともに多いという結果が初めて出るようなったが、これは、「害を知らない者が乱用しやすい」という仮説があるとすれば、「望むべき姿」である。しかしながら、今回の2006年調査では、再び「望ましくない姿」に逆戻りしてしまった知識もあり、なおいっそうの薬物乱用防止教育の徹底が要求される結果であった。

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0.5%（1年生0.4%、2年生0.5%、3年生0.6%）、女子で0.4%（1年生0.3%、2年生0.3%、3年生0.5%）、全体で0.4%（1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.5%）であり、覚せい剤の生涯経験率は、男子で0.5%（1年生0.4%、2年生0.6%、3年生0.6%）、女子で0.3%（1年生0.2%、2年生0.2%、3年生0.5%）、全体で0.4%（1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.5%）であった。

大麻に関しては、男女を問わない全体では、1998年に記録した最高値（0.7%）よりは低く、停滞状態であった2002年、2004年調査の結果（0.5%）より低下し、1996年以降最低であった2000年の0.4%に回復していた。

覚せい剤に関しては、1998年、2004年に記録した最高値（0.5%）よりは低く、1996年、2000年、2002年と同じ0.4%であった。

ただし、トレンド的には大麻も覚せい剤も生涯経験率は2000年以降横ばい状態と見るべきであろう。

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、増加傾向にあり歓迎されるが、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。しかし、2004年調査では、その入手可能性はこれまでになく激減し、今回の2006年調査ではさらに減少していた。また、大麻、覚せい剤の入手可能性は1998年以降、今回の2006年調査ではさらに減少していた。

これらは、この間の取り締まりの強化による成果の可能性が高い。

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%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41%、女子で約44%の者が、また、覚せい剤に関しては男子で約41%、女子で49%の者が入手可能を選択していた。

わが国の中学生にとって、有機溶剤を一回での乱用すると言うことは、大麻、覚せい剤の入手が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。さらに、覚せい剤の入手可能性は有機溶剤乱用経験群女子で最も高いという結果であり、女子に対する対策が望まれるところである。

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7.78%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1.5%に過ぎず、大麻では0.9%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約29%の者に大麻乱用の経験があり、約28%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 1,653 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，937 施設（56.7%）から 535 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 262 例（49.0%）と最も多く，『有機溶剤症例』81 例（15.1%）と合わせると全体の 2/3 近くを占めた。

『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 48%，「初回使用薬物」としても 44%と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と考えられた。

『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，『睡眠薬症例』，『抗不安薬症例』の 80%以上が臨床用量依存に該当すると報告された。

大麻は乱用拡大が懸念されており，『大麻症例』は全体の 2.4%と前回調査よりは若干減少したものの，「大麻使用歴を有する症例」は全体の 27.7%と高水準を保っており，症状の遷延例も少なからず存在することがうかがわれた。

『リタリン症例』は 15 例（2.8%）報告され，「使用歴を有する症例」としては 30 例と増加傾向がみられた。約半数に気分障害の併存がみられ，自傷・自殺企図，成育史上の問題を有する割合も比較的高く，これらが相互に関連している可能性が示唆された。

パーソナリティ障害としては，『覚せい剤症例』で反社会性パーソナリティ障害，『多剤症例（医薬品）』『抗不安薬症例』で境界性パーソナリティ障害の併存率が比較的高かったが，薬物使用後に障害が顕在化した例が少なくないことから，薬物関連精神障害患者におけるパーソナリティの評価は，薬物使用の影響を考慮に入れて慎重に行われるべきと考えられた。

その他，新規の麻薬指定物質，改正薬事法における新規指定薬物，知事指定薬物など多様な物質が報告され，臨床現場においても，これらの薬理作用や関連法規等についての知識や情報の迅速かつ適切な共有が必要であると思われた。

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するために、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，986 人（男性 693 人，女性 293 人）であった．

調査により以下のような結果が得られた。

1) 有機溶剤乱用者数は男性 68 人（9.8%）女性 91 人（31.1%），大麻乱用者数は男性 19 人（2.7%）女性 41 人（14.0%），覚せい剤乱用者数は男性 5 人（0.7%）女性 32 人（10.9%），ブタン乱用者数男性 75 人（10.8%）女性 44 人（15.0%）であった．

2) その他，抗不安薬（安定剤）乱用が男性 23 人（3.3%）女性 41 人（14.0%），ブロン（咳止め液）乱用が男性 17 人（2.5%）女性 31 人（10.6%）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．

3) 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，今回も乱用者は減少した．特に男性においてこの傾向が著しく，1994 年 41.2%から 2006 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．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%前後であったが今年度は 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%代であまり変化はない．今年度も 14.0%であった．

4) 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．

5) 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対象集団そのものがやや変化している可能性が示唆された．

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有機溶剤という特定の薬物から多様化していることがうかがわれた．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２　乱用・依存者に対する対応策に関する研究

研究 2-1：薬物関連精神障害者専門病院利用者の予後についての研究

分担研究者　小林桜児
神奈川県立精神医療センター
せりがや病院　医師

任意入院・開放病棟を基本とする薬物依存専門病院において、入院による断薬リハビリプログラムに参加した利用者の退院後予後調査を実施した。調査対象は平成 14 年 7 月から 16 年 12 月までの期間、神奈川県立精神医療センターせりがや病院を退院した者、計 100 名である。

先行調査として入院時に、物質乱用歴や過去の問題行動、被虐待歴、さらに抑うつ症状や解離、食行動異常、ADHD などに関する評価尺度などの項目を含む自記式調査票を同意者に配布し、回答を得た。さらに、退院後 2 年目または 3 年目に当たる対象者に対して、平成 17 年 12 月から 18 年 9 月までの期間、薬物使用歴の他、生活状況、自助グループ利用状況などの項目を含む自記式予後調査用紙を郵送し、返送による回答を得た。返送の得られなかった対象者については、追跡調査として事前に同意を得た上で電話による聞き取り調査を行った。その結果、調査対象者総数 100 名中、最近 3 ヶ月以内の薬物使用歴に関して情報の得られた者は計 61 名（予後判明率 61%）であった。

退院後 2 年または 3 年予後の判明した 61 名中、最近 3 ヶ月以内に薬物乱用歴が無いと返答した断薬群は 44 名で、72%に達した。他方、再乱用有りと返答した者は 9 名（15%）、勾留・服役中の者が 5 名（8%）、死亡が確認された者は 3 名（5%）であった。

さらに予後判明者を断薬群と非断薬群（再乱用、勾留・服役、死亡）に二分し、先行調査項目や他の予後調査項目との関連について統計学的検討を加えた。その結果、入院時の自記式調査で希死念慮有りと返答していた群の方が、無い群よりも有意に断薬率が高かった（$p<0.05$）。その他の先行調査項目については有意差を認めなかった。一方、薬物乱用歴以外の予後調査項目と断薬予後の関連については、断薬群と生活の規則正しさとの間には有意な関連性が認められた（$p<0.05$）。しかしそれ以外の予後調査項目とは有意差が認められなかった。

今回の調査結果から、薬物依存症者の退院 2～3 年後断薬率は約 7 割に達し、入院治療後の予後が比較的良いこと、入院時の希死念慮の存在が、退院後の回復に向けた原動力となりうること、そして退院後の規則正しい生活が断薬と直接関連していることなどが示唆された。

研究 2-2：民間治療施設利用者の予後についての研究（1）

分担研究者　近藤千春　藤田保健衛生大学
衛生学部衛生看護学科

薬物依存症の回復に有効だとされる、薬物依存症者の当事者活動団体 DARC 利用者に対する縦断的な調査を行い、薬物依存症治療における、ダルク利用の有用性について明らかにすることを目的とした.対象は、5箇所のダルクの 28 名が対象となった。

調査項目は、初回面接時に、①対象者の属性、(年齢、学歴、乱用開始年齢、乱用薬物、乱用期間、乱用に関連する集団等)、②社会生活に関する事項、③補導・逮捕歴、矯正施設への入所状況、④医療機関の利用状況　⑤過去のダルクの利用状況について調査した。追跡調査項目としては、①断薬状況、②薬物依存度、WHO　QOL26 他を調査した。

結果、28 名のダルク利用者を対象とした。28 名のうちダルク入寮中の生活について追跡できた対象は、7名であった。28 名の入院経験、刑務所入所経験、ダルク入所経験等、これまでの生活背景を基にしたダルク利用に至る背景やその人数をまとめた。また、薬物乱用にかかわる背景とダルク利用に至る経緯については、図にまとめた。対象の生活背景に関する情報を基に、就労難易度を算出し、ダルク利用者の就労能力を予測するための指標とした。

これらから、ダルクの利用期間が 1 ヶ月未満の者は 9 名であり、この 9 名については、ダルク入寮にあたっての断薬に対する動機が極めて低かったと思われる。長期ダルク滞在者 5 名は、就労もしくは、就労のための準備に取り組んだ。一般企業に就職した者のダルク利用期間は 20 ヶ月であった。滞在期間が長い理由として、ダルク滞在中の退寮前半年間は、工場でアルバイトを行い就労訓練に取り組んでいたことによる。ダルク入寮中の、就労に向けた準備は、本人だけでなく、他の入寮者の励みにもなり、利用者相互にとって意義があると考える。対象者 5 名のうち 3 名が、ダルクの職員となるための研修を開始したが、ダルクへの就労の理由には、対象の前歴や年齢などから、一般企業への就職が困難であることなども関連すると思われる。

現在のダルク利用に至る背景、補導や逮捕歴と薬物乱用との関連等については、図表にまとめた。ダルク利用者の生活背景は、薬物乱用前の準拠集団やこれまでの就労状況など様々である. 様々な生活背景を持つダルク利用者の予後の評価にあたっては対象の就労における難易度を考慮すべきであると考え、その指標とするものとして、「就労難易度」を算出した。

この他、家族の介入が、利用者のダルク利用の継続に影響をもたらすものである点が示唆され、ダルク利用者と家族との関係において考慮すべき点があると思われた。

研究 2-3：民間治療施設利用者の予後についての研究(2)

分担研究者　近藤あゆみ
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

民間の依存症リハビリテーション施設のひとつである沖縄 GAIA の効果評価を行うとともに、これまで十分明らかにされていないわが国における薬物依存症者の予後を明らかにすることを目的に調査研究を実施した。

平成 17 年 8 月 1 日の調査開始後、平成 19 年 2 月 28 日現在までの 19 ヶ月間の間に GAIA に滞在した延べ 33 名（実人数 32 名）のうち、調査に同意が得られた延べ 30 名（実人数 29 名）を調査対象とした。調査時点は、入寮時、入寮後 3・6・9 ヶ月、退寮後 6・12 ヶ月である。

入所時の情報収集は、インテイク面接および自記式調査票により行われた。インテイク面接での調査項目は、入所者の属性、生活歴、薬物使用歴、薬物乱用・依存を含む精神疾患の有無、気分・感情の評価および主観的幸福感の評価などである。入寮後 3･6･12 ヶ月の調査項目は、入寮中の生活、プログラムへの取り組み、薬物使用の有無、気分・感情の評価、主観的幸福感の評価など、退寮後 6・12 ヶ月の調査項目は、退寮後の生活、就業状況、薬物使用の有無、気分・感情の評価、主観的幸福感の評価などである。

沖縄 GAIA 利用者の特徴としては、最終学歴が高いこと、親の援助により入寮している者の割合が高いこと、初使用薬物が大麻である者の割合が高いこと、使用開始年齢が比較的遅いこと、主な使用薬物が有機溶剤である者の割合が低いことなどが見出された。

入寮者の入寮 0-3 ヶ月時の生活状況をみると、3/4 が施設内の生活を「有意義に過ごせている」と回答しており、9 割以上が自助グループにも週数回以上参加していた。また、多くの者は「毎朝決まった時間に起きる」など、規則正しい生活を送れていた。気分・感情の状態を評価する POMS の得点も、入寮時は高かったが、入寮 3 ヶ月時点には概ね改善していた。気分・感情の状態はその後 6 ヶ月時点で再度悪化する傾向がみられたが、その原因のひとつとして、この時期からアルバイトを通して再び社会生活に参入していくので、期待する職業や地位と現在の自己とのギャップ、慣れない仕事でのストレスを感じやすい時期であることなどが考えられる。

以上、入寮生活は、プログラムへの取り組み、規則正しい生活リズムの形成、断薬生活の継続などに役立っていると考えられる。また、多くの者がアルバイトを開始する入寮 6 ヶ月時に気分・感情の状態が悪化することを考えると、ある程度就労状態が安定してから、施設の外に居住を移すことは、再使用防止の観点から妥当であると思われる。

退寮者の多くは一人暮らしをしながら常勤の仕事に就いていたが、自分の生活を自分で賄えるようになるまでには退寮後約 1 年を要すことが示唆された。心理状態は、退寮後一時期悪化するものの、1 年後には改善が認められた。

再使用率については、退寮 0-3 ヶ月（10-15%）、退寮 3-6 ヶ月（15-20%）、退寮 6-12 ヶ月（30-35%）であり、概ね良好であった。しかし、対象者 20 名のうち、平成 19 年 2 月 28 日現在、6 ヶ月を経過していない者が 6 名、12 ヶ月を経過していない者が 13 名存在することから、6 ヶ月以降の再使用率は今後も上昇する可能性があり、注視が必要である。また、現時点においてさえ、退寮後 6 ヶ月までの再使用者と、6-12 ヶ月の再使用者がほぼ同数存在していることから、退寮 6 ヶ月時点での断薬継続は、非常に不安定なものである可能性が高い。このことを考えると、退寮 6-12 ヶ月において、自助グループにまったく参加していない者が約 6 割存在すること、約 7 割が週数回以上の常用飲酒者であることなどは、再発を促す大きな要因となっていないかと懸念される。

今後継続して調査を行うことで、わが国の薬物依存症者の長期予後をより明確に示すとともに、例数を増やし、再使用に寄与する要因の探索を目的とした分析を行うことで、より安全な回復のための支援方針を提供できると考えている。

研究 2-4：わが国における「治療共同体」導入の可能性に関する研究

分担研究者　宮永　耕　東海大学
健康科学部社会福祉学科　助教授

薬物依存者に対する処遇は、世界的に見ると「治療共同体＝（原語では、”Therapeutic Community”：TC）」を用いて行なわれているものが主流であるといわれる。しかし、わが国においては、そのような治療共同体を地域の中での治療的処遇システムに位置づけた実践は、その必要性の指摘や社会的要請の有無とは別に、いまだ実現していない。

本研究では、一昨年度までの 2 年間に実施した、主に世界各地で実際に運営されている治療共同体とその関連システムに関する実地調査の成果を基に、現在までの治療共同体概念の整理を行い、その特徴とメリットについて検討し、その上で、この治療共同体のわが国への導入について現状の処遇システムから出発して、その方策について検討することを目的とした。

上記の目的に沿って、世界で実施されている TC 治療の現状と課題を総括的に理解するため WFTC（治療共同体世界連盟）の第 23 回世界会議に出席した他、これまでわが国に紹介される機会の少なかった「民主的モデル」と分類される英国の TC 実践についても調査を実施し、資料収集を行った。

また今年度は、薬物乱用･依存問題を対象とした実践領域に関わる実務者や研究者との間で TC に関する諸情報を共有し、各領域からの問題提起と具体的方策に関する提案を集約していくための場となる「TC 研究会」を定期的に開催して課題を整理した他、より広く一般向けに TC 治療に関する公開セミナー、ワークショップ等も企画･開催し、今後の議論のための土台作りを行った。

TC 研究会での討議を通して共有された課題として、以下のことが挙げられた。

1．TC コンセプトに基づいた実際の治療施設･サービス機関の不在と薬物関連問題の実態から見たニーズの整理
2．なぜ、わが国にも TC が必要か？（敢えて DARC

ではなく、TCであることの意味は何か)
3．TC を導入していく場合の基本原則（文化的･制度的･社会的）の明確化と共有
4．日本において求められる TC の Mission(使命)の明文化と Administration（施設運営）領域に関わる課題の整理

既に世界各地で実施されている TC の直訳的導入を急ぐのではなく、わが国の歴史･社会的、制度的あるいは薬物乱用･依存に関わる諸環境や条件、さらには文化的な側面までをも視野に入れ、既存の資源との連携を前提とした具体的方策について明らかにしていく必要が確認された

研究 2-5：薬物関連精神障害の臨床における司法的問題に関する研究

分担研究者　松本俊彦
国立精神･神経センター
精神保健研究所司法精神医学研究部
室長

薬物関連精神障害の臨床では、様々な局面において司法的問題との関わりを避けることができない。医療機関受診以前の、警察官による保護、任意採尿、強制採尿はもとより、受診後には、麻薬及び向精神薬取締法にもとづく届出義務、入院治療中の規制薬物の持ち込みや自己使用、尿検査にて覚せい剤反応が陽性となった者の退院など、医療機関が対応策を考えるうえで、十分な法律の知識が求められる機会は多い。また薬物関連障害の治療では、他患者や医療スタッフに対する暴力行為などが問題となることが多いが、これに対する医療機関の対応を判断する際にも、法律に関する知識・理解が必要となる。しかしこうした法律に関する知識・理解は、医療従事者に広く知られているとはいいがたく、これが、一般精神科医療機関における薬物関連障害に対する抵抗感の一因となっているように思われる。

本研究では、専門家会議、全国精神科医療機関調査、および法学者への意見聴取を通じて、薬物関連精神障害の治療過程における司法的問題を明らかにし、その対応指針を作成した。また、薬物関連精神障害の臨床では様々な場面で関わりを持つ警察官の職務に関してその根拠となる法令を整理し、医療従事者として警察官との適切な連携に寄与できる資料を作成した。

研究 2-6：薬物依存者に対するその家族の対応法に関する研究

分担研究者　近藤あゆみ
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

薬物依存症者の回復を考える際には、家族や身近な周囲の人々が依存症を理解し、回復に向けた適切な関わりを学び実践することが、結果的に依存症者本人の回復に役立つといわれている。しかし、わが国の家族支援体制は極めて未整備の状態にあり、今後家族支援の問題にどう取り組むかは薬物依存症対策を考える上で非常に重要な課題であるが、この課題に取り組むには、まず、わが国の薬物依存症者をもつ家族の実態について理解を深めることが必要である。そこで、①薬物依存症者をもつ家族の実態に関する理解を深めること、②家族の自助活動によってどのような効果が得られているかを検討すること、を主たる目的として調査を実施した。更に、昨年度からの調査結果を踏まえ、薬物依存症者をもつ家族を対象とした家族読本を作成した。

調査対象は、ダルク家族会の参加者 190 名に対し、アンケート調査およびインタビュー調査を実施した。

本調査により、薬物依存症者をもつ家族が、長期間にわたり非常に困難な状況におかれていることが示唆された。家族が依存症の 2 次的症状である様々な問題行動に長期間悩まされているにも関わらず、その解決のために家族を支える資源に巡り合えず時間が経過していること、家族はなんとか問題を解決しようと様々な試行錯誤を繰り返しているが、一家族のみで本人への対応を徹底し続けることは困難であること、薬物使用をコントロールする努力と問題行動の後始末を続ける家族と本人との関係は悪化する一方であり、家族には回復を支援する機能が低下しているにも関わらず、支援が得られず孤軍奮闘せざるを得ない状況であることなどが示された。また、家族が薬物問題を知ってから 10 年以上経過した後も、本人が施設や刑務所に入所している率は高く、状態の安定には長期間を要することが示された。

当事者活動の有効性については、多くの仲間との出会いにより得られる理解・共感、依存症に関する知識や回復に役立つ情報の収集などを有効であると感じている者の割合が高く、これらの要素が家族支援において重要であること、薬物依存症者の回復には時間がかかること、本人への対応の理解、家族の心身の状態の改善、などについては一定の期間を要することなどが明らかになり、本人に対する対応の徹底や家族の心身の状態改善のためには継続的な支援が求められることが示唆された。

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、初年度は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、2 年度次年度への準備をする年度であり、2 年度（最終年度）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）を実施する年度とした。

本年度は上記の 2 年度（最終年度）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、重要なのは、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の疫学部門より講演に招聘され、2002年にはタイ王国のOffice of the Narcotic Control Boad, Office of the Prime Minister主催による会議にも講演を招聘された。2005年には台湾政府主催による2005 Taipei International Conference on Drug Control and Addiction Treatmentでの講演、2006年には台湾政府主催による2006 Asian Multi-City Epidemiology Workgroup Meetingに招聘され、本研究班による調査研究結果を報告してきている。

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、今回の 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。おそらくこの状況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、今回の 2006 年調査では 56.7%を確保できた。

ただし、937 施設中 90.4%（全国の 1,653 施設中では 51.2%）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、今回の2006年調査では986人と後退してしまった。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。

研究２　乱用・依存者に対する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54.9%（2005年）と高い。

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（医療施設とDARC等の民間治療施設）の治療予後を調査することによって、薬物依存症治療施設の現状把握を試み、今度の治療システム整備の際の基礎資料に供することにした。

さらに、薬物関連精神障害の臨床では、様々な局面において、取締機関、司法機関との関わりを避けることが出来ないのが実情である。麻薬及び向精神薬取締法、覚せい剤取締法を例にとっても、臨床現場では周知されていないのが現状であり、その対応も施設に毎にバラバラと言わざるを得ない。そこで、本研究では、対応法の円滑化を図るために、司法専門家の協力の下に、法的対応法に関する基礎知識マニュアルの作成を図った。

また、薬物乱用・依存問題は、当該乱用・依存者に各種害をもたらすだけでなはく、その家族は当該乱用・依存者から甚大な精神的・経済的脅威を受けると同時に、社会的には往々にして、親としての責任を問われるという板挟み状態にある。「薬物乱用防止新五か年戦略」では「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いない。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ことによって、薬物乱用・依存者に対する家族の対応法を開発し、家族に対する具体的支援策の提示（家族読本）を図った。

２．結果から指摘される課題および今後の予定

既存の社会資源（1専門医療施設、5個所のDARC、GAIA）における治療予後調査は、本研究により2005年から始められたばかりであり、今後の調査結果を待たずに評価することは出来ない。しかし、このような調査を始めることによってはっきりした問題もある。

まず、想定された問題ではあるが、退院及び退所後の追跡調査が非常に困難であるという問題である。薬物依存専門病院でも、2005年調査では、71名中、郵送による返信者は29例（40.8%）に過ぎず、電話での連絡がついた者は20例（28.2%）ではあるが、その中には返答拒否者や対応保留者もおり、追跡調査の難しさが明らかになった。また、5個所のDARC調査では、28名中9名が入所1か月未満で退所していた。このことは、入所及び入所継続の決定は、最終的には本人自身に委ねるDARCらしさを表現しており、DARCの「良さ」ともとれる反面、DARCの「限界」とも解釈される結果であった。また、DARCと同じ民間治療施設ではあるが、GAIA入所者は総じて家族の経済基盤がしっかりしており、それが入所者の最終学歴等に反映されおり、民間治療施設と言っても、入寮者の「質的」相違があることが明らかになった。

また、薬物関連精神障害の臨床では、様々な局面において司法的問題との関わりを避けることができない。医療機関受診以前の、警察官による保護、任意採尿、強制採尿はもとより、受診後には、麻薬及び向精神薬取締法にもとづく届出義務、入院治療中の規制薬物の持ち込みや自己使用、尿検査にて覚せい剤反応が陽性となった者の退院など、医療機関が対応策を考えるうえで、十分な法律の知識が求められる機会は多い。また薬物関連障害の治療では、他患者や医療スタッフに対する暴力行為などが問題となることが多いが、これに対する医療機関の対応を判断する際にも、法律に関する知識・理解が必要となる。しかしこうした法律に関する知識・理解は、医療従事者に広く知られているとはいいがたく、これが、一般精神科医療機関における薬物関連障害に対する抵抗感の一因となっているように思われる。

本研究では、専門家会議、全国精神科医療機関調査、および法学者への意見聴取を通じて、薬物関連精神障害の治療過程における司法的問題を明らかにし、その①対応指針を作成した。また、薬物関連精神障害の臨床では様々な場面で関わりを持つ警察官の職務に関してその根拠となる法令を整理し、②医療従事者として警察官との適切な連携に寄与できる資料を作成した。

この二つの指針及び資料は、覚せい剤関連精神障害者への対応における警察への「通報」解釈に象徴されるように、個々バラバラの見解の元に、中には「麻薬」と「覚せい剤」の違いすら理解せずに、個々バラバラに対応している現状にあって、司法的対応整理の指針となる物であり、今後の活用が期待される成果であると期待される。

薬物乱用・依存症者を持つ家族は、当の乱用・依存者から甚大な精神的・経済的脅威を受けると同時に、社会的には、親としての責任を問われがちであり、結果的に、板挟み状態に陥りがちである。今回、調査対象として協力頂いた「全国薬物依存症者家族連合会」は2004年に結成されたが、その母体となったのは茨城ダルク家族会である。薬物依存からの「回復」にはかつての当事者（＝「回復者」）の力が不可欠であるように、家族会の構成員の各種経験が同じ問題に苦しむ家族の力になり、結果的に当の薬物乱用・依存者の「回復」に貢献するであろうことは想像に難くない。

本調査研究により、家族が依存症の２次的症状である様々な問題行動に長期間悩まされているにも関わらず、その解決のために家族を支える資源に巡り合えず時間が経過していること、家族はなんとか問題を解決しようと様々な試行錯誤を繰り返しているが、一家族のみで本人への対応を徹底し続けることは困難であること、薬物使用をコントロールする努力と問題行動の後始末を続ける家族と本人との関係は悪化する一方であり、家族には回復を支援する機能が低下しているにも関わらず、支援が得られず孤軍奮闘せざるを得ない状況であることなどが明らかになった。また、家族が薬物問題を知ってから10年以上経過した後も、本人が施設や刑務所に入所している率は高く、状態の安定には長期間を要することが示された。

当事者活動の有効性については、多くの仲間との出会いにより得られる理解・共感、依存症に関する知識や回復に役立つ情報の収集などを有効であると感じている者の割合が高く、これらの要素が家族支援において重要であること、薬物依存症者の回復には時間がかかること、本人への対応の理解、家族の心身の状態の改善、などについては一定の期間を要すことなどが明らかになり、本人に対する対応の徹底や家族の心身の状態改善のためには継続的な支援が求められることが改めて示唆されたと考えている。

「薬物乱用防止新五か年戦略」では「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いない。そう言う意味で、本研究により作成された「家族読本」は「新五か年戦略」に応える具体的支援策の代表格になると期待される。

D．結論

薬物乱用・依存対策の立案・評価の際の基礎資料として資するために、薬物乱用・依存の実態を把握し、同時に、薬物乱用・依存者に対する対応策について検討した。

【研究１　薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究】

① 有機溶剤乱用は確実に減少していると考えられる。しかし、最初に乱用した薬物としての位置づけ、及び、その後の大麻・覚せい剤乱用への入り口としての位置づけは未だに不動であり、今後も警鐘を鳴らしてゆく必要がある。

② 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。

③ 有機溶剤乱用経験者群では、「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伺われた。

④ 大麻・覚せい剤の生涯経験率は、2000年以降横ばい状態と見るべきであろう。ただし、大麻に関しては乱用の潜在的拡大が危惧される結果であった。

⑤ 『覚せい剤症例』の病態としては，精神病性障害が中心で，従来と同様に長期にわたる遷延性の状態像がうかがわれた。

⑥ 『睡眠薬症例』，『抗不安薬症例』の80%以上が臨床用量依存に該当すると報告された。

⑦ 『リタリン症例』は2.8%報告され，「使用歴を有する症例」としては5.6%と増加傾向がみられた。

⑧ 児童自立支援施設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、対象集団そのものが変化している可能性が示唆された。

【研究２　乱用・依存者に対する対応策に関する研究】

① 薬物関連精神障害者専門病院利用者の予後では、最近３ヶ月以内の薬物使用歴に関して情報の得られた者の割合は61%であった。

② このうち、最近３ヶ月以内に薬物乱用歴が無いと返答した断薬群は72%に達した。

③ 他方、再乱用有りと返答した者は15%、勾留・服役中の者が8%、死亡が確認された者は5%であった。

④ ５箇所のダルクの入寮者28名に対する追跡調査では、９名はダルクの利用期間が１ヶ月未満であった。

⑤ 長期ダルク滞在者５名のうち、３名が、ダルクの職員となるための研修を開始していた。ダルク職員への就労の理由には、対象者の前歴や年齢などから、一般企業への就職が困難であることなども関連すると思われた。一般企業に就職した者のダルク利用期間は 20 ヶ月であったが、滞在期間が長い理由として、ダルク滞在中の退寮前半年間は、工場でアルバイトを行い就労訓練に取り組んでいたことによる。ダルク入寮中の、就労に向けた準備は、本人だけでなく、他の入寮者の励みにもなり、利用者相互にとって意義があると考えられた。

⑥ 沖縄 GAIA 利用者の特徴としては、最終学歴が高いこと、親の援助により入寮している者の割合が高いこと、初使用薬物が大麻である者の割合が高いこと、使用開始年齢が比較的遅いこと、主な使用薬物が有機溶剤である者の割合が低いことなどが見出された。

⑦ 沖縄 GAIA に入所した延べ 33 名（実人数 32 名）の予後を調査とした。再乱用率は、退寮 0-3 ヶ月（10-15%）、退寮 3-6 ヶ月（15-20%）、退寮 6-12 ヶ月（30-35%）であり、概ね良好であった。

⑧ 退寮者の多くは一人暮らしをしながら常勤の仕事に就いていたが、自分の生活を自分で賄えるようになるまでには退寮後約１年を要することが示唆された。

⑨ 世界で実施されている TC 治療の現状と課題を総括的に理解するため WFTC（治療共同体世界連盟）の第 23 回世界会議に出席した。同時に、これまでわが国に紹介される機会の少なかった「民主的モデル」と分類される英国の TC 実践についても調査を実施し、資料収集を行った。また、実践領域に関わる実務者や研究者との間で TC に関する諸情報を共有し、各領域からの問題提起と具体的方策に関する提案を集約していくための場となる「TC 研究会」を定期的に開催して課題を整理した他、より広く一般向けに TC 治療に関する公開セミナー、ワークショップ等も企画・開催し、今後の議論のための土台作りを行った。

⑩ 薬物関連精神障害の臨床では、様々な局面において司法的問題との関わりを避けることができない。そこで、本研究では、専門家会議、全国精神科医療機関調査、および法学者への意見聴取を通じて、薬物関連精神障害の治療過程における司法的問題を明らかにし、その対応指針を作成した。

⑪ また、薬物関連精神障害の臨床では様々な場面で関わりを持つ警察官の職務に関してその根拠となる法令を整理し、**医療従事者として警察官との適切な連携に寄与できる資料**を作成した。

⑫ ダルク家族会の参加者に対して調査を実施し、薬物依存症者をもつ家族が、長期間にわたり非常に困難な状況におかれていることを明らかにした。また、薬物依存症者をもつ家族を対象とした「家族読本」を作成した。

以上により、我が国の薬物乱用状況は、覚せい剤・有機溶剤に象徴される「害の強い薬物の乱用」はそれなりに落ち着いてきているが、大麻の乱用拡大、違法ドラッグ問題の浮上等、相対的に「害の弱い薬物の乱用」が目立つ状況になっていると考えられる。「害の強い薬物の乱用」がそれなりに落ち着いてきている時期こそ、「治療共同体」の導入、民間回復施設への支援、家族会への支援等、我が国では著しく遅れている乱用・依存者に対する対応策を早急に準備してゆく必要がある。

E．健康危険情報

本研究は依存性薬物の広がりについての研究であり、結果はすべて健康危険情報に該当する。

F．研究発表

１．著書

なし

２．論文発表

(1) 和田　清：中学生における薬物乱用から地域の教育力を考える．思春期学 24：315-318, 2006.

(2) 和田　清：中学生における薬物乱用－gateway drugの観点から－．小児科 47：1405-1411, 2006.

(3) 和田　清、近藤あゆみ、高橋伸彰、尾崎米厚、勝野眞吾：青少年の薬物使用問題－全国中学生意識・実態調査（2004年）から－．思春期学 24：70-73, 2006.

(4) Shigeru Ozaki and Kiyoshi Wada：Characteristics of methylphenidate dependence syndrome in psychiatric hospital settings. Jpn. J. Alcohol & Drug Dependence 41 (2)：89-99, 2006.

(5) 尾崎　茂，和田　清：睡眠薬乱用・依存の実態と対策。臨床精神薬理9：2011-2016, 2006.

(6) 尾崎　茂，和田　清：ベンゾジアゼピン依存の疫学と国際比較。臨床精神医学35(12)：1675-1981, 2006.

２．国際会議

(1) Kiyoshi Wada: Japan's Situation on Drug Abuse. 2006 Asian Multi-City Epidemiology Workgroup Meeting. Taipei, Taiwan, Nov. 8-10, 2006.

３．学会発表

(1) 和田　清：シンポジウムX（S10-1）、市民公開講座Ⅱ：薬物依存からの再生「薬物乱用・依存の現状－わが国独自型から欧米型への変化のなかで、早急になすべきこと－」．第41回日本アルコール・薬物医学会．京都．2006. 7. 28.

(2) 和田　清、尾崎　茂、近藤あゆみ：薬物乱用・依存の現状－わが国独自型から欧米型への変化の中で、早急になすべきこと－．第14回

日本精神科救急学会 プレ公開講座. 広島. 2006. 10. 17.

(3) 尾崎　茂：物質依存と犯罪－その実態と問題点－。第41回日本アルコール・薬物医学会総会シンポジウムVI「アルコール・薬物依存の犯罪と法律」, 2006/7/27, 京都。

(4) 尾崎　茂, 和田　清：薬物関連精神障害患者におけるパーソナリティの特徴。第41回日本アルコール・薬物医学会総会, 2006/7/28, 京都。

(5) 尾崎　茂：物質関連障害の診断基準について。第18回日本アルコール精神医学会・第9回ニコチン・薬物依存研究フォーラム平成18年度合同学術総会, 合同シンポジウム「DSM-V物質関連障害診断基準草案作成への提言：DSM-IVの検討課題と今後の研究」。2006/9/29, 千葉。

(6) 近藤千春：「DARC利用者の予後に関する研究」第17回日本嗜癖行動学会. 一般演題. 熊本市. 熊本県民交流館パレア. 2006. 11. 4.

(7) 近藤千春：「薬物依存症の治療における当事者活動の意義」日本アディクション看護学会第5回学術大会. 一般演題. 秋田市. 秋田大学. 2006. 11. 12.

(8) 宮永 耕：薬物依存者回復支援の現状と展望. 第14回日本精神科救急学会総会. 公開プレ・セミナー（OP-3）. 広島市. 2006. 10. 17

(9) 近藤あゆみ, 和田清：薬物依存症者をもつ家族の当事者活動に関する実態調査, 第41回日本アルコール・薬物医学会総会, 2006

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

分担研究報告書
(1－1)

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)
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（2006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　近藤あゆみ　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　助教授
勝野眞吾　兵庫教育大学　副学長

研究要旨　中学生における薬物乱用の広がりを把握し、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、2006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208校の全生徒を対象に、自記式調査を実施した。その結果、138校（対象校の66.3%）より、'56,533人（対象校208校の全生徒想定数の57.0%）の回答を得た。有効回答数は56,421人（対象校208校の全生徒想定数の56.9%）である。その結果、以下のような結論を得た。
①**有機溶剤乱用の生涯経験率**は、男子は1.0%（1年生1.0%、2年生1.0%、3年生1.1%）、女子では0.7%（1年生0.6%、2年生0.7%、3年生0.8%）、全体では0.9%（1年生0.8%、2年生0.8%、3年生1.0%）であった。この結果は、男女合わせた全体では、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初めて減少し、1996年調査のレベルに回復した。②**有機溶剤乱用の目撃率**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11.8%から3.9%）、「身近に経験者がいる」と答えた者の率も、1998年のピークから着実に減少していた（全体で5.4%から2.3%）。また、**有機溶剤乱用に「誘われた」ことのある者の率**も、2000年調査をピークに調査年次毎に漸減していた。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る。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薬物乱用による健康への害知識に関しては、個々の知識の周知率自体は調査年次毎に上昇しており、薬物乱用防止教育の成果と受け止めることが出来る。また、これまでの一連の本調査では、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。しかし、2004年調査から、有機溶剤の乱用による害としての急性中毒死、多発神経炎、精神病に関しては、非経験者群の方で「知っている」を選んだ者が男女ともに多いという結果が初めて出るようなったが、これは、「害を知らない者が乱用しやすい」という仮説があるとすれば、「望むべき姿」である。しかしながら、今回の2006年調査では、再び「望ましくない姿」に逆戻りしてしまった知識もあり、なおいっそうの薬物乱用防止教育の徹底が要求される結果であった。⑨**大麻の生涯経験率**は、男子で0.5%（1年生0.4%、2年生0.5%、3年生0.6%）、女子で0.4%（1年生0.3%、2年生0.3%、3年生0.5%）、全体で0.4%（1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.5%）であり、**覚せい剤の生涯経験率**は、男子で0.5%（1年生0.4%、2年生0.6%、3年生0.6%）、女子で0.3%（1年生0.2%、2年生0.2%、3年生0.5%）、全体で0.4%（1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.5%）であった。大麻に関しては、男女を問わない全体では、1998年に記録した最高値（0.7%）よりは低く、停滞状態であった2002年、2004年調査の結果（0.5%）より低下し、1996年以降最低であった20

00年の0.4%に回復していた。覚せい剤に関しては、1998年、2004年に記録した最高値（0.5%）よりは低く、1996年、2000年、2002年と同じ0.4%であった。ただし、トレンド的には大麻も覚せい剤も生涯経験率は2000年以降横ばい状態と見るべきであろう。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、増加傾向にあり歓迎されるが、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。しかし、2004年調査では、その入手可能性はこれまでになく激減し、今回の2006年調査ではさらに減少していた。また、大麻、覚せい剤の入手可能性は1998年以降、今回の2006年調査ではさらに減少していた。これらは、この間の取り締まりの強化による成果の可能性が高い。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%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41%、女子で約44%の者が、また、覚せい剤に関しては男子で約41%、女子で49%の者が入手可能を選択していた。わが国の中学生にとって、有機溶剤を一回での乱用すると言うことは、大麻、覚せい剤の入手が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。さらに、覚せい剤の入手可能性は有機溶剤乱用経験群女子で最も高いという結果であり、女子に対する対策が望まれるところである。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7.78%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1.5%に過ぎず、大麻では0.9%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約29%の者に大麻乱用の経験があり、約28%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3次覚せい剤乱用期にある2004年、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のうち、17.0%は有機溶剤乱用が主原因であり、51.4%は覚せい剤乱用が主原因であった[1]。ただし、覚せい剤乱用が主原因であった者の55.8%には、有機溶剤の乱用歴があった[1]。この有機溶剤と覚せい剤との強い繋がりは、第2次覚せい剤乱用期での関係と同じであり[2]、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」[3]としての役割を相変わらず担っている可能性が高いと推定される。

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[4]、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][5][6][7][8][21][22]、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[3][22]。

以上の考えから、平成18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」[10]の第6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、2006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、2006年版の全国学校総覧[11]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呼ぶ。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208校（想定99,118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。

208校（国立1校、公立193校、私立14校）中、調査を実施していただけた中学校は138校（国立1校、公立128校、私立9校：対象校の66.3%）であった。そのうちの8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、各学年1クラスずつのみの実施2校、各学年2クラスずつのみの実施1校、1年生のみの実施1校、3年生のみの実施3校、1年生は全クラス、2年生は実施せず、3年生は5クラス中4クラスで実施1校であった。

以上の結果、56,533人（想定生徒数の57.0%。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112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56,421人（想定生徒数の56.9%）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[9]、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28,584人、女子27,794人、性別不明者43人の計56,421人である。

その結果、以下の各表では、全体は男性＋女性＋性別不明者になっている。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1.0%（1年生1.0%、2年生1.0%、3年生1.1%）、女子で0.7%（1年生0.6%、2年生0.7%、3年生0.8%）であり、全体では0.9%（1年生0.8%、2年生0.8%、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）は認められなかったが、1996年調査[10]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0.6%、2年生0.7%、3年生0.8%）、女子で0.5%（1年生0.4%、2年生0.5%、3年生0.7%）であり、全体では0.6%（1年生0.5%、2年生0.6%、3年生0.8%）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3.8%、女子の4.0%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2.1%、女子では2.5%、全体では2.3%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[10][13][20][21][23]。

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1.2%、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高くなっており、男子と全体では、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[21]、2004年調査[23]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97%台の者が「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38%、女子で約41%と、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94%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31%、女子で約29%）。

(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96～97%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41%、女子で約44%）。

(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、男女共に約80%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23～28%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」を選んだ者が最も多かった。この結果は2004年調査[21]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、男子では「社会に問題があるから」が第2位で、女子では「学校に問題があるから」が第3位であった。

女子では、有機溶剤乱用の経験に関わらず、「家庭に問題があるから」を重要視する傾向が男子よりは強い傾向が伺われた。この結果は2004年調査[21]でも同様であった。

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[10][13][20]、2002年調査[21]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[21]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、今回の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。

この現象は、薬物乱用防止教育の成果が出てきていたものが、再び後退しつつある感を抱かせ、危惧を覚えさせる結果であった。

(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[10)13)20)]、2002年調査[21)]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。今回の2006年調査[23)]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結果であった。

表14の結果と併せて、薬物乱用防止教育の一層の推進が望まれるところである。

(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[10)]、1998年調査[13)]、2000年調査[20)]では、経験者群の方で高かったが、2002年調査[21)]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[21)]では経験者群の方でわずかに高かった。

2004年調査[23)]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、今回の2006年調査でも、それを維持できた。しかし、両年とも統計学的有意差（$p<0.05$）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[10)]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[13)]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[20)]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[21)]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。今回の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。

(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[23)]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。

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[10)13)20)]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[21)]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[23)]の結果も2002年調査[21)]と同じであった。今回の2006年調査で、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。経年的には望ましい方向に変化してきているようではあるが、「知っている」と答えた者の割合がそもそも低く、今後いっそうの薬物乱用防止教育の推進が求められる結果であった。

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、男子では約70%、女子では約51%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43%、女子で約34%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85%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73%、女子で約60%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3%前後であったが、経験者群では男子で19%、女子では約24%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22%、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ときには、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%前後であったのに対して、経験者群では男子で約26%、女子で約31%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41%、女子で約31%であったのに対して、経験者群では男子で約42%と非経験者群とほとんど同じであったのに対して、女子では約41%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16%、女子で約10%であったのに対して、経験者群では男子で約29%、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11.5%（1年生7.2%、2年生11.2%、3年生16.2%）であり、女子では8.4%（1年生5.2%、2年生8.3%、3年生11.4%）であった。全体で10.0%（1年生で6.2%、2年生で9.8%、3年生で13.8%）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4.7%（1年生2.5%、2年生4.4%、3年生7.3%）であり、女子では3.4%（1年生1.6%、2年生3.3%、3年生5.2%）であった。全体では4.1%（1年生で2.1%、2年生で3.8%、3年生で6.3%）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60～58%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12～11%いた（未経験群では、それぞれ3%、2%）。

(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79%前後の者が「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42%、女子で約38%であり、17～19%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90%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68%前後であり、「害もあるが良い面もある」を選んだ者が23～25%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84～85%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70%強であった。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30～50%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30%弱であり、生涯喫煙者群は「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57～54%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58～67%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、56～66%（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58～67%であり、「シンナー遊び」経験者群とほとんど差がなかった。

(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88～89%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72～67%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73～60%（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8%強であり、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、19～24%（表23）であり、大きく異なっていた。

(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25%、女子で約31%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。

しかしここでも、「シンナー遊び」経験者群のそれぞれは、約17%、22～36%（表24）であり、大きく異なっていた。

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。しかし、その程度は、有機溶剤乱用経験の有無による場合よりは小さかった（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、男女ともに約13%弱であるのに対して、経験者群では約25～29%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26%、女子で約31%（表28）であり、有機溶剤経験者群と喫煙経験者群とでは、その差は少なかった。

(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40%、女子で30%であるのに対して、経験者群ではそれぞれ52%、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42%、女子で41%）に比べて、男子ではほとんど変わらず、女子では11%低い結果であった。

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。

(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[7][8]、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[7][8]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[7][8]、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。しかし、3年生で「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」での飲酒経験率が急増していた（表49）。

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、男子の「冠婚葬祭時」を除けば、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[7][17]。

家族の要因は解釈が難しいが、上記の結果は、「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11%、女子で8%であるのに対して、「シンナー遊び」経験者群では、男女ともに約47%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0.4%に過ぎないが、喫煙経験のある者では男子で4.1%、女子で4.0%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[3]。

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0.5%（1年生で0.4%、2年生で0.5%、3年生で0.6%）であり、女子では0.4%（1年生で0.3%、2年生で0.3%、3年生で0.5%）であった。全体では0.4%（1年生で0.3%、2年生で0.4%、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25.3%、女子で33.0%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～2004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67%、女子で62%であり、約23～22%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7%、女子で約14%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[2]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）。しかし、今回の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。

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0.5%（1年生0.4%、2年生0.6%、3年生0.6%）で、女子では0.3%（1年生0.2%、2年生0.2%、3年生0.5%）であり、全体では0.4%（0.3%, 0.4%, 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0.2%であったのに対して、「シンナー遊び」経験者では、男子で26.0%、女子で30.9%の者が、覚せい剤の乱用経験ありを選んだ。

これも、過去4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[2]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。今回の2006年調査でも、「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いという結果を維持出来た（有意差はない）。

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51%、女性で約54%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52%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14%、女子で約15%であったが、経験者群では、男子で約41%、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。

(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14%、女子で約15%で、経験者群では、男性で約40%、女性で約49%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。

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[5)12)14)]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[10)13)20)21)23)]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[5)]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[5)12)14)]。

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[19)]、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[6)]、わが国の中学生では喫煙が有機溶剤乱用へのGateway Drug[3)]となっている可能性が高いことも指摘してきた[22)]。

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6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1.0%（1年生1.0%, 2年生1.0%, 3年生1.1%）、女子では0.7%（1年生0.6%, 2年生0.7%, 3年生0.8%）、全体では0.9%（1年生0.8%, 2年生0.8%, 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、今回の2006年長さでは1996年調査のレベルまで下降した。

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った。

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。

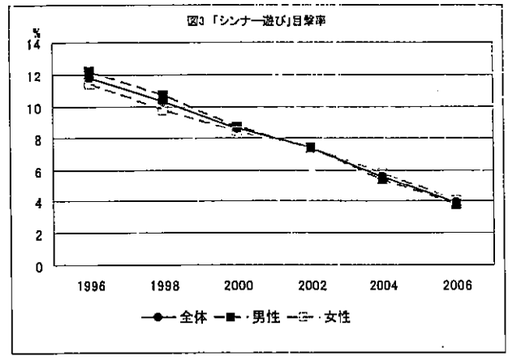
そこで採用しているのが、「シンナー遊び」をこれまでに目撃したことのある者の率（生涯目撃率：表65、図3）、身近に「シンナー遊び」をしている人を知っている者の率(乱用者周知率：表66、図4)、「シンナー遊び」に誘われたことのある者の率（生涯被誘惑率：表67、図5）である。

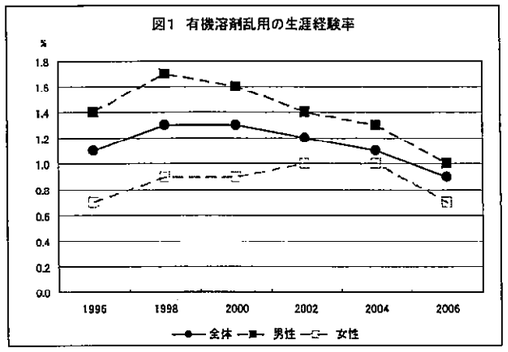
それらを見ると、目撃率、乱用者周知率は確実に減少傾向にあり、有機溶剤乱用の「流行の勢い」が弱くなってきていることが明かである。

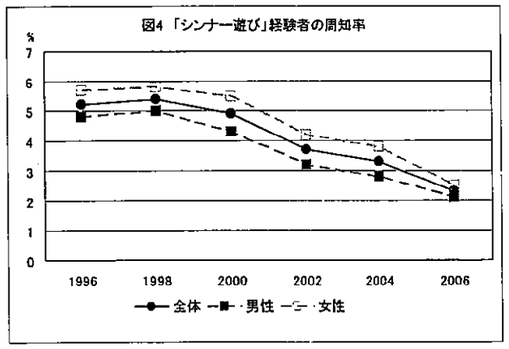
女子で停滞気味であった生涯被誘惑率も、今回の2006年調査結果では明らかに減少を示している。

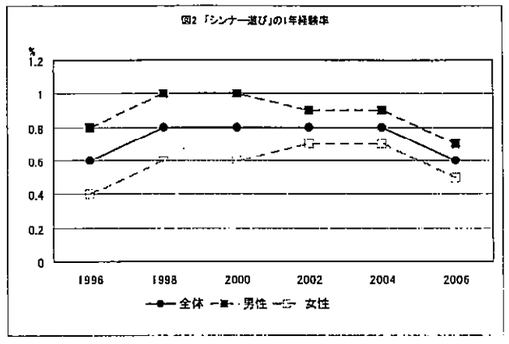
ちなみに本調査の記載上の「正確さ」を見るため、有機溶剤未経験者における「シンナー遊び」についての気持ちに関し、回答の矛盾を表8に示した。それを見る限り、調査用紙への記載に関しては、本調査は極めて正確に実施されていると推定される。

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。









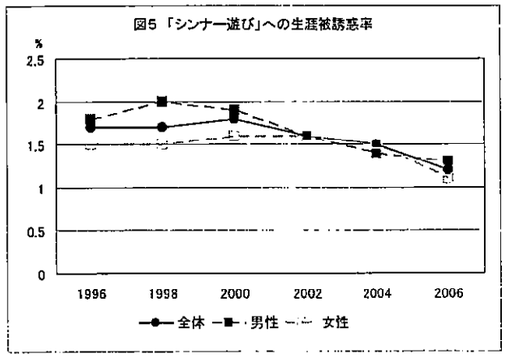


表63　「シンナー遊び」生涯経験率の推移　(%)（「無回答」を除いて計算したもの）

	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	0.8	0.9	0.8	0.8	1.0	138	56,094

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	0.58	138	56,244

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	56,240

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	2.7	2.2	1.4	2.5	2.0	2.7	3.0	2.3	1.7	2.4	2.8	138	56,141

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	53,896

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[5)10)12)13)14)21)23)]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。

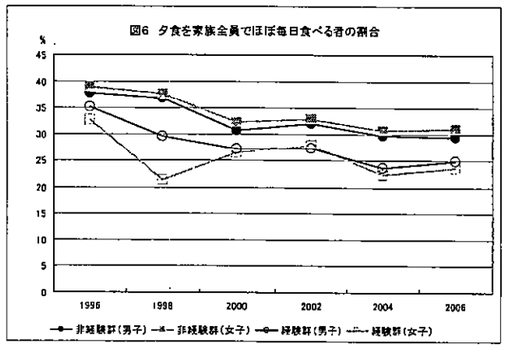
図6及び図7は、一週間で夕食をほぼ毎日家族全員で食べると答えた者の割合の年次推移とほとんど食べないと答えた者の割合の年次推移を示している。我が国では、有機溶剤の乱用の有無に関わらず、年々、家族全員での夕食頻度が減少してきていることがわかる。

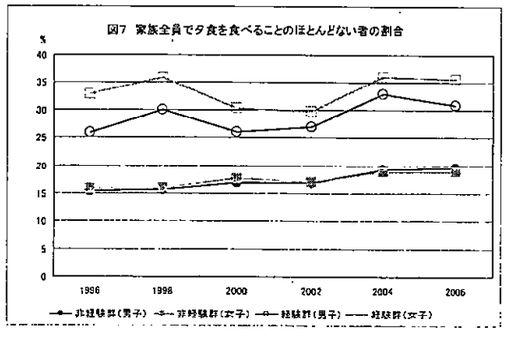
そもそも、当研究者らは、夕食には「一家団欒」という意味合いがあると考えて調査項目に入れてきた。しかし、この夕食頻度には地域差が大きく、都市部ほど低く、農村部・山間部ほど高い傾向がある。「一家団欒」には、家族としての精神的意味合いも含まれるが、特に都市部における生活様式の多様性を考慮すると、親子の共有時間についての、もう少し直接的な項目が必要であると考えていた。そこで「学校、塾、習い事、運動での時間以外、大人が不在の状態で、毎日平均どの程度の時間を過ごしますか？」という項目も1996年より調べている（表28）。図8、9はその結果の年次推移を示している。「シンナー遊び」経験者群では非経験者群に比べて、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。

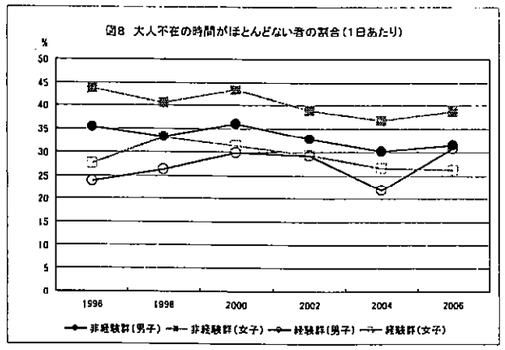
また、中学生という年代は、基本的に親との相談頻度は低いようであるが（表29）、それでも「シンナー遊び」経験者群での相談頻度は有意に低く（表29）、ここでも「シンナー遊び」経験者群における親子の共有時間の少なさが示唆された。

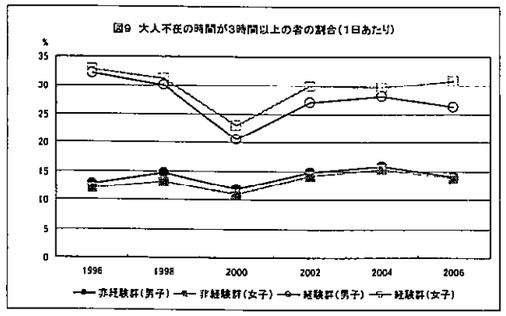
以上により、今回も、「シンナー遊び」経験者群は、総体的に見れば、家庭にも、学校にもなじめず、友人関係も希薄な中学生たちが多く、「居場所のない子供たち」[5)16)18)]が多いという推定が成り立つと考えている。

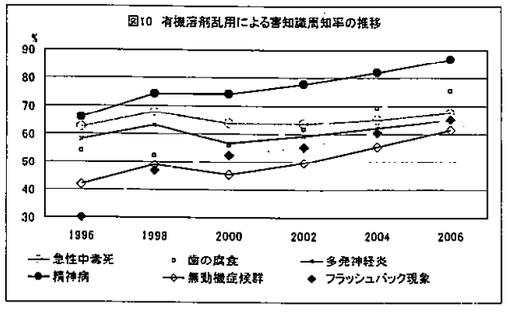
表11～表12は「シンナー遊び」をしている者について、どのような認識を持っているのかを調べたものである。表11～12では、経験者群と非経験者群での捉え方に、明らかな乖離が認められる。非経験者から見れば、経験者はほとんど「無関係」











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」[5)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[5)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[5)10)13)14)20)21)]。

しかし、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、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、ここ数年の薬物乱用防止教育推進による成果の可能性が考えられた。

図10は害知識周知率の年次推移を示している。ほとんどの害知識の周知率が明かな増加傾向にあることは、薬物乱用防止教育の成果であろうと推測出来る。しかし、急性中毒死に関しての上昇率の低さはやや奇異である。

また、図10にみる害知識の周知度の明かな増加にも関わらず、今回の調査では、有機溶剤乱用による急性中毒死に関しては、男子では経験者群の方が知っていると答えた者の割合が高いという従来のパターンに戻ってしまったわけであり、知識だけでは解決しない薬物乱用問題の一側面を伺わせる結果であった。

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。

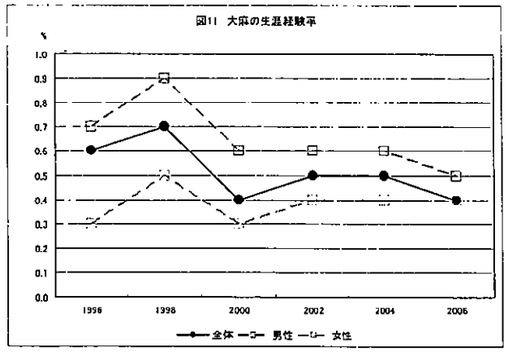
図11に見るように、男女全体での大麻の生涯経験率は、1998年調査に比べると、それ以降は減少しているものの、ほとんど平衡状態と言って良い。

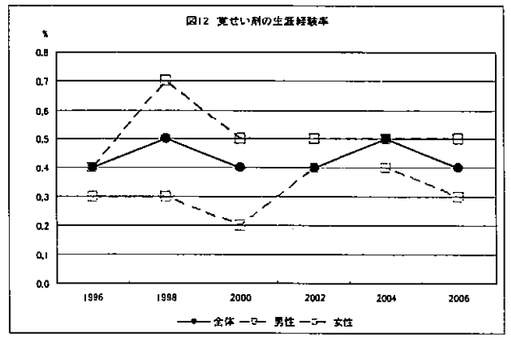
図12は覚せい剤の生涯経験率の推移を示しているが、ここでも1998年調査に比べると、全体及び男子では、それ以降は減少しているものの、ほとんど平衡状態と言って良く、女子では1996年、1998年の結果よりも高いままである。

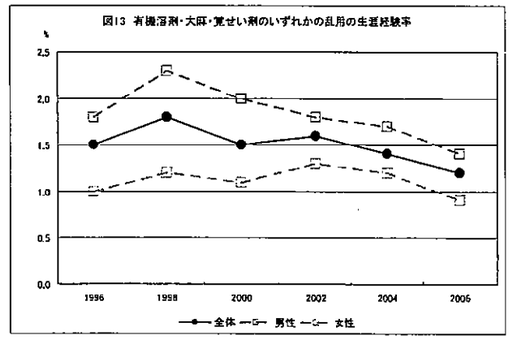
第3次覚せい剤乱用期の特徴の一つは、若年層までへの乱用の拡大であるが、有機溶剤乱用の減少（図1）に比べて、大麻及び覚せい剤の乱用はなかなか減少していない現状が読み取れる。（逆に、大麻、覚せい剤の乱用が可能であるから、有機溶剤の乱用が減少しているとも読み取れる）。

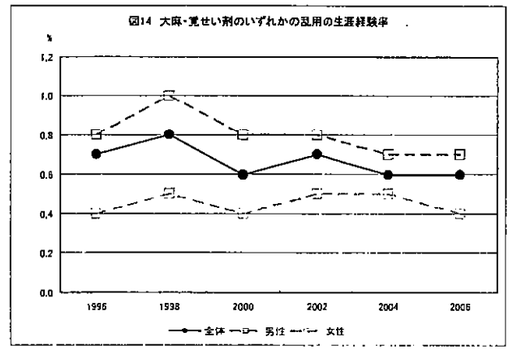
以上のように大麻・覚せい剤についての生涯経験率はあくまで参考データであるため、利用法に限界はあるものの、今日の薬物乱用状況を考えるためには貴重なデータであると考えている。

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り、大麻覚せい剤のいずれかの生涯経験率の低下は鈍いことがわかる。









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、

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

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

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）

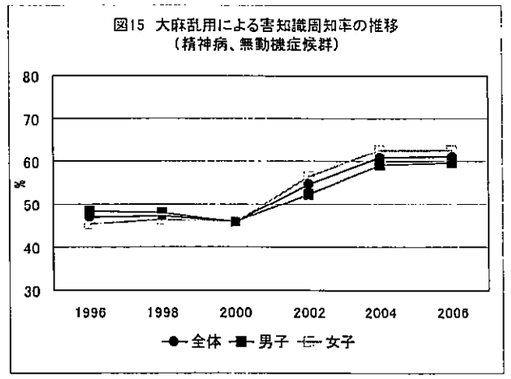
	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	1.8	1.5	1.8	2.2	1.0	0.9	1.0	1.0	1.5	1.3	1.5	1.7	108	54,136
1998	2.3	1.8	2.1	2.9	1.2	1.2	1.1	1.3	1.8	1.5	1.6	2.2	148	71,245
2000	2.0	1.7	2.0	2.3	1.1	1.0	1.0	1.2	1.5	1.4	1.5	1.8	140	61,481
2002	1.8	1.7	1.9	1.9	1.3	1.2	1.4	1.3	1.6	1.5	1.7	1.6	149	61,668
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

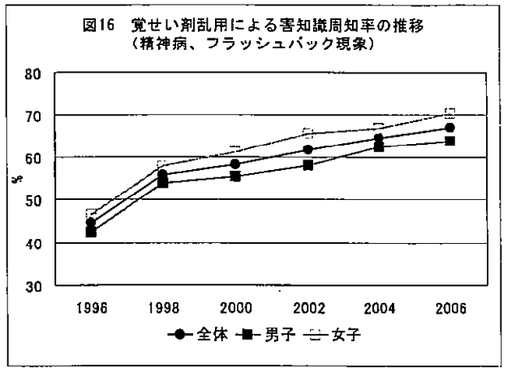
表72　大麻・覚せい剤のいずれかの乱用の生涯経験率（%）（無回答を除いて計算したもの）

	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

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、今回の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。また、図15に見るように、2000年調査以降、周知率は上昇したと言っても未だに約60%に過ぎない。とにかく、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。今回に2006年調査では「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、今後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ことに変わりはない。



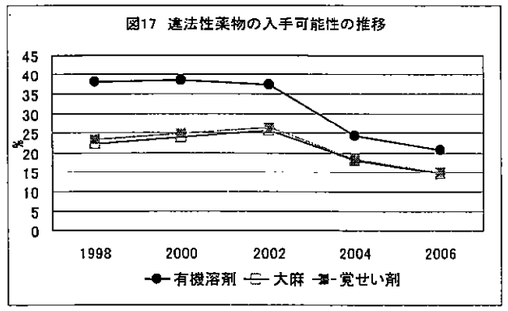


7. 違法薬物の入手可能性の比較

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、男子で約14%、女子で約15%であるのに対して、経験者群では、男子で約41%、女子で約44%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、男子で約14%、女子で約15%であるのに対して、経験者群では、男性で約40%、女性で約49%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。

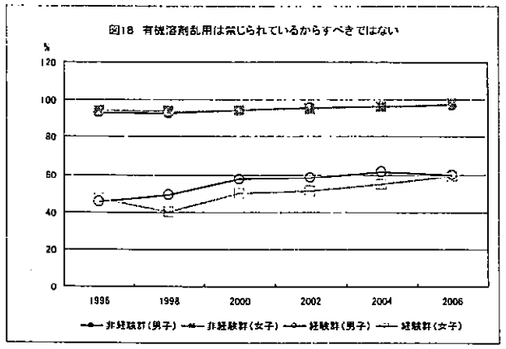
8. 薬物乱用に対する法の遵守性

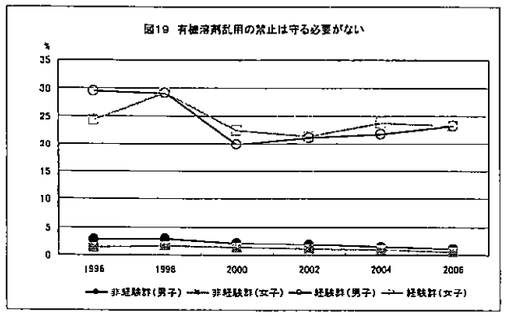
わが国の規制薬物乱用が、多くの国に比べて少ない背景には、国民の法に対する遵守性の高さがあるのではないかと本研究者らは推定している。

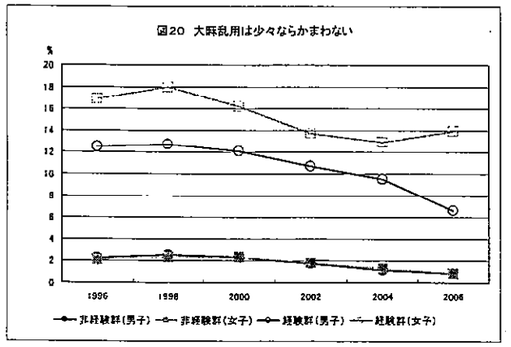
喫煙については全体の約8%（表34）の者が「少々ならかまわない」を選んでいるのに対して、「シンナー遊び」に関してそれを選んだ者は1.5%（表9）に過ぎず、大麻では0.9%（表55）であったことは、同じ依存性薬物と言えども、有機溶剤及び大麻乱用への心理的垣根は喫煙よりははるかに高いことを物語っている。（覚せい剤に関しては、尋ねていない）

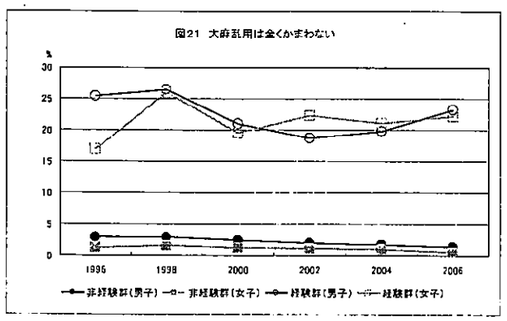
図18、19は法で禁じられている有機溶剤の乱用についてどう思うかという問いに対する回答の年次推移である。有機溶剤非経験者群と経験者群とで結果には大きな開きがあるが、「乱用すべきでない」（図18）と答えた者の割合は、男女ともに有機溶剤の乱用経験に関わらず微増してきている。しかし、その一方で、「法を守る必要はない」と答えた者の割合は、非経験者群では漸減しているのに対して、経験者群では2000年以降漸増している。

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の女子を除けば確実に減少してきてはいるが、そもそも有



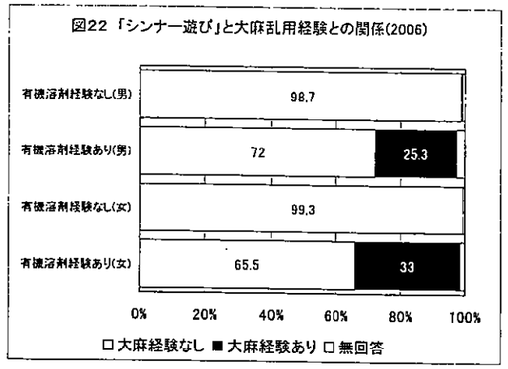


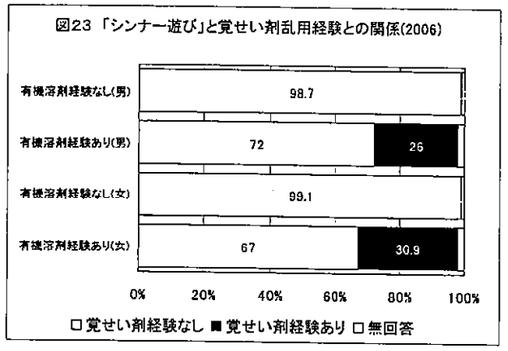




機溶剤乱用経験者群で「少々ならかまわない」と考えている者の割合の高さが問題である。同時に、「全くかまわない」と答えた有機溶剤乱用経験者の割合は、横ばいとしか言いようがない（図21）。相変わらず、大麻に対する認識は甘いとしか言いようがない。

また、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)22)]。

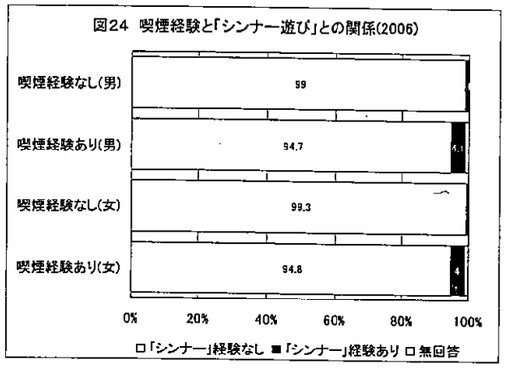




9. 「ゲイトウェイ・ドラッグ」としてのタバコとアルコール

中学生における喫煙及び飲酒が「シンナー遊び」への「ゲイトウェイ」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)5)6)14)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[16)]。



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、2006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208校の全生徒を対象に、自記式調査を実施した。その結果、138校（対象校の66.3%）より、56,533人（対象校208校の全生徒想定数の57.0%）の回答を得た。有効回答数は56,421人（対象校208校の全生徒想定数の56.9%）であった。

ただし、回答が得られなかった県が2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1.0%(1年生1.0%、2年生1.0%、3年生1.1%)、女子では0.7%(1年生0.6%、2年生0.7%、3年生0.8%)、全体では0.9%(1年生0.8%、2年生0.8%、3年生1.0%)であった。

この結果は、男女合わせた全体では、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初めて減少し、1996年調査のレベルに回復した。

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11.8%から3.9%)、「身近に経験者がいる」と答えた者の率も、1998年のピークから着実に減少していた(全体で5.4%から2.3%)。

また、有機溶剤乱用に「誘われた」ことのある者の率も、2000年調査をピークに調査年次毎に漸減していた。

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 薬物乱用による健康への害知識に関しては、個々の知識の周知率自体は調査年次毎に上昇しており、薬物乱用防止教育の成果と受け止めることが出来る。

また、これまでの一連の本調査では、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。しかし、2004年調査から、有機溶剤の乱用による害としての急性中毒死、多発神経炎、精神病に関しては、非経験者群の方で「知っている」を選んだ者が男女ともに多いという結果が初めて出るようなったが、これは、「害を知らない者が乱用しやすい」という仮説があるとすれば、「望むべき姿」である。しかしながら、今回の2006年調査では、再び「望ましくない姿」に逆戻りしてしまった知識もあり、なおいっそうの薬物乱用防止教育の徹底が要求される結果であった。

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0.5%(1年生0.4%、2年生0.5%、3年生0.6%)、女子で0.4%(1年生0.3%、2年生0.3%、3年生0.5%)、全体で0.4%(1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.5%)であり、覚せい剤の生涯経験率は、男子で0.5%(1年生0.4%、2年生0.6%、3年生0.6%)、女子で0.3%(1年生0.2%、2年生0.2%、3年生0.5%)、全体で0.4%(1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.5%)であった。

大麻に関しては、男女を問わない全体では、1998年に記録した最高値(0.7%)よりは低く、停滞状態であった2002年、2004年調査の結果(0.5%)より低下し、1996年以降最低であった2000年の0.4%に回復していた。

覚せい剤に関しては、1998年、2004年に記録した最高値(0.5%)よりは低く、1996年、2000年、2002年と同じ0.4%であった。

ただし、トレンド的には大麻も覚せい剤も生涯経験率は2000年以降横ばい状態と見るべきであろう。

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、増加傾向にあり歓迎されるが、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。しかし、2004年調査では、その入手可能性はこれまでになく激減し、今回の2006年調査ではさらに減少していた。また、大麻、覚せい剤の入手可能性は1998年以降、今回の2006年調査ではさらに減少していた。

これらは、この間の取り締まりの強化による成果の可能性が高い。

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%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41%、女子で約44%の者が、また、覚せい剤に関しては男子で約41%、女子で49%の者が入手可能を選択していた。

わが国の中学生にとって、有機溶剤を一回での乱用すると言うことは、大麻、覚せい剤の入手が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。さらに、覚せい剤の入手可能性は有機溶剤乱用経験群女子で最も高いという結果であり、女子に対する対策が望まれるところである。

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7.78%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1.5%に過ぎず、大麻では0.9%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約29%の者に大麻乱用の経験があり、約28%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。

F. 研究発表

1. 論文発表

(1) 和田　清、高橋伸彰：中学生の飲酒と家族・仲間．日本アルコール関連問題学会誌 7：63-366, 2005.

(2) 和田　清：青少年の危険行動の防止　薬物乱用．学校保健研究 47: 389-396, 2005.

(3) 和田　清:中学生における薬物乱用から地域の教育力を考える．思春期学 24: 315-318, 2006.

(4) 和田　清：中学生における薬物乱用－gateway drugの観点から－．小児科 47: 1405-1411, 2006.

(5) 和田　清、近藤あゆみ、高橋伸彰、尾崎米厚、勝野眞吾：青少年の薬物使用問題－全国中学生意識・実態調査(2004年)から－．思春期学 24: 70-73, 2006.

2. 国際会議

(1) Kiyoshi Wada: Japan's Situation on Drug Abuse. 2006 Asian Multi-City Epidemiology Workgroup Meeting. Taipei, Taiwan, Nov. 8-10, 2006.

3. 学会発表

(1) 和田　清：シンポジウムX (S10-1)、市民公開講座Ⅱ：薬物依存からの再生「薬物乱用・依存の現状－わが国独自型から欧米型への変化のなかで、早急になすべきこと－」．第41回日本アルコール・薬物医学会．京都．2006. 7. 28.

(2) 和田　清、尾崎　茂、近藤あゆみ：薬物乱用・依存の現状－わが国独自型から欧米型への変化の中で、早急になすべきこと－．第14回日本精神科救急学会 プレ公開講座．広島．2006. 10. 17.

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、東京ダルク、埼玉ダルクの協力者に感謝いたします。

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, 福井　進:覚せい剤精神病の臨床症状--覚せい剤使用年数との関係--. アルコール研

究と薬物依存 25:143-158, 1990.

3) 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.

4) Wada, K., Fukui, S.: Demographic and SocialCharacteristics of Solvent Abuse Patients inJapan. The American Journal on Addictions 3:165-176, 1994.

5) 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.

6) Wada, K, Price, RK, Fukui, S: Cigarette smoking and solvent use among Japanese adolescents. Drug and Alcohol Dependence 46: 137-145, 1997.

7) 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.

8) 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.

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

10) 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.

11) 文部省大臣官房調査統計企画課：全国学校総覧2006年版．原書房．東京．2006.

12)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.

13)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.

14) 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.

15)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.

16) 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.

17)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.

18)和田　清：有機溶剤乱用と家族．精神保健研究 7: 13-17, 1994.

19)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.

20) 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.

21) 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.

22) 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.

23) 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.

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	8	2	25.0%	京都	4	3	75.0%
青森	3	3	100.0%	大阪	13	4	30.8%
岩手	3	3	100.0%	兵庫	9	9	100.0%
宮城	4	4	100.0%	奈良	3	1	33.3%
秋田	2	0	0.0%	和歌山	2	0	0.0%
山形	3	2	66.7%	鳥取	2	1	50.0%
福島	4	3	75.0%	島根	2	2	100.0%
茨城	5	4	80.0%	岡山	3	3	100.0%
栃木	3	3	100.0%	広島	4	3	75.0%
群馬	3	3	100.0%	山口	3	1	33.3%
埼玉	10	4	40.0%	徳島	2	2	100.0%
千葉	9	8	88.9%	香川	2	2	100.0%
東京	16	10	62.5%	愛媛	3	3	100.0%
神奈川	12	4	33.3%	高知	2	1	50.0%
新潟	4	4	100.0%	福岡	8	5	62.5%
富山	2	2	100.0%	佐賀	2	1	50.0%
石川	2	1	50.0%	長崎	3	2	66.7%
福井	2	1	50.0%	熊本	3	3	100.0%
山梨	2	2	100.0%	大分	2	1	50.0%
長野	4	2	50.0%	宮崎	3	1	33.3%
岐阜	3	2	66.7%	鹿児島	3	2	66.7%
静岡	6	5	83.3%	沖縄	3	3	100.0%
愛知	11	9	81.8%				
三重	3	2	66.7%				
滋賀	3	2	66.7%	全体	208	138	66.3%

表2　対象の内訳

	1年	2年	3年	合計
男性	9661 (51.2)	9234 (50.7)	9689 (50.1)	28584 (50.7)
女性	9197 (48.7)	8971 (49.2)	9626 (49.8)	27794 (49.3)
無回答	17 (.1)	13 (.1)	13 (.1)	43 (.1)
合計	18875 (100)	18218 (100)	19328 (100)	56421 (100)

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	9484 (98.2)	9086 (98.4)	9534 (98.4)	28104 (98.3)
	経験あり	92 (1.0)	91 (1.0)	106 (1.1)	289 (1.0)
	無回答	85 (.9)	57 (.6)	49 (.5)	191 (.7)
	合計	9661 (100)	9234 (100)	9689 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 1.012, df = 2, p = 0.603)
女性	経験なし	9084 (98.8)	8872 (98.9)	9508 (98.8)	27464 (98.8)
	経験あり	54 (.6)	59 (.7)	81 (.8)	194 (.7)
	無回答	59 (.6)	40 (.4)	37 (.4)	136 (.5)
	合計	9197 (100)	8971 (100)	9626 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 4.642, df = 2, p = 0.098)
全体	経験なし	18585 (98.5)	17970 (98.6)	19055 (98.6)	55610 (98.6)
	経験あり	146 (.8)	151 (.8)	187 (1.0)	484 (.9)
	無回答	144 (.8)	97 (.5)	86 (.4)	327 (.6)
	合計	18875 (100)	18218 (100)	19328 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 4.380, df = 2, p = 0.112)

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	9557 (98.9)	9128 (98.9)	9579 (98.9)	28264 (98.9)
	ある	58 (.6)	69 (.7)	79 (.8)	206 (.7)
	無回答	46 (.5)	37 (.4)	31 (.3)	114 (.4)
	合計	9661 (100)	9234 (100)	9689 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 3.228, df = 2, p = 0.199)
女性	ない	9129 (99.3)	8912 (99.3)	9539 (99.1)	27580 (99.2)
	ある	39 (.4)	43 (.5)	69 (.7)	151 (.5)
	無回答	29 (.3)	16 (.2)	18 (.2)	63 (.2)
	合計	9197 (100)	8971 (100)	9626 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 8.436, df = 2, p = 0.015)
全体	ない	18703 (99.1)	18053 (99.1)	19131 (99.0)	55887 (99.1)
	ある	97 (.5)	112 (.6)	148 (.8)	357 (.6)
	無回答	75 (.4)	53 (.3)	49 (.3)	177 (.3)
	合計	18875 (100)	18218 (100)	19328 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 9.703, df = 2, p = 0.008)

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	9301 (96.3)	8858 (95.9)	9213 (95.1)	27372 (95.8)
	ある	305 (3.2)	339 (3.7)	446 (4.6)	1090 (3.8)
	無回答	55 (.6)	37 (.4)	30 (.3)	122 (.4)
	合計	9661 (100)	9234 (100)	9689 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 27.967, df = 2, p = 0.000)
女性	ない	8825 (96.0)	8601 (95.9)	9201 (95.6)	26627 (95.8)
	ある	342 (3.7)	361 (4.0)	406 (4.2)	1109 (4.0)
	無回答	30 (.3)	9 (.1)	19 (.2)	58 (.2)
	合計	9197 (100)	8971 (100)	9626 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 3.029, df = 2, p = 0.220)
全体	ない	18140 (96.1)	17470 (95.9)	18426 (95.3)	54036 (95.8)
	ある	650 (3.4)	701 (3.8)	853 (4.4)	2204 (3.9)
	無回答	85 (.5)	47 (.3)	49 (.3)	181 (.3)
	合計	18875 (100)	18218 (100)	19328 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 23.811, df = 2, p = 0.000

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	9456 (97.9)	8970 (97.1)	9384 (96.9)	27810 (97.3)
	いる	133 (1.4)	206 (2.2)	259 (2.7)	598 (2.1)
	無回答	72 (.7)	58 (.6)	46 (.5)	176 (.6)
	合計	9661 (100)	9234 (100)	9689 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 40.650, df = 2, p = 0.000)
女性	いない	8971 (97.5)	8706 (97.0)	9307 (96.7)	26984 (97.1)
	いる	182 (2.0)	240 (2.7)	286 (3.0)	708 (2.5)
	無回答	44 (.5)	25 (.3)	33 (.3)	102 (.4)
	合計	9197 (100)	8971 (100)	9626 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 19.379, df = 2, p = 0.000)
全体	いない	18443 (97.7)	17688 (97.1)	18702 (96.8)	54833 (97.2)
	いる	316 (1.7)	446 (2.4)	546 (2.8)	1308 (2.3)
	無回答	116 (.6)	84 (.5)	80 (.4)	280 (.5)
	合計	18875 (100)	18218 (100)	19328 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 57.395, df = 2, p = 0.000)

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	9181 (95.0)	8730 (94.5)	9153 (94.5)	27064 (94.7)
	ある	82 (.8)	117 (1.3)	148 (1.5)	347 (1.2)
	無回答	398 (4.1)	387 (4.2)	388 (4.0)	1173 (4.1)
	合計	9661 (100)	9234 (100)	9689 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 18.841, df = 2, p = 0.000)
女性	ない	8679 (94.4)	8460 (94.3)	9014 (93.6)	26153 (94.1)
	ある	85 (.9)	87 (1.0)	119 (1.2)	291 (1.0)
	無回答	433 (4.7)	424 (4.7)	493 (5.1)	1350 (4.9)
	合計	9197 (100)	8971 (100)	9626 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 5.350, df = 2, p = 0.069)
全体	ない	17876 (94.7)	17202 (94.4)	18178 (94.1)	53256 (94.4)
	ある	168 (.9)	204 (1.1)	268 (1.4)	640 (1.1)
	無回答	831 (4.4)	812 (4.5)	882 (4.6)	2525 (4.5)
	合計	18875 (100)	18218 (100)	19328 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 21.221, df = 2, p = 0.000)

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	8918 (94.0)	8494 (93.5)	8995 (94.3)	26407 (94.0)
	見てみたい	424 (4.5)	470 (5.2)	403 (4.2)	1297 (4.6)
	試してみたい	47 (.5)	44 (.5)	61 (.6)	152 (.5)
	経験がある	3 (.0)	4 (.0)	5 (.1)	12 (.0)
	無回答	92 (1.0)	74 (.8)	70 (.7)	236 (.8)
	合計	9484 (100)	9086 (100)	9534 (100)	28104 (100)
					(χ^2 = 13.118, df = 6, p = 0.041)
女性	関心がない	8537 (94.0)	8195 (92.4)	8936 (94.0)	25668 (93.5)
	見てみたい	460 (5.1)	559 (6.3)	457 (4.8)	1476 (5.4)
	試してみたい	32 (.4)	63 (.7)	59 (.6)	154 (.6)
	経験がある	0 (.0)	1 (.0)	1 (.0)	2 (.0)
	無回答	55 (.6)	54 (.6)	55 (.6)	164 (.6)
	合計	9084 (100)	8872 (100)	9508 (100)	27464 (100)
					(χ^2 = 35.341, df = 6, p = 0.000)
全体	関心がない	17468 (94.0)	16701 (92.9)	17943 (94.2)	52112 (93.7)
	見てみたい	886 (4.8)	1029 (5.7)	861 (4.5)	2776 (5.0)
	試してみたい	80 (.4)	107 (.6)	120 (.6)	307 (.6)
	経験がある	3 (.0)	5 (.0)	6 (.0)	14 (.0)
	無回答	148 (.8)	128 (.7)	125 (.7)	401 (.7)
	合計	18585 (100)	17970 (100)	19055 (100)	55610 (100)
					(χ^2 = 40.167, df = 6, p = 0.000)

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	27324 (97.2)	173 (59.9)	111 (58.1)	27608 (96.6)
	法律で禁止されてはいるが少々なら構わない	388 (1.4)	44 (15.2)	3 (1.6)	435 (1.5)
	法律で禁止されてはいるが守る必要は全然ない	323 (1.1)	67 (23.2)	6 (3.1)	396 (1.4)
	無回答	69 (.2)	5 (1.7)	71 (37.2)	145 (.5)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 1433.523, df = 2, p = 0.000)
女性	法律で禁止されているからすべきではない	26871 (97.8)	115 (59.3)	84 (61.8)	27070 (97.4)
	法律で禁止されてはいるが少々なら構わない	364 (1.3)	34 (17.5)	4 (2.9)	402 (1.4)
	法律で禁止されてはいるが守る必要は全然ない	162 (.6)	45 (23.2)	6 (4.4)	213 (.8)
	無回答	67 (.2)	0 (.0)	42 (30.9)	109 (.4)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 1691.980, df = 2, p = 0.000)
全体	法律で禁止されているからすべきではない	54231 (97.5)	288 (59.5)	195 (59.6)	54714 (97.0)
	法律で禁止されてはいるが少々なら構わない	755 (1.4)	78 (16.1)	7 (2.1)	840 (1.5)
	法律で禁止されてはいるが守る必要は全然ない	487 (.9)	113 (23.3)	12 (3.7)	612 (1.1)
	無回答	137 (.2)	5 (1.0)	113 (34.6)	255 (.5)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 3064.003, df = 2, p = 0.000)

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？（法規制の必要性）

		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	26307 (93.6)	157 (54.3)	106 (55.5)	26570 (93.0)
	仕方のないことだと思う	1013 (3.6)	39 (13.5)	4 (2.1)	1056 (3.7)
	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	96 (.3)	28 (9.7)	2 (1.0)	126 (.4)
	法律で決める必要はなく個人の自由	621 (2.2)	61 (21.1)	10 (5.2)	692 (2.4)
	無回答	67 (.2)	4 (1.4)	69 (36.1)	140 (.5)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 1133.144, df = 3, p = 0.000)
女性	当然だと思う	25854 (94.1)	106 (54.6)	75 (55.1)	26035 (93.7)
	仕方のないことだと思う	1019 (3.7)	31 (16.0)	11 (8.1)	1061 (3.8)
	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)	14 (7.2)	1 (.7)	105 (.4)
	法律で決める必要はなく個人の自由	445 (1.6)	42 (21.6)	7 (5.1)	494 (1.8)
	無回答	56 (.2)	1 (.5)	42 (30.9)	99 (.4)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 792.859, df = 3, p = 0.000)
全体	当然だと思う	52195 (93.9)	263 (54.3)	181 (55.4)	52639 (93.3)
	仕方のないことだと思う	2036 (3.7)	71 (14.7)	15 (4.6)	2122 (3.8)
	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	186 (.3)	42 (8.7)	3 (.9)	231 (.4)
	法律で決める必要はなく個人の自由	1070 (1.9)	103 (21.3)	17 (5.2)	1190 (2.1)
	無回答	123 (.2)	5 (1.0)	111 (33.9)	239 (.4)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 1931.831, df = 3, p = 0.000)

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	27169 (96.7)	163 (56.4)	113 (59.2)	27445 (96.0)
	シンナー遊びをする気持ちが理解できる気がする	679 (2.4)	60 (20.8)	4 (2.1)	743 (2.6)
	親しみを感じる	94 (.3)	59 (20.4)	2 (1.0)	155 (.5)
	無回答	162 (.6)	7 (2.4)	72 (37.7)	241 (.8)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 2605.988, df = 2, p = 0.000)
女性	自分には無関係の人	26288 (95.7)	108 (55.7)	80 (58.8)	26476 (95.3)
	シンナー遊びをする気持ちが理解できる気がする	1003 (3.7)	43 (22.2)	12 (8.8)	1058 (3.8)
	親しみを感じる	44 (.2)	42 (21.6)	4 (2.9)	90 (.3)
	無回答	129 (.5)	1 (.5)	40 (29.4)	170 (.6)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 3069.292, df = 2, p = 0.000)
全体	自分には無関係の人	53495 (96.2)	272 (56.2)	193 (59.0)	53960 (95.6)
	シンナー遊びをする気持ちが理解できる気がする	1685 (3.0)	103 (21.3)	16 (4.9)	1804 (3.2)
	親しみを感じる	138 (.2)	101 (20.9)	6 (1.8)	245 (.4)
	無回答	292 (.5)	8 (1.7)	112 (34.3)	412 (.7)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 5430.040, df = 2, p = 0.000)

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	22808 (81.2)	129 (44.6)	85 (44.5)	23022 (80.5)
	シンナー遊びだけで決めたくない	5069 (18.0)	85 (29.4)	28 (14.7)	5182 (18.1)
	すでに親しい	102 (.4)	67 (23.2)	3 (1.6)	172 (.6)
	無回答	125 (.4)	8 (2.8)	75 (39.3)	208 (.7)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 2630.437, df = 2, p = 0.000)
女性	親しくなりたくない	21187 (77.1)	71 (36.6)	57 (41.9)	21315 (76.7)
	シンナー遊びだけで決めたくない	6088 (22.2)	67 (34.5)	31 (22.8)	6186 (22.3)
	すでに親しい	85 (.3)	55 (28.4)	5 (3.7)	145 (.5)
	無回答	104 (.4)	1 (.5)	43 (31.6)	148 (.5)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 3051.016, df = 2, p = 0.000)
全体	親しくなりたくない	44023 (79.2)	201 (41.5)	142 (43.4)	44366 (78.6)
	シンナー遊びだけで決めたくない	11170 (20.1)	152 (31.4)	59 (18.0)	11381 (20.2)
	すでに親しい	187 (.3)	122 (25.2)	8 (2.4)	317 (.6)
	無回答	230 (.4)	9 (1.9)	118 (36.1)	357 (.6)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 5583.951, df = 2, p = 0.000)

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	19565 (69.6)	148 (51.2)	121 (63.4)	19834 (69.4)	(χ^2 = 45.655, df = 1, p = 0.000)
	家庭に問題	14226 (50.6)	135 (46.7)	82 (42.9)	14443 (50.5)	(χ^2 = 1.746, df = 1, p = 0.000)
	学校に問題	8414 (29.9)	106 (36.7)	51 (26.7)	8571 (30.0)	(χ^2 = 6.186, df = 1, p = 0.013)
	社会に問題	10157 (36.1)	139 (48.1)	63 (33.0)	10359 (36.2)	(χ^2 = 17.692, df = 1, p = 0.000)
	無回答	400 (1.4)	14 (4.8)	11 (5.8)	425 (1.5)	
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)	
女性	本人に問題	17686 (64.4)	98 (50.5)	90 (66.2)	17874 (64.3)	(χ^2 = 16.171, df = 1, p = 0.000)
	家庭に問題	18504 (67.4)	107 (55.2)	84 (61.8)	18695 (67.3)	(χ^2 = 13.071, df = 1, p = 0.000)
	学校に問題	11714 (42.7)	89 (45.9)	62 (45.6)	11865 (42.7)	(χ^2 = 0.819, df = 1, p = 0.366)
	社会に問題	10727 (39.1)	88 (45.4)	50 (36.8)	10865 (39.1)	(χ^2 = 3.213, df = 1, p = 0.073)
	無回答	285 (1.0)	6 (3.1)	10 (7.4)	301 (1.1)	
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)	
全体	本人に問題	37277 (67.0)	246 (50.8)	211 (64.5)	37734 (66.9)	(χ^2 = 56.906, df = 1, p = 0.000)
	家庭に問題	32757 (58.9)	242 (50.0)	166 (50.8)	33165 (58.8)	(χ^2 = 15.709, df = 1, p = 0.000)
	学校に問題	20147 (36.2)	195 (40.3)	113 (34.6)	20455 (36.3)	(χ^2 = 3.422, df = 1, p = 0.064)
	社会に問題	20904 (37.6)	227 (46.9)	113 (34.6)	21244 (37.7)	(χ^2 = 17.714, df = 1, p = 0.000)
	無回答	687 (1.2)	21 (4.3)	21 (6.4)	729 (1.3)	
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)	

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	18056 (64.2)	187 (64.7)	83 (43.5)	18326 (64.1)
	知らない	10021 (35.7)	102 (35.3)	43 (22.5)	10166 (35.6)
	無回答	27 (.1)	0 (.0)	65 (34.0)	92 (.3)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 0.020, df = 1, p = 0.889)
女性	知っている	19366 (70.5)	121 (62.4)	65 (47.8)	19552 (70.3)
	知らない	8086 (29.4)	71 (36.6)	38 (27.9)	8195 (29.5)
	無回答	12 (.0)	2 (1.0)	33 (24.3)	47 (.2)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 5.189, df = 1, p = 0.023)
全体	知っている	37455 (67.4)	309 (63.8)	148 (45.3)	37912 (67.2)
	知らない	18116 (32.6)	173 (35.7)	81 (24.8)	18370 (32.6)
	無回答	39 (.1)	2 (.4)	98 (30.0)	139 (.2)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 2.356, df = 1, p = 0.125)

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	
		度数	列 %	度数	列 %	度数	列 %	度数	列 %
男性	知っている	20734	(73.8)	208	(72.0)	95	(49.7)	21037	(73.6)
	知らない	7352	(26.2)	79	(27.3)	31	(16.2)	7462	(26.1)
	無回答	18	(.1)	2	(.7)	65	(34.0)	85	(.3)
	合計	28104	(100)	289	(100)	191	(100)	28584	(100)
								(χ^2 = 0.268, df = 1, p = 0.605)	
女性	知っている	21146	(77.0)	141	(72.7)	75	(55.1)	21362	(76.9)
	知らない	6311	(23.0)	52	(26.8)	28	(20.6)	6391	(23.0)
	無回答	7	(.0)	1	(.5)	33	(24.3)	41	(.1)
	合計	27464	(100)	194	(100)	136	(100)	27794	(100)
								(χ^2 = 1.695, df = 1, p = 0.193)	
全体	知っている	41914	(75.4)	350	(72.3)	170	(52.0)	42434	(75.2)
	知らない	13671	(24.6)	131	(27.1)	59	(18.0)	13861	(24.6)
	無回答	25	(.0)	3	(.6)	98	(30.0)	126	(.2)
	合計	55610	(100)	484	(100)	327	(100)	56421	(100)
								(χ^2 = 1.791, df = 1, p =0.181)	

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	17153 (61.0)	172 (59.5)	117 (61.3)	17442 (61.0)
	知らない	10772 (38.3)	113 (39.1)	64 (33.5)	10949 (38.3)
	無回答	179 (.6)	4 (1.4)	10 (5.2)	193 (.7)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 0.137, df = 1, p = 0.711)
女性	知っている	18953 (69.0)	123 (63.4)	89 (65.4)	19165 (69.0)
	知らない	8417 (30.6)	68 (35.1)	41 (30.1)	8526 (30.7)
	無回答	94 (.3)	3 (1.5)	6 (4.4)	103 (.4)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 2.093, df = 1, p = 0.148)
全体	知っている	36136 (65.0)	296 (61.2)	206 (63.0)	36638 (64.9)
	知らない	19201 (34.5)	181 (37.4)	105 (32.1)	19487 (34.5)
	無回答	273 (.5)	7 (1.4)	16 (4.9)	296 (.5)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 2.200, df = 1, p = 0.138)

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	23507 (83.6)	208 (72.0)	149 (78.0)	23864 (83.5)
	知らない	4308 (15.3)	72 (24.9)	30 (15.7)	4410 (15.4)
	無回答	289 (1.0)	9 (3.1)	12 (6.3)	310 (1.1)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 22.029, df = 1, p = 0.000)
女性	知っている	24711 (90.0)	149 (76.8)	106 (77.9)	24966 (89.8)
	知らない	2617 (9.5)	39 (20.1)	23 (16.9)	2679 (9.6)
	無回答	136 (.5)	6 (3.1)	7 (5.1)	149 (.5)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 26.706, df = 1, p = 0.000)
全体	知っている	48255 (86.8)	358 (74.0)	255 (78.0)	48868 (86.6)
	知らない	6929 (12.5)	111 (22.9)	53 (16.2)	7093 (12.6)
	無回答	426 (.8)	15 (3.1)	19 (5.8)	460 (.8)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 51.960, 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	16269 (57.9)	178 (61.6)	93 (48.7)	16540 (57.9)
	知らない	11501 (40.9)	104 (36.0)	87 (45.5)	11692 (40.9)
	無回答	334 (1.2)	7 (2.4)	11 (5.8)	352 (1.2)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 2.368, df = 1, p = 0.124)
女性	知っている	17782 (64.7)	120 (61.9)	77 (56.6)	17979 (64.7)
	知らない	9488 (34.5)	70 (36.1)	49 (36.0)	9607 (34.6)
	無回答	194 (.7)	4 (2.1)	10 (7.4)	208 (.7)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 0.349, df = 1, p = 0.555)
全体	知っている	34076 (61.3)	299 (61.8)	170 (52.0)	34545 (61.2)
	知らない	21006 (37.8)	174 (36.0)	136 (41.6)	21316 (37.8)
	無回答	528 (.9)	11 (2.3)	21 (6.4)	560 (1.0)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 0.362, df = 1, p = 0.547)

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	17477 (62.2)	180 (62.3)	97 (50.8)	17754 (62.1)
	知らない	10343 (36.8)	101 (34.9)	81 (42.4)	10525 (36.8)
	無回答	284 (1.0)	8 (2.8)	13 (6.8)	305 (1.1)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 0.182, df = 1, p = 0.670)
女性	知っている	18739 (68.2)	131 (67.5)	77 (56.6)	18947 (68.2)
	知らない	8558 (31.2)	58 (29.9)	52 (38.2)	8668 (31.2)
	無回答	167 (.6)	5 (2.6)	7 (5.1)	179 (.6)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 0.038, df = 1, p =0.845)
全体	知っている	36248 (65.2)	312 (64.5)	174 (53.2)	36734 (65.1)
	知らない	18911 (34.0)	159 (32.9)	133 (40.7)	19203 (34.0)
	無回答	451 (.8)	13 (2.7)	20 (6.1)	484 (.9)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 0.057, df = 1, p = 0.811)

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	23119 (82.3)	201 (69.6)	138 (72.3)	23458 (82.1)
	いいえ	4909 (17.5)	86 (29.8)	51 (26.7)	5046 (17.7)
	無回答	76 (.3)	2 (.7)	2 (1.0)	80 (.3)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 30.311, df = 1, p = 0.000)
女性	はい	23149 (84.3)	98 (50.5)	97 (71.3)	23344 (84.0)
	いいえ	4256 (15.5)	96 (49.5)	38 (27.9)	4390 (15.8)
	無回答	59 (.2)	0 (.0)	1 (.7)	60 (.2)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 167.211, df = 1, p = 0.000)
全体	はい	46297 (83.3)	299 (61.8)	235 (71.9)	46831 (83.0)
	いいえ	9175 (16.5)	183 (37.8)	89 (27.2)	9447 (16.7)
	無回答	138 (.2)	2 (.4)	3 (.9)	143 (.3)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 157.522, df = 1, p = 0.000)

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	15509 (55.2)	125 (43.3)	95 (49.7)	15729 (55.0)
	いいえ	12456 (44.3)	162 (56.1)	96 (50.3)	12714 (44.5)
	無回答	139 (.5)	2 (.7)	0 (.0)	141 (.5)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
				(χ^2 = 16.290, df = 1, p = 0.000)	
女性	はい	14430 (52.5)	65 (33.5)	57 (41.9)	14552 (52.4)
	いいえ	12903 (47.0)	128 (66.0)	77 (56.6)	13108 (47.2)
	無回答	131 (.5)	1 (.5)	2 (1.5)	134 (.5)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
				(χ^2 = 28.088, df = 1, p = 0.000)	
全体	はい	29959 (53.9)	191 (39.5)	152 (46.5)	30302 (53.7)
	いいえ	25378 (45.6)	290 (59.9)	173 (52.9)	25841 (45.8)
	無回答	273 (.5)	3 (.6)	2 (.6)	278 (.5)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
				(χ^2 = 39.976, df = 1, p = 0.000)	

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	24328 (86.6)	211 (73.0)	154 (80.6)	24693 (86.4)
	時々食べる	2461 (8.8)	34 (11.8)	23 (12.0)	2518 (8.8)
	ほとんど食べない	1250 (4.4)	43 (14.9)	14 (7.3)	1307 (4.6)
	無回答	65 (.2)	1 (.3)	0 (.0)	66 (.2)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
				(χ^2 = 77.461, df = 2, p = 0.000)	
女性	ほとんど毎日食べている	23942 (87.2)	116 (59.8)	110 (80.9)	24168 (87.0)
	時々食べる	2446 (8.9)	28 (14.4)	18 (13.2)	2492 (9.0)
	ほとんど食べない	1009 (3.7)	50 (25.8)	8 (5.9)	1067 (3.8)
	無回答	67 (.2)	0 (.0)	0 (.0)	67 (.2)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
				(χ^2 = 268.247, df = 2, p = 0.000)	
全体	ほとんど毎日食べている	48303 (86.9)	327 (67.6)	264 (80.7)	48894 (86.7)
	時々食べる	4912 (8.8)	62 (12.8)	41 (12.5)	5015 (8.9)
	ほとんど食べない	2260 (4.1)	94 (19.4)	22 (6.7)	2376 (4.2)
	無回答	135 (.2)	1 (.2)	0 (.0)	136 (.2)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
				(χ^2 = 298.734, df = 2, p = 0.000)	

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	10998 (39.1)	86 (29.8)	74 (38.7)	11158 (39.0)
	どちらかといえば楽しい	12964 (46.1)	100 (34.6)	76 (39.8)	13140 (46.0)
	あまり楽しくない	3128 (11.1)	46 (15.9)	26 (13.6)	3200 (11.2)
	まったく楽しくない	955 (3.4)	55 (19.0)	14 (7.3)	1024 (3.6)
	無回答	59 (.2)	2 (.7)	1 (.5)	62 (.2)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
				(χ^2 = 218.122, df = 3, p = 0.000)	
女性	とても楽しい	11747 (42.8)	59 (30.4)	47 (34.6)	11853 (42.6)
	どちらかといえば楽しい	11881 (43.3)	65 (33.5)	56 (41.2)	12002 (43.2)
	あまり楽しくない	3029 (11.0)	22 (11.3)	16 (11.8)	3067 (11.0)
	まったく楽しくない	745 (2.7)	47 (24.2)	14 (10.3)	806 (2.9)
	無回答	62 (.2)	1 (.5)	3 (2.2)	66 (.2)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
				(χ^2 = 323.459, df = 3, p = 0.000)	
全体	とても楽しい	22762 (40.9)	145 (30.0)	121 (37.0)	23028 (40.8)
	どちらかといえば楽しい	24856 (44.7)	165 (34.1)	132 (40.4)	25153 (44.6)
	あまり楽しくない	6163 (11.1)	68 (14.0)	42 (12.8)	6273 (11.1)
	まったく楽しくない	1705 (3.1)	103 (21.3)	28 (8.6)	1836 (3.3)
	無回答	124 (.2)	3 (.6)	4 (1.2)	131 (.2)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
				(χ^2 = 526.020, df = 3, p = 0.000)	

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	19921 (70.9)	169 (58.5)	118 (61.8)	20208 (70.7)
	消極的に参加している	3184 (11.3)	52 (18.0)	29 (15.2)	3265 (11.4)
	参加していない	4793 (17.1)	63 (21.8)	42 (22.0)	4898 (17.1)
	無回答	206 (.7)	5 (1.7)	2 (1.0)	213 (.7)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
				(χ^2 = 21.314, df = 2, p = 0.000)	
女性	積極的に参加している	19511 (71.0)	86 (44.3)	87 (64.0)	19684 (70.8)
	消極的に参加している	3009 (11.0)	37 (19.1)	16 (11.8)	3062 (11.0)
	参加していない	4722 (17.2)	70 (36.1)	31 (22.8)	4823 (17.4)
	無回答	222 (.8)	1 (.5)	2 (1.5)	225 (.8)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
				(χ^2 = 70.386, df = 2, p = 0.000)	
全体	積極的に参加している	39458 (71.0)	255 (52.7)	205 (62.7)	39918 (70.8)
	消極的に参加している	6198 (11.1)	89 (18.4)	45 (13.8)	6332 (11.2)
	参加していない	9523 (17.1)	134 (27.7)	73 (22.3)	9730 (17.2)
	無回答	431 (.8)	6 (1.2)	4 (1.2)	441 (.8)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
				(χ^2 = 76.508, df = 2, p = 0.000)	

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	8296 (29.5)	72 (24.9)	58 (30.4)	8426 (29.5)
	５－６回	3150 (11.2)	31 (10.7)	20 (10.5)	3201 (11.2)
	４回前後	2942 (10.5)	27 (9.3)	20 (10.5)	2989 (10.5)
	３回前後	2726 (9.7)	24 (8.3)	8 (4.2)	2758 (9.6)
	２回前後	5133 (18.3)	40 (13.8)	31 (16.2)	5204 (18.2)
	ほとんど食べない	5474 (19.5)	89 (30.8)	49 (25.7)	5612 (19.6)
	無回答	383 (1.4)	6 (2.1)	5 (2.6)	394 (1.4)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 24.977, df = 5, p = 0.000)
女性	ほとんど毎日	8502 (31.0)	46 (23.7)	41 (30.1)	8589 (30.9)
	５－６回	2992 (10.9)	23 (11.9)	9 (6.6)	3024 (10.9)
	４回前後	2641 (9.6)	17 (8.8)	14 (10.3)	2672 (9.6)
	３回前後	2541 (9.3)	14 (7.2)	13 (9.6)	2568 (9.2)
	２回前後	5278 (19.2)	23 (11.9)	28 (20.6)	5329 (19.2)
	ほとんど食べない	5155 (18.8)	69 (35.6)	28 (20.6)	5252 (18.9)
	無回答	355 (1.3)	2 (1.0)	3 (2.2)	360 (1.3)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 38.567, df = 5, p = 0.000)
全体	ほとんど毎日	16809 (30.2)	119 (24.6)	99 (30.3)	17027 (30.2)
	５－６回	6148 (11.1)	54 (11.2)	29 (8.9)	6231 (11.0)
	４回前後	5584 (10.0)	44 (9.1)	34 (10.4)	5662 (10.0)
	３回前後	5272 (9.5)	38 (7.9)	21 (6.4)	5331 (9.4)
	２回前後	10417 (18.7)	63 (13.0)	59 (18.0)	10539 (18.7)
	ほとんど食べない	10637 (19.1)	158 (32.6)	77 (23.5)	10872 (19.3)
	無回答	743 (1.3)	8 (1.7)	8 (2.4)	759 (1.3)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 60.970, df = 5, p = 0.000)

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	16087 (57.2)	130 (45.0)	112 (58.6)	16329 (57.1)
	５－６回	3565 (12.7)	37 (12.8)	20 (10.5)	3622 (12.7)
	４回前後	2561 (9.1)	19 (6.6)	16 (8.4)	2596 (9.1)
	３回前後	1512 (5.4)	23 (8.0)	11 (5.8)	1546 (5.4)
	２回前後	1460 (5.2)	14 (4.8)	10 (5.2)	1484 (5.2)
	ほとんど食べない	1807 (6.4)	31 (10.7)	12 (6.3)	1850 (6.5)
	母親がいない	725 (2.6)	27 (9.3)	6 (3.1)	758 (2.7)
	無回答	387 (1.4)	8 (2.8)	4 (2.1)	399 (1.4)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 71.634, df = 6, p = 0.000)
女性	ほとんど毎日	17819 (64.9)	91 (46.9)	82 (60.3)	17992 (64.7)
	５－６回	2877 (10.5)	20 (10.3)	14 (10.3)	2911 (10.5)
	４回前後	1882 (6.9)	12 (6.2)	10 (7.4)	1904 (6.9)
	３回前後	1202 (4.4)	9 (4.6)	6 (4.4)	1217 (4.4)
	２回前後	1270 (4.6)	9 (4.6)	4 (2.9)	1283 (4.6)
	ほとんど食べない	1432 (5.2)	19 (9.8)	12 (8.8)	1463 (5.3)
	母親がいない	658 (2.4)	32 (16.5)	8 (5.9)	698 (2.5)
	無回答	324 (1.2)	2 (1.0)	0 (.0)	326 (1.2)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 170.713, df = 6, p = 0.000)
全体	ほとんど毎日	33927 (61.0)	221 (45.7)	194 (59.3)	34342 (60.9)
	５－６回	6446 (11.6)	57 (11.8)	34 (10.4)	6537 (11.6)
	４回前後	4446 (8.0)	31 (6.4)	26 (8.0)	4503 (8.0)
	３回前後	2717 (4.9)	32 (6.6)	17 (5.2)	2766 (4.9)
	２回前後	2731 (4.9)	23 (4.8)	14 (4.3)	2768 (4.9)
	ほとんど食べない	3244 (5.8)	50 (10.3)	24 (7.3)	3318 (5.9)
	母親がいない	1384 (2.5)	60 (12.4)	14 (4.3)	1458 (2.6)
	無回答	715 (1.3)	10 (2.1)	4 (1.2)	729 (1.3)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 224.256, df = 6, p = 0.000)

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	7317 (26.0)	66 (22.8)	43 (22.5)	7426 (26.0)
	５－６回	3213 (11.4)	32 (11.1)	23 (12.0)	3268 (11.4)
	４回前後	3235 (11.5)	30 (10.4)	19 (9.9)	3284 (11.5)
	３回前後	2704 (9.6)	19 (6.6)	15 (7.9)	2738 (9.6)
	２回前後	4398 (15.6)	41 (14.2)	30 (15.7)	4469 (15.6)
	ほとんど食べない	3287 (11.7)	38 (13.1)	29 (15.2)	3354 (11.7)
	父親がいない	3545 (12.6)	52 (18.0)	26 (13.6)	3623 (12.7)
	無回答	405 (1.4)	11 (3.8)	6 (3.1)	422 (1.5)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 11.800, df = 6, p = 0.067)
女性	ほとんど毎日	7010 (25.5)	39 (20.1)	23 (16.9)	7072 (25.4)
	５－６回	3066 (11.2)	21 (10.8)	9 (6.6)	3096 (11.1)
	４回前後	2836 (10.3)	13 (6.7)	18 (13.2)	2867 (10.3)
	３回前後	2525 (9.2)	13 (6.7)	12 (8.8)	2550 (9.2)
	２回前後	4435 (16.1)	22 (11.3)	23 (16.9)	4480 (16.1)
	ほとんど食べない	3280 (11.9)	36 (18.6)	17 (12.5)	3333 (12.0)
	父親がいない	3957 (14.4)	46 (23.7)	31 (22.8)	4034 (14.5)
	無回答	355 (1.3)	4 (2.1)	3 (2.2)	362 (1.3)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 27.516, df = 6, p = 0.000)
全体	ほとんど毎日	14340 (25.8)	105 (21.7)	66 (20.2)	14511 (25.7)
	５－６回	6284 (11.3)	53 (11.0)	32 (9.8)	6369 (11.3)
	４回前後	6073 (10.9)	43 (8.9)	37 (11.3)	6153 (10.9)
	３回前後	5232 (9.4)	32 (6.6)	27 (8.3)	5291 (9.4)
	２回前後	8839 (15.9)	63 (13.0)	53 (16.2)	8955 (15.9)
	ほとんど食べない	6573 (11.8)	74 (15.3)	46 (14.1)	6693 (11.9)
	父親がいない	7504 (13.5)	99 (20.5)	57 (17.4)	7660 (13.6)
	無回答	765 (1.4)	15 (3.1)	9 (2.8)	789 (1.4)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 33.966, df = 6, p = 0.000)

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	8852 (31.5)	89 (30.8)	51 (26.7)	8992 (31.5)
	１時間未満	5641 (20.1)	54 (18.7)	27 (14.1)	5722 (20.0)
	１時間以上２時間未満	5835 (20.8)	36 (12.5)	28 (14.7)	5899 (20.6)
	２時間以上３時間未満	3654 (13.0)	30 (10.4)	41 (21.5)	3725 (13.0)
	３時間以上	3949 (14.1)	76 (26.3)	36 (18.8)	4061 (14.2)
	無回答	173 (.6)	4 (1.4)	8 (4.2)	185 (.6)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 41.940, df = 4, p = 0.000)
女性	なし、あるいはほとんどなし	10627 (38.7)	51 (26.3)	37 (27.2)	10715 (38.6)
	１時間未満	4563 (16.6)	25 (12.9)	18 (13.2)	4606 (16.6)
	１時間以上２時間未満	4829 (17.6)	30 (15.5)	23 (16.9)	4882 (17.6)
	２時間以上３時間未満	3490 (12.7)	23 (11.9)	22 (16.2)	3535 (12.7)
	３時間以上	3780 (13.8)	60 (30.9)	33 (24.3)	3873 (13.9)
	無回答	175 (.6)	5 (2.6)	3 (2.2)	183 (.7)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 51.696, df = 4, p = 0.000)
全体	なし、あるいはほとんどなし	19489 (35.0)	140 (28.9)	88 (26.9)	19717 (34.9)
	１時間未満	10212 (18.4)	79 (16.3)	45 (13.8)	10336 (18.3)
	１時間以上２時間未満	10673 (19.2)	66 (13.6)	51 (15.6)	10790 (19.1)
	２時間以上３時間未満	7148 (12.9)	54 (11.2)	63 (19.3)	7265 (12.9)
	３時間以上	7735 (13.9)	136 (28.1)	69 (21.1)	7940 (14.1)
	無回答	353 (.6)	9 (1.9)	11 (3.4)	373 (.7)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 84.848, df = 4, p = 0.000)

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	2840 (10.1)	28 (9.7)	15 (7.9)	2883 (10.1)
	どちらかといえば相談する	6008 (21.4)	43 (14.9)	28 (14.7)	6079 (21.3)
	どちらかといえば相談しない	7411 (26.4)	64 (22.1)	41 (21.5)	7516 (26.3)
	ほとんど相談しない	11625 (41.4)	122 (42.2)	59 (30.9)	11806 (41.3)
	親がいない	121 (.4)	27 (9.3)	2 (1.0)	150 (.5)
	無回答	99 (.4)	5 (1.7)	46 (24.1)	150 (.5)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
				(χ^2 = 449.614, df = 4, p = 0.000)	
女性	よく相談する	5097 (18.6)	25 (12.9)	15 (11.0)	5137 (18.5)
	どちらかといえば相談する	7539 (27.5)	30 (15.5)	21 (15.4)	7590 (27.3)
	どちらかといえば相談しない	6122 (22.3)	31 (16.0)	37 (27.2)	6190 (22.3)
	ほとんど相談しない	8551 (31.1)	79 (40.7)	39 (28.7)	8669 (31.2)
	親がいない	108 (.4)	27 (13.9)	2 (1.5)	137 (.5)
	無回答	47 (.2)	2 (1.0)	22 (16.2)	71 (.3)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
				(χ^2 = 750.818, df = 4, p = 0.000)	
全体	よく相談する	7941 (14.3)	53 (11.0)	30 (9.2)	8024 (14.2)
	どちらかといえば相談する	13558 (24.4)	73 (15.1)	49 (15.0)	13680 (24.2)
	どちらかといえば相談しない	13537 (24.3)	95 (19.6)	78 (23.9)	13710 (24.3)
	ほとんど相談しない	20195 (36.3)	201 (41.5)	98 (30.0)	20494 (36.3)
	親がいない	230 (.4)	55 (11.4)	4 (1.2)	289 (.5)
	無回答	149 (.3)	7 (1.4)	68 (20.8)	224 (.4)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
				(χ^2 = 1174.715, df = 4, p = 0.000)	

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	27040 (96.2)	242 (83.7)	180 (94.2)	27462 (96.1)
	いない	999 (3.6)	45 (15.6)	9 (4.7)	1053 (3.7)
	無回答	65 (.2)	2 (.7)	2 (1.0)	69 (.2)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
				(χ^2 = 117.493, df = 1, p = 0.000)	
女性	いる	26528 (96.6)	155 (79.9)	120 (88.2)	26803 (96.4)
	いない	851 (3.1)	37 (19.1)	13 (9.6)	901 (3.2)
	無回答	85 (.3)	2 (1.0)	3 (2.2)	90 (.3)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
				(χ^2 = 159.789, df = 1, p = 0.000)	
全体	いる	53601 (96.4)	397 (82.0)	300 (91.7)	54298 (96.2)
	いない	1855 (3.3)	82 (16.9)	22 (6.7)	1959 (3.5)
	無回答	154 (.3)	5 (1.0)	5 (1.5)	164 (.3)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
				(χ^2 = 269.514, df = 1, p = 0.000)	

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	23438 (83.4)	202 (69.9)	161 (84.3)	23801 (83.3)
	いない	4515 (16.1)	85 (29.4)	29 (15.2)	4629 (16.2)
	無回答	151 (.5)	2 (.7)	1 (.5)	154 (.5)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
				(χ^2 = 37.771, df = 1, p = 0.000)	
女性	いる	24704 (90.0)	137 (70.6)	113 (83.1)	24954 (89.8)
	いない	2646 (9.6)	53 (27.3)	22 (16.2)	2721 (9.8)
	無回答	114 (.4)	4 (2.1)	1 (.7)	119 (.4)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
				(χ^2 = 70.861, df = 1, p = 0.000)	
全体	いる	48171 (86.6)	339 (70.0)	274 (83.8)	48784 (86.5)
	いない	7171 (12.9)	138 (28.5)	51 (15.6)	7360 (13.0)
	無回答	268 (.5)	7 (1.4)	2 (.6)	277 (.5)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
				(χ^2 = 106.035, df = 1, p = 0.000)	

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	8881 (91.9)	8120 (87.9)	8046 (83.0)	25047 (87.6)
	喫煙経験あり	697 (7.2)	1030 (11.2)	1568 (16.2)	3295 (11.5)
	無回答	83 (.9)	84 (.9)	75 (.8)	242 (.8)
	合計	9661 (100)	9234 (100)	9689 (100)	28584 (100)
				(χ^2 = 382.787, df = 2, p = 0.000)	
女性	喫煙経験なし	8653 (94.1)	8165 (91.0)	8462 (87.9)	25280 (91.0)
	喫煙経験あり	474 (5.2)	747 (8.3)	1102 (11.4)	2323 (8.4)
	無回答	70 (.8)	59 (.7)	62 (.6)	191 (.7)
	合計	9197 (100)	8971 (100)	9626 (100)	27794 (100)
				(χ^2 = 242.731, df = 2, p = 0.000)	
全体	喫煙経験なし	17549 (93.0)	16295 (89.4)	16516 (85.5)	50360 (89.3)
	喫煙経験あり	1173 (6.2)	1780 (9.8)	2675 (13.8)	5628 (10.0)
	無回答	153 (.8)	143 (.8)	137 (.7)	433 (.8)
	合計	18875 (100)	18218 (100)	19328 (100)	56421 (100)
				(χ^2 = 618.389, df = 2, p = 0.000)	

表33　喫煙の１年経験率

		1年	2年	3年	合計
男性	経験なし	9378 (97.1)	8777 (95.1)	8941 (92.3)	27096 (94.8)
	経験あり	243 (2.5)	405 (4.4)	709 (7.3)	1357 (4.7)
	無回答	40 (.4)	52 (.6)	39 (.4)	131 (.5)
	合計	9661 (100)	9234 (100)	9689 (100)	28584 (100)
				(χ^2 = 250.420, df = 2, p = 0.000)	
女性	経験なし	9017 (98.0)	8650 (96.4)	9089 (94.4)	26756 (96.3)
	経験あり	147 (1.6)	292 (3.3)	503 (5.2)	942 (3.4)
	無回答	33 (.4)	29 (.3)	34 (.4)	96 (.3)
	合計	9197 (100)	8971 (100)	9626 (100)	27794 (100)
				(χ^2 = 189.731, df = 2, p = 0.000)	
全体	経験なし	18412 (97.5)	17439 (95.7)	18038 (93.3)	53889 (95.5)
	経験あり	390 (2.1)	698 (3.8)	1217 (6.3)	2305 (4.1)
	無回答	73 (.4)	81 (.4)	73 (.4)	227 (.4)
	合計	18875 (100)	18218 (100)	19328 (100)	56421 (100)
				(χ^2 = 440.405, df = 2, p = 0.000)	

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	23105 (92.2)	1961 (59.5)	171 (70.7)	25237 (88.3)
	法律で禁じられてはいるが少々なら構わない	1260 (5.0)	918 (27.9)	18 (7.4)	2196 (7.7)
	法律で禁じられてはいるが全然構わない	586 (2.3)	398 (12.1)	5 (2.1)	989 (3.5)
	無回答	96 (.4)	18 (.5)	48 (19.8)	162 (.6)
	合計	25047 (100)	3295 (100)	242 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 3127.202, df = 2, p = 0.000)
女性	法律で禁じられているから吸うべきではない	23511 (93.0)	1337 (57.6)	141 (73.8)	24989 (89.9)
	法律で禁じられてはいるが少々なら構わない	1396 (5.5)	710 (30.6)	19 (9.9)	2125 (7.6)
	法律で禁じられてはいるが全然構わない	311 (1.2)	260 (11.2)	9 (4.7)	580 (2.1)
	無回答	62 (.2)	16 (.7)	22 (11.5)	100 (.4)
	合計	25280 (100)	2323 (100)	191 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 3077.650, df = 2, p = 0.000)
全体	法律で禁じられているから吸うべきではない	46644 (92.6)	3302 (58.7)	312 (72.1)	50258 (89.1)
	法律で禁じられてはいるが少々なら構わない	2659 (5.3)	1631 (29.0)	37 (8.5)	4327 (7.7)
	法律で禁じられてはいるが全然構わない	898 (1.8)	661 (11.7)	14 (3.2)	1573 (2.8)
	無回答	159 (.3)	34 (.6)	70 (16.2)	263 (.5)
	合計	50360 (100)	5628 (100)	433 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 6183.359, df = 2, p = 0.000)

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	19764 (78.9)	1368 (41.5)	144 (59.5)	21276 (74.4)
	仕方のないことだと思う	3823 (15.3)	1151 (34.9)	38 (15.7)	5012 (17.5)
	成人が吸えて未成年者が吸えないのはおかしい	222 (.9)	212 (6.4)	5 (2.1)	439 (1.5)
	法律で決める必要はなく個人の自由	1129 (4.5)	544 (16.5)	10 (4.1)	1683 (5.9)
	無回答	109 (.4)	20 (.6)	45 (18.6)	174 (.6)
	合計	25047 (100)	3295 (100)	242 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 2487.028, df = 3, p 0.000)
女性	当然だと思う	20051 (79.3)	875 (37.7)	112 (58.6)	21038 (75.7)
	仕方のないことだと思う	4029 (15.9)	858 (36.9)	36 (18.8)	4923 (17.7)
	成人が吸えて未成年者が吸えないのはおかしい	229 (.9)	146 (6.3)	6 (3.1)	381 (1.4)
	法律で決める必要はなく個人の自由	886 (3.5)	437 (18.8)	15 (7.9)	1338 (4.8)
	無回答	85 (.3)	7 (.3)	22 (11.5)	114 (.4)
	合計	25280 (100)	2323 (100)	191 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 2509.048, df = 3, p = 0.000)
全体	当然だと思う	39836 (79.1)	2245 (39.9)	256 (59.1)	42337 (75.0)
	仕方のないことだと思う	7857 (15.6)	2014 (35.8)	74 (17.1)	9945 (17.6)
	成人が吸えて未成年者が吸えないのはおかしい	453 (.9)	358 (6.4)	11 (2.5)	822 (1.5)
	法律で決める必要はなく個人の自由	2020 (4.0)	984 (17.5)	25 (5.8)	3029 (5.4)
	無回答	194 (.4)	27 (.5)	67 (15.5)	288 (.5)
	合計	50360 (100)	5628 (100)	433 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 4964.158, df = 3, p = 0.000)

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	21608 (86.3)	2245 (68.1)	164 (67.8)	24017 (84.0)
	害もあるが良い面もある	2252 (9.0)	740 (22.5)	19 (7.9)	3011 (10.5)
	害よりも良い面の方が多い	206 (.8)	142 (4.3)	4 (1.7)	352 (1.2)
	無回答	981 (3.9)	168 (5.1)	55 (22.7)	1204 (4.2)
	合計	25047 (100)	3295 (100)	242 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 910.652, df = 2, p = 0.000)
女性	害ばかりで良い面はない	22754 (90.0)	1573 (67.7)	142 (74.3)	24469 (88.0)
	害もあるが良い面もある	1836 (7.3)	572 (24.6)	17 (8.9)	2425 (8.7)
	害よりも良い面の方が多い	104 (.4)	69 (3.0)	2 (1.0)	175 (.6)
	無回答	586 (2.3)	109 (4.7)	30 (15.7)	725 (2.6)
	合計	25280 (100)	2323 (100)	191 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 1098.347, df = 2, p = 0.000)
全体	害ばかりで良い面はない	44387 (88.1)	3824 (67.9)	306 (70.7)	48517 (86.0)
	害もあるが良い面もある	4093 (8.1)	1315 (23.4)	36 (8.3)	5444 (9.6)
	害よりも良い面の方が多い	310 (.6)	212 (3.8)	6 (1.4)	528 (.9)
	無回答	1570 (3.1)	277 (4.9)	85 (19.6)	1932 (3.4)
	合計	50360 (100)	5628 (100)	433 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 2024.350, df = 2, p = 0.000)

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	20943 (83.6)	2328 (70.7)	187 (77.3)	23458 (82.1)
	いいえ	4035 (16.1)	956 (29.0)	55 (22.7)	5046 (17.7)
	無回答	69 (.3)	11 (.3)	0 (.0)	80 (.3)
	合計	25047 (100)	3295 (100)	242 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 335.077, df = 1, p = 0.000)
女性	はい	21552 (85.3)	1628 (70.1)	164 (85.9)	23344 (84.0)
	いいえ	3675 (14.5)	688 (29.6)	27 (14.1)	4390 (15.8)
	無回答	53 (.2)	7 (.3)	0 (.0)	60 (.2)
	合計	25280 (100)	2323 (100)	191 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 364.663, df = 1, p = 0.000)
全体	はい	42519 (84.4)	3961 (70.4)	351 (81.1)	46831 (83.0)
	いいえ	7718 (15.3)	1647 (29.3)	82 (18.9)	9447 (16.7)
	無回答	123 (.2)	20 (.4)	0 (.0)	143 (.3)
	合計	50360 (100)	5628 (100)	433 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 708.997, df = 1, p = 0.000)

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	14240 (56.9)	1363 (41.4)	126 (52.1)	15729 (55.0)
	いいえ	10683 (42.7)	1916 (58.1)	115 (47.5)	12714 (44.5)
	無回答	124 (.5)	16 (.5)	1 (.4)	141 (.5)
	合計	25047 (100)	3295 (100)	242 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 284.163, df = 1, p = 0.000)
女性	はい	13709 (54.2)	754 (32.5)	89 (46.6)	14552 (52.4)
	いいえ	11456 (45.3)	1552 (66.8)	100 (52.4)	13108 (47.2)
	無回答	115 (.5)	17 (.7)	2 (1.0)	134 (.5)
	合計	25280 (100)	2323 (100)	191 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 401.924, df = 1, p = 0.000)
全体	はい	27966 (55.5)	2121 (37.7)	215 (49.7)	30302 (53.7)
	いいえ	22154 (44.0)	3472 (61.7)	215 (49.7)	25841 (45.8)
	無回答	240 (.5)	35 (.6)	3 (.7)	278 (.5)
	合計	50360 (100)	5628 (100)	433 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 647.259, df = 1, p = 0.000)

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	22142 (88.4)	2359 (71.6)	192 (79.3)	24693 (86.4)
	時々食べる	1962 (7.8)	525 (15.9)	31 (12.8)	2518 (8.8)
	ほとんど食べない	888 (3.5)	401 (12.2)	18 (7.4)	1307 (4.6)
	無回答	55 (.2)	10 (.3)	1 (.4)	66 (.2)
	合計	25047 (100)	3295 (100)	242 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 789.649, df = 2, p = 0.000)
女性	ほとんど毎日食べている	22455 (88.8)	1556 (67.0)	157 (82.2)	24168 (87.0)
	時々食べる	1992 (7.9)	482 (20.7)	18 (9.4)	2492 (9.0)
	ほとんど食べない	779 (3.1)	273 (11.8)	15 (7.9)	1067 (3.8)
	無回答	54 (.2)	12 (.5)	1 (.5)	67 (.2)
	合計	25280 (100)	2323 (100)	191 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 931.821, df = 2, p = 0.000)
全体	ほとんど毎日食べている	44624 (88.6)	3921 (69.7)	349 (80.6)	48894 (86.7)
	時々食べる	3959 (7.9)	1007 (17.9)	49 (11.3)	5015 (8.9)
	ほとんど食べない	1667 (3.3)	676 (12.0)	33 (7.6)	2376 (4.2)
	無回答	110 (.2)	24 (.4)	2 (.5)	136 (.2)
	合計	50360 (100)	5628 (100)	433 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 1702.427, df = 2, p = 0.000)

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	10012 (40.0)	1068 (32.4)	78 (32.2)	11158 (39.0)
	どちらかといえば楽しい	11593 (46.3)	1421 (43.1)	126 (52.1)	13140 (46.0)
	あまり楽しくない	2655 (10.6)	527 (16.0)	18 (7.4)	3200 (11.2)
	まったく楽しくない	739 (3.0)	269 (8.2)	16 (6.6)	1024 (3.6)
	無回答	48 (.2)	10 (.3)	4 (1.7)	62 (.2)
	合計	25047 (100)	3295 (100)	242 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 347.190, df = 3, p = 0.000)
女性	とても楽しい	11073 (43.8)	705 (30.3)	75 (39.3)	11853 (42.6)
	どちらかといえば楽しい	10937 (43.3)	990 (42.6)	75 (39.3)	12002 (43.2)
	あまり楽しくない	2615 (10.3)	427 (18.4)	25 (13.1)	3067 (11.0)
	まったく楽しくない	602 (2.4)	193 (8.3)	11 (5.8)	806 (2.9)
	無回答	53 (.2)	8 (.3)	5 (2.6)	66 (.2)
	合計	25280 (100)	2323 (100)	191 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 475.161, df = 3, p = 0.000)
全体	とても楽しい	21097 (41.9)	1778 (31.6)	153 (35.3)	23028 (40.8)
	どちらかといえば楽しい	22539 (44.8)	2413 (42.9)	201 (46.4)	25153 (44.6)
	あまり楽しくない	5276 (10.5)	954 (17.0)	43 (9.9)	6273 (11.1)
	まったく楽しくない	1346 (2.7)	463 (8.2)	27 (6.2)	1836 (3.3)
	無回答	102 (.2)	20 (.4)	9 (2.1)	131 (.2)
	合計	50360 (100)	5628 (100)	433 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 810.444, df = 3, p = 0.000)

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	18129 (72.4)	1921 (58.3)	158 (65.3)	20208 (70.7)
	消極的に参加している	2699 (10.8)	532 (16.1)	34 (14.0)	3265 (11.4)
	参加していない	4035 (16.1)	817 (24.8)	46 (19.0)	4898 (17.1)
	無回答	184 (.7)	25 (.8)	4 (1.7)	213 (.7)
	合計	25047 (100)	3295 (100)	242 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 283.619, df = 2, p = 0.000)
女性	積極的に参加している	18363 (72.6)	1186 (51.1)	135 (70.7)	19684 (70.8)
	消極的に参加している	2660 (10.5)	388 (16.7)	14 (7.3)	3062 (11.0)
	参加していない	4056 (16.0)	729 (31.4)	38 (19.9)	4823 (17.4)
	無回答	201 (.8)	20 (.9)	4 (2.1)	225 (.8)
	合計	25280 (100)	2323 (100)	191 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 502.521, df = 2, p = 0.000)
全体	積極的に参加している	36512 (72.5)	3113 (55.3)	293 (67.7)	39918 (70.8)
	消極的に参加している	5364 (10.7)	920 (16.3)	48 (11.1)	6332 (11.2)
	参加していない	8098 (16.1)	1548 (27.5)	84 (19.4)	9730 (17.2)
	無回答	386 (.8)	47 (.8)	8 (1.8)	441 (.8)
	合計	50360 (100)	5628 (100)	433 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 741.600, df = 2, p = 0.000)

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	7465 (29.8)	886 (26.9)	75 (31.0)	8426 (29.5)
	5－6回	2858 (11.4)	319 (9.7)	24 (9.9)	3201 (11.2)
	4回前後	2642 (10.5)	314 (9.5)	33 (13.6)	2989 (10.5)
	3回前後	2452 (9.8)	285 (8.6)	21 (8.7)	2758 (9.6)
	2回前後	4685 (18.7)	480 (14.6)	39 (16.1)	5204 (18.2)
	ほとんど食べない	4597 (18.4)	967 (29.3)	48 (19.8)	5612 (19.6)
	無回答	348 (1.4)	44 (1.3)	2 (.8)	394 (1.4)
	合計	25047 (100)	3295 (100)	242 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 229.515, df = 5, p = 0.000)
女性	ほとんど毎日	7950 (31.4)	588 (25.3)	51 (26.7)	8589 (30.9)
	5－6回	2794 (11.1)	212 (9.1)	18 (9.4)	3024 (10.9)
	4回前後	2461 (9.7)	192 (8.3)	19 (9.9)	2672 (9.6)
	3回前後	2374 (9.4)	178 (7.7)	16 (8.4)	2568 (9.2)
	2回前後	4929 (19.5)	360 (15.5)	40 (20.9)	5329 (19.2)
	ほとんど食べない	4439 (17.6)	772 (33.2)	41 (21.5)	5252 (18.9)
	無回答	333 (1.3)	21 (.9)	6 (3.1)	360 (1.3)
	合計	25280 (100)	2323 (100)	191 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 338.199, df = 5, p = 0.000)
全体	ほとんど毎日	15423 (30.6)	1478 (26.3)	126 (29.1)	17027 (30.2)
	5－6回	5657 (11.2)	532 (9.5)	42 (9.7)	6231 (11.0)
	4回前後	5104 (10.1)	506 (9.0)	52 (12.0)	5662 (10.0)
	3回前後	4831 (9.6)	463 (8.2)	37 (8.5)	5331 (9.4)
	2回前後	9618 (19.1)	842 (15.0)	79 (18.2)	10539 (18.7)
	ほとんど食べない	9042 (18.0)	1741 (30.9)	89 (20.6)	10872 (19.3)
	無回答	685 (1.4)	66 (1.2)	8 (1.8)	759 (1.3)
	合計	50360 (100)	5628 (100)	433 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 551.428, df = 5, p = 0.000)

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	14739 (58.8)	1462 (44.4)	128 (52.9)	16329 (57.1)
	５－６回	3163 (12.6)	433 (13.1)	26 (10.7)	3622 (12.7)
	４回前後	2223 (8.9)	350 (10.6)	23 (9.5)	2596 (9.1)
	３回前後	1301 (5.2)	227 (6.9)	18 (7.4)	1546 (5.4)
	２回前後	1255 (5.0)	213 (6.5)	16 (6.6)	1484 (5.2)
	ほとんど食べない	1460 (5.8)	376 (11.4)	14 (5.8)	1850 (6.5)
	母親がいない	558 (2.2)	185 (5.6)	15 (6.2)	758 (2.7)
	無回答	348 (1.4)	49 (1.5)	2 (.8)	399 (1.4)
	合計	25047 (100)	3295 (100)	242 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 412.314, df = 6, p = 0.000)
女性	ほとんど毎日	16795 (66.4)	1077 (46.4)	120 (62.8)	17992 (64.7)
	５－６回	2633 (10.4)	261 (11.2)	17 (8.9)	2911 (10.5)
	４回前後	1676 (6.6)	214 (9.2)	14 (7.3)	1904 (6.9)
	３回前後	1062 (4.2)	147 (6.3)	8 (4.2)	1217 (4.4)
	２回前後	1106 (4.4)	164 (7.1)	13 (6.8)	1283 (4.6)
	ほとんど食べない	1176 (4.7)	277 (11.9)	10 (5.2)	1463 (5.3)
	母親がいない	534 (2.1)	160 (6.9)	4 (2.1)	698 (2.5)
	無回答	298 (1.2)	23 (1.0)	5 (2.6)	326 (1.2)
	合計	25280 (100)	2323 (100)	191 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 615.526, df = 6, p = 0.000)
全体	ほとんど毎日	31551 (62.7)	2543 (45.2)	248 (57.3)	34342 (60.9)
	５－６回	5799 (11.5)	695 (12.3)	43 (9.9)	6537 (11.6)
	４回前後	3902 (7.7)	564 (10.0)	37 (8.5)	4503 (8.0)
	３回前後	2365 (4.7)	375 (6.7)	26 (6.0)	2766 (4.9)
	２回前後	2361 (4.7)	378 (6.7)	29 (6.7)	2768 (4.9)
	ほとんど食べない	2640 (5.2)	654 (11.6)	24 (5.5)	3318 (5.9)
	母親がいない	1093 (2.2)	346 (6.1)	19 (4.4)	1458 (2.6)
	無回答	649 (1.3)	73 (1.3)	7 (1.6)	729 (1.3)
	合計	50360 (100)	5628 (100)	433 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 1033.716, df = 6, p = 0.000)

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	6611 (26.4)	757 (23.0)	58 (24.0)	7426 (26.0)
	５－６回	2911 (11.6)	329 (10.0)	28 (11.6)	3268 (11.4)
	４回前後	2928 (11.7)	318 (9.7)	38 (15.7)	3284 (11.5)
	３回前後	2446 (9.8)	275 (8.3)	17 (7.0)	2738 (9.6)
	２回前後	4010 (16.0)	424 (12.9)	35 (14.5)	4469 (15.6)
	ほとんど食べない	2767 (11.0)	557 (16.9)	30 (12.4)	3354 (11.7)
	父親がいない	3007 (12.0)	584 (17.7)	32 (13.2)	3623 (12.7)
	無回答	367 (1.5)	51 (1.5)	4 (1.7)	422 (1.5)
	合計	25047 (100)	3295 (100)	242 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 215.456, df = 6, p = 0.000)
女性	ほとんど毎日	6588 (26.1)	451 (19.4)	33 (17.3)	7072 (25.4)
	５－６回	2886 (11.4)	189 (8.1)	21 (11.0)	3096 (11.1)
	４回前後	2653 (10.5)	192 (8.3)	22 (11.5)	2867 (10.3)
	３回前後	2383 (9.4)	150 (6.5)	17 (8.9)	2550 (9.2)
	２回前後	4166 (16.5)	286 (12.3)	28 (14.7)	4480 (16.1)
	ほとんど食べない	2862 (11.3)	447 (19.2)	24 (12.6)	3333 (12.0)
	父親がいない	3410 (13.5)	584 (25.1)	40 (20.9)	4034 (14.5)
	無回答	332 (1.3)	24 (1.0)	6 (3.1)	362 (1.3)
	合計	25280 (100)	2323 (100)	191 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 420.940, df = 6, p = 0.000)
全体	ほとんど毎日	13208 (26.2)	1212 (21.5)	91 (21.0)	14511 (25.7)
	５－６回	5801 (11.5)	519 (9.2)	49 (11.3)	6369 (11.3)
	４回前後	5583 (11.1)	510 (9.1)	60 (13.9)	6153 (10.9)
	３回前後	4831 (9.6)	426 (7.6)	34 (7.9)	5291 (9.4)
	２回前後	8181 (16.2)	711 (12.6)	63 (14.5)	8955 (15.9)
	ほとんど食べない	5634 (11.2)	1005 (17.9)	54 (12.5)	6693 (11.9)
	父親がいない	6419 (12.7)	1169 (20.8)	72 (16.6)	7660 (13.6)
	無回答	703 (1.4)	76 (1.4)	10 (2.3)	789 (1.4)
	合計	50360 (100)	5628 (100)	433 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 579.897, df = 6, p = 0.000)

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	8114 (32.4)	807 (24.5)	71 (29.3)	8992 (31.5)
	1時間未満	5143 (20.5)	545 (16.5)	34 (14.0)	5722 (20.0)
	1時間以上2時間未満	5275 (21.1)	583 (17.7)	41 (16.9)	5899 (20.6)
	2時間以上3時間未満	3182 (12.7)	496 (15.1)	47 (19.4)	3725 (13.0)
	3時間以上	3186 (12.7)	829 (25.2)	46 (19.0)	4061 (14.2)
	無回答	147 (.6)	35 (1.1)	3 (1.2)	185 (.6)
	合計	25047 (100)	3295 (100)	242 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 428.848, df = 4, p = 0.000)
女性	なし、あるいはほとんどなし	10038 (39.7)	617 (26.6)	60 (31.4)	10715 (38.6)
	1時間未満	4294 (17.0)	285 (12.3)	27 (14.1)	4606 (16.6)
	1時間以上2時間未満	4477 (17.7)	368 (15.8)	37 (19.4)	4882 (17.6)
	2時間以上3時間未満	3149 (12.5)	356 (15.3)	30 (15.7)	3535 (12.7)
	3時間以上	3162 (12.5)	677 (29.1)	34 (17.8)	3873 (13.9)
	無回答	160 (.6)	20 (.9)	3 (1.6)	183 (.7)
	合計	25280 (100)	2323 (100)	191 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 566.212, df = 4, p = 0.000)
全体	なし、あるいはほとんどなし	18162 (36.1)	1424 (25.3)	131 (30.3)	19717 (34.9)
	1時間未満	9444 (18.8)	831 (14.8)	61 (14.1)	10336 (18.3)
	1時間以上2時間未満	9759 (19.4)	953 (16.9)	78 (18.0)	10790 (19.1)
	2時間以上3時間未満	6333 (12.6)	855 (15.2)	77 (17.8)	7265 (12.9)
	3時間以上	6351 (12.6)	1509 (26.8)	80 (18.5)	7940 (14.1)
	無回答	311 (.6)	56 (1.0)	6 (1.4)	373 (.7)
	合計	50360 (100)	5628 (100)	433 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 984.421, 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	2665 (10.6)	204 (6.2)	14 (5.8)	2883 (10.1)
	どちらかといえば相談する	5614 (22.4)	423 (12.8)	42 (17.4)	6079 (21.3)
	どちらかといえば相談しない	6583 (26.3)	868 (26.3)	65 (26.9)	7516 (26.3)
	ほとんど相談しない	10013 (40.0)	1716 (52.1)	77 (31.8)	11806 (41.3)
	親がいない	83 (.3)	65 (2.0)	2 (.8)	150 (.5)
	無回答	89 (.4)	19 (.6)	42 (17.4)	150 (.5)
	合計	25047 (100)	3295 (100)	242 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 436.309, df = 4, p = 0.000)
女性	よく相談する	4832 (19.1)	274 (11.8)	31 (16.2)	5137 (18.5)
	どちらかといえば相談する	7077 (28.0)	477 (20.5)	36 (18.8)	7590 (27.3)
	どちらかといえば相談しない	5621 (22.2)	519 (22.3)	50 (26.2)	6190 (22.3)
	ほとんど相談しない	7630 (30.2)	987 (42.5)	52 (27.2)	8669 (31.2)
	親がいない	80 (.3)	57 (2.5)	0 (.0)	137 (.5)
	無回答	40 (.2)	9 (.4)	22 (11.5)	71 (.3)
	合計	25280 (100)	2323 (100)	191 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 404.665, df = 4, p = 0.000)
全体	よく相談する	7501 (14.9)	478 (8.5)	45 (10.4)	8024 (14.2)
	どちらかといえば相談する	12699 (25.2)	903 (16.0)	78 (18.0)	13680 (24.2)
	どちらかといえば相談しない	12207 (24.2)	1388 (24.7)	115 (26.6)	13710 (24.3)
	ほとんど相談しない	17658 (35.1)	2707 (48.1)	129 (29.8)	20494 (36.3)
	親がいない	164 (.3)	123 (2.2)	2 (.5)	289 (.5)
	無回答	131 (.3)	29 (.5)	64 (14.8)	224 (.4)
	合計	50360 (100)	5628 (100)	433 (100)	56121 (100)
					(χ^2 = 901.103, df = 4, p = 0.000)

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	24138 (96.4)	3091 (93.8)	233 (96.3)	27462 (96.1)
	いない	849 (3.4)	196 (5.9)	8 (3.3)	1053 (3.7)
	無回答	60 (.2)	8 (.2)	1 (.4)	69 (.2)
	合計	25047 (100)	3295 (100)	242 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 53.699, df = 1, p = 0.000)
女性	いる	24450 (96.7)	2175 (93.6)	178 (93.2)	26803 (96.4)
	いない	751 (3.0)	139 (6.0)	11 (5.8)	901 (3.2)
	無回答	79 (.3)	9 (.4)	2 (1.0)	90 (.3)
	合計	25280 (100)	2323 (100)	191 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 62.038, df = 1, p = 0.000)
全体	いる	48614 (96.5)	5273 (93.7)	411 (94.9)	54298 (96.2)
	いない	1604 (3.2)	336 (6.0)	19 (4.4)	1959 (3.5)
	無回答	142 (.3)	19 (.3)	3 (.7)	164 (.3)
	合計	50360 (100)	5628 (100)	433 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 117.617, df = 1, p = 0.000)

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	20918 (83.5)	2675 (81.2)	208 (86.0)	23801 (83.3)
	いない	3994 (15.9)	607 (18.4)	28 (11.6)	4629 (16.2)
	無回答	135 (.5)	13 (.4)	6 (2.5)	154 (.5)
	合計	25047 (100)	3295 (100)	242 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 12.876, df = 1, p = 0.000)
女性	いる	22791 (90.2)	1998 (86.0)	165 (86.4)	24954 (89.8)
	いない	2387 (9.4)	313 (13.5)	21 (11.0)	2721 (9.8)
	無回答	102 (.4)	12 (.5)	5 (2.6)	119 (.4)
	合計	25280 (100)	2323 (100)	191 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 35.459, df = 1, p = 0.000)
全体	いる	43732 (86.8)	4679 (83.1)	373 (86.1)	48784 (86.5)
	いない	6389 (12.7)	922 (16.4)	49 (11.3)	7360 (13.0)
	無回答	239 (.5)	27 (.5)	11 (2.5)	277 (.5)
	合計	50360 (100)	5628 (100)	433 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 60.971, df = 1, p = 0.000)

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	5279 (54.6)	4447 (48.2)	4116 (42.5)	13842 (48.4) (χ^2 = 286.849, df = 2, p = 0.000)
冠婚葬祭	2534 (26.2)	2831 (30.7)	3217 (33.2)	8582 (30.0) (χ^2 = 114.584, df = 2, p = 0.000)
家族と食事などで	2103 (21.8)	2303 (24.9)	2736 (28.2)	7142 (25.0) (χ^2 = 108.066, df = 2, p = 0.000)
クラス会、打ち上げなど	288 (3.0)	367 (4.0)	633 (6.5)	1288 (4.5) (χ^2 = 150.807, df = 2, p = 0.000)
カラオケ、居酒屋など	145 (1.5)	170 (1.8)	333 (3.4)	648 (2.3) (χ^2 = 93.007, df = 2, p = 0.000)
自分の部屋など	181 (1.9)	413 (4.5)	785 (8.1)	1379 (4.8) (χ^2 = 412.385, df = 2, p = 0.000)
一人で	336 (3.5)	453 (4.9)	786 (8.1)	1575 (5.5) (χ^2 = 209.122, df = 2, p = 0.000)
その他の機会に	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
無回答	51 (.5)	45 (.5)	37 (.4)	133 (.5)
合計	9661 (100)	9234 (100)	9689 (100)	28584 (100)
女性				
飲んだ経験なし	5296 (57.6)	4424 (49.3)	4098 (42.6)	13818 (49.7) (χ^2 = 424.831, df = 2, p = 0.000)
冠婚葬祭	2170 (23.6)	2551 (28.4)	2966 (30.8)	7687 (27.7) (χ^2 = 126.480, df = 2, p = 0.000)
家族と食事などで	2121 (23.1)	2650 (29.5)	3274 (34.0)	8045 (28.9) (χ^2 = 276.483, df = 2, p = 0.000)
クラス会、打ち上げなど	228 (2.5)	329 (3.7)	627 (6.5)	1184 (4.3) (χ^2 = 199.118, df = 2, p = 0.000)
カラオケ、居酒屋など	157 (1.7)	220 (2.5)	365 (3.8)	742 (2.7) (χ^2 = 81.076, df = 2, p = 0.000)
自分の部屋など	173 (1.9)	445 (5.0)	875 (9.1)	1493 (5.4) (χ^2 = 485.261, df = 2, p = 0.000)
一人で	234 (2.5)	347 (3.9)	606 (6.3)	1187 (4.3) (χ^2 = 167.131, df = 2, p = 0.000)
その他の機会に	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
無回答	65 (.7)	22 (.2)	33 (.3)	120 (.4)
合計	9197 (100)	8971 (100)	9626 (100)	27794 (100)
全体				
飲んだ経験なし	10579 (56.0)	8875 (48.7)	8221 (42.5)	27675 (49.1) (χ^2 = 699.010, df = 2, p = 0.000)
冠婚葬祭	4712 (25.0)	5389 (29.6)	6184 (32.0)	16285 (28.9) (χ^2 = 236.645, df = 2, p = 0.000)
家族と食事などで	4231 (22.4)	4959 (27.2)	6012 (31.1)	15202 (26.9) (χ^2 = 367.333, df = 2, p = 0.000)
クラス会、打ち上げなど	517 (2.7)	698 (3.8)	1260 (6.5)	2475 (4.4) (χ^2 = 345.092, df = 2, p = 0.000)
カラオケ、居酒屋など	302 (1.6)	390 (2.1)	698 (3.6)	1390 (2.5) (χ^2 = 172.444, df = 2, p = 0.000)
自分の部屋など	354 (1.9)	860 (4.7)	1662 (8.6)	2876 (5.1) (χ^2 = 900.239, df = 2, p = 0.000)
一人で	570 (3.0)	801 (4.4)	1395 (7.2)	2766 (4.9) (χ^2 = 375.674, df = 2, p = 0.000)
その他の機会に	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
無回答	116 (.6)	67 (.4)	70 (.4)	253 (.4)
合計	18875 (100)	18218 (100)	19328 (100)	56421 (100)

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	13731 (48.9)	57 (19.7)	54 (28.3)	13842 (48.4) (χ^2 = 97.206, df = 1, p = 0.000)
冠婚葬祭	8433 (30.0)	95 (32.9)	54 (28.3)	8582 (30.0) (χ^2 = 1.118, df = 1, p = 0.290)
家族と食事などで	6985 (24.9)	110 (38.1)	47 (24.6)	7142 (25.0) (χ^2 = 26.624, df = 1, p = 0.000)
クラス会、打ち上げなど	1231 (4.4)	40 (13.8)	17 (8.9)	1288 (4.5) (χ^2 = 59.876, df = 1, p = 0.000)
カラオケ、居酒屋など	601 (2.1)	40 (13.8)	7 (3.7)	648 (2.3) (χ^2 = 177.530, df = 1, p = 0.000)
自分の部屋など	1309 (4.7)	62 (21.5)	8 (4.2)	1379 (4.8) (χ^2 = 175.595, df = 1, p = 0.000)
一人で	1494 (5.3)	69 (23.9)	12 (6.3)	1575 (5.5) (χ^2 = 189.421, df = 1, p = 0.000)
その他の機会に	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
無回答	88 (.3)	2 (.7)	43 (22.5)	133 (.5)
合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
女性				
飲んだ経験なし	13739 (50.0)	33 (17.0)	46 (33.8)	13818 (49.7) (χ^2 = 83.992, df = 1, p = 0.000)
冠婚葬祭	7574 (27.6)	84 (43.3)	29 (21.3)	7687 (27.7) (χ^2 = 23.780, df = 1, p = 0.000)
家族と食事などで	7927 (28.9)	80 (41.2)	38 (27.9)	8045 (28.9) (χ^2 = 14.340, df = 1, p = 0.000)
クラス会、打ち上げなど	1140 (4.2)	35 (18.0)	9 (6.6)	1184 (4.3) (χ^2 = 91.371, df = 1, p = 0.000)
カラオケ、居酒屋など	699 (2.5)	37 (19.1)	6 (4.4)	742 (2.7) (χ^2 = 203.137, df = 1, p = 0.000)
自分の部屋など	1426 (5.2)	53 (27.3)	14 (10.3)	1493 (5.4) (χ^2 = 186.347, df = 1, p = 0.000)
一人で	1114 (4.1)	63 (32.5)	10 (7.4)	1187 (4.3) (χ^2 = 381.824, df = 1, p = 0.000)
その他の機会に	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
無回答	93 (.3)	1 (.5)	26 (19.1)	120 (.4)
合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
全体				
飲んだ経験なし	27484 (49.4)	91 (18.8)	100 (30.6)	27675 (49.1) (χ^2 = 180.014, df = 1, p = 0.000)
冠婚葬祭	16023 (28.8)	179 (37.0)	83 (25.4)	16285 (28.9) (χ^2 = 15.593, df = 1, p = 0.000)
家族と食事などで	14927 (26.8)	190 (39.3)	85 (26.0)	15202 (26.9) (χ^2 = 37.560, df = 1, p = 0.000)
クラス会、打ち上げなど	2374 (4.3)	75 (15.5)	26 (8.0)	2475 (4.4) (χ^2 = 144.848, df = 1, p = 0.000)
カラオケ、居酒屋など	1300 (2.3)	77 (15.9)	13 (4.0)	1390 (2.5) (χ^2 = 369.068, df = 1, p = 0.000)
自分の部屋など	2739 (4.9)	115 (23.8)	22 (6.7)	2876 (5.1) (χ^2 = 352.494, df = 1, p = 0.000)
一人で	2612 (4.7)	132 (27.3)	22 (6.7)	2766 (4.9) (χ^2 = 525.630, df = 1, p = 0.000)
その他の機会に	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
無回答	181 (.3)	3 (.6)	69 (21.1)	253 (.4)
合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)

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	24796 (88.2)	152 (52.6)	99 (51.8)	25047 (87.6)
	喫煙経験あり	3122 (11.1)	136 (47.1)	37 (19.4)	3295 (11.5)
	無回答	186 (.7)	1 (.3)	55 (28.8)	242 (.8)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 362.400, df = 1, p = 0.000)
女性	喫煙経験なし	25106 (91.4)	99 (51.0)	75 (55.1)	25280 (91.0)
	喫煙経験あり	2203 (8.0)	92 (47.4)	28 (20.6)	2323 (8.4)
	無回答	155 (.6)	3 (1.5)	33 (24.3)	191 (.7)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 398.753, df = 1, p = 0.000)
全体	喫煙経験なし	49935 (89.8)	251 (51.9)	174 (53.2)	50360 (89.3)
	喫煙経験あり	5334 (9.6)	229 (47.3)	65 (19.9)	5628 (10.0)
	無回答	341 (.6)	4 (.8)	88 (26.9)	433 (.8)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 767.265, df = 1, p = 0.000)

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	24796 (99.0)	3122 (94.7)	186 (76.9)	28104 (98.3)
	経験あり	152 (.6)	136 (4.1)	1 (.4)	289 (1.0)
	無回答	99 (.4)	37 (1.1)	55 (22.7)	191 (.7)
	合計	25047 (100)	3295 (100)	242 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 362.400, df = 1, p = 0.000)
女性	経験なし	25106 (99.3)	2203 (94.8)	155 (81.2)	27464 (98.8)
	経験あり	99 (.4)	92 (4.0)	3 (1.6)	194 (.7)
	無回答	75 (.3)	28 (1.2)	33 (17.3)	136 (.5)
	合計	25280 (100)	2323 (100)	191 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 398.753, df = 1, p = 0.000)
全体	経験なし	49935 (99.2)	5334 (94.8)	341 (78.8)	55610 (98.6)
	経験あり	251 (.5)	229 (4.1)	4 (.9)	484 (.9)
	無回答	174 (.3)	65 (1.2)	88 (20.3)	327 (.6)
	合計	50360 (100)	5628 (100)	433 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 767.265, df = 1, p = 0.000)

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	9484 (98.2)	9098 (98.5)	9533 (98.4)	28115 (98.4)
	大麻経験あり	40 (.4)	50 (.5)	55 (.6)	145 (.5)
	無回答	137 (1.4)	86 (.9)	101 (1.0)	324 (1.1)
	合計	9661 (100)	9234 (100)	9689 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 2.506, df = 2, p = 0.286)
女性	大麻経験なし	9100 (98.9)	8872 (98.9)	9521 (98.9)	27493 (98.9)
	大麻経験あり	25 (.3)	26 (.3)	48 (.5)	99 (.4)
	無回答	72 (.8)	73 (.8)	57 (.6)	202 (.7)
	合計	9197 (100)	8971 (100)	9626 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 8.400, df = 2, p = 0.015)
全体	大麻経験なし	18601 (98.5)	17982 (98.7)	19066 (98.6)	55649 (98.6)
	大麻経験あり	65 (.3)	77 (.4)	104 (.5)	246 (.4)
	無回答	209 (1.1)	159 (.9)	158 (.8)	526 (.9)
	合計	18875 (100)	18218 (100)	19328 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 8.262, df = 2, p = 0.016)

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	27752 (98.7)	208 (72.0)	155 (81.2)	28115 (98.4)
	大麻経験あり	68 (.2)	73 (25.3)	4 (2.1)	145 (.5)
	無回答	284 (1.0)	8 (2.8)	32 (16.8)	324 (1.1)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 3690.209, df = 1, p = 0.000)
女性	大麻経験なし	27261 (99.3)	127 (65.5)	105 (77.2)	27493 (98.9)
	大麻経験あり	29 (.1)	64 (33.0)	6 (4.4)	99 (.4)
	無回答	174 (.6)	3 (1.5)	25 (18.4)	202 (.7)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 6274.229, df = 1, p = 0.000)
全体	大麻経験なし	55054 (99.0)	335 (69.2)	260 (79.5)	55649 (98.6)
	大麻経験あり	98 (.2)	138 (28.5)	10 (3.1)	246 (.4)
	無回答	458 (.8)	11 (2.3)	57 (17.4)	526 (.9)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 9334.403, df = 1, p = 0.000)

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	27196 (96.8)	193 (66.8)	163 (85.3)	27552 (96.4)
	麻薬・覚せい剤と違って少々なら構わない	232 (.8)	19 (6.6)	5 (2.6)	256 (.9)
	全く構わない	369 (1.3)	67 (23.2)	7 (3.7)	443 (1.5)
	無回答	307 (1.1)	10 (3.5)	16 (8.4)	333 (1.2)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 1049.097, df = 2, p = 0.000)
女性	吸うべきではない	26916 (98.0)	120 (61.9)	114 (83.8)	27150 (97.7)
	麻薬・覚せい剤と違って少々なら構わない	216 (.8)	27 (13.9)	1 (.7)	244 (.9)
	全く構わない	141 (.5)	43 (22.2)	9 (6.6)	193 (.7)
	無回答	191 (.7)	4 (2.1)	12 (8.8)	207 (.7)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 1785.456, df = 2, p = 0.000)
全体	吸うべきではない	54152 (97.4)	313 (64.7)	277 (84.7)	54742 (97.0)
	麻薬・覚せい剤と違って少々なら構わない	448 (.8)	46 (9.5)	6 (1.8)	500 (.9)
	全く構わない	511 (.9)	111 (22.9)	16 (4.9)	638 (1.1)
	無回答	499 (.9)	14 (2.9)	28 (8.6)	541 (1.0)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 2613.887, df = 2, p = 0.000)

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	16747 (59.6)	174 (60.2)	90 (47.1)	17011 (59.5)
	知らない	10667 (38.0)	96 (33.2)	83 (43.5)	10846 (37.9)
	無回答	690 (2.5)	19 (6.6)	18 (9.4)	727 (2.5)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 1.267, df = 1, p = 0.260)
女性	知っている	17175 (62.5)	116 (59.8)	81 (59.6)	17372 (62.5)
	知らない	9962 (36.3)	68 (35.1)	49 (36.0)	10079 (36.3)
	無回答	327 (1.2)	10 (5.2)	6 (4.4)	343 (1.2)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 0.005, df = 1, p = 0.945)
全体	知っている	33949 (61.0)	290 (59.9)	171 (52.3)	34410 (61.0)
	知らない	20642 (37.1)	164 (33.9)	132 (40.4)	20938 (37.1)
	無回答	1019 (1.8)	30 (6.2)	24 (7.3)	1073 (1.9)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 0.546, df = 1, p = 0.460)

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	9490 (98.2)	9085 (98.4)	9531 (98.4)	28106 (98.3)
	覚せい剤経験あり	37 (.4)	52 (.6)	55 (.6)	144 (.5)
	無回答	134 (1.4)	97 (1.1)	103 (1.1)	334 (1.2)
	合計	9661 (100)	9234 (100)	9689 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 4.177, df = 2, p = 0.124)
女性	覚せい剤経験なし	9075 (98.7)	8879 (99.0)	9505 (98.7)	27459 (98.8)
	覚せい剤経験あり	22 (.2)	22 (.2)	46 (.5)	90 (.3)
	無回答	100 (1.1)	70 (.8)	75 (.8)	245 (.9)
	合計	9197 (100)	8971 (100)	9626 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 10.781, df = 2, p = 0.005)
全体	覚せい剤経験なし	18581 (98.4)	17976 (98.7)	19048 (98.6)	55605 (98.6)
	覚せい剤経験あり	59 (.3)	75 (.4)	102 (.5)	236 (.4)
	無回答	235 (1.2)	167 (.9)	178 (.9)	580 (1.0)
	合計	18875 (100)	18218 (100)	19328 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 10.515, df = 2, p = 0.005)

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	27747 (98.7)	208 (72.0)	151 (79.1)	28106 (98.3)
	覚せい剤経験あり	62 (.2)	75 (26.0)	7 (3.7)	144 (.5)
	無回答	295 (1.0)	6 (2.1)	33 (17.3)	334 (1.2)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 3986.447, df = 1, p = 0.000)
女性	覚せい剤経験なし	27226 (99.1)	130 (67.0)	103 (75.7)	27459 (98.8)
	覚せい剤経験あり	24 (.1)	60 (30.9)	6 (4.4)	90 (.3)
	無回答	214 (.8)	4 (2.1)	27 (19.9)	245 (.9)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 6131.147, df = 1, p = 0.000)
全体	覚せい剤経験なし	55013 (98.9)	338 (69.8)	254 (77.7)	55605 (98.6)
	覚せい剤経験あり	87 (.2)	136 (28.1)	13 (4.0)	236 (.4)
	無回答	510 (.9)	10 (2.1)	60 (18.3)	580 (1.0)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 9574.129, df = 1, p = 0.000)

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	17987 (64.0)	175 (60.6)	102 (53.4)	18264 (63.9)
	知らない	9719 (34.6)	105 (36.3)	74 (38.7)	9898 (34.6)
	無回答	398 (1.4)	9 (3.1)	15 (7.9)	422 (1.5)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 0.713, df = 1, p = 0.398)
女性	知っている	19357 (70.5)	131 (67.5)	84 (61.8)	19572 (70.4)
	知らない	7901 (28.8)	57 (29.4)	44 (32.4)	8002 (28.8)
	無回答	206 (.8)	6 (3.1)	8 (5.9)	220 (.8)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 0.161, df = 1, p = 0.688)
全体	知っている	37376 (67.2)	307 (63.4)	186 (56.9)	37869 (67.1)
	知らない	17629 (31.7)	162 (33.5)	118 (36.1)	17909 (31.7)
	無回答	605 (1.1)	15 (3.1)	23 (7.0)	643 (1.1)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 1.325, df = 1, p = 0.250)

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	17769 (63.2)	96 (33.2)	108 (56.5)	17973 (62.9)
	ほとんど不可能	3980 (14.2)	39 (13.5)	28 (14.7)	4047 (14.2)
	少々苦労するが手に入る	2984 (10.6)	41 (14.2)	14 (7.3)	3039 (10.6)
	簡単に手に入る	3014 (10.7)	107 (37.0)	24 (12.6)	3145 (11.0)
	無回答	357 (1.3)	6 (2.1)	17 (8.9)	380 (1.3)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 226.241, df = 3, p = 0.000)
女性	絶対不可能	17996 (65.5)	59 (30.4)	72 (52.9)	18127 (65.2)
	ほとんど不可能	3821 (13.9)	28 (14.4)	18 (13.2)	3867 (13.9)
	少々苦労するが手に入る	3225 (11.7)	28 (14.4)	12 (8.8)	3265 (11.7)
	簡単に手に入る	2089 (7.6)	76 (39.2)	21 (15.4)	2186 (7.9)
	無回答	333 (1.2)	3 (1.5)	13 (9.6)	349 (1.3)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 283.811, df = 3, p = 0.000)
全体	絶対不可能	35785 (64.3)	155 (32.0)	180 (55.0)	36120 (64.0)
	ほとんど不可能	7809 (14.0)	68 (14.0)	46 (14.1)	7923 (14.0)
	少々苦労するが手に入る	6211 (11.2)	69 (14.3)	26 (8.0)	6306 (11.2)
	簡単に手に入る	5114 (9.2)	183 (37.8)	45 (13.8)	5342 (9.5)
	無回答	691 (1.2)	9 (1.9)	30 (9.2)	730 (1.3)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 501.421, df = 3, p = 0.000)

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	19777 (70.4)	117 (40.5)	119 (62.3)	20013 (70.0)
	ほとんど不可能	4084 (14.5)	48 (16.6)	24 (12.6)	4156 (14.5)
	少々苦労するが手に入る	2634 (9.4)	34 (11.8)	16 (8.4)	2684 (9.4)
	簡単に手に入る	1274 (4.5)	84 (29.1)	15 (7.9)	1373 (4.8)
	無回答	335 (1.2)	6 (2.1)	17 (8.9)	358 (1.3)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 402.522, df = 3, p = 0.000)
女性	絶対不可能	19389 (70.6)	70 (36.1)	77 (56.6)	19536 (70.3)
	ほとんど不可能	3745 (13.6)	36 (18.6)	20 (14.7)	3801 (13.7)
	少々苦労するが手に入る	2865 (10.4)	31 (16.0)	14 (10.3)	2910 (10.5)
	簡単に手に入る	1159 (4.2)	55 (28.4)	14 (10.3)	1228 (4.4)
	無回答	306 (1.1)	2 (1.0)	11 (8.1)	319 (1.1)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 296.997, df = 3, p = 0.000)
全体	絶対不可能	39188 (70.5)	187 (38.6)	196 (59.9)	39571 (70.1)
	ほとんど不可能	7837 (14.1)	84 (17.4)	44 (13.5)	7965 (14.1)
	少々苦労するが手に入る	5504 (9.9)	65 (13.4)	30 (9.2)	5599 (9.9)
	簡単に手に入る	2439 (4.4)	140 (28.9)	29 (8.9)	2608 (4.6)
	無回答	642 (1.2)	8 (1.7)	28 (8.6)	678 (1.2)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 710.898, df = 3, p = 0.000)

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	19858 (70.7)	114 (39.4)	120 (62.8)	20092 (70.3)
	ほとんど不可能	4034 (14.4)	52 (18.0)	25 (13.1)	4111 (14.4)
	少々苦労するが手に入る	2554 (9.1)	31 (10.7)	15 (7.9)	2600 (9.1)
	簡単に手に入る	1352 (4.8)	86 (29.8)	16 (8.4)	1454 (5.1)
	無回答	306 (1.1)	6 (2.1)	15 (7.9)	327 (1.1)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
					(χ^2 = 398.482, df = 3, p = 0.000)
女性	絶対不可能	19212 (70.0)	68 (35.1)	76 (55.9)	19356 (69.6)
	ほとんど不可能	3685 (13.4)	29 (14.9)	18 (13.2)	3732 (13.4)
	少々苦労するが手に入る	2934 (10.7)	40 (20.6)	16 (11.8)	2990 (10.8)
	簡単に手に入る	1349 (4.9)	55 (28.4)	15 (11.0)	1419 (5.1)
	無回答	284 (1.0)	2 (1.0)	11 (8.1)	297 (1.1)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
					(χ^2 = 260.155, df = 3, p = 0.000)
全体	絶対不可能	39095 (70.3)	182 (37.6)	196 (59.9)	39473 (70.0)
	ほとんど不可能	7724 (13.9)	81 (16.7)	43 (13.1)	7848 (13.9)
	少々苦労するが手に入る	5492 (9.9)	71 (14.7)	31 (9.5)	5594 (9.9)
	簡単に手に入る	2708 (4.9)	142 (29.3)	31 (9.5)	2881 (5.1)
	無回答	591 (1.1)	8 (1.7)	26 (8.0)	625 (1.1)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
					(χ^2 = 656.460, df = 3, p = 0.000)

分担研究者らによる一連の中学生調査に関する報告書、論文一覧

		報告書	論文
1990年	千葉県12校	福井　進、和田　清、伊豫雅臣：薬物乱用・依存の実態と動向に関する研究ー中学生における「シンナー遊び」の実態とその背景ー．（班長）佐藤光源．厚生省「精神・神経疾患研究委託費」2指-13．薬物依存の発生機序と臨床及び治療に関する研究．平成2年度研究成果報告書．pp. 27-34, 1991.	Wada,K., Fukui, S.: Prevalence of volatile solvent inhalation among junior high school students in Japan and backgroundlife style of users. Addiction 88: 89-100, 1993. Wada,K., Fukui, S.: Prevalence of tobacco smoking among junior high school students in Japan and backgroundlife style of users. Addiction 89: 331-343, 1994. Wada, K., Price, RK, Fukui, S: Cigarette smoking and solvent use among Japanese adolescents. Drug and Alcohol Dependence 46:137-145, 1997. 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. 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.
1992年	千葉県14校	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4年度厚生科学研究（麻薬等対策総合研究事業）薬物依存の社会医学的、精神医学的特徴に関する研究（主任研究者：福井　進）平成4年度研究成果報告書．pp25-64, 1993. 3.	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. 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.
1993年	関東地方14校	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（麻薬等対策総合研究事業）薬物依存の社会医学的、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．pp27-54, 1994. 3.	Kikuchi, A., Wada, K.: Factors Associated with Volatile Solvent Use among Junior High School Students in Kanto, Japan. Addiction 98: 771-784, 2003.
1994年	千葉県15校 中国地方U市 12校	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6年度厚生科学研究（麻薬等対策総合研究事業）薬物依存の社会医学的、精神医学的特徴に関する研究（主任研究者：福井　進）平成6年度研究成果報告書．pp35-60, 1995. 3.	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. 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.
1996年	全国108校	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.	
1998年	全国148校	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.	
2000年	全国140校	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.	
2002年	全国149校	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.	
2004年	全国147校	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.	
2006年	全国138校	今回の報告書	

飲酒・喫煙・薬物乱用についての 意識・実態調査

（第８版-06）

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. 047-372-0141

（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（たんしんふにん）、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、<u>これまでに</u>、下記の時に、<u>一回でも</u>、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、<u>この１年間に一回でも</u>、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、<u>この１年間に</u>、<u>どのくらいの頻度で</u>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、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、この１年間に一回でも、「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（急性中毒死）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（2006年）ー要約版ー

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　近藤あゆみ　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　助教授
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、2006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208校の全生徒を対象に、自記式調査を実施した。その結果、138校（対象校の66.3%）より、56,533人（対象校208校の全生徒想定数の57.0%）の回答を得た。有効回答数は56,421人（対象校208校の全生徒想定数の56.9%）であった。

ただし、回答が得られなかった県が2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1.0%（1年生1.0%、2年生1.0%、3年生1.1%）、女子では0.7%（1年生0.6%、2年生0.7%、3年生0.8%）、全体では0.9%（1年生0.8%、2年生0.8%、3年生1.0%）であった。

この結果は、男女合わせた全体では、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初めて減少し、1996年調査のレベルに回復した。

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11.8%から3.9%）、「身近に経験者がいる」と答えた者の率も、1998年のピークから着実に減少していた（全体で5.4%から2.3%）。

また、有機溶剤乱用に「誘われた」ことのある者の率も、2000年調査をピークに調査年次毎に漸減していた。

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 薬物乱用による健康への害知識に関しては、個々の知識の周知率自体は調査年次毎に上昇しており、薬物乱用防止教育の成果と受け止めることが出来る。

また、これまでの一連の本調査では、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。しかし、2004年調査から、有機溶剤の乱用による害としての急性中毒死、多発神経炎、精神病に関しては、非経験者群の方で「知っている」を選んだ者が男女ともに多いという結果が初めて出るようなったが、これは、「害を知らない者が乱用しやすい」という仮説があるとすれば、「望むべき姿」である。しかしながら、今回の2006年調査では、再び「望ましくない姿」に逆戻りしてしまった知識もあり、なおいっそうの薬物乱用防止教育の徹底が要求される結果であった。

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 0.5%（1年生0.4%、2年生0.5%、3年生0.6%）、女子で 0.4%（1年生0.3%、2年生0.3%、3年生0.5%）、全体で 0.4%（1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.5%）であり、覚せい剤の生涯経験率は、男子で 0.5%（1年生0.4%、2年生0.6%、3年生0.6%）、女子で 0.3%（1年生0.2%、2年生0.2%、3年生0.5%）、全体で 0.4%（1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.5%）であった。

大麻に関しては、男女を問わない全体では、1998年に記録した最高値（0.7%）よりは低く、停滞状態であった2002年、2004年調査の結果（0.5%）より低下し、1996年以降最低であった2000年の0.4%に回復していた。

覚せい剤に関しては、1998年、2004年に記録した最高値（0.5%）よりは低く、1996年、2000年、2002年と同じ0.4%であった。

ただし、トレンド的には大麻も覚せい剤も生涯経験率は2000年以降横ばい状態と見るべきであろう。

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、増加傾向にあり歓迎されるが、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。しかし、2004年調査では、その入手可能性はこれまでになく激減し、今回の2006年調査ではさらに減少していた。また、大麻、覚せい剤の入手可能性は1998年以降、今回の2006年調査ではさらに減少していた。

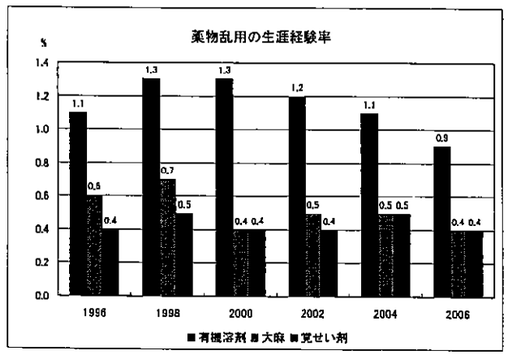
これらは、この間の取り締まりの強化による成果の可能性が高い。

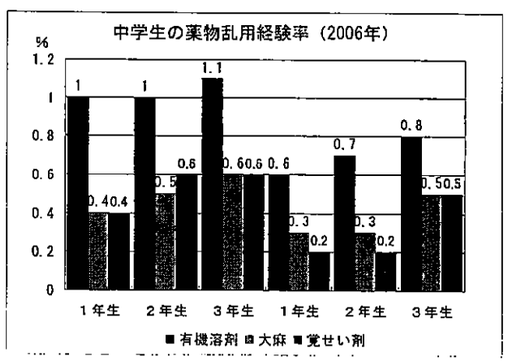
ただし、有機溶剤乱用非経験者群では「絶対不可能」を選択した者が、大麻でも覚せい剤でも男女ともに約70%であるのに対して、有機溶剤乱用経験者群では、大麻に関しては男子で約41%、女子で約44%の者が、また、覚せい剤に関しては男子で約41%、女子で49%の者が入手可能を選択していた。

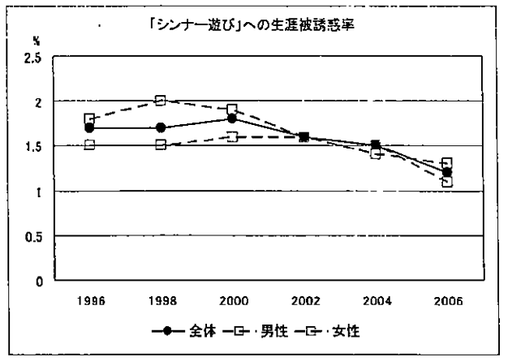
わが国の中学生にとって、有機溶剤を一回での乱用すると言うことは、大麻、覚せい剤の入手がが身近なものになる状況に入り込むことになるという特徴を強く示唆する結果であった。さらに、覚せい剤の入手可能性は有機溶剤乱用経験群女子で最も高いという結果であり、女子に対する対策が望まれるところである。

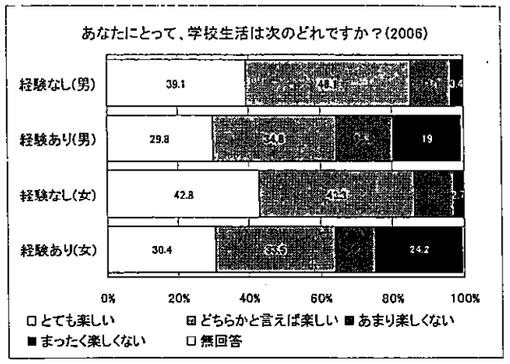
⑫ 薬物の乱用経験率には、法の遵守性が大きく影響すると考えられる。喫煙については全体の7.78%の者が「少々ならかまわない」を選んでいるのに対して、「シンナー遊び」に関してそれを選んだ者は1.5%に過ぎず、大麻では0.9%であったことは、同じ依存性薬物と言えども、有機溶剤及び大麻乱用への心理的垣根は喫煙よりははるかに高いことを物語っている。

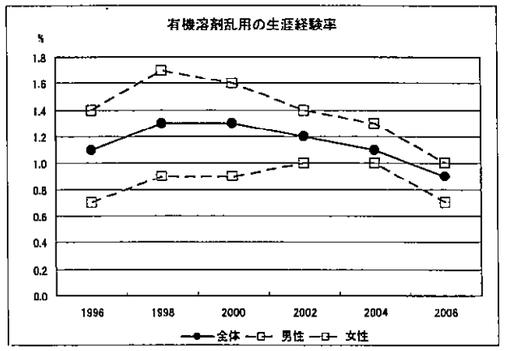
⑬ また、有機溶剤乱用経験者群の約29%の者に大麻乱用の経験があり、約28%の者に覚せい剤乱用の経験があり、有機溶剤乱用と大麻・覚せい剤乱用との間には強い結びつきがあることが再確認された。同時に、喫煙経験と有機溶剤乱用経験との間にも結びつきが認められた。このことは、わが国の中学生では、喫煙→有機溶剤乱用→大麻・覚せい剤乱用という流れがあることを強く示唆する結果であった。

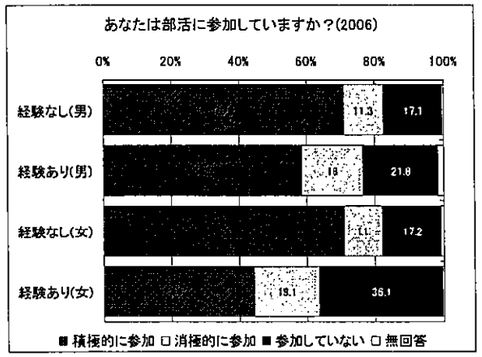


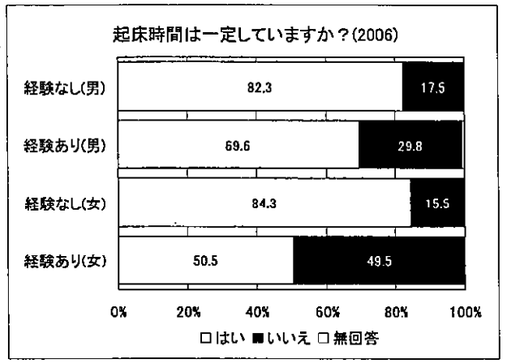


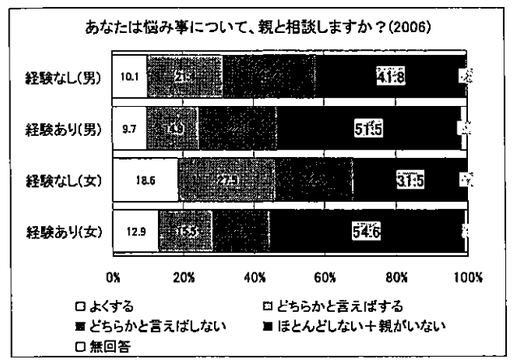


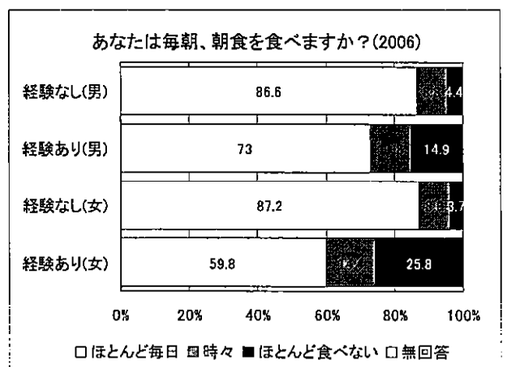


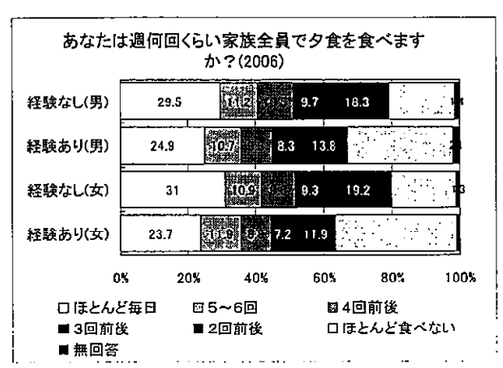


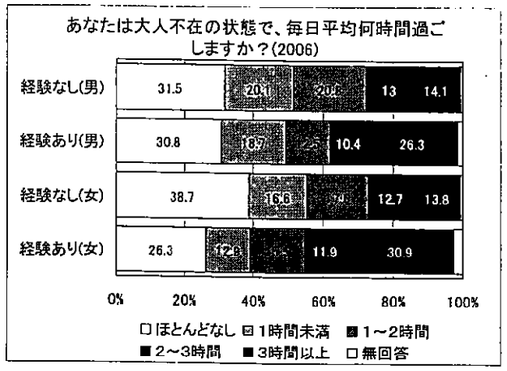


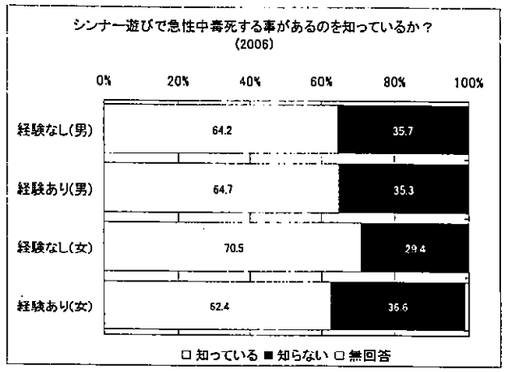


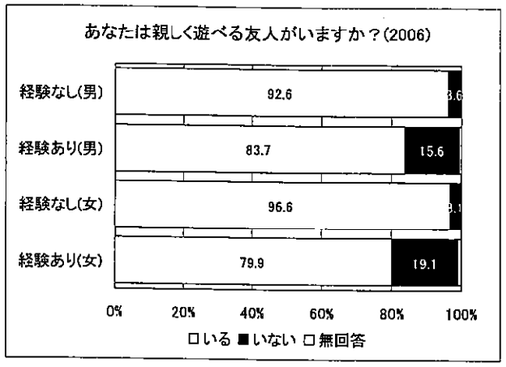


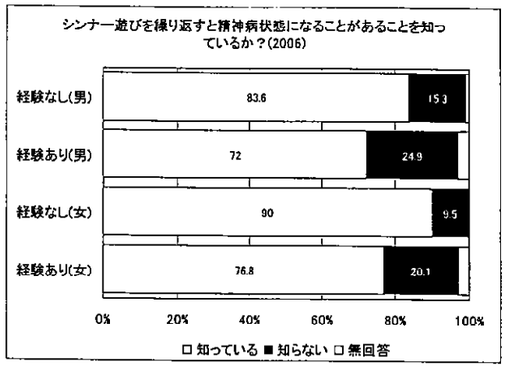


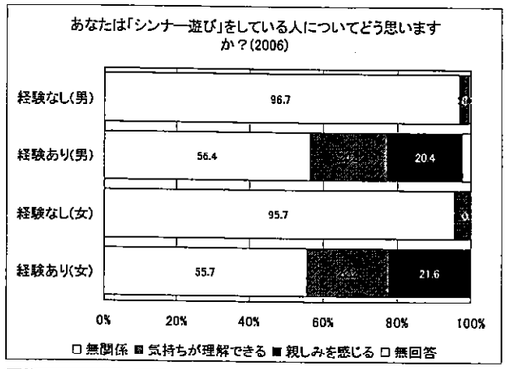


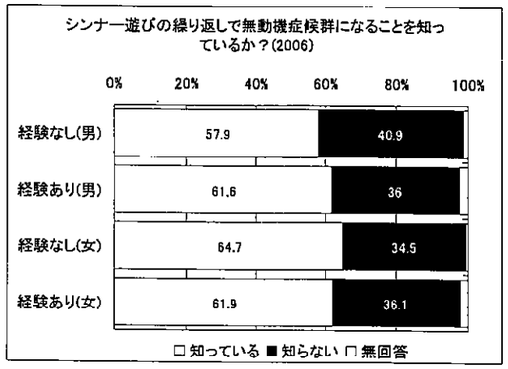

あなたは大人不在の状態で、毎日平均何時間過ごしますか？(2006)
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
31.5
20.1
20.6
13
14.1
30.8
18.7
10.4
26.3
38.7
16.6
12.7
13.8
26.3
12.8
11.9
30.9
0%
20%
40%
60%
80%
100%
□ほとんどなし ▨1時間未満 ▩1～2時間
■2～3時間 ■3時間以上 □無回答

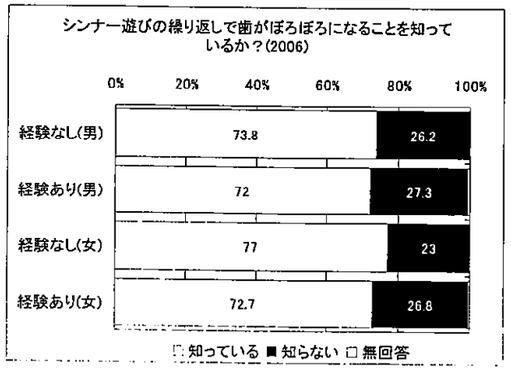

シンナー遊びで急性中毒死する事があるのを知っているか？(2006)
0%
20%
40%
60%
80%
100%
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
64.2
35.7
64.7
35.3
70.5
29.4
62.4
35.6
□知っている ■知らない □無回答

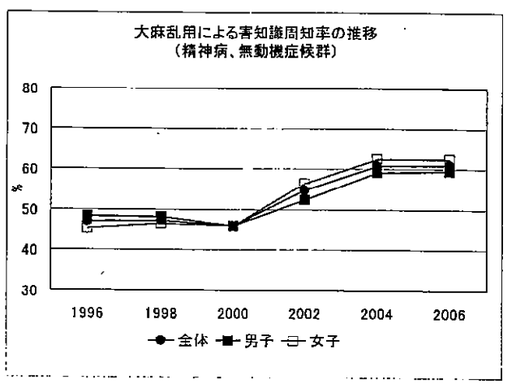

あなたは親しく遊べる友人がいますか？(2006)
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
92.6
83.7
15.6
96.6
79.9
19.1
0%
20%
40%
60%
80%
100%
□いる ■いない □無回答

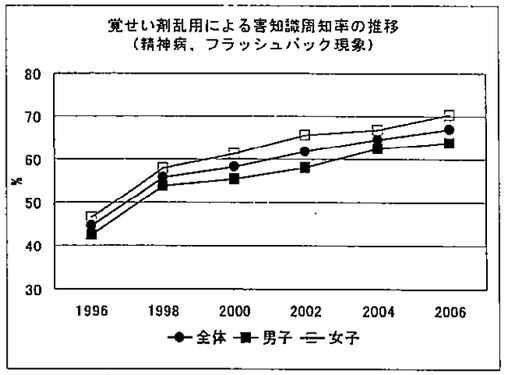

シンナー遊びを繰り返すと精神病状態になることがあることを知っているか？(2006)
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
83.6
15.3
72
24.9
90
9.5
76.8
20.1
0%
20%
40%
60%
80%
100%
□知っている ■知らない □無回答

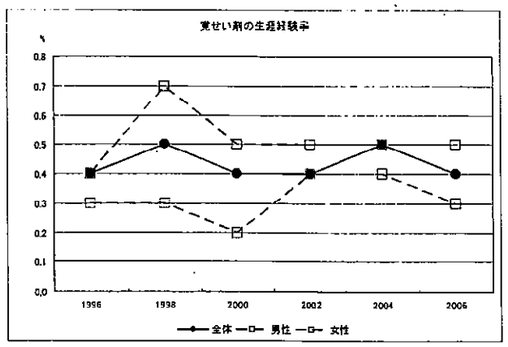

あなたは「シンナー遊び」をしている人についてどう思いますか？(2006)
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
96.7
56.4
20.4
95.7
55.7
21.6
0%
20%
40%
60%
80%
100%
□無関係 ▨気持ちが理解できる ■親しみを感じる □無回答

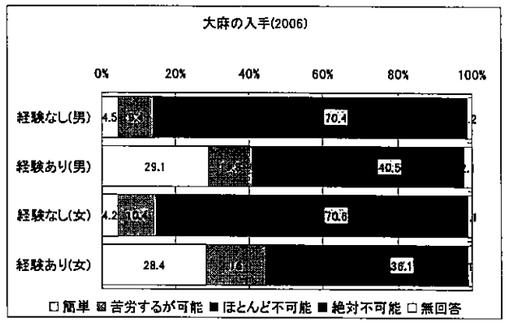

シンナー遊びの繰り返しで無動機症候群になることを知っているか？(2006)
0%
20%
40%
60%
80%
100%
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
57.9
40.9
61.6
36
64.7
34.5
61.9
36.1
□知っている ■知らない □無回答

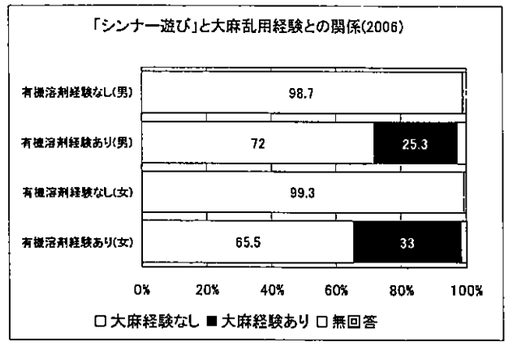

シンナー遊びの繰り返しで歯がぼろぼろになることを知っているか？(2006)
0%
20%
40%
60%
80%
100%
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
73.8
26.2
72
27.3
77
23
72.7
26.8
□知っている ■知らない □無回答

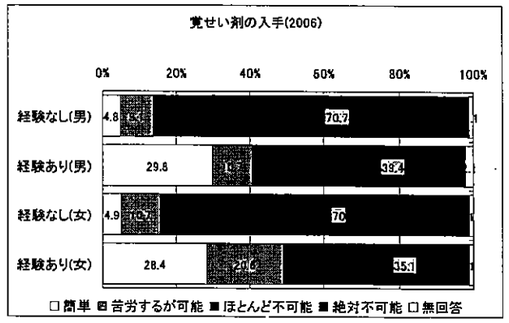

大麻乱用による害知識周知率の推移
（精神病、無動機症候群）
80
70
60
50
40
30
%
1996
1998
2000
2002
2004
2006
全体
男子
女子

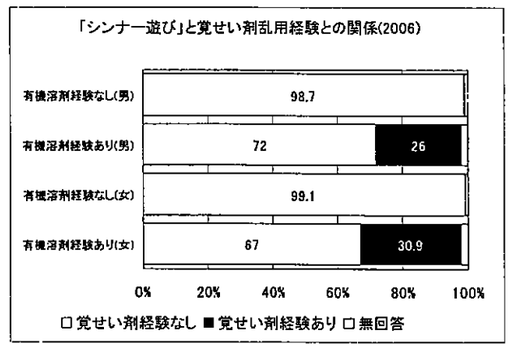

覚せい剤乱用による害知識周知率の推移
（精神病、フラッシュバック現象）
80
70
60
50
40
30
%
1996
1998
2000
2002
2004
2006
全体
男子
女子

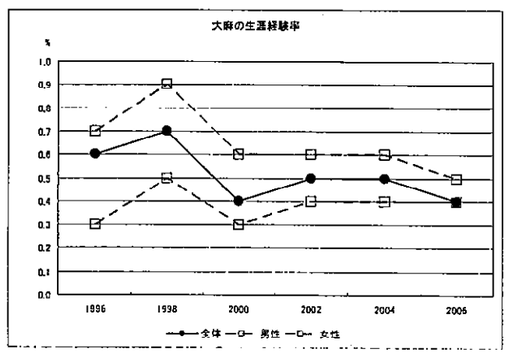

覚せい剤の生涯経験率
%
0.8
0.7
0.6
0.5
0.4
0.3
0.2
0.1
0.0
1996
1998
2000
2002
2004
2006
全体
男性
女性

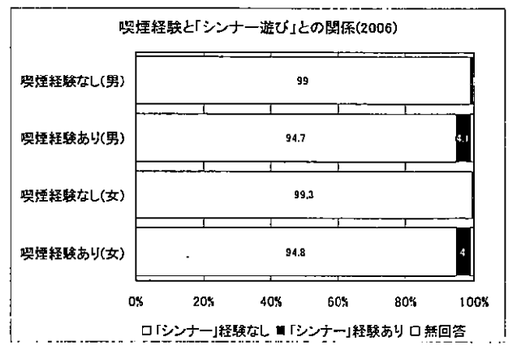

大麻の入手(2006)
0%
20%
40%
60%
80%
100%
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
4.5
70.4
29.1
40.5
4.2
70.6
28.4
36.1
□簡単 ▨苦労するが可能 ■ほとんど不可能 ■絶対不可能 □無回答


「シンナー遊び」と大麻乱用経験との関係(2006)
有機溶剤経験なし(男)
有機溶剤経験あり(男)
有機溶剤経験なし(女)
有機溶剤経験あり(女)
98.7
72
25.3
99.3
65.5
33
0%
20%
40%
60%
80%
100%
□大麻経験なし ■大麻経験あり □無回答


覚せい剤の入手(2006)
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)
4.8
70.7
29.8
38.4
4.9
70
28.4
35.1
□簡単 ▨苦労するが可能 ■ほとんど不可能 ■絶対不可能 □無回答


「シンナー遊び」と覚せい剤乱用経験との関係(2006)
有機溶剤経験なし(男)
有機溶剤経験あり(男)
有機溶剤経験なし(女)
有機溶剤経験あり(女)
98.7
72
26
99.1
67
30.9
0%
20%
40%
60%
80%
100%
□覚せい剤経験なし ■覚せい剤経験あり □無回答


大麻の生涯経験率
%
1.0
0.9
0.8
0.7
0.6
0.5
0.4
0.3
0.2
0.1
0.0
1996
1998
2000
2002
2004
2006
全体
男性
女性


喫煙経験と「シンナー遊び」との関係(2006)
喫煙経験なし(男)
喫煙経験あり(男)
喫煙経験なし(女)
喫煙経験あり(女)
99
94.7
99.3
94.8
0%
20%
40%
60%
80%
100%
□「シンナー」経験なし ■「シンナー」経験あり □無回答

分担研究報告書
(1－2)

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)
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
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
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 1,653 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，937 施設（56.7%）から 535 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 262 例（49.0%）と最も多く，『有機溶剤症例』81 例（15.1%）と合わせると全体の 2/3 近くを占めた。『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 48%，「初回使用薬物」としても 44%と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と考えられた。『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，『睡眠薬症例』，『抗不安薬症例』の 80%以上が臨床用量依存に該当すると報告された。大麻は乱用拡大が懸念されており，『大麻症例』は全体の 2.4%と前回調査よりは若干減少したものの，「大麻使用歴を有する症例」は全体の 27.7%と高水準を保っており，症状の遷延例も少なからず存在することがうかがわれた。『リタリン症例』は 15 例（2.8%）報告され，「使用歴を有する症例」としては 30 例と増加傾向がみられた。約半数に気分障害の併存がみられ，自傷・自殺企図，成育史上の問題を有する割合も比較的高く，これらが相互に関連している可能性が示唆された。パーソナリティ障害としては，『覚せい剤症例』で反社会性パーソナリティ障害，『多剤症例（医薬品）』『抗不安薬症例』で境界性パーソナリティ障害の併存率が比較的高かったが，薬物使用後に障害が顕在化した例が少なくないことから，薬物関連精神障害患者におけるパーソナリティの評価は，薬物使用の影響を考慮に入れて慎重に行われるべきと考えられた。その他，新規の麻薬指定物質，改正薬事法における新規指定薬物，知事指定薬物など多様な物質が報告され，臨床現場においても，これらの薬理作用や関連法規等についての知識や情報の迅速かつ適切な共有が必要であると思われた。

A．研究目的

薬物乱用問題は，国内的には依然として第三次覚せい剤乱用期にあり，大麻，MDMA については検挙者数，押収量の増加が続き，さらに違法ドラッグ（いわゆる脱法ドラッグ）の乱用も問題となっている。世界的にも，覚せい剤を中心とする精神刺激剤の乱用は，“アンフェタミン型中枢刺激剤（Amphetamine Type Stimulants, ATS）問題”として引き続き注目されている。

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。2006 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・療養所（独立行政法人含む）47 施設，自治体立病院 152 施設（都道府県立病院 77 施設，市町村立病院 75 施設），大学医学部附属病院 84 施設，そして民間精神病院 1,370 施設の計 1,653 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 2006 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 2006 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），ならびに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 2006 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再度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，2007 年 3 月上旬までに返送された症例について集計に加えた。

（3）倫理面への配慮および同意取得について

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，調査困難と判断した。また，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・神経センター武蔵地区倫理委員会の承認を得て実施された。

（4）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，まず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・喫煙開始年齢
- 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

② 2006 年度に設定した関心項目について

今年度は，下記のような関心項目を設定した。

（a）BZ 系睡眠薬・抗不安薬の臨床用量依存

現在処方されている睡眠薬，抗不安薬のほとんどはベンゾジアゼピン（BZ）系薬物である。本調査においても，これまで睡眠薬・抗不安薬を主たる使用薬物とする症例は，覚せい剤，有機溶剤に次いで高い割合を占め，主要な乱用・依存薬物のひとつであるが，治療的使用と乱用・依存の境界が明確でなく，さらに依存症候群の中にも相当数のいわゆる臨床用量依存（常用量依存）が含まれていることが予想されたが，これについても実態がはっきりしなかった。また，他の薬物を主たる使用薬物とする症例における BZ 依存の実態も不明であった。これらのことから，本年度の関心項目として加えた。

臨床用量依存の診断基準としては，決定的なものがないため，井澤らによる下記のような診断ガイドライン[1]を用いた。

【臨床用量依存の診断ガイドライン（案）】

- 不安や不眠などの治療目的で開始した臨床用量を 6 ヵ月以上継続服用している。
- 本来の症状は解消されて寛解状態にある。
- その間，使用量の著しい増加を認めない。
- 中断によって反跳現象／退薬症候が出現する。
- 計画的な漸減・中止により退薬症候の出現が避けられた場合に，ベンゾジアゼピンの服用なしに経過する。

以上の 5 項目について「はい，いいえ，不明」の回答を求めた。

（b）成育史上の問題

薬物関連精神疾患患者では，さまざまな成育史上の問題が指摘されており，今回は下記の項目について調査に加えた。

- 15 歳以前の親との離別体験
- 不登校
- いじめられ体験
- 家庭内暴力
- 被虐待体験（身体的，性的，心理的等）

（c）精神科的併存症

薬物関連精神障害では，気分障害，パーソナリティ障害をはじめとして，精神科的併存症がみられることが少なくなく，診断，治療を複雑にする。また，それらの症状や行動パターンが薬物誘発性のものか，本来の疾患ないし人格特性かを鑑別することは臨床上きわめて重要である。今回は下記の併存症についての既往および薬物使用との時間的関連についての質問項目を加えた。

- 気分障害（併存の有無，類型，出現時期）
- 自傷行為・自殺企図の既往歴
- パーソナリティ障害（反社会性パーソナリティ障害，境界性パーソナリティ障害）

（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，原則的に調査用紙の質問 16）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。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（規制薬物）」，「多剤（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，薬物使用歴から判断した。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，今年度は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）』

C．結果

1） 対象施設の種別による回答状況（表 1）

対象施設 1,653 施設のうち，937 施設（56.7%）より回答を得た。このうち 90 施設（5.4%）より，有効症例として 535 症例が報告された。「該当症例なし」の回答は 847 施設（51.20%）であった。施設別の回答率は，医療機関のすべての種別で 50%を超え，「国立病院・療養所」で最も高く 70.2%であった。一施設当たりの症例数は，「国立病院・療養所」で 14.7 例と最も多く，「都道府県立病院」が 7.8 例，「民間病院」が 5.2 例とこれに次いでいた。

2）主たる使用薬物別にみた症例数（表 2）

535 症例の内訳は，『覚せい剤症例』が 262 例で報告症例全体の 49.0%と最も高い割合を占めた。『有機溶剤症例』が 81 例（15.1%）とこれに次ぎ，両薬物合わせて症例全体の約 2/3 を占めていた。このほかはすべて 10%未満で，『睡眠薬症例』8.8%，

『多剤症例（医薬品）』4.9%，『鎮咳薬症例』4.3%の順で多かった。

『その他症例』18 例（3.4%）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：7 例
- MDMA：3 例
- 新規規制麻薬，違法ドラッグ等：3 例（メチロン，2-CI，4FMP，GBL など）
- 市販総合感冒薬（パブロン）等：5 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 391 例（73.1%），医薬品を主たる使用薬物とする症例（以下，『医薬品症例』）は 144 例（26.9%）と前者が多かった。

3）性別・年齢の分布（表 3－1，表 3－2）

性比では，『多剤（医薬品）』症例を除く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』37.5 歳，『有機溶剤症例』33.1 歳，『睡眠薬症例』42.5 歳など，ほぼ 30～40 歳代を中心に分布していた。『大麻症例』は 27.9 歳と最も低く，『鎮痛薬症例』が 47.3 歳と最も高かった。

男女別にみた平均年齢では，『睡眠薬症例』，『鎮痛薬症例』，『鎮咳薬症例』，『リタリン症例』，『その他症例』を除き，女性症例の方が男性より平均年齢でおよそ 4～10 歳程度低かった。『鎮痛薬症例』と『リタリン症例』では，女性の方が高い平均年齢を示した。

また，65 歳以上という高齢の症例も，『睡眠薬症例』で 5 例，『覚せい剤症例』で 4 例，『鎮痛薬症例』で 2 例，『抗不安薬症例』で 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 52.6%と半数強を占め，中学卒業以下が 28.8%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』および『多剤症例（規制薬物）』においては，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，『抗不安薬症例』，『リタリン症例』，『大麻症例』では短大・大学が 1/3 以上と高学歴の傾向がみられた。また，薬物全体では 13 例（2.4%）が在学中であり，このうち 6 例が覚せい剤症例であった。前回調査より増加傾向がみられた。

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 27.2%と最も高く，“土木建築業”が 14.8%とこれに次いでいた。『覚せい剤症例』では，“無職”が 16.4%，“中学生”，“土木建築業”がこれに次いで高い割合を示した。『リタリン症例』では，会社員・公務員，高校・大学生の割合が高かった。

薬物乱用開始後（現在）“無職”の割合は，一般に『規制薬物症例』で高かった。

6）暴力団との関係（表 6）

全体の 43.4%は“これまで関係なし”であったが，17～20%に“薬物乱用前”あるいは“薬物乱用後”に関係がみられた。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 1/4 が暴力団との関係を有していた。次いで『多剤（規制薬物）症例』，『有機溶剤症例』で高く，後者では女性の方が高い傾向がみられた。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。

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 35.3%で，開始後には 14.8%と半減した。薬物別では，『有機溶剤症例』において男女とも最も高い割合を示した。全体の 1/3 には，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 30～40%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』，『鎮咳薬症例』などで乱用開始前に 40～70%，開始後に 20～40%前後と高かった。

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，全体の約 40%にみられ，男性症例では 44.9%，女性症例全体の 29.0%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』，『多剤（規制薬物）症例』『有機溶剤症例』で高い割合を示した。

10）逮捕・補導歴の有無（表 10）

症例全体の 27.1%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 14.6%，開始後では 49.9%とほぼ半数が逮捕・補導歴を有していた。『覚せい剤症例』，『有機溶剤症例』，『多剤症例（規制薬物）』で高かった（表 10－1）。

補導・逮捕歴の内容については，薬物乱用開始前には，症例全体で“窃盗”が 30.8%，“傷害・暴行”が 29.5%にみられた。“薬物関連（所持・使用等）”の割合は，開始前には 20.5%だったが，開始後には 65.5%と増加していた。とくに『覚せい剤症例』では使用開始後には 75.9%と，開始前の約 5 倍と著しく増加していた（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，全体的には半数近くが“未婚”で，“離婚”も 20.7%と高い割合であった。これらはともに男性で高い傾向がみられた。既婚者の割合は『医薬品症例』で 20～30%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 16.8 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 15.7 歳とこれより低い傾向がみられた。次いで，『大麻症例』20.7 歳，『覚せい剤症例』21.2 歳，『鎮咳薬症例』23.3 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これら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，各薬物症例群において“主たる薬物”について算出した。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の変化（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，『大麻症例』の 5.2 年から『鎮咳薬症例』の 14.1 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全体の 56.5%，10 年以上は 38.6%にみられ，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。また，使用期間が 1 年未満の初期乱用者は 2.2%であった。

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 30.9%で，最も頻度の高い併用薬物は有機溶剤（54.6%），次に大麻（35.1%）であった。有機溶剤の使用開始年齢は 15.5 歳で，『有機溶剤症例』における年齢（16.8 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 53.1%と半数強を占め，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 37.0%，17.3%であった。覚せい剤使用開始年齢は 21.8 歳で，『覚せい剤症例』におけるそれ（21.2 歳）とほぼ同様であった。

『大麻症例』では，単独使用症例の割合は 23.1%と低く，他の規制薬物との多剤併用の傾向がみられた。使用歴を有する薬物としては，覚せい剤（46.2%）の割合が高かった。

『多剤症例（規制薬物）』では，覚せい剤，有機溶剤の併用率がそれぞれ77.3%，63.6%と高く，大麻の併用も50%以上にみられた。

医薬品使用の症例では，『睡眠薬症例』では約半数が，『抗不安薬症例』では1/3程度が単独使用であった。『リタリン症例』では，単独使用の割合が1/4弱であり，より多剤併用の傾向がみられた。『多剤症例（医薬品）』の90%近くが睡眠薬，抗不安薬を併用していた。

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28.6%で1/3に満たず，前回の約55%に比較して低下していた。『有機溶剤症例』では46.9%に有機溶剤使用歴がみられた。60%弱に有機溶剤の使用歴がみられた前回に比してこれも低下傾向にあった。『大麻症例』では，半数強に１年以内の大麻使用歴がみられた。『その他症例』では1/3にヘロイン使用歴がみられた。

『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概して高い傾向がみられ，睡眠薬では76.6%，抗不安薬では90%を超えていた。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50%を超えて高い割合を示した。『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。

１６）喫煙の状況（表１６）

症例全体としては，3/4が喫煙経験者で，喫煙開始年齢は平均15.6歳であった。『有機溶剤症例』では14.8歳と最も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20%と比較的高かったが，全体としては4.7%と低かった。全般的に『規制薬物症例』において喫煙頻度が高く，より低年齢で喫煙を開始していた。

１７）飲酒状況（表１７）

症例全体として約60%に飲酒歴があり，飲酒開始年齢は平均16.6歳であった。『多剤症例（医薬品）』で15.0歳と最も低年齢で飲酒を開始しており，『抗不安薬症例』が15.9歳とこれに次いでいた。飲酒歴がない割合は，医薬品症例で高い傾向がみられ，『リタリン症例』で1/3にみられた。規制薬物症例で飲酒歴を有する割合が高かったが，飲酒開始年齢では差がみられなかった。

１８）薬物乱用開始から依存に至る期間

薬物乱用開始から依存に至る期間（月換算）を薬物別に示す（表１８）。これは依存の重症度の指標として知られる（Length Of Time between Abuse and Dependence, LOTAD）[2]。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）等を詳細に検討しなければ議論するのは難しい面がある。薬物別にみると，覚せい剤，有機溶剤ではそれぞれ概ね30ヵ月，20ヵ月程度で依存に至る傾向がみられる。例数が少ないが，コカイン，ヘロイン，またリタリンなどではより短い傾向がみられた。

１９）初回使用薬物（表１９）

症例全体における初回使用薬物は，有機溶剤が44.3%と最も高く，次いで覚せい剤が19.1%，睡眠薬が10.1%，大麻6.5%と高かった。最近の調査では覚せい剤の割合が減少傾向にある。

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，医薬品症例では『鎮咳薬症例』でも比較的高い割合を示した。『覚せい剤症例』の女性では“性的効果を求めて”の割合が9.3%と他の薬物に比較して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程度に過ぎず，乱用目的での使用開始がうかがわれた。

その他の動機としては，『覚せい剤症例』では2例が，“覚せい剤と知らずに使用した”，“知らないうちに飲み物に混入された”と報告した。また，『リタリン症例』では，“ADHDの治療”（1例），“ナルコレプシーの治療”（2例）といった治療目的による初回使用が報告されたが，後者のうち1例では，“誤診”だったという。

２１）薬物初回使用の契機となった人物（表２１-１，２１-２）

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，『覚せい剤症例』，『有機溶剤症例』，『大麻症例』の男性，『多剤（規制薬物）』の男女で50%前後と高い割合を示した。『多剤症例（規制薬物）』，『有機溶剤症例』，『覚せい剤症例』の女性で，“異性の友人”が30～50%前後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，『鎮痛薬症例』，『鎮咳薬症例』，『多剤症例（医薬品）』などでは，“自発的使用”の割合が比較的高かった。『リタリン症例』では“医師”の割合が最も高かった。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2%にみられた。また，“インターネット”が使用契機となったとの報告が2例でみられた。

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』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10～20%前後が“密売人”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9.3%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』，『リタリン症例』および『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。とくに『鎮痛薬症例』，『鎮咳薬症例』ではOTCを使用している割合が高かった。なお，“インターネット”を利用した入手が3例でみられた。

２３）主たる使用薬物別にみた主診断（表２３）

症例全体としてみると，“【F1x.2】依存症候群”が37.8%，“【F1x.5】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）27.2%，“【F1x.7】残遺性障害および遅発性精神病性障害”23.7%と高かった。“【F1x.5】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，“【F1x.7】残遺性障害および遅発性精神病性障害”は『多剤症例（規制薬物）』，『覚せい剤症例』，『鎮咳薬症例』でそれぞれ20～40%と高い割合を示した。一方，“【F1x.2】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』，『多剤症例（医薬品）』などでは70～80%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60～80%と高く，症例全体では68.2%であった。とくに『睡眠薬症例』と『リタリン症例』では高い割合を示し，ともに90%を超えていた（表２３-２）。

“【F1x.57】精神病性障害（症状持続>6M）”はICD-10の診断基準からは外れるが，2002年度の調査よりICD-10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）

女性症例の約50%が“【F1x.2】依存症候群”に該当し，男性症例の約1/3に比較して高い割合であった。“【F1x.57】精神病性障害（症状持続>6M）”および“【F1x.7】残遺性障害および遅発性精神病性障害”では，それぞれ21.0%，25.6%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）臨床用量依存について（表２５）

臨床用量依存と考えられる症例を主たる薬物別にみると，『睡眠薬症例』および『抗不安薬症例』，『多剤症例（医薬品）』でいずれも80%を超え，次いで『リタリン症例』でも46.7%と高い割合を示した（表２５-１）。

臨床用量依存の診断ガイドライン5項目については，“１）6ヵ月以上の使用”に該当する割合が75%にみられたが，それ以外の項目では半数以下であった（表２５-２）。すべての項目を満たす症例はなく，１）～４）の４項目を満たす症例も104例中5例（4.8%）と少なかった。

２６）精神病エピソードの既往と治療開始年齢（表２６）

精神病エピソードの既往は，症例全体の 54.0%にみられ，平均の発症年齢は 27.0 歳であった。薬物別にみると『多剤症例（規制薬物）』，『覚せい剤症例』では 70%前後と高く，『大麻症例』，『リタリン症例』でも約 60%と高い割合を示した。精神病エピソードの発症年齢は，『有機溶剤症例』で 23.9 歳と最も低かった。

治療開始年齢は，症例全体の平均は 29.4 歳で，『有機溶剤症例』では 24.0 歳と最も低かった。医薬品症例では 30～40 歳と規制薬物症例に比べて高い傾向がみられた。

２７）精神疾患の家族歴（表２７）

“精神疾患の家族歴あり”と報告された症例は 130 例で，症例全体の 24.3%であった。薬物別にみてそれほど大きな差はない。具体的に報告された精神疾患としては，アルコール関連障害 35 例（26.9%），気分障害圏 21 例（16.2%），薬物関連障害 20 例（15.4%），統合失調症など精神病圏 15 例（11.5%），神経症圏（不安障害，パニック障害含む）11 例（8.5%）などであった。

２８）気分障害の併存について（表２８）

気分障害の併存があると報告された症例は 51 例（9.5%），併存が疑われるとされた症例は 88 例（16.4%）で，症例全体の約 1/4 に何らかの気分障害（疑い含む）の併存がみられた。薬物別にみると，『多剤症例（医薬品）』，『リタリン症例』で 50～60%以上と高い割合を示し，次いで『睡眠薬症例』で 40.4%と高かった（表２８－１）。

性別にみると，女性で約 1/3 に何らかの気分障害の併存が疑われ，男性に比較して高い傾向がみられた（表２８－２）。

気分障害の類型（DSM－Ⅳ準拠）の内訳をみると，“うつ病性障害”が 71.2%と最も高く，“双極性障害”は 5.8%と低かった。うつ病性障害は全体として医薬品症例で高い傾向がみられたが，『大麻症例』，『覚せい剤症例』でも 70%前後にみられた（表２８－３）。性別にみた内訳では大きな差はみられなかった（表２８－４）。

気分障害の発症と，薬物使用開始との時間的関係について回答のあった 103 例について，気分障害の類型別に示した（表２８－５）。発症が薬物使用開始前と後ではほぼ同数であったが，双極性障害と報告された症例では，薬物使用開始後の発症の割合が 71.4%と高かった。また，症例全体からみた気分障害（疑い含む）の発症年齢は，27.8 歳であった。

２９）成育史上の問題について（表２９）

成育史上の問題としては，親との離別，不登校，いじめられ体験，家庭内暴力，被虐待体験の有無について質問した。薬物別，性別にみた結果をそれぞれ表２９－１，表２９－２に示す。これらの成育史上の問題は 204 例で報告され，症例全体の 38.1%であった。それぞれの性別症例における割合をみると，女性症例では 51.0%で，男性症例の 33.3%に比べて有意に高かった。全体としては医薬品症例で高い割合を示し，とくに『抗不安薬症例』，『多剤症例（医薬品）』では 60%以上にみられた。被虐待体験は症例全体の 24.5%にみられ，女性で有意に高かった。このほか，不登校，いじめられ体験についても，有意な性差がみられた。

３０）自傷行為・自殺企図の既往について（表３０）

自傷行為または自殺企図の既往は，症例全体では 186 例（34.8%）で報告された。薬物別にみると『多剤症例（医薬品）』，『抗不安薬症例』で 60～70%前後と高い割合を示した（表３０－１）。性別にみると，女性では 56.6%と男性症例の 26.7%に比べて有意に高かった（表３０－２）。

３１）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（表３１－１，３１－２）および境界性パーソナリティ障害（表３１－３，３１－４）の併存について，薬物別，性別にみた割合を示した。

反社会性パーソナリティ障害の併存（疑い含む）は 114 例で，症例全体の 21.3%にみられた。薬物別にみると，『多剤症例（規制薬物）』，『覚せい剤症例』で 30%前後と高かった。パーソナリティ障害の顕在化と薬物使用開始との時間的関係をみると，全体では 38.6%が薬物使用開始前にすでに障害が存在したが，薬物使用開始後の顕在化も 29.8%でみられると報告された。

境界性パーソナリティ障害（疑い含む）は，87 例（16.3%）で，医薬品症例で高い傾向がみられた。性別では，女性において有意に併存する割合が高かった。境界性パーソナリティ障害は，薬物使用前から顕在化する症例の割合が高かった。

D．考察

１）本年度の実態調査の概括

今回の調査対象施設において回答率は 56%を超え，これまでの調査で最も高い回収率を得ることができた。全数調査としては十分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・療養所が 70.2%と最も高く，都道府県立病院を除いては 60%前後の回答率が得られ，施設種別で大きなばらつきはみられなかった。全体としては，すべての施設種別より，過半数の回答率を得ることができ，疫学的に意義のある調査であったと考えられる。

1 施設あたりの報告症例数は，国立病院・療養所が 14.7 例と最も多く，前回調査[3]よりも増加した。次いで都道府県立病院が 7.8 例，民間病院も 5.2 例と増加した。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」と回答する施設は 200～270 施設，医療機関全体に占める割合は 16%前後，症例数が 900 症例前後であったが，前回（2004 年度）の調査では「該当症例あり」の施設数は 75 施設（施設数全体の 4.5%），報告された有効症例数も 453 例と激減した。今年度も，前回調査よりは増えたものの，“該当症例あり”施設は 90 施設（5.4%）で，回答症例も 535 例とそれ以前に比較すると少なかった。これが，同意取得など調査の方法論に関連した問題なのか，あるいは実際に薬物関連精神障害患者の受診状況が変化していることによるのかについては，今回の結果だけでは何とも言えない。しかし，薬物関連精神障害患者の中心となる覚せい剤，有機溶剤については事犯者数も減少傾向にあるので，新規乱用による薬物関連精神障害患者の発生は実際に減少しつつあるのかもしれない。施設あたりの症例数は 5.9 例と前回同様の値で，これまでの調査に比較すると，増加傾向がみられた。

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①BZ 臨床用量依存，②成育史上の問題，③併存症（気分障害，パーソナリティ障害）について関心項目とした。

① BZ 臨床用量依存は，十分にコンセンサスを得た診断基準がないため，井澤らによる診断ガイドラインの提案[1]に基づいて，5 項目の診断基準を試用した。

② 成育史上の問題については，薬物関連精神障害の成因，症状形成に関与すると思われる項目を設定した。すなわち，発達早期における親との離別体験，学校生活の問題としての不登校・いじめ体験，家庭生活の問題としての家庭内暴力や被虐待体験である。

③ 精神科的併存症は，臨床現場や民間リハビリ施設などで問題になりつつある。依存対象となる薬物と治療上不可欠な薬剤とをどのように適切に判断し用いるかは難しい問題をはらんでいる。今回の調査では，臨床上問題となることの多い気分障害の併存の有無に焦点をあて，DSM－Ⅳにしたがった類型化を行った。自傷行為と自殺企図についても質問項目として設定した。また，パーソナリティ障害の問題も治療上重要である。とくに薬物関連精神障害患者の処遇の難しさに関与する要因としてパーソナリティ障害がよく指摘されるが，本来のパーソナリティの問題なのか，あるいは薬物依存に伴う行動の変化がパーソナリティ障害を思わせる様態を示すのかについては，必ずしも厳密に考慮されているかどうか問題があろう。調査では，薬物関連精神障害に併存することが多いといわれるパーソナリティ障害のうち，反社会性パーソナリティ障害と境界性パーソナリティ障害に

ついて DSM－IVの診断基準を挙げて，その併存について調べた。気分障害と同様に，薬物使用との関連を検討するため，時間的関係を問う質問も設定した。

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

覚せい剤は依然として「第三次乱用期」にあり，現在の日本において最も深刻な問題をひきおこしている乱用薬物である。事犯検挙者数で見る限りは，やや減少傾向にあるが，2006年における押収量は粉末・錠剤型ともに増加し，全薬物事犯の80.4%を占めるなど[4]，乱用薬物の中心であり，予断を許さない状況は続いていると思われる。

覚せい剤症例は今年度の調査でも 49%と全症例の半数を占めていた（図１）。「使用歴を有する薬物」としては 63.2%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19.1%と有機溶剤に次いでいるが（表１９），2000 年頃より割合は低下傾向にある（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』262 例のうち約 80%が男性で，年齢は 20 歳代後半～30 歳代後半を中心としながら，50 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[5]では 5.2%，1993 年[6]は 8.4%，1994 年[7]は 1.9%，1996 年[8]は 2.0%，1998 年[9]は 1.1%，2000 年[10]は 2.1%，2002 年度[11]は 2.7%，2004 年度は 0.9%[3]であったが，今年度は 0.8%とやや減少していた。

年齢分布においては，女性の方がより低年齢にシフトし，覚せい剤使用開始の平均年齢も男性の 39.6 歳に対して女性では 29.5 歳と低かった。

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 105 例（40%）で，これまでと同様の水準であった。初回使用年齢は男性 21.7 歳に対して，女性は 19.5 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５例（1.9%）と，前回（4.9%）より低下した。試用期間が１年未満の初期乱用例は最近の調査で減少傾向にある（図４）。

一方，覚せい剤の使用期間が５年以上の症例は 58.8%と高い水準にある。10 年以上の使用期間も約 41.6%にみられ，長期使用の傾向がより強く現れていた（図５）。

覚せい剤初回使用方法では，男性の 71%，女性の 55%が静注で，女性における加熱吸煙の割合が 19.4%と，男性の 16.1%に比較してやや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，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半数近くにみられ，男性では 60.6%と薬物別・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た。

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，他の薬物群に比較してより低年齢の傾向がみられた。覚せい剤初回使用の契機は，男性の約半数が“同性の友人”と高い割合を示した。女性では，“異性の友人”が 31.5%，“恋人・愛人”が 20.4%と高く，これまで同様に異性パートナーの存在が使用開始の契機となっていることがうかがわれた。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”もこれに次いで高かった。

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『F15.5：精神病性障害』に該当した。とくに精神病症状の持続が 6 ヵ月以上に及ぶ『F15.57：精神病性障害（>6M）』に該当する症例が 1/4 にみられた。“【F15.7】残遺性障害および遅発性精神病性障害”も 90 例（34.4%）と多く，覚せい剤使用による慢性ないし遷延性の病態の存在がうかがわれる。この傾向は，最近１年以内における覚せい剤使用率が 28.6%と低いことからも想定される。

薬物誘発性の精神病性障害については，持続期間の設定に議論がある。DSM の改訂も控えているが，今後，このような薬物使用者にみられる長期にわたって持続する精神病性障害については，さらに詳細かつ実証的な臨床研究と検討を積み重ね，診断基準について日本の臨床経験をもとに適切な意見を述べていく必要があると考えられる。

⑦ 気分障害・成育史上の問題・ﾊﾟｰｿﾅﾘﾃｨ

『覚せい剤症例』における気分障害の併存は，56 例（21.4%）に報告された。そのうち，36 例（64.3%）は「うつ病性障害」で，双極性障害の割合は 5.4%と低かった。気分障害の発症が覚せい剤使用開始前，後と考えられる症例はそれぞれ 9 例（16.1%），37 例（66.1%）で，後者の方が多かった。覚せい剤誘発性と考えられた症例はこのうち 12 例であった。

成育史的には，15 歳以前の親との離別，不登校が 1/3 にみられ，被虐待体験も 30%近くに報告された。反社会性パーソナリティ障害（傾向も含む）と考えられる症例は，70 例（26.7%）と，『多剤症例（規制薬物）』に次いで高い割合を示した。薬物乱用開始前の逮捕・補導歴の内容をみても，他の薬物症例に比較すると暴力事件の割合が高い傾向がうかがわれる（表１０－２）。ただし，反社会的パーソナリティ障害が薬物使用開始後に顕在化したと報告された症例も 21 例（30%）あり，これらの症例では，反社会的行動様式が覚せい剤使用とくに依存症に関連する行動，あるいは精神病エピソードに修飾されている可能性も示唆される。したがって，覚せい剤関連精神障害患者の処遇面の難しさを特定のパーソナリティ障害に帰すことは，慎重でなければならないだろう。これは，覚せい剤に限らず，すべての薬物関連精神障害の診断・治療において要請される臨床的態度であると考えられる。

（2）有機溶剤

① 『有機溶剤症例』の概観

覚せい剤とならび，日本における代表的な乱用薬物であり，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。具体的な物質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。最近，“ガス類”の報告が一定数みられている。

- シンナー：19 例
- ガス類：8 例
- トルエン：7 例
- ボンド：5 例

『有機溶剤症例』が症例全体に占める割合は 15.1%で，引き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”としては覚せい剤に次ぎ， 50%前後と高い水準で経過している（図２）。また，“初回使用薬物”としては若干減少傾向がみられるものの，覚せい剤を上回り 44.3%と最も高い割合であった。薬物乱用への入り口としての有機溶剤は依然として軽視できないことがわかる。

② 性・年齢の特徴

『有機溶剤症例』の特徴は，約 80%が男性で，平均 16.8 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，今回も 53.1%と高かった。

③ 喫煙・飲酒歴，薬物使用歴

喫煙は 14.8 歳と最も低年齢で，飲酒も 16.3 歳と，より低年齢で使用を開始する傾向は，毎回の調査でみられる特徴である。有機溶剤に先行する喫煙体験の役割も軽視できない。

使用期間では，1 年未満の“初期乱用者”は 1.3%と減少傾向にあるが，5 年以上の“長期使用者”の割合は約 60%と高く，覚せい剤と同様慢性病態の存在がうかがわれる。

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 53%と高かった。薬物乱用者との関係は，薬物乱用前にはとくに女性の71%にみられ，高い割合を示した。乱用開始後も男女とも半数近くに関係がみられた。逮捕・補導歴は，乱用開始後には男女とも乱用開始前における割合の 2.6～3.6 倍程度に増加し，女性で目立っていた。

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，女性の 1/3 近くが “同性の友人”とし，他の薬物症例群に比較してより高い割合であった。また，女性では約半数が“異性の友人”と回答し，これらが高いのは従来と同様の傾向である。

薬物初回使用の動機としては，男女とも約半数が“誘われて”で，“好奇心”もとくに女性で約 2/3 と高かった。薬物入手経路は“友人”が比較的多いが，“密売人”も少なからずみられた。従来の結果と同様に，有機溶剤乱用開始における peer pressure，その後の交友関係のあり方に関する特徴をうかがわせる。

⑥ 精神医学的診断

ICD-10 による診断分類では，“【F18.2】依存症候群”が 36%と最も高い割合を示し，次いで“【F18.57】精神病性障害（>6M)”が約 1/4 にみられた。“【F18.7】残遺性障害および遅発性精神病性障害”の 16%と合わせると，約 40%で症状の遷延・持続化が問題になっていることがうかがえる。

⑦ 気分障害・成育史上の問題・ﾊﾟｰｿﾅﾘﾃｨ

『有機溶剤症例』における気分障害の併存率は 9.9%と低かった。成育史的には，15 歳以前の親との離別体験，不登校，家庭内暴力等は『覚せい剤症例』と同様の割合であったが，“いじめられ体験”が若干高い傾向がみられた。被虐待体験の報告は 9.1%と低かった。パーソナリティ障害の併存の割合も全体からみると高いとはいえなかった。

（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。ただし，『睡眠薬症例』，『抗不安薬症例』の 1/4～1/2 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，睡眠薬，抗不安薬の使用率が 90%を超える。また，規制薬物症例における使用割合も低くない。

これらの症例の平均年齢は 30 歳代後半～40 歳代後半と他の薬物症例に比較して高く，初回使用年齢も通常は 30 歳代前後で，3/4 以上で最近 1 年間における使用がみられる。

初回使用の契機となった人物としては“医師”が多いが，“自発的使用”もみられ，これらには主として市販薬（OTC）を自ら購入したケースなどが該当すると思われる。

動機としては，約 30～75%が“不眠”，“不安”，“疼痛”といった本来の症状と思われる状態の軽減を目的としていた。使用期間では使用薬物ごとにややばらつきがあるが，『睡眠薬症例』，『抗不安薬症例』では 8～10 年，『鎮痛薬症例』では平均約 13 年と最も長く，前回同様の傾向がみられた。従来，これらの『睡眠薬症例』，『抗不安薬症例』の中には「BZ 臨床用量依存」例が含まれると考えられたため，今年度は調査項目に加えた。

BZ 臨床用量依存については，前述したように井澤らによる 5 項目の診断ガイドライン[1]を用いた。臨床的に「臨床用量依存」と半田された症例は 104 例で，症例全体の 19.7%であった。主たる薬物別にみると，当然ながら『睡眠薬症例』および『抗不安薬症例』で該当する例が多く，両者合わせて 84.8%が臨床用量依存に該当し，『多剤症例（医薬品)』でも 80.8%が該当した。実際には，診断ガイドライン 5 項目のすべてを満たす症例はなく，とくに「5）計画的な漸減・中止」については実際上，かなり困難な作業であることが予想され，これに該当する症例は 27 例（26%）と最も低い割合であった。1）～4）の 4 項目を満たす症例も 5 例（4.8%）と少なかった。また，BZ 以外の薬物を主たる使用薬物とする症例でも，併用する BZ 系睡眠薬・抗不安薬の臨床用量依存が少なからずみられることがうかがわれた。臨床用量依存については，診断基準を含めて，より詳細な検討が必要と思われる。

『睡眠薬症例』，『抗不安薬症例』では，気分障害の併存が 30～40%と比較的高い割合を示し，その多くはうつ病性障害と報告された。『抗不安薬症例』では，成育史上の問題が 12 例（63.2%），自殺企図または自傷行為の既往が 11 例（57.9%）と高い割合にみられた。境界性パーソナリティ障害（傾向も含む）の併存も 7 例（36.8%）と『多剤症例（医薬品)』に次いで高い割合を示した。境界性パーソナリティ障害の 70%以上が，薬物使用開始前から存在したと報告され，これらの症例では，本パーソナリティ障害あるいは近縁の行動障害が原疾患として存在したことがうかがわれる。

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】
- フルニトラゼパム 28 例
- トリアゾラム 19 例
- ブロムワレリル尿素製剤（“ウット”，“リスロン”含む） 12 例
- ニトラゼパム 10 例
- ゾルピデム 9 例
- ブロチゾラム 8 例
- ゾピクロン 7 例
- バルビツレート類 7 例
- ベゲタミン 6 例
- ニメタゼパム 2 例
- その他（エスタゾラム，ハイミナール，“ドリエル”など） 各 1 例

以上のうち，“ウット”，“リスロン”，“ドリエル”は市販品（OTC）である。

【抗不安薬】
- エチゾラム 25 例
- アルプラゾラム 5 例
- ブロマゼパム 5 例
- ジアゼパム 3 例
- クロキサゾラム 2 例
- ロラゼパム 1 例

【鎮痛薬】
- ペンタゾシン 5 例
- ナロン 4 例
- セデス 3 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おり[8]，今回の調査では，主たる使用薬物としては 4.3%を占め，わずかだが増加傾向にあった。『鎮咳薬症例』では，男女とも平均 23.3 歳で鎮咳薬の使用を開始しており，性比は男性優位で，過去 1 年以内の鎮咳薬使用経験は 60%近くにみられ， 大麻，覚せい剤，有機溶剤などの規制薬物併用率も比較的高い傾向がみられた。また，約半数が薬物乱用前から薬物乱用者との関係を有していた。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，65%が“【F19.2】依存症候群”に該当した。また“【F19.7】残遺性障害および遅発性精神病性障害”が 1/4 を占め，『鎮咳薬症例』においても症状の慢性化，長期化がうかがわれたのは前回調査と同様であった。

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。
- ブロン液 16 例
- ブロン錠 10 例
- トニン 8 例
- ブロン 2 例
- ガノン液 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，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[10]，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%を超えて増加傾向にあり，今年度は前回の 3.8%より減じたが，なお 2.4%と高い水準にあった。

また，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 年度は 22.0%，2004 年度が 38.1%へと急増し，今年度も 27.7%と高い割合を示した。一般社会での大麻乱用の拡大の影響が，精神医療

の現場に及びつつある。

『大麻症例』は70%以上が男性で，平均27.9歳であった。薬物乱用前に男性の30%が非行グループと，男女合わせて約半数が薬物乱用者との関係をもち，逮捕・補導歴，矯正施設への入所歴を有する割合は，規制薬物使用症例群の中では低かった。また，半数近くに覚せい剤の使用歴がみられた。これらの特徴は，これまでと同様の傾向である。

一方，『多剤症例（規制薬物）』では半数以上に大麻使用歴があり，初回使用年齢からみると，有機溶剤(16.1歳)→大麻(20.5歳)→覚せい剤(22.4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1/3に大麻使用歴がみられ，初回使用年齢は覚せい剤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”，“好奇心・興味から”を動機とし，“同性の友人”を契機としていた。他の薬物症例に比較して，大麻使用における自己治療的な意味合いは少ないことがうかがわれた。最近1年以内の薬物入手は1/4が“友人”，“知人”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，“【F12.5】精神病性障害”が60%を超え，症状の長期遷延例も少なからずみられた。これらの傾向はこれまで同様である。

（6）メチルフェニデート（リタリン）

これまでの調査においても，メチルフェニデート（リタリン）症例は一定数の報告がみられていたため，今回の調査では独立した薬物として集計した。

2004年度調査では，リタリンの使用歴を有する症例として19例の報告があったが，今年度は30例（5.6%）と増加した。主たる使用薬物症例としても15例（2.8%）であった。リタリン症例では，気分障害の併存が53.3%にみられたことにも示されているように，その使用開始は何らかの治療目的であることが多いが，“刺激を求めて”などの乱用目的も男性症例でみられた。ADHD，ナルコレプシーに対する投与もわずかだが報告されている。診断としては，3/4が“【F15.2】依存症候群”に該当し，乱用開始から依存に至る期間も，平均9.2ヵ月と短かった（表18）。

『リタリン症例』では，半数以上に気分障害の併存が指摘され，そのほとんどがうつ病性障害であった（表28）。成育史上の問題が半数近くで，自傷行為・自殺企図の既往が40%で報告されており，これらが相互に関連している可能性も否定できない。

なお，これまでの調査からリタリン依存は早期に重症化しやすい傾向が指摘されており[12]，うつ病に対するエビデンスも十分とは言い難く[13]，多くが医原性の側面をもっていることを考えると，早急に何らかの行政的対応が求められる。

（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　51例
- コカイン　37例
- LSD　34例
- ヘロイン　17例
- マジック・マッシュルーム　17例

MDMAは押収量，検挙者数ともに年々倍増しており，本調査においても2004年度より報告数が増加した。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。MDMA（あるいはMDA）の錠剤には，その他の成分としてメタンフェタミン，カフェイン，エフェドリン，コカイン，ケタミンなどが混在する錠剤も流通していることが確認されており[14]，引き続き注意深く見守ることが必要であろう。

他の薬物としては，以下のような薬物が報告された（各1例）。

【麻薬指定薬物】

- AMT：3-(2-ｱﾐﾉﾌﾟﾛﾋﾟﾙ)ｲﾝﾄﾞｰﾙ
- 5-Meo-DIPT：3-[2-(ｼﾞｲｿﾌﾟﾛﾋﾟﾙｱﾐﾉ)ｴﾁﾙ]-5-ﾒﾄｷｼｲﾝﾄﾞｰﾙ
- 3CPP：1-(3-ｸﾛﾛﾌｪﾆﾙ)ﾋﾟﾍﾟﾗｼﾞﾝ
- メチロン：2-ﾒﾁﾙｱﾐﾉ-1-(3,4-ﾒﾁﾚﾝｼﾞｵｷｼﾌｪﾆﾙ)ﾌﾟﾛﾊﾟﾝ-1-ｵﾝ

【薬事法指定薬物】

- 4-FMP：4-ﾌﾙｵﾛｱﾝﾌｪﾀﾐﾝ

【東京都知事指定薬物】

- 2C-I：2,5-ｼﾞﾒﾄｷｼ-4-ﾖｰﾄﾞﾌｪﾈﾁﾙｱﾐﾝ
- 5-Meo-AMT：3-(2-ｱﾐﾉﾌﾟﾛﾋﾟﾙ)-2-ﾒﾄｷｼｲﾝﾄﾞｰﾙ

【その他】

- GBL：ガンマブチロラクトン

上記のうち，5-Meo系（俗称“フォクシー”など）は経口，経鼻，経直腸的に摂取され，男性同性愛者などの間で乱用されることがある。サイロシンなどと類似の幻覚作用をもち，中枢神経に対する毒性もかなり強いことが報告されており[15]，同様に十分な注意と対策が必要である。2005年4月17日より麻薬として規制されている。

3CPP（俗称“Super Speed Star”など）は，東京都の知事指定薬物であったが，2006年10月13日より麻薬として規制されている。

メチロン（俗称“methylone”など）も，いわゆる脱法ドラッグとして一部で乱用されてきており，知事指定薬物であったが，2007年2月3日より麻薬として規制されることになった。メチロンは化学構造式上，MDMAと酷似しており，同様に依存形成と中枢興奮作用を有することが知られている[16]。なお，ピリン系解熱鎮痛剤のメチロン（スルピリン）とは異なる。

4-FMPはアンフェタミン類似物質で，2006年の薬事法改正により，第12条第14項「中枢神経系の興奮若しくは抑制又は幻覚の作用（当該作用の維持又は強化の作用を含む。）を有する蓋然性が高く，かつ，人の体に使用された場合に保健衛生上の危害が発生するおそれがある物」として規制される「指定薬物」に含まれる。

2C-I（俗称：Black Labelなど），5-Meo-AMT（俗称：Super Speed Starなど）は2005年6月より知事指定薬物とされている。

GBLは鎮静作用をもち，欧米では“Party Drug”，ときには“Date-Rape Drug”として乱用や不正使用されることもある。すでに麻薬指定されているGHB（GABA代謝物）の前駆物質で，1,4ブタンジオールも同様の作用をもつと考えられる。

比較的最近に麻薬として指定された物質や，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厳密な科学的評価が行われていない場合が多く，臨床上の問題も予測しがたい場合がある。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，現場では注意が必要である。これらの物質の入手経路としてのインターネットも，今回は全体で数例に報告されたに過ぎないが，潜在的にはより多くの例が予想される。予防教育の中でどのように取り上げていくか検討が必要だろう。

E．結　論

1）全国の精神科病床を有する医療施設1,653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，937施設（56.7%）から535症例の報告を得た。

2）主たる使用薬物別にみると，『覚せい剤症例』が262例（49.0%）と最も多く，『有機溶剤症例』81例（15.1%）と合わせると全体の2/3近くを占め，依然として両薬物が精神医療の現場においても主要な乱用薬物であることが確認された。

3）次いで，『睡眠薬症例』47例（8.8%），『鎮咳薬症例』23例（4.3%），『多剤症例（医薬品）』26例(4.9%)，『多剤症例(規制薬物)』が22例(4.1%)，『抗不安薬症例』19例（3.6%），『その他症例』18例（3.4%），『リタリン症例』15例（2.8%），『大麻症例』13例（2.4%），『鎮痛薬症例』9例（1.7%）の順で報告が多かった。

4）『覚せい剤症例』が全症例に占める割合および「使用歴を有する薬物」としてもこれまで同様最も高い割合を占めており，検挙者数はやや減少傾向にあるが，今後の精神医療の現場における推移を注意が必要であると考えられた。

5）『覚せい剤症例』の病態としては，精神病性障害が中心で，とくに長期にわたる遷延性の状態像がうかがわれ，これは従来の調査と同様の傾向であった。

6）社会における有機溶剤乱用は全体として下火になりつつあり，本調査における『有機溶剤症例』

の占める割合も徐々に減少傾向にあるが,「使用歴を有する薬物」としては 48%と覚せい剤に次いで高い割合を示し，これまで同様の高い水準を保っていた。また,「初回使用薬物」としては 44.3%と最も高い割合を示しており，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と考えられた。

７)『有機溶剤症例』では飲酒・喫煙，薬物乱用がより低年齢で開始されていた。低年齢からの有機溶剤乱用は,成長期における健康問題のみならず,深刻な心理･社会的障害を引き起こすことにつながり，薬物乱用防止教育における重要性があらためて認識された。

８)『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。病態としては，依存症候群を呈する割合が高く,『睡眠薬症例』,『抗不安薬症例』の 80%以上が臨床用量依存に該当すると報告された。

９)『鎮咳薬症例』は主たる使用薬物としては 4.3%とやや増加傾向にあった。比較的低年齢で乱用を開始しており，性比，交友関係などにおいて規制薬物症例に近い特徴をもっていること，依存症候群に該当する割合は 60%以上と高いこと，等の特徴は従来の調査と同様であった。

１０）大麻は乱用拡大が懸念される薬物であり，『大麻症例』は全体の 2.4%と前回調査よりは若干減少したものの,「大麻使用歴を有する症例」は全体の 27.7%と高水準を保ち，症状の遷延例も少なからず存在することがうかがわれた。

１１)『リタリン症例』は 15 例 (2.8%) 報告され，使用歴を有する症例としては 30 例と増加傾向がみられた。約半数に気分障害の併存がみられ，自傷・自殺企図，成育史上の問題を有する割合も比較的高く，これらが相互に関連している可能性が示唆された。診断としては依存症候群の割合が高く，依存への進行の速さがうかがわれた。

１２）パーソナリティ障害としては,『覚せい剤症例』で反社会性パーソナリティ障害,『多剤症例(医薬品)』『抗不安薬症例』で境界性パーソナリティ障害の併存率が高い傾向がみられた。しかし，反社会性パーソナリティ障害では，薬物使用後に障害が顕在化した例が少なくないことから，薬物関連精神障害患者におけるパーソナリティの評価は,薬物使用の影響を考慮に入れて慎重に行われるべきと考えられた。

１３）その他の薬物としては，報告数は少ないものの，新規に麻薬指定を受けた物質，改正薬事法における新規指定薬物，知事指定薬物など多様な物質が報告された。臨床現場においても，これらの薬理作用や関連法規等についての知識や情報の迅速かつ適切な共有が必要であると思われた。

謝　辞

日々の臨床でご多忙の中，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・著書

(1) Shigeru Ozaki and Kiyoshi Wada : Characteristics of methylphenidate dependence syndrome in psychiatric hospital settings. Jpn. J. Alcohol & Drug Dependence 41(2) : 89-99, 2006。

(2) 尾崎　茂，和田　清：睡眠薬乱用・依存の実態と対策。臨床精神薬理 9:2011-2016, 2006。

(3) 尾崎　茂，和田　清：ベンゾジアゼピン依存の疫学と国際比較。臨床精神医学 35(12) : 1675-1981, 2006。

２）口頭発表

(1) 尾崎　茂：物質依存と犯罪－その実態と問題点－。第 41 回日本アルコール・薬物医学会総会シンポジウムVI「アルコール・薬物依存の犯罪と法律」, 2006/7/27, 京都。

(2) 尾崎　茂，和田　清：薬物関連精神障害患者におけるパーソナリティの特徴。第 41 回日本アルコール・薬物医学会総会, 2006/7/28, 京都。

(3) 尾崎　茂：物質関連障害の診断基準について。第 18 回日本アルコール精神医学会・第 9 回ニコチン・薬物依存研究フォーラム平成 18 年度合同学術総会，合同シンポジウム「DSM-Ⅴ物質関連障害診断基準草案作成への提言：DSM-Ⅳの検討課題と今後の研究」。2006/9/29, 千葉。

G．参考文献

1) 井澤志名野，早川達郎，和田　清：ベンゾジアゼピン系薬物の使用原則と臨床用量依存の診断と治療。白倉克之ら編，アルコール・薬物関連障害の診断・治療ガイドライン，p207-222, じほう, 2003。

2) Ridenour, T.A., Maldonado-Molina, M., Compton, W.M., et al: Factors associated with the transition from abuse to dependence among substance abusers: implications for a measure of addictive liability. Drug Alcohol Depend., 80(1):1-14, 2005.

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 16 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：89-126, 2005。

4) 警察庁刑事局組織犯罪対策部薬物銃器対策課：平成 18 年中の薬物・銃器情勢。2007 年 2 月。

5) 福井　進，和田　清，伊豫雅臣他：薬物乱用・依存の実態と動向に関する研究（その２）－医療施設実態調査より－。厚生省精神・神経疾患研究委託費－薬物依存の発生機序と臨床および治療に関する研究。平成３年度報告書：143－152, 1992。

6) 清水順三郎，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」薬物依存の社会医学的，精神医学的特徴に関する研究。平成５年度研究成果報告書：79－104, 1994。

7) 清水順三郎：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」薬物依存の社会医学的，精神医学的特徴に関する研究。平成６年度研究成果報告書:87－118, 1995。

8) 尾崎　茂：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 年度厚生科学研究費補助金「麻薬等総合対策研究事業」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。第 1 分冊「薬物乱用・依存の多面的疫学調査研究」平成 8 年度研究成果報告書：61－86, 1997。

9) 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 10 年度厚生科学研究費補助金「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」。平成 10 年度研究報告書:85－116, 1999。

10) 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 12 年度厚生科学研究費補助金「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」。平成 12 年度研究報告書:77－118, 2001。

11) 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」研究報告書：87-128, 2003。

12) Shigeru Ozaki and Kiyoshi Wada : Characteristics of methylphenidate dependence syndrome in psychiatric hospital settings. Jpn. J. Alcohol & Drug Dependence 41(2) : 89-99, 2006.

13) 樋口輝彦:Methylphenidate のうつ病に対する有効性について。精神医学 47(6):588-594, 2005。

14) Yukiko Makino, Satoshi Tanaka, Shingo

Kurobane, et al. Profiling of Illegal Amphetamine-type Stimulant Tablets in Japan. J.Health Sci., 2003.

15) 舩田正彦：MDMA 及び脱法ドラッグの神経毒性ならびに精神依存発現メカニズムの解明。平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）研究報告書：1-47, 2004。

16) 舩田正彦：MDMA 類似誘導体の薬物依存性評価システム構築に関する研究。平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）「脱法ドラッグの構造修飾特性とその依存性および神経毒性発現の関連性」研究報告書，9-21，2006。

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施設あたり回答症例数
		回答あり施設数	症例あり		症例なし施設数	
			施設数	回答症例数		
国立病院・療養所	47 (2.8%)	33 (70.2%)	10 (21.3%)	147 (27.5%)	23 (48.9%)	14.7
自治体立病院						
都道府県立病院	77 (4.7%)	40 (51.9%)	12 (15.6%)	93 (17.4%)	28 (36.4%)	7.8
市町村立病院	75 (4.5%)	47 (62.7%)	6 (8.0%)	6 (1.1%)	41 (54.7%)	1.0
大学医学部附属病院	84 (5.1%)	51 (60.7%)	10 (11.9%)	17 (3.2%)	41 (48.8%)	1.7
民間病院	1370 (82.9%)	766 (55.9%)	52 (3.8%)	272 (50.8%)	714 (52.1%)	5.2
	1653 (100.0%)	937 (56.7%)	90 (5.4%)	535 (100.0%)	847 (51.2%)	5.9

表2 主たる使用薬物別にみた症例数(%)

薬物分類	男 性	女 性	合 計
覚せい剤	208 (53.3%)	54 (37.2%)	262 (49.0%)
有機溶剤	64 (16.4%)	17 (11.7%)	81 (15.1%)
睡眠薬	28 (7.2%)	19 (13.1%)	47 (8.8%)
抗不安薬	12 (3.1%)	7 (4.8%)	19 (3.6%)
鎮痛薬	5 (1.3%)	4 (2.8%)	9 (1.7%)
鎮咳薬	16 (4.1%)	7 (4.8%)	23 (4.3%)
大 麻	10 (2.6%)	3 (2.1%)	13 (2.4%)
リタリン	10 (2.6%)	5 (3.4%)	15 (2.8%)
その他	12 (3.1%)	6 (4.1%)	18 (3.4%)
多剤(医薬品)	9 (2.3%)	17 (11.7%)	26 (4.9%)
多剤(規制薬物)	16 (4.1%)	6 (4.1%)	22 (4.1%)
計	390 (100.0%)	145 (100.0%)	535 (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 (262例)		有機溶剤 (81例)		睡眠薬 (47例)		抗不安薬 (19例)		鎮痛薬 (9例)		鎮咳薬 (23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	(79.4%)	(20.6%)	(79.0%)	(21.0%)	(59.6%)	(40.4%)	(63.2%)	(36.8%)	(55.6%)	(44.4%)	(69.6%)	(30.4%)
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 (0.5%)	1 (1.9%)	2 (3.1%)	3 (17.6%)	0 (0.0%)	1 (5.3%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
20～24	8 (3.8%)	13 (24.1%)	6 (9.4%)	4 (23.5%)	1 (3.6%)	3 (15.8%)	1 (8.3%)	1 (14.3%)	1 (20.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)
25～29	25 (12.0%)	14 (25.9%)	9 (14.1%)	4 (23.5%)	4 (14.3%)	3 (15.8%)	1 (8.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (12.5%)	1 (14.3%)
30～34	42 (20.2%)	13 (24.1%)	11 (17.2%)	2 (11.8%)	6 (21.4%)	2 (10.5%)	2 (16.7%)	2 (28.6%)	1 (20.0%)	2 (50.0%)	2 (12.5%)	1 (14.3%)
35～39	39 (18.8%)	9 (16.7%)	24 (37.5%)	1 (5.9%)	1 (3.6%)	3 (15.8%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (25.0%)	2 (28.6%)
40～44	35 (16.8%)	1 (1.9%)	5 (7.8%)	1 (5.9%)	4 (14.3%)	1 (5.3%)	4 (33.3%)	1 (14.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (18.8%)	0 (0.0%)
45～49	22 (10.6%)	1 (1.9%)	3 (4.7%)	1 (5.9%)	3 (10.7%)	1 (5.3%)	2 (16.7%)	0 (0.0%)	1 (20.0%)	0 (0.0%)	1 (6.3%)	1 (14.3%)
50～54	16 (7.7%)	1 (1.9%)	1 (1.6%)	1 (5.9%)	4 (14.3%)	1 (5.3%)	1 (8.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (25.0%)	1 (14.3%)
55～59	12 (5.8%)	0 (0.0%)	2 (3.1%)	0 (0.0%)	1 (3.6%)	1 (5.3%)	1 (8.3%)	0 (0.0%)	1 (20.0%)	1 (25.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
60～64	4 (1.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (7.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
65≦	4 (1.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (7.1%)	3 (15.8%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	1 (20.0%)	1 (25.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
不明	0 (0.0%)	1 (1.9%)	1 (1.6%)	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%)
計	208 (100.0%)	54 (100.0%)	64 (100.0%)	17 (100.0%)	28 (100.0%)	19 (100.0%)	12 (100.0%)	7 (100.0%)	5 (100.0%)	4 (100.0%)	16 (100.0%)	7 (100.0%)
平均(男女別)	39.6±10.4	29.5±6.9	34.2±8.3	29.0±10.3	43.2±13.7	41.5±20.6	39.8±10.1	34.7±16.6	47.0±19.4	47.8±16.8	40.9±9.0	37.3±10.4
平均(全体)	37.5±10.6		33.1±8.9		42.5±16.7		37.9±12.7		47.3±17.1		39.8±9.4	

表3-2 主たる使用薬物別にみた性別・年齢の分布

	大麻 (13例)		リタリン (15例)		その他 (18例)		多剤 (医薬品) (26例)		多剤 (規制薬物) (22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	(76.9%)	(23.1%)	(66.7%)	(33.3%)	(66.7%)	(33.3%)	(34.6%)	(65.4%)	(72.7%)	(27.3%)
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%)	1 (33.3%)	1 (10.0%)	0 (0.0%)	1 (8.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (11.8%)	0 (0.0%)	2 (33.3%)
20～24	2 (20.0%)	0 (0.0%)	2 (20.0%)	2 (40.0%)	1 (8.3%)	1 (16.7%)	2 (22.2%)	2 (11.8%)	2 (12.5%)	1 (16.7%)
25～29	4 (40.0%)	1 (33.3%)	2 (20.0%)	1 (20.0%)	4 (33.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	6 (35.3%)	5 (31.3%)	0 (0.0%)
30～34	2 (20.0%)	1 (33.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (16.7%)	3 (50.0%)	0 (0.0%)	3 (17.6%)	1 (6.3%)	1 (16.7%)
35～39	2 (20.0%)	0 (0.0%)	3 (30.0%)	1 (20.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (22.2%)	1 (5.9%)	1 (6.3%)	0 (0.0%)
40～44	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (10.0%)	0 (0.0%)	2 (16.7%)	1 (16.7%)	3 (33.3%)	3 (17.6%)	1 (6.3%)	2 (33.3%)
45～49	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (8.3%)	0 (0.0%)	1 (11.1%)	0 (0.0%)	2 (12.5%)	0 (0.0%)
50～54	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (20.0%)	1 (8.3%)	0 (0.0%)	1 (11.1%)	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%)	2 (12.5%)	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%)	1 (6.3%)	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%)	1 (10.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (16.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (6.3%)	0 (0.0%)
計	10 (100.0%)	3 (100.0%)	10 (100.0%)	5 (100.0%)	12 (100.0%)	6 (100.0%)	9 (100.0%)	17 (100.0%)	16 (100.0%)	6 (100.0%)
平均(男女別)	29.0±4.9	24.3±6.7	29.6±7.9	31.8±11.7	33.7±10.3	31.6±6.9	38.7±10.7	29.8±7.5	37.1±13.2	27.5±11.2
平均(全体)	27.9±5.4		30.4±9.1		33.1±9.2		32.9±9.5		34.4±13.1	

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
小学校	在学中												
	中退												
	卒業	1 (0.4%)		1 (2.1%)									2 (0.4%)
	不明												
中学校	在学中	2 (0.8%)							1 (6.7%)				3 (0.6%)
	中退	4 (1.5%)	2 (2.5%)										6 (1.1%)
	卒業	86 (32.8%)	30 (37.0%)	6 (12.8%)	1 (5.3%)	1 (11.1%)	4 (17.4%)			1 (6.7%)	2 (7.7%)	8 (36.4%)	138 (25.8%)
	不明	2 (0.8%)	1 (1.2%)	1 (2.1%)									4 (0.7%)
高校	在学中	1 (0.4%)	1 (1.2%)		1 (5.3%)			1 (7.7%)					4 (0.7%)
	中退	64 (24.4%)	27 (33.3%)	7 (14.9%)	3 (15.8%)	1 (11.1%)	4 (17.4%)	1 (7.7%)	1 (6.7%)	1 (6.7%)	3 (11.5%)	4 (18.2%)	115 (21.5%)
	卒業	44 (16.8%)	9 (11.1%)	7 (14.9%)	5 (26.3%)	2 (22.2%)	7 (30.4%)	5 (38.5%)	2 (13.3%)	2 (13.3%)	6 (23.1%)	5 (22.7%)	92 (17.2%)
	不明		2 (2.5%)				1 (4.3%)	1 (7.7%)					4 (0.7%)
専門学校	在学中	1 (0.4%)											1 (0.2%)
	中退	10 (3.8%)	4 (4.9%)				2 (8.7%)		2 (13.3%)	1 (6.7%)	1 (3.8%)		19 (3.6%)
	卒業	9 (3.4%)	2 (2.5%)	10 (21.3%)	1 (5.3%)	1 (11.1%)	2 (8.7%)		1 (6.7%)	1 (6.7%)	4 (15.4%)	1 (4.5%)	31 (5.8%)
	不明												0 (0.0%)
短大	在学中												
	中退			1 (2.1%)									1 (0.2%)
	卒業	2 (0.8%)		1 (2.1%)		1 (11.1%)	1 (4.3%)						5 (0.9%)
	不明	1 (0.4%)											
大学	在学中	2 (0.8%)		2 (4.3%)							1 (3.8%)		5 (0.9%)
	中退	8 (3.1%)	1 (1.2%)	2 (4.3%)	2 (10.5%)			1 (7.7%)		1 (6.7%)	1 (3.8%)	1 (4.5%)	16 (3.0%)
	卒業	3 (1.1%)		4 (8.5%)	4 (21.1%)	1 (11.1%)	1 (4.3%)	3 (23.1%)	7 (46.7%)	3 (20.0%)	2 (7.7%)	1 (4.5%)	26 (4.9%)
	不明												
不明		22 (8.4%)	2 (2.5%)	5 (10.6%)	2 (10.5%)	2 (22.2%)	1 (4.3%)	1 (7.7%)	1 (6.7%)	8 (53.3%)	6 (23.1%)	2 (9.1%)	44 (8.2%)
計		262 (100.0%)	81 (100.0%)	47 (100.0%)	19 (100.0%)	9 (100.0%)	23 (100.0%)	13 (100.0%)	15 (100.0%)	18 (120.0%)	26 (100.0%)	22 (100.0%)	535 (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		鎮痛薬		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 農林漁業	3 (1.1)	2 (0.8)		1 (1.2)								
2 商人(卸・小売り)												
3 不動産業												
4 金融業	1 (0.4)	1 (0.4)										
5 自営職人	2 (0.8)	3 (1.1)	1 (1.2)	1 (1.2)					1 (11.1)			
6 露天・行商	2 (0.8)											
7 その他自営業	2 (0.8)	1 (0.4)			1 (2.1)		1 (5.3)		2 (22.2)			
8 団体役員				1 (1.2)								
9 会社員	9 (3.4)	8 (3.1)	1 (1.2)		8 (17.0)	2 (4.3)	2 (10.5)	1 (5.3)			3 (13.0)	2 (8.7)
10 店員	10 (3.8)	1 (0.4)	2 (2.5)	4 (4.9)	2 (4.3)	2 (4.3)						
11 工員	5 (1.9)	2 (0.8)	6 (7.4)	1 (1.2)	1 (2.1)		2 (10.5)	1 (5.3)			1 (4.3)	1 (4.3)
12 公務員	2 (0.8)				3 (6.4)	1 (2.1)	1 (5.3)	2 (10.5)				
13 風俗営業関係	11 (4.2)	3 (1.1)	1 (1.2)	1 (1.2)	2 (4.3)	2 (4.3)					1 (4.3)	1 (4.3)
14 飲食業	12 (4.6)	1 (0.4)	2 (2.5)		3 (6.4)	2 (4.3)	1 (5.3)		1 (11.1)		3 (13.0)	2 (8.7)
15 興業関係												
16 旅館業		2 (0.8)										
17 交通運輸	7 (2.7)	3 (1.1)	2 (2.5)	1 (1.2)	1 (2.1)	1 (2.1)			1 (11.1)	1 (11.1)		
18 土木建築業	32 (12.2)	16 (6.1)	12 (14.8)	4 (4.9)	4 (8.5)						1 (4.3)	
19 日雇い労働者	4 (1.5)			1 (1.2)	1 (2.1)							
20 その他の被雇用者	4 (1.5)	4 (1.5)		1 (1.2)		1 (2.1)		1 (5.3)				1 (4.3)
21 医療美業関係	2 (0.8)	2 (0.8)			4 (8.5)	3 (6.4)	1 (5.3)				1 (4.3)	2 (8.7)
22 芸能関係	1 (0.4)	1 (0.4)							1 (11.1)		1 (4.3)	
24 小学生												
25 中学生	35 (13.4)		22 (27.2)		1 (2.1)						1 (4.3)	
26 高校生	13 (5.0)	1 (0.4)	5 (6.2)	1 (1.2)	1 (2.1)		2 (10.5)	1 (5.3)			1 (4.3)	
27 大学生	5 (1.9)	2 (0.8)			1 (2.1)	1 (2.1)	3 (15.8)					
28 各種学校生	1 (0.4)	1 (0.4)	1 (1.2)					1 (5.3)			1 (4.3)	
29 主婦		4 (1.5)		3 (3.7)	2 (4.3)	3 (6.4)	1 (5.3)			2 (22.2)		
30 家事手伝い		4 (1.5)									1 (4.3)	
31 無職	43 (16.4)	150 (57.3)	8 (9.9)	46 (56.8)	4 (8.5)	26 (55.3)	1 (5.3)	9 (47.4)	1 (11.1)	4 (44.4)	2 (8.7)	11 (47.8)
32 不定	8 (3.1)	4 (1.5)	3 (3.7)		1 (2.1)						2 (8.7)	1 (4.3)
33 不明	25 (9.5)	22 (8.4)	10 (12.3)	9 (11.1)	1 (2.1)	3 (6.4)	1 (5.3)	2 (10.5)	2 (22.2)	1 (11.1)		
34 その他	23 (8.8)	24 (9.2)	5 (6.2)	6 (7.4)	6 (12.8)		3 (15.8)	1 (5.3)		1 (11.1)	4 (17.4)	2 (8.7)
計	262 (100.0)	262 (100.0)	81 (100.0)	81 (100.0)	47 (100.0)	47 (100.0)	19 (100.0)	19 (100.0)	9 (100.0)	9 (100.0)	23 (100.0)	23 (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 農林漁業										
2 商人(卸・小売り)							1 (3.8)	1 (3.8)		
3 不動産業						1 (5.6)				
4 金融業							1 (3.8)			
5 自営職人						1 (5.6)				
6 露天・行商	1 (7.7)	1 (7.7)							1 (4.5)	
7 その他自営業					1 (5.6)	1 (5.6)				1 (4.5)
8 団体役員										
9 会社員	1 (7.7)	1 (7.7)	4 (26.7)	2 (13.3)	1 (5.6)		2 (7.7)		2 (9.1)	1 (4.5)
10 店員					2 (11.1)		1 (3.8)	1 (3.8)		
11 工員					4 (22.2)	1 (5.6)				
12 公務員			2 (13.3)	3 (20.0)			1 (3.8)			
13 風俗営業関係	1 (7.7)		1 (6.7)	1 (6.7)	1 (5.6)	1 (5.6)	1 (3.8)			1 (4.5)
14 飲食業				1 (6.7)			3 (11.5)		2 (9.1)	
15 興業関係							1 (3.8)			
16 旅館業										
17 交通運輸	1 (7.7)	2 (15.4)								1 (4.5)
18 土木建築業	1 (7.7)					1 (5.6)			2 (9.1)	
19 日雇い労働者								1 (3.8)		1 (4.5)
20 その他の被雇用者	2 (15.4)	1 (7.7)			1 (5.6)	1 (5.6)	1 (3.8)			
21 医療薬業関係					2 (11.1)		1 (3.8)	1 (3.8)		
22 芸能関係										
24 小学生									1 (4.5)	
25 中学生							2 (7.7)		2 (9.1)	
26 高校生	1 (7.7)	1 (7.7)	2 (13.3)				1 (3.8)		2 (9.1)	
27 大学生	2 (15.4)		2 (13.3)		1 (5.6)		1 (3.8)	1 (3.8)	1 (4.5)	
28 各種学校生			1 (6.7)	1 (6.7)						
29 主婦						3 (16.7)	1 (3.8)	2 (7.7)		1 (4.5)
30 家事手伝い		1 (7.7)								
31 無職		3 (23.1)	2 (13.3)	6 (40.0)		3 (16.7)	1 (3.8)	12 (46.2)	2 (9.1)	14 (63.6)
32 不定				1 (6.7)	1 (5.6)	1 (5.6)			3 (13.6)	1 (4.5)
33 不明	2 (15.4)	2 (15.4)	1 (6.7)		3 (16.7)	2 (11.1)	6 (23.1)	5 (19.2)	2 (9.1)	1 (4.5)
34 その他	1 (7.7)	1 (7.7)			1 (5.6)	2 (11.1)	1 (3.8)	2 (7.7)	2 (9.1)	
計	13 (100.0)	13 (100.0)	15 (100.0)	15 (100.0)	18 (100.0)	18 (100.0)	26 (100.0)	26 (100.0)	22 (100.0)	22 (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)	55	(26.4%)	55	(26.4%)	56	(26.9%)	50	(24.0%)	208	(100.0%)
	(女)	14	(25.9%)	15	(27.8%)	14	(25.9%)	15	(27.8%)	54	(100.0%)
有機溶剤	(男)	4	(6.3%)	12	(18.8%)	33	(51.6%)	14	(21.9%)	64	(100.0%)
	(女)	3	(17.6%)	4	(23.5%)	9	(52.9%)	2	(11.8%)	17	(100.0%)
睡眠薬	(男)	2	(7.1%)	2	(7.1%)	20	(71.4%)	5	(17.9%)	28	(100.0%)
	(女)	1	(5.3%)	4	(21.1%)	11	(57.9%)	4	(21.1%)	19	(100.0%)
抗不安薬	(男)	2	(16.7%)			9	(75.0%)			12	(100.0%)
	(女)	2	(28.6%)			5	(71.4%)			7	(100.0%)
鎮痛薬	(男)	1	(20.0%)			2	(40.0%)	1	(20.0%)	5	(100.0%)
	(女)					3	(75.0%)	1	(25.0%)	4	(100.0%)
鎮咳薬	(男)			1	(6.3%)	13	(81.3%)	2	(12.5%)	16	(100.0%)
	(女)					6	(85.7%)	1	(14.3%)	7	(100.0%)
大麻	(男)	1	(10.0%)	1	(10.0%)	6	(60.0%)	2	(20.0%)	10	(100.0%)
	(女)					1	(33.3%)	2	(66.7%)	3	(100.0%)
リタリン	(男)	1	(10.0%)			9	(90.0%)			10	(100.0%)
	(女)					5	(100.0%)			5	(100.0%)
その他	(男)			1	(8.3%)	9	(75.0%)	2	(16.7%)	12	(100.0%)
	(女)					3	(50.0%)	2	(33.3%)	6	(100.0%)
多剤(医薬品)	(男)	1	(11.1%)	3	(33.3%)	4	(44.4%)			9	(100.0%)
	(女)	1	(5.9%)	2	(11.8%)	6	(35.3%)	6	(35.3%)	17	(100.0%)
多剤(規制薬物)	(男)	3	(18.8%)	2	(12.5%)	7	(43.8%)	5	(31.3%)	16	(100.0%)
	(女)	1	(16.7%)	1	(16.7%)	1	(16.7%)	3	(50.0%)	6	(100.0%)
計	(男)	70	(17.9%)	77	(19.7%)	168	(43.1%)	81	(20.8%)	390	(100.0%)
	(女)	22	(15.2%)	26	(17.9%)	64	(44.1%)	36	(24.8%)	145	(100.0%)
男女計		92	(17.2%)	103	(19.3%)	232	(43.4%)	117	(21.9%)	535	(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)	91	(43.8%)	34	(16.3%)	48	(23.1%)	51	(24.5%)	208	(100.0%)
	(女)	22	(40.7%)	11	(20.4%)	11	(20.4%)	16	(29.6%)	54	(100.0%)
有機溶剤	(男)	33	(51.6%)	22	(34.4%)	13	(20.3%)	12	(18.8%)	64	(100.0%)
	(女)	10	(58.8%)	7	(41.2%)	3	(17.6%)	3	(17.6%)	17	(100.0%)
睡眠薬	(男)			1	(3.6%)	18	(64.3%)	8	(28.6%)	28	(100.0%)
	(女)	3	(15.8%)			13	(68.4%)	3	(15.8%)	19	(100.0%)
抗不安薬	(男)	1	(8.3%)			9	(75.0%)	1	(5.3%)	12	(100.0%)
	(女)	2	(28.6%)			3	(42.9%)	2	(28.6%)	7	(100.0%)
鎮痛薬	(男)	1	(20.0%)			2	(40.0%)	1	(20.0%)	5	(100.0%)
	(女)					3	(75.0%)	1	(25.0%)	4	(100.0%)
鎮咳薬	(男)	4	(25.0%)			10	(62.5%)	2	(12.5%)	16	(100.0%)
	(女)	3	(42.9%)	1	(14.3%)	3	(42.9%)	1	(14.3%)	7	(100.0%)
大麻	(男)	3	(30.0%)	1	(10.0%)	4	(40.0%)	2	(20.0%)	10	(100.0%)
	(女)					1	(33.3%)	2	(66.7%)	3	(100.0%)
リタリン	(男)	1	(10.0%)			8	(80.0%)	1	(10.0%)	10	(100.0%)
	(女)					5	(100.0%)			5	(100.0%)
その他	(男)	2	(16.7%)			8	(66.7%)	2	(16.7%)	12	(100.0%)
	(女)					2	(33.3%)	3	(50.0%)	6	(100.0%)
多剤(医薬品)	(男)	2	(22.2%)			5	(55.6%)			9	(100.0%)
	(女)	3	(17.6%)			5	(29.4%)	6	(35.3%)	17	(100.0%)
多剤(規制薬物)	(男)	7	(43.8%)	1	(6.3%)	6	(37.5%)	3	(18.8%)	16	(100.0%)
	(女)	1	(16.7%)	1	(16.7%)	1	(16.7%)	4	(66.7%)	6	(100.0%)
計	(男)	145	(37.2%)	59	(15.1%)	131	(33.6%)	83	(21.3%)	390	(100.0%)
	(女)	44	(30.3%)	20	(13.8%)	50	(34.5%)	41	(28.3%)	145	(100.0%)
男女計		189	(35.3%)	79	(14.8%)	181	(33.8%)	124	(23.2%)	535	(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)	97	(46.6%)	77	(37.0%)	10	(4.8%)	50	(24.0%)	208	(100.0%)
	(女)	28	(51.9%)	23	(42.6%)			13	(24.1%)	54	(100.0%)
有機溶剤	(男)	29	(45.3%)	27	(42.2%)	9	(14.1%)	13	(20.3%)	64	(100.0%)
	(女)	12	(70.6%)	8	(47.1%)	1	(5.9%)	0		17	(100.0%)
睡眠薬	(男)			2	(7.1%)	18	(64.3%)	7	(25.0%)	28	(100.0%)
	(女)	4	(21.1%)	4	(21.1%)	9	(47.4%)	3	(15.8%)	19	(100.0%)
抗不安薬	(男)	1	(8.3%)	1	(8.3%)	8	(66.7%)	1	(8.3%)	12	(100.0%)
	(女)	3	(42.9%)	1	(14.3%)	2	(28.6%)	1	(14.3%)	7	(100.0%)
鎮痛薬	(男)					2	(40.0%)	2	(40.0%)	5	(100.0%)
	(女)					3	(75.0%)	1	(25.0%)	4	(100.0%)
鎮咳薬	(男)	7	(43.8%)	3	(18.8%)	6	(37.5%)	1	(6.3%)	16	(100.0%)
	(女)	4	(57.1%)	2	(28.6%)	1	(14.3%)	1	(14.3%)	7	(100.0%)
大麻	(男)	5	(50.0%)	4	(40.0%)			2	(20.0%)	10	(100.0%)
	(女)	1	(33.3%)					2	(66.7%)	3	(100.0%)
リタリン	(男)	1	(10.0%)	2	(20.0%)	7	(70.0%)	1	(10.0%)	10	(100.0%)
	(女)	1	(20.0%)	1	(20.0%)	2	(40.0%)	1	(20.0%)	5	(100.0%)
その他	(男)	2	(16.7%)	2	(16.7%)	6	(50.0%)	2	(16.7%)	12	(100.0%)
	(女)	2	(33.3%)	1	(16.7%)			2	(33.3%)	6	(100.0%)
多剤(医薬品)	(男)	3	(33.3%)	1	(11.1%)	3	(33.3%)			9	(100.0%)
	(女)	2	(11.8%)	2	(11.8%)	4	(23.5%)	6	(35.3%)	17	(100.0%)
多剤(規制薬物)	(男)	4	(25.0%)	5	(31.3%)	4	(25.0%)	3	(18.8%)	16	(100.0%)
	(女)	2	(33.3%)	2	(33.3%)			2	(33.3%)	6	(100.0%)
計	(男)	149	(38.2%)	124	(31.8%)	73	(18.7%)	82	(21.0%)	390	(100.0%)
	(女)	59	(40.7%)	44	(30.3%)	22	(15.2%)	32	(22.1%)	145	(100.0%)
男女計		208	(38.9%)	168	(31.4%)	95	(17.8%)	114	(21.3%)	535	(100.0%)

表9 矯正施設への入所歴の有無

主たる使用薬物	(性)	あり	なし	不明	計
覚せい剤	(男)	126 (60.6%)	54 (26.0%)	28 (13.5%)	208 (100.0%)
	(女)	25 (46.3%)	17 (31.5%)	12 (22.2%)	54 (100.0%)
有機溶剤	(男)	25 (39.1%)	28 (43.8%)	11 (17.2%)	64 (100.0%)
	(女)	6 (35.3%)	11 (64.7%)		17 (100.0%)
睡眠薬	(男)	4 (14.3%)	20 (71.4%)	4 (14.3%)	28 (100.0%)
	(女)	1 (5.3%)	16 (84.2%)	2 (10.5%)	19 (100.0%)
抗不安薬	(男)	1 (8.3%)	10 (83.3%)	1 (8.3%)	12 (100.0%)
	(女)		7 (100.0%)		7 (100.0%)
鎮痛薬	(男)		3 (60.0%)	2 (40.0%)	5 (100.0%)
	(女)		3 (75.0%)	1 (25.0%)	4 (100.0%)
鎮咳薬	(男)	2 (12.5%)	10 (62.5%)	4 (25.0%)	16 (100.0%)
	(女)	2 (28.6%)	3 (42.9%)	2 (28.6%)	7 (100.0%)
大麻	(男)		9 (90.0%)	1 (10.0%)	10 (100.0%)
	(女)		1 (33.3%)	2 (66.7%)	3 (100.0%)
リタリン	(男)	2 (20.0%)	8 (80.0%)		10 (100.0%)
	(女)	2 (40.0%)	2 (40.0%)	1 (20.0%)	5 (100.0%)
その他	(男)	3 (25.0%)	7 (58.3%)	2 (16.7%)	12 (100.0%)
	(女)	1 (16.7%)	2 (33.3%)	3 (50.0%)	6 (100.0%)
多剤（医薬品）	(男)	4 (44.4%)	3 (33.3%)	2 (22.2%)	9 (100.0%)
	(女)	3 (17.6%)	6 (35.3%)	8 (47.1%)	17 (100.0%)
多剤（規制薬物）	(男)	8 (50.0%)	6 (37.5%)	2 (12.5%)	16 (100.0%)
	(女)	2 (33.3%)	2 (33.3%)	2 (33.3%)	6 (100.0%)
計	(男)	175 (44.9%)	158 (40.5%)	57 (14.6%)	390 (100.0%)
	(女)	42 (29.0%)	70 (48.3%)	33 (22.8%)	145 (100.0%)
男女計		217 (40.6%)	228 (42.6%)	90 (16.8%)	535 (100.0%)

表10－1 補導・逮捕歴の有無

		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)	46 (22.1%)	137 (65.9%)	28 (13.5%)	19 (9.1%)	208 (100.0%)
	(女)	6 (11.1%)	29 (53.7%)	10 (18.5%)	8 (14.8%)	54 (100.0%)
有機溶剤	(男)	15 (23.4%)	40 (62.5%)	7 (10.9%)	9 (14.1%)	64 (100.0%)
	(女)	3 (17.6%)	11 (64.7%)	6 (35.3%)	1 (5.9%)	17 (100.0%)
睡眠薬	(男)	4 (14.3%)	6 (21.4%)	15 (53.6%)	4 (14.3%)	28 (100.0%)
	(女)		2 (10.5%)	15 (78.9%)	1 (5.3%)	19 (100.0%)
抗不安薬	(男)	1 (8.3%)		9 (75.0%)	1 (8.3%)	12 (100.0%)
	(女)		1 (14.3%)	6 (85.7%)		7 (100.0%)
鎮痛薬	(男)			2 (40.0%)	2 (40.0%)	5 (100.0%)
	(女)		1 (25.0%)	1 (25.0%)	2 (50.0%)	4 (100.0%)
鎮咳薬	(男)		6 (37.5%)	8 (50.0%)	2 (12.5%)	16 (100.0%)
	(女)		4 (57.1%)	1 (14.3%)	2 (28.6%)	7 (100.0%)
大麻	(男)		1 (10.0%)	6 (60.0%)	3 (30.0%)	10 (100.0%)
	(女)			1 (33.3%)	2 (66.7%)	3 (100.0%)
リタリン	(男)		3 (30.0%)	7 (70.0%)		10 (100.0%)
	(女)		2 (40.0%)	1 (20.0%)	1 (20.0%)	5 (100.0%)
その他	(男)	1 (8.3%)	3 (25.0%)	6 (50.0%)	2 (16.7%)	12 (100.0%)
	(女)			2 (33.3%)	2 (33.3%)	6 (100.0%)
多剤（医薬品）	(男)		3 (33.3%)	3 (33.3%)		9 (100.0%)
	(女)		3 (17.6%)	6 (35.3%)	4 (23.5%)	17 (100.0%)
多剤（規制薬物）	(男)	2 (12.5%)	11 (68.8%)	4 (25.0%)	2 (12.5%)	16 (100.0%)
	(女)		4 (66.7%)	1 (16.7%)	1 (16.7%)	6 (100.0%)
計	(男)	69 (17.7%)	210 (53.8%)	95 (24.4%)	44 (11.3%)	390 (100.0%)
	(女)	9 (6.2%)	57 (39.3%)	50 (34.5%)	24 (16.6%)	145 (100.0%)
男女計		78 (14.6%)	267 (49.9%)	145 (27.1%)	68 (12.7%)	535 (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 窃盗	傷害・暴行	恐喝	強盗	薬物関連	その他	計(実人数)
覚せい剤	(前)	14 (26.9%)	17 (32.7%)	8 (15.4%)	2 (3.8%)	8 (15.4%)	10 (19.2%)	52
	(後)	18 (10.8%)	39 (23.5%)	14 (8.4%)	4 (2.4%)	126 (75.9%)	20 (12.0%)	166
有機溶剤	(前)	9 (50.0%)	3 (16.7%)	2 (11.1%)	0	5 (27.8%)	2 (11.1%)	18
	(後)	8 (15.7%)	11 (21.6%)	3 (5.9%)	1 (2.0%)	34 (66.7%)	8 (15.7%)	51
大麻	(前)	0	0	0	0	0	0	0
	(後)	0	0	1 (100.0%)	0	0	0	1
睡眠薬	(前)	0	2 (50.0%)	0	0	1 (25.0%)	1 (25.0%)	4
	(後)	2 (25.0%)	5 (62.5%)	0	0	0	1 (12.5%)	8
抗不安薬	(前)	0	1 (100.0%)	0	0	0	0	1
	(後)	0	0	0	0	1 (100.0%)	0	1
鎮痛薬	(前)	0	0	0	0	0	0	0
	(後)	1 (100.0%)	0	0	0	0	0	1
鎮咳薬	(前)	0	0	0	0	0	0	0
	(後)	7 (70.0%)	0	0	0	2 (20.0%)	0	10
リタリン	(前)	0	0	0	0	0	0	0
	(後)	2 (40.0%)	0	1 (20.0%)	0	2 (40.0%)	0	5
多剤（規制薬物）	(前)	0	0	1 (50.0%)	0	2 (100.0%)	0	2
	(後)	2 (13.3%)	2 (13.3%)	1 (6.7%)	0	6 (40.0%)	1 (6.7%)	15
多剤（医薬品）	(前)	0	0	0	0	0	0	0
	(後)	2 (33.3%)	1 (16.7%)	0	0	2 (33.3%)	1 (16.7%)	6
その他	(前)	1 (100.0%)	0	0	0	0	0	1
	(後)	1 (33.3%)	0	0	0	2 (66.7%)	0	3
計	(前)	24 (30.8%)	23 (29.5%)	11 (14.1%)	2 (2.6%)	16 (20.5%)	13 (16.7%)	78
	(後)	43 (16.1%)	58 (21.7%)	20 (7.5%)	5 (1.9%)	175 (65.5%)	31 (11.6%)	267

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)	89 (42.8%)	2 (1.0%)	1 (0.5%)	17 (8.2%)	4 (1.9%)	68 (32.7%)	1	1 (0.5%)	2	23 (11.1%)	208
	(女)	24 (44.4%)	2 (3.7%)	3 (5.6%)	3 (5.6%)	2 (3.7%)	10 (18.5%)	0	1 (1.9%)	0	9 (16.7%)	54
有機溶剤	(男)	41 (64.1%)	2 (3.1%)	1 (1.6%)	3 (4.7%)	0	9 (14.1%)	0	0	0	8 (12.5%)	64
	(女)	10 (58.8%)	2 (11.8%)	0	2 (11.8%)	0	3 (17.6%)	0	0	0	0	17
睡眠薬	(男)	13 (46.4%)	1 (3.6%)	0	5 (17.9%)	0	5 (17.9%)	2 (7.1%)	1 (3.6%)	0	1 (3.6%)	28
	(女)	5 (26.3%)	0	1 (5.3%)	4 (21.1%)	0	3 (15.8%)	4 (21.1%)	0	0	2 (10.5%)	19
抗不安薬	(男)	7 (58.3%)	0	0	3 (25.0%)	0	0	0	1 (8.3%)	0	1 (8.3%)	12
	(女)	3 (42.9%)	0	0	2 (28.6%)	0	2 (28.6%)	0	0	0	0	7
鎮痛薬	(男)	2 (40.0%)	0	0	1 (20.0%)	0	0	1 (20.0%)	0	0	1 (20.0%)	5
	(女)	1 (25.0%)	0	1 (25.0%)	1 (25.0%)	0	0	1 (25.0%)	0	0	0	4
鎮咳薬	(男)	8 (50.0%)	0	1 (6.3%)	3 (18.8%)	0	1 (6.3%)	0	0	0	3 (18.8%)	16
	(女)	6 (85.7%)	0	0	1 (14.3%)	0	0	0	0	0	0	7
大麻	(男)	8 (80.0%)	0	1 (10.0%)	1 (10.0%)	0	0	0	0	0	0	10
	(女)	3 (100.0%)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
リタリン	(男)	7 (70.0%)	0	0	3 (30.0%)	0	0	0	0	0	0	10
	(女)	3 (60.0%)	0	0	0	0	1 (20.0%)	0	0	0	1 (20.0%)	5
その他	(男)	6 (50.0%)	0	0	3 (25.0%)	0	1 (8.3%)	0	0	0	2 (16.7%)	12
	(女)	0	0	0	2 (33.3%)	0	1 (16.7%)	0	0	0	3 (50.0%)	6
多剤（医薬品）	(男)	4 (44.4%)	0	0	1 (11.1%)	0	2 (22.2%)	0	0	0	2 (22.2%)	9
	(女)	5 (29.4%)	1 (5.9%)	1 (5.9%)	2 (11.8%)	0	2 (11.8%)	0	0	0	6 (35.3%)	17
多剤（規制薬物）	(男)	10 (62.5%)	0	0	3 (18.8%)	1 (6.3%)	2 (12.5%)	0	0	0	0	16
	(女)	4 (66.7%)	0	0	0	0	1 (16.7%)	0	1 (16.7%)	0	0	6
計	(男)	195 (50.0%)	5 (1.3%)	4 (1.0%)	43 (11.0%)	5 (1.3%)	88 (22.6%)	4 (1.0%)	3 (0.8%)	2 (0.5%)	41 (10.5%)	390
	(女)	64 (44.1%)	5 (3.4%)	6 (4.1%)	17 (11.7%)	2 (1.4%)	23 (15.9%)	5 (3.4%)	2 (1.4%)	0 (0.0%)	21 (14.5%)	145
男女計		259 (48.4%)	10 (1.9%)	10 (1.9%)	60 (11.2%)	7 (1.3%)	111 (20.7%)	9 (1.7%)	5 (0.9%)	2 (0.4%)	62 (11.6%)	535

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（使用薬物）	覚せい剤（覚せい剤）		有機溶剤（有機溶剤）		睡眠薬（睡眠薬）	
年齢（歳）	男性	女性	男性	女性	男性	女性
＜10			1 (1.6%)			
10～14	3 (1.4%)	2 (3.7%)	25 (39.1%)	6 (35.3%)		
15～19	72 (34.6%)	28 (51.9%)	26 (40.6%)	7 (41.2%)	1 (3.6%)	3 (15.8%)
20～24	70 (33.7%)	14 (25.9%)	1 (1.6%)	1 (5.9%)	4 (14.3%)	4 (21.1%)
25～29	24 (11.5%)	4 (7.4%)	0 (0.0%)	1 (5.9%)	4 (14.3%)	3 (15.8%)
30～34	12 (5.8%)	1 (1.9%)	2 (3.1%)		4 (14.3%)	1 (5.3%)
35～39	6 (2.9%)		1 (1.6%)		5 (17.9%)	1 (5.3%)
40～44	1 (0.5%)			1 (5.9%)	1 (3.6%)	2 (10.5%)
45～49			1 (1.6%)		2 (7.1%)	
50～54					1 (3.6%)	
55～59						
60～64					1 (3.6%)	
65～						1 (5.3%)
不明	20 (9.6%)	5 (9.3%)	7 (10.9%)	1 (5.9%)	5 (17.9%)	4 (21.1%)
計	208 (100.0%)	54 (100.0%)	64 (100.0%)	17 (100.0%)	28 (100.0%)	19 (100.0%)
平均年齢（男女別）	21.7±5.2	19.5±4.2	16.6±6.3	17.6±7.2	32.7±10.9	30.5±18.3
平均年齢（全体）	21.2±5.1		16.8±6.5		31.8±14.1	

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		1 (14.3%)				1 (14.3%)
15～19	1 (8.3%)	1 (14.3%)	1 (20.0%)		5 (31.3%)	2 (28.6%)
20～24	3 (25.0%)	1 (14.3%)		1 (25.0%)	4 (25.0%)	2 (28.6%)
25～29		2 (28.6%)			4 (25.0%)	
30～34	3 (25.0%)			1 (25.0%)		1 (14.3%)
35～39	1 (8.3%)					1 (14.3%)
40～44	3 (25.0%)					
45～49			1 (20.0%)	1 (25.0%)		
50～54					1 (6.3%)	
55～59			1 (20.0%)			
不明	1 (8.3%)	2 (28.6%)	2 (40.0%)	1 (25.0%)	2 (12.5%)	
計	12 (100.0%)	7 (100.0%)	5 (100.0%)	4 (100.0%)	16 (100.0%)	7 (100.0%)
平均年齢（男女別）	30.2±8.3	21.4±6.0	39.7±18.6	34.0±13.5	23.3±9.0	23.3±9.4
平均年齢（全体）	27.4±8.6		36.8±14.8		23.3±8.9	

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
15～19	7 (70.0%)	1 (33.3%)		1 (20.0%)
20～24	2 (20.0%)	0 (0.0%)	2 (22.2%)	1 (20.0%)
25～29		1 (33.3%)	1 (11.1%)	1 (20.0%)
30～34			2 (22.2%)	
35～39			1 (11.1%)	
45～49			2 (22.2%)	
50～54				1 (20.0%)
55～59				1 (20.0%)
不明	1 (10.0%)	1 (33.3%)	1 (11.1%)	(0.0%)
計	10 (100.0%)	3 (100.0%)	9 (100.0%)	5 (100.0%)
平均年齢（男女別）	20.7±4.7	20.5±6.4	31.0±9.1	35.2±18.1
平均年齢（全体）	20.7±4.7		32.4±12.3	

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 (16.7%)		3 (25.0%)
20～24		3 (25.0%)		2 (16.7%)
25～29	1 (50.0%)	2 (16.7%)	1 (50.0%)	2 (16.7%)
30～34		3 (25.0%)		3 (25.0%)
35～39				
40～44		1 (8.3%)		1 (8.3%)
不明	1 (50.0%)	1 (8.3%)	1 (50.0%)	1 (8.3%)
計	2 (100.0%)	12 (100.0%)	2 (100.0%)	12 (100.0%)
平均年齢（男女別）	28.0	26.8±6.7	28.0	26.4±7.1
平均年齢（全体）	26.9±6.4		26.5±6.8	

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	1 (14.3%)		2 (50.0%)			
15～19	1 (14.3%)		1 (25.0%)	1 (100.0%)	1 (33.3%)	
20～24	3 (42.9%)		1 (25.0%)		1 (33.3%)	
25～29	1 (14.3%)					
30～34		1 (50.0%)				
35～39					1 (33.3%)	
不明	1 (14.3%)	1 (50.0%)				2 (100.0%)
計	7 (100.0%)	2 (100.0%)	4 (100.0%)	1 (100.0%)	3 (100.0%)	2 (100.0%)
平均年齢（男女別）	20.5±4.3	33.0	15.8±2.8	15.0	25.3±11.4	−
平均年齢（全体）	22.3±6.2		15.7±2.5		25.3±11.4	

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±9.0	12.3±8.1	8.8±8.6	7.6±6.6	7.3±5.4	14.1±7.9	5.2±5.1
＜1	5 (1.9%)	1 (1.2%)	0	2 (10.5%)	0	1 (4.3%)	1 (7.7%)
1～2	14 (5.3%)	4 (4.9%)	3 (6.4%)	0	0	1 (4.3%)	2 (15.4%)
2～3	12 (4.6%)	3 (3.7%)	6 (12.8%)	2 (10.5%)	2 (22.2%)	0	1 (15.4%)
3～4	7 (2.7%)	5 (6.2%)	2 (4.3%)	2 (10.5%)	0	0	2 (15.4%)
4～5	6 (2.3%)	3 (3.7%)	2 (4.3%)	0	0	0	1 (7.7%)
5～10	45 (17.2%)	15 (18.5%)	8 (17.0%)	4 (21.1%)	2 (22.2%)	4 (17.4%)	3 (23.1%)
10～15	44 (16.8%)	5 (6.2%)	4 (8.5%)	2 (10.5%)	1 (11.1%)	2 (8.7%)	1 (7.7%)
15～20	26 (9.9%)	14 (17.3%)	4 (8.5%)	2 (10.5%)	1 (11.1%)	3 (13.0%)	1 (7.7%)
20～25	22 (8.4%)	12 (14.8%)	0	1 (5.3%)	0	2 (8.7%)	0
25～30	6 (2.3%)	2 (2.5%)	1 (2.1%)	0	0	3 (13.0%)	0
30～35	8 (3.1%)	1 (1.2%)	0	0	0	2 (8.7%)	0
35≦	3 (1.1%)	0	1 (2.1%)	0	0	0	0
不明	64 (24.4%)	16 (19.8%)	16 (34.0%)	4 (21.1%)	3 (33.3%)	5 (21.7%)	1 (7.7%)
計	262 (100.0%)	81 (100.0%)	47 (100.0%)	19 (100.0%)	9 (100.0%)	23 (100.0%)	13 (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	*81 (30.9%)*	*43 (53.1%)*	*3 (23.1%)*	*0*
覚せい剤	262 (100.0%)	30 (37.0%)	6 (46.2%)	17 (77.3%)
	21.2±5.1	21.8±5.8	22.8±4.6	22.4±6.6
有機溶剤	143 (54.6%)	81 (100.0%)	1 (7.7%)	14 (63.6%)
	15.5±2.9	16.8±6.5	15	16.1±5.0
睡眠薬	28 (10.7%)	9 (11.1%)	2 (15.4%)	4 (18.2%)
	27.5±10.2	25.0±9.5	23	34.0±14.7
抗不安薬	17 (6.5%)	5 (6.2%)	0 (0.0%)	4 (18.2%)
	29.9±15.0	29.5±10.6		21.7±0.6
鎮痛薬	7 (2.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	22.8±11.7			
鎮咳薬	9 (3.4%)	2 (2.5%)	0 (0.0%)	1 (4.5%)
	25.5±10.5	18.5±2.1		-
リタリン	6 (2.3%)	1 (1.2%)	1 (7.7%)	3 (13.6%)
	25.3±7.9	-	21	27.0±10.4
大麻	92 (35.1%)	14 (17.3%)	13 (100.0%)	12 (54.5%)
	21.2±5.7	20.9±4.3	20.7±4.7	20.5±5.2
コカイン	29 (11.1%)	1 (1.2%)	1 (7.7%)	3 (13.6%)
	23.3±5.3	-	34	23.3±2.1
ヘロイン	9 (3.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (4.5%)
	22.0±5.4			21.0

(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	*25 (53.2%)*	*6 (31.6%)*	*6 (66.7%)*	*11 (47.8%)*	*4 (26.7%)*	*0*
覚せい剤	6 (12.8%)	2 (10.5%)	0 (0.0%)	4 (17.4%)	4 (26.7%)	6 (23.1%)
	22.3±4.6	21.5±2.1		23.5±5.0	25.5±6.0	19.2±3.4
有機溶剤	3 (6.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (17.4%)	2 (13.3%)	5 (19.2%)
	14.3±2.3			14.3±2.1	-	14.6±0.9
睡眠薬	47 (100.0%)	10 (52.6%)	3 (33.3%)	2 (8.7%)	6 (40.0%)	25 (96.2%)
	31.8±14.1	28.1±9.7	53.0±2.8	20.0	24.4±5.7	24.2±6.2
抗不安薬	11 (23.4%)	19 (100.0%)	2 (22.2%)	3 (13.0%)	6 (40.0%)	24 (92.3%)
	30.5±6.4	27.4±8.6	51.0	29.5±13.4	23.8±6.4	23.3±5.8
鎮痛薬	4 (8.5%)	3 (15.8%)	9 (100.0%)	1 (4.3%)	0 (0.0%)	3 (11.5%)
	28.3±3.4	20.5±7.8	36.8±14.8	20.0		24.5±3.5
鎮咳薬	5 (10.6%)	1 (5.3%)	0 (0.0%)	23 (100.0%)	1 (6.7%)	4 (15.4%)
	24.2±10.1	28.0		23.3±8.9	17.0	20.8±2.1
リタリン	2 (4.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (4.3%)	15 (100.0%)	1 (3.8%)
	29.0±2.8			30.0	22.9±5.4	33
大麻	5 (10.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	6 (26.1%)	2 (13.3%)	2 (7.7%)
	20.6±5.0			15.8±1.9	28.5±0.7	17.5±2.1
コカイン	1 (2.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (4.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	22.0			20.0		
ヘロイン	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

(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	75 (28.6%)	5 (6.2%)	2 (15.4%)	5 (22.7%)	0 (0.0%)
有機製剤	7 (2.7%)	38 (46.9%)	0 (0.0%)	4 (18.2%)	0 (0.0%)
大麻	13 (5.0%)	0 (0.0%)	7 (53.8%)	5 (22.7%)	1 (5.6%)
コカイン	1 (0.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (4.5%)	0 (0.0%)
ヘロイン	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	6 (33.3%)
MDMA	4 (1.5%)	0 (0.0%)	1 (7.7%)	2 (9.1%)	0 (0.0%)
ﾏｼﾞｯｸﾏｯｼｭﾙｰﾑ	1 (0.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
LSD	1 (0.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
睡眠薬	11 (4.2%)	1 (1.2%)	1 (7.7%)	2 (9.1%)	0 (0.0%)
抗不安薬	7 (2.7%)	1 (1.2%)	0 (0.0%)	2 (9.1%)	1 (5.6%)
鎮痛薬	7 (2.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (5.6%)
鎮咳薬	3 (1.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (4.5%)	0 (0.0%)
リタリン	2 (0.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (4.5%)	0 (0.0%)
薬物別計	262 (100.0%)	81 (100.0%)	13 (100.0%)	22 (100.0%)	18 (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	1 (2.1%)	1 (5.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (13.3%)	0 (0.0%)
有機製剤	0 (0.0%)	1 (5.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
大麻	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (6.7%)	0 (0.0%)
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%)
MDMA	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	(0.0%)	1 (6.7%)	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%)
LSD	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
睡眠薬	36 (76.6%)	10 (52.6%)	2 (22.2%)	0 (0.0%)	5 (33.3%)	15 (57.7%)
抗不安薬	6 (12.8%)	18 (94.7%)	2 (22.2%)	1 (4.3%)	5 (33.3%)	15 (57.7%)
鎮痛薬	4 (8.5%)	3 (15.8%)	9 (100.0%)	1 (4.3%)	0 (0.0%)	3 (11.5%)
鎮咳薬	1 (2.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	13 (56.5%)	1 (6.7%)	1 (3.8%)
リタリン	1 (2.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	10 (66.7%)	0 (0.0%)
薬物別計	47 (100.0%)	19 (100.0%)	9 (100.0%)	23 (100.0%)	15 (100.0%)	26 (100.0%)

表16 主たる使用薬物別にみた喫煙歴

	喫煙歴あり	禁煙中	喫煙歴なし	不明・記載なし	計	平均年齢
(主たる使用薬物)						
覚せい剤	216 (82.4%)	8 (3.1%)	5 (1.9%)	33 (12.6%)	262 (100.0%)	15.3±2.9
有機溶剤	67 (82.7%)	2 (2.5%)	1 (1.2%)	11 (13.6%)	81 (100.0%)	14.8±3.3
大麻	8 (61.5%)	2 (15.4%)	2 (15.4%)	1 (7.7%)	13 (100.0%)	17.0±1.6
睡眠薬	32 (68.1%)	3 (6.4%)	6 (12.8%)	6 (12.8%)	47 (100.0%)	18.8±4.7
抗不安薬	12 (63.2%)	0 (0.0%)	2 (10.5%)	5 (26.3%)	19 (100.0%)	15.6±1.8
鎮痛薬	7 (77.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (22.2%)	9 (100.0%)	18.5±2.1
鎮咳薬	17 (73.9%)	1 (4.3%)	1 (4.3%)	4 (17.4%)	23 (100.0%)	16.0±2.3
リタリン	9 (60.0%)	1 (6.7%)	3 (20.0%)	2 (13.3%)	15 (100.0%)	15.5±0.6
多剤(規制薬物)	20 (76.9%)	0 (0.0%)	1 (3.8%)	5 (19.2%)	26 (100.0%)	15.4±1.5
多剤(医薬品)	13 (59.1%)	1 (4.5%)	2 (9.1%)	6 (27.3%)	22 (100.0%)	15.2±3.2
その他	9 (50.0%)	2 (11.1%)	2 (11.1%)	5 (27.8%)	18 (100.0%)	20.0±1.0
計	410 (76.6%)	20 (3.7%)	25 (4.7%)	80 (15.0%)	535 (100.0%)	15.6±3.1

表17 主たる使用薬物別にみた飲酒歴

	飲酒歴あり	禁酒中	飲酒歴なし	不明・記載なし	計	平均年齢
覚せい剤	169 (64.5%)	33 (12.6%)	21 (8.0%)	39 (14.9%)	262 (100.0%)	16.2±2.7
有機溶剤	54 (66.7%)	5 (6.2%)	9 (11.1%)	13 (16.0%)	81 (100.0%)	16.3±2.8
大麻	6 (46.2%)	3 (23.1%)	1 (7.7%)	3 (23.1%)	13 (100.0%)	17.3±2.2
睡眠薬	21 (44.7%)	6 (12.8%)	10 (21.3%)	10 (21.3%)	47 (100.0%)	17.9±3.7
抗不安薬	10 (52.6%)	1 (5.3%)	4 (21.1%)	4 (21.1%)	19 (100.0%)	15.9±1.9
鎮痛薬	5 (55.6%)	1 (11.1%)	0 (0.0%)	3 (33.3%)	9 (100.0%)	19.0±1.2
鎮咳薬	17 (73.9%)	2 (8.7%)	0 (0.0%)	4 (17.4%)	23 (100.0%)	16.3±2.2
リタリン	8 (53.3%)	0 (0.0%)	5 (33.3%)	2 (13.3%)	15 (100.0%)	17.8±1.3
多剤(規制薬物)	15 (57.7%)	3 (11.5%)	4 (15.4%)	4 (15.4%)	26 (100.0%)	20.8±12.1
多剤(医薬品)	11 (50.0%)	1 (4.5%)	5 (22.7%)	5 (22.7%)	22 (100.0%)	15.0±5.7
その他	9 (50.0%)	2 (11.1%)	2 (11.1%)	5 (27.8%)	18 (100.0%)	19.3±4.5
計	325 (60.7%)	57 (10.7%)	61 (11.4%)	92 (17.2%)	535 (100.0%)	16.6±2.9

表18 薬物別にみた乱用開始から依存に至る期間(月)

	薬物別LOTAD*												
	覚せい剤	有機製剤	大麻	コカイン	ヘロイン	MDMA	マジックマッシュルーム	LSD	睡眠剤	抗不安薬	鎮痛薬	鎮咳薬	リタリン
平均	30.2	19.5	32.7	7.0	6.5	10.9	6.5	20.0	28.7	17.7	23.3	22.6	9.2
S.D.	50.2	39.7	53.2	7.1	6.4	15.3	7.8	6.9	36.2	19.2	49.4	30.5	9.3
報告症例数	141	94	17	2	4	6	2	3	38	27	8	15	13

表19 初回使用薬物

	n	%
有機溶剤	237	(44.3%)
覚せい剤	102	(19.1%)
睡眠薬	54	(10.1%)
大 麻	35	(6.5%)
抗不安薬	17	(3.2%)
鎮咳薬	17	(3.2%)
リタリン	13	(2.4%)
その他	11	(2.1%)
鎮痛薬	9	(1.7%)
ヘロイン	6	(1.1%)
MDMA(エクスタシー)	5	(0.9%)
不明・記載なし	29	(5.4%)
合 計	535	(100.0%)

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)
(動機)										
誘われて	96 (46.2%)	27 (50.0%)	32 (50.0%)	9 (52.9%)	3 (10.7%)	3 (15.8%)	1 (8.3%)	1 (14.3%)	0	0
刺激を求めて	50 (24.0%)	5 (9.3%)	11 (17.2%)	1 (5.9%)	0	0	1 (8.3%)	1 (14.3%)	0	0
好奇心・興味から	101 (48.6%)	18 (33.3%)	26 (40.6%)	11 (64.7%)	2 (7.1%)	4 (21.1%)	1 (8.3%)	0	0	0
断り切れずに	17 (8.2%)	6 (11.1%)	3 (4.7%)	3 (17.6%)	1 (3.6%)	1 (5.3%)	0	1 (14.3%)	0	0
自暴自棄になって	6 (2.9%)	1 (1.9%)	2 (3.1%)	3 (17.6%)	0	2 (10.5%)	0	0	0	0
覚醒効果を求めて	7 (3.4%)	1 (1.9%)	1 (1.6%)	0	0	0	0	0	0	0
疲労の除去	6 (2.9%)	0	0	0	0	0	0	1 (14.3%)	0	0
性的効果を求めて	3 (1.4%)	5 (9.3%)	0	0	0	0	0	0	0	0
ストレス解消	18 (8.7%)	2 (3.7%)	1 (1.6%)	2 (11.8%)	1 (3.6%)	2 (10.5%)	3 (25.0%)	1 (14.3%)	0	0
抑うつ気分の軽減	6 (2.9%)	0	1 (1.6%)	0	3 (10.7%)	1 (5.3%)	4 (33.3%)	1 (14.3%)	0	1 (25.0%)
不安の軽減	6 (2.9%)	2 (3.7%)	1 (1.6%)	2 (11.8%)	8 (28.6%)	6 (31.6%)	9 (75.0%)	2 (28.6%)	0	1 (25.0%)
不眠の軽減	2 (1.0%)	0	2 (3.1%)	0	17 (60.7%)	8 (42.1%)	1 (8.3%)	0	0	1 (25.0%)
疼痛の軽減	1 (0.5%)	0	0	0	0	1 (5.3%)	0	2 (28.6%)	3 (60.0%)	2 (50.0%)
咳嗽の軽減	0	0 (0.0%)	0	0	0	0	0	0	0	0
やせるため	0	3 (5.6%)	2 (3.1%)	0 (1.0%)	0	0	0	0	0	0
その他	3 (1.4%)	2 (3.7%)	1 (1.6%)	0	0	0	0	0	0	0
症例数	208 (100.0%)	54 (100.0%)	64 (100.0%)	17 (100.0%)	28 (100.0%)	19 (100.0%)	12 (100.0%)	7 (100.0%)	5 (100.0%)	4 (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)	14 (6.7%)	2 (3.7%)	9 (14.1%)	0	5 (17.9%)	2 (10.5%)	1 (8.3%)	1 (14.3%)	2 (40.0%)	1 (25.0%)
配偶者	0	0	1 (1.6%)	1 (5.9%)	0	0	0	1 (14.3%)	0	0
同棲相手	0	2 (3.7%)	0	1 (5.9%)	1 (3.6%)	0	0	0	0	0
恋人・愛人	1 (0.5%)	11 (20.4%)	1 (1.6%)	1 (5.9%)	0	1 (5.3%)	0	0	0	0
同性の友人	107 (51.4%)	15 (27.8%)	29 (45.3%)	6 (35.3%)	2 (7.1%)	3 (15.8%)	1 (8.3%)	0	0	0
異性の友人	6 (2.9%)	17 (31.5%)	5 (7.8%)	8 (47.1%)	0	0	0	1 (14.3%)	0	0
知人	17 (8.2%)	4 (7.4%)	3 (4.7%)	0	0	0	0	1 (14.3%)	0	0
医師	0	0	0	0	13 (46.4%)	9 (47.4%)	8 (66.7%)	2 (28.6%)	1 (20.0%)	2 (50.0%)
薬剤師	0	0	0	0	2 (7.1%)	0	0	0	0	0
親	1 (0.5%)	0	0	0	1 (3.6%)	0	0	1 (14.3%)	0	0
同胞	5 (2.4%)	0	2 (3.1%)	0	0	0	0	0	0	0
密売人	4 (1.9%)	0	0	0	0	0	1 (8.3%)	0	0	0
その他	8 (3.8%)	2 (3.7%)	2 (3.1%)	0	0	0	1 (8.3%)	0	1 (20.0%)	0
症例数	208 (100.0%)	54 (100.0%)	64 (100.0%)	17 (100.0%)	28 (100.0%)	19 (100.0%)	12 (100.0%)	7 (100.0%)	5 (100.0%)	4 (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)	3 (18.8%)	3 (42.9%)	0	0	0	0	2 (22.2%)	3 (17.6%)	2 (12.5%)	0
配偶者	0	0	0	0	0	0	0	1 (5.9%)	0	1 (16.7%)
同棲相手	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
恋人・愛人	0	1 (14.3%)	0	0	0	0	0	0	0	0
同性の友人	5 (31.3%)	2 (28.6%)	5 (50.0%)	0	0	2 (40.0%)	3 (33.3%)	2 (11.8%)	9 (56.3%)	4 (66.7%)
異性の友人	0	0	0	1 (33.3%)	0	0	0	1 (5.9%)	0	3 (50.0%)
知人	0	1 (14.3%)	1 (10.0%)		0	0	0	0	2 (12.5%)	0
医師	1 (6.3%)	0	0	0	8 (80.0%)	3 (60.0%)	3 (33.3%)	7 (41.2%)	0	0
薬剤師	1 (6.3%)	0	0	0	1 (10.0%)	0	0	0	0	0
親	0	0	0	0	0	0	0	1 (5.9%)	1 (6.3%)	0
同胞	0	0	0	0	0	0	0	1 (5.9%)	0	0
密売人	0	0	0	0	0	0	0	0	1 (6.3%)	0
その他	1 (6.3%)	0	1 (10.0%)	0	0	0	2 (22.2%)	1 (5.9%)	0	0
症例数	16 (100.0%)	7 (100.0%)	10 (100.0%)	3 (100.0%)	10 (100.0%)	5 (100.0%)	9 (100.0%)	17 (100.0%)	16 (100.0%)	6 (100.0%)

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	113 (54.3%)	24 (44.4%)	24 (37.5%)	4 (23.5%)	3 (10.7%)	2 (10.5%)	0	0	1 (20.0%)	1 (25.0%)
友人	8 (3.8%)	3 (5.6%)	3 (4.7%)	4 (23.5%)	0	0	1 (8.3%)	0	0	0
知人	11 (5.3%)	3 (5.6%)	3 (4.7%)	1 (5.9%)	1 (3.6%)	0	0	0	0	0
恋人・愛人	1 (0.5%)	5 (9.3%)	1 (1.6%)	1 (5.9%)	0	0	0	0	0	0
家族	2 (1.0%)	0	0	0	0	0	0	1 (14.3%)	0	0
密売人(日本人)	28 (13.5%)	4 (7.4%)	4 (6.3%)	3 (17.6%)	0	1 (5.3%)	0	0	0	0
密売人(外国人)	10 (4.8%)	3 (5.6%)	0	0	0	0	0	0	0	0
医師	0	0	0	0	21 (75.0%)	11 (57.9%)	9 (75.0%)	5 (71.4%)	0	2 (50.0%)
薬局	0	0	0	0	4 (14.3%)	4 (21.1%)	2 (16.7%)	1 (14.3%)	2 (40.0%)	2 (50.0%)
その他	3 (1.4%)	2 (3.7%)	11 (17.2%)	5 (29.4%)	0	0	0	0	1 (20.0%)	0
症例数	208 (100.0%)	54 (100.0%)	64 (100.0%)	17 (100.0%)	28 (100.0%)	19 (100.0%)	12 (100.0%)	7 (100.0%)	5 (100.0%)	4 (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	6 (37.5%)	2 (28.6%)	3 (30.0%)	0	1 (10.0%)	2 (40.0%)	1 (11.1%)	3 (17.6%)	6 (37.5%)	3 (50.0%)
友人	0	0	1 (10.0%)	1 (33.3%)	0	0	0	0	3 (18.8%)	1 (16.7%)
知人	0	0	1 (10.0%)	0	0	0	0	0	2 (12.5%)	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	2 (20.0%)	0	0	1 (20.0%)	0	1 (5.9%)	2 (12.5%)	0
密売人(外国人)	0	0	1 (10.0%)	0	0	0	0	0	0	0
医師	0	0	0	0	9 (90.0%)	2 (40.0%)	5 (55.6%)	12 (70.6%)	3 (18.8%)	0
薬局	8 (50.0%)	4 (57.1%)	0	0	0	1 (20.0%)	3 (33.3%)	2 (11.8%)	1 (6.3%)	0
その他	0	1 (14.3%)	0	0	0	0	2 (22.2%)	0	2 (12.5%)	0
症例数	16 (100.0%)	7 (100.0%)	10 (100.0%)	3 (100.0%)	10 (100.0%)	5 (100.0%)	9 (100.0%)	17 (100.0%)	16 (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] 急性中毒	[F1x.1] 有害な使用	[F1x.2] 依存症候群	[F1x.4] せん妄を伴う離脱状態	[F1x.5] 精神病性障害(症状持続<6M)	[F1x.57] 精神病性障害(症状持続>6M)*	[F1x.6] 健忘症候群	[F1x.7] 残遺性障害および遅発性精神病性障害	[F1x.8] 他の精神および行動の障害	薬物別症例数
覚せい剤	13	5	46	0	34	66	0	90	8	262
	(5.0%)	(1.9%)	(17.6%)	(0.0%)	(13.0%)	(25.2%)	(0.0%)	(34.4%)	(3.1%)	(100.0%)
有機溶剤	8	4	29	0	3	21	1	13	2	81
	(9.9%)	(4.9%)	(35.8%)	(0.0%)	(3.7%)	(25.9%)	(1.2%)	(16.0%)	(2.5%)	(100.0%)
睡眠薬	1	0	40	2	2	0	0	2	0	47
	(2.1%)	(0.0%)	(85.1%)	(4.3%)	(4.3%)	(0.0%)	(0.0%)	(4.3%)	(0.0%)	(100.0%)
抗不安薬	1	2	15	0	0	1	0	0	0	19
	(5.3%)	(10.5%)	(78.9%)	(0.0%)	(0.0%)	(5.3%)	(0.0%)	(0.0%)	(0.0%)	(100.0%)
鎮痛薬	0	1	7	0	0	0	0	0	0	9
	(0.0%)	(11.1%)	(77.8%)	(0.0%)	(0.0%)	(0.0%)	(0.0%)	(0.0%)	(0.0%)	(100.0%)
鎮咳薬	0	0	15	0	2	0	0	6	0	23
	(0.0%)	(0.0%)	(65.2%)	(0.0%)	(8.7%)	(0.0%)	(0.0%)	(26.1%)	(0.0%)	(100.0%)
大　麻	0	0	4	0	4	4	0	1	0	13
	(0.0%)	(0.0%)	(30.8%)	(0.0%)	(30.8%)	(30.8%)	(0.0%)	(7.7%)	(0.0%)	(100.0%)
リタリン	0	0	11	0	1	0	0	3	0	15
	(0.0%)	(0.0%)	(73.3%)	(0.0%)	(6.7%)	(0.0%)	(0.0%)	(20.0%)	(0.0%)	(100.0%)
その他	3	0	11	0	1	0	0	1	1	18
	(16.7%)	(0.0%)	(61.1%)	(0.0%)	(5.6%)	(0.0%)	(0.0%)	(5.6%)	(5.6%)	(100.0%)
多剤(医薬品)	1	2	19	1	0	1	0	2	0	26
	(3.8%)	(7.7%)	(73.1%)	(3.8%)	(0.0%)	(3.8%)	(0.0%)	(7.7%)	(0.0%)	(100.0%)
多剤(規制薬物)	0	2	5	0	3	3	0	9	0	22
	(0.0%)	(9.1%)	(22.7%)	(0.0%)	(13.6%)	(13.6%)	(0.0%)	(40.9%)	(0.0%)	(100.0%)
合　計	27	16	202	3	50	96	1	127	12	535
	(5.0%)	(3.0%)	(37.8%)	(0.6%)	(9.3%)	(17.9%)	(0.2%)	(23.7%)	(2.2%)	(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	155	(59.2%)	262
有機溶剤	51	(63.0%)	81
大　麻	9	(69.2%)	13
睡眠薬	45	(95.7%)	47
抗不安薬	16	(84.2%)	19
鎮痛薬	7	(77.8%)	9
鎮咳薬	19	(82.6%)	23
リタリン	14	(93.3%)	15
多剤(規制薬物)	15	(68.2%)	22
多剤(医薬品)	22	(84.6%)	26
その他	12	(66.7%)	18
合　計	365	(68.2%)	535

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	20	(5.1%)	7	(4.8%)	27	(5.0%)
【F1x.1】有害な使用	12	(3.1%)	4	(2.8%)	16	(3.0%)
【F1x.2】依存症候群	129	(33.1%)	73	(50.3%)	202	(37.8%)
【F1x.4】せん妄離脱状態	2	(0.5%)	1	(0.7%)	3	(0.6%)
【F1x.5】精神病性障害(<6M)	34	(8.7%)	16	(11.0%)	50	(9.3%)
【F1x.57】精神病性障害(>6M)	82	(21.0%)	14	(9.7%)	96	(17.9%)
【F1x.6】健忘症候群	1	(0.3%)	0	(0.0%)	1	(0.2%)
【F1x.7】残遺・遅発性障害	100	(25.6%)	27	(18.6%)	127	(23.7%)
【F1x.8】その他	9	(2.3%)	2	(1.4%)	11	(2.1%)
(不明・記載なし)	1	(0.3%)	1	(0.7%)	2	(0.4%)
計	390	(100.0%)	145	(100.0%)	535	(100.0%)

表25－1　主たる使用薬物別にみた臨床用量依存症例

主たる使用薬物	症例数	各薬物別症例における割合(%)	各薬物別症例数
睡眠薬および抗不安薬	56	(84.8%)	66
多剤(医薬品)	21	(80.8%)	26
リタリン	7	(46.7%)	15
多剤(規制薬物)	6	(27.3%)	22
鎮咳薬	4	(17.4%)	23
その他	2	(11.1%)	18
鎮痛薬	1	(11.1%)	9
大　麻	1	(7.7%)	13
覚せい剤	6	(2.3%)	262
合　計	104	(22.9%)	454

表25－2　臨床用量依存のガイドライン項目該当数

診断ガイドライン	該当症例数	(%)
1)不安や不眠などの治療目的で開始した臨床用量を6ヶ月以上継続服用している	78	(75.0%)
2)本来の症状は解消されて寛解状態にある	35	(33.7%)
3)その間、使用量の著しい増加を認めない	47	(45.2%)
4)中断によって反跳現象／退薬症候が出現する	32	(30.8%)
5)計画的な漸減・中止により退薬症候の出現が避けられた場合に、ベンゾジアゼピンの服用なしに経過する	27	(26.0%)

表26 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	183	(69.8%)	27.3±8.3	34	(13.0%)	45	(17.2%)	29.3±9.4	262
有機溶剤	41	(50.6%)	23.9±7.2	25	(30.9%)	15	(18.5%)	24.0±7.1	81
大 麻	8	(61.5%)	24.1±5.6	2	(15.4%)	3	(23.1%)	25.5±5.1	13
睡眠薬	11	(23.4%)	34.4±20.8	30	(63.8%)	6	(12.8%)	36.9±18.0	47
抗不安薬	3	(15.8%)	19	16	(84.2%)	0	(0.0%)	32.2±9.8	19
鎮痛薬	4	(44.4%)	41.0±21.9	4	(44.4%)	1	(11.1%)	41.2±14.6	9
鎮咳薬	5	(21.7%)	26.8±5.1	11	(47.8%)	7	(30.4%)	33.2±11.1	23
リタリン	9	(60.0%)	25.8±6.1	5	(33.3%)	1	(6.7%)	24.0±7.1	15
多剤(規制薬物)	16	(72.7%)	26.3±12.0	5	(22.7%)	1	(4.5%)	30.0±12.6	22
多剤(医薬品)	6	(23.1%)	27.5±8.1	14	(53.8%)	6	(23.1%)	28.0±9.1	26
その他	3	(16.7%)	26.0±1.4	9	(50.0%)	6	(33.3%)	31.1±8.9	18
合 計	289	(54.0%)	27.0±9.3	155	(29.0%)	91	(17.0%)	29.4±10.9	535

表27 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	143	(54.6%)	64	(24.4%)	55	(21.0%)	262
有機溶剤	47	(58.0%)	18	(22.2%)	16	(19.8%)	81
大麻	7	(53.8%)	5	(38.5%)	1	(7.7%)	13
睡眠薬	26	(55.3%)	10	(21.3%)	11	(23.4%)	47
抗不安薬	10	(52.6%)	4	(21.1%)	5	(26.3%)	19
鎮痛薬	2	(22.2%)	3	(33.3%)	4	(44.4%)	9
鎮咳薬	11	(47.8%)	7	(30.4%)	5	(21.7%)	23
リタリン	8	(53.3%)	5	(33.3%)	2	(13.3%)	15
多剤(規制薬物)	10	(45.5%)	5	(22.7%)	7	(31.8%)	22
多剤(医薬品)	10	(38.5%)	7	(26.9%)	9	(34.6%)	26
その他	8	(44.4%)	2	(11.1%)	8	(44.4%)	18
計	282	(52.7%)	130	(24.3%)	123	(23.0%)	535

表28－1 気分障害の併存(薬物別)

	気分障害の併存の有無								不明・記載なし		薬物別症例数
	(1)併存あり		(2)併存が疑われる		(1)+(2)		併存なし				
覚せい剤	16	(6.1%)	40	(15.3%)	56	(21.4%)	158	(60.3%)	48	(22.4%)	262
有機溶剤	2	(2.5%)	6	(7.4%)	8	(9.9%)	55	(67.9%)	18	(28.6%)	81
大麻	1	(7.7%)	3	(23.1%)	4	(30.8%)	8	(61.5%)	1	(8.3%)	13
睡眠薬	8	(17.0%)	11	(23.4%)	19	(40.4%)	24	(51.1%)	4	(9.3%)	47
抗不安薬	4	(21.1%)	2	(10.5%)	6	(31.6%)	12	(63.2%)	1	(5.6%)	19
鎮痛薬	2	(22.2%)	0	(0.0%)	2	(22.2%)	6	(66.7%)	1	(12.5%)	9
鎮咳薬	3	(13.0%)	4	(17.4%)	7	(30.4%)	15	(65.2%)	1	(4.5%)	23
リタリン	6	(40.0%)	2	(13.3%)	8	(53.3%)	7	(46.7%)	0	(0.0%)	15
多剤(規制薬物)	1	(4.5%)	6	(27.3%)	7	(31.8%)	15	(68.2%)	0	(0.0%)	22
多剤(医薬品)	4	(15.4%)	13	(50.0%)	17	(65.4%)	4	(15.4%)	5	(23.8%)	26
その他	4	(22.2%)	1	(5.6%)	5	(27.8%)	9	(50.0%)	4	(28.6%)	18
計	51	(9.5%)	88	(16.4%)	139	(26.0%)	313	(58.5%)	83	(18.4%)	535

表28－2 気分障害の併存(性別)

	気分障害の併存の有無								不明・記載なし		性別症例数
	(1)併存あり		(2)併存が疑われる		(1)+(2)		併存なし				
男性	34	(8.7%)	55	(14.1%)	89	(22.8%)	239	(61.3%)	62	(15.9%)	390
女性	17	(11.7%)	33	(22.8%)	50	(34.5%)	74	(51.0%)	21	(14.5%)	145
計	51	(9.5%)	88	(16.4%)	139	(26.0%)	313	(58.5%)	83	(15.5%)	535

表28－3 気分障害の類型(薬物別)

	気分障害の類型別症例数(%薬物別気分障害症例)								気分障害の並存あり(計)	
	うつ病性障害		双極性障害		気分循環性障害		NOS・その他			
覚せい剤	36	(64.3%)	3	(5.4%)	2	(3.6%)	7	(12.5%)	56	(100.0%)
有機溶剤	1	(12.5%)	2	(25.0%)	0	(0.0%)	2	(25.0%)	8	(100.0%)
大麻	3	(75.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	4	(100.0%)
睡眠薬	15	(78.9%)	1	(5.3%)	1	(5.3%)	2	(10.5%)	19	(100.0%)
抗不安薬	6	(100.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	6	(100.0%)
鎮痛薬	2	(100.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	2	(100.0%)
鎮咳薬	4	(57.1%)	1	(14.3%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	7	(100.0%)
リタリン	7	(87.5%)	1	(12.5%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	8	(100.0%)
多剤(規制薬物)	5	(71.4%)	0	(0.0%)	1	(14.3%)	1	(14.3%)	7	(100.0%)
多剤(医薬品)	17	(100.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	1	(5.9%)	17	(100.0%)
その他	3	(60.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	1	(20.0%)	5	(100.0%)
計	99	(71.2%)	8	(5.8%)	4	(2.9%)	14	(10.1%)	139	(100.0%)

(うつ病性障害：大うつ病性障害，気分変調性障害を含む)

表28－4 気分障害の類型(性別)

	気分障害の類型別症例数(%薬物別気分障害症例)								気分障害の並存あり(計)	
	うつ病性障害		双極性障害		気分循環性障害		NOS・その他			
男性	61	(68.5%)	8	(9.0%)	3	(3.4%)	6	(6.7%)	89	(100.0%)
女性	38	(76.0%)	0	(0.0%)	1	(2.0%)	8	(16.0%)	50	(100.0%)
計	99	(71.2%)	8	(5.8%)	4	(2.9%)	14	(10.1%)	139	(100.0%)

表28－5　気分障害の発症と薬物使用との時間的関係

	薬物使用前		薬物使用後		計	
うつ病性障害	37	(45.7%)	44	(54.3%)	81	(100.0%)
双極性障害	2	(28.6%)	5	(71.4%)	7	(100.0%)
気分循環性障害	3	(100.0%)	0	(0.0%)	3	(100.0%)
特定不能	2	(50.0%)	2	(50.0%)	4	(100.0%)
その他	2	(25.0%)	6	(75.0%)	8	(100.0%)
計	46	(44.7%)	57	(55.3%)	103	(100.0%)

表29－1　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	98 (37.4%)	37 (37.8%)	35 (35.7%)	22 (22.4%)	22 (22.4%)	28 (28.6%)
有機溶剤	33 (40.7%)	11 (33.3%)	12 (36.4%)	14 (42.4%)	8 (24.2%)	3 (9.1%)
大麻	5 (38.5%)	3 (60.0%)	1 (20.0%)	1 (20.0%)	1 (20.0%)	1 (20.0%)
睡眠薬	12 (25.5%)	3 (25.0%)	5 (41.7%)	6 (50.0%)	2 (16.7%)	2 (16.7%)
抗不安薬	12 (63.2%)	4 (33.3%)	3 (25.0%)	2 (16.7%)	4 (33.3%)	4 (33.3%)
鎮痛薬	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
鎮咳薬	7 (30.4%)	3 (42.9%)	1 (14.3%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	3 (42.9%)
ﾘﾀﾘﾝ	7 (46.7%)	3 (42.9%)	3 (42.9%)	3 (42.9%)	1 (14.3%)	0 (0.0%)
多剤(規制薬物)	11 (50.0%)	4 (36.4%)	4 (36.4%)	2 (18.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
多剤(医薬品)	16 (61.5%)	4 (25.0%)	8 (50.0%)	7 (43.8%)	5 (31.3%)	8 (50.0%)
その他	3 (16.7%)	1 (33.3%)	0 (0.0%)	1 (33.3%)	0 (0.0%)	1 (33.3%)
計	204 (38.1%)	73 (35.8%)	72 (35.3%)	58 (28.4%)	44 (21.6%)	50 (24.5%)

表29－2　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(%性別症例)	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	130 (33.3%)	47 (36.2%)	45 (34.6%)	30 (23.1%)	28 (21.5%)	26 (20.0%)
女性	74 (51.0%)	26 (35.1%)	27 (36.5%)	28 (37.8%)	16 (21.6%)	24 (32.4%)
計	204 (38.1%)	73 (35.8%)	72 (35.3%)	58 (28.4%)	44 (21.6%)	50 (24.5%)

表30－1　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	88	(33.6%)	120	(45.8%)	54	(20.6%)	262	(100.0%)
有機溶剤	21	(25.9%)	47	(58.0%)	13	(16.0%)	81	(100.0%)
大麻	4	(30.8%)	7	(53.8%)	2	(15.4%)	13	(100.0%)
睡眠薬	17	(36.2%)	23	(48.9%)	7	(14.9%)	47	(100.0%)
抗不安薬	11	(57.9%)	5	(26.3%)	3	(15.8%)	19	(100.0%)
鎮痛薬	2	(22.2%)	4	(44.4%)	3	(33.3%)	9	(100.0%)
鎮咳薬	5	(21.7%)	12	(52.2%)	6	(26.1%)	23	(100.0%)
ﾘﾀﾘﾝ	6	(40.0%)	8	(53.3%)	1	(6.7%)	15	(100.0%)
多剤(規制薬物)	10	(45.5%)	6	(27.3%)	6	(27.3%)	22	(100.0%)
多剤(医薬品)	18	(69.2%)	7	(26.9%)	1	(3.8%)	26	(100.0%)
その他	4	(22.2%)	9	(50.0%)	5	(27.8%)	18	(100.0%)
計	186	(34.8%)	248	(46.4%)	101	(18.9%)	535	(100.0%)

表30－2　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	104	(26.7%)	212	(54.4%)	74	(19.0%)	390	(100.0%)
女性	82	(56.6%)	36	(24.8%)	27	(18.6%)	145	(100.0%)
計	186	(34.8%)	248	(46.4%)	101	(18.9%)	535	(100.0%)

表31－1　反社会性パーソナリティ障害の併存(薬物別)

	(1)診断基準を満たす		(2)診断基準は満たさないが傾向がある		(1)および(2)		薬物使用との時間的関係		
							薬物使用前から存在した		薬物使用後に顕在化した
覚せい剤	21	(8.0%)	49	(18.7%)	70	(26.7%)	25	(35.7%)	21 (30.0%)
有機溶剤	6	(7.4%)	9	(11.1%)	15	(18.5%)	7	(46.7%)	4 (26.7%)
大麻	1	(7.7%)	2	(15.4%)	3	(23.1%)	2	(66.7%)	0 (0.0%)
睡眠薬	2	(4.3%)	4	(8.5%)	6	(12.8%)	2	(33.3%)	1 (16.7%)
抗不安薬	1	(5.3%)	2	(10.5%)	3	(15.8%)	2	(66.7%)	0 (0.0%)
鎮痛薬	0	(0.0%)	1	(11.1%)	1	(11.1%)	1	(100.0%)	0 (0.0%)
鎮咳薬	0	(0.0%)	4	(17.4%)	4	(17.4%)	0	(0.0%)	4 (100.0%)
ﾘﾀﾘﾝ	0	(0.0%)	1	(6.7%)	1	(6.7%)	0	(0.0%)	0 (0.0%)
多剤(規制薬物)	2	(9.1%)	5	(22.7%)	7	(31.8%)	4	(57.1%)	2 (28.6%)
多剤(医薬品)	0	(0.0%)	3	(11.5%)	3	(11.5%)	1	(33.3%)	1 (33.3%)
その他	0	(0.0%)	1	(5.6%)	1	(5.6%)	0	(0.0%)	1 (100.0%)
計	33	(6.2%)	81	(15.1%)	114	(21.3%)	44	(38.6%)	34 (29.8%)

表31－2　反社会性パーソナリティ障害の併存(性別)

	(1)診断基準を満たす		(2)診断基準は満たさないが傾向がある		(1)および(2)		薬物使用との時間的関係		
							薬物使用前から存在した		薬物使用後に顕在化した
男性	27	(6.9%)	66	(16.9%)	93	(23.8%)	34	(36.6%)	26 (28.0%)
女性	6	(4.1%)	15	(10.3%)	21	(14.5%)	10	(47.6%)	8 (38.1%)
計	33	(6.2%)	81	(15.1%)	114	(21.3%)	44	(38.6%)	34 (29.8%)

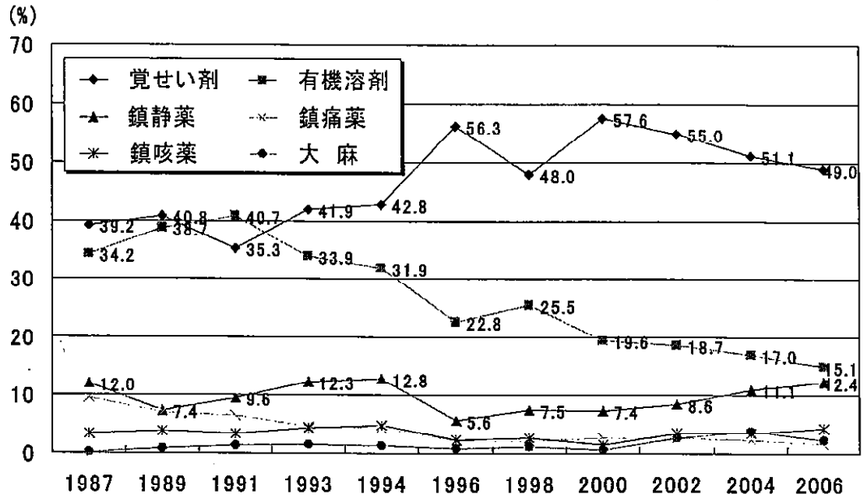
表31－3　境界性パーソナリティ障害の併存(薬物別)

	(1)診断基準を満たす	(2)診断基準は満たさないが傾向がある	(1)および(2)	薬物使用との時間的関係	
				薬物使用前から存在した	薬物使用後に顕在化した
覚せい剤	7 (2.7%)	28 (10.7%)	35 (13.4%)	11 (31.4%)	5 (14.3%)
有機溶剤	1 (1.2%)	6 (7.4%)	7 (8.6%)	2 (28.6%)	1 (14.3%)
大麻	1 (7.7%)	0 (0.0%)	1 (7.7%)	1 (100.0%)	0 (0.0%)
睡眠薬	6 (12.8%)	5 (10.6%)	11 (23.4%)	7 (63.6%)	0 (0.0%)
抗不安薬	3 (15.8%)	4 (21.1%)	7 (36.8%)	5 (71.4%)	1 (14.3%)
鎮痛薬	0 (0.0%)	2 (22.2%)	2 (22.2%)	1 (50.0%)	1 (50.0%)
鎮咳薬	2 (8.7%)	2 (8.7%)	4 (17.4%)	3 (75.0%)	1 (25.0%)
リタリン	0 (0.0%)	4 (26.7%)	4 (26.7%)	2 (50.0%)	1 (25.0%)
多剤(規制薬物)	0 (0.0%)	4 (18.2%)	4 (18.2%)	4 (100.0%)	0 (0.0%)
多剤(医薬品)	5 (19.2%)	6 (23.1%)	11 (42.3%)	4 (36.4%)	1 (9.1%)
その他	1 (5.6%)	0 (0.0%)	1 (5.6%)	1 (100.0%)	0 (0.0%)
計	26 (4.9%)	61 (11.4%)	87 (16.3%)	41 (47.1%)	11 (12.6%)

表31－4　境界性性パーソナリティ障害の併存(性別)

	(1)診断基準を満たす	(2)診断基準は満たさないが傾向がある	(1)および(2)	薬物使用との時間的関係	
				薬物使用前から存在した	薬物使用後に顕在化した
男性	4 (1.0%)	27 (6.9%)	31 (7.9%)	10 (32.3%)	3 (9.7%)
女性	22 (15.2%)	34 (23.4%)	56 (38.6%)	31 (55.4%)	8 (14.3%)
計	26 (4.9%)	61 (11.4%)	87 (16.3%)	41 (47.1%)	11 (12.6%)

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

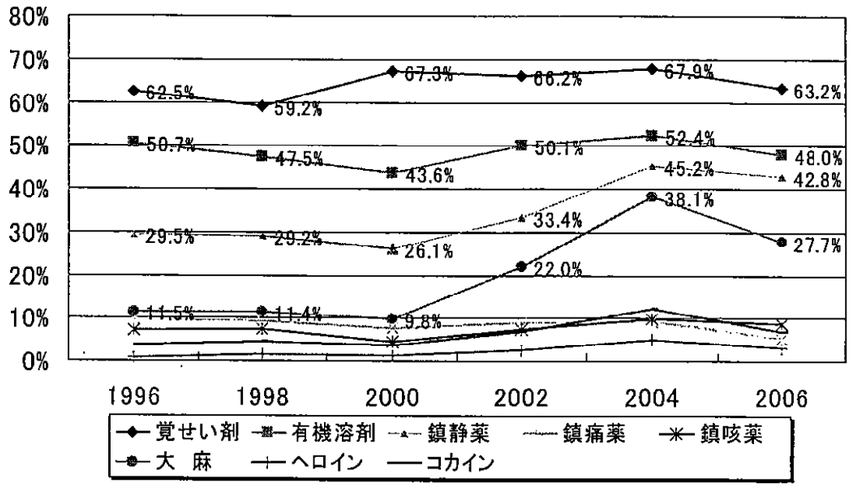


図3　初回使用薬物の推移

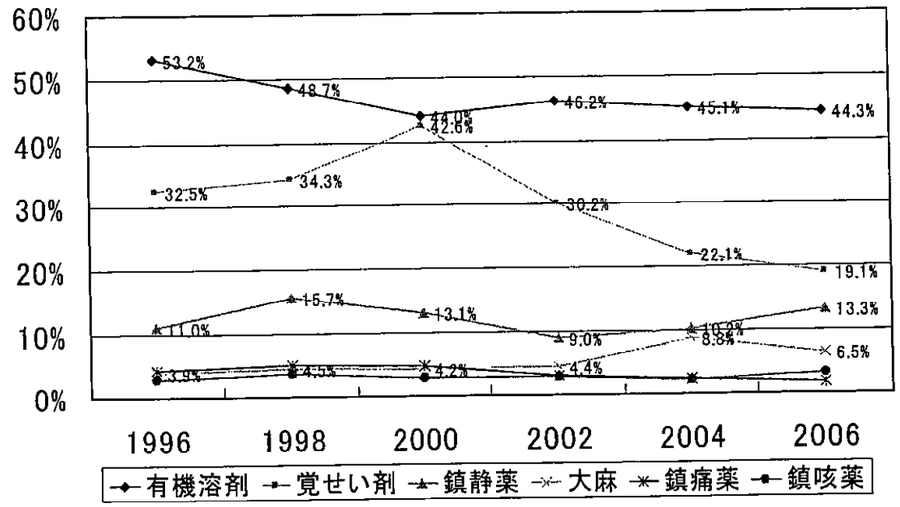
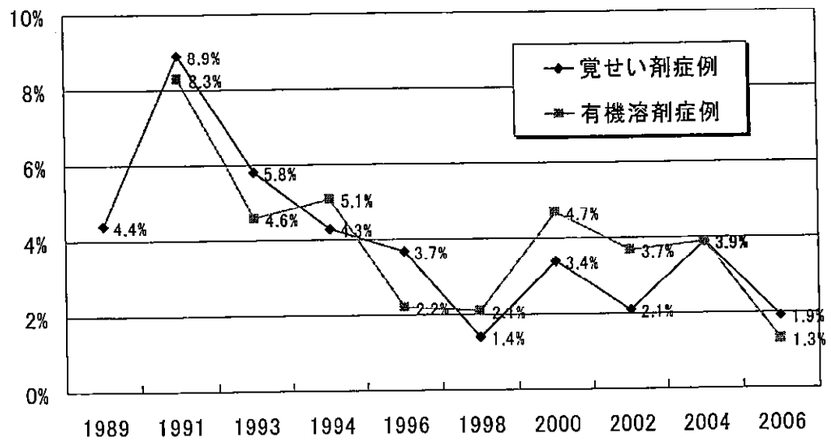
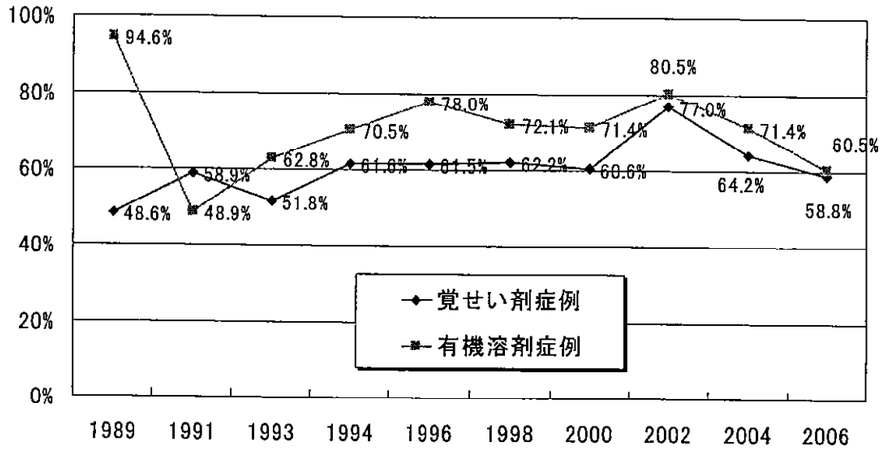


図4　初期乱用例(使用期間:1年未満)の推移
ー　覚せい剤，有機溶剤症例　ー



(使用期間＝調査時年齢ー初回使用年齢)

図5　長期乱用症例(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＝調査時年齢ー初回使用年齢)

図6　覚せい剤初回使用方法の推移(性別)

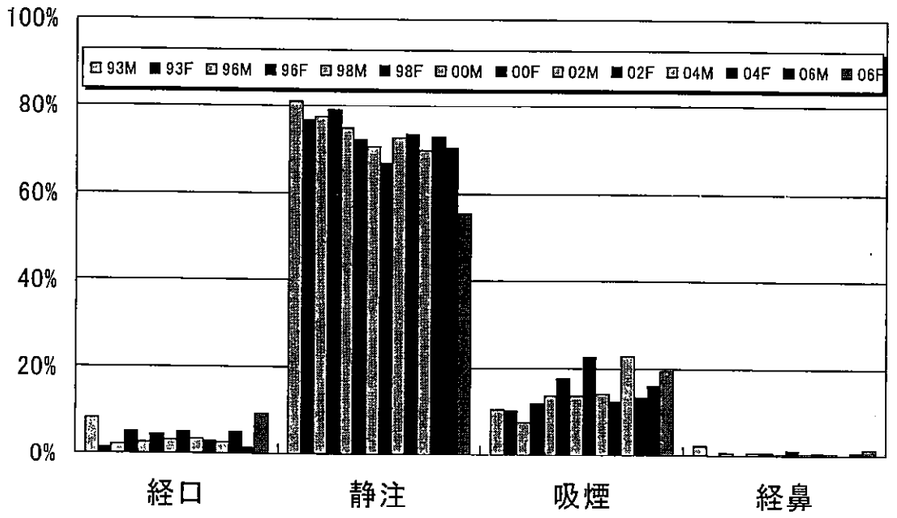
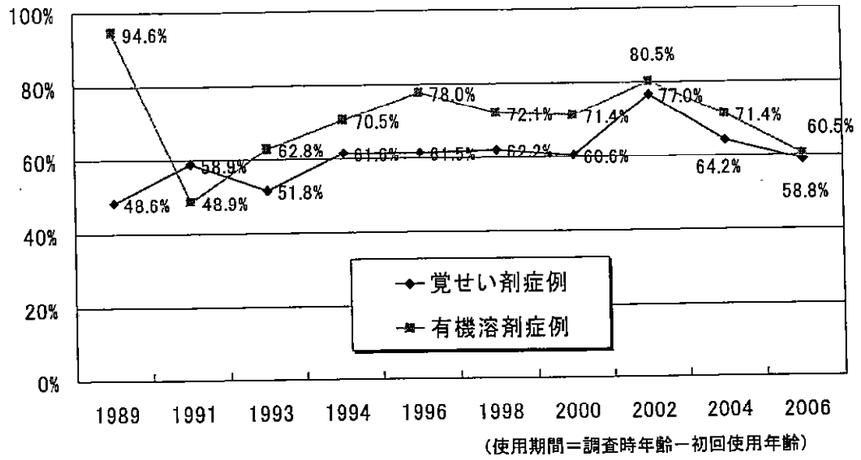
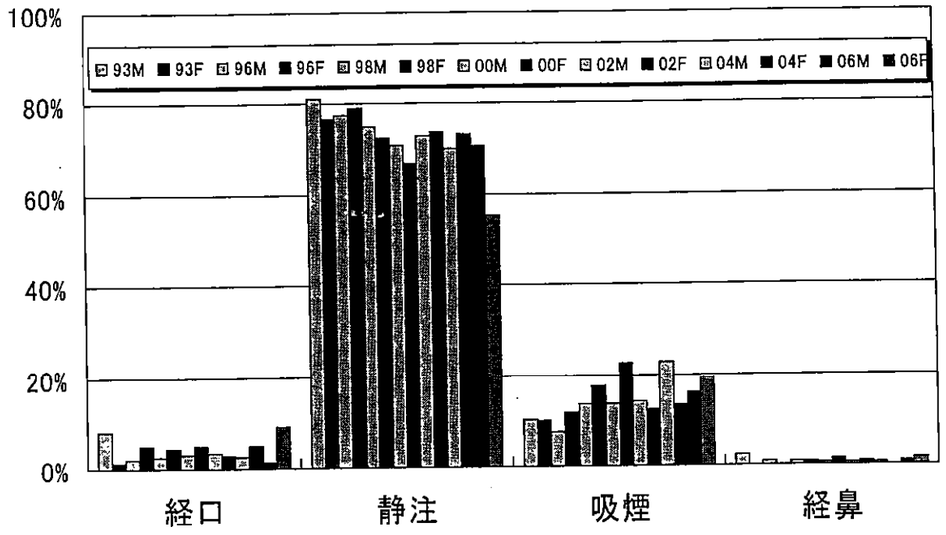


図5　長期乱用症例（使用開始後5年以上）の推移
－ 覚せい剤，有機溶剤症例 －



（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（性別）



薬物関連精神疾患調査用紙

（2006 年度版）

本調査の実施要領は以下の通りです；

（1）　調査期間：2006 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：2006 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　2006 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。　＿＿＿＿＿＿＿＿@＿＿＿＿＿＿＿＿（職場用，個人用）

****** お問い合わせは下記までお願いします ******

厚生労働科学研究「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（E-mail：ozaki@ncnp.go.jp）　事務担当：大槻
国立精神・神経センター精神保健研究所，薬物依存研究部
〒187-8553 小平市小川東町 4-1-1
【tel】①042-346-1869（直通），②042-341-2712，内線 6218・6225 【fax】042-346-1954

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. 医療薬業関係 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.その他 88.不明
8)矯正施設への入所歴　0.なし 1.あり(2.刑務所・少年刑務所 3.拘置所 4.少年院 5.鑑別所 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.使用歴なし 1.使用歴あり(使用開始年齢:　歳, 88.不明) 2.禁煙中 99.使用歴は不明
11)アルコールの使用歴　0.使用歴なし 1.使用歴あり(使用開始年齢:　歳, 88.不明) 2.禁酒中 99.使用歴は不明

12)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ヶ月間】使用の有無	【過去1ヶ月間】方法*	乱用開始から「依存」に至る期間	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) 2	(1.あり) 2.なし 3.不明	(1~8) 4, 2	1.あり (2.なし) 3.不明	(1~8)	約28カ月	25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, "ウット", 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(ブロン液, ブロン錠, 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

13)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.マジ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
14)(質問13))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.疲労の除去 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
15)(質問13))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

16)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.マジ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
17)前問で選択した「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.その他(　) 99.不明
18)質問16)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(使用後2週以内の発症, 症状の持続は48時間以上で物質使用中断後6ヶ月以内)		
7. (F1x.57) 精神病性障害(使用後2週以内の発症, 症状の持続は48時間以上で物質使用中断後6ヶ月以上)		
8. (F1x.6) 健忘症候群		
9. (F1x.7) 残遺性障害(フラッシュバック, 気分・認知・人格障害等)遅発性の精神病性障害(使用後2~6週の発症)		
10. (F1x.8) 他の精神および行動の障害		

19)前問(質問 18))で, 主・副診断いずれかで『ベンゾジアゼピン系睡眠薬・抗不安薬の「依存症候群」』に該当する場合, いわゆる「臨床用量依存」に該当するか否かについてお尋ねします。下記にあげた"臨床用量依存のガイドライン"5項目のうち, あてはまるものに○をつけて下さい。
①不安や不眠などの治療目的で開始した臨床用量を6ヵ月以上継続服用している。　1.はい 2.いいえ 99.不明
②本来の症状は解消されて寛解状態にある。　1.はい 2.いいえ 99.不明
③その間, 使用量の著しい増加を認めない。　1.はい 2.いいえ 99.不明
④中断によって反跳現象/退薬症候が出現する。　1.はい 2.いいえ 99.不明
⑤計画的な漸減・中止により退薬症候の出現が避けられた場合に, ベンゾジアゼピンの服用なしに経過する。
1.はい 2.いいえ 99.不明
(参考文献:ベンゾジアゼピン系薬物の使用原則と臨床用量依存の診断と治療。白倉ら編:アルコール・薬物関連障害の診断・治療ガイドライン, p207-222, じほう, 2003)

20)これまでに「精神病エピソード」の既往が存在する場合, その発症年齢は何歳でしたか?
1.(　)歳　2.既往はあるが発症年齢は不明　3.既往はない　99.既往は不明
21)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
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.父親 2.母親 3.同胞 4.子供 5.祖父 6.祖母 7.父親の同胞 8.母親の同胞 9.その他(　) 99.不明
＊「あり」の場合, その精神疾患名(　, 不明)

23)気分障害の一部に物質使用障害の併存率が高いとの指摘があります。この症例では,「気分(感情)障害」の併存(薬物使用開始前の既往も含めて)があると考えられますか?

0.併存はない 1.併存が疑われる 2.併存がある 99.不明

24)前問で"併存がある(疑いも含む)"場合,以下の点についてお尋ねします。

①気分障害の類型(DSM-Ⅳ): 1.うつ病性障害(大うつ病性障害,気分変調性障害を含む)
2.双極性障害(3.Ⅰ型 4.Ⅱ型* 5.気分循環性障害 6.特定不能 88.病型は不明)
7.その他( ) 99.不明 (Ⅱ型*:軽躁病エピソードを伴う反復性大うつ病エピソード)

②発症年齢:_____歳頃, 99.不明

③出現時期:1.薬物使用前 2.薬物使用後 (3.薬物誘発性*である 4.薬物誘発性*ではない 88.不明) 99.不明

(薬物誘発性*:薬物使用から1ヵ月以内の出現)

25)これまでに,下記のような成育史上の問題がありましたか?(複数回答可)

0.なし 1.「15歳以前」の親との離別(2.父親 3.母親 4.両親) 5.不登校 6.いじめられ体験 7.家庭内暴力
8.被虐待(その内容:9.身体的 10.性的 11.心理的(ネグレクトなど) 12.その他( ),年齢:___歳頃)
13.その他(内容:) 99.不明

26)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(2.自傷行為 3.自殺企図 4.両方 5.どちらともいえない 88.どちらかは不明) 99.不明

27)下記の「パーソナリティ障害」(DSM-Ⅳ)が併存していますか?以下の診断基準を参考にしてください。

① 反社会性パーソナリティ障害; 1.診断基準を満たす 2.診断基準は満たさないが傾向がある 99.不明
② 境界性パーソナリティ障害; 1.診断基準を満たす 2.診断基準は満たさないが傾向がある 99.不明

28)前問でパーソナリティ障害(傾向も含む)に該当する場合,その特徴は薬物使用前から存在したと考えられますか?

1.薬物使用前から存在した
2.薬物使用後に顕在化した(薬物使用に伴う認知・行動の変化に関係があると考えられる)
3.その他( ) 99.不明

29)その他コメント等ありましたら,お書き下さい。

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

【参考】DSM-Ⅳ パーソナリティ障害の診断基準

① 反社会性パーソナリティ障害 (301.7)

A. 他人の権利を無視し侵害する広範な様式で,15歳以降起こっており,以下のうち3つ(またはそれ以上)によって示される。
(1) 法にかなう行動という点では社会的規範に適合しないこと。これは逮捕の原因になる行為を繰り返し行うことで示される。
(2) 人をだます傾向。これは繰り返し嘘をつくこと,偽名を使うこと,または自分の利益や快楽のために人をだますことによって示される。
(3) 衝動性または将来の計画を立てられないこと。
(4) 易怒性および攻撃性。これは身体的な喧嘩または暴力を繰り返すことによって示される。
(5) 自分または他人の安全を考えない向こう見ずさ。
(6) 一貫して無責任であること。これは仕事を安定して続けられない,または経済的な義務を果たさない,ということを繰り返すことによって示される。
(7) 良心の呵責の欠如。これは他人を傷つけたり,いじめたり,または他人のものを盗んだりしたことに無関心であったり,それを正当化したりすることによって示される。

B. その人は少なくとも18歳である。
C. 15歳以前に発症した行為障害の証拠がある。
D. 反社会的な行為が起こるのは,統合失調症や躁病エピソードの経過中のみではない。

② 境界性パーソナリティ障害 (301.83)

対人関係,自己像,感情の不安定および著しい衝動性の広範な様式で,成人期早期までに始まり,種々の状況で明らかになる。以下のうち5つ(またはそれ以上)によって示される。
(1) 現実に,または想像の中で見捨てられることを避けようとするなりふりかまわない努力。(注)基準5で取り上げられる自殺行為または自傷行為は含めない。
(2) 理想化とこき下ろしとの両極端を揺れ動くことによって特徴づけられる,不安定で激しい対人関係様式。
(3) 同一性障害:著明で持続的な不安定な自己像または自己感。
(4) 自己を傷つける可能性のある衝動性で,少なくとも2つの領域にわたるもの(例:浪費,性行為,物質乱用,無謀な運転,むちゃ食い)。(注)基準5で取り上げられる自殺行為または自傷行為は含めない。
(5) 自殺の行動,そぶり,脅し,または自傷行為の繰り返し。
(6) 顕著な気分反応性による感情不安定性(例:通常は2~3時間持続し,2~3日以上持続することはまれな,エピソード的に起こる強い不快気分,いらいら,または不安)。
(7) 慢性的な空虚感。
(8) 不適切で激しい怒り,または怒りの制御の困難(例:しばしばかんしゃくを起こす,いつも怒っている,取っ組み合いの喧嘩を繰り返す)。
(9) …過性のストレス関連性の妄想様観念または重篤な解離性症状。

分担研究報告書
(1—3)

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）
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，986 人(男性 693 人，女性 293 人)であった．調査により以下のような結果が得られた：1)有機溶剤乱用者数は男性 68 人(9.8%)女性 91 人(31.1%)，大麻乱用者数は男性 19 人(2.7%)女性 41 人(14.0%)，覚せい剤乱用者数は男性 5 人(0.7%)女性 32 人(10.9%)，ブタン乱用者数男性 75 人(10.8%)女性 44 人(15.0%)であった．その他，抗不安薬(安定剤)乱用が男性 23 人(3.3%)女性 41 人(14.0%)，ブロン(咳止め液)乱用が男性 17 人(2.5%)女性 31 人(10.6%)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，今回も乱用者は減少した．特に男性においてこの傾向が著しく，1994 年 41.2%から 2006 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．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%前後であったが今年度は 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%代であまり変化はない．今年度も 14.0%であった．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対象集団そのものがやや変化している可能性が示唆された．

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有機溶剤という特定の薬物から多様化していることがうかがわれた．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 2004 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)]．その結果，「有機溶剤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．大麻乱用頻度は男女とも1994年および1996年はやや高かったが 1998 年からあまり変化はない．覚せい剤乱用は男性では1998年から2000年ごろまで増加傾向にあったが 2002 年以降減少傾向にある」という結果が得られた．このような入所非行児の薬物乱用の頻度あるいは態度などの変化を継続的に調査し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による薬物乱用検挙少年者数動向と類似している．警察白書[6)]によれば，

少年の薬物乱用の特徴として，一つには覚せい剤乱用検挙少年数が平成7年以降増加したという点がある．この覚せい剤乱用検挙少年数増加は1998年以降減少傾向に転じた．また，少年の有機溶剤乱用が平成3年ごろは2万人前後検挙されていたが，その後漸減し平成17年の検挙数は1368人であった[7]．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，2004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．大阪にさらに1カ所児童自立支援施設があるが入所対象が他の児童自立支援施設と異なるため調査対象から除いた．回答が得られた施設は，42施設であった（73.7%）．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986人(男性693人，女性293人)であった．

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り，全調査項目数は104となった．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．今回性格検査として一般的性格傾向をみるための特性5因子尺度(20項目5件)法を追加した．

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693人で全体の70.3%を占めている．就学状況は，中学3年生が男性282人(40.7%)，女性が138人(47.1%)と最も多い．中学生が男性の76.5%，女性の71.0%で多いが，高校生および専門学校生が男性5.8%，女性6.1%であった．中学卒業後で無職である者も男性5.2%,女性11.9%を占めている．そのほか小学生が男女それぞれ8.7，4.8%いた．就労者は男女それぞれ0.9%，2.4%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35.9%，25.0%，女性で30.7%，32.1%と多くを占めていた．一方，18歳以上の者は男女それぞれ0.7%，2.0%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130人(19.8%)，女性68人(23.2%)であった．一方，2年以上入所している者は男性68人(9.8%)，女性16人(5.5%)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172人，女性37人)であり，また調査対象数が最も少なかったのは東北・北海道（男性50人，女性28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500人(72.2%)，家出・外泊474人(68.4%)，自転車盗445人(64.2%)，窃盗444人(64.1%)，女性では怠学240人(81.9%)，家出・外泊235人(80.2%)，不良交友181人(61.8%)，窃盗178人(60.8%)，自転車盗173人(50.9%)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64人(21.8%)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

前回2004年の調査対象薬物は，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であったが，睡眠薬や抗不安薬(安定剤)乱用が比較的多かったため，リタリンについても別途対象薬物とした．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181人(26.1%)，ブタン129人(18.6%)，大麻85人(12.3%)，覚せい剤76人(11.0%)，安定剤71人(10.2%)，咳止め液65人(9.4)，コカイン23人(3.3%)，リタリン18人(2.6%)，MDMA15人(2.2%)，睡眠薬8人(1.2%)の順であった．

女性では有機溶剤180人(64.1%)，安定剤116人(39.6%)，大麻110人(37.5%)，ブタン・覚せい剤101人(34.5%)，咳止め液98人(30.0%)，コカイン53人(18.1%)，MDMA・リタリン28人(7.6%)，睡眠薬16人(5.5%)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75人(10.8%)，有機溶剤68人(9.8%)，安定剤23人(3.3%)，大麻19人(2.7%)，咳止め液17人(2.5%)，コカイン7人(1.0%)，覚せい剤5人(0.7%)，MDMA 3人(0.4%)，睡眠薬2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91人(31.1%)，ブタン44人(15.0%)，大麻・安定剤41人(14.0%)，覚せい剤32人(10.9%)，咳止め液31人(10.6%)，コカイン・MDMA 14人(4.8%)，リタリン・睡眠薬2人(0.7%)であった．

各薬物とも無回答者が男性では3%から4%前後，女性では10%ほどいた．この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は，1994年，1996年，1998年，2000年，2002年および2004年の従来の調査と今回の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2006年には9.8%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2004年44.2%から2006年31.1%に減少した．

大麻は男性では1994年から2004年まで5%から6%前後であったが今回は2.7%とはじめて3%以下となった．女性では1998年から2004年にかけて14%から15%代であり今回も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%まで増加してきたが，2002年2.5%，2004年1.6%と低下し，今回0.7%とさらに低下した．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%，2002年13.6%，2004年12.4と低下傾向であったが，今回は10.9%に低下した．

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，有機溶剤乱用は関西が14.6%と最も頻度が高く，ついで東北・北海道12.0%，関東9.3%の順であった．大麻乱用は中国・四国が9.0%と比較的多かった．覚せい剤乱用は男性では関西のみで0.8%であった．ブタン乱用は，東北・北海道12.0%，関東11.6%，関西10.0%に多かった．

女性の場合，有機溶剤乱用は関西36.2%，関東32.4%で多く，その他の地域は10%代から20%代であった．大麻乱用は九州20.8%，関西12.8%，関東10.8%で多かった．覚せい剤乱用は関東13.5%に対し関西6.4%，九州6.3%，中国・四国5.1%であった．ブタン乱用は関東21.6%に多く，関西14.9%，中国・四国11.9%，東北・北海道10.7%であった．

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59人(8.5%)，女性の98人(33.4%)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125人（18.0%），女性では108人(36.9%)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27人(39.7%)，女性30人(33.0%))．続いて14歳，12歳の順となっていた．

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．男性では「今まで1.2回」という機会的乱用37人(54.4%)が多く，女性では「数回以上」が42人(46.2%)と多かった．「ほとんど毎日」と回答した者は男女それぞれ7人(10.3%)，10人(11.0%)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446人(73.6%)，女性112人（62.9%）だったのに対し，有機溶剤乱用者では男性16人(23.5%)，女性22人(24.2%)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48人（70.6%）および女性68人（74.8%）と多く，一方，非乱用者では男性103人(17.0%)および女性57人（32.0%）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398人（65.7%），97人(54.5%)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24人(35.3%)，18人(19.8%)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23人(33.8%)，44人(48.4%)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53人(77.9%)非乱用者350人(57.8%)，女性では乱用者80人(87.9%)非乱用者140人(78.7%)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17人(25.0%)，女性乱用者20人(22.0%)に訴えられていた．フラッシュバックも男性乱用者9人(13.2%),女性乱用者21人(23.1%)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16人(23.5%)，女性乱用者では21人(23.1%)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35人(51.5%)，58人(63.7%)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50人(73.5%)，49人(53.8%)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それぞれ3人(4.4%)，2人(2.9%)，女性ではそれ8人(8.8%)，1人(1.1%)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」と答えた者が少なかったのであまり意味は

ない．女性では「今もやりたいと思っているから」「いやなことがあったらやると思うから」とした者が 5 人(55.6%)いた．「今もやりたいと思っているから」が 2 人(22.2%)でいた．

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 40 人(5.8%)，女性の 48 人(16.4%)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 252 人(36.4%)，女性では 120 人(41.0%)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 31 人(41.3%)以，女性 16 人(36.4%)で最も多かった．つづいて 12 歳，14 歳が多かった．11 歳以下が男性が 4 人(5.3%)，女性 3 人(6.8%)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 10 人(13.3%)，女性 3 人(6.8%)であった．一方，「いままで 1,2 回」のみと回答した者は男性 20 人(26.9%)，女性 21 人(47.7%)であった． ブタン乱用に関しては男性乱用者の方が女性乱用者よりも乱用頻度が高いようである．

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 261 人(38.8%)，女性 83 人(38.2%)だったのに対し，乱用者では男性 13 人(17.3%)および女性 8 人(18.2%)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 243 人(36.1%)，70 人(32.3%)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 407 人(68.5%)女性 134 人(45.4%)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 20 人(26.7%)，22 人(29.3%)であり，非乱用者よりもブタン吸引の有害性をよく知っていた．女性では，精神病症状について知っていた者は乱用者 20 人(26.7%)非乱用者 55 人(18.6%)，急性中毒死について知っていた者は乱用者 18 人(24.0%)非乱用者 42 人(14.2%)であった．女性においても乱用者は非乱用者よりもこれらの有害性知識を持っていた．しかし全体に有機溶剤の場合よりも有害性の知識は少ない．

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 13 人(17.3%), 10 人(22.7%)であり，性差はなかった．フラッシュバック体験率は男女それぞれ 14 人(18.7%)，7 人(15.9%)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 40%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」25 人(56.8%)が「害を知っていたら吸引しなかったと思う」11 人(25.0%)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 5 人(6.7%)，女性では 8 人(18.1%)であり，「絶対やらないと思う」は男女それぞれ 55 人(73.3%)，24 人(54.5%)であった．女性の方が退所後のブタン乱用を示唆する者が多かった．

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．対象人数が少ないが男女とも「誘われたらやると思うから」 が多く(男性 40.0%，女性 50.0%)，誘惑に弱いことを示していた．

3) 大麻

① 周囲の大麻剤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 46 人(6.9%)，女性の 73 人(24.9%)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 50 人(7.2%)，女性では 70 人(23.9%)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」および「試してみたかった」という大麻乱用への関心を示した者が男性の 76 人(11.0%), 女性の 72 人(25.6%)を占めており，女性の方が男性より関心が高かった．

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 11 人(57.9%)女性では 27 人(65.8%)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．男性では「今まで 1，2 回」が 14 人(73.7%)と大半を占めていた．女性では「今まで 1, 2 回」と「数回以上」がそれぞれ 18 人(43.9%)で同数であった．「ほとんど毎日」は男性ではいなかったが，女性では 2 人(4.9%)いた．

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 491 人(75.4%)，女性 133 人(59.1%)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5人(26.3%)，4人(9.8%)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 14 人(73.7%),女性で34人(82.9%)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 69.9%，女性 56.4%)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 36.8%，女性 14.6%)．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21.1%，41.5%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．精神病状態および無動機症候群の知識は男女とも乱用者と非乱用者の間に差はなかった．しかし「いずれも知らなかった」者は，男女とも非乱用者に多かった．

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2人(10.5%)，女性6人(14.6%)にみられた．無動機症候群は男性2人(10.5%)，女性13人(31.7%)にみられた．精神病状態および無動機症候群の体験率は性差はなかった．

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9人(47.4%),6人(14.6%)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16人(84.2%)，女性25人(61.0%))あるいは「絶対やらないと思う」(男性3人(15.8%)，女性11人(26.8%))と答えていた．

退所後も乱用する理由としては，女性において「今もやりたいと思っているから」「誘われたらやると思うから」「なんとなくそう思うから」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 42 人(6.1%)，女性の 81 人(27.6%)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 39 人(5.6%)，女性では66人(22.5%)，また少々苦労するが手に入ると答えた者が男性 57 人(8.2%)，女性59人(20.1%)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63人(9.1%)，女性の77人(26.3%)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 23 人(3.3%)，女性では65人(22.2%)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223 人(32.2%)，78 人(26.6%)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5人と少ないが12歳から14歳で乱用開始していた．女性では14歳が12人(37.5%)で最も多く，ついで13歳の8人(25.0%)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「今まで1，2回」が2人(40.0%)および19人(59.4%)と多かった．一方，女性では「ほとんど毎日」とした者も3人(9.4%)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男女それぞれ 2 人(40.0%)，14 人(43.8%)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(20.0%)，7人(21.9%)であった．「吸引と注射」をあげた者は，男女それぞれ0人，7人(21.9%)であった．男性では無回答が2人(40.0%)，女性では4人(12.5%)いた．乱用方法に性差は認められなかった．

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 32 人のうち「少々ならかまわないと思う」13 人(40.6%)「 それを守る必要は全然ない」7 人(21.9%)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4人(12.5%)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154人(65.8%)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5人と少ないため乱用有無別の比較は意味がない．前記の覚せい剤への態度と同様に男性では「禁止するのは当然である」とする者がおよそ 80%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 5人(15.6%)と少なく「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 13 人(40.6%)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148人(63.2%)でやはり2/3ほどであった．

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について乱用者と非乱用者の間で差はなく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，女性では乱用の有無にかかわらず精神病状態については知っている者の割合は60%代であった．フラッシュバックについて知っている者の割合は乱用者

24 人(75.0%)が非乱用者 137 人(58.5%)よりやや高かった．性差では女性の方が男性より知っている者が多かった．

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 13 人(40.6%)，12 人(37.5%)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」が男性 1 人(20.0%)，女性 6 人(18.8%)であった．「やはりしていたと思う」とする者が，男性で 2 人(40.0%)，女性で 20 人(62.5%)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 7 人(21.9%)が「多分やると思う」1 人が「絶対やる」と答えていた．理由については，「なんとなくそう思うから」4 人(50.0%)や「誘われたらやると思うから」3 人(37.5%)などが多く認められた(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最も多かったのは男性ではブタン 10.8%，女性では有機溶剤 31.1%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今回はじめて男性においては有機溶剤乱用よりもブタン乱用の方が多くなった．一方，女性ではまだ有機溶剤が最も多い乱用薬物であり，ブタン乱用頻度は有機溶剤乱用頻度のおよそ半分の 15%であった．有機溶剤乱用が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．

安定剤(抗不安薬)の乱用が男女それぞれ 3.3%および 14.0%にみられる．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検討する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．

男性のおいて有機溶剤およびブタン以外は乱用頻度が 3%から 4%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，2006 年版青少年白によれば，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．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．

今回も地域ごとに薬物乱用の頻度にやや差があるように思われた．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ようである．しかし，地域ごとの人数がそれほど多くないため断定的なことは言いにくい．

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 人ほどであるが今回は調査数が 986 人とやや少なかった．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 2006 年まで 2 年おきに 41.2%，37.3%，30.3%，26.4%，21.6%，14.3%，9.8%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%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平成 3 年ごろは 2 万人前後であったがその後漸減し，平成 17 年には 1368 人までに減少した．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．しかし今回 2006 年は 2.7%まで低下した．女性では，1994 年から 1998 年まで 22.0%，19.0%，14.4%と漸減し，その後 2000 年 14.7%，2002 年 15.9%，2004 年 15.9%，2006 年 14.0%とあまり変化していない．

全体としてみると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 1998 年以降大きな変化はないようである

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平成 7 年頃より増加し，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%そして今回 2006 年 0.7%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 2000 年 15.2%，2002 年 13.6%，2002 年 12.4%とやや減少傾向である．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，2006 年度は男性 68.5%女性 49.8%であった．この間有機溶剤乱用頻度は大きく減少したが有機溶剤乱用への態度はあまり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，2006 年度は男性 73.9%女性 63.9%であった．法律で禁止されていることに対する態度もあまり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．確かに乱用別に見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．われわれの 1998 年調査において有機溶剤による精神病状態について知っている者は男性 63.6%女性 82.2%，2006 年調査では男性 58.2%女性 75.1%であった．またフラッシュバックについては 1998 年知っている者は男性 40.6%女性 50.2%，2006 年調査では男性 50.4%女性 67.6%

であった．つまり精神病状態については知っている者がやや減少し，フラッシュバックについて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%，2006 年調査では男性 58.3%女性 50.9%であった．やや減少傾向にあるように見える．「不良交友」は 1998 年男性 69.4%女性 80.5%，2006 年調査では男性 50.2%女性 61.8%であった．やはりこれもやや減少傾向にあるように見える．「恐喝・ひったくり」は 1998 年男性 59.6%女性 54.4%，2006 年調査では男性 34.6%女性 34.8%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 1339 人，1996 年 1194 人，1998 年 1315 人，2000 年 1327 人と従来 1200 人から 1300 人前後で一定していたが，今回のでは 986 人とやや少なかった．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，各年の調査に対して協力が次第に困難になっている可能性がある．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すべきと考えている．

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い．非行児本人の薬物乱用経験の質問では男性では３％から４％が無回答であり女性では10%近く無回答があった．乱用率が数%程度の薬物では乱用頻度と無回答率があまり変わらないこととなる．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と考えられる．男性では有機溶剤およびブタン以外のすべての薬物，女性ではコカイン，睡眠薬，MDAMなどが乱用率が数%以下であり乱用率結果の信頼性は低いと思われる．

5 今後の課題

1) 調査対象数の問題

これまでの調査ではおおむね回答者数 1200 人ほどであった．しかし2002年調査は回答者数802人，今回の2006年度986人とやや少ない．今後とも回答者数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ているようである．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．

2) 非行少年における薬物乱用の減少に対する対応

かつて少年における乱用薬物といえば有機溶剤であったが，現在そのような状況は変化しつつあるといえる．薬物乱用少年が減少していることは好ましいことである．しかし調査する側としては調査対象薬物を絞りにくくなったといえる．また入所施設としては特定薬物に対する教育ではなく薬物乱用一般に対する教育となりかえって指導しにくくなってくるかもしれない．そもそも薬物乱用児童が少なくなると薬物乱用教育そのものにも熱が入らず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 MDMA など各種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

1) 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

2) 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

3) 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

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 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

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 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

6) 平成 13 年度警察白書．警察庁編．2002

7) 平成 18 年版青少年白書　内閣府編　2007

表1 性・学年構成

	男性 人数	%	女性 人数	%
小学 4年以下	11	1.6	2	0.7
小学 5年	11	1.6	3	1.0
小学 6年	38	5.5	9	3.1
中学 1年	50	7.2	11	3.8
中学 2年	198	28.6	59	20.1
中学 3年	282	40.7	138	47.1
高校(専門学校) 1年	22	3.2	14	4.8
高校(専門学校) 2年	10	1.4	3	1.0
高校(専門学校) 3年	8	1.2	1	0.3
無職	36	5.2	35	11.9
就労中	6	0.9	7	2.4
無回答ほか	21	3.0	11	3.8
計	693	100.0	293	100.0

表2 性・年齢構成

	男性 人数	%	女性 人数	%
9歳以下	7	1.0	1	0.0
10歳	8	1.2	2	0.7
11歳	19	2.7	3	1.0
12歳	47	6.8	10	3.4
13歳	117	16.9	35	11.9
14歳	249	35.9	90	30.7
15歳	173	25.0	94	32.1
16歳	33	4.8	35	11.9
17歳	27	3.9	14	4.8
18歳	2	0.3	6	2.0
19歳以上	3	0.4	0	0.0
無回答ほか	8	1.2	3	1.0
計	693	100.0	293	100.0

表3 施設入所期間

	男性 人数	%	女性 人数	%
3ヶ月以下	130	18.8	68	23.2
4ヶ月から6ヶ月	114	16.5	49	16.7
6ヶ月から1年	197	28.4	76	25.9
1年から1年6ヶ月	100	14.4	50	17.1
1年6ヶ月から2年	44	6.3	18	6.1
2年以上	68	9.8	16	5.5
無回答	40	5.8	16	5.5

表4 地域別人数

	男性 人数	%	女性 人数	%
東北・北海道	50	7.2	28	9.6
関東	172	24.8	37	12.6
中部	88	12.7	17	5.8
関西	130	18.8	47	16.0
中国・四国	106	15.3	59	20.1
九州	72	10.4	48	16.4
不詳	75	10.8	57	19.5

表5 非行歴

	男性 人数	%	女性 人数	%
学校をさぼった	500	72.2	240	81.9
外泊や家出をした	474	68.4	235	80.2
自転車を盗んだ	445	64.2	173	59.0
人の物やお金を盗んだ	444	64.1	178	60.8
人にけがをさせた	404	58.3	149	50.9
家からお金を持ち出した	400	57.7	169	57.7
不良仲間とつき合った	348	50.2	181	61.8
家の中で暴れた	261	37.7	115	39.2
人の物やみんなの物をわざと壊し	251	36.2	100	34.1
バイクや自動車を盗んだ	244	35.2	98	33.4
ひったくり，カツアゲ	240	34.6	102	34.8
無免許運転	235	33.9	114	38.9
物や家に火をつけた	225	32.5	43	14.7
根性焼きや入墨をした	187	27.0	100	34.1
性関係のこと	169	24.4	145	49.5
その他	108	15.6	65	22.2
暴力団とつき合った	90	13.0	77	26.3
暴走族に入った	50	7.2	32	10.9

表6 初発非行年齢

	男性 人数	%	女性 人数	%
小学校入学前	48	6.9	11	3.8
小学 1年	67	9.7	9	3.1
小学 2年	52	7.5	23	7.8
小学 3年	73	10.5	17	5.8
小学 4年	64	9.2	29	9.9
小学 5年	77	11.1	45	15.4
小学 6年	93	13.4	43	14.7
中学 1年	119	17.2	64	21.8
中学 2年	35	5.1	19	6.5
中学 3年	3	0.4	9	3.1
中学卒業後	6	0.9	0	0.0
無回答	56	8.1	24	8.2
計	693	100.0	293	100.0

表7 家庭裁判所への係属歴

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
ある	181	26.1	82	28.0
ない	433	62.5	183	62.5
無回答	79	11.4	23	7.8

表8 周囲の薬物乱用状況

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
有機溶剤	181	26.1	180	61.4
大麻	85	12.3	110	37.5
覚せい剤	76	11.0	101	34.5
ガス	129	18.6	101	34.5
コカイン	23	3.3	53	18.1
リタリン	18	2.6	28	9.6
睡眠薬	8	1.2	16	5.5
安定剤	71	10.2	116	39.6
咳止め液	65	9.4	88	30.0
MDMA	15	2.2	28	9.6
その他	21	3.0	33	11.3

表9 本人の薬物乱用歴

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
有機溶剤	68	9.8	91	31.1
大麻	19	2.7	41	14.0
覚せい剤	5	0.7	32	10.9
ガス	75	10.8	44	15.0
コカイン	7	1.0	14	4.8
リタリン	1	0.1	2	0.7
睡眠薬	2	0.3	2	0.7
安定剤	23	3.3	41	14.0
咳止め液	17	2.5	31	10.6
MDMA	3	0.4	14	4.8
その他	8	1.2	15	5.1

表10 有機溶剤・大麻・覚せい剤の乱用頻度の年代変化(

単位:%

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
有機溶剤	41.2	37.3	30.3	26.4	21.6	14.3	9.8
大麻	5.5	6.7	4.8	5.0	4.9	4.9	2.7
覚せい剤	1.2	1.7	3.9	5.0	2.5	1.6	0.7

表10 有機溶剤・大麻・覚せい剤の乱用頻度の年代変化(

単位:%

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
有機溶剤	59.6	50.6	48.5	52.3	46.5	44.2	31.1
大麻	22.0	19.0	14.4	14.7	15.9	15.9	14.0
覚せい剤	6.6	10.8	16.9	15.2	13.6	12.4	10.9

表12 地域別薬物乱用頻度(男性)

単位:%

	有機溶剤	大麻	覚醒剤	ブタン
東北・北海道(n=50)	12.0	0.0	0.0	12.0
関東(n=172)	9.3	3.5	0.0	11.6
中部(n=88)	8.0	0.0	0.0	6.8
関西(n=130)	14.6	3.8	0.8	10.0
中国・四国(n=106)	3.8	9.0	0.0	7.5
九州(n=72)	8.3	1.4	0.0	8.3

表13 地域別薬物乱用頻度(女性)

単位:%

	有機溶剤	大麻	覚醒剤	ブタン
東北・北海道(n=28)	14.3	3.6	3.6	10.7
関東(n=37)	32.4	10.8	13.5	21.6
中部(n=17)	23.5	0.0	0.0	0.0
関西(n=47)	36.2	12.8	6.4	14.9
中国・四国(n=59)	23.7	5.1	5.1	11.9
九州(n=48)	27.1	20.8	6.3	6.3

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	59	8.5	98	33.4
いない	605	87.3	177	60.4
無回答	29	4.2	18	6.1

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	125	18.0	108	36.9
少々苦労するが,なんとか手に入る	71	10.2	42	14.3
ほとんど不可能だ	48	6.9	13	4.4
絶対不可能だ	259	37.4	54	18.4
無回答	190	27.4	76	25.9

表16 有機溶剤乱用開始年齢(乱用者のみ)

	男性(n=68)		女性(n=91)	
	人数	%		%
10歳以下	2	2.9	5	5.5
11歳	4	5.9	2	2.2
12歳	9	13.2	20	22.0
13歳	27	39.7	30	33.0
14歳	16	23.5	23	25.3
15歳以上	0	0.0	1	1.1
経験はあるが年齢はおぼえていない	6	8.8	2	2.2
無回答	4	5.9	8	8.8

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=68)		女性(n=91)	
	人数	%	人数	%
今まで1, 2回	37	54.4	30	33.0
数回以上	19	27.9	42	46.2
ほとんど毎日	7	10.3	10	11.0
無回答	5	7.4	9	9.9

表18 有機溶剤乱用への態度(男性)

	有機溶剤乱用			
	乱用者(n=68)		非乱用者(n=606)	
	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	16	23.5	446	73.6
法律で禁じられてはいるが, 少々ならかまわないと思う	27	39.7	67	11.1
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	21	30.9	36	5.9
無回答	4	5.9	57	9.4

表19 有機溶剤乱用への態度(女性)

	有機溶剤乱用			
	乱用者(n=91)		非乱用者(n=178)	
	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	22	24.2	112	62.9
法律で禁じられてはいるが, 少々ならかまわないと	41	45.1	38	21.3
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	27	29.7	19	10.7
無回答	1	1.1	9	5.1

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=68)		非乱用者(n=606)	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	24	35.3	398	65.7
しかたないことだと思う	16	23.5	16	2.6
法律で禁止しなくてもいいのではないかと思う	13	19.1	14	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	10	14.7	49	8.1
無回答	5	7.4	69	11.4

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=91)		非乱用者(n=178)	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	18	19.8	97	54.5
しかたないことだと思う	26	28.6	31	17.4
法律で禁止しなくてもいいのではないかと思う	21	23.1	6	3.4
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	23	25.3	28	15.7
無回答	3	3.3	16	9.0

表22 有機溶剤の知識(男性)

	有機溶剤乱用			
	乱用者(n=68)		非乱用者(n=606)	
	人数	%	人数	%
急性中毒死	31	45.6	202	33.3
多発神経炎	32	47.1	200	33.0
精神病状態	53	77.9	350	57.8
無動機症候群	31	45.6	190	31.4
フラッシュバック	45	66.2	304	50.2
いずれも知らなかった	8	11.8	145	23.9

表23 有機溶剤の知識(女性)

	有機溶剤乱用			
	乱用者(n=91)		非乱用者(n=178)	
	人数	%	人数	%
急性中毒死	43	47.3	67	37.6
多発神経炎	54	59.3	84	47.2
精神病状態	80	87.9	140	78.7
無動機症候群	55	60.4	90	50.6
フラッシュバック	73	80.2	125	70.2
いずれも知らなかった	2	2.2	24	13.5

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=68)		女性乱用者(n=91)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	17	25.0	20	22.0
フラッシュバック	9	13.2	21	23.1
多発神経炎	3	4.4	6	6.6
無動機症候群	14	20.6	25	27.5

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=68)		女性乱用者(n=91)	
	人数	%	人数	%
しなかったと思う	16	23.5	21	23.1
やはりしていたと思う	35	51.5	58	63.7
無回答	17	25.0	22	24.2

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=68)		女性乱用者(n=91)	
	人数	%	人数	%
絶対やらないと思う	50	73.5	49	53.8
多分やらないと思う	8	11.8	30	33.0
多分やると思う	3	4.4	8	8.8
絶対やると思う	2	2.9	1	1.1
無回答	5	7.4	3	3.3

表27　退所後，乱用すると思う理由
(退所後「多分やる」「絶対やる」と答えた者，重複回答あり)

	男性乱用者(N=5)		女性乱用者(N=9)	
	人数		人数	
誘われたらやると思うから	2	40.0	5	55.6
今もやりたいと思っているから	2	40.0	2	22.2
いやなことがあったらやると思うから	1	20.0	5	55.6
なんとなくそう思うから	1	20.0	4	44.4

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	252	36.4	120	41.0
少々苦労するが，なんとか手に入る	28	4.0	23	7.8
ほとんど不可能だ	29	4.2	11	3.8
絶対不可能だ	202	29.1	53	18.1
無回答	182	26.3	86	29.4

表30　ブタン乱用開始年齢(乱用者のみ)

	男性(n=75)		女性(n=44)	
	人数	%	人数	%
10歳以下	0	0.0	1	2.3
11歳	4	5.3	2	4.5
12歳	4	5.3	8	18.2
13歳	31	41.3	16	36.4
14歳	15	20.0	9	20.5
15歳以上	5	6.7	1	2.3
経験はあるが年齢はおぼえていない	2	2.7	2	4.5
無回答	14	18.7	5	11.4

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=75)		女性(n=44)	
	人数	%	人数	%
今まで1，2回	20	26.7	21	47.7
数回以上	31	41.3	15	34.1
ほとんど毎日	10	13.3	3	6.8
無回答	14	18.7	5	11.4

表32　ブタン乱用への態度(男性)

	ブタン乱用			
	経験有(n=75)		経験無(n=594)	
	人数	%	人数	%
すべきではないと思う	13	17.3	261	38.8
少々ならかまわないと思う	33	44.0	31	4.6
かまわない	24	32.0	20	3.0
知らなかった	3	4.0	243	36.1
無回答	2	2.7	39	5.8

表33　ブタン乱用への態度(女性)

	ブタン乱用			
	経験有(n=44)		経験無(n=217)	
	人数	%	人数	%
すべきではないと思う	8	18.2	83	38.2
少々ならかまわないと思う	16	36.4	28	12.9
かまわない	18	40.9	26	12.0
知らなかった	2	4.5	70	32.3
無回答	0	0.0	10	4.6

表34　ブタンの知識(男性)

	ブタン乱用			
	経験有(n=75)		経験無(n=594)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	20	26.7	106	17.8
急性中毒死	22	29.3	82	13.8
いずれも知らなかった	41	54.7	407	68.5

表35　ブタンの知識(女性)

	ブタン乱用			
	経験有(n=44)		経験無(n=217)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	20	26.7	55	18.6
急性中毒死	18	24.0	42	14.2
いずれも知らなかった	17	22.7	134	45.4

表36　ブタンで体験した症状(乱用者のみ)

	男性乱用者(n=75)		女性乱用者(n=44)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	13	17.3	10	22.7
フラッシュバック	14	18.7	7	15.9

表37　ブタンの知識と乱用抑止(乱用者のみ)

	男性乱用者(n=75)		女性乱用者(n=44)	
	人数	%	人数	%
しなかったと思う	30	40.0	11	25.0
やはりしていたと思う	27	36.0	25	56.8
無回答	18	24.0	8	18.2

表38　施設退所後，乱用しないと思うか(ブタン乱用者のみ)

	男性乱用者(n=75)		女性乱用者(n=44)	
	人数	%	人数	%
絶対やらないと思う	55	73.3	24	54.5
多分やらないと思う	12	16.0	10	22.7
多分やると思う	3	4.0	6	13.6
絶対やると思う	2	2.7	2	4.5
無回答	3	4.0	2	4.5

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」と答えた者のみ)

	男性乱用者(n=5)		女性乱用者(n=8)	
	人数	%	人数	%
誘われたらやると思うから	2	40.0	4	50.0
今もやりたいと思っているから	1	20.0	1	12.5
いやなことがあったらやると思うから	2	40.0	4	50.0
なんとなくそう思うから	0	0.0	2	25.0

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	48	6.9	73	24.9
いない	603	87.0	202	68.9
無回答	42	6.1	18	6.1

表41　大麻入手困難さ

	男　性		女　性	
	人数	%	人数	%
簡単に手に入る	50	7.2	70	23.9
少々苦労するが，なんとか手に入る	66	9.5	51	17.4
ほとんど不可能だ	65	9.4	21	7.2
絶対不可能だ	331	47.8	71	24.2
無回答	181	26.1	80	27.3

表42　大麻の知識

	男　性		女　性	
	人数	%	人数	%
知らなかった	225	32.5	48	16.4
関心がなかった	313	45.2	145	49.5
見てみたかった	42	6.1	28	9.6
試してみたかった	34	4.9	44	15.0
無回答	79	11.4	28	9.6

表43　大麻乱用開始年齢(乱用者のみ)

	男性(n=19)		女性(n=41)	
	人数	%	人数	%
10歳以下	0		1	
11歳	1	5.3	1	2.4
12歳	1	5.3	4	9.8
13歳	8	42.1	14	34.1
14歳	3	15.8	13	31.7
15歳以上	1	5.3	4	9.8
経験はあるが年齢はおぼえていない	2	10.5	0	0.0
無回答	3	15.8	4	9.8

表44　最もしていた時の大麻乱用頻度(乱用者のみ)

	男性(n=19)		女性(n=41)	
	人数	%	人数	%
今まで1，2回	14	73.7	18	43.9
数回以上	2	10.5	18	43.9
ほとんど毎日	0	0.0	2	4.9
無回答	3	15.8	3	7.3

表45　大麻乱用への態度(男性)

	大麻乱用			
	経験有(n=19)		経験無(n=65)	
	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	5	26.3	491	75.4
法律で禁じられてはいるが，少々ならかまわないと思う	13	68.4	56	8.6
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	1	5.3	27	4.1
無回答	0	0.0	77	11.8

表46　大麻乱用への態度(女性)

	大麻乱用			
	経験有(n=41		経験無(n=225	
	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	4	9.8	133	59.1
法律で禁じられてはいるが，少々ならかまわないと思う	26	63.4	53	23.6
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	8	19.5	18	8.0
無回答	3	7.3	21	9.3

表47 大麻乱用禁止への態度(男性)

	大麻乱用			
	経験有(n=19		経験無(n=651	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	7	36.8	455	69.9
しかたないことだと思う	7	36.8	69	10.6
大麻くらい禁止しなくてもいいのではないかと思う	4	21.1	12	1.8
法律で決める必要はない，個人の好きにさせればよいと思う	0	0.0	40	6.1
無回答	1	5.3	75	11.5

表48　大麻乱用禁止への態度(女性)

	大麻乱用			
	経験有(n=41		経験無(n=225	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	6	14.6	127	56.4
しかたないことだと思う	17	41.5	45	20.0
大麻くらい禁止しなくてもいいのではないかと思う	5	12.2	4	1.8
法律で決める必要はない，個人の好きにさせればよいと思う	12	29.3	32	14.2
無回答	1	2.4	17	7.6

表49　大麻の知識(男性)

	大麻乱用			
	経験有(n=19		経験無(n=65	
	人数	%	人数	%
精神病状態	8	42.1	208	32.0
無動機症候群	5	26.3	139	21.4
いずれも知らなかった	8	42.1	379	58.2

表50　大麻の知識(女性)

	大麻乱用			
	経験有(n=41		経験無(n=225	
	人数	%	人数	%
精神病状態	29	70.7	103	45.8
無動機症候群	22	53.7	77	34.2
いずれも知らなかった	8	19.5	100	44.4

表51　大麻で体験した症状(乱用者のみ)

	男性乱用者(n=19		女性乱用者(n=41	
	人数	%	人数	%
精神病状態	2	10.5	6	14.6
無動機症候群	2	10.5	13	31.7

表52　大麻の知識と乱用抑止(乱用者のみ)

	男性乱用者(n=19		女性乱用者(n=41	
	人数	%	人数	%
しなかったと思う	9	47.4	6	14.6
やはりしていたと思う	7	36.8	29	70.7
無回答	3	15.8	6	14.6

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=19		女性乱用者(n=41	
	人数	%	人数	%
絶対やらないと思う	16	84.2	25	61.0
多分やらないと思う	3	15.8	11	26.8
多分やると思う	0	0.0	3	7.3
絶対やると思う	0	0.0	0	0.0
無回答	0	0.0	2	4.9

表54　退所後，乱用すると思う理由(退所後「多分やる」

	男性乱用者		性乱用者(n=	
	人数	%	人数	%
誘われたらやると思うから	0	0.0	1	33.3
ら	0	0:0	1	33.3
いやなことがあったらやると思うから	0	0.0	0	0.0
なんとなくそう思うから	0	0.0	1	33.3

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	42	6.1	81	27.6
いない	606	87.4	187	63.8
無回答	45	6.5	25	8.5

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	39	5.6	66	22.5
少々苦労するが，なんとか手に入る	57	8.2	59	20.1
ほとんど不可能だ	72	10.4	27	9.2
絶対不可能だ	346	49.9	66	22.5
無回答	179	25.8	75	25.6

表57　覚せい剤への関心

	男　性		女　性	
	人数	%	人数	%
覚せい剤は知らなかった	166	24.0	26	8.9
関心がなかった	371	53.5	156	53.2
見てみたかった	49	7.1	33	11.3
試してみたかった	14	2.0	44	15.0
無回答	93	13.4	34	11.6

表58　覚せい剤乱用への誘い

	男　性		女　性	
	人数	%	人数	%
ある	23	3.3	65	22.2
ない	447	64.5	150	51.2
無回答	223	32.2	78	26.6

表59　覚せい剤乱用開始年齢

	男性(n=5)		女性(n=32)	
	人数	%	人数	%
10歳以下	0		0	0.0
11歳	0		4	12.5
12歳	1	20.0	5	15.6
13歳	1	20.0	8	25.0
14歳	1	20.0	12	37.5
15歳	0		2	6.3
経験はあるが年齢はおぼえていな	2	40.0	1	3.1
無回答	0		0	0.0

表60　覚せい剤乱用頻度

	男性(n=5)		女性(n=32)	
	人数	%	人数	%
今まで1，2回	2	40.0	19	59.4
数回以上	0		8	25.0
ほとんど毎日	0		3	9.4
無回答	3	60.0	2	6.3

表61　覚せい剤の乱用方法

	男性(n=5)		女性(n=32)	
	人数	%	人数	%
吸引	2	40.0	14	43.8
注射	1	20.0	7	21.9
吸引と注射	0	0.0	7	21.9
無回答	2	40.0	4	12.5

表62　覚せい剤への態度(男性)

	覚せい剤乱用			
	経験有(n=5		経験無(n=64	
	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	4	80.0	530	81.8
法律で禁じられてはいるが，少々ならかまわないと思う	1	20.0	52	8.0
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	25	3.9
無回答	0	0.0	41	6.3

表63　覚せい剤への態度(女性)

	覚せい剤乱用			
	経験有(n=3		経験無(n=23	
	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	4	12.5	154	65.8
法律で禁じられてはいるが，少々ならかまわないと思う	13	40.6	50	21.4
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	7	21.9	21	9.0
無回答	2	6.3	9	3.8

表64　覚せい剤禁止への態度(男性)

	覚せい剤乱用			
	経験有(n=5		経験無(n=64	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	4	80.0	495	76.4
しかたないことだと思う	1	20.0	66	10.2
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	36	5.6
無回答	0	0.0	51	7.9

表65　覚せい剤禁止への態度(女性)

	覚せい剤乱用			
	経験有(n=3		経験無(n=23	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	5	15.6	148	63.2
しかたないことだと思う	13	40.6	42	17.9
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	13	40.6	36	15.4
無回答	1	3.1	8	3.4

表66 覚せい剤の知識(男性)

	覚せい剤乱用			
	経験有(n=5		経験無(n=64	
	人数	%	人数	%
精神病状態	2	40.0	263	40.6
フラッシュバック	2	40.0	219	33.8
いずれも知らなかった	3	60.0	330	50.9

表67 覚せい剤の知識(女性)

	覚せい剤乱用			
	経験有(n=3		経験無(n=23	
	人数	%	人数	%
精神病状態	22	68.8	149	63.7
フラッシュバック	24	75.0	137	58.5
いずれも知らなかった	3	9.4	66	28.2

表68 有機溶剤で体験した症状

	男性乱用者(n=5		女性乱用者(n=3	
	人数	%	人数	%
精神病状態	0	0.0	13	40.6
フラッシュバック	0	0.0	12	37.5

表69 覚せい剤の知識と抑止

	男性乱用者(n=5		女性乱用者(n=3	
	人数	%	人数	%
使わなかったと思う	1	20.0	6	18.8
やはり使ったと思う	2	40.0	20	62.5
無回答	2	40.0	6	18.8

表70 施設退所後，乱用しないと思うか(覚せい剤乱用者の

	男性乱用者(n=5		女性乱用者(n=3	
	人数	%	人数	%
絶対やらないと思う	5	#####	13	40.6
多分やらないと思う	0	0.0	10	31.3
多分やると思う	0	0.0	7	21.9
絶対やると思う	0	0.0	1	3.1
無回答	0	0.0	1	3.1

表71 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)

	男性乱用者(n=0		女性乱用者(n=8	
	人数	%	人数	%
誘われたらやると思うから	0	0.0	3	37.5
今もやりたいと思っているから	0	0.0	1	12.5
いやなことがあったらやると思うから	0	0.0	2	25.0
なんとなくそう思うから	0	0.0	4	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．

国立武蔵野学院　医務課長　冨田　拓
目白大学　教授　庄司正実

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　＿＿＿

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？

(ア) 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
(イ) マリファナ（大麻，ハッパ，ハシッシも同じ）　①いた　②いない
(ウ) 覚せい剤（エス，スピード，シャブも同じ）　①いた　②いない
(エ) 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
(オ) ＭＤＭＡ（エクスタシー，エックス，Ｘも同じ）　①いた　②いない
(カ) コカイン（クラックも同じ）　①いた　②いない
(キ) リタリン（病気治療以外の目的で）　①いた　②いない
(ク) 睡眠薬（病気治療以外の目的で）　①いた　②いない
(ケ) 精神安定剤（病気治療以外の目的で）　①いた　②いない
(コ) 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
(サ) 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？

(ア) 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
(イ) マリファナ（大麻，ハッパ，ハシッシも同じ）　①ある　②ない
(ウ) 覚せい剤（エス，スピード，シャブも同じ）　①ある　②ない
(エ) 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
(オ) ＭＤＭＡ（エクスタシー，エックス，Ｘも同じ）　①ある　②ない
(カ) コカイン（クラックも同じ）　①ある　②ない
(キ) リタリン（病気治療以外の目的で）　①いた　②いない
(ク) 睡眠薬（病気治療以外の目的で）　①ある　②ない
(ケ) 精神安定剤（病気治療以外の目的で）　①ある　②ない
(コ) 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
(サ) 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ﾊﾞ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. 以下のようなことはあなたに当てはまりますか？当てはまる番号に○をつけてください.

	い	どちらともいえない	ない	あまりあてはまら	あてはまらない
(ア) 心からたよりに出来る友達が少ない	5	4	3	2	1
(イ) なんでも一生けんめいにとりくむ方だ	5	4	3	2	1
(ウ) 失敗しないかといつも心配だ	5	4	3	2	1
(エ) ぼんやりいろいろなことを考えるのが楽しい	5	4	3	2	1
(オ) 目立ちたがり屋である	5	4	3	2	1
(カ) 自分をつまらない人間だと思う	5	4	3	2	1
(キ) 会や集まりの時人よりすすんで働く	5	4	3	2	1
(ク) まちがいをしないかと、気になる	5	4	3	2	1
(ケ) よく空想にふける	5	4	3	2	1
(コ) じっとしているのがきらいだ	5	4	3	2	1
(サ) だれも私の話をよく聞いてくれない	5	4	3	2	1
(シ) きめられた仕事は責任を持ってやりとおす	5	4	3	2	1
(ス) ちょっとしたことをくよくよと気にする	5	4	3	2	1
(セ) できそうにもないことをぼんやり考えることがある	5	4	3	2	1
(ソ) あまりかっとならない	5	4	3	2	1

	どちらともいえ	らない	あまりあてはま	い	あてはまらな
(タ) まわりに親切な人が多い	5	4	3	2	1
(チ) 計画を立てて勉強している	5	4	3	2	1
(ツ) ひとから見られているとおちつかない	5	4	3	2	1
(テ) わけのわからないものにきょうみを持つ	5	4	3	2	1
(ト) おとなしい方だ	5	4	3	2	1
(ナ) 少々危険でもスリルのあるスポーツをするのが好きだ	5	4	3	2	1
(ニ) 少々危険でも活動的な仕事の方が好きだ	5	4	3	2	1
(ヌ) スリルのある活動や冒険（ぼうけん）的な行為は好きだ	5	4	3	2	1
(ネ) 成功する見込みがなくとも、あえて危険をおかす方だ	5	4	3	2	1
(ノ) スピード感のある乗り物が好きだ	5	4	3	2	1
(ハ) 流行に合わせて趣味を変えるのも楽しい	5	4	3	2	1
(ヒ) スキャンダラスな（世の中をさわがすような）話題が好きだ	5	4	3	2	1
(フ) 騒がしいが楽しい雰囲気（ふんいき）の中で踊るのが好きだ	5	4	3	2	1
(ヘ) 常にマスコミに接して新しい情報を取り入れるのが好きだ	5	4	3	2	1
(ホ) はらはらさせられることがあっても飽きさせない人と付き合うのが楽しい	5	4	3	2	1
(マ) できれば様々な体験をしてみたい	5	4	3	2	1
(ミ) 目新しくて変化に富んだいろいろな事をしてみたい	5	4	3	2	1
(ム) 興奮したりわくわくしたりすることは好きだ	5	4	3	2	1
(メ) 特殊（とくしゅ）で変わった仕事をしてみたい	5	4	3	2	1
(モ) できるだけ体験のできるアルバイトをしてみたい	5	4	3	2	1

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
(2－1)

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)
分担研究報告書

薬物関連精神障害者専門病院利用者の予後についての研究

分担研究者　小林桜児　神奈川県立精神医療センターせりがや病院[1)]
研究協力者　上條敦史　横浜市立大学医学部精神医学教室
松本俊彦　国立精神・神経センター　精神保健研究所
奥平謙一[1)]、遠藤桂子[1)]、大槻正樹[1)]

研究要旨　任意入院・開放病棟を基本とする薬物依存専門病院において、入院による断薬リハビリプログラムに参加した利用者の退院後予後調査を実施した。調査対象は平成14年7月から16年12月までの期間、神奈川県立精神医療センターせりがや病院を退院した者、計100名である。先行調査として入院時に、物質乱用歴や過去の問題行動、被虐待歴、さらに抑うつ症状や解離、食行動異常、ADHDなどに関する評価尺度などの項目を含む自記式調査票を同意者に配布し、回答を得た。さらに、退院後2年目または3年目に当たる対象者に対して、平成17年12月から18年9月までの期間、薬物使用歴の他、生活状況、自助グループ利用状況などの項目を含む自記式予後調査用紙を郵送し、返送による回答を得た。返送の得られなかった対象者については、追跡調査として事前に同意を得た上で電話による聞き取り調査を行った。その結果、調査対象者総数100名中、最近3ヶ月以内の薬物使用歴に関して情報の得られた者は計61名（予後判明率61%）であった。退院後2年または3年予後の判明した61名中、最近3ヶ月以内に薬物乱用歴が無いと返答した断薬群は44名で、72%に達した。他方、再乱用有りと返答した者は9名(15%)、勾留・服役中の者が5名(8%)、死亡が確認された者は3名(5%)であった。さらに予後判明者を断薬群と非断薬群（再乱用、勾留・服役、死亡）に二分し、先行調査項目や他の予後調査項目との関連について統計学的検討を加えた。その結果、入院時の自記式調査で希死念慮有りと返答していた群の方が、無い群よりも有意に断薬率が高かった($p<0.05$)。その他の先行調査項目については有意差を認めなかった。一方、薬物乱用歴以外の予後調査項目と断薬予後の関連については、断薬群と生活の規則正しさとの間には有意な関連性が認められた($p<0.05$)。しかしそれ以外の予後調査項目とは有意差が認められなかった。今回の調査結果から、薬物依存症者の退院2〜3年後断薬率は約7割に達し、入院治療後の予後が比較的良いこと、入院時の希死念慮の存在が、退院後の回復に向けた原動力となりうること、そして退院後の規則正しい生活が断薬と直接関連していることなどが示唆された。

A．研究目的

全国的に薬物依存症の入院治療を専門に扱う医療機関は数少なく、従来は主に薬物乱用に伴う一過性の中毒性精神病症状に対して、専ら非自発的な入院治療がおこなわれてきたのが実情である。しかし精神病症状の消失や、隔離による強制的な断薬だけでは必ずしも依存症の回復に結びつかないことは、覚せい剤取締法違反者における再犯率の高さからも明白な事実である。

任意入院・開放病棟を基本とする依存症専門病院では、治療目標を「薬物に頼らない生き方への変革」に設定し、退院後の継続的な断薬実現に向けて、精神科薬物・精神療法にとどまらず、ケースワークや、自助グループの紹介などを積極的に行ってきた。

しかし任意入院・開放病棟という条件下で入院してくる薬物依存症者の場合、しばしば気分障害や衝動制御障害などの非精神病性精神障害を合併しているため、病棟適応に問題をきたし、比較的短期間で退院となることも多い。そのまま外来治療にもつながらず、治療中断に至るケースも認められる。このため、依存症専門病院を退院した薬物依存症者の断薬予後に関しては、未だ実証的な研究が乏しく不明な点が多い。

本研究では、任意入院・開放病棟を基本とする依存症専門病院に入院した薬物依存症者の退院後

の予後を追跡調査するとともに、入院時点でのプロフィールとの関連性についても検討したのでここに報告する。

B．研究方法

1．対象

対象は、平成14年7月から16年12月までの期間に、アルコール・薬物依存症の治療を専門とする神奈川県立精神医療センターせりがや病院を退院したアルコールを除く物質関連障害者のうち、郵送および電話による予後調査に対して同意を書面で得ることができた者、計100名である。内、男性は69名、女性31名であった。

2．せりがや病院における入院治療

せりがや病院における薬物依存症の入院治療期間は原則として1ヵ月間と設定されている。任意入院が基本であり、保護室で通常は2泊3日の間、解毒および病態観察を行った後、大部屋に転室してもらう。その後、週間スケジュールに沿って治療プログラムに参加する。プログラムの内容は、ミーティング形式の集団精神療法や、講義形式の疾患教育、運動療法、自助グループのメッセージなどからなる。

2週間以内は病院敷地内で過ごしてもらい、3～4週目は病院から歩いて1時間以内の範囲までは外出許可となるような任意の行動契約を結んでいる。外泊訓練は一切行わない。

退院希望時には、本人の意思を尊重し、面接による確認の上、精神病症状影響下にあるなど医療保護入院の適応でない限りは、応じる場合がほとんどである。薬物の持ち込みや度重なる病棟規則違反などは、病棟の治療構造を守るために速やかに強制退院となる。

退院後は外来通院の他、DARCなどの自助グループへの通所や入寮につながるよう入院中から支援していく。

3．先行調査

先行調査として、平成14年6月以降、せりがや病院に物質関連障害で入院した患者に対し、入院時に自記式の質問用紙を配布し、下記の項目について評価した。

なお、質問用紙に加えて、退院後に郵送または電話にて予後調査を行う旨、文書で告知し、書面にて同意を得た。

1．年齢・性別・身長・体重・最終学歴
2．喫煙・飲酒開始年齢、現在の喫煙・飲酒習慣
3．アルコール・薬物使用歴
4．自傷行為の経験、人や物に対する暴力行為
5．万引きの経験
6．希死念慮と自殺企図の経験
7．性的・身体的虐待を受けた経験
8．Beck Depression Inventory (BDI)
9．Wender Utah Rating Scale (WURS)
10. Bulimia Investigatory Test of Edinburgh (BITE)
11. Adolescent Dissociative Experience Scale (A-DES)

4．自記式調査尺度について

上記のうち、最後の4項目はいずれも非精神病性精神障害を評価する目的で追加した自記式調査尺度である。BDIは一般に使われているうつ病の自己記入式調査尺度であり、特に説明は要しないと思われるため、省略する。

Wender Utah Rating Scale(WURS)は、Wenderらが成人AD/HDの研究のため作成した評価尺度である[7]。回答は5段階から選び、100点満点になるよう作られている。

成人サンプルでは、WURS得点のカットオフ36点の時、AD/HD群の96%ならびに正常対照群の96%が同定可能で、カットオフ46点だと、AD/HD群の86%と正常対照群の99%が同定可能といわれている[7]。薬物依存症では、しばしば成人ADHDの合併が論じられており、本研究でもWURSの日本語版を用いて評価した。

Bulimia Investigatory Test of Edinburgh (BITE)は神経性大食症の評価尺度として、Henderson とFreemanによって開発されたものである[5]。日本語版の有用性と妥当性は中井らにより検討されている[6]。25点以上の得点の場合、96%の特異度で神経性大食症の臨床診断と一致をみる。薬物依存と合併する摂食障害は神経性大食症が多いため[8]、本スケールを採用した。

最後にA-DESは解離体験スケール (Dissociative Experience Scale: DES)[1]を改良して作成されたので、30項目からなる自記式評価尺度である。DESよりも集計が容易で、4点以上では、ほぼ必ず何らかの病的な解離症状が存在するといわれている[2]。自傷者の解離傾向に関して、今回使用した日本語版はA-DESを用いた海外の研究との交差妥当性が確認されている[3, 4]。

5．予後調査

平成17年4月より予後調査用紙の項目を検討、作成すると共に、書面にて予後調査に同意の得られた対象者を選び出し、調査用紙を郵送するための住所録を作成した。

予後調査項目は下記のとおりである。

1．居住形態と同居人の有無
2．自助グループの利用状況
3．日常生活の規則性
4．退院後の職歴
5．退院後の薬物使用状況と使用動機
6．断薬継続可能であった場合、その理由
7．飲酒状況
8．入院治療に対する評価

平成17年12月より、退院後2年または3年目に当たる患者に対し、予後調査用紙の郵送を開始した。1ヵ月以上経過しても返送の無い方については、平成18年2月より電話で直接聞き取り調査を行った。

平成18年4月以降、追加で郵送調査を行い、同様に1ヵ月以上返送の無い方に対して、同年5月以降、電話調査も並行して行った。

平成18年10月以降、調査結果を集計するとともに、先行調査項目と予後調査項目との関連性について、SPSS ver12.0または15.0を用いて統計学的分析を行った。

C．研究結果

1．先行調査

（1）入院時年齢は最年少20歳、最高齢62歳であり、平均34.4歳±8.8であった。

身長、体重から計算されるBMIについては、男性が平均24.1±4.6、女性が平均23.0±4.3で、統計学的に有意な性差は認められなかった。

（2）学歴は最も多かったのが「高校中退」で100名中28名を占め、次いで「中卒」と「高卒」が25名ずつ、「大卒」は7名であった。（表1）

（3）喫煙開始年齢の平均は14歳±2.6、平均初飲年齢は15歳±3.6であった。

（4）入院時に喫煙習慣あり、と答えた者は88名で有効回答97名中90.7%を占めた。

（5）同様に飲酒の習慣がある者は44名で、有効回答96名中45.8%を占めた。習慣飲酒者の1週間当たりの飲酒回数は平均5.2回であった。

（5）薬物乱用開始年齢は平均20歳±7.8で、最年少が10歳、最高齢は47歳だった。

（6）薬物事犯での初回逮捕年齢は平均22.3歳±7.4だった。同罪名での初回服役年齢は平均26.9歳±9.3だった。

（7）入院時の主たる乱用物質の内訳は、覚せい剤が最も多く、対象総数100名中の54名を占め、次いで向精神薬が21名、有機溶剤が9名と続いた。（表2）

表1　最終学歴

	女性(人)	男性(人)	合計(人)
中卒	7	18	25
高校中退	10	18	28
高卒	9	16	25
専門学校中退	0	1	1
専門学校卒	2	4	6
短大卒	1	0	1
大学中退	1	4	5
大卒	1	6	7
大学院卒	0	1	1
合計	31	68	99

表2　主たる乱用薬物

	女性(人)	男性(人)	合計(人)
覚せい剤	18	36	54
有機溶剤	0	9	9
咳止め	0	4	4
向精神薬	9	12	21
大麻	0	2	2
ヘロイン	0	1	1
ブタンガス	2	0	2
LSD	0	1	1
マジック	1	0	1
マッシュルーム			
市販感冒薬	0	1	1
その他	1	3	4
合計	31	69	100

（8）薬物乱用の頻度が最も高かった年齢は、平均 22.9 歳±8.0 であった。

（9）減量目的で薬物を乱用した者は、22 名で、有効回答 95 名中 23.2%を占めたにすぎないが、薬物乱用によって「食欲が変化する」、と答えた者は、72 名で有効回答 94 名中 76.6%にのぼった。変化を報告した 72 名中、食欲減退効果を述べていたのが 63 名と 87.5%を占め、食欲増進効果の 7 倍に達した。

（10）薬物乱用によって「うつ状態」の改善がみられる、と答えた者は 77 名で、有効回答 95 名中の 81.1%を占めた。

（11）自傷経験者は 56 名で、有効回答 98 名中の 57.1%にのぼった。その内、32 名が男性で、女性は 24 名であった。女性の方が自傷者の占める割合が 80%と男性と比べて（47%）、有意に高かった（$p<0.01$）。初めて自傷した年齢は平均 19.3 歳±6.9 で、最年少は 7 歳、最高齢は 41 歳だった。これまで経験した自傷回数は平均 2.25 回±2.9 だった。

自傷方法の内訳は表 3 のとおりである。刃物で手首を切る（いわゆるリストカット）が最も多く、28 名であった。また、手首切りや抜毛、皮膚引っ掻き行為は女性に有意に多く、逆に頭突きは男性に多くみられた。

自傷行為の動機は表 4 に示す。自殺目的が最も多くを占めたものの、実際にその行為によって死のうと考えていた者は、そうでない者の約半数にとどまった。

性差に関しては、女性の方が有意に気分転換目的での自傷行為を報告していた。

（12）希死念慮がある、と答えた者は計 79 名で、有効回答 93 名中 84.9%を占めた。

（13）自殺企図歴のある者は 55 名で、有効回答 88 名中、62.5%を占め、初回企図年齢の平均は 22.8 歳±10.0 で、女性の方が男性と比べ、約 7 歳若かった（表 5-1）。企図回数の平均は 8.2 回±16.4 で、1 回から 100 回まで回数には個人差が幅広く見られた。女性の方が平均回数は男性の約 5 倍と有意に多かった（表 5-1）。

自殺企図の方法では、大量服薬が最も多く有効回答中の過半数を占めた（表 5-2）。

実際に自殺企図後、入院を要したか否かについては、入院したケースが 22 名で有効回答 50 名中 44%を占め、入院しなかったケース 28 名（56%）とほぼ二分した。

（14）過去に一度でも窃盗歴のある者は 69 名で、有効回答 94 名中の 73.4%にのぼった。初回窃盗年齢は平均 12.8 歳±4.7 で、平均窃盗回数は 27.6±74.9 と非常に個人差が大きかった（表 6）。

表3 自傷方法（複数回答）

	度数	女性%	男性%
手首を切る***	28	82.6	27.3
根性焼き	27	47.8	48.5
ピアス*	20	52.2	24.2
刺青	15	21.7	30.3
こぶしを打ち付ける	15	20.8	30.3
前腕を切る*	14	39.1	15.2
頭を打ち付ける**	12	4.2	34.4
鋭利な物で皮膚を刺す	11	8.7	27.3
名前彫り*	11	33.3	9.1
その他の部位を切る	10	30.4	9.1
皮膚を引っ掻く**	8	29.2	3.0
抜毛**	6	26.1	0
その他の自傷	4	4.2	9.1

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

表4 自傷行為の動機（複数回答）

	度数（%）	女性%	男性%
自殺目的	31	62.5	48.5
（その方法で死のうと思った）	(32.5)		
（その方法で死のうとは思わなかった）	(67.5)		
見せしめ	17	32.0	27.3
腹立ち	14	28.0	21.9
気分転換*	14	40.0	12.1
その他の動機	15	32.0	21.2

*p<0.05

表5-1 希死念慮と自殺企図

	女性	男性
希死念慮あり	90.0%	82.5%
自殺企図初回平均年齢**	18.2歳	25.6歳
自殺企図平均回数*	16.5回	3.4回
自殺企図後の入院経験	52.4%	37.9%

*p<0.05, **p<0.01

（15）性的虐待歴のある者は、25 名で、有効回答 88 名中 28.4%を占めた。25 名中、女性が 17 名、男性 8 名で、この性差は統計学的に有意であった（表 7）。初回被害年齢の平均は 11.7 歳±6.3 で、性差は認めなかった。

身体的虐待歴のある者は 43 名で、有効回答 96 名中、44.8%を占めた。初回身体的虐待の平均年齢は 8.7 歳±4.9 だった。身体虐待に関しては性差を認めなかった。

（16）不登校については、有効回答 89 名中、48 名が経験あり、と答えており、53.9%にのぼった。小学校から大学までの頻度と性差は表 8 に示す。中学校においてのみ、女性の方が有意に不登校経験率が高かった（表 8）。

（17）対人、対物暴力癖については、有効回答 90 名中、それぞれ 21 名（23.3%）と 45 名（50%）が「あり」と返答した。性差は表 9 に示す。

（18）各種評価尺度の結果は、BDI の平均値が 26.0 点±11.3 で軽うつレベルであった。BITE、WURS、A-DES の平均値はそれぞれ、16.7 点±10.7、48.3 点±24.5、3.16 点±2.4 であった。BDI と BITE で女性の方が有意に高い点数を示した（表 10）。

2．予後調査

（1）居住形態の内訳は表 11、同居人の内訳は表 12 に示す。過半数は賃貸住居で生活し、次いで実家で暮らす者が多かった。同居者は無い者（独居）が 4 割を占め、親との同居がそれに次いで多かった。

（2）退院後の自助グループの利用状況は、全く参加していない者が 6 割を超え、性差は見られなかった（表 13）。

なお、入院前に自助グループの利用歴がある者は男女とも 4 人ずつの計 8 名（8%）であった。

（3）生活の規則性については、起床時間、掃除片付け、歯磨き洗顔、食事、計画性、夜更かし、の 6 項目について 5 段階で評価してもらった。結果は表 14～19 のとおりである。

（4）退院後の勤務形態の内訳は表 20 に示す。退院後一度も働いていない「無職」が 30%を占めて最も多く、2 番目に多いのは「週 35 時間の正社員」で 28%を占めていた。

退院後に就いた職種は、飲食業が最も多く約 2 割を占め、ついで会社員、土木建築関係と続いて

表5-2 自殺企図の方法

方法	度数	女性 性別%	男性 性別%
大量服薬	29	63.6	48.4
手首自傷	11	27.3	16.1
その他の方法	13	9.1	35.5
欠損値	47		
合計	100	100.0	100.0

表6 窃盗

	女性	男性
窃盗経験	70.0%	75.0%
初回窃盗年齢（平均）	12.8歳	12.8歳
平均窃盗回数	19.8回	31.0回

表7 性的・身体的虐待経験

	女性	男性
性的虐待***	60.7%	13.3%
初回性的虐待年齢（平均）	8.0歳	6.0歳
身体的虐待	58.6%	38.8%
初回身体的虐待年齢（平均）	9.0歳	8.4歳
現在も身体的虐待あり	18.8%	4.8%

***p<0.001

表8 不登校

	度数	女性%	男性%
不登校	29	63.6	48.4
小学校	16	31.8	18.4
中学校*	23	50.0	24.5
高校	17	31.8	20.4
大学	2	4.5	2.0
その他	6	8.3	7.7

*p<0.05

表9 対人・対物暴力癖

	度数	女性 性別%	男性 性別%
対人暴力癖	21	25.0	22.6
対物暴力癖	45	53.6	48.4

いた（表21）。

就労期間は3ヶ月以内が1／3を占め、1年以内の就労が2／3を超えている（図1）。短期の就労が多いのが特徴である。

（5）退院後の乱用薬物の内訳は表22のとおりである。覚せい剤が最も多く、次いで有機溶剤と大麻が同数だった。

退院後に再使用した時期は、「退院直後から3ヶ月以内」が6割を占めていた（表23）。

一方、最近6ヶ月以内に再乱用した人に、理由について選択肢の中から選んでもらったところ（複数回答あり）、最も多かったのは「刺激を求めて」の33.3%で、次いで「疲労除去」の16.7%だった。

（6）逆に断薬が続いている人に、その理由を複数回答ありで選んでもらったところ、その結果は表24のとおりとなった。最も多かったのは「自分の意思」で、次いで「病院」、「自助グループ」の順であった。

（7）退院後の飲酒状況については、断酒率が38%で、「週数回」～「ほぼ毎日」飲む習慣飲酒群の26%を上回っていた（表25）。

（8）最後に依存症専門病院に入院したことについて、利用者の満足度を5段階で評価してもらったところ、「とてもよかった」と「少しよかった」を合わせると84.1%の人が入院したことに対して良い評価を与えていた（表26）。

今回の調査対象者100名の退院転帰は表27に示した。

なお、調査時点で最近3ヶ月以内にせりがや病院受診歴のある者（退院後2～3年を経ても外来につながっている患者群）の割合は、全調査対象100名中27名（27%）で、予後判明群のみに限定すると、61名中22名（36%）という結果であった。

3．断薬予後

（1）予後調査用紙の郵送あるいは追跡電話調査によって把握された、最近6ヶ月以内の利用者の予後（薬物再乱用の有無、勾留・服役中か否か、など）について、退院後2年目および3年目の2群にわけて円グラフで表示した（図2-1と2-2）。

退院後2年予後群は計47名で、内訳は「断薬中」が20名（43%）、「再乱用」が7名（15%）、「勾留・服役中」が1名（2%）、「死亡」1名（2%）、「不明」18名（38%）である。

表10 評価尺度平均値

	女性	男性
BDI*	29.2	23.8
WURS	54.6	45.5
BITE***	23.7	13.5
A-DES	3.77	2.88

*p<0.05, ***p<0.001

表11 現住所の内訳

	度数(%)	女性%	男性%
実家	14(29.8)	23.5	33.3
持ち家	4(8.5)	5.9	10.0
賃貸	26(55.3)	64.7	50.0
依存症施設	2(4.3)	5.9	3.3
不定	1(2.1)	0	3.3
合計	47(100)	100.0	100.0

表12 同居者の内訳

	度数(%)	女性%	男性%
パートナー	4(8.3)	5.6	10.0
親	17(35.4)	27.8	40.0
子供	4(8.3)	16.7	3.3
独居	20(41.7)	44.4	40.0
その他	3(6.3)	5.6	6.7
合計	48(100)	100.0	100.0

表13 退院後の自助グループ利用状況

	度数(%)	女性%	男性%
ほぼ毎日	4(8.7)	11.8	6.9
週数回	6(13.0)	11.8	13.8
月数回	1(2.2)	0	3.4
半年で数回	5(10.9)	5.9	13.8
全く参加せず	30(65.2)	70.6	62.1
合計	46(100)	100.0	100.0

表14 生活の規則性 ①起床時間

	度数(%)	女性%	男性%
規則的	24(52.2)	58.8	48.3
やや規則的	9(19.6)	17.6	20.7
どちらともいえない	5(10.9)	11.8	10.3
やや不規則	4(8.7)	11.8	6.9
とても不規則	4(8.7)	0	13.8
合計	46(100)	100.0	100.0

退院後3年予後群は計53名で、内訳は「断薬中」が24名（45%）、「再乱用」が2名(4%)、「勾留・服役中」が4名、「死亡」2名、「不明」21名である。

両群ともに断薬率は4割を超え、不明者の数も4割近い数字であった。一方、2年予後群では3番目に再乱用群が多かったが、3年予後群では勾留・服役中の者が第3位をしめていた。

（2）両群合わせた全体では、調査対象者100名中61名が予後判明群であった（予後曲線は図3に示す）。その内、断薬中の者が計44名（判明群中72%）、再乱用者が計9名（同15%）、勾留・服役中の者が5名（同8%）、死亡者は3名（5%）であった。

4．予後不明群について

連絡先などが不明で予後が判明しなかった群（100名中39名）の臨床的特徴を検出するため、先行調査項目すべてについて、予後判明群との比較を試みた。その結果、統計学的に有意な差($p<0.05$)が検出されたのは、以下の3点である。

（1）予後不明群のBDI得点は平均29.0点で、予後判明群の平均23.2点より有意に高かった。

（2）予後不明群の方が、自殺企図年齢が26.5歳で、判明群の20.4歳と比べて有意に高かった。

（3）最近3ヶ月間通院歴が無い者の割合が、予後不明群は87.2%で、判明群の63.9%と比べて有意に高かった。

5．調査項目と断薬予後との関連

（1）上述した先行調査の各項目と、断薬予後との関連性を検討するため、まず断薬群と、非断薬群（再乱用、勾留・服役、死亡）に二分し、各項目とのχ二乗検定またはt検定を行った。その結果、入院時の「希死念慮の有無」($p<0.05$)を除き、他の調査項目はいずれも退院後の予後との統計学的に有意な関連性は認められなかった。

（2）次に、予後に影響する要因を、交絡因子の影響を除去して抽出するために、2項ロジスティック回帰分析を行い、2年予後に影響を与える因子について確認した。その具体的方法は、入院時における人口統計学的および精神医学的事項を独立変数とし、2年後予後に関する変数を従属変数とし、$p<0.1$を選択基準として独立変数を投入し、そのうえでp値の大きい変数から順次除いていくという変数減少法による方法を採用した。

その結果、選択条件を満たす独立変数は「希死念慮の有無 (p=0.033)」とBITE総得点25点以上によって定義づけられる「(評価尺度上の) 神経性大食症の有無 (p=0.067)」の2つで、最終的に得られたロジスティック・モデルでは、「希死念慮の有無」が有意な変数として抽出された(p=0.044,

表15 生活の規則性 ②掃除片付け

	度数(%)	女性%	男性%
よくする	14(30.4)	41.2	24.1
時々する	8(17.4)	17.6	17.2
どちらともいえない	12(26.1)	11.8	34.5
あまりしない	6(13.0)	11.8	13.8
ほとんどしない	6(13.0)	17.6	10.3
合計	46(100)	100.0	100.0

表16 生活の規則性 ③歯磨き洗顔

	度数(%)	女性%	男性%
毎日する	29(63.0)	88.2	48.3
ほぼ毎日する	7(15.2)	5.9	20.7
どちらともいえない	5(10.9)	5.9	13.8
余り毎日はしない	3(6.5)	0	10.3
ほぼ毎日はしない	2(4.3)	0	6.9
合計	46(100)	100.0	100.0

表17 生活の規則性 ④食事

	度数(%)	女性%	男性%
規則的	15(32.6)	29.4	34.5
やや規則的	7(15.2)	23.5	10.3
どちらともいえない	14(30.4)	35.3	27.6
やや不規則	4(8.7)	0	13..8
とても不規則	6(13.0)	11.8	13.8
合計	46(100)	100.0	100.0

表18 生活の規則性 ⑤計画性

	度数(%)	女性%	男性%
とてもある	15(32.6)	47.1	24.1
ややある	8(17.4)	29.4	10.3
どちらともいえない	10(21.7)	5.9	31.0
あまりない	9(19.6)	17.6	20.7
全くない	4(8.7)	0	13.8
合計	46(100)	100.0	100.0

Odds ratio 4.625, [1.044-20.497])。この結果は、これまで希死念慮を抱いたことのある者は、そうでない者に比して、2 年後に断薬をしている確率が4.625 倍に高まることを意味している。

（3）予後調査用紙項目と断薬予後との関連をχ二乗検定により確認したところ、生活の規則正しさ（特に歯磨き・洗顔、夜更かし、生活の計画性）においてのみ、退院後の断薬と、統計学的に有意な関連がみられた(p<0. 05)。

D．考察

1．先行調査項目について

薬物依存症者の入院時平均年齢は 34 歳と若い。その入院に至るまでの道のりは、青年期の「生き辛さ」が山積しているといっても過言ではないことが、本調査結果からも浮き彫りになっている。

女性では 6 割が平均 8 歳で、男性も 1 割弱が 6 歳で性的虐待を経験し、男性女性ともに 4〜5 割がほぼ同時期に身体的虐待も受けている。小学校高学年〜中学校に入る年齢になると、タバコ・アルコールといったいわゆる"gateway drug"が始まり、また 7 割が窃盗を繰り返すようになる。そのまま 8 割は最終学歴が中卒〜高卒止まりとなる。中学や高校を離れ、否応もなく社会適応をせまられる頃、平均 19 歳で自傷行為が始まり、平均 20 歳で依存性薬物に手を出すようになる。彼らの 8 割が、薬物によって「うつが改善する」と感じており、また 2 割はダイエット目的に乱用する。

依存の形成は速やかで、平均 22〜3 歳頃には使用頻度が最も高くなる時期を迎え、すぐに薬物事犯で逮捕されることとなる。一度逮捕されても、恐らく乱用が止まることがないのであろう。さらに遅れること 3〜4 年、平均 26〜7 歳頃に初回の実刑判決を受けることになる。1〜2 回の服役を経験して 30 歳代も半ばにさしかかろうとする頃、ようやく依存症専門病院に出会うのであろう。

今回、調査結果の一部で男女差についても統計学的に検討した。有意差の出たものを挙げるだけでも、女性の薬物依存者の方が男性と比較して高い率で性的虐待を受け、高い率で中学生時代に不登校に陥り、BDI や BITE の点数も高い結果となった。女性の方が自殺企図を始める年齢が平均で 7 歳も低く、企図回数も男性の 5 倍に達している。

男性よりも、より早期に「生き辛さ」にぶつかり、うつ症状や食行動異常を呈する中で、薬物依存とならんで自傷行為も対処行動の一つとなりうる。興味深いのは、自傷行為の方法が、女性の場合はいわゆるリストカットや抜毛、皮膚を引っ掻く、など比較的繊細で自罰的なものが有意に多かったのに対して、男性は「頭突き」といった攻撃的なものが有意に多かった点である。さらに自傷行為の動機についても、「気分転換」目的と答えた人が男性の 3 倍以上おり、女性の薬物依存症者が不快な気分から逃れるために、薬物と自傷行為を自己治療的に用いているものと考えられる。

表 19　生活の規則性　⑥夜更かし

	度数(%)	女性%	男性%
ほとんどしない	13(28.3)	41.2	20.7
余りしない	12(26.1)	23.5	27.6
どちらともいえない	8(17.4)	17.6	17.2
時々する	6(13.0)	0	20.7
しばしばする	7(15.2)	17.6	13.8
合計	46(100)	100.0	100.0

表 20　勤務形態(複数回答)

	度数(%)
週35時間の常勤正社員	19(28.8)
週35時間の常勤バイト	10(15.2)
週20〜30時間の常勤・パート	3(4.5)
週10〜20時間の非常勤・パート	6(9.1)
週10時間以下の非常勤・パート	8(12.1)
無職	20(30.3)
合計回答数	66(100)

表 21　職種の内訳(複数回答)

	度数(%)
飲食業（風俗除く）	10(19.6)
会社員	6(11.0)
土木建築	5(9.8)
交通運輸	4(7.8)
商業	3(5.9)
医薬関係	3(5.9)
家事手伝い	3(5.9)
公務員	2(3.9)
その他被雇用者	2(3.9)
無職	2(3.9)
不定	2(3.9)
不動産	1(2.0)
自営職人	1(2.0)
露天行商	1(2.0)
店員	1(2.0)
旅館業	1(2.0)
日雇い労働者	1(2.0)
その他	3(5.9)
合計回答数	51(100)

図1　就労期間

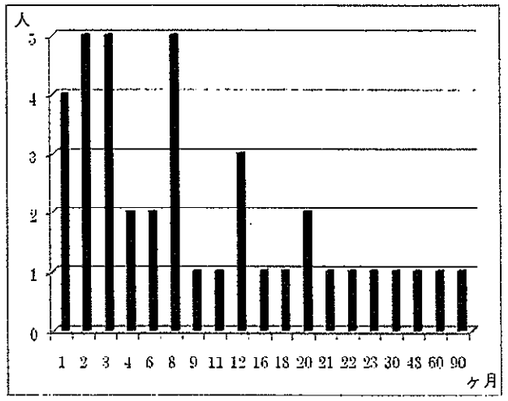


表 22　退院後再使用した薬物の内訳

	度数(%)
覚せい剤	14(50)
有機溶剤	3(10.7)
大麻	3(10.7)
睡眠薬	2(7.1)
抗不安薬	2(7.1)
咳止め	2(7.1)
痛み止め	1(3.6)
MDMA	1(3.6)
合計	28(100)

表 23　退院後再使用した時期

	度数(%)
退院直後〜3ヶ月以内	17(60.7)
退院3ヶ月〜6ヶ月以内	3(10.7)
退院6ヶ月〜1年以内	4(14.3)
退院1〜2年以内	3(10.7)
退院2〜3年以内	1(3.6)

表 24　断薬が継続できている理由(複数回答)

	度数(%)
自分の意思	12(17.6)
病院に通っていたから	11(16.2)
自助グループに通っていたから	10(14.7)
家族がいてくれたから	9(13.2)
パートナー・友人の助け	8(11.8)
単に使用欲求が無かった	6(8.8)
仕事が多忙だった	5(7.4)
入院・服役中だった	3(4.4)
その他	4(5.9)
合計	68(100)

表 25　退院後のアルコール使用状況

	度数(%)	女性%	男性%
断酒中	16(38.1)	50.0	30.8
半年で数回	7(16.7)	6.3	23.1
月数回	8(19)	12.5	23.1
週数回	7(16.7)	25.0	11.5
ほぼ連日	4(9.5)	6.3	11.5
合計	42(100)	100.0	100.0

表 26　入院に対する満足度

	度数(%)	女性%	男性%
とてもよかった	21(47.7)	64.7	37.0
少しよかった	16(36.4)	29.4	40.7
よくも悪くもない	2(4.5)	0	7.4
余りよくなかった	3(6.8)	0	11.1
とても良くなかった	2(4.5)	5.9	3.7
合計	44(100)	100.0	100.0

表 27　退院転帰

	度数=%	女性%	男性%
軽快退院	56	61.3	53.6
希望退院	27	32.3	24.6
事故(強制)退院	13	3.2	17.4
転院	2	3.2	1.4
不明	2	0%	2.9
合計	100	100.0	100.0

2．予後調査項目について

今回の調査結果では、自助グループをほとんど利用せず、独居または親元で暮らしているにも関わらず、生活リズムは比較的保たれ、過半数が断酒または機会飲酒程度、というやや予想外の結果となった。退院後、約半数が週 20 時間以上の仕事に就いた経験があり、内、3 割が週 35 時間以上の正社員として働いていた。また回答者の 6 割以上が現在定期的な通院をしているわけではないにもかかわらず、過去の入院を振り返ってみて、8 割以上が「よかった」と評価していることも意外であった。調査対象者全員の退院転帰を調べてみても、臨床実感に反して、希望退院と事故（強制）退院は合わせて 4 割程度と半数に満たなかった。予後判明者の 7 割が退院して 2〜3 年を経ても断薬している、という結果と合わせて、「臨床現場で感じているよりも、実際には薬物依存症は予後が良いのではないか？」、と思わせる結果となった。

予後が判明しなかった群が依然 4 割残っているが、その入院時プロフィールは BDI の得点と初回の自殺企図年齢が高めであることを除くと、他の点では全く判明群と有意差が無く、この群だけが極端に予後が悪いと判断する材料としては不十分であると思われる。

3．調査項目と断薬予後との関連について

予後が予想以上に良いことと並んで意外な結果であったのは、先行調査項目の 77 個の変数の内、断薬予後との統計学的に有意な関連性が見出されたものは、「希死念慮の有無」だけであった、という点である。

入院時に希死念慮が有る方が、入院プログラム参加に際して障害となり、退院後も自殺企図に結びつきやすいなど、予後を悪くする因子とも思われる。ところが実際は、希死念慮が有る方が、2 年後断薬率が約 4 倍になる、という結果が出た。これは、希死念慮を有するほどの精神状態で入院に至った方が、いわゆる「底尽き体験」として本人に作用し、退院後の断薬生活を目指す動機付けとなった可能性が示唆される。

退院 2〜3 年後に実施した予後調査項目の中では、「生活の規則正しさ」を示唆する下位項目が断薬群との関連で有意差を認めた。断薬群の生活リズムが規則正しいのはある意味で当然の結果であり、依存症の回復過程で行動療法的に生活のスケジューリングを促進することの重要性を示唆する結果と言えよう。

図2-1　退院後 2 年目予後群

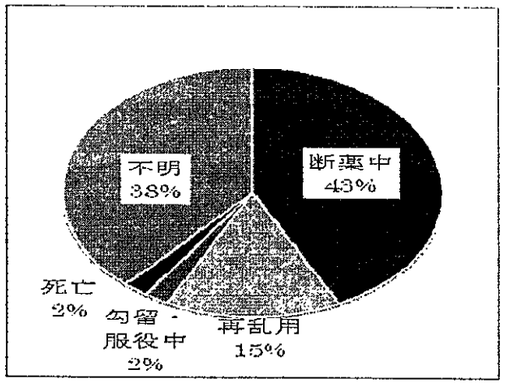


図2-2　退院後 3 年目予後

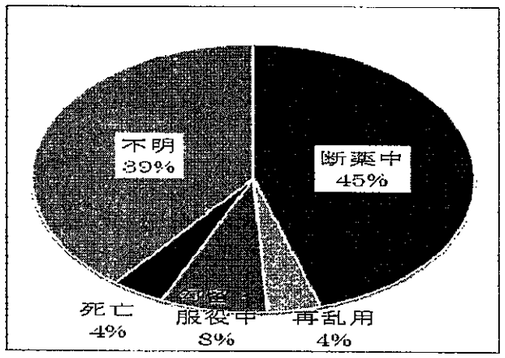
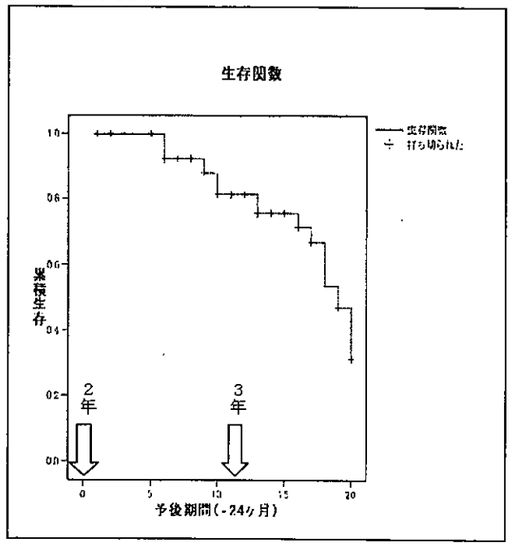


図3　断薬予後曲線



上記以外のほとんどの変数は、今回断薬予後との有意な関連性を見出すことはできなかった。一因としてサンプルサイズの問題も想定しうるが、別の見方をすれば、薬物依存症からの回復が意味している「薬物に頼らない生き方」が、実に多様な因子から成り立ち、個別性に富んだ現象であるためとも考えられる。

薬物依存の臨床に携わる者は、自らが勤務している施設から離脱してしまった患者の予後に関しては、しばしば悲観的な見方をしがちである。一方で「依存症の回復に方程式など無い」と、臨床場面で実感させられることが多いのも事実であり、退院転帰や継続的通院、自助グループ通所などの治療的因子がいずれも断薬予後と有意な関連を示さなかったことは、ある意味でこの臨床感覚を裏打ちするものである。

2／3 を超える患者がもはや外来にはつながっていないにもかかわらず、その多くが過去の入院を前向きにとらえ、どのような退院の仕方であれ、とにかく 2〜3 年が経過した時点で薬物をやめ続けている、という今回の調査結果は、薬物依存症者に対する入院治療の在り方として、一つの方向性を示唆していると思われる。

E．結論

任意入院・開放病棟を基本とする薬物依存専門病院において、入院による断薬リハビリプログラムに参加した利用者の退院 2 年後および 3 年後予後調査を実施した。入院時点で記入してもらった先行調査項目に加えて、同意者に対して新たに郵送あるいは電話で予後調査を行い、薬物使用を含めた退院後の生活状況を確認した。

入院時の薬物依存症者のプロフィールとしては、早期に虐待を経験し、gateway drug の乱用、窃盗や学校不適応などを経て、自傷行為や薬物乱用に至る「生き辛い青年期」が特徴的であった。

予後調査では、2 年および 3 年予後群に分けられ、それぞれ対象数は 47 名と 53 名であった。そのうち予後が判明したのは 29 名（62%）と 32 名（61%）で、断薬率は 29 中 20 名（68.9%）と 32 名中 23 名（71.8%）であった。

両群合わせた全体では、調査対象者 100 名中 61 名が予後判明群で、その内、断薬中の者が計 44 名（判明群中 72%）、再乱用者が計 9 名（同 15%）、勾留・服役中の者が 5 名（同 8%）、死亡者は 3 名（5%）であった。

断薬予後との関連性については、入院時の希死念慮の存在が統計的に有意な因子で、希死念慮があと 2 年後断薬群に入る確率が 4 倍になる、という結果が示された。その他の項目については有意な関連性を認めず、患者個別の因子が多様に予後に影響していることが考えられる。

退院転帰や自助グループの有無が画一的に退院後の予後を規定する因子では無いとするならば、入院治療に当たっては、なおさら各患者に適した個別の治療契約や治療プログラム等の働きかけを通して底尽きを促すことが重要と思われる。

F．研究発表

1. 論文

なし

2. 口頭発表

なし

3. その他

なし

文献

1) Bernstein E, Putnam FW: Development, reliability and validity of a dissociation scale. J Nerv Ment Disease 174: 727-735, 1986

2) Armstrong J, Putnam FW, Carson EB: Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The Adolescent Dissociative Experience Scale (A-DES). J Nerv Ment Dis 185: 491-497, 1997

3) Matsumoto T, Azekawa T, Yamaguchi A et al: Habitual self-mutilation in Japan. Psychiatry Clin Neurosci 58: 191-198, 2004

4) Matsumoto T, Yamaguchi A, Chiba Y et al: Patterns of self-cutting: A preliminary study on differences in clinical implications between wrist- and arm-cutting using a Japanese juvenile detention center sample. Psychiatry Clin Neurosci 58: 377-382, 2004

5) Henderson M, Freeman CPL: A Self-rating Scale for Bulimia, the "BITE". Br J Psychiatry 150: 18-24,

1987
6) 中井義勝, 濱垣誠司, 高木隆郎: 大食症質問表 Bulimic Investigatory Test, Edinburgh(BITE)の有用性と神経性大食症の実態調査. 精神医学 40: 711-716, 1998
7) Ward MF, Wender PH and Reimherr FW: The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* **150**: 885-890, 1993.
8) 松本俊彦, 山口亜希子, 上條敦史, ほか: 女性物質使用障害における摂食障害: 乱用物質と摂食障害の関係ついて. 精神医学 **45**: 119-127, 2003

分担研究報告書
(2－2)

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）
分 担 研 究 報 告 書

民間治療施設利用者の予後調査(1)

ーダルク利用者の予後調査ー

分担研究者　近藤千春　藤田保健衛生大学
研究協力者　猪瀬健夫　びわこダルク
栗坪千明　栃木ダルク
幸田　実　東京ダルク
川又聡一郎　大分ダルク
竹内　剛　長野ダルク

研究要旨　薬物依存症の回復に有効だとされる、薬物依存症者の当事者活動団体ＤＡＲＣ利用者に対する縦断的な調査を行い、薬物依存症治療における、ダルク利用の有用性について明らかにすることを目的とした．対象は、5箇所のダルクの28名が対象となった。調査項目は、初回面接時に、①対象者の属性、(年齢、学歴、乱用開始年齢、乱用薬物、乱用期間、乱用に関連する集団等)、②社会生活に関する事項、③補導・逮捕歴、矯正施設への入所状況、④医療機関の利用状況　⑤過去のダルクの利用状況について調査した。追跡調査項目としては、①断薬状況、②薬物依存度、WHO QOL26他を調査した。結果、28名のダルク利用者を対象とした。28名のうちダルク入寮中の生活について追跡できた対象は、7名であった。28名の入院経験、刑務所入所経験、ダルク入所経験等、これまでの生活背景を基にしたダルク利用に至る背景やその人数をまとめた。表６参照。また、薬物乱用にかかわる背景とダルク利用に至る経緯については、図にまとめた。図２参照。対象の生活背景に関する情報を基に、就労難易度を算出し、ダルク利用者の就労能力を予測するための指標とした。これらから、ダルクの利用期間が１ヶ月未満の者は９名であり、この９名については、ダルク入寮にあたっての断薬に対する動機が極めて低かったと思われる。長期ダルク滞在者５名は、就労もしくは、就労のための準備に取り組んだ。一般企業に就職した者のダルク利用期間は20ヶ月であった。滞在期間が長い理由として、ダルク滞在中の退寮前半年間は、工場でアルバイトを行い就労訓練に取り組んでいたことによる。ダルク入寮中の、就労に向けた準備は、本人だけでなく、他の入寮者の励みにもなり、利用者相互にとって意義があると考える。対象者５名のうち３名が、ダルクの職員となるための研修を開始したが、ダルクへの就労の理由には、対象の前歴や年齢などから、一般企業への就職が困難であることなども関連すると思われる。現在のダルク利用に至る背景、補導や逮捕歴と薬物乱用との関連等については、図表にまとめた。（表６、表７、図２参照）ダルク利用者の生活背景は、薬物乱用前の準拠集団やこれまでの就労状況など様々である．様々な生活背景を持つダルク利用者の予後の評価にあたっては対象の就労における難易度を考慮すべきであると考え、その指標とするものとして、「就労難易度」を算出した。この他、家族の介入が、利用者のダルク利用の継続に影響をもたらすものである点が示唆され、ダルク利用者と家族との関係において考慮すべき点があると思われた。

A．研究目的

薬物依存症の回復に有効だとされる、薬物依存症者の当事者活動団体ＤＡＲＣ（以下ダルク）に対する縦断的な調査は、ダルク利用の有用性の検証を行う上で、重要である．ところが、これまでにダルク利用者に対する縦断的な調査を行った研究報告は極めて少なく、ダルクの薬物依存症治療における有用性については、明らかにされている

わけではない．このことから、本研究において、ダルク利用者に対する追跡調査を実施することを通して、薬物依存症治療における、ダルク利用の有用性について明らかにすることを目的とした．

ところが、ダルクは、医療の専門家を含まない当事者活動団体であり、その援助は、ダルクの責任者らによると、規則正しい生活をととのえること、ミーティングの場を通して気持ちを整理すること、社会復帰のための相談を行うことのほか、12ステップにより、新たな生き方を身につけることであるという．（図１参照）そのため、ダルクを民間治療施設として記すためには、薬物依存症治療における治療的な位置付けを明確にすることが求められる．そこで、ダルクにおける治療とは何かを明らかにするために、ダルクの責任の話を基に、ダルク利用における治療の目標、つまりダルクの利用のゴールが何であるかを明確にしたうえで、ダルク利用の有用性の評価を行うことが必要であると考える．ダルク責任者らの話によると、ダルク利用によるゴールは、1、薬物を使わない新たな生き方が必要であると感じること．２、断薬の継続のための動機付けがされること．３、「全体性 」の回復であり、physical, mental, social な面での回復に加え、１２ステップの１，２，３に基づいた考え方による、spiritual な面での回復の３点があげられた．ところが spiritual は、

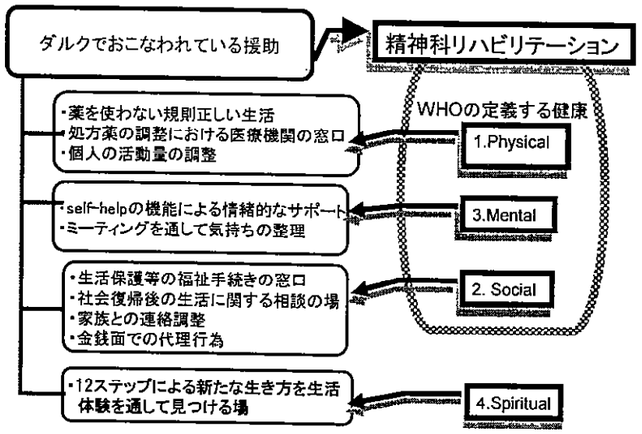


図1ダルクにおける援助

表１

	定収容員	職　　員	運営資金
Ａダルク	定員８名	責任者１名 スタッフ２名 職員は施設に同居	公的助成金は受けていない。
Ｂダルク	定員８名	責任者１名 スタッフ１名	公的助成金は受けていない。
Ｃダルク	定員 10 名 福祉ホーム	責任者１名 スタッフ４名 職員は全員通勤 夜間は当番での当直制	公的助成金による運営。
Ｄダルク	定員 38 名	代表１名　責任者２名 スタッフ４名 スタッフは施設内同居	公的助成は受けていない
Ｅダルク	定員５名のグループホーム	責任者１名 スタッフ２名 全員通勤	小規模保護作業所を併設 助成金による施設運営

WHO が、新たな健康の定義にこれを含むことを提案したが、未だ、明確に定義されておらず、理解が困難なものである．依存症と spirituality については、論文やその他の形でまとめられているが、spirituality は、いずれも暫定的な定義付けにとどまっている[1]．一方、spiritual は、人間の健康の回復においては、physical, mental, social な面と同様に重要なものであるという研究報告もあり[2]、ダルクでの薬物依存症の回復を評価するにあたって、physical, mental, social な面に加え、spiritual における変化も視野に入れることが必要であると思われる[3]．そこで、ここでは、spiritual における変化とは、価値観の変化に基づく「生き方」の変化とし、具体的には、生活の行動面における変化として捉え、ダルク利用者の追跡調査に取り組むことにした．

B．研究方法

1)対象

(1)対象ダルク

調査対象となった施設は、表１に示した５施設であり、いずれも責任者と面識があり協力が得られた施設である．

(2)対象者

調査対象となったダルクを利用する薬物依存で、追跡調査に協力することを同意した者．

2)調査方法

(1)調査項目

A. 対象者の背景に関する調査項目[4]

①乱用にかかわる事項

年齢、学歴、乱用開始年齢、乱用薬物、乱用期間、乱用に関連する集団

②社会生活に関する事項

取得している資格、これまでの就労状況、現在の生活費

③司法とのかかわり

補導・逮捕歴、矯正施設への入所状況

④医療機関の利用状況

⑤過去のダルクの利用状況

B 追跡調査項目

①断薬状況

②薬物依存度（依存重症度尺度　日本語版；以下ＳＤＳ－Ｊ）[5]

③生活行動　（日常の生活行動尺度：オリジナル）[6]

④精神活動（日常における精神活動尺度：オリジナル）[6]

⑤12 ステッププログラムの理解度（超越性の受容度尺度；オリジナル尺度）[6]

⑥ＱＯＬ（ＷＨＯ，ＱＯＬ２６　日本語版）[7]

⑦生活状況に関する事項（半構成による質問調査）

C．研究結果

１）対象のダルク利用状況と予後

平成 17 年７月から平成 19 年３月までに、５箇所のダルクで、28 名の利用者から協力を得ることができたが、中途退所者が多く、追跡調査の対象となったのは７名であった．中途退所者については、所在が確認できず、予後については不明である．調査の対象となった 28 名のダルク利用状況は、表２に示した．追跡調査の対象の７名人のうち、５名の者が、薬物を使うことなく、社会復帰を目指し、就職や、将来に向けて研修を受けている．５名の現在の状況を表３に示した．

表３．

	滞在期間	所在	現在の状況
A氏	20ヶ月	退所	民間企業に就職．現在賃貸アパートで1人暮らし
B氏	19ヶ月	滞在中	利用ダルクで、ダルクの職員研修を実施中
C氏	18ヶ月	滞在中	利用ダルクで、ダルクの職員研修を実施中
D氏	15ヶ月	退所	他のダルクで、ダルクの職員研修を実施中．
E氏	15ヶ月	退所予定	１ヶ月以内にダルクを退所し、民間企業に就職を予定

２）対象の背景

(１)対象者の薬物乱用にかかわる事項

薬物乱用にかかわる生活背景として考えられる学歴、乱用開始年齢、初回飲酒年齢、常用飲酒となった年齢、初めて喫煙を始めた時期、暴力団との関係、非行グループとの関係、薬物乱用者との関係、補導暦、逮捕歴等については、表４のような結果であった．

(２)対象者の社会生活にかかわる事項

現在の経済状況および過去の就労経験など、将来の生計能力にかかわる項目については、表５のような結果であった．

(３) 現在のダルク利用に至る背景

入院経験、刑務所入所経験、ダルク入所経験等、これまでの生活背景を基にしたダルク利用に至る

表４（1）対象者の薬物乱用にかかわる事項

No	歳	学歴	乱用開始	初回飲酒	常用飲酒	初喫煙	煙草常用	暴力団関係	非行グループ	薬物乱用者	補導暦	逮捕歴
1	38	高校中退	15 歳	中学校	20 歳以降	小学校	中学校	乱用前	乱用前	乱用前	無し	無し
2	53	中学卒	12 歳	中学校	中学校	中学校	中学校	乱用後	無し	乱用後	無し	無し
3	28	高校卒業	13 歳	小学校	中卒後	中学校	中学校	乱用後	乱用前	乱用前	乱用後	無し
4	43	高校中退	13 歳	中学校	無し	小学校	中学校	無し	乱用前	無し	乱用後	乱用後
5	24	大学在学中	18 歳	中学校	20 歳以降	小学校	中学校	乱用前	乱用前	乱用前	無し	無し
6	25	高校中退	15 歳	中卒後	無し	小学校	中学校	乱用後	乱用前	乱用前	乱用前	乱用後
7	27	中学卒	22 歳	小学校	無し	小学校前	中学校	乱用前	乱用前	無し	無し	無し
8	27	高校卒業	21 歳	中学校	無し	中学校	中学校	乱用前	無し	乱用前	無し	乱用後
9	26	中学卒	13 歳	中学校	18～19 歳	中学校	中学校	乱用前	乱用前	乱用前	乱用後	乱用後
10	38	中学卒	14 歳	無し	無し	小学校	中学校	乱用前	乱用前	乱用前	乱用前	乱用後
11	41	中学卒	15 歳	中卒後	20 歳以降	小学校	小学校	乱用後	乱用前	乱用後	乱用後	乱用後
12	25	大学中退	17 歳	小学校前	無し	中学校	中学校	無し	無し	無し	無し	無し
13	不詳	高校卒業	18 歳	18～19 歳	無し	小学校	中学校	無し	乱用前	乱用前	無し	乱用前
14	19	高校中退	15 歳	中卒後	無し	中学校	中学校	乱用前	乱用前	乱用前	乱用前	無し
15	31	高校中退	26 歳	中卒後	無し	中学校	中学校	無し	無し	無し	無し	無し
16	29	専門学校卒	19 歳	18～19 歳	18～19 歳	中学校	中学校	無し	乱用前	乱用前	乱用前	無し
17	46	高校中退	23 歳	20 歳以降	20 歳以降	20 歳以降	20 歳以降	無し	乱用前	乱用後	乱用前	無し
18	21	高校中退	14 歳	小学校前	中学校	小学校前	小学校	無し	無し	無し	無し	乱用前
19	35	高校中退	16 歳	中学校	中卒後	中学校	中学校	乱用前	乱用前	乱用前	乱用前	乱用前
20	44	中学卒	15 歳	中学校	中学校	中学校	中学校	無し	乱用前	乱用前	乱用前	乱用後
21	39	高校中退	17 歳	中学校	中卒後	中学校	中学校	乱用前	乱用前	乱用前	乱用前	乱用前
22	30	専門中退	15 歳	中学校	18～19 歳	中学校	中学校	無し	無し	無し	乱用前	乱用後
23	31	大学中退	20 歳	中学校	中卒後	中学校	無し	無し	無し	無し	乱用後	乱用後
24	25	高校中退	12 歳	小学校	中学校	小学校	中学校	乱用後	乱用前	乱用後	乱用前	乱用前
25	42	中学卒	13 歳	中学校	中学校	中学校	中学校	乱用後	乱用後	乱用後	乱用後	乱用後
26	34	中学卒	15 歳	中学校	無し	中学校	中学校	無し	無し	乱用前	乱用後	無し
27	24	高校中退	19 歳	中学校	無し	中学校	高校	無し	無し	乱用前	乱用前	乱用前
28	35	高校中退	14 歳	中学校	中学校	中学校	中学校	乱用後	乱用前	乱用前	乱用後	乱用後

表５（2）対象者の社会生活にかかわる事項

No	齢	乱用開始	当ダルク入所期間	生活費の支払い	就労経験	就労経験のうち勤続年数別件数				
						1年未満	1年以上	2年以上	3年以上	5年以上
1	３８	１５才	２ヶ月	生活保護	3	1	2	0	0	0
2	５３	１２才	７ヶ月	生活保護	5	0	5	5	3	0
3	２８	１３才	６ヶ月	生活保護	3	1	2	0	0	0
4	４３	１３才	１４ヶ月	生活保護	8	0	8	5	2	0
5	２４	１８才	１０ヶ月	親	0	0	0	0	0	0
6	２５	１５才	１ヶ月	生活保護	8	7	1	0	0	0
7	２７	２２才	１ヶ月	親	3	0	3	1	1	1
8	２７	２１才	１５ヶ月	親	5	5	0	0	0	0
9	２６	１３才	５ヶ月	生活保護	1	1	0	0	0	0
10	３８	１４才	１０ヶ月	生活保護	4	0	4	4	1	1
11	４１	１５才	１３ヶ月	生活保護	4	3	1	1	0	0
12	２５	１７才	９ヶ月	親	1	0	1	0	0	0
13	不詳	１８才	１０ヶ月	親	4	1	3	2	1	0
14	１９	１５才	６ヶ月	親	3	3	0	0	0	0
15	３１	２６才	２ヶ月	親	7	1	6	2	1	0
16	２９	１９才	１０ヶ月	親	3	0	3	1	1	0
17	４６	２３才	５ヶ月	生活保護	2	0	2	2	2	2
18	２１	１４才	１ヶ月	親	3	2	1	1	0	0
19	３５	１６才	５ヶ月	親	4	1	3	2	2	1
20	４４	１５才	８ヶ月	生活保護	4	0	4	4	3	2
21	３９	１７才	１０ヶ月	生活保護	8	3	5	1	1	1
22	３０	１５才	５ヶ月	親	6	2	4	2	2	0
23	３１	20才	１ヶ月	親	2	0	2	0	0	0
24	２５	１２才	２ヶ月	生活保護	3	2	1	1	1	0
25	４２	１３才	３ヶ月	生活保護	5	3	2	1	1	1
26	３４	１５才	５ヶ月	親	3	1	2	1	0	0
27	２４	１９才	６ヶ月	生活保護	7	4	3	1	0	0
28	３５	１４才	３ヶ月	生活保護	8	7	1	0	0	0

背景やその人数をまとめると、表６のような結果であった．また、これらを基に薬物乱用にかかわる背景とダルク利用に至る経緯については、図２のようになった．

（４）補導や逮捕歴と薬物乱用との関連

薬物乱用の開始時期と、補導や逮捕等の社会的逸脱行為と関係や、その人数は、表７のような結果であった．

(5) ダルク利用者の予後にかかわる要因

対象者の様々な生活背景に関する事項を基に、将来の就労能力を予測するものとして、表８のような「就労難易度」を算出した．「就労難易度」は、乱用開始年齢との間で、やや強い負の相関（-0.562**）が認められた．

３）追跡項目に関する結果

（1）測定尺度の得点の変化

SDS-J(依存度)尺度やQOL尺度の一部を除いて、使用した尺度の得点には変化が見られなかった．SDS-J(依存度)尺度の得点やQOL尺度の得点は、長期ダルク滞在が、刑務所から出所して初めて家族と面会した後に、顕著な変化が見られた．(図３参照)

（2）半構成の質問項目の結果

11名の対象者から、31のダルクでの生活体験に関連する思いについての情報を得ることが出来た．31のデータは、「断薬の動機付けの場」、「断薬の仲間作りの場」、「居場所」、「生活における気づきの場」、「処方薬の調整の場」の５つに

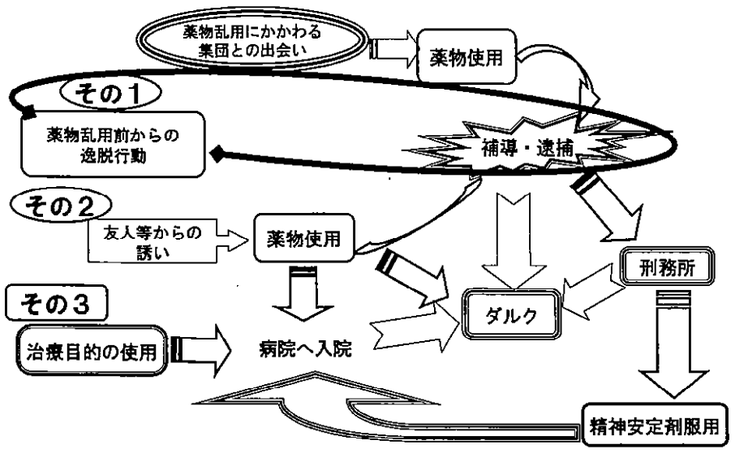


図2. ダルク利用に至る経緯

表６ （3）現在のダルク利用に至る背景

入所前の施設経験	分類	人数（人）
1、刑務所等の矯正施設への入所のみ	Aタイプ	4
2、病院で入院治療	Bタイプ	0
3、矯正施設入所と入院治療	Cタイプ	4
4、他のダルクへの入所経験のみ	Dタイプ	2
5、ダルク利用と入院	Eタイプ	8
6、ダルク利用と刑務所など	Fタイプ	0
7、矯正施設、入院、ダルク利用	Gタイプ	5
8、その他（施設への入所経験なし）	Hタイプ	5
総　数		28

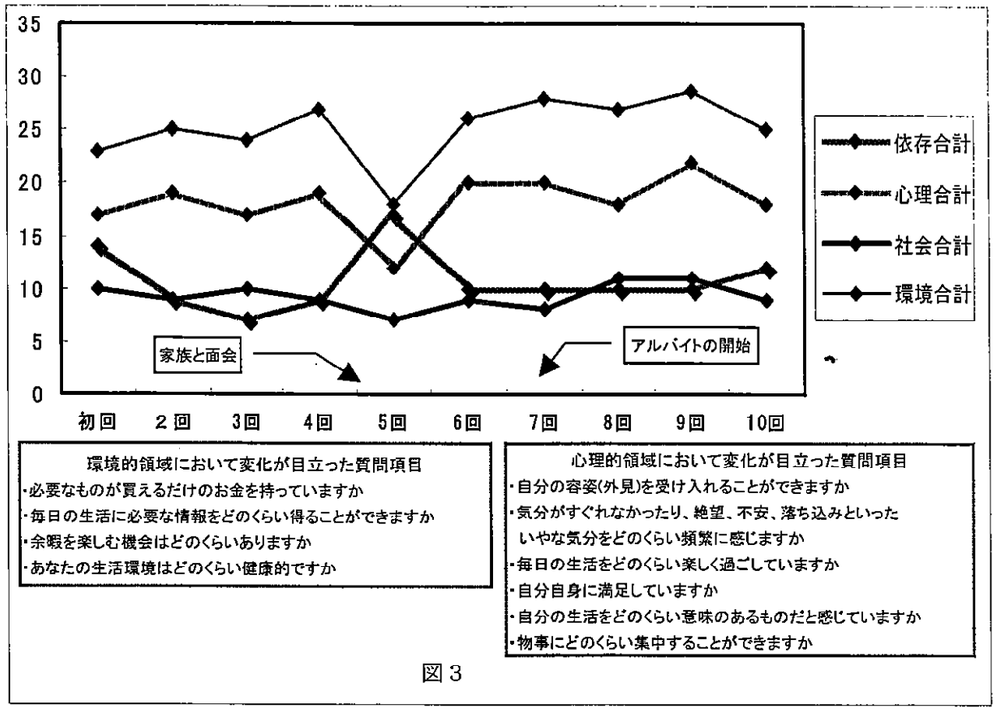


図３

表 7.（4）補導や逮捕歴と薬物乱用との関連

	乱用前に補導	乱用後に補導	補導歴無し	計
乱用前に逮捕	4名		2名	6名
乱用後に逮捕	5名	5名	1名	11名
逮捕歴無し	3名	2名	6名	11名
計	12名	7名	9名	28名

分類し、ダルク利用の特徴として表９にまとめた.

（2）半構成の質問項目の結果

11名の対象者から、31のダルクでの生活体験に関連する思いについての情報を得ることが出来た. 31のデータは、「断薬の動機付けの場」、「断薬の仲間作りの場」、「居場所」、「生活における気づきの場」、「処方薬の調整の場」の５つに分類し、ダルク利用の特徴として表９にまとめた.

これらのデータの収集にあたっては、調査票の質問項目の内容を確認するために、口頭で質問し入手した. 面接時、録音することが望ましいが、その承諾を得ることが難しいことから、本人が語った内容を、調査者が声に出して反復し、本人に伝え、本人の了解を得た上で、可能な限り反復した言葉のままを調査票の裏面等に記した.

表８．　就労難易度

No	齢	乱用開始	入院回数	ダルク回数	補導ポイント（乱用前 2、乱用後 1）	逮捕ポイント（乱用前 2、乱用後 1）	矯正施設回数	就労ポイント（1 年↓マイナス 5 年↑）	就労難易度
1	38	15才	2	5	0	0	0	1	8
2	53	12才	9	2	0	0	0	0	11
3	28	13才	0	5	1	0	0	1	7
4	43	13才	2	3	1	1	0	0	7
5	24	18才	0	0	0	0	0	0	0
6	25	15才	3	8	2	1	0	7	21
7	27	22才	0	0	0	0	0	−1	−1
8	27	21才	0	0	0	1	2	5	8
9	26	13才	2	0	1	1	4	1	9
10	38	14才	2	0	2	1	4	−1	8
11	41	15才	9	2	1	1	3	3	19
12	25	17才	1	1	0	0	0	0	2
13	不詳	18才	0	1	0	2	0	1	4
14	19	15才	0	0	2	0	0	3	5
15	31	26才	0	0	0	0	0	1	1
16	29	19才	0	0	2	0	0	0	2
17	46	23才	1	1	2	0	0	−2	2
18	21	14才	0	0	0	2	2	2	6
19	35	16才	0	0	2	2	1	0	5
20	44	15才	0	0	2	1	4	−2	5
21	39	17才	2	2	2	2	3	2	13
22	30	15才	3	0	2	1	1	2	9
23	31	20才	3	0	2	1	2	0	8
24	25	12才	5	4	2	2	3	2	18
25	42	13才	11	4	1	1	10	2	29
26	34	15才	3	10	1	0	0	1	15
27	24	19才	2	1	2	2	0	4	11
28	35	14才	7	11	1	1	5	7	32

表９．　対象者のダルク利用にあたっての思い

	ダルクを利用して思うこと	分類名
1	薬を使った人を見て、どうして薬が我慢できんのかなあ	断薬の動機付けの場
2	ダルクにいて薬を使う人は馬鹿だなーと思う	
3	一人暮らしの状態で薬を使わない自信がない	
4	薬を止めるには、「薬を止めたい」という動機と居場所が必要	
5	施設を出たら使うのではないかと自信がない	
6	ダルクにいるから薬を止めている	
7	出たら使うかもしれない	
8	ミーティングでイライラが吐き出せる	
9	生活にメリハリがある	
10	居心地がいい	居場所
11	身近な存在	
12	K 施設だと嫌になって薬を使う	
13	ダルクを出てもダルクに遊びに来る	
14	行くところが無くてダルクに戻った	
15	家には戻っても入れてもらえない	
16	居場所	
17	兄貴のような存在	
18	恩師のような存在であり両親のよう	
19	ミーティングは嫌だけど仲間がいる	断薬の仲間作りの場
20	薬を使うとみんなと同じでいられない	
21	スリップして人にどう思われているか気になる	
22	ダルクの人間関係は、施設長のキャラクターによる	
23	ダルクの人間関係は、刑務所の上下関係より難しい	
26	ダルクではみんなで我慢している	
27	ダルクは、上下関係がない	
24	ミーティングの話からヒントが得られる	気づきの場
25	ミーティングは気付くことができる重要な場	
28	一つ一つの積み重ねで成り立つ場	
29	先ゆく仲間は、気づきを与えてくれる人	
30	刑務所で安定剤を毎食、毎晩投薬された	処方薬の調整の場
31	退院後 K ダルクに 11 ヶ月いて服薬寮をだんだん減らしてもらった	

（3）ダルクを利用し、社会復帰に結びついたケースの特徴

28 名の対象者のうち 1 名の者が、ダルクを 20 ヶ月利用した後に、民間の企業に就職した．このケースの生活背景を表 10 にまとめ、依存度得点と、QOL の各項目の得点の推移を図 3 にまとめた．また、面接時に入手したダルク利用にあたって思いについてのデータは、表 11 にまとめた．

D．考察

1）対象者のダルク利用状況と予後

（1）ダルク滞在期間について

ダルクの利用期間が 1 ヶ月未満の者は、9 名であった．このうちの 7 名は、ダルクの利用料を家族が支払っており、ダルク利用の動機の背景には、親の強い意向がたったと思われる．

ダルクは、矯正施設でないことから、利用にあたっては、任意での入退所が基本となる．このため、利用にあたっては、本人に薬物を止めたいという動機があることが、条件となる．ところが、ダルクを 1 ヶ月で退寮した 9 名については、断薬に対する動機を持っていたか疑問である．また、

表 10. 事例の生活背景

タイプ	年齢	学歴	就労経験	利用期間	生活費
Aタイプ	27 歳	高校卒業	5 回(1 年未満 5 回)	20 ヶ月	親

逸脱集団とのかかわり			検挙暦	
暴力団関係	非行集団	薬物乱用者	補導暦	逮捕歴
乱用前	なし	乱用前	なし	乱用後

依存物質使用暦			
初回飲酒	常用飲酒	初喫煙	タバコ常用
中学校	なし	中学校	中学校

乱用開始年齢	初回使用薬	動機	誘った人物	主な薬物
21 歳	覚醒剤	歯痛の軽減	異性の友人	覚醒剤

表 11. 事例のダルク利用にあたっての思い

	A の語り	分 類
1	居場所、半年以上置いてもらう。居やすい。	ダルクの利用目的
2	50 万円を貯めることを目標にしている。	
3	ダルクを出たら生活がきつくなる。	
4	100 万円くらい貯まるまで居たい。	
5	薬を止めるには、「薬を止めたい」という動機と居場所が必要	断薬に必要なこと
6	薬を使った人を見て、どうして薬が我慢できんのかなあ。	
7	ミーティングばっかりだと嫌になる。ガチガチだとだめ。	
8	K 施設だと嫌になって薬を可能性大きい。	
9	ダルクにいるから薬を止めている。出たら使うかもしれない。	
10	ダルクを出てもダルクに遊びに来る。	ダルクへの帰属
11	ダルクの環境が自分にあっているかどうかで居られる。	
12	ミーティングは嫌だけど仲間がいる。	
13	ダルクのカラー(人間関係)は、施設長のキャラクターと、合うかどうかによる。	
14	女性とは生活に余裕が出てからでないと、ちゃんと付き合うことができない。	ダルク退寮後の生活
15	お金がないと遊べない	
16	職場で刑務所に入っていたことが話せない。話題に困る。	
17	ダルクに来てルールがあるから守って生活しているが外に出たら分からない。	

この他の中途退所者についても、断薬に対する動機が、充分なものであったか疑問である．刑務所出所後、行き場所がなくダルクに来た者であっても、自由意志による入寮を基本とするダルクの利用の継続には、住まいとしてだけでなく、断薬への動機に基づくものであると思われる。断薬に対する動機づけは、self-help group の活動を行なうダルクの特徴でもあり、共同生活を行なう仲間の支えによって高まると考えられる[8]．

一方、現在、就労中もしくは、就労に向けての研修中の５名のダルク滞在期間は、いずれも１年半以上に及んでいるが、途中薬物を再使用したわけではない．面接中に、「ダルクに居るから薬物を止めることができている．ダルクを出たら分からない」という言葉がよく聞かれ、ダルクに滞在している目的が、断薬であることがうかがわれる．またこの他に、就労のための準備期間としてダルクが利用されることも、滞在期間が長くなる理由であると思われる。ダルクを退寮した対象は、退寮する半年前より、工場で働くアルバイトを行っており、アルバイトの期間中、寝坊した際に仲間に起こしてもらうなど、仕事を継続する上で、ダルクの仲間から多くの励ましを受けていたことを面接時、本人や他の調査対象者から聞くことが出来た。こうしたダルク入寮中の、就労に向けた準備は、本人にとっても、将来働くことを考える他のダルク利用者相互にとっても、社会復帰に向けての意識付けとして意義あるものだと思われた．

(2) ダルク退寮後の就労について

対象者５名のうち３名が、ダルクの職員となるために研修を開始した．３名のうち１名は、過去の就労経験がない．他の２名は、いずれも１年未満の就労経験が多い。また刑務所の入所経験を持っている．さらに年齢は、38 歳と 41 歳であり、一般企業へ就職は、容易でないと思われる．平成 18 年度の厚生労働白書によれば　完全失業率は平成 14 年をピークに、減少傾向にあるが、平成 17 年では、4,4％と依然と高く、中高年の就職は、特殊な技術や知識を身につけていないかぎり容易ではない．３名の対象がダルクを就労先として選択した理由として、就職先を確保することが難しいという事情があることも推察される．また、学歴が中卒であることが、勤務先を決める上で障害となっているという声が、複数の対象者から聞かれ、ダルク利用者の退寮後の就職を困難にしている要因の一つであると思われた。ダルク利用者の中には、十代の前半から薬物乱用を始めてきた者が多く、学歴も中学卒業かもしくは高校中退というものが大半を占めている．そのため、薬物使用が止まっても、就職先が決まらず、ダルクに留まり、スタッフや職員となるか、アルバイトなどの非常勤の仕事に就くなど、経済的に不安定な状況にあると思われる．過去に行われたダルク利用者に対する調査では、「主たる生計状況」が、家族からの援助や生活保護などによる者が多かった[9]．ダルク利用者の予後を良好なものとするためには、経済的に自立できるように、ダルク入寮中に職業訓練の機会を設けたり、定時制の高校や大学への通学、または、通信制の教育を受けることが可能なシステムを整えていくことが必要ではないかと思われる．

２）対象の背景

(1) ダルク利用と準拠集団の変化

対象者の薬物乱用にかかわる事項、社会生活にかかわる事項、現在のダルク利用に至る背景、補導や逮捕歴と薬物乱用との関連等については、表６、表７、図２にまとめた．

ダルク利用者の過去の生活は、薬物乱用前の準拠集団やこれまでの就労状況などが様々である．社会復帰にあたっては、それらの生活背景の違いを考慮した支援が必要とされる．

若年から薬物乱用を開始した者は、学校や家庭、地域社会において居場所を見つけられず、社会的逸脱集団への帰属により、よりどころを見つけることができたと考えられる．このため、薬物の使用を止めていくためには、薬物を使わない新たな規範を持った集団への帰属意識が形成されることが必要ではないかと思われる．ダルク利用者の語りから、長期のダルク滞在は、ダルクでの生活に居場所を見つけることができたことで、ダルクが新たな準拠集団となったのではないかと思われる．

(2) ダルク利用者の予後にかかわる要因

薬物乱用者の薬物の再使用を予防する上で、social support の機能が効果的に働くことが有効であることが、外来患者の予後調査から示唆されている[9]．これによると、調査を行った外来患者のうち、有効な social support を活用できる患者のほうが予後がよいという結果であり、依存症から回復するにあたっては、個人の力だけでなく、

周囲の適切な支援が重要であると思われる．このことから、ダルクを退寮した対象者が、今後も引き続きダルクの仲間や自助グループと関係を持ち続け、必要に応じて適切な支援を受けていくことが断薬の継続につながると思われる．

今回の調査の中で、様々な生活背景を持つダルク利用者の予後の評価にあたっては対象の就労における難易度を考慮すべきであると考えた．ダルク利用者の就労における難易度は、これまでの生活背景により異なることが考えられ、対象者個々の就労能力の違いを考慮することが必要であると考える．ダルク利用者の就労の困難さに関連する要因としては、本人側の要因と社会環境側の要因の２つが考えられる．本人側の要因としては、これまでの勤務経験などから推察される職場環境への適応能力などに加え、過去のダルクの利用回数や入院回数など、社会技能や社会への適応能力にかかわるものが考えられる．また、社会環境側の要因としては、刑務所入所経験や履歴等に基づく人物評価などが考えられる．これらの点をふまえ、対象者らの生活背景を基にして、ダルク退寮後の就労の難易度を判断する指標を設けることが必要だと考え、表８のような「就労難易度」を算出した．

これは、過去の就労経験のうち１年未満の勤務回数から、５年以上の勤務回数の数を引き、就労ポイントとした．このポイントに、補導や逮捕を乱用前後で重み付けしたポイントを加え、これに過去の入院やダルク利用回数などの回数をそのままポイントして加点して算出した．この尺度は、今回の対象が少なく、十分な妥当性の検証に至っていないが、社会適応能力にかかわると思われる乱用開始年齢との間で、負の相関が認められたことから、就労にあたっての困難さを予測する上での参考となるのではないかと思われる．

３）追跡項目に関する結果

（１）測定尺度の得点の変化

長期ダルク滞在者の依存度とQOLの得点が、刑務所を出所した後の初めての家族との面会後に、変化を示したことから、薬物依存症者のダルク利用における家族がもたらす影響は、大きいものであることがうかがえた．この対象者は、その後もダルクに滞在し、薬物を使用することなく、社会復帰に至った．この対象と調査開始時から行ってきた面接から、依存度やQOLの得点が変化していた時期に、ダルクで行われているレクレーションに関心を持ち、積極的に取り組んでいたことが、ダルクでの生活に対する不満が継続することはなかったようであった．また、この時期に始めたアルバイトで、アパートを借りるためのお金を貯めるという明確な目標を持っていた．これらが、ダルクでの生活を継続させる大きな要因となっていたと考えられる．

（２）半構成面接による利用者のダルクに対する理解

面接時に対象から得られたデータに基づくと、ダルクは、「断薬の動機付けの場」、「断薬の仲間作りの場」、「居場所」、「生活における気づきの場」、「処方薬の調整の場」の５つに分類された．ダルクは利用者にとって、「薬物を止めるきっかけを掴む場」であり、「断薬の仲間作りの場」と認識されており、同じ薬物依存症の問題を抱えた仲間がいることが、ダルクで生活することの魅力となっているように思われる．ところが、ダルクプログラムの中で重要だとされている、「自分の無力さを認め、自分より偉大な力を信じ、それによって自分が変えられることを委ねる」等に関連する言葉は、面接中に殆ど聞かれなかった．このことは、ダルク利用者が、ダルクの中で取り上げられている 12 ステップの要素に理解や関心を示すようになるには、時間を必要とすると思われる．つまり、ダルク利用の目標とされている「薬物を使わない新しい生き方を見つける」に至るには、相当の時間を必要と思われる．

（３）ダルクを利用し、社会復帰に結びついたケースの特徴

ダルクを利用して社会復帰に向かったケースの特徴として、学歴が高校卒であること、乱用開始年齢が 21 歳であることなど、社会への適応能力がいくらか良好な状態であったことも関連すると思われる。また、刑務所に２年半ほど服役していたが、服役中は安定剤を使うことが無かったことなどから、ダルク利用によって、就職やアパートでの一人暮らしの生活が、速やかに進められたのではないかと思われる．この対象のダルク利用にあたって思いは、ダルク利用は、薬物をやめるための場所として理解されているが、それとともに、自立した生活のための準備の場所と考え、ダルク滞在中は、アルバイトによって自立した生活をするために必要な資金をためることに大きな関心が向けられていた．ところが、この利用者は、過去に１年以上同じ職場で勤務した経験が無いことなどから、今後、現在の生活を続けることができるのか、ダルクとのつながりを見ながら見守っていくことが必要であると思われる．

Ｅ．結論

１、ダルク入所者は、様々な生活背景を持つことから、その予後は生活背景に影響されると考えられる．そのため、ダルク利用の有用性の評価あたっては、生活背景を考慮して、就労の難易度の指標となるものを設定することが重要であると考えた．今回、ダルク利用者の就労にあたっての難易度を、生活背景を基に「就労難易度」として算出した．しかし、対象数が少なかったことや、調査期間が終了し、この指標を用いて予後を調査することができなかった．今後、ダルクからの協力を得て、就労難易度の妥当性の検証を行っていくことが課題である．

２、追跡調査の対象のダルク利用中の依存度やQOL 得点の変化の過程を通し、薬物依存症者のダルク利用において、家族の介入が、利用者のダルク利用の継続に影響をもたらすものである点が確認できた．また、利用者の入所中に行われているレクリエーション活動や、就労支援などの将来に向けての準備は、生活の中で目標を持たせ、ダルクの利用中の危機的な状況を回避させることができた．ダルクのプログラムとして実施しているレクリエーション活動は、対象の施設利用の継続に有効に働くことが示唆され、ミーティング以外のレクリエーション活動を効果的に取り入れていくことが、ダルクの利用を継続させていくために有効であると思われた．

Ｆ．研究発表

口頭発表

1) 近藤千春：「DARC 利用者の予後に関する研究」第 17 回日本嗜癖行動学会．一般演題．熊本市．熊本県民交流館パレア．2006.11.4.

2) 近藤千春：「薬物依存症の治療における当事者活動の意義」日本アディクション看護学会第 5 回学術大会．一般演題．秋田市．秋田大学．2006.11.12.

文献

１）Christopher C.H.Cook (2004) Addiction and Spirituality. Addiction. 99, 539-551.

２）垂谷茂弘：癒しにおける聖なる次元と全体性．平成13年～平成15年度科学研究費補助金（基盤研究（B）(1)）研究成果報告書：20－53, 2004.

３）森田展彰、末次幸子、岡坂昌子(2003)：自助グループの実態に関する研究．平成 14 年度厚生科学研究費補助金（医業安全総合研究事業）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．平成 14 年度研究報告書:173-188, 2003.

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 14 年度厚生科学研究費補助金（医業安全総合研究事業）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．平成 14 年度研究報告書:87-128, 2003.

５）尾崎茂、和田清：(2005) Severity of Dependence Scale (SDS) の有用性について－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」における使用経験から－．日本アルコール・薬物医学会雑誌．40, 126－136.

６）近藤千春、飯室勉、岩井喜代仁、幸田実(2000) 薬物依存症の回復施設ダルクにおける回復度の関連要因に関する研究．日本アルコール・薬物医学会雑誌．35, 258－270.

７）田崎美弥子、中根允文（1997）WHO QOL 26 手引き．金子書房

８）近藤恒夫、坪倉洋一、盛田邦雅、幸田実、三浦陽二、比江島誠人、村上優、宮永耕：ダルク利用経験者の回復に関する調査研究．平成 11 年度厚生科学研究費補助金（医業安全総合研究事業）中毒者のアフターケアに関する研究．平成 11 年度研究報告書：41－53, 2000.

９)Patricia L.Dobkin , Mirella De Civita , Antonios Paraherakis & Kathryn Gill (2002) The role of function social support in treatment retention and outcomes among outpatient substance abusers. Addiction. 97, 347-356.

分担研究報告書
(2－3)

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）
分担研究報告書

民間治療施設利用者の予後についての研究（２）
ー沖縄 GAIA 利用者の回復過程とその予後に関する研究ー

分担研究者　近藤　あゆみ　国立精神・神経センター精神保健研究所
研究協力者　加藤　力　特定非営利活動法人セルフ・サポート研究所
鈴木　文一　特定非営利活動法人セルフ・サポート研究所　GAIA

研究要旨　薬物依存症者の長期的回復を支える中間施設の効果評価を行うとともに、これまで十分明らかにされていないわが国における薬物依存症者の予後を明らかにすることを目的に調査研究を実施した。

調査対象は、民間の依存症リハビリテーション施設のひとつである沖縄 GAIA である。平成 17 年 8 月 1 日の調査開始後、平成 19 年 2 月 28 日現在までの 19 ヶ月間の間に GAIA に滞在した延べ 33 名（実人数 32 名）のうち、調査に同意が得られた延べ 30 名（実人数 29 名）を調査対象とした。調査時点は、入寮時、入寮後 3・6・9 ヶ月、退寮後 6・12 ヶ月である。

入所時の情報収集は、インテイク面接および自記式調査票により行われた。インテイク面接での調査項目は、入所者の属性、生活歴、薬物使用歴、薬物乱用・依存を含む精神疾患の有無、気分・感情の評価および主観的幸福感の評価などである。入寮後 3・6・12 ヶ月の調査項目は、入寮中の生活、プログラムへの取り組み、薬物使用の有無、気分・感情の評価、主観的幸福感の評価など、退寮後 6・12 ヶ月の調査項目は、退寮後の生活、就業状況、薬物使用の有無、気分・感情の評価、主観的幸福感の評価などである。

沖縄 GAIA 利用者の特徴としては、最終学歴が高いこと、親の援助により入寮している者の割合が高いこと、初使用薬物が大麻である者の割合が高いこと、使用開始年齢が比較的遅いこと、主な使用薬物が有機溶剤である者の割合が低いことなどが見出された。

入寮者の入寮 0-3 ヶ月時の生活状況をみると、3／4 が施設内の生活を「有意義に過ごせている」と回答しており、9 割以上が自助グループにも週数回以上参加していた。また、多くの者は「毎朝決まった時間に起きる」など、規則正しい生活を送れていた。気分・感情の状態を評価する POMS の得点も、入寮時は高かったが、入寮 3 ヶ月時点には概ね改善していた。気分・感情の状態はその後 6 ヶ月時点で再度悪化する傾向がみられたが、その原因のひとつとして、この時期からアルバイトを通して再び社会生活に参入していくので、期待する職業や地位と現在の自己とのギャップ、慣れない仕事でのストレスを感じやすい時期であることなどが考えられる。

以上、入寮生活は、プログラムへの取り組み、規則正しい生活リズムの形成、断薬生活の継続などに役立っていると考えられる。また、多くの者がアルバイトを開始する入寮 6 ヶ月時に気分・感情の状態が悪化することを考えると、ある程度就労状態が安定してから、施設の外に居住を移すことは、再使用防止の観点から妥当であると思われる。

退寮者の多くは一人暮らしをしながら常勤の仕事に就いていたが、自分の生活を自分で賄えるようになるまでには退寮後約 1 年を要すことが示唆された。心理状態は、退寮後一時期悪化するものの、1 年後には改善が認められた。

再使用率については、退寮 0-3 ヶ月（10-15%）、退寮 3-6 ヶ月（15-20%）、退寮 6-12 ヶ月（30-35%）であり、概ね良好であった。しかし、対象者 20 名のうち、平成 19 年 2 月 28 日現在、6 ヶ月を経過していない者が 6 名、12 ヶ月を経過していない者が 13 名存在することから、6 ヶ月以降の再使用率

は今後も上昇する可能性があり、注視が必要である。また、現時点においてさえ、退寮後6ヶ月までの再使用者と、6-12ヶ月の再使用者がほぼ同数存在していることから、退寮6ヶ月時点での断薬継続は、非常に不安定なものである可能性が高い。このことを考えると、退寮6-12ヶ月において、自助グループにまったく参加していない者が約6割存在すること、約7割が週数回以上の常用飲酒者であることなどは、再発を促す大きな要因となっていないかと懸念される。

今後継続して調査を行うことで、わが国の薬物依存症者の長期予後をより明確に示すとともに、例数を増やし、再使用に寄与する要因の探索を目的とした分析を行うことで、より安全な回復のための支援方針を提供できるよう努めたい。

A. 研究目的

薬物依存症は精神医学的問題のみならず、個人の社会的・情緒的・行動的問題と深く関連していることから、その回復は精神科医療の場でのみ完結するものではなく、引き続き行われるべき生活全体の改善および自己の再構築のための場が不可欠である。これらの場が極めて未整備なわが国では、自らも薬物依存症の経験をもつリカバリング・スタッフが主力を担う民間の薬物依存症リハビリテーション施設がその役割の多くを果たし依存症からの回復に貢献しているが、その客観的評価については未だ不十分である

そこで、薬物依存症リハビリテーション施設の利用者の属性および薬物依存症重症度に関連する諸領域に関する情報を幅広く収集し、前向きに追跡することで、薬物依存症者の長期的回復を支える中間施設の効果評価を行うとともに、これまで十分明らかにされていないわが国における薬物依存症者の予後を明らかにすることを目的に調査研究を実施した。

B. 研究方法

調査対象となった沖縄GAIAは、NPO法人セルフ・サポート研究所（主に依存症者をもつ家族を対象とした相談機関）の下部組織として位置づけられている民間の依存症リハビリテーション施設である。

その他の多くの施設と同様、施設長および職員はリカバリング・スタッフで占められているが、12ステップ・ミーティングや教育プログラムの他に、サーフィン、ダイビング、シュノーケリング、野球などのアウトドア・スポーツを積極的に取り入れていること、施設内で解決が難しい個人的な問題については臨床心理士が電話によるカウンセリングで対応していること、家族の多くがセルフ・サポート研究所で相談やプログラムを受けていること、セルフ・サポート研究所との連携や合同面接などを通して、回復過程にある依存症者本人と家族のすり合わせが早い段階から行われていること、などが施設の特徴として挙げられる。

入寮中の重点目標は断薬生活の継続、身体作りなど目にみえる回復、様々な活動を通して仲間とのコミュニケーション・スキルの育成をはかることなどである。また、社会復帰を重視し、施設周辺で自立生活を目指すメンバーの支援にも力を入れている。

平成17年 8月1日の調査開始後、平成19年2月28日現在までの19ヶ月間の間にGAIAに滞在した延べ33名（実人数32名）のうち、調査に同意が得られた延べ30名（実人数29名）を調査対象とした。調査開始時の入寮者は7名、その後の入寮者が23名である。

対象者への調査依頼は、筆者またはリカバリング・スタッフにより、書面および口頭で行われた。対象者は、調査の内容、プライバシー保持のための方法、調査不参加による不利益は一切ないこと、希望により個人のフィードバックが得られることなどの説明を受けた上で、調査参加に同意した。

調査時点は、入寮時、入寮後3・6・9ヶ月、退寮後6・12ヶ月である。

入所時の情報収集は、インテイク面接および自記式調査票により行われた。入寮時のインテイク面接は、セルフ・サポート研究所またはGAIAにおいて、筆者またはリカバリング・スタッフ1名が実施した。インテイク面接での調査項目は、入所者の属性、生活歴、薬物使用歴、薬物乱用・依存を含む精神疾患の有無などである。また、自記式調査票により、気分・感情の評価および主観的幸福感の評価を行った。

入寮後3・6・12ヶ月の評価はすべて自記式調査票を用いて行った。調査項目は、入寮中の生活、プログラムへの取り組み、薬物使用の有無、気分・感情の評価、主観的幸福感の評価などである。

退寮後6・12ヶ月の評価もすべて自記式調査票を用いて行った。調査項目は、退寮後の生活、就業状況、薬物使用の有無、気分・感情の評価、主観的幸福感の評価などである。

各時点の調査期間は、前後1ヶ月以内と定めた。

データの集計にはSPSS 12.0 J for Windowsを用いた。尚、本報告では、対象者数が不十分のため統計検定は行わず、傾向をみるにとどめた。

精神疾患の評価

インテイク面接時の精神疾患の評価には、精神科疾患簡易構造化面接法M.I.N.I. (Mini-International Neuropsychiatric Interview)日本語版[1]を用いた。M.I.N.I.は、12ヶ月有病率が0.5%以上の疾患を優先して選択された、17のI軸診断、自殺の危険項目、1つのII軸診断を含む19疾患を診断するための構造化面接で[2]、所要時間は約15分である。インテイク面接のうち、精神疾患の評価については、すべて筆者が実施した。

気分・感情の評価

気分・感情の評価には、日本版Profile of Mood States (POMS)[3]を用いた。POMSは、McNairらにより開発された全65項目の自記式尺度で[4]、「緊張－不安(Tension-Anxiety)」「抑うつ－落込み(Depression-Dejection)」「怒り－敵意(Anger-Hostility)」「活気(Vigor)」「疲労(Fatigue)」「混乱(Confusion)」の6つの気分尺度を同時に測定できる。

主観的幸福感の評価

主観的幸福感の評価には、日本語版The Subjective Well-being Inventory（SUBI）[5]を用いた。SUBIは、世界保健機構（WHO）により開発された全40項目の自記式尺度で[6]、主観的幸福感を陽性感情・陰性感情の両側面から評価できるという特徴を有する。また、陽性・陰性感情とは別に、「満足感」「達成感」「自信」「至福感」「近親者の支え」「社会的な支え」「家族との関係」「精神的なコントロール感」「身体的不健康感」「社会的なつながりの不足」「人生に対する失望感」という11の下位尺度ごとの評価が可能である。

C. 研究結果

1）各時点の回答率

各時点の回答率を表1に示す。入寮中と比較して、退寮後の回答率が低下する傾向がみられたが、いずれの時点でも5割以上の回答が得られた。

2）対象者の属性

対象者の入寮時年齢、最終学歴、現在の配偶関係および離婚歴を表2に示す。入寮時の平均年齢は29.7才（SD=6.4）で、二十代から三十代の男性（83.3%）が多かった。最終学歴は高等学校（40.0%）が最も多かった。現在配偶者を有する者はなく、入寮費を含む主たる生活はほとんど（93.3%）が親の補助によって賄われていた。

3）これまでの就業状況および資格の有無

これまでの就業状況については、6ヶ月以上継続して勤務した職業全てについて、その期間と職種をたずねたところ、就業期間平均は83.6ヶ月（SD=66.0）であった。

資格については、8割が普通自動車免許を有していた他、2割が調理師、自動車整備士など就業につながる資格を有していた（表3）。

4）薬物使用に関連する人間関係の有無

暴力団員との関係は「これまでになし」の回答が多かったが（53.3%）、非行グループとの関係（66.7%）や薬物乱用者との関係（93.3%）をもつ者が多く、またその関係は主に本人の薬物使用に先立って始まっていた（表4）。

5）補導および逮捕歴

補導および逮捕歴を表5に示す。約7割が過去に逮捕歴を有しており、主に薬物乱用後に逮捕を経験していた。

6）これまでの飲酒および喫煙

初飲酒、アルコールの常用、初喫煙およびタバコの常用開始時期についてたずねた結果を表6に示す。アルコールの常用は中学から高校低学年に始まる者が多く（46.6%）、タバコの常用は中学校時代に始まる者が多かった（53.3%）。

7）薬物使用歴

これまでに使用した薬物について、経験の有無と使用開始年齢、常用月数（週3回程度以上の使

用）をたずねた結果を表 7-1 に示す。経験が多かったのは、覚せい剤（86.7%）、大麻（86.7%）、MDMA（66.0%）、有機溶剤（53.3%）、コカイン（56.7%）、睡眠薬（56.7%）などであった。

初使用薬物については表 7-2 に示す。初使用薬物で最も多かったのは大麻（50.0%）で、有機溶剤（30.0%)が続いていた。使用動機（複数回答可）は「好奇心」（90.0%）が最も多く、「刺激を求めて」（56.7%)、「ストレス解消」(36.7%)と続いていた。使用のきっかけとなった人物は「同性の友人」（70.0%）が最も多かった。

主たる使用薬物については覚せい剤（66.7%）が最も多く、約 7 割を占めていた（表 7-3)。最近 1 年間の入手経路は、密売人（46.7%）との回答が約半数を占めていた。

薬物使用開始平均年齢および使用期間を表 7-4 に示す。使用開始平均年齢は 17.3 才（SD=3.5）で、十代後半に開始する者が多く（66.7%)、平均使用年数は 12.0 年（SD=5.9）であった。

８）薬物依存症に関する治療歴

精神科治療歴を有する者は、通院（43.3%)、入院（46.7%）ともに多かった一方で、依存症リハビリテーション施設利用経験がある者は通所（30.0%)、入所（23.3%）ともに少なく、今回の入寮が初めてである者が多かった（表 8)。

９）依存症その他の精神疾患の有無

調査開始後入寮してきた 23 名については、入寮時に精神科疾患簡易構造化面接法 M.I.N.I.を実施し、主要な精神疾患を評価した。約 3／4 が「最近 1 年間の薬物乱用」「最近 1 年間の薬物依存」の基準を満たしており、他には、生涯いずれかの時期における精神病症候群（65.2%)、最近 1 年間のアルコール乱用 (34.8%) などが多かった (表 9)。

１０）気分・感情の状態および主観的幸福感

上記と同じ 23 名について、対象者の入寮時の POMS および SUBI 得点を一般男性の平均得点と比較した結果を表 10 に示す。POMS では、一般男性と比較して対象者は抑うつ、混乱、不安緊張の得点が高い傾向にあった。また、SUBI については、11 の下位尺度のうち「家族との関係」は配偶者や子どもの関係を評価する項目によるので除外し、10 の下位尺度の得点を一般人口男性と比較したところ、「人生に対する前向きの気持ち」「社会的なつながりの不足」「人生に対する失望感」については一般人口男性と比較して得点が低く、一方、「近親者の支え」「社会的な支え」に関しては、一般人口男性と比較して得点が高い傾向が認められた。陽性感情と陰性感情では、陰性感情得点が低かった。

１１）入寮中の生活状況

入寮者の半数以上は、施設内の生活を「有意義に過ごせている」と感じていたが、その割合は、入寮 0-3 ヶ月（75.0%)、入寮 3-6 ヶ月（55.6%)、入寮 9 ヶ月（50.0%）と徐々に低下する傾向があった（表 11-1)。

自助グループへは 7 割以上が週数回程度以上参加していたが、やはりその頻度も、入寮期間が長くなるにつれ次第に低下する傾向がみられた。

薬物使用につながる人との接触や、そのような場所に行くことは少なかったが、薬物に関する情報を見聞きするかどうかについては「ときどきある」「よくある」と回答する者が 3-4 割程度存在した。

飲酒については、入寮 6 ヶ月までは断酒が約 6 割、機会飲酒が約 4 割であったが、6-9 ヶ月では機会飲酒の割合が約 7 割と高くなっていた。

生活の規律性については、比較的よく保たれていたのは、「毎朝決まった時間に起きる」「毎朝歯磨きや洗顔をする」「食事の回数や時間帯は規則的である」「夜更かしをすることはほとんどない」など、規則正しい生活のリズムや身だしなみを整えることに関する項目で、概ね 7 割程度以上の入寮者が「よくあてはまる」「どちらかというとあてはまる」と回答していた（表 11-2)。一方、「身の回りの掃除や片づけをこまめにする」「計画的に時間を遣い毎日を過ごしている」に対し、「よくあてはまる」「どちらかというとあてはまる」と回答した者は、入寮後いずれの時点でも 3-5 割と低かったが、「計画的に時間を遣い毎日を過ごしている」については、入寮後 6-9 ヶ月時のみ、その割合が 83.4%と顕著に高くなっていた。

調査開始後入寮してきた 23 名に関する入寮中の薬物使用ついては、これまでのところ 2 名 (8.7%)のみである。

１２）入寮時中の心理状態の変化

入寮時から入寮 3・6・9 ヶ月における POMS および SUBI 得点の経時的変化を表 12 に示す。

抑うつ、混乱、緊張不安をはじめとして入寮時に高かった POMS 得点は、一般人口平均には至らないものの、入寮 3 ヶ月時点には概ね改善が認められたが、「活気」を除く全ての状態において、6 ヶ月時点で再度悪化し 9 ヶ月時点で再び改善に向かうという傾向が共通してみられた。9 ヶ月時点でも一般人口男性と比較して顕著に得点が高かったのは「抑うつ」である。

SUBI 得点は、POMS 得点と比較して、3 ヶ月には改善が目立たず、下位尺度の「至福感」「近親者の支え」「社会的な支え」などはむしろ低下する傾向にあった。また、全体的には 6 ヶ月時点で悪化し、9 ヶ月時点で再び改善に向かうという POMS 同様の傾向がみられたが、「達成感」「精神的コントロール感」については 9 ヶ月時点における改善がみられなかった。入寮時低かった陰性症状得点は、9 ヶ月時点においても改善していなかった。

１３）退寮後の生活状況

退寮後の生活状況を表 13-1～3 に示す。両親と生活する者の割合は 2 割程度で、6-8 割は一人暮らしをしていた（表 13-1)。退寮後 3 ヶ月の時点では、4 割が自助グループに定期的（週数回以上）に参加していたが、時間の経過と共にその割合は低下し、12 ヶ月では 14.3%　であった。

薬物使用につながるような人間関係や環境をもつ者は少なかったが、飲酒者の割合は高く、2－4 割は「ほぼ毎日飲酒している」と回答していた。

生活の規律性を入寮時と比較すると、「身の回りの掃除や片づけをこまめにする」については、むしろ退寮時の方ができている者の割合が高く、一方で、「食事の回数や時間帯は規則的である」「夜更かしをすることはほとんどない」についてはできていない者の割合が高くなっていた（表 13-2)。

勤務形態については、常勤職に就いている者の割合が、退寮後 0-3 ヶ月 (40.0%)、3-6 ヶ月 (66.7%)、6-12 ヶ月（71.5%）と上昇していた（表 13-3)。主な生活費については、退寮後 6 ヶ月までは 4-6 割が親の補助によっていたが、12 ヶ月では 85.7%が自分で生活費の大部分を賄えるようになっていた。

１４）退寮後の心理状態の変化

入寮 9 ヶ月の時点では改善していた POMS 得点は、退寮 3 ヶ月時点で再度悪化し、12 ヶ月に向けて改善していくという傾向がみられ、12 ヶ月の時点では、一般人口平均に近づいていた (表 14)。入寮以降一貫して低かった SUBI の陰性感情得点は 12 ヶ月の時点で改善傾向にあったが、下位尺度「近親者の支え」「社会的つながりの不足」の得点は一般人口平均と比較して低かった。

１５）退寮後の再使用率

平成 19 年 2 月 28 日現在退所していた 21 名のうち、職員が所在を確認できている 20 名を対象に退寮後の再使用率を算出したところ、職員による評価の本人による評価の間に多少の相違があるものの大差なく、退寮 0-3 ヶ月（10-15%)、退寮 3-6 ヶ月（15-20%)、退寮 6-12 ヶ月（30-35%）という結果であった（表 15)。

D. 考察

１）対象者の特性

沖縄 GAIA 利用者には、薬物依存症者全体と比較した場合、いくつかの特徴がみられると思われた。

まず、精神科医療施設における調査[7]やダルクを対象として行った調査結果[8]と比較して、GAIA 入寮者は最終学歴が高いこと、親の援助により入寮している者の割合が著しく高いことなどが挙げられる。

薬物使用に関しては、初使用薬物が大麻である者の割合が高いこと、使用開始年齢が比較的に遅いこと、主な使用薬物が有機溶剤である者の割合が低いことなどが挙げられる。

２）入寮生活

入寮 0-3 ヶ月時の生活状況をみると、3／4 が施設内の生活を「有意義に過ごせている」と回答しており、9 割以上が自助グループにも週数回以上参加していた。また、多くの者は「毎朝決まった時間に起きる」など、規則正しい生活を送れていた。POMS 得点でみる気分・感情の状態は、入寮時には抑うつ、混乱、緊張不安の得点が一般人口平均と比較して顕著に高かった。同様の傾向が、ダルク利用者を対象とした過去の研究[9]においても認められていることから、薬物依存症者一般の

特性と捉えることができるが、これらの状態は入寮3ヶ月時点には概ね改善していた。

また、機会飲酒をする者の割合が約4割存在し、規則の徹底ができていないことが懸念される中、入寮中の薬物使用は1割以下と少なく、薬物使用のないクリーンな生活が保たれているといえる。

入寮3-6ヶ月以降自助グループへの参加率が低下すること、3-6ヶ月時点で再び気分・感情の状態が悪化すること、6-9ヶ月時点で機会飲酒者の率が増えることなどは、入寮後6ヶ月前後から、社会復帰に向けて非常勤のアルバイトを始めることを提案しているGAIAの特徴を反映しているものと思われる。アルバイトの開始により自助グループへの参加機会が減ること、施設外の生活時間や対人関係が増えることから、機会飲酒者の割合が増加することは十分に考えられる。また、気分・感情の状態の悪化は、アルバイトを通して再び社会生活に参入していく中で、期待する職業や地位と現在の自己とのギャップ、慣れない仕事でのストレスによることが考えられる。

以上、課題が残るものの、入寮生活は、プログラムへの取り組み、規則正しい生活リズムの形成、断薬生活の継続などに役立っていると考えられる。また、多くの者がアルバイトを開始する入寮6ヶ月時に気分・感情の状態が悪化することを考えると、ある程度就労状態が安定してから、施設の外に居住を移すことは、再使用防止の観点から妥当であると考えられた。

3）退寮後の生活および予後

退寮者の多くは一人暮らしをしながら常勤の仕事に就いていたが、自分の生活を自分で賄えるようになるまでには退寮後約1年を要すことが示唆された。心理状態は、退寮後一時期悪化するものの、1年後には改善が認められた。

再使用率については、退寮0-3ヶ月(10-15%)、退寮3-6ヶ月(15-20%)、退寮6-12ヶ月(30-35%)であり、これまでにわが国の他の中間施設における報告がなされていないので比較は行えないが、概ね良好であるといえよう。しかし、対象者20名のうち、平成19年2月28日現在、6ヶ月を経過していない者が6名、12ヶ月を経過していない者が13名存在することから、6ヶ月以降の再使用率は今後も上昇する可能性があり、注視が必要である。また、現時点においてさえ、退寮後6ヶ月までの再使用者と、6-12ヶ月の再使用者がほぼ同数存在していることから、退寮6ヶ月時点での断薬継続は、非常に不安定なものである可能性が高い。このことを考えると、退寮6-12ヶ月において、自助グループにまったく参加していない者が約6割存在すること、約7割が週数回以上の常用飲酒者であることなどは、再発を促す大きな要因となっていないかと懸念される。

5）今後の課題

今後継続して調査を行うことで、わが国の薬物依存症者の長期予後をより明確に示すとともに、例数を増やし、再使用に寄与する要因の探索を目的とした分析を行うことで、より安全な回復のための支援方針を提案できるよう努めたい。

E. 結論

本調査により、薬物依存症リハビリテーション施設における生活が、プログラムへの取り組み、規則正しい生活リズムの形成、断薬生活の継続などに役立っていることが示唆されたが、退寮後6ヶ月を過ぎても再使用率は継続的に上昇しており、断薬生活の安定には長期間を要することが示された。また、対象者の不安定な情動や主観的幸福感からは、薬物依存症者の社会生活復帰の困難さがうかがえ、依存症者への長期的支援、就労の場の整備などの必要性が感じられた。

謝辞

本調査に多大なご協力をいただきましたNPO法人セルフ・サポート研究所ならびに沖縄GAIAの皆さまには心より厚くお礼を申し上げます。

F. 研究発表

1．論文

なし

G. 参考文献

1）大坪天平, 宮岡等, 上島国利：M.I.N.I. 精神疾患簡易構造化面接法　改訂版, 株式会社星和書店, 東京, 2003.

2）Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH et al.: The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiatry 59 Suppl 20: 22-33; quiz 34-57. 1998.

3）横山和仁, 荒記俊一：日本版POMS手引, 株式会社金子書房, 1994

4）11）McNair DM, Lorr M, Droppleman LF: Profile of Mood States. Educational and Industrial Testing, San Diego, 1992

5）大野裕, 吉村公雄：WHO SUBI(The Subjective Well-being Inventory)手引き, 株式会社金子書房, 2001

6）Nagpal R, Sell H: Assessment of subjective well-being. The subjective well-being inventory (SUBI). Regional Office for South-East Asia, World Health Organization, New Delhi, 1992

7）尾崎茂：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　研究報告書, 2003

8）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ー思春期における薬物問題と嗜癖の視点からー, 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.

9）森田展彰：自助グループの実態に関する研究, 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　研究報告書, 2003

表1. 各時点の回答率

	対象者数	回答者数	回答率
入所時（面接）	30	29	97%
入所時（自記式）	23	23	100%
入所3ヶ月（自記式）	17	13	77%
入所6ヶ月（自記式）	9	9	100%
入所9ヶ月（自記式）	6	5	83%
入所12ヶ月（自記式）	3	2	67%
退所3ヶ月（自記式）	19	10	53%
退所6ヶ月（自記式）	4	8	57%
退所12ヶ月（自記式）	7	6	86%

表2. 対象者の属性

		性別		
		男性	女性	合計
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
入所時年齢	20才未満	0 (.0)	1 (50.0)	1 (3.3)
	20-24	5 (17.9)	0 (.0)	5 (16.7)
	25-29	8 (28.6)	1 (50.0)	9 (30.0)
	30-34	7 (25.0)	0 (.0)	7 (23.3)
	35-39	5 (17.9)	0 (.0)	5 (16.7)
	40才以上	2 (7.1)	0 (.0)	2 (6.7)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
最終学歴	中学校	8 (28.6)	1 (50.0)	9 (30.0)
	高校	11 (39.3)	1 (50.0)	12 (40.0)
	専門学校	3 (10.7)	0 (.0)	3 (10.0)
	大学	5 (17.9)	0 (.0)	5 (16.7)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
配偶関係	未婚	25 (89.3)	2 (100.0)	27 (90.0)
	離婚	2 (7.1)	0 (.0)	2 (6.7)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
現在の主たる生活費	自分で賄っている	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	親の補助	26 (92.9)	2 (100.0)	28 (93.3)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)

表3. 対象者の運転免許およびその他専門資格の有無

		性別		
		男性	女性	合計
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
運転免許	普通	23 (82.1)	1 (50.0)	24 (80.0)
	原付	0 (.0)	1 (50.0)	1 (3.3)
	なし	4 (14.3)	0 (.0)	4 (13.3)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
専門資格	あり	6 (21.4)	0 (.0)	6 (20.0)
	なし	21 (75.0)	2 (100.0)	23 (76.7)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)

表4. 薬物使用に関連するこれまでの人間関係

		性別		
		男性	女性	合計
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
暴力団員との関係	乱用前にあり	7 (25.0)	1 (50.0)	8 (26.7)
	乱用後にあり	4 (14.3)	1 (50.0)	5 (16.7)
	これまでなし	16 (57.1)	0 (.0)	16 (53.3)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
非行グループとの関係	乱用前にあり	15 (53.6)	2 (100.0)	17 (56.7)
	乱用後にあり	3 (10.7)	0 (.0)	3 (10.0)
	これまでなし	9 (32.1)	0 (.0)	9 (30.0)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
薬物乱用者との関係	乱用前にあり	17 (60.7)	2 (100.0)	19 (63.3)
	乱用後にあり	9 (32.1)	0 (.0)	9 (30.0)
	これまでなし	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)

表5. 補導および逮捕歴

		性別		
		男性	女性	合計
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
補導歴	乱用前にあり	11 (39.3)	2 (100.0)	13 (43.3)
	乱用後にあり	4 (14.3)	0 (.0)	4 (13.3)
	これまでなし	12 (42.9)	0 (.0)	12 (40.0)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
逮捕歴	乱用前にあり	3 (10.7)	0 (.0)	3 (10.0)
	乱用後にあり	16 (57.1)	1 (50.0)	17 (56.7)
	これまでなし	8 (28.6)	1 (50.0)	9 (30.0)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)

表6. これまでの飲酒および喫煙

		性別		
		男性	女性	合計
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
初飲酒経験	1度も経験なし	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
(いたずらを含む)	小学校以前	2 (7.1)	2 (100.0)	4 (13.3)
	小学校時代	9 (32.1)	0 (.0)	9 (30.0)
	中学校時代	7 (25.0)	0 (.0)	7 (23.3)
	中学後～17才	7 (25.0)	0 (.0)	7 (23.3)
	18～19才	2 (7.1)	0 (.0)	2 (6.7)
	20才以降	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
アルコール常用	1度も経験なし	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
(月1回程度以上)	常用には至らない	2 (7.1)	0 (.0)	2 (6.7)
	小学校以前	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	小学校時代	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	中学校時代	6 (21.4)	1 (50.0)	7 (23.3)
	中学後～17才	6 (21.4)	1 (50.0)	7 (23.3)
	18～19才	5 (17.9)	0 (.0)	5 (16.7)
	20才以降	6 (21.4)	0 (.0)	6 (20.0)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
初喫煙経験	1度も経験なし	2 (7.1)	0 (.0)	2 (6.7)
(いたずらを含む)	小学校以前	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	小学校時代	4 (14.3)	1 (50.0)	5 (16.7)
	中学校時代	16 (57.1)	1 (50.0)	17 (56.7)
	中学後～17才	4 (14.3)	0 (.0)	4 (13.3)
	18～19才	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	20才以降	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
タバコ常用	1度も経験なし	2 (7.1)	0 (.0)	2 (6.7)
(週1回程度以上)	常用には至らない	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	小学校以前	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	小学校時代	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	中学校時代	15 (53.6)	1 (50.0)	16 (53.3)
	中学後～17才	8 (28.6)	0 (.0)	8 (26.7)
	18～19才	1 (3.6)	1 (50.0)	2 (6.7)
	20才以降	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)

表7-1. これまでの使用薬物

		性別		
		男性	女性	合計
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
覚せい剤経験の有無	経験あり	24 (85.7)	2 (100.0)	26 (86.7)
	経験なし	3 (10.7)	0 (.0)	3 (10.0)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
有機溶剤経験の有無	経験あり	12 (42.9)	1 (50.0)	13 (43.3)
	経験なし	15 (53.6)	1 (50.0)	16 (53.3)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
睡眠薬経験の有無	経験あり	15 (53.6)	2 (100.0)	17 (56.7)
	経験なし	12 (42.9)	0 (.0)	12 (40.0)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
抗不安薬経験の有無	経験あり	8 (28.6)	2 (100.0)	10 (33.3)
	経験なし	19 (67.9)	0 (.0)	19 (63.3)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
鎮痛薬経験の有無	経験あり	4 (14.3)	0 (.0)	4 (13.3)
	経験なし	23 (82.1)	2 (100.0)	25 (83.3)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
鎮咳薬経験の有無	経験あり	10 (35.7)	0 (.0)	10 (33.3)
	経験なし	17 (60.7)	2 (100.0)	19 (63.3)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
大麻経験の有無	経験あり	24 (85.7)	2 (100.0)	26 (86.7)
	経験なし	3 (10.7)	0 (.0)	3 (10.0)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
ｺｶｲﾝ経験の有無	経験あり	17 (60.7)	0 (.0)	17 (56.7)
	経験なし	10 (35.7)	2 (100.0)	12 (40.0)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
ﾍﾛｲﾝ経験の有無	経験あり	4 (14.3)	0 (.0)	4 (13.3)
	経験なし	23 (82.1)	2 (100.0)	25 (83.3)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
MDMA経験の有無	経験あり	16 (57.1)	2 (100.0)	18 (60.0)
	経験なし	11 (39.3)	0 (.0)	11 (36.7)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
ﾏｼﾞｯｸﾏｯｼｭﾙｰﾑ経験の有無	経験あり	12 (42.9)	1 (50.0)	13 (43.3)
	経験なし	15 (53.6)	1 (50.0)	16 (53.3)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
その他経験の有無	経験あり	11 (39.3)	1 (50.0)	12 (40.0)
	経験なし	16 (57.1)	1 (50.0)	17 (56.7)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)

表7-2. 初使用薬物と最近1年間の入手経路

		性別		
		男性	女性	合計
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
初使用薬物	覚せい剤	2 (7.1)	0 (.0)	2 (6.7)
	有機溶剤	8 (28.6)	1 (50.0)	9 (30.0)
	睡眠薬	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	抗不安薬	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	鎮痛薬	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	鎮咳薬	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	大麻	14 (50.0)	1 (50.0)	15 (50.0)
	コカイン	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	ヘロイン	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	MDMA	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	マジックマッシュルーム	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	その他	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
使用動機	刺激を求めて	16 (57.1)	1 (50.0)	17 (56.7)
	好奇心	26 (92.9)	1 (50.0)	27 (90.0)
	自暴自棄になって	4 (14.3)	1 (50.0)	5 (16.7)
	断り切れずに	3 (10.7)	1 (50.0)	4 (13.3)
	覚醒効果を求めて	2 (7.1)	0 (.0)	2 (6.7)
	疲労の除去	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	性的効果を求めて	5 (17.9)	0 (.0)	5 (16.7)
	ストレス解消	10 (35.7)	1 (50.0)	11 (36.7)
	不安の軽減	6 (21.4)	1 (50.0)	7 (23.3)
	不眠の軽減	3 (10.7)	0 (.0)	3 (10.0)
	疼痛の軽減	0 (.0)	1 (50.0)	1 (3.3)
	咳嗽の軽減	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	その他	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
きっかけとなった人物	なし(自発的使用)	3 (10.7)	0 (.0)	3 (10.0)
	配偶者	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	同棲中の相手	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	恋人・愛人	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	同性の友人	20 (71.4)	1 (50.0)	21 (70.0)
	異性の友人	0 (.0)	1 (50.0)	1 (3.3)
	知人	2 (7.1)	0 (.0)	2 (6.7)
	医師	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	薬剤師	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	親	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	同胞	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	密売人	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	その他	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)

表7-3. 主な使用薬物

		性別		
		男性	女性	合計
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
主たる使用薬物 (複数回答可)	覚せい剤	18 (64.3)	2 (100.0)	20 (66.7)
	有機溶剤	2 (7.1)	1 (50.0)	3 (10.0)
	睡眠薬	3 (10.7)	0 (.0)	3 (10.0)
	抗不安薬	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	鎮痛薬	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	鎮咳薬	4 (14.3)	0 (.0)	4 (13.3)
	大麻	3 (10.7)	0 (.0)	3 (10.0)
	コカイン	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	ヘロイン	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	MDMA	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	マジックマッシュルーム	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	その他	3 (10.7)	0 (.0)	3 (10.0)
	無回答	2 (7.1)	0 (.0)	2 (6.7)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
最近1年間の入手経路	1年間使用していない	5 (17.9)	0 (.0)	5 (16.7)
	友人	4 (14.3)	0 (.0)	4 (13.3)
	知人	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	恋人・愛人	1 (3.6)	1 (50.0)	2 (6.7)
	家族	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	密売人(日本人)	5 (17.9)	1 (50.0)	6 (20.0)
	密売人(外国人)	8 (28.6)	0 (.0)	8 (26.7)
	医師	2 (7.1)	0 (.0)	2 (6.7)
	薬局	5 (17.9)	0 (.0)	5 (16.7)
	その他	3 (10.7)	0 (.0)	3 (10.0)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)

表7-4. 薬物使用開始年齢および使用期間

		性別		
		男性	女性	合計
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
使用開始年齢	15才未満	3 (10.7)	1 (50.0)	4 (13.3)
	15-19才	19 (67.9)	1 (50.0)	20 (66.7)
	20-24才	3 (10.7)	0 (.0)	3 (10.0)
	25-29才	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	30-34才	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
使用期間	5年未満	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	5-10年未満	10 (35.7)	1 (50.0)	11 (36.7)
	10-15年未満	7 (25.0)	1 (50.0)	8 (26.7)
	15-20年未満	6 (21.4)	0 (.0)	6 (20.0)
	20-25年未満	2 (7.1)	0 (.0)	2 (6.7)
	25-30年未満	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)

表8. 薬物依存症に関する治療歴

		性別		
		男性	女性	合計
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
精神科治療(通院)	あり	12 (42.9)	1 (50.0)	13 (43.3)
	なし	15 (53.6)	1 (50.0)	16 (53.3)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
精神科治療(入院)	あり	13 (46.4)	1 (50.0)	14 (46.7)
	なし	14 (50.0)	1 (50.0)	15 (50.0)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
依存症リハビリテーション施設(通所	あり	8 (28.6)	1 (50.0)	9 (30.0)
	なし	18 (64.3)	1 (50.0)	19 (63.3)
	無回答	2 (7.1)	0 (.0)	2 (6.7)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
依存症リハビリテーション施設(入所	あり	7 (25.0)	0 (.0)	7 (23.3)
	なし	19 (67.9)	2 (100.0)	21 (70.0)
	無回答	2 (7.1)	0 (.0)	2 (6.7)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)

表9. M.I.N.I.による主たる精神疾患の評価

	性別		
	男性	女性	合計
	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
特になし	1 (4.3)	0 (.0)	1 (4.3)
薬物乱用(最近1年)	17 (73.9)	0 (.0)	17 (73.9)
薬物依存(最近1年)	17 (73.9)	0 (.0)	17 (73.9)
アルコール乱用(最近1年)	8 (34.8)	0 (.0)	8 (34.8)
アルコール依存(最近1年)	2 (8.7)	0 (.0)	2 (8.7)
自殺の危険性(高)	2 (8.7)	0 (.0)	2 (8.7)
自殺の危険(中)	1 (4.3)	0 (.0)	1 (4.3)
精神病症候群(現在)	2 (8.7)	0 (.0)	2 (8.7)
精神病症候群(生涯)	15 (65.2)	0 (.0)	15 (65.2)
大うつ病エピソード(現在)	2 (8.7)	0 (.0)	2 (8.7)
大うつ病エピソード(生涯)	1 (4.3)	0 (.0)	1 (4.3)
パニック障害(現在)	1 (4.3)	0 (.0)	1 (4.3)
パニック障害(生涯)	2 (8.7)	0 (.0)	2 (8.7)
外傷後ストレス障害現在	1 (4.3)	0 (.0)	1 (4.3)
反社会性人格障害生涯	2 (8.7)	0 (.0)	2 (8.7)
無回答	1 (4.3)	0 (.0)	1 (4.3)
合計	23 (100.0)	0 (.0)	23 (100.0)

表10. 一般人口男性と対象者におけるPOMSおよびSUBI得点の比較(n=23)

		一般男性	対象者
		平均 (SD)	平均 (SD)
POMS	緊張不安	12.0 (6.3)	14.5 (7.6)
	抑うつ	9.9 (9.8)	18.8 (13.4)
	怒り敵意	8.0 (8.2)	9.4 (9.2)
	活気	14.2 (6.1)	11.8 (6.6)
	疲労	9.3 (6.2)	10.6 (6.6)
	混乱	8.6 (4.7)	12.0 (6.1)
SUBI	人生に対する前向きの気持ち	5.4 (1.5)	4.7 (1.5)
	達成感	5.2 (1.3)	5.2 (1.4)
	自信	5.9 (1.3)	5.4 (1.8)
	至福感	4.9 (1.3)	5.3 (1.6)
	近親者の支え	6.4 (1.3)	7.4 (1.4)
	社会的な支え	5.8 (1.5)	6.7 (2.1)
	精神的なコントロール感	16.6 (2.5)	16.3 (2.7)
	身体的不健康感	15.1 (2.0)	15.3 (1.6)
	社会的なつながりの不足	7.6 (1.1)	6.8 (1.4)
	人生に対する失望感	7.6 (1.2)	6.6 (1.5)
	陽性感情合計	35.6 (6.1)	34.8 (7.2)
	陰性感情合計	52.2 (5.6)	45.0 (5.8)

表11-1. 入寮3・6・9ヶ月の生活状況

		入寮0-3ヶ月 (n=16)	入寮3-6ヶ月 (n=9)	入寮6-9ヶ月 (n=6)
		度数 列 %	度数 (%)	度数 (%)
施設での生活	有意義に過ごせている	12 (75.0)	5 (55.6)	3 (50.0)
	どちらともいえない	4 (25.0)	4 (44.4)	3 (50.0)
	有意義に過ごせていない	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	16 (100.0)	9 (100.0)	6 (100.0)
困ったとき相談できる人	家族	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	共に回復を目指す仲間	9 (56.3)	6 (66.7)	3 (50.0)
	昔からの友人	1 (6.3)	1 (11.1)	0 (.0)
	新しくできた友人	2 (12.5)	0 (.0)	0 (.0)
	相談できる人がいない	2 (12.5)	0 (.0)	1 (16.7)
	無回答	2 (12.5)	2 (22.2)	2 (33.3)
	合計	16 (100.0)	9 (100.0)	6 (100.0)
自助グループへの参加	3ヶ月で数回	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	月に数回	0 (.0)	2 (22.2)	2 (33.3)
	週に数回	14 (87.5)	7 (77.8)	4 (66.7)
	ほぼ毎日	1 (6.3)	0 (.0)	0 (.0)
	まったく参加していない	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	無回答	1 (6.3)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	16 (100.0)	9 (100.0)	6 (100.0)
現在薬物を使っている人とのつきあい	まったくない	14 (87.5)	8 (88.9)	6 (100.0)
	ときどきある	2 (12.5)	0 (.0)	0 (.0)
	よくある	0 (.0)	1 (11.1)	0 (.0)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	16 (100.0)	9 (100.0)	6 (100.0)
薬物が手に入る場所にいく	まったくない	16 (100.0)	8 (88.9)	6 (100.0)
	ときどきある	0 (.0)	1 (11.1)	0 (.0)
	よくある	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	16 (100.0)	9 (100.0)	6 (100.0)
薬物が欲しくなるような情報を見聞きする	まったくない	10 (62.5)	5 (55.6)	4 (66.7)
	ときどきある	4 (25.0)	4 (44.4)	2 (33.3)
	よくある	2 (12.5)	0 (.0)	0 (.0)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	16 (100.0)	9 (100.0)	6 (100.0)
最近3ヶ月の飲酒生活	まったく飲まなかった	9 (56.3)	5 (55.6)	1 (16.7)
	3ヶ月で数回飲んだ	5 (31.3)	4 (44.4)	2 (33.3)
	月に数回飲んだ	1 (6.3)	0 (.0)	2 (33.3)
	週に数回飲んだ	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	ほぼ毎日飲んだ	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	無回答	1 (6.3)	0 (.0)	1 (16.7)
	合計	16 (100.0)	9 (100.0)	6 (100.0)

表11-2. 入寮3・6・9ヶ月の生活規律性

		入寮0-3ヶ月 度数 列 %	入寮3-6ヶ月 度数(%)	入寮6-9ヶ月 度数(%)
毎朝決まった時間帯に起きる	よくあてはまる	9 (56.3)	3 (33.3)	3 (50.0)
	どちらかというとあてはまる	3 (18.8)	4 (44.4)	2 (33.3)
	どちらともいえない	0 (.0)	1 (11.1)	1 (16.7)
	どちらかといえばあてはまらない	2 (12.5)	1 (11.1)	0 (.0)
	まったくあてはまらない	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	無回答	2 (12.5)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	16 (100.0)	9 (100.0)	6 (100.0)
身の回りの掃除や片づけをこまめにする	よくあてはまる	3 (18.8)	0 (.0)	0 (.0)
	どちらかというとあてはまる	5 (31.3)	3 (33.3)	2 (33.3)
	どちらともいえない	3 (18.8)	4 (44.4)	2 (33.3)
	どちらかといえばあてはまらない	1 (6.3)	2 (22.2)	2 (33.3)
	まったくあてはまらない	2 (12.5)	0 (.0)	0 (.0)
	無回答	2 (12.5)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	16 (100.0)	9 (100.0)	6 (100.0)
毎日歯磨きや洗顔をする	よくあてはまる	10 (62.5)	6 (66.7)	3 (50.0)
	どちらかというとあてはまる	3 (18.8)	2 (22.2)	2 (33.3)
	どちらともいえない	0 (.0)	1 (11.1)	1 (16.7)
	どちらかといえばあてはまらない	1 (6.3)	0 (.0)	0 (.0)
	まったくあてはまらない	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	無回答	2 (12.5)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	16 (100.0)	9 (100.0)	6 (100.0)
食事の回数や時間帯は規則的である	よくあてはまる	8 (50.0)	2 (22.2)	2 (33.3)
	どちらかというとあてはまる	5 (31.3)	6 (66.7)	3 (50.0)
	どちらともいえない	0 (.0)	1 (11.1)	1 (16.7)
	どちらかといえばあてはまらない	1 (6.3)	0 (.0)	0 (.0)
	まったくあてはまらない	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	無回答	2 (12.5)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	16 (100.0)	9 (100.0)	6 (100.0)
計画的に時間を遣い毎日を過ごしている	よくあてはまる	3 (18.8)	1 (11.1)	1 (16.7)
	どちらかというとあてはまる	5 (31.3)	2 (22.2)	4 (66.7)
	どちらともいえない	5 (31.3)	5 (55.6)	1 (16.7)
	どちらかといえばあてはまらない	1 (6.3)	1 (11.1)	0 (.0)
	まったくあてはまらない	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	無回答	2 (12.5)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	16 (100.0)	9 (100.0)	6 (100.0)
夜更かしをすることはほとんどない	よくあてはまる	3 (18.8)	3 (33.3)	2 (33.3)
	どちらかというとあてはまる	6 (37.5)	3 (33.3)	2 (33.3)
	どちらともいえない	1 (6.3)	1 (11.1)	0 (.0)
	どちらかといえばあてはまらない	3 (18.8)	2 (22.2)	2 (33.3)
	まったくあてはまらない	1 (6.3)	0 (.0)	0 (.0)
	無回答	2 (12.5)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	16 (100.0)	9 (100.0)	6 (100.0)

表12. 入寮時から入寮3・6・9ヶ月におけるPOMSおよびSUBI得点の経時的変化

		入寮時 (n=23) 平均 (SD)	入寮3ヶ月 (n=16) 平均 (SD)	入寮6ヶ月 (n=9) 平均 (SD)	入寮9ヶ月 (n=6) 平均 (SD)
POMS	緊張不安	14.5 (7.6)	12.9 (7.2)	15.4 (6.1)	11.7 (3.4)
	抑うつ	18.8 (13.4)	15.5 (12.5)	22.0 (9.9)	16.7 (5.5)
	怒り敵意	9.4 (9.2)	12.5 (11.7)	14.8 (7.5)	11.7 (4.3)
	活気	11.8 (6.6)	12.9 (7.5)	15.1 (4.8)	15.0 (5.1)
	疲労	10.6 (6.6)	9.8 (6.2)	11.8 (4.6)	8.8 (4.1)
	混乱	12.0 (6.1)	10.3 (4.8)	13.7 (4.7)	11.5 (2.4)
SUBI	人生に対する前向きの気持ち	4.7 (1.5)	4.8 (1.4)	4.7 (1.6)	5.5 (1.5)
	達成感	5.2 (1.4)	5.3 (1.6)	4.4 (1.2)	4.3 (1.4)
	自信	5.4 (1.8)	5.3 (1.3)	5.2 (1.4)	6.0 (1.1)
	至福感	5.3 (1.6)	5.1 (1.5)	5.0 (1.3)	5.3 (2.1)
	近親者の支え	7.4 (1.4)	7.1 (1.6)	6.1 (1.6)	6.3 (1.0)
	社会的な支え	6.7 (2.1)	6.4 (2.0)	5.4 (2.6)	5.8 (2.6)
	精神的なコントロール感	16.3 (2.7)	15.3 (3.5)	14.7 (2.8)	14.3 (2.5)
	身体的不健康感	15.3 (1.6)	15.5 (2.3)	14.4 (2.3)	14.8 (2.9)
	社会的なつながりの不足	6.8 (1.4)	6.5 (1.2)	6.1 (1.3)	6.2 (1.2)
	人生に対する失望感	6.6 (1.5)	6.7 (1.7)	6.3 (1.9)	7.0 (1.8)
	陽性感情合計	34.8 (7.2)	34.3 (7.2)	30.9 (6.8)	33.3 (7.8)
	陰性感情合計	45.0 (5.8)	43.9 (6.3)	41.6 (6.2)	42.3 (3.6)

表13-1. 退寮3・6・12ヶ月の生活状況

		退寮0-3ヶ月 (n=10)	退寮3-6ヶ月 (n=9)	退寮6-12ヶ月 (n=7)
		度数 列 %	度数 (%)	度数 (%)
現在の住居	実家	2 (20.0)	2 (22.2)	1 (14.3)
	自分の持ち家	1 (10.0)	1 (11.1)	1 (14.3)
	賃貸住宅	7 (70.0)	6 (66.7)	5 (71.4)
	入院	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	依存症治療施設に入所	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	不定	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	その他	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
共同生活者	パートナー(と子ども)	0 (.0)	1 (11.1)	2 (28.6)
	両親(とその子ども)	2 (20.0)	2 (22.2)	1 (14.3)
	友人	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	1人暮らし	8 (80.0)	6 (66.7)	4 (57.1)
	その他	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
自由時間を共に過ごす人	家族	1 (10.0)	0 (.0)	1 (14.3)
	共に回復を目指す仲間	5 (50.0)	2 (22.2)	3 (42.9)
	昔からの友人	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	新しくできた友人	0 (.0)	2 (22.2)	0 (.0)
	ひとり	4 (40.0)	4 (44.4)	3 (42.9)
	無回答	0 (.0)	1 (11.1)	0 (.0)
	合計	10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
自由時間の過ごし方に対する満足度	満足している	3 (30.0)	3 (33.3)	4 (57.1)
	どちらともいえない	5 (50.0)	5 (55.6)	2 (28.6)
	不満足である	2 (20.0)	1 (11.1)	1 (14.3)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
困ったとき相談できる人	家族	1 (10.0)	1 (11.1)	3 (42.9)
	共に回復を目指す仲間	8 (80.0)	5 (55.6)	3 (42.9)
	昔からの友人	1 (10.0)	0 (.0)	0 (.0)
	新しくできた友人	0 (.0)	2 (22.2)	0 (.0)
	相談できる人がいない	0 (.0)	1 (11.1)	0 (.0)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	1 (14.3)
	合計	10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
自助グループへの参加	この3ヶ月で数回	0 (.0)	3 (33.3)	0 (.0)
	月に数回	2 (20.0)	3 (33.3)	2 (28.6)
	週に数回	4 (40.0)	2 (22.2)	1 (14.3)
	ほぼ毎日	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	まったく参加していない	4 (40.0)	1 (11.1)	4 (57.1)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
現在薬物を使っている人とのつきあい	まったくない	9 (90.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
	ときどきある	1 (10.0)	0 (.0)	0 (.0)
	よくある	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
薬物が手に入る場所にいく	まったくない	9 (90.0)	7 (77.8)	7 (100.0)
	ときどきある	1 (10.0)	1 (11.1)	0 (.0)
	よくある	0 (.0)	1 (11.1)	0 (.0)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
薬物が欲しくなるような情報を見聞きする	まったくない	6 (60.0)	6 (66.7)	4 (57.1)
	ときどきある	4 (40.0)	3 (33.3)	2 (28.6)
	よくある	0 (.0)	0 (.0)	1 (14.3)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
最近3ヶ月の飲酒生活	まったく飲まなかった	2 (20.0)	3 (33.3)	2 (28.6)
	この3ヶ月で数回飲んだ	0 (.0)	1 (11.1)	0 (.0)
	月に数回飲んだ	0 (.0)	2 (22.2)	0 (.0)
	週に数回飲んだ	4 (40.0)	1 (11.1)	2 (28.6)
	ほぼ毎日飲んだ	3 (30.0)	2 (22.2)	3 (42.9)
	無回答	1 (10.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)

表13-2. 退寮3・6・12ヶ月の生活規律性

		退寮0-3ヶ月 (n=10)	退寮3-6ヶ月 (n=9)	退寮6-12ヶ月 (n=7)
		度数 列 %	度数 (%)	度数 (%)
毎朝決まった時間帯に起きる	よくあてはまる	5 (50.0)	5 (55.6)	3 (42.9)
	どちらかというとあてはまる	3 (30.0)	1 (11.1)	2 (28.6)
	どちらともいえない	0 (.0)	1 (11.1)	1 (14.3)
	どちらかといえばあてはまらない	2 (20.0)	2 (22.2)	0 (.0)
	まったくあてはまらない	0 (.0)	0 (.0)	1 (14.3)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
身の回りの掃除や片づけをこまめにする	よくあてはまる	3 (30.0)	3 (33.3)	0 (.0)
	どちらかというとあてはまる	3 (30.0)	3 (33.3)	5 (71.4)
	どちらともいえない	2 (20.0)	2 (22.2)	1 (14.3)
	どちらかといえばあてはまらない	2 (20.0)	1 (11.1)	0 (.0)
	まったくあてはまらない	0 (.0)	0 (.0)	1 (14.3)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
毎日歯磨きや洗顔をする	よくあてはまる	8 (80.0)	7 (77.8)	5 (71.4)
	どちらかというとあてはまる	2 (20.0)	0 (.0)	0 (.0)
	どちらともいえない	0 (.0)	2 (22.2)	1 (14.3)
	どちらかといえばあてはまらない	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	まったくあてはまらない	0 (.0)	0 (.0)	1 (14.3)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
食事の回数や時間帯は規則的である	よくあてはまる	3 (30.0)	1 (11.1)	0 (.0)
	どちらかというとあてはまる	3 (30.0)	5 (55.6)	2 (28.6)
	どちらともいえない	3 (30.0)	0 (.0)	2 (28.6)
	どちらかといえばあてはまらない	1 (10.0)	2 (22.2)	2 (28.6)
	まったくあてはまらない	0 (.0)	1 (11.1)	1 (14.3)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
計画的に時間を遣い毎日を過ごしている	よくあてはまる	1 (10.0)	0 (.0)	0 (.0)
	どちらかというとあてはまる	3 (30.0)	4 (44.4)	2 (28.6)
	どちらともいえない	4 (40.0)	3 (33.3)	5 (71.4)
	どちらかといえばあてはまらない	2 (20.0)	2 (22.2)	0 (.0)
	まったくあてはまらない	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
夜更かしをすることはほとんどない	よくあてはまる	3 (30.0)	1 (11.1)	3 (42.9)
	どちらかというとあてはまる	1 (10.0)	2 (22.2)	1 (14.3)
	どちらともいえない	4 (40.0)	2 (22.2)	0 (.0)
	どちらかといえばあてはまらない	1 (10.0)	2 (22.2)	1 (14.3)
	まったくあてはまらない	1 (10.0)	2 (22.2)	2 (28.6)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)

表13-3. 退寮3・6・12ヶ月の就業状態および主な生活費の出所

		退寮0-3ヶ月 (n=10)	退寮3-6ヶ月 (n=9)	退寮6-12ヶ月 (n=7)
		度数 列 %	度数 (%)	度数 (%)
勤務形態	常勤の正社員	1 (10.0)	1 (11.1)	2 (28.6)
	常勤のアルバイト	3 (30.0)	5 (55.6)	3 (42.9)
	非常勤(週20-30時間)	2 (20.0)	0 (.0)	1 (14.3)
	非常勤(週10-20時間)	0 (.0)	1 (11.1)	0 (.0)
	非常勤(週10時間以下)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	無職	4 (40.0)	2 (22.2)	1 (14.3)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
主な生活費の出所	自分で賄っている	5 (50.0)	3 (33.3)	6 (85.7)
	生活保護	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	親の補助	4 (40.0)	5 (55.6)	0 (.0)
	その他	0 (.0)	1 (11.1)	1 (14.3)
	無回答	1 (10.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)

表14. 退寮3・6・12ヶ月におけるPOMSおよびSUBI得点の経時的変化

		退寮3ヶ月 (n=10)	退寮6ヶ月 (n=9)	退寮12ヶ月 (n=7)
		平均 (SD)	平均 (SD)	平均 (SD)
POMS	緊張不安	13.9 (6.8)	14.3 (9.6)	10.6 (2.4)
	抑うつ	18.9 (14.5)	15.3 (13.1)	10.1 (4.7)
	怒り敵意	15.6 (11.5)	16.1 (12.0)	9.3 (5.4)
	活気	12.3 (6.2)	11.8 (4.7)	11.4 (5.0)
	疲労	12.4 (8.0)	11.0 (9.1)	6.6 (4.4)
	混乱	11.5 (5.5)	12.3 (9.1)	7.3 (1.6)
SUBI	人生に対する前向きの気持ち	5.0 (0.9)	5.4 (1.1)	5.1 (1.5)
	達成感	5.1 (0.9)	5.0 (1.2)	5.1 (1.3)
	自信	5.7 (1.2)	5.4 (1.2)	6.1 (0.4)
	至福感	4.6 (0.9)	5.4 (1.3)	5.0 (1.2)
	近親者の支え	6.2 (1.3)	7.1 (1.6)	5.7 (1.7)
	社会的な支え	6.3 (1.7)	7.0 (1.1)	6.9 (1.8)
	精神的なコントロール感	15.7 (2.3)	14.3 (3.3)	16.3 (2.4)
	身体的不健康感	14.6 (3.1)	14.8 (4.1)	15.6 (1.7)
	社会的なつながりの不足	6.1 (1.3)	6.3 (1.6)	6.7 (1.1)
	人生に対する失望感	6.2 (1.4)	7.5 (0.6)	7.4 (0.8)
	陽性感情合計	32.9 (4.7)	35.3 (4.9)	34.0 (6.3)
	陰性感情合計	42.6 (6.1)	42.1 (8.8)	46.0 (4.0)

表15. 退寮後3・6・12ヶ月の再使用率

	退寮0-3ヶ月 (n=19)	退寮3-6ヶ月 (n=14)	退寮6-12ヶ月 (n=7)
	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
職員による評価	3 (15.0)	4 (20.0)	7 (35.0)
本人による評価	2 (10.0)	3 (15.0)	6 (30.0)

注)平成19年2月28日時点に退所していた21名のうち、職員が所在を確認できている20名が対象

分担研究報告書
(2－4)

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）
分担研究報告書

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）

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　栗坪 千明　栃木ダルク
白川 雄一郎　千葉ダルク
近藤 あゆみ　国立精神・神経センター 精神保健研究所
森田 展彰　筑波大学大学院人間総合科学研究科
松本 俊彦　国立精神・神経センター 精神保健研究所
和田 清　国立精神・神経センター 精神保健研究所

研究要旨　薬物依存者に対する処遇は、世界的に見ると「治療共同体＝（原語では、”Therapeutic Community”：TC)」を用いて行なわれているものが主流であるといわれる。しかし、わが国においては、そのような治療共同体を地域の中での治療的処遇システムに位置づけた実践は、その必要性の指摘や社会的要請の有無とは別に、いまだ実現していない。

本研究では、一昨年度までの２年間に実施した、主に世界各地で実際に運営されている治療共同体とその関連システムに関する実地調査の成果を基に、現在までの治療共同体概念の整理を行い、その特徴とメリットについて検討する。その上で、この治療共同体のわが国への導入について現状の処遇システムから出発して、その方策について検討することを目的とした。

上記の目的に沿って、世界で実施されているTC治療の現状と課題を総括的に理解するためWFTC（治療共同体世界連盟）の第23回世界会議に出席した他、これまでわが国に紹介される機会の少なかった「民主的モデル」と分類される英国のTC実践についても調査を実施し、資料収集を行った。

また今年度は、薬物乱用･依存問題を対象とした実践領域に関わる実務者や研究者との間でTCに関する諸情報を共有し、各フィールドからの問題提起と具体的方策に関する提案を集約していくための場となる「TC研究会」を定期的に開催して課題を整理した他、より広く一般向けにTC治療に関する公開セミナー、ワークショップ等も企画･開催し、今後の議論のための土台作りを行った。

TC研究会での討議を通して共有された課題として、以下のことが挙げられた。

１．TCコンセプトに基づいた実際の治療施設･サービス機関の不在と薬物関連問題の実態から見たニーズの整理
２．なぜ、わが国にもTCが必要か？（敢えてDARCではなく、TCであることの意味は何か）
３．TCを導入していく場合の基本原則（文化的･制度的･社会的）の明確化と共有
４．日本において求められるTCのMission（使命）の明文化とAdministration（施設運営）領域に関わる課題の整理

既に世界各地で実施されている TC の直訳的導入を急ぐのではなく、わが国の歴史･社会的、制度的あるいは薬物乱用･依存に関わる諸環境や条件、さらには文化的な側面までをも視野に入れ、既存の資源との連携を前提とした具体的方策について明らかにしていく必要が確認された。

A．研究目的

薬物依存者に対する治療的処遇は、世界的な潮流として、ここで取り上げる「治療共同体＝（原語で”Therapeutic Community”)」を用いて行なわれているといわれ、そのことはこれまでの研究でも確認されてきた。平成16年度まで2年間の本分担研究においては、この治療共同体の概念についてこれまでの先行研究・資料に基づいて総括的に調査し、その実際の状況について詳細に報告した。

昨年度からは、これまで調査した南北アメリカや欧州社会とわが国との社会諸状況の差異を考慮しつつ、この効果的な治療的処遇施設の導入につ

いて検討していくため、わが国での実践領域に関わる幅広い実務者や研究者等との間でTCに関する情報を共有し、各フィールドからの問題提起と具体的方策に関する提案を集約するための場を設けた。今年度も引き続きTCの導入に関する諸課題の整理を目的とした。

B. 研究方法

治療共同体（Therapeutic Community、以下TCとする）の現状に関する諸情報について総合的に理解するために、TCに関して公刊されている海外の文献に加えて、これまでの実地調査で得られた各施設の事業概要・パンフレットや年度統計報告書や記念公刊物等の記述をもとに、TC概念の整理を行った。

さらに、実践領域に関わる多くの実務者や研究者との間で情報を共有し、各フィールドからの問題提起と具体的方策に関する提案を集約していくための場として「TC研究会」を昨年度より開始しているが、本年度は公開ワークショップも含めほぼ2ヶ月に1回定期的に開催し、今後の本分担研究の検討課題と合わせて啓発的活動も行った。

その他、昨年度末の計画に従って9月初旬にアメリカ・ニューヨーク市で開催されたWFTC（World Federation of Therapeutic Communities：治療共同体世界連盟）による世界会議（World Conference：2年ごとに開催）に参加し、世界各地のTCが現時点で共通に取り組む課題等について情報収集し、TC研究会での検討課題に加えた。また、TC実践の主流を構成するStructured（構造的）Modelに対するAlternative（もう一つの）Modelとして紹介されるDemocratic（民主・合議的）Modelの伝統を持つヨーロッパ諸国、特に今年度はイギリスにおいて、その運営の考え方、特徴について実地調査した。具体的には後述するATC（Association of Therapeutic Communities）によって年1回開催されているThe Winsor Conferenceに参加し、合わせてOxfordにあるTC、Ley Communityにおいてもヒアリングを実施した。

C. 研究結果

1. わが国で行われるべきTC治療の諸課題（リプライ）

昨年度の本研究報告書において、わが国におけるTCに求められる諸課題として、以下の10項目を提示し、それぞれ考察した。

（1）共同体の運営による相互援助環境の維持と明確な治療（回復）指針
（2）共同体運営規範の実践的検討
（3）生活スキルの獲得可能なプログラム
（4）職業訓練と経済的自立に有効なプログラム
（5）個別処遇及びCase Managementの確保
（6）Bio-Psycho-Socialな課題への総合的ケア
（7）司法処遇との連携（治療的視点に立ったDiversionの可否とあわせて）
（8）治療契約の確立
（9）治療効果の測定方法確立と結果の公開
（10）専門援助職（スタッフ）の養成と確保

「TC研究会」が課題として検討していくテーマは、これらのすべてについて複合的に関わり得るが、大別すれば1）回復プログラムの内容に関わること、2）制度及び社会システムとのかかわりに関すること、3）治療環境であるTCの運営・維持管理に関すること、の3点にまとめられる。これらは、後述するWFTC世界会議においてもそれぞれ主要なテーマとされており、世界各地でTC実践を行っている現場での共通課題であることが確認された。

昨年度整理して提示したように、まずTCとは何か、その有効性はどのように理解すべきか、について共通理解を広め、現状の薬物依存者処遇システムの中にTCの位置すべき場所を設定することが重要である。その中で既存の制度、施設、サービス等とどのように関わらせていくことが可能であるのか、その個別な課題が浮上する。実際にTC環境が日本において実現して運営された後には、その評価が不可欠となり、そのことはTC治療の継続性、ひいてはそれを含む治療的処遇システム全体の経営（財政の確保）に関わるが、このことも視野におきつつもまずはTC実践の開始に当たり最低限必要な条件について整理し、それらを確保することから始めるべきである。その意味では、たとえば上記（10）に挙げた専門援助職（スタッフ）の養成と確保の課題は、まず取り組まれるべき最初の分野に分類され、ここにおいて先行する海外諸国の経験も幅広く取り入れられるべきことがわかる。

2. 世界のTC治療の現状と課題

TCに関する実践理論に関する情報はこれまでわが国に紹介される機会は少なかったが、既に海外では多くの書籍が刊行され、日常的にも実践に関する様々な情報交換が行われている。その代表的な機会として位置づけられるWFTC主催の世界会議World Conferenceでの議論に今回参加する機会を得た。

WFTCは本部を米国・ニューヨーク市に置き、今日ではアフリカ大陸を除くほぼ全世界のTCによって構成される世界連盟である。今回の大会は第23回目の世界会議とされているが、第1回目は1976年にSwedenのNorrkopingで開催されており、2006年はちょうど30周年にあたっていた。そのためか1979年の第4回会議以来となる本部所在地ニューヨークでの開催は、50か国から約700人の関係者を集めた盛大な大会となった。同会議は1976年から1994年までの間は毎年開催（うち2回はキャンセル）され、以後は2年に一度の隔年開催となっている。ちなみにアジア諸国では、これまでに3回（1981 6th World Conference Manila – Philippines / 1988 11th World Conference Bangkok – Thailand / 1993 16th World Conference Kuala Lumpur - Malaysia）同会議が開催されている。

WFTCは加盟する66カ国から構成される6つの地域別連盟の集合体としての側面も持ち、この世界会議は各地域別連盟の枠を超えて一つの都市に集まり、実践現場の体験報告を行ってその評価を求め、また共通に解決していくべき課題の所在を明らかにするなど、重要な役割を持っている。

今回の会議の特徴として、前述のとおり30周年に当たる記念大会の要素も至るところにみられたが、歓迎の意を表明するM. Bloomberg ニューヨーク市長及びG. Pataki ニューヨーク州知事の挨拶も含めて、プログラムや会議中発行されたニュース等印刷物ほとんどの文章が英語の他にスペイン語でも表記され第2公用語となっていたことは、開催地と本会議参加者の構成を知る上で興味深かった。

（1）第23回WFTC世界会議（WC）でのトピックス

23rd WCでは会期中のスケジュールとして、主に午前中はテーマごとのPlenary Sessions（総会）とされ、連盟の事業報告や活動提案を含めて総論に関わるまたは新規参入者向けの入門的内容を含むプログラムで構成され、午後からはBreakout Sessionとして各種の分科会やWorkshop, Poster Session等が行われた。加えて夜間にはSocial Eventsとして、レセプションや表彰式なども盛大に開催された。

上記Plenary Sessionsでは、TCのこれまでの展開を知る上で非常に有益な講義が多数開催されたが、本稿ではTC実践の現状と課題の所在を知る目的で、以下では午後の分科会等の個別討議課題の分類も含めて検討する。（Mini）Plenary Sessions、Technical Assistance（TA）Workshop及びBreakout Sessionsでのテーマ領域は、以下の4つであった。

1）TC- Original Concept and their Challenges
2）Evolution of the Modern TC: Populations, Settings, Issues
3）Management and Administration of the Modern TC
4）Beyond TC Treatment: Prevention and Intervention in Family and Community

これら4つのテーマは、端的に今日のTCが直面する課題の領域を表している。すなわち、1）ではこれまでの実践の継承・共有及び到達点と評価について、2）ではいわゆる多様なニーズに対応した修正型TCモデルについて、3）ではTCの安定的な経営・運営について、4）ではこれまでの依存者本人の治療から予防や家族・地域への介入戦略との関わりについて、であり、世界各地で主流を占めるTCにとって共通の課題として意識せざるを得ない領域である。

初期のTCが事業を開始してから既に40年以上が経過し、初期の実践者の遺産はMission（使命）とともにその共有が課題とならざるを得ないことから1）での議論は重要な課題として意識されている。また、伝統的モデルから展開して今日の薬物依存を巡る幅広い課題に対応すべくTC自体もそのプログラムを発展させる必要が生じており、それらについて使用者集団や条件設定や問題群に適合したあり方が世界各地で求められ、既に試行錯誤の実践が展開されている事実に伴い2）のテ

ーマが設定されていた。さらに3）が取り扱うように、広義のNPOとして民間非営利経営を原則とするTCについては、安定的な財源確保は常に重要な課題であって、これまでも治療プログラムとは別にあるいは連動して、多くの紆余曲折を経験してきたことは想像に難くない。そして4）では、TCでの集中的な回復への取り組みの先にRe-Entry（再入場）していくべき現実社会との関わりもまた等しく重要課題であり、TC治療において修得したライフスタイルの維持という面からだけでなく、より早期の予防的活動または家族・地域への積極的介入も求められるようになってきていることを表している。

以下には、実際の1）～4）の討議テーマから主要なものを挙げた。これらの各項目をとおしてもTCの共通課題の所在を把握することができる。

1）TC- Original Concept and their Challenges
- Integrating and Fostering Spirituality in the TC（TCにおけるスピリチュアリティ＝霊性の統合と涵養）
- Evolution and Diversity（in the European Landscape/ in the British TC/ Asian Perspectives/ an Alaskan Native Cultural Adaptation-Therapeutic Village of Care；進歩と多様性）
- Keys to Recovery: Aftercare and Relapse Prevention
- Improving TC Treatment through Research and Evaluation（調査と評価をとおしてのTC治療の改善）
- Creating Sanctuary: The Curriculum Based Teaching and Therapeutic Communities
- The Prison Based TC: Treatment and Re-entry Issues（刑務所で展開されるTC；治療と社会復帰の問題）
- Measuring TC Effectiveness: Finding and Interpreting the Evidence（TC治療の効果測定）
- TC Approach to Institutional Early Release Programming（早期退所のアプローチ）
- Cultural Developments and the Challenge of Diversity（文化的展開と多様性への挑戦）
- "Treating the Whole Person"- Aspects of Comprehensive TC Treatment（全人的治療の試み）
- Passing the Torch－A Roundtable Discussion between TC Pioneers and Newcomers（TCの先駆者から新規参入者へ灯火の継承）

2）Evolution of the Modern TC: Populations, Settings, Issues
- Vocation and Education: Keystones to Independence（職業と教育：自立への鍵）
- Innovative Approaches to Early Intervention and Treatment Engagement for Adolescents and Young Adults
- Expanding Treatment Options Through Inter-Agency Collaboration: The Methadone and TC Example（機関協働による治療的選択肢の拡張；メタドン処方とTC）
- Criminal Justice Collaborations and the TC（TCと司法の協働）
- Special Considerations for Women's treatment Needs（女性の治療的ニーズへの配慮）
- Enhancing Treatment Options for the Dually Diagnosed Client（二重診断ある利用者に対する機能的な治療的選択肢）
- Treatment of Co-occurring Psychiatric Issues and Substance Abuse（精神疾患重複診断例と薬物乱用）
- Motivational Interviewing（MI）in the TC（「動機付け面接法」の活用）
- Addressing Tobacco Dependence in the TC（タバコ依存への取り組み）
- Utilization of Buprenorphine in the Therapeutic Community（Buprenorphine: 代替置換薬の効用）
- Targeted Interventions for Young Adults and the Elderly（若年者及び高齢者に焦点を当てた介入）
- Clinical Microskills: Improving Counselor Skills around Mental Health, Trauma, and Violence Issues（精神疾患・トラウマ・被暴力問題への臨床的面接技法の改善）

3）Management and Administration of the Modern TC
- Improving Retention in Therapeutic Communities: Using a System's Approach
- Assessing and Improving TC Staff Competency（TCスタッフの技術向上）
- Promoting Organizational Functioning and Change
- Assessing and Building Chemical Dependency Counselor Skills in a TC（TCにおける薬物依存カウンセリング技法の養成と査定）
- Program Accreditation and Quality Improvement（プログラムの信頼獲得と質の向上）
- Partnering With the Community（外部機関との連携）
- TC Counselor Training: Turning Experience into Expertise（スタッフ訓練：経験から知識へ）
- Challenges for the Modern TC: Balancing Tradition with the Demands of Today's Health Care System（TC治療の伝統と精神保健制度の今日的要求とのバランスのあり方）
- Fostering Staff Development through Supervision and Education（スーパービジョンと教育によるスタッフ技能の向上）

4）Beyond TC Treatment: Prevention and Intervention in Family and Community
- A Community-Based Prevention Program
- A Healing Community for Mother and Children（母と子にとっての癒しの共同体とは）
- Trauma and Substance Abuse: Issues and Treatment（トラウマと薬物乱用；問題の所在と対応）
- Working with Families in the TC（TCにおける家族との関わり）
- Family Treatment－ Relevance and Strategies for Supporting Family Recovery（家族のケア；家族の回復を支える適合性と戦略）
- From Dependency to Inter-Dependency: Working with Individuals, Families, Communities（「依存」から「相互依存」へ；個人・家族・地域との協働）
- Prevention and Early Intervention（予防と早期介入）

これらのセッションにおける発表とそれに基づく質疑応答が連日繰り返され、その前後にも世界各地から集まったTCの実践者、運営者、研究者らによる情報交換が絶えることはなかった。「TCとは何か」について新参者に解説する講座等は設けられておらず、WCへの参加者にはTCに関する基本的理解が不可欠であることも確認された。

（2）世界各国のTCと薬物依存治療の概況；6つの地域連盟ごとに

WFTCは前述のように、6つの地域別のTCで構成される連盟の上部組織ともなっており、各連盟は独自にも連携協力関係を維持している。6つの連盟はそれぞれ、TCA（Therapeutic Communities of America；北米3か国）、EFTC（European Federation of Therapeutic Communities；西・北部欧州16か国）、ATCA（Australasian Therapeutic Communities Association；オセアニア3か国）、FLACT（Federación Latino Americana de Comunidades Terapéuticas/ Latin-American Federation of Therapeutic Communities；中南米19か国）、AFTC（Asian Federation of Therapeutic Communities；アジア13か国）、FTCCEE（Federation of Therapeutic Communities of Central and Eastern Europe；中・東部欧州12か国）として組織されている。

以下では、上記6連盟が活動する地域における薬物依存関連問題の概況をまとめた。

1）TCA

アメリカ合衆国（及びカナダ）は、言うまでもなくTC実践領域の先駆的・中心的役割を担って今日に至るが、40年間の社会変化に伴って多様化して展開する薬物乱用・依存問題への対応を常に余儀なくされてきた。DAYTOP VillageやPhoenix House, GAUDENZIA, Second Genesis等の東海岸で展開する代表的なTCの他、Walden HouseやAmity FoundationなどTCが存在するが、共通する課題としてOver-professionalization、すなわち過度に進んだ専門職化がサービスコストの高騰につながり、医療保障制度の問題と重なって、結果としてTC治療の敷居をも高くし、必要な利用者すら排除しかねない状況を招いているとの指摘がある。

2）EFTC

西部及び北部ヨーロッパのEU諸国が加盟するが、薬物行政・司法政策など統一されている側面と、異なる文化的背景の影響とが混在する。アメリカからのTC Movementの導入以前、主に1960年代までの伝統、特に精神医療領域の伝統との関連で、今日でも総じて精神分析学や現代社会思想、社会学からの影響が強いといわれる。その中で後述するDemocratic TC Modelと呼ばれるような特徴あるTC実践も展開されてきた。

3）ATCA

オセアニアでは西ヨーロッパの影響を受けつつも、地理的な環境からそれらとは異なるTCが展開されている。薬物の供給、使用状況との関わりでHarm Reductionが幅広く展開され、精神疾患に対する処方薬治療に関わる問題もより早期から取り上げられてきた。その意味でヨーロッパ型、アメリカ型、そして後述する隣接のアジア諸国型のそれぞれの要素が混在するTC実践が行われている。

4）FLACT

メキシコ以南のラテンアメリカ諸国における薬物関連問題は、国家経済や政策のあり方にも大きく関連することが広く知られるほどの規模で存在し、多くの国民が直接間接に薬物問題と関わらざるを得ない状況が続いている。その様な中で、TCはイタリアやスペインといったヨーロッパ諸国を経由して導入され、主に1980年代以降に展開してきた。開発問題として括られる貧困者人口との関わりも顕著で、ストリートチルドレンやホームレス援助領域とも深く関わらざるを得ない。1986年には3か国にしか存在しなかったTC実践は現在では加盟国を19に増やし、提供されるプログラム数も600以上に上って急速に拡大しつつある。

5）AFTC

アジアは世界の薬物供給における中心地を抱え、ヘロイン使用問題への対応が中心となってきたが、日本の場合はメタンフェタミンを中心とした独自の問題状況が形成されてきた。外部的に見る限り、アジア諸国の薬物政策は連動して機能しているとは認めがたく、その組織化も課題として指摘される。HIV感染の広がりが拡大する中で、Harm Reduction政策、たとえばNeedle Exchange（注射針の無料交換）と断薬による薬物使用からの回復推進政策の間で現実的に軋轢と混乱も生じており、わが国にとっても対岸の出来事とはなり得ない。それらに加え、欧米諸国に比べて総じて調査研究も立ち遅れている。なお、現在の加盟国は中国、香港、インド、インドネシア、韓国、マレーシア、ネパール、パキスタン、フィリピン、シンガポール、スリランカ、タイ、ベトナムの13か国となっている。

トピックスとして、次回2008年に開催予定の24th WCは、AFTC加盟国である中国、雲南省・昆明市において開催されることが発表された。

6）FTCCEE

ロシアを含め主にスラブ系の影響が大きい中央・東ヨーロッパ諸国は、総じて1990年前後まで社会主義体制の中で、薬物乱用・依存問題はアンダーグラウンドな取り扱いのもと未組織に放置されざるを得なかった。90年代以降の急激な社会体制変動の中で、資本主義化の進行に合わせて薬物問題も顕在化し、その対応は急務となった。その際、アメリカ型のTCモデルがより直接的・翻訳的に導入されたことは、同じヨーロッパでも前述のEFTC諸国とは状況を異にしている。旧体制下でも実践的対応の土台が存在し先駆的役割を果たしたポーランド等を経由して、順次旧ソビエト連邦諸国等へもTC実践が導入され、現在では30以上の組織がTC運営を行っている。

3．Democratic TC Modelとは何か

これまでTCをめぐる世界の状況を報告してきたが、本分担研究課題でもある、現状でTCをもたない日本において、今後導入されるべきTCプログラムのあり方に関して考察する。その際、これまでTC実践の理解におけるテキストの役割を果たしてきた伝統的TCモデルとは異なるAlternativeとして、西ヨーロッパ、特にイギリスで展開しているもう一つのTCモデルについて以下で取り上げる。

これらは外部的にはDemocratic（民主的・合議的）Modelとも呼ばれる。これまで述べてきたWFTCを構成するTC群がいずれも薬物依存、Addictionを治療のターゲットにおくことで共通性を確保したのに対し、以下で紹介するTC群はその治療・援助対象領域を薬物（アルコール）等の物質使用問題に限定しない。ATCを構成するTCメンバーの名称にもそのことが表れており、"－House"、"－Lodge"、あるいは直接的に"－Therapeutic Community"といった名称の他に、例えば"－Clinic"、"－Hospital"といったものが含まれ、CHT（Community Housing & Therapy；精神疾患やホームレス者に対する治療サービスを伴う住居提供プログラム）として運営される施設も多数含まれている。特に、"therapeutic community"が固有名詞の後に小文字で表記・付加されている場合は、それが一般名詞として扱われていることもわかる。

つまり、対象となる問題へのアプローチがTherapeutic Communityという方法を採るのであって、「薬物問題への効果的戦略としてのTC」といった設定が一時的に不要になることを意味している。ここで扱われてきた問題群は、今日でもなお理論的な支柱として意識されるMaxwell Jonesが1938年Mill Hillにおいて開始したとされる当初の意味での治療共同体の構成者とも直接的関係を保持しており、精神保健領域を中心に構成されている。このことは、WFTCに代表されるAddiction Treatment ModelとしてのTCを相対化するものでもあり、歴史的にはTCの源流が今日の社会状況の中で異なった形で社会的に機能し得ることを主張するものとして理解することも可能と思われる。

（1）ATC（Association of Therapeutic Communities）

ATCは主に英国（イングランドに限定せず）内のTCによって構成され、現在UKとして50団体（プログラム）が登録されている。その他、国外からも各1施設（プログラム）ずつ、ニュージーランド、インド、ギリシア、スウェーデン、ブルガリア、イタリアのTCが参加している。

その名のとおり、構成団体はTCプログラムを運営しているが、その対象領域は大別して以下の5つになる。

- Personality Disorders（人格障害）；including complex PTSD, BPD, eating disorders
- Mental Health Problems（精神保健；慢性精神疾患）→統合失調症
- Offending Behaviour（触法行為）→刑務所処遇 Prison-based
- Addictions（アディクション；薬物使用問題）drug and alcohol misuse
- Learning Disability（学習障害）→青少年問題

これら幅広い要援助の問題群に対し、保健、教育、社会（福祉）サービス、司法処遇（刑務所）の領域において、TCの環境・方法を用いて児童及び成人に対する援助を行っている機関がATCに加盟するTCである、と説明される。すなわちここにおいては、WFTCに加盟するような薬物依存を専門の対象とするTC治療は、より幅広いTC環境による治療的処遇の一部分を構成するにとどまっており、同時に上記の精神保健その他の分野と基本的な方法論を共有していることを示している。

その治療哲学とは、歴史的には霊性と宗教的信条の共有に根ざした根本的な価値を共有するところから出発し、成員相互の助け合いと尊重とに基づいた積極的な関係作りとその維持に目標設定され、他者の生活に深く関与する積極的な生活と労働の分かち合いによって作られる相互依存関係を重視する。このような共同体においては、スタッフと利用者といった階層性をも不要なものとして、平等を目指した環境が形成される。このことこそDemocraticを鍵概念として特徴付けられる、ATCをともに構成する英国型TC群の特徴となっている。

またこれらTCは、Social Systemとしての医療制度、具体的には英国NHS（National Health Service）とも深く関わって展開してきた経緯がある。TCは1950年代よりNHS systemの中に順次位置づけられ、そのコントロールを受けると同時に運営の保障も確保しながら展開し、司法制度などその外側のシステムとも協働して現在に至っている。

今回参加したATCのThe Windsor（Annual）Conferenceでは、"Insiders and Outsiders"というテーマで4日間にわたる議論が行われたが、各TC現場での実践を基点としつつ、レポート報告のレジュメには数多く哲学的あるいは現代思想に基づく考察が盛り込まれていた。引用された文献は、たとえばFoucault　M. やHeidegger M.であり、Heraclitus, Sophoclesといったギリシア思想に及びつつ現実の精神保健問題に対して言語分析的な検討・批判が展開されていた。数多くの実践に基づく考察が展開されたWFTCでの会議とは明らかに趣を異にしており、伝統的に精神分析学、哲学・現代思想、社会学等との関連が強いとされるヨーロッパの思想的背景を、ATCというTCネットワークの研修の場で確認できた。

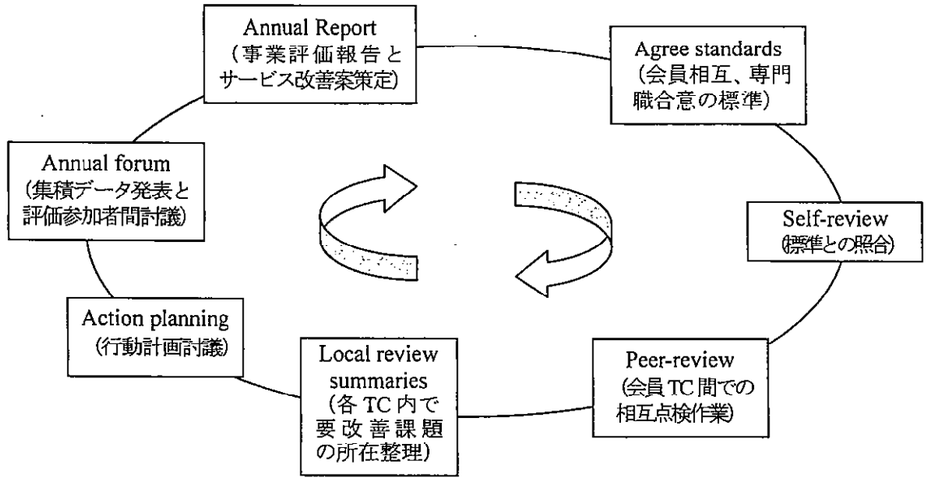
（2）C of C（Community of Communities）とThe Annual Cycle（年間行動計画）

C of C（Community of Communities）とは、the Royal Collage of Psychiatrists' Research and Training Unit（CRTU）とCommunity Fundからの財政援助を得た前出のATCによって2002年に始められた、TCサービスの標準化と質の向上を目的としたネットワーク・プロジェクトである。異なる実践フィールドで展開するTCでの経験を共有することで、それぞれのサービス事業者間の相互理解を深め、アイディアを分かち合い、さらに質を高める

ために具体的な行動計画に基づいて共同事業を行う。それは The Annual Cycle（年間行動計画）として、7つのチェックポイントを設定し、TC 実践を評価基準によって再検討（standard-based review）するプロセスである。

Cycle の各ポイントは以下のとおりで、これらが循環的に1年かけて毎年展開される。このプロセスには援助職であるスタッフだけでなく、共同体に参加するメンバーや卒業した元利用者も可能な限り討議に参加すべきことが謳われている。

図1　C of C による年間行動プロジェクト



Appendix 1- The Annual Cycle : Service Standards for Therapeutic Communities 5th Edition, 2006

評価ツールとして重要となる Service Standards については、2006 年時点ですでに第5版を重ねている。そこでは、Core Standards（中核となる基準）と5つの分野別の詳細な基準を明示している。

Core Standards（16 項目；すべての共同体メンバーは…、「定期的にミーティングを持つか」「全員で食事を共にするか」「さまざまな種別の役割と程度の異なる責任を担うか」「新規の参加者（スタッフ）決定の過程に関与するか」「共同体は全参加者に理解される明確な境界・限界・基準を持つか」等）

1: Physical Environment（物理的環境：7／個人空間：4／（環境への）関与：3、計 14 項目）

2: Staff（人員確保：4／採用：1／臨床的管理 -Clinical Supervision：3／実践への反映：5／チームワーク：4／訓練への援助：6／援助理論：5／経験的訓練：3／訓練の質：2、計 33 項目）

3: Joining and Leaving：入退所（情報提供：6／受け入れ：4／アセスメント：4／退所過程：5／事後の生活：3、計 22 項目）

4: Therapeutic Environment（感受性：1／開放度：5／問い求めと反応ーCulture of Enquiry：3／運営の民主性：5／境界意識：2／（治療的）構造：5／生活による学び：7／TC プロセスの質：3、計 31 項目）

5: External Relations（ネットワーク：4／経営との疎通：1／有効性：5／研究参加：4、計 14 項目）

このような明確な評価基準によってメンバー TC 間相互に、また客観的にも評価可能となり、そこで発見された諸課題に対しては、上記のような自覚的な計画に基づき展開される TC サービス向上への取り組みは、外部からの研究資金獲得も可能にしている。ATC に未加盟なまま各地に散在する近接領域のプログラムについても、この C of C の作業ネットワークをとおして組織化していく可能性が生まれる。

(3) Ley Community, in Oxford

ATC の会員の中から、主に薬物依存者の回復援助を行う TC においてヒアリング調査を行い、その運営上に表れる Democratic TC としての特徴を検討した。

Oxford の中心部からはやや離れた郊外に位置する Ley Community は、1960 年代終盤に Littlemore Hospital 内に設置された The Ley Clinic の一部として始まっているが、1971 年にニューヨークの Phoenix House での治療を卒業して帰国した回復者 McCabe, J. によって Synanon- Daytop- Phoenix House モデルが紹介されたことにより、それまでの形態を変えて Concept-Based program に再編されて医療機関から独立した院外 TC として成立した。依存者の治療に最適なのは医師や看護士ではなく回復者であるというイギリス TC の伝統的思想に基づいていたが、一方で当初より関心を寄せる法廷、精神医療、保護観察、社会福祉サービスの専門職や地元有力者らがボランティアで運営委員会を組織して援助し、特に財政面での責任を担保した。McCabe, J. 引退後、後継の所長も Ley Community の卒業生である回復者 Donnelan, B.が、更には長年スタッフを勤めた Toon, P. らが就任し、高い回復率を維持したとされる。その結果、財団より多額の寄付金を受けて現在地 Oxford 郊外の Sandy Croft に広大な土地を取得して移転し、メンバーの労働を中心医に施設の整備を進めていく。1989 年には、HIV/AIDS プログラムも別施設で開始する。1993 年には、NHS system の改正と地域ケア法（Community Care Act）成立により運営上大きな変更を余儀なくされるが、ロンドンの保護観察機関との間で保釈者の取り扱い協定も結ばれ、アセスメントのため4週間程度の対象者送致を法廷より受託することになった。

2001 年までの間に Programme Stage は6段階に拡張し、特に Resettlement staff team が編成されて Ley Community を退所していく利用者への継続的サービスも行われるようになった。現在では回復者が大半を占める有給専任スタッフは9時から5時までの勤務であるが、別に配置される Care Worker が交代で夜間援助と宿直に対応している。

Ley Community は年齢 18 歳以上で、居住型プログラム未経験の薬物・アルコール依存者が対象となっている。その他の精神疾患を2年以内に発症していないこと、放火・性犯罪・児童に対する犯罪歴のないことが入所条件に示され、少数のスタッフの下で居住環境内のほとんどの仕事が利用者の協働によって維持されていた。訪問時は 21 歳から 52 歳までが在所し、男女比では男性のほうが多かった。28 人と 23 人が居住する2棟のスタッフは各3人で、他に上記の Care Worker と呼ばれる回復者スタッフがいる。

TC 内の案内を担当しくれた 30 代の男性入所者は、入寮して6ヶ月経過して第3段階の治療レベルにあったが、司法命令（Court order：最長 40 ヶ月間）による送致のため、週 £421 の入寮費に対する自己負担は免除されていた。Ley での生活は入寮者間の関係強化と維持が重視され、安全が確保されたコミュニティ内での「失敗」は自分が選択した行動の結果として、懲罰の対象ではなく学習課題と理解される。この面で特に、回復者がスタッフの大半を占めている意味は大きいといえる。

プログラム段階は以下の6つに分けられ、以下のガイドラインに対し最長 12 ヶ月までの延長があり得る。入寮中の個人的な金銭使用は認められず、社会保障給付等の口座管理はスタッフが行う。

Stage 1: Safety Net（2 weeks）

Stage 2: Introduction（8 weeks）

Stage 3: The Work（22 weeks）→ TC 治療の中心段階

Stage 4: Moving on（8 weeks）→ 以後の段階が広義の社会復帰段階

Stage 5: Re-entry（12 weeks）→ この段階終了時にプログラム修了

Stage 6: Aftercare（12 weeks）

第5段階を修了後 12 か月後にも薬物の再使用がなければ、正式の卒業式（Graduation Ceremony）に招待され、そこで銀製の指輪が授与される。

プログラムの特徴としては、個人の感情の変化に焦点を当てた心理的介入を積極的に行うものが中心で、以下のような独自の概念が示されている。

1) The Feeling Wheel：毎日の自己感情を外・中・内側3層からなる円周図に表示し、即時的なものからその根源にあるものまでを辿る。同時に共同生活する他者の感情に気付く。

2) The Community Wheel : The Word/ Phrase for the Day を書いて表示し、他者へ感情を Feedback する。

3) Stress and Lemming Concept : ストレス構造の学習。他者との交流の遮断状況に自暴自棄が加わって自己憐憫や合理化をとおして薬物使用につながり、さらに罪悪感から抜けられなくなる構造を図式化して理解する。

4) The Onion Concept : 外見がどのようにして本人の内面を防御しているか、自己理解を妨げているか。

これらのツールは、日常的な Peer Group Exercises and Therapeutic Activities の中では、主として専門心理職スタッフ以外の Senior（時間の経過した）Residents がファシリテータとなって運用されており、プログラムの中における自己の役割もまた治療の進展とともに変化していくことを体験するようになっていた。

なお、施設外部の 12 ステップグループ等との関わりは、Stage 4 以後にパート就労等のために外出することが認められた際に、自己の責任でそれらへの参加を選択した個人の例を除き、総じて一般的ではない、とのことで、Aftercare としても積極的な導入は図られていなかった。

We came here to free ourselves from our past
and to change the way we feel and think without drugs or drink.
To achieve our goals we must learn to see ourselves as others see us.
It is easier to change ourselves than it is to change the world.
So with trust honesty and respect,
we will not use our past as a sofa to lay back on.
But as a springboard to our future.
Alone we have a ray of hope.
Together we have sunshine.
For today is the first day of the rest of our lives.
What you see here
What you hear here
When you leave here
Carry it with you.

Ley Community は、これまで調査してきたアメリカ・ヨーロッパ・南米の TC と介入の具体的プログラム自体では共通する点も多いが、その反面よく整備された静寂な環境とともに、独自の歴史と社会システムとの関連の下に Democratic を本旨とする運営の特徴を示している。医療機関の中に TC プログラムが持ち込まれたことから発展し、医療職主導の伝統的施設治療に対して異を唱える運動が結果する独特の「平等性への希求」は、40 年近い歳月を経てここで回復して社会復帰した卒業生たちの指導と保護の下に、きわめて安定感の高い治療的環境を実現し維持していることが理解できた。

ATC に加盟し、DAYTOP 等の源流をもちつつも現在の WFTC とは独立して展開する Ley Community で日々暗誦されていた Philosophy は、形式もその表現も、たとえば直接的に"drugs or drink"と登場するように異なった印象を与える。それは他のやり方の否定というよりは、歴史的経過の中で選び取られた伝統に近いものとしてとらえるべきと考えられる。

D．考察

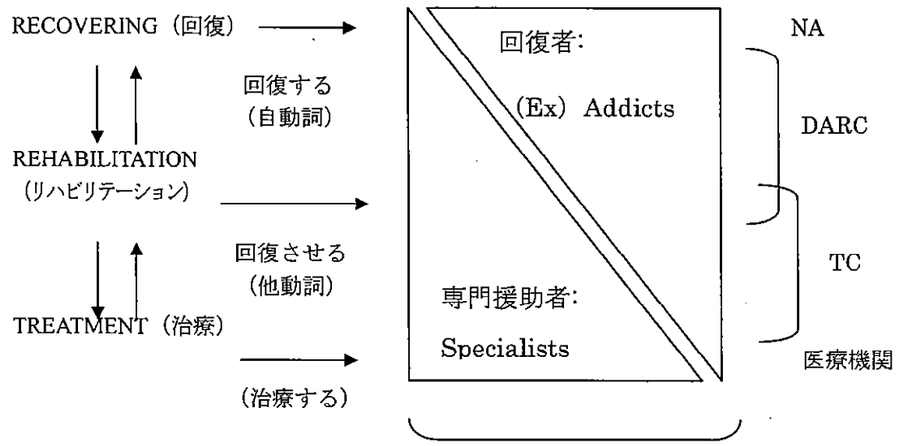
わが国における TC に求められる諸課題を検討する上で、今年度の調査をとおして以下の各点が明らかになった。

(1) わが国の回復援助施設をめぐる展開の客観的評価について

これまでの世界各地で集めた情報によってみても、わが国の DARC に還元される回復援助の経過は独自のものであることがわかる。そのため、現状に直接接合すべき TC モデルを探すことは困難な作業とならざるを得ない。

TC については、本稿中も「TC 治療」という表現を用いてきたことにあるように TC Treatment として今日的には理解される。それに対して、DARC が日本で行ってきたことは薬物依存の「治療」ではなく、回復を目指した場、あるいは環境の提供と維持であった。その名のとおり DARC は 1980 年代半ば以降「リハビリテーション・センター」を自認して始められ、治療施設として運営されたことも自らそれを標榜したこともなかった。そのようような施設で「援助」というより回復を望むアディクトの「サポート」を担うのは当然に回復を体験したアディクトがふさわしく、ごく自然にそのような体制が維持・継承されて現在に至っている。この 20 年間に変化したことは、このプログラムを体験して回復していった人々が増加し、代替となる社会施設の不備が改善しないことによって、全国各地で同種の場、環境が求められ、現状で 40 か所以上にも拡大してきたことである。しかし、そのことをもって DARC の機能が拡大したり変化したと評価することは適切ではない。

図 2　「回復」と「治療」のキーワードと機関の位置づけ（模式図：宮永, 2006）



サービス提供組織の構成

上記の図は、自助組織である AA/ NA と医療機関との間に放置される領域に TC と DARC を模式的に位置づけようとしたものである。これまで説明したように、TC は社会的に社会的な側面を含む広義の Treatment をその役割として引き受けて発展してきたと理解できる。対して DARC は、回復者の体験を基礎にその道筋をスタッフが「仲間」として同行すること、そしてそのプロセスは同時に援助者役割を担う同じ依存者（Addict）であるスタッフ自身の回復の維持にも役立ってきた事実が知られ、DARC 独自の価値として理解されている。

実際のサービス提供組織の構成もどちらに属するものが中心を占めるべきか、ということに関わらず、それぞれの異なる性質と限界、メリットとデメリットもここでは明らかになっている。専門職が中心となって構成される TC は論理的には考えられるが、DARC の場合それは成立し得ず、その時点で DARC ではなくなってしまうことすら意味する。

たとえば、重い慢性精神疾患と薬物乱用問題を併せ持っている対象者には、どのような種別の治療施設が対応することが合理的か、という問題について、上記の図上でそれはどこにプロットされるべきか。薬物使用を取り除いた生活の中に残存する後遺障害や、処方による症状のコントロールが関わる問題へのケアは、本来的に DARC などリハビリテーション施設に委ねられるべき範疇に属さないことは明白である。では、TC では対応可能か。それら事例に合理的に対応可能な TC のセ

ッティングについては、数多くの実践例をとおして、現在世界各地で共通する主要課題でもあったことは既に述べてきた。

DARC がわが国の社会で期待されてきた役割と、上記の整理に基いた本来的な機能とを細部にわたりつき合わせ、そのメリットをより活用していくためにも、協働する別カテゴリーの施設、たとえば TC が求められている理由が確認できよう。これまで述べてきたように、20 年に及ぶわが国社会での独自の経験を今後 TC の導入過程にどのように生かしていくことが可能なのか、今後の「TC 研究会」を初め薬物依存者処遇に関わる専門職にとっても、世界の TC による過去 40 年の歩み自体が既存システムに対してそうであったと同じく「チャレンジ（挑戦）」であることは間違いない。

(2) TC 導入をめぐる条件の整備

前項に報告したとおり、今日アジア諸国においても薬物乱用･依存者処遇の重要な役割を担うものとして TC は位置づけられ実践が重ねられている。WFTC の次回世界会議は、国際的なヘロインの生産、輸送そして治療の問題にも苦闘し、紆余曲折を重ねつつ中国の TC 治療におけるモデル地域となってきた南部･雲南省昆明（Kunming）市が会場となって、世界からの代表を迎える予定になっている。予定会期の 2008 年 9 月は、中国に TC モデル治療が開始されてちょうど 10 年の節目に当たる。

昆明にはかつて「戒毒所」とも呼ばれる政府運営の巨大な犯罪者矯正施設（Reform-through-labor camps）が多数集中していたが、そこでの治療成績は芳しくなく、退所者の多数が再犯者となって再収用される効率の悪さが問題視されていた。1998 年 9 月に DAYTOP の援助を受けて DAYTOP China, Yunnan-Kunming が創設され、アメリカ型のプログラムが輸入された。この 8 年間に述べ 3,000 人（実数で 1,400 人）が入寮による治療を受け、外来･通所部門では 50,000 人以上がプログラムを利用した。その結果、再使用による再犯率で効果的な結果を示したことから、今日中国政府も 800 万人民元（100 万 USD）の資金補助をもって全国的な TC の導入促進を決定した、と WFTC 会議でも報告されていた。

また近年では、HIV 予防についても事業を展開し、Harm Reduction の取り組みも進めている。これらの変化は 1998 年の DAYTOP プログラムの導入以降急速に起こってきたことであり、それまでの中国の薬物政策自体に大きなインパクトを与えてきた事実は、日本の関係者にもまず知られるべきと思われる。

中国の例と同様に、アメリカの TC プログラムを直接導入することがもっとも近道であるのか、そのことも含め、まずは TC 導入がもたらす施策全体に対するメリットを薬物乱用･依存問題に関わるすべての関係者が共有することから始められなければならない。以下に示したとおり DAYTOP China では、WFTC に集結する世界各地の TC が共通に掲げる英語の Philosophy をそのまま中国語訳して指針としている。

DAYTOP Philosophy：「戴托普信条（中文）」

我来到这里、是因为我失去了最后的避护地、失去了做人的尊严、我不敢面对自己、不敢正视现实、我内心忍受着巨大的痛苦而无人可以倾诉、我正在堕落。除非有一天、我能将自己内心的痛苦和秘密告诉别人、并忍受由此带来的伤痛、否则、我的心灵没有寄托、也没有安全感、害怕被别人知道、又对自己和他人缺乏了解、我则会永远生活在孤独中。

除了这里之外、我还能在哪里找到这样一个环境、它像一面镜子、让我能清楚地看清自己的真实面目、既不是自己想象中的巨人、也不是心怀恐惧的懦夫、而是作为一个人、全体成员中的一员、为着共同的目的、与大家分享着痛苦和欢乐、在这个环境里、我们能生根、并且成长、再不会像过去一样的孤独、而是一个为自己和为别人活着的有意义的人。

本研究を一つの契機として、本来既存システムに向けられた運動概念である TC=治療共同体をめぐる議論が進み、新たな関連政策形成を進めるための本格的な「運動」が求められている。

E．今後の研究課題

平成 17･18 年度は、TC に関するこれまでの分担研究を今一度整理し、わが国の社会状況に適合する TC の諸条件を考察する準備を継続した。今年度より定期的に開催してきた「TC 研究会」での議論を今後も継続拡大し、次年度以降もより効果的に関係各機関に向けて情報発信し、運動となるよう喚起していく必要がある。その過程で日本型 TC の原型（プロトタイプ）のイメージがより多くの関係者と共有できるかが、実際にどの時点で TC を始められるかの鍵ともなる。

また、自らの文化的･社会的状況に合わせた TC を標榜する際に、欧米型 TC からは見えにくいアジア型の共同体イメージを検証する資料も必要となることが予想されるため、これまでに調査できなかったアジア諸国で先行する共同体運営について実地調査することは重要である。合わせて今年度のイギリス調査によって概要を把握した Democratic Model による TC 実践について、その他の地域でも可能なシステムであるのか、順次別の地域でも追加調査し、オルタナティブとしての情報を収集して、随時「TC 研究会」等で資料提示していきたい。

既に TC プログラムを導入した各国の社会状況分析も、今後より深められなければならない。薬物乱用･依存対策の位置づけを近接する他の援助課題の展開と照合しつつ政策分析することも、わが国のシステムを構想する際に不可欠の資料となろう。これまでアディクションを巡る暴力問題の取り扱いや虐待問題対策については意識的に関連づけて検討されてきたともいえるが、たとえばホームレス対策はどのように進められてきたか、そのことが薬物･アルコール依存者の回復援助とどのように関与してきたのか、という課題はここ 20 年間あまりのそれぞれの対策の評価の上で、今後よりに意識される必要があると考えられた。ホームレス者を処遇することを担わされた NPO 等の団体が、少なからず回復プログラムを必要とするアディクトに出会ってきたことは世界各地の例でも疑いようがなく、ホームレス対策を薬物乱用･依存者対策の特に導入段階にどのように連動させるかは、公費運営を避けられないこれら領域におけるソーシャルコスト対策面からも重要課題とされるべきである。

合わせて、今年度末には DAYTOP International Inc.より TC に関する教育訓練担当者を招聘し、東京及び大阪でワークショップを開催する予定で現在準備中である。次年度はそこに参加したより多くの関心ある専門職をきっかけに、TC 概念とそのメリットに関する理解の普及拡大を実効が期待できる「運動」の段階にまで高める努力を研究者としての課題としたい。

F．結語

今年度の本分担研究による検討結果については、以下のとおりにまとめられる。

1．WFTC 第 23 回世界会議で研究討議されたトピックスを整理すると、現状の TC 治療における共通課題は、以下の各点にまとめられる。

(1) 家族への治療的介入
(2) 再発予防プログラム
(3) 少数派集団への介入戦略（修正型 TC モデル）
(4) 職業訓練教育プログラム
(5) ホームレス者 / HIV（+）依存者への早期介入
(6) 精神疾患・障害との重複例（Co-Occurring／Dual Diagnosis）
(7) 女性犯罪者への司法との共同介入
(8) PTSD 被害者の再犠牲化予防
(9) Harm Reduction プログラムへのスタンスと協働
(10) 高齢または若年依存者に特化したプログラム
(11) ヘルスケア・システムと TC のバランス
(12) NPO/NGO としての TC 運営における財源の確保

2．薬物乱用･依存者治療の主流である伝統的 TC モデルに対して、別の流れを持つ Democratic（民主的）モデルとは、以下のような特徴とメリットが挙げられる。

(1) 医療機関に内在していた専門職支配の構造的環境の見直しに原点を持つ精神保健運動としての TC
(2) アディクション治療はその対象領域の一部を構成
(3) 入寮者自身が経験的に操作し治療に役立て得る心理介入技法の開発
(4) 異なってカテゴライズされた処遇課題群と共通の運営･評価指針
(5) サービスの質確保のための具体的なネットワーク
(6) Co-occurring/ Dual Diagnosis（精神疾患重複例）処遇における一貫性と平易なアクセス確保

G．研究発表

1．論文発表

なし

2．学会発表

(1)宮永 耕: 薬物依存者回復支援の現状と展望. 第 14 回日本精神科救急学会総会. 公開プレ・セミナー（OP-3）. 広島市. 2006.10.17

＜参考文献＞

1) De Leon, G. : The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method, Springer Publishing Company, Inc., 2000
2) Paradigms: Past, Present and Future, Proceedings of the Therapeutic Communities of America 1992 Planning Conference, 1994
3) Inaba, D. S. and Cohen W. E. : Uppers, Downers, All Arounders – Physical and Mental Effects of Psychoactive Drugs（5th Edition）, CNS Publications, Inc., 2004
4) White, W. L. : Slaying the Dragon: The History of Addiction Treatment and Recovery in America, Lighthouse Training Inst., 1998
5) Yablonsky, L. : The Therapeutic Community, A successful Approach for Treating Substance Abusers, Gardner Press, Inc., 1989
6) Service Standards for Therapeutic Communities 5th Edition, Community of Communities, the Royal Collage of Psychiatrists' Research and Training Unit（CRTU）/ ATC（Association of Therapeutic Communities）
7) NPO ジャパンマック（J-MAC）: 治療からトータルサポートへの展望 ーアメリカの治療共同体ドンファームと日本のリハビリ施設の現状ー、(「アディクションリカバリーカウンセラーワークショップ」報告書)、社会福祉・医療事業団（長寿社会福祉基金）助成事業、2003.3
8) 小池隆生：『現代アメリカにおけるホームレス対策の成立と展開』、専修大学出版局、2006.3
9) 和田清：薬物乱用・依存の現状と鍵概念、「こころの科学 Vol.111 特別企画 薬物乱用・依存」、日本評論社、2003.9、14-21
10) 宮永耕：薬物依存からの回復 DARC について、「こころの科学 Vol.111 特別企画 薬物乱用・依存」、日本評論社、2003.9、79-85
11) 宮永耕:「物質依存者のための治療共同体 ーアメリカモデルについてー」、精神科治療学 第 19 巻第 12 号 特集ー物質依存症の現状と治療ーII、星和書店、2004.12、1411-1418
12) 宮永耕：「治療共同体」に関する研究（1）、薬物依存者を対象とした治療共同体の概念と展開、アメリカ合衆国中部における実地調査を通して、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）研究報告書「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）、2004.3、165-186
13) 宮永耕：「治療共同体」に関する研究（2）、薬物依存者を対象とした治療共同体の実践状況、南北アメリカ、欧州諸国における実地調査を通して、平成 16 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）、2005.3、223-274
14) 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（1）、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）研究報告書「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）、2006.3、163-170

2006/04/08 TKP 四谷会議場

第 2 回 TC 研究会

参加者：宮永，梅野，桑山，堀口，今村，栗坪，松本，嶋根，和田，池田，原田，尾崎，近藤（敬称略）

15:15 開会

15:15 会の目的の再確認と今年度の計画についての話し合い

- 目的
  - ① 欧米の治療共同体の実際について学ぶ
  - ② 治療共同体の日本への導入の可能性について幅広い見地から検討する

- 今年度の計画

→・参加者はそれぞれ TC のどんなことを深めたいか考えてくる（次回以降）
・めばさん、タケシさんなど当事者の方にお越しいただいて意見交換できるようにしたい（8 月以降で日程調整）
・日本語訳が必要な資料の翻訳を今後どのようにしていくか（次回以降）

15:30 最近の薬物依存症領域の動向について（宮永先生，和田先生）

15:55 講義：「プロジェクト・オンブレでメンバーの回復を評価するために用いているモジュールの紹介」（講師：宮永）

資料 2

16:55 今後の内容・日程・会場等について

- 日程は偶数月の第 1 土曜日（午後 3-5 時）
- 次回会場は順天堂大学を検討（嶋根さんより近藤に後日連絡）
- 次回内容は、AADAP のプログラム紹介（講師：堀口先生）

17:25 閉会

2006/08/05 順天堂大学本郷キャンパス 10 号館 1021 室

第 4 回 TC 研究会

参加者：宮永，堀口，今村，栗坪，松本，池田，染田，林，吉澤，森田，近藤（敬称略）

15:00　開会
講師紹介（京都ダルク施設長　加藤武士氏）

15:10　加藤武士氏による講義
- 関東とは違った形でこれまで発展してきた大阪、京都の薬物依存症者に対する地域支援について
- 本人の援助を行うダルクと家族支援などその他の役割を担うフリーダムの分化の経緯
- 子どもをもつ依存症者への支援など世代連鎖の予防、高齢依存症者対策、スタッフの底上げなど、今後の課題について

16:10　参加メンバー自己紹介

16:30　質疑応答
※ 本研究会の主旨である、治療共同体を含めた新しい治療概念の導入については、「自分たちは当事者として経験を生かして出来ることをやってきたけれど、将来的に選択肢が増えることは喜ばしいことである。そのような流れがあれば、当事者として協働体制をとれるよう努力したい。」とのご意見であった。

17:15　次回の案内（倉田めば氏を外部講師に招き、今回に引き続いて関西方面の活動に学ぶ）

17:20　閉会

2006/10/07　順天堂大学本郷キャンパス 10 号館 403 室

第 5 回 TC 研究会

参加者：宮永，和田，嶋根，桑山，五十嵐，津久江，尾崎，白川，尾田，堀口，今村，栗坪，松本，池田，染田，吉澤，森田，近藤（敬称略）

15:05　開会　講師紹介（フリーダム，大阪ダルク代表　倉田めば氏）

15:10　倉田めば氏による講義
- 一定の管理下のもとにおかれる施設での生活の後に、真の回復ともいえる自主性と個性の育成をはかることの重要性について。
- 施設外にスポンサーをもつことの有用性について。また、スポンサーシップを積極的にとる自助グループの努力について。
- 女性や性的マイノリティへの支援、兄弟姉妹への支援、様々な家族への対応など多様な支援が必要であること。
- ワーカーなど専門家との緊密な連携の重要性について。

16:14　参加メンバー自己紹介
16:30　質疑応答

- 大阪ダルクもそれぞれ規則があるが、個別対応が必要になるケースが多く、臨機応変な対応をとっている。
- 刑務所からダルクへの連携について、刑務所内へのメッセージの反響がみられていることなど良い点もあるけれど、まだまだ改善点がある。
- 家族への働きかけも大切であり、身元引受人に対する施設からのメッセージ活動なども試行されている。
- ゲイコミュニティにおける薬物問題について。かなり重症になってからつながるケースが多い、歴史も浅いのでグループも難しいなど問題点が多い。
- 加害者と被害者の両視点を盛り込んだ治療の難しさと、女性スタッフが参加することの意義について。
- 施設移動が難しいなど自立支援法の問題点について。
- パワーへの志向性を利用した共同体の維持と、パワーからおりるという回復の方向性は両立しうるかどうかという問いは、責任や権利の解釈をどう行うかという問題を含んでおり、広義の意味で理解すれば両者は矛盾するものではない。

17:25　次回の案内（栗坪氏と白川氏に、米国の治療共同体視察で得られた事柄の報告をいただく予定）
17:30　閉会

2006/12/02　順天堂大学本郷キャンパス 10 号館 603 室

第 6 回 TC 研究会

参加者：宮永，和田，嶋根，五十嵐，富永，尾崎，白川，尾田，堀口，今村，栗坪，松本，近藤（敬称略）

15:07　開会
今日の講義内容について→WFTC 世界会議の参加経験により得たもの（講師：宮永，白川，栗坪）

15:12　ビデオ鑑賞→薬物依存症治療施設の広報ビデオ（オガレスクラレ制作）
15:40　2006 年の WFTC の概要（講師：宮永）
- 現在の主なテーマは、時代に合わせて TC がどう変化していくべきか、家族介入、重複障害、職業訓練、マイノリティなどにある。

16:08　WFTC に参加しての感想（講師：白川）
- １２ステップ以外の回復のための方法論が多数存在する欧米とほぼ１２ステップのみの日本との相違を改めて感じた。
- １２ステップ以外の方法論、重複障害をもつ依存症者の回復（方法論及び医療との連携）などに対して強い関心をもった。
- ヒエラルキーや職業訓練に関しては、ダルクは不十分である。

16:31　WFTC に参加しての感想（講師：栗坪）
- TC をどのように理解すればいいか考えさせられた。治療の専門家が様々なプログラムを提供していく場であるという印象をもった。
- ヒエラルキー、グループワーク、職業訓練等、自施設でも努力をしているが、欧米は

より専門性が高く、規模も大きい。リカバードの限界を感じた。

- 様々な点で先を行く欧米と現在の日本の差を感じたが、かといって、欧米の方法論をそのまま持ち込むことは無理があると思う。類似した文化社会的背景をもつ国の方法論について学びたい。

16:37　自由討論
17:12　連絡事項
17:25　次回予告→AJ 氏（DAYTOP VILLAGE）を招聘し、東京（２日）および関西（１日）でワークショップを行う予定。

17:30　閉会

民間薬物依存症治療施設
Asian American Drug Abuse Program（AADAP）
における薬物依存症治療

＝　アジア特有の文化的背景を考慮に入れた治療論を学ぶ　＝

我が国の薬物乱用・依存症の問題は、緊急に取り組むべき重要な社会問題のひとつですが、その治療と支援体制の整備は十分とはいえない状況です。特に地域における回復の場が少なく、現在は、自らも薬物依存症の経験をもつリカバリング・スタッフが主力を担う民間の薬物依存症リハビリテーション施設がその役割の多くを担っていますが、薬物乱用・依存者の多様化・若年化という現状を踏まえ、今後は多様なニーズに対応できるよう選択肢の幅を広げてゆくことが望まれます。その可能性のひとつとして、欧米の治療共同体（Therapeutic Community）の導入が考えられますが、欧米と日本では、文化の違いが大きく、依存症治療の方法論を語る際にもその差異を無視することはできません。そこで、アジア系の文化背景をその治療論の中に積極的に取り入れたプログラムを提供している治療共同体の治療方法をご紹介させていただきます。

米国カリフォルニア州ロサンゼルスにある民間薬物依存症治療施設 Asian American Drug Abuse Program（AADAP）は、アメリカにおけるアジア系アメリカ人の薬物依存症治療のための、アジア系特有の文化を考慮に入れた全米で最初の治療施設として、1972 年に設立された非営利団体です。

様々な人種と文化が共存しているアメリカ社会ですが、薬物依存治療は主に白人男性を対象とした取り組みがなされ、発展したという歴史があります。けれどもその過程で、そのようなプログラムに適合しにくい人種や民族の問題が浮き彫りになり、それぞれのもつ文化に矛盾しないプログラムの必要性が求められるようになりました。現在では多種多様のプログラムがアメリカ各地に展開されるようになっています。

今回の講演では、現在でも全米に二ヶ所しかない、アジア系文化に適合した施設のひとつである AADAP の設立の背景と、プログラム内容、そして薬物依存症の治療のみならず、予防教育から社会復帰のサポートに至るまでの幅広いアプローチをご紹介いたします。

依存症治療における文化的背景考慮の重要性、また、我が国における治療共同体の導入について考

える貴重な機会になるかと思いますので、日頃より依存症治療に関わっておられる医師・看護士・ソーシャルワーカー・心理士・当事者の方々、その他依存症からの回復に強い関心をお持ちの方は、是非ご参加くださいますようよろしくお願いいたします。

日　時：平成１８年６月３日

［１５：００－１７：００］

場　所：順天堂大学本郷キャンパス　１０号館１階入ってすぐ

［講師略歴］

堀口 忠利

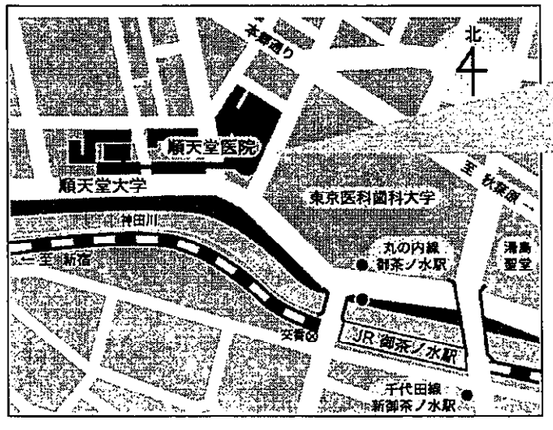
埼玉県生まれ。県立高校卒業後、渡米。カリフォルニア州立大学ノースリッジ校心理学部卒業。

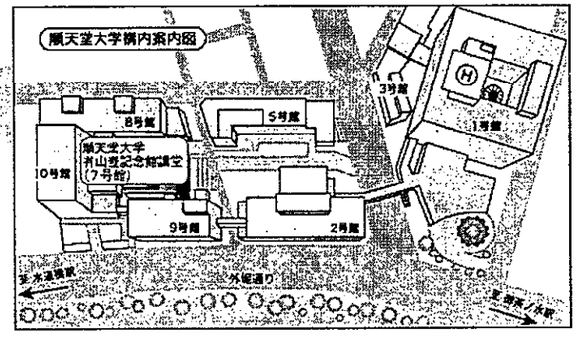
1988 年より、カリフォルニア州ロサンゼルスの民間薬物依存者治療施設 Asian American Drug Abuse Program（AADAP）で依存症カウンセラーとして、個別カウンセリング、グループセラピー、家族カウンセリングおよびインターベンションを行う。ロサンゼルス郡認定ドラッグ・ダイバージョンプログラム・インストラクター。連邦政府によるファンディングプログラムである妊娠前後の女性の為のデイ・トリートメント・プログラムのデザイン、及び立ち上げに関わる。治療プログラムだけでなく、回復者が社会復帰するための包括的サービスのネットワーク作りも担当。

内観療法、森田療法、ゲシュタルトセラピー、箱庭療法を学び、文化的特色を踏まえた治療のスペシャリストとしてカリフォルニア州内の数々のアジア系社会福祉施設で研修や講演、および全米規模の複数の薬物依存関連会議で講演。

現在は、アルコール及び薬物依存症カウンセラー／コンサルタントとしてだけではなく、摂食障害等の周辺領域を含むアディクション・カウンセラーとして幅広い援助活動を行っている。

［交通］JR　または　丸ノ内線　お茶の水駅　から徒歩５分





＊＊

問い合わせ先：
〒187－8502 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　薬物依存研究部内
『治療共同体研究会　事務局』担当者：近藤あゆみ
TEL：042－341－2712（内線6222）
FAX：042－346－1954
E-mail：kondo@ncnp-k.go.jp

第７回 治療共同体研究会　公開講座

「治療共同体とは何か、その思想、構造、戦略と可能性」

我が国の薬物乱用・依存症の問題は、緊急に取り組むべき重要な社会問題のひとつですが、その治療と支援体制は十分とはいえない状況です。特に地域における回復の場が少なく、現在は、自らも薬物依存症の経験をもつリカバリング・スタッフが主力を担う民間の薬物依存症リハビリテーション施設がその役割の多くを担っていますが、今後はより多様なニーズに対応できるよう選択肢の幅を広げてゆくことが望まれており、その可能性のひとつとして、これまで長い経験と実績を重ねてきた欧米の治療共同体（Therapeutic Communities）から得られるものは非常に大きいと考えられます。

そこで今回は、アメリカで最も長い実践の歴史を持ち、現在も世界の主導的な役割を担っている治療共同体、DAYTOP International Inc.（デイトップ国際センター）の所長アロイシウス・ジョセフ氏をお招きし、治療共同体の歴史と到達点、アディクションと回復のとらえ方、治療の段階設定、環境と構造、アプローチ、スタッフの役割と機能、援助内容、さらにはTCの様々なバリエーションや治療の効果測定について講義をいただき、参加者の皆様からの質問にも回答してもらいます。また、今回は特にアジア型文化における家族・社会環境での実践の可能性を視野に入れた解説と実例紹介等も行われる予定です。

日頃より依存症治療に関わっておられる医師・看護師・ソーシャルワーカー・心理士・当事者（リカバリング・スタッフ）の方々はもちろんのこと、依存症からの回復に強い関心をお持ちの方はどなたでもご参加ください。

日　時：　平成１９年３月２４日（土）
［１０：００－１６：３０］（９：３０より受付開始）
場　所：　秋葉原ダイビル
５階カンファレンスフロア（５A会議室）
参加費：　無　料　　HP：　http://www.akibahall.jp/

※ この事業は、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）及び同推進事業の助成により行っています。

＊＊

問い合わせ先：
〒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　薬物依存研究部内
『治療共同体研究会　事務局』担当者：近藤あゆみ
TEL：042－341－2712（内線6222）
FAX：042－346－1954
E-mail：kondo@ncnp.go.jp



アロイシウス・ジョセフ氏
（Aloysius Joseph, M.Sc.）

［講師略歴］

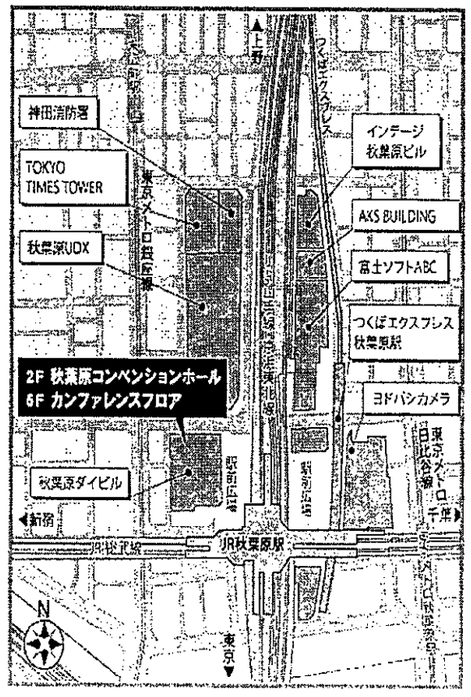
1987年より、アメリカ・ニューヨーク市にあるDAYTOP International Inc.（デイトップ国際センター）のスタッフとして、世界各地特にアジア各国で治療共同体（Therapeutic Communities）の実践普及に従事、1992年 Collage of Human Services においてプログラム運営（Program Administration）の修士学位取得後、1995年より同所の Executive Director（所長）に就任、現在に至る。世界各国において薬物依存者の回復支援を行っている治療共同体及び政府機関の技術支援等に活躍中。1955年マレーシア生まれ、52歳。治療共同体未成立の日本に大いなる関心と使命を感じ、今回が初来日。

［交通］

JR秋葉原駅 から徒歩１分
東京メトロ銀座線 末広町駅から徒歩３分
東京メトロ日比谷線 秋葉原駅から徒歩４分
つくばエクスプレス 秋葉原駅から徒歩３分

お車で来所される方へ：
秋葉原ダイビル、隣の秋葉原UDX等、
付近に駐車場がございますが、有料となりますので予めご了承ください。

周辺地図］



分担研究報告書
(2－5)

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）
分担研究報告書

薬物関連精神障害の臨床における司法的問題に関する研究

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司法精神医学研究部
研究協力者　今村扶美　　国立精神・神経センター武蔵病院
梅野　充　　東京都立松沢病院
岡田幸之　　国立精神・神経センター精神保健研究所司法精神医学研究部
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
小田晶彦　　独立行政法人国立病院機構下総精神医療センター
上條敦史　　公立大学法人横浜市立大学医学部精神医学教室
柑本美和　　城西大学現代政策学部
小林桜児　　神奈川県立精神医療センターせりがや病院
津久江亮太郎　　独立行政法人国立病院機構賀茂精神医療センター
成瀬暢也　　埼玉県立精神医療センター
比江島誠人　　独立行政法人国立病院機構琉球病院
吉澤雅弘　　国立精神・神経センター武蔵病院
（50 音順）

研究要旨　薬物関連精神障害の臨床では、様々な局面において司法的問題との関わりを避けることができない。医療機関受診以前の、警察官による保護、任意採尿、強制採尿はもとより、受診後には、麻薬及び向精神薬取締法にもとづく届出義務、入院治療中の規制薬物の持ち込みや自己使用、尿検査にて覚せい剤反応が陽性となった者の退院など、医療機関が対応策を考えるうえで、十分な法律の知識が求められる機会は多い。また薬物関連障害の治療では、他患者や医療スタッフに対する暴力行為などが問題となることが多いが、これに対する医療機関の対応を判断する際にも、法律に関する知識・理解が必要となる。しかしこうした法律に関する知識・理解は、医療従事者に広く知られているとはいいがたく、これが、一般精神科医療機関における薬物関連障害に対する抵抗感の一因となっているように思われる。本研究では、専門家会議、全国精神科医療機関調査、および法学者への意見聴取を通じて、薬物関連精神障害の治療過程における司法的問題を明らかにし、その対応指針を作成した。また、薬物関連精神障害の臨床では様々な場面で関わりを持つ警察官の職務に関してその根拠となる法令を整理し、医療従事者として警察官との適切な連携に寄与できる資料を作成した。

A. 研究の目的

薬物関連精神障害の臨床では、その様々な局面において司法的問題との関わりを避けることができない。医療機関受診以前の、警察官による保護、任意採尿、強制採尿はもとより、受診後には、麻薬及び向精神薬取締法（以下、麻向法）にもとづく届出義務、入院治療中の違法薬物の持ち込みや自己使用、通院治療過程における尿検査にて覚せい剤反応が陽性となった者への対応など、医療者に十分な薬事関連法に対する知識と理解が求められる場面が多い。そこには、犯罪を告発する義務と守秘義務を遵守して治療を提供する立場との相克があり、さらにいえば、同じ薬物関連精神障害でも、主に薬物中毒性精神病を非自発的入院で治療する場合と、薬物使用障害を自発的入院という形態で治療する場合とでは、対応が異なる可能性もあろう。

また薬物関連精神障害の臨床では、医療者は患者からの暴力・脅迫などの触法行為に相当する場

面に曝されることも多く、このことが、一般精神科医療機関において薬物関連障害の患者が忌避される理由の一部となっているようにも思われる。医療者は、そのような事態への対応に際して、薬事関連法以外の法律についても理解しておく必要があるがこうした問題行動への対応を担保する法的問題については、これまであまり扱われてこなかってこなかった。

本研究では、このように薬物関連精神障害の臨床で想定される、様々な場面における司法的問題を明らかにし、現状の法制度における薬物関連精神障害臨床の司法的対応指針を作成することを目的としており、最終的にはその研究成果が、一般の精神科医療従事者が抱える、薬物関連精神障害に対する抵抗感を多少とも減じることに寄与することを期待している。

さて、昨年度我々は、専門家会議において、薬物関連精神障害の臨床においてしばしば遭遇する司法的問題を抽出し、最大公約数的なコンセンサスを得るとともに、これらの見解について法学者に意見を求めた。そのうえで、抽出された問題に関して、全国の精神科医療機関を対象として実態調査をするために、アンケートを作成した。今年度は実際にアンケート調査を実施し、その結果を専門家会議の知見と比較・検討を通じて、現行法制度における薬物関連精神障害臨床の司法的対応指針を作成することを目的とした。

さらに今年度における我々の研究のもう1つの目的は、薬物関連精神障害の臨床では様々な場面で関わりを持つこととなる警察官の職務に関して、その根拠となる法令を整理することである。なかでも臨床において最も多く遭遇する薬物関連精神障害患者を保護する場面に関して、精神科医療従事者が警察官の職務とその限界を理解しておくことは重要である。こうした点について十分な知識と理解を持つことは、医療サービスの提供者として警察官との適切な連携に寄与するものと期待される。

B. 研究方法

今年度、我々の分担研究は二つの異なる方法論によって行われた。

1. 研究（1）の方法

昨年度、我々はわが国の薬物依存症臨床を代表する専門家として、公的な薬物依存症専門医療機関の医師を招聘し、専門家会議を開催した。その会議では、わが国の薬物関連精神障害の臨床において問題となることが多い司法的問題と対応のあり方について整理を行うとともに、それらの知見に関して法学者による立場からの意見を得た。さらに、その整理にもとづいて、全国調査に用いるアンケートを作成した。

アンケートの送付先は、平成16年度厚生労働科学研究「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（主任研究者 和田 清）」における研究協力者尾崎 茂の分担研究「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」のなかで、全国1,658施設のうちアンケートの回答が得られた75施設とした。アンケートを送付した75医療機関の内訳は、民間45（60.0%）、国立・独立行政法人国立病院機構 14（18.7%）、都道府県立7（9.3%）、市町村立2（2.7）であった。送付されたアンケートは、各医療機関の代表者1名によって記入していただき、分担研究者のもとに返送することとした。

返送された結果は集計され、昨年度の研究成果である専門家会議における最大公約数的なコンセンサスと法学者の意見との比較・検討を行った。

2. 研究（2）の方法

刑法学を専門とする研究協力者（城西大学 柑本美和）に、警察官が薬物関連精神障害者の保護、ならびに強制採尿施行に際して、警察官の行動の根拠となる法令を整理してもらった。

C. 結果

1. 研究（1）の結果

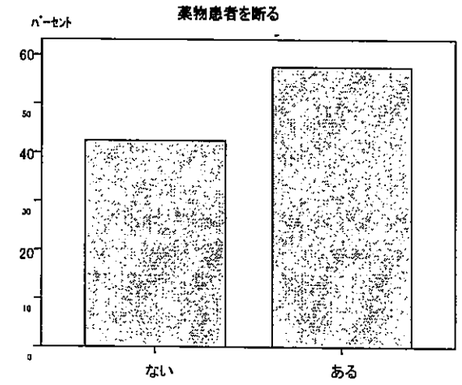
アンケートを送付した75施設の精神科医療機関のうち、34施設からアンケートの返送があった（回収率45.3%）。この34施設の内訳は、民間19（55.9%）、国立・独立行政法人国立病院機構 4（11.8%）、都道府県立6（17.6%）、市町村立0（0%）であった。

以下に、アンケートの結果を質問項目ごとに提示したい。

① 全施設に対する質問

他施設から薬物関連障害患者の通院もしくは入院治療を、空床がないという病棟運用の問題以外の理由から断ることはあるか。

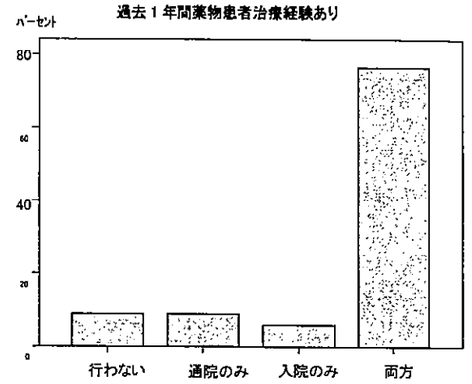
42.4%の施設が、「断ることがある」と答えていた。断った理由としては、「治療設備・治療プログラム・治療技術がない・マンパワー不足」といった人的資源および専門的治療体制の不備、ならびに、「患者本人に断薬の意思がない、治療の意欲がない場合」「施設における規則遵守に同意が得られない、尿検査の同意が得られない場合」などの治療契約上の問題を挙げる施設が多かった。ごく一部で、「ただちに急性期症状があるうちが依存症治療のゴールデンタイムであり、ただちにDARCにつなげたいから」、あるいは、「薬物関連精神障害患者はトラブルを起こす人が多いから」という理由が認められた。



② 薬物関連障害の通院治療に関する質問

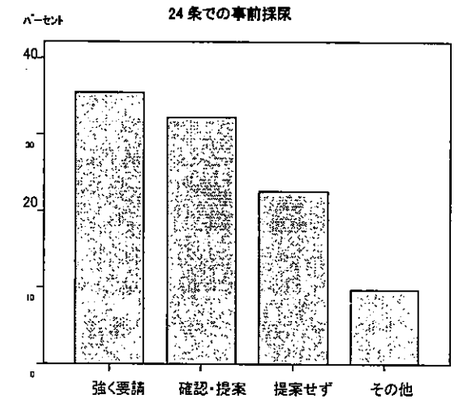
昨年度1年間、薬物関連障害（急性薬物中毒性精神病、慢性薬物中毒性精神病、薬物使用障害など）の患者に対して、「通院」もしくは「入院」治療を行ったか。

「行わない」8.8%、「通院のみ行った」8.8%、「入院のみ行った」5.9%、「入院・通院いずれも行った」76.5%であり、回答した施設のほとんどに（34施設中31施設）、何らかの薬物関連精神障害の治療経験があると考えられた。



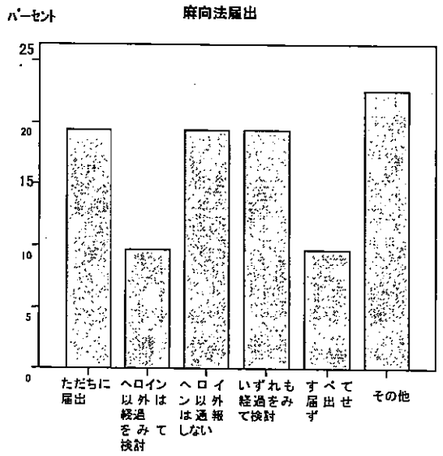
以下は、「通院もしくは入院治療を行った」と回答した31施設を対象とした質問である。

24条通報もしくは警察官の依頼によって薬物関連障害患者の診察をする場合、事前採尿による覚せい剤検査についてどのような対応をとることを原則としているか。



「警察に事前採尿の実施を強く要請する」が35.5%、「事前採尿実施の確認・提案はするが、実施については警察官にゆだねる」が32.3%、「事前採尿実施に関する提案はしない」が22.6%、「その他」が9.7%であった。事前採尿に対する考え方は施設ごとに様々であるものの、多くの施設でその要請もしくは提案・確認を行う傾向が認められた。

DSM-IVにおける「乱用」もしくは「依存」の基準を満たす、麻薬および向精神薬取締法による届け出対象薬物（ヘロイン、LSD、MDMA、コカイン、大麻など）の乱用者への対応は?



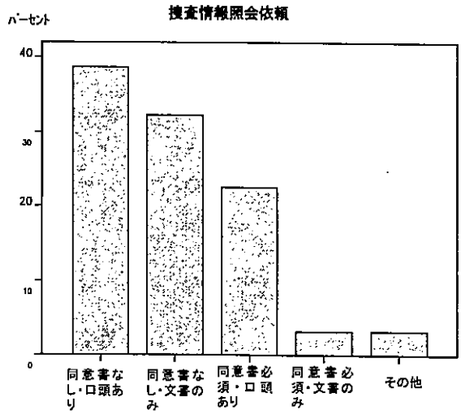
「ただちに都道府県薬務課に届け出をする」が19.4%、「ヘロインなどの狭義の麻薬に関してはただちに届け出を行うが、他の薬物については治療経過をみてから届け出の是非を検討する」9.7%、「ヘロインなどの狭義の麻薬に関してはただちに届け出を行うが、他の薬物については原則として通報しない」が19.4%、「いずれの対象薬物に関しても、治療経過をみてから届け出の是非を検討する」が19.4%、「原則としていっさい通報しない」が9.7%、「その他」が22.6% であった。

麻向法届け出に関しても、施設ごとにその考え方が異なっており、ヘロインのような狭義の麻薬とMDMAや大麻とでは対応を変えている施設、あるいは、治療経過によって個別的に対応している施設が目立った。また、全く通報しないと回答した施設では、その「麻薬中毒の基準が明らかではない」という理由が付記されているものが複数認められた。

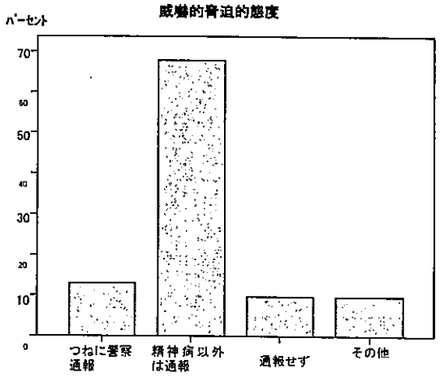
通院・入院中の薬物関連障害患者に関する、警察から捜査情報照会依頼への対応は?

「患者本人の同意書がなくとも回答し、緊急性が高ければ口頭でも行う」が38.7%、「患者本人の同意書がなくとも回答し、つねに文書で回答する」が32.3%、「患者本人の同意書があることが必須であり、緊急性が高ければ口頭でも行う」が22.6%、「患者本人の同意書があることが必須であり、つねに文書で回答する」が3.2%、「その他」が3.2%であった。

口頭回答を認めるか否かにかかわらず、71%の施設が、警察からの捜査情報照会には、患者本人の同意がなくとも回答していた。



外来における薬物関連障害患者の医療スタッフに対する威嚇的・脅迫的な態度への対応は?



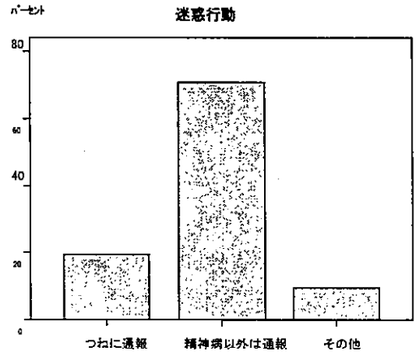
「社会内で行われれば通報に相当する行為であれば、つねに警察に通報する」が12.9%、「社会内で行われれば通報に相当する行為であり、かつ精神病症状の影響によらない行動であると判断した場合には警察に通報する」が67.7%、「原則として警察には通報しない」および「その他」が6.7%であった。

精神病症状の影響の有無に関する判断は別にすれば、8割あまりの施設は、社会内で行われれば通報に相当する行為であれば、警察への通報をすべきであると考えていた。

通院する薬物関連障害患者の、院内における迷惑行動（院内に居座って帰らない、夜間敷地内侵入など）への対応は?

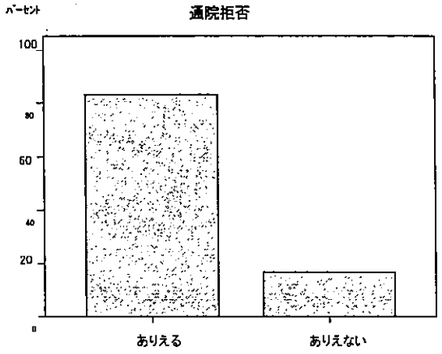
「社会内で行われれば通報に相当する行為であると判断した場合には、つねに警察に通報する」が19.4%、「社会内で行われれば通報に相当する行為であり、かつ精神病症状の影響によらない行動であると判断した場合は警察に通報する」が71.0%、「原則として警察には通報しない」が0%、「その他」が9.7%であった。

ここでも前項と同様に、精神病症状の影響の有無に関する判断は別にすれば、9割あまりの施設は、社会内で行われれば通報に相当する行為であれば、警察への通報をすべきであると考えていた。



問題行動・迷惑行動をくりかえす薬物関連障害患者に対する通院拒否について

「ありえる」という施設が83.3%、「ありえない」という施設が16.7%であり、大多数の施設が、一定の条件を満たせば、通院治療を拒むこともありうると考えていた。



「ありえる」という施設が83.3%、「ありえない」という施設が16.7%であり、大多数の施設が、一定の条件を満たせば、通院治療を拒むこともありうると考えていた。

「ありえる」と答えた理由については、複数以上の施設で、以下のようなものがあげられていた。

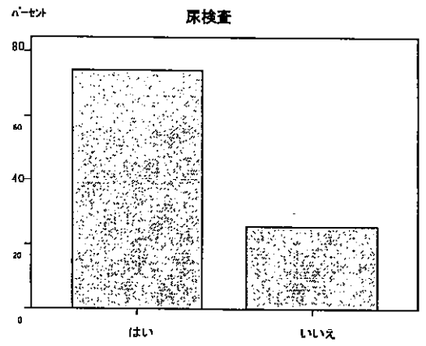
- 問題行動、迷惑行動をくりかえし、治療関係が成立しないと判断した場合
- 治療意欲がない場合、他人に著しい迷惑をかけ続ける場合
- 他患者や職員に対する威嚇的・強迫的言動、粗暴行為が見られる場合
- 治療方針に従わない場合
- 薬物の持ち込みがあった場合
- 他患者に薬物を譲渡するなど、他患者への悪影響が見られる場合
- 病院の診療・業務妨害にあたる迷惑行動が見られる場合

また、1つの施設であげられていた理由としては、以下のものがあった。

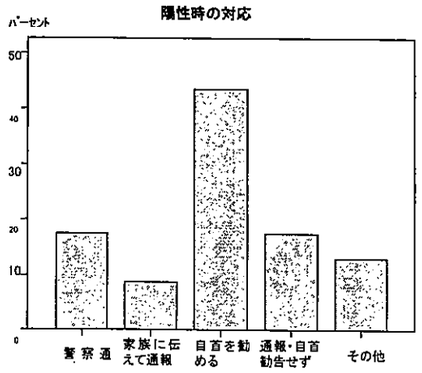
- 自施設の治療能力を超えており、より専門的な診療が必要であると考えられた場合
- 入院費の滞納、ならびに返済の意志がない場合

通院する薬物関連障害患者に対する尿覚せい剤反応検査の実施について

「はい」と答えた施設が 74.2%、「いいえ」と答えた施設が 25.8%であり、多くの施設が、外来通院患者に対する尿検査による覚せい剤反応を実施していた。

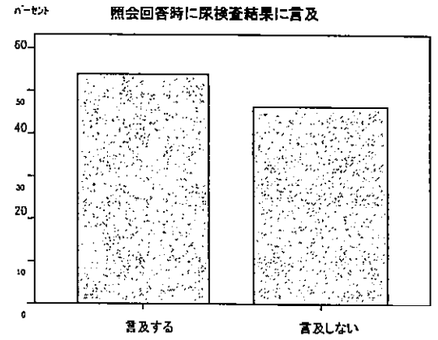


尿検査において覚せい剤反応が「陽性」と出た場合の対応は?



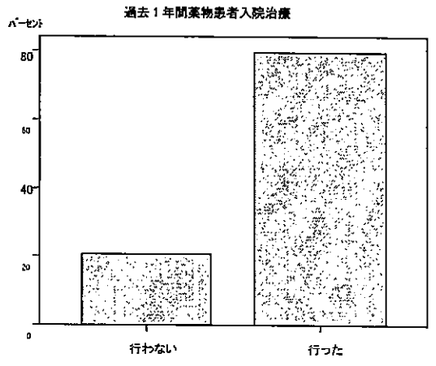
「警察に通報する」が 17.4%、「家族などに伝えて通報を依頼する」が 8.7%、「本人に自首を勧める」が 43.5%、「通報や自首の勧告などはしない」が 17.4%、「その他」が 13.0%であり、7 割程度の施設が、司法的対応をとる、もしくは提案するべきと考えていた。

また、「本人に自首を勧める」「通報や自首の勧告などはしない」と答えた施設のうち、53.8%が、警察からの捜査情報照会依頼に際しては、「覚せい剤反応陽性という尿検査結果に言及する」と答えていた。



③ 薬物関連障害の入院治療に関する質問

昨年度 1 年間に、薬物関連障害（急性薬物中毒性精神病、慢性薬物中毒性精神病、薬物使用障害など）の患者に対する入院治療を行ったか。



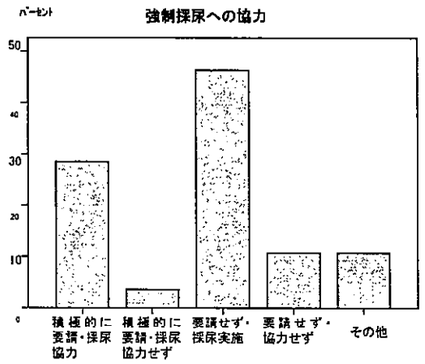
「行った」と答えた施設が 79.4%であり、34 施設中 27 施設が薬物関連障害の入院治療を経験していた。

以下は、「薬物関連障害の入院治療を行った」と答えた 27 施設に対する質問である。

警察から依頼される、薬物関連障害患者に対する「強制採尿への協力要請」について。

「積極的に強制採尿を要請し、採尿処置についても協力する」が 28.6%、「積極的に強制採尿を要請するが、採尿処置については自施設では協力しない」が 3.6%、「強制採尿を要請することはないが、令状があれば採尿処置についても協力する」が 46.4%、「強制採尿を要請せず、令状があっても採尿処置についても自施設では協力しない」が 10.7%、「その他」が 10.7%であった。

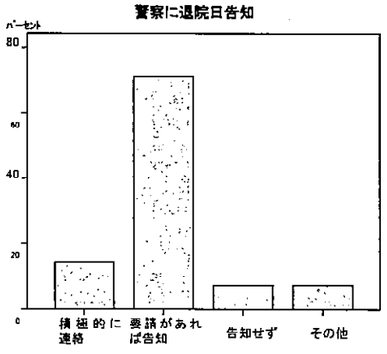
強制採尿を積極的に要請する施設が約 3 割であるのに対し、半数近くの施設は、法的な手続きをふまえた警察からの要請に応えるという、いわば受動的な形で強制採尿に協力すべきと考えていた。



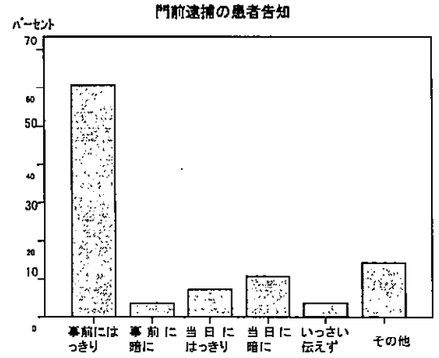
入院前の尿検査における覚せい剤反応陽性患者の退院日を、警察に教えるか否か。

「積極的に警察に連絡して退院日を教える」が 14.3%、「警察から要請があれば教える」が 71.4%、「警察から要請があっても教えない」および「その他 」が各 7.1%であった。

多くの施設は、自施設から教えることはないが、警察からの要請があればそれに協力すると考えていた。



入院前の尿検査における覚せい剤反応陽性患者に対して、退院直後の、いわゆる「門前逮捕」の可能性を伝えるか否か。



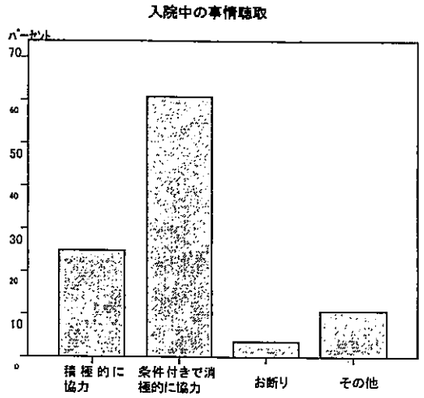
「事前にはっきりと伝える」が 60.7%、「事前に暗に伝える」が 3.6%、「退院日当日にはっきりと伝える」が 7.1%、「退院日当日に暗に伝える」が 10.7%、「いっさい伝えない」が 3.6%、「その他」が 14.3%であった。

6 割あまりの施設が、いわゆる「門前逮捕」の可能性を事前に明確に患者本人に伝えるべきと考えていた。

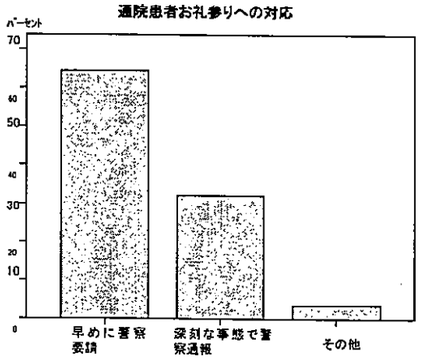
入院中の薬物関連障害患者の、薬物関連犯罪以外の事件に関する、警察からの事情聴取依頼への対応について。

「積極的に協力する」が 25.0%、「いくつかの条件つきで（例：病棟内ではなく、外来エリアで実施、短時間のみ実施、病状安定後に実施など）、協力する」が 60.7%、「入院治療中の事情聴取はいっさいお断りする」が 3.6%、「その他」が 10.7%であった。

多くの施設が、病状さえ許容できる状態であれば、警察の事情聴取には協力すべきであると考えていた。



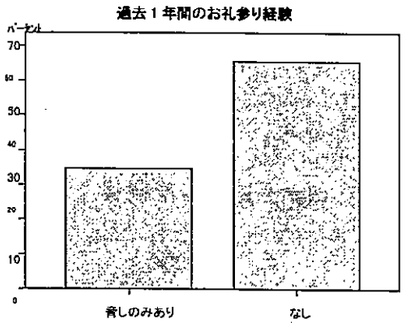
退院して現在通院中の薬物関連障害患者が、いわゆる「お札参り」を目的として病院にやってきた場合の対応について



「多少とも危険を感じた時点で早めに警察に通報する」と答えた施設が 64.3%、「深刻な事態を生じた時点で警察に通報する」と答えた施設が 32.1%、「できるかぎり警察に頼らずに対応する」と答えた施設が 0%、「その他」が 3.6%であった。警察を要請することはないと答えた施設はなく、警察通報を判断する状況に差が見られるだけであり、6 割以上の施設は早い段階での警察通報が必要と考えていた。

なお、昨年度 1 年間における、いわゆる「お礼参り」などの迷惑行為やその脅しを受けた経験については、「実際に迷惑行為を受けた経験がある」と答えた施設はなかったが、「その脅しを受けた」と答えた施設が 34.6%認められた。

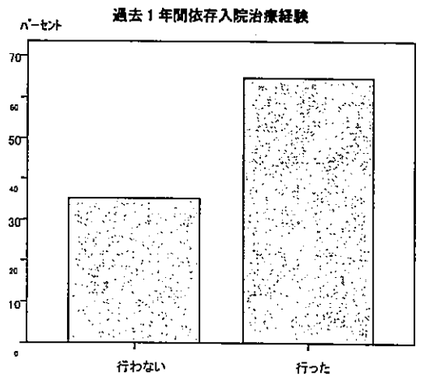
また、いわゆる「お礼参り」による事故を防ぐために心がけていることや対策・工夫については、「高圧的な管理をしない」「日頃からのコミュニケーションを十分にとる」「患者が『お礼参り』を考えているという噂を耳にしたら、早急にその患者と話し合う場を持つようにする」などがあげられていた。



④ 薬物使用障害（薬物乱用・依存）の入院治療に関する質問

昨年度 1 年間に、薬物使用障害（薬物乱用・依存）の治療を目的とする「入院」治療を行ったか。

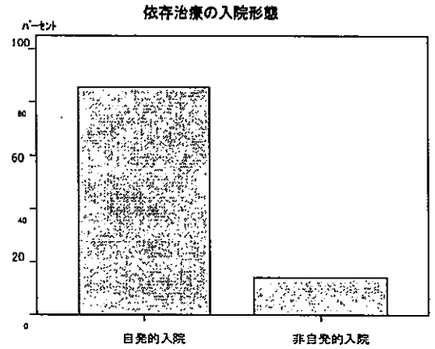
「行った」と答えた施設が 64.7%に認められ、34 施設中 22 施設に薬物使用障害に対する入院治



療の経験があった。

以下は、薬物使用障害に対する入院治療を「行った」と答えた 22 施設に対する質問である。

薬物使用障害の入院治療に際しての入院形態について

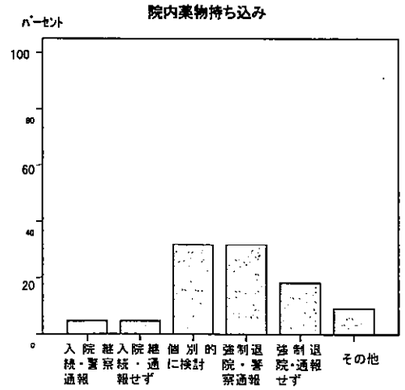


85.7%の施設が、原則として「自発的入院（任意入院）」で行うと答え、非自発的入院（医療保護・措置入院）」と答えた施設は 14.3%に止まった。多くの施設が主体的な治療意欲を重視した入院治療を行っていると考えられた。

入院中の薬物使用障害患者が、意図的に病院内に違法薬物を持ち込んだ場合の対応について。

「入院治療継続かつ警察通報」が 4.5%、「入院治療継続かつ通報せず」が 4.5%、「入院継続および通報については個別的に検討」が 31.8%、「強制退院かつ通報」が 31.8%、「強制退院かつ通報せず」が 18.2%、「その他」が 9.1%であった。

違法薬物を意図的に持ち込んだ患者に対しても、つねに入院治療を継続するという施設は少数であり、約半数の施設は、原則として強制退院とするべきと考えていたが、警察通報の是非について意見が分かれた。



入院中の薬物使用障害患者が、意図的に病院内で違法薬物譲渡・売買をした場合の対応について。

「入院継続かつ警察通報」が 4.5%、「入院継続かつ通報せず」が 0%、「個別的に検討」が 9.1%、「強制退院かつ警察通報」が 54.5%、「強制退院かつ通報せず」が 18.2%、「その他」が 13.6%であった。

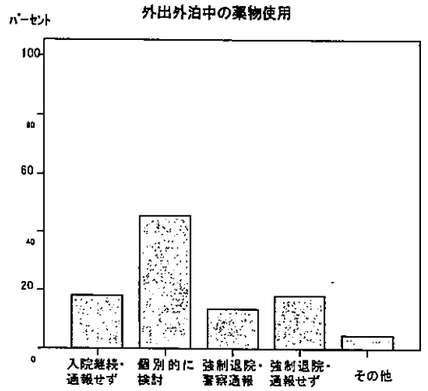
半数以上の施設は、入院治療を中断し、警察に通報することを原則としていた。

入院中の薬物使用障害患者が、外出・外泊中に違法薬物を使用した場合の対応について。

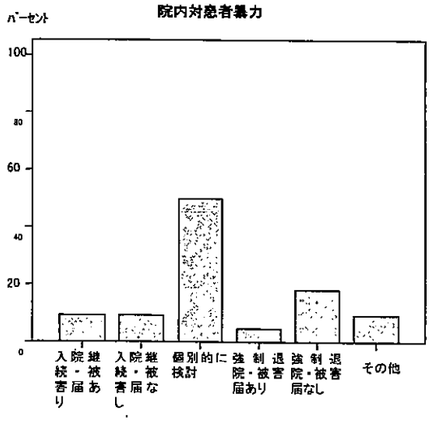
「入院継続かつ警察通報」は 0%、「入院継続かつ通報せず」が 18.2%、「個別的に検討」が 45.5%、「強制退院かつ警察通報」が 13.6%、「強制退院かつ通報せず」が 18.2%、「その他 」が 4.5%であった。

この場合の対応については、意見が分かれた。「原則として警察に通報すべきである」と考える

施設は少数であり、多くの施設は治療的な観点から個別的に検討すると考えていると推測された。



入院中の薬物使用障害患者が、他患者に対して暴力行為を行った場合の対応について。



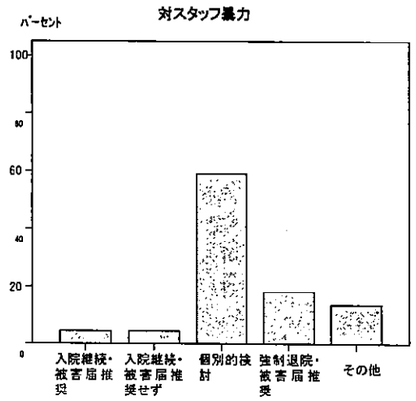
「入院継続かつ施設から被害届を出す」が 9.1%、「入院継続かつ施設からは被害届は出さず（被害者が被害届を出すことはありえる）」が 9.1%、「個別的に検討」が 50.0%、「強制退院かつ施設から被害届を出す」が 4.5%、「強制退院かつ施設からの被害届なし（被害者が被害届を出すことはありえる）」が 18.2%、「その他」が 9.1%であった。

この場合の対応も意見が分かれ、個別的に検討するという意見が半数を占めた。

入院中の薬物使用障害患者が、医療スタッフに対して暴力行為を行った場合の対応について。

「入院継続かつ被害スタッフによる被害届を積極的に勧める」が 4.5%、「入院継続かつ被害スタッフによる被害届を勧めない」が 4.5%、「個別的に検討する」が 59.1%、「強制退院かつ被害スタッフによる被害届を積極的に勧める」が 18.2%、「強制退院かつ被害スタッフによる被害届を勧めない」は 0%、「その他」が 13.6%であった。

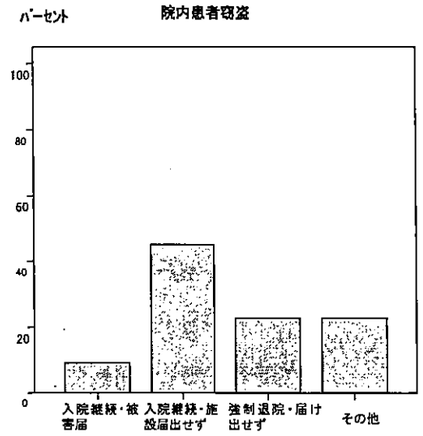
この場合の対応も意見が分かれ、個別的に検討するという意見が半数以上を占めた。



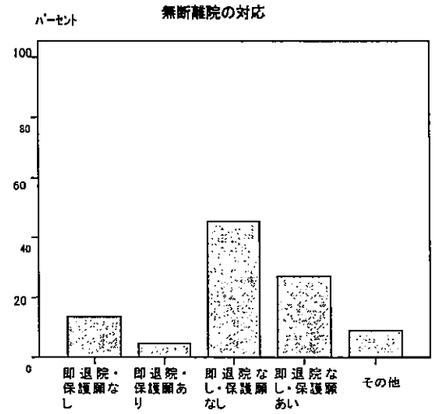
入院中の薬物使用障害患者が、他患者の持ち物を盗んだことが明らかになった場合の対応について。

「入院継続かつ施設から被害届を出す」が 9.1%、「入院継続かつ施設からの被害届なし（被害者が被害届を出すことはありえる）」が 45.5%、「強制退院かつ施設から被害届を出す」が 0%、「強制退院かつ施設からの被害届はなし（被害者が被害届を出すことはありえる）」は 22.7%、「その他」が 22.7%であった。

窃盗行為の被害届に関しては、被害患者の意思に委ねている施設が多く、入院継続の是非については各施設における規則に依拠して判断される傾向がみられた。



入院中の薬物使用障害患者が、無断離院をした場合の対応について。



「その時点でただちに退院とし、施設として保護願を出すこともない（家族・保護者に捜索願を出すことを勧めることはありえる）」が 13.6%、「その時点でただちに退院であるが、施設として保護願は出す」が 4.5%、「ただちに退院とはならないが、施設として保護願を出すこともない（家族・保護者に捜索願を出すことを勧めることはありえる）」が 45.5%、「ただちに退院とはならず、施設として保護願も出す」が 27.3%、「その他」が 9.1%であった。

無断離院をただちに退院とする施設は少数であったが、施設として保護願いを出すか、あるいは家族・保護者にその責任を委ねるかでは多少意見が分かれるように思われた。

入院中の薬物使用障害患者を強制退院とする際の理由について

以下の項目について、「強制退院の理由となる」と答えた施設の割合をそれぞれ提示したい。

(1) 他患者への暴力行為：54.5%
(2) 他患者への威嚇的・脅迫的態度:31.8%
(3) 医療スタッフへの暴力：54.5%
(4) 医療スタッフへの威嚇的・脅迫的態度：31.8%
(5) 院内施設・物品の損壊行為：45.5%
(6) 他患者の持ち物の窃盗行為：40.9%
(7) 院内での飲酒：50.0%
(8) 院外での飲酒：18.2%
(9) 院内への酒類持ち込み：31.8%
(10) 院内での薬物使用：59.1%
(11) 院外での薬物使用：22.7%
(12) 院内への薬物持ち込み：59.1%
(13) 異性問題（院内での性的行為）：27.3%
(14) 治療プログラム不参加や治療意欲の乏しさ：22.7%
(15) 院内での賭け事：27.3%

（下線は過半数以上の施設で強制退院の理由となるもの）

強制退院の理由としての追加事項には、上記の他に、「金銭の貸し借り」「寝たばこなどの危険行動をくりかえす」などの行動があげられていた。また、それぞれ 1 施設の回答であるが、「上記の行動 1 回では退院の理由とならないが、くりかえせば強制退院となりうる」という意見、さらには、「原則として強制退院させない」という意見があった。

通院中の薬物使用障害患者が薬物を再使用し、その結果、自ら入院を希望している場合、病床状況以外の理由から、入院をお断りすることはあるか。

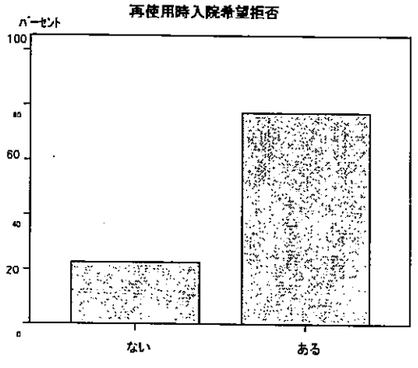
「ある」と答えた施設が 77.3%であり、多数の施設が患者の行動特性やこれまでの経緯から入院治療を断ることがありうると考えていた。

そのような対応をする状況としては、以下のような場合が複数の施設であげられていた。

- 断薬の意欲が乏しく、努力せずにスリップをくりかえしている場合
- 過去にその患者から多大な被害をこうむった患者が入院治療中である場合
- 強制退院に当たる問題行動があった場合
- 過去に入院治療を受けた際に問題行動（他患者・職員への脅迫・暴力、異性問題、金銭トラブル、窃盗、他患者の扇動などの悪影響）がみられた患者である場合
- 治療方針に関する同意が得られない場合
- 薬物を止めるために必ずしも入院が必要ではない、逃避的・責任回避的な意図がある場合（司法的処分を回避するための入院希望

1 つの施設からの回答としては、以下のような場合があげられていた。

- 入院費の滞納、ならびに返済の意志がない場合



3）研究（1）の小括と考察――専門家会議のコンセンサスと全国調査結果の相違点、ならびに、ならびに法学者の意見との照合を中心に――

以上が、今年度実施したアンケート調査の結果である。この結果を、昨年度報告した専門家会議における最大公約数的なコンセンサス、ならびに法学者の意見と比較したものが、巻末に添付した表 1（通院治療に関する項目）および表 2（入院治療に関する項目）である。

ここで、研究（1）の小括として、専門家会議の見解、全国調査、および法学者の意見の異同について、調査項目ごとに検討しておきたい。

(1) 24 条通報などの警察経由の受診に際しての事前採尿の問題

専門家会議では、事前採尿に関して警察に確認・提案をしても、診察を引き受ける条件として医療機関から警察に強く要請するべきではないという意見で一致していたが、全国調査においては、35%の施設が事前採尿を強く求めると回答しており、若干の違いが見られた。

法学者によれば、警察に事前採尿を要請してもしなくても、いずれの場合も法的に抵触することはないということであり、いずれの立場も問題はないといえた。

(2) 通院患者に関する捜査情報照会への対応

専門家会議では、患者自身の同意書を必須とし、口頭での回答はできるだけ避けるべきとしていたのに対し、全国調査では 71%の施設が同意書を必須としないと回答し、口頭での回答についても 60%近くがありえると考えていた。

法学者によれば、刑事訴訟法 197 条第 2 項にもとづく照会であれば、同意書は不要であり、回答の方法も文書・口頭のいずれでも問題ないが、他方で、求められていない情報まで伝えることにより、患者から民事訴訟を提起される可能性があるとのことであった。

(3) 通院患者に対する尿検査の実施とその取り扱い

専門家会議では、尿検査の結果はあくまでも治療的に用いるという意見であった。しかし全国調査では、7 割程度の施設が直接通報したり、本人に警察出頭を促したり、その家族に通報を促したりというように、何らかの司法的対応をすると回答していた。尿検査の取り扱いについては、両者で大きな相違が見られた。

法学者の見解では、医師には患者の覚せい剤使用に関して通報する義務はないが、他方で、通報したとしても、守秘義務違反には当たらないとのことであり、いずれの立場も法的に問題ないとのことであった。

(4) 麻向法にもとづく規制薬物中毒者の届出に関する問題

麻向法第 58 条第 2 項にもとづく「麻薬中毒者」の届出に関しては、専門家会議と全国調査のいずれでも一致した意見はなく、それぞれの施設もしくは医師がそれぞれの見解にもとづいて判断していると推測された。

法学者によれば、麻薬中毒者と診断した以上は、医師はすみやかに届出を行う義務があるが、その一方で、何を持って「麻薬中毒者」と診断するかに関しては医師の裁量権が大幅に認められているという。したがって、届出しないという選択肢も、「自分はまだその患者を麻薬中毒とは診断していない」という主張によって、法的な問題に抵触しないこととなろう。

(5) 医療スタッフに対する威嚇・脅迫・暴力

専門家会議、全国調査のいずれにおいても、社会内において犯罪と見なされる行為――精神病症状によるものか否かに関する議論はあったが――があれば、警察に通報するという点で一致していた。法学者の立場から見ても、こうした対応に問題はないとのことであった。

(6) 外来待合室における規制薬物の使用・所持・譲渡・売買

専門家会議と全国調査のいずれの見解も、警察に通報するというものであった。法学者も、診察室内での治療関係における供述というよりも公共性の高い事柄であるという理由から、通報することに何らの問題もないと指摘していた。

ただし、これをもって通院を拒否するという点については、医師の応召義務との兼ね合いから、慎重な検討が必要である。

また、多くの場合は、外来待合室における規制薬物の使用・所持・譲渡・売買といった問題は、あくまでも患者内の噂に止まり、明らかな証拠がないものであり、こうした場合の対応に関して専門家会議の見解は、「警告・注意にとどめる」というものであった。

(7) 院内における薬物関連犯罪（規制薬物の使用・所持・譲渡・売買）

専門家会議の見解は、規制薬物に限らず、アルコールを含めた一切の依存性物質の意図的な持ち込みは強制退院の理由となり、そうした持ち込み患者がただちに再入院することも認めないというものであった。通院も含めて禁止とするか、一定期間後の再入院を認めるかについては、個別的に主治医が判断する。持ち込み患者に関して、病院から通報するか、患者の保護者が通報するかについても、主治医が個別的に判断するというものであった。

全国調査においては、約半数の施設が、違法薬物を意図的に持ち込んだ患者は原則として強制退院とすると回答していたが、警察通報の是非について意見が分かれた。譲渡・売買については、半数以上の施設は、入院治療を中断して警察に通報するべきであると考えており、専門家会議とは若干異なる見解であった。

こうした見解に対して法学者は、警察への通報は何ら法的な問題はないものの、これらの問題をもって強制退院とした場合の問題については、入院形態との関係および医師の応召義務との関係で別の検討が必要となると指摘していた。

(8) 外出・外泊中の規制薬物の自己使用

専門家会議の見解は 2 つに別れた。1 つは、「スリップ」と見なして、治療動機を深める好機として、再度治療を継続するチャンスを与えるという対応であり、もう 1 つは施設内の使用と同様、入院治療を中止する根拠とする考えであった。いずれの場合にしろ、警察通報という対応はなかった。全国調査の結果もそれと大きく矛盾しないものであり、治療的な観点から個別的に検討するという回答が最も多く、利用者の見解は概ね一致していると考えられた。

法学者の意見としては、入院中の施設外での規制薬物関連の違法行為について、通報してもしなくても問題ないとのことであった。ただし、これを根拠に強制退院とすることについては、入院形態ならびに医師の応召義務との関係から、別の検討が必要とのことであった。

(9) 院内における薬物関連犯罪以外の犯罪行為（暴力犯罪・財産犯罪など）

専門家会議と全国調査のいずれでも、暴力に対する対応は意見が分かれていた。強制退院によって入院治療を中止するかどうか、また、病院から警察への通報を行うか、それとも、被害者が被害届を出すかどうかに委ねるかについては、多くの施設が個別的に検討すると回答していた。暴力に比べると、窃盗については比較的一定した見解であり、病院から通報するのではなく、被害者が被害届を出すか否かに委ね、原則として強制退院とする見解が多く見られた。

、法学者の意見としては、患者の病状と関係のない刑罰法令に触れる行為ならば、警察に通報すべきであるとのことであったが、強制退院の問題についてはやはり入院形態との関係、医師の応召義務との関係で検討を要するとのことであった。

(10) 無断離院への対応とその際の医療施設の責任

任意入院患者の無断離院と保護願に関して、専門家会議と全国調査で見解が異なった。専門家会議では、無断離院をもってただちに退院とし、病院から保護願を出すことはなく、数時間経過しても居場所が不明である場合には、保護者に捜索願を出すように要請する意見という意見が多かった。しかし、全国調査では、無断離院をただちに退院とする施設は少なく、また、病院として保護願を出すという施設も少なくなかった。

このいずれが妥当なものであるかについて、法学者に意見を求めたところ、その見解は全国調査の結果が妥当であることを示唆するものであった。その理由は以下のようなものであった。「患者に自傷他害のおそれがない場合、警察に捜索依頼を行わなくても違法ではないが、他害事件がおきた場合、民事訴訟で敗訴する可能性がある。患者が家に帰ったなど行先がはっきりしている場合は別として、そうでなければ、一度入院患者として引き受けた以上、病院は途中で放り出さずに面倒を見るべきであり、警察へ捜索依頼を行うべきである。したがって、任意入院の患者であっても、無断離院＝退院とするべきではない」。

(11) 強制採尿への協力

専門家会議の見解は、「警察に積極的に強制採尿を求めることはないが、警察から礼状を持って協力を求められれば、これに協力する」というものであった。全国調査においては、約半数の施設が専門家会議と同様の意見であったが、その一方で約3割の施設が、「強制採尿を積極的に要請する」と回答したことは注目すべき結果であると考えられた。

法学者によれば、強制採尿に協力するかどうかは、司法警察に協力することが望ましいが、最終的な決定は医師の裁量に任されているとのことであった。

(12) 覚せい剤陽性反応者の退院時連絡（「いわゆる門前逮捕」の場合）

専門家会議と全国調査のいずれも、警察から「退院日を教えて欲しい」という要請があれば教える、という意見で一致していた。ただし、患者本人に退院後に「門前逮捕」の可能性があることをいかにして伝えるかについては、若干の違いがあり、「事前に明確に伝える」という回答は全国調査において多く見られた。

(13) 入院患者に対する警察の事情聴取

専門家会議と全国調査のいずれも、患者の同意があり、病状さえ許容できるものであれば、できるだけ協力すべきという意見であった。

なお、法学者によれば、任意の事情聴取に協力しなくとも問題はないとのことであった。捜査上の必要がある場合には、診療録などの提出命令、捜索・差押え令状が出されることとなるが、その場合でも医師には押収拒絶権がある。

(14) 退院患者の「お礼参り」への対応

専門家会議と全国調査のいずれにおいても、危険を感じた場合には早い段階での警察通報の必要があるという意見であった。また、専門家会議では、「お礼参り」の脅しに対しては、警察にパトロールを依頼する、万一の場合の対応について事前に警察に申し入れをしておくなどの対策をとっているとのことであった。

これについて法学者は、相手が患者であるか否かに関係なく、犯罪に相当する行為があれば、警察に通報すべきであるという意見であった。

(15) 強制退院について

専門家会議では、依存症治療の環境を破壊する行動をとることは原則として強制退院の理由とする意見が多かった。具体的には、暴力、窃盗、アルコール類・薬物の院内持ち込み、治療意欲が見られずプログラムに参加しない、病棟規則違反をくりかえす、あからさまな異性トラブルなどである。

一方、全国調査では、強制退院の理由となる問題行動に様々なばらつきが見られた。薬物使用障害の治療を行ったことがあるという施設の半数以上が「強制退院の理由となる」と回答した問題行動は、他患者・医療スタッフへの暴力、院内での飲酒・薬物使用、院内への薬物持ち込みであった。

なお、強制退院についての法学者の見解については、これまでも繰り返し述べてきたように、入院形態ならびに医師の応召義務との関係から、慎重な検討が必要とのことであった。

2. 研究（2）の結果

2）結果

柑本によれば、警察官が薬物関連精神障害者を保護する状況を想定した場合、その根拠となる法令には、以下の5つがあるという。

- 警察官職務執行法（以下、警職法）
- 酒に酔って公衆に迷惑をかける行為の防止等に関する法律
- 麻薬及び向精神薬取締法
- 精神保健福祉法
- 捜索願と保護願（家出人発見活動要綱にもとづく捜索と警職法、および警察法にもとづく保護）

柑本が、各法令に依拠した、警察官による薬物関連精神障害者の保護について整理・解説した資料1を本報告書の巻末に提示する。

なお、柑本には、上記の他に覚せい剤乱用者を疑った場合の強制採尿に関する法令に関する解説も行ってもらった。これについても、解説をしてもらった。

D. 考察

今年度の研究は、二つの部分から構成されていた。第一の部分は、昨年度、わが国の代表的な公的専門医療機関において薬物使用障害臨床に従事する専門家を招聘した会議で得たエキスパート・コンセンサスが、全国の精神科医療機関においてどの程度共有される見解であるのかを確認する意味から全国調査を実施し、最終的に臨床的、ならびに法的な観点から妥当な対応指針を示すことである。

第二の部分は、薬物関連精神障害の臨床における様々な局面――なかでも、患者の保護や任意ならびに強制採尿など――で関わることを避けがたい警察官の職務を理解するために、警察官の行動を担保する法律を整理し、薬物関連精神障害の支援にかかわる医療関係者にとって、有用な資料とすることである。

第二の研究については、巻末の資料1がそのまま本研究の成果となるので、ここでは、第一の研究を中心に議論することとしたい。

1. 専門家会議と全国調査結果の不一致点をめぐって

さて、昨年度・今年度の研究を通じて、薬物関連精神障害の臨床に関して、専門家会議における見解、全国の精神科医療機関における見解、さらに、それらの対応に関して法的観点からの意見を得ることができた。

その結果、他患者や医療スタッフに対する暴力行為、ならびに院内における薬物使用・所持・譲渡・売買への対応には、両者のあいだで特に目立った相違はなく、麻向法にもとづく届出に関する混乱も一致していることが確認された。た。けれども、その一方で、両者の見解にはいくつかの不一致点もあった。それらの不一致点を整理すると、以下のように列挙できると考えられた。

- 全国調査では、専門会議の見解に比して、薬物関連精神障害患者の診察に際しては、警察に強く事前採尿を要請するとする回答が多かった。
- 全国調査では、専門会議の見解に比して、外来で実施した尿検査にて覚せい剤反応が陽性であった場合、直接通報もしくは患者本人や家族に司法的責任をとるように促すとする回答が多かった。
- 全国調査では、専門会議の見解に比して、病院から警察に対して強制採尿を積極的に要請するという回答が多かった。

- 専門家会議の見解は、全国調査における回答に比して、警察からの捜査情報照会において患者本人からの同意書を求めることを必須とする傾向が見られた。
- 専門家会議の見解は、全国調査における回答に比して、患者を強制退院とする対応が目立った。
- 専門家会議の見解は、患者が無断離院した場合に、保護願を出さなかったり、そのまま退院としたりする対応が目立った。

以上をさらに端的に表現すれば、次のようにいいかえることも可能であろう。すなわち、専門家会議の見解は、患者との治療関係の維持を重視し、施設外での薬物使用に対して寛容である一方で、治療環境を守るために強制退院という対処をとることが多い。しかし、全国調査の多数意見は、警察の捜査協力に積極的な傾向が見られ、薬物使用に不寛容で司法的対応を求める一方で、強制退院という対応をとることが少ないというものである。

こうした相違は、一見すると、薬物使用障害を主たる治療対象とする専門医療機関と薬物中毒性精神病性障害を主たる治療対象とする一般精神科医療機関との対応の違いによるものとも思える。現在、国際的な薬物使用障害の治療に関する実証的な指針としては、治療施設における尿検査の結果はあくまでも治療的な利用にかぎり、再使用そのものよりは治療から離脱してしまうことを回避し、少しでも長く患者を通院治療の場にとどめ置くことが必要であることが指摘されている。その意味で、治療関係の維持に努め、治療阻害的な問題行動に関して一定の限界を提示しながらも、薬物使用に関しては司法的な対応よりも治療的な対応を重視するという専門家会議の見解は、薬物使用障害の治療モデルに合致するものと思われる。

けれども、ここで考慮する必要があるのは、全国調査の対象となった医療機関は、尾崎による「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」に回答した医療機関であるということである。回答があったということ自体で一定のバイアスがかかっていると考えられ、比較的熱心に薬物関連精神障害の治療に従事している医療機関である可能性が高い。現に、アンケートの回収ができた34施設のうち、約80%の施設が1年間に薬物関連精神障害患者の入院治療を行い、約65%が薬物使用障害を標的とした入院治療を経験している。また、この薬物使用障害を標的とした治療経験のある施設の85.7%が、自発的入院（任意入院）によってその治療を行っていた。こうした事実を考慮すれば、全国調査で見られた一連の特徴は、薬物使用障害の臨床に伴う様々な困難に対する工夫を反映したものである可能性がある。

いずれにしても、我々は、昨年度および今年度の研究結果にもとづいて、薬物関連精神障害の臨床における、司法的問題への対処指針を提示することができる。しかも、その指針には、法的問題に抵触しない「基本的対応」と、「自発的な治療意欲に依拠した薬物使用障害の治療構造」において推奨される対応（以下、推奨される対応）」という2種類のモデルを提示することができると考えた（表3，4）。

以下に、調査項目にしたがって、その2種類の指針を示し、本研究結果の考察としたい。なお、ここでの推奨される対応とは、今回の研究結果にもとづいて、分担研究者が考えた薬物使用障害臨床の理想的なあり方が含まれたものであることを断っておく。

2. 薬物関連精神障の臨床における司法的問題への対処指針

(1) 24条通報などの警察経由の受診に際しての事前採尿の問題

・**基本的対応**：事前採尿を要請しても、法的に抵触することはない。

・**推奨される対応**：事前採尿を提案したり、実施の有無を確認してもよいが、診察を引き受ける条件として強く要請するのは、医療機関として妥当ではない。あらかじめ医療機関・保健所・警察とのあいだで何らかのガイドラインを策定しておくとよい。

(2) 通院患者に関する捜査情報照会への対応

・**基本的対応**：同意書の有無にかかわらず回答してよい。回答は文書・口頭のいずれでもよいが、あくまでも必要な事項にとどめ、聞かれてないことまで回答してはならない。

・**推奨される対応**：できるかぎり同意書をふまえた上で文書にて回答すべきであるが、緊急性の高い場合にはそのかぎりではない。いずれの場合でも、質問された事項に関してのみ回答するように心がける。

(3) 通院患者に対する尿検査の実施とその取り扱い

・**基本的対応**：尿検査による覚せい剤反応が陽性であった場合、通報しても違法とはいえない。また、捜査情報照会依頼において、「最近の覚せい剤使用状況」に関する質問があれば、これに回答することは問題ない。

・**推奨される対応**：薬物使用障害の治療においては、尿検査の結果はあくまでも治療的に利用されるべきである。捜査情報照会依頼においては、「最近の覚せい剤使用状況」に関する質問があれば、回答することに問題ない。

(4) 麻向法にもとづく規制薬物中毒者の届出に関する問題

・**基本的対応**：何をもって「麻薬中毒者」と診断するかは、医師の裁量に任されており、このことは乱用薬物の種類には特に関係がない。ただし、ひとたび「麻薬中毒者」と診断した以上は、すみやかに都道府県薬務課に届け出るべきである。

・**推奨される対応**：麻向法における「麻薬中毒」の概念は、1）慢性中毒（=依存の状態）を指しており、2）慢性中毒の診断に際しては、従来、薬物依存の診断において重視されてきた、耐性上昇、禁断（離脱）症状などの身体依存の症候を必ずしも伴うものではないことが付記されている。すなわち、麻薬中毒の診断には、急性中毒による精神病や身体依存は必須の症候ではなく、薬物使用を中心とした生活習慣を変えることが困難であるという、精神依存が重要であることを示している。したがって、麻向法の届出対象となる薬物はヘロインにかぎらないはずであるが、実際の運用実態は、自治体によって著しい差がある。現状では、あらかじめ自治体薬務課との話し合いを持ったうえで、届け出の基準を明らかにし、医療機関と薬務課とのあいだで一定の対応基準を共有しておく必要がある。

(5) 医療スタッフに対する威嚇・脅迫・暴力

・**基本的対応**：社会内において犯罪に相当する程度のものであれば、通報することには全く問題ない。

・**推奨される対応**：社会内において通報すべき行為であれば、病院内においても警察に通報すべきである。たとえば、精神病症状によらない職員に対する暴力については、被害者が被害届を出すことはもちろん、病院からの通報することによって、「暴力は認めない」という姿勢を示す必要がある。また、院内居座り、診療妨害、夜間敷地内侵入などの迷惑行為についても、指示に従わければ通報する。なお、威嚇・脅迫については、理由を聴取した上で個別的に検討する。

(6) 外来待合室における規制薬物の使用・所持・譲渡・売買

・**基本的対応**：警察に通報することに何ら法的な問題はない。

・**推奨される対応**：明らかな場面・証拠を発見次第、警察に通報する。授受・売買が疑われるが、証拠がない場合には、警告・注意にとどめる。なお、このような者の通院を断ることについては慎重な判断が必要である。初診時点での明確な契約を行うこと、さらには医療機関の側から、尿検査の実施や警察官の立ち寄りを依頼するなどして、治療環境をクリーンに保つ工夫をする必要があろう。

(7) 院内における薬物関連犯罪（規制薬物の使用・所持・譲渡・売買）

・**基本的対応**：警察に通報するか否かは医師の裁量による。ただし、これをもって強制退院としたり、今後の治療を拒否したりすることについては、事前の説明と契約が必要である。

・**推奨される対応**：治療環境をクリーンに保つという観点からいえば、規制薬物の持ち込みを強制退院とするのは妥当である。しかしその際には、事前の契約、退院後の他代替的な治療方法の提案が必要であろう。警察への通報に関していえば、治療関係維持の観点から個別的な検討を要するが、譲渡や売買については通報することで医療機関としての姿勢を明確にすべきかもしれない。

(8) 外出・外泊中の規制薬物の自己使用

・**基本的対応**：警察に通報するか否かは医師の裁

量による。ただし、これをもって強制退院としたり、今後の治療を拒否したりすることには慎重な検討を要する。

・**推奨される対応**：治療動機を深める好機として、再度治療を継続するチャンスを与えるという対応であり、もう1つは強制退院とする方法がある。ただし、強制退院については、医師の応召義務との関係で事前の文書による契約が求められよう。また、警察通報は、たんなる自己使用の場合には、警察への通報は、薬物使用障害の治療という観点から見たとき、治療関係阻害的なものとなる可能性は否めない。

(9) 院内における薬物関連犯罪以外の犯罪行為(暴力犯罪・財産犯罪など)

・**基本的対応**：病状と関係ない行為ならば、刑罰法令に触れる行為をした場合には、警察に通報してよい。ただし、強制退院の問題については、入院形態との関係、医師の応召義務との関係で慎重な検討が必要となる。

・**推奨される対応**：病状と関係ない行為ならば、刑罰法令に触れる行為をした場合には、警察に通報してよい。治療環境を非暴力的なものに保つ、という病院側の意向を明確にするために、被害者の意向とは別に、病院として通報するという態度もありえると考えられる。なお、これにもとづく退院の決定については、事前の説明と文書にもとづく契約が求められるであろう。

(10) 無断離院への対応とその際の医療施設の責任

・**基本的対応**：患者の行き先が明らかでない場合には、病院から保護願をだすべきである。また、退院の決定については、患者の居場所が明らかとなり、その安全が確認されてからとすべきである(本人が医療機関に戻ってくる必要はない)。

・推奨される対応：同上。

(11) 強制採尿への協力

・**基本的対応**：強制採尿を要請しても、また、強制採尿に協力しなくとも法的には問題ない。

・**推奨される対応**：警察からの令状にもとづいた要請があれば、これに協力することに問題はない。

(12) 覚せい剤陽性反応者の退院時連絡(「いわゆる門前逮捕」の場合)

・**基本的対応**：警察からの「退院日を教えてほしい」という要請に応えなくとも違法ではない。

・**推奨される対応**：警察からの要請があれば、退院日を教えることに問題はない。「門前逮捕」される可能性を患者に伝えるかどうかは、施設ごとの判断による。

(13) 入院患者に対する警察の事情聴取

・**基本的対応**：警察の捜査に協力しなくとも違法ではない。

・**推奨される対応**：警察の事情聴取に協力することに何ら問題はないが、病状への配慮、ならびに、その後の治療関係に配慮して患者本人の同意を得ることが望ましい。

(14) 退院患者の「お礼参り」への対応

・**基本的対応**：犯罪に相当する行為があれば、警察に通報してよい。

・**推奨される対応**：少しでも危険を感じたら、すみやかに警察に通報する。「お礼参り」の脅しに対しては、警察にパトロールの強化を要請する、何かあった場合の対応について警察に事前に申し入れをしておくなどの対策をとる。

(15) 強制退院について

・**基本的対応**：薬物使用障害の臨床においては、治療環境をクリーンかつ非暴力的なものに保ち、他の患者を保護するという観点からいえば、「強制退院」という対応はやむを得ないものと考える。けれども、任意入院であるからといって、医師の応召義務との関係に配慮しなくてよいわけではない。強制退院を行うにあたっては、事前の文書による契約、退院時に代替治療プランを提案する、あるいは、通院治療の継続などが条件となろう。

・**推奨される対応**：同上。

3. 基本的対応と推奨される対応

上述した通り、我々は、15項目の状況・事態について2つの対応モデルを提示した。このうち、「基本的対応」とは、一般の精神科医療機関において、薬物関連精神障害の患者に対応する場合を想定し、その際に「法律ではこのようになっている」ということが参照できるものを示してある。一方、「推奨される対応」とは、薬物使用障害を治療の標的とする治療において、患者が自らの薬物使用を正直に告白できる環境を担保すると同時に、治療環境を安全に保つという臨床的要請を考慮した指針となっている。その特徴としては、規制薬物の使用に関しては、司法的対応よりも治療的対応を重視し、患者との治療関係の維持に努める一方で、他の逸脱的行動に対しては、治療環境を守るという意味から、強制退院や司法的対応をとる場合が多いものとなっている。したがって、たとえば、薬物関連精神障害患者の治療に際して、これらのモデルのいずれを参照するかは、標的とする障害、および自施設の治療構造に依拠することとなろう。

けれども、今回の研究からいくつかの課題も明らかになった。我々が提示した推奨される対応のモデルは、「旧・久里浜方式」から発展したアルコール・薬物使用障害の治療モデル――しばしば「自己決定、自己責任」のスローガンをもって語られる――とは2つの点で異なっている。その1つは無断離院時の対応であり、もう1つは強制退院に関する問題であった。

1) 無断離院時の対応について

従来、任意入院にもとづくアルコール・薬物使用障害の入院治療病棟の多くで、無断離院時には原則としてそのまま退院とし、病院側から保護願を出すことはなく、数時間を経過しても居場所が不明である場合にのみ、家族などの保護者に捜索願を出すことを求めるという方針が採用されている。事実、同様の見解は専門家会議においても示されていた。

けれども、法学者によれば、仮に任意入院であったとしても、無断離院者が何らかの他害事件を起こした場合、保護願さえ出さなかった病院がその責任を回避できるかどうかは疑わしく、少なくとも民事的責任は回避しえないのではないかということであった。

この意見を考慮すれば、患者が無断離院した場合には、病院側からも保護願を出し、患者の安全を確認してから退院の手続きをするという対応は、不可避的なものであろうと考えた。こうした判断にもとづく、無断離院時の保護願いについては、それ自体が基本的対応であると考えて指針に盛り込むこととした。

2) 強制退院に関する問題

アルコール・薬物使用障害の入院治療は、契約にもとづいて、開放病棟における任意入院によって行われる場合が多く、全国調査に回答した多くの施設もそのようにして入院治療を行っていた。このような治療構造では、事前の契約に抵触する行動があれば、入院治療を中止し、通院治療に切りかえる場合がある。さらに、深刻な治療阻害的行動(たとえば、医療スタッフに対する重篤な暴力や院内における規制薬物の売買など)があった場合には、通院そのものを断ることがある。専門家会議でも、同様の意見が出ていた。

けれども、法学者によれば、強制退院や通院拒否の問題に関しては、かりにその患者が任意入院をしている場合であっても、本人が治療継続を希望し、しかも治療すべき障害が存在するならば、医師の応召義務との関係で問題が生じる可能性があるとのことであった。

とはいえ、病院管理者の立場からいえば、治療環境を安全なものに維持することもまた重要な責務である。また、専門家会議においても、逸脱的行動や病棟規則違反をくりかえす患者は、すでに「治療から気持ちが逸れている」ことが多く、何らの仕切り直しもしないまま入院治療を継続しても、治療成果が上がらない場合がほとんどであるという意見が出ていた。したがって、いったん入院治療を中断することで、患者本人に再度自身の治療について考える機会を与えることは、それ自体が1つの治療行為であるという見方もできる。さらに通院治療においても、薬物使用以外の逸脱行動や治療阻害的行動(威嚇、脅迫、暴力)がくりかえされる場合にも、患者自身に対する直面化と仕切り直しの目的から、治療を中止することもありえる。同様の意見は、全国調査のアンケート回答でも少なからず認められた。

今回の我々の研究において、臨床的な必要性からの強制退院や通院拒否を十分に正当化する法的根拠を明らかにはできなかった。なぜなら、この問題は民事的な領域に属するものであるゆえに、いまここで確実かつ画一的な対応法を断言することはできないからである。最終的に我々は、強制退院や通院拒否を行うに際しては、あらかじめ十分な説明と文書をもって契約すること、さらに、

入院治療や通院治療の中止に際しては、他の代替治療法や治療施設をについて情報提供するという方法を提案することにとどめることにした。これらの民事的な問題も含めた、薬物関連精神障害臨床における司法的問題の研究については、今後の課題であろう。

4. 麻向法届出

最後に、麻向法による麻薬中毒者届出義務に関して、私見を述べておきたい。

麻向法にもとづく麻薬中毒者の届出については、専門家会議でも全国調査でもあまりにもばらついた意見であり、一定の方向性で整理することが困難な状況であった。法学者の意見では、「麻薬中毒者の診断は医師の裁量」とのことであったが、診断をする医師の側からは、「麻薬中毒者の基準が明確でない」という意見も多く見られた。裁量を優先するあまり、医師ごとに異なる判定となってしまうのも問題である。

また、専門家会議では、自治体薬務課ごとで解釈が異なる点も話題となった。麻向法による麻薬中毒者に対するアフターケアが実施されている自治体もあれば、現実的には長年にわたって全く機能していない自治体もあった。現状では、あらかじめ自治体薬務課との話し合いを持ったうえで、届け出の基準を明らかにし、医療機関と薬務課とのあいだで一定の対応基準を共有しておく必要がある。

なお、全国調査では、「ヘロインのみ届け出る」「ヘロインだけは治療経過を見て届出を検討する」というように、ヘロインを特別視する回答が3割弱の施設に認められた。確かに、麻向法による措置入院はヘロイン依存への対策として制定された経緯があるが、少なくとも法文上はそのような規定はない。

確認のために説明しておくと、麻向法における「麻薬中毒者」の概念は、次のように定義されている。「麻薬中毒とは、麻薬に対する精神的身体的欲求を生じこれを自ら抑制することが困難な状態、即ち麻薬に対する精神的身体的依存の状態をいい、必ずしも自覚的または他覚的な禁断症状が認められることを要するものではない（昭和41年厚生省薬務局長通達）」。

この通達の説明には、麻薬中毒とは、1）慢性中毒（=依存の状態）を指しており、2）慢性中毒の診断に際しては、従来、薬物依存の診断において重視されてきた、耐性上昇、禁断（離脱）症状などの身体依存の症候を必ずしも伴うものではないことが付記されている。すなわち、麻薬中毒の診断には、急性中毒による精神病や身体依存は必須の症候ではなく、薬物使用を中心とした生活習慣を変えることが困難であるという、精神依存が重要であることを示している。

したがって、麻向法の届出対象となる薬物はヘロインにかぎらないこととなり、当然ながら大麻やMDMAをはじめとする薬物の使用障害患者のすべてがその対象となりうる。このような患者すべてを「麻薬中毒者」として届出を行い、時間をかけたアフターケアを行うことが現実的なのかどうかについては、今後の議論が必要であるが、ともあれ、現時点における「麻薬中毒」の定義については、精神科医に広く共有されることが求められよう。

E. まとめ

我々は、薬物関連精神障害の臨床において問題となる司法的問題への対応のあり方を明らかにするために、専門家会議、全国精神科医療機関調査、さらには法学者の意見聴取によって、薬物関連精神障害の臨床において問題となる司法的問題への対応指針を作成した。

また、薬物関連精神障害の臨床において接触することの多い警察官の職務を理解するために、保護および強制採尿に関して警察官の行動を担保している法令を整理した。

F. 研究発表

なし。

謝辞

日々の臨床でご多忙ななか、本調査にご協力頂きました全国の精神科医療機関の医師の皆様、ならびに関係者の方々に、心より厚く御礼申し上げます。

表1 薬物関連精神障害臨床における司法的問題に関する見解の比較（通院治療）

	専門家会議	全国調査	法学者の見解
(1) 24条通報などの警察経由の受診に際しての事前採尿の問題	事前採尿には、一定の治療的意義はあり、あらかじめ医療機関・保健所・警察とのあいだで何らかのガイドラインを策定しておく必要があるが、診察を引き受ける条件として医療機関から要請すべきではない	7割近い施設が事前採尿を要請もしくは提案・確認を行っていた。35%の施設はこれを強く求めると答えていた。	覚せい剤中毒者で直近の自己使用が疑われる場合であっても、医師には、警察に対して採尿を依頼する法的必要性はないし、義務もない。しかし、司法警察に協力するという観点から、警察に依頼を行うことにも問題はない。
(2) 通院患者に関する捜査情報照会への対応	患者本人の同意書があることが必須条件であり、原則として文書で照会を受け、きわめて緊急性の高い場合を除いて、できるかぎり文書にて事実のみを回答する。回答に際しての発言は、本人の不利益になる可能性があり、慎重でありたい。	口頭回答を認めるか否かでは施設ごとの違いが見られたが、71%の施設が、警察からの捜査情報照会には、患者本人の同意がなくとも回答していた。	法律的には、口頭・文書いずれの方法で回答しても、も守秘義務違反、個人情報保護法違反にはあたらない。しかし、聞かれていないことまで漫然と回答したような場合には、法令に基づく照会への回答であっても、患者から民事訴訟を提起される可能性がある
(3) 通院患者に対する尿検査の実施とその取り扱い	診断・治療目的で使用することはあるが、結果が陽性であったからといって警察に通報することはなく、自首を勧めることもない。結果は、患者と今後の治療のあり方について話しあい、治療の仕切り直しをするために活用する（頻回の通院、ダルク参加、麻薬取締官の相談指導の併用など）。しかし、捜査情報照会依頼があれば、文書でその結果に言及する場合はありうる。	74.2%の施設が外来通院患者に対する尿検査による覚せい剤反応を実施していた。また、尿検査にて覚せい剤反応が陽性となった場合には、7割程度の施設が直接に司法的対応を行ったり、本人や家族に通報を提案したりするべきと考えていた。	通報するか否かの判断は、医師の裁量と言える。したがって、通報すべき義務はないと思われる。これは、採尿の結果によるのではなく、患者自身が、自分で自己使用を医師に告白した場合も同様である。しかしその一方で、患者が違法薬物を使用したことを警察官に通報しても、医師の守秘義務に違反する行為ともいえない。
(4) 麻向法にもとづく規制薬物中毒者の届出に関する問題	麻向法の届出については、研究協力者間でも一致しておらず、薬物依存の専門家のなかでも、麻向法の運用は様々に異なった。	ただちに通報する、ヘロインのみただちに通報し、他の薬物は治療経過をみて判断したり、そもそも通報しない、などというように、施設によって対応に関する考えは様々に異なっていた。	「麻薬中毒者」の診断には、医師の裁量権が大幅に認められているが、ひとたび診断したならば、すみやかに届け出なければならない。届け出を怠った医師は、麻向法58条の2第1項違反として、6月以下の懲役若しくは20万円以下の罰金に処されるか、これらを併科されうる（麻向法71条）。
(5) 医療スタッフに対する威嚇・脅迫・暴力	社会内において通報すべき行為であれば、病院内においても警察に通報すべきである。たとえば、院内居座り、診療妨害、夜間敷地内侵入などの迷惑行為についても、指示に従わければ通報する。なお、威嚇・脅迫の場合には、理由を聴取した上で個別的に検討する。	精神病症状の影響の有無に関する判断は別にすれば、8割あまりの施設は、社会内で行われれば通報に相当する行為であれば、警察への通報をすべきであると考えていた。	通報するかしないかは、病院・被害者の判断による。被害者が望まない場合であっても、病院が通報することに問題はないし、反対に、もちろん通報する義務もない。通報は、被害者が訴追を望むか否かとは別の問題である。
(6) 外来待合室における規制薬物の使用・所持・譲渡・売買	明らかな場面・証拠を発見次第、警察に通報し、規制薬物の授受をした者は、病院への出入りを禁止する。授受・売買が疑われるが、証拠がない場合には、警告・注意にとどめる。	譲渡・売買については、多くの施設が警察に通報するべきであるし、それを根拠として通院を断ることもあると考えていた。	通報するかしないかは、病院の判断によるが、それらの行為は「犯罪」であることに疑いはない。これは、診察室内で告白された治療関係において重要な事柄というよりも、むしろ公共性の高い事柄であり、通報することに何らの抵触する問題はない。

表 2 薬物関連精神障害臨床における司法的問題に関する見解の比較（入院治療）

	専門家会議	全国調査	法学者の見解
(7) 院内における薬物関連犯罪（規制薬物の使用・所持・譲渡・売買）	規制薬物に限らず、アルコールを含めた一切の依存性物質の意図的な持ち込みは強制退院の理由となる。また、そうした持ち込み患者がただちに再入院することは認めない。通院も含めて禁止とするか、一定期間後の再入院を認めるかについては、個別的に主治医が判断する。持ち込み患者に関して、病院から通報するか、患者の保護者が通報するかは、主治医が個別的に判断する。なお、院内で薬物を発見した場合には警察に通報する。	違法薬物を意図的に持ち込んだ患者に対して、つねに入院治療を継続するという施設は少数であり、約半数の施設は、原則として強制退院とするべきと考えていたが、警察通報の是非について意見が分かれた。譲渡・売買については、半数以上の施設は、入院治療を中断し、警察に通報するべきであると考えていた。	通報するか否かは医師の裁量といえる。ただし、通報するか否かはともかく、これらの問題をもって強制退院とした場合の問題については、入院形態との関係、医師の応召義務との関係で別の検討が必要となる。
(8) 外出・外泊中の規制薬物の自己使用	外出・外泊中の規制薬物の自己使用については、対応は2つに別れた。1つは、「スリップ」と見なして、治療動機を深める好機として、再度治療を継続するチャンスを与えるという対応であり、もう1つは施設内の使用と同様、入院治療を中止する根拠とする考えであった。	「原則として警察に通報すべきである」と考える施設は少数であり、多くの施設は治療的な観点から個別的に検討すると考えていると推測された。	通報するか否かは医師の裁量といえる。ただし、通報するか否かはともかく、これらの問題をもって強制退院とした場合の問題については、入院形態との関係、医師の応召義務との関係で別の検討が必要となる。
(9) 院内における薬物関連犯罪以外の犯罪行為（暴力犯罪・財産犯罪など）	任意入院患者の暴力は原則として強制退院となる。警察への通報を、病院から行うか、被害者から被害届という方法で行うかは、施設によって異なる。非自発的入院患者の場合には、個別的に判断する。また、窃盗については強制退院とし、通報に関しては被害者の意向による。	暴力については、入院治療の継続や警察通報に関する意見が分かれ、個別的に検討するという意見が半数を占めた。また、窃盗行為に関しては、被害届を出すか否かは被害患者の意思に委ねている施設が多く、入院継続の是非については各施設における規則に依拠して判断される傾向がみられた。	患者の病状と関係ない行為ならば、刑罰法令に触れる行為をした場合には、警察に通報すべきであると考える。ただし、強制退院の問題については、入院形態との関係、医師の応召義務との関係で別の検討が必要となる。
(10) 無断離院への対応とその際の医療施設の責任	無断離院については、施設ごとに対応が別れた。1) 原則としてそのまま退院。2) 原則として退院であるが、入院継続の意思があり、1週間の行動制限からやり直せば入院を継続できるチャンスを与える。3) 外泊扱いとして4日間は帰院を待ち、戻ってくれば入院継続、戻ってこなければ退院とする。なお、任意入院患者の場合、病院から保護願いを出さず、無断離院後、数時間経過しても居場所が不明な場合には、保護者に捜索願を出すように要請する。	無断離院をただちに退院とする施設は少数であったが、施設として保護願いを出すか、あるいは家族・保護者にその責任を委ねるかでは多少意見が分かれた。	患者に自傷他害のおそれがない場合、警察に捜索依頼を行わなくても違法ではないが、他害事件がおきた場合、民事訴訟で敗訴する可能性がある。患者が家に帰ったなど行先がはっきりしている場合は別として、そうでなければ、一度入院患者として引き受けた以上、病院は途中で放り出さずに面倒を見るべきであり、警察へ捜索依頼を行うべきである。したがって、任意入院の患者であっても、無断離院＝退院とするべきではない。
(11) 強制採尿への協力	強制採尿については、いずれの施設でも、施設側から警察に強制採尿を提言するなどの積極的に働きかけないが、令状による要請があればそれに応えて協力するという方針をとっていた。	約3割の施設が強制採尿を積極的に要請すると考えているのに対し、半数近くの施設は、法的な手続きをふまえた警察からの要請に応えるという、いわば受動的な形で強制採尿に協力すべきと考えていた。	裁判所の捜索差押許可状（強制採尿令状）があれば、医師による医学的に相当と認められる方法によって強制採尿は実施されうる。この場合、強制採尿に協力するか否かは医師の裁量であり、協力すべき法的義務はないが、できれば司法警察に協力することが望ましい。なお、医師から警察への採尿依頼についても、医師の裁量による。
(12) 覚せい剤陽性反応者の退院時連絡（「いわゆる門前逮捕」の場合）	警察からの「退院日を教えてほしい」という要請には協力する姿勢を示す場合が多かった。しかし警察からの情報をどのようにして患者本人に伝えるかについては、施設ごとで若干の相違がみられた。	多くの施設が、自施設から教えることはないが、警察からの要請があればそれに協力すると考えていた。また、6割あまりの施設が、いわゆる「門前逮捕」の可能性を事前に明確に患者本人に伝えるべきと考えていた。	このような情報について、医師には捜査機関に対する情報提供義務はないと考える。また、警察から捜査照会があった場合であっても、情報提供をしなくても違法ではなく、医師の裁量によるものである。もし回答しなかった場合、それでも捜査の必要があれば、診療録等の提出命令、捜索差押令状が出されることになる。
(13) 入院患者に対する警察の事情聴取	警察の捜査にはできるだけ協力するが、前提として、「患者本人の同意があること」を重視し、他の入院患者には知られないように、外来エリアで実施するように配慮して実施してもらう。	多くの施設が、病状さえ許容できる状態であれば、警察の事情聴取には協力すべきであると考えていた。	警察からの照会に対しては、報告すべき義務を負うが、強制する方法がないので、答えなくても制裁は行なわれない。また、事情聴取に協力しなくとも特に問題はない。捜査上の必要がある場合には、診療録などの提出命令、捜索・差押令状が出されることになるが、その場合でも医師には押収拒絶権がある。
(14) 退院患者の「お礼参り」への対応	少しでも危険を感じたら、すみやかに警察に通報する。「お礼参り」の脅しに対しては、警察にパトロールの強化を要請する、何かあった場合の対応について警察に事前に申し入れをしておくなどの対策をとる。	9割以上の施設が警察通報の必要性を認めており、6割以上の施設はかなり早い段階での警察通報が必要と考えていた。	相手が患者であるか否かに関係なく、犯罪に相当する行為があれば、警察に通報すべきである。
(15) 強制退院について	暴力や窃盗、アルコール・薬物の持ち込み、治療意欲がみられない、プログラムに参加しない、病棟規則違反をくりかえすなどが見られる場合には、退院とすることがある。異性問題は、軽微なうちは注意にとどめるが、あからさまな場合には強制退院とする。	(1) 他患者への暴力行為: 54.5% (2) 他患者への威嚇的・脅迫的態度: 31.8% (3) 医療スタッフへの暴力: 54.5% (4) 医療スタッフへの威嚇的・脅迫的態度: 31.8% (5) 院内施設・物品の損壊行為: 45.5% (6) 他患者の持ち物の窃盗行為: 40.9% (7) 院内での飲酒: 50.0% (8) 院外での飲酒: 18.2% (9) 院内への酒類持ち込み: 31.8% (10) 院内での薬物使用: 59.1% (11) 院外での薬物使用: 22.7% (12) 院内への薬物持ち込み: 59.1% (13) 異性問題（院内での性的行為）: 27.3% (14) 治療プログラム不参加や治療意欲の乏しさ: 22.7% (15) 院内での賭け事: 27.3%	これらの問題をもって強制退院とした場合の問題については、入院形態との関係、医師の応召義務との関係で問題が生じる可能性がある。

表 3 薬物関連精神障害臨床における司法的問題の対応指針（通院治療）

	基本的対応	推奨される対応
(1) 24条通報などの警察経由の受診に際しての事前採尿の問題	事前採尿を要請しても、法的に抵触することはない。	事前採尿を提案したり、実施の有無を確認してもよいが、診察を引き受ける条件として強く要請するのは、医療機関として妥当ではない。あらかじめ医療機関・保健所・警察とのあいだで何らかのガイドラインを策定しておくとよい。
(2) 通院患者に関する捜査情報照会への対応	同意書の有無にかかわらず、回答してよい。回答については、文書・口頭のいずれでもよいが、回答は必要な事項にとどめるべきで、聞かれてないことまで回答すべきではない。	できるかぎり同意書をふまえた上で文書にて回答すべきであるが、緊急性の高い場合にはそのかぎりではない。いずれの場合でも、質問された事項に関してのみ回答するように心がける。
(3) 通院患者に対する尿検査の実施とその取り扱い	尿検査による覚せい剤反応が陽性であった場合、通報しても違法とはいえない。また、捜査情報照会依頼において、「最近の覚せい剤使用状況」に関する質問があれば、これに回答することは問題ない。	薬物使用障害の治療においては、尿検査の結果はあくまでも治療的に利用されるべきである。捜査情報照会依頼においては、「最近の覚せい剤使用状況」に関する質問があれば、回答することに問題ない。
(4) 麻向法にもとづく規制薬物中毒者の届出に関する問題	何をもって「麻薬中毒者」と診断するかは、医師の裁量に任されており、このことは乱用薬物の種類には特に関係がない。ただし、ひとたび「麻薬中毒者」と診断した以上は、すみやかに都道府県薬務課に届け出るべきである。	すでに昭和43年の旧厚生省の通達で、「麻薬中毒者」の定義は、「身体依存や離脱症状の有無は問わず、当該薬物を使う生活習慣があることされており、その意味では、対象となる薬物はヘロインにかぎらないはずである。しかし現実には、各自治体によって麻向法の届け出義務の運用実態には著しい差がある。あらかじめ自治体薬務課との話し合いを持ったうえで、届け出の基準を明らかにしておく必要がある。
(5) 医療スタッフに対する威嚇・脅迫・暴力	これらの行為が社会内において犯罪に相当するものであれば、通報することには全く問題ない。	社会内において通報すべき行為であれば、病院内においても警察に通報すべきである。たとえば、精神病症状によらない職員に対する暴力については、被害者が被害届を出すことはもちろん、病院からの通報することによって、その姿勢を示す必要がある。また、院内居座り、診療妨害、夜間敷地内侵入などの迷惑行為についても、指示に従わければ通報する。なお、威嚇・脅迫の場合には、理由を聴取した上で個別的に検討する。
(6) 外来待合室における規制薬物の使用・所持・譲渡・売買	警察に通報することに何ら法的な問題はない。	明らかな場面・証拠を発見次第、警察に通報する。授受・売買が疑われるが、証拠がない場合には、警告・注意にとどめる。ただし、このような者の通院を断ることについては慎重な判断が必要である。初診時点での明確な契約、さらには尿検査の実施や警察官の立ち寄りなどで、治療環境をクリーンに保つ工夫をする必要があろう。

表 4 薬物関連精神障害臨床における司法的問題の対応指針（入院治療）

	基本的対応	推奨される対応
(7) 院内における薬物関連犯罪（規制薬物の使用・所持・譲渡・売買）	警察に通報するか否かは医師の裁量による。ただし、これをもって強制退院としたり、今後の治療を拒否することにも慎重な検討が求められる。	治療環境をクリーンに保つという観点からいえば、規制薬物の持ち込みを強制退院とするのは妥当である。しかしその際には、事前の契約、退院後の別の治療方法の提案が必要であろう。警察への通報に関していえば、好ましくないとも思われるが、譲渡や売買については通報する場合もありえる。
(8) 外出・外泊中の規制薬物の自己使用	警察に通報するか否かは医師の裁量による。ただし、これをもって強制退院としたり、今後の治療を拒否することにも慎重な検討が求められる。	治療動機を深める好機として、再度治療を継続するチャンスを与えるという対応であり、もう1つは強制退院とする方法がある。ただし、強制退院については、医師の応召義務との関係で、事前の文書による契約が求められよう。治療関係に配慮すれば、警察への通報は好ましくないであろう。
(9) 院内における薬物関連犯罪以外の犯罪行為（暴力犯罪・財産犯罪など）	病状と関係ない行為ならば、刑罰法令に触れる行為をした場合には、警察に通報してよい。ただし、強制退院の問題については、入院形態との関係、医師の応召義務との関係で慎重な検討が必要となる。	病状と関係ない行為ならば、刑罰法令に触れる行為をした場合には、警察に通報してよい。このような行動にもとづいた退院の決定については、あらかじめ文書にもとづく契約をしておくことが望ましい。
(10) 無断離院への対応とその際の医療施設の責任	患者の行き先が明らかでない場合には、病院から保護願をだすべきである。また、退院の決定については、患者の居場所が明らかとなり、その安全が確認されてからとすべきである（本人が医療機関に戻ってくる必要はない）。	左に同じ。
(11) 強制採尿への協力	強制採尿を依頼しても法的な問題はない。また、強制採尿に協力しなくとも違法ではない。	警察からの令状にもとづいた要請があれば、これに協力することに問題はない。
(12) 覚せい剤陽性反応者の退院時連絡（「いわゆる門前逮捕」の場合）	警察からの「退院日を教えてほしい」という要請に応えなくとも違法ではない。	警察からの要請があれば、退院日を教えることに問題はない。「門前逮捕」される可能性を患者に伝えるかどうかは、施設ごとの判断による。
(13) 入院患者に対する警察の事情聴取	警察の捜査に協力しなくとも違法ではない。	警察の事情聴取に協力することに何ら問題はないが、病状への配慮、ならびに、その後の治療関係に配慮して患者本人の同意を得ることが望ましい。
(14) 退院患者の「お礼参り」への対応	犯罪に相当する行為があれば、警察に通報してよい。	少しでも危険を感じたら、すみやかに警察に通報する。「お礼参り」の脅しに対しては、警察にパトロールの強化を要請する、何かあった場合の対応について警察に事前に申し入れをしておくなどの対策をとる。
(15) 強制退院の理由	治療環境をクリーンに保ち、他の患者を保護するという観点からいえば、「強制退院」という対応はやむを得ないものと考える。けれども、任意入院であるといって、医師の応召義務との関係に配慮しなくてよいわけではない。これを行うにあたっては、事前の文書による契約、代替治療プランの提案、通院治療の継続などが条件となるであろう。	左に同じ。

資料１　薬物関連精神障害の臨床に関係する警察官の職務に関する検討

研究協力者　柑本美和（城西大学現代政策学部）

I.「警察官職務執行法」による保護

「個人の生命、身体および財産の保護」は警察の責務である（警察法２条）。警察官職務執行法（以下、警職法という）３条は、中でも、精神錯乱者、迷い子、病人など一定の者が、応急の救護を要する場合に、警察官に対して、それらの者について強制措置を含む一時的な保護措置をとることができる権限を認めたものである。戦前の行政執行法の「保護検束」の運用において、治安目的で拘束したりしていたことへの反省から、保護の要件と手続きを明確にし、保護期間も限定するなど、人権に手厚く、警察の権限濫用を防止する内容になっている。

第３条

警察官は、異常な挙動その他周囲の事情から合理的に判断して左の各号の一に該当することが明らかであり、且つ、応急の救護を要すると信ずるに足りる相当な理由のある者を発見したときは、とりあえず警察署、病院、精神病者収容施設、救護施設等の適当な場所において、これを保護しなければならない。

一．精神錯乱又はでい酔のため、自己または他人の生命、身体又は財産に危害を及ぼすおそれのある者

二．迷い子、病人、負傷者等で適当な保護者を伴わず、応急の救護を要すると認められる者（本人がこれを拒んだ場合を除く。）

2．前項の措置をとつた場合においては、警察官は、できるだけすみやかに、その者の家族、知人その他の関係者にこれを通知し、その者の引取方について必要な手配をしなければならない。責任ある家族、知人等が見つからないときは、すみやかにその事件を適当な公衆保健若しくは公共福祉のための機関又はこの種の者の処置について法令により責任を負う他の公の機関に、その事件を引き継がなければならない。

3．第１項の規定による警察官の保護は、24時間をこえてはならない。但し、引き続き保護することを承認する簡易裁判所（当該保護をした警察官の属する警察署所在地を管轄する簡易裁判所をいう。以下同じ。）の裁判官の許可状のある場合は、この限りでない。

4．前項但書の許可状は、警察官の請求に基き、裁判官において已むを得ない事情があると認めた場合に限り、これを発するものとし、その延長に係る期間は、通じて５日をこえてはならない。この許可状には已むを得ないと認める事情を明記しなければならない。

5．警察官は、第１項の規定により警察で保護をした者の氏名、住所、保護の理由、保護及び引渡の時日並びに引渡先を毎週簡易裁判所に通知しなければならない。

【解説】

① 本条の目的

要救護者を本来の保護者等に速やかに引き渡すことにある。つまり、それらの者により行われるべき継続的な保護までの間の、一時的な保護を行うことが目的である。

② 保護の要件

ア）精神錯乱又はでい酔のため、自己または他人の生命、身体又は財産に危害を及ぼすおそれのある者

(a) 精神錯乱

・社会通念上、精神が正常ではない状態
・医学上の精神病者と同じではない
・薬物の影響、強度のヒステリー、極度の興奮等の一時的原因によるものも含まれる。
・精神が不安定なだけでは「精神錯乱」には当たらない。
・刑法上の責任能力とは関係ない
・覚せい剤等の使用に関連しては、中毒症状（幻聴、被害妄想、感情鈍麻およびこれらに基づく攻撃的かつ異常な行動などの症状）が「精神錯乱」にあたるとした事案（岡山地判昭 54.9.28 判例集未登載、など）と、精神に不安定な面があったことは否定できないが精神錯乱状態にないとした事案（大阪地判昭和 61.5.8 判時 1219 号 143 頁など）等、双方がある。

(b) でい酔

・アルコールの影響で意識が混濁し、正常な判断能力や意思能力を欠いた状態
・常識的な意味で深酔いしていると認められる状態（広島高岡山支判昭 31・４・17 高検速報昭 31 年 23）
・医学的な意味での「泥酔」とは必ずしも同じではない
・刑法上の責任能力とは関係ない
・「でい酔」の程度に至らない者は、本条の保護の対象とはならない。しかし、「酒に酔って公衆に迷惑をかける行為の防止に関する法律」（昭和 36 年法律 103 号、以下、酩酊規制法という）第３条による保護の対象にはなりうる。

(c) 自己または他人の生命、身体又は財産に危害を及ぼすおそれ

・「精神錯乱」または「でい酔」に起因するものである
・保護の時点で、そのようなおそれが存在する
・保護はあくまでも本人のために行われるもので、第三者への危害の防止は本人保護の結果であって主目的ではない。

イ）応急の救護を要する

・すぐに救護しなければ間に合わないほど状況が差し迫っている
・本人の保護が主目的であるため、たとえ、他人に対する危害があっても、本人の救護を必要とする状態でなければ、本条の保護措置はとれない。そのような場合には、警職法５条の警告、制止措置など他の手段を用いることになる。

③ 保護の方法

保護の具体的な方法については、警察庁の「保護取扱要綱」（「保護取扱要綱について［昭 35.3.18 丙防発第７号］」）に基づき、各都道府県警察が規定を定めている。たとえば、警視庁では、「警視庁保護取扱規程（昭和 34 年３月 16 日訓令甲第６号）」を策定している。

＊「とりあえず」の意義

・警察権の発動は、消極的でなければならない。本条による警察の保護はあくまでも一時的なものに過ぎず、家族などによる私的な保護が最優先であり、それが出来ないときに、公共の責任による保護が出てくる。警察の役割は、それらの機関に引き継ぐまでの応急かつ一時的な保護となる。

④ 保護の場所

・警察署、病院、精神病者収容施設、救護施設等の適当な場所とされているが、例示なので、これに限定されない。
・ここで病院に「保護」することと、後で出てくる「保護の引継ぎ」として病院に引き取らせることとは別のものであることに注意する必要がある。
・なお、警視庁の規程では、「警察官は要保護者を発見したときは、救護のため必要な措置を講じ……」、「要保護者は原則として本署に同行しなければならない……」として（第７条）、保護を要すると判断された者は本署で保護されることになる。また、「精神錯乱者、でい酔者及びでい酔に至らないめいてい者の保護は次の各号によるものとする」として、保護の場所も詳細に定められている（９条２項）。

⑤ 保護の手段

・「精神錯乱又はでい酔のため、自己または他人の生命、身体又は財産に危害を及ぼすおそれのある者」の場合、意思能力を欠いている状態であるので、本人の意思に関係なく強制的に保護できる。
・精神錯乱によりその者が暴れているような場合には、必要最小限度であれば、警察署や病院に連れて行く際に手錠等の「戒具の使用」も許される。

⑥ 保護後の措置

ア）「……できるだけすみやかに、その者の家族、知人その他の関係者にこれを通知し」

・社会通念上、本人の保護をする責任があると考えられる者に対して、迅速確実に通知を行う（家族や保護責任者がいない場合は、その他の親族、知人など）ことが求められている。

イ）「その者の引取方について必要な手配をしなければならない。」

・本人の身柄を家族等に引き渡すために必要な措置を講じる（本人を保護した場所まで家族等を呼

び出し本人を引き渡したり、警察官が家族のところまで本人を送り届けたりする）
・家族等への引渡しが終われば、警察の応急的な保護は終了する。

ウ）「責任ある家族、知人等が見つからないとき……」

・家族や知人等が見つからないとき、見つかっても保護能力に欠けるとき、引取りを拒否したときを意味する。この場合は、以下の「引継ぎ」の手続きを行わなければならない。

エ）「適当な公衆保健若しくは公共福祉のための機関」への引継ぎ

・法令上は保護の義務はないが、その機関の性質からいって、社会通念上保護に適していると認められる施設であり、病人については、病院等がこれにあたる。
・施設に保護の義務はないので、施設が承諾をしたら…ということになる[i]
・公私いずれの機関でもよい

オ）「法令により責任を負う他の公の機関」

・精神障害者については、都道府県知事および市町村長（精神保健福祉法 21 条、24 条、29 条、29 条の第 2 項
・覚せい剤中毒者も同上である。
・麻薬中毒者又はその疑いのある者を発見した場合には都道府県知事に通報（麻取法 58 条の 3）
・アルコールの慢性中毒者又はその疑いのある者を保護した場合には、速やかに最寄の保健所長に通報（酩酊規制法 7 条）

カ）「事件の引継ぎ」

・本人の身柄を公共のための機関、その他法令により責任を負う公の機関に引き渡すこと
・本人を、事実上引き渡すことで警察の応急的保護の責任は終了し、保護の責任は引継ぎを受けた病院等に移る[ii]。

キ）警視庁の場合

・警視庁では、「精神錯乱者については、人相、特徴、所持品、言動等により所在不明若しくは病院逃走のため手配中の者であるか否かについて調査する等その身元の発見に努め、身元が判明したときは、すみやかに家族等に引き渡すものとし、家族等に引き渡すことができないときは、関係機関に引き継ぐものとする」（取扱規程 16 条第 1 項）としている。そして、「取扱規程について」という通達によれば、「精神錯乱者で身元が確認できない者については、……家族等が発見できないときは、精神保健福祉法第 21 条に規定する保護者に引き継ぐものとする」とされているので、その場合は市町村長に引継がれることになる。

さらに、「精神錯乱者を保護した場合において、その者が精神保健福祉法第 24 条に規定する通報の対象者であると認めたときは、その旨を、速やかに最寄りの保健所長を経て都知事に通報するものとする」ともされている。

また、「でい酔者及びでい酔に至らないめいてい者については所持品、言動等により、その身元の発見に努め、身元が判明したときは、すみやかに家族等に引き渡すものとする。なお、家族等に引き渡すことができない者については、救護の必要がなくなったときに、すみやかに保護解除の措置をとるものとする」（取扱規程 16 条第 2 項）とされている。

ク）「第 1 項の規定による警察の保護は、24 時間を超えてはならない」

この「警察の保護」とは、家族などに引き取らせ、その他の公の機関に事件を引き継ぐまでの、まさに、応急的な保護に過ぎない。保護に着手した時点から、ここまでを行うのが原則 24 時間である。このような時間制限を設け、速やかに引継ぎを行わせるのは、保護というのは本人のために行うものであるが、人身の自由に対する重大な侵害でもあり、警察権の濫用を防止するためである。但し、どうしても 24 時間以内に、家族への引渡し、公共の機関・公的機関などへの引継ぎが終了しない場合には（警察による保護延長が必要な場合）、簡易裁判所の裁判官の許可状を得て、5 日まで保護を延長できる。

なお、24 時間以内であっても、保護の要件がなくなれば、それ以後は保護を継続することはできないため、保護解除すべきである。

⑦ 精神保健福祉法との関係

ア）精神障害のために自傷他害のおそれがあると認められる場合

(a) 精神保健福祉法第 24 条に基づいて、直ちに（可能な限り最短時間内に）保健所長を経て都道府県知事に通報しなければならない。なお、精神医学の専門家ではない警察官に、精神障害者であることの正確な認定まで要求しているものとは思われない。

警察による保護と、精神保健福祉法 24 条の通報は別個のものとして行われる。そして、都道府県知事は、「警察官が警察官職務執行法第 3 条第 1 項第 1 号の規定により保護した者について、法第 24 条の規定による通報を行った場合には、速やかに必要な指定医の診察を的確に行うこと」とされている（精神衛生法等の一部を改正する法律の施行について　昭和 63 年 4 月 6 日健医発第 433 号第 5、2 (3) イによる）。

ただ、警察は、精神保健福祉法 27 条以下の手続きが行われる前であっても、責任ある家族が見つかれば、家族に引き渡さなければならず、他方、保護の継続中に、措置入院の決定がなされたような場合は、保護を解除してその者を知事に引継ぎ、家族等には精神病院等に収容された旨を連絡するとされている[iii]。さらに、警職法 3 条の保護が継続しているうちに、家族がみつからず、27 条以下の手続きもなされない場合には、理論的には、警職法 3 条 2 項により、適当な機関に引き継ぐことになる。
(b) 警察官は、保護していた精神障害者を引き継いだ場合、病院収容に協力する必要はあっても、保護を解除した以上、その者に強制力を行使することはできない（引き継いだ時点で、警察の保護責任は終了している）。

イ）保護した者が、精神保健福祉法 39 条による無断退去・行方不明者であった場合については、以下の、精神保健福祉法第 39 条の箇所を参照のこと。

ウ）保護した者が酩酊者であった場合は、以下の、酩酊規正法第 7 条の箇所を参照のこと。

II. 「酒に酔って公衆に迷惑をかける行為の防止等に関する法律」による対応

第 3 条
警察官は、酩酊者が、道路、公園、駅、興行場、飲食店その他の公共の場所又は汽車、電車、乗合自動車、船舶、航空機その他の公共の乗物（以下「公共の場所又は乗物」という）において、粗野又は乱暴な言動をしている場合において、当該酩酊者の言動、その酔いの程度及び周囲の状況等に照らして、本人のため、応急の救護を要すると信ずるに足りる相当の理由があると認められるときは、とりあえず救護施設、警察所等の保護するのに適当な場所に、これを保護しなければならない。
2. 前項の措置をとつた場合においては、警察官は、できるだけすみやかに、当該酩酊者の親族、知人その他の関係者（以下「親族等」という）にこれを通知し、その者の引取方について必要な手配をしなければならない。
3. 第 1 項の規定による保護は、責任ある親族等の引取りがない場合においては、24 時間をこえない範囲内でその酔いをさますために必要な限度でなければならない。

【解説】
① 保護の要件

ア）「酩酊者」

アルコールの影響により正常な行為ができないおそれのある状態にある者を言うが、でい酔者も含まれると解すべきである。

イ）「本人のため、応急の救護を要する」

警職法と同じで本人のために行われ、「応急の救護を要する」ことが必要である。

ウ）「公共の場所又は乗物」

不特定多数の人が自由に利用したり出入りすることのできる場所、自由に利用できる乗物である。これらの場所でない時は、警職法 3 条の保護によらざるを得ない（その場合でも、もちろん警職法 3 条の保護の要件を満たしていなければならない）。

エ）「粗野又は乱暴な言動をしている場合において」

場所がらをわきまえない粗野野卑なこと、理由もなくあらあらしいことであり、例えば、他人に口論をふっかけたり、からんだり、公園のベンチをひっくり返したりなどいった場合がこれにあたるとされている。

② 保護の方法

ア）「できるだけすみやかに、当該酩酊者の親族……にこれを通知し、その者の引取方について必要な手配をしなければならない」

警職法第3条2項の規程と同趣旨である。

イ）「責任ある親族等の引取りがない場合においては、24時間をこえない範囲内で……」

酩酊規制法では、24時間を限度としてのみ保護が認められている。通常の酩酊状態であれば、24時間もあれば、正常な状態に戻ると考えられるからである。また、「その酔いをさます限度でなければならない」とされているので、24時間を経過しないうちに本人が正常に戻れば、その時点で保護は解除しなければならない。

③ 精神障害の疑いがあるなどの場合

酩酊者のため保護をしたが、例外的な泥酔状態で24時間たっても酔いがさめないとか、精神障害等の理由でさらに保護を継続すべきやむを得ない事由がある場合、酩酊規制法には、24時間を超えた保護が予定されていないがどうすべきか?

→警職法3条による保護の規定が適用されると考えて、それに従った措置を講じればよいのではないかと思われる。

第7条

警察官は、第3条第1項又は警察官職務執行法第3条第1項の規定により酩酊者を保護した場合において、当該酩酊者がアルコールの慢性中毒者（精神障害者を除く。）又はその疑のある者であると認めたときは、すみやかに、もよりの保健所長に通報しなければならない。

第8条

前条の通報を受けた保健所長は、必要があると認めるときは、当該通報に係る者に対し、医師の診察を受けるようにすすめなければならない。この場合において、保健所長は、当該通報に係る者の治療又は保健指導に適当な他の医務施設を紹介することができる。

本法の保護、あるいは警職法の保護を行った場合で、アルコールの慢性中毒者（精神障害者を除く）又はその疑のある者のときは、警察官はすみやかに、もよりの保健所長に通報しなければならない。ここでは、アルコールの慢性中毒による精神障害者が通報の対象から除外されているが、それは、そのような者で自傷他害のおそれのあると認められれば、精神保健福祉法24条による通報をしなければならないからだと思われる。

ただし、保健所長は、診察を義務付けられているわけでなく、対象となる者に強制できるわけではない。診察を受けるか受けないかはあくまでも本人の意思による。

III. 「麻薬及び向精神薬取締法」による対応

第58条の3

麻薬取締官、麻薬取締員、警察官及び海上保安官は、麻薬中毒者又はその疑いのある者を発見したときは、すみやかに、その者の氏名、住所、年齢及び性別並びにその者を麻薬中毒者又はその疑いのある者と認めた理由をその者の居住地の都道府県知事に通報しなければならない。

【解説】

① 通報の要件

ア）「麻薬中毒者又はその疑いのある者」

この判断は、医学的見地からの判断でなくてもよい。

イ）「すみやかに」

これは「直ちに」より緩やかなことを意味する。

ウ）「通報」

これは、都道府県知事に知らせることである

② 麻薬の不正施用との関係

ア）刑事手続きと、本法の通報義務とは別のものと考えなければならず、捜査中であっても、通報しなければならない。

イ）なお、通報義務が課せられているからといって入院措置が刑事手続きに優先するわけではない。現に、刑事手続きの進行中または裁判の執行中の者は、原則として入院措置の対象としないとされている（「麻薬中毒者に対する入院措置と刑事手続きについて」昭和38年7月25日薬発第378号）。

VI. 「精神保健福祉法」における対応

第39条精神病院の管理者は、入院中の者で自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれのあるものが無断で退去しその行方が不明になったときは、所轄の警察署長に次の事項を通知してその探索を求めなければならない。

・退去者の住所、氏名、性別及び生年月日
・退去の年月日及び時刻
・症状の概要
・退去者を発見するために参考となるべき人相、服装その他の事項
・入院年月日
・保護者又はこれに準ずる者の住所及び氏名

2. 警察官は、前項の探索を求められた者を発見したときは、直ちに、その旨を当該精神病院の管理者に通知しなければならない。この場合において、警察官は、当該精神病院の管理者がその者を引き取るまでの間、24時間を限り、その者を、警察署、病院、救護施設等の精神障害者を保護するのに適当な場所に、保護することができる。

【解説】

① 通知探索の対象者

ア）「入院中」とは、任意入院、医療保護入院、措置入院等すべての入院形式を含む

イ）「無断で退去しその行方が不明になったとき」とは、脱院し、行方が不明になったときである。行方不明になっていないとき、例えば、病室にはいないが病院の敷地内にいることが明らかであったり、敷地外であっても姿を見失うことなく追跡中であるような場合、さらには、保護者のもとに帰ったことが判明しているときなどは、これにあたらない。

②「所轄の警察署長に次の事項を通知して探索を求めなければならない」の意義

所轄の警察署長とは、当該精神病院の所在地を管轄する警察署の署長であり、その署長に対して、口頭、文書、電話などにより、法律で定められた事項を通知した上で、探索を求めなければならない。「探索を求めなければならない」とあるので、探索の依頼をすることは、精神病院の管理者の義務である。そして、探索依頼を受けた警察は、探索をしなければならないということになろう。

なお、探索依頼がなされたと認められない場合、無断退去者による他害事故が生じれば、以下のように病院は損害賠償責任を負うこともありうる。

事案は、東京武蔵野病院に統合失調症の治療のため医療保護入院していた男性患者が無断離院し、3日後に、当時25歳の女性被害者の自宅付近の路上にて、文化包丁で被害者の右胸を刺し、加療約4週間を要する重傷を負わせたというものである。看護師長は、110番通報を受け来訪した警察官に離院時の症状等を説明し、直ちに、暴行等に及ぶおそれはないと口頭で内容を告げたが、これは法39条1項所定の事項を通知するものではあっても、自傷他害のおそれがある旨を知らせ、探索を求める趣旨のものと言うことはできず、39条1項所定の通知および探索を求める措置が講じられたと認めることはできないとされた（東京地判平成10年3月20日判時1669号85頁）。

この事件で、所轄の警察官は、本件患者の離院に緊急性はなく、自傷他害のおそれはないと判断して通常の保護願として通報を受理していた。警視庁では、保護願を受けた場合には、所轄警察署等の無線台及び警察官が所持する受令機に対し、捜索を一回指令するが、39条1項の通知を受けた場合には、生活安全部情報管理課で無断退去についての情報を登録し、外勤警察官などからの照会を受ける扱いにしていた。本件では、保護願とされたため、事件前に加害者を職務質問し、任意同行の上、事情聴取までした警察官から照会があったにもかかわらず、手配なしということで保護されなかったのである。

③ 警察官による保護

警察官が無断退去者を発見した場合、直ちに精神病院の管理者に通知しなければならず、さらに、警察官にはその無断退去者を保護する権限がある。警察官は、探索依頼のなされた者であれば、自傷他害のおそれを判断せずとも、また、警職法3条の要件を満たさない者であっても保護できる。そして、保護のためには、強制措置をとることも可能である。

警察官は、「当該精神病院の管理者がその者を引き取るまでの間」、24時間を限度に、その者を警察署、病院、救護施設等の適当な場所に保護でき

るが、その者を病院に移送しなければならないわけではなく、法文上は、精神病院の管理者が引き取りにくることを想定しているものと思われる。24時間の起算点は保護開始時であり、24時間以内に管理者による引き取りが行われれば、そこで警察官の保護は終了する。24時間以内に引き取りにこなかった場合は、本条には延長の規定がないので、本条に基づく保護を継続することはできない。ただ、警職法3条の要件を満たす者であれば、それに基づく保護を行うことができる。

V. 捜索願と保護願（家出人発見活動要綱にもとづく捜索と警職法・警察法にもとづく保護）

「捜索願」とは、「家出人の所在の捜索について、保護者等から出される願い出」（「家出人発見活動要綱［昭51年9月21日　警察庁乙保発第5号。乙刑発第4号、以下「要綱」という］第2条4項）をいう。さらに、各都道府県警察が策定する家出人発見活動規程を参照のこと。

家出人には、（一般）家出人と特異家出人の2種類がある（要綱第2条1項、2項）。「精神障害のため、自身を傷つけ又は他人に危害を及ぼすおそれのある家出人」は特異家出人とされ（要綱第2条2項第5号）、要綱にしたがった組織的な捜査・捜索等を行ってもらえる。例えば、その者の名前や特徴、写真などをコンピューターに家出人手配登録をし、保護した者、職務質問した者などの中に、その該当者がいないかどうかを確認できる状態にし、さらに特別な手配も行っている。精神保健福祉法39条1項の通知を受けた場合にも、「特異家出人」に準じた扱いがなされるとのことである。

家出人捜索願届の願出人となれる者は、

ア）家出人の保護者等（親権者、扶養義務者及び後見人をいう）

イ）家出人の配偶者その他の親族

ウ）家出人を現に監護している者（入院患者の場合には、病院の責任者なども含まれると解されよう）

である（要綱　第2条第3項）。

捜索願が出されている家出人を発見した場合には、必要な保護をしなければならないとされている（要綱　第33条第1項、警職法3条等の個別法令に基づく保護のほか、警察法2条による任意の保護も含まれる）。

ただし、捜索願が出されている家出人であっても、保護を必要としないと認められる場合には、本人の意思に反して保護はできず、説得などにとどまる場合もありうる（要綱　第33条第2項では、「当該家出人の意思及び保護者等の意向に配慮し、当該家出人に対して帰宅をするよう説得を行う等事案に応じた適切な措置をとるものとする」としている）。

他方、「保護願」については、捜索願のような手順は定められておらず、文字通り、その者を見つけた場合には保護をして欲しい旨を願い出るにすぎないもののようである。前出の判例時報1669号85頁以下の解説によれば、警視庁では、「保護願」を受理した場合、「所轄警察署等の無線台及び外勤警察官が所持する受令機に捜索を1回指令」しているとのことである。ただ、各都道府県で対応が異なる可能性があるので、事前にその点を十分確認する必要があるように思われる。

VI. 覚せい剤使用を疑った場合——強制採尿をめぐって——

覚せい剤を使用した者が中毒症状を呈した場合には、被害妄想や脅迫妄想にかられ、「精神錯乱」状態にあると判断されることも多く、その場合には、警職法3条第1項第1号による保護の対象となりうる。もちろん、保護する場合には、自己または他人の生命、身体又は財産に危害を及ぼすおそれがあり、応急の救護を要するという要件を満たしていなければならない（このとき、精神障害のために自傷他害のおそれが認められれば、精神保健福祉法24条の通報をしなければならない。この場合、精神錯乱状態にあるか否かは要件ではない）。

保護した者が覚せい剤中毒であると伺える場合には、その者の尿を得ることが重要である。精神錯乱状態で保護を要する状態にあっても、尿を提出することについて理解できる状態にある者であれば、その者から任意提出を受けることはできるだろう。他方、精神錯乱状態で警職法3条1項1号の保護下にあるが、尿の任意提出が期待できない者については、強制採尿を行うことが可能であることに留意する必要がある。

事案は、警職法3条1項1号による保護を受け、警察署の保護室に入室していた被告人が、暴れたり奇異な行動をし、「覚せい剤を打った」などと口走っていたことから、警察官が覚せい剤使用を疑ったが、被告人には正当な判断ができず任意採尿では任意性の確保が困難と見て、警察署のマイクロバスで精神病院に搬送し、強制採尿を行ったというものである。最高裁は、「被告人は、錯乱状態に陥っていて任意の尿の提出が期待できない状況にあったものと認められるのであって、本件被疑事実の重大性、嫌疑の存在、当該証拠の重要性とその取得の必要性、適当な代替手段の不存在等の事情に照らせば、本件強制採尿は、犯罪の捜査上真にやむを得ない場合に実施されたものということができるから、右手続きに違法はないとした原判断は正当である」とした（最決平成3年7月16日45巻6号201頁）。

ただ、このような場合であっても、警察は、精神錯乱状態にある者に任意の尿提出が期待できない状況にあるか否かを慎重に見極め、最後の最後まで任意排尿を促す必要があるだろう（本件においても、病院に到着し強制採尿を行う直前まで、任意排尿を促す説得は続けられていた）。

なお、本人が錯乱状態にはなく、ただ犯行を否認し、尿の任意提出を拒否する事案における強制採尿については、最高裁は、既に、「被疑事件の重大性、嫌疑の存在、当該証拠の重要性とその取得の必要性、適当な代替手段の不存在等の事情に照らし、犯罪の捜査上真にやむを得ないと認められる場合には、最終的手段として、適切な法律上の手続きを経てこれを行うことも許される」としている（最決昭和55年10月23日刑集34巻5号300頁）。

---

[i] 田宮・河上編『大コンメンタール　警察官職務執行法』（渡辺咲子執筆部分）、青林書院、1993年、269頁

[ii] 河上和雄『詳釈　警察官職務執行法　全訂版』、日世社、1992年、167頁

[iii] 馬渡暈「精神衛生法の解説と運用上の諸問題」捜査研究161号36頁

分担研究報告書
(2－6)

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)
分担研究報告書

薬物依存者に対するその家族の対応法に関する研究
ー薬物依存症者をもつ家族の当事者活動に関する実態調査ー

分担研究者　近藤　あゆみ　国立精神・神経センター精神保健研究所

研究協力者　小松崎未知　全国薬物依存症者家族連合会調査部

研究要旨　薬物依存症者の回復を考える際には、家族や身近な周囲の人々が依存症を理解し、回復に向けた適切な関わりを学び実践することが、結果的に依存症者本人の回復に役立つといわれている。しかし、わが国の家族支援体制は極めて未整備の状態にあり、今後家族支援の問題にどう取り組むかは薬物依存症対策を考える上で非常に重要な課題であるが、この課題に取り組むには、まず、わが国の薬物依存症者をもつ家族の実態について理解を深めることが必要である。そこで、①薬物依存症者をもつ家族の実態に関する理解を深めること、②家族の自助活動によってどのような効果が得られているかを検討すること、を主たる目的として調査を実施した。更に、昨年度からの調査結果を踏まえ、薬物依存症者をもつ家族を対象としたパンフレットを作成することを目指した。

ダルク家族会の参加者190名に対し、アンケート調査およびインタビュー調査を実施した。

本調査により、家族が依存症の2次的症状である様々な問題行動に長期間悩まされているにも関わらず、その解決のために家族を支える資源に巡り合えず時間が経過していること、家族はなんとか問題を解決しようと様々な試行錯誤を繰り返しているが、一家族のみで本人への対応を徹底し続けることは困難であること、薬物使用をコントロールする努力と問題行動の後始末を続ける家族と本人との関係は悪化する一方であり、家族には回復を支援する機能が低下しているにも関わらず、支援が得られず孤軍奮闘せざるを得ない状況であることなどが示された。また、家族が薬物問題を知ってから10年以上経過した後も、本人が施設や刑務所に入所している率は高く、状態の安定には長期間を要することが示された。

当事者活動の有効性については、多くの仲間との出会いにより得られる理解・共感、依存症に関する知識や回復に役立つ情報の収集などを有効であると感じている者の割合が高く、これらの要素が家族支援において重要であること、薬物依存症者の回復には時間がかかること、本人への対応の理解、家族の心身の状態の改善、などについては一定の期間を要すことなどが明らかになり、本人に対する対応の徹底や家族の心身の状態改善のためには継続的な支援が求められることが示唆された。

A. 研究目的

薬物依存症者の回復を考える際には、家族や身近な周囲の人々が依存症を理解し、回復に向けた適切な関わりを学び実践することが、結果的に依存症者本人の回復に役立つといわれており、これまでの研究からは、依存症者の治療導入に対して家族が重要な役割を果たしていること、家族の適切な関わりが本人の良好な予後と関連していること、などが明らかになっている。[1) 2)]

しかし多くの場合、薬物依存症者を抱える家族は依存症者本人が引き起こす様々な問題行動に長期間巻き込まれ、心身ともに疲弊した状態にある。しかも、触法行為や非行問題との関連が深いことから、周囲に薬物問題を明らかにすることを躊躇し、長期間問題を抱え込むことが多い。結果、このような状態が依存症者本人の治療の場への登場を遅らせ、長期化、深刻化を招き、家族の心理状態を更に悪化させることが懸念されている。

このような現状を踏まえて、薬物乱用防止新5か年計画では「薬物依存・中毒者の家族に対する支援等」が基本目標として新たに位置づけられたが、その具体策については明言されておらず、体

制は極めて未整備の状態である。

今後家族支援の問題にどう取り組むかは薬物依存症対策を考える上で非常に重要な課題であるが、この課題に取り組むには、まず、わが国の薬物依存症者をもつ家族の実態について理解を深めることが必要である。また、現在試行錯誤しながら行われている家族支援方法の有効性を評価し課題を明らかにすることも、今後の家族支援に関する施策構築のためには有用であろうと思われる。そこで、今年度は、①薬物依存症者をもつ家族の実態に関する理解を深めること、②家族の自助活動によってどのような効果が得られているかを検討すること、を主たる目的として調査を実施した。更に、昨年度からの調査結果を踏まえ、薬物依存症者をもつ家族を対象としたパンフレットを作成することを目指した。

B. 研究方法

調査対象は、約10年ほど前から活動を始め、年数を経て徐々に活動地域とその数を増やし、現在18箇所にわたり全国に点在しているダルク家族会の参加者である。その中で最も大きな家族会である「茨城ダルク家族会」については、過去の調査によりその活動の詳細が報告されているので参考にされたい。[3)]

まず、全国の家族会参加者の有志からなる全国薬物依存症者家族連合会調査部（以下、調査部と記す）の方に調査の趣旨をご理解いただいた上で、調査部を通して家族会に調査依頼を行った結果、5箇所の家族会から調査協力に同意を得ることができた。家族会名称と人数内訳は、「びわこ家族会（28名）」「愛知家族会（44名）」「茨城ダルク家族会（64名）」「宇都宮家族会（33名）」「仙台ダルク家族会（21名）」であり、総計は190名であった。同一本人に対して複数の家族が家族会に参加している場合があり、家族単位または本人単位でみると147家族である。

調査はアンケート調査とインタビュー調査を実施した。

アンケート調査の調査時期は平成18年12月～平成19年2月で、それぞれの家族会のプログラム時間内に調査票への回答を依頼した。匿名性を確保するために、個別封筒に入れた同意書と無記名の調査票は回答後いったん調査部によって回収され、調査部で個人名とID番号の照合表を作成、その後調査票のみ研究者が受け取るという形をとった。

調査項目は、家族会参加者の属性、依存症者本人（以下、本人と記す）の薬物問題を家族が初めて知った契機およびその時期、本人の薬物問題に関して初めて利用した関係機関およびその時期、ダルク家族会につながった契機およびその時期、家族会に対する主観的効果などである。本人については、本人の属性、主な使用薬物、薬物使用開始時期、医療機関や中間回復施設といった治療機関利用の有無およびその時期、家族が家族会に参加した時点の居場所・就労状況・薬物使用状況、本人の現在の居場所・就労状況・薬物使用状況などについて聞いた。

インタビュー調査の時期は、平成18年8月～12月で、対象者は17名である。インタビュー調査における調査項目は、家族がこれまでに経験した様々な困難、家族に参加して得られたこと、などである。

データの集計にはSPSS 12.0 J for Windowsを用いた。

C. 研究結果

1）対象者の属性

対象者の属性を表1-5に示す。性別は男性55名（28.9%）、女性135名（71.1%）と女性が多く、年代は50-60代が約8割を占めていた（表1）。約9割は最終学歴が高等学校以上であり（表2）、また、婚姻状態については約8割が既婚であった（表3）。男性配偶者の職業については、特に偏りはみられなかった（表4）。対象者と本人の続柄は、9割以上が親子であった（表5）。

2）本人の薬物問題が家族に発覚した時期およびその契機

本人の薬物問題を確認した時から現在までの期間の平均は102.5ヶ月(SD=80.2)であり、既に10年以上が経過している家族が3割以上存在した（表6）。

また、本人の薬物使用が家族に発覚した契機としては、「本人の部屋や家の中で、薬物使用のための道具や実際に使用しているところを目撃した」（50.4%）との回答が最も多く、「本人や友人から打ち明けられた」（22.1%）、「本人が薬物使用・所持で逮捕され、警察から電話があった」（18.3%）と続いていた（表7）。

3）本人の薬物問題に関して家族が初めて利用した関係機関とその時期

本人の薬物問題に関して家族が初めて利用した関係機関は、医療機関（32.7%）が最も多く、警察（17.7%）、保健所（保健センター）（16.3%）、精神保健福祉センター（16.3%）と続いていた（表8）。

次に、家族が本人の薬物使用を確信してから初めて関係機関を利用するまでの期間を算出した。算出方法は、家族が本人の薬物使用を確信した時期（調査時点より○年×ヶ月前）－ 家族が初めて関係機関を利用した時期（調査時点より○年×ヶ月前）である。結果を表9に示す。平均期間は25.3ヶ月で、期間別にみると、1年未満（38.8%）が最も多かったが、5-10年以上を要した家族も17%存在した。

4）家族会への紹介経路、参加時期、参加期間

家族会への紹介経路は「メディアを通じて」（17.0%）が最も多く、「医療機関」（15.6%）、「自助グループ」（15.6%）、と続いていた（表10）。

次に、本人の薬物問題が発覚してから家族が家族会に参加するまでの期間を算出した。算出方法は、家族が本人の薬物使用を確信した時期（調査時点より○年×ヶ月前）－ 家族が初めて家族会に参加した時期（調査時点より○年×ヶ月前）である。結果を表11に示す。平均期間は65.6ヶ月で、期間別にみると1年未満（22.4%）がもっとも多かったが、5年以上経過している者も34.7%存在した。

家族会への参加期間を表12に示す。平均期間は42.7ヶ月で、期間別にみると、2-3年未満（29.9%）、1年未満（23.8%）が多く、約5割を占めていた。

5）依存症者本人の属性および主な使用薬物

本人の性別は、男性123名（83.7%）、女性（12.9%）、無回答（3.4%）で、男性が8割以上を占めていた。現在の年齢を表13に示す。全体の平均年齢は30.6才で、20代後半から30代前半が約5割を占めていた。最終学歴は、約半数（46.9%）が中学校であった（表14）。

本人の主な使用薬物を表15に示す。覚せい剤（55.1%）が最も多く、有機溶剤（23.8%）、処方薬（11.6%）市販薬（10.2%）と続いていた。

6）依存症者本人の状態

家族が家族会に参加した時点の本人の状態を表16に示す。治療を受けず継続使用（34.0%）、刑務所（24.5%）の割合が合わせて約6割と高かった。

また、現在の本人の状態については、表17に示す。現在の状態は、不明が25.9%と多いが、その他では、施設に入所中（22.4%）、刑務所（21.1%）が最も多かった。また、家族が薬物使用を確信してから現在までの期間別に、本人の現在の状態を比較したところ、群間に有意差は認められなかった。

7）家族会に対する家族の主観的効果

家族会に対する家族の主観的効果に関する回答を表18に示す。多かったのは、「多くの家族に会うことができた」（92.6%）、「依存症の知識を得ることができた」（87.4%）、「他の家族の話を聞き参考になった」（86.3%）、「人に話せないことを話せた」（82.6%）、「自分の問題に気づくことができた」（77.4%）、「本人に対する対応の仕方がわかった」（73.7%）などであった。

また、各項目の内容の効果が得られたと感じている者の割合を、家族会への参加期間別に比較した結果、「多くの家族に会うことができた」「依存症の知識を得ることができた」「他の家族の話を聞き参考になった」「人に話せないことを話せた」「本人との関係が以前より良くなった」「本人の薬物使用が止まった」「本人を治療につなげることができた」の7項目については、群間差は認められなかったが、「自分の問題に気がつくことができた」（$\chi^2 = 8.47$, $p = 0.037$）「本人に対する対応の仕方がわかった」（$\chi^2 = 20.92$, $p < 0.001$）「心身の調子が改善した」（$\chi^2 = 14.24$, $p = 0.003$）「家族関係全体が以前より良くなった」（$\chi^2 = 13.10$, $p = 0.004$）の4項目については有意差が認められ、それぞれ家族会参加期間が長くなるほど、そのように感じている者の割合が増加していた（表19）。

家族会参加によって得られたものについて、インタビュー調査の逐語録をセンテンスごとに区切り、ラベル付けを行った上で分類した結果、「仲間との出会い」「本人への対応」「知識習得・情報収集」

「自責の念からの解放」「障害の受容」「本人の回復を信じる力」「自分自身・家族関係の見直し」「家族の底上げ」「心身の不調改善」の 9 つの要素が抽出された（表 20）。

8）家族が経験する様々な困難

最後に、薬物依存症者をもつ家族が経験する様々な困難について、インタビュー調査の逐語録をセンテンスごとに区切り、ラベル付けを行った上で分類した結果、「本人が起こす問題行動」「本人に対する対処行動」「援助・治療機関に関する問題」「本人に対する感情的葛藤」「社会的孤立」「心身の不調」の 6 つの要素が抽出された（表 21）。

D. 考察

1）家族および本人の属性

家族の最終学歴、配偶者の職種について、同年代の国勢調査結果と比較した結果、平成 12 年国勢調査結果[4)5)]の 55-59 才における最終卒業学校の種類（6 区分）の率を計算すると、小学校・中学校（31.3%）、高校・旧中（48.3%）、短大・高専（5.3%）、大学・大学院（10.8%）であり、職業（大分類）の率を計算すると、専門的・技術的職業従事者（8.8 %）、管理的職業従事者（8.6 %）、事務従事者（12.5 %）、販売従事者（14.4 %）、サービス職業従事者（4.2 %）、保安職業従事者（2.3 %）、農林漁業作業者（3.6 %）、運輸・通信従事者（8.0 %）、生産工程・労務作業者（36.7 %）、分類不能の職業（0.8%）であった。この二点から評価した対象者の社会的位置は一般人口と比較して大差ないように思われる。一方で、本人の教育年数を同年代の一般人口と比較してみると、平成 12 年国勢調査結果[4)]より 25-29 才における最終卒業学校の種類（6 区分）の率を計算すると、小学校・中学校（6.7%）、高校・旧中（42.2%）、短大・高専（23.4%）、大学・大学院（23.1%）であり、一般人口と比較して、対象者の有する薬物依存症者の方が顕著に教育年数が短い。結果を併せて考えると、本人の教育年数の短さは、家族の教育歴や社会的位置の影響を強く受けているものではないものと思われる。

2）薬物依存症者をもつ家族が抱える困難

本調査により、薬物依存症者をもつ家族が、長期間にわたり非常に困難な状況におかれていることが示唆された。

質的調査の分析からは、家族が依存症の 2 次的症状である様々な問題行動に長期間悩まされているにも関わらず、その解決のために家族を継続的に支える資源に巡り合えず時間が経過する姿が浮き彫りになった。また、家族はなんとか問題を解決しようと様々な試行錯誤を繰り返しているが、たとえ、適切な対応法を学び、行動を変える努力をしても、一家族のみでそれを徹底し続けることの困難さがうかがえた。薬物依存症からの回復には家族の果たす役割が重要であるが、十分な知識を得ず薬物依存症の本質を理解できないまま、薬物使用をコントロールする努力と問題行動の後始末を続ける家族と本人との関係は悪化する一方であり、家族の回復を支援する機能は低下しているにも関わらず、支援が得られず孤軍奮闘せざるを得ない状況であることが示された。

更に、家族が薬物問題を知ってから 10 年以上経過した後も、本人が施設や刑務所に入所している率は高く、状態の安定には長期間を要することが示されている。

これらの状況を考えると、薬物依存症者をもつ家族に対する支援の場の充実が緊急に求められる。

3）当事者活動により参加者が得られる効果

上記のような厳しい現状の中で、家族会に長期継続参加している家族の心理状態は、短期参加群と比較して良好であるという結果が昨年度の調査により得られている[6)]。

当事者活動の有効性については、多くの仲間との出会いにより得られる理解・共感、依存症に関する知識や回復に役立つ情報の収集などを有効であると感じている者の割合が高く、これらの要素が家族支援において重要であることが示唆された。

また、薬物依存症者の回復には時間がかかること、本人への対応の理解、家族の心身の状態の改善、などについては一定の期間を要すことが示され、本人に対する対応の徹底や家族の心身の状態改善のためには継続的な支援が求められる。

家族が具体的な支援を求めて多機関を奔走することに時間を費やしていることから、医療機関、保健所、精神保健センターなどでは、同じ経験をもつ家族が集える場の整備、家族支援策の充実を急ぐ必要がある。薬物乱用防止新 5 か年計画では、「保健所の相談窓口、精神保健福祉センターの家族教室等の関係諸機関の活動を活用し、家族に対する支援を強化する」と指導されており、実際に、様々な取り組みが行われているが[7)8)]、今回の調査結果をみると、家族が相談に訪れる機関として、保健所や精神保健福祉センターの割合は低く、やはり全体としては十分な支援が行われているとはいえない状況であることがうかがえる。

今後は、家族支援体制整備の充実を急ぐとともに、警察を含む関係機関が、家族支援機関や当事者活動に関する情報を把握し、その周知に努めることが必要である。

E. 結論

本調査により、薬物依存症者をもつ家族が長期間にわたり困難な状況にありながら、適切な支援を得にくく、また、そのことが家族の援助機能を更に低下させるという悪循環が起きているという実態が示された。更に、今後の家族支援体制整備に向けて、同じ経験を有する大勢の家族が出会える場の整備、依存症に関する知識や回復に役立つ情報の提供、継続的な支援が重要であることが改めて再認識された。

2 年間の研究成果を踏まえた、薬物依存症者をもつ家族のためのパンフレットを作成した。今後は、精神保健福祉センターなど関係機関に広く配布し、家族の啓蒙教育に役立てたい。

謝辞

本調査に多大なご協力をいただきました全国薬物依存症者家族連合会調査部の小松崎未知氏ならびに家族会の皆さまには心より厚くお礼を申し上げます。

F. 研究発表

1.論文

なし

2.口頭発表

1）近藤あゆみ，和田清：薬物依存症者をもつ家族の当事者活動に関する実態調査，第 41 回日本アルコール・薬物医学会総会，2006

3.その他

なし

G. 参考文献

1）Marlowe, D.B., Merikle, E.P., Kirby, K.C., Festinger, D.S., McLellan, A.T. (2001) Multidimensional assessment of perceived treatment-entry pressures among substance abusers. Psychology of Addictive Behaviors 15: 97-108.

2）Moos, R.H., Finney, J.W. (1983) The expanding scope of alcoholism treatment evaluation. American Psychologist 38: 1036-1044

3）菊池亜希子，和田清：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

4）国勢調査（最終学歴）
http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2000/kihon2/00/zuhyou/a012.xls

5）国勢調査（職種）
http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2000/kihon3/00/zuhyou/k00a001.xls

6）近藤あゆみ：薬物依存者に対するその家族の対応法に関する研究，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　研究報告書，2006

7）佐藤久美子，青柳歌織，高橋孝子，飯島羊子，三井敏子：薬物依存症の家族教室を実践して．埼玉県立精神保健総合センター研究紀要，1997

8）下野正健：薬物依存に関する地域プログラムの検討，平成 11 年度厚生科学研究補助金医薬安全総合研究事業「薬物依存・中毒者のアフターケアに関する研究」報告書，2000

表1. 対象者の性別および年齢.

家族会名称	年齢	性別 男性 度数 (%)	女性 度数 (%)	合計 度数 (%)
びわこ家族会	10代	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	20代	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	30代	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	40代	0 (.0)	5 (23.8)	5 (17.9)
	50代	2 (28.6)	9 (42.9)	11 (39.3)
	60代	5 (71.4)	7 (33.3)	12 (42.9)
	70代以上	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	7 (100.0)	21 (100.0)	28 (100.0)
	平均年齢	61.0 (SD=7.7)	56.0 (SD=6.4)	57.2 (SD=6.9)
愛知家族会	10代	0 (.0)	0	0 (.0)
	20代	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	30代	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	40代	0 (.0)	6 (18.2)	6 (13.6)
	50代	4 (36.4)	18 (54.5)	22 (50.0)
	60代	7 (63.6)	7 (21.2)	14 (31.8)
	70代以上	0 (.0)	2 (6.1)	2 (4.5)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	11 (100.0)	33 (100.0)	44 (100.0)
	平均年齢	62.7 (SD=4.3)	56.3 (SD=7.6)	57.9 (SD=7.4)
茨城ﾀﾞﾙｸ家族会	10代	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	20代	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	30代	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	40代	1 (6.7)	5 (10.2)	6 (9.4)
	50代	2 (13.3)	24 (49.0)	26 (40.6)
	60代	9 (60.0)	18 (36.7)	27 (42.2)
	70代以上	3 (20.0)	2 (4.1)	5 (7.8)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	15 (100.0)	49 (100.0)	64 (100.0)
	平均年齢	64.7 (SD=6.2)	58.1 (SD=6.7)	59.6 (SD=7.1)
宇都宮家族会	10代	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	20代	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	30代	0 (.0)	1 (5.6)	1 (3.0)
	40代	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	50代	4 (26.7)	9 (50.0)	13 (39.4)
	60代	8 (53.3)	7 (38.9)	15 (45.5)
	70代以上	3 (20.0)	1 (5.6)	4 (12.1)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	15 (100.0)	18 (100.0)	33 (100.0)
	平均年齢	63.2 (SD=6.9)	58.9 (SD=8.9)	60.9 (SD=8.2)
仙台ﾀﾞﾙｸ家族会	10代	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	20代	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	30代	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	40代	0 (.0)	3 (21.4)	3 (14.3)
	50代	6 (85.7)	9 (64.3)	15 (71.4)
	60代	1 (14.3)	1 (7.1)	2 (9.5)
	70代以上	0 (.0)	1 (7.1)	1 (4.8)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	7 (100.0)	14 (100.0)	21 (100.0)
	平均年齢	56.3 (SD=2.8)	54.1 (SD=7.1)	54.9 (SD=6.0)
家族会合計	10代	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	20代	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	30代	0 (.0)	1 (.7)	1 (.5)
	40代	1 (1.8)	19 (14.1)	20 (10.5)
	50代	18 (32.7)	69 (51.1)	87 (45.8)
	60代	30 (54.5)	40 (29.6)	70 (36.8)
	70代以上	6 (10.9)	6 (4.4)	12 (6.3)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	55 (100.0)	135 (100.0)	190 (100.0)
	平均年齢	62.4 (SD=6.3)	57.0 (SD=7.3)	58.6 (SD=7.4)

表2. 対象者の最終学歴

家族会名称	最終学歴	性別 男性 度数 (%)	女性 度数 (%)	合計 度数 (%)
びわこ家族会	中学校	2 (28.6)	1 (4.8)	3 (10.7)
	高等学校	2 (28.6)	8 (38.1)	10 (35.7)
	短大・専門学校	0 (.0)	9 (42.9)	9 (32.1)
	四年制大学以上	3 (42.9)	2 (9.5)	5 (17.9)
	その他	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	無回答	0 (.0)	1 (4.8)	1 (3.6)
	合計	7 (100.0)	21 (100.0)	28 (100.0)
愛知家族会	中学校	0 (.0)	3 (9.1)	3 (6.8)
	高等学校	6 (54.5)	16 (48.5)	22 (50.0)
	短大・専門学校	0 (.0)	11 (33.3)	11 (25.0)
	四年制大学以上	5 (45.5)	2 (6.1)	7 (15.9)
	その他	0 (.0)	1 (3.0)	1 (2.3)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	11 (100.0)	33 (100.0)	44 (100.0)
茨城ﾀﾞﾙｸ家族会	中学校	1 (6.7)	9 (18.4)	10 (15.6)
	高等学校	6 (40.0)	27 (55.1)	33 (51.6)
	短大・専門学校	0 (.0)	7 (14.3)	7 (10.9)
	四年制大学以上	8 (53.3)	6 (12.2)	14 (21.9)
	その他	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	15 (100.0)	49 (100.0)	64 (100.0)
宇都宮家族会	中学校	4 (26.7)	4 (22.2)	8 (24.2)
	高等学校	7 (46.7)	11 (61.1)	18 (54.5)
	短大・専門学校	0 (.0)	2 (11.1)	2 (6.1)
	四年制大学以上	4 (26.7)	1 (5.6)	5 (15.2)
	その他	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	15 (100.0)	18 (100.0)	33 (100.0)
仙台ﾀﾞﾙｸ家族会	中学校	1 (14.3)	0 (.0)	1 (4.8)
	高等学校	3 (42.9)	9 (64.3)	12 (57.1)
	短大・専門学校	0 (.0)	4 (28.6)	4 (19.0)
	四年制大学以上	3 (42.9)	1 (7.1)	4 (19.0)
	その他	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	7 (100.0)	14 (100.0)	21 (100.0)
家族会合計	中学校	8 (14.5)	17 (12.6)	25 (13.2)
	高等学校	24 (43.6)	71 (52.6)	95 (50.0)
	短大・専門学校	0 (.0)	33 (24.4)	33 (17.4)
	四年制大学以上	23 (41.8)	12 (8.9)	35 (18.4)
	その他	0 (.0)	1 (.7)	1 (.5)
	無回答	0 (.0)	1 (.7)	1 (.5)
	合計	55 (100.0)	135 (100.0)	190 (100.0)

表3. 対象者の婚姻状況

家族会名称	婚姻状況	性別 男性 度数 (%)	女性 度数 (%)	合計 度数 (%)
びわこ家族会	既婚	6 (85.7)	15 (71.4)	21 (75.0)
	同棲	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	別居	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	未婚	0 (.0)	1 (4.8)	1 (3.6)
	離婚	0 (.0)	2 (9.5)	2 (7.1)
	死別	0 (.0)	2 (9.5)	2 (7.1)
	無回答	1 (14.3)	1 (4.8)	2 (7.1)
	合計	7 (100.0)	21 (100.0)	28 (100.0)
愛知家族会	既婚	9 (81.8)	27 (81.8)	36 (81.8)
	同棲	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	別居	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	未婚	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	離婚	1 (9.1)	3 (9.1)	4 (9.1)
	死別	0 (.0)	3 (9.1)	3 (6.8)
	無回答	1 (9.1)	0 (.0)	1 (2.3)
	合計	11 (100.0)	33 (100.0)	44 (100.0)
茨城ﾀﾞﾙｸ家族会	既婚	14 (93.3)	37 (75.5)	51 (79.7)
	同棲	0 (.0)	1 (2.0)	1 (1.6)
	別居	0 (.0)	1 (2.0)	1 (1.6)
	未婚	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	離婚	1 (6.7)	5 (10.2)	6 (9.4)
	死別	0 (.0)	4 (8.2)	4 (6.3)
	無回答	0 (.0)	1 (2.0)	1 (1.6)
	合計	15 (100.0)	49 (100.0)	64 (100.0)
宇都宮家族会	既婚	11 (73.3)	17 (94.4)	28 (84.8)
	同棲	2 (13.3)	0 (.0)	2 (6.1)
	別居	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	未婚	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	離婚	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	死別	1 (6.7)	1 (5.6)	2 (6.1)
	無回答	1 (6.7)	0 (.0)	1 (3.0)
	合計	15 (100.0)	18 (100.0)	33 (100.0)
仙台ﾀﾞﾙｸ家族会	既婚	6 (85.7)	11 (78.6)	17 (81.0)
	同棲	1 (14.3)	0 (.0)	1 (4.8)
	別居	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	未婚	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	離婚	0 (.0)	1 (7.1)	1 (4.8)
	死別	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	無回答	0 (.0)	2 (14.3)	2 (9.5)
	合計	7 (100.0)	14 (100.0)	21 (100.0)
家族会合計	既婚	46 (83.6)	107 (79.3)	153 (80.5)
	同棲	3 (5.5)	1 (.7)	4 (2.1)
	別居	0 (.0)	1 (.7)	1 (.5)
	未婚	0 (.0)	1 (.7)	1 (.5)
	離婚	2 (3.6)	11 (8.1)	13 (6.8)
	死別	1 (1.8)	10 (7.4)	11 (5.8)
	無回答	3 (5.5)	4 (3.0)	7 (3.7)
	合計	55 (100.0)	135 (100.0)	190 (100.0)

表4. 女性対象者の配偶者の職種

	家族会名称 びわこ家族会 度数 (%)	愛知家族会 度数 (%)	茨城ﾀﾞﾙｸ家族会 度数 (%)	宇都宮家族会 度数 (%)	仙台ﾀﾞﾙｸ家族会 度数 (%)	合計 度数 (%)
専門的･技術的職業	2 (11.8)	4 (13.8)	10 (28.6)	2 (13.3)	2 (18.2)	20 (18.7)
管理的職業	4 (23.5)	8 (27.6)	8 (22.9)	3 (20.0)	4 (36.4)	27 (25.2)
事務従事者	0 (.0)	1 (3.4)	0 (.0)	1 (6.7)	0 (.0)	2 (1.9)
販売従事者	3 (17.6)	3 (10.3)	1 (2.9)	0 (.0)	2 (18.2)	9 (8.4)
サービス業従事者	0 (.0)	0 (.0)	3 (8.6)	1 (6.7)	1 (9.1)	5 (4.7)
保安職業従事者	0 (.0)	2 (6.9)	2 (5.7)	0 (.0)	0 (.0)	4 (3.7)
農林漁業作業者	1 (5.9)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	1 (.9)
運輸･通信従事者	0 (.0)	2 (6.9)	0 (.0)	1 (6.7)	0 (.0)	3 (2.8)
生産工程･労務作業者	2 (11.8)	3 (10.3)	3 (8.6)	2 (13.3)	1 (9.1)	11 (10.3)
その他	2 (11.8)	1 (3.4)	1 (2.9)	1 (6.7)	0 (.0)	5 (4.7)
無職	1 (5.9)	1 (3.4)	3 (8.6)	4 (26.7)	1 (9.1)	10 (9.3)
無回答	2 (11.8)	4 (13.8)	4 (11.4)	0 (.0)	0 (.0)	10 (9.3)
合計	17 (100.0)	29 (100.0)	35 (100.0)	15 (100.0)	11 (100.0)	107 (100.0)

表5. 対象者と依存症者本人の続柄

続柄	性別 男性 度数 (%)	女性 度数 (%)	合計 度数 (%)
配偶者	0 (.0)	1 (.7)	1 (.5)
内縁関係のパートナー	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
親子	52 (94.5)	128 (94.8)	180 (94.7)
兄弟姉妹	0 (.0)	2 (1.5)	2 (1.1)
その他	2 (3.6)	2 (1.5)	4 (2.1)
無回答	1 (1.8)	2 (1.5)	3 (1.6)
合計	55 (100.0)	135 (100.0)	190 (100.0)

表6. 家族が薬物使用を知ってから現在までの期間

期間	度数 (%)
5年未満	41 (27.9)
10年未満	40 (27.2)
10年以上	46 (31.3)
不明	20 (13.6)
合計	147 (100.0)
平均月数	102.5 (SD=80.2)

表7. 本人の薬物使用が家族に発覚した契機
（複数回答可）

	度数 (%)
薬物の使用現場や道具を発見	66 (50.4)
本人や友人から打ち明けられた	29 (22.1)
本人が逮捕され警察から連絡	24 (18.3)
受診を契機に医師から知らされた	11 (8.4)
その他	14 (10.7)
無回答	5 (3.8)
合計	131 (100.0)

表8. 依存症者本人の薬物問題に関して家族が初めて利用した関係機関（複数回答可）

	家族会名称					
	びわこ家族会	愛知家族会	茨城ﾀﾞﾙｸ家族会	宇都宮家族会	仙台ﾀﾞﾙｸ家族会	合計
関係機関	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
医療機関	11 (50.0)	13 (38.2)	15 (26.8)	6 (28.6)	3 (21.4)	48 (32.7)
警察	4 (18.2)	7 (20.6)	8 (14.3)	2 (9.5)	5 (35.7)	26 (17.7)
保健所（保健センター）	1 (4.5)	4 (11.8)	13 (23.2)	3 (14.3)	3 (21.4)	24 (16.3)
依存症リハビリ施設	2 (9.1)	1 (2.9)	6 (10.7)	4 (19.0)	0 (.0)	13 (8.8)
精神保健福祉センター	2 (9.1)	3 (8.8)	9 (16.1)	7 (33.3)	3 (21.4)	24 (16.3)
家族自助グループ	2 (9.1)	4 (11.8)	3 (5.4)	0 (.0)	0 (.0)	9 (6.1)
民間相談機関	0 (.0)	3 (8.8)	1 (1.8)	0 (.0)	0 (.0)	4 (2.7)
その他	1 (4.5)	0 (.0)	4 (7.1)	0 (.0)	1 (7.1)	6 (4.1)
無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	1 (4.8)	1 (7.1)	2 (1.4)
合計	22 (100.0)	34 (100.0)	56 (100.0)	21 (100.0)	14 (100.0)	147 (100.0)

表9. 家族が本人の薬物使用を確信してから
初めて関係機関を利用するまでの期間

期間	度数 (%)
確信前	16 (10.9)
1年未満	57 (38.8)
2-3年未満	18 (12.2)
4-5年未満	7 (4.8)
5-10年未満	15 (10.2)
10年以上	10 (6.8)
未確信	16 (10.9)
不明	8 (5.4)
合計	147 (100.0)
平均月数	25.3 (SD=50.3)

表10. 家族会への紹介経路（複数回答可）

	家族会名称					
	びわこ家族会	愛知家族会	茨城ﾀﾞﾙｸ家族会	宇都宮家族会	仙台ﾀﾞﾙｸ家族会	合計
紹介機関	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
医療機関から	5 (22.7)	3 (8.8)	10 (17.9)	2 (9.5)	3 (21.4)	23 (15.6)
警察から	0 (.0)	0 (.0)	1 (1.8)	5 (23.8)	2 (14.3)	8 (5.4)
保健所（保健センター）から	1 (4.5)	0 (.0)	5 (8.9)	1 (4.8)	2 (14.3)	9 (6.1)
依存症リハビリ施設から	0 (.0)	2 (5.9)	5 (8.9)	1 (4.8)	2 (14.3)	10 (6.8)
精神保健福祉センターから	2 (9.1)	5 (14.7)	3 (5.4)	2 (9.5)	1 (7.1)	13 (8.8)
自助グループから	9 (40.9)	6 (17.6)	8 (14.3)	0 (.0)	0 (.0)	23 (15.6)
民間相談機関から	0 (.0)	1 (2.9)	2 (3.6)	1 (4.8)	0 (.0)	4 (2.7)
知人友人から	1 (4.5)	7 (20.6)	5 (8.9)	4 (19.0)	0 (.0)	17 (11.6)
メディアを通じて	4 (18.2)	7 (20.6)	9 (16.1)	2 (9.5)	3 (21.4)	25 (17.0)
講演を通じて	0 (.0)	0 (.0)	2 (3.6)	0 (.0)	0 (.0)	2 (1.4)
その他	2 (9.1)	3 (8.8)	8 (14.3)	1 (4.8)	1 (7.1)	15 (10.2)
無回答	0 (.0)	1 (2.9)	0 (.0)	2 (9.5)	0 (.0)	3 (2.0)
合計	22 (100.0)	34 (100.0)	56 (100.0)	21 (100.0)	14 (100.0)	147 (100.0)

表11. 家族が本人の薬物使用を確信して
から家族会に参加するまでの期間

	度数 (%)
確信前	4 (2.7)
1年未満	33 (22.4)
2-3年未満	22 (15.0)
4-5年未満	15 (10.2)
5-10年未満	25 (17.0)
10年以上	26 (17.7)
未確信	16 (10.9)
不明	6 (4.1)
合計	147 (100.0)
平均月数	65.6 (SD=71.4)

表12. 家族会への参加期間

期間	度数 (%)
1年未満	35 (23.8)
2-3年未満	44 (29.9)
4-5年未満	23 (15.6)
5年以上	43 (29.3)
無回答	2 (1.4)
合計	147 (100.0)
平均月数	42.7 (SD=40.6)

表13. 依存症者本人の性別および年齢

	性別			
	男性	女性	無回答	合計
年齢	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
20才未満	4 (3.3)	3 (15.8)	0 (.0)	7 (4.8)
20-25才未満	10 (8.1)	7 (36.8)	0 (.0)	17 (11.6)
25-30才未満	36 (29.3)	4 (21.1)	0 (.0)	40 (27.2)
30-35才未満	39 (31.7)	1 (5.3)	0 (.0)	40 (27.2)
35-40才未満	22 (17.9)	2 (10.5)	0 (.0)	24 (16.3)
40-45才未満	8 (6.5)	1 (5.3)	0 (.0)	9 (6.1)
45-50才未満	4 (3.3)	0 (.0)	0 (.0)	4 (2.7)
50才以上	0 (.0)	1 (5.3)	0 (.0)	1 (.7)
無回答	0 (.0)	0 (.0)	5 (100.0)	5 (3.4)
合計	123 (100.0)	19 (100.0)	5 (100.0)	147 (100.0)
平均年齢	31.1 (SD=6.1)	27.3 (SD=9.3)		30.6 (SD=6.7)

表14. 依存症者本人の最終学歴

	性別			
	男性	女性	無回答	合計
最終学歴	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
中学校	60 (48.8)	9 (47.4)	0 (.0)	69 (46.9)
高等学校	41 (33.3)	6 (31.6)	0 (.0)	47 (32.0)
短大・専門学校	13 (10.6)	1 (5.3)	0 (.0)	14 (9.5)
四年制大学以上	7 (5.7)	1 (5.3)	0 (.0)	8 (5.4)
在学中	2 (1.6)	2 (10.5)	0 (.0)	4 (2.7)
無回答	0 (.0)	0 (.0)	5 (100.0)	5 (3.4)
合計	123 (100.0)	19 (100.0)	5 (100.0)	147 (100.0)

表15. 依存症者本人の主な使用薬物(複数回答可)

	性別			
	男性	女性	無回答	合計
主な使用薬物	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
覚せい剤	71 (57.7)	10 (52.6)	0 (.0)	81 (55.1)
有機溶剤	31 (25.2)	4 (21.1)	0 (.0)	35 (23.8)
大麻	6 (4.9)	0 (.0)	0 (.0)	6 (4.1)
MDMA	1 (.8)	1 (5.3)	0 (.0)	2 (1.4)
ヘロイン	2 (1.6)	0 (.0)	0 (.0)	2 (1.4)
コカイン	1 (.8)	0 (.0)	0 (.0)	1 (.7)
処方薬	15 (12.2)	2 (10.5)	0 (.0)	17 (11.6)
市販薬	14 (11.4)	1 (5.3)	0 (.0)	15 (10.2)
その他	10 (8.1)	3 (15.8)	0 (.0)	13 (8.8)
無回答	4 (3.3)	1 (5.3)	5 (100.0)	10 (6.8)
合計	123 (100.0)	19 (100.0)	5 (100.0)	147 (100.0)

表16.家族が家族会に参加した時点における本人の状態

	性別			
	男性	女性	無回答	合計
本人の状態	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
刑務所	29 (23.6)	7 (36.8)	0 (.0)	36 (24.5)
施設	22 (17.9)	1 (5.3)	1 (20.0)	24 (16.3)
入院	14 (11.4)	3 (15.8)	2 (40.0)	19 (12.9)
施設職員	2 (1.6)	0 (.0)	0 (.0)	2 (1.4)
施設外断薬継続	3 (2.4)	1 (5.3)	0 (.0)	4 (2.7)
施設外使用	43 (35.0)	5 (26.3)	2 (40.0)	50 (34.0)
不明	10 (8.1)	2 (10.5)	0 (.0)	12 (8.2)
合計	123 (100.0)	19 (100.0)	5 (100.0)	147 (100.0)

表17.家族が薬物使用を確信してから現在までの期間別にみた現在の本人の状態

	家族が薬物使用を確信してから現在までの期間				
	5年未満	5-10年未満	10年以上	不明	合計
本人の状態	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
刑務所	6 (14.6)	6 (15.0)	13 (28.3)	6 (30.0)	31 (21.1)
施設	10 (24.4)	9 (22.5)	10 (21.7)	4 (20.0)	33 (22.4)
入院	0 (.0)	1 (2.5)	0 (.0)	0 (.0)	1 (.7)
施設職員	0 (.0)	6 (15.0)	5 (10.9)	3 (15.0)	14 (9.5)
施設外断薬継続	7 (17.1)	6 (15.0)	2 (4.3)	3 (15.0)	18 (12.2)
施設外使用	6 (14.6)	3 (7.5)	3 (6.5)	0 (.0)	12 (8.2)
不明	12 (29.3)	9 (22.5)	13 (28.3)	4 (20.0)	38 (25.9)
合計	41 (100.0)	40 (100.0)	46 (100.0)	20 (100.0)	147 (100.0)

表18.家族会に対する家族の主観的効果

	性別		
	男性	女性	合計
主観的効果	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
多くの家族に会うことができた	48 (87.3)	128 (94.8)	176 (92.6)
人に話せないことを話せた	42 (76.4)	115 (85.2)	157 (82.6)
他の家族の話を聞き参考になった	45 (81.8)	119 (88.1)	164 (86.3)
心身の調子が改善した	28 (50.9)	79 (58.5)	107 (56.3)
自分の問題に気がつくことができた	34 (61.8)	113 (83.7)	147 (77.4)
依存症の知識を得ることができた	46 (83.6)	120 (88.9)	166 (87.4)
本人を治療につなげることができた	17 (30.9)	50 (37.0)	67 (35.3)
本人に対する対応の仕方がわかった	38 (69.1)	102 (75.6)	140 (73.7)
本人の薬物使用が止まった	13 (23.6)	33 (24.4)	46 (24.2)
本人との関係が以前より良くなった	18 (32.7)	33 (24.4)	51 (26.8)
家族関係全体が以前より良くなった	21 (38.2)	53 (39.3)	74 (38.9)
その他	1 (1.8)	1 (.7)	2 (1.1)
参加してまもないのでわからない	2 (3.6)	15 (11.1)	17 (8.9)
無回答	0 (.0)	1 (.7)	1 (.5)
合計	55 (100.0)	135 (100.0)	190 (100.0)

表19.家族会への参加期間別にみた家族会に対する家族の主観的効果

	家族が薬物使用を知ってから現在までの期間					
	1年未満	2-3年未満	3-5年未満	5年以上	無回答	合計
本人の状態	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
多くの家族に会うことができた	42 (91.3)	51 (92.7)	27 (90.0)	52 (94.5)	4 (100.0)	176 (92.6)
人に話せないことを話せた	36 (78.3)	46 (83.6)	23 (76.7)	49 (89.1)	3 (75.0)	157 (82.6)
他の家族の話を聞き参考になった	39 (84.8)	47 (85.5)	27 (90.0)	48 (87.3)	3 (75.0)	164 (86.3)
心身の調子が改善した	18 (39.1)	27 (49.1)	18 (60.0)	41 (74.5)	3 (75.0)	107 (56.3)
自分の問題に気がつくことができた	29 (63.0)	42 (76.4)	24 (80.0)	48 (87.3)	4 (100.0)	147 (77.4)
依存症の知識を得ることができた	39 (84.8)	48 (87.3)	25 (83.3)	51 (92.7)	3 (75.0)	166 (87.4)
本人を治療につなげることができた	10 (21.7)	18 (32.7)	11 (36.7)	26 (47.3)	2 (50.0)	67 (35.3)
本人に対する対応の仕方がわかった	24 (52.2)	38 (69.1)	27 (90.0)	48 (87.3)	3 (75.0)	140 (73.7)
本人の薬物使用が止まった	7 (15.2)	13 (23.6)	6 (20.0)	17 (30.9)	3 (75.0)	46 (24.2)
本人との関係が以前より良くなった	8 (17.4)	13 (23.6)	9 (30.0)	18 (32.7)	3 (75.0)	51 (26.8)
家族関係全体が以前より良くなった	11 (23.9)	17 (30.9)	17 (56.7)	28 (50.9)	1 (25.0)	74 (38.9)
その他	0 (.0)	0 (.0)	1 (3.3)	1 (1.8)	0 (.0)	2 (1.1)
参加してまもないのでわからない	12 (26.1)	4 (7.3)	0 (.0)	1 (1.8)	0 (.0)	17 (8.9)
無回答	0 (.0)	1 (1.8)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	1 (.5)
合計	46 (100.0)	55 (100.0)	30 (100.0)	55 (100.0)	4 (100.0)	190 (100.0)

表20.家族会参加によって得られたもの

仲間との出会い	理解し合える 正直になれる 回復モデルの存在 希望 知恵 安心感 落ち着き 勇気 孤独感の軽減
本人への対応	具体的な対応法 対応の徹底 ダルク職員が対応を代行
知識習得・情報収集	薬物依存症に関する知識 回復に役立つ資源
自責の念からの解放	家族のせいで病気になったのではない 家族では治せない
障害の受容	本人が障害をもっていることを受け入れられる 回復は必ずしも期待通りにはいかない
本人の回復を信じる力	回復モデルの存在(本人) 手を放し力を発見
自分自身・家族関係の見直し	自分自身の生き方 子育て 夫婦関係 両親との関係
家族の底上げ	何もかもを失わずにすんだ 他の家族をみて否認が解け危機感をもてた
心身の不調改善	元気になる 笑えるようになる

表21.家族が経験する様々な困難

本人が起こす問題行動	暴言・暴力 盗み 逮捕・補導 子どもがえり 昼夜逆転の生活 怠業・怠学 妄想幻覚による奇異な言動 極度の体調不良
本人に対する対処行動	薬物使用のコントロール 行動監視 世話焼き 経済的援助 就労に関する努力 暴言・暴力 借金・問題行動の後始末 家を出すが成功せず 本などで学び行動を変える努力
援助・治療機関に関する問題	守秘への不安があり相談困難 具体性のない対応 対応機関わからず多機関奔走 医療機関による治療拒否・中断 中間施設につながらない やくざ・宗教への依頼
本人に対する感情的葛藤	親としての愛情・責任感 親としての平凡な期待 本人への怒り 強い否定感情 期待と絶望の繰り返し 監視・干渉による関係悪化
社会的孤立	周囲への後ろめたさ 批判
心身の不調	極端な痩せ 心療内科の受診

ご家族の薬物問題でお困りの方へ（仮題）

目　次

第１章　薬物依存症を理解しましょう
（1）薬物乱用・薬物中毒・薬物依存
（2）薬物依存症が生み出す様々な問題
（3）薬物依存症の進行と回復の過程
第２章　回復のために家族は何をしたらよいのでしょうか
（1）薬物依存症が家族にもたらす影響
（2）薬物依存症と家族の悪循環
（3）大切な人のために家族ができること
第３章　まずは家族が元気をとりもどしましょう
（1）家族の自助活動
（2）自助活動の効果
第４章　家族の相談が回復のチャンスを作ります
第５章　Ｑ＆Ａ
付録：連絡先一覧

第１章　薬物依存症を理解しましょう

１人の人物を想像してみてください。その人は薬物を使いつづけていて、周囲の人が説得や説教、あるいは叱責したりしても決してそれをやめようとしない。ひょっとすると、一度はそれをやめたり回数・量を減らしたりすることに成功したこともあったのですが、結局はまた使い始めてしまった。もしもこのような人があなたの身近にいるとしたら、その人は「薬物依存症」という障害を抱えている可能性があります。

薬物依存症は国際的に認められている精神障害のひとつで、覚せい剤・シンナー・大麻など依存性のある薬物を使い続けているうちに心身に異変が生じ、薬物を使いたいという気持ち（渇望）が強くなりすぎて自分ではコントロールできなくなり、現実にいろいろと不都合が生じているにも関わらず薬物を使い続けてしまう障害です。市販の鎮痛薬や咳止め薬、病院で処方される睡眠薬や精神安定薬なども、使い方を誤ると依存症になる可能性があります。

何回くらい薬物を使うと依存症になってしまうかは個人差が大きいので一概にはいえませんが、通常は一度使っただけで依存症になることはありません。何度も使い続けるうちにその人の中に依存が形成され、異変が生じてきます。ただし、薬物依存に陥った人は、まさか自分がそのような事態になるとは思わずに最初の一回を使ったわけですから、最初の一回の持つ重みは大変なものです。

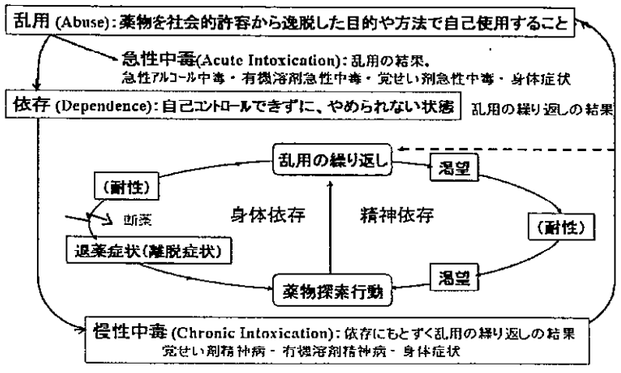


図1　依存性薬物使用の最大の怖さは、依存形成にある

（１）薬物乱用・薬物中毒・薬物依存

乱用？中毒？依存？
どうちがうの？
イラスト

薬物乱用・薬物中毒・薬物依存は、同じような意味で使われることが多いのですが、本当はそれぞれ違う意味をもっています（図１）。

1. 薬物乱用とは？

薬物乱用とは、ルールに反した「行い」に対する言葉で、社会規範から逸脱した目的や方法で、薬物を自ら使用することを言います。

覚せい剤、麻薬（コカイン、あへん・ヘロイン、LSD、MDMA など）は、製造、所持、売買のみならず、自己使用そのものが法律によって禁止されています。したがって、それらを１回使っただけでも乱用です。未成年者の飲酒･喫煙も法により禁じられているため、１回の飲酒･喫煙でも乱用です。

有機溶剤（シンナー、接着剤など）は、それぞれの用途のために販売されているのであり、吸引は目的の逸脱で、１回の吸引でも乱用です。

また、一回に１錠飲むように指示された睡眠薬、鎮痛薬などの医薬品を、「早く治りたい」と考え、一度に２錠も３錠も飲む行為は、治療の為という目的は妥当ですが、方法的には指示に対する違反で、乱用です。もちろん、医薬品を「遊び」目的で使うことは、目的の逸脱で、乱用です。

また、わが国では、成人が飲酒すること自体は乱用ではありませんが、朝から飲酒して社会生活に影響するようでは妥当な飲み方とは言えず、やはり乱用です。

つまり、乱用という概念は、ルール違反という尺度で評価した用語であり、あくまでも

「行い」に対する用語であると考えるべきでしょう。

したがって、その乱用が法に触れる場合、乱用者には警察などの取締機関が対応することになります。これは社会の約束事です。

2．薬物依存とは？

薬物の乱用を繰り返すと、**薬物依存**という「状態」に陥ります。薬物依存と言う状態はWHO（世界保健機関）により世界共通概念として定義づけられていますが、簡単に言えば、薬物の乱用の繰り返しの結果として生じた脳の慢性的な異常状態であり、その薬物の使用を止めようと思っても、渇望を自己コントロールできずに薬物を乱用してしまう状態のことです（表１）。

この薬物依存は、便宜上、精神依存と身体依存の 2 つに分けて考えると理解しやすいようです。

身体依存はアルコールを例にとると理解しやすいでしょう。長年大量のアルコールを飲み続けた人は、いつの間にか、体の中にはアルコールがいつもあるものだという体に変化します。そのような人が、飲酒のできない状況下におかれた場合、体は異変を起こします。

表１　ICD-10 による依存症候群(Dependence syndrome)の診断ガイドライン

依存の確定診断は、通常過去 1 年間のある期間、次の項目のうち 3 つ以上が経験されるか出現した場合にのみくだすべきである。

(a) 物質を摂取したいという強い欲求あるいは強迫感。
(b) 物質使用の開始、終了、あるいは使用量に関して、その物質摂取行動を統制することが困難。
(c) 物質使用を中止もしくは減量したときの生物学的離脱状態。その物質に特徴的な離脱症候群の出現や、離脱症状を軽減するか避ける意図で同じ物質（もしくは近縁の物質）を使用することが証拠となる。
(d) はじめはより少量で得られたその精神作用物質の効果を得るために、使用量を増やさなければならないような耐性の証拠（この顕著な例は、アルコールとアヘンの依存者に認められる。彼らは、耐性のない使用者には耐えられないか、あるいは致死的な量を毎日摂取することがある）。
(e) 精神作用物質のために、それにかわる楽しみや興味を次第に無視するようになり、その物質を摂取せざるをえない時間や、その効果からの回復に要する時間が延長する。
(f) 明らかに有害な結果が起きているにもかかわらず 、いぜんとして物質を使用する。たとえば、過度の飲酒による肝臓障害、ある期間物質を大量使用した結果としての抑うつ気分状態、薬物に関連した認知機能の障害などの害。使用者がその害の性質と大きさに実際に気づいていることを（予測にしろ）確定するよう努力しなければならない。

手の震えや振戦せん妄などの離脱症状（従来は禁断症状といいました）を呈することがあります。このような状態になる場合、その人は身体依存になっているのです。

身体依存になってしまうと、離脱症状の苦痛を避けるために、何としてでもアルコールを入手しようと、家族の目を盗んで自動販売機に向かったりといった、アルコールを手に入れるための行動を起こします。このような行動を**薬物探索行動**といいます。そして、アルコールを入手し、飲酒が繰り返されることになります。

一方、**精神依存**とは、**渇望**（薬物が欲しいという欲求）に抗しきれず、自制が効かなくなった脳の障害（状態）です。その薬物が切れても、身体的な不調は原則的には出ません。

ニコチンには、精神依存を引き起こす強い作用がありますが、身体依存を引き起こす作用は実際上はないと考えられています。喫煙者は、たばこが切れると、時刻、天候に関わらず、労をいとわず買いに行きます（薬物探索行動）。職場では、喫煙者どうしで「1 本もらえる？」と供給し合います。この「1 本もらえる？」という言葉も、紛れもない薬物探索行動です。この薬物探索行動は、ニコチンの場合には「1 本もらえる？」ですみますが、覚せい剤の場合には、入手するためには、「まずはお金だ！」ということになります。結局、有り金を使い果たし、その後は、家族、友人に無心し、時にはお金ほしさの犯罪にまで及ぶことまであるわけです。

薬物には、精神依存だけを引き起こす薬物と精神依存と身体依存の両方を引き起こす薬物の 2 種類があります。アルコールは身体依存のみならず精神依存も引き起こします。ところが、ニコチンや覚せい剤は精神依存は引き起こしますが、身体依存は引き起こしません。したがって、薬物依存とは精神依存のことを言うわけです。

困ったことに、この渇望を押さえる医薬品（治療薬）は未だに開発されていないのが現状です。

3. 薬物中毒とは？

薬物中毒は**急性中毒**と**慢性中毒**の２種類に分けられます（図１）。

アルコールの「一気飲み」は薬物乱用です。そのような飲み方は、酔いを一気に通り越して意識不明の状態を生み出しやすく、生命的な危機を招きます。このような状態が**急性中毒**です。乱用による薬物の直接的薬理作用の結果です。依存状態の有無に関わらず、乱用すれば、誰でもいつでも急性中毒に陥る危険性があります。急性中毒は迅速かつ適切な処置により回復することが多いわけですが、時には亡くなってしまうこともあります。

一方、**慢性中毒**とは、薬物依存に陥っている人がさらに乱用を繰り返した結果として発生する慢性的状態です。こうなると、原因薬物の使用を中止しても、出現していた症状は自然には消えず、時には進行性に悪化して行く状態です。幻覚や妄想を主症状とする覚せい剤精神病、無動機症候群を特徴とする有機溶剤精神病などがその代表です。

さいわい、覚せい剤精神病の幻覚や妄想は、３ヶ月以内の治療で約80%は消し去ることができます。しかし、幻覚や妄想が治ったからといって、薬物依存までもが「治った」わけではないのです。苦労して何とか本人を入院させたにもかかわらず、幻覚・妄想の消えた本人に懇願されて退院させたところ、ほどなく覚せい剤を再乱用され、再び本人を病院に連れて行かざるを得なくなったという体験を持つ家族は少なくありません。薬物依存と薬物（慢性）中毒の違いを理解することがきわめて重要です。

4．乱用・依存・中毒の時間的関係を理解する

もう一つ理解すべきことは、図１に示した薬物乱用、薬物依存、薬物中毒の関係は、ある時点でどれか一つがあるという関係ではないということです（図２）。慢性中毒の基には薬物依存が存在することを忘れてはいけません。しかも、薬物依存は「モグラ叩きの機械」に、薬物乱用は「モグラ」に例えることができます。いくらモグラを叩いても、モグラ叩きの機械が存在する限り、モグラは際限なく現れます。つまり、薬物依存が存在する限り、

いつでも薬物乱用が起きるのです。

一旦、薬物依存に陥ってしまえば、図１に示した薬物乱用、薬物依存、薬物中毒の環は、出口のない悪循環系になってしまいます。ここに薬物依存症を治療することの重要性があります。

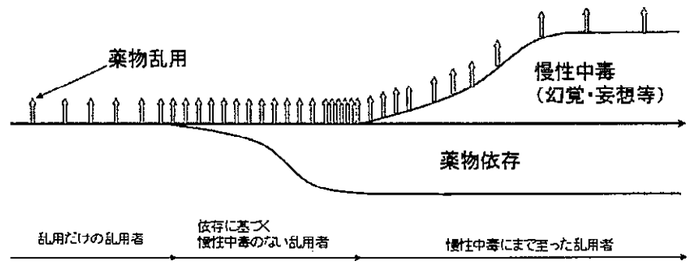


図2　薬物乱用・薬物依存・薬物中毒の経時的関係と乱用者のタイプ

（２）薬物依存症が生み出す様々な問題

薬物依存症は、その人の心身に異変を起こし、薬物を使い続けさせるだけでなく、他にも様々な深刻な問題をもたらします（図３）。これらは薬物依存症という障害がもたらす２次的な問題ですが、肝心の依存症という障害は目に見えず、度重なる借金や暴力、犯罪行為といった問題ばかりが目立ちますので、周囲の人はこういった問題の対応に日々追われるようになります。

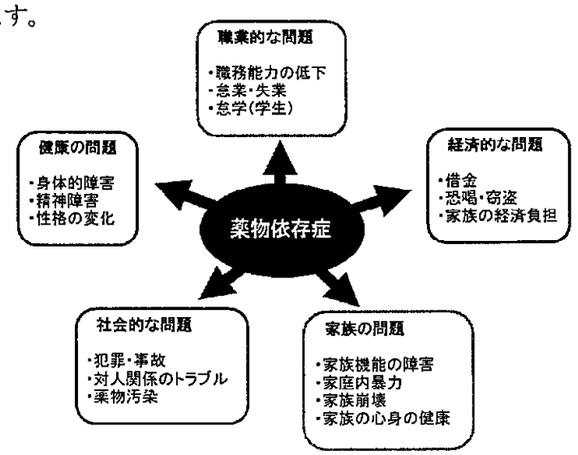


図3　薬物依存症が生み出す様々な問題

西村直行他，「薬物問題を持つ家族のための家族教室」（家族用テキスト），アジア太平洋地域アディクション研究所，2001より改変

表２に挙げられているのは、ご家族の方からみた代表的な依存症者の問題行動です。これをみると、薬物依存症は、その人の心身に変化をもたらすだけではなく、その人の生活全般や周囲の人々にも被害をもたらす障害であることがわかるでしょう。ただ、このような困った言動の多くは、本来のその人の性格によるものではなく、障害の影響によるものですから、薬物依存症の治療を受けることで少しずつ目立たなくなっていきます。

あなたのまわりに
こんなことは
起きていませんか？

イラスト

周囲の人々は、つい目の前の問題に目を奪われてしまい、根本的な
薬物依存症の問題を置き去りにしてしまうことがないように気をつけましょう。

表2　家族からみた薬物依存症者の行動

薬物依存症者の行動	経験した家族の割合
感情の起伏が激しく，人が変わったようになった	93%
薬物を買うために嘘をついた	84%
薬物について尋ねると不機嫌になった	81%
意味不明な話をしたり行動がまとまらないことがあった	78%
家の中で薬物を使用した	76%
薬物使用の道具が出てきた	76%
薬物使用を見つかって開き直ったことがある	69%
薬物を使って大声を出したり暴れたりした	68%
薬物が原因で仕事を解雇された	68%
薬物が原因で身体的問題が起き，受診した	67%
本人が作った借金の督促が来たことがある	67%
薬物を使って暴力を振るうことがあった	61%
薬物使用のために補導・逮捕されたことがある	61%
薬物依存症，薬物中毒，中毒性精神病の診断を受けた	58%
薬物使用をやめるための入院をした	52%

菊池安希子，和田清「物質依存症の当事者家族への対応―沢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より改変

薬物依存症になるとどうなってしまうの？
障害は治るの？
イラスト

（３）薬物依存症の進行と回復の過程

薬物依存症の進行

ちょっとした好奇心や仲間意識で使い始めた時期から、依存症はみえないところで少しずつ進行していきます（図４）。やがて時間がたつうちに、少しずつ身体の中に依存が形成されて、薬物使用がコントロールできなくなってくるのですが、この時点では、ほとんどの人は問題を認めようとはしません。このように現実を否認するような間違った考え方や感じ方をするようになるのもこの障害の特徴です。

やがて、借金・犯罪・家庭不和などの２次的な問題が深刻化してくるので、まず家族や周囲の身近な人々が「困った」「なんとかしなくちゃ」と考えるようになります。このときすでに依存はかなり進行していることが多いのですが、この時点でも、自分に薬物の問題があることを認められない人が多いのです。

さらに、多くの場合、薬物を使い続けているうちに精神病の症状が現れてきます。この症状は使用している薬物によって違いがありますが、たとえば覚せい剤精神病の場合は、「誰かにつけられている」「警察に見張られている」などの妄想や、「みんなが自分の悪口をいっている」「死ねという声が聞こえる」などの幻聴が主な症状です。明らかに通常と異なる様子を示すので、精神症状が現れるとご家族や周囲の人は大変不安な気持ちになりますが、これらの症状は薬物使用を中止し、向精神薬の処方など適切な医学的処置を受けると、通常は１から３ヶ月内に治まることが多いといわれています。けれども、表面的な症状が治まったからといって、依存症が治ったということではありません。安心してそのまま依存症の治療をしないで放っておくと、依存症はどんどんと進行していってしまいます。

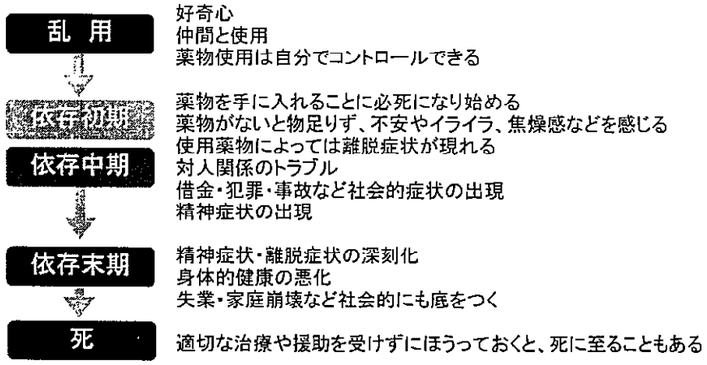


図4 薬物依存症の進行

薬物依存症 家族のためのハンドブック、特定非営利活動法人(NPO法人)セルフ・サポート研究所より改変

薬物依存症からの回復

残念ながら、依存症になってしまった脳はもとの状態には戻らないと考えられています。その意味で、完全に治るということはありませんが、きちんと治療を受けて薬物をやめ続ければ、多くの人は通常の社会生活を営み、薬物依存症によって失ったものを少しずつ取り戻すことができます。これを**回復**と言います。

回復には、大まかにいって4つの段階があります。この4つの段階とは、(1) 薬物によって疲弊し衰弱した身体が正常化するという「**身体の回復**」の段階、(2) 薬物による幻覚・妄想がなくなり、思考力や記憶力が正常化するという「**脳の回復**」の段階、(3) 薬物依存症によって歪んでしまった物の考え方、感じ方、生活習慣が正常化するという「**心の回復**」の段階、そして最後に、(4) 薬物依存症によって壊れてしまった人間関係が修復され、周囲からの信頼をとりもどすという「**人間関係の回復**」の段階です。

いいかえれば、薬物依存からの回復には、薬物使用を止めてさらに長い年月を要するわけです。依存症という障害が、短期間のうちに突然生じるものではなく、何年もかけて少しずつその人をむしばみ、発展したものであることを考えれば、むしろこれは当然のことでしょう。このように確かに長い時間はかかりますが、薬物を止めつづければ、

いつの日か失った自分らしさを回復することができるのです。

薬物依存症は、時間がかかるけれども回復可能な障害です。

ご家族の方や周囲の人々は、薬が止まっているかどうかということだけに

一喜一憂しすぎず、一歩距離をおいて気長に見守っていく気持ちが大切になります。

回復を支える機関

薬物依存症の人の回復を支える機関がいくつかありますが、それぞれできることとできないことがあります。どこかひとつの機関だけで治療が完結することは、むしろまれなことというべきでしょう（図5）。

図5

家族の人だけで問題を抱え込み解決しようとしないで、

それぞれの段階に応じて様々な機関を上手に利用していくことがとても重要です。

精神科病院

薬物依存症からの回復には長い時間が必要であり、その中で医療機関が果たす役割は、主に回復の初期段階に限られています。医療機関では、薬物使用による身体的な障害や精神的な障害の治療をします。病院という閉鎖的な場所で安静にし、規則正しい食事をし、必要に応じて投薬治療などを行えば、幻覚や妄想などの症状の大半は改善します。

こんなとき、周囲の人は、まるで完全に治ってしまったかのような錯覚に陥ることがあります。けれども、目立っていた精神症状などが治まったからといって決して安心はできないのです。頭の中にいったん依存が形成され異常が起きてしまった場合、その後薬物を使わないでい続けたとしても、残念ながら完全に元に戻ることはないといわれています。いいかえれば、その人の中には依然として薬物依存症という障害が眠ったままの状態で存在しているわけです。したがって、そのまま放っておくと、また障害に操られてすぐに薬物を使ってしまい、最悪の状態に戻ってしまう可能性がきわめて高いということを、ご家族や周囲の人はしっかりと心にとめておく必要があります。

（参考：薬物依存症専門病院での治療）

薬物依存症専門病院では、薬物依存症患者さんの治療を、Ⅰ期治療とⅡ期治療という2つの段階に分けて行っています。このうちⅠ期治療では、薬物によってもたらされる中毒性精神病の症状（幻覚や妄想などのことです）の治療を行うことが目的となります。回復の段階でいえば、身体の回復と脳の回復が、そこでの目標となります。多くの薬物依存症患者さんは、幻覚や妄想をきっかけにして精神科病院を訪れるので、治療はこのⅠ期治療から開始されるのが通常です。ここでは、投薬を中心とした治療が行われ、本人が治療に同意しているかどうかは、必ずしも治療の成否に関係がなく、強制的な入院治療によって行われる場合も少なくありません。こうした治療は、なにも専門病院にかぎらなくとも、一般の精神科病院でも行うことができます。

薬物依存症の治療で大切なのはⅡ期治療です。ここでは、薬物依存症そのものが治療の対象となります。このⅡ期治療のプログラムが用意されていることが、まさに薬物依存症専門病院の条件といってよいでしょう。具体的には、一定期間、病院内の教育的プログラムに参加し、薬物依存症がどんな障害であって、どのようにすれば回復できるのかについて勉強したり、ときには病院からDARCに通所したり、NAなどの自助グループに参加したりすることもあります。回復の段階でいえば、「心の回復」の最初の一歩に着手する段階といってよいでしょう。

Ⅱ期治療の特徴は、患者さん自らが「この治療を受けたい」と望むことが必要であり、決して強制的に入院させて行える治療ではないということです。なにしろ、自分に快楽をもたらし、それを止めることには大変な苦痛を伴う薬物を止め、薬物なしの新しい生活習慣を築くことが治療目標となるわけです。失敗はあるにしても、七転び八起きの精神でチャレンジしてみようという気持ちはどうしても必要となってきます。

多くの家族は、どうしたら本人がこのⅡ期治療を受ける気になってくれるかという問題で頭を悩ませるものです。そうした悩みにヒントを与えてくれるのが、精神保健福祉センターの家族教室や薬物依存症者の家族のための自助グループなのです（詳しくは第3章をお読みください）。

警察・刑務所

治療機関ではありませんが、依存性薬物の多くは使用自体が犯罪行為ですから、薬物依存症の人は逮捕されたり刑務所に入ることが多くなります。刑務所の中では薬物は使えませんし、刑務所に入れられることで、自分がやったことの社会的な責任について自覚が深まることもあります。ご家族にとっては非常にショックなことですが、このような意味で刑務所にも利点がないとはいえません。

けれども、刑務所の中で薬物使用が止まり、「もうこりごりだ」と反省して、「もう二度と薬物なんか使わない」と心から誓ったとしても、それだけで依存症が治るわけではありません。実際に、何年間も刑務所暮らしをした後、やっと出所したと思ったらまたすぐに薬物を使ってしまう人はたくさんいるのです。ご家族の方からみると理解しがたいことかもしれませんが、それが依存症という障害の恐ろしさでもあります。最近は、少しずつ刑務所の中でも薬物に関する教育的指導を行うようになってきていますが、基本的に、刑務所は治療をする場所ではありませんので、ご家族の方は誤解のないよう気をつけてください。逮捕や受刑を回復への大切な機会ととらえ、弁護士や関係者と連携をとりながら、その後の治療へと結びつけることが大切です。

自助活動

長く続く回復の道のりは、薬物依存症の人がともに支えあう地域の自助活動（同じ経験をもつ仲間が相互に助け合うこと）によって支えられています。

自助活動は大きく二つに分けることができます。ひとつは、仲間同士で共同生活をおくりながら、薬物をやめ続けることに成功した人が、今やめられないで困っている人の手助けをして、ともに薬物を使わない生活を目指していくリハビリテーション施設で、ダルク（DARC）などがよく知られています。入寮の形態をとっている施設がほとんどですが、中には通所型のものもあります。職員は同じ薬物依存症から立ち直った仲間で、専門家ではありませんから医療を行うことはできませんが、多くのリハビリテーション施設は地域の医療機関と連携をとっています。

もうひとつは、ナルコティクス・アノニマス（NA）という自助グループです。全国にたくさんのグループがあって、主に夕方から夜にかけて薬物依存症の人々が集い、回復のためのミーティングを行っています。

こうした自助活動は、薬物依存症の回復段階における**心の回復**と**人間関係の回復**を達成するうえで効果があります。精神症状などの目立った症状は病院で治療を受けると比較的短期間でおさまることが多いのですが、その後は時間をかけて、依存症という障害によって悪影響を受け変化してしまったその人の悪い生活習慣、物事の考え方、対人関係などを改善していく必要があります。

たとえば、昼夜逆転などのライフスタイルや悪い仲間とのつきあいは、そのままにしておくと再使用に非常に結びつきやすいので、規則的で健康的な生活に変えていく必要があります。また、いったん依存症にかかるとその人の体はなんとかして薬物を使い続ける必要がありますから、そのためによく嘘をつくようになったり、真実を見ようとせず都合のいい考え方ばかりするようになったり、他の人を利用したりするようになります。

薬物使用が止まるのは
回復の第一歩。
回復の道は長く続きます。

イラスト

このように、障害による2次的な変化をひとつひとつ時間をかけて改善していくことが回復なのです。したがって、回復の全過程は大変時間のかかるものですし、さらに、良くなったり悪くなったりしながら少しずつ回復していくという特徴をもっています。

結局のところ薬物が自分や周囲の人々にどれだけの被害をもたらしたのか、長年にわたる薬物使用によって自分がどんなふうに変わってしまっていたかということを認め、回復のための努力を続けることはとても苦しく勇気のいる作業です。けれどもこのようにして実際にたくさんの人が薬物依存症という障害から回復し、自分を取り戻しています。それどころか薬物依存症からの回復過程における様々な経験を通じて、「新しい自分に出会うことができた」「障害になる以前の自分よりずっと成長した」といっている回復者が大勢います。

第２章　回復のために家族は何をしたらよいのでしょうか

(1) 薬物依存症者が家族にもたらす影響

薬物依存症は
家族を巻き込む障害！

イラスト

薬物依存症は、その人の心と身体をむしばむだけではありません。家族の誰かが薬物依存症にかかると、家族はその悪い影響を受けて、気がつかないうちに変化していきます。依存症が「家族の病」であると言われているのはこのためです。

薬物依存症の進行に伴って、家族にも一定の変化がみられるようになります。依存症者の人を長い間抱え込んでいると、心理状態や行動パターンが変わってくるのです（図６）。

薬物依存症の初期、まだ薬物依存症に関する様々な問題が深刻化する前の段階では、多くのご家族は無意識にその問題と向き合うことを避けようとします。「ちょっとした好奇心でやっていることだ。そのうちにやめるだろう。」「お父さんがあの子をきつく叱りすぎるから反抗しているだけで、父と子の関係が良くなりさえすればすべて解決するんだけれど。」

このように、起きている問題を楽観視したり、何か他の原因のせいにしたりすることで、

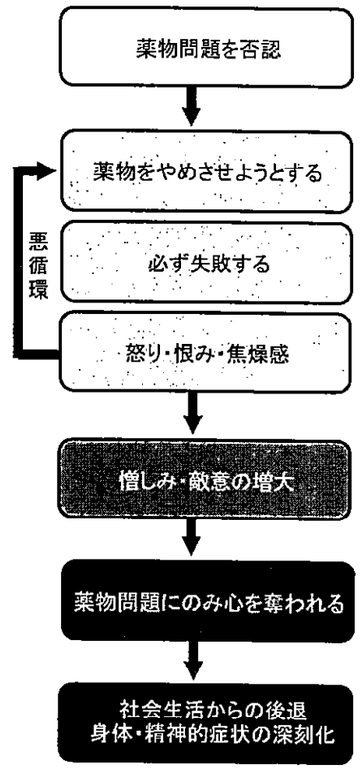


図６　薬物依存症の進行に伴う家族の変化

薬物依存症　家族のためのハンドブック，特定非営利活動法人(NPO法人)セルフ・サポート研究所より改変

問題の直面化を避けようとするのです。

そのうちご本人の薬物使用がエスカレートして、問題を直視せざるをえなくなると、今度はなんとか薬物をやめさせようとあらゆる努力をするようになります。けれども相手は薬物依存症という障害にかかっているので、これらの努力が報われることはめったにありません。ご家族の努力が功を奏し、一時的に薬物使用が止まることがあるかもしれませんが、ほとんどの場合は長つづきしません。ご家族は、期待をしては裏切られるということを繰り返すうち、だんだんとご本人のことを信じることができなくなり、怒りや恨みの感情をもつようになります。また、薬物をやめさせようとして失敗することを続けていくうちに、ご家族は無力感や自責の念を感じるようになります。

一方で、借金や暴力・暴言など、依存症が原因となって起きてくる様々な問題が深刻化し、ご家族を追いつめていきます。ご家族は、今や一人前の責任を果たすことができなくなっているご本人の代わりに、次から次へと起きてくる問題に対処しなくてはなりません。

このような生活を続けることはご家族にとって大変な負担となります。「心配で夜も眠れない」「悩みばかり増えて心が休まるときがない」、こんな毎日を送っているうちに、知らず知らずのうちに心身が消耗し、本来その人に備わっていたはずの問題を解決する力や冷静な判断力がどんどん失われていってしまうのです。慢性的な危機状態を乗り越えるため、感情が麻痺し、今自分がどのように感じているかがわからなくなってくることもあります。

さらに、薬物依存症者の人と長く暮らすうちに、家族の機能全体がうまく働かなくなってきます。健康な家族というのは、本来それぞれが独立した個を保ちながらゆるやかに結びついているものですが、薬物依存症の人がいる家族では、家族全体が、この危機をなんとか乗り越えようとすることのみを目標に動くようになってくるのです。そうすると、個人の成長が妨げられたり、それぞれの境界線が壊れて自立性が保てなくなると

いう問題が起きてきます。

また、このような問題が家庭の中で起きていることを周囲に知られたくないと思うので、どうしても秘密が多くなり、次第に社会から孤立するようになってきます。

このように、薬物依存症は、気がつかないうちに家族全体の健康さを奪っていきます。

家族の声：当時は「20歳になればやめるだろう」と安易な気持ちでした・・・

息子がシンナーを吸い始めたのは高校1年生のとき。それは長い長い多くの人を巻き込んだ薬物との戦いの始まりでした。当時は「20歳になればやめるだろう」と安易な気持ちでした。それでも一向に止める気配はなく、シンナーの怖さの情報が分かると、いてもたってもいられなくなりました。

はじめは「なんで？どうして？何に不満があってシンナーに手を出したの？」という思いばかりでした。主人と2人で「止めなさい!!」と叱りつけたり、「お願いだから止めてちょうだい」と泣きながら懇願したり、その連続でした。当時は、本人の心境など思いが及ばず、本人の苦しみとか、家族間のひずみに気がついたのは、十数年も続く戦いの後、家族会につながってからでした。

（2）薬物依存症と家族の悪循環

身も心も疲れ果て、誰にも相談できない状態にありながら、大切なご本人をなんとか立ち直らせようと必死になっているご家族の姿は、薬物依存症からみると格好の利用相手です（図7）。

なんとかやめさせようと
こんなにいっしょうけんめい
やっているのに
どうしてうまくいかない
の？！

イラスト

ご家族が、これを機会に立ち直ってほしいと心から願って「今回だけだよ」とご本人の作った借金の肩代わりをしてあげたとしましょう。そうすると薬物依存症は「これでまた借金ができる」「また薬物が買える」と大喜びです。たとえご本人の心が感謝の気持ちでいっぱいで、ご家族のためにももう二度と薬物を使わないと固く決めたとしても、そんなことはなんの役にも立たないのです。それほどに薬物依存症という障害は強い力をもっています。

ご本人が薬物使用のために体調を崩したときに、なんとか愛情で立ち直らせてあげたいとご家族が懸命に世話をすることはどうでしょうか。それは薬物依存症者本人からすると「ああ、よかった、体が元気になってくれればまた薬物が使える」ということになります。

図7

なんとか薬物使用をやめさせようとご家族が必死になって止めたり叱ったりすることはどうでしょうか。ご本人は追い詰められるとイライラします。するとその人の中にいる薬物依存症は待っていましたとばかりにこうささやくのです。「薬物を使えば嫌な気持ちが吹っ飛ぶよ」「何もかも忘れてハイになろうよ」。

これではご家族の必死の努力がなんの役にも立たないどころか、かえって薬物依存症という障害を助ける結果となってしまっています。このように、依存症はご本人だけでなく、周囲の人も障害の悪循環に巻き込んでいくという性格をもっていますが、ご家族の方は最初の頃なかなかそのことに気づくことができません。後になってこれでは問題の根本的な解決にならないと気がついたとき、たいていのご家族は困り果てて孤立無援の状態です。そんなとき、家族にできることはどんなことでしょうか。この悪循環から一日でも早く抜け出すために、まず何からはじめるのがよいでしょうか。

（3）大切な人のために家族ができること

薬物依存症について学びましょう。
イラスト

回復のためにご家族にできることは三つあるといわれています。

まずひとつは、薬物依存症という障害について学ぶことです。ご本人とご家族の共通の敵である薬物依存症と効率よく戦うには、まずその障害がどういうものかということについて多くの情報を得る必要があります。薬物依存症はれっきとした障害ですから、医学的・心理学的側面から理解を深めることは有益でしょう。また、回復に有効な資源やそこでどのような治療が行われているかを知ることも必要です。さらに、薬物依存症は様々な犯罪や借金問題と関連することが多いので、法律のことについてもある程度知っておくと役立つでしょう。学ぶべきことがたくさんあります。

薬物依存症者に対する適切な対応方法を身につけましょう。
イラスト

二つ目は、薬物依存症者ご本人に対する適切な対応方法を身につけることです。ご家族の方がなんとかご本人を助けてあげたいと思って一生懸命していることが、実際にはあまり役に立たないどころか、かえってご本人の回復を遅らせてしまうということがよくあります。

たとえば、ご家族の方はよくあの手この手を使ってご本人の薬物使用をやめさせようとします。叱ったりお説教をする場合もあるでしょうし、また、何か買ってあげるからと交換条件を出すかもしれません。確かに、このようなご家族の努力は一時的には役に

立つかもしれませんが、薬物依存症になってしまったら、治療を受けない限りそれが長続きする見込みは非常に低いので、結局は問題の先送りにしかなりません。

それから、ご家族が、今度こそ立ち直るだろうと思って借金を肩代わりしてあげたり、ご本人が起こした問題の尻ぬぐいをしてあげたりしていると、ご本人はいつまでたっても事態の深刻さに気づくことができず、治療が必要だという気持ちにはなりにくいでしょう。

このように、結果的に見ると、実はご本人の薬物使用を助けてしまっているようなご家族の対応を、専門用語では「イネイブリング行動」といいます。一度決意したことも、ご本人の打ちひしがれた姿をみるとついかわいそうになって結局うやむやになってしまうことがよくありますが、その場しのぎの対応や感情に左右された一貫性のない対応ではなく、長期的に見てどうすることが薬物依存症からの回復に役立つのかという基本をしっかり守った対応法を身につけることが大切です。

家族の声：せっせと尻ぬぐいをしました・・・

携帯電話の料金、サラ金の返済など。車も何台も廃車になりました。それは全て私たちがせっせと尻拭いをしました。今にして思うと面倒をみすぎたのですね。ある人から、「非情も愛情の内だから助けたりしてはダメ」と言われたこともありましたが、聞く耳を持っていませんでした。息子の言うこと、やることに抵抗することが出来ずに、どんどんエスカレートさせる結果になりました。原因を作っていたのは私たち家族だったのに、「どうしてこんなに息子に苦しめられなくてはならないの？」と、私は被害妄想で、毎日悩んでいたのです。

家族も仲間と出会って元気を取り戻しましょう。
イラスト

最後に三つ目は、ご家族の方がまず元気を取り戻すことです。一見ご本人のこととは関係がないようですが、実はこれが一番大切なことです。心身が疲れていると問題を上手く解決するための方法をみつけたり、そのための行動を起こしたりすることができないからです。

ご家族の方が元気を取り戻すには、同じような経験をしている仲間と出会うことがとても役に立つでしょう。これまで誰にも言えずに抱え込んできた心配や苦しさは、同じ経験をしている仲間でないとなかなかわかってはもらえません。「もうひとりではない」「わかってくれる人がいる」「一緒に乗り越えていく仲間がいる」、そんなふうに感じられるだけで心が少し軽くなるのではないでしょうか。仲間の話に耳を傾けることで、希望をもち、回復を信じられるようになってきます。

仲間に出会い薬物依存症に関する知識や対応法を学ぶために、役立ちそうな場所は積極的に利用しましょう。依存症病棟がある医療機関・精神保健福祉センター・保健所などでは家族教室や家族相談を行っているところもあります。依存症者ご本人と同じように、家族同士の自助活動も各地で行われています。ご家族の方が相談にいったからといって警察に通報されるようなことはまずありませんので、ひとりで抱え込まず、勇気を出して身近な専門機関や自助グループに相談してみましょう。

相談するときに気をつけなくてはならないことは、相談相手が薬物依存症に関する知識や経験を十分もっているかどうかをきちんと見きわめることです。薬物依存症のことをよく知らない周囲の人や友人に相談することはあまりお勧めできません。薬物依存症は風邪などのありふれた障害ではありません。豊富な知識と経験をもった人からの助言でなければ、かえって事態の悪化を招いたり、「親の育て方が悪いからだ」などと責められて傷つくだけの結果になりかねません。

家族の声：精神保健福祉センターの家族教室に参加して・・・

「家族教室で勉強して、本人のために一生懸命やってたことが役に立っていなかったとわかってすごいショックだったのですけど、気持ちの持ちようが楽になって、ほっとしました。自分らしい生活が持てるようになったことが大きかったです。これからも続けていきたいです」

「同じような人が世の中にいるんだということがわかったのがなによりよかったです」

「いままでこの問題を周りから隠して、隠して、そんなこと外から見たらないふうにやってきました。だから、ここに来ること自体がすごく大変で、できれば匿名のまま、仮面でもつけて来たいところだったんです。それが、来てみて、そうやって隠してしまうことが良くないことだったと気づかされました。勇気を持ってここに来ることができたのが、全ての第一歩。来ることができて本当によかったと思っています」

この問題はおおっぴらにできないこと、どうしたらよいか悩んできた。
一番よかったのは病気だとわかったこと。病気なら進行性だから、どうしていくかということで、本人が施設、治療とつながることが大事という方向がわかった。そういう回復のための道筋が分かり、そのために取り組めるようになったことがなによりもよかったこと。

家族の声：いろんなグループを活用することが支えになりました・・・

もう止まるだろうと思って信じていたのに、また息子のポケットから薬物を発見してしまったときは、このままでは自分がもうだめになると思いました。それまでは息子をなんとかしようと思っていろいろ方法を探していたのですが、最終的には、このままだと自分がおかしくなってしまうと思って、その時初めてナラノンに行ったんです。初めての時はすごく不安でしたが、仲間があたたかく迎えてくれて、心からほっとしました。だけどナラノンでは重い話も多くて、話を聞いていることが苦しい時期もありました。そんなとき、自助グループとは違う専門家の先生が開いているグループの存在を知って、そちらのほうにも通うようになりました。そこでは依存症とは何かというような講義が前半にあって、後半は個人の話をするんですが、私の話を聞いてくれるだけではなくて、整理してわかりやすく返してくれるっていうのが私にはとても役立ちました。こうやっていろんなグループを活用することが、私にはとても支えになったんです。

第３章　まずは家族が元気をとりもどしましょう

(1) 家族の自助活動

現在行われている家族の自助活動のひとつに、ダルクという薬物依存症者ご本人のためのリハビリテーション施設と連携をとりながら活動している家族会があります。主な活動内容としては、月に一度集会を開催して、薬物依存症に関する勉強をしたり、みんなで経験を語り合ったり、回復した薬物依存症者ご本人の体験談を聞いたりしています。

どの家族にも当てはまるただひとつの答えというものはありませんから、ご家族の方はいろんな話を聞きながらそれぞれ答えをみつけていかなければなりません。また、いったんわかったような気がしても、いったん出来上がった過去の関係性はなかなか消えてなくならず、ちょっと気をゆるめるとすぐに元の関係に戻ってしまいます。そのようなことを防ぐためには定期的な見直しが必要です。このように、ご本人の回復に時間が

かかるのと同じように、ご家族がご本人との間に適切な距離をとれるようになるまでにも時間がかかるといわれています。家族会でも多くの方が長い時間をかけて、依存症の勉強をしたり適切な対応法を学んだりしています（図８）。

とにかく困っているご家族の方にとっては、「今すぐなんとかしてほしい」「そんなにのんびりしていたら大変なことになってしまう」と思われるかもしれません。けれども、薬物依存症からの回復に時間がかかるのと同じように、ご家族も普段の冷静さを取り戻し、薬物依存症という障害を理解し、回復に役立つ態度を身につけていくには時間がかかるものです。ご家族の方がまずそのことを受け入れ、落ち着きを取り戻してじっくりと取り組む姿勢がとても大切です。

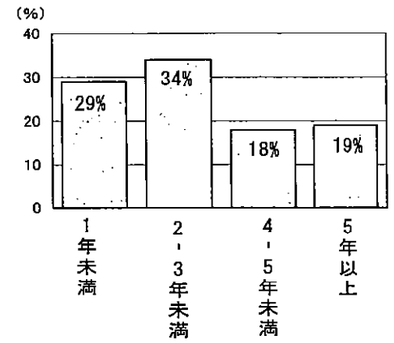


図8　家族会への参加期間

家族の声：何か重たかったものがスーッと抜けて、ホッとする自分がいました。・・・

本人がダルクにつながったことで、今度こそはシンナーが止まってよくなってくれるだろうと安易な気持ちでいました。ところが、ダルクで３ヶ月クリーンが続くと、「俺は治った」と言ってダルクを退寮し、アパートに住んで仕事を始めて、３ヶ月ぐらいするとまた再使用してダルクに戻る。何度も何度も同じことを試みましたが、一向に進歩の見えない息子。どうしてなんだろう。

本人はダルクにいて、一通りプログラムを踏んでいましたが、私たち家族が何も勉強をしていないので知らないのです。シンナーを再使用し、家に帰ってきて暴れる息子に「俺を変えたかったら、親が変われ！」と怒鳴られたこともありました。でも、意味は分かりませんでした。

それからしばらくして、私たちも家族会に通い始めました。最初は、皆さん笑顔で、明るくて、「来るところを間違えたかな？」「きっと、私ほど困り果てたご家族はそうはいないのだろう」と思いました。でも、体験を聞いてみると、本当に皆さん多難な問題を抱えてきていることが分かり、本当に驚きました。それと同時に、何か重たかったものがスーッと抜けて、ホッとする自分がいました。それからは夢中で家族会に通い続けました。

不思議とその頃から、本人もダルクで落ち着いた生活を続けることが出来るようになり、今では穏やかになった息子と、電話で話すこともあります。本人は本人の人生。私たち夫婦は私たち夫婦の人生を取り戻すことができ、本当に感謝しております。

家族の声：本当に理解できるまでには時間がかかりました・・・

家族会に来て一番良かったことは、皆さん同じ境遇なので互いに理解し合えるというところです。家族がどんな風に巻き込まれているか、対応が間違っているかというのは、最初は言われてもなかなか気づかなかったです。半年くらいたってからわかってきたような気がしますね。最初はまず、頭で理解するんですが、その時わかっても、また次の月に家族会に行くまでには元の自分に戻ってしまうんです。次の月また話きくと、ああ、なるほど、と思うんですけど、１ヶ月の間にまた考えが変わったりして。そういうのを繰り返して、半年くらいたってから、本当に理解できてきたような気がします。家族会につながってなかったら、たとえ子どもが施設につながっていたとしても、私はこんなに元気に明るく笑えるようにはなっていなかったように思います。家族会があったから、私は子どもと離れることができたような気がします。

この他の自助活動としてはナラノンという自助グループがあり、全国に点在しています。大切な人の薬物問題に悩む人々が集まって、密着しすぎたご本人との距離を見直したり、互いの体験を語ったり、経験から得られた知恵を与え合ったりしています。

家族の声：親ができることは何もないんだと思えた瞬間がターニングポイント・・・

警察に再逮捕されたことは、もう今度こそはやめてくれるだろうと思い込んでいた私にとって、「このままうちの子は底なし沼に落ちていくんだろうか」と、背筋が寒くなる思いでした。それから初めてナラノンにつながり、色々な勉強会にもとにかく足を運びました。「私の人生と、親子という関係と、クスリの問題は別」と頭の中では理解しても、やはり家に帰ってクスリを使っているであろう息子の顔を見ることは、とても苦しいことでした。

その頃は、ナラノンに行っても、口から出る言葉は今の状態を嘆く言葉ばかりでした。家の息子はクスリを使って暴れることはなかったので、ナラノンの仲間の話を聞きながら「まだ息子はそこまでひどくない」という気持ちもあったのかもしれません。でも、本当にたくさんの仲間の話を聞くうちに、「ああ、一緒なんだ。本人のクスリを止めさせるために、親ができることは何もないんだ」と素直に思える瞬間があって、それが私のターニングポイントだったように思います。

家族の回復にも時間がかかります。

家族が手をつないだイラスト

(2) 自助活動の効果

多くの薬物依存症者は、「自分は薬物依存症なんかじゃない」「やめようと思えばいつでもやめられる」などといって、なかなか障害を認めようとせず、治療を受けたがりません。このように自分が障害にかかっていることに気がつかなかったり、うすうす気がついていても決して認めようとしないのもこの障害の特徴であるといわれています。いやがるご本人をどうやって治療の場につなげるかはご家族にとって深刻な問題です。

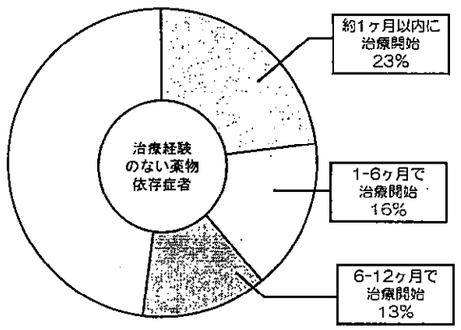


図9 家族会参加時には未治療でも、少しずつ治療につながります

ご家族が家族会に参加した時点では治療を拒否していても、1年後にはそのうちの約半数のご本人がダルクなどの治療機関につながっているということが、家族会を対象とした

調査から明らかになっています（図 9）

また、家族会に継続的に参加し続けるうちに、ご家族が少しずつ元気や自信を取り戻し、家族関係もよくなることがわかっています（図 10）。

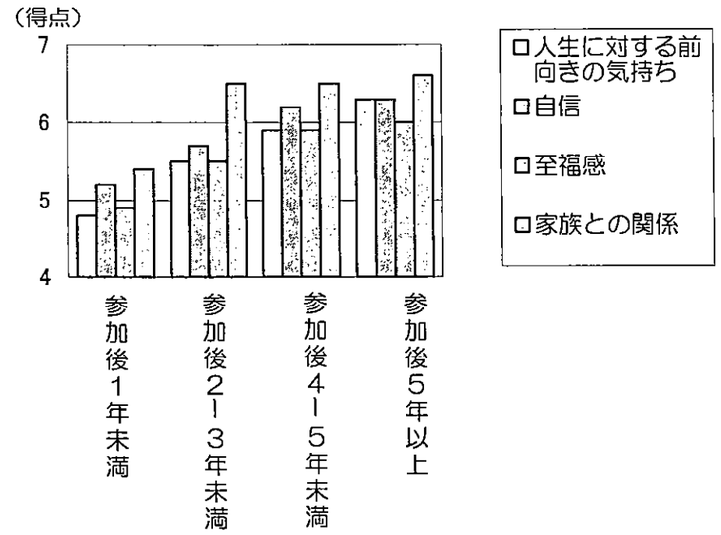


図10 家族会参加後の家族の気持ちの変化

第 4 章　家族の相談が回復のチャンスを作ります

この章では、家族の相談がきっかけになって、最終的には薬物依存症者ご本人が回復するチャンスを手に入れることができた事例を紹介したいと思います。

エリート・サラリーマンだった A 男

A 男は、ごく普通の家庭に生まれ、何不自由なく育てられました。そして、都内の私立大学を卒業した後に、ある有名商社に入社しました。仕事は忙しかったですが、学生時代から交際をつづけている恋人に支えられ、何とか仕事をこなしていました。

入社して 1 年を経過し、仕事にも慣れてきた 23 歳のとき、ある宴席で同僚に勧められ、ごく軽い気持ちからはじめて覚せい剤を加熱吸煙（あぶり）で使いました。この当時は、何週間かに一度、友人とのパーティの際に使うという断続的な使用にとどまっており、仕事や家庭に支障が出ることなく、うまくコントロールして覚せい剤を使うことができていました。1 年後、A 男は恋人と結婚し、これを機に実家を出て妻との生活をはじめました。

家庭生活の破綻

結婚生活は最初のうちは順調でした。A 男の仕事も順調であり、共稼ぎということもあって経済的にも裕福で都心の高級マンションに住むという優雅な暮らしぶりでした。そして A 男が 27 歳のとき、妻が妊娠しました。

けれども、この頃には覚せい剤の使用頻度はかなり増えていました。「仕事の疲れをとるため」と自分に言い訳しながら、いつしか週 3 回は覚せい剤を使用する状況となっており、会社を欠勤することが多く、仕事上のミスも多くなりました。さらに、子どもが生まれた頃には、A 男はほぼ毎日、覚せい剤を使用するようになってしまっていました。ついに A 男はとりかえしのつかない仕事上のミスをしてしまい、会社を解雇されました。仕事を止めた A 男はますます覚せい剤にのめり込み、生まれたばかりの赤ん坊の世話をする妻に対して、被害妄想による暴言や暴力をくりかえすようになりました。妻は、「私と結婚したことがストレスで、A 男はこんな風になってしまったのか」と自分を責め、誰にも相談できずに苦しい街日を送っていました。

家族教室に参加

しかし、とうとうたえかねた妻は A 男の両親に相談することにしました。妻は、混乱した A 男の母親から「あなたがしっかり支えないからこうなった」と非難されましたが、父親に制され、最終的に 3 人の意見は、「とにかく専門家の意見を聴こう」ということにまとまりました。妻と A 男の両親は精神保健福祉センターに相談に行き、そこで開催されている薬物依存症家族教室に参加しました。このとき A 男の妻は、家族教室に参加

した感想として、「同じような家族が他にもたくさんいて、『自分たちだけではないんだ』と思い、少しだけ目の前が明るくなりました」と涙ながらに語りました。

さらにA男の妻と両親は、精神保健福祉センターの相談員から教えてもらった民間薬物依存更生施設DARCの家族会にも参加するようになりました。そこでは、薬物依存症がどういった障害であるのかについて理解を深め、A男の行動にどう対応すべきかについて、多くのことを学びました。

DARC入所

DARC家族会に通い始めて半年を経過した頃、妻と両親はA男とこれからのことについて話し合う場を持つことになりました。家族会でのアドバイスにしたがって、妻はA男に離婚したいと切り出し、両親も今後いっさいA男の面倒はみないことを伝えました。と同時に、A男に薬物依存症の治療を受けて欲しいと伝えました。A男はいつになく神妙に妻の話を聞いていました。この日、2人の離婚が決まりました。

29歳になったA男は、DARCに入所することを決意しました。けれども、入寮してまだ3ヵ月しか経っていない頃、A男は「もう治った」といいはって施設を出てしまいました。A男は退所した足でそのまま元妻のところに向かいましたが、施設からA男退所の連絡を受けた元妻は、家族会の仲間に相談した結果、実家へ緊急避難することにしました。A男は、2日ほどかつての自宅の近くに潜んで、元妻が現れるのを待っていましたが、いつになっても現れないので諦めて、今度は自分の両親の家に向かいました。けれども、すでに家族会の仲間からA男退所の情報を知らされていた両親は、A男を家には上げないことに決めました。そのうえで父親は、近くの喫茶店でA男と話し合い、「施設が回復したというまで、おまえとはいっさいのかかわりを持たない」という意向を伝えました。

家族のこうした対応の結果、A男は行く場所を失い、しかたなく自分からDARCに戻ることにしました。その後、A男は、回復のためのプログラムを再開し、1年半の入寮

生活を経たのちに、DARCのスタッフの手伝いをするようになりました。

A男がDARCのプログラムに励んでいるあいだにも、両親は月1回開催されるDARC家族会への参加をつづけました。そこでは、A男の回復のためとはいえ、A男とかかわらないでいることの辛さを支えてもらいながら、少しずつ本来の心の落ち着きを取り戻していきました。

家族関係の回復にむかって

A男が入所して2年を経過したとき、A男、両親、DARCスタッフで話し合う場を持ちました。そして施設の許可を得て、A男は、家族の再構築を図るために1泊の予定で実家に帰りました。それ以後、A男は、定期的に施設からの1〜2泊の実家に外泊をくりかえし、何度も家族と今後について話し合う機会を持ちました。そうした話し合いのなかで、A男はDARCのスタッフになることを決意しました。

現在、A男は、リハビリ施設の回復者カウンセラーとして社会復帰をはたしています。A男がDARCに入所してから3年の月日が流れています。一時は、A男とかかわることから手を引いた両親でしたが、いまではかつての親子の関係を回復しつつあります。

第5章　Q&A

Q1：どのくらい使えば依存症になるのでしょうか?

A1：どのような薬物であれ、1回使ったらすぐに依存症になるというわけではありません。最初、人は偶然のなかで薬物と出会い、様々な理由からそれをくりかえし使うようになります。たとえば、日々の生活のなかで一息つくときに疲れを癒やしたり、嫌なことを忘れたりするために、あるいは、仕事に対する意欲やセックスの活力を高めて、本来よりも自分を「大きく」「強く」「優れている」ように見せるために、薬物を使います。若い人のなかには、「自分には友だちがたくさんいる」「みんなとうまくやれている」「好かれている、愛されている」「軽く見られていない」という感覚を保ちたくて、勧められた薬物を断らなかった人もいるかもしれません。とにかく最初のうちは、薬物は自分の不足を補ってくれる面があったのでしょう。

しかし、あるときふと気がつくと、薬物なしでは、以前よりも疲れて全身がだるく何も意欲がわかなくなっている自分、あるいは、薬物なしでは本来よりも「小さく」「弱く」「だめな」自分に気がつきます。正確にいえば、どこかでこうした事態に気がつきながらも、薬物依存者は、「まだ大丈夫」「その気になればいつでも止められる」と自分で自分をだましています。さらに、薬物のために周囲にたくさんの嘘をつき、大切な人との約束を破るようになり、生活は乱れ、人間関係は破綻していきます。もはやこの段階では、薬物が生活習慣に深く入り込み、薬物による心理的・社会的な問題が生じているのです。依存症とはこういった状態です。

それでは、1 回くらいならば薬物を使っても問題ないといえるのでしょうか?　もちろん、そうではありません。全く薬物を使ったことのない人と1回使ったことがある人とでは、次に薬物を使う可能性には雲泥の差があります。その差は、1回使ったことのある人と2回使ったことのある人とで同じ比較をした場合とは、とうてい比較にならないほどの圧倒的なものです。

最初の1回に手を出すことで、多くの人はそれまでと違う物の考え方・感じ方をするようになります。後に薬物依存症となった方のなかで、最初の1回のとき、「なんだ、たいしたことないじゃないか」「特に危なくもなさそうだ」「これくらいなら自分でコントロールできる」と感じたという人は意外に多いのです。こんな具合に事実を自分に都合良く歪めてとらえ、いわば「自分で自分をだます」のが、依存症者の特徴ですが、最初の1回の時点で、こうした特徴が早くも芽吹いていることが少なくないというのは、ぜひとも強調しておきたい点です。

Q2：息子が薬物をやっていることを知りました。私たちの育て方が原因なのでしょうか?

A2：あなたのこどもの育て方によくなかった部分もあったのでしょうが、完璧な親はいませんし、この原因だけで子どもが薬物を乱用するわけではありません。むしろ親は一番身近で影響力のある援助者なのです。これからどうしていくのがよいのか、前向きに自分たちのこれまでの対応の仕方を総点検してみることが必要です。

ご家族が、「自分たちの育て方が悪かった」と自責すればするほど、ご本人の様々な要求にふりまわされてしまい、結果的に、ご本人の薬物使用を支えてしまうことが多いことを忘れないでください。

まずは、家族が精神保健福祉センターの薬物依存家族教室や家族の自助グループに参加して、薬物依存症に関する知識と理解を深め、これからの対応について学ぶことが大切です。

Q3：薬物を使用して暴れているが、どうしたらよいですか？　入院させてもらえますか？　それとも、警察に連絡をした方がよいのでしょうか?

A3：まず、最寄りの保健所、もしくは各都道府県にある精神保健福祉センターに相談してみましょう。薬物乱用の影響がどのような程度であるかを見きわめることが大切です。それにまた、いきなり精神科病院に相談しても、病院によっては薬物がらみの患者と聞いただけで断られてしまうことがあるので、薬物関連問題に対応する病院（たとえば、アルコール依存症の治療経験が豊富な病院など）を知るためには、保健所や精神保健福祉センターに行くことが役立ちます。

もしも、幻覚や妄想のような精神病の症状があるのであれば、入院治療に導入することを考える必要があります。たんに急性中毒による精神病症状であれば、薬物使用を止めることにより数日で消失するのが普通ですが、なかには覚せい剤を止めて数日から数週を経過しているのに、精神病症状が消えないことがあります。この場合には、ご本人が治療を希望するか否かにかかわらず、入院治療とする必要があります。

また、その数は多くはないですが、ご本人が断薬（薬物を止めていくこと）したいという動機を固めているのであれば、精神病症状の有無にかかわらず治療への導入を行います。もちろん、興奮が激しく、周囲に危害をもたらしそうなおそれがあれば、警察への連絡を躊躇すべきではありません。

Q4：警察に補導されたが、どうしたらいいでしょうか?

A4：大抵、警察から家族に連絡が入り、「本人を迎えに来て、引き取ってくれ」といわれますが、その場合、警察の方と今後の対応についてよく話し合っておいて欲しいと思います。また、依存の程度を診断してもらうために、医療機関に受診するチャンスにする必要もあります。

子どもの年齢が高ければ、その年齢にふさわしい責任をとってもらうことも考えるべ

きでしょうが、親の立場にある者にとっては、なかなかその勇気が出にくいものです。子どもがかわいそうだという気持ちと、親の自分がそうさせてしまった責任があるのではないだろうかという自責の気持ちを持っていることが多いからです。それだけに、家族に対するカウンセリングを続けることが必要となってきます。

Q5：子どもが薬物乱用仲間のところへ行ってしまって、家に戻ってこない。帰ってきても夜遅くであり、注意すると怒鳴ったり暴力をふるったりして手がつけられない。なんとかして縁を切らせることはできないでしょうか?

A5：薬物乱用時やその影響が強いときには、どんなに家族が親身になって対応しても反発することが多いものです。ご本人と落ち着いて話せそうなタイミングを見つけましょう。

その際には、相手を非難することはできるだけ避け、薬物乱用が身体によくないので心配している親の気持ちを素直に伝えることが大切です。また、興奮や暴力がひどいなどの理由により、そのままつづけば一緒に住めなくなってしまいそうな状況 であれば、その旨をきちんと伝えることが必要です。ただし、こうした話をたんなる脅しのつもりでするのであれば、かえって暴力をさそうだけに終わるので、両親で話し合い、親としての気持ちをかためることが必要です。

Q6：病院に相談しても、本人を連れてこなければ話にならない、といわれていて、どうにもなりません。

A6：乱用者本人が自ら治療を受ける気になるためには、「底をつく」ことが必要なので、まず家族が、本人をうまく「底つき」に導く方法に習熟することが大切です。「このままではやっていけない。薬物を止めるしかない」と底をついたときにはじめて、薬物依存症のご本人が医療機関に登場するようになるのです。

ですから、最初のうち本人が病院に行こうとしなくとも、まずは家族自身が教育を受け、その対応の方法が変わることでご本人の変化（底つき）を生み、相談へとつながることが可能になります。どのようにすればご本人にこうした変化を生じさせることができるかを知るには、精神保健福祉センターの家族教室や家族の自助グループに参加し続けることが必要です。

Q7：息子の身体がどんどん痩せていくが、このまま放っておいて大丈夫でしょうか？心配です。

A7：「あなたの健康を大変心配している」と素直に伝えることが大切です。難しいことでしょうが、何よりも家族の愛情が一緒に伝えられることが望ましいのです。混乱したときには親の方もなかなか気持ちの整理がつけられないものですし、自信ももてません。まず家族自らが直接専門家に相談したり、自助グループに参加して、依存から回復するということがどういうことなのかをよく知り、回復（あなたの子どもではなく、あなた自信の回復です）の希望を持つことです。

Q8：息子が仕事（勉強）もせずにぶらぶらと一日中薬物を使いながら過ごしている。でも、誰に相談したらいいか分かりません。

A8：精神保健福祉センター、保健所、医療機関、警察などに相談窓口があります。ただ、医療機関の場合にはご本人が受診しなければ対応してくれないことが多いですし、警察の場合には、できれば逮捕などの司法的対応を避けたいという、親なればこその気持ちから躊躇してしまうことでしょう。その意味では、まずは、精神保健福祉センターや保健所に相談してみることをおすすめします。

学生の場合には、学校に相談するという選択肢もないわけではありませんが、学校によっては「薬物使用」はただちに退学となってしまうこともあります。ですから、親としては、学校に相談するかどうかを決める前に、まずは子どもが通っている学校が薬物問題に対してどのようにとり組んでいるかを知る必要があるでしょう。

いずれにしても、親としては焦らず見守る姿勢が大事です。

Q9：薬物を乱用していた仲間がみんな捕まったが、私たちが引き取りを拒否したために、自分の子どもだけが少年院にいくことになって、恨まれています。間違った対応だったのでしょうか？

A9：目先の情勢だけではどの判断がよかったのかどうかは分からないものです。自分の子の将来を長い目で見てやることが必要です。現実に少年院に行くことが必要だという判断がなされるには、長期の乱用・依存の歴史があったり、もしくはその他の犯罪を伴っている場合がほとんどなわけですから。

家庭裁判所の調査官との根気強い話し合いが重要です。

Q10：「運転免許をとらせてくれたら薬物を止めるから、金をくれ！」というが、いうとおりにお金を出せば薬物を止めてくれるのでしょうか？

A10：車の運転免許というのは、少年にとって数少ないアイデンティティのひとつです。免許をとって車を持つことが、多くの少年にとってはひとつの勲章であり、大人への登竜門でありますが、金を渡すことの意味を両親がよく話し合い、協力して当たろうという態勢が重要です。

親が免許証取得のためのお金を出してやって、その後、薬物をぷっつり止めたという話はあまり聞いたことがありません。したがって、いうとおりにしても、その約束が守られるとは考えない方がよいでしょう。そのことをふまえたうえで、よく話し合ってみることです。

Q11: もう私自身が参ってしまいそうです。いっそのこと殺してしまいたい!と思うこともあります。どうしたらいいのでしょうか?

A11: 今は何よりも、そんな風にせっぱ詰まってしまった自分を救うことが必要です。そのためには、家族自らが自分たちの悩みを相談できる相手が必要です。家族の中だけで問題を抱え込み、家族が孤立してしまえば、ますますご本人の状態に一喜一憂してふりまわされ、状況は悪化するばかりです。同じような悩みを抱えている家族は、あなた方だけではありません。

Q12: 子どもの部屋から、薬物らしきものがゴロゴロ出てきて動転しています。どうしたらよいでしょうか?

A12: 冷静になって、ご本人と今後のことを話し合いましょう。うろたえたちり言い争ったりして、際限のないイタチごっこになってしまうことがないようにしてほしいと思います。子どもとしっかりと向き合う絶好のチャンスなのかもしれません。また、薬物らしきものの同定が必要になると思います。各都道府県の薬務課に相談することをお勧めします。

Q13: 「もうおまえを家に置いておくことはできない!」と叱ってみますが、子どもは逆ギレして怒鳴り散らし、薬物を買いに行ってしまいます。どうしたらよいでしょうか?

A13: 脅かすことで薬物を止めさせようと考えているのであれば、それは無理なことです。ご本人の状態によっては逆効果になりますし、何度も何度もくりかえしているうちに、親のいうことは口先だけなんだと考えるようになります。

もしも本気で一緒に暮らせないと考えるならば、ご両親自らが家を出て行くことも考えなければならないかもしれません。そのようにしてご本人をひとりにして、自分自身のことをゆっくり考える時間を与えることも、本人を「底つき」に導くことがあります。

もちろん、別れて暮らさなくても、ご本人の尻ぬぐいをしないようにすることで、「底つき」に導くことができればよいのですが、そのためには、精神保健福祉センターでの相談と家族教室への参加を継続したり、家族の自助グループに参加することを通じて、対応に関する知識を習得し、家族が多少とも心の余裕を持てるようにするための努力が必要なのです。

Q14: 「あの子さえ薬物を止めてくれれば、この家もうまくいくのに……」と思ってしまいます。

A14: これまで子どものためと思って、なんとかして薬物を止めさせようと必死にやって来たのに、結果は、子どもはますます薬物にのめり込んでいってしまったのではないでしょうか? 親の思惑がことごとく裏目に出てしまったのは、なぜだったのでしょうか?

その理由のひとつには、親の対応方法に間違いがあったということがあげられると思います。子どもが自分の薬物乱用の結果として起こした様々な不祥事や不始末の尻ぬぐいをし、子どもが薬物を使わないようにと、転ばぬ先の杖を出したりすることはありませんでしたか? そして、こうした間違った対応にどこかで気づいていながらも、子どもの薬物問題に振りまわされるあまり、自分たちの対応や生活を変える余裕が全くなかったのではないでしょうか?

これからは、子どものことをじっと見守りながら、手を出しすぎることなく、自分たちの心に喜びを感じられるような生活を考えて欲しいと思います。そのためには、家族が悩みを抱えて孤立することなく、専門家や同じ問題を抱えた家族と相談することが必要となってきます。そのような努力のなかで、少しずつご本人は変化をしていくことが多いのです。

Q15: 子どもが薬物をやっているかどうかは、どのようにしたら分かりますか?

A15: 生活の乱れからはじまって、交遊関係、いろいろ神経症状など、学校や病院からの情報を集めれば、多くの場合は早い段階で気がつくことができると思います。しかし、そんなときに大切なことは、家族内のコミュニケーションを保ち、子どもとの親密な関係をなくさないことです。一方的にしかりとばすことはしないで、子どもの考えていることを素直に聞いてみることからはじめましょう。

Q16: 本人の借金や近隣トラブルの後始末に追い回される毎日です。どうすれば問題行動を止められるのでしょうか? それから、本人の借金は、私たち家族が返済していかなければならないのでしょうか?

A16: 借金、それから暴力・暴言や虚言などいった様々な問題行動は、薬物依存症が引き起こす二次的な被害であることが多いと思います。事実、その多くは、薬物依存症からの回復にしたがって、少しずつ消失していくものです。

問題は、どうやってご本人にこの「依存症」という障害を自覚させ、その障害から回復するために行動を起こさせるかです。もっとも大切なことは、家族がこれまで知らず知らずに行っていたご本人の尻ぬぐいをやめることです。家族は、自分たちでも気づかないうちに、様々な尻ぬぐいをしているものです。これらの問題に気づくには、精神保健福祉センターで相談して専門家の立場からの意見を聞いたり、家族の自助グループに参加して、同じ問題を抱えながら、薬物依存症と闘ってきた他の家族の体験を聞いたりすることがとても参考になります。

なお、借金については、保証人になっていないかぎり、家族には返済の義務はありませんし、本人自身に対応させるようにすることで、ご本人が自分の「薬物依存症」という障害に気づくことにつながります。

Q17: 薬物を使うようになってから、本人はまるで別人のように性格が変わってしまいました。かつて優しい息子の面影は、いまはどこを探しても見あたらず、嘘つきでわがまま放題で、家族への気配りなどまったくなく、正直いって、我が子ながら怖いほどです。息子はもう完全におかしくなってしまって、廃人になってしまったのでしょうか?

A17: 薬物依存症は、その進行に伴って、本来のその人らしさまで変えてしまいます。これは、依存症による二次的な症状であり、依存症に対する治療を受け、薬物を使わない日々を重ねることによって、少しずつ本来の自分らしさをとりもどしていくことが可能です。

Q18: 本人の薬物使用をなんとかしてやめさせようと、家族としてできるかぎりの努力をしてきました。本人が精神的なストレスを減らせばよいかと思い、本人が望むことはできるかぎり応えてあげたりもしました。けれども、本人にはいっこうに薬物を止める気配がありません。家族がどのようにかかわれば、本人は薬物を止めるようになるでしょうか?

A18: かりに何らかの精神的ストレスから薬物に手を出したとしても、いったん薬物依存症になってしまうと、いくら原因となったストレスを取り除いても、薬物は止まりません。また、何とかご本人の薬物を止めさせようとして、必死になって説教したり、体罰を加えたり、本人とのあいだで取引や約束をしても、薬物依存症になってしまった以上、薬物はそう簡単に止まるものではありません。多くの場合は、家族がエネルギーを消耗して疲れ切ってしまうだけです。

大切なことは、こうした悩みを家族の中だけで抱え込まないことです。信頼できる専門家や同じ問題を抱えている家族の自助グループに参加して、第三者の視点から意見をもらいながら自分たちの行動を決めていくことが、ご本人の薬物依存症からの回復には非常に役立つのです。

Q19：本人がたびたび家の中で暴れます。家具を壊したり、ときには私たちに手をあげることもあります。妄想や幻覚もあるらしく、部屋の中で夜通しひとりごとをしゃべっていたりもします。どうしたらよいか?

A19：ご本人の暴力に対して、家族が最優先してとらなければならない行動は、自分たちの安全確保です。たびたび暴力的な行動がくりかえされるようならば、前もって避難先を確保しておいたり、緊急時にすぐに対応してもらえるようにあらかじめ警察に事情を話しておいたりするなど、事前の対処法を考えておく必要があります。こうした行動はいずれも薬物依存症にもとづく行動であり、治療によって改善するものですが、ご本人に治療を受けるように勧めるのは、ご本人が興奮しているときでは意味がありません。そうした話は、ご本人が落ち着いた状態のときに、冷静かつ穏やかにするべきです。

家族に危害が加えられたとき、あるいはその危険が高まったときには、とにかくその場から逃げてください。そのうえで警察に支援を要請しましょう。警察官が到着し、精神状態が異常であると判断した場合には、保健所を通じて緊急に精神科医療につなげてくれ、強制的に入院治療となることもあります。こうした手続きをスムーズに進めるためには、日頃から警察に状況を説明しておくとよいでしょう。

ただし、強制的な入院治療に導入されたとしても、ここではあくまでも薬物による中毒性精神病の治療をするだけであるということを忘れてはいけません。やはり根本の問題は薬物依存症であり、この治療は強制的に行うことはできないのです。

ご本人が自分の意志で薬物依存症の治療を受ける気持ちにさせるには、家族が精神保健福祉センターや家族の自助グループでの継続的な相談を行っていくことが役立ちます。

Q20：本人が違法薬物を使っていたことが分かり、警察に通報したところ逮捕されてしまいました。本人に恨まれているかと思うと、出所した後また本人が帰ってくることが怖いです。

A20：家族の通報でご本人が刑事処分を受けることは、家族にとっても辛く苦しいことです。たしかに、ご本人がまだ自分の薬物依存症に向き合えていない段階では、出所後に、家族を責めつづけ、家族に対する「恨み」を理由に薬物を使いつづける場合もないわけではありません。しかし、忘れないでください。ご本人は何を置いてもまず薬物を使いたいのであって、そのためには理由になりそうなものには何でもしがみつくものです。

実際には、ダルクなどの施設で回復した薬物依存症者本人たちの体験談を聞いていると、刑務所に入ったことが薬物を止めるためのターニングポイントになったケースや、家族への「恨み」がむしろ生きるバネになったというケースも少なくないことに気がつきます。たとえ、一時的には家族に対する「恨み」の感情にとらわれていても、薬物が止まり正常な考え方が出来るようになると、通報した親の苦しみに気づけるようになったり、薬物を止めるきっかけをつくってくれた家族に対して「感謝」の気持ちを持ったりするようになることも少なくないのです。

通報してしまったということに対する罪悪感で、家族が自分を責めるのはもう止めましょう。それよりも、逮捕をきっかけにご本人を治療の場に結びつけるために、今自分に何ができるかを考えてください。忘れてはならないのは、逮捕されたり刑務所に入ったりすることは、本人がいままで目を背けていた自分の問題を自覚するきっかけにはなりますが、決してただそれだけで依存症から回復するわけではないということです。何年ものあいだ刑務所の中にいて、その間は薬物を使っていなくても、それは本当の意味で「止めていた」とはいえないのです。本人にとっての「本番」は、社会に戻ってきてからなのです。

ご本人が逮捕されて拘留されていたり、刑務所に服役しているときこそ、本人が出てきてからいかに治療につなげていくかを考える時期です。出所後の本人の回復の成否は、ご本人がこうした司法的処遇を受けているあいだに、家族が精神保健福祉センターや家族の自助グループへの相談を継続できていたかどうかにかかっています。

付録　連絡先一覧

全国の精神保健福祉センター

名称	郵便番号	所在地	電話
北海道立精神保健福祉センター	003-0027	札幌市白石区本通 16 丁目 北 6 番 34 号	011-864-7121
青森県立精神保健福祉センター	038-0031	青森市大字三内字沢部 353-92	017-787-3951
岩手県精神保健福祉センター	020-0015	盛岡市本町通 3-19-1 （岩手県福祉相談センター内）	019-622-6955
宮城県精神保健福祉センター	989-6117	古川市旭 5-7-20	0229-23-0021
秋田県精神保健福祉センター	019-2413	秋田県仙北郡協和町上淀川 字五百刈田 352	018-892-3773
山形県精神保健福祉センター	990-0021	山形市小白川町二丁目 3-30	023-624-1217
福島県精神保健福祉センター	960-8012	福島市御山町 8-30	024-535-3556
茨城県精神保健福祉センター	310-0852	水戸市笠原町 993-2	029-243-2870
栃木県精神保健福祉センター	329-1104	栃木県河内郡河内町下岡本 2145-13	028-673-8785
群馬県こころの健康センター	379-2166	前橋市野中町 368	027-263-1166

埼玉県立精神保健福祉センター	362-0806	北足立郡伊奈町小室 818-2	048-723-1111
千葉県精神保健福祉センター	260-0801	千葉市中央区仁戸名町 666-2	043-263-3891
東京都立精神保健福祉センター	110-0004	東京都台東区下谷 1 丁目 1 番地 3	03-3842-0948
東京都立中部 総合精神保健福祉センター	156-0057	東京都世田谷区上北沢 2-1-7	03-3302-7575
東京都立多摩 総合精神保健福祉センター	206-0036	多摩市中沢 2 丁目 1 番地 3	042-376-1111
神奈川県精神保健福祉センター	233-0006	横浜市港南区芹が谷 2-5-2	045-821-8822
新潟県精神保健福祉センター	950-0994	新潟市上所 2-2-3 新潟 ユニゾンプラザ ハート館 1 階	025-280-0111
富山県心の健康センター	939-8222	富山市蜷川町 459-1	076-428-1511
石川県こころの健康センター	920-8201	金沢市鞍月東 2-6	076-238-5761
福井県精神保健福祉センター	910-0005	福井市大手 3-7-1 繊協ビル 2 階	0776-26-7100
山梨県立精神保健福祉センター	400-0005	甲府市北新 1-2-12 （山梨福祉プラザ３Ｆ）	055-254-8644
長野県精神保健福祉センター	380-0928	長野市若里 7-1-7 （社会福祉総合センター２階）	026-227-1810
岐阜県精神保健福祉センター	500-8385	岐阜市下奈良 2-2-1 （福祉農業会館３階）	058-273-1111
静岡県こころと体の相談センター	422-8031	静岡市有明町 2-20	054-286-9207
愛知県精神保健福祉センター	460-0001	名古屋市中区三の丸 3-2-1 東大手庁舎	052-962-5377
三重県こころの健康センター	514-1101	久居市明神町 2501-1	059-255-2151
滋賀県立精神保健総合センター	525-0072	草津市笠山 8-4-25	077-567-5001

京都府精神保健福祉総合センター	612-8416	京都市伏見区竹田流池町 120	075-641-1810
大阪府こころの健康総合センター	558-0056	大阪市住吉区万代東 3-1-46	06-6691-2811
兵庫県立精神保健福祉センター	651-0073	神戸市中央区脇浜海岸通 1-3-2	078-252-4980
奈良県精神保健福祉センター	633-0062	桜井市粟殿 1000 （桜井総合庁舎内）	0744-43-3131
和歌山県精神保健福祉センター	640-8319	和歌山市手平 2-1-2	073-435-5194
鳥取県立精神保健福祉センター	680-0901	鳥取市江津 318-1	0857-21-3031
島根県立心と体の相談センター	690-0011	松江市東津田市 1741 番地 3 いきいきプラザ島根	0852-21-2885
岡山県精神保健福祉センター	700-8278	岡山市古京町 1-1-10-101	086-272-8835
広島県立 総合精神保健福祉センター	731-4311	広島県安芸郡坂町北新地 2-3-77	082-884-1051
山口県精神保健福祉センター	755-0241	宇部市東岐波東小沢 4004-2	0836-58- 3480
徳島県精神保健福祉センター	770-0855	徳島市新蔵町 3-80	088-625-0610
香川県精神保健福祉センター	760-0068	高松市松島町 1-17-28	087-831-3151
愛媛県精神保健福祉センター	790-0023	松山市末広町 1 番地 1	089-921-3880
高知県立精神保健福祉センター	780-0850	高知市丸の内 2-4-1	088-821-4966
福岡県精神保健福祉センター	816-0804	春日市原町 3-1-7　（南側 2 階）	092-582-7500
佐賀県精神保健福祉センター	845-0001	佐賀県小城郡小城町 178-9	0952-73-5060
長崎県精神保健福祉センター	856-0825	大村市西三城町 12	0957-54-9124
熊本県精神保健福祉センター	860-0844	熊本市水道町 9-16	096-359-6401
大分県精神保健福祉センター	870-1155	大分市大字玉沢字平石 908	097-541-6290
宮崎県精神保健福祉センター	880-0032	宮崎市霧島 1-1-2	0985-27-5663

		宮崎県総合保健センター4 階	
鹿児島県精神保健福祉センター	890-0065	鹿児島市郡元 3-5	099-255-0617
沖縄県総合精神保健福祉センター	901-1104	沖縄県島尻郡南風原町字宮平 212	098-888-1443
政令指定都市			
札幌こころのセンター	060-0042	札幌市中央区大通西 19 丁目ＷＥＳＴ194 階	011-622-0556
仙台市精神保健福祉総合センター はあとぽーと仙台	980-0845	仙台市青葉区荒巻字三居沢 1-6	022-265-2191
さいたま市こころの健康センター	330-0800	さいたま市中央区本町東 4-4-3	048-851-5665
千葉市こころの健康センター	261-0003	千葉市美浜区高浜町 2 丁目 1-16	045-204-1582
川崎市精神保健福祉センター	211-0035	川崎市中原区井田 3-16-1	044-754-4555
横浜市こころの健康相談センター	231-0015	横浜市中区尾上町 3-39 尾上町ビル 6 階	045-681-2525
静岡市こころの健康センター	422-8006	静岡市駿河区曲金 3-1-30	054-285-0434
名古屋市精神保健福祉センター	453-0024	名古屋市中区名楽町 4-7-18	052-483-2095
京都市こころの健康増進センター	604-8845	京都市中京区壬生東高田町 1-15	075-314-0355
大阪市こころの健康センター	545-0051	大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-401 号 あべのメディックス内	06-6636-7870
堺市こころの健康センター	591-8021	堺市北区新金岡町 5 丁目 1 番 4 号 北区役所 5 階	072-258-6646
神戸市こころの健康センター	652-0897	神戸市兵庫区駅南通 5-1-2-300	078-672-6500
広島市精神保健福祉センター	730-0043	広島市中区富士見町 11-27	082-245-7731
北九州市立精神保健福祉センター	802-8560	北九州市小倉北区馬借 1-7-1	093-522-8729

福岡市精神保健福祉センター	810-0073	福岡市中央区舞鶴 2-5-1 あいれふ６階	092-737-8825

全国のダルク家族会

名称	開催場所	問い合わせ先
秋田ダルク家族会 （秋田県秋田市）	サンパル秋田 毎月第４日曜日　14:00～17:00	秋田ダルク 018-889-5060 平野内　090-9032-1072
仙台ダルク家族会 （宮城県仙台市）	仙台市市民活動サポートセンター 毎月第１日曜日　12:00～17:00 仙台ダルク 毎月第３土曜日　19:00～21:00	仙台ダルク 022-261-5341 伏見　090-3642-9516
山形家族会 （山形県山形市）	山形市男女共同参画センターファーラ 毎月第４土曜日 13：30～15:30	原田 090-7666-7998
郡山家族会（DA） （福島県郡山市）	郡山中央公民館 毎月第３水曜日　18:30～20:30	磐梯ダルク 0241-33-2111 深谷 0248-72-3663
新潟家族会 （新潟県長岡市）	長岡健康センター 毎月第１月曜日　19:00～21:00	磐梯ダルク 0241-33-2111 小西 090-8723-3715
DAKKS（ダックス）とちぎ （栃木県那須塩原市）	乃木杜の家 毎月第１土曜日 13:00～17：00	小松崎　090-3692-4457
アディクション家族会とちぎ （栃木県宇都宮市）	城山地区市民センター 毎月最終日曜日　10：00～16：00	事務局 028-652-5541 栃木ダルク 0287-77-7157
茨城ダルク家族会 （茨城県桜川市）	福祉センターあまびき 毎月第３土 14：00～日 10：45	茨城ダルク 0296-35-1151
ANAK（アナク） （茨城県神栖市）	神栖市社会福祉協議会 毎月第１火曜日　13：00～17：00	事務局（湊）　090-3215-7850
つくば家族会 （茨城県つくば市）	飯室宅　　毎月第１土曜日　11：00～	飯室　029-866-1594
群馬 DA 家族会 （群馬県藤岡市）	藤岡公民館 毎月第２日曜日　13：30～15：30	群馬こころの健康センター 027-263-1166
サルビア（東京都目黒区）	上目黒住区センター 毎月最終土曜日 13:00～16:00	千葉 090-1694-789
ドムクス・しずおか （静岡県静岡市）	もくせい会館 毎月第２土曜日　　12：00～17：00	岩松　0559-47-2688 （8：00～17：00）
愛知家族会 （愛知県瀬戸市）	ウイルあいち 毎月第２土曜日の翌日の日曜日 10：00～15：00 （ビギナー教室 9：00～）	林　090-7866-6753
ピア岐阜 （岐阜県岐阜市）	岐阜市民福祉活動センター 毎月第１・第３土曜日の２回 18：00～21：00	ピア岐阜　090-5615-5928
びわこ家族会 （滋賀県大津市）	リバーヒル大石 毎月第４土曜日　10：00～16：00 （ビギナー教室 9:00～）	びわこダルク 077-521-2944
九州ダルク家族の会 （福岡県福岡市）	市民福祉プラザふくふくプラザ 毎月第４日曜日　　13：00～17：00	九州ダルク 092-471-5140 前田 092-581-1338 （pm. 7:00～9:00）
熊本家族会 （熊本県下益城郡富合町）	熊本県立こころの医療センター２F 毎月第１日曜日　13：30～15：30	新村　080-3948-5424

全国のダルク(DARC)

名称	郵便番号	所在地	電話
北海道 DARC	060-0031	北海道札幌市中央区 北一条東 6 丁目 10	011-221-0919
仙台 DARC	980-0011	宮城県仙台市青葉区上杉 2-1-26	022-261-5341
秋田 DARC	019-2441	秋田県大仙市協和小種字下鏡台 217	018-889-5060
磐梯 DARC リカバリー・ハウス	966-0402	福島県耶麻郡北塩原村大塩 4459-1	0241-33-2111
茨城 DARC「今日一日ハウス」	307-0021	茨城県結城市大字上山川 6847	0296-35-1151
鹿島 DARC	314-0143	茨城県神栖市神栖 1-6-26	0299-93-2486
鹿島 DARC シャローム・ハウス	314-0143	茨城県神栖市神栖 1-6-26	0299-93-5507
栃木 DARC 宇都宮 アウトペーシェント	320-0014	栃木県宇都宮市大曽 2-2-14 形松ビル 3 階	028-650-5582
栃木 DARC 那須トリートメント・センター	329-3225	栃木県那須郡那須町豊原丙 3227-2	0287-77-7157
DARC 女性シェルターとちぎ	329-0501	栃木県下野市上古山 1890-2	0285-53-7963
APARI 藤岡研究センター	375-0047	群馬県藤岡市上日野 2594	0274-28-0311
群馬 DARC	370-0002	群馬県高崎市日高町 144	027-363-3308
埼玉 DARC	330-0061	埼玉県さいたま市浦和区 常盤 6-4-12	048-823-3460
千葉 DARC	260-0841	千葉県千葉市中央区白旗 3-16-7	043-209-5564
日本 DARC 本部	116-0002	東京都荒川区荒川 3-33-2	03-3891-9958
日本 DARC 上野インフォメーション・センター	110-0015	東京都台東区東上野 6-21-8 サニーハイツ東上野 2 階	03-3844-4777
日本 DARC	130-0005	東京都墨田区東駒形 3-2-4	03-5819-3877

サンライズ・レジデンス			
日本 DARC トゥデイ・ハウス	299-0244	千葉県袖ヶ浦市野田 39-9	0438-63-5005
APARI 東京本部	110-0015	東京都台東区東上野 6-21-8 サニーハイツ東上野 1 階	03-5830-1790
APARI クリニック上野	110-0015	東京都台東区東上野 6-21-8 サニーハイツ東上野 1 階	03-5827-1020
DMC（ダルク・メモリアル・コミュニティー）	116-0002	東京都荒川区荒川 3-33-2	03-6909-6338
東京 DARC	116-0014	東京都荒川区東日暮里 3-10-6	03-3807-9978
東京 DARC セカンド・チャンス	110-0003	東京都台東区根岸 3-18-16 水野ビル 2 階	03-3875-8808
Flicka Be Woman（フリッカ）DARC	114-0014	東京都北区田端 6-3-18 ビラカミムラ 301 号	03-3822-7658 （月・火・水・木）
横浜 DARC デイケア・センター	232-0017	神奈川県横浜市南区宿町 2-44 宮前ビル 1 階	045-731-8666
川崎 DARC	213-0005	神奈川県川崎市高津区 北見方 3-8-11　名川荘 203 号	044-812-3219
長野 DARC	386-0155	長野県上田市蒼久保 1522-1	0268-36-1525
長野 DARC 薬物問題電話相談室			0268-36-1533
岐阜 DARC	500-8175	岐阜県岐阜市長住町 7-3	058-251-6922
静岡 DARC	419-0111	静岡県田方郡函南町畑毛 205-5	055-978-7750
スルガ DARC	424-0901	静岡県静岡市清水区三保 3243	054-34-4360
名古屋 DARC	462-0834	愛知県名古屋市北区長田町 4-67	052-915-7284
名古屋 DARC 家族相談室	458-0038	愛知県名古屋市緑区作の山町 183-1 作の山マンション 404 号	052-895-3966 (090-7049-1093 ←24 時間)
三重 DARC	514-0033	三重県津市丸之内 1-16	059-222-7510

びわこ DARC	520-0813	滋賀県大津市丸の内町 8-9	077-521-2944
京都 DARC	612-0088	京都市伏見区深草出羽屋敷町 10-13	075-645-7105
大阪 DARC	532-0002	大阪府大阪市淀川区東三国 3-1-6 メゾンサクライレブン北棟 104 号	06-6396-5404
Freedom	533-0021	大阪府大阪市東淀川区下新庄 2-4-6	06-6320-1463
奈良 DARC	635-0066	奈良県大和高田市東中 2-10-18 北橋ビル 2 階	0745-22-0207
鳥取 DARC	681-0001	鳥取県岩美郡岩美町牧谷 645-4	0857-72-1151
和歌山 DARC 設立準備室ハヌマンハウス	640-8319	和歌山県和歌山市手平 5-8-28	073-423-5046
高知 DARC	784-0032	高知県安芸市穴内乙 390-3	0887-35-2997
九州 DARC デイケア・センター	812-0017	福岡県福岡市博多区美野島 2-5-31	092-471-5140
北九州 DARC デイケア・センター	802-0064	福岡県北九州市小倉北区 片野 4-13-30 片野タカケンビル 1 階	093-923-9240
長崎 DARC	850-0045	長崎県長崎市宝町 9-14 サンアイビル 201 号	095-848-3422
熊本 DARC	860-0855	熊本県熊本市北千反畑町 1-9 古荘 201 号	096-345-1713
大分 DARC	870-0813	大分県大分市王子山の手町九組	097-547-2375
宮崎 DARC	880-0027	宮崎県宮崎市西池 11-36	098-538-5099
DARC 女性ハウス九州		（ 連絡は宮崎 DARC へ）	
沖縄 DARC デイケア・センター	901-2221	沖縄県宜野湾市伊佐 1-7-19	098-893-8406

薬物依存症者をもつ家族のための自助グループ　代表連絡先

NAR-ANON（ナラノン）ジャパン　ゼネラルサービスオフィス

〒171-0021　豊島区西池袋 2-1-13　目白ハウス 2E

電話・FAX　03-5951-3571 受付：月曜～金曜（祝祭日は休み）の 10:00～16:00

薬物依存症者本人のための自助グループ　代表連絡先

Narcotics Anonymous （ナルコティクス・アノニマス）

ジャパン セントラル オフィス

〒115-0045　東京都北区赤羽　1-51-3-301

電話・FAX 03-3902-8869

毎週火曜日 19：00～20：00

1,3 週木曜日 19：00～21：00

毎週土曜日 13：00～17：00

(Fax は毎日 24 時間受付けています)

海外渡航報告書

作成者：近藤　あゆみ（国立精神・神経センター精神保健研究所）
小松崎　未知（全国薬物依存症者家族連合会）

協力：全国薬物依存症者家族連合会

監修：松本　俊彦（国立精神・神経センター精神保健研究所）
和田　清　（国立精神・神経センター精神保健研究所）

このパンフレットは、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）
による研究活動の一環として作成しました。

このパンフレットは以下のホームページからダウンロードすることができます。
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-k.go.jp/dyakubutu/index.html
全国薬物依存症者家族連合会

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)
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　(6/4-6/11)
尾崎　茂　国立精神・神経センター精神保健研究所　(6/5-6/11)
松本俊彦　国立精神・神経センター精神保健研究所　(6/5-6/11)
小林桜児　神奈川県立精神医療センター　せりがや病院　(6/5-6/11)
近藤あゆみ　国立精神・神経センター精神保健研究所　(6/6-6/11)

【1】　渡航先
ロサンゼルス（アメリカ合衆国）

【2】　渡航期間
平成18年6月4日～11日

【3】　渡航目的
1. 世界的にみると薬物依存症治療が行われる中心の場は治療共同体（Therapeutic Community）であり、わが国においても治療共同体の概念を取り入れた治療システムの構築は緊急の課題であるが、導入の際には欧米との文化社会的背景の相違を考慮に入れることが重要であることから、アジア特有の文化的背景を治療に取り入れている治療共同体の実地調査を行った。
2. わが国における主たる使用薬物である覚せい剤依存症の治療法として欧米で目覚しい治療成績を上げているMatrix方式（認知行動療法）の基本概念と具体的な治療の進め方を学び、わが国への導入可能性を検討した。更に、司法処遇のダイバージョンとして効果を上げているドラッグ・コートとMatrix方式の連携のあり方についての実地調査を行った。

【4】　渡航旅程
6／4　成田→ロサンゼルス

6／5 ～6　Matrix 方式のプログラムを管理・提供している機関 Integrated Substance Abuse Program, Dept. Psychiatry & Biobehavioral Science, David Geffen School of Medicine at UCLA において、Walter Ling, MD らによるMatrix方式の概要説明を受け、日米両国の現状等についての情報交換および討論を行った。

6／6　アジア系の依存症者を対象とした治療共同体である AADAP（The Asian American Drug Abuse Program）において、Evelyne Kim TC Director による、AADAP の基本理念とプログラム内容に関する説明を受け、運用状況等に関する討論を行った。

6／7～8　プログラムを実施している Matrix Institute on Addictions において、Jeanne L. Obert, M.F.T., M.S.M. Executive Director による、Matrix 方式の基本概念と具体的な治療の進め方に関する研修を受講し，集団プログラムに参加した。

6／8　AADAP（The Asian American Drug Abuse Program）の中でも特に青少年を対象とした Olympic Academy において、Byron Shinyama Olympic Academy Director による、Olympic Academy の基本理念とプログラム内容に関する説明を受け、討論を行った。

6／9　司法処遇のダイバージョンとして Matrix 方式のプログラムを提供しているドラッグ・コート、Drug Court in Rancho Cucamonga の実地調査を行い、Ron Gilbert による概要説明を受け、討論を行った。

6／10～11　ロサンゼルス→成田の移動

【5】　渡航成果
・アジア系の依存症者を対象とした治療共同体である AADAP（The Asian American Drug Abuse Program）では、アジア系と白人系との違いとして、言葉によるコミュニケーション方法の違いを強調していた。
・Matrix 方式は、週3回を最低限の参加頻度とし、そのうちの一回は薬物検出のための尿検査を実施するという「形」を厳格に守ることを基本としていた。わが国で応用するためには、施設毎の実情にあった「形」が必要になろう。
・薬物依存からの回復用社会資源あってのドラッグ・コート制度であることが理解出来た。

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)
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

ロンドン、オックスフォード、ブライトン（英国）

【2】　渡航期間

平成19年2月4日～10日

【3】　渡航目的

薬物依存症治療の主な治療施設としては、世界的には、Therapeutic Community（TC；治療共同体）が不可欠である。このTCには二つの系列がある。一つは米国のシナノンの流れを汲む米国流TCであり、もう一つは薬物依存からの回復に限らず精神障害者全般に対して組織された英国のTCから発展した英国流TC（Democratic Model）である。本研究者はこれまで米国流のTCを複数箇所訪問し、その概略を調べてきたが、今回は英国流TCを訪問し、その概略の把握と情報収集を行った。

【4】　渡航旅程

2／4　成田→ロンドン

2／5　Dr. Rex Haigh, Psychiatrist, The Community of Communities より、英国の薬物乱用状況の概略説明を受け、今回の訪問先についてのオリエンテーションを受ける。

2／6　Ley Community (Oxford)を訪問し、実地見学し、Mr. Paul Goodman, Chief Executive 及びMr. Janie（入寮者）より説明を受ける。米国流TCとは異なり、Concept Houseと言う考えで、入寮者を6段階に分けて社会復帰を目指している施設であった。

2／7　Featherstone Lodge of Phoenix Futures を訪問し実地見学。Mr, Richard Phillips, Director of Services 及びMr. Peter Puoh, Service Manager より説明を受ける。米国のPhoenix Houseから派生したが、英国流に改変された施設。Stageは3つであった。

2／8　Phoenix Future Hove Family Project（Brighten)を訪問し実地見学。Ms. Sam Kirwan より説明を受ける。子供のいる薬物依存症者が子供と一緒に生活しながら回復を図る施設。

2／9　The Community of Communities を訪問し、Ms. Sarah Paget, Project Manager、Dr. Rex Haigh, Psychiatrist と、今回の訪問先について、意見交換し、米国版TCと英国版TCとの違いについて討論した。

ロンドン→成田の移動

2／10　成田着

【5】渡航成果

米国のTCのほとんどは、シナノンの流れを汲んでおり、AAの教えである12ステップの理解と実践とを考え方・生活規律の柱に据えている。しかし、英国のTCのほとんどは、マクセル・ジョーンズが提唱した精神障害者全般についての考え方をそのコンセプトの基本に据えたTCであった。しかし、マクセル・ジョーンズ版とはいえ、薬物依存者用のTCでは構造化された人間関係は必須として最重要視されていた。

また、乱用薬物としては、歴史的にヘロインとコカインであった。

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)
「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」班

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

ニューヨーク（アメリカ合衆国）及びロンドン・ウィンザー・オックスフォード（英国）

【2】渡航期間

平成18年8月29日～9月13日

【3】渡航目的

薬物依存の治療は、世界的にはTherapeutic Community（TC；治療共同体）をその中心に位置付けたシステムによって行われている。しかし、わが国においては、TC施設は設置されておらず、情報が少ないこともあり、その概念についても社会的に広く知られていない。

本年度はWFTC（治療共同体世界連盟）の主催する第23回世界大会に出席し、世界各地で展開するTC治療の現状と共通課題について情報・資料収集した。合わせて、伝統的TCモデルに対して異なったアプローチを展開する英国でのTCの考え方について、ATCによる年次研修会に出席し、オックスフォードのTCを訪問し、そのプログラムの特徴、人的配置、運営方法等について実地調査した。その結果を国内に公表することによって、わが国の治療システムとしては欠落している治療共同体の必要性について、啓発することが可能となる。

【4】渡航旅程

8／29　成田発ーニューヨーク着
（8／30　予定なし）
8／31　訪問機関名；ARC、研修内容；ニューヨークで薬物依存者の入寮型施設を運営するARCを訪問見学し、プログラム、運営構造等について質疑、その後日本からの研究者と合流し、WFTC（治療共同体世界連盟）第23回世界会議（World Conference）の参加登録、打ち合わせ
9／1　WFTC第23回世界会議出席
9／2　同上、WFTC第23回世界会議出席
9／3　訪問機関名；DAYTOP Village Inc.訪問し、TCに関する講義と入寮者らが演じるTCをテーマとした演劇 ”The Concept” を見学
9／4　WFTC第23回世界会議出席
9／5　WFTC第23回世界会議閉会式出席
（夕刻、ロンドンに移動；機内泊）
9／6　早朝、ロンドン到着、ウィンザーに移動し、ATC（Association of Therapeutic Communities）主催の定例宿泊研修会The Windsor Conferenceに出席、討議参加
9／7　同上、ATC：The Windsor Conferenceに出席
9／8　訪問機関名；Ley Community, Oxford、研修内容；民主的モデルにより薬物依存者治療を行う入寮型TC施設訪問と施設見学及び質疑
（9／9　休日のため予定なし）
9／10　ロンドン発ロスアンゼルスへ移動
9／11　訪問機関名；AADAP Inc. Adult Residential Facility、研修内容；アジア系アメリカ人に対応したTC施設を訪問し、プログラム見学と質疑
9／12　ロスアンゼルス発（機内泊）
9／13　成田着

【5】渡航成果　分担研究報告書の通り

（別掲 6）

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
なし							

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	中学生における薬物乱用から地域の教育力を考える	思春期学	24	315-318	2006
和田　清	中学生における薬物乱用－gateway drugの観点から－	小児科	47	1405-1411	2006
和田　清、近藤あゆみ、高橋伸彰、尾崎米厚、勝野眞吾	青少年の薬物使用問題－全国中学生意識・実態調査（2004年）から－	思春期学	24	70-73	2006
Shigeru Ozaki, Kiyoshi Wada	Characteristics of methylphenidate dependence syndrome in psychiatric hospital settings	Jpn. J. Alcohol & Drug Dependence	41	89-99	2006
尾崎　茂,和田清	睡眠薬乱用・依存の実態と対策	臨床精神薬理	9	2011-2016	2006
尾崎　茂,和田清	ベンゾジアゼピン依存の疫学と国際比較	臨床精神医学	35	1675-1981	2006

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）

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

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）

2007年3月31日　発行