

平成24年度厚生労働科学研究費補助金
(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)

薬物乱用・依存等の実態把握と
薬物依存症者に関する制度的社會資源の
現状と課題に関する研究

(H23-医薬-一般-014)

研究報告書

(総括研究報告書+分担研究報告書)

平成25年(2013年)3月

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

目 次

I. 総括研究報告書	和田 清（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所）	1
II. 分担研究報告書		
II-1. 薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究		
1-1：飲酒・喫煙・薬物乱用についての全国中学生意識・実態調査(2012年)	17	
和田 清（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所）		
1-2：薬剤師を情報源とする医薬品乱用の実態把握に関する研究	85	
嶋根卓也（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所）		
1-3：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	111	
松本俊彦（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所）		
1-4：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	145	
庄司正実（目白大学 人間学部）		
1-5：監察医務院における異状死の検案・解剖結果からみた薬物乱用・依存の実態把握に関する研究	171	
福永龍繁（東京都監察医務院）		
II-2. 薬物依存症者に関する制度的・社会資源の現状と課題についての研究と再乱用防止のための治療的プログラムの開発・評価研究		
2-1：薬物依存症者の社会復帰を目的とした制度的重なりに関する研究(2)	177	
宮永 耕（東海大学 健康科学部社会福祉学科）		
2-2：薬物依存症者と家族の社会資源活用に関する研究—地域格差の視点も含めて—	189	
山口みほ（日本福祉大学社会福祉学部）		
2-3：薬物依存症者を持つ家族に対する心理教育プログラムの開発と評価に関する研究	197	
近藤あゆみ（新潟医療福祉大学 社会福祉学部社会福祉学科）		
2-4：司法関連施設における少年用薬物乱用防止教育ツールによる介入効果とその普及に関する研究	221	
松本俊彦（国立精神・神経セ医療研究センター 精神保健研究所）		
III：研究成果の刊行に関する一覧表		231
IV：研究成果の刊行物・別刷り		別添
研究成果報告会プログラム		233

總 括 研 究 報 告 書

平成24年度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)
総括研究報告書

薬物乱用・依存等の実態把握と薬物依存症者に関する制度的・社会資源の
現状と課題に関する研究
(H23-医薬-一般-014)

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

研究要旨 薬物乱用・依存対策の立案・評価の際の基礎資料に供するため、薬物乱用・依存等の実態把握のための各種調査を実施し、あわせて、再乱用防止のために、薬物依存症者に関する制度的・社会資源の現状と課題についての研究と、再乱用防止のための治療的プログラムの開発・評価研究を行った。

【研究1 薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究】

■研究1-1：飲酒・喫煙・薬物乱用についての全国中学生意識・実態調査（2012年）：わが国の中学生における薬物乱用の広がりを把握し、薬物乱用の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・「脱法ドラッグ」乱用に対する意識・実態調査を実施した。調査期間は、2012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235校の全生徒を対象に、自記式調査を実施した。有効回答は、124校（対象校235校の52.8%）、54,486人（対象校の全生徒想定数の46.6%）であった。
①有機溶剤の生涯経験率（これまでに1回でも経験したことのあると答えた者の割合）は、男子で0.6%（1年生0.6%、2年生0.6%、3年生0.8%）、女子で0.4%（1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.5%）であり、全体では0.5%（1年生0.4%、2年生0.5%、3年生0.6%）であった。この結果は、男女及び全体で、1996年に開始した一連の本調査では最低の値である。有機溶剤乱用の目撃率、身近にいる有機溶剤乱用者の周知率、有機溶剤乱用への被誘惑率も、過去最低の値であった。以上により、有機溶剤乱用の勢いは、確実に弱まっている。
②有機溶剤乱用経験者群では、非経験者群に比べて、日常生活の規則性、学校生活、家庭生活、友人関係において、好ましくない傾向が統計学的有意差を持って強いことが再確認された。
③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。
④有機溶剤・大麻・覚せい剤乱用による健康への害知識の周知率は減少傾向にあり、薬物乱用防止教育の再度の強化の必要性が示唆された。
⑤大麻の生涯経験率は、男子では0.3%（1年生0.3%、2年生0.2%、3年生0.4%）であり、女子では0.2%（1年生0.1%、2年生0.1%、3年生0.3%）であった。全体では0.2%（1年生0.2%、2年生0.2%、3年生0.4%）であった。この結果は、男女及び全体で、1996年に開始した一連の本調査では最低の値である。
⑥覚せい剤の生涯経験率は、男子では0.3%（1年生0.2%、2年生0.2%、3年生0.4%）で、女子では0.2%（1年生0.1%、2年生0.1%、3年生0.3%）であり、全体では0.2%（1年生0.2%、2年生0.2%、3年生0.3%）であった。この結果は、男女及び全体で、1996年に開始した一連の本調査では最低の値である。
⑦「脱法ドラッグ」の生涯経験率は、男子で0.3%（1年生0.2%、2年生0.2%、3年生0.5%）、女子で0.2%（1年生0.1%、2年生0.1%、3年生0.3%）であり、全体では0.2%（1年生0.1%、2年生0.2%、3年生0.4%）であった。
⑧有機溶剤乱用経験者群の20.5%（男子18.6%、女子23.3%）の者に大麻乱用の経験があり、19.1%（男子18.1%、女子19.4%）の者に覚せい剤乱用の経験があり、有機溶剤乱用と大麻・覚せい剤乱用との間には強い結びつきがあることが再確認された。同時に、喫煙経験と有機溶剤乱用経験との間にも結びつきが認められた。喫煙経験と「脱法ドラッグ」乱用との関係、「シンナー遊び」経験と「脱法ドラッグ」乱用との関係は、それぞれ、喫煙経験と「シンナー遊び」との関係、「シンナー遊び」経験と大麻ないしは覚せい剤乱用との関係とほとんど同じ結

果であった。驚くべきことに、「脱法ドラッグ」乱用経験者における大麻乱用経験率は、60.0%（男子 59.7%、女子 63.6%）であり、「脱法ドラッグ」乱用経験者における覚せい剤乱用経験率は、63.3%（男子 59.7%、女子 70.5%）にも上った。従来、わが国での中学生にとっての乱用薬物の順番は、「喫煙→有機溶剤→大麻・覚せい剤」と考えられてきた。しかし、以上の結果は、「喫煙→脱法ドラッグ→大麻・覚せい剤」という新しい流れの可能性を示唆するものであり、同時に、「脱法ドラッグ→大麻・覚せい剤」の流れは、「有機溶剤→大麻・覚せい剤」の比ではない可能性を示唆するものであった。

⑩中学生の薬物乱用問題は、有機溶剤問題から「脱法ドラッグ」問題に変わってきている可能性がある。

■研究 1-2：薬剤師を情報源とする医薬品乱用の実態把握に関する研究：OTC 薬の乱用実態把握のために、大手チェーンドラッグストア S 社に勤務する薬剤師を対象とするインカラネット調査を実施し、1108名（平均 35.8 歳）より回答を得た（回収率 67.5%）。

① 対象者のうち 692 名（58.6%）が OTC 薬の大量・頻回購入者への応対経験を有していた。

② 大量・頻回購入者が買い求めた OTC 薬は多種多様であるが、ブロン®、トニン®といった咳止め薬、ナロン®、セデス®といった鎮痛薬、市販の鎮静薬であるウット®のように、精神科臨床で繰り返し報告されている OTC 薬もみられる一方で、新小児用ジキニンシロップ®やネオシーダー®が大量・頻回購入の対象となっていることが明らかになった。

③ また、薬物乱用・依存に関する卒後研修や、薬学部における薬物乱用・依存教育を今後充実させることで、薬剤師の大量・頻回購入者に対する応対力の質向上させる得る可能性が示唆された。

■研究 1-3：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：全国の有床精神科医療施設 1609 施設を対象に、2012 年 9~10 月に通院もしくは入院したすべての薬物関連障害患者に関する調査を実施した。70.6%の施設から協力が得られ、全国で 1,161 症例の薬物関連障害患者が報告された。このうち、重要な情報の欠損がなかった 848 症例を分析の対象とした。また、今回の調査では、「脱法ドラッグ」を一連の本調査では初めて調査対象薬物として加えた。

① 薬物毎の生涯使用経験率は、多い順に覚せい剤（63.3%）、有機溶剤（42.2%）、大麻（41.3%）、睡眠薬（39.7%）、抗不安薬（31.0%）、脱法ドラッグ（27.5%）であり、2010 年調査に比べて大麻の使用経験率が顕著に上昇していた。

② 主たる（原因）薬物としての割合は、多い順に覚せい剤（42.0%）、脱法ドラッグ（16.3%）、睡眠薬・抗不安薬（15.1%）、有機溶剤（7.7%）であった。前回調査に比べて覚せい剤の割合が減じ、今回新たに新設されたカテゴリーである脱法ドラッグが、第 2 位を占めていた。

③ 脱法ドラッグ関連障害患者は、他の薬物関連障害患者に比べて著しく若年の男性が多く、脱法ドラッグの乱用拡大によって、従来とは異なる新たな薬物乱用層が出現した可能性が推測された。

④ また、対象の 6 割あまりの者に大麻の使用経験が見られたこと、脱法ドラッグ群では、「依存症候群」と「精神病性障害」を呈して精神医学的治療を受けていたこと、対象の 23.4%に気分障害の併存が認められたことなどが特徴的であった。

■研究 1-4：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の薬物への意識および乱用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、973 人（男性 686 人、女性 287 人）であった。

① 有機溶剤乱用者数は男 31 人（4.5%）女性 61 人（21.3%），大麻乱用者数は男性 14 人（2.0%）女性 20 人（7.0%），覚せい剤乱用者数は男性 5 人（0.7%）女性 13 人（4.5%），ブタン乱用者数男性 69 人（10.1%）女性 47 人（16.4%）であった。その他、抗不安薬（安定剤）乱用が男性 31 人（4.5%）女性 45 人（15.7%），ブロン（咳止め液）乱用が男性 16 人（2.3%）女性 27 人（4.2%）に認められた。また今回新たに調査対象薬物とした「脱法ハーブ」は、男女それぞれ 25 人（3.6%）および 23 人（8.0%）に認められた。

② 入所非行児の非行程度がやや軽度化している傾向が疑われた。

■研究 1-5：監察医務院における異状死の検案・解剖結果からみた薬物濫用・依存等の実態に関する研究：2011 年の東京都監察医務院における行政解剖例からの薬毒物検査結果を調査した。

① 薬毒物検出状況によると 2011 年に検出した医薬品等は 2010 年より増加し、946 件であった。

② 検出医薬品等の詳細は、a) 睡眠剤 343 件，b) 抗てんかん剤 97 件，c) 精神神経用剤 325 件，d) 解熱鎮痛消炎剤 37 件，e) その他薬物 135 件，f) アルカロイド 9 件，であった。また、覚醒剤等はメタンフェタミン

14件、アフェタミン13件であった。③「脱法ハーブ」の使用が推測された行政解剖例を1例経験した。④薬物乱用防止に繋げるためにも、薬毒物の検査システムの充実と共に監察医制度の全国的展開の必要性が示唆された。

【研究2 薬物依存症者に関する制度的社會資源の現状と課題についての研究と再乱用防止のための治療的プログラムの開発・評価研究】

■研究 2-1：薬物依存症者の社会復帰を目的とした制度の重なりに関する研究：障害者制度改革や刑事施設出所後の保護観察制度等の改正案などが現場でどのような問題となつて表れているのか、数ヶ所のダルク等のヒアリング調査を通して検討した。①障害者自立支援法への移行は、昨年度末を一つの期限として進められたが、実際には多様な可能性が模索されていた。②生活保護を受給する利用者の拡大と共に、地域の生活保護実施機関との調整も行われており、自治体間の運用上の差異は存在するものの、保護受給ができず「チャリティ」として施設が入寮費負担せざるを得ない例は極めて少なかつた。③薬物事犯者を対象とする刑の一部執行猶予制度の導入は、ダルクの活動に影響を与えるが、地域支援における社会資源としてダルクが適切に位置付けられれば、これまで以上に薬物依存者の支援において機能する可能性がある。④社会資源や制度と関わる事が不可避なダルクスタッフにとって、自身の回復の維持・管理以外に、12ステップ・プログラムの日常的実践に加えて、援助技術や制度、さらに異種の法制度で使われる用語（言葉）・概念等に関する知識とそれを操作する技能が求められていることが示唆された。

■研究 2-2：薬物依存症者と家族の社会資源活用に関する研究－地域格差の視点も含めて－：①精神障害者福祉手帳（以下、「手帳」と略）取得に関しては、手帳取得を前提とする自治体の障害者福祉サービスには、多くのメニューが存在すると同時に、地域格差もかなりあることが確認された。②薬物依存症者にとっては、現状の手帳の判定基準は全国一律であるはずであるが、解釈の自治体による相違によって、手帳取得の困難性に地域差が生じている事実があると同時に、そもそも「依存症」は手帳に該当しないという判断が一般的であることが確認された。

■研究 2-3：薬物依存症者をもつ家族に対する心理教育プログラムの開発と評価に関する研究：研究分担者らが開発した家族心理教育プログラムについて、その理解度及び有効性について、昨年度の家族会での結果と今年度の医療保健機関利用家族との比較を行った。①家族会と比較して、医療保健機関利用家族は、薬物問題に気づいてからの日が浅く、本人も本格的な治療や回復に至っていない者の割合が高いことが示唆された。②本プログラムの内容が、様々な状況におかれている家族にとって理解しやすいものであること、また、役に立つと実感できるものであることについて一定の評価が得られた。③今年度は、平成22年度に作成した4種類の教材に加えて、更に4種類（それぞれ、「家族向け教材」と「ファシリテーター用マニュアル」の2冊ずつ）の新たな教材を作成した④本家族心理教育プログラムの行政的均てん化が、「第三次薬物乱用防止5カ年戦略」で謳われている薬物依存・中毒者の家族に対する具体的支援策になることが示唆された。

■研究 2-4：司法関連施設における少年用薬物乱用防止教育ツールによる介入効果とその普及に関する研究：麻薬取締官による執行猶予付き・保護観察なしの初犯薬物事犯者に対する自習ワークブック『SMARPP-Jr.』提供再乱用防止プログラムは、対象者の問題意識や治療意欲の深まりを伴った薬物渴望に対する対処スキルの向上に、一定の効果と実施可能性があることが判明した。

【結論】若年者の薬物乱用経験率は確実に減少しているが、有機溶剤・大麻・覚せい剤乱用による健康への害知識の周知率は減少傾向にあり、薬物乱用防止教育の再度の強化の必要性が示唆された。また、「脱法ドラッグ」が今後の薬物乱用状況の鍵となる可能性があることが示唆された。再乱用防止には、薬物依存症に対する「医療モデル」「福祉モデル」としての取り組みが不可欠であるが、利用可能な制度的社會資源を増やす必要がある。同時に、本研究で開発した司法関連施設における少年用薬物乱用防止教育ツール、及び、家族心理教育プログラムを行政的に全国に広めて行くことが、「第三次薬物乱用防止5カ年戦略」で謳われている再乱用防止および薬物依存・中毒者の家族に対する具体的支援策になるのではないかと考えられる。

研究分担者

和田 清	国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 薬物依存研究部 部長
嶋根卓也	国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 薬物依存研究部 心理社会研究室長
松本俊彦	国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 薬物依存研究部 診断治療開発研究室長
庄司正実	目白大学 人間社会学部 教授
福永龍繁	東京都監察医務院 院長
宮永 耕	東海大学 健康科学部 社会福祉学科 准教授
山口みほ	日本福祉大学 社会福祉学部 准教授
近藤あゆみ	新潟医療福祉大学社会福祉学部 社会福祉学科 准教授

A. 研究目的

現在、我が国は未だ第三次覚せい剤乱用期にある。この間、薬物乱用対策推進本部により「薬物乱用防止5ヵ年戦略」（平成10年5月）、「薬物乱用防止新5ヵ年戦略」（平成15年7月）、「第三次薬物乱用防止5ヵ年戦略」（平成20年8月）が策定され、その後、平成22年7月には「薬物乱用防止戦略加速化プラン」も打ち出されて今日に至っているが、1995年に始まる第三次覚せい剤乱用期も、既に17年以上が経っており、薬物乱用・依存に関する国内状況は大きく変わりつつある。

第三次覚せい剤乱用期は、当初は一部の外国人による新たな密売方法の出現、違法薬物の入手可能性の高まり、乱用の若年層までへの拡大等で始まった。しかし、その後（特にこの数年間）は、「脱法ドラッグ」、リタリンに代表される医薬品の乱用・依存、大麻汚染の拡大等に代表されるように、「捕まる薬物から捕まらない薬物へのシフト」であり、「有機溶剤優位型」という我が国独自型から、大麻優位型という欧米型への変化として捉えることができる（和田 清ら：薬物乱用・依存の今日的状況と政策的課題. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 43:120-131, 2008）。しかも、2011年下半期から急激に拡がった「脱法ドラッグ」乱

用問題は、一大社会問題化しており、今後の動向が気になるところである（和田 清ら：脱法ハイブを含む「脱法ドラッグ」乱用とその実態. 精神科 22(1): 26-32, 2013.）。

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

薬物乱用・依存の実態把握は違法行為の掘り起こし的性質があり、困難を極める。2011年度～2012年度の本研究では、薬物乱用・依存等の実態把握に関する調査研究を質の異なる複数対象群に対して、多方面からの実態調査を実施し、総合的な現状把握を試みた。対象・調査法は次の通りである。①わが国全体での薬物乱用・依存状況を把握するための全国住民調査（層化二段無作為抽出調査）、②薬物乱用開始最頻年齢層である中学生に対する全国調査（層別一段集落抽出調査）、③薬物依存・精神病に陥った患者を対象とした全国精神科医療施設調査（2ヶ月間の全数調査）、④ハイリスクグループである全国の児童自立支援施設入所者調査（全数調査）、⑤生物学的マーカーを使用した乱用実態調査の一つとしての監察医務院での調査、⑥薬剤師を情報源とした医薬品乱用の実態調査である。

これらにより、わが国の薬物乱用・依存の実態を多面的に把握でき、乱用防止対策並びに薬物依存者対策立案・遂行の際の基礎資料に供することができると考えている。ただし、費用効率と調査される側の各種負担を考慮し、2011年度は①薬物使用に関する全国住民調査に重点をおき、2012年度は②～⑥に重点を置いた。

また、覚せい剤事犯検挙者の再犯率が59.2%（2011年）と高いように、薬物依存からの「回復」は困難を極める。欧米では「治療共同体」が薬物依存症治療の主役を担っているが、このような社会資源はわが国には存在せず、DARC（ダルク）を中心とする民間回復支援施設があるのみである。このような再乱用防止面での著しい立ち後れの原因として、当研究者らは、これまでの厚生労働科学研究の成果として、薬物依存症に対する「犯罪・司法モデル」一辺倒的対応の限界と、「医療モデル」「福祉モデル」としての制度的社会資源の不足・欠落を指摘してきた。

そこで、今回の2年間での研究では、現行の保健・社会福祉制度等、制度的社会資源の運用実態

とその問題点の明確化を図るとともに、分担研究者らが開発した司法関連施設での少年用薬物乱用防止教育ツールの介入効果判定と薬物依存症者をもつ家族に対する心理教育プログラムの開発・有効性評価を行うことにした。

B. 各分担研究の目的、方法、及び結果

■研究1 薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究

研究1-1：飲酒・喫煙・薬物乱用についての全国中学生意識・実態調査（2012年）
通称：全国中学生調査（2012年）

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

わが国の中学生における薬物乱用の広がりを把握し、特に有機溶剤乱用に関する危険因子を特定することによって、中学生に対する薬物乱用防止対策の基礎資料に供するために、飲酒、喫煙、有機溶剤・大麻・覚せい剤・「脱法ドラッグ」乱用に対する意識・実態調査を実施した。調査期間は、2012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235校の全生徒を対象に、自記式調査を実施した。その結果、124校（対象校の52.8%）より、54,733人（対象校235校の全生徒想定数の46.8%）の回答を得た。有効回答数は54,486人（対象校235校の全生徒想定数の46.6%）であった。① 有機溶剤の生涯経験率（これまでに1回でも経験したことのあると答えた者の割合）は、男子で0.6%（1年生0.6%、2年生0.6%、3年生0.8%）、女子で0.4%（1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.5%）であり、全体では0.5%（1年生0.4%、2年生0.5%、3年生0.6%）であった。この結果は、男女及び全体で、1996年に開始した一連の本調査では最低の値である。有機溶剤乱用の目撃率、身近にいる有機溶剤乱用者の周知率、有機溶剤乱用への被誘惑率も、過去最低の値であった。以上により、有機溶剤乱用の勢いは、確実に弱まっている。② 有機溶剤乱用経験者群では、非経験者群に比べて、日常生活の規則性、学校生活、家庭生活、友人関係において、好ましくない傾向が統計学的有意差を持って強い

ことが再確認された。その背景には、家庭生活のあり方が大きく影響していると考えられる。経験者群では、「親との相談頻度」「家族との夕食頻度」が有意に低く、逆に「大人不在での時間」が有意に長く、親子の共有時間が少ない傾向が再確認された。③ 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。④ 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。⑤ 有機溶剤乱用による健康への害知識の周知率は調査年毎に上昇していたが、2006年をピークに、周知度が減少傾向にあり、薬物乱用防止教育の再度の強化の必要性が示唆された。⑥ 大麻の生涯経験率は、男子では0.3%（1年生0.3%、2年生0.2%、3年生0.4%）であり、女子では0.2%（1年生0.1%、2年生0.1%、3年生0.3%）であった。全体では0.2%（1年生0.2%、2年生0.2%、3年生0.4%）であった。この結果は、男女及び全体で、1996年に開始した一連の本調査では最低の値である。覚せい剤の生涯経験率は、男子では0.3%（1年生0.2%、2年生0.2%、3年生0.4%）で、女子では0.2%（1年生0.1%、2年生0.1%、3年生0.3%）であり、全体では0.2%（1年生0.2%、2年生0.2%、3年生0.3%）であった。この結果は、男女及び全体で、1996年に開始した一連の本調査では最低の値である。⑦ 「脱法ドラッグ」の生涯経験率は、男子で0.3%（1年生0.2%、2年生0.2%、3年生0.5%）、女子で0.2%（1年生0.1%、2年生0.1%、3年生0.3%）であり、全体では0.2%（1年生0.1%、2年生0.2%、3年生0.4%）であった。⑧ 大麻及び覚せい剤乱用による医学的害知識の周知度は、経年的に増加傾向にあったが、2012年調査では激減傾向を示した。薬物乱用防止教育の行われ方に疑義を抱かざるを得ない結果であった。⑨ 大麻、覚せい剤の入手可能性は微減した。ただし、大麻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13.1%、女子で11.7%であるのに対して、経験者群では、男子で35.6%、女子で43.6%と明らかに異なっていた（p<0.01）。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、覚せい剤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12.7%、女子で11.9%

であるのに対して、経験者群では、男性で 30.5%、女性で 44.6%となっていた ($p<0.01$)。これらの結果は、わが国の中学生にとって、有機溶剤を乱用すると言うことは、大麻、覚せい剤が身近なものになるという特徴を如実に示している。「脱法ドラッグ」の入手可能性は、入手可能とした者は、男子で 16.7%、女子で 14.5%、全体で 15.6%であった。^⑩ 薬物の乱用経験率には、法の遵守性が大きく影響すると考えられる。喫煙については全体の約 5%の者が「少々ならかまわない」を選んでいるのに対して、「シンナー遊び」に関してそれを選んだ者は 1.2%に過ぎず、大麻では 0.7%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。^⑪ 有機溶剤乱用経験者群の 20.5%（男子 18.6%、女子 23.3%）の者に大麻乱用の経験があり、19.1%（男子 18.1%、女子 19.4%）の者に覚せい剤乱用の経験があり、有機溶剤乱用と大麻・覚せい剤乱用との間には強い結びつきがあることが再確認された。同時に、喫煙経験と有機溶剤乱用経験との間にも結びつきが認められた。喫煙経験と「脱法ドラッグ」乱用との関係、「シンナー遊び」経験と「脱法ドラッグ」乱用との関係は、それぞれ、喫煙経験と「シンナー遊び」との関係、「シンナー遊び」経験と大麻ないしは覚せい剤乱用との関係とほとんど同じ結果であった。驚くべきことは、「脱法ドラッグ」乱用経験者における大麻、覚せい剤乱用経験の高さである。「脱法ドラッグ」乱用経験者における大麻乱用経験率は、60.0%（男子 59.7%、女子 63.6%）であり、「脱法ドラッグ」乱用経験者における覚せい剤乱用経験率は、63.3%（男子 59.7%、女子 70.5%）にも上った。従来、わが国での中学生にとっての乱用薬物の順番は、「喫煙→有機溶剤→大麻・覚せい剤」と考えられてきた。しかし、「脱法ドラッグ」の出現は、「喫煙→脱法ドラッグ→大麻・覚せい剤」という新しい流れの可能性を示唆するものであり、同時に、「脱法ドラッグ→大麻・覚せい剤」の流れは、「有機溶剤→大麻・覚せい剤」の比ではない可能性を示唆するものである。ただし、今回のこの結果は、初めての調査結果であり、トレンドを見ることができないため、断定はできない。しかし、それにしても、「脱法ドラッグ」乱用経験と大麻、覚せい剤乱用との関係の強さは恐怖すら覚える結果であった。^⑫ 以

上により、中学生の薬物乱用問題は、有機溶剤問題から「脱法ドラッグ」問題に変わってきている可能性がある。薬物乱用防止教育の実施状況の再確認とともに、内容を再検討する時期に来ている。

研究 1-2：薬剤師を情報源とする医薬品乱用の実態把握に関する研究

研究分担者 嶋根卓也
国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 薬物依存研究部
心理社会研究室長

OTC 薬の大量・頻回購入者を医薬品乱用・依存のハイリスク層と位置づけ、ドラッグストアに勤務する薬剤師を、OTC 薬の乱用・依存の実態把握をする上で情報源になり得ると位置づけた上で、大手チェーンドラッグストア S 社に勤務する薬剤師を対象とするインターネット調査を実施し、1108 名（平均 35.8 歳）より回答を得た（回収率 67.5%）。

① 対象者のうち 692 名（58.6%）が OTC 薬の大量・頻回購入者への応対経験を有していた。大量・頻回購入者への応対経験を有する 692 名のうち、261 名（37.7%）は過去 1 年間においても大量・頻回購入者への応対経験があった。

② 大量・頻回購入者が買い求めた OTC 薬は多種多様であった。ブロン®、トニン®といった咳止め薬、ナロン®、セデス®といった鎮痛薬、市販の鎮静薬であるウット®のように、精神科臨床で繰り返し報告されている OTC 薬もみられる一方で、新小児用ジキニンシロップ®やネオシーダー®が大量・頻回購入の対象となっていることが明らかになった。

③ 大量・頻回購入者に応対した薬剤師の 88.0% が「声かけ」を、81.4% が「使用目的の確認」まで踏み込んで実施していることが示された。また、大量・頻回購入者への応対後に、85.4% が「店内で情報共有」、76.3% が「上司への相談」を実施していた。大量・頻回購入エピソードが発生した場合は、情報を店舗内で共有し、対策を講じるという連携が上手く取れていることが示唆された。

④ 多変量解析の結果、薬物依存が疑われる患者との接客に対する自信と知識が高い薬剤師ほど、薬物乱用・依存に関する社外研修を受けている薬剤師ほど、「使用目的の確認」を行うことが明ら

かとなった。また、薬物依存が疑われる患者との接客に対する自信が高い薬剤師ほど、薬物依存に対する知識があり、地域の相談窓口を知っている薬剤師ほど、薬学部中に教育を受けた薬剤師ほど、大量・頻回購入に関して上司（管理薬剤師など）に相談していることが明らかとなつた。

以上より、大手チェーンドラッグストアに勤務する薬剤師を情報源として、精神科臨床では報告されていないOTC薬が大量・頻回購入の対象となつて実態の一端を把握したとともに、薬物乱用・依存に関する卒後研修や、薬学部における薬物乱用・依存教育を今後充実させることで、薬剤師の大量・頻回購入者に対する応対力の質を向上させる得る可能性が示唆された。

研究1-3: 全国的精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査 通称：全国精神科病院調査（2012年）

研究分担者 松本俊彦
国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 薬物依存研究部
診断治療開発研究室長

わが国の精神科医療施設における薬物関連障害の実態を横断的、縦断的に把握するために、全国の有床精神科医療施設1609施設を対象に、2012年9～10月に通院もしくは入院したすべての薬物関連障害患者に関する情報を収集した。調査対象施設の70.6%からの協力が得られ、全国で1,161症例の薬物関連障害患者が報告されたが、このうち、重要な情報の欠損がなかった848症例を分析の対象とした。また、今回の2012年調査では、「脱法ドラッグ」を一連の本調査では初めて調査対象薬物として加えた。

各薬物毎の生涯使用経験率は、多い順に覚せい剤（63.3%）、有機溶剤（42.2%）、大麻（41.3%）、睡眠薬（39.7%）、抗不安薬（31.0%）、脱法ドラッグ（27.5%）であり、2010年調査に比べて大麻の使用経験率が顕著に上昇していた。

主たる（原因）薬物としての割合は、多い順に覚せい剤（42.0%）、脱法ドラッグ（16.3%）、睡眠薬・抗不安薬（15.1%）、有機溶剤（7.7%）であった。前回調査に比べて覚せい剤の割合が減じ、今回新たに新設されたカテゴリーである脱法ドラッグが、第2位を占めていた。なお、M

DMAを主たる薬物とする者は、今回の調査では皆無であった。

脱法ドラッグ関連障害患者は、他の薬物関連障害患者に比べて著しく若年の男性が多かった。このことから、脱法ドラッグの乱用拡大によって、従来とは異なる新たな薬物乱用層が出現した可能性が推測された。

また、臨床的特徴としては、①対象の6割あまりの者に大麻の使用経験が見られたこと、②脱法ドラッグ群では、「依存症候群」と「精神病性障害」を呈して精神医学的治療を受けていたこと、③対象の23.4%に気分障害の併存が認められたことなどがあげられる。

さらに、脱法ドラッグ関連障害患者が使用する商品の形状によって、脱法ハーブ単独群、パウダー・リキッド単独群、混合群に分類し、精神神経症状を比較したところ、脱法ハーブとパウダー・リキッドという形状の違いによって明らかに精神神経症状の違いは確認できず、両者を使用する混合群の場合には多彩な症状を呈する可能性が示唆されるにとどまった。

研究1-4: 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 通称：全国児童自立支援施設調査（2012年）

研究分担者 庄司正実
目白大学 人間社会学部 教授

薬物乱用のハイリスク群である非行児の薬物への意識および乱用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、973人（男性686人、女性287人）であった。調査により以下のようない結果が得られた：

- ① 有機溶剤乱用者数は男31人（4.5%）女性61人（21.3%），大麻乱用者数は男性14人（2.0%）女性20人（7.0%），覚せい剤乱用者数は男性5人（0.7%）女性13人（4.5%），ブタン乱用者数男性69人（10.1%）女性47人（16.4%）であった。その他、抗不安薬（安定剤）乱用が男性31人（4.5%）女性45人（15.7%），プロン（咳止め液）乱用が男性16人（2.3%）女性27人（4.2%）に認められた。従来の結果と同様にすべての薬物にて女性は男性より乱用頻度が高かった。

- ② また今回新たに調査対象薬物とした「脱法ハ

ーブ」は、男女それぞれ 25 人(3.6%)および 23 人(8.0%)に認められた。

③ 1994 年度からの薬物乱用頻度の変化は以下のとおりである。

有機溶剤乱用経験はこれまでと同様に減少傾向を示した。特に男性においてこの傾向が著しく、1994 年 41.2%から 2006 年以降 10%前後に減少し今回は 4.5%となった。女性でも 1994 年 59.6%から 2006 年以降 30%となっていたが、今回さらに減少し 21.6%となった。

覚せい剤乱用経験は男女とも 2000 年ころまでやや増加傾向にあったが、2002 年以降減少傾向を示しており、男性は 2006 年以降 1%以下で女性は 2008 年以降 10%以下となった。

大麻乱用経験について、男性は 4%から 5%前後であったが 2010 年は 1.9%今回 2.0%となり、一方女性では 1994 年(22.0%)および 1996 年(19.0%)はやや高かったが 1998 年から 14%から 15%台であったが今回初めて 7.0%と 10%以下となった。

④ 有機溶剤乱用に対する態度の年代変化を検討したところ、1998 年以降大きな変化は見られなかった。ことのことより近年の薬物乱用頻度の減少と児童の薬物乱用への態度はあまり関係がないと考えられた。一方、入所非行児の非行程度がやや軽度化している傾向が疑われた。

⑤ 児童自立支援施設入所児童は薬物乱用のハイリスクグループである。今回の調査により児童の乱用薬物が従来のように有機溶剤中心ではなくなってきていることを示している。今後とも継続的に実態を把握していくことが必要である。

研究 1-5：監察医務院における異状死の検案・解剖例からみた薬物濫用・依存等の実態に関する研究

研究分担者 福永龍繁
東京都監察医務院 院長

2011 年の東京都監察医務院における行政解剖例からの薬毒物検査結果を調査した。また、2012 年の薬毒物検査結果を対象とし、一症例から複数の薬毒物が検出された例を多剤服用例として調査した。薬毒物検査状況によると 2011 年に検出した医薬品等は 2010 年より増加し、946 件であった。また、医薬品等の詳細項目の検出件数においてもそれぞれ増加した。医薬品等の詳細は、a) 睡眠剤

343 件、b) 抗てんかん剤 97 件、c) 精神神経用剤 325 件、d) 解熱鎮痛消炎剤 37 件、e) その他薬物 135 件、f) アルカロイド 9 件、であった。また、覚醒剤等はメタンフェタミン 14 件、アフェタミン 13 件であった。これらの検出件数を前年と比較すると 1.1~1.5 倍の間で増加した。多剤服用例は 166 件（男性 85、女性 81）であった。多剤服用例の平均検出薬毒物数は 3.6 であった。死亡の種類は、病死 26%、その他及び不詳の外因 28%であった。「脱法ハーブ」の使用が推測された行政解剖例を 1 例経験した。

今後、乱用防止に繋げるためにも、薬毒物の検査システムの充実と共に監察医制度のような死因究明制度の全国的展開が期待される。

■研究 2 薬物依存症者に関する制度的・社会資源の現状と課題についての研究と再乱用防止のための治療的プログラムの開発・評価研究

研究 2-1：薬物依存症者の社会復帰を目的とした制度の重なりに関する研究

研究分担者 宮永 耕

東海大学 健康科学部社会福祉学科
准教授

1980 年代以降の歴史的経過からみれば、司法及び医療による施設内処遇の外側で、民間の自主的な自助活動として始まった DARC (Drug Addiction Rehabilitation Center : 以下、ダルク) を代表とする広義のリハビリテーションを目的とした回復援助施設は、1990 年代に地域での精神障害者施策の一部に組み入れられることをきっかけに、地域作業所やグループホームといった形で補助金対象事業に順次編入された。その後、障害者自立支援制度の中ではサービス提供事業所（プロバイダ）の役割を負って運営されるようになってきた。

今年度は、昨年度に続き、障害者制度改革や刑事施設出所後の保護観察制度等の改正案などの動向が現場でどのような問題となって表れているのか、数ヶ所のダルク等のスタッフに協力依頼し、ヒアリング調査を通して検討した。

① 障害者自立支援法への移行は、昨年度末を一つの期限として進められ、自立支援制度給付を受けるダルクの運営形態モデルが定まりつつも、実

際には多様な可能性が模索されている。②障害者自立支援制度の外側でサービス提供するダルク等は、制度内サービスに対して「オルタナティブ」として特徴あるプログラムによって展開し、より広い介入のバリエーションともなっていた。自立支援制度以外の行政施策との関わりも試行されつつあり、今後ダルク利用者のニーズに応じた連携のあり方も検討されていく必要がある。③生活保護を受給する利用者の拡大と共に、地域の生活保護実施機関との調整も行われており、自治体間の運用上の差異は存在するものの、保護受給ができない「チャリティ」として施設が入寮費負担せざるを得ない例は極めて少ない。④薬物事犯者を対象とする刑の一部執行猶予制度の導入は、ダルクの活動に影響を与えるが、地域支援における社会資源としてダルクが適切に位置付けられれば、これまで以上に薬物依存者の支援において機能する可能性がある。⑤ダルク施設の増加が続く中、より多くの社会資源や制度と関わる事が不可避なダルクスタッフにとって、自身の回復の維持・管理や12ステップ・プログラムの日常的実践以外に、実務上必要な援助技術や制度、さらに異種の法制度で使われる用語（言葉）・概念等に関する知識とそれを操作する技能が重要なものとして求められることが理解された。

研究 2-2：薬物依存症者と家族の社会資源活用に関する研究－地域格差の視点も含めて

研究分担者 山口みほ
日本福祉大学社会福祉学部 准教授

昨年度までの社会資源調査をふまえ、①薬物依存症者の回復支援に活用し得る制度的社会資源について、精神障害者福祉手帳（以下、「手帳」と略）取得を前提とするサービスを中心に、自治体の独自事業を含め具体的に把握すること、②手帳の判定基準の検討を軸に、制度の枠組みそのものや運用手続きに内包される「障壁」を明らかにすること、の2点を目的として調査を行った。

①については、HPやパンフレットの情報から15の政令指定都市の障害者福祉サービスを握り、医療費助成と交通機関利用料金助成についてまとめた。②については、協力の得られた3市の担当者から手帳の判定基準の解釈と運用について

ヒヤリングを行った。

その結果、手帳取得を前提とする自治体の障害者福祉サービスには多くのメニューが存在すると同時に地域格差もかなりあること、また、薬物依存症者にとっては現状の手帳の判定基準の解釈の自治体による相違によって手帳取得の困難性に地域差が生じていることが考えられる一方、そもそも「依存症」は手帳に該当しないという判断が一般的であることが確認された。

研究 2-3：薬物依存症者をもつ家族に対する心理教育プログラムの開発と評価に関する研究

研究分担者 近藤あゆみ
新潟医療福祉大学
社会福祉学部社会福祉学科 准教授

医療保健機関利用者を対象に家族心理教育プログラムを実施し、その理解度及び有効性等を検討するためのアンケート調査を実施し、前年度の家族会調査の結果と比較した。対象は、多摩総合精神保健福祉センター（延べ人数57名）、中部精神保健福祉センター（延べ人数42名）、静岡市こころの健康センター（延べ人数16名）、群馬県こころの健康センター（延べ人数12名）、岡山県精神科医療センター（延べ人数62名）の家族教室参加者である。

①家族と本人の現状について、関係機関と家族会ではいくつかの相違点があった。関係機関を利用する家族の平均年齢（58.1歳）は、家族会（61.0歳）と比較すると、有意に若かった。また、関係機関を利用する家族が薬物問題に気がついた時期は、平均5.8年前であり、家族会の9.9年と比較すると有意に短かった。それに関連して、関係機関を継続的に利用するようになった時期についても、関係機関利用者では平均2.4年前であり、家族会（5.8年前）と比較すると有意に短かった。②家族と本人の関係性については、関係機関では「一緒に暮らしている」（49.2%）が最も多かったのに対し、家族会では「離れて暮らしておりあまり連絡を取り合わない」（35.0%）が最も多いなど違いが認められた。③現在の本人の生活状況については、関係機関では「家族と同居」（49.2%）が最も多く、次が「一人暮らし」（18.0%）であるのに対し、家族会では「一人暮らし」（25.1%）、「家

族と同居」(21.8%)、「リハビリ施設に入所」(21.5%)などが多く、それぞれの割合には有意の差が認められた。④現在の本人の薬物問題の状況についても、「一定期間薬物をやめることができている」の割合が関係機関では34.4%であるのに対し、家族会では57.1%であること、また、関係機関における「たびたび薬物を使用しており、状態は良くなっていない」(18.5%)の割合が家族会(2.6%)と比較して高いことなど、それぞれの割合には有意の差が認められた。⑤GHQ28の平均得点については、「身体的症状」、「不安と不眠」、「社会的障害」、「うつ傾向」、「合計得点」の全てに有意の差が認められ、関係機関の家族の精神健康は、家族会参加者と比べて低かった。⑥依存症家族対処スキル尺度の平均得点を比較した結果、「本人が薬物をどうしてなかなかやめられないか説明できる」、「本人の回復を落ち着いて待つことができる」、「本人なりに人生をきりひらいていくことができると信じられる」及び「合計」に有意の差の傾向が認められ、家族会参加者の方が対処スキルが高い傾向にあった。⑦以上の結果から、家族会と比較して、関係機関の家族は、薬物問題に気づいてからの日が浅く、それに関連して、本人も本格的な治療や回復に至っていない者の割合が高いものと思われる。このような状況にありながら、多くの家族は本人とともに生活しており、そのことが家族の精神健康に悪影響を及ぼしている可能性が高い。⑧家族心理教育プログラムに関する主観的理解度については、「ある程度理解できた」と「かなり理解できた」で約9割を占めており、家族会と同様の結果であった。⑨有効性については、「ある程度役に立つ」、「かなり役に立つ」、「非常に役に立つ」で9割を超えており、家族会と同様の結果であった。⑩上記の結果から、本プログラムの内容が家族にとって理解しやすいものであること、また、役に立つと実感できるものであることについて一定の結果が得られた。⑪次に、本人の現在の状況と家族のプログラムに関する主観的理解度との関係性について検討したところ、4種類の教材全てについて関連は認められず、本人の現在の状況によって、家族の理解度は異なることが示された。有効性についても同様の結果が得られ、本人の現在の状況によって、家族のプログラムに対する有効性評価は異なることが示された。⑫上記の結果から、本プログ

ラムの内容は特に対象を選ばず、様々な状況の家族に対して、一定の理解度及び有効性が得られるものと思われる。⑬今年度は、平成22年度に作成した4種類の教材に加えて、更に4種類の新たな教材（それぞれ、「家族向け教材」と「ファシリテーター用マニュアル」の2冊ずつ）を作成した。今後も教材を充実させ、多様な家族のニーズに応えることができる包括的なプログラムの開発を目指したい。

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

研究分担者 松本俊彦

国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 薬物依存研究部
室長

薬事法関連犯罪によって保護観察なしの執行猶予判決がなされた薬物乱用者36名に対して、麻薬取締官が自習ワークブック『SMARPP-Jr.』を用いた再乱用防止プログラムを提供し、その介入前後における評価尺度上の変化を検討するとともに、その難易度と有用性に関する評価を行った。

自習ワークブックによる介入により、薬物依存に対する自己効力感スケールの総得点および全下位因子の有意な上昇と、SOCRATES-8Dの下位因子の一つ、「実行」の有意な得点上昇が認められた。また、対象者の7割弱が自習ワークブックの難易度を適切と捉え、8割弱がその有用性を認識していた。

麻薬取締官を介した自習ワークブックによる再乱用防止プログラムには、問題意識や治療意欲の深まりを伴った、薬物渴望に対する対処スキルの向上に資する一定の効果と意義、ならびに実施可能性があることが示唆された。

(倫理面への配慮)

本研究のすべては、各施設での倫理委員会に諮った上で実施した。

C. 考察

研究1 薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究

1. 調査の位置づけ

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

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

本年度は上記の②の年度に当たる。

本研究では、これまで度々指摘してきたように、そもそも、この種の調査結果は乱用・依存者の絶対数を表すものではない。それはいかなる方法を採ろうとも不可能なことである。しかし、重要なことは、トレンドの把握であり、そのための調査の継続である。幸い、本グループによる一連の調査は国際的にも評価されており、1999年には米国の National Institute on Drug Abuse の疫学部門より、2002年にはタイ王国の Office of the Narcotic Control Board, Office of the Prime Minister 主催による会議に、また、2005年、2006年には台湾の Department of Health 主催による国際会議に、2010年には台湾の Department of Justice 主催による国際セミナーに、2011年には台湾の国立中正大学主催による国際会議での講演を招聘されてきている。

2. 量的調査の方法論的問題

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

「中学生調査」では、1996年以来、層別一段集落抽出法を用いており、サンプリング法としては

問題ないと考えられる。また、調査実施校数の割合は、第一回の1996年には58.1%であったものが、1998年には71.2%、2000年には73.7%と上昇し、2002年調査でも71.0%と70%台を確保できた。しかし、2004年調査では69.3%と低下し、2006年調査では66.3%、2008年調査では62.7%でと70%台を割ってしまった。その原因としては、1998年には第三次覚せい剤乱用期への危機感が教育現場でも強く、「薬物乱用防止5カ年戦略」（薬物乱用対策推進本部）が策定されこともあって、調査実施校率があがったものの、その後の学校現場における様々な「事件」「問題」の頻発により、薬物乱用問題への社会的関心が相対的に薄められてきていていることと、本調査の実施に割く時間が狭められた結果ではないかと推定している。2010年調査では、63.0%と、かろうじて経年的低下を免れたが、今回の2012年調査では52.8%であり、1996年に開始した本調査では最低を記録した。その理由は不明ではあるが、平成23年10月に起きた「いじめを受けた大津市の中学生の自殺」（警察庁）に端を発した「いじめ」問題に、教育現場では対応に追われたための可能性はある。しかし、依存性薬物の健康に及ぼす害知識の周知率も低下傾向も認められており、教育現場での薬物乱用防止教育に対する「関心の低下」が危惧されるところである。今後は、何とか60%は維持していきたいところである。

「全国精神科病院調査」「全国児童自立支援施設調査」は全数調査という方法を探っている。「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た。2002年調査では、なんとか52.6%であり、2004年調査でも50.5%（837施設）であったが、2006年調査では56.7%を確保できた。しかし、2008年調査では48.4%と50%を切ってしまった。ただし、785施設中86.2%（全国の1,622施設中では41.7%）が「該当症例なし」という結果であり、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くらいがある。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、2009年6月30日時点での全国精神病院病名別在院患者数（「精神保健福祉資料」厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課、（独）国立精神・神経医療研究

センター精神保健研究所)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12%がわずか4病院で占められている現実があり(1636施設中のわずか4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医療体制の現状が明らかである。2010年調査からは、分担研究者による回収への努力強化が行われ、2010年調査では全国の1,612施設中63.3%から回答を得、2012年調査では全国の1,609施設中70.6%から回答を得ている。しかし、2012年調査でも、「該当症例なし」の施設は全体の56.6%にも及んでおり、ここでも、薬物関連精神障害患者を診ている施設の偏在ぶりは明かである。

「全国児童自立支援施設調査」での対象数は、1994年で1339人、1996年で1194人、1998年で1315人、2000年で1327人と、1200人から1300人前後で一定していたが、2002年では851人と減少した。2004年調査では、質問項目数を少なくし回収率が低下しないよう配慮したこともあり、回収数は1230人となり、2002年より前のレベルに戻すことができた。しかし、2006年調査では986人と後退してしまった。2008年調査では1,289人、2010年調査では1064人と再び増加したもの、2012年調査では、再び973人と減少してしまった。そもそも調査の実施自体が施設にとっては負担であることは否めず(「全国中学生調査」「全国精神病院調査」でも言えることであるが)、全国調査の維持と言うものがなかなか容易ではないと言うことを実感せざるを得ない。

また、薬物乱用・依存状況の把握には、可能ならば何らかの生物学的マーカーを用いた調査が最適である。そのため、当研究代表者は、かつて第3次救急医療センター受診者の尿・血液からの薬物検出調査を組織したことがあったが、各施設でのマンパワー不足により、結果的に継続を断念せざるを得なかった。そこで、2007年から、東京都監察医務院の協力を得て、監察医務院が関与した死体検案例における薬物検出の実態調査を行うことにした。

今回の監察医務院調査の結果は、①2012年の解剖件数は2011年より11%減少したにも関わらず、検出薬物の件数はわずかな減少しかなかったことと、②メタンフェタミンが14件、アンフェタミンが13件求められると同時に、「脱法ハーブ」の使用が推定される例が1例あったことである。ただ

し、現在のわが国では、「脱法ドラッグ」の成分特定ができる施設は、全国に数ヵ所もなく、この問題をどう解決してゆくかが大きな課題である。同時に、監察医制度のような死因究明制度の普及が必要である。

「薬剤師を情報源とする医薬品乱用の実態把握」調査は、2011年から開始した「新しい」調査である。この調査は、まだまだ全国規模には拡大できないが、どのようなOTCが大量・頻回購入の対象となっているかを示唆する唯一の調査でもあり、今後、どう「育てるか」を検討してゆく必要がある。

3. 「脱法ドラッグ」について

2011年下半期に、一気に社会問題化した「脱法ドラッグ」乱用問題は、今日最大の薬物問題である。わが国にとって、今回の「脱法ドラッグ」問題は、3回目の流行である(和田 清ら: 脱法ハーブを含む「脱法ドラッグ」乱用とその実態. 精神科 22(1): 26-32, 2013.)。

当研究代表者らは、第1回の「脱法ドラッグ」乱用期の主役であった「マジック・マッシュルーム」について、2001年、2003年、2005年の全国住民調査において、「マジック・マッシュルームが毒キノコであること知っていましたか?」と言う設問を「警告」を込めて設け、害の周知度を調べた。その結果、「知っている」と答えた者の割合は、2001年調査で25%, 2003年調査で29%, 2005年調査で26%と決して高いものではなかったが、2002年にこの種のキノコ自体が「麻薬原料植物」に指定されることによって、事実上、その問題の解決をみた事実がある。

また、5-Meo-DIPTに象徴される2回目の「脱法ドラッグ」流行期の2007年の全国住民調査では、34種の「脱法ドラッグ」名を挙げて、「聞いたことのある薬物があったら、○をしてください。」との設問で、その呼称の周知度を調べたことがある。しかし、その結果は、「ラッシュ」が46%, 「ケタミン」が36%, 「メチロン」が8%と突出して高く、それ以外の31種の周知度は、高いものでも4%で、ほとんどのものが1%以下であった。結果的に、2007年の薬事法改正による「指定薬物」導入により、当時の「脱法ドラッグ」問題は、それ以降、事実上、社会問題としては消えてしまっていた。

ところが、2011年下半期に、一気に社会問題化したのが、「脱法ハーブ」を中心とする今日の「脱法ドラッグ」問題である。そのため、今回の当研究では、全国中学生調査、全国精神科病院調査、全国児童自立支援施設調査で「脱法ドラッグ」について調べた。

その結果、全国中学生調査では、①「脱法ドラッグ」乱用経験者における大麻乱用経験率は、60.0%であり、「脱法ドラッグ」乱用経験者における覚せい剤乱用経験率は、63.3%にも上ること、②従来、わが国での中学生にとっての乱用薬物の順番は、「喫煙→有機溶剤→大麻・覚せい剤」と考えられてきたが、「脱法ドラッグ」の出現は、「喫煙→脱法ドラッグ→大麻・覚せい剤」という新しい流れの可能性を示唆するものであり、同時に、「脱法ドラッグ→大麻・覚せい剤」の流れは、「有機溶剤→大麻・覚せい剤」の比ではない可能性を示唆するものであるという結果であった。

また、全国精神科病院調査では、主たる(原因)薬物としての割合で、「脱法ドラッグ」(16.3%)が、睡眠薬・抗不安薬(15.1%)を上回って、覚せい剤(42.0%)について第2位であることが明らかになった。

さらに、全国児童自立支援施設調査では、「脱法ハーブ」乱用経験率は4.9%に上ることが判明した。しかも、監察医務院調査でも「脱法ハーブ」の使用が推測された行政解剖例1例が確認されている。

今回の「脱法ドラッグ」問題は、過去2回の流行とは規模的に社会全体を巻き込んだ深刻なものであり、本年度の本調査の最大のトピックスであることは間違いない。この流行は、「捕まる薬物から捕まらない薬物へのシフト」(和田 清ら: 薬物乱用・依存の今日的状況と政策的課題. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 43:120-131, 2008) の、これまでにない最大の現れである。

今後の動向をみながら、対策を検討していく必要がある。

研究2 薬物依存症者に関する制度的・社会資源の現状と課題についての研究と再乱用防止のための治療的プログラムの開発・評価研究

1. 研究の位置付け

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

しかし、本研究代表者による調査によれば、薬物関連精神障害者の約75%の者はすでに薬物を乱用している友人・知人から「勧められて」薬物の乱用を開始していた。この事実は、眞の薬物乱用防止のためには、強力な一次予防と共に、二次予防(早期発見・早期治療)・三次予防(薬物依存からの回復と社会復帰)を推進することによって、新たな薬物乱用者を誘い込む可能性のある薬物乱用・依存者を減らさない限り、新たな薬物乱用者が繰り返し生まれてくることを物語っている。

平成10年の「薬物乱用防止5か年戦略」、平成15年の「薬物乱用防止新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、平成20年の「第3次薬物乱用防止5か年戦略」では、二次予防・三次予防の重要性が益々重要視されたにも関わらず、実際には実効的対策はほとんどられておらず、結果的に薬物依存症治療及び社会復帰策に限れば、わが国は先進諸国の中で、最貧国と言つても過言ではない状況のままである。それが原因の全てではないにしても、結果として、覚せい剤事犯検挙者の再犯率は59.2%(2011年)と高い。

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

2. 結果から指摘される課題

制度的・社会資源の現状として、今回の調査研究により明らかになった点は下記の通りである。①障害者自立支援法への移行は、昨年度末を一つの期限として進められ、自立支援制度給付を受けるダルクの運営形態モデルが定まりつつあるが、自立支援制度以外の行政施策との関わりも試行されつつあり、今後ダルク利用者のニーズに応じた連携のあり方も検討されていく必要がある。②生活

保護を受給する利用者の拡大と共に、地域の生活保護実施機関との調整も行われており、自治体間の運用上の差異は存在するものの、保護受給ができず「チャリティ」として施設が入寮費負担せざるを得ない例は極めて少なかった。③薬物事犯者を対象とする刑の一部執行猶予制度の導入は、ダルクの活動に影響を与える可能性が強いが、地域支援における社会資源としてダルクが適切に位置付けられれば、これまで以上に薬物依存者の支援において機能する可能性がある。④社会資源や制度と関わる事が不可避なダルクスタッフにとって、自身の回復の維持・管理や12ステップ・プログラムの日常的実践以外に、実務上必要な援助技術や制度、さらに異種の法制度で使われる用語(言葉)・概念等に関する知識とそれを操作する技能が重要なものとして求められることが示唆された。⑤精神障害者福祉手帳(以下、「手帳」と略)取得に関しては、手帳取得を前提とする自治体の障害者福祉サービスには、多くのメニューが存在すると同時に、地域格差もかなりあることが確認された。⑥薬物依存症者にとっては、現状の手帳の判定基準は全国一律であるはずであるが、解釈の自治体による相違によって、手帳取得の困難性に地域差が生じている事実があると同時に、そもそも「依存症」は手帳に該当しないという判断が一般的であることが確認された。

研究分担者らが開発した家族心理教育プログラムについて、その理解度及び有効性について、昨年度の家族会での結果と今年度の医療保健機関利用家族との比較を行った。その結果、家族会と比較して、医療保健機関利用家族は、薬物問題に気づいてから日が浅く、本人も本格的な治療や回復に至っていない者の割合が高いことが示唆された。また、本プログラムの内容が、様々な状況におかれている家族にとって理解しやすいものであること、また、役に立つと実感できるものであることについて一定の評価が得られた。本家族心理教育プログラムの行政的均てん化が、「第三次薬物乱用防止5カ年戦略」で謳われている薬物依存・中毒者の家族に対する具体的支援策になることが示唆された。

薬物事犯者の再犯防止には、司法機関のみならず、麻薬取締部の活動の充実が不可欠である。麻薬取締官による執行猶予付き・保護観察なしの初犯薬物事犯者に対する自習ワークブック

『SMARPP-Jr.』提供再乱用防止プログラムは、対象者の問題意識や治療意欲の深まりを伴った薬物渴求に対する対処スキルの向上に、一定の効果と実施可能性があることが判明した。

D. 結論

若年者の薬物乱用経験率は確実に減少しているが、有機溶剤・大麻・覚せい剤乱用による健康への害知識の周知率は減少傾向にあり、薬物乱用防止教育の再度の強化の必要性が示唆された。また、「脱法ドラッグ」が今後の薬物乱用状況の鍵となる可能性があることが示唆された。

再乱用防止には、薬物依存症に対する「医療モデル」「福祉モデル」としての取り組みが不可欠であるが、利用可能な制度的社会資源を増やす必要がある。同時に、本研究で開発した司法関連施設における少年用薬物乱用防止教育ツール、及び、家族心理教育プログラムを行政的に全国に広めに行くことが、「第三次薬物乱用防止5カ年戦略」で謳われている再乱用防止および薬物依存・中毒者の家族に対する具体的支援策になるのではないかと考えられる。

E. 健康危険情報

【研究1 薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究】の結果自体が健康危険情報であるが、「脱法ドラッグ」のもつ社会的危険性は早急に対応すべき危険である。

F. 研究発表

1. 著書

- 1)和田清:薬物乱用. (監修)五十嵐隆日本医師会雑誌 第141巻・特別号(1). 生涯教育シリーズ82「小児・思春期診療 最新マニュアル」日本医師会. 東京. S262-S263. 2012.
- 2)嶋根卓也:医者や薬局のくすりなら大丈夫?. 松本俊彦=編. 中高生のためのメンタル系サバイバルガイド. 日本評論社. 東京. 74-79. 2012.
- 3)松本俊彦:IV. 薬物関連精神障害の治療のプロセスと選択肢. 6. ワークブックを用いたグループ治療プログラムの実際. 日本精神科救急学会. 精神科救急医療ガイドライン: 規制薬物関連精神障害 2011年版. へるす出版. 東京. 80-86. 2012

2. 論文発表

- 1) 和田 清:薬物乱用の問題点—医学的視点から—第三回 中学生対象の全国調査からわかること. 少年写真新聞社 中学保健ニュース 第 1522 号付録 10-11, 2012
- 2) 今村扶美, 松本俊彦, 小林桜児, 和田 清: 心神喪失者等医療観察法における物質使用障害治療プログラムの開発と効果. 精神医学 54:92 1-930, 2012.
- 3) 松本俊彦: 薬物依存症に対する新たな治療プログラム「SMARPP」: 司法・医療・地域における継続した支援体制の構築を目指して. 精神医学 54:1103-1110, 2012.
- 4) 松本俊彦, 成瀬暢也, 梅野 充, 青山久美, 小林桜児, 嶋根卓也, 森田展彰, 和田 清: Benzodiazepines 使用障害の臨床的特徴とその発症の契機となった精神科治療の特徴に関する研究. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 47:31 7-330, 2012.

3. 学会発表

- 1) 岸本桂子、嶋根卓也: カリキュラム・教材からみた薬学教育における薬物、医薬品乱用・依存. 日本社会薬学会第 31 年会、三重、2012. 9. 15-16
- 2) 嶋根卓也: 若手シンポジウムアルコール・薬物研究の未来に向けて-薬剤師と薬物依存-. 第 47 回日本アルコール・薬物医学会. 北海道. 2012. 9. 7-9.
- 3) 松本俊彦: 誰にでもできる薬物依存症治療. シンポジウム 23 薬物依存症臨床における倫理～医療の立場と司法の立場. 第 108 回日本精神神経学会学術総会, 札幌, 2012. 5. 25
- 4) 松本俊彦: 薬物依存の基礎から臨床、そして日常診療との関わりについて. シンポジウム 3 8 認知行動療法を取り入れた包括的外来治療プログラムの必要性. 第 108 回日本精神神経学会学術総会, 札幌, 2012. 5. 25
- 5) 今村扶美, 松本俊彦, 小林桜児, 和田清: 司法関連施設における薬物依存離脱指導の効果に関する研究(2): 女性の薬物乱用者を対象とした介入. 平成 24 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 札幌, 2012. 9. 7
- 6) 高野歩, 川上憲人, 宮本有紀, 松本俊彦: 物質使用障害患者に対する認知行動療法プログラム

- を実施する医療従事者の態度の変化. 平成 24 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 札幌, 2012. 9. 7
- 7) 若林朝子, 小林桜児, 竹田典子, 今村扶美, 松本俊彦: 在日外国人女性薬物依存症患者に対する SMARPP-Jr. を用いた個別依存症教育プログラムの試み. 平成 24 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 札幌, 2012. 9. 8
 - 8) Naomi Matsuura, Hiroshi Tomita, & Masami Shoji: Teaching-Family Model in Japan - Effective treatment for juvenile delinquents who have been exposed to serious child abuse-. 35th Annual Teaching-Family Association Conference. Richmond, Virginia. November 12 (2012).
 - 9) 引地和歌子, 柴田幹良, 谷藤隆信, 阿部伸幸, 福永龍繁: 東京都 23 区内における自殺と物質乱用の関連について. 第 96 次日本法医学会学術全国集会. アクトシティ浜松 (静岡県浜松市) 2012 年 6 月.
 - 10) 引地和歌子, 柴田幹良, 谷藤隆信, 阿部伸幸, 福永龍繁. 東京都 23 区内における自殺と物質乱用の関連について: 平成 24 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術集会. 札幌コンベンションセンター (北海道札幌市) 2012 年 9 月
 - 11) 柴田幹良, 加藤幸久, 前田雅子, 谷藤隆信, 阿部伸幸, 引地和歌子, 福永龍繁: 東京都 23 区内における薬毒物関連自殺者の現状. 札幌コンベンションセンター. 2012 年 9 月
 - 12) 松本俊彦: 誰にでもできる薬物依存症治療. シンポジウム 23 薬物依存症臨床における倫理～医療の立場と司法の立場. 第 108 回日本精神神経学会学術総会, 札幌, 2012. 5. 25, 札幌.
 - 13) 松本俊彦: 薬物依存の基礎から臨床、そして日常診療との関わりについて. シンポジウム 3 8 認知行動療法を取り入れた包括的外来治療プログラムの必要性. 第 108 回日本精神神経学会学術総会, 2012. 5. 25, 札幌.
 - 14) 今村扶美, 松本俊彦, 小林桜児, 和田清: 司法関連施設における薬物依存離脱指導の効果に関する研究(2): 女性の薬物乱用者を対象とした介入. 平成 24 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 2012. 9. 7, 札幌
 - 15) 高野歩, 川上憲人, 宮本有紀, 松本俊彦: 物質使用障害患者に対する認知行動療法プログラ

ムを実施する医療従事者の態度の変化. 平成 24
年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総
会, 2012. 9. 7, 札幌

- 16) 若林朝子, 小林桜児, 竹田典子, 今村扶美,
松本俊彦: 在日外国人女性薬物依存症患者に対
する SMARPP-Jr. を用いた個別依存症教育プロ
グラムの試み. 平成 24 年度アルコール・薬物依
存関連学会合同学術総会, 2012. 9. 8, 札幌

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし

分担研究報告書

(1-1)

平成24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

飲酒・喫煙・薬物乱用についての全国中学生意識・実態調査（2012年）

研究分担者	和田 清	独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 薬物依存研究部長
研究協力者	水野菜津美 嶋根卓也 立森久照 勝野眞吾	同研究所（薬物依存研究部 流動研究員） 同研究所（薬物依存研究部 心理社会研究室長） 同研究所（精神保健計画研究部 統計解析研究室室長） 岐阜薬科大学 学長

研究要旨 わが国の中学生における薬物乱用の広がりを把握し、特に有機溶剤乱用に関する危険因子を特定することによって、中学生に対する薬物乱用防止対策の基礎資料に供するために、飲酒、喫煙、有機溶剤・大麻・覚せい剤・「脱法ドラッグ」乱用に対する意識・実態調査を実施した。調査期間は、2012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235校の全生徒を対象に、自記式調査を実施した。その結果、124校（対象校の52.8%）より、54,733人（対象校235校の全生徒想定数の46.8%）の回答を得た。有効回答数は54,486人（対象校235校の全生徒想定数の46.6%）であった。
① 有機溶剤の生涯経験率（これまでに1回でも経験したことのあると答えた者の割合）は、男子で0.6%（1年生0.6%、2年生0.6%、3年生0.8%）、女子で0.4%（1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.5%）であり、全体では0.5%（1年生0.4%、2年生0.5%、3年生0.6%）であった。この結果は、男女及び全体で、1996年に開始した一連の本調査では最低の値である。有機溶剤乱用の目撃率、身近にいる有機溶剤乱用者の周知率、有機溶剤乱用への被誘惑率も、過去最低の値であった。以上により、有機溶剤乱用の勢いは、確実に弱まっている。
② 有機溶剤乱用経験者群では、非経験者群に比べて、日常生活の規則性、学校生活、家庭生活、友人関係において、好ましくない傾向が統計学的有意差を持って強いことが再確認された。その背景には、家庭生活のあり方が大きく影響していると考えられる。経験者群では、「親との相談頻度」「家族との夕食頻度」が有意に低く、逆に「大人不在での時間」が有意に長く、親子の共有時間が少ない傾向が再確認された。
③ 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。
④ 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。
⑤ 有機溶剤乱用による健康への害知識の周知率は調査年毎に上昇していたが、2006年をピークに、周知度が減少傾向にあり、薬物乱用防止教育の再度の強化の必要性が示唆された。
⑥ 大麻の生涯経験率は、男子では0.3%（1年生0.3%、2年生0.2%、3年生0.4%）であり、女子では0.2%（1年生0.1%、2年生0.1%、3年生0.3%）であった。全体では0.2%（1年生0.2%、2年生0.2%、3年生0.4%）であった。この結果は、男女及び全体で、1996年に開始した一連の本調査では最低の値である。
⑦ 覚せい剤の生涯経験率は、男子では0.3%（1年生0.2%、2年生0.2%、3年生0.4%）で、女子では0.2%（1年生0.1%、2年生0.1%、3年生0.3%）であり、全体では0.2%（1年生0.2%、2年生0.2%、3年生0.3%）であった。この結果は、男女及び全体で、1996年に開始した一連の本調査では最低の値である。
⑧ 「脱法ドラッグ」の生涯経験率は、男子で0.3%（1年生0.2%、2年生0.2%、3年生0.5%）、女子で0.2%（1年生0.1%、2年生0.1%、3年生0.3%）であり、全体では0.2%（1年生0.1%、2年生0.2%、3年生0.4%）であった。
⑨ 大麻及び覚せい剤乱用による医学的害知識の周知度は、経年的に増加傾向にあったが、2012年調査では激減傾向を示した。薬物乱用防止教育の行われ方に疑義を抱かざるを得ない結果であった。
⑩ 大麻、覚せい剤の入手可能性は微減した。ただし、大麻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13.1%、女子で11.7%であるのに対して、経験者群では、男子で35.6%、女子で43.6%

と明らかに異なっていた ($p<0.01$)。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、覚せい剤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12.7%、女子で11.9%であるのに対して、経験者群では、男性で30.5%、女性で44.6%となっていた ($p<0.01$)。これらの結果は、わが国の中学生にとって、有機溶剤を乱用すると言うことは、大麻、覚せい剤が身近なものになるという特徴を如実に示している。「脱法ドラッグ」の入手可能性は、入手可能とした者は、男子で16.7%、女子で14.5%、全体で15.6%であった。¹⁰⁾ 薬物の乱用経験率には、法の遵守性が大きく影響すると考えられる。喫煙については全体の約5%の者が「少々ならかまわない」を選んでいるのに対して、「シンナー遊び」に関してそれを選んだ者は1.2%に過ぎず、大麻では0.7%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るかに高いことを物語っている。¹¹⁾ 有機溶剤乱用経験者群の20.5%（男子18.6%、女子23.3%）の者に大麻乱用の経験があり、19.1%（男子18.1%、女子19.4%）の者に覚せい剤乱用の経験があり、有機溶剤乱用と大麻・覚せい剤乱用との間には強い結びつきがあることが再確認された。同時に、喫煙経験と有機溶剤乱用経験との間にも結びつきが認められた。喫煙経験と「脱法ドラッグ」乱用との関係、「シンナー遊び」経験と「脱法ドラッグ」乱用との関係は、それぞれ、喫煙経験と「シンナー遊び」との関係、「シンナー遊び」経験と大麻ないしは覚せい剤乱用との関係とほとんど同じ結果であった。驚くべきことは、「脱法ドラッグ」乱用経験者における大麻、覚せい剤乱用経験の高さである。「脱法ドラッグ」乱用経験者における大麻乱用経験率は、60.0%（男子59.7%、女子63.6%）であり、「脱法ドラッグ」乱用経験者における覚せい剤乱用経験率は、63.3%（男子59.7%、女子70.5%）にも上った。従来、わが国での中学生にとっての乱用薬物の順番は、「喫煙→有機溶剤→大麻・覚せい剤」と考えられてきた。しかし、「脱法ドラッグ」の出現は、「喫煙→脱法ドラッグ→大麻・覚せい剤」という新しい流れの可能性を示唆するものであり、同時に、「脱法ドラッグ→大麻・覚せい剤」の流れは、「有機溶剤→大麻・覚せい剤」の比ではない可能性を示唆するものである。ただし、今回のこの結果は、初めての調査結果であり、トレンドを見ることができないため、断定はできない。しかし、それにしても、「脱法ドラッグ」乱用経験と大麻、覚せい剤乱用との関係の強さは恐怖すら覚える結果であった。¹²⁾ 以上により、中学生の薬物乱用問題は、有機溶剤問題から「脱法ドラッグ」問題に変わってきている可能性がある。薬物乱用防止教育の実施状況の再確認とともに、内容を再検討する時期に来ている。

（なお、2002年調査の報告書から、有機溶剤、大麻、覚せい剤乱用の生涯経験率、1年経験率、目撃率、乱用者周知率、生涯被誘惑率については、「無回答」を除いて計算し直した値を文章上は採用することにした。その結果、表での値と異なることがある。）

A. 研究目的

第三次覚せい剤乱用期に入って、15年以上が経過した。この間、わが国の薬物乱用状況は確実に変化してきている。その変化の特徴は、2006年の不正事犯数における有機溶剤と大麻の入れ替わりに象徴されるように「違法」から「脱法」への流れであり、有機溶剤優位型である「わが国独自型」から大麻優位の「欧米型」への変化としてとらえることができる²³⁾²⁵⁾。しかも、2011年下半期からの「脱法ハーブ」問題の一大社会問題化は、わが国の薬物乱用史上、特筆すべき変化として捉えることができる。

ただし、薬物乱用により精神障害をきたして精神病院を受診した患者調査での初回使用薬物とし

ては、有機溶剤が相変わらず多く^{1),28)}、大麻、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、いきなり大麻、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、有機溶剤乱用の意味は依然として重要であることを示唆している。

すなわち、わが国では、飲酒・喫煙を除けば、有機溶剤の乱用が精神医療の面からみて、その後の覚せい剤乱用への門を開く「ゲイトウェイ・ドラッグ」²⁾としての役割を、以前より弱くなつたものの、相変わらず担っている可能性があるようである。

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い³⁾、予防対策上は中学生が重要であ

る。したがって、中学生における有機溶剤乱用（「シンナー遊び」）の実態を把握し、有機溶剤乱用に関連するハイリスク・ファクターを特定することは、わが国における薬物乱用防止対策上、不可欠である。

同時に、中学生における喫煙、飲酒は、有機溶剤乱用と強い関係を有していると推定され²⁾⁴⁾⁵⁾⁶⁾⁷⁾²

¹⁾、中学生における喫煙と飲酒の一部が有機溶剤乱用開始ないしは継続への「ゲイトウェイ」になっている可能性が高い²⁾²¹⁾。

以上の考えから、平成24年度、平成8年度に初めて実施した「薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査」⁹⁾の第9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。なお、今回の調査では、2011年下半期以降急激に社会問題化した「脱法ドラッグ」の乱用実態の把握も試みた。

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、2012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、2012年版の全国学校総覧¹⁰⁾である。どの都道府県からも最低1校は抽出されるようにするために、都道府県を層とし、中学生数に比例して都道府県毎に対象校の抽出を行った。すなわち、中学生数の最も少ない鳥取県での調査校数を1とし、その他の都道府県での調査校数は、鳥取県の生徒数との比に従って、切り上げで決定し、その後、各都道府県での対象校数を2校以上確保するために、鳥取県での調査対象校数を2に変更した。

対象校の抽出は、各都道府県毎に、上記の手続きで決定された数の中学校を全中学校から無作為で抽出した。その際、学校毎の生徒数に比例して抽出確率を決める確率抽出法を用い、実際の抽出には乱数を使用した。

本調査での抽出法は、抽出された学校の全生徒を調査対象としたので、層別一段集落抽出法となる。この場合の集落とは学校を指す。この操作により、全国の中学校から235校（想定116,984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、脱法ドラッグについて、薬物の入手し易さについての全52項目から構成されている。この調査項目のほとんどは、2000年調査時からほぼ同じである。

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。

235校（国立2校、公立216校、私立17校）中、調査を実施していただけた中学校は124校（国立1校、公立116校、私立7校：対象校の52.8%）であった。そのうちの5校については、学年を限定した実施であった。その内訳は、1年生および2年生のみ実施1校、3年生のみ実施4校であった。

以上の結果、54,733人（想定生徒数の46.8%。ただし、全国学校要覧による生徒数と実際の生徒数は一致しないため、正確な%は不明である）の調査用紙が回収された。また、うち247通は、明らかな記載上の不備、または記載項目が全52問の50%を満たしていないかったため無効とした。したがって、有効回答は54,486人（想定生徒数の46.6%）である。

また、中学生における有機溶剤乱用の生涯経験率は、昼夜人口比の低い地域で高く、喫煙・飲酒の生涯経験率は持ち家率の高いところで高いことが指摘されており¹⁸⁾、それなりの地域格差の存在が推定される。そこで、今回の調査が全国の中学生を対象にしながらも、全国を代表していない可能性もあるため、都道府県毎の回答状況を表1に示した。表1の実施状況が今回の調査結果にどのような影響を及ぼしているかは不明であるが、本調査の限界として、表1を見ておく必要がある。

有効回答の内訳は表2の通りである。男子27,553人、女子26,893人、性別不明者40人の計54,486人である。

その結果、以下の各表では、「全体」は男性+女性+性別不明者を意味している。結果の検定に当たっては、項目毎に回答の「無回答」を除外し、それぞれの項目毎に当該薬物の経験者群（以下、

経験者群)と非経験者群(以下、非経験者群)とについて χ^2 検定をおこなった。

なお、本調査研究は国立精神・神経医療研究センターの倫理委員会での承認(承認番号:A2011-111)を得て実施した。

C. 研究結果

1. 「シンナー遊び」について

1. 有機溶剤乱用の広がりについて

(1) 「シンナー遊び」の生涯経験率について

性別・学年別の「シンナー遊び」の生涯経験率(これまでに1回でも「シンナー遊び」をしたことがある者の率)は表3の通りである。

生涯経験率は男子で0.6%(1年生0.6%、2年生0.6%、3年生0.8%)、女子で0.4%(1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.5%)であり、全体では0.5%(1年生0.4%、2年生0.5%、3年生0.6%)であった。

男子、女子それぞれでは、学年による有意差($P < 0.05$)は認められなかったが、全体では学年が上がるにつれて、生涯経験率が有意に上昇していた。

なお、生涯経験率の推移については、考察で論じる。

(2) 「シンナー遊び」の1年経験率について

この1年間での「シンナー遊び」の経験率(1年経験率)は表4の通りである。

男子で0.4%(1年生0.4%、2年生0.5%、3年生0.5%)、女子で0.3%(1年生0.2%、2年生0.3%、3年生0.3%)であり、全体では0.4%(1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.4%)であった。

男子、女子、全体で、学年による有意差($P < 0.05$)は認められなかった。

(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?」との問い合わせに対する回答の分布を表5に示した。

男子の2.0%、女子の1.6%の生徒が実際に見たことがあるという結果であった。男女ともに学年による有意差($P < 0.05$)は認められず、1996年調査⁹⁾以降認められてきた学年と共に目撃率が高くな

る傾向は、今回の調査で初めて認められなくなった。なお、この目撃率の推移については表71に示した。

(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?」との問い合わせに対する回答の分布を表6に示した。

男子では1.1%、女子では1.2%、全体では1.2%の者が「いる」と答えており、その割合は女子と全体で学年が進むにつれて高くなる傾向が、統計学的有意差をもって認められた。男子では優位さは認められなかった。

なお、上記の年次推移については表72に示した。

(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?」との問い合わせに対する回答の分布を表7に示した。

男子の0.8%、女子の0.7%の者が誘われたことが「ある」と答えており、男子、女子、全体で、学年が進むにつれて、誘われたことのある者の率が高くなり、女子、全体では有意差が求められた。

なお、この誘われ経験率の推移については、表73に示した。

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?」との問い合わせに対する未経験者群での回答の分布を表8に示した。

男女ともに、回答の分布には学年間で有意差($P < 0.05$)が認められるが、「関心がない」を選択した者は、男女ともに3年生で最も多く、「好奇心」は2年生で高い傾向が示唆された。この傾向は2002年調査²⁰⁾、2004年調査²²⁾、2006年調査²⁴⁾、2008年調査²⁶⁾、2010年調査²⁹⁾でも認められている。

なお、表8は未経験者についてだけの分析であるが、有機溶剤未経験者の中には、本問で「(シンナー遊びの)経験がある」を選択した者があり、本調査の「正確さ」を見るために、あえてその結果を公表した。

(2) 「シンナー遊び」と法の遵守について

「『シンナー遊び』は法律で禁じられていますが、その『シンナー遊び』をすることをどう思いますか？」との問い合わせ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98%の者が「法律で禁止されているから、すべきではない」を選んだのに対して、経験者群では、男女共に「法律で禁止されてはいるが、少々ならかまわないと思う」「法律を守る必要は全然ないと思う」と答えた者が男子で約33%、女子で約30%おり、非経験者群、経験者群間で乖離していた。

(3) 「シンナー遊び」と法規制の必要性について

「法律で『シンナー遊び』を禁止しているのをどう思いますか？」との問い合わせに対する回答の分布を表10に示した。

回答の分布には、男女共に有意差 ($P<0.01$) が認められ、非経験者群では、男女ともに約93~94%の者が「当然だと思う」を選んだのに対して、経験者群では、「麻薬・覚せい剤とちがって、シンナーくらい禁止しなくてもいいのではないかと思う」「そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思う」と答えた者が相当数いた（男子で約21%、女子で約30%）。

(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？」との問い合わせ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98%の者が「自分には無関係の人だと思う」を選んだのに対して、経験者群では「『シンナー遊び』をする気持ちが理解できる気がする」ないしは「親しみを感じる」を選んだ者が相当数いた（男子で約36%、女子で約36%）。

(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？」との問い合わせ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81~80%前後だったのに対して、経験者群では男女共に「すでに親しい」を選んだ者が16~22%にのぼった。

この結果は、表11とあわせて、「シンナー遊び」をしている者に対する見方が、非経験者群、経験者群間で乖離していることを示唆している。

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？」との問い合わせに対する回答の分布を表13に示した。

本調査の開始当初、この質問には、男女ともに、経験者群の方が「知っている」を選択した者の割合が高かったが⁹⁾¹²⁾¹⁹⁾、2002年調査²⁰⁾で初めて、男子で「知っている」を選択した者が非経験者群の方が多いという結果になり、2004年調査²⁰⁾で初めて、男女ともに、「知っている」を選択した者が非経験者群の方が多いという結果であった（しかし、有意差はない）。しかし、2006年調査では、有意差はないものの、男子では経験者群の方が「知っている」を選択した者の割合が高いという従来のパターンに後戻りしてしまった。その後、2008年調査²⁶⁾からは、「知っている」と答えた者は男女ともに非経験者群が多いという結果に戻っている。

非経験者群と経験者群とでどちらがより知っているかという問題は、下記の知識を含めて、薬物乱用防止教育を考える時に常に念頭に置いておくべき問題である。

(2) 「シンナー」吸引の繰り返しによる歯の腐食

について

「『シンナー遊び』を繰り返すと、歯がぼろぼろになりやすことを知っていますか？」との問い合わせに対する回答の分布を表14に示した。

従来、この質問に対しては、男女ともに、経験者群の方が「知っている」を選択した者の割合が高かったが⁹⁾¹²⁾¹⁹⁾、2002年調査²⁰⁾で初めて、男子では「知っている」を選択した者が非経験者群の方が多くなり、2004年調査で再び元に戻ってしまった（ただし有意差はない）知識である。2006年調査²²⁾では、「知っている」を選んだ者が、再び非経験者群の方が多いというパターンに復帰した

が、その後もそれを維持できている。

(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、物をつかめなかつたり、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？」との問い合わせに対する回答の分布を表15に示した。

「知っている」を選んだ生徒の割合は、男子では1996年調査⁹⁾、1998年調査¹²⁾、2000年調査¹⁹⁾では、経験者群の方で高かつたが、2002年調査²⁰⁾では非経験者群の方が割合が高かつた。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つたが、2002年調査²⁰⁾では経験者群の方でわずかに高かつた。

2004年調査²²⁾で、初めて、男女ともに非経験者の方が「知っている」を選んだ生徒の割合の方が多いという結果となり、それ以降はそれを維持できている。

(4) 「シンナー」吸引の繰り返しによる有機溶剤精神病について

「『シンナー遊び』を繰り返すと、何もないのに物が見えたり（幻視）、実際には何も聞こえないのに、声が聞こえたり（幻聴）、誰も何とも思っていないのに、人が自分の事を非難していると思い込んだり（妄想）する状態（精神病状態）になることがあるのを知っていますか？」との問い合わせに対する回答の分布を表16に示した。

1996年調査⁹⁾では、男女ともに経験者群の方が「知っている」を選んだ者が多く、1998年調査¹²⁾ではその割合は非経験者群の方が多いが、男子では有意差がなく、2000年調査¹⁹⁾では男女共に経験者群の方が割合が高いという結果であった。2002年調査²⁰⁾では、男女ともに「知っている」を選んだ者は非経験者群で多く、男子では有意差も認められた。2006年調査では、男女ともに「知っている」を選んだ者は非経験者群で多く、同時に、男女ともにその結果には有意差があるという期待されるべき結果であった。それ以降はそれを維持できている。

(5) 「シンナー」吸引の繰り返しによる無動機症

候群について

「『シンナー遊び』を繰り返すと、何事にも関心が持てなくなり、結果的に学校を欠席しがちになり、どんな仕事についても長続きしなくなること（無動機症候群）を知っていますか？」との問い合わせに対する回答の分布を表17に示した。

2004年調査²²⁾では、男女共に、有意差こそ認められなかつたが、「知っている」を選んだ者は経験者群の方で多かつたが、2006年調査では、有意差こそないものの、女子では「知っている」を選んだ者は非経験者群で多かつた。2008年調査では、初めて、男女ともに「知っている」を選んだ者は非経験者群でわずかに多い結果となり、その後はそれを維持できてはいるが、統計学的有意差は認められなかつた。

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、これまで述べた害の中でも、この無動機症候群についての知識普及率が最も低く、ややもすれば身体への害知識の普及に傾きがちな薬物乱用防止教育の今後の最大の課題であろうと考えられることは、従来通りである。

(6) 有機溶剤精神病後のフラッシュバック現象について

「『シンナー遊び』の結果、幻視、幻聴、妄想が出るようになつてしまふと、それを治療して治つても、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？」との問い合わせに対する回答の分布を表18に示した。

初期の本調査⁹⁾¹²⁾¹⁹⁾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もつて高かつたが、2002年調査²⁰⁾では、「知っている」と答えた者の割合は、相変わらず経験者群の方で高いことはそれまでと同じであったが、初めて男子で有意差が認められなくなつた。2004年調査²²⁾の結果も2002年調査²⁰⁾と同じであつた。2006年調査では、有意差こそないものの、女子では、「知っている」と答えた者は非経験者群の方が初めて多くなつた。男子では両群でほとんど同じであった。2008年調査では、男子ではほとんど2群間で差がなく、女子では経験者群の方で「知っている」と答えた者が多いという結果に戻

つてしまつた。2010年調査で、初めて、「知つてゐる」と答えた者は男女ともに経験者群で多くなつた。今回もこの傾向は維持できたが、男子、女子で統計学的有意差は認められなかつた。

薬物乱用という「特殊な」あるいは「逸脱」行動に関しては、経験者群の方が「知つてゐる」ことがあるという皮肉な現実があることを念頭に置いて、教育、啓発にあたる必要がある。

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?」との問い合わせに対する回答の分布を表19に示した。

男女ともに、非経験者群では80%台の者が一定しているを選んだのに対して、経験者群では、男子では72%、女子では55%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?」との問い合わせに対する回答の分布を表20に示した。

一定しているを選んだ者は、非経験者群では男子では60%、女子は59%であったのに対して、経験者群では、男子で45%、女子で約32%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?」との問い合わせに対する回答の分布を表21に示した。

非経験者群では男女ともに90%前後の者が「ほとんど毎日(食べている)」を選んだのに対して、経験者群では、「ほとんど毎日(食べている)」を選んだ者は男子で77%、女子で57%と低かった。

男女共に、経験者群では、非経験者群に比べて、朝食頻度が有意($p<0.01$)に低いと解釈できる。

5. 有機溶剤乱用と学校生活について

(1) 学校生活について

「あなたにとって、学校生活は次のどれですか?」との問い合わせに対する回答を表22に示した。

男女共に、経験者群と非経験者群とでは、回答の分布に有意差($p<0.01$)が認められ、「全く楽しくない」を選んだ者は、非経験者群では、約2%

前後であったが、経験者群では男子で11%、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

「クラブ活動(部活)に参加していますか?」との問い合わせに対する回答の分布を表23に示した。

男女共に、経験者群と非経験者群との間には、回答の分布に有意差($p<0.01$)が認められ、非経験者群で「参加していない」を選んだ者は、男女ともに約17%であったのに対して、経験者群では、男子で31%、女子で約42%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?」との問い合わせに対する回答の分布を表24に示した。

男子、女子、全体で、回答の分布には有意差($p<0.01$)が認められ、家族全員での夕食頻度は常に「シンナー遊び」経験者群で低い傾向が示唆された。特に、「ほとんど食べない」の答えた者の割合は、非経験者群では男女ともに11%であったのに対して、経験者群では男子で19%、女子で34%であった。

(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?」との問い合わせに対する回答の分布を表25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11%台であったのに対して、経験者群では男子で22%、女子で29%であった。

経験者群で、大人不在で過ごす時間が有意に長い傾向があることが示唆された。

(3) 親との相談について

「悩みごとがある時、親と相談する方だと思いますか？」との問い合わせに対する回答の分布を表26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34%、女子で29%であったのに対して、経験者群では男子で41%、女子では33%と高かった。

経験者群の方で、親との相談が少ない傾向にあることが示唆された。

しかし、それ以前に、「シンナー遊び」の経験の有無に関わらず、男女ともに、そもそも、「よく相談する方である」を選んだ者の少なさが目立ったのは従来通りである。

7. 有機溶剤乱用と友人関係について

(1) 遊び友達について

「親しく遊べる友人がいますか？」との問い合わせに対する回答の分布を表27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 ($p<0.05$) が認められた。男女ともに、経験者群の方で、「親しく遊べる友人がいない」を選んだ生徒が多いのは、これまでの同種の調査結果と同じであった。このことは生徒指導上留意すべき点であろう。

(2) 相談事のできる友人について

「相談事のできる友人がいますか？」との問い合わせに対する回答の分布を表28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14%、女子で8%であったのに対して、経験者群では男子で20%、女子で29%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29に示

した。

生涯経験率と学年の間には、男女ともに有意差が認められ ($P<0.01$)、学年が進むにしたがって、生涯経験率が増加する傾向が認められた。

男子では6.5%（1年生3.6%、2年生6.1%、3年生9.8%）であり、女子では3.5%（1年生2.0%、2年生3.3%、3年生5.2%）であった。全体で5.0%（1年生2.8%、2年生4.7%、3年生7.5%）であった。2008年調査では、男子で9.7%、女子で6.9%、全体で8.3%であり、2010年調査では、男子で8.3%、女子で5.5%、全体で6.9%であり、減少傾向は確実である。

(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30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3.0%（1年生1.4%、2年生2.9%、3年生4.9%）であり、女子では1.5%（1年生0.6%、2年生1.5%、3年生2.5%）であった。2008年調査では、男子で4.1%、女子で3.0%、全体で3.6%であり、2010年調査では、男子で3.8%、女子で2.7%、全体で3.3%であったことから、ここでも減少傾向が伺われる。

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？」との問い合わせに対する回答の分布を表31に示した。

回答の分布には、男女共に有意差 ($p<0.01$) が認められ、未経験者群では、男女共に90%以上の者が「法律で禁じられているから、吸うべきでない」を選んだのに対して、経験者群では、それを選んだ者は男女共に60%弱であり、逆に「法律で禁じられてはいるが、全然かまわない」を選んだ者が男女ともに14~12%いた（未経験群では、それぞれ2%、1%）。

(2) 喫煙と法規制の必要性について

「未成年者の喫煙禁止をどう思いますか？」に対する回答の分布を表32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81~84%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39%、女子で35%であり、19%前後の者が「そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思う」を選んでいた。

これを「シンナー遊び」に関する法規制の必要性(表10)と比べた場合、「当然だと思う」を選んだ者は、「シンナー遊び」非経験者群では、男女共に93~95%であったわけで、喫煙に関しては約10%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?」との問い合わせに対する回答の分布を表33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、「害ばかりで良い面はない」を選んだ者は、未経験者群では男性で85%、女性で90%であるのに対して、経験者群では、それを選んだ者は、男女共に64%であった。

「害よりも良い面の方が多い」を選択した者は、生涯喫煙経験に関わらず、極めて少数であり、喫煙の健康に及ぼす害についての知識は浸透していると推定される結果であった。

4. 生涯喫煙経験と日常生活の規則性について

(1) 起床時間について

「起床時間は、ほぼ一定していますか?」との問い合わせに対する回答の関係を表34に示した。

非経験者群では85~86%の者が「一定している」を選んだのに対して、経験者群では、それを選んだ者は70~66%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、男子で28%、女子で44%、全体で34%の者が「一定していない」を選んでいた(表19)が、生涯喫煙者群では、男子で30%、女子で34%で、全体では32%であり、「シンナー遊び」経験者群では、生涯喫煙者群よりも起床時間が一定していない」という従来の結果が、男子で初めて崩れる結果であった。

(2) 就床時間について

「就床時間は、ほぼ一定していますか?」との問い合わせに対する回答の関係を表35に示した。

男女ともに、非経験者群では約60%の者が「一定している」と答えたのに対して、経験者群では、55~66%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、54~67%(表20)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55~66%であり、「シンナー遊び」経験者群とほとんど差がなかった。このことは、2010年調査の結果と同様であった。

(3) 朝食について

「毎朝、朝食を食べていますか?」との問い合わせに対する回答の分布を表36に示した。

非経験者群では男女ともに91%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71~64%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77~57%(表21)であり、喫煙経験の有無と起床時間の一定性との関係同様、喫煙経験の有無と朝食摂取率との関係も、「シンナー遊び」経験者群では、生涯喫煙者群よりも朝食摂取率が低い」という従来の結果が、男子で初めて崩れる結果であった。

5. 喫煙経験と学校生活について

(1) 学校生活について

「あなたにとって、学校生活は次のどれですか?」との問い合わせに対する関係を表37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2%前後であり、経験者群では7~10%であり、経験者群に「楽しくない」傾向の者が有意に多かった。

「シンナー遊び」経験者群では、それぞれ2%台、11~21%(表22)であり、学校生活については、従来通り、喫煙経験者群よりは「シンナー遊び」経験者群の方が「まったく楽しくない」を選んだものが多い結果であった。ただし、その差はほど大きくはなかった。

(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？」との問い合わせに対する回答の関係を表38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16%前後であったのに対して、経験者群では、男子で28%、女子で37%の者が「参加していない」を選んでいた。経験者群で、放課後のクラブ活動（部活）に参加していない者の割合が有意に多い傾向にあると解釈される。

「シンナー遊び」経験者群のそれぞれは、17%前後、31~42%（表23）であり、「シンナー遊び」経験者群と喫煙経験者群との比較では、前述の学校生活に関する結果と同じ傾向であった。

6. 生涯喫煙経験と家庭生活について

(1) 家族との夕食頻度

「夕食を週何回くらい家族全員で食べますか？」との問い合わせに関する関係を表39に示した。

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が低かった。その程度は、有機溶剤乱用経験の有無による場合に比べて、全般的に、喫煙経験者の方が、有機溶剤経験者よりは家族との夕食の頻度は若干高そうであった（表24）。

(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？」との問い合わせに対する回答の分布を表40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、11%前後であるのに対して、経験者群では23~29%であった。経験者群で大人不在の時間が有意に長い傾向が示唆された。

この傾向は、有機溶剤乱用の経験の有無の場合と同様であるが、「シンナー遊び」経験者群で「3時間以上」を選んだ者の割合は、男子で22%、女子で29%（表25）であり、有機溶剤経験者群と喫煙経験者群とでは、大きな違いはないようであった。

(3) 親との相談について

「悩みごとがある時、親と相談する方だと思いますか？」との問い合わせに対する回答の分布を表41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33%、女子で23%であるのに対して、経験者群ではそれぞれ47%、37%であった。喫煙経験者群での結果は、有機溶剤乱用経験者（表26：男子で41%、女子で33%）の結果よりは、わずかに高いという結果であった。

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で、有機溶剤乱用経験の有無による場合と同じであった。

7. 喫煙と友人関係について

(1) 遊び友達について

「親しく遊べる友人がいますか？」との問い合わせに対する回答の分布を表42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たが、男子では有意差 ($p<0.05$) は認められなかった。

(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？」との問い合わせに対する回答の分布を表43に示した。

「いない」と答えた者は、男子では非喫煙経験者群でわずかに多かったが、有意差は認められなかった。女子では喫煙経験者群で優位に多かった。

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、1990年の千葉県調査で、男子では約75%、女子では68%と高く^{⑥⑦}、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^{⑥⑦}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^{⑥⑦}、本報告書では、飲酒機会ごとの生涯経験率を表44、「シンナー遊び」の経験と飲酒の経験・機会を表45に示すのみとした。

ただし、飲酒の生涯経験率は、20年後の2010年

では、男子で41.2%、女子では38.8%、全体では40%にまで低下し、今回の2012年調査では表44に示したとおり、男子で36.4%、女子で32.5%、全体で34.4%と低下している。

ただし、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、増加していることは従来通りである。また、機会別では、男女共に「冠婚葬祭時」「家族と食事などで」での飲酒経験率が高かったことは従来通りである。

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45に示した。

男女共に、飲酒経験のない者は「シンナー遊び」未経験者群で有意($p<0.01$)に多かった。

また、全ての飲酒機会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45)。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⁶⁾⁽¹⁶⁾。これらの結果は、「シンナー遊び」における「仲間」の存在とその影響力の大きさの一側面を物語っていると解釈される。

2. 「シンナー遊び」と喫煙との関係

「シンナー遊び」経験の有無と喫煙経験との関係を表46に示した。

「シンナー遊び」経験の有無と喫煙経験の有無との間には、男女共に有意差が認められた($P<0.01$)。つまり、喫煙経験は、「シンナー遊び」経験者群に有意に多い。「シンナー遊び」未経験者群での喫煙経験者は、男子で6%、女子で3%であるのに対して、「シンナー遊び」経験者群では、男子で41%、女子で39%であり、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47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0.4%、女子で0.2%に過ぎないが、喫煙経験のある者では男女ともに約4%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²⁾。

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・性別毎の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48に示した。

学年と大麻乱用の経験率との間には、女子および全体では有意差が認められたが、男子では認められなかった。

生涯経験率は男子では0.3%(1年生0.3%、2年生0.2%、3年生0.4%)であり、女子では0.2%(1年生0.1%、2年生0.1%、3年生0.3%)であった。全体では0.2%(1年生0.2%、2年生0.2%、3年生0.4%)であった。ただし、男女にかかわらず、経験者群の人数より無回答群の方が人数が多かったことには留意しておく必要がある。この生涯経験率の年次推移は表74に示した。

(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49に示した。

結果には男女ともに有意差($p<0.01$)が認められ、「シンナー遊び」未経験者では、男子で0.2%、女子で0.1%の者が大麻乱用の経験があると答えたのに対して、経験者群では、男子で18.6%、女子で23.3%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～2010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?」との問い合わせに対する回答の分布を表50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97～98%の者が「吸うべきではないと思う」を選んだのに対して、「シンナー遊び」経験者群でそれを選んだ者は、男子で77%、女子で73%であり、14%前後の者が「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8%、女子で10%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?」との問い合わせに対する回答の分布を表51に示した。

2002年調査²⁰⁾では、「知っている」を選んだ者は男女ともに有機溶剤乱用経験者群の方がわずかに多かった(有意差はない)が、2004年調査では、非経験者群の方が多い結果に変わった(ただし有意差なし)。2006年調査では、男子に関しては再度「知っている」を選んだ者は有機溶剤乱用経験者群の方がわずかに多い(有意差はない)結果に戻ってしまった。しかし、2008年調査では男女ともに「知っている」を選んだ者は非経験者群の方で多いという結果に戻ったが、男子では優位差は認められなかった。2010年調査では、男女ともに

「知っている」を選んだ者は非経験者群の方で多かったが、女子では優位差は認められなかった。今回の2012年調査では、男女ともに「知っている」を選んだ者は非経験者群の方で初めて有意差($p < 0.05$)を持って多いという結果であった。

ただし、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。

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52に示した。

覚せい剤の生涯経験率は、男子では0.3%(1年生0.2%、2年生0.2%、3年生0.4%)で、女子では0.2%(1年生0.1%、2年生0.1%、3年生0.3%)であり、全体では0.2%(1年生0.2%、2年生0.2%、3年生0.3%)であった。

この生涯経験率の年次推移は表75に示した。

(2) 「シンナー遊び」と覚せい剤乱用経験との関係

「シンナー遊び」の経験と覚せい剤乱用経験との関係を表53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0.1%、女子で0.1%、全体で0.1%であったのに対して、「シンナー遊び」経験者では、男子で18.1%、女子で19.4%の者が、覚せい剤の乱用経験ありを選んでいた。

これも、過去8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) 大麻乱用と覚せい剤乱用との関係

大麻の生涯乱用経験と覚せい剤の生涯乱用経験との関係を表54に示した。

大麻乱用非経験群では、男子、女子、全体とともに、覚せい剤乱用経験のある者はいずれも0.1%であったのに対して、大麻乱用経験者群では、覚せい剤乱用の経験のある者は男子で62.2%、女子で67.4%、全体では64.3%であった。

大麻乱用と覚せい剤乱用との間には強い関係が認められた。

(4) 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?」との問い合わせに対する回答の分布を表55に示した。

2002年調査²⁰⁾では、「知っている」を選んだ者は男女ともに有機溶剤乱用非経験者群の方がわずかに多かった(有意差はない)が、2004年調査では、経験者群の方が多い結果であった。2006年調査でも、「知っている」を選んだ者は優位差こそないものの、男女ともに有機溶剤乱用非経験者群の方がわずかに多いという結果を維持できた。2008年調査でもそれは維持できたが、相変わらず優位差はなかった。2010年調査では、「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多く、統計学的有意差も認められるようになった。しかし、今回の2012年調査では、「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多かったが、女子では統計学的有意差が認められなかった。

覚せい剤乱用による医学的知識は、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80%台には達しておらず、大麻同様、今後の薬物乱用防止教育の課題であると解釈された。

5. 「シンナー遊び」と「脱法ドラッグ」乱用との関係

(1) 身近での「脱法ドラッグ」経験者の存在について

「身近に「脱法ドラッグ」を使っている人がいますか?」という問い合わせに対する回答を表56に示した。「いる」と答えた者の割合は、学年とともに有意に ($p<0.05$) 高くなっていた。その割合は、男子で1.3% (1年生1.0%、2年生1.3%、3年生1.6%)、女子で1.2% (1年生1.0%、2年生1.1%、3年生1.4%)、全体で1.2% (1年生1.0%、2年生1.2%、3年生1.5%) であった。

「シンナー遊び」を行っている者が身近にいると答えた者の割合は、男子で1.1%、女子で1.2%、全体で1.2%であったが(表6)、この「脱法ドラッグ」の結果は、「シンナー遊び」の結果とほとんど同じ(むしろ、男子では0.2ポイント高い)である。

(2) 「脱法ドラッグ」乱用に誘われた経験

「脱法ドラッグ」乱用に誘われた経験の有無を表57に示した。

概ね、学年とともに被誘惑率は高くなる傾向が求められたが、女子では有意 ($p<0.05$) ではなかつた。被誘惑率は、男子で0.8% (1年生0.6%、2年生0.7%、3年生1.0%)、女子で0.7% (1年生0.6%、2年生0.7%、3年生0.8%)、全体で0.7% (1年生0.6%、2年生0.7%、3年生0.9%) であった。

(3) 「脱法ドラッグ」乱用の生涯経験率について

これまでに「脱法ドラッグ」を1回でも使ったことがあると答えた者の割合を表58に示した。学年とともに、経験者は有意 ($p<0.01$) に増えていた。生涯経験率は、男子で0.3% (1年生0.2%、2年生0.2%、3年生0.5%)、女子で0.2% (1年生0.1%、2年生0.1%、3年生0.3%)、全体で0.2% (1年生0.1%、2年生0.2%、3年生0.4%) であった。この経験率は、有機溶剤よりは低く、大麻、覚せい剤と同じであった。

(4) 喫煙と「脱法ドラッグ」乱用との関係

喫煙経験と「脱法ドラッグ」乱用経験との関係を表59に示した。

喫煙非経験者群で「脱法ドラッグ」乱用を経験したと答えた者は、男子で0.1%、女子で0.1%、全体で0.1%であったのに対して、喫煙経験者群では、男子で2.2%、女子で3.0%、全体で2.6%と高かった。

(5) 「シンナー遊び」と「脱法ドラッグ」乱用との関係

「シンナー遊び」経験と「脱法ドラッグ」乱用経験との関係を表60に示した。

「シンナー遊び」非経験者群で「脱法ドラッグ」乱用を経験したと答えた者は、男子で0.1%、女子で0.1%、全体で0.1%であったのに対して、「シンナー遊び」経験者群では、男子で18.1%、女子で2.3%、全体で20.5%と高かった。

この結果は、「脱法ドラッグ」乱用経験は、喫煙経験よりも「シンナー遊び」経験の方が強いことを示唆している。

(6) 「脱法ドラッグ」乱用と大麻乱用の関係

「脱法ドラッグ」乱用経験と大麻乱用経験の関係を表61に示した。

「脱法ドラッグ」非経験者群で「大麻」乱用を経験したと答えた者は、男子で0.1%、女子で0.1%、全体で0.1%であったのに対して、「脱法ドラッグ」経験者群では、男子で59.7%、女子で63.6%、全体で60.0%と高かった。

この結果は、「脱法ドラッグ」乱用と大麻乱用との間には、強い関係があることを示唆している。

(7) 大麻乱用と「脱法ドラッグ」乱用との関係

大麻乱用経験と「脱法ドラッグ」乱用経験との関係を表62に示した。

大麻乱用非経験者群で「脱法ドラッグ」乱用を経験したと答えた者は、男子で0.1%、女子で0.1%、全体で0.1%であったのに対して、大麻乱用経験者群では、男子で52.4%、女子で60.9%、全体で55.8%と高かった。

この結果は、大麻乱用と「脱法ドラッグ」乱用との間には強い関係があり、その関係性は、「シンナー遊び」と「脱法ドラッグ」の関係よりも強いことを示唆している。

(8) 「脱法ドラッグ」乱用と覚せい剤乱用の関係

「脱法ドラッグ」乱用経験と覚せい剤乱用経験

の関係を表63に示した。

「脱法ドラッグ」非経験者群で覚せい剤乱用を経験したと答えた者は、男子で0.1%、女子で0.1%、全体で0.1%であったのに対して、「脱法ドラッグ」経験者群では、男子で59.7%、女子で70.5%、全体で63.3%と高かった。

この結果は、「脱法ドラッグ」乱用と覚せい剤乱用との間には、強い関係があることを示唆している。と、同時に、その関係性は「脱法ドラッグ」と大麻との関係性と同程度（か、むしろ高い）であることを示唆していた。

(9) 覚せい剤乱用と「脱法ドラッグ」乱用との関係

覚せい剤乱用経験と「脱法ドラッグ」乱用経験との関係を表64に示した。

覚せい剤非経験者群で「脱法ドラッグ」乱用を経験したと答えた者は、男子で0.1%、女子で0.0%、全体で0.1%であったのに対して、覚せい剤乱用経験者群では、男子で60.6%、女子で68.9%、全体で64.4%と高かった。

この結果は、覚せい剤乱用と「脱法ドラッグ」乱用の間には強い関係があり、その関係性は、大麻乱用と「脱法ドラッグ」の関係よりも強いことを示唆している。

(10) 「脱法ドラッグ」乱用による医学的害について

「「脱法ドラッグ」とは、大麻や覚せい剤に似た作用があるにも関わらず、法律で禁止されていないことをを利用して、法の網をかいくぐるかのように売られている薬物です。しかし、一回使っただけで、呼吸ができなくなったり、体が動かなくなったり、意識がなくなったりする可能性のある非常に危険な薬物であることを知っていますか？」に対する回答の分布を表65に示した。

「知っている」と答えた者の割合は、学年間で有意差があり、3年生で高いことが伺われたが、男子、全体では2年生では1年生より低かった。しかも、全体での周知率は61.9%と低かった。

この「脱法ドラッグ」の害についての周知は、今後の薬物乱用防止教育の最重要課題になる可能性がある。

6. 違法薬物の入手可能性について

(1) 「脱法ドラッグ」の入手可能性について

「脱法ドラッグ」の入手可能性についての回答の分布を表66に示した。

「脱法ドラッグ」の入手可能性は、男子、女子、全体で、学年とともに有意差をもって高くなっていた。入手可能（「簡単に手に入る」「少々苦労するが、なんとか手に入る」）とした者は、男子で16.7%、女子で14.5%、全体で15.6%であった。

(2) 大麻の入手可能性について

大麻の入手可能性についての回答の分布を表67に示した。

「簡単に手に入る」「少々苦労するが、なんとか手に入る」を選んだ者の合計は、「シンナー遊び」未経験者群では、男子で13.1%、女子で11.7%、全体で12.4%であったが、経験者群では、男子で35.6%、女子で43.6%であり、全体では38.9%であった。「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年調査以降は女性の方が高くなっているのも特徴の一つであった（ただし、2008年調査では、わずかに男子の方が高い）。しかし、2012年調査では男子の方が高かった。

(3) 覚せい剤の入手可能性について

覚せい剤の入手可能性についての回答の分布を表68に示した。

「簡単に手に入る」「少々苦労するが、なんとか手に入る」を選んだ者の合計は、「シンナー遊び」未経験者群では、男子で12.7%、女子で11.9%で、全体では12.3%であったが、経験者群では、男子で30.5%、女子で44.6%であり、全体では36%であった。

この結果は、大麻の入手可能性の値と概ね同程度の値ではあるが、「シンナー遊び」経験者群男子では低いが、女子では高い値であった。

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年調査以降は女性の方が高くなっているのも特徴の一つであったが、2012年調査では男子の方が高かった。

なお、3つの脱法及び違法薬物の入手可能性について、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、当研究分担者の知る限り、1990年から原則2年に1回、当研究分担者らによって実施されてきた千葉県の公立中学校調査⁴⁾¹¹⁾¹³⁾と、1996年から2年に1回、厚生労働科学研究費補助金により、当研究分担者らにより継続調査されてきた全国調査⁹⁾¹²⁾¹⁹⁾²⁰⁾²²⁾²⁴⁾²⁵⁾²⁶⁾²⁹⁾に限られている。

これらの調査研究により、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⁴⁾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⁴⁾¹¹⁾¹³⁾。

また、地域的には、有機溶剤の乱用は昼夜人口比と強い相関があり、夜間に人口が多く、昼間に人口の少ない地域ほど経験率が高いこと¹⁸⁾、及び、有機溶剤の乱用経験と喫煙経験・喫煙頻度とには強い相関があり⁵⁾、わが国の中学生では喫煙が有機溶剤乱用へのGateway Drug²⁾となっている可能性が高いことも指摘してきた²¹⁾。

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9回目の全国中学生調査である。

ただし、調査実施校の割合（調査対象校全体における調査実施校数の割合）は、1998年調査～2002年調査では70%を上回っていた。その後は60%台に低下しながらも60%台を維持していたが、今回は52.8%であり、1996年に開始した本調査では最低を記録した。その理由は不明ではあるが、平成23年10月に起きた「いじめを受けた大津市の中学生の自殺」（警察庁）に端を発した「いじめ」問題に、教育現場では対応に追われた可能性はある。

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0.6%（1年生0.6%、2年生0.6%、3年生0.8%）、女子で0.4%（1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.5%）であり、全体では0.5%（1年生0.4%、2年生0.5%、3年生0.6%）であった。

表69、図1は生涯経験率の年次推移を示している。男子では1998年以降、確実に下降傾向を示し

ている。女子では2004年までは漸増傾向を示していたが、その後は年ごとに減少した。2012年調査では、男子、女子、全体で過去最低となった。

一方、1年経験率は流行の勢いを探る意味では生涯経験率よりは優れているはずである。しかし、個人情報の秘密保持という意味でのバイアスは生涯経験率よりは高いと考えられる。そのためか、1996年調査から2002年調査では、男女ともに、全ての学年で「経験あり」の人数よりは「無回答」の人数の方が多いという結果であった。しかし、2004年調査以降は、「経験あり」が「無回答」を上回る結果へと変化した。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70、図2）。

図2及び表70に見るよう、1年経験率の推移も生涯経験率の推移（図1）と基本的には同じ傾向である。

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5、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6、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7、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」が弱くなっていることが明らかである。

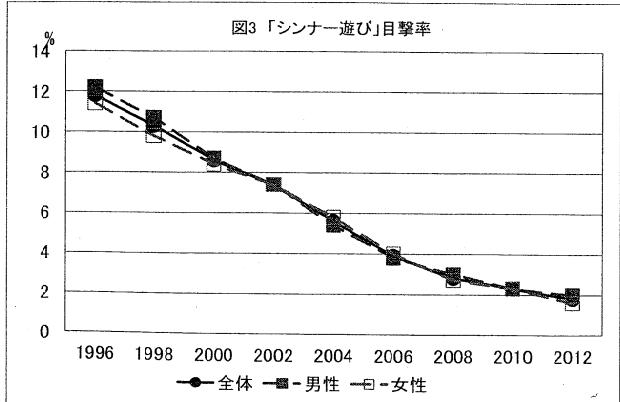
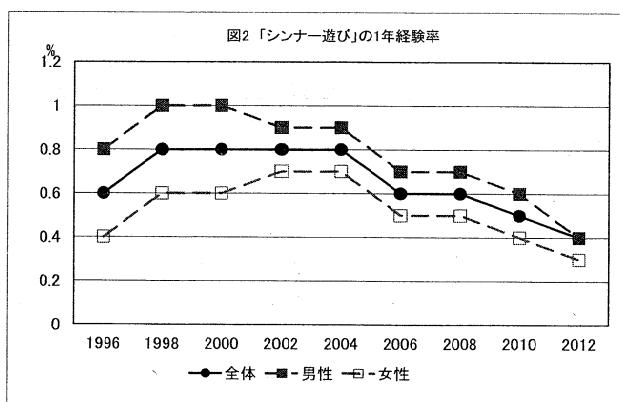
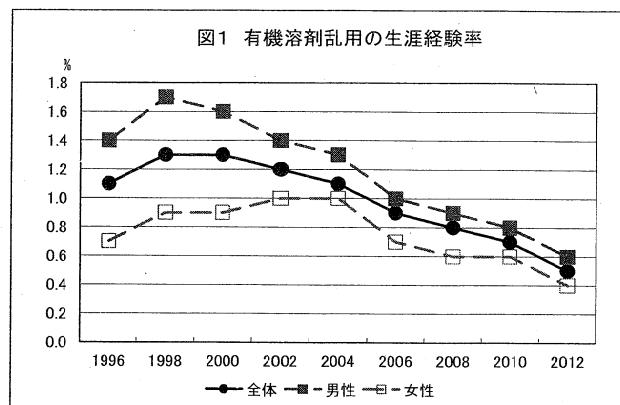
また、女子で停滞気味であった生涯被誘惑率も、2006年調査以降は明らかに減少を示している。

ちなみに本調査の記載上の「正確さ」を見るため、有機溶剤未経験者における「シンナー遊び」についての気持ちに関し、回答の矛盾を表8に示

した。それを見る限り、調査用紙への記載に関しては、本調査は極めて正確に実施されていると推定される。

以上を総合すると、「シンナー遊び」の「流行の勢い」は確実に弱くなっていると考えられる。

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19)、「就床時間の規則性」(表20)、「朝食の摂取率」(表21)から見た日常生活の規則性、及び「学校生活への思い」(表22)、「クラブ活動の参加状況」(表23)、「親しく遊べる友人の存在」(表27)、「相談事の出来る友人の存在」(表28)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らかである。

これらの背景には、そもそも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24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、今回の調査では調査項目数の関係で調査項目から外したが、「父親との夕食頻度」は、「家族全員での夕食頻度」よりも毎回低率になっており、これは明らかに矛盾である。しかも、この矛盾は、これまでの調査⁴⁾⁹⁾¹¹⁾¹²⁾¹³⁾²⁰⁾²²⁾²⁴⁾²⁶⁾²⁹⁾でも毎回認められており、中学生の考えの中には、「家

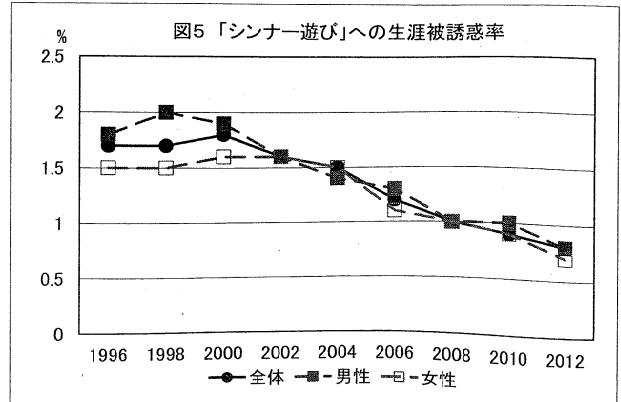
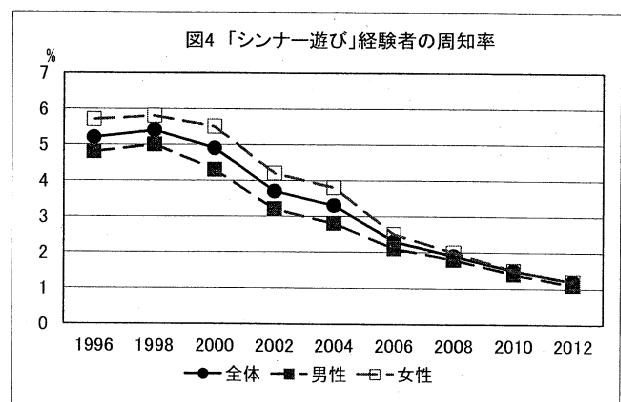


表69 「シンナー遊び」生涯経験率の推移 (%) (「無回答」を除いて計算したもの)

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	1.4	1.2	1.3	1.7	0.7	0.7	0.6	0.9	1.1	0.9	1.0	1.3	108	53,440
1998	1.7	1.2	1.6	2.3	0.9	0.9	0.8	1.1	1.3	1.1	1.2	1.7	148	71,299
2000	1.6	1.4	1.6	1.9	0.9	0.8	0.8	1.1	1.3	1.1	1.2	1.5	140	61,675
2002	1.4	1.3	1.4	1.5	1.0	1.0	1.1	1.0	1.2	1.2	1.3	1.3	149	62,413
2004	1.3	1.2	1.1	1.6	1.0	0.9	1.0	1.0	1.1	1.1	1.1	1.3	147	65,110
2006	1.0	1.0	1.0	1.1	0.7	0.6	0.7	0.8	0.9	0.8	0.8	1.0	138	56,421
2008	0.9	0.7	0.9	1.1	0.6	0.5	0.5	0.9	0.8	0.6	0.7	1.0	133	52,163
2010	0.8	0.7	0.7	0.9	0.6	0.5	0.6	0.7	0.7	0.6	0.7	0.8	121	47,475
2012	0.6	0.6	0.6	0.8	0.4	0.3	0.4	0.5	0.5	0.4	0.5	0.6	124	54,174

表70 「シンナー遊び」1年経験率の推移 (%) (「無回答」を除いて計算したもの)

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	0.8	0.6	0.8	1.0	0.4	0.4	0.4	0.6	0.6	0.5	0.6	0.8	108	52,229
1998	1.0	0.7	0.9	1.3	0.6	0.6	0.5	0.7	0.8	0.6	0.7	1.0	148	70,302
2000	1.0	0.8	0.9	1.1	0.6	0.5	0.5	0.7	0.8	0.6	0.7	0.9	140	60,280
2002	0.9	0.8	0.9	0.9	0.7	0.7	0.8	0.7	0.8	0.7	0.8	0.8	149	60,800
2004	0.9	0.8	0.8	1.0	0.7	0.7	0.7	0.7	0.8	0.7	0.8	0.9	147	65,299
2006	0.7	0.6	0.7	0.8	0.5	0.4	0.5	0.7	0.6	0.5	0.6	0.8	138	56,421
2008	0.7	0.5	0.7	0.8	0.5	0.4	0.4	0.6	0.6	0.5	0.5	0.7	133	52,301
2010	0.6	0.5	0.6	0.6	0.4	0.3	0.4	0.4	0.5	0.4	0.5	0.5	121	47,475
2012	0.4	0.4	0.5	0.5	0.3	0.2	0.3	0.3	0.4	0.3	0.4	0.4	124	54,325

表71 「シンナー遊び」を実際に見たことがある者の率 (%) (「無回答」を除いて計算したもの)

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	12.2	9.9	12.6	14.1	11.4	9.2	12.0	13.1	11.8	9.5	12.3	13.6	108	53,863
1998	10.7	8.8	10.0	13.3	9.8	8.3	9.5	11.5	10.3	8.5	9.7	12.4	148	71,599
2000	8.7	7.5	8.3	10.2	8.4	7.0	7.9	10.2	8.6	7.2	8.1	10.2	140	61,905
2002	7.4	6.3	7.6	8.3	7.4	6.8	7.3	7.9	7.4	6.6	7.5	8.1	149	62,611
2004	5.4	4.9	4.6	6.6	5.8	4.9	6.1	6.4	5.6	4.9	5.3	6.5	147	65,296
2006	3.8	3.2	3.7	4.6	4.0	3.7	4.0	4.2	3.9	3.4	3.8	4.4	138	56,421
2008	3.0	2.6	3.0	3.4	2.7	2.3	2.5	3.2	2.8	2.5	2.7	3.3	133	52,289
2010	2.3	2.0	2.2	2.6	2.3	2.1	2.3	2.4	2.3	2.1	2.3	2.5	121	47,475
2012	2.0	1.9	2.0	2.1	1.6	1.4	1.7	1.8	1.8	1.7	1.9	1.9	124	54,266

表72 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	4.8	3.6	4.6	6.4	5.7	3.9	6.2	6.9	5.2	3.7	5.4	6.6	108	53,697
1998	5.0	3.4	4.9	6.6	5.8	4.1	5.8	7.4	5.4	3.7	5.4	7.0	148	71,379
2000	4.3	2.9	4.5	5.5	5.5	4.0	5.1	7.4	4.9	3.4	4.8	6.5	140	61,773
2002	3.2	2.4	3.5	3.7	4.2	3.3	4.4	4.7	3.7	2.8	3.9	4.2	149	62,517
2004	2.8	2.3	2.7	3.3	3.8	2.9	3.5	4.9	3.3	2.6	3.1	4.1	147	65,124
2006	2.1	1.4	2.2	2.7	2.5	2.0	2.7	3.0	2.3	1.7	2.4	2.8	138	56,421
2008	1.8	1.4	1.6	2.4	2.0	1.3	2.3	2.5	1.9	1.3	1.9	2.4	133	52,177
2010	1.4	1.1	1.3	1.8	1.5	1.2	1.8	1.5	1.5	1.2	1.5	1.6	121	47,475
2012	1.1	1	1.1	1.3	1.2	0.8	1.3	1.4	1.2	1	1.2	1.3	124	54,196

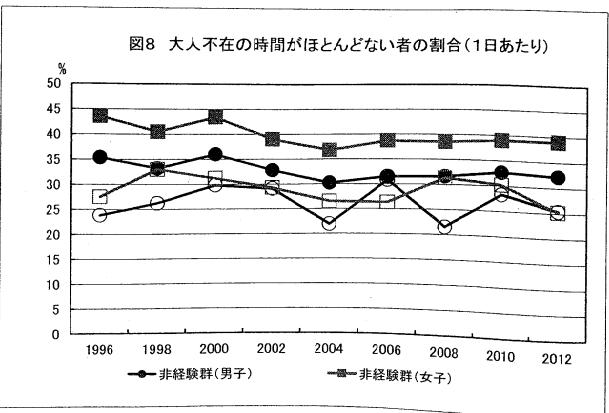
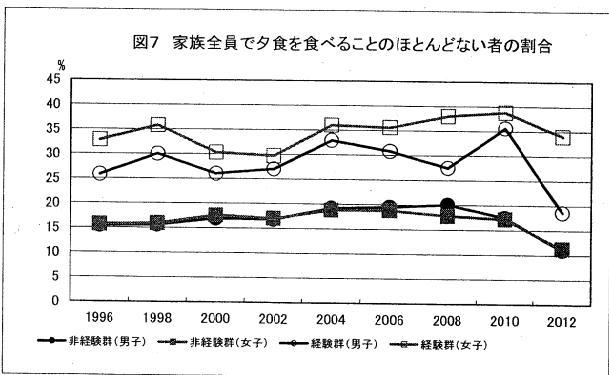
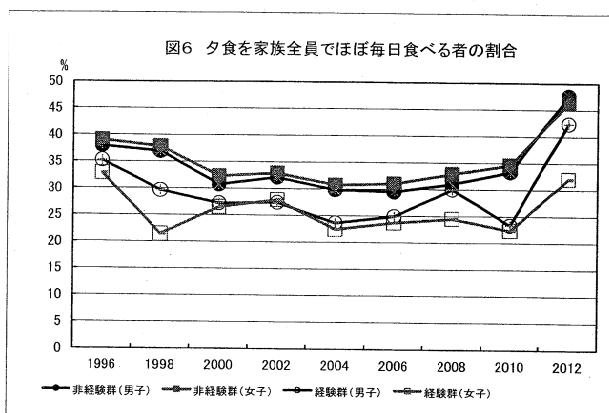
表73 「シンナー遊び」に誘われたことのある者の率の推移（有機溶剤乱用の生涯被誘惑率）（%）
（「無回答」を除いて計算したもの）

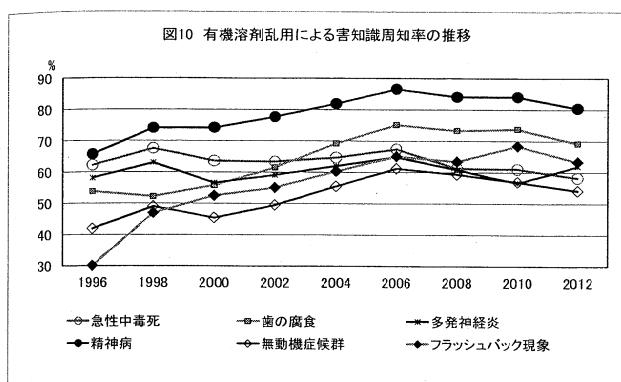
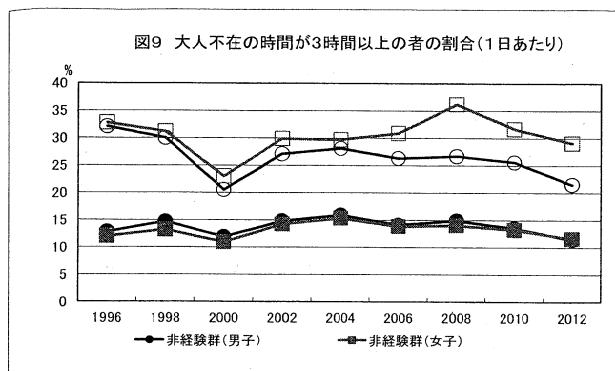
	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	1.8	1.2	1.7	2.5	1.5	1.2	1.6	1.9	1.7	1.2	1.6	2.2	108	53,169
1998	2.0	1.0	1.9	2.9	1.5	0.9	1.5	2.0	1.7	0.9	1.7	2.5	148	67,776
2000	1.9	1.3	1.8	2.6	1.6	1.2	1.4	2.2	1.8	1.2	1.6	2.4	140	59,640
2002	1.6	1.1	1.7	1.9	1.6	1.3	1.7	1.9	1.6	1.2	1.7	1.9	149	59,988
2004	1.4	1.3	1.2	1.7	1.5	1.2	1.5	1.9	1.5	1.2	1.3	1.8	147	62,544
2006	1.3	0.9	1.3	1.6	1.1	1.0	1.0	1.3	1.2	0.9	1.2	1.5	138	56,421
2008	1.0	0.7	1.0	1.3	1.0	0.8	0.9	1.3	1.0	0.8	1.0	1.3	133	50,252
2010	1.0	0.8	0.9	1.3	0.9	0.8	0.9	0.9	0.9	0.8	0.9	1.1	121	45,573
2012	0.8	0.7	0.8	1.0	0.7	0.5	0.7	0.8	0.8	0.6	0.8	0.9	124	52,424

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た。つまり、その背景には、父親はいつも帰りが遅いものだという中学生の考え方を伺うことができる。

図6及び図7は、一週間で夕食をほぼ毎日家族全員で食べると答えた者の割合の年次推移と、ほとんど食べないと答えた者の割合の年次推移を示している。我が国では、有機溶剤の乱用の有無に関わらず、2006年あたりから、家族全員での夕食頻度が少々増加気味にあったが、2010年調査では、有機溶剤乱用非経験者群では、その傾向が引き継がれているものの、経験者群では、逆に家族全員での夕食頻度が少なくなる傾向が伺われ、両群での逆の傾向が危惧される結果であった。その傾向は2010年調査でより顕著になったが、2012年調査では全ての群で家族全員での夕食頻度は急上昇し、経験者群女子を除けば、過去最高の値となつた。この間のわが国の経済状況と関係しているかもしれない。

そもそも、当研究者らは、夕食には「一家団欒」という意味合いがあると考えて調査項目に入ってきた。しかし、この夕食頻度には地域差が大きく、都市部ほど低く、農村部・山間部ほど高い傾向がある。「一家団欒」には、家族としての精神的意味合いも含まれるが、特に都市部における生活様式の多様性を考慮すると、親子の共有時間についての、もう少し直接的な項目が必要であると考えていた。そこで「学校、塾、習い事、運動での時間以外、大人が不在の状態で、毎日平均どの程度の時間を過ごしますか?」という項目も1996年より調べている(表25)。図8、9はその結果の年次推移を示している。「シンナー遊び」経験者群で





は非経験者群に比べて、一日3時間以上大人不在で過ごす者が有意に多いことがわかる。結局、夕食頻度の少なさも、親子の共有時間の少なさの一現れとして解釈できよう。しかし、2010年以降、全ての群において、大人不在で3時間以上過ごす者の割合は減少しており、これもこの間のわが国の経済状況と関係しているかもしれない。

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26）、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26）、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」⁴⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁶⁾が多いという推定が成り立つと考えている。

表11、表12は「シンナー遊び」をしている者について、どのような認識を持っているのかを調べたものである。表11、表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（98%）であり、経験者から見れば「気持ちが理解できる気がする」人たちである割合が

非常に高いということである。本研究者らは、「シンナー遊び」経験者にとってわかる気がするという、その気持ちとは、受容感と帰属感を求める「居場所のない子供たち」⁴⁾⁽¹⁴⁾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⁴⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁶⁾、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なようである。

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⁴⁾⁽⁹⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾。2008年調査でも、有機溶剤乱用の繰り返しの結果としてのフラッシュバックの周知度は、有機溶剤経験女子群で最も高いという結果であったが、すべての害知識の周知率が非経験者群の方で高くなったのは、2010年調査が初めてである（有意差は別として）。2012年調査でもこの点は維持されていた。

経年的に見ると、2002年調査では、急性中毒死、歯の腐食、多発神経炎に関する男子、精神病に関する男女では、非経験者群の方で「知っている」を選んだ者が多くなり、それ以外の害知識でも、経験者群VS非経験者群で有意差が認められない項目が出てきた。さらに、2004年調査では、その傾向がさらに進み、急性中毒死、多発神経炎、精神病では、男女ともに非経験者群の方で「知っている」を選んだ者が多いと言った結果になった。これは、「害を知らない者が乱用しやすい」という仮説（薬物乱用防止教育はこの仮説を根拠としているわけであるが）があるとすれば、期待される結果であり、これまでの薬物乱用防止教育推進による成果である可能性が考えられる。

図10は害知識周知率の年次推移を示している。2006年までは、ほとんどの害知識の周知率が明かな増加傾向にあった。しかし、2008年調査ではす

べての害について「知っている」と答えた者の割合は低下し、2012年調査でも、ほとんどの害について、その傾向が続いていることが確認された。このことは、害知識の周知率は2006年をピークに低下傾向にあるということであり、憂慮すべき結果である。もう一度、薬物乱用防止教育がなされているかを確認しながら、薬物乱用防止教育を推し進める必要がある。同時に、周知度の低い害（特に急性中毒死）については、意識的に教えて行く必要がある。

なお、この薬物乱用防止教育には、「知識が行動に結びつくとは限らない」という大きな課題が常に存在するわけで、これに関しては、知識教育を行った上で、次の段階として、薬物依存からの回復の苦しみをドキュメンタリー形式で紹介したビデオ（平成9年度文部省制作「なくした自由」）などの活用が期待されることは従来通りである。

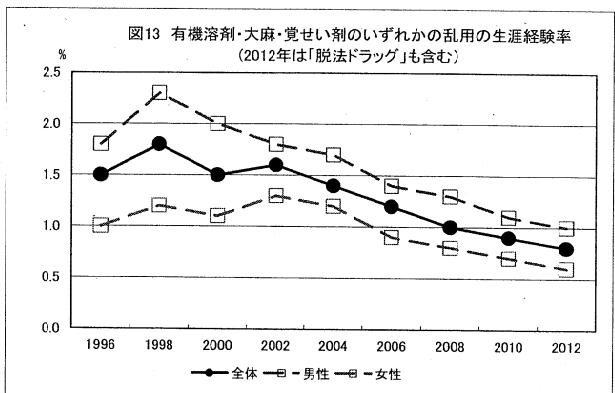
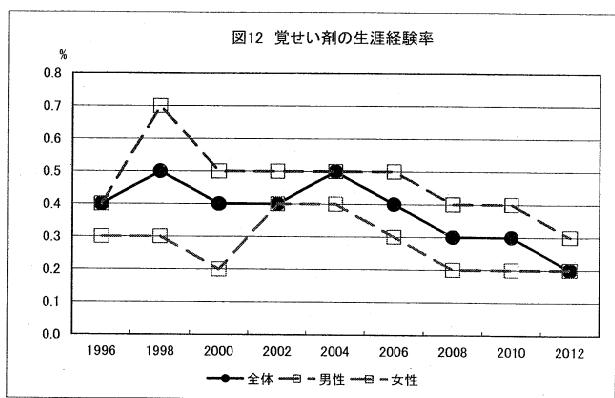
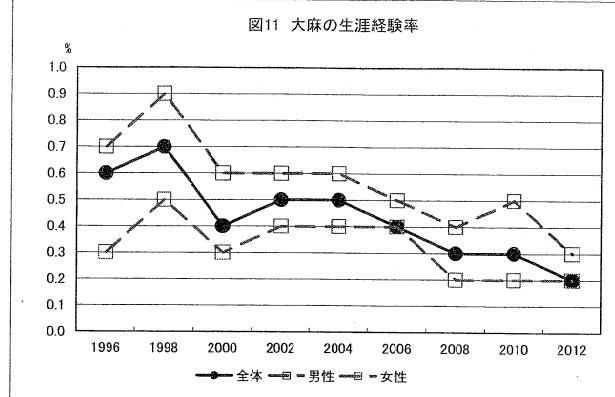
5. 大麻・覚せい剤・「脱法ドラッグ」の乱用経験

そもそも、大麻、覚せい剤の生涯経験率は、調査結果上、これまで同様に「経験あり」よりは「無回答」の方が数字が大きく（表48、表52）、また、2012年調査で初めて調べた「脱法ドラッグ」の生涯経験率（表58）も同様のため、参考データとした方が妥当と思われるが、参考データは参考データなりに推移を見る必要がある。

図11に見るように、男女全体での大麻の生涯経験率は、1998年調査に比べると、それ以降は減少しているものの、2006年調査までは、ほとんど平衡状態であったが、2008年調査では減少を見せた。2010年調査では、横ばいないし、増加傾向が伺われたものの、2012年調査では再び減少した。

図12は覚せい剤の生涯経験率の推移を示しているが、ここでも1998年調査に比べると、全体及び男子では、それ以降は減少しているものの、2006年調査までは、ほとんど平衡状態であったものが、2008年調査では減少を見せた。2010年調査では、横ばいであったが、2012年調査では再び減少傾向を見せ、全体のトレンドは大麻と同様である。

第3次覚せい剤乱用期の特徴の一つは、若年層までへの乱用の拡大であるが、有機溶剤乱用の減少（図1）に比べて、大麻及び覚せい剤の乱用はなかなか減少しなかったが、2008年調査ではなんとか減少を見せた。2010年調査では、一旦、横ば



いないしは増加傾向を見せたが、2012年調査では再び減少傾向を見せており、トレンド全体としては、良好と評価できそうである。

ところで、薬物乱用状況を巡る今日的トピックは、2011年下半期から急激に社会問題化した脱法ハーブを含む「脱法ドラッグ」問題であろう。2012年調査では、この「脱法ドラッグ」の乱用について、初めて調査した。

その結果、「脱法ドラッグ」の生涯経験率（表58）は、男子で0.3%（1年生0.2%、2年生0.2%、3年

生0.5%)、女子で0.2%（1年生0.1%、2年生0.1%、3年生0.3%）、全体で0.2%（1年生0.1%、2年生0.2%、3年生0.4%）であった。この経験率は、有機溶剤よりは低く、大麻、覚せい剤とほとんど同じであった。「脱法ドラッグ」は文字通り「脱法」であり、その使用者を検挙することはできず、検挙者数としてその実態を示すことができないため、本調査のような調査研究以外、その乱用実態を推測するデータを得ることはできない。この「脱法ドラッグ」は今後、大麻、覚せい剤以上に、乱用薬物の「主役」になる可能性があり、その動向に注意する必要がある。

以上のように大麻、覚せい剤、「脱法ドラッグ」についての生涯経験率は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・「脱法ドラッグ」のいずれかの薬物の生涯経験率と大麻・覚せい剤のいずれか薬物の生涯経験率を

表76（図13）、表77（図14）に示した。有機溶剤・大麻・覚せい剤・「脱法ドラッグ」のいずれかの薬物の生涯経験率は順調に減少しているが、それは有機溶剤乱用の生涯経験率の低下のせいであろうが、大麻・覚せい剤のいずれかの薬物の生涯経験率は2008年、2010年で横ばいであったが、2012年では減少した。

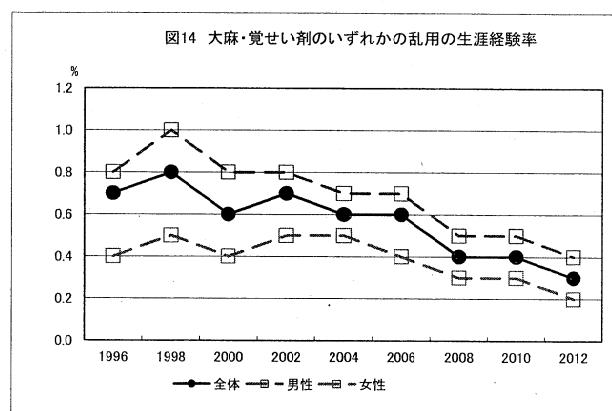


表74 大麻乱用の生涯経験率の推移（%）（「無回答」を除いて計算したもの）

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	0.7	0.4	0.8	0.9	0.3	0.3	0.3	0.3	0.6	0.4	0.5	0.6	108	53,271
1998	0.9	0.8	0.8	1.0	0.5	0.5	0.4	0.5	0.7	0.6	0.6	0.8	148	70,846
2000	0.6	0.4	0.6	0.7	0.3	0.2	0.4	0.3	0.4	0.3	0.5	0.5	140	61,477
2002	0.6	0.4	0.8	0.7	0.4	0.3	0.6	0.4	0.5	0.4	0.7	0.5	149	62,255
2004	0.6	0.4	0.7	0.7	0.4	0.3	0.4	0.5	0.5	0.4	0.5	0.6	147	64,875
2006	0.5	0.4	0.5	0.6	0.4	0.3	0.3	0.5	0.4	0.3	0.4	0.5	138	55,895
2008	0.4	0.3	0.4	0.6	0.2	0.1	0.2	0.4	0.3	0.2	0.3	0.5	133	51,979
2010	0.5	0.3	0.5	0.6	0.2	0.1	0.2	0.3	0.3	0.2	0.4	0.4	121	47,475
2012	0.3	0.3	0.2	0.4	0.2	0.1	0.1	0.3	0.2	0.2	0.2	0.4	124	54,073

表75 覚せい剤乱用の生涯経験率の推移（%）（「無回答」を除いて計算したもの）

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	0.4	0.3	0.4	0.5	0.3	0.3	0.2	0.3	0.4	0.3	0.3	0.4	108	53,197
1998	0.7	0.5	0.7	0.8	0.3	0.2	0.3	0.4	0.5	0.4	0.5	0.6	148	70,819
2000	0.5	0.5	0.5	0.6	0.2	0.2	0.3	0.3	0.4	0.3	0.4	0.4	140	61,457
2002	0.5	0.4	0.6	0.5	0.4	0.3	0.4	0.4	0.4	0.3	0.5	0.5	149	62,181
2004	0.5	0.4	0.6	0.7	0.4	0.3	0.4	0.4	0.5	0.3	0.5	0.6	147	64,886
2006	0.5	0.4	0.6	0.6	0.3	0.2	0.2	0.5	0.4	0.3	0.4	0.5	138	55,841
2008	0.4	0.3	0.4	0.5	0.2	0.1	0.2	0.4	0.3	0.2	0.3	0.4	133	51,972
2010	0.4	0.2	0.4	0.5	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3	0.2	0.4	0.4	121	47,475
2012	0.3	0.2	0.2	0.4	0.2	0.1	0.1	0.3	0.2	0.2	0.2	0.3	124	53,908

表76 有機溶剤・大麻・覚せい剤・「脱法ドラッグ」のいずれかの乱用の生涯経験率 (%)
(無回答を除いて計算したもの)

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	1.8	1.5	1.8	2.2	1.0	0.9	1.0	1.0	1.5	1.3	1.5	1.7	108	54,136
1998	2.3	1.8	2.1	2.9	1.2	1.2	1.1	1.3	1.8	1.5	1.6	2.2	148	71,245
2000	2.0	1.7	2.0	2.3	1.1	1.0	1.0	1.2	1.5	1.4	1.5	1.8	140	61,481
2002	1.8	1.7	1.9	1.9	1.3	1.2	1.4	1.3	1.6	1.5	1.7	1.6	149	61,668
2004	1.7	1.4	1.5	1.9	1.2	1.1	1.2	1.2	1.4	1.2	1.3	1.6	147	64,314
2006	1.4	1.3	1.4	1.6	0.9	0.8	0.8	1.1	1.2	1.1	1.1	1.3	138	55,387
2008	1.3	1.0	1.2	1.7	0.8	0.7	0.6	1.0	1.0	0.8	0.9	1.4	133	51,515
2010	1.1	0.9	1.1	1.2	0.7	0.6	0.8	0.8	0.9	0.7	1.0	1.0	121	46,570
2012	1.0	0.9	0.9	1.2	0.6	0.4	0.5	0.7	0.8	0.7	0.7	1.0	124	53,462

表77 大麻・覚せい剤のいずれかの乱用の生涯経験率 (%)
(無回答を除いて計算したもの)

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	0.8	0.5	0.8	1.0	0.4	0.4	0.4	0.4	0.7	0.5	0.7	0.8	108	54,116
1998	1.0	0.9	1.0	1.2	0.5	0.5	0.5	0.6	0.8	0.7	0.8	0.9	148	71,245
2000	0.8	0.6	0.7	0.9	0.4	0.3	0.4	0.4	0.6	0.5	0.6	0.6	140	61,481
2002	0.8	0.6	0.9	0.8	0.5	0.4	0.6	0.6	0.7	0.5	0.8	0.7	149	61,668
2004	0.7	0.5	0.8	0.8	0.5	0.4	0.5	0.6	0.6	0.5	0.6	0.7	147	64,610
2006	0.7	0.6	0.7	0.8	0.4	0.3	0.3	0.6	0.6	0.5	0.5	0.7	138	55,627
2008	0.5	0.4	0.5	0.7	0.3	0.2	0.2	0.5	0.4	0.3	0.4	0.6	133	51,751
2010	0.6	0.4	0.6	0.7	0.3	0.2	0.3	0.4	0.4	0.3	0.5	0.5	121	46,760
2012	0.4	0.3	0.3	0.5	0.2	0.2	0.2	0.4	0.3	0.3	0.2	0.4	124	53,824

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51、表55の通りであるが、その推移を示したものが図15、16である。

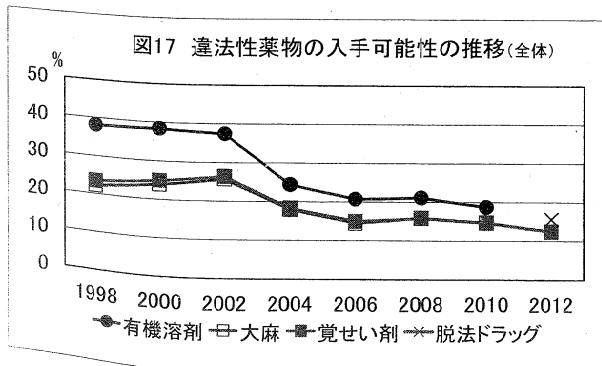
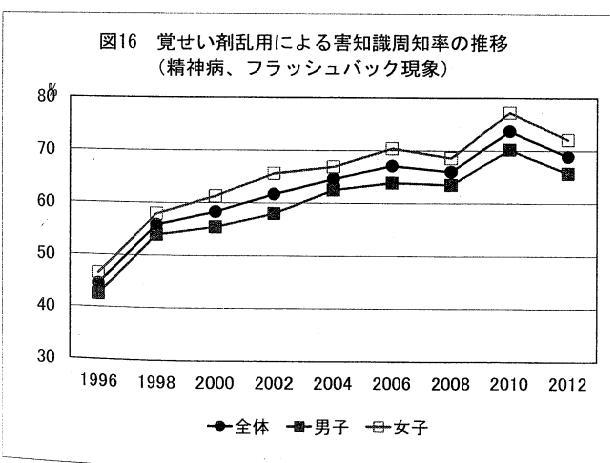
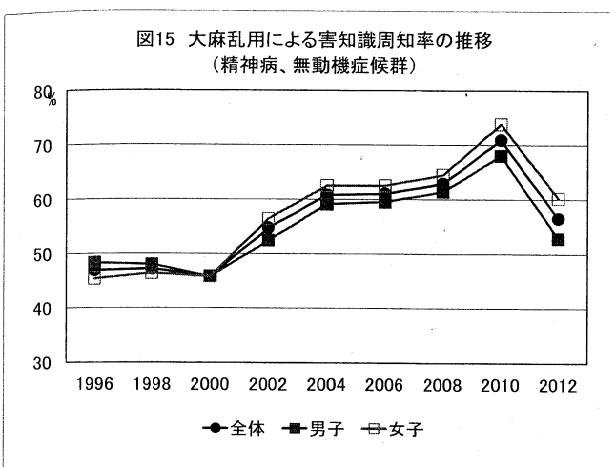
大麻による精神病・無動機症候群に関しては、1998年調査の女性を除けば、2000年調査までは、男女ともに有機溶剤乱用群の方が周知率が有意に高かった。しかし、2002年調査では、初めて有機溶剤乱用経験の有無による有意差がなくなり、2004年調査では、わずかではあるが、有機溶剤非経験者群の方が、「知っている」者の割合が高くなつた（ただし有意差なし）。ところが、2006年調査では、男子では再び「知っている」と答えた者は有機溶剤経験者群の方が多くなつてしまつた。2008年調査で、男女ともに「知っている」と答えた者は非経験者群の方が多くなつたが（有意差はない）、2010年もそれを維持できた（男子で有意差あり）。2012年調査では、男女ともに初めて有意差をもつてその傾向を認めたが、逆に、周知

率自体は性別に関わりなく大幅に低下してしまつた。

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つたが、2000年調査、2002年調査では、有意差こそないものの、有機溶剤乱用非経験者群の方がわずかに周知率は高いというように変化した。しかし、2004年調査では、再び、有機溶剤経験者群の方が「知っている者」の割合は高いという結果にもどつてしまつた。2006年調査以降は「知っている」と答えた者は、有機溶剤非経験者群の方が多いという形に戻り、前回の2010年調査でも、それが維持できた（男女ともに有意差有り）。2012年調査では、その傾向は維持できたが、女子では有意差がなくなると同時に、周知率自体は性別に関わりなく減少してしまつた。

2010年調査での大麻、覚せい剤の害知識の周知率は大幅に上昇について、当研究者らは、その理由として、薬物乱用防止教育の影響と言うよりは

(中学生に対する薬物乱用防止教育上の変化があったとは考えにくいため)、2008年秋の角界・大学生における大麻乱用報道、2009年夏の某有名女優による覚せい剤事件の影響の可能性が高いと推定した²⁹⁾が、2012年の周知率の低下(特に大麻について)は憂慮すべき低下である。有機溶剤乱用による害知識の低下(図10)も併せて、どうも薬物乱用防止教育への力の注ぎ具合が危惧されるところである。



7. 違法薬物の入手可能性の比較

1993年以来、一部の外国人を中心に、大麻および覚せい剤が、大都会では路上で密売されるようになり、第3次覚せい剤乱用期を作り出した³⁰⁾。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³¹⁾。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。

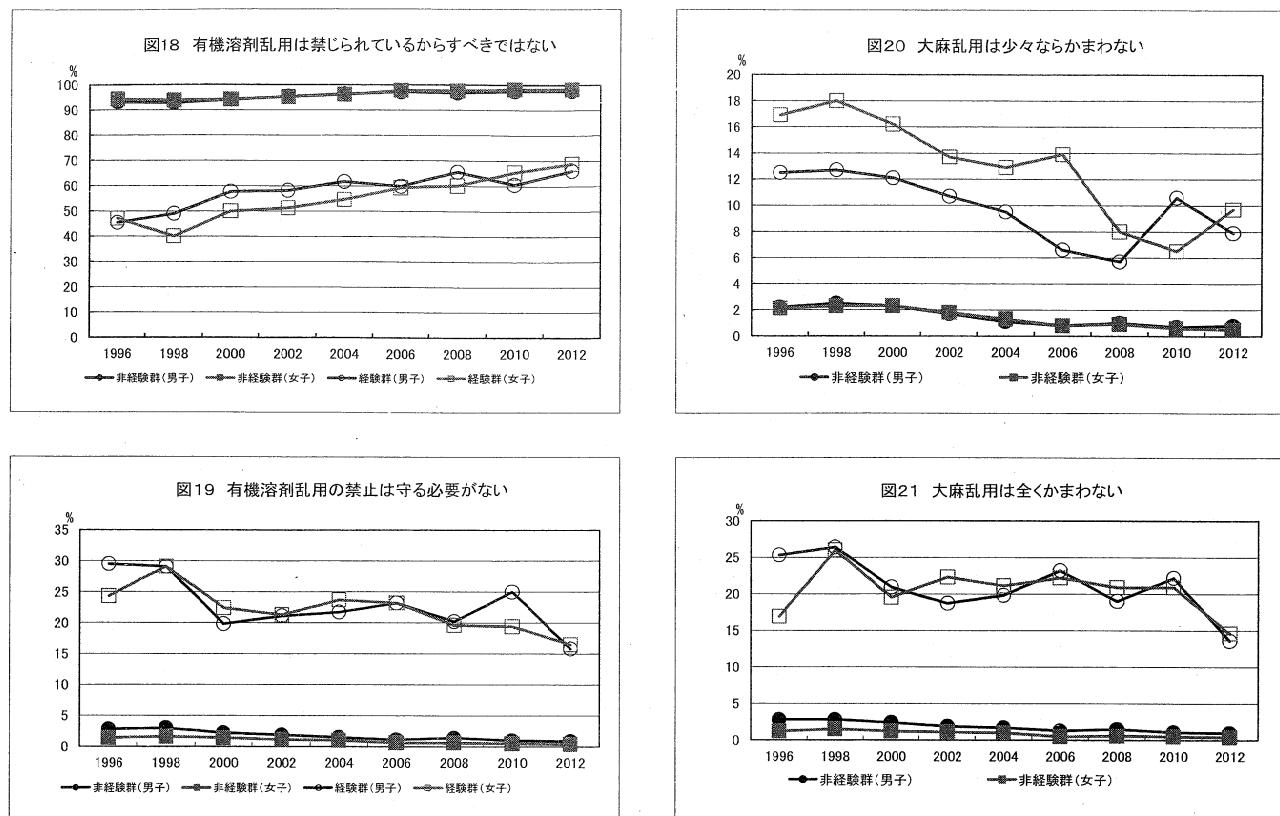
表67、表68は、本調査による違法薬物の入手可能性についての結果である。

有機溶剤は日常生活上の必需品であり、その気になれば入手は極めて簡単である。しかし、入手可能を選んだ者の割合は2004年以降激減しており少々驚きを隠せない(図17。ただし2012年調査では調査項目数の関係で調査しなかった)。「シンナー遊び」のための「有機溶剤」という問い合わせから、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、そもそも有機溶剤乱用に関する関心のなさの現れとも考えられる。ただし、大麻、覚せい剤の入手可能性に比べれば、有機溶剤の入手可能性が最も高いことは、事実に一致するところである。

大麻及び覚せい剤の入手可能性は、図17に見るよう、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67、表68)、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13.1%、女子で11.7%であるのに対して、経験者群では、男子で35.6%、女子で43.6%と明らかに異なっていた($p<0.01$) (表67)。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12.7%、女子で11.9%であるのに対して、経験者群では、男子で30.5%、女子で44.6%となっていた($p<0.01$) (表68)。

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ことは、大麻、覚せい剤が身近なものになるという特徴を如実に示している。



8. 薬物乱用に対する法の遵守性

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

喫煙については全体の約5%（表31）の者が「少々ならかまわない」を選んでいるのに対して、「シンナー遊び」に関してそれを選んだ者は1.2%（表9）に過ぎず、大麻では0.7%（表50）であったことは、同じ依存性薬物と言えども、有機溶剤及び大麻乱用への心理的垣根は喫煙よりははるかに高いことを物語っている（覚せい剤に関しては、尋ねていない）。

図18、19は法で禁じられている有機溶剤の乱用についてどう思うかという問い合わせに対する回答の年次推移である。有機溶剤非経験者群と経験者群とで結果には大きな開きがあるが、「乱用すべきでない」（図18）と答えた者の割合は、男女ともに有機溶剤の乱用経験に関わらず経年的には増加している。また、「法を守る必要はない」と答えた者の割合も経年的には低下している。

図20、21は大麻乱用をどう思うかに対する回答の年次推移である。「少々ならかまわない」と答

えた者の割合は、2008年までは経年的に低下してきたが、それ以降は増加傾向にあり憂慮すべき状態である。しかし、その一方で、「大麻乱用は全くかまわない」とした者の割合は、長年の横ばい状態から2012年では減少を見せている（図21）。

どうも、大麻に対する認識は、相変わらず「甘い」と言わざるを得ない。

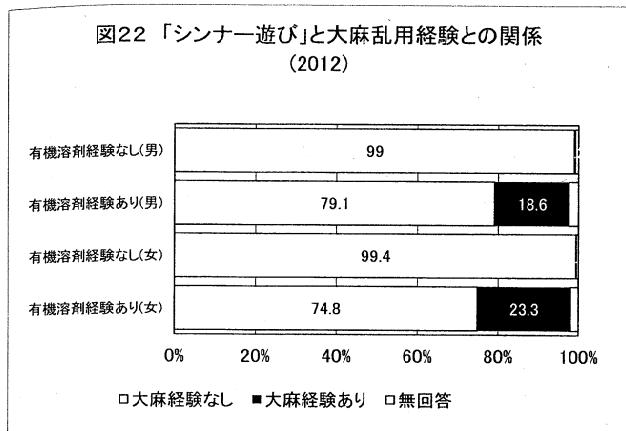
9. 「ゲイトウェイ・ドラッグ」の視点から

表49と表53に示したように、「シンナー遊び」の経験と大麻・覚せい剤乱用の経験とには、強い結びつきがあり（図22、23）、わが国では依然として有機溶剤が大麻・覚せい剤への「ゲイトウェイ・ドラッグ」となっている可能性が強く示唆される²⁾²¹⁾。

また、中学生における喫煙及び飲酒が「シンナー遊び」への「エントリー・ドラッグ」になっている可能性が高いことは以前より指摘してきたが²⁾⁴⁾⁵⁾¹³⁾²¹⁾、表45及び表47の結果は、大人が同伴しない飲酒と「シンナー遊び」との結びつきの強さと、喫煙経験と「シンナー遊び」との結びつきの強さ（図24）を再確認させるものである。この背景に

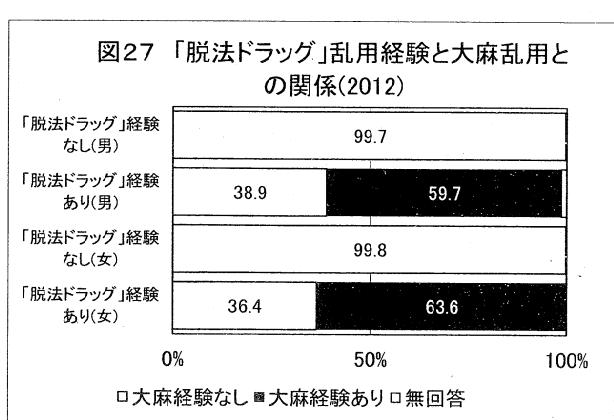
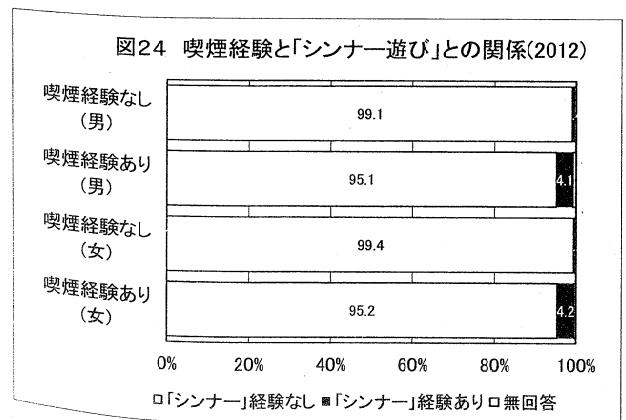
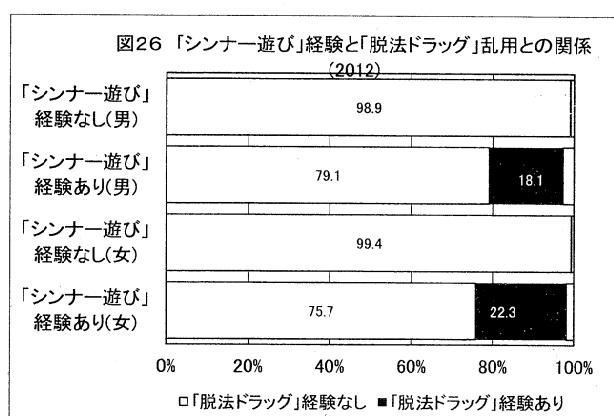
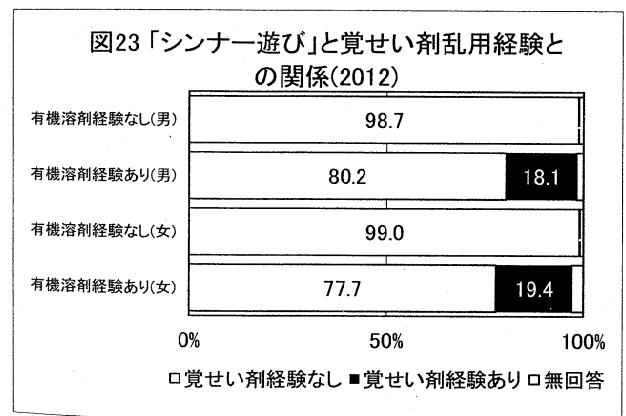
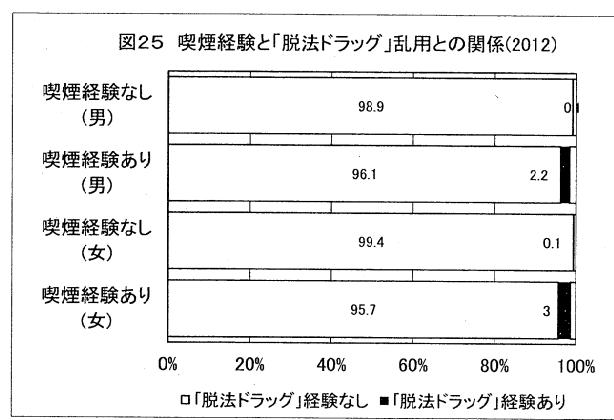
は、有機溶剤乱用同様に、家庭環境、「仲間」関係等、薬物乱用の背後にある人間関係が大きな要因となっていると推定できる。

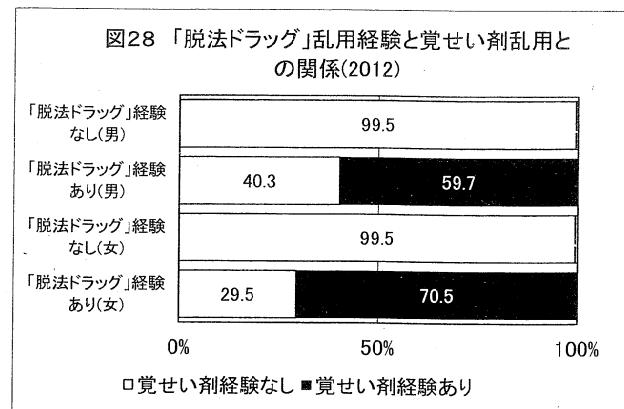
中学生における喫煙・飲酒・薬物乱用防止を行う際には、喫煙・飲酒・薬物乱用といった表面的行為に目を奪われすぎることなく、その背後に潜む家庭環境、「仲間」関係等の人間関係に目を注ぐことが重要であろう¹⁵⁾。



ところで、今回のトピックスは、一連の本調査で初めて実施した「脱法ドラッグ」関連の項目の結果である。

図25は喫煙経験と「脱法ドラッグ」乱用との関係を示し、図26は「シンナー遊び」経験と「脱法ドラッグ」乱用との関係を示している。これらの関係は、それぞれ、喫煙経験と「シンナー遊び」





との関係(図24)、及び、「シンナー遊び」経験と大麻ないしは覚せい剤乱用との関係(図22、図23)とほとんど同じ結果である。

それ以上に驚くべきことは、「脱法ドラッグ」乱用経験者における大麻、覚せい剤乱用経験の高さ(図27、図28)である。「シンナー遊び」経験者における大麻乱用経験者の割合は、男子で18.6%、女子で23.3%であり(図22)、「シンナー遊び」経験者における覚せい剤乱用経験者の割合は、男子で18.1%、女子で19.4%であり(図23)であるが、「脱法ドラッグ」乱用経験者における大麻乱用経験率は、男子で59.7%、女子で63.6%であり、「脱法ドラッグ」乱用経験者における覚せい剤乱用経験率は、男子で59.7%、女子で70.5%にも上るのである。

従来、わが国での中学生にとっての乱用薬物の順番は、「喫煙→有機溶剤→大麻・覚せい剤」と考えられてきた。しかし、「脱法ドラッグ」の出現は、「喫煙→脱法ドラッグ→大麻・覚せい剤」という新しい流れの可能性を示唆するものであり、同時に、「脱法ドラッグ→大麻・覚せい剤」の流れは、「有機溶剤→大麻・覚せい剤」の比ではないということになる。

ただし、今回のこの結果は、初めての調査結果であり、トレンドを見ることができないため、断定はできない。

しかし、それにしても、図27、図28を見る「脱法ドラッグ」乱用経験と大麻、覚せい剤乱用との関係の強さは恐怖すら覚える結果である。

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・「脱法ドラッグ」乱用に対する意識・実態調査を実施した。調査期間は、2012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235校の全生徒を対象に、自記式調査を実施した。その結果、124校(対象校の52.8%)より、54,733人(対象校235校の全生徒想定数の46.8%)の回答を得た。有効回答数は54,486人(対象校235校の全生徒想定数の46.6%)であった。

ただし、回答が得られなかつた県が4県あり、都道府県毎の回答率には、未だにばらつきがあることをふまえた上で、本調査の結果を利用する必要がある。

このような限界はあるが、以下のよう結論を得た。

① 有機溶剤の生涯経験率(これまでに1回でも経験したことのあると答えた者の割合)は、男子で0.6%(1年生0.6%、2年生0.6%、3年生0.8%)、女子で0.4%(1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.5%)であり、全体では0.5%(1年生0.4%、2年生0.5%、3年生0.6%)であった。この結果は、男女及び全體で、1996年に開始した一連の本調査では最低の値である。

有機溶剤乱用の目撃率、身近にいる有機溶剤乱用者の周知率、有機溶剤乱用への被誘惑率も、過去最低の値であった。

以上により、有機溶剤乱用の勢いは、確実に弱まっている。

② 有機溶剤乱用経験者群では、非経験者群に比べて、日常生活の規則性、学校生活、家庭生活、友人関係において、好ましくない傾向が統計学的有意差を持って強いことが再確認された。

その背景には、家庭生活のあり方が大きく影響していると考えられる。経験者群では、「親との相談頻度」「家族との夕食頻度」が有意に低く、逆に「大人不在での時間」が有意に長く、親子の共有時間が少ない傾向が再確認された。

③ 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。

④ 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。

⑤ 有機溶剤乱用による健康への害知識の周知率は調査年毎に上昇していたが、2006年をピークに、周知度が減少傾向にあり、薬物乱用防止教育の再度の強化の必要性が示唆された。

⑥ 大麻、覚せい剤の生涯経験者数は無回答者数よりも少なく、その意味では参考データ的意味合いが否定できないが、以下の結果を得た。

大麻の生涯経験率は、男子では0.3%（1年生0.3%、2年生0.2%、3年生0.4%）であり、女子では0.2%（1年生0.1%、2年生0.1%、3年生0.3%）であった。全体では0.2%（1年生0.2%、2年生0.2%、3年生0.4%）であった。この結果は、男女及び全体で、1996年に開始した一連の本調査では最低の値である。

覚せい剤の生涯経験率は、男子では0.3%（1年生0.2%、2年生0.2%、3年生0.4%）で、女子では0.2%（1年生0.1%、2年生0.1%、3年生0.3%）であり、全体では0.2%（1年生0.2%、2年生0.2%、3年生0.3%）であった。この結果は、男女及び全体で、1996年に開始した一連の本調査では最低の値である。

⑦ 「脱法ドラッグ」の生涯経験率は、男子で0.3%（1年生0.2%、2年生0.2%、3年生0.5%）、女子で0.2%（1年生0.1%、2年生0.1%、3年生0.3%）であり、全体では0.2%（1年生0.1%、2年生0.2%、3年生0.4%）であった。

⑧ 大麻及び覚せい剤乱用による医学的害知識の周知度は、経年的に増加傾向にあったが、2012年調査では激減傾向を示した。その背景には、2008年の角界・大学生における大麻問題の報道、2009年の某有名女優による覚せい剤問題の報道により、2010年調査での害の周知度が特異的に激増した影響も推定できるが、有機溶剤乱用による害知識の周知度も経年的減少傾向を見せていることから、薬物乱用防止教育の行われ方に疑義を抱かざるを得ない結果であった。

⑨ 大麻、覚せい剤の入手可能性は2002年から2006年にかけて大きく減少し、その後は横ばい状態であったが、2012年調査では微減した。ただし、大麻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13.1%、女子で11.7%であるのに対して、経験者群では、男子で35.6%、女子で43.6%と明らかに異なっていた（p<0.01）。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、覚せい剤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12.7%、女子で11.9%であるのに対して、経験者群では、男性で30.5%、女性で44.6%となっていた（p<0.01）。

これらの結果は、わが国の中学生にとって、有機溶剤を乱用すると言うことは、大麻、覚せい剤が身近なものになるという特徴を如実に示している。

「脱法ドラッグ」の入手可能性は、男子、女子、全体で、学年とともに有意差をもって高くなっていた。入手可能とした者は、男子で16.7%、女子で14.5%、全体で15.6%であった。

⑩ 薬物の乱用経験率には、法の遵守性が大きく影響すると考えられる。喫煙については全体の約5%の者が「少々ならかまわない」を選んでいるのに対して、「シンナー遊び」に関してそれを選んだ者は1.2%に過ぎず、大麻では0.7%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。

⑪ 有機溶剤乱用経験者群の20.5%（男子で18.6%、女子で23.3%）の者に大麻乱用の経験があり、19.1%（男子で18.1%、女子で19.4%）の者に覚せい剤乱用の経験があり、有機溶剤乱用と大麻・覚せい剤乱用との間には強い結びつきがあることが再確認された。同時に、喫煙経験と有機溶剤乱用経験との間にも結びつきが認められた。

喫煙経験と「脱法ドラッグ」乱用との関係、「シンナー遊び」経験と「脱法ドラッグ」乱用との関係は、それぞれ、喫煙経験と「シンナー遊び」との関係、「シンナー遊び」経験と大麻ないしは覚せい剤乱用との関係とほとんど同じ結果であった。

驚くべきことは、「脱法ドラッグ」乱用経験者における大麻、覚せい剤乱用経験の高さである。

「脱法ドラッグ」乱用経験者における大麻乱用経験率は、60.0%（男子：59.7%、女子：63.6%）であり、「脱法ドラッグ」乱用経験者における覚せい剤乱用経験率は、63.3%（男子：59.7%、女子：70.5%）にも上った。

従来、わが国での中学生にとっての乱用薬物の順番は、「喫煙→有機溶剤→大麻・覚せい剤」と考えられてきた。しかし、「脱法ドラッグ」の出現は、「喫煙→脱法ドラッグ→大麻・覚せい剤」という新しい流れの可能性を示唆するものであ

り、同時に、「脱法ドラッグ→大麻・覚せい剤」の流れは、「有機溶剤→大麻・覚せい剤」の比ではない可能性を示唆するものである。ただし、今回のこの結果は、初めての調査結果であり、トレンドを見ることができないため、断定はできない。

しかし、それにしても、「脱法ドラッグ」乱用経験と大麻、覚せい剤乱用との関係の強さは恐怖すら覚える結果であった。

⑫ 以上により、中学生の薬物乱用問題は、有機溶剤問題から「脱法ドラッグ」問題に変わってきていく可能性がある。薬物乱用防止教育の実施状況の再確認とともに、内容を再検討する時期に来ている。

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していただいた、横浜ダルク、川崎ダルク、八王子ダルク、市原ダルクの協力者に感謝いたします。

F. 参考文献

- 1) 尾崎 茂、和田 清：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査. 平成16度厚生労働科学研究費補助金（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業）研究報告書「薬物乱用・依存等の実態とその社会的影響・対策に関する研究」（主任研究者：和田 清）. pp. 89-126. 2005.
- 2) 和田 清：“Gateway Drug”概念について. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 34(2): 95-106, 1999.
- 3) Wada, K., Fukui, S.: Demographic and Social Characteristics of Solvent Abuse Patients in Japan. The American Journal on Addictions 3:165-176, 1994.
- 4) Wada, K., Fukui, S.: Prevalence of volatile solvent inhalation among junior high school students in Japan and background life style of users. Addiction 88: 89-100, 1993.
- 5) Wada, K., Price, RK, Fukui, S: Cigarette smoking and solvent use among Japanese adolescents. Drug and Alcohol Dependence 46:137-145, 1997.
- 6) Wada, K., Price, RK, Fukui, S: Reflecting Adult Drinking Culture: Prevalence of Alcohol Use and Drinking Situations among Japanese Junior High School Students in Japan. Journal of Studies on Alcohol 59: 381-386, 1998.
- 7) 和田 清：中学生における飲酒－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.
- 8) 和田 清：薬物乱用の現状と歴史. 神経精神薬理 19: 913-923, 1997.
- 9) 和田 清、勝野眞吾、尾崎米厚、中野良吾：中学生における「シンナー遊び」・喫煙・飲酒についての調査研究. 平成8年度厚生科学研費補助金（麻薬等対策総合研究事業）研究報告書「薬物依存・中毒者の疫学調査及び精神医療サービスに関する研究班」（主任研究者：寺元 弘）第1分冊薬物乱用・依存の多面的疫学調査研究（2）. pp. 21-60. 1997.
- 10) 編者 全国学校データ研究所：全国学校総覧2012年版. 原書房. 東京. 2011.
- 11) Wada, K.: Prevalence of Solvent Inhalation among Junior High School Students in Japan and Their Background Lifestyle: Result of Chiba Prefecture Survey 1994. Japanese Journal of Alcohol Studies and Drug Dependence 37: 41-56, 2002.
- 12) 和田 清、中野良吾、尾崎米厚、勝野眞吾：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査. 平成10度厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）研究報告書「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神障害者等に対する適切な医療のあり方についての研究」（主任研究者：和田 清）. pp. 19-83. 1999.
- 13) 和田 清：中学生における有機溶剤乱用の実態とその生活背景－1992年千葉県調査より－. 学校保健研究 43:26-38, 2001.
- 14) 和田 清：中学生における「シンナー遊び」・喫煙・飲酒についての調査研究. 平成5年度厚生科学研費補助金「麻薬等総合対策研究事業」薬物依存の社会学的、精神医学的特徴に関する研究（主任研究者：福井 進）平成5年度研究

- 成果報告書. pp. 27–54. 1994.

15) 和田 清：有機溶剤乱用発生の社会的背景—青少年にとり有機溶剤とは何か—. アルコール医療研究 8: 179–184, 1991.

16) 和田 清：中学生における飲酒—飲酒文化の反映一. 日本アルコール・薬物医学会雑誌34: 36–48, 1999.

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

18) Wada, K.: Lifetime Prevalence of Alcohol Drinking, Cigarette Smoking, and Solvent Inhalation among Junior High School Students in Japan: Tradition and Urbanization. Japanese Journal of Alcohol Studies and Drug Dependence 36: 124–141, 2001.

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

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

21) 和田 清：有機溶剤吸引の入り口としての喫煙：1994年千葉県中学生調査より. 学校保健研究45: 512–527, 2004.

22) 和田 清、近藤あゆみ、高橋伸彰、鈴木紀美子、尾崎米厚、勝野眞吾：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査（2004年）. 平成16度厚生労働科学研究費補助金（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業）研究報告書「薬物乱用・依存等の実態とその社会的影響・対策に関する研究」（主任研究者：和田 清）. pp. 17–87. 2005.

23) 和田 清、尾崎 茂、近藤あゆみ：薬物乱用・依存の今日的状況と政策的課題. 日本アルコール・薬物医学会雑誌43(2): 120–131, 2008.

24) 和田 清、近藤あゆみ、尾崎米厚、勝野眞吾：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査（2006年）. 平成18度厚生労働科学研究費補助金（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業）研究報告書「薬物乱用・依存等の実態と乱用・依存者に対する対応策に関する研究」（主任研究者：和田 清）. pp. 17–91. 2007

25) Kiyoshi Wada: The history and current state of drug abuse in Japan. Annals of the new York academy of science 1216: 62–72, 2011.

26) 和田 清、嶋根卓也、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（2008年）. 平成20度厚生労働科学研究費補助金（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業）研究報告書「薬物乱用・依存等の実態把握と「回復」に向けての対応策に関する研究」（主任研究者：和田 清）. pp. 15–85. 2009

27) 和田 清、船田正彦、富山健一、青尾直也：脱法ハーブを含む「脱法ドラッグ」乱用とその実態. 精神科 22(1): 26–32, 2013.)

28) 松本俊彦、尾崎 茂、小林桜児、和田 清：全国の精神科医療施設における薬物依存研究部関連精神疾患の実態調査. 平成22度厚生労働科学研究費補助金（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業）研究報告書「薬物乱用・依存の実態把握と再乱用防止のための社会資源等の現状と課題に関する研究」（研究者代表者：和田 清）. pp. 89–15. 2011.

29) 和田 清、小堀栄子、嶋根卓也、立森久照、勝野眞吾：飲酒・喫煙・薬物乱用についての全国中学生意識・実態調査（2010年）. 平成22度厚生労働科学研究費補助金（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業）研究報告書「薬物乱用・依存の実態把握と再乱用防止のための社会資源等の現状と課題に関する研究」（研究者代表者：和田 清）. pp. 17–87. 2011.

G 健康危険情報

本調査結果自体が健康危険情報に関するものである。

H. 研究発表

1. 著書

- (1) 和田 清、尾崎 茂、近藤あゆみ、嶋根卓也：
1. 物質依存 2. わが国の物質乱用・依存の
疫学と動向。専門医のための精神科臨床リュ
ミエール26. 中山書店. 東京. pp. 14-27, 201
1. 6. 10.
- (2) 和田 清：薬物乱用. 生涯教育シリーズ82「小
児・思春期診療 最新マニュアル（監修）五十
嵐隆」. 日本医師会雑誌 第141巻・特別号(1).
日本医師会. pp. S262-S263, 2012. 6. 15.

2. 論文発表

(1) 和田 清：薬物乱用の問題点－医学的視点か
ら－第三回 中学生対象の全国調査からわか
ること. 少年写真新聞社 中学保健ニュース
第1522号付録 : 10-11, 2012. 3. 8.

3. 学会発表

なし

I. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

表1 対象校の分布と回答状況

	対象校数	回答校数	実施率(%)		対象校数	回答校数	実施率(%)
北海道	9	5	55.6%	京都	5	2	40.0%
青森	3	2	66.7%	大阪	16	3	18.8%
岩手	2	2	100.0%	兵庫	10	6	60.0%
宮城	3	3	100.0%	奈良	3	0	0.0%
秋田	2	2	100.0%	和歌山	2	0	0.0%
山形	3	2	66.7%	鳥取	2	0	0.0%
福島	3	3	100.0%	島根	2	1	50.0%
茨城	4	3	75.0%	岡山	4	1	25.0%
栃木	4	4	100.0%	広島	5	2	40.0%
群馬	4	4	100.0%	山口	3	1	33.3%
埼玉	12	8	66.7%	徳島	2	2	100.0%
千葉	10	5	50.0%	香川	2	2	100.0%
東京	19	7	36.8%	愛媛	3	2	66.7%
神奈川	15	2	13.3%	高知	2	1	50.0%
新潟	5	3	60.0%	福岡	9	4	44.4%
富山	2	1	50.0%	佐賀	2	2	100.0%
石川	3	3	100.0%	長崎	3	3	100.0%
福井	2	0	0.0%	熊本	4	3	75.0%
山梨	2	2	100.0%	大分	2	2	100.0%
長野	4	2	50.0%	宮崎	3	2	66.7%
岐阜	4	3	75.0%	鹿児島	4	3	75.0%
静岡	7	3	42.9%	沖縄	4	2	50.0%
愛知	14	6	42.9%				
三重	4	4	100.0%				
滋賀	3	1	33.3%	全体	235	124	52.8%

表2 対象の内訳

	1年	2年	3年	合計
男性	9237 (51.3)	9141 (50.2)	9175 (50.2)	27553 (50.6)
女性	8760 (48.7)	9057 (49.7)	9076 (49.7)	26893 (49.4)
無回答	9 (.0)	16 (.1)	15 (.1)	40 (.1)
合計	18006 (100.0)	18214 (100.0)	18266 (100.0)	54486 (100.0)

表3 これまでに1回でも「シンナー遊び」を経験したことのある率(生涯経験率)

	1年	2年	3年	合計
男性	経験なし	9116 (98.7)	9040 (98.9)	9033 (98.5)
	経験あり	54 (.6)	52 (.6)	71 (.8)
	無回答	67 (.7)	49 (.5)	71 (.8)
	合計	9237 (100.0)	9141 (100.0)	9175 (100.0)
$(\chi^2 = 3.781, df = 2, p = 0.151)$				
女性	経験なし	8695 (99.3)	8978 (99.1)	8993 (99.1)
	経験あり	23 (.3)	37 (.4)	43 (.5)
	無回答	42 (.5)	42 (.5)	40 (.4)
	合計	8760 (100.0)	9057 (100.0)	9076 (100.0)
$(\chi^2 = 5.439, df = 2, p = 0.066)$				
全体	経験なし	17818 (99.0)	18034 (99.0)	18039 (98.8)
	経験あり	79 (.4)	89 (.5)	115 (.6)
	無回答	109 (.6)	91 (.5)	112 (.6)
	合計	18006 (100.0)	18214 (100.0)	18266 (100.0)
$(\chi^2 = 6.910, df = 2, p = 0.032)$				

表4 この1年間に「シンナー遊び」を1回でも経験したことのある率(1年経験率)

	1年	2年	3年	合計
男性	ない 9167 (99.2)	9073 (99.3)	9095 (99.1)	27335 (99.2)
	ある 33 (.4)	42 (.5)	42 (.5)	117 (.4)
	無回答 37 (.4)	26 (.3)	38 (.4)	101 (.4)
	合計 9237 (100.0)	9141 (100.0)	9175 (100.0)	27553 (100.0)
$(\chi^2 = 1.486, df = 2, p = 0.476)$				
女性	ない 8719 (99.5)	9006 (99.4)	9026 (99.4)	26751 (99.5)
	ある 21 (.2)	31 (.3)	31 (.3)	83 (.3)
	無回答 20 (.2)	20 (.2)	19 (.2)	59 (.2)
	合計 8760 (100.0)	9057 (100.0)	9076 (100.0)	26893 (100.0)
$(\chi^2 = 2.003, df = 2, p = 0.367)$				
全体	ない 17894 (99.4)	18095 (99.3)	18134 (99.3)	54123 (99.3)
	ある 55 (.3)	73 (.4)	74 (.4)	202 (.4)
	無回答 57 (.3)	46 (.3)	58 (.3)	161 (.3)
	合計 18006 (100.0)	18214 (100.0)	18266 (100.0)	54486 (100.0)
$(\chi^2 = 3.101, df = 2, p = 0.212)$				

表5 「シンナー遊び」を実際に見たことがありますか？

	1年	2年	3年	合計
男性	ない 8998 (97.4)	8916 (97.5)	8943 (97.5)	26857 (97.5)
	ある 177 (1.9)	183 (2.0)	190 (2.1)	550 (2.0)
	無回答 62 (.7)	42 (.5)	42 (.5)	146 (.5)
	合計 9237 (100.0)	9141 (100.0)	9175 (100.0)	27553 (100.0)
$(\chi^2 = 0.534, df = 2, p = 0.766)$				
女性	ない 8600 (98.2)	8883 (98.1)	8897 (98.0)	26380 (98.1)
	ある 124 (1.4)	156 (1.7)	161 (1.8)	441 (1.6)
	無回答 36 (.4)	18 (.2)	18 (.2)	72 (.3)
	合計 8760 (100.0)	9057 (100.0)	9076 (100.0)	26893 (100.0)
$(\chi^2 = 4.046, df = 2, p = 0.132)$				
全体	ない 17605 (97.8)	17813 (97.8)	17852 (97.7)	53270 (97.8)
	ある 303 (1.7)	340 (1.9)	353 (1.9)	996 (1.8)
	無回答 98 (.5)	61 (.3)	61 (.3)	220 (.4)
	合計 18006 (100.0)	18214 (100.0)	18266 (100.0)	54486 (100.0)
$(\chi^2 = 3.272, df = 2, p = 0.195)$				

表6 身近に「シンナー遊び」をしている人がいますか？

	1年	2年	3年	合計
男性	いない 9064 (98.1)	8985 (98.3)	9002 (98.1)	27051 (98.2)
	いる 96 (1.0)	102 (1.1)	114 (1.2)	312 (1.1)
	無回答 77 (.8)	54 (.6)	59 (.6)	190 (.7)
	合計 9237 (100.0)	9141 (100.0)	9175 (100.0)	27553 (100.0)
$(\chi^2 = 1.700, df = 2, p = 0.427)$				
女性	いない 8643 (98.7)	8912 (98.4)	8925 (98.3)	26480 (98.5)
	いる 73 (.8)	119 (1.3)	123 (1.4)	315 (1.2)
	無回答 44 (.5)	26 (.3)	28 (.3)	98 (.4)
	合計 8760 (100.0)	9057 (100.0)	9076 (100.0)	26893 (100.0)
$(\chi^2 = 12.775, df = 2, p = 0.002)$				
全体	いない 17714 (98.4)	17910 (98.3)	17940 (98.2)	53564 (98.3)
	いる 171 (.9)	223 (1.2)	238 (1.3)	632 (1.2)
	無回答 121 (.7)	81 (.4)	88 (.5)	290 (.5)
	合計 18006 (100.0)	18214 (100.0)	18266 (100.0)	54486 (100.0)
$(\chi^2 = 10.714, df = 2, p = 0.005)$				

表7 「シンナー遊び」に誘われた経験

	1年	2年	3年	合計
男性	ない 8863 (96.0)	8746 (95.7)	8751 (95.4)	26360 (95.7)
	ある 66 (.7)	72 (.8)	86 (.9)	224 (.8)
	無回答 308 (3.3)	323 (3.5)	338 (3.7)	969 (3.5)
	合計 9237 (100.0)	9141 (100.0)	9175 (100.0)	27553 (100.0)
$(\chi^2 = 3.019, df = 2, p = 0.221)$				
女性	ない 8378 (95.6)	8625 (95.2)	8618 (95.0)	25621 (95.3)
	ある 44 (.5)	65 (.7)	72 (.8)	181 (.7)
	無回答 338 (3.9)	367 (4.1)	386 (4.3)	1091 (4.1)
	合計 8760 (100.0)	9057 (100.0)	9076 (100.0)	26893 (100.0)
$(\chi^2 = 6.159, df = 2, p = 0.046)$				
全体	ない 17249 (95.8)	17385 (95.4)	17382 (95.2)	52016 (95.5)
	ある 111 (.6)	138 (.8)	159 (.9)	408 (.7)
	無回答 646 (3.6)	691 (3.8)	725 (4.0)	2062 (3.8)
	合計 18006 (100.0)	18214 (100.0)	18266 (100.0)	54486 (100.0)
$(\chi^2 = 8.087, df = 2, p = 0.018)$				

表8 「シンナー遊び」についての気持ち(未経験者についてのみ)

	1年	2年	3年	合計
男性	関心がない 8672 (95.1)	8543 (94.5)	8623 (95.5)	25838 (95.0)
	見てみたい 326 (3.6)	382 (4.2)	306 (3.4)	1014 (3.7)
	試してみたい 25 (.3)	36 (.4)	38 (.4)	99 (.4)
	経験がある 1 (.0)	2 (.0)	3 (.0)	6 (.0)
	無回答 92 (1.0)	77 (.9)	63 (.7)	232 (.9)
	合計 9116 (100.0)	9040 (100.0)	9033 (100.0)	27189 (100.0)
$(\chi^2 = 13.900, df = 6, p = 0.031)$				
女性	関心がない 8278 (95.2)	8523 (94.9)	8643 (96.1)	25444 (95.4)
	見てみたい 323 (3.7)	355 (4.0)	260 (2.9)	938 (3.5)
	試してみたい 22 (.3)	39 (.4)	41 (.5)	102 (.4)
	経験がある 1 (.0)	2 (.0)	3 (.0)	6 (.0)
	無回答 71 (.8)	59 (.7)	46 (.5)	176 (.7)
	合計 8695 (100.0)	8978 (100.0)	8993 (100.0)	26666 (100.0)
$(\chi^2 = 23.168, df = 6, p = 0.001)$				
全体	関心がない 16956 (95.2)	17080 (94.7)	17276 (95.8)	51312 (95.2)
	見てみたい 649 (3.6)	737 (4.1)	567 (3.1)	1953 (3.6)
	試してみたい 48 (.3)	76 (.4)	81 (.4)	205 (.4)
	経験がある 2 (.0)	5 (.0)	6 (.0)	13 (.0)
	無回答 163 (.9)	136 (.8)	109 (.6)	408 (.8)
	合計 17818 (100.0)	18034 (100.0)	18039 (100.0)	53891 (100.0)
$(\chi^2 = 33.906, df = 6, p < 0.001)$				

表9 「シンナー遊び」についてどう思いますか？(法の遵守)

		生涯シンナー乱用経験			合計
		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	26526 (97.6)	117 (66.1)	109 (58.3)	26752 (97.1)
	法律で禁止されてはいるが少々なら構わない	340 (1.3)	30 (16.9)	2 (1.1)	372 (1.4)
	法律で禁止されてはいるが守る必要は全然ない	253 (.9)	28 (15.8)	3 (1.6)	284 (1.0)
	無回答	70 (.3)	2 (1.1)	73 (39.0)	145 (.5)
	合計	27189 (100.0)	177 (100.0)	187 (100.0)	27553 (100.0)
$(\chi^2 = 724.304, df = 2, p < 0.001)$					
女性	法律で禁止されているからすべきではない	26216 (98.3)	71 (68.9)	84 (67.7)	26371 (98.1)
	法律で禁止されてはいるが少々なら構わない	288 (1.1)	14 (13.6)	1 (.8)	303 (1.1)
	法律で禁止されてはいるが守る必要は全然ない	110 (.4)	17 (16.5)	3 (2.4)	130 (.5)
	無回答	52 (.2)	1 (1.0)	36 (29.0)	89 (.3)
	合計	26666 (100.0)	103 (100.0)	124 (100.0)	26893 (100.0)
$(\chi^2 = 716.981, df = 2, p < 0.001)$					
全体	法律で禁止されているからすべきではない	52772 (97.9)	189 (66.8)	194 (62.2)	53155 (97.6)
	法律で禁止されてはいるが少々なら構わない	630 (1.2)	44 (15.5)	3 (1.0)	677 (1.2)
	法律で禁止されてはいるが守る必要は全然ない	364 (.7)	47 (16.6)	6 (1.9)	417 (.8)
	無回答	125 (.2)	3 (1.1)	109 (34.9)	237 (.4)
	合計	53891 (100.0)	283 (100.0)	312 (100.0)	54486 (100.0)
$(\chi^2 = 1449.565, df = 2, p < 0.001)$					

表10 法律で「シンナー遊び」を禁止しているのをどう思いますか？(法規則の必要性)

		生涯シンナー乱用経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	当然だと思う	25334 (93.2)	111 (62.7)	106 (56.7)	25551 (92.7)
	仕方のないことだと思う	1017 (3.7)	28 (15.8)	6 (3.2)	1051 (3.8)
	麻薬・覚せい剤と違ってシンナ ーくらい禁止しなくてもいい	82 (.3)	14 (7.9)	0 (.0)	96 (.3)
	法律で決める必要はなく個人の自由	695 (2.6)	23 (13.0)	5 (2.7)	723 (2.6)
	無回答	61 (.2)	1 (.6)	70 (37.4)	132 (.5)
$(\chi^2 = 449.443, df = 3, p < 0.001)$					
女性	当然だと思う	25280 (94.8)	59 (57.3)	77 (62.1)	25416 (94.5)
	仕方のないことだと思う	881 (3.3)	12 (11.7)	5 (4.0)	898 (3.3)
	麻薬・覚せい剤と違ってシンナ ーくらい禁止しなくてもいい	76 (.3)	10 (9.7)	1 (.8)	87 (.3)
	法律で決める必要はなく個人の自由	385 (1.4)	21 (20.4)	4 (3.2)	410 (1.5)
	無回答	44 (.2)	1 (1.0)	37 (29.8)	82 (.3)
$(\chi^2 = 567.645, df = 3, p < 0.001)$					
全体	当然だと思う	50644 (94.0)	171 (60.4)	184 (59.0)	50999 (93.6)
	仕方のないことだと思う	1899 (3.5)	40 (14.1)	11 (3.5)	1950 (3.6)
	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	160 (.3)	25 (8.8)	1 (.3)	186 (.3)
	法律で決める必要はなく個人の自由	1082 (2.0)	45 (15.9)	9 (2.9)	1136 (2.1)
	無回答	106 (.2)	2 (.7)	107 (34.3)	215 (.4)
$(\chi^2 = 989.362, df = 3, p < 0.001)$					

表 11 「シンナー遊び」をしている人についてどう思いますか？

		生涯シンナー乱用経験				
		経験なし	経験あり	無回答	合計	
4)	男性	自分には無関係の人	26611 (97.9)	113 (63.8)	109 (58.3)	26833 (97.4)
0)		シンナー遊びをする気持ち	353 (1.3)	33 (18.6)	1 (.5)	387 (1.4)
5)		が理解できる気がする				
0.0)		親しみを感じる	81 (.3)	30 (16.9)	0 (.0)	111 (.4)
< .0001)		無回答	144 (.5)	1 (.6)	77 (41.2)	222 (.8)
8.1)		合計	27189 (100.0)	177 (100.0)	187 (100.0)	27553 (100.0)
				($\chi^2 = 1598.622$, df = 2, p < 0.001)		
1.1)	女性	自分には無関係の人	26021 (97.6)	63 (61.2)	79 (63.7)	26163 (97.3)
5)		シンナー遊びをする気持ち	510 (1.9)	19 (18.4)	1 (.8)	530 (2.0)
3)		が理解できる気がする				
100.0)		親しみを感じる	34 (.1)	18 (17.5)	0 (.0)	52 (.2)
< .0001)		無回答	101 (.4)	3 (2.9)	44 (35.5)	148 (.6)
97.6)		合計	26666 (100.0)	103 (100.0)	124 (100.0)	26893 (100.0)
				($\chi^2 = 1790.691$, df = 2, p < 0.001)		
1.2)	全体	自分には無関係の人	52662 (97.7)	178 (62.9)	188 (60.3)	53028 (97.3)
2.8)		シンナー遊びをする気持ち	866 (1.6)	52 (18.4)	2 (.6)	920 (1.7)
		が理解できる気がする				
		親しみを感じる	116 (.2)	49 (17.3)	0 (.0)	165 (.3)
		無回答	247 (.5)	4 (1.4)	122 (39.1)	373 (.7)
		合計	53891 (100.0)	283 (100.0)	312 (100.0)	54486 (100.0)
				($\chi^2 = 3235.327$, df = 2, p < 0.001)		

表 12 「シンナー遊び」をしている人と親しくなることについてどう思いますか？

		生涯シンナー乱用経験				
		経験なし	経験あり	無回答	合計	
合計	男性	親しくなりたくない	22131 (81.4)	81 (45.8)	78 (41.7)	22290 (80.9)
(92.7)		シンナー遊びだけで決めた	4873 (17.9)	65 (36.7)	27 (14.4)	4965 (18.0)
(3.8)		くない				
(.3)		すでに親しい	67 (.2)	29 (16.4)	0 (.0)	96 (.3)
(2.6)		無回答	118 (.4)	2 (1.1)	82 (43.9)	202 (.7)
(.5)		合計	27189 (100.0)	177 (100.0)	187 (100.0)	27553 (100.0)
3 (100.0)				($\chi^2 = 1376.965$, df = 2, p < 0.001)		
p < 0.001)	女性	親しくなりたくない	21440 (80.4)	47 (45.6)	55 (44.4)	21542 (80.1)
3 (94.5)		シンナー遊びだけで決めた	5083 (19.1)	32 (31.1)	23 (18.5)	5138 (19.1)
3 (3.3)		くない				
7 (.3)		すでに親しい	49 (.2)	23 (22.3)	2 (1.6)	74 (.3)
0 (1.5)		無回答	94 (.4)	1 (1.0)	44 (35.5)	139 (.5)
2 (.3)		合計	26666 (100.0)	103 (100.0)	124 (100.0)	26893 (100.0)
3 (100.0)				($\chi^2 = 1905.897$, df = 2, p < 0.001)		
p < 0.001)	全体	親しくなりたくない	43595 (80.9)	129 (45.6)	133 (42.6)	43857 (80.5)
9 (93.6)		シンナー遊びだけで決めた	9967 (18.5)	98 (34.6)	51 (16.3)	10116 (18.6)
10 (3.6)		くない				
36 (.3)		すでに親しい	116 (.2)	53 (18.7)	2 (.6)	171 (.3)
36 (2.1)		無回答	213 (.4)	3 (1.1)	126 (40.4)	342 (.6)
15 (.4)		合計	53891 (100.0)	283 (100.0)	312 (100.0)	54486 (100.0)
36 (100.0)				($\chi^2 = 3196.856$, df = 2, p < 0.001)		
p < 0.001)						

表 13 「シンナー遊び」による急性中毒死を知っていますか？

		生涯シンナー乱用経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	知っている	15122 (55.6)	94 (53.1)	75 (40.1)	15291 (55.5)
	知らない	12039 (44.3)	83 (46.9)	48 (25.7)	12170 (44.2)
	無回答	28 (.1)	0 (.0)	64 (34.2)	92 (.3)
	合計	27189 (100.0)	177 (100.0)	187 (100.0)	27553 (100.0)
		$(\chi^2 = 0.470, df = 1, p = 0.493)$			
女性	知っている	16303 (61.1)	54 (52.4)	49 (39.5)	16406 (61.0)
	知らない	10348 (38.8)	48 (46.6)	43 (34.7)	10439 (38.8)
	無回答	15 (.1)	1 (1.0)	32 (25.8)	48 (.2)
	合計	26666 (100.0)	103 (100.0)	124 (100.0)	26893 (100.0)
		$(\chi^2 = 2.897, df = 1, p = 0.089)$			
全体	知っている	31449 (58.4)	149 (52.7)	125 (40.1)	31723 (58.2)
	知らない	22399 (41.6)	132 (46.6)	91 (29.2)	22622 (41.5)
	無回答	43 (.1)	2 (.7)	96 (30.8)	141 (.3)
	合計	53891 (100.0)	283 (100.0)	312 (100.0)	54486 (100.0)
		$(\chi^2 = 3.328, df = 1, p = 0.068)$			

表 14 「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？

		生涯シンナー乱用経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	知っている	18066 (66.4)	106 (59.9)	81 (43.3)	18253 (66.2)
	知らない	9092 (33.4)	71 (40.1)	42 (22.5)	9205 (33.4)
	無回答	31 (.1)	0 (.0)	64 (34.2)	95 (.3)
	合計	27189 (100.0)	177 (100.0)	187 (100.0)	27553 (100.0)
		$(\chi^2 = 3.474, df = 1, p = 0.062)$			
女性	知っている	19276 (72.3)	64 (62.1)	61 (49.2)	19401 (72.1)
	知らない	7375 (27.7)	38 (36.9)	32 (25.8)	7445 (27.7)
	無回答	15 (.1)	1 (1.0)	31 (25.0)	47 (.2)
	合計	26666 (100.0)	103 (100.0)	124 (100.0)	26893 (100.0)
		$(\chi^2 = 4.658, df = 1, p = 0.031)$			
全体	知っている	37367 (69.3)	171 (60.4)	143 (45.8)	37681 (69.2)
	知らない	16478 (30.6)	110 (38.9)	74 (23.7)	16662 (30.6)
	無回答	46 (.1)	2 (.7)	95 (30.4)	143 (.3)
	合計	53891 (100.0)	283 (100.0)	312 (100.0)	54486 (100.0)
		$(\chi^2 = 9.599, df = 1, p = 0.002)$			

表 15 「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？

		生涯シンナー乱用経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	知っている	16186 (59.5)	88 (49.7)	76 (40.6)	16350 (59.3)
	知らない	10984 (40.4)	89 (50.3)	47 (25.1)	11120 (40.4)
	無回答	19 (.1)	0 (.0)	64 (34.2)	83 (.3)
	合計	27189 (100.0)	177 (100.0)	187 (100.0)	27553 (100.0)
		$(\chi^2 = 7.089, df = 1, p = 0.008)$			
女性	知っている	17236 (64.6)	59 (57.3)	52 (41.9)	17347 (64.5)
	知らない	9421 (35.3)	43 (41.7)	41 (33.1)	9505 (35.3)
	無回答	9 (.0)	1 (1.0)	31 (25.0)	41 (.2)
	合計	26666 (100.0)	103 (100.0)	124 (100.0)	26893 (100.0)
		$(\chi^2 = 2.065, df = 1, p = 0.151)$			
全体	知っている	33443 (62.1)	148 (52.3)	129 (41.3)	33720 (61.9)
	知らない	20420 (37.9)	133 (47.0)	88 (28.2)	20641 (37.9)
	無回答	28 (.1)	2 (.7)	95 (30.4)	125 (.2)
	合計	53891 (100.0)	283 (100.0)	312 (100.0)	54486 (100.0)
		$(\chi^2 = 10.533, df = 1, p = 0.001)$			

表 16 「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？

		生涯シンナー乱用経験		
		経験なし	経験あり	無回答
男性	知っている	20922 (77.0)	119 (67.2)	124 (66.3)
	知らない	6059 (22.3)	56 (31.6)	43 (23.0)
	無回答	208 (.8)	2 (1.1)	20 (10.7)
	合計	27189 (100.0)	177 (100.0)	187 (100.0)
$(\chi^2 = 9.076, df = 1, p = 0.003)$				
女性	知っている	22478 (84.3)	70 (68.0)	85 (68.5)
	知らない	4067 (15.3)	29 (28.2)	32 (25.8)
	無回答	121 (.5)	4 (3.9)	7 (5.6)
	合計	26666 (100.0)	103 (100.0)	124 (100.0)
$(\chi^2 = 14.800, df = 1, p < 0.001)$				
全体	知っている	43427 (80.6)	190 (67.1)	210 (67.3)
	知らない	10134 (18.8)	86 (30.4)	75 (24.0)
	無回答	330 (.6)	7 (2.5)	27 (8.7)
	合計	53891 (100.0)	283 (100.0)	312 (100.0)
$(\chi^2 = 26.744, df = 1, p < 0.001)$				

表 17 「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？

		生涯シンナー乱用経験		
		経験なし	経験あり	無回答
男性	知っている	13980 (51.4)	84 (47.5)	89 (47.6)
	知らない	12767 (47.0)	84 (47.5)	77 (41.2)
	無回答	442 (1.6)	9 (5.1)	21 (11.2)
	合計	27189 (100.0)	177 (100.0)	187 (100.0)
$(\chi^2 = 0.344, df = 1, p = 0.557)$				
女性	知っている	15221 (57.1)	55 (53.4)	48 (38.7)
	知らない	11223 (42.1)	45 (43.7)	68 (54.8)
	無回答	222 (.8)	3 (2.9)	8 (6.5)
	合計	26666 (100.0)	103 (100.0)	124 (100.0)
$(\chi^2 = 0.267, df = 1, p = 0.605)$				
全体	知っている	29221 (54.2)	140 (49.5)	138 (44.2)
	知らない	24004 (44.5)	130 (45.9)	145 (46.5)
	無回答	666 (1.2)	13 (4.6)	29 (9.3)
	合計	53891 (100.0)	283 (100.0)	312 (100.0)
$(\chi^2 = 1.009, df = 1, p = 0.315)$				

表 18 「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？

		生涯シンナー乱用経験		
		経験なし	経験あり	無回答
男性	知っている	16547 (60.9)	101 (57.1)	105 (56.1)
	知らない	10340 (38.0)	72 (40.7)	61 (32.6)
	無回答	302 (1.1)	4 (2.3)	21 (11.2)
	合計	27189 (100.0)	177 (100.0)	187 (100.0)
$(\chi^2 = 0.726, df = 1, p = 0.394)$				
女性	知っている	17595 (66.0)	58 (56.3)	60 (48.4)
	知らない	8913 (33.4)	42 (40.8)	57 (46.0)
	無回答	158 (.6)	3 (2.9)	7 (5.6)
	合計	26666 (100.0)	103 (100.0)	124 (100.0)
$(\chi^2 = 3.130, df = 1, p = 0.077)$				
全体	知っている	34164 (63.4)	160 (56.5)	166 (53.2)
	知らない	19265 (35.7)	115 (40.6)	118 (37.8)
	無回答	462 (.9)	8 (2.8)	28 (9.0)
	合計	53891 (100.0)	283 (100.0)	312 (100.0)
$(\chi^2 = 3.937, df = 1, p = 0.047)$				

表 19 あなたの起床時間はほぼ一定していますか？

		生涯シンナー乱用経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	はい	22807 (83.9)	127 (71.8)	151 (80.7)	23085 (83.8)
	いいえ	4339 (16.0)	49 (27.7)	36 (19.3)	4424 (16.1)
	無回答	43 (.2)	1 (.6)	0 (.0)	44 (.2)
	合計	27189 (100.0)	177 (100.0)	187 (100.0)	27553 (100.0)
$(\chi^2 = 18.236, df = 1, p < 0.001)$					
女性	はい	22784 (85.4)	57 (55.3)	97 (78.2)	22938 (85.3)
	いいえ	3847 (14.4)	45 (43.7)	27 (21.8)	3919 (14.6)
	無回答	35 (.1)	1 (1.0)	0 (.0)	36 (.1)
	合計	26666 (100.0)	103 (100.0)	124 (100.0)	26893 (100.0)
$(\chi^2 = 71.919, df = 1, p < 0.001)$					
全体	はい	45613 (84.6)	184 (65.0)	249 (79.8)	46046 (84.5)
	いいえ	8194 (15.2)	96 (33.9)	63 (20.2)	8353 (15.3)
	無回答	84 (.2)	3 (1.1)	0 (.0)	87 (.2)
	合計	53891 (100.0)	283 (100.0)	312 (100.0)	54486 (100.0)
$(\chi^2 = 77.950, df = 1, p < 0.001)$					

表 20 あなたの就寝時間はほぼ一定していますか？

		生涯シンナー乱用経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	はい	16430 (60.4)	80 (45.2)	102 (54.5)	16612 (60.3)
	いいえ	10674 (39.3)	95 (53.7)	84 (44.9)	10853 (39.4)
	無回答	85 (.3)	2 (1.1)	1 (.5)	88 (.3)
	合計	27189 (100.0)	177 (100.0)	187 (100.0)	27553 (100.0)
$(\chi^2 = 16.165, df = 1, p < 0.001)$					
女性	はい	15673 (58.8)	33 (32.0)	65 (52.4)	15771 (58.6)
	いいえ	10892 (40.8)	69 (67.0)	56 (45.2)	11017 (41.0)
	無回答	101 (.4)	1 (1.0)	3 (2.4)	105 (.4)
	合計	26666 (100.0)	103 (100.0)	124 (100.0)	26893 (100.0)
$(\chi^2 = 29.801, df = 1, p < 0.001)$					
全体	はい	32120 (59.6)	113 (39.9)	168 (53.8)	32401 (59.5)
	いいえ	21579 (40.0)	166 (58.7)	140 (44.9)	21885 (40.2)
	無回答	192 (.4)	4 (1.4)	4 (1.3)	200 (.4)
	合計	53891 (100.0)	283 (100.0)	312 (100.0)	54486 (100.0)
$(\chi^2 = 43.036, df = 1, p < 0.001)$					

表 21 毎朝、朝食を食べていますか？

		生涯シンナー乱用経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	ほとんど毎日食べている	24306 (89.4)	137 (77.4)	159 (85.0)	24602 (89.3)
	時々食べる	1919 (7.1)	25 (14.1)	19 (10.2)	1963 (7.1)
	ほとんど食べない	909 (3.3)	14 (7.9)	8 (4.3)	931 (3.4)
	無回答	55 (.2)	1 (.6)	1 (.5)	57 (.2)
	合計	27189 (100.0)	177 (100.0)	187 (100.0)	27553 (100.0)
$(\chi^2 = 26.157, df = 2, p < 0.001)$					
女性	ほとんど毎日食べている	24109 (90.4)	59 (57.3)	100 (80.6)	24268 (90.2)
	時々食べる	1811 (6.8)	18 (17.5)	20 (16.1)	1849 (6.9)
	ほとんど食べない	700 (2.6)	25 (24.3)	3 (2.4)	728 (2.7)
	無回答	46 (.2)	1 (1.0)	1 (.8)	48 (.2)
	合計	26666 (100.0)	103 (100.0)	124 (100.0)	26893 (100.0)
$(\chi^2 = 208.785, df = 2, p < 0.001)$					
全体	ほとんど毎日食べている	48438 (89.9)	197 (69.6)	260 (83.3)	48895 (89.7)
	時々食べる	3735 (6.9)	43 (15.2)	39 (12.5)	3817 (7.0)
	ほとんど食べない	1611 (3.0)	39 (13.8)	11 (3.5)	1661 (3.0)
	無回答	107 (.2)	4 (1.4)	2 (.6)	113 (.2)
	合計	53891 (100.0)	283 (100.0)	312 (100.0)	54486 (100.0)
$(\chi^2 = 149.858, df = 2, p < 0.001)$					

表 22 あなたにとって、学校生活は次のどれですか？

		生涯シンナー乱用経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	とても楽しい	12959 (47.7)	73 (41.2)	70 (37.4)	13102 (47.6)
	どちらかといえば楽しい	11297 (41.5)	68 (38.4)	90 (48.1)	11455 (41.6)
	あまり楽しくない	2211 (8.1)	16 (9.0)	19 (10.2)	2246 (8.2)
	まったく楽しくない	671 (2.5)	19 (10.7)	7 (3.7)	697 (2.5)
	無回答	51 (.2)	1 (.6)	1 (.5)	53 (.2)
	合計	27189 (100.0)	177 (100.0)	187 (100.0)	27553 (100.0)
		$(\chi^2 = 49.961, df = 3, p < 0.001)$			
女性	とても楽しい	12793 (48.0)	29 (28.2)	56 (45.2)	12878 (47.9)
	どちらかといえば楽しい	10868 (40.8)	33 (32.0)	52 (41.9)	10953 (40.7)
	あまり楽しくない	2412 (9.0)	17 (16.5)	9 (7.3)	2438 (9.1)
	まったく楽しくない	549 (2.1)	22 (21.4)	7 (5.6)	578 (2.1)
	無回答	44 (.2)	2 (1.9)	0 (.0)	46 (.2)
	合計	26666 (100.0)	103 (100.0)	124 (100.0)	26893 (100.0)
		$(\chi^2 = 199.290, df = 3, p < 0.001)$			
全体	とても楽しい	25763 (47.8)	103 (36.4)	126 (40.4)	25992 (47.7)
	どちらかといえば楽しい	22172 (41.1)	101 (35.7)	142 (45.5)	22415 (41.1)
	あまり楽しくない	4630 (8.6)	33 (11.7)	28 (9.0)	4691 (8.6)
	まったく楽しくない	1226 (2.3)	42 (14.8)	14 (4.5)	1282 (2.4)
	無回答	100 (.2)	4 (1.4)	2 (.6)	106 (.2)
	合計	53891 (100.0)	283 (100.0)	312 (100.0)	54486 (100.0)
		$(\chi^2 = 205.173, df = 3, p < 0.001)$			

表 23 クラブ活動（部活）には参加していますか？

		生涯シンナー乱用経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	積極的に参加している	20009 (73.6)	100 (56.5)	131 (70.1)	20240 (73.5)
	消極的に参加している	2494 (9.2)	19 (10.7)	19 (10.2)	2532 (9.2)
	参加していない	4473 (16.5)	54 (30.5)	35 (18.7)	4562 (16.6)
	無回答	213 (.8)	4 (2.3)	2 (1.1)	219 (.8)
	合計	27189 (100.0)	177 (100.0)	187 (100.0)	27553 (100.0)
		$(\chi^2 = 28.852, df = 2, p < 0.001)$			
女性	積極的に参加している	19635 (73.6)	46 (44.7)	95 (76.6)	19776 (73.5)
	消極的に参加している	2309 (8.7)	14 (13.6)	6 (4.8)	2329 (8.7)
	参加していない	4523 (17.0)	43 (41.7)	21 (16.9)	4587 (17.1)
	無回答	199 (.7)	0 (.0)	2 (1.6)	201 (.7)
	合計	26666 (100.0)	103 (100.0)	124 (100.0)	26893 (100.0)
		$(\chi^2 = 51.159, df = 2, p < 0.001)$			
全体	積極的に参加している	39662 (73.6)	147 (51.9)	226 (72.4)	40035 (73.5)
	消極的に参加している	4806 (8.9)	33 (11.7)	25 (8.0)	4864 (8.9)
	参加していない	9005 (16.7)	98 (34.6)	56 (17.9)	9159 (16.8)
	無回答	418 (.8)	5 (1.8)	5 (1.6)	428 (.8)
	合計	53891 (100.0)	283 (100.0)	312 (100.0)	54486 (100.0)
		$(\chi^2 = 74.843, df = 2, p < 0.001)$			

表 24 夕食を週何回くらい家族全員で食べますか？

		生涯シンナー乱用経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	ほとんど毎日	12937 (47.6)	75 (42.4)	84 (44.9)	13096 (47.5)
	5 - 6回	2859 (10.5)	15 (8.5)	23 (12.3)	2897 (10.5)
	4回前後	2803 (10.3)	17 (9.6)	9 (4.8)	2829 (10.3)
	3回前後	2170 (8.0)	10 (5.6)	19 (10.2)	2199 (8.0)
	2回前後	3366 (12.4)	27 (15.3)	17 (9.1)	3410 (12.4)
	ほとんど食べない	2986 (11.0)	33 (18.6)	31 (16.6)	3050 (11.1)
	無回答	68 (.3)	0 (.0)	4 (2.1)	72 (.3)
	合計	27189 (100.0)	177 (100.0)	187 (100.0)	27553 (100.0)
		$(\chi^2 = 13.480, df = 5, p = 0.019)$			
女性	ほとんど毎日	12348 (46.3)	33 (32.0)	62 (50.0)	12443 (46.3)
	5 - 6回	2906 (10.9)	9 (8.7)	18 (14.5)	2933 (10.9)
	4回前後	2536 (9.5)	5 (4.9)	8 (6.5)	2549 (9.5)
	3回前後	2184 (8.2)	6 (5.8)	5 (4.0)	2195 (8.2)
	2回前後	3592 (13.5)	15 (14.6)	17 (13.7)	3624 (13.5)
	ほとんど食べない	3016 (11.3)	35 (34.0)	12 (9.7)	3063 (11.4)
	無回答	84 (.3)	0 (.0)	2 (1.6)	86 (.3)
	合計	26666 (100.0)	103 (100.0)	124 (100.0)	26893 (100.0)
		$(\chi^2 = 54.186, df = 5, p < 0.001)$			
全体	ほとんど毎日	25296 (46.9)	110 (38.9)	147 (47.1)	25553 (46.9)
	5 - 6回	5768 (10.7)	24 (8.5)	41 (13.1)	5833 (10.7)
	4回前後	5340 (9.9)	22 (7.8)	17 (5.4)	5379 (9.9)
	3回前後	4355 (8.1)	16 (5.7)	24 (7.7)	4395 (8.1)
	2回前後	6963 (12.9)	42 (14.8)	34 (10.9)	7039 (12.9)
	ほとんど食べない	6014 (11.2)	68 (24.0)	43 (13.8)	6125 (11.2)
	無回答	155 (.3)	1 (.4)	6 (1.9)	162 (.3)
	合計	53891 (100.0)	283 (100.0)	312 (100.0)	54486 (100.0)
		$(\chi^2 = 50.925, df = 5, p < 0.001)$			

表 25 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？

		生涯シンナー乱用経験			合計
		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	8755 (32.2)	45 (25.4)	52 (27.8)	8852 (32.1)
	1時間未満	6179 (22.7)	39 (22.0)	47 (25.1)	6265 (22.7)
	1時間以上 2時間未満	5786 (21.3)	31 (17.5)	31 (16.6)	5848 (21.2)
	2時間以上 3時間未満	3172 (11.7)	23 (13.0)	20 (10.7)	3215 (11.7)
	3時間以上	3109 (11.4)	38 (21.5)	31 (16.6)	3178 (11.5)
	無回答	188 (.7)	1 (.6)	6 (3.2)	195 (.7)
	合計	27189 (100.0)	177 (100.0)	187 (100.0)	27553 (100.0)
		$(\chi^2 = 19.360, df = 4, p = 0.001)$			
女性	なし、あるいはほとんどなし	10400 (39.0)	26 (25.2)	45 (36.3)	10471 (38.9)
	1時間未満	4902 (18.4)	13 (12.6)	19 (15.3)	4934 (18.3)
	1時間以上 2時間未満	4993 (18.7)	17 (16.5)	27 (21.8)	5037 (18.7)
	2時間以上 3時間未満	3081 (11.6)	14 (13.6)	12 (9.7)	3107 (11.6)
	3時間以上	3097 (11.6)	30 (29.1)	16 (12.9)	3143 (11.7)
	無回答	193 (.7)	3 (2.9)	5 (4.0)	201 (.7)
	合計	26666 (100.0)	103 (100.0)	124 (100.0)	26893 (100.0)
		$(\chi^2 = 35.137, df = 4, p < 0.001)$			
全体	なし、あるいはほとんどなし	19160 (35.6)	71 (25.1)	97 (31.1)	19328 (35.5)
	1時間未満	11085 (20.6)	52 (18.4)	66 (21.2)	11203 (20.6)
	1時間以上 2時間未満	10788 (20.0)	48 (17.0)	59 (18.9)	10895 (20.0)
	2時間以上 3時間未満	6257 (11.6)	37 (13.1)	32 (10.3)	6326 (11.6)
	3時間以上	6217 (11.5)	69 (24.4)	47 (15.1)	6333 (11.6)
	無回答	384 (.7)	6 (2.1)	11 (3.5)	401 (.7)
	合計	53891 (100.0)	283 (100.0)	312 (100.0)	54486 (100.0)
		$(\chi^2 = 51.884, df = 4, p < 0.001)$			

表 26 悩み事があるとき、親と相談する方だと思いますか？

		生涯シンナー乱用経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	よく相談する	3959 (14.6)	16 (9.0)	26 (13.9)	4001 (14.5)
	どちらかといえば相談する	7239 (26.6)	39 (22.0)	49 (26.2)	7327 (26.6)
	どちらかといえば相談しない	6584 (24.2)	40 (22.6)	55 (29.4)	6679 (24.2)
	ほとんど相談しない	9212 (33.9)	73 (41.2)	53 (28.3)	9338 (33.9)
	親がいない	143 (.5)	6 (3.4)	3 (1.6)	152 (.6)
	無回答	52 (.2)	3 (1.7)	1 (.5)	56 (.2)
合計		27189 (100.0)	177 (100.0)	187 (100.0)	27553 (100.0)
$(\chi^2 = 35.055, df = 4, p < 0.001)$					
女性	よく相談する	6708 (25.2)	14 (13.6)	27 (21.8)	6749 (25.1)
	どちらかといえば相談する	8399 (31.5)	20 (19.4)	40 (32.3)	8459 (31.5)
	どちらかといえば相談しない	5061 (19.0)	20 (19.4)	18 (14.5)	5099 (19.0)
	ほとんど相談しない	6341 (23.8)	34 (33.0)	35 (28.2)	6410 (23.8)
	親がいない	117 (.4)	15 (14.6)	2 (1.6)	134 (.5)
	無回答	40 (.2)	0 (.0)	2 (1.6)	42 (.2)
合計		26666 (100.0)	103 (100.0)	124 (100.0)	26893 (100.0)
$(\chi^2 = 428.371, df = 4, p < 0.001)$					
全体	よく相談する	10672 (19.8)	30 (10.6)	53 (17.0)	10755 (19.7)
	どちらかといえば相談する	15643 (29.0)	59 (20.8)	89 (28.5)	15791 (29.0)
	どちらかといえば相談しない	11654 (21.6)	60 (21.2)	74 (23.7)	11788 (21.6)
	ほとんど相談しない	15564 (28.9)	108 (38.2)	88 (28.2)	15760 (28.9)
	親がいない	262 (.5)	22 (7.8)	5 (1.6)	289 (.5)
	無回答	96 (.2)	4 (1.4)	3 (1.0)	103 (.2)
合計		53891 (100.0)	283 (100.0)	312 (100.0)	54486 (100.0)
$(\chi^2 = 316.009, df = 4, p < 0.001)$					

表 27 親しく遊べる友人がありますか？

		生涯シンナー乱用経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	いる	26237 (96.5)	164 (92.7)	175 (93.6)	26576 (96.5)
	いない	833 (3.1)	11 (6.2)	10 (5.3)	854 (3.1)
	無回答	119 (.4)	2 (1.1)	2 (1.1)	123 (.4)
	合計	27189 (100.0)	177 (100.0)	187 (100.0)	27553 (100.0)
$(\chi^2 = 5.963, df = 1, p = 0.015)$					
女性	いる	25870 (97.0)	84 (81.6)	117 (94.4)	26071 (96.9)
	いない	707 (2.7)	19 (18.4)	5 (4.0)	731 (2.7)
	無回答	89 (.3)	0 (.0)	2 (1.6)	91 (.3)
	合計	26666 (100.0)	103 (100.0)	124 (100.0)	26893 (100.0)
$(\chi^2 = 96.595, df = 1, p < 0.001)$					
全体	いる	52138 (96.7)	250 (88.3)	293 (93.9)	52681 (96.7)
	いない	1542 (2.9)	31 (11.0)	15 (4.8)	1588 (2.9)
	無回答	211 (.4)	2 (.7)	4 (1.3)	217 (.4)
	合計	53891 (100.0)	283 (100.0)	312 (100.0)	54486 (100.0)
$(\chi^2 = 65.760, df = 1, p < 0.001)$					

表 28 相談事のできる友人がいますか？

		生涯シンナー乱用経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	いる	23181 (85.3)	138 (78.0)	155 (82.9)	23474 (85.2)
	いない	3665 (13.5)	36 (20.3)	28 (15.0)	3729 (13.5)
	無回答	343 (1.3)	3 (1.7)	4 (2.1)	350 (1.3)
	合計	27189 (100.0)	177 (100.0)	187 (100.0)	27553 (100.0)
					($\chi^2 = 7.243$, df = 1, p = 0.007)
女性	いる	24236 (90.9)	72 (69.9)	111 (89.5)	24419 (90.8)
	いない	2141 (8.0)	30 (29.1)	8 (6.5)	2179 (8.1)
	無回答	289 (1.1)	1 (1.0)	5 (4.0)	295 (1.1)
	合計	26666 (100.0)	103 (100.0)	124 (100.0)	26893 (100.0)
					($\chi^2 = 61.216$, df = 1, p < 0.001)
全体	いる	47441 (88.0)	212 (74.9)	267 (85.6)	47920 (87.9)
	いない	5815 (10.8)	67 (23.7)	36 (11.5)	5918 (10.9)
	無回答	635 (1.2)	4 (1.4)	9 (2.9)	648 (1.2)
	合計	53891 (100.0)	283 (100.0)	312 (100.0)	54486 (100.0)
					($\chi^2 = 48.667$, df = 1, p < 0.001)

表 29 喫煙の生涯経験率

		1年			2年	3年	合計
		1年	2年	3年			
男性	喫煙経験なし	8846 (95.8)	8535 (93.4)	8232 (89.7)	25613 (93.0)		
	喫煙経験あり	335 (3.6)	561 (6.1)	897 (9.8)		1793 (6.5)	
	無回答	56 (.6)	45 (.5)	46 (.5)		147 (.5)	
	合計	9237 (100.0)	9141 (100.0)	9175 (100.0)		27553 (100.0)	
					($\chi^2 = 288.775$, df = 2, p < 0.001)		
女性	喫煙経験なし	8569 (97.8)	8724 (96.3)	8576 (94.5)	25869 (96.2)		
	喫煙経験あり	174 (2.0)	300 (3.3)	469 (5.2)		943 (3.5)	
	無回答	17 (.2)	33 (.4)	31 (.3)		81 (.3)	
	合計	8760 (100.0)	9057 (100.0)	9076 (100.0)		26893 (100.0)	
					($\chi^2 = 135.226$, df = 2, p < 0.001)		
全体	喫煙経験なし	17423 (96.8)	17271 (94.8)	16817 (92.1)	51511 (94.5)		
	喫煙経験あり	510 (2.8)	865 (4.7)	1371 (7.5)		2746 (5.0)	
	無回答	73 (.4)	78 (.4)	78 (.4)		229 (.4)	
	合計	18006 (100.0)	18214 (100.0)	18266 (100.0)		54486 (100.0)	
					($\chi^2 = 418.895$, df = 2, p < 0.001)		

表 30 喫煙の1年経験率

		1年			2年	3年	合計
		1年	2年	3年			
男性	経験なし	9072 (98.2)	8848 (96.8)	8701 (94.8)	26621 (96.6)		
	経験あり	126 (1.4)	261 (2.9)	447 (4.9)		834 (3.0)	
	無回答	39 (.4)	32 (.4)	27 (.3)		98 (.4)	
	合計	9237 (100.0)	9141 (100.0)	9175 (100.0)		27553 (100.0)	
					($\chi^2 = 193.924$, df = 2, p < 0.001)		
女性	経験なし	8700 (99.3)	8902 (98.3)	8831 (97.3)	26433 (98.3)		
	経験あり	54 (.6)	134 (1.5)	226 (2.5)		414 (1.5)	
	無回答	6 (.1)	21 (.2)	19 (.2)		46 (.2)	
	合計	8760 (100.0)	9057 (100.0)	9076 (100.0)		26893 (100.0)	
					($\chi^2 = 103.767$, df = 2, p < 0.001)		
全体	経験なし	17780 (98.7)	17762 (97.5)	17543 (96.0)	53085 (97.4)		
	経験あり	180 (1.0)	399 (2.2)	676 (3.7)		1255 (2.3)	
	無回答	46 (.3)	53 (.3)	47 (.3)		146 (.3)	
	合計	18006 (100.0)	18214 (100.0)	18266 (100.0)		54486 (100.0)	
					($\chi^2 = 295.536$, df = 2, p < 0.001)		

表 31 未成年の喫煙をどう思いますか？（法の遵守）

		生涯喫煙経験			合計
		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	23977 (93.6)	1045 (58.3)	94 (63.9)	25116 (91.2)
	法律で禁じられてはいるが少々なら構わない	1053 (4.1)	486 (27.1)	11 (7.5)	1550 (5.6)
	法律で禁じられてはいるが全然構わない	508 (2.0)	254 (14.2)	5 (3.4)	767 (2.8)
	無回答	75 (.3)	8 (.4)	37 (25.2)	120 (.4)
	合計	25613 (100.0)	1793 (100.0)	147 (100.0)	27553 (100.0)
		$(\chi^2 = 2704.967, df = 2, p < 0.001)$			
女性	法律で禁じられているから吸うべきではない	24702 (95.5)	530 (56.2)	52 (64.2)	25284 (94.0)
	法律で禁じられてはいるが少々なら構わない	878 (3.4)	291 (30.9)	8 (9.9)	1177 (4.4)
	法律で禁じられてはいるが全然構わない	242 (.9)	115 (12.2)	4 (4.9)	361 (1.3)
	無回答	47 (.2)	7 (.7)	17 (21.0)	71 (.3)
	合計	25869 (100.0)	943 (100.0)	81 (100.0)	26893 (100.0)
		$(\chi^2 = 2603.193, df = 2, p < 0.001)$			
全体	法律で禁じられているから吸うべきではない	48701 (94.5)	1579 (57.5)	147 (64.2)	50427 (92.6)
	法律で禁じられてはいるが少々なら構わない	1935 (3.8)	779 (28.4)	19 (8.3)	2733 (5.0)
	法律で禁じられてはいるが全然構わない	751 (1.5)	373 (13.6)	9 (3.9)	1133 (2.1)
	無回答	124 (.2)	15 (.5)	54 (23.6)	193 (.4)
	合計	51511 (100.0)	2746 (100.0)	229 (100.0)	54486 (100.0)
		$(\chi^2 = 5408.230, df = 2, p < 0.001)$			

表 32 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			合計
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	
男性	当然だと思う	20682 (80.7)	701 (39.1)	82 (55.8)	21465 (77.9)
	仕方のないことだと思う	3411 (13.3)	610 (34.0)	16 (10.9)	4037 (14.7)
	成人が吸えて未成年者が吸えないのはおかしい	231 (.9)	137 (7.6)	0 (.0)	368 (1.3)
	法律で決める必要はなく個人の自由	1198 (4.7)	332 (18.5)	10 (6.8)	1540 (5.6)
	無回答	91 (.4)	13 (.7)	39 (26.5)	143 (.5)
	合計	25613 (100.0)	1793 (100.0)	147 (100.0)	27553 (100.0)
		$(\chi^2 = 2010.212, df = 3, p < 0.001)$			
女性	当然だと思う	21706 (83.9)	325 (34.5)	46 (56.8)	22077 (82.1)
	仕方のないことだと思う	3074 (11.9)	329 (34.9)	14 (17.3)	3417 (12.7)
	成人が吸えて未成年者が吸えないのはおかしい	211 (.8)	77 (8.2)	2 (2.5)	290 (1.1)
	法律で決める必要はなく個人の自由	808 (3.1)	204 (21.6)	2 (2.5)	1014 (3.8)
	無回答	70 (.3)	8 (.8)	17 (21.0)	95 (.4)
	合計	25869 (100.0)	943 (100.0)	81 (100.0)	26893 (100.0)
		$(\chi^2 = 1943.954, df = 3, p < 0.001)$			
全体	当然だと思う	42407 (82.3)	1030 (37.5)	129 (56.3)	43566 (80.0)
	仕方のないことだと思う	6490 (12.6)	941 (34.3)	30 (13.1)	7461 (13.7)
	成人が吸えて未成年者が吸えないのはおかしい	443 (.9)	215 (7.8)	2 (.9)	660 (1.2)
	法律で決める必要はなく個人の自由	2009 (3.9)	539 (19.6)	12 (5.2)	2560 (4.7)
	無回答	162 (.3)	21 (.8)	56 (24.5)	239 (.4)
	合計	51511 (100.0)	2746 (100.0)	229 (100.0)	54486 (100.0)
		$(\chi^2 = 3981.474, df = 3, p < 0.001)$			

表 33 健康面から喫煙をどう思いますか？

		生涯喫煙経験			合計
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	
男性	害ばかりで良い面はない	21869 (85.4)	1138 (63.5)	93 (63.3)	23100 (83.8)
	害もあるが良い面もある	2473 (9.7)	502 (28.0)	14 (9.5)	2989 (10.8)
	害よりも良い面の方が多い	176 (.7)	75 (4.2)	2 (1.4)	253 (.9)
	無回答	1095 (4.3)	78 (4.4)	38 (25.9)	1211 (4.4)
	合計	25613 (100.0)	1793 (100.0)	147 (100.0)	27553 (100.0)
		$(\chi^2 = 839.378, df = 2, p < 0.001)$			
女性	害ばかりで良い面はない	23323 (90.2)	603 (63.9)	49 (60.5)	23975 (89.1)
	害もあるが良い面もある	1844 (7.1)	269 (28.5)	11 (13.6)	2124 (7.9)
	害よりも良い面の方が多い	87 (.3)	33 (3.5)	2 (2.5)	122 (.5)
	無回答	615 (2.4)	38 (4.0)	19 (23.5)	672 (2.5)
	合計	25869 (100.0)	943 (100.0)	81 (100.0)	26893 (100.0)
		$(\chi^2 = 814.640, df = 2, p < 0.001)$			
全体	害ばかりで良い面はない	45214 (87.8)	1744 (63.5)	143 (62.4)	47101 (86.4)
	害もあるが良い面もある	4320 (8.4)	772 (28.1)	25 (10.9)	5117 (9.4)
	害よりも良い面の方が多い	265 (.5)	113 (4.1)	4 (1.7)	382 (.7)
	無回答	1712 (3.3)	117 (4.3)	57 (24.9)	1886 (3.5)
	合計	51511 (100.0)	2746 (100.0)	229 (100.0)	54486 (100.0)
		$(\chi^2 = 1758.622, df = 2, p < 0.001)$			

表 34 起床時間は一定していますか？

		生涯喫煙経験			合計
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	
男性	はい	21713 (84.8)	1248 (69.6)	124 (84.4)	23085 (83.8)
	いいえ	3859 (15.1)	542 (30.2)	23 (15.6)	4424 (16.1)
	無回答	41 (.2)	3 (.2)	0 (.0)	44 (.2)
	合計	25613 (100.0)	1793 (100.0)	147 (100.0)	27553 (100.0)
		$(\chi^2 = 285.930, df = 1, p < 0.001)$			
女性	はい	22258 (86.0)	620 (65.7)	60 (74.1)	22938 (85.3)
	いいえ	3578 (13.8)	320 (33.9)	21 (25.9)	3919 (14.6)
	無回答	33 (.1)	3 (.3)	0 (.0)	36 (.1)
	合計	25869 (100.0)	943 (100.0)	81 (100.0)	26893 (100.0)
		$(\chi^2 = 297.351, df = 1, p < 0.001)$			
全体	はい	43991 (85.4)	1870 (68.1)	185 (80.8)	46046 (84.5)
	いいえ	7442 (14.4)	867 (31.6)	44 (19.2)	8353 (15.3)
	無回答	78 (.2)	9 (.3)	0 (.0)	87 (.2)
	合計	51511 (100.0)	2746 (100.0)	229 (100.0)	54486 (100.0)
		$(\chi^2 = 592.556, df = 1, p < 0.001)$			

表 35 就寝時間は一定していますか？

		生涯喫煙経験			合計
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	
男性	はい	15732 (61.4)	797 (44.5)	83 (56.5)	16612 (60.3)
	いいえ	9799 (38.3)	990 (55.2)	64 (43.5)	10853 (39.4)
	無回答	82 (.3)	6 (.3)	0 (.0)	88 (.3)
	合計	25613 (100.0)	1793 (100.0)	147 (100.0)	27553 (100.0)
		$(\chi^2 = 202.441, df = 1, p < 0.001)$			
女性	はい	15426 (59.6)	311 (33.0)	34 (42.0)	15771 (58.6)
	いいえ	10347 (40.0)	623 (66.1)	47 (58.0)	11017 (41.0)
	無回答	96 (.4)	9 (1.0)	0 (.0)	105 (.4)
	合計	25869 (100.0)	943 (100.0)	81 (100.0)	26893 (100.0)
		$(\chi^2 = 262.617, df = 1, p < 0.001)$			
全体	はい	31173 (60.5)	1110 (40.4)	118 (51.5)	32401 (59.5)
	いいえ	20156 (39.1)	1618 (58.9)	111 (48.5)	21885 (40.2)
	無回答	182 (.4)	18 (.7)	0 (.0)	200 (.4)
	合計	51511 (100.0)	2746 (100.0)	229 (100.0)	54486 (100.0)
		$(\chi^2 = 432.569, df = 1, p < 0.001)$			

表 36 毎朝、朝食を食べますか？

生涯喫煙経験					
	喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	合計	
男性	ほとんど毎日食べている	23200 (90.6)	1278 (71.3)	124 (84.4)	24602 (89.3)
	時々食べる	1634 (6.4)	312 (17.4)	17 (11.6)	1963 (7.1)
	ほとんど食べない	728 (2.8)	198 (11.0)	5 (3.4)	931 (3.4)
	無回答	51 (.2)	5 (.3)	1 (.7)	57 (.2)
	合計	25613 (100.0)	1793 (100.0)	147 (100.0)	27553 (100.0)
$(\chi^2 = 690.563, df = 2, p < 0.001)$					
女性	ほとんど毎日食べている	23596 (91.2)	604 (64.1)	68 (84.0)	24268 (90.2)
	時々食べる	1641 (6.3)	200 (21.2)	8 (9.9)	1849 (6.9)
	ほとんど食べない	585 (2.3)	138 (14.6)	5 (6.2)	728 (2.7)
	無回答	47 (.2)	1 (.1)	0 (.0)	48 (.2)
	合計	25869 (100.0)	943 (100.0)	81 (100.0)	26893 (100.0)
$(\chi^2 = 883.082, df = 2, p < 0.001)$					
全体	ほとんど毎日食べている	46816 (90.9)	1886 (68.7)	193 (84.3)	48895 (89.7)
	時々食べる	3278 (6.4)	514 (18.7)	25 (10.9)	3817 (7.0)
	ほとんど食べない	1315 (2.6)	336 (12.2)	10 (4.4)	1661 (3.0)
	無回答	102 (.2)	10 (.4)	1 (.4)	113 (.2)
	合計	51511 (100.0)	2746 (100.0)	229 (100.0)	54486 (100.0)
$(\chi^2 = 1518.114, df = 2, p < 0.001)$					

表 37 あなたにとって学校生活は？

生涯喫煙経験					
	喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	合計	
男性	とても楽しい	12352 (48.2)	683 (38.1)	67 (45.6)	13102 (47.6)
	どちらかといえば楽しい	10640 (41.5)	757 (42.2)	58 (39.5)	11455 (41.6)
	あまり楽しくない	2000 (7.8)	230 (12.8)	16 (10.9)	2246 (8.2)
	まったく楽しくない	571 (2.2)	121 (6.7)	5 (3.4)	697 (2.5)
	無回答	50 (.2)	2 (.1)	1 (.7)	53 (.2)
合計					
25613 (100.0) $(\chi^2 = 223.607, df = 3, p < 0.001)$					
女性	とても楽しい	12566 (48.6)	281 (29.8)	31 (38.3)	12878 (47.9)
	どちらかといえば楽しい	10517 (40.7)	399 (42.3)	37 (45.7)	10953 (40.7)
	あまり楽しくない	2267 (8.8)	163 (17.3)	8 (9.9)	2438 (9.1)
	まったく楽しくない	476 (1.8)	98 (10.4)	4 (4.9)	578 (2.1)
	無回答	43 (.2)	2 (.2)	1 (1.2)	46 (.2)
合計					
25869 (100.0) $(\chi^2 = 451.507, df = 3, p < 0.001)$					
全体	とても楽しい	24928 (48.4)	966 (35.2)	98 (42.8)	25992 (47.7)
	どちらかといえば楽しい	21164 (41.1)	1156 (42.1)	95 (41.5)	22415 (41.1)
	あまり楽しくない	4273 (8.3)	394 (14.3)	24 (10.5)	4691 (8.6)
	まったく楽しくない	1050 (2.0)	223 (8.1)	9 (3.9)	1282 (2.4)
	無回答	96 (.2)	7 (.3)	3 (1.3)	106 (.2)
合計					
51511 (100.0) $(\chi^2 = 618.557, df = 3, p < 0.001)$					

表 38 クラブ活動に参加していますか？

		生涯喫煙経験			
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	合計
男性	積極的に参加している	19151 (74.8)	984 (54.9)	105 (71.4)	20240 (73.5)
	消極的に参加している	2232 (8.7)	284 (15.8)	16 (10.9)	2532 (9.2)
	参加していない	4038 (15.8)	500 (27.9)	24 (16.3)	4562 (16.6)
	無回答	192 (.7)	25 (1.4)	2 (1.4)	219 (.8)
	合計	25613 (100.0)	1793 (100.0)	147 (100.0)	27553 (100.0)
$(\chi^2 = 333.388, df = 2, p < 0.001)$					
女性	積極的に参加している	19296 (74.6)	432 (45.8)	48 (59.3)	19776 (73.5)
	消極的に参加している	2173 (8.4)	154 (16.3)	2 (2.5)	2329 (8.7)
	参加していない	4208 (16.3)	349 (37.0)	30 (37.0)	4587 (17.1)
	無回答	192 (.7)	8 (.8)	1 (1.2)	201 (.7)
	合計	25869 (100.0)	943 (100.0)	81 (100.0)	26893 (100.0)
$(\chi^2 = 399.086, df = 2, p < 0.001)$					
全体	積極的に参加している	38462 (74.7)	1420 (51.7)	153 (66.8)	40035 (73.5)
	消極的に参加している	4408 (8.6)	438 (16.0)	18 (7.9)	4864 (8.9)
	参加していない	8253 (16.0)	852 (31.0)	54 (23.6)	9159 (16.8)
	無回答	388 (.8)	36 (1.3)	4 (1.7)	428 (.8)
	合計	51511 (100.0)	2746 (100.0)	229 (100.0)	54486 (100.0)
$(\chi^2 = 699.680, df = 2, p < 0.001)$					

表 39 週何回、家族全員で夕食を食べますか？

		生涯喫煙経験			
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	合計
男性	ほとんど毎日	12279 (47.9)	747 (41.7)	70 (47.6)	13096 (47.5)
	5 - 6 回	2682 (10.5)	197 (11.0)	18 (12.2)	2897 (10.5)
	4 回前後	2641 (10.3)	180 (10.0)	8 (5.4)	2829 (10.3)
	3 回前後	2047 (8.0)	142 (7.9)	10 (6.8)	2199 (8.0)
	2 回前後	3179 (12.4)	211 (11.8)	20 (13.6)	3410 (12.4)
女性	ほとんど食べない	2720 (10.6)	310 (17.3)	20 (13.6)	3050 (11.1)
	無回答	65 (.3)	6 (.3)	1 (.7)	72 (.3)
	合計	25613 (100.0)	1793 (100.0)	147 (100.0)	27553 (100.0)
	$(\chi^2 = 82.498, df = 5, p < 0.001)$				
全体	ほとんど毎日	12059 (46.6)	341 (36.2)	43 (53.1)	12443 (46.3)
	5 - 6 回	2839 (11.0)	90 (9.5)	4 (4.9)	2933 (10.9)
	4 回前後	2452 (9.5)	91 (9.7)	6 (7.4)	2549 (9.5)
	3 回前後	2119 (8.2)	68 (7.2)	8 (9.9)	2195 (8.2)
	2 回前後	3505 (13.5)	108 (11.5)	11 (13.6)	3624 (13.5)
女性	ほとんど食べない	2811 (10.9)	243 (25.8)	9 (11.1)	3063 (11.4)
	無回答	84 (.3)	2 (.2)	0 (.0)	86 (.3)
	合計	25869 (100.0)	943 (100.0)	81 (100.0)	26893 (100.0)
	$(\chi^2 = 204.453, df = 5, p < 0.001)$				
全体	ほとんど毎日	24347 (47.3)	1092 (39.8)	114 (49.8)	25553 (46.9)
	5 - 6 回	5524 (10.7)	287 (10.5)	22 (9.6)	5833 (10.7)
	4 回前後	5094 (9.9)	271 (9.9)	14 (6.1)	5379 (9.9)
	3 回前後	4167 (8.1)	210 (7.6)	18 (7.9)	4395 (8.1)
	2 回前後	6688 (13.0)	320 (11.7)	31 (13.5)	7039 (12.9)
女性	ほとんど食べない	5542 (10.8)	554 (20.2)	29 (12.7)	6125 (11.2)
	無回答	149 (.3)	12 (.4)	1 (.4)	162 (.3)
	合計	51511 (100.0)	2746 (100.0)	229 (100.0)	54486 (100.0)
	$(\chi^2 = 241.690, df = 5, p < 0.001)$				

表 40 一日の大人不在の平均時間

		生涯喫煙経験			合計
		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	8367 (32.7)	446 (24.9)	39 (26.5)	8852 (32.1)
	1時間未満	5912 (23.1)	324 (18.1)	29 (19.7)	6265 (22.7)
	1時間以上 2時間未満	5459 (21.3)	353 (19.7)	36 (24.5)	5848 (21.2)
	2時間以上 3時間未満	2947 (11.5)	254 (14.2)	14 (9.5)	3215 (11.7)
	3時間以上	2746 (10.7)	407 (22.7)	25 (17.0)	3178 (11.5)
	無回答	182 (.7)	9 (.5)	4 (2.7)	195 (.7)
	合計	25613 (100.0)	1793 (100.0)	147 (100.0)	27553 (100.0)
		$(\chi^2 = 270.860, df = 4, p < 0.001)$			
女性	なし、あるいはほとんどなし	10211 (39.5)	238 (25.2)	22 (27.2)	10471 (38.9)
	1時間未満	4797 (18.5)	123 (13.0)	14 (17.3)	4934 (18.3)
	1時間以上 2時間未満	4873 (18.8)	146 (15.5)	18 (22.2)	5037 (18.7)
	2時間以上 3時間未満	2947 (11.4)	148 (15.7)	12 (14.8)	3107 (11.6)
	3時間以上	2859 (11.1)	271 (28.7)	13 (16.0)	3143 (11.7)
	無回答	182 (.7)	17 (1.8)	2 (2.5)	201 (.7)
	合計	25869 (100.0)	943 (100.0)	81 (100.0)	26893 (100.0)
		$(\chi^2 = 329.429, df = 4, p < 0.001)$			
全体	なし、あるいはほとんどなし	18581 (36.1)	686 (25.0)	61 (26.6)	19328 (35.5)
	1時間未満	10713 (20.8)	447 (16.3)	43 (18.8)	11203 (20.6)
	1時間以上 2時間未満	10339 (20.1)	501 (18.2)	55 (24.0)	10895 (20.0)
	2時間以上 3時間未満	5898 (11.4)	402 (14.6)	26 (11.4)	6326 (11.6)
	3時間以上	5614 (10.9)	681 (24.8)	38 (16.6)	6333 (11.6)
	無回答	366 (.7)	29 (1.1)	6 (2.6)	401 (.7)
	合計	51511 (100.0)	2746 (100.0)	229 (100.0)	54486 (100.0)
		$(\chi^2 = 579.368, df = 4, p < 0.001)$			

表 41 親と相談するか？

		生涯喫煙経験			合計
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	
男性	よく相談する	3804 (14.9)	178 (9.9)	19 (12.9)	4001 (14.5)
	どちらかといえば相談する	7006 (27.4)	291 (16.2)	30 (20.4)	7327 (26.6)
	どちらかといえば相談しない	6206 (24.2)	432 (24.1)	41 (27.9)	6679 (24.2)
	ほとんど相談しない	8449 (33.0)	836 (46.6)	53 (36.1)	9338 (33.9)
	親がいない	100 (.4)	50 (2.8)	2 (1.4)	152 (.6)
	無回答	48 (.2)	6 (.3)	2 (1.4)	56 (.2)
	合計	25613 (100.0)	1793 (100.0)	147 (100.0)	27553 (100.0)
		$(\chi^2 = 374.413, df = 4, p < 0.001)$			
女性	よく相談する	6591 (25.5)	144 (15.3)	14 (17.3)	6749 (25.1)
	どちらかといえば相談する	8192 (31.7)	239 (25.3)	28 (34.6)	8459 (31.5)
	どちらかといえば相談しない	4902 (18.9)	184 (19.5)	13 (16.0)	5099 (19.0)
	ほとんど相談しない	6042 (23.4)	344 (36.5)	24 (29.6)	6410 (23.8)
	親がいない	104 (.4)	29 (3.1)	1 (1.2)	134 (.5)
	無回答	38 (.1)	3 (.3)	1 (1.2)	42 (.2)
	合計	25869 (100.0)	943 (100.0)	81 (100.0)	26893 (100.0)
		$(\chi^2 = 246.715, df = 4, p < 0.001)$			
全体	よく相談する	10400 (20.2)	322 (11.7)	33 (14.4)	10755 (19.7)
	どちらかといえば相談する	15202 (29.5)	531 (19.3)	58 (25.3)	15791 (29.0)
	どちらかといえば相談しない	11114 (21.6)	619 (22.5)	55 (24.0)	11788 (21.6)
	ほとんど相談しない	14502 (28.2)	1181 (43.0)	77 (33.6)	15760 (28.9)
	親がいない	204 (.4)	82 (3.0)	3 (1.3)	289 (.5)
	無回答	89 (.2)	11 (.4)	3 (1.3)	103 (.2)
	合計	51511 (100.0)	2746 (100.0)	229 (100.0)	54486 (100.0)
		$(\chi^2 = 720.997, df = 4, p < 0.001)$			

表 42 親しく遊べる友人はいますか？

		生涯喫煙経験			合計
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	
男性	いる	24722 (96.5)	1715 (95.6)	139 (94.6)	26576 (96.5)
	いない	780 (3.0)	66 (3.7)	8 (5.4)	854 (3.1)
	無回答	111 (.4)	12 (.7)	0 (.0)	123 (.4)
	合計	25613 (100.0)	1793 (100.0)	147 (100.0)	27553 (100.0)
		$(\chi^2 = 2.321, df = 1, p = 0.128)$			
女性	いる	25119 (97.1)	873 (92.6)	79 (97.5)	26071 (96.9)
	いない	662 (2.6)	67 (7.1)	2 (2.5)	731 (2.7)
	無回答	88 (.3)	3 (.3)	0 (.0)	91 (.3)
	合計	25869 (100.0)	943 (100.0)	81 (100.0)	26893 (100.0)
		$(\chi^2 = 71.059, df = 1, p < 0.001)$			
全体	いる	49867 (96.8)	2595 (94.5)	219 (95.6)	52681 (96.7)
	いない	1444 (2.8)	134 (4.9)	10 (4.4)	1588 (2.9)
	無回答	200 (.4)	17 (.6)	0 (.0)	217 (.4)
	合計	51511 (100.0)	2746 (100.0)	229 (100.0)	54486 (100.0)
		$(\chi^2 = 40.157, df = 1, p < 0.001)$			

表 43 相談事の出来る友人はいますか？

		生涯喫煙経験			合計
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	
男性	いる	21829 (85.2)	1525 (85.1)	120 (81.6)	23474 (85.2)
	いない	3468 (13.5)	235 (13.1)	26 (17.7)	3729 (13.5)
	無回答	316 (1.2)	33 (1.8)	1 (.7)	350 (1.3)
	合計	25613 (100.0)	1793 (100.0)	147 (100.0)	27553 (100.0)
		$(\chi^2 = 0.177, df = 1, p = 0.674)$			
女性	いる	23550 (91.0)	801 (84.9)	68 (84.0)	24419 (90.8)
	いない	2038 (7.9)	129 (13.7)	12 (14.8)	2179 (8.1)
	無回答	281 (1.1)	13 (1.4)	1 (1.2)	295 (1.1)
	合計	25869 (100.0)	943 (100.0)	81 (100.0)	26893 (100.0)
		$(\chi^2 = 41.717, df = 1, p < 0.001)$			
全体	いる	45399 (88.1)	2332 (84.9)	189 (82.5)	47920 (87.9)
	いない	5514 (10.7)	366 (13.3)	38 (16.6)	5918 (10.9)
	無回答	598 (1.2)	48 (1.7)	2 (.9)	648 (1.2)
	合計	51511 (100.0)	2746 (100.0)	229 (100.0)	54486 (100.0)
		$(\chi^2 = 19.633, df = 1, p < 0.001)$			

表 44 飲酒の生涯経験率

	学年				
	1年	2年	3年	合計	
男性					
飲んだ経験なし	6336 (68.6)	5836 (63.8)	5251 (57.2)	17423 (63.2)	($\chi^2 = 257.786$, df = 2, p < 0.001)
冠婚葬祭	1729 (18.7)	1973 (21.6)	2316 (25.2)	6018 (21.8)	($\chi^2 = 115.306$, df = 2, p < 0.001)
家族と食事などで	1201 (13.0)	1408 (15.4)	1663 (18.1)	4272 (15.5)	($\chi^2 = 92.330$, df = 2, p < 0.001)
クラス会、打ち上げなど	186 (2.0)	220 (2.4)	294 (3.2)	700 (2.5)	($\chi^2 = 27.347$, df = 2, p < 0.001)
カラオケ、居酒屋など	76 (.8)	85 (.9)	134 (1.5)	295 (1.1)	($\chi^2 = 20.233$, df = 2, p < 0.001)
自分の部屋など	129 (1.4)	202 (2.2)	486 (5.3)	817 (3.0)	($\chi^2 = 270.506$, df = 2, p < 0.001)
一人で	211 (2.3)	276 (3.0)	419 (4.6)	906 (3.3)	($\chi^2 = 78.515$, df = 2, p < 0.001)
その他の機会に	0 (.0)	1 (.0)	0 (.0)	1 (.0)	
無回答	55 (.6)	37 (.4)	31 (.3)	123 (.4)	
合計	9237 (100.0)	9141 (100.0)	9175 (100.0)	27553 (100.0)	
女性					
飲んだ経験なし	6423 (73.3)	6046 (66.8)	5612 (61.8)	18081 (67.2)	($\chi^2 = 268.478$, df = 2, p < 0.001)
冠婚葬祭	1367 (15.6)	1684 (18.6)	1918 (21.1)	4969 (18.5)	($\chi^2 = 90.544$, df = 2, p < 0.001)
家族と食事などで	1128 (12.9)	1600 (17.7)	1860 (20.5)	4588 (17.1)	($\chi^2 = 186.313$, df = 2, p < 0.001)
クラス会、打ち上げなど	129 (1.5)	181 (2.0)	298 (3.3)	608 (2.3)	($\chi^2 = 70.399$, df = 2, p < 0.001)
カラオケ、居酒屋など	65 (.7)	116 (1.3)	164 (1.8)	345 (1.3)	($\chi^2 = 39.920$, df = 2, p < 0.001)
自分の部屋など	107 (1.2)	234 (2.6)	481 (5.3)	822 (3.1)	($\chi^2 = 260.511$, df = 2, p < 0.001)
一人で	126 (1.4)	231 (2.6)	363 (4.0)	720 (2.7)	($\chi^2 = 113.065$, df = 2, p < 0.001)
その他の機会に	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	
無回答	28 (.3)	26 (.3)	26 (.3)	80 (.3)	
合計	8760 (100.0)	9057 (100.0)	9076 (100.0)	26893 (100.0)	
全体					
飲んだ経験なし	12763 (70.9)	11891 (65.3)	10869 (59.5)	35523 (65.2)	($\chi^2 = 517.426$, df = 2, p < 0.001)
冠婚葬祭	3100 (17.2)	3661 (20.1)	4235 (23.2)	10996 (20.2)	($\chi^2 = 200.647$, df = 2, p < 0.001)
家族と食事などで	2333 (13.0)	3011 (16.5)	3526 (19.3)	8870 (16.3)	($\chi^2 = 269.272$, df = 2, p < 0.001)
クラス会、打ち上げなど	318 (1.8)	404 (2.2)	592 (3.2)	1314 (2.4)	($\chi^2 = 88.169$, df = 2, p < 0.001)
カラオケ、居酒屋など	143 (.8)	202 (1.1)	299 (1.6)	644 (1.2)	($\chi^2 = 56.382$, df = 2, p < 0.001)
自分の部屋など	238 (1.3)	439 (2.4)	970 (5.3)	1647 (3.0)	($\chi^2 = 527.128$, df = 2, p < 0.001)
一人で	339 (1.9)	508 (2.8)	787 (4.3)	1634 (3.0)	($\chi^2 = 187.573$, df = 2, p < 0.001)
その他の機会に	0 (.0)	1 (.0)	0 (.0)	1 (.0)	
無回答	83 (.5)	63 (.3)	58 (.3)	204 (.4)	
合計	18006 (100.0)	18214 (100.0)	18266 (100.0)	54486 (100.0)	

表 45 「シンナー遊び」経験と飲酒の経験・機会（複数回答）

	経験なし	経験あり	無回答	生涯シンナー乱用経験	
				合計	
男性					
飲んだ経験なし	17296 (63.6)	51 (28.8)	76 (40.6)	17423 (63.2)	($\chi^2 = 91.769, df = 1, p < 0.001$)
冠婚葬祭	5923 (21.8)	59 (33.3)	36 (19.3)	6018 (21.8)	($\chi^2 = 13.731, df = 1, p = 0.050$)
家族と食事などで	4187 (15.4)	55 (31.1)	30 (16.0)	4272 (15.5)	($\chi^2 = 32.983, df = 1, p < 0.001$)
クラス会、打ち上げなど	666 (2.4)	25 (14.1)	9 (4.8)	700 (2.5)	($\chi^2 = 97.385, df = 1, p < 0.001$)
カラオケ、居酒屋など	272 (1.0)	19 (10.7)	4 (2.1)	295 (1.1)	($\chi^2 = 158.381, df = 1, p < 0.001$)
自分の部屋など	775 (2.9)	34 (19.2)	8 (4.3)	817 (3.0)	($\chi^2 = 164.038, df = 1, p < 0.001$)
一人で	866 (3.2)	31 (17.5)	9 (4.8)	906 (3.3)	($\chi^2 = 113.889, df = 1, p < 0.001$)
その他の機会に	1 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	1 (.0)	
無回答	82 (.3)	1 (.6)	40 (21.4)	123 (.4)	
合計	27189 (100)	177 (100)	187 (100)	27553 (100)	
女性					
飲んだ経験なし	17978 (67.4)	22 (21.4)	81 (65.3)	18081 (67.2)	($\chi^2 = 98.822, df = 1, p < 0.001$)
冠婚葬祭	4919 (18.4)	38 (36.9)	12 (9.7)	4969 (18.5)	($\chi^2 = 23.139, df = 1, p < 0.001$)
家族と食事などで	4534 (17.0)	39 (37.9)	15 (12.1)	4588 (17.1)	($\chi^2 = 31.523, df = 1, p < 0.001$)
クラス会、打ち上げなど	582 (2.2)	23 (22.3)	3 (2.4)	608 (2.3)	($\chi^2 = 188.544, df = 1, p < 0.001$)
カラオケ、居酒屋など	318 (1.2)	24 (23.3)	3 (2.4)	345 (1.3)	($\chi^2 = 397.621, df = 1, p < 0.001$)
自分の部屋など	793 (3.0)	24 (23.3)	5 (4.0)	822 (3.1)	($\chi^2 = 143.281, df = 1, p < 0.001$)
一人で	689 (2.6)	28 (27.2)	3 (2.4)	720 (2.7)	($\chi^2 = 238.210, df = 1, p < 0.001$)
その他の機会に	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	
無回答	67 (.3)	0 (.0)	13 (10.5)	80 (.3)	
合計	26666 (100)	103 (100)	124 (100)	26893 (100)	
全体					
飲んだ経験なし	35293 (65.5)	73 (25.8)	157 (50.3)	35523 (65.2)	($\chi^2 = 195.716, df = 1, p < 0.001$)
冠婚葬祭	10850 (20.1)	98 (34.6)	48 (15.4)	10996 (20.2)	($\chi^2 = 36.686, df = 1, p < 0.001$)
家族と食事などで	8729 (16.2)	96 (33.9)	45 (14.4)	8870 (16.3)	($\chi^2 = 64.859, df = 1, p < 0.001$)
クラス会、打ち上げなど	1253 (2.3)	49 (17.3)	12 (3.8)	1314 (2.4)	($\chi^2 = 269.666, df = 1, p < 0.001$)
カラオケ、居酒屋など	593 (1.1)	44 (15.5)	7 (2.2)	644 (1.2)	($\chi^2 = 505.680, df = 1, p < 0.001$)
自分の部屋など	1575 (2.9)	59 (20.8)	13 (4.2)	1647 (3.0)	($\chi^2 = 309.239, df = 1, p < 0.001$)
一人で	1561 (2.9)	61 (21.6)	12 (3.8)	1634 (3.0)	($\chi^2 = 337.437, df = 1, p < 0.001$)
その他の機会に	1 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	1 (.0)	
無回答	149 (.3)	1 (.4)	54 (17.3)	204 (.4)	
合計	53891 (100)	283 (100)	312 (100)	54486 (100)	

表 46 「シンナー遊び」経験と喫煙経験の関係

		経験なし	経験あり	無回答	生涯シンナー乱用経験	
					合計	
男性						
喫煙経験なし		25383 (93.4)	103 (58.2)	127 (67.9)	25613 (93.0)	
喫煙経験あり		1706 (6.3)	73 (41.2)	14 (7.5)	1793 (6.5)	
無回答		100 (.4)	1 (.6)	46 (24.6)	147 (.5)	
合計		27189 (100.0)	177 (100.0)	187 (100.0)	27553 (100.0)	($\chi^2 = 354.824, df = 1, p < 0.001$)
女性						
喫煙経験なし		25708 (96.4)	63 (61.2)	98 (79.0)	25869 (96.2)	
喫煙経験あり		898 (3.4)	40 (38.8)	5 (4.0)	943 (3.5)	
無回答		60 (.2)	0 (.0)	21 (16.9)	81 (.3)	
合計		26666 (100.0)	103 (100.0)	124 (100.0)	26893 (100.0)	($\chi^2 = 380.726, df = 1, p < 0.001$)
全体						
喫煙経験なし		51119 (94.9)	167 (59.0)	225 (72.1)	51511 (94.5)	
喫煙経験あり		2612 (4.8)	115 (40.6)	19 (6.1)	2746 (5.0)	
無回答		160 (.3)	1 (.4)	68 (21.8)	229 (.4)	
合計		53891 (100.0)	283 (100.0)	312 (100.0)	54486 (100.0)	($\chi^2 = 754.978, df = 1, p < 0.001$)

表 47 喫煙経験と「シンナー遊び」経験の関係

		生涯喫煙経験			
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	合計
男性	経験なし	25383 (99.1)	1706 (95.1)	100 (68.0)	27189 (98.7)
	経験あり	103 (.4)	73 (4.1)	1 (.7)	177 (.6)
	無回答	127 (.5)	14 (.8)	46 (31.3)	187 (.7)
	合計	25613 (100.0)	1793 (100.0)	147 (100.0)	27553 (100.0)
$(\chi^2 = 354.824, df = 1, p < 0.001)$					
女性	経験なし	25708 (99.4)	898 (95.2)	60 (74.1)	26666 (99.2)
	経験あり	63 (.2)	40 (4.2)	0 (.0)	103 (.4)
	無回答	98 (.4)	5 (.5)	21 (25.9)	124 (.5)
	合計	25869 (100.0)	943 (100.0)	81 (100.0)	26893 (100.0)
$(\chi^2 = 380.726, df = 1, p < 0.001)$					
全体	経験なし	51119 (99.2)	2612 (95.1)	160 (69.9)	53891 (98.9)
	経験あり	167 (.3)	115 (4.2)	1 (.4)	283 (.5)
	無回答	225 (.4)	19 (.7)	68 (29.7)	312 (.6)
	合計	51511 (100.0)	2746 (100.0)	229 (100.0)	54486 (100.0)
$(\chi^2 = 754.978, df = 1, p < 0.001)$					

表 48 大麻乱用の生涯経験率

		1年	2年	3年	合計
男性	大麻乱用経験なし	9139 (98.9)	9028 (98.8)	9049 (98.6)	27216 (98.8)
	大麻乱用経験あり	24 (.3)	21 (.2)	37 (.4)	82 (.3)
	無回答	74 (.8)	92 (1.0)	89 (1.0)	255 (.9)
	合計	9237 (100.0)	9141 (100.0)	9175 (100.0)	27553 (100.0)
$(\chi^2 = 5.326, df = 2, p = 0.070)$					
女性	大麻乱用経験なし	8701 (99.3)	8988 (99.2)	9002 (99.2)	26691 (99.2)
	大麻乱用経験あり	9 (.1)	10 (.1)	27 (.3)	46 (.2)
	無回答	50 (.6)	59 (.7)	47 (.5)	156 (.6)
	合計	8760 (100.0)	9057 (100.0)	9076 (100.0)	26893 (100.0)
$(\chi^2 = 12.816, df = 2, p = 0.02)$					
全体	大麻乱用経験なし	17848 (99.1)	18032 (99.0)	18064 (98.9)	53944 (99.0)
	大麻乱用経験あり	34 (.2)	31 (.2)	64 (.4)	129 (.2)
	無回答	124 (.7)	151 (.8)	138 (.8)	413 (.8)
	合計	18006 (100.0)	18214 (100.0)	18266 (100.0)	54486 (100.0)
$(\chi^2 = 15.146, df = 2, p = 0.001)$					

表 49 「シンナー遊び」経験と大麻乱用経験の関係

		生涯シンナー乱用経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	大麻乱用経験なし	26918 (99.0)	140 (79.1)	158 (84.5)	27216 (98.8)
	大麻乱用経験あり	48 (.2)	33 (18.6)	1 (.5)	82 (.3)
	無回答	223 (.8)	4 (2.3)	28 (15.0)	255 (.9)
	合計	27189 (100.0)	177 (100.0)	187 (100.0)	27553 (100.0)
$(\chi^2 = 2062.852, df = 1, p < 0.001)$					
女性	大麻乱用経験なし	26508 (99.4)	77 (74.8)	106 (85.5)	26691 (99.2)
	大麻乱用経験あり	22 (.1)	24 (23.3)	0 (.0)	46 (.2)
	無回答	136 (.5)	2 (1.9)	18 (14.5)	156 (.6)
	合計	26666 (100.0)	103 (100.0)	124 (100.0)	26893 (100.0)
$(\chi^2 = 3271.861, df = 1, p < 0.001)$					
全体	大麻乱用経験なし	53461 (99.2)	219 (77.4)	264 (84.6)	53944 (99.0)
	大麻乱用経験あり	70 (.1)	58 (20.5)	1 (.3)	129 (.2)
	無回答	360 (.7)	6 (2.1)	47 (15.1)	413 (.8)
	合計	53891 (100.0)	283 (100.0)	312 (100.0)	54486 (100.0)
$(\chi^2 = 5027.643, df = 1, p < 0.001)$					

表 50 大麻を吸うことをどう思いますか？

		生涯シンナー乱用経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	吸うべきではない	26371 (97.0)	137 (77.4)	164 (87.7)	26672 (96.8)
	麻薬・覚せい剤と違って少々なら構わない	205 (.8)	14 (7.9)	3 (1.6)	222 (.8)
	全く構わない	274 (1.0)	24 (13.6)	3 (1.6)	301 (1.1)
	無回答	339 (1.2)	2 (1.1)	17 (9.1)	358 (1.3)
	合計	27189 (100.0)	177 (100.0)	187 (100.0)	27553 (100.0)
$(\chi^2 = 373.464, df = 2, p < 0.001)$					
女性	吸うべきではない	26249 (98.4)	75 (72.8)	114 (91.9)	26438 (98.3)
	麻薬・覚せい剤と違って少々なら構わない	140 (.5)	10 (9.7)	2 (1.6)	152 (.6)
	全く構わない	95 (.4)	15 (14.6)	3 (2.4)	113 (.4)
	無回答	182 (.7)	3 (2.9)	5 (4.0)	190 (.7)
	合計	26666 (100.0)	103 (100.0)	124 (100.0)	26893 (100.0)
$(\chi^2 = 680.355, df = 2, p < 0.001)$					
全体	吸うべきではない	52649 (97.7)	214 (75.6)	279 (89.4)	53142 (97.5)
	麻薬・覚せい剤と違って少々なら構わない	348 (.6)	24 (8.5)	5 (1.6)	377 (.7)
	全く構わない	370 (.7)	40 (14.1)	6 (1.9)	416 (.8)
	無回答	524 (1.0)	5 (1.8)	22 (7.1)	551 (1.0)
	合計	53891 (100.0)	283 (100.0)	312 (100.0)	54486 (100.0)
$(\chi^2 = 945.906, df = 2, p < 0.001)$					

表 51 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？

		生涯シンナー乱用経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	知っている	14391 (52.9)	69 (39.0)	88 (47.1)	14548 (52.8)
	知らない	8525 (31.4)	58 (32.8)	60 (32.1)	8643 (31.4)
	無回答	4273 (15.7)	50 (28.2)	39 (20.9)	4362 (15.8)
	合計	27189 (100.0)	177 (100.0)	187 (100.0)	27553 (100.0)
	$(\chi^2 = 3.875, df = 1, p = 0.049)$				
女性	知っている	16096 (60.4)	44 (42.7)	54 (43.5)	16194 (60.2)
	知らない	8007 (30.0)	36 (35.0)	47 (37.9)	8090 (30.1)
	無回答	2563 (9.6)	23 (22.3)	23 (18.5)	2609 (9.7)
	合計	26666 (100.0)	103 (100.0)	124 (100.0)	26893 (100.0)
	$(\chi^2 = 4.985, df = 1, p = 0.026)$				
全体	知っている	30500 (56.6)	114 (40.3)	143 (45.8)	30757 (56.4)
	知らない	16541 (30.7)	95 (33.6)	107 (34.3)	16743 (30.7)
	無回答	6850 (12.7)	74 (26.1)	62 (19.9)	6986 (12.8)
	合計	53891 (100.0)	283 (100.0)	312 (100.0)	54486 (100.0)
	$(\chi^2 = 9.661, df = 1, p = 0.002)$				

表 52 覚せい剤の乱用経験(生涯経験率)

		1年	2年	3年	合計
男性	覚せい剤乱用経験なし	9116 (98.7)	9001 (98.5)	9037 (98.5)	27154 (98.6)
	覚せい剤乱用経験あり	17 (.2)	21 (.2)	33 (.4)	71 (.3)
	無回答	104 (1.1)	119 (1.3)	105 (1.1)	328 (1.2)
	合計	9237 (100.0)	9141 (100.0)	9175 (100.0)	27553 (100.0)
$(\chi^2 = 5.932, df = 2, p = 0.052)$					
女性	覚せい剤乱用経験なし	8662 (98.9)	8964 (99.0)	8974 (98.9)	26600 (98.9)
	覚せい剤乱用経験あり	9 (.1)	12 (.1)	24 (.3)	45 (.2)
	無回答	89 (1.0)	81 (.9)	78 (.9)	248 (.9)
	合計	8760 (100.0)	9057 (100.0)	9076 (100.0)	26893 (100.0)
$(\chi^2 = 7.947, df = 2, p = 0.019)$					
全体	覚せい剤乱用経験なし	17785 (98.8)	17981 (98.7)	18024 (98.7)	53790 (98.7)
	覚せい剤乱用経験あり	28 (.2)	33 (.2)	57 (.3)	118 (.2)
	無回答	193 (1.1)	200 (1.1)	185 (1.0)	578 (1.1)
	合計	18006 (100.0)	18214 (100.0)	18266 (100.0)	54486 (100.0)
$(\chi^2 = 11.842, df = 2, p = 0.003)$					

表 53 「シンナー遊び」経験と覚せい剤乱用経験の関係

		生涯シンナー乱用経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	覚せい剤乱用経験なし	26848 (98.7)	142 (80.2)	164 (87.7)	27154 (98.6)
	覚せい剤乱用経験あり	39 (.1)	32 (18.1)	0 (.0)	71 (.3)
	無回答	302 (1.1)	3 (1.7)	23 (12.3)	328 (1.2)
	合計	27189 (100.0)	177 (100.0)	187 (100.0)	27553 (100.0)
$(\chi^2 = 2199.367, df = 1, p < 0.001)$					
女性	覚せい剤乱用経験なし	26410 (99.0)	80 (77.7)	110 (88.7)	26600 (98.9)
	覚せい剤乱用経験あり	25 (.1)	20 (19.4)	0 (.0)	45 (.2)
	無回答	231 (.9)	3 (2.9)	14 (11.3)	248 (.9)
	合計	26666 (100.0)	103 (100.0)	124 (100.0)	26893 (100.0)
$(\chi^2 = 2331.562, df = 1, p < 0.001)$					
全体	覚せい剤乱用経験なし	53293 (98.9)	223 (78.8)	274 (87.8)	53790 (98.7)
	覚せい剤乱用経験あり	64 (.1)	54 (19.1)	0 (.0)	118 (.2)
	無回答	534 (1.0)	6 (2.1)	38 (12.2)	578 (1.1)
	合計	53891 (100.0)	283 (100.0)	312 (100.0)	54486 (100.0)
$(\chi^2 = 4712.083, df = 1, p < 0.001)$					

表 54 大麻乱用経験と覚せい剤乱用経験の関係

		生涯大麻乱用経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	覚せい剤乱用経験なし	27071 (99.5)	31 (37.8)	52 (20.4)	27154 (98.6)
	覚せい剤乱用経験あり	18 (.1)	51 (62.2)	2 (.8)	71 (.3)
	無回答	127 (.5)	0 (0)	201 (78.8)	328 (1.2)
	合計	27216 (100.0)	82 (100.0)	255 (100.0)	27553 (100.0)
$(\chi^2 = 12457.939, df = 1, p < 0.001)$					
女性	覚せい剤乱用経験なし	26553 (99.5)	13 (28.3)	34 (21.8)	26600 (98.9)
	覚せい剤乱用経験あり	14 (.1)	31 (67.4)	0 (.0)	45 (.2)
	無回答	124 (.5)	2 (4.3)	122 (78.2)	248 (.9)
	合計	26691 (100.0)	46 (100.0)	156 (100.0)	26893 (100.0)
$(\chi^2 = 12896.915, df = 1, p < 0.001)$					
全体	覚せい剤乱用経験なし	53660 (99.5)	44 (34.1)	86 (20.8)	53790 (98.7)
	覚せい剤乱用経験あり	33 (.1)	83 (64.3)	2 (.5)	118 (.2)
	無回答	251 (.5)	2 (1.6)	325 (78.7)	578 (1.1)
	合計	53944 (100.0)	129 (100.0)	413 (100.0)	54486 (100.0)
$(\chi^2 = 25114.931, df = 1, p < 0.001)$					

表 55 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？

		生涯シンナー乱用経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	知っている	17883 (65.8)	98 (55.4)	110 (58.8)	18091 (65.7)
	知らない	8289 (30.5)	67 (37.9)	63 (33.7)	8419 (30.6)
	無回答	1017 (3.7)	12 (6.8)	14 (7.5)	1043 (3.8)
	合計	27189 (100.0)	177 (100.0)	187 (100.0)	27553 (100.0)
$(\chi^2 = 6.043, df = 1, p = 0.014)$					
女性	知っている	19262 (72.2)	65 (63.1)	71 (57.3)	19398 (72.1)
	知らない	6927 (26.0)	31 (30.1)	48 (38.7)	7006 (26.1)
	無回答	477 (1.8)	7 (6.8)	5 (4.0)	489 (1.8)
	合計	26666 (100.0)	103 (100.0)	124 (100.0)	26893 (100.0)
$(\chi^2 = 1.677, df = 1, p = 0.195)$					
全体	知っている	37166 (69.0)	164 (58.0)	181 (58.0)	37511 (68.8)
	知らない	15226 (28.3)	99 (35.0)	111 (35.6)	15436 (28.3)
	無回答	1499 (2.8)	20 (7.1)	20 (6.4)	1539 (2.8)
	合計	53891 (100.0)	283 (100.0)	312 (100.0)	54486 (100.0)
$(\chi^2 = 9.338, df = 1, p = 0.002)$					

表 56 身近に「脱法ドラッグ」を使っている人がいますか？

		1年	2年	3年	合計
男性	いない	9042 (97.9)	8902 (97.4)	8928 (97.3)	26872 (97.5)
	いる	93 (1.0)	116 (1.3)	151 (1.6)	360 (1.3)
	無回答	102 (1.1)	123 (1.3)	96 (1.0)	321 (1.2)
	合計	9237 (100.0)	9141 (100.0)	9175 (100.0)	27553 (100.0)
$(\chi^2 = 14.658, df = 2, p = 0.001)$					
女性	いない	8585 (98.0)	8888 (98.1)	8889 (97.9)	26362 (98.0)
	いる	87 (1.0)	96 (1.1)	127 (1.4)	310 (1.2)
	無回答	88 (1.0)	73 (.8)	60 (.7)	221 (.8)
	合計	8760 (100.0)	9057 (100.0)	9076 (100.0)	26893 (100.0)
$(\chi^2 = 7.359, df = 2, p = 0.025)$					
全体	いない	17636 (97.9)	17804 (97.7)	17829 (97.6)	53269 (97.8)
	いる	180 (1.0)	212 (1.2)	279 (1.5)	671 (1.2)
	無回答	190 (1.1)	198 (1.1)	158 (.9)	546 (1.0)
	合計	18006 (100.0)	18214 (100.0)	18266 (100.0)	54486 (100.0)
$(\chi^2 = 21.563, df = 2, p < 0.001)$					

表 57 「脱法ドラッグ」に誘われた経験

		1年	2年	3年	合計
男性	ない	8928 (96.7)	8851 (96.8)	8854 (96.5)	26633 (96.7)
	ある	60 (.6)	67 (.7)	88 (1.0)	215 (.8)
	無回答	249 (2.7)	223 (2.4)	233 (2.5)	705 (2.6)
	合計	9237 (100.0)	9141 (100.0)	9175 (100.0)	27553 (100.0)
$(\chi^2 = 6.067, df = 2, p = 0.048)$					
女性	ない	8563 (97.8)	8859 (97.8)	8845 (97.5)	26267 (97.7)
	ある	52 (.6)	61 (.7)	76 (.8)	189 (.7)
	無回答	145 (1.7)	137 (1.5)	155 (1.7)	437 (1.6)
	合計	8760 (100.0)	9057 (100.0)	9076 (100.0)	26893 (100.0)
$(\chi^2 = 3.987, df = 2, p = 0.136)$					
全体	ない	17500 (97.2)	17723 (97.3)	17712 (97.0)	52935 (97.2)
	ある	112 (.6)	128 (.7)	164 (.9)	404 (.7)
	無回答	394 (2.2)	363 (2.0)	390 (2.1)	1147 (2.1)
	合計	18006 (100.0)	18214 (100.0)	18266 (100.0)	54486 (100.0)
$(\chi^2 = 9.934, df = 2, p = 0.007)$					

表 58 これまでに 1 回でも「脱法ドラッグ」を使った経験のある率(生涯経験率)

		1年	2年	3年	合計
男性	経験なし	9136 (98.9)	9026 (98.7)	9037 (98.5)	27199 (98.7)
	経験あり	14 (.2)	15 (.2)	43 (.5)	72 (.3)
	無回答	87 (.9)	100 (1.1)	95 (1.0)	282 (1.0)
	合計	9237 (100.0)	9141 (100.0)	9175 (100.0)	27553 (100.0)
$(\chi^2 = 22.729, df = 2, p < 0.001)$					
女性	経験なし	8692 (99.2)	8991 (99.3)	8997 (99.1)	26680 (99.2)
	経験あり	6 (.1)	12 (.1)	26 (.3)	44 (.2)
	無回答	62 (.7)	54 (.6)	53 (.6)	169 (.6)
	合計	8760 (100.0)	9057 (100.0)	9076 (100.0)	26893 (100.0)
$(\chi^2 = 13.755, df = 2, p = 0.001)$					
全体	経験なし	17835 (99.1)	18032 (99.0)	18047 (98.8)	53914 (99.0)
	経験あり	22 (.1)	28 (.2)	70 (.4)	120 (.2)
	無回答	149 (.8)	154 (.8)	149 (.8)	452 (.8)
	合計	18006 (100.0)	18214 (100.0)	18266 (100.0)	54486 (100.0)
$(\chi^2 = 33.612, df = 2, p < 0.001)$					

表 59 喫煙経験と脱法ドラッグ乱用経験の関係

		生涯喫煙経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	脱法ドラッグ乱用経験なし	25339 (98.9)	1723 (96.1)	137 (93.2)	27199 (98.7)
	脱法ドラッグ乱用経験あり	31 (.1)	40 (2.2)	1 (.7)	72 (.3)
	無回答	243 (.9)	30 (1.7)	9 (6.1)	282 (1.0)
	合計	25613 (100.0)	1793 (100.0)	147 (100.0)	27553 (100.0)
$(\chi^2 = 291.060, df = 1, p < 0.001)$					
女性	脱法ドラッグ乱用経験なし	25705 (99.4)	902 (95.7)	73 (90.1)	26680 (99.2)
	脱法ドラッグ乱用経験あり	16 (.1)	28 (3.0)	0 (.0)	44 (.2)
	無回答	148 (.6)	13 (1.4)	8 (9.9)	169 (.6)
	合計	25869 (100.0)	943 (100.0)	81 (100.0)	26893 (100.0)
$(\chi^2 = 473.426, df = 1, p = 0.001)$					
全体	脱法ドラッグ乱用経験なし	51071 (99.1)	2632 (95.8)	211 (92.1)	53914 (99.0)
	脱法ドラッグ乱用経験あり	48 (.1)	71 (2.6)	1 (.4)	120 (.2)
	無回答	392 (.8)	43 (1.6)	17 (7.4)	452 (.8)
	合計	51511 (100.0)	2746 (100.0)	229 (100.0)	54486 (100.0)
$(\chi^2 = 746.533, df = 1, p < 0.001)$					

表 60 「シンナー遊び」経験と脱法ドラッグ乱用経験の関係

		生涯シンナー経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	脱法ドラッグ乱用経験なし	26898 (98.9)	140 (79.1)	161 (86.1)	27199 (98.7)
	脱法ドラッグ乱用経験あり	39 (.1)	32 (18.1)	1 (.5)	72 (.3)
	無回答	252 (.9)	5 (2.8)	25 (13.4)	282 (1.0)
	合計	27189 (100.0)	177 (100.0)	187 (100.0)	27553 (100.0)
$(\chi^2 = 2229.541, df = 1, p < 0.001)$					
女性	脱法ドラッグ乱用経験なし	26496 (99.4)	78 (75.7)	106 (85.5)	26680 (99.2)
	脱法ドラッグ乱用経験あり	20 (.1)	23 (22.3)	1 (.8)	44 (.2)
	無回答	150 (.6)	2 (1.9)	17 (13.7)	169 (.6)
	合計	26666 (100.0)	103 (100.0)	124 (100.0)	26893 (100.0)
$(\chi^2 = 3213.618, df = 1, p < 0.001)$					
全体	脱法ドラッグ乱用経験なし	53428 (99.1)	218 (77.0)	268 (85.9)	53914 (99.0)
	脱法ドラッグ乱用経験あり	60 (.1)	58 (20.5)	2 (.6)	120 (.2)
	無回答	403 (.7)	7 (2.5)	42 (13.5)	452 (.8)
	合計	53891 (100.0)	283 (100.0)	312 (100.0)	54486 (100.0)
$(\chi^2 = 5478.057, df = 1, p < 0.001)$					

表 61 脱法ドラッグ乱用経験と大麻乱用経験の関係

		生涯脱法ドラッグ乱用経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	大麻乱用経験なし	27108 (99.7)	28 (38.9)	80 (28.4)	27216 (98.8)
	大麻乱用経験あり	37 (.1)	43 (59.7)	2 (.7)	82 (.3)
	無回答	54 (.2)	1 (1.4)	200 (70.9)	255 (.9)
	合計	27199 (100.0)	72 (100.0)	282 (100.0)	27553 (100.0)
$(\chi^2 = 8822.666, df = 1, p < 0.001)$					
女性	大麻乱用経験なし	26628 (99.8)	16 (36.4)	47 (27.8)	26691 (99.2)
	大麻乱用経験あり	18 (.1)	28 (63.6)	0 (.0)	46 (.2)
	無回答	34 (.1)	0 (.0)	122 (72.2)	156 (.6)
	合計	26680 (100.0)	44 (100.0)	169 (100.0)	26893 (100.0)
$(\chi^2 = 10317.256, df = 1, p < 0.001)$					
全体	大麻乱用経験なし	53770 (99.7)	47 (39.2)	127 (28.1)	53944 (99.0)
	大麻乱用経験あり	55 (.1)	72 (60.0)	2 (.4)	129 (.2)
	無回答	89 (.2)	1 (.8)	323 (71.5)	413 (.8)
	合計	53914 (100.0)	120 (100.0)	452 (100.0)	54486 (100.0)
$(\chi^2 = 18443.946, df = 1, p < 0.001)$					

表 62 大麻乱用経験と脱法ドラッグ乱用経験の関係

		生涯大麻乱用経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	脱法ドラッグ乱用経験なし	27108 (99.6)	37 (45.1)	54 (21.2)	27199 (98.7)
	脱法ドラッグ乱用経験あり	28 (.1)	43 (52.4)	1 (.4)	72 (.3)
	無回答	80 (.3)	2 (2.4)	200 (78.4)	282 (1.0)
	合計	27216 (100.0)	82 (100.0)	255 (100.0)	27553 (100.0)
$(\chi^2 = 8822.666, df = 1, p < 0.001)$					
女性	脱法ドラッグ乱用経験なし	26628 (99.8)	18 (39.1)	34 (21.8)	26691 (99.2)
	脱法ドラッグ乱用経験あり	16 (.1)	28 (60.9)	0 (.0)	44 (.2)
	無回答	47 (.2)	0 (.0)	122 (78.2)	169 (.6)
	合計	26680 (100.0)	46 (100.0)	156 (100.0)	26893 (100.0)
$(\chi^2 = 10317.256, df = 1, p < 0.001)$					
全体	脱法ドラッグ乱用経験なし	53770 (99.7)	55 (42.6)	89 (21.5)	53944 (99.0)
	脱法ドラッグ乱用経験あり	47 (.1)	72 (55.8)	1 (.2)	120 (.2)
	無回答	127 (.2)	2 (1.6)	323 (78.2)	452 (.8)
	合計	53914 (100.0)	129 (100.0)	413 (100.0)	54486 (100.0)
$(\chi^2 = 18443.946, df = 1, p < 0.001)$					

表 63 脱法ドラッグ乱用経験と覚せい剤乱用経験の関係

		生涯脱法ドラッグ乱用経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	覚せい剤乱用経験なし	27052 (99.5)	29 (40.3)	73 (25.9)	27154 (98.6)
	覚せい剤乱用経験あり	26 (.1)	43 (59.7)	2 (.7)	71 (.3)
	無回答	121 (.4)	0 (.0)	207 (73.4)	328 (1.2)
	合計	27199 (100.0)	72 (100.0)	282 (100.0)	27553 (100.0)
$(\chi^2 = 10071.159, df = 1, p < 0.001)$					
女性	覚せい剤乱用経験なし	26540 (99.5)	13 (29.5)	47 (27.8)	26600 (98.9)
	覚せい剤乱用経験あり	14 (.1)	31 (70.5)	0 (.0)	45 (.2)
	無回答	126 (.5)	0 (.0)	122 (72.2)	248 (.9)
	合計	26680 (100.0)	44 (100.0)	169 (100.0)	26893 (100.0)
$(\chi^2 = 12890.605, df = 1, p < 0.001)$					
全体	覚せい剤乱用経験なし	53626 (99.5)	44 (36.7)	120 (26.5)	53790 (98.7)
	覚せい剤乱用経験あり	40 (.1)	76 (63.3)	2 (.4)	118 (.2)
	無回答	248 (.5)	0 (.0)	330 (73.0)	578 (1.1)
	合計	53914 (100.0)	120 (100.0)	452 (100.0)	54486 (100.0)
$(\chi^2 = 22263.939, df = 1, p < 0.001)$					

表 64 覚せい剤乱用経験と脱法ドラッグ乱用経験の関係

		生涯覚せい剤乱用経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	脱法ドラッグ乱用経験なし	27052 (99.6)	26 (36.6)	121 (36.9)	27199 (98.7)
	脱法ドラッグ乱用経験あり	29 (.1)	43 (60.6)	0 (.0)	72 (.3)
	無回答	73 (.3)	2 (2.8)	207 (63.1)	282 (1.0)
	合計	27154 (100.0)	71 (100.0)	328 (100.0)	27553 (100.0)
				($\chi^2 = 10071.159$, df = 1, p < 0.001)	
女性	脱法ドラッグ乱用経験なし	26540 (99.8)	14 (31.1)	126 (50.8)	26680 (99.2)
	脱法ドラッグ乱用経験あり	13 (.0)	31 (68.9)	0 (.0)	44 (.2)
	無回答	47 (.2)	0 (.0)	122 (49.2)	169 (.6)
	合計	26600 (100.0)	45 (100.0)	248 (100.0)	26893 (100.0)
				($\chi^2 = 12890.605$, df = 1, p < 0.001)	
全体	脱法ドラッグ乱用経験なし	53626 (99.7)	40 (33.9)	248 (42.9)	53914 (99.0)
	脱法ドラッグ乱用経験あり	44 (.1)	76 (64.4)	0 (.0)	120 (.2)
	無回答	120 (.2)	2 (1.7)	330 (57.1)	452 (.8)
	合計	53790 (100.0)	118 (100.0)	578 (100.0)	54486 (100.0)
				($\chi^2 = 22263.939$, df = 1, p < 0.001)	

表 65 「脱法ドラッグ」が非常に危険な薬物であることを知っていますか？

		1年	2年	3年	合計
男性	知っている	5621 (60.9)	5496 (60.1)	6011 (65.5)	17128 (62.2)
	知らない	3298 (35.7)	3327 (36.4)	2898 (31.6)	9523 (34.6)
	無回答	318 (3.4)	318 (3.5)	266 (2.9)	902 (3.3)
	合計	9237 (100.0)	9141 (100.0)	9175 (100.0)	27553 (100.0)
				($\chi^2 = 60.831$, df = 2, p < 0.001)	
女性	知っている	5185 (59.2)	5373 (59.3)	5991 (66.0)	16549 (61.5)
	知らない	3422 (39.1)	3552 (39.2)	2958 (32.6)	9932 (36.9)
	無回答	153 (1.7)	132 (1.5)	127 (1.4)	412 (1.5)
	合計	8760 (100.0)	9057 (100.0)	9076 (100.0)	26893 (100.0)
				($\chi^2 = 114.312$, df = 2, p < 0.001)	
全体	知っている	10813 (60.1)	10879 (59.7)	12011 (65.8)	33703 (61.9)
	知らない	6722 (37.3)	6884 (37.8)	5860 (32.1)	19466 (35.7)
	無回答	471 (2.6)	451 (2.5)	395 (2.2)	1317 (2.4)
	合計	18006 (100.0)	18214 (100.0)	18266 (100.0)	54486 (100.0)
				($\chi^2 = 170.020$, df = 2, p < 0.001)	

表 66 脱法ドラッグの入手可能性

		1年	2年	3年	合計
男性	絶対不可能	6636 (71.8)	6143 (67.2)	5613 (61.2)	18392 (66.8)
	ほとんど不可能	1239 (13.4)	1358 (14.9)	1526 (16.6)	4123 (15.0)
	少々苦労するが手に入る	825 (8.9)	961 (10.5)	1247 (13.6)	3033 (11.0)
	簡単に手に入る	393 (4.3)	513 (5.6)	663 (7.2)	1569 (5.7)
	無回答	144 (1.6)	166 (1.8)	126 (1.4)	436 (1.6)
	合計	9237 (100.0)	9141 (100.0)	9175 (100.0)	27553 (100.0)
				($\chi^2 = 275.752$, df = 6, p < 0.001)	
女性	絶対不可能	6661 (76.0)	6505 (71.8)	6117 (67.4)	19283 (71.7)
	ほとんど不可能	985 (11.2)	1154 (12.7)	1231 (13.6)	3370 (12.5)
	少々苦労するが手に入る	694 (7.9)	897 (9.9)	1117 (12.3)	2708 (10.1)
	簡単に手に入る	296 (3.4)	387 (4.3)	509 (5.6)	1192 (4.4)
	無回答	124 (1.4)	114 (1.3)	102 (1.1)	340 (1.3)
	合計	8760 (100.0)	9057 (100.0)	9076 (100.0)	26893 (100.0)
				($\chi^2 = 202.266$, df = 6, p < 0.001)	
全体	絶対不可能	13300 (73.9)	12657 (69.5)	11734 (64.2)	37691 (69.2)
	ほとんど不可能	2224 (12.4)	2514 (13.8)	2759 (15.1)	7497 (13.8)
	少々苦労するが手に入る	1522 (8.5)	1859 (10.2)	2367 (13.0)	5748 (10.5)
	簡単に手に入る	691 (3.8)	904 (5.0)	1176 (6.4)	2771 (5.1)
	無回答	269 (1.5)	280 (1.5)	230 (1.3)	779 (1.4)
	合計	18006 (100.0)	18214 (100.0)	18266 (100.0)	54486 (100.0)
				($\chi^2 = 470.365$, df = 6, p < 0.001)	

表 67
大麻の入手可能性

		生涯シンナー乱用経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	絶対不可能	19136 (70.4)	81 (45.8)	114 (61.0)	19331 (70.2)
	ほとんど不可能	4131 (15.2)	31 (17.5)	30 (16.0)	4192 (15.2)
	少々苦労するが手に入る	2552 (9.4)	27 (15.3)	25 (13.4)	2604 (9.5)
	簡単に手に入る	1004 (3.7)	36 (20.3)	7 (3.7)	1047 (3.8)
	無回答	366 (1.3)	2 (1.1)	11 (5.9)	379 (1.4)
	合計	27189 (100.0)	177 (100.0)	187 (100.0)	27553 (100.0)
$(\chi^2 = 150.124, df = 3, p < 0.001)$					
女性	絶対不可能	19945 (74.8)	41 (39.8)	82 (66.1)	20068 (74.6)
	ほとんど不可能	3342 (12.5)	14 (13.6)	15 (12.1)	3371 (12.5)
	少々苦労するが手に入る	2339 (8.8)	19 (18.4)	15 (12.1)	2373 (8.8)
	簡単に手に入る	760 (2.9)	26 (25.2)	5 (4.0)	791 (2.9)
	無回答	280 (1.1)	3 (2.9)	7 (5.6)	290 (1.1)
	合計	26666 (100.0)	103 (100.0)	124 (100.0)	26893 (100.0)
$(\chi^2 = 206.869, df = 3, p < 0.001)$					
全体	絶対不可能	39096 (72.5)	123 (43.5)	196 (62.8)	39415 (72.3)
	ほとんど不可能	7477 (13.9)	45 (15.9)	45 (14.4)	7567 (13.9)
	少々苦労するが手に入る	4898 (9.1)	47 (16.6)	40 (12.8)	4985 (9.1)
	簡単に手に入る	1771 (3.3)	63 (22.3)	12 (3.8)	1846 (3.4)
	無回答	649 (1.2)	5 (1.8)	19 (6.1)	673 (1.2)
	合計	53891 (100.0)	283 (100.0)	312 (100.0)	54486 (100.0)
$(\chi^2 = 352.557, df = 3, p < 0.001)$					

表 68 覚せい剤の入手可能性

		生涯シンナー乱用経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	絶対不可能	19358 (71.2)	86 (48.6)	119 (63.6)	19563 (71.0)
	ほとんど不可能	4028 (14.8)	35 (19.8)	28 (15.0)	4091 (14.8)
	少々苦労するが手に入る	2436 (9.0)	24 (13.6)	24 (12.8)	2484 (9.0)
	簡単に手に入る	1014 (3.7)	30 (16.9)	7 (3.7)	1051 (3.8)
	無回答	353 (1.3)	2 (1.1)	9 (4.8)	364 (1.3)
	合計	27189 (100.0)	177 (100.0)	187 (100.0)	27553 (100.0)
$(\chi^2 = 100.094, df = 3, p < 0.001)$					
女性	絶対不可能	19944 (74.8)	42 (40.8)	82 (66.1)	20068 (74.6)
	ほとんど不可能	3275 (12.3)	12 (11.7)	17 (13.7)	3304 (12.3)
	少々苦労するが手に入る	2339 (8.8)	20 (19.4)	13 (10.5)	2372 (8.8)
	簡単に手に入る	839 (3.1)	26 (25.2)	6 (4.8)	871 (3.2)
	無回答	269 (1.0)	3 (2.9)	6 (4.8)	278 (1.0)
	合計	26666 (100.0)	103 (100.0)	124 (100.0)	26893 (100.0)
$(\chi^2 = 187.707, df = 3, p < 0.001)$					
全体	絶対不可能	39318 (73.0)	129 (45.6)	201 (64.4)	39648 (72.8)
	ほとんど不可能	7309 (13.6)	47 (16.6)	45 (14.4)	7401 (13.6)
	少々苦労するが手に入る	4781 (8.9)	45 (15.9)	37 (11.9)	4863 (8.9)
	簡単に手に入る	1859 (3.4)	57 (20.1)	13 (4.2)	1929 (3.5)
	無回答	624 (1.2)	5 (1.8)	16 (5.1)	645 (1.2)
	合計	53891 (100.0)	283 (100.0)	312 (100.0)	54486 (100.0)
$(\chi^2 = 269.922, df = 3, p < 0.001)$					

飲酒・喫煙・薬物乱用についての意識・実態調査

(第9版-12)

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・神経医療研究センター 精神保健研究所 薬物依存研究部 東京都小平市小川東町4-1-1

- (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、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9) 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10) 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11) 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12) 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（たんしんぶん単身赴任・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13) あなたは、これまでに一回でも、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14) あなたは、この1年間で、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15) 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16) 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17) 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18) 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、ウイスキーなど）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19) 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20) 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21) 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22) 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23) 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24) 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25) 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26) 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27) 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28) 「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29) 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30) 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」だけで決めたくない
3. すでに親しい

(質問31) あなたは、これまでに一回でも、「シンナー遊び」を経験したことがありますか？

(ある場合は、初めて経験した時の年齢を選んでください。)

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

(質問32) あなたは、この1年間に一回でも、「シンナー遊び」をしたことがありますか？

1. ない
2. ある

(質問33) 「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34) 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35) あなたは、「シンナー遊び」で死亡すること (急性中毒死) があるのを知っていますか？

1. 知っている
2. 知らない

(質問36) 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37) 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

握す対機に20段を45回の論①緒て子て3体健機率(←方年景と)

- (質問38) 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39) 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40) 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ふと、それを治療して治つても、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41) あなたは、これまでに一回でも、大麻(マリファナ、ハッシュ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42) 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43) あなたは大麻を吸うと、上記の質問38と同じ精神病状態や質問39と同じ無動機症候群になることがありますか? (ある場合は、初めて吸った時の年齢を選んでください。)
1. 知っている 2. 知らない
- (質問44) 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45) 覚せい剤を使うと、上記の質問38と同じ精神病状態になりやすく、また質問40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46) あなたの身近に、「脱法ドラッグ」(「脱法ハーブ」を含む)を使っている人がいますか?
1. いない 2. いる
- (質問47) あなたは、「脱法ドラッグ」の使用に誘われたことがありますか?
1. ない 2. ある
- (質問48) あなたは、これまでに一回でも、「脱法ドラッグ」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49) 「脱法ドラッグ」とは、大麻や覚せい剤に似た作用があるにも関わらず、法律で禁止されていないことを利用して、法の網をかいくぐるかのように売られている薬物です。しかし、一回使っただけで、呼吸ができなくなったり、体が動かなくなったり、意識がなくなったりする可能性のある非常に危険な薬物で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50) あなたが「脱法ドラッグ」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52) 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（2012年）－要約版－

研究分担者 和田 清 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 薬物依存研究部長
研究協力者 水野菜津美 同研究所（薬物依存研究部 流動研究員）
嶋根卓也 同研究所（薬物依存研究部 心理社会研究室長）
立森久照 同研究所（精神保健計画研究部 統計解析研究室室長）
勝野眞吾 岐阜薬科大学 学長

わが国の中学生における薬物乱用の広がりを把握し、特に有機溶剤乱用に関する危険因子を特定することによって、中学生に対する薬物乱用防止対策の基礎資料に供するために、飲酒、喫煙、有機溶剤・大麻・覚せい剤・「脱法ドラッグ」乱用に対する意識・実態調査を実施した。調査期間は、2012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235校の全生徒を対象に、自記式調査を実施した。その結果、124校（対象校の52.8%）より、54,733人（対象校235校の全生徒想定数の46.8%）的回答を得た。有効回答数は54,486人（対象校235校の全生徒想定数の46.6%）であった。その結果、以下のような結論を得た。

① **有機溶剤の生涯経験率**（これまでに1回でも経験したことのあると答えた者の割合）は、男子で0.6%（1年生0.6%、2年生0.6%、3年生0.8%）、女子で0.4%（1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.5%）であり、全体では0.5%（1年生0.4%、2年生0.5%、3年生0.6%）であった。この結果は、男女及び全体で、1996年に開始した一連の本調査では最低の値である。有機溶剤乱用の目撃率、身近にいる有機溶剤乱用者の周知率、有機溶剤乱用への被誘惑率も、過去最低の値であった。以上により、有機溶剤乱用の勢いは、確実に弱まっている。

② 有機溶剤乱用経験者群では、非経験者群に比べて、日常生活の規則性、学校生活、家庭生活、友人関係において、好ましくない傾向が統計学的有意差を持って強いことが再確認された。その背景には、家庭生活のあり方が大きく影響していると考えられる。経験者群では、「親との相談頻度」「家族との夕食頻度」が有意に低く、逆に「大人不在での時間」が有意に長く、親子の共有時間が少ない傾向が再確認された。

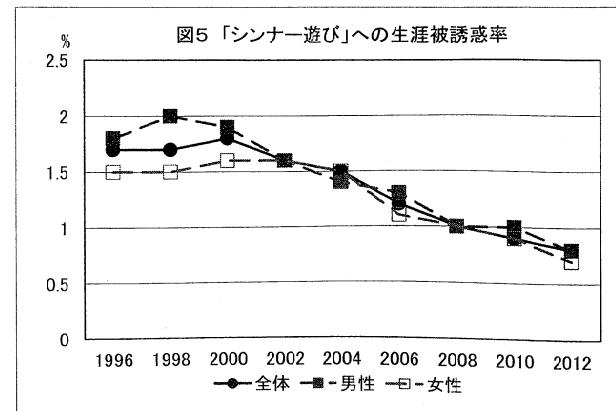
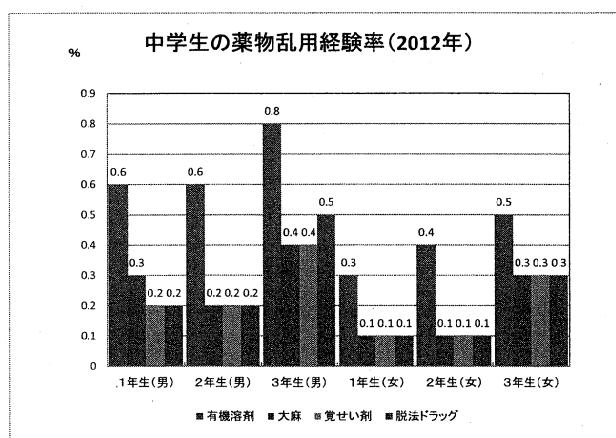
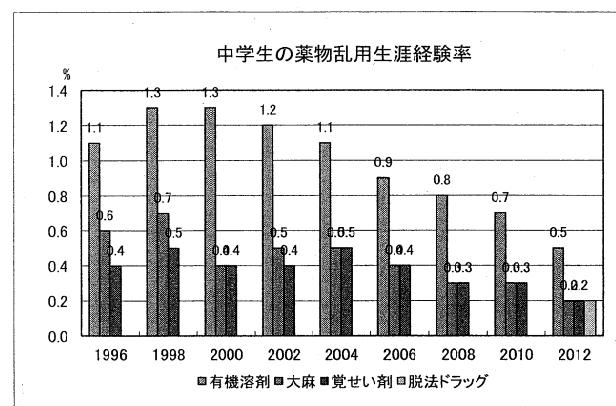
- ③ 結局、有機溶剤経験者群は、相対的に見れば、家庭にも、学校にもなじめず、友人関係も希薄な中学生たちが多く、「居場所のない子供たち」と推測することができよう。
- ④ また、中学生における喫煙と大人が同伴しない飲酒は、有機溶剤乱用と強い繋がりを持っており、これらは、有機溶剤乱用への「ゲイトウェイ」となっている可能性が再確認された。
- ⑤ 有機溶剤乱用による健康への害知識の周知率は調査年毎に上昇していたが、2006年をピークに、周知度が減少傾向にあり、薬物乱用防止教育の再度の強化の必要性が示唆された。
- ⑥ **大麻の生涯経験率**は、男子では0.3%（1年生0.3%、2年生0.2%、3年生0.4%）であり、女子では0.2%（1年生0.1%、2年生0.1%、3年生0.3%）であった。全体では0.2%（1年生0.2%、2年生0.2%、3年生0.4%）であった。この結果は、男女及び全体で、1996年に開始した一連の本調査では最低の値である。**覚せい剤の生涯経験率**は、男子では0.3%（1年生0.2%、2年生0.2%、3年生0.4%）で、女子では0.2%（1年生0.1%、2年生0.1%、3年生0.3%）であり、全体では0.2%（1年生0.2%、2年生0.2%、3年生0.3%）であった。この結果は、男女及び全体で、1996年に開始した一連の本調査では最低の値である。**「脱法ドラッグ」の生涯経験率**は、男子で0.3%（1年生0.2%、2年生0.2%、3年生0.5%）、女子で0.2%（1年生0.1%、2年生0.1%、3年生0.3%）であり、全体では0.2%（1年生0.1%、2年生0.2%、3年生0.4%）であった。
- ⑦ 大麻及び覚せい剤乱用による医学的害知識の周知度は、経年的に増加傾向にあったが、2012年調査では激減傾向を示した。薬物乱用防止教育の行われ方に疑義を抱かざるを得ない結果であった。
- ⑧ **大麻、覚せい剤の入手可能性**は微減した。た

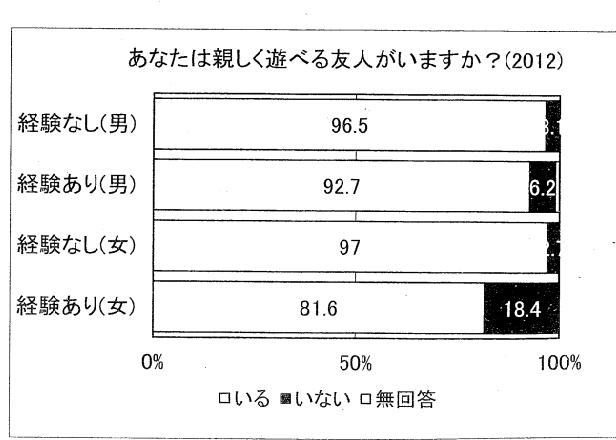
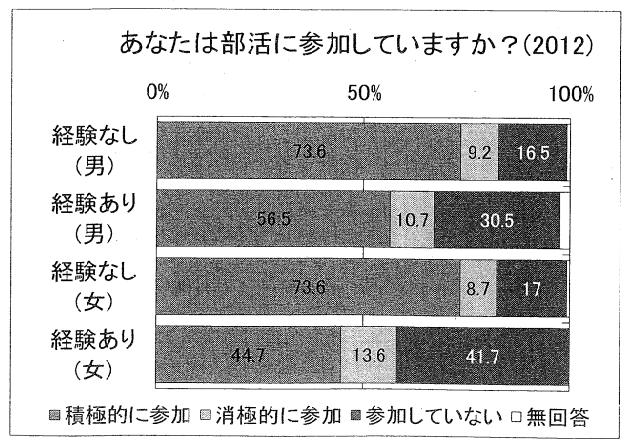
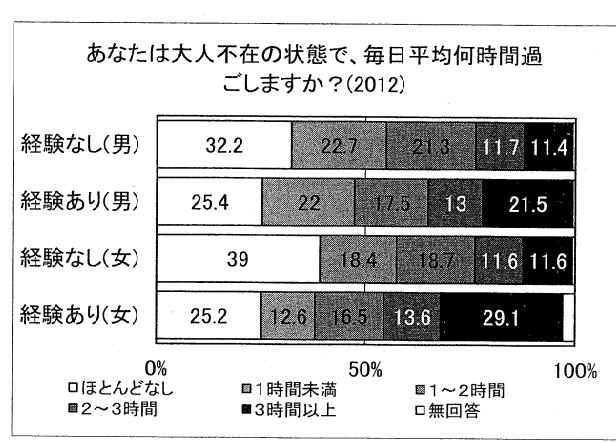
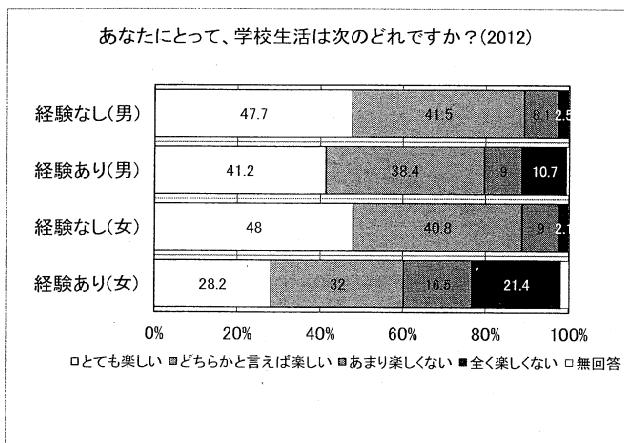
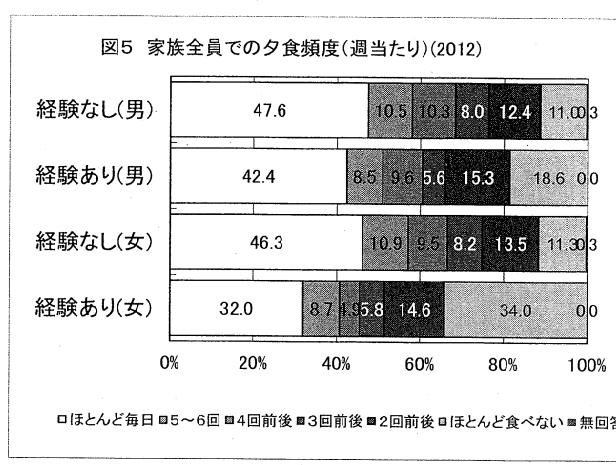
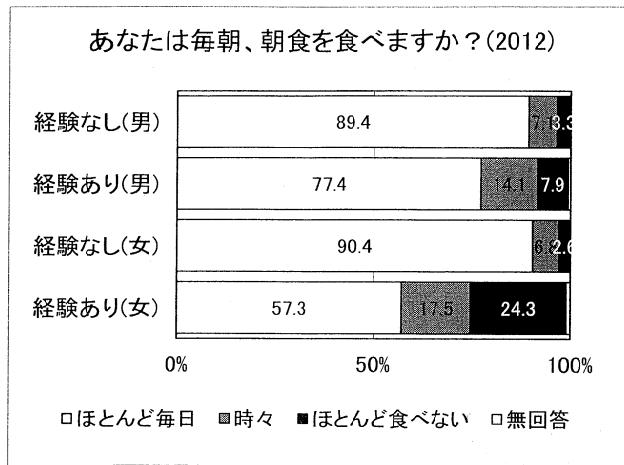
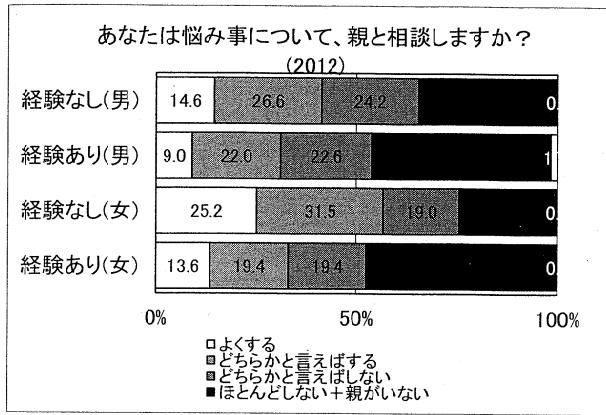
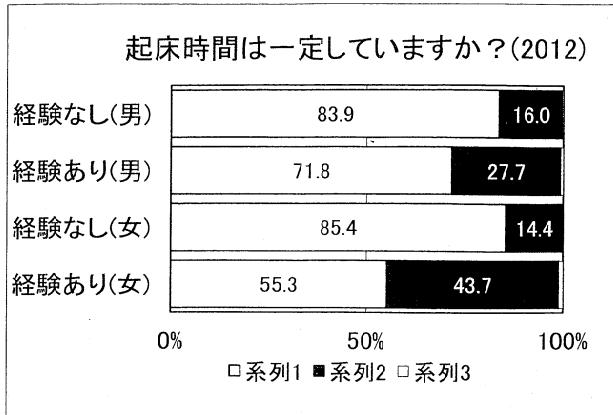
だし、大麻入手可能群の割合は、「シンナー遊び」未経験者群では、男子で13.1%、女子で11.7%であるのに対して、経験者群では、男子で35.6%、女子で43.6%と明らかに異なっていた ($p<0.01$)。このことは覚せい剤の入手可能性についても同じであり、覚せい剤入手可能群の割合は、「シンナー遊び」未経験者群では、男子で12.7%、女子で11.9%であるのに対して、経験者群では、男性で30.5%、女性で44.6%となっていた ($p<0.01$)。これらの結果は、わが国の中学生にとって、有機溶剤を乱用すると言うことは、大麻、覚せい剤が身近なものになるという特徴を如実に示している。

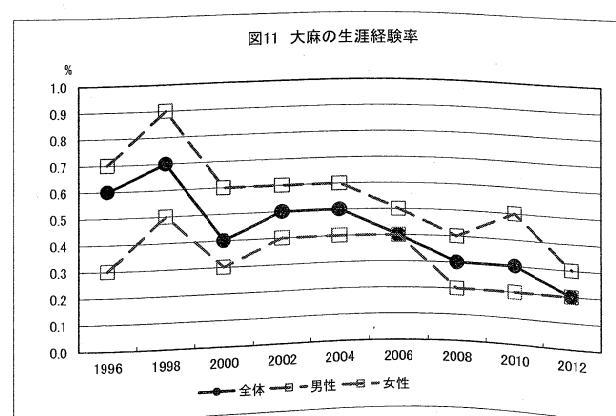
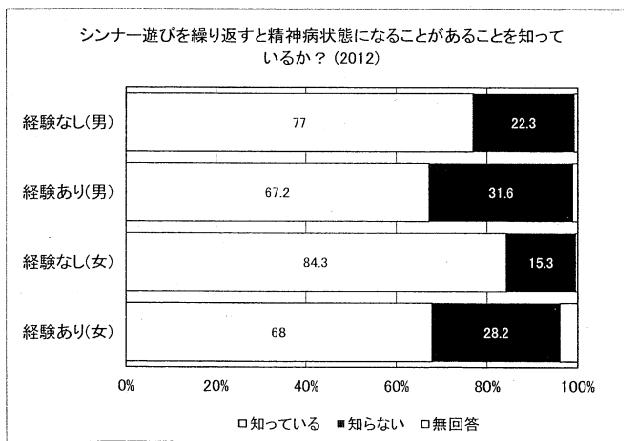
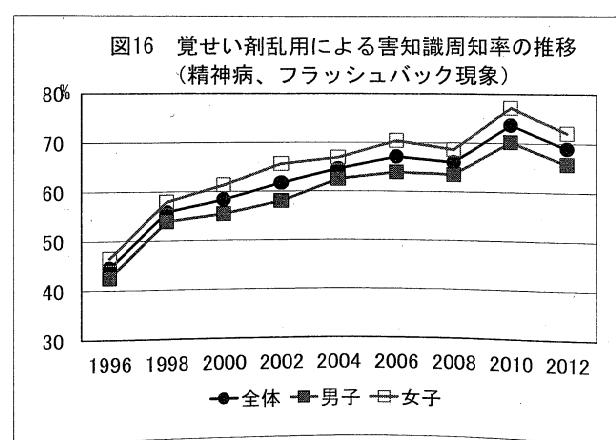
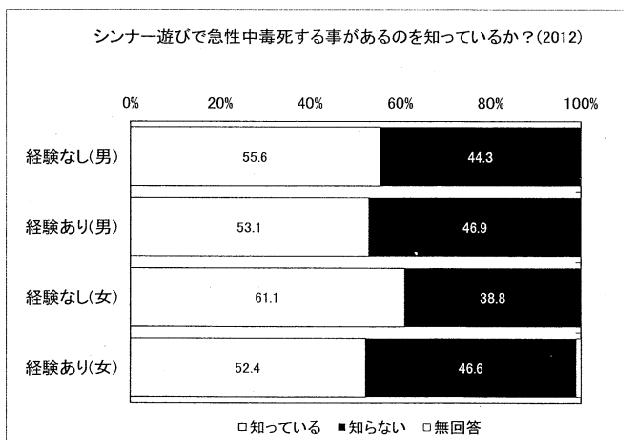
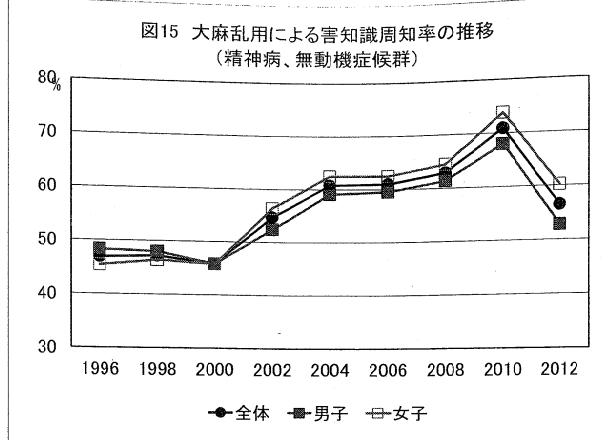
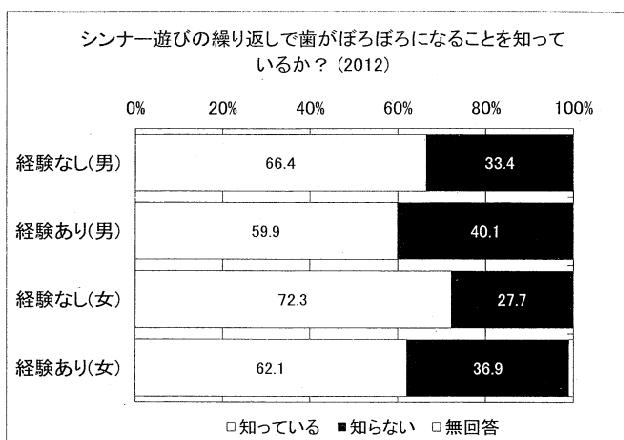
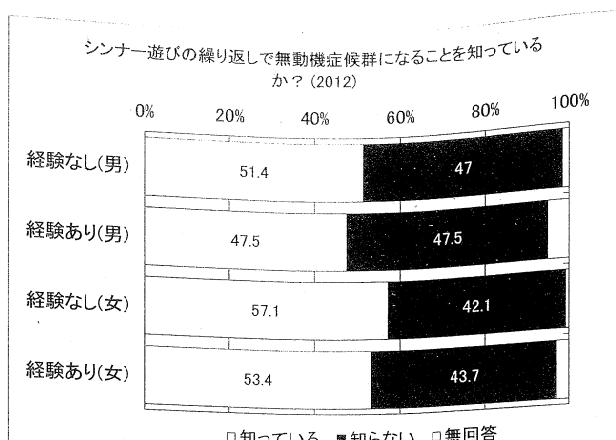
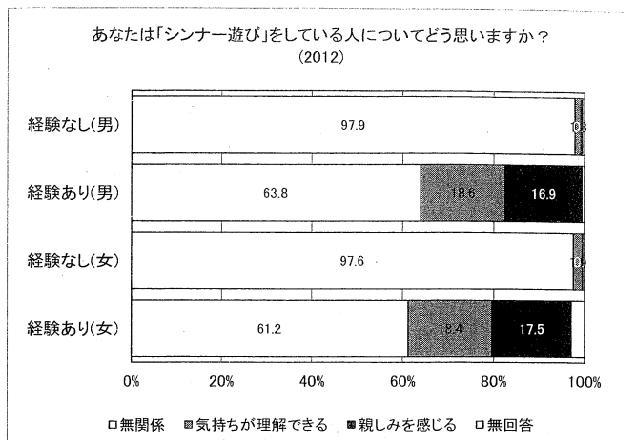
⑨ 薬物の乱用経験率には、法の遵守性が大きく影響すると考えられる。喫煙については全体の約5%の者が「少々ならかまわない」を選んでいるのに対して、「シンナー遊び」に関してそれを選んだ者は1.2%に過ぎず、大麻では0.7%であったことは、同じ依存性薬物と言えども、有機溶剤及び大麻乱用への心理的垣根は喫煙よりはるかに高いことを物語っている。

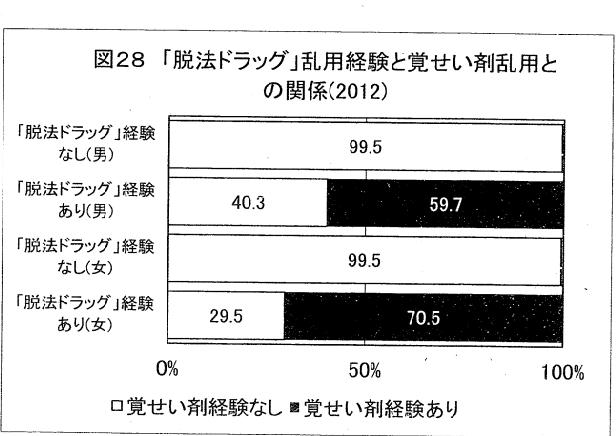
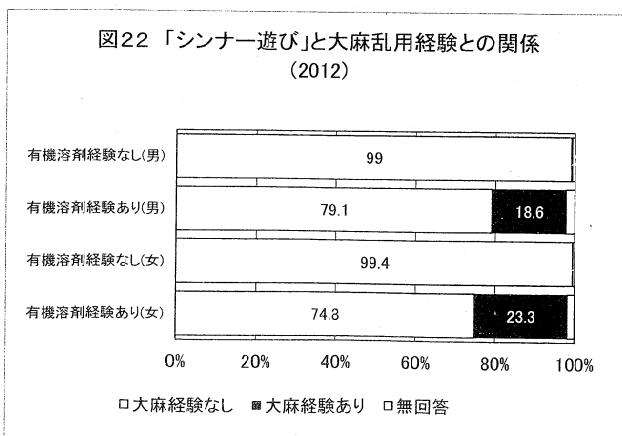
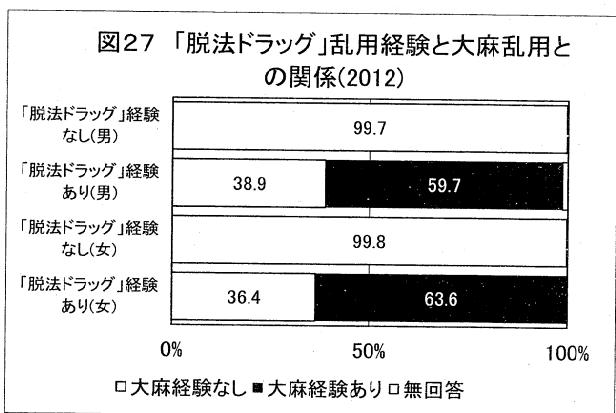
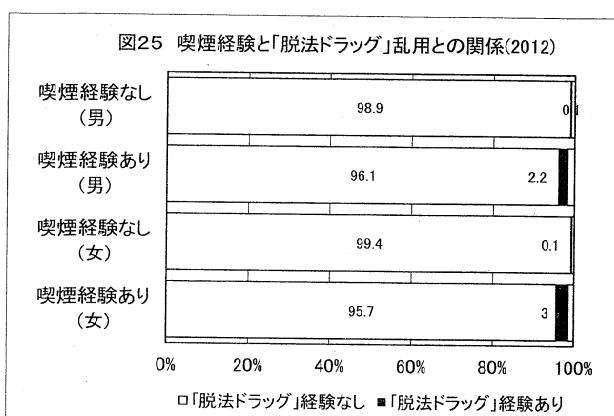
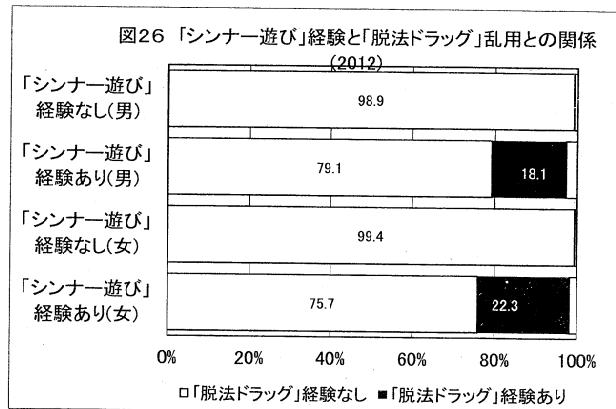
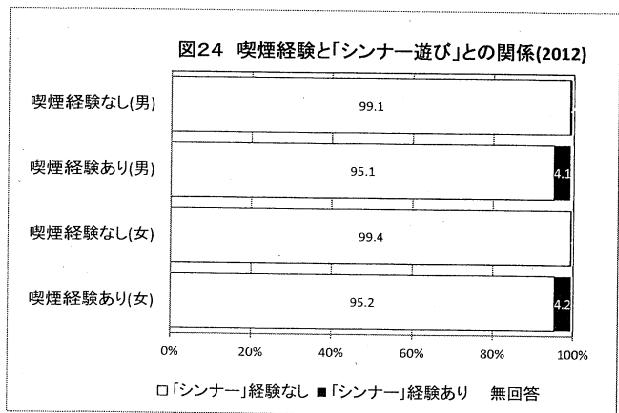
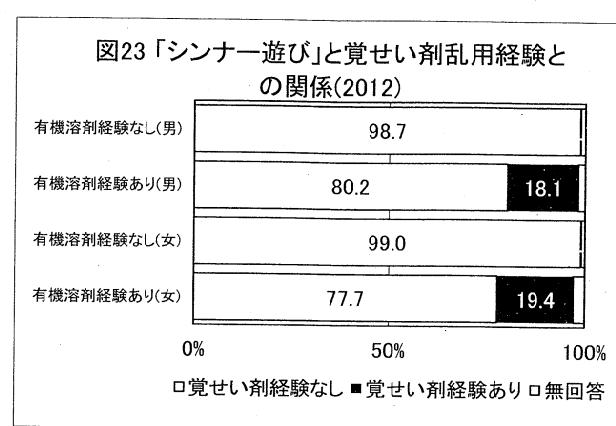
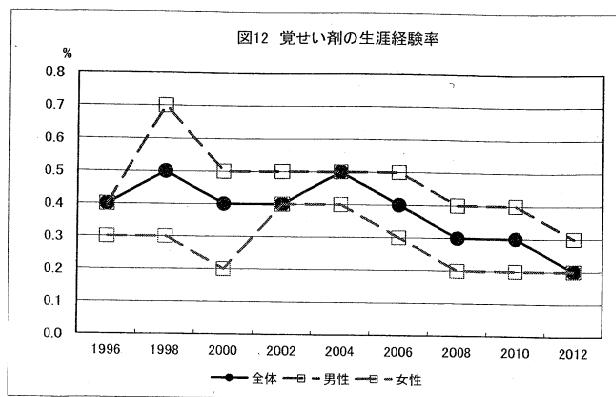
⑩ 有機溶剤乱用経験者群の20.5%（男子18.6%、女子23.3%）の者に大麻乱用の経験があり、19.1%（男子18.1%、女子19.4%）の者に覚せい剤乱用の経験があり、有機溶剤乱用と大麻・覚せい剤乱用との間には強い結びつきがあることが再確認された。同時に、喫煙経験と有機溶剤乱用経験との間にも結びつきが認められた。喫煙経験と「脱法ドラッグ」乱用との関係、「シンナー遊び」経験と「脱法ドラッグ」乱用との関係は、それぞれ、喫煙経験と「シンナー遊び」との関係、「シンナー遊び」経験と大麻ないしは覚せい剤乱用との関係とほとんど同じ結果であった。驚くべきことは、「脱法ドラッグ」乱用経験者における大麻、覚せい剤乱用経験の高さである。「脱法ドラッグ」乱用経験者における大麻乱用経験率は、60.0%（男子59.7%、女子63.6%）であり、「脱法ドラッグ」乱用経験者における覚せい剤乱用経験率は、63.3%（男子59.7%、女子70.5%）にも上った。従来、わが国での中学生にとっての乱用薬物の順番は、「喫煙→有機溶剤→大麻・覚せい剤」と考えられてきた。しかし、「脱法ドラッグ」の出現は、「喫煙→脱法ドラッグ→大麻・覚せい剤」という新しい流れの可能性を示唆するものであり、同時に、「脱法ドラッグ→大麻・覚せい剤」の流れは、「有機溶剤→大麻・覚せい剤」の比ではない可能性を示唆する

ものである。ただし、今回のこの結果は、初めての調査結果であり、トレンドを見る事ができないため、断定はできない。しかし、それにしても、「脱法ドラッグ」乱用経験と大麻、覚せい剤乱用との関係の強さは恐怖すら覚える結果であった。
 ⑪ 以上により、中学生の薬物乱用問題は、有機溶剤問題から「脱法ドラッグ」問題に変わっている可能性がある。薬物乱用防止教育の実施状況の再確認とともに、内容を再検討する時期に来ている。









分担研究報告書
(1-2)

平成24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

薬剤師を情報源とする医薬品乱用の実態把握に関する研究

研究分担者 鳴根卓也 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部
研究協力者 川村和美 仙台調剤 教育研修部
岸本桂子 慶應義塾大学薬学部 社会薬学講座

研究要旨 本研究では、OTC 薬の大量・頻回購入者を医薬品乱用・依存のハイリスク層と位置づけ、ドラッグストアに勤務する薬剤師を、OTC 薬の乱用・依存の実態把握をする上で情報源になり得ると位置づけた上で、大手チェーンドラッグストア S 社に勤務する薬剤師を対象とするインタネット調査を実施し、1108名（平均35.8歳）より回答を得た（回収率67.5%）。主な知見は以下の通りである。

- 1) 対象者のうち692名（58.6%）がOTC 薬の大量・頻回購入者への応対経験を有していた。大量・頻回購入者への応対経験を有する692名のうち、261名（37.7%）は過去1年間においても大量・頻回購入者への応対経験があった。
- 2) 大量・頻回購入者が買い求めたOTC 薬は多種多様であった。プロン®、トニン®といった咳止め薬、ナロン®、セデス®といった鎮痛薬、市販の鎮静薬であるウット®のように、精神科臨床で繰り返し報告されているOTC 薬もみられる一方で、新小児用ジキニンシロップ®やネオシーダー®が大量・頻回購入の対象となっていることが明らかになった。
- 3) 大量・頻回購入者に応対した薬剤師の88.0%が「声かけ」を、81.4%が「使用目的の確認」まで踏み込んで実施していることが示された。また、大量・頻回購入者への応対後に、85.4%が「店内で情報共有」、76.3%が「上司への相談」を実施していた。大量・頻回購入エピソードが発生した場合は、情報を店舗内で共有し、対策を講じるという連携が上手く取れていることが示唆された。
- 4) 多変量解析の結果、薬物依存が疑われる患者との接客に対する自信と知識が高い薬剤師ほど、薬物乱用・依存に関する社外研修を受けている薬剤師ほど、「使用目的の確認」を行うことが明らかとなった。また、薬物依存が疑われる患者との接客に対する自信が高い薬剤師ほど、薬物依存に対する知識があり、地域の相談窓口を知っている薬剤師ほど、学部中に教育を受けた薬剤師ほど、大量・頻回購入に関して上司（管理薬剤師など）に相談していることが明らかとなつた。

以上の知見より、大手チェーンドラッグストアに勤務する薬剤師を情報源として、精神科臨床では報告されていないOTC 薬が大量・頻回購入の対象となっている実態の一端を把握したとともに、薬物乱用・依存に関する卒後研修や、薬学部における薬物乱用・依存教育を今後充実させることで、薬剤師の大量・頻回購入者に対する応対力の質を向上させる可能性が示唆された。

A. 研究目的

一般用医薬品（Over The Counter Drug, 以降 OTC 薬と表記）とは、医師の処方せんがなくても、薬局や薬店で購入できる医薬品のことである。

全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査（以下、病院調査）によれば、OTC 薬の乱用・依存症例は、覚醒剤や処方薬（主としてベンゾジアゼピン系薬剤）を主たる使用薬物と

する症例に比べ、比率は低いものの、鎮咳薬・総合感冒薬・鎮痛薬・鎮静剤といったOTC 薬の乱用・依存症例が引き続き報告されている^{1~3)}。

現在、OTC 薬販売の主翼を担う大手チェーンドラッグストアの中には、一部の鎮咳薬について自主的に販売個数を設けている店舗や、空き箱を陳列することで万引き対策行う店舗も少なくない。しかし、無数に点在するドラッグストア等での入

手容易性の高さや、乱用者に対する司法的対応の困難性を踏まえると、OTC 薬は抜本的な対策を立てにくい乱用薬物の一つと言えよう。

昨年度、筆者らは、OTC 薬依存の当事者を対象としたインタビューを通じて、ドラッグストア等で OTC 薬の購入時に症状や使用目的を確認する「薬剤師による声かけ」が、乱用を目的とする大量・頻回購入の抑止力となる可能性を示唆した⁴⁾。また、大手チェーンドラッグストアに勤務する薬剤師のインタビューからは、鎮咳薬・総合感冒薬・鎮痛薬などの大量・頻回購入者に存在に気づきながらも、その対応に苦慮する薬剤師のジレンマが浮かび上がった⁴⁾。

以上の背景をもとに、OTC 薬の大量・頻回購入者を医薬品乱用・依存のハイリスク層と位置づけ、ドラッグストアに勤務する薬剤師を、OTC 薬の乱用・依存の実態把握をする上での情報源になり得ると位置づけた。

そこで本研究では、大手チェーンドラッグストアに勤務する薬剤師を情報源とする OTC 薬の大量・頻回購入の実態把握を試みる。また、薬剤師は、医薬品供給のみならず、乱用・依存リスクの高い顧客を早期に発見し（気づき）、薬物乱用・依存に関する相談支援を行い（関わり）、地域の専門機関につなぐ（つなぎ）ことができる医療職種であると考え、大量・頻回購入者に対する薬剤師の応対状況を明らかすることで、今後必要とされる薬剤師への介入について検討することを目的とする。

B. 研究方法

1. 対象および調査方法

対象者は、大手チェーンドラッグストア S 社に勤務する薬剤師（常勤・非常勤問わず）1641名である。（平成 24 年 12 月時点）。質問票は、S 社のインターネット（社内に限定されたコンピュータネットワーク）上に設置した。インフォームド・コンセントの得られた薬剤師は、各ドラッグストア店舗に設置された PC 端末から個人用ページにアクセスし、個人用ページを通じてインターネット上の質問票に回答し、回答内容はログ形式で S 社のサーバーに送信される方式をとった。以上の手続きによって、計 1108 名の薬剤師より回答を得た（回収率 67.5%）。

2. 調査項目

本研究では、ドラッグストアにおいて OTC 薬の乱用・依存行動を評価しうる指標として大量購入（同種の OTC 薬を一度に大量に買い求める行動）および頻回購入（同種の OTC 薬を連続して何度も買い求める行動）に着目した。ドラッグストア勤務の薬剤師への事前ヒアリングから、大量購入と頻回購入は重なる場合が多く、両者を峻別することは困難であると判断し、「大量・頻回購入」として尋ねることにした。

- 1) 大量・頻回購入エピソード：大量・頻回購入者への応対経験（生涯、過去 1 年間）、大量・頻回購入者が買い求めた OTC 薬種別（風邪薬、解熱鎮痛薬、鼻炎・アレルギー薬、咳止め薬、睡眠改善薬、眠気防止薬、乗り物酔い止め、胃腸薬、ビタミン剤、滋養強壮薬、漢方薬、その他）、過去 1 年間に大量・頻回購入者が買い求めた OTC 薬の商品名（自由記載）、大量・頻回購入者への応対内容（声かけ、使用目的の確認、店内での情報共有、上司への相談、エリアマネージャーへの相談、薬事情報センターへの相談）
- 2) 薬物乱用・依存に関するセルフ・エフィカシー・知識・経験：薬物依存が疑われる患者に気づく自信（10 段階スケール）、薬物依存が疑われる患者との接客に対する自信（10 段階スケール）、薬物依存に関する知識（10 段階スケール）、薬物乱用・依存に関する社外研修経験、学部在学中の薬物乱用・依存に関する教育経験、薬物乱用・依存の相談窓口に関する知識など
- 3) 基本属性：性別、年齢、最終学歴、ドラッグストア勤務年数、勤務店舗の所在地域、OTC 薬販売の従事頻度、社内研修履歴など

3. 倫理面への配慮

本研究は、疫学研究に関する倫理指針を遵守して、（独）国立精神・神経医療研究センターの研究倫理委員会の承認を得た上で実施された。

1) 個人情報の保護について

本研究は、対象者の氏名、生年月日、住所等個人を識別する情報を一切扱わない、資料として連結不可能匿名化されている情報のみを用いる研究である。ただし、S 社内のインターネットを利用するために、データログ上に社員番号のデータが残るが、個人情報管理者（S 社のインターネット責任者）がデータログから社員番号を削除し、独自の符号（ID 番号）を付した上で、研究者に調査デ

ータを受け渡した。この匿名化作業により、研究者が手にする調査データには個人を識別できる情報は存在しなかった。

2) 個人の安全性・不利益に対する配慮

個人情報を扱わない本研究は、対象者個人の安全性に何らかの危険を与える恐れや、個人の不利益につながる恐れがないと判断された。また、本研究への協力は対象者の自由意志に基づくものであり、対象者が対象者になることを拒否することは當時可能であり、回答を望まない質問は回答せずとも調査を中断・終了できる体制をとった。以上より、対象者への侵襲性がないと判断された。

3) 研究目的を含む研究説明

研究説明は、社内のテレビ朝礼を通じたネットワークアナウンス、各地域を管轄するマネージャーを通じた口頭伝達、インターネット上での事前公告により行った。

4. 統計解析

まず、単純集計により、大量・頻回購入の応対経験、大量・頻回購入者が買い求めたOTC薬種別、大量・頻回購入への薬剤師の応対内容などの実態を把握した。過去1年間に、大量・頻回購入者が買い求めたOTC薬の商品名（自由記載）は、ブランド名ごとに分類した。ただし、「ブロン」という記載だけでは新ブロン液エース®、エスエスブロン錠®といった製品名や剤形を特定することができないため、ブロン®としてまとめた。「咳止めシロップ」、「H₂ブロッカー」などブランド名を特定できない記述や、製薬会社の名前のみを記載している場合は削除した。また、2件以上の回答を集計対象とし、外用薬、医薬部外品は除外した。

次に、大量・頻回購入者への応対経験のある薬剤師のみを抽出し、応対内容（声かけ、使用目的の確認、店内での情報共有、上司への相談、エリアマネージャーへの相談、薬事情報センターへの相談）の有無をアウトカムとして関連項目とのクロス集計を行った。なお、有意差検定はフィッシャーの正確確率法を採用した。

最後に、交絡因子の影響を調整するために、大量・頻回購入者への応対内容のうち「使用目的の確認」、「上司への相談」を従属変数とするロジスティック回帰分析を行い、調整済みオッズ比および95%信頼区間を算出した。共変量の投入は強制投入法で行ったが、大量・頻回購入者への応対内

容などは多重共線性が発生する可能性も考慮し、すべて独立変数を一度に共変量として投入するのではなく、クロス集計の結果をもとに、調整する交絡因子として性別、年齢、ドラッグストア勤務年数、最終学歴、勤務店舗の所在地域、OTC薬販売の従事頻度を選択し、それぞれの独立変数とこれらの交絡因子を1回ずつ共変量として投入した。

C. 研究結果

1. 対象薬剤師の属性

回答の得られた計1108名の薬剤師は、男性52.4%、女性47.6%であり、平均年齢35.8歳（最年少24歳～最高齢76歳）であった。全体の45.9%は東海地方の店舗に勤務しており、近畿地方33.1%、関東地方18.4%と続いた。最終学歴は、全体の91.5%が学部卒業であるが、大学院卒業（修士）6.9%、大学院卒業（博士）1.2%もみられた。ドラッグストアへの勤務年数は平均6.8年であった。OTC薬販売の従事頻度は、全体の65.6%が「ほぼ毎日」であり、「時々」26.6%、「ほとんど従事せず」7.8%と続いた。

薬物乱用・依存に関する社外研修の経験を有する者は38.2%であり、学部在学中に薬物乱用・依存に関する教育を受けた者は54.2%、薬物依存に関する相談窓口を知っている者は15.9%にとどまった（表1）。

2. OTC薬の大量・頻回購入の実態

回答の得られた計1108名の薬剤師のうち、OTC薬の大量・頻回購入者への応対経験（生涯経験）を有するのは692名（58.6%）であった。大量・頻回購入者が求めたOTC薬種別は、咳止め薬78.9%が最も多く、風邪薬44.5%、解熱鎮痛薬25.3%、睡眠改善薬14.5%と続いた（表2）。OTC薬の大量・頻回購入者への応対経験を有する692名の薬剤師のうち、261名（37.7%）は、過去1年間においても大量・頻回購入者への応対経験を有していた（表2）。

過去1年間においてOTC薬の大量・頻回購入者への応対経験を有する薬剤師にOTC薬の具体的なブランド名を自由記述で求めたところ、表11に示す結果を得た。大量・頻回購入者が買い求めたOTC薬は、新小児用ジキニンシロップ®71件、ブロン®（錠、液）70件、ネオシーダー®40件、ロキソニン®S37件、トニン®（トニン咳どめ液D、新トニン

咳止め液) 34 件、ガスター10®23 件、アネトン®(せき止めZ 液、せき止めZ錠) 15 件と続いた。

OTC 薬の大量・頻回購入者への応対内容は、「声かけ」88.0%、「使用目的の確認」81.4%、「店内での情報共有」85.4%、「上司への相談」76.3%、「エリアマネージャーへの相談」24.0%、「薬事情報センターへの相談」3.6%と続いた(表2)。

3. 大量・頻回購入者への薬剤師の応対

次に、大量・頻回購入者への応対経験のある薬剤師のみを抽出し、応対内容(声かけ、使用目的の確認、店内での情報共有、上司への相談、エリアマネージャーへの相談、薬事情報センターへの相談)の有無をアウトカムとして関連項目とのクロス集計を表3~8に示した。

OTC 薬の大量・頻回購入者に対し、使用目的を確認した群(n=563)は、使用目的を確認しなかった群(n=129)に比べ、ドラッグストアの勤務年数が長く(p=0.016)、薬物依存が疑われる患者との接客に対する自信が高く(p<0.001)、薬物乱用・依存に関する社会研修経験を受けた割合が高く(p=0.043)、大量・頻回購入者が買い求めたOTC 薬が風邪薬(p<0.001)、解熱鎮痛薬(p=0.002)、睡眠改善薬(p=0.037)、眠気防止薬(p=0.001)、胃腸薬(p=0.016)、滋養強壮薬(p=0.028)である割合が高く、大量・頻回購入者への応対として声かけ(p<0.001)、店内での情報共有(p<0.001)、上司への相談(p<0.001)、エリアマネージャーへの相談(p<0.001)を行った割合が高く、過去1年間においても大量・頻回購入者への応対経験を有する割合が高く(p=0.034)、それぞれ有意差が認められた(表4)。

OTC 薬の大量・頻回購入者に関して、上司(管理薬剤師等)に相談した群(n=528)は、相談しなかった群(n=164)に比べ、薬物依存が疑われる患者に気づく自信が高く(p=0.033)、薬物依存が疑われる患者との接客に対する自信が高く(p=0.010)、薬物依存に関する知識が高く(p=0.008)、薬物依存の相談窓口を知っている割合が高く(p=0.013)、学部在学中に薬物乱用・依存の教育を受けた割合が高く(p=0.009)、大量・頻回購入者が買い求めたOTC 薬が風邪薬(p<0.001)、鼻炎・アレルギー薬(p<0.001)である割合が高く、大量・頻回購入者への応対として声かけ(p<0.001)、使用目的の確認(p<0.001)、店内での情報共有

(p<0.001)、エリアマネージャーへの相談(p<0.001)、薬事情報センターへの相談(p=0.015)を行った割合が高く、それぞれ有意差が認められた(表6)。

4. ロジスティック回帰分析によって得られた調整済オッズ比

交絡因子(年齢、ドラッグストア勤務年数、学歴など)の影響を調整するために、大量・頻回購入者への応対内容のうち「使用目的の確認」、「上司への相談」を従属変数とするロジスティック回帰分析を実施し、得られた調整済オッズ比を表9,10に示した。

交絡因子調整後において、「使用目的の確認」は、薬物依存が疑われる患者との接客に対する自信(Adj. OR:1.36 [1.21-1.52])および薬物依存に関する知識(Adj. OR:1.13 [1.00-1.27])のスコアが上昇すると有意に上昇し、薬物乱用・依存に関する社外研修経験(Adj. OR:1.58 [1.02-2.44])を有していると有意に上昇した(表9)。

また、大量・頻回購入者への応対内容のうち、声かけ(Adj. OR:22.37 [12.37-40.46])、店内での情報共有(Adj. OR:4.89 [3.02-7.94])、上司への相談(Adj. OR:3.63 [2.36-5.59])、エリアマネージャーへの相談(Adj. OR:3.81 [1.97-7.36])の経験を有する場合も、有意に上昇した(表9)。

一方、「上司への相談」は、薬物依存が疑われる患者との接客に対する自信(Adj. OR:1.11 [1.00-1.22])および薬物依存に関する知識(Adj. OR:1.12 [1.01-1.25])のスコアが上昇すると有意に上昇し、薬物依存に関する相談窓口を知っている(Adj. OR:1.98 [1.14-3.44])、学部在学中に薬物乱用・依存に関する教育を受けた経験(Adj. OR:1.81 [1.23-2.67])を有していると有意に上昇した(表10)。

また、大量・頻回購入者への応対内容のうち、声かけ(Adj. OR:5.89 [3.51-9.88])、使用目的の確認(Adj. OR:3.69 [2.39-5.68])、店内での情報共有(Adj. OR:6.73 [4.20-10.78])、エリアマネージャーへの相談(Adj. OR:8.14 [3.88-17.09])、薬事情報センターへの相談(Adj. OR:8.64 [1.15-65.02])の経験を有する場合も、有意に上昇した(表10)。

D. 考察

1. OTC 薬の大量・頻回購入の実態について

本研究では、大手チェーンドラッグストアに勤務する薬剤師を情報源として、OTC 薬の大量・頻回購入の実態を把握する試みを行った。

わが国では、薬局における OTC 薬の大量・頻回購入に焦点を当てた研究はほとんど報告されていないが、筆者らが 2006 年に埼玉県薬剤師会の会員薬局を対象に行った実態調査によれば、メチルエフェドリンやジヒドロコデインを含む鎮咳薬・総合感冒薬の大量販売（3 箱以上と定義）を顧客から求められた経験（生涯）は、全体の 19.5% にみられている⁵⁾。これに対し、本研究における大量・頻回購入者への応対経験（生涯）は 58.6% と前述のデータを大きく上回っている。

本研究では、調査対象となる OTC 薬に含まれる成分名や OTC 薬の種別を限定しておらず、前述の報告とは方法論上の相違があることが応対経験率に影響している可能性もあるが、むしろ対象となった薬剤師の OTC 薬販売への従事頻度が大きく異なることが影響していると考えられる。前述の埼玉県薬剤師会の対象者の多くが、処方せん調剤を業務の中心とする調剤薬局の薬剤師であるのに対し、本研究の対象は大手チェーンドラッグストアに勤務する薬剤師である。調剤を中心とする薬局での OTC 薬販売は、大手チェーンドラッグストアに比べると規模が小さく、取り扱う OTC 薬も限られている。現在、OTC 薬販売の主翼を担っているのは大手チェーンドラッグストアであり、実際に対象者の 65.6% が OTC 薬販売に「ほぼ毎日」従事しているという回答を得た。したがって、本研究の対象者の OTC 薬販売への従事頻度が高いことが、結果として大量・頻回購入者に接する機会も高くなった可能性が示唆されよう。

大量・頻回購入者が買い求めた OTC 薬は多種多様であり、ブロン[®]、トニン[®]といった咳止め薬、ナロン[®]、セデス[®]といった鎮痛薬、市販の鎮静薬であるウット[®]といった精神科臨床で報告^{1~3)}される OTC 薬がみられる一方で、精神科臨床ではこれまであまり報告されていない OTC 薬もみられた。

まず、最も報告数の多かった新小児用ジキニンシロップ[®]に注目したい。新小児用ジキニンシロップ[®]は、小児用の総合感冒内服液剤であり、ジヒドロコデインリン酸塩、dl-メチルエフェドリン塩酸塩、アセトアミノフェン、クロルフェニラミンマレイン酸塩、カンゾウエキスなどの成分を含むシ

ロップ剤である。小児用のため含有量は低いとはいえ、精神科臨床で繰り返し報告されているブロン[®]やトニン[®]と類似する処方内容となっている。

昨年度に実施した大手チェーンドラッグストアに勤務する薬剤師のインタビューでは、「今、一番気になるのは新小児ジキニンシロップです。比較的高齢の方が、栄養ドリンク感覚で飲んでいるようです。本来は子供用の風邪薬のはずなのですが、1 本をまるまる飲んでしまうようです。」「薬局での販売方法もおかしいと感じているのですが、3 本パックで販売していたり、5 本セットで買うと安くなったりします。陳列場所も小児用なのに成人用のコーナーに置いてあります。」という結果を得ている。新小児用ジキニンシロップ[®]が大量・頻回購入の対象となっているという調査結果は、前述の質的データを裏付ける結果と言える。本研究の結果から、大量・頻回購入者の新小児用ジキニンシロップ[®]に対する依存の程度を推し量することは困難であるが、新小児用ジキニンシロップ[®]を本来の目的から逸脱した形で乱用されるリスクが高いことが示唆されよう。

次に、ブロン[®]に次ぐ報告数がみられたネオシーダー[®]に注目したい。ネオシーダー[®]は、喫煙者の鎮咳・去痰剤として販売されている紙巻きタバコ型の薬用吸煙剤である。使用方法は、通常のタバコと同様であり、火を付けてフィルターを通じて吸煙する。主な有効成分として、塩化アンモニウム、日本薬局方安息香酸、カンゾウエキス、ハッカ油が表示されている。しかし、田中らの報告によれば、ネオシーダー[®]一本あたりには通常のタバコの 1/6~1/7 程度のニコチンが含有すること、ネオシーダー[®]使用によりニコチンが体内への移行すること、依存性があることが指摘されている⁶⁾。山岡らは、ネオシーダー[®]の使用中止が困難と相談を寄せた 27 人の使用者に対してアンケートを実施し、ネオシーダー[®]の使用目的は 3 名が鎮咳、19 名が禁煙、3 名が鎮咳と禁煙の両方、2 名はネオシーダー[®]を吸煙することそのものが目的であったと報告されており、そもそも医薬品としての製造・販売自体に疑問が持たれている⁷⁾。

その他、報告数が多かったロキソニン^{®S} や、ガスター^{®10} は、医療用医薬品から一般用医薬品として認可された、いわゆる”スイッチ OTC” である。これらの OTC 薬は、「第 1 類医薬品」に分類され⁸⁾、薬剤師による対面販売や情報提供が義務付

けられていることから、薬剤師による応対が多くみられた可能性が考えられる。大量・頻回購入者が買い求めたOTC薬のほとんどが「第2類医薬品」であり、薬剤師のみならず、改正薬事法により新設された「登録販売者」でも販売可能である。また、対面販売や情報提供は義務化されていないことから、薬剤師が気づかない場合も少なくないと推察される。

2. 大量・頻回購入者への薬剤師の応対について

本研究では、大量・頻回購入に気づいた薬剤師の応対について詳細に調べた。昨年度のインタビューを通じて、「薬剤師による声かけ」は、乱用を目的とする大量・頻回購入者の抑止力となる可能性を示したが、本研究では大量・頻回購入者に応対した薬剤師の88.0%が「声かけ」を、81.4%が「使用目的の確認」まで踏み込んで実施していることが示された。また、大量・頻回購入者への応対後に、85.4%が「店内で情報共有」、76.3%が「上司への相談」を実施していた。つまり、大量・頻回購入エピソードが発生した場合は、情報を店舗内で共有し、対策を講じるという連携が上手く取れていることが示唆された。しかし、「エリアマネージャー」や「薬事情報センター」といった店外の人材に相談することはあまりみられないことが示された。これは、大量・頻回購入者への応対は店舗内で解決すべき個別の問題であり、店舗の枠を超えて相談する内容ではないと薬剤師が判断している可能性が考えられる。

こうした大量・頻回購入者への応対は、当然のことながら、薬剤師個人の実務経験の長さ、教育歴、年齢などによっても左右される可能性がある。そこで、本研究では大量・頻回購入者への応対例として「使用目的の確認」と「上司への相談」をピックアップし、多変量解析により交絡因子の影響を調整した。

その結果、薬物依存が疑われる患者との接客に対する自信と知識が高い薬剤師ほど、薬物乱用・依存に関する社外研修を受けている薬剤師ほど、「使用目的の確認」を行うことが明らかとなった。つまり、薬物依存に関する知識を学び、薬物依存が疑われる患者との接客に関する卒後研修を受講することで、大量・頻回購入者に対する応対力の質を向上させる可能性が示唆されよう。

大手チェーンドラッグストアは、社内研修制度

がある企業が多く、個人経営の薬局に勤務する薬剤師に比べれば、研修を受けられるチャンスは多いと考えられる。こうした社内研修の中で、薬物乱用・依存に関する総合的な知識の獲得、乱用・依存が疑われる患者への応対方法などについて研修を行うことが今後必要と考えられる。今回、啓発ドラッグストアにおけるOTC薬乱用・依存者に対する予防介入の一例として啓発カードを用いたキャンペーンを試験的に実施した（別紙1）。キャンペーン実施前には、OTC薬販売に関わる薬剤師、登録販売者、その他スタッフを対象にDVD教材を用いた医薬品乱用・依存に関する研修を実施した。

また、薬物依存が疑われる患者との接客に対する自信が高い薬剤師ほど、薬物依存に対する知識があり、地域の相談窓口を知っている薬剤師ほど、学部中に教育を受けた薬剤師ほど、大量・頻回購入に関して上司（管理薬剤師など）に相談していることが明らかとなった。つまり、学部教育の中で薬物乱用・依存（特に医薬品乱用・依存）に対する教育を行うことで、大量・頻回購入者に対する応対力の質を向上させる可能性が示唆されよう。

Laffertyらが、米国フロリダ州の薬剤師に対して実施した調査⁹⁾によれば、67.5%の薬剤師は学部教育で受けた薬物乱用・依存に関する教育は「2時間以下」としており、29.2%は全く受けていなかった。しかし、学部で受けた薬物乱用・依存教育の時間が長いほど、薬物依存に対する知識が高く、患者に対し依存症に関する服薬カウンセリングをする頻度が高いことが示されている。一方、岸本らの報告¹⁰⁾によれば、薬学教育で使われているカリキュラムやテキストから薬物乱用・依存に関する記載は少なく、学部教育において薬物乱用・依存に関する教育を受ける機会はそれほど多くないことが報告されている（別紙2）。薬学教育が6年制となり、実務実習のウェイトが大きくなつた現在、現場の薬剤師によって身近な医薬品の乱用・依存に関する教育を今後さらに充実させていくことが求められよう。その際には、本研究で取り上げたOTC薬のみならず、近年、薬物依存の増加や、自殺との関係が指摘されているベンゾジアゼピン系薬剤等の向精神薬の乱用・依存についても包括的に指導することが必要であろう。

E. 結論

本研究では、OTC薬の大量・頻回購入者を医薬

品乱用・依存のハイリスク層と位置づけ、ドラッグストアに勤務する薬剤師を、OTC 薬の乱用・依存の実態把握をする上での情報源になり得ると位置づけた上で、大手チェーンドラッグストア S 社に勤務する薬剤師を対象とするインターネット調査を実施し、1108 名（平均 35.8 歳）より回答を得た（回収率 67.5%）。主な知見は以下の通りである。

- 1) 対象者のうち 692 名（58.6%）が OTC 薬の大量・頻回購入者への応対経験を有していた。
- 2) 大量・頻回購入者への応対経験を有する 692 名のうち、261 名（37.7%）は過去 1 年間においても大量・頻回購入者への応対経験があった。
- 3) 大量・頻回購入者が買い求めた OTC 薬は多種多様であった。プロン®、トニン®といった咳止め薬、ナロン®、セデス®といった鎮痛薬、市販の鎮静薬であるウット®のように、精神科臨床で繰り返し報告されている OTC 薬もみられる一方で、新小児用ジキニンシロップ®やネオシーダー®が大量・頻回購入の対象となっていることが明らかになった。
- 4) 大量・頻回購入者に応対した薬剤師の 88.0% が「声かけ」を、81.4% が「使用目的の確認」まで踏み込んで実施していることが示された。また、大量・頻回購入者への応対後に、85.4% が「店内で情報共有」、76.3% が「上司への相談」を実施していた。つまり、大量・頻回購入エピソードが発生した場合は、情報を店舗内で共有し、対策を講じるという連携が上手く取れていることが示唆された。
- 5) 多変量解析の結果、薬物依存が疑われる患者との接客に対する自信と知識が高い薬剤師ほど、薬物乱用・依存に関する社外研修を受けている薬剤師ほど、「使用目的の確認」を行うことが明らかとなった。また、薬物依存が疑われる患者との接客に対する自信が高い薬剤師ほど、薬物依存に対する知識があり、地域の相談窓口を知っている薬剤師ほど、学部中に教育を受けた薬剤師ほど、大量・頻回購入に関して上司（管理薬剤師など）に相談していることが明らかとなった。

以上の知見より、大手チェーンドラッグストアに勤務する薬剤師を情報源として、精神科臨床では報告されていない OTC 薬が大量・頻回購入の対象となっている実態の一端を把握したとともに、薬物乱用・依存に関する卒後研修や、薬学部における薬物乱用・依存教育を今後充実させることで、薬剤師の大量・頻回購入者に対する応対力の質を向

上させる可能性が示唆された。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 嶋根卓也、医者や薬局のくすりなら大丈夫？ 中高生のためのメンタル系サバイバルガイド（松本俊彦=編）。日本評論社、東京。74-79, 2012.

2. 学会発表

- 1) 岸本桂子、嶋根卓也：カリキュラム・教材からみた薬学教育における薬物、医薬品乱用・依存、日本社会薬学会第 31 年会、三重、2012.9.15-16
- 2) 嶋根卓也：若手シンポジウムアルコール・薬物研究の未来に向けて-薬剤師と薬物依存-、第 47 回日本アルコール・薬物医学会、北海道。2012.9.7-9.

3. その他

特になし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

特になし

文献

- 1) 松本俊彦、ほか：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 22 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、89-115,2011
- 2) 尾崎茂、ほか：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査、平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業）分担研究報告書、87-134,2009
- 3) 尾崎茂、ほか：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査、平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金（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、93-140,2007
- 4) 嶋根卓也、ほか：薬剤師を情報源とする医薬品乱用の実態把握に関する研究、平成 23 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、127-134,2012

- 5) 嶋根卓也：薬剤師の薬物乱用・依存に対する認識と薬局における一般医薬品の販売実態について、文部科学研究（若手 B）、2006 年度研究実績報告書,2006
- 6) 田中英夫、他：ネオシーダーのニコチン含有状況から見た医薬品としての妥当性の検討、日本公衛誌 49,929-933,2002
- 7) 山岡雅顕：ネオシーダーの依存性について、日本禁煙学会雑誌 2, 2-5,2007
- 8) 厚生労働省医薬食品局：「一般用医薬品の区分の指定等について」(平成 19 年 3 月 30 日薬食発第 0330037 号医薬食品局長通知)
- 9) Lynn Lafferty, et al: Knowledge, Attitudes and Practices of Pharmacists Concerning Prescription Drug Abuse , Journal of Psychoactive Drugs,38, 229-232, 2006.
- 10) 岸本桂子、嶋根卓也：カリキュラム・教材からみた薬学教育における薬物、医薬品乱用・依存、日本社会薬学会第 31 年会、三重、2012.9.15-16

表1.対象薬剤師の基本属性(n=1108)

	合計(n=1180) n (%)
勤務店舗の所在地	
関東地方	204 (18.4)
東海地方	509 (45.9)
近畿地方	367 (33.1)
その他	28 (2.5)
OTC薬販売の従事	
ほぼ毎日	726 (65.6)
時々	295 (26.6)
ほとんど従事せず	86 (7.8)
性別	
女性	527 (47.6)
男性	581 (52.4)
平均年齢	35.8 (24-76)
最終学歴	
大学卒	1,014 (91.5)
大学院卒(修士)	76 (6.9)
大学院卒(博士)	13 (1.2)
平均勤務年数	6.8 (0-50)
薬物依存が疑われる患者に気づく自信(mean)	5.4
薬物依存が疑われる患者との接客に対する自信(mean)	4.8
薬物依存に関する知識(mean)	4.8
薬物依存に関する相談窓口(知っている)	176 (15.9)
薬物乱用・依存に関する社外研修経験(あり)	423 (38.2)
学部在学中の薬物乱用・依存教育(あり)	600 (54.2)

表2. 大量・頻回購入者への薬剤師の応対状況(n=692)

	合計(n=692) n (%)
大量・頻回購入者が買い求めたOTC	
風邪薬	308 (44.5)
解熱鎮痛薬	175 (25.3)
鼻炎・アレルギー薬	26 (3.8)
咳止め	546 (78.9)
睡眠改善薬	100 (14.5)
眠気防止薬	37 (5.3)
乗り物酔い止め	10 (1.4)
胃腸薬	72 (10.4)
ビタミン剤	30 (4.3)
滋養強壮薬	30 (4.3)
漢方薬	8 (1.2)
その他	58 (8.4)
大量・頻回購入者への応対内容	
声かけ	609 (88.0)
使用目的の確認	563 (81.4)
店内での情報共有	591 (85.4)
上司への相談	528 (76.3)
エリアマネージャーへの相談	166 (24.0)
薬事情報センターへの相談	25 (3.6)
過去1年間に大量・頻回購入者への応対経験あり	261 (37.7)
大量・頻回購入者が買い求めたOTC(過去1年間)	
風邪薬	101 (14.6)
解熱鎮痛薬	61 (8.8)
鼻炎・アレルギー薬	5 (0.7)
咳止め	160 (23.1)
睡眠改善薬	28 (4.0)
眠気防止薬	4 (0.6)
乗り物酔い止め	1 (0.1)
胃腸薬	28 (4.0)
ビタミン剤	7 (1.0)
滋養強壮薬	8 (1.2)
漢方薬	2 (0.3)
その他	28 (4.0)

表3. 大量・頻回購入者への対応状況別にみたクロス集計表(話したことがある)(n=692)

	合計 n (%)	大量・頻回購入者への対応状況 話したことがある(声かけを含む)			p-value
		はい(n=609) n (%)	いいえ(n=83) n (%)		
勤務店舗の所在地					0.061
関東地方	141 (20.4)	130 (21.3)	11 (13.3)		
東海地方	303 (43.8)	270 (44.3)	33 (39.8)		
近畿地方	222 (32.1)	185 (30.4)	37 (44.6)		
その他	26 (3.8)	24 (3.9)	2 (2.4)		
OTC薬販売の従事					0.749
ほぼ毎日	500 (72.4)	439 (72.2)	61 (73.5)		
時々	157 (22.7)	140 (23.0)	17 (20.5)		
ほとんど従事せず	34 (4.9)	29 (4.8)	5 (6.0)		
性別					0.240
女性	301 (43.5)	270 (44.3)	31 (37.3)		
男性	391 (56.5)	339 (55.7)	52 (62.7)		
平均年齢	37.0 (24-76)	37.0	36.3		0.567
最終学歴					0.415
大学卒	635 (91.8)	555 (91.1)	80 (96.4)		
大学院卒(修士)	48 (6.9)	45 (7.4)	3 (3.6)		
大学院卒(博士)	8 (1.2)	8 (1.3)	0 (0.0)		
平均勤務年数	8.3 (0-50)	8.6	6.1		0.001
セルフ・エフィカシー					
薬物依存が疑われる患者に気づく自信(mean)	5.8	5.8	5.4		0.087
薬物依存が疑われる患者との接客に対する自信(mean)	5.1	5.2	4.6		0.011
知識					
薬物依存に関する知識(mean)	5.1	5.2	4.9		0.241
薬物依存に関する相談窓口(知っている)	120 (17.3)	108 (17.7)	12 (14.5)		0.538
教育研修					
薬物乱用・依存に関する社外研修経験(あり)	252 (36.4)	225 (36.9)	27 (32.5)		0.467
学部在学中の薬物乱用・依存教育(あり)	350 (50.6)	307 (50.4)	43 (51.8)		0.816
大量・頻回購入者が買い求めたOTC					
風邪薬	308 (44.5)	285 (46.8)	23 (27.7)		0.001
解熱鎮痛薬	175 (25.3)	165 (27.1)	10 (12.0)		0.003
鼻炎・アレルギー薬	26 (3.8)	25 (4.1)	1 (1.2)		0.350
咳止め	546 (78.9)	494 (81.1)	52 (62.7)		<0.001
睡眠改善薬	100 (14.5)	94 (15.4)	6 (7.2)		0.046
眠気防止薬	37 (5.3)	35 (5.7)	2 (2.4)		0.298
乗り物酔い止め	10 (1.4)	10 (1.6)	0 (0.0)		0.618
胃腸薬	72 (10.4)	68 (11.2)	4 (4.8)		0.085
ビタミン剤	30 (4.3)	25 (4.1)	5 (6.0)		0.390
滋養強壮薬	30 (4.3)	30 (4.9)	0 (0.0)		0.039
漢方薬	8 (1.2)	8 (1.3)	0 (0.0)		0.605
その他	58 (8.4)	55 (9.0)	3 (3.6)		0.136
大量・頻回購入者への応対内容					
使用目的の確認	563 (81.4)	540 (88.7)	23 (27.7)		<0.001
店内での情報共有	591 (85.4)	545 (89.5)	46 (55.4)		<0.001
上司への相談	528 (76.3)	489 (80.3)	39 (47.0)		<0.001
エリアマネージャーへの相談	166 (24.0)	156 (25.6)	10 (12.0)		0.006
薬事情報センターへの相談	25 (3.6)	24 (3.9)	1 (1.2)		0.345
過去1年間における大量・頻回購入者への対応					
ある	261 (37.7)	250 (41.1)	11 (13.3)		<0.001
大量・頻回購入者が買い求めたOTC(過去1年間)					
風邪薬	101 (14.6)	96 (15.8)	5 (6.0)		0.019
解熱鎮痛薬	61 (8.8)	58 (9.5)	3 (3.6)		0.096
鼻炎・アレルギー薬	5 (0.7)	5 (0.8)	0 (0.0)		1.000
咳止め	160 (23.1)	154 (25.3)	6 (7.2)		<0.001
睡眠改善薬	28 (4.0)	28 (4.6)	0 (0.0)		0.039
眠気防止薬	4 (0.6)	4 (0.7)	0 (0.0)		1.000
乗り物酔い止め	1 (0.1)	1 (0.2)	0 (0.0)		1.000
胃腸薬	28 (4.0)	28 (4.6)	0 (0.0)		0.039
ビタミン剤	7 (1.0)	7 (1.1)	0 (0.0)		1.000
滋養強壮薬	8 (1.2)	8 (1.3)	0 (0.0)		0.605
漢方薬	2 (0.3)	2 (0.3)	0 (0.0)		1.000
その他	28 (4.0)	27 (4.4)	1 (1.2)		0.236

表4. 大量・頻回購入者への対応状況別にみたクロス集計表(使用目的を確認した)(n=692)

	大量・頻回購入者への対応状況			
	合計 n (%)	使用目的を確認した		p-value
		はい(n=563) n (%)	いいえ(n=129) n (%)	
勤務店舗の所在地				0.092
関東地方	141 (20.4)	121 (21.5)	20 (15.5)	
東海地方	303 (43.8)	252 (44.8)	51 (39.5)	
近畿地方	222 (32.1)	169 (30.0)	53 (41.1)	
その他	26 (3.8)	21 (3.7)	5 (3.9)	
OTC薬販売の従事				0.764
ほぼ毎日	500 (72.4)	408 (72.6)	92 (71.3)	
時々	157 (22.7)	125 (22.2)	32 (24.8)	
ほとんど従事せず	34 (4.9)	29 (5.2)	5 (3.9)	
性別				0.239
女性	301 (43.5)	251 (44.6)	50 (38.8)	
男性	391 (56.5)	312 (55.4)	79 (61.2)	
平均年齢	37.0 (24-76)	36.8	37.8	0.398
最終学歴				0.681
大学卒	635 (91.8)	513 (91.1)	122 (94.6)	
大学院卒(修士)	48 (6.9)	42 (7.5)	6 (4.7)	
大学院卒(博士)	8 (1.2)	7 (1.2)	1 (0.8)	
平均勤務年数	8.3 (0-50)	8.6	7.0	0.016
セルフ・エフィカシー				
薬物依存が疑われる患者に気づく自信(mean)	5.8	5.8	5.7	0.424
薬物依存が疑われる患者との接客に対する自信(mean)	5.1	5.3	4.3	<0.001
知識				
薬物依存に関する知識(mean)	5.1	5.2	4.9	0.121
薬物依存に関する相談窓口(知っている)	120 (17.3)	104 (18.5)	16 (12.4)	0.121
教育研修				
薬物乱用・依存に関する社外研修経験(あり)	252 (36.4)	215 (38.2)	37 (28.7)	0.043
学部在学中の薬物乱用・依存教育(あり)	350 (50.6)	289 (51.3)	61 (47.3)	0.435
大量・頻回購入者が買い求めたOTC				
風邪薬	308 (44.5)	269 (47.8)	39 (30.2)	<0.001
解熱鎮痛薬	175 (25.3)	156 (27.7)	19 (14.7)	0.002
鼻炎・アレルギー薬	26 (3.8)	25 (4.4)	1 (0.8)	0.067
咳止め	546 (78.9)	450 (79.9)	96 (74.4)	0.188
睡眠改善薬	100 (14.5)	89 (15.8)	11 (8.5)	0.037
眠気防止薬	37 (5.3)	37 (6.6)	0 (0.0)	0.001
乗り物酔い止め	10 (1.4)	10 (1.8)	0 (0.0)	0.222
胃腸薬	72 (10.4)	66 (11.7)	6 (4.7)	0.016
ビタミン剤	30 (4.3)	26 (4.6)	4 (3.1)	0.632
滋養強壮薬	30 (4.3)	29 (5.2)	1 (0.8)	0.028
漢方薬	8 (1.2)	8 (1.4)	0 (0.0)	0.363
その他	58 (8.4)	52 (9.2)	6 (4.7)	0.112
大量・頻回購入者への応対内容				
声かけ	609 (88.0)	540 (95.9)	69 (53.5)	<0.001
店内での情報共有	591 (85.4)	507 (90.1)	84 (65.1)	<0.001
上司への相談	528 (76.3)	456 (81.0)	72 (55.8)	<0.001
エリアマネージャーへの相談	166 (24.0)	154 (27.4)	12 (9.3)	<0.001
薬事情報センターへの相談	25 (3.6)	24 (4.3)	1 (0.8)	0.065
過去1年間における大量・頻回購入者への対応				
ある	261 (37.7)	223 (39.6)	38 (29.5)	0.034
大量・頻回購入者が買い求めたOTC(過去1年間)				
風邪薬	101 (14.6)	86 (15.3)	15 (11.6)	0.335
解熱鎮痛薬	61 (8.8)	54 (9.6)	7 (5.4)	0.168
鼻炎・アレルギー薬	5 (0.7)	5 (0.9)	0 (0.0)	0.590
咳止め	160 (23.1)	134 (23.8)	26 (20.2)	0.419
睡眠改善薬	28 (4.0)	25 (4.4)	3 (2.3)	0.332
眠気防止薬	4 (0.6)	4 (0.7)	0 (0.0)	1.000
乗り物酔い止め	1 (0.1)	1 (0.2)	0 (0.0)	1.000
胃腸薬	28 (4.0)	28 (5.0)	0 (0.0)	0.005
ビタミン剤	7 (1.0)	6 (1.1)	1 (0.8)	1.000
滋養強壮薬	8 (1.2)	7 (1.2)	1 (0.8)	1.000
漢方薬	2 (0.3)	2 (0.4)	0 (0.0)	1.000
その他	28 (4.0)	26 (4.6)	2 (1.6)	0.139

表5. 大量・頻回購入者への対応状況別にみたクロス集計表(店内で情報共有した)(n=692)

	合計 n (%)	大量・頻回購入者への対応状況 店内で情報共有した		p-value
		はい(n=591) n (%)	いいえ(n=101) n (%)	
勤務店舗の所在地				0.318
関東地方	141 (20.4)	126 (21.3)	15 (14.9)	
東海地方	303 (43.8)	256 (43.3)	47 (46.5)	
近畿地方	222 (32.1)	185 (31.3)	37 (36.6)	
その他	26 (3.8)	24 (4.1)	2 (2.0)	
OTC薬販売の従事				0.331
ほぼ毎日	500 (72.4)	429 (72.7)	71 (70.3)	
時々	157 (22.7)	135 (22.9)	22 (21.8)	
ほとんど従事せず	34 (4.9)	26 (4.4)	8 (7.9)	
性別				0.232
女性	301 (43.5)	263 (44.5)	38 (37.6)	
男性	391 (56.5)	328 (55.5)	63 (62.4)	
平均年齢	37.0 (24-76)	36.8	37.7	0.496
最終学歴				0.446
大学卒	635 (91.8)	545 (92.2)	90 (89.1)	
大学院卒(修士)	48 (6.9)	38 (6.4)	10 (9.9)	
大学院卒(博士)	8 (1.2)	7 (1.2)	1 (1.0)	
平均勤務年数	8.3 (0-50)	8.4	7.5	0.210
セルフ・エフィカシー				
薬物依存が疑われる患者に気づく自信(mean)	5.8	5.8	5.6	0.261
薬物依存が疑われる患者との接客に対する自信(mean)	5.1	5.1	4.8	0.067
知識				
薬物依存に関する知識(mean)	5.1	5.2	4.9	0.105
薬物依存に関する相談窓口(知っている)	120 (17.3)	106 (17.9)	14 (13.9)	0.393
教育研修				
薬物乱用・依存に関する社外研修経験(あり)	252 (36.4)	217 (36.7)	35 (34.7)	0.738
学部在学中の薬物乱用・依存教育(あり)	350 (50.6)	304 (51.4)	46 (45.5)	0.283
大量・頻回購入者が買い求めたOTC				
風邪薬	308 (44.5)	265 (44.8)	43 (42.6)	0.745
解熱鎮痛薬	175 (25.3)	151 (25.5)	24 (23.8)	0.804
鼻炎・アレルギー薬	26 (3.8)	25 (4.2)	1 (1.0)	0.156
咳止め	546 (78.9)	483 (81.7)	63 (62.4)	<0.001
睡眠改善薬	100 (14.5)	89 (15.1)	11 (10.9)	0.357
眠気防止薬	37 (5.3)	35 (5.9)	2 (2.0)	0.148
乗り物酔い止め	10 (1.4)	8 (1.4)	2 (2.0)	0.646
胃腸薬	72 (10.4)	60 (10.2)	12 (11.9)	0.597
ビタミン剤	30 (4.3)	28 (4.7)	2 (2.0)	0.292
滋養強壮薬	30 (4.3)	30 (5.1)	0 (0.0)	0.015
漢方薬	8 (1.2)	8 (1.4)	0 (0.0)	0.611
その他	58 (8.4)	53 (9.0)	5 (5.0)	0.242
大量・頻回購入者への応対内容				
声かけ	609 (88.0)	545 (92.2)	64 (63.4)	<0.001
使用目的の確認	563 (81.4)	507 (85.8)	56 (55.4)	<0.001
上司への相談	528 (76.3)	485 (82.1)	43 (42.6)	<0.001
エリアマネージャーへの相談	166 (24.0)	154 (26.1)	12 (11.9)	0.002
薬事情報センターへの相談	25 (3.6)	24 (4.1)	1 (1.0)	0.156
過去1年間における大量・頻回購入者への対応				
ある	261 (37.7)	232 (39.3)	29 (28.7)	0.046
大量・頻回購入者が買い求めたOTC(過去1年間)				
風邪薬	101 (14.6)	89 (15.1)	12 (11.9)	0.450
解熱鎮痛薬	61 (8.8)	54 (9.1)	7 (6.9)	0.571
鼻炎・アレルギー薬	5 (0.7)	5 (0.8)	0 (0.0)	1.000
咳止め	160 (23.1)	143 (24.2)	17 (16.8)	0.125
睡眠改善薬	28 (4.0)	26 (4.4)	2 (2.0)	0.410
眠気防止薬	4 (0.6)	4 (0.7)	0 (0.0)	1.000
乗り物酔い止め	1 (0.1)	1 (0.2)	0 (0.0)	1.000
胃腸薬	28 (4.0)	25 (4.2)	3 (3.0)	0.785
ビタミン剤	7 (1.0)	7 (1.2)	0 (0.0)	0.602
滋養強壮薬	8 (1.2)	7 (1.2)	1 (1.0)	1.000
漢方薬	2 (0.3)	2 (0.3)	0 (0.0)	1.000
その他	28 (4.0)	24 (4.1)	4 (4.0)	1.000

表6. 大量・頻回購入者への対応状況別にみたクロス集計表(上司に相談した)(n=692)

	合計 n (%)	大量・頻回購入者への対応状況			p-value	
		上司(店長・管理薬剤師)に相談した				
		はい(n=528) n (%)	いいえ(n=164) n (%)			
勤務店舗の所在地						
関東地方	141 (20.4)	116 (22.0)	25 (15.2)		0.034	
東海地方	303 (43.8)	216 (40.9)	87 (53.0)			
近畿地方	222 (32.1)	177 (33.5)	45 (27.4)			
その他	26 (3.8)	19 (3.6)	7 (4.3)			
OTC薬販売の従事						
ほぼ毎日	500 (72.4)	379 (71.9)	121 (73.8)		0.894	
時々	157 (22.7)	122 (23.1)	35 (21.3)			
ほとんど従事せず	34 (4.9)	26 (4.9)	8 (4.9)			
性別						
女性	301 (43.5)	222 (42.0)	79 (48.2)		0.177	
男性	391 (56.5)	306 (58.0)	85 (51.8)			
平均年齢	37.0 (24-76)	37.1	36.7		0.741	
最終学歴						
大学卒	635 (91.8)	486 (92.0)	149 (90.9)		0.435	
大学院卒(修士)	48 (6.9)	36 (6.8)	12 (7.3)			
大学院卒(博士)	8 (1.2)	6 (1.1)	2 (1.2)			
平均勤務年数	8.3 (0-50)	8.5	7.6		0.162	
セルフ・エフィカシー						
薬物依存が疑われる患者に気づく自信(mean)	5.8	5.9	5.5		0.033	
薬物依存が疑われる患者との接客に対する自信(mean)	5.1	5.2	4.7		0.010	
知識						
薬物依存に関する知識(mean)	5.1	5.2	4.8		0.008	
薬物依存に関する相談窓口(知っている)	120 (17.3)	102 (19.3)	18 (11.0)		0.013	
教育研修						
薬物乱用・依存に関する社外研修経験(あり)	252 (36.4)	201 (38.1)	51 (31.1)		0.115	
学部在学中の薬物乱用・依存教育(あり)	350 (50.6)	282 (53.4)	68 (41.5)		0.009	
大量・頻回購入者が買い求めたOTC						
風邪薬	308 (44.5)	249 (47.2)	59 (36.0)		0.012	
解熱鎮痛薬	175 (25.3)	138 (26.1)	37 (22.6)		0.411	
鼻炎・アレルギー薬	26 (3.8)	20 (3.8)	6 (3.7)		0.578	
咳止め	546 (78.9)	438 (83.0)	108 (65.9)		<0.001	
睡眠改善薬	100 (14.5)	83 (15.7)	17 (10.4)		0.099	
眠気防止薬	37 (5.3)	32 (6.1)	5 (3.0)		0.165	
乗り物酔い止め	10 (1.4)	8 (1.5)	2 (1.2)		1.000	
胃腸薬	72 (10.4)	58 (11.0)	14 (8.5)		0.464	
ビタミン剤	30 (4.3)	24 (4.5)	6 (3.7)		0.826	
滋養強壮薬	30 (4.3)	28 (5.3)	2 (1.2)		0.260	
漢方薬	8 (1.2)	8 (1.5)	0 (0.0)		0.209	
その他	58 (8.4)	43 (8.1)	15 (9.1)		0.747	
大量・頻回購入者への応対内容						
声かけ	609 (88.0)	489 (92.6)	120 (73.2)		<0.001	
使用目的の確認	563 (81.4)	456 (86.4)	107 (65.2)		<0.001	
店内での情報共有	591 (85.4)	485 (91.9)	106 (64.6)		<0.001	
エリアマネージャーへの相談	166 (24.0)	158 (29.9)	8 (4.9)		<0.001	
薬事情報センターへの相談	25 (3.6)	24 (4.5)	1 (0.6)		0.015	
過去1年間における大量・頻回購入者への対応						
ある	591 (85.4)	485 (91.9)	106 (64.6)			
261 (37.7)	207 (39.2)	54 (32.9)			0.167	
大量・頻回購入者が買い求めたOTC(過去1年間)						
風邪薬	101 (14.6)	80 (15.2)	21 (12.8)		0.527	
解熱鎮痛薬	61 (8.8)	45 (8.5)	16 (9.8)		0.637	
鼻炎・アレルギー薬	5 (0.7)	5 (0.9)	0 (0.0)		0.597	
咳止め	160 (23.1)	133 (25.2)	27 (16.5)		0.020	
睡眠改善薬	28 (4.0)	24 (4.5)	4 (2.4)		0.362	
眠気防止薬	4 (0.6)	4 (0.8)	0 (0.0)		0.578	
乗り物酔い止め	1 (0.1)	1 (0.2)	0 (0.0)		1.000	
胃腸薬	28 (4.0)	26 (4.9)	2 (1.2)		0.039	
ビタミン剤	7 (1.0)	5 (0.9)	2 (1.2)		0.672	
滋養強壮薬	8 (1.2)	7 (1.3)	1 (0.6)		0.688	
漢方薬	2 (0.3)	2 (0.4)	0 (0.0)		1.000	
その他	28 (4.0)	16 (3.0)	12 (7.3)		0.022	

表7 大量・頻回購入者への対応状況別にみたクロス集計表(エリアマネージャーに相談した)(n=692)

	合計 n (%)	大量・頻回購入者への対応状況 エリアマネージャーに相談した はい(n=166) n (%)	いいえ(n=526) n (%)	p-value
勤務店舗の所在地				0.143
関東地方	141 (20.4)	38 (22.9)	103 (19.6)	
東海地方	303 (43.8)	60 (36.1)	243 (46.2)	
近畿地方	222 (32.1)	61 (36.7)	161 (30.6)	
その他	26 (3.8)	7 (4.2)	19 (3.6)	
OTC薬販売の従事				0.002
ほぼ毎日	500 (72.4)	136 (81.9)	364 (69.3)	
時々	157 (22.7)	22 (13.3)	135 (25.7)	
ほとんど従事せず	34 (4.9)	8 (4.8)	26 (5.0)	
性別				0.473
女性	301 (43.5)	68 (41.0)	233 (44.3)	
男性	391 (56.5)	98 (59.0)	293 (55.7)	
平均年齢	37.0 (24-76)	36.6	37.0	0.676
最終学歴				0.431
大学卒	635 (91.8)	148 (89.2)	487 (92.6)	
大学院卒(修士)	48 (6.9)	16 (9.6)	32 (6.1)	
大学院卒(博士)	8 (1.2)	2 (1.2)	6 (1.1)	
平均勤務年数	8.3 (0-50)	8.8	8.1	0.254
セルフ・エフィカシー				
薬物依存が疑われる患者に気づく自信(mean)	5.8	6.0	5.7	0.070
薬物依存が疑われる患者との接客に対する自信(mean)	5.1	5.5	5.0	0.002
知識				
薬物依存に関する知識(mean)	5.1	5.4	5.0	0.018
薬物依存に関する相談窓口(知っている)	120 (17.3)	42 (25.3)	78 (14.8)	0.003
教育研修				
薬物乱用・依存に関する社外研修経験(あり)	252 (36.4)	71 (42.8)	181 (34.4)	0.053
学部在学中の薬物乱用・依存教育(あり)	350 (50.6)	90 (54.2)	260 (49.4)	0.287
大量・頻回購入者が買い求めたOTC				
風邪薬	308 (44.5)	83 (50.0)	225 (42.8)	0.108
解熱鎮痛薬	175 (25.3)	48 (28.9)	127 (24.1)	0.221
鼻炎・アレルギー薬	26 (3.8)	11 (6.6)	15 (2.9)	0.034
咳止め	546 (78.9)	145 (87.3)	401 (76.2)	0.002
睡眠改善薬	100 (14.5)	32 (19.3)	68 (12.9)	0.057
眠気防止薬	37 (5.3)	14 (8.4)	23 (4.4)	0.049
乗り物酔い止め	10 (1.4)	6 (3.6)	4 (0.8)	0.015
胃腸薬	72 (10.4)	20 (12.0)	52 (9.9)	0.466
ビタミン剤	30 (4.3)	12 (7.2)	18 (3.4)	0.047
滋養強壮薬	30 (4.3)	13 (7.8)	17 (3.2)	0.016
漢方薬	8 (1.2)	6 (3.6)	2 (0.4)	0.003
その他	58 (8.4)	13 (7.8)	45 (8.6)	0.873
大量・頻回購入者への応対内容				
声かけ	609 (88.0)	156 (94.0)	453 (86.1)	0.006
使用目的の確認	563 (81.4)	154 (92.8)	409 (77.8)	<0.001
店内での情報共有	591 (85.4)	154 (92.8)	437 (83.1)	0.002
上司への相談	528 (76.3)	158 (95.2)	370 (70.3)	<0.001
薬事情報センターへの相談	25 (3.6)	20 (12.0)	5 (1.0)	<0.001
過去1年間における大量・頻回購入者への対応				
ある	261 (37.7)	77 (46.4)	184 (35.0)	0.010
大量・頻回購入者が買い求めたOTC(過去1年間)				
風邪薬	101 (14.6)	29 (17.5)	72 (13.7)	0.256
解熱鎮痛薬	61 (8.8)	15 (9.0)	46 (8.7)	0.876
鼻炎・アレルギー薬	5 (0.7)	2 (1.2)	3 (0.6)	0.598
咳止め	160 (23.1)	55 (33.1)	105 (20.0)	0.001
睡眠改善薬	28 (4.0)	11 (6.6)	17 (3.2)	0.069
眠気防止薬	4 (0.6)	3 (1.8)	1 (0.2)	0.045
乗り物酔い止め	1 (0.1)	0 (0.0)	1 (0.2)	1.000
胃腸薬	28 (4.0)	8 (4.8)	20 (3.8)	0.651
ビタミン剤	7 (1.0)	2 (1.2)	5 (1.0)	0.676
滋養強壮薬	8 (1.2)	3 (1.8)	5 (1.0)	0.406
漢方薬	2 (0.3)	1 (0.6)	1 (0.2)	0.422
その他	28 (4.0)	7 (4.2)	21 (4.0)	0.825

表8. 大量・頻回購入者への対応状況別にみたクロス集計表(薬事情報センターに相談した)(n=692)

	合計 n (%)	大量・頻回購入者への対応状況			p-value	
		薬事情報センターに相談した				
		はい(n=25)	いいえ(n=667)			
勤務店舗の所在地					0.378	
関東地方	141 (20.4)	5 (20.0)	136 (20.4)			
東海地方	303 (43.8)	15 (60.0)	288 (43.2)			
近畿地方	222 (32.1)	5 (20.0)	217 (32.5)			
その他	26 (3.8)	0 (0.0)	26 (3.9)			
OTC薬販売の従事					0.340	
ほぼ毎日	500 (72.4)	17 (68.0)	483 (72.5)			
時々	157 (22.7)	8 (32.0)	149 (22.4)			
ほとんど従事せず	34 (4.9)	0 (0.0)	34 (5.1)			
性別					0.838	
女性	301 (43.5)	10 (40.0)	291 (43.6)			
男性	391 (56.5)	15 (60.0)	376 (56.4)			
平均年齢	37.0 (24-76)	36.0	37.0	0.700		
最終学歴					0.219	
大学卒	635 (91.8)	21 (84.0)	614 (92.1)			
大学院卒(修士)	48 (6.9)	4 (16.0)	44 (6.6)			
大学院卒(博士)	8 (1.2)	0 (0.0)	8 (1.2)			
平均勤務年数	8.3 (0-50)	8.3	8.3	0.976		
セルフ・エフィカシー						
薬物依存が疑われる患者に気づく自信(mean)	5.8	6.1	5.7	0.309		
薬物依存が疑われる患者との接客に対する自信(mean)	5.1	5.8	5.1	0.058		
知識						
薬物依存に関する知識(mean)	5.1	5.6	5.1	0.189		
薬物依存に関する相談窓口(知っている)	120 (17.3)	10 (40.0)	110 (16.5)	0.005		
教育研修						
薬物乱用・依存に関する社外研修経験(あり)	252 (36.4)	12 (48.0)	240 (36.0)	0.289		
学部在学中の薬物乱用・依存教育(あり)	350 (50.6)	17 (68.0)	333 (49.9)	0.102		
大量・頻回購入者が買いためたOTC						
風邪薬	308 (44.5)	16 (64.0)	292 (43.8)	0.063		
解熱鎮痛薬	175 (25.3)	7 (28.0)	168 (25.2)	0.815		
鼻炎・アレルギー薬	26 (3.8)	3 (12.0)	23 (3.4)	0.063		
咳止め	546 (78.9)	23 (92.0)	523 (78.4)	0.134		
睡眠改善薬	100 (14.5)	4 (16.0)	96 (14.4)	0.773		
眠気防止薬	37 (5.3)	4 (16.0)	33 (4.9)	0.039		
乗り物酔い止め	10 (1.4)	2 (8.0)	8 (1.2)	0.047		
胃腸薬	72 (10.4)	2 (8.0)	70 (10.5)	1.000		
ビタミン剤	30 (4.3)	4 (16.0)	26 (3.9)	0.019		
滋養強壮薬	30 (4.3)	3 (12.0)	27 (4.0)	0.089		
漢方薬	8 (1.2)	2 (8.0)	6 (0.9)	0.031		
その他	58 (8.4)	2 (8.0)	56 (8.4)	1.000		
大量・頻回購入者への応対内容						
声かけ	609 (88.0)	24 (96.0)	585 (87.7)	0.345		
使用目的の確認	563 (81.4)	24 (96.0)	539 (80.8)	0.065		
店内での情報共有	591 (85.4)	24 (96.0)	567 (85.0)	0.156		
上司への相談	528 (76.3)	24 (96.0)	504 (75.6)	0.015		
エリアマネージャーへの相談	166 (24.0)	20 (80.0)	146 (21.9)	<0.001		
過去1年間における大量・頻回購入者への対応						
ある	261 (37.7)	13 (52.0)	248 (37.2)	0.145		
大量・頻回購入者が買いためたOTC(過去1年間)						
風邪薬	101 (14.6)	6 (24.0)	95 (14.2)	0.241		
解熱鎮痛薬	61 (8.8)	3 (12.0)	58 (8.7)	0.477		
鼻炎・アレルギー薬	5 (0.7)	1 (4.0)	4 (0.6)	0.168		
咳止め	160 (23.1)	8 (32.0)	152 (22.8)	0.332		
睡眠改善薬	28 (4.0)	2 (8.0)	26 (3.9)	0.268		
眠気防止薬	4 (0.6)	2 (8.0)	2 (0.3)	0.007		
乗り物酔い止め	1 (0.1)	0 (0.0)	1 (0.1)	1.000		
胃腸薬	28 (4.0)	0 (0.0)	28 (4.2)	0.618		
ビタミン剤	7 (1.0)	0 (0.0)	7 (1.0)	1.000		
滋養強壮薬	8 (1.2)	0 (0.0)	8 (1.2)	1.000		
漢方薬	2 (0.3)	0 (0.0)	2 (0.3)	1.000		
その他	28 (4.0)	2 (8.0)	26 (3.9)	0.268		

表9.大量・頻回購入者に対する使用目的確認(あり/なし)を従属変数とするロジスティック回帰分析により得られた調整済オッズ比(n=692)

	調整済 オッズ比	95%信頼区間		p-value
		下限	上限	
セルフ・エフィカシー				
薬物依存が疑われる患者に気づく自信	1.05	0.94	1.17	0.418
薬物依存が疑われる患者との接客に対する自信	1.36	1.21	1.52	<0.001
知識				
薬物依存に関する知識	1.13	1.00	1.27	0.049
薬物依存に関する相談窓口・支援施設	1.60	0.89	2.87	0.119
教育研修				
薬物乱用・依存に関する社外研修経験	1.58	1.02	2.44	0.040
学部在学中の薬物乱用・依存教育	1.36	0.89	2.08	0.159
大量・頻回購入者への応対内容				
声かけ	22.37	12.37	40.46	<0.001
店内での情報共有	4.89	3.02	7.94	<0.001
上司への相談	3.63	2.36	5.59	<0.001
エリアマネージャーへの相談	3.81	1.97	7.36	<0.001
薬事情報センターへの相談	5.59	0.73	42.61	0.097

*強制投入法にて、性別、年齢、ドラッグストア勤務年数、最終学歴、勤務店舗の所在地域、OTC薬販売の従事頻度を調整した。

表10.大量・頻回購入者に関する上司への相談(あり/なし)を従属変数とするロジスティック回帰分析により得られた調整済オッズ比(n=692)

	調整済 オッズ比	95%信頼区間		p-value
		下限	上限	
セルフ・エフィカシー				
薬物依存が疑われる患者に気づく自信	1.10	0.98	1.21	0.058
薬物依存が疑われる患者との接客に対する自信	1.11	1.00	1.22	0.041
知識				
薬物依存に関する知識	1.12	1.01	1.25	0.029
薬物依存に関する相談窓口・支援施設	1.98	1.14	3.44	0.015
教育研修				
薬物乱用・依存に関する社外研修経験	0.77	0.52	1.12	0.765
学部在学中の薬物乱用・依存教育	1.81	1.23	2.67	0.003
大量・頻回購入者への応対内容				
声かけ	5.89	3.51	9.88	<0.001
使用目的の確認	3.69	2.39	5.68	<0.001
店内での情報共有	6.73	4.20	10.78	<0.001
エリアマネージャーへの相談	8.14	3.88	17.09	<0.001
薬事情報センターへの相談	8.64	1.15	65.02	0.036

*強制投入法にて、性別、年齢、ドラッグストア勤務年数、最終学歴、勤務店舗の所在地域、OTC薬販売の従事頻度を調整した。

表11.過去1年間に大量・頻回購入者が買い求めたOTC薬のブランド名、報告数、分類、主な成分

ブランド名	報告数	分類	主な成分
新小児用ジキニンシロップ®	71	風邪薬	ジヒドロコデインリン酸塩、dl-メチルエフェドリン塩酸塩、アセトアミノフェン、クロルフェニラミンマレイン酸塩
ブロン®(錠、液)	70	咳止め	ジヒドロコデインリン酸塩、dl-メチルエフェドリン塩酸塩、クロルフェニラミンマレイン酸塩
ネオシーダー®	40	咳止め	塩化アンモニウム、日本薬局方安息香酸、カンゾウエキス、ハッカ油
ロキソニン®S	37	鎮痛薬	ロキソプロフェンナトリウム水和物
トニン®(トニン咳どめ液D、新トニン咳止め液)	34	咳止め	ジヒドロコデイン、dl-メチルエフェドリン塩酸塩、ジフェニルピラリン塩酸塩
ガスター®10	23	胃腸薬	ファモチジン
アネトン®(せき止めZ液、せき止めZ錠)	15	咳止め	コデインリン酸塩水和物、dl-メチルエフェドリン塩酸塩、リゾチーム塩酸塩、クロルフェニラミンマレイン酸塩
ハリー®	13	咳止め	ジヒドロコデインリン酸塩、dl-メチルエフェドリン塩酸塩、塩酸プロムヘキシン、クロルフェニラミンマレイン酸塩
パプロン®(AX、ゴールドA)	12	風邪薬	ジヒドロコデインリン酸塩、dl-メチルエフェドリン塩酸塩、グアイフェネシン、アセトアミノフェン
ジキニン(顆粒、C、液)	10	風邪薬	ジヒドロコデインリン酸塩、dl-メチルエフェドリン塩酸塩、アセトアミノフェン、クロルフェニラミンマレイン酸塩
ドリエル®	9	睡眠改善	ジフェンヒドラミン塩酸塩
エフストリン®(液、錠)	9	咳止め	ジヒドロコデインリン酸塩、dl-メチルエフェドリン塩酸塩、グアイフェネシン、クロルフェニラミンマレイン酸塩
ナロン®エース	6	鎮痛薬	イブプロフェン、エテンザミド、プロムフレリル尿素
カイゲン®(せき止め液W)	5	咳止め	ジヒドロコデインリン酸塩、dl-メチルエフェドリン塩酸塩、グアヤコールスルホン酸カリウム、キキョウエキス、バクモンドウ流エキス
ウット®	4	鎮静剤	プロムフレリル尿素
バファリンプラスS®	4	鎮痛薬	アセチルサリチル酸、アリルイソプロピルアセチル尿素
イブ®A錠	3	鎮痛薬	イブプロフェン、アリルイソプロピルアセチル尿素
カローミン®	3	睡眠改善	ジフェンヒドラミン塩酸塩
セデス®ハイ	2	鎮痛薬	イソプロピルアンチビリン、アセトアミノフェン、アリルイソプロピルアセチル尿素
カイゲン®(かぜカプセル)	2	風邪薬	アセトアミノフェン、dl-メチルエフェドリン塩酸塩、無水カフェイン、カンゾウ末、ケイヒ末、ショウキョウ末
ノーシン®	2	鎮痛薬	アセトアミノフェン、エテンザミド、カフェイン水和物
新ルル®A錠	2	風邪薬	クレマステンマル酸塩、リゾチーム塩酸塩、アセトアミノフェン、ジヒドロコデインリン酸塩、ノスカビン、dl-メチルエフェドリン塩酸塩
大正トンプク®	2	鎮痛薬	アセトアミノフェン、エテンザミド、プロムフレリル尿素、無水カフェイン
コーラック®	2	下剤	ビサコジル、ピコスルファートナトリウム水和物、センノシド、ジオクチルソジウムスルホサクシネット

(別紙 1)

啓発カードを用いたドラッグストアにおけるOTC 薬乱用・依存者に対する予防介入の一例

研究協力者 川村和美（仙台調剤 教育研修部）

加藤武士（京都ダルク）

研究分担者 嶋根卓也（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部）

A. 研究目的

今回、大手チェーンドラッグストア S 社、および京都ダルクの協力のもとで OTC 薬の乱用・依存者向けの啓発資材を合わせて作成し、試験的に啓発資材の配布キャンペーンを行ったので、以下に報告する。

本キャンペーンでは、OTC 薬の大量・頻回購入者を薬物乱用・依存のハイリスク者と位置づけ、ハイリスク者に対し啓発資材を確実に手渡す方法を検討した。

B. 研究方法

検討の結果、乱用・依存リスクの高い OTC 薬に啓発資材を貼付し、販売するという試みを行うことに決定した。

C. 研究結果

図 1 に、啓発資材の表紙を示した。OTC 薬に貼付可能な大きさとして名刺代のカードサイズを採用した（折りたたみ式）。啓発資材の内容は、昨年度に実施した当事者インタビューの生データから構成される「当事者の声」、OTC 薬の使い方か

ら自身の乱用・依存の程度を探れるフローチャート、地域の相談窓口（ダルク）の紹介などが盛り込まれている。S 社の現場スタッフとの協議の結果、啓発カードが貼付可能な OTC 薬として 16 種類の医薬品を選択した（図 2）。

啓発キャンペーンの実施に際し、モデル地区を定めた（計 18 店舗）。啓発キャンペーン協力店舗スタッフ（薬剤師、登録販売者、その他スタッフ）に対しては、独自に作成した研修用 DVD を視聴してもらい、OTC 薬乱用・依存の基礎知識に関する研修を実施した。

啓発キャンペーンは、平成 25 年 1 月 1 日～31 日までの 1 ヶ月間に渡って実施し、18 店舗のドラッグストアで計 1496 枚の啓発カードを配布した。箱のサイズが小さい OTC 薬にはカードを貼付できない事情や、陳列棚のキャパシティの事情もあり、貼付できたのは包装単位が比較的大きなサイズの OTC 薬であった。

D. 考察

今回の予防介入はあくまで試験的、限定的な取り組みであり、その効果は今後検証していく必要があるものの、OTC 薬販売に従事するスタッフが、薬物乱用・依存に関して理解を深める機会を作れたことは大きな意味がある。抜本的な対策が取りにくい OTC 薬乱用・依存問題に対しては、まずは販売者側の意識を変えていくことが重要ではなかろうか。



図 1. OTC 薬乱用・依存リスクのある
消費者に向けた啓発カードの表紙



図 2. OTC 薬への貼付例

(別紙2)

薬学部教育における薬物、医薬品乱用・依存に関する調査

研究協力者 岸本桂子（慶應義塾大学薬学部 社会薬学講座）

研究分担者 嶋根卓也（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部）

研究要旨

6年制薬学教育における医薬品、薬物乱用・依存の教育内容を調査し、依存性を有するOTC薬や向精神薬などの適正使用に寄与し、乱用・依存者に対応できる薬剤師養成としての教育の可能性を考察する。薬学教育内容の調査資料として、(1)薬学教育モデル・コアカリキュラム合本、(2)薬剤師国家試験出題基準、(3)スタンダード薬学シリーズ(日本薬学会編)を用いた。主な知見は以下の通りである。

- 1) 6年制薬学教育指針である「薬学教育モデル・コアカリキュラム合本」や「薬剤師国家試験出題基準」における乱用・依存を明記した内容の記載は非常に少なかった。
- 2) 教育指針の解釈に相当する「スタンダード薬学シリーズ(日本薬学会作成)」テキスト上においては、「乱用」「依存」とった言葉が用いられていない到達目標においても、医薬品、薬物の乱用・依存に関連する内容が記載されていた。
- 3) OTC薬の販売や向精神薬の服薬指導といった場面での対応や利用できる社会資源といった支援に関する記載よりも、医薬品や薬物の特性としての依存性の保有といった物質的な側面の記載の方が多くみられ、これらの内容の記載は、多数の専門領域に跨り体系的に示されていなかった。

以上の知見より、薬学教育における医薬品、薬物の乱用・依存に関する教育の必要性は認識されているが、教育内容の質や量は、各大学間や実務実習先の施設間で異なっている可能性が推測された。また、違法薬物や医薬品の依存性といった特性に関する知識をどのように対人的に活かすことができるか等の対応、支援面における教育内容の不足や、教育指針や方略が整理されていない現状が示唆され、体系的な領域の確立、カリキュラム

上の明文化や、モデル・コアカリキュラムの到達目標に関する解説を併せて提示する等の整備が必要であると考える。また同時に、大学内での教育だけではなく、6年制教育を担う臨床現場での薬剤師の対応についても共通の認識を確立していく必要があると考える。

A. 研究目的

薬物乱用・依存の対象物は違法薬物だけではなく、医療用医薬品や一般用医薬品(Over the Counter Drug, 以降 OTC薬と表記)も含まれる^{1,2)}。医薬品を調剤、販売、授与する薬剤師は、医薬品乱用者と接する機会があり、乱用・依存からの回復の架け橋として役割を担うことが可能な医療職種である²⁻⁴⁾。

全国の精神科医療施設の患者調査によれば、薬物依存症例の中で睡眠薬や抗不安薬といった医薬品の依存が占める割合は、ここ10年で2倍以上に増加している^{1,5)}。また、自殺の背景として向精神薬の過量服薬が指摘され、早期発見・介入における薬剤師の関わりが期待されている^{6,7)}。海外においては、乱用に関し薬剤師が受けた教育量と乱用者へのカウンセリングについての知識の適切性に関連があることが報告され、教育の重要性が示されている⁸⁾。

本邦では、平成18年より6年制薬学教育が開始された。4年制から6年制への修業年延長の背景の1つとして、医療技術の高度化、医薬分業の進展等に伴う医薬品の安全使用といった社会的要請に応え、医療の担い手として、質の高い薬剤師が求められていることがあげられている。

そこで本研究では、本邦の6年制薬学教育における、医薬品、薬物の乱用・依存に関する教育内容を調査し、向精神薬や依存性を有するOTC薬等の適正使用に寄与し、乱用・依存者に適切な対応ができる薬剤師養成としての教育の可能性を考察する。

B. 研究方法

1. 調査資料

調査資料として、薬学教育モデル・コアカリキュラム合本、薬剤師国家試験出題基準、スタンダード薬学シリーズ(日本薬学会編)の3つを対象に医薬品、薬物の乱用・依存に関する教育内容の抽出を行った。

薬学教育モデル・コアカリキュラム合本は、日本薬学会により作成された薬学教育モデル・コアカリキュラムと文部科学省により作成された実務実習モデル・コアカリキュラムから構成される。薬学科生が卒業時までに共通して修得すべき必須の基本となる教育内容(一般目標)と到達目標(Specific Behavioral Objectives ; SBO)が明記されている。それぞれの設定されている到達目標数は、薬学教育モデル・コアカリキュラムでは1,145項目、実務実習モデル・コアカリキュラムでは328項目(実務実習事前学習方略、病院実習方略、薬局実習方略に基づき集計)であり、合計1,473項目であった。

薬剤師国家試験出題基準は、薬剤師国家試験委員が試験問題を作成するうえで「妥当な出題範囲」と「ほぼ一定の問題水準」を保つために、厚生労働省の検討会がまとめた基準である。大項目、中項目、小項目、小項目の内容の例示から構成される。小項目の内容例示は合計1,231個存在する。

一方、スタンダード薬学シリーズ(日本薬学会編)は、カリキュラムや基準ではなく、薬系大学に共通する教科書として利用されることを目的に日本薬学会により作成されたテキストである。実務実習に関する巻では、日本薬剤師会、日本病院薬剤師会、日本医療薬学会も編集委員に加わっている。薬学教育モデル・コアカリキュラム合本に示されている各到達目標に対応する教育内容が記載され、全11巻20冊から構成される。薬学教育モデル・コアカリキュラム合本及び薬剤師国家試験出題基準の記載は簡潔であり、教育内容の程度や深度など範囲を捉えることは難しい。そこで、薬学教育モデル・コアカリキュラムの策定に関与している日本薬学会が作成したスタンダード薬学シリーズテキストも調査対象に加えることとした。薬学教育モデル・コアカリキュラム合本及び薬剤師国家試験出題基準の調査結果を基に、7冊(1.ヒューマニズム・薬学入門(第1版)、2.物理系薬学II化学物質の分析(第3版)、5.健康と環境(第2版)、6.薬と疾病IA 薬の効くプロセス(1)薬理、6.薬と疾病II薬物治療(1)(第1版)、9.社会と薬学(第3版)、11.病院・薬局実習II病院・薬局それぞれに固有な薬剤師業務(第1版))を調査対象として選定した。

2. 調査方法

各資料の文字データを用い、検索用語を「依存」「乱用」とし、薬物、医薬品の乱用・依存についての関連内容を抽出した。文字データが入手できない資料に関しては、スキャナーで読み取った後に光学文字認識により電子テキスト化を行った。また、本調査では乱用・依存者に適切な対応ができる薬剤師養成に関する教育内容を抽出することを目的としているため、病院や薬局における管理薬の取扱い及び薬事関連法規の内容は調査対象外とした。

C. 研究結果

1. 薬学教育モデル・コアカリキュラム合本

到達目標計1,473項目のうち、該当するのは5項目(0.3%)であった(表1)。「麻薬、大麻、覚せい剤乱用の健康への影響」(B イントロダクション【現代社会と薬学との接点】)、「乱用薬物を含む中毒原因物質のスクリーニング法」(C2 化学物質の分析【薬毒物の分析】)、「薬物依存の具体例」(C13 薬の効くプロセス【薬の作用】)、「神経症、心身症、薬物依存症、アルコール依存症」(C14 薬物治療【精神疾患】)、実務実習モデル・コアカリキュラムの「薬物乱用防止運動における薬剤師の役割」(3 薬局実習(6) 薬局業務を総合的に学ぶ)が抽出された。

2. 薬剤師国家試験出題基準

国試出題基準の小項目の内容例示(計1,231項目)では、該当は8項目(0.6%)であった(表1)。薬学教育モデル・コアカリキュラム合本の到達目標とほぼ一致する内容であったが、「麻薬、大麻、覚せい剤乱用の健康への影響」(B イントロダクション【現代社会と薬学との接点】)に対応する出題基準は存在しなかった。

3. スタンダード薬学シリーズ

医薬品、薬物の乱用・依存に関する内容が記載されていた到達目標は31項目であった。薬学教育モデル・コアカリキュラム合本で抽出された到達目標5項目以外に26項目において医薬品、薬物の乱用・依存に関する内容が記載されていた(表2)。今回調査した7冊に記載されていた到達目標501項目の6.2%(31/501)が該当した。また、薬学教育モデル・コアカリキュラム合本の全到達目標1,473項目を分母とした場合は、2.1%(31/1473)であった。

記載内容は、薬物依存形成の仕組みや社会的影

響(B イントロダクション)、各薬剤の依存性(C13)、物質依存の診断基準や離脱症状、急性中毒症状(C14)、同じ薬を頻繁に購入する事例の対応(3.薬局実習)など多岐に渡っていた。記載内容の分類を行ったところ、8 個のカテゴリーに分類された(表 3)。最も記載が多くみられたのは「物質の特性としての依存性の保有」に関する内容であり、医薬品、薬物の乱用・依存に関連する記載内容の 45.8%(22/48) に相当した。一方、「乱用、依存者への支援、対応」に分類されたのは 8.3%(4/48) であった。

「乱用、依存者への支援、対応」に分類された記載内容を表 4 に示す^{9,10)}。該当した到達目標の 4 項目中 3 項目が、薬局実務実習における内容であった。到達目標自体には、医薬品、薬物の乱用・依存に関連する文字の記載はみられなかった。

また、今回の研究では集計対象範囲としていないう事法規の覚せい剤取締法の内容の中で、「刑期満了(出所)後も薬物に近づかせないようにする」ということが肝要だが、これはダルクのような民間組織がおもに活動している」「Drug Addiction Rehabilitation Center の略称だが、ジャンヌ・ダルクの名前にも由来する。2010 年 4 月現在全国に薬 50 箇所ある。1985 年に、重度の覚せい剤依存から立ち直ったばかりの近藤恒夫氏がある神父の助けを受け、薬物依存者を薬物から遮断し社会依存者を薬物から遮断し社会復帰を図るための施設として設立した。職員の大半はかつての薬物依存者で、自らの体験に基づいて仲間の薬物の手助けをしている。」の記載がみられた¹¹⁾。

D. 考察

向精神薬や依存性を有する OTC 薬等の適正使用に寄与し、乱用・依存者に適切に対応し回復への架け橋として機能することは薬剤師の重要な役割である。しかし、6 年制薬学教育指針である「薬学教育モデル・コアカリキュラム合本」や「薬剤師国家試験出題基準」における乱用・依存を明記した内容の記載は非常に少なかった。一方、「スタンダード薬学シリーズ(日本薬学会作成)」においては、「薬学教育モデル・コアカリキュラム合本」や「薬剤師国家試験出題基準」において文字として「乱用」「依存」とった言葉が用いられていない到達目標においても、医薬品、薬物の乱用・依存に関連する内容が記載されていた。「スタ

ンダード薬学シリーズ」は、日本薬学会により各到達目標に対応した教育内容が示されたテキストであり、モデル・コアカリキュラムを解説する参考資料に相当すると考えられる。このことから、「薬学教育モデル・コアカリキュラム」等の到達目標に明記がない領域においても、医薬品、薬物の乱用・依存に及ぶ範囲まで扱う必要性が認識されていることが示唆された。しかし、共通の教育指針上での明記はわずかであり、公的に解釈が示されていないことから、医薬品、薬物の乱用・依存に関連する教育の質や量は、各大学間や実務実習先の施設間で異なっている可能性があることが推測される。

「スタンダード薬学シリーズ」では医薬品、薬物の乱用・依存に関連する内容について教育指針よりも多く記載されていた。しかし、OTC 薬の販売や向精神薬の服薬指導といった場面での対応や利用できる社会資源といった支援に関する記載よりも、医薬品や薬物の特性としての依存性の保有といった物質的な側面の記載の方が多くみられた。また、これらの内容の記載は、多数の専門領域に跨っており体系的に示されていなかった。薬学教育の中で、向精神薬や依存性を有する OTC 薬等の適正使用への寄与、乱用・依存者への対応に関する内容は、教育指針や方略が整理されていない現状にあると考えられる。一方、米国の臨床薬学テキストである「アプライドセラピューティクス(全 5 卷)」¹²⁾では、アルコール依存やドーピングを含む薬物乱用の項目が第 1 卷の約 1/3 ページを占め、薬理から臨床対応まで体系的にまとめられている。

このように教育が整理されていない状況下では、現場における薬剤師の乱用者への対応は、各個人の判断、技量あるいは各店舗の方針に委ねられていることが推測される。特に、自由度が高い医薬品販売業においては、店舗間で乱用者への販売対応の差が大きい可能性がある。

薬剤師は、向精神薬や OTC 薬等の乱用・依存者に対し、気づき、関わり、つげる、といった一連の適切な医療につなげる役割を担うことが期待されている。しかし、現行の薬学教育においては、違法薬物や医薬品の依存性といった特性に関する知識をどのように対人的に活かすことができるか等の対応、支援面における教育が不足していると考えられた。また、6 年制教育の中で病院や薬局

も教育の場として機能しており、大学内での教育だけではなく、同時に臨床現場での薬剤師の対応についても共通の認識を確立していく必要があると考える。「自殺予防の手引き」のような具体的なガイドラインの作成等が必要であると考察していたところ、平成24年12月に茨城県、茨城県薬剤師会・茨城県病院薬剤師会、茨城県県医師会、茨城県精神科病院協会・茨城県精神神経科診療協会により、「向精神薬服薬指導マニュアル～STOP！過量服薬！！～」¹³⁾が作成された。このようなマニュアル等を薬剤師間だけではなく医療者間で共有し、医薬品の乱用・依存への対応の方向性を統一することが重要であると考える。そして同時に、薬学教育の中での、向精神薬やOTC薬等の適正使用に寄与し、乱用・依存者に対応し回復への架け橋としての機能を担う人材養成のあり方を検討し、医薬品等の乱用・依存に関する体系的な領域の確立、カリキュラム上での明文化や、モデル・コアカリキュラムの到達目標に関する解説を併せて提示する等の整備が必要であると考える。

E. 結論

薬学教育における医薬品、薬物の乱用・依存に関連する教育の必要性は認識されているが、教育内容の質や量は、各大学間や実務実習先の施設間で異なっている可能性が推測された。また、違法薬物や医薬品の依存性といった特性に関する知識をどのように対人的に活かすことができるか等の対応、支援面における教育内容の不足や、教育指針や方略が整理されていない現状が示唆され、体系的な領域の確立、カリキュラム上での明文化や、モデル・コアカリキュラムの到達目標に関する解説を併せて提示する等の整備が必要であると考える。また同時に、大学内での教育だけではなく、6年制教育を担う臨床現場での薬剤師の対応についても共通の認識を確立していく必要があると考える。

文献

- 1) 松本俊彦, ほか: 全国的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22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, 89-115, 2011.
- 2) 嶋根卓也, ほか: 薬剤師を情報源とする医薬品乱用の実態把握に関する研究, 平成23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, 127-134, 2012.
- 3) 宮岡等, ほか: 様々な依存症における医療・福祉の回復プログラムの策定に関する研究, 平成22年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)分担研究報告書, 100-114, 2011.
- 4) 宮岡等、ほか: 様々な依存症における医療・福祉の回復プログラムの策定に関する研究, 平成23年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)分担研究報告書, 48-68, 2012.
- 5) 尾崎茂、ほか: 全国的精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査, 平成14年度厚生労働科学研究費補助金「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, 87-128, 2004.
- 6) 廣川聖子, 松本俊彦, 勝又陽太郎, ほか: 死亡前に精神科治療を受けていた自殺既遂者の心理社会的特徴: 心理的剖検による調査, 日本社会精神医学会雑誌, 18(3), 314-351, 2010.
- 7) 厚生労働省自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム: 過量服薬への取組-薬物治療のみに頼らない診療体制の構築に向けて-, 2010.
- 8) Lynn Lafferty, et al: Knowledge, Attitudes and Practices of Pharmacists Concerning Prescription Drug Abuse, Journal of Psychoactive Drugs, 38, 229-232, 2006.
- 9) 日本薬学会(編): スタンダード薬学シリーズ6「薬と疾病II(第1版)」, 東京化学同人, 2005.
- 10) 日本薬学会, 日本薬剤師会, 日本病院薬剤師会, 日本医療薬学会(編): スタンダード薬学シリーズ11「病院・薬局実務実習 II.病院薬局それぞれに固有な薬剤師業務(第1版)」, 東京化学同人, 2007.
- 11) 日本薬学会(編): スタンダード薬学シリーズ9「薬学と社会(第3版)」, 東京化学同人, 2010.
- 12) 緒方宏泰(編集), ほか: アプライドセラピューティクス—症例解析にもとづく薬物治療, テクノミック, 2000.
- 13) 茨城県、茨城県薬剤師会・茨城県病院薬剤師会、茨城県県医師会、茨城県精神科病院協会・茨城県精神神経科診療協会: 向精神薬服薬指導マニュアル～STOP！過量服薬！！～, <http://www.pref.ibaraki.jp/bukyoku/hoken/yaku>

表12 薬学教育モデル・コアカリキュラム及び薬剤師国家試験出題基準の調査結果

(1)薬学教育モデル・コアカリキュラム

カリキュラム	大分類	中分類	小分類	学習項目	到達目標
薬学教育	Bイントロダクション	(1)薬学への招待	現代社会と薬学との接点	麻薬、大麻、覚せい剤などを乱用することによる健康への影響を概説できる	
薬学教育	C薬学専門教育	C2 化学物質の分析	(3)分析技術の臨床応用	薬毒物の分析	代表的な中毒原因物質(乱用薬物を含む)のスクリーニング法を列挙し、説明できる
薬学教育	C薬学専門教育	C13 薬の効くプロセス	(1)薬の作用と生体内運命	薬の作用	薬物依存について具体例を挙げて説明できる
薬学教育	C薬学専門教育	C14 薬物治療	(4)疾患と薬物治療(精神疾患等)	精神疾患	以下の疾患を概説できる。神経症、心身症、薬物依存症、アルコール依存症
実務実習	III薬局実習		(5)地域で活躍する薬剤師	地域保健	麻薬、覚せい剤等薬物乱用防止運動における薬剤師の役割について説明できる

(2)薬剤師国家試験出題基準

分野	大項目	中項目	小項目	内容の例示
II衛生	2環境	A化学物質の生体への影響	a化学物質(乱用薬物を含む)の代謝・代謝的活性化	a代表的な有害化学物質の吸収、分布、代謝、排泄の基本的プロセス
II衛生	3環境	A化学物質の生体への影響	b第一相反応が関わる代謝、代謝的活性化	
II衛生	4環境	A化学物質の生体への影響	c第二相反応が関わる代謝、代謝的活性化	
II衛生	2環境	A化学物質の生体への影響	d化学物質(乱用薬物を含む)による中毒と処置	a代表的な中毒原因物質(乱用薬物を含む)の中毐症状、作用器官、解毒処置法
II衛生	3環境	A化学物質の生体への影響	e副作用と毒性	b代表的な中毒原因物質(乱用薬物を含む)の分析法
III薬理	1薬物の効き方	A薬の作用機序	f薬物依存性	c薬物依存性
V病態・薬物治療	1薬物治療	D疾患と薬物治療(精神疾患、耳鼻咽喉疾患、皮膚疾患、眼疾患、骨・間接疾患、アレルギー・免疫性疾患、移植医療、緩和ケア)	g精神疾患	cその他の疾患: 神経症、心身症、薬物依存症、アルコール依存症、不眠症
VII実務	3薬局業務	D地域における業務	h地域医療	d麻薬・覚せい剤等薬物乱用防止運動、ドーピング防止における薬剤師の役割

表13. スタンダード薬学シリーズの調査結果

卷名	掲載全「到達目標」数	該当「到達目標」数	医薬品、薬物の乱用・依存に関する教育内容が記載されていた「到達目標」
1.ヒューマニズム・薬学入門	62	4	<ul style="list-style-type: none"> ・薬の専門家と地域社会のかかわりを列挙できる ・疾病の予防および健康管理における薬剤師の役割について概説できる ・“薬とは何か”を概説できる ・麻薬、大麻、覚せい剤など乱用することによる健康被害への影響を概説できる
2.物理系薬学Ⅱ 化学物質の分析	46	1	<ul style="list-style-type: none"> ・代表的な中毒原因物質(乱用薬物を含む)のスクリーニング法を列挙し、説明できる
5.健康と環境	112	2	<ul style="list-style-type: none"> ・代表的な中毒原因物質の解毒処置法を説明できる ・化学物質の中毒量、標的器官、中毒症状、救急処置法、解毒法を検索することができる(技能)
6.薬と疾病Ⅰ A薬の効くプロセス(1)薬理	59	10	<ul style="list-style-type: none"> ・薬物依存性について具体例をあげて説明できる ・副作用と有害事象の違いについて説明できる ・代表的な催眠薬をあげ、その薬理作用、機序、おもな副作用について説明できる ・代表的な鎮痛薬をあげ、その薬理作用、機序、おもな副作用について説明できる ・代表的な中枢神経疾患(てんかん、パーキンソン病、アルツハイマー病など)の治療薬をあげ、その薬理作用、機序、おもな副作用について説明できる ・代表的な精神疾患(統合失調症、うつ病など)の治療薬をあげ、その薬理作用、機序、おもな副作用について説明できる ・交感神経系に作用し、その支配器官の機能を修飾する代表的な薬物をあげ、薬理作用、機序、おもな副作用について説明できる ・知覚神経に作用する代表的な薬物(局所麻酔薬など)をあげ、薬理作用、機序、おもな副作用について説明できる ・代表的な呼吸興奮薬をあげ、薬理作用、機序、おもな副作用について説明できる ・代表的な鎮咳・去疾薬をあげ、薬理作用、機序、おもな副作用について説明できる
6.薬と疾病Ⅱ 薬物治療(1)	84	4	<ul style="list-style-type: none"> ・適切な治療薬の選択について、薬効薬理、薬物動態に基づいて判断できる ・てんかんの病態整理、適切な治療薬、およびその使用上の注意について説明できる ・代表的な精神疾患をあげることができる ・以下の疾患について概説できる。神経症性障害、心身症、薬物依存、アルコール依存
9.社会と薬学	42	4	<ul style="list-style-type: none"> ・地域薬局の役割を列挙できる ・学校薬剤師の役割を説明できる ・薬局の形態および業務運営ガイドラインを概説できる ・漢方薬、生活改善薬、サプリメント、保健機能食品について概説できる
11.病院・薬局実習Ⅱ 病院・薬局それぞれに固有な薬剤師業務	96	6	<ul style="list-style-type: none"> ・代表的な薬局製剤、漢方製剤を調製できる ・医師への受診勧告を適切に行うことができる(技能、態度) ・顧客対応実習:顧客との会話を通じて使用薬の効き目、副作用に関する情報を収集できる(技能、態度) ・健康管理実習:医師への受診勧告を適切に行うことができる(技能、態度) ・学校薬剤師の職務を見聞きし、その役割を説明できる ・麻薬、覚せい剤等薬物乱用防止運動における薬剤師の役割について説明できる

※太字は、SBO自体に「依存」「乱用」の記載があるもの

表14. スタンダード薬学シリーズの乱用・依存に関連した記載内容の分類

内容	対象物	
	違法薬物	医薬品
依存とは	3	3
物質の特性としての依存性の保有	8	14
解毒、中毒	2	2
分析、検出	1	0
歴史	2	0
社会への影響	2	0
乱用、依存者への支援、対応	1	3
薬物乱用防止活動への薬剤師の関わり	7	0

※31個の到達目標を複数回答として集計

表15.スタンダード薬学シリーズでの「乱用、依存者への支援、対応」に関する記載内容

薬学教育モデルカリキュラム合本					スタンダード薬学シリーズでの記載内容 ^{9,10)}
大分類	中分類	小分類	学習項目	到達目標	
薬学教育モデル・カリキュラム					
C薬学専門教育	C14薬物治療	(4)疾患と薬物治療(精神疾患等)	精神疾患	以下の疾患について概説できる。神経症性障害、心身症、薬物依存、アルコール依存	集団精神療法や自助グループへの参加は、断薬の継続に有効である
実務実習モデル・カリキュラム					
III薬局実習	(4) 薬局カウンターで学ぶ	患者・顧客との接遇	医師への受診勧告を適切に行なうことができる(技能、態度)	<p>調剤を行う薬局は医療提供施設の一つであるが、商品を販売するという業態から販売業の一種という性格をあわせもつていて。しかし食品や雑貨などの他の小売業と違う点は、場合によっては商品を売らないこともあるという特異的な店である。受診勧告がその具体的行動である。状況を無視して商品(医薬品などを販売すれば確かに売り上げは伸びるであろう。ところが顧客の側に立てばそのことにより適切な受診の機会を奪われ、病状が悪化する原因にもなりうる。</p> <p>表:薬局において顧客に医師の受診を進めるケース:(ケース)同じ薬を頻繁に購入する場合。このようなケースでは、1)医薬品を服用すると症状が改善するが服用をやめると再発するので連用してしまう。2)乱用(依存性ないし目的外使用)、の二つが理由として考えられる。(事例):せき止めシロップを1週間に一度の割合で買いに来る。</p>	
III薬局実習	(4) 薬局カウンターで学ぶ	カウンター実習	顧客対応実習:顧客との会話を通じて使用薬の効き目、副作用に関する情報を収集できる(技能、態度)	<p>表:連用により依存性が生じる可能性がある医薬品(プロモバレリル尿素、ジヒドロコデインリン酸塩、コデインリン酸塩)</p> <p>このような品目を購入する顧客については薬歴簿をつくるのが望ましい。どの程度の頻度で購入するかを気にかけることで依存性の発現状況がある程度モニタリングできる。</p> <p>同じ薬を頻繁に購入する場合</p> <p>このようなケースで最初に見分けなければならないのは、つぎの三つの違いである。1)乱用、2)依存、3)症状が改善しないための連用</p> <p>いずれのケースでもこれ以上の服用をやめさせると第一の目標となるが、ケースごとの対応が違う。乱用の場合は中枢神経の興奮作用あるいは逆の抑制作用による快楽を求めて繰り返し購入する場合が多いので、購入を禁じるだけではなくこのまま服用を続けるとどのような体になるのかを説明し、またどうすればやめができるかというところまで指導する。二つの目の依存のケースでは、医師の診察を受けてきちんと治療すべき状態であることはっきりと伝えなければならない。たとえば、一時的な不眠の改善薬としてジフェンヒドラミン製剤を何度も購入する方の場合、それは一般用医薬品の適用を超えており、不眠症であることも考えられるので、かかりつけの医師に相談するように勧める。</p> <p>乱用、依存、いずれの場合もそれを中止させることは實際には容易なことではない。薬剤師や都道府県薬物乱用防止指導員だけで対応できないケースでは専門の医師やカウンセラーの助力を得ることも必要である。特に相手が未成年の場合には保護者や学校関係者への通告も、場合によっては必要となる。その際に本人と家族等の人間関係がギクシャクしないようプライバシー保護には十分注意したい。</p>	
III薬局実習	(4) 薬局カウンターで学ぶ	カウンター実習	健康管理実習:医師への受診勧告を適切に行なうことができる(技能、態度)		

分担研究報告書
(1-3)

平成24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

研究分担者	松本俊彦	独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 薬物依存研究部 診断治療開発研究室長
研究協力者	谷渕由布子 高野 歩	医療法人同和会千葉病院 精神科医師 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻 精神看護学分野 博士課程
	小林桜児 和田 清	独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院 精神科医師 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所薬物依存研究部 部長

研究要旨 本研究は、全国の有床精神科医療施設 1609 施設を対象に、2012 年 9~10 月に通院もしくは入院したすべての薬物関連障害患者に関する情報を収集し、わが国の精神科医療施設における薬物関連障害の実態を横断的、ならびに縦断的に検討することを目的としている。本年度は、調査対象施設の 70.6%からの協力が得られ、全国で 1,161 症例の薬物関連障害患者が報告されたが、今回、このうち、面接調査もしくは診療録調査に同意が得られ、重要な情報の欠損がなかった 848 症例を分析の対象とした。

その 848 症例の検討の結果、対象の各薬物の生涯使用経験率は、多い順に覚せい剤 (63.3%)、有機溶剤 (42.2%)、大麻 (41.3%)、睡眠薬 (39.7%)、抗不安薬 (31.0%)、脱法ドラッグ (27.5%) となっており、前回調査に比べて大麻の使用経験率が顕著に上昇していることが明らかにされた。また、主たる(原因)薬物の割合は、多い順に覚せい剤 (42.0%)、脱法ドラッグ (16.3%)、睡眠薬・抗不安薬 (15.1%)、有機溶剤 (7.7%) であった。前回調査に比べて覚せい剤の割合が減じ、今回新たに新設されたカテゴリーである脱法ドラッグが、2 番目に大きな割合を占める主たる薬物となっていた。なお、MDMA を主たる薬物とする者は、今回の調査では皆無であった。

脱法ドラッグ関連障害患者は、他の薬物関連障害患者に比べて著しく若年の男性が多かった。このことから、脱法ドラッグの乱用拡大によって、従来とは異なる新たな薬物乱用層が出現した可能性が推測された。また、臨床的特徴としては、6 割あまりの者に大麻の使用経験が見られたこと、脱法ドラッグによる「依存症候群」と「精神病性障害」を呈して精神医学的治療を受けていたこと、23.4% に気分障害の併存が認められたことなどがあげられる。さらに、脱法ドラッグ関連障害患者が使用する商品の形状によって、脱法ハーブ単独群、パウダー・リキッド単独群、混合群に分類し、精神神経症状を比較したところ、脱法ハーブとパウダー・リキッドという形状の違いによって明らかに精神神経症状の違いは確認できず、両者を使用する混合群の場合には多彩な症状を呈する可能性が示唆されるにとどまった。

A. 研究目的

わが国における薬物乱用の現状は、依然として第三次覚せい剤乱用期にある。厚生労働省(厚生労働省医薬食品局監視指導・麻薬対策課, 2012)の調べによれば、2010年における薬物事犯の検挙人員は14,965人であり、このうち覚せい剤事犯の検挙人員は12,200人と前年に比べて増加して、全薬物事犯における検挙人員

の8割弱を占めるに至っている。覚せい剤の押収量は310.7kgと、前年に比べほぼ若干の減少は見られるものの、検挙人員の過半数を暴力団構成員等が占めるとともに、営利犯の検挙人員が依然として高い水準にある。しかも、検挙人員の58.0%が再犯者という状況からもうかがわれるよう、単に覚せい剤の供給を絶つだけでなく、覚せい剤依存に対する治療による需要の

低減が求められている状況にある。

また、麻薬事犯については、MDMA等錠剤型合成麻薬事犯は検挙人員・押収量ともに大幅に減少しているものの、大麻事犯については、2005年以降一貫して2,000人を超える検挙人員で推移し、併せて、室内栽培を含む不正栽培事犯が広がりを見せつつある、という深刻な状況にある。

近年の新たな傾向として、わが国の薬物問題は「取り締まれない薬物」にまで対象を拡大しながら、様々な社会問題化の様相を見せていることがあげられる。たとえば、精神保健の問題に対する啓発活動の展開によって、国民の精神科受診に対する心理的抵抗感が減じ、多くの人が精神科治療を受けるようになるなかで、処方された向精神薬の過量服薬による自殺企図者の数は年々増加傾向を示すとともに、薬物依存症の臨床現場では、精神科治療薬の乱用・依存患者の増加が指摘されている。こうした実態の一部は、すでに2010年度の本調査（松本ら, 2011）において、睡眠薬・抗不安薬関連障害患者の数が有機溶剤関連障害患者の数をしのぎ、睡眠薬・抗不安薬がついに覚せい剤に次ぐわが国第2の乱用薬物となつたことで確認されている。また、いわゆる「脱法ハーブ」による幻覚妄想、自殺企図、心循環器症状、意識障害、けいれんといった様々な有害事象は後を絶たず、脱法ハーブの使用が原因とみられる救急医療機関への搬送人数は、平成23年に年間11人であったところが、平成24年1～5月の5ヶ月間だけでも99人へと激増するまでに至っている。こうした事態に対応すべく、現在、国は脱法ドラッグを規制するための法令の整備を漸次進めている状況である。

薬物問題は、時代の変化とともに刻一刻と姿を変え、変遷している。そのような情勢のなかで、全国の有床精神科医療施設を対象とした薬物関連精神疾患の調査研究は、わが国における薬物乱用・依存者の実態を把握するための多面的疫学研究の一分野として、1987年以来ほぼ現行の方法論を用いて隔年で実施してきた。そして、その成果は、薬物乱用対策立案に際しての重要な基礎資料の一つとしての役割を果たして来た。2012年度も、引き続き精神科医療の現場における薬物関連精神疾患の実態を把握するため実態調査を施行したので、ここでその結果を報告する。

B. 研究方法

1. 対象施設

調査対象施設は、全国の精神科病床を有する医療施設で、内訳は国立病院・国立病院機構 46 施設、自治体立病院 136 施設（都道府県立病院 72 施設、市町村立病院 64 施設）、大学病院 83 施設、そして民間精神病院 1,344 施設の計 1,609 施設である。

2. 方法

1) 調査期間および対象症例

調査期間は従来と同様に、2012年9月1日から10月31日までの2ヶ月間とした。対象症例は、調査期間内に対象施設において、入院あるいは外来で診療を受けた、「アルコール以外の精神作用物質使用による薬物関連精神障害患者」のすべてである。

2) 調査用紙の発送および回収

調査対象施設に対して、あらかじめ2012年7月下旬に調査の趣旨と方法を葉書により通知し、本調査への協力を依頼した。8月下旬に依頼文書、調査に関する案内文書（各医療機関掲示用）、調査用紙一式を各調査対象施設宛に郵送し、上記1)の条件を満たす薬物関連精神疾患患者について担当医師による調査用紙への記載を求めた。調査用紙回収の期限は2012年11月30日とし、11月下旬にその時点で未回答の調査対象施設宛に本調査への協力要請の葉書を送付するとともに、必要に応じて電話・FAXなどにより回答内容・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、2013年1月末までに返送された症例も集計に加えた。

3) 調査項目について

① 繼続的な調査項目について

調査用紙前半の質問項目は、経時的な傾向の把握のために、以下のようないくつかの項目による構成とした。

- 人口動態学的データ（性別、年齢）
- 最終学歴
- 職歴（乱用前の職業、および現在の職業）
- 現在の配偶関係
- 反社会的な交友関係
- 矯正・補導歴
- 現在におけるアルコール問題
- 各種薬物の使用歴
- 初使用薬物の酒類と使用の契機となった人物
- 現在における「主たる薬物」（後述）の種類、使用動機、入手経路

- 薬物使用に関する診断 (ICD-10 分類 F1 下位診断) (複数選択)
- 受診経路
- 併存精神障害に関する診断 (ICD-10 分類) (複数選択)

② 2012 年度に設定した関心項目

今年度の関心トピックとして、いわゆる「脱法ドラッグ」を主たる乱用薬物とする患者に関して、その使用方法と精神神経症状に関する調査項目を追加した。

4) 『主たる薬物』の定義と主たる薬物別の分析

該当症例の『主たる薬物』とは、これまでと同様に決定した。すなわち、原則的に調査用紙（巻末参考資料参照）の質問 13)において、「調査時点における『主たる薬物』（=現在の精神科的症状に関して、臨床的に最も関連が深いと思われる薬物）」として、記載した医師によって選択された薬物とした。また、複数の薬物が選択されている症例については、『多剤』症例とした。

主たる使用薬物のカテゴリーは、以下の通りである。

【主たる使用薬物のカテゴリー】

- ① 覚せい剤
- ② 有機溶剤
- ③ 大麻
- ④ コカイン
- ⑤ ヘロイン
- ⑥ MDMA
- ⑦ MDMA 以外の催幻覚薬
- ⑧ いわゆる「脱法ドラッグ」（ハーブ、リキッドなど）
- ⑨ 睡眠薬もしくは抗不安薬
- ⑩ 鎮痛薬
- ⑪ 鎮咳薬
- ⑫ リタリン
- ⑬ その他
- ⑭ 多剤

本研究では、対象患者 848 例を以上のカテゴリーに分類し、上記 3) -①で列挙した継続的な調査項目の変数に関して比較を行った。

5) 脱法ドラッグ関連障害患者の乱用商品と精神医学的特徴に関する検討

主たる薬物が脱法ドラッグである薬物関連障害患者を、「ハーブ」と通称されている商品のみを用いている患者（「脱法ハーブ単独群」）、「パウダー」もしくは「リキッド」と呼ばれる商品のみを用いている患者（「パウダー・リキッド単独群」）、ならびにその

両方を用いている患者（「混合群」）に分類し、上記 3) -①の調査項目の変数に関して比較を行った。さらに、この 3 群のあいだで、急性（最終使用から 1 ヶ月以内に消退）ならびに慢性（最終使用から 1 ヶ月以上持続）の精神神経症状に関して詳細な検討を行った。

(倫理面への配慮)

調査にあたり、あらかじめ各対象医療機関に、調査に関する案内文書を送付し、院内の適切な場所に掲示し、患者に周知してもらうよう依頼した。その上で、面接にあたり原則的に口頭での同意を取得した上で調査を実施することとした。面接可能な状態で明らかに調査への協力を拒否する場合は、調査困難と判断し「調査への協力拒否」として該当例数の報告を求めた。また、病状やすぐに退院しているなどの理由により面接困難な場合は、診療録からの転記とし、この場合、同意取得は不要とした。なお、本調査研究は、独立行政法人国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得て実施された（承認番号 A2012-034）。

C. 研究結果

1. 対象施設種別の回答状況（表 1）

対象施設 1,609 施設のうち、1,136 施設（70.6%）より回答を得た。このうち「該当症例なし」との回答は 911 施設（56.6%）であった。「該当症例あり」との報告は 224 施設（13.9%）から得られ、その症例数は計 1,161 症例であった。しかし、報告された全症例のうち 284 例は面接調査による回答を拒否したため、有効症例としては 877 症例であった。施設別の回答率は、「市区町村立病院」が 81.3% と最も高く、「大学病院」が 80.7% とこれに次いだ。

また、「該当症例あり」との回答が得られた施設 1 箇所あたりの平均報告症例数は、都道府県立病院で最も多く 8.8 症例、続いて国立病院・国立病院機構 6.9 症例であった。一方、最も少なかったのは市区町村立病院であり、0.6 症例であった。

なお、本報告書では、有効症例であった 877 症例のうち、性別、年齢、ならびに主たる薬物に関する情報が欠損していた症例を除外した 848 症例（男性 602 例、女性 246 例：平均年齢 [標準偏差]，38.3 [12.2] 歳）を分析の対象とした。

2. 対象者の使用経験薬物、最近 1 年以内に使用経験のある薬物、ならびに主たる薬物（表 2）

使用経験薬物（生涯経験薬物）として最も多かったのは覚せい剤（63.3%）であった。次いで、有機溶剤

(42.2%)、大麻(41.3%)、睡眠薬(39.7%)、抗不安薬(31.0%)、脱法ドラッグ(27.5%)という順で続いた。一方、最近1年以内に使用経験の薬物として最も多かったのは、睡眠薬(27.8%)であり、次いで脱法ドラッグ(27.3%)、抗不安薬(22.6%)、覚せい剤(17.2%)、大麻(7.7%)と続いた。

最近1年以内に使用経験のある薬物としては、睡眠薬(27.8%)、脱法ドラッグ(27.3%)、抗不安薬(22.6%)が目立って多かった。次いで覚せい剤(17.2%)、大麻(7.7%)と続いた。一方、最近の使用が少ない薬物は、ヘロイン(0.4%)、リタリン(0.9%)、コカイン(1.1%)であった。

主たる薬物では覚せい剤(42.0%)が最も多かった。次いで、脱法ドラッグ(16.3%)、睡眠薬・抗不安薬(15.1%)、有機溶剤(7.7%)、多剤(7.0%)、鎮咳薬(2.7%)、大麻(2.5%)、鎮痛薬(1.4%)、リタリン(0.7%)という順で続いた。なお、主たる薬物としてMDMAに該当する者はひとりもいなかった。

3. 対象者の初使用薬物と初使用の契機(表3)

初使用薬物として最も多かったのは有機溶剤(31.1%)であった。次いで、覚せい剤(22.9%)、大麻(12.2%)、睡眠薬(10.4%)、脱法ドラッグ(6.8%)という順であった。

初使用の契機となった人物としては、同性の友人(39.5%)が最も多く、次いで、自発的使用(11.3%)、知人(8.9%)、精神科医師(7.6%)、異性の友人(6.8%)、恋人・愛人(3.6%)という順で続いた。

4. 主たる薬物別の社会的属性(表4)

主たる薬物別に年齢、性別、学歴、職業的状況、反社会的交遊、逮捕歴などの社会的属性を比較した表が、表4である。

1) 年齢

覚せい剤(42.0 [11.6] 歳)および有機溶剤(40.7 [9.7] 歳)、睡眠薬・抗不安薬(39.4 [13.9] 歳)の関連障害患者の平均年齢[SD]が40歳前後であったのに対し、大麻関連障害患者は32.3 [7.8] 歳と若く、脱法ドラッグ関連障害患者に至っては平均年齢[SD]が27.7 [7.7] 歳と顕著に若年であった。

2) 性別

男性の比率は、覚せい剤(72.2%)、有機溶剤(84.6%)、大麻(95.2%)、脱法ドラッグ(90.6%)と、ほとんどの薬物の関連障害患者で高かった。しかし、睡眠薬・抗不安薬(39.1%)と鎮痛薬(41.7%)の関連障害患者に限っては、女性の比率が高かった。

3) 学歴

高卒以上の学歴を持つ者は、覚せい剤(30.6%)と有機溶剤(41.0%)の関連障害患者では少なかった。その一方で、大麻(75.0%)、脱法ドラッグ(66.7%)、睡眠薬・抗不安薬(79.4%)、鎮痛薬(72.7%)、鎮咳薬(81.8%)の関連障害患者では、比較的高学歴の者が多く見られた。

4) 職業的状況

現在、無職である者は、覚せい剤(79.9%)と有機溶剤(71.2%)の関連障害患者で多く見られ、他方、脱法ドラッグ(50.4%)、睡眠薬・抗不安薬(45.7%)、鎮痛薬(41.7%)の関連障害患者では少なかった。

5) 暴力団との関係

暴力団との関係を持ったことがある者は、覚せい剤関連障害患者で目立って多く(48.3%)、一方、脱法ドラッグ(8.1%)や睡眠薬・抗不安薬(4.8%)と少なかった。

6) 非行グループとの関係

非行グループとの関係を持っていた者は、覚せい剤(46.1%)、有機溶剤(36.5%)、MDMA以外の催幻覚薬(66.7%)、脱法ドラッグ(31.4%)の関連障害患者では比較的多く見られ、一方、睡眠薬・抗不安薬関連障害患者(6.3%)では少なかった。

7) 薬物乱用者との関係

薬物乱用者との関係を持っていた者は、覚せい剤(64.5%)、MDMA以外の催幻覚薬(66.7%)、脱法ドラッグ(56.9%)で多く、一方、睡眠薬・抗不安薬(11.1%)と鎮痛薬(9.1%)では少なかった。

8) 薬事法関連犯罪による補導・逮捕歴

覚せい剤(67.0%)と有機溶剤(50.8%)の関連障害患者で、他から突出して多く見られた。

9) 薬事法以外の犯罪による補導・逮捕歴

薬事関連犯罪ほど顕著な差はなかったが、覚せい剤(30.4%)、有機溶剤(30.8%)、MDMA以外の催幻覚薬(33.3%)、鎮咳薬(31.8%)の関連障害患者で比較的多く、脱法ドラッグ(16.7%)、睡眠薬・抗不安薬(14.8%)、鎮痛薬(16.7%)、リタリン(0.0%)の関連障害患者で比較的少なかった。

10) 矯正施設入所歴

矯正施設入所経験者の割合は覚せい剤関連障害患者(77.9%)で突出して高く、2番目の有機溶剤関連障害患者(49.2%)と比べても顕著な差が認められた。一方、睡眠薬・抗不安薬関連障害患者のなかで矯正施設入所経験を持つ者はきわめて少なかった(12.2%)。

5. 主たる薬物別のアルコール問題、各種薬物の生涯

使用経験・最近1年の使用経験（表5）

1) 覚せい剤関連障害患者

アルコール問題を持つ者は 21.3%、最近1年以内に覚せい剤を使用している者は 27.4% であった。過去には、有機溶剤（53.4%）や大麻（42.8%）の使用経験を持つ者は多かったが、最近の使用は認められなかつた。

2) 有機溶剤関連障害患者

アルコール問題を持つ 19.0%、最近1年以内に有機溶剤を使用している者は 40.0% であった。過去には覚せい剤（41.7%）や大麻（23.9%）の使用歴がある者も少なくなく、最近1年以内には 9.8% の者が覚せい剤の使用があることは注目に値する。しかし、それ以外の薬物について、最近の使用はもちろん、過去の使用歴もきわめて少ない。

3) 大麻関連障害患者

アルコール問題を持つ者は 19.0%、最近1年以内に大麻使用が認められた者は 42.1% であった。過去には MDMA（43.8%）、脱法ドラッグ（38.9%）、MDMA 以外の催幻覚薬（37.5%）、抗不安薬（33.3%）、覚せい剤（29.4%）、睡眠薬（27.8%）の使用歴を持つ者がいたが、最近1年では脱法ドラッグ（25.0%）を除けば、使用はきわめて少ない。

4) コカイン関連障害患者

アルコール問題を持つ者は 50%、最近1年以内のコカイン使用が認められた者は 50% であった。大麻や脱法ドラッグの使用については、最近1年以内でもそれぞれ 50% の者に認められた。

5) ヘロイン関連障害患者

アルコール問題を持つ者はいなかった。最近1年以内のヘロイン使用は全員（100%）に認められた。他の薬物については、過去の使用と最近1年以内の使用のいずれも認められなかつた。

6) MDMA 以外の催幻覚薬関連障害患者

アルコール問題を持つ者は 66.7%、最近1年以内の MDMA 以外の催幻覚薬の使用は 50.0% に認められた。過去には覚せい剤（66.7%）、有機溶剤（66.7%）、大麻（66.7%）の使用が高率に認められたが、最近1年以内には他の薬物の使用は認められなかつた。

7) 脱法ドラッグ関連障害患者

アルコール問題を持つ者は 18.8%、最近1年以内の脱法ドラッグの使用は 97.7% と、きわめて高率であった。過去には大麻（61.0%）、覚せい剤（33.6%）、MDMA（22.1%）の使用歴を持つ者が少なくなく、大麻については最近1年以内にも 18.5% の者が使用していた。

8) 睡眠薬・抗不安薬関連障害患者

アルコール問題を持つ者は 36.9%、最近1年以内の使用については、睡眠薬が 68.5%、抗不安薬 55.9% と、高率である。他の薬物については、最近1年以内および過去のいずれもきわめて少ない。

9) 鎮痛薬関連障害患者

アルコール問題を持つ者は 16.7%、最近1年以内の鎮痛剤使用は 91.7% ときわめて高率であった。過去に睡眠薬や抗不安薬の乱用経験がある者がそれぞれ 60.0% であり、最近1年以内でもそれぞれ 37.5% の者が乱用している。

10) 鎮咳薬関連障害患者

アルコール問題を持つ者は 19.0%、最近1年以内の鎮咳薬使用は 68.4% と高率であった。過去には大麻（45.0%）、覚せい剤（40.0%）、睡眠薬（35.0%）、有機溶剤（31.6%）、抗不安薬（30.0%）などの他の薬物使用歴を持つ者は少なくないが、最近1年以内については、鎮咳薬の他は睡眠薬（26.7%）くらいしか認められない。

11) リタリン関連障害患者

アルコール問題を持つ者は 16.7%、最近1年以内にリタリンの使用がみとめられた者は、16.7% ときわめて少なかつた。過去には睡眠薬（40.0%）、大麻（25.0%）、コカイン（25.0%）の使用経験を持つ者が珍しくなかつたが、最近は薬物乱用は非常に少ない。

12) 多剤関連障害患者

アルコール問題を持つ者は 25.0%、最近1年以内の薬物使用については、多い順位に睡眠薬（52.1%）、抗不安薬（50.0%）、脱法ドラッグ（36.4%）が認められる。また、過去については、覚せい剤（51.0%）、有機溶剤（46.9%）、大麻（42.9%）の乱用歴を持つ者が少なくなかった。

6. 主たる薬物別の初使用薬物の種類（表6）

1) 覚せい剤関連障害患者

最も多かつた初使用薬物は覚せい剤（46.0%）であり、次いで有機溶剤（39.2%）であった。

2) 有機溶剤関連障害患者

有機溶剤が突出して多かつた（93.8%）。

3) 大麻関連障害患者

大麻が突出して多かつた（85.0%）。

4) コカイン関連障害患者

2名しか該当者がいなかつたが、一人は大麻（50.0%）であり、もう一人はコカイン（50.0%）であった。

- 5) ヘロイン関連障害患者
やはり 2 名しか該当者がいなかったが、いずれもヘロイン (100.0%) であった。
- 6) MDMA 以外の催幻覚薬関連障害患者
該当者 3 名であったが、一人は有機溶剤 (33.3%)、一人は大麻 (33.3%)、一人は MDMA 以外の催幻覚薬 (33.3%) という結果であった。
- 7) 脱法ドラッグ関連障害患者
脱法ドラッグ (37.2%) と大麻 (32.8%) が目立つて多く、次いで有機溶剤 (11.7%)、覚せい剤 (7.3%) という順であった。
- 8) 睡眠薬・抗不安薬関連障害患者
睡眠薬 (56.3%) が最も多く、次いで抗不安薬 (20.6%) であった。
- 9) 鎮痛薬関連障害患者
大半が鎮痛薬 (58.3%) であった。
- 10) 鎮咳薬関連障害患者
鎮咳薬 (43.5%) が最も多く、次いで大麻 (21.7%)、有機溶剤 (17.4%) であった。
- 11) リタリン関連障害患者
大半がリタリン (83.3%) であった。
- 12) 多剤関連障害患者
有機溶剤 (37.5%) が最も多く、次いで睡眠薬 (16.1%)、覚せい剤 (10.7%) であった。

7. 主たる薬物別の使用を続けた理由 (表 7)

- 1) 覚せい剤関連障害患者
最も多かった理由は、「刺激を求めて」 (31.3%) であり、次いで「覚醒効果を求めて」 (24.4%)、「好奇心・興味から」 (23.9%)、「ストレス解消」 (23.3%) などであった。
- 2) 有機溶剤関連障害患者
「刺激を求めて」 (41.5%) と「好奇心・興味から」 (36.9%) が突出して多かった。
- 3) 大麻関連障害患者
「好奇心・興味から」 (47.6%) が最も多く、次いで「刺激を求めて」 (28.6%)、「誘われて」 (23.8%) が続いた。
- 4) コカイン関連障害患者
「ストレス解消」 (100%) が最も多かった。
- 5) ヘロイン関連障害患者
「誘われて」 (100%) のみであった。
- 6) MDMA 以外の催幻覚薬関連障害患者
「覚醒効果を求めて」、「性的効果を求めて」、「ストレス解消」が同率であった (各 33.3%)。
- 7) 脱法ドラッグ関連障害患者
- 「刺激を求めて」 (34.8%)、「ストレス解消」 (33.3%)、「好奇心・興味から」 (31.9%) が目立った。
- 8) 睡眠薬・抗不安薬関連障害患者
「不安の軽減」 (61.7%) と「不眠の軽減」 (57.8%) が突出して多かった。
- 9) 鎮痛薬関連障害患者
「疼痛の軽減」 (58.3%) が最も多く、次いで「不安の軽減」 (25.0%) であった。
- 10) 鎮咳薬関連障害患者
「疲労の経験」 (31.8%) と「不安の軽減」 (31.8%) が最も多かった。
- 11) リタリン関連障害患者
「抑うつ気分の軽減」 (100%) が最も多く、次いで「疲労の軽減」 (83.3%) であった。
- 12) 多剤関連障害患者
「不安の軽減」 (39.0%) と「不眠の軽減」 (33.9%) が多かった。

8. 主たる薬物別の入手経路 (表 8)

- 1) 覚せい剤関連障害患者
最も多かった経路は、「密売人 (日本人)」 (17.8%) であり、次いで「知人」 (8.7%)、「友人」 (6.6%) であった。
- 2) 有機溶剤関連障害患者
「その他」 (23.4%) が最も多かった。なお、この「その他」の詳細は不明である。
- 3) 大麻関連障害患者
「友人」 (21.1%) が最も多く、次いで「密売人 (日本人)」 (15.8%) であった。
- 4) コカイン関連障害患者
「知人」、「密売人 (日本人)」、「密売人 (外国人)」が同率であった (各 50.0%)。
- 5) ヘロイン関連障害患者
「密売人 (外国人)」 (100%) のみであった。
- 6) MDMA 以外の催幻覚薬関連障害患者
「密売人 (日本人)」、「密売人 (外国人)」が同率であった (33.3%)。
- 7) 脱法ドラッグ関連障害患者
「その他」 (40.4%) が最も多く、次いで「インターネット」 (20.6%)、「友人」 (19.1%) であった。なお、脱法ドラッグ関連障害患者は、「最近 1 年は使用していない」に該当する者がわずか 0.7% しかおらず、後述する睡眠薬・抗不安薬関連障害患者とともに、他の薬物関連患者に比べて突出して少なかった。
- 8) 睡眠薬・抗不安薬関連障害患者
「医師 (精神科)」 (74.8%) が最も多く、次いで

「医師（身体科）」（30.7%）であった。

9) 鎮痛薬関連障害患者

「薬局」（50.0%）が最も多く、次いで「医師（身体科）」（33.3%）であった。

10) 鎮咳薬関連障害患者

「薬局」（60.9%）が大半を占めた。

11) リタリン関連障害患者

「医師（身体科）」（16.7%）が認められた。なお、リタリン関連障害患者では、最近1年間の使用がない者が83.3%と、他の薬物関連障害患者に比べて、顕著に多かった。

12) 多剤関連障害患者

「医師（精神科）」（29.2%）、「医師（身体科）」（20.4%）が多くなった。

9. 主たる薬物別のICD-10のF1下位診断（表9）

1) 覚せい剤関連障害患者

F1下位診断では、「依存症候群」（42.5%）と「残遺性障害・遅発性精神病性障害」（42.2%）が目立つて多く、次いで、「精神病性障害」（35.1%）であった。

2) 有機溶剤関連障害患者

「依存症候群」（47.7%）が最も多く、次いで「残遺性障害・遅発性精神病性障害」（33.8%）、「精神病性障害」（29.2%）が続いた。

3) 大麻関連障害患者

「残遺性障害・遅発性精神病性障害」（42.1%）が最も多く、次いで「依存症候群」（36.8%）、「精神病性障害」（31.6%）が続いた。

4) コカイン関連障害患者

「依存症候群」と「残遺性・遅発性精神病性障害」が同率であった（各50.0%）。

5) ヘロイン関連障害患者

「依存症候群」（100.0%）だけを認めた。

6) MDMA以外の催幻覚薬関連障害患者

「依存症候群」と「精神病性障害」が同率で最も多かった（各66.7%）。

7) 脱法ドラッグ関連障害患者

「依存症候群」（58.0%）が最も多く、次いで「精神病性障害」（43.5%）、「有害な使用」（16.7%）が続いた。

8) 睡眠薬・抗不安薬関連障害患者

「依存症候群」（67.7%）が最も多く、次いで「有害な使用」（29.9%）、「急性中毒」（6.3%）が続いた。

9) 鎮痛薬関連障害患者

「依存症候群」（75.0%）が最も多く、次いで「有害な使用」（25.0%）であった。

10) 鎮咳薬関連障害患者

「依存症候群」（77.3%）が最も多く、それ以下は、「有害な使用」、「離脱状態」、「精神病性障害」、「残遺性障害・遅発性精神病性障害が同率で続いた（9.1%）。

11) リタリン関連障害患者

「依存症候群」（100.0%）のみを認めた。

12) 多剤関連障害患者

「依存症候群」（47.4%）が最も多く、次いで「残遺性障害・遅発性精神病性障害」（35.1%）、「精神病性障害」（22.8%）が続いた。

10. 主たる薬物別の受診経路（表10）

1) 覚せい剤関連障害患者

「周囲のすすめ」（24.0%）が最も多く、次いで「自発的な受診」（20.8%）、「医療機関」（16.4%）が続いた。

2) 有機溶剤関連障害患者

「自発的な受診」（26.6%）、「周囲のすすめ」（25.0%）が目立つて多く、次いで「医療機関」（20.3%）が続いた。

3) 大麻関連障害患者

「自発的な受診」（50.0%）が最も多く、次いで「周囲のすすめ」、「保健福祉・行政機関」、「民間リハビリ施設・自助グループが同率で続いた（各10.0%）。

4) コカイン関連障害患者

「自発的な受診」と「周囲のすすめ」のみを同率で認めた（50.0%）。

5) ヘロイン関連障害患者

「自発的な受診」（100.0%）のみを認めた。

6) MDMA以外の催幻覚薬関連障害患者

「医療機関」（66.7%）が最も多く、次いで「周囲のすすめ」（33.3%）であった。

7) 脱法ドラッグ関連障害患者

「周囲のすすめ」（36.0%）が最も多く、次いで「医療機関」（19.1%）、「自発的な受診」（14.7%）が続いた。

8) 睡眠薬・抗不安薬関連障害患者

「医療機関」（43.5%）が最も多く、次いで「周囲のすすめ」（25.0%）、「自発的な受診」（15.3%）が続いた。

9) 鎮痛薬関連障害患者

「医療機関」（36.4%）が最も多く、次いで「自発的な受診」（27.3%）であった。

10) 鎮咳薬関連障害患者

「周囲のすすめ」と「医療機関」が同率で最も多く（各 31.8%）、次いで「自発的な受診」（18.2%）であった。

11) リタリン関連障害患者

「自発的な受診」（50.0%）が最も多く、次いで「医療機関」（33.3%）であった。

12) 多剤関連障害患者

「自発的な受診」（25.9%）、「周囲のすすめ」（24.1%）、「医療機関」（22.4%）という順であった。

11. 主たる薬物別の併存精神障害（表 11）

対象 848 例中、何らかの F1 以外の精神障害の併存が認められた症例は 526 例（62.0%）であった。

1) 覚せい剤関連障害患者

F2 「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」と F3 「気分障害」が最も多く（各 21.1%）、次いで F6 「成人の人格及び行動の障害」（19.5%）であった。

2) 有機溶剤関連障害患者

F6 「成人の人格及び行動の障害」（27.5%）が最も多く、次いで F2 「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」（22.5%）であった。

3) 大麻関連障害患者

F3 「気分障害」（29.4%）が最も多く、次いで F2 「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」（23.5%）とその他（23.5%）が同率で続いた。

4) コカイン関連障害患者

F2 「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」（100%）のみを認めた。

5) ヘロイン関連障害患者

併存精神障害が認められた者はいなかった。

6) MDMA 以外の催幻覚薬関連障害患者

F3 「気分障害」と F6 「成人の人格及び行動の障害」が同率で認められた（50%）。

7) 脱法ドラッグ関連障害患者

F3 「気分障害」（23.4%）が最も多く、次いで F6 「成人の人格及び行動の障害」（19.5%）、F4 「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」（16.9%）が続いた。

8) 眠眠薬・抗不安薬関連障害患者

F4 「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」（38.3%）が最も多く、次いで F3 「気分障害」（36.4%）、F6 「成人の人格及び行動の障害」（26.2%）、F5 「生理的障害及び身体的要因に関連

した精神障害」（23.4%）が続いた。

9) 鎮痛薬関連障害患者

F4 「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」（57.1%）が最も多く、次いで F3 「気分障害」（28.6%）が続いた。

10) 鎮咳薬関連障害患者

F4 「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」（31.3%）が最も多く、次いで F3 「気分障害」（25.0%）が続いた。

11) リタリン関連障害患者

F2 「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」、F4 「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」、その他が同率であった（33.3%）。

12) 多剤関連障害患者

F4 「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」（27.7%）が最も多く、次いで F3 「気分障害」と F6 「成人の人格及び行動の障害」が同率で続いた（23.4%）。

12. 脱法ドラッグ関連障害患者における使用商品による臨床的特徴

本調査では、主たる薬物が脱法ドラッグである患者は 128 例認められたが、さらに乱用している商品が「ハーブ」か「パウダー・リキッド」かによって 3 群に分類した結果、脱法ハーブ単独群 65 例、パウダー・リキッド単独群 26 例、混合群 37 例となった。

表 12 は、この 3 群間で人口動態的変数、学歴、職業的状況、暴力団・非行グループ・薬物乱用者との関係、補導・逮捕歴、矯正施設入所歴について比較した結果である。「非行グループとの関係あり」（P<0.01）と「薬物乱用者との関係あり」（P<0.05）にのみ有意差を認め、そのいずれにおいても、混合群では該当者の割合が著しく多かった。

表 13 は、3 群間で ICD-10 分類における F1 下位診断を比較した結果である。いずれの下位診断に関しても、3 群間で有意差は認められなかった。

表 14 は、F1 以外の精神障害の併存率に関して 3 群間で比較した結果である。F9 「小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害」に関してのみ有意差が認められ、混合群において該当者の割合が高かった。

表 15 は、3 群間における各種精神神経症状を比較した結果である。「知覚変容」（P<0.01）、「高揚感」（P<0.05）、「他の神経症状」（P<0.05）において有意差が認められ、いずれの症状についても混合群において該当者の割合が高かった。

D. 考察

1. 本年度調査の概括

本年度の調査は、本調査が開始された1987年以降、最も精神科医療施設からの回答率が高く、報告症例数も多かった。また、調査期間中に「該当症例あり」と回答した医療施設の割合も13.8%と、最近10年のあいだでは最も高い数値であった（図1）。これが、従来よりも若干調査票の回答項目数を減らしたことの影響なのか、あるいは、現実に薬物関連障害患者が増加し、一般の精神科医療施設でも対応する機会が増えたことで、調査に対する関心が高まったことによる影響なのかなは、判断できない。

今回の調査では、主たる薬物の割合に大きな変化が認められた。覚せい剤が主たる薬物において最も大きな割合を占める薬物であることは従来と変わりはないが、前回に比べて主たる薬物として覚せい剤に該当する患者の割合は減少していた。また、覚せい剤に次ぐ薬物として、今回新設した薬物種別カテゴリーである脱法ドラッグが突如として浮上したのである（図2）。ふりかえってみれば、前回の2010年度調査では、それまでつねに第2に多い薬物であった有機溶剤が、睡眠薬・抗不安薬に取って代わられるという大きな変化が見られたのであった（図3）。そして今回、さらに新たな変化が起り、脱法ドラッグを主たる薬物とする患者の割合がその睡眠薬・抗不安薬をわずかに上回ったわけである。

しかし、注意する必要があるのは、このことは必ずしも覚せい剤乱用や睡眠薬・抗不安薬乱用が鎮静化へと向かっていることを意味しない、という点である。というのも、今回の調査で報告された覚せい剤関連障害患者や睡眠薬・抗不安薬関連障害患者の実数そのものは前回の調査を上回っていたからである。また、睡眠薬・抗不安薬関連障害患者についていえば、前回調査と同様、患者の約75%が乱用薬物の入手経路として精神科医をあげているなど、患者層の特徴にまったく変化は見られない。むしろ、近年急減期に社会問題化した脱法ドラッグが新たな薬物乱用層を作り出し、その分、今回の調査で報告された該当症例数に上乗せされたと考えるべきかもしれない。このことは、脱法ドラッグ関連障害患者が他の患者に比べて顕著に若年であり、生活背景も異なる一群であることからも支持されるであろう。

いずれにしても、主たる薬物が覚せい剤である者が

約4割であるのに対し、脱法ドラッグと睡眠薬・抗不安薬を合わせて患者数が3割に達しているという結果を考えると、いまやわが国の薬物乱用・依存の状況は「取り締まらない薬物」が問題化しているといわねばならない。しかも、脱法ドラッグと睡眠薬・抗不安薬は、「最近1年以内に使用した経験のある薬物」として上位を占めている薬物でもある。このため、覚せい剤や有機溶剤の関連障害患者でしばしば見られるように、医療機関での治療がもっぱら後遺症に対するに限られる、というわけにはいかず、依存症そのものを治療対象とせざるを得ない状況に直面しているわけである。その意味でも、これまで規制・取り締まりに重点を置いて展開してきたわが国の薬物乱用防止対策は、今後、再乱用防止、治療といった保健福祉的な視点からの対策が必要とされる段階にあると理解すべきであろう。

今回の調査でもう一つ注目すべき変化としては、対象患者における大麻の生涯経験率が、前回の28%から41%へと顕著に増加していることである（図4）。こうした事態がなぜ生じたのかは不明であるが、次のような仮説を立てることができるかもしれません。すなわち、脱法ドラッグのなかでも特に、大麻と同様のカンナビナイト成分（大麻とは異なり、合成カンナビナイトであるが）「脱法ハーブ」と通称される商品が若者を中心に広く流通し、乱用が拡大するなかで、脱法ハーブを使用した経験が一種のゲートウェイ的な効果をもたらし、大麻使用に対する心理的抵抗感を弱めさせ、大麻の使用経験率を高めたという可能性である。同時に、上述のようなかたちで大麻乱用が広がることで、必然的に薬物経験のない者が大麻を経験する頻度も高まるが、違法薬物を使い続ける社会的リスクを考慮して、比較的速やかに大麻から、法令で規制されていない「脱法ハーブ」の使用へと移行し、結果的に脱法ドラッグ乱用者が増加する、という可能性である。いいかえれば、脱法ドラッグから大麻へ、大麻から脱法ドラッグへ、という双方向の循環が、大麻使用経験者の増加に影響を与えているという仮説である。

今回の調査では、脱法ドラッグ関連障害患者では、初使用薬物が脱法ドラッグである者と大麻である者がほぼ同率で多いこと、さらには、脱法ドラッグ関連障害患者の6割あまりが大麻の使用経験を持っていることが明らかにされている。このことは、脱法ドラッグ→大麻、大麻→脱法ドラッグという双方向の流れを推測させる、一つの傍証になるかもしれない。

ともあれ、現在、厚生労働省は脱法ドラッグを規制するための法令の整備を急いでいる。すでに2012年11月16日にこの、いわゆる「脱法ドラッグ」に含まれる、もしくは今後含まれうる17種類の物質を指定薬物に指定し、その販売・輸入が制限された。さらに2013年1月30日からは、6種類の物質を麻薬に指定され、その製造、輸入、販売だけでなく、所持、使用、譲受も禁じられ、違反すると罰則が加えられるようになった。こうした規制によって、今後、脱法ハーブ乱用がどのように推移していくのか、慎重に見守っていく必要があるだろう。

2. 本年度調査における関心項目

今回の調査では、近年、社会問題化している脱法ドラッグを取り上げた。脱法ドラッグの特徴は、商品ごとにその内容成分が様々に異なり、しかも次々に新しい商品が市中に流通する。それだけでなく、同じ商品でも、製造された時期により内容成分が異なるといわれている。その結果、使用することによって発現する精神神経症状を予測することができず、そのことが、健康被害に関する情報を社会に発信することはもとより、医療現場での診断・治療にも大きな支障となっている。そこで今回、脱法ドラッグの商品としての形状に着目し、形状による心理社会的背景や精神医学的特徴の差異について検討を試み、脱法ドラッグ乱用者の臨床的特徴と症候学的類型を模索することにした。

具体的には、脱法ドラッグには、乾燥させた香草に合成化学物質を添付した商品（いわゆる「脱法ハーブ」）、および、粉末状（いわゆる「パウダー」）や液体状の商品（いわゆる「リキッド」）がある。今回我々は、脱法ドラッグ関連障害患者128例を、便宜的に脱法ハーブのみを乱用する「脱法ハーブ単独群」、パウダーもしくはリキッドのみを乱用する「パウダー・リキッド単独群」、脱法ハーブとパウダー・リキッドの両方を乱用する「混合群」に分類し、人口動態的変数、心理社会的変数、精神医学的変数の比較を行った。

その結果、脱法ハーブ群とパウダー・リキッド単独群とのあいだに明確な差異は観察されず、両者を区別できるような臨床的指標を見出すことはできなかつた。むしろ、今回の比較で明らかにされたのは、薬物乱用・依存者としてはある意味で「多剤乱用者的特徴」を持つ考えられる混合群において、非行グループや薬物乱用仲間との密接な交流状況が浮き彫りにされ、ま

た、知覚変容や高揚感、あるいは神経症状など、より多彩な精神神経症状が発現する可能性がある、ということであった。早期より非行文化との接触を開始し、薬物乱用者独特のサブカルチャーや価値観のなかで生活してきた混合群の患者は、一種の新奇希求的な関心をもって様々な薬物を試す生活を送ってきたことが推測される。そのなかで、二つの単独群に比べてより多種の薬物を、より大量に摂取している可能性が高い。だとすれば、多彩な精神神経症状を発現する者が多いというのは、まったく驚くにはあたらないことである。

ただ、そのようななかで興味深く感じたのは、混合群ではF9「小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害」に該当する者が多く認められたという結果である。物質乱用と密接に関連し、しばしば併存が多い小児期・青年期の精神障害としては、注意欠陥・多動性障害(Attention-deficit / Hyperactive Disorder; ADHD)がよく知られており、児童期におけるADHD挿話の存在は将来における物質乱用・依存への罹患に関する重要な危険因子であり、青年期以降の新奇希求的行動やリスクテイキング行動とも関連している。さらにADHD症状が青年期以降も遷延し、物質乱用・依存と併存している場合には、物質乱用・依存がきわめて難治性、治療抵抗性であるともいわれている。その意味で、こうした混合群の特徴は治療困難性を示唆するとともに、予防という観点からは、薬物と遭遇する前思春期までのあいだに、精神保健福祉的介入をすることの重要性をも示唆するといえるであろう。

今回の調査は、各医療施設の主治医が直接もしくは診療録転帰によって情報を収集したものであり、ここでの医師によって判断・評価の基準は一様ではなく、また、患者自身の状況も様々であったと考えられる。今後は、より精緻な研究デザインを計画し、厳密に脱法ドラッグの症候について記述する研究が求められるであろう。

3. 各薬物関連障害患者に関するまとめ

今回の調査でやられた各薬物の動向や乱用状況の推移に関する情報をもとに、精神科医療施設に薬物関連障害患者の最近における臨床的特徴について、以下に薬物別に整理をしておく。

1) 覚せい剤関連障害患者

主たる薬物における割合は例年よりも減少したが、実数自体は決して減少しているわけではなく、依然としてわが国的精神科臨床において最も中心的な乱用薬

物であるといえる。男性が多く、非行グループや暴力団との関係、あるいは逮捕・服役歴といった反社会的エピソードを持つ者が多い。早期から社会逸脱的行動を呈したことを反映してか、比較的低学歴の者が多い。日本人の密売人から入手する者が多く、刺激や覚醒効果を求めて使用を続ける傾向がある。

かつては有機溶剤を経てから覚せい剤使用へと移行する者が多かったが、近年の有機溶剤乱用者減少傾向を受けて、最初からいきなり覚せい剤使用へと至る者の割合が増している。

精神科臨床現場においては、依存症候群の症状に加えて、最近の使用はないものの精神病症状が遷延持続している患者が目立ち、一部には統合失調症の併発と捉えるべき慢性精神病を呈している者も多い。受診経路としては、かつては司法機関からのすすめによる者が目立ったが、近年では啓発が進んだのか、周囲のすすめによる受診や自発的な受診が増えている。

2) 有機溶剤関連障害患者

有機溶剤を主たる薬物とする患者の割合は年々減少しているが、生涯経験薬物の使用は決して減少していない。その意味で、依然としてわが国ではポピュラーな薬物である。有機溶剤を主たる薬物とする者の大半は、最初から有機溶剤を用い、他の薬物に移行することなく、そのまま有機溶剤乱用を継続している。覚せい剤関連障害患者と同様、早期から学業より離脱して反社会的交遊を持ち、逮捕や矯正施設入所を経験している。

有機溶剤関連障害患者は、覚せい剤関連障害患者と同じく、刺激希求や好奇心から使用を継続してきた者が多い。また、精神科臨床現場における状態像について覚せい剤関連障害患者との共通点が多く、最近の使用はないものの精神病症状が遷延持続し、一部には統合失調症の併発と捉えるべき慢性精神病を呈している者が少なくない。あえて覚せい剤関連障害と異なる点を挙げると、パーソナリティ障害の併存診断がなされている症例がやや目立つ、という点かもしれない。

3) 大麻関連障害患者

大麻を主たる薬物とする症例の割合は横ばいであるが、大麻の使用経験者（生涯経験率）は今回の調査で急激に上昇している。このことは、有機溶剤と同様、大麻がわが国におけるゲートウェイ・ドラッグとしての役割を本格的に担いはじめてきた可能性がある。入手経路として最も多いのが「友人」であるという点も、peer pressure から薬物初使用に至るパターンを見事

に踏襲していると考えることもできる。また、後述するように、脱法ドラッグ関連障害患者のなかには大麻を初使用薬物とする者も少なくなく、近年における大麻使用経験者の増加が脱法ドラッグ関連障害患者の急増の一因となっている可能性も考えられる。

精神科臨床現場では、覚せい剤や有機溶剤の関連障害患者と同様、慢性持続性精神病が中心的な問題となっているようである。併存精神障害の割合には独自の点があり、統合失調症だけでなく、気分障害も少なくない。

4) 脱法ドラッグ関連障害患者

今回の調査で、突如、わが国第2の乱用薬物へと浮上したが、この数値は精神科臨床現場での実感を見事に反映していると思われる。男性に多い点は大抵の薬物と同様の特徴を持つが、乱用者の中心が20歳代と、他の患者に比べて非常に若いのが特徴である。初使用のときから脱法ドラッグを用いる者が半数近くを占めているが、一部で大麻初使用後に脱法ドラッグへと移行した者も目立ち、事実、脱法ドラッグ関連障害患者の6割あまりに大麻の使用経験が認められている。大麻類似の作用を持ちながらも、逮捕などの可能性がない薬剤として脱法ドラッグを選択した可能性がある。なお、暴力団との交流や逮捕・服役といった反社会的エピソードを持つ者は少ないが、非行グループや薬物乱用者との交流を持つ者は多い。学業から早期に離脱するようなエピソードを持つは少ない。

入手経路としては、「その他」が最も多いかった。これは、市中にあるアダルトショップや「ハーブカフェ」といった店舗を意味すると考えられる。次いでインターネットという入手経路が多く、こうした入手経路は明らかに他の薬物では見られないものである。

精神科臨床現場では、依存症候群と精神病性障害の双方が問題化している。さらに注目すべきなのは、最近1年以内に使用した者の割合が他の薬物と比べて著しく高い、という事実である。臨床現場ではじかに依存症候群と向き合い、「いかにして薬物使用をとめるか」が喫緊の問題となっている。併存障害として睡眠薬・抗不安薬が目立つ。

5) 睡眠薬・抗不安薬関連障害患者

このタイプの薬物関連障害患者は女性の割合が非常に多く、生活歴に反社会的なエピソードが少なく、他の薬物の乱用歴を持つ者も少ない。精神科医療機関で治療のために処方された睡眠薬を服用したことが初使用の契機となり、精神科治療の過程で有害や使用や依

存症候群が発展、顕在化してくる場合が多い。乱用の動機は、不眠や不安といった苦痛の軽減にある。乱用薬物の入手先は精神科医療機関であり、その意味で、精神科医は睡眠薬や抗不安薬の処方に慎重になる必要がある。

また、精神科治療の過程で発症する症例が多いこともあり、受診経路としては医療機関からの紹介によるものが多い。神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害、気分障害、パーソナリティ障害、生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害（その大半は摂食障害）など、他の精神障害の併存率が高い。なお、薬理学的な特徴から推測されるように、精神病を呈する患者は少なく、臨床現場で問題となっているのは、依存症候群や有害な使用である。過去1年以内に薬物使用が認められる者の割合も高く、まさに「いかに薬物使用を止めるか」が治療の重要な課題となろう。

2010年度の調査では、主たる薬物を睡眠薬・抗不安薬とする症例の割合が有機溶剤関連障害患者を抜いて、覚せい剤に次ぐ第2の乱用薬物となつたが、今回の調査ではわずかに脱法ドラッグ関連障害患者の割合が上回り、第3位へと順位を落とした。しかし、症例数自体はむしろ前回よりも増加しており、決して事態が鎮静化へと向かっているわけではない点に、注意する必要がある。

6) 鎮痛薬関連障害患者

鎮痛剤関連障害患者も、睡眠薬・抗不安薬と同様に女性が多く、依存症候群を前景にした病態の患者が多い。使用を続ける理由としては、疼痛の軽減が大半を占めたが、一部で不安の軽減と、はっきりと精神的な効果を自覚している者もいた。入手経路としては、薬局が多く、薬局薬剤師に対する啓発が必要と思われる。なお、併存精神障害としては、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害、気分障害が多い。

7) 鎮咳薬関連障害患者

80年代における深刻な乱用は最近20年近くのうちに終焉しているが、それでも少数の乱用者は存在し、現在も薬物の使用を継続している。依存症候群を前景とした病態が多く、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害、気分障害、パーソナリティ障害の併存を認める者がやや目立つ。薬物入手経路は薬局であり、薬局薬剤師に対する啓発や情報提供が必要と思われる。

8) リタリン関連障害患者

処方医を管理する体制を整備したことによって、安

易な処方は激減し、乱用者数は年々減少している。それでも、精神科医療機関にはその併存精神障害の治療を目的として通院している患者が存在する。その併存障害としては、統合失調症圏内の病態から神経症様の病態まで様々である。専用をしていた時期には、易疲労や抑うつの軽減など、うつ病性障害症状に対する不適切な自己治療という側面があつた可能性がある。

患者の大半はこの1年以内は薬物使用をしていないが、ごく少数、乱用が続いている患者もあり、薬物の入手先は身体科医からである。精神科医のあいだにはすでに十分にリタリン（メチルフェニデート）の危険性が認識されているが、今後は身体科医に対する啓発、情報提供が必要であろう。

E. 結論

本研究は、全国の有床精神科医療施設1609施設を対象に、2012年9~10月に通院もしくは入院したすべての薬物関連障害患者に関する情報を収集し、わが国の精神科医療施設における薬物関連障害の実態を横断的、ならびに総合的に検討したものである。その結果、調査対象施設の70.6%からの協力が得られ、全国で1,161症例の薬物関連障害患者が報告された。このうち、面接調査もしくは診療録調査に同意が得られ、重要な情報の欠損がなかつた848症例を分析の対象とした。

その848症例の検討の結果、対象の各薬物の生涯使用経験率は、多い順に覚せい剤(63.3%)、有機溶剤(42.2%)、大麻(41.3%)、睡眠薬(39.7%)、抗不安薬(31.0%)、脱法ドラッグ(27.5%)となっており、前回調査に比べて大麻の使用経験率が顕著に上昇していることが明らかにされた。また、主たる薬物の割合は、多い順に覚せい剤(42.0%)、脱法ドラッグ(16.3%)、睡眠薬・抗不安薬(15.1%)、有機溶剤(7.7%)であった。前回調査に比べて覚せい剤の割合が減じ、今回新たに新設されたカテゴリーである脱法ドラッグが、2番目に大きな割合を占める主たる薬物となっていた。なお、MDMAを主たる薬物とする者は、今回の調査では皆無であった。

脱法ドラッグ関連障害患者は、他の薬物関連障害患者に比べて著しく若年の男性多かった。このことから、脱法ドラッグの乱用拡大により、従来とは異なる新たな薬物乱用層が出現した可能性が推測された。また、臨床的特徴としては、6割あまりの者に大麻の使用経験が見られたこと、脱法ドラッグによる「依存症

候群」と「精神病性障害」を呈して精神医学的治療を受けていたこと、23.4%に気分障害の併存が認められたことなどがあげられる。さらに、脱法ドラッグ関連障害患者を使用する商品の形状によって、脱法ハーブ単独群、パウダー・リキッド単独群、混合群に分類し、精神神経症状を比較したところ、脱法ハーブとパウダー・リキッドという形状の違いによって明らかに精神神経症状の違いは確認できず、両方を使用している混合群では多彩な症状を呈する可能性が示唆されるにとどまった。

謝辞

ご多忙の中、本実態調査にご協力いただきました全国の精神科医療施設の医師の皆様ならびに関係者の方々、患者のみなさまに心より厚く御礼申し上げます。

F. 研究発表

1. 論文発表

今村扶美、松本俊彦、小林桜児、和田 清：心神喪失者等医療観察法における物質使用障害治療プログラムの開発と効果。精神医学 54: 921-930, 2012.

松本俊彦：薬物依存症に対する新たな治療プログラム「SMARPP」：司法・医療・地域における継続した支援体制の構築を目指して。精神医学 54: 1103-1110, 2012.

松本俊彦: IV. 薬物関連精神障害の治療のプロセスと選択肢. 6. ワークブックを用いたグループ治療プログラムの実際. 日本精神科救急学会編 精神科救急医療ガイドライン: 規制薬物関連精神障害 2011年版, pp80-86, へるす出版, 東京, 2012.

松本俊彦, 成瀬暢也, 梅野 充, 青山久美, 小林桜児, 嶋根卓也, 森田展彰, 和田 清: Benzodiazepines 使用障害の臨床的特徴とその発症の契機となった精神科治療の特徴に関する研究。日本アルコール・薬物医学会雑誌 47 (6): 317-330, 2012.

2. 学会発表

松本俊彦：誰にでもできる薬物依存症治療。シンポジウム 23 薬物依存症臨床における倫理～医療の

立場と司法の立場. 第 108 回日本精神神経学会学術総会, 2012.5.25, 札幌

松本俊彦：薬物依存の基礎から臨床、そして日常診療との関わりについて。シンポジウム 38 認知行動療法を取り入れた包括的外来治療プログラムの必要性. 第 108 回日本精神神経学会学術総会, 2012.5.25, 札幌。

今村扶美、松本俊彦、小林桜児、和田清: 司法関連施設における薬物依存離脱指導の効果に関する研究 (2) : 女性の薬物乱用者を対象とした介入。平成 24 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 2012.9.7, 札幌

高野歩、川上憲人、宮本有紀、松本俊彦: 物質使用障害患者に対する認知行動療法プログラムを実施する医療従事者の態度の変化。平成 24 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 2012.9.7, 札幌

若林朝子、小林桜児、竹田典子、今村扶美、松本俊彦: 在日外国人女性薬物依存症患者に対する SMARPP-Jr.を用いた個別依存症教育プログラムの試み。平成 24 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 2012.9.8, 札幌

G. 健康危険情報

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む) なし

引用文献

厚生労働省医薬食品局監視指導・麻薬対策課 (2012) 麻薬・覚せい剤行政の概況。厚生労働省。
松本俊彦, 尾崎 茂, 小林桜児, 和田 清 (2011) 全

国の精神科医療施設における薬物関連疾患の実態
調査. 平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究
事業「薬物乱用・依存等の実態把握と再乱用母子の
ための社会資源等の現状と課題に関する研究（研
究代表者 和田 清）」分担研究報告書, pp89-115

表1: 精神科医療施設の種別と回答状況

総施設数	回答あり施設数*	回答のあった施設数と症例数						症例なし			
		症例報告あり			報告症例数	1施設あたりの症例数					
		施設数*	報告症例数	施設数							
国立病院・国立病院機構	46	2.9%	36	78.3%	19	41.3%	132	11.4%	6.9	17	37.0%
都道府県立病院	72	4.5%	56	77.8%	27	37.5%	238	20.5%	8.8	29	40.3%
大学病院	83	5.2%	67	80.7%	27	32.5%	85	7.3%	3.1	40	48.2%
市区町村立病院	64	4.0%	52	81.3%	9	14.1%	26	2.2%	0.6	43	67.2%
民間病院	1,344	83.5%	925	68.8%	142	10.6%	680	58.6%	4.7	782	58.2%
計	1,609	(100.0%)	1,136	(70.6%)	224	(13.9%)	1,161	(100.0%)	平均5.2	911	(56.6%)

(回答あり施設数*, 症例報告あり施設数*には、「回答拒否例(計284例)」を報告した施設を含む)

表2: 使用経験薬物と主たる薬物(N=848)

	n		度数	%
使用経験薬物	761	覚せい剤	482	63.3
	706	有機溶剤	298	42.2
	695	大麻	287	41.3
	658	コカイン	75	11.4
	655	ヘロイン	30	4.6
	660	MDMA	100	15.2
	649	MDMA以外の幻覚剤	98	15.1
	683	脱法ドラッグ	188	27.5
	697	睡眠薬	277	39.7
	683	抗不安薬	212	31.0
	662	鎮痛薬	67	10.1
	653	鎮咳薬	71	10.9
	655	リタリン	42	6.4
	543	その他	60	11.0
最近1年以内に 使用経験のある 薬物	682	覚せい剤	117	17.2
	622	有機溶剤	36	5.8
	607	大麻	47	7.7
	565	コカイン	6	1.1
	563	ヘロイン	2	.4
	569	MDMA	7	1.2
	566	MDMA以外の幻覚剤	9	1.6
	612	脱法ドラッグ	167	27.3
	622	睡眠薬	173	27.8
	602	抗不安薬	136	22.6
	579	鎮痛薬	37	6.4
	577	鎮咳薬	26	4.5
	578	リタリン	5	.9
	496	その他	38	7.7
主たる薬物	848	覚せい剤	356	42.0
		有機溶剤	65	7.7
		大麻	21	2.5
		コカイン	2	.2
		ヘロイン	2	.2
		MDMA	0	.0
		MDMA以外の催幻覚薬	3	.4
		脱法ドラッグ	138	16.3
		睡眠薬－抗不安薬	128	15.1
		鎮痛薬	12	1.4
		鎮咳薬	23	2.7
		リタリン	6	.7
		その他	33	3.9
		多剤	59	7.0

表3: 全対象者の初使用薬物と初使用の契機(N=848)

	n	度数/平均	%
初使用薬物	覚せい剤	192	22.9
	有機溶剤	260	31.1
	大麻	102	12.2
	コカイン	3	.4
	ヘロイン	3	.4
	MDMA	5	.6
	MDMA以外の催幻覚薬	5	.6
	脱法ドラッグ	57	6.8
	睡眠薬	87	10.4
	抗不安薬	35	4.2
	鎮痛薬	12	1.4
	鎮咳薬	16	1.9
	リタリン	8	1.0
	その他	28	3.3
	不明	24	2.9
	複数回答	8	
薬物初使用の契機となった人物	自発的使用	95	11.3
	配偶者	10	1.2
	同棲中の相手	7	.8
	恋人・愛人	30	3.6
	同性の友人	332	39.5
	異性の友人	57	6.8
	知人	75	8.9
	医師(精神科)	64	7.6
	医師(身体科)	29	3.5
	医師(精神科・身体科両方)	10	1.2
	薬剤師	9	1.1
	親	8	1.0
	同胞	3	.4
	密売人	12	1.4
	その他	20	2.4
	不明	154	18.3

表4: 三たる薬物別の社会的属性

	n	主たる薬物													合計	
		覚せい剤	有機溶剤	大麻	コカイン	ヘロイン	MDMA以外の催幻覚薬	脱法ドラッグ	睡眠薬+抗不安薬	鎮痛薬	鎮咳薬	リタリン	その他	多剤		
年齢	840	平均	42.0	40.7	32.3	41.0	43.5	45.7	27.7	39.4	36.5	38.2	39.0	37.6	38.3	38.3
		SD	11.6	9.7	7.8	8.5	3.5	14.6	7.7	13.9	12.5	9.0	8.5	9.2	12.9	12.2
性別(男)	848	度数	257	55	20	1	1	3	125	50	5	18	5	25	37	602
		%	72.2%	84.6%	95.2%	50.0%	50.0%	100.0%	90.6%	39.1%	41.7%	78.3%	83.3%	75.8%	62.7%	71.0%
学歴	761	度数	225	36	5	0	0	0	43	20	3	4	0	13	21	370
		%	69.4%	59.0%	25.0%	.0%	.0%	.0%	33.3%	20.6%	27.3%	18.2%	.0%	40.6%	37.5%	48.6%
職業	771	度数	99	25	15	1	0	2	86	77	8	18	6	19	35	391
		%	30.6%	41.0%	75.0%	100.0%	.0%	100.0%	66.7%	79.4%	72.7%	81.8%	100.0%	59.4%	62.5%	51.4%
暴力団との関係あり	830	度数	157	9	2	1	0	0	11	6	2	3	1	8	7	217
		%	48.3%	14.3%	9.5%	50.0%	.0%	.0%	8.1%	4.8%	18.2%	13.6%	16.7%	24.2%	11.9%	26.1%
非行グループとの関係あり	829	度数	159	23	5	1	0	2	43	8	2	3	1	11	24	282
		%	46.1%	36.5%	23.8%	50.0%	.0%	66.7%	31.4%	6.3%	18.2%	13.6%	16.7%	34.4%	40.7%	34.0%
薬物乱用者との関係あり	830	度数	223	24	13	1	2	2	78	14	1	7	1	13	32	411
		%	64.5%	38.1%	61.9%	50.0%	100.0%	66.7%	56.9%	11.1%	9.1%	31.8%	16.7%	40.6%	54.2%	49.5%
薬事法関連での補導・逮捕歴あり	835	度数	236	33	5	0	0	0	26	7	2	2	0	10	23	344
		%	67.0%	50.8%	25.0%	.0%	.0%	.0%	18.8%	5.7%	16.7%	9.1%	.0%	30.3%	39.0%	41.1%
薬事法以外での補導・逮捕歴あり	836	度数	107	20	5	0	0	1	23	18	2	7	0	8	17	208
		%	30.4%	30.8%	25.0%	.0%	.0%	33.3%	16.7%	14.8%	16.7%	31.8%	.0%	24.2%	28.8%	24.9%
矯正施設入所あり	797	度数	264	29	5	0	0	0	35	14	3	5	0	12	28	395
		%	77.9%	49.2%	26.3%	.0%	.0%	.0%	26.5%	12.2%	25.0%	23.8%	.0%	37.5%	50.9%	49.6%

表5:主たる薬物別のアルコール問題、各種薬物の生涯使用経験・最近1年の使用経験

	n	主たる薬物															
		覚せい剤	有機溶剤	大麻	コカイン	ヘロイン	MDMA以外の催 幻覚薬	脱法ドラッ グ	睡眠薬+ 抗不安薬	鎮痛薬	鎮咳薬	リタリン	その他	多剤	合計		
現在のアルコール問題	797	度数	71	12	4	1	0	2	24	45	2	4	1	12	13	191	
覚せい剤	生涯	%	21.3%	19.0%	19.0%	50.0%	.0%	66.7%	18.8%	36.9%	16.7%	19.0%	16.7%	38.7%	25.0%	24.0%	
		度数	356	20	5	1	0	2	39	10	2	8	0	15	26	482	
有機溶剤	生涯	%	100.0%	41.7%	29.4%	50.0%	.0%	66.7%	33.6%	9.6%	20.0%	40.0%	.0%	53.6%	51.0%	63.3%	
		度数	93	4	1	0	0	0	7	1	1	0	0	1	9	117	
大麻	生涯	%	27.4%	9.8%	7.1%	.0%	.0%	.0%	7.0%	1.1%	14.3%	.0%	.0%	4.5%	19.1%	17.2%	
		度数	158	65	2	0	0	2	24	9	1	6	0	10	21	298	
コカイン	生涯	%	53.4%	100.0%	11.8%	.0%	.0%	66.7%	21.4%	8.7%	11.1%	31.6%	.0%	40.0%	42.9%	42.2%	
		度数	3	24	0	0	0	0	2	2	0	0	0	1	4	36	
ヘロイン	生涯	%	1.1%	40.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	2.0%	2.3%	.0%	.0%	.0%	5.0%	8.7%	5.8%	
		度数	122	11	21	1	0	2	75	10	1	10	1	10	23	287	
MDMA	生涯	%	42.8%	23.9%	100.0%	50.0%	.0%	66.7%	61.0%	9.7%	11.1%	45.5%	25.0%	38.5%	46.9%	41.3%	
		度数	10	0	8	1	0	0	20	2	0	1	0	0	5	47	
MDMA以外の幻 覚剤	生涯	%	3.8%	.0%	42.1%	50.0%	.0%	.0%	18.5%	2.3%	.0%	6.3%	.0%	.0%	11.1%	7.7%	
		度数	44	0	1	2	0	0	12	3	1	2	1	4	5	75	
睡眠薬	生涯	%	16.0%	.0%	6.3%	100.0%	.0%	.0%	10.9%	2.9%	11.1%	10.5%	25.0%	16.7%	10.9%	11.4%	
		度数	1	0	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0	1	6	
抗不安剤	生涯	%	.4%	.0%	.0%	50.0%	.0%	.0%	3.2%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	2.4%	1.1%	
		度数	18	0	0	0	2	0	1	1	1	1	0	1	5	30	
鎮痛薬	生涯	%	6.6%	.0%	.0%	.0%	100.0%	.0%	.0%	.9%	1.0%	11.1%	5.3%	.0%	4.2%	10.9%	4.6%
		度数	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
鎮咳薬	生涯	%	.0%	.0%	.0%	100.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.4%	
		度数	43	2	7	0	0	1	25	3	1	4	1	4	9	100	
リタリン	生涯	%	15.8%	4.3%	43.8%	.0%	.0%	33.3%	22.1%	2.9%	11.1%	20.0%	25.0%	16.7%	19.6%	15.2%	
		度数	2	0	1	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	7	
脱法ドラッグ	生涯	%	.8%	.0%	7.1%	.0%	.0%	.0%	3.1%	1.2%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.2%	
		度数	40	2	6	1	0	3	23	5	0	5	0	5	8	98	
睡眠薬	生涯	%	14.8%	4.3%	37.5%	50.0%	.0%	100.0%	21.1%	4.9%	.0%	26.3%	.0%	20.8%	18.2%	15.1%	
		度数	1	0	0	0	0	1	4	1	0	0	0	0	2	9	
抗不安剤	生涯	%	.4%	.0%	.0%	.0%	.0%	50.0%	4.2%	1.2%	.0%	.0%	.0%	.0%	4.9%	1.6%	
		度数	24	2	7	1	0	0	128	8	2	1	0	2	16	188	
鎮痛薬	生涯	%	8.9%	4.3%	38.9%	50.0%	.0%	.0%	100.0%	7.8%	22.2%	5.0%	.0%	8.0%	34.0%	27.5%	
		度数	10	2	4	1	0	0	126	5	1	1	0	1	16	167	
鎮咳薬	生涯	%	28.5%	12.8%	27.8%	50.0%	.0%	.0%	14.8%	86.9%	60.0%	35.0%	40.0%	40.0%	72.5%	27.3%	
		度数	81	6	5	1	0	0	16	106	6	7	2	10	37	277	
リタリン	生涯	%	16.9%	9.5%	7.1%	.0%	.0%	.0%	9.8%	68.5%	37.5%	26.7%	.0%	31.8%	52.1%	27.8%	
		度数	52	3	6	0	0	1	17	83	6	6	1	7	30	212	
抗不安剤	生涯	%	18.8%	6.4%	33.3%	.0%	.0%	33.3%	15.3%	72.2%	60.0%	30.0%	20.0%	29.2%	61.2%	31.0%	
		度数	31	4	2	0	0	0	12	57	3	1	0	5	21	136	
鎮痛薬	生涯	%	12.3%	9.8%	12.5%	.0%	.0%	.0%	12.5%	55.9%	37.5%	6.7%	.0%	25.0%	50.0%	22.6%	
		度数	22	0	0	0	0	0	4	11	11	2	0	2	15	67	
鎮咳薬	生涯	%	8.1%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	3.6%	10.6%	100.0%	11.1%	.0%	8.3%	30.6%	10.1%	
		度数	9	0	0	0	0	0	3	6	10	1	0	1	7	37	
睡眠薬	生涯	%	5.6%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	9.2%	8.7%	14.3%	100.0%	.0%	12.5%	22.2%	10.9%	
		度数	2	0	0	0	0	0	4	4	0	13	0	0	3	26	
リタリン	生涯	%	5.9%	2.2%	.0%	.0%	.0%	.0%	4.2%	4.4%	.0%	68.4%	.0%	.0%	7.5%	4.5%	
		度数	16	1	0	0	0	0	3	7	0	1	6	4	4	42	
リタリン	生涯	%	.8%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	5.3%	100.0%	16.7%	8.9%	6.4%	
		度数	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	5	

表6: 主たる薬物別の初使用薬物の種類 (n=837)

		主たる薬物														
		覚せい剤	有機溶剤	大麻	コカイン	ヘロイン	MDMA以外の催幻覚薬	脱法ドラッグ	睡眠薬+抗不安薬	鎮痛薬	鎮咳薬	リタリン	その他	多剤	合計	
覚せい剤		度数	162	2	0	0	0	0	10	4	1	1	0	6	6	192
		%	46.0%	3.1%	.0%	.0%	.0%	.0%	7.3%	3.2%	8.3%	4.3%	.0%	18.2%	10.7%	22.9%
有機溶剤		度数	138	61	1	0	0	1	16	8	1	4	0	9	21	260
		%	39.2%	93.8%	5.0%	.0%	.0%	33.3%	11.7%	6.3%	8.3%	17.4%	.0%	27.3%	37.5%	31.1%
大麻		度数	22	1	17	1	0	1	45	5	0	5	0	2	3	102
		%	6.3%	1.5%	85.0%	50.0%	.0%	33.3%	32.8%	4.0%	.0%	21.7%	.0%	6.1%	5.4%	12.2%
コカイン		度数	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3
		%	.0%	.0%	.0%	50.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	3.6%	.4%	
ヘロイン		度数	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	3
		%	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	4.3%	.0%	.0%	.0%	.4%
MDMA		度数	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5
		%	1.1%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.7%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.6%
MDMA以外の幻覚剤		度数	3	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	5
		%	.9%	.0%	.0%	.0%	.0%	33.3%	.7%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.6%
脱法ドラッグ		度数	2	0	2	0	0	0	51	0	0	0	0	0	2	57
		%	.6%	.0%	10.0%	.0%	.0%	.0%	37.2%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	3.6%	6.8%
睡眠薬		度数	2	0	0	0	0	0	0	71	1	1	0	3	9	87
		%	.6%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	56.3%	8.3%	4.3%	.0%	9.1%	16.1%	10.4%
抗不安剤		度数	0	1	0	0	0	0	1	26	1	0	1	0	5	35
		%	.0%	1.5%	.0%	.0%	.0%	.0%	.7%	20.6%	8.3%	.0%	16.7%	.0%	8.9%	4.2%
鎮痛薬		度数	0	0	0	0	0	0	0	2	7	0	0	0	3	12
		%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.6%	58.3%	.0%	.0%	.0%	5.4%	1.4%
鎮咳薬		度数	0	0	0	0	0	0	2	2	1	10	0	0	1	16
		%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.5%	1.6%	8.3%	43.5%	.0%	.0%	1.8%	1.9%
リタリン		度数	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	5	0	0	8
		%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.7%	1.6%	.0%	.0%	83.3%	.0%	.0%	1.0%
その他		度数	4	0	0	0	0	0	6	3	0	0	0	13	2	28
		%	1.1%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	4.4%	2.4%	.0%	.0%	.0%	39.4%	3.6%	3.3%
不明		度数	15	0	0	0	0	0	3	3	0	1	0	0	2	24
		%	4.3%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	2.2%	2.4%	.0%	4.3%	.0%	.0%	3.6%	2.9%

表7: 主たる薬物別の使用を続けた理由

n		主たる薬物														
		覚せい剤		有機溶剤	大麻	コカイン	ヘロイン	MDMA以外の催幻覚薬	脱法ドラッグ	睡眠薬+抗不安薬	鎮痛薬	鎮咳薬	リタリン	その他	多剤	合計
		度数	%													
誘われて	度数	79	18	5	1	2	0	26	0	0	1	0	1	1	12	145
		%	22.4%	27.7%	23.8%	50.0%	100.0%	.0%	18.8%	.0%	.0%	4.5%	.0%	3.3%	20.3%	17.3%
	度数	110	27	6	0	0	1	48	1	0	3	0	8	12	216	
		%	31.3%	41.5%	28.6%	.0%	.0%	33.3%	34.8%	.8%	.0%	13.6%	.0%	26.7%	20.3%	25.7%
	度数	84	24	10	1	0	2	44	2	0	3	0	4	18	192	
		%	23.9%	36.9%	47.6%	50.0%	.0%	66.7%	31.9%	1.6%	.0%	13.6%	.0%	13.3%	30.5%	22.9%
	度数	42	7	1	0	0	0	7	1	0	0	0	1	8	67	
		%	11.9%	10.8%	4.8%	.0%	.0%	.0%	5.1%	.8%	.0%	.0%	.0%	3.3%	13.6%	8.0%
	度数	44	7	1	0	0	0	18	17	2	1	0	1	11	102	
		%	12.5%	10.8%	4.8%	.0%	.0%	.0%	13.0%	13.3%	16.7%	4.5%	.0%	3.3%	18.6%	12.1%
	度数	86	4	1	1	0	1	26	3	0	5	2	4	6	139	
		%	24.4%	6.2%	4.8%	50.0%	.0%	33.3%	18.8%	2.3%	.0%	22.7%	33.3%	13.3%	10.2%	16.5%
使用を続 けた理由	度数	71	2	1	0	0	0	24	8	2	7	5	10	6	136	
		%	20.2%	3.1%	4.8%	.0%	.0%	.0%	17.4%	6.3%	16.7%	31.8%	83.3%	33.3%	10.2%	16.2%
	度数	55	1	3	0	0	1	13	0	0	0	0	3	5	81	
		%	15.6%	1.5%	14.3%	.0%	.0%	.0%	33.3%	9.4%	.0%	.0%	.0%	10.0%	8.5%	9.6%
	度数	82	19	2	2	0	1	46	19	2	6	1	10	10	200	
		%	23.3%	29.2%	9.5%	100.0%	.0%	33.3%	33.3%	14.8%	16.7%	27.3%	16.7%	33.3%	16.9%	23.8%
	度数	49	8	4	1	0	0	30	27	2	3	6	17	14	161	
		%	13.9%	12.3%	19.0%	50.0%	.0%	.0%	21.7%	21.1%	16.7%	13.6%	100.0%	56.7%	23.7%	19.2%
	度数	45	12	4	0	0	0	21	79	3	7	3	13	23	210	
		%	12.8%	18.5%	19.0%	.0%	.0%	.0%	15.2%	61.7%	25.0%	31.8%	50.0%	43.3%	39.0%	25.0%
	度数	7	5	0	0	0	0	9	74	1	1	0	5	20	122	
		%	2.0%	7.7%	.0%	.0%	.0%	.0%	6.5%	57.8%	8.3%	4.5%	.0%	16.7%	33.9%	14.5%
	度数	7	0	0	0	0	0	1	2	7	1	0	1	5	24	
		%	2.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.7%	1.6%	58.3%	4.5%	.0%	3.3%	8.5%	2.9%
	度数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
		%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	4.5%	.0%	.0%	.0%	.1%
	度数	19	1	0	0	0	0	3	1	0	0	1	0	0	25	
		%	5.4%	1.5%	.0%	.0%	.0%	.0%	2.2%	.8%	.0%	.0%	16.7%	.0%	.0%	.0%
	度数	10	3	0	0	0	0	5	6	1	2	0	2	2	31	
		%	2.8%	4.6%	.0%	.0%	.0%	.0%	3.6%	4.7%	8.3%	9.1%	.0%	6.7%	3.4%	3.7%
	度数	71	6	6	0	0	1	12	7	1	3	0	1	6	114	
		%	20.2%	9.2%	28.6%	.0%	.0%	33.3%	8.7%	5.5%	8.3%	13.6%	.0%	3.3%	10.2%	13.6%

表8: 主たる薬物別の入手経路

n		主たる薬物													合計		
		覚せい剤		有機溶剤	大麻	コカイン	ヘロイン	MDMA以外の催幻覚薬	脱法ドラッグ	睡眠薬+抗不安薬	鎮痛薬	鎮咳薬	リタリン	その他			
		度数	%														
入手経路	814	最近1年は使用していない	度数	198	36	9	1	0	1	13	0	8	5	7	18	297	
			%	59.6%	56.3%	47.4%	50.0%	.0%	33.3%	.7%	10.2%	.0%	34.8%	83.3%	24.1%	30.5%	36.5%
		友人	度数	22	2	4	0	0	0	26	4	0	0	0	0	9	67
			%	6.6%	3.1%	21.1%	.0%	.0%	.0%	19.1%	3.1%	.0%	.0%	.0%	.0%	15.3%	8.2%
		知人	度数	29	3	2	1	0	0	12	3	0	0	0	0	9	59
			%	8.7%	4.7%	10.5%	50.0%	.0%	.0%	8.8%	2.4%	.0%	.0%	.0%	.0%	15.3%	7.2%
		恋人・愛人	度数	7	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	3	14
			%	2.1%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	2.9%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	5.1%	1.7%
		家族	度数	4	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	8
			%	1.2%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.6%	.0%	.0%	.0%	.0%	3.4%	1.0%
		密売人(日本人)	度数	59	2	3	1	0	1	18	0	0	0	0	0	6	90
			%	17.8%	3.1%	15.8%	50.0%	.0%	33.3%	13.2%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	10.2%	11.1%
		密売人(外国人)	度数	5	0	0	1	2	1	1	0	0	0	0	0	1	11
			%	1.5%	.0%	.0%	50.0%	100.0%	33.3%	.7%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.7%	1.4%
		医師(精神科)	度数	1	0	0	0	0	0	95	2	0	0	4	17	87	
			%	.3%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	74.8%	16.7%	.0%	0%	13.7%	29.2%	10.7%	
		医師(身体科)	度数	0	0	0	0	0	0	39	4	0	1	2	12	27	
			%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	30.7%	33.3%	.0%	16.7%	6.8%	20.4%	3.3%	
		薬局	度数	0	2	0	0	0	0	4	6	14	0	5	3	34	
			%	.0%	3.1%	.0%	.0%	.0%	.0%	3.1%	50.0%	60.9%	.0%	17.2%	5.1%	4.2%	
		インターネット	度数	3	1	0	0	0	28	2	0	1	0	0	4	39	
			%	.9%	1.6%	.0%	.0%	.0%	20.6%	1.6%	.0%	4.3%	.0%	.0%	6.8%	4.8%	
		その他	度数	1	15	0	0	0	55	0	1	0	0	13	3	88	
			%	.3%	23.4%	.0%	.0%	.0%	40.4%	.0%	8.3%	.0%	.0%	44.8%	5.1%	10.8%	
		不明	度数	31	5	2	0	0	1	19	1	0	0	0	5	64	
			%	9.3%	7.8%	10.5%	.0%	.0%	33.3%	14.0%	.8%	.0%	.0%	.0%	8.5%	7.9%	

表9: 主たる薬物別のICD-10のF1下位診断 (n=836)

		主たる薬物													合計									
		覚せい剤	有機溶剤	大麻	コカイン	ヘロイン	MDMA以外の催幻覚薬	脱法ドラッグ	睡眠薬+抗不安薬	鎮痛薬	鎮咳薬	リタリン	その他	多剤										
		度数	%																					
F1x. 0 急性中毒		9	2.5%	6	9.2%	0	.0%	0	.0%	22	6.3%	8	16.7%	2	0	1	3	51						
F1x. 1 有害な使用		5	1.4%	3	4.6%	2	10.5%	0	.0%	0	15.9%	23	29.9%	38	.0%	.0%	3.3%	5.3%	6.1%					
F1x. 2 依存症候群		150	42.5%	31	47.7%	7	36.8%	1	50.0%	2	16.7%	80	58.0%	86	25.0%	9	9.1%	6	21	27	439			
F1x. 3 離脱状態		4	1.1%	5	7.7%	0	.0%	0	.0%	0	33.3%	1	4.3%	6	75.0%	4	2	2	0	1	3	28		
F1x. 4 せん妄を伴う離脱状態		1	.3%	1	1.5%	0	.0%	0	.0%	0	33.3%	1	4.3%	7	3.1%	4	16.7%	1	0	0	0	3.3%	5.3%	3.3%
F1x. 5 精神病性障害		124	35.1%	19	29.2%	6	31.6%	0	.0%	0	66.7%	2	5.1%	60	33.3%	3	8.3%	2	0	0	7	13	238	
F1x. 6 健忘症候群		4	1.1%	1	1.5%	0	.0%	0	.0%	1	43.5%	1	2.4%	5	16.7%	0	9.1%	.0%	23.3%	22.8%	22.8%	28.5%		
F1x. 7 残遺性障害・遲発性精神病性障害		149	42.2%	22	33.8%	8	42.1%	1	50.0%	0	33.3%	1	.7%	17	33.3%	3	2.4%	1	0	0	2	2	16	
F1x. 8 他の精神および行動の障害		2	.6%	1	1.5%	2	10.5%	0	.0%	0	33.3%	0	2.2%	3	12.3%	1	8.3%	0	9.1%	.0%	16.7%	35.1%	27.4%	

表10: 主たる薬物別の受診経路 (n=822)

		主たる薬物													合計
		覚せい剤	有機溶剤	大麻	コカイン	ヘロイン	MDMA以外の催幻覚薬	脱法ドラッグ	睡眠薬+抗不安薬	鎮痛薬	鎮咳薬	リタリン	その他	多剤	
		度数	17	1	1	2	0	20	19	3	4	3	7	15	163
自発的な受診	度数	71	17	1	1	2	0	20	19	3	4	3	7	15	163
	%	20.8%	26.6%	5.0%	50.0%	100.0%	.0%	14.7%	15.3%	27.3%	18.2%	50.0%	21.9%	25.9%	19.8%
周囲のすすめ	度数	82	16	10	1	0	1	49	31	1	7	0	9	14	221
	%	24.0%	25.0%	50.0%	50.0%	.0%	33.3%	36.0%	25.0%	9.1%	31.8%	.0%	28.1%	24.1%	26.9%
医療機関	度数	56	13	1	0	0	2	26	54	4	7	2	9	13	187
	%	16.4%	20.3%	5.0%	.0%	.0%	66.7%	19.1%	43.5%	36.4%	31.8%	33.3%	28.1%	22.4%	22.7%
保健福祉・行政機関	度数	45	6	2	0	0	0	16	10	0	0	0	1	3	83
	%	13.2%	9.4%	10.0%	.0%	.0%	.0%	11.8%	8.1%	.0%	.0%	.0%	3.1%	5.2%	10.1%
刑事司法機関	度数	37	5	2	0	0	0	17	5	2	1	0	2	4	75
	%	10.8%	7.8%	10.0%	.0%	.0%	.0%	12.5%	4.0%	18.2%	4.5%	.0%	6.3%	6.9%	9.1%
民間リハビリ施設・自助グループ	度数	47	7	2	0	0	0	6	2	1	3	1	2	7	78
	%	13.7%	10.9%	10.0%	.0%	.0%	.0%	4.4%	1.6%	9.1%	13.6%	16.7%	6.3%	12.1%	9.5%
その他	度数	3	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	2	1	9
	%	.9%	.0%	5.0%	.0%	.0%	.0%	1.5%	.0%	.0%	.0%	.0%	6.3%	1.7%	1.1%
不明	度数	1	0	1	0	0	0	0	3	0	0	0	0	1	6
	%	.3%	.0%	5.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	2.4%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.7%	.7%

表11: 主たる薬物別の併存精神障害 (n=526)

		主たる薬物														
		覚せい剤	有機溶剤	大麻	コカイン	ヘロイン	MDMA以外の催幻覚薬	脱法ドラッグ	睡眠薬+抗不安薬	鎮痛薬	鎮咳薬	リタリン	その他	多剤	合計	
F0 症状性を含む器質性精神障害		度数	13	5	1	0	0	2	5	0	1	0	2	2	31	
		%	7.0%	12.5%	5.9%	.0%	.0%	.0%	2.6%	4.7%	.0%	6.3%	.0%	8.3%	4.3%	5.9%
F2 総合失調症、統合失調症型障害 及び妄想性障害		度数	39	9	4	1	0	0	7	7	0	2	1	6	6	82
		%	21.1%	22.5%	23.5%	100.0%	.0%	.0%	9.1%	6.5%	.0%	12.5%	33.3%	25.0%	12.8%	15.6%
F3 気分障害		度数	39	4	5	0	0	1	18	39	2	4	0	12	11	135
		%	21.1%	10.0%	29.4%	.0%	.0%	50.0%	23.4%	36.4%	28.6%	25.0%	.0%	50.0%	23.4%	25.7%
F4 神経症性障害、ストレス関連障害 及び身体表現性障害		度数	29	7	2	0	0	0	13	41	4	5	1	3	13	118
		%	15.7%	17.5%	11.8%	.0%	.0%	.0%	16.9%	38.3%	57.1%	31.3%	33.3%	12.5%	27.7%	22.4%
F5 生理的障害及び身体的要因に 関連した精神障害		度数	8	2	0	0	0	0	3	25	0	1	0	2	2	43
		%	4.3%	5.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	3.9%	23.4%	.0%	6.3%	.0%	8.3%	4.3%	8.2%
F6 成人の人格及び行動の障害		度数	36	11	1	0	0	1	15	28	1	3	0	6	11	113
		%	19.5%	27.5%	5.9%	.0%	.0%	50.0%	19.5%	26.2%	14.3%	18.8%	.0%	25.0%	23.4%	21.5%
F7 知的障害(精神遅滞)		度数	22	3	1	0	0	0	6	3	0	0	0	0	3	38
		%	11.9%	7.5%	5.9%	.0%	.0%	.0%	7.8%	2.8%	.0%	.0%	.0%	.0%	6.4%	7.2%
F8 心理的発達の障害		度数	2	1	0	0	0	0	5	1	0	1	0	2	3	15
		%	1.1%	2.5%	.0%	.0%	.0%	.0%	6.5%	.9%	.0%	6.3%	.0%	8.3%	6.4%	2.9%
F9 小児期及び青年期に通常発症 する行動及び情緒の障害		度数	1	0	0	0	0	0	4	0	0	1	0	0	1	7
		%	.5%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	5.2%	.0%	.0%	6.3%	.0%	.0%	2.1%	1.3%
その他		度数	24	6	4	0	0	0	13	5	0	2	1	4	4	63
		%	13.0%	15.0%	23.5%	.0%	.0%	.0%	16.9%	4.7%	.0%	12.5%	33.3%	16.7%	8.5%	12.0%

表12: 脱法ドラッグ関連障害患者の社会的属性

	n	脱法ドラッグの種類				合計
		脱法ハーブ単独群		パウダー・リキッド単独群	混合群	
		平均	SD			
年齢	128	度数	27.2	30.3	26.7	27.7
		%	8.3	7.4	6.5	7.7
性別(男)	128	度数	61	22	33	116
		%	93.8%	84.6%	89.2%	90.6%
学歴 高校中退以下	122	度数	20	9	12	41
		%	31.3%	34.6%	33.3%	32.5%
高卒以上		度数	42	15	24	81
		%	65.6%	57.7%	66.7%	64.3%
職業 無職	122	度数	29	14	18	61
		%	46.8%	56.0%	51.4%	50.0%
有職(学生・主婦含む)		度数	33	11	17	61
		%	53.2%	44.0%	48.6%	50.0%
暴力団との関係あり	126	度数	4	2	5	11
		%	6.2%	8.3%	13.5%	8.7%
非行グループとの関係あり**	127	度数	17	5	20	42
		%	26.2%	20.0%	54.1%	33.1%
薬物乱用者との関係あり*	127	度数	34	12	29	75
		%	52.3%	48.0%	78.4%	59.1%
薬事法関連での補導・逮捕歴あり	128	度数	11	5	10	26
		%	16.9%	19.2%	27.0%	20.3%
薬事法以外での補導・逮捕歴あり	128	度数	10	3	9	22
		%	15.4%	11.5%	24.3%	17.2%
矯正施設入所あり	124	度数	14	6	14	34
		%	23.0%	23.1%	37.8%	27.4%

* P<0.05, ** P<0.01 (Pearson's χ^2 test)

表13: 脱法ドラッグ関連患者のICD-10のF1下位カテゴリー診断

n		脱法ドラッグの種類				合計
		脱法ハーブ単独群		パウダー・リキッド 単独群	混合群	
		度数	%			
ICD-10のF1 下位診断	F1x. 0 急性中毒	度数	13	3	5	21
		%	20.0%	11.5%	13.5%	16.4%
	F1x. 1 有害な使用	度数	15	4	3	22
		%	23.1%	15.4%	8.1%	17.2%
	F1x. 2 依存症候群	度数	36	13	26	75
		%	55.4%	50.0%	70.3%	58.6%
	F1x. 3 離脱状態	度数	2	0	3	5
		%	3.1%	.0%	8.1%	3.9%
	F1x. 4 せん妄を伴う離脱状態	度数	4	0	3	7
		%	6.2%	.0%	8.1%	5.5%
	F1x. 5 精神病性障害	度数	25	13	18	56
		%	38.5%	50.0%	48.6%	43.8%
	F1x. 6 健忘症候群	度数	0	0	1	1
		%	.0%	.0%	2.7%	.8%
	F1x. 7 残遺性障害・遅発性精神病性障害	度数	8	3	5	16
		%	12.3%	11.5%	13.5%	12.5%
	F1x. 8 他の精神および行動の障害	度数	0	1	2	3
		%	.0%	3.8%	5.4%	2.3%

すべての項目についてn.s. (Pearson's χ^2 test)

表13: 脱法ドラッグ関連障害患者の併存精神障害(ICD-10)

n			脱法ドラッグの種類				合計
			脱法ハーブ単独群		パウダー・リキッド単独群	混合群	
			度数	%			
併存障害 71	F0	症状性を含む器質性精神障害	度数 %	2 5.1%	0 .0%	0 .0%	2 2.8%
	F2	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	度数 %	6 15.4%	0 .0%	0 .0%	6 8.5%
	F3	気分障害	度数 %	12 30.8%	3 21.4%	2 11.1%	17 23.9%
	F4	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	度数 %	4 10.3%	4 28.6%	4 22.2%	12 16.9%
	F5	生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害	度数 %	1 2.6%	1 7.1%	1 5.6%	3 4.2%
	F6	成人の人格及び行動の障害	度数 %	6 15.4%	4 28.6%	5 27.8%	15 21.1%
	F7	知的障害(精神遅滞)	度数 %	4 10.3%	0 .0%	1 5.6%	5 7.0%
	F8	心理的発達の障害	度数 %	4 10.3%	0 .0%	1 5.6%	5 7.0%
	F9	小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害**	度数 %	0 .0%	0 .0%	4 22.2%	4 5.6%
		その他	度数 %	7 17.9%	3 21.4%	1 5.6%	11 15.5%

** P<0.01 (Pearson's χ^2 test)

表14: 脱法ドラッグ関連障害患者の併存精神障害 (ICD-10)

n			脱法ドラッグの種類				合計	
			脱法ハーブ単独群		パウダー・リキッド単独群	混合群		
			度数	%	%			
併存障害 71	F0	症状性を含む器質性精神障害	度数	2	0	0	2	
		%		5.1%	.0%	.0%	2.8%	
	F2	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	度数	6	0	0	6	
		%		15.4%	.0%	.0%	8.5%	
	F3	気分障害	度数	12	3	2	17	
		%		30.8%	21.4%	11.1%	23.9%	
	F4	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	度数	4	4	4	12	
		%		10.3%	28.6%	22.2%	16.9%	
	F5	生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害	度数	1	1	1	3	
		%		2.6%	7.1%	5.6%	4.2%	
	F6	成人の人格及び行動の障害	度数	6	4	5	15	
		%		15.4%	28.6%	27.8%	21.1%	
	F7	知的障害(精神遅滞)	度数	4	0	1	5	
		%		10.3%	.0%	5.6%	7.0%	
	F8	心理的発達の障害	度数	4	0	1	5	
		%		10.3%	.0%	5.6%	7.0%	
	F9	小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害**	度数	0	0	4	4	
		%		.0%	.0%	22.2%	5.6%	
	その他		度数	7	3	1	11	
		%		17.9%	21.4%	5.6%	15.5%	

** P<0.01 (Pearson's χ^2 test)

表15: 脱法ドラッグ関連障害患者の精神症状 (n=122)

精神症状の内容	脱法ドラッグの種類				精神症状の内容	脱法ドラッグの種類			
	脱法ハーブ単独群	パウダー・リキッド単独群	混合群	合計		脱法ハーブ単独群	パウダー・リキッド単独群	混合群	合計
昏睡	度数 %	4 6.5%	0 0.0%	1 2.8%	5 4.1%	誇大妄想	度数 %	0 0.0%	0 0.0%
昏迷	度数 %	4 6.5%	1 4.2%	0 0.0%	5 4.1%	被害妄想	度数 %	3 4.8%	0 0.0%
傾眠	度数 %	5 8.1%	0 0.0%	6 16.7%	11 9.0%	注察妄想	度数 %	6 9.7%	0 0.0%
せん妄	度数 %	16 25.8%	3 12.5%	7 19.4%	26 21.3%	関係妄想	度数 %	3 4.8%	0 0.0%
知覚変容**	度数 %	10 16.1%	6 25.0%	18 50.0%	34 27.9%	罪業妄想	度数 %	0 0.0%	0 0.0%
幻視	度数 %	20 32.3%	11 45.8%	14 38.9%	45 36.9%	宗教妄想	度数 %	4 6.5%	0 0.0%
幻聴	度数 %	22 35.5%	12 50.0%	17 47.2%	51 41.8%	他の妄想	度数 %	6 9.7%	3 12.5%
幻触	度数 %	4 6.5%	0 0.0%	2 5.6%	6 4.9%	連合弛緩	度数 %	0 0.0%	0 0.0%
幻臭	度数 %	2 3.2%	2 8.3%	1 2.8%	5 4.1%	支離滅裂	度数 %	0 0.0%	1 4.2%
幻味	度数 %	2 3.2%	0 0.0%	2 5.6%	4 3.3%	作為体験	度数 %	0 0.0%	0 0.0%
他の幻覚	度数 %	1 1.6%	1 4.2%	0 0.0%	2 1.6%	その他の思考の異常	度数 %	0 0.0%	0 0.0%
他の知覚異常	度数 %	1 1.6%	0 0.0%	2 5.6%	3 2.5%	けいれん	度数 %	1 1.6%	0 0.0%
高揚感*	度数 %	34 54.8%	8 33.3%	26 72.2%	68 55.7%	運動失調	度数 %	5 8.1%	0 0.0%
易刺激性・易怒性亢進	度数 %	29 46.8%	12 50.0%	23 63.9%	64 52.5%	四肢麻痺脱力	度数 %	7 11.3%	3 12.5%
多弁・多動・過活動	度数 %	23 37.1%	5 20.8%	17 47.2%	45 36.9%	他の神経症状*	度数 %	2 3.2%	0 0.0%
抑うつ気分	度数 %	5 8.1%	2 8.3%	3 8.3%	10 8.2%	自傷自殺	度数 %	7 11.3%	5 20.8%
意欲低下	度数 %	4 6.5%	1 4.2%	2 5.6%	7 5.7%	対人的暴力	度数 %	9 14.5%	3 12.5%
虚無感・希死念慮	度数 %	6 9.7%	2 8.3%	1 2.8%	9 7.4%	対物的暴力	度数 %	5 8.1%	1 4.2%
不安・焦燥感	度数 %	15 24.2%	5 20.8%	6 16.7%	26 21.3%	危険な自動車等の運転	度数 %	8 12.9%	5 20.8%
その他の気分の異常	度数 %	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	他の問題行動	度数 %	1 1.6%	0 0.0%
								1 2.8%	1 1.6%

* P<0.05, ** P<0.01 (Pearson's χ^2 test)

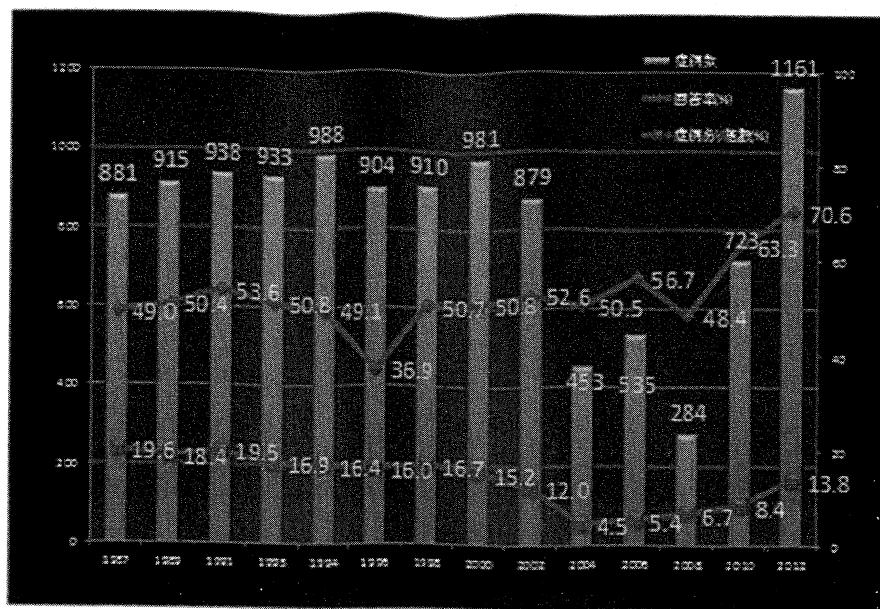


図1：症例数・回答率・症例あり施設の推移

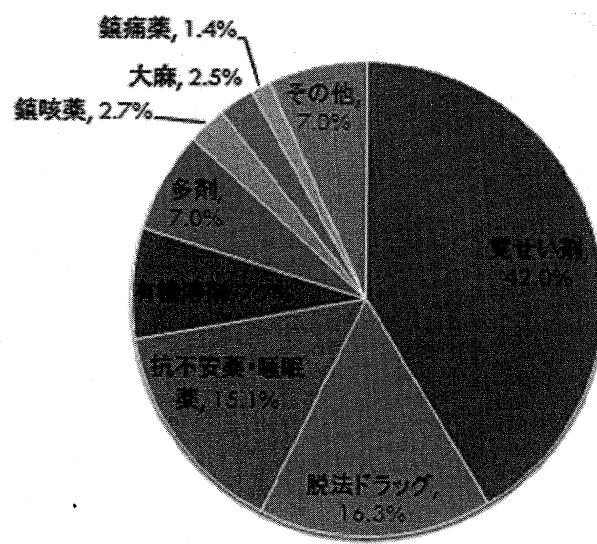


図2：主たる乱用薬物の比率(N=848)

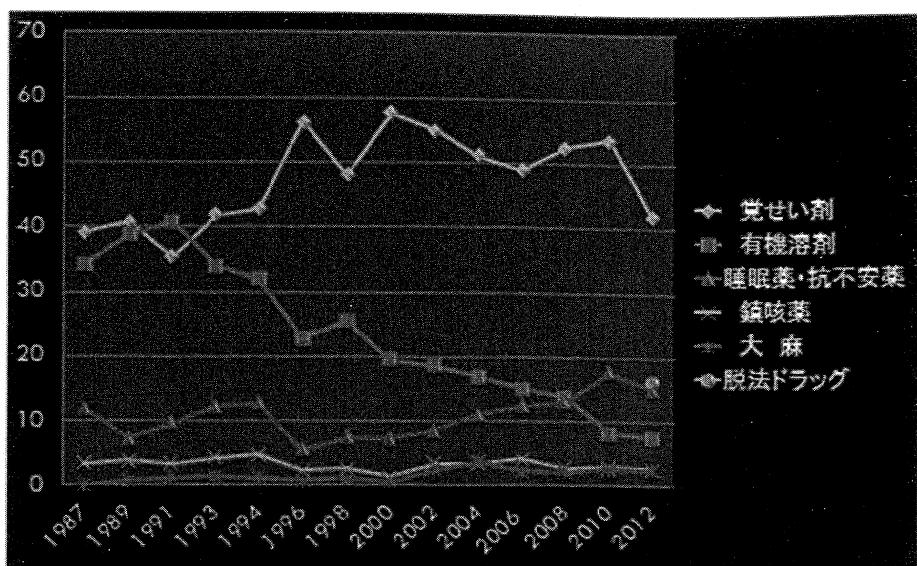


図3: 主たる薬物別にみた症例(%)の推移

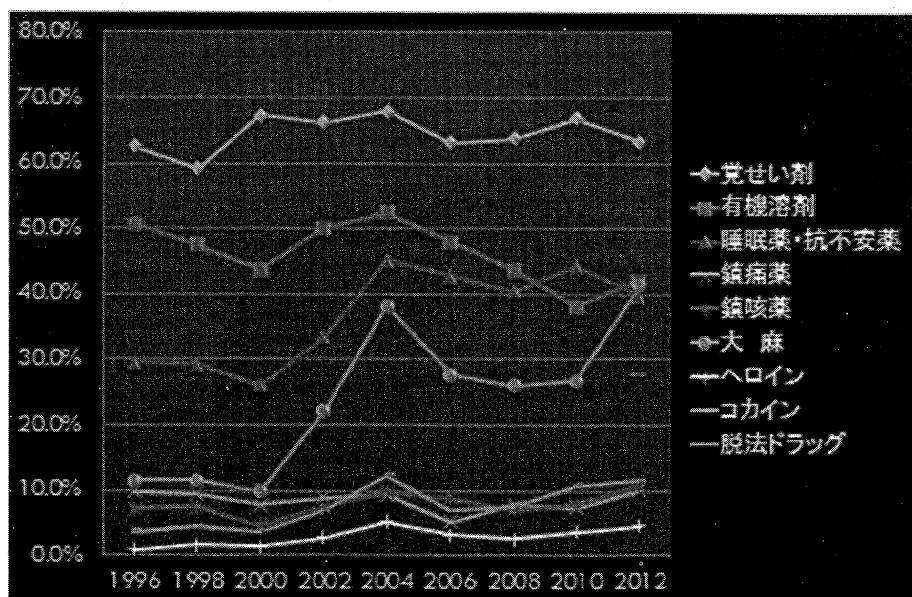


図4: 使用歴のある薬物(%)の推移

巻末資料（調査票）

1)生物学的性別 1.男 2.女 3.その他

2)調査時年齢 1.満()歳 99.不明

3)最終学歴 1.小学校 2.中学校 3.高校 4.専門学校 5.短大 6.大学 99.不明

4)職歴 1.乱用前職業(, 99.不明) 2.現在の職業(, 99.不明)
(下記のコード番号を記入。【例】主婦:29, 無職:31, “暴力団員”的場合は「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) | 03. 不動産業 | 04. 金融業 | 05. 自営の職人 | 06. 露天・行商 | 07. その他の自営業 |
| 08. 団体役員 | 09. 会社員 | 10. 店員 | 11. 工員 | 12. 公務員 | 13. 風俗営業関係者 | 14. 風俗営業以外の飲食業関係者 |
| 15. 興業関係者 | 16. 旅館業関係者 | 17. 交通運輸業関係者 | 18. 土木建築業関係者 | 19. 日雇い労働者 | 20. その他の被雇用者 | 21. 医療薬業関係 |
| 22. 芸能関係 | 23. 船員 | 24. 小学生 | 25. 中学生 | 26. 高校生 | 27. 大学生 | 28. 各種学校生 |
| 29. 主婦 | 30. 家事手伝い | 31. 無職 | 32. 不定 | 33. その他 | | |

5)反社会的な交友関係(複数選択可)

- | | | | |
|-------------|------|------|-------|
| ①暴力団員との関係 | 0.なし | 1.あり | 99.不明 |
| ②非行グループとの関係 | 0.なし | 1.あり | 99.不明 |
| ③薬物乱用者との関係 | 0.なし | 1.あり | 99.不明 |

6)補導・逮捕歴(複数選択可) 0.なし 1.薬事法関連であり 2.薬事法以外であり 99.不明

7)刑事・矯正施設入所歴 0.なし 1.あり【①鑑別所 ②少年院 ③留置場 ④拘置所 ⑤刑務所
⑥その他()】 99.不明

8)現在の配偶関係 1.未婚 2.同棲 3.内縁 4.既婚 5.別居 6.離婚 7.死別 8.再婚 9.その他()
99.不明

9)現在のアルコール問題 0.なし 1.あり【①問題飲酒レベル ②依存レベル ③程度は不明】 99.不明

10)これまでのすべての薬物使用歴について以下の表の該当する箇所(「あり」もしくは「なし」)に「○」を記入して下さい。ただし治療で用いた薬物は除きます。

使用経験のある薬物	これまで		過去1年間	
	あり	なし	あり	なし
1. 覚せい剤	あり	なし	あり	なし
2. 撃発性溶剤	あり	なし	あり	なし
3. 大麻	あり	なし	あり	なし
4. コカイン	あり	なし	あり	なし
5. ヘロイン	あり	なし	あり	なし
6. MDMA	あり	なし	あり	なし
7. MDMA以外の催幻覚(LSD、ケタミン、5-Meo-DITP)	あり	なし	あり	なし
8. いわゆる「脱法ドラッグ」(ハーブ、リキッド)	あり	なし	あり	なし
9. 睡眠薬	あり	なし	あり	なし
睡眠薬の具体的な名称:				

10. 抗不安薬	あり	なし	あり	なし
抗不安薬の具体的名称:				
11. 鎮痛薬	あり	なし	あり	なし
12. 鎮咳薬	あり	なし	あり	なし
13. リタリン	あり	なし	あり	なし
14. その他 (薬剤名)	あり	なし	あり	なし

11) はじめて使用した薬物は何ですか？ 1つだけ選択してください。

(* 処方薬・医薬品については、治療目的以外の使用(=乱用)とします。)

- 1.覚せい剤 2.有機溶剤 3.大麻 4.コカイン 5.ヘロイン 6.MDMA(エクスタシー) 7.MDMA 以外の催幻覚薬
 8.いわゆる「脱法ドラッグ」(ハーブ、リキッドなど) 9.睡眠薬 10.抗不安薬 11.鎮痛薬 12.鎮咳薬
 13.リタリン 14.その他() 99.不明

12) 初回使用薬物("質問11)"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(精神科) 9.医師(身体科) 10.医師(精神科・身体科両方) 11.薬剤師 12.親 13.同胞
 14.密売人 15.その他() 99.不明

13) 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1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、16.多剤して下さい。)

- 1.覚せい剤 2.有機溶剤 3.大麻 4.コカイン 5.ヘロイン 6.MDMA(エクスタシー) 7.MDMA 以外の催幻覚薬
 8.いわゆる「脱法ドラッグ」(ハーブ、リキッドなど) 9.睡眠薬 10.抗不安薬 11.鎮痛薬 12.鎮咳薬
 13.リタリン 14.その他() 15.多剤 99.不明

14) 主たる薬物("質問13)"の薬物)を使用しつづけた理由は次のうちどれでしたか？(複数選択可)

- 1.誘われて 2.刺激を求めて 3.好奇心・興味から 4.断りきれずに 5.自暴自棄になって
 6.覚醒効果を求めて 7.疲労の軽減 8.性的効果を求めて 9.ストレス解消 10.抑うつ気分の軽減
 11.不安の軽減 12.不眠の軽減 13.疼痛の軽減 14.咳嗽の軽減 15.やせるため
 16.その他() 99.不明

15) "質問14)"で選択した「主たる薬物」の最近1年間における主な入手経路は以下のうちどれですか？

(複数選択可)

- 1.最近1年間は使用していない 2.友人 3.知人 4.恋人・愛人 5.家族 6.密売人(日本人)
 7.密売人(外国人) 8.医師(精神科) 9.医師(身体科) 10.医師(精神科・身体科両方) 11.薬局
 12.インターネット 13.その他() 99.不明

16) "質問14)"で選択した「主たる薬物」について、現在、精神科的には以下のどの診断(ICD-10)に該当しますか。

該当する診断にすべてに○をつけて下さい。(複数選択可。)

ICD-10 診断分類	該当するものに○をつける
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」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	
7. (F1x.6) 健忘症候群	
8. (F1x.7) 残遺性障害(フラッシュバック、気分・認知・人格障害等)・遅発性精神病性障害(使用後 2~6 週の発症)	
9. (F1x.8) 他の精神および行動の障害	

17) 今回の外来受診または入院に至る受診経路(紹介元)は以下のうちどれですか? (一つだけ選択)

- 1.自発的な受診
- 2.周囲のすすめ(家族、友人、知人、同僚など)
- 3.医療機関
- 4.保健福祉・行政機関(精神保健福祉センター、保健所、福祉事務所、精神科救急システムなど)
- 5.刑事司法機関(警察、検察庁、裁判所、保護観察所、弁護士、保護司など)
- 6.民間リハビリ施設・自助グループ
- 7.その他() 99.不明

18) 現在併存している、物質関連障害以外の併存精神障害に関して、以下の枠内から該当する ICD-10 診断をお選びください。 (複数選択可)

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| ①F0: 症状性を含む器質性精神障害 | ②F2: 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 |
| ③F3: 気分障害 | ④F4: 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 |
| ⑤F5: 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害 | ⑥F6: 成人の人格及び行動の障害 |
| ⑦F7: 知的障害(精神遅滞) | ⑧F8: 心理的発達の障害 |
| ⑨F9: 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害 | |
| ⑩その他() | |

以下の質問は、“質問14)”で「主たる薬物」として、8. いわゆる「脱法ドラッグ」と回答した患者についてのみご回答ください。

19) いわゆる「脱法ドラッグ」の内容成分は不明な場合も少なくないですが、外観から以下のように分類することができます。この患者が使用していた「脱法ドラッグ」について、外観上の分類ごとに該当する項目に「○」をつけてください。

いわゆる「脱法ドラッグ」の外観による分類	これまで 使用あり	過去1年間 の使用あり	過去1ヶ月間 の使用あり	使用方法(該当するものすべてに○をつける)						
				経口	静注	経気道的吸引	経鼻吸引	肛門注入	その他	不明
1. ハーブ系(植物様の外観)										
2. パウダー系(粉末状の外観)										
3. リキッド系(液体状の外観)										
4. その他 (製品名)										

20)「脱法ハーブ」の使用に関連して出現した精神・神経症状について、それぞれ「急性(使用直後から出現し、1ヶ月以内に消失)」と「慢性(最終使用から1ヶ月経過後も持続)」ごとに、該当するものすべてに○をつけてください

症状		急性	慢性			急性	慢性
意識障害	昏睡			思考の異常	思考内容の異常	誇大妄想	
	昏迷					被害妄想	
	傾眠					注察妄想	
	せん妄					関係妄想	
知覚の異常	知覚変容感					罪業妄想	
	幻覚	幻視				宗教妄想	
		幻聴				他の妄想	
		幻触			思考形式の異常	連合弛緩	
		幻嗅				支離滅裂	
		幻味				思考体験様	作為体験
	他の幻覚				その他の思考の異常		
	その他の知覚の異常				けいれん		
気分の異常	躁状態	高揚感		神経学的異常	運動失調		
	易刺激性・易怒性亢				四肢の麻痺・脱力		
	多弁・多動・過活動				他の神経症状		
	うつ状	抑うつ気分			自傷・自殺行動		
		意欲低下		問題行動	対人的暴力		
		虚無感・希死念慮			対物的暴力		
		不安・焦燥感			危険な自動車等の運転		
	その他の気分の異常				他の問題行動		

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

分担研究報告書

(1-4)

平成24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 富田 拓 国立武蔵野学院
研究協力者 相澤 仁 国立武蔵野学院

研究要旨 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、973人(男性686人、女性287人)であった。調査により以下のようない結果が得られた: 1) 有機溶剤乱用者数は男31人(4.5%)女性61人(21.3%)、大麻乱用者数は男性14人(2.0%)女性20人(7.0%)、覚せい剤乱用者数は男性5人(0.7%)女性13人(4.5%)、ブタン乱用者数男性69人(10.1%)女性47人(16.4%)であった。その他、抗不安薬(安定剤)乱用が男性31人(4.5%)女性45人(15.7%)、プロン(咳止め液)乱用が男性16人(2.3%)女性27人(4.2%)に認められた。従来の結果と同様にすべての薬物にて女性は男性より乱用頻度が高かった。また今回新たに調査対象薬物としたいわゆる脱法ハーブは男女それぞれ25人(3.6%)および23人(8.0%)に認められた。2) 1994年度からの薬物乱用頻度の変化は以下のとおりである。有機溶剤乱用はこれまでと同様に減少傾向を示した。特に男性においてこの傾向が著しく、1994年41.2%から2006年以降10%前後に減少し今回は4.5%となった。女性でも1994年59.6%から2006年以降30%となっていたが、今回さらに減少し21.6%となった。覚せい剤乱用は男女とも2000年ころまでやや増加傾向にあったが、2002年以降減少傾向を示しており、男性は2006年以降1%以下で女性は2008年以降10%以下となった。大麻乱用頻度について、男性は4%から5%前後であったが2010年は1.9%今回2.0%となり、一方女性では1994年(22.0%)および1996年(19.0%)はやや高かったが1998年から14%から15%台であったが今回初めて7.0%と10%以下となった。3) 有機溶剤乱用に対する態度の年代変化を検討したところ、1998年以降大きな変化は見られなかった。ことのことより近年の薬物乱用頻度の減少と児童の薬物乱用への態度はあまり関係がないと考えられた。一方、入所非行児の非行歴を検討した結果非行程度がやや軽度化している傾向が疑われた。

児童自立支援施設入所児童は薬物乱用のハイリスクグループである。今回の調査により児童の乱用薬物が従来のように有機溶剤中心ではなくなってきていることを示している。今後とも継続的に実態を把握していくことが必要である。

A 研究目的

われわれは、1994年度より2010年度まで隔年ごとに児童自立支援施設入所非行児の薬物乱用の実態を全国調査してきた^{①-③}。その結果、有機溶剤乱用者は男女とも低下しており特に男性

における低下が顕著であるという結果が得られている。また、覚せい剤乱用は男女とも2000年ころまで増加傾向にあったが、2002年以降減少傾向を示していた。大麻乱用頻度について男性は4%から5%前後であり女性では1998年以降は

12%から15%台であり変化はなかった。

これら各種薬物の非行少年における乱用実態を継続的に把握することが本研究のおもな目的である。

児童自立支援施設入所非行児における薬物乱用の動態の変化は薬物乱用検挙少年者数動向と類似している。

警察庁統計によれば2011年に覚せい剤事犯で送致した少年は183人、有機溶剤等の乱用で送致した少年は100人で、大麻事犯で検挙した少年は81人であった⁹⁾。少年の薬物事犯のうちでは、有機溶剤乱用が依然として多いが、1990年代初めは2万人以上が有機溶剤乱用により検挙されており、その数は激減している。

このような検挙数の変化が、実際の非行臨床場面における薬物乱用に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く、特に入所女子非行児では依然薬物非行は重要な位置を占めており、非行児の実際の薬物乱用状況を知ることはどうしても必要である。

本調査では、2010年に引き続き児童自立支援施設入所非行児の薬物乱用実態を調査することにより薬物乱用のハイリスク群である非行児の薬物乱用の動態を把握する。おもな調査対象薬物は、われわれの従来調査の結果と比較できることおよび他の調査研究や司法統計資料と比較検討できることより有機溶剤、大麻、覚せい剤、ブタンとしたが、その他の薬物についても簡単に乱用経験および周囲の乱用状況を尋ねる質問項目を追加した。

B 方法

1 対象

全国の57の児童自立支援施設入所児童、児童自立支援施設に調査用紙を配布した。回答が得ら

れた施設は、47施設であった(施設回収率82.5%)。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973人(男性686人、女性287人)となった。

2 調査用紙

調査用紙は資料に示した。調査が今後も同一施設に継続的に実施できるよう、なるべく被調査施設および被調査者の負担にならないように留意した。

調査項目は、薬物乱用関連項目、薬物以外の非行関連項目、性格検査項目、一般個人属性などである。薬物乱用に関する質問項目は前回までとほぼ同じである(資料参照)。

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686人で全体の70.5%を占めている。就学状況は、中学3年生が男性302人(44.0%)、女性が141人(49.1%)と最も多い。中学生が多いが、高校生および専門学校生が男性4.1%、女性4.5%であった。中学卒業後で無職である者も男性2.3%、女性9.4%を占めている。そのほか小学生が男女それぞれ5.6、1.8%いた。就労者は男女それぞれ0.1%、1.0%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38.8%、26.1%，女性で40.1%、27.9%と多くを占めていた。一方、

18歳以上の者は男女それぞれ 1.0%, 0.3%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 161 人(23.5%), 女性 72 人(25.1%)であった。一方、2年以上入所している者は男性 64 人(9.3%), 女性 14 人(4.9%)いた(表 3)。

在住地は、施設の所在地により北海道・東北、関東、中部、関西、中国・四国、九州・沖縄に分けた。国立 2 施設については児童本人の居住地を確認していないため在住地不詳とした。最も人数の多かった地域は関東(男性 98 人、女性 45 人)であり、また調査対象数が最も少なかったのは九州(男性 98 人、女性 34 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 458 人(66.8%), 家出・外泊 426 人(62.1%), 窃盗 423 人(61.7%), 傷害 414 人(60.3%), 女性では怠学 232 人(80.8%), 家出・外泊 229 人(79.8%), 窃盗 185 人(64.5%), 自転車盗 179 人(62.4%), 不良交友 177 人(61.7%)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、女性では中学 2 年生と中学 3 年生の初発があわせて 9.4% を占めた(表 6)。

家庭裁判所への係属歴は、性差はなく、男性 191 人(27.8%), 女性 65 人(22.6%)である(表 7)。

2 薬物乱用の頻度

調査対象薬物は前回 2010 年調査と同じく有機溶剤、ブタン、大麻、覚せい剤、コカイン、睡眠薬、安定剤、咳止め液、MDMA、リタリンである。さらに近年問題とされ始めたいわゆる脱法ハーブも調査対象とした。非行児の薬物乱用は、女性に多いため、男女別に検討した。また、薬物への意識は、薬物乱用者と非乱用者で異なると予想されるので両者を分けて分析した。

1) 周囲の薬物乱用頻度(表 8)

少年達の交友関係など周囲に各種薬物乱用者がいるかどうか尋ねた。その結果、すべての薬物で女性は男性よりも周囲の薬物乱用頻度が高かった。

男性では、有機溶剤 123 人(17.9%), ブタン 128 人(18.7%), 抗不安薬(安定剤)83 人(12.1%), 大麻 71 人(10.3%), 覚せい剤 55 人(8.0%), 咳止め液 53 人(7.7%), コカイン 16 人(2.3%), MDMA16 人(2.3%), リタリン 11 人(1.6%), 睡眠薬 5 人(0.7%) の順であった。

女性では有機溶剤 124 人(43.2%), 抗不安薬(安定剤)98 人(34.1%), ブタン 94 人(32.8), 覚せい剤 90 人(31.4%), 大麻 78 人(27.2%), 咳止め液 76 人(26.5%), コカイン 28 人(9.8%), MDMA27 人(9.4%), リタリン 18 人(6.3%), 睡眠薬 10 人(3.5%) の順であった。

いわゆる脱法ハーブ乱用は男女それぞれ 56 人(8.2%) 60 人(20.9%) に見られた。

2) 本人の薬物乱用頻度(表 9)

本人の薬物乱用もすべての薬物において女性は男性より頻度が高かった。

男性では、乱用頻度が高い順に、ブタン 69 人(10.1%), 有機溶剤 31 人(4.5%), 安定剤 31 人(4.5%), 脱法ハーブ 25 人(3.6%), 咳止め液 16 人(2.3%), 大麻 14 人(2.0%), MDMA7 人(1.0%), 覚せい剤 5 人(0.7%), リタリンおよび睡眠薬が 3 人(0.4%) コカイン 2 人(0.3%) であった。

女性では、乱用頻度が高い順に、有機溶剤 61 人(21.3%), ブタン 47 人(16.4%), 安定剤 45 人(15.7%), 咳止め液 27 人(4.2%), 脱法ハーブ 23 人(8.0%) 大麻 20 人(7.0%), 覚せい剤 13 人(4.5%), MDMA12 人(4.2%), コカイン 7 人(2.4%), 睡眠薬・リタリン 8 人(2.5%) であった。

各薬物とも無回答者がいたため乱用頻度の少ない薬物では結果の信頼に問題がある。

3) 飲酒歴(表 10, 表 11)

前回 2010 年調査より飲酒歴についても確認することとした。1 年に数回以上飲酒した者は、男性では 416 人(60.6%)女性では 220 人(76.7%)であった。飲酒頻度は男性では 1 年で数回とした者(139 人; 20.3%)が多いが、女性ではほぼ毎日(69 人; 24.0%)あるいは週に 2-3 回(73 人; 25.4%)と回答した者で 50%以上をしめ、女性のほうが飲酒していた。飲酒開始年齢は、男女とも中学校 1 年生が 20%以上で最も多かった。

4) 喫煙歴(表 11, 表 12)

喫煙歴についても前回より調査項目とした。喫煙歴は男性 417 人(60.8%)女性 212 人(73.9%)であり、女性のほうがやや頻度が高かった。喫煙は、飲酒と異なり経験者では使用頻度はほぼ毎日とする者が男女ともっとも多かった。男性の 286 人(41.7%)女性の 152 人(53.0%)が毎日喫煙をしていた。

5) 有機溶剤、大麻、覚せい剤の乱用頻度の年代変化(表 14, 表 15)

有機溶剤、大麻、覚せい剤の乱用頻度について、1994 年から今回 2012 年調査までの隔年調査結果を表にまとめた。

有機溶剤乱用は、男性において一貫して減少しており 1994 年 41.2%から 2008 年には 10.7%となり、今回は 4.5%となった。女性有機溶剤乱用率は男性よりも減少率がゆるやかであったがやはり漸減し前回 2010 年 28.6%から今回 21.6%となつた。

大麻は男性では 1994 年から 2008 年までほぼ 4%から 6%の範囲であったが、2010 年 1.9%今回 2012 年は 2.0%となり半減した。女性では 1998 年から 2008 年にかけて 14%から 15%台であったが前回 12.6%で今回 7.5%と減少した。

覚せい剤は男性では 1994 年 1.2%から 2000 年

5.0%まで増加したのち、2002 年 2.5%，2004 年 1.6%となり、2006 年は以降 1%以下であり今回も 0.7%と少なかった。女性では 1994 年 6.6%から 1998 年 16.9%まで増加したが、2000 年 15.2%から 2006 年 10.9%へと低下傾向であり、2008 年以降は 10%以下が続き今回 2012 年は 4.5%に低下した。

6) 地域ごとの有機溶剤、大麻、覚せい剤の乱用頻度(表 16, 表 17)

有機溶剤、大麻、覚せい剤、ブタンの各種薬物乱用頻度を地域ごとにみてみた。

男性では、有機溶剤や覚せい剤あるいはブタンは地域差はあまりないようであった。大麻は西日本方面でやや高い傾向にあった。

女性の場合、有機溶剤は関東が少なく大麻は関西が多い。覚せい剤は関西が少なかった。またブタンは九州が少なかった。

地域別の検討では、対象数が少なくなるので調査年度による変動が大きくなりやすく信頼性は低いと考えられる。

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 18)

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 45 人(6.6%)、女性の 68 人(23.7%)が身近に有機溶剤乱用の結果と思われる異常を訴える人がいたと答えていた。女性に周囲の症状発現者が多かった。

② 有機溶剤乱用の誘い(表 19)

有機溶剤吸引を誘われたことがある者は、男性 62 人(9.0%)、女性 87 人(30.3%)であった。

③ 有機溶剤入手性(表 20)

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 70 人 (10.2%)、女性では 84 人 (30.3%) であり、女性の方が簡単に手に入るとした者が多かった。

④ 有機溶剤乱用開始年齢(表 21)

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 5 人 (16.1%), 女性 18 人 (29.5%))。続いて 14 歳、12 歳が開始年齢として多かった。

⑤ 有機溶剤吸引頻度(表 22)

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」が男女それぞれ 13 人 (41.9%), 26 人 (42.6%) と多かった。「ほとんど毎日」と回答した者は男女それぞれ 1 人 (3.2%), 5 人 (8.2%) であった。乱用頻度に性差はなかった。

⑥ 有機溶剤乱用への法律知識(表 23)

乱用者に対して、有機溶剤乱用が法律で禁止されていることを知っているかどうか尋ねた。その結果、知っていた者は男性 25 人 (80.6%), 女性では 53 人 (86.9%) でありほとんどの乱用者は禁止されていることを知っていた。

⑦ 有機溶剤乱用への態度(表 24, 25)

この項目は、男女ごとに有機溶剤乱用経験別に比較した。有機溶剤乱用に対して、「法律で禁じられているから、すべきではないと思う」、「法律で禁じられてはいるが、少々ならかまわないと思う」、「法律で禁じられてはいるが、それを守る必要は全然ないと思う」の 3 件法で回答してもらった。

「法律で禁じられているからすべきではないと思う」と遵法的に答えた者は、有機溶剤非乱用者では男性 452 人 (70.6%), 女性 124 人 (57.1%) だったのに対し、有機溶剤乱用者では男性 12 人

(38.7%), 女性 14 人 (23.0%) 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 19 人 (61.3%) および女性 45 人 (73.8%) と多く、一方、非乱用者では男性 78 人 (12.2%) および女性 66 人 (30.4%) と少なかった。

以上、男女とも乱用者は有機溶剤乱用に許容的であった。

⑧ 有機溶剤乱用禁止への態度(表 26, 27)

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 372 人 (58.1%), 105 人 (48.4%) 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 9 人 (29.0%), 12 人 (19.7%) にすぎなかった。「有機溶剤くらい禁止しなくてても良い」「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 10 人 (32.2%), 35 人 (57.4%) あり、非乱用者よりも多かった。

⑨ 有機溶剤の有害性知識(表 28, 29)

有機溶剤乱用の影響として、急性中毒死、多発神経炎、精神病状態、無動機症候群、フラッシュバックについて尋ねた。

これらの有害性については、精神病状態およびフラッシュバックが有機溶剤乱用の有無にかかわらず男女とも良く知られていた。精神病状態が生じることを知っていた者は、男性では乱用者 23 人 (74.2%) 非乱用者 337 人 (52.7%), 女性では乱用者 45 人 (73.8%) 非乱用者 155 人 (71.4%) であった。また、乱用者・非乱用者とも女性の方が男性よりも有害性知識がある傾向にあった。

⑩ 有機溶剤で体験した症状(乱用者)(表 30)

有機溶剤による症状としては精神病状態が男性乱用者 4 人(12.9%), 女性乱用者 14 人(23.0%)に訴えられていた。フラッシュバックも男性乱用者 4 人(12.9%), 女性乱用者 17 人(27.9%)に見られた。無動機症候群や多発神経炎の症状も尋ねているが、これらは本人の訴えであるので正確な診断ではない。

⑪ 有機溶剤の有害性知識と乱用抑止(表 31)

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 9 人(29.0%), 女性乱用者では 10 人(16.4%)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 9 人(29.0%), 34 人(55.7%)であった。

⑫ 施設退所後、乱用しないと思うか(有機溶剤乱用者のみ)(表 32)

今回施設を退所した後有機溶剤を再び乱用すると思うかどうかを乱用者に尋ねた。その結果、「絶対やらないと思う」は男女それぞれ 22 人(71.0%), 36 人(59.0%)であった。一方、「多分やると思う」と答えた者は男性では 3 人(9.7%), 女性では 10 人(16.4%)であった。0 人(0.0%)と少なかった。「絶対やると思う」と答えた者は男女ともいなかった。

⑬ 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 33)

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(重複回答あり)。男性では「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」が 2 人いた。女性では「誘われたらやると思うから」とした者が 9 人(90.0%), 「なんとなくそう思うから」が 7 人(70.0%)いた。「今もやりたいと思っているから」が 3 人(30.0%), 「いやなことがあったらやると思うから」が 3 人(30.0%)いた。

2) ブタン乱用

① 周囲のブタン乱用による精神症状発現者(表 34)

身边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 46 人(6.7%), 女性の 43 人(15.0%)が身边にブタン乱用の結果と思われる異常を訴える人がいたと答えていた。女性に周囲のブタンによる症状発現者が多かった。

② ブタン乱用の誘い(表 35)

ブタン乱用(ガスパン遊び)を誘われたことがあるとした者は、男性 80 人(11.7%), 女性 75 人(26.1%)であった。

③ ブタン入手困難さ(表 36)

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 222 人(32.4%), 女性では 118 人(41.1%)であり、4 割前後の者がブタン入手は容易としていた。

④ ブタン乱用(ガスパン遊び)を知っていたか(表 37)

乱用以前よりブタン乱用(ガスパン遊び)ということばを知っていたかどうかを尋ねた。非乱用者には施設入所以前に知っていたかどうかを尋ねた。

もともと知らなかつた者は、男性では 342 人(49.9%), 女性では 111 人(38.7%)であり、関心がなかつたとした者が男性 214 人(31.2%), 女性では 110 人(38.3%)であった。一方、試してみたかつたと関心を示した者が男性 46 人(6.7%), 女性では 31 人(10.8%)いた。

⑤ ブタン乱用開始年齢(表 38)

ブタン乱用開始年齢は、男性では 13 歳が 30 人(43.5%)と多かつた。女性も 13 歳がいずれも 19

人(40.0%)で最も多かった。

⑥ ブタン乱用頻度(表 39)

ブタンを最も乱用していた時期の吸引頻度を尋ねた。「ほとんど毎日」していた経験があるのは、男性 9 人(13.0%), 女性 5 人(10.6%)であった。一方、「いままで 1,2 回」のみと回答した者は男性 20 人(29.0%), 女性 19 人(40.4%)であった。ブタン乱用に関して乱用頻度のおおきな性差はないようであった。

⑦ ブタン乱用への態度(表 40, 41)

男女ごとにブタン乱用経験別に比較した。ブタン乱用についてどう思うかを、「すべきではない」、「少々ならかまわないと思う」、「かまわないと思う」の 3 件法で回答してもらった。

「乱用すべきではない」と答えた者は、ブタン非乱用者では男性 256 人(42.3%), 女性 82 人(35.3%)だったのに対し、乱用者では男性 9 人(13.0%)および女性 8 人(17.0%)と少なかった。非乱用者ではブタン吸引そのものを知らなかつた者が男女それぞれ 253 人(41.8%), 86 人(37.1%)と多かった。

⑧ ブタンの有害性知識(表 42, 43)

ブタン吸引の影響として、精神病状態、急性中毒死について尋ねた。

非乱用者では、精神病状態および急性中毒死いずれも知らなかつた者が男性 400 人(66.1%)女性 152 人(65.5%)と多くを占めていた。男性では、精神病状態について知っていた者は乱用者 29 人(42.0%)非乱用者 98 人(16.2%), 急性中毒死について知っていた者は乱用者 16 人(23.2%)非乱用者 86 人(14.2%)であった。女性では、精神病状態について知っていた者は乱用者 21 人(44.7%)非乱用者 52 人(22.4%), 急性中毒死について知っていた者は乱用者 18 人(38.3%)非乱用者 42 人(18.1%)であった。男女とも有害性の知識は乱用者と非乱用者の間に大きな差はないようであつ

た。

⑨ ブタンで体験した症状(乱用者)(表 44)

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 12 人(17.4%), 9 人(19.1%)であった。フラッシュバック体験率は男女それぞれ 13 人(18.8%), 14 人(29.8%)であった。

⑩ ブタンの有害性知識と抑止(表 45)

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つたかどうかを乱用者に尋ねた。男女とも害を知っていても「やはりしていたと思う」が多かった。男性では「やはりしていたと思う」37 人(53.6%)「害を知っていたら吸引しなかつたと思う」16 人(23.2%), 女性では「やはりしていたと思う」32 人(68.1%)「害を知っていたら吸引しなかつたと思う」10 人(21.3%)であった。

⑪ 施設退所後、乱用しないと思うか(ブタン乱用者のみ)(表 46)

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 4 人(5.7%), 女性では 11 人(23.4%)であり、「絶対やらないと思う」は男女それぞれ 44 人(63.8%), 26 人(55.3%)であった。退所後のブタン乱用への気持ちに性差はなく「絶対やらないと思う」「多分やらないと思う」と回答したものが多かった。

⑫ 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 47)

退所後乱用すると思うと答えた者にその理由を尋ねた。対象人数が男性 4 人女性 11 人と少なかつた。退所後乱用すると思う理由として「誘わ

れたらやると思う」「なんとなくそう思う」などがやや多かった。

3) 大麻

① 周囲の大麻剤乱用による精神症状発現者(表 48)

身近に大麻乱用の結果、病気や異常になった人がいたかどうか尋ねた。

その結果、男性の 41 人(6.0%)、女性の 52 人(18.1%)が身近に大麻乱用の結果と思われる異常を訴えていた人がいたと答えていた。大麻による周囲の精神症状発現者は女性に多かった。

② 大麻乱用の誘い(表 49)

大麻の使用を誘われたことがあるとした者は、男性 34 人(5.0%)、女性 51 人(17.8%)であった。

③ 大麻入手性困難さ(表 50)

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 37 人(5.4%)、女性では 49 人(17.1%)であり、女性の方が簡単に手に入るとする者が多かった。

④ 大麻の知識(表 51)

「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。

関心がなかったとした者が男性 379 人(55.2%)、女性 172 人(59.9%)と多かった。一方「見てみたかった」が男性 35 人(5.1%)、女性 34 人(11.8%)、「試してみたかった」が男性 17 人(2.5%)、女性 19 人(6.6%)であった。

⑤ 大麻の乱用開始年齢(表 52)

大麻乱用者に乱用開始年齢を尋ねた。男性では 6 人(42.9%)、女性では 13 人(65.0%)が 13 歳から 14 歳が開始年齢と回答しており、この年代に開始年

齢として多かった。男性では 10 歳以下と答えた者がいた。

⑥ 最もしていた時の大麻乱用頻度(表 53)

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。「今まで 1, 2 回」が男性では 4 人(28.6%)、女性では 10 人(50.0%)と多かった。また「数回以上」と答えた者も男性 5 人(35.7%)、女性 5 人(25.0%)と多かった。女性では「ほとんど毎日」と答えた者が 1 人(5.0%)みられた。

⑦ 大麻乱用への法律知識(表 54)

大麻乱用者に対して、大麻乱用が法律で禁止されていることを知っているかどうか尋ねた。その結果、知っていた者は男性 13 人(92.9%)、女性では 19 人(95.0%)でありほとんどの乱用者は禁止されていることを知っていた。

⑧ 大麻乱用への態度(表 55, 56)

大麻を吸うこと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 510 人(77.4%)、女性 164 人(64.1%)が、「法律で禁じられているからすべきではないと思う」と答えていた。一方、大麻乱用者では、「すべきではない」とした者が男女それぞれ 4 人(28.6%), 2 人(10.0%)に過ぎなかつた。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 9 人(64.3%)、女性で 16 人(80.0%)を占めていた。男女とも乱用者のほうが許容的態度であった。

⑨ 大麻禁止への態度(表 57, 58)

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」とするものが多い(男性 443 人 67.2%, 女性 144 人 56.3%)に対し、大麻乱用者では「禁止することを当然」とした者は少なかつた(男性 6 人 42.9%, 女性 5 人 25.0%)。

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2人14.2%，12人60.0%いた。

⑩ 大麻の有害性知識(表 59, 60)

大麻吸引の影響として、精神病状態、無動機症候群について尋ねた。全体に乱用者と非乱用者の間に差はなかった。精神病状態については乱用者は男女それぞれ6人(42.9%)10人(50.0%)、非乱用者では男女それぞれ242人(36.7%)123人(48.0%)が知っていた。

⑪ 大麻で体験した症状(乱用者)(表 61)

乱用者に大麻による精神病状態を尋ねた。精神病状態は男性5人(35.7%)、女性4人(20.0%)にみられた。無動機症候群は男性3人(21.4%)、女性6人(30.0%)にみられた。精神病状態は女性に多かった。

⑫ 大麻の有害性知識と抑止(表 62)

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0人(0.0%)、5人(25.0%)にすぎず、「やはりしていたと思う」と答えた者が男女それぞれ7人(50.0%)9人(45.5%)見られた。

⑬ 施設退所後の大麻使用(大麻乱用者のみ) (表 63, 表 64)

今回施設を退所した後大麻を再び乱用すると思うかどうかを乱用者に尋ねた。その結果、男女ともほとんどの者が「多分やらないと思う」(男性3人(21.4%)、女性6人(30.0%))あるいは「絶対やらないと思う」(男性10人(71.4%)、女性9

人(45.0%))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」などがあげられた(表 64)。

4) 覚せい剤

① 周囲の覚せい剤乱用による精神症状発現者(表 65)

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31人(4.5%)、女性の57人(19.9%)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、女性の周囲で覚せい剤乱用による精神症状発現者が多かった。

② 覚せい剤入手性(表 66)

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30人(4.4%)、女性では42人(14.6%)、また少々苦労するが手に入ると答えた者が男性52人(7.6%)、女性52人(18.1%)であり、女性の方が簡単に手に入るとする者が多かった。

③ 覚せい剤への関心(表 67)

「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39人(5.7%)、女性の49人(17.1%)を占めた。女性は男性よりも覚せい剤乱用以前から覚せい剤への関心が高かった。

④ 覚せい剤乱用への誘い(表 68)

「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12人(1.7%)、女性では41人(14.3%)が覚せい剤乱用に誘われていた。この質問項目では無回答が男女それぞれ

216人(31.5), 53人(18.5%)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 69)

覚せい剤乱用者にはじめて覚せい剤を乱用した年齢を尋ねた。男性では乱用者が5人と少ないので開始年齢についてははつきりしない。女性では11歳から14歳までだいたい3人(23.1%)ずつであった。

⑥ 覚せい剤の乱用頻度(表 70)

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「1, 2回」「数回以上」で男女それぞれ2人(40.0%)および9人(69.2%)を占めた。「ほとんど毎日」とした者も男女それぞれ1人いた。

⑦ 覚せい剤の乱用方法(表 71)

乱用方法を「吸引」「注射」「吸引と注射」に分けて尋ねた。吸引のみを乱用方法としてあげた者が女性では5人(38.5%)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1人(20.7%), 1人(7.7%)であった。「吸引と注射」をあげた者は、男女それぞれ1人(20.0%), 3人(23.1%)であった。

⑧ 覚せい剤への態度(表 72, 73)

男女別乱用経験別に覚せい剤への態度を比較した。男性では乱用者が少ないため乱用有無別の比較はあまり意味がない。男性では約80%が「乱用すべきではない」としている。男性乱用者では3人(60.0%)は「少々ならかまわない」と回答している。女性では乱用者13人のうち「少々ならかまわないと思う」3人(23.1%)「法律を守る必要は全然ない」4人(30.8%)など覚せい剤乱用に肯定的意見が多く「乱用すべきではない」は6人(46.2%)と少なかった。これに対し女性の非乱用者では「乱用すべきではない」が172人(65.6%)

で2/3ほどを占めていた。

⑨ 覚せい剤禁止への態度(表 74, 75)

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。男性では「禁止するのは当然である」とする者がおよそ70%であった。女性では乱用者では「禁止するのは当然である」は5人(38.5%)、「そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよい」という覚せい剤使用に肯定的意見が5人(38.5%)にみられた。一方、女性の非乱用者では「禁止するのは当然である」が151人(57.6%)であった。

⑩ 覚せい剤の有害性知識(表 76, 77)

覚せい剤吸引の影響として、精神病状態およびフラッシュバックについて尋ねた。男性では精神病状態およびフラッシュバックについて知っているとした者が40%ほどであった。一方、女性では精神病状態やフラッシュバックについては知っている者は乱用者でいずれも80%ほどであり、非乱用者でも50%ほどが有害性の知識があった。

⑪ 覚せい剤の有害性体験率(表 78)

覚せい剤乱用者に、精神病状態、フラッシュバックの体験について尋ねた。男性では、精神病状態の経験が2人(40.0%), フラッシュバックの体験した者はいなかった。一方、女性では、精神病状態、フラッシュバックの体験した者はそれぞれ4人(30.8%)いた。

⑫ 覚せい剤の有害性知識と抑止(表 79)

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。男性では「やはりしていたと思う」「害を知っていたら吸引しなかったと思う」がそれぞれ1人(20.0%)2人(40.0%)であった。女性では「やはりしていたと思う」6人(46.2%)「害を知っていたら吸引しなかったと思う」3人(23.1%)であった。

⑬ 施設退所後の乱用可能性(覚せい剤乱用者のみ)(表 80)

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、「絶対やらないと思う」と答えたものは男女それぞれ 2 人(40.0%) 9 人(69.2%) であった。だんせいでは 1 人が「絶対やると思う」、女性では 2 人が「多分やると思う」と答えていた。理由については、「今もやりたいと思っているから」「いやなことがあったらやると思うから」「誘われたらやると思うから」「なんとなくそう思うから」のいずれもあげられていた(表 81)。

D 考察

1 本年度調査の薬物乱用実態

1) 亂用薬物の種類

今年度の調査で、非行児の乱用薬物として多かったのは男性ではブタン 69 人(10.1%) および有機溶剤 31 人(4.5%)、抗不安薬(安定剤)乱用 31 人(4.5%)、女性では有機溶剤 61 人(21.3%)、ブタン 45 人(16.4%)、抗不安薬(安定剤)乱用 45 人(15.7%) であった。

また今回新たに調査対象薬物としていわゆる脱法ハーブは男女それぞれ 25 人(3.6%) および 23 人(8.0%) に認められ比較的頻度の高いものであった。いわゆる脱法ハーブの使用が今後も続くのか継続的に調査をしていく必要がある。

これまでの入所非行児調査では男女とも有機溶剤が最も多い乱用薬物であったが、2006 年調査以降は男性では有機溶剤乱用よりもブタン乱用の方が多くなっている。また医療薬である抗不安薬の乱用が、男女とも比較的多く認められるようになってきている。

薬物乱用で検挙された少年数は近年減少している。特に有機溶剤乱用は 1990 年頃には 2 万人以上が検挙されていたが、その後急激に減少していき 1994 年に 1 万人以下となり 2006 年には 1000

人以下と大きく減少している。2011 年には少年の送致件数は 100 人となった。

一方ブタン乱用者数は十分な資料がないためはっきりしないが、われわれの調査からは有機溶剤乱用よりも多いことが疑われる。現在ブタン乱用は青少年の間で相対的に重要な乱用薬物となってきたていると思われる。

また医薬品である抗不安薬の乱用が男性 31 人(4.5%) 女性 45 人(15.7%) と比較的多く認められている。青少年の乱用薬物としてブタンと並びあまり重要視されていないが頻度の高い乱用薬物として注意する必要がある。有機溶剤乱用が急減してきたためブタンや抗不安薬が相対的に頻度が高くなり、実態については今後とも把握していく必要がある。これまで抗不安薬については「いわゆる精神安定剤」として質問してきたが具体的薬物名を聞くなど質問方法の変更も考えられる。

また医薬品として以前より使用されていた咳止め液(プロン液など)も乱用薬物としてまだ時々みられる。

男性において他の薬物乱用頻度は 1% 台以下である。この値は未回答者の頻度と変わらずこれらの薬物乱用頻度は信頼性が低いと考えられる。

全体的に薬物乱用が減少してきているため、特に男性では児童自立支援における薬物問題の重要性は相対的に低下していると考えられる。そのため薬物に対する啓蒙教育があまり行われなくなるではないかと心配される。

2) 薬物乱用の性差

入所非行児の薬物乱用の性差については、従来と同様にすべての薬物において男性より女性の方が乱用率が高くまた乱用者実数も多かった。一方、警察庁統計によれば⁹⁾、有機溶剤乱用、大麻乱用、覚せい剤乱用により検挙された犯罪少年のうち女性の割合はそれぞれ 40.0%, 24.7%, 62.8% である。つまり大麻のみ著しく男性に多く、有機

溶剤はやや男性が多く、覚せい剤は女性が多い。われわれの調査対象である入所非行児においては、これは検挙された犯罪少年の場合とはやや異なるといえる。

この理由として、一つには女子非行では性非行や薬物非行が重要な入所理由となりやすいことが考えられる。児童保護の観点から、薬物問題は男性より女性で重要となりやすい。児童自立支援施設への入所は児童相談所や家庭裁判所の判断によるので、女性の場合の方が薬物乱用をしたことによって施設入所になる可能性が高いと思われる。

3) 薬物乱用の地域差

薬物乱用の頻度を地域ごとの検討した結果、薬物の種類により地域差が認められた。しかし、地域ごとの対象人数はそれほど多くないので乱用率などの結果の変動は大きい。そのため地域差については断定的なことは言いにくい。

過去の結果を見てみると、たとえば2000年度調査では、有機溶剤乱用および覚せい剤乱用頻度は関西地域が高く、ブタン乱用は地域差があまりなかった。今回、男性では有機溶剤・覚せい剤・ブタンは地域差はあまりなく大麻は西日本方面でやや高い傾向にあった。また、女性の場合有機溶剤は関東が少ない；大麻は関西が多い；覚せい剤は関西が少ない；ブタンは九州が少ない、という結果であった。

このように対象数が少ないと地域差を検討するのは困難であるが、薬物乱用は環境の影響が大きいと考えられるので今後とも地域差については検討をしていく。

2 薬物乱用の年代変化

乱用頻度の年代変化は回答数や回答施設の変動の影響を受ける。今回は973人でやや少なかつた。このような回答率の変動を考慮し結果の解釈には注意が必要である。また薬物乱用には地域差

があるので回答する施設が調査ごとに異なるとその影響も出てくると思われる。さらに対象者のうち1年以上入所している者が30%以上いる。これらの対象者では1年以上前の薬物経験を訪ねていることになるので警察統計の年度と直接比較し評価することは難しい。

以上を考慮したうえで有機溶剤乱用、大麻乱用、覚せい剤乱用の年次変化についておよそ下記のとおりである。

1) 有機溶剤

男性では1994年度調査より有機溶剤乱用は一貫して減少しており、1994年度から2010年まで2年おきに41.2%, 37.3%, 30.3%, 26.4%, 21.6%, 14.3%, 9.8%, 10.7%, 7.2%となっている。今回2012年度はさらに減少し4.5%となった。

一方、女性も減少傾向にあるが男性ほど顕著ではない。女性では、1994年から1998年までの59.6%, 50.6%, 48.5%と減少したが、2000年は52.3%とやや上昇し、その後2002年46.5%, 2004年44.2%, 2006年31.1%, 2008年30.5%, 2010年28.6%と減少してきている。女性も今回さらに減少し21.6%となった。

平成21年版犯罪白書によれば有機溶剤乱用により検挙された少年数は1991年ごろは2万人前後であったがその後漸減し、2013年には100人までに減少した。この傾向は児童自立支援施設入所非行児の有機溶剤乱用者数の動向は検挙少年数との変化と相關していると思われる。児童自立支援施設入所児童の有機溶剤乱用率が今後とも減少していくか継続的調査が必要である。

2) 大麻

大麻乱用は、男性では1994年および1996年は5.5%, 6.7%であったが、1998年から2008年まではほぼ4%から5%前後で一定していた。2010年は1.9%と低下している。今回は2010年とほぼ同じ2.0%であった。女性では、1994年から1998

年まで 22.0%, 19.0%, 14.4% と漸減し、2000 年から 2008 年まで 14% から 15% 台であり、2010 年は 12.6% とやや低下し、今回さらに 7.0% に低下した。

全体としてみるとこの 10 年ほど児童自立支援施設入所児の大麻乱用は有機溶剤乱用と比較すると大きな変化はなく、男性では 4% から 5%，女性では 14% から 15% であった。2010 年以降減少傾向にあるようだがはっきりとはしていない。

3) 覚せい剤

検挙された覚せい剤乱用少年は 1990 年代中頃より増加し、その後 1998 年より減少傾向にある。このような傾向と同様に、児童自立支援施設調査の覚せい剤乱用頻度も、男性では 1994 年 1.2% から 2000 年 5.0% まで増加傾向にあり、2002 年度に 2.5% へと初めて減少し、2004 年 1.6%，2006 年 0.7%，2008 年 0.3% となった。今回も 0.7% であり 2006 年以降 1% 以下という状況が続いている。女性では 1994 年 6.6% から 1998 年 16.9% まで急増し、その後は減少傾向を示し 2008 年 6.9% となつた。2010 年 8.3% とやや増加傾向を示したが今回 2012 年では 4.5% と低下した。全般に覚せい剤乱用は一時増加したが、ここ数年は減少傾向にあるといえよう。

3 対象者の特性の変化

今回の調査より、有機溶剤乱用の減少がさらにはっきりしてきた。原因のひとつには単純に有機溶剤が乱用薬物として好まれなくなったことが考えられる。その他有機溶剤乱用減少に関連すると思われる要因として、有機溶剤乱用への態度、有機溶剤乱用への知識、入所児童の非行性そのものの変化なども考えられる。以下従来のわれわれの調査結果もふまえて、有機溶剤乱用頻度の減少に対する態度などの要因の影響を検討する。

1) 薬物乱用に対する態度

従来調査と同様に、今回対象薬物について、各薬物の乱用についてどう思うか、および法律で薬物乱用を禁止していることをどう思うかを尋ねた。全体として従来の結果とほぼ同様な結果が得られた。すなわち、乱用者は非乱用者よりも薬物乱用に許容的であり、また乱用を法律で禁止する必要はなく個人の好きにすればよいと考える傾向にある。また、乱用者、非乱用者に限らず女性の方が男性より薬物乱用に許容的である。

縦断的にみてみると「法律で禁じられているから、有機溶剤を乱用すべきではないと思う」と答えた者の割合は、1998 年には男性 67.6% 女性 53.1% であり、2010 年度は男性 68.3% 女性 39.3%，2012 年男性 67.6% 女性 48.1% であった。この間有機溶剤乱用頻度は大きく減少したが、有機溶剤乱用に対して特に禁止的態度にはなっていない。

また法律で有機溶剤乱用を禁止していることについて「禁止することを当然」「禁止するのは仕方ない」と回答したものの割合は、1998 年には男性 78.3% 女性 71.2% であり、2010 年度は男性 70.0% 女性 47.1%，2012 年男性 66.8% 女性 56.4% であった。法律で禁止されていることに対する態度も変化していないといえる。

これらより、近年の入所児童における有機溶剤乱用頻度の減少と有機溶剤乱用に対する態度はあまり関係がないと思われる。確かに乱用別にみると乱用者は非乱用者よりも薬物乱用に許容的態度である薬物乱用と乱用への態度は関連があるが、有機溶剤に対する態度は乱用頻度の年代変化を説明するものではないようである。

2) 薬物の有害性知識

具体的な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制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つ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。

のことより近年の有機溶剤乱用の低下は有機溶剤の害知識にそれほど関係していないことが考えられる。有機溶剤による精神病状態について知っている者は 1998 年男性 63.6% 女性 82.2%，2012 年は男性乱用者 74.2% 男性非乱用者 52.7%，女性乱用者 73.8% 女性非乱用者 71.4% であった。またフラッシュバックについては 1998 年男性 40.6% 女性 50.2% であり、一方 2012 年は男性乱用者 67.7% 男性非乱用者 47.0%，女性乱用者 77.0% 女性非乱用者 62.2% であった。精神病状態についてはあまり変化はないがフラッシュバックの知識はやや増加している。

これらより有機溶剤の害知識も特に近年の有機溶剤乱用頻度減少を説明するものではないと思われる。

3) 非行歴

最近の入所児童の非行問題の変化も検討してみた。代表的な非行行動として「恐喝・ひったくり」「不良交友」「傷害」の頻度を以前の調査結果と比較した。

「傷害」は 1998 年男性 70.0% 女性 57.1%，今回は男性 60.3% 女性 52.6% であった。やや減少傾向かあまり変わらないように見える。「不良交友」は 1998 年男性 69.4% 女性 80.5%，今回調査では男性 48.7% 女性 61.7% であった。やはりこれもやや減少傾向にあるようである。「恐喝・ひったくり」は 1998 年男性 59.6% 女性 54.4%，今回は男性 27.3% 女性 27.2% であった。これも減少傾向にある。

1998 年より児童自立支援施設は教護院より名称変更され、施設目的も非行性の除去だけでなく自立への援助が必要な児童への対応となってきた。そのため以前より入所児童の非行度は低下している可能性が示唆される。有機溶剤乱用頻度の減少もこのような入所児童の非行性の低下と一部関連しているのかもしれない。しかし薬物によって乱用頻度が大きく減少しているものとそうでないものがあり乱用と非行性全体の関連ははつきりはしない。一方、家庭裁判所への係属率などはそれほど変化しておらず、一概に非行性が低下しているとも言いきれず、薬物乱用との関連は断定できない。

今後母集団としての入所児童の特性変化に注意しながら薬物乱用調査をしていく必要があると思われる。

4 方法論上の問題点

1) 対象者の特性

本研究は児童自立支援施設入所児の薬物乱用の実態調査であるが、前述のとおり入所児童の特性が以前と変化している可能性がある。今回入所児童のいくつかの非行行動は薬物乱用に限らず次第に減少していることが示唆されている。

施設関係者の間では入所児童が以前ほどいわゆる反社会性が目立たなくなってきたと言われている。特に 1998 年に教護院から児童自立支援施設へと名称変更になり、同時に施設目的がかつての教護院時代の非行性除去ではなく児童への支援となり、さらに入所児童が変化していると考えられる。入所児童はおもに反社会性の高い非行児童であるが、非社会的であつたり精神障害を伴い不適応を起こしていたりする児童が増えてきているといわれている。

以前よりも非行性の軽い児童が多く入所するようになってきているとすると、当然薬物非行もそれに伴い減少している可能性がある。したがって入所児童の特性の変化に注意しながら今後の

継続的調査を進めていく必要がある。

2) 対象数の変動

われわれの調査は全国児童自立支援施設を対象としているが施設回収率はこれまで 70%から 80%である。有効回答数は 1000 人から 1300 人ほどであるが、今回は 973 人とやや少なかった。人数が少ないと地域差による変動なども受けやすく結果の信頼性も低下する。本調査は比較的質問数が少ないとはいえる、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所以、次回以降の調査でも回答数が極端に減少しないよう配慮した研究計画を作成していく予定である。

3) 無回答率の問題

無回答を減らすために無記名式の質問紙調査しているが、質問内容が薬物乱用という反社会行動であるため無回答が多くなることが予想される。今回の調査で各薬物の乱用経験について 2%から 5%が無回答であった。乱用率が数%程度の薬物では乱用頻度と無回答率が変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。男性では女性よりも薬物乱用が少ないため有機溶剤およびブタン以外の薬物は乱用頻度の信頼性が低い。

5 今後の課題

1) 調査対象数の問題

今回調査の施設参加率は 82.5%であった。年度による施設の調査参加率の変動が大きいと結果の信頼性が低下するので今後とも施設回答率が一定以上保たれるようにする必要がある。回答率を維持するために、まず本調査が施設や児童の抵抗を引き起こさないような内容であることに注意しなければならない。現在でも薬物乱用への質問は無用な関心を引き起こしたり過去の非行を思い出させたりして良くないと考えられる場合

があるようである。これらの点に配慮しつつ必要な事柄を聽ける質問紙にしていくことが望まれる。また調査時期が適切かどうかの問題もある。同時期に他の調査の依頼、入所児童の生活態度・状況、施設行事等により調査に参加しにくくなることもある。これらの点を考慮して今後の調査計画を立てる必要があると感がえられる。

2) 非行少年における薬物乱用の減少に対する対応

非行少年の薬物乱用は減少してきている。特に男性入所児童において薬物非行は激減した。しかし現在でも女性において有機溶剤乱用は 20%以上認められ、施設入所中の薬物教育は重要である。

また以前は薬物乱用と言えば有機溶剤と覚せい剤であったが、今は多様な薬物が使用されている。使用される薬物が多様であると、その有害性の説明も多様になるであろうし、入手経路などもまた多様になる。全般的な薬物教育は変わらないと思われるが、施設としては多くの乱用薬物について教育することが難しくなっているかもしれない。

薬物非行が目立たなくなると薬物教育そのものがおざなりになることも危惧される。薬物乱用児童にとって施設入所中は薬物教育を受けられる良い機会でありこの間に適切な教育を受けられるかどうかは施設退所後の薬物乱用再発にとって重要なと思われる。

非行少年における薬物乱用は有機溶剤乱用を中心から多様になってきており、今後そのような変化に合わせた調査や啓蒙教育が必要と思われる。ブタンや医薬品その他薬物を考慮して調査を継続していく必要がある。

E. 結論

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、1064 人(男性 739

人、女性 325 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 31 人(4.5%)女性 61 人(21.3%)、大麻乱用者数は男性 14 人(2.0%)女性 20 人(7.0%)、覚せい剤乱用者数は男性 5 人(0.7%)女性 13 人(4.5%)、ブタン乱用者数男性 69 人(10.1%)女性 47 人(16.4%)であった。その他、抗不安薬(安定剤)乱用が男性 31 人(4.5%)女性 45 人(15.7%)、プロン(咳止め液)乱用が男性 16 人(2.3%)女性 27 人(4.2%)に認められた。従来の結果と同様にすべての薬物にて女性は男性より乱用頻度が高かった。また今回新たに調査対象薬物としていわゆる脱法ハーブは男女それぞれ 25 人(3.6%)および 23 人(8.0%)に認められ比較的の高いものであった。

2) 1994 年度からの薬物乱用頻度の変化は以下のとおりである。有機溶剤乱用はこれまでと同様に減少傾向を示した。特に男性においてこの傾向が著しく、1994 年 41.2%から 2006 年以降 10%前後に減少し今回は 4.5%となった。女性でも 1994 年 59.6%から 2006 年以降 30%となっていたが、今回さらに減少し 21.3%となった。覚せい剤乱用は男女とも 2000 年ころまでやや増加傾向にあったが、2002 年以降減少傾向を示しており、男性は 2006 年以降 1%以下で女性は 2008 年以降 10%以下となった。大麻乱用頻度について、男性は 4%から 5%前後であったが今回は 1.9%となり、一方女性では 1994 年(22.0%)および 1996 年(19.0%)はやや高かったが 1998 年から 14%から 15%台であり今回も大変な変化はなかった。

3) 有機溶剤乱用に対する態度の年代変化を検討したところ、1998 年以降大きな変化は見られなかった。ことのことより近年の有機溶剤乱用頻度の減少と児童の薬物乱用への態度はあまり関係がないと考えられた。一方、入所非行児の非行歴を検討した結果、非行程度がやや軽度化している傾向が疑われた。

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。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

文献

- 1) 阿部恵一郎:児童福祉施設(教護院)における有機溶剤乱用少年・少女の実態調査. 平成 6 年度厚生科学研究費補助金「麻薬等総合対策研究事業」 薬物依存研究の社会学的、精神医学的特徴に関する研究 平成 6 年度研究結果報告書. 1995
- 2) 庄司正実:全国の児童自立支援施設における薬物依存の意識・実態に関する研究 平成 10 年度厚生科学研究「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神病患者等に対する適切な医療のあり方についての研究」. 1999
- 3) 庄司正実:全国の児童自立支援施設における薬物依存の意識・実態に関する研究 平成 12 年度厚生科学研究「薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究」. 2001
- 4) 庄司正実:全国の児童自立支援施設における薬物依存の意識・実態に関する研究 平成 14 年度厚生労働科学研究「薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究」. 2003
- 5) 庄司正実:全国の児童自立支援施設における薬物依存の意識・実態に関する研究 平成 16 年度厚生労働科学研究「薬物乱用・依存の実態とその社会的影響・対策に関する研究」. 2005
- 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 18 年
度厚生労働科学研究「薬物乱用・依存等の実態
把握と乱用・依存者に対する対応策に関する研
究」. 2007

- 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 20 年
度厚生労働科学研究「薬物乱用・依存等の実態
把握と「回復」に向けての対応策に関する研
究」. 2009
- 8) 庄司正実:全国の児童自立支援施設における薬物依存の意識・実態に関する研究 平成 22 年
度厚生労働科学研究「薬物乱用・依存の実態把
握と再乱用防止のための社会資源等の現状と
課題に関する研究」 2011
- 9) 警察庁生活安全局少年課:少年非行等の概要
(平 成 23 年 1 ~ 12 月)
<http://www.npa.go.jp/safetylife/syonen/syounennhikoutounogaiyou.pdf> 2012

表1 性・学年構成

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
小学 4年以下	8	1.2	1	0.3
小学 5年	6	0.9	3	1.0
小学 6年	29	4.2	5	1.7
中学 1年	64	9.3	26	9.1
中学 2年	208	30.3	60	20.9
中学 3年	302	44.0	141	49.1
高校 1年	10	1.5	6	2.1
高校 2年	7	1.0	0	0.0
高校 3年	8	1.2	6	2.1
専門学校	3	0.4	1	0.3
中卒 無職	16	2.3	27	9.4
就労中	1	0.1	3	1.0
無回答ほか	24	3.5	8	2.8
計	686	100.0	287	100.0

表2 性・年齢構成

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
9歳以下	7	1.0	0	0.0
10歳	5	0.7	2	0.7
11歳	17	2.5	3	1.0
12歳	39	5.7	22	7.7
13歳	128	18.7	28	9.8
14歳	266	38.8	115	40.1
15歳	179	26.1	80	27.9
16歳	16	2.3	23	8.0
17歳	7	1.0	12	4.2
18歳	7	1.0	1	0.3
無回答ほか	15	2.2	1	0.3
計	686	100.0	287	100.0

表3 施設入所期間

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
3ヶ月以下	161	23.5	72	25.1
4ヶ月から6ヶ月	117	17.1	48	16.7
6ヶ月から1年	174	25.4	90	31.4
1年から1年6ヶ月	130	19.0	48	16.7
1年6ヶ月から2年	40	5.8	15	5.2
2年以上	64	9.3	14	4.9
無回答	0	0.0	0	0.0
計	686	100.0	287	100.0

表4 地域別人数

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
東北・北海道	108	15.7	43	15.0
関東	98	14.3	45	15.7
中部	81	11.8	26	9.1
関西	178	25.9	71	24.7
中国・四国	96	14.0	40	13.9
九州	98	14.3	34	11.8
不詳	27	3.9	28	9.8
	686	100.0	287	100.0

表5 非行歴

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
学校をさぼった	458	66.8	232	80.8
外泊や家出をした	426	62.1	229	79.8
自転車を盗んだ	385	56.1	179	62.4
人の物やお金を盗んだ	423	61.7	185	64.5
人にけがをさせた	414	60.3	151	52.6
家からお金を持ち出した	370	53.9	172	59.9
不良仲間とつき合った	334	48.7	177	61.7
家の内で暴れた	238	34.7	130	45.3
人の物をわざと壊した	232	33.8	120	41.8
バイクや自動車を盗んだ	212	30.9	88	30.7
ひつくり、カツアゲ	187	27.3	78	27.2
無免許運転	231	33.7	90	31.4
物や家に火をつけた	216	31.5	81	28.2
根性焼きや入墨をした	179	26.1	111	38.7
性関係のこと	199	29.0	132	46.0
その他	111	16.2	49	17.1
暴力団とつき合った	48	7.0	52	18.1
暴走族に入った	33	4.8	12	4.2

表6 初発非行年齢

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
小学校入学前	48	7.0	10	3.5
小学 1年	60	8.7	23	8.0
小学 2年	49	7.1	19	6.6
小学 3年	56	8.2	27	9.4
小学 4年	93	13.6	37	12.9
小学 5年	100	14.6	26	9.1
小学 6年	112	16.3	52	18.1
中学 1年	97	14.1	51	17.8
中学 2年	25	3.6	21	7.3
中学 3年	4	0.6	6	2.1
中学卒業後	0	0.0	1	0.3
無回答	42	6.1	14	4.9
計	686	100.0	287	100.0

表7 家庭裁判所への係属歴

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
ある	191	27.8	65	22.6
ない	409	59.6	190	66.2
無回答	86	12.5	32	11.1
	686	100.0	287	100

表8 周囲の薬物乱用状況

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
有機溶剤	123	17.9	124	43.2
大麻	71	10.3	78	27.2
覚せい剤	55	8.0	90	31.4
ブタン	128	18.7	94	32.8
コカイン	16	2.3	28	9.8
リタリン	11	1.6	18	6.3
睡眠薬	5	0.7	10	3.5
抗不安薬	83	12.1	98	34.1
咳止め液	53	7.7	76	26.5
MDMA	16	2.3	27	9.4
ハーブ	56	8.2	60	20.9
その他	19	2.8	25	8.7

表9 本人の薬物乱用歴

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
有機溶剤	31	4.5	61	21.3
大麻	14	2.0	20	7.0
覚せい剤	5	0.7	13	4.5
ブタン	69	10.1	47	16.4
コカイン	2	0.3	7	2.4
リタリン	3	0.4	4	1.4
睡眠薬	3	0.4	5	1.7
抗不安薬	31	4.5	45	15.7
咳止め液	16	2.3	27	9.4
MDMA	7	1.0	12	4.2
ハーブ	25	3.6	23	8.0
その他	9	1.3	11	3.8

表10 飲酒歴

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
1年で数回	139	20.3	23	8.0
月に2-3回	105	15.3	55	19.2
週に2-3回	115	16.8	73	25.4
ほぼ毎日	57	8.3	69	24.0
	416	60.6	220	76.7

表11 飲酒開始

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
小学 1年	10	1.5	4	1.4
小学 2年	9	1.3	3	1.0
小学 3年	8	1.2	4	1.4
小学 4年	19	2.8	18	6.3
小学 5年	48	7.0	33	11.5
小学 6年	64	9.3	36	12.5
中学 1年	165	24.1	77	26.8
中学 2年	50	7.3	23	8.0
中学 3年	4	0.6	6	2.1
	377	55.0	204	71.1

表12 タバコ歴

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
1年で数回	68	9.9	25	8.7
月に2-3回	20	2.9	5	1.7
週に2-3回	43	6.3	30	10.5
ほぼ毎日	286	41.7	152	53.0
	417	60.8	212	73.9

表13 タバコ開始

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
小学 1年	6	0.9	1	0.3
小学 2年	9	1.3	1	0.3
小学 3年	24	3.5	6	2.1
小学 4年	31	4.5	17	5.9
小学 5年	57	8.3	30	10.5
小学 6年	82	12.0	43	15.0
中学 1年	132	19.2	64	22.3
中学 2年	36	5.2	24	8.4
中学 3年	4	0.6	5	1.7
	381	55.5	191	66.6

表14 有機溶剤・大麻・覚せい剤の乱用頻度の年代変化(男性)

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
	単位:%									
有機溶剤	41.2	37.3	30.3	26.4	21.6	14.3	9.8	10.7	7.2	4.5
大麻	5.5	6.7	4.8	5.0	4.9	4.9	2.7	4.0	1.9	2.0
覚せい剤	1.2	1.7	3.9	5.0	2.5	1.6	0.7	0.3	0.4	0.7
ブタン						17.8	17.5	13.7	10.5	11.7
									9.1	10.1

表15 有機溶剤・大麻・覚せい剤の乱用頻度の年代変化(女性)

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
	単位:%									
有機溶剤	59.6	50.6	48.5	52.3	46.5	44.2	31.1	30.5	28.6	21.3
大麻	22.0	19.0	14.4	14.7	15.9	15.9	14.0	14.0	12.5	7.0
覚せい剤	6.6	10.8	16.9	15.2	13.6	12.4	10.9	6.9	8.3	4.5
ブタン						33.3	27.9	25.7	15.0	18.8
									21.5	16.4

表16 地域別薬物乱用頻度(男性)

	有機溶剤	大麻	覚醒剤	ブタン
東北・北海道(n=108)	4.6%	0.9%	0.9%	8.3%
関東(n=98)	5.1%	1.0%	0.0%	11.2%
中部(n=81)	4.9%	1.2%	1.2%	4.9%
関西(n=178)	3.4%	2.8%	0.6%	12.9%
中国・四国(n=96)	4.2%	1.0%	1.0%	10.4%
九州(n=98)	5.1%	3.1%	0.0%	7.1%

表17 地域別薬物乱用頻度(女性)

	有機溶剤	大麻	覚醒剤	ブタン
東北・北海道(n=43)	18.6%	2.3%	4.7%	20.9%
関東(n=45)	6.7%	4.4%	6.7%	8.9%
中部(n=26)	34.6%	7.7%	7.7%	19.2%
関西(n=71)	31.0%	12.7%	1.4%	22.5%
中国・四国(n=40)	15.0%	2.5%	2.5%	12.5%
九州(n=34)	20.6%	0.0%	8.8%	5.9%

表18 自分の周囲の有機溶剤乱用による精神症状発現者

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
いた	45	6.6	68	23.7
いない	612	89.2	217	75.6
無回答	29	4.2	2	0.7
	686	100.0	287	100.0

表19 有機の誘い

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
ある	62	9.0	87	30.3
ない	592	86.3	192	66.9
無回答	32	4.7	8	2.8
	686	100.0	287	100.0

表20 有機溶剤入手困難さ

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
簡単に手に入る	70	10.2	84	29.3
なんとか手に入る	46	6.7	30	10.5
ほとんど不可能だ	45	6.6	14	4.9
絶対不可能だ	224	32.7	58	20.2
無回答	301	43.9	101	35.2
	686	100.0	287	100.0

表21 有機溶剤乱用開始年齢(乱用者のみ)

	男性(n=31)		女性(n=61)	
	人数	%	人数	%
10歳以下	2	6.5	1	1.6
11歳	2	6.5	4	6.6
12歳	5	16.1	10	16.4
13歳	5	16.1	18	29.5
14歳	3	9.7	9	14.8
15歳以上	0	0.0	1	1.6
年齢はおぼえていない	2	6.5	3	4.9
無回答	12	38.7	15	24.6
	31	100.0	61	100.0

表22 最もしていた時の有機溶剤乱用頻度(乱用者のみ)

	男性(n=31)		女性(n=61)	
	人数	%	人数	%
今まで1, 2回	13	41.9	26	42.6
数回以上	4	12.9	15	24.6
ほとんど毎日	1	3.2	5	8.2
無回答	13	41.9	15	24.6
	31	100.0	61	100.0

表23 有機への法律知識(乱用者のみ)

	男性(n=31)		女性(n=61)	
	人数	%	人数	%
知っていた	25	80.6	53	86.9
知らなかった	5	16.1	8	13.1
無回答	1	3.2	0	0.0
	31	100.0	61	100.0

表24 有機溶剤乱用への態度(男性)

	有機溶剤乱用			
	乱用者(n=31)		非乱用者(n=640)	
	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	12	38.7	452	70.6
法律で禁じられているが、少々ならかまわないと思う	9	29.0	54	8.4
法律で禁じられているが、それを守る必要は全然ないと思う	10	32.3	24	3.8
無回答	0	0.0	110	17.2
	31	100.0	640	100.0

表25 有機溶剤乱用への態度(女性)

	有機溶剤乱用			
	乱用者(n=61)		非乱用者(n=217)	
	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	23.0	124	57.1
法律で禁じられているが、少々ならかまわないと思う	22	36.1	40	18.4
法律で禁じられているが、それを守る必要は全然ないと思う	23	37.7	26	12.0
無回答	2	3.3	27	12.4
	61	100.0	217	100.0

表26 有機溶剤乱用禁止への態度(男性)

	有機溶剤乱用			
	乱用者(n=31)		非乱用者(n=640)	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	9	29.0	372	58.1
しかたないことだと思う	9	29.0	68	10.6
シンナーくらい禁止しなくてもいいのではないかと思う	5	16.1	12	1.9
法律で決める必要はない、個人の好きにさせればよいと思う	5	16.1	75	11.7
無回答	3	9.7	113	17.7
	31	100.0	640	100.0

表27 有機溶剤乱用禁止への態度(女性)

	有機溶剤乱用			
	乱用者(n=61)		非乱用者(n=217)	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	12	19.7	105	48.4
しかたないことだと思う	10	0.0	35	0.0
シンナーくらい禁止しなくてもいいのではないかと思う	14	23.0	11	5.1
法律で決める必要はない、個人の好きにさせればよいと思う	21	34.4	34	15.7
無回答	4	6.6	32	14.7
	61	83.6	217	83.9

表28 有機溶剤の知識(男性)

	有機溶剤乱用			
	乱用者(n=31)		非乱用者(n=640)	
	人数	%	人数	%
急性中毒死	17	54.8	184	28.8
多発神経炎	12	38.7	165	25.8
精神病状態	23	74.2	337	52.7
無動機症候群	14	45.2	164	25.6
フランシュバック	21	67.7	301	47.0
いずれも知らなかつた	4	12.9	158	24.7

表29 有機溶剤の知識(女性)

	有機溶剤乱用			
	乱用者(n=61)		非乱用者(n=217)	
	人数	%	人数	%
急性中毒死	27	44.3	73	33.6
多発神経炎	22	36.1	87	40.1
精神病状態	45	73.8	155	71.4
無動機症候群	28	45.9	89	41.0
フランシュバック	47	77.0	135	62.2
いずれも知らなかつた	8	13.1	36	16.6

表30 有機溶剤で体験した症状(有機溶剤乱用者)

	男性乱用者(n=31)		女性乱用者(n=61)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	4	12.9	14	23.0
フランシュバック	4	12.9	17	27.9
多発神経炎	0	0.0	2	3.3
無動機症候群	4	12.9	14	23.0
症状なし	14	45.2	16	26.2

表31 有機溶剤の薬害知識と乱用抑止(有機溶剤乱用者)

	男性乱用者(n=31)		女性乱用者(n=61)	
	人数	%	人数	%
しなかつたと思う	9	29.0	10	16.4
やはりしていたと思う	9	29.0	34	55.7
無回答	10	32.3	13	21.3

表32 施設退所後、乱用しないと思うか(有機溶剤乱用者)

	男性乱用者(n=31)		女性乱用者(n=61)	
	人数	%	人数	%
絶対やらないと思う	22	71.0	36	59.0
多分やらないと思う	5	16.1	14	23.0
多分やると思う	3	9.7	10	16.4
絶対やると思う	0	0.0	0	0.0
無回答	1	3.2	1	1.6
	31	100.0	61	100.0

表33 退所後、乱用すると思う理由(退所後「多分やる」「絶対やる」と答えた者、重複回答あり)

	男性乱用者(N=3)		女性乱用者(N=10)	
	人数	%	人数	%
誘われたらやると思うから	2	66.7	9	90.0
今もやりたいから	1	33.3	3	30.0
いやなことがあつたら	2	66.7	3	30.0
なんとなくそう思うから	2	66.7	7	70.0

表34 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	46	6.7	43	15.0
いない	584	85.1	235	81.9
無回答	56	8.2	9	3.1
	686	100.0	287	100.0

表35 ブタンの誘い

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
ある	80	11.7	75	26.1
ない	512	74.6	201	70.0
無回答	94	13.7	11	3.8
	686	100.0	287	100.0

表36 ブタン入手困難さ

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
簡単に手に入る	222	32.4	118	41.1
なんとか手に入る	20	2.9	10	3.5
ほとんど不可能だ	20	2.9	8	2.8
絶対不可能だ	188	27.4	67	23.3
無回答	232	33.8	84	29.3
	682	99.4	287	100.0

表37 ガスパンへの関心

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
知らなかつた	342	49.9	111	38.7
関心がなかつた	214	31.2	110	38.3
見てみたかつた	14	2.0	11	3.8
試してみたかつた	46	6.7	31	10.8
無回答	47	6.9	24	8.4
	663	96.6	287	100.0

表38 ブタン乱用開始年齢(乱用者のみ)

	男性(n=69)		女性(n=47)	
	人数	%	人数	%
10歳以下	2	2.9	0	0.0
11歳	3	4.3	1	2.1
12歳	13	18.8	9	19.1
13歳	30	43.5	19	40.4
14歳	9	13.0	9	19.1
15歳以上	0	0.0	1	2.1
年齢は覚えていない	1	1.4	4	8.5
無回答	11	15.9	4	8.5
	69	100.0	47	100.0

	表39 最もしていた時のブタン乱用頻度(乱用者のみ)			
	男性(n=69)		女性(n=47)	
	人数	%	人数	%
今まで1, 2回	20	29.0	19	40.4
数回以上	29	42.0	19	40.4
ほとんど毎日	9	13.0	5	10.6
無回答	11	15.9	4	8.5
	69	100.0	47	100.0

表40 ブタン乱用への態度(男性)

	ブタン乱用			
	経験有(n=69)		経験無(n=605)	
	人数	%	人数	%
すべきではないと思	9	13.0	256	42.3
少々ならかまわない	23	33.3	33	5.5
かまわない	26	37.7	13	2.1
知らなかつた	10	14.5	253	41.8
無回答	1	1.4	50	8.3
	69	100.0	605	100.0

表41 ブタン乱用への態度(女性)

	ブタン乱用			
	経験有(n=47)		経験無(n=232)	
	人数	%	人数	%
すべきではないと思	8	17.0	82	35.3
少々ならかまわない	18	38.3	24	10.3
かまわない	19	40.4	22	9.5
知らなかつた	2	4.3	86	37.1
無回答	0	0.0	18	7.8
	47	100.0	232	100.0

表42 ブタンの知識(男性)

	ブタン乱用			
	経験有(n=69)		経験無(n=605)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	29	42.0	98	16.2
急性中毒死	16	23.2	86	14.2
いずれも知らなかつた	33	47.8	400	66.1

表43 ブタンの知識(女性)

	ブタン乱用			
	経験有(n=47)		経験無(n=232)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	21	44.7	52	22.4
急性中毒死	18	38.3	42	18.1
いずれも知らなかつた	17	36.2	152	65.5

表44 ブタンで体験した症状(乱用者のみ)

	男性乱用者(n=69)		女性乱用者(n=47)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	12	17.4	9	19.1
フラッシュバック	13	18.8	14	29.8

表45 ブタンの知識と乱用抑止(乱用者のみ)

	男性乱用者(n=69)		女性乱用者(n=47)	
	人数	%	人数	%
しなかつたと思う	16	23.2	10	21.3
やはりしていたと思う	37	53.6	32	68.1
無回答	16	23.2	5	10.6
	69	100.0	47	100.0

表46 施設退所後、乱用しないと思うか(ブタン乱用者のみ)

	男性乱用者(n=69)		女性乱用者(n=47)	
	人数	%	人数	%
絶対やらないと思う	44	63.8	26	55.3
多分やらないと思う	20	29.0	10	21.3
多分やると思う	3	4.3	9	19.1
絶対やると思う	1	1.4	2	4.3
無回答	1	1.4	0	0.0
	69	100.0	47	100.0

表47 退所後、乱用すると思う理由(退所後「多分やる」「絶対やる」)

	男性乱用者(n=4)		女性乱用者(n=11)	
	人数	%	人数	%
誘われたらやると思うから	3	75.0	5	45.5
今もやりたいと思っているから	2	50.0	4	36.4
いやなことがあつたらやると思うから	2	50.0	3	27.3
なんとなくそう思うから	4	100.0	6	54.5

表48 自分の周囲の大麻乱用による精神症状発現者

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
いた	41	6.0	52	18.1
いない	606	88.3	227	79.1
無回答	39	5.7	8	2.8
	686	100.0	287	100.0

表49 大麻の誘い

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
ある	34	5.0	51	17.8
ない	593	86.4	214	74.6
無回答	59	8.6	22	7.7
	686	100.0	287	100.0

表50 大麻入手困難さ

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
簡単に手に入る	37	5.4	49	17.1
少々苦労するが、なんとか手に入る	52	7.6	46	16.0
ほとんど不可能だ	52	7.6	24	8.4
絶対不可能だ	300	43.7	78	27.2
無回答	245	35.7	90	31.4
	686	100.0	287	100.0

表51 大麻への関心

	男性	女性		
	人数	%	人数	%
知らなかつた	166	24.2	40	13.9
関心がなかつた	379	55.2	172	59.9
見てみたかつた	35	5.1	34	11.8
試してみたかつた	17	2.5	19	6.6
無回答	89	13.0	22	7.7
	686	100.0	287	100.0

表52 大麻乱用開始年齢(乱用者のみ)

	男性(n=14)	女性(n=20)		
	人数	%	人数	%
10歳以下	1	7.1	0	0.0
11歳	0	0.0	0	0.0
12歳	0	0.0	1	5.0
13歳	2	14.3	7	35.0
14歳	4	28.6	6	30.0
15歳以上	2	14.3	1	5.0
経験はあるが年齢はおぼえていない	0	0.0	1	5.0
無回答	5	35.7	4	20.0
	14	100.0	20	100.0

表53 最もしていた時の大麻乱用頻度(乱用者のみ)

	男性(n=14)	女性(n=20)		
	人数	%	人数	%
今まで1, 2回	4	28.6	10	50.0
数回以上	5	35.7	5	25.0
ほとんど毎日	0	0.0	1	5.0
無回答	5	35.7	4	20.0
	14	100.0	20	100.0

表54 大麻への法律知識(乱用者のみ)

	男性(n=14)	女性(n=20)		
	人数	%	人数	%
知っていた	13	92.9	19	95.0
知らなかつた	0	0.0	1	5.0
無回答	1	7.1	0	0.0
	14	100.0	20	100.0

表55 大麻乱用への態度(男性)

	大麻乱用			
	経験有(n=14)	経験無(n=659)		
	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	28.6	510	77.4
法律で禁じられてはいるが、少々ならかまわないと思う	7	50.0	20	3.0
法律で禁じられてはいるが、それを守る必要は全然ないと思う	2	14.3	23	3.5
無回答	1	7.1	106	16.1
	14	100.0	659	100.0

表56 大麻乱用への態度(女性)

	大麻乱用			
	経験有(n=20)	経験無(n=256)		
	人数	%	人数	%
法律で禁じられているから、すべきではないと思う	2	10.0	164	64.1
法律で禁じられてはいるが、少々ならかまわないと思う	6	30.0	49	19.1
法律で禁じられてはいるが、それを守る必要は全然ないと思う	10	50.0	21	8.2
無回答	2	10.0	22	8.6
	20	100.0	256	100.0

表57 大麻乱用禁止への態度(男性)

	大麻乱用			
	経験有(n=14)	経験無(n=659)		
	人数	%	人数	%
当然だと思う	6	42.9	443	67.2
しかたないことだと思う	5	35.7	60	9.1
大麻くらい禁止しなくてもいいのではないかと思う	1	7.1	6	0.9
法律で決める必要はないく、個人の好きにさせればよいと思う	1	7.1	56	8.5
無回答	1	7.1	94	14.3
	14	100.0	659	100.0

表58 大麻乱用禁止への態度(女性)

	大麻乱用			
	経験有(n=20)	経験無(n=256)		
	人数	%	人数	%
当然だと思う	5	25.0	144	56.3
しかたないことだと思う	3	15.0	51	19.9
大麻くらい禁止しなくてもいいのではないかと思う	2	10.0	11	4.3
法律で決める必要はないく、個人の好きにさせればよいと思う	10	50.0	28	10.9
無回答	1	5.0	25	9.8

表59 大麻の知識(男性)

	大麻乱用			
	経験有(n=14)	経験無(n=659)		
	人数	%	人数	%
精神病状態	6	42.9	242	36.7
無動機症候群	4	28.6	142	21.5
いずれも知らなかつた	7	50.0	340	51.6

表60 大麻の知識(女性)

	大麻乱用			
	経験有(n=20)	経験無(n=256)		
	人数	%	人数	%
精神病状態	10	50.0	123	48.0
無動機症候群	10	50.0	78	30.5
いずれも知らなかつた	7	35.0	109	42.6

表61 大麻で体験した症状(乱用者のみ)

	男性乱用者(n=14)		女性乱用者(n=20)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	5	35.7	4	20.0
無動機症候群	3	21.4	6	30.0

表62 大麻の知識と乱用抑止(乱用者のみ)

	男性乱用者(n=14)		女性乱用者(n=20)	
	人数	%	人数	%
しなかつたと思う	0	0.0	5	25.0
やはりしていたと思う	7	50.0	9	45.0
無回答	7	50.0	6	30.0
	14	100.0	20	100.0

表63 施設退所後、乱用しないと思うか(乱用者のみ)

	男性乱用者(n=14)		女性乱用者(n=20)	
	人数	%	人数	%
絶対やらないと思う	10	71.4	9	45.0
多分やらないと思う	3	21.4	6	30.0
多分やると思う	0	0.0	4	20.0
絶対やると思う	1	7.1	0	0.0
無回答	0	0.0	1	5.0
	14	100.0	20	100.0

表64 退所後、乱用すると思う理由(退所後「多分やる」「絶対やる」と答えた者のみ)

	男性乱用者(n=3)		女性乱用者(n=7)	
	人数	%	人数	%
誘われたらやると思うから	0	0.0	3	42.9
今もやりたいと思っているから	1	33.3	0	0.0
いやなことがあったらやると思うから	0	0.0	0	0.0
なんとなくそう思うから	0	0.0	2	28.6
	1	33.3	5	71.4

表65 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	31	4.5	57	19.9
いない	605	88.2	218	76.0
無回答	50	7.3	12	4.2
	686	100.0	287	100.0

表66 覚せい剤の入手性

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
簡単に手に入る	30	4.4	42	14.6
少々苦労するが、なんとか手に入る	52	7.6	52	18.1
ほとんど不可能だ	38	5.5	23	8.0
絶対不可能だ	301	43.9	90	31.4
無回答	247	36.0	80	27.9
	668	97.4	287	100.0

表67 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	145	21.1	31	10.8
関心がなかった	414	60.3	179	62.4
見てみたかった	31	4.5	27	9.4
試してみたかった	8	1.2	22	7.7
無回答	88	12.8	28	9.8
	686	100.0	287	100.0

表68 覚せい剤乱用への誘い

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
ある	12	1.7	41	14.3
ない	458	66.8	193	67.2
無回答	216	31.5	53	18.5
	686	100.0	287	100.0

表69 覚せい剤乱用開始年齢

	男性(n=5)		女性(n=13)	
	人数	%	人数	%
10歳以下	1	20.0	0	0.0
11歳	0	0.0	3	23.1
12歳	1	20.0	1	7.7
13歳	1	20.0	3	23.1
14歳	0	0.0	3	23.1
15歳	0	0.0	0	0.0
経験はあるが年齢はおぼえていない	0	0.0	0	0.0
無回答	2	40.0	3	23.1
	5	100.0	13	100.0

表70 覚せい剤乱用頻度

	男性(n=5)		女性(n=13)	
	人数	%	人数	%
今まで1, 2回	2	40.0	7	53.8
数回以上	0	0.0	2	15.4
ほとんど毎日	1	20.0	1	7.7
無回答	2	40.0	3	23.1
	5	100.0	13	100.0

表71 覚せい剤の乱用方法

	男性(n=5)		女性(n=13)	
	人数	%	人数	%
吸引	1	20.0	5	38.5
注射	1	20.0	1	7.7
吸引と注射	1	20.0	3	23.1
無回答	2	40.0	4	30.8
	5	100.0	13	100.0

表72 覚せい剤への態度(男性)

覚せい剤乱用			
経験有(n=5)		経験無(n=666)	
人数	%	人数	%
法律で禁じられているから、すべきではないと思う	2 40.0	526 79.0	
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 60.0	36 5.4	
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	0 0.0	21 3.2	
無回答	0 0.0	83 12.5	
	5 100.0	666 100.0	

表73 覚せい剤への態度(女性)

覚せい剤乱用			
経験有(n=13)		経験無(n=262)	
人数	%	人数	%
法律で禁じられているから、すべきではないと思う	6 46.2	172 65.6	
法律で禁じられてはいるが、少々ならかまわないと思う	3 23.1	42 16.0	
法律で禁じられてはいるが、それを守る必要は全然ないと思う	4 30.8	26 9.9	
無回答	0 0.0	22 8.4	
	13 100.0	262 100.0	

表74 覚せい剤禁止への態度(男性)

覚せい剤乱用			
経験有(n=5)		経験無(n=666)	
人数	%	人数	%
当然だと思う	4 80.0	472 70.9	
しかたないことだと思う	1 20.0	50 7.5	
法律で決める必要はない、個人の好きにさせればよいと思う	0 0.0	57 8.6	
無回答	0 0.0	87 13.1	
	5 100.0	666 100.0	

表75 覚せい剤禁止への態度(女性)

覚せい剤乱用			
経験有(n=13)		経験無(n=262)	
人数	%	人数	%
当然だと思う	5 38.5	151 57.6	
しかたないことだと思う	2 15.4	49 18.7	
法律で決める必要はない、個人の好きにさせればよいと思う	5 38.5	39 14.9	
無回答	2 15.4	23 8.8	
	14 107.7	262 100.0	

表76 覚せい剤の知識(男性)

覚せい剤乱用			
経験有(n=5)		経験無(n=666)	
人数	%	人数	%
精神病状態	5 100.0	262 39.3	
フラッシュバック	4 80.0	244 36.6	
いざれも知らなかった	0 0.0	298 44.7	

表77 覚せい剤の知識(女性)

覚せい剤乱用			
経験有(n=13)		経験無(n=262)	
人数	%	人数	%
精神病状態	10 76.9	141 53.8	
フラッシュバック	11 84.6	130 49.6	
いざれも知らなかった	1 7.7	84 32.1	

表78 有機溶剤で体験した症状

男性乱用者(n=5)				女性乱用者(n=13)			
人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
精神病状態	2 40.0	4 30.8					
フラッシュバック	0 0.0	4 30.8					

表79 覚せい剤の知識と抑止

男性乱用者(n=5)				女性乱用者(n=13)			
人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
使わなかったと思う	1 20.0	3 23.1					
やはり使ったと思う	2 40.0	6 46.2					
無回答	2 40.0	4 30.8					
	5 100.0	13 100.0					

表80 施設退所後、乱用しないと思うか(覚せい剤乱用者のみ)

男性乱用者(n=5)				女性乱用者(n=13)			
人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
絶対やらないと思う	2 40.0	9 69.2					
多分やらないと思う	2 40.0	2 15.4					
多分やると思う	0 0.0	2 15.4					
絶対やると思う	1 20.0	0 0.0					
無回答	0 0.0	0 0.0					
	5 100.0	13 100.0					

表81 退所後、乱用すると思う理由(退所後「多分やる」「絶対やる」と答えた者のみ)

男性乱用者(n=1)				女性乱用者(n=2)			
人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
誘われたらやると思うから	0 0.0	1 50.0					
今もやりたいと思っているから	1 100.0	1 50.0					
いやなことがあつたらやると思うから	0 0.0	1 50.0					
なんとなくそう思うから	0 0.0	1 50.0					

分担研究報告書

(1-5)

監察医務院における異状死の検案・解剖結果からみた薬物乱用・依存等の実態に関する研究

分担研究者	福永龍繁	東京都監察医務院 院長
研究協力者	柴田幹良	東京都監察医務院
研究協力者	谷藤隆信	同上
研究協力者	引地和歌子	同上
研究協力者	鈴木秀人	同上
研究協力者	阿部伸幸	同上

研究要旨 近年における薬毒物検出状況の報告のため、2011年の東京都監察医務院における行政解剖例からの薬毒物検査結果を調査した。また、2012年の薬毒物検査結果を対象とし、一症例から複数の薬毒物が検出された例を多剤服用例として調査した。薬毒物検出状況によると2011年に検出した医薬品等は2010年から増加し、946件であった。また、医薬品等の詳細項目の検出件数においてもそれぞれ増加した。医薬品等の詳細は、a) 睡眠剤343件、b) 抗てんかん剤97件、c) 精神神経用剤325件、d) 解熱鎮痛消炎剤37件、e) その他薬物135件、f) アルカロイド9件、であった。また、覚醒剤等はメタンフェタミン14件、アフェタミン13件であった。これらの検出件数を前年と比較すると1.1～1.5倍の間で増加した。多剤服用例は166件（男性85、女性81）であった。多剤服用例の平均検出薬毒物数は3.6であった。死亡の種類は、病死26%、その他及び不詳の外因28%であった。脱法ハーブの使用が推測された行政解剖例を1例経験した。今後、乱用防止に繋げるためにも、薬毒物の検査システムの充実と共に監察医制度のような死因究明制度の全国的展開が期待される。

A. 研究目的

薬物濫用・依存の現状実態を正確に把握するためには、違法者の検挙数や救急病院など医療機関を窓口に調査する方法などがあるが、医学的診断、薬毒物の分析の正確さに問題があり、確実な数値の把握が困難である。そこで本研究では、東京都23区内において全ての異状死を取り扱う東京都監察医務院（以下、東監医）において、薬毒物スクリーニング検査を行った結果を調査し、最近の濫用薬物のみならず、薬毒物中毒者の動向を正確に把握し、薬物濫用者の回復、依存者を持つ家族の在り方の検討に寄与貢献することを目的とする。

B. 研究方法

薬毒物検出状況と多剤服用例の調査対象を示す。前者は、死因が確定した事例を対象とするため、調査年は2011年とした。また、後者は直近の検出状況に重点を置いたため、死因が未確定のものを含めた2012年を調査年とした。なお、本報告の多剤服用例とは、検体を問わず、一症例から複数の薬毒物を検出した事例のことである。次に調

査方法を示す。薬毒物検出状況は年間の検案、行政解剖、死亡の種類、薬毒物検出の件数を前年と比較して増減を示す。多剤服用例は、性別、年齢、薬毒物の検出数、死亡の種類を集計したものと示す。さらに、2012年に脱法ハーブの使用が推測された行政解剖例を経験したので報告する。分析ソフトはIBM SPSS Statistics19を使用した。

(倫理面への配慮)

研究の倫理面については、「疫学研究に関する倫理指針」を遵守し、東京都監察医務院倫理委員会の承認を得て行った。

C. 研究結果

1. 検案件数及び行政解剖件数（2011年）

対象年の検案件数は13,997件、男性8,889件、女性5,105件であった。行政解剖は2,624件、男性1,810件、女性814件であった。前年との増減を示す。検案件数は399件の減少、行政解剖は314件の減少であった。

2. 死亡の種類（2011年）

対象年の検案事例13,997件に関し、死亡の種類

の割合を示す。病死 68.1%，災害死 8.3%，自殺 15.3%，その他・不詳の外因 1.4%，他殺等 2.0%，不詳の死 4.9%であった。なお、災害死の詳細は、交通事故 17.0%，転倒・転落 25.1%，溺死 10.6%，窒息 18.0%，焼死 4.1%，中毒 8.0%，その他 17.2%であった。

3. 薬物検出状況（2011年）

東監医における薬毒物検査の対象は行政解剖例である。対象年の検査依頼数は 11,902 件であった。検出結果の詳細は、医薬品等 946 件、エタノール 571 件、覚醒剤等 36 件、一酸化炭素 29 件、青酸 22 件、有機溶剤 4 件、農薬その他 1 件であった。主要項目に関し、前年との増減を割合で示す。医薬品等 1.1 倍、エタノール 0.9 倍、覚醒剤等 1.2 倍、一酸化炭素 0.5 倍、青酸 0.6 倍であった。

4. 検出薬物の「医薬品等」と「覚醒剤等」の詳細（2011年）

医薬品等の詳細を示す。a) 睡眠剤 343 件、b) 抗てんかん剤 97 件、c) 精神神経用剤 325 件、d) 解熱鎮痛消炎剤 37 件、e) その他薬物 135 件、f) アルカロイド 9 件、であった。また、覚醒剤等はメタンフェタミン 14 件、アフェタミン 13 件であった。これらの検出件数を前年と比較すると 1.1 ~ 1.5 倍の間で増加した。

5. 多剤服用例の調査（2012年）

多剤服用例は 166 件（男性 85 件、女性 81 件）であった。行政解剖 2,450 件の 6.8% に相当する。男性の平均年齢 50.3 歳、最頻年齢 45 歳、中央値は 49 歳、年齢幅は 28~79 歳、標準偏差 11.1 であった。女性の平均年齢 47.0 歳、最頻年齢 36 歳、中央値は 45 歳、年齢幅は 16~91 歳、標準偏差 14.9 であった。男性と女性の年齢分布のヒストグラムを図 1、図 2 に示す。

薬剤検出状況は、2 種類 60 件、3 種類 40 件、4 種類 20 件、5 種類 19 件、6 種類 14 件、7 種類 7 件、8 種類 3 件、9 種類 2 件、10 種類 1 件であった。多剤服用例の平均検出薬物数は 3.6 であった。

死亡の種類は、病死 26%，転倒・転落 1%，溺死 2%，窒息 4%，中毒 16%，自殺 7%，その他及び不詳の外因 28%，その他 1%，不詳の死 6%，未確定 10% であった。図 3 に示す。また、死亡の種類と多剤服用数の関係を表 1 に示す。

年代の割合は、10 代 1%，20 代 7%，30 代 20%，40 代 27%，50 代 25%，60 代 14%，70 代 5%，80 代以上 1% であった。図 4 に示す。また、年代と多剤服用数の関係を表 2 に示す。

6. 脱法ハーブの使用が推測された行政解剖例（2012年）

内縁の妻と二人暮らしの米国人男性。妻が買い物に外出した際に、マンションの 6~7 階段間にあら踊り場から飛び降り死亡。同場所には靴、財布並びにハーブ様物質を容れるビニールパックがあり、8 階内階段にハーブ吸引用と推定されるアルミパイプがあった。脱法ハーブ吸引による幻覚によっての飛び降りが示唆された症例であった。なお、血中の薬物は現在分析中である。

D. 考察

薬毒物検査の対象は行政解剖例であるため、解剖件数に伴い検査依頼と検出薬物の件数は増減する傾向がある。しかし、2010 年から 2011 年に関しては解剖件数が約 11% 減少したものの、検出薬物の件数は 1,626 件から 1,605 件と 21 件しか減少しなかった。さらに、「医薬品等」の細分類項目においても睡眠剤・抗てんかん剤・精神神経用剤の件数はそれぞれ増加しており、今後の増減傾向には注意が必要である。

多剤服用例の調査では、男性の平均年齢は 50.7 歳、女性の平均年齢は 47.0 歳とほぼ同様であった。一方、最頻年齢には性差があり、男性 45 歳、女性 36 歳であった。平均年齢と再頻年齢が含まれる 30~50 代は何れも全体の 20% 超であり、合算すると全体の 72% を占める。従って、多剤服用例を調査するうえで 30~50 代は重要な年代である。その一方、年齢の標準偏差は男性 11.1、女性 14.9 であり 10 代から 90 代まで幅広く分布していることも多剤服用例の特徴の一つである。なかでも、女性は男性と比較して標準偏差が大きい。このような年代分布の意味づけは基準となる年代分布と調整したのちに考察する必要があり、本報告からは、これ以上の推測はできない。

多剤服用例の死亡の種類は上位から、その他及び不詳の外因 28%，病死 26%，中毒 16%，自殺 7% であった。死亡の種類は分散し、特定の死種に限定しなかつた。

多剤服用例の平均検出薬物数は 3.6 であった。2 種類が 60 例と最多であったが、3 種類以上の検出

も 106 例と非常に多く、5 種類以上の症例は 46 例、10 種類の検出例は 1 件であった。検出薬物数の多寡と死亡の種類の関連性を考察するには症例数は少ない。このため、多寡ではなく分布を考察した。上位 3 つの死亡の種類（病死、中毒、その他及び不詳の外因）は、表 1 に示したとおり、多剤検出数の多寡に依らず存在した。これは、多剤服用例の死亡の種類が全体のみならず、検出件数別でもばらついたことを示している。この傾向は幅広い年代に分布した特徴と同様、多剤服用例の背景はいくつかの異なる特徴を持つグループの集合体と考えた方が自然であるかもしれない。しかしながら、これらの考察は何れも推測の域でしかなく、本報告ではこれ以上の考察はできない。今後、薬物種や濃度並びに病歴などと照合した詳細な調査が必要である。

2012 年に 1 症例のみの経験であった脱法ハーブ事例であるが、社会環境の変化に伴い異状死扱いとなる事例は増加する可能性は充分にあり、今後の注意が必要である。

監察医務院で取り扱う事例は、すべて司法警察員の検視を経て、監察医が外表検査をまず行い、死因が不明な例について解剖を行って死因を究明している。死体の外表所見、状況、病歴などから明らかに死因が推定できる例については、特に剖検を行わないが、中毒の関与する例は、外表のみから死因の推定は非常に困難な例が多い。また、病死であろうと推定した例であっても、剖検を行って初めて中毒死であると判明した例が多い。特に、覚醒剤や MDMA などは、若年層における突然死であろうと思われた例であっても、解剖を行うことによって、薬毒物の乱用が原因であることが判明した例がほとんどを占める。即ち、解剖を行い、肉眼的、顕微鏡的な検査に加え、薬毒物のスクリーニング、定性・定量を行って初めて総合的に死因を解明できるのである。

又、不慮の中毒なのか、あるいは自殺なのかという死亡の種類の判断には、現場状況、薬物入手経路、生前の生活状況や行動に関する情報が必要であり、これらを総合して慎重に判断されなければならない。

ここに紹介した薬毒物検出の現状は、致死例についてあるいは薬毒物の関与した死亡事例であり、「氷山の一角」と言える。しかし、監察医制度のない地域では、警察が犯罪性なしと判断す

ば、司法解剖を行うことはまずなく、行政解剖もほとんど行われていないのが現状である。この全ての異状死を検案し、死因不明のものを解剖するという監察医制度がなければ、薬毒物による死亡例の検出は不可能であると言える。

さらに、ここに紹介した医務院検査科のような薬化学検査を行うシステムを有するか否かによって、薬毒物検出の精度が大きく異なることが容易に推察され、救命救急部のような機関にも検査システムの充実が望まれる。

監察医制度の意義は、単に一体一体の死因を究明することだけに留まるのではなく、得られた結果、疫学調査研究の結果を広く医療に、そして社会に還元することにある。衛生行政、公衆衛生の向上に貢献するために、この死因究明制度の根幹となるべき「監察医制度」が全国的に拡充されることが期待される。そして、これが薬毒物の濫用防止につながるものである。

E. 結論

異状死における薬物検出状況を 2011 年の東監医で行われた薬化学検査結果から報告した。検出結果によると医薬品等は 2010 年から増加し、946 件であった。また、医薬品等の詳細項目においても検出件数はそれぞれ増加した。2012 年の薬毒物検査結果を対象とし、一症例から複数の薬毒物が検出された例を多剤服用例として調査した。多剤服用例は 166 件（男性 85、女性 81）であった。多剤服用例の平均検出薬毒物数は 3.6 であった。死亡の種類は、病死 26%、その他及び不詳の外因 28% であった。脱法ハーブの使用が推測された行政解剖例の事例を報告した。このような薬毒物検索のためのシステム作り、死因不明死を解剖する制度の拡充が今後の重要な課題である。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

1. 引地和歌子、柴田幹良、谷藤隆信、阿部伸幸、福永龍繁：東京都 23 区内における自殺と物質乱用の関連について。第 96 次日本法医学会学術全国集会。アクトシティ浜松（静岡県浜松

- 市) 2012年6月.
2. 引地和歌子, 柴田幹良, 谷藤隆信, 阿部伸幸, 福永龍繁: 東京都23区内における自殺と物質乱用の関連について: 平成24年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術集会. 札幌コンベンションセンター(北海道札幌市) 2012年9月
 3. 柴田幹良, 加藤幸久, 前田雅子, 谷藤隆信, 阿部伸幸, 引地和歌子, 福永龍繁: 東京都23区内における薬毒物関連自殺者の現状. 札幌コンベンションセンター(北海道札幌市) 2012年9月

3. その他

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

なし

文献

なし

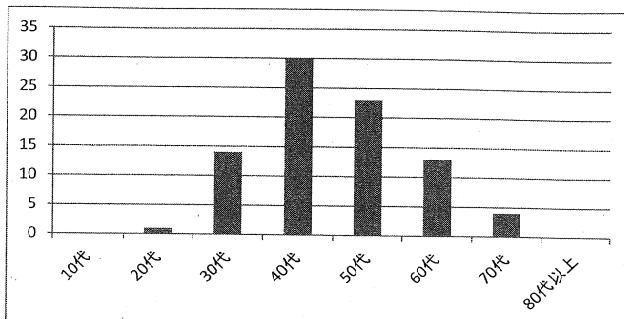


図1. 年齢分布のヒストグラム 男性

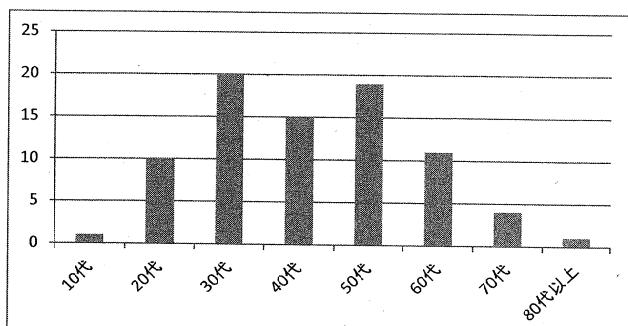


図2. 年齢分布のヒストグラム 女性

年代	多剤服用数										総計
	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
10代	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
20代	4	4	0	1	0	0	1	0	0	1	11
30代	8	10	4	6	6	2	0	0	0	0	34
40代	19	7	8	4	2	2	0	1	0	1	45
50代	10	14	6	6	4	1	0	1	0	0	42
60代	14	4	1	1	1	2	1	0	0	0	24
70代	6	1	0	1	0	0	0	0	0	0	8
80代以上	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
総計	60	40	20	19	14	7	3	2	1	1	166

表1. 多剤服用数と年代の関係表

死種	多剤服用数										総計
	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
病死	18	9	7	5	2	2	0	0	0	0	43
転倒転落	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
溺死	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	4
窒息	4	1	0	0	1	0	0	0	0	0	6
中毒	9	9	3	2	1	2	0	1	0	0	27
その他	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
自殺	4	2	0	1	1	1	1	1	0	0	11
その他及び不詳の外因	5	14	5	8	7	2	1	0	1	1	47
不詳の死	3	1	2	3	1	0	0	0	0	0	10
未確定	9	2	3	0	1	0	1	0	0	0	16
総計	60	40	20	19	14	7	3	2	1	1	166

表2. 多剤服用数と死亡の種類の関係表

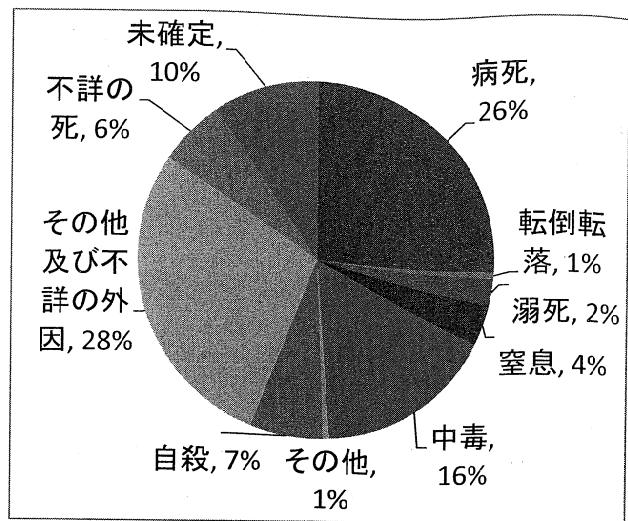


図3. 多剤服用例の死亡の種類

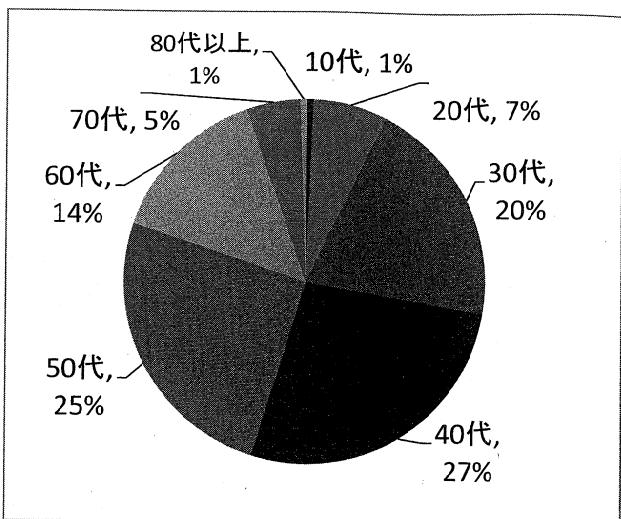


図4. 多剤服用例の年代分布

分担研究報告書
(2-1)

平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)
分担研究報告書

薬物依存症者の社会復帰を目的とした制度の重なりに関する研究 (2)

研究分担者 宮永 耕 東海大学健康科学部社会福祉学科

研究要旨 平成 18 年度より施行された障害者自立支援法（平成 17 年法律 123 号）は、その施策の対象となる薬物依存者の治療および社会復帰にも今日大きく影響するところとなっている。1980 年代以降の歴史的経過からみれば、司法及び医療による施設内処遇の外側で、民間の自主的な自助活動として始まった DARC (Drug Addiction Rehabilitation Center : 以下、ダルク) を代表とする広義のリハビリテーションを目的とした回復援助施設は、1990 年代に地域での精神障害者施策の一部に組み入れられることをきっかけに、地域作業所やグループホームといった形で補助金対象事業に順次編入され、その全国的な拡大と合わせて、その後障害者自立支援制度のなかにあってはサービス提供事業所（プロバイダ）の役割を負って運営されるようになってきた。

今年度は、昨年度に続き、現在進行する障害者制度改革や刑事施設出所後の保護観察制度等の改正案などの動向が現場でどのような問題となって表れているのか、その課題は何かについて、数ヶ所のダルク等のスタッフに協力を依頼して実施したヒアリング調査をとおして検討した。その結果、①障害者自立支援法への移行は、昨年度末を一つの期限として進められ、自立支援制度給付を受けるダルクの運営形態モデルが定まりつつも、実際には多様な可能性が模索されている。②障害者自立支援制度の外側でサービス提供するダルク等は、制度内サービスに対して「オルタナティブ」として特徴あるプログラムによって展開し、より広い介入のバリエーションともなっていた。自立支援制度以外の行政施策との関わりも試行されつつあり、今後ダルク利用者のニーズに応じた連携のあり方も検討されていく必要がある。③生活保護を受給する利用者の拡大と共に、地域の生活保護実施機関との調整も行われており、自治体間の運用上の差異は存在するものの、保護受給ができず「チャリティ」として施設が入寮費負担せざるを得ない例は極めて少ない。④薬物事犯者を対象とする刑の一部執行猶予制度の導入は、薬物依存回復訓練が算定されるなどダルクの活動に影響を与えるが、地域支援における社会資源としてダルクが適切に位置付けられれば、これまで以上に薬物依存者の支援において機能する可能性がある。⑤ダルク施設の増加が続く中、より多くの社会資源や制度と関わる事が不可避なダルクスタッフにとって、自身の回復の維持・管理や 12 ステップ・プログラムの日常的実践に加えた、実務上必要な援助技術や制度、さらに異種の法制度で使われる用語（言葉）・概念等に関する知識とそれを操作する技能が重要なものとして求められることが理解された。

A. 研究目的

わが国における薬物依存者処遇は、司法施設及び医療施設の中でそれぞれ異なる根拠と目的にもとづいて行われ、(違法) 薬物使用ではなく依存という問題の本質からみたとき社会福祉的援助、すなわちソーシャルモデルはその必要性が指摘されてきたにもかかわらず、民間施設ダルク以外には社会資源の「開発」が進んでいない。そのことは、薬物使用をめぐって社会問題としてマスコミ等に取り上げられるたびに一時に意識されることはあるても、既存制度間の障壁（バリア）の存在によっていつの間にか議

論が途絶え、かえって施設収容型の非合理な処遇の温存をも結果してきたが、2000 年以降には司法、医療そして社会福祉等の制度改正が相次いで行われ、順次新たな支援体制の準備へと状況は休む間もなく動き続けているとみられる。

2006 (平成 18) 年度から施行された障害者自立支援法による障害者サービス制度との関係の中で、広義の障害支援サービス事業者としての役割をも負うことになったダルクの抱える課題についてこれまででも検討してきたが、その間に法務省管轄の施設内及び地域での「再犯予防」への取り組みもまた転換点を迎えて事業再編を

準備してきており、刑務所出所後の要支援状態にある人々を対象とする「地域生活定着支援センター」事業等の開始なども、ダルクの事業と関連し得る領域において展開するようになってきた。

今後、その速度も連携範囲も、これまでのものとは異なって展開されることが予想され、それに伴う混乱も予想される薬物依存者の地域での支援について、その現実的なレベルアップを模索するうえで司法、医療、社会福祉等の制度的援助の重なりや空白について検討していくことは不可避と考えられる。現在進行する法制度改正案等の状況も可能な限り念頭に置いて、現実にそれら対象者にアプローチしているダルク等の現場と協議を重ね、合理的な内容を確保していくことが急務となる。

今年度は、昨年度に引き続き現在進行する障害者制度改革や刑事施設出所後の保護観察制度等の改正案などの動向が、現場ではどのような問題となって表れているのか、その課題は何かということについてヒアリング調査をとおして検討した。

B. 研究方法

次年度より、新たな転換点を迎える障害者制度全体の方向を把握するため、2012（平成 24）年 6 月 20 日成立した「地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律」により、平成 25 年度より「障害者自立支援法」は「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」と名称変更されて再スタートすることとなった。この制度が目指す障害者サービスの理念と主に薬物依存者を対象としたリハビリテーションサービスの提供に関する部分について、今までの資料を基に整理した。

合わせて、法務省保護局が主管となって制度整備を進める「刑の一部執行猶予制度」に関わり、当該制度が成立した場合の地域での既存社会資源の再編を視野に入れた仕組みに関する検討¹⁾が、試行的事業と合わせて昨年度から進められている。ここには民間専門施設としてダルクや自助グループである NA なども資源として位置づけられ、これまで連携が活発ではなかつ

た福祉事務所や精神保健福祉センターも更生保護施設などとともに保護観察所との間にネットワークを形成するものとして構想されている。同制度は、昨年度国会審議にかけられ、参議院で可決成立したのち衆議院解散により廃案となって、現時点では仕切り直しを余儀なくされてしまいものの、薬物事犯者の地域内処遇拡大に向けた制度改正の流れは継続しており、近い将来にもここ数年の実績を伴って再上程も準備される中で、制度改正後の社会資源の状況を検討しておくことの意義は大きい。

さらに、民間薬物依存者回復援助施設であるダルク等においてスタッフに協力を依頼し、ここ数年の制度の変化の中で事業運営方昨年度整理や変更を経験してきた計 3 か所のダルクを訪問し、スタッフとの面接によるヒアリング調査を実施し、そこでの情報を整理し問題の所在を検討した。今年度に対象としたダルクの所在地は、沖縄地区及び中国地区である。

C. 研究結果

1. 社会福祉関連諸制度の改正及び運用の概況

前記のような経緯により、これまでの「障害者の自立の支援に関する法律（障害者自立支援法）」は、次年度より「地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律」（平成 24 年法律第 51 号）の成立により、障害者自立支援法は次年度より通称「障害者総合支援法」へ改正されることになっている。

この経過については、障害者自立支援制度がサービス利用当事者の生活実態やサービスニーズに関する議論を十分に尽くしたうえで制定施行することなく、介護保険制度と同様の定率・応益負担原則に基づく制度としてスタートしたことが不可避的に惹起した制度への不信による反対運動や訴訟の提起、そのことに対応した費用負担の軽減に関する一部改正と、その後の政権交代による障害者制度改革の方針変更等が複雑に関わり、その後もほぼ毎年運用が見直されてきた。この間、1993 年に制定された障害者基本法が一部改正（平成 23 年法律第 90 号）され、さらに「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律（障害者虐待禁止法）：平成 23 年法律第 79 号」の制定を経て、国

連の障害者権利条約批准に向けた国内法の整備が進められるなかで、上記のとおり障害者自立支援法の改正に関する検討も行われてきた。

ダルクの現場では、具体的には障害者自立支援制度で自立支援給付による訓練等給付費の対象事業として位置づけられた障害程度区分認定を要するグループホーム（共同生活援助）と、従前の障害者地域作業所からも事業移行し易い地域活動支援センターが、既存の大半のダルクの運営上主要な機能であったナイトケアとデイケアに重なり合うことから、制度内運営にあたり指定障害福祉サービス事業者となるために法人格の取得が求められたことで、それまでのボランティア（任意）団体からNPO法人等へと組織変更する必要が生じた。それにより標準的には、運営組織が法人化され、現場で日常的に援助に携わる回復者スタッフ以外の協力者・専門職等の参加によって非営利活動法人が再編成され、法人会計と各施設会計が明確な区分により管理されるようになった。

一方で、デイケアとして自治体による補助金対象事業であった地域作業所としての運営部分は、日中活動支援としてその多くが地域生活支援事業として運営される地域活動支援センターへと移行したが、その利用にあたっては障害程度区分認定を条件としないため、利用者=通所者はダルクが運営するナイトケア施設（グループホーム）等の入寮者以外にも、地域の一般居宅や専門医療機関入院中の状態でも申請により通所が可能とされた。ただし、毎日の利用者状況を日報の形式で報告し、その実績に基づいて運営費が翌月払いされることになったため、スタッフにとって事務量の負担は以前に比べ増大したことが報告されていたが、事務専任者を別途確保することも運営上容易ではなかったため、回復者で構成される援助スタッフの業務にも制度に合わせて事務帳票作成作業が追加された。

障害者自立支援制度の開始は、ダルクにとって、これまで地域作業所として運営してきた時期の所在地自治体との関係だけでなく、国の制度に合致した法人による運営へ変更を求めるこことを意味し、法人への組織変更が困難な場合は、利用者（家族）が負担する利用料と寄付金等による独自の法外財源による運営を選ばざるを得ないことになり、安定的に家賃・光熱水費支出及

び援助スタッフの雇用を確保することに困難を抱えることにもなるため、結果的に新たな障害者サービス制度のプロバイダーとして同制度内に誘導されていった状況が、昨年度実施したヒアリング調査からも明らかになった。

今日では、施設が所在する自治体の障害サービス事業者の充足状況などとも関連しつつ、地域活動支援センター（地域活動支援：日中活動支援）+グループホーム（共同生活援助：夜間居住援助）の組み合わせだけではなく、旧制度における精神障害者生活訓練施設に該当する訓練等給付費による自立訓練（生活訓練）事業や市町村及び県による地域生活支援事業としての相談支援センター（指定相談支援事業所）といった幅広い制度内サービスに合わせて薬物依存者を対象としたリハビリテーションサービスが提供されている現状にある。

新年度から施行される新たな障害者生活支援法によるサービスがどのように既存制度の見直しを進め、具体的にサービス体系を再編していくのか正確には把握が困難な状況にあって、法内運営を選択して業務をそれに沿って運営して行こうとするダルクだけでなく、今後の制度内移行を計画しその準備を進めつつあるダルクにとっても、今後のその推移は事業計画と大きく関わってこざるを得ないといえる。

2. 保護観察関連諸制度の改正及び運用の概況

2005（平成17）年度に施行された刑事収容施設及び被収容者の処遇に関する法律においては、第103条（改善指導）によって「麻薬、覚せい剤その他の薬物に対する依存がある」受刑者への指導が規定され、そのことによって以後全国的にダルクスタッフ等が所内の「指導教育」に定期的に関与する状況が拡大した。それら制度改革以降、施設外である地域における再犯予防への取り組みもまた検討されてきた。保護観察制度と更生保護事業が従来その役割を担ってきたが、その実態とあり方についても議論され、特に再犯率の高い薬物事犯者の地域内処遇はその焦点の一つとなっていました。

2004（平成19）年法律第88号として改正された更生保護法により、更生保護委託費支弁基準（平成20年法務省令第41号）が定められたが、そこでは更生保護施設の他に認可事業者が

宿泊供与及び食事付き宿泊供与を提供する場合の食事付宿泊費及び委託事務費の基準も示された。その後6回にわたる改正を経て、2011（平成23）年5月に「自立準備ホーム」の制度が開始された。これは、あらかじめ保護観察所に登録したNPO法人等が刑務所等を出所し帰住先のない保護観察対象者等を入所させて一定期間宿泊、食事その他の生活訓練プログラムを提供する制度で、法人化されたダルクもその中に含まれている。平成24年5月28日法務省令第24号による最近改正では、当初の宿泊費、食事給与費の他に、自立準備支援費と薬物依存回復訓練費の基準も設定されている。

＜2012年度にダルクに身元引受を委託した場合の委託費単価＞

宿泊費	1,500円
食事給与費	1,213円
自立準備支援費	2,000円
薬物依存回復訓練費	879円
合計	5,592円／日

これらの制度を整理すると、平成23年度より「緊急的住宅確保・自立支援対策」として宿泊費、食事給与費、自立準備支援費の設定が行われ、さらに翌24年度より「薬物依存回復訓練の実施」が開始されたことにより、当該訓練費の設定が加えられて今日に至っている。なお、この基準には対象者の年齢やダルクの所在地別に違いはなく、全国一律の額として設定されている。30日間入所受託した場合のダルク等受託者に支払われる金額は、およそ17万円弱(167,760円)となり、生活保護の最も高い生活扶助基準額（16～19歳単身：1級地-1）の85,510円に住宅扶助基準の最高額を加算した額に比べ高い設定となる。但し、この制度によって委託を受けた者が、施設入所中に医療が必要な状態になった場合の医療費、移送費等の一時扶助について支弁基準は設けられておらず、他に負担する方法がなければ生活保護等の別制度によるしかないことは現状の大きな課題の一つとなっている。

平成24年度には、新規の事業者として9月末現在で全国42団体が登録し、そのうちの38団

体が全国のマック及びダルク施設で占められている。薬物事犯者に限ってみれば、この制度による受託先はほぼ全国にあるダルクが想定されていることは実態からも明らかであり、前項に述べた障害福祉サービスや施設利用者個人を対象に支給される生活保護費とは異なる、別財源からの運営費収入の方途として考えられる一方で、その制度目的からみたサービス供給能力などについては、制度管理主体である保護観察所とダルク双方による問題のすり合わせが不可欠となろう。

また、昨年度本報告で概略に触れたが、刑の一部執行猶予制度（「薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部執行猶予に関する法律案」）の成立については、同法案は2012年末の衆議院での審議途上で解散総選挙により廃案となった。今後再上程され、再度の審議を経て成立する日程については現時点で未定だが、これまで準備されてきた地域内処遇の拡大政策が進められていくなれば、ダルクも含めた社会資源の地域連携システムの確立もまた、制度実施にあたっては必要不可欠な条件として整備されなければならないだろう。

3. 3ヶ所のダルク等におけるヒアリング調査の概要

今年度も前年度に引き続いて、2012年度現在で活動している60ヶ所を超える全国のダルク等回復援助施設の中から、3ヶ所について訪問し、以下のような枠組みによるヒアリング調査を実施した。

インタビューによるヒアリングは、半構造化フォーマットを用いて、研究分担者自身が行った。ヒアリングに用いたフォーマットの項目は以下のとおりである。

- 1) 団体のプロフィール（現時点での登録上の施設・機関の名称）
- 2) 事業開始時期、当時の形態、スタッフ、キャパシティ
- 3) 事業の変更に関して（法人化、制度対応状況、施設の位置づけ、変更時期、その経緯、移転とその費用）
- 4) 制度移行による利用者状況の変化（時期、援助課題、プログラムなど）

- 5)利用者の生活保護受給及び実施機関との関係について（生活保護制度内の給付認定実態に関する問題を含む）
- 6)その他の社会保障制度（障害者手帳、障害年金等）利用について
- 7)行政及びその他の外部機関からのオーダーについて
- 8)司法機関からの依頼の有無とその内容及び対応について
- 9)現時点で今後予想される事業変更と課題

2. ヒアリング調査の集計結果より

1)「団体のプロフィール」では、障害者自立市立支援制度が施行されている今日では、事業実施に法人組織が給付の条件として求められており、自立支援法給付によるサービス提供を受託する事業者としてのダルクは、特定非営利活動促進法による特定非営利活動法人（以下、NPO法人）が主流であるものの、今回の直接のヒアリング対象ではないが、社会福祉法人内の一事業（独立事業所）や、一般社団法人なども存在し、必ずしもそれには限定されていない。

今回の3ヶ所についてみると、NPO法人が2ヶ所で、残り1ヶ所は現時点では事業運営形態の方針が未確定のため、旧来の「みなし法人」のまま民間活動として運営されているものだった。3ヶ所のうちでは最も活動歴の長いOダルクは、これまでたびたびNPO法人化についてそのメリットと事務業務負担増大等について検討してきたが、結論は出ておらず、それによらない様々な事業形態の可能性をも模索している、とのことだった。

2) 事業開始時期と形態、及び3) 事業の変更に関する（法人化、制度対応状況、施設の位置づけ、変更時期、その経緯、移転とその費用等）

事業開始時期は、ダルク全体でみると1990年代末まではまだそれほど急速な拡大はみられなかつたが2000年以降くらいからは毎年数か所のダルクが各地に開設され事業開始してきたことが知られており、それは現在まで継続している。

2012年5月に更新された最近の全国ダルクのリスト²⁾で見ても、そこには50ヶ所66施設（事業所単位）が掲載されており、その他にも日本国外でダルクとしての活動を開始する例もあり、

その全容を常時把握しておくことは極めて難しいほどの拡張は現在も続いている。それは同時に、地域状況や関連機関等との関係を変数として、そこに中心となって事業を預かる現場スタッフの意向によりきわめて多様な展開を見せており、「薬物依存者を対象とした回復支援活動」という部分を共有するにしても、活動の可視的な内容・形態で見ると、ダルクという名称をもって全国的に同じ活動として理解することは混乱を招く可能性さえある。

今回のヒアリングは、沖縄地区のアルコール・薬物依存症リハビリテーションセンターRGは、既設のダルク等のオルタナティブとしての選択肢を提供する目的で開設され、積極的な心理教育プログラムを提供している関係で、外部制度からの直接的なサービス委託は受けず、また同地区のOダルクは、現在も未法人化のため障害者自立支援法給付の外側での従来ダルクが提供してきたサービスを地域連携の中で提供し、また中国地区で活動するTダルクは、特に治療共同体（TC）プログラムをダルクの環境の中で提供する目的で治療段階（Phase：フェーズ）と構造を用いた戦略によるサービスを約3年前より行っており、それぞれ障害者自立支援制度によるサービスプロバイダとしてではない独自の事業形態で活動している。

昨年度調査した各地のダルク等は、いずれも障害者自立支援制度の開始に伴って何らかの変更を経験することになっていたが、今年度の調査施設はいずれも現時点で同法の法内施設に組み入れられていない点で、今後の制度との関わりについて考察する際にも有用な事例であると考えられる。

RGは、2001年にアルコール・薬物依存症者回復施設として事業開始したが、既に同地域内に後述のOダルクは活動していたことから、当初より「ダルク」という名称を使うことはなかった。既存の医療ないしはやアディクション・リハビリテーションのプログラムを経験して回復のチャンスを掴みきれなかったアディクトを独自の対象として、心理・教育、スポーツプログラム等を積極的に導入し、開設当初には利用者家族に対応する東京の家族相談機関との密接な連携によってケアを提供してきたが、2007年10月

にNPO法人として独自の組織を立ち上げ、以後は地域の関係諸機関との関係も強めてきている。

現在では、個別の課題設定とその見直しを3ヶ月を単位にアップデートしながら、入寮及び通所でのプログラム利用に対応している。プログラムの内容も認知行動療法(CBT)やリカバリーダイナミクス・プログラム(RDP)を柱に位置づけ、スタッフが提供に必要な研修修了するなどして、提供環境を確保している。20名の入寮・通所利用者に対し、スタッフは常勤・非常勤も含めて7名で対応するなど、スタッフの配置も利用者ケアに関している。

当初より、ダルクの前例によらない独自の利用料設定を実施してきたため、家族等による利用料自己負担が実質的なプログラム利用の条件となっているが、事情により上記の方法で負担不能な依存症者に対し生活保護による対応例もあった。基本的には、生活保護上限基準によつても実際の利用料との差は大きく、生活保護受給を前提とした入寮には対応していない。

その結果、利用者は年齢層が比較的若い男性が中心となり、それに合わせた共同体運営が行われている。

0ダルクは1994年には沖縄県で事業開始した比較的早い段階から活動を続けるダルクであるが、現在もNPO法人ではなく任意団体として登録されている。自治体単独事業としての地域作業所運営が全国のダルクで選択されていった中でも、0ダルクは補助金による運営を選択せず、主に沖縄以外の地区から、場合によっては他地区的ダルクで回復のきっかけをつかみきれなかったアディクトの援助を担い、現在各地でダルクの施設長・スタッフとなって活躍する者の中にも沖縄で援助を受けた経験者は多い。

しかし、そのことは同時に地元自治体において活動の理解を得るために困難な事情も孕み、生活保護受給についても実施責任等で絶えず問題を抱えてきた。しかしながら、18年間の活動を通して、行政等との関係も形成蓄積される中で、直接的な障害サービス事業への参画ではない、運営安定のための援助も受けられるようになり、「ソーシャルビジネス支援事業」や公益財団法人の基金による「寄付と助成のプログラム」対象に選出されるなど、農作業や食品製造に参加することを根拠として、社会福祉費以外の他

分野の公的費用を部分的に施設運営に活用することも可能になる中、次なる方向として障害者自立支援制度への参入を目標とした法人化の検討を始めている。

具体的には、これまでナイトケアのデイケアセンターの近くに確保し、市街地で回復援助活動を行ってきたが、今後は入寮第1段階は北部の市街地から離れた農村部に入寮施設を確保し、農作業等も取り入れた集中的な治療環境を作り、ある程度の期間そこでの治療の進展によって、以後の社会復帰を中心としたプログラム段階で市街地の入寮施設に移る段階的なケアを提供するための、制度活用が検討の対象となっている。その際の移行対象事業は、第1段階の入寮施設を訓練等給付費による就労移行支援として農作業を中心に、社会復帰段階の施設を就労継続支援B型として施設内作業中心のプログラムに変え、夜間のNAミーティング組み合わせてケアするプログラムを検討中とのことであった。

Tダルクは、2005年に中国地方で初のダルク施設として始まり、豊かな自然環境と20人以上入寮できる施設規模を生かしたケアを行ってきたが、2010年にNPO法人化した。その法人化する以前から、県の福祉保健部所管の「薬物依存症リハビリ施設助成モデル事業」として、小規模作業所運営費補助金相当額の助成を受け、2009年12月より既に先行していた関東のGダルクの技術的支援を受けて、それまでの実践の中で最大の問題だった再発(Relapse)を防止する必要性からTCの構造をダルクの共同生活環境に導入し、今日に至っている。

TCのPhase制をプログラムに導入した同時期に岡山県でもダルクを開設し、Tダルクと同様の15ヶ月間の入寮をミニマムとする構造化したプログラムの実践が続いている。なお、地理的な環境も関わり、通所による利用ではなく、全て入寮によるプログラムであり、1~3ヶ月間のPhase1の段階で時間をかけた共同体への導入を行い、治療環境の構造に統合していく。

3) 制度移行による利用者状況の変化(時期、援助課題、プログラムなど)

以上のような経緯で、今年度ヒアリング調査した3施設は、いずれも現時点で障害者自立支援制度によるサービス事業者になつてないため、運営費確保の面で苦労を抱える反面、制度

の規制からも自由な独自の運営を確保できている点で、昨年度の調査対象施設群とは対照的である。ただし、今後新制度による障害者サービス事業者に参入することは、具体的準備の段階は別として、検討課題に関わり続ける可能性が高い。

4) 今回調査した沖縄及び中国地区のダルクにおいては、現時点でいずれも生活保護を申請・受給に関する問題は少なく、事業の継続とともに所在地実施機関との関係も安定してきている。特に2012年度は、生活保護制度全般をめぐりその拡大とそれにまつわるネガティブキャンペーンの影響もあって、市民レベルの関心はこれまでないほど広がり現在も継続している。制度による保護受給者の数が拡大し、多くの公費が投入されざるを得なくなると、予算との関係で実施運用上の様々な場面での見直しが不可避となり、自治体の裁量に委ねられている移送費等の一時扶助認定や住宅扶助給付上限など、運用の変更が行われる可能性は高くなっている。

そのような状況にあっても、今日の段階ではダルク利用者の運用について、かつて認定されていた費用が認定不可になる例は聞かれず、2年前の「問答集」の掲載事項に則って、公共交通機関の確保困難地域での移送費実費認定や家賃額の全体を根拠とした住宅扶助額認定への変更など、合理的な運用は確保されていることが報告された。

上記3施設では、生活保護受給者の入寮対応がないRGを除き、0ダルクでは18人中11人が、Tダルクでは20人中13人が生活保護受給中であり、いずれも半数を超えていることは、全国の他のダルクでも同様の傾向と予想される。生活保護受給に関する不合理な困難が除かれたこともあり、以前は存在した通称「チャリティ」と呼ばれた、家族負担も得られずかつ生活保護受給も困難なため、結果としてダルクが他の入寮者と同じサービスを無償で施設側負担で提供しなくてはならない入寮希望者は、今日では極まれ少なくなっている。

6) その他の社会保障制度（障害者手帳、障害年金等）利用について

利用者の障害年金取得や精神障害者保健福祉手帳等の取得に関しては、基本的にスタッフが

積極的に進めるよりも、個々の利用者の課題のアセスメントの中で援助がおこなわれる。

ソーシャルワーカーとしての社会福祉士や精神保健福祉士等の確保が施設内では今も難しく、連携する行政や医療機関の専門職の手に任せることで対応する方法が、実際上の基本と思われた。ただし、その必要性の理解や基本的な制度の知識については、ダルク等スタッフの援助職としての基本スキルとしてとらえ、その確保を外部機関も援助していくことは重要である。

7) 行政及びその他の外部機関からのオーダーに関する

障害者自立支援制度の枠外でサービス提供が行われていることもあり、今回調査した3施設のヒアリングからは、プログラム運営の方法に関する外部機関からの規制はほとんどなく、また所在地自治体は基本的にダルクの運営に関して活用可能な助成金の情報提供等関与していることが分かった。

ただし、これらのダルク等施設は所在地近隣住民との間でも良好な関係を維持する努力を続けており、地元との関係が薄い地域においては活動に関する理解が確保されず、困難を抱える例もあった。具体的には施設利用者が薬物使用以外にも起こしたトラブルは、それまでの活動へ理解を簡単に破壊し得るもので、行政は住民との間でその調整に関わらざるを得ないことから、制度運用以外の部分で行うオーダーも施設の現場では無視できない。

8) 司法機関からの依頼の有無とその内容及び対応について

前述のとおり、刑の一部執行猶予制度の開始は未定であるが、昨年度よりその状況を想定したパイロット事業が、自立支援ホーム事業と関わって開始されている。実際の全国の保護観察所からの委託事例まだそれほど多数ではないものの、薬物依存回復訓練の実施に係る登録事業者として、多くのダルクが既に登録している。今回の調査対象施設ではまだほとんど事例が挙がってきていないが、今後前述の医療費問題などを内包しつつ、今後ある程度の受託を依頼される段階で考えられる課題を所管の保護観察所と協議しておくことが必要であろう。

9) 現時点での今後予想される事業変更と課題

前述のとおり、現時点では障害者自立支援制度外側で運営されている今回の3施設のようなダルク等施設が、今後の新制度の中で、どのようにダルクの運営にもメリットをもたらすのか、制度内容の一般論とこれまでの運営課題との継続をも含む個別な部分とで、検討が続けられている。運営費確保という一点だけのメリットに従属するのではなく、積極的なサービス提供事業として、法人化等社会的要件のフォーマットは一定明確化しつつある中で、本来の薬物依存者へのリハビリテーションサービス提供という軸を、援助経験を通してどのように社会的制度に折合わせていくのか、今日問われている。

D. 考察

1. 障害者自立支援制度を起点としたダルク等リハビリテーションサービスのアップデート

昨年度と今年度とで、全国で展開するダルクとそれに類する回復者の手によるリハビリテーションサービスの実態について調査した。そこで分かったことは、近年の障害福祉サービスの大幅な制度改革において、特に障害者基本法において精神障害者を対象としたサービスが身体障害者及び知的障害者サービスとともに位置付けられ、その理念をサービス供給システムの中に展開しようとした2006年の障害者自立支援法施行により、それまで他領域の障害福祉サービスとほとんど連動することのなかったアルコールや薬物依存症を対象とした回復援助活動が制度の枠に参入することによって、法に基づく給付を受け、それを財源として運営するモデルへと誘導されていったことが理解できる。

全国のダルクでも、それまで地域の事情により、所在地の自治体の民間活動に対する補助金という形で財政支援が行われ、運用上の格差も自治体の財政や政策次第で大きくばらつきがあった制度から、法に基づく国と自治体による給付事業としての障害福祉サービス受託へと移行したが、ダルクの側では一定期間内に制度へ移行しない限り、運営財源確保が困難になることが明白な状況で、それに対応することがまず第1の目標となり、組織化とサービスプロバイダ化が短期間のうちに急速に進められた一方で、プログラム等の実際の運営にどのような影響が

あるか、その部分の詳細な検討は後回しにならざるを得なかったといえる。

今年調査対象とした各施設でのヒアリングによって改めて障害者自立支援法の施行によってダルク等のリハビリテーション施設が、日本では一定の規格範囲に整理され、そのサービスが標準化されていったが、同時にサービス体系の外側では従来の自助活動としてのボランタリーな場の提供、共同体（コミュニティ）としての回復者運動など様々な要素を表に出しつつ、多様な活動がダルクの名前に包含されて継続していることに気づく。

全国統一の障害者サービス制度は、日本では自助グループに大きな影響を受けて始められ、そこで用いる12ステップを回復の土台とし、当事者運動としての要素を強く持つてスタートしたダルク等のリハビリテーション施設を、それとは異なる社会福祉サービスの一般的プロバイダが有する諸規制に接合させる役割を持った。それは、経験則だけに委ねない外部からの理論的な刺激に反応した治療環境の形成、維持、水準向上にも可能性を開いたと同時に、ダルクという名称が示す内容を拡散することにもなったといえる。

心理・精神療法的介入の技法を積極的に取り入れたり、TCに代表される治療的環境の導入などをを行う実践は既に始まっており、その経験の蓄積とフィードバックを積み重ねることによって、海外で既に行われているような様々な薬物依存者を対象とした多様な治療プログラムの提供が可能となっていくと考えられる。

2. 「刑の一部執行猶予」制度の導入に伴う地域支援の仕組みに関する問題

「刑の一部執行猶予制度」案とは、「刑法等の一部を改正する法律案及び薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部の執行猶予に関する法律案」に基づく制度改革を指し、2011(平成23)年の臨時国会において参議院で審議されて可決され衆議院に送られたが、昨年末の衆議院解散によって廃案となった。

しかしながら、薬物事犯者の処遇を地域内に移行していく方針は、同法が提案された理由が指摘した社会状況が変化していない以上、今後も進められざるを得ないことも間違いない。昨

年度来、法施行時に向けた条件整備の取り組みとして、デザイン作成と試行的実践が始まられ、ダルクもその中でサービスを提供するプロバイダとして位置付けられた。

ここでは、これまで独立していた矯正施設内と退所後の保護観察等地域における処遇とが、再乱用・再使用を防止する統一した方針で運営され、さらには保護観察期間の終了後も薬物使用しない生活を続けていけるように、各段階をつなぐ目的に則って薬物依存者及びその家族のニーズの視点から既存の社会資源を活用する連携のあり方を求めて立案したもの、と説明されている。ダルク等のサービスプロバイダは、ここで「地域支援ガイドライン（案）」として示された地域全体のシステムの中で、その機能を提供して再使用防止に協力する。それは決して、丸投げではなく、そこに参画する諸機関・諸施設が相互に特徴を理解したうえで役割分担するものでなくてはならず、本制度の中でその官吏的役割を負う機関は保護観察所であること確認しておくことは重要である。

今年度は、前年度にまとめられた地域支援ガイドライン（案）に沿って、パイロット庁（保護観察所）と「自立準備ホーム」として登録したダルクとの間で、仮釈放者及び更生保護法第85～87条に基づく更生緊急保護対象者（満期釈放者）の宿泊委託費の拠出を伴った委託が、まだ全国的とは言えないものの、地域支援パイロット事業として継続実施されている。

これまで、個別の対象者を巡って保護観察官等と関わる例は少なくなかったが、今後は保護観察所の組織全体と定期的に協議の場を形成する必要が生じる可能性がある。さらに、更生保護事業法による更生保護施設とは、これまでダルクは関与する機会がほとんどなかったが、今後は出所者の状況に応じて、例えば更生保護施設入所者が通所により一定期間ダルクプログラムに参加する、といった例も考えられるほか、家族等が構成する引受人会と地域の精神保健福祉センター等で提供する家族支援プログラム等が結びついて利用可能になるなど、連携の幅はこれまでのものを大きく超えて広がることが期待される。

しかしながら、前述の委託期間中の要医療ケースへの対応など、生活保護の医療扶助単給と

の組み合わせによる援助が可能なのか、調整が必要な課題も既に指摘されている。このこともまた、ダルクが外部からのアウトソーシングに対応して機能を提供することと同時に、積極的に業務の見直しとフィードバックを行うことで、自らの事業活動の目的と方法を再検討するべき機会が改めて明確にされたとみることもできる。

3. 多種の制度、協力機関とのコラボレーションに必要なスタッフのスキルの変化

上記に加えて、多種の制度と関わりながらその全体像の中でダルクの機能を生かしたサービス提供を行うスタッフは、自らの回復体験に基づいて獲得した主にNA等自助グループの中で共有する言葉そして概念だけでなく、その外部すなわち社会福祉援助や保護観察等協働する相手側が根拠とする様々なフォーマットや概念、原理原則といったものを、操作可能なように読み替えて適応していく技能が、不可避的に求められる。

たとえば、薬物依存問題への介入の目的に関してみると、法務省で用いる表現は「再犯防止」、その問題原因に論及する場合には「再乱用防止」と表現されるのに対し、厚生労働省が管轄する保健・社会福祉がアプローチする介入の目的は「社会復帰」とされる。更生保護及び障害者福祉の接点で最近用いられるようになった類似の概念には「社会定着促進（支援）」という表現もダルク等の事業と関わりが強い。

それに対し、NAの12ステッププログラムに大きな影響を受けて成立展開してきたダルク等日本の回復者施設（プロバイダー）側の薬物依存当事者への介入は、「回復」を目的として行われてきた。このように、回復支援ないしは回復援助という場合と、社会復帰ないしは再犯防止（予防）というそれぞれ異なる言葉で示されても、その実際に目指すところは援助の具体的形態に落とし込んだ場合には大きな差異にはならず、むしろ大きな部分で重なり合うことを前提として読み替えて理解を共有し、効率的にコミュニケーションの中でそれらの用語を操作できるスキルもまた、スタッフには重要なものとして求められてこよう。これらの技能の獲得には実際に他職種と協議し、共に実践し、議論する経験の蓄積が不可欠であろうから、今後実際に

新たな制度が施行されて協働・分業が当たり前になる以前の時点で、どこまで実現できるか出来るだけ準備しておくことが重要である。

4. 海外の回復支援サービスプロバイダー、特にTC世界会議での議論から

これまで述べてきたダルク等のサービスプロバイダの置かれた社会的条件は、海外の同種サービスを提供するTC（治療共同体）施設においても共通する要素がある。

筆者らは2012年11月にインドネシア・バリ島で開催されたWFTC25 World Conference (World Federation of Therapeutic Communities主催の第25回国際会議)に出席した。北米、西欧、中東欧、南米、オセアニア南太平洋圏及びアジアの各地域連盟に所属する多くの薬物依存関連サービスのプロバイダと政府関係機関が参加して開催されたが、そこで行われたアジア連盟の代表による共通論題プレゼンテーションの中に、以下のような問題整理が見られた。

これらは、TC治療の「外部環境」的要素と「内部的修正」との両面による変化によって、従来のTC実践の戦略が、全世界的に変更を求められている状況について述べている。外部的な環境要素として、低コスト化、ボランティア・家族及びOB/G卒業生の参画、プログラムの認可・認証、ケアの標準化、専門職の業務責任、等である。

また、TC実践団体内部からの修正としては、実践結果の評価目的での研究(機関)との接点、多種専門職ないし多分野的分野との調製、長期的回復の本質的ゴール、といった課題への対応が列挙されていた。

情報：世界のTC実践の情報から WFTC25 (@Bali, Indonesia, Nov.2012)

<TC Strategies Change>

• External Influences

- Development of low-cost(five-seven days per week) therapeutic communities
- Use of volunteers / family members / alumni
- Program licensure, certification
- Development of standards of care
- Professional accountability

• Internal Modifications

- Interface with research to evaluate outcomes
- Blending multi-professional and multi-cultural disciplines(for example, psychiatry, social work, AA/NA, family, church)
- Essential goal of long term recovery

情報：世界のTC実践の情報から WFTC25 (@Bali, Indonesia, Nov.2012)

• Implications for Policy

- Regional and National Federations to be mobilized for global advocacy
- Interface with one another to exchange information about service delivery systems, programs, practice, standards of care and intervention developed
- Interface with public authorities, civil society entities and spiritual organizations to join our efforts
- Recognition that the TC is an effective component of a comprehensive prevention treatment and social integration system

さらに、サービス提供システム、プログラム実践、ケアの標準化、介入技術の発展について相互交流すること、公的機関、実際社会、靈的（宗教）的部分に関わる諸組織等に対応すること、そしてTCが包括的な予防的治療と社会統合に効果的な社会的ツールであるとの認識を持って政策に関与すること、が述べられている。

これらは、今日の日本における治療サービスプロバイダにとっても共通する重要課題であり、TCの治療的要素の導入戦略と合わせて、その土台となる共通認識として確認しておくべき事項である。

E. 結語

制度移行期にあたる障害者自立支援法下における薬物依存症治療資源の現状を把握するために、今年度は3ヶ所のヒアリング調査をとおして、ダルク等リハビリテーションプログラム利用者が活用可能な制度の運用の状況とその課題について問題の整理を行った。合わせて、近年開始された地域生活定着支援事業や現在進行する刑事司法の改正案とその影響について検討した。その結果、以下の各点が明らかになった。

1. 障害者自立支援法への移行は、平成23年度末を一つの期限として進められ、今年度からは、移行期間が終了したことで自立支援制度の給付を受けるダルクの運営形態のモデルが定まり、グループホームと地域活動センターだけではなく、相談支援事業や生活訓練事業等にも展開し、さらに、就労移行支援事業や就労継続支援事業への移行も検討されていた。

2. 障害者自立支援制度の外側でサービス提供するダルク等は、制度内で行われるサービスに

対して「オルタナティブ」として特徴を備えたプログラムによって展開しつつあり、より広い介入のバリエーションともなっていた。

3. 生活保護を受給する利用者の拡大と共に、地域の生活保護実施機関との細部にわたる調整も既にスタッフとの間で行われており、自治体間の運用上の差異は存在するものの、生活保護受給ができず「チャリティ」として施設が入寮費負担せざるを得ない例は極めて少なくなっている。

4. 薬物事犯者を対象とする刑の一部執行猶予制度の導入は、薬物依存回復訓練が算定されるなどその拡大によってはダルクの活動に影響を与えるが、地域支援における社会資源としてダルクが適切に位置付けられれば、これまで以上に薬物依存者の支援において機能する可能性をもっている。

5. ダルク施設の増加が続く中で、スタッフは各地で求められており、加えてより多くの社会資源や制度と関わる事が不可避となるダルクのスタッフにとって、自身の回復の維持・管理や12ステップ・プログラムの日常的実践に加えた、実務上必要な援助技術や制度、さらに異種の法

制度で使われる用語（言葉）・概念等に関する知識とそれを操作する技能がきわめて重要なものとして求められる。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録

特になし

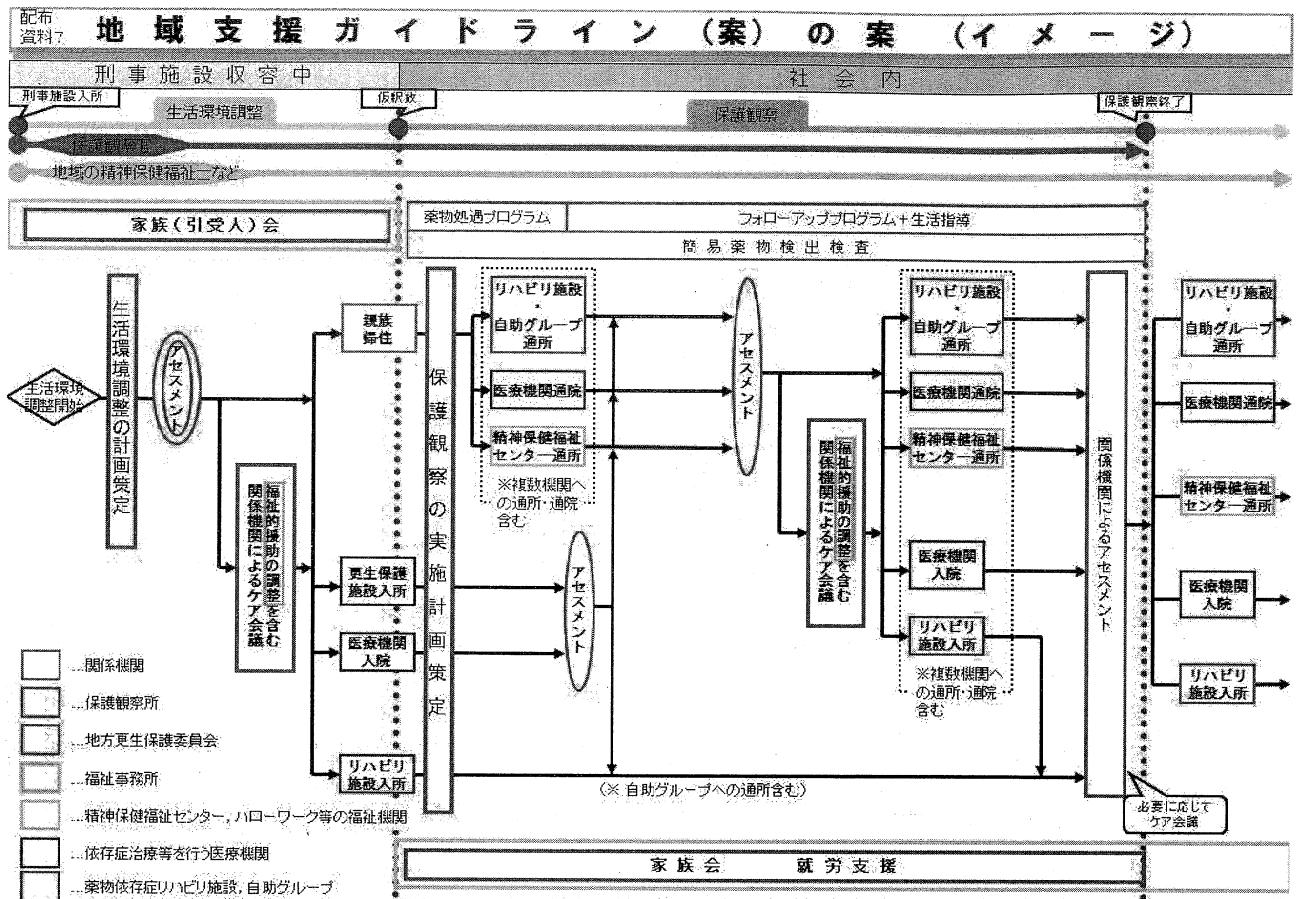
<注及び資料・文献>

- 1) 「地域支援ガイドライン（案）の案（イメージ）」の図については、本論卷末に資料として掲載した。
- 2) 「日本全国のマック・ダルク所在地（2012年5月8日現在）」参照
http://www.darc-dmc.info/md_list.pdf

○「自立準備ホーム」等に関する資料提供をいただいた法務省保護局観察課に感謝いたします。

<資料>

法務省保護局「薬物処遇研究会」(平成23年度)まとめによる「地域支援ガイドライン(案)」のイメージ図



分担研究報告書
(2-2)

平成24年度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)
分担研究報告書

薬物依存症者と家族の社会資源活用に関する研究－地域格差の視点も含めて

分担研究者 山口みほ 日本福祉大学社会福祉学部社会福祉学科 准教授

研究要旨 昨年度までの社会資源調査をふまえ、①薬物依存症者の回復支援に活用し得る制度的社會資源について、精神障害者福祉手帳（以下、「手帳」と略）取得を前提とするサービスを中心に、自治体の独自事業を含め具体的に把握すること、②手帳の判定基準の検討を軸に、制度の枠組みそのものや運用手続きに内包される「障壁」を明らかにすること、の2点を今年度の目的として調査を行った。①については、HPやパンフレットの情報から15の政令指定都市の障害者福祉サービスを把握し、医療費助成と交通機関利用料金助成についてまとめた。②については、協力の得られた3市の担当者から手帳の判定基準の解釈と運用についてヒヤリングを行った。その結果、手帳取得を前提とする自治体の障害者福祉サービスには多くのメニューが存在すると同時に地域格差もかなりあること、また、薬物依存症者にとっては現状の手帳の判定基準の解釈の自治体による相違によって手帳取得の困難性に地域差が生じていることが考えられる一方、そもそも「依存症」は手帳に該当しないという判断が一般的であることが確認された。

A. 研究目的

平成10年5月に薬物乱用対策推進本部から発表された「薬物乱用防止五ヵ年戦略」の柱のひとつとして「薬物依存症者の社会復帰支援」が掲げられた。この柱は「第三次薬物乱用防止五ヵ年戦略」（平成20年）にも引き継がれているが、現状では薬物依存症者は当事者の自助組織であるダルクが運営する施設や事業以外には社会復帰のための資源の利用も難しく、社会福祉の視点からの薬物依存症者支援は遅れている状況にある。

本人・家族等の「当事者」に変化を促進するプログラムは徐々に開発・活用されつつあるが、当事者の社会復帰に影響を与える社会環境の側の整備の遅れは否めない。また、これまでに把握してきた情報から、地域による活用可能な社会資源の格差もかなりあることが見えてきている¹⁾。

そこで、ソーシャル・アクションのポイントを明確化するため、①薬物依存症者の回復支援に活用し得る制度的社會資源について、精神障害者福祉手帳（以下、「手帳」と略）取得を前提とするサービスを中心に、自治体の独自事業を含め具体的に把握すること、②精神障害者福祉手帳の判定基準の検討を軸に、制度の枠組みそのものや運用手続きに内包される「障壁」を

明らかにすること、の2点を今年度の目的として調査を行った。

B. 研究方法

上記目的の①については、全国の政令指定都市（同一県内に複数ある場合は、指定時期の早い市1つを選択）のホームページや発行冊子等の公開されている情報から障害者福祉サービスを集約した。政令指定都市を選択したのは、予算規模や自治体の裁量権等から自治体独自の福祉サービスを比較的設定しやすいため、多くの社会資源のバリエーションが得られると考えたためである。

実際に把握したサービス・メニューは多岐に渡るが、その中でも多くの自治体が類似の事業を展開しており、サービス利用者が手帳を取得する動機ともなりやすいものの代表として、医療費助成制度と交通機関の利用料金の助成制度の集約表を作成し、自治体の相互比較ができるようにした。

②については、協力の得られた3ヵ所の自治体の精神保健福祉センターを訪問し、手帳の判定に関わる業務を担当する職員に、判定基準の解釈と運用についての現状についてヒヤリングを行うとともに、関係資料の提供を受けた。

手帳の等級の判断は、全国一律の等級表に従

つて各都道府県・政令指定都市ごとに結成される委員会が行うものであるが、判定結果は「一律」ではない。その差異はどのようにして生じるのか、量的調査を行う前提として少数地域での半構造化インタビューによって実際の判定にあたっての判断ポイントを仮説的に抽出することが必要であると考えた。

(倫理面への配慮)

今回の取り扱い情報には個人情報は含めておらず、また、①に関しては自治体によって公開されている情報のみを活用している。

②についても入手する情報は基本的には公の性格を持つものであるが、担当部署（者）・関係部署（者）の「判断」や「解釈」を含む一部の少数自治体の情報であるため、自治体名を匿名化して報告することとした。

C. 研究結果

1) 精神障害者保健福祉手帳を前提とする自治体独自のサービス

(1) 医療費助成制度

物質依存を含む精神障害の治療を受ける人々に対する全国的な医療費の支援としては、障害者自立支援法に基づく「自立支援医療」がある。しかし、この制度は入院医療費には適用されない。また、この制度を活用しても、原則1割の通院医療費は自己負担として残る（所得に応じた軽減策が取られている）。さらには、身体疾患も同時に抱える精神障害者も少なくないため、精神科以外の費用負担もある。

障害者自立支援法以前の精神保健法32条による通院費公費負担制度が原則0.5割の自己負担であったため、そのままでは患者の負担感が増すこともあって、多くの自治体が何らかの助成制度を独自に設定してきている。

表1に、令指定都市の医療費助成制度をまとめた。今回取り上げた15市の資料では、薬物使用を原因とする障害について制限を加える規定はみられず、手帳保持者であればその申請理由となった病名が何であってもそれでサービス利用が制限されることはないというのが建前である。

15市の中10市が何らかの独自な医療費助成制度を設けていた。うち、手帳取得を前提と

する制度を設定していたのは7市、さらに、その中で4市が入院・通院の両方の医療費を対象とし、かつ精神科以外の他科受診分の医療費も対象とする制度を設けていた。また、手帳の等級区分では、3級の手帳保持者を対象としている制度ではなく、2級までを対象とするのは3市、1級のみを対象とするのは4市である。

一方で、手帳が無くても他の条件により医療費を助成する制度を設けている市が5市、自立支援医療以外の独自制度を設けていない市が5市あった。

(2) 交通機関利用料助成制度

通院医療費に関しては自立支援医療で大部分がカバーされる。地域で暮らす依存症者にとって医療費以上に手帳取得の動機となりうるのが、「移動」にかかる費用、つまり交通費の助成である。

医療費助成制度と同様に15市の交通費助成制度を設定状況をまとめたものが表2である。これらについても、規定上は物質使用による病名の制限は設けられていなかった。

15市中14市について、市営の機関のみならずタクシーを含め市内の移動に使用される複数種類の交通機関の利用に助成制度を設けていることが確認された。

しかし、JR各社や大手民間鉄道会社、航空各社が身体・知的障害者への助成制度を設けているにも関わらず、精神障害への助成を行っていないため、市外への長距離移動の経済的な壁は厚いものとなっている。

また、全額無料となるものから細かな条件設定で制限を設けているものまで助成内容は様々で、複数メニューが設定されていてもその中からひとつだけを選択する方式になっている場合もあり、居住地によって行動範囲の広げやすさには差が生じてくることが予想される。

今回の調査象外の自治体運営による交通機関のない地域では、もっとこの差は大きなものとなろう。

2) 各自治体の手帳等級判定基準の運用

「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令」（以下、「施行令」と略）により、一般的な精神障害の等級は以下のように定められている。

1級：日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの

2級：日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に制限を加えることを必要とする程度のもの

3級：日常生活若しくは社会生活が制限を受けるか、又は日常生活若しくは社会生活に制限を加えることを必要とする程度のもの

また、この基準は平成7年の厚生省保健医局長

表1 精神障害者保健福祉手帳による自治体（政令指定都市）独自サービス・メニュー（1）
医療費助成制度

	精神障害者保健福祉手帳等級				概要	備考
	1級	2級	3級	無		
札幌	△	—	—	—	保険自己負担分。精神科入院を除く。	所得制限有。
仙台	—	—	—	—		
さいたま	○	○	—	※	保険自己負担分。食費分は半額。	※障害基礎年金1・2級も対象
千葉	○	—	—	※	保険自己負担分。食費除。	※1ヶ月以上の入院（措置除）の保険自己負担の半額（食費除）
横浜	—	—	—	※		※入院費1ヶ月1万円を助成。 所得制限有。
新潟	△	△	—	—	医療保護・任意入院（月初～月末まで同一病院）1ヶ月1万円上限。	所得制限有。
静岡	—	—	—	※		※任意・医療保護入院1ヶ月以上の自己負担。1ヶ月1万円上限。
名古屋	○	○	—	—	保険自己負担分。食費を除く。	
京都	—	—	—	—		
大阪	—	—	—	—		
神戸	○	—	—	—	保険自己負担分。福祉医療分は除く。	所得制限有。
岡山	—	—	—	—		
広島	—	—	—	※		※自立支援医療の自己負担分。
北九州	△	—	—	—	保険自己負担分。訪看・食費除。 精神科入院分は除く。	
熊本	—	—	—	—		

○は診療科目や入院／通院の区分によらず適用されるもの

△は入院、通院いずれか、あるいは受診した診療科に制限があるもの。

(HP、パンフレット等、2012年度の各自治体公開情報に基づいて作成した)

表2 精神障害者保健福祉手帳による自治体（政令指定都市）独自サービス・メニュー（2）
交通機関利用費助成制度

		精神障害者保健福祉手帳等級			概要	備考	
		1級	2級	3級			
札幌	市内交通	○	○	—	無料	福祉バス交付	選択
	バス	—	—	○	額最大 48,000 円分	ゆう鉄バス 回数券	
	タクシー	○	○	○	1・2級：年額最大 39,000 円分 3級：年額最大 13,000 円分		
仙台	市内交通	○	○	○	無料	市営バス・地下鉄、 宮城交通バス ふれあい乗車券の交付 所得制限有	選択
	タクシー	○	○	—	年間 3 万円（500 円券×60 枚）助成	所得制限有	
	バス・地下鉄	○	○	○	本人のみ 5 割引	宮城県・仙台市発行の手帳	
さいたま		—	—	—			
千葉	タクシー	○	○	○	一般：2600 円以内は半額 2600 円超は 1300 円助成 福祉：11000 円以内は半額 11000 円超は 5500 円助成	利用券年間 60 枚まで交付	
	民間バス	△	△	△	3～5 割引？	バス会社によっては助成有	
	モノレール	○	○	○	本人・介護者 1 名 5 割引		
	市内交通	○	○	○	無料		
横浜	タクシー	○	○	○	1 割引	タクシー事業者による	
	バス	○	○	○	普通乗車券 5 割引、定期券 3 割引	県内運賃	
新潟	船	○	○	○	5 割引	佐渡汽船 1 社	
	バス	○	○	○	本人・介護者：5 割引 介護者定期：3 割引	じしてつジャストライン	
静岡	市営交通	○	○	○	1・2級：本人・介護者無料 3級：本人無料	バス・地下鉄・あおなみ線 乗車券交付	
名古屋	タクシー	○	—	—	1 乗車 740 円限度のタクシー券 1 ヶ月 8 枚		選択
	市バス・地下鉄	○	○	○	1 級：本人・付添人 1 名無料 2・3 級：本人のみ無料	福祉乗車証交付	
京都	タクシー	○	—	—	1 ヶ月に 500 円券×4 枚		選択
	民間バス	○	○	○	5 割引	奈良交通・京都シティ バス・京阪宇治の 3 社	
	タクシー	○	○	○	1 割引	日清交通 1 社	

大阪市	フェリー	○	○	○	1級：本人・介護者1名5割引 2・3級：本人5割引	1級は6m未満の車も可。
	市内交通	○	○	○	1級：介護者付で無料 2・3級：本人無料	バス、地下鉄等 無料バス交付
神戸	バス	○	○	○	乗車券：本人・介護者5割引 定期券：本人・介護者3割引	
岡山	路面電車	○	○	○	1級は本人・介護者5割引 2・3級は本人5割引	
	バス	○	○	○	本人5割引、介護者3～5割引	
広島	アストラムライン	○	○	○	本人・介護者5割引	
	市内電車	○	○	○	本人5割引、介護者2名まで無料	
	旅客船	○	—	—	本人・介護者3割～5割引	
	市バス	○	○	○	全区間無料	優待乗車証の交付を受ける。
北九州	市営渡船	○	○	○	本人・介護者：常時利用者無料 時々利用5割引	
	モノレール	○	○	○	本人・介護者（2、3級は本人12歳未満）5割引	
	タクシー	○	—	—	運賃の一部を助成 施設入所者・措置入院者除	
	市内交通	○	○	○	市内交通が1～2割負担となる。	乗車券を購入。
熊本	市内交通	○	○	○	年額最大2000円負担となる	おでかけバス券の販売

※HP、パンフレット等、2012年度の各自治体公開情報に基づいて作成

通知「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準について」（以下、「通知」と略）においてより詳細化されている²⁾。その中で「中毒精神病」については「精神作用物質の摂取によって引き起こされる精神および行動の障害を指す。有機溶剤などの産業化合物、アルコールなどの嗜好品、麻薬、覚醒剤、コカイン、向精神薬などの医薬品が含まれる。これらの中には依存を生じる化学物質が含まれ、また法的に使用が制限されている物質も含まれる。」とし、さらに「なお、『精神疾患（機能障害）の状態』欄の状態像及び症状については、以下のとおりである。(a) 認知症、他の精神神経症状中毒精神病に現れる残遺及び遅発性精神病性障害には、フラッシュバック、パーソナリティ障害、気分障害、認知症等がある。」とされ、等級に関して以下のように記されている。

1級：中毒精神病によるものにあっては、認知

症その他の精神神経症状が高度のもの

2級：中毒精神病によるものにあっては、認知症その他の精神症状があるもの

3級：中毒精神病によるものにあっては、認知症は著しくないが、その他の精神症状があるもの。なお、この通知と同時に「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準の運用に当たって留意すべき事項について」が出され、等級の判定にあたっては症状のみならず能力障害の状況も併せて総合的に判断する旨が示されているが、こちらには中毒精神病そのものに関する直接的な記述は含まれていない³⁾。

国全体としての統一した手帳等級の判定基準はこれらの施行令や通知によって示されているものの、薬物依存症者の手帳取得は自治体による「基準」の解釈・運用の違いによって状況が異なって

今回訪問した3市の精神保健福祉センターの担

は以下のとおりであった。

(1) A市

「通知」を基本に市独自の覚書を作成しており、精神作用物質使用による精神および行動の障害の判定については次のような判断をしている。すなわち、「依存・乱用は手帳の対象とならず、『健忘症候群』『中毒精神病』のカテゴリーのみ対象とする。単に『依存症』や『精神病性障害』では対象とならない。依存・乱用が続いているか、不使用となって間がない者は生活能力の状態の判定ができないため対象外とする。」というものである。ここでいう「不使用になって間がない」というのは、概ね6か月以内を目安としているそうであるが、その根拠は必ずしも明確ではない。ただし、周辺の自治体は同様の判断を行っている状況にあった。

(2) B市

独自のマニュアルや覚書等は作成されていないが、「通知」に加え、財団法人日本公衆衛生協会『精神障害者保健福祉手帳の手引き』のアルコール依存症に関する「Q&A」を参考に、他の物質使用による障害についても判断しているとのことであった⁴⁾。

この手引き書を発行している協会は実質的に厚生労働省の職員で構成されていたため、その内容については「公的な見解」として保健医療現場に受け止められている。

実際の「Q&A」の記述は次のとおりである。

「Q アルコール依存症は手帳の対象と考えて差し支えないか」「A 亂用、依存のみでは対象とならない。離脱症状等による精神神経症状があり、そのために長期にわたり日常生活に支障があることが条件である」、「Q 飲酒を続けている状態のものは対象となるか」「A 対象としない。また、治療中断の者も対象とはならない。」

なお、この「Q&A」の「A」の根拠は文献上特に示されてはいない。

(3) C市

「通知」等の全国的な基準が基本であり、それ以外の基準を示した資料を用いたり、自治体独自のマニュアルを作成することはしていない。

長期にわたる生活障害があればそれも含めて総合的に判定するが、それであっても通常は「依存症」単独では手帳の対象外との判断がなされている。

おそらく、この見解が大多数の自治体の見解に近いのではないかと思われる。

3市の見解から、「依存症」という病名が記載されていると手帳取得が困難であり、物質使用関連の場合は「薬物使用の継続性がなく、使用期間が長期（概ね6か月以上）となっているにも関わらず重度の精神病症状が出現していて長期に渡って高度の生活障害を抱えている」という、かなり限定期的な患者しか実際的には手帳を手にすることができるない現状にあることがわかる。

D. 考察

今回の結果は、予測していたことの確認がされたということ以上のものが見い出せるものではないが、現状の一端は掴めたのではないかと考えている。

15市の障害福祉サービス・メニューの中には、手帳を前提とする・しないに関わらず、対象を依存症者に特化したサービスは存在していなかったため、精神障害一般に向けたサービスを活用する、という観点で考えることとなった。

障害者自立支援法に規定される事業は、手帳を取得しなくても活用可能であり、「障害程度区分認定」という別の判定を受けることになる。しかし、自治体独自のサービスや、その自治体内で展開する民間事業者のサービスの中には手帳取得を前提とするものがまだ数多く存在しており、手帳自体を取得できなければ薬物依存症者にとっての社会資源は広がらない。

地域（自治体）ごとのサービス・メニューの格差に加えて、手帳取得の判定基準の解釈・運用にも地域（自治体）による違いが存在しており、その意味では二重に「地域格差」が生じていることになる。

今回はあまり言及していないが、薬物依存症者の社会資源活用をめぐっては、さらに精神障害と身体・知的障害の格差、依存症とそれ以外の精神障害の格差、アルコール依存とそれ以外の物質依存の格差、手帳制度に「指定医」制度が取り入れられていないことによる医師の診断確度の格差、といった何段階もの「格差」が存在する。地域格差の上にこれらの格差が掛け合わさることで、当事者が生じているものと考えられる。

しかし、性急に「格差解消」を求めすぎると、薬物依存症者の実情から大きくかけ離れた基準の

統一、その解釈・運用の統一が行われる可能性もあるため、地道に依存症についての社会的な理解を促進しつつ、社会資源の適用可能性や適用することの効果を実証的に明らかにしていく必要がある。

昨年度、自立支援医療の診断書とともに手帳申請のための意見書（診断書）の様式が改編され、物質の不使用期間を記載する欄が登場した。これは、「通知」の基準をより厳密に適用しようとする「格差解消」の流れとも取れるが、入院や身柄拘留によって長期の不使用間ができるケースもあり、依存症の回復の度合いと物質の不使用期間は必ずしも平行しないことは関係者間ではよく知られていることである。また、不使用期間を正確に掴むこと自体も困難である。

「通知」に示された手帳の対象疾患には「依存症」が含まれていないが、この通知は手帳の根拠となる精神保健福祉法上の「精神障害」の定義に物質依存が明確に入れられる以前に出されている。障害年金の認定基準を検討した際と同様に、別の規定に古い定義が残ったままであることに問題があるように思われる⁵⁾。

E. 結論

今回は、薬物依存症と他の精神疾患を区分せずに「精神障害者」の枠組みでまとめたが、手帳取得を前提とする自治体の障害者福祉サービスには多くのメニューが存在すると同時に地域格差もかなり見受けられた。また、薬物依存症者にとっては現状の手帳の判定基準の解釈の自治体による相違によって手帳取得の困難性に地域差が生じていることが考えられる一方、そもそも「依存症」は手帳に該当しないという判断が一般的であることが確認された。

このような二重の地域格差が他の障害との格差等と掛け合わされ、薬物依存症者の困難性を增幅させていると考えられる。

今後はさらに多くの自治体の現状を調べるとともに、サービス提供を行っている事業者を対象に、薬物依存症者の受け入れ状況を確認し、より多くの社会資源の活用可能性とその有効性を探っていきたい。

また、こうした調査を通じて把握した情報を当事者・家族や治療・相談支援にあたる専門機関のスタッフと共有し、ソーシャル・アクションへの

素地を固める機会も作っていく必要があると考えている。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし

注・文献

- 1) 山口みほ「薬物依存症者と家族の社会資源活用に関する研究」『平成23年度厚生労働科学研究費補助金（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業）「薬物乱用・依存等の実態把握と薬物依存症者に関する制度的社会資源の現状と課題に関する研究』（研究代表者：和田清）研究報告書』2012年、p135-149
- 2) 平成7年9月12日健医発第1133号各都道府県知事宛厚生省保健医療局長通知「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準について」（最終改正：平成23年3月3日障発0303第1号）
- 3) 平成7年9月12日健医発第46号各都道府県知事宛厚生省精神保健課長通知「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準の運用に当たって留意すべき事項について」（最終改正：平成23年3月3日障発0303第2号）
- 4) 財団法人日本公衆衛生協会『精神障害者保健福祉手帳の手引き』2003年、p67
- 5) 山口みほ「薬物依存症者の回復支援に関する制度的社会資源の活用実態と課題」『医療福祉研究』第19号、2011年、p105-113

分担研究報告書
(2-3)

平成24年度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)
分担研究報告書

薬物依存症者をもつ家族に対する心理教育プログラムの開発と評価に関する研究

分担研究者 近藤あゆみ 新潟医療福祉大学社会福祉学部社会福祉学科 准教授
研究協力者 高橋郁絵 原宿カウンセリングセンター 臨床心理士
森田展彰 筑波大学大学院人間総合科学研究科 准教授

研究要旨 【目的】医療保健機関利用者を対象に家族心理教育プログラムを実施し、その理解度及び有効性等を検討するためのアンケート調査を実施し、前年度の家族会調査の結果と比較した。【方法】多摩総合精神保健福祉センター（延べ人数 57 名）、中部精神保健福祉センター（延べ人数 42 名）、静岡市こころの健康センター（延べ人数 16 名）、群馬県こころの健康センター（延べ人数 12 名）、岡山県精神科医療センター（延べ人数 62 名）の家族教室参加者を対象に、機関職員が家族心理教育プログラムを実施した後、自記式のアンケート調査への協力を依頼した。【結果及び考察】家族と本人の現状について、関係機関と家族会ではいくつかの相違点があった。まず、関係機関を利用する家族の平均年齢（58.1 歳）は、家族会（61.0 歳）と比較すると、有意に若かった。また、関係機関を利用する家族が薬物問題に気がついた時期は、平均 5.8 年前であり、家族会の 9.9 年と比較すると有意に短かった。それに関連して、関係機関を継続的に利用するようになった時期についても、関係機関利用者では平均 2.4 年前であり、家族会（5.8 年前）と比較すると有意に短かった。家族と本人の関係性については、関係機関では「一緒に暮らしている」（49.2%）が最も多かったのに対し、家族会では「離れて暮らしておりあまり連絡を取り合わない」（35.0%）が最も多いなど違いが認められた。現在の本人の生活状況については、関係機関では「家族と同居」（49.2%）が最も多く、次が「一人暮らし」（18.0%）であるのに対し、家族会では「一人暮らし」（25.1%）、「家族と同居」（21.8%）、「リハビリ施設に入所」（21.5%）などが多く、それぞれの割合には有意の差が認められた。現在の本人の薬物問題の状況についても、「一定期間薬物をやめることができている」の割合が関係機関では 34.4% であるのに対し、家族会では 57.1% であること、また、関係機関における「たびたび薬物を使用しており、状態は良くなっていない」（18.5%）の割合が家族会（2.6%）と比較して高いことなど、それぞれの割合には有意の差が認められた。GHQ28 の平均得点については、「身体的症状」、「不安と不眠」、「社会的障害」、「うつ傾向」、「合計得点」の全てに有意の差が認められ、関係機関の家族の精神健康は、家族会参加者と比べて低かった。また、依存症家族対処スキル尺度の平均得点を比較した結果、「本人が薬物をどうしてなかなかやめられないか説明できる」、「本人の回復を落ち着いて待つことができる」、「本人なりに人生をきりひらいていくことができると信じられる」及び「合計」に有意の差の傾向が認められ、家族会参加者の方が対処スキルが高い傾向にあった。以上の結果から、家族会と比較して、関係機関の家族は、薬物問題に気づいてからの日が浅く、それに関連して、本人も本格的な治療や回復に至っていない者の割合が高いものと思われる。このような状況にありながら、多くの家族は本人とともに生活しており、そのことが家族の精神健康に悪影響を及ぼしている可能性が高い。家族心理教育プログラムに関する主観的理解度については、「ある程度理解できた」と「かなり理解できた」で約 9 割を占めており、家族会と同様の結果であった。有効性については、「ある程度役に立つ」、「かなり役に立つ」、「非常に役に立つ」で 9 割を超えており、家族会と同様の結果であった。上記の結果から、本プログラムの内容が家族にとって理解しやすいものであること、また、役に立つと実感できるものであることについて一定の結果が得られた。次に、本人の現在の状況と家族のプログラムに関する主観的理解度との関係性について検討したところ、4 種類の教材全てについて関連は認められず、本人の現在の状況によって、家族の理解度は異なることが示された。有効性について

も同様の結果が得られ、本人の現在の状況によって、家族のプログラムに対する有効性評価は異なることが示された。上記の結果から、本プログラムの内容は特に対象を選ばず、様々な状況の家族に対して、一定の理解度及び有効性が得られるものと思われる。また、今年度、新たに4種類の教材を開発した（それぞれ、「家族向け教材」と「ファシリテーター用マニュアル」の2冊ずつ）が、今後も教材を充実させ、多様な家族のニーズに応えることができる包括的なプログラムの開発を目指したい。

A. 研究目的

依存症対策の中でも特に家族支援整備の立ち遅れが著しい現況を反映して、2003年に内閣府薬物乱用対策推進本部が薬物乱用防止新五か年戦略¹⁾を公表し、薬物乱用防止のための基本目標の中に「薬物依存・中毒者の家族に対する支援等」が明記された。またその流れは、2008年に公表された第三次薬物乱用防止五か年戦略²⁾においても、「薬物依存・中毒者の治療・社会復帰の支援及びその家族への支援の充実強化による再乱用防止の推進」として引き継がれている。それでも尚、わが国の家族支援に関する体制は極めて未整備であり、課題は山積の状況にある。

このような現状において、「薬物依存症者をもつ家族に対する心理教育プログラム」（以下、家族心理教育プログラムと記す）の拡充は非常に重要な課題であると思われる。欧米では既に、多様な家族のニーズに応える様々な家族介入方法が開発され、その効果が検証されつつあるが^{3) 4)}、欧米と比較して薬物乱用依存症者が少ないといわれているわが国⁵⁾では、家族支援に必要な資源が経済的にも人的にも圧倒的に不足しているため、同様の発展は当面期待できそうにない。だからこそ、低コスト、少ないマンパワーで実施可能な心理教育の場面で用いられる教材の充実は、現実的且つ高い有用性を發揮するものと思われる。

これまでわが国で行われてきた薬物依存症者をもつ家族への支援は、主に治療につながりにくい薬物依存症者本人（以下、本人と記す）を治療につなげることを目的としていた。従って、家族心理教育プログラムも、「家族が本人の問題を肩代わりすることをやめて問題を本人に返すことを徹底することが本人の回復への決意を促すので、家族は本人の問題から手を引き、消耗した家族自身のケアを行うことが必要である」といった内容を中心であった。また、実際にこれらの教育は、長期間本人の問題行動に巻き込まれ消耗した多くの家族にとって有益であったと思われる。

しかし、長期にわたる依存症者の回復全体を考えると、家族が果たし得る役割、また、家族が希望する役割はそれだけでは終わらない。依存症を支える悪い家族関係について理解し、ネガティブな関わりからいったん手を引いた家族の多くは、よりポジティブに依存症者の回復を支えることのできる家族に変化することを望んでいる。一例を挙げると、常に再発の可能性を考慮にいれておかねばならない依存症者との関わりの中で、再発を早期に発見できる観察者の役割を果たせるようになることは、家族の重要な役割のひとつである。また、その役割を果たすためには、本人に対するコミュニケーション・スキルの向上が欠かせない。このように、本人の回復にそれぞれの段階があるように、家族の課題もその家族によって異なり、また多くの家族がそれらの課題の解決を求めているにも関わらず、これまでの限られた内容の家族心理教育プログラムは、このような多様な家族のニーズに十分対応しきれていたなかったと思われる。

そこで、家族の多様なニーズを把握し、それらのニーズに対応できる総合的な家族心理教育プログラムの開発を目指すことを目的として本研究を実施した。

初年度にあたる平成21年度は、家族心理教育プログラムの作成に先立ち、薬物依存症者をもつ家族の支援を行う関係機関職員及び当事者家族が、想定される様々なプログラム内容に対して、現在どの程度理解をしており、また、どのような内容に強く関心をもち、どのような内容を重要であると考えているのかを明らかにするために調査を行った⁶⁾。

その結果、これまで薬物依存症者をもつ家族に対して行われてきた心理教育の中では、家族が本人に対する有効な働きかけを行うために必要とされる学習内容や、薬物関連の法律に関する学習内容が不十分であることが示唆された。

また、家族の多くは、想定される心理教育プロ

グラムの学習内容に対して強い関心をもっており、中でも、再発のリスク軽減に関連する学習内容への関心が高かった。

平成 22 年度は、調査結果を踏まえ、これまでの家族支援の中では積極的に焦点が当てられなかつた学習内容を網羅した包括的な家族心理教育プログラムの開発に着手した。プログラムは大きく分けると、①薬物依存症という病気や回復について正しく理解できるようにするための学習内容、②薬物依存症者に対する適切な対応法を学び実践できるようにするための学習内容、③家族自身が心身の健康を取り戻せるようになるための学習内容、の 3 つの要素からなる。平成 22 年度に作成した教材は 4 種類であり、①に分類される「薬物依存症とは」、②に分類される「上手なコミュニケーションで本人を治療につなげる」及び「長期的な回復を支え、再発・再使用に備える」、③に分類される「家族のセルフケア」である。内容の詳細については、平成 22 年度の報告書⁷⁾を参照されたい。

平成 23 年度は、前年度に作成した教材を用いて、ダルク等の家族会参加者を対象にプログラムを実施し、その理解度及び有効性等を検討するためのアンケート調査を実施した。結果の詳細については、平成 23 年度の報告書を参照されたい⁸⁾。

平成 24 年度は、平成 22 年度に作成した教材を用いて、医療保健機関利用者を対象にプログラムを実施し、その理解度及び有効性等を検討するためのアンケート調査を実施した。調査は継続実施中であるが、今回は、これまでに実施したアンケート調査の結果について、平成 23 年度に行った家族会参加者の結果と比較しながら報告する。

また、今年度は、平成 22 年度に作成した 4 種類の教材に加えて、更に 4 種類の新たな教材を作成した。教材は現在印刷中のため、それぞれの教材の学習目標のみ紹介する。

B. 研究方法

1. 対象及び方法

対象者は、多摩総合精神保健福祉センター（延べ人数 57 名）、中部精神保健福祉センター（延べ人数 42 名）、静岡市こころの健康センター（延べ人数 16 名）、群馬県こころの健康センター（延べ人数 12 名）、岡山県精神科医療センター（延べ人数 62 名）の合計 189 名である。

方法は、機関職員が家族教室にて、4 種類の家族心理教育プログラム（「薬物依存症とは」「上手なコミュニケーションで本人を治療につなげる」「長期的な回復を支え、再発・再使用に備える」及び「家族のセルフケア」）を実施した後、自記式のアンケート調査への協力を依頼した。

対象者の中には同一人物が複数回答されている可能性がある。例えば、一人の対象者が 4 種類のプログラム全てに参加している場合は、4 回アンケートに回答しており、一方で、1 種類のプログラムにしか参加していない場合は、1 回だけアンケートに回答しているからである。このことにより結果にバイアスが生じる可能性がある項目については、最も回答数が多かった「薬物依存症とは」のアンケートに回答している対象者のみに絞って同様の分析を行うことで重複を避け、その結果に大きな違いがないことを確認した上で、今回は延べ人数を用いた分析結果を報告する。

調査期間は、平成 23 年 10 月から平成 25 年 1 月までの 27 ヶ月間である。

調査項目は、対象家族の属性、対象家族の薬物問題に対するこれまでの取り組み、本人の属性、主たる薬物、本人の薬物問題に対するこれまでの取り組み、対象家族と薬物依存症者本人との現在の関係性、本人の現在の生活状況、本人の現在の薬物問題の状況、GHQ28、依存症家族対処スキル尺度、対象家族のプログラムに関する主観的理解度及び有効性などである。

2. 評価尺度

GHQ28⁹⁾

主として神経症者の病状把握、評価、発見に極めて有効であるといわれている精神健康調査票（The General Health Questionnaire）の短縮版であり、全 28 項目から成る。

採点方法は、4 種類の選択肢のうち、左の 2 つの欄を選択したものについては 0 点、右の 2 つの欄を選択したものについては 1 点を与え、その合計を求める。したがって、最少得点は 0 点、最大得点は 28 点となる。

感度、特異性を考慮し、区分点は 5/6 とされている。

下位尺度として、身体的症状、不安と不眠、社会的活動障害、うつ傾向の 4 つの要素について評価できる。

依存症家族対処スキル尺度¹⁰⁾

家族が薬物乱用者に対して対処する自己効力感に関する8項目について、7段階で評価するものである（表8参照）。

最少得点は8点、最大得点は56点である。

尺度としての妥当性及び信頼性はまだ十分検証されていないが、クロンバックの α 信頼性係数は0.837であり、一定の内的整合性を有することを確認した。

（倫理面への配慮）

本研究は、新潟医療福祉大学の倫理審査委員会の承認を得て実施している。

C. 研究結果

1. 対象家族の属性

家族の属性を表1に示す。家族の年齢は50代（37.6%）が最も多く、次に60代（36.0%）が多くなった。一方、家族会の家族は、60代が半数以上（56.4%）を占めていた。平均年齢は58.1歳（SD=10.8）であり、家族会の61.0歳（SD=8.4）と比較すると、有意に年齢が若かった（Mann-WhitneyのU検定, p<0.01）。

家族の性別と本人からみた関係性については、家族会と有意の差は認められず、性別は女性（73.5%）が多く、本人からみた関係性は親（86.8%）がほとんどであった。

2. 家族の薬物問題に対するこれまでの取り組み

家族の薬物問題に対するこれまでの取り組みを表2に示す。家族が薬物問題に気がついた時期は、現在から遡って5年末満の者（60.6%）が多く、その平均年数は5.8年（SD=5.5）であり、家族会の9.9年（SD=7.9）と比較すると有意に期間が短かった（Mann-WhitneyのU検定, p<0.01）。

関係機関を継続的に利用するようになった時期についても、現在から遡って5年末満の者（63.0%）が多く、その平均年数は2.4年（SD=3.6）であり、家族会の5.8年（SD=5.5）と比較すると有意に期間が短かった（Mann-WhitneyのU検定, p<0.01）。

継続的に利用した関係機関で多かったのは、精神保健福祉センター（個別相談）（36.0%）、精神保健福祉センター（家族教室）（41.3%）、医療機関（個別相談）（20.1%）、医療機関（家族教室）（25.9%）、家族会（32.8%）などであった。一方、

家族会参加者を対象とした調査では、家族会（73.3%）の割合のみが突出して高かった。

3. 本人の属性、主たる薬物及び薬物問題に対するこれまでの取り組み

本人の属性、主たる薬物及び薬物問題に対するこれまでの取り組みについては表3に示す。

年齢は30代が約半数（47.6%）で最も多く、次が20代（32.3%）であった。平均年齢は34.5歳（SD=11.6）であり、家族会の33.9歳（SD=8.2）と比較して有意の差は認められなかった。

性別は、家族会と同様男性（83.6%）が多かった。

家族から見て最も深刻であると思われる本人の薬物は、家族会では覚せい剤（52.5%）が最も多かったが、関係機関を対象とした調査では、覚せい剤（23.8%）、多剤（23.8%）、その他（23.3%）となっていた。「その他」で多かったのは、（脱法）ハーブ（54.5%）であった。

継続的に利用した関係機関で最も多かったのは医療機関（45.0%）であったが、継続的な利用経験がないと回答した者の割合も34.4%と高かった。一方、家族会参加者を対象とした調査では、リハビリ施設（51.5%）が最も多く、次が医療機関（37.3%）であった。

4. 現在の家族と本人の関係性

現在の家族と本人との関係性については表4に示す。

「一緒に暮らしている」（49.2%）が最も多く、次が「離れて暮らしておりあまり連絡を取り合わない」（21.7%）であった。一方、家族会では「離れて暮らしておりあまり連絡を取り合わない」（35.0%）が最も多く、次が「離れて暮らしているが頻繁に連絡を取り合う」（23.4%）であり、それぞれの割合には有意の差が認められた（Fisherの直接法, p<0.01）。

5. 現在の本人の生活状況

現在の本人の生活状況については表5に示す。

「家族と同居」（49.2%）が最も多く、次が「一人暮らし」（18.0%）であった。一方、家族会では「一人暮らし」（25.1%）、「家族と同居」（21.8%）、「リハビリ施設に入所」（21.5%）などが多く、それぞれの割合には有意の差が認められた（Fisherの直接法, p<0.01（「不明」及び「無

回答」は分析から除外))。

6. 現在の本人の薬物問題の状況

現在の本人の薬物問題の状況については表 6 に示す。

家族会と同様「一定期間薬物をやめることができている」(34.4%)が最も多かったが、「たびたび薬物を使用しており、状態は良くなっている」(18.5%)の割合が家族会と比較して高いなど、それぞれの割合には有意の差が認められた(Fisher の直接法, $p<0.01$ ('不明' 及び '無回答' は分析から除外))。

7. 家族の GHQ28 得点

家族の GHQ 得点については表 7 に示す。

合計平均得点は、9.2 点 ($SD=7.4$) であり、53.4% が神経症群と判別された。一方、家族会の合計平均得点は、7.1 点 ($SD=6.6$) であり、46.9% が神経症群と判別された。神経症群の割合については、関係機関と家族会で有意の差は認められなかつたが、平均得点については、「身体的症状」(Mann-Whitney の U 検定, $p<0.05$)、「不安と不眠」(Mann-Whitney の U 検定, $p<0.01$)、「社会的障害」(Mann-Whitney の U 検定, $p<0.05$)、「うつ傾向」(Mann-Whitney の U 検定, $p<0.01$)、「合計」(Mann-Whitney の U 検定, $p<0.01$) と全てに有意の差が認められ、関係機関の家族の精神健康は、家族会参加者と比べて低かった。

8. 家族の依存症家族対処スキル尺度得点

家族の依存症家族対処スキル尺度得点を表 8 に示す。

合計平均得点は 35.9 点 ($SD=8.6$) であった。一方、家族会は 37.4 点 ($SD=10.3$) であった。各項目及び合計の平均得点を比較したところ、「本人が薬物をどうしてなかなかやめられないか説明できる」、「本人の回復を落ち着いて待つことができる」、「本人なりに人生をきりひらいていくことができると信じられる」及び「合計」に有意の差の傾向が認められ(Mann-Whitney の U 検定, $p<0.1$)、家族会参加者の方が対処スキルが高い傾向にあった。

9. 家族のプログラムに関する主観的理解度及び有効性

家族のプログラムに関する主観的理解度及び有効性を表 9 に示す。

理解度については、4 種類のどの教材についても、「ある程度理解できた」や「かなり理解できた」の割合が高く、全体でみると、「ある程度理解できた」(40.2%) と「かなり理解できた」(52.9%) で約 9 割を占めており、家族会と同様の結果であった。理解度について、両群に有意の差は認められなかつた。

有効性については、4 種類のどの教材についても、「ある程度役に立つ」「かなり役に立つ」「非常に役に立つ」の割合が高く、全体でみると、「ある程度役に立つ」(27.0%)、「かなり役に立つ」(46.0%)、「非常に役に立つ」(23.8%) で 9 割を超えており、家族会と同様の結果であった。有効性についても、両群に有意の差は認められなかつた。

10. 本人の現在の状況と家族のプログラムに関する主観的理解度及び有効性

本人の現在の状況と家族のプログラムに関する主観的理解度との関係性について表 10 に示す。

「現在の本人の生活状況」と「現在の本人の薬物問題の状況」に関する質問項目を用いて、本人の現在の状況を、「一定期間薬物をやめることができている（家族と同居）」、「一定期間薬物をやめることができている（一人暮らし）」、「一定期間薬物をやめることができている（リハビリ施設入所）」、「完全に薬物使用がなくなったわけではないが以前より良くなっている」、「たびたび薬物を使用しており、状態は良くなっていない」、「医療機関や刑務所などにいて、薬物を使用できる状態にない」の 6 つに再分類した。

また、主観的理解度については、「全く理解できなかつた」、「あまり理解できなかつた」、「ある程度理解できた」を合わせて「理解できなかつた」とし、「かなり理解できた」、「完全に理解できた」を合わせて「理解できた」とした。

その上で、現在の本人の状況ごとに、4 種類の教材の理解度を比較したところ、全ての教材について、有意の差は認められなかつた。

本人の現在の状況と家族のプログラムに関する有効性との関係性について表 11 に示す。

本人の現在の状況については、上記と同様の方

法で6つに再分類した。

また、有効性については、「全く役に立たない」、「あまり役に立たない」、「ある程度役に立つ」を合わせて「役に立たない」とし、「かなり役に立つ」、「非常に役に立つ」を合わせて「役に立つ」とした。

その上で、現在の本人の状況ごとに、4種類の教材の有効性について比較したところ、全ての教材について、有意の差は認められなかった。

11. 新しく作成した4種類の教材のタイトル及びそれぞれの学習目標

平成22年度に作成した4種類の教材は、包括的な家族心理教育プログラムのコアとなるものであり、薬物依存症者をもつ家族にとって必要な学習事項の中でも最も重要度が高いと思われる内容のみで構成したものであった。

今後は、上記4種類に含めきれなかった学習内容を含めた教材を順次作成し、多様な家族のニーズに対応できる包括的な家族心理教育プログラムの完成を目指したいと考えている。

今年度は、新しく4種類の教材を作成したので、その学習目標を以下に述べる。

(1) 薬物依存症の多様性と人それぞれの回復について知る

①依存症の長期的な回復のプロセスについて知り、依存症者がどのような回復段階にいるかを検討することができる。また、その段階にあわせて家族がどのような対応が必要かを理解することができる。

②依存症の回復の仕方には多様性があることがわかる。依存症による薬物への欲求のコントロールの問題のみならず、中毒や合併症、対人関係の問題、社会生活、スピリチュアルなどの多くの側面が関係しており、それぞれの側面の回復は同じように進むとは限らないことを理解できる。依存症者が持っている問題にあわせて、その回復に必要な支援や資源を考えることができる。

③そうした回復の資源の1つである、NA、ダルクなどの自助活動や12ステップについて知り、その利用について検討することができる。

(2) 「家族の病気」としての薬物依存症

①薬物依存症という病気が家族の中でどのようにして維持進行していくのかということについて多角的に理解できる。

②依存症者がいる家庭で育つ子どもが受ける様々な影響や、アダルト・チルドレンという用語の意味を正しく理解する。

③薬物依存症の影響を受けて変化する中であらわれてくる家族の特徴について考える。

(3) 薬物依存症者本人の望ましい行動を増やし、望ましくない行動を減らす

①「報酬」を与える、「報酬」を差しひかえる、その場を立ち去るなどの言葉の意味を正しく理解し、薬物依存症者本人の望ましくない行動を増やし、望ましくない行動を減らす方法について具体的に考えられるようになる。

②このような方法を用いる際に、暴力を避けより安全なやり方で行えるよう、上手に本人とコミュニケーションをとることができる。

(4) 暴力への対応

①暴力とは何かを知る。

②暴力の影響を知る。

③暴力への対応や身を守るやり方を知っておく。

D. 考察

1. 家族及び本人の現状

家族と本人の現状について、関係機関と家族会ではいくつかの相違点があった。

まず、関係機関を利用する家族の平均年齢は58.1歳であり、家族会の61.0歳と比較すると、有意に年齢が若かった。

また、関係機関を利用する家族が薬物問題に気がついた時期は、現在から遡って平均5.8年前であり、家族会の9.9年と比較すると有意に期間が短かった。それに関連して、関係機関を継続的に利用するようになった時期についても違いがみられ、関係機関利用者では平均2.4年前であり、家族会の5.8年前と比較すると有意に期間が短かった。

家族と本人の関係性については、関係機関では「一緒に暮らしている」(49.2%)が最も多かったのに対し、家族会では「離れて暮らしておりあまり連絡を取り合わない」(35.0%)が最も多いなど違いが認められた。

現在の本人の生活状況については、関係機関では「家族と同居」(49.2%)が最も多く、次が「一人暮らし」(18.0%)であるのに対し、家族会では「一人暮らし」(25.1%)、「家族と同居」(21.8%)、「リハビリ施設に入所」(21.5%)などが多く、そ

それぞれの割合には有意の差が認められた。

現在の本人の薬物問題の状況についても、「一定期間薬物をやめることができている」の割合が関係機関では34.4%であるのに対し、家族会では57.1%であること、また、関係機関における「たびたび薬物を使用しており、状態は良くなっていない」(18.5%)の割合が家族会(2.6%)と比較して高いことなど、それぞれの割合には有意の差が認められた。

GHQ28の平均得点については、「身体的症状」、「不安と不眠」、「社会的障害」、「うつ傾向」、「合計得点」の全てに有意の差が認められ、関係機関の家族の精神健康は、家族会参加者と比べて低かった。

また、依存症家族対処スキル尺度の平均得点を比較した結果、「本人が薬物をどうしてなかなかやめられないか説明できる」、「本人の回復を落ち着いて待つことができる」、「本人なりに人生をきりひらいていくことができる」と信じられる」及び「合計」に有意の差の傾向が認められ、家族会参加者の方が対処スキルが高い傾向にあった。

以上の結果から、家族会と比較して、関係機関の家族は、薬物問題に気づいてからの日が浅く、それに関連して、本人も本格的な治療や回復に至っていない者の割合が高いものと思われる。このような状況にありながら、多くの家族は本人とともに生活しており、そのことが家族の精神健康に悪影響を及ぼしている可能性が高い。

2. 家族心理教育プログラムに関する理解度及び有効性

主観的理解度については、「ある程度理解できた」と「かなり理解できた」で約9割を占めており、家族会と同様の結果であった。

有効性については、「ある程度役に立つ」、「かなり役に立つ」、「非常に役に立つ」で9割を超えており、家族会と同様の結果であった。理解度及び有効性について、両群に有意の差は認められなかった。

上記の結果から、本プログラムの内容が家族にとって理解しやすいものであること、また、役に立つと実感できるものであることについて一定の結果が得られた。しかし、それぞれの内容に関連する要望事項等についての自由記述回答をみると、時間が足りない、一度では不十分、ロールプ

レイなどにもっと時間をかけたい、様々な具体例をもっと聞きたいなどの記載が多かったことから、こういった点に留意することで、更に理解度を高めることができると思われる。

次に、本人の現在の状況と家族のプログラムに関する主観的理解度との関係性について検討したところ、4種類の教材全てについて関連は認められず、本人の現在の状況によって、家族の理解度は異なることが示された。

本人の現在の状況と家族のプログラムに関する有効性との関係性についても同様の結果が得られ、本人の現在の状況によって、家族のプログラムに対する有効性評価は異なることが示された。

上記の結果から、本プログラムの内容は特に対象を選ばず、様々な状況の家族に対して、一定の理解度及び有効性が得られるものと思われる。しかし、有意の差はないものの、「長期的な回復を支え、再発・再使用に備える」の教材については、本人が「たびたび薬物を使用しており、状態は良くなっていない」状態にあると回答している家族の理解度及び有効性評価は、その他の家族と比較して低い傾向にあり、このような状況におかれている家族に対しては速やかな効果を感じられにくい可能性がある。更に例数を蓄積する中で、今後の検討課題としたい。

3. 今後の研究

家族会を対象とした調査と比較して、関係機関を対象とした調査では例数が十分得られていないことから、今後も精神保健福祉センターや医療機関などで受講する家族を対象とした調査を継続実施したい。

また、今年度新たに作成した4種類の教材（それぞれ、「家族向け教材」と「ファシリテーター用マニュアル」の2冊ずつ）についての評価も行う必要がある。

更に、今後も教材を充実させ、多様な家族のニーズに応えることができる包括的なプログラムの開発を目指したい。

E. 結論

家族会と関係機関の調査を比較した結果、家族会と比較して、関係機関の家族は、薬物問題に気づいてからの日が浅く、それに関連して、本人も

本格的な治療や回復に至っていない者の割合が高いことが示唆された。

また、本プログラムの内容が、様々な状況における家族にとって理解しやすいものであること、また、役に立つと実感できるものであることについて一定の結果が得られた。

今後は、新しい教材に関する調査を継続実施するとともに、多様な家族のニーズに応えることができる包括的なプログラムの開発を目指し、更に教材を充実していきたい。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 近藤あゆみ:社会福祉の可能性 第1部 第1章 薬物依存症者の家族がもつ多様なニーズを満たすための家族心理教育プログラム開発に関する研究—薬物依存症者をもつ家族の支援を行う関係機関職員を対象とした調査結果からー, p3-12, 株式会社相川書房, 2011.
- 2) 森田展彰, 岡坂昌子, 谷部陽子, 近藤あゆみ, 高橋郁絵, 岩井喜代仁, 栗坪千明, オーバーへイム・ポール, 福島ショーン, 鈴木文一, 小松崎未知: 薬物問題を持つ人の家族に対する心理教育プログラムの研究—長期的な再発防止・回復にむけた家族のスキルトレーニングー, 日本アルコール問題関連学会雑誌, 13, 149-158, 2011.

2. 学会発表

なし

3. その他

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし

文献

- 1) 薬物乱用対策推進本部「薬物乱用防止新五年戦略」平成15年7月(平成19年8月3日一部改正), 内閣府政策統括官(共生社会政策担当), http://www8.cao.go.jp/souki/drug/sin5_mokujii.html
- 2) 薬物乱用対策推進本部「第三次薬物乱用防止

五か年戦略」平成20年8月22日, 内閣府政策統括官(共生社会政策担当),

<http://www8.cao.go.jp/souki/drug/sanzi5-senryaku.html>

3) Meyers, R.J., Miller, W.R., Hill, D.E., Tonigan, J.S.: Community reinforcement and family training (CRAFT): Engaging unmotivated drug users in treatment. Journal of Substance Abuse 10: 291-308, 1998.

4) Garrett, J., Landau-Stanton, J., Stanton, M.D., Stellato-Kabat, J., Stellato-Kabat, D.: ARISE: A method for engaging reluctant alcohol- and drug-dependent individuals in treatment. Journal of Substance Abuse 14: 235-248, 1997.

5) 嶋根卓也: [小児科医のための思春期医学・医療] 思春期における生活サポート 思春期における薬物乱用の実態とその予防. 小児科, 50: 1923-1929, 2009.

6) 近藤あゆみ: 薬物依存症者の家族がもつ多様なニーズを満たすための家族教育プログラムの開発に関する研究. 平成21年度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)「薬物乱用・依存の実態把握と再乱用防止のための社会資源等の現状と課題に関する研究」, 2010.

7) 近藤あゆみ, 高橋郁絵, 森田展彰: 薬物依存症者の家族がもつ多様なニーズを満たすための家族教育プログラムの開発に関する研究. 平成22年度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)「薬物乱用・依存の実態把握と再乱用防止のための社会資源等の現状と課題に関する研究」, 2011.

8) 近藤あゆみ, 高橋郁絵, 森田展彰: 薬物依存症者をもつ家族に対する心理教育プログラムの開発と評価に関する研究. 平成23年度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)「薬物乱用・依存の実態把握と薬物依存症者に関する制度的社会資源の現状と課題に関する研究」, 2012.

9) 中川泰彬, 大坊郁夫: 日本版 GHQ 精神健康調査票(手引), 株式会社日本文化科学社, 1985.

10) 森田展彰, 岡坂昌子, 谷部陽子, 近藤あゆみ, 高橋郁絵, 岩井喜代仁, 栗坪千明, オーバーへイ

ム・ポール, 福島ショーン, 鈴木文一, 小松崎未知: 薬物問題を持つ人の家族に対する心理教育プログラムの研究—長期的な再発防止・回復にむけた家族のスキルトレーニングー, 日本アルコール問題関連学会雑誌, 13, 149-158, 2011.

表1. 対象家族の属性

		関係機関 n (%)	家族会 n (%)
年齢	20-29	8 (4.2)	2 (.7)
	30-39	5 (2.6)	9 (3.0)
	40-49	9 (4.8)	12 (4.0)
	50-59	71 (37.6)	75 (24.8)
	60-69	68 (36.0)	171 (56.4)
	70-	26 (13.8)	30 (9.9)
	無回答	2 (1.1)	4 (1.3)
性別	女性	139 (73.5)	217 (71.6)
	男性	48 (25.4)	84 (27.7)
	無回答	2 (1.1)	2 (.7)
本人との関係性	親	164 (86.8)	280 (92.4)
	配偶者・パートナー	7 (3.7)	11 (3.6)
	兄弟姉妹	7 (3.7)	8 (2.6)
	子ども	6 (3.2)	0 (.0)
	親戚	1 (.5)	0 (.0)
	その他	0 (.0)	2 (.7)
	無回答	4 (2.1)	2 (.7)
機関名	横浜ひまわり家族会	0 (.0)	126 (41.6)
	琉球GAIA家族会	0 (.0)	74 (24.4)
	ドムクス家族会	0 (.0)	103 (34.0)
	多摩総合精神保健福祉センター	57 (30.2)	0 (.0)
	中部精神保健福祉センター	42 (22.2)	0 (.0)
	静岡市こころの健康センター	16 (8.5)	0 (.0)
	群馬県こころの健康センター	12 (6.3)	0 (.0)
	岡山県精神科医療センター	62 (32.8)	0 (.0)
合計		189 (100.0)	303 (100.0)

表2. 対象家族の薬物問題に対するこれまでの取り組み

		関係機関 n (%)	家族会 n (%)
薬物問題に気付いた時 (～年前)	1年未満	50 (26.6)	11 (3.6)
	1~5年未満	64 (34.0)	83 (27.4)
	5~10年未満	34 (18.1)	64 (21.1)
	10~15年未満	19 (10.1)	48 (15.8)
	15~20年未満	6 (3.2)	43 (14.2)
	20~25年未満	7 (3.7)	30 (9.9)
	25~30年未満	2 (1.1)	10 (3.3)
	30年以上	3 (1.6)	7 (2.3)
無回答		3 (1.6)	7 (2.3)
継続的支援を受けるようになった時期 (～年前)	1年未満	78 (41.3)	33 (10.9)
	1~5年未満	41 (21.7)	100 (33.0)
	5~10年未満	19 (10.1)	57 (18.8)
	10~15年未満	7 (3.7)	37 (12.2)
	15~20年未満	0 (.0)	12 (4.0)
	20~25年未満	0 (.0)	10 (3.3)
	25~30年未満	0 (.0)	1 (.3)
	30年以上	0 (.0)	0 (.0)
無回答		44 (23.3)	53 (17.5)
継続的に利用した機関	医療機関（個別相談）	38 (20.1)	67 (22.1)
	医療機関（家族教室）	49 (25.9)	64 (21.1)
	精神保健福祉センター（個別相談）	68 (36.0)	56 (18.5)
	精神保健福祉センター（家族教室）	78 (41.3)	36 (11.9)
	保健所（個別相談）	13 (6.9)	29 (9.6)
	保健所（家族教室）	2 (1.1)	11 (3.6)
	家族会（ダルクなどの）	62 (32.8)	222 (73.3)
	民間の相談機関	8 (4.2)	62 (20.5)
	その他	12 (6.3)	55 (18.2)
	継続的利用なし	33 (17.5)	25 (8.3)
無回答		6 (3.2)	4 (1.3)
合計		189 (100.0)	303 (100.0)

表3. 薬物依存症者本人の属性、主たる薬物及び薬物問題に対するこれまでの取り組み

		関係機関 n (%)	家族会 n (%)
年齢	10-19	0 (. 0)	4 (1. 3)
	20-29	61 (32. 3)	75 (24. 8)
	30-39	90 (47. 6)	166 (54. 8)
	40-49	14 (7. 4)	34 (11. 2)
	50-59	7 (3. 7)	6 (2. 0)
	60-69	8 (4. 2)	3 (1. 0)
	70-	4 (2. 1)	2 (. 7)
	無回答	5 (2. 6)	13 (4. 3)
本人の性別	男性	158 (83. 6)	247 (81. 5)
	女性	25 (13. 2)	45 (14. 9)
	無回答	6 (3. 2)	11 (3. 6)
最も深刻であると思う薬物	覚せい剤	45 (23. 8)	159 (52. 5)
	有機溶剤（シンナー）	0 (. 0)	4 (1. 3)
	大麻（マリファナ）	3 (1. 6)	22 (7. 3)
	MDMA（エクスタシー）	1 (. 5)	0 (. 0)
	市販の咳止め薬	10 (5. 3)	3 (1. 0)
	処方薬（睡眠薬、抗不安薬など）	27 (14. 3)	17 (5. 6)
	ブタンガス	2 (1. 1)	6 (2. 0)
	その他	44 (23. 3)	11 (3. 6)
	多剤	45 (23. 8)	58 (19. 1)
	不明	9 (4. 8)	10 (3. 3)
	無回答	3 (1. 6)	13 (4. 3)
継続的に利用した機関 (複数回答可)	医療機関	85 (45. 0)	113 (37. 3)
	精神保健福祉センター	32 (16. 9)	22 (7. 3)
	保健所	2 (1. 1)	8 (2. 6)
	リハビリ施設	36 (19. 0)	156 (51. 5)
	自助グループ	24 (12. 7)	72 (23. 8)
	民間の相談機関	2 (1. 1)	31 (10. 2)
	その他	2 (1. 1)	18 (5. 9)
	継続的な利用経験なし	65 (34. 4)	61 (20. 1)
	無回答	9 (4. 8)	19 (6. 3)
	合計	189 (100. 0)	303 (100. 0)

表4. 現在の家族と本人との関係性

	関係機関 n (%)	家族会 n (%)
一緒に暮らしている	93 (49. 2)	52 (17. 2)
離れて暮らしているが頻繁に連絡を取り合う	33 (17. 5)	71 (23. 4)
離れて暮らしておりあまり連絡を取り合わない	41 (21. 7)	106 (35. 0)
離れて暮らしておりまったく連絡を取り合わない	19 (10. 1)	58 (19. 1)
無回答	3 (1. 6)	16 (5. 3)
合計	189 (100. 0)	303 (100. 0)

表5. 現在の本人の生活状況

	関係機関 n (%)	家族会 n (%)
家族と同居	93 (49. 2)	66 (21. 8)
一人暮らし	34 (18. 0)	76 (25. 1)
リハビリ施設に入所	14 (7. 4)	65 (21. 5)
医療機関に入院	7 (3. 7)	8 (2. 6)
刑務所に入所	30 (15. 9)	43 (14. 2)
その他	8 (4. 2)	13 (4. 3)
不明	1 (. 5)	12 (4. 0)
無回答	2 (1. 1)	20 (6. 6)
合計	189 (100. 0)	303 (100. 0)

表6. 現在の本人の薬物問題の状況

	関係機関 n (%)	家族会 n (%)
一定期間薬物をやめることができている	65 (34.4)	173 (57.1)
完全に薬物使用がなくなったわけではないが以前より良くなっている	26 (13.8)	26 (8.6)
たびたび薬物を使用しており、状態は良くなっていない	35 (18.5)	8 (2.6)
医療機関や刑務所などにいて、薬物を使用できる状態はない	32 (16.9)	53 (17.5)
不明	23 (12.2)	25 (8.3)
無回答	8 (4.2)	18 (5.9)
合計	189 (100.0)	303 (100.0)

表7. 対象家族のGHQ28得点

	関係機関 平均 (SD)	家族会 平均 (SD)
	n (%)	n (%)
身体的症状	2.6 (2.3)	2.2 (2.1)
不安と不眠	3.5 (2.5)	2.8 (2.4)
社会的障害	1.8 (2.1)	1.4 (1.9)
うつ傾向	1.6 (2.2)	1.1 (2.0)
合計	9.2 (7.4)	7.1 (6.6)
健常群 (≤5)	69 (36.5)	130 (42.9)
神経症群 (6≤)	101 (53.4)	142 (46.9)
無回答	19 (10.1)	31 (10.2)
合計	189 (100.0)	303 (100.0)

表8. 対象家族の依存症家族対処スキル尺度得点

	関係機関 平均 (SD)	家族会 平均 (SD)
本人が薬物をどうしてなかなかやめられないか説明できる	3.9 (1.5)	4.2 (1.6)
薬物依存の回復を助けるために家族が気をつけるべき点がわかる	4.3 (1.4)	4.5 (1.4)
本人の回復を落ち着いて待つことができる	4.4 (1.4)	4.7 (1.4)
もし本人から無理な要求があっても断れる	4.8 (1.5)	4.8 (1.5)
本人に干渉せず、距離をおくことができる	4.6 (1.6)	4.9 (1.4)
もし本人に会った場合、落ち着いて話すことができる	4.7 (1.4)	4.9 (3.9)
本人なりに人生をきりひらいていくことができると信じられる	4.2 (1.5)	4.4 (1.5)
本人の心配ばかりにならず、自分の生活も大事にできている	4.8 (1.3)	5.0 (1.4)
合計	35.9 (8.6)	37.4 (10.3)

表9. 対象家族のプログラムに関する主観的理得度及び有効性

〈関係機関〉	教材				合計 n (%)
	薬物依存症a n (%)	コミュニケーションb n (%)	長期的回復c n (%)	セルフケアd n (%)	
理解度					
全く理解できなかった	0 (. 0)	0	0 (. 0)	0 (. 0)	0 (. 0)
あまり理解できなかった	3 (4. 9)	1 (1. 9)	0 (. 0)	0 (. 0)	4 (2. 1)
ある程度理解できた	23 (37. 7)	23 (42. 6)	15 (41. 7)	15 (39. 5)	76 (40. 2)
かなり理解できた	33 (54. 1)	27 (50. 0)	19 (52. 8)	22 (55. 3)	100 (52. 9)
完全に理解できた	2 (3. 3)	2 (3. 7)	1 (2. 8)	2 (5. 3)	7 (3. 7)
無回答	0 (. 0)	1 (1. 9)	1 (2. 8)	0 (. 0)	2 (1. 1)
有効性					
全く役に立たない	0 (. 0)	0	0 (. 0)	0 (. 0)	0 (. 0)
あまり役に立たない	0 (. 0)	0 (. 0)	0 (. 0)	0 (. 0)	0 (. 0)
ある程度役に立つ	15 (24. 6)	13 (24. 1)	15 (41. 7)	8 (21. 1)	51 (27. 0)
かなり役に立つ	21 (34. 4)	30 (55. 6)	17 (47. 2)	19 (50. 0)	87 (46. 0)
非常に役に立つ	21 (34. 4)	10 (18. 5)	3 (8. 3)	11 (28. 9)	45 (23. 8)
無回答	4 (6. 6)	1 (1. 9)	1 (2. 8)	0 (. 0)	6 (3. 2)
合計	61 (100. 0)	54 (100. 0)	36 (100. 0)	38 (100. 0)	189 (100. 0)
〈家族会〉	教材				合計 n (%)
	薬物依存症a n (%)	コミュニケーションb n (%)	長期的回復c n (%)	セルフケアd n (%)	
理解度					
全く理解できなかった	0 (. 0)	0 (. 0)	0 (. 0)	0 (. 0)	0 (. 0)
あまり理解できなかった	0 (. 0)	6 (5. 7)	1 (1. 8)	4 (13. 3)	11 (3. 6)
ある程度理解できた	53 (47. 3)	41 (39. 0)	26 (46. 4)	13 (43. 3)	133 (43. 9)
かなり理解できた	49 (43. 8)	52 (49. 5)	27 (48. 2)	9 (30. 0)	137 (45. 2)
完全に理解できた	7 (6. 3)	4 (3. 8)	1 (1. 8)	4 (13. 3)	16 (5. 3)
無回答	3 (2. 7)	2 (1. 9)	1 (1. 8)	0 (. 0)	6 (2. 0)
有効性					
全く役に立たない	0 (. 0)	0 (. 0)	0 (. 0)	0 (. 0)	0 (. 0)
あまり役に立たない	1 (. 9)	5 (4. 8)	0 (. 0)	0 (. 0)	6 (2. 0)
ある程度役に立つ	29 (25. 9)	26 (24. 8)	17 (30. 4)	9 (30. 0)	81 (26. 7)
かなり役に立つ	53 (47. 3)	46 (43. 8)	24 (42. 9)	17 (56. 7)	140 (46. 2)
非常に役に立つ	26 (23. 2)	27 (25. 7)	14 (25. 0)	4 (13. 3)	71 (23. 4)
無回答	3 (2. 7)	1 (1. 0)	1 (1. 8)	0 (. 0)	5 (1. 7)
合計	112 (100. 0)	105 (100. 0)	56 (100. 0)	30 (100. 0)	303 (100. 0)

a : 薬物依存症とは、b : 上手なコミュニケーションで本人を治療につなげる、

c : 長期的な回復を支え、再発・再使用に備える、d : 家族のセルフケア

表10. 本人の現在の状況と対象家族のプログラムに関する主観的理解度

理解できなかつた ^a n (%)	理解できた ^b n (%)	合計 n (%)
一定期間薬物をやめることができている (家族と同居)	12 (46.2)	14 (53.8)
一定期間薬物をやめることができている (一人暮らし)	10 (37.0)	17 (63.0)
一定期間薬物をやめることができている (リハビリ施設入所)	7 (33.3)	14 (66.7)
完全に薬物使用がなくなったわけではないが以前より良くなっている	5 (35.7)	9 (64.3)
たびたび薬物を使用しており、状態は良くなっていない	8 (57.1)	6 (42.9)
医療機関や刑務所などにいて、薬物を使用できる状態にない	19 (54.3)	16 (45.7)
合計	61 (44.5)	76 (55.5)
137 (100.0)		
理解できなかつた ^a n (%)	理解できた ^b n (%)	合計 n (%)
一定期間薬物をやめることができている (家族と同居)	9 (34.6)	17 (65.4)
一定期間薬物をやめことができている (一人暮らし)	8 (38.1)	13 (61.9)
一定期間薬物をやめることができている (リハビリ施設入所)	9 (45.0)	11 (55.0)
完全に薬物使用がなくなったわけではないが以前より良くなっている	11 (55.0)	9 (45.0)
たびたび薬物を使用しており、状態は良くなっていない	4 (44.4)	5 (55.6)
医療機関や刑務所などにいて、薬物を使用できる状態にない	17 (51.5)	16 (48.5)
合計	58 (45.0)	71 (55.0)
129 (100.0)		
理解できなかつた ^a n (%)	理解できた ^b n (%)	合計 n (%)
一定期間薬物をやめることができている (家族と同居)	8 (44.4)	10 (55.6)
一定期間薬物をやめことができている (一人暮らし)	4 (30.8)	9 (69.2)
一定期間薬物をやめることができている (リハビリ施設入所)	4 (40.0)	6 (60.0)
完全に薬物使用がなくなったわけではないが以前より良くなっている	3 (30.0)	7 (70.0)
たびたび薬物を使用しており、状態は良くなっていない	6 (75.0)	2 (25.0)
医療機関や刑務所などにいて、薬物を使用できる状態にない	8 (57.1)	6 (42.9)
合計	33 (45.2)	40 (54.8)
73 (100.0)		
理解できなかつた ^a n (%)	理解できた ^b n (%)	合計 n (%)
一定期間薬物をやめることができている (家族と同居)	5 (45.5)	6 (54.5)
一定期間薬物をやめことができている (一人暮らし)	5 (50.0)	5 (50.0)
一定期間薬物をやめことができている (リハビリ施設入所)	4 (57.1)	3 (42.9)
完全に薬物使用がなくなったわけではないが以前より良くなっている	3 (42.9)	4 (57.1)
たびたび薬物を使用しており、状態は良くなっていない	3 (50.0)	3 (50.0)
医療機関や刑務所などにいて、薬物を使用できる状態にない	6 (46.2)	7 (53.8)
合計	26 (48.1)	28 (51.9)
54 (100.0)		

a: 「全く理解できなかつた」または「あまり理解できなかつた」または「ある程度理解できた」

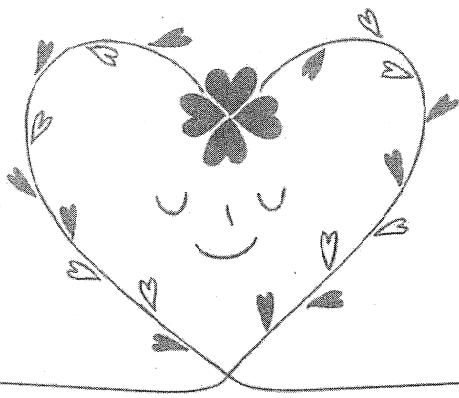
b: 「かなり理解できた」または「完全に理解できた」

表11. 本人の現在の状況と対象家族のプログラムに関する有効性

〈薬物依存症とは〉	役に立たない ^a n (%)	役に立つ ^b n (%)	合計 n (%)
一定期間薬物をやめることができている (家族と同居)	9 (36.0)	16 (64.0)	25 (100.0)
一定期間薬物をやめることができている (一人暮らし)	6 (22.2)	21 (77.8)	27 (100.0)
一定期間薬物をやめることができている (リハビリ施設入所)	3 (14.3)	18 (85.7)	21 (100.0)
完全に薬物使用がなくなったわけではない が以前より良くなっている	2 (14.3)	12 (85.7)	14 (100.0)
たびたび薬物を使用しており、状態は良く なっていない	5 (35.7)	9 (64.3)	14 (100.0)
医療機関や刑務所などにいて、薬物を使用 できる状態にない	12 (35.3)	22 (64.7)	34 (100.0)
合計	37 (27.4)	98 (72.6)	135 (100.0)
〈上手なコミュニケーションで 本人を治療につなげる〉	役に立たない ^a n (%)	役に立つ ^b n (%)	合計 n (%)
一定期間薬物をやめることができている (家族と同居)	6 (23.1)	20 (76.9)	26 (100.0)
一定期間薬物をやめることができている (一人暮らし)	4 (19.0)	17 (81.0)	21 (100.0)
一定期間薬物をやめることができている (リハビリ施設入所)	7 (35.0)	13 (65.0)	20 (100.0)
完全に薬物使用がなくなったわけではない が以前より良くなっている	4 (20.0)	16 (80.0)	20 (100.0)
たびたび薬物を使用しており、状態は良く なっていない	2 (22.2)	7 (77.8)	9 (100.0)
医療機関や刑務所などにいて、薬物を使用 できる状態にない	12 (36.4)	21 (63.6)	33 (100.0)
合計	35 (27.1)	94 (72.9)	129 (100.0)
〈長期的な回復を支え、 再発・再使用に備える〉	役に立たない ^a n (%)	役に立つ ^b n (%)	合計 n (%)
一定期間薬物をやめることができている (家族と同居)	9 (50.0)	9 (50.0)	18 (100.0)
一定期間薬物をやめることができている (一人暮らし)	2 (15.4)	11 (84.6)	13 (100.0)
一定期間薬物をやめことができている (リハビリ施設入所)	3 (30.0)	7 (70.0)	10 (100.0)
完全に薬物使用がなくなったわけではない が以前より良くなっている	4 (40.0)	6 (60.0)	10 (100.0)
たびたび薬物を使用しており、状態は良く なっていない	6 (75.0)	2 (25.0)	8 (100.0)
医療機関や刑務所などにいて、薬物を使用 できる状態にない	4 (28.6)	10 (71.4)	14 (100.0)
合計	28 (37.5)	45 (62.5)	73 (100.0)
〈家族のセルフケア〉	役に立たない ^a n (%)	役に立つ ^b n (%)	合計 n (%)
一定期間薬物をやめることができている (家族と同居)	2 (18.2)	9 (81.8)	11 (100.0)
一定期間薬物をやめることができている (一人暮らし)	0 (.0)	10 (100.0)	10 (100.0)
一定期間薬物をやめることができている (リハビリ施設入所)	3 (42.9)	4 (57.1)	7 (100.0)
完全に薬物使用がなくなったわけではない が以前より良くなっている	2 (28.6)	5 (71.4)	7 (100.0)
たびたび薬物を使用しており、状態は良く なっていない	2 (33.3)	4 (66.7)	6 (100.0)
医療機関や刑務所などにいて、薬物を使用 できる状態にない	4 (30.8)	9 (69.2)	13 (100.0)
合計	13 (24.1)	41 (75.9)	54 (100.0)

a: 「全く役に立たない」または「あまり役に立たない」または「ある程度役に立つ」

b: 「かなり役に立つ」または「非常に役に立つ」



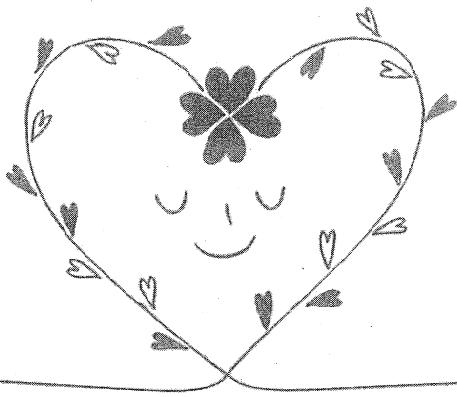
薬物依存症者をもつ家族を
対象とした心理教育プログラム

薬物依存症の多様性と 人それぞれの回復について知る



薬物依存症者をもつ家族を
対象とした心理教育プログラム

薬物依存症の多様性と 人それぞれの回復について知る



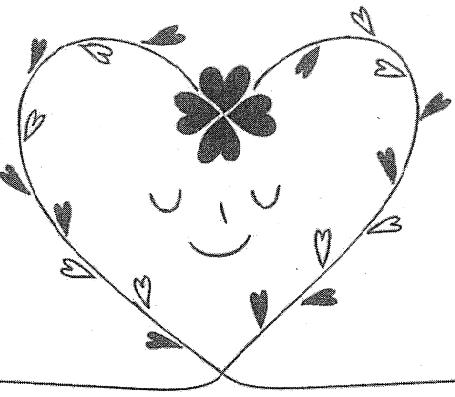
薬物依存症者をもつ家族を
対象とした心理教育プログラム

「家族の病気」としての 薬物依存症



薬物依存症者をもつ家族を
対象とした心理教育プログラム

「家族の病気」としての 薬物依存症



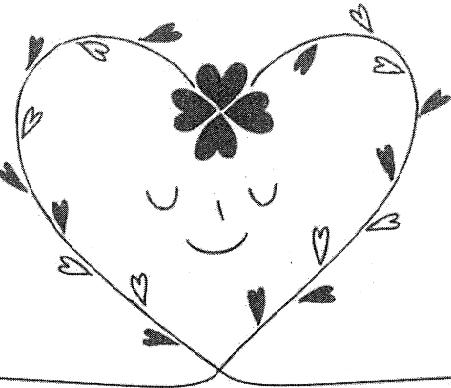
薬物依存症者をもつ家族を
対象とした心理教育プログラム

本人の望ましい行動を増やし、
望ましくない行動を減らす



薬物依存症者をもつ家族を
対象とした心理教育プログラム

本人の望ましい行動を増やし、
望ましくない行動を減らす



薬物依存症者をもつ家族を
対象とした心理教育プログラム

暴力への対応

家族向け教材



薬物依存症者をもつ家族を
対象とした心理教育プログラム

暴力への対応

分担研究報告書
(2-4)

平成 24 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

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

分担研究者	松本俊彦	独立行政法人国立精神・神経センター精神保健研究所 薬物依存研究部 診断治療開発研究室長
研究協力者	谷渕由布子	同和会千葉病院 精神科医師
	今村扶美	独立行政法人国立精神・神経センター病院 リハビリテーション部 心理療法士
	小林桜児	独立行政法人国立精神・神経センター病院 精神科医師

研究要旨：【目的】本研究の目的は、麻薬取締官による、執行猶予付き・保護観察なしの初犯の薬物乱用者に対する自習ワークブックを用いた再乱用防止プログラムの効果、ならびに実施可能性と有用性を評価することである。【方法】薬事法関連犯罪によって保護観察なしの執行猶予判決がなされた薬物乱用者 36 名に対して、麻薬取締官が自習ワークブック『SMARPP-Jr.』を用いた再乱用防止プログラムを提供し、その介入前後における評価尺度上の変化を検討するとともに、その難易度と有用性に関する評価を行った。【結果】自習ワークブックによる介入により、薬物依存に対する自己効力感スケールの総得点および全下位因子の有意な上昇と、SOCRATES-8D の下位因子の一つ、「実行」の有意な得点上昇が認められた。また、対象者の 7 割弱が自習ワークブックの難易度を適切と捉え、8 割弱がその有用性を認識していた。【結論】麻薬取締官を介した自習ワークブックによる再乱用防止プログラムには、問題意識や治療意欲の深まりを伴った、薬物渴望に対する対処スキルの向上に資する一定の効果と意義、ならびに実施可能性があると思われた。

A. 研究目的

薬物乱用者の多くは法令で規制されている薬物を乱用していることから、少なくない薬物乱用者がその経過中に様々な司法関連機関とかかわりを持つ。今日、国際的には薬物依存症は「慢性疾患」と見なされ、治療・支援の継続性こそが回復に重要な要件と考えられるようになっており、その意味では、保健医療機関や地域の民間リハビリ機関での治療や支援だけでなく、刑事司法システム係属中にも継続的に治療プログラムの提供がなされるのが理想的である。近年、刑務所や保護観察所において、認知行動療法をベースにした再乱用防止プログラムが実施されるようになったのは、好ましい状況といえるであろう。

しかし、刑事司法システムとかかわりを持ちながら、刑務所や保護観察所との接点がない者もいる。それは、保護観察のつかない執行猶予判決を受けた初犯の薬物乱用者である。この種の薬物乱用者は比

較的依存が重篤化、深刻化していないこともあり、早期に介入を行うことで比較的容易に回復できる可能性があるが、現状では彼らに治療プログラムや回復につながる情報を提供するシステムは存在しない。

そのようななかで、厚生労働省地方厚生局麻薬取締部では、麻薬取締官がこの保護観察のつかない執行猶予者に対して再乱用防止のためのプログラムを提供する、という活動を試みている。もちろん、麻薬取締官は、職務上、多くの薬物乱用者との接触の機会があり、これまでの職務の中で非公式に薬物乱用者の個別相談に対応してきているが、本来、薬物関連犯罪の捜査、取り締まりを本務としており、プログラムを直接実施することには様々な制約を伴う。そこで、我々が開発した自習ワークブック『SMARPP-Jr.』を活用し、麻薬取締官が対象者に再乱用防止プログラムの自習を提案するという方法を採用することで、こうした制約を克服している。自習ワークブック『SMARPP-Jr.』は、薬物渴望の

引き金を同定し、それに対処するための認知行動療法的な再乱用防止スキルトレーニングを中心に構成されており、現在、保健医療機関を中心に展開している SMARPP などのプログラム (小林ら, 2007; 松本と小林, 2008; 松本, 2012) や、刑務所や保護観察所で実施されているプログラムとも多くの共通点を持っている。したがって、この麻薬取締部による試みは、地域支援資源や司法機関におけるプログラムとの一貫性という点でもメリットがあり、直感的には意義のある介入と思われる。しかしこまでのところ、この試みの効果や意義、有用性についての客観的な評価はなされていない。

そこで、本研究では、麻薬取締官による、執行猶予付き・保護観察なしの初犯の薬物乱用者に対する自習ワークブックを用いた再乱用防止プログラムの効果、ならびに実施可能性と有用性を評価することを目的として、介入前後の評価尺度上の変化を検討した。よって、ここにその結果を報告する。

B. 研究方法

1. 対象

2010 年 12 月から 2012 年 12 月において、初犯の薬事法関連事犯者であり、判決の内容が保護観察なしの執行猶予であった者は全国で 122 名であった。このうち、各地区麻薬取締部および分室の麻薬取締官が更生指導のための面接時に、SMARPP-Jr. のワークブックを用いた自習プログラムへの参加を提案したところ、48 名がこれに同意し (同意率 39.3%)、さらにワークブックの全課程を終了し、かつ、後述する、ワークブック実施前後に行う 4 つの自記式評価尺度が回収できた者は 36 名 (最終的な参加率 29.5%) であった。なお、表 1 に面接を担当した各地区麻薬取締部および分室における対象候補者、対象者の数を示す。

本研究では、この 36 名を最終的な分析の対象とした。この 36 名の平均年齢 [標準偏差] は 36.3 [7.4] 歳であり、男性 25 名、女性 11 名から構成されていた。なお、対象者における各種薬物の生涯経験率、ならびに最も頻用してきた主な薬物の内訳を、表 2 および表 3 に示す。対象者の中で最も生涯使用経験率が高いのは覚せい剤 (83.3%) であり、次いで大麻 (52.8%)、トルエン (41.7%) であった。また、

最も頻用し、主たる問題となっている薬物は、覚せい剤 (58.3%) が最も多く、次いで大麻 (22.2%)、トルエン (11.1%) であった。

2. 自習ワークブック

本研究における介入に用いた自習ワークブック『SMARPP-Jr.』は、我々が米国の Matrix model を参考にして実践している包括的外来薬物依存治療プログラム (Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program; SMARPP) のワークブックを平易化・簡略化したものであり、すでに少年鑑別所だけでなく、少年院や刑務所などでも使用されている。その内容は、薬物依存に関する疾病教育的な知識提供、ならびに、薬物欲求への対処法の習得という、認知行動療法的なスキルトレーニングから構成され、若年薬物乱用者の再乱用防止に資することを目的としている。ワークブックの分量は、49 ページの「読む冊子」と 19 ページの「書きこみ用冊子」の 2 分冊形式からなり、表 3 に示すように全 12 回から構成されている。したがって、1 日 1 回分ずつ仕上げて行けば、2~3 週間で終了できることが想定されている。

3. 評価尺度・質問紙

1) DAST-20 (Drug Abuse Screening Test, 20 items)

これは違法薬物および医療用薬物などの乱用をスクリーニングする目的から作成された、20 項目からなる自記式評価尺度である (Skinner, 1983)。本研究では、対象者の薬物問題の重症度を評価するために、肥前精神医療センターで作成された日本語版を採用し (鈴木ら, 1999)、介入前に実施した。日本語版 DAST-20 は、20 点満点のうち、0 点で「薬物問題なし」、1~5 点で「軽度の問題あり」、6~10 点で「中等度の問題あり」、11~15 点で「やや重い問題あり」、16~20 点で「非常に重い問題あり」と、4 段階で評価することとなっている。

なお、この日本語版はまだ標準化の手続きはなされていないものの、各項目は、薬物に関連した心理社会的障害の有無に関する質問文となっている、明らかな表面的妥当性 (各項目が測定する概念が字義通りの内容であること) を持つ尺度であり、すでに国内で汎用されている。

本研究では、本尺度による評価は、自習ワークブ

ック実施前にのみ行った。

2) 薬物依存に対する自己効力感スケール（以下、「自己効力感スケール」）

森田ら（2007）が独自に開発した、薬物に対する欲求が生じたときの対処行動にどれくらいの自信、または自己効力感を持っているかを測定する自記式評価尺度である。この尺度は、二つのパートから成り立っている。一つは、場面を超えた全般的な自己効力感に関する5つの質問からなる部分であり、「5点：あてはまる」から「1点：あてはまらない」までの5段階から選択して回答する。もう一つは、「薬物を使うことを誘われる」などの個別的な場面において薬物を使わないでいられる自信を尋ねる11の質問からなる部分であり、「7点：絶対の自信がある」「6点：だいぶ自信がある」「5点：少し自信がある」「4点：どちらともいえない」「3点：やや自信がある」「2点：少ししか自信がない」「1点：全然自信がない」の7段階から選択して回答する。

なお、本尺度はすでに信頼性と妥当性が確認されている（森田ら, 2007）。本研究では、本尺度を介入前後に実施し、「全般的な自己効力感」合計得点、「個別場面での自己効力感」合計得点、および尺度全体の合計得点の変化を比較した。

本研究では、本尺度による評価は、自習ワークブック実施前後に各1回行った。

3) Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, 8th Drug version (SOCRATES-8D)

MillerとTonigan（1996）によって、アルコール・薬物依存に対する問題意識と治療に対する動機付けの程度を評価するために開発された、19項目からなる自記式評価尺度である。原語版では、各質問は「病識 recognition（質問1, 3, 7, 10, 12, 15, 17の合計）」「迷い ambivalence（質問2, 6, 11, 16の合計）」「実行 taking-step（質問4, 5, 8, 9, 13, 14, 18, 19の合計）」という3つの因子構造を持つことが確認されている。

「病識」が高得点の場合には、「自分には薬物に関連した問題があり、このまま薬物を続けていれば様々な弊害を生じるので、自分を変えていく必要がある」と認識していることを示し、「迷い」が高得点の場合には、「自分は薬物使用をコントロールできていない、周囲に迷惑をかけている、依存症かも

しれないと考えている」ことを、そして「実行」が高得点の場合には、「自分の問題を解決するために何らかの行動を起こし始めている、あるいは、誰かに援助を求めようと考えている」ことを示すとされている。事実、SOCRATES 総得点は治療準備性の高まりと正の相関関係を示し（Mitchell et al, 2007）、動機付けの乏しい薬物乱用者に対する短期介入の場合には、高得点の者ほど治療継続率が高いという（Mitchell & Angelone, 2006）。

本研究では、薬物依存用に開発されたSOCRATES-8Dについて、我々が逆翻訳などの手続きを経て作成した日本語版（松本ら, 2009）を用いて、ワークブックによる介入の前後に評価を行った。本尺度はまだ標準化の手続きを終えてはいないものであるが、個々の項目には表面的妥当性が認められ、すでに我々の先行研究において、全項目に関する高い内的一貫性（Cronbachα=0.798）が確認されている。そこで、本研究ではSOCRATES-8D合計得点について介入前後で比較を行った。なお、下位因子を構成する「病識」「迷い」「実行」については、該当項目に関する内的一貫性や因子妥当性が十分に証明されていないことから（小林ら, 2010）、今回は参考結果として提示することとした。

本研究では、本尺度による評価は、自習ワークブック実施前後に各1回行った。

4) 難易度と有用性に関する評価

ワークブック終了後に、自習ワークブックの難易度と有用性に関する評価を、我々が独自に開発した自記式質問票を用いて行った。難易度については、「わかりやすい」「ややわかりやすい」「ふつう」「ややむずかしい」「むずかしい」の5段階から選択して回答を求め、有用性については、「大変役に立つと思う」「多少は役に立つと思う」「どちらともいえない」「あまり役に立たないと思う」「まったく役に立たないと思う」の5段階から選択して回答を求めた。そのうえで、得られた結果は、難易度については「わかりやすい」「ややわかりやすい」「ふつう」という回答を「内容の適切さ」に、また、有用性については「大変役に立つと思う」「多少は役に立つと思う」という回答を「内容の有用性」に、それぞれ整理したうえで分析を行った。

難易度と有用性に関する評価は、自習ワークブッ

ク実施後に1回だけ行った。

4. 実施方法

本研究は、厚生労働省麻薬取締部の事業の一環として実施された。

具体的な手続きとしては、麻薬取締官が対象候補者に対して、自習ワークブック「SMARPP-Jr.」を用いた学習を提案した。実施について同意が得られた対象者に対しては、3種類の自記式評価尺度（DAST-20、自己効力感スケール、SOCRATES-8D）への回答を求めるとともに（実施前評価）、対象者に「SMARPP-Jr.」のワークブックを渡した。その後より対象者には各自の自宅でワークブックの自習に取り組むように促した。実施するペースは原則として本人に委ねた。2週間程度を経過した頃に、担当の麻薬取締官が連絡をとり、進捗状況を確認した。ワークブックの終了が確認された場合には、各担当の麻薬取締官は記入済みのワークブックを回収するとともに、3種類の自記式評価尺度（自己効力感スケール、SOCRATES-8D、難易度と有用性に関する評価）への回答を求めた（実施後評価）。

回収された記入済みのアンケート用紙は匿名化がなされたうえで、研究分担者のもとに郵送され、解析がなされた。

5. 統計学的解析

対象における2つの自記式評価尺度（自己効力感スケールおよびSOCRATES-8D）の各項目得点を、ワークブックの実施前後で Wilcoxon 符号付き順位検定によって比較した。統計学的解析には、SPSS for Windows version 17.0 を用い、両側検定にて $P<0.05$ を有意水準とした。

C. 研究結果

対象者 36 名の DAST-20 得点は 1~18 点に分布し、その平均得点 [標準偏差] は 7.24 [3.73] であった。

表 4 に、介入前後における自己効力感スケールと SOCRADES-8D の得点変化の結果を示す。自習ワークブックによる介入の結果、自己効力感スケール総得点 ($P=0.001$)、その下位尺度である「全般的な自己効力感」 ($P=0.003$)、および「個別場面の自己効力感」 ($P=0.001$) の得点が有意に上昇した。一方、SOCRATES-8D については、下位尺度の一つであ

る「実行」 ($P=0.025$) の得点が有意に上昇した以外は、総得点、および下位尺度の「病識」と「迷い」の得点に有意な変化は認められなかった。

表 5 に、自習ワークブックの難易度と有用性に関する評価の結果を示す。難易度については、「わかりやすい」 (19.4%)、「ややわかりやすい」 (27.8%)、「ふつう」 (19.4%)、「ややむずかしい」 (19.4%)、「むずかしい」 (13.9%) という結果であった。有用性については、「大変役に立つと思う」 (36.1%)、「多少は役に立つと思う」 (41.7%)、「どちらともいえない」 (16.7%)、「あまり役に立たないと思う」 (2.8%)、「まったく役に立たないと思う」 (2.8%) という結果であった。

D. 考察

本研究は、司法警察官として、本来、違法薬物乱用者を取り締まる側の立場にある麻薬取締官を通じて、薬物乱用者に自習ワークブックによる再乱用防止教育提案する、という活動実践の効果を検証したものである。もちろん、麻薬取締官はこれまで非公式には、個別面接や電話相談による再乱用防止支援の活動を行っており、なかには、平井の試みのように専門医療機関との連携によって薬物依存者の回復支援をする活動も行ってきた。しかし我々の知る限り、そのような活動の効果を学術的な手法で検証する試みはまったくくなされておらず、薬物再乱用防止における麻薬取締官の役割と意義については、あくまでも経験的な認識にとどまっていた。その意味で、本研究はきわめて稀少な価値を持っている。

また、本研究が評価の対象としたこの再乱用防止活動自体が、わが国の薬物再乱用防止対策のなかで大きな意義を持っている。執行猶予となった初犯者の場合、依存がまださほど重症化、深刻化していない者も少なくないと考えられ、それだけに治療的介入の効果が大きい可能性がある。しかし、それにもかかわらず、保護観察のつかない執行猶予者に対しては、刑事司法システム内で再乱用防止プログラムを提供する機会は未整備のままであった。というのも、近年では刑事施設服役中や保護観察下において薬物再乱用防止教育プログラムが実施されるようになったが、保護観察のつかない執行猶予者の場合、矯正と保護観察のいずれの制度の対象からも外れて

しまうからである。その意味では、この麻薬取締官の活動実践自体が十分に画期的なものといえるであろう。

本研究では、自習ワークブックによる介入によって、自己効力感スケールの総得点、ならびにすべての下位尺度得点が有意に上昇した。これは、対象者がワークブックの自習によって、自らの薬物渴望を刺激する引き金に対する知識が深まり、薬物渴望に対する対処方法に自信が持てるようになった可能性を示唆している。しかしその一方で、**薬物問題**に対する問題意識や治療必要性の認識の深まりに関する指標とされている **SOCRATES-8D** については有意な得点上昇は見られなかった。我々が刑務所に服役する成人薬物乱用者（松本ら, 2011）や、少年鑑別所被収容者を対象とした自習ワークブックによる介入（Matsumoto et al, 2011）では、自己効力感スケール得点はむしろ低下し、**SOCRATES-8D** 得点の上昇といった効果が認められていた。その点で本研究の結果は我々の先行知見とは一致しておらず、むしろ「**薬物問題**に対する問題意識が深まらないまま、無根拠な自信だけが高まった」ともとれる結果であった。

しかし、以下の 2 点から、本研究の対象が示した得点変化は、必ずしも無根拠な自信上昇ではないことを示すものと理解すべきである。第一に、本研究の対象では、**SOCRATES-8D** の下位尺度である「実行」の得点は有意に上昇し、ある程度、問題認識の深まりと治療意欲の高まりが認められている。第二に、森田ら（2007）の研究でも、我々の研究でも（松本ら, 2011）、確かに短期的な介入ではいったん自己効力感スケール得点が低下するが、さらに続けて介入を継続すると、自己効力感スケール得点が上昇することが確認されている。その意味では、自己効力感スケールと **SOCRATES-8D** の下位因子の一部に有意な得点上昇という今回の結果は、ある程度の問題意識や治療意欲の深まりを伴った、薬物渴望に対する対処スキルの向上が得られたと考えるべきである。その意味では、麻薬取締官を介した自習ワークブックによる再乱用防止プログラムには一定の効果があるといえるであろう。

また、本研究では、対象の 7 割弱が自習ワークブックを「むずかしくない」と回答し、対象の 8 割弱

が「大変役に立つ」もしくは「多少は役に立つ」と回答していた。まったく同じ選択肢を用いて自習ワークブックの評価を行ったものとして、我々はすでに少年鑑別所被収容者（松本ら, 2009）と刑務所服役者（松本ら, 2011）における研究を行っている。そのうちの一つ、少年鑑別所における研究では、対象者の約 65%が「むずかしくない」と、約 9 割が「大変役に立つ」もしくは「多少は役に立つ」と評価している。もう一つの刑務所における研究では、約 8 割が「むずかしくない」と、約 76%が「大変役に立つ」もしくは「多少は役に立つ」と回答している。これらの先行研究と比較すると、本研究の対象者は、他施設の薬物乱用者とほぼ同様の難易度と有用性を感じていたと考えられ、自習ワークブックは、矯正施設におけるのと同様に、執行猶予中の初犯の薬物乱用者に対しても適切な難易度の内容であり、一定の有用性がある可能性がある。

ここで、本研究の限界について述べておきたい。本研究にはいくつかの限界があるが、なかでも主要な問題は以下の 3 点である。第一に、対象数が少ないことである。第二に、対照群を欠いていることである。このため、本研究で確認された効果が、執行猶予の判決がなされてまもない状況によるもの、あるいは、ワークブック実施の説明などで麻薬取締官が面接することによる効果であった可能性も除外できない。第三に、本研究では、評価のエンドポイントが、「断薬期間の長さ」や「地域の援助機関の利用」ではなく、あくまでも介入前後における評価尺度得点の変化という代理変数であることである。今後は、より多数の対象者を収集し、自習ワークブックによる介入を行わない対照群を設定し、プログラム終了後のフォローアップ情報にもとづいてエンドポイントを設定した研究が求められるであろう。

E. 結論

本研究では、麻薬取締官を介して、執行猶予付き・保護観察なしの初犯の薬物乱用者 36 名に対して、自習ワークブック『SMARPP-Jr.』による再乱用防止プログラムを提供し、その介入前後における評価尺度上の変化を検討するとともに、その難易度の適切さと有用性についての評価を行った。その結果、薬物依存に対する自己効力感スケールの総得点およ

び全下位因子の有意な上昇と、SOCRATES-8D の下位因子の一つ、「実行」の有意な得点上昇が認められ、問題意識や治療意欲の深まりを伴った、薬物渴求に対する対処スキルの向上に資する効果が推測された。また、対象者の7割弱が自習ワークブックの難易度を適切と捉え、8割弱がその有用性を認識していた。以上より、麻薬取締官を介した自習ワークブックによる再乱用防止プログラムには一定の効果と意義、および実施可能性があると思われた。

薬物乱用者の中には、その経過中に保健医療機関や民間リハビリ施設だけでなく、様々な司法関連機関とかかわりを持つ。今日、国際的には薬物依存症は「慢性疾患」として継続的な支援の必要性が認識されている。この考えに従えば、国内のあらゆる場所や機会のなかで、薬物乱用者が再乱用防止に資する情報や支援に接することができる体制を整備することが理想的といえよう。その意味では、本研究でとりあげた麻薬取締官による実践は、支援体制の隙間を埋める意義と効果のある試みといえるであろう。

F. 研究発表

1. 論文発表

今村扶美、松本俊彦、小林桜児、和田 清：心神喪失者等医療観察法における物質使用障害治療プログラムの開発と効果。精神医学 54: 921-930, 2012.

松本俊彦：薬物依存症に対する新たな治療プログラム「SMARPP」：司法・医療・地域における継続した支援体制の構築を目指して。精神医学 54: 1103-1110, 2012.

松本俊彦：IV. 薬物関連精神障害の治療のプロセスと選択肢. 6. ワークブックを用いたグループ治療プログラムの実際。日本精神科救急学会編 精神科救急医療ガイドライン：規制薬物関連精神障害 2011 年版, pp80-86, へるす出版, 東京, 2012.

松本俊彦、成瀬暢也、梅野 充、青山久美、小林 桜児、嶋根卓也、森田展彰、和田 清：Benzodiazepines 使用障害の臨床的特徴とその発症の契機となった精神科治療の特徴に関する研究。日本アルコール・薬物医学会雑誌 47 (6): 317-330, 2012.

2. 学会発表

松本俊彦：誰にでもできる薬物依存症治療。シンポジウム 23 薬物依存症臨床における倫理～医療の立場と司法の立場。第 108 回日本精神神経学会学術総会, 2012.5.25, 札幌。

松本俊彦：薬物依存の基礎から臨床、そして日常診療との関わりについて。シンポジウム 38 認知行動療法を取り入れた包括的外来治療プログラムの必要性。第 108 回日本精神神経学会学術総会, 2012.5.25, 札幌。

今村扶美、松本俊彦、小林桜児、和田清：司法関連施設における薬物依存離脱指導の効果に関する研究 (2)：女性の薬物乱用者を対象とした介入。平成 24 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 2012.9.7, 札幌

高野歩、川上憲人、宮本有紀、松本俊彦：物質使用障害患者に対する認知行動療法プログラムを実施する医療従事者の態度の変化。平成 24 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 2012.9.7, 札幌

若林朝子、小林桜児、竹田典子、今村扶美、松本俊彦：在日外国人女性薬物依存症患者に対する SMARPP-Jr. を用いた個別依存症教育プログラムの試み。平成 24 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 2012.9.8, 札幌

G. 健康危険情報

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

引用文献

小林桜児、松本俊彦、大槻正樹、ほか (2007) 寛せい剤依存者に対する外来再発予防プログラムの開発—Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP)—。日本アルコ

- ール・薬物医学会誌, 42: 507-521.
- 小林桜児, 松本俊彦, 千葉泰彦, ほか (2010) 少年鑑別所入所者を対象とした日本語版SOCRATES (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale) の因子構造と妥当性の検討. 日本アルコール・薬物医学会誌 45 (5): 437-451, 2010.
- 松本俊彦, 小林桜児 (2008) 薬物依存者の社会復帰のために精神保健機関は何をすべきか? 日本アルコール薬物医学会雑誌 43: 172-187.
- 松本俊彦, 今村扶美, 小林桜児, ほか (2009) 少年鑑別所における薬物再乱用防止教育ツールの開発とその効果—若年者用自習ワークブック「SMARPP-Jr.」—. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 44: 121-138.
- 松本俊彦, 今村扶美, 小林桜児, ほか (2011) PFI (Private Finance Initiative) 刑務所における薬物依存離脱指導の効果に関する研究: 自習ワークブックとグループワークによる介入—第1報—. 日本アルコール・薬物医学会誌 46: 279-296.
- Matsumoto T, Chiba Y, Imamura F, et al. (2011) Possible effectiveness of intervention using a self-teaching workbook in adolescent drug abusers detained in a juvenile classification home. Psychiatry and Clinical Neurosciences 65: 576-583.
- 松本俊彦 (2012) 薬物依存症に対する新たな治療プログラム「SMARPP」: 司法・医療・地域における継続した支援体制の構築を目指して. 精神医学 54: 1103-1110.
- Miller, W.R. and Tonigan, J.S. (1996) Assessing drinkers' motivation for change: The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). Psychology of Addict Behav 10: 81-89.
- Mitchell, D. and Angelone, D.J. (2006) Assessing the validity of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale with treatment-seeking military service members. Mil Med 171: 900-904.
- Mitchell, D., Angelone, D.J. and Cox, S.M. (2007) An exploration of readiness to change processes in a clinical sample of military service members. J Addict Dis 26: 53-60.
- 森田展彰, 末次幸子, 嶋根卓也, ほか (2007) 日本の薬物依存症者に対するマニュアル化した認知行動療法プログラムの開発とその有効性の検討. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 42: 487-506, 2007.
- Skinner, H.A. (1982) The drug abuse screening test. Addict. Behav. 7: 363-371.
- 鈴木健二, 村上 優, 杠 岳文, ほか (1999) 高校生における違法性薬物乱用の調査研究. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 34: 465-474, 1999

表1:自習ワークブックSMARPP-Jr.の実施状況

実施地区 (分室)	本プログラム参加対象となる者(執行猶予判決を受けた乱用者)の人数(人)	プログラム参加を意思表示した者(SMARPP-Jr.を提供した者)の人数(人)	初回面接を実施した者(SMARPP-Jr.による自習を終えた者)の人数(人)	SMARPP-Jr.自習効果測定アンケートが回収できた者の人数(人)
北海道	6	1	0	0
東北	12	7	7	7
関東信越	19	4	3	3
横浜(分室)	0	0	0	0
東海北陸	26	15	13	11
近畿	9	7	5	5
神戸(分室)	1	1	1	1
中国	11	4	4	4
四国	8	0	0	0
九州	12	6	3	3
小倉(分室)	4	1	1	1
沖縄	14	2	1	1
合計	122	48	38	36
(%)	100.0%	39.3%	31.1%	29.5%

表2:薬物種類別の生涯使用経験率(複数選択可:N=36)

薬物名	人数	百分率
トルエン	15	41.7%
ブタンガス	2	5.6%
覚せい剤	30	83.3%
MDMA	8	22.2%
大麻	19	52.8%
ケタミン	0	0.0%
LSD	4	11.1%
ヘロイン	0	0.0%
マジックマッシュルーム	5	13.9%
5-Meo-DIMP/MIPT	3	8.3%
その他	2	5.6%

表3:最頻使用薬物(1つだけ選択)の種類

薬物名	人数	百分率
トルエン	4	11.1%
覚せい剤	21	58.3%
大麻	8	22.2%
5-Meo-DIMP/MIPT	1	2.8%
その他	2	5.6%
合計	36	100.0%

表4: 介入前後の薬物依存に対する自己効力感スケールとSOCRATES-8Dの比較(N=36)

	実施前	実施後		z	P
		平均点	標準偏差		
薬物依存に対する自己効力感スケール	全般的な自己効力感 合計**	21.72	3.90	23.14	2.67
	個別場面の自己効力感 合計**	67.92	11.94	72.47	6.62
	総得点**	89.64	15.13	95.25	8.95
SOCRATES-8D	病識	28.53	5.45	27.36	5.18
	迷い	13.61	3.36	13.64	4.14
	実行*	33.56	5.23	35.22	6.49
	総得点	75.69	10.89	76.17	11.16

SOCRATES-8D, Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, 8th version for drug dependence

* P<0.05, ** P<0.01

表5: 自習ワークブックの難易度と有用性に関する評価(N=36)

	人数	百分率
ワークブックの難易度		
わかりやすい	7	19.4%
ややわかりやすい	10	27.8%
ふつう	7	19.4%
ややむずかしい	7	19.4%
むずかしい	5	13.9%
合計	36	100.0%
ワークブックの有用性		
大変役に立つと思う	13	36.1%
多少は役に立つと思う	15	41.7%
どちらともいえない	6	16.7%
あまり役に立たないと思う	1	2.8%
まったく役に立たないと思う	1	2.8%
合計	36	100.0%

(別掲 5)

研究成果の刊行に関する一覧表

開発教材

研究分担者名	対象者	教材タイトル
近藤あゆみ	家族	薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラム 薬物依存症の多様性と人それぞれの回復について知る（家族向け教材）
近藤あゆみ	ファシリテーター	薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラム 薬物依存症の多様性と人それぞれの回復について知る（ファシリテーター用マニュアル）
近藤あゆみ	家族	薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラム 「家族の病気」としての薬物依存症（家族向け教材）
近藤あゆみ	ファシリテーター	薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラム 「家族の病気」としての薬物依存症（ファシリテーター用マニュアル）
近藤あゆみ	家族	薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラム 本人の望ましくない行動を増やし、望ましくない行動を減らす（家族向け教材）
近藤あゆみ	ファシリテーター	薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラム 本人の望ましくない行動を増やし、望ましくない行動を減らす（ファシリテーター用マニュアル）
近藤あゆみ	家族	薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラム 暴力への対応（家族向け教材）
近藤あゆみ	ファシリテーター	薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラム 暴力への対応（ファシリテーター用マニュアル）

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
和田清	薬物乱用	(監修) 五十嵐隆	日本医師会雑誌 第141巻・特別号 (1).生涯教育シリーズ82「小児・思春期診療 最新マニュアル」	日本医師会	東京	2012	S262-S2 63
嶋根卓也	医者や薬局のくすりなら大丈夫?	松本俊彦 =編	中高生のためのメンタル系サバイバルガイド	日本評論社	東京	2012	74-79
松本俊彦	IV. 薬物関連精神障害の治療のプロセスと選択肢. 6. ワークブックを用いたグループ治療プログラムの実際	日本精神科救急学会	精神科救急医療ガイドライン：規制薬物関連精神障害 2011年版	ヘルス出版	東京	2012	80-86

雑誌

発表者名	論文タイトル名	発表紙名	巻	ページ	出版年
和田 清	薬物乱用の問題点－医学的視点から	少年写真新聞社 中学保健	第	10-11	2012

	—第三回 中学生対象の全国調査から わかること	ニュース	15 22 号 付 録		
今村扶美, 松本俊彦, 小林桜児, 和田清	心神喪失者等医療観察法における物質使用障害治療プログラムの開発と効果	精神医学	54	921-930	2012
松本俊彦	薬物依存症に対する新たな治療プログラム「SMARPP」：司法・医療・地域における継続した支援体制の構築を目指して	精神医学	54	1103-1110	2012
松本俊彦, 成瀬暢也, 梅野充, 青山久美, 小林桜児, 嶋根卓也, 森田展彰, 和田清	Benzodiazepines 使用障害の臨床的特徴とその発症の契機となった精神科治療の特徴に関する研究.	日本アルコール・薬物医学 会雑誌	47	317-330	2012

平成24年度厚生労働科学研究費補助金
(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)

研究成果報告会

薬物乱用・依存等の実態把握と 薬物依存症者に関する制度的社會資源の現状と課題に 関する研究

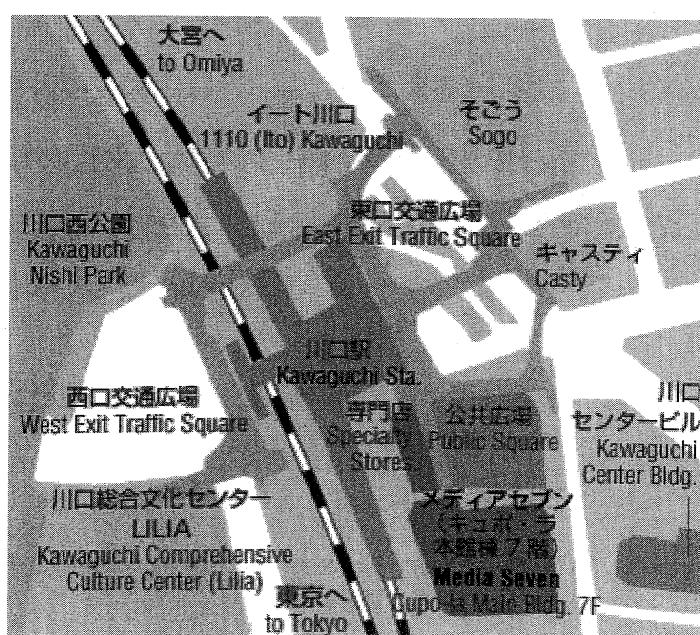
(研究代表者: 和田 清)

日時: 2013年2月23日(土) 13時00分より

場所: 川口メディアセブン
キュポ・ラ本館棟7階 プrezentationスタジオ

〒332-0015
埼玉県川口市川口1-1-1
TEL. 048-227-7622

交通: JR京浜東北線 川口駅東口 徒歩1分
無料 事前登録不要



問い合わせ先: 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 薬物依存研究部
〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1 TEL & FAX: 042-346-1954 和田、小島、中野

総合司会：嶋根卓也（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所）

13:00-13:05 研究代表者挨拶 和田 清（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

司会：嶋根卓也（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所）

1. 13:05-13:35 飲酒・喫煙・薬物乱用についての全国中学生意識・実態調査(2012年)
和田 清（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所）
2. 13:35-14:05 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
庄司正実（目白大学 人間社会学部）
3. 14:05-14:35 監察医務院における異状死の検案・解剖結果からみた薬物乱用・依存等の実態に関する研究
福永龍繁（東京都監察医務院）
4. 14:35-15:05 全国的精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査
松本俊彦（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所）
代理 谷渕由布子（同和会 千葉病院）
5. 15:05-15:35 薬剤師を情報源とする医薬品乱用の実態把握に関する研究
嶋根卓也（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所）

休憩

司会：宮永 耕（東海大学 健康科学部社会福祉学科）

6. 15:55-16:25 薬物依存症者の社会復帰を目的とした制度の重なりに関する研究
宮永 耕（東海大学 健康科学部社会福祉学科）
 7. 16:25-16:55 薬物依存症者に関する制度的社会資源の地域格差に関する研究
山口みほ（日本福祉大学 社会福祉学部）
 8. 16:55-17:25 薬物依存症者を持つ家族に対する心理教育プログラムの開発と評価に関する研究
近藤あゆみ（新潟医療福祉大学 社会福祉学部）
 9. 17:25-17:55 司法関連施設における少年用薬物乱用防止教育ツールによる介入効果とその普及に関する研究
松本俊彦（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所）
代理 谷渕由布子（同和会 千葉病院）
- 17:55-18:00 研究代表者挨拶 和田 清（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

終了後、近くで懇親会を予定しております。

懇親会参加希望者は2月14日(木)までに、下記まで登録して下さい。登録制です。
(担当者 嶋根 shiman@ncnp.go.jp)

平成24年度厚生労働科学研究費補助金
(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)

薬物乱用・依存等の実態把握と
薬物依存症者に関する制度的社會資源の
現状と課題に関する研究
(H23薬-一般-014)
研究報告書
(総括研究報告書十分担研究報告書)

主任研究者：和田 清（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所）

2013年3月31日 発行