2004-01218A

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）

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

（H16－医薬-062）

研究報告書

平成１７年（２００５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・依存の実態に関する研究

1-1：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査(2004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・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 89
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・・・・・・・・・127
庄司正実（目白大学　人間社会学部）

1-4：救命救急センターにおける薬物乱用・依存等の実態に関する研究・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・153
相星淳一（日本医科大学　高度救命救急センター）

1-5：自助グループの実態に関する研究・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

総括研究報告書

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)
総 括 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 (H16－医薬-062)

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･依存等の実態を把握し、同時に、薬物乱用･依存が及ぼす社会的影響とそれに対する対策について検討した。【研究１　薬物乱用・依存の実態に関する研究】研究1-1：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査 ①有機溶剤乱用生涯経験率は、男子では1.3%、女子では1.0%、全体では1.1%であった。②有機溶剤乱用の目撃率は5.6%と低下しており、「身近に経験者がいる」と答えた者の率も3.3%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、男子では1996年以降の最低を示した。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有機溶剤乱用による害知識の周知率に、薬物乱用防止教育の成果が見られ始めたが、なお一層の薬物乱用防止教育の推進が望まれる結果であった。⑦大麻の生涯経験率は、男子で0.6%、女子で0.4%、全体で0.5%であり、覚せい剤の生涯経験率は、男子で0.5%、女子で0.4%、全体で0.5%であった。大麻に関しては平衡状態であり、覚せい剤に関しては、対2002年調査で0.1%の増加であった。⑧有機溶剤乱用経験者群の25%の者に大麻乱用の経験があり、24%の者に覚せい剤乱用の経験があった。また、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。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。⑫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「覚せい剤」は主たる使用薬物（51.2%），使用歴を有する薬物（67.9%）として最も高い割合を示し，慢性的な精神病性障害が主要な病像であった。②「有機溶剤」は主たる使用薬物としては17.0%と減少傾向にあるが，初回使用薬物としては45.1%と最も高い割合を示した。③「大麻」は，主たる使用薬物（3.8%），使用歴を有する薬物（38.1%）としてこの数年で著明に増加しており，社会での乱用の拡大が精神医療の現場でも顕在化しつつあると考えられた。④MDMAを主たる使用薬物とする症例が5例報告され，併用薬物としても41例（9.1%）という高い率での報告があった。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乱用経験率は、有機溶剤で男性14.3%、女性44.2%、大麻で男性4.9%、女性15.9%、覚せい剤で、男性1.6%、女性12.4%，ブタンで男性13.7%、女性25.7%であった。MDMAでは男性で0.9%、女性で4.2%であった。②有機溶剤の乱用経験率は1994年よりは激減していた（男子：41.2%から14.3%。女子：59.6%から44.2%）。覚せい剤では、2002年よりは減少していた。大麻では、横這い状態であった。研究1-4：救命救急センターにおける薬物乱用・依存等の実態に関する研究 ①某高度救命救急センターに搬送された200症例を対象に、unlinked anonymous法により、尿からの薬物検出スクリーニング検査および確認試験を実施した。②3例のamphetamine(AMP)陽性例が見つかったが、1例はエフェドリンによる偽陽性であり、結局、違法薬物の陽性率は1.5%であり、昨年度との変化はなかった。研究1-5：自助グループの実態に関する研究 ①ダルク入寮施設27施設で調査時点で241名が利用しており、年間では入寮者数406名であった。通所施設13施設では調査時には88名が利用しており、年間では198名が利用していた。総計すると一時点で約330名が利用しており、年間では600名以上が利用していることになる。②女性の割合は通所型で20%、入所型で3%と少なく、女性の受け皿が

限られていた。③年齢は30歳台が中心だが、50歳以上も増え、高齢化の懸念も指摘された。④入寮型では、77％の利用者は薬物の再使用を抑止できていた。⑤社会復帰率はスタッフの印象では37％であった。⑥スタッフが挙げた最大の課題は運営資金であるが、56％の施設では公的援助を受けていなかった。⑦生活保護受給者率は入寮型54％、通所型15％であった。⑧ダルクは、教育機関、司法機関での講演（40回／年以上）、医療機関へのメッセージ（16回/年）を行っており、社会貢献していた。⑨しかし、応分な社会的援助を受けていないと考えられ、行政的後押しが必要であると考えられた。**【研究２　社会的影響・対策に関する研究】研究2-1：規制薬物乱用者に対する医療機関の法的対応に関する研究** ①警察が関与した覚せい剤精神病患者等の診察に関しては、警察による「診察に先だっての」採尿を実施してほしいとの要望が最も多かった。②医療現場では、「麻薬及び向精神薬取締法」についての理解がほとんどなされておらず、それが原因で対応に混乱が生じている可能性が示唆された。**研究2-2：薬物関連精神障害が医療経済に及ぼす影響についての研究** ①入院日から28日間に渡るケアの時間と臨床特性に関するタイムスタディにより、3つのパターンがあることが示唆された。1.精神病症状が急速に改善し、それに伴いケア時間も減少するパターン、2.身体合併症や精神科合併症を有し、ケア時間が増減を繰り返すパターン、3.入院時より精神病症状が安定しており、ケア時間が少ないまま変動を示さないパターンである。②現行の診療報酬は、このような変化のパターンに対応しているとは言い難く、急性期の変化パターンにも留意する必要があると考えられた。**研究2-3：「薬物裁判所」の実態に関する研究** ①カリフォルニア州のドラッグコートには4つのモデルがあった。1.Pre-Plea モデル、2.Post-Plea モデル、3.Post-adjudication モデル、4.Civil モデルである。②調査した薬物裁判所では、5年間で、プログラム参加者は745名、治療プログラム終了者は185名であった。③中断した者の多くはプログラムの早い段階でやめてしまった者が多く、また、狭義の精神疾患、HIV感染症などの「併存症」問題を抱えるケースが多いようであった。④また、薬物裁判所とは別に，薬物事犯者に治療を命ずる法案であるProposition36による治療も同時並行的に実施されていた。**研究2-4：「治療共同体」についての研究** ①アメリカ、ヨーロッパ、南米・アメリカの「治療共同体」実地調査を実施した。①Structured TCの基本的コンセプト（Community Based,12-Step oriented, Level System, Job Function, Counselor as Recovering Addict）は、現在においても世界の主流であった。②（入寮型）TCにおける回復援助のアプローチは3期に分けられ、第2期がTC Phaseと呼ばれ、中心に位置づけられていた。しかし、第1期のPre-Residential Phaseは、解毒だけではなく、司法措置など動機付けの弱い対象者の動機を高めるという位置付けも持っており、治療的関わり全体の成否に大きく影響するものとして重視されていた。③民族的･性的マイノリティ、HIV陽性の人、ホームレス状態にある人、重症の精神疾患合併者、またはそれらの重なり合った集団のニーズに対応するため、Modified（修正版）TC modelが既に展開されていた。そこでは現実的な戦略としてのHarm Reductionアプローチが多様な形式で導入されていた。④TCの回復援助プログラムは、基本的には非営利団体（いわゆるNPO）が担い、利用者からの費用徴収を前提としない提供の構造が確保されていた。⑤TC治療の成果に対する評価は、費用対効果の面からも合理性が認められ、アメリカに限らず世界各地で、近年特に司法機関との連携が進んできていた。⑥TCの導入に際しては、TC環境の中で専門的なトレーニングを受けた各種の援助職が養成される必要があり、多くのTCでTC professionalの養成プログラムが実施されていた。⑦TC Professionalsはチームとして、医療、看護、社会福祉、心理、教育、司法、宗教その他の専門領域から複合的に構成されることにより、全体でプログラムを機能させることが可能となっていた。

以上および昨年度の「全国住民調査」結果とを総合すると、調査年毎に悪化の傾向を辿ってきたわが国の違法薬物の乱用状況は、少々改善傾向にあると思われる。また、「薬物裁判所」、「治療共同体」は非常に参考になるシステム、社会資源であり、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）のためのシステム作りが必須と思われるわが国には、特に、「治療共同体」の設置が必要であると思われた。

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　助教授
相星淳一　日本医科大学
高度救命救急センター　助手
森田展彰　筑波大学
社会医学系精神衛生学　講師
妹尾栄一　東京都精神医学総合研究所
薬物依存研究部　副参事研究員
池上直己　慶應義塾大学　医学部
医療政策・管理学教室　教授
阿部恵一郎　創価大学　教育学部　教授
宮永　耕　東海大学
健康科学部社会福祉学科　講師

A．研究目的

現在、我が国は第三次覚せい剤乱用期にあり、違法性薬物の入手可能性がこれまでになく高まり、乱用の若年層までへの拡大が危惧されている。平成10年5月、薬物乱用対策推進本部は「薬物乱用防止5カ年戦略」を発表し、5年間に渡り対策が推し進められてきた。さらに平成15年7月には「薬物乱用防止新五か年戦略」が策定され、今日に至っている。このような状況の中で、依存性薬物乱用･依存の実態把握と、薬物乱用･依存が及ぼす社会的影響とその対策を検討することは、不可欠である。

薬物乱用･依存の実態把握は違法行為の掘り起こし的性質があり、困難を極める。2004年度の本研究では、薬物乱用･依存等の実態把握に関する調査研究対象を質の異なる複数群設定し、多方面から実態調査を実施し、総合的に現状把握を図った。対象は次の通りである。①薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査（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)、④急性中毒に陥った救命救急センター搬送患者（全数調査)、⑤自助グループ構成員（DARC入寮者）である。

これらにより、わが国の薬物乱用･依存の実態を多面的に把握でき、防止対策及び薬物依存者対策立案･遂行の基礎資料に供することができると考えている。

また、薬物乱用･依存問題が社会に及ぼす影響は計り知れない。そこで、その影響・実態を医療サイドから見た①医療と取締・司法との接点、②ケアの時間と医療コストとの関係について調査研究した。

さらに、医療（特に病院）という枠組みだけでは対応しきれない薬物依存症問題への対応法として注目されてきている③海外での「薬物裁判所」制度と、薬物依存症の主たる「治療」現場として世界的には目されている④「治療共同体」について、わが国に紹介することを目的に調査研究した。

以上の調査研究はわが国の薬物乱用･依存防止対策立案の際の有力な基礎資料になり得ると考えている。

B．各分担研究の目的、方法、及び結果

■研究1　薬物乱用・依存の実態に関する研究

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

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。対象は、層別一段集落抽出法により選ばれた全国212校の全生徒である。その結果、147校（対象校の69.3%）より、65,611人（対象校212校の全生徒想定数の61.4%）の回答を得た。有効回答数は65,552人（対象校212校の全生徒想定数の61.3%）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、男子では1.3%（1年生1.2%、2年生1.1%、3年生1.6%)、女子では1.0%（1年生0.9%、2年生1.0%、3年生1.0%)、全体で

は1.1%（1年生1.1%、2年生1.1%、3年生1.3%）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の中では、1996年調査とともに最低の値であった。ただし、男子では1998年以降減少しているのに対して、女子では1996年以来増加傾向にあり、女子での今後が危惧される結果であった。②有機溶剤乱用の目撃率は性別に関わらず、1996年以降、着実に低下しており（全体で11.8%から5.6%）、「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3.3%）。また、有機溶剤乱用に「誘われた」ことのある者の率は、男子では1998年調査以降減少傾向にあり、今回の調査では1996年以降の最低を示したが、女子では1996年以降ほとんど横這いであり、女子における「誘い」が危惧される結果であった。③以上を総合すると、有機溶剤乱用の勢いは、確実に弱くなってきていると考えられるが、女子における今後が危惧される結果であった。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伺われた。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、今回の調査では、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た。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」であり、生涯経験率の低下も考慮すれば、薬物乱用防止教育の成果が着実に出ていると考えられる。しかし、歯の腐食に関しては、2002年調査の男子で、「知っている」と答えた者が有機溶剤非乱用経験者群の方が多いという結果が初めて出たにも関わらず、今回の2004年調査では経験者群の方が多いという従来型に逆戻りしてしまったり、無動機症候群、フラッシュバック現象では、相変わらず従来型のままであったりし、なお一層の薬物乱用防止教育の推進が望まれるところである。⑨大麻の生涯経験率は、男子で0.6%（1年生0.4%、2年生0.7%、3年生0.7%）、女子で0.4%（1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.5%）、全体で0.5%（1年生0.4%、2年生0.5%、3年生0.6%）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0.7%）、女子で0.4%（1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.4%）、全体で0.5%（1年生0.3%、2年生0.5%、3年生0.6%）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%）よりは低いが、2002年調査の結果と同じであった。覚せい剤に関しては、1998年に記録した最高値（0.5%）と同じ結果であり、2002年調査の結果よりは0.1%増加していた。性別では、大麻でも覚せい剤でも生涯経験率は2002年調査とほぼ同じであった。⑩大麻及び覚せい剤乱用による医学的害知識の周知度は、増加傾向にあり歓迎されるが、そもそもの周知度自体が高いとは言えず、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ていた。また、大麻、覚せい剤の入手可能性は1998年以降、着実に増加していたが、今回の2004年調査では、激減していた。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66%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46%、女子で52%の者が、また、覚せい剤に関しては男子で46%、女子で54%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った。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10.8%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2.4%に過ぎず、大麻では1.4%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25%の者に大麻乱用の経験があり、24%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認められた。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

わが国の精神医療の現場における薬物関連問題の実態を把握するため，全国の全有床精神科医療施設（1,658施設）を対象とした「薬物関連精神疾患の実態調査」を施行した。調査期間は2004年9月，10月の2ヶ月間で，対象は調査期間中に各精神科医療施設において診療を受けたすべての薬物関連精神疾患の患者である。方法は，調査用紙を郵送して主治医による記載，および対象患者による性格傾向に関する自記式評価尺度の実施を依頼した。837施設より453例の症例が報告され，回答率は50.5%であった。「覚せい剤」は主たる使用薬物（51.2%），使用歴を有する薬物（67.9%）として最も高い割合を示し，慢性的な精神病性障害が主要な病像であった。「有機溶剤」は主たる使用薬物としては17.0%と減少傾向にあるが，初回使用薬物としては45.1%と最も高い割合を示した。「大麻」は，主たる使用薬物（3.8%），使用歴を有する薬物（38.1%）としてこの数年で著明に増加しており，社会での乱用の拡大が精神医療の現場においてもより顕在化しつつあると考えられた。その他の薬物としては，MDMAを主たる使用薬物とする症例が5例報告されており，併用薬物としても41例（9.1%）と高い率でみられ，診断分類からは中毒性精神病状態，依存症候群を惹起することが示唆された。Y-Gによる性格特性の検討では，覚せい剤，有機溶剤症例は活動的であるが，リーダーシップをとらず，周囲に同調しやすい傾向がうかがわれた一方，睡眠薬・抗不安薬症例は，抑うつ的，神経症的傾向が強く，自己評価が低い傾向がみられ，鎮咳薬症例は双方の特徴を併せ持っている傾向がみられた。Temperament and Character Inventory, Cloninger(TCI)（20項目版）による検討では，各カテゴリーで使用薬物別の差はみられなかったが，「損害回避」，「自己超越」のスコアで性差がみられた。今年度の調査では，回答率は50%を超えたものの報告症例数が激減したが，その要因のひとつとして今回は文書による同意取得を条件としたことが考えられ，同意を拒否した症例が少なくとも161例と相当数存在したことが明らかになった。今後の調査において，方法論，とりわけ倫理的問題をどのようにクリアしつつ現場に負担をできるだけかけずに回答率を上げ，信頼性の高い報告を得るかについて，さらに検討を要すると思われた。

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乱用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対して質問紙調査を実施した。有効調査人数は，1230人(男性802人，女性428人)であった。調査により以下のような結果が得られた。1)乱用経験者数は、有機溶剤では男性115人(14.3%)女性189人(44.2%)、大麻では男性39人(4.9%)女性68人(15.9%)、覚せい剤では、男性13人(1.6%)女性53人(12.4%)，ブタンでは男性110人(13.7%)女性110人(25.7%)であった。本年新たに調査対象薬物としたMDMAの乱用経験者は男性7人(0.9%)女性18人(4.2%)であった。従来の結果と同様にすべての薬物で女性は男性より乱用頻度が高かった。2)薬物乱用経験率の平成6年度調査との比較では、有機溶剤では、

男女とも減少していた（男子：41.2%から14.3%。女子：59.6%から44.2%）。覚せい剤では、男女とも平成12年ころまで増加傾向にあったが，平成14年以降減少傾向を示している。大麻では、男子はこの間5%から6%前後で大きな変化はないが、女子では平成6年(22.0%)および平成8年(19.0%)はやや高かったが平成10年からは15%から16%ほどであまり変化はなかった。3)薬物乱用の地域差は対象数が比較的少なかったため明確には言えないが，有機溶剤乱用は、北海道・東北地方および九州地方で多く，大麻乱用およびブタン乱用は北海道・東北地方で多い傾向にあった。一方、覚せい剤は中部地方でやや多かった。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り、今後とも継続的に実態を把握していくことが必要である。

研究1-4：救命救急センター（日本医科大学高度救命救急センター）における薬物乱用・依存等の実態に関する研究

分担研究者　相星淳一　日本医科大学
高度救命救急センター　助手

日本医科大学附属病院高度救命救急センターに搬送された200症例を対象に、unlinked anonymous法により、乱用薬物簡易検査キット（Triage DOA）を使用し、尿検体のスクリーニング検査および確認試験を実施した。入室患者200症例の平均年齢は59.0±19.7歳で、男性130例、女性70例であった。Triage陽性薬物例は、benzodiazepines(BZO)44例、tricyclic antidepressants(TCA)8例、barbiturates(BAR)6例、opiates(OPI)12例、amphetamine(AMP)3例、cannabinoids(THC)1例であったが、確認試験の結果、OPIの12例全例はコデインあるいはジハイドロコデインであった。AMP3例のうち1例はエフェドリンによる偽陽性であった。その結果、本年度の違法薬物の陽性率は1.5%であり、昨年度と比較して、有意な増加は認めなかった。

研究1-5：自助グループの実態に関する研究

分担研究者　森田展彰　筑波大学
社会医学系精神衛生学　講師

ダルクの利用実態の基礎的な情報を得ること、および、その有用性と問題点の検証を目的に、全国ダルク31施設に対してアンケート調査を実施した。30施設から回答を得た。入寮施設27施設で調査時には241名が利用しており、年間では入寮者数406名であった。一方、通所施設13施設では調査時には88名が利用しており、年間では198名が利用していた。総計すると一時点で約330名が利用しており、年間では600名以上が利用していることになる。入寮型、通所型とも、多いのは4－6名以下の少人数の施設であるが、一方で20名以上の施設もあり、その規模や方法が多様であった。女性の割合は通所型20%、入所型3%と少なく、女性の受け皿が限られていた。年齢は30歳台が中心だが、50歳以上も増え、高齢化の懸念も指摘された。利用継続については、通所、入寮とも3ヶ月以上が7割、1年以上が4分の1であった。利用継続の観点では、半年の継続については入寮型はより効果的であるが、半年から1年の継続では通所型の方が有利であった。薬物使用については、入寮型では、77%の利用者は再使用を抑止できていたが、退寮後の再使用をどう防ぐかが問題であった。通所型は、6ヶ月超えるまでは再使用しやすいが、その後は断薬継続しやすいようであった。社会復帰率はスタッフの印象では37%であった。回復者が働ける受け皿の不足が多く指摘された。就労状況は、通所型と入寮型とも4分の3は無職で、20%がアルバイトで、一方フルタイムの仕事は通所型で7%、入寮型で2%であった。プログラム後の復帰の形態は多様で、アルバイトをしながらのNA通所、ダルクスタッフ等の援助職、進学、正社員への移行、資格取得などであった。プログラム内容は、ミーティングに加え、就労援助など多様なメニューであった。スタッフが挙げた最大の課題は運営資金であるが、56%の施設では公的援助を受けていなかった。運営費中の公的資金の割合は30%、利用者負担の割合は33%であった。利用者負担額は入寮費で平均約15万円、通所費で平均1.1万円であった。残りは、講演料などでまかなっていた。生活保護受給者率は入寮型54%、通所型15%であった。他に「精神症状」「社会復帰の場の不足」による長期入寮の問題が挙げられた。関連機関との連携は、教会、保健機関とはとれているが、警察・福祉事務所・クリニックとは不十

分であった。社会貢献として教育機関、司法機関での講演での講演（40回／年以上）、医療機関へのメッセージ（16回/年）を行っていた。

以上のように、ダルクは薬物依存症の回復や社会貢献において、実績を挙げているが、十分な社会的援助が受けられていないと考えられた。特に運営資金、社会復帰の場をみつけること、重度の合併症の問題ではダルクのみでは限界があり、行政によりプログラムに（運用への配慮を含む）金銭的援助や、精神医療による合併症対策が急務であると考えられた。

■研究２　社会的影響・対策に関する研究

研究2-1：規制薬物乱用者に対する医療機関の法的対応に関する研究

分担研究者　妹尾栄一
東京都精神医学総合研究所
薬物依存研究部　副参事研究員

使用自体が「犯罪」である規制薬物の依存症者対応について、医療現場における取締機関との対応実態を調査した。調査対象は全国の国公立精神科病院（83ヶ所）および薬物依存症の治療に専門的に取り組んでこられた民間の精神科医師（8名）に対し調査票を郵送し、29ヶ所より回答を得た(回収率32％)。

警察が関与した覚せい剤精神病患者等の診察に関しては、警察による「診察に先だっての」採尿実施の要望が最も多かった。その背景には、警察が事前の採尿を往々にして実施してくれないことへの不満が存在すると考えられた。また医療サイドで実施した診断補助としての尿検査結果については、医療サイドからは司法サイドには「通報しない」場合がほとんどであった。

医療現場では、「精神保健福祉法」と、「麻薬及び向精神薬取締法」との関係、その内容についての理解が十分でなく、それが原因で対応に混乱が生じている可能性が示唆された。

研究2-2：薬物関連精神障害が医療経済に及ぼす影響についての研究

分担研究者　池上直己　慶應義塾大学　医学部
医療政策・管理学教室　教授

薬物関連精神障害者治療におけるケアのコストに基づく支払い方式を開発するために、「覚せい剤使用による精神及び行動の障害（F15)」による入院患者について、入院日から1ヶ月間(28日間)の毎日のケアの時間と臨床的特性の変化のパターンを捉えることを目的に、H病院において日記形式タイムスタディを行なった。

対象患者は21名であり、それぞれの入院後のケア時間の変化のパターンをみると、①精神病症状が急速に改善し、それに伴いケア時間も減少するパターン，②身体合併症や精神科合併症を有し、ケア時間が増減を繰り返すパターン，③入院時より精神病症状が安定しており、ケア時間が少ないまま変動を示さないパターン、の3つのパターンに大別されることが示唆された。

現行の診療報酬は、このような変化のパターンに対応しているとは言い難く、今後、実際に発生するケアのコストに基づく支払い方式を開発する際には、急性期のコストの変化のパターンにも留意する必要がある。

研究2-3：「薬物裁判所」の実態に関する研究

分担研究者　阿部恵一郎
創価大学　教育学部　教授

薬物事犯者に対して、刑罰よりも治療プログラムへの参加命令・参加維持を目的とし、司法的処遇のダイバージョンと言われる「薬物裁判所」について，その法制度，システム，プログラムの展開を把握し，それらを我が国に紹介することを目的に、米国カリフォルニア州にて現地調査を実施した。

カリフォルニア州のドラッグコート（成人，少年）には4つのモデルがあった。①Pre-Plea モデル②Post-Plea モデル③Post-adjudication モデル④Civil モデルである。

薬物裁判所では治療プログラム開始にあたって詳細なアセスメントと評価をASI(嗜癖重症度指標)とインタビューにて行い，プロフィールを作成していた。調査した薬物裁判所の結果では5年間にプログラムに参加した者745名で、治療プログラムを終了できた者は185名であり、中断した

者の多くはプログラムの早い段階でやめてしまっていた。また、プログラムを失敗するケースには、狭義の精神疾患、HIV感染症などの「併存症」問題を抱えるケースが多いようであった。また、薬物裁判所とは別に，薬物事犯者に治療を命ずる法案であるProposition36による治療も同時並行的に実施されていた。

これらのシステムはわが国にとって、大いに参考となると考えられた。

研究2-4：「治療共同体」についての研究

分担研究者　宮永　耕　東海大学
健康科学部社会福祉学科　講師

世界的に見ると、薬物依存者に対する「治療的」処遇施設は、「治療共同体＝（原語では、" Therapeutic Community")」が主流であるといわれる。しかし、わが国には、そのような施設は存在しないため、治療共同体をわが国に紹介することを目的に、昨年度に引き続き、計3回の海外実地調査を実施した。第1回目はアメリカにおける伝統的TC実践の概略および現状を把握するために、東部（ニューヨーク･ワシントンD.C.）を、第2回はアメリカとは異なる文化的環境の下に展開するヨーロッパでの実践活動の理解のためにスペイン（マドリッド、マヨルカ島)、イタリア（チヴィタヴェッキア、ジェノヴァ)、ポーランド（クラクフ、グリヴィツエ）を、さらに第3回はアメリカ社会の特別な少数派集団での薬物問題に対応するために各種の修正型実践を積極的に展開する西海岸（サンフランシスコ他）と中南米コロンビアでの実践モデル（メデジン）をそれぞれ訪問し、TCおよびそこに関連する諸機関において見学と調査を実施した。

今年度の研究結果をまとめると、以下のとおりである。1．Structured TCの基本的コンセプト（Community Based,12-Step oriented, Level System, Job Function, Counselor as Recovering Addict）は、現在においても世界の主流にあるといえる。2．WFTC（治療共同体世界連盟）に参加する各TCのプログラム構造は、文化的･制度的な背景を異にしながらもMission, Vision, Philosophyを共有していた。3．（入寮型）TCにおける回復援助のアプローチは基本的に3期に分けられ、第2期がそのものでTC Phaseと呼ばれ、中心に位置づけられる。しかし、第1期のPre-Residential Phase（スペイン語圏ではAcogida）は、解毒だけでなく、司法措置など動機付けの弱い対象者も増加する中で、まずCommunityが受け入れ、TCでの生活を体験的に理解させ、共同体への自発的な参加者となれるよう援助する不可欠な手続きを含み、治療的関わり全体の成否に大きく影響するものとして重視されていた。4．民族的･性的マイノリティ、またはHIV陽性の人、ホームレス状態にある人、重症の精神疾患合併者、またはそれらの重なり合った集団のニーズに対応するため、Modified（修正版）TC modelが既に展開されていた。そこでは伝統的モデルが目的としたDrug freeな指向性だけでなく、現実的な戦略としてのHarm Reductionアプローチが多様な形式で導入されていた。5．TCの回復援助プログラムは、世界的に見て基本的には非営利団体（いわゆるNPO）が担い、利用者からの費用徴収を前提としない提供の構造が確保されていた。6．TC治療の成果に対する評価は、他の処遇方法に比較した費用対効果の面からも合理性が認められ、アメリカに限らず世界各地で、近年特に司法機関との連携が進んできている。7．TCの導入に際しては、TC環境の中で専門的なトレーニングを受けた各種の援助職が養成される必要があり、多くのTCでTC professionalの養成プログラムが実施されていた。8．TC Professionalsはチームとして、医療、看護、社会福祉、心理、教育、司法、宗教その他の専門領域から複合的に構成されることにより、TCで回復して援助を担う回復者カウンセラーの経験を生かし、全体で提供するプログラムを機能させることが可能となっていた。

C．考察

研究1　薬物乱用・依存の実態に関する研究

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)、「救急救命センター調査」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)、「救命救急センターにおける薬物乱用・依存等の実態に関する研究」(以下、救急救命センター調査)、「自助グループの実態に関する研究」(以下、DARC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経緯を持つ。

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、今回の2004年調査では69.3%と低下し、70%台を割ってしまった。その原因は定かではないが、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、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、今回の2004年調査でも50.5%(837施設)であった。ただし、837施設中91.0%(全国の1,658施設中では46.0%)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。今回の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。2002年調査での減少の理由の一つとしては, 同時期に児童自立支援施設で別の全国調査が実施されていたための可能性が大きいようである。しかし、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」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。

「救命救急センター調査」は、尿・血液からの薬物検出という生物学的手法であり、unlinked anonymous法のため、詳細な個人データは入手できないという最大の弱点はあるが、薬物乱用の広がりを客観的に把握するための最有力手法である。同時に、2000年調査でγヒドロキシ酪酸(GHB)が検出されたように、「噂」としては流布しながらも、その乱用実態がほとんどつかめていない乱用薬物の検出が可能であり、今後の発展的展開が望まれる調査法である。しかし、これまでの研究で妥当な方法論は探り当てたものの、調査の継続的実施にはマンパワーが必要であり、ただでさえ多忙を極める「救命救急センター」でこの種の調査研究を継続実際してゆくことは非常に困難であり、それが可能な施設の確保が相変わらず課題として残っている。

「DARC調査」では、今回、31施設に対してアンケート調査を実施し、30施設から回答を得た。この調査は一見簡単そうに見えながらも、実際にはなかなか全国レベルでの調査は難しいのが現状である。その理由としては、DARCとは全国組織ではなく、「ゆるい暖簾分け」的存在のために、特定個人の指示で足並みが揃う性質のものではないことと、DARC自体が往々にして、「調査」という物に「不慣れ」であることが推定される。しかし、薬物依存者治療におけるDARCの存在意義は、すでに「不動」のものとなっており、今後もDARCの実態に関する調査研究を進めてゆく必要がある。

研究２　社会的影響・対策に関する研究

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事実があり、真の薬物乱用防止のためには、一次予防と同時に、強力な二次予防（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）が必要である。

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、わが国は先進諸国中、この点においては世界最貧国と言わざるを得ない状況のままである。

そこで、本研究では「医療」という側面の必要性はもちろんではあるが、あえて「医療」に囚われることなく、広い視野から薬物依存症の「治療」の在り方について調査研究を試みた。

その際、重点を置いたのが、①現行の医療と取締機関との連携上の実態把握、②薬物依存症治療の普及を妨げていると目される医療費の問題、③米国で急速に普及した「薬物裁判所」制度の実態調査、④薬物依存症の治療現場の主役と見なされている「治療共同体」の実態についての調査研究である。

２．結果から指摘される課題および今後の予定

覚せい剤に代表される違法薬物乱用による精神障害患者を診るに際し、「なぜ犯罪者を病院が収容しなければならないのか？」という疑問が臨床現場では強くある。そこで本研究では、議論の基礎資料作りとして、取締機関とのやりとりに焦点を当て、その実態を把握しようと考えた。しかし、そこで明らかになったことは、精神科医の間では、「麻薬および向精神薬取締法」の理解が極めて不十分であるという結果であった。確かに、薬物の種類によって適用される法が異なるという複雑さはあるが、その改善について議論するためにも、現行法体系を臨床医に徹底させることがまず要求されよう。それなくしては、誤解に基づいた無益な議論を生むだけであるということが明らかになった。この問題は、今後の重要課題として残っている。

医療費に関しては、「薬物関連精神障害患者は管理上の問題を含めて、手がかかるが、診療報酬はそれに見合わない」という意見が現場では強い。そこで、本研究では「手がかかる」＝「ケアの時間」と仮定して、その実態把握を試みた。しかし、「手がかかる」とは単なる物理的時間だけを意味しているわけではなく、病棟生活上のルール無視、「脅し」に象徴される問題多い対人対応等、むしろ「質」の要素が強い。同時に、「手がかかる」＝「ケアの時間」と仮定してみても、調査自体が多大な労力を要し、臨床現場では、ただでさえ不

足しているマンパワー状況の中で、「調査どころではない」という実情もあり、調査自体が難しい現状にある。今年度は21名について、データをとることができたが、今後も、実際に発生するケアのコストに基づく支払い方式の開発のために、この種の研究は重要であろう。

米国における「薬物裁判所」は、司法的視点からだけではなく、薬物依存症治療のシステムの一部としても注目すべきものであると思われる。今年度は、米国（カリフォルニア州）にて実地視察を行い、①Pre-Plea モデル②Post-Plea モデル③Post-adjudication モデル④Civil モデルの4種類があることを把握した。しかも、それと平行する形でProposition36（薬物事犯者に治療を命ずる法案）も実施されていることも明らかになった。わが国の受刑者に占める覚せい剤事犯者の割合は看過できない状況であると言われて久しいが、受刑も薬物依存症からの回復のための一システムであると考えるならば、米国の「薬物裁判所」から学ぶべき点は多いと思われる。

また、薬物依存症者に対する「治療」現場の主役は、世界的に見ると「治療共同体（TC）」であると目される。今年度は、このTCの実態について、米国の伝統的原理的TC及び改変されたTC、ヨーロッパのTC、南米のTCと、精力的に実地調査した。

TCの基本原理の一つには、スタッフとしての回復者の役割が挙げられるが、これは認知行動療法の原型としても捉えることができる。しかも、構造化された人間関係は、社会の中での人間関係そのものであり、そのシステムはわが国の国民性にも十分受け入れられるものであると思われる。ともすると、DARCに過度の役割を担わせがちな現状において、経営主体の問題はあるが、TCの設置はわが国にとっての急務であると言えよう。

D．結論

薬物乱用・依存対策の立案・評価の際の基礎資料に資するために、薬物乱用・依存等の実態を把握し、同時に、薬物乱用・依存が及ぼす社会的影響とそれに対する対策について検討した。

研究１　薬物乱用・依存の実態に関する研究

研究1-1：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査

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、層別一段集落抽出法により選ばれた全国212校の全生徒を対象に、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。①有機溶剤乱用生涯経験率は、男子では1.3%（1年生1.2%、2年生1.1%、3年生1.6%）、女子では1.0%（1年生0.9%、2年生1.0%、3年生1.0%）、全体では1.1%（1年生1.1%、2年生1.1%、3年生1.3%）であった。この結果は、1996年に開始した一連の本調査の中では、1996年調査とともに最低の値であった。また、②有機溶剤乱用の目撃率は、1996年以降、着実に低下しており（全体で11.8%から5.6%）、「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3.3%）。また、有機溶剤乱用に「誘われた」ことのある者の率は、男子では1996年以降の最低を示した。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しかし、女子においては、有機溶剤乱用生涯経験率が年毎に上昇気味であり、「誘われた」ことのある者の率も横這い状態であることは、危惧されるべき事態であろう。⑤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。⑥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。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。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これまで、有機溶剤乱用による害知識の周知率は乱用経験者群の方が高い傾向が認められてきたが、今回の調査では、害によっては非経験者群での方が高い結果であり、薬物乱用防止教育の成果が着実に出ていると考えられた。しかし、害によっては未だ従来のままであり、なお一層の薬物乱用防止教育の推進が望まれる結果であった。⑨大麻の生涯経験率は、男子で0.6%（1年生0.4%、2年生0.7%、3年生0.7%）、女子で0.4%（1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.5%）、全体で0.5%（1年

生0.4%、2年生0.5%、3年生0.6%）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0.7%）、女子で0.4%（1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.4%）、全体で0.5%（1年生0.3%、2年生0.5%、3年生0.6%）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%）よりは低いが、2002年調査の結果と同じであった。覚せい剤に関しては、1998年に記録した最高値（0.5%）と同じ結果であり、2002年調査の結果よりは0.1%増加していた。⑩大麻及び覚せい剤乱用による医学的害知識の周知率は、増加傾向にあるが、そもそもの周知率自体が高いとは言えず、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では、有機溶剤が大麻や覚せい剤よりは高かったが、%自体は、これまでになく激減していた。また、大麻、覚せい剤の入手可能性は1998年以降、着実に増加していたが、今回の2004年調査では、激減していた。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、有機溶剤乱用経験者群では、大麻に関しては男子で46%、女子で52%の者が、また、覚せい剤に関しては男子で46%、女子で54%の者が入手可能を選択しており、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強く示唆する結果であった。現に、⑫有機溶剤乱用経験者群の25%の者に大麻乱用の経験があり、24%の者に覚せい剤乱用の経験があった。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

わが国の精神医療現場における薬物関連疾患の実態を把握するために、全国の全有床精神科医療施設（1,658施設）を対象とした実態調査を2ヶ月間に渡り実施した。837施設より453例の症例が報告され，回答率は50.5%であった。「覚せい剤」は主たる使用薬物（51.2%），使用歴を有する薬物（67.9%）として最も高い割合を示し，慢性的な精神病性障害が主要な病像であった。「有機溶剤」は主たる使用薬物としては17.0%と減少傾向にあるが，初回使用薬物としては45.1%と最も高い割合を示した。「大麻」は，主たる使用薬物（3.8%），使用歴を有する薬物（38.1%）としてこの数年で著明に増加しており，社会での乱用の拡大が精神医療の現場でも顕在化しつつあると考えられた。その他の薬物としては，MDMAを主たる使用薬物とする症例が5例報告され，併用薬物としても41例（9.1%）という高い率での報告があった。Y-Gによる性格特性の検討では，覚せい剤，有機溶剤症例は活動的であるが，リーダーシップをとらず，周囲に同調しやすい傾向がうかがわれた一方，睡眠薬・抗不安薬症例は，抑うつ的，神経症的傾向が強く，自己評価が低い傾向がみられ，鎮咳薬症例は双方の特徴を併せ持っている傾向がみられた。Temperament and Character Inventory, Cloninger(TCI)（20項目版）による検討では，各カテゴリーで使用薬物別の差はみられなかったが，「損害回避」，「自己超越」のスコアで性差がみられた。今年度の調査では，回答率は50%を超えたものの、報告症例数は従来よりは激減していた。その要因のひとつとして、文書による同意取得を条件にしたことが考えられた。この問題は、今後の調査においても、検討を要すると思われた。

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

薬物乱用のハイリスク群である非行児における薬物乱用意識・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対して、質問紙調査を実施した。有効調査人数は，1230人であった。1)乱用経験者率は、有機溶剤では男性14.3%、女性44.2%、大麻では男性4.9%、女性15.9%、覚せい剤では、男性1.6%、女性12.4%，ブタンでは男性13.7%、女性25.7%であった。MDMAの乱用経験者は男性7人(0.9%)女性18人(4.2%)であった。乱用経験率は、すべての薬物で女性の方が高かった。2)乱用経験率の1994年度調査との比較では、有機溶剤では、男女とも減少していた（男子：41.2%から14.3%。女子：59.6%から44.2%）。覚せい剤では、男女とも平成12年ころまで増加傾向にあったが，平成14年以降減少傾向を示していた。大麻では、男子は5%～6%前後と大きな変化はないが、女子では1994年(22.0%)、1996年(19.0%)と上昇したものの、1998年からは15%～16%で、横這い状態であった。3)乱用薬物の地域差は、今

回の調査では、有機溶剤は北海道・東北地方および九州地方に多く，大麻およびブタンは北海道・東北地方で多い傾向にあった。覚せい剤は中部地方でやや多かった。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り、今後とも継続的に実態を把握していくことが必要である。

研究1-4：救命救急センター（日本医科大学高度救命救急センター）における薬物乱用・依存等の実態に関する研究

日本医科大学附属病院高度救命救急センターに搬送された200症例を対象に、unlinked anonymous法により、Triage DOAを使用して、尿検体のスクリーニング検査および確認試験を実施した。200症例の平均年齢は59.0±19.7歳で、男性130例、女性70例であった。Triage陽性薬物例は、benzodiazepines(BZO)44例、tricyclic antidepressants(TCA)8例、barbiturates(BAR)6例、opiates(OPI)12例、amphetamine(AMP)3例、cannabinoids(THC)1例であったが、確認試験の結果、OPIの12例全例がコデインあるいはジハイドロコデインであった。AMP3例のうちの1例はエフェドリンによる偽陽性であった。その結果、本年度の違法薬物の陽性率は1.5％であり、昨年度との比較では、有意な増減は認めなかった。

研究1-5：自助グループの実態に関する研究

ダルクの利用実態の基礎的な情報を得ることを目的に、全国の31ダルクに対してアンケート調査を実施し、30施設から回答を得た。入寮施設27施設で調査時には241名が利用しており、年間では入寮者数406名であった。一方、通所施設13施設では調査時には88名が利用しており、年間では198名が利用していた。総計すると一時点で約330名が利用しており、年間では600名以上が利用していることになる。しかし、女性の割合は通所型で20％、入所型で3％と少なく、女性の受け皿が限られていた。年齢は30歳台が中心だが、50歳以上も増え、高齢化の懸念も指摘された。利用継続については、通所、入寮とも3ヶ月以上が7割、1年以上が4分の1であった。入寮型では、77％の利用者は薬物の再使用を抑止できていたが、退寮後の再使用をどう防ぐかが問題であった。通所型は、6ヶ月超えるまでは再使用しやすいが、その後は断薬継続しやすいようであった。社会復帰率はスタッフの印象では37％であった。回復者が働ける受け皿の不足が多く指摘された。また、通所型/入寮型ともに3/4は無職で、20％がアルバイトで、フルタイムの仕事は通所型で7％、入寮型で2％であった。スタッフが挙げた最大の課題は運営資金であるが、56％の施設では公的援助を受けていなかった。運営費中の公的資金の割合は30％、利用者負担の割合は33％であった。利用者負担額は入寮費で平均約15万円、通所費で平均1.1万円であった。残りは、講演料などでまかなっていた。生活保護受給者率は入寮型54％、通所型15％であった。他に「精神症状」「社会復帰の場の不足」による長期入寮の問題が挙げられた。ダルクは、教育機関、司法機関での講演（40回／年以上）、医療機関へのメッセージ（16回/年）を行っており、社会貢献していた。

以上のように、ダルクは薬物依存症の回復や社会貢献において、実績を挙げているにも関わらず、応分な社会的援助を受けていないと考えられた。また、社会復帰の場の確保、「合併症」の問題はダルクのみでは限界があり、行政的後押しが必要であると考えられた。

以上および昨年度の「全国住民調査」結果とを総合すると、調査年毎に悪化の傾向を辿ってきたわが国の違法薬物の乱用状況は、少々改善傾向にあると思われる。

研究２　社会的影響・対策に関する研究

研究2-1：規制薬物乱用者に対する医療機関の法的対応に関する研究

使用自体が「犯罪」である規制薬物への依存症者対応について、医療現場における取締機関との対応実態を調査した。警察が関与した覚せい剤精神病患者等の診察に関しては、警察による「診察に先だっての」採尿実施の要望が最も多かった。その背景には、警察が事前の採尿を往々にして実施してくれないことへの不満が存在すると考えられた。また医療サイドで実施した診断補助としての尿検査結果については、医療サイドからはあえて司法サイドには「通報しない」場合がほとんどであった。

医療現場では、「麻薬及び向精神薬取締法」についての理解がほとんどなされておらず、それが原因で対応に混乱が生じている可能性が示唆され

た。

研究2-2：薬物関連精神障害が医療経済に及ぼす影響についての研究

薬物関連精神障害者治療におけるケアのコストに基づく支払い方式を開発するために、覚せい剤関連精神障害患者21名について、入院日から28日間、ケアの時間と臨床特性に関するタイムスタディを行なった。入院後のケア時間の変化パターンには、①精神病症状が急速に改善し、それに伴いケア時間も減少するパターン，②身体合併症や精神科合併症を有し、ケア時間が増減を繰り返すパターン,③入院時より精神病症状が安定しており、ケア時間が少ないまま変動を示さないパターン、の3つに大別されることが示唆された。

現行の診療報酬は、このような変化のパターンに対応しているとは言い難く、今後、実際に発生するケアのコストに基づく支払い方式を開発する際には、急性期の変化パターンにも留意する必要があると考えられた。

研究2-3：「薬物裁判所」の実態に関する研究

薬物事犯者に対して、刑罰よりも治療プログラムへの参加命令を目的とし、司法的処遇のダイバージョンと言われる「薬物裁判所」について，その法制度，システム，プログラムの展開を把握し，それらを我が国に紹介することを目的に、米国カリフォルニア州にて現地調査を実施した。

カリフォルニア州のドラッグコート（成人，少年）には4つのモデルがあった。①Pre-Plea モデル②Post-Plea モデル③Post-adjudication モデル④Civil モデルである。

調査した薬物裁判所では、5年間に、プログラム参加者は745名で、治療プログラム終了者は185名であった。中断した者の多くはプログラムの早い段階でやめてしまった者が多く、また、狭義の精神疾患、HIV感染症などの「併存症」問題を抱えるケースが多いようであった。また、薬物裁判所とは別に，薬物事犯者に治療を命ずる法案であるProposition36による治療も同時並行的に実施されていた。

これらのシステムはわが国にとって、大いに参考となると考えられた。

研究2-4：「治療共同体」についての研究

薬物依存症者に対する「治療的」処遇施設の主流と目される「治療共同体」をわが国に紹介することを目的に、計3回（アメリカ、ヨーロッパ、南米・アメリカ）の実地調査を実施した。1．Structured TCの基本的コンセプト（Community Based,12-Step oriented, Level System, Job Function, Counselor as Recovering Addict）は、現在においても世界の主流にあるといえる。2．(入寮型）TCにおける回復援助のアプローチは基本的に3期に分けられ、第2期がTC Phaseと呼ばれ、中心に位置づけられる。しかし、第1期のPre-Residential Phaseは、解毒だけでなく、司法措置など動機付けの弱い対象者の動機を高めるという位置付けも持っており、治療的関わり全体の成否に大きく影響するものとして重視されていた。3．民族的･性的マイノリティ、HIV陽性の人、ホームレス状態にある人、重症の精神疾患合併者、またはそれらの重なり合った集団のニーズに対応するため、Modified（修正版）TC modelが既に展開されていた。そこでは現実的な戦略としてのHarm Reductionアプローチが多様な形式で導入されていた。4．TCの回復援助プログラムは、世界的に見て基本的には非営利団体（いわゆるNPO）が担い、利用者からの費用徴収を前提としない提供の構造が確保されていた。5．TC治療の成果に対する評価は、他の処遇方法に比較した費用対効果の面からも合理性が認められ、アメリカに限らず世界各地で、近年特に司法機関との連携が進んできている。6．TCの導入に際しては、TC環境の中で専門的なトレーニングを受けた各種の援助職が養成される必要があり、多くのTCでTC professionalの養成プログラムが実施されていた。7．TC Professionalsはチームとして、医療、看護、社会福祉、心理、教育、司法、宗教その他の専門領域から複合的に構成されることにより、全体でプログラムを機能させることが可能となっていた。

以上のように、「薬物裁判所」、「治療共同体」は非常に参考になるシステム、社会資源であり、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）のためのシステム作りが必須と思われるわが国には、特に、「治療共同体」の設置が必要であると思われる。

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：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.

(2) Hirabayashi,N., Wada, K., Kimura, T. et al. Prevalence of Substance Abuse among Patients with Physical Diseases Seen in an Emergency Room in Japan. The American Journalon Addictions 13: 398-404, 2004.

(3) 和田　清：医療モデルの違いとしての精神作用物質依存症治療.精神科治療学 19：1281-1287，2004.

(4) 和田　清：論説　喫煙、飲酒、薬物乱用の実態と教育における対応．中等教育資料 823：20-25，2004

(5) 和田　清：薬物乱用の実態と傾向について．厚生労働 59，17-20，2004.

(6) 和田　清：連載　心の健康に関するお役立ち情報　最終回．各職種が情報を共有し効果的な薬物乱用防止策を！．公衆衛生情報 64：42-45，2004.

(7) 尾崎　茂：物質依存の時代変遷と現状。精神科治療学19(11)：1289-1296，2004.

(8) 庄司正実：青少年の薬物乱用について．心と社会 117：25-30，2004.

(9) 庄司正実：児童自立支援施設入所児童の有機溶剤乱用に対する態度およびその他非行の現状-1998年から2002年の児童自立支援施設薬物乱用調査－．目白大学心理カウンセリングセンター紀要2：3-11，2004.

(10) 森田展彰、根本透、和田清、末次幸子、岡坂昌子：サンフランシスコにおける薬物依存者に対する治療共同体の研究（Ⅰ）－プログラムの概要および日本の医療・自助グループとの相違について－，日本アルコール・薬物医学会雑誌 38：440-453，2003.

(11) 森田展彰：薬物依存症に対する心理社会的治療－セルフヘルプ型のケアと心理教育プログラムの統合について－，精神科治療学19:1395－1404，2004.

(12) 宮永 耕：物質依存者のための治療共同体 －アメリカモデルについて－精神科治療学 19：1411-1418，2004

3．学会発表

(1) 和田　清：分科会5-話題提供者-「中学生の飲酒と家族・仲間」．第26回日本アルコール関連問題学会．名古屋．2004.7.9.

(2) 高橋伸彰、和田　清：飲酒経験からみた中学生における薬物乱用行為に対する認識の違い．第39回日本アルコール．薬物医学会．八王子．2004.9.9.

(3) 尾崎　茂，和田　清：Severity of Dependence Scale (SDS)の有用性について．第39回日本アルコール・薬物医学会，ポスターシンポジウム1「精神医学」．2004.9.9日．八王子学園都市センター。

(4) 森田展彰：分科会「認知行動療法」，第26回日本アルコール関連問題学会，2004.7.9.

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)
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（2004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（賃金研究員）、　高橋伸彰　同上（流動研究員）
鈴木紀美子　同上（研究助手）
尾崎米厚　鳥取大学医学部　環境予防医学　助教授
勝野眞吾　兵庫教育大学　学校教育学部　教授

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。対象は、層別一段集落抽出法により選ばれた全国212校の全生徒である。その結果、147校（対象校の69.3%）より、65,611人（対象校212校の全生徒想定数の61.4%）の回答を得た。有効回答数は65,552人（対象校212校の全生徒想定数の61.3%）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、男子では1.3%（1年生1.2%、2年生1.1%、3年生1.6%）、女子では1.0%（1年生0.9%、2年生1.0%、3年生1.0%）、全体では1.1%（1年生1.1%、2年生1.1%、3年生1.3%）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の中では、1996年調査とともに最低の値であった。ただし、男子では1998年以降減少しているのに対して、女子では1996年以来増加傾向にあり、女子での今後が危惧される結果であった。②**有機溶剤乱用の目撃率**は性別に関わらず、1996年以降、着実に低下しており（全体で11.8%から5.6%）、「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3.3%）。また、**有機溶剤乱用に「誘われた」ことのある者の率**は、男子では1998年調査以降減少傾向にあり、今回の調査では1996年以降の最低を示したが、女子では1996年以降ほとんど横這いであり、女子における「誘い」が危惧される結果であった。③以上を総合すると、有機溶剤乱用の勢いは、確実に弱くなってきていると考えられるが、女子における今後が危惧される結果であった。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伺われた。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、今回の調査では、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た。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」であり、生涯経験率の低下も考慮すれば、薬物乱用防止教育の成果が着実に出ていると考えられる。しかし、歯の腐食に関しては、2002年調査の男子で、「知っている」と答えた者が有機溶剤非乱用経験者群の方が多いという結果が初めて出たにも関わらず、今回の2004年調査では経験者群の方が多いという従来型に逆戻りしてしまっり、無動機症候群、フラッシュバック現象では、相変わらず従来型のままであったりし、なお一層の薬物乱用防止教育の推進が望まれるところである。⑨**大麻の生涯経験率**は、男子で0.6%（1年生0.4%、2年生0.7%、3年生0.7%）、女子で0.4%（1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.5%）、全体で0.5%（1年生0.4%、2年生0.5%、3年生0.6%）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0.7%）、女子で0.4%（1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.4%）、全体で0.5%（1年生0.3%、2年生0.5%、3年生0.6%）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%）よりは低いが、2002年調査の結果と同じであった。覚せい剤に関しては、1998年に記録した最高値（0.5%）と同じ結果であり、2002年調査の結果よりは0.1%増加していた。性別では、大麻でも覚せい剤でも生涯経験率は2002年調査とほぼ同じであった。⑩大麻及び覚せい剤乱用による医学的害知識の周知度は、増加傾向にあり歓迎されるが、そもそもの周知度自体が高いとは言えず、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ていた。また、大麻、覚せい剤の入手可能性は1998年以降、着実に増加していたが、今回の2004年調査では、激減していた。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66%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46%、女子で52%の者が、また、覚せい剤に関しては男子で46%、女子で54%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った。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10.8%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2.4%に過ぎず、大麻では1.4%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25%の者に大麻乱用の経験があり、24%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認められた。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2002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、約19%は有機溶剤乱用が主原因であり、約55%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約44%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][9]、中学生における喫煙と飲酒の一部が有機溶剤乱用開始ないしは継続への「ゲイトウェイ」になっている可能性が高い[3][10]。

以上の考えから、平成16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5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、2004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、2004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、データベースとして使用した全国学校総覧[11]が、2001年版から「国公立編」「私立編」の2冊で構成されるようになったため、都道府県毎に国公立中学校数と私立中学校数との

表1　対象校の分布と回答状況

	対象校	回答校	実施率(%)		対象校	回答校	実施率(%)
北海道	9	4	44.4	京都	4	4	100.0
青森	3	2	66.7	大阪	13	3	23.1
岩手	3	3	100.0	兵庫	9	6	66.7
宮城	4	4	100.0	奈良	3	0	0
秋田	2	2	100.0	和歌山	2	2	100.0
山形	2	0	0	鳥取	2	1	50.0
福島	4	4	100.0	島根	2	2	100.0
茨城	5	5	100.0	岡山	3	3	100.0
栃木	4	4	100.0	広島	5	3	60.0
群馬	4	4	100.0	山口	3	2	66.7
埼玉	10	6	60.0	徳島	2	0	0
千葉	9	7	77.8	香川	2	1	50.0
東京	15	12	80.0	愛媛	3	2	66.7
神奈川	12	5	41.7	高知	2	1	50.0
新潟	4	3	75.0	福岡	8	6	75.0
富山	2	2	100.0	佐賀	2	2	100.0
石川	2	2	100.0	長崎	3	3	100.0
福井	2	2	100.0	熊本	4	3	75.0
山梨	2	2	100.0	大分	2	2	100.0
長野	4	3	75.0	宮崎	2	1	50.0
岐阜	4	4	100.0	鹿児島	4	1	25.0
静岡	6	4	66.7	沖縄	3	3	100.0
愛知	11	9	81.8				
三重	3	2	66.7	全体	212	147	69.3
滋賀	3	1	33.3				

割合を算出し、その割合に基づいて国公立中学校数と私立中学校数とを決め、それぞれ、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し、層は都道府県と国公立・私立の2種類があることになる。

この操作により、全国の中学校から212校（想定106,892人）が選ばれた。

調査用紙には氏名等個人を特定できる項目はなく、学年、性別、日常生活の規則正しさ、学校生活、家庭生活、友人関係、喫煙について、飲酒について、「シンナー遊び」について、大麻乱用について、覚せい剤乱用について、薬物の入手し易さについての全51項目から構成されている。この調査項目は2000年調査時のものと同じである。

調査用紙は教師によって生徒に配られた。記載の終わった生徒は、同時に配られた個人用封筒に調査用紙を入れ、封をし、あらかじめ用意されたクラス毎の回収用封筒に個人用封筒を投函した。各学校はクラス用回収封筒をとりまとめて当研究所に郵送し、各封筒は当研究所にて初めて開封された。

212校（国立7校、公立196校、私立9校）中、調査を実施していただけた中学校は147校(国立6校、公立135校、私立6校：対象校の69.3%）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1校、1年生のみの実施2校、2年生のみの実施1校、3年生のみの実施2校、2年生3年生のみの実施校1校、1年生3年生の全員と2年生の一部のｸﾗｽのみの実施1校であった。

以上の結果、65,611人（想定生徒数の61.4%。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59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65,552人（想定生徒数の61.36%）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33,150人、女子32,344人、性別不明者20人の計65,552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1.3%（1年生1.2%、2年生1.1%、3年生1.6%）、女子で1.0%（1年生0.9%、2年生1.0%、3年生1.0%）であり、全体では1.1%（1年生1.1%、2年生1.1%、3年生1.3%）であった。

表2　対象の内訳

	1年		2年		3年		全体	
男性	11081	(51.2)	10783	(50.2)	11286	(50.4)	33150	(50.6)
女性	10544	(48.7)	10698	(49.8)	11102	(49.5)	32344	(49.3)
無回答	20	(.1)	18	(.1)	20	(.1)	58	(.1)
全体	21645	(100.0)	21499	(100.0)	22408	(100.0)	65552	(100)

また、男子の生涯経験率は、学年による有意差（P<0.05）が認められたが、女子では認められなかった。これまでの1996年調査[10]、1998年調査[13]、2000調査[20]では、男女ともに学年と共に生涯経験率が高くなる傾向が認められたが、今回の調査でも、2年生男子を除けば、概ね同様の傾向は認められた。

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。

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		全体	
男性	経験なし	10857	(98.0)	10580	(98.1)	11017	(97.6)	32454	(97.9)
	経験あり	128	(1.2)	118	(1.1)	174	(1.5)	420	(1.3)
	無回答	96	(.9)	85	(.8)	95	(.8)	276	(.8)
	合計	11081	(100)	10783	(100)	11286	(100)	33150	(100)
						(χ^2 = 10.504, df = 2, p = .005)			
女性	経験なし	10374	(98.4)	10539	(98.5)	10949	(98.6)	31862	(98.5)
	経験あり	98	(.9)	107	(1.0)	112	(1.0)	317	(1.0)
	無回答	72	(.7)	52	(.5)	41	(.4)	165	(.5)
	合計	10544	(100)	10698	(100)	11102	(100)	32344	(100)
						(χ^2 = .390, df = 2, p = .823)			
全体	経験なし	21249	(98.2)	21136	(98.3)	21981	(98.1)	64366	(98.2)
	経験あり	228	(1.1)	226	(1.1)	290	(1.3)	744	(1.1)
	無回答	168	(.8)	137	(.6)	137	(.6)	442	(.7)
	合計	21645	(100)	21499	(100)	22408	(100)	65552	(100)
						(χ^2 = 7.621, df = 2, p = .022)			

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者の率（一年経験率）

		1年		2年		3年		全体	
男性	ない	10941	(98.7)	10650	(98.8)	11113	(98.5)	32704	(98.7)
	ある	86	(.8)	84	(.8)	116	(1.0)	286	(.9)
	無回答	54	(.5)	49	(.5)	57	(.5)	160	(.5)
	合計	11081	(100)	10783	(100)	11286	(100)	33150	(100)
						(χ^2 = 5.466, df = 2, p = .065)			
女性	ない	10438	(99.0)	10588	(99.0)	11001	(99.1)	32027	(99.0)
	ある	72	(.7)	78	(.7)	74	(.7)	224	(.7)
	無回答	34	(.3)	32	(.3)	27	(.2)	93	(.3)
	合計	10544	(100)	10698	(100)	11102	(100)	32344	(100)
						(χ^2 = .334, df = 2, p = .846)			
全体	ない	21397	(98.9)	21256	(98.9)	22131	(98.8)	64784	(98.8)
	ある	160	(.7)	162	(.8)	193	(.9)	515	(.8)
	無回答	88	(.4)	81	(.4)	84	(.4)	253	(.4)
	合計	21645	(100)	21499	(100)	22408	(100)	65552	(100)
						(χ^2 = 2.522, df = 2, p = .283)			

男子で0.9%（1年生0.8%、2年生0.8%、3年生1.0%）、女子で0.7%（1年生0.7%、2年生0.7%、3年生0.7%）であり、全体では0.8%（1年生0.7%、2年生0.8%、3年生0.9%）であった。

男性では学年が進むにしたがって高くなり、女子では学年に関係なく一定であった。

(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5.4%、女子の5.8%の生徒が実際に見たことがあるという結果であった。同時に、男子の2年生を除けば、基本的には、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示唆された。

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。

男女ともに、約3～4%の者が「いる」と答えており、学年が進むに従って、「いる」と答えた者の割合が有意に（P<0.01）高くなっていくことが示唆された。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]。

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1.4%、女子の1.5%の者が誘われたことが「ある」と答えており、女子では、学年が進むにつれて、誘われたことのある者の率が有意に（P<0.01）高くなる傾向が伺われた。

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。

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		全体	
男性	ない	10480	(94.6)	10240	(95.0)	10485	(92.9)	31205	(94.1)
	ある	543	(4.9)	490	(4.5)	741	(6.6)	1774	(5.4)
	無回答	58	(.5)	53	(.5)	60	(.5)	171	(.5)
	合計	11081	(100)	10783	(100)	11286	(100)	33150	(100)
						(χ^2 = 51.277, df = 2, p = .000)			
女性	ない	9996	(94.8)	10031	(93.8)	10359	(93.3)	30386	(93.9)
	ある	517	(4.9)	649	(6.1)	711	(6.4)	1877	(5.8)
	無回答	31	(.3)	18	(.2)	32	(.3)	81	(.3)
	合計	10544	(100)	10698	(100)	11102	(100)	32344	(100)
						(χ^2 = 24.245, df = 2, p = .000)			
全体	ない	20491	(94.7)	20287	(94.4)	20861	(93.1)	61639	(94.0)
	ある	1062	(4.9)	1140	(5.3)	1455	(6.5)	3657	(5.6)
	無回答	92	(.4)	72	(.3)	92	(.4)	256	(.4)
	合計	21645	(100)	21499	(100)	22408	(100)	65552	(100)
						(χ^2 = 57.336, df = 2, p = .000)			

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年生で頭打ちになる傾向が示唆された。この傾向は2002年調査[7]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、あえてその結果を明らかにした。

(2)「シンナー遊び」と法の遵守について

「『シンナー遊び』は法律で禁じられていますが、その『シンナー遊び』をすることをどう思いますか？」との問いに対する回答の分布を「シンナー遊び」の経験の有無を軸にして表9に示した。

回答の分布には、男女共に有意差（P<0.01）が認められ、未経験者群では男女共に約96%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38%、女子で44%と乖離した。

(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91～92%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29%、女子で38%）。

(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96～95%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38.3%、女子で46.7%）。

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		全体	
男性	いない	10727	(96.8)	10419	(96.6)	10821	(95.9)	31967	(96.4)
	いる	259	(2.3)	286	(2.7)	373	(3.3)	918	(2.8)
	無回答	95	(.9)	78	(.7)	92	(.8)	265	(.8)
	合計	11081	(100)	10783	(100)	11286	(100)	33150	(100)
								(χ^2 = 20.248, df = 2, p = .000)	
女性	いない	10179	(96.5)	10286	(96.1)	10510	(94.7)	30975	(95.8)
	いる	302	(2.9)	368	(3.4)	542	(4.9)	1212	(3.7)
	無回答	63	(.6)	44	(.4)	50	(.5)	157	(.5)
	合計	10544	(100)	10698	(100)	11102	(100)	32344	(100)
								(χ^2 = 64.997, df = 2, p = .000)	
全体	いない	20924	(96.7)	20721	(96.4)	21344	(95.3)	62989	(96.1)
	いる	561	(2.6)	655	(3.0)	919	(4.1)	2135	(3.3)
	無回答	160	(.7)	123	(.6)	145	(.6)	428	(.7)
	合計	21645	(100)	21499	(100)	22408	(100)	65552	(100)
								(χ^2 = 83.933, df = 2, p = .000)	

(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70%台だったのに対して、経験者群では男女共に「すでに親しい」を選んだ者が20%台にのぼった。

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。

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」が上位2つを占めたが、男子では「社会に問題があるから」が第3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。

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となったが、今回の調査では、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となった（しかし、有意差はない）ことは特筆に値する。

これは薬物乱用防止教育の「成果」と推定できるが、未だ有意差はなく、同教育の一層の推進が望まれるところである。

表7　「シンナー遊び」に誘われた経験

		1年		2年		3年		全体	
男性	ない	10475	(94.5)	10209	(94.7)	10605	(94.0)	31289	(94.4)
	ある	135	(1.2)	120	(1.1)	181	(1.6)	436	(1.3)
	無回答	471	(4.3)	454	(4.2)	500	(4.4)	1425	(4.3)
	合計	11081	(100)	10783	(100)	11286	(100)	33150	(100)
						(χ^2 = 11.599, df = 2, p = .003)			
女性	ない	9941	(94.3)	10028	(93.7)	10327	(93.0)	30296	(93.7)
	ある	121	(1.1)	148	(1.4)	201	(1.8)	470	(1.5)
	無回答	482	(4.6)	522	(4.9)	574	(5.2)	1578	(4.9)
	合計	10544	(100)	10698	(100)	11102	(100)	32344	(100)
						(χ^2 = 17.621, df = 2, p = .000)			
全体	ない	20435	(94.4)	20251	(94.2)	20948	(93.5)	61634	(94.0)
	ある	256	(1.2)	270	(1.3)	384	(1.7)	910	(1.4)
	無回答	954	(4.4)	978	(4.5)	1076	(4.8)	3008	(4.6)
	合計	21645	(100)	21499	(100)	22408	(100)	65552	(100)
						(χ^2 = 27.338, df = 2, p = .000)			

(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][19]、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かったが、今回は再び元に戻ってしまった(ただし有意差はない) 結果であった。

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。

今回は、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。ただし、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

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		全体	
男性	関心がない	10149	(93.5)	9787	(92.5)	10390	(94.3)	30326	(93.4)
	見てみたい	543	(5.0)	612	(5.8)	473	(4.3)	1628	(5.0)
	試してみたい	59	(.5)	90	(.9)	79	(.7)	228	(.7)
	経験がある	2	(.0)	6	(.1)	10	(.1)	18	(.1)
	無回答	104	(1.0)	85	(.8)	65	(.6)	254	(.8)
	合計	10857	(100)	10580	(100)	11017	(100)	32454	(100)
						(χ^2 = 38.137, df = 6, p = .000)			
女性	関心がない	9525	(91.8)	9517	(90.3)	10125	(92.5)	29167	(91.5)
	見てみたい	729	(7.0)	874	(8.3)	663	(6.1)	2266	(7.1)
	試してみたい	72	(.7)	87	(.8)	101	(.9)	260	(.8)
	経験がある	0	(.0)	1	(.0)	2	(.0)	3	(.0)
	無回答	48	(.5)	60	(.6)	58	(.5)	166	(.5)
	合計	10374	(100)	10539	(100)	10949	(100)	31862	(100)
						(χ^2 = 46.171, df = 6, p = .000)			
全体	関心がない	19689	(92.7)	19318	(91.4)	20529	(93.4)	59536	(92.5)
	見てみたい	1273	(6.0)	1487	(7.0)	1137	(5.2)	3897	(6.1)
	試してみたい	131	(.6)	178	(.8)	180	(.8)	489	(.8)
	経験がある	2	(.0)	7	(.0)	12	(.1)	21	(.0)
	無回答	154	(.7)	146	(.7)	123	(.6)	423	(.7)
	合計	21249	(100)	21136	(100)	21981	(100)	64366	(100)
						(χ^2 = 82.050, df = 6, p = .000)			

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。今回も、男女ともに「知っている」を選んだ者は非経験者群で多かったが、男子では有意差は認められず、薬物乱用防止教育のなお一層の推進が望まれる結果であった。

(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

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						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	法律で禁止されているからすべきではない	31269	(96.3)	259	(61.7)	136	(49.3)	31664	(95.5)
	法律で禁止されてはいるが少々ならかまわない	596	(1.8)	68	(16.2)	9	(3.3)	673	(2.0)
	法律で禁止されてはいるが守る必要はない	498	(1.5)	91	(21.7)	7	(2.5)	596	(1.8)
	無回答	91	(.3)	2	(.5)	124	(44.9)	217	(.7)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150	(100)
						(χ^2 = 1415.628, df = 2, p = .000)			
女性	法律で禁止されているからすべきではない	30634	(96.1)	173	(54.6)	98	(59.4)	30905	(95.6)
	法律で禁止されてはいるが少々ならかまわない	814	(2.6)	65	(20.5)	8	(4.8)	887	(2.7)
	法律で禁止されてはいるが守る必要はない	323	(1.0)	75	(23.7)	3	(1.8)	401	(1.2)
	無回答	91	(.3)	4	(1.3)	56	(33.9)	151	(.5)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344	(100)
						(χ^2 = 1745.024, df = 2, p = .000)			
全体	法律で禁止されているからすべきではない	61945	(96.2)	435	(58.5)	234	(52.9)	62614	(95.5)
	法律で禁止されてはいるが少々ならかまわない	1414	(2.2)	134	(18.0)	17	(3.8)	1565	(2.4)
	法律で禁止されてはいるが守る必要はない	824	(1.3)	169	(22.7)	11	(2.5)	1004	(1.5)
	無回答	183	(.3)	6	(.8)	180	(40.7)	369	(.6)
	合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552	(100)
						(χ^2 = 3114.837, df = 2, p = .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						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	当然だと思う	29757	(91.7)	235	(56.0)	131	(47.5)	30123	(90.9)
	仕方のないことだと思う	1496	(4.6)	62	(14.8)	6	(2.2)	1564	(4.7)
	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のでは	146	(.4)	35	(8.3)	4	(1.4)	185	(.6)
	法律で決める必要はなく個人の自由	990	(3.1)	86	(20.5)	9	(3.3)	1085	(3.3)
	無回答	65	(.2)	2	(.5)	126	(45.7)	193	(.6)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150	(100)
						(χ^2 = 1003.617, df = 3, p = .000)			
女性	当然だと思う	29056	(91.2)	149	(47.0)	93	(56.4)	29298	(90.6)
	仕方のないことだと思う	1752	(5.5)	43	(13.6)	10	(6.1)	1805	(5.6)
	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のでは	179	(.6)	44	(13.9)	1	(.6)	224	(.7)
	法律で決める必要はなく個人の自由	789	(2.5)	78	(24.6)	5	(3.0)	872	(2.7)
	無回答	86	(.3)	3	(.9)	56	(33.9)	145	(.4)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344	(100)
						(χ^2 = 1487.908, df = 3, p = .000)			
全体	当然だと思う	58855	(91.4)	387	(52.0)	224	(50.7)	59466	(90.7)
	仕方のないことだと思う	3250	(5.0)	105	(14.1)	16	(3.6)	3371	(5.1)
	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のでは	326	(.5)	80	(10.8)	5	(1.1)	411	(.6)
	法律で決める必要はなく個人の自由	1783	(2.8)	167	(22.4)	15	(3.4)	1965	(3.0)
	無回答	152	(.2)	5	(.7)	182	(41.2)	339	(.5)
	合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552	(100)
						(χ^2 = 2442.377, df = 3, p = .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						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	自分には無関係の人	31053	(95.7)	254	(60.5)	140	(50.7)	31447	(94.9)
	シンナー遊びをする気持ちが理解できる気がする	1052	(3.2)	82	(19.5)	8	(2.9)	1142	(3.4)
	親しみを感じる	137	(.4)	79	(18.8)	2	(.7)	218	(.7)
	無回答	212	(.7)	5	(1.2)	126	(45.7)	343	(1.0)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150	(100)
		(χ^2 = 2519.455, df = 2, p = .000)				(χ^2= 2534.361, df= 2, p= .000)			
女性	自分には無関係の人	30132	(94.6)	163	(51.4)	95	(57.6)	30390	(94.0)
	シンナー遊びをする気持ちが理解できる気がする	1469	(4.6)	90	(28.4)	14	(8.5)	1573	(4.9)
	親しみを感じる	67	(.2)	58	(18.3)	1	(.6)	126	(.4)
	無回答	194	(.6)	6	(1.9)	55	(33.3)	255	(.8)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344	(100)
		(χ^2 = 3110.946, df = 2, p = .000)				(χ^2= 2870.059, df= 2, p= .000)			
全体	自分には無関係の人	61228	(95.1)	420	(56.5)	236	(53.4)	61884	(94.4)
	シンナー遊びをする気持ちが理解できる気がする	2525	(3.9)	173	(23.3)	22	(5.0)	2720	(4.1)
	親しみを感じる	204	(.3)	140	(18.8)	3	(.7)	347	(.5)
	無回答	409	(.6)	11	(1.5)	181	(41.0)	601	(.9)
	合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552	(100)
		(χ^2 = 5590.286, df = 2, p = .000)				(χ^2= 5342.244, df= 2, p= .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			全体
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	親しくなりたくない	25163 (77.5)	185 (44.0)	105 (38.0)	25453 (76.8)
	シンナー遊びだけで決めたくない	6956 (21.4)	143 (34.0)	39 (14.1)	7138 (21.5)
	すでに親しい	171 (.5)	87 (20.7)	2 (.7)	260 (.8)
	無回答	164 (.5)	5 (1.2)	130 (47.1)	299 (.9)
	合計	32454 (100)	420 (100)	276 (100)	33150 (100)
				(χ^2 = 2259.064, df = 2, p = .000)	
女性	親しくなりたくない	22615 (71.0)	88 (27.8)	70 (42.4)	22773 (70.4)
	シンナー遊びだけで決めたくない	8947 (28.1)	137 (43.2)	36 (21.8)	9120 (28.2)
	すでに親しい	155 (.5)	88 (27.8)	3 (1.8)	246 (.8)
	無回答	145 (.5)	4 (1.3)	56 (33.9)	205 (.6)
	合計	31862 (100)	317 (100)	165 (100)	32344 (100)
				(χ^2 = 3226.022, df = 2, p = .000)	
全体	親しくなりたくない	47810 (74.3)	275 (37.0)	175 (39.6)	48260 (73.6)
	シンナー遊びだけで決めたくない	15919 (24.7)	282 (37.9)	76 (17.2)	16277 (24.8)
	すでに親しい	326 (.5)	178 (23.9)	5 (1.1)	509 (.8)
	無回答	311 (.5)	9 (1.2)	186 (42.1)	506 (.8)
	合計	64366 (100)	744 (100)	442 (100)	65552 (100)
				(χ^2 = 5439.570, df = 2, p = .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			全体	
		経験なし	経験あり	無回答		
男性	本人に問題	22195 (68.4)	230 (54.8)	146 (52.9)	22571 (68.1)	(χ^2=35.512, df=1, p = .000)
	家庭に問題	16710 (51.5)	204 (48.6)	124 (44.9)	17038 (51.4)	(χ^2 = 35.512, df = 1, p = .000)
	学校に問題	9091 (28.0)	149 (35.5)	68 (24.6)	9308 (28.1)	(χ^2 = 11.432, df = 1, p = .001
	社会に問題	11073 (34.1)	178 (42.4)	96 (34.8)	11347 (34.2)	(χ^2 = 12.573, df = 1, p = .000
	無回答	465 (1.4)	15 (3.6)	37 (13.4)	517 (1.6)	
	合計	32454 (100)	420 (100)	276 (100)	33150 (100)	
女性	本人に問題	19257 (60.4)	152 (47.9)	79 (47.9)	19488 (60.3)	(χ^2 = 20.474, df = 1, p = .000)
	家庭に問題	21806 (68.4)	197 (62.1)	98 (59.4)	22101 (68.3)	(χ^2 = 5.762, df = 1, p = .016)
	学校に問題	13161 (41.3)	142 (44.8)	57 (34.5)	13360 (41.3)	(χ^2 = 1.672, df = 1, p = .210)
	社会に問題	11532 (36.2)	125 (39.4)	40 (24.2)	11697 (36.2)	(χ^2 = 1.422, df = 1, p = .233)
	無回答	435 (1.4)	6 (1.9)	22 (13.3)	463 (1.4)	
	合計	31862 (100)	317 (100)	165 (100)	32344 (100)	
全体	本人に問題	41481 (64.4)	386 (51.9)	225 (50.9)	42092 (64.2)	(χ^2 = 50.893, df = 1, p = .000)
	家庭に問題	38547 (59.9)	406 (54.6)	222 (50.2)	39175 (59.8)	(χ^2 48.662 , df = 1, p = .003)
	学校に問題	22270 (34.6)	295 (39.7)	125 (28.3)	22690 (34.6)	(χ^2 = 8.282, df = 1, p = .004)
	社会に問題	22627 (35.2)	308 (41.4)	137 (31.0)	23072 (35.2)	(χ^2 = 12.561, df = 1, p = .000)
	無回答	904 (1.4)	21 (2.8)	59 (13.3)	984 (1.5)	
	合計	64366 (100)	744 (100)	442 (100)	65552 (100)	

いに対する回答の分布を表18に示した。

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。

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

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						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	知っている	20543	(63.3)	261	(62.1)	99	(35.9)	20903	(63.1)
	知らない	11885	(36.6)	157	(37.4)	61	(22.1)	12103	(36.5)
	無回答	26	(.1)	2	(.5)	116	(42.0)	144	(.4)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150	(100)
						(χ^2 = .147, df = 1, p = .701)			
女性	知っている	21200	(66.5)	209	(65.9)	74	(44.8)	21483	(66.4)
	知らない	10644	(33.4)	106	(33.4)	41	(24.8)	10791	(33.4)
	無回答	18	(.1)	2	(.6)	50	(30.3)	70	(.2)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344	(100)
						(χ^2 = .007, df = 1, p = .933)			
全体	知っている	41776	(64.9)	476	(64.0)	173	(39.1)	42425	(64.7)
	知らない	22546	(35.0)	264	(35.5)	103	(23.3)	22913	(35.0)
	無回答	44	(.1)	4	(.5)	166	(37.6)	214	(.3)
	合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552	(100)
						(χ^2 = .125, df = 1, p = .724)			

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						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	知っている	22449	(69.2)	291	(69.3)	115	(41.7)	22855	(68.9)
	知らない	9978	(30.7)	128	(30.5)	47	(17.0)	10153	(30.6)
	無回答	27	(.1)	1	(.2)	114	(41.3)	142	(.4)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150	(100)
						(χ^2 = .010, df = 1, p = .922)			
女性	知っている	22151	(69.5)	231	(72.9)	70	(42.4)	22452	(69.4)
	知らない	9691	(30.4)	85	(26.8)	46	(27.9)	9822	(30.4)
	無回答	20	(.1)	1	(.3)	49	(29.7)	70	(.2)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344	(100)
						(χ^2 = 1.849, df = 1, p = .174)			
全体	知っている	44633	(69.3)	529	(71.1)	185	(41.9)	45347	(69.2)
	知らない	19686	(30.6)	213	(28.6)	94	(21.3)	19993	(30.5)
	無回答	47	(.1)	2	(.3)	163	(36.9)	212	(.3)
	合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552	(100)
						(χ^2 = 1.248, df = 1, p = .264)			

「『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3回の調査[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かった。今回の結果も2002年調査[21]と同じであり、

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						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	知っている	19298	(59.5)	248	(59.0)	134	(48.6)	19680	(59.4)
	知らない	12987	(40.0)	163	(38.8)	118	(42.8)	13268	(40.0)
	無回答	169	(.5)	9	(2.1)	24	(8.7)	202	(.6)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150	(100)
						(χ^2 = .054, df = 1, p = .816)			
女性	知っている	20647	(64.8)	201	(63.4)	80	(48.5)	20928	(64.7)
	知らない	11090	(34.8)	114	(36.0)	68	(41.2)	11272	(34.9)
	無回答	125	(.4)	2	(.6)	17	(10.3)	144	(.4)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344	(100)
						(χ^2 = .213, df = 1, p = .644)			
全体	知っている	39974	(62.1)	456	(61.3)	214	(48.4)	40644	(62.0)
	知らない	24095	(37.4)	277	(37.2)	187	(42.3)	24559	(37.5)
	無回答	297	(.5)	11	(1.5)	41	(9.3)	349	(.5)
	合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552	(100)
						(χ^2 = .010, df = 1, p = .919)			

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						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	知っている	25942	(79.9)	319	(76.0)	178	(64.5)	26439	(79.8)
	知らない	6260	(19.3)	94	(22.4)	74	(26.8)	6428	(19.4)
	無回答	252	(.8)	7	(1.7)	24	(8.7)	283	(.9)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150	(100)
						(χ^2 = 2.866, df = 1, p = .090)			
女性	知っている	26828	(84.2)	244	(77.0)	104	(63.0)	27176	(84.0)
	知らない	4857	(15.2)	69	(21.8)	45	(27.3)	4971	(15.4)
	無回答	177	(.6)	4	(1.3)	16	(9.7)	197	(.6)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344	(100)
						(χ^2 = 10.732, df = 1, p = .001)			
全体	知っている	52806	(82.0)	570	(76.6)	282	(63.8)	53658	(81.9)
	知らない	11127	(17.3)	163	(21.9)	120	(27.1)	11410	(17.4)
	無回答	433	(.7)	11	(1.5)	40	(9.0)	484	(.7)
	合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552	(100)
						(χ^2 = 11.747, df = 1, p = .001)			

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、63～57%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52～50%であったのに対して、経験者群では、約35～34%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80%台の者が「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66～57%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、4～3%であったが、経験者群では男子で17%、女子では21%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

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						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	知っている	17305	(53.3)	236	(56.2)	121	(43.8)	17662	(53.3)
	知らない	14802	(45.6)	175	(41.7)	128	(46.4)	15105	(45.6)
	無回答	347	(1.1)	9	(2.1)	27	(9.8)	383	(1.2)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150	(100)
						($\chi^2 = 2.027$, df = 1, p = .154)			
女性	知っている	18437	(57.9)	193	(60.9)	76	(46.1)	18706	(57.8)
	知らない	13169	(41.3)	123	(38.8)	73	(44.2)	13365	(41.3)
	無回答	256	(.8)	1	(.3)	16	(9.7)	273	(.8)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344	(100)
						($\chi^2 = .968$, df = 1, p = .325)			
全体	知っている	35771	(55.6)	436	(58.6)	197	(44.6)	36404	(55.5)
	知らない	27989	(43.5)	298	(40.1)	202	(45.7)	28489	(43.5)
	無回答	606	(.9)	10	(1.3)	43	(9.7)	659	(1.0)
	合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552	(100)
						($\chi^2 = 3.205$, df = 1, p = .073)			

「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19%であったのに対して、経験者群では、男子で33%、女子で38%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[5)10)13)16)20)21)]。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16～15%であったのに対して、経験者群では男女ともに約28～30%であった。

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						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	知っている	19207	(59.2)	266	(63.3)	145	(52.5)	19618	(59.2)
	知らない	12953	(39.9)	147	(35.0)	103	(37.3)	13203	(39.8)
	無回答	294	(.9)	7	(1.7)	28	(10.1)	329	(1.0)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150	(100)
						($\chi^2 = 3.720$, df = 1, p = .054)			
女性	知っている	19589	(61.5)	218	(68.8)	79	(47.9)	19886	(61.5)
	知らない	12055	(37.8)	94	(29.7)	69	(41.8)	12218	(37.8)
	無回答	218	(.7)	5	(1.6)	17	(10.3)	240	(.7)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344	(100)
						($\chi^2 = 8.323$, df = 1, p = .004)			
全体	知っている	38824	(60.3)	491	(66.0)	224	(50.7)	39539	(60.3)
	知らない	25026	(38.9)	241	(32.4)	173	(39.1)	25440	(38.8)
	無回答	516	(.8)	12	(1.6)	45	(10.2)	573	(.9)
	合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552	(100.0)
						($\chi^2 = 11.951$, df = 1, p = .001)			

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44%、女子で33%であったのに対して、経験者群では男子%、女子

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						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	はい	26259	(80.9)	266	(63.3)	205	(74.3)	26730	(80.6)
	いいえ	6102	(18.8)	152	(36.2)	68	(24.6)	6322	(19.1)
	無回答	93	(.3)	2	(.5)	3	(1.1)	98	(.3)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150	(100)
							(χ^2 = 81.928, df = 1, p = .000)		
女性	はい	26462	(83.1)	181	(57.1)	123	(74.5)	26766	(82.8)
	いいえ	5323	(16.7)	136	(42.9)	39	(23.6)	5498	(17.0)
	無回答	77	(.2)	0	(.0)	3	(1.8)	80	(.2)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344	(100)
							(χ^2 = 152.138, df = 1, p = .000)		
全体	はい	52754	(82.0)	448	(60.2)	328	(74.2)	53530	(81.7)
	いいえ	11434	(17.8)	294	(39.5)	108	(24.4)	11836	(18.1)
	無回答	178	(.3)	2	(.3)	6	(1.4)	186	(.3)
	合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552	(100)
							(χ^2 = 235.742, df = 1, p = .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						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	はい	16922	(52.1)	147	(35.0)	132	(47.8)	17201	(51.9)
	いいえ	15360	(47.3)	269	(64.0)	143	(51.8)	15772	(47.6)
	無回答	172	(.5)	4	(1.0)	1	(.4)	177	(.5)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150	(100)
							(χ^2 = 48.034, df = 1, p = .000)		
女性	はい	15856	(49.8)	109	(34.4)	67	(40.6)	16032	(49.6)
	いいえ	15853	(49.8)	206	(65.0)	96	(58.2)	16155	(49.9)
	無回答	153	(.5)	2	(.6)	2	(1.2)	157	(.5)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344	(100)
							(χ^2 = 29.594, df = 1, p = .000)		
全体	はい	32800	(51.0)	256	(34.4)	199	(45.0)	33255	(50.7)
	いいえ	31232	(48.5)	482	(64.8)	240	(54.3)	31954	(48.7)
	無回答	334	(.5)	6	(.8)	3	(.7)	343	(.5)
	合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552	(100)
							(χ^2 = 79.834, df = 1, p = .000)		

表22　毎朝、朝食を食べていますか？

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	ほとんど毎日食べている	27190	(83.8)	278	(66.2)	211	(76.4)	27679	(83.5)
	時々食べる	3280	(10.1)	67	(16.0)	31	(11.2)	3378	(10.2)
	ほとんど食べない	1905	(5.9)	73	(17.4)	30	(10.9)	2008	(6.1)
	無回答	79	(.2)	2	(.5)	4	(1.4)	85	(.3)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150	(100)
					(χ^2 = 120.854, df = 2, p = .000)				
女性	ほとんど毎日食べている	27062	(84.9)	180	(56.8)	124	(75.2)	27366	(84.6)
	時々食べる	3111	(9.8)	57	(18.0)	26	(15.8)	3194	(9.9)
	ほとんど食べない	1617	(5.1)	78	(24.6)	14	(8.5)	1709	(5.3)
	無回答	72	(.2)	2	(.6)	1	(.6)	75	(.2)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344	(100)
					(χ^2 = 279.317, df = 2, p = .000)				
全体	ほとんど毎日食べている	54285	(84.3)	461	(62.0)	335	(75.8)	55081	(84.0)
	時々食べる	6399	(9.9)	125	(16.8)	58	(13.1)	6582	(10.0)
	ほとんど食べない	3526	(5.5)	154	(20.7)	44	(10.0)	3724	(5.7)
	無回答	156	(.2)	4	(.5)	5	(1.1)	165	(.3)
	合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552	(100)
					(χ^2 = 380.911, df = 2, p = .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						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	とても楽しい	11898	(36.7)	131	(31.2)	92	(33.3)	12121	(36.6)
	どちらかといえば楽しい	15634	(48.2)	162	(38.6)	124	(44.9)	15920	(48.0)
	あまり楽しくない	3698	(11.4)	53	(12.6)	39	(14.1)	3790	(11.4)
	まったく楽しくない	1151	(3.5)	72	(17.1)	20	(7.2)	1243	(3.7)
	無回答	73	(.2)	2	(.5)	1	(.4)	76	(.2)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150	(100)
					(χ^2 = 218.455, df = 3, p = .000)				
女性	とても楽しい	13476	(42.3)	81	(25.6)	60	(36.4)	13617	(42.1)
	どちらかといえば楽しい	13806	(43.3)	123	(38.8)	63	(38.2)	13992	(43.3)
	あまり楽しくない	3641	(11.4)	46	(14.5)	27	(16.4)	3714	(11.5)
	まったく楽しくない	870	(2.7)	66	(20.8)	14	(8.5)	950	(2.9)
	無回答	69	(.2)	1	(.3)	1	(.6)	71	(.2)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344	(100)
					(χ^2 = 378.461, df = 3, p = .000)				
全体	とても楽しい	25391	(39.4)	215	(28.9)	152	(34.4)	25758	(39.3)
	どちらかといえば楽しい	29457	(45.8)	286	(38.4)	188	(42.5)	29931	(45.7)
	あまり楽しくない	7345	(11.4)	99	(13.3)	66	(14.9)	7510	(11.5)
	まったく楽しくない	2024	(3.1)	141	(19.0)	34	(7.7)	2199	(3.4)
	無回答	149	(.2)	3	(.4)	2	(.5)	154	(.2)
	合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552	(100)
					(χ^2 = 585.428, df = 3, p = .000)				

で45%であった。

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[5][10][13][14][20][21]と同じであった。

(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19%、女子で10%であったのに対して、経験者群では男子で32%、女子で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

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						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	積極的に参加している	22054	(68.0)	212	(50.5)	178	(64.5)	22444	(67.7)
	消極的に参加している	3949	(12.2)	67	(16.0)	39	(14.1)	4055	(12.2)
	参加していない	6151	(19.0)	138	(32.9)	55	(19.9)	6344	(19.1)
	無回答	300	(.9)	3	(.7)	4	(1.4)	307	(.9)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150	(100)
						(χ^2 = 65.327, df = 2, p = .000)			
女性	積極的に参加している	21383	(67.1)	138	(43.5)	100	(60.6)	21621	(66.8)
	消極的に参加している	3813	(12.0)	53	(16.7)	20	(12.1)	3886	(12.0)
	参加していない	6297	(19.8)	121	(38.2)	40	(24.2)	6458	(20.0)
	無回答	369	(1.2)	5	(1.6)	5	(3.0)	379	(1.2)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344	(100)
						(χ^2 = 85.662, df = 2, p = .000)			
全体	積極的に参加している	43461	(67.5)	353	(47.4)	278	(62.9)	44092	(67.3)
	消極的に参加している	7771	(12.1)	121	(16.3)	60	(13.6)	7952	(12.1)
	参加していない	12461	(19.4)	262	(35.2)	95	(21.5)	12818	(19.6)
	無回答	673	(1.0)	8	(1.1)	9	(2.0)	690	(1.1)
	合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552	(100)
						(χ^2 = 149.371, df = 2, p = .000)			

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14.8%（1年生9.9%、2年生14.5%、3年生19.8%）であり、女子では11.1%（1年生7.4%、2年生11.5%、3年生14.2%）であった。全体で13.0%（1年生で8.7%、2年生で13.0%、3年生で17.1%）であった。

(2)喫煙の1年経験率について

1年喫煙率（この1年間に1回でも喫煙したことのある者の率）についての回答を表33に示した。

生涯経験率と同様に、1年経験率（1年喫煙率）と学年との間には、男女ともに有意差が認められ（P<0.01）、学年が進むにしたがって、経験率が増加する傾向が認められた。

男子では6.2%（1年生3.5%、2年生5.9%、3年生9.3%）であり、女子では4.9%（1年生2.7%、2年生4.9%、3年生7.0%）であった。全体では5.6%（1年生で3.1%、2年生で5.4%、3年生で8.23%）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。

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						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	ほとんど毎日	9679	(29.8)	99	(23.6)	89	(32.2)	9867	(29.8)
	5－6回	3623	(11.2)	31	(7.4)	22	(8.0)	3676	(11.1)
	4回前後	3463	(10.7)	43	(10.2)	23	(8.3)	3529	(10.6)
	3回前後	3198	(9.9)	34	(8.1)	18	(6.5)	3250	(9.8)
	2回前後	6045	(18.6)	71	(16.9)	51	(18.5)	6167	(18.6)
	ほとんど食べない	6244	(19.2)	138	(32.9)	68	(24.6)	6450	(19.5)
	無回答	202	(.6)	4	(1.0)	5	(1.8)	211	(.6)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150	(100)
						(χ^2 = 52.596, df = 5, p = .000))			
女性	ほとんど毎日	9793	(30.7)	71	(22.4)	53	(32.1)	9917	(30.7)
	5－6回	3441	(10.8)	30	(9.5)	21	(12.7)	3492	(10.8)
	4回前後	3242	(10.2)	28	(8.8)	15	(9.1)	3285	(10.2)
	3回前後	2933	(9.2)	25	(7.9)	12	(7.3)	2970	(9.2)
	2回前後	6248	(19.6)	47	(14.8)	26	(15.8)	6321	(19.5)
	ほとんど食べない	5985	(18.8)	114	(36.0)	37	(22.4)	6136	(19.0)
	無回答	220	(.7)	2	(.6)	1	(.6)	223	(.7)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344	(100)
						(χ^2 = 61.291, df = 5, p = .000)			
全体	ほとんど毎日	19481	(30.3)	170	(22.8)	142	(32.1)	19793	(30.2)
	5－6回	7068	(11.0)	61	(8.2)	43	(9.7)	7172	(10.9)
	4回前後	6711	(10.4)	71	(9.5)	38	(8.6)	6820	(10.4)
	3回前後	6136	(9.5)	60	(8.1)	30	(6.8)	6226	(9.5)
	2回前後	12299	(19.1)	121	(16.3)	77	(17.4)	12497	(19.1)
	ほとんど食べない	12246	(19.0)	255	(34.3)	106	(24.0)	12607	(19.2)
	無回答	425	(.7)	6	(.8)	6	(1.4)	437	(.7)
	合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552	(100)
						(χ^2 = 113.175, df = 5, p = .000)			

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%弱の者が「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57～50%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13%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75～74%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38%、女子で31%であり、18～21%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。

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						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	ほとんど毎日	18664	(57.5)	185	(44.0)	173	(62.7)	19022	(57.4)
	5－6回	4227	(13.0)	46	(11.0)	13	(4.7)	4286	(12.9)
	4回前後	2887	(8.9)	36	(8.6)	24	(8.7)	2947	(8.9)
	3回前後	1687	(5.2)	29	(6.9)	10	(3.6)	1726	(5.2)
	2回前後	1647	(5.1)	22	(5.2)	15	(5.4)	1684	(5.1)
	ほとんど食べない	2032	(6.3)	48	(11.4)	22	(8.0)	2102	(6.3)
	母親がいない	750	(2.3)	44	(10.5)	13	(4.7)	807	(2.4)
	無回答	560	(1.7)	10	(2.4)	6	(2.2)	576	(1.7)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150	(100)
								(χ^2 = 149.767, df = 6, p = .000)	
女性	ほとんど毎日	20783	(65.2)	142	(44.8)	86	(52.1)	21011	(65.0)
	5－6回	3239	(10.2)	28	(8.8)	26	(15.8)	3293	(10.2)
	4回前後	2270	(7.1)	20	(6.3)	17	(10.3)	2307	(7.1)
	3回前後	1406	(4.4)	18	(5.7)	8	(4.8)	1432	(4.4)
	2回前後	1435	(4.5)	22	(6.9)	6	(3.6)	1463	(4.5)
	ほとんど食べない	1578	(5.0)	39	(12.3)	8	(4.8)	1625	(5.0)
	母親がいない	691	(2.2)	46	(14.5)	8	(4.8)	745	(2.3)
	無回答	460	(1.4)	2	(.6)	6	(3.6)	468	(1.4)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344	(100)
								(χ^2 = 266.581, df = 6, p = .000))	
全体	ほとんど毎日	39475	(61.3)	327	(44.0)	259	(58.6)	40061	(61.1)
	5－6回	7470	(11.6)	75	(10.1)	39	(8.8)	7584	(11.6)
	4回前後	5163	(8.0)	58	(7.8)	41	(9.3)	5262	(8.0)
	3回前後	3096	(4.8)	47	(6.3)	19	(4.3)	3162	(4.8)
	2回前後	3082	(4.8)	45	(6.0)	21	(4.8)	3148	(4.8)
	ほとんど食べない	3616	(5.6)	87	(11.7)	30	(6.8)	3733	(5.7)
	母親がいない	1441	(2.2)	93	(12.5)	21	(4.8)	1555	(2.4)
	無回答	1023	(1.6)	12	(1.6)	12	(2.7)	1047	(1.6)
	合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552	(100)
								(χ^2 = 420.287, df = 6, p = .000)	

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91～92%であったわけで、喫煙に関しては約16%強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83%、女性の86%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64～62%であり、「害もあるが良い面もある」を選んだ者が28～31%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。

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						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	ほとんど毎日	8368	(25.8)	94	(22.4)	79	(28.6)	8541	(25.8)
	5－6回	3677	(11.3)	39	(9.3)	24	(8.7)	3740	(11.3)
	4回前後	3714	(11.4)	32	(7.6)	30	(10.9)	3776	(11.4)
	3回前後	3152	(9.7)	35	(8.3)	24	(8.7)	3211	(9.7)
	2回前後	5069	(15.6)	61	(14.5)	26	(9.4)	5156	(15.6)
	ほとんど食べない	3786	(11.7)	74	(17.6)	52	(18.8)	3912	(11.8)
	父親がいない	4059	(12.5)	75	(17.9)	34	(12.3)	4168	(12.6)
	無回答	629	(1.9)	10	(2.4)	7	(2.5)	646	(1.9)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150	(100)
								(χ^2 = 31.939, df = 6, p = .000)	
女性	ほとんど毎日	7979	(25.0)	63	(19.9)	46	(27.9)	8088	(25.0)
	5－6回	3438	(10.8)	23	(7.3)	19	(11.5)	3480	(10.8)
	4回前後	3209	(10.1)	19	(6.0)	16	(9.7)	3244	(10.0)
	3回前後	3004	(9.4)	23	(7.3)	7	(4.2)	3034	(9.4)
	2回前後	5176	(16.2)	40	(12.6)	26	(15.8)	5242	(16.2)
	ほとんど食べない	3867	(12.1)	59	(18.6)	27	(16.4)	3953	(12.2)
	父親がいない	4669	(14.7)	84	(26.5)	20	(12.1)	4773	(14.8)
	無回答	520	(1.6)	6	(1.9)	4	(2.4)	530	(1.6)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344	(100)
								(χ^2 = 57.073, df = 6, p = .000)	
全体	ほとんど毎日	16356	(25.4)	157	(21.1)	125	(28.3)	16638	(25.4)
	5－6回	7120	(11.1)	62	(8.3)	43	(9.7)	7225	(11.0)
	4回前後	6928	(10.8)	51	(6.9)	46	(10.4)	7025	(10.7)
	3回前後	6160	(9.6)	58	(7.8)	31	(7.0)	6249	(9.5)
	2回前後	10253	(15.9)	103	(13.8)	53	(12.0)	10409	(15.9)
	ほとんど食べない	7664	(11.9)	135	(18.1)	79	(17.9)	7878	(12.0)
	父親がいない	8733	(13.6)	162	(21.8)	54	(12.2)	8949	(13.7)
	無回答	1152	(1.8)	16	(2.2)	11	(2.5)	1179	(1.8)
	合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552	(100)
								(χ^2 = 85.717, df = 6, p = .000)	

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83～85%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69%台であった。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、36～43%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%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54～52%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61～68%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、64～65%（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61～68%であり、「シンナー遊び」経験者群とほとんど差がなかった。

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						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	なし、あるいはほとんどなし	9789	(30.2)	92	(21.9)	76	(27.5)	9957	(30.0)
	1時間未満	6343	(19.5)	84	(20.0)	36	(13.0)	6463	(19.5)
	1時間以上2時間未満	6451	(19.9)	70	(16.7)	55	(19.9)	6576	(19.8)
	2時間以上3時間未満	4416	(13.6)	47	(11.2)	44	(15.9)	4507	(13.6)
	3時間以上	5175	(15.9)	118	(28.1)	50	(18.1)	5343	(16.1)
	無回答	280	(.9)	9	(2.1)	15	(5.4)	304	(.9)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150	(100)
					(χ^2 = 51.989, df = 4, p = .000)				
女性	なし、あるいはほとんどなし	11728	(36.8)	84	(26.5)	54	(32.7)	11866	(36.7)
	1時間未満	5147	(16.2)	40	(12.6)	19	(11.5)	5206	(16.1)
	1時間以上2時間未満	5621	(17.6)	47	(14.8)	25	(15.2)	5693	(17.6)
	2時間以上3時間未満	4209	(13.2)	46	(14.5)	23	(13.9)	4278	(13.2)
	3時間以上	4877	(15.3)	94	(29.7)	35	(21.2)	5006	(15.5)
	無回答	280	(.9)	6	(1.9)	9	(5.5)	295	(.9)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344	(100)
					(χ^2 = 55.683, df = 4, p = .000)				
全体	なし、あるいはほとんどなし	21528	(33.4)	178	(23.9)	130	(29.4)	21836	(33.3)
	1時間未満	11497	(17.9)	126	(16.9)	56	(12.7)	11679	(17.8)
	1時間以上2時間未満	12079	(18.8)	117	(15.7)	80	(18.1)	12276	(18.7)
	2時間以上3時間未満	8631	(13.4)	93	(12.5)	67	(15.2)	8791	(13.4)
	3時間以上	10065	(15.6)	215	(28.9)	85	(19.2)	10365	(15.8)
	無回答	566	(.9)	15	(2.0)	24	(5.4)	605	(.9)
	合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552	(100)
					(χ^2 = 107.463, df = 4, p = .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						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	よく相談する	2864	(8.8)	41	(9.8)	17	(6.2)	2922	(8.8)
	どちらかといえば相談する	6718	(20.7)	47	(11.2)	40	(14.5)	6805	(20.5)
	どちらかといえば相談しない	8347	(25.7)	78	(18.6)	46	(16.7)	8471	(25.6)
	ほとんど相談しない	14295	(44.0)	213	(50.7)	80	(29.0)	14588	(44.0)
	親がいない	129	(.4)	35	(8.3)	5	(1.8)	169	(.5)
	無回答	101	(.3)	6	(1.4)	88	(31.9)	195	(.6)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150	(100)
						(χ^2 = 560.581, df = 4, p = .000)			
女性	よく相談する	5335	(16.7)	22	(6.9)	16	(9.7)	5373	(16.6)
	どちらかといえば相談する	8796	(27.6)	56	(17.7)	31	(18.8)	8883	(27.5)
	どちらかといえば相談しない	7021	(22.0)	58	(18.3)	34	(20.6)	7113	(22.0)
	ほとんど相談しない	10526	(33.0)	142	(44.8)	57	(34.5)	10725	(33.2)
	親がいない	118	(.4)	38	(12.0)	1	(.6)	157	(.5)
	無回答	66	(.2)	1	(.3)	26	(15.8)	93	(.3)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344	(100)
						(χ^2 = 919.234, df = 4, p = .000)			
全体	よく相談する	8205	(12.7)	63	(8.5)	33	(7.5)	8301	(12.7)
	どちらかといえば相談する	15515	(24.1)	103	(13.8)	71	(16.1)	15689	(23.9)
	どちらかといえば相談しない	15379	(23.9)	137	(18.4)	80	(18.1)	15596	(23.8)
	ほとんど相談しない	24852	(38.6)	357	(48.0)	137	(31.0)	25346	(38.7)
	親がいない	247	(.4)	76	(10.2)	6	(1.4)	329	(.5)
	無回答	168	(.3)	8	(1.1)	115	(26.0)	291	(.4)
	合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552	(100)
						(χ^2 = 1513.885, df = 4, p = .000)			

表30　親しく遊べる友人がいますか？

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	いる	31007	(95.5)	358	(85.2)	259	(93.8)	31624	(95.4)
	いない	1350	(4.2)	58	(13.8)	16	(5.8)	1424	(4.3)
	無回答	97	(.3)	4	(1.0)	1	(.4)	102	(.3)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150	(100)
						(χ^2 = 95.352, df = 1, p = .000)			
女性	いる	30746	(96.5)	265	(83.6)	154	(93.3)	31165	(96.4)
	いない	1030	(3.2)	52	(16.4)	10	(6.1)	1092	(3.4)
	無回答	86	(.3)	0	(.0)	1	(.6)	87	(.3)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344	(100)
						(χ^2 = 166.914, df = 1, p = .000)			
全体	いる	61798	(96.0)	628	(84.4)	414	(93.7)	62840	(95.9)
	いない	2380	(3.7)	112	(15.1)	26	(5.9)	2518	(3.8)
	無回答	188	(.3)	4	(.5)	2	(.5)	194	(.3)
	合計	64366	(100)	7440)	(100)	442	(100)	65552	(100)
						(χ^2 = 258.768, df = 1, p = .000)			

(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86～87%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68～66%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66～57%（表22）であり、生涯喫煙者群での朝食頻度は、「シンナー遊び」経験者群よりは高いようである。

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

表31　相談事のできる友人がいますか？

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	いる	26221	(80.8)	281	(66.9)	212	(76.8)	26714	(80.6)
	いない	6031	(18.6)	135	(32.1)	63	(22.8)	6229	(18.8)
	無回答	202	(.6)	4	(1.0)	1	(.4)	207	(.6)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150	(100)
						(χ^2 = 50.727, df = 1, p = .000)			
女性	いる	28493	(89.4)	228	(71.9)	143	(86.7)	28864	(89.2)
	いない	3185	(10.0)	87	(27.4)	22	(13.3)	3294	(10.2)
	無回答	184	(.6)	2	(.6)	0	(.0)	186	(.6)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344	(100)
						(χ^2 = 104.808, df = 1, p = .000)			
全体	いる	54752	(85.1)	513	(69.0)	356	(80.5)	55621	(84.9)
	いない	9223	(14.3)	225	(30.2)	85	(19.2)	9533	(14.5)
	無回答	391	(.6)	6	(.8)	1	(.2)	398	(.6)
	合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552	(100)
						(χ^2 = 151.136, df = 1, p = .000)			

表32　喫煙の生涯経験率

		1年		2年		3年		全体	
男性	喫煙経験なし	9865	(89.0)	9114	(84.5)	8921	(79.0)	27900	(84.2)
	喫煙経験あり	1096	(9.9)	1564	(14.5)	2232	(19.8)	4892	(14.8)
	無回答	120	(1.1)	105	(1.0)	133	(1.2)	358	(1.1)
	合計	11081	(100)	10783	(100)	11286	(100)	33150	(100)
						(χ^2 = 437.624, df = 2, p = .000)			
女性	喫煙経験なし	9672	(91.7)	9403	(87.9)	9447	(85.1)	28522	(88.2)
	喫煙経験あり	778	(7.4)	1227	(11.5)	1581	(14.2)	3586	(11.1)
	無回答	94	(.9)	68	(.6)	74	(.7)	236	(.7)
	合計	10544	(100)	10698	(100)	11102	(100)	32344	(100)
						(χ^2 = 259.077, df = 2, p = .000)			
全体	喫煙経験なし	19550	(90.3)	18530	(86.2)	18380	(82.0)	56460	(86.1)
	喫煙経験あり	1879	(8.7)	2796	(13.0)	3821	(17.1)	8496	(13.0)
	無回答	216	(1.0)	173	(.8)	207	(.9)	596	(.9)
	合計	21645	(100)	21499	(100)	22408	(100)	65552	(100)
						(χ^2 = 683.638, df = 2, p = .000)			

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3～2%であり、経験者群では男女共に7.5～7.6%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」経験者群のそれぞれ4

表33　喫煙の1年経験率

		1年		2年		3年		全体	
男性	経験なし	10630	(95.9)	10077	(93.5)	10152	(90.0)	30859	(93.1)
	経験あり	386	(3.5)	638	(5.9)	1047	(9.3)	2071	(6.2)
	無回答	65	(.6)	68	(.6)	87	(.8)	220	(.7)
	合計	11081	(100)	10783	(100)	11286	(100)	33150	(100)
						(χ^2 = 324.947, df = 2, p = .000)			
女性	経験なし	10213	(96.9)	10130	(94.7)	10275	(92.6)	30618	(94.7)
	経験あり	280	(2.7)	528	(4.9)	781	(7.0)	1589	(4.9)
	無回答	51	(.5)	40	(.4)	46	(.4)	137	(.4)
	合計	10544	(100)	10698	(100)	11102	(100)	32344	(100)
						(χ^2 = 221.785, df = 2, p = .000)			
全体	経験なし	20859	(96.4)	20224	(94.1)	20440	(91.2)	61523	(93.9)
	経験あり	668	(3.1)	1167	(5.4)	1835	(8.2)	3670	(5.6)
	無回答	118	(.5)	108	(.5)	133	(.6)	359	(.5)
	合計	21645	(100)	21499	(100)	22408	(100)	65552	(100)
						(χ^2 = 545.140, df = 2, p = .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						全体	
		喫煙経験なし		喫煙経験あり		無回答			
男性	法律で禁じられているから吸うべきではない	25012	(89.6)	2766	(56.5)	209	(58.4)	27987	(84.4)
	法律で禁じられてはいるが少々なら構わない	1959	(7.0)	1454	(29.7)	45	(12.6)	3458	(10.4)
	法律で禁じられてはいるが全然構わない	819	(2.9)	652	(13.3)	8	(2.2)	1479	(4.5)
	無回答	110	(.4)	20	(.4)	96	(26.8)	226	(.7)
	合計	27900	(100)	4892	(100)	358	(100)	33150	(100)
						(χ^2 = 3601.783, df = 2, p = .000)			
女性	法律で禁じられているから吸うべきではない	25598	(89.7)	1784	(49.7)	155	(65.7)	27535	(85.1)
	法律で禁じられてはいるが少々なら構わない	2261	(7.9)	1298	(36.2)	34	(14.4)	3593	(11.1)
	法律で禁じられてはいるが全然構わない	591	(2.1)	477	(13.3)	9	(3.8)	1077	(3.3)
	無回答	72	(.3)	27	(.8)	38	(16.1)	137	(.4)
	合計	28522	(100)	3586	(100)	236	(100)	32344	(100)
						(χ^2 = 4117.894, df = 2, p = .000)			
全体	法律で禁じられているから吸うべきではない	50638	(89.7)	4558	(53.6)	365	(61.2)	55561	(84.8)
	法律で禁じられてはいるが少々なら構わない	4225	(7.5)	2753	(32.4)	79	(13.3)	7057	(10.8)
	法律で禁じられてはいるが全然構わない	1414	(2.5)	1138	(13.4)	17	(2.9)	2569	(3.9)
	無回答	183	(.3)	47	(.6)	135	(22.7)	365	(.6)
	合計	56460	(100)	8496	(100)	596	(100)	65552	(100)
						(χ^2 = 7639.905, df = 2, p = .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						全体	
		喫煙経験なし		喫煙経験り		無回答			
男性	当然だと思う	20851	(74.7)	1845	(37.7)	156	(43.6)	22852	(68.9)
	仕方のないことだと思う	5002	(17.9)	1781	(36.4)	73	(20.4)	6856	(20.7)
	未成年者が吸えないのはおかしい	345	(1.2)	350	(7.2)	6	(1.7)	701	(2.1)
	法律で決める必要はなく個人の自由	1595	(5.7)	887	(18.1)	29	(8.1)	2511	(7.6)
	無回答	107	(.4)	29	(.6)	94	(26.3)	230	(.7)
	合計	27900	(100)	4892	(100)	358	(100)	33150	(100)
						(χ^2 = 3051.033, df = 3, p = .000)			
女性	当然だと思う	20966	(73.5)	1093	(30.5)	124	(52.5)	22183	(68.6)
	仕方のないことだと思う	5660	(19.8)	1363	(38.0)	51	(21.6)	7074	(21.9)
	未成年者が吸えないのはおかしい	381	(1.3)	349	(9.7)	8	(3.4)	738	(2.3)
	法律で決める必要はなく個人の自由	1418	(5.0)	760	(21.2)	21	(8.9)	2199	(6.8)
	無回答	97	(.3)	21	(.6)	32	(13.6)	150	(.5)
	合計	28522	(100)	3586	(100)	236	(100)	32344	(100)
						(χ^2 = 3569.350, df = 3, p = .000)			
全体	当然だと思う	41838	(74.1)	2942	(34.6)	280	(47.0)	45060	(68.7)
	仕方のないことだと思う	10669	(18.9)	3149	(37.1)	125	(21.0)	13943	(21.3)
	未成年が吸えないのはおかしい	729	(1.3)	700	(8.2)	14	(2.3)	1443	(2.2)
	法律で決める必要はなく個人の自由	3019	(5.3)	1655	(19.5)	50	(8.4)	4724	(7.2)
	無回答	205	(.4)	50	(.6)	127	(21.3)	382	(.6)
	合計	56460	(100)	8496	(100)	596	(100)	65552	(100)
						(χ^2 = 6496.066, df = 3, p = .000)			

表36　健康面から喫煙をどう思いますか？

		生涯喫煙経験						全体	
		喫煙経験なし		喫煙経験り		無回答			
男性	害ばかりで良い面はない	23158	(83.0)	3118	(63.7)	199	(55.6)	26475	(79.9)
	害もあるが良い面もある	3366	(12.1)	1377	(28.1)	40	(11.2)	4783	(14.4)
	害よりも良い面の方が多い	262	(.9)	148	(3.0)	6	(1.7)	416	(1.3)
	無回答	1114	(4.0)	249	(5.1)	113	(31.6)	1476	(4.5)
	合計	27900	(100)	4892	(100)	358	(100)	33150	(100)
						(χ^2 = 1090.353, df = 2, p = .000)			
女性	害ばかりで良い面はない	24603	(86.3)	2235	(62.3)	156	(66.1)	26994	(83.5)
	害もあるが良い面もある	3047	(10.7)	1120	(31.2)	32	(13.6)	4199	(13.0)
	害よりも良い面の方が多い	141	(.5)	94	(2.6)	1	(.4)	236	(.7)
	無回答	731	(2.6)	137	(3.8)	47	(19.9)	915	(2.8)
	合計	28522	(100)	3586	(100)	236	(100)	32344	(100)
						(χ^2 = 1465.934, df = 2, p = .000)			
全体	害ばかりで良い面はない	47791	(84.6)	5358	(63.1)	355	(59.6)	53504	(81.6)
	害もあるが良い面もある	6418	(11.4)	2503	(29.5)	73	(12.2)	8994	(13.7)
	害よりも良い面の方が多い	404	(.7)	247	(2.9)	8	(1.3)	659	(1.0)
	無回答	1847	(3.3)	388	(4.6)	160	(26.8)	2395	(3.7)
	合計	56460	(100.0)	8496	(100.0)	596	(100.0)	65552	(100.0)
						(χ^2 = 2558.716, df = 2, p = .000)			

～3%、17～21%（表23）とは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18%であったのに対して、経験者群では、男子で26%、

表37　起床時間は一定していますか？

		生涯喫煙経験						全体	
		喫煙経験なし		喫煙経験あり		無回答			
男性	はい	23053	(82.6)	3413	(69.8)	264	(73.7)	26730	(80.6)
	いいえ	4771	(17.1)	1459	(29.8)	92	(25.7)	6322	(19.1)
	無回答	76	(.3)	20	(.4)	2	(.6)	98	(.3)
	合計	27900	(100)	4892	(100)	358	(100)	33150	(100)
						(χ^2 = 440.388, df = 1, p = .000)			
女性	はい	24098	(84.5)	2493	(69.5)	175	(74.2)	26766	(82.8)
	いいえ	4353	(15.3)	1084	(30.2)	61	(25.8)	5498	(17.0)
	無回答	71	(.2)	9	(.3)	0	(.0)	80	(.2)
	合計	28522	(100)	3586	(100)	236	(100)	32344	(100)
						(χ^2 = 507.585, df = 1, p = .000)			
全体	はい	47178	(83.6)	5912	(69.6)	440	(73.8)	53530	(81.7)
	いいえ	9129	(16.2)	2554	(30.1)	153	(25.7)	11836	(18.1)
	無回答	153	(.3)	30	(.4)	3	(.5)	186	(.3)
	合計	56460	(100)	8496	(100)	596	(100)	65552	(100)
						(χ^2 = 969.430, df = 1, p = .000)			

表38　就寝時間は一定していますか？

		生涯喫煙経験						全体	
		喫煙経験なし		喫煙経験あり		無回答			
男性	はい	15161	(54.3)	1872	(38.3)	168	(46.9)	17201	(51.9)
	いいえ	12600	(45.2)	2985	(61.0)	187	(52.2)	15772	(47.6)
	無回答	139	(.5)	35	(.7)	3	(.8)	177	(.5)
	合計	27900	(100)	4892	(100)	358	(100)	33150	(100)
						(χ^2 = 427.867, df = 1, p = .000)			
女性	はい	14804	(51.9)	1135	(31.7)	93	(39.4)	16032	(49.6)
	いいえ	13583	(47.6)	2430	(67.8)	142	(60.2)	16155	(49.9)
	無回答	135	(.5)	21	(.6)	1	(.4)	157	(.5)
	合計	28522	(100)	3586	(100)	236	(100)	32344	(100)
						(χ^2 = 522.764, df = 1, p = .000)			
全体	はい	29983	(53.1)	3011	(35.4)	261	(43.8)	33255	(50.7)
	いいえ	26197	(46.4)	5427	(63.9)	330	(55.4)	31954	(48.7)
	無回答	280	(.5)	58	(.7)	5	(.8)	343	(.5)
	合計	56460	(100)	8496	(100)	596	(100)	65552	(100)
						(χ^2 = 918.265, df = 1, p = .000)			

女子で32%の者が「参加していない」を選んだ。

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、19～20%、33～38%（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、142%であるのに対して、経験者群では26～30%であった。

表39　毎朝、朝食を食べますか？

		生涯喫煙経験						全体	
		喫煙経験なし		喫煙経験あり		無回答			
男性	ほとんど毎日食べている	24059	(86.2)	3340	(68.3)	280	(78.2)	27679	(83.5)
	時々食べる	2476	(8.9)	856	(17.5)	46	(12.8)	3378	(10.2)
	ほとんど食べない	1301	(4.7)	677	(13.8)	30	(8.4)	2008	(6.1)
	無回答	64	(.2)	19	(.4)	2	(.6)	85	(.3)
	合計	27900	(100)	4892	(100)	358	(100)	33150	(100)
					(χ^2 = 1047.394, df = 2, p = .000)				
女性	ほとんど毎日食べている	24860	(87.2)	2332	(65.0)	174	(73.7)	27366	(84.6)
	時々食べる	2439	(8.6)	719	(20.1)	36	(15.3)	3194	(9.9)
	ほとんど食べない	1161	(4.1)	522	(14.6)	26	(11.0)	1709	(5.3)
	無回答	62	(.2)	13	(.4)	0	(.0)	75	(.2)
	合計	28522	(100)	3586	(100)	236	(100)	32344	(100)
					(χ^2 = 1282.135, df = 2, p = .000)				
全体	ほとんど毎日食べている	48947	(86.7)	5679	(66.8)	455	(76.3)	55081	(84.0)
	時々食べる	4919	(8.7)	1581	(18.6)	82	(13.8)	6582	(10.0)
	ほとんど食べない	2464	(4.4)	1203	(14.2)	57	(9.6)	3724	(5.7)
	無回答	130	(.2)	33	(.4)	2	(.3)	165	(.
	合計	56460	(100)	8496	(100)	596	(100)	65552	(10
					(χ^2 = 2326.614, df = 2, p = .00				

表40　あなたにとって学校生活は？

		生涯喫煙経験						全体	
		喫煙経験なし		喫煙経験あり		無回答			
男性	とても楽しい	10491	(37.6)	1509	(30.8)	121	(33.8)	12121	(36.6)
	どちらかといえば楽しい	13500	(48.4)	2257	(46.1)	163	(45.5)	15920	(48.0)
	あまり楽しくない	3001	(10.8)	739	(15.1)	50	(14.0)	3790	(11.4)
	まったく楽しくない	848	(3.0)	372	(7.6)	23	(6.4)	1243	(3.7)
	無回答	60	(.2)	15	(.3)	1	(.3)	76	(.2)
	合計	27900	(100)	4892	(100)	358	(100)	33150	(100)
						(χ^2 = 358.703, df = 3, p = .000)			
女性	とても楽しい	12312	(43.2)	1214	(33.9)	91	(38.6)	13617	(42.1)
	どちらかといえば楽しい	12374	(43.4)	1512	(42.2)	106	(44.9)	13992	(43.3)
	あまり楽しくない	3100	(10.9)	583	(16.3)	31	(13.1)	3714	(11.5)
	まったく楽しくない	672	(2.4)	270	(7.5)	8	(3.4)	950	(2.9)
	無回答	64	(.2)	7	(.2)	0	(.0)	71	(.2)
	合計	28522	(100)	3586	(100)	236	(100)	32344	(100)
						(χ^2 = 437.800, df = 3, p = .000)			
全体	とても楽しい	22819	(40.4)	2726	(32.1)	213	(35.7)	25758	(39.3)
	どちらかといえば楽しい	25886	(45.8)	3776	(44.4)	269	(45.1)	29931	(45.7)
	あまり楽しくない	6105	(10.8)	1324	(15.6)	81	(13.6)	7510	(11.5)
	まったく楽しくない	1520	(2.7)	647	(7.6)	32	(5.4)	2199	(3.4)
	無回答	130	(.2)	23	(.3)	1	(.2)	154	(.2)
	合計	56460	(100)	8496	(100)	596	(100)	65552	(100)
						(χ^2 = 817.233, df = 3, p = .000)			

表41　クラブ活動に参加していますか？

		生涯喫煙経験						全体	
		喫煙経験なし		喫煙経験あり		無回答			
男性	積極的に参加している	19453	(69.7)	2774	(56.7)	217	(60.6)	22444	(67.7)
	消極的に参加している	3231	(11.6)	773	(15.8)	51	(14.2)	4055	(12.2)
	参加していない	4972	(17.8)	1290	(26.4)	82	(22.9)	6344	(19.1)
	無回答	244	(.9)	55	(1.1)	8	(2.2)	307	(.9)
	合計	27900	(100)	4892	(100)	358	(100)	33150	(100)
						(χ^2 = 324.644, df = 2, p = .000)			
女性	積極的に参加している	19666	(69.0)	1806	(50.4)	149	(63.1)	21621	(66.8)
	消極的に参加している	3293	(11.5)	569	(15.9)	24	(10.2)	3886	(12.0)
	参加していない	5238	(18.4)	1162	(32.4)	58	(24.6)	6458	(20.0)
	無回答	325	(1.1)	49	(1.4)	5	(2.1)	379	(1.2)
	合計	28522	(100)	3586	(100)	236	(100)	32344	(100)
						(χ^2 = 529.953, df = 2, p = .000)			
全体	積極的に参加している	39138	(69.3)	4587	(54.0)	367	(61.6)	44092	(67.3)
	消極的に参加している	6530	(11.6)	1346	(15.8)	76	(12.8)	7952	(12.1)
	参加していない	10220	(18.1)	2458	(28.9)	140	(23.5)	12818	(19.6)
	無回答	572	(1.0)	105	(1.2)	13	(2.2)	690	(1.1)
	合計	56460	(100)	8496	(100)	596	(100)	65552	(100)
						(χ^2 = 814.308, df = 2, p = .000)			

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28%、女子で30%（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2～0%と少なかった。

(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42%、女子で32%であるのに対して、経験者群ではそれぞれ55%、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51%、女子で45%）に比べて、男子で4%、女子では2%しか違わない結果であった。

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

表42　週何回、家族全員で夕食を食べますか？

		生涯喫煙経験						全体	
		喫煙経験なし		喫煙経験あり		無回答			
男性	ほとんど毎日	8470	(30.4)	1291	(26.4)	106	(29.6)	9867	(29.8)
	5－6回	3135	(11.2)	497	(10.2)	44	(12.3)	3676	(11.1)
	4回前後	3024	(10.8)	472	(9.6)	33	(9.2)	3529	(10.6)
	3回前後	2802	(10.0)	420	(8.6)	28	(7.8)	3250	(9.8)
	2回前後	5283	(18.9)	823	(16.8)	61	(17.0)	6167	(18.6)
	ほとんど食べない	5007	(17.9)	1363	(27.9)	80	(22.3)	6450	(19.5)
	無回答	179	(.6)	26	(.5)	6	(1.7)	211	(.6)
	合計	27900	(100)	4892	(100)	358	(100)	33150	(100)
								$(\chi^2 = 261.337,\ df = 5,\ p = .000)$	
女性	ほとんど毎日	8905	(31.2)	945	(26.4)	67	(28.4)	9917	(30.7)
	5－6回	3144	(11.0)	318	(8.9)	30	(12.7)	3492	(10.8)
	4回前後	2933	(10.3)	328	(9.1)	24	(10.2)	3285	(10.2)
	3回前後	2651	(9.3)	304	(8.5)	15	(6.4)	2970	(9.2)
	2回前後	5725	(20.1)	560	(15.6)	36	(15.3)	6321	(19.5)
	ほとんど食べない	4968	(17.4)	1107	(30.9)	61	(25.8)	6136	(19.0)
	無回答	196	(.7)	24	(.7)	3	(1.3)	223	(.7)
	合計	28522	(100)	3586	(100)	236	(100)	32344	(100)
								$(\chi^2 = 381.620,\ df = 5,\ p = .000)$	
全体	ほとんど毎日	17379	(30.8)	2241	(26.4)	173	(29.0)	19793	(30.2)
	5－6回	6283	(11.1)	815	(9.6)	74	(12.4)	7172	(10.9)
	4回前後	5962	(10.6)	801	(9.4)	57	(9.6)	6820	(10.4)
	3回前後	5455	(9.7)	726	(8.5)	45	(7.6)	6226	(9.5)
	2回前後	11013	(19.5)	1387	(16.3)	97	(16.3)	12497	(19.1)
	ほとんど食べない	9991	(17.7)	2475	(29.1)	141	(23.7)	12607	(19.2)
	無回答	377	(.7)	51	(.6)	9	(1.5)	437	(.7)
	合計	56460	(100)	8496	(100)	596	(100)	65552	(100)
								$(\chi^2 = 624.136,\ df = 5,\ p = .000)$	

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。しかし、数字からは、ほとんど差がないと解釈した方が現実的のように思われる結果であった。

(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。

表43　週何回、母親と夕食を食べますか？

		生涯喫煙経験						全体	
		喫煙経験なし		喫煙経験あり		無回答			
男性	ほとんど毎日	16499	(59.1)	2314	(47.3)	209	(58.4)	19022	(57.4)
	５－６回	3607	(12.9)	637	(13.0)	42	(11.7)	4286	(12.9)
	４回前後	2440	(8.7)	478	(9.8)	29	(8.1)	2947	(8.9)
	３回前後	1395	(5.0)	319	(6.5)	12	(3.4)	1726	(5.2)
	２回前後	1346	(4.8)	322	(6.6)	16	(4.5)	1684	(5.1)
	ほとんど食べない	1579	(5.7)	496	(10.1)	27	(7.5)	2102	(6.3)
	母親がいない	559	(2.0)	232	(4.7)	16	(4.5)	807	(2.4)
	無回答	475	(1.7)	94	(1.9)	7	(2.0)	576	(1.7)
	合計	27900	(100)	4892	(100)	358	(100)	33150	(100)
								(χ^2 = 412.305, df = 6, p = .000)	
女性	ほとんど毎日	19086	(66.9)	1799	(50.2)	126	(53.4)	21011	(65.0)
	５－６回	2892	(10.1)	366	(10.2)	35	(14.8)	3293	(10.2)
	４回前後	2001	(7.0)	293	(8.2)	13	(5.5)	2307	(7.1)
	３回前後	1199	(4.2)	217	(6.1)	16	(6.8)	1432	(4.4)
	２回前後	1224	(4.3)	229	(6.4)	10	(4.2)	1463	(4.5)
	ほとんど食べない	1196	(4.2)	405	(11.3)	24	(10.2)	1625	(5.0)
	母親がいない	523	(1.8)	215	(6.0)	7	(3.0)	745	(2.3)
	無回答	401	(1.4)	62	(1.7)	5	(2.1)	468	(1.4)
	合計	28522	(100)	3586	(100)	236	(100)	32344	(100)
								(χ^2 = 762.958, df = 6, p = .000)	
全体	ほとんど毎日	35607	(63.1)	4119	(48.5)	335	(56.2)	40061	(61.1)
	５－６回	6502	(11.5)	1005	(11.8)	77	(12.9)	7584	(11.6)
	４回前後	4445	(7.9)	774	(9.1)	43	(7.2)	5262	(8.0)
	３回前後	2595	(4.6)	538	(6.3)	29	(4.9)	3162	(4.8)
	２回前後	2570	(4.6)	552	(6.5)	26	(4.4)	3148	(4.8)
	ほとんど食べない	2781	(4.9)	901	(10.6)	51	(8.6)	3733	(5.7)
	母親がいない	1082	(1.9)	450	(5.3)	23	(3.9)	1555	(2.4)
	無回答	878	(1.6)	157	(1.8)	12	(2.0)	1047	(1.6)
	合計	56460	(100)	8496	(100)	596	(100)	65552	(100)
								(χ^2 = 1156.272, df = 6, p = .000)	

男子では、経験者群・非経験者群間での%の違いはさほどなかったが、女子では経験者群の方で「いない」と答えた者が有意に多かった。

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[78]、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[78]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[78]、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。

表44　週何回、父親と夕食を食べますか？

		生涯喫煙経験						全体	
		喫煙経験なし		喫煙経験あり		無回答			
男性	ほとんど毎日	7338	(26.3)	1098	(22.4)	105	(29.3)	8541	(25.8)
	5－6回	3233	(11.6)	465	(9.5)	42	(11.7)	3740	(11.3)
	4回前後	3241	(11.6)	498	(10.2)	37	(10.3)	3776	(11.4)
	3回前後	2772	(9.9)	408	(8.3)	31	(8.7)	3211	(9.7)
	2回前後	4427	(15.9)	693	(14.2)	36	(10.1)	5156	(15.6)
	ほとんど食べない	3078	(11.0)	776	(15.9)	58	(16.2)	3912	(11.8)
	父親がいない	3273	(11.7)	853	(17.4)	42	(11.7)	4168	(12.6)
	無回答	538	(1.9)	101	(2.1)	7	(2.0)	646	(1.9)
	合計	27900	(100)	4892	(100)	358	(100)	33150	(100)
						(χ^2 = 256.795, df = 6, p = .000)			
女性	ほとんど毎日	7281	(25.5)	751	(20.9)	56	(23.7)	8088	(25.0)
	5－6回	3166	(11.1)	289	(8.1)	25	(10.6)	3480	(10.8)
	4回前後	2923	(10.2)	305	(8.5)	16	(6.8)	3244	(10.0)
	3回前後	2761	(9.7)	255	(7.1)	18	(7.6)	3034	(9.4)
	2回前後	4775	(16.7)	439	(12.2)	28	(11.9)	5242	(16.2)
	ほとんど食べない	3268	(11.5)	634	(17.7)	51	(21.6)	3953	(12.2)
	父親がいない	3897	(13.7)	841	(23.5)	35	(14.8)	4773	(14.8)
	無回答	451	(1.6)	72	(2.0)	7	(3.0)	530	(1.6)
	合計	28522	(100)	3586	(100)	236	(100)	32344	(100)
						(χ^2 = 435.625, df = 6, p = .000)			
全体	ほとんど毎日	14624	(25.9)	1853	(21.8)	161	(27.0)	16638	(25.4)
	5－6回	6404	(11.3)	754	(8.9)	67	(11.2)	7225	(11.0)
	4回前後	6169	(10.9)	803	(9.5)	53	(8.9)	7025	(10.7)
	3回前後	5536	(9.8)	663	(7.8)	50	(8.4)	6249	(9.5)
	2回前後	9207	(16.3)	1138	(13.4)	64	(10.7)	10409	(15.9)
	ほとんど食べない	6357	(11.3)	1411	(16.6)	110	(18.5)	7878	(12.0)
	父親がいない	7172	(12.7)	1700	(20.0)	77	(12.9)	8949	(13.7)
	無回答	991	(1.8)	174	(2.0)	14	(2.3)	1179	(1.8)
	合計	56460	(100)	8496	(100)	596	(100)	65552	(100)
						(χ^2 = 641.484, df = 6, p = .000)			

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][19]。

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

表45　一日の大人不在の平均時間

		生涯喫煙経験						全体	
		喫煙経験なし		喫煙経験あり		無回答			
男性	なし、あるいはほとんどなし	8673	(31.1)	1190	(24.3)	94	(26.3)	9957	(30.0)
	1時間未満	5684	(20.4)	721	(14.7)	58	(16.2)	6463	(19.5)
	1時間以上2時間未満	5595	(20.1)	908	(18.6)	73	(20.4)	6576	(19.8)
	2時間以上3時間未満	3715	(13.3)	735	(15.0)	57	(15.9)	4507	(13.6)
	3時間以上	4006	(14.4)	1272	(26.0)	65	(18.2)	5343	(16.1)
	無回答	227	(.8)	66	(1.3)	11	(3.1)	304	(.9)
	合計	27900	(100)	4892	(100)	358	(100)	33150	(100)
						$(\chi^2 = 496.864,\ df = 4,\ p = .000)$			
女性	なし、あるいはほとんどなし	10837	(38.0)	968	(27.0)	61	(25.8)	11866	(36.7)
	1時間未満	4742	(16.6)	433	(12.1)	31	(13.1)	5206	(16.1)
	1時間以上2時間未満	5129	(18.0)	525	(14.6)	39	(16.5)	5693	(17.6)
	2時間以上3時間未満	3698	(13.0)	533	(14.9)	47	(19.9)	4278	(13.2)
	3時間以上	3871	(13.6)	1085	(30.3)	50	(21.2)	5006	(15.5)
	無回答	245	(.9)	42	(1.2)	8	(3.4)	295	(.9)
	合計	28522	(100)	3586	(100)	236	(100)	32344	(100)
						$(\chi^2 = 751.019,\ df = 4,\ p = .000)$			
全体	なし、あるいはほとんどなし	19520	(34.6)	2160	(25.4)	156	(26.2)	21836	(33.3)
	1時間未満	10431	(18.5)	1159	(13.6)	89	(14.9)	11679	(17.8)
	1時間以上2時間未満	10730	(19.0)	1433	(16.9)	113	(19.0)	12276	(18.7)
	2時間以上3時間未満	7416	(13.1)	1271	(15.0)	104	(17.4)	8791	(13.4)
	3時間以上	7887	(14.0)	2363	(27.8)	115	(19.3)	10365	(15.8)
	無回答	476	(.8)	110	(1.3)	19	(3.2)	605	(.9)
	合計	56460	(100)	8496	(100)	596	(100)	65552	(100)
						$(\chi^2 = 1219.184,\ df = 4,\ p = .000)$			

表46　親と相談するか

		生涯喫煙経験						全体	
		喫煙経験なし		喫煙経験あり		無回答			
男性	よく相談する	2620	(9.4)	279	(5.7)	23	(6.4)	2922	(8.8)
	どちらかといえば相談する	6119	(21.9)	655	(13.4)	31	(8.7)	6805	(20.5)
	どちらかといえば相談しない	7225	(25.9)	1176	(24.0)	70	(19.6)	8471	(25.6)
	ほとんど相談しない	11783	(42.2)	2667	(54.5)	138	(38.5)	14588	(44.0)
	親がいない	77	(.3)	88	(1.8)	4	(1.1)	169	(.5)
	無回答	76	(.3)	27	(.6)	92	(25.7)	195	(.6)
	合計	27900	(100)	4892	(100)	358	(100)	33150	(100)
								(χ^2 = 552.093, df = 4, p = .000)	
女性	よく相談する	4923	(17.3)	433	(12.1)	17	(7.2)	5373	(16.6)
	どちらかといえば相談する	8123	(28.5)	701	(19.5)	59	(25.0)	8883	(27.5)
	どちらかといえば相談しない	6243	(21.9)	816	(22.8)	54	(22.9)	7113	(22.0)
	ほとんど相談しない	9102	(31.9)	1548	(43.2)	75	(31.8)	10725	(33.2)
	親がいない	72	(.3)	84	(2.3)	1	(.4)	157	(.5)
	無回答	59	(.2)	4	(.1)	30	(12.7)	93	(.3)
	合計	28522	(100)	3586	(100)	236	(100)	32344	(100)
								(χ^2 = 552.554, df = 4, p = .000)	
全体	よく相談する	7548	(13.4)	713	(8.4)	40	(6.7)	8301	(12.7)
	どちらかといえば相談する	14243	(25.2)	1356	(16.0)	90	(15.1)	15689	(23.9)
	どちらかといえば相談しない	13476	(23.9)	1996	(23.5)	124	(20.8)	15596	(23.8)
	ほとんど相談しない	20908	(37.0)	4224	(49.7)	214	(35.9)	25346	(38.7)
	親がいない	149	(.3)	175	(2.1)	5	(.8)	329	(.5)
	無回答	136	(.2)	32	(.4)	123	(20.6)	291	(.4)
	合計	56460	(100)	8496	(100)	596	(100)	65552	(100)
								(χ^2 = 1194.133, df = 4, p = .000)	

表47　親しく遊べる友人はいますか？

		生涯喫煙経験						全体	
		喫煙経験なし		喫煙経験あり		無回答			
男性	いる	26669	(95.6)	4620	(94.4)	335	(93.6)	31624	(95.4)
	いない	1148	(4.1)	258	(5.3)	18	(5.0)	1424	(4.3)
	無回答	83	(.3)	14	(.3)	5	(1.4)	102	(.3)
	合計	27900	(100)	4892	(100)	358	(100)	33150	(100)
								(χ^2 = 13.618, df = 1, p = .000)	
女性	いる	27540	(96.6)	3394	(94.6)	231	(97.9)	31165	(96.4)
	いない	910	(3.2)	178	(5.0)	4	(1.7)	1092	(3.4)
	無回答	72	(.3)	14	(.4)	1	(.4)	87	(.3)
	合計	28522	(100)	3586	(100)	236	(100)	32344	(100)
								(χ^2 = 30.794, df = 1, p = .000)	
全体	いる	54243	(96.1)	8029	(94.5)	568	(95.3)	62840	(95.9)
	いない	2058	(3.6)	438	(5.2)	22	(3.7)	2518	(3.8)
	無回答	159	(.3)	29	(.3)	6	(1.0)	194	(.3)
	合計	56460	(100)	8496	(100)	596	(100)	65552	(100)
								(χ^2 = 45.754, df = 1, p = .000)	

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14%、女子で11%であるのに対して、「シンナー遊び」経験者群では、男子で50%、女子で56%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0.7%、女子で0.5%に過ぎないが、喫煙経験のある者では男子で4.3%、女子で4.9%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0.6%（1年生で0.4%、2年生で0.7%、3年生で0.7%）であり、女子では0.4%（1年生で0.3%、2年生で0.4%、3年生で0.5%）であった。全体では0.5%（1年生で0.4%、2年生で0.5%、3年生で0.6%）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0.3%、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24.5%、女子で26.2%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～2002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96～97%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68%、女子で64%

表48　相談事の出来る友人はいますか？

		生涯喫煙経験						全体	
		喫煙経験なし		喫煙経験あり		無回答			
男性	いる	22497	(80.6)	3937	(80.5)	280	(78.2)	26714	(80.6)
	いない	5233	(18.8)	921	(18.8)	75	(20.9)	6229	(18.8)
	無回答	170	(.6)	34	(.7)	3	(.8)	207	(.6)
	合計	27900	(100)	4892	(100)	358	(100)	33150	(100)
						(χ^2 = .021, df = 1, p = .886)			
女性	いる	25560	(89.6)	3090	(86.2)	214	(90.7)	28864	(89.2)
	いない	2806	(9.8)	470	(13.1)	18	(7.6)	3294	(10.2)
	無回答	156	(.5)	26	(.7)	4	(1.7)	186	(.6)
	合計	28522	(100)	3586	(100)	236	(100)	32344	(100)
						(χ^2 = 37.637, df = 1, p = .000)			
全体	いる	48088	(85.2)	7037	(82.8)	496	(83.2)	55621	(84.9)
	いない	8042	(14.2)	1398	(16.5)	93	(15.6)	9533	(14.5)
	無回答	330	(.6)	61	(.7)	7	(1.2)	398	(.6)
	合計	56460	(100)	8496	(100)	596	(100)	65552	(100)
						(χ^2 = 29.642, df = 1, p = .000)			

であり、20～21%の者が「まったくかまわない」と答えた。

また、「麻薬・覚せい剤と違って少々なら構わない」と答えた者も、「シンナー遊び」経験者で、男子で10%、女子で13%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[21]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、今回は、非経験者群の方が多い結果であった（ただし有意差なし）。

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。

表49　飲酒の生涯経験率

	1年		2年		3年		全体		
男性									
飲んだ経験なし	5333	(48.1)	4484	(41.6)	3932	(34.8)	13749	(41.5)	(χ^2 = 406.792, df = 2, p = .000)
冠婚葬祭	3448	(31.1)	3804	(35.3)	4266	(37.8)	11518	(34.7)	(χ^2 = 112.131, df = 2, p = .000)
家族と食事などで	2841	(25.6)	3270	(30.3)	3858	(34.2)	9969	(30.1)	(χ^2 = 194.650, df = 2, p = .000)
クラス会、打ち上げなど	437	(3.9)	527	(4.9)	940	(8.3)	1904	(5.7)	(χ^2 = 320.253, df = 2, p = .000)
カラオケ、居酒屋など	238	(2.1)	334	(3.1)	532	(4.7)	1104	(3.3)	(χ^2 = 117.043, df = 2, p = .000)
自分の部屋など	256	(2.3)	555	(5.1)	1104	(9.8)	1915	(5.8)	(χ^2 = 585.121, df = 2, p = .000)
一人で	370	(3.3)	563	(5.2)	1018	(9.0)	1951	(5.9)	(χ^2 = 338.510, df = 2, p = .000)
その他の機会に	28	(.3)	24	(.2)	25	(.2)	77	(.2)	
無回答	55	(.5)	40	(.4)	58	(.5)	153	(.5)	
合計	11081	(100)	10783	(100)	11286	(100)	33150	(100)	
女性									
飲んだ経験なし	5345	(50.7)	4531	(42.4)	4111	(37.0)	13987	(43.2)	(χ^2 = 416.489, df = 2, p = .000)
冠婚葬祭	2977	(28.2)	3610	(33.7)	3895	(35.1)	10482	(32.4)	(χ^2 = 128.871, df = 2, p = .000)
家族と食事などで	3027	(28.7)	3741	(35.0)	4326	(39.0)	11094	(34.3)	(χ^2 = 255.680, df = 2, p = .000)
クラス会、打ち上げなど	320	(3.0)	554	(5.2)	922	(8.3)	1796	(5.6)	(χ^2 = 290.644, df = 2, p = .000)
カラオケ、居酒屋など	243	(2.3)	376	(3.5)	560	(5.0)	1179	(3.6)	(χ^2 = 116.328, df = 2, p = .000)
自分の部屋など	286	(2.7)	628	(5.9)	1054	(9.5)	1968	(6.1)	(χ^2 = 436.488, df = 2, p = .000)
一人で	286	(2.7)	525	(4.9)	712	(6.4)	1523	(4.7)	(χ^2 = 166.475, df = 2, p = .000)
その他の機会に	30	(.3)	20	(.2)	16	(.1)	66	(.2)	
無回答	52	(.5)	24	(.2)	37	(.3)	113	(.3)	
合計	10544	(100)	10598	(100)	11102	(100)	32344	(100)	
全体									
飲んだ経験なし	10682	(49.4)	9021	(42.0)	8048	(35.9)	27751	(42.3)	(χ^2 = 815.902, df = 2, p = .000)
冠婚葬祭	6435	(29.7)	7420	(34.5)	8167	(36.4)	22022	(33.6)	(χ^2 = 234.774, df = 2, p = .000)
家族と食事などで	5874	(27.1)	7015	(32.6)	8192	(36.6)	21081	(32.2)	(χ^2 = 451.093, df = 2, p = .000)
クラス会、打ち上げなど	760	(3.5)	1082	(5.0)	1866	(8.3)	3708	(5.7)	(χ^2 = 501.873, df = 2, p = .000)
カラオケ、居酒屋など	484	(2.2)	712	(3.3)	1096	(4.9)	2292	(3.5)	(χ^2 = 233.246, df = 2, p = .000)
自分の部屋など	544	(2.5)	1187	(5.5)	2164	(9.7)	3895	(5.9)	(χ^2 = 1015.550, df = 2, p = .000)
一人で	658	(3.0)	1090	(5.1)	1734	(7.7)	3482	(5.3)	(χ^2 = 486.930, df = 2, p = .000)
その他の機会に	59	(.3)	44	(.2)	41	(.2)	144	(.2)	
無回答	107	(.5)	65	(.3)	96	(.4)	268	(.4)	
合計	21645	(100)	21499	(100)	22408	(100)	65552	(100)	

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0.7%）で、女子では0.4%（1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.4%）であり、全体では0.5%（0.3%, 0.5%, 0.6%）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

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						全体		
	経験なし		経験あり		無回答				
男性									
飲んだ経験なし	13606	(41.9)	70	(16.7)	73	(26.4)	13749	(41.5)	(χ^2=108.875, df=1, p=.000)
冠婚葬祭	11291	(34.8)	164	(39.0)	63	(22.8)	11518	(34.7)	(χ^2= 5.309, df = 1, p = .059)
家族と食事などで	9733	(30.0)	182	(43.3)	54	(19.6)	9969	(30.1)	(χ^2= 35.046, df = 1, p =.000)
クラス会、打ち上げなど	1810	(5.6)	77	(18.3)	17	(6.2)	1904	(5.7)	(χ^2= 124.693, df=1, p =.000)
カラオケ、居酒屋など	1031	(3.2)	61	(14.5)	12	(4.3)	1104	(3.3)	(χ^2= 166.237, df =1, p=.000)
自分の部屋など	1788	(5.5)	103	(24.5)	24	(8.7)	1915	(5.8)	(χ^2= 276.518, df=1, p=.000)
一人で	1802	(5.6)	125	(29.8)	24	(8.7)	1951	(5.9)	(χ^2= 440.392, df=1, p=.000)
その他の機会に	73	(.2)	1	(.2)	3	(1.1)	77	(.2)	
無回答	62	(.2)	3	(.7)	88	(31.9)	153	(.5)	
合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150	(100)	
女性									
飲んだ経験なし	13899	(43.6)	44	(13.9)	44	(26.7)	13987	(43.2)	(χ^2= 113.076, df=1, p =.000)
冠婚葬祭	10313	(32.4)	129	(40.7)	40	(24.2)	10482	(32.4)	(χ^2= 9.927, df=1, p =.002)
家族と食事などで	10891	(34.2)	145	(45.7)	58	(35.2)	11094	(34.3)	(χ^2= 18.613, df=1, p =.000)
クラス会、打ち上げなど	1700	(5.3)	85	(26.8)	11	(6.7)	1796	(5.6)	(χ^2= 275.364, df= , p =.000)
カラオケ、居酒屋など	1089	(3.4)	81	(25.6)	9	(5.5)	1179	(3.6)	(χ^2= 438.893, df=1, p =.000)
自分の部屋など	1840	(5.8)	110	(34.7)	18	(10.9)	1968	(6.1)	(χ^2= 461.323, df=1, p =.000)
一人で	1400	(4.4)	106	(33.4)	17	(10.3)	1523	(4.7)	(χ^2= 593.543, df=1, p =.000)
その他の機会に	62	(.2)	3	(.9)	1	(.6)	66	(.2)	
無回答	79	(.2)	1	(.3)	33	(20.0)	113	(.3)	
合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344	(100)	
全体									
飲んだ経験なし	27520	(42.8)	114	(15.3)	117	(26.5)	27751	(42.3)	(χ^2= 226.581, df=1, p =.000)
冠婚葬祭	21623	(33.6)	296	(39.8)	103	(23.3)	22022	(33.5)	(χ^2= 12.824, df=1, p =.000)
家族と食事などで	20637	(32.1)	331	(44.5)	113	(25.6)	21081	(32.2)	(χ^2= 52.026, df=1, p =.000)
クラス会、打ち上げなど	3514	(5.5)	166	(22.3)	28	(6.3)	3708	(5.7)	(χ^2= 391.718, df=1, p =.000)
カラオケ、居酒屋など	2124	(3.3)	147	(19.8)	21	(4.8)	2292	(3.5)	(χ^2= 591.823, df=1, p =.000)
自分の部屋など	3634	(5.6)	219	(29.4)	42	(9.5)	3895	(5.9)	(χ^2= 747.650, df =1, p =.000)
一人で	3206	(5.0)	235	(31.6)	41	(9.3)	3482	(5.3)	(χ^2= 1040.055, df=1, p =.000)
その他の機会に	135	(.2)	5	(.7)	4	(.9)	144	(.2)	
無回答	143	(.2)	4	(.5)	121	(27.4)	268	(.4)	
合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552	(100)	

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22.6%、女子で25.9%の者が、覚せい剤の乱用経験ありを選んだ。

これも、過去3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

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						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	喫煙経験なし	27572	(85.0)	204	(48.6)	124	(44.9)	27900	(84.2)
	喫煙経験あり	4635	(14.3)	209	(49.8)	48	(17.4)	4892	(14.8)
	無回答	247	(.8)	7	(1.7)	104	(37.7)	358	(1.1)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150	(100)
						(χ^2 = 422.926, df = 1, p = .000)			
女性	喫煙経験なし	28293	(88.8)	137	(43.2)	92	(55.8)	28522	(88.2)
	喫煙経験あり	3375	(10.6)	177	(55.8)	34	(20.6)	3586	(11.1)
	無回答	194	(.6)	3	(.9)	39	(23.6)	236	(.7)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344	(100)
						(χ^2 = 658.061, df = 1, p = .000)			
全体	喫煙経験なし	55903	(86.9)	341	(45.8)	216	(48.9)	56460	(86.1)
	喫煙経験あり	8021	(12.5)	392	(52.7)	83	(18.8)	8496	(13.0)
	無回答	442	(.7)	11	(1.5)	143	(32.4)	596	(.9)
	合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552	(100)
						(χ^2 = 1072.665, df = 1, p = .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						全体	
生涯ｼﾝﾅｰ経験		喫煙経験なし		喫煙経験あり		無回答			
男性	経験なし	27572	(98.8)	4635	(94.7)	247	(69.0)	32454	(97.9)
	経験あり	204	(.7)	209	(4.3)	7	(2.0)	420	(1.3)
	無回答	124	(.4)	48	(1.0)	104	(29.1)	276	(.8)
	合計	27900	(100)	4892	(100)	358	(100)	33150	(100)
						(χ^2 = 422.926, df = 1, p = .000)			
女性	経験なし	28293	(99.2)	3375	(94.1)	194	(82.2)	31862	(98.5)
	経験あり	137	(.5)	177	(4.9)	3	(1.3)	317	(1.0)
	無回答	92	(.3)	34	(.9)	39	(16.5)	165	(.5)
	合計	28522	(100)	3586	(100)	236	(100)	32344	(100)
						(χ^2 = 658.061, df = 1, p = .000)			
全体	経験なし	55903	(99.0)	8021	(94.4)	442	(74.2)	64366	(98.2)
	経験あり	341	(.6)	392	(4.6)	11	(1.8)	744	(1.1)
	無回答	216	(.4)	83	(1.0)	143	(24.0)	442	(.7)
	合計	56460	(100)	8496	(100)	596	(100)	65552	(100)
						(χ^2 = 1072.665, df = 1, p = .000)			

た。

2002年調査[11]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、今回は、経験者群の方が多い結果であった。

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

表53 大麻乱用の生涯経験率

		1年		2年		3年		全体	
男性	大麻経験なし	10882	(98.2)	10591	(98.2)	11091	(98.3)	32564	(98.2)
	大麻経験あり	47	(.4)	70	(.6)	76	(.7)	193	(.6)
	無回答	152	(1.4)	122	(1.1)	119	(1.1)	393	(1.2)
	合計	11081	(100)	10783	(100)	11286	(100)	33150	(100)
								(χ^2 = 7.145, df = 2, p = .028)	
女性	大麻経験なし	10423	(98.9)	10558	(98.7)	10960	(98.7)	31941	(98.8)
	大麻経験あり	31	(.3)	38	(.4)	55	(.5)	124	(.4)
	無回答	90	(.9)	102	(1.0)	87	(.8)	279	(.9)
	合計	10544	(100)	10698	(100)	11102	(100)	32344	(100)
								(χ^2 = 6.050, df = 2, p = .049)	
全体	大麻経験なし	21321	(98.5)	21167	(98.5)	22067	(98.5)	64555	(98.5)
	大麻経験あり	79	(.4)	108	(.5)	133	(.6)	320	(.5)
	無回答	245	(1.1)	224	(1.0)	208	(.9)	677	(1.0)
	合計	21645	(100)	21499	(100)	22408	(100)	65552	(100)
								(χ^2 = 11.871, df = 2, p = .003)	

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						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	大麻経験なし	32050	(98.8)	305	(72.6)	209	(75.7)	32564	(98.2)
	大麻経験あり	85	(.3)	103	(24.5)	5	(1.8)	193	(.6)
	無回答	319	(1.0)	12	(2.9)	62	(22.5)	393	(1.2)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150	(100)
								(χ^2 = 4377.258, df = 1, p = .000)	
女性	大麻経験なし	31592	(99.2)	229	(72.2)	120	(72.7)	31941	(98.8)
	大麻経験あり	37	(.1)	83	(26.2)	4	(2.4)	124	(.4)
	無回答	233	(.7)	5	(1.6)	41	(24.8)	279	(.9)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344	(100)
								(χ^2 = 5790.453, df = 1, p = .000)	
全体	大麻経験なし	63689	(98.9)	536	(72.0)	330	(74.7)	64555	(98.5)
	大麻経験あり	122	(.2)	189	(25.4)	9	(2.0)	320	(.5)
	無回答	555	(.9)	19	(2.6)	103	(23.3)	677	(1.0)
	合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552	(100)
								(χ^2 = 10009.791, df = 1, p = .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						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	吸うべきではない	31236	(96.2)	284	(67.6)	220	(79.7)	31740	(95.7)
	麻薬・覚せい剤と違って少々なら構わない	368	(1.1)	40	(9.5)	10	(3.6)	418	(1.3)
	全く構わない	541	(1.7)	83	(19.8)	13	(4.7)	637	(1.9)
	無回答	309	(1.0)	13	(3.1)	33	(12.0)	355	(1.1)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150	(100)
								(χ^2 = 1006.886, df = 2, p = .000)	
女性	吸うべきではない	30899	(97.0)	202	(63.7)	134	(81.2)	31235	(96.6)
	麻薬・覚せい剤と違って少々なら構わない	417	(1.3)	41	(12.9)	10	(6.1)	468	(1.4)
	全く構わない	307	(1.0)	67	(21.1)	5	(3.0)	379	(1.2)
	無回答	239	(.8)	7	(2.2)	16	(9.7)	262	(.8)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344	(100)
								(χ^2 = 1453.728, df = 2, p = .000)	
全体	吸うべきではない	62178	(96.6)	488	(65.6)	354	(80.1)	63020	(96.1)
	麻薬・覚せい剤と違って少々なら構わない	785	(1.2)	82	(11.0)	20	(4.5)	887	(1.4)
	全く構わない	851	(1.3)	154	(20.7)	19	(4.3)	1024	(1.6)
	無回答	552	(.9)	20	(2.7)	49	(11.1)	621	(.9)
	合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552	(100)
								(χ^2 = 2436.970, df = 2, p = .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						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	知っている	19207	(59.2)	247	(58.8)	132	(47.8)	19586	(59.1)
	知らない	12595	(38.8)	144	(34.3)	112	(40.6)	12851	(38.8)
	無回答	652	(2.0)	29	(6.9)	32	(11.6)	713	(2.2)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150	(100)
								(χ^2 = 1.245, df = 1, p = .265)	
女性	知っている	19937	(62.6)	196	(61.8)	82	(49.7)	20215	(62.5)
	知らない	11560	(36.3)	113	(35.6)	68	(41.2)	11741	(36.3)
	無回答	365	(1.1)	8	(2.5)	15	(9.1)	388	(1.2)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344	(100)
								(χ^2 = .002, df = 1, p = .962)	
全体	知っている	39168	(60.9)	449	(60.3)	214	(48.4)	39831	(60.8)
	知らない	24177	(37.6)	258	(34.7)	181	(41.0)	24616	(37.6)
	無回答	1021	(1.6)	37	(5.0)	47	(10.6)	1105	(1.7)
	合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552	(100)
								(χ^2 = .831, df = 1, p = .362)	

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73%、女性で75%と半数を超えていたが、「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55%、女性で61%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74%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」を選んだの者の合計が、逆に58%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。

表57　覚せい剤の乱用経験（生涯経験率）

		1年		2年		3年		全体	
男性	覚せい剤経験なし	10885	(98.2)	10609	(98.4)	11100	(98.4)	32594	(98.3)
	覚せい剤経験あり	42	(.4)	60	(.6)	73	(.6)	175	(.5)
	無回答	154	(1.4)	114	(1.1)	113	(1.0)	381	(1.1)
	合計	11081	(100)	10783	(100)	11286	(100)	33150	(100)
								(χ^2 = 7.764, df = 2, p = .021)	
女性	覚せい剤経験なし	10418	(98.8)	10557	(98.7)	10964	(98.8)	31939	(98.7)
	覚せい剤経験あり	30	(.3)	45	(.4)	49	(.4)	124	(.4)
	無回答	96	(.9)	96	(.9)	89	(.8)	281	(.9)
	合計	10544	(100)	10698	(100)	11102	(100)	32344	(100)
								(χ^2 = 4.050, df = 2, p = .132)	
全体	覚せい剤経験なし	21320	(98.5)	21184	(98.5)	22078	(98.5)	64582	(98.5)
	覚せい剤経験あり	72	(.3)	105	(.5)	127	(.6)	304	(.5)
	無回答	253	(1.2)	210	(1.0)	203	(.9)	666	(1.0)
	合計	21645	(100)	21499	(100)	22408	(100)	65552	(100)
								(χ^2 = 13.358, df = 2, p = .001))	

表58　「ｼﾝﾅｰ遊び」経験と覚せい剤乱用経験の関係

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	覚せい剤経験なし	32074	(98.8)	307	(73.1)	213	(77.2)	32594	(98.3)
	覚せい剤経験あり	76	(.2)	95	(22.6)	4	(1.4)	175	(.5)
	無回答	304	(.9)	18	(4.3)	59	(21.4)	381	(1.1)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150	(100)
								(χ^2 = 4158.734, df = 1, p = .000)	
女性	覚せい剤経験なし	31588	(99.1)	230	(72.6)	121	(73.3)	31939	(98.7)
	覚せい剤経験あり	40	(.1)	82	(25.9)	2	(1.2)	124	(.4)
	無回答	234	(.7)	5	(1.6)	42	(25.5)	281	(.9)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344	(100)
								(χ^2 = 5554.657, df = 1, p = .000)	
全体	覚せい剤経験なし	63708	(99.0)	540	(72.6)	334	(75.6)	64582	(98.5)
	覚せい剤経験あり	117	(.2)	180	(24.2)	7	(1.6)	304	(.5)
	無回答	541	(.8)	24	(3.2)	101	(22.9)	666	(1.0)
	合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552	(100)
								(χ^2 = 9573.207, df = 1, p = .000)	

表59　覚せい剤を使うと精神病状態になりやすく、またフラッシュバックがあることを知っていますか？

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	知っている	20296	(62.5)	270	(64.3)	137	(49.6)	20703	(62.5)
	知らない	11738	(36.2)	130	(31.0)	109	(39.5)	11977	(36.1)
	無回答	420	(1.3)	20	(4.8)	30	(10.9)	470	(1.4)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150	(100)
								(χ^2 = 2.922, df = 1, p = .087)	
女性	知っている	21340	(67.0)	215	(67.8)	79	(47.9)	21634	(66.9)
	知らない	10249	(32.2)	94	(29.7)	68	(41.2)	10411	(32.2)
	無回答	273	(.9)	8	(2.5)	18	(10.9)	299	(.9)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344	(100)
								(χ^2 = .572, df = 1, p = .449)	
全体	知っている	41662	(64.7)	492	(66.1)	216	(48.9)	42370	(64.6)
	知らない	22005	(34.2)	224	(30.1)	178	(40.3)	22407	(34.2)
	無回答	699	(1.1)	28	(3.8)	48	(10.9)	775	(1.2)
	合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552	(100)
								(χ^2 = 3.365, df = 1, p = .067)	

表60　有機溶剤の入手可能性

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	絶対不可能	18976	(58.5)	126	(30.0)	141	(51.1)	19243	(58.0)
	ほとんど不可能	4713	(14.5)	53	(12.6)	34	(12.3)	4800	(14.5)
	少々苦労するが手に入る	3879	(12.0)	78	(18.6)	29	(10.5)	3986	(12.0)
	簡単に手に入る	4317	(13.3)	151	(36.0)	39	(14.1)	4507	(13.6)
	無回答	569	(1.8)	12	(2.9)	33	(12.0)	614	(1.9)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150	(100)
								(χ^2 = 232.984, df = 3, p = .000)	
女性	絶対不可能	19276	(60.5)	86	(27.1)	72	(43.6)	19434	(60.1)
	ほとんど不可能	4715	(14.8)	34	(10.7)	28	(17.0)	4777	(14.8)
	少々苦労するが手に入る	4063	(12.8)	69	(21.8)	24	(14.5)	4156	(12.8)
	簡単に手に入る	3192	(10.0)	125	(39.4)	19	(11.5)	3336	(10.3)
	無回答	616	(1.9)	3	(.9)	22	(13.3)	641	(2.0)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344	(100)
								(χ^2 = 341.525, df = 3, p = .000)	
全体	絶対不可能	38278	(59.5)	212	(28.5)	213	(48.2)	38703	(59.0)
	ほとんど不可能	9431	(14.7)	87	(11.7)	62	(14.0)	9580	(14.6)
	少々苦労するが手に入る	7947	(12.3)	149	(20.0)	53	(12.0)	8149	(12.4)
	簡単に手に入る	7521	(11.7)	281	(37.8)	58	(13.1)	7860	(12.0)
	無回答	1189	(1.8)	15	(2.0)	56	(12.7)	1260	(1.9)
	合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552	(100)
								(χ^2 = 577.247, df = 3, p = .000)	

(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」を選んだの者の合計は、「シンナー遊び」未経験者群では、男子で18%、女子で17%で、経験者群では、男子で46%、女子で52%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た。

(3) 覚せい剤の入手可能性について

覚せい剤の入手可能性についての回答の分布を表62に示した。

「簡単に手に入る」「少々苦労するが、なんとか手に入る」を選んだの者の合計は、「シンナー遊び」未経験者群では、男子で17%、女子で18%で、経験者群では、男性で45%、女性で54%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た。

以上、3つの違法性薬物の入手可能性については、考察で論じたい。

D. 考察

1. 本調査研究の位置づけ

わが国の中学生における「シンナー遊び」の広がりについての調査研究で、地域特性を考慮して行われた大規模なものとしては、当分担研究者の知る限り、1990年から原則2年に1回、当分担研究者らによって実施されてきた千葉県の公立中学校

表61 大麻の入手可能性

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	絶対不可能	21271	(65.5)	152	(36.2)	153	(55.4)	21576	(65.1)
	ほとんど不可能	4905	(15.1)	65	(15.5)	37	(13.4)	5007	(15.1)
	少々苦労するが手に入る	3634	(11.2)	86	(20.5)	29	(10.5)	3749	(11.3)
	簡単に手に入る	2122	(6.5)	106	(25.2)	25	(9.1)	2253	(6.8)
	無回答	522	(1.6)	11	(2.6)	32	(11.6)	565	(1.7)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150	(100)
		(χ^2 = 303.320, df = 3, p = .000)							
女性	絶対不可能	21014	(66.0)	103	(32.5)	82	(49.7)	21199	(65.5)
	ほとんど不可能	4717	(14.8)	45	(14.2)	25	(15.2)	4787	(14.8)
	少々苦労するが手に入る	3749	(11.8)	69	(21.8)	23	(13.9)	3841	(11.9)
	簡単に手に入る	1825	(5.7)	96	(30.3)	12	(7.3)	1933	(6.0)
	無回答	557	(1.7)	4	(1.3)	23	(13.9)	584	(1.8)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344	(100)
		(χ^2 = 395.208, df = 3, p = .000)							
全体	絶対不可能	42311	(65.7)	255	(34.3)	235	(53.2)	42801	(65.3)
	ほとんど不可能	9628	(15.0)	111	(14.9)	62	(14.0)	9801	(15.0)
	少々苦労するが手に入る	7389	(11.5)	156	(21.0)	52	(11.8)	7597	(11.6)
	簡単に手に入る	3955	(6.1)	207	(27.8)	37	(8.4)	4199	(6.4)
	無回答	1083	(1.7)	15	(2.0)	56	(12.7)	1154	(1.8)
	合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552	(100)
		(χ^2 = 711.557, df = 3, p = .000)							

表62　覚せい剤の入手可能性

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	絶対不可能	21486	(66.2)	147	(35.0)	160	(58.0)	21793	(65.7)
	ほとんど不可能	4771	(14.7)	72	(17.1)	33	(12.0)	4876	(14.7)
	少々苦労するが手に入る	3505	(10.8)	83	(19.8)	33	(12.0)	3621	(10.9)
	簡単に手に入る	2196	(6.8)	108	(25.7)	19	(6.9)	2323	(7.0)
	無回答	496	(1.5)	10	(2.4)	31	(11.2)	537	(1.6)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150	(100)
		(χ^2 = 308.515, df = 3, p = .000)							
女性	絶対不可能	20934	(65.7)	101	(31.9)	83	(50.3)	21118	(65.3)
	ほとんど不可能	4566	(14.3)	41	(12.9)	23	(13.9)	4630	(14.3)
	少々苦労するが手に入る	3752	(11.8)	74	(23.3)	25	(15.2)	3851	(11.9)
	簡単に手に入る	2072	(6.5)	97	(30.6)	12	(7.3)	2181	(6.7)
	無回答	538	(1.7)	4	(1.3)	22	(13.3)	564	(1.7)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344	(100)
		(χ^2 = 359.588, df = 3, p = .000)							
全体	絶対不可能	42444	(65.9)	248	(33.3)	243	(55.0)	42935	(65.5)
	ほとんど不可能	9344	(14.5)	114	(15.3)	56	(12.7)	9514	(14.5)
	少々苦労するが手に入る	7263	(11.3)	158	(21.2)	58	(13.1)	7479	(11.4)
	簡単に手に入る	4277	(6.6)	210	(28.2)	31	(7.0)	4518	(6.9)
	無回答	1038	(1.6)	14	(1.9)	54	(12.2)	1106	(1.7)
	合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552	(100)
		(χ^2 = 682.409, df = 3, p = .000)							

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

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

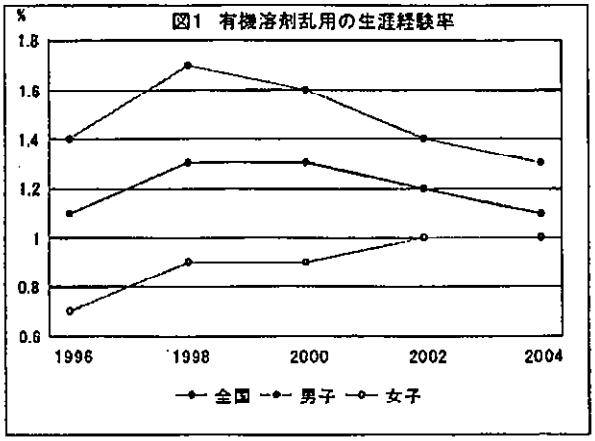


図1 有機溶剤乱用の生涯経験率

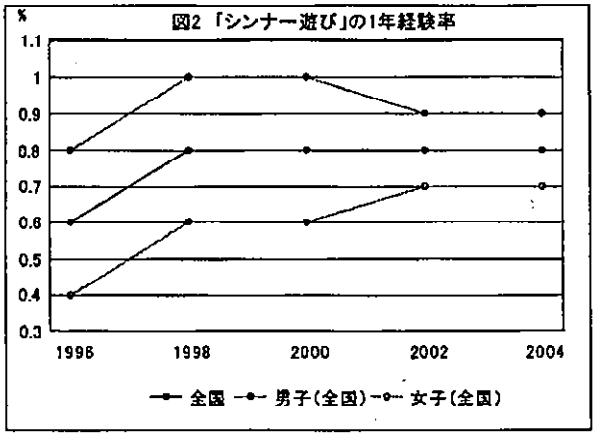


図2 「シンナー遊び」の1年経験率

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]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5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1.3%（1年生1.2%,2年生1.1%,3年生1.6%)、女子では1.0%（1年生0.9%,2年生1.0%,3年生1.0%)、全体では1.1%（1年生1.1%,2年生1.1%,3年生1.3%）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が、2002年調査との比較では、男子及び全体では減少してはいるものの、女子では横這いであった。しかし、男女ともに、1年生、2年生での生涯経験率が低下していたことは、望ましい傾向であると考えられる。

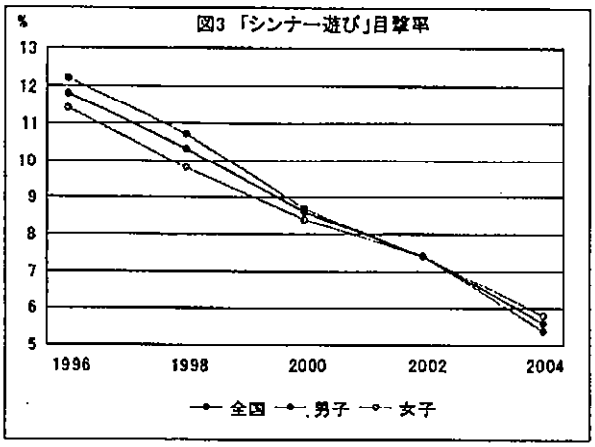
一方、1年経験率は、流行の勢いを探る意味では生涯経験率よりは優れているはずである。しかし、個人情報の秘密保持という意味でのバイアスは生涯経験率よりは高いと考えられる。そのためか、1996年調査～2002年調査では、すべて「経験あり」の人数よりは「無回答」の人数の方が多いという結果であった。しかし、今回は、「経験あり」が「無回答」を初めて上回る結果であった。ただし、バイアスの高さを想定して、従来通り、参考として、1年経験率の推移を載せた（表64、図2)。

図2及び表64に見るように、1年経験率は2002年調査とほぼ同じ結果であった。

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。

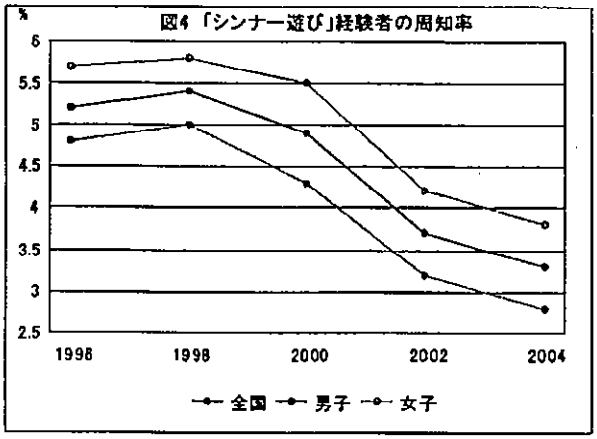
同時に「シンナー遊び」の広がりの増減を判断するには、経験率だけではなく、いくつかの関連する指標の結果をも考慮して、総合的に判断する必要があると考えている。

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強く示唆される。

ただし、生涯被誘惑率は、男子では減少傾向が見られるものの、女子でのそれには、その傾向が認められず、2002年調査では男女差がなくなり、今回の2004年調査では、男子より高い値となってしまっている。誘惑に対する女子の対策が必要かも知れない。



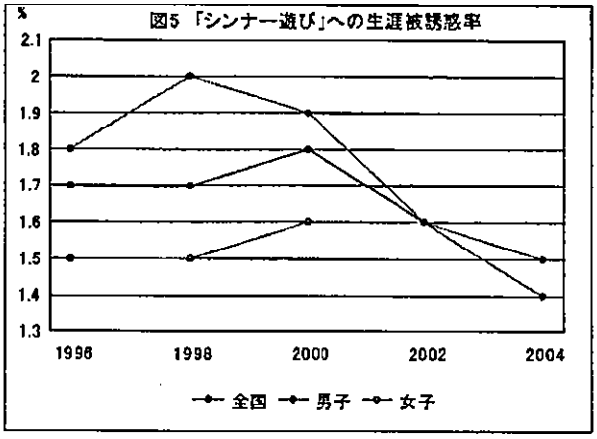


表65　「シンナー遊び」を実際に見たことがある者の率　(%)（「無回答」を除いて計算したもの）

	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

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	65124

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。

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)]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。

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1998年より調べている (表28)。その結果、「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った。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る。

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 (95～96%) であり、経験者から見れば

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

「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。今回の調査では、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であった。

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高い。

しかし、図6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増加傾向にあることは好ましい傾向であるが、急性中毒死に関しては上昇率が鈍く、そもそも精神病に関する周知率以外は、決して高い周知率とは言えない。薬物乱用防止教育の一層の推進が望まれる。

表68　有機溶剤乱用による害知識周知率の推移
(%)
(「無回答」をそのまま生かし、
「知っている」と答えた者の割合)

急性中毒死

	男性	女性	全体
1996	59.9	64.6	62.2
1998	65.3	70.1	67.6
2000	60.5	66.8	63.6
2002	61.2	65.8	63.4
2004	63.1	66.4	64.7

歯の腐食

	男性	女性	全体
1996	55.4	52.2	53.8
1998	53.2	51.0	52.2
2000	55.8	55.8	55.8
2002	60.9	62.2	61.5
2004	68.9	69.4	69.2

多発神経炎

	男性	女性	全体
1996	55.9	60.3	58.1
1998	60.4	65.9	63.0
2000	53.1	60.1	56.6
2002	56.2	62.1	59.1
2004	59.4	64.7	62.0

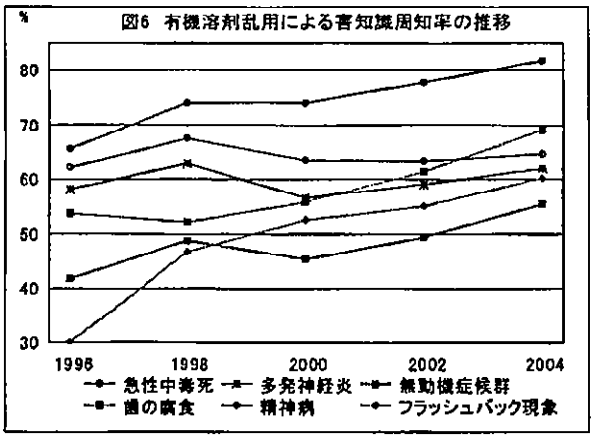
精神病

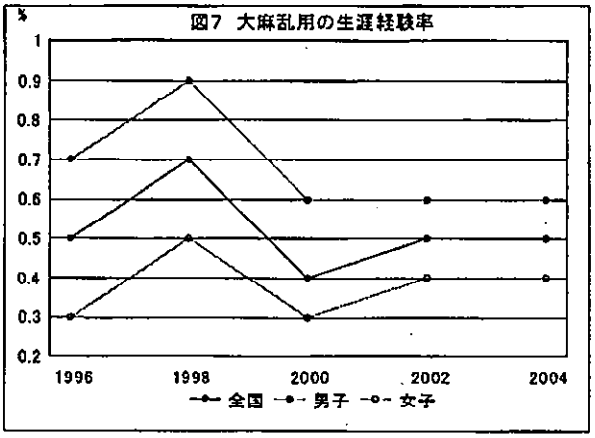
	男性	女性	全体
1996	64.1	67.2	65.7
1998	72.5	75.8	74.1
2000	72.0	76.4	74.2
2002	75.3	80.3	77.7
2004	79.8	84.0	81.9

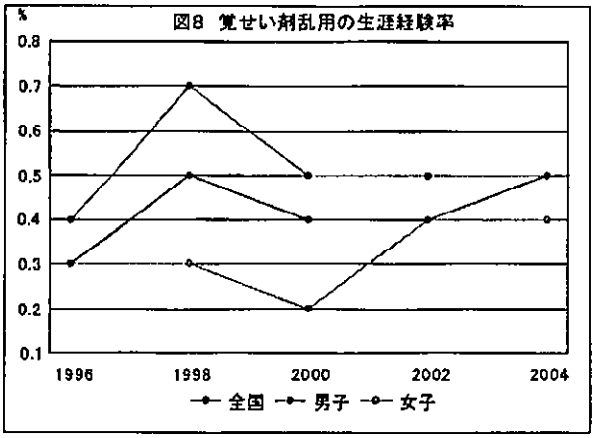
無動機症候群

	男性	女性	全体
1996	37.6	46.4	41.9
1998	45.3	53.0	49.0
2000	42.3	48.6	45.4
2002	46.6	52.6	49.5
2004	53.3	57.8	55.5

フラッシュバック現象			
1996	29.9	30.3	30.1
1998	47.5	46.3	46.9
2000	51.3	53.6	52.5
2002	53.3	57.1	55.1
2004	59.2	61.5	60.3







なお、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。

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。

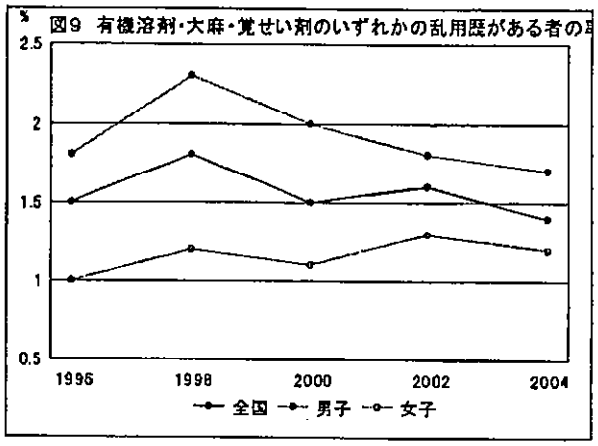
図7に見るように、男女全体での大麻の生涯経験率は、1998年調査に比べると、2000年調査では低下したものの、2002年調査からは平衡状態を示している。男女別では2002年調査との比較では、男女ともに変化がないが、2000年調査に比べて、2002年調査での女子における生涯経験率が全体を押し上げたことが読み取れる。

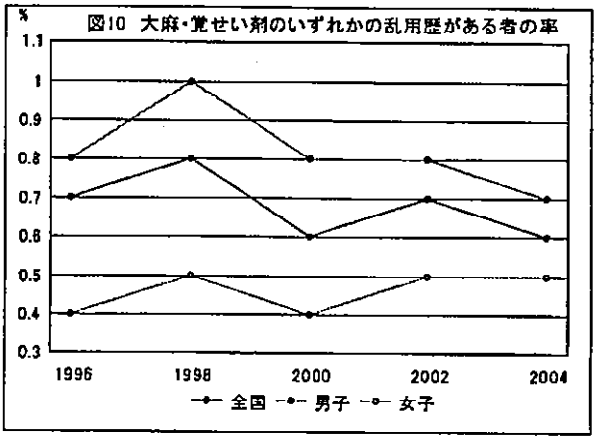
図8は覚せい剤の生涯経験率の推移を示している。男女全体での結果を見ると、大麻同様、1998年調査に比べると、2000年調査では低下したものの、2002年調査に比べると今期あの結果は再び増加を示している。結局これも、女子における増加傾向が全体を押し上げているようである。

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、その中でも女子における薬物乱用の拡大には注意を払う必要がある。

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9）、表72（図10）に示した。2002年調査との比較では、女子の大麻ないしは覚せい剤乱用の生涯経験率を除けば、減少傾向にある。





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表73（図11、12）である。

大麻による精神病・無動機症候群に関しては、1998年調査の女性を除けば、2000年調査までは、男女ともに有機溶剤乱用群の方が周知率が有意に

表73 大麻及び覚せい剤乱用による害知識周知率の推移 (%)

（「無回答」をそのまま生かし、「知っている」と答えた者の割合）

大麻乱用による精神病、無動機症候群

	男性	女性	全体
1996	48.3	45.4	46.9
1998	48.0	46.4	47.2
2000	45.8	45.8	45.8
2002	52.4	56.4	54.4
2004	59.1	62.5	60.8

覚せい剤乱用による精神病、フラッシュバック現象

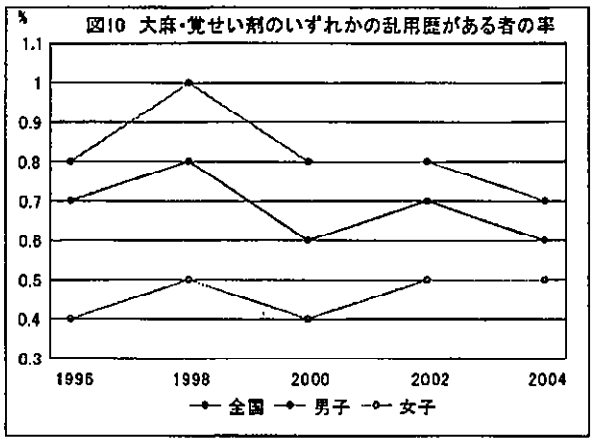
	男性	女性	全体
1996	42.5	46.5	44.5
1998	53.9	57.9	55.8
2000	55.4	61.3	58.3
2002	58.0	65.6	61.7
2004	62.5	66.9	64.6

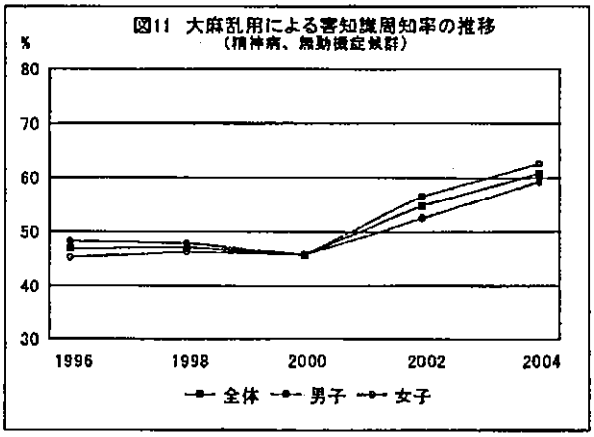
表69 大麻乱用の生涯経験率の推移 (%)（「無回答」を除いて計算したもの）

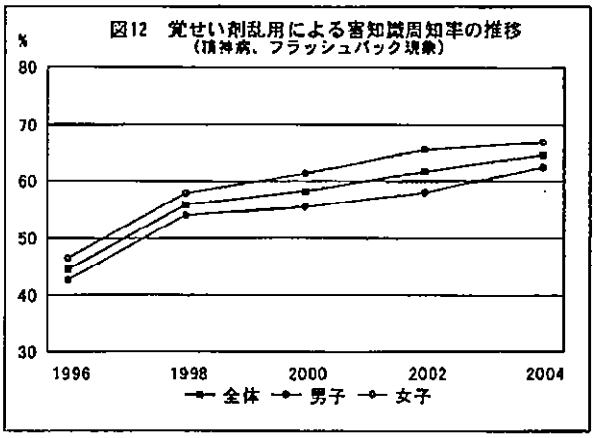
	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	0.7	0.4	0.8	0.9	0.3	0.3	0.3	0.3	0.6	0.4	0.5	0.6	108	53,271
1998	0.9	0.8	0.8	1.0	0.5	0.5	0.4	0.5	0.7	0.6	0.6	0.8	148	70,846
2000	0.6	0.4	0.6	0.7	0.3	0.2	0.4	0.3	0.4	0.3	0.5	0.5	140	61,477
2002	0.6	0.4	0.8	0.7	0.4	0.3	0.6	0.4	0.5	0.4	0.7	0.5	149	62,255
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

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







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、今回の調査では、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）。

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、今回は、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。

図11、図12に見るように、害知識の周知率自体は年々上昇してはいるが、上記の観点から、なお一層の薬物乱用防止教育の推進が必要であると考えられる。

表74 違法薬物の入手可能性の比較
（「簡単に手に入る」と「少々苦労するが手に入る」を選択した者の合計）

有機溶剤

	男性	女性	全体
1998	41.6	34.4	38.1
2000	41.1	35.6	38.4
2002	38.5	36.4	37.4
2004	25.6	23.1	24.4

大麻

	男性	女性	全体
1998	23.2	21.1	22.2
2000	24.1	23.8	23.9
2002	25.1	26.2	25.7
2004	18.1	17.9	18.0

覚せい剤

	男性	女性	全体
1998	24.0	22.6	23.4
2000	24.4	25.5	24.9
2002	25.0	27.7	26.4
2004	17.9	18.6	18.3

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74は、本調査による違法薬物の入手可能性の比較である。

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、表74の結果は入手可能を選んだ者が、予想外に少なく、今回の結果の低下には、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13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18%、女子で17%であるのに対して、経験者群では、男子で46%、女子で52%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17%、女子で18%であり、経験者群では、男性で45%、女性で54%となっていた（$p<0.01$）（表62）。

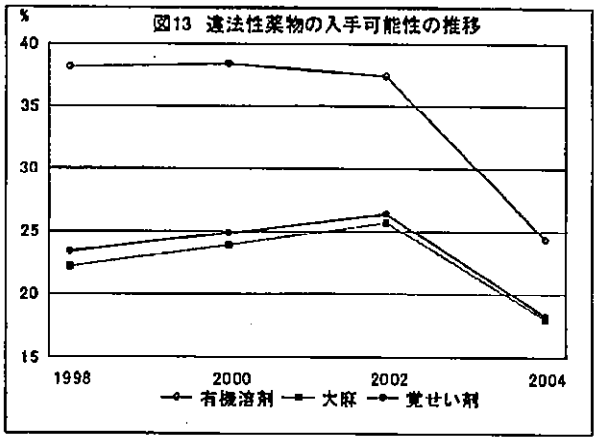


図13 違法性薬物の入手可能性の推移

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

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

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示唆している。

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10.8%（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2.4%（表9）に過ぎず、大麻では1.4%（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）

しかも、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、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)12)]。

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[2)5)8)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、2004年10月中（一部11～12月中）であり、層別一段集落抽出法により選ばれた全国212校の全生徒を対象に、自記式調査を実施した。その結果、147校（対象校の69.3%）より、65,611人（対象校212校の全生徒想定数の61.4%）の回答を得た。有効回答数は65,552人（対象校212校の全生徒想定数の61.3%）であった。

ただし、回答が得られなかった県が3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1.3%（1年生1.2%、2年生1.1%、3年生1.6%）、女子では1.0%（1年生0.9%、2年生1.0%、3年生1.0%）、全体では1.1%（1年生1.1%、2年生1.1%、3年生1.3%）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、1996年調査とともに最低の値である。特に男子ではこれまでの最低の値となった。しかし、女子ではこれまでで最高であった2002年調査と同じ値であった。

男子では1998年以降減少しているのに対して、女子では1996年以来増加傾向にあり、女子での今後が危惧される結果であった。

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5.6%）、「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3.3%）。

また、有機溶剤乱用に「誘われた」ことのある者の率は、男子では1998年調査以降減少傾向にあり、今回の調査では1996年以降の最低を示したが、女子では1996年以降ほとんど横這いであり、女子における「誘い」が危惧される結果であった。

③ 以上を総合すると、男女合わせた全体では、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。それは男子における各種指標に対する低値化によると考えられるが、逆に、女子における各値は増加ないしは横這い状態にあり、女子における有機溶剤乱用の今後が危惧される結果であった。

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伺われた。

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 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、今回の調査では、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た。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。

以上及び生涯経験率の低下を総合して、薬物乱用防止教育の成果が着実に出ていると考えられる。

しかし、歯の腐食に関しては、2002年調査の男子で、「知っている」と答えた者が有機溶剤非乱用経験者群の方が多いという結果が初めて出たにも関わらず、今回の2004年調査では経験者群の方が多いという従来型に逆戻りしてしまっり、無動機症候群、フラッシュバック現象では、相変わらず従来型のままであったりし、なお一層の薬物乱用防止教育の推進が望まれるところである。。

⑨ 大麻の生涯経験率は、男子で0.6%（1年生0.4%、2年生0.7%、3年生0.7%）、女子で0.4%（1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.5%）、全体で0.5%（1年生0.4%、2年生0.5%、3年生0.6%）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0.7%）、女子で0.4%（1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.4%）、全体で0.5%（1年生0.3%、2年生0.5%、3年生0.6%）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%）よりは低いが、2002年調査の結果と同じであった。

覚せい剤に関しては、1998年に記録した最高値（0.5%）と同じ結果であり、2002年調査の結果よりは0.1%増加していた。

性別では、大麻でも覚せい剤でも生涯経験率は2002年調査とほぼ同じであった。

ただし、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。

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ていた。また、大麻、覚せい剤の入手可能性は1998年以降、着実に増加していたが、今回の2004年調査では、激減していた。

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66%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46%、女子で52%の者が、また、覚せい剤に関しては男子で46%、女子で54%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った。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10.

8%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2.4%に過ぎず、大麻では1.4%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25%の者に大麻乱用の経験があり、24%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認められた。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．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。

G．研究発表

1．著書

なし

2．論文発表

(1) 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.

(2) Hirabayashi,N., Wada, K., Kimura, T. et al. Prevalence of Substance Abuse among Patients with Physical Diseases Seen in an Emergency Room in Japan. The American Journalon Addictions 13: 398-404, 2004.

(3) 和田　清：医療モデルの違いとしての精神作用物質依存症治療．精神科治療学 19：1281-1287, 2004.

(4) 和田　清：論説　喫煙、飲酒、薬物乱用の実態と教育における対応．中等教育資料 823：20-25, 2004

(5) 和田　清：薬物乱用の実態と傾向について．厚生労働 59, 17-20, 2004.

(6) 和田　清：連載　心の健康に関するお役立ち情報　最終回．各職種が情報を共有し効果的な薬物乱用防止策を！．公衆衛生情報 64：42-45, 2004.

3．学会発表

(1) 和田　清：分科会5-話題提供者-「中学生の飲酒と家族・仲間」．第26回日本アルコール関連問題学会．名古屋．2004.7.9.

(2) 高橋伸彰、和田　清：飲酒経験からみた中学生における薬物乱用行為に対する認識の違い．第39回日本アルコール．薬物医学会．八王子．2004.9.9.

H．知的財産権の出願・登録状況

なし

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、千葉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.87-128. 2003.

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－飲酒文化の反映－. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 34: 36-48, 1999.

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2004年版. 原書房. 東京. 2004.

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－1992年千葉県調査より－. 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－飲酒文化の反映－. 日本アルコール・薬物医学会雑誌34: 36-48, 1999.

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.

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－中学生における「シンナー遊び」の実態とその背景－.（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－飲酒文化の反映－. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 34: 36-48, 1999.
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－1992年千葉県調査より－. 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	Kikuchi, A., Wada, K.: Factors Associated with Volatile Solvent Use

		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．	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	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７版-04）

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 千葉県市川市国府台1-7-3 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、死別、別居、離婚など）

（質問９）あなたは、父親と週何回くらい夕食を食べますか？

１．ほとんど毎日　２．５～６回　３．４回前後　４．３回前後　５．２回前後
６．ほとんど食べない。　７．父親がいない（単身赴任、死別、別居、離婚など）

（質問10）あなたは、夕食を週何回くらい家族全員で食べますか？

１．ほとんど毎日　２．５～６回　３．４回前後　４．３回前後　５．２回前後
６．ほとんど食べない

（質問11）あなたは、学校・塾・習い事・運動での時間以外、大人が不在の状態で、毎日平均どの程度の時間を過ごしますか？

１．なし、あるいは、ほとんどなし　２．１時間未満　３．１時間以上２時間未満
４．２時間以上３時間未満　５．３時間以上

（質問12）あなたは、親しく遊べる友人がいますか？　１．いる　２．いない

（質問13）あなたは、相談事のできる友人がいますか？　１．いる　２．いない

（質問14）あなたは、悩みごとがある時、親と相談する方だと思いますか？

１．よく相談する方である　４．ほとんど相談しない方である
２．どちらかと言えば相談する方である　５．親がいない（単身赴任・死別・別居・離婚など）
３．どちらかと言えば相談しない方である

（質問15）あなたは、<u>これまでに一回でも</u>、タバコを吸ったことがありますか？
（ある場合は、初めて吸った時の年齢を選んでください。）

１．吸ったことがない　２．10歳以下　３．11歳　４．12歳　５．13歳
６．14歳　７．15歳以上　８．吸ったことはあるが、年齢はおぼえていない

（質問16）あなたは、<u>この１年間で</u>、タバコを吸ったことがありますか？

１．一度も吸わなかった　２．１年間で1～数回吸った　３．月に数回吸った
４．週に数回吸った　５．ほとんど毎日吸った

（質問17）あなたは、健康面から、喫煙をどう思いますか？　１．害ばかりで、良い面はないと思う
２．害もあるが、良い面もあると思う
３．害よりも、良い面の方が多いと思う

（質問18）未成年者の喫煙は法律で禁じられていますが、あなたは未成年者の喫煙をどう思いますか？

１．法律で禁じられているから、吸うべきでないと思う
２．法律で禁じられてはいるが、少々ならかまわないと思う
３．法律で禁じられてはいるが、全然かまわないと思う

（質問19）あなたは、未成年者の喫煙禁止をどう思いますか？

１．当然だと思う
２．しかたのないことだと思う
３．成人が吸えて、未成年者が吸えないのはおかしいと思う
４．そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思う

(質問20) あなたは、これまでに、下記の時に、一回でも、アルコール（ビール、日本酒、焼酎、ワイン、ウィスキーなど）を飲んだことがありますか？
（いくつ選んでもけっこうですが、なめただけの場合は、含めないで下さい。ただし、「1」を選んだときには、その他は選ばないでください。）

1．飲んだことがない
2．冠婚葬祭（結婚式・祭り・葬式・法事・盆・正月など）の時に飲んだことがある
3．家族での食事などの時に、家族といっしょに飲んだことがある
4．クラス会、打ち上げ、友達とのパーティーの時に、仲間と飲んだことがある
5．カラオケボックス、居酒屋、飲み屋などで、仲間と飲んだことがある
6．自分や誰かの部屋で、仲間と飲んだことがある
7．一人で飲んだことがある

(質問21) あなたは、上記のいずれかの機会で、初めてアルコールを飲んだのは、何歳の時ですか？
（なめただけの場合は、含めないで下さい。）

1．飲んだことがない　2．10歳以下　3．11歳　4．12歳　5．13歳
6．14歳　7．15歳以上　8．飲んだことはあるが、年齢はおぼえていない

(質問22) あなたは、この1年間に一回でも、アルコールを飲んだことがありますか？
（飲んだことのある機会をいくつ選んでもけっこうですが、なめただけの場合は、含めないで下さい。ただし、「1」を選んだときには、その他は選ばないでください。）

1．飲んだことがない
2．冠婚葬祭（結婚式・祭り・葬式・法事・盆・正月など）の時に飲んだことがある
3．家族での食事などの時に、家族といっしょに飲んだことがある
4．クラス会、打ち上げ、友達とのパーティーの時に、仲間と飲んだことがある
5．カラオケボックス、居酒屋、飲み屋などで、仲間と飲んだことがある
6．自分や誰かの部屋で、仲間と飲んだことがある
7．一人で飲んだことがある

(質問23) あなたは、この1年間に、どのくらいの頻度でアルコールを飲みましたか？

1．一度も飲まなかった　2．1年間で1～数回飲んだ　3．月に数回飲んだ
4．週に数回飲んだ　5．ほとんど毎日飲んだ

(質問24) あなたは、健康面から、飲酒をどう思いますか？　1．害ばかりで、良い面はないと思う
2．害もあるが、良い面もあると思う
3．害よりも、良い面の方が多いと思う

(質問25) 未成年者の飲酒は禁止されていますが、あなたは、未成年者の飲酒をどう思いますか？

1．法律で禁止されているから、飲むべきではないと思う
2．法律で禁止されてはいるが、時と場合に応じては、かまわないと思う
3．法律で禁止されてはいるが、全然かまわないと思う

(質問26) あなたは、未成年者の飲酒禁止をどう思いますか？

1．当然だと思う
2．しかたのないことだと思う
3．成人が飲めて、未成年者が飲めないのはおかしいと思う

4．そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思う

(質問27) あなたは、「シンナー遊び」をしているところを実際に見たことがありますか？

1．ない　2．ある

(質問28) あなたの身近に、「シンナー遊び」をしている人がいますか？　1．いない　2．いる

(質問29) あなたは、「シンナー遊び」に誘われたことがありますか？　1．ない　2．ある

(質問30)「シンナー遊び」について、あなたの気持ちは次のどれに最も近いですか？

1．関心がない　2．見てみたい　3．試してみたい　4．経験がある

(質問31) あなたは、「シンナー遊び」をしている人について、どう思いますか？

1．自分には無関係の人だと思う
2．「シンナー遊び」をする気持ちが理解できる気がする
3．親しみを感じる

(質問32) あなたは、「シンナー遊び」をしている人と親しくなることについて、どう考えますか？

1．親しくなりたくない
2．「シンナー遊び」だけで決めたくはない
3．すでに親しい

(質問33) あなたは、<u>これまでに一回でも</u>、「シンナー遊び」を経験したことがありますか？
（ある場合は、初めて経験した時の年齢を選んでください。）

1．経験がない　2．10歳以下　3．11歳　4．12歳　5．13歳　6．14歳
7．15歳以上　8．経験はあるが、年齢はおぼえていない

(質問34) あなたは、<u>この１年間に一回でも</u>、「シンナー遊び」をしたことがありますか？

1．ない　2．ある

(質問35)「シンナー遊び」は法律で禁止されていますが、あなたは「シンナー遊び」について、どう思いますか？

1．法律で禁止されているから、すべきではないと思う
2．法律で禁止されてはいるが、少々ならかまわないと思う
3．法律で禁止されてはいるが、それを守る必要は全然ないと思う

(質問36) あなたは、法律で「シンナー遊び」を禁止しているのをどう思いますか？

1．当然だと思う
2．しかたのないことだと思う
3．麻薬･覚せい剤とちがって、シンナーくらい禁止しなくてもいいのではないかと思う
4．そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思う

(質問37) あなたは、「シンナー遊び」で死亡すること（<u>急性中毒死</u>）があるのを知っていますか？

1．知っている　2．知らない

(質問38) あなたは、「シンナー遊び」を繰り返すと、歯がぼろぼろになりやすいことを知っていますか？

1．知っている　2．知らない

(質問39) あなたは、「シンナー遊び」を繰り返すと、手足の筋肉や神経が衰え、物をつかめなくなったり、歩けなくなること（多発神経炎）があるのを知っていますか？

1．知っている　2．知らない

(質問40) あなたは、「シンナー遊び」を繰り返すと、何もないのに物が見えたり（幻視）、実際には何も聞こえないのに、声が聞こえたり（幻聴）、誰も何とも思っていないのに、人が自分の事を非難していると思い込んだり（妄想）する状態（精神病状態）になることがあるのを知っていますか？

1．知っている　2．知らない

(質問41) あなたは、「シンナー遊び」を繰り返すと、何事にも関心が持てなくなり、結果的に学校を欠席しがちになり、どんな仕事に就いても、長続きしなくなること（無動機症候群）を知っていますか？

1．知っている　2．知らない

(質問42) あなたは、「シンナー遊び」の結果、幻視、幻聴、妄想が出るようになってしまうと、それを治して治っても、その後「シンナー遊び」をやめていても、疲れ・ストレス・飲酒などで、幻視、幻聴、妄想が再び出現すること（フラッシュバック）があるのを知っていますか？

1．知っている　2．知らない

(質問43) あなたは、「シンナー遊び」をしている人たちは、どうして「シンナー遊び」するのだと思いますか？（いくつ選んでもけっこうです。）

1．本人に問題があるから　　2．家庭に問題があるから
3．学校に問題があるから　　4．社会に問題があるから

(質問44) あなたは、これまでに一回でも、大麻（マリファナ、ハッシッシュも同じものです）を吸ったことがありますか？（ある場合は、初めて吸った時の年齢を選んでください。）

1．経験がない　2．10歳以下　3．11歳　4．12歳　5．13歳　6．14歳
7．15歳以上　8．経験はあるが、年齢はおぼえていない

(質問45) あなたは、大麻を吸うことをどう思いますか？

1．吸うべきではないと思う
2．麻薬・覚せい剤とちがって、少々ならかまわないと思う
3．まったくかまわないと思う

(質問46) あなたは大麻を吸うと、上記の質問40や質問41と同じ精神病状態や無動機症候群になることがあるのを知っていますか？

1．知っている　2．知らない

(質問47) あなたは、これまでに一回でも、覚せい剤（スピード、エスも同じものです）を使用したことがありますか？（ある場合は、初めて使用した時の年齢を選んでください。）

1．経験がない　2．10歳以下　3．11歳　4．12歳　5．13歳　6．14歳
7．15歳以上　8．経験はあるが、年齢はおぼえていない

(質問48) 覚せい剤を使うと、上記の質問40と同じ精神病状態になりやすく、また質問42のようなフラッシュバックがあることを知っていますか？

1．知っている　2．知らない

（質問49）あなたが「シンナー遊び」のために有機溶剤を手に入れようとした場合、それはどの程度むずかしいですか？

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

（質問50）あなたが大麻を手に入れようとした場合、それはどの程度むずかしいですか？

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

（質問51）あなたが覚せい剤を手に入れようとした場合、それはどの程度むずかしいですか？

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

ご協力ありがとうございました。

薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査（2004年）－要約版－

分担研究者　和田　清　国立精神・神経センター精神保健研究所薬物依存研究部長
研究協力者　近藤あゆみ　同上（賃金研究員）、　高橋伸彰（流動研究員）
鈴木紀美子　同上（研究助手）
尾崎米厚　鳥取大学医学部　環境予防医学　助教授
勝野眞吾　兵庫教育大学　学校教育学部　教授

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、2004年10月中（一部11～12月中）であり、層別一段集落抽出法により選ばれた全国212校の全生徒を対象に、自記式調査を実施した。その結果、147校（対象校の69.3%）より、65,611人（対象校212校の全生徒想定数の61.4%）の回答を得た。有効回答数は65,552人（対象校212校の全生徒想定数の61.3%）であった。

ただし、回答が得られなかった県が3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1.3%（1年生1.2%、2年生1.1%、3年生1.6%）、女子では1.0%（1年生0.9%、2年生1.0%、3年生1.0%）、全体では1.1%（1年生1.1%、2年生1.1%、3年生1.3%）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、1996年調査とともに最低の値である。特に男子ではこれまでの最低の値となった。しかし、女子ではこれまでで最高であった2002年調査と同じ値であった。

男子では1998年以降減少しているのに対して、女子では1996年以来増加傾向にあり、女子での今後が危惧される結果であった。

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5.6%）、「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3.3%）。

また、有機溶剤乱用に「誘われた」ことのある者の率は、男子では1998年調査以降減少傾向にあり、今回の調査では1996年以降の最低を示したが、女子では1996年以降ほとんど横這いであり、女子における「誘い」が危惧される結果であった。

③ 以上を総合すると、男女合わせた全体では、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。それは男子における各種指標に対する低値化によると考えられるが、逆に、女子における各値は増加ないしは横這い状態にあり、女子における有機溶剤乱用の今後が危惧される結果であった。

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伺われた。

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 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、今回の調査では、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た。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。

以上及び生涯経験率の低下を総合して、薬物乱用防止教育の成果が着実に出ていると考えられる。

しかし、歯の腐食に関しては、2002年調査の男子で、「知っている」と答えた者が有機溶剤非乱用経験者群の方が多いという結果が初めて出たにも関わらず、今回の2004年調査では経験者群の方が多いという従来型に逆戻りしてしまっり、無動機症候群、フラッシュバック現象では、相変わらず従来型のままであったりし、なお一層の薬物乱用防止教育の推進が望まれるところである。。

⑨ 大麻の生涯経験率は、男子で 0.6%（1年生0.4%、2年生0.7%、3年生0.7%）、女子で 0.4%（1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.5%）、全体で 0.5%（1年生0.4%、2年生0.5%、3年生0.6%）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0.7%）、女子で 0.4%（1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.4%）、全体で 0.5%（1年生0.3%、2年生0.5%、3年生0.6%）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%）よりは低いが、2002年調査の結果と同じであった。

覚せい剤に関しては、1998 年に記録した最高値（0.5%）と同じ結果であり、2002 年調査の結果よりは 0.1%増加していた。

性別では、大麻でも覚せい剤でも生涯経験率は2002 年調査とほぼ同じであった。

ただし、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。

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ていた。また、大麻、覚せい剤の入手可能性は 1998 年以降、着実に増加していたが、今回の2004 年調査では、激減していた。

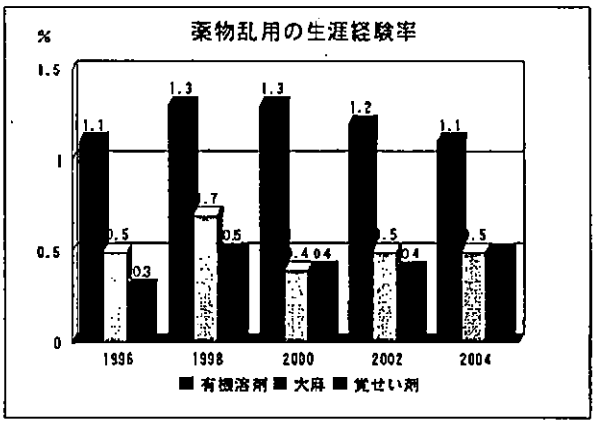
これらは、この間の取り締まりの強化による成果の可能性が高い。

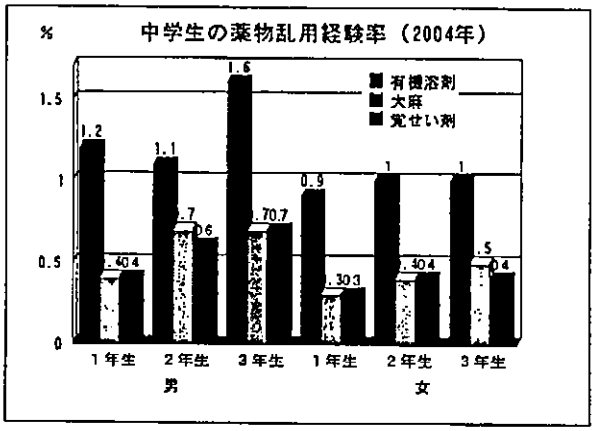
ただし、有機溶剤乱用非経験者群では「絶対不可能」を選択した者が、大麻でも覚せい剤でも男女ともに 66%であるのに対して、有機溶剤乱用経験者群では、大麻に関しては男子で 46%、女子で 52%の者が、また、覚せい剤に関しては男子で 46%、女子で 54%の者が入手可能を選択していた。

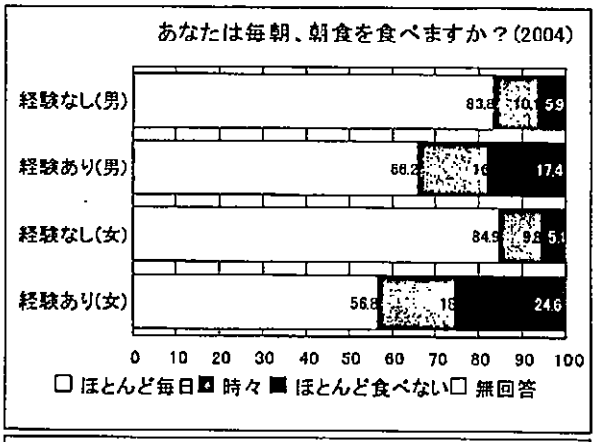
わが国の中学生にとって、有機溶剤を乱用すると言うことは、大麻、覚せい剤が身近なものになるという特徴を強く示唆する結果であった。さらに、覚せい剤の入手可能性は有機溶剤乱用経験群女子で最も高いという結果であった。女子に対する対策が望まれるところである。

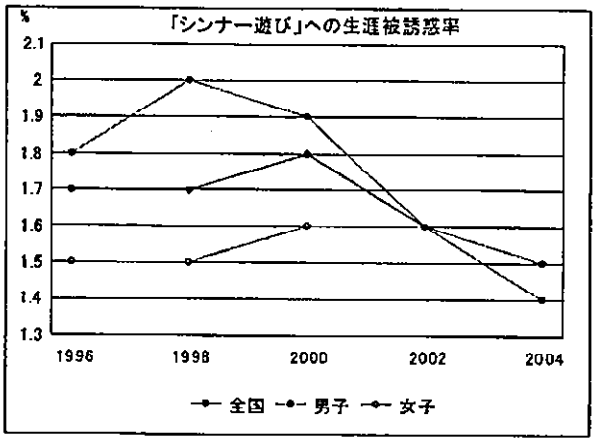
⑫ 薬物の乱用経験率には、法の遵守性が大きく影響すると考えられる。喫煙については全体の10.8%の者が「少々ならかまわない」を選んでいるのに対して、「シンナー遊び」に関してそれを選んだ者は 2.4%に過ぎず、大麻では 1.4%であったことは、同じ依存性薬物と言えども、有機溶剤及び大麻乱用への心理的垣根は喫煙よりははるかに高いことを物語っている。

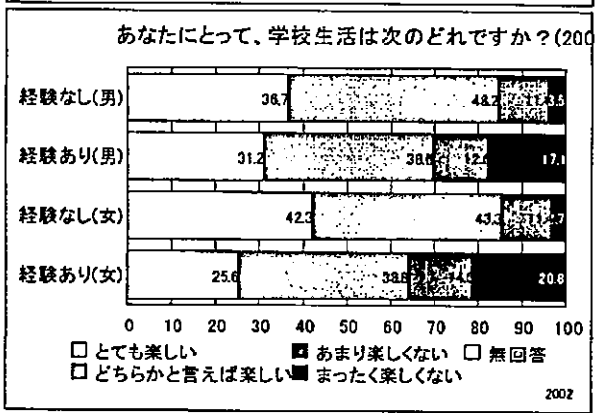
⑬ また、有機溶剤乱用経験者群の 25%の者に大麻乱用の経験があり、24%の者に覚せい剤乱用の経験があり、有機溶剤乱用と大麻・覚せい剤乱用との間には強い結びつきがあることが認められた。同時に、喫煙経験と有機溶剤乱用経験との間にも結びつきが認められた。このことは、わが国の中学生では、喫煙→有機溶剤乱用→大麻・覚せい剤乱用という流れがあることを強く示唆する結果であった。

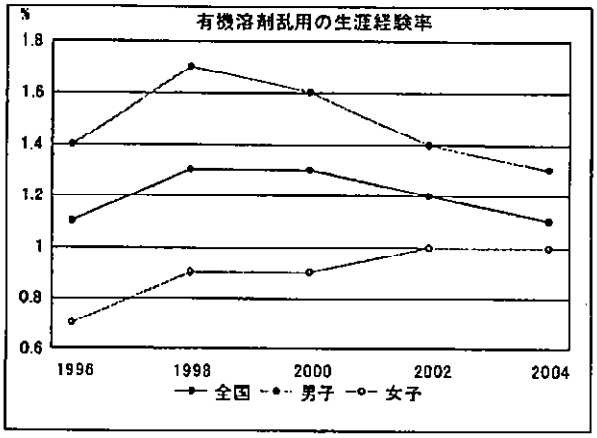


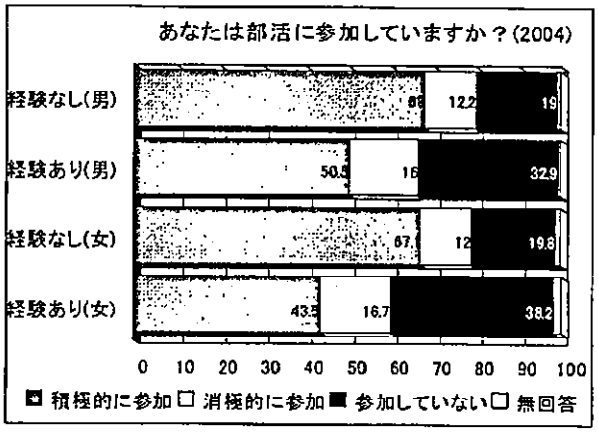

%
中学生の薬物乱用経験率（2004年）
有機溶剤
大麻
覚せい剤
1.5
1
0.5
0
1.2
.404
1.1
.7
.6
1.6
.70.7
.9
.303
1
.404
1
.5
.4
1年生
2年生
3年生
1年生
2年生
3年生
男
女

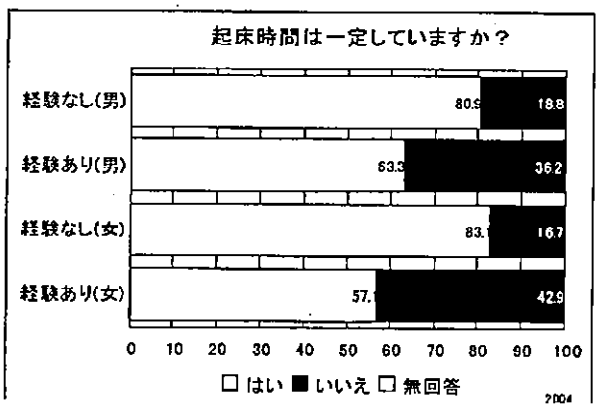

あなたは毎朝、朝食を食べますか？(2004)
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
83.8
10.1
5.9
66.2
16
17.4
84.9
9.8
5.1
56.8
18
24.6
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
□ ほとんど毎日 ■ 時々 ■ ほとんど食べない □ 無回答

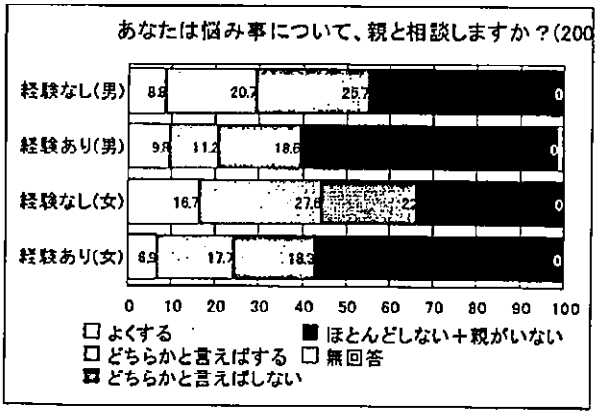

%
「シンナー遊び」への生涯被誘惑率
2.1
2
1.9
1.8
1.7
1.6
1.5
1.4
1.3
1996
1998
2000
2002
2004
全国 男子 女子

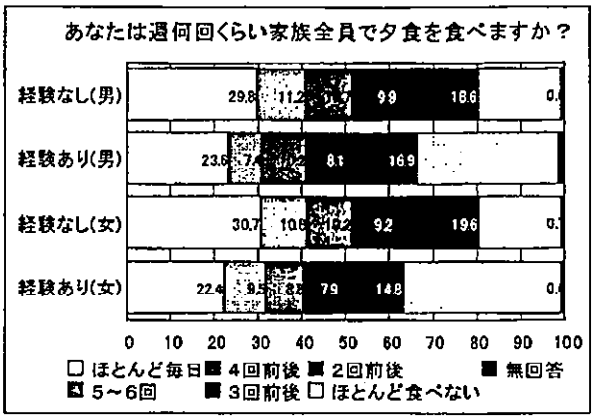

あなたにとって、学校生活は次のどれですか？(200
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
36.7
48.2
13.5
31.2
38.6
12.4
17.1
42.3
43.3
11.7
25.6
33.6
20.8
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
□ とても楽しい ■ あまり楽しくない □ 無回答
□ どちらかと言えば楽しい ■ まったく楽しくない
2002

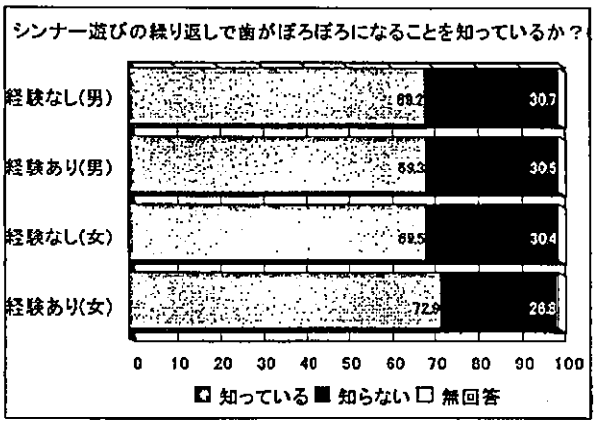

%
有機溶剤乱用の生涯経験率
1.8
1.6
1.4
1.2
1
0.8
0.6
1996
1998
2000
2002
2004
全国 男子 女子

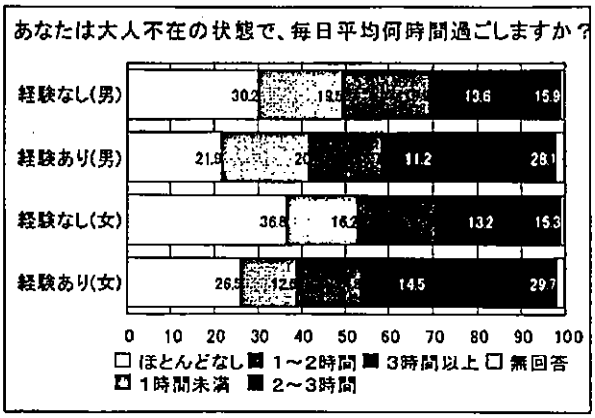

あなたは部活に参加していますか？(2004)
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
12.2
19
50.5
16
32.9
67.
12
19.8
43.5
16.7
38.2
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
■ 積極的に参加 □ 消極的に参加 ■ 参加していない □ 無回答

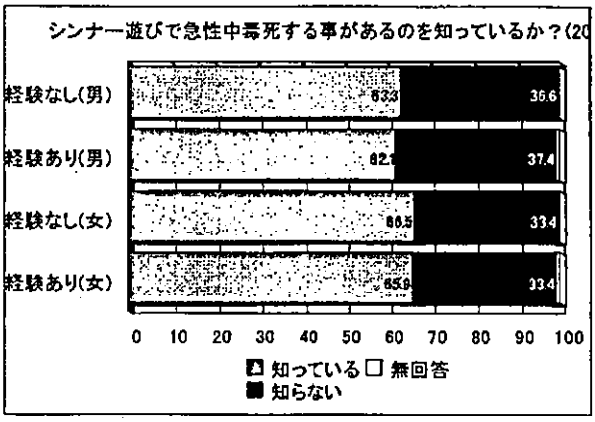

起床時間は一定していますか？
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
80.9
18.8
63.3
36.2
83.
16.7
57.
42.9
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
□ はい ■ いいえ □ 無回答
2004

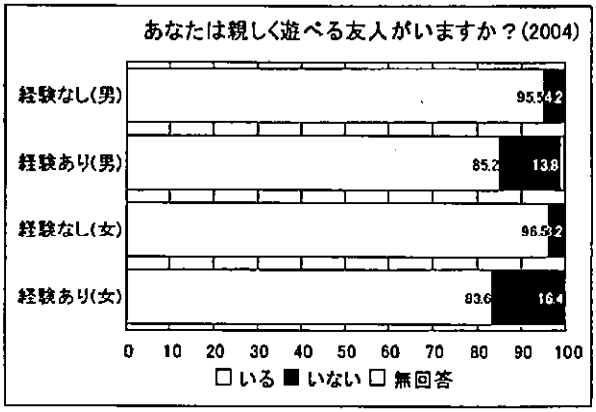

あなたは悩み事について、親と相談しますか？(200
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
8.9
20.7
25.7
0
9.8
11.2
18.6
0
16.7
27.6
22
0
6.9
17.2
18.3
0
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
□ よくする ■ ほとんどしない＋親がいない
□ どちらかと言えばする □ 無回答
■ どちらかと言えばしない

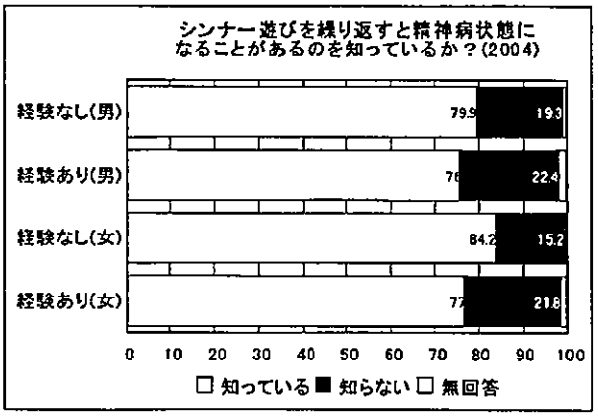

あなたは週何回くらい家族全員で夕食を食べますか？
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
29.8
11.2
9.9
18.6
23.6
8.1
16.9
30.7
10.6
9.2
19.6
22.4
7.9
14.8
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
□ほとんど毎日 ■4回前後 ■2回前後 ■無回答
■5～6回 ■3回前後 □ほとんど食べない

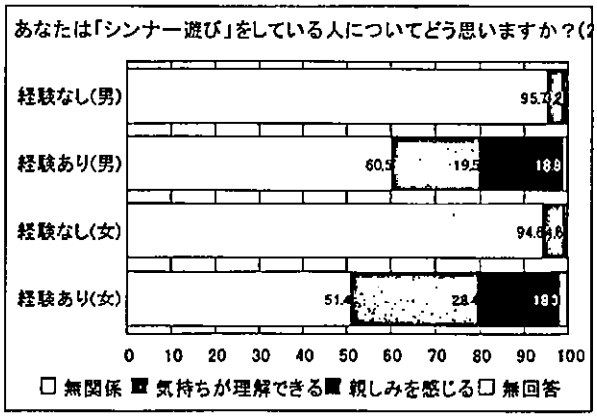

シンナー遊びの繰り返しで歯がぼろぼろになることを知っているか？
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
69.2
30.7
69.3
30.5
69.5
30.4
72.9
26.8
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
■知っている ■知らない □無回答

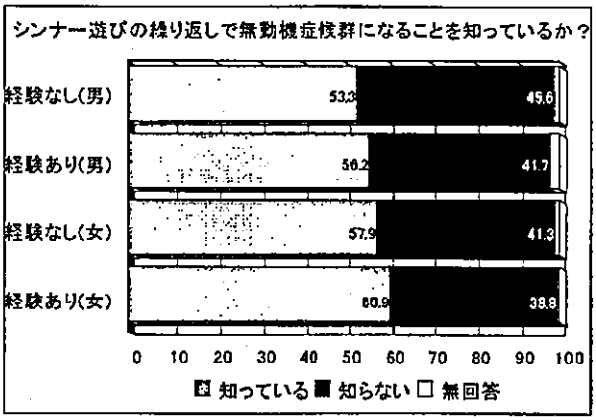

あなたは大人不在の状態で、毎日平均何時間過ごしますか？
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
30.2
13.6
15.9
21.5
11.2
28.1
36.8
16.2
13.2
15.3
26.5
12.6
14.5
29.7
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
□ほとんどなし ■1～2時間 ■3時間以上 □無回答
■1時間未満 ■2～3時間

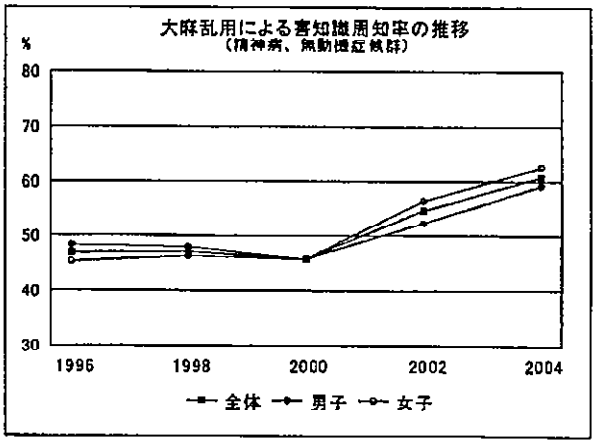

シンナー遊びで急性中毒死する事があるのを知っているか？(20
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
63.3
36.6
62.6
37.4
66.5
33.4
65.9
33.4
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
■知っている □無回答
■知らない

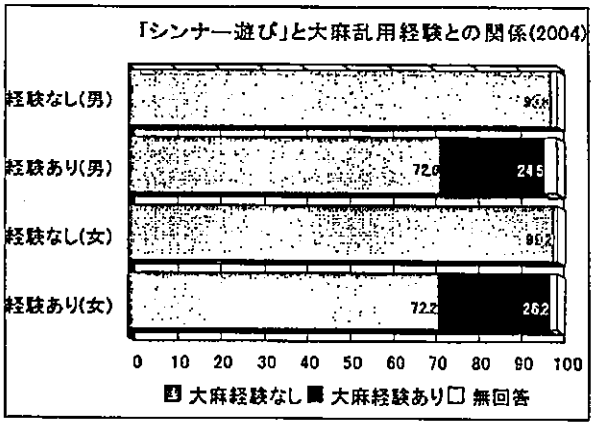

あなたは親しく遊べる友人がいますか？(2004)
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
95.5
4.2
85.2
13.8
96.5
3.2
83.6
16.4
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
□いる ■いない □無回答

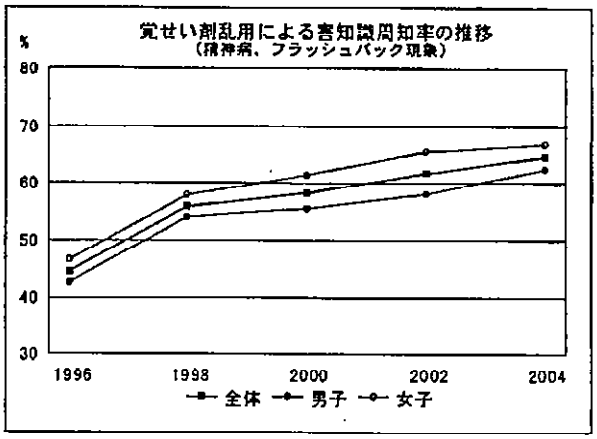

シンナー遊びを繰り返すと精神病状態に
なることがあるのを知っているか？(2004)
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
79.9
19.3
76
22.4
84.2
15.2
77
21.8
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
□知っている ■知らない □無回答

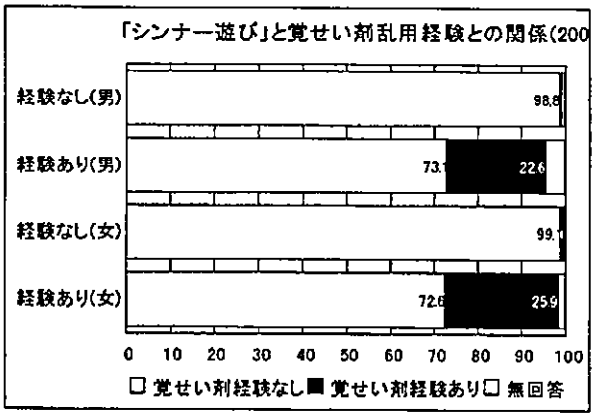

あなたは「シンナー遊び」をしている人についてどう思いますか？(2
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
95.7
4.2
60.5
19.5
18.9
94.6
5.6
51.4
28.4
19.9
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
□無関係 ■気持ちが理解できる ■親しみを感じる □無回答

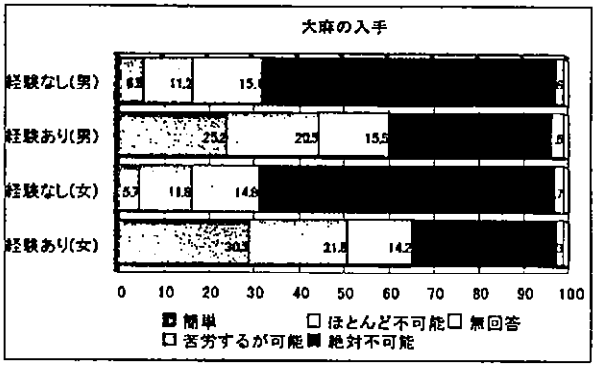

シンナー遊びの繰り返しで無動機症候群になることを知っているか？
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
53.3
45.6
58.2
41.7
57.9
41.3
60.9
38.9
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
■知っている ■知らない □無回答

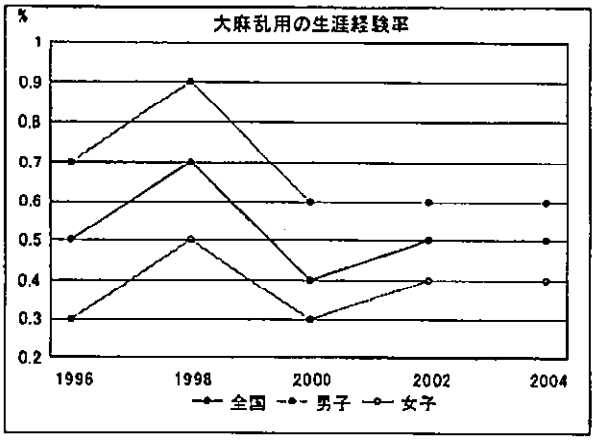

大麻乱用による害知識周知率の推移
(精神病、無動機症候群)
%
80
70
60
50
40
30
1996
1998
2000
2002
2004
全体 男子 女子

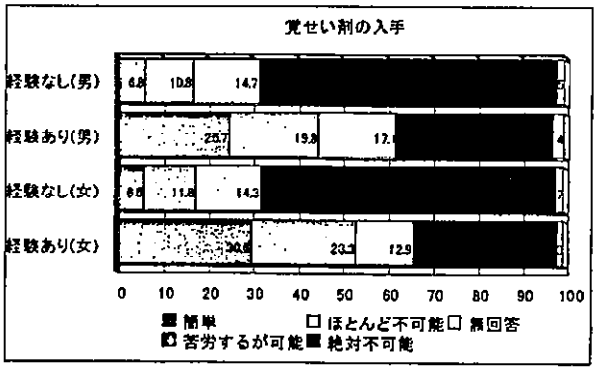

「シンナー遊び」と大麻乱用経験との関係(2004)
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
72.2
26.2
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
大麻経験なし 大麻経験あり 無回答

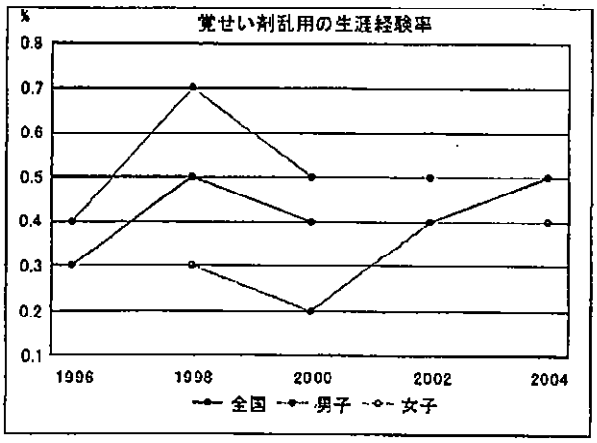

覚せい剤乱用による害知識周知率の推移
(精神病、フラッシュバック現象)
%
80
70
60
50
40
30
1996
1998
2000
2002
2004
全体 男子 女子


「シンナー遊び」と覚せい剤乱用経験との関係(200
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
98.8
73.1
22.6
99.1
72.6
25.9
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
覚せい剤経験なし 覚せい剤経験あり 無回答


大麻の入手
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
11.2
15.5
25.2
20.5
15.5
5.7
11.8
14.8
30.2
21.8
14.2
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
簡単 ほとんど不可能 無回答
苦労するが可能 絶対不可能


%
大麻乱用の生涯経験率
1
0.9
0.8
0.7
0.6
0.5
0.4
0.3
0.2
1996
1998
2000
2002
2004
全国 男子 女子


覚せい剤の入手
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
10.8
14.7
25.7
19.8
17.1
11.8
14.3
23.3
12.9
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
簡単 ほとんど不可能 無回答
苦労するが可能 絶対不可能


%
覚せい剤乱用の生涯経験率
0.8
0.7
0.6
0.5
0.4
0.3
0.2
0.1
1996
1998
2000
2002
2004
全国 男子 女子

分担研究報告書
(1－2)

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)
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

研究要旨　日本国内の精神医療の現場における薬物関連問題の実態を把握するため，全国のすべての有床精神科医療施設（1,658施設）を対象とした「薬物関連精神疾患の実態調査」を施行した。調査期間は2004年9月，10月の2ヶ月間で，対象は調査期間中に各精神科医療施設において診療を受けたすべての薬物関連精神疾患の患者である。方法は，調査用紙を郵送して主治医による記載，および対象患者による性格傾向に関する自記式評価尺度の実施を依頼した。837施設より453例の症例が報告され，回答率は50.5%であった。「覚せい剤」は主たる使用薬物（51.2%），使用歴を有する薬物（67.9%）として最も高い割合を示し，慢性的な精神病性障害が主要な病像であった。「有機溶剤」は主たる使用薬物としては17.0%と減少傾向にあるが，初回使用薬物としては45.1%と最も高い割合を示した。「大麻」は，主たる使用薬物（3.8%），使用歴を有する薬物（38.1%）としてこの数年で著明に増加しており，社会での乱用の拡大が精神医療の現場においてもより顕在化しつつあると考えられた。その他の薬物としては，MDMAを主たる使用薬物とする症例が5例報告されており，併用薬物としても41例（9.1%）と高い率でみられ，診断分類からは中毒性精神病状態，依存症候群を惹起することが示唆された。Y-Gによる性格特性の検討では，覚せい剤，有機溶剤症例は活動的であるが，リーダーシップをとらず，周囲に同調しやすい傾向がうかがわれた一方，睡眠薬・抗不安薬症例は，抑うつ的，神経症的傾向が強く，自己評価が低い傾向がみられ，鎮咳薬症例は双方の特徴を併せ持っている傾向がみられた。Temperament and Character Inventory, Cloninger(TCI)（20項目版）による検討では，各カテゴリーで使用薬物別の差はみられなかったが，「損害回避」，「自己超越」のスコアで性差がみられた。今年度の調査では，回答率は50%を超えたものの報告症例数が激減したが，その要因のひとつとして今回は文書による同意取得を条件としたことが考えられ，同意を拒否した症例が少なくとも161例と相当数存在したことが明らかになった。今後の調査において，方法論，とりわけ倫理的問題をどのようにクリアしつつ現場に負担をできるだけかけずに回答率を上げ，信頼性の高い報告を得るかについて，さらに検討を要すると思われた

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が続くとともに，大麻，MDMA，さらにいわゆる“脱法ドラッグ”の乱用が拡大しつつある。海外においても，覚せい剤を中心とする精神刺激剤の乱用は世界規模で拡がりをみせ続けており，“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。

全国の精神科医療施設を対象とした調査研究は，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。2004度も従来と同様の方法に基き，全国のすべての有床精神科医療施設を対象に，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，施設の抽出は主に病院要覧（2003-2004年度版）[1]によった。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151施設（都道府県立病院77施設，市町村立病院74施設），国公立・私立大学医学部附属病院84施設，そして民間精神病院1,376施設の計1,658施設であ

る。

2） 方法

（1）対象症例および調査期間

対象症例は，“アルコール以外の精神作用物質使用に関連した精神疾患患者”である。調査期間は2004年9月1日から10月31日までの2ヶ月間で，この期間に調査対象施設において，入院あるいは外来で診療を受けたすべての薬物関連精神疾患患者とした。

（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2004年7月下旬に調査の趣旨と方法を薬書により通知し，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，および性格特性に関する患者による自記式評価尺度への記載を求めた。調査用紙回収の期限は2004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，2005年3月上旬までに返送された症例についても可能な限り集計に加えた。

（3）調査項目について

① 継続的な調査項目について

今回の調査における質問項目は，まず経時的な傾向の把握のために，質問用紙の前半は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 2004年度に設定した関心項目について

今年度は，性格特性の評価に焦点をあてて面接評価，および自記式評価を試みた。

（i）Y-Gに基づく評価

1989年度の調査[2]で，Y-Gに基づく性格特性の評価がすでに行われているが，今年度は比較のためにも再度Y-Gテストに基づいた評価を施行した。

Y-Gテストは本来，質問紙による評価であるが，1989年度調査では各カテゴリーについて担当医により記載を求めるという方法で行われており，今年度の調査においても同様に担当医による評価という方法を採用した。

具体的には下記のカテゴリーについて，「1.あり，2.なし，3.どちらともいえない」の3件法で担当医による評価を求めた。なお，カテゴリー名をそのまま質問項目とするとわかりにくい点があるため，質問項目とするにあたっては一部表現を変更した。

- 抑うつ性
- 気分易変性
- 劣等感の強さ
- 神経質（心配性，いらいらしやすい傾向）
- 客観性の欠如（空想性や過敏性）
- 協調性欠如（不満，不信が強い性格）
- 短気・攻撃性（正しいと思うことは人にかまわず実行する，他人の意見を聞きたがらない等）
- 一般的活動性（身体面・精神面ともに）
- のんきさ（人といっしょにはしゃぐ，何時も何か刺激を求めるなどの気軽な衝動的性格）
- 思考的外向性（考えが大雑把でのんきな傾向）
- 支配性（ﾘｰﾀﾞｰｼｯﾌﾟがある，引っ込み思案でない）
- 社会的外向性（社会的，対人接触を好む）

（ii）TCIに基づく評価

TCI（Temperament and Character Inventory, Cloninger）[3]に基づいて，20項目短縮版[4]を「ふだんのあなたについてのアンケート」として質問表に組み込み，患者による自記式評価を求めた。

TCI（20項目版）は下記の質問文から構成されており，「1.全然あてはまらない，2.あまりあてはまらない，3.少しあてはまる，4.とてもあてはまる」の4件法による回答を求めた。

TCIの意義については，後述の考察を参照されたい。

- やり方を決めるときは，以前にどうやって決めたかを考えずその時の気分で決める。
- 自分と違う考えをもっている人々はあまり好きではない。
- 他の人がとっくにあきらめるようなときでも一度始めたことは辛抱強く続ける。
- 他の人よりも情にもろい。
- 私にはこれから何が起ころうとしているのかがわかるときがある。
- 誰かが，どんな方法にせよ，わたしのことを傷つければ，仕返しをするようにしている。
- 他の誰よりも強かったらなあと思うことがある。
- たいていの人よりも努力するほうだ。
- 決心する前にあらゆる事柄を十分に検討する方だ。
- スーパーマンのような特別な力があったらなあと思うことがある。
- 情に訴えられると弱い方だ。
- お金は貯めるよりも使うほうが好きだ。
- 他の人が心配そうにしているときでも，いつも気楽でリラックスしている。
- 自分の周りの全ての人との精神的，あるいは情緒的な強いつながりを感じることがある。
- 相手の立場になって考えるようにしているので，その人の立場を本当に理解することができる。
- 他の人よりも周囲への影響力があればいいのにと思う。
- 他の人を喜ばせるために特に努力しようという気はない。
- 自分が全ての生命の源である霊的な力の一部分であると感じることがある。
- 慣れない事をする場合はたいてい緊張したり心配したりする。
- 軽い病気やストレスの後でさえも，たいていの人より元気がある。

（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，結果的に以下の10のカテゴリーに分類した。

【主たる使用薬物として分類された薬物のカテゴリー】

（ⅰ）覚せい剤（本報告書では『覚せい剤症例』と呼ぶ。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）その他（『その他症例』）
（ⅸ）多剤（医薬品）（『多剤症例（医薬品）』）
（ⅹ）多剤（規制薬物）（『多剤症例（規制薬物）』

3）同意取得について

国立精神・神経センター国府台地区倫理委員会の審査に基づき，面接・自記式評価にあたっては原則的に書面による同意を取得することとした。分担研究者により作成された「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参加への同意書（以下，『同意書』）」を各施設に配布し，これを用いて面接時に担当医による同意取得を求めた。匿名性を保つため，同意書は分担研究者宛に返送せず，各施設での保管とした。具体的には以下のような手順を踏んだ。

① 面接可能な状態で，担当医により同意能力があると判断される場合には，『同意書』に基づいて担当医が必要な説明をした上で，文書による同意を取得する。

② 面接可能な状態で同意能力に問題がないと考えられるが，明らかに調査への協力を拒否する場合は本調査を施行せず，該当例数のみの報告を求めた。

③ 病状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，この場合は同意取得を不要

とした。

C．結果

1） 対象施設の種別による回答状況（表１）

対象施設1,658施設のうち，837施設（50.5%）より回答を得た。このうち75施設（4.5%）より，有効症例として453症例が報告された。「該当症例なし」の回答は762施設（46.0%）であった。施設別の回答率は都道府県立病院の42.9%を除いて50%を超え，「国立病院・療養所」で最も高く68.1%であった。一施設当たりの症例数は，「国立病院・療養所」で12.8例と最も多く，「都道府県立病院」が7.0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）

453症例の内訳は，『覚せい剤症例』が233例で報告症例全体の51.4%と最も高い割合を占めた。『有機溶剤症例』が77例（17.0%）とこれに次ぎ，両薬物合わせて症例全体の約70%を占めていた。このほかはすべて10%以下で，『睡眠薬症例』9.7%，『その他症例』4.4%，『大麻症例』3.8%の順で多かった。

【その他症例における主たる使用薬物】
- メチルフェニデート：8例
- MDMA：5例
- 脱法ドラッグ（5MEO，1,4BDなど）：3例
- 市販総合感冒薬（パブロン）：2例
- コカイン（1例）
- 緩下剤（コーラック）（1例）

全体としてみると，規制薬物あるいは脱法ドラッグを主たる使用薬物とする症例（以下，『規制薬物症例』）は348例（76.8%），医薬品を主たる使用薬物とする症例（以下，『医薬品症例』）は105例（23.2%）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，『覚せい剤症例』，『有機溶剤症例』，『抗不安薬症例』，『鎮咳薬症例』，『大麻症例』，『その他症例』，『多剤症例（規制薬物）症例』で男性の比率が高かった。これに対して，『睡眠薬症例』で男女比は接近しており，『鎮痛薬症例』，『多剤（医薬品）症例』では性比が逆転し，女性の比率が高かった。

調査時の平均年齢は，『覚せい剤症例』37.0歳，『有機溶剤症例』31.5歳，『睡眠薬症例』43.0歳など，ほぼ30～40歳代を中心に分布していた。『大麻症例』は27.6歳と最も低く，『睡眠薬症例』が43.0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』，『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。

また，65歳以上という高齢の症例も，『覚せい剤症例』で2例，『睡眠薬症例』で3例，『鎮痛薬症例』で1例みとめた。

4）最終学歴（表４）

全体としては，中学卒業または高校中退までの学歴が60%近くを占めていた。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25～40%と比較的高い割合であった。一方，『抗不安薬症例』では過半数が，『その他症例』では25%が大学卒と比較的高学歴であった。また，薬物全体では5例（1.1%）が中・高校生であった。

5）職業（表５－１，５－２）

薬物乱用開始前には，『覚せい剤症例』，『有機溶剤症例』で“中学生”が15%前後と最も高く，前者では“工員”，“土木建築行”がこれに次いでいた。『その他症例』，『睡眠薬症例』では“医療薬業関係”の割合が比較的高かった。

薬物乱用開始後には“無職”の割合が各症例とも50～70%と高くなった。

6）暴力団との関係（表６）

全体の約40%は“これまで関係なし”であったが，25～30%は“薬物乱用前”あるいは“薬物乱用後”にみられた。『覚せい剤症例』では乱用開始前後に40%以上が何らかの関係を有しており，とくに男性の割合が高かった。女性でも，乱用開始後に40%近い割合を示した。次いで『有機溶剤症例』が高く，男女とも乱用開始後に割合が2～3倍に上がっていた。

7）非行グループとの関係（表７）

薬物乱用前には，症例全体の40%近くが非行グ

ループとの関係を有していたが，開始後には半減する傾向がみられた。『有機溶剤症例』においても男性，女性とも50%近い割合を示した。

8）薬物乱用者との関係（表8）

薬物乱用開始前後で，全体の約40%強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』，『多剤症例（規制薬物）』で50～70%前後と高く，『大麻症例』，『鎮咳薬症例』がこれに次いで高かった。

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1/3にみられ，男性症例全体の42%，女性症例全体の24%と男性の割合が高かった。主たる薬物別では，『覚せい剤症例』，『有機溶剤症例』，『大麻症例』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30%はこれまでに逮捕・補導歴を有していないが，薬物乱用開始前には16%，開始後では50%と半数近くが逮捕・補導歴を有していた。『覚せい剤症例』，『有機溶剤症例』，『多剤症例（規制薬物）』で高く，『大麻症例』がこれに次いでいた。

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50%以上が未婚であった。既婚者の割合は『医薬品症例』で20～40%前後と比較的高かった。離婚も全体の20%にみられ，薬物乱用による社会生活上の障害がうかがわれた。

12）主たる使用薬物の初回使用年齢
（表12-1～5）

主たる使用薬物別の初回薬物使用の平均年齢をみると，『有機溶剤症例』が15.7歳と最も低年齢であった。次いで，『大麻症例』18.3歳，『鎮咳薬症例』19.5歳，『覚せい剤症例』21.6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（規制薬物）』における覚せい剤，有機溶剤の初回使用年齢は，『覚せい剤症例』，『有機溶剤症例』におけるそれぞれの初回使用年齢とほぼ同じであった。

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”のみについて求めた。したがってここでの「使用期間」とは，あくまで薬物使用の“始め”と“終わり（あるいは現在）”のみから算出されたものであり，使用期間中の薬物使用様態の変化（使用中断後の再開，使用量の増減等）などは全く反映していない。

全体的な平均使用期間は，『その他症例』の4.3年から『鎮咳薬症例』の12.9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61.2%，10年以上は同じく41.9%にみられ，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4.6%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14.6%と少なく，最も頻度の高い併用薬物は有機溶剤（55.8%）で，大麻（42.9%）がこれに次いでいた。有機溶剤の使用開始年齢15.3歳で，『有機溶剤症例』におけるそれよりもわずかに低かった。

『有機溶剤症例』においては，単独使用症例は35.1%と高く，覚せい剤，大麻の使用歴を有する割合がそれぞれ33.8%，31.2%であった。覚せい剤使用開始年齢は19.8歳で，『覚せい剤症例』のそれよりやや低かった。

『大麻症例』では，単独使用症例は11.8%と少なく多剤併用の傾向があり，使用歴を有する薬物としては，覚せい剤，その他，コカインの割合が高かった。

『多剤症例（規制薬物）』では，覚せい剤，有機溶剤の併用が75～100%と大部分を占め，約60%

は大麻を併用していた。コカインの使用率は,『大麻症例』,『多剤症例（規制薬物）』で比較的高く,『多剤症例（規制薬物）』の25%はヘロイン使用歴も有していた。これらの多くは20歳前後に使用が開始されていた。

処方薬・医薬品使用の症例では，単独使用症例の割合はほぼ20％以下と全体的に低かった。『多剤症例（医薬品）』の90%近くが睡眠薬，抗不安薬をそれぞれ併用していた。『鎮咳薬症例』では，覚せい剤の使用頻度が56.3%と高く，使用開始年齢も19.6歳と低かった。覚せい剤初回使用年齢としては，すべての薬物群の中で最も低年齢であった。

１５）過去１年間における薬物使用歴（表１５-１，１５-２）

『覚せい剤症例』においては過去1年間に覚せい剤使用歴を有する症例の割合は約55%で,『有機溶剤症例』では60%弱に有機溶剤の使用歴がみられた。『大麻症例』でも，60%近くに1年以内の大麻使用歴がみられた。

『医薬品症例』では，過去1年間においてそれぞれの主たる使用薬物の使用歴を有する割合が概して高く，睡眠薬では70%近かった。鎮痛薬では70%を超え，鎮咳薬でも60%近かった。『多剤症例（医薬品）』では，40%前後が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2/3が喫煙経験者で，喫煙開始年齢は平均15.5歳であった。『有機溶剤症例』では14.3歳と最も低年齢で喫煙を開始しており,『多剤症例（規制薬物）』が14.9歳とほぼ同年齢であった。

非喫煙者の割合は,『鎮痛薬症例』などで比較的高かったが，全体としては4%弱と低かった。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る傾向がみられた。

１７）飲酒状況（表１７）

症例全体として70%近くに飲酒歴があり，飲酒開始年齢は平均16.7歳であった。『有機溶剤症例』で15.4歳と最も低年齢で飲酒を開始しており,『鎮咳薬症例』が15.9歳とこれに次いでいた。飲酒者の割合は,『抗不安薬症例』,『有機溶剤症例』で高かった。一方，非飲酒者は『鎮痛薬症例』で30%弱と最も高かった。

１８）精神科治療の開始年齢（表１８）

薬物関連精神疾患に関する精神科治療の開始年齢について表１８に示した。

『多剤症例（規制薬物）』,『有機溶剤症例』が22～23歳前後と最も低年齢で治療が開始されていた。これに対して『鎮痛薬症例』,『睡眠薬症例』では30歳代後半以降と高かった。年代別では,『有機溶剤症例』は約1/3の症例において，20歳未満で治療が開始されていた。『大麻症例』では60%近くが24歳までに治療が始まっていた。

なお,『睡眠薬症例』,『抗不安薬症例』等の処方薬を主たる使用薬物とする症例群では，睡眠障害や神経症といった薬物投与の契機となった原疾患の治療開始年齢が含まれている可能性も否定できず，薬物関連精神疾患の治療開始とは必ずしも一致しない場合がある。

１９）入院形態（表１９）

調査時点において入院治療を受けている患者について，入院時の入院形態を主たる使用薬物別にみたものである。入院患者総数は207例で，症例全体の45.7%を占めていた。主たる使用薬物別では,『多剤症例（医薬品）』,『抗不安薬症例』,『鎮咳薬症例』,『多剤症例（規制薬物）』が70～80%台と高かった。

入院形態別にみると，非自発的入院が全体の半数強を占めたが，自発的入院の割合と大きな差はなかった。

主たる使用薬物別にみると，措置入院は『睡眠薬症例』,『多剤症例（規制薬物）』,『鎮咳薬症例』,『覚せい剤症例』で10%前後にみられたが,『睡眠薬症例』3例の入院理由など詳細は不明である。医療保護入院は,『大麻症例』の入院においてはすべてを占め，次いで『多剤症例（規制薬物）』,『覚せい剤症例』,『有機溶剤症例』で50～60%にみられた。任意入院は,『医薬品症例』において50～80%と高かった。

２０）薬物初回使用の契機となった人物（表２０－１，２０－２）

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』，『多剤（規制薬物）』，『鎮咳薬症例』の男性と『大麻症例』の男女で50～80%と最も高い割合を示した。

『覚せい剤症例』，『鎮咳薬症例』の女性症例においては，“異性の友人”が30～50%と他の薬物症例群に比較して高い割合を示した。これに対して，『鎮痛薬症例』，『睡眠薬症例』，『抗不安薬症例』，『多剤症例（医薬品）』などでは，“自発的使用”あるいは“医師”をあげた症例の割合が比較的高かった。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4.0%，『大麻症例』の男性では18.2%にみられた。

なお，『覚せい剤症例』の女性では，半数以上で異性のパートナーが使用開始の契機となっていた。

２１）薬物の初回使用の動機（表２１-１，２１-２）

『覚せい剤症例』，『有機溶剤症例』，『大麻症例』などの規制薬物を主たる使用薬物とする症例群では，“好奇心”や“刺激を求めて”の割合が高く，『鎮咳薬症例』でも比較的高い割合を示した。これらは男性症例でより目立った。また，『覚せい剤症例』群における“性的効果を求めて”の男女差はなかった。『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，25～50%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女性の1例のみと少なかった。

２２）最近１年間における薬物の主な入手経路（表２２-１，２２-２）

最近1年以内に使用歴のない割合は，『覚せい剤症例』，『有機溶剤症例』の男性で60%前後と高かった。

入手経路としては，『覚せい剤症例』，『大麻症例』では20～30%が“密売人”で，『有機溶剤症例』の女性，『多剤症例（規制薬物）』でも高い割合を示した。『大麻症例』，『覚せい剤症例』，『有機溶剤症例』では“友人・知人”の割合が20～30%前後と比較的高く，女性でやや高い傾向がみられた。また『覚せい剤症例』の女性では，“恋人・愛人”が6.5%と他の薬物症例に比較して高い傾向がみられた。

一方，『睡眠薬症例』，『抗不安薬症例』，『鎮痛薬症例』および『多剤症例（医薬品）』ではほとんどが“医師”または“薬局”からの入手であった。とくに『鎮痛薬症例』，『鎮咳薬症例』では市販の医薬品を使用している割合が高いことがうかがわれた。

２３）主たる使用薬物別にみた主診断（表２３）

全体として“【F1x.2】依存症候群”と“【F1x.57】精神病性障害（症状持続>6M）”の割合が高く，それぞれ約1/3，1/4を占めていた。精神病症状の持続が6ヵ月以内である“【F1x.5】精神病性障害（<6M）”，“【F1x.7】残遺性障害および遅発性精神病性障害”はともに13.0%であった。

“【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，前回調査よりICD-10診断分類に追加した項目である。『覚せい剤症例』，『有機溶剤症例』また『大麻症例』では1/3がこれに該当し，“【F1x.7】残遺性障害よび遅発性精神病性障害”も合わせると，40～50%で症状の長期化，遷延化がみとめられた。

一方，『医薬品症例』では“【F1x.2】依存症候群”の比率が高く，『鎮痛薬症例』，『抗不安薬症例』，『多剤症例（医薬品）』では80%以上がこれに該当していた。

２４）性別にみたICD-10による主診断（表２４）

女性症例の40%以上が“【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。一方，“【F1x.57】精神病性障害（症状持続>6M）”においては，男性で約30%と高かった。男女とも慢性的な病態が優位であることがうかがわれた。

２５）精神疾患の家族歴（表２５）

薬物別にみた“精神疾患の家族歴”は，症例全体の26.3%でみられた。具体的な精神疾患が記載されていたのはごく一部だが，アルコール・薬物関連障害9例，統合失調症など精神病圏，神経症圏が各2例，感情病圏が1例などであった。

２６）Y-Gによる性格特性の評価について
（図１，図２）

Y-Gの12尺度について，面接時に担当医に評価を依頼し，各項目について「あり，なし，どちらともいえない」の3件法で回答を求めた。

集計後，「あり＝1」，「なし=－1」，「どちらともいえない=0」とスコア化して，主たる使用薬物群ごとに項目別の加算平均を算出し，プロフィールを描いた。

図１は，規制薬物症例群のプロフィールを示している。“神経質さ”は『多剤症例（規制薬物）』で比較的高く，“一般的活動性”は『覚せい剤症例』，『有機溶剤症例』，『大麻症例』で高かった。これらの規制薬物群では，“支配性”が低く，とくに『大麻症例』で目立った。

図２は，医薬品症例群のプロフィールを示している。すべての群で，“抑うつ性”，“気分易変性”，“劣等感の強さ”，“神経質さ”が高かったのは規制薬物症例群と対照的であった。鎮静薬（睡眠薬および抗不安薬）症例では，このほか“思考的外向性”，“支配性”が低かった。『鎮痛薬症例』では，“短気・攻撃性”が高い傾向がみられた。

２７）TCI（20項目）による評価

① 主たる使用薬物別にみたスコアの比較

TCIの20項目短縮版の回答を7次元別にスコア化し，主たる使用薬物別に比較した結果が表２６である。『睡眠薬症例』，『抗不安薬症例』では報酬依存（RD）が，『鎮痛薬症例』では損害回避（HA）が，『大麻症例』では，新奇希求性（NS），報酬依存（RD）のスコアがやや高い傾向がみられたが，統計的には差がみられなかった。

② 性差からみたTCIスコアの比較

同じく7次元のスコアについて，性差を比較した結果が表２７である。損害回避（HA），自己超越（ST）の2次元で，女性の方が有意にスコアが高かった（p=0.03，p=0.04）。

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50%を超え，全数調査としては概ね満足できる回答率を得ることができた。回答率を医療施設の種別でみると，国立病院・療養所が68%と最も高く，都道府県立病院を除いては50%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，対象施設の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12.8例と最も多く，前回調査よりも増加した。次いで都道府県立病院が前回よりもやや減少したが7.0例，民間病院はやや増えて4.5例であった。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がうかがえる。

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，今回の調査では「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。ただし，施設あたりの症例数は6.0例と，これまでの調査に比較して増加しており，一精神科医療機関で診療を受けた平均患者数は決して減少していなかった。報告症例数および症例報告施設数の減少については，薬物関連精神疾患の患者数全体の動向としても減少傾向にあることも考えられるが，それ以上に今回の調査では文書による同意取得を求めたことが大きく影響したと考えられる。また，今回の調査では首都圏の一薬物専門医療機関からの報告が全体の1/4近くを占めていたので，大都市圏における特徴として多剤併用などの傾向が例年より強く表れていた可能性がある。

２）今年度調査における関心項目

方法の項でも述べたように，今年度は性格特性について焦点を当て，Y-GとTCI20項目短縮版を用いて，それぞれ面接時の担当医による評価と自記式評価を施行した。

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。検挙者数で見る限りは，やや減少傾向にあるようだが，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51.4%と全症例の半数強を占めていた。また，「使用歴を有する薬物」としては，1996年以降の調査で最も高い割合を示している（表２８）。依然として精神科医療施設の現場においては，覚せい剤が最も重要な乱用薬物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』のうち約70%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歳代まではば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%であったが，今年度は0.9%と減少していた。

年齢分布においては，女性の方がより低年齢にシフトし，平均年齢も男性の38.6歳に対して33.5歳と低かった。年齢が40歳以上の症例は85例で『覚せい剤症例』の36.5%を占め，前回調査と同様の割合であった。

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37.8%で，これまでと同様の水準であった。初回使用年齢はこれまで女性の方が低い傾向がみられたが，今回は差がみられなかった。

覚せい剤使用期間が1年未満である症例は4.9%と，前回調査と同様であった。ただし初期乱用者の動向については，この結果のみから判断することは難しい。いずれにしても新たな乱用・依存者の出現については注意深く推移を見守る必要がある。

一方，覚せい剤の使用期間が5年以上の症例は64.4%にみられ，前回の40%からは大きく増加傾向にあった。10年以上の使用期間も約44.2%にみられ，長期使用の傾向がより強く現れていた。

全症例における覚せい剤初回使用方法では，男女とも約70%が静注で，男性では加熱吸煙が23%と女性より高い傾向がみられた。

④ 交友関係・司法矯正歴・社会生活

『覚せい剤症例』の男性症例では，『多剤症例（規制薬物）』と並んで，覚せい剤乱用前から“暴力団との関係”や“非行グループ”との関係を有する割合が最も高かった。逮捕・補導歴を有する症例の割合は，覚せい剤乱用開始後には男女ともほぼ半数を超え，男性では2/3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た。無職の割合や，離婚率も高く，依然として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70%が“同性の友人”と高い割合を示した。一方，“密売人”の関与は男女全体で3.4%と高かった。女性では初回使用の契機として“異性の友人”が40%と高い割合を示したことは，従来調査と同様の傾向であった。薬物使用開始の動機としては，とくに男性で“好奇心”が1/2強を示し，女性でも約40%にみられた。“性的効果を求めて”においては，これまで女性での割合が高い傾向がみられたが，今年度の結果では男女差がみられなかった。

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53%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33%と高い割合を示した。ICD-10の操作的診断基準では，症状持続が6ヶ月を超えた場合は精神作用物質による精神病性障害の診断から除外されるが，これまでの『覚せい剤症例』における精神病性障害の持続期間についての調査で，精神病性障害が6ヵ月以上にわたる覚せい剤症例が多く報告されたため，前回調査以降はICD-10の診断分類に追加している。今回の調査でも『F15.57：精神病性障害（>6M）』が高い割合で報告されたことから，覚せい剤による精神病性障害の遷延・持続化が引き続き精神医療の現場では大きな問題であることと同時に，そうした遷延した病態が日本では『覚せい剤精神病』として臨床医の間で認知されていることをも表すものである。また，『F15.7：残遺性障害および遅発性精神病性障害』も約20%にみられており，慢性の精神病状態あるいはこれに準ずる遷延性の病態は，『覚せい剤症例』の半数を超えていた。今後，このような長期にわたって持続する精神病性障害についてさらに詳細かつ実証的

な臨床研究を積み重ね，診断基準についても再検討する必要があると考えられる。

（2）有機溶剤

① 『有機溶剤症例』の概観

有機溶剤は，覚せい剤とならび依然として日本における代表的な乱用薬物である。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，依然として軽視してはならない薬物である。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。

- シンナー：39例
- トルエン：23例
- ボンド：10例
- ガス類：10例
- ラッカー：5例

『有機溶剤症例』が症例全体に占める割合は17%で，1996年[8]の22.8%，1998年[9]の25.5%，2000年[10]の19.6%，2002年の18.7%からみると，若干ではあるが引き続き減少傾向がみられた。しかし，“使用歴を有する薬物”としては1996年以来50%前後と高い水準で経過している[12]（表２８）。また，表３０に示すように，“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45.1%と最も高い割合であった。和田らによる住民調査[13]においても，誘われた経験を有する薬物，使用経験のある薬物としては有機溶剤が最も頻度が高い。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。

② 性・年齢の特徴

『有機溶剤症例』の特徴は，80％が男性で，平均15.7歳（男性15.7歳，女性16.0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程度と高かったが，今回の調査では約1/3であった。前述したように今回は首都圏の一薬物専門医療施設からの報告症例が多かったことで，都市部の多剤併用の傾向が影響していることも考えられる。

③ 喫煙・飲酒歴，薬物使用歴

喫煙は14.3歳，飲酒は15.4歳と，他の薬物症例に比較して最も低年齢で使用を開始しているのは毎回の調査でみられる特徴である。また，有機溶剤には薬物乱用への入り口としての役割，すなわち “入門薬”あるいは“gateway drug”としての役割があることを意味するだろう。一方，単独使用率，依存症候群および（6ヶ月以上の）精神病性障害を呈する割合がそれぞれ約1/3と高いことから，有機溶剤自体の強い依存形成と，長期にわたる精神病性障害の惹起作用があることも忘れてはならない。

使用期間では，1年未満の“初期乱用者”は3.9%で，やや減少傾向にある。また，5年以上の“長期乱用者”の割合は72%と高く，前回調査より増加傾向にあった。

④ 交友関係，逮捕・補導歴

交友関係では，乱用開始前の暴力団との関係を有する割合は男女合わせて12%と高くはないが，非行グループとの関係は49%と高かった。薬物乱用者との関係は，薬物乱用前には60%，乱用開始後も51%と高い割合を示した。また，薬物乱用開始前における薬物乱用者との関係を有する割合においては，女性が男性をやや上回っており，これまで同様の傾向がみられた。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2～5倍程度に増加していた。

⑤ 薬物使用の契機，動機，入手経路

初回使用の契機となった人物としては，男性では3/4，女性では半数近くが“同性の友人”とし，これはすべての薬物症例の中で最も高い割合であった。また，女性では約3割が“異性の友人”と回答していた。これら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“好奇心”が半数でみられ，次いで“刺激を求めて”が14%前後にみられた。薬物入手経路は“友人・知人”によるものが，とくに女性で20%近く，“密売人”は女性の半数近くときわだって高い割合を示した。これらの結果は，「遊び型」としての有機溶剤乱用行動を表すとともに，乱用開始におけるpeer pressure，その後の交友関係あるいは対人関係のあり方に関して，ある種の特徴を示唆するものかもしれない。

また，男性症例では60%近くが最近1年以内の有

機溶剤使用がなく，ここでも薬物中断後の精神症状の長期化，遷延化をうかがうことができる。

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”，“【F18.57】精神病性障害（>6M）”がそれぞれ1/3強で，“【F18.7】残遺性障害および遅発性精神病性障害”は9.1%と，約20%にみられた前回調査よりは減少傾向がみられた。しかしここでも『有機溶剤症例』において『覚せい剤症例』と同様に，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。

（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40～60%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）』の90%近くが睡眠薬と抗不安薬の併用例であるように，単独使用例はむしろ少ないのが特徴である。

これらの症例においては，これまで男女比が接近していたが，今年度の結果からは，『抗不安薬症例』で男性が，『鎮痛薬症例』では女性の比率が高かった。しかし報告症例数が少なかったため，全体の傾向が大きく変わったと判断することはむずかしい。また，平均年齢は30歳代後半～40歳代半ば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，最近1年間における使用率は60～80%前後と高い。

初回使用の契機となった人物については多くが“医師”や“薬剤師”と回答しているが，“自発的使用”も『睡眠薬症例』では20～30%にみられた。主には市販薬を自ら薬局で購入したケースなどが該当すると思われる。実際に報告された具体的な医薬品でも，OTC薬が含まれていた。『鎮痛薬症例』の女性では，“自発的使用”と“同性の友人”が半数近かった。

動機としては，約30～50%が“不眠”，“不安”，“疼痛”といった本来存在したとみられる症状の軽減を目的としていた。なお，これらの『睡眠薬症例』，『抗不安薬症例』の中にはいわゆる「常用量依存」例が含まれると考えられるが，本調査からは詳細は不明である。今後の調査で検討する必要があろう。また，最近1年以内の使用頻度もきわめて高く，ほとんどは薬局，医療機関からの入手であった。

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。

診断では，依存症候群の割合が70～90%と高く，『睡眠薬症例』では“急性中毒”も2例報告されている。

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】
- トリアゾラム（ハルシオン）：25例
- ブロムワレリル尿素（ブロバリン，“ウット”）：19例
- フルニトラゼパム（サイレース，ロヒプノール）：12例
- ニトラゼパム（ベンザリン）：5例
- ブロチゾラム（レンドルミン）：3例
- ゾピクロン（アモバン）：2例
- ベゲタミン：2例
- ゾルピデム（マイスリー）：2例
- エスタゾラム（ユーロジン），ニメタゼパム（エリミン），“ハイミナール”，ジフェンヒドラミン（“ドリエル”），ペントバルビタール（ラボナ），リルマザホン（リスミー）：各1例

以上のうち，ウット，ドリエルは市販品（OTC）である。

【抗不安薬】
- エチゾラム（デパス）：7例
- アルプラゾラム（ソラナックス，コンスタン）：4例
- ジアゼパム（セルシン）：4例
- ブロマゼパム（レキソタン，セニラン）：2例
- ロラゼパム（ワイパックス）：1例

【鎮痛薬】
- “ナロン”：6例
- “バファリン”：5例
- “パブロン”：3例

・ “セデス”：2例
・ “イブ”，“ノーシン”，：各1例

（4）鎮咳薬

『鎮咳薬症例』は1982年以来，毎回の調査で報告されている[8]。今回の調査では，主たる使用薬物としては3.5%を占め，増加傾向にあった前回と同じ割合であった。『鎮咳薬症例』では，平均19.5歳で鎮咳薬の使用を開始し，『覚せい剤症例』などの規制薬物使用症例と同様に性比は3：1と男性優位で，過去1年以内に2/3が鎮咳薬を継続的に使用しており，1/4に有機溶剤使用歴がみられたのは従来と同様の特徴である。覚せい剤使用歴を有する割合は前回の今年度は13%を大きく超えて56%を示し，その初回使用年齢も19.6歳と低かった。また，1/3～1/4は薬物乱用前から非行グループや薬物乱用者との関係をもっていた。

ICD-10による主診断では，63%が“【F19.2】依存症候群”に該当した。また，“【F19.57】精神病性障害（>6M)”，“【F19.7】残遺性障害および遅発性精神病性障害”を合わせると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。

なお，具体的に報告された鎮咳薬は以下のようなものであった。

・ “ブロン”（液，錠剤，顆粒）：14例
・ “トニン”：5例
・ コデイン：2例
・ エフェドリン，“カイゲンシロップ”：各1例

（5）大麻

大麻は近年その乱用の拡大がもっとも懸念される薬物のひとつである。検挙者数，押収量などもこの数年急激に増加している。本調査における『大麻症例』は1987年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，今年度は前回の2.6%に引き続き，“主たる使用薬物”としての割合が3.8%と増加した。

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，今年度は，前回の22.0%からさらに38.1%へと大幅に増加した（表２８）。一般社会での潜在的な，あるいはすでに顕在化しつつあると言わざるを得ない大麻乱用の拡大の影響が，精神医療の現場に及んできたと考えざるを得ない。

『大麻症例』は70%が男性で，平均27.6歳であった。薬物乱用前に30%が非行グループと，40%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点は，前回と同様の傾向である。約40%が覚せい剤の使用歴があり，コカイン使用歴を有する割合も24%と比較的高かった。

一方，『多剤症例（規制薬物)』では60%に，『覚せい剤症例』では43%に大麻使用歴がみられ，これらの割合は前回に比較して増加傾向にあった。

『大麻症例』の乱用開始にあたっては，60%前後の症例が“好奇心”を動機とし，“同性の友人”を契機としていた。最近１年以内の薬物入手は18%が“友人”からで，入手の容易さがうかがわれた。最近1年以内に使用歴のない割合は約40%と高く，女性では3/4がこれに該当した。診断としては，約1/3が“【F19.57】精神病性障害（>6M)”に該当しており，『大麻症例』においても長期にわたる症状の遷延傾向がうかがわれた。

（6）その他の薬物

報告された症例全体で使用歴があると報告されたその他の薬物としては，主として以下のようなものがみられた。

・ コカイン：55例
・ MDMA（“エクスタシー”）：41例
・ ヘロイン：23例
・ “マジック・マッシュルーム”：21例
・ メチルフェニデート（“リタリン”）：19例
・ LSD：14例
・ いわゆる“脱法ドラッグ”：12例

今回の調査においては，コカイン，ヘロイン，MDMAの使用歴を有する症例数の増加が著しい。とくにMDMAは押収量，検挙者数ともに年々倍増しており，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るとともに，さまざまな啓蒙，予防教育がさらに必要であ

ろう。

また，「脱法ドラッグ」乱用の問題も少しずつ精神医療の現場に出現しつつある。今年度は，GBL/GHB/1,4BDが3例，ケタミンが2例，5-MEOが1例報告された。GBL/GHB/1,4BDはGABA系の抑制性薬物で，GHB（ガンマヒドロキシ酪酸）は日本においても規制の対象となっており，すでに脱法ドラッグではないが，GBL（ガンマブチロノラクトン），1,4BD（1,4ブタンジオール，俗称は“ガンマスパイラル”など）はまだ規制の対象になっておらず，インターネットなどで入手が可能である。これらは，鎮静効果を有するが，嘔吐，呼吸・循環障害，意識障害などの重篤な副作用がみられることもあり，注意が必要である。また，5-MEO（5－メトキシーN，Nージイソプロピルトリプタミン，俗称“ゴメオ”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。

5）性格特性について

（1）Y-Gによる評価

Y-Gによる性格特性の検討では，これらの症例群では抑うつ，神経症的傾向は目立たず，一般的活動性は高いが，支配性が低い，換言すればリーダーシップをとらず，周囲に無批判に同調しやすい傾向があることが示唆された。

医薬品症例は全体的に，抑うつ的，神経症的傾向が強く，自己評価が低い傾向がみられた。『鎮痛剤症例』ではこのほか，短気で攻撃的な傾向がうかがわれた。また，鎮咳薬症例は規制薬物症例と医薬品症例の中間的な特徴を持っている傾向がみられた。

（2） TCI（20項目版）による評価

TCI（Temeperament and Character Inventory）はCloningerによる，気質（Temperament）と性格（Character）の7次元モデルに基づく評価尺度である。

「気質」は遺伝性で，認知機能や習慣形成の際に前概念的バイアスを伴うものとされる。行動に関する以下の4次元でとらえられる。

- 触発（新奇希求性：novelty seeking, NS）
- 維持（報酬依存：reward dependence, RD）
- 抑制（損害回避：harm avoidance, HA）
- 固着（固執：persistence, P）

一方，「性格」は自己概念によって洞察，学習することにより成人期に成熟し，自己のあるいは社会の有効性に影響するものとされている。「性格」は，自己を同定する程度によって以下の3次元でとらえられる。

- 自律的個人（自己志向：self-directedness, SD）
- 人類社会の統合的部分（協調：cooperativeness, C）
- 全体としての宇宙の統合的部分（自己超越：self-transcendence, ST）

上記の「気質」のカテゴリーのうち「新奇希求性」はドパミン，「報酬維持」はセロトニン，「損害回避」はノルアドレナリンといった脳内神経伝達物質との関連が報告されており，興味深い。TCI日本語版については，その信頼性および妥当性が報告されており，アルコール症，摂食障害などをはじめとしてこれまでさまざまな精神疾患について評価が行われているが，日本における薬物関連精神疾患の比較的多数例に関する報告はほとんどないため，今回の調査での評価を試みた。TCI原版は240項目から構成されるが，このまま質問項目に組み込むのは困難なため，各カテゴリーに相関の高い項目を選択した20項目版<文献>を自己評価尺度として用いた。

7カテゴリーの平均スコアは，主たる使用薬物で統計的には差がみられなかったが，「新奇希求性（NS）」では大麻症例が，「損害回避（HA）」では鎮痛薬症例が，「報酬依存」では大麻・抗不安薬・睡眠薬の各症例群が高いスコアを示しており，これらの結果は比較的理解しやすいと思われる。

性差の検討では，「損害回避（HA）」と，「自己超越（ST）」で女性の方が平均スコアが有意に高かった（t検定，p<.05）。アルコール症における検討で「損害回避（HA）」は，飲酒開始と飲酒頻度について抑制的に相関するが，飲酒を始めた場合ではむしろ重症化と相関することが報告されている<文献>。薬物関連精神疾患においても，例

数の上からは男性優位であるが，たとえば依存症候群の性差の検討からは女性においてむしろより重症例が存在することが示唆されたこと（2002年度調査）から考えると，同様の傾向が指摘できる可能性がある。「自己超越（ST）」スコアの性差については判断が難しいが，このカテゴリーに属する質問文の内容が12ステップの内容を想起させる可能性があるため，女性においてNA等のミーティング参加者が多かった可能性も否定できない。

E．結　論

１）全国の精神科病床を有する医療施設1,658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，834施設（50.3%）から453症例の報告を得た。

２）『覚せい剤症例』が233例（51.4%）と最も多く，『有機溶剤症例』77例（17.0%）と合わせると全体の7割近くを占め，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』44例（9.7%），『その他症例』20例（4.4%），『大麻症例』17例（3.8%），『鎮咳薬症例』16例（3.5%），『鎮痛薬症例』11例（2.4%），『抗不安薬症例』7例（1.5%），であった。多剤使用症例は『多剤症例（医薬品）』16例（3.5%），『多剤症例（規制薬物）』が12例（2.6%）と全体の約6%を占めていた。

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，検挙者数で見る限り社会での乱用の状況は落ち着きつつあるようにも見えるが，今後の精神医療の現場における推移を注意深く見守るべき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た。

６）『有機溶剤症例』の占める割合は17.0%とほぼ横ばいで，「使用歴を有する薬物」としても52.4%と覚せい剤に次いでおり，これまで同様の水準を保っていた。「初回使用薬物」としては45.1%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，薬物乱用が低年齢で開始されていた。このような低年齢における有機溶剤乱用の問題は，成長期における健康・保健問題のみならず，深刻な心理・社会的障害を引き起こすことにつながり，依然として重要な問題であると考えられた。

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かった。

９）『鎮咳薬症例』は主たる使用薬物としては3.5%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おり，Y-Gのプロフィールからも医薬品症例と規制薬物症例の中間的な特徴がうかがわれた。また，依存症候群に該当する割合は60%以上と高かった。

１０）『大麻症例』は3.8%と増加し，「使用歴の有する症例」も全体の22%から38.1%へとさらに大幅に増加した。社会における乱用の影響はすでに精神医療の現場にも顕在化しているといわざるを得ない。『大麻症例』の7割が男性で，4割に覚せい剤使用歴，1/4にコカインの使用歴がみられ多剤併用の傾向が強かった。診断としては，依存症候群，精神病性障害（6M）の割合がそれぞれ約1/3で，症状の遷延する症例も少なからず存在することがうかがわれた。

１１）その他，コカイン，ヘロイン，LSD，MDMA（“エクスタシー”），“マジックマッシュルーム”，メチルフェニデート等の報告がみられた。とくにMDMAの使用歴を有する症例は1割近くにみられ，ここでも社会の乱用拡大の影響がみられた。このような乱用薬物の多様化の傾向については引き続き注意を要するとともに，効果的な啓蒙・予防対策が講じられるべきであると考えられた。

１２）今年度の調査においては，回答率は50%を超えたが，症例報告施設数および報告症例数が従来に比較して激減した。これは原則的に文書による同意取得を条件とした点が大きく関連していると思われた。実際，同意を拒否した症例が相当数（少なくとも85施設，161例）存在したことがわかった。今後の調査において，方法論，とくに倫理的問題をどのようにクリアしつつ現場に負担をできるだけかけずに回答率を上げ，信頼性の高い報告を得るかについて，さらに検討を要すると思われた。

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，さらにご参加いただいた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）尾崎　茂：物質依存の時代変遷と現状。精神科治療学19(11)：1289-1296，2004。

（2）尾崎　茂：Methylphenidateの薬理，乱用と依存。「臨床精神薬理」8(6)，2005 (in print)。

2）学会発表

（1）尾崎　茂，和田　清：Severity of Dependence Scale (SDS)の有用性について。第39回日本アルコール・薬物医学会，ポスターシンポジウム1「精神医学」。2004年9月9日，八王子学園都市センター。

G．参考文献

1）病院要覧（2003 - 2004年版）。医療施設政策研究会（編集），医学書院。

2）福井　進，和田　清，伊豫雅臣，富山学人：薬物依存の疫学的調査研究－その3（乱用・依存の発生因子をめぐって）。厚生省精神・神経疾患研究委託費報告書：171-181，1989。

3）木島伸彦，斉藤令衣，竹内美香ほか：Cloningerの気質と性格の7次元モデルおよび日本語版Temperament and Character Inventory (TCI)。季刊精神科診断学7(3)：379-399。

4）Kitamura, T., Kijima, N., Suzuki, N., et al：Correlates of problem drinking among young Japanese women：personality and early experiences. Comprehensive Psychiatry 40：108-114，1999.

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）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15年度厚生労働科学研究補助金「薬物乱用・依存の実態とその社会的影響・対策に関する研究」研究報告書：89-103，2004。

13）和田　清，菊池安希子，尾崎　茂：薬物使用に関する全国住民調査。平成15年度厚生科学研究費補助金「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15年度研究報告書：17-81，2004。

14）Yukiko Makino, Satoshi Tanaka, Shingo Kurobane, et al. Profiling of Illegal Amphetamine-type Stimulant Tablets in Japan. J.Hea

1th 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。

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%)	32 (68.1%)	15 (31.9%)	192 (42.4%)	17 (36.2%)	12.8
自治体立病院						
都道府県立病院	77 (4.6%)	33 (42.9%)	7 (9.1%)	49 (10.8%)	26 (33.8%)	7.0
市町村立病院	74 (4.5%)	40 (54.1%)	2 (2.7%)	2 (0.4%)	38 (51.4%)	1.0
大学医学部附属病院	84 (5.1%)	42 (50.0%)	6 (7.1%)	7 (1.5%)	36 (42.9%)	1.2
民間病院	1376 (83.0%)	690 (50.1%)	45 (3.3%)	203 (44.8%)	645 (46.9%)	4.5
	1658 (100.0%)	837 (50.5%)	75 (4.5%)	453 (100.0%)	762 (46.0%)	6.0

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	全症例における割合
覚せい剤	161 (53.0%)	72 (48.3%)	233 (51.4%)	51.4%
有機溶剤	61 (20.1%)	16 (10.7%)	77 (17.0%)	17.0%
睡眠薬	25 (8.2%)	19 (12.8%)	44 (9.7%)	9.7%
抗不安薬	5 (1.6%)	2 (1.3%)	7 (1.5%)	1.5%
鎮痛薬	3 (1.0%)	8 (5.4%)	11 (2.4%)	2.4%
鎮咳薬	12 (3.9%)	4 (2.7%)	16 (3.5%)	3.5%
大麻	12 (3.9%)	5 (3.4%)	17 (3.8%)	3.8%
その他	13 (4.3%)	7 (4.7%)	20 (4.4%)	4.4%
多剤(医薬品)	3 (1.0%)	13 (8.7%)	16 (3.5%)	3.5%
多剤(規制薬物)	9 (3.0%)	3 (2.0%)	12 (2.6%)	2.6%
計	304 (100.0%)	149 (100.0%)	453 (100.0%)	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 (233例)		有機溶剤 (77例)		睡眠薬 (44例)		抗不安薬 (7例)		鎮痛薬 (11例)		鎮咳薬 (16例)	
性 別 性 比	男性 (69.1%)	女性 (30.9%)	男性 (79.2%)	女性 (20.8%)	男性 (56.8%)	女性 (43.2%)	男性 (71.4%)	女性 (28.6%)	男性 (27.3%)	女性 (72.7%)	男性 (75.0%)	女性 (25.0%)
年齢構成												
≦14	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
15～19	1 (0.6%)	1 (1.4%)	2 (3.3%)	6 (37.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
20～24	10 (6.2%)	13 (18.1%)	5 (8.2%)	4 (25.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (8.3%)	1 (25.0%)
25～29	13 (8.1%)	11 (15.3%)	7 (11.5%)	1 (6.3%)	3 (12.0%)	2 (10.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (33.3%)	0 (0.0%)	1 (8.3%)	1 (25.0%)
30～34	43 (26.7%)	21 (29.2%)	26 (42.6%)	2 (12.5%)	6 (24.0%)	2 (10.5%)	2 (40.0%)	2 (100.0%)	0 (0.0%)	2 (25.0%)	4 (33.3%)	1 (25.0%)
35～39	23 (14.3%)	10 (13.9%)	10 (16.4%)	3 (18.8%)	4 (16.0%)	3 (15.8%)	2 (40.0%)	0 (0.0%)	2 (66.7%)	1 (12.5%)	3 (25.0%)	1 (25.0%)
40～44	30 (18.6%)	8 (11.1%)	5 (8.2%)	0 (0.0%)	4 (16.0%)	3 (15.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (25.0%)	2 (16.7%)	0 (0.0%)
45～49	14 (8.7%)	0 (0.0%)	2 (3.3%)	0 (0.0%)	1 (4.0%)	3 (15.8%)	1 (20.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (25.0%)	1 (8.3%)	0 (0.0%)
50～54	14 (8.7%)	3 (4.2%)	4 (6.6%)	0 (0.0%)	2 (8.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
55～59	7 (4.3%)	2 (2.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (8.0%)	3 (15.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
60～64	3 (1.9%)	2 (2.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (10.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
65≦	2 (1.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (8.0%)	1 (5.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (12.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
不明	1 (0.6%)	1 (1.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (4.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
計	161 (100.0%)	72 (100.0%)	81 (100.0%)	16 (100.0%)	25 (100.0%)	19 (100.0%)	5 (100.0%)	2 (100.0%)	3 (100.0%)	8 (100.0%)	12 (100.0%)	4 (100.0%)
平均(男女別)	38.6±10.3	33.5±9.9	33.4±7.9	24.4±7.2	41.5±11.6	44.8±11.6	37.0±4.8	33.0±0.0	34.0±6.4	43.9±12.1	34.1±6.4	30.3±4.4
平均(全体)	37.0±10.5		31.5±8.6		43.0±11.7		35.9±4.4		41.2±11.7		33.1±6.2	

表3-2 主たる使用薬物別にみた性別・年齢の分布

	大麻 (17例)		その他 (20例)		多剤 (医薬品) (16例)		多剤 (規制薬物) (12例)	
性別	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
性比	(70.6%)	(29.4%)	(65.0%)	(35.0%)	(18.8%)	(81.3%)	(75.0%)	(25.0%)
年齢構成								
≦14	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (11.1%)	0 (0.0%)
15～19	1 (8.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
20～24	4 (33.3%)	2 (40.0%)	2 (15.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (23.1%)	0 (0.0%)	1 (33.3%)
25～29	2 (16.7%)	3 (60.0%)	3 (23.1%)	1 (14.3%)	0 (0.0%)	2 (15.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
30～34	2 (16.7%)	0 (0.0%)	3 (23.1%)	1 (14.3%)	0 (0.0%)	5 (38.5%)	2 (22.2%)	1 (33.3%)
35～39	2 (16.7%)	0 (0.0%)	2 (15.4%)	2 (28.6%)	2 (66.7%)	1 (7.7%)	3 (33.3%)	1 (33.3%)
40～44	1 (8.3%)	0 (0.0%)	1 (7.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
45～49	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (7.7%)	1 (11.1%)	0 (0.0%)
50～54	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (15.4%)	0 (0.0%)	1 (33.3%)	1 (7.7%)	2 (22.2%)	0 (0.0%)
55～59	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (28.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
60～64	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
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%)
不明	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	12 (100.0%)	5 (100.0%)	13 (100.0%)	7 (100.0%)	3 (100.0%)	13 (100.0%)	9 (100.0%)	3 (100.0%)
平均(男女別)	28.3±7.0	26.0±3.0	34.3±9.5	37.4±14.2	41.7±6.6	31.4±8.3	37.8±10.5	29.3±5.7
平均(全体)	27.6±6.2		35.4±11.5		33.3±9.0		35.7±10.2	

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	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	2 (0.9%)				1 (9.1%)						3	(0.7%)
	不明												
中学校	在学中										1 (8.3%)	1	(0.2%)
	中退	1 (0.4%)										1	(0.2%)
	卒業	71 (30.5%)	31 (40.3%)	10 (22.7%)	1 (14.3%)		2 (12.5%)	1 (5.9%)		3 (18.8%)	3 (25.0%)	122	(26.9%)
	不明	3 (1.3%)	3 (3.9%)	1 (2.3%)								7	(1.5%)
高校	在学中	2 (0.9%)	1 (1.3%)					1 (5.9%)				4	(0.9%)
	中退	56 (24.0%)	19 (24.7%)	3 (6.8%)		2 (18.2%)	1 (6.3%)	2 (11.8%)	2 (10.0%)		6 (50.0%)	91	(20.1%)
	卒業	52 (22.3%)	10 (13.0%)	13 (29.5%)	1 (14.3%)	5 (45.5%)	4 (25.0%)	3 (17.6%)	6 (30.0%)	6 (37.5%)		100	(22.1%)
	不明	3 (1.3%)	1 (1.3%)	1 (2.3%)								5	(1.1%)
専門学校	在学中	1 (0.4%)										1	(0.2%)
	中退	8 (3.4%)	2 (2.6%)			1 (9.1%)		1 (5.9%)		1 (6.3%)		13	(2.9%)
	卒業	13 (5.6%)	7 (9.1%)	4 (9.1%)	1 (14.3%)	1 (9.1%)	4 (25.0%)	1 (5.9%)	1 (5.0%)	1 (6.3%)		33	(7.3%)
	不明			1 (2.3%)						1 (6.3%)		2	(0.4%)
短大	在学中												
	中退			1 (2.3%)				1 (5.9%)		1 (6.3%)	1 (8.3%)	4	(0.9%)
	卒業	1 (0.4%)	1 (1.3%)					2 (11.8%)	1 (5.0%)	1 (6.3%)		6	(1.3%)
	不明												
大学	在学中		1 (1.3%)									1	(0.2%)
	中退	9 (3.9%)		2 (4.5%)			2 (12.5%)	2 (11.8%)	2 (10.0%)			17	(3.8%)
	卒業	7 (3.0%)		7 (15.9%)	4 (57.1%)	1 (9.1%)	2 (12.5%)	2 (11.8%)	5 (25.0%)	2 (12.5%)	1 (8.3%)	31	(6.8%)
	不明												
不明		4 (1.7%)	1 (1.3%)	1 (2.3%)			1 (6.3%)	1 (5.9%)	3 (15.0%)			11	(2.4%)
計		233 (100.0%)	77 (100.0%)	44 (100.0%)	7 (100.0%)	11 (100.0%)	16 (100.0%)	17 (100.0%)	20 (100.0%)	16 (100.0%)	12 (100.0%)	453	(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 (1.3)	6 (2.6)					1 (14.3)	1 (14.3)	1 (9.1)			
2 商人(卸・小売り)		1 (0.4)										
3 不動産業	1 (0.4)	1 (0.4)		1 (1.3)								
4 金融業		1 (0.4)		1 (1.3)	1 (2.3)							
5 自営職人	1 (0.4)	3 (1.3)		1 (1.3)								
6 露天・行商	1 (0.4)											
7 その他自営業	5 (2.1)	4 (1.7)			2 (4.5)	1 (2.3)	1 (14.3)					
8 団体役員		1 (0.4)		1 (1.3)								
9 会社員	11 (4.7)	5 (2.1)	2 (1.0)	1 (1.3)	4 (9.1)	1 (2.3)	1 (14.3)		2 (18.2)		1 (6.3)	
10 店員	9 (3.9)		7 (3.6)	3 (3.9)	3 (6.8)	2 (4.5)						
11 工員	17 (7.3)	4 (1.7)	3 (1.6)	1 (1.3)	1 (2.3)	1 (2.3)	1 (14.3)				1 (6.3)	
12 公務員	2 (0.9)				4 (9.1)	1 (2.3)	1 (14.3)	1 (14.3)				
13 風俗営業関係	10 (4.3)	2 (0.9)	1 (0.5)		1 (2.3)					1 (9.1)	2 (12.5)	
14 飲食業	13 (5.6)	5 (2.1)		2 (2.6)	3 (6.8)	2 (4.5)			1 (9.1)		2 (12.5)	
15 興業関係	4 (1.7)	2 (0.9)										
16 旅館業	2 (0.9)	1 (0.4)			1 (2.3)							
17 交通運輸	10 (4.3)	5 (2.1)	2 (1.0)							1 (9.1)		
18 土木建築業	16 (6.9)	5 (2.1)	7 (3.6)	1 (1.3)							1 (6.3)	
19 日雇い労働者	4 (1.7)	6 (2.6)	2 (1.0)									
20 その他の被雇用者	7 (3.0)	7 (3.0)	4 (2.1)	1 (1.3)	4 (9.1)			1 (14.3)				1 (6.3)
21 医療業関係	1 (0.4)	1 (0.4)			4 (9.1)	2 (4.5)						
22 芸能関係	1 (0.4)				1 (2.3)				1 (9.1)			
24 小学生	2 (0.9)		1 (0.5)									
25 中学生	39 (16.7)		27 (14.1)								1 (6.3)	
26 高校生	10 (4.3)	2 (0.9)	8 (4.2)	1 (1.3)	1 (2.3)				1 (9.1)		2 (12.5)	
27 大学生	4 (1.7)		1 (0.5)		1 (2.3)						1 (6.3)	
28 各種学校生	3 (1.3)											
29 主婦	3 (1.3)	8 (3.4)	1 (0.5)		2 (4.5)	2 (4.5)	1 (14.3)		1 (9.1)	1 (9.1)		1 (6.3)
30 家事手伝い	1 (0.4)	1 (0.4)				1 (2.3)				1 (9.1)		
31 無職	14 (6.0)	125 (53.6)	4 (2.1)	52 (67.5)	2 (4.5)	21 (47.7)		3 (42.9)	1 (9.1)	5 (45.5)	2 (12.5)	10 (62.5)
32 不定	6 (2.6)	3 (1.3)	1 (0.5)	2 (2.6)	1 (2.3)						1 (6.3)	
33 不明	28 (12.0)	32 (13.7)	6 (3.1)	8 (10.4)	8 (18.2)	10 (22.7)	1 (14.3)	1 (14.3)	2 (18.2)	2 (18.2)	2 (12.5)	4 (25.0)
34 その他	5 (2.1)	2 (0.9)		1 (1.3)					1 (9.1)			
計	233 (100.0)	233 (100.0)	77 (40.1)	77 (100.0)	44 (100.0)	44 (100.0)	7 (100.0)	7 (100.0)	11 (100.0)	11 (100.0)	16 (100.0)	16 (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		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(%)
1 農林漁業								
2 商人(卸・小売り)								
3 不動産業								
4 金融業							1 (8.3)	
5 自営職人								
6 露天・行商								
7 その他自営業		1 (5.9)			1 (6.3)			
8 団体役員								
9 会社員	1 (5.9)	1 (5.9)	4 (20.0)	3 (15.0)			1 (8.3)	
10 店員								
11 工員			1 (5.0)				1 (8.3)	
12 公務員			1 (5.0)	1 (5.0)	1 (6.3)	1 (6.3)		
13 風俗営業関係	3 (17.6)	1 (5.9)		1 (5.0)				
14 飲食業			1 (5.0)			1 (6.3)	1 (8.3)	
15 興業関係								
16 旅館業								
17 交通運輸					1 (6.3)			
18 土木建築業			1 (5.0)		1 (6.3)			
19 日雇い労働者	1 (5.9)	1 (5.9)						
20 その他の被雇用者	1 (5.9)				1 (6.3)	1 (6.3)		
21 医療業関係	1 (5.9)	1 (5.9)	2 (10.0)	1 (5.0)		1 (6.3)		
22 芸能関係			(0.0)					
24 小学生			1 (5.0)					
25 中学生	1 (5.9)						3 (25.0)	1 (8.3)
26 高校生	4 (23.5)	1 (5.9)	2 (10.0)		1 (6.3)		3 (25.0)	
27 大学生	1 (5.9)		1 (5.0)					
28 各種学校生					1 (6.3)			
29 主婦			1 (5.0)	1 (5.0)	1 (6.3)	2 (12.5)		
30 家事手伝い								
31 無職		8 (47.1)	1 (5.0)	8 (40.0)	2 (12.5)	4 (25.0)	1 (8.3)	6 (50.0)
32 不定								
33 不明	3 (17.6)	3 (17.6)	4 (20.0)	5 (25.0)	6 (37.5)	6 (37.5)	1 (8.3)	5 (41.7)
34 その他	1 (5.9)							
計	17 (100.0)	17 (100.0)	20 (100.0)	20 (100.0)	16 (100.0)	16 (100.0)	12 (100.0)	12 (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)	71	(44.1%)	66	(41.0%)	38	(23.6%)	25	(15.5%)	161	(100.0%)
	(女)	23	(31.9%)	27	(37.5%)	19	(26.4%)	12	(16.7%)	72	(100.0%)
有機溶剤	(男)	7	(11.5%)	23	(37.7%)	33	(54.1%)	1	(1.6%)	61	(100.0%)
	(女)	2	(12.5%)	4	(25.0%)	9	(56.3%)	2	(12.5%)	16	(100.0%)
睡眠薬	(男)	1	(4.0%)			19	(76.0%)	5	(20.0%)	25	(100.0%)
	(女)	4	(21.1%)	2	(10.5%)	12	(63.2%)	3	(15.8%)	19	(100.0%)
抗不安薬	(男)					5	(100.0%)			5	(100.0%)
	(女)	1	(50.0%)			1	(50.0%)			2	(100.0%)
鎮痛薬	(男)					3	(100.0%)			3	(100.0%)
	(女)	2	(25.0%)			5	(62.5%)	1	(12.5%)	8	(100.0%)
鎮咳薬	(男)			2	(16.7%)	8	(66.7%)	2	(16.7%)	12	(100.0%)
	(女)					3	(75.0%)	1	(25.0%)	4	(100.0%)
大麻	(男)					11	(91.7%)	1	(8.3%)	12	(100.0%)
	(女)	2	(40.0%)	1	(20.0%)	2	(40.0%)	1	(20.0%)	5	(100.0%)
その他	(男)	2	(15.4%)	2	(15.4%)	9	(69.2%)	1	(7.7%)	13	(100.0%)
	(女)	2	(28.6%)			2	(28.6%)	3	(42.9%)	7	(100.0%)
多剤	(男)					3	(100.0%)			3	(100.0%)
(医薬品)	(女)	1	(7.7%)	0		8	(61.5%)	4	(30.8%)	13	(100.0%)
多剤	(男)	4	(44.4%)	1	(11.1%)	2	(22.2%)	3	(33.3%)	9	(100.0%)
(規制薬物)	(女)			2	(66.7%)	1	(33.3%)			3	(100.0%)
計	(男)	85	(28.0%)	94	(30.9%)	131	(43.1%)	38	(12.5%)	304	(100.0%)
	(女)	37	(24.8%)	36	(24.2%)	62	(41.6%)	27	(18.1%)	149	(100.0%)
男女計		122	(26.9%)	130	(28.7%)	193	(42.6%)	65	(14.3%)	453	(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)	78	(48.4%)	42	(26.1%)	45	(28.0%)	27	(16.8%)	161	(100.0%)
	(女)	28	(38.9%)	14	(19.4%)	25	(34.7%)	15	(20.8%)	72	(100.0%)
有機溶剤	(男)	30	(49.2%)	26	(42.6%)	15	(24.6%)	5	(8.2%)	61	(100.0%)
	(女)	8	(50.0%)	4	(25.0%)	6	(37.5%)			16	(100.0%)
睡眠薬	(男)	3	(12.0%)			16	(64.0%)	6	(24.0%)	25	(100.0%)
	(女)	1	(5.3%)	1	(5.3%)	13	(68.4%)	5	(26.3%)	19	(100.0%)
抗不安薬	(男)	1	(20.0%)			4	(80.0%)			5	(100.0%)
	(女)	1	(50.0%)			1	(50.0%)			2	(100.0%)
鎮痛薬	(男)					2	(66.7%)	1	(33.3%)	3	(100.0%)
	(女)	1	(12.5%)			6	(75.0%)	1	(12.5%)	8	(100.0%)
鎮咳薬	(男)	4	(33.3%)	2	(16.7%)	6	(50.0%)	1	(8.3%)	12	(100.0%)
	(女)	1	(25.0%)			2	(50.0%)	1	(25.0%)	4	(100.0%)
大麻	(男)	3	(25.0%)			8	(66.7%)	1	(8.3%)	12	(100.0%)
	(女)	2	(40.0%)	1	(20.0%)	2	(40.0%)	1	(20.0%)	5	(100.0%)
その他	(男)	3	(23.1%)	2	(15.4%)	9	(69.2%)	1	(7.7%)	13	(100.0%)
	(女)	1	(14.3%)			3	(42.9%)	3	(42.9%)	7	(100.0%)
多剤	(男)	1	(33.3%)			2	(66.7%)			3	(100.0%)
(医薬品)	(女)	2	(15.4%)			8	(61.5%)	3	(23.1%)	13	(100.0%)
多剤	(男)	5	(55.6%)	1	(11.1%)			4	(44.4%)	9	(100.0%)
(規制薬物)	(女)	1	(33.3%)	1	(33.3%)	1	(33.3%)			3	(100.0%)
計	(男)	128	(42.1%)	73	(24.0%)	107	(35.2%)	46	(15.1%)	304	(100.0%)
	(女)	46	(30.9%)	21	(14.1%)	67	(45.0%)	29	(19.5%)	149	(100.0%)
男女計		174	(38.4%)	94	(20.8%)	174	(38.4%)	75	(16.6%)	453	(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)	98	(60.9%)	96	(59.6%)	14	(8.7%)	17	(10.6%)	161	(100.0%)
	(女)	36	(50.0%)	35	(48.6%)	3	(4.2%)	13	(18.1%)	72	(100.0%)
有機溶剤	(男)	35	(57.4%)	32	(52.5%)	9	(14.8%)	6	(9.8%)	61	(100.0%)
	(女)	11	(68.8%)	7	(43.8%)	3	(18.8%)	16		16	(100.0%)
睡眠薬	(男)	4	(16.0%)	2	(8.0%)	12	(48.0%)	7	(28.0%)	25	(100.0%)
	(女)	2	(10.5%)	3	(15.8%)	11	(57.9%)	3	(15.8%)	19	(100.0%)
抗不安薬	(男)			1	(20.0%)	4	(80.0%)	5		5	(100.0%)
	(女)			1	(50.0%)	1	(50.0%)	2		2	(100.0%)
鎮痛薬	(男)					3	(100.0%)			3	(100.0%)
	(女)	3	(33.3%)	1	(11.1%)	4	(44.4%)	1	(11.1%)	9	(100.0%)
鎮咳薬	(男)	4	(33.3%)	4	(33.3%)	3	(25.0%)	3	(25.0%)	12	(100.0%)
	(女)	1	(25.0%)	1	(25.0%)	1	(25.0%)	1	(25.0%)	4	(100.0%)
大麻	(男)	5	(33.3%)	7	(46.7%)	2	(13.3%)	1	(6.7%)	15	(100.0%)
	(女)	2	(40.0%)	2	(40.0%)			1	(20.0%)	5	(100.0%)
その他	(男)	3	(23.1%)	4	(30.8%)	7	(53.8%)	1	(7.7%)	13	(100.0%)
	(女)	1	(14.3%)			3	(42.9%)	3	(42.9%)	7	(100.0%)
多剤(医薬品)	(男)	1	(33.3%)			2	(66.7%)			3	(100.0%)
	(女)	1	(7.7%)			8	(61.5%)	4	(30.8%)	13	(100.0%)
多剤(規制薬物)	(男)	5	(55.6%)	1	(11.1%)			4	(44.4%)	9	(100.0%)
	(女)	1	(33.3%)	3	(100.0%)					3	(100.0%)
計	(男)	155	(50.5%)	147	(47.9%)	56	(18.2%)	44	(14.3%)	307	(100.0%)
	(女)	58	(38.7%)	53	(35.3%)	34	(22.7%)	44	(29.3%)	150	(100.0%)
男女計		213	(46.6%)	200	(43.8%)	90	(19.7%)	88	(19.3%)	457	(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)	82 (50.9%)	75 (46.6%)	4 (2.5%)	161 (100.0%)
	(女)	21 (29.2%)	44 (61.1%)	7 (9.7%)	72 (100.0%)
有機溶剤	(男)	28 (45.9%)	31 (50.8%)	2 (3.3%)	61 (100.0%)
	(女)	5 (31.3%)	10 (62.5%)	1 (6.3%)	16 (100.0%)
睡眠薬	(男)	2 (8.0%)	17 (68.0%)	6 (24.0%)	25 (100.0%)
	(女)	2 (10.5%)	16 (84.2%)	1 (5.3%)	19 (100.0%)
抗不安薬	(男)		5 (100.0%)		5 (100.0%)
	(女)		2 (100.0%)		2 (100.0%)
鎮痛薬	(男)		2 (66.7%)	1 (33.3%)	3 (100.0%)
	(女)	1 (12.5%)	7 (87.5%)		8 (100.0%)
鎮咳薬	(男)	2 (16.7%)	8 (66.7%)	2 (16.7%)	12 (100.0%)
	(女)	1 (25.0%)	2 (50.0%)	1 (25.0%)	4 (100.0%)
大麻	(男)	3 (25.0%)	8 (66.7%)	1 (8.3%)	12 (100.0%)
	(女)	2 (40.0%)	3 (60.0%)		5 (100.0%)
その他	(男)	4 (30.8%)	9 (69.2%)		13 (100.0%)
	(女)	1 (14.3%)	3 (42.9%)	3 (42.9%)	7 (100.0%)
多剤(医薬品)	(男)		3 (100.0%)		3 (100.0%)
	(女)	2 (15.4%)	6 (46.2%)	5 (38.5%)	13 (100.0%)
多剤(規制薬物)	(男)	6 (66.7%)	3 (33.3%)		9 (100.0%)
	(女)		3 (100.0%)		3 (100.0%)
計	(男)	127 (41.8%)	161 (53.0%)	16 (5.3%)	304 (100.0%)
	(女)	35 (23.5%)	96 (64.4%)	18 (12.1%)	149 (100.0%)
男女計		162 (35.8%)	257 (56.7%)	34 (7.5%)	453 (100.0%)

表10 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)	33 (20.5%)	104 (64.6%)	28 (17.4%)	10 (6.2%)	161 (100.0%)
	(女)	12 (16.7%)	35 (48.6%)	18 (25.0%)	10 (13.9%)	72 (100.0%)
有機溶剤	(男)	8 (13.1%)	44 (72.1%)	10 (16.4%)	4 (6.6%)	61 (100.0%)
	(女)	3 (18.8%)	7 (43.8%)	6 (37.5%)		16 (100.0%)
睡眠薬	(男)	1 (4.0%)	5 (20.0%)	12 (48.0%)	7 (28.0%)	25 (100.0%)
	(女)	1 (5.3%)	2 (10.5%)	13 (68.4%)	3 (15.8%)	19 (100.0%)
抗不安薬	(男)	(0.0%)	1 (20.0%)	4 (80.0%)		5 (100.0%)
	(女)	(0.0%)	(0.0%)	2 (100.0%)		2 (100.0%)
鎮痛薬	(男)	(0.0%)	(0.0%)	2 (66.7%)	1 (33.3%)	3 (100.0%)
	(女)	(0.0%)	2 (25.0%)	6 (75.0%)		8 (100.0%)
鎮咳薬	(男)	3 (25.0%)	5 (41.7%)	4 (33.3%)	1 (8.3%)	12 (100.0%)
	(女)	(0.0%)	3 (75.0%)	1 (25.0%)		4 (100.0%)
大麻	(男)	(0.0%)	4 (33.3%)	7 (58.3%)	1 (8.3%)	12 (100.0%)
	(女)	1 (20.0%)	(0.0%)	4 (80.0%)		5 (100.0%)
その他	(男)	2 (15.4%)	3 (23.1%)	9 (69.2%)		13 (100.0%)
	(女)	1 (14.3%)	1 (14.3%)	2 (28.6%)	3 (42.9%)	7 (100.0%)
多剤(医薬品)	(男)	(0.0%)	1 (33.3%)	2 (66.7%)		3 (100.0%)
	(女)	1 (7.7%)	3 (23.1%)	7 (53.8%)	2 (15.4%)	13 (100.0%)
多剤(規制薬物)	(男)	3 (33.3%)	4 (44.4%)	3 (33.3%)	6 (66.7%)	9 (100.0%)
	(女)	1 (33.3%)	2 (66.7%)	1 (33.3%)		3 (100.0%)
計	(男)	50 (16.4%)	171 (56.3%)	81 (26.6%)	30 (9.9%)	304 (100.0%)
	(女)	20 (13.4%)	55 (36.9%)	60 (40.3%)	18 (12.1%)	149 (100.0%)
男女計		70 (15.5%)	226 (49.9%)	141 (31.1%)	48 (10.6%)	453 (100.0%)

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)	90 (55.9%)	2 (1.2%)	1 (0.6%)	16 (9.9%)	1 (0.6%)	43 (26.7%)	0	2 (1.2%)	0	6 (3.7%)	161
	(女)	30 (41.7%)	4 (5.6%)	3 (4.2%)	12 (16.7%)	0	14 (19.4%)	1 (1.4%)	1 (1.4%)	0	7 (9.7%)	72
有機溶剤	(男)	43 (70.5%)	0	1 (1.6%)	3 (4.9%)	1 (1.6%)	10 (16.4%)	0	0	0	3 (4.9%)	61
	(女)	14 (87.5%)	0	1 (6.3%)	0	0	1 (6.3%)	0	0	0	0	16
睡眠薬	(男)	9 (36.0%)	1 (4.0%)	0	5 (20.0%)	2 (8.0%)	3 (12.0%)	0	0	0	5 #####	25
	(女)	6 (31.6%)	0	2 #####	4 (21.1%)	0	5 (26.3%)	1 (5.3%)	1 (5.3%)	0	0	19
抗不安薬	(男)	3 (60.0%)	0	0	1 (20.0%)	0	1 (20.0%)	0	0	0	0	5
	(女)	1 (50.0%)	0	0	0	0	1 (50.0%)	0	0	0	0	2
鎮痛薬	(男)	2 (66.7%)	0	0	0	0	0	0	0	0	1 #####	3
	(女)	1 (12.5%)	0	0	3 (37.5%)	0	4 (50.0%)	0	0	0	0	8
鎮咳薬	(男)	9 (75.0%)	0	0	2 (16.7%)	0	0	0	0	0	1 (8.3%)	12
	(女)	1 (25.0%)	1 #####	0	1 (25.0%)	0	0	0	0	0	1 #####	4
大麻	(男)	8 (66.7%)	0	0	0	0	2 (16.7%)	0	0	0	2 #####	12
	(女)	3 (60.0%)	0	0	0	1 (20.0%)	1 (20.0%)	0	0	0	0	5
その他	(男)	8 (61.5%)	0	0	3 (23.1%)	0	2 (15.4%)	0	0	0	0	13
	(女)	3 (42.9%)	0	0	1 (14.3%)	1 (14.3%)	0	0	0	0	2 #####	7
多剤(医薬品)	(男)	2 (66.7%)	0	0	0	0	1 (33.3%)	0	0	0	0	3
	(女)	5 (38.5%)	0	0	2 (15.4%)	0	2 (15.4%)	0	0	0	4 #####	13
多剤(規制薬物)	(男)	5 (55.6%)	0	1 #####	0	0	1 (11.1%)	0	0	0	2 #####	9
	(女)	2 (66.7%)	0	0	0	0	1 (33.3%)	0	0	0	0	3
計	(男)	179 (58.9%)	3 (1.0%)	3 (1.0%)	30 (9.9%)	4 (1.3%)	63 (20.7%)	0 (0.0%)	2 (0.7%)	0 (0.0%)	20 (6.6%)	304
	(女)	66 (44.3%)	5 (3.4%)	6 (4.0%)	23 (15.4%)	2 (1.3%)	29 (19.5%)	2 (1.3%)	2 (1.3%)	0 (0.0%)	14 (9.4%)	149
男女計		245 (54.1%)	8 (1.8%)	9 (2.0%)	53 (11.7%)	6 (1.3%)	92 (20.3%)	2 (0.4%)	4 (0.9%)	0 (0.0%)	34 (7.5%)	453

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			2 (3.3%)			
10～14	1 (0.6%)	3 (4.2%)	21 (34.4%)	7 (43.8%)		
15～19	59 (36.6%)	25 (34.7%)	34 (55.7%)	7 (43.8%)	1 (4.0%)	2 (10.5%)
20～24	64 (39.8%)	24 (33.3%)	2 (3.3%)	1 (6.3%)	3 (12.0%)	2 (10.5%)
25～29	13 (8.1%)	9 (12.5%)		1 (6.3%)	7 (28.0%)	4 (21.1%)
30～34	12 (7.5%)	5 (6.9%)			5 (20.0%)	2 (10.5%)
35～39	2 (1.2%)		1 (1.6%)		2 (8.0%)	
40～44	2 (1.2%)					2 (10.5%)
45～49		1 (1.4%)				
50～54					1 (4.0%)	1 (5.3%)
55～59					1 (4.0%)	1 (5.3%)
60～64		1 (1.4%)				1 (5.3%)
65～					1 (4.0%)	(0.0%)
不明	8 (5.0%)	4 (5.6%)	1 (1.6%)		4 (16.0%)	4 (21.1%)
計	161 (100.0%)	72 (100.0%)	61 (100.0%)	16 (100.0%)	25 (100.0%)	19 (100.0%)
平均年齢(男女別)	21.5±5.1	21.7±7.6	15.7±3.5	16.0±3.3	32.1±11.4	32.9±13.8
平均年齢(全体)	21.6±5.9		15.7±3.5		32.4±12.3	

表12-2　主たる使用薬物別にみた薬物初回使用年齢

主たる使用薬物（使用薬物）	抗不安薬（抗不安薬）		鎮痛薬（鎮痛薬）		鎮咳薬（鎮咳薬）	
年齢(歳)	男性	女性	男性	女性	男性	女性
10～14						
15～19				3 (37.5%)	3 (25.0%)	3 (75.0%)
20～24				1 (12.5%)	4 (33.3%)	
25～29	3 (60.0%)	2 (100.0%)	1 (33.3%)	1 (12.5%)	1 (8.3%)	
30～34			1 (33.3%)			
35～39				1 (12.5%)		
40～44				1 (12.5%)		
45～49						
50～54						
55～59						
60～64						
65～				1 (12.5%)		
不明	2 (40.0%)		1 (33.3%)		4 (33.3%)	1 (25.0%)
計	5 (100.0%)	2 (100.0%)	3 (100.0%)	8 (100.0%)	12 (100.0%)	4 (100.0%)
平均年齢(男女別)	27.3±0.6	25.0	30.0±4.2	30.3±17.2	20.1±3.6	18.0±1.0
平均年齢(全体)	26.4±1.3		30.2±15.2		19.6±3.2	

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	その他
使用期間(年)								
平均	10.9±8.5	12.1±7.9	9.1±9.7	8.0±1.0	12.0±7.1	12.9±6.3	6.8±6.0	4.3±3.4
<1	9 (3.9%)	3 (3.9%)	5 (11.4%)	0	0	0	2 (11.8%)	2 (10.0%)
1～2	12 (5.2%)	4 (5.2%)	2 (4.5%)	0	0	0	1 (5.9%)	0
2～3	12 (5.2%)	4 (5.2%)	1 (2.3%)	0	0	0	0	4 (20.0%)
3～4	14 (6.0%)	3 (3.9%)	0 (0.0%)	0	0	1 (6.3%)	2 (11.8%)	1 (5.0%)
4～5	11 (4.7%)	4 (5.2%)	1 (2.3%)	0	0	0	2 (11.8%)	1 (5.0%)
5～10	47 (20.2%)	8 (10.4%)	12 (27.3%)	3 (42.9%)	4 (36.4%)	1 (6.3%)	3 (17.6%)	4 (20.0%)
10～15	40 (17.2%)	20 (26.0%)	5 (11.4%)	0	2 (18.2%)	3 (18.8%)	2 (11.8%)	2 (10.0%)
15～20	25 (10.7%)	14 (18.2%)	2 (4.5%)	0	0	2 (12.5%)	2 (11.8%)	0
20～25	25 (10.7%)	8 (10.4%)	1 (2.3%)	0	1 (9.1%)	2 (12.5%)	0	0
25～30	5 (2.1%)	5 (6.5%)	0	0	1 (9.1%)	0	0	0
30～35	7 (3.0%)	1 (1.3%)	0	0	0	0	0	0
35≦	1 (0.4%)	0	2 (4.5%)	0	0	0	0	0
不明	25 (10.7%)	3 (3.9%)	13 (29.5%)	4 (57.1%)	3 (27.3%)	7 (43.8%)	3 (17.6%)	6 (30.0%)
計	233 (100.0%)	77 (100.0%)	44 (100.0%)	7 (100.0%)	11 (100.0%)	16 (100.0%)	17 (100.0%)	20 (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	*34 (14.6%)*	*27 (35.1%)*	*2 (11.8%)*	*0*
覚せい剤	233 (100.0%)	26 (33.8%)	7 (41.2%)	12 (100.0%)
	21.6±5.9	19.8±4.9	20.7±4.0	20.8±6.1
有機溶剤	130 (55.8%)	77 (100.0%)	1 (5.9%)	9 (75.0%)
	15.3±2.4	15.7±3.5	14.0	16.0±2.7
睡眠薬	39 (16.7%)	6 (7.8%)	2 (11.8%)	4 (33.3%)
	25.3±7.6	19.8±6.9	19.0±1.4	21.3±6.1
抗不安薬	20 (8.6%)	6 (7.8%)	1 (5.9%)	5 (41.7%)
	26.9±7.7	20.6±7.2	20.0	28.0±8.0
鎮痛薬	13 (5.6%)	3 (3.9%)	0 (0.0%)	2 (16.7%)
	20.4±4.5	16.5±0.7		20.0
鎮咳薬	9 (3.9%)	1 (1.3%)	0 (0.0%)	4 (33.3%)
	21.5±7.4	14.0		17.3±4.0
大麻	100 (42.9%)	24 (31.2%)	17 (100.0%)	7 (58.3%)
	21.8±6.5	20.3±4.4	18.3±3.0	20.8±9.0
コカイン	34 (14.6%)	4 (5.2%)	4 (23.5%)	3 (25.0%)
	23.2±7.0	22.0±7.4	20.7±0.6	18.0±3.5
ヘロイン	14 (6.0%)	2 (2.6%)	1 (5.9%)	3 (25.0%)
	23.5±4.4	16.5±2.1	-	20.7±4.5
その他	15 (6.4%)	3 (3.9%)	5 (29.4%)	4 (33.3%)
	23.2±7.9	17.5±0.7	26.8±7.6	21.7±5.9

(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	その他	多剤(医薬品)
(併用薬物)						
なし	*9 (20.5%)*	*1 (14.3%)*	*1 (9.1%)*	*3 (18.8%)*	*4 (20.0%)*	*0*
覚せい剤	7 (15.9%)	0 (0.0%)	3 (27.3%)	9 (56.3%)	7 (35.0%)	5 (31.3%)
	22.3±4.9		21.0±4.6	19.6±2.2	21.6±4.9	22.0±3.7
有機溶剤	7 (15.9%)	0 (0.0%)	3 (27.3%)	4 (25.0%)	5 (25.0%)	2 (12.5%)
	15.3±1.2		15.3±1.5	16.3±3.9	16.4±3.4	12.5±0.7
睡眠薬	44 (100.0%)	4 (57.1%)	3 (27.3%)	5 (31.3%)	6 (30.0%)	14 (87.5%)
	32.4±12.3	26.3±1.2	26.7±12.9	21.6±2.1	23.6±5.0	26.8±6.2
抗不安薬	16 (36.4%)	7 (100.0%)	2 (18.2%)	4 (25.0%)	4 (20.0%)	14 (87.5%)
	33.8±11.6	26.4±1.3	38.5±3.5	21.5±2.1	33.3±15.3	25.9±6.9
鎮痛薬	5 (11.4%)	2 (28.6%)	11 (100.0%)	1 (6.3%)	2 (10.0%)	4 (25.0%)
	22.3±5.0	25.0	30.2±15.2	28.0	23.0	23.3±6.0
鎮咳薬	7 (15.9%)	0 (0.0%)	2 (18.2%)	16 (100.0%)	3 (15.0%)	2 (12.5%)
	25.6±8.5		17.0	19.6±3.2	18.5±6.4	30.5±0.7
大麻	6 (13.6%)	1 (14.3%)	1 (9.1%)	6 (37.5%)	6 (30.0%)	4 (25.0%)
	20.6±4.2	-	22.0	20.7±1.8	19.7±3.3	16.8±3.8
コカイン	2 (4.5%)	0 (0.0%)	1 (9.1%)	2 (12.5%)	3 (15.0%)	2 (12.5%)
	21.5±5.0		18.0	20.0	18.7±2.5	25.0±5.7
ヘロイン	1 (2.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (12.5%)
	18.0					25.0±5.7
その他	6 (13.6%)	3 (42.9%)	0 (0.0%)	3 (18.8%)	20 (100.0%)	10 (62.5%)
	25.5±7.1	31.5±5.0		26.5±9.2	32.4±12.3	18.7±4.8

(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)	
(使用薬物)								
覚せい剤	79	(54.9%)	4	(6.0%)	2	(14.3%)	20	(37.0%)
有機溶剤	6	(4.2%)	39	(58.2%)	1	(7.1%)	13	(24.1%)
睡眠薬	22	(15.3%)	2	(3.0%)	1	(7.1%)	9	(16.7%)
抗不安薬	11	(7.6%)	4	(6.0%)	1	(7.1%)	5	(9.3%)
鎮痛薬	5	(3.5%)	2	(3.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)
鎮咳薬	2	(1.4%)	13	(19.4%)	0	(0.0%)	2	(3.7%)
大麻	11	(7.6%)	3	(4.5%)	8	(57.1%)	4	(7.4%)
コカイン	3	(2.1%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)
ヘロイン	2	(1.4%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)
その他	3	(2.1%)	0	(0.0%)	1	(7.1%)	1	(1.9%)
総症例数	144	(100.0%)	67	(100.0%)	14	(100.0%)	54	(100.0%)

(複数回答)

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		その他		多剤(医薬品)	
(使用薬物)												
覚せい剤	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	1	(6.3%)	1	(6.3%)	0	(0.0%)
有機溶剤	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	1	(6.3%)	1	(6.3%)	0	(0.0%)
睡眠薬	27	(69.2%)	4	(36.4%)	1	(9.1%)	2	(12.5%)	2	(12.5%)	7	(36.8%)
抗不安薬	9	(23.1%)	5	(45.5%)	1	(9.1%)	3	(18.8%)	0	(0.0%)	9	(47.4%)
鎮痛薬	1	(2.6%)	2	(18.2%)	8	(72.7%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	3	(15.8%)
鎮咳薬	0	(0.0%)	0	(0.0%)	1	(9.1%)	9	(56.3%)	1	(6.3%)	0	(0.0%)
大麻	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	1	(6.3%)	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	(0.0%)
その他	2	(5.1%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	10	(62.5%)	0	(0.0%)
総症例数	39	(100.0%)	11	(100.0%)	11	(100.0%)	16	(100.0%)	16	(100.0%)	19	(100.0%)

(複数回答)

表16 主たる薬物別にみた喫煙状況

	普段の喫煙状況							
	喫煙あり		喫煙なし		不明・記載なし		症例計	平均年齢
覚せい剤	168	(72.1%)	8	(3.4%)	57	(24.5%)	233 (100.0%)	15.4±3.1
有機溶剤	66	(85.7%)		(0.0%)	11	(14.3%)	77 (100.0%)	14.3±1.9
睡眠薬	21	(47.7%)	2	(4.5%)	21	(47.7%)	44 (100.0%)	18.4±4.6
抗不安薬	5	(71.4%)		(0.0%)	2	(28.6%)	7 (100.0%)	17.4±2.8
鎮痛薬	4	(36.4%)	3	(27.3%)	4	(36.4%)	11 (100.0%)	15.5±4.1
鎮咳薬	8	(50.0%)		(0.0%)	8	(50.0%)	16 (100.0%)	15.3±2.0
大麻	11	(64.7%)	1	(5.9%)	5	(29.4%)	17 (100.0%)	16.6±4.0
その他	10	(50.0%)	2	(10.0%)	8	(40.0%)	20 (100.0%)	15.0±2.9
多剤(医薬品)	4	(25.0%)		(0.0%)	12	(75.0%)	16 (100.0%)	23.8±13.5
多剤(規制薬物)	7	(58.3%)	1	(8.3%)	4	(33.3%)	12 (100.0%)	14.9±2.8
計	304	(67.1%)	17	(3.8%)	132	(29.1%)	453 (100.0%)	15.5±3.5

表17 主たる使用薬物別にみた飲酒状況

	普段の喫煙状況								飲酒開始平均年齢
	飲酒歴あり		飲酒せず		不明・記載なし		症例計		
覚せい剤	159	(68.2%)	28	(12.0%)	46	(19.7%)	233	(100.0%)	16.5±3.0
有機溶剤	58	(75.3%)	8	(10.4%)	11	(14.3%)	77	(100.0%)	15.4±2.3
睡眠薬	27	(61.4%)	6	(13.6%)	11	(25.0%)	44	(100.0%)	18.7±5.9
抗不安薬	7	(100.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	7	(100.0%)	17.9±2.7
鎮痛薬	6	(54.5%)	3	(27.3%)	2	(18.2%)	11	(100.0%)	18.0±3.1
鎮咳薬	9	(56.3%)	1	(6.3%)	6	(37.5%)	16	(100.0%)	15.9±2.3
大麻	11	(64.7%)	2	(11.8%)	4	(23.5%)	17	(100.0%)	17.4±6.1
その他	12	(60.0%)	2	(10.0%)	6	(30.0%)	20	(100.0%)	18.0±4.4
多剤(医薬品)	11	(68.8%)	1	(6.3%)	4	(25.0%)	16	(100.0%)	18.3±6.1
多剤(規制薬物)	8	(66.7%)	0	(0.0%)	4	(33.3%)	12	(100.0%)	16.6±2.4
計	308	(68.0%)	51	(11.3%)	94	(20.8%)	453	(100.0%)	16.7±3.6

表18 主たる使用薬物別にみた治療開始年齢の分布

	治療開始年齢														治療開始平均年齢
	10～14	15～19	20～24	25～29	30～34	35～39	40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65≦	不明	計	
覚せい剤	2 (0.9%)	18 (7.7%)	50 (21.5%)	52 (22.3%)	39 (16.7%)	31 (13.3%)	14 (6.0%)	8 (3.4%)	3 (1.3%)	3 (1.3%)	1 (0.4%)	0	12 (5.2%)	233 (100.0%)	29.6±8.9
有機溶剤	0	27 (35.1%)	23 (29.9%)	14 (18.2%)	4 (5.2%)	5 (6.5%)	2 (2.6%)	0	0	0	0	0	2 (2.6%)	77 (100.0%)	23.3±6.6
睡眠薬	0	1 (2.3%)	2 (4.5%)	10 (22.7%)	7 (15.9%)	4 (9.1%)	4 (9.1%)	3 (6.8%)	4 (9.1%)	2 (4.5%)	1 (2.3%)	1 (2.3%)	5 (11.4%)	44 (100.0%)	37.4±11.9
抗不安薬	0	0	0	3 (42.9%)	2 (28.6%)	1 (14.3%)	0	0	0	0	0	0	1 (14.3%)	7 (100.0%)	29.7±3.0
鎮痛薬	0	0	2 (18.2%)	1 (9.1%)	1 (9.1%)	4 (36.4%)	1 (9.1%)	1 (9.1%)	0	0	0	1 (9.1%)	0	11 (100.0%)	38.3±13.5
鎮咳薬	0	2 (12.5%)	4 (25.0%)	3 (18.8%)	4 (25.0%)	1 (6.3%)	0	0	0	0	0	0	2 (12.5%)	16 (100.0%)	26.2±5.4
大麻	0	2 (11.8%)	8 (47.1%)	5 (29.4%)	0	2 (11.8%)	0	0	0	0	0	0	0	17 (100.0%)	24.3±5.5
その他	0	3 (15.0%)	2 (10.0%)	4 (20.0%)	3 (15.0%)	1 (5.0%)	1 (5.0%)	2 (10.0%)	1 (5.0%)	1 (5.0%)	0	0	2 (10.0%)	20 (100.0%)	32.0±12.1
多剤(医薬品)	0	4 (25.0%)	4 (25.0%)	2 (12.5%)	0	3 (18.8%)	0	1 (6.3%)	0	0	0	0	2 (12.5%)	16 (100.0%)	26.6±8.6
多剤(規制薬物)	1 (8.3%)	2 (16.7%)	5 (41.7%)	3 (25.0%)	1 (8.3%)	0	0	0	0	0	0	0	0	12 (100.0%)	22.8±4.6

表19 主たる使用薬物別にみた入院形態

	入院形態					入院患者ではない	対象例数	入院患者の比率	記載なし
	任意入院	医療保護入院	措置入院	その他	計				
(主たる使用薬物)									
覚せい剤	40 (36.7%)	61 (56.0%)	7 (6.4%)	1 (0.9%)	109 (100.0%)	112	221	(46.8%)	12
有機溶剤	12 (50.0%)	12 (50.0%)	0	0	24 (100.0%)	50	74	(31.2%)	3
睡眠薬	11 (47.8%)	9 (39.1%)	3 (13.0%)	0	23 (100.0%)	15	38	(52.3%)	6
抗不安薬	4 (80.0%)	1 (20.0%)	0	0	5 (100.0%)	1	6	(71.4%)	1
鎮痛薬	3 (75.0%)	1 (25.0%)	0	0	4 (100.0%)	7	11	(36.4%)	0
鎮咳薬	7 (63.6%)	3 (27.3%)	1 (9.1%)	0	11 (100.0%)	4	15	(68.8%)	1
大麻	0	3 (100.0%)	0	0	3 (100.0%)	12	15	(17.6%)	2
その他	5 (71.4%)	2 (28.6%)	0	0	7 (100.0%)	11	18	(35.0%)	2
多剤(医薬品)	13 (100.0%)	0	0	0	13 (100.0%)	2	15	(81.3%)	1
多剤(規制薬物)	2 (25.0%)	5 (62.5%)	1 (12.5%)	0	8 (100.0%)	4	12	(66.7%)	0
計	97 (46.9%)	97 (46.9%)	12 (5.8%)	1 (0.5%)	207 (100.0%)		207	(45.7%)	

表20−1 薬物初回使用の契機となった人物

	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)
(契機となった人物)										
なし(自発的使用)	11 (7.3%)	5 (7.2%)	4 (7.1%)	1 (6.3%)	5 (21.7%)	5 (29.4%)	0	0	2 ######	3 (42.9%)
配偶者	0	1 (1.4%)	0	0	0	1 (5.9%)	0	0	0	0
同棲相手	0	4 (5.8%)	0	0	0	1 (5.9%)	0	0	0	0
恋人・愛人	3 (2.0%)	8 (11.6%)	1 (1.8%)	1 (6.3%)	0	0	0	0	0	0
同性の友人	102 (68.0%)	13 (18.8%)	42 (75.0%)	7 (43.8%)	2 (8.7%)	1 (5.9%)	0	0	0	3 (42.9%)
異性の友人	6 (4.0%)	28 (40.6%)	3 (5.4%)	5 (31.3%)	0	2 (11.8%)	0	0	0	0
知人	16 (10.7%)	4 (5.8%)	5 (8.9%)	0	2 (8.7%)	0	0	0	0	0
医師	0	1 (1.4%)	0	1 (6.3%)	11 (47.8%)	6 (35.3%)	4 (80.0%)	2 ######	0	0
薬剤師	0	0	0	0	1 (4.3%)	1 (5.9%)	1 (20.0%)	0	0	1 (14.3%)
親	0	0	0	0	2 (8.7%)	0	0	0	0	0
同胞	3 (2.0%)	0	1 (1.8%)	0	0	0	0	0	0	0
密売人	6 (4.0%)	2 (2.9%)	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	3 (2.0%)	3 (4.3%)	0	1 (6.3%)	0	0	0	0	0	0
症例数	150 (100.0%)	69 (100.0%)	56 (100.0%)	16 (100.0%)	23 (100.0%)	17 (100.0%)	5 (100.0%)	2 (100.0%)	2 (100.0%)	7 (100.0%)

表20−2 薬物初回使用の契機となった人物

	主たる使用薬物							
	鎮咳薬		大麻		多剤（医薬品）		多剤（規制薬物）	
	（男）	（女）	（男）	（女）	（男）	（女）	（男）	（女）
（契機となった人物）								
なし（自発的使用）	1 (10.0%)	0	1 (9.1%)	0	1 (50.0%)	1 (12.5%)	1 (16.7%)	1 (25.0%)
配偶者	0	0	0	0	0	0	0	0
同棲相手	0	0	0	0	0	0	0	1 (25.0%)
恋人・愛人	0	1 (33.3%)	0	1 (16.7%)	0	0	0	2 (50.0%)
同性の友人	7 (70.0%)	0	7 (63.6%)	3 (50.0%)	1 (50.0%)	1 (12.5%)	3 (50.0%)	0
異性の友人	0	2 (66.7%)	0	1 (16.7%)	0	0	0	0
知人	1 (10.0%)	0	0	1 (16.7%)	0	1 (12.5%)	1 (16.7%)	0
医師	1 (10.0%)	0	0	0	0	4 (50.0%)	0	0
薬剤師	0	0	0	0	0	0	0	0
親	0	0	0	0	0	0	0	0
同胞	0	0	0	0	0	0	0	0
密売人	0	0	2 (18.2%)	0	0	0	1 (16.7%)	0
その他	0	0	1 (9.1%)	0	0	1 (12.5%)	0	0
症例数	10 (100.0%)	3 (100.0%)	11 (100.0%)	6 (100.0%)	2 (100.0%)	8 (100.0%)	6 (100.0%)	4 (100.0%)

表21−1 薬物初回使用の動機

	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）										
刺激を求めて	34 (15.5%)	9 (9.7%)	12 (14.1%)	2 (13.3%)	1 (3.4%)	2 (7.4%)	0	0	1 (25.0%)	1 (10.0%)
好奇心	121 (55.3%)	37 (39.8%)	43 (50.6%)	7 (46.7%)	3 (10.3%)	3 (11.1%)	0	0	1 (25.0%)	2 (20.0%)
自暴自棄になって	6 (2.7%)	9 (9.7%)	3 (3.5%)	0	2 (6.9%)	2 (7.4%)	1 (25.0%)	0	0	0
断り切れずに	13 (5.9%)	17 (18.3%)	12 (14.1%)	1 (6.7%)	1 (3.4%)	2 (7.4%)	0	0	0	1 (10.0%)
覚醒効果を求めて	11 (5.0%)	3 (3.2%)	0	0	0	0	0	0	0	1 (10.0%)
疲労の除去	11 (5.0%)	2 (2.2%)	1 (1.2%)	0	3 (10.3%)	1 (3.7%)	0	0	0	0
性的効果を求めて	5 (2.3%)	2 (2.2%)	2 (2.4%)	0	0	0	0	0	0	0
ストレス解消	10 (4.6%)	3 (3.2%)	7 (8.2%)	1 (6.7%)	5 (17.2%)	1 (3.7%)	1 (25.0%)	1 (50.0%)	0	0
不安の軽減	3 (1.4%)	3 (3.2%)	2 (2.4%)	2 (13.3%)	2 (6.9%)	6 (22.2%)	1 (25.0%)	1 (50.0%)	0	0
不眠の軽減	1 (0.5%)	0	0	0	11 (37.9%)	8 (29.6%)	1 (25.0%)	0	0	0
疼痛の軽減	0	1 (1.1%)	0	0	1 (3.4%)	2 (7.4%)	0	0	2 (50.0%)	4 (40.0%)
咳嗽の軽減	1 (0.5%)	0	0	0	0	0	0	0	0	1 (10.0%)
その他	3 (1.4%)	7 (7.5%)	3 (3.5%)	2 (13.3%)	0	0	0	0	0	0
症例数	219 (100.0%)	93 (100.0%)	85 (100.0%)	15 (100.0%)	29 (100.0%)	27 (100.0%)	4 (100.0%)	2 (100.0%)	4 (100.0%)	10 (100.0%)

表21-2 薬物初回使用の動機

	主たる使用薬物							
	鎮咳薬		大麻		多剤（医薬品）		多剤（規制薬物）	
	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)
(動機)								
刺激を求めて	2 (9.5%)	2 (22.2%)	0	1 (16.7%)	0	1 (9.1%)	1 (9.1%)	1 (20.0%)
好奇心	7 (33.3%)	2 (22.2%)	8 (80.0%)	3 (50.0%)	0	3 (27.3%)	7 (63.6%)	3 (60.0%)
自暴自棄になって	0	0	0	0	1 (33.3%)	1 (9.1%)	1 (9.1%)	0
断り切れずに	4 (19.0%)	2 (22.2%)	0	1 (16.7%)	1 (33.3%)	0	0	1 (20.0%)
覚醒効果を求めて	1 (4.8%)	0	0	0	0	0	0	0
疲労の除去	1 (4.8%)	1 (11.1%)	0	0	0	0	0	0
性的効果を求めて	1 (4.8%)	0	0	0	0	0	0	0
ストレス解消	2 (9.5%)	0	0	1 (16.7%)	0	1 (9.1%)	1 (9.1%)	0
不安の軽減	2 (9.5%)	0	0	0	1 (33.3%)	2 (18.2%)	1 (9.1%)	0
不眠の軽減	0	0	0	0	0	3 (27.3%)	0	0
疼痛の軽減	1 (4.8%)	0	0	0	0	0	0	0
咳嗽の軽減	0	1 (11.1%)	0	0	0	0	0	0
その他	0	1 (11.1%)	2 (20.0%)	0	0	0	0	0
症例数	21 (100.0%)	9 (100.0%)	10 (100.0%)	6 (100.0%)	3 (100.0%)	11 (100.0%)	11 (100.0%)	5 (100.0%)

表22-1 薬物の入手経路

	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	96 (63.2%)	32 (51.6%)	33 (58.9%)	3 (20.0%)	3 (11.5%)	2 (11.1%)	0	0	0	0
友人	8 (5.3%)	3 (4.8%)	4 (7.1%)	2 (13.3%)	0	0	0	0	0	0
知人	9 (5.9%)	9 (14.5%)	4 (7.1%)	1 (6.7%)	1 (3.8%)	0	0	0	0	0
恋人・愛人	0	4 (6.5%)	0	0	0	1 (5.6%)	0	0	0	0
家族	0	0	0	1 (6.7%)	0	0	0	0	0	0
密売人(日本人)	30 (19.7%)	9 (14.5%)	6 (10.7%)	7 (46.7%)	0	0	0	0	0	0
密売人(外国人)	8 (5.3%)	4 (6.5%)	0	0	0	0	0	0	0	0
医師	0	0	0	0	14 (53.8%)	8 (44.4%)	4 (66.7%)	1 (100.0%)	0	1 (14.3%)
薬局	0	0	0	0	7 (26.9%)	7 (38.9%)	2 (33.3%)	0	2 (100.0%)	6 (85.7%)
その他	1 (0.7%)	1 (1.6%)	9 (16.1%)	1 (6.7%)	1 (3.8%)	0	0	0	0	0
症例数	152 (100.0%)	62 (100.0%)	56 (100.0%)	15 (100.0%)	26 (100.0%)	18 (100.0%)	6 (100.0%)	1 (100.0%)	2 (100.0%)	7 (100.0%)

表22-2 薬物の入手経路

	主たる使用薬物							
	鎮咳薬		大麻		多剤（医薬品）		多剤（規制薬物）	
	（男）	（女）	（男）	（女）	（男）	（女）	（男）	（女）
最近1年間は使用せず	2 (16.7%)	2 (50.0%)	4 (44.4%)	3 (75.0%)	1 (25.0%)	1 (8.3%)	4 (44.4%)	1 (33.3%)
友人	0	0	2 (22.2%)	1 (25.0%)	0	0	0	1 (33.3%)
知人	0	0	0	0	0	0	1 (11.1%)	0
恋人・愛人	0	0	0	0	0	0	0	0
家族	0	0	0	0	0	0	0	0
密売人（日本人）	0	0	1 (11.1%)	0	0	0	3 (33.3%)	1 (33.3%)
密売人（外国人）	0	0	2 (22.2%)	0	0	0	1 (11.1%)	0
医師	1 (8.3%)	0	0	0	2 (50.0%)	10 (83.3%)	0	0
薬局	9 (75.0%)	2 (50.0%)	0	0	1 (25.0%)	1 (8.3%)	0	0
その他	0	0	0	0	0	0	0	0
症例数	12 (100.0%)	4 (100.0%)	9 (100.0%)	4 (100.0%)	4 (100.0%)	12 (100.0%)	9 (100.0%)	3 (100.0%)

表23 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.3] 離脱状態	[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.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	不明	合計
覚せい剤	1 (0.4%)	5 (2.1%)	45 (19.3%)	1 (0.4%)	1 (0.4%)	47 (20.2%)	77 (33.0%)	43 (18.5%)	5 (2.1%)	8 (3.4%)	233 (100.0%)
有機溶剤	3 (3.9%)	4 (5.2%)	28 (36.4%)	0 (0.0%)	1 (1.3%)	4 (5.2%)	27 (35.1%)	7 (9.1%)	2 (2.6%)	1 (1.3%)	77 (100.0%)
睡眠薬	2 (4.5%)	1 (2.3%)	32 (72.7%)	0 (0.0%)	1 (2.3%)	1 (2.3%)	0 (0.0%)	2 (4.5%)	2 (4.5%)	3 (6.8%)	44 (100.0%)
抗不安薬	0 (0.0%)	1 (14.3%)	6 (85.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	7 (100.0%)
鎮痛薬	0 (0.0%)	0 (0.0%)	10 (90.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (9.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	11 (100.0%)
鎮咳薬	2 (12.5%)	0 (0.0%)	10 (62.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (12.5%)	2 (12.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	16 (100.0%)
大麻	1 (5.9%)	1 (5.9%)	5 (29.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (11.8%)	6 (35.3%)	2 (11.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	17 (100.0%)
その他	0 (0.0%)	2 (10.0%)	11 (55.0%)	0 (0.0%)	2 (10.0%)	1 (5.0%)	0 (0.0%)	1 (5.0%)	1 (5.0%)	2 (10.0%)	20 (100.0%)
多剤（医薬品）	0 (0.0%)	1 (6.3%)	13 (81.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (6.3%)	0 (0.0%)	1 (6.3%)	16 (100.0%)
多剤（規制薬物）	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (25.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (25.0%)	4 (33.3%)	1 (8.3%)	1 (8.3%)	0 (0.0%)	12 (100.0%)
合 計	9 (2.0%)	15 (3.3%)	163 (36.0%)	1 (0.2%)	5 (1.1%)	59 (13.0%)	116 (25.6%)	59 (13.0%)	11 (2.4%)	0 (0.0%)	453 (100.0%)

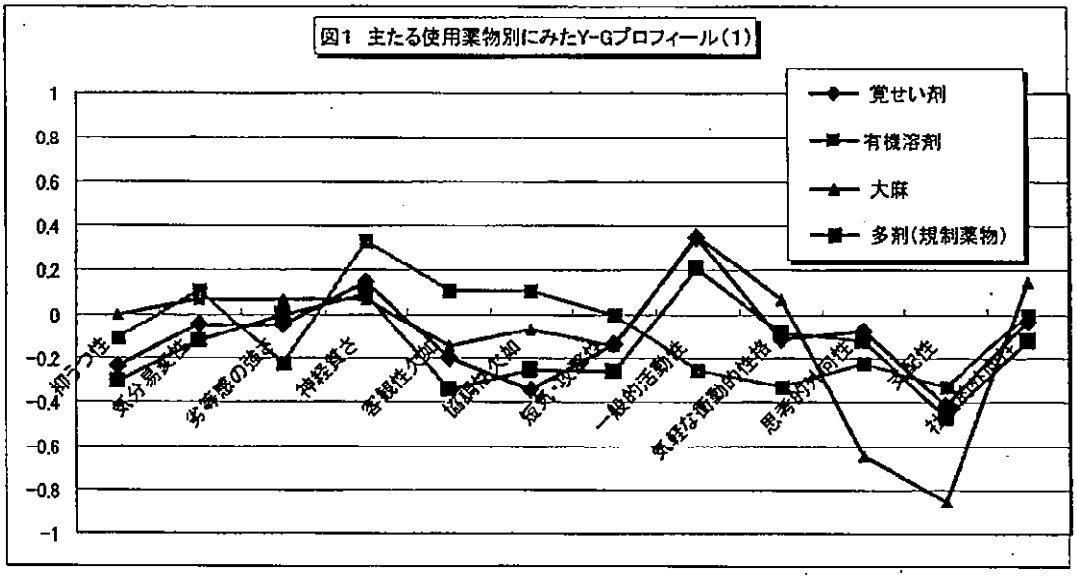
（注）精神病性障害（症状持続>6M）* ：ICD-10には含まれない項目

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	6	(2.0%)	3	(2.0%)	9	(2.0%)
【F1x.1】有害な使用	7	(2.3%)	8	(5.4%)	15	(3.3%)
【F1x.2】依存症候群	98	(32.2%)	65	(43.6%)	163	(36.0%)
【F1x.3】離脱状態	1	(0.3%)		(0.0%)	1	(0.2%)
【F1x.4】せん妄離脱状態	2	(0.7%)	3	(2.0%)	5	(1.1%)
【F1x.5】精神病性障害(<6M)	43	(14.1%)	16	(10.7%)	59	(13.0%)
【F1x.57】精神病性障害(>6M)	89	(29.3%)	27	(18.1%)	116	(25.6%)
【F1x.6】健忘症候群		(0.0%)		(0.0%)	0	(0.0%)
【F1x.7】残遺・遅発性障害	37	(12.2%)	22	(14.8%)	59	(13.0%)
【F1x.8】その他	9	(3.0%)	2	(1.3%)	11	(2.4%)
(不明)	12	(3.9%)	3	(2.0%)	15	(3.3%)
計	304	(100.0%)	149	(100.0%)	453	(100.0%)

表25 精神疾患の家族歴

主たる使用薬物	精神疾患の家族歴を有する症例数	各薬物群に占める割合(%)
覚せい剤	50	(21.5%)
有機溶剤	18	(23.4%)
睡眠薬	17	(38.6%)
抗不安薬	2	(28.6%)
鎮痛薬	3	(27.3%)
鎮咳薬	3	(18.8%)
大麻	4	(23.5%)
その他	8	(40.0%)
多剤(医薬品)	11	(68.8%)
多剤(規制薬物)	3	(25.0%)
計	119	(26.3%)



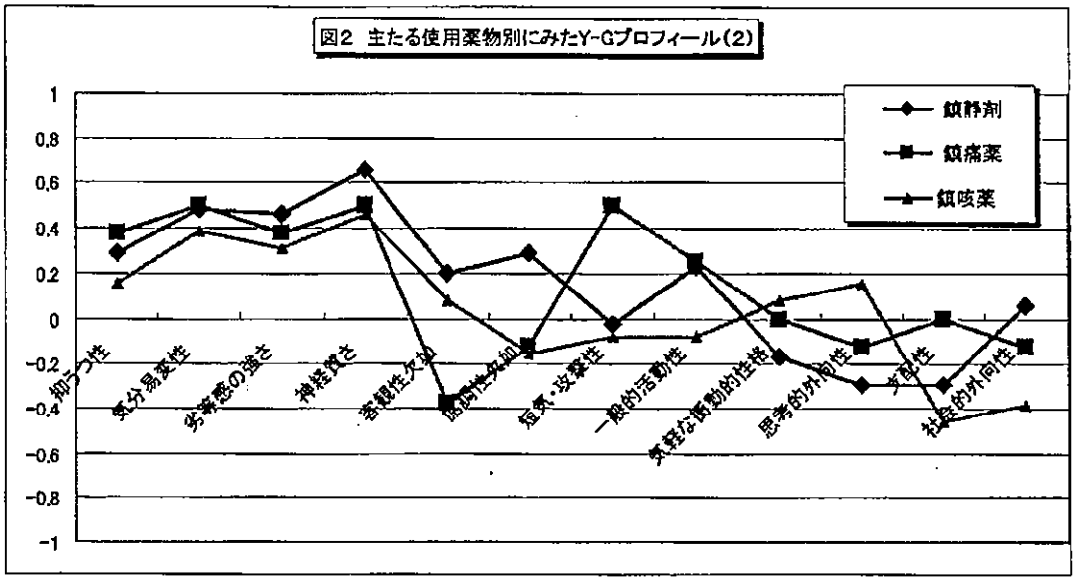


表26 主たる使用薬物別にみたTCIスコア

	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
新奇希求性(NS)	8.2	8.6	7.6	6.5	8.2	8.7	9.3
損害回避(HA)	8.7	8.6	8.9	-	10.0	9.3	8.8
報酬依存(RD)	9.2	8.4	9.4	9.5	8.6	8.7	9.6
持続(P)	4.9	4.5	5.1	6.5	4.2	5.0	5.4
自己志向(SD)	7.3	7.1	6.9	5.0	6.0	8.0	6.6
協調(C)	8.0	7.5	8.5		7.6	8.0	8.7
自己超越(ST)	6.5	6.4	6.7	6.5	9.0	5.9	7.0

表27 性別にみたTCIスコア

	男性 (n=218)	女性 (n=89)
新奇希求性(NS)	8.2±2.1	8.5±2.1
損害回避(HA)	8.6±1.8	9.1±2.0
報酬依存(RD)	9.0±1.8	9.2±2.2
持続(P)	4.8±1.7	4.7±1.6
自己志向(SD)	7.2±2.2	7.3±2.4
協調(C)	8.0±1.8	7.9±1.7
自己超越(ST)	6.4±2.1	7.0±2.2

表28 使用歴のある薬物

	1996	1998	2000	2002	2004
覚せい剤	62.5%	59.2%	67.3%	66.2%	67.9%
有機溶剤	50.7%	47.5%	43.6%	50.1%	52.4%
鎮静薬	29.5%	29.2%	26.1%	33.4%	45.2%
鎮痛薬	9.7%	9.4%	7.7%	8.9%	9.3%
鎮咳薬	7.1%	7.5%	4.5%	7.5%	9.7%
大 麻	11.5%	11.4%	9.8%	22.0%	38.1%
ヘロイン	0.8%	1.7%	1.3%	2.7%	5.1%
コカイン	3.7%	4.4%	3.6%	6.8%	12.2%

表29 性別にみた覚せい剤の初回使用方法

		経口	静注	吸煙	経鼻
1993	男性	7.9%	81.1%	10.4%	2.4%
	女性	1.4%	76.8%	10.1%	0.0%
1996	男性	2.1%	77.5%	7.6%	0.9%
	女性	5.0%	79.0%	11.8%	0.0%
1998	男性	2.7%	75.0%	13.6%	0.7%
	女性	4.4%	72.3%	17.5%	0.7%
2000	男性	3.2%	70.7%	13.7%	0.4%
	女性	5.0%	66.9%	22.5%	1.3%
2002	男性	3.3%	72.8%	14.2%	0.5%
	女性	2.9%	73.7%	12.4%	0.7%
2004	男性	2.6%	69.9%	22.8%	0.5%
	女性	4.9%	73.2%	13.4%	0.0%

表30 初回使用薬物

	1996	1998	2000	2002	2004
有機溶剤	53.2%	48.7%	44.0%	46.2%	45.1%
覚せい剤	32.5%	34.3%	42.6%	30.2%	22.1%
鎮静剤	11.0%	15.7%	13.1%	9.0%	10.2%
大麻	3.9%	4.5%	4.2%	4.4%	8.8%
鎮痛薬	4.3%	5.0%	4.7%	3.0%	2.4%
鎮咳薬	2.9%	3.7%	2.8%	2.8%	2.2%

「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」参加への同意書

分担研究者　国立精神・神経センター精神保健研究所　薬物依存研究部　尾崎　茂

本調査の要旨　この実態調査は，精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態を把握し分析を行うことを目的として1987年（昭和62年）より実施されています。調査は，担当医師による「面接」と，あなたに記入して頂く「自記式評価」から成り立っています。「面接」では，あなたのこれまでの薬物使用の経験や交友関係，職業歴，家族歴，精神医学的病歴などについて質問があります。「自記式評価」は，あなたの性格について大まかな傾向を知るためのものです。これらの内容は通常の問診の範囲を大きく逸脱するものではありませんが，普段の診療とは異なる目的で行われるものです。もしあなたが望めば，どの質問に対しても回答を拒否できますし，調査のいかなる時点でも参加を取りやめることができます。また，拒否したり参加をとりやめることによって，外来または入院中の治療や処遇に対して全く影響はありません。この調査に参加することによる危険性はありませんが，20分程度の時間を頂戴致します。

個人情報の保護　あなたの名前は面接記録のどこにも記載されず，いかなる報告書や出版物にも出ることはなく，他人に伝えられることもありません。分担研究者のもとに集められたデータはただちに電子化されて匿名化された上で厳重に保管され，結果は全体として統計的に処理されますので，個人が特定されることはありません。

結果の公表　調査結果は研究報告書として公表され，薬物関連精神疾患の実態把握のための貴重な資料を提供するとともに，インターネットのホームページにも掲載されますので，関心のある方はご覧下さい。

本調査への参加に同意して頂ける場合は，以下に署名をお願いします。なお，この同意書は各医療機関で保存されますので，あなたのお名前と，ご回答頂いた調査表が関連づけられることはなく，個人の特定はできません。

署名者は，＿＿＿＿＿＿＿＿医師による説明を十分理解した上で，この調査へ参加することに同意します。

署名者

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

日　付

1)性 別　　1. 男　　2. 女

2)調査時年齢　　1. 満(　　)歳　2. 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　7. 不明

4)在学・卒業の別　　1. 在学中　2. 中退　3. 卒業　4. 不明

5)職 歴　　1. 乱用前職業(　　), 不明　2. 現在の職業(　　), 不明

(下記のコード番号を記入。【例】主婦:29, 無職:31, "暴力団員"の場合は「31.無職」を含め日常的業種を選択)

01. 農林漁業　02. 商人(卸・小売り)　03. 不動産業　04. 金融業　05. 自営の職人　06. 露天・行商　07. その他の自営業　08. 団体役員
09. 会社員　10. 店員　11. 工員　12. 公務員　13. 風俗営業関係者　14. 風俗営業以外の飲食業関係者　15. 興業関係者　16. 旅館業関係者
17. 交通運輸業関係者　18. 土木建築業関係者　19. 日雇い労働者　20. その他の被雇用者　21. 医療業業関係　22. 芸能関係　23. 船員
24. 小学生　25. 中学生　26. 高校生　27. 大学生　28. 各種学校生　29. 主婦　30. 家事手伝い　31. 無職　32. 不定　33. 不明　34. 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　　1. 乱用前にあり　2. 乱用後にあり　3. これまでなし　4. 不明

②非行グループとの関係　　1. 乱用前にあり　2. 乱用後にあり　3. これまでなし　4. 不明

③薬物乱用者との関係　　1. 乱用前にあり　2. 乱用後にあり　3. これまでなし　4. 不明

7)補導・逮捕歴　　1. 乱用前にあり　2. 乱用後にあり　3. これまでなし　4. 不明

8)矯正施設への入所歴　　1. あ り　　2. な し　　3. 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(　　)　10. 不明

10)タバコの使用開始年齢　　1. (　　)歳　　2. 喫煙せず　　3. 不明

11)アルコールの使用開始年齢　　1. (　　)歳　　2. 飲酒せず　　3. 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して下さい。「年齢」が不明の場合は「99」と記入して下さい。)

	【これまで】	【初回使用時】		【過去1年間】		【過去1ヶ月間】		最 終
	使用の有無	年齢	方法*	使用の有無	方法*	使用の有無	方法*	使用年齢
(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)	*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」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. 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, ブロチゾラム(レンドルミン), ニトラゼパム, その他(薬剤名):								
4. 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(デパス), アルプラゾラム, ジアゼパム, ブロマゼパム, その他(薬剤名):								
5. 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, その他(薬剤名):								
6. 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):								
7. 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
8. 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
9. 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
10. 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
11. 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
12. その他	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」(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?(＊処方薬については, 治療目的以外の使用とします。)

1. 覚せい剤　2. 有機溶剤　3. 睡眠薬　4. 抗不安薬　5. 鎮痛薬　6. 鎮咳薬　7. 大麻　8. コカイン
9. ヘロイン　10. MDMA(エクスタシー)　11. マジックマッシュルーム　12. その他(　　)　13. 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. 刺激を求めて　2. 好奇心　3. 自暴自棄になって　4. 断りきれずに　5. 覚醒効果を求めて
6. 疲労の除去　7. 性的効果を求めて　8.「ストレス」解消　9. 不安の軽減
10. 不眠の軽減　11. 疼痛の軽減　12. 咳嗽の軽減　13. その他(　　)　14.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(　　)　14. 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. 睡眠薬　4. 抗不安薬　5. 鎮痛薬　6. 鎮咳薬　7. 大麻　8. コカイン
9. ヘロイン　10. MDMA(ｴｸｽﾀｼｰ)　11. ﾏｼﾞｯｸﾏｯｼｭﾙｰﾑ　12. その他(　　)　13. 不明

17)前項(質問16))で選択した「主たる薬物」についてお聞きします。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(ﾌﾗｯｼｭﾊﾞｯｸ，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		

18)最近1年間における「主たる薬物」の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(　　)　11. 不明

19)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　4. 不明

20)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　2. 不明

21)入院患者の場合，今回入院時の入院形態は何でしたか？

1. 任意　2. 医療保護　3. 措置　4. その他(　　)　5. 入院患者ではない

22)精神疾患の家族歴はありますか？(薬物関連精神疾患またはその他の精神疾患。)

1. なし　2. 父親　3. 母親　4. 同胞　5. 子供　6. 祖父　7. 祖母　8. 父親の同胞　9. 母親の同胞
10. その他(　　)　11. 不明

＊「あり」の場合，その精神疾患名(　　，不明)

23)患者さんの元来の性格特性に関して，それぞれあてはまるものを選んで下さい("Y-G"に基づく評価)。

①抑うつ性　1.あり　2.なし　3.どちらともいえない
②気分易変性　1.あり　2.なし　3.どちらともいえない
③劣等感の強さ　1.あり　2.なし　3.どちらともいえない
④神経質(心配性，いらいらしやすい傾向)　1.あり　2.なし　3.どちらともいえない
⑤客観性の欠如(空想性や過敏性)　1.あり　2.なし　3.どちらともいえない
⑥協調性欠如(不満，不信が強い性格)　1.あり　2.なし　3.どちらともいえない
⑦短気・攻撃性(正しいと思うことは人にかまわず実行する，他人の意見を聞きたがらない等)　1.あり　2.なし　3.どちらともいえない
⑧一般的活動性(身体面・精神面ともに)　1.あり　2.なし　3.どちらともいえない
⑨他人といっしょにはしゃぐ，何時も何か刺激を求めるなどの気軽な衝動的性格　1.あり　2.なし　3.どちらともいえない
⑩思考的外向性(考えが大雑把でのんきな傾向)　1.あり　2.なし　3.どちらともいえない
⑪支配性(ﾘｰﾀﾞｰｼｯﾌﾟがある，引っ込み思案でない)　1.あり　2.なし　3.どちらともいえない
⑫社会的外向性(社会的，対人接触を好む)　1.あり　2.なし　3.どちらともいえない

→ 次頁に，「自記式アンケート」があります

********** ふだんのあなたについてのアンケート **********

以下の文章は，態度，考え方，関心のあること，その他の個人的な感情に関係したことがらです。ふだんのあなたにどのくらいあてはまるかを，4つの答えの中から1つ選んで，その数字を○で囲んで下さい。「正しい答え」とか「間違った答え」はありませんので，あなた自身の意見と感じ方をお答え下さい。

全然あてはまらない	あまりあてはまらない	少しあてはまる	とてもあてはまる
1	2	3	4

1	やり方を決めるときは、以前にどうやって決めたかを考えずその時の気分で決める	1	2	3	4
2	自分と違う考えをもっている人々はあまり好きではない	1	2	3	4
3	他の人がとっくにあきらめるようなときでも一度始めたことは辛抱強く続ける	1	2	3	4
4	他の人よりも情にもろい	1	2	3	4
5	私にはこれから何が起ころうとしているのかがわかるときがある(いわゆる第六感)	1	2	3	4
6	誰かが、どんな方法にせよ、わたしのことを傷つければ、仕返しをするようにしている	1	2	3	4
7	他の誰よりも強かったらなあと思うことがある	1	2	3	4
8	たいていの人よりも努力するほうだ	1	2	3	4
9	決心する前にあらゆる事柄を十分に検討する方だ	1	2	3	4
10	スーパーマンのような特別な力があったらなあと思うことがある	1	2	3	4
11	情に訴えられると弱い方だ	1	2	3	4
12	お金は貯めるよりも使うほうが好きだ	1	2	3	4
13	他の人が心配そうにしているときでも、いつも気楽でリラックスしている	1	2	3	4
14	自分の周りの全ての人との精神的、あるいは情緒的な強いつながりを感じることがある	1	2	3	4
15	相手の立場になって考えるようにしているので、その人の立場を本当に理解することができる	1	2	3	4
16	他の人よりも周囲への影響力があればいいのにと思う	1	2	3	4
17	他の人を喜ばせるために特に努力しようという気はない	1	2	3	4
18	自分が全ての生命の源である霊的な力の一部分であると感じることがある	1	2	3	4
19	慣れない事をする場合はたいてい緊張したり心配したりする	1	2	3	4
20	軽い病気やストレスの後でさえも、たいていの人より元気がある	1	2	3	4

アンケートは以上です。御協力ありがとうございました。

分担研究報告書
(1－3)

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)
分担研究報告書

全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究

分担研究者　庄司正実　目白大学
研究協力者　妹尾栄一　東京都精神医学総合研究所
富田　拓　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，1230人(男性802人，女性428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115人(14.3%)女性189人(44.2%)，大麻乱用者数は男性39人(4.9%)女性68人(15.9%)，覚せい剤乱用者数は男性13人(1.6%)女性53人(12.4%)，ブタン乱用者数男性110人(13.7%)女性110人(25.7%)であった．本年あらたに調査対象薬物としたMDMAの乱用者は男性7人(0.9%)女性18人(4.2%)であった．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)平成6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，男女とも減少している．特に男性においてこの傾向が著しく，平成6年41.2%から平成16年14.3%に減少した．女性でも平成6年59.6%から平成16年44.2%まで漸減している．覚せい剤乱用は男女とも平成12年ころまで増加傾向にあったが，平成14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この間5%から6%前後で大きな変化はない．女性では平成6年(22.0%)および平成8年(19.0%)はやや高かったが平成10年から15%から16%ほどであまり変化はない．女性では平成10年まで増加しその後やや減少傾向であるものの大きな変化はない．3)薬物乱用の地域差は対象数が比較的少なかったため明確には言えないが，有機溶剤乱用は地域差が大きく北海道・東北地方および九州地方で多く，大麻乱用およびブタン乱用も北海道・東北地方で多い傾向にあった．一方覚せい剤は中部地方でやや多かった．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り，これまでの縦断的調査で乱用率の変化がとらえられている．今後とも継続的に実態を把握していくことが必要である．

A．研究目的

われわれは，平成6年より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)]．そこでは「有機溶剤乱用は，男性では一貫して減少しているが，女性では平成8年以降多少の増減はあるが乱用頻度50%前後であまり変化が見られない．大麻乱用頻度は男女とも平成6年および平成8年はやや高かったが平成10年からあまり変化はない．覚せい剤乱用は男性では平成12年まで増加傾向にあったが平成14年はじめて減少に転じ，女性では平成10年まで増加しその後やや減少傾向であるものの大きな変化はない」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[6)]．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平成10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15年の検挙数は2835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調査がどうしても必要である．本調査では，平成12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．今回は近年乱用者の増加が疑われているMDMAも調査対象とした．

B．研究方法

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，45施設であった（78.9%）．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1230人(男性802人，女性428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．平成6年から平成10年まで有効回答数は1300人台であったが，前回平成14年調査では回答数が851人と少なかった．そこで今回は回答数の向上のため質問項目を前回調査よりも減らした．これまでの全国調査では乱用に関する諸要因検討のための項目を追加していたが，今回はそのような要因検討は行わないこととした．以上より全調査項目数は62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が，一部質問への回答を変更した．昨年の面接調査において，面接による臨床診断が質問紙項目の薬物乱用頻度「月に数回」と「年に数回」を識別できなかった[9]．これより乱用歴が1，2回程度の機会的乱用者が適切に回答できる選択肢がなかったと考えた．そのため，従来の薬物乱用頻度の回答を「年に数回」「月に数回」「ほとんど毎日」の3件法から「今まで1,2回くらい」「数回以上」「ほとんど毎日」の3件法に変更した．

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802人で全体の64.6%を占めている．就学状況は，中学3年生が男性288人(35.9%)，女性180人(42.1%)と最も多い．中学生が男性の71.0%，女性の73.0%で多いが，高校生および専門学校生が男性5.5%，女性3.3%であった．中学卒業後で無職である者も男性4..1%，女性13.6%を占めている．そのほか小学生が男女それぞれ6.5%，2.6%いた．就労者は男女それぞれ1.9%，1.2%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35.8%，24.8%，女性で36.0%，32.9%と多くを占めていた．一方，18歳以上の者は男女それぞれ1.5%，1.1%であった(表2)．

施設入所期間は，入所初期の3ヶ月以下の者が男性173人(21.6%)，女性95人(22.2%)であった．一方，2年以上入所している者は男性87人(10.8%)，女性21人(4.9%)いた(表3)．

在住地は，北海道・東北，関東，中部，関西，中国，四国，九州・沖縄に分けた．最も人数の多かった地域は関東(男性236人，女性100人)であり，また調査対象数が最も少なくかったのは四国(男性32人，女性14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599人(74.7%)，窃盗519人(64.7%)，自転車盗538人(67.1%)，家出・外泊551人(68.7%)，女性では怠学379人(88.6%)，家出・外泊371人(86.7%)，窃盗324人(75.7%)，不良交遊317人(74.1%)，自転車盗305人(71.3%)などとなっている(表5)．

初発非行年齢は，男女とも小学校4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102人(23.8%)であった(表6)．

家庭裁判所への係属歴は，性差はなく，男性175人(21.8%)，女性133人(31.1%)である(表7)．

2．薬物乱用の頻度

前回平成14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，

咳止め液であったが，今回近年乱用増加が懸念されているMDMA(いわゆるエクスタシー，エックス，×)も対象薬物とした．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291人(36.3%)，ブタン211人(26.3%)，大麻127人(15.8%)，覚せい剤123人(15.3%)，睡眠薬77人(9.6%)，安定剤55人(6.9)，コカイン31人(3.9%)，MDMA28人(3.5%)，咳止め液20人(2.5%)の順であった．

女性では有機溶剤308人(72.0%)，覚せい剤212人(49.5%)，ブタン181人(42.3%)，大麻188人(43.9%)，睡眠薬160人(37.4%)，安定剤111人(25.9%)，MDMA62人(14.5%)，コカイン56人(13.1%)，咳止め液33人(7.7%)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，有機溶剤115人(14. 3%)，ブタン110人(13.7%)，大麻39人(4.9%)，睡眠薬28人(3.5%)，安定剤16人(2.0%)，覚せい剤13人(1.6%)，咳止め液10人(1.2%)，コカイン6人(0.7%)であった．

女性では，乱用頻度が高い順に，有機溶剤189人(44.2%)，ブタン110人(25.7%)，睡眠薬82人(19.2%)，大麻68人(15.9%)，覚せい剤53人(12.4%)，安定剤45人(10.5%)，咳止め液14人(3.3%)，コカイン12人(2.8%)であった．

各薬物とも無回答者が3%から4%前後いた．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．男性の場合は大麻，睡眠薬，覚せい剤，安定剤，咳止め液，コカイン，女性の場合は咳止め液およびコカインの乱用頻度が少なく信頼性が乏しいと思われる．

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，平成6年，平成8年，平成10年，平成12年，平成14年の従来の調査と今回の結果を表71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いる．女性有機溶剤乱用率は50%前後で推移しているが，今回は44.2%と低下していた．

大麻は男性では平成6年から平成8年にかけて乱用率が5.5%から6.7%に増加したが，平成10年以降5%前後である．女性では，平成6年22.0%，平成8年19.0%とやや高く，平成10年以降は14%から15%台であまり変化していない．

覚せい剤は男性では平成6年1.2%から平成12年5.0%まで増加してきたが，平成14年2.5%，平成16年1.6%と低下した．女性では平成6年6.6%から平成10年16.9%まで増加したが，平成12年15.2%，平成14年13.6%，平成16年12.4と低下傾向である．

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見てみた．ただし，四国は対象数が少ないので結果の信頼性は乏しい．

男性では，有機溶剤乱用は九州・沖縄が23.5%と最も頻度が高く，ついで関西17.6%，中部16.9%の順であった．大麻乱用は関西7.0%と東北・北海道6.7%が比較的多かった．覚せい剤乱用は男性では1%から2%と少なく地域差ははっきりしない．ブタン乱用は，東北・北海道19.3%，中部19.1%，中国18.4%に多かった．

女性の場合，有機溶剤乱用は関西53.8%，九州51.7%，東北・北海道49.2%において入所者の約半数以上占めていた．大麻乱用は東北・北海道23.8%，関西17.9%，九州17.2%で多かった．覚せい剤乱用は中部15.9%および四国14.3%，東北・北海道12.7%に多かった．ブタン乱用は東北・北海道33.3%，中国31.3%などが多かった．

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108人(13.5%)，女性の131人(30.6%)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．女性に周囲での症状発現者が多かった($\chi 2=51.0$, d.f.=1, $p<.01$)．

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172人（21.4%），女性では192人(44.9%)であり，女性の方が簡単に手に入るとした者が多かった($\chi 2=84.2$, d.f.=3, p<.01)．

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41人(35.7%)，女性60人(31.7%))．続いて12歳，14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．「今まで1.2回」という機会的乱用と「数回以上」が男女とも30%台でほぼ同数であった．「ほとんど毎日」と回答した者は男女それぞれ21人(18.3%)，44人(23.3%)であった．乱用頻度に性差はなかった($\chi 2=1.1$, d.f.=2, ns)．

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」と答えた者は，有機溶剤非乱用者では男性486人(72.1%)，女性119人（53.4%）だったのに対し，有機溶剤乱用者では男性24人(20.9%)，女性30人(15.9%)と少なかった．

一方，「少々ならかまわないと思う」，「法律を守る必要は全然ないと思う」という許容的回答をした者は，乱用者では男性87人（75.6%）および女性154人（81.4%），一方，非乱用者では男性126人(18.7%)および女性83人（37.2%）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（それぞれ，$\chi 2=153.0$, d.f.=2, p<.01.；$\chi 2=73.8$, d.f.=2, p<.01)．

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417人（61.9%），91人(40.8%)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27人(23.5%)，32人(16.9%)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47人(40.9%)，100人(52.9%)あり，非乱用者よりも多かった(男女それぞれ$\chi 2=110.2$, d.f.=3, p<.01；$\chi 2=40.8$, d.f.=3, p<.01)．

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．女性における急性中毒死および多発神経炎を除き，乱用者の方が非乱用者よりも有機溶剤の有害性を知っている者が多かった．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31人(27.0%)，女性乱用者60人(31.7%)で最も多かった．フラッシュバックも男性乱用者23人(20.0%)，女性乱用者48人(25.4%)に見られた．精神病状態，フラッシュバック，多発神経炎に性差は見られなかったが，無動機症候群の訴えは女性に多かった($\chi 2=3.0$, d.f.=1, ns)．しかし，これらは本人の訴えであるので客観的に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35人(30.4%)，女性乱用者では30人(15.9%)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61人(53.0%)，140人(74.1%)であった($\chi 2=13.3$, d.f.=1, p<.01)．

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，「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6人(5.2%)，3人(2.6%)，女性ではそれ20人(10.6%)，3人(1.6%)であった．「絶対やらないと思う」は男女それぞれ84人(73.0%)，99人(52.4%)であった．退所後の有機溶剤乱用の可能性には性差がある($\chi 2=14.1$, d.f.=3, $p<.01$)．

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「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」「なんとなくそう思うから」の回答の間に差はなかった．女性では「今もやりたいと思っているから」が11人(48.7%)で最も多かった．

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64人(8.0%)，女性の62人(14.5%)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有害性者が多かった($\chi 2=11.8$, d.f.=1, $p<.01$)．

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337人(42.0%)，女性では187人(43.7%)であり，男女とも半数以上の者がブタン入手は容易としていた．

女性の方がブタンは簡単に手に入りやすいと考えていた($\chi 2=15.8$, d.f.=3, $p<.01$)．

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39人(35.5%)以，女性29人(26.4%)で最も多かった．つづいて12歳，14歳が多かった．小学生以下である10歳以下も男女それぞれ8人(7.3%)，女性では4人(3.6%)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．その結果，乱用頻度に性差は認められなかった($\chi 2=0.5$, d.f.=2, ns)．「ほとんど毎日」していた経験があるのは，男性12人(10.9%)，女性13人(11.8%)であった．一方，「いままで1,2回」のみと回答した者は男性37人(33.6%)，女性37人(33.6%)であった．

⑤ ブタン乱用への態度(表32,33)

この項目は，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．

「すべきではない」と答えた者は，ブタン非乱用者では男性288人(42.8%)，女性84人(28.5%)だったのに対し，乱用者では男性20人(18.2%)および女性14人(12.7%)と少なかった (男女それぞれ$\chi 2=164.0$, d.f.=3, $p<.01$; $\chi 2=76.7$, d.f.=3, $p<.01$)．非乱用者ではブタン吸引を知らなかった者が男女それぞ260人(38.6%)，93人(31.5%)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，いずれも知らなかった者が男性464人(68.9%)女性人179(60.7%)と多くを占めていた．男性乱用者では精神病状態，急性中毒死を知っていたものはそれぞれ34人(30.9%)，25人(22.7%)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($\chi 2=15.6$, d.f.=1, $p<.01$; $\chi 2=5.0$, d.f.=1, $p<.05$)．女性で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($\chi 2=4.4$, d.f.=1, $p<.05$; $\chi 2=1.1$, d.f.=1, $p<..01$)..

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31人(28.2%)，30人(27.3%)であり，性差はなかった($\chi 2=0.2$, d.f.=1, ns)．フラッシュバック体験率は男女それぞれ18人(16.4%)，19人(17.3%)であり，やはり性差はみられなかった ($\chi 2=0.0$, d.f.=1, ns)．

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．「害を知っていたら吸引しなかったと思う」が男性37人(33.6

%)，女性26人(23.6%)と少なく，「やはりしていたと思う」は男女それぞれ51人(46.4%)，67人(60.9%)と多かった．性差はなかった($\chi 2=4.5$, d.f.=1, ns)．

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7人(6.4%)，女性では13人(11.8%)であった．「絶対やらないと思う」は男女それぞれ70人(63.6%)，60人(54.5%)であった．退所後のブタン乱用の可能性には性差はなかった($\chi 2=3.5$, d.f.=3, ns)．

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．男性では「誘われたらやると思う」4人(57.1%)が多く，女性では「なんとなくそう思うから」7人 (53.8%) が多かった．

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訪ねた．

その結果，男性の53人(6.6%)，女性の87人(20.3%)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有じは女性に多かった($\chi 2=44.9$, d.f.=1, $p<.01$)．

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62人(7.7%)，女性では87人(20.3%)であり，女性の方が簡単に手に入るとものが多かった($\chi 2=103.9$ d.f.=3, $p<.01$)．

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91人(11.4%)，女性の144人(33.7%)を占めており，女性の方が男性より関心が高かった($\chi 2=109.1$, d.f.=3, $p<.01$)．

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．男女とも，乱用者が少なくはっきりした大麻使用開始年齢のピークは判断しがたいが，13歳から14歳が開始年齢として多い．

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16人(41.0%)と多かった．女性では「今まで1，2回」と「数回以上」がそれぞれ40%台でほぼ同数であった．「ほとんど毎日」は男女それぞれ7.7%，5.9%と10%以下であった．乱用頻度に性差は見られなかった($\chi 2=0.9$, d.f.=2, ns)．

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551人(73.9%)，女性164人(48.8%)が，「法律で禁じられているからすべきではないと思う」と答えていた．一方，大麻乱用者では，「すべきではない」とした者が男女それぞれ5人(12.8%)，11人(16.2%)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30人(76.9%)，女性で52人(76.4%)を占めていた．以上，男女とも乱用者のほうが許容的態度であった($\chi 2=97.1$, d.f.=2, $p<.01$；$\chi 2=28.9$, d.f.=2, $p<.01$)．

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．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41.0%，42.7%と多かった(男女それぞれ$\chi 2=56.1$, d.f.=3, $p<.01$；$\chi 2=30.8$, d.f.=3, $p<.01$)．

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($\chi 2=4.5$, d.f.=1, $p<.05$; $\chi 2=4.7$, d.f.=1, $p<.05$)．

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9人(23.1%)，女性18人(26.5%)にみられた．無動機症候群は男性7人(17.9%)，女性17人(25.0%)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($\chi 2=0.2$, d.f.=1, ns ; $\chi 2=0.7$, d.f.=1, ns)

⑩ 大麻の有害性知識と抑止(表52)

大麻吸引の有害性の知識が大麻吸引を抑止するかどうかを検討するため，大麻による害を知っていたら吸引しなかったと思うかどうかを大麻乱用者に尋ねた．

「害を知っていたら吸引しなかったと思う」と答えた大麻乱用者は，男女それぞれ8人(14.8%)，13人(19.1%)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、乱用しないと思うか(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」あるいは「絶対やらないと思う」と答えていた．

退所後も乱用する理由としては，「今もやりたいと思っているから」「誘われたらやると思うから」「いやなことがあったらやると思うから」「なんとなくそう思うから」などであった(表54)．

4) 覚せい剤

① 周囲の有機溶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79人(9.9%)，女性の111人(25.9%)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，女性の周囲に有意に有害性者が多かった($\chi 2=52.6$, d.f.=1, $p<.01$)．

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62人(7.7%)，女性では78人(18.2%)，また少々苦労するが手に入ると答えた者が男性89人(11.1%)，女性104人(24.3%)であり，女性の方が簡単に手に入るとする者が多かった($\chi 2=117.1$, d.f.=3, $p<.01$)．

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78人(9.7%)，女性の154人(36.0%)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($\chi 2=158.9$, d.f.=3, $p<.01$)．

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106人(13.2%)，女性では156人(36.4%)が覚せい剤乱用に誘われていた($\chi 2=82.7$, d.f.=1, $p<.01$)．この質問項目では無回答が男女それぞれ288人(35.9%)，124人(29.0%)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．男女とも14歳がそれぞれ4人(30.8%)，14人(26.4%)と多かった．

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8人(61.5%)および26人(49.1%)と多かった．女性では「ほとんど毎日」とした者も4人(7.5%)いた．この質問項目でも無回答が男女それぞれ2人(15.4%)，8人(15.1%)と多いかった．

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6人(46.2%)，22人(41.5%)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4人(30.8%)，10人(18.9%)であった．「吸引と

注射」をあげた者は，男女それぞれ1人(7.7%)，13人(24.5%)であった．男性では無回答が2人(15.4%)，女性では8人(15.1%)いた．乱用方法に性差は認められなかった($\chi 2=2.1$, d.f.=2, ns)．

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．覚せい剤乱用者は，非乱用者よりも「すべきではない」とした者が少なく，「少々ならかまわないと思う」「それを守る必要は全然ない」など覚せい剤乱用に肯定的意見が多かった(男女それぞれ$\chi 2=29.9$, d.f.=2, $p<.01$；$\chi 2=19.0$, d.f.=2, $p<.01$)．

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．「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は，男性では乱用者4人(35.7%)は非乱用者97人(12.6%)より頻度が高く($\chi 2=8.4$, d.f.=2, $p<.01$)．女性でも乱用者24人(45.3%)の方が非乱用者79人(22.7%)よりも頻度が高かった($\chi 2=12.5$, d.f.=2, $p<.01$)．

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，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かった(それぞれ，$\chi 2=3.4$, d.f.=1, ns)が，フラッシュバックについては乱用者のほうが知っていた($\chi 2=10.2$, d.f.=1, $p<.01$)．一方，女性では乱用者の方が精神病状態，フラッシュバックのいずれの有害性も知っている頻度が高かった（それぞれ，$\chi 2=2.7$, d.f.=1, $p<.01$；$\chi 2=8.2$, d.f.=1, $p<.01$)．

また性差では，女性は男性よりも覚せい剤吸引の影響を知っているものが多かった．

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，精神病状態，フラッシュバックの体験した者はそれぞれ2人(15.4%)，5人(38.5%)であった．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21人(39.6%)，25人(47.2%)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5人(38.5%)，女性11人(20.8%)であった．「やはりしていたと思う」とする者が，男性で5人(38.5%)，女性で33人(62.3%)いた．

⑬ 施設退所後、乱用しないと思うか(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「多分やらないと思う」あるいは「絶対やらないと思う」と答えていた．女性では7人(13.2%)が「多分やると思う」と答えていた．理由については，男女とも回答数が少ないが「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」「いやなことがあったらやると思うから」「なんとなくそう思うから」などが認められた(表71)．

D．考察

1．方法論上の問題点

1) 対象者の代表性

本研究は入所非行児の薬物乱用の実態調査であり，対象者は非行児全体の代表ではない．

入所非行児は一般の非行母集団よりも非行度が進んでいると考えられる．しかし，児童自立支援施設入所は，家庭での監督が困難と判断される児童が入所させられるので，単に反社会行動の程度だけでなく家庭状況も考慮される．そのため，同程度の反社会行動が認められても家庭状況が悪ければ入所させられ，家庭状況がそれほど悪くなければ自宅での指導となったりする．また，児童自立支援施設の目的がかっても教護院時代の非行性除去ではなく児童への支援となっており，入所対象そのものが変化してきている．したがって，本調査はあくまで児童自立支援施設児の実態であり過度に普遍化することはできない．

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，平成6年1339人，平成8年1194人，平成10年1315人，平成12年1327人と従来1200人から1300人前後で一定していたが，平成14年調査では851人と少なかった．平成14年調査施設からの回収率が低

かった理由の一つとして，同時期に児童自立支援施設に別の全国調査が実施されていたため施設側の都合により本調査への協力が困難であったことが考えられた．また，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もある．そのため，今回平成16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．その結果，回収数は1230人であり平成14年以前と同等となった．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．

また，調査年度により地域ごとの回答数には差がある．薬物乱用は文化的影響が大きいので特定地域の応答率の高低が全体結果に影響する可能性がある．

3) 無回答率の問題

無回答を減らすために無記名式の質問紙調査としているが，質問内容が薬物乱用という反社会行動であるため無回答が多い．非行児本人の薬物乱用経験の質問では3%から4%が無回答であった．乱用率が数%程度の薬物では乱用頻度と無回答率が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，安定剤，咳止め液，MDAMが乱用率が数%であり乱用率結果の信頼性は低いと思われる．

2．薬物乱用頻度

1) 薬物乱用の年代変化

今回の対象者のうち1年以上入所している者が男女とも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．

また，前述のように対象施設の変動の問題より解釈には注意が必要である．今回も含め調査対象数が1200人から1300人ほどであるが平成14年は調査数が851人と少なかった．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．

これらの点を考慮すると児童自立支援施設入所児童自立支援施設における薬物乱用年次変化について断定的なことは言えないが，有機溶剤乱用，大麻乱用，覚せい剤乱用について下記のような傾向があると考えられる．

① 有機溶剤乱用頻度

男性では平成6年度調査より有機溶剤乱用は一貫して減少しており，平成6年度から今回平成16年まで2年おきに41.2%，37.3%，30.3%，26.4%，21.6%，14.3%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，平成6年から平成10年までの59.6%，50.6%，48.5%と減少したが，平成12年は52.3%とやや上昇し，平成14年46.5%，平成16年44.2%とやや減少した．

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15年には2835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類似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 大麻乱用

大麻乱用は，男性では平成6年および平成8年は5.5%，6.7%であったが，平成10年から平成16年までほぼ5%前後で変化していない．女性では，平成6年から平成10年まで22.0%，19.0%，14.4%と漸減し，その後平成12年14.7%，平成14年15.9%，平成16年15.9%とあまり変化していない．

全体として入所非行児の大麻乱用は平成10年以降大きな変化はないようである

③ 覚せい剤乱用頻度

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，平成10年より減少傾向にある．これに対して，われわれの児童自立支援施設調査の覚せい剤乱用頻度は，男性では平成6年(1.2%)から平成12年(5.0%)まで増加傾向にあり，平成14年度に2.5%へとはじめて減少じ，今回平成16年は1.6%となった．女性では平成6年(6.6%)から平成10年(16.9%)まで急増し，その後は平成12年(15.2%)，平成14年(13.6%)，平成14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．

2) 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．平成12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．平成14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．

今回も地域ごとに流行っている薬物に差が認められた．東北・北海道では全般に各種の薬物乱用が多い．一方，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．上述のようにやや対象数が少ないこともありその理由ははっきりしない．

薬物によって乱用頻度に地域差が見られるようである．

3） 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かった．

警察白書[9]によれば，有機溶剤，大麻，覚せい剤により検挙された少年は，いずれも男性の方が女性よりも多い．また和田[8]による全国中学生調査でも男性の方が女性より有機溶剤，大麻，覚せい剤の乱用率が高いという結果が得られている．

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一貫して女性の薬物乱用率が男性のそれよりも高いが，これは一般の少年を対象とした他の資料と一致していないことになる．

この理由として，一つには男子非行では薬物よりも暴力や窃盗などが施設入所理由となることが多く，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．

施設においては女性に薬物非行が多く，また女子の場合薬物乱用が性被害と結びつきやすいので，入所非行児への指導方法が男性と女性で異なると思われる．

3．薬物への意識

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．

2） 薬物の有害性知識

薬物乱用の有害性ついては社会的にいろいろな教育活動が行われているが，具体的有害性について知らない児童が依然多い．特に非乱用者この傾向が強い．乱用者の方が非乱用者よりも有害性知識がある理由として乱用後に薬物乱用集団から知識を得たという可能性もあるが，少なくとも単純に有害性知識がないために薬物に手を出したとはいえないことを示唆している．

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．

3） 有害性体験率

精神症状の判断はやはり直接面接調査でないと難しく，質問紙法による精神症状の体験率は信頼性が低いと考えるべきであり，あくまで参考程度と考えている．

有機溶剤による症状の体験としては，幻覚などの精神病状態が男女とも最も多く，30%前後に認められているという結果が得られた．またフラッシュバックの体験も男女とも20%以上あった．症状の体験として多発神経炎や無動機症候群についても尋ねているが，これらは非行児が自分で正しく判断できる症状ではないので症状の発現率としてはかなり不正確と思われる．無動機症候群などに比べると幻覚やフラッシュバックは本人でも症状を把握しやすいのである程度症状発現率は把握できると思われる．有機溶

剤による精神症状の発現率に性差はなかった.

有機溶剤の次に乱用の多いブタンでは，精神病症状の発現頻度は男女とも30%弱であった.これは有機溶剤による精神病症状よりも少ない.またフラッシュバック発現率も有機溶剤乱用の場合と同等かやや少なかった．これらよりブタンは有機溶剤よりも精神症状発現効果は低いと推測される.

覚せい剤乱用は女性の場合精神病症状発現率が40%ほどでありやはり頻度が高い．またフラッシュバックも半数近くが経験していた．男性は乱用者が少ないため判断が難しい.

4．今後の課題

1） 非行少年における薬物乱用の動向

児童自立支援施設においては，児童の入所期間は1年以上になることが多い．したがって，入所非行中の薬物乱用実態は一般非行児の乱用実態からやや遅れて調査結果に反映されると考えられる．警察白書で平成10年以降覚せい剤による少年検挙数は減少し，われわれの調査でも覚せい剤乱用者数は減少してきているように見える．覚せい剤乱用は有機溶剤など他の薬物乱用よりも重大な結果をもたらすので今後入所非行児においても減少するかどうか観察が必要である.

また，乱用薬物として最も多い有機溶剤も入所非行児とくに男性において減少が明らかであるが，今後この傾向が持続するのか検討が必要である．女性の有機溶剤乱用率の減少は男性よりも小さいが，女性の方が乱用率そのものが高いので今後の動向が注目される.

また，今回はMDMAを調査対象に加えた．MDMAは俗称エクスタシー，エックス，×などとされる薬物であり，錠剤のため乱用への抵抗感が少ないといわれており，流行が懸念されている薬物である．薬理的にはメタアンフェタミンと類似しているものである．今回MDMAの乱用率は男女それぞれ0.9%と4.2%であった．それほど多い乱用率ではないが，新しい乱用薬物であり今後の動向を検討する必要がある.

2） 調査回収数

平成14調査では回答者数が802人であり，それ以前の回答者数1300人ほどから大幅に低下した．また，平成14調査では施設から回収率が64.9%であった．平成14調査では施設において他の調査と時期が重なったために回収率が悪かったと思われたが，本調査が継続的に行われておりそのため回収率が低下した可能性もあった．そのため回収率を高めることが必要と考えられた．今回，薬物乱用項目以外の質問数を減らし全体の質問数を前回の92から62とした．回答数は1230人となりほぼ以前と同等の回収数が得られた．今後も回収数を維持できるよう調査方法を考えていく必要がある.

謝辞

本研究は，全国の児童自立支援施設の多くの方々のご協力により実施ができました.ご協力いただいた方々にここで深謝させていただきます.

参考文献

3） 阿部恵一郎：児童福祉施設(教護院)における有機溶剤乱用少年・少女の実態調査．平成6年度厚生科学研究費補助金「麻薬等総合対策研究事業」薬物依存研究の社会学的，精神医学的特徴に関する研究　平成6年度研究結果報告書．1995

4） 庄司正実：全国の児童自立支援施設における薬物依存の意識・実態に関する研究　平成10年度厚生科学研究「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神病患者等に対する適切な医療のあり方についての研究」．1999

5） 庄司正実：全国の児童自立支援施設における薬物依存の意識・実態に関する研究　平成12年度厚生科学研究「薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究」．2001

6） 庄司正実：全国の児童自立支援施設における薬物依存の意識・実態に関する研究　平成14年度厚生科学研究「薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究」．2003

7） 庄司正実：全国の児童自立支援施設における薬物依存の意識・実態に関する研究　平成15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」．2004

8） 平成13年度警察白書．警察庁編．2002

9） 平成16年版青少年白書．内閣府編．2005

10) 和田清：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

表1 性・学年構成

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
小学 4年以下	16	2.0		0.0
小学 5年	12	1.5	2	0.5
小学 6年	24	3.0	9	2.1
中学 1年	70	8.7	29	6.8
中学 2年	212	26.4	103	24.1
中学 3年	288	35.9	180	42.1
高校(専門学校) 1年	30	3.7	8	1.9
高校(専門学校) 2年	10	1.2	1	0.2
高校(専門学校) 3年	5	0.6	5	1.2
無職	33	4.1	58	13.6
就労中	15	1.9	5	1.2
無回答ほか	87	10.8	28	6.5
計	802	100.0	428	100.0

表2 性・年齢構成

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
9歳以下	8	1.0	0	0.0
10歳	13	1.6	1	0.2
11歳	20	2.5	2	0.5
12歳	50	6.2	23	5.4
13歳	135	16.8	51	11.9
14歳	287	35.8	154	36.0
15歳	199	24.8	141	32.9
16歳	49	6.1	34	7.9
17歳	19	2.4	15	3.5
18歳	9	1.1	4	0.9
19歳以上	3	0.4	1	0.2
無回答ほか	10	1.2	2	0.5
計	802	100.0	428	100.0

表3 施設入所期間

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
3ヶ月以下	173	21.6	95	22.2
4ヶ月から6ヶ月	118	14.7	80	18.7
6ヶ月から1年	189	23.6	104	24.3
1年から1年6ヶ月	134	16.7	67	15.7
1年6ヶ月から2年	66	8.2	31	7.2
2年以上	87	10.8	21	4.9
無回答	35	4.4	30	7.0
計	802	100.0	428	100.0

表4 地域別人数

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
東北・北海道	119	14.8	63	14.7
関東	236	29.4	100	23.4
中部	89	11.1	44	10.3
関西	142	17.7	78	18.2
中国	76	9.5	48	11.2
四国	32	4.0	14	3.3
九州	81	10.1	29	6.8
不詳	27	3.4	52	12.1
	802	100.0	428	100.0

表5 非行歴

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
外泊や家出をした	551	68.7	371	86.7
人にけがをさせた	487	60.7	254	59.3
家からお金を持ち出した	487	60.7	303	70.8
自転車を盗んだ	538	67.1	305	71.3
人の物やお金を盗んだ	519	64.7	324	75.7
ひったくり, カツアゲ	296	36.9	200	46.7
家の中で暴れた	322	40.1	295	68.9
暴走族に入った	84	10.5	69	16.1
物や家に火をつけた	274	34.2	107	25.0
学校をさぼった	599	74.7	379	88.6
バイクや自動車を盗んだ	306	38.2	181	42.3
人の物やみんなの物をわざと壊した	303	37.8	200	46.7
不良仲間とつき合った	456	56.9	317	74.1
暴力団とつき合った	120	15.0	166	38.8
根性焼きや入墨をした	214	26.7	139	32.5
無免許運転	305	38.0	197	46.0
性関係のこと	229	28.6	263	61.4
その他	123	15.3	114	26.6

表6 初発非行年齢

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
小学校入学前	42	5.2	16	3.7
小学 1年	63	7.9	28	6.5
小学 2年	60	7.5	19	4.4
小学 3年	70	8.7	26	6.1
小学 4年	84	10.5	52	12.1
小学 5年	110	13.7	50	11.7
小学 6年	114	14.2	67	15.7
中学 1年	129	16.1	102	23.8
中学 2年	45	5.6	35	8.2
中学 3年	11	1.4	4	0.9
中学卒業後	2	0.2	4	0.9
無回答	72	9.0	25	5.8

表7 家庭裁判所への係属歴

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
ある	175	21.8	133	31.1
ない	574	71.6	278	65.0
無回答	53	6.6	17	4.0

表8 周囲の薬物乱用状況

	男性 人数	%	女性 人数	%	
有機溶剤	291	36.3	308	72.0	1)
大麻	127	15.8	188	43.9	2)
覚せい剤	123	15.3	212	49.5	3)
ガス	211	26.3	181	42.3	4)
コカイン	31	3.9	56	13.1	5)
睡眠薬	77	9.6	160	37.4	6)
安定剤	55	6.9	111	25.9	7)
咳止め液	20	2.5	33	7.7	8)
MDMA	28	3.5	62	14.5	9)
その他	40	5.0	62	14.5	10)

1) χ^2= 142.8, d.f.=1, p<.01
2) χ^2= 123.3, d.f.=1, p<.01
3) χ^2=169.5, d.f.=1, p<.01
4) χ^2= 35.9, d.f.=1, p<.01
5) χ^2= 38.4, d.f.=1, p<.01
6) χ^2=142.9, d.f.=1, p<.01
7) χ^2=90.2, d.f.=1, p<.01
8) χ^2=20.0, d.f.=1, p<.01
9) χ^2=16.5, d.f.=1, p<.01
10) χ^2=36.4, d.f.=1, p<.01

表9 本人の薬物乱用歴

	男性 人数	%	女性 人数	%	
有機溶剤	115	14.3	189	44.2	1)
大麻	39	4.9	68	15.9	2)
覚せい剤	13	1.6	53	12.4	3)
ガス	110	13.7	110	25.7	4)
コカイン	6	0.7	12	2.8	5)
睡眠薬	28	3.5	82	19.2	6)
安定剤	16	2.0	45	10.5	7)
咳止め液	10	1.2	14	3.3	8)
MDMA	7	0.9	18	4.2	9)
その他	13	1.6	24	5.6	10)

1) χ^2=130.2, d.f.=1, p<.01
2) χ^2=45.8, d.f.=1, p<.01
3) χ^2=67.3, d.f.=1, p<.01
4) χ^2=30.4, d.f.=1, p<.01
5) χ^2= 8.7, d.f.=1, p<.01
6) χ^2=88.5, d.f.=1, p<.01
7) χ^2=45.6, d.f.=1, p<.01
8) χ^2= 6.6, d.f.=1, p<.05
9) χ^2=16.5, d.f.=1, p<.01
10) χ^2=16.2, d.f.=1, p<.01

表10 おもな薬物の乱用頻度の年代変化(男性)

単位:%

	平成6年	平成8年	平成10年	平成12年	平成14年	平成16年
有機溶剤	41.2	37.3	30.3	26.4	21.6	14.3
大麻	5.5	6.7	4.8	5.0	4.9	4.9
覚醒剤	1.2	1.7	3.9	5.0	2.5	1.6

表11 おもな薬物の乱用頻度の年代変化(女性)

単位:%

	平成6年	平成8年	平成10年	平成12年	平成14年	平成16年
有機溶剤	59.6	50.6	48.5	52.3	46.5	44.2
大麻	22.0	19.0	14.4	14.7	15.9	15.9
覚醒剤	6.6	10.8	16.9	15.2	13.6	12.4

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=119)	12.6	6.7	1.7	19.3
関東(n=236)	9.7	3.4	1.3	12.7
中部(n=89)	16.9	5.6	2.2	19.1
関西(n=142)	17.6	7.0	1.4	9.9
中国(n=76)	11.8	2.6	1.3	18.4
四国(n=32)	6.3	0.0	0.0	9.4
九州(n=81)	23.5	3.7	0.0	4.9

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=63)	49.2	23.8	12.7	33.3
関東(n=100)	29.0	6.0	8.0	20.0
中部(n=44)	45.5	11.4	15.9	18.2
関西(n=78)	53.8	17.9	9.0	15.4
中国(n=48)	39.6	2.1	8.3	31.3
四国(n=14)	28.6	7.1	14.3	28.6
九州(n=29)	51.7	17.2	10.3	17.2

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 人数	%	女性 人数	%
いた	108	13.5	131	30.6
いない	665	82.9	287	67.1
無回答	29	3.6	10	2.3

(χ^2=51.0, d.f.=1, p<.01)

表15 有機溶剤入手困難さ

	男性 人数	%	女性 人数	%
簡単に手に入る	172	21.4	192	44.9
少々苦労するが, なんとか手に入る	91	11.3	54	12.6
ほとんど不可能だ	52	6.5	14	3.3
絶対不可能だ	242	30.2	60	14.0
無回答	245	30.5	108	25.2

(χ^2=84.2, d.f.=3, p<.01)

表16 有機溶剤乱用開始年齢(乱用者のみ)

	男性(n=115) 人数	%	女性(n=189) 人数	%
10歳以下	3	2.6	5	2.6
11歳	11	9.6	12	6.3
12歳	25	21.7	33	17.5
13歳	41	35.7	60	31.7
14歳	16	13.9	46	24.3
15歳以上	3	2.6	6	3.2
経験はあるが年齢はおぼえていない	4	3.5	12	6.3
無回答	12	10.4	15	7.9

(χ^2=7.0, d.f.=6, ns)

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=115) 人数	%	女性(n=189) 人数	%
今まで1, 2回	44	38.3	65	34.4
数回以上	40	34.8	65	34.4
ほとんど毎日	21	18.3	44	23.3
無回答	10	8.7	15	

(χ^2=1.1, d.f.=2, ns)

表18 有機溶剤乱用への態度(男性)

	有機溶剤乱用			
	乱用者(n=115)		非乱用者(n=674)	
	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	24	20.9	486	72.1
法律で禁じられてはいるが，少々ならかまわないと思う	52	45.2	84	12.5
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	35	30.4	42	6.2
無回答	4	3.5	62	9.2

($\chi 2=153.0$, d.f.=2, $p<.01$)

表19 有機溶剤乱用への態度(女性)

	有機溶剤乱用			
	乱用者(n=189)		非乱用者(n=223)	
	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	30	15.9	119	53.4
法律で禁じられてはいるが，少々ならかまわないと思う	94	49.7	50	22.4
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	60	31.7	33	14.8
無回答	5	2.6	21	9.4

(($\chi 2=73.8$, d.f.=2, $p<.01$)

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=115)		非乱用者(n=674)	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	27	23.5	417	61.9
しかたないことだと思う	36	31.3	100	14.8
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	21	18.3	12	1.8
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	26	22.6	72	10.7
無回答	5	4.3	73	10.8

($\chi 2=110.2$, d.f.=3, $p<.01$)

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=189)		非乱用者(n=223)	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	32	16.9	91	40.8
しかたないことだと思う	47	24.9	45	20.2
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	31	16.4	13	5.8
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	69	36.5	44	19.7
無回答	10	5.3	30	13.5

($\chi 2=40.8$, d.f.=3, $p<.01$)

表22 有機溶剤の知識(男性)

	有機溶剤乱用				
	乱用者(n=115)		非乱用者(n=674)		
	人数	%	人数	%	
急性中毒死	45	39.1	169	25.1	1)
多発神経炎	59	51.3	196	29.1	2)
精神病状態	91	79.1	339	50.3	3)
無動機症候群	44	38.3	142	21.1	4)
フラッシュバック	69	60.0	257	38.1	5)
いずれも知らなかった	6	5.2	212	31.5	6)

1) $\chi 2=9.8$, d.f.=1, $p<.01$
2) $\chi 2=22.2$, d.f.=1, $p<.01$
3) $\chi 2=32.9$, d.f.=1, $p<.01$
4) $\chi 2=18.1$, d.f.=1, $p<.01$
5) $\chi 2=19.4$, d.f.=1, $p<.01$
6) $\chi 2=33.8$, d.f.=1, $p<.01$

表23 有機溶剤の知識(女性)

	有機溶剤乱用				
	乱用者(n=189)		非乱用者(n=223)		
	人数	%	人数	%	
急性中毒死	73	38.6	76	34.1	1)
多発神経炎	91	48.1	90	40.4	2)
精神病状態	165	87.3	159	71.3	3)
無動機症候群	95	50.3	86	38.6	4)
フラッシュバック	151	79.9	122	54.7	5)
いずれも知らなかった	14	7.4	35	15.7	6)

1) $\chi 2=0.9$, d.f.=1, ns
2) $\chi 2=2.5$, d.f.=1, ns
3) $\chi 2=15.6$, d.f.=1, $p<.01$
4) $\chi 2=5.7$, d.f.=1, $p<.05$
5) $\chi 2=29.0$, d.f.=1, $p<.01$
6) $\chi 2=6.7$, d.f.=1, $p<.01$

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		女性乱用者		
	人数	%	人数	%	
精神病状態	31	27.0	60	31.7	1)
フラッシュバック	23	20.0	48	25.4	2)
多発神経炎	12	10.4	9	4.8	3)
無動機症候群	20	17.4	49	25.9	4)

1) $\chi 2=0.8$, d.f.=1, ns
2) $\chi 2=1.2$, d.f.=1, ns
3) $\chi 2=3.6$, d.f.=1, ns
4) $\chi 2=3.0$, d.f.=1, ns

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		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
しなかったと思う	35	30.4	30	15.9
やはりしていたと思う	61	53.0	140	74.1
無回答	19	16.5	19	10.1

($\chi 2=13.3$, d.f.=1, $p<.01$)

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		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
絶対やらないと思う	84	73.0	99	52.4
多分やらないと思う	21	18.3	64	33.9
多分やると思う	6	5.2	20	10.6
絶対やると思う	3	2.6	3	1.6
無回答	1	0.9	3	1.6

($\chi 2=14.1$, d.f.=3, $p<.01$)

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)

	男性乱用者(N=9)		女性乱用者(N=23)	
	人数		人数	
誘われたらやると思うから	4	44.4	6	26.1
今もやりたいと思っているから	4	44.4	11	47.8
いやなことがあったらやると思うから	3	33.3	8	34.8
なんとなくそう思うから	3	33.3	7	30.4

表28 自分の周囲のブタン乱用による精神症状発現者

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
いた	64	8.0	62	14.5
いない	694	86.5	354	82.7
無回答	42	5.2	12	2.8

($\chi 2=11.8$, d.f.=1, $p<.01$)

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	337	42.0	187	43.7
少々苦労するが，なんとか手に入る	38	4.7	27	6.3
ほとんど不可能だ	29	3.6	15	3.5
絶対不可能だ	199	24.8	59	13.8
無回答	199	24.8	140	32.7

($\chi 2$=15.8, d.f.=3, p<.01)

表30　ブタン乱用開始年齢

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
10歳以下	8	7.3	4	3.6
11歳	3	2.7	6	5.5
12歳	14	12.7	23	20.9
13歳	39	35.5	29	26.4
14歳	16	14.5	25	22.7
15歳以上	3	2.7	3	2.7
経験はあるが年齢はおぼえていない	6	5.5	4	3.6
無回答	21	19.1	16	14.5

($\chi 2$=8.2, d.f.=6, p<n.s.)

表31　最もしていた時のブタン乱用頻度

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
今まで1，2回	37	33.6	37	33.6
数回以上	36	32.7	45	40.9
ほとんど毎日	12	10.9	13	11.8
無回答	25	22.7	15	13.6

($\chi 2$=0.5, d.f.=2, ns)

表32　ブタン乱用への態度(男性)

	ガス乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
すべきではないと思う	20	18.2	288	42.8
少々ならかまわないと思う	37	33.6	47	7.0
かまわない	38	34.5	36	5.3
知らなかった	10	9.1	260	38.6
無回答	5	4.5	42	6.2

($\chi 2$=184.0, d.f.=3, p<.01)

表33　ブタン乱用への態度(女性)

	ガス乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
すべきではないと思う	14	12.7	84	28.5
少々ならかまわないと思う	42	38.2	39	13.2
かまわない	47	42.7	49	16.6
知らなかった	5	4.5	93	31.5
無回答	2	1.8	30	10.2

($\chi 2$= 76.7, d.f.=3, p<.01)

表34　ブタンの知識(男性)

	ガス乱用				
	経験有		経験無		
	人数	%	人数	%	
精神病状態	34	30.9	104	15.5	1)
急性中毒死	25	22.7	97	14.4	2)
いずれも知らなかった	57	51.8	464	68.9	3)

1) $\chi 2$=15.6, d.f.=1, p<.01
2) $\chi 2$= 5.0, d.f.=1, p<.05
3) $\chi 2$=12.5, d.f.=1, p<.01

表35　ブタンの知識(女性)

	ガス乱用				
	経験有		経験無		
	人数	%	人数	%	
精神病状態	37	33.6	69	23.4	1)
急性中毒死	35	31.8	57	19.3	2)
いずれも知らなかった	51	46.4	179	60.7	3)

1) $\chi 2$= 4.4, d.f.=1, p<.05
2) $\chi 2$= 7.1, d.f.=1, p<.01
3) $\chi 2$= 6.7, d.f.=1, p<.01

表36　ブタンで体験した症状(乱用者)

	男性乱用者		女性乱用者		
	人数	%	人数	%	
精神病状態	31	28.2	30	27.3	1)
フラッシュバック	18	16.4	19	17.3	2)

1) $\chi 2$=0.2, d.f.=1, ns
2) $\chi 2$=0.0, d.f.=1, ns

表37　ブタンの知識と乱用抑止(ブタン乱用者のみ)

	男性乱用者		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
しなかったと思う	37	33.6	26	23.6
やはりしていたと思う	51	46.4	67	60.9
無回答	22	20.0	17	15.5

($\chi 2$=4.5, d.f.=1, ns)

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		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
絶対やらないと思う	70	63.6	60	54.5
多分やらないと思う	28	25.5	35	31.8
多分やると思う	6	5.5	10	9.1
絶対やると思う	1	0.9	3	2.7
無回答	5	4.5	2	1.8

($\chi 2$=3.5, d.f.=2, ns)

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

	男性乱用者		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
誘われたらやると思うから	4	57.1	3	23.1
今もやりたいと思っているから	2	28.6	4	30.8
いやなことがあったらやると思うから	1	14.3	2	15.4
なんとなくそう思うから	1	14.3	7	53.8

表40 自分の周囲の大麻乱用による精神症状発現者

	男性 人数	%	女性 人数	%
いた	53	6.6	87	20.3
いない	601	74.9	293	68.5
無回答	148	18.5	48	11.2

(χ^2=44.9, d.f.=1, p<.01)

表41 大麻入手困難さ

	男性 人数	%	女性 人数	%
簡単に手に入る	62	7.7	87	20.3
少々苦労するが，なんとか手に入る	87	10.8	96	22.4
ほとんど不可能だ	88	11.0	31	7.2
絶対不可能だ	351	43.8	93	21.7
無回答	214	26.7	121	28.3

(χ^2=103.9, d.f.=3, p<.01)

表42 大麻の知識

	男性 人数	%	女性 人数	%
知らなかった	281	35.0	70	16.4
関心がなかった	341	42.5	162	37.9
見てみたかった	47	5.9	68	15.9
試してみたかった	44	5.5	76	17.8
無回答	89	11.1	52	12.1

(χ^2=109.1, d.f.=3, p<.01)

表43 大麻乱用開始年齢

	男性 人数	%	女性 人数	%
10歳以下	2			
11歳	0		2	2.9
12歳	4	10.3	14	20.6
13歳	14	35.9	18	26.5
14歳	9	23.1	19	27.9
15歳以上	5	12.8	5	7.4
経験はあるが年齢はおぼえていない	0		4	5.9
無回答	5	12.8	6	8.8

(χ^2= 10.3, d.f.=6, ns)

表44 最もしていた時の大麻乱用頻度

	男性 人数	%	女性 人数	%
今まで1, 2回	16	41.0	28	41.2
数回以上	12	30.8	30	44.1
ほとんど毎日	3	7.7	4	5.9
無回答	8	20.5	6	8.8

(χ^2=0.9, d.f.=2, ns)

表45 大麻乱用への態度(男性)

	大麻乱用 経験有 人数	%	経験無 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	12.8	551	73.9
法律で禁じられてはいるが，少々ならかまわないと思う	21	53.8	70	9.4
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	9	23.1	47	6.3
無回答	4	10.3	78	10.5

(χ^2=97.1, d.f.=2, p<.01)

表46 大麻乱用への態度(女性)

	大麻乱用 経験有 人数	%	経験無 人数	%
法律で禁じられているから，すべきで	11	16.2	164	48.8
法律で禁じられてはいるが，少々なら	36	52.9	93	27.7
法律で禁じられてはいるが，それを守	16	23.5	43	12.8
無回答	5	7.4	36	10.7

(χ^2=28.9, d.f.=2, p<.01)

表47 大麻乱用禁止への態度(男性)

	大麻乱用 経験有 人数	%	経験無 人数	%
当然だと思う	11	28.2	493	66.1
しかたないことだと思う	8	20.5	89	11.9
大麻くらい禁止しなくてもいいのでは	8	20.5	16	2.1
法律で決める必要はなく，個人の好	8	20.5	68	9.1
無回答	4	10.3	80	10.7

(χ^2=56.1, d.f.=3, p<.01)

表48 大麻乱用禁止への態度(女性)

	大麻乱用 経験有 人数	%	経験無 人数	%
当然だと思う	11	16.2	138	41.1
しかたないことだと思う	22	32.4	74	22.0
大麻くらい禁止しなくてもいいのではないかと思う	11	16.2	10	3.0
法律で決める必要はなく，個人の好きにさせればよいと思う	18	26.5	79	23.5
無回答	6	8.8	35	10.4

(χ^2=30.8, d.f.=3, p<.01)

表49 大麻の知識(男性)

	大麻乱用 経験有 人数	%	経験無 人数	%	
精神病状態	14	35.9	193	25.9	1)
無動機症候群	5	12.8	106	14.2	2)
いずれも知らなかった	18	46.2	470	63.0	3)

1) χ^2= 1.9, d.f.=1, ns
2) χ^2= 0.1, d.f.=1, ns
3) χ^2= 4.5, d.f.=1, p<.05

表50 大麻の知識(女性)

	大麻乱用				
	経験有		経験無		
	人数	%	人数	%	
精神病状態	36	52.9	144	42.9	1)
無動機症候群	25	36.8	93	27.7	2)
いずれも知らなかった	22	32.4	157	46.7	3)

1) χ^2= 2.3, d.f.=1, ns
2) χ^2= 2.3, d.f.=1, ns
3) χ^2= 4.7, d.f.=1, p<.05

表51 大麻で体験した症状(乱用者)

	男性		女性		
	人数	%	人数	%	
精神病状態	9	23.1	18	26.5	1)
無動機症候群	7	17.9	17	25.0	2)

1) χ^2= 0.2, d.f.=1, ns
2) χ^2= 0.7, d.f.=1, ns

表52 大麻の知識と乱用抑止(大麻乱用者のみ)

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
しなかったと思う	8	20.5	13	19.1
やはりしていたと思う	24	61.5	49	72.1
無回答	7	17.9	6	8.8

(χ^2=0.2, d.f.=1, ns)

表53 施設退所後，乱用しないと思うか(大麻乱用者のみ)

	男性乱用者		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
絶対やらないと思う	27	69.2	38	55.9
多分やらないと思う	9	23.1	24	35.3
多分やると思う	0	0.0	3	4.4
絶対やると思う	2	5.1	1	1.5
無回答	1	2.6	2	2.9

(χ^2=4.8, d.f.=3, ns)

表54 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		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
誘われたらやると思うから	1	50.0	3	75.0
今もやりたいと思っているから	2	100.0	2	50.0
いやなことがあったらやると思うから	0	0.0	2	50.0
なんとなくそう思うから	0	0.0	0	0.0

表55 自分の周囲の覚せい剤乱用による精神症状発現者

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
いた	79	9.9	111	25.9
いない	661	82.4	295	68.9
無回答	62	7.7	22	5.1

(χ^2=52.6, d.f.=1, p<.01)

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	62	7.7	78	18.2
少々苦労するが，なんとか手に入る	89	11.1	104	24.3
ほとんど不可能だ	83	10.3	35	8.2
絶対不可能だ	361	45.0	78	18.2
無回答	207	25.8	133	31.1

(χ^2=117.1, d.f.=3, p<.01)

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	240	29.9	42	9.8
関心がなかった	401	50.0	187	43.7
見てみたかった	48	6.0	70	16.4
試してみたかった	30	3.7	84	19.6
無回答	83	10.3	45	10.5

(χ^2=158.9, d.f.=3, p<.01)

表58 覚せい剤乱用への誘い

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
ある	106	13.2	156	36.4
ない	408	50.9	148	34.6
無回答	288	35.9	124	29.0

(χ^2=82.7, d.f.=1, p<.01)

表59 覚せい剤乱用開始年齢

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
10歳以下			3	5.7
11歳			1	1.9
12歳	1	7.7	11	20.8
13歳	2	15.4	10	18.9
14歳	4	30.8	14	26.4
15歳	1	7.7	3	5.7
経験はあるが年齢はおぼえていない	2	15.4	4	7.5
無回答			7	13.2

(χ^2=7.0, d.f.=6, ns)

表60 覚せい剤乱用頻度

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
今まで1，2回	8	61.5	26	49.1
数回以上	3	23.1	15	28.3
ほとんど毎日			4	7.5
無回答	2	15.4	8	15.1

(χ^2=1.4, d.f.=2, ns)

表61 覚せい剤の乱用方法

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
吸引	6	46.2	22	41.5
注射	4	30.8	10	18.9
吸引と注射	1	7.7	13	24.5
無回答	2	15.4	8	15.1

($\chi 2=2.1$, d.f.=2, ns)

表62 覚せい剤への態度(男性)

	覚せい剤乱用			
	経験有		経験無	
	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	30.8	572	74.3
法律で禁じられてはいるが, 少々ならかまわないと思う	6	46.2	67	8.7
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	3	23.1	49	6.4
無回答		0.0	82	10.6

($\chi 2=29.9$, d.f.=2, $p<.01$)

表63 覚せい剤への態度(女性)

	覚せい剤乱用			
	経験有		経験無	
	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	14	26.4	177	50.9
法律で禁じられてはいるが, 少々ならかまわないと思う	20	37.7	93	26.7
法律で禁じられてはいるが, それを守る必要は全然ないと思う	17	32.1	42	12.1
無回答	2	3.8	36	10.3

($\chi 2=19.0$, d.f.=2, $p<.01$)

表64 覚せい剤禁止への態度(男性)

	覚せい剤乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	4	30.8	503	65.3
しかたないことだと思う	3	23.1	72	
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	4	30.8	97	12.6
無回答	2	15.4	98	12.7

($\chi 2=8.4$, d.f.=2, $p<.05$)

表65 覚せい剤禁止への態度(女性)

	覚せい剤乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	13	24.5	152	43.7
しかたないことだと思う	14	26.4	77	22.1
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	24	45.3	79	22.7
無回答	2	3.8	40	11.5

($\chi 2=12.5$, d.f.=2, $p<.01$)

表66 覚せい剤の知識(男性)

	覚せい剤乱用				
	経験有		経験無		
	人数	%	人数	%	
精神病状態	7	53.8	231	30.0	1)
フラッシュバック	8	61.5	180	23.4	2)
いずれも知らなかった	2	15.4	386	50.1	3)

1) $\chi 2=3.4$, d.f.=1, n.s.
2) $\chi 2=10.2$, d.f.=1, $p<.01$
3) $\chi 2=6.1$, d.f.=1, $p<.05$

表67 覚せい剤の知識(女性)

	覚せい剤乱用				
	経験有		経験無		
	人数	%	人数	%	
精神病状態	34	64.2	181	52.0	1)
フラッシュバック	34	64.2	150	43.1	2)
いずれも知らなかった	8	15.1	111	31.9	3)

1) $\chi 2=2.7$, d.f.=1, $p<.01$
2) $\chi 2=8.2$, d.f.=1, $p<.01$
3) $\chi 2=6.2$, d.f.=1, $p<.05$

表68 有機溶剤で体験した症状

	男性乱用者		女性乱用者		
	人数	%	人数	%	
精神病状態	2	15.4	21	39.6	1)
フラッシュバック	5	38.5	25	47.2	2)

1) $\chi 2=2.7$, d.f.=1, ns
2) $\chi 2=0.3$, d.f.=1, ns

表69 覚せい剤の知識と抑止

	男性乱用者		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
使わなかったと思う	5	38.5	11	20.8
やはり使ったと思う	5	38.5	33	62.3
無回答	3	23.1	16	30.2

($\chi 2=2.4$, d.f.=1, ns)

表70　施設退所後，乱用しないと思うか(覚せい剤乱用者のみ)

	男性乱用者		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
絶対やらないと思う	6	46.2	27	50.9
多分やらないと思う	4	30.8	15	28.3
多分やると思う	2	15.4	7	13.2
絶対やると思う	0	0.0	1	1.9
無回答	1	7.7	3	5.7

($\chi 2=0.4$, d.f.=1, ns)

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		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
誘われたらやると思うから	1	50.0	3	37.5
今もやりたいと思っているから	1	50.0	2	25.0
いやなことがあったらやると思うから	0	0.0	4	50.0
なんとなくそう思うから	0	0.0	2	25.0

調査へのお願い

この調査の目的は，飲酒・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　　歳

2　　学校は？　①小学校　②中学校　③高校　④専門学校　⑤中学卒業後で無職　⑥就労中

3 何年生ですか？学年を記入してください　　年生

4 男性ですか，女性ですか？　①男性　②女性

5 今回，この施設に入所してからどのくらいになりますか？　　年　　ヶ月

6 あなたの身近(友達，先輩，知り合い，家族など)で以下のような薬物をやっている人はいましたか？

1) シンナーやトルエン（ボンド，マニュキヤの除光液なども含む）　①いた　②いない
2) マリファナ（大麻，ハッパ，ハシッシも同じ）　①いた　②いない
3) 覚せい剤（エス，スピード，シャブも同じ）　①いた　②いない
4) ガス（ライター用ガス，カセットコンロ用ガスなど）　①いた　②いない
5) コカイン（クラックも同じ）　①いた　②いない
6) 睡眠薬（病気治療以外の目的で）　①いた　②いない
7) 精神安定剤（病気治療以外の目的で）　①いた　②いない
8) 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
9) ＭＤＭＡ(エクスタシー，エックス，Ｘも同じ)　①いた　②いない
10) その他の薬物　①いた　②いない

7 あなた自身は以下のような薬物を１回でも使用したことがありますか？

1) シンナーやトルエン（ボンド，マニュキヤの除光液なども含む）　①ある　②ない
2) マリファナ（大麻，ハッパ，ハシッシも同じ）　①ある　②ない
3) 覚せい剤（エス，スピード，シャブも同じ）　①ある　②ない
4) ガス（ライター用ガス，カセットコンロ用ガスなど）　①ある　②ない
5) コカイン（クラックも同じ）　①ある　②ない
6) 睡眠薬（病気治療以外の目的で）　①ある　②ない
7) 精神安定剤（病気治療以外の目的で）　①ある　②ない
8) 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
9) ＭＤＭＡ(エクスタシー，エックス，Ｘも同じ)　①ある　②ない
10) 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　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

11　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

12　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

13　「シンナー遊び」は法律で禁止されていますが，「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

14 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

15 「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

16 「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

17 「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

18 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

19 「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

20 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

21 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

22 「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

23 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

24 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

25 「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

26 「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

27 「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

28 「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

29 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

30 「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

31 あなたの身近に大麻を吸った結果，病気や異常になった人がいましたか？　①いた　②いない

32 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

33 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

34 これまでに一回でも大麻(マリファナ，ハシッシ，ハッパ)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

35 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

36 大麻は法律で禁止されていますが，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

37 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・覚醒剤とちがって，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

38 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

39 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

40 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

41 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

42 「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

43 あなたの身近に覚醒剤(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

44 施設に入る前，覚醒剤(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

45 覚醒剤(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)，覚醒剤についてあなたはどう思っていましたか？
①覚醒剤は知らなかった　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

46 入所前，覚醒剤(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

47 これまでに一回でも覚醒剤(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

48 施設に入る前，最も使っていた時で覚醒剤(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

49 覚醒剤(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？(もともと覚醒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覚醒剤は使ったことがない

50　覚醒剤(スピード，エス)は法律で禁止されていますが，覚醒剤(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)あなたは覚醒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

51　覚醒剤(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)，法律で覚醒剤(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

52　覚醒剤によって質問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醒剤を使う前(したことがない人は施設入所前)知っていましたか？覚醒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

53　覚醒剤を使った結果，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．(もともと覚醒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覚醒剤は使ったことがない

54　覚醒剤を使うと，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醒剤を使わなかったと思いますか？(もともと覚醒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覚醒剤は使ったことがない

55　この施設を出た後，覚醒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

56　「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

57　シンナー遊び，ガスパン遊び，大麻，覚醒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)
(　　) 覚醒剤(エス，スピード，シャブも同じ)
(　　) 睡眠薬(病気治療以外の目的で)
(　　) その他の薬物(安定剤，咳止め液，コカイン，MDMAなど)

58　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

59　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

60 以下のようないわゆる非行について，したことがあるのはどれですか？したことがあるものすべてに○をつけてください．

①外泊や家出をした　②人にけがをさせた　③家からお金を持ち出した
④自転車を盗んだ　⑤人の物やお金を盗んだ　⑥ひったくり，カツアゲ
⑦家の中で暴れた　⑧暴走族に入った　⑨物や家に火をつけた
⑩学校をさぼった　⑪バイクや自動車を盗んだ　⑫人の物やみんなの物をわざと壊した
⑬不良仲間とつき合った　⑭暴力団とつき合った　⑮根性焼きや入墨をした
⑯無免許運転　⑰性関係のこと　⑱その他

61 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

62 自傷行為（自分で手首を切る，自殺しようとするなど）をしたことがありますか？

①ない　②1回ある　③2回から3回ある　④数回以上ある

ご協力ありがとうございました

分担研究報告書
(1－4)

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)
分担研究報告書

救命救急センターにおける薬物乱用・依存等の実態に関する研究

分担研究者　相星淳一　日本医科大学付属病院　高度救命救急センター　助手
研究協力者　柴田泰史　日本医科大学付属病院　検査部

研究要旨　日本医科大学附属病院高度救命救急センターに搬送された200症例を対象に乱用薬物簡易検査キットであるTriage DOAを使用し、尿検体のスクリーニング検査および確認試験を実施した。患者のプライバシー保護の観点からunlinked anonymous法を用いた。入室患者200症例の平均年齢は59.0±19.7歳で、男性130例、女性70例であった。症例の内訳は外傷32例、脳血管障害26例、薬物中毒25例、心肺停止症例24例、呼吸不全17例、消化管出血16例、その他14例、心不全12例、急性腹症11例、代謝異常10例、熱傷9例、血管緊急症4例で、Triage陽性症例は57例（28.5%）であった。Triage陽性薬物は、benzodiazepines(BZO)44例、tricyclic antidepressants(TCA)8例、barbiturates(BAR)6例、opiates(OPI)12例、amphetamine(AMP)3例、cannabinoids(THC)1例であった。確認試験の結果、OPI12例全例でコデインあるいはジハイドロコデインが検出された。また、AMP3例のうち1例はエフェドリンによる偽陽性であった。本年度の非合法薬物の乱用率は1.5%であり、昨年度と比較して、有意な増加は認めなかった。

A. 背景

日本医科大学附属病院高度救命救急センターの年間症例数は近年増加し、平成16年度は約1800症例である。そのうち、薬物中毒患者は6～7%に相当する。乱用薬物患者が搬入される可能性としては、乱用薬物自体による急性および慢性中毒症状（意識障害、痙攣など）、乱用薬物の作用が事件や事故に関与する外因性急性疾患（交通事故、傷害など）、薬物作用による内因性疾患の誘発や憎悪（中枢神経疾患、心疾患など）、薬物あるいは薬物を併用した自殺企図などがある。臨床的には、乱用薬物に対する治療以外に、薬物作用によって症状や症候が隠蔽され診断を困難にすることも少なくない。従って、薬物乱用患者を正確に認知することは救急医療にとって重要である。

覚せい剤中毒は第三次覚せい剤乱用期にあり、乱用の拡大が社会問題になっている。さらに、覚せい剤の検挙者数は徐々に減少する一方、大麻、MDMAの検挙者数は急増している。特に、20歳代を中心とした若年層への拡大は新たな問題である。よって、薬物乱用・依存の実態を把握するため、日本医科大学附属病院高度救命救急センターに搬入された患者を対象に、簡易検査キットを用い尿検体のスクリーニング検査および確認試験を実施した。100例を対象とした昨年度の研究結果では、アンフェタミンが1例検出され、非合法薬物の乱用率は1.0%であった。

B. 対象・目的

対象は平成17年1月12日～平成17年2月28日までの期間に日本医科大学附属病院高度救命救急センターに入室した症例に対して連続サンプリングを行い、検体量不足の症例を除外した200症例を対象とした。非合法薬物の乱用・依存の実態を把握することを目的に、尿スクリーニング検査および確認試験を実施した。

C. 方法

救命救急センター入院後、診断・治療を目的に不特定の医師が採尿を行った。その後、破棄される予定の尿の一部を収集し、簡易薬物スクリーニングキットであるTriage DOA (Biosite Diagnostics) を用いて検査を行った。今回使用したTriageの定性対象薬物は、amphetamine (AMP)、barbiturates (BAR)、benzodiazepines (BZO)、cannabinoids (THC)、cocaine (COC)、opiates (OPI)、phencyclidine (PCP)、tricyclic antidepressant

s（TCA）の8種である。さらに、定性試験の終了後、LC/MS、GC/MSで確認試験を行った。以上の結果から今年度の不法薬物の乱用率を算出し、昨年度と比較検討した。

倫理面に関しては、人を対象とした臨床研究であり、しかも違法性の禁止薬物の検出であることから、プライバシーの保護に関しては格別の配慮を要することは当然である。この点については、1．尿は診療上の必要から入室患者全例から採取しており、検体とすることによる身体的、精神的負担を強いるものではないこと。2．分析の結果は診療上に対してのみ反映させ、法に基づく正規の手続きによる要請以外では漏洩することはないこと。3．尿検体と個人の一対一対応が不可能なunlinked anonymous法を用いることにより、個人の秘密情報を開示漏出させず、患者個人には不利益を与えるものでないこととする。

統計解析はStatView version 5.0を使用し、カイ二乗検定およびt-検定を行った。P<0.05を統計学的に有意と判定した。

D.結果

入室患者200症例の平均年齢は59.0±19.7歳で、男性130例（65%）、女性70例（35%）であった。2004年全入室症例1764例の平均年齢は56.8±20.5歳、男性1098例、女性666例で、平均年齢および性別については有意差を認めなかった（表1）。研究対象症例の年齢構成では、平林らの研究結果と近似して、60歳以上の症例は全体の59%を占め、二峰性を示した（表2）。また、疾患分類でみると、外傷、脳血管障害、中毒、心肺停止症例が、全体の54%を占めた（表3）。

本研究でのTriage陽性例は、57例（28.5%）であった（表4）。Triageによる検出薬物（重複例を含む）は、BZO44例、TCA8例、BAR6例、OPI12例、AMP3例、THC1例であった（表4）。これらについて確認試験を実施したところ、非合法薬物を含め計29種類の薬物が確認された（表5）。OPIでは全例にコデインあるいはジハイドロコデインが検出された。また、AMP3例のうち、1例はエフェドリンによる偽陽性例であった（表4）。

今年度に検出された非合法薬物はAMP2例、THC1例で、平均年齢は32.3±4.5歳（28～37歳）、性別は男性2例、女性1例であった（表6）。疾患分類では、薬物中毒以外に、外傷および脳血管障害の症例で薬物が確認された（表7）。また、昨年度との乱用率の比較検討では、有意な増加を認めなかった（表8）

当救命救急センターで診断された非合法薬物の過去6年間の経年的変化をみると、1999～2003年まで3～7例（平均4.8例）と横ばいに推移したが、昨年度は10例に増加した（図1）。非合法薬物使用者の平均年齢は33.7±9.0歳（18～53歳）、性別は男性12例、女性22例（64.7%）、確認された薬物はAMP29例（85.3%）、THC3例、COC1例、MDMA1例であった（表9）。また、疾患分類では約70%の症例が薬物中毒であったが、外傷、急性腹症、その他の症例も含まれていた（表9）。

E.考察

本研究の対象症例が当施設の全入院症例の代表的な集団であるか否かを検討するため、年齢および性別について2004年全入室症例と比較検討した。その結果、年齢および性別には有意差はないが、疾患の時期的偏りや無尿例（心肺停止例など）があることから、バイアスが存在する可能性がある。

Triageによるスクリーニング検査で、57症例が陽性所見を示した。そのうち、非合法薬物（OPI、AMP、THC）は16例で陽性であったが、確認試験の結果、AMP2例、THC1例を同定した。OPI陽性の12例すべてにコデインあるいはジハイドロコデインが含まれていたが、麻薬系薬物は検出されなかった。また、AMP陽性の1例では、エフェドリンが確認され偽陽性と判断された。以前の我々の報告や今回の研究結果からも、確認試験は不可欠であると考えられる。

本研究では、3例の非合法薬物の使用が確認された。当施設の症例台帳による疾患分類によると、薬物中毒1例、外傷1例、脳血管障害1例であり、必ずしも中毒症状が主症状として診断・治療されている訳ではない。当施設で診断された過去6年間（1999～2004年）の統計でも約3割は薬物中毒以外の疾患であり、特に外傷は2番目（17.6%）に多い。また、今回の脳血管障害症例はAMPの薬理作用による交感神経刺激が脳出血に関与したことが推測される。このように、診断・治療を進めるうえで、薬物中毒を鑑別するためのスクリーニ

ング検査は、救急医療では極めて有効である。また、意識障害、呼吸・循環の異常を呈する薬物中毒症例は3次医療施設に搬送されるが、中等症以下の症例は二次救急医療施設で診断・治療される場合が多い。現在、急性薬毒物中毒（催眠鎮静剤、抗不安薬による中毒を除く）が疑われる患者に対して原因物質の分析等、必要な救命救急管理を実施した場合に限り、救命救急入院料に加算できる施設は全国の17ヶ所の高度救命救急センターに限定されており、多くの医療施設ではTriageなどのスクリーニング検査は医療施設あるいは患者負担で行われているため、ほとんど普及していないのが現状であろう。非合法薬物の蔓延を阻止するためには、取り締まりや薬物に関する教育と並行して、より早期に薬物使用者を認知し、治療・社会復帰させることも重要な対策であることから、簡易スクリーニングキットの保険適応が切望される。

昨年度の実態調査では非合法薬物の乱用率は1.0%であった。本年度は200例中に3例の薬物使用者を認め、その乱用率は1.5%である。昨年度と比較して、乱用率には有意な変動はなかった。平林らは、低い薬物乱用率の経年的変化を統計学的に明らかにするには、研究対象の年齢を制限することにより統計学的鋭敏度を高める必要があると報告している。我々の施設における過去6年間の非合法薬物症例34例の平均年齢は33.7±9.0歳（18～53歳）で、95%、99%信頼度区間はそれぞれ15.7～51.7歳、6.7～60.7歳であった。本研究対象症例に99%信頼度区間（7～60歳）を用いると、200例中82例（41%）であり、今年度の乱用率は1.5%から3.7%まで引き上げることが可能である。しかしながら、研究対象および薬物使用者の高齢化も考慮されることから、今後は年齢の限定あり／なしの両面から経年的調査を継続する。

大麻、MDMAの若年層での乱用の急増が社会問題になっている。警察庁による薬物情勢の報告では、平成15年度におけるMDMAの検挙者数は前年比の2倍である約250人に達し、その半数以上（59%）は20～29歳代の若年者で、初犯が大多数を占めている。MDMAの服用後、血中濃度は数時間で最高値に至り、MDAやその他の代謝物に代謝され、未変化のMDMAと共に尿中に排泄される。本研究で使用したTriage DOAはMDMA、MDAの定性は可能で、尿中MDMA、MDA濃度のカットオフ値はそれぞれ2000ng/mL、1200ng/mLである。我々は過去に中毒症状を呈して搬送されたMDMA症例を経験した。Triageによるスクリーニング検査ではAMP陽性で、さらに、尿検体の確認試験によってMDMAおよびMDAを検出した。しかしながら、MDMAによる中毒症状と尿中濃度との相関性についての報告やMDMAに対するTriageの感度、特異度に関した臨床的検討はなく、その判定には慎重でなければならない。

F.結語

1. 本研究対象におけるTriage陽性例は57例（28.5%）で、確認試験によって計29種類の薬物が検出された。
2. 非合法薬物使用は3例で、AMP2例、THC1例が確認された。本年度の乱用率は1.5%で、昨年度と比較して有意な乱用率の増加は認めなかった。
3. 非合法薬物（OPI、AMP、THC）のTriage陽性例のうち、OPI陽性例のすべてはコデインあるいはジハイドロコデインが含まれ、麻薬系薬物は検出されなかった。また、AMP陽性の1例はエフェドリンによる疑陽性であり、確認試験は必須である。
4. 過去6年間の非合法薬物使用34例の検討では、約30%の症例は薬物中毒以外の疾患で入院治療を受けており、鑑別診断のためのスクリーニング検査は救急医療において必要不可欠である。
5. 非合法薬物の乱用の拡大を阻止するためには、より早期に乱用者を認知し、治療、社会復帰させることが重要であることから、薬物簡易スクリーニング検査キットの保険適応が強く望まれる。

研究対象症例と2004年全入室症例との比較（表1）

	症例数	年齢		男性	女性	
2004年全入室症例	1764	56.8±20.5	NS	1098	666	NS
研究対象症例	200	59.0±19.7		130	70	

研究対象の年齢・性別構成（表2）

年齢	症例数		男性	女性
10～	1		0	1
20～	20		9	11
30～	23		11	12
40～	20		14	6
50～	18		16	2
60～	48	59%	36	12
70～	45		28	17
80～	22		14	8
90～	3		2	1

研究対象の疾患分類（表3）

疾患分類	症例数		男性	女性
外傷	32	54%	10	4
脳血管障害	26		28	4
薬物中毒	25		5	20
心肺停止症例	24		15	11
呼吸不全	17		19	5
消化管出血	16		13	3
その他	14		5	12
心不全	12		9	3
急性腹症	11		8	3
代謝異常	10		9	1
熱傷	9		5	4
血管緊急症	4		4	0

Triageおよび確認試験の結果（表4）

Triage陰性：143例

Triage陽性：57例（28.5%）

検出薬物	Triage陽性	確認試験
BZO	44	44
TCA	8	8
BAR	6	6
OPI	12	0
AMP	3	2
THC	1	1

検出薬物（表5）

<u>鎮咳剤・気管支拡張剤</u>
エフェドリン
メチルエフェドリン
コデイン
ジハイドロコデイン

<u>抗ヒスタミン剤</u>
クロルフェナミン
ブロメタジン

<u>鎮痛剤</u>
サルチル酸
アセトアミノフェン
イブプロフェン

<u>抗てんかん薬</u>
フェノバルビタール
カルバマゼピン
バルプロ酸

<u>抗神経精神薬・抗鬱薬</u>
ミアンセリン
パロキセチン
ノルトリプチリン
イミプラミン
アミトリプチリン
ミルナシプラミン
レボメプロマジン
クロルプロマジン

<u>睡眠・精神安定剤</u>
ペントバルビタール
クロチアゼパム
フルニトラゼパム
フルラゼパム
ニトラゼパム
ゾルピデム

<u>非合法薬物</u>
アンフェタミン
メタンフェタミン
11-nor-9carboxy-THC

非合法薬物の使用症例（表6）

検出薬物	年齢	性別	疾患分類
AMP	37	男性	薬物中毒
AMP	32	女性	脳血管障害
THC	28	男性	外傷

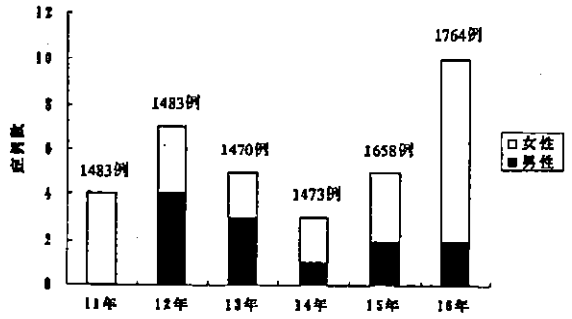
Triage陽性薬物と疾患分類（表7）

疾患分類	BZO	TCA	BAR	OPI	AMP	THC	計
外傷	1	2	1	0	1	1	6
脳血管障害	5	0	0	1	1	0	7
薬物中毒	17	5	4	5	1	0	32
心肺停止症例	5	0	0	1	0	0	6
呼吸不全	3	0	0	2	0	0	5
消化管出血	3	0	0	0	0	0	3
その他	4	0	1	1	0	0	6
心不全	1	0	0	1	0	0	2
急性腹症	2	0	0	1	0	0	3
代謝異常	1	0	0	0	0	0	1
熱傷	2	1	0	0	0	0	3
血管緊急症	0	0	0	0	0	0	0
計	44	8	6	12	3	1	74

平成15・16年度薬物乱用率（表8）

年度	症例数	検出数	不法薬物	乱用率	
平成15年度	100	1	AMP	1%	NS
平成16年度	200	3	AMP、THC	1.5%	

当施設で診断された非合法薬物の過去6年間の推移（図1）



当施設における過去6年間の非合法薬物症例（表9）

年齢　33.7±9.0歳（18～53歳）
95、99%信頼区間（15.7～51.7歳、6.7～60.7歳）

性別　男性 12例、女性 22例（64.7%）

検出薬物　AMP 29例（85.3%）
THC 3例（8.9%）
COC 1例（2.9%）
MDMA 1例（2.9%）

疾患分類　薬物中毒 24例（70.6%）
外傷 6例（17.6%）
急性腹症 1例（2.9%）
その他 4例（8.9%）

分担研究報告書
(1－5)

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)
分担研究報告書

自助グループの実態に関する研究

分担研究者　森田　展彰　筑波大学社会医学系精神衛生学講師
研究協力者　嶋根　卓也　国立保健医療科学院
末次　幸子　長谷川病院

研究要旨　ダルクの利用実態の基礎的な情報を得ること、その有用性と問題点の検証を目的に調査を行った。全国ダルク31施設にアンケートを送り、利用動向と各施設のプログラム内容とニーズを調査した。30施設から回答があった。入寮施設27施設で調査時241名が利用し、年間では入寮406名であった。一方、通所施設13施設で調査時88名が利用し、年間では198名が利用開始していた。総計すると一時点で約330名が利用し、年間では600名以上が利用開始している。入寮型、通所型とも、多いのは4－6名以下の少人数の施設であるが、一方で20名以上の施設もあり、その規模や方法が多様であった。女性の割合は通所型20%、入所型3%と少なく、女性の受け皿が限られていた。年齢は30歳台が中心だが、50歳以上も増え、高齢化の懸念も指摘された。利用継続については、通所、入寮とも3ヶ月以上が7割、1年以上が4分の1であった。利用継続の観点では、半年の継続については入寮型はより効果的であるが、半年から1年の継続では通所型の方が有利であった。薬物使用については、入寮型では、77%の利用者は再使用を抑止できていたが、退寮後の再使用をどう防ぐかが問題であった。通所型は、6ヶ月超えるまでは再使用しやすいが、その後は断薬継続しやすいようであった。社会復帰率はスタッフの印象では37%であった。回復者が働ける受け皿の不足が多く指摘された。就労状況は、通所型と入寮型とも4分の3は無職で、20%がアルバイトで、一方フルタイムの仕事は通所型で7%、入寮型で2%であった。プログラム後の復帰の形態は多様で、アルバイトをしながらのNA通所、ダルクスタッフ等の援助職、進学、正社員への移行、資格取得などであった。プログラム内容は、ミーティングに加え、就労援助など多様なメニューであった。スタッフが挙げた最大の課題は運営資金であるが、56%の施設では公的援助を受けていなかった。運営費中の公的資金の割合は30%、利用者負担の割合は33%であった。利用者負担額は入寮費で平均約15万円、通所費で平均1.1万円であった。残りは、講演料などでまかなっていた。生活保護受給者率は入寮型54%、通所型15%であった。他に「精神症状」「社会復帰の場の不足」による長期入寮の問題が挙げられた。関連機関との連携は、教会、保健機関とはとれているが、警察・福祉事務所・クリニックとは不十分であった。社会貢献として教育機関、司法機関での講演での講演（40回／年以上)、医療機関へのメッセージ（16回/年）を行っていた。以上のように、ダルクは薬物依存症の回復や社会貢献において、実績を挙げているが、十分な社会的援助が受けられていないと考えられた。特に運営資金、社会復帰の場をみつけること、重度の合併症の問題ではダルクのみでは限界があり、行政によりプログラムに（通用への配慮を含む）金銭的援助や、精神医療による合併症対策が急務であると考えられた。

A．研究目的

本研究の目的は、ダルクの利用実態および有効性を示す基礎資料および記録システムを作ることである。更には、これをもとにダルクと医療・心理・福祉などの専門家の連携による、より包括的な治療共同体プログラムの実現を目指すことを考えている。より具体的な目標は、以下の3つである。

①全国ダルクの基礎的データ（利用者数、利用開始数、退寮者数、利用期間、薬物使用に関する予後、社会復帰に関する予後）を明らかにする。
②全国ダルクにおけるプログラムその他の活動の状況とその有効性について明らかにする。
③全国のダルク各施設が抱えている困難について明らかにし、それに対する行政や専門家が果たす

べき援助について明らかにする。

B．研究方法

1．対象と手続き

全国のダルク31施設のスタッフに対して、書面にて調査の目的と内容を示し、直接訪問または電話を通じて、調査協力を求めた。このうち30施設より回答を得た。

調査は、施設スタッフに記入していただく、自記式質問紙の調査である。

調査期間は、平成17年2月1日から28日の期間であった。

2．調査内容

調査内容は「利用者動向の調査」と「各施設のプログラム内容とその有効性・困難点の調査」の2つに分けられる。以下に、各々について述べる。

①利用者動向の調査

ダルクの中でも入寮型の施設と通所型の施設があり、それぞれについて利用者の人数や年齢、性別、利用期間、薬物使用状況などについて尋ねた。

②各施設のプログラム内容とその有効性・困難点の調査

調査項目は、a.プログラムについて、b.運営・経済面について、c.ダルクの有効性について、d.プログラム終了後の社会復帰について、e.社会貢献について、f.現在抱えている問題や課題について、g.関係機関との連携について、である。

更に、自由記述で、ダルクにとって困っていることや希望について、書いてもらった。

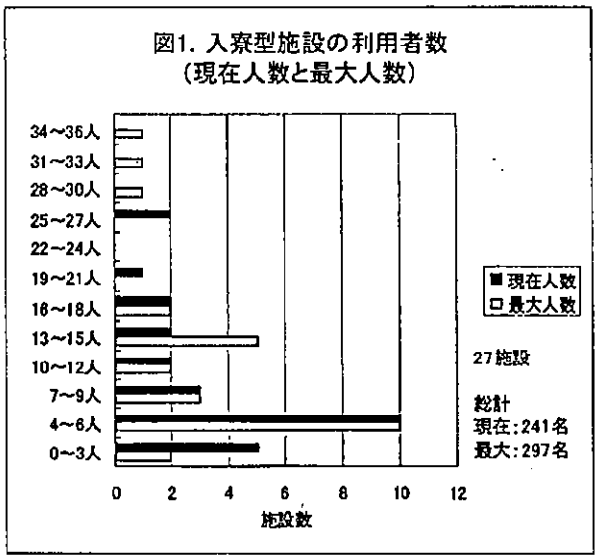
倫理面への配慮

本アンケート調査を行うにあたって、各ダルクスタッフに本研究の趣旨と目的およびこの調査は拒否できることを説明し、研究に関するインフォームト・コンセントをとれた方にのみにアンケートに記入していただくことをお願いした。

C．研究結果

1．利用者動向の動向

(1) 動向の概要



利用動向の概要は以下の通りであった。

入寮施設：全部で27施設で場所としては、地方が中心であった。調査時の利用者　総計241名で、1年間で最大297名、最小181名、1年間の新入寮は406人で退寮283名であった。

通所施設：全部で13施設（但し1施設ではH16年は0人）。東京、大阪など大都市が多い。調査時の利用者は、調査時点では総計88名、1年間で最大97名、最小19名
であった。

また、この1年間の通所開始人数は198名であった。

入寮と通所を両方行っているところは、10施設あった。

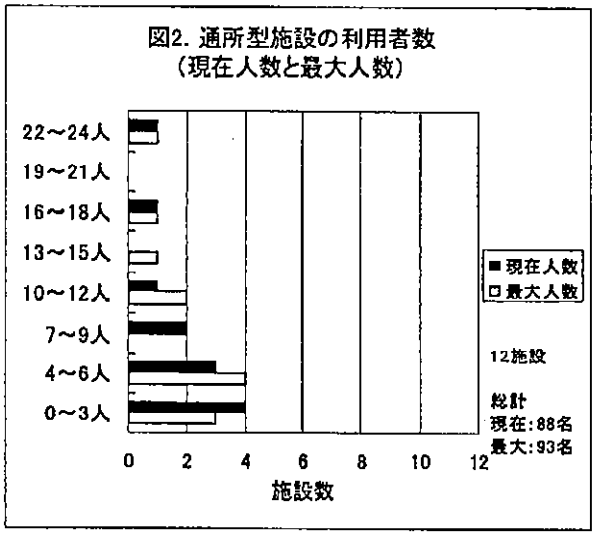
(2) 利用者人数の分布

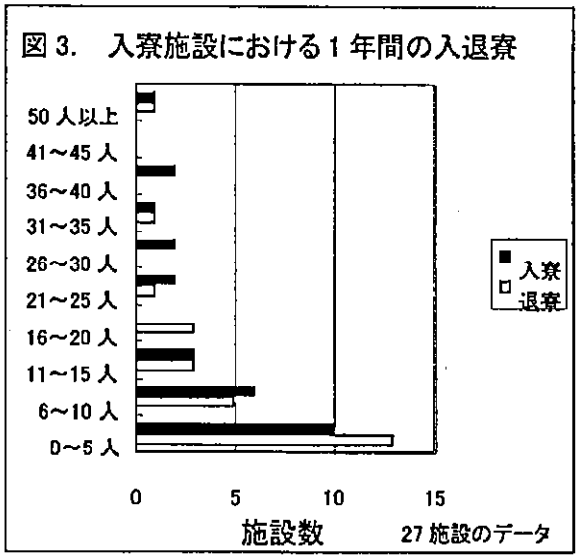
各入所施設の利用者人数（現在の人数と分布を図１に示した。最も多いのは、4－6人の比較的少ない人数のところであるが、20人以上の人数を受けるところも3つあり、分かれている印象である。

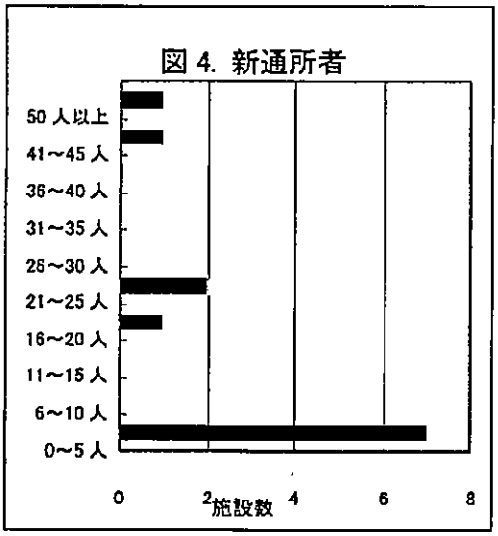
各通所施設の利用者人数（現在の人数と分布を図２に示した。最も多いのは、0－3人または4－6人の比較的少ない人数のところであった。20人以上の人数を受けるところも1カ所あった。

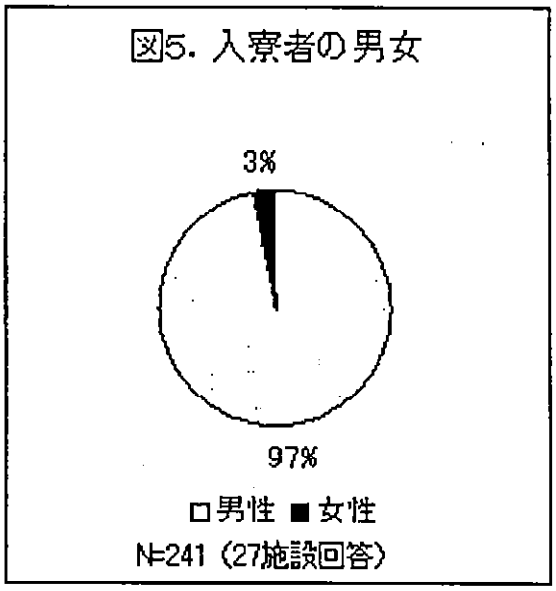
(3) 新しい利用の開始や終了

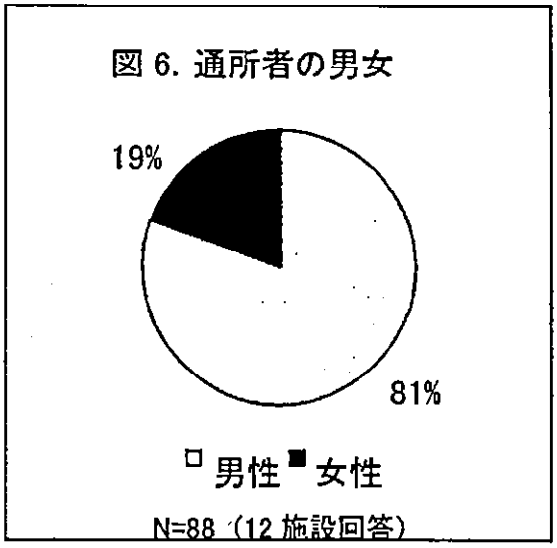
入寮施設において、1年の間に新しく入寮、退寮する人数を図３に示す。多くの施設は5人以下


図2. 通所型施設の利用者数
（現在人数と最大人数）
22～24人
19～21人
16～18人
13～15人
10～12人
7～9人
4～6人
0～3人
■現在人数
□最大人数
12施設
総計
現在:88名
最大:93名
0
2
4
6
8
10
12
施設数


図 3. 入寮施設における 1 年間の入退寮
50 人以上
41～45 人
36～40 人
31～35 人
26～30 人
21～25 人
16～20 人
11～15 人
6～10 人
0～5 人
■入寮
□退寮
0
5
10
15
施設数
27 施設のデータ


図 4. 新通所者
50 人以上
41～45 人
36～40 人
31～35 人
26～30 人
21～25 人
16～20 人
11～15 人
6～10 人
0～5 人
0
2
4
6
8
施設数


図5. 入寮者の男女
3%
97%
□男性 ■女性
N=241（27施設回答）


図 6. 通所者の男女
19%
81%
□男性■女性
N=88（12 施設回答）

の入退寮であるが、20人以上の入退寮のあるところもあり、非常に差が大きい。

通所施設における、通所開始人数を、図４に示した。最も多いのは5人以下の施設だが、20人以上という施設もあり、これも施設による差異が大きい。

(4) 男女構成

入寮者の男女構成を図５に示した。女性は3%と極端に少なく、その受け皿に乏しいことが示されている。

通所者の男女構成を図6に示した。入寮者よりは、女性の割合が多いが、男性が大半を占める状況は同じである。

(5) 年齢構成

入寮者と通所者の年齢構成は図７と図8に示した。入寮者と通所者ともに最も多いのは30－39歳であった。入寮者の方が20－29歳の占める割合(36%)が通所者における割合(23%)よりも高かった。10代や50歳以上の割合は、通所者の方が入寮者よりも多い割合を高い傾向があった。

(6) 就労状況

入寮者と通所者の就労状況は図9と図10にそれぞれ示す。どちらも4分の3程度は無職で、2割弱がアルバイトであった。フルタイムの勤務は入寮者で2%であるのに対して、通所者では7%と、通所の方が多い割合であった。

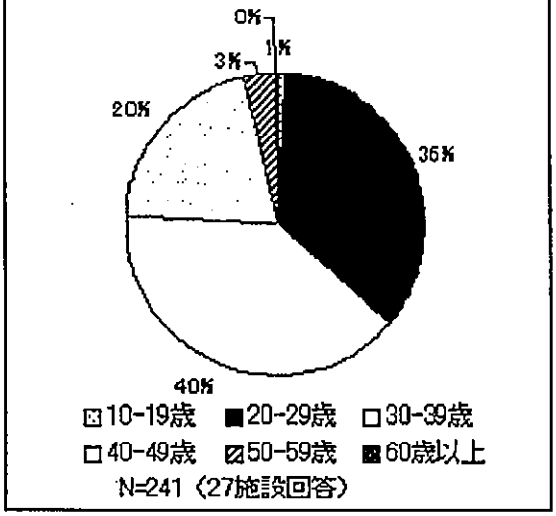
(7) 過去のダルク利用歴

過去のダルク利用歴（図11、図12）は、入寮者では、半分を超える者が過去に入寮歴があるが、通所者では入寮歴のある者は30%に止まり、65%は新しい利用者であった。

(8) 利用期間、利用頻度

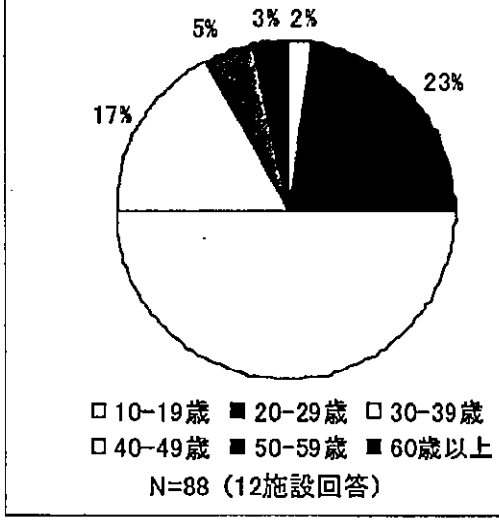
入寮施設と通院施設の利用者の利用期間をいくつかの期間の分け方で分類をみると、図13のようになる。年単位で分けた場合には、1年未満の者がどちらも4分の3を占める。最初の6ヶ月と6ヶ月－1年と1年以上という分類では、入寮者が直線的に下がるが、通所者は、1年以上の者は6ヶ月－1年の者よりも利用者が多い割合である。この点から言うと、通所の方が半年―1年の期間を超えて

図7. 入寮者の年齢



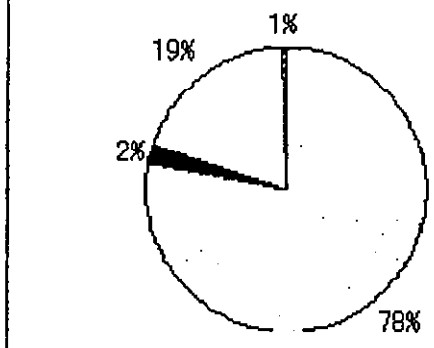
N=241（27施設回答）

図8. 通所者の年齢



N=88（12施設回答）

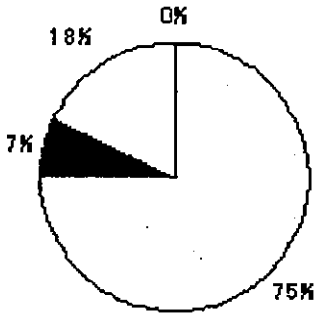
図9. 現入寮者の就労状況



□無職 ■フルタイム □アルバイト ▨学生

N=176 (回答なし65名)25施設回答

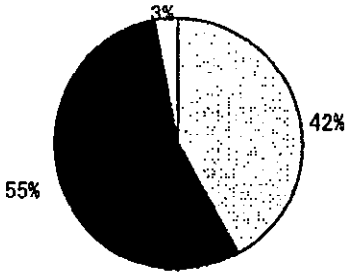
図10. 通所者の就労状況



□無職 ■フルタイム □アルバイト ▨学生

N=88 (12施設回答)

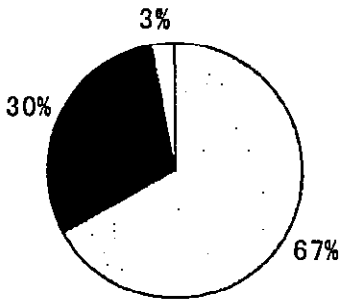
図11. 入寮者のダルク利用歴



□ 初ダルク ■ 入寮経験有 □ 通所経験有

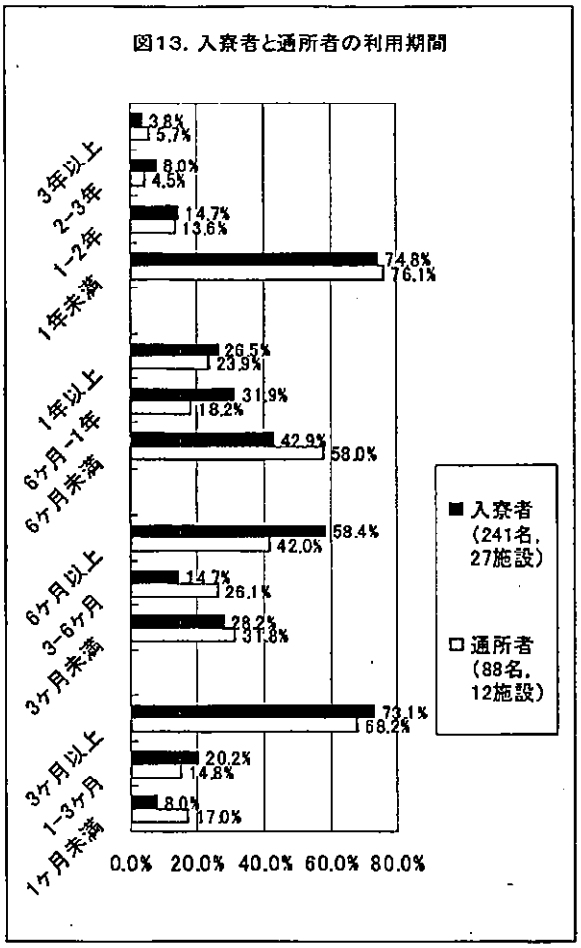
N=238 名(回答なし3名)

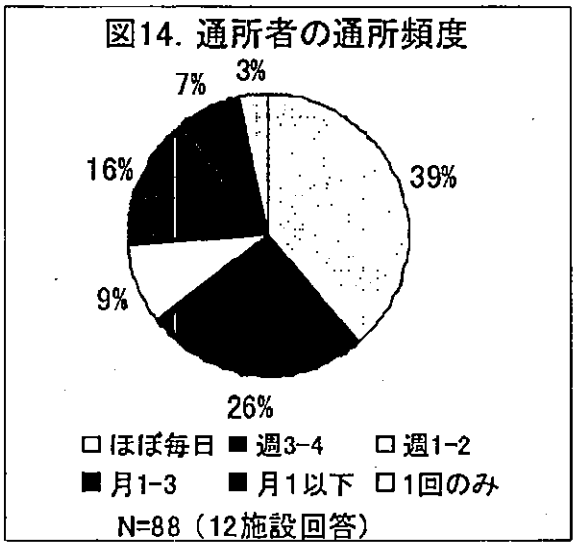
図12. 通所者中のダルク利用歴

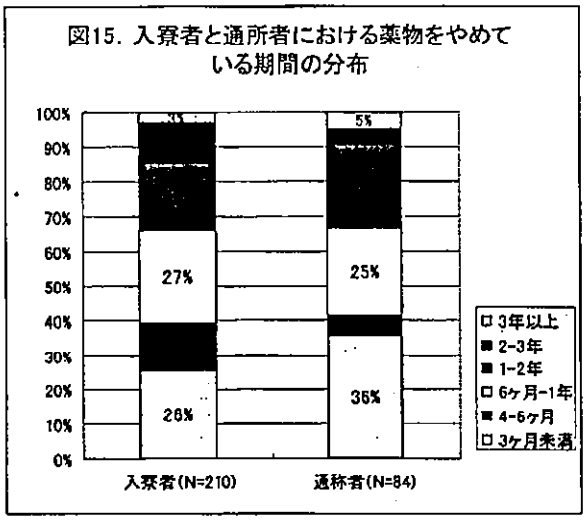


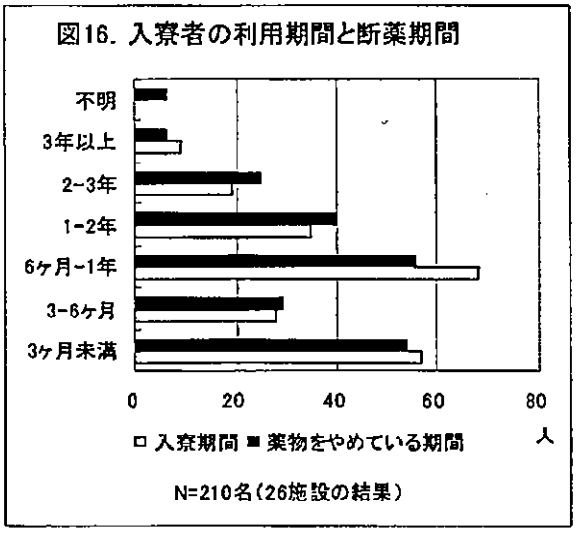
□ 初ダルク ■ 入寮経験有 □ 通所経験有

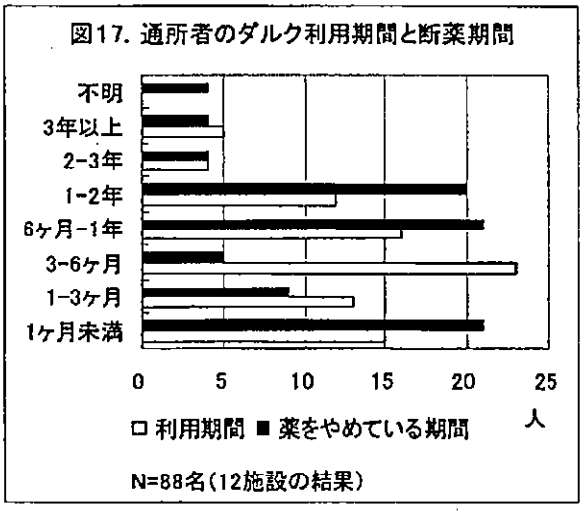
N=199 (12施設回答)


図13. 入寮者と通所者の利用期間
3年以上
2-3年
1-2年
1年未満
1年以上
6ヶ月-1年
6ヶ月未満
6ヶ月以上
3-6ヶ月
3ヶ月未満
3ヶ月以上
1-3ヶ月
1ヶ月未満
3.8%
5.7%
8.0%
4.5%
14.7%
13.6%
74.8%
76.1%
26.5%
23.9%
31.9%
18.2%
42.9%
58.0%
58.4%
42.0%
14.7%
26.1%
28.2%
31.8%
73.1%
68.2%
20.2%
14.8%
8.0%
17.0%
0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0%
■ 入寮者 (241名, 27施設)
□ 通所者 (88名, 12施設)


図14. 通所者の通所頻度
3%
7%
16%
39%
9%
26%
□ ほぼ毎日 ■ 週3-4 □ 週1-2
■ 月1-3 ■ 月1以下 □ 1回のみ
N=88 (12施設回答)


図15. 入寮者と通所者における薬物をやめている期間の分布
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
27%
26%
25%
36%
5%
入寮者(N=210)
通称者(N=84)
□ 3年以上
■ 2-3年
■ 1-2年
□ 6ヶ月-1年
■ 4-6ヶ月
□ 3ヶ月未満


図16. 入寮者の利用期間と断薬期間
不明
3年以上
2-3年
1-2年
6ヶ月-1年
3-6ヶ月
3ヶ月未満
0 20 40 60 80
人
□ 入寮期間 ■ 薬物をやめている期間
N=210名(26施設の結果)


図17. 通所者のダルク利用期間と断薬期間
不明
3年以上
2-3年
1-2年
6ヶ月-1年
3-6ヶ月
1-3ヶ月
1ヶ月未満
0 5 10 15 20 25
人
□ 利用期間 ■ 薬をやめている期間
N=88名(12施設の結果)

いくのにはドロップしにくい可能性がある。一方より短い期間で区切る分類では、通所では入所よりも長い期間の利用者の割合が低く、短期の利用者の割合が高めである。これは入寮の方が最初の1ヶ月－6ヶ月の期間にドロップしにくい傾向を示していると思われる。つまり、利用継続の観点では、入寮が最初の半年前後で強く、通所は1年前後で強く、それより先になるとあまり大きく変わらなくなる。1年を超えて、利用できている者は、入寮にしろ、通所にしろ、約4分の1である。

通所者については頻度を図14に示した。39％はほぼ毎日通い、26％は週の半分は通っていた。

(9) 薬物のクリーン期間と再使用

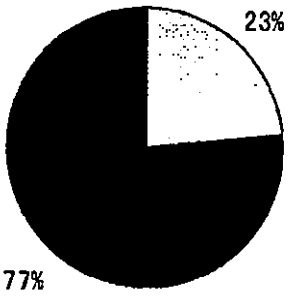
入寮者と通所者の「薬をやめられている期間」を図15に示した。スタッフから見ての判断であり、よくわからない場合は記入されていなかったため、欠損数が比較的多い質問となった。入寮、通所とも、半年以上は4割、1年以上は3分の2であった。3ヶ月未満については、入寮の方が通所よりもやや少なかった。さらに、入寮者と通所者それぞれについて、利用期間との関係を調べると、図16、図17のようになった。入寮者では、ダルク利用期間と薬物をやめている期間の分布はほぼ一致している（図16）。これに対して、通所では、利用期間が1－3ヶ月または3－6ヶ月の者は、同様の期間薬をやめている者よりも多くなっており、逆に利用期間が6ヶ月－1年または1－2年の者では、同様の期間薬をやめている者の方が多くなっている。この通所における利用期間と薬をやめている期間の不一致は、1－6ヶ月利用している段階では、まだ使用を繰り返している者が多いことを示している。しかし、一方通所でも、1年を超えてくるとその使用が減ることも示唆される。

入寮者について、今回の入寮中に最使用があったかどうかをスタッフに尋ねた結果を図18に示した。23％の利用者において再使用があったと考えられるという結果であった。但し、これもはっきりしない場合が多いために、回答なしが半分以上であったので、この割合をそのまま信用することはできない。

(10) 生活保護

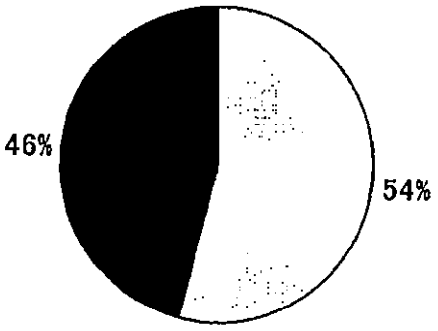
入寮者と通所者における生活保護の割合を図19と図20に示した。入寮者では54％が生活保護を受けているのに対して、通所者では15％のみが受けており、大きな差があった。

図18. 入寮者における今回入寮中の薬物再使用



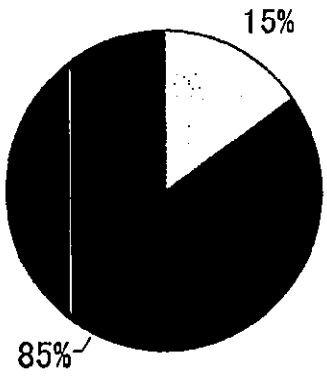
□ 再使用あり ■ 再使用なし
N=138名(回答なし180名)
(25施設の結果)

図19. 入寮者中の生活保護



□ 生活保護あり ■ 生活保護なし
N=241名(27施設の結果)

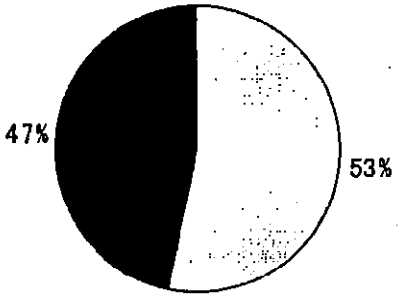
図20. 通所者の生活保護



□生活保護あり ■生活保護なし

N=88名(12施設の結果)

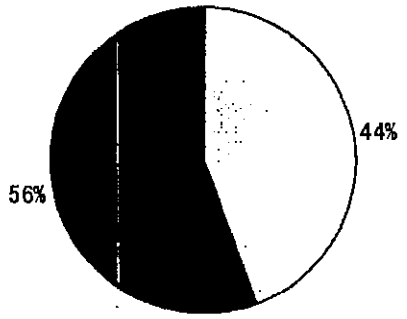
図22. 通所者の精神科処方



□処方あり ■処方なし

N=88名(12施設の結果)

図21. 入寮者の精神科処方



□処方あり ■処方なし

N=241名(27施設の結果)

(11) 薬物療法やカウンセリングについて

精神科の処方を受けている者は入寮者では44%(図21)、通所者では53% (図22) であった。

カウンセリングは、入寮者では回答のあった施設 (25施設) の199名 (回答なし42名) の33%が受けており、通所者では88名 (12施設) の57%が受けていた。

以上のように入寮、通所を問わず、精神科における処方やカウンセリングを受けている者が高い割合存在することが確かめられた。

2. 各施設のプログラム内容とその有効性・困難点の調査

(1) プログラムについて

表1にダルクが行っているプログラムの概要を要約した。

施設の種別としては、入寮型が18ヶ所(66.7)と最も多く、入寮・通所の両方を扱う混合型が6ヶ所(22.2%)、通所型が3ヶ所(11.1%)と続いた。入寮者を受け入れている24施設のうち、入寮プログラムの期間が決まっているのは、半数以下(45.8%)であった。

プログラムの中心であるミーティング(NAの12step)は、1日2回行っている施設が15ヶ所(59.3%)と最も多く、1〜2回行っている施設が5ヶ所(18.5%)、3回行っている施設も5ヶ所(18.5%)であった。

ミーティング以外のプログラムとしては、運動・レクリエーション(92.6%)、生活訓練プログラム(77.8%)、温泉プログラム(55.6%)、アルバイトの紹介(喫茶店、レストラン、古紙リサイクル工場など)や技術の習得(木工、皮革、トールペイント、料理など)といった就労援助プログラム(40.7%)、畑仕事やシイタケ栽培といった農作業プログラム(37.0%)などであった。その他には、学習・教育(資格取得、英会話、聖書の勉強)ボランティア活動(庭清掃、教会清掃、教会のペンキ塗り、会報の折り込み)、代替療法(リフレクソロジー)ドラマ・劇プログラム(入寮者の体験を基にした

表1.プログラムについて(n=27)

	n (%)
施設種別	
入寮型	18 (66.7)
通所型	3 (11.1)
混合型*	6 (22.2)
ミーティング回数/日	
1回	1 (3.7)
1〜2回	5 (18.5)
2回	16 (59.3)
3回	5 (18.5)
入寮プログラムの期間(n=24)	
特に決まっていない	13 (54.2)
決まっている	11 (45.8)
ミーティング以外のプログラム	
運動・レクリエーション	25 (92.6)
就労援助プログラム	11 (40.7)
生活訓練プログラム	21 (77.8)
農作業プログラム	10 (37.0)
温泉プログラム	15 (55.6)
太鼓	3 (11.1)
瞑想	0 (0.0)
ヨガ	1 (3.7)
鍼	1 (3.7)
心理プログラム	5 (18.5)
その他	14 (51.9)

*:通所と入寮の両方を扱う施設

表2.運営・経済面について

	n (%)
入寮費(1ヶ月)	155217円 (11〜25.5万円)
通所費(1ヶ月)	11315円 (0〜5万円)
公的な資金援助	
受けていない	15 (55.6)
受けている	12 (44.4)
グループホーム	9 (33.3)
小規模作業所	7 (25.9)
精神障害者福祉ホーム	1 (3.7)
運営費のうち施設利用費の占める割合	
100%	5 (18.5)
50%以上	9 (33.3)
50%未満	10 (37.0)
0%	2 (7.4)
不明	1 (3.7)
運営費のうち公的援助の占める割合	
100%	0 (0.0)
50%以上	8 (29.6)
50%未満	6 (22.2)
0%	12 (44.4)
不明	1 (3.7)

寸劇)、運動(ウォーキング、武道、格闘技)などが挙げられた。

(2) 運営・経済面について

表2に、ダルクの運営・経済面に関する項目を示した。1ヶ月あたりの施設利用料は、入寮で平均155,217円であり、通所で平均11,315円であった。公的な資金援助は半数以上の施設(55.6%)において受けていなかった。公的援助を受けている場合は、グループホーム(9施設)、小規模作業所(7施設)、精神障害者福祉ホーム(1施設)として資金を得ていた。

運営費のうち、施設利用費が占める割合を検討したところ、「0%」とした施設はわずか2ヶ所(7.4%)であった。一方、「100%」の施設が5ヶ所(18.5%)、「50%以上」の施設が9ヶ所(33.0%)、「50%未満」の施設が10ヶ所(37.0%)であった。一方、運営費のうち、公的援助が占める割合については、「50%以上」とする施設は30%を下回っていた。

また自由記載より、施設利用費・公的援助以外の収入源として次のような回答が得られた。

- 講演費:講演活動による謝礼、保健所・精神保健センターでの相談員 。
- 献金、寄付金:支援者による献金、個人からの寄付、ニュースレターを出すなどして献金をお願いする。
- 助成金:民間助成、財団
- ボランティア・作業所:ボランティア作業をする、作業所に通所し、通所報酬で物品をまかなう。
- チャリティー:地元で活動するジャズやフォークのグループとコンサートを企画し、チャリティーライブを行う

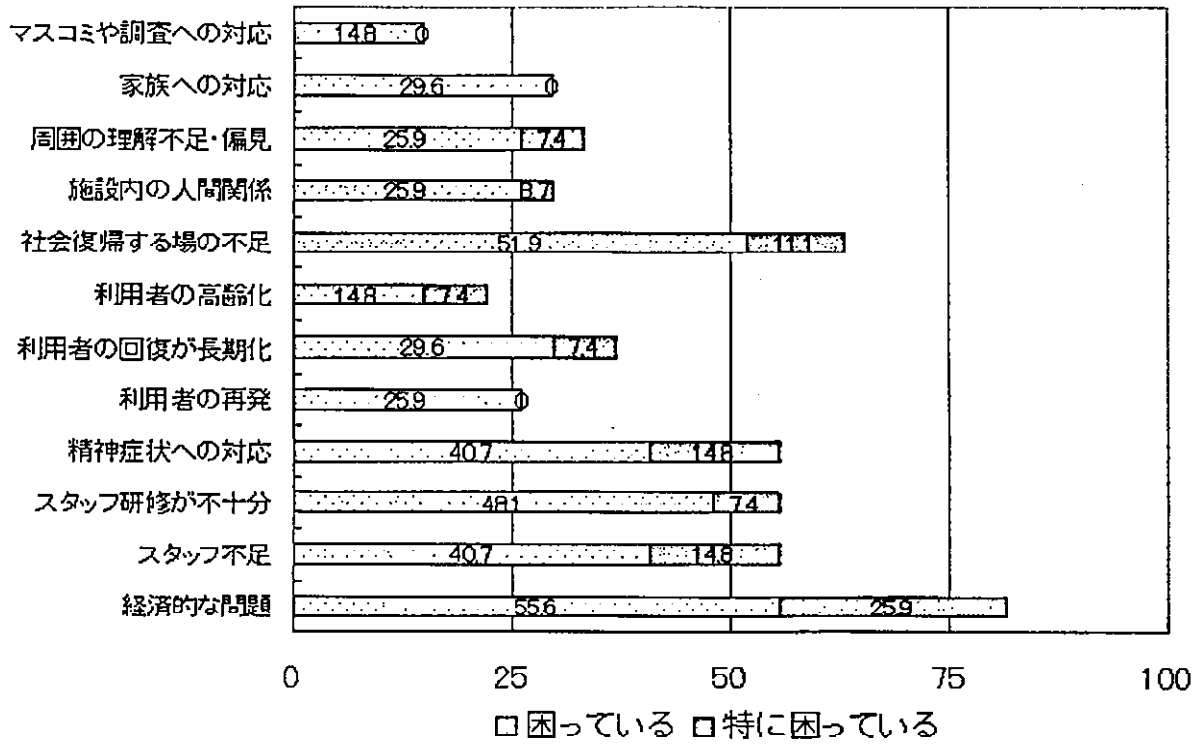
(3) ダルクの有効性

施設利用者のうち、プログラム終了後、社会生活に復帰できた人(職を得る、進学する、スタッフになる、その人なりの自立的生活が営めるようになる、など)が占める割合を尋ねたところ、平均37.0%(10〜80%)という回答を得た。

次に、「ダルクの有効性を行政や世間の人にわかってもらうとすれば、どのようなところを見てほしいか」、という 質問を自由記載で尋ねたところ、次の5項目に意見が集約された。

① 12stepプログラム、ミーティングの有効性:

図23. 全国のダルクにおける現在抱えている問題や課題



プログラムを使い回復している仲間の姿。ミーティングに参加してほしい。「裁き」ではなく「治療」に重点を当てたプログラムであること。ミーティングは回復と成長に有効である。

② 受け皿、受け入れ：

薬物依存者の一時的な受け皿であること。薬物依存者を肯定していること。行き場所をなくした薬物依存者を受け入れていること。

③ 回復のモデルとしてスタッフ：

スタッフが薬物依存症者本人であるというところ。職員・入寮者ともに約月1回尿検査を受けている。回復者が手助けをしていること。

④ 薬物依存症は回復可能な病気であること：

薬を止めるだけではなく、止めた後に真の回復と成長があることを知って欲しい。薬物依存症は回復可能だと知ってほしい。薬物依存症は病気であり、回復のプログラムをやれば誰でも回復できる。回復には時間がかかること。回復には個人差があり限界もあるということ。

⑤ 社会復帰例を見てほしい：

アルバイトにつける者も多い。ダルクのプログラムを終了し、生活保護を切り、正社員になり社会の有用な一員になっている人が大勢いる。良くなった人々を有効に活用してほしい。

(4) プログラム終了後の社会復帰について

プログラム終了後、どのような形で社会復帰遂げているのかを把握するため、自由記載により、具体的な社会復帰例を挙げてもらった。

① 就職する：

具体的な職種としては以下の通りである（内装業、ガソリンスタンド、会社員、スポーツインストラクター、OL、土木作業、調理師、介護ヘルパー、飲食業、自営業、キックボクサー、居酒屋、運転代行、公務員、農業、木材会社、運送会社、呉服屋、スーパーマーケット ）

② 援助職になる：

自らの回復体験を生かし、援助職となる者もいる（ダルクのスタッフ、精神保健福祉士 ）

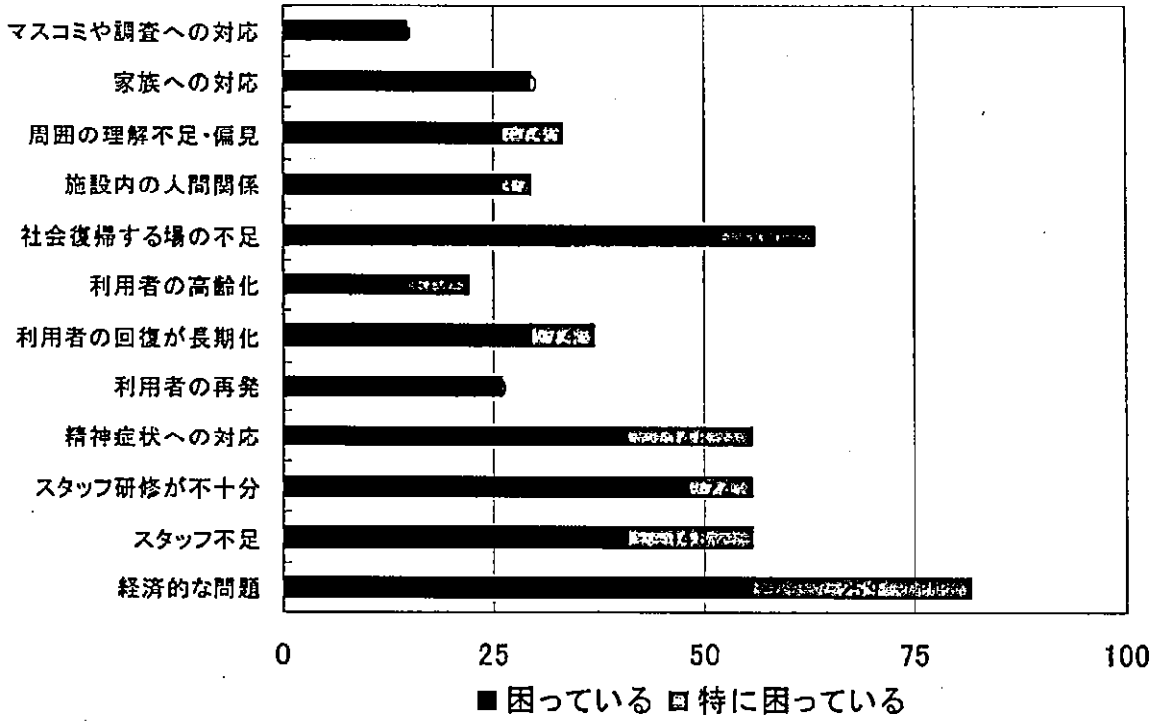
③ 進学する：

大学、大検、各種専門学校

(5) 社会貢献について

ダルクの社会貢献に関する実態を把握するため

図23. 全国のダルクにおける現在抱えている問題や課題



、関係機関や地域に対して行っている講演活動やボランティアの回数を尋ねた。

① 教育機関での講演：年間30.6回(最大130回)
② 司法機関での講演：年間11.8回(最大160回)
③ 医療機関へのメッセージ：年間15.7回(最大50回)
④ 地域ボランティア・交流会：年間11.8回(最大50回)

また、その他の活動として、以下のような意見が述べられた(自由記載より)。

小学校を中心に、予防教育を保健所と合同で行っています。バザー手伝いやNPOのイベント手伝い。拘留中の人々への初期介入。青少年向けのパンフレットを作成し、学校や警察に配布。インターネットを通じた相談。祭り神輿担ぎ、町内運動会、教会清掃、草刈 。

(6) 現在抱えている問題や課題について

ダルクが現在抱えている問題や課題を把握するため、12項目の選択肢から「困っていること」および「特に困っていること」を回答していただいた(図1)。半数以上の施設で「特に困っている」あるいは「困っている」とされる項目は、「経済的な問題」、「社会復帰する場の不足」、「精神症状への対応」、「スタッフ研修が不十分」、「スタッフ不足」であった。その他、自由記載より以下の意見が述べられた。

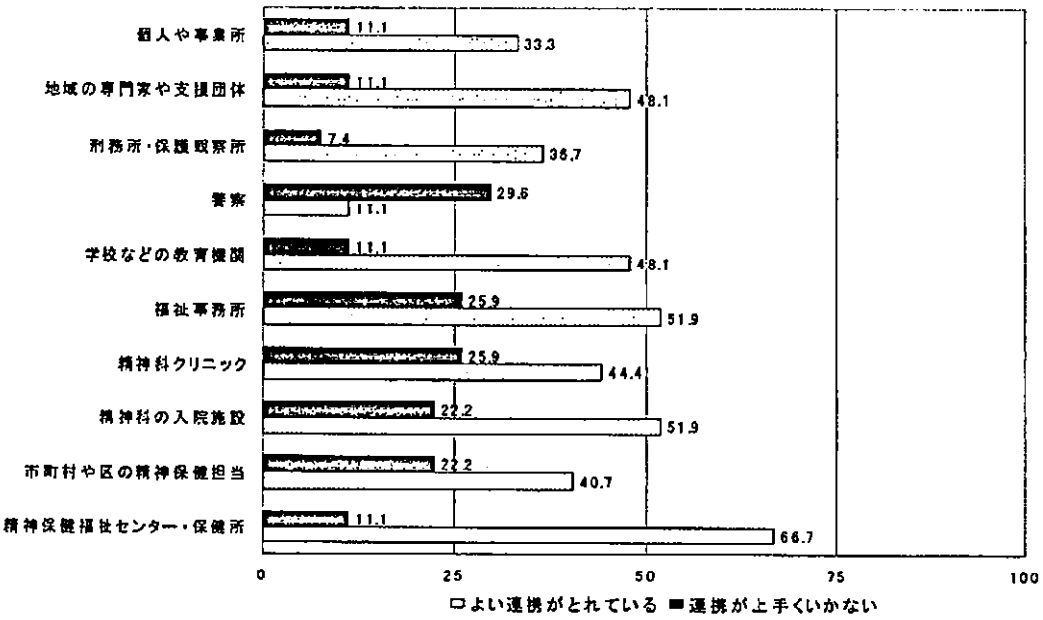
- 感染症対策(HIV、C型肝炎などへの対応)
- セクシャルヘルス(同性愛者への対応)
- 暴力(施設内での暴力)
- 住居対策(部屋をなかなか借りられない)

(7) 関係機関との連携について

ダルクと関係機関との連携状況を把握するため、10項目の選択肢から「よい連携がとれている機関」および「連携が上手くいかない機関」を回答していただいた(図2)。よい連携がとれている機関としては、精神保健福祉センター・保健所(66.7%)、精神科の入院施設(51.9%)、福祉事務所(51.9%)などが挙げられた。

一方、連携が上手くいかない機関としては、警察(29.6%)という回答が最も多かった。

図24. 全国ダルクにおける関連機関との連携状況



(8) スタッフの生の声

不足している援助に対する要望や、逆に上手くいっている連携などに関してスタッフの意見を自由記載で尋ねたところ、以下のようなカテゴリーに集約された。

地域や世間の理解、つながり：

・当施設の責任者は私で3人目なのですが、地域の方とのコミュニケーションを計るため、地元の総会等に参加をしております。ですが、ダルクの開設には反対の声が多く、その様な中で施設を運営しております。以前の入寮者達が近所の家に盗みに入ったり、近くのスーパーやコンビニなどで万引きを働いていたらしく、その以前の問題を解決するために地域の方々と話し合いをお願いしているところです。早くこの問題が解決できるとよいと思います。

・取材に関して薬物依存の回復支援という事にスポットがあたらず、恐ろしさや予防といった事に目が向き、全く違う事が放映されたり記事になったりする場合がある。世の中からまだまだ理解されにくい。

社会復帰する場の不足：

・回復した人たちの就労の場が少なすぎます。

・精神病院の社会的長期入院を改善するためにグループホームや社会復帰施設を充実させるのは良いが、ダルクは通過形の施設であるにも関わらず、社会的長期入所施設になりつつあります。

・ダルクから出られない人たちが今後増えそうです。

ダルクの限界：

・合併症の問題はダルクでは限界があります。行き場のない人たちをダルクだけでサポートすることは出来ません。

・ダルクはやはり司法と連携をとれるようにして、日本も米国でいうドラッグトリートメントコートの様なシステムを構築していく必要があると思う。なぜならアディクトの多くが病気の進行と共に司法モデルの処罰、処遇に行き着くが、それをキッカケとして治療や回復に向かうことができるはずであるにもかかわらず、今の司法制度の下では犯罪者として処罰されるのみで病気からの回復の機会すらないのが非常に残念である。

・今後有識者の働きかけにより上記のような考え方がシステム化されるように望む。

女性のための回復支援：

・女性のための相談活動や施設経営などに関わ

り、女性回復者のケアを仕事としている当事者の人が定期的に集まり、お互いの施設の情報交換を行いながら隔月でサポートする側の人を対象としたミーティングを行っている。

行政との連携、公的な援助のあり方：
・現在、各ダルクで行政から受けている助成金は精神障害者の枠であるグループホームなどである。ダルクは他の障害者の施設とはプログラムが違っているため、助成金を受けるとダルクのプログラムの良い所が失われてしまう。かといって助成金を受けなければ経営が成り立たないため、仕方なく助成金を受けている現状である。今後行政にはダルクのプログラムの良い所を活かしていけるように薬物依存社会復帰支援事業を訴えていきたい。
・県との連携が4年目で進んできました。17年度の援助が期待されます。
・当県のダルクに対する対応は冷やかである。特に福祉（生活保護）に関して、最近は少しずつ対応が迅速になりつつも、あくまでも個人に対するものだと言う認識が強く…社会復帰が難しい方の治療プログラムを目的とした、小規模作業所の申請を試みましたが、町、市に相手にされず、まだまだここでは行政のダルクに対する風当たりは強く、全国的にみても当県は、かなり薬物に対する反応が遅れていると言わざるをえません。
・公的援助はあるが、この事で規制ができてしまう事によりダルクの回復プログラムが、それによってなくなってしまうことが現状である。
・近い将来デイケアを開設し、地域の小規模作業所の助成は受けたいと思っている。

関係機関との連携：
・市民活動センター、学校、警察とダルクで作ったパンフレットを通じて接触を持つ事が始まっている。
・再発後の入院先の受け入れはうまくいっている。
・K保健所の職員の方々には大変お世話になっております。毎月、家族相談のミーティングに出席をさせて頂いております。
・生活保護受給者のメンバーが再発した場合、福祉事務所との回復のイメージの違いで生活保護が打ち切られることがある。
・他の地域の福祉はよいのだが、地元の福祉は施設の居住部分等の問題で受けにくい。
・医療機関に来る当事者に対し、医療の方からダルクを勧める事が増えつつある。

教会との関係：
・教会関係では、時間はかかったものの多大なご支援を頂いており、この施設は教会、特に修道院（シスター）からの支援で成り立っている部分が多々あります。その輪を機会に、地域の人達とのコミュニケーションがもっととれるように努力していきたいと思います。
・うまくいっている連携はやはり教会関係の方々の協力が大きいです。そしてダルクで出来る範囲で教会の掃除や草刈、イベントへの参加などして良い関係を心がけています。

スタッフについて：
・スタッフが、海外の依存症の施設等で研修を受けたいと思っても人手や金銭的な問題でなかなか難しい。
・スタッフ自身の回復と健康が必要不可欠。そのようなことに必要なお金を使いたい。
・スタッフ自身はNAに参加することを徹底しており、他の利用者もそれを真似る。
・不足しているといえばスタッフ（ボランティア等）に少しでも給料が出せたら良いなぁと思います。社会復帰する前にスタッフをやらせる事はすごい成長につながると思うので。お金以外ならば仕事ですかね。薬中に仕事を提供するまた別の団体とかできたら良いなぁと思いますね。

D.考察

1. ダルクの利用者の数

今から20年前に、東京都荒川区で入寮プログラムをはじめたダルクは、現在では、全国30ヶ所以上に活動が拡大している。今回の調査では、回答のあった30施設では、入寮者241名、通所者88名、総計329名であり、1年間の利用開始者は新入寮406名、通所開始者198名、総計604名であった。入寮施設のみ取り挙げても、2004年度の新入寮者が退寮者よりも123名多く、その利用規模の拡大はかなりのハイペースである。

2．入寮型と通所型

施設の種類も従来の入寮型が依然として主流であるが、通所者のみを扱う施設なども存在しており、より多様性がみられるようになった。通所型は大都市が多く、入寮型は地方に多い傾向があった。大都市にある施設では、薬物入手できない状況を作ることは事実上困難であるため、薬物遮断の意味での入所のメリットは少なく、むしろ長期にやめ続けていくためのステーションとしての機能が期待されるために通所型が選ばれやすいと思われる。一方、地方ではやや交通の便が悪く、薬物入手の難しい場所に居住する形で、薬物を遮断した環境での共同生活を送るスタイルになっていると思われる。

こうした両タイプの違いは今回の調査の結果に現れていた。例えば、利用継続について入寮型は、半年以上の継続については効果的であるが、半年から1年の間を継続していく部分では、通所型の方がドロップしにくく、1年を超えるところではほぼ同じ4分の１程度の利用継続であった。更に薬物使用についても、入寮型では施設利用期間と断薬期間はほぼ一致しているのに対して、通所型は、6ヶ月超えるまでは再使用しやすいが、その後は断薬継続しやすい傾向があった。どちらが優れていると言うことではなく、利用者の個性や時期により、選択できることがよいと思われる。

実際、昨年度の本調査では、ダルク間での事例の移動が盛んに行われていたが、こうした多様性と運用の柔軟性がダルクの有効性を高めているといえる。海外での治療共同体も、外来型への移行など修正・多様化がはかられているが、同様の変化がダルクでも認められる。

3．プログラムの多様性について

プログラムの中心であるグループミーティングについても従来は1日2回をダルクで行い、夜のミーティングはそれぞれのメンバーが所属するNAで行うというのがスタンダードであったが、1日3回ともダルクで行う施設なども存在しており、それぞれ地域の事情に即した対応をとっているものと示唆される。ミーティング以外の活動は、運動、温泉、農作業といったプログラムを積極的に取り入れていた。ダルクでは、カラダを動かし、汗を流すという身体的なプログラムや、集団で一つの活動を行うことの重要性を意識していることの裏づけと言える。一方、アルバイトの紹介、技術の習得といった社会復帰を意識した就労援助も多くの施設で行われていた。

4．薬物使用の停止効果について

今回の全国ダルクにおけるスタッフ調査で、スタッフから見た入寮者の薬物乱用の停止率は77%であった。これは。「昨年のダルク7施設の利用者本人の自己申告でも75%の停止率であったので、ほぼ一致している。入寮者と通所者の「薬をやめられている期間」の調査でも、半年以上の停止継続は4割、1年以上は3分の2であった。薬物停止は回復の一断面を示すのみであるが、依存症者における薬物使用の停止の困難性とダルクの出入りがまったく自由な環境を考えれば、驚異的な停止率である。

5．社会復帰

ダルクに入った後にその人なりに社会生活を送るという状況まで復せる率は、スタッフによれば37%であった。一方、具体的な就労では現在のダルク利用者では、4分の3は無職で、20%がアルバイトであり、フルタイムの仕事は通所型で7%、入寮型で2%であり、具体的な就労の受け皿を探すことには非常に苦労していることがわかる。それでも今回の調査では、ダルクのプログラムを終え、精神保健福祉士など専門的な資格の取得、進学、アルバイトから正社員への移行など、様々な形で社会復帰を果たす努力がなされていることがわかった。

薬物依存症者は、非常に若い頃から適応が困難になっており、rehabilitationというよりhabilitationが必要と言われるが、薬物をやめてから定職に就き、経済的自立を図るのには、周囲からの就労援助がより必要であると思われた。自由回答でも「回復した人たちの就労の場が少なすぎます。」という意見が出されていた。諸外国の薬物依存症対策でも、その回復援助には解毒のみなでなく就労や生活までの一貫した援助が必要であるという共通認識になっており、そこまでやってこそ薬物依存から抜け出して、再発なくやっていけるようになると考えられる。スタッフの自由回答で「精神病院の社会的長期入院を改善するためにグループホームや社会復帰施設を充実させるのは良いが、ダルクは通過形の施設であるにも関わら

ず、社会的長期入所施設になりつつあります。」という意見があった。薬物依存症者は、統合失調症者よりも高い就労能力を潜在的に持っていると考えられ、その社会復帰援助ではより具体的な就労訓練や働きやすい職場の提供が望まれる。

5．経済的側面

運営・経済面の結果から、多くの施設では運営費を施設利用費に頼っていることが明らかになった。また、半数近くの施設では公的援助を受けていたが、運営費に占める割合を踏まえると、それだけでは十分ではないことが伺える。実際に、現在直面している課題としては、ほとんどの施設で「経済的な問題」としており、安定した運営費の確保こそ、ダルクが最も必要としている支援であると言えよう。

公的資金を受ける上で、かえってこれを受けることで、地元の人でないと利用が難しくなる、統合失調症に適した形になっているため、長期的で安定的利用する形での枠組みが多く薬物依存の人に合いにくい面がある、などのスタッフの意見が聞かれた。薬物依存症の人は、入寮型施設でも出入りが激しく、むしろそうしたことを受け止められる柔軟性こそが、薬物依存症回復プログラムとしてのダルクの優れた点であり、疾病の特徴にあった公的な援助がなされないとせっかく援助を受けても、有用性が限定されてしまっているといえる。施設の大半が資金面での苦労を挙げているにもかかわらず、公的資金の利用が半分程度になっている理由がそこにあると思われる。薬物依存症回復に適合した公的援助のあり方について、行政の側でも検討する必要があると思われる。

6．関連機関、地域との連携

アンケートでは、関連機関との連携については、教会、保健関係機関とは連携できていることが多いが、警察・福祉事務所・クリニックとの連携は少ないという結果であった。まだ強い偏見や関連機関の無理解に苦労している声も多く寄せられる一方で、「事前に大家さんから町内会に話を通して頂いた事と、町内の運動会にダルクのメンバーが参加して、子供さん達に大人気だった事で幸いにも住宅地のド真ん中にも関わらず反対運動も苦情もゼロでした。」「週に１回の地域清掃活動も好評を得ています。」「市民活動センター、学校、警察とダルクで作ったパンフレットを通じて接触を持つ事が始まっている。」「再発後の入院先の受け入れはうまくいっている。K保健所の職員の方々には大変お世話になっております。」など、これまでよりも関連機関や地域との連携がうまく行き始めている例も多くみられ始めている。ダルクが地域に根を下ろし始め、次第に社会の中の一員として認められ始めているといえる。

今回のアンケートでは、ダルクの社会的貢献も尋ねたところ、年間数十回におよぶ教育機関・司法機関での講演や、医療機関へのメッセージが行われていた。これに加え、地域での交流会やボランティア活動への参加など、本当に地道な努力を行っており、これが上記のような良い変化をもたらしているといえる。

我が国では、学校場面における薬物教育や「ダメ絶対」キャンペーンに代表されるような一次予防は一定の成果を上げているのに対し、二次・三次予防となるとほとんどの場合語られるのはダルクやNAだけである。それでいながら、上記してきたような薬物依存者へのプログラム提供や社会貢献に対する社会のバックアップはあまりにも少ないと思われる。

7．ダルクのみでは困難なことへの援助

ダルクが社会に周知されてきたことで、良い面が多くでてきたことを述べてきたが、一方でダルクでは担い切れないことでも頼られている部分がある。その一つが、薬物依存症に合併する精神病の問題である。今回のアンケートでも、入寮型・通所型施設の利用者の半分が、精神科の処方を用いる状態であった。スタッフの感じている困難でも「精神病」への対応は、資金面に次ぐ問題とされ、自由回答でもそうした問題から長期入寮となってしまっている事例の問題が指摘されている。このあたりは医療の側が、対応すべき部分をダルクに担わせてしまっている可能性がある。精神病院でも薬物依存やダルクに対して非常に理解のあるところと、そうでないところの差は非常に大きい。ダルクの側の危惧は、精神医療の側の問題ともいえ、薬物依存症の入院や外来継続などについて精神医療がより積極的に取り組む必要がある。

E. 結論

1. 全国ダルク31施設にアンケートを送り、（1）利用動向と（2）各施設のプログラム内容とその有効性・困難性、を調査した。
2. 31施設のうち、30施設から回答があった結果、利用人数：入寮施設27施設で調査時241名が利用し、年間では入寮406名であった。一方、通所施設13施設で調査時88名が利用し、年間では198名が利用開始していた。総計すると1時点で約330名が利用し、年間では600名以上が利用開始している。
3. 入寮型では、一番多いのは4－6名以下の少人数の入寮施設であるが一方で、20名以上の施設もある。一方通所型では、3名以下あるいは4－6名の少人数のところが多いが、20名以上のところも1箇所あった。このようにその規模や方法が多様であった。
4. 女性の占める割合は通所型では20％あるが、入所型では3％と少なく、女性の受け皿が限られていた。
5. 年齢は30歳台が中心。入寮型の方が20歳台が多い。50歳以上も増えており、長期入所の懸念が指摘された。
6. 社会復帰状況としては、通所型と入寮型とも4分の3は無職で、20％がアルバイトであった。フルタイムの仕事は通所型で7％、入寮型で2％であった。プログラム後の復帰の形態は多様であった。アルバイトをしながらNAに通うか、ダルクスタッフ等の援助職、進学など。正社員への移行や資格取得の者もいた。社会復帰率はスタッフの印象では37％。回復者が働ける受け皿が不足しているという意見を述べるスタッフが多かった。
7. 利用継続については、通所、入寮とも3ヶ月以上が7割、1年以上が4分の1であった。入寮型は、半年以上の継続について入寮型よりも効果的であるが、半年から1年の間を継続していく部分では、通所型の方がドロップしにくく、1年を超えるところではほぼ同じであった。
8. 薬物使用については、入寮型では入寮中の再使用は4分の１であり、残りの4分の3は自主的な入寮継続の中でストップできている。入寮型では施設利用期間と断薬期間はほぼ一致しており、むしろ退寮後の再使用をどう防ぐかが問題であった。通所型は、6ヶ月超えるまでは再使用しやすいが、その後は断薬継続しやすい傾向があった。
9. 経済的自立についてみると、生活保護受給者率は入寮型では54％、通所型では15％であった。
10. プログラム内容は、12ステップのミーティングを中心に、これにレクレーション、運動、農作業、生活訓練、就労援助など多様なメニューを加えていた。
11. スタッフが挙げた課題で特に多かったものは「経済問題」であった。
12. ダルクスタッフが挙げた最大の課題は運営資金であるが、公的援助は56％が受けていなかった。運営費中に占める公的資金の割合は30％で、利用者負担の割合は33％であった。利用者負担額は入寮で平均約15万円、通所で平均1.1万円であった。残りは、講演料などでまかなっていた。公的資金を受けると、ダルク・プログラムの良い点が制限されるというジレンマがあることがわかった。
13. 資金以外の問題では「精神症状」「社会復帰の場の不足」による長期入寮の問題が多く挙げられた。精神科医療や行政による援助、就労生活援助が重要と考えられた。他の悩みとしては「スタッフの数と研修」、感染症、同性愛、住居の問題も注目された。
14. 関連機関との連携については、教会、保健関係機関とは連携できていることが多いが、警察・福祉事務所・クリニックとの連携は少ないという。
15. 社会貢献などの実績としては教育機関での講演（30回/年）、医療機関へのメッセージ（16回/年）、司法機関での講演（12回/年）を行っている。地域のとの交流会などを開き、地域へのとけ込む努力をしている。
16. 以上のように、ダルクは薬物依存症の回復や社会貢献において、大きな実績を挙げているにもかかわらず、十分な援助が受けていない。特に運営資金、社会復帰の場をみつけること、重度の合併症の問題ではダルクのみでは限界があり、行政によりプログラムに（運用への配慮を含む）金銭的援助や、精神医療による合併症対策が急務であると考えられた。

F. 健康危機情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 森田展彰　根本透・和田清　末次幸子　岡坂昌子：サンフランシスコにおける薬物依存者に対する治療共同体の研究（I）－プログラムの概要および日本の医療・自助グループとの相違について－, 日本アルコール・薬物医学会雑誌38 (5) 440-453, 2003.

2) 森田展彰：薬物依存症に対する心理社会的治療－セルフヘルプ型のケアと心理教育プログラムの統合について－, 精神科治療学19 (12) 1395－1404, 2004.

2. 学会発表

1) 森田展彰：分科会「認知行動療法」, 第26回 日本アルコール関連問題学会, 2004.7.9.

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定含む）

なし

研究対象症例と2004年全入室症例との比較（表1）

	症例数	年齢		男性	女性	
2004年全入室症例	1764	56.8 ± 20.5	NS	1098	666	NS
研究対象症例	200	59.0 ± 19.7		130	70	

研究対象の年齢・性別構成（表2）

年齢	症例数		男性	女性
10～	1		0	1
20～	20		9	11
30～	23		11	12
40～	20		14	6
50～	18		16	2
60～	48	59%	36	12
70～	45		28	17
80～	22		14	8
90～	3		2	1

研究対象の疾患分類（表3）

疾患分類	症例数		男性	女性
外傷	32	54%	10	4
脳血管障害	26		28	4
薬物中毒	25		5	20
心肺停止症例	24		15	11
呼吸不全	17		19	5
消化管出血	16		13	3
その他	14		5	12
心不全	12		9	3
急性腹症	11		8	3
代謝異常	10		9	1
熱傷	9		5	4
血管緊急症	4		4	0

Triageおよび確認試験の結果（表4）

Triage陰性：143例

Triage陽性：57例（28.5%）

検出薬物	Triage陽性	確認試験
BZO	44	44
TCA	8	8
BAR	6	6
OPI	12	0
AMP	3	2
THC	1	1

検出薬物（表5）

<u>鎮咳剤・気管支拡張剤</u>
エフェドリン
メチルエフェドリン
コデイン
ジハイドロコデイン

<u>抗ヒスタミン剤</u>
クロルフェナミン
プロメタジン

<u>鎮痛剤</u>
サルチル酸
アセトアミノフェン
イブプロフェン

<u>抗てんかん薬</u>
フェノバルビタール
カルバマゼピン
バルプロ酸

<u>抗神経精神薬・抗鬱薬</u>
ミアンセリン
パロキセチン
ノルトリプチリン
イミプラミン
アミトリプチリン
ミルナシプラミン
レボメプロマジン
クロルプロマジン

<u>睡眠・鎮静安定剤</u>
ペントバルビタール
クロチアゼパム
フルニトラゼパム
フルラゼパム
ニトラゼパム
ゾルピデム

<u>非合法薬物</u>
アンフェタミン
メタンフェタミン
11-nor-9carboxy-THC

非合法薬物の使用症例（表6）

検出薬物	年齢	性別	疾患分類
AMP	37	男性	薬物中毒
AMP	32	女性	脳血管障害
THC	28	男性	外傷

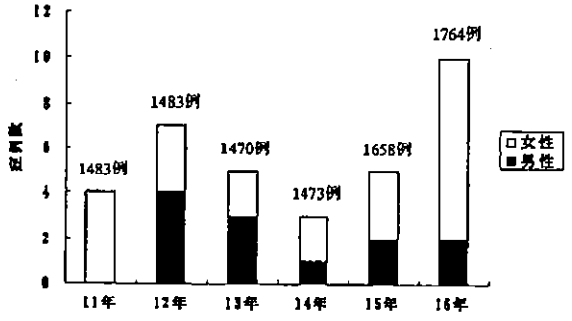
Triage陽性薬物と疾患分類（表7）

疾患分類	BZO	TCA	BAR	OPI	AMP	THC	計
外傷	1	2	1	0	1	1	6
脳血管障害	5	0	0	1	1	0	7
薬物中毒	17	5	4	5	1	0	32
心肺停止症例	5	0	0	1	0	0	6
呼吸不全	3	0	0	2	0	0	5
消化管出血	3	0	0	0	0	0	3
その他	4	0	1	1	0	0	6
心不全	1	0	0	1	0	0	2
急性腹症	2	0	0	1	0	0	3
代謝異常	1	0	0	0	0	0	1
熱傷	2	1	0	0	0	0	3
血管緊急症	0	0	0	0	0	0	0
計	44	8	6	12	3	1	74

平成15・16年度薬物乱用率（表8）

年度	症例数	検出数	不法薬物	乱用率	
平成15年度	100	1	AMP	1%	NS
平成16年度	200	3	AMP、THC	1.5%	

当施設で診断された非合法薬物の過去6年間の推移（図1）



当施設における過去6年間の非合法薬物症例（表9）

年齢　33.7±9.0歳（18～53歳）
　　95、99%信頼区間（15.7～51.7歳、6.7～60.7歳）
性別　男性 12例、女性 22例（64.7%）
検出薬物　AMP 29例（85.3%）
　　THC 3例（8.9%）
　　COC 1例（2.9%）
　　MDMA 1例（2.9%）
疾患分類　薬物中毒 24例（70.6%）
　　外傷 6例（17.6%）
　　急性腹症 1例（2.9%）
　　その他 4例（8.9%）

分担研究報告書
(1－5)

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)
分担研究報告書

自助グループの実態に関する研究

分担研究者　森田　展彰　筑波大学社会医学系精神衛生学講師
研究協力者　嶋根　卓也　国立保健医療科学院
末次　幸子　長谷川病院

研究要旨　ダルクの利用実態の基礎的な情報を得ること、その有用性と問題点の検証を目的に調査を行った。全国ダルク31施設にアンケートを送り、利用動向と各施設のプログラム内容とニーズを調査した。30施設から回答があった。入寮施設27施設で調査時241名が利用し、年間では入寮406名であった。一方、通所施設13施設で調査時88名が利用し、年間では198名が利用開始していた。総計すると一時点で約330名が利用し、年間では600名以上が利用開始している。入寮型、通所型とも、多いのは4－6名以下の少人数の施設であるが、一方で20名以上の施設もあり、その規模や方法が多様であった。女性の割合は通所型20％、入所型3％と少なく、女性の受け皿が限られていた。年齢は30歳台が中心だが、50歳以上も増え、高齢化の懸念も指摘された。利用継続については、通所、入寮とも3ヶ月以上が7割、1年以上が4分の1であった。利用継続の観点では、半年の継続については入寮型はより効果的であるが、半年から1年の継続では通所型の方が有利であった。薬物使用については、入寮型では、77％の利用者は再使用を抑止できていたが、退寮後の再使用をどう防ぐかが問題であった。通所型は、6ヶ月超えるまでは再使用しやすいが、その後は断薬継続しやすいようであった。社会復帰率はスタッフの印象では37％であった。回復者が働ける受け皿の不足が多く指摘された。就労状況は、通所型と入寮型とも4分の3は無職で、20％がアルバイトで、一方フルタイムの仕事は通所型で7％、入寮型で2％であった。プログラム後の復帰の形態は多様で、アルバイトをしながらのNA通所、ダルクスタッフ等の援助職、進学、正社員への移行、資格取得などであった。プログラム内容は、ミーティングに加え、就労援助など多様なメニューであった。スタッフが挙げた最大の課題は運営資金であるが、56％の施設では公的援助を受けていなかった。運営費中の公的資金の割合は30％、利用者負担の割合は33％であった。利用者負担額は入寮費で平均約15万円、通所費で平均1.1万円であった。残りは、講演料などでまかなっていた。生活保護受給者率は入寮型54％、通所型15％であった。他に「精神症状」「社会復帰の場の不足」による長期入寮の問題が挙げられた。関連機関との連携は、教会、保健機関とはとれているが、警察・福祉事務所・クリニックとは不十分であった。社会貢献として教育機関、司法機関での講演での講演（40回／年以上）、医療機関へのメッセージ（16回/年）を行っていた。以上のように、ダルクは薬物依存症の回復や社会貢献において、実績を挙げているが、十分な社会的援助が受けられていないと考えられた。特に運営資金、社会復帰の場をみつけること、重度の合併症の問題ではダルクのみでは限界があり、行政によりプログラムに（通用への配慮を含む）金銭的援助や、精神医療による合併症対策が急務であると考えられた。

A．研究目的

本研究の目的は、ダルクの利用実態および有効性を示す基礎資料および記録システムを作ることである。更には、これをもとにダルクと医療・心理・福祉などの専門家の連携による、より包括的な治療共同体プログラムの実現を目指すことを考えている。より具体的な目標は、以下の3つである。

①全国ダルクの基礎的データ（利用者数、利用開始数、退寮者数、利用期間、薬物使用に関する予後、社会復帰に関する予後）を明らかにする。
②全国ダルクにおけるプログラムその他の活動の状況とその有効性について明らかにする。
③全国のダルク各施設が抱えている困難について明らかにし、それに対する行政や専門家が果たす

べき援助について明らかにする。

B．研究方法

1．対象と手続き

全国のダルク31施設のスタッフに対して、書面にて調査の目的と内容を示し、直接訪問または電話を通じて、調査協力を求めた。このうち30施設より回答を得た。

調査は、施設スタッフに記入していただく、自記式質問紙の調査である。

調査期間は、平成17年2月1日から28日の期間であった。

2．調査内容

調査内容は「利用者動向の調査」と「各施設のプログラム内容とその有効性・困難点の調査」の2つに分けられる。以下に、各々について述べる。

①利用者動向の調査

ダルクの中でも入寮型の施設と通所型の施設があり、それぞれについて利用者の人数や年齢、性別、利用期間、薬物使用状況などについて尋ねた。

②各施設のプログラム内容とその有効性・困難点の調査

調査項目は、a.プログラムについて、b.運営・経済面について、c.ダルクの有効性について、d.プログラム終了後の社会復帰について、e.社会貢献について、f.現在抱えている問題や課題について、g.関係機関との連携について、である。

更に、自由記述で、ダルクにとって困っていることや希望について、書いてもらった。

倫理面への配慮

本アンケート調査を行うにあたって、各ダルクスタッフに本研究の趣旨と目的およびこの調査は拒否できることを説明し、研究に関するインフォームト・コンセントをとれた方にのみにアンケートに記入していただくことをお願いした。

C．研究結果

1．利用者動向の動向

(1) 動向の概要

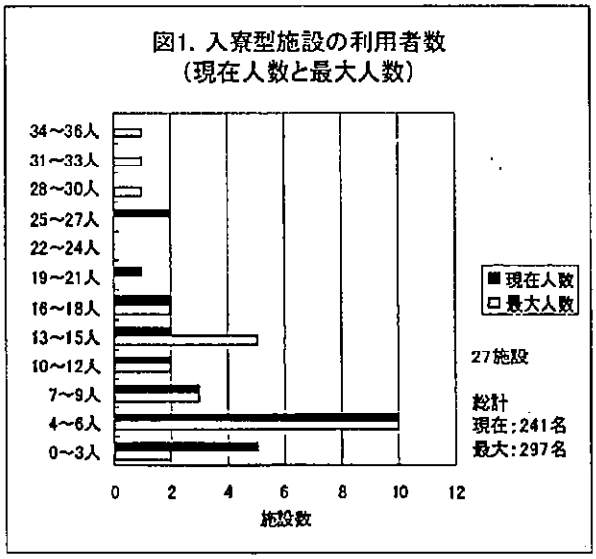


図1．入寮型施設の利用者数
（現在人数と最大人数）

利用動向の概要は以下の通りであった。

入寮施設：全部で27施設で場所としては、地方が中心であった。調査時の利用者　総計241名で、1年間で最大297名、最小181名、1年間の新入寮は406人で退寮283名であった。

通所施設：全部で13施設（但し1施設ではH16年は0人）。東京、大阪など大都市が多い。調査時の利用者は、調査時点では総計88名、1年間で最大97名、最小19名
であった。

また、この1年間の通所開始人数は198名であった。

入寮と通所を両方行っているところは、10施設あった。

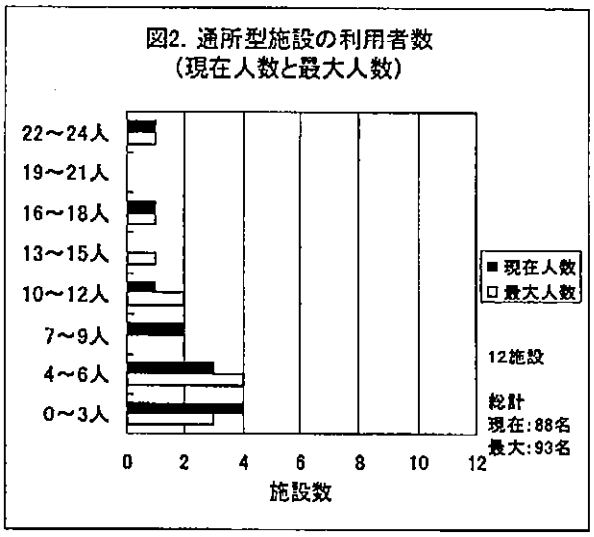
(2) 利用者人数の分布

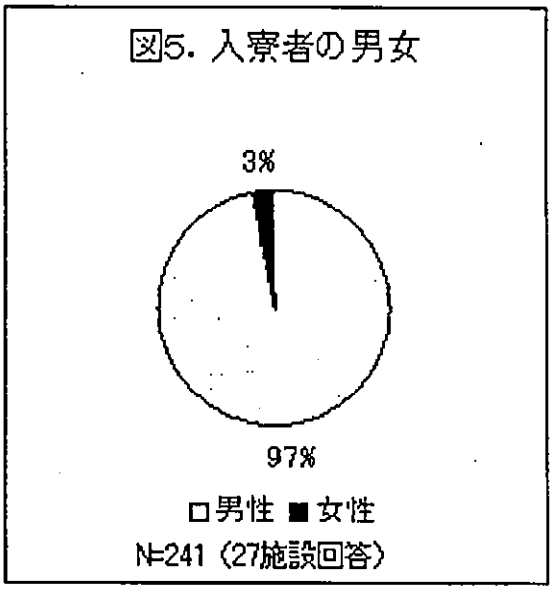
各入所施設の利用者人数（現在の人数と分布を図１に示した。最も多いのは、4－6人の比較的少ない人数のところであるが、20人以上の人数を受けるところも3つあり、分かれている印象である。

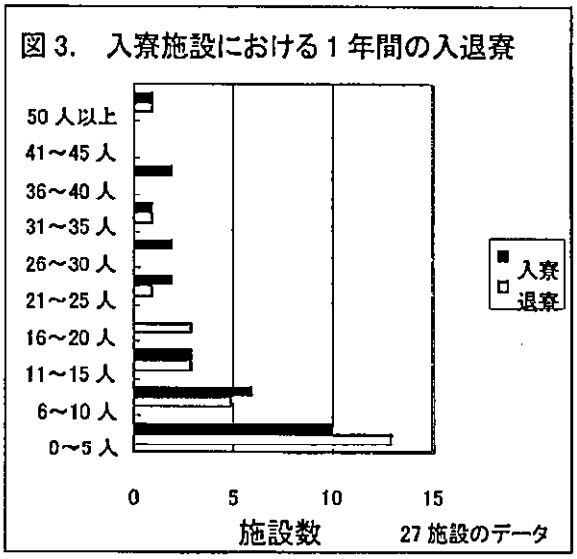
各通所施設の利用者人数（現在の人数と分布を図２に示した。最も多いのは、0－3人または4－6人の比較的少ない人数のところであった。20人以上の人数を受けるところも1カ所あった。

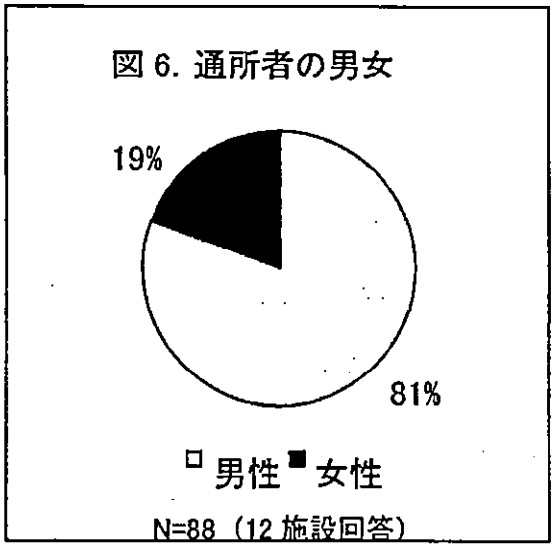
(3) 新しい利用の開始や終了

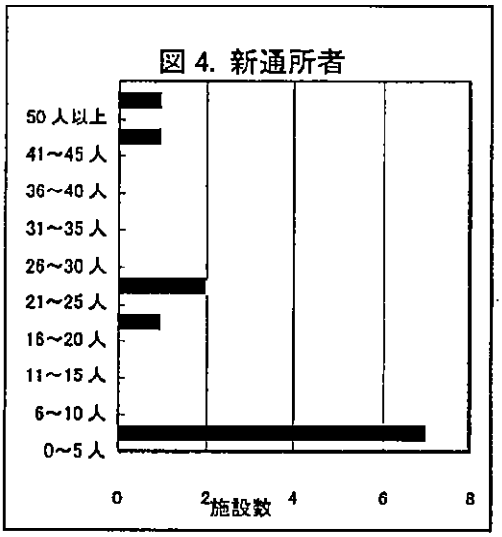
入寮施設において、1年の間に新しく入寮、退寮する人数を図３に示す。多くの施設は5人以下


図2. 通所型施設の利用者数
(現在人数と最大人数)
22～24人
19～21人
16～18人
13～15人
10～12人
7～9人
4～6人
0～3人
■現在人数
□最大人数
12施設
総計
現在:88名
最大:93名
0
2
4
6
8
10
12
施設数


図5. 入寮者の男女
3%
97%
□男性 ■女性
N=241 (27施設回答)


図 3. 入寮施設における 1 年間の入退寮
50 人以上
41～45 人
36～40 人
31～35 人
26～30 人
21～25 人
16～20 人
11～15 人
6～10 人
0～5 人
■入寮
□退寮
0
5
10
15
施設数
27 施設のデータ


図 6. 通所者の男女
19%
81%
□男性■女性
N=88 (12 施設回答)


図 4. 新通所者
50 人以上
41～45 人
36～40 人
31～35 人
26～30 人
21～25 人
16～20 人
11～15 人
6～10 人
0～5 人
0
2
4
6
8
施設数

の入退寮であるが、20人以上の入退寮のあるところもあり、非常に差が大きい。

通所施設における、通所開始人数を、図４に示した。最も多いのは5人以下の施設だが、20人以上という施設もあり、これも施設による差異が大きい。

(4) 男女構成

入寮者の男女構成を図５に示した。女性は3%と極端に少なく、その受け皿に乏しいことが示されている。

通所者の男女構成を図6に示した。入寮者よりは、女性の割合が多いが、男性が大半を占める状況は同じである。

(5) 年齢構成

入寮者と通所者の年齢構成は図７と図8に示した。入寮者と通所者ともに最も多いのは30－39歳であった。入寮者の方が20－29歳の占める割合(36%)が通所者における割合(23%)よりも高かった。10代や50歳以上の割合は、通所者の方が入寮者よりも多い割合を高い傾向があった。

(6) 就労状況

入寮者と通所者の就労状況は図9と図10にそれぞれ示す。どちらも4分の3程度は無職で、2割弱がアルバイトであった。フルタイムの勤務は入寮者で2%であるのに対して、通所者では7%と、通所の方が多い割合であった。

(7) 過去のダルク利用歴

過去のダルク利用歴（図11、図12）は、入寮者では、半分を超える者が過去に入寮歴があるが、通所者では入寮歴のある者は30%に止まり、65%は新しい利用者であった。

(8) 利用期間、利用頻度

入寮施設と通院施設の利用者の利用期間をいくつかの期間の分け方で分類をみると、図13のようになる。年単位で分けた場合には、1年未満の者がどちらも4分の3を占める。最初の6ヶ月と6ヶ月－1年と1年以上という分類では、入寮者が直線的に下がるが、通所者は、1年以上の者は6ヶ月－1年の者よりも利用者が多い割合である。この点から言うと、通所の方が半年―1年の期間を超えて

図7. 入寮者の年齢

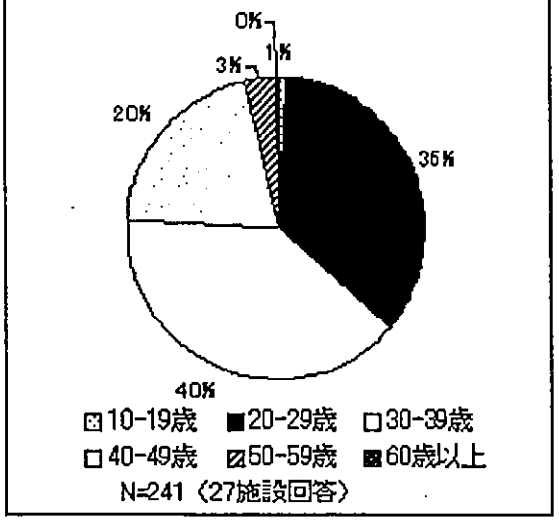


図8. 通所者の年齢

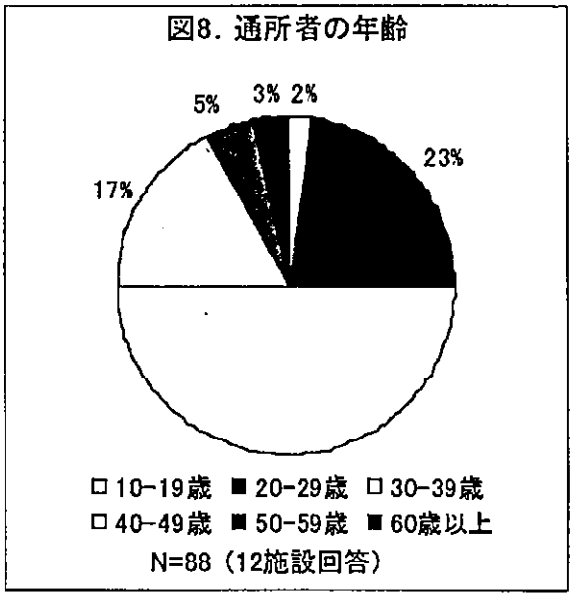
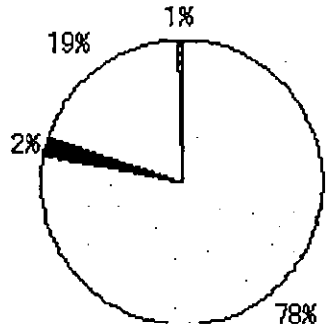


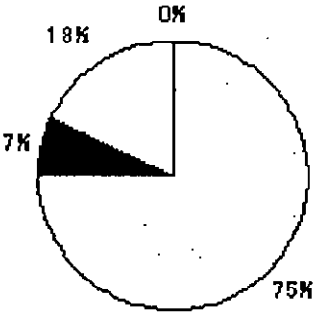
図9. 現入寮者の就労状況



□無職 ■フルタイム □アルバイト ▨学生

N=176 (回答なし65名)25施設回答

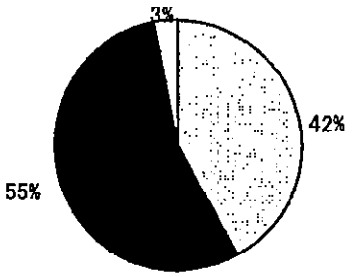
図10. 通所者の就労状況



□無職 ■フルタイム □アルバイト ▨学生

N=88 (12施設回答)

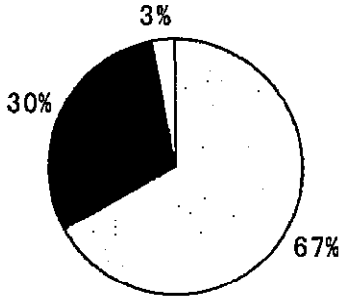
図 11. 入寮者のダルク利用歴



□ 初ダルク ■ 入寮経験有 □ 通所経験有

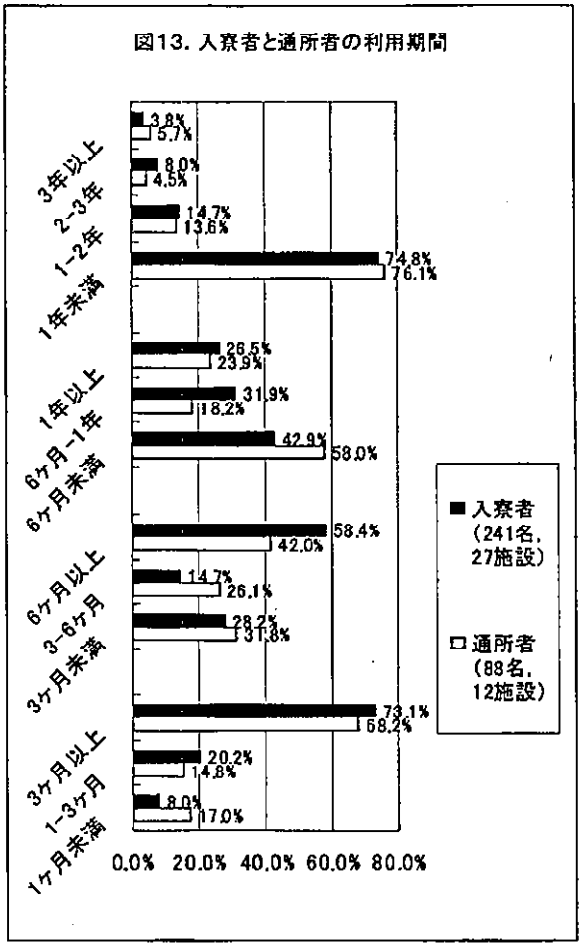
N=238 名(回答なし 3 名)

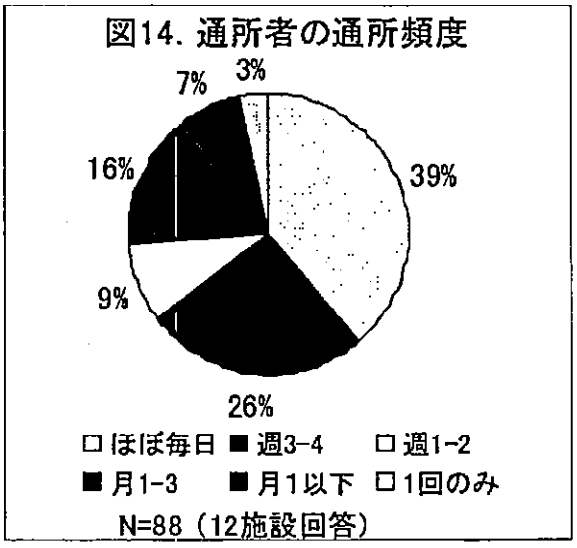
図12. 通所者中のダルク利用歴

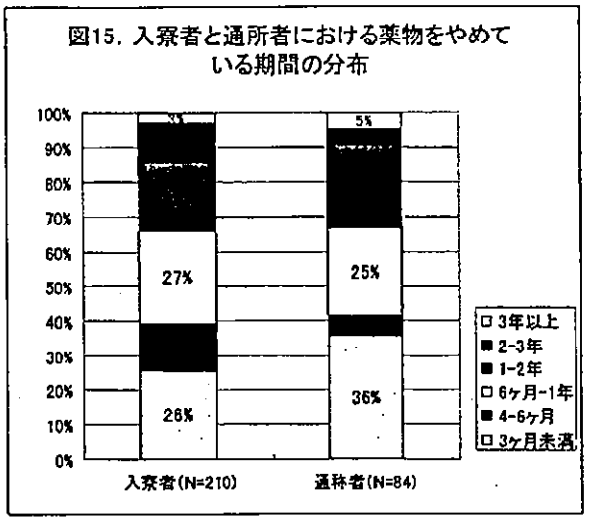


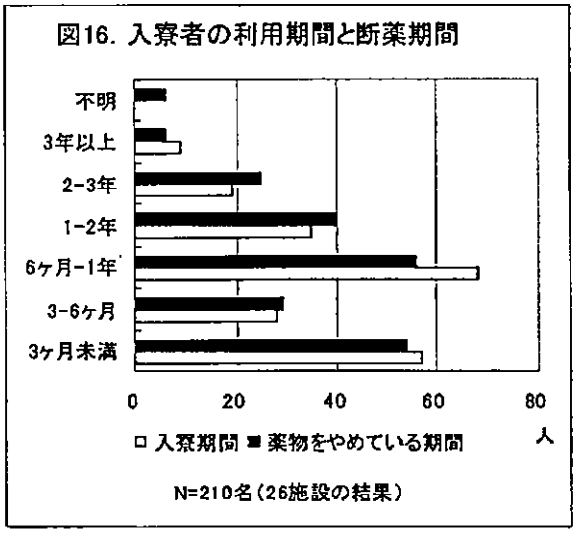
□ 初ダルク ■ 入寮経験有 □ 通所経験有

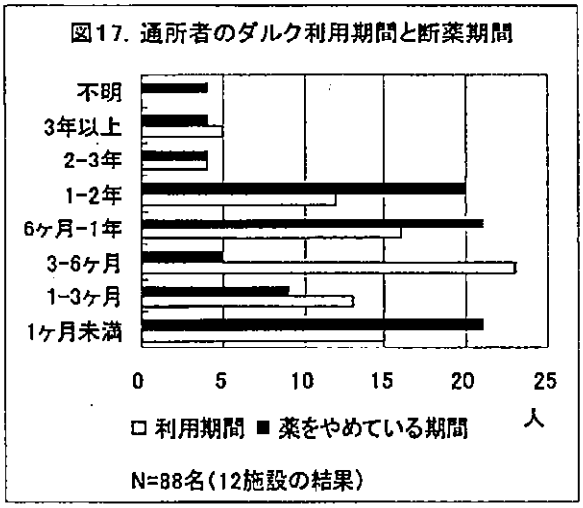
N=199(12施設回答)


図13. 入寮者と通所者の利用期間
3年以上
2-3年
1-2年
1年未満
1年以上
6ヶ月-1年
6ヶ月未満
6ヶ月以上
3-6ヶ月
3ヶ月未満
3ヶ月以上
1-3ヶ月
1ヶ月未満
3.8%
5.7%
8.0%
4.5%
14.7%
13.6%
74.8%
76.1%
26.5%
23.9%
31.9%
18.2%
42.9%
58.0%
58.4%
42.0%
14.7%
26.1%
28.2%
31.8%
73.1%
68.2%
20.2%
14.8%
8.0%
17.0%
0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0%
■入寮者 (241名, 27施設)
□通所者 (88名, 12施設)


図14. 通所者の通所頻度
7%
3%
16%
39%
9%
26%
□ほぼ毎日 ■週3-4 □週1-2
■月1-3 ■月1以下 □1回のみ
N=88 (12施設回答)


図15. 入寮者と通所者における薬物をやめている期間の分布
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
27%
26%
25%
36%
入寮者(N=210)
通所者(N=84)
□3年以上
■2-3年
■1-2年
□6ヶ月-1年
■4-6ヶ月
□3ヶ月未満


図16. 入寮者の利用期間と断薬期間
不明
3年以上
2-3年
1-2年
6ヶ月-1年
3-6ヶ月
3ヶ月未満
0 20 40 60 80
人
□入寮期間 ■薬物をやめている期間
N=210名(26施設の結果)


図17. 通所者のダルク利用期間と断薬期間
不明
3年以上
2-3年
1-2年
6ヶ月-1年
3-6ヶ月
1-3ヶ月
1ヶ月未満
0 5 10 15 20 25
人
□利用期間 ■薬をやめている期間
N=88名(12施設の結果)

いくのにはドロップしにくい可能性がある。一方より短い期間で区切る分類では、通所では入所よりも長い期間の利用者の割合が低く、短期の利用者の割合が高めである。これは入寮の方が最初の1ヶ月－6ヶ月の期間にドロップしにくい傾向を示していると思われる。つまり、利用継続の観点では、入寮が最初の半年前後で強く、通所は1年前後で強く、それより先になるとあまり大きく変わらなくなる。1年を超えて、利用できている者は、入寮にしろ、通所にしろ、約4分の１である。

通所者については頻度を図14に示した。39％はほぼ毎日通い、26％は週の半分は通っていた。

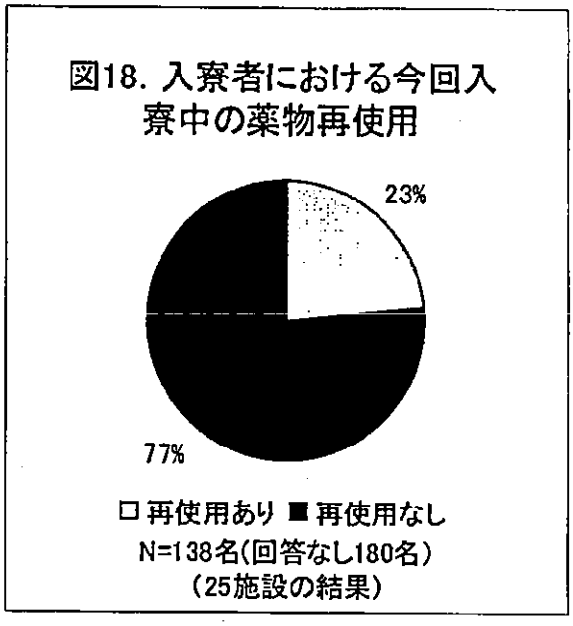
(9) 薬物のクリーン期間と再使用

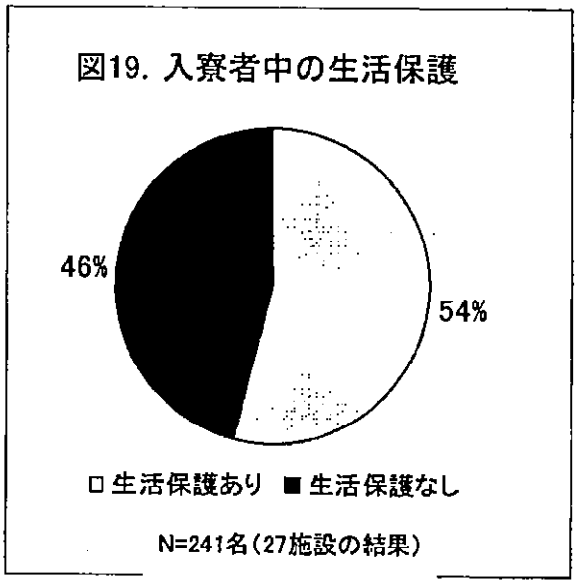
入寮者と通所者の「薬をやめられている期間」を図15に示した。スタッフから見ての判断であり、よくわからない場合は記入されていなかったため、欠損数が比較的多い質問となった。入寮、通所とも、半年以上は4割、1年以上は3分の2であった。3ヶ月未満については、入寮の方が通所よりもやや少なかった。さらに、入寮者と通所者それぞれについて、利用期間との関係を調べると、図16、図17のようになった。入寮者では、ダルク利用期間と薬物をやめている期間の分布はほぼ一致している（図16）。これに対して、通所では、利用期間が1－3ヶ月または3－6ヶ月の者は、同様の期間薬をやめている者よりも多くなっており、逆に利用期間が6ヶ月－1年または1－2年の者では、同様の期間薬をやめている者の方が多くなっている。この通所における利用期間と薬をやめている期間の不一致は、1－6ヶ月利用している段階では、まだ使用を繰り返している者が多いことを示している。しかし、一方通所でも、1年を超えてくるとその使用が減ることも示唆される。

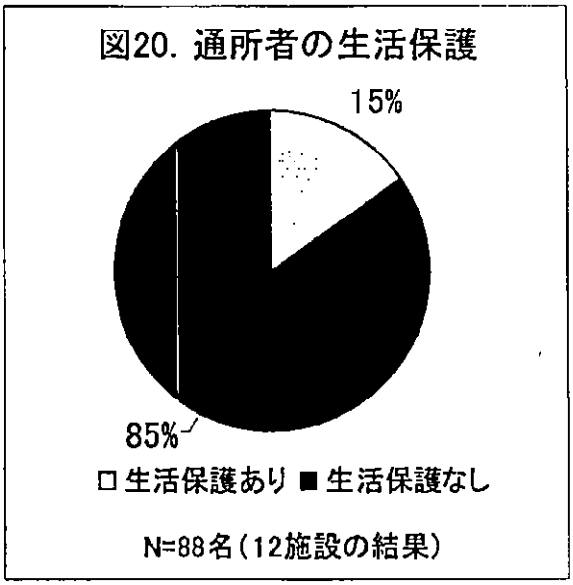
入寮者について、今回の入寮中に最使用があったかどうかをスタッフに尋ねた結果を図18に示した。23％の利用者において再使用があったと考えられるという結果であった。但し、これもはっきりしない場合が多いために、回答なしが半分以上であったので、この割合をそのまま信用することはできない。

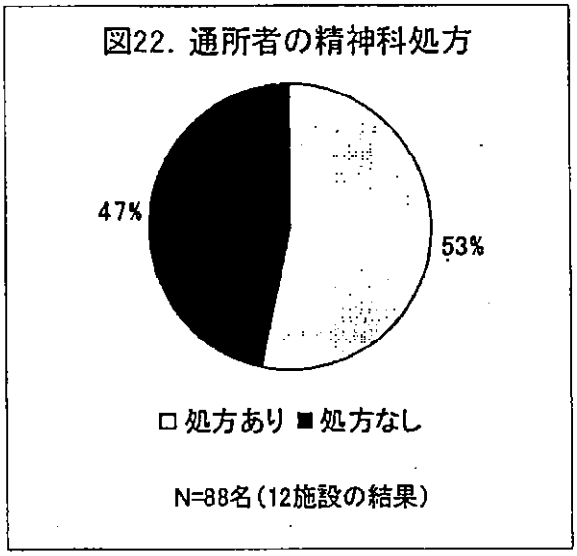
(10) 生活保護

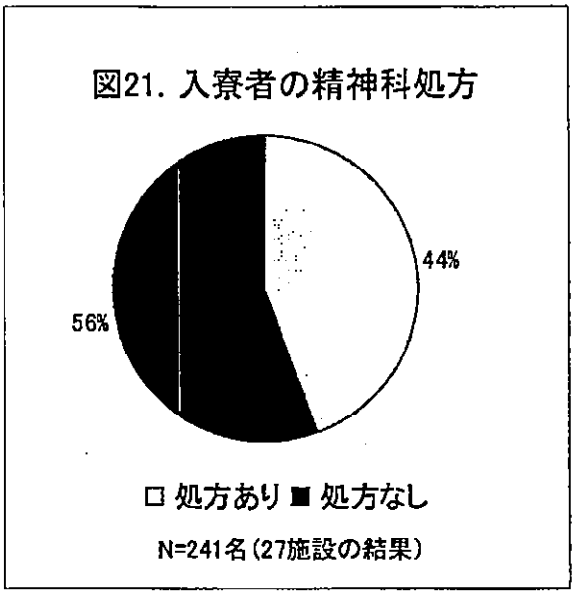
入寮者と通所者における生活保護の割合を図19と図20に示した。入寮者では54％が生活保護を受けているのに対して、通所者では15％のみが受けており、大きな差があった。











(11) 薬物療法やカウンセリングについて

精神科の処方を受けている者は入寮者では44%(図21)、通所者では53% (図22) であった。

カウンセリングは、入寮者では回答のあった施設 (25施設) の199名 (回答なし42名) の33%が受けており、通所者では88名 (12施設) の57%が受けていた。

以上のように入寮、通所を問わず、精神科における処方やカウンセリングを受けている者が高い割合存在することが確かめられた。

2. 各施設のプログラム内容とその有効性・困難点の調査

(1) プログラムについて

表1にダルクが行っているプログラムの概要を要約した。

施設の種別としては、入寮型が18ヶ所(66.7)と最も多く、入寮・通所の両方を扱う混合型が6ヶ所(22.2%)、通所型が3ヶ所(11.1%)と続いた。入寮者を受け入れている24施設のうち、入寮プログラムの期間が決まっているのは、半数以下(45.8%)であった。

プログラムの中心であるミーティング(NAの12step)は、1日2回行っている施設が15ヶ所(59.3%)と最も多く、1~2回行っている施設が5ヶ所(18.5%)、3回行っている施設も5ヶ所(18.5%)であった。

ミーティング以外のプログラムとしては、運動・レクリエーション(92.6%)、生活訓練プログラム(77.8%)、温泉プログラム(55.6%)、アルバイトの紹介(喫茶店、レストラン、古紙リサイクル工場など)や技術の習得(木工、皮革、トールペイント、料理など)といった就労援助プログラム(40.7%)、畑仕事やシイタケ栽培といった農作業プログラム(37.0%)などであった。その他には、学習・教育(資格取得、英会話、聖書の勉強)ボランティア活動(庭清掃、教会清掃、教会のペンキ塗り、会報の折り込み)、代替療法(リフレクソロジー)ドラマ・劇プログラム(入寮者の体験を基にした

表1.プログラムについて(n=27)

	n (%)
施設種別	
入寮型	18 (66.7)
通所型	3 (11.1)
混合型*	6 (22.2)
ミーティング回数/日	
1回	1 (3.7)
1〜2回	5 (18.5)
2回	16 (59.3)
3回	5 (18.5)
入寮プログラムの期間(n=24)	
特に決まっていない	13 (54.2)
決まっている	11 (45.8)
ミーティング以外のプログラム	
運動・レクリエーション	25 (92.6)
就労援助プログラム	11 (40.7)
生活訓練プログラム	21 (77.8)
農作業プログラム	10 (37.0)
温泉プログラム	15 (55.6)
太鼓	3 (11.1)
瞑想	0 (0.0)
ヨガ	1 (3.7)
鍼	1 (3.7)
心理プログラム	5 (18.5)
その他	14 (51.9)

*:通所と入寮の両方を扱う施設

表2.運営・経済面について

	n (%)
入寮費(1ヶ月)	155217円 (11〜25.5万円)
通所費(1ヶ月)	11315円 (0〜5万円)
公的な資金援助	
受けていない	15 (55.6)
受けている	12 (44.4)
グループホーム	9 (33.3)
小規模作業所	7 (25.9)
精神障害者福祉ホーム	1 (3.7)
運営費のうち施設利用費の占める割合	
100%	5 (18.5)
50%以上	9 (33.3)
50%未満	10 (37.0)
0%	2 (7.4)
不明	1 (3.7)
運営費のうち公的援助の占める割合	
100%	0 (0.0)
50%以上	8 (29.6)
50%未満	6 (22.2)
0%	12 (44.4)
不明	1 (3.7)

寸劇)、運動(ウォーキング、武道、格闘技)などが挙げられた。

(2) 運営・経済面について

表2に、ダルクの運営・経済面に関する項目を示した。1ヶ月あたりの施設利用料は、入寮で平均155,217円であり、通所で平均11,315円であった。公的な資金援助は半数以上の施設(55.6%)において受けていなかった。公的援助を受けている場合は、グループホーム(9施設)、小規模作業所(7施設)、精神障害者福祉ホーム(1施設)として資金を得ていた。

運営費のうち、施設利用費が占める割合を検討したところ、「0%」とした施設はわずか2ヶ所(7.4%)であった。一方、「100%」の施設が5ヶ所(18.5%)、「50%以上」の施設が9ヶ所(33.0%)、「50%未満」の施設が10ヶ所(37.0%)であった。一方、運営費のうち、公的援助が占める割合については、「50%以上」とする施設は30%を下回っていた。

また自由記載より、施設利用費・公的援助以外の収入源として次のような回答が得られた。

- 講演費:講演活動による謝礼、保健所・精神保健センターでの相談員 。
- 献金、寄付金:支援者による献金、個人からの寄付、ニュースレターを出すなどして献金をお願いする。
- 助成金:民間助成、財団
- ボランティア・作業所:ボランティア作業をする、作業所に通所し、通所報酬で物品をまかなう。
- チャリティー:地元で活動するジャズやフォークのグループとコンサートを企画し、チャリティーライブを行う

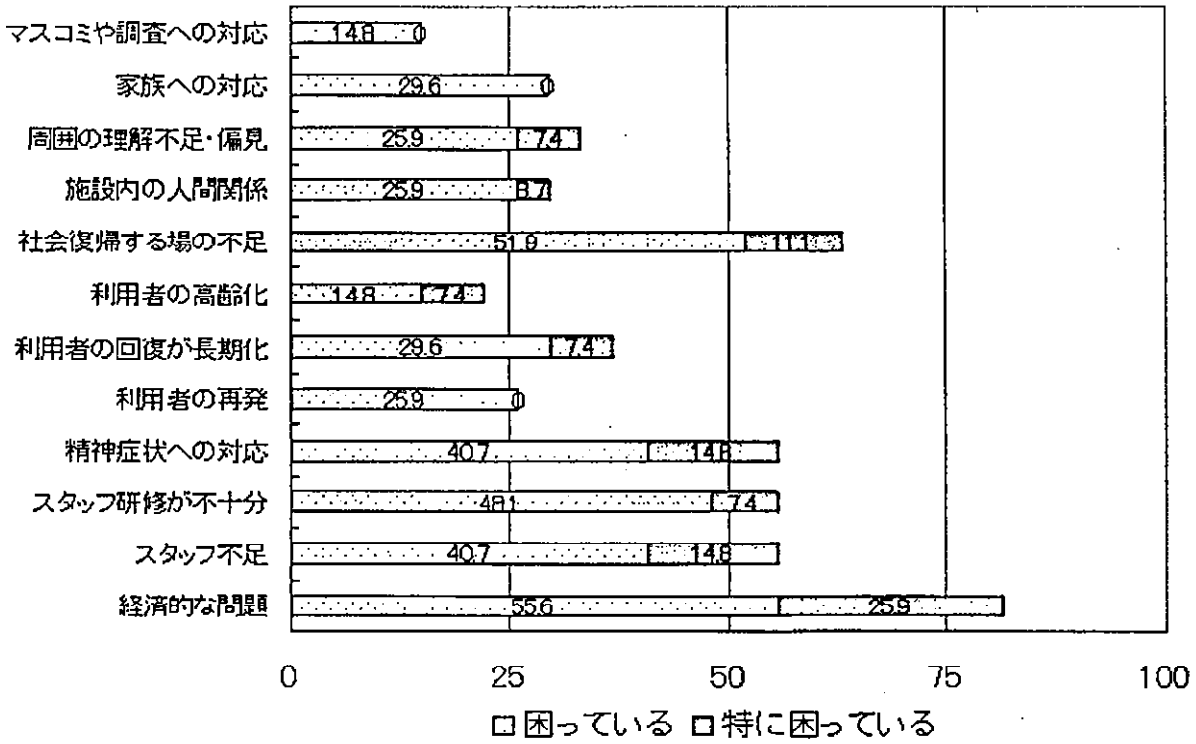
(3) ダルクの有効性

施設利用者のうち、プログラム終了後、社会生活に復帰できた人(職を得る、進学する、スタッフになる、その人なりの自立的生活が営めるようになる、など)が占める割合を尋ねたところ、平均37.0%(10〜80%)という回答を得た。

次に、「ダルクの有効性を行政や世間の人にわかってもらうとすれば、どのようなところを見てほしいか」、という 質問を自由記載で尋ねたところ、次の5項目に意見が集約された。

① 12stepプログラム、ミーティングの有効性:

図23. 全国のダルクにおける現在抱えている問題や課題



プログラムを使い回復している仲間の姿。ミーティングに参加してほしい。「裁き」ではなく「治療」に重点を当てたプログラムであること。ミーティングは回復と成長に有効である。

② 受け皿、受け入れ：

薬物依存者の一時的な受け皿であること。薬物依存者を肯定していること。行き場所をなくした薬物依存者を受け入れていること。

③ 回復のモデルとしてスタッフ：

スタッフが薬物依存症者本人であるというところ。職員・入寮者ともに約月1回尿検査を受けている。回復者が手助けをしていること。

④ 薬物依存症は回復可能な病気であること：

薬を止めるだけではなく、止めた後に真の回復と成長があることを知って欲しい。薬物依存症は回復可能だと知ってほしい。薬物依存症は病気であり、回復のプログラムをやれば誰でも回復できる。回復には時間がかかること。回復には個人差があり限界もあるということ。

⑤ 社会復帰例を見てほしい：

アルバイトにつける者も多い。ダルクのプログラムを終了し、生活保護を切り、正社員になり社会の有用な一員になっている人が大勢いる。良くなった人々を有効に活用してほしい。

(4) プログラム終了後の社会復帰について

プログラム終了後、どのような形で社会復帰遂げているのかを把握するため、自由記載により、具体的な社会復帰例を挙げてもらった。

① 就職する：

具体的な職種としては以下の通りである（内装業、ガソリンスタンド、会社員、スポーツインストラクター、OL、土木作業、調理師、介護ヘルパー、飲食業、自営業、キックボクサー、居酒屋、運転代行、公務員、農業、木材会社、運送会社、呉服屋、スーパーマーケット ）

② 援助職になる：

自らの回復体験を生かし、援助職となる者もいる（ダルクのスタッフ、精神保健福祉士 ）

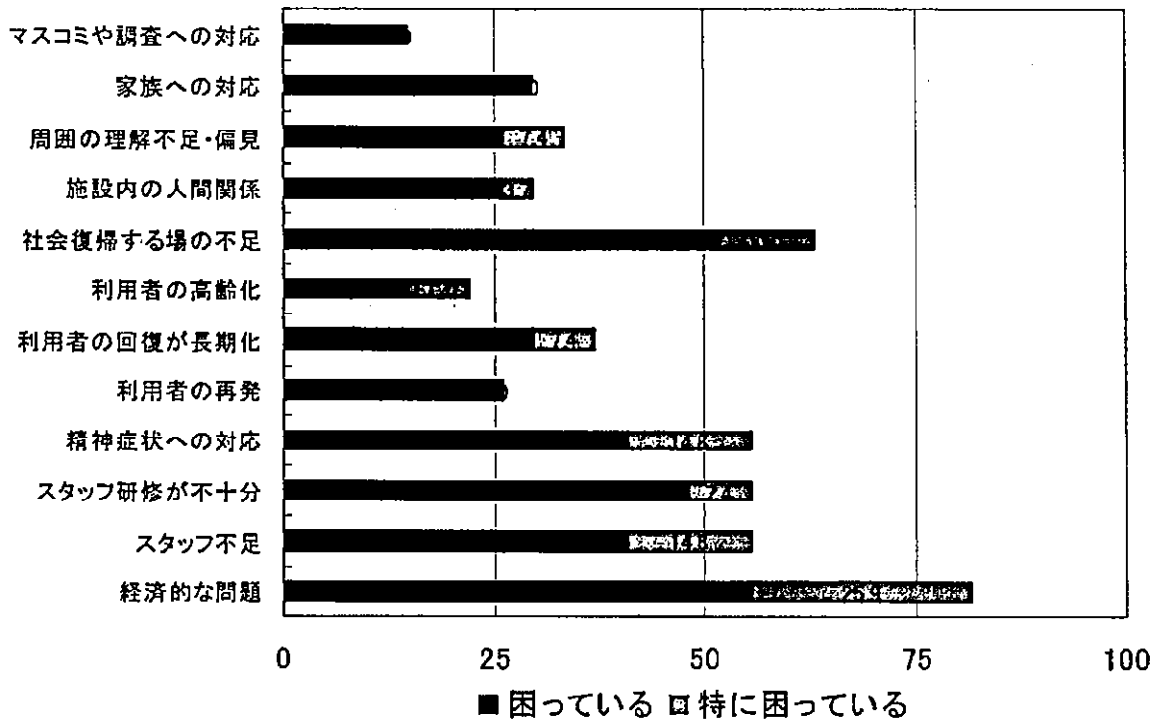
③ 進学する：

大学、大検、各種専門学校

(5) 社会貢献について

ダルクの社会貢献に関する実態を把握するため

図23. 全国のダルクにおける現在抱えている問題や課題



、関係機関や地域に対して行っている講演活動やボランティアの回数を尋ねた。

① 教育機関での講演：年間30.6回(最大130回)
② 司法機関での講演：年間11.8回(最大160回)
③ 医療機関へのメッセージ：年間15.7回(最大50回)
④ 地域ボランティア・交流会：年間11.8回(最大50回)

また、その他の活動として、以下のような意見が述べられた(自由記載より)。

小学校を中心に、予防教育を保健所と合同で行っています。バザー手伝いやNPOのイベント手伝い。拘留中の人々への初期介入。青少年向けのパンフレットを作成し、学校や警察に配布。インターネットを通じた相談。祭り神輿担ぎ、町内運動会、教会清掃、草刈 。

(6) 現在抱えている問題や課題について

ダルクが現在抱えている問題や課題を把握するため、12項目の選択肢から「困っていること」および「特に困っていること」を回答していただいた(図1)。半数以上の施設で「特に困っている」あるいは「困っている」とされる項目は、「経済的な問題」、「社会復帰する場の不足」、「精神症状への対応」、「スタッフ研修が不十分」、「スタッフ不足」であった。その他、自由記載より以下の意見が述べられた。

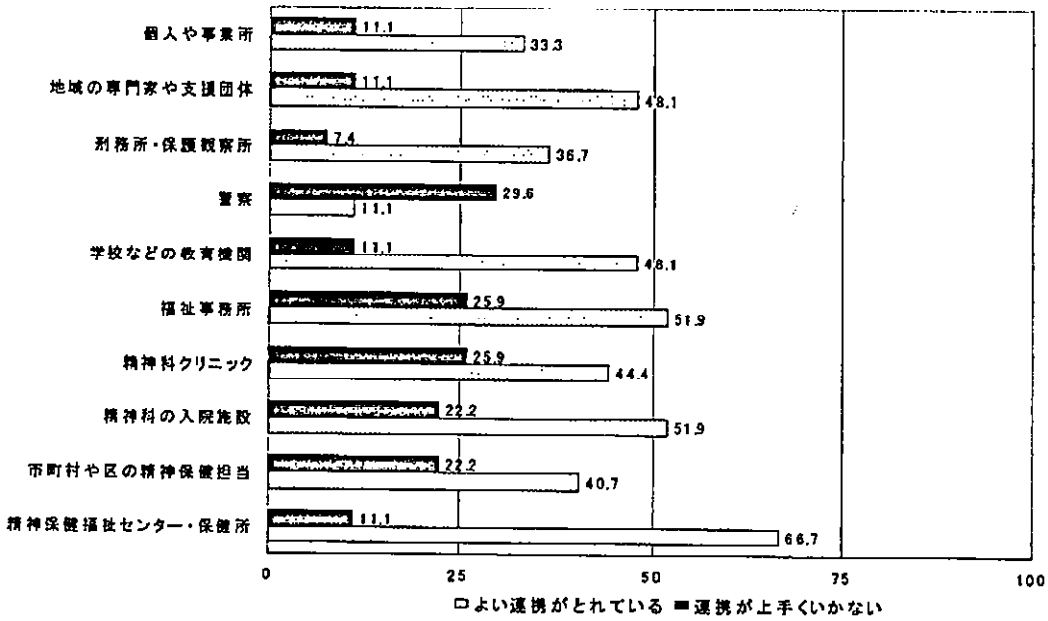
- 感染症対策(HIV、C型肝炎などへの対応)
- セクシャルヘルス(同性愛者への対応)
- 暴力(施設内での暴力)
- 住居対策(部屋をなかなか借りられない)

(7) 関係機関との連携について

ダルクと関係機関との連携状況を把握するため、10項目の選択肢から「よい連携がとれている機関」および「連携が上手くいかない機関」を回答していただいた(図2)。よい連携がとれている機関としては、精神保健福祉センター・保健所(66.7%)、精神科の入院施設(51.9%)、福祉事務所(51.9%)などが挙げられた。

一方、連携が上手くいかない機関としては、警察(29.6%)という回答が最も多かった。

図24. 全国ダルクにおける関連機関との連携状況



(8) スタッフの生の声

不足している援助に対する要望や、逆に上手くいっている連携などに関してスタッフの意見を自由記載で尋ねたところ、以下のようなカテゴリーに集約された。

地域や世間の理解、つながり：

・当施設の責任者は私で3人目なのですが、地域の方とのコミュニケーションを計るため、地元の総会等に参加をしております。ですが、ダルクの開設には反対の声が多く、その様な中で施設を運営しております。以前の入寮者達が近所の家に盗みに入ったり、近くのスーパーやコンビニなどで万引きを働いていたらしく、その以前の問題を解決するために地域の方々と話し合いをお願いしているところです。早くこの問題が解決できるとよいと思います。

・取材に関して薬物依存の回復支援という事にスポットがあたらず、恐ろしさや予防といった事に目が向き、全く違う事が放映されたり記事になったりする場合がある。世の中からまだまだ理解されにくい。

社会復帰する場の不足：

・回復した人たちの就労の場が少なすぎます。

・精神病院の社会的長期入院を改善するためにグループホームや社会復帰施設を充実させるのは良いが、ダルクは通過形の施設であるにも関わらず、社会的長期入所施設になりつつあります。

・ダルクから出られない人たちが今後増えそうです。

ダルクの限界：

・合併症の問題はダルクでは限界があります。行き場のない人たちをダルクだけでサポートすることは出来ません。

・ダルクはやはり司法と連携をとれるようにして、日本も米国でいうドラッグトリートメントコートの様なシステムを構築していく必要があると思う。なぜならアディクトの多くが病気の進行と共に司法モデルの処罰、処遇に行き着くが、それをキッカケとして治療や回復に向かうことができるはずであるにもかかわらず、今の司法制度の下では犯罪者として処罰されるのみで病気からの回復の機会すらないのが非常に残念である。

・今後有識者の働きかけにより上記のような考え方がシステム化されるように望む。

女性のための回復支援：

・女性のための相談活動や施設経営などに関わ

り、女性回復者のケアを仕事としている当事者の人が定期的に集まり、お互いの施設の情報交換を行いながら隔月でサポートする側の人を対象としたミーティングを行っている。

行政との連携、公的な援助のあり方：
・現在、各ダルクで行政から受けている助成金は精神障害者の枠であるグループホームなどである。ダルクは他の障害者の施設とはプログラムが違っているため、助成金を受けるとダルクのプログラムの良い所が失われてしまう。かといって助成金を受けなければ経営が成り立たないため、仕方なく助成金を受けている現状である。今後行政にはダルクのプログラムの良い所を活かしていけるように薬物依存社会復帰支援事業を訴えていきたい。
・県との連携が4年目で進んできました。17年度の援助が期待されます。
・当県のダルクに対する対応は冷やかである。特に福祉（生活保護）に関して、最近は少しずつ対応が迅速になりつつも、あくまでも個人に対するものだと言う認識が強く…社会復帰が難しい方の治療プログラムを目的とした、小規模作業所の申請を試みましたが、町、市に相手にされず、まだまだここでは行政のダルクに対する風当たりは強く、全国的にみても当県は、かなり薬物に対する反応が遅れていると言わざるをえません。
・公的援助はあるが、この事で規制ができてしまう事によりダルクの回復プログラムが、それによってなくなってしまうことが現状である。
・近い将来デイケアを開設し、地域の小規模作業所の助成は受けたいと思っている。

関係機関との連携：
・市民活動センター、学校、警察とダルクで作ったパンフレットを通じて接触を持つ事が始まっている。
・再発後の入院先の受け入れはうまくいっている。
・K保健所の職員の方々には大変お世話になっております。毎月、家族相談のミーティングに出席をさせて頂いております。
・生活保護受給者のメンバーが再発した場合、福祉事務所との回復のイメージの違いで生活保護が打ち切られることがある。
・他の地域の福祉はよいのだが、地元の福祉は施設の居住部分等の問題で受けにくい。
・医療機関に来る当事者に対し、医療の方からダルクを勧める事が増えつつある。

教会との関係：
・教会関係では、時間はかかったものの多大なご支援を頂いており、この施設は教会、特に修道院（シスター）からの支援で成り立っている部分が多々あります。その輪を機会に、地域の人達とのコミュニケーションがもっととれるように努力していきたいと思います。
・うまくいっている連携はやはり教会関係の方々の協力が大きいです。そしてダルクで出来る範囲で教会の掃除や草刈、イベントへの参加などして良い関係を心がけています。

スタッフについて：
・スタッフが、海外の依存症の施設等で研修を受けたいと思っても人手や金銭的な問題でなかなか難しい。
・スタッフ自身の回復と健康が必要不可欠。そのようなことに必要なお金を使いたい。
・スタッフ自身はNAに参加することを徹底しており、他の利用者もそれを真似る。
・不足しているといえばスタッフ（ボランティア等）に少しでも給料が出せたら良いなぁと思います。社会復帰する前にスタッフをやらせる事はすごい成長につながると思うので。お金以外ならば仕事ですかね。薬中に仕事を提供するまた別の団体とかできたら良いなぁと思いますね。

D.考察

1. ダルクの利用者の数

今から20年前に、東京都荒川区で入寮プログラムをはじめたダルクは、現在では、全国30ヶ所以上に活動が拡大している。今回の調査では、回答のあった30施設では、入寮者241名、通所者88名、総計329名であり、1年間の利用開始者は新入寮406名、通所開始者198名、総計604名であった。入寮施設のみ取り挙げても、2004年度の新入寮者が退寮者よりも123名多く、その利用規模の拡大はかなりのハイペースである。

2．入寮型と通所型

施設の種類も従来の入寮型が依然として主流であるが、通所者のみを扱う施設なども存在しており、より多様性がみられるようになった。通所型は大都市が多く、入寮型は地方に多い傾向があった。大都市にある施設では、薬物入手できない状況を作ることは事実上困難であるため、薬物遮断の意味での入所のメリットは少なく、むしろ長期にやめ続けていくためのステーションとしての機能が期待されるために通所型が選ばれやすいと思われる。一方、地方ではやや交通の便が悪く、薬物入手の難しい場所に居住する形で、薬物を遮断した環境での共同生活を送るスタイルになっていると思われる。

こうした両タイプの違いは今回の調査の結果に現れていた。例えば、利用継続について入寮型は、半年以上の継続については効果的であるが、半年から1年の間を継続していく部分では、通所型の方がドロップしにくく、1年を超えるところではほぼ同じ4分の１程度の利用継続であった。更に薬物使用についても、入寮型では施設利用期間と断薬期間はほぼ一致しているのに対して、通所型は、6ヶ月超えるまでは再使用しやすいが、その後は断薬継続しやすい傾向があった。どちらが優れていると言うことではなく、利用者の個性や時期により、選択できることがよいと思われる。

実際、昨年度の本調査では、ダルク間での事例の移動が盛んに行われていたが、こうした多様性と運用の柔軟性がダルクの有効性を高めているといえる。海外での治療共同体も、外来型への移行など修正・多様化がはかられているが、同様の変化がダルクでも認められる。

3．プログラムの多様性について

プログラムの中心であるグループミーティングについても従来は1日2回をダルクで行い、夜のミーティングはそれぞれのメンバーが所属するNAで行うというのがスタンダードであったが、1日3回ともダルクで行う施設なども存在しており、それぞれ地域の事情に即した対応をとっているものと示唆される。ミーティング以外の活動は、運動、温泉、農作業といったプログラムを積極的に取り入れていた。ダルクでは、カラダを動かし、汗を流すという身体的なプログラムや、集団で一つの活動を行うことの重要性を意識していることの裏づけと言える。一方、アルバイトの紹介、技術の習得といった社会復帰を意識した就労援助も多くの施設で行われていた。

4．薬物使用の停止効果について

今回の全国ダルクにおけるスタッフ調査で、スタッフから見た入寮者の薬物乱用の停止率は77%であった。これは。「昨年のダルク7施設の利用者本人の自己申告でも75％の停止率であったので、ほぼ一致している。入寮者と通所者の「薬をやめられている期間」の調査でも、半年以上の停止継続は4割、1年以上は3分の2であった。薬物停止は回復の一断面を示すのみであるが、依存症者における薬物使用の停止の困難性とダルクの出入りがまったく自由な環境を考えれば、驚異的な停止率である。

5．社会復帰

ダルクに入った後にその人なりに社会生活を送るという状況まで復せる率は、スタッフによれば37％であった。一方、具体的な就労では現在のダルク利用者では、4分の3は無職で、20％がアルバイトであり、フルタイムの仕事は通所型で7％、入寮型で2％であり、具体的な就労の受け皿を探すことには非常に苦労していることがわかる。それでも今回の調査では、ダルクのプログラムを終え、精神保健福祉士など専門的な資格の取得、進学、アルバイトから正社員への移行など、様々な形で社会復帰を果たす努力がなされていることがわかった。

薬物依存症者は、非常に若い頃から適応が困難になっており、rehabilitationというよりhabilitationが必要と言われるが、薬物をやめてから定職に就き、経済的自立を図るのには、周囲からの就労援助がより必要であると思われた。自由回答でも「回復した人たちの就労の場が少なすぎます。」という意見が出されていた。諸外国の薬物依存症対策でも、その回復援助には解毒のみなでなく就労や生活までの一貫した援助が必要であるという共通認識になっており、そこまでやってこそ薬物依存から抜け出して、再発なくやっていけるようになると考えられる。スタッフの自由回答で「精神病院の社会的長期入院を改善するためにグループホームや社会復帰施設を充実させるのは良いが、ダルクは通過形の施設であるにも関わら

ず、社会的長期入所施設になりつつあります。」という意見があった。薬物依存症者は、統合失調症者よりも高い就労能力を潜在的に持っていると考えられ、その社会復帰援助ではより具体的な就労訓練や働きやすい職場の提供が望まれる。

5．経済的側面

運営・経済面の結果から、多くの施設では運営費を施設利用費に頼っていることが明らかになった。また、半数近くの施設では公的援助を受けていたが、運営費に占める割合を踏まえると、それだけでは十分ではないことが伺える。実際に、現在直面している課題としては、ほとんどの施設で「経済的な問題」としており、安定した運営費の確保こそ、ダルクが最も必要としている支援であると言えよう。

公的資金を受ける上で、かえってこれを受けることで、地元の人でないと利用が難しくなる、統合失調症に適した形になっているため、長期的で安定的利用する形での枠組みが多く薬物依存の人に合いにくい面がある、などのスタッフの意見が聞かれた。薬物依存症の人は、入寮型施設でも出入りが激しく、むしろそうしたことを受け止められる柔軟性こそが、薬物依存症回復プログラムとしてのダルクの優れた点であり、疾病の特徴にあった公的な援助がなされないとせっかく援助を受けても、有用性が限定されてしまっているといえる。施設の大半が資金面での苦労を挙げているにもかかわらず、公的資金の利用が半分程度になっている理由がそこにあると思われる。薬物依存症回復に適合した公的援助のあり方について、行政の側でも検討する必要があると思われる。

6．関連機関、地域との連携

アンケートでは、関連機関との連携については、教会、保健関係機関とは連携できていることが多いが、警察・福祉事務所・クリニックとの連携は少ないという結果であった。まだ強い偏見や関連機関の無理解に苦労している声も多く寄せられる一方で、「事前に大家さんから町内会に話を通して頂いた事と、町内の運動会にダルクのメンバーが参加して、子供さん達に大人気だった事で幸いにも住宅地のド真ん中にも関わらず反対運動も苦情もゼロでした。」「週に１回の地域清掃活動も好評を得ています。」「市民活動センター、学校、警察とダルクで作ったパンフレットを通じて接触を持つ事が始まっている。」「再発後の入院先の受け入れはうまくいっている。K保健所の職員の方々には大変お世話になっております。」など、これまでよりも関連機関や地域との連携がうまく行き始めている例も多くみられ始めている。ダルクが地域に根を下ろし始め、次第に社会の中の一員として認められ始めているといえる。

今回のアンケートでは、ダルクの社会的貢献も尋ねたところ、年間数十回におよぶ教育機関・司法機関での講演や、医療機関へのメッセージが行われていた。これに加え、地域での交流会やボランティア活動への参加など、本当に地道な努力を行っており、これが上記のような良い変化をもたらしているといえる。

我が国では、学校場面における薬物教育や「ダメ絶対」キャンペーンに代表されるような一次予防は一定の成果を上げているのに対し、二次・三次予防となるとほとんどの場合語られるのはダルクやNAだけである。それでいながら、上記してきたような薬物依存者へのプログラム提供や社会貢献に対する社会のバックアップはあまりにも少ないと思われる。

7．ダルクのみでは困難なことへの援助

ダルクが社会に周知されてきたことで、良い面が多くでてきたことを述べてきたが、一方でダルクでは担い切れないことでも頼られている部分がある。その一つが、薬物依存症に合併する精神病の問題である。今回のアンケートでも、入寮型・通所型施設の利用者の半分が、精神科の処方を用いる状態であった。スタッフの感じている困難でも「精神病」への対応は、資金面に次ぐ問題とされ、自由回答でもそうした問題から長期入寮となってしまっている事例の問題が指摘されている。このあたりは医療の側が、対応すべき部分をダルクに担わせてしまっている可能性がある。精神病院でも薬物依存やダルクに対して非常に理解のあるところと、そうでないところの差は非常に大きい。ダルクの側の危惧は、精神医療の側の問題ともいえ、薬物依存症の入院や外来継続などについて精神医療がより積極的に取り組む必要がある。

E. 結論

1. 全国ダルク31施設にアンケートを送り、（1）利用動向と（2）各施設のプログラム内容とその有効性・困難性、を調査した。
2. 31施設のうち、30施設から回答があった結果、利用人数：入寮施設27施設で調査時241名が利用し、年間では入寮406名であった。一方、通所施設13施設で調査時88名が利用し、年間では198名が利用開始していた。総計すると1時点で約330名が利用し、年間では600名以上が利用開始している。
3. 入寮型では、一番多いのは4－6名以下の少人数の入寮施設であるが一方で、20名以上の施設もある。一方通所型では、3名以下あるいは4－6名の少人数のところが多いが、20名以上のところも1箇所あった。このようにその規模や方法が多様であった。
4. 女性の占める割合は通所型では20％あるが、入所型では3％と少なく、女性の受け皿が限られていた。
5. 年齢は30歳台が中心。入寮型の方が20歳台が多い。50歳以上も増えており、長期入所の懸念が指摘された。
6. 社会復帰状況としては、通所型と入寮型とも4分の3は無職で、20％がアルバイトであった。フルタイムの仕事は通所型で7％、入寮型で2％であった。プログラム後の復帰の形態は多様であった。アルバイトをしながらNAに通うか、ダルクスタッフ等の援助職、進学など。正社員への移行や資格取得の者もいた。社会復帰率はスタッフの印象では37％。回復者が働ける受け皿が不足しているという意見を述べるスタッフが多かった。
7. 利用継続については、通所、入寮とも3ヶ月以上が7割、1年以上が4分の1であった。入寮型は、半年以上の継続について入寮型よりも効果的であるが、半年から1年の間を継続していく部分では、通所型の方がドロップしにくく、1年を超えるところではほぼ同じであった。
8. 薬物使用については、入寮型では入寮中の再使用は4分の１であり、残りの4分の3は自主的な入寮継続の中でストップできている。入寮型では施設利用期間と断薬期間はほぼ一致しており、むしろ退寮後の再使用をどう防ぐかが問題であった。通所型は、6ヶ月超えるまでは再使用しやすいが、その後は断薬継続しやすい傾向があった。
9. 経済的自立についてみると、生活保護受給者率は入寮型では54％、通所型では15％であった。
10. プログラム内容は、12ステップのミーティングを中心に、これにレクレーション、運動、農作業、生活訓練、就労援助など多様なメニューを加えていた。
11. スタッフが挙げた課題で特に多かったものは「経済問題」であった。
12. ダルクスタッフが挙げた最大の課題は運営資金であるが、公的援助は56％が受けていなかった。運営費中に占める公的資金の割合は30％で、利用者負担の割合は33％であった。利用者負担額は入寮で平均約15万円、通所で平均1.1万円であった。残りは、講演料などでまかなっていた。公的資金を受けると、ダルク・プログラムの良い点が制限されるというジレンマがあることがわかった。
13. 資金以外の問題では「精神症状」「社会復帰の場の不足」による長期入寮の問題が多く挙げられた。精神科医療や行政による援助、就労生活援助が重要と考えられた。他の悩みとしては「スタッフの数と研修」、感染症、同性愛、住居の問題も注目された。
14. 関連機関との連携については、教会、保健関係機関とは連携できていることが多いが、警察・福祉事務所・クリニックとの連携は少ないという。
15. 社会貢献などの実績としては教育機関での講演（30回/年）、医療機関へのメッセージ（16回/年）、司法機関での講演（12回/年）を行っている。地域のとの交流会などを開き、地域へのとけ込む努力をしている。
16. 以上のように、ダルクは薬物依存症の回復や社会貢献において、大きな実績を挙げているにもかかわらず、十分な援助が受けていない。特に運営資金、社会復帰の場をみつけること、重度の合併症の問題ではダルクのみでは限界があり、行政によりプログラムに（運用への配慮を含む）金銭的援助や、精神医療による合併症対策が急務であると考えられた。

F.健康危機情報

なし

G.研究発表

1. 論文発表

1)森田展彰　根本透・和田清　末次幸子　岡坂昌子：サンフランシスコにおける薬物依存者に対する治療共同体の研究（I）ープログラムの概要および日本の医療・自助グループとの相違についてー，日本アルコール・薬物医学会雑誌38（5）440-453，2003.

2)森田展彰：薬物依存症に対する心理社会的治療ーセルフヘルプ型のケアと心理教育プログラムの統合についてー，精神科治療学19（12）1395ー1404，2004.

2. 学会発表

1)森田展彰：分科会「認知行動療法」，第26回 日本アルコール関連問題学会，2004.7.9.

H.知的財産権の出願・登録状況（予定含む）

なし

分担研究報告書
(2－1)

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)
分担研究報告書

規制薬物乱用者に対する医療機関の法的対応に関する研究

分担研究者	妹尾栄一	東京都精神医学総合研究所
研究協力者	近藤あゆみ	東京都精神医学総合研究所
	麻生克郎	垂水病院
	梅野　充	東京都立松沢病院
	黒川達也	平川病院
	小沼杏坪	医療法人せのがわ Konuma記念広島薬物依存研究所
	中村真一	神奈川県保健予防課
	成瀬暢也	埼玉県立精神医療センター
	松本俊彦	国立精神保健保健研究所
	和田　清	国立精神保健研究所

研究要旨　覚せい剤に代表される規制薬物の依存症者に対して、精神保健医療機関が治療に関与する場合、臨床の現場での指針と犯罪行為に対する処遇とが、しばしば相克することがある。改善のためには、医療機関における現状を把握し問題点を明確化することと同時に、医療および司法機関が準拠する現行法について検討し、改変の可能性も含めた議論が必要である。平成16年度は実態調査の規模を拡大し、全国の国公立精神科病院（83ヶ所）および薬物依存症の治療に専門的に取り組んでこられた民間の精神科医師（8名）に対し調査票を郵送し、29ヶ所より回答を得た（回収率32%）。

警察関与で覚せい剤精神病等の診察を行う場合では、「診察に先だっての」採尿要請が最も多い。これ以外に一部には、診察時の尿検査実施に警察官立ち会いで行う例もある。警察が事前の採尿要請に応じてくれないとの不満が、医療サイドに存在する。また医療サイドで実施した（診断補助の）尿検査結果については、司法サイドに「通報しない」場合がほとんどである。

医師による都道府県知事への通報義務規定が薬物の種類により異なる点と、同じく乱用薬物の種類によって、強制入院に関わる診断基準が異なっている点について、臨床現場からの意見を求めた。こうした差異が生じる背景には、薬物中毒者（現在では依存症者を意味する）の精神科治療当たって、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」と、麻薬及び向精神薬取締法の2法に同時に精通する必要があることに由来している。この問題に対する臨床医の回答としては、『違法薬物はその種類に関わらず、届出義務等の対応を統一すべきである』『薬物の種類ではなく、病態、社会的問題行動等を含めた総合的判断の基に対応が規定されるべきである 』『届出義務を厳格に施行することは、依存症者の受診回避や援助機関の接近阻害につながる危険性があるので慎重に検討すべきである 』などの回答が主であったが、いずれにしても臨床現場への若干の混乱を招いていることは否めない。

（主任研究者による注：本分担研究では、「乱用(依存症)者」という用語が使用されているが、基本的には「依存症者」と読み替えて呼んでいただきたい。）

A．研究目的

覚せい剤に代表される規制薬物の依存症者に対して、精神保健医療機関が治療に関与する場合、臨床の現場での指針と犯罪行為に対する処遇とが、しばしば相克することがある。

医療機関には守秘義務が課されているので、規制薬物の使用の経過を問診で知り得たとしても、その結果を直ちに司法機関に通報することはないが、その一方で、精神保健福祉法24条の警察官通報の場合に、覚せい剤中毒やその精神症状が判明して、指定医の診察による措置入院となった場合には、通報段階での法執行機関の対応で、その後の処遇に大きな差異がもたらされる。

かつて、いわゆる「静岡方式」とよばれた連携体制は、必ずしもその定義が明らかではないが、基本的な理解としては、前述した精神保健福祉法24条の警察官通報で、あらかじめ覚せい剤精神病が疑われる場合、指定医の診察が始まる前に通報段階での法執行機関が採尿を行い、もし覚せい剤反応が陽性であれば、治療終了後に司法処遇を行っていくという理解となっている。精神科救急の現場ではこうした警察段階での採尿を求める声が強いが、議論に先立って、「実際に」どの程度採尿が実施されているのか、実態は不明のままであった。

本研究課題は、まず初年度の研究課題として、覚せい剤依存症ならびに精神病の入院治療に際して、司法と医療の双方でそれぞれどの程度尿検査が励行されているのか、その基礎調査を行い、以後の議論とたたき台とすることを研究目標とした。

B. 研究方法

平成16年度は上記の実態調査の規模を拡大し、全国の国公立精神科病院（83ヶ所）および薬物依存症の治療に専門的に取り組んでこられた民間の精神科医師（8名）に対し調査票を郵送し、29ヶ所より回答を得た（回収率32%）。

本研究で調査した質問項目は精神科臨床の現場に於いて、薬物乱用（または依存症）者へ対応する際に、関連している法規の周知度を主として伺い、併せて入院経路毎の司法機関との連携や採尿の実施について現状をまとめて頂いた。本稿で記述する関連法規とは「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第5条」（以下、「精神保健福祉法第5条」）に規定される、「この法律で『精神障害者』とは、精神分裂病、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう」の文言と、麻薬及び向精神薬取締法第58条2（以下、「麻向法第58条2」）に規定される、「医師は、診察の結果受診者が麻薬中毒者であると診断したときは、すみやかに、その者の氏名、住所、年齢、性別その他厚生労働省令で定める事項をその者の居住地（居住地がないか、又は居住地が明らかでない者については、現在地とする）の都道府県知事に届け出なければならない」を主として示す。

C. 研究結果

本調査に用いた調査用紙の質問項目に従って、回答結果を以下にまとめる。

1）まず関連法規の周知度として各薬剤別に調査結果を示す。

覚せい剤乱用（依存症）者への対応
- 「精神保健福祉法第5条」によって規定　28（96.6）
- 「覚せい剤取締法」に都道府県知事への届出義務規定なし　28（96.6）

大麻乱用（依存症）者への対応
- 「精神保健福祉法第5条」によって規定　27（93.1）
- 「麻向法第58条2」に都道府県知事への届出義務規定あり　25（86.2）

有機溶剤乱用（依存症）者への対応
- 「精神保健福祉法第5条」によって規定　29（100.0）
- 「毒物及び劇物取締法」に都道府県知事への届出義務規定なし　27（93.1）

上記を除くほとんどの違法乱用（依存症）者への対応
- 「精神保健福祉法第5条」によって規定　29（100.0）
- 「麻向法第58条2」に都道府県知事への届出義務規定あり　28（96.6）

2）「精神保健福祉法第24条」の適用による警察官通報に基づく診察や、24条通報以外で警察に保護され、診察・治療を依頼された場合の対応。

この質問に対する回答でもっとも多かったのは**『薬物使用が疑われる場合は警察に尿検査を要請する』**であった。それ以外の回答としては、
* 警察による尿検査済→当院からの連絡において逮捕日が決定され同日が退院日となる→対応は警察と協議して決定
* 警察立会いのもとで尿検査を実施する
* 警察より尿検査の要請あり→応じるが採尿には

極力関与しない
＊院内での尿検査に警察が関与を求めた場合は応じる
＊警察から尿検査結果について問い合わせがあった場合は本人の同意を得て応じる
＊錯乱状態で警察による尿検査不可能→警察が来院し尿の任意提出を求める

以上の回答が列挙される。要約としては、警察から措置診察依頼があった段階（診察前の段階）で、警察に対して採尿を依頼しておく手順が一般的である。

3）上記2）の採尿に関する回答以外に、司法との連携はあるか否か。

この質問では以下の連携が列挙された。
＊精神病状態が消退した後の司法対応
＊不穏興奮の程度なら警察に対応を一任
＊措置解除後書面による拘留要請があれば応じる
＊入退院時警察等関係部署に連絡
＊保護観察中の患者では保護司や保護観察所と連携する場合あり
＊警察との連携は退院後の病状悪化による自傷他害の可能性が高い場合のみ行う

4）警察経由で患者が来院した際、尿検査を医療サイドで実施した場合の取り扱いについては、『尿検査を実施するが結果は通報しない』対応がほとんど全ての施設に共通していた。しかし以下の対応も各々1件ずつ回答を得ている。

＊尿検査を実施して陽性反応の場合は警察に通報する。後日警察が令状を持参して尿を押収する。
＊病院サイドでの尿検査は積極的には実施しない。
＊尿検査実施しない（殆どの場合事前に判明している）。

5）同じく警察経由で来院した患者の治療にあって、尿検査以外の治療対応について補足頂いた。

＊幻覚妄想状態または精神状態が鎮静するまでは治療
＊依存症専門病院または緊急措置鑑定指定救急病院受診を紹介
＊家族の依頼があれば医療保護入院を検討
＊自首を勧める
6）上記2～5の警察経由の受診とは異なり、本人が自主的に来院したり、家族が同行して受診した場合の医療機関の対応は以下の通りである。

＊入院または通院治療
＊幻覚妄想状態または精神状態が鎮静するまでは治療
＊乱用をやめる約束の上で通常診療
＊治療後自首することを条件に治療
＊中間施設への通所が確認された状況で断薬をサポート
＊依存症専門病院または緊急措置鑑定指定救急病院受診を紹介
＊自首を勧める
＊依存症の治療には対応できない

7）司法機関との連携上、どの様な困難さがありますかとの問いに対しては、以下のような回答が寄せられた。

＊事前採尿の要請をしても警察が非協力的である
＊薬物使用の立証が困難な場合、その後の調査や司法処遇に対して消極的である
＊逮捕要件が揃っても留置所の手配が遅れ、退院が遅れることがある
＊起訴後に身柄が拘置所に移されてしまうと、ほとんどの場合服薬が中断されてしまう
＊強制採尿には裁判所による令状を要するため逮捕までに時間がかかる
＊警察によって対応が異なる
＊覚せい剤精神病に気がつかない

8）医師による都道府県知事への通報義務規定が薬物の種類により異なる点について、臨床現場の精神科医としてどの様にお考えですか。

この質問は、各種規制薬物の多くが麻向法の通報義務対象に包摂される一方で、乱用者の多い覚せい剤と有機溶剤について、通報の規定がないことへの問いかけである。回答内容で比較的多かったのは『違法薬物はその種類に関わらず、届出義務等の対応を統一すべきである』『薬物の種類で

はなく、病態、社会的問題行動等を含めた総合的判断の基に対応が規定されるべきである 』『届出義務を厳格に施行することは、依存症者の受診回避や援助機関の接近阻害につながる危険性があるので慎重に検討すべきである 』であった。その他の記述としては、以下の回答であった。

＊「麻向法第58条2」における届出義務は実効性が低い
＊覚せい剤取締法にも届出義務を課すべきである
＊依存性薬物は全て届出義務を課すべきである
＊医療側の守秘義務が優先されるべきであり、「麻向法第58条2」の届出義務は廃止すべきである

9）乱用薬物の種類によって、強制入院に関わる診断基準が異なっている点について、臨床現場からの意見を求めた。その際の基準法規とは、覚せい剤と有機溶剤については、精神保健福祉法第29条が該当する

『都道府県知事は、第27条の規定による診察の結果、その診察を受けた者が精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めたときは、その者を国等の設置した精神病院又は指定病院に入院させることができる』。これとは別にそれ以外のほとんどの規制薬物は、麻薬及び向精神薬取締法第58条8が該当し、『都道府県知事は、第58条の6第1項の規定による精神保健指定医の診察の結果、当該受診者が麻薬中毒者であり、かつ、その者の症状、性行及び環境に照らしてその者を入院させなければその 麻薬中毒のために麻薬、大麻又はあへんの施用を繰り返すおそれが著しいと認めたときは、その者を厚生労働省令で定める病院に入院させて必要な医療を行うことができる』。

回答のうち比較的多かったのは以下の3点である。『薬物の種類によらず、違法性薬物を全て統一した基準や根拠に改正するのがよい 』『「精神保健福祉法」を軸に統一した規定をつくるのがよい』『届出による強制対応の可能性の問題もあるので、通報に関する条項は廃止すべきである』。

これとは別に、上記以外の回答例としては以下が列挙される。

＊薬物の種類によらず、薬物使用による精神病症状が深刻であることを措置入院の基準とするのがよい
＊深刻な精神病症状を基準とし、改善後は司法に委ねるべきである
＊「麻向法」の措置入院制度は実効性が低い
＊もっと「麻向法」を活用すべきである
＊「麻向法」による措置入院の場合に入院期間があらかじめ設定されている根拠が不明（病状に応じて判断すべき）
＊「麻薬中毒」とはどういう状態をさしているのか不明瞭
＊覚醒剤とそれ以外では乱用時の症状も異なることから、やはり措置入院の基準を変えるのはやむをえない

D. まとめと考察

覚せい剤に代表される規制薬物の依存症者に対して、精神保健医療機関が治療に関与する場合、臨床の現場での指針と犯罪行為に対する処遇とが、しばしば相克することがある。

改善のためには、医療機関における現状を把握し問題点を明確化することと同時に、医療および司法機関が準拠する現行法について検討し、改変の可能性も含めた議論が必要である。平成16年度は上記の実態調査の規模を拡大し、全国の国公立精神科病院（83ヶ所）および薬物依存症の治療に専門的に取り組んでこられた民間の精神科医師(8名）に対し調査票を郵送し、29ヶ所より回答を得た（回収率32％）。

警察関与で覚せい剤精神病等の診察を行う場合では、「診察に先だっての」採尿要請が最も多い。

これ以外に一部には、診察時の尿検査実施に警察官立ち会いで行う例もある。

警察が事前の採尿要請に応じてくれないとの不満が、医療サイドに存在する。

また医療サイドで実施した（診断補助の）尿検査結果については、司法サイドに「通報しない」場合がほとんどである。

医師による都道府県知事への通報義務規定が薬物の種類により異なる点と、同じく乱用薬物の種類によって、強制入院に関わる診断基準が異なっている点について、臨床現場からの意見を求めた。こうした差異が生じる背景には、薬物中毒者の精

神科治療当たって、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」と、麻薬及び向精神薬取締法の2法に同時に精通する必要があることに由来している。この問題に対する臨床医の回答としては、『違法薬物はその種類に関わらず、届出義務等の対応を統一すべきである』『薬物の種類ではなく、病態、社会的問題行動等を含めた総合的判断の基に対応が規定されるべきである 』『届出義務を厳格に施行することは、依存症者の受診回避や援助機関の接近阻害につながる危険性があるので慎重に検討すべきである 』などの回答が主であったが、いずれにしても臨床現場への若干の混乱を招いていることは否めない。

とりわけ麻向法の通報規定は「しなければならない」義務規定であり、法令遵守という観点からは励行されなければならいのは事実である。しかし、どの様な病態が強制入院の対象となるのか、アヘン系麻薬以外の幅広い依存性薬物について、細かく検討する必要がある。

E. 研究発表

妹尾栄一：幻覚剤関連精神障害.別冊日本臨床40精神医学症候群Ⅲ(器質・症状精神障害など), 527-529, 2003.

妹尾栄一：強迫的買い物癖.臨床精神医学, 34: 183-186,2005.

主任研究者による注：

本分担研究では、「乱用(依存症)者」という用語が使用されているが、基本的には「依存症者」と読み替えて呼んでいただきたい。

添付意見

規制薬物の治療をめぐる法的対応に関しては関連する問題領域が幅広く、同時に日本の薬物乱用者対策の歴史的経緯とも深く関わっていることから、研究協力者として質問紙の開発から深く関わって頂いた2名の精神科医の医師から、本質問事項に関わる回答を、特別に記述して頂いた。その回答を添付意見として以下に掲載する。

『薬物乱用（依存症）者に対する医療機関の法的対応に関するアンケート』

医療法人せのがわ
Konuma記念広島薬物依存研究所　小沼杏坪

1．覚せい剤乱用（依存者）への対応について

(1)「精神保健福祉法第24条」の適用による警察官通報に基づく診察を受け入れた場合

ア）保健所に通報があった段階で、鑑定前に警察に採尿を要求するように、保健所精神保健相談員に指示する。

イ）錯乱状態で採尿できない場合には、入院後患者の精神状態の安定を待ち、警察署員が来院して患者から尿の任意提出を求めるか、あるいは強制採尿の令状の執行となる。この場合、強制採尿には当方が協力する旨の意向を表明するが、患者が採尿を拒否した場合には、無理に導尿して尿道を傷つけると（つまり、患者が意地悪い意図を持って、尿道が痛いと訴えて泌尿器科受診を要求し、micro-hematuriaでも証明されれば)、こちらが傷害で訴えられる可能性があるので、静脈麻酔下で導尿することを予め伝えておく。実際には、導尿トレイを準備して導尿寸前まで実施する振りをして、再度「どうせ導尿すれば尿採取できるのだから、自分で出すように」と勧めれば、これまで断られた経験はない。

ウ）しかし最近、強制採尿のために来院し拒否した事例に遭遇したが、この場合患者はカテーテルが尿道に挿入されている間は動くことは少ないが、受け皿を予め股間ベット上においておいて、排出した尿を受けた採尿瓶は速やかに身体から離し、その後に抜去したカテーテルを受け皿に受けるようにしないと、膝・足を動かして尿の入った採尿瓶を蹴り上げられ、尿をこぼしてしまう結果となるので、注意を要する。

(2)（1）以外で警察に保護され、診察・治療を依頼された場合

上記と同様に、

ア）来院前に警察署で採尿することを要求する。

イ）幻覚状態のため、警察で前もって採尿できなければ、入院後患者の精神状態の安定を待ち、警察署員が来院して患者から採尿することを要求す

る。刑事訴訟法に基づいて病院長宛に患者の病名の問い合せがあり、覚せい剤精神病の診断名を出せば、それに基づいて警察が裁判所に請求することにより強制採尿の令状は出る。当方が強制採尿の令状を執行する場合は、上記と同様の対応をする。

(3) 本人が自発的に来院した（または家族が同行してきた）場合

臨床検査として、トライエージの検査をするが、刑事手続きとは無関係として、届け出はしない。これは覚せい剤関連精神障害に対する医療機関への治療接近性を維持し、早期発見・早期治療に資するためである。また、このことが覚せい剤精神病者による凶悪な事件を防止することにつながると考えるからである。

■ 覚せい剤乱用（依存症）者への対応の際、警察との連携で困った点にについて

参考までに、強制採尿の令状を持参した時に、患者が尿の任意提出を拒否した場合、利尿剤を点滴静注して円滑に採尿することは非常に巧妙な方法のように感じるが、差し押え令状であるからして、現に膀胱に貯留している尿を差し押えるのであって、点滴して新たに膀胱に貯留する尿も採取することは、今後の裁判手続き上、被疑者やその弁護士からクレームをつけられる可能性があるものと思われる。

2.大麻乱用（依存症）者への対応について

(1) 「精神保健福祉法第24条」の適用による警察官通報に基づく診察を受け入れた場合

ア）大麻取締法には、「大麻から製造された医薬品の施用」は禁止しているが、「大麻自体の使用違反の規定」はないので、覚せい剤のような使用に関する問題はない。
イ）警察・家庭裁判所・保護観察所から患者の病状について、刑事訴訟法などに基づいて公文書による問い合わせが病院長あてにあった場合には、担当医師名ではなく、病院長名により公文書で回答する。
ウ）大麻依存の場合、8割以上が大麻精神病の状態で受診するので、先ずは精神保健福祉法に基づく治療を優先する。治療終了時点では、覚せい剤よりも依存性がかなり低く薬物探索行動に基づく社会的問題などは少ないので、麻向法に基づく通報はしないでおく。ただし、退院後、外来通院中に大麻使用が判明した場合には、大麻依存があることの明らかな証明となるので、「麻薬中毒者」として県薬務課に届け出ることを予め患者に明言しておき、実際にトライエージ検査で陽性に出た場合には、「麻薬中毒者」の届け出を行うことにしている。
エ） 大麻依存で精神病を併発していない場合には、麻向法に基づいて、届け出をするのが建前であるが、依存性が弱いので、覚せい剤ほどの臨床的問題が少ないため、実際には大麻乱用として扱い、外来通院による治療を、ウ）と同様の対応を取ってきた。

(2) 1）以外で警察に保護され、診察・治療を依頼された場合

上記と同様である。

(3) 本人が自発的に来院した（または家族が同行してきた）場合

上記と同様である。
大抵は外来通院として、条件契約療法（当院のように薬物依存症の外来患者が多い場合、中にスリップする者がおり、受診の際には薬物を持参して、他の外来患者を誘うことが多く、一般の精神科病院よりも、規制薬物の入手可能性がはるかに高い。外来のおけるドラッグ・フリーを維持するには、薬物依存症の患者と毎回の受診日には自己尿を提出し簡易キットを使用して尿中規制薬物の検査を実施するという治療契約を結び、不用意に薬物を再使用することを予防する手段としている。実際の契約文書は下記参考資料を参照のこと。なお、検査にかかる費用は保険外診療として別途カルテをつくり、ビスアライン１０００円、トライエージ５０００円の自己負担としている。なお、生活保護患者の場合は、厚生労働科学研究に協力することによって配布されたキットを使用し、無償で実施している。）を実施している。

（参考資料）

治療施設・社会復帰施設をドラッグ・フリーに保つための
条件契約療法

約 束 書

私は本日から覚せい剤の脱慣と断薬継続のため、条件契約療法による外来通院治療を希望します。
その条件として、今後は外来受診の度ごとに、自己尿を提出し、検査の結果、尿中に覚せい剤が陽性に出た場合には、その尿を持って最寄りの警察署に自首することを約束します。
これは私の覚せい剤依存からの回復に向けた強い意志の表明です。

主治医 殿

平成17年 月 日

住所:
氏名: 印

3.有機溶剤乱用（依存症）者への対応について

(1)「精神保健福祉法第24条」の適用による警察官通報に基づく診察を受け入れた場合

一般臨床上は、有機溶剤を使用すれば、2，3日は臭いが残るので、呼気を吐かせて臭いで使用の有無をチェックしている。

裁判上証拠となる尿中の有機溶剤検出は、馬尿酸を検出するぐらいで、有機溶剤を特定することが難しいため、専ら警察に吸引対象の現物を押収してもらい、それを鑑定してもらうように依頼する。家族には、前もって乱用の事実ほか乱用経過、薬物探索行動として示す困難な状況を地元警察署に相談しておき、乱用・酩酊状態で荒れるような場合には、警察に届け出て、現物を押収してもらうように勧めておく。その際、本人が暴力を振るうような場合には、本人を保護して警察に当精神科病院に連れてきてもらうことが必要である。その場合、満床では対応出来ないので、前もって受け入れ態勢を取っておくこと、有機溶剤による急性中毒で精神運動興奮が激しいときには、医療保護入院も可能である。入院後、急性中毒が治まっても、薬物渇望に基づく焦燥的・易怒的状態が持続している期間中は、再使用により容易に急性中毒が再燃する危険が大きいので、医療保護入院を維持することが肝要である。患者が自らシンナー依存からの脱慣を希望するようなら、2，3ヵ月の治療期間を提示して、任意入院で対応する。この場合も、直ぐに気変りして退院を要求すれば、法第22条の4第3項の退院制限をして患者の治療意欲を引き出すことが肝要である。

(2) (1)以外で警察に保護され、診察・治療を依頼された場合

上記と同様である。

(3) 本人が自発的に来院した（または家族が同行してきた）場合

上記と同様である。

4. 覚せい剤、有機溶剤を除くほとんどの違法薬物（ヘロイン・コカイン・LSD・MDMAなど）乱用（依存症）者への対応について

■「麻薬及び向精神薬取締法第58条2」における「麻薬中毒者」と診断する場合に根拠となる症状について

あへん系麻薬に関しては、麻向法施行細則および関連通知によって、麻薬中毒の診断方法につい

て禁断症状の程度など詳細に規定した通知が出されている。しかし現在のところ、他の麻薬中毒（麻薬依存症の法律用語）に関しては、未だ詳細な鑑定の方法・基準は行政的に出されていないので、ICD-10に基づいて診断する以外にない。

(1)「精神保健福祉法第24条」の適用による警察官通報に基づく診察を受け入れた場合

ア）ヘロインについては、それ単独では、精神病状態を発現することがなく、精神保健福祉法24条に基づく警察官通報はあり得ない。当然に、麻向法に基づき都道府県薬務主管課に対して行う警察官からの通報となり、麻向法に基づく精神保健指定医の鑑定が実施される筈である。設問自体成り立たないと思われる。

イ）コカイン・LSD・MDMAによる精神病（急性中毒による急性精神病を含む）の場合には、昭和39年2月7日薬癈第40号各都道府県衛生主管部（局）長宛て、厚生省薬務局麻薬第１・公衆衛生局精神衛生課長連名通知「麻薬取締法の一部改正に伴う精神衛生行政と麻薬取締行政との調整について」があるのではあるが、この通知は当時のヘロイン・モルヒネ等あへん系麻薬中毒者に対する行政的な対応であるため、実務上は精神保健福祉法に基づいて、対応するべきであると考えている。従って、対応としては大麻精神病における対応と同じ対応を取っている。すなわち、精神病状態を先ず治め、その後になお、依存状態で本人からその治療意欲を引き出せない場合には、麻向法に基づいて、麻薬中毒者の届け出、指定医による鑑定、措置入院として治療するべきである。

ウ）コカイン・LSD・MDMAなどによる依存症で、未だ精神病状態を発症していない場合には、精神保健福祉法24条に基づく警察官通報はあり得ない。当然に、麻向法に基づき都道府県薬務主管課に対して行う警察官からの通報となり、麻向法に基づく精神保健指定医の鑑定が実施される対応となる。

(2)（1）以外で警察に保護され、診察・治療を依頼された場合

ア）精神病状態であれば、精神保健福祉法に基づいて、先ずは精神病の治療を行い、その後に依存症の治療を拒否するようであれば、麻向法に基づいて「麻薬中毒者の届け出」を行い、麻向法による措置入院の対象となる。依存症の治療を本人が希望すれば任意入院として扱う。いずれにしても、これらの麻薬の依存性は高いので、今後の回復を考えて、麻向法に基づき、「麻薬中毒者の届け出」は行うことにしている。

イ）依存症であり、未だ精神病状態を発現していない場合、本人の治療意志を引き出せなければ、すなわち任意入院が成り立たなければ、麻向法による医師による届け出、指定医による鑑定、措置入院の対象であると考える。任意入院が成立しても、これらの麻薬の依存性は高いので、今後の回復を考えて、麻向法に基づき、「麻薬中毒者の届け出」は行っておく。

(3) 本人が自発的に来院した（または家族が同行してきた）場合

上記と同様の対応をする。

6.薬物乱用（依存症）者に対する現行法について

■ 精神保健福祉法とその他の現行関連法との相違等に関するコメント

昭和56年の東京深川通り魔殺人・籠城事件が発生したときに、日本精神科病院協会を中心に、覚取法を改正して、麻薬取締法なみの届け出・措置入院制度を規定するように要求していたが、当時の麻薬依存者の人数は、現在の覚せい剤依存者の人数の1/10程度であり、昭和37年夏には、取締りが奏効して末端の乱用者が路上で禁断症状を出してのたうち回って苦しむという人道的な配慮からなされた対策としての届け出、措置入院の制度であった。しかし、現在では、その届け出・措置入院制度、その後に最低でも5年間の観察指導制度があるため、ヘロイン依存者はわが国の麻向法の厳しさを避けて、タイ国など外国でメサドン治療を受けたりしているのが現状であり、届け出制度にも抜け道がある。この法律の存在により、措置入院後の転帰、治療成績はほとんど100％という状況ではあるが、最低でも5年間の観察指導制度がつくなど、人権的な問題がないわけではない。

麻薬取締法による届け出・措置入院制度の導入

は、昭和30年代後半の精神科医療におけるアルコール依存症の治療的対応を横滑りさせた者であり、唯一違うのは、依存症の入院期間を無期限ではなく、当時ＷＨＯを中心にhabituation，addictionなどの用語に変わり、dependence概念が導入されてきたことによる影響で、依存症に対する治療の強制を最長でも6ヵ月間と規定したことである。蛇足ながら、①アルコール依存症に対する治療の強制が無制限であったこと、②その治療の直接の目標をアルコール依存症のその社会的問題においたこと、の失敗は、宇都宮病院事件となって露呈し、昭和63年の精神保健法の制定となったものと理解される。

一方、覚取法に届け出・措置入院制度を採用することになると、刑事司法で対応されていた覚せい剤乱用者の大部分が刑事司法の領域から、精神保健の領域に流入してきて、精神保健福祉法の措置病床が覚せい剤依存の措置入院者によって占有されてしまう結果となるので、精神保健行政がパンクしてしまうのである。また、現在までのところ、覚せい剤依存なるが故に、覚せい剤の使用犯の罰則が軽減されることはないのであって、もし覚せい剤依存を強制入院させる対応が導入されれば、直ぐに覚せい剤の使用犯の罰則を軽減するような要求が覚せい剤使用事犯者からなされるであろう

今後は、届け出・措置入院の対象を、麻薬だけに限らず、リタリン、ペンタゾシン、レペタンなどの向精神薬の依存者にも広げて、自ら治療を求めないで医者廻りをしながら薬物探索行動として激しい興奮・威嚇・暴力を示すなど社会的な問題を有する依存者、あるいは禁断症状が激しかったり精神依存の程度が強くて、自ら連続的使用から脱慣出来ない依存者等に限定すれば、現状に適応した措置入院制度の運用が可能となるように思われる。このような法律改正があれば、一般科での実地臨床上、処遇困難な薬物依存者に対しても、適切な行政上の対策となりうるであろう。

麻向法による中毒者の鑑定・診断方法の基準は、あへん系麻薬中毒者については、詳細な行政的通知がなされているが、その他の麻薬による中毒者の診断方法・基準は出されて居らず、人権問題と絡むことなので、早急に検討する必要があると思われる。また、昭和39年2月7日薬癖第40号各都道府県衛生主管部（局）長宛て、厚生省薬務局麻薬第１・公衆衛生局精神衛生課長連名通知「麻薬取締法の一部改正に伴う精神衛生行政と麻薬取締行政との調整について」の再検討が必要である。

■　覚せい剤依存症者に対する治療的対応に関する包括的な精神保健福祉施策において、「覚取法」と「麻向法」のいずれの法規を優先（または融合）すべきか、という点についてのコメント（某少年鑑別所の入所者でエクスタシーの依存症者が覚せい剤の依存症者と拮抗している事例も挙げ、法律の条文の在り方についてコメントを求めた）

麻向法には、多くの物質が麻薬として規定されておりますが、これらの中には、ヘロイン・コカインのように依存性の強い麻薬もあれば、最近脱法ドラッグとして話題となっている物質がどんどん麻薬として法の網をかけられております。これらの物質による依存者や大麻依存者も麻薬中毒であり、法的には麻薬中毒者として届け出しなくてはいけないのですが、あへん系麻薬依存者の場合には、詳細な鑑定診断の基準もきちんと出来ているのですが、いまだ他の物質による麻薬依存者については、何の詳細な基準さえ整備されていない状況です。あへん系麻薬ほど依存性の強くない麻薬の依存者に対しても、果たして5年間の観察指導の対象にまでするべきか、大いに疑問があります。一方で、向精神薬として規制されているペンタゾシン・レペタンなどによる依存者で、急患を装っては医者廻りし、粗暴・威嚇的態度でこれらの薬物を指定・強要する患者には、現在のところ何の法的に打つ手がないのですが、こういう医療現場で社会的問題を有する事例には、きちんと法の網をかけて措置入院の対象とする方が良いように思います。

現状では、まだ現行法の枠内で考える以外ないのであり、法律改正までを見据えて包括的な精神保健福祉施策を打ち出すことは、なかなか予想のつかない問題であり、慎重に諸般への影響を考えながら改善していくべき問題であると思っております。

ちなみに、現在のところ、ペンタゾシン・レペタンなどの向精神薬や有機溶剤による依存者に対する施策は厚労省精神保健福祉課の担当、あへん・大麻・覚せい剤・麻薬による依存者に対する施

策は監視指導・麻薬対策課の担当という縦割り行政の問題があります。精神保健福祉センターにおける覚せい剤等の依存症に関する家族相談や家族教室などは麻薬対策課主導の施策です。以前、精神保健福祉課があまりに有機溶剤依存者に対する対策に、何も手を付けないものだから、それまでも麻薬課で扱おうとしたのですが、行政官としては自分の領分を侵されると感じたのか、ようやく現在のように、精神保健福祉課と管理指導・麻薬対策課の共同で、厚生科学研究が成立したいきさつがあります。

少年鑑別所では、覚せい剤依存者とMDMA依存者とが拮抗していると言うことですが、未成年者であれば、少年法の対象と思われますので、特別立法である麻向法を無条件で適応するのかどうかは疑問があります。現に覚せい剤事犯者であっても、未成年者は少年法による対応が優先しているのです。

■　麻向法による措置入院の規定は医療的措置を受けることを主眼とし、司法措置に関する意識が希薄ではないかという意見に対するコメント

麻向法による措置入院規定は、当該事例に対する医療的措置を優先しては居りますが、措置入院期間中に、きちんと麻薬取締職員（各都道府県の麻薬取締員、地方厚生局部の麻薬取締官）による取り調べを受けて、カルテ上は受け持っている患者に使用したことにして自己施用を続けてきた麻薬中毒の医師のケースや、譲受・譲渡や密売等の事実があれば、当然に医師法や麻向法による刑事手続きの対象になるのです。

覚せい剤依存においては、覚取法による刑事司法の窓口と精神保健福祉法による精神科医療の窓口は別個に開いていて、覚せい剤使用による急性ないし亜急性精神病状態で警察に保護されたときだけ、刑事司法の窓口と精神科医療の窓口が一つになるという関係ですが、麻向法による麻薬依存の場合には、刑事司法の窓口と精神科医療の窓口が一つになっていると考えれば良いと思います。

■　措置診察前の警察との尿検査のやり取りについては、精神保健福祉法などいずれかの法規にきちんと明文化（法文化）したうえでの統一化が求められるが、その際の改正すべき法規に関するコメント

警察に保護した覚せい剤精神病者等の尿中覚せい剤の検出については、既に薬物乱用防止対策本部の本部長が内閣総理大臣を長として組織替えがあったときから、関係機関の連携・協力の必要性が通知として出されている筈です。その通知に従って、地域の警察署と医療機関の連携が成り立っていると理解しております。

『薬物乱用（依存症）者に対する医療機関の法的対応に関するアンケート』

垂水病院　麻生克郎

1.覚せい剤乱用（依存症）者への対応について

(1)「精神保健福祉法第24条」の適用による警察官通報に基づく診察を受け入れた場合

24条通報のケースであるから、当然、その時点での精神症状の評価が中心であり、精神症状、時間帯、生活や家族の状態に応じて、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、任意入院、外来治療、治療不要の判断をする。受診前に警察で尿検査をやって覚醒剤が陽性であったとしても、そのことでこの医学的判断が影響されることはないものと考えている。警察が24条通報をした以上、精神医学的評価が優先され、その結果を受けての法の執行については、警察がまた独自に判断をすると考えている。覚醒剤に関連する精神状態である可能性を疑えば診察時に尿検査を行う。24条通報では警察官が診察時に同伴していることが多いので、結果は自ずと警察官にも知られる。この場合あえて同伴者である警察官に秘匿することはしない。またその検査の結果は病状の評価には大いに参考とするが、入院の必要や入院形態の判断に大きな影響を与えるわけではない。陽性であるからと言って、警察官に何かを要求するわけでもない。

(2)（1）以外で警察に保護され、診察・治療を依頼された場合

一般の精神科の診察と同じである。精神症状、生活や家族の状態に応じて、医療保護入院、任意入院、外来治療、治療不要の判断をする。受診前に警察で尿検査をやって覚醒剤が陽性であったとしても、そのことでこの医学的判断が影響されることはないものと考えている。覚醒剤に関連する精神状態である可能性を疑えば診察時に尿検査を行う。結果は同伴者にも知られることになるが、同伴者が警察官であるからといって秘匿することはしない。またその検査の結果は病状の評価には大いに参考とするが、陽性であるからと言って、警察官に何かを要求するわけではない。同伴の警察官が診察時に、覚醒剤の使用を知ったとして、どう対処するかについては警察の判断することであり、医師が口を差し挟むべきことではない。これまでの経験から言うと、警察は決してそのまま放置することはしない。

(3)　本人が自発的に来院した（または家族が同行してきた）場合

精神症状、生活や家族の状態に応じて、医療保護入院、任意入院、外来治療、治療不要の判断をする。覚醒剤に関連する精神状態である可能性を疑えば診察時に尿検査を行う。本人が薬物の使用を自ら申告する場合、本人が検査を拒否する場合は尿検査は行わない。結果が出れば本人に伝える。同伴者がいれば同伴者にも結果は知られる。陽性の結果が出てもそれ以上の警察や行政への通報と言ったことはしない。当然薬物の使用をやめるように指導することになるが、その内容については個々に幅がある。外来治療を継続する場合はその後も適宜、尿検査を実施することになる。

■　覚せい剤乱用（依存症）者への対応の際、警察との連携で困った点にについて

入院中の患者が、何らかの形で警察の尿検査を受け、覚醒剤が陽性となった場合、警察は「退院時に検挙したいので、退院することになったら事前に連絡をほしい」と言われることが多い。これは対処に困る。むしろ検挙を決めたなら入院中でも、その時点で検挙してほしい。

2.大麻乱用（依存症）者への対応について

(1)「精神保健福祉法第24条」の適用による警察官通報に基づく診察を受け入れた場合

大麻についての、こういったケースはほとんど経験がないので、以下はあくまでも想定である。

24条通報のケースであるから、当然、その時点での精神症状の評価が中心であり、精神症状、時間帯、生活や家族の状態に応じて、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、任意入院、外来治療、治療不要の判断をする。大麻に関連する精神状態である可能性を疑えば診察時に大麻を含む検査キ

ットで尿検査を行う。24条通報では警察官が診察時に同伴していることが多いので、結果は警察官にも知られる。この場合あえて同伴者である警察官に秘匿することはしない。尿検査で大麻が陽性になった、あるいは大麻の乱用が明らかになったとしても、24条通報である以上、上記の入院の必要や入院形態の判断の後に、二次的に大麻の乱用・依存に対する評価と治療の判断を行う。乱用に対して警察が何をするかについては警察の問題だと考えており、病院が何かを要求するようなことはない。

(2) (1) 以外で警察に保護され、診察・治療を依頼された場合

一般の精神科の診察と同じである。精神症状、生活や家族の状態に応じて、医療保護入院、任意入院、外来治療、治療不要の判断をする。大麻に関連する精神状態である可能性を疑えば診察時に大麻を含む検査キットで尿検査を行う。結果は同伴者にも知られることになるが、同伴者が警察官であるからといって秘匿することはしない。またその検査の結果は病状の評価には大いに参考とするが、陽性であるからと言って、警察官に何かを要求するわけではない。同伴の警察官が診察時に、大麻の使用を知ったとして、どう対処するかについては警察の判断することであり、医師が口を差し挟むべきことではない。

(3) 本人が自発的に来院した（または家族が同行してきた）場合

精神症状、生活や家族の状態に応じて、医療保護入院、任意入院、外来治療、治療不要の判断をする。大麻に関連する精神状態である可能性を疑えば診察時に大麻を含むキットによる尿検査を行う。本人が薬物の使用を自ら申告する場合、本人が検査を拒否する場合は尿検査は行わない。結果が出れば本人に伝える。同伴者がいれば同伴者にも結果は知られる。陽性の結果が出てもそれ以上の警察や行政への通報と言ったことはしない。大麻を使用しておれば、当然薬物の使用をやめるように指導することになるが、その内容については個々に幅がある。外来治療を継続する場合はその後も適宜、尿検査を実施することになる。上記のように大麻が麻薬取締法の対象とは知らなかったので、大麻の依存症と判断しても通報のことは考えていなかったが、これからはどうするか考える必要がある。

3. 有機溶剤乱用（依存症）者への対応について

(1) 「精神保健福祉法第24条」の適用による警察官通報に基づく診察を受け入れた場合

24条通報のケースであるから、当然、その時点での精神症状の評価が中心であり、精神症状、時間帯、生活や家族の状態に応じて、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、任意入院、外来治療、治療不要の判断をする。シンナーを使用していたからといって他の精神障害と異なる判断がなされるわけではない。法的にどう対処するかは警察の問題であるから特に何かを要求することはない。事後に責任能力についての問い合わせがあれば、他の深刻な精神障害を合併している場合をのぞいてほとんどの場合「理非善悪の区別は理解できている」と回答している。

(2) (1)以外で警察に保護され、診察・治療を依頼された場合

一般の精神科の診察と同じである。精神症状、生活や家族の状態に応じて、医療保護入院、任意入院、外来治療、治療不要の判断をする。シンナーを使用しているからと言って特に警察官に何かを要求するようなことはない。事後に責任能力についての問い合わせがあれば、他の深刻な精神障害を合併している場合をのぞいてほとんどの場合「理非善悪の区別は理解できている」と回答している。

(3) 本人が自発的に来院した（または家族が同行してきた）場合

精神症状、生活や家族の状態に応じて、医療保護入院、任意入院、外来治療、治療不要の判断をする。シンナーに関連する精神状態であるからと言って特に何かを要求したり、警察に通報すると言ったことはない。治療としてシンナーをやめることを要求するのは当然であるが。

4. 覚せい剤、有機溶剤を除くほとんどの違法薬物（ヘロイン・コカイン・LSD・MDMAなど）乱用（依存症）者への対応について

■「麻薬及び向精神薬取締法第58条2」における「麻薬中毒者」と診断する場合に根拠となる症状について

知っていたが、どの薬物が麻薬に該当するのかは正確には知らなかった

(1) 精神保健福祉法第24条」の適用による警察官通報に基づく診察を受け入れた場合

こういったケースもほとんど経験がないので、以下はあくまでも想定である。ただ、麻薬の使用に関連した症状のために24条通報になると言うことはほとんど考えられないので、麻薬乱用と他の精神障害が合併している場合と言うことになるであろう（逮捕歴のある麻薬中毒者の多くは、「逮捕されても離脱症状の苦しさを我慢しさえすれば、警察官に麻薬中毒であることがばれることはない」と話している）。麻薬取締法の対象であっても、24条通報のケースであるから、当然、その時点での精神症状の評価が中心であり、精神症状、時間帯、生活や家族の状態に応じて、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、任意入院、外来治療、治療不要の判断をする。受診前に警察で尿検査をやって何らかの薬物が陽性であったとしても、そのことでこの医学的判断が影響されることはないものと考えている。警察が24条通報をした以上、精神医学的評価が優先され、その結果を受けての法の執行については、警察がまた独自に判断をすると考えている。薬物に関連する精神状態である可能性を疑えば診察時に尿検査を行う。24条通報では警察官が診察時に同伴していることが多いので、結果は警察官にも知られる。この場合あえて同伴者である警察官に秘匿することはしない。またその検査の結果は病状の評価には大いに参考とするが、入院の必要や入院形態の判断に大きな影響を与えるわけではない。陽性であるからと言って、警察官に何かを要求するわけでもない。麻薬取締法の対象となる薬物の依存症を疑えば、医師としての届け出義務があるので県庁に届けを出す。警察が本人の存在をすでに把握している状況であるから、このケースの届けを出すことについて躊躇する理由はないと考えるが、おそらく本人の同意を得るよう努力することになろう。

(2) (1) 以外で警察に保護され、診察・治療を依頼された場合

一般の精神科の診察と同じである。精神症状、生活や家族の状態に応じて、医療保護入院、任意入院、外来治療、治療不要の判断をする。ただ、麻薬関連の症状で、精神保健法の強制入院を適用することはまずないと思われる。受診前に警察で尿検査をやって何らかの薬物が陽性であったとしても、そのことでこの医学的判断が影響されることはないものと考えている。薬物に関連する精神状態である可能性を疑えば診察時に尿検査を行う。結果は同伴者にも知られることになるが、同伴者が警察官であるからといって秘匿することはしない。またその検査の結果は病状の評価には大いに参考とするが、陽性であるからと言って、警察官に何かを要求するわけではない。同伴の警察官が診察時に、覚醒剤の使用を知ったとして、どう対処するかについては警察の判断することであり、医師が口を差し挟むべきことではない。麻薬取締法の対象となる薬物の依存症を疑えば、医師としての届け出義務があるので県庁に届けを出す。この場合も本人の存在をすでに把握している状況であるから、このケースの届けを出すことについて躊躇する理由はないと考えるが、おそらく本人の同意を得るよう努力することになろう。

(3) 本人が自発的に来院した（または家族が同行してきた）場合

精神症状、生活や家族の状態に応じて、医療保護入院、任意入院、外来治療、治療不要の判断をする。ただ、麻薬関連の症状で、精神保健法の強制入院を適用することはまずないと思われる。麻薬に関連する状態である可能性を疑えば診察時に尿検査を行う。本人が薬物の使用を自ら申告する場合、本人が検査を拒否する場合は尿検査は行わない。結果が出れば本人に伝える。同伴者がいれば同伴者にも結果は知られる。陽性の結果が出たからといって、それだけで警察や行政への通報と言ったことはしない（兵庫県の当局者は「尿検査

で麻薬が陽性となったからと言って麻薬中毒者と判断することはないので、尿検査が陽性だからといって通報することはない」という立場をとっている)。ただ、尿検査の結果に関わらず「麻薬依存症」と診断すれば県庁に通報する。ただ、条件が二つある。まず、通報について本人に説明をし、同意を得る。「通報したからと言ってすぐにつかまるわけではない。ただ、将来、役所の人があなたの家を訪問する事がある。その時あなたがまだ薬を使っているようだとつかまることもあるかもしれない。今回治療を受けて、そのときに薬をやめていれば、決してつかまることはない」と説明をする。自ら受診した人の場合は、その時点では薬物をやめようと思っているので、ほとんどの人が通報に同意をする。同意を得られなかったことは経験がないが、もし同意を得られなければ治療契約が成立しないと言うことになるだろう。本人に責任能力がない場合は家族(保護者)の同意を得ることになるであろうが、これも経験はないのであくまでも想定である。次に、通報をするまでに何日か時間をおく。通報後すぐに当局者がやってきて尿検査をしても陽性にならないようにする配慮である。病院で治療を受けようと思ってきた人が、そのまま刑務所に送られると言うことになれば、誰も自らすすんで治療を受けようと思わないだろう。これは麻薬対策全体にとって大きな障害となると考えている。麻薬依存に対する最良の対処法は依存症についての治療を受けることであると考えている。自らすすんで治療を受けられるよう、その機会を広げ条件を整える必要がある。

6.薬物乱用(依存症)者に対する現行法について

精神保健福祉法とその他の現行関連法との相違等に関するコメント

一方で麻薬取締法に雑多な薬物が入れられていて、覚醒剤だけは別という乱用薬物についての現行の法制度は、まったく医学的根拠を欠くものと言わざるを得ない。また、薬物の効能も危険性も非常に似ているにもかかわらず、メチルフェニデイトとメタンフェタミンの法的立場の違いはあまりに大きすぎる(米国では両剤はともに同じScheduleⅡに入れられている)。アルコールや有機溶剤は薬物とは異なる面もあるのでやむを得ないと考えるが、他の薬物については、米国のFederal Schedules of Controlled Drug を参考に、一貫した規制の体系を作るべきである。

麻薬取締法の通報義務についてはこれを廃止すべきである。当院ではこの数年、外国人を中心とするヘロイン乱用者のケースが10例以上あり、近年ではすべて県に通報しているが、この通報義務に対する県や厚生省の立場がまったく一貫性を欠き、一人一人で言うことがまったく違っている。おそらく、行政の中でも何のために通報するのかと言うことが理解されていないのであろう。一方当院では、地域の外国人の支援グループに「麻薬の乱用のために垂水病院で治療を受けた場合、名前や住所などは役所に届けを出すことになります」と伝えているが、それが明らかにヘロイン依存症の人たちの受診を抑制する結果になっている。一方で、これらのヘロイン乱用者は他の各科の病院や診療所で治療を受けているが、医者の多くはヘロイン乱用の症状についてほとんど知識がないため、ヘロインを使い続けている人が受診しても、ヘロインのことには何も気づかないまま、不眠症や風邪、C型肝炎、うつ病といった診断で治療を続けている。結果的に、麻薬取締法の通報義務は、医療現場で新たにヘロイン乱用者を発見するという点では何の効果も上げず、ヘロインをやめたいと思っている人が、そのために治療を受けることを明らかに阻害している。

米国の薬物対策に関する法体系においては、こういった通報義務はまったくないばかりでなく、「Title 42・Section 290 dd-2」という法律では、政府の援助を得ているアルコール・薬物関連の治療プログラムにおける、治療の記録についての守秘義務が明確に規定されており、そこにおける記録は「刑事事件の起訴や立証、捜査に利用されてはならない」と明記されている。もちろん例外もあり、医学的緊急性がある場合、児童虐待に関する通報、プログラム内での犯罪行為があった場合、裁判所の命令がある場合などは、守秘義務より情報提供の必要が優先されるが、少なくとも患者が薬物を使った、使っていたと言うだけでそれを通報することは違法行為になる。病院や施設で治療を受けている人は、治療を受けているがために、自らすすんで薬物の使用を認めたり、尿検査で薬物の使用が明らかになったりするのであり、万が一、そのことが通報されて、そのために検挙され

るようでは、誰も進んで治療を受けようとは思わなくなるであろう。この法律は、薬物依存の治療を受ける人が、治療さえも受けようとしない人よりも、検挙される可能性が高くなるという不利益を被ることをなくし、より多くの依存・乱用者が治療を受けられるようにするためのものである。薬物乱用対策全体から見れば、治療を受けている人の薬物使用を見逃す不利益より、その結果多くの人が治療を受けるという利益が大きいという考え方であろう

麻薬取締法は、措置入院制度に代表されるように、麻薬中毒者は刑務所か病院に閉じこめて薬をやめさせることが唯一の治療法と考えられていた時代の産物である。これは現在のように、入院治療、外来治療、自助グループ、民間治療施設、さらに海外に目を向ければ外来維持療法の普及、とさまざまな治療の選択肢が生まれてきた現在では、明らかに時代遅れの代物と言っていいであろう。早急に廃止する必要がある。

■　覚せい剤依存症者に対する治療的対応に関する包括的な精神保健福祉施策において、「覚取法」と「麻向法」のいずれの法規を優先（または融合）すべきか、という点についてのコメント（某少年鑑別所の入所者でエクスタシーの依存症者が覚せい剤の依存症者と拮抗している事例も挙げ、法律の条文の在り方についてコメントを求めた）

精神保健法による入院は依存症に対してではなく精神科合併症についてのものであると考える限りにおいて有効であると考える。あらゆる薬物、アルコールやシンナーの乱用に対して、精神科的合併症が高度であれば精神保健法を適用すべきである、ということである。ただ、一部ではこれは拡大解釈されており、「覚醒剤をやめない人は精神病院に入院させるべきだ」という考えになることもあるので、この違いは明確にしなければならない。「覚醒剤を乱用している」と言うだけで精神保健法を適用するのは誤りであると考える。

一方において、薬物を乱用するからと言う理由だけで措置入院ができるのは麻薬だけである、という現実は明らかに奇妙であり、措置入院制度そのものも時代遅れの隔離収容主義ではあるが、乱用者・依存症者に対する強制的な治療を定めているという点では、積極的な意味があると考える。ただ、今の時代に見合った治療の体系をどう作り、どうやって薬物依存症者をそのルートに載せていくのかと言うことになると、ほぼ全面的な書き換えが必要であろう。DARC関係者が主張しているように有罪判決のダイバージョンとして治療を受けることを義務づける、あるいは、たとえば医師の依存症者には免許を維持する条件として治療を受けることを義務づけるなどを考える必要がある。この意味で、閉じこめるだけの治療ではなく、また、麻薬に限らず薬物全般に適用するという前提でなら、麻薬取締法の措置入院という考え方は残してもよいと思うし、むしろそのほうが、精神病院が薬物乱用者の収容所になることの歯止めになるであろう。

『薬物乱用（依存症）者に対する医療機関の法的対応に関するアンケート』

① 貴医療機関における平成15年度の状況についてお聞かせください。

新規精神障害入院患者数　　名
薬物関連精神障害入院患者数　　名　（アルコール関連は除外）

② 貴医療機関では、薬物による中毒性精神病（幻覚妄想状態など）以外の症状を呈する患者も依存症者とみなし、治療の対象としていますか。

□ している　　□ していない

薬物乱用者（または依存症者）者に対する医療機関の法的対応は主に、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（以下、「精神保健福祉法」と記す）によって規定されていますが、一部の薬物乱用者（または依存症者）への対応は「麻薬及び向精神薬取締法」などによっても規定されます。これらの法律についての貴医療機関における認識と実際の対応についておたずねします。

1.覚せい剤乱用（依存症）者への対応について

① 医師の覚せい剤乱用（依存症）者への対応は「精神保健福祉法第5条」※によって規定されていることをご存知でしたか。

□ 知っていた　　□ 知らなかった

② 医師が受診者を覚せい剤乱用（依存症）者を診断・治療するにあたって、覚せい剤の乱用による保健衛生上の危害を防止するための法律である「覚せい剤取締法」においては、「麻薬及び向精神薬取締法第58条2」※のような都道府県知事への届出義務が規定されてないことをご存知でしたか。

□ 知っていた　　□ 知らなかった

③ 受診者が覚せい剤乱用（依存症）者と診断された場合の、貴医療機関における実際の対応について、(1)「精神保健福祉法第24条」※の適用による警察官通報に基づく診察を受け入れた場合、(2)（1）以外で警察に保護され、診察・治療を依頼された場合、(3) 本人が自発的に来院した（または家族が同行してきた）場合、の状況別に、警察・家庭裁判所・保護観察所などとの連携状況も含め、ご記入ください。特に、尿検査を実施されている場合は、実施の時期および状況を詳細にご記入ください。（例：「警察が連行してきた場合、警察立会いのもとで採尿。陽性が出た場合は、警察は後日令状を持参して来院。」「薬物が疑われる場合、可能な限り尿検査は実施しているが、陽性だからといって警察に報告することはしない。」）

(1) 「精神保健福祉法第24条」の適用による警察官通報に基づく診察を受け入れた場合

(2) （1）以外で警察に保護され、診察・治療を依頼された場合

(3) 本人が自発的に来院した（または家族が同行してきた）場合

④ 覚せい剤乱用（依存症）者への対応の際、警察との連携についてお困りになったことがございましたら、その内容をご記入ださい。

⑤ 覚せい剤精神病により貴医療機関に措置入院された患者のうち、措置入院による治療手続きが終了した後速やかに司法処遇を受けた人の割合はどの程度だと思われますか。
（簡略化のため「医療保護入院」の場合は除外します。わかる範囲内で結構ですので、概ねの割合をご記入ください。）

約　　割

2.大麻乱用（依存症）者への対応について

① 医師の大麻乱用（依存症）者への対応は「精神保健福祉法第5条」※によって規定されていることをご存知でしたか。

□ 知っていた　　□ 知らなかった

② 医師が受診者を大麻乱用（依存症）者を診断・治療するにあたって、「麻薬及び向精神薬取締法第58条2」※において、都道府県知事への届出義務が課せられていることをご存知でしたか。

□ 知っていた　　□ 知らなかった

③ 受診者が大麻乱用（依存症）者と診断された場合の、貴医療機関における実際の対応について、(1)「精神保健福祉法第24条」※の適用による警察官通報に基づく診察を受け入れた場合、(2)（1）以外で警察に保護され、診察・治療を依頼された場合、(3) 本人が自発的に来院した（または家族が同行してきた）場合、の状況別に、警察・家庭裁判所・保護観察所などとの連携状況も含め、ご記入ください。特に、尿検査を実施されている場合は、実施の時期および状況を詳細にご記入ください。
（例：「警察が連行してきた場合、警察立会いのもとで採尿。陽性が出た場合は、警察は後日令状を持参して来院。」「薬物が疑われる場合、可能な限り尿検査は実施しているが、陽性だからといって警察に報告することはしない。」）

(1) 「精神保健福祉法第24条」の適用による警察官通報に基づく診察を受け入れた場合

(2) （1）以外で警察に保護され、診察・治療を依頼された場合

(3) 本人が自発的に来院した（または家族が同行してきた）場合

3.有機溶剤乱用（依存症）者への対応について

① 医師の有機溶剤乱用（依存症）者への対応は「精神保健福祉法第5条」※によって規定されていることをご存知でしたか。

□ 知っていた　　□ 知らなかった

② 有機溶剤を含む毒物及び劇物について、保健衛生上の見地から必要な取締を行うための法律であ

る「毒物及び劇物取締法」においては、「麻薬及び向精神薬取締法第58条2」※のような都道府県知事への届出義務が規定されてないことをご存知でしたか。

□ 知っていた　　□ 知らなかった

③ 受診者が有機溶剤乱用（依存症）者と診断された場合の、貴医療基幹における実際の対応について、(1)「精神保健福祉法第24条」※の適用による警察官通報に基づく診察を受け入れた場合、(2)(1)以外で警察に保護され、診察・治療を依頼された場合、(3)本人が自発的に来院した（または家族が同行してきた）場合、の状況別に、警察・家庭裁判所・保護観察所などとの連携状況も含め、ご記入ください。特に、尿検査を実施されている場合は、実施の時期および状況を詳細にご記入ください。（例：「警察が連行してきた場合、警察立会いのもとで採尿。陽性が出た場合は、警察は後日令状を持参して来院。」「薬物が疑われる場合、可能な限り尿検査は実施しているが、陽性だからといって警察に報告することはしない。」）

(1)「精神保健福祉法第24条」の適用による警察官通報に基づく診察を受け入れた場合

(2)(1)以外で警察に保護され、診察・治療を依頼された場合

(3)本人が自発的に来院した（または家族が同行してきた）場合

4. 覚せい剤、有機溶剤を除くほとんどの違法薬物（ヘロイン・コカイン・LSD・MDMAなど）乱用（依存症）者への対応について

① 覚せい剤、有機溶剤を除くほとんどの違法薬物（ヘロイン・コカイン・LSD・MDMAなど）使用による乱用（依存症）者への対応は、「精神保健福祉法第5条」※に規定されていることをご存知でしたか。

□ 知っていた　　□ 知らなかった

② 覚せい剤、有機溶剤を除くほとんどの違法薬物（ヘロイン・コカイン・LSD・MDMAなど）使用による乱用（依存症）者が来院した場合、「麻薬及び向精神薬取締法第58条2」※において、医師には都道府県知事への届出義務が課せられていることをご存知でしたか。

□ 知っていた　　□ 知らなかった

※また、「麻薬及び向精神薬取締法第58条2」における「麻薬中毒者」と診断する場合には、どのような症状がその重要な根拠となるとお考えですか。

③「麻薬及び向精神薬取締法」による規定とは別に、覚せい剤、有機溶剤を除くほとんどの違法薬物（ヘロイン・コカイン・LSD・MDMAなど）使用による乱用（依存症）者が来院した場合の、貴医療機関における実際の対応について、(1)「精神保健福祉法第24条」※の適用による警察官通報に基づく診察を受け入れた場合、(2)(1)以外で警察に保護され、診察・治療を依頼された場合、(3)本人が自発的に来院した（または家族が同行してきた）場合、の状況別に、警察・家庭裁判所・保護観察所などとの連携状況も含め、ご記入ください。特に、尿検査を実施されている場合は、実施の時期および状況を詳細にご記入ください。（例：「警察が連行してきた場合、警察立会いのもとで採尿。

陽性が出た場合は、警察は後日令状を持参して来院。」「薬物が疑われる場合、可能な限り尿検査は実施しているが、陽性だからといって警察に報告することはしない。」)

(1) 「精神保健福祉法第24条」の適用による警察官通報に基づく診察を受け入れた場合

(2) (1) 以外で警察に保護され、診察・治療を依頼された場合

(3) 本人が自発的に来院した（または家族が同行してきた）場合

5.尿検査の実施に関して

① 貴医療機関でお使いの薬物検出キット（トライエージなど）の商品名をご記入ください。
（尿検査を実施していない医療機関は『なし』とご記入ください）

② 尿検査を実施する際は、患者に対してインフォームド・コンセントを求めますか。

□ 必ずインフォームド・コンセントを得る
□ なるべくインフォームド・コンセントを得られるよう努力している
□ 特にインフォームド・コンセントを得る必要はない
□ 尿検査を実施していないのでわからない

以上のように、わが国における現在の薬物乱用（依存症）者に対する法規定は、使用薬物によって準拠する法律が異なるなど複雑な様相を呈しており、そのことが医療現場における混乱を招く一因となっているものと思われます。また、現行法成立時と現在とでは薬物乱用者をとりまく状況が大きく変化しているにも関わらず、法改正がなされていないため、様々な矛盾が生じているとの指摘もあります。MDMA（エクスタシー）など新規の依存性薬物乱用（依存症）者の増加が危惧されるなど今日の状況を踏まえ、今後の麻薬取締法における通報義務や措置のあり方について貴医療機関のご意見をお聞かせください。

6.薬物乱用（依存症）者に対する現行法について

① 現在、医師が受診者を覚せい剤乱用（依存症）者と診断した場合、いかなる機関（警察・都道府県知事など）への届出義務も課せられておらず、その一方で、覚せい剤、有機溶剤を除くほとんどの違法薬物（ヘロイン・コカイン・LSD・MDMAなど）乱用（依存症）については、「麻薬及び向精神薬取締法」において都道府県知事への届出義務が規定されています。この相違について、貴医療機関のご意見をお聞かせください。

② 覚せい剤乱用(依存症)者の措置入院は「精神保健福祉法第29条」※1、覚せい剤、有機溶剤を除くほとんどの違法薬物（ヘロイン・コカイン・LSD・MDMAなど）使用による乱用（依存症）者の措置入院は「麻薬及び向精神薬取締法第58条の8」※2などに規定されており、両措置入院の判定に用いられる基準や根拠が異なっている現状について、ご意見等ございましたらご記入ください。

★☆★☆★☆★☆★☆　ご協力ありがとうございました　☆★☆★☆★☆★☆★

分担研究報告書
(2－2)

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)
分担研究報告書

薬物関連精神障害が医療経済に及ぼす影響についての研究

分担研究者	池上 直己	慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室	教授
研究協力者	山内 慶太	慶應義塾大学看護医療学部	助教授
	湯尾 高根	埼玉社会保険病院	
	小沼 杏坪	医療法人せのがわKONUMA記念薬物依存研究所	所長
	平井 槇二	下総精神医療センター 薬物依存研究室	室長

研究要旨 薬物関連精神障害において、実際に発生するケアのコストに基づく支払い方式を開発するために、入院後の患者の状態の変化に対応して、急性期のケア時間（ケアのコストを反映）がどのように変化するのかを把握する必要がある。そこで平成15・16年度の2年間、分担研究「薬物関連精神障害が医療経済に及ぼす影響についての研究」において、「覚せい剤使用による精神及び行動の障害（F15)」の入院患者について、入院日から1ヶ月間(28日間)の毎日のケアの時間と臨床的特性の変化のパターンを捉えることを目的に研究を実施した。第1年目の平成15年度は、広島と福岡の2病院に入院した対象患者に対し、日記形式タイムスタディを行なった。しかし症例数が少なかったために第2年目の平成16年度は、広島のH病院と千葉のC病院の2病院において調査期間を拡大して同様の日記形式タイムスタディを行なった。このうちH病院については、対象患者は21名であり、それぞれの入院後のケア時間の変化のパターンをみると、①精神病症状が急速に改善し、それに伴いケア時間も減少するパターン，②身体合併症や精神科合併症を有し、ケア時間が増減を繰り返すパターン，③入院時より精神病症状が安定しており、ケア時間が少ないまま変動を示さないパターン、の3つのパターンに大別されることが示唆された。現行の診療報酬は、このような変化のパターンに対応しているとは言い難い。今後、実際に発生するケアのコストに基づく支払い方式を開発する際には、急性期のコストの変化のパターンにも留意する必要がある。

A．研究目的

平成14年度、分担研究「薬物依存症の医療経済に関する研究」（分担研究者：石橋正彦）(1)において、広島と福岡の2病院を対象にタイムスタディを行ない、実際のケア時間を測定し、ケア時間に代表されるケアのコストと保険収益との関係を分析した。その結果、薬物関連精神障害において、現行の診療報酬が、実際のケアのコストの相違を適正に反映していないことが確認された。したがって、薬物関連精神障害について、患者によるケアのコストを規定する要因を明らかにし、実際に発生するケアのコストに基づく支払い方式を開発する必要があることが示唆された。しかし、この調査は、指定した調査対象日に当日の全入院患者に対して一斉にタイムスタディを実施する横断的調査であり、特に入院直後の急性期の患者の状態の変化に対応して、ケア時間がどのように変化するのかを把握することができなかった。

そこで平成15・16年度の2年間、本分担研究「薬物関連精神障害が医療経済に及ぼす影響についての研究」において、「覚せい剤使用による精神及び行動の障害（F15)」の患者について、入院日から1ヶ月間(28日間)、毎日の日記形式タイムスタディを実施し、各職種の関わる時間を測定し、患者の症状の変化と共にケア時間の変化のパターンを捉えることを目的とした。第1年目の平成15年度は、広島と福岡の2病院に入院した対象患者に対し、日記形式タイムスタディを行なった(2)。精神症状の変化とケア時間の変化については、症例数が5名と少なかったために平均化して分析することはできなかったが、個々の症例を詳細に分析し、症状とケア時間の変化に影響を与える要因を考察することによって、「精神病症状」は、抗精神病薬の治療によって急速に改善され、入院後14日以内に殆ど消褪すること，「精神病症状」の

改善に伴い、ケア時間の減少がみられること，等が明らかとなった。

又、両病院において適切に調査が実施されたことから、同様の調査方法で規模や期間を拡大した調査の実施が可能であることが確認された。そこで第2年目の平成16年度は、症例数を増やしてより精緻な分析を行なうために広島と千葉の2病院において調査期間を拡大して日記形式タイムスタディを行なった。

B. 研究方法

(a) 調査対象病院

平成14年度，平成15年度の調査においてタイムスタディを依頼した広島のH病院と、今年度は新たに千葉県内のC病院の協力を得て、2病院を対象病院とした。

(b) 調査対象患者

(c)の調査期間に新たに入院した「覚せい剤使用による精神及び行動の障害（F15)」(ICD-10)の患者を対象とした。入院時に幻覚・妄想状態にあり、現病歴などの情報に乏しく、診断できない場合でも、「覚せい剤使用」が疑われるときは、対象患者としたが、入院後の経過の中で、上記診断が否定された場合には、対象患者から外した。それぞれの病院で15名以上の患者(合計30名以上)を調査することを目標とした。

(c) タイムスタディの調査対象期間

H病院では、調査期間を拡大し、平成16年7月中旬から12月中旬を調査対象期間とした。C病院では、平成17年2月初旬から平成17年3月下旬までを調査対象期間とした。

この期間内に入院し、(b)の基準を満たす患者を入院日から28日間、調査した。尚、入院期間が28日間に満たない場合も対象に含めた。

(d) タイムスタディの実施

調査対象患者一人ひとりが各職種から受けたケアの時間を測定・集計した。医師，看護師，臨床心理士，精神科ソーシャルワーカー等、ケアに直接関わる病院の各職種からそれぞれ毎日何分のケアを受けているかを測定した。調査は、特定の患者が入院した当日から開始し、1日（24時間）調査を28日間続けた。測定するケア時間には、直接患者に接している時間だけではなく、例えば器材の準備から片付けあるいは記録までというように、個々のケアに伴って発生する一連の業務を包括することとした。更に、特定の患者についての記録・観察・カンファレンス・他職員との検討等、個々の患者に帰属できる時間はすべてケア時間に含めた。又、集団精神療法，作業療法，レクリエーションなどで同時に複数の患者に接している場合には、その時間を関わっていた度合いに応じて各患者に按分した。

(e) 調査票

調査票は昨年度同様、患者基本調査票，患者アセスメント票（主治医用)，患者アセスメント票（看護用）から構成される。

患者基本調査票は、性別，年齢等の基本属性に加えて、費用，障害年金の等級、精神障害者保健福祉手帳障害等級等で構成される。

患者アセスメント票（主治医用）は、診断（ICD-10)，オックスフォード版BPRS (Brief Psychiatry Rating Scale 簡易精神症状評価尺度)，GAF (Global Assessment of Functioning 機能の全体的評価尺度）等で構成される。

患者アセスメント票（看護用）は、WHO/DAS (Disability Assessment Schedule 精神医学的能力障害評価面接基準）の第1節「全般的行動」および第3.1節「病棟内の行動」，その他の項目（自傷他害の危険，個人衛生等)，ADL自立度の評価，作業療法等の状況等で構成される。

これらの調査票への記入は、患者基本調査票は担当事務職員、病棟師長，精神科ソーシャルワーカー等が、患者アセスメント票（主治医用）は主治医が、患者アセスメント票（看護用）は病棟師長又はそれに準じる看護師が行なった。又、アセスメントの時期は、入院当日，3日目，7日目，14日目，28日目の計5回である。

回収された調査データは、記入漏れ・不整合なデータの確認を行なった。又、調査実施病院を訪問して、医師と看護師に対し各症例についてインタビューを行ない、提出された調査票の不明点の確認等を行うこととした。

(倫理面への配慮)

以上の調査は、調査実施病院において各患者に対して本研究の趣旨等を説明し、同意を得た上で

実施することとした。またデータベース構築・解析時のプライバシー保全についても、対象患者には本調査固有のID番号を付け、患者の氏名並びにカルテ番号等はデータベースに含まないように配慮した。

C. 研究結果

以下では既にデータ整理の終わったH病院の結果を報告する。

調査にエントリーした患者は21名で、脱落者はなく、全対象患者数は21名（男性13名，女性8名，平均年齢40.0±12.9歳）であった。患者の基本情報については、表１にまとめた。入院形態については、措置入院が最も多く14名（67%），以下任意入院4名（19%），医療保護入院3名（14%）であった。過去の精神科入院回数については、初回入院が最も多く（11例）、57%を占めた。平均入院回数は3.5回であった。尚、入院して28日未満で退院した症例は5名であった。

入院後のケア時間の変化のパターンをみると、①精神病症状が急速に改善し、それに伴いケア時間も減少するパターン，②身体合併症や精神科合併症を有し，ケア時間が増減を繰り返すパターン，③入院時より精神病症状が安定しており、ケア時間が少ないまま変動を示さないパターン、と大きく3つのパターンに分けられることが示唆された。そこで各パターン毎にそれぞれ2症例ずつ挙げ、提示する。尚、②のパターンについては、身体合併症を有する例と、精神科合併症を有する例をそれぞれ1例ずつ挙げた。

表1
患者基本情報 （H病院:n=21）

平均年齢	40.0±12.9歳
性別	
男性	13名
女性	8名
入院形態	
措置入院	14名
任意入院	4名
医療保護入院	3名
精神科入院回数(平均回数:3.5回)	
初回入院	11名
2回	5名
3回以上	5名
結婚歴	
なし	12名
離婚し現在独身	7名
既婚	2名
学歴	
中学中退	2名
中学卒業	10名
高校中退	6名
高校卒業	3名
入院直前の就労状況	
無職	16名
フルタイム	3名
パートタイム	2名
第1診断(ICD-10)	
F15「覚せい剤による精神・行動の障害」	
F15.50「精神病性障害 精神分裂病様のもの」	10名
F15.52「精神病性障害 主として幻覚性のもの」	5名
その他	6名
第2診断(ICD-10)	
統合失調症	1名
成人の人格・行動の障害	1名
アルコールによる精神・行動の障害	2名
合併症	
C型肝炎	8名
急性中毒	4名
外傷	2名
肺炎	1名
その他	8名

①精神病症状が急速に改善し、それに伴いケア時間も減少するパターン

症例１

診断：覚せい剤使用による精神及び行動の障害
急性中毒　知覚変容を伴うもの

（現病歴及び入院後経過）平成16年X－1日、自宅にて興奮状態となり、警察に保護され、措置鑑定となった。診察時、診察医に対して大声を出し、机を叩く等の不穏状態であった。

また「急に物がなくなったり、現れたりする」と言い、幻視を認め、幻聴，被害妄想も認めた。要措置と判断され、X日、H病院へ措置入院となった。

入院時より性急・焦燥が前景にあり、保護室を使用した。薬物治療は、クロルプロマジン250mg，プロメタジン50mgから開始した。入院後3日目より傾眠状態となり、7～8日間続いた。入院時より食事摂取は不規則であったが、入院後4日目より規則的に食事が取れるようになった。傾眠状態から回復すると、精神症状は安定し、穏やかな状態が続いた。

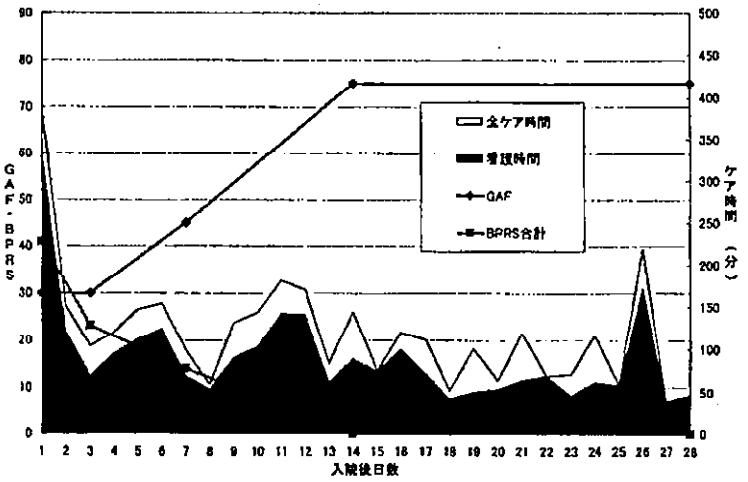
夜間に睡眠薬の要求等あったが一方的でなく、スタッフの説明に対する了解もよく、手のかからない患者であった。X＋13日に保護室から開放されたが、他の患者とのトラブルは一切なく、寧ろ適切なアドバイスをするなど冷静な対応ができていたという。クロルプロマジンをX＋5日目には150mgと減量し、その後100mg→50mgと漸減し、退院時には中止とした。X＋25日目には集団療法にも参加するようになった。X＋88日、退院と同時に

表2　　症例1の症状変化

	入院当日	3日目	7日目	14日目	28日目
不安	5	3	2	0	0
思考解体	4	0	0	0	0
緊張	4	3	1	0	0
敵意	4	3	3	0	0
非協調性	4	3	3	0	0
思考内容の異常	4	0	0	0	0

BPRSにて評価(各項目0～6点)

図1　症例1のケア時間、BPRSの合計、GAFの変化



逮捕となった。

（精神症状の変化とケア時間の変化）

入院後の精神症状の変化については、表にまとめ、BPRSの18項目のうち入院時に点数が高かった6項目を順に示した。BPRS（表2）では、「不安」が5点と高く、「思考解体」,「緊張」,「敵意」,「非協調性」,「思考内容の異常」が4点と続くが、その後急速な改善を示し、入院後14日目にはBPRSの18項目すべてが0点となり、28日目も変化なく0点のままであった。

措置入院であり、入院当日はケア時間が大きくなったが、全ケア時間，看護ケア時間の変化（図1）をみると、共に入院当日から3日目までに著明な減少を示し、その後全ケア時間は100分前後で安定し、看護ケア時間は13日目から100分以内で推移している。スタッフにとって接しにくい患者ではなかったという。尚、C型肝炎を有していたが、身体ケアに大きく時間をとられることはなかった。

症例２

診断：覚せい剤使用による精神及び行動の障害
精神病性障害　精神分裂病様のもの

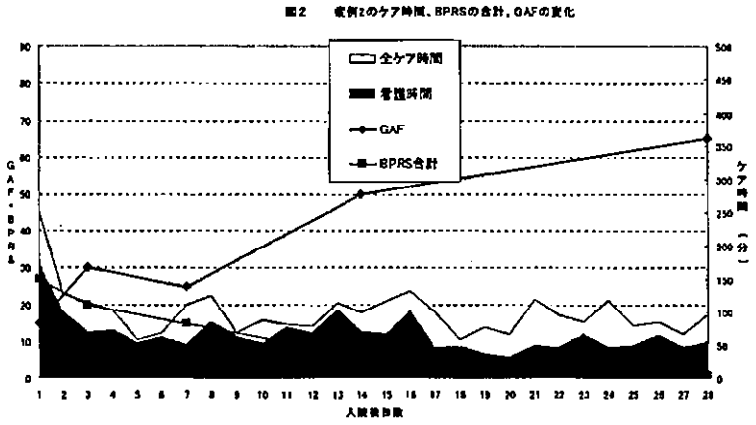
（現病歴及び入院後経過）平成16年X－5日に更生保護施設に入所した。X－1日深夜、独語し、施設内を走り、玄関のガラスドアを破り外へ出て、民家の塀をよじ登り内側に嵌り込んだ。警察に保護された後も独語し、壁を叩き、手指を開閉させたり、落ち着きを欠いていた。独語が続き、言動は幻覚妄想により左右され、衝動性も強く、他害の危険性は極めて高いと判断されたため、X日にH病院へ措置入院となった。

入院時より言動にまとまりなく、床を這い、虫取り行為を認めたため、保護室を使用した。入院後2～3日は眠気も強く、食事も規則的に入らない状態が続いた。スタッフに対する暴言・暴力は認

表3　　症例2の症状変化

	入院当日	3日目	7日目	14日目	28日目
幻覚	5	4	4	1	0
思考解体	3	3	4	1	0
思考内容の異常	3	2	3	1	0
高揚気分	3	0	0	0	0
精神運動興奮	3	0	1	0	0
衒奇的な行動や姿勢	2	2	3	1	0

BPRSにて評価(各項目0～6点)



めなかった。薬物治療は、リスパダール6mg，オランザピン20mgから開始した。X+6日に虫取り行為，徘徊が顕著となり、スタッフの説明も入らない状態となったが、X+8日より徐々に疎通がとれ始め、入院前後のことを「スーパーマンのようだった」と振り返っていた。また入院後1週間後から食事もスムーズに摂取できるようになった。X+15日から保護室を開放とし、集団精神療法にも参加できていた。X+20日よりリスパダール8mg，フルニトラゼパム1mgと薬物調整を行ない、退院時には、リスパダール6mg，フルニトラゼパム1mgと減量された。X+34日、自宅へ退院となった。

（精神症状の変化とケア時間の変化）

措置入院であり、BPRS（表3）では「幻覚」，「思考解体」，「思考内容の異常」，「衒奇的な行動や姿勢」が高く、精神病症状が前景にあったが、入院後徐々に改善され、14日目にはほぼ0～1点に落ち着いている。

入院後のケア時間の変化（図2）をみると、入院日から3日目にかけて減少を示し、その後は全ケア時間，看護ケア時間共に100分以内に落ち着いている。大人しい患者で、スタッフとしても接しやすく、他の患者とのトラブルも一切なかったという。HCV陽性で肝機能障害を認め、強力ミノファーゲンの静脈注射を連日施行したが、治療にも抵抗はなく従順であった。

②身体合併症や精神科合併症を有し、ケア時間が増減を繰り返すパターン

症例3（身体合併症を有する例）

第1診断：覚せい剤使用による精神及び行動の障害　急性中毒　外傷あるいは他の身体損傷を伴うもの

合併症：急性中毒，肝機能障害，口腔内裂傷

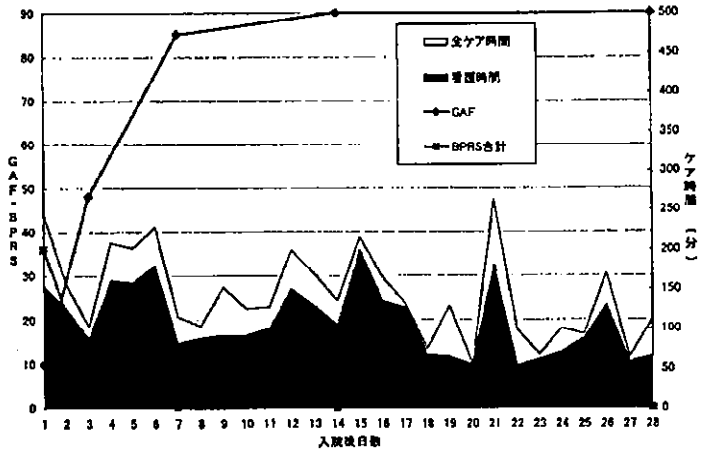
（現病歴及び入院後経過）平成16年X－2日より飲酒し、更に覚せい剤を静脈注射にて摂取をし、X－1日夜間より急性中毒（せん妄）状態となった。そしてX日未明、民家の塀を歩いているところを警官に質問され、20～30cmのナイフをふりかざし、逮捕された。留置所内にて箸で口腔，頚部を刺し、

表4　　症例3の症状変化

	入院当日	3日目	7日目	14日目	28日目
不安	6	3	0	0	0
抑うつ気分	6	1	0	0	0
幻覚	6	1	0	0	0
思考内容の異常	6	0	0	0	0
精神運動興奮	6	0	0	0	0
思考解体	3	1	0	0	0

BPRSにて評価(各項目0～6点)

図3　症例3のケア時間、BPRSの合計、GAFの変化



自傷行為をするため、措置鑑定となった。放置すれば急性錯乱状態で自傷他害の恐れが著しく、同年X日、H病院へ措置入院となった。

入院時より幻視・幻聴を認め、易怒的で疏通は不良であった。入院時より保護室を使用し、ハロペリドール（液剤）5mgから開始した。入院時にはせん妄による点滴の自己抜去もみられたが、入院後2～3日目から精神症状は安定し、疏通も取れるようになり、食事も規則的に取れるようになった。口腔内裂傷のために消毒や抗生剤の点滴等の処置を施した。

スタッフに対する暴言や暴力もなくなり、スタッフの説明にも従順であった。X+5日目よりクロルプロマジン200mg，ピペリデン3mgに切り替え、これを退院時まで継続した。保護室はX+14日目より開放とした。他の患者とのトラブルもなく平穏に過ごしていた。X+39日、退院と同時に逮捕となった。

（精神症状の変化とケア時間の変化）

措置入院で、入院時「幻覚」,「思考内容の異常」,「精神運動興奮」の精神病症状はBPRSにて6点と高く、「不安」,「抑うつ気分」も高く情緒不安定な状態であった（表4)。しかし入院後急速に精神症状は改善され、7日後にはBPRSの18項目すべてが0点となり、その後も変わりなく安定した状態であった。GAFも14日目から90点と顕著な改善を示している。

急性薬物中毒と口腔内裂傷の処置のために特別な管理を要し、ケア時間は全ケア時間，看護ケア時間共に精神症状の改善に伴って減少傾向にはなく、大きく増減を繰り返している（図3)。

症例４（精神科合併症を有する例）

第１診断：覚せい剤使用による精神及び行動の障害　精神病性障害　主として幻覚性のもの

第2診断：成人の人格・行動の障害

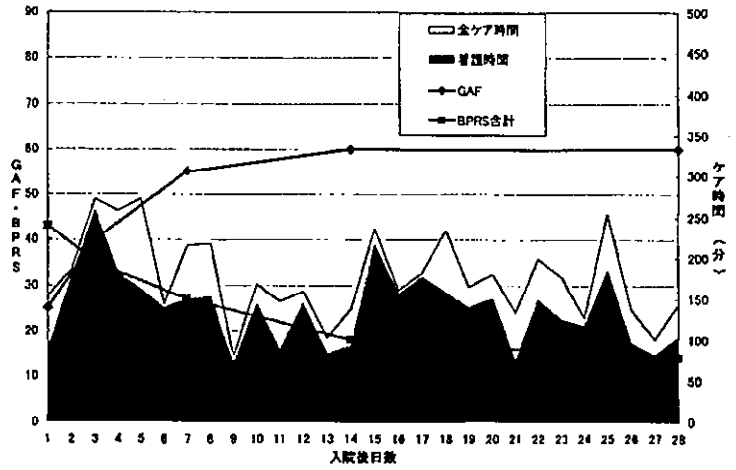
（現病歴及び入院後経過）暴力団関係者である。

表5　　症例4の症状変化

	入院当日	3日目	7日目	14日目	28日目
幻覚	5	3	3	2	2
思考解体	4	3	3	2	0
非協調性	4	2	2	2	2
精神運動興奮	4	3	1	1	1
不安	3	3	3	2	1
敵意	3	3	3	2	2

BPRSにて評価(各項目0～6点)

図4　症例4のケア時間、BPRSの合計、GAFの変化



平成16年Y月、同棲中の女性の所に居候をして覚せい剤を乱用した。X－4日から精神錯乱状態となり、言動がまとまらず、ごみ箱や室内に水を撒いたりするため、X日、H病院を初診となった。不機嫌で易怒的であり、幻聴，対話性独語を認めた。病識は無く、判断能力が欠如し、入院の必要性を理解することができなかったため、同日H病院へ医療保護入院となった。

入院時より幻聴が著しく、失見当識もあり、言動にまとまりがなかった。性急・焦燥が前景でX＋22日目まで続いた。入院時より保護室を使用し、ハロペリドール20mg，レボメプロマジン50 mg，プロメタジン25 mg，ジアゼパム35 mg，ニトラゼパム5 mgから開始した。更に経口薬に加えて殆ど連日、ハロペリドール＋ビペリデン，ジアゼパムの筋肉内注射も施行した（X＋38日まで)。暴言が多く、スタッフに対して「お前は何様だ！」と威圧的な言動が多くみられた。入院後14日目頃から徐々に精神症状は治まるも、訴えは頻回で、暴言もあり、手のかかる患者であった。保護室はX＋38日まで使用した。また精神症状が軽減されてくるのに伴い、薬物も減量され、ハロペリドール20 mg→12mg（X＋28日）→6mg（X＋35日）→4.5mg（退院時)，レボメプロマジン50 mg→25mg（退院時)，ジアゼパム35 mg→10mg（退院時）と減量された。X＋41日目より集団精神療法に参加している。X＋60日、退院と同時に逮捕となった。

（精神症状の変化とケア時間の変化)

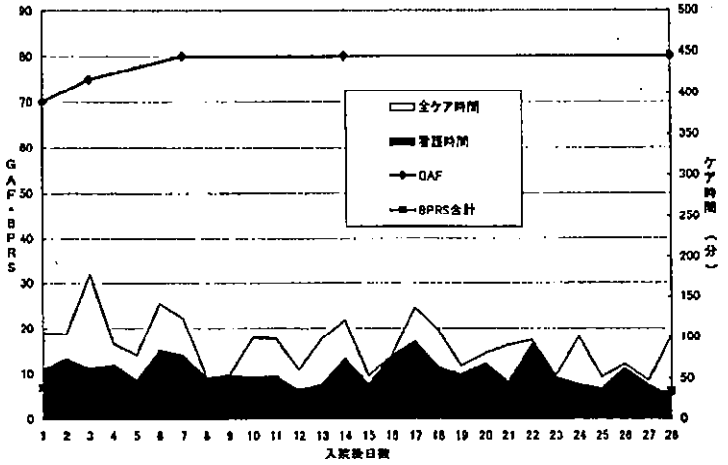
措置入院で、入院時の症状は、「幻覚」，「思考解体」といった精神病症状と、「非協調性」，「精神運動興奮」といった不隠症状が前景であった(表5)。入院後の経過と共にBPRSの評点は減少傾向にはあるが、症状は遷延している。人格障害を伴ない、暴言や頻回の訴えが目立ち、スタッフとしてもケアが困難な患者であった。またHCV陽性で肝機能障害を認め、強力ミノファーゲンの注射を要し、さらに逆流性食道炎の加療にもケア時間を要している。そのために全ケア時間，看護ケア時間

表6　　症例5の症状変化

	入院当日	3日目	7日目	14日目	28日目
心気的訴え	3	3	3	3	2
罪業感	2	2	2	3	3
不安	2	1	1	1	1

BPRSにて評価(各項目0～6点)

図5　症例5のケア時間、BPRSの合計、GAFの変化



共に減少傾向にはなく、100～250分の間で増減を繰り返している（図4)。

③入院時より精神病症状が安定し、ケア時間が少ないまま変動を示さないパターン

症例5

診断：覚せい剤使用による精神及び行動の障害　依存症候群　現在中断しているが、保護された環境にいるもの

（現病歴及び入院後経過）平成16年Y月から覚せい剤の脱慣のため、自らH病院を受診し、外来通院を開始したが、通院は不規則であった。X－25日から昔の売人が本人のアパートに転がり込み、再び乱用を始めた。X－8日、再び薬に手を出したことで自責的となり、H病院で処方された睡眠薬を過量服薬し、1～2日間昏睡状態となった。昏睡状態で放置されていたため、左下肢がリンパ管浮腫となり、その治療のためX－7日、C病院に入院し、X日からH病院に転入院（任意入院）となった。

精神症状は、入院時より落ち着いており、入院当初から家族が左下肢のリハビリ目的で温泉等に連れ出していた。スタッフに対する暴言や治療への抵抗はなく、他の患者とのトラブルもなかった。入院時よりリスペリドン1mg，プロメタジン25mg，ジアゼパム10mg，ブロチゾラム0.25mgの処方で、退院時まで継続した。X＋27日、自宅退院となった。

（精神症状の変化とケア時間の変化）

任意入院のため、入院時から精神症状は落ち着いており、BPRSにて「心気的訴え」，「罪業感」，「不安」の項目に点数がついているのみで、他の項目はすべて0点であった（表6)。

これら3つの症状はほぼ変化のない状態で経過しているが、低い点数のままである。GAFは入院時より高い点数であり、これもほぼ変化のないまま経過している。

全ケア時間でみても入院時より100分以内の少ないままで経過している（図5)。

症例6

診断：覚せい剤使用による精神及び行動の障害　精神病性障害　主として幻覚性のもの

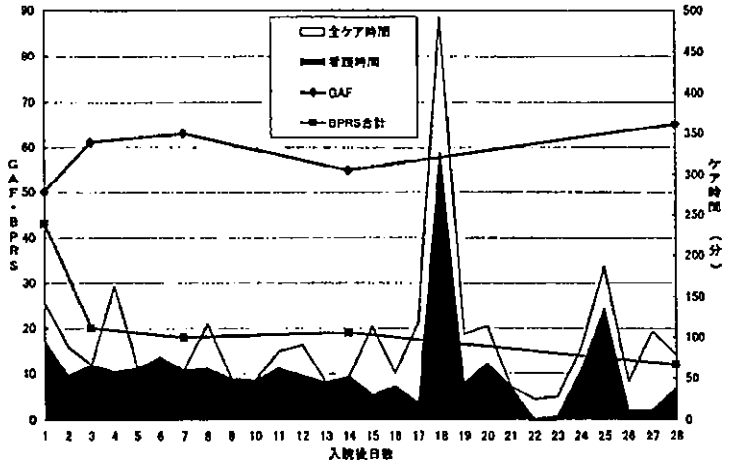
（現病歴及び入院後経過）平成15年より暴力団組員と同棲し、覚せい剤の乱用を始め、平成16年Y

表7　　症例6の症状変化

	入院当日	3日目	7日目	14日目	28日目
不安	4	2	3	2	1
感情的引きこもり	4	0	0	0	0
罪業感	4	3	3	3	2
抑うつ気分	4	2	1	2	1
幻覚	4	3	3	2	3
情動の鈍麻・不適切	4	3	2	3	2

BPRSにて評価(各項目0～6点)

図6　症例6のケア時間、BPRSの合計、GAFの変化



月には使用量も増加していった。次第に「お経の声がする、それが自分に死ねと言っている」と幻聴が出現した。薬を止めようと婦人ケアセンターに入所するも、すぐに退所してしまう。X－3日よりお金が足りなくなり、県の薬務課に相談、その職員に伴われX日、H病院を初診、同日同院に任意入院となった。

入院時より幻聴を認めた。暴言や暴力はなかったが、不安を強く訴え、希死念慮を示唆する発言も聞かれていた。リスパダール4mg，レボメプロマジン15 mg，ジアゼパム20 mg，ニトラゼパム5 mgから薬物治療を開始した。X＋17日より幻視の訴えもあり、薬物調整にて、ハロペリドール4.5mg，クロルプロマジン25mg，ジアゼパム5 mg，ニトラゼパム5 mgに切り替えた。X＋60日、「死にたい」とメモを書き、タバコを飲んで自殺企図。同日保護室を使用し、4日目に開放した。心理的不安が強まると幻聴が強まるパターンを繰り返していたが、保護室から開放後は幻聴も治まり、症状が安定し、X＋88日、社会復帰施設へ退院となった。

（精神症状の変化とケア時間の変化）

任意入院であり、入院時から「不安」，「抑うつ気分」，「罪業感」，「感情的引きこもり」等の項目が高く（表7）、覚せい剤を止めようと思っても止められない心的葛藤，今後の生活に対する不安が覗える。BPRSの評点で入院後経過と共に減少傾向にはあるが、消褪することはなく、遷延している。今回の調査期間には入っていないが、入院から2ヶ月目に自殺企図もみられている。現実的な心理ストレスを抱えていた患者であったと考えられる。

全ケア時間は、概ね100分前後で経過し、変動も少ない（図6）。18日目の突出した山は集団精神療法によるものである。

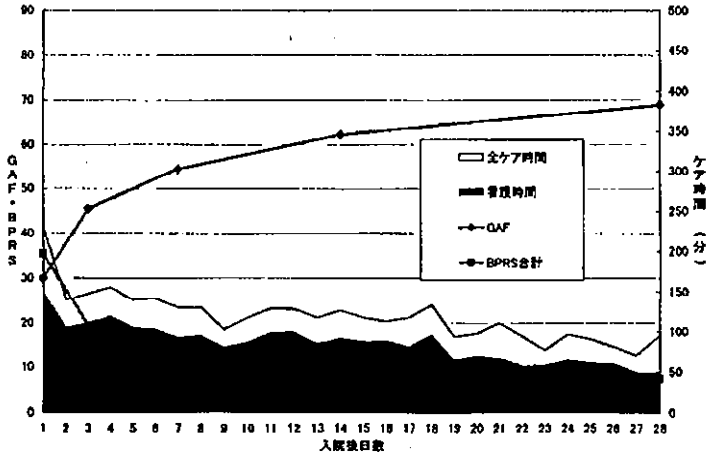
全21症例のBPRSの平均をとり、入院時の点数の高い項目から順に6項目挙げてみると（表8）、昨

表8　　症状変化の平均(全21症例の平均)

	入院当日	3日目	7日目	14日目	28日目
幻覚	3.2	1.5	0.9	0.5	0.5
不安	3.0	1.7	1.2	0.8	0.8
思考解体	2.8	1.4	0.9	0.4	0.2
精神運動興奮	2.8	1.0	0.6	0.6	0.4
緊張	2.7	1.5	0.4	0.3	0.4
思考内容の異常	2.4	1.1	0.5	0.2	0.2

BPRS(各項目0～6点)

図7　全21症例の平均ケア時間、BPRSの合計の平均、GAFの平均の変化



年度の調査結果と同様に「精神病症状」が前景にあり、入院後7日目には1点以下に落ち着いていることが分かる。平均ケア時間の変化，GAF・BPRSの平均の変化をみると（図7)、全ケア時間については、入院当日から2日目にかけて著明な減少を示し、その後漸減し、大体10～20日目にかけて100分前後で経過し、更にその後減少し、20～28日目にかけても100分以内で経過している。看護ケア時間の動きも全ケア時間にほぼ連動している。BPRSは減少傾向、GAFは増加傾向にある。

D. 考察

薬物関連精神障害においてケアのコストを適正に補償するためには、1日当りのケアのコストの患者間での相違を規定する臨床特性を明らかにし、個々のケアのコストと臨床像を同時に反映するような分類方式を開発する必要がある。そのためには病院又は病棟の全入院患者を対象にケアのコストと臨床特性を把握する横断的調査が不可欠であるが、入院後の精神症状が安定するまでの経過とそれに伴なうケアのコストの変化のパターンについても分析する必要がある。そこでまずケアのコストを反映するケア時間に注目し、急性期の精神症状の変化と共にケア時間がどのように変化するのかを把握するため、平成15年度と平成16年度の2年間、日記形式タイムスタディを行なった。

第1年目の平成15年度は、対象患者数が5名のみで、目標の症例数を集めることができず、明確な結論を示すことはできなかったが、①「精神病症状」は、抗精神病薬の治療によって急速に改善され、入院後14日以内に殆ど消褪する，②「精神病症状」の改善に伴い、ケア時間の減少がみられる等の示唆を得ることができた。

今年度の調査では、H病院にて21症例を集めることができ、入院後の精神症状の変化，ケア時間の変化の仔細な分析を可能にするデータを得ることができた。

(a)精神症状の変化

平均BPRSに関しては、下記に示すような変化がみられた。入院時に得点が高かった順に18項目のすべてを示す。

（入院時→入院後3日目→7日目→14日目→28日目で示している）

幻　覚　：3.2 → 1.5 → 0.9 → 0.5 → 0.5
不　安　：3.0 → 1.7 → 1.2 → 0.8 → 0.8
思考解体：2.8 → 1.4 → 0.9 → 0.4 → 0.2
精神運動興奮：
2.8 → 1.0 → 0.6 → 0.6 → 0.4
緊　張　：2.7 → 1.5 → 0.4 → 0.3 → 0.4
思考内容の異常：
2.4 → 1.1 → 0.5 → 0.2 → 0.2
非協調性：2.1 → 1.1 → 0.7 → 0.6 → 0.6
疑　惑　：2.0 → 1.3 → 0.8 → 0.3 → 0.4
敵　意　：1.9 → 1.1 → 0.9 → 0.7 → 0.5
感情的引きこもり：
1.7 → 1.2 → 0.4 → 0.1 → 0.1
衒奇的な行動や姿勢：
1.7 → 1.0 → 0.5 → 0.1 → 0.1
心気的訴え：
1.5 → 1.2 → 1.1 → 1.3 → 0.9
情動の鈍麻・不適切：
1.4 → 0.8 → 0.4 → 0.3 → 0.3
運動減退：1.4 → 0.7 → 0.2 → 0.3 → 0.2
抑うつ気分：
1.1 → 0.7 → 0.3 → 0.3 → 0.3
罪 業 感：1.1 → 1.2 → 0.7 → 1.0 → 0.9
高揚気分：1.0 → 0.4 → 0.5 → 0.7 → 0.5
誇 大 的：0.3 → 0.3 → 0.2 → 0.2 → 0.2

昨年度の調査結果と同様に、上位は「精神病症状」が占め、下位の方を「抑うつ症状」が占める傾向にあった（「高揚気分」と「誇大的」については評点のついた症例が少なかったため、ここでは考慮しない）。精神病症状は抗精神病薬の治療によって急速に改善し、7日目には1点以内に落ち着いている。精神病症状から回復すると、覚せい剤を使用したことへの後悔や、自責の念による情緒的な揺れが出てくるものと考えられ、「罪業感」や「心気的訴え」の項目は、14日目においても1点以上を示しており、遷延している傾向がみてとれる。

(b)ケア時間の変化

21症例の入院後の精神症状の変化，ケア時間の変化のパターンを分析したところ、次の3つの臨床類型に分けられることが示唆された。

①精神病症状が急速に改善し、それに伴いケア時間も減少するパターン

このパターンが最も多く、21例中9例がこのパターンを示していた。9例全例が措置入院であった。入院時には精神病症状が顕著であるが、その後急速に改善を示し、それに伴ないケア時間の減少がみられた。

②身体合併症や精神科合併症を有し、ケア時間が増減を繰り返すパターン

主治医が「特別な管理を要する」と評価した身体合併症を有していた例は4例で、精神科合併症を有していた例は4例であった。「特別な管理を要する」身体合併症では、急性中毒が2例，外傷が2例，肺炎1例であった（前に提示した症例3は急性中毒と外傷を共に合併していた）。入院形態でみると、措置入院2例，任意入院2例であった。これらの例は概して、入院経過と共に精神症状の改善を示すもののケア時間は減少傾向を示さず、増減を繰り返していた。精神科合併症では、アルコールによる精神・行動の障害が2例，統合失調症が1例，成人の人格・行動の障害が1例であった。入院形態でみると、措置入院2例，医療保護入院1例，任意入院1例であった。①のパターンを示した1例（アルコールによる障害）を除き、4例中3例において、ケア時間は増減を繰り返していた。身体合併症と精神科合併症を共に有する例が1例あり、この症例は任意入院であったが、身体合併症として肺炎，精神科合併症としてアルコールによる障害を伴っており、ケア時間は大きな増減を繰り返していた。

③入院時より精神病症状が安定しており、ケア時間が少ないまま変動を示さないパターン

このパターンは4例でみられ、2例が任意入院で、2例が医療保護入院であった。入院時より精神病症状は低い評点であり、全ケア時間でみても100分前後で経過していた。

上記の3つのパターンに入らなかった3例のうち2例については、入院期間が10日以内と短期間であり、上記のようなパターンを示すには至らなかった。残りの1例については、身体合併症や精神

科合併症を有していなかったにも関わらず、ケア時間が増減を繰り返していた。この症例は、医療保護入院であり、入院時の精神病症状の評点は低いが、「不安」や「心気的訴え」の評点が高く、退院時でも共に5点を示している。実際に不安の訴えや要求の多い患者であり、ケア時間を要したという。

E. まとめ

「覚せい剤使用による精神及び行動の障害（F15)」の診断を得た21名の患者に対し、日記形式タイムスタディを行い、入院後のケア時間の変化のパターンから次のような示唆を得ることができた。

①精神病症状が急速に改善し、それに伴いケア時間も減少するパターン，②身体合併症や精神科合併症を有し、ケア時間が変動を繰り返すパターン，③入院時より精神病症状が安定しており、ケア時間が少ないまま変動を示さないパターン、の3つのパターンに大別されることが示唆された。

今後、実際に発生するケアのコストに基づく支払い方式を開発する際には、本研究の知見を踏まえ、急性期のコストの変化のパターンにも留意する必要がある。今後、C病院の症例と昨年度の5症例も含めて数量的に分析し、ケアのニーズに見合った支払い方式を開発していく予定である。

F. 参考文献

(1)石橋正彦，山内慶太，湯尾高根ら：「薬物依存症の医療経済に関する研究」、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、平成14年度厚生労働科学研究報告書、229－242、2003

(2) 池上直己，山内慶太，湯尾高根：「薬物関連精神障害が医療経済に及ぼす影響についての研究」、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、平成15年度厚生労働科学研究報告書、143－155、2004

分担研究報告書
(2－3)

平成16年度厚生科学研究費補助金（医薬品・医療機器等ルギュラトリーサイエンス総合研究事業）

分 担 研 究 報 告 書

「薬物裁判所」の実態に関する研究

分担研究者　阿部 恵一郎　創価大学 教育学部 教授

研究要旨

【目的】薬物事犯者に対して刑罰よりも治療プログラムへの参加を目的とした司法のダイバージョンと言われる薬物裁判所(drug court)について，その法制度，システム，プログラムの展開を把握し，我が国のシステムと比較検討を行い，このようなシステムが有効であるか，あるいは治療プログラムや評価方法が我が国での薬物乱用者・依存者の治療に役立つかを検討する．

【研究方法】昨年度は薬物裁判所(drug court)に関する文献研究を行い，その歴史，法制度，治療プログラム，さらにシステムを支えている治療的プロヴァイダーとの関係，実際の治療についての考え方などを文献から理解した．今年度は実地視察を行い，薬物関連事件についての司法システム，薬物裁判所の方法を，実際に扱われた事例に基づいて理解し，さらに治療プロヴァイダーと裁判所の連携，治療プログラムの実際を調査することを目的とした．

【結果と考察】調査対象としてカリフォルニア州の薬物裁判所を選び，薬物裁判所とこれに関連する治療施設の実態を把握した．カリフォルニア州における薬物裁判所には4つのタイプがあり，司法手続きの面で違いがある．薬物裁判所では治療プログラム開始にあたって詳細なアセスメントと評価をＡＳＩ(薬物重症度評価尺度)とインタビューで行い，プロフィールを作成している．調査した薬物裁判所の結果では5年間にプログラムに参加した者745名で治療プログラムを終了できた者は185名，中断した者の多くはプログラムの早い段階でやめてしまっていた．治療プログラムに失敗した事例の多くに精神疾患などの問題があり，治療プロバイダーは「二重診断」的な見方をとる傾向が強くなっている．司法のダイバージョンと呼ばれた薬物裁判所とは別に，薬物事犯者の治療を命ずる法案であるProposition36による治療や処遇が進んできている．Propositionに関しては，カリフォルニア州だけでなくいくつかの州で始まっており，広がりつつある現状にある．

ＡＳＩ(薬物重症度評価尺度)を訳出したので，我が国における薬物依存者を評価する際に参考資料となると思われる．薬物裁判所の成功事例と失敗事例を詳しく紹介した．また，司法システムの面から，薬物裁判所による治療過程とProposition36によるものとの違いを比較した．訪問したいくつかの薬物治療関連施設の現状や役割から，現在のカリフォルニア州の治療状況について考察した．

【結論】カリフォルニア州における薬物依存者のための治療システムは多岐にわたり，しかも司法システムも薬物裁判所とProposition36が併存している状況にあること．薬物依存者の問題は薬物による問題だけでなく精神疾患や感染症などが合併する場合が多く，そうした問題についても対策が立てられていることなどは，我が国の司法システムや治療を組み立てる際に大いに参考になると考えられる．

A．研究目的

薬物事犯者に対して，刑罰よりも治療プログラムへの参加を目的とした司法のダイバージョンと言われる薬物裁判所(drug court)について，その法制度，システム，プログラムの展開を把握し，我が国のシステムと比較検討を行い，このようなシステムが有効であるか，あるいは治療プログラムや評価方法が我が国での薬物乱用者・依存者の治療に役立つかを検討することを目的としている．

昨年度は薬物裁判所に関する文献研究を行った．1989年にアメリカで最初のドラッグ・コートがつくられ，90年代の半ばまでは各州が検討を重ねていた時代であった．1999年頃から連邦からの

資金提供もあり急激に増加し，2003年には1,000カ所以上になった．司法手続きの上で，各裁判所ごとに違いがあることや治療構造の輪郭は文献から把握できたのだが，具体的な資料がなく治療の実際については不明なところが多く残った．

本年度は実地視察を行い，薬物関連事件についての司法システム，薬物裁判所の方法を，実際に扱われた事例に基づいて理解し，さらに治療プロヴァイダーと裁判所の連携，治療プログラムの実際を調査することを目的とした．

B．方法と結果

現地に赴き資料収集，及び裁判所，治療プロバイダーとの意見交換を行った．

1．薬物裁判所(drug treatment court)の種類

(カリフォルニア州アルコール・ドラッグプログラム局のFact Sheet から)

カリフォルニア州のドラッグコート（成人，少年）は４つのモデルに分類される．

①Pre-Plea モデル：

プログラム参加を条件に訴追を猶予する．プログラムが成功すれば犯罪歴はなくなるが，プログラムから脱落すれば告発及び事実認定が始まる．

②Post-Plea モデル：

プログラムに参加する前に被告人が有罪答弁をするもので，プログラムが成功すれば告発は棄却されるが，脱落すれば量刑手続に入る．

③Post-adjudication モデル：

有罪の認定がなされてからプログラムに参加させる．

④Civil モデル

薬物依存による問題がある親が，親権に関して争っている場合に，親権を取り戻す条件として，処遇プログラムの参加が命じられる．プログラムでの失敗により親権を失う．

全米規模での傾向は不明である．しかし，多くの州の薬物裁判所はこの4つのモデルのどれかに当てはまると考えられる．これまでの調査研究では，Post-pleaモデルと Post-adjudication モデルの裁判所が多く，今回対象としてカリフォルニア州のヘイワード郡の薬物裁判所のようにPre-Plea モデルを採用しているところは極めて少数と思われる．

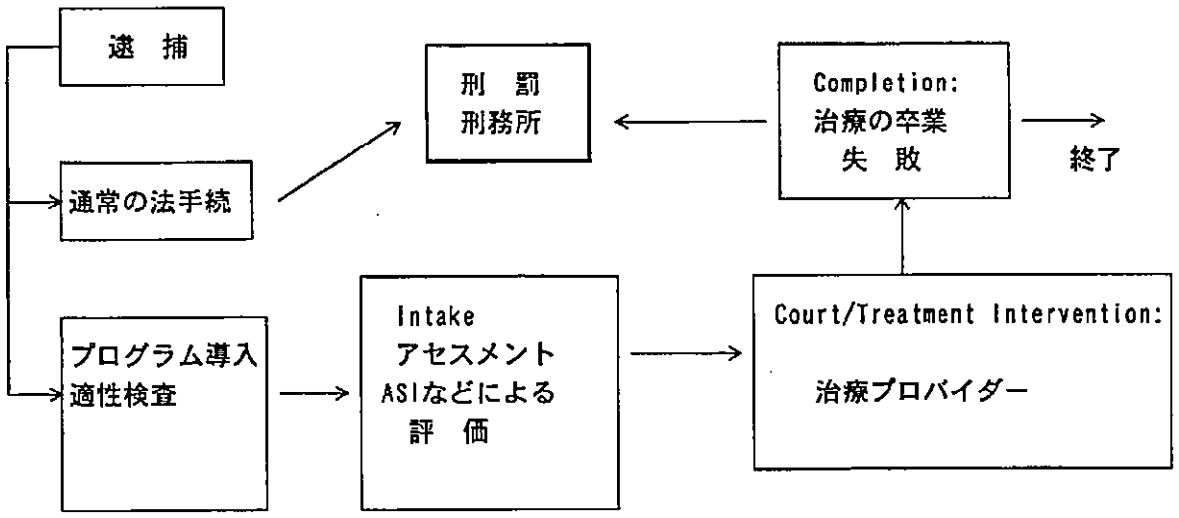
2．薬物裁判所のシステム

(1)逮捕から治療プログラム終了までの経過図（図１）

2)プログラム導入について

Pre-Plea モデル，Post-Plea モデル，Post-ad

図１．Substance Abuse Treatment Planning Chart for Treatment-based Drug Courts



(Department of Healthe and Human Services, Substance Abuse and Mental Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment)

(judication モデルのいずれのモデルをもつかによって,薬物裁判所のプログラム導入は異なるが,端的に言えば犯罪歴が残るかどうかによる．今回調査したヘイワードのホラ判事によるプログラムはPre-Plea モデルである．導入に際しての原則として，①初犯であること②薬物以外の犯罪(例として，暴力，窃盗など)がないこと③治療に同意すること④プログラム導入時に900ドルを支払うこと．が条件となっている．900ドルは主に裁判所の事務費用と18カ月のプログラム期間中毎週行われる尿検査の費用に充てられる．導入時に900ドル支払えなくても半分の450ドルをまず支払い，その後少しずつ支払っていっても良い．プログラム期間中にカウンセリングを受けるたびに1回について7ドル未払い残金が減っていく．例えば450ドルが未払いで残っている場合，10回カウンセリングを受けると7×10で70ドル減額してもらえる．これはカウンセリングを受けるための動機づけとしての工夫であろう．

(3)Intake：アセスメントと評価

①薬物裁判所のアセスメントと評価の仕方については，まず本人について以下のような記載がなされる．

・身分証明
・認可日
・面接日
・面接開始・終了時間
・面接の種類・形態

②ASI(薬物依存重症度尺度)などを用いたアセスメント評価

一般情報・既往歴・経済状況・薬物とアルコール使用・違法行為事項・家族関係・精神医学的事項・DSMによる診断からなっている．それぞれのチェックリスト項目の詳細を挙げる．

一般情報

・氏名
・現住所
・現住所における居住年数
・家の所有者（本人・家族）
・生年月日
・(自認する）肌の色
・(自認する）人種
・性別
・信仰している宗教
・過去30日間の生活環境が規制されていたか
　どのような規制がなされていたか
・その日数
・最も適切とされた治療形態は何であったか

(補足)

G101-もしあなたが信仰している宗教について「その他」と答えた場合、あなたの宗教はキリスト教か？

G102-もしあなたが信仰している宗教について「その他」と答えた場合、あなたの宗教はヒンドゥー教、仏教、道教、儒教、シーク教、もしくは神道か？

G103-もしあなたが信仰している宗教について「その他」と答えた場合、あなた自身は信心深いと考えているが、しかしどの特定の宗派や組織、教派に属していないのか？

既往歴

M1：入院回数
M2：身体的な疾患で最後に入院した期間
M3：生活に支障をきたす慢性疾患はあるか
M4：定期的に処方されている薬があるかどうか
M5：身体障害による（障害者）年金を受給しているか
M6：過去30日間の罹患日数
M7：疾患による日常生活への影響
M8：医学的な治療の重要性

(面接者の評価)

M9：患者自身が必要と考える医学的な治療の度合

(信頼性評価)

上記の情報は以下の項目によって著しく歪曲されているか

M10：患者の詐称
M11：患者の理解力の欠如

(医療機関のコメント)と(補足)

経済状況

E1：就学年数
E2：技術的な教育期間
E3：専門技術の有無
E4：運転免許の有無
E5：車の所有
E6：これまで一番長く勤続した常勤の仕事の期間

E7：通常の（もしくは最近の）職業
E8：何らかの方法で、誰かに生活費を援助してもらっているか
E9：その援助はあなたの生活費の大部分を構成しているか
E10：過去3年間の通常の雇用形態
E11：過去30日の雇用日数(過去30日で受け取った金額)
E12：雇用（純収入）
E13：失業手当
E14：福祉援助
E15：年金や給付金、社会保障手当
E16：配偶者や家族、友人
E17：非合法
E18：扶養家族
E19：過去30日の失業日数
E20：失業による生活への影響
E21：失業に対する治療の必要性
(面接者の評価)
E22：本人が必要と考える雇用に関する相談の度合
(信頼性評価)
上記の情報は以下の項目によって著しく歪曲されているか
E23：患者の詐称
E24：患者の理解力のなさ
(雇用者のコメント)
(補足)

薬物とアルコールの使用
D1：アルコール-日常の許容範囲
D2：アルコール-中毒に至るまで
D3：ヘロイン
D4：メタドン
D5：その他の麻酔薬、鎮痛薬
D6：バルビツール酸系催眠鎮静薬
D7：その他の鎮静剤、睡眠薬、精神安定薬
D8：コカイン
D9：アンフェタミン
D10：大麻
D11：幻覚薬
D12：吸入薬
D13：1日につき複数の薬物
上記の項目については，「過去30日間」「現在までの使用回数」「摂取方法」もチェックする．
D14：最も生活に支障をきたしている薬物
D15：最近に自制した期間
D16：この自制から経過した期間
D17：アルコール依存症による譫妄が出現した回数
D18：薬物乱用（多量服薬？）の回数
D19：アルコール乱用の治療回数
D20：薬物中毒の治療回数
D21：(アルコール）のみの治療回数
D22：(薬物）のみの治療回数
D23：過去30日でアルコールに費やされた金額
D24：過去30日で薬物に費やされた金額
D25：外来患者として治療を受けた日数
D26：過去30日でアルコールにより日常生活へ支障をきたした日数
D27：過去30日で薬物により日常生活へ支障をきたした日数
D28：アルコール依存による日常生活への支障の度合
D29：薬物依存による日常生活への支障の度合
D30：アルコール依存のための治療の重要性
D31：薬物依存のための治療の重要性
(面接者の評価)
D32：患者自身が必要と考えるアルコール依存の治療の度合
D33：患者自身が必要と考える薬物依存の治療の度合
(信頼性評価)
上記の情報は下記の項目によって著しく歪曲されているか
D34：患者の詐称
D35：患者の理解力のなさ
(薬物とアルコールに関するコメント)
(補足)
D106-あなたの症状や医学的理由により、オキシコンチンが処方されているか
D107-恍惚感や陶酔感を得るために、オキシコンチンを使用したことがあるか
D108-オキシコンチンを他の麻酔薬やヘロイン、メタドンと組み合わせて使用したことがあるか
D109-オキシコンチンを初めて使用したのは何ヶ月前か
D110-友人や家族から、もしくは街頭でオキシコンチンを入手したことがあるか
(補足薬物)以下の薬物について，「過去30日間で

の使用の有無」「現在までの使用回数」「摂取方法」を尋ねる.
DRG12-ヒドロモルフォン
DRG13-オキシコドン
DRG14-ヒドロコドン
DRG16-オキシコンチン
DRG17-ブプレノルフィン

違反行為事項
L1：刑事上の司法（裁判）制度によって認められた措置であるか
L2：保護観察、もしくは仮釈放であるか
(以下の罪名による逮捕もしくは嫌疑を受けた回数)
L3：万引きや、破壊行為
L4：仮釈放、もしくは保護観察の違反
L5：薬物容疑
L6：文書偽造罪
L7：銃刀法違反
L8：住居侵入罪、窃盗罪、B&E
L9：強盗
L10：暴行
L11：放火罪
L12：強姦
L13：殺人
L14：売春
L15：法廷侮辱罪
L16：その他
L17：これらの嫌疑が有罪判決を受けた回数
(下記のものに嫌疑をかけられた回数)
L18：治安紊乱行為、放浪罪、
L19：飲酒運転
L20：重い交通違反
L21：現在に至るまでで、拘禁された回数
L22：最近に拘禁された期間　(月)
L23：最近の拘禁は何によってか
L24：現在、告訴や裁判、判決を控えているか
L25：それは何か
(過去30日間での以下の日数)
L26：留置、拘禁された日数
L27：利益を得るために違法な活動に拘束された日数
L28：現在抱えている法的な問題をどのくらい深刻に捉えているか
L29：その問題のために、カウンセリングや専門機関への紹介の重要性
(面接者の評価)
L30：患者自身が必要と考える法的サービスの度合
(信頼性評価)
上記の情報は下記の項目によって著しく歪曲されているか
L31：患者の詐称
L32：患者の理解力のなさ
(法的機関からのコメント)
(補足)
L102-治療は保護観察や仮釈放、薬物裁判所のような刑事上の司法（裁判）制度により命令されたものであるか
L103-刑務所や監獄に拘禁される代わりに、治療を受けているのか（例：カリフォルニアのProp36
[囚人権利)

家族関係
F1：婚姻状態
F2：この状態にある期間
F3：この状況に満足しているか
F4：過去3年間の同居人について
F5：同居期間
F6：同居人に満足しているか
下記のような人と暮らしているか
F7：現在アルコールの問題を抱えているか
F8：処方されていない薬物を使用しているか
F9：自由な時間の大部分を誰と過ごしているか
F10：このように過ごす事に満足しているか
F11：親友の人数
下記の人と親密な相互関係にあるか
F12：母親
F13：父親
F14：きょうだい
F15：恋人、配偶者
F16：子ども
F17：友人
下記の人との関係において、重大な軋轢を経験した期間があったか
(過去30日間及び現在に至るまで)
F18：母
F19：父
F20：きょうだい
F21：恋人、配偶者

F22：子ども
F23：その他の家族
F24：親友
F25：近所の人
F26：同僚

虐待を受けていたか

(過去30日間及び現在に至るまで)
F27：心理的
F28：身体的
F29：性的
F30：過去30日で家族との間で深刻な葛藤があった日数
F31：過去30日で他の人々との間で深刻な葛藤があった日数
F32：家族の問題による日常生活への支障の度合
F33：社会的な問題による日常生活への支障の度合
F34：家族の問題のための治療やカウンセリングの必要性
F35：社会的な問題のための治療やカウンセリングの必要性
(面接者の評価)
F36：患者自身が必要と考える家族/社会的なカウンセリングの度合
(信頼性評価)
上記の情報は下記の項目によって著しく歪曲されているか
F37：患者の詐称
F38：患者の理解力のなさ
(家族・社会的なセクションからのコメント)
(補足質問)
F113-過去30日間、どこに住んでいたか考えてください。路上や廃墟となったビル、車、公共の場所（公園やバス停、トンネル）で夜をすごしたことは何回ですか
F114-過去30日で、非難所に泊まった回数
F115-過去30日で、自分のものでないアパートや家に泊まった回数
F116-過去30日で、病院や監獄、治療プログラム、その他の施設に泊まった回数

精神医学的事項

(心理的、情緒的疾患の治療回数)
P1：病院
P2：任意、自己負担の患者として
P3：精神障害年金を受けているか
(下記のような状態の時期があったか)
(過去30日間及び現在に至るまで)
P4：深刻な抑うつ
P5：深刻な不安や緊張
P6：幻覚
P7：理解力、記憶力の障害
P8：暴力的行動の統制困難
P9：自殺念慮
P10：自殺企図
P11：心的疾患への薬物療法
P12：この30日で心理的、情緒的問題による罹患日数
P13：心的疾患による日常生活への影響
P14：心的疾患の治療の重要性

面接時の状態

P15：明らかに抑うつ的、もしくは引きこもっている
P16：明らかに敵意がある
P17：明らかに不安に、もしくは神経質になっている
P18：現実検討能力や思考力、その他に障害がある
P19：理解力、記憶力に障害がある
P20：自殺念慮がある
(面接者の評価)
P21：患者自身が必要と考える精神医学的な治療の度合
(信頼性評価)
上記の情報は以下の項目によって著しく歪曲されているか
P22：患者の詐称
P23：患者の理解力のなさ
(精神医療の施設からのコメント)
(補足質問)
P108-これまで、あまりないような恐ろしい経験をしたことがあったか
P109-過去30日に、悪夢やトラウマとなっていることについての「フラッシュバック」を経験したり、考えたくないのに考えてしまうことがあったか
P110-過去30日に、トラウマとなっていることについて考えないようにしたり、それを思い出させるような状況を避けるようなことはあったか
P111-過去30日に、絶えず警戒していて、ささい

なことに驚いたりしていたか
P112-過去30日に、他の人々や活動、周囲に対して無関心であったり、離れているように感じることはあったか

DSM-Ⅳに関する質問
DSM-Ⅳの薬物乱用・依存に関する診断など

(4)アセスメント・評価の具体例
ホラ判事から治療プログラム卒業例と失敗例，合わせて10症例のケースについて詳細なファイルをいただいた．ここで卒業例と失敗例を各１例ずつ紹介する．上記で述べたＡＳＩに基づいて忠実にアセスメントと評価がされていることが分かる．おそらく社会的責任として，裁判所は評価の手続きを明らかにする必要があると考えているであろうし，社会からの要請でもあるのだろう．
具体的な事例として，①成功例は34歳，女性．②失敗例は22歳，女性．を取り上げる．

①成功例は34歳，女性．
面接日：2002年3月13日
偽りを述べることなく，理解力もあったと考えられるため，本評価の信頼性に問題はない。

一般情報
・1967年4月29日生まれ。
・黒人女性（ラテン系ではない）
・過去30日間、アルコールと薬物の治療のため、規制された環境で生活してきた。
既往歴
・今までで2回入院しているが、慢性疾患は抱えていない。
・過去30日間においても、疾患による日常生活への影響は全くない。現段階においては治療の必要性はないと考えられる。
経済状況
・高校卒業程度の学歴があり、その後も6ヶ月の職業訓練を受けている。6年間、航空機の客室乗務員として勤務していた。
・最近の30日間は仕事をせず、給与も得ていない。生活費を援助してくれる人はいる。年金、社会保障手当から$700を得ている。
・失業による生活への影響は全く感じておらず、現段階においては治療の必要性はないと考えられる。
薬物とアルコールの使用
・15年間、アルコール依存の状態であった。しかし、現在の生活には支障がなく、何の問題も感じていない。
・コカイン、大麻を15～20年使用しており、コカインをはじめとする薬物の問題は彼女の日常生活に多大な支障をきたしている。
・過去30日では、薬物もアルコールも使用していない。現在に至るまで、薬物依存の治療を受けており、今後も適切な治療を受けることが重要と思われる。
違反行為事項
・万引きや破壊行為で2回、薬物容疑で1回、売春で7回逮捕、もしくは嫌疑を受け、その中の5つが有罪判決を受けた。
・現在は告訴や判決などは控えていない。
・法的な問題については中程度に深刻にとらえており、相談機関へ紹介することが重要と考えられる。
家族関係
・現在、離婚しており、過去3年間のほとんどは家族と暮らしている。現在の状況に満足している。
・同居人の中には、アルコール依存であり、薬物の問題を抱えている者はいない。
・これまで、心理的、身体的、性的虐待を受けたことがあったが、過去30日においてはどの虐待も受けてはいない。
・両親をはじめとした家族とは、現在に至るまでかなりの軋轢を体験しているが、過去30日においては軋轢なくやっている。
・現在に至るまで、子どもたちや友人とはいい関係を築いている。
・家族、社会的な問題によって、日常生活に支障はなく、カウンセリングをはじめとする治療の必要性はないと考えられる。
精神医学的事項
・病院で治療を受けたことは1回あるが、不安と抑うつ、理解力、記憶力の障害、自殺念慮を現在に至るまで持ち続けている。
・精神疾患への薬物療法は今までは行われていたが、この30日間は行われていない。
・しかし、面接時に上記の症状は明らかな形ではみられなかった。
・これらの心的疾患により、日常生活には支障が

出ており、本人も治療を強く望んでいる。今後、適切な治療を受けることが重要と思われる。

その後の経過について
Ⅰ期：2002年3月13日
Ⅱ期：2002年7月11日
Ⅲ期：2003年1月16日
卒業：2003年9月11日

②失敗例は22歳，女性.
面接日：2003年1月21日
偽りを述べることなく，理解力もあったと考えられるため，本評価の信頼性に問題はない。

一般情報
・1980年10月13日生まれの女性
・過去30日間のうち、3日間は刑務所で過ごしていた。自由が規制されていたため、アルコールや薬物の使用、家族との関係が制限されていたことになる。

既往歴
・9ヶ月ほど前に、胆のうの手術のため1回入院している。慢性疾患は抱えていない。
・過去30日において、7日間疾患により日常生活に支障がでたが、重大には感じておらず、援助も望んではいない。現段階においては治療の必要性はないと考えられる。

経済状況
・高校卒業程度の学歴があり、その後も3ヶ月の職業訓練を受けているため、就職のための基本的な技術は身についている。
・過去3年の大部分にわたって、家事とパートタイムをこなしていた。仕事の主な内容は店の事務や販売であった。
・最近の30日間は仕事をしていない。福祉援助から$493を得ているが、失業保険や年金などは受け取っていない。
・失業による生活への影響を本人はあまり感じていないが、働く意欲は持っており、何らかの処置が必要と考えられる。

薬物とアルコールの使用
・いままで、アルコールの使用は通常範囲内であったが、この30日間で多量に飲んだ日が2日あった。
・コカインを1年間、アンフェタミンを2年間使用しているが、他の薬物は使用していない。この30日においては、コカインは使用していないが、アンフェタミンを14日間使用していた。これは彼女の日常生活に多大な支障をきたしている。
・現在に至るまで、アルコール依存や薬物依存の治療を受けたことがなく、今後適切な治療を受けることが重要と思われる。
・本人は薬物やアルコールを自費で入手してはいない。誰かが購入し、彼女に与えているものと思われる。

違反行為事項
・かつて飲酒運転と薬物容疑などで逮捕されており、そのうちの一つで有罪となっている。・
・過去30日間において、3日間抑留されていたが、裁判を控えていたり、仮釈放下であったりするような状態ではない。
・本人は法的な問題を深刻にとらえ、相談機関からの援助に関心を持っている。法律に関する相談や、適切な機関への紹介が重要であると考えられる。

家族関係
・3年前から結婚しており、そのほとんどは夫と子どもと暮らしている。その状態におおむね満足している。
・同居人の中には、アルコール依存であり、薬物の問を抱えている者がいる。
・これまで、身体的虐待を受けてきたが、過去30日においてはいかなる虐待も受けていない。
・現在に至るまで、父を除いた家族とはいい関係を築いている。父とは、現在に至るまでかなりの軋轢を体験している。
・過去30日において、家族とは1日、その他の人々とは4日、うまくいかなかった日があり、家族との問題に対処することも必要であるが、社会との問題に対処することが強く望まれる。

精神医学的事項
・現在に至るまで、暴力行為をコントロールすることが非常に困難であることを自覚している。このことで治療を受けたことはない。しかし、面接時においては、敵意ある感じは受けなかった。
・心理的なことで困っているとの報告はなく、治療についても必要と感じていないようである。
・治療の必要性はあまり考えられないが、今後、怒りの感情の取り扱いに関する教室に参加することが重要と思われる。

その後の経過
Ⅰ期：2003年1月16日
Ⅱ期以降には進まないまま、
2003年10月9日に無断欠席し、中断。

(5)プロフィール作成
詳細にアセスメントと評価がなされ，最後にプロフィールをつくる．

	既往歴	経済的	酒	薬物	法的	家族	心理的
成功例	0	0	3	6	4	0	5
失敗例	0	5	4	4	4	6	2

0-1：何の問題もない
2-3：若干問題がある
4-5：中程度の問題がある
6-7：かなりの問題である
8-9：最大の問題である

(6) Court/Treatment Intervention:
治療プログラムが展開される期間で裁判所と治療プロバイダーが連携をとり行われる．ホラ判事のプログラムでは治療期間は全体で18ヶ月．これを6ヵ月ごとにⅠ期，Ⅱ期，Ⅲ期に分ける．尿検査は毎週1回義務づけられ，これは薬物乱用をチェックするモニターであると同時に再使用への圧力となっている．裁判所への出頭はⅠ期は毎週1回，Ⅱ期は2週に1回，Ⅲ期は月に1回とプログラムが進むと裁判所への出頭回数が減り，裁判所によるコントロールは弱まる．出頭日の前日までに尿検査結果と治療プロバイダーへの参加状況，カウンセリングへの参加などが報告される．
視察時にたまたま治療プログラムに参加している者の出頭日に当たっていたらしく，一人の依存者が法廷に現れた．ホラ判事はすでに治療プロバイダーからの報告を読んでいたらしく，励ましの声をかけ，ほんの数分でこの出頭者との会話は終わった．

(7)Completion：治療の卒業と失敗:
Hora判事プログラムは，1998－2005の7年間にわたるが，治療プログラムに関する統計によると，プログラム参加者745名，卒業は男性132名，女性53名であった．500名前後がⅠ期で脱落している．卒業した者の再逮捕率は11%，プログラムに参加せず刑務所に行った者の再逮捕率は80%と言う．
失敗例では事例で紹介したように，プログラム第Ⅰ期で裁判所に出頭しなくなる．失敗する要因について，ある治療プロバイダーは，精神疾患があること，家族のサポートがないこと，そして安易に薬物を再使用してしまうことを挙げている．失敗例は規則的に治療プロバイダーのもとにやって来ず，治療施設で行う尿検査は陽性なのに，「俺は頑張る」といった回復の意志だけは見せようとする者が多い．外来型治療施設では，姿が見えなくなったと思うだけで，脱落かどうか判らないと言う．
失敗すると治療プロバイダーに連絡されることもなく刑務所に行くのであろう．プロバイダーの多くが裁判所に出向くので，その時に失敗を知るのである．
ホラ判事はプログラムを無事終了した3名の卒業式を裁判所で行う日に合わせて視察に来るように言ってくれたので，卒業式の場面を見ることができた．3名とも男性でプログラム開始の頃に撮影したと思われる写真を卒業証書に貼り付け，「WANTED」と書かれてあり，ユーモアたっぷりに授与式を行っていた．傍聴席には卒業者の家族が来ていて和やかな雰囲気であった．30歳の男性が卒業証書を受け取った後，彼の母親が傍聴席から「このプログラムが6月に終わってしまう．私たちにできることはないのか」と，ハンカチで目元を抑えながら話していたのが印象的であった．
後述するProposition36の影響もあるのであろう．ホラ判事のユニークなプログラムは，今後続けられるのか分からない．

(8)薬物裁判所の特徴
ドラッグコートの特徴を述べるとすれば，以下のように4つ挙げることができる．
①structure：裁判所と治療プロバイダーの協働作業という構造．司法的ダイバージョン．
②pressure：尿検査などのモニタリング
③motivation：犯歴が消える
④housing, job：高校卒業証，免許証など社会復帰に必要な援助も行う．（ホラ判事は雇い主に表

彰状を出して，就職口を広げようと努めた)

3．薬物裁判所と治療プロバイダー

(1)治療プロバイダーとの連携

薬物裁判所と連携している治療プロバイダーのいくつかを紹介してもらい,訪問する機会を得た．すでに述べたように，治療プロバイダーは定期的に尿検査を行い，カウンセリング，グループ・ミーティングを行う．通所型と入所型があり，最近はすべての薬物依存者に治療を義務づけるProposition36があるために，通所型と入所型があり，最近はすべての薬物依存者に治療を義務づけるProposition36があるために，拘禁されずにドラッグコートで導入プログラムが開始される者ばかりでなく，刑務所出所直後に裁判所から治療プログラム開始を命じられる者もでてきたために，入所型が適当と思われる者が増えている．しかし，入所型施設では入所定員があり人数に限りがあるため，通所型施設で治療プログラムをおこなうしかないので，通所型施設の職員は苦労しているようであった．

さらに入所型施設では治療共同体の処遇を取り入れているところが多く，規律に厳しい印象を受けた．ある通所型施設の職員が語った話が薬物依存者の治療を考える上で示唆に富むものであったので，ここに紹介しておく．

「プログラムに失敗する人は薬物乱用だけでなく精神疾患など合併するdual diagnosisの人が多い．こうした人には治療共同体的スタイルは合わないと思う．女性では性的虐待を受け，PTSDと診断される人が90%以上なのです．治療共同体はシナノンが始めた厳しい対決姿勢が特徴で，乱用者の防衛を攻撃する．それが外傷となるのです．コンフロンテーションを避けることばかり考えるようになる．新しいコミュニティ・ミーティングでは互いにサポートとケアを与え合う．何か問題が起きればみんなで話し合い，全員がsecond chanceを持っているのだと確認し合い，共感とケアで乗り越える」

集団生活の中で規律に従い，半ば軍隊生活のような環境ではドロップアウトしてしまう依存者をどのように治療プログラムに乗せていくかが問題なのである．治療共同体的スタイルで職業訓練を行い，社会復帰が果たせるタイプもいれば，そうでないタイプもいる．依存者の特徴にあった治療を考えていかなければならないということである．

(2)治療プロバイダーの多様性

さまざまな依存者に対して，治療プロバイダーは治療に特色を出そうとしている．視察した施設から特徴を考えてみたい．勿論，ほんのわずかな数しか見ることはできなかったし，短時間で内容を把握できたわけではないのだが，興味をもった点について列挙したい．

①Dual Diagnosis を標榜する通所型施設

プログラムを脱落する原因として精神疾患が多い．特に統合失調症，うつ病，PTSDなどが挙げられ，精神科と連携しながら，向精神薬を服用しながら通所してくる．精神科医が週に4時間パート勤務している施設もあった．従来のTCスタイルに合わないクライエントに目を向けている．

②メタンフェタミンの流行とMatrix(UCLA)

サンフランシスコは最近メタンフェタミンが流行している．メタンフェタミン乱用者向けにUCLAが作成したプログラムがMatrixである．Matrixは16週間のプログラムであり，ホラ判事のプログラムは1年半なので，その期間中の16週間をMatrixに当てる．

③居住型施設

治療共同体のようにある程度長い期間ではなく，45日～60日程度外出できないような構造で主にカウンセリングやグループ・ミーティングを行う．薬物裁判所から1年半のプログラムを言い渡された者も入所することがある．その場合には毎週の尿検査はせず，ある程度不定期の尿検査となる．外出できない構造なので，薬物の再使用は考えにくいからであろう．

④薬物依存の妊婦や出産間もない女性を対象とした施設

Proposition36の成立で，刑務所に行く人も必ず治療を受けなければならなくなった.そのため，刑務所にいる期間を短縮して，早く子どもと一緒に暮らせるように創られた拘禁型の入所型施設も登場した．施設内に赤ちゃんの泣き声が聞かれ，まるで託児所のような雰囲気であった．なるべく母子分離の時間を少なくすることが将来の薬物依存者をつくらないために必要なのかもしれない．女性や妊婦の薬物依存者への処遇をこれまで通りの方法ではうまくいかないということでもあるの

だろう．

⑤OASIS

薬物裁判所と直接連携していないが，全米でも珍しいC型肝炎対策の国立の施設である．今はエイズではなく，C型肝炎こそが焦眉の課題と言うわけである．啓蒙活動とインターフェロンも無料で投与する．この施設は通所型施設の構造で，精神疾患を持つ者や薬物依存者も多いという．注射針の交換も行っていて，アディクションとC型肝炎の両方について教育している．また，薬物依存者にはメサドンのかわりにSuboxone(buprenorphin)を処方している．

薬物裁判所のプログラムを支えているのは治療プロバイダーである．薬物依存者の特徴を考え，さまざまなプログラムを用意しており，その多様性に驚くばかりである．

4．Proposition36

正式にはProposition 36, California Substance Abuse and Crime Prevention Act of 2000(カリフォルニア依存性物質乱用と犯罪防止法令)というこの法案は違法薬物を所持するか，あるいは使用した罪で有罪を宣告されたカリフォルニア州の成人は，監禁された場合もそうでない場合も，薬物乱用に対する治療を受けなければならないというものである．Proposition36は薬物乱用政策の転機になるかもしれないとニューヨーク・タイムズも報じた．

カリフォルニア州のProposition36に類する法案を成立させた州はアリゾナ，ハワイ，ワシントン，ニューヨーク，ニューメキシコ，ミシガン，フロリダ，メリーランド，テキサス，カンザスなどである．特にアリゾナ州は早くに法案が成立し，1996年にProposition200，1998年にはProposition300がつくられ，1999年に千名以上がProposition200で扱われたがその3/4はフェニックスであった．

(1)法案の成立

この法案が成立したのは2000年11月7日であるが，それに先だってカリフォルニア州にある58郡のうち8つの群で実施前に施行されていた．住民投票で2/3が賛成し，2001年7月1日から発効，2006年6月まで5年間の資金提供が決定したのである．カリフォルニア州は2001年2月から5年間で6億6千万ドル，各会計年度ごとに1億2千万ドルを割り当て，同時に5年間に犯罪がどれだけ減少し，拘禁施設での費用が軽減するかを含めたProposition36の評価を要求している．カリフォルニア州の分析では，Proposition36に年間4万5千名が対象となり，そのうち1/3はロサンゼルス市民であること，そして資金と治療提供が間に合うかという点が懸念されている．薬物裁判所と連携している治療プロバイダーは民間施設であり，Proposition36では公的治療システムの発達が期待されている．

(2)Proposition36の治療的流れ

この法案では，薬物事犯者で仮釈放者に対して1年間の治療とさらに6カ月のフォローアップ・ケアが命じられる．薬物裁判所と異なり2回までの逮捕者に適応されるが，公共の安全を脅かす人や治療効果のない人は初犯であっても対象から除かれる．「スリー・ストライク」と言われるように，3回目の逮捕以降はProposition36の資格はなく，ずっと刑務所にいなければならない．

以下にProposition36の処遇の流れを図示した(図2)．

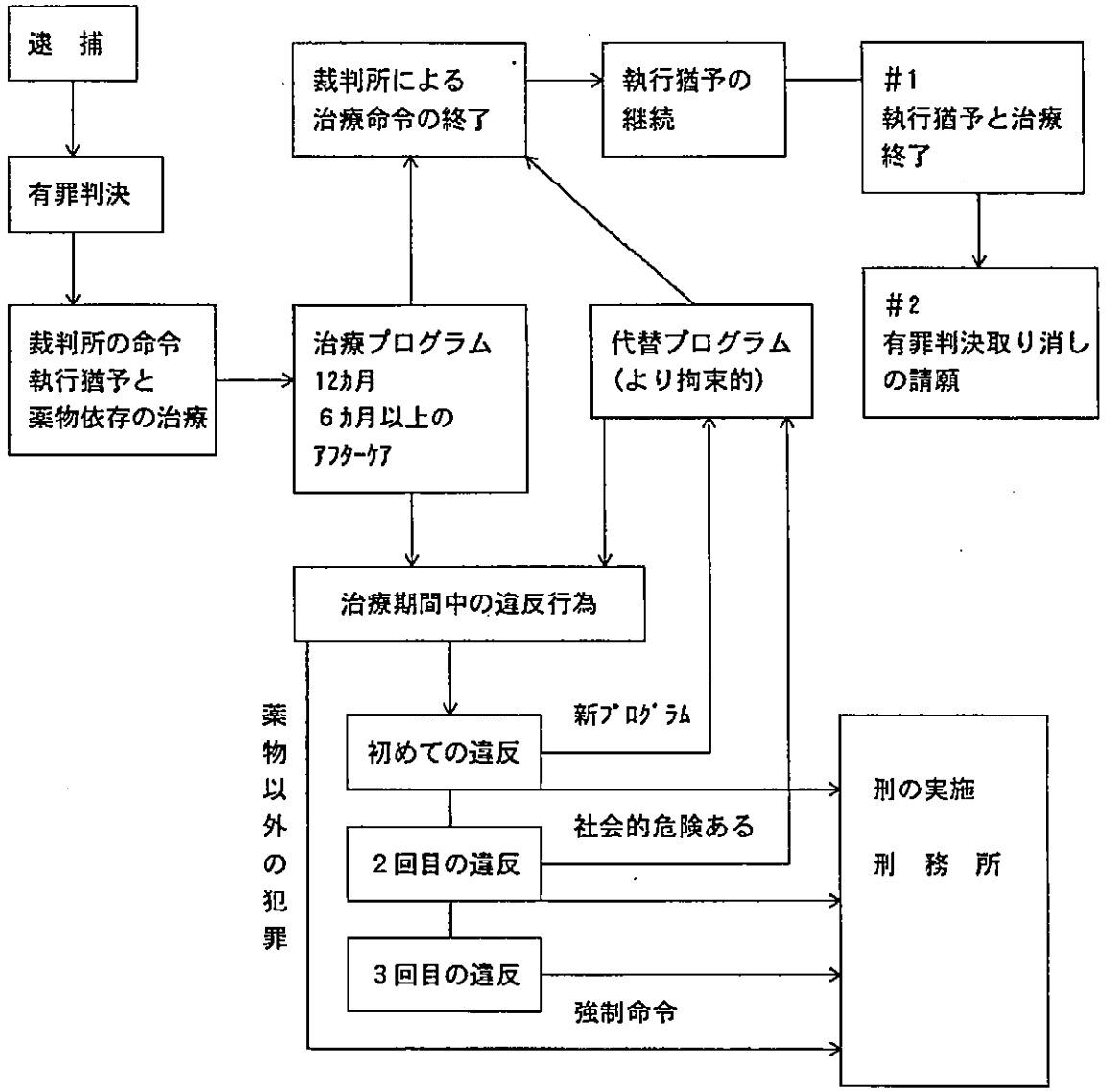
(3)ドラッグコートとProposition36の比較

薬物裁判所から1年半とこの法案の異なるところは，薬物事犯者が治療を希望しようがそうでなかろうが強制的に治療を受けなければならないことである．さらにPre-Pleaモデルのように，犯罪歴が消えることはほとんど期待できない．その意味で治療意欲の点で違うのである．

多くの薬物裁判所が治療プログラム導入の条件として，初犯であることを挙げているが，その点では2回目まで対象としている．これまで，薬物事犯者に対して極端に短い「最短期拘禁」でほんの数日で出所していた者では，1年半にわたる長い治療プログラムよりも短い拘禁を望む者も多かった．しかしこの法案のために治療を受けざるを得ないので，拘禁を望む者はかなり減少したようである．

さらに前述したように，拘禁期間が残っている妊婦などは早めに治療を受けることと子どもと一緒にいられるような施設も創られるようになったのである．また，刑務所に行けば刑罰が終わっていたのに，出所するとすぐに治療が待ちかまえて

図2．Processing of first or second drug possessin conviction under Proposition36



いる状況となり，出所者を多く扱う施設も増えている．

治療プロバイダーの多様化とこの法案の成立は関係があると思うのだが，現段階では十分に調査を進められなかったので，これ以上報告することはできない．

C．考察

カリフォルニア州アラメダ郡裁判所のホラ判事の協力により，事例を提供していただき，かつ関連する治療プロバイダーを視察し意見を聞くことができた．そして，ホラ判事の治療プログラムを詳細に検討することで，薬物裁判所の実態がかなり浮かび上がってきたように思う．

薬物裁判所の特徴は，①structure：裁判所と治療プロバイダーの協働作業という構造．司法的ダイバージョン．②pressure：尿検査などのモニタリング③motivation：犯歴が消える④housing，job：高校卒業証，免許証など社会復帰への視点にまとめることができる．

しかし，Proposition36の成立が治療を強制するものであり，「刑罰の代わりに治療を」と唱えた薬物裁判所と違って，この法案は「刑罰も治療

も」になっている．薬物依存者を犯罪者と見るか患者と見るかは常に考えられなければならない．フランスの「1960年の法」に見られるような「患者」として定義する法案ではなく，「犯罪者であり患者でもある」と規定されたことになる．20世紀末に爆発的に広がった薬物裁判所は終わるのだろうか．今後の流れに注目したい．

ところでProposition36が刑務所に入った薬物依存者も積極的に治療の対象としている点は興味深い．アジアでもマレーシアやタイの刑務所では治療共同体のデイトップ型の処遇を試みている．我が国では薬物乱用者の多くが刑務所に収容されており，参考になると思われる．

我が国では治療施設は少なくわずかにダルクなどが注目されているに過ぎない．治療方法やプログラムを考える上で，この報告書に訳出したASIなどを使ったアセスメントと評価は，薬物依存者の治療をおこなう際に参考になると思われる．

D．結論

1．薬物裁判所の実地視察を行い，薬物関連事件についての司法システム，薬物裁判所の方法を，実際に扱われた事例に基づいて理解し，さらに治療プロヴァイダーと裁判所の連携，治療プログラムの実際を調査した．

2．カリフォルニア州のドラッグコート（成人，少年）は4つのモデルに分類され，おそらく他の州も同様であろう．①Pre-Plea モデル②Post-Plea モデル③Post-adjudication モデル④Civil モデル

3．薬物裁判所の治療プログラム導入時におけるアセスメントと評価は，ASIなどを用い詳細に評価されている．評価尺度を訳出した．

4．治療プログラムの成功例と失敗例を取り上げ，事例研究的に紹介した．

5．治療プロバイダーは強制治療を唱った法案Proposition36の成立により，また精神疾患などの合併する依存者に対応を迫られ，多様化しつつある状況を説明した．

6．最後にProposition36の処遇の流れについて報告した．

E．参考文献

Joan E. Zweben, Hon.Peggy F. Hora, Judith B. Cohen: Moving Evidence Based Treatment into the Drug Court Setting. CSAT. SAMHSA. 2004.

An LAO Report: Implementing Proposition 36: Issues, Challenges, and Opportunities. 2000.

Captain Manuel Silvia, Lieuteant Mark Cllins, Secretary Cheryl Gomez : Hayward Ploice Department Drug Court.

Hon Peggy Fulton Hora, Deborah J. Chase : Judicial Satisfaction When Judging in a Therapeutic Key. [2002/2003]CIL25

Hon Peggy Fulton Hora, William G. Schma, John T.A. Rosenthal: Therapeutic jurisprudence and the drug tretment court movement: revolutinonizing the crimimal justice system's response to drug abuse and crime in America. Notre Dame Law Review. 1999.

分担研究報告書
(2－4)

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)
分担研究報告書

「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

分担研究者　宮永 耕　　東海大学健康科学部社会福祉学科

研究要旨　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"）」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、薬物依存者を対象とした効果的な治療システム構築のために、わが国に先行して実績あるシステムを持つアメリカ合衆国等での実践について調査研究し、効果的方法の導入に向けて検討した。中でも、医療システム・司法システム・社会システムの要点に位置し、今日における薬物依存者処遇の中心的資源として認知されてきた「治療共同体（以下ではTCとする）」の概念、構造について総合的に検討した。さらに、TC実践における現状と課題について調査し、わが国への導入における方策についても検討した。

今年度は、昨年度の研究成果を引継ぎ、以下のとおり合計3回の海外実地調査を実施した。第1回目はアメリカにおける伝統的TC実践の概略および現状を把握するために、東部（ニューヨーク・ワシントンD.C.）を、第2回はアメリカとは異なる文化的環境の下に展開するヨーロッパでの実践活動の理解のためにスペイン（マドリッド、マヨルカ島）、イタリア（チヴィタヴェッキア、ジェノヴァ）、ポーランド（クラクフ、グリヴィツェ）を、さらに第3回はアメリカ社会の特別な少数派集団での薬物問題に対応するために各種の修正型実践を積極的に展開する西海岸（サンフランシスコ他）と中南米コロンビアでの実践モデル（メデジン）をそれぞれ訪問し、TCおよびそこに関連する諸機関において見学と調査を実施した。上記見学対象の諸施設においては、昨年同様、調査項目用紙に基づいて援助スタッフ、施設管理者、関連研究者等に協力を求め、半構造化面接（Semi-Structured interview）法によるヒアリング調査を実施した。

今年度の研究結果をまとめると、以下のとおりである。1．Structured TCの基本的コンセプト（Community Based, 12-Step oriented, Level System, Job Function, Counselor as Recovering Addict）は、現在においても世界で主流にあるといえる。2．WFTC（治療共同体世界連盟）に参加する各TCのプログラム構造は、文化的・制度的な背景を異にしながらもMission, Vision, Philosophyを共有していた。3．（入寮型）TCにおける回復援助のアプローチは基本的に3期に分けられ、第2期がそのものでTC Phaseと呼ばれ、中心に位置づけられる。しかし、第1期のPre-Residential Phase（スペイン語圏ではAcogida）は、解毒だけでなく、司法措置など動機付けの弱い対象者も増加する中で、まずCommunityが受け入れ、TCでの生活を体験的に理解させ、共同体への自発的な参加者となれるよう援助する不可欠な手続きを含み、治療的関わり全体の成否に大きく影響するものとして重視されていた。4．民族的・性的マイノリティ、またはHIV陽性の人、ホームレス状態にある人、重症の精神疾患合併者、またはそれらの重なり合った集団のニーズに対応するため、Modified（修正版）TC modelが既に展開されていた。そこでは伝統的モデルが目的としたDrug freeな指向性だけでなく、現実的な戦略としてのHarm Reductionアプローチが多様な形式で導入されていた。5．TCの回復援助プログラムは、世界的に見て基本的には非営利団体（いわゆるNPO）が担い、利用者からの費用徴収を前提としない提供の構造が確保されていた。6．TC治療の成果に対する評価は、他の処遇方法に比較した費用対効果の面からも合理性が認められ、アメリカに限らず世界各地

で、近年特に司法機関との連携が進んできている。7．TCの導入に際しては、TC環境の中で専門的なトレーニングを受けた各種の援助職が養成される必要があり、多くのTCでTC professionalの養成プログラムが実施されていた。8．TC Professionalsはチームとして、医療、看護、社会福祉、心理、教育、司法、宗教その他の専門領域から複合的に構成されることにより、TCで回復して援助を担う回復者カウンセラーの経験を生かし、全体で提供するプログラムを機能させることが可能となっている。

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る。昨年度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、総括的に調査しその概略を紹介した。あわせて、アメリカ合衆国中西部の2都市を訪問し、現地における治療共同体実践の状況を、薬物乱用・依存に対する医療システムのみならず司法・社会システムも含む全体的取り組みの文脈でとらえようと試みた。そこでは、アメリカにおいて、今日既に実践的な蓄積を持った治療共同体は、薬物依存者の回復援助における主要な役割を果たし、社会的にも位置づけられていることが理解された。

本年度は、アメリカ社会とわが国との社会諸状況の差異を考慮しつつ、この効果的な方法の導入について今後検討していくため、アメリカ以外でも広く展開されているといわれる各地の実践状況の分析を加えて総合的に考察することを課題とした。

B．研究方法

「治療共同体（Therapeutic Community、以下ではTCとする）」について総合的に理解するために、TCに関する基本的文献による整理を行った。

さらに、以下のとおり計3回に分けて海外実地調査を行った。今年度第1回は、アメリカ合衆国東部（ニューヨーク及びワシントンDC）、第2回は、ヨーロッパ3カ国（スペイン、イタリア、ポーランド）第3回は、南米コロンビア（メデジン）とアメリカ合衆国西部（サンフランシスコ）において、各回数箇所のTC施設および関連機関等における見学調査を実施した。

第1回目の調査では、今日のTC実践の教科書ともいえる伝統的モデルを中心に訪問し、そこでの実践概念を学び、現在の状況を調査した。第2回は、アメリカとは異なる社会的背景を持つヨーロッパ諸国の中から、比較的長い歴史を持つイタリア、スペイン、そして旧社会主義諸国の中心であるポーランドでの実践について、アメリカでの状況と比較検討した。第3回は南米の中心的TC実践モデルと修正型TCモデルの最先端として知られるサンフランシスコにおける展開について調査検討した。

上記の見学対象の諸施設においては、昨年度とほぼ同様に、調査項目用紙に基づいて援助スタッフ、施設管理者、関連研究者等に対する半構造化面接（Semi-Structured interview）法によるヒアリング調査を実施した。合わせて調査時に入手した各種の資料等を分析し、理解に役立てた。

今年度の調査機関・施設を以下に記した。

＜今年度の訪問調査対象機関・施設一覧＞

第1回（平成16年6月）

(1) DAYTOP VILLAGE Inc. / MANOR HOUSE / FOX RUN Residential Center / MEADOW RUN Residential Center / SPRINGWOOD Residential Center at Rhinebeck Campus (Rhinebeck, NY)

(2) PHOENIX HOUSE FOUNDATION / PHOENIX CAREER ACADEMY (Brooklyn, NYC)

(3) SECOND GENESIS Inc. / ANNE ARUNDEL and CO-OCCURRING facility (Crownsville, MD)

(4) SECOND GENESIS Inc. / HARVARD ST. facility (Washington D.C.)

第2回（平成16年9月）

(5) PROYOCTO HOMBRE Madrid / Programa de Adolescentes y Familias SOPORTE(Madrid, SPAIN)

(6) PROYOCTO HOMBRE Madrid / Comunidad Terap?utica de NAVALCARNERO (Madrid, SPAIN)

(7) PROJECTE HOME Balears / Comunitat Terapeutica SES SITJOLES (Campos de Mallorca, SPAIN)

(8) PROJECTE HOME Balears / Comunitat Terapeutica CASA OBERTA / Centre de Deshabituaci?

n ANDANA (Binissalem de Mallorca, SPAIN)
(9) CENTRO di SOLIDARIET? / IL PONTE / Program COCCINELLA (Civitavecchia, ITALY)
(10) CENTRO di SOLIDARIETA-Genova (CSG) / Comunita di TRASTA (Genova, ITALY)
(11) CENTRO di SOLIDARIET?-Genova (CSG) / FASSOLO / Program CASA BELLA / CASTORE E POLLUCE / Casa Alloggio "LA TARTARUGA" (Genova, ITALY)
(12) CTN MONAR Krakow / Dom MONAR'u / Detox / Dom GWAN (Krakow, POLAND)
(13) FAMILIA / Spolecznoc Terapeutyczna FAMILIA (Gliwice, POLAND)
(14) KATOLICKI O?RODEK REHABILITACYJNO / Dom NADZIEI (Bytom, POLAND)

第3回（平成17年1月）
(15) Fundacion HOGARES CLARET / CASA CLARET Medellin / HOGAR CLARET de ACOGIDA / HOGAR CLARET LA LIBERTAD (Medellin, COLOMBIA)
(16) Fundacion Universitaria LUIS AMIGO / Centro de Desarrollo - HUMANO (Medellin, COLOMBIA)
(17) AARS?Asian American Recovery Services Inc. / Program ADAPT / Adult Residential facility (San Francisco, CA)
(18) WALDEN HOUSE Inc. Adult Residential facility / Adolescent Residential / Day Treatment Center (San Francisco, CA)
(19) THE DELANCEY STREET FOUNDATION (San Francisco, CA)
(20) UCSF Stimulant Clinic / Program STOP (San Francisco, CA)
(21) BAKER PLACES Inc./ CAMELOT Residence (San Francisco, CA)
(22) HAIGHT ASHBURY FREE CLINICS Inc. / SMITH HOUSE ? SMITH RYAN (San Francisco, CA)
(23) Program TRANS by UCSF (San Francisco, CA)
(24) San Francisco Needle Exchange Site (San Francisco, CA)
(25) An ADVENTIST HEALTH AFFILIATE / St. Helena Center for Health Alcohol & Chemical Recovery Program (St. Helena, CA)

なお、アメリカ東部における調査期間は、平成16（2004）年6月18日～25日に、分担研究者宮永耕と主任研究者和田清（部分）とで、ヨーロッパ調査は平成16年8月31日～9月12日に、分担研究者宮永耕と阿部恵一郎（部分）とで、アメリカ西部調査は平成17（2005）年1月23日～31日に、分担研究者宮永耕と庄司正実（部分）他の研究協力者とで、南米調査は平成17年1月18日～22日に分担研究者宮永耕がそれぞれ実施した。

C．研究結果

1．TC概念の再整理

薬物依存者を対象としたTCは、1960年代以降にアメリカにおいて、AA等自助グループの活動の広がりを背景に、当時の既存治療に対するalternative（自助的代替策）として発展してきた。伝統的TCにおいては、共同体運営を基本とする長期の入寮型プログラムを基本とし、回復モデルとしてのリカバードスタッフの活用と専門職とのコラボレーションによる包括的な介入とサービスの提供を行っていることについては、昨年度の本分担研究において報告した。

今年度は前掲のとおり、世界各地において展開する数多くのTCを訪問調査することによって、その現実的な運営方法について知ることが可能となった。以下では、それらを通して再度整理したTCの基本モデルを示し、その情報源となった各TC施設の運営状況について報告する。

(1) TCという言葉が示すもの

TCという用語が示しているものは、その文脈において若干の読み替えを要する場面がある。すなわち、TCとは、集団形態をとる生活そのものであり、治療的介入の方法であり、また目的概念でもある。TCはプロセスであり、施設やその運営であり、相互関係についての理念でもある。また、わが国では治療施設というと設備や建物をイメージしがちであるが、TCを治療施設ととらえるとき、その内容はそこで展開されるプログラム自体（いわばソフトウェア）を示している。このように多義的な概念であるTCについて、正確に把握することなしに精緻なレベルでの検討は困難であり、少なからず危険があるといえる。

治療的アプローチとしてのTCは、そのプロセスを大きく3つのステージに分けて考えるが、その

中心となる第2段階が、そのものとして一般に”TC Phase”と呼ばれることから、狭義には中長期間の共同化された入寮生活場面をもってTCとして議論される。しかしながら、その前後となる導入に主眼を置いた第1段階と、社会への再適応を目指す第3段階も含めた一連の戦略もまた同様に、TCの用語を用いてそのあり方が議論され、その改良と修正方法が世界各地の実践現場でも模索されていた。

本研究においても、この点を状況に応じて整理しながらインタビューする必要があり、記録整理する段階になって改めて混乱をきたしたり、収集された情報の不明瞭性に気づかされるような場面もあった。今後、わが国においても、このTCという基本的用語の多義性については、最初に意識して整理したうえで議論されていく必要があろう。特に、今日既にいわゆる伝統的モデルの範疇をも超えたTC実践が数多く行われていることを考慮すると、なおさらその必要性を意識させられる。

なお、後述するWFTCでは、以下のようにTCについて定義しWebにも掲載している。

治療共同体とは何か？（by WFTC；宮永試訳）

「治療共同体（TC）」とは、薬物乱用行動をやめ個人の成長を促進することをその主要な目的とする、薬から解放された自助的援助プログラムである。TCモデルは9つの必須の要素を取り入れる。これら要素は、行動と態度の変化に共同体（コミュニティ）を利用するという社会的学習理論に基づいている。それら要素とは、以下のものである：

1. 活発な参加、2. メンバーシップ・フィードバック、3. 役割のモデリング、4. 個々の変化を導くための総体的なフォーマット、5. 共有された基準と価値、6. 構造とシステム、7. 開かれたコミュニケーション、8. 個人間のまたはグループの関係、そして 9. ユニークな言葉の使い方、である。

TCは、専門家とそれに共同するスタッフ、その両者を含む。自らのプログラムを修了し、カウンセリングにおける研修期間のトレーニングを完了したTCプログラムの卒業生は、プログラムの持つ効果の重要な一部分である。そしてそのことは、医学、精神保健、教育および法律領域からの専門家の包含と同等である。

共同体活動は、メンバーが個人的な発展における以下の5つの、別個でありながらも重なりあう領域で探求し、自分自身について学ぶことを援助する：それは行動管理（感情的または心理的で、知的で、霊的で、職業あるいは教育と生き残るための技術）である。

TCは、人間とは変化することが可能で、共通の人間としての経験を理解し共有して、学習が挑戦と行動とを通して成し遂げられることを信じる。

TCにおける治療は、共同体への参入（入寮）から始まる。ここで、メンバーは価値と共同体の規範を学ぶが、それは社会によって保持されたそれらの反映されたものでもある。治療の中間段階においては、メンバーは個々の物語と経験とを探究し、新しい行動を行い、自身に対する大いなる自尊心と知識とを獲得し始める。新しい態度と行動が発展させられる時に、また、職業上あるいは教育的なトレーニングを含めて、未来のための個々のゴールと可能性もまたそうである。

治療の次なる段階は、より大きな共同体への再入場（Re-Entry）という重要な仕事に関係している。他者と関連する新しい方法が行われて、メンバーは共同体からサポートを受けている間にもTCの外で働くか、学校に行くという貴重な経験を得る。最終的には、メンバーは独立して住み、アフタケア・プログラムからのサポートを受け続ける用意ができるであろう。

TCモデルは異なるクライアントの集団と設定とに適応できる。

青年期向けのプログラムは、完全な教育的なカリキュラムと、より大きな家族への関与を含む。そのモデルは、外来患者に対する設定に、また長期間またはより短期間での治療にも適応が可能で、それらの特別の医療的関与または他の生活様式の変化を引き起こす専門的なグループを含むことができる。

TCは回復プロセスにおいて、人間全体を、その個人の完全で健康的協力的な人間関係と満足な仕事とを伴った積極的な生活に引きつける。

(2) TCと文化的諸要素

今年度の第1回調査で訪問したニューヨーク市に本部を持つDAYTOP VILLAGE Inc.は、1960年代前半に創設されて以来40年以上にわたる歴史をもち、今日ではWorld Federation of Therapeutic

Communities（以下ではWFTCとする）という最大規模の世界連盟における中心的役割も担っているが､DAYTOPには多種の専門分野が併設されており、その中の一部門としてDAYTOP International Inc.も設けられている。これは、世界各地の要請に応じて薬物依存者治療の経験と知識や情報を提供･教育する役割を持っており、中国などアジア諸国においてもDAYTOPモデルに倣ったTCの設立が行われてきた、との説明を受けた。

ただし、TCの実践にあたっては社会の文化的側面を重視して行われなければならず、その意味ではDAYTOPで行われた経験の直接的移植は効果的でないということがまた同時に強調されていた。まず､それぞれの国での薬物使用とユーザーの文化、社会的制度の側面、家族や社会規範の状況、社会資源の状況、国民･住民意識等様々な変数が検討されて、総体的な文化的側面を把握したうえで、経験的に効果のあったTCモデルの導入と繰り返される評価に基づく部分修正とが必要となることが理解された。

その意味から、今年度はアメリカ以外のヨーロッパや南米といった文化的背景を多少なりとも異にする地域で行われているTC実践をも視野において、再度今日のTCの実際的な理解を試みている。

(3) 世界標準としてのWFTC

WFTCは今日全世界的なTCの連合体として、各地で行われるTC実践の方向に大きな影響力を持っている。Mission（使命）とVision（展望）とを共有し、それはPhilosophy（哲学･人生観）としてTCに参加するあらゆる人々に生活実践の中で共有されている。また、それら全体がTC治療のValue（価値）を宣言する。この領域における治療的介入の最大エージェントは世界的に見てTCであることから、薬物問題を抱える多くの政府関連機関が取り組みを進めようとする際にも、外部機関として経験に裏打ちされた一定の影響力を持ち得る。

WFTCには、地域的な連合として8つの組織が設けられている。TCAはアメリカとカナダを、EFTCは西･北ヨーロッパ諸国を、EEFTC（別表記でFTCCEE）は中･東ヨーロッパ諸国を、FLACTはラテンアメリカ諸国を、ATCはオセアニア･太平洋諸国を、そしてAFTCはアジア諸国を各構成メンバーとしている。このことからわかることは、これら加盟国には既にTCとして運営される薬物依存者治療の団体･組織とプログラムが存在していることであるが、逆に日本には未だTCという概念すら十分に理解されておらず、またTCとして行われる自覚的な実践活動もないことから、他の13カ国のアジア諸国による加盟に対して、日本の記述もその情報もないのが現状である。このことをどのように考えるべきか。

WFTCは相互にその経験と知識を分かち合い、各地域の社会状況に応じてそれぞれのTC及びその運営するプログラムがより効果的に働くことに協力する。TC自体は共通する治療戦略の最終段階における課題である「社会への再統合（Re-Entry)」の過程においても、多様に異なる各国･各地域の社会諸制度に対して異議を申し立てることは目標になく、むしろ薬物規制を含む諸制度に対してさえ親和的な側面を持っている。TC実践は、薬物依存を取り扱う社会諸制度の改革を直接に目指すのではなく、治療を終えた個々の依存者が与えられる自らの状況の中でどのように自立的に生活していくか、に焦点を当てる。薬物依存者への治療的介入あるいは薬物に起因する様々なレベルの犯罪の削減を目指していくとき、これまでに世界各地で無視できない実績を挙げてきたTCの導入と活用について実務的に検討することは、将来の課題ではなく遅きに失する感さえある。薬物流通の国際化が話題に上って久しいが、薬物依存者の治療的経験に関してもこれほどの国際的孤立を選択しているとしたら、そこにはどのようなメリットがあるのか。

また、運営方針や戦略の違いなどによりWFTCに加盟しないその他のTC実践も、全世界においてこの外側に展開されている現実を考えるとき、民間施設DARC（Drug Addiction Rehabilitation Center）が独自に1980年代半ばより行ってきた援助実践活動をおいて他にほとんど進展が見られなかったわが国の状況に対して、TCはこの上ない具体的な素材としても我々の前に提示されていることが理解できる。

2．世界各地のTC実践

以下では、今年度訪問調査を行った前述のTC諸施設、プログラムについて、その概要と特徴を報告していく。ただし、訪問施設等一覧に挙げた25団体、あるいはそれ以上の数に上るプログラムを一律の方法･形式で報告することは困難であり、

また各プログラムを同様に記述する基準も見出せないほどに多岐に及んでいる。この1年間に収集した資料に基づく報告として、同時期に世界各地でどのようなTCとそれに関連する実践が展開されており、そこでの課題がどのようなものであるか、その概要が示せるように記述することを目的としたい。

I アメリカ東海岸におけるTraditional TC

(1) DAYTOP VILLAGE Inc. (写真1)

今日その実践を継続しているTCのうちで、代表的なものとして必ず筆頭に上げられるのがDAYTOP VILLAGE (以下ではDAYTOPとする) である。1963年9月にアメリカ・ニューヨーク市において始められたこのTCプログラムは今日のTC概念の土台を形作り、居住型TCの有用性を社会的に広める上でも大きな役割を果たしてきたといえる。ちなみに"DAYTOP"とはDrug Addicts Treated on Probationの頭文字に語呂合わせのYを挿入したという開設時の造語1) であるが、SYNANONが目指したプログラムを薬物問題・関連犯罪の多発地域であった1957年当時のNYで展開するという試験的な事業の展開と発展によって、今日では一般的な名詞に近いものとして世界中で広く通用するものとなり、同時にDAYTOPモデルは世界各国のスタンダードとしての価値を持っているといえる。

また、このような歴史的経過から、DAYTOPはその後に誕生してくる多くのTCのサポートを役割とするようになったが、前述のWFTCの創設を呼びかけ、その中心的な役割を果たして今日に至っている。DAYTOP創設者のMonsignor William B. O' Brien師は、80歳になった現在もWFTCのPresidentである。(写真2)

今日DAYTOPは、薬物依存者のリハビリテーション領域において各種の年齢層、性別集団別のプログラムを運営している。Treatment Servicesには、12歳以上21歳までの児童を対象とした ①Adolescent Services ②Adolescent Daycare - Outreach Centers ③Adolescent Educationと ④Adolescent Residential Servicesの各部門があり、21歳以上の成人を対象とした ⑤Adult Outpatient - Brightside ⑥Adult Residential Program がある (男女別も) ほか、Art Feeling Workshop, Family Therapy, Medical Services & Education, Vocational Educational Servicesといった附帯的

写真1

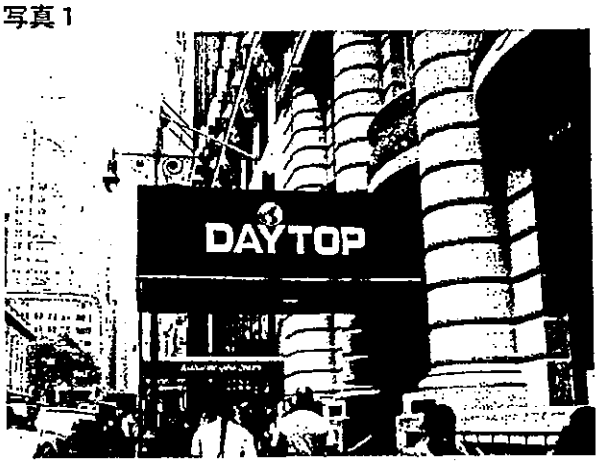


写真2



サービス (Enrichment Elements)、Family Association (家族会)、施設外の地域を指すCommunity Service部門による地域高齢者への無料配食・移送サービス (C.A.R.E.S. for Elderly) や地域団体や学校への予防教育事業Education & Prevention Speakers, スタッフ養成訓練センターPromethean Training Instituteなどが運営されている。加えて1-800のToll-free によるHOTLINEも設けられている。

今回は上記の④と⑥にあたるニューヨーク市郊外Rhinebeck Campusに配置された4つのTC施設を訪問調査した。なお、上記Rhinebeck Campusは、マンハッタンからハドソン川を渡り北西に車で2時間余り北上した広大な敷地に5つの施設が設けられていた。

1) MANOR HOUSE (写真3、4)

「マナーハウス」とは直訳すると邸宅であるが、文字通りの3階建ての建物で利用者による保守管理が行き届いていた。2階には施設長等スタッフ

写真３



写真４

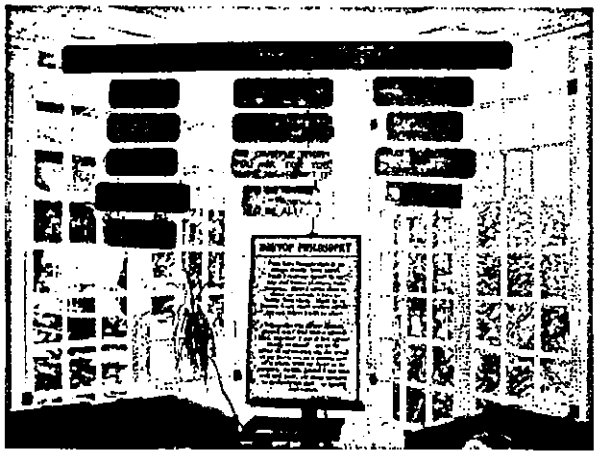


写真５



写真６



写真７



写真８



のオフィスがあり、2-3階部分が居室、1階がミーティングルーム、食堂等共用部分となっていた。朝7時から夜10時までのスケジュールは細かく設定され、週5日間夜間に1時間の施設内でAAないしNAミーティングへの参加も組まれていた。土曜日は地域のAAミーティングへ。地域のAA/NAグループのボランティアが入寮者の送迎に対応しているため、施設スタッフによる送迎は不要、とのことだった。

2) FOX RUN (写真5)

21歳以下の児童を対象にした施設で、Long-term (成人とほぼ同様の12ヶ月) の外に90日以内のDiagnosticプログラムが入寮により行われている。GED (高卒資格証明) 取得のためのクラスも行われているという。

3) MEADOW RUN (1993.12～) (写真6)

21歳以上の成人女性のプログラムが行われる比較的小規模の入寮施設。スタッフも当然女性が中心となっている。

4) SPRINGWOOD (1987.9～) (写真7、8)

石造りの大規模な入寮施設で、入寮者はWork Role Hierarchyに基づいた役割を果たし、施設の運営がCoordinatorらの指示監督のもとに行われている。一例では、外出時は各自名前の書かれたプレートに行き先の色分けされたリングを掛けていくルールとなっていること、受付を担当する入寮者はネクタイの着用が求められる、といった具体的なルールについても説明を受けた。

訪問時にはちょうど滞在していた韓国からの研修団と面談したが、TC治療研修のため医療・社会福祉専門職と牧師らが2ヶ月にわたって派遣され、帰国後はそのまま個々のTC実践現場にフィードバックする、とのことで、DAYTOP Internationalではこういった海外からのTCの実務者研修にも積極的に対応している、という。

また、DAYTOPで受けたTCの概念に関する講義では、その基本的構成要素について、以下の図1によって説明が行われた。

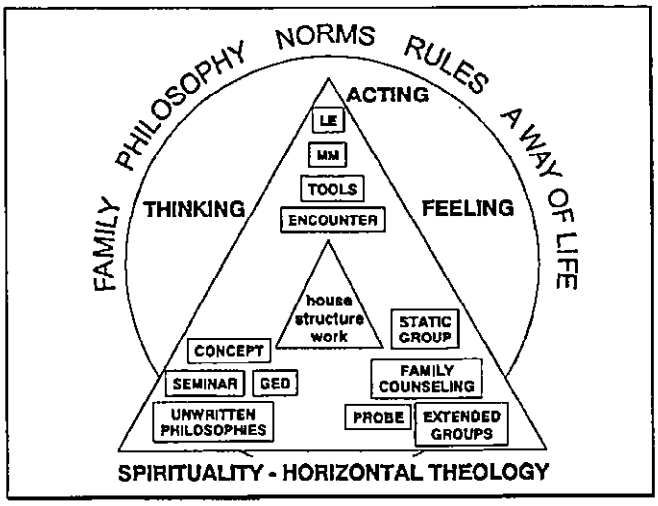
ここでは、依存者である利用者が持つ考え方に介入して影響を与え、感情 (Feeling) が変わることによりそれが行動 (Behavior) に現れ、態度 (Attitude) の変化をも可能にするよう、TCは環境設定がデザインされることを説明している。行動および態度の修正変更は回復の尺度としてとらえられる。

(2) PHOENIX HOUSE (写真9, 10)

DAYTOPとならんで1967年創設以来35年以上の歴史を持ち、東海岸での代表的なTCとして知られるPHOENIX HOUSEは、現在NYを中心に9つの州で100以上の薬物依存に関する治療・予防のLocal Programを運営している。

そのプログラム構成をみると、今日では広範囲に及ぶが、①Adolescent Residential ②Adolescent Outpatient ③Adult Residential ④Phoenix Career Academy ⑤Detox ⑥Women's Programs ⑦

図1 BASIC INGREDIENTS OF A THERAPEUTIC COMMUNITY



Copyright: DAYTOP International Inc., NY

写真 9



写真10

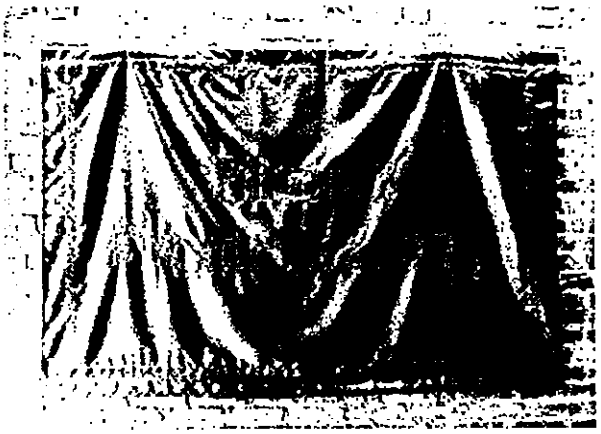


写真11

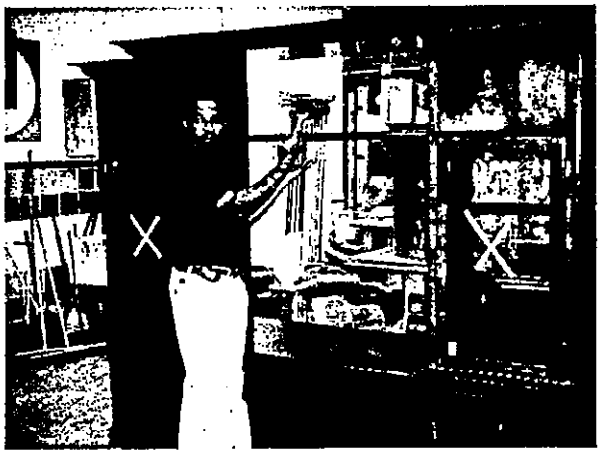


写真12

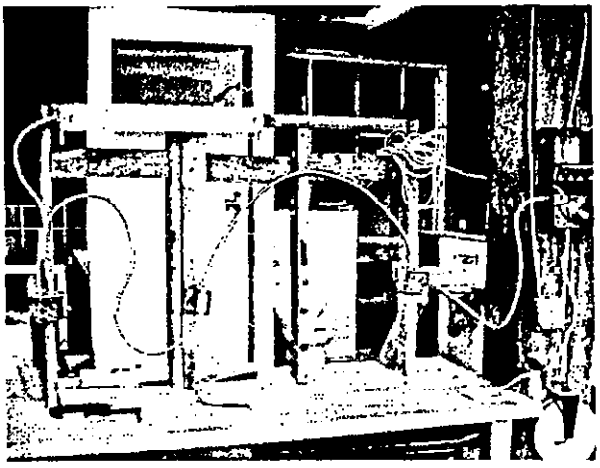


写真13



写真14



Mental Health Programs ⑨TCに大別される。

今回の調査では、Welfare-to-Work（「福祉から就労へ」；アメリカ低所得者政策のトレンド）の進行を加速させるために既存のResidential ProgramにVocational Training（職業訓練）部門を統合し、1999年に始められた全米で最初のモデルとなった上記⑤のCareer Academyを訪問した。この施設は、マンハッタン中心部からも近いBrooklynの歴史的建造物の並ぶ再開発地域の一角にあり、交通の便がよい。特徴はVocational Training & Treatment Complexを標榜するだけあり、Detoxが完了してTCに入寮してから退寮までの18～24ヶ月の間に専門的・集中的な職業訓練も修了させて技術を備え、就職して退寮するという具体的な構想に沿ったプログラムが単一施設内で行われている点にある。

1）寮内プログラムの概要

PHOENIX HOUSEの入寮者は、成人では約80％が法廷命令その他の司法措置によるといわれる。240人の入寮者の内訳は男性198人、女性42人、年齢では25～40歳台前半だが、主として30～35歳は中心である。

まず、TC入寮前に解毒を医療機関その他（使用薬物の種類により異なる）で行った後に、Career AcademyのようなTCへ入寮となる。入寮期間は最低6ヶ月から長い場合2年（24ヶ月）に及ぶが、初期よりTCでのきわめて緊張感の高い集団生活に統合される。そこでは伝統的TCモデルの要素であるHierarchical Program Structure, Privileges and SanctionsやPhase Structure, Job Function, Role Modelsが活用される。また、PHOENIX HOUSEでは、Light living (positive behavior) のコンセプトを重視し、12ステップグループでいう病気（disease model）としての取り扱いはせず、責任（personal responsibility）をコミュニティでの生活各部分に求める、と説明された。

最低6ヶ月間のTCでのパフォーマンスと、入寮前からトータルして1年以上のクリーン（断薬期間）が基準となって入寮者の希望と適性に応じた内容の職業訓練が開始され、集中的に6ヶ月から1年かけて技術を修得させる。退寮前には就職活動を行って仕事を決めてから退寮するようにした結果、95％の利用者が就職し退寮している、とのことだった。

なお、主な使用薬物の種類によって、入寮者の取り扱いには一定の配慮が求められることが経験的に知られ、それはHeroin Addictに対してはより集中的に、より責任を強調していくこと、Cocaine Addictに対してはより注意深く、責任を求めすぎないようにすることが適切である、というが、実際にはとても難しいことでもあろう。Heroin Addictに対するMethadone Maintenanceは行われないが、代わって近年導入されてきたBuprenorphineの処方は行われており、予後成績も良好と評価されている。加えて、5年前より入寮者に対する禁煙サポートのプログラムも行っている。

2）職業訓練のコース（写真11、12、13）

職業訓練は施設内に設けられた技術教育上の専門的設備を備えた教室で定期的に行われる。種目は主に以下の5種類に分類される。

① Culinary Arts（調理・食費管理）；具体的カリキュラムとしては、計600時間の調理技術、500時間の食品衛生管理講習を経て調理師資格を取得し、病院やレストランといった調理サービスに従事するためのトレーニングである。

② Counseling trainings（援助職養成）；自己の回復体験を基に、カウンセリング等専門的援助技術の基礎を学び、将来のカウンセラー等援助職を目指す教育訓練であり、若い入寮者が多く参加していた。

③ Carpentry（大工・木工）；木工技術を基礎に大型家具の製作のための技術まで修得する。ここで製作された製品は、有名大手デパートの注文販売カタログにも掲載され、一般注文にも対応しているという。

④ Building maintenance（ビル内工事）；電気配線工事や水道配管工事等の業務に必要な技術を修得する。

⑤ Computer training (Office/clerical procedures事務系技術)；今日の事務系業務に必須ともいえるコンピュータ操作技術をタイピングの基礎から学び、MS Word/Excel/Access といったソフト操作を修得してMOUS (Microsoft Office User Specialist：旧称）の資格取得やDatabase basic等のプログラミング技術を修得する。

この他にGED資格取得のためのクラスが週2回夜間に設けられている。

3）職業訓練が目指すもの

スタッフによれば、職業訓練は利用者の担う社会的側面の問題を解決していくために重要であり

写真15

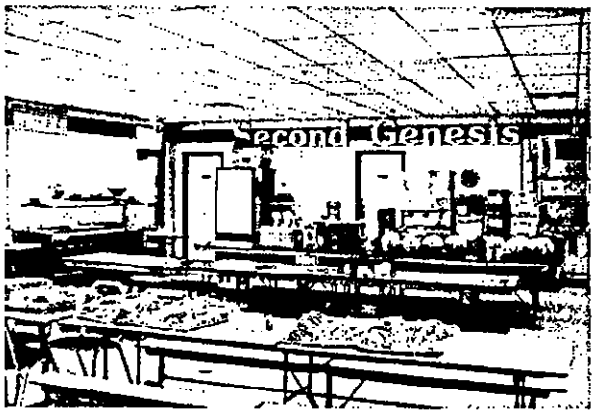


写真16



写真17



、技術の獲得と就業による収入の獲得が人間としての尊厳（dignity）を回復することになる、とのことであった。今日多数が法廷等からの命令で治療に向けられる状況にあって、薬物使用だけではなくもともとの社会的不利によって損なわれた尊厳の回復を目標として意識している。そのための基礎となるのがDrug freeな生活体験とその維持であり、職業訓練もその先に位置づけられるという全体デザインになっている。

それらが一貫して施設内で行われる必要について、以下のような説明があった。すなわち、施設外で職業訓練をすると、スタッフはモニターできない。現実的には施設の外に出るとまず大半は帰ってこない。プログラムの途中で外出すること自体が経験的に「プログラムの終了」を意味するため、卒業時までに必要な援助がすべて施設内で提供できることが理想である、とされる。Career Academyの徹底した実践と独自性はここにあり、医療サービスだけでなく歯科診療までが同施設内で提供可能となっていた。

(3) SECOND GENESIS Inc. / ANNE ARUNDEL and CO-OCCURRING facility (Crownsville, MD)

東海岸のもう一つの大都市であるワシントンD.C.とその周辺地域（Virginia, Maryland）で最も長い歴史を持つSECOND GENESISは、1969年に創設され翌70年に最初の入寮型TCプログラムが始められた。今日では、前出の2団体と同様にTCをはじめ多種のプログラムを運営している。

SECOND GENESISが現在運営するプログラムの概要は、以下のとおりである。

①Residential Treatment Program ②Residential Treatment Programs for Women & their Children ③Adult Outpatient Program ④Adolescent Outpatient Program ⑤Residential Co-Occurring Disorder Program

子どもを持つ女性の包括的な入寮ケア②は、ユニークなプログラムであるが、BaltimoreとMarlboro,MD.とかなり離れた別地区で運営されているため、今回は②を除くプログラムを運営するワシントンD.C近隣の施設において①のプログラムを行うANNE ARUNDELと別施設(4)で訪問調査を行った。

1) ANNE ARUNDEL (Residential TC facility 1988～)（写真14、15）

ANNE ARUNDELはワシントンD.C.の北東、Crownsville, MDの広大な敷地に複数のプログラムを行う施設が配置されている。Silver SpringまではD.C.からはかなり遠く、地下鉄駅の終点からタクシーで40分（30km）程度ハイウェイを北上した郊外（Baltimoreとの中間点近く）に位置する。

訪問当日（6/24）は、春から秋まで月1回開催される"Sports Day"に当たっており、SECOND GENESISの各TCの利用者やその家族らが一同に集まって、野球、バスケットボールなどのスポーツプログラムが一日中行われていた。この日はおよそ400人が集まったとのことだった。当日は、それぞれの施設スタッフも利用者とともに集まり、インフォーマルなミーティングや情報交換も行われていた。スタッフによれば、SECOND GENESISによるTCのプログラムコンセプトは、DAYTOPやPHOENIXとほぼ同様のものであるが、利用者はD.C.とMDとVAに限定されている。このTCの定員は126人と大規模で、入寮は男女とも受け入れるが、実際は男性が多数を占めているという。建物内は入寮期間の古い入寮者に案内されたが、居室、共有部分ともに清掃も行き届き、本格的なジム設備も配置され、メンテナンスが行き届いていた。寮内の壁にはスローガンやTCのポリシーが書かれまたは掲示されていたほか、入寮者の入退出管理や外部からのコンタクトへの電話対応など、Job FunctionとしてTCモデルで運営されていた。また、スポーツイベントのため集まった多くの外来者の食事も、入寮者の役割として混乱なく対応されていた。

2) Residential Co-Occurring Disorder Program （⑤；1999～）（写真16）

続いて案内されたCo-Occurring Disorder Programは、ANNE ARUNDEL TCとは廊下伝いに続く別棟に設けられた20人定員の施設である。この"Co-occurring"とは、かつてのDual-diagnosisと同義で、慢性精神科系疾患（Chronic mental health disorders）とAddictionを併せ持った利用者のための専門入寮施設である。約5年前よりDual-diagnosisに代わりCo-occurringと呼ぶようになった。TCは医療施設でなく、生活モデルでの視点を強調したとも考えられる。

施設内部の設備はANNE ARUNDEL TCと大きく変わらないが、Art Therapy Roomなどプログラムに合わせた変更点もあり、利用者による壁画が寮内の多くの場所に見られた。このプログラムはTCとは別のFundingにより、スタッフもMaster's level Social workerを中心により厚く配置されていた。なお、SECOND GENESISにも多数のEx-Addict, Ex-Residentの「回復者カウンセラー」が有給で雇用されているが、修士学位レベルのClinical Social Workerについてはこれまで入寮者からの就職例はない、養成課程がAddiction Counselorとは異なるためだ、と説明された。

(4) SECOND GENESIS Inc. / D.C. Therapeutic Community (Harvard Street facility ①, 1977～)（写真17）

ワシントンD.C.の中心部からも近く、周囲に大学のキャンパスがあるこのHarvard St. TCは別名"Collage of Recovery"とも呼ばれているという。ここでは非常にActiveでAggressiveなTCプログラムを体験することができた。

朝9時のMorning Mtg.は、寮内の全員が参加して点呼から昨夜の問題の発生と、Incident Slipを通した入寮者間の問題に関する"ENCOUNTER"2)の技法に基づくFeedback Sessionが行われていた。当日は1名の入寮者が、30センチ大の紙のカードを首から胸の前に下げ、familyと呼び合う他のメンバーの前に立って自分に向けられる仲間の質問（感情）を黙って聞いていた。カードには、"What am I about when nobody's looking? "（他者が見ていないところで私はどのようであったか？）と書かれており、ペナルティとしてその後も24時間そのままの状態でプログラムに参加するルールであるという。

スタッフは参加しているが進行は入寮者自身が行うMorning Mtg.では、連絡事項などのあと全員が輪になり、以下のRhymeを大きな声で叫んで終了する。リーダーとなるメンバーが"I AM…"と発声し、他のメンバーが続いて繰り返す。参加してみたがその迫力とともに、身震いするような感動を覚えた。

図2 MORNING MEETING ; Activities are to focus on recovery, positive change, and moving forward

I AM … SOMEBODY, I NEED … SOMEBODY,
I WANT … SOMEBODY,
I GOT TO HAVE … SOMEBODY,
I LOVE … EVERYBODY !

写真15

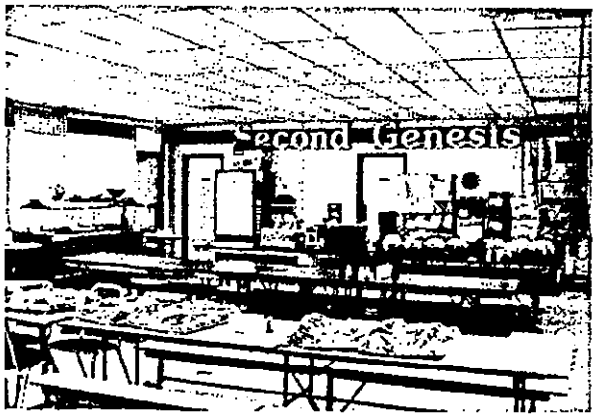


写真16



写真17



写真18



図3　Resident Work Role Hierarchy ： (De Leon, G. ; 2000) 2)

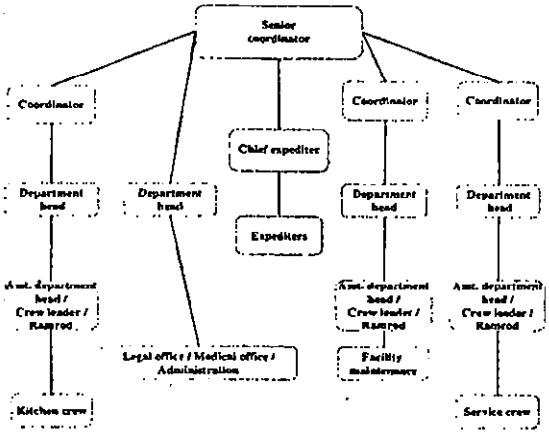


FIGURE 9-1. Resident Work Role Hierarchy

図4　CHAIN of COMMAND（指示命令系統）

"if someone has a problem, they should see their…"

"if there is still no solution, then you may ask （to see）…"

①DEPARTMENT HEAD → ②EXPEDITOR → ③CHIEF EXPEDITOR → ④COORDINATOR（ここまで入寮者）

→（ここから有給スタッフ）⑤ POINT STAFF → ⑥LEAD COUNSELOR/THERAPIST →

⑦PROGRAM DIRECTOR → ⑧REGIONAL VICE PRESIDENT of RESIDENTIAL SERVICES →

⑨REGIONAL VICE PRESIDENT of CLINICAL OPERATIONS → ⑩EXECUTIVE DIRECTOR

このTCの特徴は、入寮者の100％が成人男性（定員64人）で、しかも何らかのCourt Order（法廷命令）によって送致され、入寮していることである。そのような入寮者のほとんどはアフリカ系の30～40歳代であった。厳格な伝統的TCモデルのJob functionを採用し、明確なHierarchyに則った寮内生活の運営が行われていた。入寮初期のメンバーのペナルティ内容は共用施設の掃除が多いためか、古く狭い建物ながら掃除はどこも行き届いていた。

プログラムは心理的、教育的、職業的側面に焦点を当てた各種のグループセッションと、週に3回夜間の寮内NAミーティングがコーディネートされている。

寮内の生活は上記のWork Role Hierarchyに貫徹され、その責任は文章化されて共有されている。

① COORDINATOR；寮内設備と鍵の管理及びスタッフの補助（寮内事故の連絡等）
② CHIEF EXPEDITOR/CONTACT MASTER；キッチン、受付、外出管理等の運営、①の補佐
③ EXPEDITOR；メンバーのnegative behaviorsに対する直面、メンバーの所在確認
④ RECEPTIONIST；外来者、電話連絡への対応と記録管理
⑤ ORIENTATOR； 新規入寮メンバーに対するサポート
⑥ ADMINISTRATION；施設内で行う書類による事務処理の全般的管理

また、寮内に掲げられる“Attitude shapes behavior” という標語に見るとおり、態度でresponsibilityの状態をモニターするという意味からTC内での態度には常に関心が払われている。Addictionに関するDisease conceptの問題では、AA, NAやCA（Cocaine Anonymous）でのとらえ方に対して明確に異を唱えることはないが、回復への責任重視については他のTCと変わらない。TC入寮前には必ず30日前後のMedical Detoxを通って来ているので、主な使用薬物の違いによる取り扱いの違いはない、といわれる。

その他、退寮後のAftercare programとしては、施設外に住む元入寮者が毎週木曜日夜間に集まってグループミーティング行っており、そこにはファシリテータとして2人のスタッフが参加し、毎回13～15人が参加している、とのことだった。

なお、法廷命令との関連から、入寮者ごとに随時尿検査が実施され、毎日検体が外部検査機関に送付されてモニターが行われている、とのことだった。（写真18）

本年度第1回調査のアメリカ東海岸のTC施設における実践の特徴は、George De Leonの理論的テキスト等に見る伝統的なTCモデルが今日も採用され、利用者集団のニーズに応じた修正的運用は見られるものの、例えば、"NO Chemicals of Any Kind, NO Physical Violence, NO Threat of Violence, NO Sexual Activity in the Facility" といったCardinal rulesを共有し、基本をDrug-freeなライフスタイルの学習に置いて行われていることである。歴史的には最も長いTC実践の経験が選択している方向は、紆余曲折はあるにしても、ここに見る限り大きく変更されていないように感じられる。

以下では、第2回調査のヨーロッパ諸国におけるTC実践について、概要を報告する。その際には、上記のいわゆる伝統的TCモデルとの差異を意識しながら検討していく。

ヨーロッパのTC訪問については、前出のDAYTOP Internationalの協力と情報提供を得て、報告者が直接コンタクトを取り実施した。具体的な選定

についてもWFTCの主要メンバーであるTCとその関係者が中心となったが、いずれもTCを持たない日本の薬物問題状況に関心を示し、調査への多大なる協力をいただいた。

II　スペインのTC　— PROYECTO HOMBRE

（写真19、20）

PROYECTO HOMBRE（以下、基本的にPHと表記）は、薬物依存者の治療と予防を目的とする活動を行う1984年創立の非営利団体であり、今日ではスペイン国内全域において26あまりのTCと関連プログラムを運営している。PHにはこれまでにも日本からDARCのスタッフらが訪問した経験もあり、この非アメリカ的プログラムの断片的な特徴については若干の情報もあったが、整理され公表されてはいなかった。

今回の調査で理解できたことは、各地方のPHはそれぞれ独立して運営されておりPHの「地区支部」ではないが、ただし、TCプログラムの方針について共通の基盤を持つTC運営団体の連合体であること、である。そのため、財政や各地方の外部機関（たとえば地方自治体及びカトリック教会系外部組織等）との関係に若干の違いがあるという。

スペインは大きく分けても使用言語までが異なる4つ以上の地域から構成されているが、上記26のPHは全体で"ASOCIACION PROYECTO HOMBRE"（PH協会）を構成して相互の協力を図っている。

今回の調査では、当初本部として考えていた首都マドリッドのPHと、WFTCの中心的リーダーでもあるBartomeu Catala Barcelo氏を会長とする東部バレアレス諸島の一つマヨルカ島をフィールドとするPHであるProjecte Home Balearsによる計3ヶ所のTCを訪問した。

(5) PROYECTO HOMBRE Madrid / Programa de Adolescentes y Familias SOPORTE(Madrid, SPAIN)

PH Madridを訪問し、本調査の趣旨を説明して協力と情報提供を求めたが、その結果最初に紹介された施設は、マドリッド中心部で行われる青少年対象の予防プログラム"SOPORTE"と家族向け治療プログラムであった。ここでは、マドリッド市周辺地区の薬物問題概況とPHのプログラムの現状について基本的情報を得た。

それによると、マドリッドではMarijuana使用者が多く、Cocaine使用も大きな問題で、Methamphetamineはその次に位置するが、特に若者の間で使用が広がっている。PHのプログラムは、犯罪者としての薬物使用者治療とMethadone maintenance（Tratamiento con Metadona）の領域を含んでいる。ヘロイン依存者の場合、通常Detoxは医療機関で行われる。

写真19



写真20



現行の国内の薬物規制に関して、少量（自己使用と認められる1回分程度の所持）は犯罪とみなされない。18歳未満は少年法により取り扱われ、14歳～18歳までは主に教育的処分の対象とされる。利用者のPaymentについては、ほとんどのケースが公費（主に市が支出）による。現在、直接の法廷命令による利用者は15％程度である。

Program SOPORTEは1995年に当初は予防教育として始まったが、現在はDay treatmentによる治療プログラムとなっており、依存者とその家族を

対象にして教育を中心としたグループと個別介入による治療的な4期構成のプログラムによって、ResponsibilityとSocial Skillsの増進を目指す。最大50家族に対応可能だが、現在は35家族が利用し、対象者（依存者本人）の年齢は13～21歳、平均17.5歳である。男女比はおよそ9：1で、プログラム修了率はおよそ60％である。プログラムのコストは、一家族あたりおよそC250／月であるが、公費負担による補助はない。

プログラム期間はおよそ18～24ヶ月で、その具体的戦略はシステム理論に基づくTherapeutic family program、認知行動療法、Gestalt psychological model＋Moral Schemesを組み合わせて用いる。特にInvoluntary（動機付けのない）利用者に対しては、週3日×3時間のTCグループ参加を通し、15～18ヶ月かけて4段階のグループ体験を用いてnormal way of lifeを学び、家族との関係を再構築する。同時に家族グループを活用してティーンエイジャーの薬物問題に対し、①家族史の分析、②交友関係の分析、③セクシュアリティの分析、④ソーシャルスキルの分析の面からアプローチし、外部機関と連携してケアしている。家族セッションは、期間8～12ヶ月、月1回2時間、4～10人で、スタッフ参加によるグループである。

スタッフは非常勤を含めて6人であるが、PH Madridには全体で 115 人の有給スタッフが働いている。なお、PHでは、現在Recovering Counselorは幾人かのケースのみで、構成上少なくなっている。20年前にはほとんどがRecoveredだったが、現在では学位取得が求められるためである。PH自体でTherapistの専門職養成プログラムも行っている。

近年のスペイン国内の薬物問題を考えるとき、Social Alarmとして、14-18歳の使用動向が注目されている。PHの調査によれば、①最低50%のteenagerは1回以上違法薬物使用の経験を持ち、②最低25%のteenagerがこの3ヶ月以内に違法薬物を使用し、③最低2.5%のteenagerは違法薬物を常用し、④それら使用開始の平均年齢は13.5歳、Cannabisに限れば12.5歳、となっている、とのことだった。

(6) PROYECTO HOMBRE Madrid / Comunidad Terapeutica de NAVALCARNERO (Madrid, SPAIN)

PH Madridが運営する入寮TC（スペイン語ではCTと表記する）で、マドリッド郊外約40分のところにある定員40人（男女とも）の施設である。後述するTC Phase、すなわちこのTC施設での共同生活は14～18ヶ月で、前後の治療を含めた全プログラム修了までには最短でも23ヶ月、35ヶ月が標準という長期プログラムである。(写真21)

写真21



標準モデルと段階は、以下のとおりであると説明された。

Fase 1 ; ACOGIDA ; Servicio de Valoracion y Acogida (2－3 mes)
1) Pisos de apoyo
2) Acogidas Residenciales

Fase 2 ; TC = Cominidades Terapeuticas (10 mes+α)
1) T.C.
2) Ambulatorio ;
Recorrido de Apoyo (18-24 anos)
Recorrido Diurno (25 anos～)
or Programa Coca?na

Fase 3 ; REINSERCION ;
Servicio de Orientacion e Integracion Social (1 ano+α)
Re-Entry Phase

TC実践のモデルでは、治療の過程を大きく3つの段階（Phase/Fase）に分けて焦点化するが、このCT NAVALCARNEROは上記Phase 2の1）にあるCT ; Comunidad Terapeutica=TCに該当する。

ニューヨーク等でのTC実践と同様に、ここでの共同生活は生活環境の管理や日常生活の分担と定期集中的なグループ体験で構成されている。また、

ここでは比較的強調されていなかったが、グループダイナミクスにおける階級的権利義務関係の側面は活用されており、それは新規入所者に対するサポートの役割の中にも表現される。

また、ここで初めて体験したACOGIDA（アコヒーダ、と発音する）という用語は、単に治療への動機付けを行うpre-treatment段階を指すだけでなく、援助全体の基本的姿勢、すなわちTCという共同体＝コミュニティ全体が援助を求めてたどり着く依存者に対して示すべき基本的態度を適切に表現する思想的な意味で、重要なキーワードであることを知ることになった。特に、スペイン語を共用する地域では、このACOGIDAこそTC実践を行う団体固有の社会的姿勢として理解され、それにより信用を確保してきていることについても、この後の調査を通して学んだ。

CT NAVALCARNEROは、都市間ハイウェイ脇の広大な土地にあり、農場やビニールハウス、機械倉庫等も併設していたが、それら作業は予想よりは重要に位置づけられている様子はなく、寮内でのグループセッションと生活運営管理が主体のプログラム、という印象を受けた。

また、現在行われるPH Madridのその他のプログラム構成として、SOTO DEL REALと呼ばれる:刑務所内TC Programと、CT NAVALCARNERO で行われるC.T. Cumplimientos Alternativos a prision、すなわちダイヴァージョンとして位置づけられたTC治療の導入により、ローカルの司法機関との連携による再犯防止事業にも参画していることがわかる。その他、Homeless状態にある薬物使用者へのアウトリーチ活動も行われている。

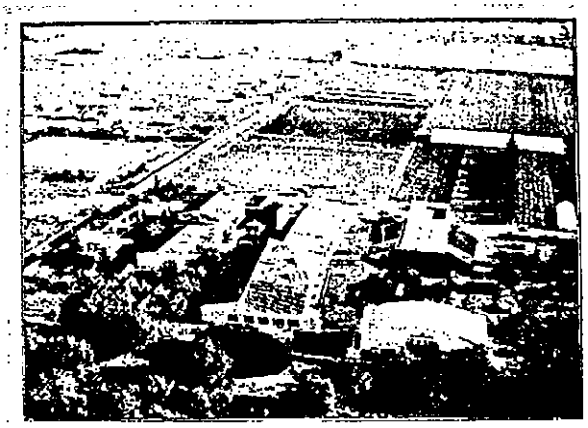
(7) PROJECTE HOME Balears / Comunitat Terapeutica SES SITJOLES (Campos de Mallorca, 1985～) (写真22)

マドリッドでの説明で、スペインの薬物使用で有名な地域は、むしろバレンシアやマヨルカなどのバレアレス（Baleares）諸島、具体的には東部カタルーニャ語圏が中心である、という情報を得たが、マヨルカではPH協会に属するPROJECTE HOME Balearsが運営する3つのTCで訪問調査した。施設名称を見ると表記が若干異なるのは、前記のようにカタルーニャ文化圏にあるためで、パンフレット等の表記も全てCatalan（カタルーニャ語）とCastellano（標準スペイン語）で行われる徹底

写真22



写真23



さである。さらに地元の利用者はMallorquin（マヨルカ語）という方言で日常会話するという。

Comunidad Terapeutica " SES SITJOLES" は、マヨルカの中心都市パルマから車で40分ほど東へ走った、小村カンポスにあり、周囲は文字通り広大な畑のみであることが空撮写真でもわかる。(写真23)

PH BarearsではPrograma Tradicionalとして位置づけられるCT SES SITJOLESは、標準で5～6ヶ月のCentro Semi-residencialという独自のスタイルを採っている。スケジュールは毎週月曜日の朝から金曜日の夕方まで組まれ、週末は自宅等に戻って過ごすことが原則となる。Homelessなど家族や帰る家がない場合に限り、週末もスタッフと施設に残ることもある、とのことだった。

1) 入寮者の状況

訪問日現在で52人が在所（♂38／♀8）してい

たが、そのうち約50％は法廷、司法機関からの送致による。TCでは3人一組となって（2 Residents +担当スタッフ）新入者を迎え入れる。

2）プログラムの特徴

前述のように、週5日間この施設で共同生活をする。金曜7時に自宅に帰り、月曜朝8時にプログラムが再開される。一日あたり150分のテーマ別グループセッションと自給自足的な食事の確保も含めた生活環境の運営管理が中心となったプログラムが、3つのPhaseに分けて展開される。基本構造は以下のとおり。

Fase（Phase）Ⅰ（4ヶ月）；
（家族のない人もいるが…）家族関係に重点、在宅時の記録を取らせる → 家族に問題の本質を見せるため

Fase Ⅱ（4ヶ月）；
家の外の友人の場に移していく（広げる）

Fase Ⅲ（4ヶ月）；社会参加に重点、アソシエーション等に参加曜日ごとにメンバーが入れ替わるグループのテーマは以下のとおり。

月；この週末をどのように過ごしたか、をテーマに

火；ACOGIDAへの新規入寮者のためのセミナー

水；家族問題についてのグループセッション（6ヶ月単位）；防衛を解いて「5つの感情」（①恨み②怒り③痛み④悲しみ⑤愛情）に向かい合うことで、Social skillsを高める

木；ダイナミック・グループ：各グループに2人のコーディネータが入り、40項目のチェックリストを用いて生活上のチェックを行う（チェックシートには①Creatividad創造性、②Laboral労働、③Social社会性、④?tico倫理性　の大項目がある）。

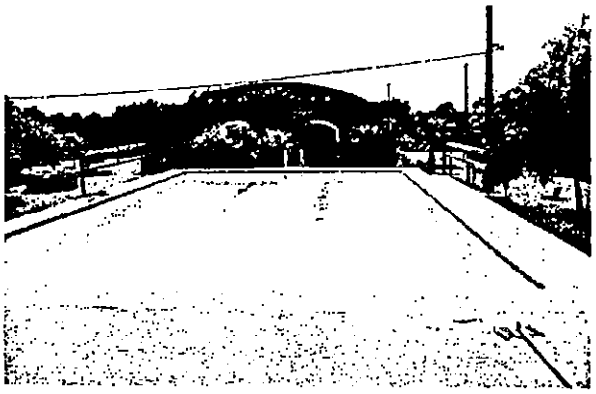
金；午前中のミーティングで週末に帰宅する際の自分のテーマを決める

全体では、①ACOGIDAに重点を置いて介入すること、②生活歴、行動、感情（サンチマン）のそれぞれに焦点を当てること、③改善の評価も感情だけではなく、行動のチェックリストによること、などが挙げられる。

3）スタッフ

SES SITJOLES のスタッフは大体約半数が回復者だが、現在は所長と2人がEx-Addict、残り5人がNon-Addict の専門職であった。

写真24



4）参与観察による所見

SES SITJOLESは規律を重視したプログラム進行が印象的で、食事も配膳から片付けまで、途中の連絡や入寮者の発表なども高い緊張感があった。食事中も一人が話し出した瞬間に他の全員が黙って注目し聞く、ということが徹底されており、号令の多用と合わせて軍隊的な印象を受けた。メインとなる昼食での食材も印象的で、敷地内の農場で採れた野菜がほとんどであり、量的にもカロリー的にも質素なものであった。施設設備は大きくいたる所が広々としており、清潔なプールやサッカーグラウンドが備えられる他、大型の農耕用機械や収穫物の加工所・倉庫まであり充実していた。（写真24）

まだDAYTOPと同様に入寮者は常時自分の所在を自分で公的な掲示板に表示することで、コミュニティに対する責任を表現すること、他のメンバーに対する感情（特に否定的なもの）は溜め込まず、定期的に積極的に適切な形で表現するよう、Slip Boxに書いて投函することが求められていた。

（8）PROJECTE HOME Balears / Comunitat Terapeutica CASA OBERTA / Centre de Deshabituacion ANDANA（Binissalem de Mallorca, 1996～ / 2002～）（写真25、26）

PH BalearsのTCのもう一つの柱がCT CASA OBERTAとそこに併設されたCentre de Deshabituacion ANDANAである。ここではPH Balearsの会長であるBartomeu Catala Barcelo氏に面会し、直接TCでの援助の考え方について説明を受け、質疑する機会を得た。

1) スペイン及びPHへのTC導入について

DAYTOPのプログラムが1970年代にイタリアに渡り、それが1980年代前半にスペインに持ち込まれた経緯があり、PHが始まった20年前はヘロイン使用者の問題が拡大していた。Tomeu Catala氏がイタリアを訪れ,そのプログラムを学んで持ち帰り、今日のPHのプログラムの原型が作られた。2004年にPHは20周年を迎えた。(写真27)

2) マヨルカにおける薬物使用の特徴と処方薬治療の状況について

以前から薬物問題の拠点であったCatalunaではスペインの他地区と異なる使用が見られた。対岸のバレンシア (Valencia) にはすべての薬物問題があり、Speedももちろんあったが、マヨルカでも以前からHeroinユーザーの注射器使用が多かったのに対し、南部アンダルシア (Andalucia) 地方ではHeroin使用はもっぱらSniffing (吸引) による。

パルマには、Drug Addict Help Centerという公立施設が4ヶ所あり、週3回×3ヶ月を基準として、8年前よりMethadonaを含む処方薬 (Medicamentes) を用いた治療を行っている。

3) CT CASA OBERTAの特徴

前出のSES SITJOLESの利用者がHeroinもしくはCocaine使用者の割合が高いのに比べ、1996年に始まったCASA OBERTAの入寮者はHeroin + other drugsが約7割を占める関係で、Tratamiento con Metadonaはそのオペレーションが重要となっている。医師の処方に基づいてTC内では、一日20～180mgの範囲で個別に管理している (実際に立ち会うのはVoluntarioだった)。また、HCVのキャリアもANDANAとともに多いことがわかっている。(写真28)

施設プログラムは他と大きく変わらないが、古い修道院の建物を使用している関係で、敷地その他スペースも限られていることから、野菜の栽培も全面的に日常の食材を供給する目的ではなく、中庭の農園も補助的小規模なものだった。

CASA OBERTAとANDANAは、建物自体は共通するがスタッフは別構成で、CT CASA OBERTAには9人、ANDANAは昼間の専従スタッフが3人、夜間が2人体制である。

4) Centre de Deshabituacion ANDANAについて

C.D. ANDANAは、Dual diagnosisあるいは前掲のCo-Occurringとされる Mental Health Probrem

写真25



写真26

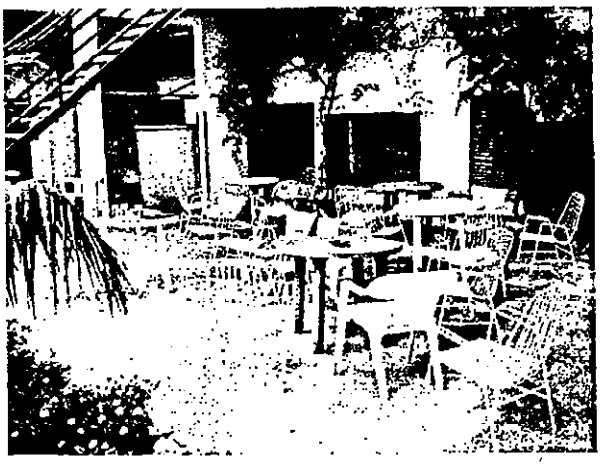


写真27



写真28



写真29



のあるadictoを対象にして2002年から始められた施設で、Metadonaを含めた処方薬使用が前提となるため、プログラムの構成にもスポーツが多く取り入れられるほか、YOGAも導入されるなど、グループセッションを中心とした心理的介入中心のTCとは異なるアプローチとなっている。施設内の雰囲気は明らかにCASA OBERTAとは異なり、むしろ日本で見る精神科医療施設のそれに近かった。(写真29)

スペインでは2地区で行われているPHのTC実践について調査した。プログラム期間はアメリカのものより概して長く、Re-Entryに該当する援助も長期間段階的に進められているが、地域内のAA/NAといった自助グループとの関わりは薄かった。

TC Phaseでのグループ技法を活用した介入のバリエーションは、経験と評価のフィードバックに裏打ちされた高い治療的レベルにあることがわかった。また、この20年の薬物問題の広がりと社会的対応の改革によって、今日では司法領域との連携による刑務所内でのTCプログラムも行われ、TC実践幅を広げていた。

III イタリアのTC — CENTRO di SOLIDARIETA

1974年以来イタリア各地でTCと関連プログラムを運営する団体であるCENTRO di SOLIDARIETAによる実践を、ローマ近郊のチヴィタヴェッキア (Civitavecchia) とジェノヴァを訪れてヒアリング調査した。チヴィタヴェッキアでは青少年と母子対象のプログラムについて、またジェノヴァでは成人の入寮施設とHomeless及びMental Health / HIVとの重なり合いにおける特別プログラムを用いたTCアプローチについて学ぶことができた。

(9) CENTRO di SOLIDARIETA / IL PONTE / Il Progetto (Program) COCCINALLA (Civitavecchia, ITALY)

CENTRO di SOLIDARIETAはイタリア各地でTCと関連プログラムを運営する非営利団体であるが、今回はローマから北西に列車で45分ほどの海岸沿いの町チヴィタヴェッキアのTC施設、IL PONTEを訪問し、プログラムへの参加とスタッフ等へのヒアリング調査を行った。

1) IL PONTE / Adolescent Residential program (写真30、31)

IL PONTEとはイタリア語で「橋」を意味する。

写真30

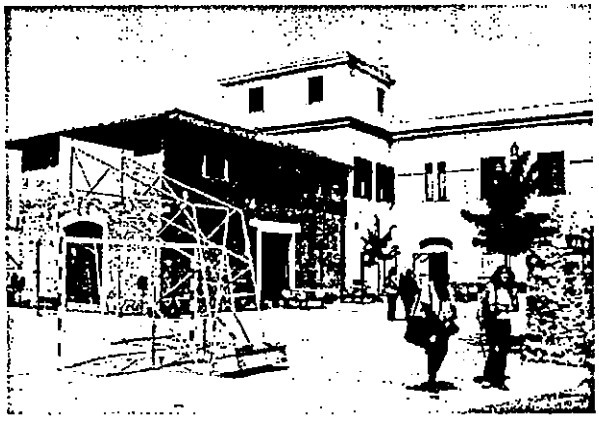
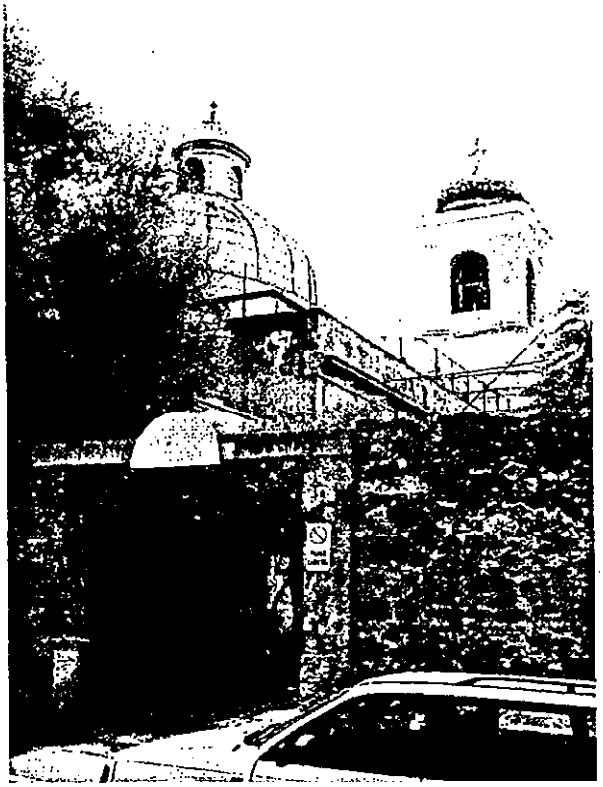


写真31



写真32



1978年に始まった成人の薬物問題を対象に活動を始めたボランティア団体CENTRO di SOLIDARIETA Civitavecchiaが発展し、予防という観点から青少年の薬物問題にプログラムの中心をシフトし、1989年以降は家族のサポートなども含めたPolyfunctional Centerとして、IL PONTEは数多くのプログラムを運営して今日に至っている。

IL PONTEが提供する入寮プログラムの方針は、Therapeutic-Educative Programと表現されている。ここには14歳～23歳+αまでの男女が約40名入寮しており、半年から1年のプログラムを修了して地域に帰っていくモデルである。全体のミーティングにも出席してメンバー全員の自己紹介と将来の目標を聞いたが、学校に戻る、家族とともに暮らす、大学で学ぶ、自動車運転免許を取って働く、資格を取って働く、といったものが大半であった。スタッフは女性が中心で、児童対象の施設として教育の専門職としての役割が多くの部分で求められていた。

寮のスケジュールは、朝6時45分の起床から23時の就寝まで非常に細かく作られ、グループセッションも曜日によって変化をつけるよう設定されている。月～金の5日間がタイトで、週末はこのような日課はない。

食事の調理は入寮者ではなく職員が行うが、配膳セッティング、片付け、清掃は入寮者が当番で行う。また、施設内には入寮者の描いた絵が大小問わず多数掲げられていたが、これはプログラムとして積極的に絵画療法を導入してきた経過によるものであり、その治療的効果についての研究も報告書にまとめられている。陶芸、コンピュータ・スキル、写真技術なども療法以外の絵画活動と共にCreative activitiesとしてTherapeutic-Educative Programにおける介入の道具と位置づけられる。

児童の入寮中には、あわせてその家族へ自助グループ（集団精神療法）の参加による教育プログ

ラムと、個別面接とを通した介入を進めていく。

2) Il Progetto COCCINALLA (写真32、33)

COCCINALLAとは「てんとう虫」を意味し、2000年から始められた比較的新しいプログラムである。Il PONTEの児童施設からもそれほど遠くない別の小型の建物で、家庭的な雰囲気を重視したセッティングになっていた。

このプログラムの対象は子どもを伴った困難な状況にある女性で、たとえば未婚の母や、刑務所を出たばかりの女性であり、そこに薬物依存の問題が大きく重なっている。

IL PONTEと同様、入寮生活期間中の日常的なCreative, Sports, Cultural activitiesと合わせて、あらゆるレベルの学校教育への復帰や専門職業訓練への準備をとおして介入が行われる。

3) FICT — Federazione Italiana Comunita Terapeuticheについて (写真34)

FICT = Federazione Italiana Comunita TerapeuticheはCENTRO di SOLIDARIETA Civitavecchiaもそのメンバーとして加盟するが、EFTCイタリア連盟の中にあって、IL PONTEを含めた50を超える数多くのプログラム運営団体で構成される重要なTCの連合体である。その現会長がEgidio Smacchia師で、イタリア国内はもとより中南米等の海外においてもTCの運営に長く携わってきた実績を持つ。IL PONTEの建物内にはFICTのオフィスも置かれてあり、そこでは日常的に地方行政機関、ローカル・ソーシャルワーカーらとの連絡調整も行われている。

(10) CENTRO di SOLIDARIETA-Genova (CSG) / Comunita di TRASTA (Genova, ITALY) (写真35)

イタリア北西部の港湾都市ジェノヴァでは、成人の典型的な入寮TC 施設を訪問し、宿泊させてもらいながら施設プログラムを体験することができた。1997年から始まったComunita di TRASTAと呼ばれる、ジェノヴァ港から斜面を登った山の頂上付近に位置するこのコミュニティは、成人施設として寮内での生活運営活動のほぼ全てが入寮者のJob Functionを通して行われていた。ミーティングの構造や寮内運営のスタイルは、DAYTOPやSECOND GENESISのものに良く似ており、それらTCの構成要素がイタリアの生活習慣にアレンジされ展開されている。説明に当たったスタッフ及びシニアの入寮者によれば、「以前はCSGでもDAYTOPモデルの厳格なコピーから始まったが、経験的にイタリア人にはいわゆる軍隊式な権力による支持命令の形式は受け入れられにくいことがわかり、徐々にアレンジしてきた。」とのことだった。

写真33

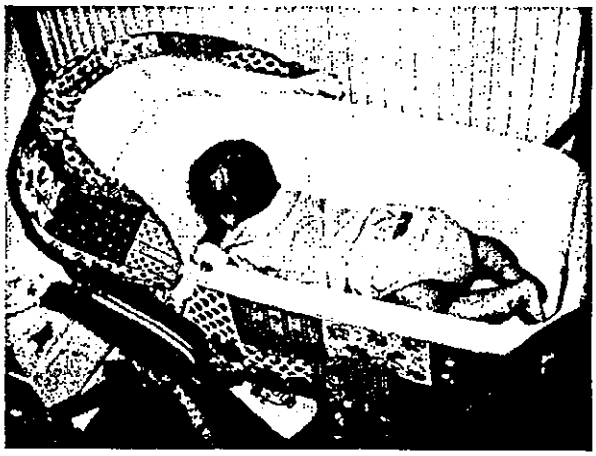


写真34



1) Gruppo-dinamicoとIncontro (写真36)

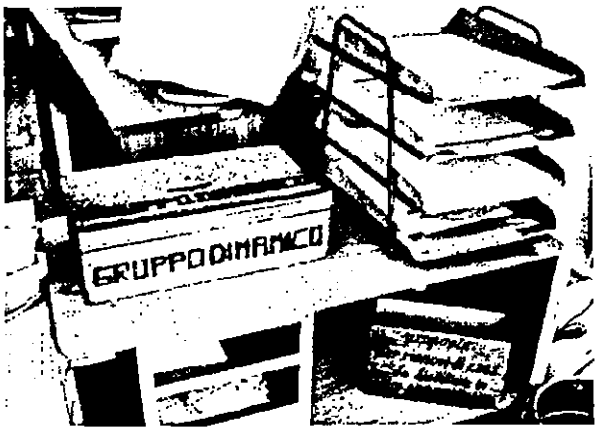
ここでの特徴はスタッフと長期の入寮生活で「特権」を獲得してリーダーシップを採るメンバーとの差が外来者にはほとんど感じられないほど、入寮者自身の手で全てが運営されていた。たとえば、寮内スケジュールでも重要なMorning Mtg.では、職員が介入することなく日常生活における仲間同士の中で感じるNegative behaviorに対し、ルールに基づいた" Incontro (Confrontation)" が行われていた。

これは、司会者が促すことにより、Groppo-dinamicoと書かれた受付の箱に投函された入寮者の

写真35

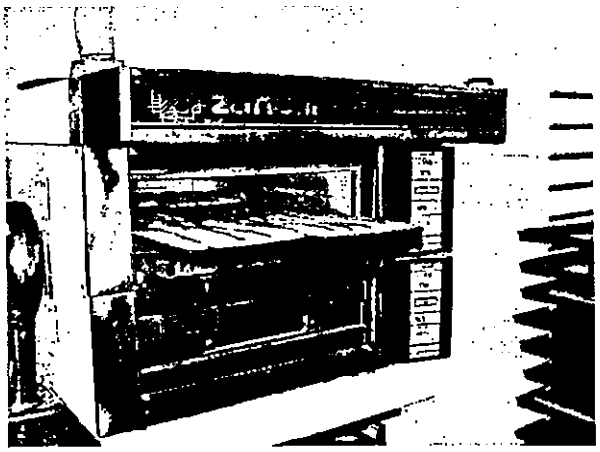


写真36



行為、特にNegative Behaviorsに対する他のメンバーの正直な感情が取り扱われる。毎日45分間行われるMorning Mtg.の中では、当事者どうしが1対1で向き合い、実際に他の全員の前で感情を表現するものだった。名前を呼ばれた入寮者は輪の内側に入り、その行動を指摘したメンバーに向き合って、手を後ろに組んで黙って立つ。そして、その行為の事実が他のメンバーにどのように感じ

写真37



られたかを黙って聞く。そこでは、責任を果たさない行為に対する叱責や失望、悲しみや敵意といった「危険な感情」でさえ素直に表現される。聞いている側は決して反論したり、手を出したりして反撃することは許されず、ただ黙って誠実に聴くことを求められる。同席してみると、その緊張感の高さに戸惑うが、誰が翌日のミーティングでIncontroの対象となるかは、前日の晩までに掲示により事前予告されていること、告発する側も常に告発される側になり得ることから、毎日の日課として行われる真剣勝負の厳しいセッションも問題なく運営されている、と説明された。

また、PULL-UPと呼ばれる一種のゲームが、同じMorning Mtg.の中で毎朝行われるが、これは15分間の短いものながらプログラム上は重要なものだという。TCでの一日は慣れた入寮者にとってさえハードなものであり、その日課の始めにはリラックスとスマイルが必要だと共通理解されている。ゲーム自体は単純明快なものだが真剣に全員が参加し、ルールに従い罰ゲームも課される。「震源地当てクイズ」を順番で指名されたメンバーが、規定回数当てられずに失敗すると、皆の前で踊って見せ、大いに盛り上がっていた。

2) House Meetingで話されること

House Mtg.は1ヶ月に1回、コミュニティの全員参加で開催されるが、そこでは現在と今後の自分の未来に焦点を当てて話し合う、という。つまり過去の体験、特に薬物使用していた時に何をしてきたか、については意識的に取り扱わず、「今日はどのように感じているか」から始めて自分がな

ぜここに今居るかを反映させて今後の自分の課題、特に社会化の具体的な中身を取り扱うようにする。それは、行動面では、怒りや感情をどのように取り扱えるように変われるか、という課題に向かっていく。この説明を聞きながら、行動療法的な技法の介在を認めるとともに、12ステップで徹底して行う過去の体験の掘り起こしとは違うアプローチが、ここでの治療のツールとして選択されていることを理解した。

3) プログラム期間とアフタケア（写真37）

プログラムの基準は2年から3年であるとのことだったが、コミュニティを離れ自宅に帰ったりまたは仕事に就いたりした後も、必要に応じてTRASTAに短期宿泊し一緒にプログラム参加しながらケアを継続できることになっている。このことは、CSGのひとつの特徴である完全に利用料無料であることによって、実際に可能となっていることが理解できたが、運営上重要な役割を果たすボランティアの育成にも結果的につながっていることが予想された。

(11) CENTRO di SOLIDARIETA di Genova (CSG) — FASSOLO / CASA BELLA / CASTORE E POLLUCE / Casa Alloggio "LA TARTARUGA" (Genova, ITALY)（写真38）

FASSOLOは、C.T. TRASTAから港に向かって下った、市街地に近い急斜面に立てられた修道院施設を転用した複合施設で、CSGのオフィスもここに置かれていた。管理等とは別の棟は4階に分かれ、それぞれ別のプログラムとして運営されていた。

1) CASA BELLA（写真39）

このプログラムは、FASSALOの1階部分を使って行われているが、主にホームレス状態にある薬物依存者に対して、毎日夕方から翌朝まで夜間のサービスを提供している。利用者は最高3ヶ月の間、このサービスによって夜間のベッドと食事、そして必要なら清潔な衣類の提供を受けることができ、その間に十分トレーニングを受けたスタッフの介入によって治療に導かれる。CSGが提供できる様々な種類の治療プログラムを提示することによって、路上で使用し続ける生活からより自己の尊厳が感じられる生き方へ向けた、最初の第一歩になり得ることを目指している。ジェノヴァ市役所とSER.T.（薬物に関する地元の自治体の公共機関）の協力で誕生し、非常に評価されている。最初は試験的に2年間続けられ、1999年からは一般サービスとして認定されることになった、とのことだった。

写真38

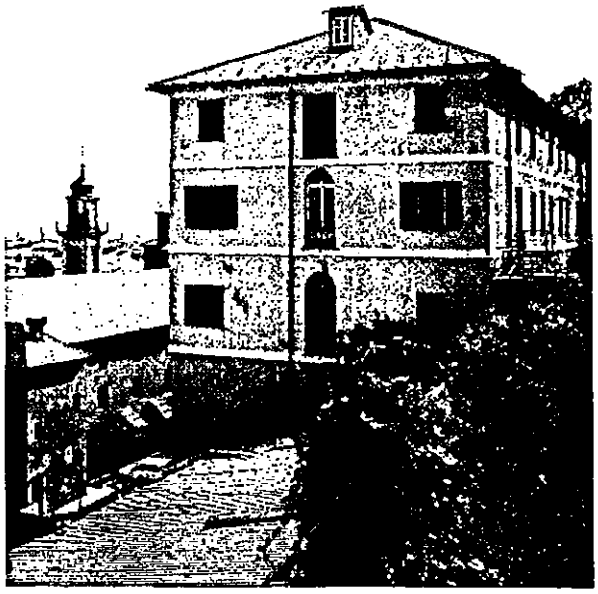


写真39



2) CASTORE E POLLUCE（写真40）

FASSALOの2階には、2001年に始められた内科疾患及び精神疾患等を合併して、普通のTCでのプログラム参加の困難な薬物依存者を対象とする15人定員の入寮施設が設けられていた。各居室2〜3人

で、ミーティングもプログラムに組まれていたが、日常生活にもある程度の生活介護が必要な利用者も見られ、率直な印象ではその回復までのゴール設定に困難さが予想された。プログラム上は、6ヶ月×3ステージの18ヶ月を基準として運用されるが、利用者の実態は日本における場合なら精神科もしくは内科病棟の中にあって長期在院となり易い集団に近いと思われる。さらに、このプログラムのオペレーションには多くのボランティアがあたっていると聞いて、病棟閉鎖が進んだことで知られるイタリア北部の精神医療の別の側面が現れているとも考えられた。言い換えれば、ここでは薬物使用をその根拠として、中重度の精神的・肉体的ハンディキャップを担う集団が、病院環境に比べ相対的に設備も人的配置も劣悪な条件下で処遇されざるを得ない現実の矛盾を、このプログラムの必要性とあわせて感じることになった。

3) Casa Alloggio "LA TARTARUGA" (写真41)

1998年に始められたプログラムで、対象はHIV positive及びAIDSを発症している薬物使用者・依存者であり、実際には回復の援助というよりターミナルケアとして行われている。最上階の3階がこのプログラムにあてられているが、この階には常勤の医師や看護師といった専門職が配置され雇用されており、入寮患者の精神的なサポートも随時行われている。愛情と受容そして自己の尊厳が感じられる環境を提供することにより、そのウイルスに対する免疫力をも高めることが知られている、という。

ちなみに、"LA TARTARUGA"とは「亀」を意味している。このような対象者の問題から当然入寮期間も定められていない。

4) CSGのTCプログラム

CSGによるTCプログラムの基本構造は前出の3段階で構成された伝統的TCモデルであり、その運営の方法のディテール（サービスの形態）を対象者の生活問題構造に合わせて修正適用するもの言える。

Ⅰ Accoglienza
- Semi-Residenziale;
- Residenziale;
- AIDS (Casa Alloggio "LA TARTARUGA")

Ⅱ Comunita di TRASTA

Ⅲ Reinserimanto Sociale

これらに示される基本構造は、アメリカ東海岸

写真40

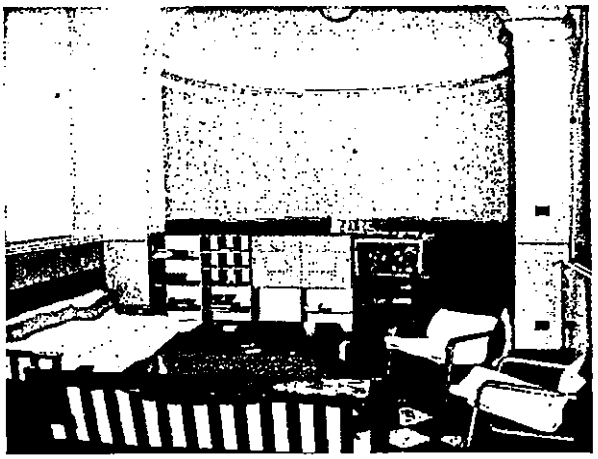


写真41

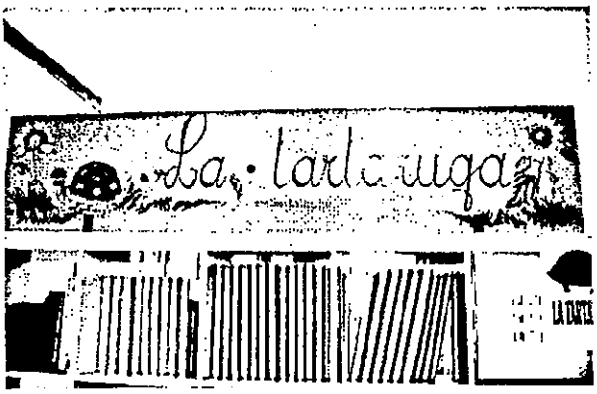


写真42



やスペインのそれとほとんど同じであるが、ここでは特に”PROGETTO UOMO”というリハビリテーション・プログラムの目標に沿って、薬物乱用者がその依存によって中断した成長を促すことを目指している。以上のプロジェクトが次の3段階に分かれている提供される、と説明されている。

①身体的依存から精神的依存までを含めて、自立させること
②共同体で生活を送ることをとおして、依存者の成長と自己への尊敬を促すこと
③社会復帰活動を援助すること

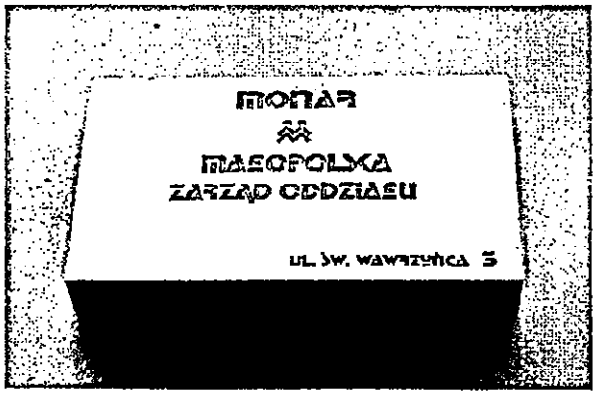
5) CSGの活動とVOLONTARI（写真42）

上記のように、薬物依存者を対象として、現実に起こっている様々な集団に対応するようプログラムを開発してきたCSGは、1973年に現会長のDr. Bianca Costa Bozzo氏と何人かのボランティアによって創立された非営利団体である。1992年には国連からもNPOとしての認証を受けている。資料によれば、現在50人以上の援助専門職を雇用し、180人以上のVOLONTARI＝「ボランティア」を有して、140人以上の依存者とその家族へ援助を行っている。

これらサービスは、一切利用者から料金を徴収せずに無償で提供されるところにも特徴がある。利用者一人当たり一日37Cかかるというの運営資金は、一般市民からの寄付と地方自治体や運営委託する関係機関から補助金を受け、残りについては自己資金を増やすための各種のキャンペーン活動やイベント、地元企業や銀行等団体からの献金、そして3ヶ月ごとに発行する機関誌の読者に献金を呼びかけることで賄われてきた。

さらに、質の高いサービスを提供するために、CSGはプロの教育者（例えば、基本的な講座、専門学校、職場監視活動などの資格のある教育者達）を優先的に雇用し、FICTによる専門職養成訓練プログラムにも参加させる。施設運営体制としては教育を専門職とするスタッフとボランティアで構成される基本的運営部分に、少数の医療及び法律専門職が関与する形でスタッフ集団が形成されている。この点は、アメリカ東部での医療や看護、心理やソーシャルワークの専門職によるコラボレーションと多少の差異を見て取れる。スペインでも日常的に登場していたボランティアの介在は、TC運営の人的資源のあり方を考える上で、アメリカ東部型とは違うオルタナティブを示唆するものと見ることができる。

写真43



Ⅳ ポーランドのTC － CTN MONAR KrakowとTC Familia他

ポーランドでは主に南部2都市、クラクフとグリヴィチェにおいて活動する代表的TC施設を訪問し、施設内見学及びプログラムに一部参加し、合わせてスタッフや利用者からもヒアリングした。

(12) CTN MONAR Krakow / Dom MONAR'u / Detox / Dom GWAN (Krakow, POLAND)（写真43）

1) MONARについて

CTN MONAR（以下MONAR）は、社会主義体制下にあって既に1980年には薬物依存者の共同生活による治療援助活動を開始した団体で、創設者Marek Kotanskiもまたポーランドの薬物依存者対策のパイオニアとして広く知られている。旧体制下においては、薬物問題自体が潜在化せざるを得ず、政府による公的な対応が遅れる中で、同氏の強力なリーダーシップの下、1985年にはAIDS問題への対応をMONAR独自で始めている。1989年には初の自由選挙により国会議員にも選出されたKotanskiは、1991年ホームレスのケアをその活動に加え、体制変動の中で顕在化する薬物・AIDS・Homelessというそれぞれの分野を統合した先駆的活動を展開した。マスコミを通したキャンペーンによって、MONARの活動内容が国民にも知られるようになった2002年に突然起きたカリスマ指導者の交通事故死は同団体に大きな打撃を与えたが、現在もポーランド各地でTC運営を中心に広く社会問題に対応する活動を行っている。その先駆的な実践は1990

年代に同様の体制変動を経験したチェコなど他の旧東欧諸国にも大きな影響を与えてきた。

今回訪問したクラクフは、MONAR協会の活動の中心地の一つであり、治療・予防を中心とした数多くのプログラムを実施している。今回はMONAR Krakowの現在の代表者であるMarek Zygadlo氏にインタビューした。

まず、同氏の活動に裏付けられた薬物依存問題対応における基本姿勢について聞くこととなった。その中でZygadlo氏は、「Harm Reductionこそが、薬物依存者へのアプローチにおける共通する土台であり、回復（援助）はその先のオプションの一つと考えることが現実的である。それは、依存者に関わらずすべてのステージにある薬物使用者にとって、使用に伴うリスクを減らすための関わりは不可欠だからである」と語った。そこには薬物の使用自体を犯罪行為として取り扱う視点ではなく、Harm Reduction対策を徹底することで医療費等の社会的コストを減らしていくことを狙う、経験的に理解された戦略の重要性が示唆されている。Harm Reductionという発想そのものが定着していないわが国の問題意識との隔たりと同時に、今日日本の状況が海外の薬物使用環境と類似する部分をも持っているとき、そのリスクを削減するための対策を視野に置くべきことを教えられたように感じた。

2）MONARのTC関連プログラムと施設

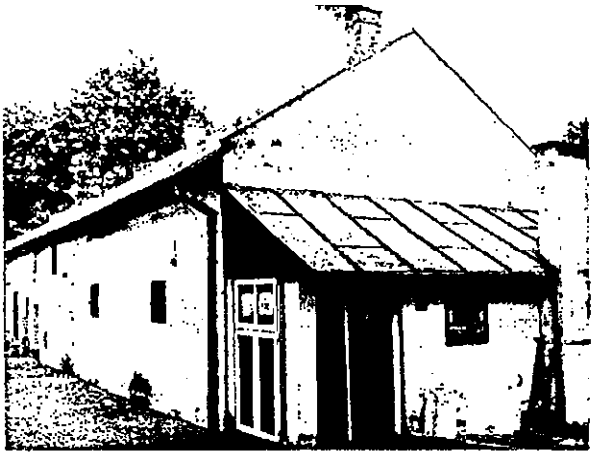
MONARでは前述のとおり、早くも1980年には依存者が共同生活をする入寮型施設を設けてきた。今日ではアメリカ型TCモデルと同様の、3段階モデルにそれぞれに対応すると思われる複数の施設が設置されていた。

3）DETOX（写真44）

第1段階のPre-Residentialの最前線に置かれるDETOXは、CTN MONAR Krakowが有する唯一の施設で、定員16床で男女別の大部屋に分けられ、入寮期間10～14日を基準として次の段階につないでいく。このDETOXが始められる以前は、全ての解毒センターは国立病院の一つの科として存在し、ほとんどの場合は精神病院と一緒だった。リハビリテーションセンターに併設することは、なかなか考えられないアイディアだったが、事業開始後10年余り経った時点で、以下のように評価される。

すなわち、リハビリテーション段階の人にとってDETOX入所者を見ることが自分のリハビリテーション

写真44



の動機になり、DETOXの患者にとっては隣接のTC、Dom MONAR'uにそのまま残っていくケースが多く、自然にリハビリテーションの段階に導入可能である。

＜治療のステップ＞

Stage Ⅰ：
- 早期診断
- 安心できる環境設定
- 精神的サポート
- 患者の治療への期待を事前に診断する（アンケート："なぜ治療を求めるか"）

Stage Ⅱ：
- 患者の生活の変化へ向け、その動機を与える
- 自己の状況に対する自己洞察を深めるための精神療法
- 解毒後のリハビリテーションのオプションについて教える
- 集団治療をとおした問題の解決方法の学習
- 運動及び音楽療法
- アウトドア活動（バーベキュー等レクリエーション）

Stage Ⅲ：
- 解毒後のリハビリテーションを決定
- リハビリテーションセンターに移動
- 治療の結果についての評価

また、DETOXにはケアのための専門スタッフが厚く配置されており、2人の医師、6人の看護師、そして専任Therapistも1人配置されていた。入寮

者の様子に関しては、ヘロインモデルの依存者の解毒ケースが多数を占めており、短期で回転する施設でもあることから、クリーンな印象は見られなかった。ここで上記のHarm Reductionとしての、各種の治療的情報及びその選択に関わるリスク情報と対応策も提供される。DETOXからの退寮先は、十分な動機を伴った次の段階のTC施設へも、一部でつながっていくことが理解された。

4) Dom MONAR'u (MONAR HOUSE) (写真45、46)

第2段階のTCとして位置づけられるDom MONAR'uは、18歳以上の男女のための40人定員の施設である。敷地内には広大な裏庭があり、運動用グラウンドも設けられた4階建ての邸宅であった。現在は建物を改装中のため、訪問時には10人が入寮していた。かなり大きな古い建造物で、作業服を着た入寮者自身によって塗装や修繕の改修工事が進められていた。入寮プログラムの基準は1年で、日曜日を除く週6日、一日当たり8時間施設内の労働に従事し、あわせて毎晩ミーティングが行われる。全部で8人の専属スタッフは心理学の専門職で、6人はNational Bureau for Drug Preventionの資格を合わせ持ち、3人は大学院の卒業者である。

ここでのプログラムは、集団精神療法、労働、リハビリテーションのコンポジットにより構成され、個人のリハビリテーションは入寮者と援助職の強固な関係を基礎にする。また、入寮者自身が担当の療法士を選ぶことも認められている。特に開始期の動機付けを最も重視している。

入寮者の生活においては、EXECUTORと呼ばれるキッチンリーダーが厨房を取り仕切り、毎日の食事は入寮者自身で用意する。その他施設内の仕事はS.O.S.M.という4つのグループによるJob Functionよって運営されていた。施設生活での中心課題は、日常のあらゆる状況に薬物使用なしでどのように対応するかを、経験を重ねながら学ぶことであるという。また、1日に4回薬物使用に関する検査が行われるが、通常の尿検査に加え眼球反応(Eye Reaction Testing)検査も併用される。

入寮者の居室は建物の構造上狭く、場所によっては屋根裏の傾斜の下がベッドスペースになっている部屋もあるが、電化製品な個人の所有物も持込使用が認められていた。施設内にはコンピュータトレーニングルームも設けられ、週2回トレーナによる指導が行われているとのことだった。

写真45



写真46

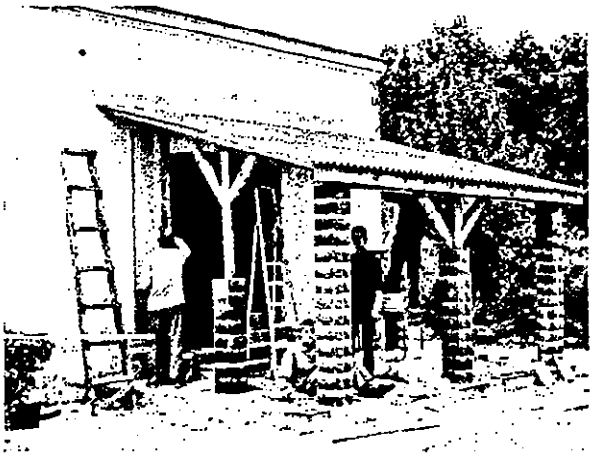
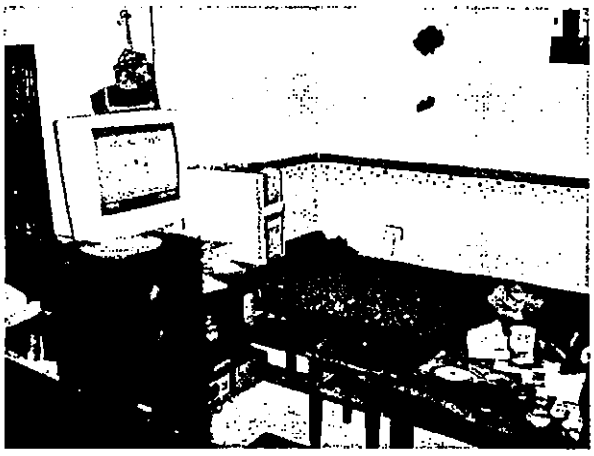


写真47



5) Dom GWAN (GWAN HOUSE) (写真47)

上記2施設から少し離れた場所で1999年から始められた標準18ヶ月の長期入寮プログラムで、ここでは入寮者のミーティングにも参加できた。さほど大きくないミーティング専用棟に40人近い入寮者が集まり、午後のミーティングセッションが行われていた（定員は35～40人とされている)。テーマは入寮してきて間もないメンバーの自らの薬物使用に関する考え方が発表され、スタッフも同席する中で入寮者の司会進行による他のメンバーからのフィードバックが行われていた。TCでの治療に対する動機の弱い入寮者に対し、受容的ながらも経験に基づいた厳しいコンフロンテーションが求められた。参加者は10代後半から20代前半の男女が多く、中でも女性の比率が高かった。

入寮用施設は2～3人用の平屋建ての個別棟形式で、居室にはガスコンロや小型冷蔵庫など簡易な調理設備、トイレやシャワーなどは棟毎に設けられ、一部屋に人数分のベッドが置かれるだけのシンプルな寮室には個人占有のスペースはほとんどないながらも、各自が所有するオーディオ機器やコンピュータまでが持ち込まれていた。

Dom GWANではTC段階のResidential Facilityとして、以下のハウスルールと目標を掲げている。

＜Dom GWAN のハウスルール＞

「治療がメインの食事であり、仕事（就職）等はデザートと考えなさい」

1. 麻薬、アルコール及び気分を変える全ての薬物使用の禁止
2. 暴行の禁止
3. 木曜日のミーティングには必ず参加すること
4. 治療的な進展がないことは、「プログラム中止」とされる原因になり得る
5. 集団療法、個人療法、グループワークには参加義務が有る
6. 休みの場合は外出時間（出発と帰着）スタッフと決める、外出中など決めた時間は変更できない、休みの変更や延長が必要な場合は一回GWANに戻りスタッフと再度協議、電話での予定変更は不可
7. 盗難発生の場合は、犯人が見つかるまで詳しい検査を行う
8. 大事な事項はグループで解決を目指す
9. 随時薬物使用検査が行われる
10. 夜間23時～翌6時の間は静粛を守ること
11. 外部に対してGWANの良いイメージを大事にする
12. GWANにいる期間は携帯電話の契約は禁止
13. 施設長の指示に従い、週に数時間GWANの為に働く

スタッフと相談してからゲストを招待すること、訪問者が滞在する時間をスタッフに伝えること、GWAN入寮後一ヶ月間外出はできない、ただし大事な用事の場合は、スタッフメンバーが同行して出かけることが可能　＜GWANスタッフと患者たち＞

また、Dom GWANのプログラムは長期にわたるものであることから、ここ以外の類似施設で治療を受けてから6ヶ月以上経過していることが、入寮の基準とされていた。

写真48



(13) FAMILIA / Therapeutic Community
FAMILIA (Gliwice, POLAND) (写真48)

FAMILIA協会は、FTCCEE (Federation of Therapeutic Communilies of Central and Eastern Europe) 会長をも務める精神科医Andrezej May-Majewski氏がリーダーとなって始められた南部ポーランドの代表的なTCプログラム運営団体である。活動するグリヴィチェ (Gliwice) 市はシレジア地方の古都で、前出のクラコフ市から西に車で1時間半ほど移動した場所にある。ここでは、アメリカ型伝統的TCモデルを踏襲する形でのTCアプローチが行われていた。

1) FTCCEE (EEFTC) について

FTCCEEは1988年に創設され、現在ではBulgaria, Czech Republic, Hungary, Estonia, Latvia, Lithuania, Poland, Romania, Russia, Slovakia, Slovenia, Ukraineの11カ国が加盟している。WFTCの傘下にあり、世界各国のTCとも密接な連携を持っている。FTCCEEの加盟国には、以下の4つの今日共通点があるとされる。

1. 約50年間にわたる社会主義体制での生活を経験したこと
2. 地理的に中央および東部ヨーロッパに位置する
3. 国家的にはスラブのルーツを持つこと
4. 90年代にそれぞれの国内で、劇的な薬物市場の拡大を見たこと

Andrezej May-Majewski氏は、創設当時より現在まで、このFTCCEEの中心的指導者であり、DAYTOPにWFTCの事務局が置かれているのと同様に、後述するFAMILIA協会にFTCCEEの事務局とSecretary等専従職員も置かれていた。(写真49)

2) Spolecznosc Terapeutyczna (Therapeutic Community) FAMILIAプログラムのアウトライン

FAMILIAによるTCプログラムは、上記Majewski氏がDAYTOPにおける4ヶ月の研修を受けた後、帰国して1991年に別の施設で始めたものを、1995年にDual Diagnosisのニーズに対応する形で修正されて始められた、入寮から修了まで約1年間のプログラムである。今回の訪問調査では、同協会の運営する以下の3つのプログラムに体験参加し、会長及び中核スタッフを含めたTCの全ファミリーメンバーとも質疑を行った。今回訪問見学した施設のカテゴリーは、以下のとおり。

a) Pre-Residential Facility
b) TC ; Residential
c) Family Program

FAMILIAのリハビリテーションシステムは、以下のように説明される。

① Mental Health and Addiction Treatment Center / Prevention and Rehabilitation Center
(Gliwice, ul. D?bowa 5 ; 所在地)

1. Addiction Treatment Outpatient Clinic, Mental Health Outpatient Clinic
2. Psychiatric Ward
   - Detoxification
   - Hospitalization of Drug addict with psychiatric disorders
   - Pre-residential program

② Addiction Treatment of Upper Silesia Association 'FAMILIA' (Gliwice, ul. Huberta 60)

1. Younger Resident program (6 Months)
   Information period (14 days)
2. Treatment-Rehabilitation program for patient with mental health disorder (depend on personal conditions)

③ Family support Home 'FAMILIA' : (Gliwice, ul. Dolnej. Wsi 45a)

- Rehabilitation-Adaptation program of older resident (4 Months)
- Relapse Prevention program
- Hostel FAMILIA (グループホーム型ハーフウェイ・ハウス)

写真49



また、TCコンセプトの中で重要なものと位置づけられるValue (価値) について、FAMILIAでは三角形のモデルを用いて、各辺を構成する以下の3つの要素を挙げている。

A ; UCZCIWCSC (Honesty)
B ; ODPOWIEDZIALNOSC (Responsibility)
C ; CZYNIENIE DOBRA (Doing Good)

あわせて、TCでの回復について、" CUD" というシンボルも掲げているが、これは「奇跡 (miracle)」の意味になり、それぞれCはCialo (Body) , UはUmysl (Mind) , DはDuch (Spirit) の「統合」

が奇跡を起こすことをイメージするもの、と説明された。

3) FAMILIA Pre-Residential Facility (写真50)

この施設は上記①の本部に併設された施設で、精神科外来医療部門やDETOXとして入寮者を受け入れ、次のTC Phaseにつなぐまでの役割を果たしている。入寮者は約40名ほどだったが、DETOXの後2週間程度はInformation period（情報提供期間）として、ここでTCモデルの日課を体験する。その中で、まず自分がこのCommunityに受け入れられていることを理解し、TCの中で治療を継続していきたいと意思表示できるようになること、動機付けが毎日のプログラムの目標となる。各入寮者は数人の仲間と共同生活しながら、TCでの治療について理解する。

TCでの治療プログラムを理解して、ここでコミュニティの一員として責任を持って治療に取り組む意思は、FAMILIAの名札を首から下げて生活することで表現される（まだ迷っている者は名札を着用していなかった）。Morning Mtg.で始まる各セッションの構造は、以下に説明するResidential TCで行われるものと基本的には一緒である。

4) TC ; Residential (写真51)

第2段階の入寮TC施設は上記①の場所にあり、構造化された環境下で一定期間の共同生活を送る。ここでは、「感情」に焦点が当てられ、日常生活の中でさまざまに変化するその自己の感情をしまい込まずに適切な方法で表現することを学ぶ。お互いがコミュニティメンバーに支えられて生活し、回復の道具となれることを体験できるように配慮されている。

CSGのTCでも見たようにSlipを用いて、WNIDSKINA SPDLECZNOSCと書かれた箱の中に、他の入寮者の行動に対して感じた自分の感情を投函し、メンバー全員の前でルールに従って表現していた。その最も典型的なセッションがMorning Mtg.でのFeedbackであった。

写真50

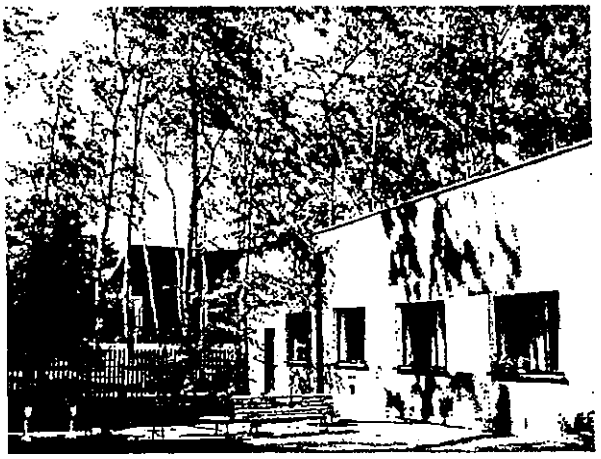
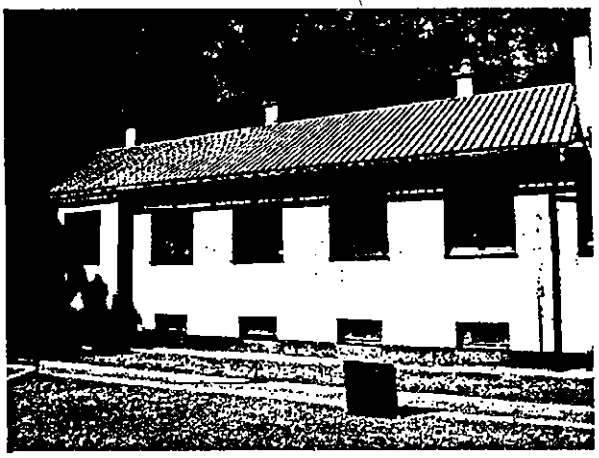


写真51



＜Morning Mtg.のフォーマット＞

① TC Philosophy and a Prayer for Cheerfulness
② Greeting the Community
③ Philosophy of the Day
④ Feedback Information in Thanks
⑤ Business Information（事務連絡）
⑥ The Choice of Responsibility for the next day's Meeting（翌日の役割の発表と確認）
⑦ Motto of the Day
⑧ News and Weather（ニュースと天気）
⑨ Observer（外来者の情報）
⑩ Game
⑪ Wishing for a Good Day

毎朝行われるMorning Mtg.は、TC内の日常生活にとって重要なプログラムでスタッフ以下全員が参加する。このミーティングでは自分が話し始める前に、必ず"Dzie? dobry (Good morning) Community," と挨拶してから内容に入る習慣があり、常にCommunityの一員である自分が意識されてい

る。この毎朝のセッションで用いられる”PULL UP”と書かれた大型の掲示板には、メンバーの名前と申告した人の名前，簡単な内容が誰でも見えるところに書き示されていた。上記④の部分で示されるFeedback Informationとは、メンバー個々の行為に対する他者からの評価に直面させるセッションであり、これまで見てきたものと同様のルールで、しかしより徹底された形式で、長い時間をかけて行われていた。参加するコミュニティの各メンバーは、他者の行為や体験に対して自分が感じたことを率直に伝えることが求められ、訓練される。(写真52)

スタッフも参加することから、その行為に対する評価が入寮者同様に評価の対象となることがある。コミュニティにおける行為に責任を持つという点では、援助職といえども何ら違いはない。そのため、ルールや規則はPhilosophyを共有するすべてのコミュニティメンバーに対し、明瞭に書いて示されなくてはならない、とのことだった。

5）家族（教育）プログラム（写真53）

FAMILIAでは、定期的に入寮者の家族を対象とした教育プログラムを開催しており、参加した。主にビギナーの家族に呼びかけ、週末の1日をあててFAMILIAに来所してもらい、スタッフによるアディクションに関する各種のレクチャーが提供されていた。また、そこに集まる家族のグループに対しても援助し、「共依存」関係や家族システムの病理について学ぶことをサポートしている。家族がFAMILIAのケアの考え方を理解する上でも、この家族セミナーの場は役立っていることが理解できた。

6）自助グループとDual Diagnosis

精神科医で会長のMajewski氏が示すデータによれば、アルコールを除く他の薬物依存者の半数以上（53%）にPsychiatric disorderを認め、これらの薬物依存者の処遇のあり方が問題になってきたことがFAMILIA設立に関わっている、という。Addictに対して、”Coming back to Normal Life” Modelと”Mental Health Improvement” Modelが分離していることに問題が存在し、これらある意味で相反するモデルの統合が課題となった。AAやNAといった12ステップを用いる自助グループだけでは、これらDual Diagnosisとされる依存者の治療には不十分である、との理由で、FAMILIAにおけるプログラムの前面に12ステップそのもの

写真52

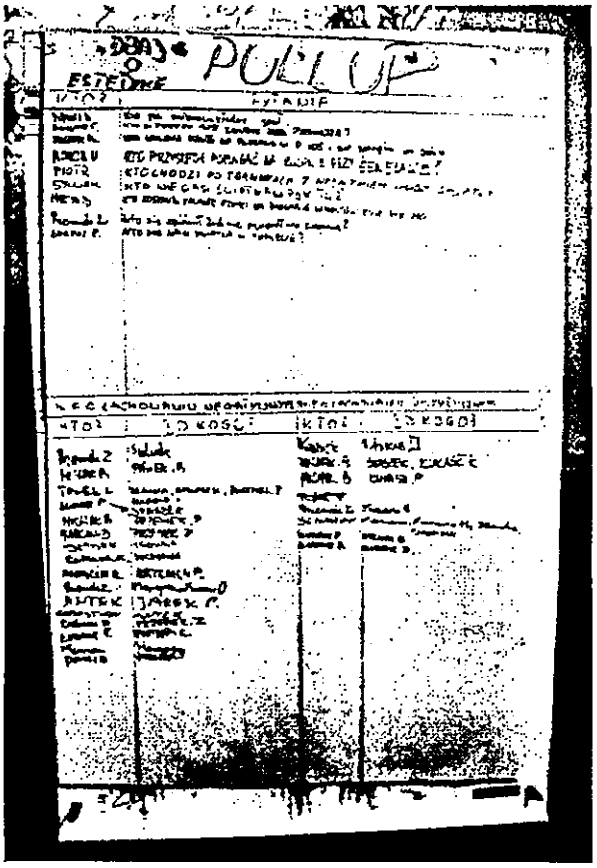
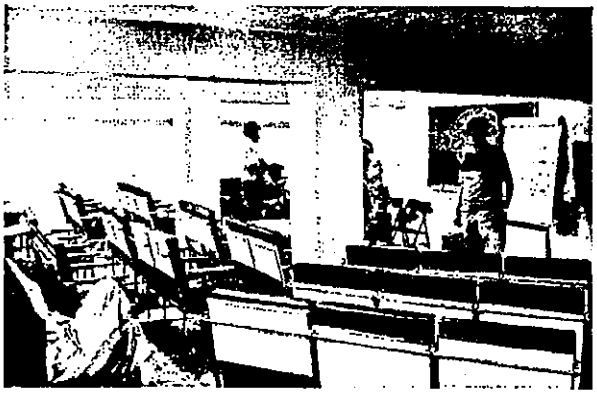


写真53



は登場しない。

また、入寮者によればコミュニティ内部での会話において、過去の自分が使用していた薬の名前や、その状況について話すことは「禁じられて」いる、という。自分が薬物使用してきた過去の事実に対し、徹底的に正直になることを目指す12ステップのプログラムと、TCにおける責任意識と今

後の自分の行為選択を重視したアプローチでは、最終的に目指すところが同じでもプロセスには相違が見られる。

ただし、TCが12ステップグループの治療的効果を無視しているのではなく、たとえば「平安の祈り（Serenity Prayer)」や今日一日といったスローガンの重視についても注目する必要がある。

(14) KATOLICKI OSRODEK REHABILITACYJNO / Dom NADZIEI (Bytom, POLAND) (写真54, 55)

FAMILIAのプログラム体験と合わせ、隣接するビトム（Bytom）市にある青少年施設を訪問し、質疑する機会を得た。" Dom NADZIEI" とは、「Hope；希望（の家)」の意で、18歳以下の男女、35人ほどが共同生活するAdolescent Programである。ポーランド国内でも18歳以下だけを対象としたプログラムは10箇所しかない。その他、Intensive Day Treatmentとして、週3回以上の通所利用によるクライアントもいる。薬物依存の治療的関わりのと合わせて、Social skillsを身につけ、プログラムを終えた後でどのように生きて行ったらよいか学ぶことが、1年程度の利用期間の中で求められる、という。

運営するのはポーランドでは圧倒的多数を占めるカトリック教会系の団体で、運営方針の説明にも宗教的な表現が特徴としてあった。ここでの治療的処遇の目標は、薬物使用によって破壊された神との関係を回復するという意味で、Recoveryが目指される。施設長は青少年問題に取り組んできたカトリック司祭（神父）Jana Berthiera師で、その他援助職スタッフや調理スタッフなどが協働している。

青少年の薬物依存問題は家族関係の強い影響力の下に起こっていることから、それ自体を「家族問題」としてとらえ、「バルバロ・モデル」と呼ばれるFamily TherapyやSystem Therapyに基礎を求めたアプローチを採用している。具体的に入寮者の家族に対しては、月に1回は家族と一緒のミーティングを持つため、来所を求めている。

ポーランドでは18歳以下の薬物使用者に対しては地方自治体が責任を持つよう定められていることから、プログラムの利用に家族の負担が求められることはない、という。

Intensive Day Treatmentとして利用していた18歳の青年は、12ヶ月のプログラムの8ヶ月目にあり、週3回通所、プログラム修了ができたら学校に戻り、自動車運転免許を取得して自立することを目指している。プログラムは後半になっているが、この共同体で一緒にプログラムを行う中で今でも、新しく来た仲間の話に過去の自分自身の姿を見て、どうしようもなく怒りを感じることがある、と話していた。

写真54

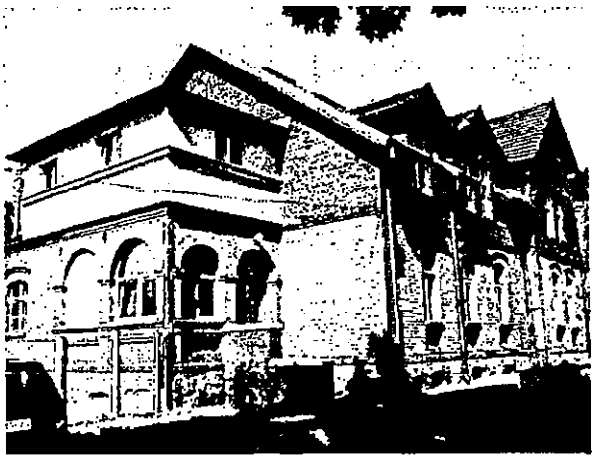


写真55



V　コロンビアのTC － Fundacion HOGARES CLARETを中心に

今年度第3回目の海外調査では、中南米のTC実践のモデルとして知られるコロンビア共和国メデジン市のFundacion HOGARES CLARETを訪問し、ヒアリング調査した。日本国内には情報がほとんど

ないが、コロンビアをはじめ南米諸国では1980年代よりTCによる薬物問題へのアプローチが積極的に行われてきた経過がある。1980年代に麻薬戦争の表舞台として名を知られることになったコロンビア、とりわけメデジン市は、一方で中米や南ヨーロッパも含めたイベロアメリカ文化圏でのモデル的実践を重ねて今日に至っている。

(15) Fundacion HOGARES CLARET / CASA CLARET Medellin / HOGAR CLARET de ACOGIDA / HOGAR CLARET LA LIBERTAD (Medellin, COLOMBIA)

1) コロンビアの薬物問題とFundacion HOGARES CLARET (写真56)

コロンビアはかつてコカインの取引で巨額の財を成したカルテルと呼ばれる組織が各地域に存在し、麻薬大国のイメージで語られてきた。とりわけ世界一の麻薬王といわれたPablo Escobalが支配したメデジンカルテルの本拠地、メデジンでは薬物犯罪の増大、利権をめぐる抗争や爆弾テロ、政府組織による武力行使などで多数の市民が犠牲になった、といわれる。そのような状況下にあった1984年に、Fundacion HOGARES CLARET (以下ではHCとする) はGabriel Antonio Mejia Montoya師ら4人のクラレチアン宣教会の司祭によって始められた。(写真57)

DAYTOPモデルの入寮型TCアプローチによって、当初は7人のHomeless依存者の入寮プログラムから始まったHCは、20年を迎えた今日では2,500人余りの入寮者を抱え、480人の有給スタッフと500人以上のボランティアを擁して、コロンビア全土に48施設、うちメデジンだけでも12のTC施設を運営する組織となっている。ちなみにスタッフの約35%が卒業生を中心とした回復者であるという。

Mejia師によれば、今日でもコロンビアが世界最大のコカイン産出国の一つである状況は変わっておらず、ここから世界各地にコカインが輸出されている。販売価格の状況がNarco Trafficoと呼ばれる移動の道筋を示すが、コロンビアでは1kgあたり800USDで取引され、それが中米コスタリカでは4,000USDに、メキシコでは20,000USD、アメリカ本土では25,000USDとなり、ヨーロッパのスペインでは45,000USD、さらにロシアでは1kgあたり90,000USDで売買されている、という。

写真56



写真57



HCは、当初はHomelessの成人男性の薬物依存を対象に始まったが、今日ではStreet Childrenや青年層の薬物問題にも展開し、対象者の生活問題に対応した幅広いプログラムが用意されている。

以下にその基本モジュールを示す。

<成人プログラム (1年間) > : Adulto abusadores y dependencia a sustencias psicoactives

Fase 1 ; ACOGIDA y Compromiso Existencial (1 mes)

1) Acogida y motivar
2) Desintoxication fisica
3) Compromiso Existencial

Fase 2 ; Etapa de Identificacion (3 meses)

1) T.C. (C.T.)
2) Etapa de Elaboracion (3 meses)
Fase 3 ; Etapa de Consolidacion (3 meses)
1) Etapa de Servicio Social (1 mes)
2) Etapa de Desprendimiento General o Integracion Sociofamiliar y Cultural (1 mes)

<青少年プログラム（2年間）>：El Programa Juvenil

Fase 1 ; ACOGIDA y Compromiso Existencial (30 dias)
1) Ayuda y motivacion
2) Diagnostico medeco
3) Comprometer a la familia

Fase 2 ;
1) Etapa de Identificacion 1 (45 dias)
2) Etapa de Identificacion 2 (45 dias)
3) Etapa de Elaboracion 1 (45 dias)
4) Etapa de Elaboracion 2 (45 dias)

Fase 3 ;
1) Etapa de Proyeccion Social y Comunitaria (1 mes)
2) Etapa de Desprendimiento Gradual (1 mes)
3) Etapa de Integracion Sociofamiliar y Seguimiento (3 meses)

なお、前出のHC会長のMejia師は、WFTCにおける3rd Vice Presidentであり、FLACT（中南米TC連盟）の会長でもある。(写真57)

2) CASA CLARET Medellin (写真58)

CASA CLARET Medell?nはメデジン市の北端、市内から車で約30分の山岳部にある比較的大規模な成人TC施設である。1997年より現施設にプログラムが移されたが、研修等の用途で使用可能なコンベンション施設が併設されているため、50?の敷地に約3,000㎡の建物面積を持つ。定員は30室、120人であるが、実際の入寮者は50人程度だった。

HCの中では最も一般的なStractured TCであり、Job Functionに基づいたハウス運営が基本となっていた。週日は5:30に起床し21:30消灯まで、

写真58

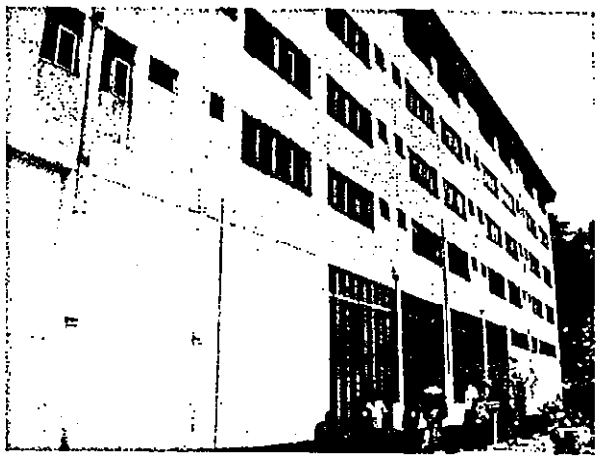


写真59



グループミーティングと作業、セルフワーク等が組み合わされたタイトなスケジュールが組まれている。土曜日と日曜日は7時起床、土曜午後にはスポーツ、レクリエーション等のプログラム、日曜の午後には面会者を迎えることが認められる。

なお、毎日2回全員で集まり列を作って点呼が行われるが、それは在所の確認という管理的な意味だけでなく、同時にコミュニティの情報交換のためにも必要であると説明された。(写真59)

3) HOGAR CLARET de ACOGIDA (写真60、61)

HOGAR CLARET de ACOGIDAは市内の中心部に位置し、その名のとおりACOGIDA、つまりTCでの生活の動機付けと薬物なしの生活を始める第1段階に焦点を当てたTC施設である。2000年にスタートしたいわゆるStreet ChildrenのためのTCプログラムで、7歳から17歳までの男女が一定期間生活

する。定員は入寮（ナイトケア）が120人、Day-programが60人となっており、男児の方が多い。
プログラムは以下の4つの段階で展開する。

Fase 0 ; Sensibilization(trabajo de calle)
→ 路上生活での自分の状況について敏感になる
Fase 1 ; Acogida
Fase 2 ; Identification
Fase 3 ; (Interna o Externa) Vinculacion Social → 内面的・対外的な社会との結びつきをつくる

上記の段階に沿って、段階が進むにつれて自分の所有物が確保され、個別なニーズに合わせた援助やグループセッションが提供される。また、スタッフは教育専門職（Pedagogo/ga）が中心を占め、施設内の作業プログラムにもレクリエーション的要素が採り入れられていた。この施設は、次のTC施設等での治療の前段に位置づけられ、可能であれば別施設へ移していくことが目標となる。概ね2、3ヶ月程度の期間に、評価と退寮後の方向が選ばれていく。(写真62)

スタッフによれば、10代の薬物使用するStreet Childrenたちの感染症の問題と、特に女児の妊娠が大きな問題となっているという。日本の状況ではどうか、と質問されたが、実際訪問時にも妊娠していることがわかる中学生位の児童に会い、治療的援助と合わせた社会的サポートとがこれから長期間求められていく現実を理解した。

4) HOGAR CLARET LA LIBERTAD（写真63、64）

HOGAR CLARET LA LIBERTADは、薬物依存の青少年のための入寮によるTCプログラムであり、1991年にスタートした。施設は市の最南端の山の斜面に位置しており、中心部からは30分程度離れた場所にある。対象は12歳から18歳までの男児で、定員は70人であるというが、実際には25人程度が共同生活していた。

写真60

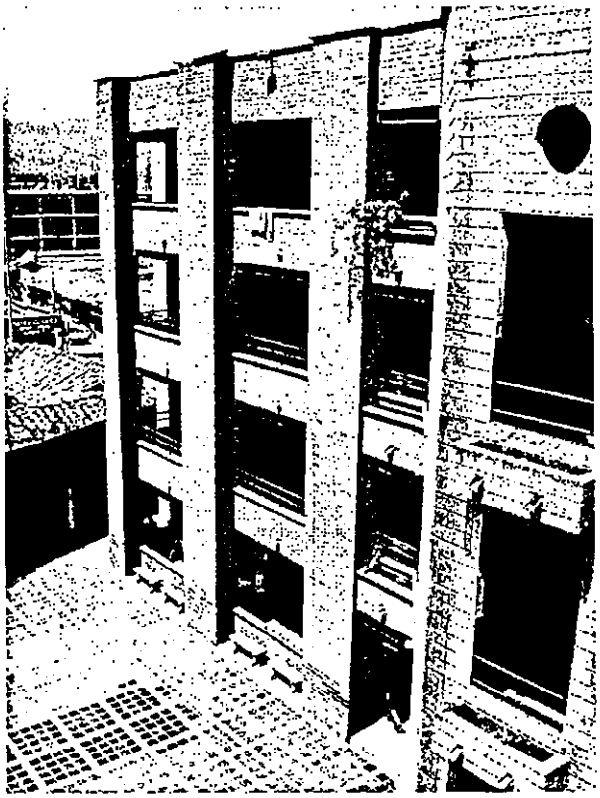


写真61

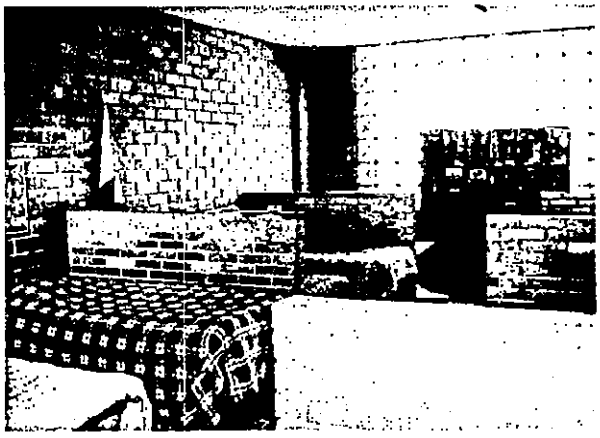


写真62



青少年施設のフォーマットに沿ったプログラムは、食事の調理など一部専門スタッフの手を借りるが、成人施設に準じた形でハウス運営は入寮者自身の協力によって行われる。ミーティングのセッションで行われるConfrontationも、援助職スタッフの同席の下に、成人施設のものと同じルールによって行われていた。施設内には教室も設けられ、一定時間学年に分けた学習指導もスケジュールに組まれている。

宿泊棟は7人単位の小舎制で、掃除をはじめ管理はシニアの入寮者の指示の下、共同して行われる。広い敷地内には定期的に組まれた運動プログラムのための設備も設けられていた。この入寮によるプログラム期間の標準は12ヶ月が基準とされていた。

(16) Fundacion Universitaria LUIS AMIGO / Centro de Desarrollo - HUMANO (Medellin, COLOMBIA)

1) Fundacion Universitaria LUIS AMIGO

LUIS AMIGO大学（FUNLAM）は創立約20年の比較的新しい私立大学で、メデジン市の中心部に近い現代的な大学である。ここに勤務するAngela Maria Parra教授は、前出のラテンアメリカ諸国19カ国で構成されるFLACTのコロンビア連盟会長として、Mejia師とも協働している。ここでは、他の大学でも行われている薬物問題に関する調査研究の他に、付属の臨床治療機関をも併設し、予防教育プログラムと治療プログラムを運営する他、アディクション・トリートメントの専門職養成プログラムを開発して展開しているところに独自性を持っている。薬物問題への取り組みが中南米でも先端に位置するメデジンにあって、FUNLAMはその中心的役割を負った総合的研究教育機関とされている。

専門職養成プログラムは、大学院の中の専門課程として設置されており、アルゼンチン、ペルー、ヴェネズエラ、コスタリカ、コロンビアからの学生が学んでいる。国内からは40人ほどが集まり、過去15年間で約400人が修了してDiplomaを得た。仕事をしながら学ぶ学生が大半であり、職種もソーシャルワーカー、心理士、精神科以外の医師、教師、ジャーナリストなどの多岐に及ぶ。さらに、2000年からはWebを利用したオンラインの通信教育課程がスタートしており、スペインも含めたスペイン語圏の5カ国8大学が連携して運営されている。MAESTRIA IBEROAMERICANA ON-LINE EN DROGO DEPENDENCIASと呼ばれるこのプログラムは、自国内のTC施設等での240時間の実習を含む4段階のカリキュラムで構成されている。内容は、薬物依存のBio-psico-sociales（生理－心理－社会）各面での基礎理論から治療・介入と予防、プログラム運営の実際までを含む総合的なものになっている。2002年10月時点で、19カ国125人の学生がこのコースに学んで学位取得を目指している。また現在では、英語を使用する地域の学生も受け入れられるよう準備中であるという。

FUNLAMの重要なもう一つの役割に、TCの重要な援助の担い手であるEx-Addictを対象とした専門職養成プログラムの運営がある。これは毎週土曜日に1年間かけて行われるコースで、回復体験を持つ専門職希望者に対して、その経験を生かしながらもさらに教育を加えることで、学術的団体あるいは広く社会におけるプロへと養成する。基礎

写真63



写真64



にはHuman Developmental Model, Group Dynamics, Family Interventionの理論とTC実践での歴史を位置づけて学ばせる。

なお、その背景にはTherapeutic CommunityあるいはTreatment Centerと名乗って運営されるプログラムは国内だけでも500以上あり、そのうち政府が公認するものは1割以下の50程度に過ぎない、という事情があるためだとのこと。この際の「公認」とは、政府あるいは地方政府の管理下にあり、政府と協働するという意味であり、具体的には政府からプログラムの委託を受けるための最低条件となる。すなわち「公認」団体が必ずしも財政援助を受けていることは意味しないが、未公認でまったく自由に行われているプログラムが多いことも事実である、という。利用者が適切な治療を受けられる環境を整備する上でも、大学としてDiploma Courseを設けて質の向上に取り組む目的で、低額なコストでCertificateが与えられるようプログラムを行っている。費用は年間計240時間の教育費として200USD、2ヶ月間の集中講義コースも行われている。

Hogares Claretとのプログラムの差異について、プログラムディレクターである医師のGuillermo A.Castano教授はそのルーツを挙げ、HCがスペインからのプログラムであるのに対し、FUNLAMで採用するのはイタリアモデルのプログラムである、と説明した。また、12ステッププログラムとの関係については、薬物依存のアプローチにはBio-Psycho-Socialの3つの視点が不可欠であり、その点から見ると12ステップの実践だけでは専門援助職養成には欠けてしまう部分がある、と指摘された。もちろん、コロンビアの社会においてこれまでAAなどのグループが果たしてきた役割が大きいことも事実であって重視するが、専門職には12ステップだけでは不十分という説明は、わが国の今後の専門職養成を考える上にも示唆を与えるものと言える。

2) Centro de Desarrollo - HUMANO

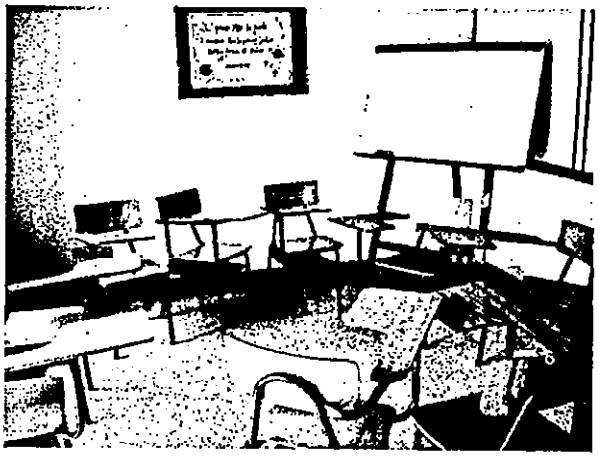
(写真65、66)

FUNLAMは、大学付属の臨床治療機関として、Centro de Desarrollo - HUMANOというDay Treatment Programを市内中心部にて運営している。HUMANOでは以下の数多くのプログラムが実施されていた。

写真65



写真66



① Plan Poliadicto y Lud?patas Adolescentes

14～19歳までの薬物依存と他のアディクションをあわせて持つ者、特に強迫的ギャンブル（ギャンブル依存）問題を併せ持つ青少年のためのプログラム

② Plan Poliadicto y Ludopatas Adultos

上記と同様に、「クロスアディクション」、特にギャンブル問題を抱えた20歳以上のプログラム

③ Plan Familias Sin Usuario

まだ治療を受け入れていない薬物使用者の家族のための介入プログラム

④ Plan Prevention Ninos y Jovenes

12～16歳までの児童を対象とした予防教育プログラム

⑤ Plan Atencion Individual

児童、青少年、成人を問わず心理的・教育的ま

たは家族関係上注意が必要な個人に対する予防プログラム

⑥ Implemantacion de Progaramas de Prevention

大学や学校と同様に、役所や企業に対しても予防教育プログラムを供給する

⑦ Proceso de intervencion en los Diferentes planes de Tratamiento

薬物使用者集団及び個人とその家族に対し、多種の専門分野からのケアを提供する

これらのプログラムは、基本的に有償で提供されるが、予防を中心としたものについては自治体からの費用負担があり、該当者は負担なして受けることができる。

この他、DAYTOPと同じPhilosophyを掲げ、Precomunidad→Comunidad→Reinsercionという3つの基本Phaseによる典型的な入寮TC施設、Comunidad Terapeurica Covivencial Luis Amigoも同大学によって1986年以来運営されている。

VI アメリカ西海岸におけるModified TC practice — San Franciscoを中心に

第3回研修ではコロンビアの他にアメリカ西海岸の大都市、サンフランシスコにおいてTCとその関連施設に関する訪問調査を行った。同市はアメリカの大都市の中でも、アジア系住民が1／3を超えるMulti-culturalな状況にあり、一方でゲイやレズビアンあるいは性転換者といった性的マイノリティが多く住み、独自のDrug Cultureと合わせて文化的規範を形成していることが知られている。このようなサンフランシスコでは、早くも1960年代前後より薬物使用者への対応が議論されてきた経緯があり、以後実態に対応するさまざまな実践的取り組みが行われた事によって、今日では全米でも最先端と言える薬物問題へのアプローチが行われている。

今回は、同市で性的マイノリティを対象にした調査や保健増進活動に取り組んでこられたカリフォルニア大学サンフランシスコ校、根本透準教授（T. Nemoto, Ph.D）のコーディネートにより多くの薬物依存者への治療・支援プログラムの実際について調査し、現状把握することができた。

(17) AARS-Asian American Recovery Services Inc. / Project ADAPT / AARRS-Adult Residential Program(San Francisco, CA)

Asian American Recovery Services は、主にアジア系アメリカ人を対象とした回復援助プログラムを運営する非営利団体である。

1) Project ADAPT

Outpatient Program（通所）としてProject ADAPTがあり、入寮型TC施設も併設されている。プログラムのコンセプトは、アディクションをDiseaseでなくSymptom（症状・表現）としてとらえ、Body-Mind-Spiritの分断（Disconnection）によって起こると理解する。西洋医学の思考方法に基づいてTreatmentとしてSymptomを除去するのではなく、東洋人が歴史的伝承の中で意識・無意識に行ってきた自らのBody-Mind-Spiritの統合を、積極的に強化するトレーニングを行うことでSymptomの影響を低減することを目指す。そのためTreatmentの代わりにHealingという言葉を用いる。アジア系が持つ言葉を使わないコミュニケーションパターンを重視し、言語化によるコミュニケーションを重視してきた伝統的TCモデルでは表現できないEmotional Processに焦点を当てる。そのため具体的に提供されるプログラムは、歩く、座る、黙想するといった日常の動作を意識して、集団で行う形が取り入れられている。Program Phaseは、それぞれ ①Engagement, ②Self Reflection, ③Application, ④Giving Back, ⑤Transitionと表現されている。

スケジュールは、週5日朝9時に開所し、午後4時までであるが、金曜日だけは夜8時まで利用可能である。その間に、黙想や水泳などの運動、特にTai-Chi（太極拳）が定期的に取り入れられ、マッサージや鍼（Acupuncture）のプログラムも専門スタッフの援助で行われていた。一緒に施設外へ出かける行事も重視しており、それらが毎日1回以上行われるグループセッションと組み合わされて、スタッフが利用者の感情にアプローチできる構造になっている。

またここでは、伝統的TCが行うようにFamily（Relationship）を作ることではなく、Communityを作ることを目的とし、そこに参加するスタッフが利用者とがInter-Dependenceな関係を形成する。この関係はCo-dependenceとは異なりgive and takeが存在しチームワークを前提とすると同時に、

スタッフと利用者の責任と役割の違いをも明確にする。スタッフはこの関係の中で起こる感情の転移と逆転移を活用した心理的介入を常に行っている、という。

ADAPTのプログラムは利用者に対し食事の提供も含めて全て無料で提供され、食事作りや掃除当番といったStructureがない。毎朝のミーティングで参加者が話し合って決め、自ら行う。さらにプログラムを卒業（修了）することを利用者に課さない。Healingの決定権（Ownership）は全てクライエントにあり、どうしたいのか、いつプログラムを終えるかは利用者側で決める。当然毎日の出席も自分で決めるため、登録者は約40人であるが、一日平均20人程度が自らの意思で参加している。

アメリカ社会の中で、英語を使って自らを表現できない、あるいはそこでは看過されてしまう価値に注目して、利用者の文化的なニーズに基づいたこのプログラムは、2002年より自治体のDual diagnosis treatment programに対する財政補助により運営されている。

2) AARRS (Residential Program) (写真67)

ADAPTに併設する形でTCコンセプトに基づく入寮施設も運営されている。この入寮TCプログラムは、ほぼ伝統的TC Structureに近い形でCommunity運営が行われ、利用者もアジア系は少なくADAPTと対照的である。入寮者の多くは4種類に大別される司法処分から送致されてくる。以前は入寮から修了まで2年のプログラムとしていたが、今日では多様な入寮者のニーズに合わせる形で6ヶ月から1年をプログラム期間の基準としている。

なお、AARRSとはAsian American Residential Recovery Serviceという組織上の名称であると同時に、各段階で提供されるプログラム内容を示す5つのPhaseの頭文字から構成した名称でもあり、以下のとおりのフォーマットに沿って、TCでのプログラムは提供される。

① Acknowledgement Phase（承認）; Orientation (1～2 months); TCへの導入と適応
② Analysis Phase（分析）; Treatment (3～4 months); 個人の問題の核へのアプローチ、再発予防
③ Resolution Phase（解決）; Intensive Treatment (3～4 months); 責任の拡大、社会復帰計画作成
④ Reassessment Phase（再評価）; Pre re-entry (2～3 months); 社会復帰計画の実行、コミュニティへのサービス提供、就職
⑤ Stability Phase（安定化）; Re-entry/ Aftercare (Maximum 6 months); 就業・教育参加の継続、就労収入の維持、修了

写真67



各Phaseの移動については、個別にCase Managerとの面接や他のシニアの入寮者からのReviewを基に判断される。

(18) WALDEN HOUSE Inc. Adult Residential facility / Adolescent Residential / Day Treatment Center(San Francisco, CA)

WALDEN HOUSEは1969年に創設されたアメリカ西海岸におけるTCを運営する最大の非営利団体で、現在ではサンフランシスコを中心にカリフォルニア州内に数多くの施設とプログラムを運営し、毎日3,400人とも言われる多数の薬物依存者に利用されている。プログラムの基本コンセプトは伝統的な長期入寮型のTCであるが、事業開始当初よりホームレス状態の人々にアプローチしてきたことをはじめ、90年代以降は司法機関からの送致による依存者やHIVや精神障害を有する依存者、さらに性的マイノリティや被虐待児童とされる依存者をも積極的に受け入れて数多くのプログラムが開発されてきた。

1) Adult Residential facility (815 Buena Vista West, SF) (写真68)

成人入寮プログラムは、TCの基本的な3つの段階に沿って展開される。① Orientation Phaseは

2週間でTCへの導入を図る。② TC Phaseでは約3ヶ月間のStructureに基づくCommunity運営と各種のミーティング、個別セッションが組み合わされて提供される。③ Re-entry Phaseでは3ヶ月を基準として、社会復帰に向けて必要なさまざまなプログラムへの参加をとおして、Drug freeな自立生活の継続を目指す。具体的には面接の受け方や履歴書の書き方のトレーニングや住居設定の援助などが、施設プログラムの中で提供され、AAやNAといった12ステップベースの自助グループへの導入も行われる。

利用者の状況では、30～50％に処方が必要な精神疾患が合併している。ただし、精神疾患自体が重篤なレベルは少なく診断ではBipolarが多数で、その他PTSD、Anxiety Disorder、ADHDが合併していた。処方のうちでもMethadoneについては、以前は施設内で管理していたが、現在は施設の近所まで車で巡回してきて、施設外で投与を受ける方式に変更されている、とのことだった。

クリニカルスタッフは6人で、うち2名がTherapistであり、実習生もプログラムを援助していた。年間24人が来るという実習生は、1人あたり5人のクライアントを担当し、スタッフの指導のもとで働いている。なお、WALDEN HOUSEにはカリフォルニア全体で550人の有給スタッフが雇用されているとのことだった。

訪問時には大規模なミーティングホールの暖炉の周りに円形に椅子を並べて、Fire site Meetingが行われており、"My Commitments (責任)"というテーマであったが、司会進行するシニアの入寮者の促しで話すメンバーは話の途中で感情があふれ泣き出す場面もあり、他のメンバーが握手やハグするなどして支えている様子が印象に残った。

2) Adolescent Residential facility
(214 Haight St., SF) (写真69)

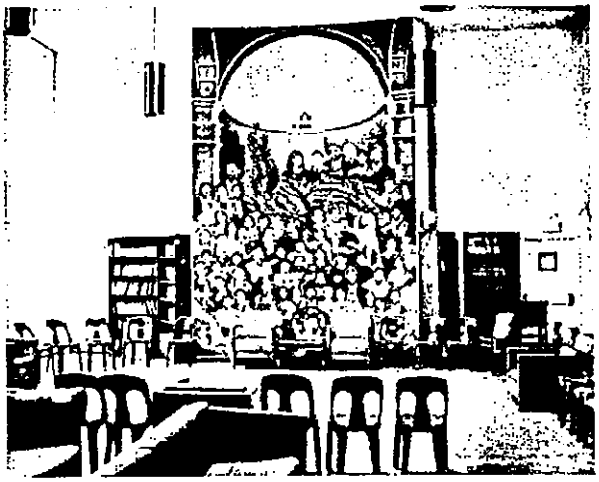
この施設は18歳以下の男子青少年を対象とする施設で、基本的なプログラム構造は成人TCと同様であるが、教育的な側面の要素が加えられている。コンピュータトレーニング施設もあり、外部から派遣された教員による授業も学年別に行われている。GEDを取得するための授業も定期的に開かれた退寮後の学業への復帰に配慮されていた。

また、本格的なトレーニングジムや運動設備が設けられ、エクササイズも週間プログラムの中に

写真68



写真69



位置づけられるなど、世代に合わせた修正が認められた。

なお、WALDEN HOUSEの上記2施設のプログラム内容、構造については、森田らの報告3) でも詳述されている。

3) Day Treatment Center (写真70)

Day Treatment部門は週6日朝8時から夜8時まで市内中心部に近い場所で開所されている。TCへのオリエンテーションを視野に入れたインテークを行う他、Residentialからも入寮者が個別のニーズに基づいて必要となるプログラムに参加するため訪れていた。たとえばTransgenderの人々を対象としたグループは、このDay Treatmentの施設を使って行うことで、入寮者も地域からの通所利用者も一緒に行うことができるという利点がある。

Day Treatmentはこのように複合施設となっており、以下のカテゴリーのサービスを提供している。

- Therapeutic Community Orientation
- Individual and Group Counseling
- Linkage to Residential Program
- Family Services
- Vocational Services
- Education Services

Day Treatment programを利用するためのインテークでは、① Substance Abuse assessment, ② Legal assessment, ③ Psychiatric assessmentの側面から総合的にニーズを事前評価するが、75％以上にLegal issueが存在しているという。

また、Residential TCでは対応が困難なまだ使い続ける依存者のケアプログラムとして、Harm Reduction programが週3回行われ、あわせて性的マイノリティを対象とした個別カウンセリングやHIV/AIDS予防教育、さらにDDA (Dual Diagnosis Anonymous) という12ステップグループにつなげるミーティングも行われていた。

(19) THE DELANCEY STREET FOUNDATION (San Francisco, CA) (写真71、72)

THE DELANCEY STREET FOUNDATION (以下DSとする) は、1971に創設され30年以上ものユニークな共同体運営で知られる施設である。これまでの情報でも、カルト的な雰囲気さえ漂う独特の集団として紹介されていたが、今回の見学によってその運営指針と共同体の現状について理解することができた。

まず、驚くべきことにDSの施設建物は全て入寮者の手による自作である、ということで、サンフランシスコ市の北東海岸沿いに位置する、上空から見ると三角形に見える土地に建てられた大規模な建物群の中には、500人収容のパーティ用バンケットホールやスポーツ施設、さらには映画上映用の150席を有する本格的な専用劇場まで建設されていた。現在のこの施設は1991年に完成したが、建築資材から内部の家具に至るまで全て寄付によるものとされ、施設内はどこも清掃が行き届いており、明るく清潔感が漂っていた。DSの施設の外側は一般住民を対象とした店舗に利用されており、中でも本格的なレストランやコーヒーショップ、印刷工房などは施設の入寮者が働いていると

写真70



写真71

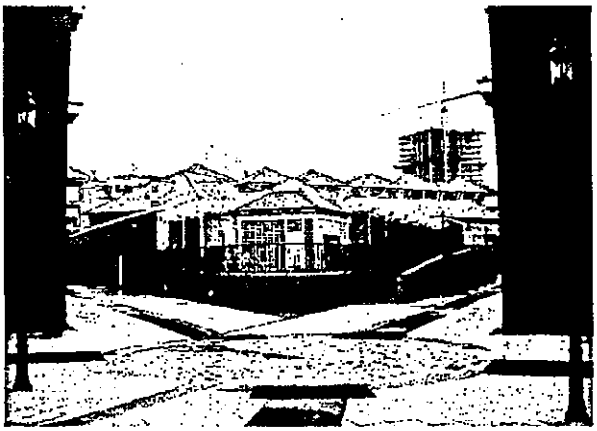
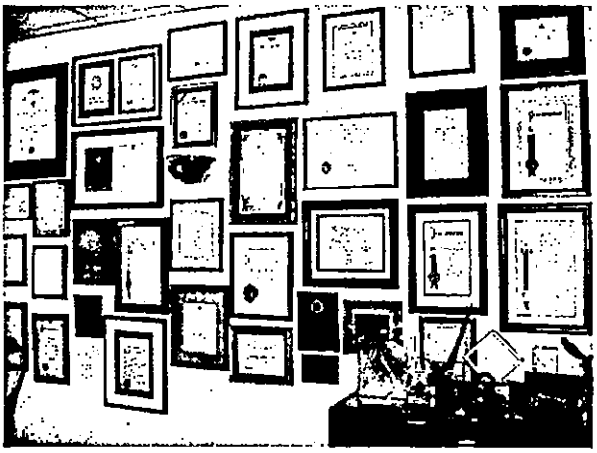


写真72



知らなければ全く一般の商店と変わらない本格的なものである。地下には180台余りを収容できる駐車場とDSが経営する自動車車体の修理工場が設けられている。周囲の駐車場にはDelancey Street Movers（引越しサービス会社）の大型トラックも駐車してあった。レストランなどの飲食業や労働力提供が中心の引越しサービス会社は収益性の特に高い部門であるという。　　（写真73、74）

DSの入寮者はほとんどがEx-Convictとされる元囚人である。その中には数多くのアディクトが含まれていることから治療施設とも位置づけられているが、刑余者を対象とした社会復帰プログラムのバリエーションとして理解できる。入寮者は刑務所内でメッセージに来たDSの入寮者の体験を聞き、寄贈されたDSの本を読んで出所後にDSの門を叩き、インテークにつながって行く。

定員177人、退所後もDSの経営する会社で働く卒業生まで入れて360人の「共同体」は、標準入寮期間2年とされる。多くが刑務所を出てそのまま入寮し、入寮時より退所するまでの間一切金銭を払うことなく施設内で生活することができる。食事も居住の場も衣服も、さらにレクリエーションまでも全て無料で提供される。一例では、衣類は有名チェーン店から不良品を大量に貰い受け、自分たちで修繕して新入者に提供している、という。この共同体運営の原資の中心となるのが、これら入寮者による労働で稼ぎ出される就労収入であり、入寮者は現金収入こそ手にしないが、仲間と共同して自らの労働で生活の糧を稼ぎ出している、というコンセプトはそれまでにない極めてユニークなものである。

Accountable, Responsibleを標榜するTransitional communityでは専門援助者によるケアは重視されず、施設内の入寮者どうしのTeacher－Learner、Giver－Takerという関係を最大限に操作活用することで、治療や再犯防止、リハビリテーションといった専門処遇の目的をも達成しようとする。一日でも長く生活する居住者が後から来た者の援助をする、という考え方が徹底され、300人を超える集団のスケールメリットをもって実際に展開されていた。

入寮者の医療面でのケアに関する質疑の中でも上記のことが理解されたが、2人の医師がボランティアとして（無給で）15年以上にわたり毎週1回金曜日に来所し、医療保険加入のない入寮者のために処方を行う、という形で対応している、という。

写真73



写真74



共同体施設内の運営はいわゆるJob functionによって行われるが、入寮時は床掃除（sweeping, mopping）と6人部屋の生活から始める。その後はパフォーマンスにより昇進し、内部的にはより責任のある立場となり、地域住民や店舗利用者や顧客に直接サービス提供する部署に配属されていく。居室も3人部屋へ、そして最終的には個室も

与えられる。半年ごとに仕事は配置転換させられ、その過程で適性を見つけ、必要な知識技術を習得するようシニアメンバーに導かれる。反対に、薬物の使用や、暴力や威嚇の事実が発覚すると、仕事上も降格させられて、皿洗いと掃除のみが許され、待遇も入寮当初の状態に戻される、と説明された。

プログラムは朝のミーティングやその他のハウスミーティングを除き、大半がチームを構成しての労働にあてられる。特に接客を伴うサービスについては、市内の一般業者（専業者）と同様の時間帯でサービス提供される。このための勤務チーム編成なども、役割として管理部門を任された入寮者自身の手によって行われている。

施設のミーティングルームとダイニングの壁面には一面に国内外の著名団体・財団、企業等からの賞状や写真額、トロフィー等が数限りなく掲げられ、これまでの業績を表現していた。とりわけDSの発案者で創設者、現在のCEOでもある犯罪学者で心理学者のMimi Halper Silbert, Ph.D.に対するものが大半を占め、彼女のカリスマを強調する役割も感じられた。

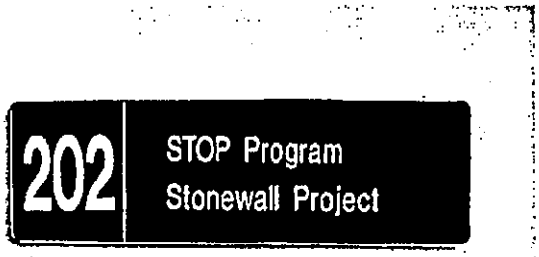
DSでは、入寮者は刑務所を出たばかりの何も持たないEx-Convictとして迎え入れられ、2年以上の共同体生活をとおして、専門的職業知識・技術と自分の労働で収入を稼ぎ出せることによる自己の尊厳を獲得して地域社会の有用な一員に変わり得ることを30年以上の実践で示し、評価を受けてきた。現在ではサンフランシスコ以外にもロスアンゼルスで、さらにNY, NC, NMといった他州でも同じプログラムが展開され、既存のアプローチに対するオルタナティブを形成している。薬物依存者治療のスキームを超えたアプローチとしても、またTC運営の戦略上も興味深い事例であると理解された。

以下の施設及びプログラムは、サンフランシスコとその周辺地域において実施され、TC と連携して薬物依存者の支援を目的として行われているものである。TCとの関わりを中心に、その概略をまとめた。

(20) UCSF Stimulant Clinic / Program STOP
(San Francisco, CA) (写真75)

Program STOPは、サンフランシスコ市保健局及び

写真75



Medi-Cal, SF General Fundといった公的財源により、UCSFが運営するIntensive Outpatient programで、対象はコカインやメタンフェタミン使用者と依存者である。Stimulant Treatment Outpatient Programの頭文字から名付けられているが、Risk Controlに主眼が置かれ、Abstinence Modelでないアプローチも併用される。

プログラムは、薬物使用と身体的・精神的な状況に焦点を当てた毎日の各種グループミーティングと週に1回の個別カウンセリングから成る。PhaseはⅠからⅢまで各3ヶ月程度を基準に設定され、薬物使用をやめるならその方法を考え、まだ続けるならそれに伴う害の削減にパターン変更するために援助する。いずれにしても変更すべき現状への動機付けからスタートする。やめようとするアディクトに対しては援助手段として自助グループへの導入も図るが、NAやAA等の12ステップグループだけでなくSMART (Self Management And Recovery Training) やMM (Moderation Management)、Life Ringといった非12ステッププログラムも選択肢に入れている。

PhaseⅠの目的は参加継続を支えることで、グループは週5日午前中に90分行われる。PhaseⅡは薬物使用に対して利用者が求めた変化（断薬もしくは害の少ない使用）を支えることで、グループは週3回となる。ここで自らの治療計画が作成できるよう援助する。PhaseⅢは、以前の危険な薬物使用に戻らないための援助を目的とし、家族・パートナーあるいは友人といった薬物使用しない人との誠実で良好な関係を形成すること、仕事や学校、子育てといった活動に参加できるよう援助することで、グループは週2回となる。

グループは利用者のニーズに応じて、以下の種類が組み合わされて提供される。

Dual Diagnosis Group, Anger Management, Medical Matter Seminar (HIV), Gay Men's Group, Straight men's Group, Women's Group, African-American / Latino Group

なお、この施設には同じくUCSFが運営するゲイのためのHarm Reductionを目的としたDrop-in CenterであるThe Stonewall Projectと、リスクの少ない使用継続を援助するためのWebによる情報提供サービスTweaker.orgも併設されていた。これは、Stimulantの使用がゲイコミュニティに広く浸透している現状への実践的なアプローチとして、市当局との共同で取り組まれている事業の一つである。

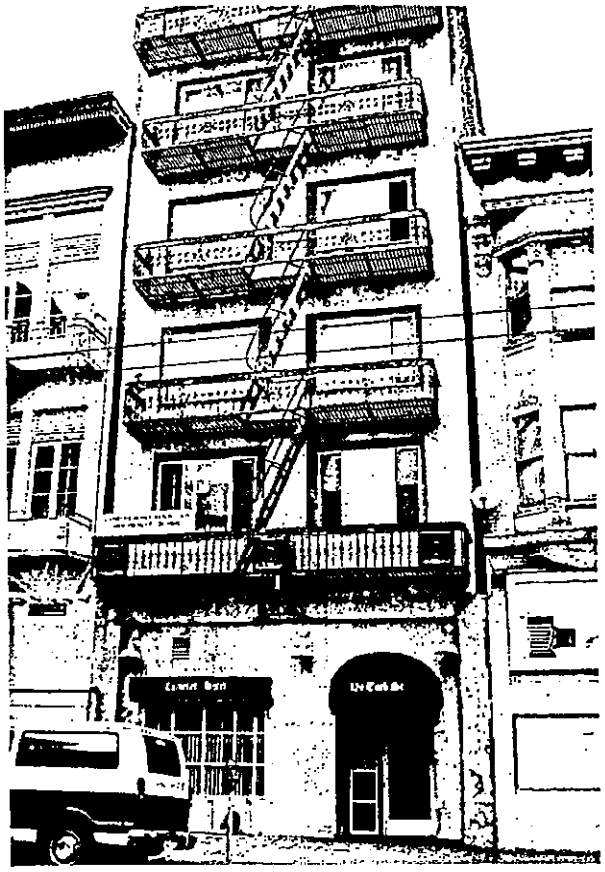
ここでは、スタッフとメタンフェタミンを中心とする日本の薬物使用とその対策に関する意見交換を行ったが、日本での成人依存者とその家族に対するサポートの考え方は、Harm Reduction実施の是非とは別に、サンフランシスコの援助職スタッフにとって理解が難しいことが伺われた。

(21) BAKER PLACES Inc./ CAMELOT Residence
(San Francisco, CA) (写真76)

BAKER PLACES (以下ではBP) は、HIV問題を抱えたアディクトのTCによるプログラムで知られる非営利団体であるが、今回訪問したCAMELOT ResidenceはTC施設そのものではなく、ホームレス状態にある人々に住居や食事といった基本的な生活基盤を提供することによって、治療が必要な人へその足がかりを作る住居提供プログラムの施設であった。1973年に始まったBP全体では12の種類のプログラムを運営しており、その中にはMedical Detox, Day Treatment, Residential Programが含まれているが、2002年に始められたCAMELOT Residenceは、その前段階に位置しているプログラムであった。

CAMELOT Residenceは古いホテルの建物を転用した5階建ての施設で全53ユニットあり、全て個室のSRO (Single room occupancy) であった。現在は25歳から78歳までの男女49人が居住しており、平均年齢は40～50歳であるという。市内中心部でも治安が良くないとされるTenderloin地区の中に位置し、周囲にはホームレスと見られる人が多く見られたことから、敷居は低いと思われた。利用者の50～55%が男性で、平均利用期間は90日とのことで、その後はBPもしくは他のエージェントのプログラムに移っている。

写真76



施設の形態が以前の建物のとおり"Hotel"となっていることから、援助スタッフもManagerとして関わり、Property Manager, Case Managerが配置され、非常勤で週1回精神科医と看護師が援助する体制になっていた。スタッフはシフト勤務で夜間は管理人だけとなる。援助サービスとして、1階部分にある共有スペースで行われるMental Health, Addiction Study, Life Skillsをテーマとしたグループミーティングと、Rap Groupや施設外でのRecreational Activitiesが提供されるが、いずれも参加を強制されることはない。

多様なホームレス状態にある人々の中から、一定の時間をかけて次なる治療的ステージへとその必要な利用者を導くために、TC治療の周辺に必要となる施設であることが理解できた。

(22) HAIGHT ASHBURY FREE CLINICS Inc. /
SMITH HOUSE - SMITH RYAN
(San Francisco, CA)

HAIGHT ASHBURY FREE CLINICS Inc.（以下HAFCI）は、1967年にサンフランシスコのドラッグカルチャーの中心地でもあったHaight Ashbury地区に開設され、以来現在まで様々な薬物問題関連プログラムを運営してきた。全米で最初の無料での医療サービス提供を始め、"Rock Medicine"と呼ばれる野外コンサート・イベント等での救急医療提供サービスが年間200回近く実施されるなど独自の活動を行ってきた。ホームレス、HIV/AIDS、Mental Healthの各サービス部門と合わせ、Substance Abuseに関してOutpatient / Residential両方のプログラムを設けている。

HAFCIの創設者、Dr. David Smithにちなんで名付けられたSMITH HOUSE / SMITH RYANは、薬物依存女性のための合計16床の小規模な入寮施設で、1988年に始まった。SMITH HOUSE programは薬物依存女性の7日～21日のDetoxであり、一方SMITH RYAN programはHIV陽性の薬物依存女性の42日間入寮プログラムである。SMITH HOUSE programではSocial Model Detoxを行うが、処方の投与を用いない解毒により、次のプログラムへとつなぐことを目的とする。HAFCIは18～24ヶ月までの長期入寮型施設を市内のTreasure Islandにもち、またHIV陽性の女性のためには12ヶ月までのLodestar program（6床）が用意されている。スケジュールは、Morning MeditationやBig Book study, NA studyを含むグループセッション、Art therapyや散歩などで構成されるが、身体状況も勘案してか非常に緩やかなものとなっている。

またここでは、長年サンフランシスコの薬物問題に関わってきたHAFCIのCEOである薬学博士のDarryl S. Inaba, Pharm. D.からサンフランシスコの薬物使用の状況とMedical Detoxに使用される処方薬の薬理について講義を受けた。日本では使用例が少ないNartrexone, Reviaといった拮抗作用を利用する処方やCraving抑制剤、さらに新たに使われ始めたAcamprosateのメリットと課題について説明された後、Addiction System自体はBiologicalであっても、RecoveryはSocialなもの、と強調された点が印象的であった。（写真77）

(23) Program TRANS by UCSF (San Francisco, CA)（写真78）

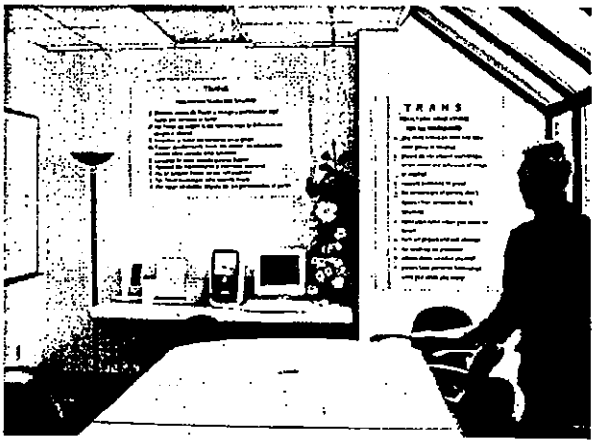
Program TRANS (Transgender Resource And Neighborhood Services) は、UCSFによって市内中心部で運営されるTransgender（性転換者）のためのサポートプログラムである。全米の都市の中でもSexual Minorityにとっては住み易いとされるサンフランシスコにあっても差別はあり、安全に集える場の提供と合わせた保健情報の提供は重要な役割を担っている。Intensive Outpatient(毎日、長時間）とOutpatient（週に2-3回）の形態でTransgenderのための各種プログラムが行われている。

その過程で同時に行われるDTRED（Drug Treatment Readiness Program）への導入の可能性も生まれる。また、TRANSではDrug free, Stay Soberを望むTransgender Addictのサポートを目的として、センター内で週に1回AAミーティング（SF TRANS Recovery Group）を開いている。通常の地域のミーティングで安心感を得られにくいTransgender Addictが安心して集えるよう部分修正したミーティングフォーマットを用いている。

写真77



写真78



なお、スタッフは全員がMTF (Male to Female) 及びFTM (Female to Male) のTransgenderで構成されている。

(24) San Francisco Needle Exchange Site (San Francisco, CA) (写真79)

カリフォルニアで最も徹底的にHarm Reduction対策を進めているサンフランシスコ市では、市の財政援助によりNPOが運営するNeedle Exchange (注射針と注射器、その他感染防止器具の交換と配布) がスケジュールされて、週5日間計9回 (水曜を除き昼夜2回) 実施されていた。地域も毎日変わり、時間も午前、午後、夜間とそれぞれ設けられていた。会場によっては、Extra serviceとして無料の食事提供や医師や看護師が同行して緊急の医療サービス提供が受けられたり、匿名での無料HIV検査も行われている。

使用済み注射器具の等数交換だけでなく、CondomなどのSex supplies配布、薬物治療に関する各種のパンフレットやフライヤーの配布による情報提供も重視され、薬物使用者と社会サービスの最も使用者側に接近したところに設定された接点となっていた。視察当日は雨の降る夜間のテントでの実施であったが、スタッフ及びボランティアの丁寧な対応と実施時間中途切れることのない交換希望者の列に遭遇し、Harm Reductionの意義とあり方について社会状況の実態に合わせた議論が展開される必要を感じた。

(25) An ADVENTIST HEALTH AFFILIATE / St. Helena Center for Health Alcohol & Chemical Recovery Program (St. Helena, CA) (写真80、81)

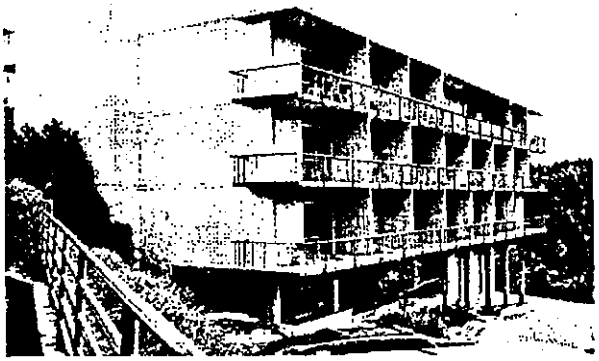
St. Helena Center for Health Alcohol & Chemical Recovery Programはサンフランシスコの北部セントヘレナにある医療機関内にある治療プログラムユニットである。いわゆる4週間＝28日型の典型的な北米モデルのManaged Care運営が行われている。利用者の状況では年齢は18歳から89歳まで、平均すると40歳代半ばで、Social Classでは保険加入のあるUpperないし Upper Middle Classである。TVコマーシャルにより遠くはグアムやサイパンからも入院がある。治療費は28日間で15,000～20,000ドルかかる。

入院者の60%がアルコール、35%が処方薬、中

写真79



写真80



でも特にBenzodiazepines依存が多く、残りの5%がコカイン、メタンフェタミン、ヘロインとなっている。入院後5～7日を基準としてMedical Detoxが行われ、その後に22～24日間のInpatient Rehabilitation programへと導入される。必要があればその後週4日のIntensive Outpatient programも利用できる。訪問時には30床の定員に対し、26人が入院していた。

プログラムコンセプトは12&12をベースに、コミュニティミーティングや各種のレクチャーが組み合わされ、夜間には週7日間AAもしくはNAミーティングが組み込まれていた。プログラムで使用されるテキストもHazeldenのワークブックやVideo program、AA-GSOの出版物が中心であった。

その他、家族に対する教育プログラムも週末に行われており、Co-dependencyやFamily Recoveryをテーマにしたミーティングへの出席が毎週求め

られ、Al-Anon, Nar-Anon, CODA (Co-dependent Anonymous), ACOA (Adult Children of Alcoholics) といったサポートグループへの参加が強く勧められていた。

映画やテレビドラマなどにより、日本でも一部で知られるようになった代表的な北米型アディクション治療プログラム (Treatment Center) は、長期入寮型TC施設と同様に都市から離れた郊外に位置する医療機関に展開していると見るのが実情に近いのかも知れない。

D. 考察

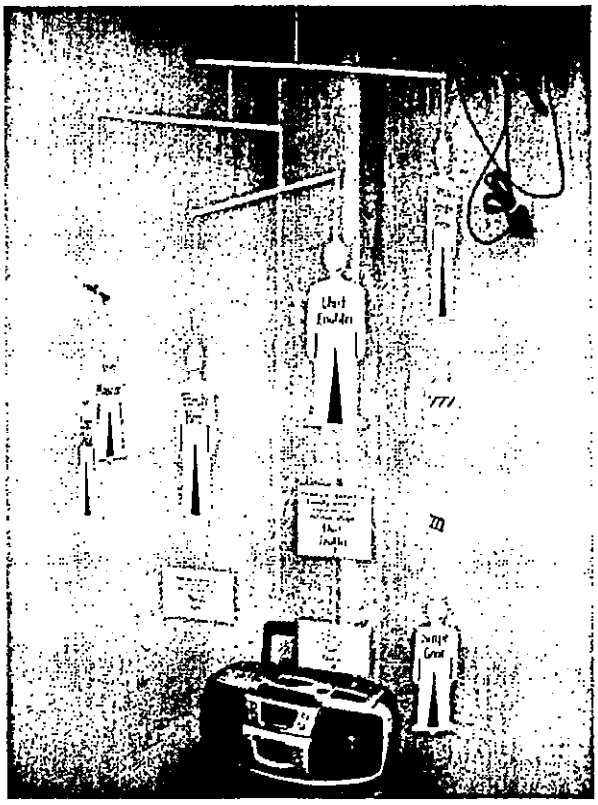
今年度、3回にわたりテーマと対象地域を分けて訪問し実地調査した25ヶ所のTC及び関連プログラムの概要について報告した。

1950年代後半からアメリカの薬物問題多発地区の状況に対応する形で導入され、以後全米に、さらにはヨーロッパ、中南米、そしてアジア太平洋地域へと拡大して展開してきたTCによる薬物問題対応は今日治療的関わりの中心的な位置と役割を担っていた。これまで、日本国内では世界の伝統的TCが共有してきたMission, Vision, Valueそしてそれらを文章にして共同体に参加する全ての者が指針とするPhilosophyを共有するような TCが成立してこなかったため、TC実践の鍵となる概念の理解が困難であった。TCはそのスタート当初より、プロフェッショナルな援助職とコミュニティの中で回復を体験した回復者とのコラボレーションを前提として成立し、入寮者とスタッフ、あるいは入寮者同士の間でも明確な責任と役割の分担が行われ、Structureが共同体運営を支えて展開してきた。

そのような意味で、共通する運営の形態あるいは方向性を持ってはいても、日本の社会で独自な条件の下に成立してきたDARCをTCとして定義することは正確でないばかりか、困難な役割をDARCに期待することにもなりかねない。本報告で示したように、他の社会資源が不足している状況の下で、薬物依存者自身が安全と感じられる仲間という対等な関係を前提とした場の提供と、やめ続けていくために必要なわかり易い方法を示して一緒に実践すること、それ以外の役割をDARCに期待することは、他が担えない貴重な本来的役割を妨げてしまうことにもなろう。

今日のTCが直面する大きな課題は、薬物依存を

写真81



共通にしながらも利用者に含まれるさまざまな集団のニーズに、上記の伝統的なValueで一律に対応することが困難になってきたことが挙げられる。具体的にはDual Diagnosis (Co-Occurring) とされる依存者に対して、処方薬使用をめぐって従来のAddiction-Recovery ModelからMental Health Improvement Modelへの転換を迫られてきたこと、あるいは感染症リスクの低減に向けて使用継続する依存者へアプローチする必要が生じてきたとき、対応策として採らざるを得ないHarm Reductionが、従前のDrug Free OrientationというTC Valueとの間に引き起こすコンフリクトにも表現されていた。伝統型に対し修正型 (Modified Model) とされる今日のTCは、どの部分を守り、またどの部分・程度まで修正運用されるべきなのか、明確な回答に到達する保証もないままTC実践に与えられた課題と外部からの期待とは、今日も拡大し続けている。

ただし、治療実績で評価を受けてきたTCといえども、薬物問題の全てに対し万能であり得るはずもない。TCが自らのValueに基づいて果たせる役割に集中して取り組むことにより、結果としてそ

の他の機関の課題もまた明確になってきている。これまで日本にはTC実践が存在してこなかったことによって、その他の機関の役割も明確になりようがなかった。今日、それらはともするとDARCの周りに寄せ集められてくることにもなっている。

TCの創設が必要であると考える根拠の一つもここにある。TCはすでに海外において、現実に医療機関と連携し、司法措置の受け皿となることによって薬物依存者処遇全体の環境を変えてきた。アメリカでも司法システムとしてのDrug Treatment Courtの成立には、それに先駆けたTC実践の存在が不可欠であった。日本型TCの創設は、わが国の薬物依存者の回復援助に直接的な一定の効果を及ぼすばかりでなく、次なる政策的・実践的課題の明確化にも役立つことが予想される。

また、WFTCに結集する世界の各地TCでは、次代のTC実践を担い発展させていく人材養成プログラムを既に展開し、TC実践に適合した専門職が養成されていた。このようなプログラムを持たないわが国が、近い将来にTC実践を担っていく専門職を確保する方法としては、まず実績ある海外での養成プログラムを利用することが近道であるが、それは実践形態の直接的な移植導入を意味するのではなく、TCによる回復援助が新たに展開される日本の社会的・文化的状況に対応した、創造的な修正作業もまた必要となってくることを忘れてはならないだろう。

今一度、TCはどのように説明されるべきか、その基本的な手がかりは、今やDAYTOPだけでなく世界のTCでも共有されている以下のPhilosophyの中に既に表現されていたことに気付く。これまでの研究作業をとおして、TCとは無意識に始めた薬物使用が引き起こした依存に対して、Drug Freeを目指す構造的な「共同体」という環境設定の中で、きわめて自覚的に長期間かけて変化と成長を引き起こしていく自己学習の過程を提供するプログラム、と理解することができる。この部分についてはTCがそうであろうとする限り今後も修正される必要のない実践の核となるものである。

Daytop Philosophy
I am here because there is no refuge.
Finally, from myself.
Until I confront myself in the eyes and hearts of others, I am running.
Until I suffer them to share my secrets,
I have no safety from them.
Afraid to be known, I can know neither myself nor any other, I will be alone.
Where else but in our common ground, can I find such a mirror?
Here, together, I can at last appear clearly to myself
not as the giant of my dreams
nor the dwarf of my fears,
but as a person, part of a whole, with my share in its purpose.
In this ground, I can take root and grow,
Not alone anymore as in death,
But alive to myself and to others.

私がここにいるのは、もはや助けてくれるものはなく、ついに自分自身からも逃げられなくなったからだ。
他の人々のまなざしや気持ちに向き合おうとしない限り、私は逃げているのだ。
自分の秘密を他の人々と分かち合うまで、私は苦しみそのことで安心できない。
他の人に知られることを恐れている限り、自分自身もその他の誰をも知ることはできず、一人ぼっちになる。
私たちの共通点であるこのことのほかに、他のどこにこのような鏡を見出すことができるだろう？
ここで、助けを受けて、私はついに自分自身の姿をはっきりとさらけ出すことができる。
それは自分の夢に描く巨人ではなく、また逆におびえる小人でもなく、
全体の目的の中に自分を分かち合う、その一部をなす等身大の人間として。
この地の上に、私たちは根をはり成長することができる。
死につながれた者のように、これ以上一人ぼっちのままではなく、
自分自身と他者のために生きる者となる。
（宮永試訳）

E．今後の研究課題

これまでの2年間の分担研究課題により、世界各国で展開される数多くのTCと関連施設を訪問見学し、部分的にプログラムを体験し、スタッフや

利用者に直接インタビューすることを通して、TCの考え方、TC生活での喜びと苦労について立体的に理解することができた。その中で、日本でもTCのような施設が必要であり、そこで回復のチャンスを得ていくアディクトも少なからずいると確信を得た。

しかしながら、現時点でTCのコンセプトを実現する手がかりは準備されておらず、最も基本的な条件整備からその準備を始めていかなくてはならないことも理解された。

これまでの議論の中でも、セルフヘルプグループの活動の延長線が社会的ニーズと交差する部分に、日本独自のプロセスで生まれ歩んできたDARCというコミュニティについて、TCとは分けて考えていくべきと主張してきたが、一方でそれ以外には地域の中で手がかりになる実践が見当たらないことも現実である。したがって、DARCとしてではなく（DARCの方法を変更するのではなく）、薬物依存者の回復を目指すTCコンセプトに基づく新たなコミュニティを、実際にはDARCプログラムを利用者として体験し、その後スタッフとして回復援助に取り組んできたリカバリング・アディクトを中心に、必要な各種専門職とのコラボレーションを実現して、今後形成していくための戦略が課題となってくる。

ここで学んだことをスタート地点とするならば、日本型TCのMissionはどのように表現される必要があるのか、TCのVisionはどのように説明されるべきか、そしてどのようなValueあるいはPhilosophyを共有して治療共同体を形成し、それを維持・発展させていくことが可能であるのか、を明らかにしていかなければならない。

また、自らの文化的・社会的状況に合わせたTC作りを標榜する際に、TCに限定されることなく、我々は果たしてどの程度までそれらに自覚的な援助実践を行ってきたのか、疑問を感じる。サンフランシスコでのアジア系アメリカ人のコミュニティ作りの実践に触れたとき逆に感じさせられる、自らの固有のValueやRelationshipのあり方に対する我々の自覚の希薄さという現実が、日本型TCの成否に関わる重要なポイントを指摘している。これらは、わが国の薬物問題状況に対応して機能する「日本型修正版TCモデル」の作成と議論の中で、さらには実際のTCの展開過程をとおしたそれらモデルの修正作業によって、具体的に解明されていかねばならないだろう。

F．結語

昨年度の分担研究では、TCの概念と構成要素について文献研究とアメリカ中南部での実地調査によって考察した。今年度は、世界的規模で薬物依存者の治療に大きな役割を果たしてきた「治療共同体＝TC」について、アメリカ東部及び西海岸、ヨーロッパ諸国、南米それぞれの実践モデルを実地調査し、文献資料のレビューを加えて、その実践理論と今日的課題を中心に考察した。

それらの結果をまとめると以下のとおりである。

1．Structured TCの基本的コンセプト（Community Based, 12-Step oriented, Level System, Job Function, Counselor as Recovering Addict）は、現在においても世界で主流にあるといえる。

2．WFTC（治療共同体世界連盟）に参加する各TCのプログラム構造は、文化的・制度的な背景を異にしながらもMission, Vision, Philosophyを共有していた。

3．（入寮型）TCにおける回復援助のアプローチは基本的に3期に分けられ、第2期がそのものでTC Phaseと呼ばれ、中心に位置づけられる。しかし、第1期のPre-Residential Phase（スペイン語圏ではAcogida）は、解毒だけでなく、司法措置など動機付けの弱い対象者が増加する中で、まずCommunityが受け入れ、TCでの生活を体験的に理解させ、共同体への自発的な参加者となれるよう援助する不可欠な手続きを含み、治療的関わりの全体の成否に大きく影響するものとして重視されていた。

4．民族的・性的マイノリティ、またはHIV陽性の人、ホームレス状態にある人、重症の精神疾患合併者、またはそれらの重なり合った集団のニーズに対応するため、Modified（修正版）TC modelが既に展開されていた。そこでは伝統的モデルが目的としたDrug freeな指向性だけでなく、現実的な戦略としてのHarm Reductionアプローチが多様な形式で導入されていた。

5．TCの回復援助プログラムは、世界的に見て基本的には非営利団体（いわゆるNPO）が担い、利用者からの費用徴収を前提としない提供の構造が確保されていた。

6．TC治療の成果に対する評価は、他の処遇方法

に比較した費用対効果の面からも合理性が認められ、アメリカに限らず世界各地で、近年特に司法機関との連携が進んできている。
7．TCの導入に際しては、TC環境の中で専門的なトレーニングを受けた各種の援助職が養成される必要があり、多くのTCでTC professionalの養成プログラムが実施されていた。
8．TC Professionalsはチームとして、医療、看護、社会福祉、心理、教育、司法、宗教その他の専門領域から複合的に構成されることにより、TCで回復して援助を担う回復者カウンセラーの経験を生かし、全体で提供するプログラムを機能させることが可能となっている。

G．研究発表

1．論文発表

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、星和書店、2004.12、1411-1418

2．学会発表

なし

＜謝辞＞
本研究の実施に当たっては、WFTC会長Monsignor William B. O' Brien師をはじめ、アメリカ、スペイン、イタリア、ポーランド及びコロンビアの数多くのTCスタッフ、利用者の方々に寛大にも受け入れていただき、丁寧なご指導をいただきました。また、原語の翻訳に関して、Francesco Vitucci氏及びJanusz Przychodzen氏にもご協力いただきました。ここに心からお礼を述べさせていただきます。

＜引用文献＞
1) Monsignor O' Brien W. B. and Henican E. : You Can' t Do It Alone ? The Daytop Way to Make Your Child Drug Free, Simon & Schuster, 1993, 44-52
2) De Leon G. : The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method, Springer Publishing Company, Inc., 2000, 137
3) 森田展彰、根本透、和田清、末次幸子、岡坂昌子；サンフランシスコにおける薬物依存症者に対する治療共同体の研究（I）ープログラムの概要および日本の医療･自助グループとの相違についてー、日本アルコール・薬物医学会雑誌第38巻第5号、2003.10、440-453

＜参考文献＞
1) Inaba D. S. and Cohen W. E. : Uppers, Downers, All Arounders ? Physical and Mental Effects of Psychoactive Drugs (5th Edition), CNS Publications, Inc., 2004
2) White W. L. : Slaying the Dragon: The History of Addiction Treatment and Recovery in America, Lighthouse Training Inst., 1998
3) Yablonsky L. : The Therapeutic Community, A successful Approach for Treating Substance Abusers, Gardner Press, Inc., 1989
4) 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
5) 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
6) 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

＜Webliography＞
WFTC-World Federation of Therapeutic Communities ; www.wftc.org
TCA-Therapeutic Communities of America ; www.therapeuticcommunitiesofamerica.org
FLACT-Federacion Latinoamericana de Comunidades Terapeuticas ; www.flact.net
DAYTOP ; www.daytop.org
Phoenix House ; www.phoenixhouse.org
Second Genesis ; www.secondgenesis.org
Proyecto Hombre ; www.proyectohombre.es
Projecte Home Balears ; www.projectehome.com
Centro di Solidarieta di Genova ; www.csgenova.org
Centrum Terapii Narkoman?w MONAR Krakow ; www.monar.kki.pl
Walden House ; www.waldenhouse.org

AARS-Asian American Recovery Services ; www.a
ars-inc.org
Haight Ashbury Free Clinics ; www.hafci.org
Bridge House ; www.bridgehouse.org
Odyssey House Louisiana ; www.odyssey-house.c
om

海外渡航報告書

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)

海 外 渡 航 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）6/13～6／23
分担研究者　宮永 耕（東海大学健康科学部社会福祉学科）6/18～6/27

【1】 渡航先
ニューヨークおよびワシントンD.C.
（アメリカ合衆国）

【2】 渡航期間
平成16年6月18日～6月27日

【3】 渡航目的
薬物依存症治療は世界的にはTherapeutic Community（TC,治療共同体）にて行われている。米国における治療共同体を実際に訪問し、その構造、人的配置、運営法等について実地調査した。その結果を報告書に掲載し、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、啓蒙的に公開した。

同時に、近年、規制薬物の取り扱いおよび使用について、Harm Reduction政策、大麻の医療使用が広まっており、わが国の政策を考える際の参考材料にするために、その一端の実情を視察した。

【4】 渡航旅程
6／13　成田発－ニューヨーク着（和田）

6/14～6/17　研究集会参加（旅費計上せず）

6／18　訪問機関名：National Development and Reserach Institute, Dr. Stephen Sifaneck, Ph.D.
【内容】Ethnographic Reserachの考え方、手法について話を聞いた。(和田)
成田発－ニューヨーク着（宮永）

6／19　訪問期間：A Medical Marijuana Buyer's Club, Dr. Stephen Sifaneck, Ph.D. 同伴
【内容】Ethnographic Reserachの実践として、医療用の必要性からマリファナを使用する人たちが集まる場を訪問し、その実情を視察した。(和田)

訪問機関名；DAYTOP Village Inc.
Executive Director Mr. Aloysius Joseph
【内容】アメリカにおける「治療共同体」のオリエンテーションを受けた（宮永）

6／20　訪問機関名；DAYTOP International Inc.
Monsignor William B. O' Brien
【内容】WFTC会長のW. O' Brien師に面会し、TCの世界連盟による活動及びアジア諸国でのTC活動の現状について聴取した。(和田、宮永)

6／21　訪問施設名；DAYTOP Rhinebeck Campus (Manor House, Meadow Run, Fox Run, Springwood)
【内容】4箇所のTC施設における施設見学とインタビュー調査を実施した。(和田、宮永)

6／22　訪問機関名；Phoenix Career Academy
【内容】TC治療と職業訓練を統合したプログラムの実際について、施設の見学とインタビュー調査を実施した。(和田、宮永)

6／23　ニューヨークからワシントンD.C.への移動（宮永）
ニューヨーク発（和田）

6／24　訪問機関名；Second Genesis Inc. Anne Arundel and Co-Occurring Disorder facility
【内容】ワシントン周辺の代表的TCであるSecond Genesisのメリーランド州施設を訪問し、施設の見学とインタビュー調査を実施した。(宮永)
成田着（和田）

6／25　訪問機関名；Second Genesis Inc. D.C. Therapeutic Community (Harvard St.)
【内容】ワシントンD.C.にあるSecond Genesisの成人男性TCプログラムの構造と現状について、インタビュー調査を実施した。(宮永)

6／26　ワシントンD.C.発（宮永）

6／27　成田着

【5】渡航成果
分担研究報告書の通り

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)

海外渡航報告書

分担研究者　阿部　恵一郎　創価大学　教育学部　教授

【1】 渡航先

カリフォルニア州（アメリカ合衆国）

【2】 渡航期間

平成17年1月23日～1月30日

【3】 渡航目的

カリフォルニア州ヘイワード郡裁判所のドラッグ・コートで活躍しているホラ判事の裁判所を訪れ，ドラッグ・コートに関する説明を受けると共に，これまで扱った事例に関する情報を収集し，事例研究をした．その際，ドラッグコートが司法のダイバージョンとして成立するためには，治療プロヴァイダーの存在が欠かせない．ドラッグコートと連携している治療プロバイダーを訪問し，治療プログラムや治療の展開について具体的に知ることを目的とした．

【4】 渡航旅程

1/23　成田発－サンフランシスコ着

1/24　訪問機関名：Second Chance/ Patti Hart

【内容】薬物乱用だけでなく，精神疾患や虐待を受けたためにPTSDになった患者，いわゆる「二重診断」の患者を対象とした通所型治療プロバイダーを視察した．特に女性の薬物依存者のほとんどが性的虐待歴を持つという．具体的にミーティングに参加した．そこでは日本の様子を尋ねられることが多かった．

また，刑務所に入所中の女性を対象とするプログラムMOMSについても説明を受けた．

1/25　訪問機関名：OASIS/ Dr.Sylvestre

【内容】C型肝炎対策施設を視察．ドラッグコートとは直接に関わっていないが，多くの薬物依存者でC型肝炎に罹患している者が通所してくる．注射針の交換やミーティングを行っている．インターフェロンの投与，啓蒙活動，さらにハーム・リダクションもおこなう．エイズ問題は沈静化しつつあり，現在はC型肝炎が問題なのだという認識を得た．

1/26　訪問機関名：EBCRP. Residential treatment for women with children/ Janet

【内容】通所型と居住型を行っている治療施設の視察，及び治療プログラムに関する調査．通所型の施設では，治療共同体的プログラムに対する激しい批判を聞いた．また居住型は，刑務所収容中の妊婦や出産間もない女性の乱用者を対象としている施設であった．このような試みはProposition36(薬物中毒に関する法令)が成立してから，州全体で展開されているという．今やドラッグコートの治療システムよりもProposition36による治療のほうが広く展開されていることを実感した．

1/27　訪問機関名：①Outpatient methamphetamine program for dual diagnosis/ Anna

【内容】覚せい剤乱用者のための通所型施設を視察，及び治療プログラム(マトリックス)について説明を受ける．この日，訪問した施設で治療を受けていた3名が無事プログラムを終了し，裁判所で卒業式を迎えるという．

訪問機関名：②Drug Treatment Court/ Judge Hora, Francine Byers

【内容】ドラッグコートの傍聴，ホラ判事の説明，及び資料提供．治療プログラムを終了した3名の卒業式に立ち会うことができた．また，独自に展開してきたホラ判事の治療プログラムは，今年の6月で資金提供が州から打ち切られるという話を聞く．Proposition36の影響によること，さらにはイラク戦争の戦費が大きく影響しているとホラ判事は話している．

1/28　訪問機関名：Cronin House/Moses Ekpebe

【内容】居住型治療施設の視察，及び治療プログラムの説明を受ける．45日間の完全拘束型の男女共同型施設であった．歴史は古く1960年代に始まり，初めはアルコール依存症者の治療をおこなっていたという．裁判所の命令だけでなく，自らの意志で入所してくる者も受け入れている．自分の治療意欲があるほうが，はるかに改善は良いという．

1/29　サンフランシスコ発

1/30　成田着

【5】渡航成果

分担研究報告書の通り

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)

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）
分担研究者　阿部恵一郎（創価大学教育学部　～9/8）

【1】 渡航先

スペイン、イタリアおよびポーランド

【2】 渡航期間

平成16年8月31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として運営される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るに至っていない。

ヨーロッパ諸国における代表的な治療共同体数カ所を実際に訪問し、その構造、人的配置、運営方法等について実地調査する。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

8／31　成田発－マドリッド着
9／1　訪問機関名；Proyecto Hombre Madrid program SOPORTE、研修内容；スペインにおける「治療共同体」の概要把握と家族の外来プログラム見学
9／2　訪問機関名；Proyecto Hombre Madrid C.T. NAVALCARNERO、研修内容；PHの運営するMadridのTC施設見学と質疑（パルマ・デ・マヨルカに移動）
9／3　訪問施設名；Projecte Home Balears／C.T. SES SITJOLES、研修内容：PHの運営するマヨルカ島のTC施設見学とプログラム参加および質疑
9／4　訪問機関名；Projecte Home Balears／CASA OBERTA and ANDANA、研修内容；PHの運営するマヨルカ島のTC施設の見学と質疑、PH Balears会長Bartomeu Catala氏と面会
（ローマに移動）
9／5　FICT（イタリア治療共同体連盟）会長Egideo　Smacchia師に面会し、実践状況に関する講義と質疑
9／6　訪問機関名；Centro di Solidarieta-IL PONTE、研修内容；チヴィタヴェッキアにある青少年および母子のTC施設を訪問し、施設の見学とプログラム参加、質疑（ジェノバに移動）
9／7　訪問機関名；Centro di Solidarieta Genova（CSG）TRASTA共同体、研修内容；ジェノヴァのCSGが運営する成人TCプログラムの体験と質疑
9／8　訪問機関名；Centro di Solidarieta Genova FASSALLO、研修内容；CSGによる様々に困難を抱えた集団に対するTCプログラムの見学と質疑、CSG会長Bianca Costa Bozzo氏と面会
9／9　訪問機関名；CTN MONAR Krakow、研修内容；クラクフに移動後、MONARが運営する成人用TCプログラム見学、MONAR Krakow代表Marek Zygad?o氏による講義と質疑（グリヴィチェに移動）
9／10　訪問機関名；FAMILIA共同体、研修内容；グリヴィチェにあるFAMILIAが運営する入寮TCプログラムの体験、ビトムの青少年TCプログラムの見学と質疑
9／11　訪問機関名；FAMILIA共同体、研修内容；グリヴィチェにあるFAMILIAが運営するTC治療導入段階の実践と家族教育プログラムの見学と質疑、FTCCEE（東中欧TC連盟）会長Andrzej May-Majewski氏による講義と質疑
9／12　クラクフ発（フランクフルト経由）
9／13　成田着

【5】渡航成果

分担研究報告書の通り

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)

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）1/18～1/31
分担研究者　庄司正実（目白大学人間社会学部）1/23～1/28

【1】渡航先

コロンビア、サンフランシスコ（米国）

【2】渡航期間

平成17年1月18日～1月31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として運営される施設はなく、情報が少ないこともあり、社会的に知られるに至っていない。

南米における代表的な治療共同体と修正型TCプログラムを積極的に展開するサンフランシスコを実際に訪問し、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

1／18　成田発－メデジン着（ダラス、マイアミ経由）（宮永）

1／19　訪問機関名；Fundacion Hogares Claret、
【内容】FLACT（中南米TC連盟）会長Gabriel A. Mejia師によるコロンビアにおける薬物問題及び「治療共同体」の講義と質疑（宮永）

1／20　訪問機関名；CASA CLARET, HOGAR CLARET de ACOGIDA, HOGAR CLARET la LIBERTAD、
【内容】Hogares Claretが運営するメデジンの3箇所のTC施設見学と質疑（宮永）

1／21　訪問施設名；Universitaria LUIS AMIGO, Centro de Desarrollo HUMANO、
【内容】LUIS AMIGO 大学の専門職養成プログラムと大学付属の外来TC施設の見学と質疑（宮永）

1／22　メデジン（マイアミ経由）サンフランシスコ間の移動

1／23　訪問機関名：カリフォルニア大サンフランシスコ校（UCSF）
【内容】根本透準教授に面会し、サンフランシスコでの薬物問題の状況に関する講義と質疑
成田－サンフランシスコ着（庄司）

1／24　訪問機関名；AARS-Program ADAPT, Residential TC、
【内容】アジア系アメリカ人を対象とした外来プログラムと入寮TC施設訪問と施設見学及び質疑

1／25　訪問機関名；WALDEN HOUSE Inc. Adult Residential, Adolescent Residential, Day Treatment Facility、研修内容；西海岸最大のTC施設による成人及び青少年入寮施設と通所外来型複合施設のプログラム見学と質疑（宮永、庄司）

1／26　訪問機関名；DELANCEY STREET Foundation, UCSF-STOP Program、
【内容】労働参加を中心とした独自の共同体運営を行うDELANCEY St.とUCSFが運営する外来クリニックにおけるプログラムの概要解説と質疑(宮永、庄司)

1／27　訪問機関名；BAKER PLACE Inc. - CAMEROT Residence / HAIGHT ASHBURY Free Clinics-SMITH HOUSE / SMITH RYAN、
【内容】ホームレス依存者の居住確保プログラムと、HIVを有する女性依存者への入寮プログラムに関する講義と質疑（宮永）
サンフランシスコ発（庄司）

1／28　訪問機関名；Program TRANS, SF Needle Exchange Site、
【内容】性転換者のための依存症回復援助プログラムと、サンフランシスコ市がNPOに委託して行うハームリダクション対策実践の見学と質疑
成田着（庄司）

1／29　訪問機関名；St. HELENA Center for Health、研修内容；カリフォルニア北部にある民間医療機関で行われる依存症治療プログラムの見学と質疑（宮永）

1／30　サンノゼ発（宮永）

1／31　成田着（宮永）

【5】渡航成果

分担研究報告書の通り

（別掲５）　　研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻	ページ	出版年
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
Hirabayashi, N., Wada, K., Kimura, T. et al.	Prevalence of Substance Abuse among Patients with Physical Diseases Seen in an Emergency Room in Japan.	The American Journal on Addictions	13	398-404,	2004
和田　清	医療モデルの違いとしての精神作用物質依存症治療	精神科治療学	19	1281-1287	2004
和田　清	論説　喫煙、飲酒、薬物乱用の実態と教育における対応	中等教育資料	823	20-25	2004
和田　清	薬物乱用の実態と傾向について.	厚生労働	59	17-20	2004
和田　清 尾崎　茂	連載　心の健康に関するお役立ち情報　最終回. 各職種が情報を共有し効果的な薬物乱用防止策を！	公衆衛生情報	64	42-45	2004
尾崎　茂	物質依存の時代変遷と現状	精神科治療学	19	1289-1296	2004
庄司正実	青少年の薬物乱用について	心と社会	117	25-30	2004
庄司正実	児童自立支援施設入所児童の有機溶剤乱用に対する態度およびその他非行の現状－1998年から2002年の児童自立支援施設薬物乱用調査－	目白大学心理カウンセリングセンター紀要	2	3-11	2004
森田展彰	薬物依存症に対する心理社会的治療－セルフヘルプ型のケアと心理教育プログラムの統合について－	精神科治療学	19	1395－1404	2004
宮永 耕	物質依存者のための治療共同体－アメリカモデルについて－8	精神科治療学	19	1411-1418	2004

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）

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

（H16-医薬-062）

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）

2005年3月31日　発行