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

（H21-医薬-一般-028）

研究報告書

（総括研究報告書＋分担研究報告書）

平成２３年（２０１１年）３月

研究代表者：和田　清

目　次

Ⅰ．総括研究報告書　　和田　清（国立精神･神経医療研究センター　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(2010 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：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査･･･････････････････ 89
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）

1-3：全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究･･･････ 117
庄司正実（目白大学　人間学部）

1-4：監察医務院における薬物検出の実態に関する研究･･･････････････････････････ 143
福永龍繁（東京都監察医務院）

1-5：大学新入生における薬物乱用実態に関する研究（2010 年）･･･････････････････ 153
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）

Ⅱ－２．再乱用防止のための社会資源等の現状と課題に関する研究

2-1：薬物依存症者の回復支援に関わる制度的社会資源の現状と課題(2)･･･････････････ 177
山口みほ（日本福祉大学社会福祉学部）

2-2：障害者自立支援法下における薬物依存症治療資源に関する研究(2)･･･････････････ 189
宮永　耕（東海大学　健康科学部社会福祉学科）

2-3：若年者向け薬物再乱用防止プログラムの開発に関する研究･･･････････････････ 201
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）

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･･･ 215
松本俊彦（国立精神･神経セ医療研究ンター　精神保健研究所）

2-5：薬物依存症者の家族がもつ多様なニーズを満たすための家族教育プログラムの開発に関する研究･･･ 227
近藤あゆみ（新潟医療福祉大学　社会福祉学部社会福祉学科）

Ⅲ：海外渡航報告書

1.　和田　清：マラケシュ（モロッコ）･･･････････････････････････････････ 257
2.　宮永　耕：コロンボ、ガンパハ、ペルマドゥーラ、カルタラ（スリランカ）
クアラルンプール、セランゴール（マレーシア）･･･････････････ 258

Ⅳ：研究成果の刊行に関する一覧表･･･････････････････････････････････････ 261

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

総括研究報告書

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）
総括研究報告書

薬物乱用・依存の実態把握と再乱用防止のための社会資源等の現状と課題に関する研究

(H21-医薬-一般-028)

研究代表者　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

研究要旨　薬物乱用・依存対策の立案・評価の際の基礎資料に供するために、薬物乱用･依存の実態把握のための各種調査を実施し、あわせて、再乱用防止のための社会資源等の現状と課題について研究を実施した。

■研究１　薬物乱用・依存の実態把握に関する研究　性質の異なる対象に対して、実態調査を実施した。

研究 1-1：飲酒･喫煙・薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査(2010 年)　わが国の中学生における薬物乱用の広がりを把握し、中学生に対する薬物乱用防止対策の基礎資料に供するために、層別一段集落抽出法により選ばれた全国 192 校の全生徒を対象に、飲酒、喫煙、有機溶剤・大麻・覚せい剤乱用に対する意識・実態調査を実施した。有効回答数は 121 校（対象校の 63.0%）、47,475 人（対象校 192 校の全生徒想定数の 52.5%）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、0.7%（男子：0.8%、女子：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り、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。有機溶剤乱用の勢いは、確実に弱くなってきている。　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。　③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。　④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。　⑤大麻の生涯経験率は 0.3%（男子：0.5%、女子：0.2%）であった。覚せい剤の生涯経験率は 0.3%（男子：0.4%、女子：0.2%）であった。大麻の生涯経験率は男子では増加していた。覚せい剤の生涯経験率は女子では上昇していた。大麻及び覚せい剤の生涯経験率の推移に関しては、今後の動向が危惧されるところである。　⑥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、2010 年調査での増加傾向は著明であった。その背景には、薬物乱用防止教育の影響と言うよりは、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が影響していると考えられる。　⑦以上により、中学生の薬物乱用問題は、確実に、有機溶剤問題から大麻・覚せい剤問題に変わってきており、薬物乱用防止教育の内容を再検討する時期にきていると考えられる。

研究 1-2：全国精神科病院調査　精神科病床を有する全国の 1,612 施設を対象に、薬物関連精神疾患の実態調査を郵送法にて試行し、1,021 施設（63.3%）から 723 症例の報告を得た。有効回答の 671 症例（男性 475 例、女性 196 例）を分析した。　①主たる使用薬物は、『覚せい剤症例』が症例全体の 53.1%、『睡眠薬・抗不安薬症例』17.7%、『多剤症例』8.5%、『有機溶剤症例』8.3%、『鎮咳薬症例』3.0%、『その他症例』2.8%、『大麻症例』2.7%、『鎮痛薬症例』1.8%、『リタリン症例』1.3%という順であった。本年度調査結果の最大の特徴は、本調査開始以来、覚せい剤に次いで常に第２位であった有機溶剤が、第４位となり、睡眠薬・抗不安薬が第２位になったということである。　②精神科治療薬乱用症例 154 例の検討で、多く乱用されていた精神科治療薬は、フルニトラゼパム、トリアゾラム、エチゾラム、ゾルピデム、ブロチゾラム、ベゲタミン®、メチルフェニデート（リタリン）であった。今後、精神科治療薬の適正使用に関する対策が急がれる。

研究 1-3：全国の児童自立支援施設調査　全国の児童自立支援施設に入所中の児童に対する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。　①生涯経験率の高い順に、男性では、ブタン 9.1%、有機溶剤 7.2%、抗不安薬(安定剤)4.1%、ブロン(咳止め液)2.4%、大麻 1.9%、覚せい剤 0.4%であ

った。女性では、有機溶剤28.6%、ブタン21.5%、抗不安薬(安定剤)21.5%、大麻12.6%、ブロン(咳止め液)12.9%覚せい剤8.3%であった。　②入所非行児の非行程度の軽症化が認められ、非行児の質の変化が伺われるが、薬物乱用生涯経験率は確実に低下していた。その傾向は有機溶剤で顕著であった。

研究1-4：監察医務院における薬物検出の実態に関する研究　2006～2010年の、東京都監察医務院での検案総数65,504件中、行政解剖例13,499件の薬毒物検査と薬物の検出結果を調査した。　①検出薬物では、医薬品等が増加し、特に睡眠剤と精神神経用剤の件数が顕著に増加していた。　②睡眠剤ではブロムワレリル尿素，ニトラゼパム，フルニトラゼパム，フェノバルビタール，酒石酸ゾルピデムが増加していた。抗てんかん剤の検出ではカルバマゼピンとバルプロ酸ナトリウムが2010年に増加していた。　③精神神経用剤の検出では，マレイン酸レボメプロマジンや塩酸イミプラミンが減少していた。　④ベゲタミンの成分であるフェノバルビタール・塩酸クロルプロマジン・塩酸プロメタジンの検出件数は大幅に増加していた。　⑤麻薬では、MDMA6件，モルヒネ1件，コカイン1件，ジヒドロコデイン5件が検出された。　⑥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1-5：大学新入生における薬物乱用実態に関する研究　大学生における飲酒・喫煙を含めた薬物乱用の実態把握を目的に、A大学における新入生346名に対しする無記名自記式質問紙調査を実施した。　①薬物乱用経験は対象者の2.3%にみられ、内訳は向精神薬が1.8%と最も多かった。　②過去5年間の推移でも、2008年以降向精神薬の乱用率が増加傾向にある。　③薬物を勧められた経験は対象者の2.9%にみられ、内訳は大麻が1.8%と最も多かった。過去5年間の推移でも、2008年以降大麻をすすめられる機会が増加傾向にある。　④約15%の対象者が、大麻の栽培情報や乱用を促す情報を目にしたことがあり、その半数以上がインターネットを情報源としていた。

■研究2　再乱用防止のための社会資源等の現状と課題に関する研究

研究2-1：薬物依存症者の回復支援に関わる制度的社会資源の現状と課題(2)　昨年度まとめた薬物依存症者の制度的社会資源の利用状況を、今年度実施したワークショップを通して、まとめ直した。あげられた社会資源は多岐に渡るが、制度の枠組み・運用において薬物依存を事由とする適用が制限される実質的な「障壁」が存在しており、「薬物依存症」という病名・障害名で活用できるものは限定的であり、本人や家族が抱える他疾病・他問題を事由として資源活用の幅を広げている状況がある。また、市長村単位の制度設計・運営により、利用可能な資源も、ダルク入所者のように広範囲での居所の移動を伴うケースでは、手続き上の困難が生じている。こうした状況の改善のためには、情報の集約と共有が必要であり、当事者・家族、関係者が積極的に社会資源の利用を試みる姿勢が求められる。また、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いてソーシャルワーカーのインタビュー・データを分析し、「戦略的リフレイミング」→「関係機関の動員促進」→「個別実績の普遍化」→「所属機関の活用」→「長期の関係形成」といった薬物依存症者への対処の援助プロセス・モデルの提示を試みた。

研究2-2：障害者自立支援法下における薬物依存症治療資源に関する研究(2)　制度運用の見直しが進められる障害者自立支援制度と関連する諸制度における課題を探るために、昨年度、ダルクを利用する薬物依存者にとって利用可能性の高い生活保護等諸制度の運用について現状とその課題を整理した。その結果、①今日では、福祉事務所等において薬物依存者を対象とした一定程度の「処遇フォーマット」は存在している、②しかし、ダルクを利用する薬物依存者援助の制度上の裏付けは今日でも不十分なまま、援助現場の経験の蓄積とその継承とによって、順次その成果が制度運用のマニュアルにも反映されてきた、③ダルクにおいて援助を担当するスタッフが感じる業務上の困難も、社会福祉・社会保障等の制度に関する知識、情報の共有の面に関わる部分が多い、④実務上必要な知識の継続的な研修の機会が求められている、⑤前記のような内容の研修機会を保障する具体的方策の確保、が現在の課題となっていることが明らかになった。そこで、今年度は、社会保障関連制度等についてダルクスタッフ等に教授し、同時に現制度下での具体的課題の現場からの汲み上げを目的に、一日研修会（ワークショップ）を全国3箇所で開催した。

研究2-3：若年者向け薬物再乱用防止プログラムの開発に関する研究　若年者向け薬物再乱用防止プログラムOPENを作成し、平成22年3月～平成23年2月まで東京都立中部総合精神保健福祉センターにて実施した。OPENの薬物再乱用防止効果には一定の効果が見込まれると示唆されたが、対象数が9名と少ないため、評価のため

には、OPENの継続による対象者数の確保が必要である。

研究2-4：司法関連施設における少年用薬物乱用防止教育ツールの介入効果とその普及に関する研究　少年鑑別所に入所する薬物乱用者85名に対し、開発した再乱用防止のための自習ワークブック「SMARPP-Jr.」を実施し、介入前後の評価尺度上の変化から、薬物問題の重症度と介入効果の相違について検討した。その結果、自習ワークブックの実施後には、問題意識の深まりと治療動機の高まりを反映する評価尺度上の顕著に上昇した。その一方で、薬物欲求に抵抗できる自信、自己効力感には著明な変化が見られなかった。以上により、自習ワークブックを用いた矯正施設での介入は、薬物乱用に対する問題意識を深め治療動機を向上させるのには有効であるが、薬物依存に対する自己効力感を高めるには、施設出所後に、地域における継続した支援体制が存在する必要があると考えられた。

研究2-5：薬物依存症者の家族がもつ多様なニーズを満たすための家族教育プログラムの開発に関する研究
幅広い家族のニーズに対応できる総合的な家族教育プログラムの開発を行った。開発した教材は5種類（計9冊）である。1種類目は、「プログラムを実施する前に」と題した、家族心理教育プログラムを実施するファシリテーターに向けて書かれたものである（1冊）。2種類目は、家族が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ことを目的に作成された「薬物依存症と回復 Vol.1　薬物依存症とは」であり、実施者向けの解説（ファシリテーター用マニュアル）と、家族向けの配布資料（家族向け教材）がある（2冊）。3種類目は、家族が薬物依存症者に対する適切な対応法を学び実践できることを目的に作成された「家族の本人に対する関わり方 Vol.1　上手なコミュニケーションで本人を治療につなげる」であり、家族向け及び実施者向けの冊子がある（2冊）。4種類目も、家族が薬物依存症者に対する適切な対応法を学び実践できることを目的に作成されたもので、「家族の本人に対する関わり方 Vol.2　長期的な回復を支え、再発・再使用に備える」と題した家族向け及び実施者向けの冊子である（2冊）。5種類目は、家族自身の心身の健康を取り戻せることを目的に作成された「家族のセルフケア Vol.1　家族のセルフケア」であり、家族向け及び実施者向けの冊子がある（2冊）。また、家族心理教育プログラムの普及を目的に、医療及び保健機関の職員を対象に、「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　実施者向け研修会」を実施した。

【結論】　未成年者における薬物乱用は確実に減少傾向にある。しかし、中学生の薬物乱用による害知識の周知率は2006年をピークに減少傾向にあり、有機溶剤乱用の確実な減少を考慮すると、薬物乱用防止教育の中身を含めて、再検討・再強化する必要が示唆された。医薬品の乱用・依存が確実に増加しており、早急に対策を検討する必要がある。再乱用防止のために、薬物依存者、および、その家族の利用可能性の高い生活保護等諸制度等の制度的社会資源（社会保障関連制度）は「知らない者は利用することができない制度」と言った実態があるが、必要としている方々に、それらを伝え、同時に、現状の問題点を洗い出して行く作業は不可欠である。また、わが国では著しく立ち後れている二次予防（早期発見、早期治療）・三次予防（社会復帰）のための取り組みとして、大学生を含む若年者向け薬物再乱用防止プログラムの開発・試行、薬物再乱用ハイリスク集団である少年鑑別所入所者に対する再乱用防止のための自習ワークブックを用いた介入を行った。同時に、薬物依存症者の家族がもつ多様なニーズを満たすための家族教育プログラムの開発を行い、5種9冊の教材を作成し、家族支援の一助とした。二次予防（早期発見、早期治療）・三次予防（社会復帰）の強化こそが、再乱用防止策の中核である。

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
庄司正実	目白大学　人間学部 教授
福永龍繁	東京都監察医務院 院長
山口みほ	日本福祉大学　社会福祉学部 准教授
宮永　耕	東海大学　健康科学部 社会福祉学科　准教授
嶋根卓也	国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所　薬物依存研究部 研究員
松本俊彦	国立精神・神経医療研究センター

	精神保健研究所　薬物依存研究部室長
近藤あゆみ	新潟医療福祉大学社会福祉学部社会福祉学科　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カ年戦略」（平成10年5月）、「薬物乱用防止新五か年戦略」（平成15年7月）、「第三次薬物乱用防止五か年戦略」（平成20年8月）が策定され、今日に至っているが、1995年に始まる第三次覚せい剤乱用期も、既に15年以上が経っており、薬物乱用・依存に関する国内状況は大きく変わりつつある。

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

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

薬物乱用・依存の実態把握は違法行為の掘り起こし的性質があり、困難を極める。2009年度～2010年度の本研究では、薬物乱用・依存等の実態把握に関する調査研究を質の異なる複数対象群に対して、多方面からの実態調査を実施し、総合的な現状把握を試みた。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大学生調査である。

これらにより、わが国の薬物乱用・依存の実態を多面的に把握でき、乱用防止対策並びに薬物依存者対策立案・遂行の際の基礎資料に供することができると考えている。ただし、費用効率と調査される側の各種負担を考慮し、2009年度は①薬物使用に関する全国住民調査に重点をおき、②～⑥に関しては2010年に本調査を実施した。

また、覚せい剤事犯検挙者の再犯率が57.8%（2009年）と高いように、薬物依存からの「回復」は困難を極める。欧米では「治療共同体」が薬物依存症治療の主役を担っているが、このような社会資源はわが国には存在せず、医療施設とDARC（ダルク）を中心とする民間リハビリテーション施設があるのみである。このような再乱用防止面での著しい立ち後れの原因として、当研究者らによるこれまでの厚生労働科学研究の成果として、薬物依存症に対する「司法モデル」一辺倒的対応の限界と、「医療モデル」「福祉モデル」としての制度的社会資源の不足・欠落が指摘されてきた。

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

B．各分担研究の目的、方法、及び結果

■研究1　薬物乱用・依存の実態把握に関する研究

研究1-1：飲酒・喫煙・薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査（2010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・覚せい剤乱用に対する意識・実態

調査を実施した。

対象は、層別一段集落抽出法により選ばれた全国192校の全生徒であり、有効回答数は121校(対象校の63.0%)、47,475人(対象校192校の全生徒想定数の52.5%)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0.8%(1年生0.7%、2年生0.7%、3年生0.9%)、女子で0.6%(1年生0.5%、2年生0.6%、3年生0.7%)であり、全体では0.7%(1年生0.6%、2年生0.7%、3年生0.8%)であった。この結果は、男女及び全体で、1996年に開始した一連の本調査では最低の値である。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、確実に弱くなってきていると考えられる。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。**特に、急性中毒死の周知度が調査実施以来横ばいであり、最も大切と思われる害知識が教えられていない可能性が伺われた。⑥ **大麻の生涯経験率**は、男子で0.5%(1年生で0.3%、2年生で0.5%、3年生で0.6%)であり、女子で0.2%(1年生で0.1%、2年生で0.2%、3年生で0.3%)で、全体では0.3%(1年生で0.2%、2年生で0.4%、3年生で0.5%)であった。**覚せい剤の生涯経験率**は、男子では0.4%(1年　生0.2%、2年生0.4%、3年生0.5%)で、女子で0.2%(1年生0.2%、2年生0.3%、3年生0.3%)であり、全体では0.3%(0.2%, 0.4%, 0.4%)であった。大麻の生涯経験率は、1998年をピーク(0.7%)に、以後減少し、2000年～2004年と停滞したものの、2008年調査で減少した。しかし、2010年調査では、男子では増加していた。覚せい剤の生涯経験率は、1998年、2004年に記録した最高値(0.5%)以降、2006年、2008年と減少していたが、2010年調査では、女子では上昇していた。以上により、大麻及び覚せい剤の生涯経験率の推移に関しては、今後の動向が危惧されるところである。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、2010年調査での増加傾向は著明であった。その背景には、薬物乱用防止教育の影響と言うよりは、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が影響していると考えられる。⑧ 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たが、その後は横ばい状態である。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13.8%、女子で15.2%であるのに対して、経験者群では、男子で39.9%、女子で42.4%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13.6%、女子で15.3%であるのに対して、経験者群では、男性で40.0%、女性で41.7%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6%の者が「少々ならかまわない」を選んでいるのに対して、「シンナー遊び」に関してそれを選んだ者は1.3%に過ぎず、大麻では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。⑩ 有機溶剤乱用経験者群の29.0%(男子で31.1%、女子で25.2%)の者に大麻乱用の経験があり、27.7%(男子で27.2%、女子で27.3%)の者に覚せい剤乱用の経験があり、有機溶剤乱用と大麻・覚せい剤乱用との間には強い結びつきがあることが再確認された。同時に、喫煙経験と有機

溶剤乱用経験との間にも結びつきが認められた。このことは、わが国の中学生では、喫煙→有機溶剤乱用→大麻・覚せい剤乱用という流れがあることを強く示唆する結果であった。⑪　以上により、**中学生の薬物乱用問題は、確実に、有機溶剤問題から大麻・覚せい剤問題に変わってきており、薬物乱用防止教育の内容を再検討する時期に来ている。**

研究 1-2：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査

研究分担者　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

精神科病床を有する全国の 1,612 施設を対象に、薬物関連精神疾患の実態調査を郵送法にて試行し、1,021 施設（63.3%）から 723 症例の報告を得た。今回の報告書では、このうち、性別・年齢・主たる薬物の種類に関するデータ欠陥のない 671 症例（男性 475 例、女性 196 例）を分析の対象とした。

主たる使用薬物別にみた場合、671 症例の内訳は、『覚せい剤症例』が 361 例で報告症例全体の 53.1%と最も高い割合を占め、次いで『睡眠薬・抗不安薬症例』119 例（17.7%）、『多剤症例』57 例（8.5%）、『有機溶剤症例』56 例（8.3%）、『鎮咳薬症例』20 例（3.0%）、『その他症例』19 例（2.8%）、『大麻症例』18 例（2.7%）、『鎮痛薬症例』12 例（1.8%）、『リタリン症例』9 例（1.3%）という順であった。

本年度調査から得られた結果のなかで最も重要なものは、本調査開始以来、わが国においてつねに覚せい剤に次ぐ第 2 位の乱用薬物が、従来の有機溶剤から睡眠薬・抗不安薬へと代わったということであろう。

今回の調査結果から、薬物関連精神疾患症例を二つの類型に整理できると考えられた。一つの類型は、『覚せい剤症例』、『有機溶剤症例』、『大麻症例』に代表される『規制薬物乱用者群』である。この群は、反社会的集団との関連を持つ者、司法的対応を受けた経験を有する者が多く、仲間からの誘惑や好奇心興味から初回使用に至っている者が少なくなかった。精神科臨床の場面では、依存自体もさることながら、慢性持続性の精神病像が重要な治療的課題となっていた。もう一つの類型は、『睡眠薬・抗不安薬症例』、『鎮痛薬症例』、『リタリン症例』などに代表される『医薬品乱用群』である。この群は、反社会的集団との関連を持つ者、司法的対応を受けた経験を有する者は少なかった。しばしば不眠、不安、疼痛、抑うつ気分への対処として初使用し、主要な薬物の入手経路は医師（特に精神科医師）や薬局であった。精神科臨床現場での主要な治療課題は依存であり、気分障害やパーソナリティ障害を併存し、自殺関連行動を繰り返す者も目立った。

今年度の調査では、精神科治療薬乱用症例 154 例の検討も行った。その臨床的特徴は、『睡眠薬・抗不安薬症例』のそれと一致していたが、非常に多く乱用されていた精神科治療薬として、フルニトラゼパム、トリアゾラム、エチゾラム、ゾルピデム、ブロチゾラム、ベゲタミン®、メチルフェニデート（リタリン）などが判明した。このことから、保険適用の制限や処方・調剤・流通過程の厳格化にも関わらず、依然としてリタリン乱用問題は完全には解決していない可能性が示唆されるとともに、今後、精神科治療薬の適正使用に関する対策が急がれると考えられた。

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

研究分担者　庄司正実　目白大学
人間学部　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する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

①生涯経験率の高い順に、男性では、ブタン 9.1%、有機溶剤 7.2%、抗不安薬(安定剤)4.1%、ブロン(咳止め液)2.4%、大麻 1.9%、覚せい剤 0.4%であった。女性では、有機溶剤 28.6%、ブタン 21.5%、抗不安薬(安定剤)21.5%、大麻 12.6%、ブロン(咳止め液)12.9%覚せい剤 8.3%であった。

②従来の結果と同様にすべての薬物にて女性は男性より乱用頻度が高かった.

③1994 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7.4%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22.9%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%台であり今回も大金変化はなかった．

④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．

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 1-4：監察医務院における薬物検出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

2006～2010年の5年間の、東京都監察医務院での検案総数 65,504 件のなかで行われた行政解剖例 13,499 件の薬毒物検査と薬物の検出結果を調査した。

①検出薬物では、医薬品等が増加し、特に睡眠剤と精神神経用剤の件数が顕著に増加していた。

②睡眠剤ではブロムワレリル尿素，ニトラゼパム，フルニトラゼパム，フェノバルビタール，酒石酸ゾルピデムが増加していた。抗てんかん剤の検出ではカルバマゼピンとバルプロ酸ナトリウムが2010年に増加していた。

③精神神経用剤の検出では，マレイン酸レボメプロマジンや塩酸イミプラミンが減少していた。

④ベゲタミンの成分であるフェノバルビタール・塩酸クロルプロマジン・塩酸プロメタジンの検出件数は大幅に増加していた。

⑤麻薬では、MDMA6件，モルヒネ1件，コカイン1件，ジヒドロコデイン5件が検出された。

⑥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 1-5：大学新入生における薬物乱用実態に関する研究(2010年)

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
研究員

大学生における飲酒・喫煙を含めた薬物乱用の実態把握を目的に、A大学における新入生346名に対して無記名自記式の質問紙調査を実施し、以下の知見を得た。対象は、女子64.7%、男子35.0%、不明0.3%であった。平均年齢は18.6歳であった。

①薬物乱用経験は対象者の2.3%にみられ、内訳は向精神薬が1.8%と最も多かった。過去5年間の推移でも、2008年以降向精神薬の乱用率が増加傾向にある。

②薬物をすすめられた経験は対象者の 2.9%にみられ、内訳は大麻が1.8%と最も多かった。過去5年間の推移でも、2008年以降大麻をすすめられる機会が増加傾向にある。

③約 15%の対象者が、大麻の栽培情報や乱用を促す情報を目にしたことがあり、その半数以上がインターネットを情報源としていた。

④飲酒経験者の22.3%（男子42.3%、女子9.4%）にBinge drinking（いわゆる暴飲）がみられ、大学生における飲酒に対する寛容さ、急性中毒等の健康被害に対する危機意識の低さを示唆する結果といえる。

■研究２　再乱用防止のための社会資源等の現状と課題に関する研究

研究 2-1：薬物依存症者の回復支援に関わる制度的社会資源の現状と課題(2)

研究分担者　山口みほ　日本福祉大学
社会福祉学部　准教授

昨年度まとめた薬物依存症者の制度的社会資

源の利用状況を、今年度実施したワークショップを通して、まとめ直した。あげられた社会資源は多岐に渡るが、制度の枠組み・運用において薬物依存を事由とする適用が制限される実質的な「障壁」が存在しており、「薬物依存症」という病名・障害名で活用できるものは限定的であり、本人や家族が抱える他疾病・他問題を事由として資源活用の幅を広げている状況がある。また、市長村単位の制度設計・運営により、利用可能な資源も、ダルク入所者のように広範囲での居所の移動を伴うケースでは、手続き上の困難が生じている。こうした状況の改善のためには、情報の集約と共有が必要であり、当事者・家族、関係者が積極的に社会資源の利用を試みる姿勢が求められる。また、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いてソーシャルワーカーのインタビュー・データを分析し、「戦略的リフレイミング」→「関係機関の動員促進」→「個別実績の普遍化」→「所属機関の活用」→「長期の関係形成」といった薬物依存症者への対処の援助プロセス・モデルの提示を試みた。

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

研究分担者　宮永　耕　東海大学
健康科学部社会福祉学科　准教授

制度運用の見直しが進められる障害者自立支援制度と関連する諸制度における課題を探るために、昨年度、ダルクを利用する薬物依存者にとって利用可能性の高い生活保護等諸制度の運用について現状とその課題を整理した。その結果、①今日では、福祉事務所等において薬物依存者を対象とした一定程度の「処遇フォーマット」は存在している、②しかし、ダルクを利用する薬物依存者援助の制度上の裏付けは今日でも不十分なまま、援助現場の経験の蓄積とその継承とによって、順次その成果が制度運用のマニュアルにも反映されてきた、③ダルクにおいて援助を担当するスタッフが感じる業務上の困難も、社会福祉・社会保障等の制度に関する知識、情報の共有の面に関わる部分が多い、④実務上必要な知識の継続的な研修の機会が求められている、⑤前記のような内容の研修機会を保障する具体的方策の確保、が現在の課題となっていることが明らかになった。そこで、今年度は、社会保障関連制度等についてダルクスタッフ等に教授し、同時に現制度下での具体的課題の現場からの汲み上げを目的に、一日研修会（ワークショップ）を全国3箇所で開催した。

研究 2-3：若年者向け薬物再乱用防止プログラムの開発に関する研究

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

若年者向け薬物再乱用防止プログラム OPEN を作成し、平成22年3月～平成23年2月まで東京都立中部総合精神保健福祉センターにて実施し、9名よりエントリー時（T1）、4名より介入終了時(T2)、2名より介入後3ヶ月時(T3)のデータを収集し、以下の知見を得た。

①OPENのエントリー者は女性5名、男性4名、年齢の中央値は29.0歳、医療機関からの紹介が6名（66.7%）と最も多かった。

②薬物使用は、介入終了時(T2)に、プログラム修了者4名全員が断薬を継続していたものの、介入後3ヶ月時(T3)では1名が再使用していた。

③飲酒は、介入終了時(T2)および介入後3ヶ月時(T3)も継続していたが、Binge drinkingがなくなっていた。

④VAS による主観的評価によると、介入前後で薬物を使いたい気持ちも減少したが、やめ続ける自信も減少した。

⑤日本語版SOCRATESの「迷い」のスコアが若干増加していたが、介入前後で変化のステージには大きな変化がみられなかった。

⑥介入前後で、部屋の片付けや掃除など身の回りのことができるようになったが、生活リズムや昼夜逆転といった生活習慣や、QOL には大きな変化がみられなかった。

以上の知見より、OPENの薬物再乱用防止効果には一定の効果が見込まれると示唆されるが、効果を結論付けるだけのサンプル数が不足しており、さらなる対象者の確保が必要である。

研究 2-4：司法関連施設における少年用薬物乱用

防止教育ツールの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

少年鑑別所に入所する薬物乱用者85名に対し、我々が開発した再乱用防止のための自習ワークブック「SMARPP-Jr.」を実施し、介入前後の評価尺度上の変化から、薬物問題の重症度と介入効果の相違について検討した。その結果、薬物問題の重症度に関係なく、自習ワークブックの実施後には、問題意識の深まりと治療動機の高まりを反映する評価尺度上の顕著に上昇した。しかしその一方で、薬物欲求に抵抗できる自信、自己効力感には著明な変化が見られなかった。以上により、自習ワークブックを用いた矯正施設での介入は、薬物乱用に対する問題意識を深め治療動機を向上させるのには有効であるが、薬物依存に対する自己効力感を高めるには、施設出所後に、地域における継続した支援体制が存在する必要があると考えられた。

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

研究分担者　近藤あゆみ
新潟医療福祉大学
社会福祉学部社会福祉学科　准教授

幅広い家族のニーズに対応できる総合的な家族教育プログラムの開発を目的に本研究を実施した。

初年度は、欧米における家族介入方法等を参考に、想定される様々なプログラム内容に対する家族及び機関職員の理解度や関心度を把握するための調査を行ったが、今年度は、調査結果を踏まえ、家族心理教育プログラムの教材作成に着手した。

作成した教材は5種類（計9冊）である。

まず1種類目は、「プログラムを実施する前に」と題した、家族心理教育プログラムを実施するファシリテーターに向けて書かれたものである（1冊）。

2種類目は、家族が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ことを目的に作成された「薬物依存症と回復 Vol.1　薬物依存症とは」であり、実施者向けの解説（ファシリテーター用マニュアル）と、家族向けの配布資料（家族向け教材）がある（2冊）。

3種類目は、家族が薬物依存症者に対する適切な対応法を学び実践できることを目的に作成された「家族の本人に対する関わり方 Vol.1　上手なコミュニケーションで本人を治療につなげる」であり、家族向け及び実施者向けの冊子がある（2冊）。

4種類目も、家族が薬物依存症者に対する適切な対応法を学び実践できることを目的に作成されたもので、「家族の本人に対する関わり方 Vol.2 長期的な回復を支え、再発・再使用に備える」と題した家族向け及び実施者向けの冊子である（2冊）。

5種類目は、家族自身の心身の健康を取り戻せることを目的に作成された「家族のセルフケア Vol.1　家族のセルフケア」であり、家族向け及び実施者向けの冊子がある（2冊）。

また、家族心理教育プログラムの普及を目的に、医療及び保健機関の職員を対象に、「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実施者向け研修会」を実施した。

（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・依存等実態把握に関する研究

１．調査の位置づけ

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

本研究グループでは、調査に要する費用と調査される側の各種負担を考慮し、各種調査を原則的には隔年ごとに繰り返す形を採用している。その結果、ひとつは①「薬物使用に関する全国住民調

査」（以下、住民調査）を実施し、他の調査に関しては、既存の調査結果を再分析したり、他国での類似の調査システムを調査したりしながら、次年度への準備をする年度であり、もうひとつは、②「飲酒・喫煙・薬物乱用についての全国中学生意識・実態調査」（以下、中学生調査）、「全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」（以下、精神科病院調査）、「全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究」（以下、児童自立支援施設調査）を実施する年度である。今回の2年間に渡る研究では、上記②の調査研究に、「監察医務院における薬物検出の実態に関する研究」と「大学新入生における薬物乱用実態に関する研究」を加えた。

本年度は上記の②の年度に当たる。

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

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ることと、本調査の実施に割く時間が狭められた結果ではないかと推定している。今回の2010年調査では、63.0%と、かろうじて経年的低下を免れたが、おそらく、実施校率の低下傾向は今後も続くであろうと思われる。継続こそが本調査研究の最大の価値であると考えられるため、今後も、70%を目標に継続実施してゆく必要があろう。

「全国精神科病院調査」「全国児童自立支援施設調査」は全数調査という方法を採っている。

「全国精神病院調査」では、調査協力施設の割合がなかなか上がらない問題が続いていた。2002度調査では、なんとか52.6%であり、2004年調査でも50.5%（837施設）であったが、2006年調査では56.7%を確保できた。しかし、2008年調査では48.4%と50%を切ってしまった。

ただし、785施設中86.2%（全国の1,622施設中では41.7%）が「該当症例なし」と言う結果であり、回答率を上げる作業は「該当症例なし」の施設から、「該当症例なし」という報告をいただく作業になるきらいがある。その背景には、我が国の薬物関連精神障害患者に対する医療対応システムの貧困がある。当主任研究者による試算によれば、2006年6月30日時点での全国精神病院病名別在院患者数（「我が国の精神保健福祉」監修　精神保健福祉研究会）を元に算出すると、我が国の覚せい剤関連精神障害入院患者の約13%がわずか4病院で占められている現実があり（1645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現状が明らかである。今回は、上記特殊状況を考慮して、これまでになく回収への努力を行った結果、全国の1,612施設中63.3%から回答を得、かつ723例の報告を得ることができた。しかし、回答を得た施設中、592施設（36.7%）では、「該当症例なし」との回答であり、薬物関連精神障害患者を診ている施設の偏在ぶりはこれまで通りである。

また、本年度の全国精神科調査結果の最大の特徴は、本調査開始以来、覚せい剤に次いで常に第2位であった有機溶剤が、第4位となり、睡眠薬・抗不安薬が第2位になったということである。これは、その他の調査の結果同様、医薬品乱用・

依存の増加を示唆するものであり、対応策を検討する必要性を示唆している。

「全国児童自立支援施設調査」での対象数は、1994年で1339人，1996年で1194人，1998年で1315人，2000年で1327人と、1200人から1300人前後で一定していたが，2002年では851人と減少した。2004年調査では、質問項目数を少なくし回収率が低下しないよう配慮したこともあり、回収数は1230人となり、2002年より前のレベルに戻すことができた。しかし、2006年調査では986人と後退してしまった。2008年調査では1,289人と回復し、今回の2010年調査では1064人と維持できている。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。

2008年秋、大学生における大麻乱用の報道が頻発したことは記憶に新しい。ただし、この時期に大学生間で大麻の乱用が急に増加したのではなく、大麻の乱用はすでに社会全般に広がりを見せていたが、「有名大学生」の逮捕に端を発した報道の頻発であったことは押さえておく必要がある。しかし、そもそも、わが国には全国の大学生における薬物乱用実態把握調査は事実上存在しない。そこで、せめてもという思いで実施しているのが、A大学との協力の下で実施している「大学新入生における薬物乱用実態に関する研究」である。わずか1校での調査であるから、その結果を持って云々は言えないが、各大学にはこの種の調査の重要性に目を向けて頂きたい。実態把握なくして対策はたてられない。

また、薬物乱用・依存状況の把握には、可能ならば何らかの生物学的マーカーを用いた調査が最適である。そのため、当研究代表者は、かつて第三次救急医療センター受診者の尿・血液からの薬物検出調査を組織したことがあったが、各施設でのマンパワー不足により、結果的に断念せざるを得なかった。そこで、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では、ベンゾジアゼピン系薬物の検出例増加、高検出薬としてのクエチアピン、カルバマゼピン、バルプロ酸ナトリウムなどのムードスタビライザー検出の増加、が明らかとなっており、この背景には「うつ」病・状態対応の今日的問題が推定されるとともに、それに関連する自殺問題が絡んでいると推定される。また、エチゾラムは、チエノジアゼピンに分類され、ベンゾジアゼピン系薬物と作用機序が事実上同じであるにもかかわらず、向精神薬としての処方制限を受けていない。全国精神科病院調査でも、監察医務院調査でも、その乱用・依存の問題が明らかに存在する。早急に、対策を講じる必要がある。さらに、監察医務院調査では、ベゲタミン成分の検出増加が指摘されている。様々な向精神薬がある今日、今さらベゲタミンが必要なのかという疑問は臨床医間では以前から指摘されている。この問題も対策が必要である。

今回の研究1「薬物乱用・依存等実態把握に関する研究」全体で言えることは、どの調査結果を見てみても、医薬品乱用・依存の割合が大きくなってきていると言うことである。これはまさに筆者等が指摘してきた「捕まる薬物から捕まらない薬物へのシフト」であり、医薬品乱用・依存問題への対応策案の必要性と、薬物乱用・依存問題を司法モデルのみならず、医療モデルとして対応することの必要性を支持している。

研究2　再乱用防止のための社会資源等の現状と課題に関する研究

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

と自体が妥当かどうか、様々な場で検討してゆく必要性が指摘されていた。

この疑問を出発点として、本研究では現行の制度的社会資源の内容と現状・実情を洗い直すことにした。

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

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

そこで本年度は、社会保障関連制度等についてダルクスタッフ等に教授し、同時に現制度下での具体的課題の現場からの汲み上げを目的に、一日研修会（ワークショップ）を全国3箇所で開催した。社会保障関連制度は「知らない者は利用することができない制度」である。それらの制度の適応を必要としている方々に、それらを伝え、同時に、現状の問題点を洗い出して行く作業は不可欠であろう。

また、若年の薬物乱用経験者の再乱用防止に向けて、大学生を含む若年者向け薬物再乱用防止プログラムを開発し、東京都立中部総合精神保健福祉センターにて試行した。同時に、薬物再乱用ハイリスク集団である少年鑑別所入所者用に、再乱用防止のための自習ワークブックを用いた介入を継続した。

さらに、薬物依存症者の家族がもつ多様なニーズを満たすための家族教育プログラムの開発を行い、5種9冊の教材を作成した。

わが国では著しく立ち後れている二次予防（早期発見、早期治療）・三次予防（社会復帰）のための様々な取り組みこそが、再乱用防止には必要である。

D．結論

薬物乱用・依存対策の立案・評価の際の基礎資料に供するために、薬物乱用・依存の実態把握のための各種調査を実施し、あわせて、再乱用防止のための社会資源等の現状と課題について研究を実施した。

全国中学生調査による違法薬物生涯経験率は過去最低を示した。また、全国児童自立支援施設調査でも、同様の結果であった。したがって、未成年者における薬物乱用は確実に減少傾向にある。しかし、中学生の薬物乱用による害知識の周知率は2006年をピークに減少傾向にあり、有機溶剤乱用の確実な減少を考慮すると、薬物乱用防止教育の中身を含めて、再検討・再強化する必要が示唆された。

全国精神科病院調査では、主たる原因薬物として、長年覚せい剤に次いで第2位であった有機溶剤が、調査開始後初めて、第4位になり、第2位には睡眠薬・抗不安薬が浮上した。この医薬品の乱用・依存の増加は、全国児童自立支援施設調査、監察医務院調査でも明らかであり、早急に対策を検討する必要がある。

ダルクを利用する薬物依存者、および、その家族にとって、利用可能性の高い生活保護等諸制度等の制度的社会資源運用の現状とその課題を整理した。現在の社会保障関連制度は「知らない者は利用することができない制度」と言った実態があるが、それらの制度の適応を必要としている方々に、それらを伝え、同時に、現状の問題点を洗い出して行く作業は不可欠でり、一日研修会（ワークショップ）を全国3箇所で開催した。

また、わが国では著しく立ち後れている二次予防（早期発見、早期治療）・三次予防（社会復帰）のための取り組みとして、大学生を含む若年者向け薬物再乱用防止プログラムの開発・試行、薬物再乱用ハイリスク集団である少年鑑別所入所者に対する再乱用防止のための自習ワークブックを用いた介入を行った。

同時に、薬物依存症者の家族がもつ多様なニーズを満たすための家族教育プログラムの開発を行い、5種9冊の教材を作成し、家族支援の一助とした。

二次予防（早期発見、早期治療）・三次予防（社会復帰）の強化こそが、再乱用防止策の中核である。

E．健康危険情報

本研究結果自体が健康危険情報である。

F．研究発表

1．著書

1）和田　清、尾崎　茂、近藤あゆみ：Ⅱ章　物質

依存の疫学と法律　物質乱用の疫学. 脳とこころのプライマリケア 8　依存. 編集：福居顕二. シナジー. 東京. pp. 20-pp. 32, 2011.

2) 松本俊彦:Ⅶ章 思春期における心の問題—薬物乱用. 脳とこころのプライマリケア 4. 編集：日野原重明、宮岡　等. シナジー. 東京. pp. 448-458, 2010.

3) 松本俊彦：精神科医療 薬物依存.　精神保健福祉白書編集委員会 精神保健福祉白書 2011 年版 岐路に立つ精神保健福祉医療—新たな構築をめざして. 中央法規出版. 東京. pp. 153, 2010

2．論文発表

1) Kiyoshi Wada: The history and current state of drug abuse in Japan. Addiction Reviews (Annals of the New York Academy of Sciences) 1216: 62-72, 2011.

2) 和田　清：精神作用物質使用障害の今日的実態. 精神神経学雑誌 112(7)：651-660, 2010.

3) 小林桜児, 松本俊彦, 千葉泰彦, 今村扶美, 森田展彰, 和田　清: 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.

4) 今村扶美, 松本俊彦, 小林桜児, 平林直次, 和田 清: 国立精神・神経医療研究センター病院における物質使用障害治療プログラムの開発と効果測定. 日本アルコール・薬物医学会誌 45 (5)：452-463, 2010.

5) 松本俊彦, 千葉泰彦, 今村扶美, 小林桜児, 和田 清: 少年鑑別所における自習ワークブックを用いた薬物再乱用防止プログラムの試み～重症度による介入効果の相違に関する検討. 精神医学 52 (12)：1161-1171, 2010.

6) 松本俊彦: 物質使用と暴力および自殺行動との関係. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 45 (1)：13-24, 2010

7) 松本俊彦: アディクション—精神科医が「否認」する「否認の病」. 精神科治療学 25 (5)：565-571, 2010

8) 松本俊彦: アルコール・薬物使用障害の心理社会的治療. 医学のあゆみ 233 (12)：1143-1147, 2010

9) 松本俊彦: DSM-5 における物質関連障害. 精神科治療学 25: 1077-1081, 2010

10) 松本俊彦, 小林桜児: 精神作用物質使用障害の心理社会的治療: 再乱用防止のための認知行動療法を中心に. 精神神経学雑誌 112 (7)：672-676, 2010

11) 松本俊彦: アルコール・薬物依存症と摂食障害との併存例をめぐって. 精神神経学雑誌 112 (8)：766-773, 2010

12) 松本俊彦: 第 2 章 精神作用物質使用による精神および行動の障害 4. 覚せい依存の心理社会的治療. 精神科治療学 25 増刊号「今日の精神科治療ガイドライン, 68-71, 2010

13) 松本俊彦: 物質依存症—治療戦略に役立つ生活歴、現病歴、家族関係. 精神科治療学 25 (11)：1489-1496, 2010

14) 松本俊彦: 覚せい剤依存症の精神療法—患者と家族に対する初回面接の工夫—. 臨床精神医学 39 (12)：1583-1587, 2010

15) 松本俊彦: マトリックスモデルとは何か? 治療プログラムの可能性と限界. 龍谷大学矯正・保護研究センター編龍谷大学矯正・保護研究センター研究年報 No. 7. pp63-75, 龍谷大学矯正・保護研究センター, 京都, 2010

16) 嶋根卓也: 思春期の薬物乱用の現状と課題. 思春期学 28: 267-272, 2010.

17) 嶋根卓也: 薬物依存症－薬物依存症のトレンド－薬物依存症の予防・防止の社会的取り組み. 日本臨牀 68: 1531-1535, 2010.

18) 森田展彰、嶋根卓也: 薬物依存症－薬物依存症のトレンド－幻覚剤. 日本臨牀 68:1486-1493, 2010

19) 嶋根卓也: アディクション 薬物乱用・依存. Journal of Integrated Medicine 20: 356-359, 2010

20) 嶋根卓也: 思春期における薬物乱用の実態と予防. 思春期学 29,: 13-18, 2011

21) 宮永耕:薬物依存者の回復における社会福祉援助の役割：龍谷大学 矯正・保護研究センター研究年報 第 7 号：p. 99-111： 2010

22) 山口みほ:薬物依存症者の回復支援に関わる制度的社会資源の活用実態と課題. 医療社会福祉研究 19, 2011 年 3 月

3．学会発表

1) 和田　清：わが国における薬物乱用・依存の最近の特徴．第 30 回日本社会精神医学会．奈良．2011.3.4.
2) 和田　清:日本における薬物乱用･依存の歴史と最近の特徴．第1回日中薬物依存シンポジウム(2010)．千葉大学．千葉大学付属図書館亥鼻分館ライブラリーホール．2010.11.12.
3) Kiyoshi Wada: The Current Situation of Drug Abuse/Dependence in Japan. NationalAnti-drug Conference & Anti-drug International Seminar, Ministry of Justice, Taiwan. 2010.6.2.
4) 和田　清:日本の薬物乱用状況の今日的特徴．国際シンポジウム「社会階層と逸脱」青少年の非行と社会的関係の病理．東北大学大学院文学研究科グローバル COE「社会階層と不平等教育研究拠点」・台湾青少年犯罪抑制学会．東北大学川内南キャンパス文学部第二教室．2010.1.23.
5) 和田　清：精神作用物質使用障害の今日的実態．第105回日本精神神経学会学術総会．神戸．2009.8.22.
6) 松本俊彦：アルコール・薬物依存症と摂食障害との併存例をめぐって．シンポジウム 26「精神障害が併存するアルコール依存症の病態と治療」．第106回日本精神神経学会学術総会，2010. 5. 21，広島.
7) 松本俊彦：専門講座Ⅱ 自傷行為の理解と援助～アディクションと自殺のあいだ．第 32 回日本アルコール関連問題学会，2010. 7. 16，神戸
8) 宮田久嗣，松本俊彦：3 学会合同シンポジウム 1「“物質”と“物質によらない”嗜癖行動の共通点と差異：問題提起」，平成 22 年度アルコール・薬物関連学会合同学術総会，2010. 10. 7，小倉
9) 松本俊彦：3 学会合同シンポジウム 4「物質使用障害と自傷・自殺～最近の研究から」，平成 22 年度アルコール・薬物関連学会合同学術総会，2010. 10. 7，小倉
10) 松本俊彦：嗜癖問題と自傷・自殺．シンポジウム「自殺予防と嗜癖」，第 21 回日本嗜癖行動学会，2010. 11. 21，岡山衛生会館
11) 松本俊彦・小林桜児：ワークショップ 19 薬物依存症の認知行動療法～マニュアルとワークブックにもとづく統合的外来治療プログラム．第 36 回日本行動療法学会，2010. 12. 4，愛知県産業労働センター「ウインクあいち」.
12) 今村扶美，松本俊彦，千葉泰彦，小林桜児，和田清：少年鑑別所における自習ワークブックを用いた薬物再乱用防止プログラムの開発とその効果～重症度による介入効果の検討～．第 6 回日本司法精神医学会大会，2010. 6. 4，東京大学.
13) 今村扶美，松本俊彦，小林桜児，平林直次，和田清：医療観察法指定入院医療機関における「物質使用障害治療プログラム」の開発とその効果．第 6 回日本司法精神医学会大会，2010. 6. 4，東京大学.
14) 小林桜児，今村扶美，根岸典子，若林朝子，松本俊彦，和田　清：国立精神・神経医療研究センター病院薬物専門外来受診者の臨床的特徴．東京精神医学会第89回学術集会．2010. 7.10，北里大学薬学部コンベンションホール.
15) 小林桜児，松本俊彦，千葉泰彦，今村扶美，森田展彰，和田　清：少年鑑別所入所者を対象とした日本語版 SOCRATES の因子構造と妥当性の検討．平成 22 年度アルコール・薬物関連学会合同学術総会，2010. 10. 8，小倉.
16) 今村扶美，松本俊彦，小林桜児，和田清：医療観察法指定入院医療機関における「物質使用障害治療プログラム」の開発とその効果．平成 22 年度アルコール・薬物関連学会合同学術総会，2010. 10. 8，小倉.
17) 田中紀子，矢澤祐史，松本俊彦：奈良ダルクによる新しいとりくみ：Recovery Dynamics Program 導入による効果観察．平成22年度アルコール・薬物関連学会合同学術総会，2010. 10. 8，小倉.
18) 柴田幹良，谷藤隆信，福永龍繁：監察医務院における薬毒物検査の実態．第 45 回日本アルコール・薬物医学会．リーガロイヤルホテル小倉．2010.10.7-9.
19) 柴田幹良，谷藤隆信，福永龍繁：過去5年間(2005～2009 年）の東京都監察医務院における薬物検出の実態．第 79 回日本法医学会学術関東地方集会．笹川記念会館．2010.10.31.

20) 嶋根卓也：若年者向け薬物再乱用防止プログラム”OPEN”の開発に関する研究. 第69回日本公衆衛生学会総会，東京，2010.10.27-29.

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

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）

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　小堀栄子　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　研究員）
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

研究要旨 わが国の中学生における薬物乱用の広がりを把握し、特に有機溶剤乱用に関する危険因子を特定することによって、中学生に対する薬物乱用防止対策の基礎資料に供するために、飲酒、喫煙、有機溶剤・大麻・覚せい剤乱用に対する意識・実態調査を実施した。調査期間は、2010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192校の全生徒を対象に、自記式調査を実施した。その結果、121校（対象校の63.0%）より、47,607人（対象校192校の全生徒想定数の52.6%）の回答を得た。有効回答数は47,475人（対象校192校の全生徒想定数の52.5%）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0.8%（1年生0.7%、2年生0.7%、3年生0.9%）、女子で0.6%（1年生0.5%、2年生0.6%、3年生0.7%）であり、全体では0.7%（1年生0.6%、2年生0.7%、3年生0.8%）であった。この結果は、男女及び全体で、1996年に開始した一連の本調査では最低の値である。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、確実に弱くなってきていると考えられる。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。**特に、急性中毒死の周知度が調査実施以来横ばいであり、最も大切と思われる害知識が教えられていない可能性が伺われた。⑥ **大麻の生涯経験率**は、男子で0.5%（1年生で0.3%、2年生で0.5%、3年生で0.6%）であり、女子で0.2%（1年生で0.1%、2年生で0.2%、3年生で0.3%）で、全体では0.3%（1年生で0.2%、2年生で0.4%、3年生で0.5%）であった。**覚せい剤の生涯経験率**は、男子では0.4%（1年　生0.2%、2年生0.4%、3年生0.5%）で、女子で0.2%（1年生0.2%、2年生0.3%、3年生0.3%）であり、全体では0.3%（0.2%, 0.4%, 0.4%）であった。大麻の生涯経験率は、1998年をピーク（0.7%）に、以後減少し、2000年～2004年と停滞したものの、2008年調査で減少した。しかし、2010年調査では、男子では増加していた。覚せい剤の生涯経験率は、1998年、2004年に記録した最高値（0.5%）以降、2006年、2008年と減少していたが、2010年調査では、女子では上昇していた。以上により、大麻及び覚せい剤の生涯経験率の推移に関しては、今後の動向が危惧されるところである。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、2010年調査での増加傾向は著明であった。その背景には、薬物乱用防止教育の影響と言うよりは、2008年の角界・大学生における大麻問題の報道、200

9年の某有名女優による覚せい剤問題の報道が影響していると考えられる。⑧ 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たが、その後は横ばい状態である。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13.8%、女子で15.2%であるのに対して、経験者群では、男子で39.9%、女子で42.4%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13.6%、女子で15.3%であるのに対して、経験者群では、男性で40.0%、女性で41.7%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6%の者が「少々ならかまわない」を選んでいるのに対して、「シンナー遊び」に関してそれを選んだ者は1.3%に過ぎず、大麻では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。⑩ 有機溶剤乱用経験者群の29.0%（男子で31.1%、女子で25.2%）の者に大麻乱用の経験があり、27.7%（男子で27.2%、女子で27.3%）の者に覚せい剤乱用の経験があり、有機溶剤乱用と大麻・覚せい剤乱用との間には強い結びつきがあることが再確認された。同時に、喫煙経験と有機溶剤乱用経験との間にも結びつきが認められた。このことは、わが国の中学生では、喫煙→有機溶剤乱用→大麻・覚せい剤乱用という流れがあることを強く示唆する結果であった。⑪ 以上により、**中学生の薬物乱用問題は、確実に、有機溶剤問題から大麻・覚せい剤問題に変わってきており、薬物乱用防止教育の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、わが国での薬物乱用状況は確実に変化してきている。その変化の特徴は、2006年での不正事犯数における有機溶剤と大麻の入れ替わりに象徴されるように「違法」から「脱法」への流れであり、有機溶剤優位型である「わが国独自型」から大麻優位の「欧米型」への変化としてとらえることができる[23)25)]。

ただし、薬物乱用により精神障害をきたして精神病院を受診した患者調査（2006年）での初回使用薬物としては、有機溶剤が44.3%と断トツに高く[1)]、覚せい剤の入手可能性の高まりの中で、有機溶剤乱用の経験なしに、いきなり覚せい剤乱用を始める若者の増加が推定される第3次覚せい剤乱用期においても、有機溶剤乱用が依然として重要な役割を担っていることを示唆している。

すなわち、わが国では、飲酒・喫煙を除けば、有機溶剤の乱用が精神医療の面からみて、その後の覚せい剤乱用への門を開く「ゲイトウェイ・ドラッグ」[2)]としての役割を相変わらず担っている可能性がそれなりにあるようである。

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く[3)]、予防対策上は中学生が重要である。したがって、中学生における有機溶剤乱用（「シンナー遊び」）の実態を把握し、有機溶剤乱用に関連するハイリスク・ファクターを特定することは、わが国における薬物乱用防止対策上、不可欠である。

同時に、中学生における喫煙、飲酒は、有機溶剤乱用と強い関係を有していると推定され[2)4)5)6)7)21)]、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20年度、平成8年度に初めて実施した、「薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査」[9)]の第8回目調査を実施し、薬物乱用防止対策の基礎資料に供することを目的とした。

B．研究方法

調査は、下記方法によって選ばれた対象校で、原則として、2010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、2010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192校（想定90,451人）が選ばれた。

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

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。

192校（国立0校、公立179校、私立13校）中、調査を実施していただけた中学校は121校（国立0校、公立115校、私立6校：対象校の63.0%）であった。そのうちの12校については、学年・クラスを限定した実施であった。その内訳は、1年生のみ実施1校、2年生のみ実施4校、3年生のみ実施6校、2年生の一部のみ実施1校、2年生の一部を除く全生徒で実施1校であった。

以上の結果、47,607人（想定生徒数の52.6%。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132通は、明らかな記載上の不備、または記載項目が全51問の50%を満たしていなかったため無効とした。したがって、有効回答は47,475人（想定生徒数の52.5%）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23,615人、女子23,824人、性別不明者36人の計47,475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0.8%（1年生0.7%、2年生0.7%、3年生0.9%）、女子で0.6%（1年生0.5%、2年生0.6%、3年生0.7%）であり、全体では0.7%（1年生0.6%、2年生0.7%、3年生0.8%）であった。

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

(3)「シンナー遊び」の目撃について

「あなたは、『シンナー遊び』をしているところを実際に見たことがありますか？」との問いに対する回答の分布を表5に示した。

男子の2.3%、女子の2.3%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（$P<0.05$）が認められず、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考察で論じる。

(4)身近での「シンナー遊び」経験者の存在について

「あなたの身近に、『シンナー遊び』をしている人がいますか？」との問いに対する回答の分布を表6に示した。

男子では1.4%、女子では1.5%、全体では1.5%の者が「いる」と答えており、その割合は男女ともに学年が進むにつれて高くなる傾向が、統計学的有意差をもって認められた。

しかも、男子よりも女子に多い傾向は以前の同種の調査と同じであった[9)12)19)20)22)24)26)]。

なお、上記の年次推移については考察で論じる。

(5)「シンナー遊び」への誘惑について

「あなたは、『シンナー遊び』に誘われたことがありますか？」との問いに対する回答の分布を表7に示した。

男子の1.0%、女子の0.8%の者が誘われたことが「ある」と答えており、男子では、学年が進むにつれて、誘われたことのある者の率が有意に高くなっていた。

なお、この誘われ経験率の推移については、考察で論じる。

2．有機溶剤乱用に対する捉え方

(1)「シンナー遊び」への関心について

「『シンナー遊び』について、あなたの気持ちはどれに最も近いですか？」との問いに対する未経験者群での回答の分布を表8に示した。

男女ともに、回答の分布には学年間で有意差（$P<0.01$）が認められるが、「関心がない」を選択した者は、男女ともに3年生で最も多く、「好奇心」は2年生で高い傾向が示唆された。この傾向は2002年調査[20)]、2004年調査[22)]、2006年調査[24)]、2008年調査[26)]でも認められている。

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

(2)「シンナー遊び」と法の遵守について

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

回答の分布には、男女共に有意差（$P<0.01$）が認められ、未経験者群では男女共に約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36%、女子で約33%おり、非経験者群、経験者群間で乖離していた。

(3)「シンナー遊び」と法規制の必要性について

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

回答の分布には、男女共に有意差（P<0.01）が認められ、非経験者群では、男女ともに約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30%、女子で約29%）。

(4)「シンナー遊び」をしている者への見方（その１）

「『シンナー遊び』をしている人について、どう思いますか？」との問いに対する回答の分布を表11に示した。

回答の分布には、男女共に有意差（P<0.01）が認められ、非経験者群では男女共に約98～97%の者が「自分には無関係の人だと思う」を選んだのに対して、経験者群では「『シンナー遊び』をする気持ちが理解できる気がする」ないしは「親しみを感じる」を選んだ者が相当数いた（男子で約38%、女子で約35%）。

(5)「シンナー遊び」をしている者への見方（その２）

「『シンナー遊び』をしている人と親しくなる事について、どう考えますか？」との問いに対する回答の分布を表12に示した。

回答の分布には、男女共に有意差（P<0.01）が認められた。非経験者群では「親しくなりたくない」を選んだ者が、男女共に82～80%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22～18%にのぼった。

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

(6)「シンナー遊び」をする理由について

「『シンナー遊び』をしている人たちは、どうして『シンナー遊び』をするのだと思いますか？」との問いに対する回答の分布を表13に示した。

非経験者群では、男女ともに、多い順番で、「本人に問題があるから」、「家庭に問題があるから」が上位2つを占めた。この傾向は2008年調査[26]でも同じであった。、ただし；2004年調査[20]、2006年調査[24]では、男子では「本人に問題があるから」を選んだ者が最も多く、女子では「家庭に問題があるから」を選んだ者が最も多かった。

一方、経験者群でも、男女ともに、「本人に問題があるから」「家庭に問題があるから」が多いことは同じであるが、男女ともに「社会に問題があるから」、「学校に問題があるから」を選んだ者の割合も多かった。

「家庭に問題があるから」を選んだ者の割合には非経験者群、経験者群間での有意差は認められなかった。

３．有機溶剤乱用による医学的害について

(1)「シンナー」吸引による急性中毒死について

「『シンナー遊び』で死亡すること（急性中毒死）があるのを知っていますか？」との問いに対する回答の分布を表14に示した。

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[25]からは、「知っている」と答えた者は男女ともに非経験者群で多いという結果に戻っている。

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

に対する回答の分布を表15に示した。

従来、この質問に対しては、男女ともに、経験者群の方が「知っている」を選択した者の割合が高かったが[9)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、有意差はないものの、「知っている」を選んだ者が、再び非経験者群の方が多いというパターンに復帰したが、今回もそれを維持できた。

(3)「シンナー」吸引の繰り返しによる多発神経炎について

「『シンナー遊び』を繰り返すと、手足の筋肉や神経が衰え、物をつかめなかったり、歩けなくなること（多発神経炎）があるのを知っていますか？」との問いに対する回答の分布を表16に示した。

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

2004年調査[22)]で、初めて、男女ともに非経験者の方が「知っている」を選んだ生徒の割合の方が多いという結果となったが、今回の調査でもそれを維持できた。しかし、前述の(1)同様に、非経験者群と経験者群間では統計学的有意差($p<0.05$)はなく、薬物乱用防止教育の一層の推進が望まれる結果であった。

(4)「シンナー」吸引の繰り返しによる有機溶剤精神病について

「『シンナー遊び』を繰り返すと、何もないのに物が見えたり（幻視）、実際には何も聞こえないのに、声が聞こえたり（幻聴）、誰も何とも思っていないのに、人が自分の事を非難していると思い込んだり（妄想）する状態（精神病状態）になることがあるのを知っていますか？」との問いに対する回答の分布を表17に示した。

1996年調査[9)]では、男女ともに経験者群の方が「知っている」を選んだ者が多く、1998年調査[12)]ではその割合は非経験者群の方が多かったが、男子では有意差がなく、2000年調査[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。今回もそれが維持出来た。

(5)「シンナー」吸引の繰り返しによる無動機症候群について

「『シンナー遊び』を繰り返すと、何事にも関心が持てなくなり、結果的に学校を欠席しがちになり、どんな仕事についても長続きしなくなること（無動機症候群）を知っていますか？」との問いに対する回答の分布を表18に示した。

2004年調査[22)]では、男女共に、有意差こそ認められなかったが、「知っている」を選んだ者は経験者群の方で多かったが、今回の2006年調査では、有意差こそないものの、女子では「知っている」を選んだ者は非経験者群で多かった。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、今回もそれが維持できたが、統計学的有意差は認められなかった。

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

(6)有機溶剤精神病後のフラッシュバック現象について

「『シンナー遊び』の結果、幻視、幻聴、妄想が出るようになってしまうと、それを治療して治っても、その後「シンナー遊び」をやめていても、疲れ・ストレス・飲酒などで、幻視、幻聴、妄想

が再出現すること（フラッシュバック現象）があるのを知っていますか？」との問いに対する回答の分布を表19に示した。

これまでの調査[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持って高かったが、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った。2004年調査[22)]の結果も2002年調査[20)]と同じであった。2006年調査では、有意差こそないものの、女子では、「知っている」と答えた者は非経験者群の方が初めて多くなった。男子では両群でほとんど同じであった。2008年調査では、男子ではほとんど2群間で差がなく、女子では経験者群の方で「知っている」と答えた者が多いという結果に戻ってしまった。今回の調査では、「知っている」と答えた者は、初めて、男女ともに経験者群で多くなったが、女子では統計学的有意差は認められなかった。

薬物乱用という「特殊な」あるいは「逸脱」行動に関しては、経験者群の方が「知っている」ことがあるという皮肉な現実があることを忘れてはならない。

4．有機溶剤乱用と日常生活の規則性について

(1) 起床時間について

「起床時間は、ほぼ一定していますか？」との問いに対する回答の分布を表20に示した。

男女ともに、非経験者群では80%台の者が一定しているを選んだのに対して、経験者群では、男子では64%、女子では約58%であった。男女共に、経験者群の起床時間は非経験者群のそれに比べて、有意（$p<0.01$）に乱れていた。

(2) 就床時間について

「就床時間は、ほぼ一定していますか？」との問いに対する回答の分布を表21に示した。

一定しているを選んだ者は、非経験者群では約59%であったのに対して、経験者群では、男子で45%、女子で約34%と低かった。

男女共に、経験者群の就床時間は非経験者群のそれに比べて、有意（$p<0.01$）に乱れていた。

(3) 朝食について

「毎朝、朝食を食べていますか？」との問いに対する回答の分布を表22に示した。

非経験者群では男女ともに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69%、女子で約66%と低かった。

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

5．有機溶剤乱用と学校生活について

(1) 学校生活について

「あなたにとって、学校生活は次のどれですか？」との問いに対する回答を表23に示した。

男女共に、経験者群と非経験者群とでは、回答の分布に有意差（$p<0.01$）が認められ、「全く楽しくない」を選んだ者は、非経験者群では、約3～2%前後であったが、経験者群では男子で約16%、女子では19%であった。

経験者群で「楽しくない」傾向の者が有意に多いと解釈できる。

(2) クラブ活動について

「クラブ活動（部活）に参加していますか？」との問いに対する回答の分布を表24に示した。

男女共に、経験者群と非経験者群との間には、回答の分布に有意差（$p<0.01$）が認められ、非経験者群で「参加していない」を選んだ者は、男女ともに約17%であったのに対して、経験者群では、男子で30%、女子で約27%の者が「参加していない」を選んだ。

経験者群の方で、クラブ活動（部活）に参加していない者の割合が有意に高いと解釈できる。

6．有機溶剤乱用と家庭生活について

(1) 家族との夕食頻度

夕食には、「一家団欒」としての意味合いが強

いと考え、一週間における家族での夕食頻度を調査した。

「夕食を週何回くらい家族全員で食べますか？」との問いに対する回答の分布を表25に、また「母親と週何回くらい夕食を食べますか？」「父親と週何回くらい夕食を食べますか？」のと問いに対する回答の分布を、それぞれ表26、表27に示した。

すべての場合において、回答の分布には有意差（$p<0.01$）が認められ、かつ、親との夕食頻度は常に「シンナー遊び」経験者群で低い傾向が示唆された。

また、「父親との夕食頻度」は、「家族全員での夕食頻度」より低く、これは論理の矛盾であるが、この矛盾は、この種の調査で毎回認められていることである。我が国の社会環境の中で、父親が夕食時に帰宅できない事情がかなり定着しており、家族全員での夕食と言った時には、中学生の解釈では、父親は既に含まれていない傾向が強いことを示していると解釈できる。

いずれにしても、経験者群では、非経験者群に比べて、家族との夕食頻度が有意（$p<0.01$）に少ないと解釈できる。

(2) 一日での大人不在の時間について

「学校、塾、習い事、運動での時間以外、大人が不在の状態で、毎日平均どの程度の時間を過ごしますか？」との問いに対する回答の分布を表28に示した。

経験者群、非経験者群間で男女ともに有意差（$p<0.01$）が認められた。非経験者群で「3時間以上」を選んだ者は、男女ともに約13%台であったのに対して、経験者群では男子で約26%、女子で約32%であった。

経験者群で、大人不在で過ごす時間が有意に長い傾向があることが示唆された。

(3)親との相談について

「悩みごとがある時、親と相談する方だと思いますか？」との問いに対する回答の分布を表29に示した。

男女ともに、回答の分布には有意差（$p<0.01$）が認められ、非経験者群で「ほとんど相談しない方である」を選んだ者は、男子で約36%、女子で約26%であったのに対して、経験者群では男子で約45%、女子では約35%と高かった。

経験者群の方で、親との相談が少ない傾向にあることが示唆された。

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

7．有機溶剤乱用と友人関係について

(1)遊び友達について

「親しく遊べる友人がいますか？」との問いに対する回答の分布を表30に示した。

男女ともに、経験者群と非経験者群との間には有意差（$p<0.01$）が認められた。男女ともに、経験者群の方で、「親しく遊べる友人がいない」を選んだ生徒が多いのは、これまでの同種の調査結果と同じであった。このことは生徒指導上留意すべき点であろう。

(2)相談事のできる友人について

「相談事のできる友人がいますか？」との問いに対する回答の分布を表31に示した。

男女ともに、経験者群・非経験者群間で有意差（$p<0.01$）が認められ、「（相談できる友人は）いない」を選んだ者は、非経験者群の男子で約14%、女子で約8%であったのに対して、経験者群では男子で約28%、女子で約30%と、違いが認められた。

経験者群の方で、相談事のできる友人が「いない」傾向がより強いことが示唆された。

2．喫煙について

1．喫煙の広がりについて

(1)喫煙の生涯経験率について

喫煙の生涯経験率（これまでに1回でも喫煙したことのある者の率）についての回答を表32に示した。

生涯経験率と学年の間には、男女ともに有意差

が認められ（P<0.01）、学年が進むにしたがって、生涯経験率が増加する傾向が認められた。

男子では8.3%（1年生5.7%、2年生8.0%、3年生11.1%）であり、女子では5.5%（1年生3.1%、2年生5.6%、3年生7.6%）であった。全体で6.9%（1年生で4.4%、2年生で6.8%、3年生で9.4%）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%であったことを考えると、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33に示した。

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

男子では3.8%（1年生2.4%、2年生3.4%、3年生5.7%）であり、女子では2.7%（1年生1.3%、2年生2.5%、3年生4.1%）であった。全体では3.3%（1年生で1.8%、2年生で3.0%、3年生で4.9%）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%であったことを考えると、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？」との問いに対する回答の分布を表34に示した。

回答の分布には、男女共に有意差（p<0.01）が認められ、未経験者群では、男女共に90%以上の者が「法律で禁じられているから、吸うべきでない」を選んだのに対して、経験者群では、それを選んだ者は男女共に60～58%しかおらず、逆に「法律で禁じられてはいるが、全然かまわない」を選んだ者が男女ともに約13%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35に示した。

回答の分布には、男女共に有意差が認められ（p<0.01）、未経験者群では男女共に約81～83%の者が「当然だと思う」を選んだのに対して、経験者群では、それを選んだ者は、男子で約42%、女子で約37%であり、約19%の者が「そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思う」を選んでいた。

これを「シンナー遊び」に関する法規制の必要性（表10）と比べた場合、「当然だと思う」を選んだ者は、「シンナー遊び」非経験者群では、男女共に約94～95%前後であったわけで、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？」との問いに対する回答の分布を表36に示した。

回答の分布には、男女共に有意差（p<0.01）が認められ、未経験者群では男性の約86%、女性の約91%が「害ばかりで良い面はない」を選んだのに対して、経験者群では、それを選んだ者は、男女共に約66%であり、「害もあるが良い面もある」を選んだ者が25～27%いた。

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

4．生涯喫煙経験と日常生活の規則性について

1) 起床時間について

「起床時間は、ほぼ一定していますか？」との問いに対する回答の関係を表37に示した。

非経験者群では約85～87%の者が「一定している」を選んだのに対して、経験者群では、それを選んだ者は約73～66%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、約35～42%の者が「一定していない」を選んでいた（表20）が、生涯喫煙者群では約27～34%であり、生涯喫煙者群での結果は「シンナー遊び」経験者群ほどは乱れていないということになるが、その差は小さい

ものである。

(2) 就床時間について

「就床時間は、ほぼ一定していますか？」との問いに対する回答の関係を表38に示した。

男女ともに、非経験者群では約61%の者が「一定している」と答えたのに対して、経験者群では、約55～64%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、53～66%（表21）の者が「一定していない」を選んでいたが、生涯喫煙者群では55～64%であり、「シンナー遊び」経験者群とほとんど差がなかった。

(3) 朝食について

「毎朝、朝食を食べていますか？」との問いに対する回答の分布を表39に示した。

非経験者群では男女ともに約90～91%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」を選んだ者は約74～68%であった。

男女共に、経験者群では、非経験者群に比べて、朝食頻度が有意（$p<0.01$）に低かった。

しかし、「シンナー遊び」経験者群では、「ほとんど毎日食べている」を選んだ者は約69～66%（表22）であり、生涯喫煙者群での朝食頻度は、「シンナー遊び」経験者群とあまり差がなかった。

5．喫煙経験と学校生活について

(1) 学校生活について

「あなたにとって、学校生活は次のどれですか？」との問いに関する関係を表40に示した。

男女共に、経験者群と非経験者群とでは、回答の分布に有意差（$p<0.01$）が認められ、「まったく楽しくない」を選んだ者は、非経験者群では約3～2%であり、経験者群では約8～10%であり、経験者群に「楽しくない」傾向の者が有意に多かった。

しかし、「シンナー遊び」経験者群では、それぞれ約3～2%、16～19%（表23）であり、それなりに異なっていた。

(2) クラブ活動について

「放課後のクラブ活動（部活）に参加していますか？」との問いに対する回答の関係を表41に示した。

男女共に、経験者群と非経験者群との間には、回答の分布に有意差（$p<0.01$）が認められ、非経験者群で「参加していない」を選んだ者は約16～17%であったのに対して、経験者群では、男子で約27%、女子で約38%の者が「参加していない」を選んでいた。

経験者群で、放課後のクラブ活動（部活）に参加していない者の割合が有意に多い傾向にあると解釈される。

「シンナー遊び」経験者群のそれぞれは、約30%、27%（表24）であり、女子では、むしろ、喫煙経験者の方で、「参加していない」者が多かった。

6．生涯喫煙経験と家庭生活について

(1) 家族との夕食頻度

「夕食を週何回くらい家族全員で食べますか？」との問いに関する関係を表42に、また「母親と週何回くらい夕食を食べますか？」「父親と週何回くらい夕食を食べますか？」のと問いに対する関係を、それぞれ表43、表44に示した。

すべての場合において、回答の分布には有意差（$p<0.01$）が認められ、生涯喫煙経験者で家族全員との夕食頻度、母親との夕食頻度、父親との夕食頻度が低かった。その程度は、有機溶剤乱用経験の有無による場合に比べて、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25～27参照）。

なお、ここでも有機溶剤乱用経験の有無によるの場合と同様に、「父親との夕食頻度」は、「家族全員での夕食頻度」より低く、この論理的矛盾は、我が国の父親が置かれた社会状況を反映していると同時に、家族全員での夕食と言ったときに、中学生の解釈では、父親は既に含まれていない傾向が強いことを再度示していると解釈できる。

いずれにしても、経験者群では、非経験者群に

比べて、家族との夕食頻度が有意（$p<0.01$）に少ないと解釈できる。

(2) 一日での大人不在の時間について

「学校、塾、習い事、運動での時間以外、大人が不在の状態で、毎日平均どの程度の時間を過ごしますか？」との問いに対する回答の分布を表45に示した。

経験者群、非経験者群間で男女ともに統計学的有意差（$p<0.01$）が認められ、非経験者群で「3時間以上」を選んだ者は、約13～12%であるのに対して、経験者群では約25～29%であった。

経験者群で大人不在の時間が有意に長い傾向が示唆された。

この傾向は、有機溶剤乱用の経験の有無の場合と同様であるが、「シンナー遊び」経験者群で「3時間以上」を選んだ者の割合は、男子で約26%、女子で約32%（表28）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？」との問いに対する回答の分布を表46に示した。

男女ともに、回答の分布に有意差（$p<0.01$）が認められ、非経験者群で「ほとんど相談しない方である」を選んだ者は、男子で36%、女子で25%であるのに対して、経験者群ではそれぞれ45%、34%であった。

この結果は、有機溶剤乱用経験者（表29：男子で45%、女子で35%）とほとんど変わらない結果であった。

同時に、喫煙経験の有無に関わらず、男女ともに「よく相談する方である」と答えた者が少ないのも、有機溶剤乱用経験の有無による場合と同じであった。

7．喫煙と友人関係について

(1) 遊び友達について

「親しく遊べる友人がいますか？」との問いに対する回答の分布を表47に示した。

男女ともに、「いない」と答えた者は経験者群で多い傾向が伺え、男女ともに経験者群と非経験者群との間に有意差（$p<0.01$）が認められたが、数字だけを比較すると、さほどの違いはない。

(2) 相談事のできる友人について

「相談事のできる友人がいますか？」との問いに対する回答の分布を表48に示した。

「いない」と答えた者は、男女ともに喫煙経験者群で多かったが、有意差が認められたのは女子だけであった。

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[6)7)]、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[6)7)]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[6)7)]、本報告書では、飲酒機会ごとの生涯経験率を表49、「シンナー遊び」の経験と飲酒の経験・機会を表50に示すのみとした。

ただし、表49に示したとおり、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%にまで低下している。

飲酒の生涯経験者の割合は、機会に関わらず、男女ともに、学年が進むにつれて、増加していた。

機会別では、男女共に「冠婚葬祭時」「家族と食事などで」での飲酒経験率が高かった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50に示した。

男女共に、飲酒経験のない者は「シンナー遊び」

未経験者群で有意（p<0.01）に多かった。

また、全ての場合において有機溶剤乱用経験者群で飲酒経験率が有意に高かった（表50）。特に「クラス会、打ち上げなど」「カラオケ、居酒屋など」「自分の部屋など」「一人で」での両群の違いは著しく、大人の同席しない場での飲酒問題を改めた確認することとなった[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51に示した。

「シンナー遊び」経験の有無と喫煙経験の有無との間には、男女共に有意差が認められた（P<0.01）。つまり、喫煙経験は、「シンナー遊び」経験者群に有意に多い。「シンナー遊び」未経験者群での喫煙経験者は、男子で8%、女子で5%であるのに対して、「シンナー遊び」経験者群では、男子で約43%、女子で約43%と、両群間には著しい違いがあった。

一方、喫煙経験の有無から「シンナー遊び」の経験の有無を見たのが、表52である。喫煙経験のない者の中で有機溶剤乱用経験がある者は、男子で0.5%、女子で0.3%に過ぎないが、喫煙経験のある者では男子で4%、女子で4.6%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・性別毎に大麻乱用の生涯経験率（これまでに1回でも乱用したことのある率）を表53に示した。

男女ともに、学年があがるに連れて生涯経験率も高くなる傾向が見られたが、女子では有意差はなかった。生涯経験率は男子では0.5%（1年生で0.3%、2年生で0.5%、3年生で0.6%）であり、女子では0.2%（1年生で0.1%、2年生で0.2%、3年生で0.3%）であった。全体では0.3%（1年生で0.2%、2年生で0.4%、3年生で0.5%）であった。 この生涯経験率の年次推移は考察で論じる。

(2) 「シンナー遊び」と大麻乱用との関係

「シンナー遊び」の経験と大麻乱用の経験との関係を表54に示した。

結果には男女ともに有意差（p<0.01）が認められ、「シンナー遊び」未経験者では、男子で0.2%、女子で0.1%の者が大麻乱用の経験があると答えたのに対して、経験者群では、男子で31.1%、女子で25.2%の者が大麻乱用の経験があると答えた。

この両群による違いは、1996年調査～2008年調査の結果と同じ傾向であり、「シンナー遊び」と大麻乱用との関係を強く示唆している。

(3) 大麻吸引に対する意識について

「大麻を吸うことをどう思いますか？」との問いに対する回答の分布を表55に示した。

回答の分布には、男女共に有意差（p<0.01）が認められた。「シンナー遊び」未経験者群では、男女共に約97～98%の者が「吸うべきではないと思う」を選んだのに対して、「シンナー遊び」経験者群では、それを選んだ者は、男子で約66%、女子で70%であり、約22～21%の者が「まったくかまわない」と答えた。

また、「麻薬・覚せい剤と違って少々なら構わない」と答えた者も、「シンナー遊び」経験者で、男子で10.6%、女子で6.5%おり、麻薬・覚せい剤に比べて、大麻の害を軽視する傾向が伺われた。

(4) 大麻乱用による医学的害について

「大麻を吸うと、精神病状態や無動機症候群になることがあるのを知っていますか？」との問いに対する回答の分布を表56に示した。

2002年調査[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、今回の2008年調査では男女ともに「知っている」を選んだ者は非経験者群の方で多かった。ただし、男子では優位差は認められなかった。今回の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。

また、そもそも、有機溶剤乱用経験の有無に関わらず、「知っている」者の割合は決して高いとは言えず、今後の薬物乱用防止教育の課題であると解釈された。

4.「シンナー遊び」と覚せい剤乱用との関係

(1) 覚せい剤乱用の生涯経験率について

覚せい剤乱用の生涯経験率（これまでに1回でも経験したことのある者の率）を表57に示した。

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

この生涯経験率の年次推移は考察で論じる。

(2) 「シンナー遊び」と覚せい剤乱用経験との関係

「シンナー遊び」の経験と覚せい剤乱用経験との関係を表58に示した。

「シンナー遊び」未経験者では、覚せい剤乱用の経験があると選んだ者は、男子で0.2%、女子で0.1%、全体で0.1%であったのに対して、「シンナー遊び」経験者では、男子で27.2%、女子で27.3%の者が、覚せい剤の乱用経験ありを選んだ。

これも、過去7回の本調査と同じ結果であり、大麻同様、中学生における「シンナー遊び」と覚せい剤乱用との関係を強く示唆するものであった。

(3) 覚せい剤乱用による医学的害について

「覚せい剤を使うと、精神病状態になりやすく、またフラッシュバックがあることを知っていますか？」との問いに対する回答の分布を表59に示した。

2002年調査[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出来た。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。今回の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。

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80%台には達しておらず、今後の薬物乱用防止教育の課題であると解釈された。

5. 違法薬物の入手可能性について

(1) 乱用のための有機溶剤の入手可能性について

乱用のための有機溶剤の入手可能性についての回答の分布を表60に示した。

「シンナー遊び」非経験者群では、「ほとんど不可能」「絶対不可能」を選んだ者の合計が男女ともに、約80%であったが、「シンナー遊び」経験者群では、「簡単に手に入る」「少々苦労するが、なんとか手に入る」を選んだの者の合計は、男性で約49%、女性で約53%にものぼった。両群間には明らかな違い（$p<0.01$）が認められた。

(2) 大麻の入手可能性について

大麻の入手可能性についての回答の分布を表61に示した。

「簡単に手に入る」「少々苦労するが、なんとか手に入る」を選んだの者の合計は、「シンナー遊び」未経験者群では、男子で14%、女子で約15%であったが、経験者群では、男子で約39%、女子で約42%であり、両群には有意差（$p<0.01$）が認められ、「シンナー遊び」経験者群での大麻入手可能性の高さが強く示唆された。

また、1998年調査では、入手可能性は男性の方で高かったが、2000年調査以降は%上は女性の方

が高くなっているのも特徴の一つである(ただし、2008年調査では、わずかに男子の方が高い)。

(3) 覚せい剤の入手可能性について

覚せい剤の入手可能性についての回答の分布を表62に示した。

「簡単に手に入る」「少々苦労するが、なんとか手に入る」を選んだの者の合計は、「シンナー遊び」未経験者群では、男子で約13.6%、女子で15.3%で、経験者群では、男性で40%、女性で41.7%であり、両群には有意差($p<0.01$)が認められた。

この結果は、大麻の入手可能性の値とほぼ同じであり、同時に、「シンナー遊び」経験者群での覚せい剤入手可能性の高さが強く示唆された。

また、1998年調査では、入手可能性は男女で拮抗していたが、2000年調査以降は%上は女性の方が高くなっているのも特徴の一つである。

なお、3つの違法性薬物の入手可能性については、考察で論じたい。

D. 考察

1. 本調査研究の位置づけ

わが国の中学生における「シンナー遊び」の広がりについての調査研究で、地域特性を考慮して行われた大規模なものとしては、当分担研究者の知る限り、1990年から原則2年に1回、当分担研究者らによって実施されてきた千葉県の公立中学校調査[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、当分担研究者らにより継続調査されてきた全国調査[9)12)19)20)22)24)25)26)]に限られている。

その結果、有機溶剤乱用の生涯経験率が明らかになり、有機溶剤乱用経験者群では非経験者群に比べて、日常生活の規則性が有意に乱れており、家族性が希薄(精神的単親家庭[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 Drug[2)]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8回目の全国中学生調査である。

2.「シンナー遊び」の広がりについて

今回の調査研究では、「シンナー遊び」の生涯経験率(無回答を除いたもの)は、男子で0.8%(1年生0.7%、2年生0.7%、3年生0.9%)、女子で0.6%(1年生0.5%、2年生0.6%、3年生0.7%)であり、全体では0.7%(1年生0.6%、2年生0.7%、3年生0.8%)であった。

表63、図1は生涯経験率の年次推移を示している。男子では1998年以降、確実に下降傾向を示している。女子では2004年までは漸増傾向を示していたが、2006年調査では1996年調査のレベルまで下降し、2008年調査では過去最低となり、今回はそれと同じであった。

一方、1年経験率は流行の勢いを探る意味では生涯経験率よりは優れているはずである。しかし、個人情報の秘密保持という意味でのバイアスは生涯経験率よりは高いと考えられる。そのためか、1996年調査から2002年調査では、男女ともに、全ての学年で「経験あり」の人数よりは「無回答」の人数の方が多いという結果であった。しかし、2004年調査の結果以降は、「経験あり」が「無回答」を上回る結果へと変化してきている。ただし、バイアスの高さを想定して、従来通り、参考として、1年経験率の推移を載せた(表64、図2)。

図2及び表64に見るように、1年経験率の推移も生涯経験率の推移(図1)と基本的には同じ傾向である。

ところで、この種の調査で最も問題になるのは、結果の信頼性であろう。この信頼性は、自記式調査と同時に、何らかの客観的検査(たとえば尿からの馬尿酸の測定)を実施することによって、初めて明らかになることである。しかしながら、尿検査の実施は、個人の人権上の問題にも関わる難しい方法であり、実施は事実上不可能である。したがって、当研究者らは、類似した方法論にもとづく継続的な調査の結果によるトレンドを見ることが、本調査研究の主目的であると考えている。

同時に「シンナー遊び」の広がりの増減を判断

するには、経験率だけではなく、いくつかの関連する指標の結果をも考慮して、総合的に判断する必要があると考えている。

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

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

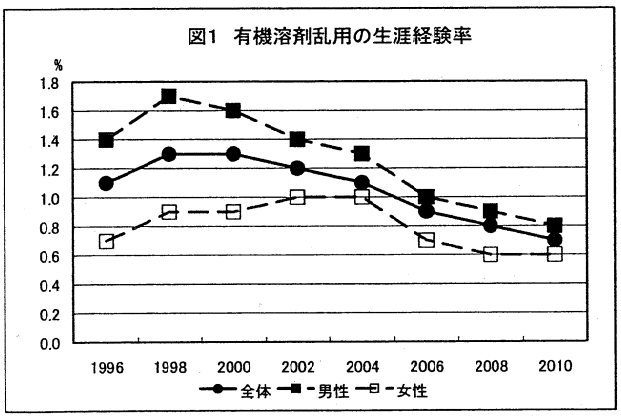
また、女子で停滞気味であった生涯被誘惑率も、2006年調査以降は明らかに減少を示している。

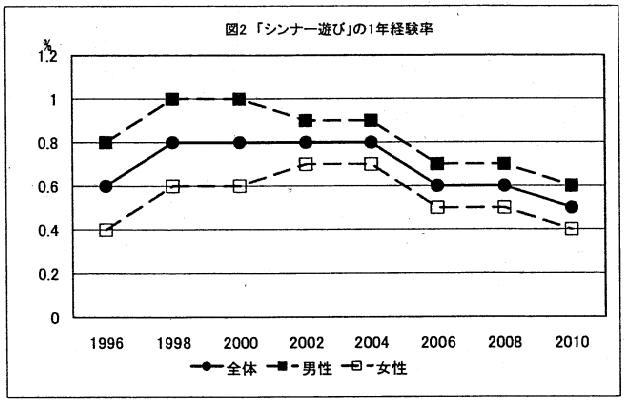
ちなみに本調査の記載上の「正確さ」を見るため、有機溶剤未経験者における「シンナー遊び」についての気持ちに関し、回答の矛盾を表8に示した。それを見る限り、調査用紙への記載に関しては、本調査は極めて正確に実施されていると推定される。

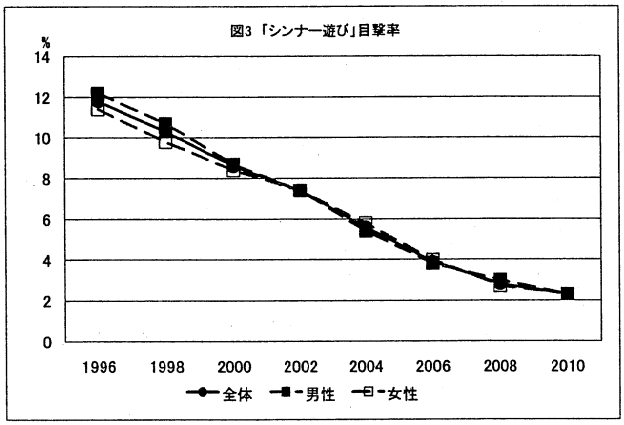
以上を総合すると、「シンナー遊び」の「流行の勢い」は確実に弱くなって来ていると考えられる。

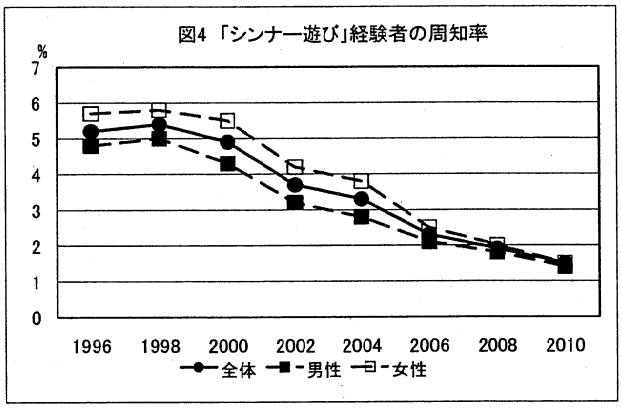
3.「シンナー遊び」と日常生活・家庭生活・友人関係

「シンナー遊び」経験者群と非経験者群との比較では、「起床時間の規則性」（表20)、「就床時間の規則性」（表21)、「朝食の摂取率」（表22）から見た日常生活の規則性、及び「学校生活への思い」（表23)、「クラブ活動の参加状況」（表24)、「親しく遊べる友人の存在」（表30)、「相談事の出来









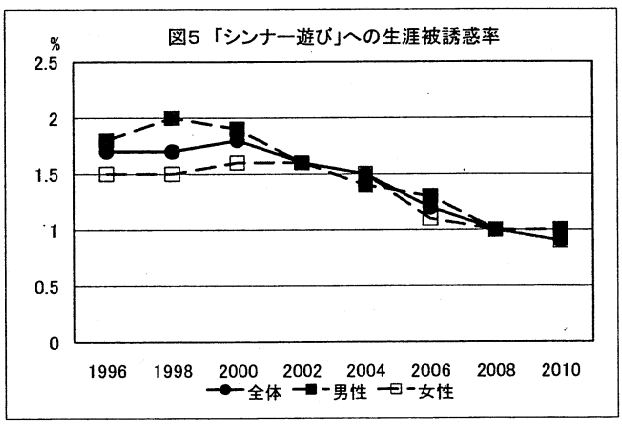


表63　「シンナー遊び」生涯経験率の推移　(%)（「無回答」を除いて計算したもの）

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	1.4	1.2	1.3	1.7	0.7	0.7	0.6	0.9	1.1	0.9	1.0	1.3	108	53,440
1998	1.7	1.2	1.6	2.3	0.9	0.9	0.8	1.1	1.3	1.1	1.2	1.7	148	71,299
2000	1.6	1.4	1.6	1.9	0.9	0.8	0.8	1.1	1.3	1.1	1.2	1.5	140	61,675
2002	1.4	1.3	1.4	1.5	1.0	1.0	1.1	1.0	1.2	1.2	1.3	1.3	149	62,413
2004	1.3	1.2	1.1	1.6	1.0	0.9	1.0	1.0	1.1	1.1	1.1	1.3	147	65,110
2006	1.0	1.0	1.0	1.1	0.7	0.6	0.7	0.8	0.9	0.8	0.8	1.0	138	56,421
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	47,195

表64　「シンナー遊び」1年経験率の推移　(%)（「無回答」を除いて計算したもの）

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	0.8	0.6	0.8	1.0	0.4	0.4	0.4	0.6	0.6	0.5	0.6	0.8	108	52,229
1998	1.0	0.7	0.9	1.3	0.6	0.6	0.5	0.7	0.8	0.6	0.7	1.0	148	70,302
2000	1.0	0.8	0.9	1.1	0.6	0.5	0.5	0.7	0.8	0.6	0.7	0.9	140	60,280
2002	0.9	0.8	0.9	0.9	0.7	0.7	0.8	0.7	0.8	0.7	0.8	0.8	149	60,800
2004	0.9	0.8	0.8	1.0	0.7	0.7	0.7	0.7	0.8	0.7	0.8	0.9	147	65,299
2006	0.7	0.6	0.7	0.8	0.5	0.4	0.5	0.7	0.6	0.5	0.6	0.8	138	56,421
2008	0.7	0.5	0.7	0.8	0.5	0.4	0.4	0.6	0.6	0.5	0.5	0.7	133	52,301
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	47,311

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

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	12.2	9.9	12.6	14.1	11.4	9.2	12.0	13.1	11.8	9.5	12.3	13.6	108	53,863
1998	10.7	8.8	10.0	13.3	9.8	8.3	9.5	11.5	10.3	8.5	9.7	12.4	148	71,599
2000	8.7	7.5	8.3	10.2	8.4	7.0	7.9	10.2	8.6	7.2	8.1	10.2	140	61,905
2002	7.4	6.3	7.6	8.3	7.4	6.8	7.3	7.9	7.4	6.6	7.5	8.1	149	62,611
2004	5.4	4.9	4.6	6.6	5.8	4.9	6.1	6.4	5.6	4.9	5.3	6.5	147	65,296
2006	3.8	3.2	3.7	4.6	4.0	3.7	4.0	4.2	3.9	3.4	3.8	4.4	138	56,421
2008	3.0	2.6	3.0	3.4	2.7	2.3	2.5	3.2	2.8	2.5	2.7	3.3	133	52,289
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	47,269

表66　身近に「シンナー遊び」をしている人がいると答えた者の割合（乱用者周知率）(%)
（「無回答」を除いて計算したもの）

	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	1.4	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	47,204

表67　「シンナー遊び」に誘われたことのある者の率の推移　（有機溶剤乱用の生涯被誘惑率）（%）
（「無回答」を除いて計算したもの）

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

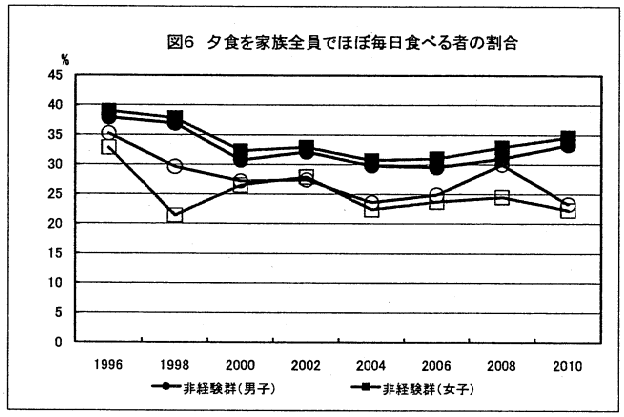
る友人の存在」（表31）において、統計的有意差が認められており、「シンナー遊び」経験者群での日常生活の不規則さ、学校生活への不満、友人関係の希薄さが明かである。

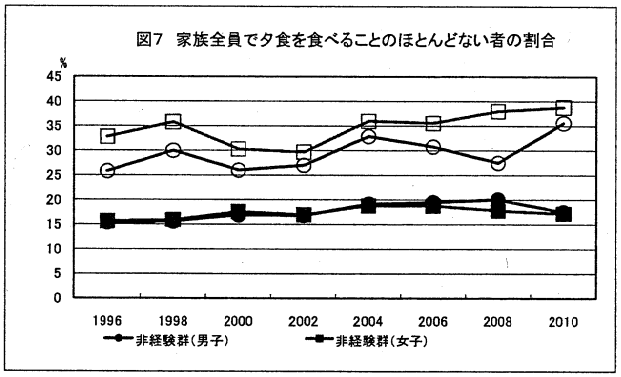
これらの背景には、そもそもの家庭生活のあり方が大きく影響していると考えられるが、表25～27に見る家族との夕食頻度の差は、今回の調査でも「シンナー遊び」経験者群と非経験者群とで有意差を示していた。

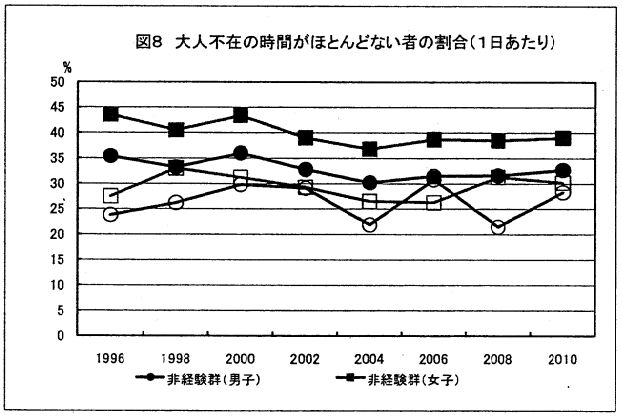
ところで、「父親との夕食頻度（表27）」は、「家族全員での夕食頻度（表25）」よりも低率になっており、これは明らかに矛盾である。しかも、この矛盾は、これまでの同種の調査[4)9)11)12)13)20)22)24)26)]でも毎回認められており、中学生の考えの中には、「家族全員での夕食」と言った時、父親の存在は既に除外されている傾向がそれなりにあることを示唆している。つまり、その背景には、父親はいつも帰りが遅いものだという中学生の考え方を伺うことができる。

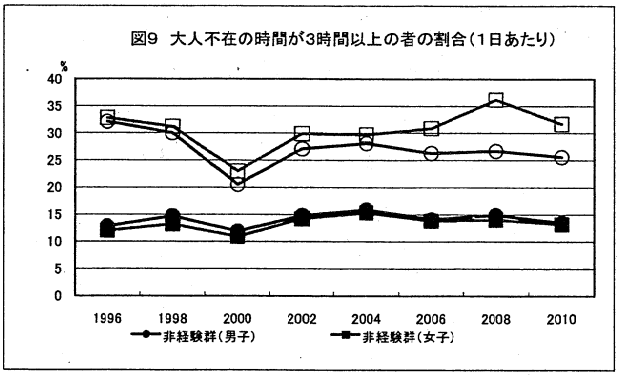
図6及び図7は、一週間で夕食をほぼ毎日家族全員で食べると答えた者の割合の年次推移と、ほとんど食べないと答えた者の割合の年次推移を示している。我が国では、有機溶剤の乱用の有無に関わらず、2006年あたりから、家族全員での夕食頻度が少々増加気味にあったが、2010年調査では、有機溶剤乱用非経験者群では、その傾向が引き継がれているものの、経験者群では、逆に家族全員での夕食頻度が少なくなる傾向が伺われ、両群での逆の傾向が危惧される結果であった。今後の動向に注目する必要がある。

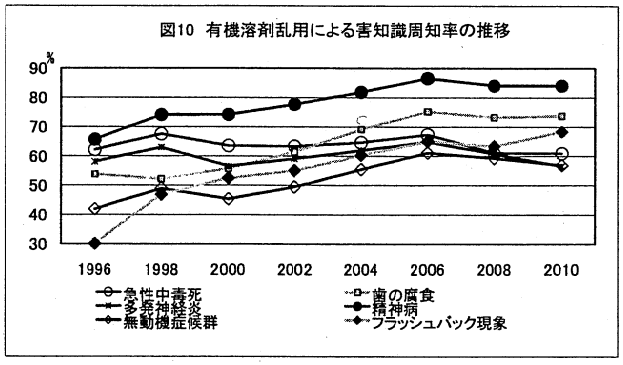
そもそも、当研究者らは、夕食には「一家団欒」という意味合いがあると考えて調査項目に入れてきた。しかし、この夕食頻度には地域差が大きく、











都市部ほど低く、農村部・山間部ほど高い傾向がある。「一家団欒」には、家族としての精神的意味合いも含まれるが、特に都市部における生活様式の多様性を考慮すると、親子の共有時間についての、もう少し直接的な項目が必要であると考えていた。そこで「学校、塾、習い事、運動での時間以外、大人が不在の状態で、毎日平均どの程度の時間を過ごしますか？」という項目も1996年より調べている（表28)。図8、9はその結果の年次推移を示している。「シンナー遊び」経験者群では非経験者群に比べて、一日3時間以上大人不在で過ごす者が有意に多いことがわかる。結局、夕食頻度の少なさも、親子の共有時間の少なさの一現れとして解釈できよう。

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

以上により、今回も、「シンナー遊び」経験者群は、総体的に見れば、家庭にも、学校にもなじめず、友人関係も希薄な中学生たちが多く、「居場所のない子供たち」[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11～12では、経験者群と非経験者群での捉え方に、明らかな乖離が認められる。非経験者から見れば、経験者はほとんど「無関係」な人たち（97～96%）であり、経験者から見れば「気持ちが理解できる気がする」人たちである割合が非常に高いということである。本研究者らは、「シンナー遊び」経験者にとってわかる気がするという、その気持ちとは、受容感と帰属感を求める「居場所のない子供たち」[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のようである。

4.「シンナー遊び」による医学的害

薬物乱用防止には、薬物乱用による諸害をきちんと認識させることが重要である。

ところが、「知識」があれば乱用しないかというと、そうとも言えない面がある。これまでの調査では、往々にして、害知識は有機溶剤乱用経験者群の方が高いという傾向が認められていた[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、今回が初めてである（有意差は別として)。

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、今回の2010年調査でも、急性中毒死、多発神経炎、無動機症候群の周知率は、更に低下していた。これは2006年をピークに害知識の周知率は低下傾向にあると言えるのであり、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」）の活用が期待されることは従来通りである。

5．大麻・覚せい剤の乱用経験

そもそも、大麻及び覚せい剤の乱用経験率は、調査結果上、これまで同様に「経験あり」よりは「無回答」の方が数字が大きいため（表53、表57）、参考データとした方が妥当と思われるが、参考データは参考データなりに推移を見る必要がある。

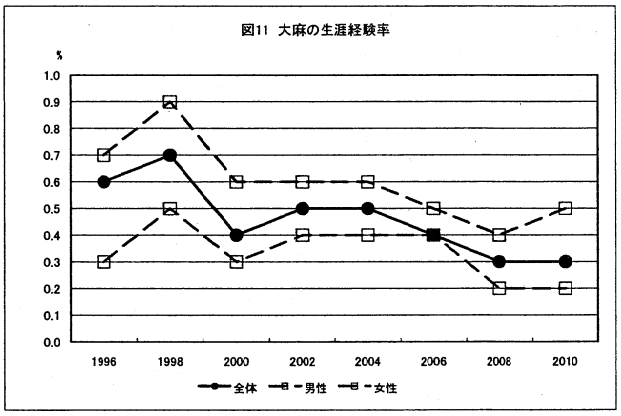
図11に見るように、男女全体での大麻の生涯経験率は、1998年調査に比べると、それ以降は減少しているものの、2006年調査までは、ほとんど平衡状態であったが、2008年調査では減少を見せた。しかし、今回の2010年調査では、横ばいないし、増加傾向が伺われ、今後の動向が危惧される結果であった。

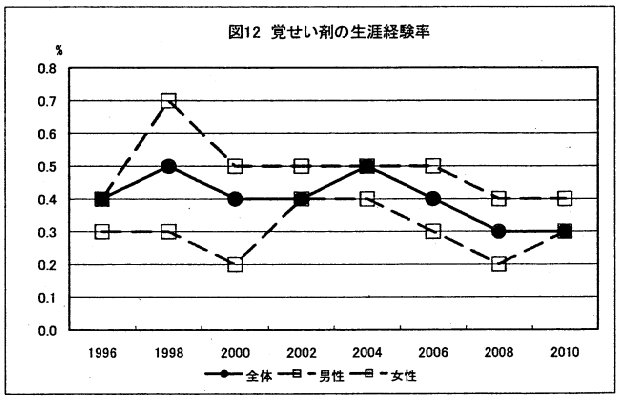
図12は覚せい剤の生涯経験率の推移を示しているが、ここでも1998年調査に比べると、全体及び男子では、それ以降は減少しているものの、2006年調査までは、ほとんど平衡状態であったものが、2008年調査では減少を見せた。しかし、今回の2010年調査では、横ばいないし、増加傾向が伺われ、今後の動向が危惧される結果であった。

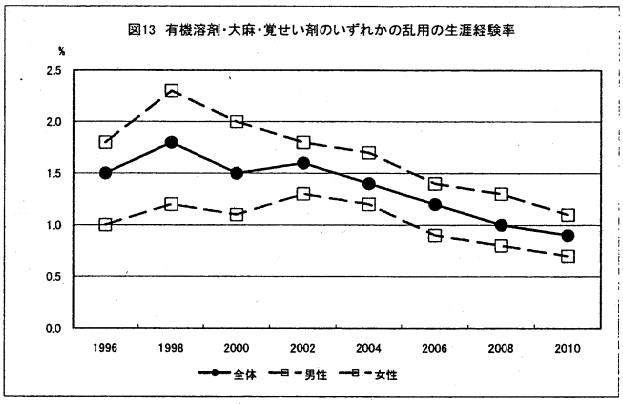
第3次覚せい剤乱用期の特徴の一つは、若年層までへの乱用の拡大であるが、有機溶剤乱用の減少（図1）に比べて、大麻及び覚せい剤の乱用はなかなか減少しなかったが、2008年調査ではなんとか減少を見せた。しかし、今回の結果は、横ばいないしは増加傾向であり、今後の動向が気になる結果である。

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

なお、参考までに有機溶剤・大麻・覚せい剤のいずれかの生涯経験率と大麻・覚せい剤のいずれかの生涯経験率を表71（図13）、表72（図14）に示した。有機溶剤・大麻・覚せい剤のいずれかの生涯経験率は順調に減少しているが、それは有機溶剤乱用の生涯経験率の低下のせいであろうが、大麻・覚せい剤のいずれかの経験者率は2008年と2010年とでは、横ばいないし増加傾向が伺え、今後の動向が気になるところである。







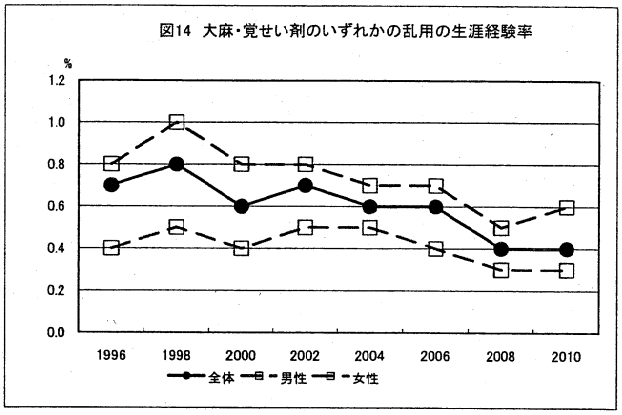


表68　大麻乱用の生涯経験率の推移（%）（「無回答」を除いて計算したもの）

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	0.7	0.4	0.8	0.9	0.3	0.3	0.3	0.3	0.6	0.4	0.5	0.6	108	53,271
1998	0.9	0.8	0.8	1.0	0.5	0.5	0.4	0.5	0.7	0.6	0.6	0.8	148	70,846
2000	0.6	0.4	0.6	0.7	0.3	0.2	0.4	0.3	0.4	0.3	0.5	0.5	140	61,477
2002	0.6	0.4	0.8	0.7	0.4	0.3	0.6	0.4	0.5	0.4	0.7	0.5	149	62,255
2004	0.6	0.4	0.7	0.7	0.4	0.3	0.4	0.5	0.5	0.4	0.5	0.6	147	64,875
2006	0.5	0.4	0.5	0.6	0.4	0.3	0.3	0.5	0.4	0.3	0.4	0.5	138	55,895
2008	0.4	0.3	0.4	0.6	0.2	0.1	0.2	0.4	0.3	0.2	0.3	0.5	133	51,979
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	46,973

表70　覚せい剤乱用の生涯経験率の推移（%）（「無回答」を除いて計算したもの）

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	0.4	0.3	0.4	0.5	0.3	0.3	0.2	0.3	0.4	0.3	0.3	0.4	108	53,197
1998	0.7	0.5	0.7	0.8	0.3	0.2	0.3	0.4	0.5	0.4	0.5	0.6	148	70,819
2000	0.5	0.5	0.5	0.6	0.2	0.2	0.3	0.3	0.4	0.3	0.4	0.4	140	61,457
2002	0.5	0.4	0.6	0.5	0.4	0.3	0.4	0.4	0.4	0.3	0.5	0.5	149	62,181
2004	0.5	0.4	0.6	0.7	0.4	0.3	0.4	0.4	0.5	0.3	0.5	0.6	147	64,886
2006	0.5	0.4	0.6	0.6	0.3	0.2	0.2	0.5	0.4	0.3	0.4	0.5	138	55,841
2008	0.4	0.3	0.4	0.5	0.2	0.1	0.2	0.4	0.3	0.2	0.3	0.4	133	51,972
2010	0.4	0.2	0.4	0.5	0.3	0.2	0.3	0.3	0.3	0.2	0.4	0.4	121	46,946

表71　有機溶剤・大麻・覚せい剤のいずれかの乱用の生涯経験率（%）　（無回答を除いて計算したもの）

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

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

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

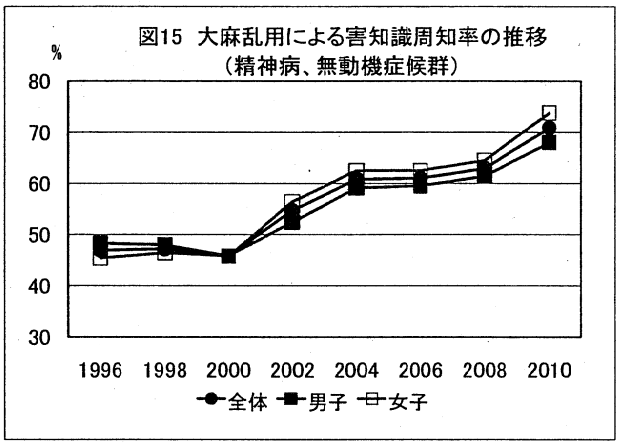
6. 大麻・覚せい剤乱用による医学的害

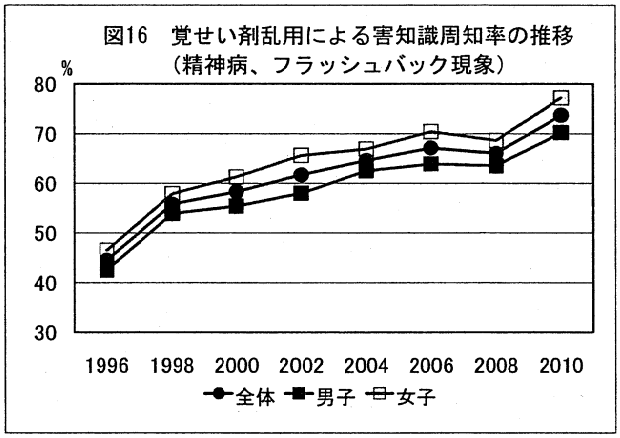
大麻、覚せい剤乱用による医学的害知識の周知度は、表56、表59の通りであるが、その推移を示したものが図15、16である。

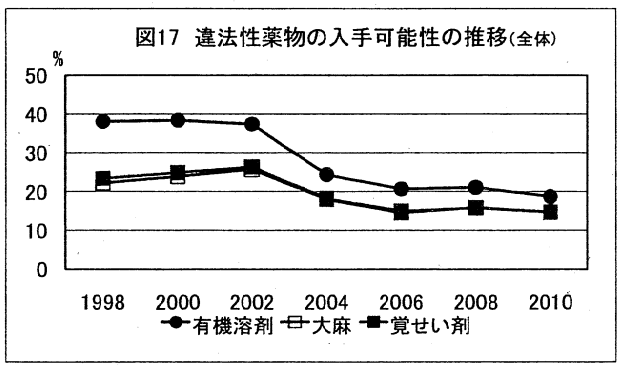
大麻による精神病・無動機症候群に関しては、1998年調査の女性を除けば、2000年調査までは、男女ともに有機溶剤乱用群の方が周知率が有意に高かった。しかし、2002年調査では、初めて有機溶剤乱用経験の有無による有意差がなくなり、2004年調査では、わずかではあるが、有機溶剤非経験者群での方が、「知っている」者の割合が高くなった（ただし有意差なし）。ところが、2006年調査では、男子では再び「知っている」と答えた者は有機溶剤経験者群の方が多くなってしまった。2008年調査で、男女ともに「知っている」と答えた者は非経験者群の方が多くなったが（有意差はない）、今回もそれを維持できた（男子で有意差あり）。

また、覚せい剤乱用による精神病・フラッシュバック現象に関しては、男子では1996年調査、1998年調査では有機溶剤乱用群での周知率が有意に高かったが、2000年調査、2002年調査では、有意差こそないものの、有機溶剤乱用非経験者群の方がわずかに周知率は高いというように変化した。しかし、2004年調査では、再び、有機溶剤経験者群の方が「知っている者」の割合は高いという結果にもどってしまった。2006年調査以降は「知っている」と答えた者は、有機溶剤非経験者群の方が多いという形に戻り、今回の2010年調査でも、それが維持できた（男女ともに有意差有り）。

なお、2010年調査では、大麻、覚せい剤の害知識の周知率は大幅に上昇したが、これは、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。

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[3]。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[8]。いくら有機溶剤乱用の勢いが鈍ったと言っても、この現実は、わが国の薬物汚染状況の深刻化を象徴する以外の何物でもない。

表60～61は、本調査による違法薬物の入手可能性についての結果である。

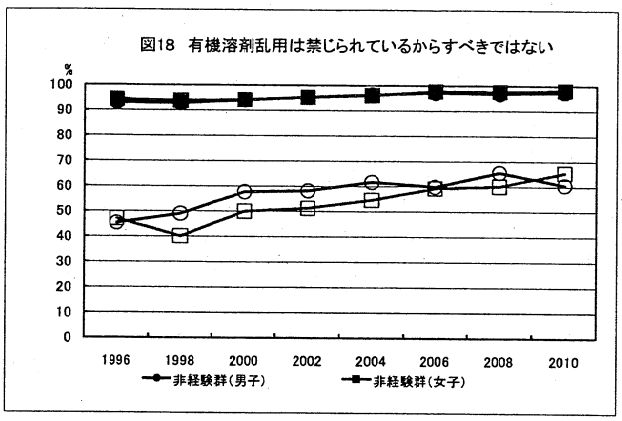
有機溶剤は日常生活上の必需品であり、その気になれば入手は極めて簡単である。しかし、入手可能を選んだ者の割合は2004年以降激減しており少々驚きを隠せない（図17)。「シンナー遊び」のための「有機溶剤」という問いの言葉から、トルエンの入手を想定した者が多かった可能性もあるが、そもそもの有機溶剤乱用に関する関心のなさの現れとも考えられる。

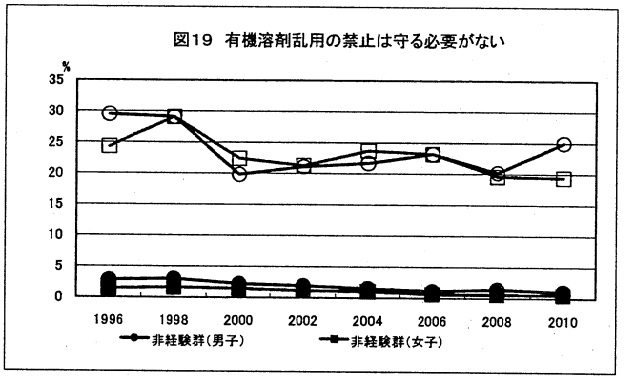
ただし、大麻、覚せい剤の入手可能性に比べれば、有機溶剤の入手可能性が最も高いことは、事実に一致するところである。

大麻及び覚せい剤の入手可能性は、図17に見るように、今回の2004年調査では激減している。これは、この間の取締りの厳しさの反映の可能性がある。

ただし、この入手可能性を、有機溶剤乱用経験の有無を軸に見た場合（表61、表62)、大麻の入手可能性では、「簡単に手に入る」「少々苦労するが、なんとか手に入る」を選んだ者の合計を入手可能群とすると、その割合は、「シンナー遊び」未経験者群では、男子で13.8%、女子で15.2%であるのに対して、経験者群では、男子で39.9%、女子で42.4%と明らかに異なっていた（$p<0.01$）（表61)。

このことは覚せい剤の入手可能性についても同じであり、入手可能群の割合は、「シンナー遊び」未経験者群では、男子で13.6%、女子で15.3%であるのに対して、経験者群では、男性で40.0%、女性で41.7%となっていた（$p<0.01$）（表62)。





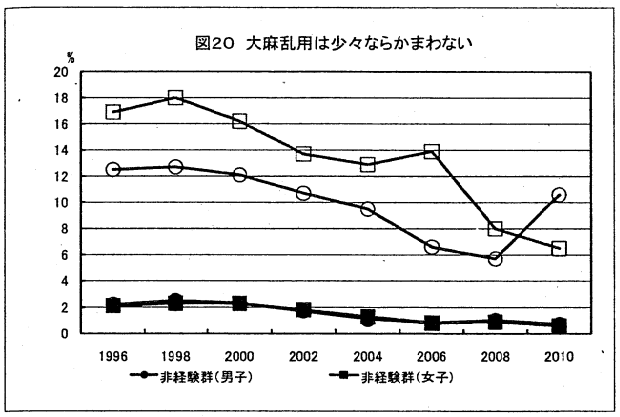
これらの結果は、わが国の中学生にとって、有機溶剤を乱用すると言うことは、大麻、覚せい剤が身近なものになるという特徴を如実に示している。

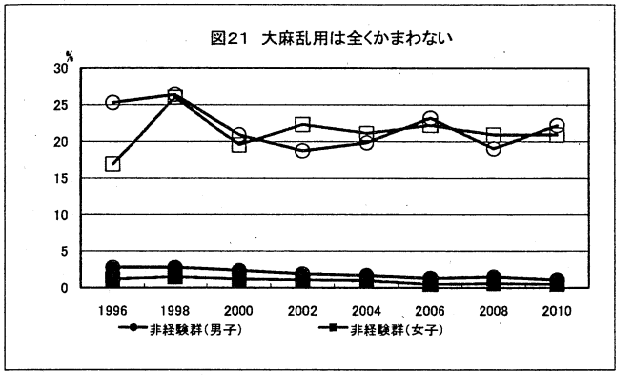
8. 薬物乱用に対する法の遵守性

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

喫煙については全体の約6%（表34）の者が「少々ならかまわない」を選んでいるのに対して、「シンナー遊び」に関してそれを選んだ者は1.3%（表9）に過ぎず、大麻では0.7%（表55）であったことは、同じ依存性薬物と言えども、有機溶剤及び大麻乱用への心理的垣根は喫煙よりははるかに高いことを物語っている（覚せい剤に関しては、尋ねていない)。

図18、19は法で禁じられている有機溶剤の乱用についてどう思うかという問いに対する回答の年次推移である。有機溶剤非経験者群と経験者群とで結果には大きな開きがあるが、「乱用すべきで





ない」（図18）と答えた者の割合は、男女ともに有機溶剤の乱用経験に関わらず増加してきたものの、2010年調査では、有機溶剤経験者群男子で、割合が低下していた。その結果、2010年調査では、有機溶剤経験者群男子で、「法を守る必要はない」と答えた者の割合が増加する結果となった。今後の動向を見る必要がある。

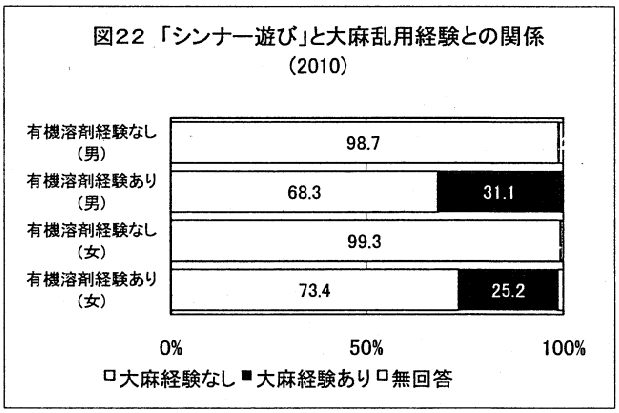
図20、21は大麻乱用をどう思うかに対する回答の年次推移である。「少々ならかまわない」と答えた者の割合は、有機溶剤乱用経験者群でも確実に減少していたが、有機溶剤に対する結果と同様に、大麻に対しても、有機溶剤乱用経験者群男子での容認的割合が著しく高くなっていた。その理由は不明である。また、「全くかまわない」と答えた有機溶剤乱用経験者の割合は、経年的には、横ばいと見るべきであろう（図21）。どうも、大麻に対する認識が、相変わらず甘いと言わざるを得ない。

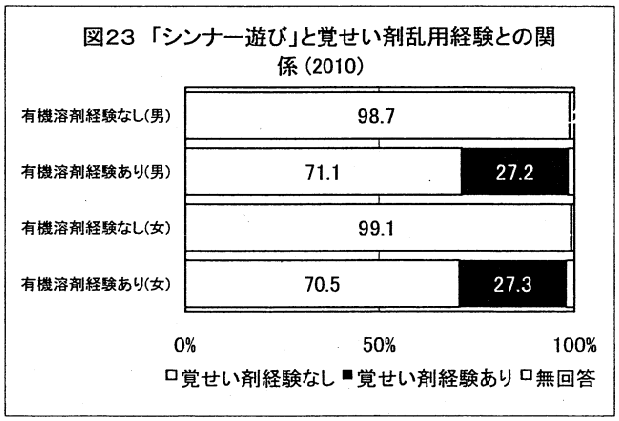
9.「ゲイトウェイ・ドラッグ」の視点から

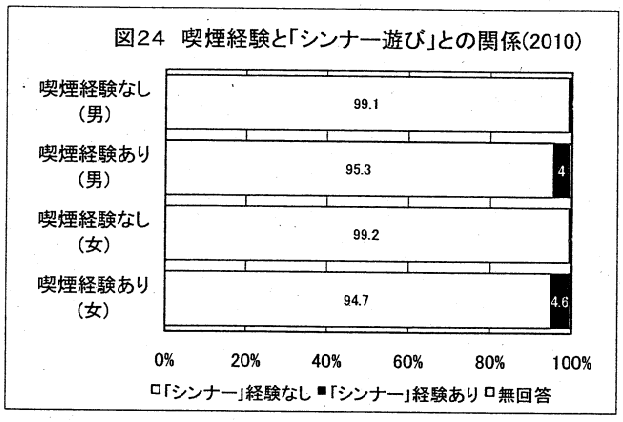
表54と表58に示したように、「シンナー遊び」の経験と大麻・覚せい剤乱用の経験とには、強い結びつきがあり（図22、23）、わが国では依然として有機溶剤が大麻・覚せい剤への「ゲイトウェイ・ドラッグ」となっている可能性が強く示唆される[2)21)]。

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50及び表52の結果は、大人が同伴しない飲酒と「シンナー遊び」との結びつきの強さと、喫煙経験と「シンナー遊び」との結びつきの強さ（図24）を再確認させるものである。この背景には、有機溶剤乱用同様に、家庭環境、「仲間」関係等、薬物乱用の背後にある人間関係が大きな要因となっていると推定できる。

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







E．結論

わが国の中学生における薬物乱用の広がりを把握し、特に有機溶剤乱用に関する危険因子を特定することによって、中学生に対する薬物乱用防止対策の基礎資料に供するために、飲酒、喫煙、有機溶剤・大麻・覚せい剤乱用に対する意識・実態調査を実施した。調査期間は、2010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192校の全生徒を対象に、自記式調査を実施した。その結果、121校（対象校の63.0%）より、47,607人（対象校192校の全生徒想定数の52.6%）の回答を得た。有効回答数は47,475人（対象校192校の全生徒想定数の52.5%）であった。

ただし、回答が得られなかった県が2県あり、都道府県毎の回答率には、未だにばらつきがあることをふまえた上で、本調査の結果を利用する必要がある。

このような限界はあるが、以下のような結論を得た。

① 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0.8%（1年生0.7%、2年生0.7%、3年生0.9%）、女子で0.6%（1年生0.5%、2年生0.6%、3年生0.7%）であり、全体では0.7%（1年生0.6%、2年生0.7%、3年生0.8%）であった。この結果は、男女及び全体で、1996年に開始した一連の本調査では最低の値である。

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、確実に弱くなってきていると考えられる。

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。特に、急性中毒死の周知度が調査実施以来横ばいであり、最も大切と思われる害知識が教えられていない可能性が伺われた。

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0.5%（1年生で0.3%、2年生で0.5%、3年生で0.6%）であり、女子で0.2%（1年生で0.1%、2年生で0.2%、3年生で0.3%）で、全体では0.3%（1年生で0.2%、2年生で0.4%、3年生で0.5%）であった。

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

大麻の生涯経験率は、1998年をピーク（0.7%）に以後減少し、2000年～2004年と停滞したものの、2008年調査で減少した。しかし、2010年調査では、女子及び全体では横ばいとなり、男子では増加していた。

覚せい剤の生涯経験率は、1998年、2004年に記録した最高値（0.5%）以降、2006年、2008年と減

少していたが、2010年調査では、男子及び全体では横ばいながらも、女子では上昇していた。

以上により、大麻及び覚せい剤の生涯経験率の推移に関しては、今後の動向が危惧されるところである。

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、2010年調査での増加傾向は著明であった。その背景には、薬物乱用防止教育の影響と言うよりは、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が影響していると考えられる。

⑧ 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たが、その後は横ばい状態である。

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13.8%、女子で15.2%であるのに対して、経験者群では、男子で39.9%、女子で42.4%と明らかに異なっていた($p<0.01$)（表61）。このことは覚せい剤の入手可能性についても同じであり、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13.6%、女子で15.3%であるのに対して、経験者群では、男性で40.0%、女性で41.7%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6%の者が「少々ならかまわない」を選んでいるのに対して、「シンナー遊び」に関してそれを選んだ者は1.3%に過ぎず、大麻では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。

⑩ 有機溶剤乱用経験者群の29.0%(男子で31.1%、女子で25.2%) の者に大麻乱用の経験があり、27.7% (男子で27.2%、女子で27.3%) の者に覚せい剤乱用の経験があり、有機溶剤乱用と大麻・覚せい剤乱用との間には強い結びつきがあることが再確認された。同時に、喫煙経験と有機溶剤乱用経験との間にも結びつきが認められた。

このことは、わが国の中学生では、喫煙→有機溶剤乱用→大麻・覚せい剤乱用という流れがあることを強く示唆する結果であった。

⑪ 以上により、中学生の薬物乱用問題は、確実に、有機溶剤問題から大麻・覚せい剤問題に変わってきており、薬物乱用防止教育の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、東京ダルク、川崎ダルク、富士吉田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 SocialCharacteristics of Solvent Abuse Patients inJapan. The American Journal on Addictions 3:165-176, 1994.

4) Wada, K., Fukui, S.: Prevalence of volatile solvent inhalation among junior high school students in Japan and background life style of users. Addiction 88: 89-100, 1993.

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

6) Wada, K, Price, RK, Fukui, S: Reflecting Adult Drinking Culture: Prevalence of

AlcoholUse and Drinking Situations among Japanese Junior High School Students in Japan. Journal of Studies on Alcohol 59: 381-386, 1998.

7) 和田　清：中学生における飲酒－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年度厚生科学研究費補助金（麻薬等対策総合研究事業）研究報告書「薬物依存・中毒者の疫学調査及び精神医療サービスに関する研究班」（主任研究者：寺元　弘）第1分冊薬物乱用・依存の多面的疫学調査研究（2）．pp. 21-60. 1997.

10) 編者　全国学校データ研究所：全国学校総覧2010年版．原書房．東京．2009.

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年度厚生科学研究費補助金「麻薬等総合対策研究事業」薬物依存の社会学的、精神医学的特徴に関する研究（主任研究者：福井　進）平成5年度研究成果報告書．pp. 27-54. 1994.

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

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

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

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

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

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

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

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

23) 和田　清、尾崎　茂、近藤あゆみ：薬物乱用

・依存の今日的状況と政策的課題．日本アルコール・薬物医学会雑誌43(2)：120-131，2008.

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

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

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：Ⅱ章　物質依存の疫学と法律　物質乱用の疫学．脳とこころのプライマリケア8　依存．編集：福居顕二．シナジー．東京．pp.20-pp.32，2011.

1．論文発表

(1) Kiyoshi Wada: The history and current state of drug abuse in Japan. Addiction Reviews (Annals of the New York Academy of Sciences) 1216: 62-72, 2011.

(2) 和田　清：精神作用物質使用障害の今日的実態.精神神経学雑誌 112(7)：651-660，2010.

2．学会発表

(1) 和田　清：わが国における薬物乱用・依存の最近の特徴．第30回日本社会精神医学会．奈良．2011.3.4.

(2) 和田　清：日本における薬物乱用･依存の歴史と最近の特徴．第1回日中薬物依存シンポジウム(2010)．千葉大学．千葉大学付属図書館亥鼻分館ライブラリーホール.2010.11.12.

(3) Kiyoshi Wada: The Current Situation of Drug Abuse/Dependence in Japan. National Anti-drug Conference & Anti-drug International Seminar, Ministry of Justis, Taiwan. 2010.6.2.

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

(5) 和田　清：精神作用物質使用障害の今日的実態．第105回日本精神神経学会学術総会．神戸．2009.8.22.

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	11	5	45.5%	京都	4	2	50.0%
青森	3	2	66.7%	大阪	9	6	66.7%
岩手	4	4	100.0%	兵庫	7	2	28.6%
宮城	4	4	100.0%	奈良	2	0	0.0%
秋田	3	2	66.7%	和歌山	3	1	33.3%
山形	2	2	100.0%	鳥取	2	1	50.0%
福島	4	3	75.0%	島根	2	1	50.0%
茨城	4	3	75.0%	岡山	3	2	66.7%
栃木	3	1	33.3%	広島	5	2	40.0%
群馬	3	3	100.0%	山口	2	2	100.0%
埼玉	7	2	28.6%	徳島	3	1	33.3%
千葉	7	5	71.4%	香川	2	1	50.0%
東京	13	7	53.8%	愛媛	3	3	100.0%
神奈川	8	3	37.5%	高知	3	3	100.0%
新潟	4	4	100.0%	福岡	6	4	66.7%
富山	2	1	50.0%	佐賀	2	2	100.0%
石川	2	2	100.0%	長崎	4	3	75.0%
福井	2	1	50.0%	熊本	3	3	100.0%
山梨	2	2	100.0%	大分	3	2	66.7%
長野	4	3	75.0%	宮崎	3	3	100.0%
岐阜	4	4	100.0%	鹿児島	5	5	100.0%
静岡	5	1	20.0%	沖縄	3	2	66.7%
愛知	7	4	57.1%				
三重	3	0	0.0%				
滋賀	2	2	100.0%	全体	192	121	63.0%

表2　対象の内訳

	1年	2年	3年	合計
男性	7710 (49.9)	8035 (49.9)	7870 (49.4)	23615 (49.7)
女性	7725 (50.0)	8046 (50.0)	8053 (50.5)	23824 (50.2)
無回答	7 (.0)	12 (.1)	17 (.1)	36 (.1)
合計	15442 (100.0)	16093 (100.0)	15940 (100.0)	47475 (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	7579 (98.3)	7934 (98.7)	7767 (98.7)	23280 (98.6)
	経験あり	51 (.7)	59 (.7)	70 (.9)	180 (.8)
	無回答	80 (1.0)	42 (.5)	33 (.4)	155 (.7)
	合計	7710 (100.0)	8035 (100.0)	7870 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 2.701, df = 2, p = 0.259)
女性	経験なし	7628 (98.7)	7969 (99.0)	7963 (98.9)	23560 (98.9)
	経験あり	36 (.5)	50 (.6)	53 (.7)	139 (.6)
	無回答	61 (.8)	27 (.3)	37 (.5)	125 (.5)
	合計	7725 (100.0)	8046 (100.0)	8053 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 2.747, df = 2, p = 0.253)
全体	経験なし	15214 (98.5)	15915 (98.9)	15745 (98.8)	46874 (98.7)
	経験あり	87 (.6)	109 (.7)	125 (.8)	321 (.7)
	無回答	141 (.9)	69 (.4)	70 (.4)	280 (.6)
	合計	15442 (100.0)	16093 (100.0)	15940 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 5.534, df = 2, p = 0.063)

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	7619 (98.8)	7967 (99.2)	7800 (99.1)	23386 (99.0)
	ある	35 (.5)	48 (.6)	49 (.6)	132 (.6)
	無回答	56 (.7)	20 (.2)	21 (.3)	97 (.4)
	合計	7710 (100.0)	8035 (100.0)	7870 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 2.245, df = 2, p = 0.326)
女性	ない	7665 (99.2)	7996 (99.4)	8004 (99.4)	23665 (99.3)
	ある	25 (.3)	33 (.4)	34 (.4)	92 (.4)
	無回答	35 (.5)	17 (.2)	15 (.2)	67 (.3)
	合計	7725 (100.0)	8046 (100.0)	8053 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 1.154, df = 2, p = 0.562)
全体	ない	15291 (99.0)	15975 (99.3)	15819 (99.2)	47085 (99.2)
	ある	60 (.4)	81 (.5)	85 (.5)	226 (.5)
	無回答	91 (.6)	37 (.2)	36 (.2)	164 (.3)
	合計	15442 (100.0)	16093 (100.0)	15940 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 3.755, df = 2, p = 0.153)

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	7483 (97.1)	7829 (97.4)	7632 (97.0)	22944 (97.2)
	ある	157 (2.0)	176 (2.2)	205 (2.6)	538 (2.3)
	無回答	70 (.9)	30 (.4)	33 (.4)	133 (.6)
	合計	7710 (100.0)	8035 (100.0)	7870 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 5.899, df = 2, p = 0.052)
女性	ない	7526 (97.4)	7840 (97.4)	7848 (97.5)	23214 (97.4)
	ある	159 (2.1)	187 (2.3)	192 (2.4)	538 (2.3)
	無回答	40 (.5)	19 (.2)	13 (.2)	72 (.3)
	合計	7725 (100.0)	8046 (100.0)	8053 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 2.036, df = 2, p = 0.361)
全体	ない	15013 (97.2)	15680 (97.4)	15494 (97.2)	46187 (97.3)
	ある	319 (2.1)	364 (2.3)	399 (2.5)	1082 (2.3)
	無回答	110 (.7)	49 (.3)	47 (.3)	206 (.4)
	合計	15442 (100.0)	16093 (100.0)	15940 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 6.494, df = 2, p = 0.039)

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	7548 (97.9)	7877 (98.0)	7677 (97.5)	23102 (97.8)
	いる	84 (1.1)	107 (1.3)	141 (1.8)	332 (1.4)
	無回答	78 (1.0)	51 (.6)	52 (.7)	181 (.8)
	合計	7710 (100.0)	8035 (100.0)	7870 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 14.170, df = 2, p = 0.001)
女性	いない	7586 (98.2)	7880 (97.9)	7913 (98.3)	23379 (98.1)
	いる	95 (1.2)	141 (1.8)	119 (1.5)	355 (1.5)
	無回答	44 (.6)	25 (.3)	21 (.3)	90 (.4)
	合計	7725 (100.0)	8046 (100.0)	8053 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 7.247, df = 2, p = 0.027)
全体	いない	15140 (98.0)	15769 (98.0)	15605 (97.9)	46514 (98.0)
	いる	180 (1.2)	248 (1.5)	262 (1.6)	690 (1.5)
	無回答	122 (.8)	76 (.5)	73 (.5)	271 (.6)
	合計	15442 (100.0)	16093 (100.0)	15940 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 13.538, df = 2, p = 0.001)

表7 「シンナー遊び」に誘われた経験

		1年	2年	3年	合計
男性	ない	7376 (95.7)	7658 (95.3)	7502 (95.3)	22536 (95.4)
	ある	60 (.8)	70 (.9)	102 (1.3)	232 (1.0)
	無回答	274 (3.6)	307 (3.8)	266 (3.4)	847 (3.6)
	合計	7710 (100.0)	8035 (100.0)	7870 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 12.135, df = 2, p = 0.002)
女性	ない	7347 (95.1)	7604 (94.5)	7620 (94.6)	22571 (94.7)
	ある	56 (.7)	72 (.9)	70 (.9)	198 (.8)
	無回答	322 (4.2)	370 (4.6)	363 (4.5)	1055 (4.4)
	合計	7725 (100.0)	8046 (100.0)	8053 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 1.664, df = 2, p = 0.435)
全体	ない	14730 (95.4)	15274 (94.9)	15137 (95.0)	45141 (95.1)
	ある	116 (.8)	142 (.9)	174 (1.1)	432 (.9)
	無回答	596 (3.9)	677 (4.2)	629 (3.9)	1902 (4.0)
	合計	15442 (100.0)	16093 (100.0)	15940 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 10.300, df = 2, p = 0.006)

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	7142 (94.2)	7500 (94.5)	7409 (95.4)	22051 (94.7)
	見てみたい	341 (4.5)	319 (4.0)	263 (3.4)	923 (4.0)
	試してみたい	18 (.2)	27 (.3)	33 (.4)	78 (.3)
	経験がある	3 (.0)	1 (.0)	3 (.0)	7 (.0)
	無回答	75 (1.0)	87 (1.1)	59 (.8)	221 (.9)
	合計	7579 (100.0)	7934 (100.0)	7767 (100.0)	23280 (100.0)
					(χ^2 = 17.864, df = 6, p = 0.007)
女性	関心がない	7171 (94.0)	7418 (93.1)	7520 (94.4)	22109 (93.8)
	見てみたい	352 (4.6)	431 (5.4)	343 (4.3)	1126 (4.8)
	試してみたい	32 (.4)	62 (.8)	46 (.6)	140 (.6)
	経験がある	1 (.0)	1 (.0)	0 (.0)	2 (.0)
	無回答	72 (.9)	57 (.7)	54 (.7)	183 (.8)
	合計	7628 (100.0)	7969 (100.0)	7963 (100.0)	23560 (100.0)
					(χ^2 = 21.023, df = 6, p = 0.002)
全体	関心がない	14319 (94.1)	14925 (93.8)	14942 (94.9)	44186 (94.3)
	見てみたい	694 (4.6)	752 (4.7)	608 (3.9)	2054 (4.4)
	試してみたい	50 (.3)	91 (.6)	79 (.5)	220 (.5)
	経験がある	4 (.0)	2 (.0)	3 (.0)	9 (.0)
	無回答	147 (1.0)	145 (.9)	113 (.7)	405 (.9)
	合計	15214 (100.0)	15915 (100.0)	15745 (100.0)	46874 (100.0)
					(χ^2 = 27.269, df = 6, p < 0.001)

表9 「シンナー遊び」についてどう思いますか？（法の遵守）

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	法律で禁止されているからすべきではない	22691 (97.5)	109 (60.6)	70 (45.2)	22870 (96.8)
	法律で禁止されてはいるが少々なら構わない	289 (1.2)	24 (13.3)	2 (1.3)	315 (1.3)
	法律で禁止されてはいるが守る必要は全然ない	236 (1.0)	45 (25.0)	3 (1.9)	284 (1.2)
	無回答	64 (.3)	2 (1.1)	80 (51.6)	146 (.6)
	合計	23280 (100.0)	180 (100.0)	155 (100.0)	23615 (100.0)
				(χ^2 = 1087.738, 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	23126 (98.2)	91 (65.5)	69 (55.2)	23286 (97.7)
	法律で禁止されてはいるが少々なら構わない	281 (1.2)	19 (13.7)	3 (2.4)	303 (1.3)
	法律で禁止されてはいるが守る必要は全然ない	109 (.5)	27 (19.4)	1 (.8)	137 (.6)
	無回答	44 (.2)	2 (1.4)	52 (41.6)	98 (.4)
	合計	23560 (100.0)	139 (100.0)	125 (100.0)	23824 (100.0)
				(χ^2 = 1063.951, 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	45848 (97.8)	200 (62.3)	139 (49.6)	46187 (97.3)
	法律で禁止されてはいるが少々なら構わない	572 (1.2)	43 (13.4)	5 (1.8)	620 (1.3)
	法律で禁止されてはいるが守る必要は全然ない	346 (.7)	74 (23.1)	4 (1.4)	424 (.9)
	無回答	108 (.2)	4 (1.2)	132 (47.1)	244 (.5)
	合計	46874 (100.0)	321 (100.0)	280 (100.0)	47475 (100.0)
				(χ^2 = 2209.951, df = 2, p < 0.001)	

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

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	当然だと思う	21845 (93.8)	99 (55.0)	61 (39.4)	22005 (93.2)
	仕方のないことだと思う	751 (3.2)	24 (13.3)	8 (5.2)	783 (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	80 (.3)	8 (4.4)	0 (.0)	88 (.4)
	法律で決める必要はなく個人の自由	550 (2.4)	46 (25.6)	4 (2.6)	600 (2.5)
	無回答	54 (.2)	3 (1.7)	82 (52.9)	139 (.6)
	合計	23280 (100.0)	180 (100.0)	155 (100.0)	23615 (100.0)
				(χ^2 = 550.071, df = 3, p < 0.001)	
女性	当然だと思う	22270 (94.5)	83 (59.7)	64 (51.2)	22417 (94.1)
	仕方のないことだと思う	796 (3.4)	15 (10.8)	10 (8.0)	821 (3.4)
	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)	13 (9.4)	0 (.0)	89 (.4)
	法律で決める必要はなく個人の自由	371 (1.6)	27 (19.4)	0 (.0)	398 (1.7)
	無回答	47 (.2)	1 (.7)	51 (40.8)	99 (.4)
	合計	23560 (100.0)	139 (100.0)	125 (100.0)	23824 (100.0)
				(χ^2 = 605.253, df = 3, p < 0.001)	
全体	当然だと思う	44142 (94.2)	182 (56.7)	125 (44.6)	44449 (93.6)
	仕方のないことだと思う	1551 (3.3)	39 (12.1)	18 (6.4)	1608 (3.4)
	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	157 (.3)	21 (6.5)	0 (.0)	178 (.4)
	法律で決める必要はなく個人の自由	922 (2.0)	75 (23.4)	4 (1.4)	1001 (2.1)
	無回答	102 (.2)	4 (1.2)	133 (47.5)	239 (.5)
	合計	46874 (100.0)	321 (100.0)	280 (100.0)	47475 (100.0)
				(χ^2 = 1149.962, df = 3, p < 0.001)	

表11「シンナー遊び」をしている人についてどう思いますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	自分には無関係の人	22761 (97.8)	107 (59.4)	66 (42.6)	22934 (97.1)
	シンナー遊びをする気持ちが理解できる気がする	343 (1.5)	27 (15.0)	6 (3.9)	376 (1.6)
	親しみを感じる	58 (.2)	41 (22.8)	0 (.0)	99 (.4)
	無回答	118 (.5)	5 (2.8)	83 (53.5)	206 (.9)
	合計	23280 (100.0)	180 (100.0)	155 (100.0)	23615 (100.0)
				(χ^2 = 2437.113, df = 2, p < 0.001)	
女性	自分には無関係の人	22832 (96.9)	88 (63.3)	67 (53.6)	22987 (96.5)
	シンナー遊びをする気持ちが理解できる気がする	600 (2.5)	25 (18.0)	4 (3.2)	629 (2.6)
	親しみを感じる	37 (.2)	24 (17.3)	0 (.0)	61 (.3)
	無回答	91 (.4)	2 (1.4)	54 (43.2)	147 (.6)
	合計	23560 (100.0)	139 (100.0)	125 (100.0)	23824 (100.0)
				(χ^2 = 1730.594, df = 2, p < 0.001)	
全体	自分には無関係の人	45623 (97.3)	195 (60.7)	133 (47.5)	45951 (96.8)
	シンナー遊びをする気持ちが理解できる気がする	947 (2.0)	52 (16.2)	10 (3.6)	1009 (2.1)
	親しみを感じる	95 (.2)	67 (20.9)	0 (.0)	162 (.3)
	無回答	209 (.4)	7 (2.2)	137 (48.9)	353 (.7)
	合計	46874 (100.0)	321 (100.0)	280 (100.0)	47475 (100.0)
				(χ^2 = 4390.278, df = 2, p < 0.001)	

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

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	親しくなりたくない	19187 (82.4)	80 (44.4)	49 (31.6)	19316 (81.8)
	シンナー遊びだけで決めたくない	3951 (17.0)	56 (31.1)	22 (14.2)	4029 (17.1)
	すでに親しい	44 (.2)	39 (21.7)	1 (.6)	84 (.4)
	無回答	98 (.4)	5 (2.8)	83 (53.5)	186 (.8)
	合計	23280 (100.0)	180 (100.0)	155 (100.0)	23615 (100.0)
				(χ^2 = 2437.909, df = 2, p < 0.001)	
女性	親しくなりたくない	18826 (79.9)	59 (42.4)	53 (42.4)	18938 (79.5)
	シンナー遊びだけで決めたくない	4614 (19.6)	54 (38.8)	15 (12.0)	4683 (19.7)
	すでに親しい	44 (.2)	25 (18.0)	1 (.8)	70 (.3)
	無回答	76 (.3)	1 (.7)	56 (44.8)	133 (.6)
	合計	23560 (100.0)	139 (100.0)	125 (100.0)	23824 (100.0)
				(χ^2 = 1560.083, df = 2, p < 0.001)	
全体	親しくなりたくない	38030 (81.1)	139 (43.3)	102 (36.4)	38271 (80.6)
	シンナー遊びだけで決めたくない	8582 (18.3)	110 (34.3)	37 (13.2)	8729 (18.4)
	すでに親しい	88 (.2)	66 (20.6)	2 (.7)	156 (.3)
	無回答	174 (.4)	6 (1.9)	139 (49.6)	319 (.7)
	合計	46874 (100.0)	321 (100.0)	280 (100.0)	47475 (100.0)
				(χ^2 = 4218.344, df = 2, p < 0.001)	

表13　どうして「シンナー遊び」をするのだと思いますか？（複数回答）

		生涯シンナー経験				
		経験なし	経験あり	無回答	合計	
男性	本人に問題	16890 (72.6)	102 (56.7)	75 (48.4)	17067 (72.3)	(χ^2 = 22.570, df = 1, p < 0.000)
	家庭に問題	11029 (47.4)	85 (47.2)	55 (35.5)	11169 (47.3)	(χ^2 = 0.002, df = 1, p = 0.967)
	学校に問題	6127 (26.3)	60 (33.3)	29 (18.7)	6216 (26.3)	(χ^2 = 4.526, df = 1, p = 0.033)
	社会に問題	8472 (36.4)	80 (44.4)	47 (30.3)	8599 (36.4)	(χ^2 = 5.000, df = 1, p = 0.025)
	無回答	397 (1.7)	7 (3.9)	36 (23.2)	440 (1.9)	
	合計	23280 (100.0)	180 (100.0)	155 (100.0)	23615 (100.0)	
女性	本人に問題	16348 (69.4)	79 (56.8)	66 (52.8)	16493 (69.2)	(χ^2 = 10.240, df = 1, p = 0.001)
	家庭に問題	14988 (63.6)	80 (57.6)	55 (44.0)	15123 (63.5)	(χ^2 = 2.193 df = 1, p = 0.139)
	学校に問題	8663 (36.8)	57 (41.0)	29 (23.2)	8749 (36.7)	(χ^2 = 1.067, df = 1, p = 0.302)
	社会に問題	8884 (37.7)	57 (41.0)	40 (32.0)	8981 (37.7)	(χ^2 = 0.640, df = 1, p = 0.424)
	無回答	263 (1.1)	5 (3.6)	33 (26.4)	301 (1.3)	
	合計	23560 (100.0)	139 (100.0)	125 (100.0)	23824 (100.0)	
全体	本人に問題	33265 (71.0)	182 (56.7)	141 (50.4)	33588 (70.7)	(χ^2 = 31.443, df = 1, p < 0.001)
	家庭に問題	26038 (55.5)	167 (52.0)	110 (39.3)	26315 (55.4)	(χ^2 = 1.603 df = 1, p = 0.205)
	学校に問題	14807 (31.6)	119 (37.1)	58 (20.7)	14984 (31.6)	(χ^2 = 4.432, df = 1, p = 0.035)
	社会に問題	17378 (37.1)	139 (43.3)	87 (31.1)	17604 (37.1)	(χ^2 = 5.299, df = 1, p = 0.021)
	無回答	660 (1.4)	12 (3.7)	69 (24.6)	741 (1.6)	
	合計	46874 (100.0)	321 (100.0)	280 (100.0)	47475 (100.0)	

表14　「シンナー遊び」による急性中毒死を知っていますか？

		生涯シンナー経験				
		経験なし	経験あり	無回答	合計	
男性	知っている	13555 (58.2)	99 (55.0)	39 (25.2)	13693 (58.0)	
	知らない	9714 (41.7)	81 (45.0)	39 (25.2)	9834 (41.6)	
	無回答	11 (.0)	0 (.0)	77 (49.7)	88 (.4)	
	合計	23280 (100.0)	180 (100.0)	155 (100.0)	23615 (100.0)	
						(χ^2 = 0.777, df = 1, p = 0.378)
女性	知っている	15123 (64.2)	79 (56.8)	43 (34.4)	15245 (64.0)	
	知らない	8422 (35.7)	60 (43.2)	33 (26.4)	8515 (35.7)	
	無回答	15 (.1)	0 (.0)	49 (39.2)	64 (.3)	
	合計	23560 (100.0)	139 (100.0)	125 (100.0)	23824 (100.0)	
						(χ^2 = 3.288, df = 1, p = 0.070)
全体	知っている	28703 (61.2)	178 (55.5)	82 (29.3)	28963 (61.0)	
	知らない	18145 (38.7)	143 (44.5)	72 (25.7)	18360 (38.7)	
	無回答	26 (.1)	0 (.0)	126 (45.0)	152 (.3)	
	合計	46874 (100.0)	321 (100.0)	280 (100.0)	47475 (100.0)	
						(χ^2 = 4.544, df = 1, p = 0.033)

表15 「シンナー遊び」を繰り返すと歯がぼろぼろになりやすいことを知っていますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	知っている	16729 (71.9)	107 (59.4)	51 (32.9)	16887 (71.5)
	知らない	6542 (28.1)	73 (40.6)	27 (17.4)	6642 (28.1)
	無回答	9 (.0)	0 (.0)	77 (49.7)	86 (.4)
	合計	23280 (100.0)	180 (100.0)	155 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 13.657, df = 1, p < 0.001)
女性	知っている	17996 (76.4)	97 (69.8)	50 (40.0)	18143 (76.2)
	知らない	5557 (23.6)	42 (30.2)	26 (20.8)	5625 (23.6)
	無回答	7 (.0)	0 (.0)	49 (39.2)	56 (.2)
	合計	23560 (100.0)	139 (100.0)	125 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 3.358, df = 1, p = 0.067)
全体	知っている	34752 (74.1)	204 (63.6)	101 (36.1)	35057 (73.8)
	知らない	12106 (25.8)	117 (36.4)	53 (18.9)	12276 (25.9)
	無回答	16 (.0)	0 (.0)	126 (45.0)	142 (.3)
	合計	46874 (100.0)	321 (100.0)	280 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 18.708, df = 1, p < 0.001)

表16 「シンナー遊び」を繰り返すと多発神経炎になることがあるのを知っていますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	知っている	12423 (53.4)	90 (50.0)	62 (40.0)	12575 (53.3)
	知らない	10696 (45.9)	89 (49.4)	60 (38.7)	10845 (45.9)
	無回答	161 (.7)	1 (.6)	33 (21.3)	195 (.8)
	合計	23280 (100.0)	180 (100.0)	155 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 0.853, df = 1, p = 0.356)
女性	知っている	14128 (60.0)	78 (56.1)	51 (40.8)	14257 (59.8)
	知らない	9338 (39.6)	59 (42.4)	44 (35.2)	9441 (39.6)
	無回答	94 (.4)	2 (1.4)	30 (24.0)	126 (.5)
	合計	23560 (100.0)	139 (100.0)	125 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 0.609, df = 1, p = 0.435)
全体	知っている	26574 (56.7)	168 (52.3)	113 (40.4)	26855 (56.6)
	知らない	20045 (42.8)	150 (46.7)	104 (37.1)	20299 (42.8)
	無回答	255 (.5)	3 (.9)	63 (22.5)	321 (.7)
	合計	46874 (100.0)	321 (100.0)	280 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 2.243, df = 1, p = 0.134)

表17 「シンナー遊び」を繰り返すと精神病状態になることがあるのを知っていますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	知っている	18749 (80.5)	112 (62.2)	92 (59.4)	18953 (80.3)
	知らない	4290 (18.4)	65 (36.1)	30 (19.4)	4385 (18.6)
	無回答	241 (1.0)	3 (1.7)	33 (21.3)	277 (1.2)
	合計	23280 (100.0)	180 (100.0)	155 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 37.770, df = 1, p < 0.001)
女性	知っている	20774 (88.2)	107 (77.0)	75 (60.0)	20956 (88.0)
	知らない	2636 (11.2)	30 (21.6)	19 (15.2)	2685 (11.3)
	無回答	150 (.6)	2 (1.4)	31 (24.8)	183 (.8)
	合計	23560 (100.0)	139 (100.0)	125 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 15.351, df = 1, p < 0.001)
全体	知っている	39555 (84.4)	219 (68.2)	167 (59.6)	39941 (84.1)
	知らない	6928 (14.8)	97 (30.2)	49 (17.5)	7074 (14.9)
	無回答	391 (.8)	5 (1.6)	64 (22.9)	460 (1.0)
	合計	46874 (100.0)	321 (100.0)	280 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 61.353, df = 1, p < 0.001)

表18 「シンナー遊び」を繰り返すと無動機症候群になることがあるのを知っていますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	知っている	12532 (53.8)	86 (47.8)	59 (38.1)	12677 (53.7)
	知らない	10473 (45.0)	91 (50.6)	63 (40.6)	10627 (45.0)
	無回答	275 (1.2)	3 (1.7)	33 (21.3)	311 (1.3)
	合計	23280 (100.0)	180 (100.0)	155 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 2.455, df = 1, p = 0.117)
女性	知っている	14203 (60.3)	83 (59.7)	44 (35.2)	14330 (60.1)
	知らない	9149 (38.8)	53 (38.1)	49 (39.2)	9251 (38.8)
	無回答	208 (.9)	3 (2.2)	32 (25.6)	243 (1.0)
	合計	23560 (100.0)	139 (100.0)	125 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 0.002, df = 1, p = 0.960)
全体	知っている	26761 (57.1)	169 (52.6)	103 (36.8)	27033 (56.9)
	知らない	19630 (41.9)	146 (45.5)	112 (40.0)	19888 (41.9)
	無回答	483 (1.0)	6 (1.9)	65 (23.2)	554 (1.2)
	合計	46874 (100.0)	321 (100.0)	280 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 2.087, df = 1, p = 0.149)

表19 「シンナー遊び」の結果、フラッシュバックが起こることがあるのを知っていますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	知っている	15324 (65.8)	100 (55.6)	68 (43.9)	15492 (65.6)
	知らない	7684 (33.0)	77 (42.8)	55 (35.5)	7816 (33.1)
	無回答	272 (1.2)	3 (1.7)	32 (20.6)	307 (1.3)
	合計	23280 (100.0)	180 (100.0)	155 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 8.055, df = 1, p = 0.005)
女性	知っている	16793 (71.3)	94 (67.6)	54 (43.2)	16941 (71.1)
	知らない	6594 (28.0)	42 (30.2)	41 (32.8)	6677 (28.0)
	無回答	173 (.7)	3 (2.2)	30 (24.0)	206 (.9)
	合計	23560 (100.0)	139 (100.0)	125 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 0.482, df = 1, p =0.487)
全体	知っている	32144 (68.6)	194 (60.4)	122 (43.6)	32460 (68.4)
	知らない	14282 (30.5)	121 (37.7)	96 (34.3)	14499 (30.5)
	無回答	448 (1.0)	6 (1.9)	62 (22.1)	516 (1.1)
	合計	46874 (100.0)	321 (100.0)	280 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 8.588 df = 1, p = 0.003)

表20 あなたの起床時間はほぼ一定していますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	はい	19573 (84.1)	115 (63.9)	124 (80.0)	19812 (83.9)
	いいえ	3673 (15.8)	63 (35.0)	30 (19.4)	3766 (15.9)
	無回答	34 (.1)	2 (1.1)	1 (.6)	37 (.2)
	合計	23280 (100.0)	180 (100.0)	155 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 50.584, df = 1, p < 0.001)
女性	はい	20297 (86.2)	81 (58.3)	90 (72.0)	20468 (85.9)
	いいえ	3223 (13.7)	58 (41.7)	33 (26.4)	3314 (13.9)
	無回答	40 (.2)	0 (.0)	2 (1.6)	42 (.2)
	合計	23560 (100.0)	139 (100.0)	125 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 90.849, df = 1, p < 0.001)
全体	はい	39891 (85.1)	197 (61.4)	214 (76.4)	40302 (84.9)
	いいえ	6905 (14.7)	122 (38.0)	63 (22.5)	7090 (14.9)
	無回答	78 (.2)	2 (.6)	3 (1.1)	83 (.2)
	合計	46874 (100.0)	321 (100.0)	280 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 137.753, df = 1, p < 0.001)

表21 あなたの就寝時間はほぼ一定していますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	はい	13834 (59.4)	81 (45.0)	96 (61.9)	14011 (59.3)
	いいえ	9360 (40.2)	96 (53.3)	58 (37.4)	9514 (40.3)
	無回答	86 (.4)	3 (1.7)	1 (.6)	90 (.4)
	合計	23280 (100.0)	180 (100.0)	155 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 14.052, df = 1, p < 0.001)
女性	はい	13979 (59.3)	47 (33.8)	68 (54.4)	14094 (59.2)
	いいえ	9473 (40.2)	92 (66.2)	55 (44.0)	9620 (40.4)
	無回答	108 (.5)	0 (.0)	2 (1.6)	110 (.5)
	合計	23560 (100.0)	139 (100.0)	125 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 38.138, df = 1, p < 0.001)
全体	はい	27832 (59.4)	129 (40.2)	164 (58.6)	28125 (59.2)
	いいえ	18843 (40.2)	189 (58.9)	113 (40.4)	19145 (40.3)
	無回答	199 (.4)	3 (.9)	3 (1.1)	205 (.4)
	合計	46874 (100.0)	321 (100.0)	280 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 47.633, df = 1, p < 0.001)

表22 毎朝、朝食を食べていますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	ほとんど毎日食べている	20643 (88.7)	124 (68.9)	135 (87.1)	20902 (88.5)
	時々食べる	1706 (7.3)	27 (15.0)	11 (7.1)	1744 (7.4)
	ほとんど食べない	885 (3.8)	28 (15.6)	6 (3.9)	919 (3.9)
	無回答	46 (.2)	1 (.6)	3 (1.9)	50 (.2)
	合計	23280 (100.0)	180 (100.0)	155 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 85.840, df = 2, p < 0.001)
女性	ほとんど毎日食べている	21207 (90.0)	92 (66.2)	104 (83.2)	21403 (89.8)
	時々食べる	1620 (6.9)	19 (13.7)	14 (11.2)	1653 (6.9)
	ほとんど食べない	681 (2.9)	28 (20.1)	7 (5.6)	716 (3.0)
	無回答	52 (.2)	0 (.0)	0 (.0)	52 (.2)
	合計	23560 (100.0)	139 (100.0)	125 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 155.105, df = 2, p < 0.001)
全体	ほとんど毎日食べている	41874 (89.3)	218 (67.9)	239 (85.4)	42331 (89.2)
	時々食べる	3330 (7.1)	46 (14.3)	25 (8.9)	3401 (7.2)
	ほとんど食べない	1568 (3.3)	56 (17.4)	13 (4.6)	1637 (3.4)
	無回答	102 (.2)	1 (.3)	3 (1.1)	106 (.2)
	合計	46874 (100.0)	321 (100.0)	280 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 224.091, df = 2, p < 0.001)

表23 あなたにとって、学校生活は次のどれですか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	とても楽しい	10173 (43.7)	49 (27.2)	62 (40.0)	10284 (43.5)
	どちらかといえば楽しい	10192 (43.8)	75 (41.7)	62 (40.0)	10329 (43.7)
	あまり楽しくない	2162 (9.3)	26 (14.4)	22 (14.2)	2210 (9.4)
	まったく楽しくない	715 (3.1)	29 (16.1)	8 (5.2)	752 (3.2)
	無回答	38 (.2)	1 (.6)	1 (.6)	40 (.2)
	合計	23280 (100.0)	180 (100.0)	155 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 112.607, df = 3, p < 0.001)
女性	とても楽しい	10385 (44.1)	37 (26.6)	58 (46.4)	10480 (44.0)
	どちらかといえば楽しい	10197 (43.3)	54 (38.8)	45 (36.0)	10296 (43.2)
	あまり楽しくない	2376 (10.1)	22 (15.8)	17 (13.6)	2415 (10.1)
	まったく楽しくない	546 (2.3)	26 (18.7)	3 (2.4)	575 (2.4)
	無回答	56 (.2)	0 (.0)	2 (1.6)	58 (.2)
	合計	23560 (100.0)	139 (100.0)	125 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 168.066, df = 3, p < 0.001)
全体	とても楽しい	20575 (43.9)	87 (27.1)	120 (42.9)	20782 (43.8)
	どちらかといえば楽しい	20395 (43.5)	129 (40.2)	107 (38.2)	20631 (43.5)
	あまり楽しくない	4540 (9.7)	48 (15.0)	39 (13.9)	4627 (9.7)
	まったく楽しくない	1265 (2.7)	56 (17.4)	11 (3.9)	1332 (2.8)
	無回答	99 (.2)	1 (.3)	3 (1.1)	103 (.2)
	合計	46874 (100.0)	321 (100.0)	280 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 278.419, df = 3, p < 0.001)

表24 クラブ活動（部活）には参加していますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	積極的に参加している	16787 (72.1)	98 (54.4)	107 (69.0)	16992 (72.0)
	消極的に参加している	2350 (10.1)	27 (15.0)	16 (10.3)	2393 (10.1)
	参加していない	3945 (16.9)	54 (30.0)	31 (20.0)	4030 (17.1)
	無回答	198 (.9)	1 (.6)	1 (.6)	200 (.8)
	合計	23280 (100.0)	180 (100.0)	155 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 29.754, df = 2, p < 0.001)
女性	積極的に参加している	16633 (70.6)	69 (49.6)	84 (67.2)	16786 (70.5)
	消極的に参加している	2485 (10.5)	32 (23.0)	18 (14.4)	2535 (10.6)
	参加していない	4224 (17.9)	37 (26.6)	20 (16.0)	4281 (18.0)
	無回答	218 (.9)	1 (.7)	3 (2.4)	222 (.9)
	合計	23560 (100.0)	139 (100.0)	125 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 34.590, df = 2, p < 0.001)
全体	積極的に参加している	33443 (71.3)	167 (52.0)	191 (68.2)	33801 (71.2)
	消極的に参加している	4839 (10.3)	59 (18.4)	34 (12.1)	4932 (10.4)
	参加していない	8172 (17.4)	92 (28.7)	51 (18.2)	8315 (17.5)
	無回答	420 (.9)	3 (.9)	4 (1.4)	427 (.9)
	合計	46874 (100.0)	321 (100.0)	280 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 59.623, df = 2, p < 0.001)

表25　夕食を週何回くらい家族全員で食べますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	ほとんど毎日	7754 (33.3)	42 (23.3)	53 (34.2)	7849 (33.2)
	5－6回	2654 (11.4)	24 (13.3)	18 (11.6)	2696 (11.4)
	4回前後	2383 (10.2)	9 (5.0)	12 (7.7)	2404 (10.2)
	3回前後	2176 (9.3)	14 (7.8)	18 (11.6)	2208 (9.3)
	2回前後	4083 (17.5)	25 (13.9)	24 (15.5)	4132 (17.5)
	ほとんど食べない	4083 (17.5)	64 (35.6)	29 (18.7)	4176 (17.7)
	無回答	147 (.6)	2 (1.1)	1 (.6)	150 (.6)
	合計	23280 (100.0)	180 (100.0)	155 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 45.578, df = 5, p < 0.001)
女性	ほとんど毎日	8147 (34.6)	31 (22.3)	45 (36.0)	8223 (34.5)
	5－6回	2659 (11.3)	12 (8.6)	18 (14.4)	2689 (11.3)
	4回前後	2318 (9.8)	14 (10.1)	10 (8.0)	2342 (9.8)
	3回前後	2023 (8.6)	8 (5.8)	9 (7.2)	2040 (8.6)
	2回前後	4216 (17.9)	20 (14.4)	18 (14.4)	4254 (17.9)
	ほとんど食べない	4055 (17.2)	54 (38.8)	20 (16.0)	4129 (17.3)
	無回答	142 (.6)	0 (.0)	5 (4.0)	147 (.6)
	合計	23560 (100.0)	139 (100.0)	125 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 46.182, df = 5, p < 0.001)
全体	ほとんど毎日	15913 (33.9)	74 (23.1)	98 (35.0)	16085 (33.9)
	5－6回	5318 (11.3)	36 (11.2)	36 (12.9)	5390 (11.4)
	4回前後	4704 (10.0)	23 (7.2)	22 (7.9)	4749 (10.0)
	3回前後	4200 (9.0)	22 (6.9)	27 (9.6)	4249 (8.9)
	2回前後	8305 (17.7)	46 (14.3)	42 (15.0)	8393 (17.7)
	ほとんど食べない	8144 (17.4)	118 (36.8)	49 (17.5)	8311 (17.5)
	無回答	290 (.6)	2 (.6)	6 (2.1)	298 (.6)
	合計	46874 (100.0)	321 (100.0)	280 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 85.895, df = 5, p < 0.001)

表26　母親と週何回くらい夕食を食べますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	ほとんど毎日	13609 (59.1)	79 (45.4)	81 (52.9)	13769 (59.0)
	５－６回	2830 (12.3)	22 (12.6)	23 (15.0)	2875 (12.3)
	４回前後	1903 (8.3)	13 (7.5)	12 (7.8)	1928 (8.3)
	３回前後	1185 (5.1)	7 (4.0)	8 (5.2)	1200 (5.1)
	２回前後	1232 (5.4)	9 (5.2)	9 (5.9)	1250 (5.4)
	ほとんど食べない	1500 (6.5)	28 (16.1)	9 (5.9)	1537 (6.6)
	母親がいない	627 (2.7)	15 (8.6)	9 (5.9)	651 (2.8)
	無回答*	138 (.6)	1 (.6)	2 (1.3)	141 (.6)
	合計	23024 (100.0)	174 (100.0)	153 (100.0)	23351 (100.0)
					(χ^2 = 51.820, df = 6, p < 0.001)
女性	ほとんど毎日	15312 (65.8)	59 (43.1)	79 (63.7)	15450 (65.6)
	５－６回	2384 (10.2)	13 (9.5)	19 (15.3)	2416 (10.3)
	４回前後	1567 (6.7)	10 (7.3)	7 (5.6)	1584 (6.7)
	３回前後	1014 (4.4)	4 (2.9)	3 (2.4)	1021 (4.3)
	２回前後	1164 (5.0)	10 (7.3)	3 (2.4)	1177 (5.0)
	ほとんど食べない	1166 (5.0)	12 (8.8)	8 (6.5)	1186 (5.0)
	母親がいない	567 (2.4)	28 (20.4)	3 (2.4)	598 (2.5)
	無回答*	111 (.5)	1 (.7)	2 (1.6)	114 (.5)
	合計	23285 (100.0)	137 (100.0)	124 (100.0)	23546 (100.0)
					(χ^2 = 190.968, df = 6, p < 0.001)
全体	ほとんど毎日	28935 (62.4)	138 (44.1)	160 (57.8)	29233 (62.3)
	５－６回	5219 (11.3)	35 (11.2)	42 (15.2)	5296 (11.3)
	４回前後	3476 (7.5)	23 (7.3)	19 (6.9)	3518 (7.5)
	３回前後	2200 (4.7)	12 (3.8)	11 (4.0)	2223 (4.7)
	２回前後	2398 (5.2)	19 (6.1)	12 (4.3)	2429 (5.2)
	ほとんど食べない	2669 (5.8)	40 (12.8)	17 (6.1)	2726 (5.8)
	母親がいない	1194 (2.6)	44 (14.1)	12 (4.3)	1250 (2.7)
	無回答*	252 (.5)	2 (.6)	4 (1.4)	258 (.5)
	合計	46343 (100.0)	313 (100.0)	277 (100.0)	46933 (100.0)
					(χ^2 = 198.857, df = 6, p < 0.001)

*この質問は1校(男性264人、女性278人、計542人)において除外されて実施

表27　父親と週何回くらい夕食を食べますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	ほとんど毎日	6570 (28.5)	30 (17.2)	39 (25.5)	6639 (28.4)
	5－6回	2673 (11.6)	21 (12.1)	23 (15.0)	2717 (11.6)
	4回前後	2388 (10.4)	13 (7.5)	15 (9.8)	2416 (10.3)
	3回前後	2047 (8.9)	10 (5.7)	18 (11.8)	2075 (8.9)
	2回前後	3363 (14.6)	21 (12.1)	16 (10.5)	3400 (14.6)
	ほとんど食べない	2573 (11.2)	42 (24.1)	16 (10.5)	2631 (11.3)
	父親がいない	3267 (14.2)	33 (19.0)	25 (16.3)	3325 (14.2)
	無回答*	143 (.6)	4 (2.3)	1 (.7)	148 (.6)
	合計	23024 (100.0)	174 (100.0)	153 (100.0)	23351 (100.0)
					(χ^2 = 41.009, df = 6, p < 0.001)
女性	ほとんど毎日	6339 (27.2)	25 (18.2)	39 (31.5)	6403 (27.2)
	5－6回	2627 (11.3)	12 (8.8)	15 (12.1)	2654 (11.3)
	4回前後	2287 (9.8)	8 (5.8)	10 (8.1)	2305 (9.8)
	3回前後	2016 (8.7)	8 (5.8)	8 (6.5)	2032 (8.6)
	2回前後	3485 (15.0)	17 (12.4)	14 (11.3)	3516 (14.9)
	ほとんど食べない	2491 (10.7)	24 (17.5)	13 (10.5)	2528 (10.7)
	父親がいない	3890 (16.7)	43 (31.4)	19 (15.3)	3952 (16.8)
	無回答*	150 (.6)	0 (.0)	6 (4.8)	156 (.7)
	合計	23285 (100.0)	137 (100.0)	124 (100.0)	23546 (100.0)
					(χ^2 = 32.031, df = 6, p < 0.001)
全体	ほとんど毎日	12916 (27.9)	55 (17.6)	78 (28.2)	13049 (27.8)
	5－6回	5304 (11.4)	33 (10.5)	38 (13.7)	5375 (11.5)
	4回前後	4679 (10.1)	21 (6.7)	25 (9.0)	4725 (10.1)
	3回前後	4065 (8.8)	18 (5.8)	26 (9.4)	4109 (8.8)
	2回前後	6853 (14.8)	39 (12.5)	30 (10.8)	6922 (14.7)
	ほとんど食べない	5068 (10.9)	66 (21.1)	29 (10.5)	5163 (11.0)
	父親がいない	7163 (15.5)	77 (24.6)	44 (15.9)	7284 (15.5)
	無回答*	295 (.6)	4 (1.3)	7 (2.5)	306 (.7)
	合計	46343 (100.0)	313 (100.0)	277 (100.0)	46933 (100.0)
					(χ^2 = 66.276, df = 6, p < 0.001)

*この質問は1校(男性264人、女性278人、計542人)において除外されて実施

表28　大人が不在の状態で、毎日平均どの程度の時間を過ごしますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	なし、あるいはほとんどなし	7620 (32.7)	51 (28.3)	55 (35.5)	7726 (32.7)
	1時間未満	4838 (20.8)	27 (15.0)	23 (14.8)	4888 (20.7)
	1時間以上2時間未満	4712 (20.2)	29 (16.1)	28 (18.1)	4769 (20.2)
	2時間以上3時間未満	2839 (12.2)	23 (12.8)	16 (10.3)	2878 (12.2)
	3時間以上	3150 (13.5)	46 (25.6)	31 (20.0)	3227 (13.7)
	無回答	121 (.5)	4 (2.2)	2 (1.3)	127 (.5)
	合計	23280 (100.0)	180 (100.0)	155 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 24.817, df = 4, p < 0.001)
女性	なし、あるいはほとんどなし	9178 (39.0)	42 (30.2)	50 (40.0)	9270 (38.9)
	1時間未満	4095 (17.4)	19 (13.7)	18 (14.4)	4132 (17.3)
	1時間以上2時間未満	4229 (17.9)	19 (13.7)	28 (22.4)	4276 (17.9)
	2時間以上3時間未満	2815 (11.9)	13 (9.4)	11 (8.8)	2839 (11.9)
	3時間以上	3121 (13.2)	44 (31.7)	14 (11.2)	3179 (13.3)
	無回答	122 (.5)	2 (1.4)	4 (3.2)	128 (.5)
	合計	23560 (100.0)	139 (100.0)	125 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 41.430, df = 4, p < 0.001)
全体	なし、あるいはほとんどなし	16809 (35.9)	94 (29.3)	105 (37.5)	17008 (35.8)
	1時間未満	8938 (19.1)	46 (14.3)	41 (14.6)	9025 (19.0)
	1時間以上2時間未満	8943 (19.1)	48 (15.0)	56 (20.0)	9047 (19.1)
	2時間以上3時間未満	5658 (12.1)	36 (11.2)	27 (9.6)	5721 (12.1)
	3時間以上	6282 (13.4)	91 (28.3)	45 (16.1)	6418 (13.5)
	無回答	244 (.5)	6 (1.9)	6 (2.1)	256 (.5)
	合計	46874 (100.0)	321 (100.0)	280 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 64.199, df = 4, p < 0.001)

表29 悩み事があるとき、親と相談する方だと思いますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	よく相談する	3197 (13.7)	18 (10.0)	14 (9.0)	3229 (13.7)
	どちらかといえば相談する	5680 (24.4)	22 (12.2)	24 (15.5)	5726 (24.2)
	どちらかといえば相談しない	5506 (23.7)	38 (21.1)	30 (19.4)	5574 (23.6)
	ほとんど相談しない	8474 (36.4)	81 (45.0)	47 (30.3)	8602 (36.4)
	親がいない	103 (.4)	12 (6.7)	0 (.0)	115 (.5)
	無回答	320 (1.4)	9 (5.0)	40 (25.8)	369 (1.6)
	合計	23280 (100.0)	180 (100.0)	155 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 163.677, df = 4, p < 0.001)
女性	よく相談する	5625 (23.9)	12 (8.6)	22 (17.6)	5659 (23.8)
	どちらかといえば相談する	6955 (29.5)	26 (18.7)	26 (20.8)	7007 (29.4)
	どちらかといえば相談しない	4559 (19.4)	29 (20.9)	24 (19.2)	4612 (19.4)
	ほとんど相談しない	6022 (25.6)	48 (34.5)	41 (32.8)	6111 (25.7)
	親がいない	90 (.4)	20 (14.4)	0 (.0)	110 (.5)
	無回答	309 (1.3)	4 (2.9)	12 (9.6)	325 (1.4)
	合計	23560 (100.0)	139 (100.0)	125 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 617.195, df = 4, p < 0.001)
全体	よく相談する	8827 (18.8)	30 (9.3)	36 (12.9)	8893 (18.7)
	どちらかといえば相談する	12640 (27.0)	48 (15.0)	50 (17.9)	12738 (26.8)
	どちらかといえば相談しない	10071 (21.5)	67 (20.9)	54 (19.3)	10192 (21.5)
	ほとんど相談しない	14514 (31.0)	130 (40.5)	88 (31.4)	14732 (31.0)
	親がいない	193 (.4)	33 (10.3)	0 (.0)	226 (.5)
	無回答	629 (1.3)	13 (4.0)	52 (18.6)	694 (1.5)
	合計	46874 (100.0)	321 (100.0)	280 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 709.164, df = 4, p < 0.001)

表30 親しく遊べる友人がいますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	いる	22482 (96.6)	148 (82.2)	144 (92.9)	22774 (96.4)
	いない	748 (3.2)	31 (17.2)	10 (6.5)	789 (3.3)
	無回答	50 (.2)	1 (.6)	1 (.6)	52 (.2)
	合計	23280 (100.0)	180 (100.0)	155 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 109.751, df = 1, p < 0.001)
女性	いる	22871 (97.1)	108 (77.7)	117 (93.6)	23096 (96.9)
	いない	640 (2.7)	31 (22.3)	8 (6.4)	679 (2.9)
	無回答	49 (.2)	0 (.0)	0 (.0)	49 (.2)
	合計	23560 (100.0)	139 (100.0)	125 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 192.172, df = 1, p < 0.001)
全体	いる	45382 (96.8)	257 (80.1)	261 (93.2)	45900 (96.7)
	いない	1391 (3.0)	63 (19.6)	18 (6.4)	1472 (3.1)
	無回答	101 (.2)	1 (.3)	1 (.4)	103 (.2)
	合計	46874 (100.0)	321 (100.0)	280 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 296.715, df = 1, p < 0.001)

表31 相談事のできる友人がいますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	いる	19884 (85.4)	129 (71.7)	123 (79.4)	20136 (85.3)
	いない	3279 (14.1)	51 (28.3)	31 (20.0)	3361 (14.2)
	無回答	117 (.5)	0 (.0)	1 (.6)	118 (.5)
	合計	23280 (100.0)	180 (100.0)	155 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 29.352, df = 1, p < 0.001)
女性	いる	21550 (91.5)	96 (69.1)	108 (86.4)	21754 (91.3)
	いない	1932 (8.2)	41 (29.5)	17 (13.6)	1990 (8.4)
	無回答	78 (.3)	2 (1.4)	0 (.0)	80 (.3)
	合計	23560 (100.0)	139 (100.0)	125 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 83.774, df = 1, p < 0.001)
全体	いる	41460 (88.4)	226 (70.4)	231 (82.5)	41917 (88.3)
	いない	5218 (11.1)	93 (29.0)	48 (17.1)	5359 (11.3)
	無回答	196 (.4)	2 (.6)	1 (.4)	199 (.4)
	合計	46874 (100.0)	321 (100.0)	280 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 102.127, df = 1, p < 0.001)

表32 喫煙の生涯経験率

		1年	2年	3年	合計
男性	喫煙経験なし	7182 (93.2)	7313 (91.0)	6945 (88.2)	21440 (90.8)
	喫煙経験あり	438 (5.7)	641 (8.0)	875 (11.1)	1954 (8.3)
	無回答	90 (1.2)	81 (1.0)	50 (.6)	221 (.9)
	合計	7710 (100.0)	8035 (100.0)	7870 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 150.627, df = 2, p < 0.001)
女性	喫煙経験なし	7432 (96.2)	7548 (93.8)	7399 (91.9)	22379 (93.9)
	喫煙経験あり	241 (3.1)	453 (5.6)	616 (7.6)	1310 (5.5)
	無回答	52 (.7)	45 (.6)	38 (.5)	135 (.6)
	合計	7725 (100.0)	8046 (100.0)	8053 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 155.388, df = 2, p < 0.001)
全体	喫煙経験なし	14620 (94.7)	14872 (92.4)	14356 (90.1)	43848 (92.4)
	喫煙経験あり	680 (4.4)	1095 (6.8)	1496 (9.4)	3271 (6.9)
	無回答	142 (.9)	126 (.8)	88 (.6)	356 (.7)
	合計	15442 (100.0)	16093 (100.0)	15940 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 300.698, df = 2, p < 0.001)

表33 喫煙の1年経験率

		1年	2年	3年	合計
男性	経験なし	7483 (97.1)	7719 (96.1)	7391 (93.9)	22593 (95.7)
	経験あり	182 (2.4)	276 (3.4)	448 (5.7)	906 (3.8)
	無回答	45 (.6)	40 (.5)	31 (.4)	116 (.5)
	合計	7710 (100.0)	8035 (100.0)	7870 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 121.991, df = 2, p < 0.001)
女性	経験なし	7608 (98.5)	7821 (97.2)	7704 (95.7)	23133 (97.1)
	経験あり	101 (1.3)	205 (2.5)	329 (4.1)	635 (2.7)
	無回答	16 (.2)	20 (.2)	20 (.2)	56 (.2)
	合計	7725 (100.0)	8046 (100.0)	8053 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 118.021, df = 2, p < 0.001)
全体	経験なし	15098 (97.8)	15552 (96.6)	15109 (94.8)	45759 (96.4)
	経験あり	283 (1.8)	481 (3.0)	780 (4.9)	1544 (3.3)
	無回答	61 (.4)	60 (.4)	51 (.3)	172 (.4)
	合計	15442 (100.0)	16093 (100.0)	15940 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 238.504, df = 2, p < 0.001)

表34 未成年の喫煙をどう思いますか？（法の遵守）

		生涯喫煙経験			
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	合計
男性	法律で禁じられているから吸うべきではない	20029 (93.4)	1171 (59.9)	150 (67.9)	21350 (90.4)
	法律で禁じられてはいるが少々なら構わない	941 (4.4)	519 (26.6)	13 (5.9)	1473 (6.2)
	法律で禁じられてはいるが全然構わない	419 (2.0)	257 (13.2)	12 (5.4)	688 (2.9)
	無回答	51 (.2)	7 (.4)	46 (20.8)	104 (.4)
	合計	21440 (100.0)	1954 (100.0)	221 (100.0)	23615 (100.0)
				(χ^2 = 2411.804, 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	21145 (94.5)	760 (58.0)	102 (75.6)	22007 (92.4)
	法律で禁じられてはいるが少々なら構わない	914 (4.1)	381 (29.1)	12 (8.9)	1307 (5.5)
	法律で禁じられてはいるが全然構わない	256 (1.1)	164 (12.5)	5 (3.7)	425 (1.8)
	無回答	64 (.3)	5 (.4)	16 (11.9)	85 (.4)
	合計	22379 (100.0)	1310 (100.0)	135 (100.0)	23824 (100.0)
				(χ^2 = 2498.196, 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	41197 (94.0)	1933 (59.1)	252 (70.8)	43382 (91.4)
	法律で禁じられてはいるが少々なら構わない	1859 (4.2)	902 (27.6)	25 (7.0)	2786 (5.9)
	法律で禁じられてはいるが全然構わない	676 (1.5)	423 (12.9)	17 (4.8)	1116 (2.4)
	無回答	116 (.3)	13 (.4)	62 (17.4)	191 (.4)
	合計	43848 (100.0)	3271 (100.0)	356 (100.0)	47475 (100.0)
				(χ^2 = 4931.777, df = 2, p < 0.001)	

表35　未成年の喫煙禁止をどう思いますか？（法規制の必要性）

		生涯喫煙経験			
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	合計
男性	当然だと思う	17312 (80.7)	816 (41.8)	127 (57.5)	18255 (77.3)
	仕方のないことだと思う	2884 (13.5)	622 (31.8)	35 (15.8)	3541 (15.0)
	成人が吸えて未成年者が吸えないのはおかしい	187 (.9)	134 (6.9)	3 (1.4)	324 (1.4)
	法律で決める必要はなく個人の自由	970 (4.5)	371 (19.0)	11 (5.0)	1352 (5.7)
	無回答	87 (.4)	11 (.6)	45 (20.4)	143 (.6)
	合計	21440 (100.0)	1954 (100.0)	221 (100.0)	23615 (100.0)
				(χ^2 = 1878.421, df = 3, p <0.001)	
女性	当然だと思う	18540 (82.8)	480 (36.6)	86 (63.7)	19106 (80.2)
	仕方のないことだと思う	2807 (12.5)	469 (35.8)	26 (19.3)	3302 (13.9)
	成人が吸えて未成年者が吸えないのはおかしい	191 (.9)	108 (8.2)	0 (.0)	299 (1.3)
	法律で決める必要はなく個人の自由	770 (3.4)	248 (18.9)	8 (5.9)	1026 (4.3)
	無回答	71 (.3)	5 (.4)	15 (11.1)	91 (.4)
	合計	22379 (100.0)	1310 (100.0)	135 (100.0)	23824 (100.0)
				(χ^2 = 2040.935, df = 3, p < 0.001)	
全体	当然だと思う	35870 (81.8)	1297 (39.7)	213 (59.8)	37380 (78.7)
	仕方のないことだと思う	5697 (13.0)	1091 (33.4)	61 (17.1)	6849 (14.4)
	成人が吸えて未成年者が吸えないのはおかしい	378 (.9)	244 (7.5)	3 (.8)	625 (1.3)
	法律で決める必要はなく個人の自由	1744 (4.0)	623 (19.0)	19 (5.3)	2386 (5.0)
	無回答	159 (.4)	16 (.5)	60 (16.9)	235 (.5)
	合計	43848 (100.0)	3271 (100.0)	356 (100.0)	47475 (100.0)
				(χ^2 = 3945.576, df = 3, p < 0.001)	

表36 健康面から喫煙をどう思いますか？

		生涯喫煙経験			
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	合計
男性	害ばかりで良い面はない	18441 (86.0)	1289 (66.0)	148 (67.0)	19878 (84.2)
	害もあるが良い面もある	2023 (9.4)	494 (25.3)	19 (8.6)	2536 (10.7)
	害よりも良い面の方が多い	201 (.9)	69 (3.5)	3 (1.4)	273 (1.2)
	無回答	775 (3.6)	102 (5.2)	51 (23.1)	928 (3.9)
	合計	21440 (100.0)	1954 (100.0)	221 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 615.710, df = 2, p < 0.001)
女性	害ばかりで良い面はない	20331 (90.8)	863 (65.9)	101 (74.8)	21295 (89.4)
	害もあるが良い面もある	1506 (6.7)	357 (27.3)	13 (9.6)	1876 (7.9)
	害よりも良い面の方が多い	88 (.4)	47 (3.6)	1 (.7)	136 (.6)
	無回答	454 (2.0)	43 (3.3)	20 (14.8)	517 (2.2)
	合計	22379 (100.0)	1310 (100.0)	135 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 981.614, df = 2, p < 0.001)
全体	害ばかりで良い面はない	38792 (88.5)	2153 (65.8)	249 (69.9)	41194 (86.8)
	害もあるが良い面もある	3536 (8.1)	854 (26.1)	32 (9.0)	4422 (9.3)
	害よりも良い面の方が多い	290 (.7)	118 (3.6)	4 (1.1)	412 (.9)
	無回答	1230 (2.8)	146 (4.5)	71 (19.9)	1447 (3.0)
	合計	43848 (100.0)	3271 (100.0)	356 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 1570.800, df = 2, p < 0.001)

表37 起床時間は一定していますか？

		生涯喫煙経験			
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	合計
男性	はい	18203 (84.9)	1430 (73.2)	179 (81.0)	19812 (83.9)
	いいえ	3205 (14.9)	520 (26.6)	41 (18.6)	3766 (15.9)
	無回答	32 (.1)	4 (.2)	1 (.5)	37 (.2)
	合計	21440 (100.0)	1954 (100.0)	221 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 182.381, df = 1, p < 0.001)
女性	はい	19500 (87.1)	868 (66.3)	100 (74.1)	20468 (85.9)
	いいえ	2841 (12.7)	440 (33.6)	33 (24.4)	3314 (13.9)
	無回答	38 (.2)	2 (.2)	2 (1.5)	42 (.2)
	合計	22379 (100.0)	1310 (100.0)	135 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 452.689, df = 1, p < 0.001)
全体	はい	37721 (86.0)	2302 (70.4)	279 (78.4)	40302 (84.9)
	いいえ	6053 (13.8)	963 (29.4)	74 (20.8)	7090 (14.9)
	無回答	74 (.2)	6 (.2)	3 (.8)	83 (.2)
	合計	43848 (100.0)	3271 (100.0)	356 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 587.650, df = 1, p < 0.001)

表38 就寝時間は一定していますか？

		生涯喫煙経験			
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	合計
男性	はい	13027 (60.8)	861 (44.1)	123 (55.7)	14011 (59.3)
	いいえ	8341 (38.9)	1076 (55.1)	97 (43.9)	9514 (40.3)
	無回答	72 (.3)	17 (.9)	1 (.5)	90 (.4)
	合計	21440 (100.0)	1954 (100.0)	221 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 201.158, df = 1, p < 0.001)
女性	はい	13559 (60.6)	463 (35.3)	72 (53.3)	14094 (59.2)
	いいえ	8717 (39.0)	841 (64.2)	62 (45.9)	9620 (40.4)
	無回答	103 (.5)	6 (.5)	1 (.7)	110 (.5)
	合計	22379 (100.0)	1310 (100.0)	135 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 328.739, df = 1, p < 0.001)
全体	はい	26601 (60.7)	1329 (40.6)	195 (54.8)	28125 (59.2)
	いいえ	17067 (38.9)	1919 (58.7)	159 (44.7)	19145 (40.3)
	無回答	180 (.4)	23 (.7)	2 (.6)	205 (.4)
	合計	43848 (100.0)	3271 (100.0)	356 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 501.893, df = 1, p < 0.001)

表39 毎朝、朝食を食べますか？

		生涯喫煙経験			
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	合計
男性	ほとんど毎日食べている	19287 (90.0)	1428 (73.1)	187 (84.6)	20902 (88.5)
	時々食べる	1442 (6.7)	280 (14.3)	22 (10.0)	1744 (7.4)
	ほとんど食べない	670 (3.1)	237 (12.1)	12 (5.4)	919 (3.9)
	無回答	41 (.2)	9 (.5)	0 (.0)	50 (.2)
	合計	21440 (100.0)	1954 (100.0)	221 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 574.011, df = 2, p < 0.001)
女性	ほとんど毎日食べている	20402 (91.2)	890 (67.9)	111 (82.2)	21403 (89.8)
	時々食べる	1385 (6.2)	250 (19.1)	18 (13.3)	1653 (6.9)
	ほとんど食べない	544 (2.4)	166 (12.7)	6 (4.4)	716 (3.0)
	無回答	48 (.2)	4 (.3)	0 (.0)	52 (.2)
	合計	22379 (100.0)	1310 (100.0)	135 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 806.133, df = 2, p < 0.001)
全体	ほとんど毎日食べている	39709 (90.6)	2324 (71.0)	298 (83.7)	42331 (89.2)
	時々食べる	2831 (6.5)	530 (16.2)	40 (11.2)	3401 (7.2)
	ほとんど食べない	1215 (2.8)	404 (12.4)	18 (5.1)	1637 (3.4)
	無回答	93 (.2)	13 (.4)	0 (.0)	106 (.2)
	合計	43848 (100.0)	3271 (100.0)	356 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 1350.495, df = 2, p < 0.001)

表40 あなたにとって学校生活は？

		生涯喫煙経験			
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	合計
男性	とても楽しい	9506 (44.3)	694 (35.5)	84 (38.0)	10284 (43.5)
	どちらかといえば楽しい	9396 (43.8)	832 (42.6)	101 (45.7)	10329 (43.7)
	あまり楽しくない	1910 (8.9)	270 (13.8)	30 (13.6)	2210 (9.4)
	まったく楽しくない	596 (2.8)	151 (7.7)	5 (2.3)	752 (3.2)
	無回答	32 (.1)	7 (.4)	1 (.5)	40 (.2)
	合計	21440 (100.0)	1954 (100.0)	221 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 216.576, df = 3, p < 0.001)
女性	とても楽しい	9998 (44.7)	426 (32.5)	56 (41.5)	10480 (44.0)
	どちらかといえば楽しい	9697 (43.3)	538 (41.1)	61 (45.2)	10296 (43.2)
	あまり楽しくない	2192 (9.8)	207 (15.8)	16 (11.9)	2415 (10.1)
	まったく楽しくない	437 (2.0)	136 (10.4)	2 (1.5)	575 (2.4)
	無回答	55 (.2)	3 (.2)	0 (.0)	58 (.2)
	合計	22379 (100.0)	1310 (100.0)	135 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 450.552, df = 3, p < 0.001)
全体	とても楽しい	19519 (44.5)	1123 (34.3)	140 (39.3)	20782 (43.8)
	どちらかといえば楽しい	19098 (43.6)	1371 (41.9)	162 (45.5)	20631 (43.5)
	あまり楽しくない	4104 (9.4)	477 (14.6)	46 (12.9)	4627 (9.7)
	まったく楽しくない	1035 (2.4)	290 (8.9)	7 (2.0)	1332 (2.8)
	無回答	92 (.2)	10 (.3)	1 (.3)	103 (.2)
	合計	43848 (100.0)	3271 (100.0)	356 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 617.958, df = 3, p < 0.001)

表41 クラブ活動に参加していますか？

		生涯喫煙経験			
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	合計
男性	積極的に参加している	15714 (73.3)	1125 (57.6)	153 (69.2)	16992 (72.0)
	消極的に参加している	2075 (9.7)	293 (15.0)	25 (11.3)	2393 (10.1)
	参加していない	3464 (16.2)	524 (26.8)	42 (19.0)	4030 (17.1)
	無回答	187 (.9)	12 (.6)	1 (.5)	200 (.8)
	合計	21440 (100.0)	1954 (100.0)	221 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 230.344, df = 2, p < 0.001)
女性	積極的に参加している	16117 (72.0)	582 (44.4)	87 (64.4)	16786 (70.5)
	消極的に参加している	2300 (10.3)	220 (16.8)	15 (11.1)	2535 (10.6)
	参加していない	3756 (16.8)	493 (37.6)	32 (23.7)	4281 (18.0)
	無回答	206 (.9)	15 (1.1)	1 (.7)	222 (.9)
	合計	22379 (100.0)	1310 (100.0)	135 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 483.957, df = 2, p < 0.001)
全体	積極的に参加している	31851 (72.6)	1710 (52.3)	240 (67.4)	33801 (71.2)
	消極的に参加している	4379 (10.0)	513 (15.7)	40 (11.2)	4932 (10.4)
	参加していない	7221 (16.5)	1020 (31.2)	74 (20.8)	8315 (17.5)
	無回答	397 (.9)	28 (.9)	2 (.6)	427 (.9)
	合計	43848 (100.0)	3271 (100.0)	356 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 648.894, df = 2, p < 0.001)

表42　週何回、家族全員で夕食を食べますか？

		生涯喫煙経験			
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	合計
男性	ほとんど毎日	7154 (33.4)	624 (31.9)	71 (32.1)	7849 (33.2)
	5－6回	2489 (11.6)	185 (9.5)	22 (10.0)	2696 (11.4)
	4回前後	2227 (10.4)	161 (8.2)	16 (7.2)	2404 (10.2)
	3回前後	2039 (9.5)	138 (7.1)	31 (14.0)	2208 (9.3)
	2回前後	3823 (17.8)	270 (13.8)	39 (17.6)	4132 (17.5)
	ほとんど食べない	3575 (16.7)	560 (28.7)	41 (18.6)	4176 (17.7)
	無回答	133 (.6)	16 (.8)	1 (.5)	150 (.6)
	合計	21440 (100.0)	1954 (100.0)	221 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 =190.230, df = 5, p < 0.001)
女性	ほとんど毎日	7791 (34.8)	387 (29.5)	45 (33.3)	8223 (34.5)
	5－6回	2548 (11.4)	123 (9.4)	18 (13.3)	2689 (11.3)
	4回前後	2216 (9.9)	112 (8.5)	14 (10.4)	2342 (9.8)
	3回前後	1927 (8.6)	97 (7.4)	16 (11.9)	2040 (8.6)
	2回前後	4065 (18.2)	172 (13.1)	17 (12.6)	4254 (17.9)
	ほとんど食べない	3699 (16.5)	408 (31.1)	22 (16.3)	4129 (17.3)
	無回答	133 (.6)	11 (.8)	3 (2.2)	147 (.6)
	合計	22379 (100.0)	1310 (100.0)	135 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 189.189, df = 5, p < 0.001)
全体	ほとんど毎日	14956 (34.1)	1013 (31.0)	116 (32.6)	16085 (33.9)
	5－6回	5041 (11.5)	309 (9.4)	40 (11.2)	5390 (11.4)
	4回前後	4446 (10.1)	273 (8.3)	30 (8.4)	4749 (10.0)
	3回前後	3967 (9.0)	235 (7.2)	47 (13.2)	4249 (8.9)
	2回前後	7893 (18.0)	444 (13.6)	56 (15.7)	8393 (17.7)
	ほとんど食べない	7278 (16.6)	970 (29.7)	63 (17.7)	8311 (17.5)
	無回答	267 (.6)	27 (.8)	4 (1.1)	298 (.6)
	合計	43848 (100.0)	3271 (100.0)	356 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 372.570, df = 5, p < 0.001)

表43 週何回、母親と夕食を食べますか？

		生涯喫煙経験			
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	合計
男性	ほとんど毎日	12739 (60.1)	912 (47.2)	118 (53.6)	13769 (59.0)
	５－６回	2615 (12.3)	228 (11.8)	32 (14.5)	2875 (12.3)
	４回前後	1740 (8.2)	166 (8.6)	22 (10.0)	1928 (8.3)
	３回前後	1079 (5.1)	112 (5.8)	9 (4.1)	1200 (5.1)
	２回前後	1117 (5.3)	119 (6.2)	14 (6.4)	1250 (5.4)
	ほとんど食べない	1276 (6.0)	243 (12.6)	18 (8.2)	1537 (6.6)
	母親がいない	515 (2.4)	129 (6.7)	7 (3.2)	651 (2.8)
	無回答*	119 (.6)	22 (1.1)	0 (.0)	141 (.6)
	合計	21200 (100.0)	1931 (100.0)	220 (100.0)	23351 (100.0)
					(χ^2 = 287.082, df = 6, p < 0.001)
女性	ほとんど毎日	14726 (66.6)	634 (49.1)	90 (66.7)	15450 (65.6)
	５－６回	2280 (10.3)	125 (9.7)	11 (8.1)	2416 (10.3)
	４回前後	1453 (6.6)	123 (9.5)	8 (5.9)	1584 (6.7)
	３回前後	934 (4.2)	81 (6.3)	6 (4.4)	1021 (4.3)
	２回前後	1092 (4.9)	78 (6.0)	7 (5.2)	1177 (5.0)
	ほとんど食べない	1028 (4.6)	149 (11.5)	9 (6.7)	1186 (5.0)
	母親がいない	505 (2.3)	90 (7.0)	3 (2.2)	598 (2.5)
	無回答*	102 (.5)	11 (.9)	1 (.7)	114 (.5)
	合計	22120 (100.0)	1291 (100.0)	135 (100.0)	23546 (100.0)
					(χ^2 = 309.729, df = 6, p < 0.001)
全体	ほとんど毎日	27477 (63.4)	1548 (47.9)	208 (58.6)	29233 (62.3)
	５－６回	4899 (11.3)	354 (11.0)	43 (12.1)	5296 (11.3)
	４回前後	3199 (7.4)	289 (9.0)	30 (8.5)	3518 (7.5)
	３回前後	2014 (4.6)	194 (6.0)	15 (4.2)	2223 (4.7)
	２回前後	2209 (5.1)	199 (6.2)	21 (5.9)	2429 (5.2)
	ほとんど食べない	2307 (5.3)	392 (12.1)	27 (7.6)	2726 (5.8)
	母親がいない	1020 (2.4)	220 (6.8)	10 (2.8)	1250 (2.7)
	無回答*	224 (.5)	33 (1.0)	1 (.3)	258 (.5)
	合計	43349 (100.0)	3229 (100.0)	355 (100.0)	46933 (100.0)
					(χ^2 = 611.873, df = 6, p < 0.001)

*この質問は1校(男性264人、女性278人、計542人)において除外されて実施

表44　週何回、父親と夕食を食べますか？

		生涯喫煙経験			
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	合計
男性	ほとんど毎日	6107 (28.8)	480 (24.9)	52 (23.6)	6639 (28.4)
	5－6回	2529 (11.9)	167 (8.6)	21 (9.5)	2717 (11.6)
	4回前後	2245 (10.6)	153 (7.9)	18 (8.2)	2416 (10.3)
	3回前後	1898 (9.0)	147 (7.6)	30 (13.6)	2075 (8.9)
	2回前後	3151 (14.9)	217 (11.2)	32 (14.5)	3400 (14.6)
	ほとんど食べない	2245 (10.6)	354 (18.3)	32 (14.5)	2631 (11.3)
	父親がいない	2901 (13.7)	392 (20.3)	32 (14.5)	3325 (14.2)
	無回答*	124 (.6)	21 (1.1)	3 (1.4)	148 (.6)
	合計	21200 (100.0)	1931 (100.0)	220 (100.0)	23351 (100.0)
					(χ^2 = 207.426, df = 6, p < 0.001)
女性	ほとんど毎日	6081 (27.5)	284 (22.0)	38 (28.1)	6403 (27.2)
	5－6回	2538 (11.5)	94 (7.3)	22 (16.3)	2654 (11.3)
	4回前後	2186 (9.9)	107 (8.3)	12 (8.9)	2305 (9.8)
	3回前後	1947 (8.8)	71 (5.5)	14 (10.4)	2032 (8.6)
	2回前後	3370 (15.2)	133 (10.3)	13 (9.6)	3516 (14.9)
	ほとんど食べない	2299 (10.4)	220 (17.0)	9 (6.7)	2528 (10.7)
	父親がいない	3556 (16.1)	373 (28.9)	23 (17.0)	3952 (16.8)
	無回答*	143 (.6)	9 (.7)	4 (3.0)	156 (.7)
	合計	22120 (100.0)	1291 (100.0)	135 (100.0)	23546 (100.0)
					(χ^2 = 240.639, df = 6, p < 0.001)
全体	ほとんど毎日	12194 (28.1)	765 (23.7)	90 (25.4)	13049 (27.8)
	5－6回	5071 (11.7)	261 (8.1)	43 (12.1)	5375 (11.5)
	4回前後	4435 (10.2)	260 (8.1)	30 (8.5)	4725 (10.1)
	3回前後	3846 (8.9)	219 (6.8)	44 (12.4)	4109 (8.8)
	2回前後	6524 (15.0)	353 (10.9)	45 (12.7)	6922 (14.7)
	ほとんど食べない	4548 (10.5)	574 (17.8)	41 (11.5)	5163 (11.0)
	父親がいない	6462 (14.9)	767 (23.5)	55 (15.5)	7284 (15.5)
	無回答*	269 (.6)	30 (.9)	7 (2.0)	306 (.7)
	合計	43349 (100.0)	3229 (100.0)	355 (100.0)	46933 (100.0)
					(χ^2 = 416.939, df = 6, p < 0.001)

*この質問は1校(男性264人、女性278人、計542人)において除外されて実施

表45 一日の大人不在の平均時間

		生涯喫煙経験			
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	合計
男性	なし、あるいはほとんどなし	7137 (33.3)	518 (26.5)	71 (32.1)	7726 (32.7)
	1時間未満	4510 (21.0)	332 (17.0)	46 (20.8)	4888 (20.7)
	1時間以上2時間未満	4377 (20.4)	357 (18.3)	35 (15.8)	4769 (20.2)
	2時間以上3時間未満	2603 (12.1)	250 (12.8)	25 (11.3)	2878 (12.2)
	3時間以上	2706 (12.6)	480 (24.6)	41 (18.6)	3227 (13.7)
	無回答	107 (.5)	17 (.9)	3 (1.4)	127 (.5)
	合計	21440 (100.0)	1954 (100.0)	221 (100.0)	23615 (100.0)
				(χ^2 = 232.274, df = 4, p < 0.001)	
女性	なし、あるいはほとんどなし	8861 (39.6)	362 (27.6)	47 (34.8)	9270 (38.9)
	1時間未満	3940 (17.6)	175 (13.4)	17 (12.6)	4132 (17.3)
	1時間以上2時間未満	4049 (18.1)	199 (15.2)	28 (20.7)	4276 (17.9)
	2時間以上3時間未満	2653 (11.9)	176 (13.4)	10 (7.4)	2839 (11.9)
	3時間以上	2772 (12.4)	380 (29.0)	27 (20.0)	3179 (13.3)
	無回答	104 (.5)	18 (1.4)	6 (4.4)	128 (.5)
	合計	22379 (100.0)	1310 (100.0)	135 (100.0)	23824 (100.0)
				(χ^2 = 326.226, df = 4, p < 0.001)	
全体	なし、あるいはほとんどなし	16009 (36.5)	881 (26.9)	118 (33.1)	17008 (35.8)
	1時間未満	8455 (19.3)	507 (15.5)	63 (17.7)	9025 (19.0)
	1時間以上2時間未満	8428 (19.2)	556 (17.0)	63 (17.7)	9047 (19.1)
	2時間以上3時間未満	5258 (12.0)	428 (13.1)	35 (9.8)	5721 (12.1)
	3時間以上	5486 (12.5)	864 (26.4)	68 (19.1)	6418 (13.5)
	無回答	212 (.5)	35 (1.1)	9 (2.5)	256 (.5)
	合計	43848 (100.0)	3271 (100.0)	356 (100.0)	47475 (100.0)
				(χ^2 = 550.937, df = 4, p < 0.000)	

表46 親と相談するか？

		生涯喫煙経験			
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	合計
男性	よく相談する	3030 (14.1)	180 (9.2)	19 (8.6)	3229 (13.7)
	どちらかといえば相談する	5339 (24.9)	342 (17.5)	45 (20.4)	5726 (24.2)
	どちらかといえば相談しない	5053 (23.6)	475 (24.3)	46 (20.8)	5574 (23.6)
	ほとんど相談しない	7657 (35.7)	880 (45.0)	65 (29.4)	8602 (36.4)
	親がいない	75 (.3)	39 (2.0)	1 (.5)	115 (.5)
	無回答	286 (1.3)	38 (1.9)	45 (20.4)	369 (1.6)
	合計	21440 (100.0)	1954 (100.0)	221 (100.0)	23615 (100.0)
				(χ^2 = 215.659, df = 4, p < 0.001)	
女性	よく相談する	5413 (24.2)	229 (17.5)	17 (12.6)	5659 (23.8)
	どちらかといえば相談する	6680 (29.8)	283 (21.6)	44 (32.6)	7007 (29.4)
	どちらかといえば相談しない	4296 (19.2)	292 (22.3)	24 (17.8)	4612 (19.4)
	ほとんど相談しない	5631 (25.2)	443 (33.8)	37 (27.4)	6111 (25.7)
	親がいない	72 (.3)	37 (2.8)	1 (.7)	110 (.5)
	無回答	287 (1.3)	26 (2.0)	12 (8.9)	325 (1.4)
	合計	22379 (100.0)	1310 (100.0)	135 (100.0)	23824 (100.0)
				(χ^2 = 264.348, df = 4, p < 0.001)	
全体	よく相談する	8447 (19.3)	410 (12.5)	36 (10.1)	8893 (18.7)
	どちらかといえば相談する	12024 (27.4)	625 (19.1)	89 (25.0)	12738 (26.8)
	どちらかといえば相談しない	9354 (21.3)	768 (23.5)	70 (19.7)	10192 (21.5)
	ほとんど相談しない	13303 (30.3)	1327 (40.6)	102 (28.7)	14732 (31.0)
	親がいない	147 (.3)	77 (2.4)	2 (.6)	226 (.5)
	無回答	573 (1.3)	64 (2.0)	57 (16.0)	694 (1.5)
	合計	43848 (100.0)	3271 (100.0)	356 (100.0)	47475 (100.0)
				(χ^2 = 524.651, df = 4, p < 0.001)	

表47　親しく遊べる友人はいますか？

		生涯喫煙経験			
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	合計
男性	いる	20708 (96.6)	1856 (95.0)	210 (95.0)	22774 (96.4)
	いない	689 (3.2)	91 (4.7)	9 (4.1)	789 (3.3)
	無回答	43 (.2)	7 (.4)	2 (.9)	52 (.2)
	合計	21440 (100.0)	1954 (100.0)	221 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 11.678, df = 1, p = 0.001)
女性	いる	21733 (97.1)	1233 (94.1)	130 (96.3)	23096 (96.9)
	いない	599 (2.7)	75 (5.7)	5 (3.7)	679 (2.9)
	無回答	47 (.2)	2 (.2)	0 (.0)	49 (.2)
	合計	22379 (100.0)	1310 (100.0)	135 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 41.545, df = 1, p < 0.001)
全体	いる	42466 (96.8)	3094 (94.6)	340 (95.5)	45900 (96.7)
	いない	1290 (2.9)	168 (5.1)	14 (3.9)	1472 (3.1)
	無回答	92 (.2)	9 (.3)	2 (.6)	103 (.2)
	合計	43848 (100.0)	3271 (100.0)	356 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 48.989, df = 1, p < 0.001)

表48　相談事の出来る友人はいますか？

		生涯喫煙経験			
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	合計
男性	いる	18305 (85.4)	1653 (84.6)	178 (80.5)	20136 (85.3)
	いない	3031 (14.1)	290 (14.8)	40 (18.1)	3361 (14.2)
	無回答	104 (.5)	11 (.6)	3 (1.4)	118 (.5)
	合計	21440 (100.0)	1954 (100.0)	221 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 0.753, df = 1, p = 0.385)
女性	いる	20481 (91.5)	1148 (87.6)	125 (92.6)	21754 (91.3)
	いない	1824 (8.2)	156 (11.9)	10 (7.4)	1990 (8.4)
	無回答	74 (.3)	6 (.5)	0 (.0)	80 (.3)
	合計	22379 (100.0)	1310 (100.0)	135 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 22.979, df = 1, p < 0.001)
全体	いる	38808 (88.5)	2806 (85.8)	303 (85.1)	41917 (88.3)
	いない	4861 (11.1)	448 (13.7)	50 (14.0)	5359 (11.3)
	無回答	179 (.4)	17 (.5)	3 (.8)	199 (.4)
	合計	43848 (100.0)	3271 (100.0)	356 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 20.974, df = 1, p < 0.001)

表49 飲酒の生涯経験率

	学年				
	1年	2年	3年	合計	
男性					
飲んだ経験なし	4808 (62.4)	4683 (58.3)	4276 (54.3)	13767 (58.3)	(χ^2 = 103.055, df = 2, p < 0.001)
冠婚葬祭	1623 (21.1)	1915 (23.8)	2072 (26.3)	5610 (23.8)	(χ^2 = 59.991, df = 2, p < 0.001)
家族と食事などで	1305 (16.9)	1561 (19.4)	1597 (20.3)	4463 (18.9)	(χ^2 = 31.046, df = 2, p < 0.001)
クラス会、打ち上げなど	179 (2.3)	206 (2.6)	310 (3.9)	695 (2.9)	(χ^2 = 41.820, df = 2, p < 0.001)
カラオケ、居酒屋など	85 (1.1)	88 (1.1)	167 (2.1)	340 (1.4)	(χ^2 = 38.732, df = 2, p < 0.001)
自分の部屋など	118 (1.5)	210 (2.6)	443 (5.6)	771 (3.3)	(χ^2 = 223.553 df = 2, p < 0.001)
一人で	219 (2.8)	270 (3.4)	436 (5.5)	925 (3.9)	(χ^2 = 85.479, df = 2, p < 0.001)
その他の機会に	0 (.0)	0 (.0)	1 (.0)	1 (.0)	
無回答	50 (.6)	36 (.4)	34 (.4)	120 (.5)	
合計	7710 (100.0)	8035 (100.0)	7870 (100.0)	23615 (100.0)	
女性					
飲んだ経験なし	5203 (67.4)	4868 (60.5)	4421 (54.9)	14492 (60.8)	(χ^2 = 257.199, df = 2, p < 0.001)
冠婚葬祭	1358 (17.6)	1665 (20.7)	1919 (23.8)	4942 (20.7)	(χ^2 = 93.708, df = 2, p < 0.001)
家族と食事などで	1326 (17.2)	1777 (22.1)	2012 (25.0)	5115 (21.5)	(χ^2 = 145.714, df = 2, p < 0.001)
クラス会、打ち上げなど	141 (1.8)	187 (2.3)	296 (3.7)	624 (2.6)	(χ^2 = 57.076, df = 2, p < 0.001)
カラオケ、居酒屋など	75 (1.0)	137 (1.7)	155 (1.9)	367 (1.5)	(χ^2 = 25.761, df = 2, p < 0.001)
自分の部屋など	130 (1.7)	299 (3.7)	533 (6.6)	962 (4.0)	(χ^2 = 251.138, df = 2, p < 0.001)
一人で	139 (1.8)	233 (2.9)	389 (4.8)	761 (3.2)	(χ^2 = 120.650, df = 2, p < 0.001)
その他の機会に	1 (.0)	3 (.0)	1 (.0)	5 (.0)	
無回答	39 (.5)	24 (.3)	25 (.3)	88 (.4)	
合計	7725 (100.0)	8046 (100.0)	8053 (100.0)	23824 (100.0)	
全体					
飲んだ経験なし	10014 (64.8)	9559 (59.4)	8703 (54.6)	28276 (59.6)	(χ^2 = 342.203 df = 2, p < 0.001)
冠婚葬祭	2984 (19.3)	3582 (22.3)	3998 (25.1)	10564 (22.3)	(χ^2 = 150.371, df = 2, p < 0.001)
家族と食事などで	2634 (17.1)	3340 (20.8)	3616 (22.7)	9590 (20.2)	(χ^2 = 158.808, df = 2, p < 0.001)
クラス会、打ち上げなど	320 (2.1)	393 (2.4)	609 (3.8)	1322 (2.8)	(χ^2 = 99.139, df = 2, p < 0.001)
カラオケ、居酒屋など	161 (1.0)	225 (1.4)	324 (2.0)	710 (1.5)	(χ^2 = 53.764, df = 2, p < 0.001)
自分の部屋など	248 (1.6)	509 (3.2)	979 (6.1)	1736 (3.7)	(χ^2 = 474.954, df = 2, p < 0.001)
一人で	359 (2.3)	504 (3.1)	829 (5.2)	1692 (3.6)	(χ^2 = 202.020, df = 2, p < 0.001)
その他の機会に	1 (.0)	3 (.0)	2 (.0)	6 (.0)	
無回答	89 (.6)	60 (.4)	59 (.4)	208 (.4)	
合計	15442 (100.0)	16093 (100.0)	15940 (100.0)	47475 (100.0)	

表50 「シンナー遊び」経験と飲酒の経験・機会（複数回答）

	生涯シンナー経験				
	経験なし	経験あり	無回答	合計	
男性					
飲んだ経験なし	13656 (58.7)	50 (27.8)	61 (39.4)	13767 (58.3)	(χ^2 = 70.142, df = 1, p < 0.001)
冠婚葬祭	5530 (23.8)	54 (30.0)	26 (16.8)	5610 (23.8)	(χ^2 = 3.840, df = 1, p = 0.050)
家族と食事などで	4382 (18.8)	60 (33.3)	21 (13.5)	4463 (18.9)	(χ^2 = 24.498, df = 1, p < 0.001)
クラス会、打ち上げなど	661 (2.8)	31 (17.2)	3 (1.9)	695 (2.9)	(χ^2 = 129.068 df = 1, p < 0.001)
カラオケ、居酒屋など	315 (1.4)	23 (12.8)	2 (1.3)	340 (1.4)	(χ^2 = 164.175, df = 1, p < 0.001)
自分の部屋など	735 (3.2)	34 (18.9)	2 (1.3)	771 (3.3)	(χ^2 = 139.421, df = 1, p < 0.001)
一人で	878 (3.8)	41 (22.8)	6 (3.9)	925 (3.9)	(χ^2 = 171.421 df = 1, p < 0.001)
その他の機会に	1 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	1 (.0)	
無回答	77 (.3)	0 (.0)	43 (27.7)	120 (.5)	
合計	23280 (100.0)	180 (100.0)	155 (100.0)	23615 (100.0)	
女性					
飲んだ経験なし	14408 (61.2)	32 (23.0)	52 (41.6)	14492 (60.8)	(χ^2 = 84.409, df = 1, p < 0.001)
冠婚葬祭	4863 (20.6)	49 (35.3)	30 (24.0)	4942 (20.7)	(χ^2 = 17.954, df = 1, p < 0.001)
家族と食事などで	5025 (21.3)	49 (35.3)	41 (32.8)	5115 (21.5)	(χ^2 = 15.920, df = 1, p < 0.001)
クラス会、打ち上げなど	600 (2.5)	20 (14.4)	4 (3.2)	624 (2.6)	(χ^2 = 76.058, df = 1, p < 0.001)
カラオケ、居酒屋など	344 (1.5)	21 (15.1)	2 (1.6)	367 (1.5)	(χ^2 = 169.732, df = 1, p < 0.001)
自分の部屋など	920 (3.9)	35 (25.2)	7 (5.6)	962 (4.0)	(χ^2 = 161.728, df = 1, p < 0.001)
一人で	713 (3.0)	44 (31.7)	4 (3.2)	761 (3.2)	(χ^2 = 366.257, df = 1, p < 0.001)
その他の機会に	5 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	5 (.0)	
無回答	76 (.3)	0 (.0)	12 (9.6)	88 (.4)	
合計	23560 (100.0)	139 (100.0)	125 (100.0)	23824 (100.0)	
全体					
飲んだ経験なし	28081 (59.9)	82 (25.5)	113 (40.4)	28276 (59.6)	(χ^2 = 156.448, df = 1, p < 0.001)
冠婚葬祭	10403 (22.2)	105 (32.7)	56 (20.0)	10564 (22.3)	(χ^2 = 20.371, df = 1, p < 0.001)
家族と食事などで	9417 (20.1)	111 (34.6)	62 (22.1)	9590 (20.2)	(χ^2 = 41.537, df = 1, p < 0.001)
クラス会、打ち上げなど	1262 (2.7)	53 (16.5)	7 (2.5)	1322 (2.8)	(χ^2 = 224.749, df = 1, p < 0.001)
カラオケ、居酒屋など	660 (1.4)	46 (14.3)	4 (1.4)	710 (1.5)	(χ^2 = 361.276, df = 1, p < 0.001)
自分の部屋など	1656 (3.5)	71 (22.1)	9 (3.2)	1736 (3.7)	(χ^2 = 312.371, df = 1, p < 0.001)
一人で	1595 (3.4)	87 (27.1)	10 (3.6)	1692 (3.6)	(χ^2 = 521.026 df = 1, p < 0.001)
その他の機会に	6 (.0)	0 (.0)	0 (.0)	6 (.0)	
無回答	153 (.3)	0 (.0)	55 (19.6)	208 (.4)	
合計	46874 (100.0)	321 (100.0)	280 (100.0)	47475 (100.0)	

表51 「シンナー遊び」経験と喫煙経験の関係

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	喫煙経験なし	21249 (91.3)	101 (56.1)	90 (58.1)	21440 (90.8)
	喫煙経験あり	1862 (8.0)	78 (43.3)	14 (9.0)	1954 (8.3)
	無回答	169 (.7)	1 (.6)	51 (32.9)	221 (.9)
	合計	23280 (100.0)	180 (100.0)	155 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 293.464, df = 1, p < 0.001)
女性	喫煙経験なし	22205 (94.2)	78 (56.1)	96 (76.8)	22379 (93.9)
	喫煙経験あり	1241 (5.3)	60 (43.2)	9 (7.2)	1310 (5.5)
	無回答	114 (.5)	1 (.7)	20 (16.0)	135 (.6)
	合計	23560 (100.0)	139 (100.0)	125 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 383.801, df = 1, p < 0.001)
全体	喫煙経験なし	43483 (92.8)	179 (55.8)	186 (66.4)	43848 (92.4)
	喫煙経験あり	3108 (6.6)	140 (43.6)	23 (8.2)	3271 (6.9)
	無回答	283 (.6)	2 (.6)	71 (25.4)	356 (.7)
	合計	46874 (100.0)	321 (100.0)	280 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 680.935, df = 1, p < 0.001)

表52 喫煙経験と「シンナー遊び」経験の関係

		生涯喫煙経験			
生涯シンナー経験		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	合計
男性	経験なし	21249 (99.1)	1862 (95.3)	169 (76.5)	23280 (98.6)
	経験あり	101 (.5)	78 (4.0)	1 (.5)	180 (.8)
	無回答	90 (.4)	14 (.7)	51 (23.1)	155 (.7)
	合計	21440 (100.0)	1954 (100.0)	221 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 293.464, df = 1, p < 0.001)
女性	経験なし	22205 (99.2)	1241 (94.7)	114 (84.4)	23560 (98.9)
	経験あり	78 (.3)	60 (4.6)	1 (.7)	139 (.6)
	無回答	96 (.4)	9 (.7)	20 (14.8)	125 (.5)
	合計	22379 (100.0)	1310 (100.0)	135 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 383.801, df = 1, p < 0.001)
全体	経験なし	43483 (99.2)	3108 (95.0)	283 (79.5)	46874 (98.7)
	経験あり	179 (.4)	140 (4.3)	2 (.6)	321 (.7)
	無回答	186 (.4)	23 (.7)	71 (19.9)	280 (.6)
	合計	43848 (100.0)	3271 (100.0)	356 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 680.935, df = 1, p < 0.001)

表53　大麻乱用の生涯経験率

		1年	2年	3年	合計
男性	大麻経験なし	7566 (98.1)	7901 (98.3)	7736 (98.3)	23203 (98.3)
	大麻経験あり	23 (.3)	40 (.5)	44 (.6)	107 (.5)
	無回答	121 (1.6)	94 (1.2)	90 (1.1)	305 (1.3)
	合計	7710 (100.0)	8035 (100.0)	7870 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 6.319, df = 2, p = 0.042)
女性	大麻経験なし	7637 (98.9)	7969 (99.0)	7971 (99.0)	23577 (99.0)
	大麻経験あり	10 (.1)	18 (.2)	22 (.3)	50 (.2)
	無回答	78 (1.0)	59 (.7)	60 (.7)	197 (.8)
	合計	7725 (100.0)	8046 (100.0)	8053 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 3.971, df = 2, p = 0.137)
全体	大麻経験なし	15210 (98.5)	15882 (98.7)	15721 (98.6)	46813 (98.6)
	大麻経験あり	33 (.2)	58 (.4)	69 (.4)	160 (.3)
	無回答	199 (1.3)	153 (1.0)	150 (.9)	502 (1.1)
	合計	15442 (100.0)	16093 (100.0)	15940 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 11.492, df = 2, p = 0.003)

表54　「シンナー遊び」経験と大麻乱用経験

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	大麻経験なし	22969 (98.7)	123 (68.3)	111 (71.6)	23203 (98.3)
	大麻経験あり	50 (.2)	56 (31.1)	1 (.6)	107 (.5)
	無回答	261 (1.1)	1 (.6)	43 (27.7)	305 (1.3)
	合計	23280 (100.0)	180 (100.0)	155 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 3769.128, df = 1, p < 0.001)
女性	大麻経験なし	23389 (99.3)	102 (73.4)	86 (68.8)	23577 (99.0)
	大麻経験あり	15 (.1)	35 (25.2)	0 (.0)	50 (.2)
	無回答	156 (.7)	2 (1.4)	39 (31.2)	197 (.8)
	合計	23560 (100.0)	139 (100.0)	125 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 4173.277, df = 1, p < 0.001)
全体	大麻経験なし	46391 (99.0)	225 (70.1)	197 (70.4)	46813 (98.6)
	大麻経験あり	66 (.1)	93 (29.0)	1 (.4)	160 (.3)
	無回答	417 (.9)	3 (.9)	82 (29.3)	502 (1.1)
	合計	46874 (100.0)	321 (100.0)	280 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 7896.632, df = 1, p < 0.001)

表55 大麻を吸うことをどう思いますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	吸うべきではない	22607 (97.1)	119 (66.1)	119 (76.8)	22845 (96.7)
	麻薬・覚せい剤と違って少々	163 (.7)	19 (10.6)	1 (.6)	183 (.8)
	なら構わない				
	全く構わない	247 (1.1)	40 (22.2)	6 (3.9)	293 (1.2)
	無回答	263 (1.1)	2 (1.1)	29 (18.7)	294 (1.2)
	合計	23280 (100.0)	180 (100.0)	155 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 894.998, df = 2, p < 0.001)
女性	吸うべきではない	23140 (98.2)	97 (69.8)	89 (71.2)	23326 (97.9)
	麻薬・覚せい剤と違って少々	147 (.6)	9 (6.5)	1 (.8)	157 (.7)
	なら構わない				
	全く構わない	113 (.5)	29 (20.9)	0 (.0)	142 (.6)
	無回答	160 (.7)	4 (2.9)	35 (28.0)	199 (.8)
	合計	23560 (100.0)	139 (100.0)	125 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 1064.712, df = 2, p < 0.001)
全体	吸うべきではない	45777 (97.7)	216 (67.3)	208 (74.3)	46201 (97.3)
	麻薬・覚せい剤と違って少々	311 (.7)	28 (8.7)	2 (.7)	341 (.7)
	なら構わない				
	全く構わない	362 (.8)	71 (22.1)	6 (2.1)	439 (.9)
	無回答	424 (.9)	6 (1.9)	64 (22.9)	494 (1.0)
	合計	46874 (100.0)	321 (100.0)	280 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 1920.257, df = 2, p < 0.001)

表56 大麻を吸うと精神病状態や無動機症候群になることがあるのを知っていますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	知っている	15892 (68.3)	102 (56.7)	67 (43.2)	16061 (68.0)
	知らない	6853 (29.4)	69 (38.3)	56 (36.1)	6978 (29.5)
	無回答	535 (2.3)	9 (5.0)	32 (20.6)	576 (2.4)
	合計	23280 (100.0)	180 (100.0)	155 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 8.411, df = 1, p = 0.004)
女性	知っている	17423 (74.0)	93 (66.9)	63 (50.4)	17579 (73.8)
	知らない	5865 (24.9)	41 (29.5)	33 (26.4)	5939 (24.9)
	無回答	272 (1.2)	5 (3.6)	29 (23.2)	306 (1.3)
	合計	23560 (100.0)	139 (100.0)	125 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 2.070, df = 1, p = 0.150)
全体	知っている	33344 (71.1)	195 (60.7)	130 (46.4)	33669 (70.9)
	知らない	12723 (27.1)	112 (34.9)	89 (31.8)	12924 (27.2)
	無回答	807 (1.7)	14 (4.4)	61 (21.8)	882 (1.9)
	合計	46874 (100.0)	321 (100.0)	280 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 11.970, df = 1, p = 0.001)

表57 覚せい剤の乱用経験（生涯経験率）

		1年	2年	3年	合計
男性	覚せい剤経験なし	7594 (98.5)	7879 (98.1)	7752 (98.5)	23225 (98.3)
	覚せい剤経験あり	16 (.2)	35 (.4)	39 (.5)	90 (.4)
	無回答	100 (1.3)	121 (1.5)	79 (1.0)	300 (1.3)
	合計	7710 (100.0)	8035 (100.0)	7870 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 9.424, df = 2, p = 0.009)
女性	覚せい剤経験なし	7623 (98.7)	7957 (98.9)	7956 (98.8)	23536 (98.8)
	覚せい剤経験あり	13 (.2)	22 (.3)	24 (.3)	59 (.2)
	無回答	89 (1.2)	67 (.8)	73 (.9)	229 (1.0)
	合計	7725 (100.0)	8046 (100.0)	8053 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 2.983, df = 2, p = 0.225)
全体	覚せい剤経験なし	15224 (98.6)	15848 (98.5)	15722 (98.6)	46794 (98.6)
	覚せい剤経験あり	29 (.2)	57 (.4)	66 (.4)	152 (.3)
	無回答	189 (1.2)	188 (1.2)	152 (1.0)	529 (1.1)
	合計	15442 (100.0)	16093 (100.0)	15940 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 13.379, df = 2, p = 0.001)

表58 「シンナー遊び」経験と覚せい剤乱用経験の関係

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	覚せい剤経験なし	22983 (98.7)	128 (71.1)	114 (73.5)	23225 (98.3)
	覚せい剤経験あり	41 (.2)	49 (27.2)	0 (.0)	90 (.4)
	無回答	256 (1.1)	3 (1.7)	41 (26.5)	300 (1.3)
	合計	23280 (100.0)	180 (100.0)	155 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 3439.061, df = 1, p < 0.001)
女性	覚せい剤経験なし	23352 (99.1)	98 (70.5)	86 (68.8)	23536 (98.8)
	覚せい剤経験あり	21 (.1)	38 (27.3)	0 (.0)	59 (.2)
	無回答	187 (.8)	3 (2.2)	39 (31.2)	229 (1.0)
	合計	23560 (100.0)	139 (100.0)	125 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 4189.715, df = 1, p < 0.001)
全体	覚せい剤経験なし	46368 (98.9)	226 (70.4)	200 (71.4)	46794 (98.6)
	覚せい剤経験あり	63 (.1)	89 (27.7)	0 (.0)	152 (.3)
	無回答	443 (.9)	6 (1.9)	80 (28.6)	529 (1.1)
	合計	46874 (100.0)	321 (100.0)	280 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 7632.504, df = 1, p < 0.001)

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

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	知っている	16383 (70.4)	108 (60.0)	77 (49.7)	16568 (70.2)
	知らない	6522 (28.0)	67 (37.2)	51 (32.9)	6640 (28.1)
	無回答	375 (1.6)	5 (2.8)	27 (17.4)	407 (1.7)
	合計	23280 (100.0)	180 (100.0)	155 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 8.196, df = 1, p = 0.004)
女性	知っている	18243 (77.4)	92 (66.2)	55 (44.0)	18390 (77.2)
	知らない	5095 (21.6)	43 (30.9)	38 (30.4)	5176 (21.7)
	無回答	222 (.9)	4 (2.9)	32 (25.6)	258 (1.1)
	合計	23560 (100.0)	139 (100.0)	125 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 7.883, df = 1, p = 0.005)
全体	知っている	34655 (73.9)	200 (62.3)	132 (47.1)	34987 (73.7)
	知らない	11620 (24.8)	112 (34.9)	89 (31.8)	11821 (24.9)
	無回答	599 (1.3)	9 (2.8)	59 (21.1)	667 (1.4)
	合計	46874 (100.0)	321 (100.0)	280 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 19.138, df = 1, p < 0.001)

表60　有機溶剤の入手可能性

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	絶対不可能	15468 (66.4)	69 (38.3)	79 (51.0)	15616 (66.1)
	ほとんど不可能	3176 (13.6)	21 (11.7)	16 (10.3)	3213 (13.6)
	少々苦労するが手に入る	2385 (10.2)	20 (11.1)	16 (10.3)	2421 (10.3)
	簡単に手に入る	1934 (8.3)	68 (37.8)	10 (6.5)	2012 (8.5)
	無回答	317 (1.4)	2 (1.1)	34 (21.9)	353 (1.5)
	合計	23280 (100.0)	180 (100.0)	155 (100.0)	23615 (100.0)
					(χ^2 = 203.229, df = 3, p < 0.001)
女性	絶対不可能	15746 (66.8)	43 (30.9)	57 (45.6)	15846 (66.5)
	ほとんど不可能	3179 (13.5)	18 (12.9)	14 (11.2)	3211 (13.5)
	少々苦労するが手に入る	2689 (11.4)	22 (15.8)	6 (4.8)	2717 (11.4)
	簡単に手に入る	1686 (7.2)	51 (36.7)	11 (8.8)	1748 (7.3)
	無回答	260 (1.1)	5 (3.6)	37 (29.6)	302 (1.3)
	合計	23560 (100.0)	139 (100.0)	125 (100.0)	23824 (100.0)
					(χ^2 = 198.427, df = 3, p < 0.001)
全体	絶対不可能	31224 (66.6)	112 (34.9)	136 (48.6)	31472 (66.3)
	ほとんど不可能	6360 (13.6)	39 (12.1)	30 (10.7)	6429 (13.5)
	少々苦労するが手に入る	5082 (10.8)	42 (13.1)	22 (7.9)	5146 (10.8)
	簡単に手に入る	3630 (7.7)	121 (37.7)	21 (7.5)	3772 (7.9)
	無回答	578 (1.2)	7 (2.2)	71 (25.4)	656 (1.4)
	合計	46874 (100.0)	321 (100.0)	280 (100.0)	47475 (100.0)
					(χ^2 = 413.988, df = 3, p < 0.001)

表61 大麻の入手可能性

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	絶対不可能	16520 (71.0)	74 (41.1)	90 (58.1)	16684 (70.7)
	ほとんど不可能	3253 (14.0)	33 (18.3)	16 (10.3)	3302 (14.0)
	少々苦労するが手に入る	2149 (9.2)	22 (12.2)	10 (6.5)	2181 (9.2)
	簡単に手に入る	1066 (4.6)	48 (26.7)	6 (3.9)	1120 (4.7)
	無回答	292 (1.3)	3 (1.7)	33 (21.3)	328 (1.4)
	合計	23280 (100.0)	180 (100.0)	155 (100.0)	23615 (100.0)
				(χ^2 = 211.032, df = 3, p < 0.001)	
女性	絶対不可能	16523 (70.1)	55 (39.6)	58 (46.4)	16636 (69.8)
	ほとんど不可能	3218 (13.7)	20 (14.4)	16 (12.8)	3254 (13.7)
	少々苦労するが手に入る	2506 (10.6)	23 (16.5)	11 (8.8)	2540 (10.7)
	簡単に手に入る	1075 (4.6)	36 (25.9)	5 (4.0)	1116 (4.7)
	無回答	238 (1.0)	5 (3.6)	35 (28.0)	278 (1.2)
	合計	23560 (100.0)	139 (100.0)	125 (100.0)	23824 (100.0)
				(χ^2 = 161.293, df = 3, p < 0.001)	
全体	絶対不可能	33053 (70.5)	129 (40.2)	148 (52.9)	33330 (70.2)
	ほとんど不可能	6480 (13.8)	53 (16.5)	32 (11.4)	6565 (13.8)
	少々苦労するが手に入る	4663 (9.9)	45 (14.0)	21 (7.5)	4729 (10.0)
	簡単に手に入る	2147 (4.6)	86 (26.8)	11 (3.9)	2244 (4.7)
	無回答	531 (1.1)	8 (2.5)	68 (24.3)	607 (1.3)
	合計	46874 (100.0)	321 (100.0)	280 (100.0)	47475 (100.0)
				(χ^2 = 386.261, df = 3, p < 0.001)	

表62 覚せい剤の入手可能性

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	絶対不可能	16661 (71.6)	74 (41.1)	89 (57.4)	16824 (71.2)
	ほとんど不可能	3181 (13.7)	32 (17.8)	17 (11.0)	3230 (13.7)
	少々苦労するが手に入る	2089 (9.0)	21 (11.7)	9 (5.8)	2119 (9.0)
	簡単に手に入る	1070 (4.6)	51 (28.3)	8 (5.2)	1129 (4.8)
	無回答	279 (1.2)	2 (1.1)	32 (20.6)	313 (1.3)
	合計	23280 (100.0)	180 (100.0)	155 (100.0)	23615 (100.0)
				(χ^2 = 237.291, df = 3, p < 0.001)	
女性	絶対不可能	16551 (70.3)	60 (43.2)	60 (48.0)	16671 (70.0)
	ほとんど不可能	3168 (13.4)	17 (12.2)	16 (12.8)	3201 (13.4)
	少々苦労するが手に入る	2462 (10.4)	26 (18.7)	9 (7.2)	2497 (10.5)
	簡単に手に入る	1156 (4.9)	32 (23.0)	5 (4.0)	1193 (5.0)
	無回答	223 (.9)	4 (2.9)	35 (28.0)	262 (1.1)
	合計	23560 (100.0)	139 (100.0)	125 (100.0)	23824 (100.0)
				(χ^2 = 116.231, df = 3, p < 0.001)	
全体	絶対不可能	33222 (70.9)	134 (41.7)	149 (53.2)	33505 (70.6)
	ほとんど不可能	6359 (13.6)	49 (15.3)	33 (11.8)	6441 (13.6)
	少々苦労するが手に入る	4557 (9.7)	47 (14.6)	18 (6.4)	4622 (9.7)
	簡単に手に入る	2233 (4.8)	85 (26.5)	13 (4.6)	2331 (4.9)
	無回答	503 (1.1)	6 (1.9)	67 (23.9)	576 (1.2)
	合計	46874 (100.0)	321 (100.0)	280 (100.0)	47475 (100.0)
				(χ^2 = 355.783, df = 3, p < 0.001)	

飲酒・喫煙・薬物乱用についての 意識・実態調査

（第８版-10）

飲酒・喫煙・薬物乱用は、心と体の両面にさまざまな害を及ぼします。

この調査は、中学生が飲酒・喫煙・薬物乱用をどのように考えており、また、実際にどのくらいの人が飲酒・喫煙・薬物乱用を経験しているのかを調べ、今後の対策の参考にするものです。

答えにくい質問には答えなくても結構ですが、この調査では、**回答者が誰かわからないように以下のような配慮がなされています。**

・この調査用紙には、氏名など個人を見つけ出せそうなものを書くところはありません。
・先生には、必要に応じて、生徒の質問に答えていただきますが、必要以上に生徒の所には行かず、生徒が書きやすいように努めていただきます。
・書き終わったら、配られた封筒に用紙を入れて必ず封をし、先生の持っている大きな袋に封筒ごと入れてください。
・調査用紙は、封を切られることなく（学校の先生などに結果を知られることなく）、下記の研究室に運ばれ、研究室で　開封し、厳重に保管され、研究以外の目的には使用しません。
・調査結果は、全体でまとめて処理します。個人が特定されることはあり得ません。

各質問に対する回答は、ことわりがない限り、自分の場合に最も近いものの数字を一つだけ、丸で囲んでください。

実施機関：国立精神・神経医療研究センター 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、母親と週何回くらい夕食を食べますか？**
１．ほとんど毎日　２．５～６回　３．４回前後　４．３回前後　５．２回前後
６．ほとんど食べない　７．母親がいない（単身赴任、死別、別居、離婚など）

（質問９）**あなたは、父親と週何回くらい夕食を食べますか？**
１．ほとんど毎日　２．５～６回　３．４回前後　４．３回前後　５．２回前後
６．ほとんど食べない。　７．父親がいない（単身赴任、死別、別居、離婚など）

（質問10）**あなたは、夕食を週何回くらい家族全員で食べますか？**
１．ほとんど毎日　２．５～６回　３．４回前後　４．３回前後　５．２回前後
６．ほとんど食べない

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

時間を過ごしますか？

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

（質問12）あなたは、親しく遊べる友人がいますか？　1．いる　2．いない

（質問13）あなたは、相談事のできる友人がいますか？　1．いる　2．いない

（質問14）あなたは、悩みごとがある時、親と相談する方だと思いますか？
1．よく相談する方である
2．どちらかと言えば相談する方である
3．どちらかと言えば相談しない方である
4．ほとんど相談しない方である
5．親がいない（単身赴任・死別・別居・離婚など）

（質問15）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16）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17）あなたは、健康面から、喫煙をどう思いますか？
1．害ばかりで、良い面はないと思う
2．害もあるが、良い面もあると思う
3．害よりも、良い面の方が多いと思う

（質問18）未成年者の喫煙は法律で禁じられていますが、あなたは未成年者の喫煙をどう思いますか？
1．法律で禁じられているから、吸うべきでないと思う
2．法律で禁じられてはいるが、少々ならかまわないと思う
3．法律で禁じられてはいるが、全然かまわないと思う

（質問19）あなたは、未成年者の喫煙禁止をどう思いますか？
1．当然だと思う
2．しかたのないことだと思う
3．成人が吸えて、未成年者が吸えないのはおかしいと思う
4．そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思う

（質問20）あなたは、これまでに、下記の時に、一回でも、アルコール（ビール、日本酒、焼酎、ワイン、ウィスキーなど）を飲んだことがありますか？
（いくつ選んでもけっこうですが、なめただけの場合は、含めないで下さい。ただし、「1」を選んだときには、その他は選ばないでください。）
1．飲んだことがない
2．冠婚葬祭（結婚式・祭り・葬式・法事・盆・正月など）の時に飲んだことがある
3．家族での食事などの時に、家族といっしょに飲んだことがある
4．クラス会、打ち上げ、友達とのパーティーの時に、仲間と飲んだことがある
5．カラオケボックス、居酒屋、飲み屋などで、仲間と飲んだことがある
6．自分や誰かの部屋で、仲間と飲んだことがある
7．一人で飲んだことがある

（質問21）あなたは、上記のいずれかの機会で、初めてアルコールを飲んだのは、何歳の時ですか？

（なめただけの場合は、含めないで下さい。）

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

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

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

（質問23）**あなたは、この１年間に、どのくらいの頻度でアルコールを飲みましたか？**
1．一度も飲まなかった　2．１年間で1～数回飲んだ　3．月に数回飲んだ
4．週に数回飲んだ　5．ほとんど毎日飲んだ

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

（質問25）**未成年者の飲酒は禁止されていますが、あなたは、未成年者の飲酒をどう思いますか？**
1．法律で禁止されているから、飲むべきではないと思う
2．法律で禁止されてはいるが、時と場合に応じては、かまわないと思う
3．法律で禁止されてはいるが、全然かまわないと思う

（質問26）**あなたは、未成年者の飲酒禁止をどう思いますか？**
1．当然だと思う
2．しかたのないことだと思う
3．成人が飲めて、未成年者が飲めないのはおかしいと思う
4．そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思う

（質問27）**あなたは、「シンナー遊び」をしているところを実際に見たことがありますか？**
1．ない　2．ある

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

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

（質問30）**「シンナー遊び」について、あなたの気持ちは次のどれに最も近いですか？**
1．関心がない　2．見てみたい　3．試してみたい　4．経験がある

（質問31）**あなたは、「シンナー遊び」をしている人について、どう思いますか？**
1．自分には無関係の人だと思う
2．「シンナー遊び」をする気持ちが理解できる気がする
3．親しみを感じる

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

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

（質問33）あなたは、これまでに一回でも、「シンナー遊び」を経験したことがありますか？
（ある場合は、初めて経験した時の年齢を選んでください。）
1．経験がない　2．10歳以下　3．11歳　4．12歳　5．13歳　6．14歳
7．15歳以上　8．経験はあるが、年齢はおぼえていない

（質問34）あなたは、この１年間に一回でも、「シンナー遊び」をしたことがありますか？
1．ない　2．ある

（質問35）「シンナー遊び」は法律で禁止されていますが、あなたは「シンナー遊び」について、どう思いますか？
1．法律で禁止されているから、すべきではないと思う
2．法律で禁止されてはいるが、少々ならかまわないと思う
3．法律で禁止されてはいるが、それを守る必要は全然ないと思う

（質問36）あなたは、法律で「シンナー遊び」を禁止しているのをどう思いますか？
1．当然だと思う
2．しかたのないことだと思う
3．麻薬･覚せい剤とちがって、シンナーくらい禁止しなくてもいいのではないかと思う
4．そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思う

（質問37）あなたは、「シンナー遊び」で死亡すること（急性中毒死）があるのを知っていますか？
1．知っている　2．知らない

（質問38）あなたは、「シンナー遊び」を繰り返すと、歯がぼろぼろになりやすいことを知っていますか？
1．知っている　2．知らない

（質問39）あなたは、「シンナー遊び」を繰り返すと、手足の筋肉や神経が衰え、物をつかめなくなったり、歩けなくなること（多発神経炎）があるのを知っていますか？
1．知っている　2．知らない

（質問40）あなたは、「シンナー遊び」を繰り返すと、何もないのに物が見えたり（幻視）、実際には何も聞こえないのに、声が聞こえたり（幻聴）、誰も何とも思っていないのに、人が自分の事を非難していると思い込んだり（妄想）する状態（精神病状態）になることがあるのを知っていますか？
1．知っている　2．知らない

（質問41）あなたは、「シンナー遊び」を繰り返すと、何事にも関心が持てなくなり、結果的に学校を欠席しがちになり、どんな仕事に就いても、長続きしなくなること（無動機症候群）を知っていますか？
1．知っている　2．知らない

（質問42）あなたは、「シンナー遊び」の結果、幻視、幻聴、妄想が出るようになってしまうと、それを治して治っても、その後「シンナー遊び」をやめていても、疲れ・ストレス・飲酒などで、幻視、幻聴、妄想が再び出現すること（フラッシュバック）があるのを知っていますか？
1．知っている　2．知らない

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

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

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

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

(質問45) あなたは、大麻を吸うことをどう思いますか？

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

(質問46) あなたは大麻を吸うと、上記の質問40や質問41と同じ精神病状態（せいしんびょうじょうたい）や無動機症候群（むどうきしょうこうぐん）になることがあるのを知っていますか？

1．知っている　2．知らない

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

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

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

1．知っている　2．知らない

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

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

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

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

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

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

ご協力ありがとうございました。

薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査（2010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　小堀栄子　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　研究員）
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・覚せい剤乱用に対する意識・実態調査を実施した。調査期間は、2010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192校の全生徒を対象に、自記式調査を実施した。その結果、121校（対象校の63.0%）より、47,607人（対象校192校の全生徒想定数の52.6%）の回答を得た。有効回答数は47,475人（対象校192校の全生徒想定数の52.5%）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0.8%（1年生0.7%、2年生0.7%、3年生0.9%）、女子で0.6%（1年生0.5%、2年生0.6%、3年生0.7%）であり、全体では0.7%（1年生0.6%、2年生0.7%、3年生0.8%）であった。この結果は、男女及び全体で、1996年に開始した一連の本調査では最低の値である。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、確実に弱くなってきていると考えられる。

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。特に、急性中毒死の周知度が調査実施以来横ばいであり、最も大切と思われる害知識が教えられていない可能性が伺われた。

⑥ 大麻の生涯経験率は、男子で0.5%（1年生で0.3%、2年生で0.5%、3年生で0.6%）であり、女子で0.2%（1年生で0.1%、2年生で0.2%、3年生で0.3%）で、全体では0.3%（1年生で0.2%、2年生で0.4%、3年生で0.5%）であった。覚せい剤の生涯経験率は、男子では0.4%（1年　生0.2%、2年生0.4%、3年生0.5%）で、女子で0.2%（1年生0.2%、2年生0.3%、3年生0.3%）であり、全体では0.3%（0.2%,0.4%,0.4%）であった。大麻の生涯経験率は、1998年をピーク（0.7%）に、以後減少し、2000年～2004年と停滞したものの、2008年調査で減少した。しかし、2010年調査では、男子では増加していた。覚せい剤の生涯経験率は、1998年、2004年に記録した最高値（0.5%）以降、2006年、2008年と減少していたが、2010年調査では、女子では上昇していた。以上により、大麻及び覚せい剤の生涯経験率の推移に関しては、今後の動向が危惧されるところである。

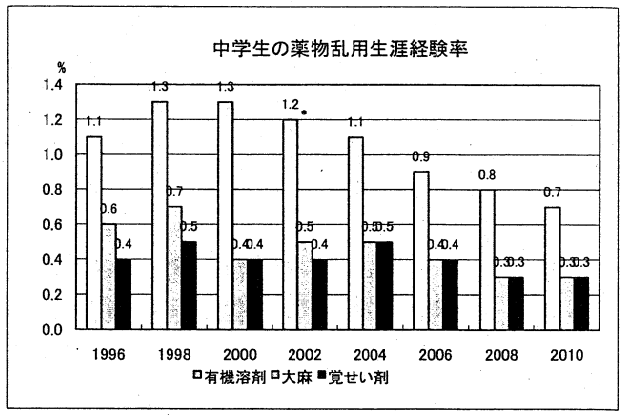
⑦ 大麻及び覚せい剤乱用による医学的害知識の周知度は、経年的に増加傾向にあったが、2010年

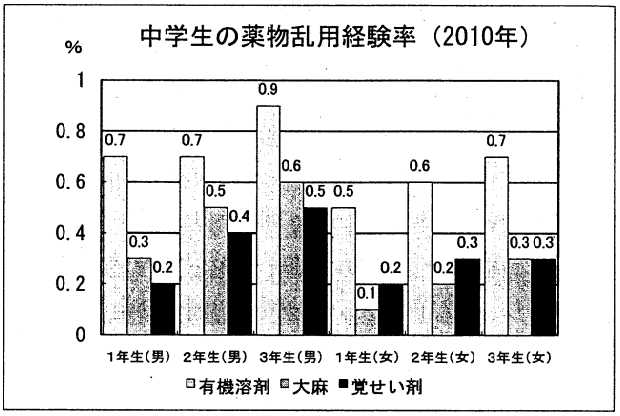
調査での増加傾向は著明であった。その背景には、薬物乱用防止教育の影響と言うよりは、2008年の角界・大学生における大麻問題の報道、2009年の某有名女優による覚せい剤問題の報道が影響していると考えられる。

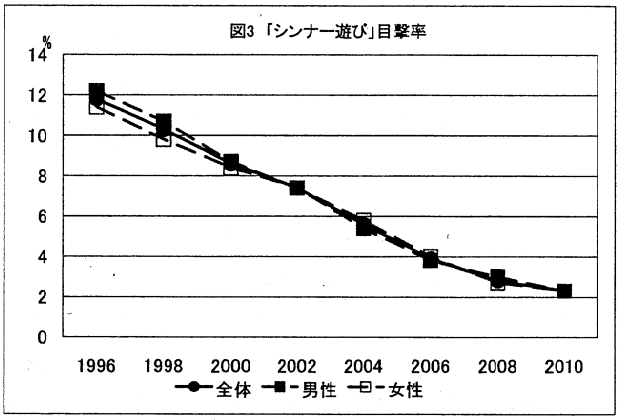
⑧　大麻、覚せい剤の入手可能性は2002年から2006年にかけて大きく減少したが、その後は横ばい状態である。ただし、大麻入手可能群の割合は、「シンナー遊び」未経験者群では、男子で13.8%、女子で15.2%であるのに対して、経験者群では、男子で39.9%、女子で42.4%と明らかに異なっていた（$p<0.01$）。このことは覚せい剤の入手可能性についても同じであり、覚せい剤入手可能群の割合は、「シンナー遊び」未経験者群では、男子で13.6%、女子で15.3%であるのに対して、経験者群では、男性で40.0%、女性で41.7%となっていた（$p<0.01$）。これらの結果は、わが国の中学生にとって、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。

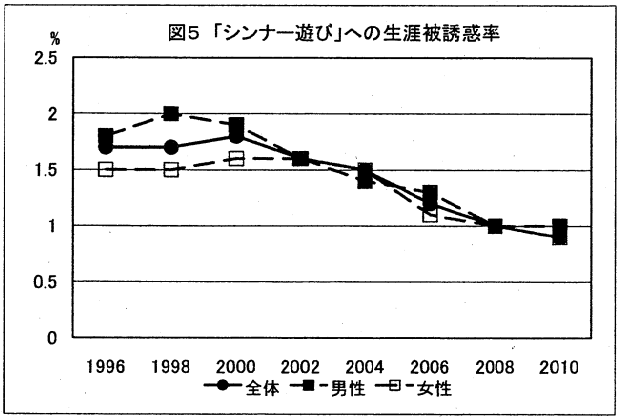
⑨　薬物の乱用経験率には、法の遵守性が大きく影響すると考えられる。喫煙については全体の約6%の者が「少々ならかまわない」を選んでいるのに対して、「シンナー遊び」に関してそれを選んだ者は1.3%に過ぎず、大麻では0.7%であったことは、同じ依存性薬物と言えども、有機溶剤及び大麻乱用への心理的垣根は喫煙よりははるかに高いことを物語っている。

⑩　有機溶剤乱用経験者群の29.0%(男子で31.1%、女子で25.2%）の者に大麻乱用の経験があり、27.7%（男子で27.2%、女子で27.3%）の者に覚せい剤乱用の経験があり、有機溶剤乱用と大麻・覚せい剤乱用との間には強い結びつきがあることが再確認された。同時に、喫煙経験と有機溶剤乱用経験との間にも結びつきが認められた。このことは、わが国の中学生では、喫煙→有機溶剤乱用→大麻・覚せい剤乱用という流れがあることを強く示唆する結果であった。⑪　以上により、中学生の薬物乱用問題は、確実に、有機溶剤問題から大麻・覚せい剤問題に変わってきており、薬物乱用防止教育の内容を再検討する時期に来ている。

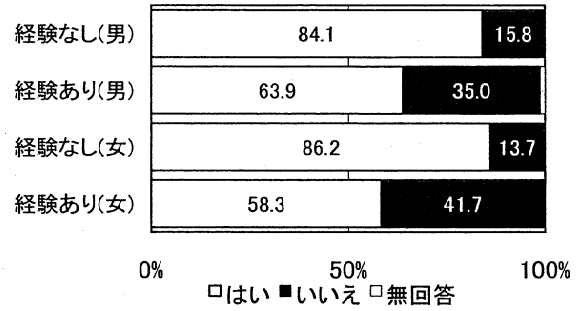




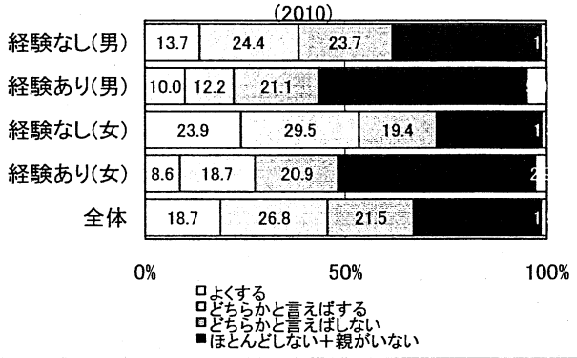




起床時間は一定していますか？(2010)



あなたは悩み事について、親と相談しますか？(2010)



あなたは毎朝、朝食を食べますか？(2010)

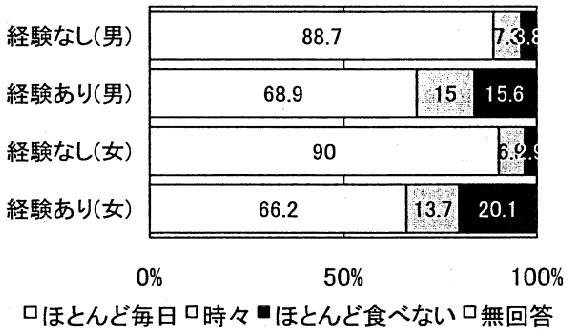
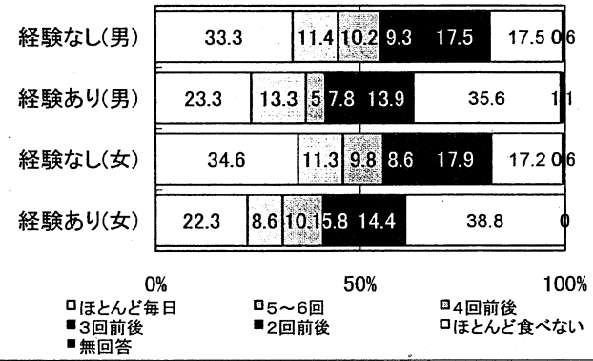
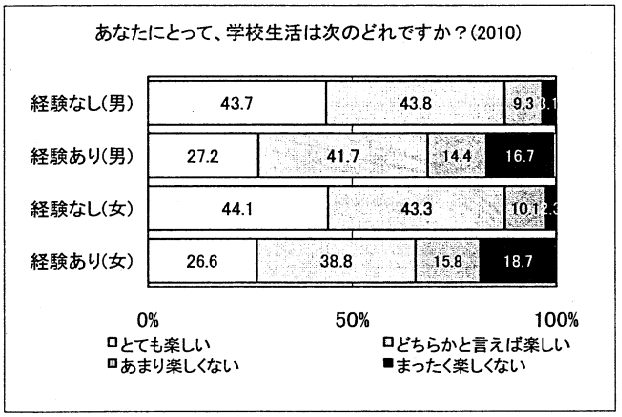


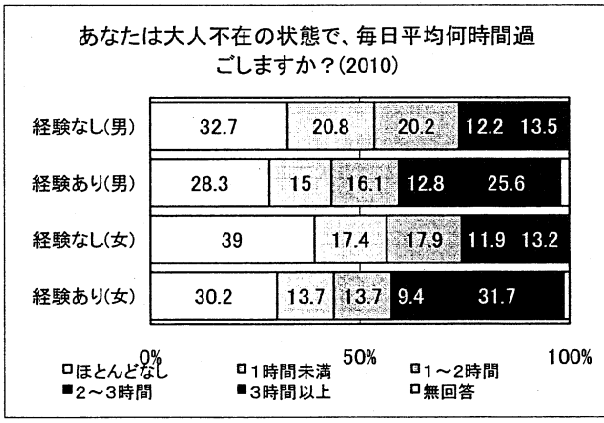
図5 家族全員での夕食頻度(週当たり)(2010)



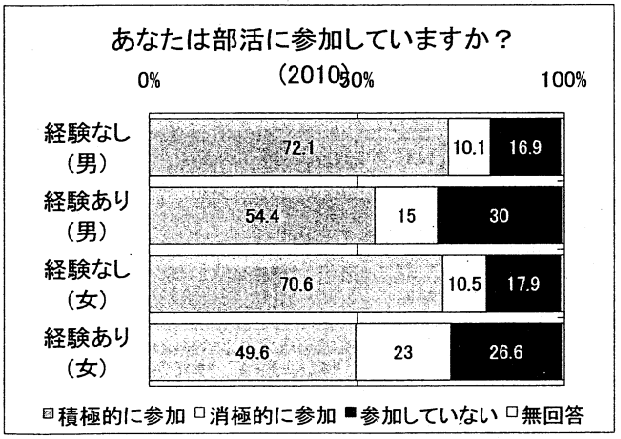
あなたにとって、学校生活は次のどれですか？(2010)



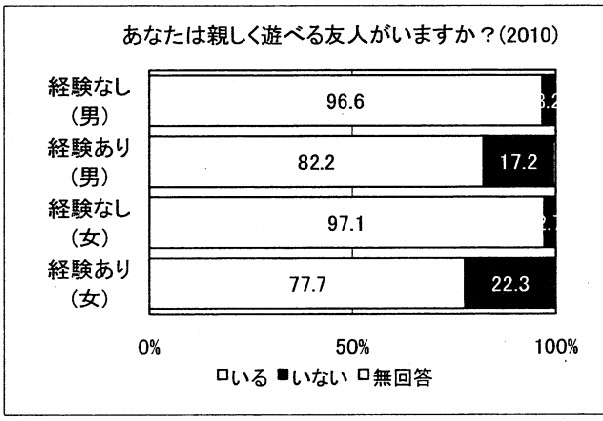
あなたは大人不在の状態で、毎日平均何時間過ごしますか？(2010)

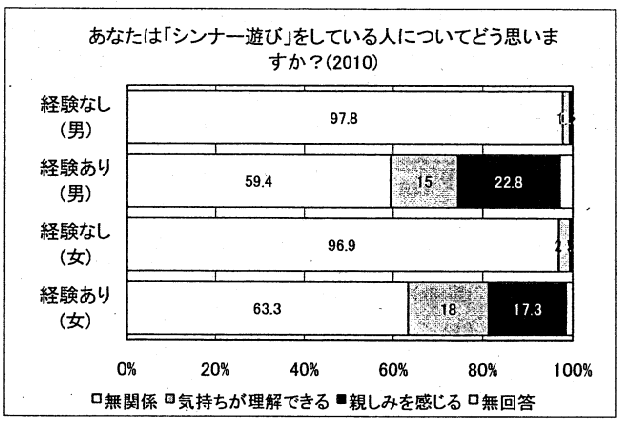


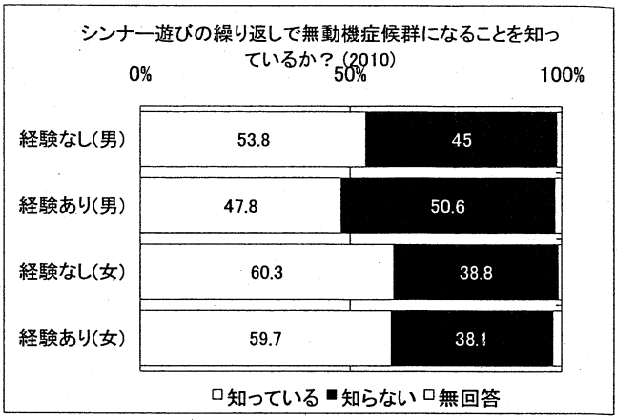
あなたは部活に参加していますか？(2010)

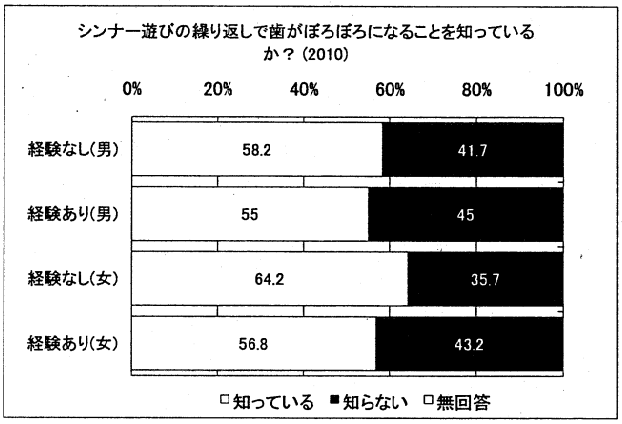


あなたは親しく遊べる友人がいますか？(2010)




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？(2010)
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
97.8
59.4
15
22.8
96.9
63.3
18
17.3
0%
20%
40%
60%
80%
100%
□無関係 □気持ちが理解できる ■親しみを感じる □無回答


シンナー遊びの繰り返しで無動機症候群になることを知っているか？(2010)
0%
50%
100%
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
53.8
45
47.8
50.6
60.3
38.8
59.7
38.1
□知っている ■知らない □無回答


シンナー遊びの繰り返しで歯がぼろぼろになることを知っているか？(2010)
0%
20%
40%
60%
80%
100%
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
58.2
41.7
55
45
64.2
35.7
56.8
43.2
□知っている ■知らない □無回答

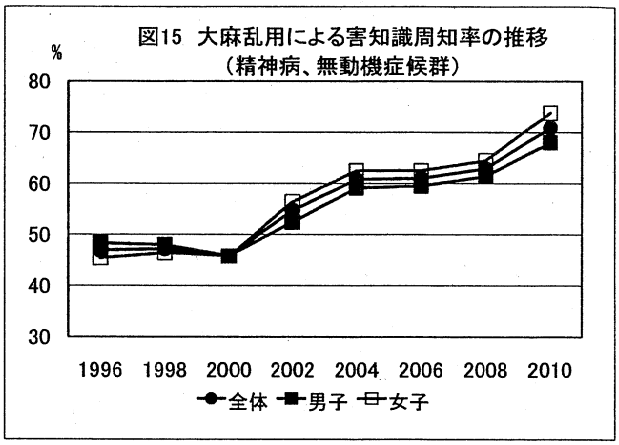
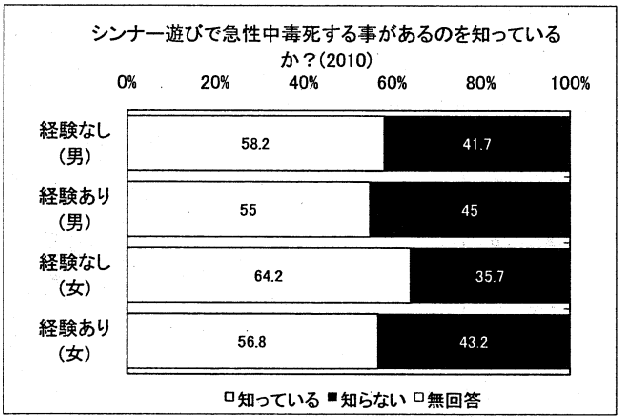


図15 大麻乱用による害知識周知率の推移
（精神病、無動機症候群）
%
80
70
60
50
40
30
1996
1998
2000
2002
2004
2006
2008
2010
全体
男子
女子


シンナー遊びで急性中毒死する事があるのを知っているか？(2010)
0%
20%
40%
60%
80%
100%
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
58.2
41.7
55
45
64.2
35.7
56.8
43.2
□知っている ■知らない □無回答

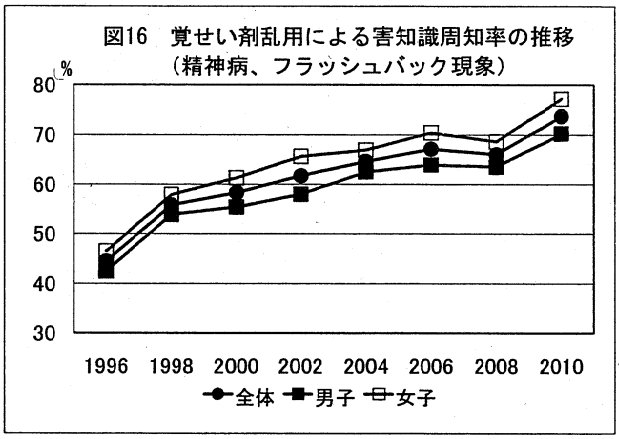
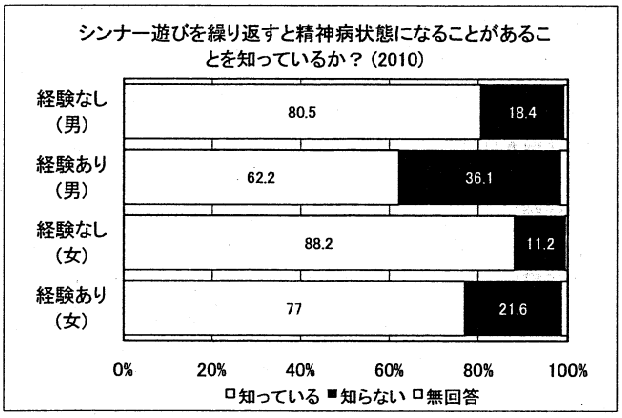
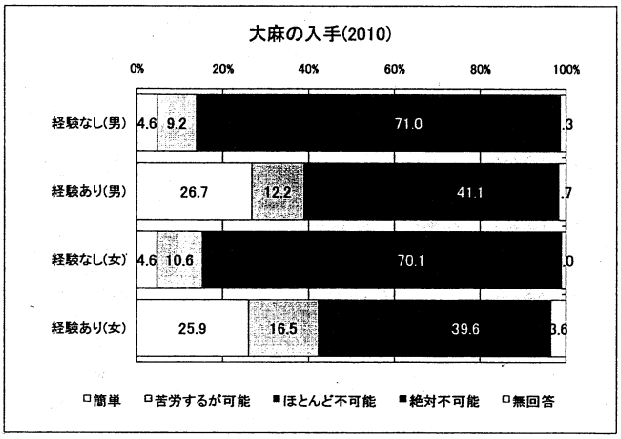
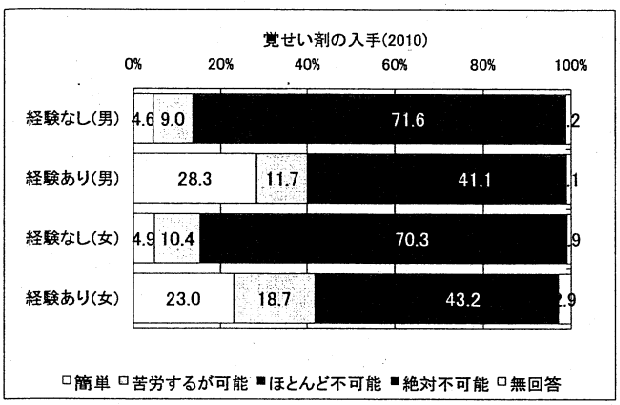


図16 覚せい剤乱用による害知識周知率の推移
（精神病、フラッシュバック現象）
%
80
70
60
50
40
30
1996
1998
2000
2002
2004
2006
2008
2010
全体
男子
女子


シンナー遊びを繰り返すと精神病状態になることがあることを知っているか？(2010)
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
80.5
18.4
62.2
36.1
88.2
11.2
77
21.6
0%
20%
40%
60%
80%
100%
□知っている ■知らない □無回答


大麻の入手(2010)
0%
20%
40%
60%
80%
100%
経験なし(男)
経験あり(男)
経験なし(女)
経験あり(女)
4.6
9.2
71.0
26.7
12.2
41.1
4.6
10.6
70.1
25.9
16.5
39.6
□簡単 □苦労するが可能 ■ほとんど不可能 ■絶対不可能 □無回答


覚せい剤の入手(2010)
0%
20%
40%
60%
80%
100%
経験なし(男)
4.6
9.0
71.6
経験あり(男)
28.3
11.7
41.1
経験なし(女)
4.9
10.4
70.3
経験あり(女)
23.0
18.7
43.2
□簡単 □苦労するが可能 ■ほとんど不可能 ■絶対不可能 □無回答

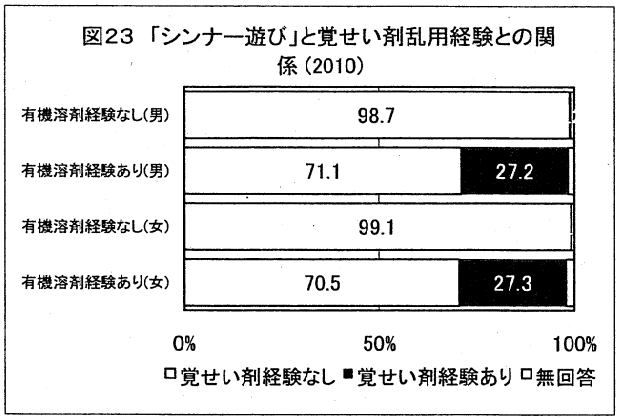


図23 「シンナー遊び」と覚せい剤乱用経験との関係(2010)
有機溶剤経験なし(男)
98.7
有機溶剤経験あり(男)
71.1
27.2
有機溶剤経験なし(女)
99.1
有機溶剤経験あり(女)
70.5
27.3
0%
50%
100%
□覚せい剤経験なし ■覚せい剤経験あり □無回答

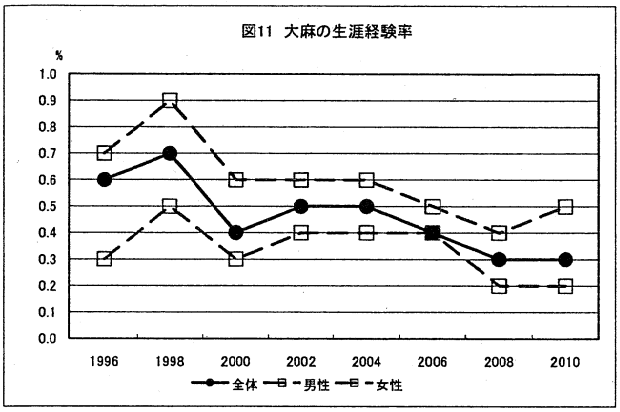


図11 大麻の生涯経験率
%
1.0
0.9
0.8
0.7
0.6
0.5
0.4
0.3
0.2
0.1
0.0
1996
1998
2000
2002
2004
2006
2008
2010
全体
男性
女性

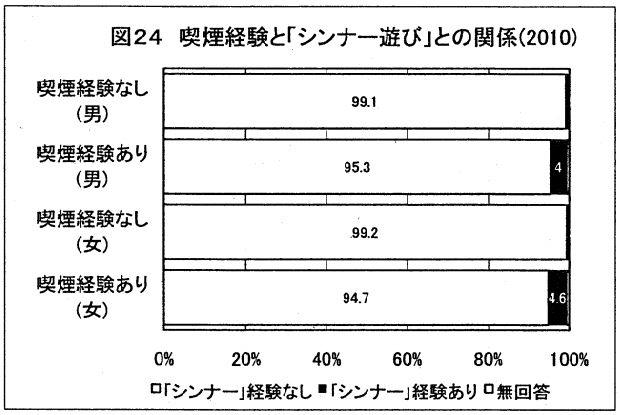


図24 喫煙経験と「シンナー遊び」との関係(2010)
喫煙経験なし(男)
99.1
喫煙経験あり(男)
95.3
4
喫煙経験なし(女)
99.2
喫煙経験あり(女)
94.7
4.6
0%
20%
40%
60%
80%
100%
□「シンナー」経験なし ■「シンナー」経験あり □無回答

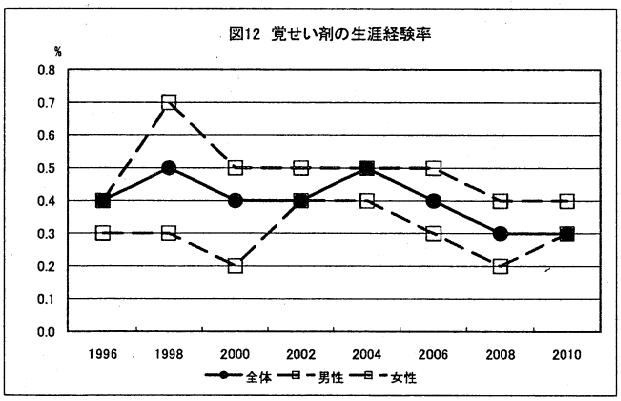


図12 覚せい剤の生涯経験率
%
0.8
0.7
0.6
0.5
0.4
0.3
0.2
0.1
0.0
1996
1998
2000
2002
2004
2006
2008
2010
全体
男性
女性

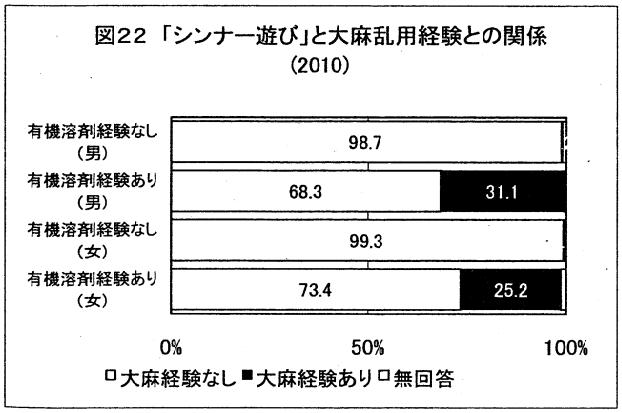


図22 「シンナー遊び」と大麻乱用経験との関係(2010)
有機溶剤経験なし(男)
98.7
有機溶剤経験あり(男)
68.3
31.1
有機溶剤経験なし(女)
99.3
有機溶剤経験あり(女)
73.4
25.2
0%
50%
100%
□大麻経験なし ■大麻経験あり □無回答

分担研究報告書
(1－2)

平成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

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　尾崎　茂　東京医療生活協同組合 中野総合病院精神神経科　部長
小林桜児　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
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 部長

研究要旨　全国の精神科病床を有する医療施設1,612施設を対象に、薬物関連精神疾患の実態調査を郵送法にて試行し、1,021施設（63.3%）から723症例の報告を得た。今回の報告書では、このうち、性別・年齢・主たる薬物の種類に関するデータ欠陥のない671症例（男性475例、女性196例）を分析の対象とした。

主たる使用薬物別にみた場合、671症例の内訳は、『覚せい剤症例』が361例で報告症例全体の53.1%と最も高い割合を占め、次いで『睡眠薬・抗不安薬症例』119例（17.7%）、『多剤症例』57例（8.5%）、『有機溶剤症例』56例（8.3%）、『鎮咳薬症例』20例（3.0%）、『その他症例』19例（2.8%）、『大麻症例』18例（2.7%）、『鎮痛薬症例』12例（1.8%）、『リタリン症例』9例（1.3%）という順であった。

本年度調査から得られた結果のなかで最も重要なのは、本調査開始以来、わが国においてつねに覚せい剤に次ぐ第2位の乱用薬物が、従来の有機溶剤から睡眠薬・抗不安薬へと代わったということであろう。

今回の調査結果から、薬物関連精神疾患症例を二つの類型に整理できると考えられた。一つの類型は、『覚せい剤症例』、『有機溶剤症例』、『大麻症例』に代表される『規制薬物乱用者群』である。この群は、反社会的集団との関連を持つ者、司法的対応を受けた経験を有する者が多く、仲間からの誘惑や好奇心興味から初回使用に至っている者が少なくなかった。精神科臨床の場面では、依存自体もさることながら、慢性持続性の精神病像が重要な治療的課題となっていた。もう一つの類型は、『睡眠薬・抗不安薬症例』、『鎮痛薬症例』、『リタリン症例』などに代表される『医薬品乱用群』である。この群は、反社会的集団との関連を持つ者、司法的対応を受けた経験を有する者は少なかった。しばしば不眠、不安、疼痛、抑うつ気分への対処として初使用し、主要な薬物の入手経路は医師（特に精神科医師）や薬局であった。精神科臨床現場での主要な治療課題は依存であり、気分障害やパーソナリティ障害を併存し、自殺関連行動を繰り返す者も目立った。

今年度の調査では、精神科治療薬乱用症例154例の検討も行った。その臨床的特徴は、『睡眠薬・抗不安薬症例』のそれと一致していたが、非常に多く乱用されていた精神科治療薬として、フルニトラゼパム、トリアゾラム、エチゾラム、ゾルピデム、ブロチゾラム、ベゲタミン®、メチルフェニデート（リタリン）などが判明した。このことから、保険適用の制限や処方・調剤・流通過程の厳格化にも関わらず、依然としてリタリン乱用問題は完全には解決していない可能性が示唆されるとともに、今後、精神科治療薬の適正使用に関する対策が急がれると考えられた。

A. 研究目的

日本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, 2010）の調べによれば、2009年における薬物事犯の検挙人員は15,417人であり、このうち覚せい剤事犯の検挙人員は11,873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369.5kgと、前年に比べほぼ同水準であるものの、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大幅に増加している。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に、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、検挙人員が初めて3,000人を超え、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。

全国の有床精神科医療施設を対象とした薬物関連精神疾患の調査研究は，日本における薬物乱用・依存者の実態を把握するための多面的疫学研究の一分野として、1987年以来ほぼ現行の方法論を用いて隔年で実施されてきた。2010年度も，引き続き精神科医療の現場における薬物関連精神疾患の実態を把握するため、実態調査を施行した。

B. 研究方法

1. 対象施設

調査対象施設は，全国の精神科病床を有する医療施設で，内訳は国立病院機構 44 施設，自治体立病院 139 施設（都道府県立病院 72 施設，市町村立病院 67 施設），大学医学部附属病院 83 施設，そして民間精神病院 1,346 施設の計 1,612 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、2010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 2010 年 7 月下旬に調査の趣旨と方法を葉書により通知し、本調査への協力を依頼した。8 月下旬に依頼文書，調査に関する案内文書（各医療機関掲示用）、調査用紙一式を各調査対象施設宛に郵送し、上記条件（1）を満たす薬物関連精神疾患患者について担当医師による調査用紙への記載を求めた。調査用紙回収の期限は 2010 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、2009 年 1 月末までに返送された症例について集計に加えた。

3) 調査項目について

① 継続的な調査項目について

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

- 人口動態学的データ
- 交友、婚姻関係
- 矯正・補導歴
- 飲酒・喫煙歴
- 薬物使用歴
- 薬物使用開始の動機、契機となった人物
- 薬物使用に関する診断、ならびに併存精神障害に関する診断（ICD-10 分類）
- 精神科疾患の家族歴
- 自傷行為・自殺企図の既往
- 生育史的問題の有無
- 受診経路

② 2010 年度に設定した関心項目

今年度の関心トピックとして、精神科治療薬の乱用歴が認められる患者が使用した治療薬の種類とその入手経路に関する調査項目を追加した。具体的には、その症例の主たる薬物の種類に関わらず、精神科治療に用いられる薬物の乱用の有無を調べ、その入手経路や乱用した薬物の使用法を収集した。また、これらの精神科治療薬乱用者の臨床的特徴について、調査票の他の項目の情報を用いて分析した。

4) 『主たる使用薬物』の定義

該当症例の『主たる使用薬物』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17）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。複数の薬物が規制薬物と医薬品の両方を含む場合には、薬物使用歴等から総合的に判断した。なお、リタリン（メチルフェニデート）を主たる使用薬物とする症例数は依然として一定数みられるため、前々回および前回の調査に引き続き、『リタリン症例』として独立したカテゴリーとした。

主たる使用薬物のカテゴリーは、以下の通りである。

【主たる使用薬物のカテゴリー】

（i）覚せい剤（『覚せい剤症例』）
（ii）有機溶剤（『有機溶剤症例』）
（iii）睡眠薬もしくは抗不安薬（『睡眠薬・抗不安薬症例』）
（iv）鎮痛薬（『鎮痛薬症例』）
（v）鎮咳薬（『鎮咳薬症例』）
（vi）大麻（『大麻症例』）
（vii）リタリン（『リタリン症例』）
（viii）その他（『その他症例』）
（x）多剤（『多剤症例』）

（倫理面への配慮）

調査にあたり，あらかじめ各対象医療機関に、調査に関する案内文書を送付し、院内の適切な場所に掲示し、患者に周知してもらうよう依頼した。その上で、面接にあたり原則的に口頭での同意を取得した上で調査を実施することとした。面接可能な状態で明らかに調査への協力を拒否する場合は、調査困難と判断し「調査への協力拒否」として該当例数の報告を求めた。また、病状やすでに退院しているなどの理由により面接困難な場合は、診療録からの転記とし、この場合、同意取得は不要とした。なお、本調査研究は、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（受付番号22-3-事1）。

C．研究結果

1．対象施設の種別による回答状況（表1）

対象施設1,612施設のうち、1,021施設（63.3%）より回答を得た。このうち「該当症例なし」との回答は592施設（36.7%）であった。「該当症例あり」との報告は135施設（8.4%）から得られたが、報告された全症例のうち230例は回答拒否であったため、有効症例としては723症例であった。施設別の回答率は、「都道府県立病院」が72.9%と最も高く、「国立病院機構」が72.7%とこれに次いでいた。

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、民間病院で最も多く6.5症例、続いて都道府県立病院6.3症例であった。一方、最も少なかったのは大学医学部附属病院であり、1.5症例であった。

なお、本報告書では、この723症例のうち、性別、年齢、ならびに主たる使用薬物が判明しない症例を除いた671症例（男性475例、女性196例）を分析の対象とした。

2．主たる使用薬物別にみた症例数（表2）

671症例の内訳は、『覚せい剤症例』が361例で報告症例全体の53.1%と最も高い割合を占めた。これに次いで、『睡眠薬・抗不安薬症例』が119例（17.7%）であった。この他はすべて10%未満で、『多剤症例』57例（8.5%）、『有機溶剤症例』56例（8.3%）、『鎮咳薬症例』20例（3.0%）、『その他症例』19例（2.8%）、『大麻症例』18例（2.7%）、『鎮痛薬症例』12例（1.8%）、『リタリン症例』9例（1.3%）という順であった。

ちなみに、『その他症例』19例における主たる使用薬物は下記の通りであった。

- ヘロイン：1例
- MDMA：1例
- マジックマッシュルーム：1例
- 睡眠薬や抗不安薬以外の精神科治療薬：10例
- 不詳の薬物：6例

3．使用歴のある薬物（表3）

今回の分析対象となっている全671例について、過去に使用経験のある薬物を調べてみた結果が表3である。男性について最も使用経験

者が多い薬剤は覚せい剤であったが（覚せい剤使用経験：全体 66.9%、男性 71.2%、女性 56.6%）、女性の場合は睡眠薬・抗不安薬であった（睡眠薬・抗不安薬使用経験：全体 44.3%、男性 37.4%、女性 60.7%）。

4. 主たる薬物別の対象症例の年齢分布（表 4）

対象症例 671 例の年齢は 13～85 歳に分布し、その平均年齢［標準偏差］は、39.5［11.7］歳であった。該当症例数が最も多い『覚せい剤症例』では男女ともに 30～40 代に症例が集中していた一方で、『有機溶剤症例』および『睡眠薬・抗不安薬』では 20～30 代に集中している傾向が見られた。

5. 主たる薬物別の職業（表 5・6）

薬物乱用開始前の職業（表 5）については、いずれの薬物でも様々な職業に分布していたが、そのなかで、薬物ごとの特徴と思われる傾向は認められた。覚せい剤の場合には、「土木建築業関係者」（17.5%）とやや多かった一方で、有機溶剤の場合には、「中学生」（15.9%）および「無職」（11.4%）が多かった。また、睡眠薬・抗不安薬の場合には、「会社員」（11.4%）および「医療薬業関係者」（11.4%）が最も多かった。

一方、現在の職業（表 6）に関しては、いずれの薬物の場合でも「無職」に該当する者が 6～8 割を占め、圧倒的に多く認められた。

6. 主たる薬物別の配偶関係（表 7）

『鎮痛薬症例』を除くいずれの薬物でも「未婚」に該当する症例が最も多く、42～77%がこれに分類されていた。一方、『鎮痛薬症例』の場合には、「既婚」（41.7%）が最も多く、次いで「離婚」（25.0%）が多かった。

7. 反社会的集団との関係、ならびに司法的対応の経験（表 8）

暴力団との関係については、『覚せい剤症例』の 73.7%に暴力団との関係が認められた一方で、『睡眠薬・抗不安薬症例』（27.7%）、『鎮痛薬症例』（16.7%）、『鎮咳薬症例』（15.0%）、『リタリン症例』（11.1%）といった医薬品を使用している症例では、暴力団との関係を持つ者は比較的少なかった。こうした傾向は、薬物乱用の開始前後のいずれにおいても認められた。

また、非行グループとの関係についても同様に各群間で有意差が認められ、『覚せい剤症例』（74.5%）、『有機溶剤症例』（76.8%）、『大麻症例』（77.8%）では高率に認められたのに対し、『睡眠薬・抗不安薬症例』（33.6%）や『鎮痛薬症例』（25%）では比較的低率であった。薬物乱用後開始前後に分けた検討では、乱用開始前における非行グループとの関係では全体的な傾向と一致した結果が得られたが（$P<0.001$）、乱用後に関しては、各群間で差は認められなかった。

さらに、逮捕・補導歴との関係についても同様に各群間で有意差が認められ（$P<0.001$）、『覚せい剤症例』（73.4%）と『有機溶剤症例』（67.9%）では高率に認められたのに対し、『睡眠薬・抗不安薬症例』（27.7%）、『鎮痛薬症例』（16.7%）、『リタリン症例』（22.2%）といった医薬品の乱用者では比較的低率であった。こうした特徴は、矯正施設入所歴にも反映されており、なかでも有意差が認められた拘置所および刑務所に関しては、覚せい剤で突出して多かった一方で（『覚せい剤症例』における刑務所入所経験者は 51%）、医薬品の乱用症例では、そうした経験を持つ者はきわめて少なかった。

8. 初めて使用した動機（表 9）

主たる薬物別に複数回答で「初めて使用した動機」を尋ねた結果、主たる薬物の違いによって初使用の動機に差異が認められた。なかでも、「誘われて」「好奇心・興味から」といった動機から初使用した者は、『覚せい剤症例』、『有機溶剤症例』、『大麻症例に多く認められた。また、『睡眠薬・抗不安薬症例では「不安の軽減」もしくは「不眠の軽減」が多く、『鎮痛薬症例』では「疼痛の軽減」が、『リタリン症例』では「覚醒効果を求めて」もしくは「抑うつ気分の軽減」が最も多い初使用の動機となっていた。

9. 初めての使用した契機となった人物（表 10）

初回使用の契機となった人物については、

『覚せい剤症例』（38.0%）、『有機溶剤症例』（50.0%）、『大麻症例』（50.0%）の多くが「同性の友人」であったのに対し、『睡眠薬・抗不安薬症例』（33.6%）と『リタリン症例』（44.4%）では「精神科医師」から入手している者が目立った。

10. 薬物の入手経路（表 11）

薬物の入手経路についても主たる薬物ごとに様々な相違が認められた。『覚せい剤症例』（17.3%）や『大麻症例』（23.5%）では、「日本人の密売人」から入手している者が比較的多く認められたが、『睡眠薬・抗不安薬症例』（57.5%）や『リタリン症例』（55.6%）では「精神科医師」からの入手している者が大半を占めていた。また、『鎮痛薬症例』（25%）や『鎮咳薬症例』（73.7%）では、「薬局」という入手先が多かった。

11. アルコール乱用の既往と他の薬物の経験（表 12）

いずれの薬物を乱用する者でも、その 2〜4 割程度にアルコール乱用の既往を持つ者が認められた。『覚せい剤症例』、『有機溶剤症例』、『大麻症例』では様々な規制薬物の使用経験を持つ者が一定の割合で認められたのに対し、『睡眠薬・抗不安薬症例』、『鎮痛薬症例』、『鎮咳薬症例』、『リタリン症例』では規制薬物の使用経験を持つ者は比較的少なかった。とはいえ、これらの医薬品の乱用者でも少数とはいえ一定の割合で規制薬物の使用経験を持つ者が含まれている点は、注目に値するといえるであろう。

12. 過去 1 年以内に薬物使用（表 13）

規制薬物を主たる薬物とする者に比べ、医薬品を主たる薬物とする者では、過去 1 年間の主たる薬物の使用率が高い傾向が認められた。具体的には、『覚せい剤症例』の 29.4%、『有機溶剤症例』の 42.9%、『大麻症例』の 50%に過去 1 年以内のそれぞれの主たる薬物の使用が認められたのに対し、『睡眠薬・抗不安薬症例』では睡眠薬の使用が 48.7%、抗不安薬の使用が 31.1%に認められ、『鎮痛薬症例』の 61.5%、『鎮咳薬症例』の 60%、リタリン症例の 44.4%にそれぞれの主たる薬物の使用が認められた。

そのようななかで、『睡眠薬・抗不安薬症例』の 14.3%に過去 1 年以内の覚せい剤使用が認められたことは注目すべき点であり、医薬品乱用者でも一定の割合で規制薬物を使用する者がいることを示唆する結果と思われる。

13. 過去 1 ヶ月以内の薬物使用（表 14）

上述した過去 1 年以内の使用と同様、規制薬物乱用者に比べ、医薬品乱用者で過去 1 ヶ月以内の主たる薬物の使用経験率が高い傾向が認められた。しかし、いずれもその割合は低く、『覚せい剤症例』で 11.7%と最も低く、最も高い使用率でも『睡眠薬・抗不安薬症例』および『鎮咳薬症例』の 30.0%であった。

14. 初めて使用した薬物（表 15）

いずれの主たる薬物別の分類でも、初めて使用した薬物の多くは現在の主たる使用薬物が圧倒的に多い傾向が認められた。ただし、『覚せい剤症例』の場合、覚せい剤を初回使用薬物とする者は 51.1%と半数以上を占めていたものの、有機溶剤を初使用薬物する者も 37.7%に認められた点が特徴的であった。また『多剤症例』では、有機溶剤を初使用薬物とする者が半数近く（49.1%）を占めていた。

15. 薬物使用に関する ICD-10 F1 診断（表 16）

薬物使用に関する ICD-10 の主要な F1 診断は、主たる薬物によって相違が認められた。『覚せい剤症例』では、「残遺性障害・遅発性精神病性障害」（32.9%）および「精神病性障害（物質中断 6 ヶ月以上）」（28.9%）といった慢性持続性の精神病症状を前景とする病態が主診断の大半を占めていた。『有機溶剤症例』や『大麻症例』でも、『覚せい剤症例』よりは若干低率ではあるものの、精神病症状を呈する病態を主診断する者が 4〜5 割を占めていた。

一方、『睡眠薬・抗不安薬症例』、『鎮痛薬症例』、『鎮咳薬症例』、『リタリン症例』といった医薬品乱用者では、「依存症候群」もしくは「有害な使用」といった、使用様態の逸脱を反映した病態が 8〜9 割を占めていた。なお、『睡眠薬・抗不安薬症例』の場合には、「急性中毒」を主診断とする者が 16.2%に認められ、

いわゆる「オーバードーズ（過量服薬）」を主訴とする病態を意味するものと思われた。

F1の副診断については、『覚せい剤症例』、『有機溶剤症例』、『大麻症例』などの、精神病症状に関する病態を主診断とした者で、「依存症候群」の副診断がなされている者が一定の割合で認められた。

16. 併存精神障害の診断（表17）

ICD-10にもとづく併存診断についても、主たる薬物別の分類で特徴的な差異が認められた。『睡眠薬・抗不安薬症例』および『鎮痛薬症例』では、「F3気分（感情）障害」、「F4神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害」、および「F6 成人の人格および行動の障害」の併存診断が多く認められた。また、『睡眠薬・抗不安薬症例』では、「F5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群」の併存診断も比較的高率であった。

一方、『覚せい剤症例』では、「F2 統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害」の併存診断が多い傾向が認められた。

17. 生育史上の問題（表18・19・20）

対象者全体について、主たる薬物別に生育史上の問題を比較した結果が表18である。いずれの薬物乱用者においても、2〜3割に「15歳以前の親との離別」が、そして、1〜2割に「いじめられ体験」や「身体的虐待」、「心理的虐待」の経験が認められ、薬物種別の差異は認められなかった。

生育史上の問題を男女別に比較した場合、男性では薬物種別の差は認められなかったが（表19）、女性では、「不登校」について差が認められ『鎮咳薬症例』、『リタリン症例』、『その他症例』で経験者が多く認められた（表20）。

18. 過去1年以内の自己破壊的行動（表21・22・23）

対象全体について、過去1年以内における自傷や自殺企図といった自己破壊的行動を検討した結果、『睡眠薬・抗不安薬症例』、『鎮痛薬症例』といった医薬品乱用者では、『覚せい剤症例』、『有機溶剤症例』、『大麻症例』といった規制薬物乱用者に比べて、こうした自己破壊的行動を呈する者が多く認められた（表21）。いずれの薬物分類でも、こうした自己破壊的行動が認められた者の大半が1年以内に複数回にわたって繰り返しており、「四肢の自己切傷」は『有機溶剤症例』と『鎮咳薬症例』で多く、「医薬品の服薬」は『睡眠薬・抗不安薬症例』および『鎮痛薬症例』で多く認められた。

男女別に見てみると、男性では対象全体と同じ傾向を示したが（表22）、女性の場合には主たる薬物別で自己破壊的行動を呈した者の割合に差は認められなかった（表23）

19. 精神疾患の家族歴（表24）

主たる薬物別による精神疾患家族歴の検討では、『鎮咳薬症例』（55.6%）および『鎮痛薬症例』（41.7%）で精神疾患の家族歴を持つ者が多く、一方、『リタリン症例』（11.1%）で最も低かった。

20. 精神病性エピソードの既往（表25）

主たる薬物別による精神病性エピソードの既往に関する検討では、『覚せい剤症例』（66.8%）、『有機溶剤症例』（64.3%）、『多剤症例』（63.2%）で精神病性エピソードの既往を持つ者が多く、他方で、『睡眠薬・抗不安薬症例』（18.5%）および『鎮痛薬症例』（16.7%）で少なかった。

21. 覚せい剤使用経験者が用いた方法（表26）

覚せい剤使用経験者のあいだで最も広く用いられている方法は「静脈注射」（62.9%）であり、続いて「加熱吸煙」（22.5%）であった。「経鼻吸引」（1.5%）「喫煙」（0.0%）といった方法を用いる者は、ほとんど皆無に近かった。

22. 有機溶剤使用経験者が使用した有機溶剤の種類（表27）

有機溶剤使用経験者が用いた有機溶剤の種類として最も多いのはシンナー（60.0%）であった。次いで、トルエン（20.0%）、ラッカー（16.7%）、ボンド（16.7%）、ガス類（13.7%）がほぼ同数で続いた。

23. 大麻使用経験者が使用した大麻の種類（表28）

大麻使用経験者の大半（85.7%）がマリファナ(大麻タバコ)によって大麻を使用していた。大麻使用経験者の 3 割程度に大麻樹脂（通称「チョコ」）の使用経験を持つ者がいたが（28.6%）、大麻を精製して製造された「ハシシオイル」の使用経験者は対象全体で 1 名（7.1%）しか認められなかった。

24. 睡眠薬使用経験者が使用した睡眠薬の種類（表 29）

睡眠薬使用経験者が用いた薬物のなかで、経年的に調査している睡眠薬の種類(トリアゾラム、フルニトラゼパム、ブロムワレリル尿素、ウット、ブロチゾラム、ニトラゼパム）に関して集計をした。その結果、フルニトラゼパムが48.2%と最も多く、次いでトリアゾラムが33.7%であった。

25. 受診経路（表 30）

全体的な傾向として、多くの薬物で、「周囲のすすめ」および「医療機関からの紹介」が 5～8 割を占めていた。しかし他方で、『覚せい剤症例』の場合には最も多い受診経路は「自発的な受診」（24.6%）であり、「刑事司法機関からの紹介」（11.3%）や「民間リハビリ施設・自助グループからの紹介」（17.8%）も認められた点が特徴的であった。同様に、『鎮咳薬症例』でも最も多い受診経路は「民間リハビリ施設・自助グループからの紹介」（35.0%）であった。

26. 精神科治療薬乱用者に関する検討（表 31・32・33・34）

精神科治療薬の「乱用歴」（注: 使用歴とは異なる）があると判断された患者は、今回の分析対象 671 名中 154 名（男性 88 例、女性 66 例）であった。乱用する精神科治療薬の入手経路（表 31）としては、「精神科医師」のみから入手していた者が半数を占め（50%）、続いて、「精神科医師と身体科医師双方」からの入手していた者（15.6%）、「身体科医師」（9.7%）という順であった。「密売人」や「インターネット」を通じて入手していた者も存在したが、いずれもごくわずかであった（日本人の密売人 1.3%、外国人の密売人 0.6%、インターネット 1.3%）。薬物の入手経路に関して、男女間で差はなかった。

また、精神科治療薬乱用者の他薬物の使用歴については、「覚せい剤」40%、「有機溶剤」24.6%、「大麻」26.6%などと、様々な薬物の使用経験がある者が少なくないことが明らかにされた（表 32）。他薬物の使用歴に関しても男女差は認められなかった。

さらに、精神作用物質に関する診断とは別に併存する精神障害の診断については、「F3 気分（感情）障害」が最も多く（32.5%）、次いで「F6 成人の人格および行動の障害」（24.0%）、「F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害」（14.9%）、「F5 生理的障害および身体的要因に関連した行動障害」（10.4%）という順であった。この併存精神障害の各診断の比率には男女差が認められ、上記 4 つの診断のいずれについても、女性で高率に認められた。

最後に、精神科治療薬乱用者 154 例が乱用していた薬物の全種類を表 34 に、10 例以上の症例で乱用が認められた薬物の種類を図 1 に示した。この結果は、フルニトラゼパムが 69 例と最も多く、次いでトリアゾラム 45 例、エチゾラム 44 例、ゾルピデム 37 例、ブロチゾラムおよびベゲタミン®21 例、メチルフェニデート（リタリン）20 例などといった順となっていた。

D. 考察

1. 本年度実態調査の概括

今回の調査では、対象施設 1,612 施設のうち、1,021 施設より回答を得ることができた。回答率は 63.3%と、最近十数年の中では最も高く、郵送法による全数調査としては満足すべき数値であると考えられる。

回答率を施設の種別で見てみると、「都道府県立病院」が 72.9%と最も高く、「国立病院機構」が 72.7%とこれに次ぎ、最も回答率の低い「市町村立病院」でも 59.7%であった。また、「該当症例あり」との回答が得られた施設は 135 施設であ

り、これは対象施設全体の8.3%にあたる。この割合は、16%前後あったかつてよりははるかに少ないものの、2004年時調査の4.5%、2006年時調査の5.4%、2008年時の5.1%と比べると、明らかな増加といってよい。さらに、1箇所あたりの平均報告症例数についても全体で5.4例と、前回調査（尾崎ら，2009）の2.6例の倍増をしている。

こうした結果は、この1〜2年のうちに精神科医療の現場で薬物関連障害が再び大きな問題となりつつあることを示唆している。また、本年度調査における回収率の高さは、精神科医のあいたで薬物関連障害に対する関心が多少とも高まっていることを反映したものである可能性がある。

本年度調査から得られた結果のなかで最も重要なのは、本調査開始以来、わが国においてつねに覚せい剤に次ぐ第2位の乱用薬物が、従来の有機溶剤から睡眠薬・抗不安薬へと代わったということであろう。図2からも明らかなように、有機溶剤を主たる薬物とする症例の数は1990年代以降、減少傾向を示しつづけてきたが、その一方で、1996年以降、確実に増加傾向を示してきたのが、ベンゾジアゼピン系薬剤を中心とする睡眠薬・抗不安薬を主たる薬物とする症例の増加である。すでに前回の2008年調査で、睡眠薬・抗不安薬を主たる薬物とする症例は、全薬物関連障害症例に占める割合において、有機溶剤を主たる薬物とする症例に迫る増加を示していたが、ついに本年度、両者の順位が入れ替わったということができる。

これまでわが国の薬物関連障害臨床は、覚せい剤、有機溶剤、大麻といった、法令によって厳格に規制されており、かつ、精神病症状を惹起しやすい薬理作用を持つ薬物を中心に考えられてきた。その結果、薬物依存を司法的問題として医療的支援の埒外に追いやったり、薬物関連障害の治療を中毒性精神病の治療と同義に誤解したりするむきもないではなかった。しかし、本年度調査の結果は、精神科医療関係者に対して、睡眠薬や抗不安薬といった、司法的対応の対象にもならず、精神病症状を惹起する可能性の低い薬物の依存症が、精神科臨床の現場で問題となっていることを示している。その意味では、いまやわが国は、薬物依存症そのものに対する医学的治療のあり方を真剣に議論すべき段階にきているともいえる。

2. 本年度調査における関心項目

今年度、精神科治療薬を乱用する患者に焦点を当てて調査を行った。今年、精神科診療所の増加とメンタルヘルスプロモーションにより、精神科受診に対する心理的抵抗感が減弱するなかで、精神科医療での現場では精神科治療薬の乱用、あるいは、救急医療の現場では自殺や自傷を意図した過量服薬が問題となっている。こうした状況のなかで、精神科治療薬乱用の実態を調査することは喫緊の問題である（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長通知，2009；厚生労働省自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム，2009）。すでにこれまでの本調査においても、「睡眠薬」や「抗不安薬」といったカテゴリーのなかで同様の情報は収集されていたが、抗うつ薬や抗精神病薬、リタリン以外の中枢刺激薬を視野に入れた検討は十分になされていなかったことから、今回、一部の調査項目の重複を承知しながら調査項目の追加に踏み切った。

今回の調査で明らかになったのは、分析対象となった671例中154例（22.9%）に精神科治療薬の乱用が認められ、乱用される精神科治療薬の入手には、多くの場合、精神科医師（精神科医のみから入手していた者50%、精神科医と身体科医の双方から入手していた者15.6%）が関与しているという事実であった。これは、精神科医師が治療の一環として善意を持って処方した治療薬が、乱用薬物として用いられている可能性を示唆する。また、今回の調査では、精神科治療薬の乱用者は様々な精神障害を併存しており、なかでも、うつ病などの気分（感情）障害を併存している者が目立った。このことは、「うつ病」だからといって、安易に薬物療法を行うことに警鐘を鳴らす知見と思われる。

乱用されていた精神科治療薬としては、かねてより問題視されてきた、フルニトラゼパムやトリアゾラム、ブロチゾラムなどのベンゾジアゼピン系睡眠薬や、フェノバルビタールを含む合剤「ベゲタミン錠」に加えて、非ベンゾジアゼピン系睡

眠薬であるゾルピデム、あるいは、抗不安薬のエチゾラムなどの、診療科を問わずに広範に処方されている薬物もあがっていた。さらに驚くべきことに、選択性セロトニン再取り込む阻害薬であるパロキセチン、抗精神病薬であるリスペリドンといった、これまで薬理学的には依存性が問題視されたことのない薬剤も乱用されていることが明らかにされた。

精神科治療薬乱用者のなかには、規制薬物を含め、様々な薬物の使用歴を持つ者が少なくない。したがって、精神薬治療薬の乱用を防ぐためには、一般の精神科医が薬物関連障害に関心を持ち、治療薬の乱用・依存を呈するリスク評価を行った上で慎重に精神科薬物療法を行ことが重要と思われる。

3. 各薬物についてのまとめ

1) 覚せい剤

(1) 『覚せい剤症例』の概観

今回の調査でも、『覚せい剤症例』は全対象の53.8%を占め、また、覚せい剤使用歴を持つ者は全対象の66.9%にもおよんでいた。これらの結果はいずれも前回までと同じ特徴といえる。こうしたことは、わが国の薬物関連障害臨床においては、覚せい剤が最も深刻かつ重要な問題であり、国内的には依然として「第三次覚せい剤乱用期」が続いていることを意味している。

(2) 性別・年齢の特徴

『覚せい剤症例』361例のうち、74.4%が男性を占めていた。また、『覚せい剤症例』の平均年齢［標準偏差］は41.4［11.3］歳であった。年代としては、男性では30～50代といった壮年層に幅広く分布していたが、女性では20～40代と、男性に比べて10歳程度若年の層に広がっていた。いずれも例年通りの結果といえた。

一方、未成年者の比率は、1991年調査では5.2%、1993年は8.4%、1994年は1.9%、1996年は2.0%、1998年は1.1%、2000年は2.1%、2002年度は2.7%、2004年度は0.9%。2006年度は0.8%、2008年度は0.7%であったが、今年度は1.6%と再び増加傾向を示していた。

(3) 反社会的集団との関係および司法的対応の経験

『覚せい剤症例』では、暴力団との関係を有する者が73.7%、非行グループとの関係を有する者が74.5%と、他の薬物乱用者に比べて顕著に高率であった。こうした特性を反映して、逮捕・補導歴を持つ者（73.4%）、ならびに矯正施設入所経験を持つ者（67.3%）の割合も高かった。ただし、乱用前から逮捕・補導歴を持つ者は17.2%にすぎず、大半は乱用開始後に逮捕・補導を受けていたことから、覚せい剤使用そのもの、もしくは、それに関連した社会逸脱行動がこうした司法的対応の理由となっている可能性が推測された。

(4) 初回使用方法

『覚せい剤症例』の62.9%が静脈注射で初回使用を経験しており、22.5%は加熱吸煙（通称「あぶり」）で初回使用していた。前回の2008年調査では、『覚せい剤症例』のなかで加熱吸煙による覚せい剤初回使用者が12.2%であったことを踏まえれば、加熱吸煙による使用者が増加している可能性がある。

(5) 初使用年齢とその契機

初回開始年齢の平均年齢［標準偏差］は21.6［6.1］歳であり、従来と変わりはなかった。また、乱用開始から依存に至る期間の平均月数［標準偏差］は29.9［55.0］ヶ月であった。

初回使用の契機となった人物は同性の友人（38.0%）が最も多く、その動機としては、「誘われて」が47.1%と最も多く、次いで、「好奇心・興味から」が35.1%と、この二つのカテゴリーの動機の8割あまりを占めるという結果であり、これは従来の報告と一致していた。

(6) 精神医学的診断

覚せい剤使用に関連するICD-10のF1診断では、「残遺性障害・遅発性精神病性障害」が32.9%、「精神病性障害（物質中断後6ヶ月以上）が28.9%と高率であった。『覚せい剤症例』では、過去1年以内もしくは過去1ヶ月以内に覚せい剤を使用した者の割合は、他の薬物に比べて低かったことを考慮すると、覚せい剤に関連する精神科臨床では、慢性持続性精神病が臨床上の最重要課題となっている状況が推測された。

(7) 併存精神障害

併存する精神障害としては、「F2 統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害」が認められる者が最も多かった。『覚せい剤症例』に見られる精神病症状を、F1 診断である「残遺性障害・遅発性精神病性障害」もしくは「精神病性障害」と見なすか、F2 診断と見なすかについては、様々に見解が別れるところであるが、いずれにしても、覚せい剤と精神病症状とが密接な関連を持っていることについては間違いないと思われた。

(8) 自己破壊的行動

『覚せい剤症例』では、過去 1 年以内の自傷や自殺企図の挿話は、全体で 10.5%、男性で 5.6%、女性で 24.7%であった。この数値自体は十分に高いものであるが、『有機溶剤症例』や他の医薬品の乱用者に比べると比較的低かった。自傷・自殺企図の挿話を持つ『覚せい剤症例』の大半は、過去 1 年以内に複数回、こうした自己破壊的行動を繰り返していたが、自傷・自殺企図の方法としては、他の薬物乱用者に比べて特徴的なものは認められなかった。

(9) 受診経路

『覚せい剤症例』の受診経路は、他の薬物と同様、「自発的な受診」（24.6%）や「周囲のすすめ」（19.0%）が多かったが、他の薬物には見られない特徴として、「刑事司法機関」（11.3%）や「民間リハビリ施設・自助グループ」（17.8%）からの紹介による受診者が一定数認められた。刑事司法機関からの紹介については、覚せい剤が規制薬物であることを反映したものと思われる。また、民間リハビリ施設・自助グループについては、刑事司法施設出所者がダルクを経て精神科医療機関に受診している状況を反映している可能性がある。

2) 有機溶剤

(1) 『症例』の概観

『有機溶剤症例』は全対象の 8.3%であり、薬物関連障害患者に占める割合は調査のたびに減少傾向を示しており、今回の調査では覚せい剤に次ぐ乱用薬物第 2 位を『睡眠薬・向精神薬症例』に譲っている。ただし、有機溶剤使用歴のある者は全体の 38.2%も存在した。これは、かつてわが国におけるゲートウェイ・ドラッグであったことのなごりといえるかもしれない。

(2) 年齢・性別の特徴

『有機溶剤症例』の平均年齢[標準偏差]は 38.5 [10.5] 歳であり、男性では 10 歳代から 60 歳代までほぼまんべんなく分布していたのに対し、女性では 10 歳代～40 歳までと、男性に比べて年代の広がりは狭かった。性差については、『有機溶剤症例』の 80.5%が男性と、男性に偏った性別構成となっている。

(3) 使用した有機溶剤の種類

『有機溶剤症例』が使用していた有機溶剤の種類としては、例年通り、シンナーが最多で 60.0%、次いでトルエンが 20.0%、ラッカーとボンドがそれぞれ 16.7%、ガス類は 13.3%であった。

(4) 反社会的集団との関係および司法的対応の経験

『有機溶剤症例』は、『覚せい剤症例』に比べると暴力団との関係を持つ者の割合は少ないものの、非行グループとの関係、逮捕・補導歴、矯正施設入所歴は『覚せい剤症例』とほぼ同等の割合の高く、反社会的生活背景を持っている者の割合が高いことが示唆された。

(5) 初使用の契機

『有機溶剤症例』の初回使用の動機は、『覚せい剤症例』と同様、「誘われて」（37.5%）と「好奇心・興味から」（50.0%）が突出して多く、初使用には非行グループの仲間からの影響が大きい可能性が推測される。

(6) 精神医学的診断

ICD-10 における主要な F1 診断としては、「依存症候群」（46.4%）が最も多かったが、覚せい剤ほどではないにしても、「精神病性障害（物質中断後 6 ヶ月以上）」（17.9%）や「残遺性障害・遅発性精神病性障害」（23.2%）も目立った。精神科臨床の現場では、覚せい剤と並んで、有機溶剤による慢性持続性の精神病状態が治療上の課題となっていることが示唆される。

(7) 併存精神障害

併存精神障害の ICD-10 診断には、他の薬物と比べて顕著な特徴は認められなかった。そのようななかで、比較的多く認められたのは、「F2 統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害」

(14.3%)、「F3 気分（感情）障害」（16.1%）、「F6 成人の人格および行動の障害」（14.3%）であった。

(8) 自己破壊的行動

『有機溶剤症例』における過去1年以内の自傷・自殺企図経験者は12.5%であり、他の薬物乱用者に比して決して多いとはいえず、その大半が1年以内に複数回行われていた点は、他の薬物乱用者と同様であった。しかし、『有機溶剤症例』では、自傷・自殺企図経験者における「縊首」経験者（49.2%）の割合が他の薬物に比べて著明に多い点は注意する必要がある。こうした致死性の高い手段…方法による自己破壊的行動は、近い将来における自殺既遂の重要な予測因子である。

(9) 受診経路

『有機溶剤症例』の受診経路は、「周囲のすすめ」（34.6%）と「医療機関からの紹介（23.1%）」が多かった。

3) 大麻

(1) 『症例』の概観

『大麻症例』は、全体の2.7%を示し、その割合は決して多くはないものの、前回調査に比べると、微増を示している。使用歴のある薬物における大麻の割合も、前回調査に比して微増していたことから、今後も大麻乱用の拡大については十分に注意を要するといえるであろう。

(2) 年齢・性別の特徴

『大麻症例』の平均年齢［標準偏差］は27.8［7.1］歳と、他の薬物の乱用者に比べて著明に若年であり、年齢分布も20～30歳代に集中していた。性別の構成では、『覚せい剤症例』や『有機溶剤症例』と同様、男性が圧倒的多数を占めていた（男性率78.9%）。

(3) 使用した大麻の種類

『大麻症例』の85%が初回使用時にはマリファナ（大麻タバコ）を用いており、マリファナが持つ、タバコ感覚の心理的抵抗感の乏しさが初使用に大きな影響を与えている可能性が考えられる。

(4) 反社会的集団との関係および司法的対応の経験

『大麻症例』は、『覚せい剤症例』や『有機溶剤症例』と同様、暴力団と関係を持っている者（55.5%）、非行グループと関係を持っている者（77.8%）、逮捕・補導歴のある者（50.0%）、矯正施設入所歴を持つ者（38.9%）が多く見られた。このことは、規制薬物乱用者に特徴的な背景であると考えられた。

(5) 初使用の契機

『大麻症例』の初使用の契機となった人物は、『覚せい剤症例』や『有機溶剤症例』と同様に、「同性の友人」（50.0%）が最も多かった。また、初使用の動機についても、やはり『覚せい剤症例』や『有機溶剤症例』と同様に、「誘われて」（61.1%）と「好奇心・興味から」（55.6%）が突出して多かった。これらの結果は、非行グループ仲間からの圧力が初使用に影響している可能性を想像させる。

(6) 精神医学的診断

ICD-10におけるF1診断としては、個別のカテゴリーとしては「依存症候群」（33.3%）が最も多いが、「精神病性障害（物質中断6ヶ月以内）」（22.2%）、「精神病性障害（物質中断6ヶ月以上）」（22.2%）、および「残遺性障害・遅発性精神病性障害」（11.1%）といった、精神病症状を呈する病像を合計すると、全体の半数以上を占めており、精神科臨床現場では『大麻症例』の精神病症状が重要な治療対象となっている状況がうかがわれる。

(7) 併存精神障害

『大麻症例』の併存精神障害としては、「F2 統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害」（11.1%）、「F3 気分（感情）障害」（11.1%）、および「F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害」（11.1%）がそれぞれ同じ比率で認められた。ただ、F1主要診断として精神病像を呈する病態が多かったことを考えると、併存診断でもF2診断がつく者が少なくなかったという結果は、大麻と精神病症状との密接な関連を示唆するものといえるであろう。

(8) 自己破壊的行動

『大麻症例』では、過去1年以内に自傷・自殺企図などの自己破壊的行動の挿話を持つ者は16.7%であり、医薬品を主たる薬物とする薬物関連障害患者に比較すれば、若干少ない。また、自

己破壊的行動の多くは複数回以上反復されているのは、他の薬物乱用者と同様であるが、その様式は自己切傷に限定され、致死性の高い手段・方法を用いているものは認められなかった。

(9) 受診経路

『大麻症例』の受診経路として最も多かったのは「周囲のすすめ」（23.5%）であったが、それに次いで、「医療機関からの紹介」（17.6%）、「保健福祉・行政機関からの紹介」（17.6%）、および「刑事司法施設」（17.6%）がほぼ同程度で認められた。

4) 睡眠薬・抗不安薬

(1) 『症例』の概観

『睡眠薬・抗不安薬症例』は、1996年以降、薬物関連障害に占める割合を確実に増やしつづけており、今年度は全体の17.7%を占めて、覚せい剤に次ぐ第2の乱用薬物となった。睡眠薬・抗不安薬の使用歴を持つ患者の割合も44.3%と、前回調査時よりも高い割合を示しており、睡眠薬・抗不安薬の乱用が広く浸透しつつある可能性が推測される。なお、乱用前職業としては、「会社員」（11.4%）と並んで「医療薬業関係」（11.4%）がやや目立ち、薬物にアクセスしやすい職業ということで、医療関係者に対する予防啓発の必要性があると考えられた。

(2) 年齢・性別の特徴

『睡眠薬・抗不安薬症例』の平均年齢［標準偏差］は38.0［13.1］歳であり、その年代の分布は10歳～60歳代までと広い。『覚せい剤症例』、『有機溶剤症例』、『大麻症例』と大きな違いはこの性別構成にあり、『睡眠薬・抗不安薬症例』における男性の割合は47.1%と、女性の方が多くなっている。

(3) 使用される睡眠薬・抗不安薬

睡眠薬および抗不安薬の使用経験者で多く使用されている薬剤名は、睡眠薬としては、すでに表29で提示したように、フルニトラゼパム（40症例）、トリアゾラム（28症例）、ニトラゼパム（6症例）、プロチゾラム（5症例）、プロムワレリル尿素（4症例）といった、精神科治療に用いられる処方薬の他に、「ウット」（9症例）のような市販薬も認められた。一方、抗不安薬では、使用頻度上位の薬剤は、エチゾラム（32症例）、ジアゼパム（10症例）、アルプラゾラム（9症例）であった。なお、『睡眠薬・抗不安薬症例』の57.5%が「精神科医師」から乱用薬物を入手していた。

(4) 反社会的集団との関係および司法的対応の経験

『睡眠薬・抗不安薬症例』の場合、『覚せい剤症例』、『有機溶剤症例』、『大麻症例』とは異なり、「暴力団との関係」（27.7%）、「非行グループとの関係」（33.6%）、「逮捕・補導歴」（27.7%）、「矯正施設入所歴」（11.8%）と、反社会的集団との交流を持つ者、ならびに、司法的対応を受けた経験を持つ者は明らかに少なかった。これは、医薬品の乱用者の特徴として妥当なものと思われる。しかし、別の観点から見れば、医療機関で処方される薬物の乱用者といえども、一定の割合で反社会的集団との関係を持つ者や司法的対応を受けたことのある者が存在すると捉えることもできるかもしれない。

(5) 初使用の契機

『睡眠薬・抗不安薬症例』における初回使用の動機としては、「不眠の軽減」（42.9%）と「不安の軽減」（26.1%）が目立って多かった。『覚せい剤症例』、『有機溶剤症例』、『大麻症例』で多く見られた、「誘われて」（7.6%）や「好奇心・興味から」（7.6%）といった理由からに初使用におよんだ者はきわめて少なかった。『睡眠薬・抗不安薬症例』の場合には、精神医学的問題に対する、不適切な自己治療として側面がある可能性が推測される。また、初使用の契機となった人物としては、「精神科医師」（33.3%）が最も多く、次いで「自発的使用」（25.2%）であり、規制薬物のように、反社会的集団の仲間からの圧力よりも、精神科治療の過程で、あるいは、自らの選択として乱用におよんでいることがうかがわれた。

(6) 精神医学的診断

『睡眠薬・抗不安薬症例』におけるICD-10のF1診断としては、圧倒的な「依存症候群」（64.0%）が多く、『覚せい剤症例』や『大麻症例』のように、精神病症状を呈する病態を主要なF1診断とする者はいなかった、このことは、睡眠薬・抗不

安薬の薬理作用から考えてごく当然の結果である。むしろ精神科臨床の現場で問題となっているのは、「使用がコントロールできない」という依存症そのものであり、そうした事態は、『睡眠薬・抗不安薬症例』における過去1年以内ならびに過去1ヶ月以内の睡眠薬や抗不安薬使用が、他の規制薬物に比べて顕著に高率であることからもうかがわれる。なお、こうした最近の当該薬物使用率の高さは、後述するように、『睡眠薬・抗不安薬症例』では、薬物療法を継続すべき他の精神障害の併存率の高さとも関係している可能性がある。

(7) 併存精神障害

『睡眠薬・抗不安薬症例』の45%に「F3気分（感情）障害」の併存が認められ、一方、「F2 統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害」の併存が認められた者はわずか0.8%にとどまった。これは、「F2 統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害」の併存が非常に高率であった『覚せい剤症例』と対照的な特徴といえた。なお、『睡眠薬・抗不安薬症例』では、「F6 成人の人格および行動の障害」（25.2%）の併存も目立った。

(8) 自己破壊的行動

『睡眠薬・抗不安薬症例』では、『覚せい剤症例』、『有機溶剤症例』、『大麻症例』に比べて、過去1年以内に自傷や自殺企図におよんでいた者が多かった（33.6%）。その多くが、複数回以上の挿話を呈していたが、こうした自己破壊的行動の様式には特徴があり、そうした患者の7割が「医薬品の服薬」、つまり、いわゆる「過量服薬（通称、『オーバードーズ』）」におよんでいた。このことは、『睡眠薬・抗不安薬症例』では、単に睡眠薬や抗不安薬の依存的使用をするだけでなく、自己破壊的意図から過量摂取する者が多いことを意味している。

(9) 受診経路

『睡眠薬・抗不安薬症例』の受診経路は、「医療機関からの紹介」（45.9%）が最も多く、次いで、「周囲の勧め」（34.2%）であり、この二つで全体の8割を占めていた。乱用薬物の特性を反映して、「刑事司法機関からの紹介」（2.7%）であった。

5) 鎮痛薬

(1) 『症例』の概観

『鎮痛薬症例』は全体の1.8%であった。乱用前の職業として、「医療薬業関係」（16.7%）が最も多かった点がやや気にかかる結果であった。麻薬系鎮痛薬へのアクセスの良さが使用契機として影響している可能性がある。

(2) 年齢・性別の特徴

『鎮痛薬症例』の平均年齢［標準偏差］は、46.2［8.9］歳であり、年代としては、30～40歳代以降の中高年以降の年代に分布している。性別の構成は、男性率が66.7%とやや男性に多い。

(3) 使用される薬剤の種類

鎮痛薬使用経験者で用いられている薬剤としては、ナロン（8例）やセデス（6例）といった市販薬とともに、ソセゴン・ペンタジン（8例）といった非麻薬性鎮痛薬も認められた。

(4) 反社会的集団との関係および司法的対応の経験

『鎮痛薬症例』では、「暴力団との関係」（16.7%）、「非行グループとの関係」（25.0%）、「逮捕・補導歴」（16.7%）、「矯正施設への入所歴」（16.7%）のいずれも比較的低率であり、すべての薬物乱用者のなかで最も反社会的集団との関係が乏しく、司法的対応を受けた経験者が少なかった。

(5) 初使用の契機

『鎮痛薬症例』における初使用の動機は、「疼痛の軽減」（30.8%）が最も多く、次いで「ストレス解消」（23.1%）と「不安の解消」（23.1%）であった。『覚せい剤症例』、『有機溶剤症例』、『大麻症例』で多く見られた、「誘われて」（0.0%）という動機から初使用した者は1人もいなかった。その意味では、『睡眠薬・抗不安薬症例』と同様、苦痛に対する自己治療的な目的から乱用を開始している可能性が推測された。また、初使用の契機となった人物としては、乱用される薬剤の多くが市販薬であることを反映してか、「自発的使用」（23.1%）がもっと多く、次いで、麻薬系鎮痛剤の場合に該当すると思われる「身体科医師」（16.7%）であった。

(6) 精神医学的診断

『鎮痛薬症例』のICD-10の主要なF1診断では「依存症候群」が76.9%を占め、精神病像に関連する診断カテゴリーに該当した者は1名（7.7%）にとどまり、『睡眠薬・抗不安薬症例』と似たパターンを呈した。

(7) 併存精神障害

『鎮痛薬症例』では、61.5%に「F3気分（感情）障害」の併存が認められ、『睡眠薬・抗不安薬症例』と同様、気分障害との密接な関連が推測される。

(8) 自己破壊的行動

『鎮痛薬症例』における過去1年以内の自傷・自殺企図の発生率は、すべての薬物乱用者のなかで最も高かった。このことは、「F3気分（感情）障害」の高い併存率と関連している可能性がある。なお、こうした自己破壊的行動の様式として最も多かったのは、「医薬品の服薬」（過量服薬）によるものであった。

(9) 受診経路

『鎮痛薬症例』の受診経路については、「医療機関からの紹介」（45.9%）と「周囲の勧め」（34.2%）がその大半を占め、ここでも『睡眠薬・抗不安薬症例』と同じ特徴が認められた。

6) 鎮咳薬

(1) 『症例』の概観

『鎮咳薬症例』は全対象の3.0%であり、前回調査（2.8%）とほぼ横ばいの結果であった。

(2) 年齢・性別の特徴

『鎮咳薬症例』の平均年齢［標準偏差］は36.5［8.9］歳であり、年代は20～50歳代まで比較的幅広く分布していた。また、乱用者の75.0%が男性であった。

(3) 使用されていた薬剤の種類

鎮咳薬使用経験者が用いた薬剤としては、ブロン液（18例）、ブロン錠（11例）、トニン液（5例）であった。

(4) 反社会的集団との関係および司法的対応の経験

『鎮咳薬症例』では、『覚せい剤症例』、『有機溶剤症例』、『大麻症例』に比べると、「暴力団との関係」（15.0%）、「非行グループとの関係」（40.0%）、「逮捕・補導歴」（30.0%）、「矯正施設への入所歴」（15.0%）が認められる者は少なかった。

(5) 初使用の契機

『鎮咳薬症例』における初使用の動機としては、「誘われて」（50.0%）が最も多く、それに次いで「好奇心・興味から」（25.0%）であった。また、初使用の契機となった人物としては、「同性の友人」（40.0%）が最も多かった。以上の初使用の状況は、『覚せい剤症例』、『有機溶剤症例』、『大麻症例』と同じパターンである。鎮咳薬の場合、睡眠薬・抗不安薬や鎮痛薬症例とは異なり、医薬品でありながらもドラッグカルチャーのなかで一定の価値を持っている可能性がある。

(6) 精神医学的診断

『鎮咳薬症例』におけるICD-10の主要なF1診断は、大半が「依存症候群」（89.5%）であった。

(7) 併存精神障害

『鎮咳薬症例』の併存診断としては、「F3気分（感情）障害」（25.0%）、「F2統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害」（20.0%）、「F4神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害」（15.0%）などが認められた。

(8) 自己破壊的行動

『鎮咳薬症例』の25.0%に、過去1年以内の自傷・自殺企図が認められた。自傷の様式として最も多かったのは、「四肢に対する自己切傷」であった。

(9) 受診経路

『鎮咳薬症例』の受診経路として最も多かったのは、「民間リハビリ施設・自助グループ」（35.0%）であった。乱用薬物の特性として、司法機関でも医療期間でも事例化しにくいのかもしれない。

7) メチルフェニデート（リタリン）

(1) 『症例』の概観

前回調査では『リタリン症例』は2例（0.7%）、リタリン使用歴を有する症例は7例（2.5%）であったが、今回の調査では『リタリン症例』は9例（1.3%）、リタリン使用歴を有する症例は47例（7.0%）であった。また、『リタリン症例』のうち、過去1年以内にリタリンを使用した者は4例

(44.4%)存在した。2007年から2008年にかけて、リタリンの保険適用がナルコレプシーのみとなり、処方・調剤および流通管理の厳格化がはかられたが、今回の調査結果を見るかぎり、必ずしも十分な対策となり得ていない可能性が推測される。

(2) 年齢・性別の特徴

『リタリン症例』の平均年齢[標準偏差]は32.7[6.8]歳であり、年代の分布は20～40歳代であった。『リタリン症例』の77.8%は男性であった。

(3) 反社会的集団との関係および司法的対応の経験

『リタリン症例』では、反社会的集団との関係を持つ者、ならびに、司法的対応を受けた経験を持つ者は比較的少なかった。

(4) 初使用の契機

『リタリン症例』の44%が初使用の動機として「抑うつ気分の軽減」という、自己治療的意味を帯びた理由をあげていた。また、初回使用の契機となった人物、ならびに、その後の入手経路として最も多いものが、「精神科医師」(それぞれ44%と55%)であった。

(5) 精神医学的診断

『リタリン症例』におけるICD-10の主要なF1診断は、「依存症候群」(88.9%)であった。

(6) 併存精神障害

『リタリン症例』の併存診断としては、「F2統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害」(22.2%)、「F3 気分(感情)障害」(11.1%)などが認められた。初回使用の動機として、「抑うつ気分の軽減」が多く認められた割には、気分障害の併存診断が少なかった。その理由については、今回の調査データからは十分に説明できないが、比較的最近でも使用している者が44.4%存在することから、リタリンの離脱状態と気分障害との鑑別診断が困難であった可能性も考えられる。

(7) 自己破壊的行動

『リタリン症例』の22.2%に、過去1年以内における自傷もしくは自殺企図の挿話が複数回認められた。その様式としては、「四肢に対する自己切傷」もしくは「医薬品の服薬」であった。

(8) 受診経路

『リタリン症例』の受診経路は様々であったが、「刑事司法機関」を経由しての受診者はひとりも存在しなかった。薬物の特性を考慮すれば、当然の結果と思われる。

8) その他

症例全体で使用歴があると報告されたその他の薬物には、主に以下のようなものがあった。

- コカイン 72例
- ヘロイン 24例
- MDMA 70例
- マジックマッシュルーム 36例
- LSD 55例

この数値は、前回調査の3倍以上の数値である。今回の調査は、調査対象医療施設の回答率や収集した症例数が前回を大きく上回っているために、直接的な比較には慎重であるべきであるが、コカインの検挙人員が増加傾向にあることなどを考慮すれば、無視できない結果である。

なお参考までに、上記薬物の過去1年以内および1ヶ月以内における使用者数を以下に示しておく。

(過去1年以内)

- コカイン 3例
- ヘロイン 2例
- MDMA 3例
- マジックマッシュルーム 0例
- LSD 2例

(過去1年以内)

- コカイン 0例
- ヘロイン 1例
- MDMA 1例
- マジックマッシュルーム 0例
- LSD 0例

E. 結論

1. 全国の精神科病床を有する医療施設1,612施設を対象に、薬物関連精神疾患の実態調査を郵送法にて試行し、1,021施設(63.3%)から723症例の報告を得た。今回の報告書では、このうち、性別・年齢・主たる薬物の種類に関するデータ欠陥のない671症例(男性475

例、女性196例）を分析の対象とした。

2. 主たる使用薬物別にみた場合、671症例の内訳は、『覚せい剤症例』が361例で報告症例全体の53.1%と最も高い割合を占め、次いで『睡眠薬・抗不安薬症例』119例（17.7%）、『多剤症例』57例（8.5%）、『有機溶剤症例』56例（8.3%）、『鎮咳薬症例』20例（3.0%）、『その他症例』19例（2.8%）、『大麻症例』18例（2.7%）、『鎮痛薬症例』12例（1.8%）、『リタリン症例』9例（1.3%）という順であった。

3. 本年度調査から得られた結果のなかで最も重要なのは、本調査開始以来、わが国においてつねに覚せい剤に次ぐ第2位の乱用薬物が、従来の有機溶剤から睡眠薬・抗不安薬へと代わったということであろう。『睡眠薬・抗不安薬症例』はこの十数年、増加傾向が持続しており、今日の薬物依存臨床において大きな治療課題となっている状況がうかがわれた。

4. 薬物関連精神疾患症例は、その背景や病態から二つの類型に整理して考えることができた。一つの類型は、『覚せい剤症例』、『有機溶剤症例』、『大麻症例』に代表される規制薬物乱用者群である。この群は、反社会的集団との関連を持つ者が多く、司法的対応を受けた経験を有する者が多く、仲間からの誘惑や好奇心興味から初回使用に至っていた。精神科臨床の場面では、依存自体もさることながら、慢性持続性の精神病像が重要な治療的課題となっていた。

5. もう一つの類型は、『睡眠薬・抗不安薬症例』、『鎮痛薬症例』、『リタリン症例』などに代表される医薬品乱用群である。この群は、反社会的集団との関連は比較的少なく、司法的対応を受けた経験を有する者も少ない。しばしば不眠、不安、疼痛、抑うつ気分への対処として初回使用し、主要な薬物の入手経路として医師（特に精神科医師）や薬局があげられる。精神科臨床現場での主要な治療課題は依存であり、しばしば気分障害やパーソナリティ障害を併存し、自傷・自殺企図といった自殺関連行動を繰り返す者も少なくない。

6. 今年度の調査では、精神科治療薬乱用症例154例の検討も行った。その臨床的特徴は、『睡眠薬・抗不安薬症例』のそれと一致していたが、非常に多く乱用されていた精神科治療薬として、フルニトラゼパム、トリアゾラム、エチゾラム、ゾルピデム、ブロチゾラム、ベゲタミン®、メチルフェニデート（リタリン）などが判明した。このことから、保険適用の制限や処方・調剤・流通過程の厳格化にも関わらず、依然としてリタリン乱用問題は完全には解決していない可能性が示唆されるとともに、今後、精神科治療薬の適正使用に関する対策が急がれると考えられた。

謝　辞

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

F．研究発表

1. 論文発表

1) 小林桜児，松本俊彦，千葉泰彦，今村扶美，森田展彰，和田　清：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.

2) 今村扶美，松本俊彦，小林桜児，平林直次，和田 清：国立精神・神経医療研究センター病院における物質使用障害治療プログラムの開発と効果測定．日本アルコール・薬物医学会誌 45（5）：452-463，2010.

3) 松本俊彦，千葉泰彦，今村扶美，小林桜児，和田 清：少年鑑別所における自習ワークブックを用いた薬物再乱用防止プログラムの試み～重症度による介入効果の相違に関する検討．精神医学 52（12）：1161-1171，2010.

4) 松本俊彦：物質使用と暴力および自殺行動との関係．日本アルコール・薬物医学会雑誌 45（1）：13-24，2010

5) 今村扶美, 松本俊彦: 医療観察法病棟における薬物依存症治療. こころのりんしょう *à-la-carte* 29 (1): 91-96, 2010
6) 松本俊彦: 薬物依存臨床における司法的問題への対応. こころのりんしょう *à-la-carte* 29 (1): 113-119, 2010
7) 松本俊彦: アディクション—精神科医が「否認」する「否認の病」. 精神科治療学 25 (5): 565-571, 2010
8) 松本俊彦: DSM-5 における物質関連障害. 精神科治療学 25: 1077-1081, 2010
9) 松本俊彦, 小林桜児: 精神作用物質使用障害の心理社会的治療: 再乱用防止のための認知行動療法を中心に. 精神神経学雑誌 112 (7): 672-676, 2010
10) 松本俊彦: 薬物依存症～精神科医療関係者の「否認」する「否認の病」, 財団法人麻薬・覚せい剤乱用防止センターNEWS LETTER 2010.8・第 83 号: 2-5, 2010
11) 松本俊彦: アルコール・薬物依存症と摂食障害との併存例をめぐって. 精神神経学雑誌 112 (8): 766-773, 2010
12) 松本俊彦: 第 2 章 精神作用物質使用による精神および行動の障害 4. 覚せい依存の心理社会的治療. 精神科治療学 25 増刊号「今日の精神科治療ガイドライン, 68-71, 2010
13) 松本俊彦: 物質依存症—治療戦略に役立つ生活歴、現病歴、家族関係. 精神科治療学 25 (11): 1489-1496, 2010
14) 松本俊彦: 薬物臨床の最前線 SMARPP が丸ごとわかる! 第1回 スマープ誕生前夜—マトリックス・モデルとの出会い. 季刊 Be! 101 号 2010.12: 74-78, 2010
15) 松本俊彦: 覚せい剤依存症の精神療法—患者と家族に対する初回面接の工夫—. 臨床精神医学 39 (12): 1583-1587, 2010
16) 松本俊彦: Ⅶ章 思春期における心の問題—薬物乱用. 日野原重明・宮岡 等監修 飯田順三編集 脳とこころのプライマリケア 4, pp448-458, 株式会社シナジー, 東京, 2010
17) 松本俊彦 : 精神科医療 薬物依存. 精神保健福祉白書編集委員会精神保健福祉白書 2011 年版 岐路に立つ精神保健福祉医療—新たな構築をめざして. pp153, 中央法規出版, 東京, 2010
18) 松本俊彦: マトリックスモデルとは何か? 治療プログラムの可能性と限界. 龍谷大学矯正・保護研究センター編龍谷大学矯正・保護研究センター研究年報 No. 7. pp63-75, 龍谷大学矯正・保護研究センター, 京都, 2010

2. 学会発表

1) 松本俊彦: アルコール・薬物依存症と摂食障害との併存例をめぐって. シンポジウム 26「精神障害が併存するアルコール依存症の病態と治療」. 第 106 回日本精神神経学会学術総会, 2010. 5. 21, 広島.
2) 今村扶美, 松本俊彦, 千葉泰彦, 小林桜児, 和田清: 少年鑑別所における自習ワークブックを用いた薬物再乱用防止プログラムの開発とその効果～重症度による介入効果の検討～. 第 6 回日本司法精神医学会大会, 2010. 6. 4, 東京大学.
3) 今村扶美, 松本俊彦, 小林桜児, 平林直次, 和田清: 医療観察法指定入院医療機関における「物質使用障害治療プログラム」の開発とその効果. 第 6 回日本司法精神医学会大会, 2010. 6. 4, 東京大学.
4) 小林桜児, 今村扶美, 根岸典子, 若林朝子, 松本俊彦, 和田 清: 国立精神・神経医療研究センター病院薬物専門外来受診者の臨床的特徴. 東京精神医学会第 89 回学術集会. 2010. 7.10, 北里大学薬学部コンベンションホール.
5) 松本俊彦: 専門講座Ⅱ 自傷行為の理解と援助～アディクションと自殺のあいだ. 第 32 回日本アルコール関連問題学会, 2010. 7. 16, 神戸
6) 宮田久嗣, 松本俊彦: 3 学会合同シンポジウム 1「“物質”と“物質によらない”嗜癖行動の共通点と差異: 問題提起」, 平成 22 年度アルコール・薬物関連学会合同学術総会, 2010. 10. 7, 小倉
7) 松本俊彦: 3 学会合同シンポジウム 4「物質使用障害と自傷・自殺～最近の研究から」, 平成 22 年度アルコール・薬物関連学会合同学術総会, 2010. 10. 7, 小倉

8) 小林桜児，松本俊彦，千葉泰彦，今村扶美，森田展彰，和田　清：少年鑑別所入所者を対象とした日本語版 SOCRATES の因子構造と妥当性の検討．平成 22 年度アルコール・薬物関連学会合同学術総会，2010．10．8，小倉．

9) 今村扶美，松本俊彦，小林桜児，和田清：医療観察法指定入院医療機関における「物質使用障害治療プログラム」の開発とその効果．平成 22 年度アルコール・薬物関連学会合同学術総会，2010．10．8，小倉．

10) 田中紀子，矢澤祐史，松本俊彦：奈良ダルクによる新しいとりくみ：Recovery Dynamics Program 導入による効果観察．平成 22 年度アルコール・薬物関連学会合同学術総会，2010．10．8，小倉．

11) 松本俊彦：嗜癖問題と自傷・自殺．シンポジウム「自殺予防と嗜癖」，第 21 回日本嗜癖行動学会，2010．11．21，岡山衛生会館

12) 松本俊彦・小林桜児：ワークショップ 19 薬物依存症の認知行動療法～マニュアルとワークブックにもとづく統合的外来治療プログラム．第 36 回日本行動療法学会，2010．12．4，愛知県産業労働センター「ウインクあいち」．

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

厚生労働省医薬食品局監視指導・麻薬対策課（2010）麻薬・覚せい剤行政の概況．厚生労働省．

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長通知：「向精神薬等の過量服薬を背景とする自殺について」．2009 年 6 月 24 日．

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～」．2009 年 9 月 9 日．

尾崎　茂，和田　清，大槻直美（2009）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）「薬物乱用・依存等の実態把握と「回復」に向けての対応策に関する研究（研究代表者　和田　清）」研究報告書，p．87-134．

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					
						症例報告あり				症例なし	
						施設数**		報告症例数		1施設あたりの症例数	施設数	
国立病院機構		44	2.7%	32	72.7%	20	45.5%	87	12.0%	4.4	12	27.3%
自治体病院	都道府県立病院	72	4.5%	57	79.2%	26	36.1%	165	22.8%	6.3	31	43.1%
	市町村立病院	67	4.2%	40	59.7%	11	16.4%	33	4.6%	3.0	29	43.3%
大学医学部付属病院		83	5.1%	55	66.3%	14	16.9%	21	2.9%	1.5	41	49.4%
民間病院		1346	83.5%	837	62.2%	64	4.8%	417	57.7%	6.5	479	35.6%
計		1612	100.0%	1021	63.3%	135	8.4%	723	100.0%	5.4	592	36.7%

(回答あり施設数*、症例報告あり施設数**には、「回答拒否例(計230例)」を報告した施設を含む)

表2: 主たる使用薬物

	主たる使用薬物					
	男性		女性		全体	
	N=475		N=196		N=671	
	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率
覚せい剤	268	56.4%	93	47.4%	361	53.8%
有機溶剤	43	9.1%	13	6.6%	56	8.3%
大麻	14	2.9%	4	2.0%	18	2.7%
睡眠薬・抗不安薬	56	11.8%	63	32.1%	119	17.7%
鎮痛薬	8	1.7%	4	2.0%	12	1.8%
鎮咳薬	15	3.2%	5	2.6%	20	3.0%
リタリン	7	1.5%	2	1.0%	9	1.3%
その他	17	3.6%	2	1.0%	19	2.8%
多剤	47	9.9%	10	5.1%	57	8.5%

表3: 使用歴のある薬物

	使用歴のある薬物					
	男性		女性		全体	
	N=475		N=196		N=671	
	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率
覚せい剤	338	71.2%	111	56.6%	449	66.9%
有機溶剤	206	43.4%	50	25.5%	256	38.2%
大麻	142	29.9%	38	19.4%	180	26.8%
コカイン	55	11.6%	17	8.7%	72	10.7%
ヘロイン	18	3.8%	6	3.1%	24	3.6%
MDMA	46	9.7%	24	12.2%	70	10.4%
マジックマッシュルーム	30	6.3%	6	3.1%	36	5.4%
LSD	45	9.5%	10	5.1%	55	8.2%
睡眠薬・抗不安薬	178	37.4%	119	60.7%	297	44.3%
鎮痛薬	26	5.5%	23	11.7%	46	7.3%
鎮咳薬	43	9.1%	9	4.6%	52	7.7%
リタリン	34	7.2%	13	6.6%	47	7.0%
その他	24	5.1%	11	50.0%	34	5.1%

表4: 主たる使用薬物による薬物関連障害症例の年齢分布(データ欠損のない665症例の分析)

年齢		全体		覚せい剤		有機溶剤		大麻		睡眠薬・抗不安薬		鎮痛薬		鎮咳薬		リタリン		その他		多剤	
		男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
～19	人数	9	9	2	4	2	1	1	1	1	3							1		2	
	百分率	1.9%	4.6%	22.4%	44.4%	22.2%	11.1%	11.1%	11.1%	11.1%	33.3%							11.1%		22.2%	
20～29	人数	57	50	17	23	5	3	7		12	17			3	2	2	1	4	1	8	2
	百分率	12.1%	25.6%	29.8%	46.0%	8.8%	6.0%	12.3%		21.1%	34.0%			5.3%	4.0%	3.5%	2.0%	7.0%	2.0%	14.0%	4.0%
30～39	人数	153	75	81	38	12	5	5	3	18	19	4	2	6	2	4		4	1	18	6
	百分率	32.6%	38.5%	52.9%	50.7%	7.8%	6.7%	3.3%	4.0%	11.8%	25.3%	2.6%	2.7%	3.9%	2.7%	2.6%		2.6%	1.3%	11.8%	8.0%
40～49	人数	151	40	96	23	17	4			13	10	2	0	4		1	1	5		13	2
	百分率	32.1%	20.5%	63.6%	57.5%	11.3%	10.0%			8.6%	25.0%	1.3%	0.0%	2.6%		0.7%	2.5%	3.3%		8.6%	5.0%
50～59	人数	57	13	36	2	6				7	8		2	2	1			2		4	
	百分率	12.1%	18.6%	63.2%	15.4%	10.5%				12.3%	61.5%		15.4%	3.5%	7.7%			3.5%		7.0%	
60～69	人数	40	8	34	3	1				3	5	1								1	
	百分率	8.5%	4.1%	85.0%	37.5%	2.3%				7.5%	62.5%	2.5%								2.5%	
70～79	人数	1	0							1											
	百分率	0.2%	0.0%							100.0%											
80～	人数	2	0									1									
	百分率	0.4%	0.0%									50.0%									
合計		470	195	266	93	43	13	13	4	55	62	8	4	15	5	7	2	17	2	46	10

表5: 主たる使用薬物別にみた職業歴(薬物乱用前)

	覚せい剤		有機溶剤		大麻		睡眠薬・抗不安薬		鎮痛薬		鎮咳薬		リタリン		その他		多剤	
	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率
農林漁業																		
商人(卸・小売り)	4	1.4%	1	2.3%														
不動産業	1	0.3%					1	1.1%										
金融業							2	2.3%	1	8.3%	1	6.3%						
自営の職人	5	1.7%	1	2.3%									1	10.0%	1	7.1%	2	3.9%
露天・行商	4	1.4%			1	5.6%												
その他の自営業	6	2.1%	1	2.3%			2	2.3%							1	7.1%		
団体役員									1	8.3%								
会社員	13	4.5%	2	4.5%	3	16.7%	10	11.4%	1	8.3%	1	6.3%	1	10.0%	2	15.4%	6	11.8%
店員	7	2.4%			2	11.1%	6	6.8%					1	10.0%			1	2.0%
工員	14	4.9%	2	4.5%			5	5.7%			1	6.3%	1	10.0%			3	5.9%
公務員	2	0.7%					7	8.0%			1	6.3%					1	2.0%
風俗営業関係者	17	5.9%	1	2.3%			5	5.7%			1	6.3%					3	5.9%
風俗営業以外の飲食業関係者	27	9.4%	2	4.5%	1	5.6%	6	6.8%	1	8.3%	2	12.5%			1	7.1%	2	3.9%
興業関係者	1	0.3%																
旅館業関係者							1	1.1%			1	6.3%					1	2.0%
交通運輸業関係者	20	7.0%	1	2.3%			1	1.1%			1	6.3%			1	7.1%	3	5.9%
土木建築業関係者	50	17.5%	8	18.2%	1	5.6%	4	4.5%	1	8.3%					1	7.1%	5	9.8%
日雇い労働者	5	1.7%											1	10.0%			1	2.0%
その他の被雇用者	12	4.2%	2	4.5%	1	5.6%	6	6.8%	1	8.3%			1	10.0%				
医療薬業関係	3	1.0%			1	5.6%	10	11.4%	2	16.7%	1	6.3%					2	3.9%
芸能関係	4	1.4%			1	5.6%												
船員	1	0.3%																
小学生	2	0.7%	3	6.8%	1	5.6%									1	7.1%	1	2.0%
中学生	21	7.3%	7	15.9%	3	16.7%	2	2.3%	1	8.3%					1	7.1%	5	9.8%
高校生	15	5.2%	2	4.5%			3	3.4%	1	8.3%	2	12.5%	1	10.0%	1	7.1%	2	3.9%
大学生	2	0.7%					1	1.1%							1	7.1%		
各種学校生	2	0.7%			1	5.6%	3	3.4%			2	12.5%						
主婦	3	1.0%	2	4.5%			3	3.4%	1	8.3%							2	3.9%
家事手伝い	1	0.3%																
無職	25	8.7%	5	11.4%			8	9.1%			2	12.5%	1	10.0%			8	15.7%
不定	13	4.5%	3	6.8%	2	11.1%	1	1.1%							1	7.1%	2	3.9%
その他	6	2.1%	1	2.3%			1	1.1%	1	8.3%					1	7.1%	1	2.0%
計	286	100.0%	44	100.0%	18	100.0%	88	100.0%	12	100.0%	16	100.0%	10	100.0%	13	100.0%	51	100.0%

表6: 主たる使用薬物別にみた職業歴(現在の職業)

	覚せい剤		有機溶剤		大麻		睡眠薬・抗不安薬		鎮痛薬		鎮咳薬		リタリン		その他		多剤	
	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率
農林漁業	3	1.0%	1	2.2%											1	7.7%		
商人(卸・小売り)															1	7.7%		
不動産業	1	0.3%																
金融業																		
自営の職人	1	0.3%	1	2.2%			1	1.0%										
露天・行商																		
その他の自営業	2	0.6%													1	7.7%		
団体役員																		
会社員	4	1.3%			2	11.8%	5	5.1%									2	4.7%
店員	4	1.3%					3	3.1%									1	2.3%
工員	5	1.6%											1	12.5%				
公務員							4	4.1%										
風俗営業関係者	4	1.3%					1	1.0%										
風俗営業以外の飲食業関係者	7	2.2%	1	2.2%	1	5.9%									1	7.7%		
興業関係者																		
旅館業関係者							1	1.0%										
交通運輸業関係者	4	1.3%																
土木建築業関係者	11	3.5%	2	4.3%													1	2.3%
日雇い労働者			1	2.2%														
その他の被雇用者	3	1.0%	1	2.2%			1	1.0%			1	5.9%						
医療薬業関係	4	1.3%			1	5.9%	7	7.1%	1	8.3%	2	11.8%						
芸能関係	2	0.6%			1	5.9%												
船員																		
小学生																		
中学生			1	2.2%	1	5.9%	1	1.0%										
高校生	1	0.3%															1	2.3%
大学生															1	7.7%		
各種学校生	1	0.3%																
主婦	12	3.8%	3	6.5%			6	6.1%	2	16.7%							1	2.3%
家事手伝い	3	1.0%					2	2.0%			1	5.9%						
無職	235	74.6%	35	76.1%	10	58.8%	65	66.3%	8	66.7%	13	76.5%	7	87.5%	8	61.5%	35	81.4%
不定	5	1.6%			1	5.9%											1	2.3%
その他	3	1.0%					1	1.0%	1	8.3%							1	2.3%
計	315	100.0%	46	100.0%	17	100.0%	98	100.0%	12	100.0%	17	100.0%	8	100.0%	13	100.0%	43	100.0%

表7: 対象者全体(N=671)における主たる使用薬物別の現在の配偶関係

	覚せい剤		有機溶剤		大麻		睡眠薬・抗不安薬		鎮痛薬		鎮咳薬		リタリン		その他		多剤		χ^2	P
	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率		
未婚	153	42.8%	33	58.9%	13	72.2%	52	43.7%	1	8.3%	13	65.0%	7	77.8%	9	47.4%	38	66.7%		
同棲	11	3.0%	1	1.8%			1	0.8%							1	5.3%	1	1.8%		
内縁	16	4.4%			1	5.6%											1	1.8%		
既婚	41	11.4%	6	10.7%	2	11.1%	24	20.2%	5	41.7%	2	10.0%	1	11.1%	3	15.8%	2	3.5%		
別居	8	2.2%							1	8.3%	1	5.0%			1	5.3%			109.573	0.060
離婚	91	25.2%	11	19.6%	2	11.1%	24	20.2%	3	25.0%	4	20.0%	1	11.1%	2	10.5%	12	21.1%		
死別	4	1.1%							1	8.3%							1	1.8%		
再婚	7	1.9%	1	1.8%					1	8.3%					3	15.8%				
不明	30	4.5%	4	7.1%			18	15.1%									2	3.5%		

表8: 対象者全体(N=671)における主たる使用薬物別の反社会的集団との関係、ならびに司法的対応の経験

	覚せい剤		有機溶剤		大麻		睡眠薬・抗不安薬		鎮痛薬		鎮咳薬		リタリン		その他		多剤		χ^2	P
	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率		
暴力団との関係	266	73.7%	20	35.7%	10	55.6%	33	27.7%	2	16.7%	3	15.0%	1	11.1%	6	31.6%	38	66.7%	132.507	<0.001
乱用前に関係あり	116	32.1%	3	5.4%	2	11.1%	7	5.9%	0	0.0%	1	5.0%	0	0.0%	1	6.3%	13	22.8%	63.632	<0.001
乱用後に関係あり	80	22.2%	3	5.4%	4	22.2%	7	5.9%	1	8.3%	0	0.0%	0	0.0%	2	12.5%	14	24.6%	33.317	<0.001
非行グループとの関係	269	74.5%	43	76.8%	14	77.8%	40	33.6%	3	25.0%	8	40.0%	3	33.3%	9	47.3%	42	73.7%	94.050	<0.001
乱用前に関係あり	142	39.3%	25	44.6%	9	50.0%	18	15.1%	1	8.3%	5	25.0%	1	11.1%	5	26.3%	26	45.6%	41.240	<0.001
乱用後に関係あり	33	9.1%	8	14.3%	4	22.2%	8	6.7%	1	8.3%	1	5.0%	0	0.0%	2	10.5%	9	15.8%	10.134	0.518
逮捕・補導歴	265	73.4%	38	67.9%	9	50.0%	33	27.7%	2	16.7%	6	30.0%	2	22.2%	10	52.6%	46	61.4%	117.119	<0.001
乱用前に逮捕・補導歴あり	62	17.2%	10	17.9%	6	33.3%	4	3.4%	1	8.3%	1	5.0%	0	0.0%	1	5.3%	10	17.5%	32.962	0.001
乱用後に逮捕・補導歴あり	215	59.6%	29	51.8%	7	38.9%	15	12.6%	1	8.3%	5	25.0%	1	11.1%	7	36.8%	34	46.3%	102.528	<0.001
矯正施設入所歴	243	67.3%	25	44.6%	7	38.9%	14	11.8%	2	16.7%	3	15.0%	1	11.1%	5	26.3%	36	63.2%	144.177	<0.001
少年鑑別所	43	11.9%	5	8.9%	3	16.7%	2	1.7%	1	8.3%	1	5.0%	0	0.0%	0	0.0%	9	15.8%	17.982	0.032
少年院	42	11.6%	7	12.5%	1	5.6%	3	2.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	8	14.0%	17.787	0.037
留置場	69	19.1%	6	10.7%	2	11.1%	7	5.9%	2	16.7%	1	5.0%	1	11.1%	3	15.8%	10	17.5%	16.219	0.133
拘置所	63	17.5%	6	10.7%	1	5.6%	2	1.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.3%	11	19.3%	31.011	0.001
刑務所	184	51.0%	18	32.1%	1	5.6%	5	4.2%	0	0.0%	1	5.0%	0	0.0%	1	5.3%	22	38.6%	124.772	<0.001
その他	3	0.8%	0	0.0%	1	5.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	9.559	0.570

表9: 主たる使用薬物別の初めて使用した動機

	覚せい剤		有機溶剤		大麻		睡眠薬・抗不安薬		鎮痛薬		鎮咳薬		リタリン		その他		多剤		χ^2	P
	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率		
誘われて	165	47.1%	21	37.5%	11	61.1%	9	7.6%	0	0.0%	10	50.0%	0	0.0%	7	36.8%	31	54.4%	81.467	<0.001
刺激を求めて	56	16.0%	8	14.3%	2	11.1%	2	1.7%	0	0.0%	2	10.0%	1	11.1%	1	5.3%	14	24.6%	24.433	0.011
好奇心・興味から	123	35.1%	23	50.0%	10	55.6%	9	7.6%	2	15.4%	5	25.0%	2	22.2%	8	42.1%	28	49.1%	53.689	<0.001
断り切れずに	23	6.6%	4	7.1%	3	16.7%	1	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.3%	2	3.5%	13.807	0.244
自暴自棄になって	12	3.4%	2	3.5%	0	0.0%	19	16.0%	1	7.7%	3	15.0%	0	0.0%	1	5.3%	2	3.5%	49.377	<0.001
覚醒効果を求めて	12	3.4%	0	0.0%	0	0.0%	2	1.7%	0	0.0%	0	0.0%	3	33.3%	1	5.3%	7	12.3%	39.037	<0.001
疲労の軽減	12	3.4%	0	0.0%	0	0.0%	5	4.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	7.354	0.770
性的効果を求めて	13	3.7%	0	0.0%	0	0.0%	2	1.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	3.5%	5.649	0.896
ストレス解消	23	6.6%	7	12.5%	0	0.0%	8	6.7%	3	23.1%	2	10.0%	0	0.0%	4	21.1%	3	5.3%	25.576	0.007
抑うつ気分の軽減	9	2.6%	3	5.4%	0	0.0%	19	16.0%	1	7.7%	2	10.0%	4	44.4%	0	0.0%	5	8.8%	53.363	<0.001
不安の軽減	7	2.0%	1	1.8%	1	5.6%	31	26.1%	3	23.1%	2	10.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	5.3%	91.466	<0.001
不眠の軽減	2	0.6%	2	3.5%	1	5.6%	51	42.9%	1	7.7%	0	0.0%	1	11.1%	0	0.0%	5	8.8%	202.323	<0.001
疼痛の軽減	3	0.9%	0	0.0%	0	0.0%	2	1.7%	4	30.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	87.266	<0.001
咳そうの軽減	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	32.199	0.001
やせるため	3	0.9%	1	1.8%	0	0.0%	2	1.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2.692	0.994
その他	7	2.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	5.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.3%	0	0.0%	10.488	0.487
不明	106	30.3%	14	25.0%	2	11.1%	11	9.2%	3	23.1%	2	10.0%	1	11.1%	2	10.5%	6	10.5%	32.347	0.001

表10: 主たる使用薬物別の初めて使用した契機となった人物

	覚せい剤		有機溶剤		大麻		睡眠薬・抗不安薬		鎮痛薬		鎮咳薬		リタリン		その他		多剤		χ^2	P
	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率		
自発的使用	17	4.9%	6	10.7%	2	11.1%	30	25.2%	3	23.1%	5	25.0%	1	11.1%	2	10.5%	6	10.5%	48.222	<0.001
配偶者	7	2.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	1.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.8%	2.589	0.995
同棲中の相手	3	0.9%	1	1.8%	1	5.6%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	3.5%	10.256	0.507
恋人・愛人	23	6.6%	1	1.8%	1	5.6%	1	0.8%	0	0.0%	1	5.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	5.3%	9.537	0.572
同性の友人	133	38.0%	28	50.0%	9	50.0%	12	10.1%	2	16.7%	8	40.0%	1	11.1%	11	57.9%	23	40.4%	54.786	<0.001
異性の友人	33	9.4%	4	7.1%	2	11.1%	3	2.5%	0	0.0%	1	5.0%	0	0.0%	0	0.0%	5	8.8%	9.666	0.561
知人	28	8.0%	4	7.1%	1	5.6%	4	3.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	10.5%	5	8.8%	7.185	0.784
精神科医師	2	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	40	33.6%	0	0.0%	0	0.0%	4	44.4%	0	0.0%	6	10.5%	169.233	<0.001
身体科医師	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	10	8.4%	2	16.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.3%	1	1.8%	47.673	<0.001
精神科・身体科双方の医師	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	2.5%	1	8.3%	0	0.0%	1	11.1%	0	0.0%	0	0.0%	31.343	0.001
薬剤師	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	1.7%	1	8.3%	1	5.0%	1	11.1%	0	0.0%	0	0.0%	32.213	0.001
親	1	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	4	3.4%	1	8.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	19.027	0.061
同胞	4	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	1.8%	6.456	0.841
密売人	17	4.9%	0	0.0%	0	0.0%	2	1.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.3%	2	3.5%	36.833	<0.001
その他	1	1.0%	1	1.8%	1	5.6%	1	0.8%	1	8.3%	1	0.0%	1	11.1%	2	10.5%	3	5.3%	18.559	<0.001
不明	82	23.4%	13	23.6%	2	11.1%	5	4.2%	1	8.3%	1	5.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	48.393	<0.001

表11: 主たる使用薬物別の薬物の入手経路

	覚せい剤		有機溶剤		大麻		睡眠薬・抗不安薬		鎮痛薬		鎮咳薬		リタリン		その他		多剤		χ^2	P
	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率		
友人	18	5.4%	5	9.4%	1	5.9%	5	4.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.3%	4	7.3%	4.796	0.941
知人	23	6.9%	0	0.0%	1	5.9%	1	0.9%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.0%	0	0.0%	2	3.6%	34.832	<0.001
恋人・愛人	7	2.1%	1	1.9%	2	11.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	15.513	0.160
家族	3	0.9%	0	0.0%	1	5.9%	2	1.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.8%	5.616	0.898
密売人(日本人)	58	17.3%	0	0.0%	4	23.5%	1	0.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	8	14.5%	48.869	<0.001
密売人(外国人)	6	1.8%	0	0.0%	3	17.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.3%	1	1.8%	85.429	<0.001
精神科医師	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65	57.5%	1	8.3%	0	0.0%	5	55.6%	0	0.0%	9	16.4%	285.258	<0.001
身体科医師	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	8	7.1%	2	16.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.3%	3	5.5%	37.769	<0.001
精神科・身体科両方の医師	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	17	15.0%	1	5.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.8%	71.460	<0.001
薬局	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	8	7.1%	3	25.0%	14	73.7%	0	0.0%	1	5.3%	5	9.1%	227.560	<0.001
インターネット	2	0.6%	0	0.0%	1	5.9%	0	0.0%	1	8.3%	0	0.0%	1	11.1%	0	0.0%	0	0.0%	28.697	0.003
その他	0	0.0%	12	22.6%	1	5.9%	1	0.9%	1	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	7	57.9%	0	0.0%	159.515	<0.001
不明	60	17.9%	14	26.4%	1	5.9%	1	0.9%	1	8.3%	0	0.0%	0	0.0%	6	31.6%	3	5.5%	38.880	<0.001

表12: 主たる使用薬物別のアルコール乱用と薬物使用の経験

	覚せい剤		有機溶剤		大麻		睡眠薬・抗不安薬		鎮痛薬		鎮咳薬		リタリン		その他		多剤		χ^2	P
	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率		
アルコール問題の既往	97	26.8%	14	25.0%	5	27.8%	35	29.4%	2	15.4%	8	40.0%	1	11.1%	9	47.3%	18	31.6%	14.312	0.216
覚せい剤使用歴	350	100.0%	14	25.0%	1.6	38.9%	19	16.0%	3	23.1%	7	35.0%	0	0.0%	5	26.3%	42	73.7%	400.248	<0.001
有機溶剤使用歴	146	40.3%	52	92.9%	6	33.3%	6	5.0%	3	23.1%	4	20.0%	1	11.1%	7	36.8%	31	54.4%	143.434	<0.001
大麻使用歴	98	27.1%	8	14.3%	18	100.0%	12	10.1%	2	15.4%	8	40.0%	2	22.2%	4	21.1%	28	49.1%	91.922	<0.001
コカイン使用歴	44	12.2%	0	0.0%	4	22.2%	5	4.2%	0	0.0%	1	5.0%	1	11.1%	2	10.5%	15	26.3%	32.476	0.001
ヘロイン使用歴	11	3.0%	0	0.0%	1	5.6%	2	1.7%	0	0.0%	2	20.0%	0	0.0%	2	10.5%	6	10.5%	42.502	<0.001
MDMA使用歴	38	10.5%	2	3.8%	6	33.3%	7	5.9%	0	0.0%	1	5.0%	1	11.1%	2	10.5%	13	22.8%	36.267	<0.001
マジックマッシュルーム使用歴	14	3.9%	1	1.8%	3	16.7%	1	0.8%	1	7.7%	1	5.0%	1	11.1%	3	15.8%	11	19.3%	54.371	<0.001
LSD使用歴	27	7.5%	2	3.6%	5	27.8%	3	2.5%	0	0.0%	3	15.0%	0	0.0%	2	10.5%	13	22.8%	36.243	<0.001
その他の規制薬物使用歴	16	4.4%	3	5.4%	2	11.1%	4	3.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	5	26.3%	4	7.0%	28.146	0.003
睡眠薬使用歴	50	13.8%	8	14.3%	3	16.7%	83	69.7%	2	15.4%	3	15.0%	4	44.4%	3	15.8%	21	36.8%	153.505	<0.001
抗不安薬使用歴	23	6.4%	4	7.1%	3	16.7%	60	50.4%	1	7.7%	3	15.0%	3	33.3%	1	5.3%	12	21.1%	143.150	<0.001
鎮痛薬使用歴	12	3.3%	2	3.6%	1	5.6%	10	8.4%	12	92.3%	2	10.0%	2	22.2%	0	0.0%	8	14.0%	157.637	<0.001
鎮咳薬使用歴	7	1.9%	3	5.4%	1	5.6%	6	5.0%	0	0.0%	20	100.0%	2	22.2%	1	5.3%	12	21.1%	275.886	<0.001
リタリン使用歴	14	3.9%	1	1.8%	1	5.6%	7	5.9%	0	0.0%	2	10.0%	9	100.0%	0	0.0%	13	22.8%	152.545	<0.001
その他の医薬品使用歴	4	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	9	7.6%	1	7.7%	1	5.0%	0	0.0%	2	10.5%	5	8.8%	25.971	0.007

表13: 主たる使用薬物別の過去1年以内における薬物使用の経験

	覚せい剤		有機溶剤		大麻		睡眠薬・抗不安薬		鎮痛薬		鎮咳薬		リタリン		その他		多剤		χ^2	P
	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率		
覚せい剤	103	29.4%	1	1.8%	0	0.0%	3	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.3%	12	21.1%	25.109	0.122
有機溶剤	2	0.6%	24	42.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	10.5%	4	7.0%	87.508	<0.001
大麻	7	2.0%	1	1.8%	9	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	10.0%	0	0.0%	0	0.0%	5	8.8%	41.728	0.001
コカイン	1	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.8%	11.413	0.653
ヘロイン	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.3%	1	1.8%	52.597	<0.001
MDMA	3	4.5%	0	0.0%	2	11.1%	1	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.8%	23.461	0.102
マジックマッシュルーム	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	—	—
LSD	1	0.3%	1	1.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	19.512	0.146
その他の規制薬物	2	0.6%	0	0.0%	1	5.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	21.1%	0	0.0%	41.123	<0.001
睡眠薬	26	7.4%	3	5.4%	0	0.0%	58	48.7%	2	15.4%	0	0.0%	3	33.3%	1	5.3%	5	8.8%	60.974	<0.001
抗不安薬	11	3.1%	2	3.6%	0	0.0%	37	31.1%	1	7.7%	0	0.0%	1	11.1%	0	0.0%	4	7.0%	52.011	<0.001
鎮痛薬	2	0.6%	1	1.8%	0	0.0%	4	3.4%	8	61.5%	0	0.0%	1	11.1%	0	0.0%	3	5.3%	34.908	0.004
鎮咳薬	2	0.6%	1	1.8%	0	0.0%	2	1.7%	0	0.0%	12	60.0%	1	11.1%	0	0.0%	3	5.3%	227.485	<0.001
リタリン	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	4	44.4%	0	0.0%	0	0.0%	57.493	<0.001
その他の医薬品	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	3.4%	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.3%	2	3.5%	29.434	0.021

表14: 主たる使用薬物別の過去1ヶ月以内における薬物使用の経験

	覚せい剤		有機溶剤		大麻		睡眠薬・抗不安薬		鎮痛薬		鎮咳薬		リタリン		その他		多剤		χ^2	P
	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率		
覚せい剤	41	11.7%	1	1.8%	0	0.0%	1	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	5.3%	13.981	0.730
有機溶剤	2	0.6%	14	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	3.5%	50.142	<0.001
大麻	4	1.1%	0	0.0%	2	11.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	3.5%	12.047	0.345
コカイン	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	—	—
ヘロイン	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.3%	0	0.0%	91.325	<0.001
MDMA	1	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	15.915	0.459
マジックマッシュルーム	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	—	—
LSD	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	—	—
その他の規制薬物	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	15.8%	0	0.0%	123.739	<0.001
睡眠薬	23	6.6%	2	3.6%	0	0.0%	36	30.0%	2	15.4%	0	0.0%	2	22.2%	1	5.3%	3	5.3%	34.887	0.004
抗不安薬	9	2.6%	1	1.8%	0	0.0%	28	23.5%	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.8%	47.351	<0.001
鎮痛薬	2	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	2	1.7%	3	23.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	20.364	0.204
鎮咳薬	2	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.8%	0	0.0%	6	30.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	38.930	0.001
リタリン	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	1	11.1%	0	0.0%	0	0.0%	23.666	0.097
その他の医薬品	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	3.4%	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.3%	0	0.0%	24.582	0.039

表15: 主たる使用薬物別の初めて使用した薬物

	覚せい剤		有機溶剤		大麻		睡眠薬・抗不安薬		鎮痛薬		鎮咳薬		リタリン		その他		多剤		χ^2	P
	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率		
覚せい剤	181	51.7%	1	1.8%	0	0.0%	7	5.9%	0	0.0%	1	5.0%	0	0.0%	3	15.8%	11	19.3%	148.620	<0.001
有機溶剤	132	37.7%	51	91.1%	2	11.1%	4	3.4%	3	23.1%	3	15.0%	1	11.1%	4	21.1%	28	49.1%	150.417	<0.001
大麻	17	4.9%	0	0.0%	16	88.9%	4	3.4%	0	0.0%	4	20.0%	1	11.1%	2	10.5%	6	10.5%	201.468	<0.001
コカイン	1	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.3%	0	0.0%	19.764	0.049
ヘロイン	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	—	—
MDMA	4	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.3%	1	1.8%	112.721	<0.001
マジックマッシュルーム	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	—	—
LSD	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	—	—
睡眠薬	4	1.1%	1	1.8%	0	0.0%	65	54.6%	2	15.4%	1	5.0%	0	0.0%	1	5.3%	5	8.8%	273.182	<0.001
抗不安薬	1	0.3%	1	1.8%	0	0.0%	31	26.1%	0	0.0%	1	5.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.8%	133.895	<0.001
鎮痛薬	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	5	4.2%	8	61.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	255.038	<0.001
鎮咳薬	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.8%	0	0.0%	10	50.0%	1	11.1%	0	0.0%	2	3.5%	237.528	<0.001
リタリン	2	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.0%	5	55.6%	0	0.0%	3	5.3%	173.031	<0.001
その他	3	0.9%	1	1.8%	0	0.0%	2	1.7%	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	8	42.1%	1	1.8%	161.311	<0.001
不明	10	2.9%	1	1.8%	0	0.0%	7	5.9%	0	0.0%	0	0.0%	1	11.1%	1	5.3%	2	3.5%	6.865	0.810

表16: 主たる使用薬物による薬物使用に関するICD-10のF1診断

		覚せい剤 N=350		有機溶剤 N=56		大麻 N=18		睡眠薬・抗不安薬 N=111		鎮痛薬 N=13		鎮咳薬 N=19		リタリン N=9		その他 N=15		多剤 N=54	
		人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率
主診断	急性中毒	9	2.6%	2	3.6%			18	16.2%							1	5.3%	1	1.9%
	有害な使用	6	1.7%	2	3.6%	2	11.1%	18	16.2%	1	7.7%							2	3.7%
	依存症候群	90	25.7%	26	46.4%	6	33.3%	71	64.0%	10	76.9%	17	89.5%	8	88.9%	14	73.7%	25	46.3%
	離脱状態	1	0.3%					1	9.0%			1	5.3%						
	せん妄を伴う離脱状態			1	1.8%														
	精神病性障害(物質中断後6ヶ月以内)	19	5.4%	2	3.6%	4	22.2%			1	7.7%					1	5.3%	3	5.6%
	精神病性障害(物質中断後6ヶ月以上)	101	28.9%	10	17.9%	4	22.2%							1	11.1%			9	16.7%
	健忘症候群	11	0.3%	0	0.0%											1	5.3%		
	残遺性障害・遅発性精神病性障害	115	32.9%	13	23.2%	2	11.1%	1	0.9%	1	7.7%	1	5.3%			1	5.3%	14	25.9%
	他の精神および行動の障害	8	2.3%					2	1.8%										
副診断	急性中毒	2	0.6%	2	3.6%			4	3.4%							1	5.3%		
	有害な使用	5	1.4%					1	0.8%										
	依存症候群	44	12.2%	7	12.5%	3	16.7%	5	4.2%			2	10.0%			2	10.5%	5	8.3%
	離脱状態	2	0.6%					1	0.8%										
	せん妄を伴う離脱状態	1	0.3%					1	0.8%	1	7.7%								
	精神病性障害(物質中断後6ヶ月以内)	13	3.6%	3	5.4%			1	0.8%			1	5.0%						
	精神病性障害(物質中断後6ヶ月以上)	10	2.8%	3	5.4%	2	11.1%			1	7.7%					1	5.3%	2	3.5%
	健忘症候群	4	1.1%	1	1.8%			6	5.0%							1	5.3%	1	1.8%
	残遺性障害・遅発性精神病性障害	22	6.1%	4	7.1%	3	16.7%	3	2.5%			2	10.0%	2	22.2%			3	5.3%
	他の精神および行動の障害	5	1.4%	2	3.6%	1	5.6%	1	0.8%									1	1.8%

表17: 主たる使用物質による併存精神障害の診断

	覚せい剤	有機溶剤	大麻	睡眠薬・抗不安薬	鎮痛薬	鎮咳薬	リタリン	その他	多剤	χ^2	P
	人数	人数	人数	人数	人数	人数	人数	人数	人数		
F0 症状性を含む器質性精神障害	6 1.7%	3 5.4%		1 0.8%	1 7.7%				1 1.8%	8.831	0.357
F2 統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害	40 58.8%	8 14.3%	2 11.1%	4 3.4%		4 20.0%	2 22.2%		8 14.0%	15.466	0.051
F3 気分(感情)障害	43 11.9%	9 16.1%	2 11.1%	45 45.0%	8 61.5%	5 25.0%	1 11.1%	3 15.3%	19 33.3%	58.182	<0.001
F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害	25 6.9%	2 3.6%	2 11.1%	21 17.6%	3 23.1%	3 15.0%		1 5.3%	2 3.5%	23.266	0.003
F5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群	4 1.1%	1 1.8%		21 17.6%		1 5.0%			1 1.8%	66.701	<0.001
F6 成人の人格および行動の障害	42 11.6%	8 14.3%		30 25.2%	2 15.4%	2 10.0%		3 15.8%	10 17.5%	18.853	0.016
F7 精神遅滞(知的障害)	11 3.0%	3 5.4%		2 1.7%	1 7.7%	1 5.0%		1 5.3%	2 3.5%	4.236	0.835
F8 心理的発達の障害	2 0.5%	1 1.8%		4 3.4%		2 10.0%				18.339	0.019
F9 小児期および青年期に通常発症する行動及び情緒の障害	1 0.3%							2 10.5%		16.637	0.034
F10: その他の精神障害	1 0.3%	1 1.8%		3 2.5%		2 10.0%			1 1.8%	15.733	0.121

表18: 対象者全体(N=671)における主乱用薬物別の生育史上の問題

	覚せい剤		有機溶剤		大麻		睡眠薬・抗不安薬		鎮痛薬		鎮咳薬		リタリン		その他		多剤		χ^2	P
	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率		
15歳以前の親との離別	72	19.9%	16	28.6%	4	22.2%	21	17.6%	3	23.1%	5	25.0%	2	22.2%	5	31.3%	19	33.3%	9.728	0.555
不登校	39	10.8%	8	14.3%	3	16.7%	8	6.7%	1	7.7%	3	15.0%	2	22.2%	3	18.8%	12	21.1%	11.234	0.420
いじめられ体験	29	8.0%	7	12.5%	2	11.1%	13	10.9%	0	0.0%	2	10.0%	3	33.3%	2	12.5%	7	12.3%	18.968	0.062
身体的虐待	31	8.6%	7	12.5%	1	5.6%	10	8.4%	1	7.7%	2	10.0%	1	11.1%	3	18.8%	7	12.3%	3.987	0.970
性的虐待	5	1.4%	0	0.0%	1	5.6%	7	5.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	5.3%	13.525	0.260
心理的虐待	21	5.8%	1	1.8%	3	16.7%	9	7.6%	1	7.7%	2	10.0%	1	11.1%	4	25.0%	5	8.8%	14.795	0.192
その他の虐待	2	0.6%	1	1.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.8%	3.838	0.574

表19: 男性対象者全体(N=475)における主たる使用薬物別の生育史上の問題

	覚せい剤		有機溶剤		大麻		睡眠薬・抗不安薬		鎮痛薬		鎮咳薬		リタリン		その他		多剤		χ^2	P
	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率		
15歳以前の親との離別	43	16.0%	11	25.6%	3	21.4%	7	12.5%	2	25.0%	2	13.3%	1	14.3%	4	21.1%	15	31.9%	11.205	0.342
不登校	20	7.5%	4	9.3%	3	21.4%	5	8.9%	1	12.5%	0	0.0%	1	14.3%	2	10.5%	8	17.0%	9.213	0.512
いじめられ体験	15	5.6%	4	9.3%	1	7.1%	7	12.5%	0	0.0%	0	0.0%	2	28.6%	2	10.5%	4	8.5%	11.100	0.350
身体的虐待	18	6.7%	4	9.3%	1	7.1%	4	7.1%	1	12.5%	2	13.3%	0	0.0%	3	15.8%	5	10.6%	5.731	0.837
性的虐待	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	—	—
心理的虐待	11	4.1%	1	2.3%	1	7.1%	4	7.1%	1	12.5%	1	6.7%	1	14.3%	4	21.1%	3	6.4%	16.598	0.084
その他の虐待	1	0.4%	1	2.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4.428	0.926

表20: 女性対象者全体(N=196)における主たる使用薬物別の生育史上の問題

	覚せい剤		有機溶剤		大麻		睡眠薬・抗不安薬		鎮痛薬		鎮咳薬		リタリン		その他		多剤		χ^2	P
	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率		
15歳以前の親との離別	29	31.2%	5	38.5%	1	25.0%	14	22.2%	1	25.0%	3	60.0%	1	50.0%	1	50.0%	4	40.0%	8.160	0.518
不登校	18	19.4%	4	30.8%	0	0.0%	3	4.8%	0	0.0%	3	60.0%	1	50.0%	1	50.0%	4	40.0%	26.919	0.001
いじめられ体験	14	15.1%	3	23.1%	1	25.0%	6	9.5%	0	0.0%	2	40.0%	1	50.0%	1	50.0%	3	30.0%	14.407	0.109
身体的虐待	13	14.0%	3	23.1%	0	0.0%	6	9.5%	0	0.0%	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	2	20.0%	7.119	0.625
性的虐待	5	5.4%	0	0.0%	1	25.0%	7	11.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	30.0%	11.878	0.220
心理的虐待	10	10.8%	0	0.0%	2	50.0%	5	7.9%	0	0.0%	1	20.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	20.0%	11.255	0.259
その他の虐待	1	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	10.0%	8.945	0.442

表21: 対象者全体(N=671)における主たる使用薬物別の過去1年以内の自己破壊的行動

	覚せい剤		有機溶剤		大麻		睡眠薬・抗不安薬		鎮痛薬		鎮咳薬		リタリン		その他		多剤		χ^2	P
	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率		
過去1年以内の自己破壊的行動	33	10.5%	7	12.5%	3	16.7%	40	33.6%	5	38.5%	5	25.0%	2	22.2%	6	31.6%	10	17.5%	47.315	<0.001
複数回エピソード	23	63.9%	4	66.7%	2	66.7%	27	67.5%	2	40.0%	2	50.0%	2	100.0%	5	83.3%	9	90.0%	5.830	0.757
自己切傷(四肢)	18	47.4%	7	100.0%	2	66.7%	14	35.0%	2	40.0%	4	80.0%	1	50.0%	3	50.0%	7	70.0%	25.005	0.009
自己切傷(頭部・体幹)	4	10.5%	3	42.9%	1	33.3%	3	7.5%	1	20.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	16.0%	1	10.0%	9.909	0.959
服薬(毒物・規制薬物)	4	10.5%	3	42.9%	0	0.0%	5	12.5%	1	20.0%	1	25.0%	0	0.0%	2	33.3%	5	50.0%	19.029	0.061
服薬(医薬品)	17	44.7%	2	28.6%	0	0.0%	28	70.0%	3	60.0%	1	25.0%	1	50.0%	2	33.3%	3	30.0%	80.682	<0.001
縊首	8	21.1%	3	42.9%	0	0.0%	3	7.5%	1	20.0%	1	25.0%	0	0.0%	1	16.0%	2	20.0%	4.969	0.933
高所からの飛び降り	6	31.6%	0	14.3%	0	0.0%	3	7.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	20.0%	4.072	0.968
鉄道・自動車などへの飛び込み	3	0.8%	1	1.8%	0	0.0%	1	2.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1.895	0.999
溺水	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	16.0%	0	0.0%	41.124	<0.001
その他の自己破壊的行動	6	31.6%	0	0.0%	0	0.0%	3	7.5%	0	0.0%	1	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	5.225	0.920

表22: 男性対象者(N=475)における主たる使用薬物別の過去1年以内の自己破壊的行動

	覚せい剤		有機溶剤		大麻		睡眠薬・抗不安薬		鎮痛薬		鎮咳薬		リタリン		その他		多剤		χ^2	P
	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率		
過去1年以内の自己破壊的行動	15	5.6%	3	7.0%	1	7.1%	10	17.9%	3	37.5%	2	13.3%	2	28.6%	4	23.5%	6	12.8%	25.690	0.004
複数回エピソード	8	53.5%	1	33.3%	0	0.0%	5	62.5%	2	66.7%	1	50.0%	2	100.0%	3	75.0%	6	100.0%	9.372	0.275
自己切傷(四肢)	4	26.8%	3	100.0%	0	0.0%	1	10.0%	1	33.3%	1	50.0%	1	50.0%	1	25.0%	4	66.7%	15.040	0.131
自己切傷(頭部・体幹)	2	13.4%	1	33.3%	0	0.0%	1	1.8%	1	33.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	25.0%	1	16.7%	11.421	0.326
服薬(毒物・規制薬物)	2	13.4%	0	0.0%	0	0.0%	2	20.0%	1	33.3%	1	50.0%	0	0.0%	2	50.0%	3	50.0%	21.282	0.019
服薬(医薬品)	6	40.0%	0	0.0%	0	0.0%	8	80.0%	1	33.3%	1	50.0%	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	29.074	0.001
縊首	3	20.0%	1	33.3%	0	0.0%	2	20.0%	1	33.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	25.0%	1	16.7%	9.182	0.510
高所からの飛び降り	4	26.8%	0	0.0%	0	0.0%	1	10.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	33.3%	4.098	0.943
鉄道・自動車などへの飛び込み	1	6.7%	1	33.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4.428	0.926
溺水	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	—	—
その他の自己破壊的行動	3	20.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.8%	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6.286	0.791

表23: 女性対象者(N=196)における主たる使用薬物別の過去1年以内の自己破壊的行動

	覚せい剤		有機溶剤		大麻		睡眠薬・抗不安薬		鎮痛薬		鎮咳薬		リタリン		その他		多剤		χ^2	P
	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率		
過去1年以内の自己破壊的行動	23	24.7%	4	5.7%	2	5.0%	30	47.6%	2	50.0%	3	50.0%	0	0.0%	2	100.0%	4	40.0%	15.700	0.073
複数回エピソード	15	71.4%	3	75.0%	2	100.0%	22	75.9%	0	0.0%	1	33.3%			2	100.0%	3	75.0%	8.842	0.356
自己切傷(四肢)	14	60.9%	4	100.0%	1	100.0%	13	43.3%	1	50.0%	3	100.0%			2	100.0%	3	75.0%	17.645	0.040
自己切傷(頭部・体幹)	2	8.7%	2	50.0%	1	50.0%	2	6.7%	0	0.0%	0	0.0%			0	0.0%	0	0.0%	12.027	0.212
服薬(毒物・規制薬物)	2	8.7%	3	75.0%	0	0.0%	3	10.0%	0	0.0%	0	0.0%			0	0.0%	2	50.0%	15.862	0.070
服薬(医薬品)	11	47.8%	2	50.0%	0	0.0%	20	66.7%	2	100.0%	0	0.0%			2	100.0%	3	75.0%	22.746	0.007
縊首	5	21.7%	2	50.0%	0	0.0%	1	3.3%	0	0.0%	1	33.3%			0	0.0%	1	25.0%	7.893	0.545
高所からの飛び降り	2	8.7%	0	0.0%	0	0.0%	2	6.7%	0	0.0%	0	0.0%			0	0.0%	0	0.0%	1.244	0.943
鉄道・自動車などへの飛び込み	2	8.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.3%	0	0.0%	0	0.0%			0	0.0%	0	0.0%	0.860	1.000
溺水	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%			0	0.0%	1	25.0%	196.000	<0.001
その他の自己破壊的行動	3	13.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	6.7%	0	0.0%	0	0.0%			0	0.0%	0	0.0%	1.316	0.998

表24: 対象者全体(N=671)における主たる使用薬物別の精神疾患家族歴

	覚せい剤		有機溶剤		大麻		睡眠薬・抗不安薬		鎮痛薬		鎮咳薬		リタリン		その他		多剤		χ^2	P
	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率		
精神疾患の家族歴	811	30.3%	12	24.0%	4	26.7%	21	21.4%	5	41.7%	10	55.6%	1	11.1%	5	33.3%	15	34.1%	12.746	0.012

表25: 対象者全体(N=671)における主たる使用薬物別の精神病性エピソードの既往

	覚せい剤		有機溶剤		大麻		睡眠薬・抗不安薬		鎮痛薬		鎮咳薬		リタリン		その他		多剤		χ^2	P
	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率		
精神病性エピソードの既往あり	241	66.8%	36	64.3%	8	44.4%	22	18.5%	2	16.7%	7	35.0%	3	33.3%	6	31.6%	36	63.2%	104.004	<0.001

表26: 覚せい剤使用経験者の覚せい剤使用方法(N=396)

	人数	百分率
経口摂取	11	2.8%
静脈注射	249	62.9%
吸引	3	0.8%
加熱吸煙	89	22.5%
喫煙	0	0.0%
経鼻吸引	6	1.5%
その他	0	0.0%
不明	65	16.4%

表27: 有機溶剤使用経験者が使用した有機溶剤の種類(N=30)

	人数	百分率
シンナー	18	60.0%
トルエン	6	20.0%
ラッカー	5	16.7%
ボンド	5	16.7%
ガス類	4	13.3%

表28: 大麻使用経験者が用いた大麻の種類(N=14)

	人数	百分率
マリファナ	12	85.7%
大麻樹脂	4	28.6%
ハシシオイル	1	7.1%

表29: 睡眠薬使用経験者が使用した睡眠薬の種類(N=83)

	人数	百分率
トリアゾラム	28	33.7%
フルニトラゼパム	40	48.2%
ブロムワレリル尿素	4	4.8%
ウット	9	10.8%
ブロチゾラム	5	6.0%
ニトラゼパム	6	7.2%

表30: 対象者全体(N=671)における主たる使用薬物別の受診経路

	覚せい剤		有機溶剤		大麻		睡眠薬・抗不安薬		鎮痛薬		鎮咳薬		リタリン		その他		多剤	
	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率
自発的な受診	83	24.6%	5	9.6%	3	17.6%	14	12.5%	0	0.0%	2	10.0%	1	11.1%	4	21.1%	10	18.2%
周囲のすすめ	64	19.0%	18	34.6%	4	23.5%	38	34.2%	6	46.2%	5	25.0%	2	22.2%	5	26.3%	8	14.5%
医療機関	47	13.9%	12	23.1%	3	17.6%	51	45.9%	5	38.5%	4	20.0%	2	22.2%	1	5.3%	9	16.4%
保健福祉・行政機関	40	11.9%	4	7.7%	2	11.8%	2	1.8%	1	7.7%	2	10.0%	2	22.2%	3	15.8%	3	5.5%
刑事司法機関	38	11.3%	5	9.6%	3	17.6%	3	2.7%	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.3%	1	1.8%
民間リハビリ施設・自助グループ	60	17.8%	7	13.5%	2	11.8%	3	2.7%	0	0.0%	7	35.0%	2	22.2%	4	21.1%	24	43.6%
その他	5	1.5%	1	1.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

表31: 精神科治療薬乱用者154名における向精神薬入手経路

		全体 N=154		男性 N=88		女性 N=66		df	χ^2	P
		人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率			
向精神薬の入手経路	友人	8	5.2%	6	6.8%	2	3.0%	1	1.099	0.295
	知人	4	2.6%	1	1.1%	3	4.5%	1	1.733	0.188
	恋人・愛人							1	—	—
	家族	2	1.3%	1	1.1%	1	1.5%	1	0.042	0.837
	密売人(日本人)	1	0.6%	1	1.1%			1	0.755	0.385
	密売人(外国人)							1	—	—
	精神科医師**	77	50.0%	36	40.9%	41	62.1%	1	6.788	0.009
	身体科医師	15	9.7%	7	8.0%	8	12.1%	1	0.745	0.388
	精神科・身体科両方の医師	24	15.6%	13	14.8%	11	16.7%	1	0.103	0.748
	薬局	2	1.3%	2	2.3%			1	1.520	0.218
	インターネット	2	1.3%	0	0.0%	2	3.0%	1	2.707	0.100
	その他	3	1.9%	2	2.3%	1	1.5%	1	0.113	0.736
	不明	16	10.4%							

表32: 精神科治療薬乱用者における他薬物使用経験

		全体 N=154		男性 N=88		女性 N=66		df	χ^2	P
		人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率			
他の薬物使用歴	覚せい剤	63	40.9%	40	45.5%	23	34.8%	2	3.949	0.139
	有機溶剤	38	24.6%	26	29.5%	12	18.2%	2	3.732	0.155
	大麻	41	26.6%	29	33.0%	12	18.2%	2	3.745	0.154
	コカイン	18	11.7%	14	15.9%	4	6.1%	2	3.672	0.159
	ヘロイン	7	4.5%	4	4.5%	3	4.5%	2	0.368	0.832
	MDMA	23	14.9%	15	17.0%	8	12.1%	2	0.743	0.690
	マジックマッシュルーム	9	5.8%	6	6.8%	3	4.5%	2	0.374	0.829
	LSD	13	8.4%	9	10.2%	4	6.1%	2	0.641	0.726
	鎮痛薬	25	16.2%	12	13.6%	13	19.6%	2	4.581	0.101
	鎮咳薬	18	11.7%	11	12.5%	7	10.6%	2	0.510	0.775

表33: 精神科治療薬乱用者の併存精神障害

		全体 N=154		男性 N=88		女性 N=66		df	χ^2	P
		人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率			
併存精神障害	F0 症状性を含む器質性精神障害	1	0.6%	1	1.1%			1	0.755	0.385
	F2 統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害	8	5.2%	5	5.7%	3	4.5%	1	0.990	0.753
	F3 気分(感情)障害**	50	32.5%	20	22.7%	30	45.5%	1	8.885	0.003
	F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害*	23	14.9%	8	9.1%	15	22.7%	1	5.520	0.019
	F5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群**	16	10.4%	3	3.4%	13	19.7%	1	10.747	0.001
	F6 成人の人格および行動の障害***	37	24.0%	7	8.0%	30	45.5%	1	29.055	<0.001
	F7 精神遅滞(知的障害)	4	2.6%	4	4.5%			1	3.080	0.079
	F8 心理的発達の障害	4	2.6%	4	4.5%			1	3.080	0.079
	F9 小児期および青年期に通常発症する行動及び情緒の障害							—	—	—

表34: 乱用されていた精神科治療薬の種類

薬剤の一般名	認められた症例数
flunitrazepam	69
triazolam	45
etizolam	44
zolpidem	37
brotizolam	21
Vegetamine®	21
bromazepam	20
methylphenidate	17
nimetazepam	15
alprazolam	14
nitrazepam	13
diazepam	12
paroxetine	11
levomepromazine	8
quazepam	8
estazplam	7
cloxazolam	6
lorazepam	6
quetiapine	6
risperidone	5
fluvoxamine	4
amoxapine	4
sulpiride	4
pentpbarbital	3
chrolpromazine	3
pemoline	3
imipramine	3
olanzapine	3
clotiazepam	3
lormetazepam	3
aripiprazole	2
clonazepam	2
ethyl loflazepate	2
mianserin	2
blonanserin	2
trazodone	2
clomipramine	2
amobarbital	2
bromvalerylurea	2
trihexyphenidyl	1
haloperidol	1
perphenazine	1
propericiazine	1
sertraline	1
valprate acid	1
modafinil	1
mirtazapine	1

図1: 乱用された精神科治療薬の種類(10症例以上で乱用が見られた薬剤のみ)

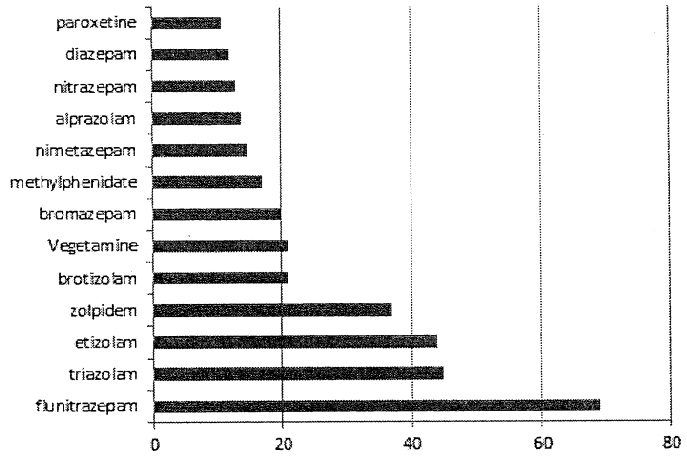


図2: 主たる使用薬物別にみた症例(%)の推移

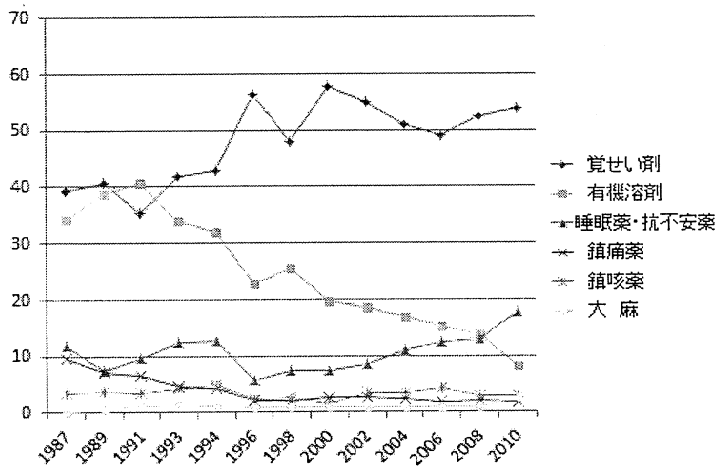
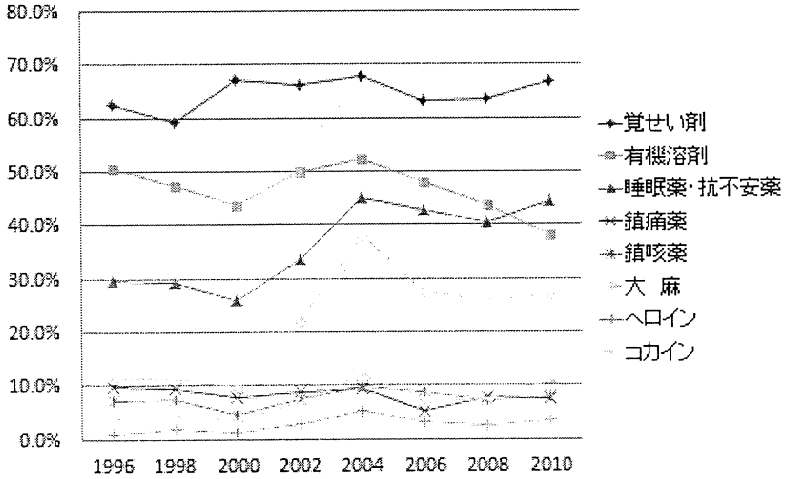


図3: 使用歴のある薬物の推移



分担研究報告書
(1－3)

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

全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究

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

研究要旨　この研究の目的は，薬物乱用のハイリスク群である非行児の薬物への意識および実態を把握することである．この目的のため，全国の児童自立支援施設に入所中の児童に質問紙調査を実施した．有効調査人数は，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 53 人(7.2%)女性 93 人(28.6%)，大麻乱用者数は男性 14 人(1.9%)女性 41 人(12.6%)，覚せい剤乱用者数は男性 3 人(0.4%)女性 27 人(8.3%)，ブタン乱用者数男性 67 人(9.1%)女性 70 人(21.5%)であった．その他，抗不安薬(安定剤)乱用が男性 30 人(4.1%)女性 70 人(21.5%)，ブロン(咳止め液)乱用が男性 18 人(2.4%)女性 42 人(12.9%)に認められた．従来の結果と同様にすべての薬物にて女性は男性より乱用頻度が高かった．2)1994 年度からの薬物乱用頻度の変化は以下のとおりである．有機溶剤乱用はこれまで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 7.4%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 22.9%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%台であり今回も大金変化はなかった．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．

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 2008 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)-7)]．その結果，有機溶剤乱用者は男女とも低下してきており特に男性における低下が顕著である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 14%から 15%台であまり変化はなかった．

これら各種薬物の非行少年における乱用実態を

継続的に把握することが本研究のおもな目的である.

児童自立支援施設入所非行児における薬物乱用の動態の変化は薬物乱用検挙少年者数動向と類似している.

平成21年版犯罪白書[8]によれば, 2008年に覚せい剤事犯で検挙した少年は249人, 有機溶剤等の乱用で検挙した少年は565人で, 大麻事犯で検挙した少年は227人であった. 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, 2008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, 43施設であった(施設回収率75.4%). 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1064人(男性739人, 女性325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739人で全体の69.5%を占めている. 就学状況は, 中学3年生が男性295人(39.9%), 女性が151人(46.5%)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6.5%, 女性5.2%であった. 中学卒業後で無職である者も男性5.0%, 女性6.2%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0.4%, 0.9%であった(表1). 年齢で見ると中学2年および3年に相当する14歳および15歳が男性でそれぞれ35.7%, 26.9%, 女性で36.3%, 32.0%と多くを占めていた. 一方, 18歳以上の者は男女それぞれ0.9%, 0.6%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137人(18.5%),女性62人(19.1%)であった.一方,2年以上入所している者は男性75人(10.1%),女性22人(6.8%)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143人,女性52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64人,女性38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508人(68.7%),家出・外泊483人(65.4%),窃盗475人(64.3%),傷害460人(62.2%),女性では怠学272人(83.7%),家出・外泊264人(81.2%),不良交友217人(66.8%),窃盗216人(66.5%),自転車盗197人(60.6%)などとなっている(表5).

初発非行年齢は,男女とも小学校3年から中学校1年が10%台で多い.女性では全体に男性より初発非行がやや高い傾向にあり,女性の最も多い初発非行年齢は中学1年の56人(17.2%)であった(表6).

家庭裁判所への係属歴は,性差はなく,男性192人(26.0%),女性76人(23.4%)である(表7).

2 薬物乱用の頻度

調査対象薬物は前回2008年調査と同じく有機溶剤,ブタン,大麻,覚せい剤,コカイン,睡眠薬,安定剤,咳止め液,MDMA,リタリンである.非行児の薬物乱用は,女性に多いため,男女別に検討した.また,薬物への意識は,薬物乱用者と非乱用者で異なると予想されるので両者を分けて分析した.

1) 周囲の薬物乱用頻度(表8)

少年達の交友関係など周囲に各種薬物乱用者がいるかどうか尋ねた.その結果,すべての薬物で女性は男性よりも周囲の薬物乱用頻度が高かった.

男性では,有機溶剤145人(19.6%),ブタン138人(18.7%),大麻82人(11.1%),抗不安薬(安定剤)75人(10.1%),咳止め液64人(8.7%),覚せい剤59人(8.0%),コカイン28人(3.8%),リタリン16人(2.2%),MDMA15人(2.0%),睡眠薬7人(0.9%)の順であった.

女性では有機溶剤171人(52.6%),抗不安薬(安定剤)134人(41.2%),ブタン118人(36.3),大麻112人(34.5%),覚せい剤111人(34.2%),咳止め液103人(31.7%),コカイン49人(15.1%),MDMA26人(8.0%),リタリン27人(8.3%),睡眠薬15人(4.6%)の順であった.

2) 本人の薬物乱用頻度(表9)

本人の薬物乱用もすべての薬物において女性は男性より頻度が高かった.

男性では,乱用頻度が高い順に,ブタン67人(9.1%),有機溶剤53人(7.2%),安定剤30人(4.1%),咳止め液18人(2.4%),大麻14人(1.9%),コカイン8人(1.1%),睡眠薬5人(0.7%),MDMA・覚せい剤3人(0.4%),リタリン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93人(28.6%),安定剤・ブタン70人(21.5%),咳止め液42人(12.9%),大麻41人(12.6%),覚せい剤27人(8.3%),コカイン21人(6.5%),MDMA13人(4.0%),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)

今年度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443人(59.9%)女性では255人(78.5%)であった.男性では1年で数回以上,月に2-3回,週に2-3回が多いが,女性ではほぼ毎日あるいは週に2-3回と回答した者で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)

喫煙歴についても今年度より調査項目とした. 喫煙歴は男性474人(64.1)%女性252人(77.5%)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もっとも多かった. 男性の311人(42.1%)女性の193人(59.4%)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2010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7.2%と10%以下になった. 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2008年30.5%から今回28.6%となり30%以下となった.

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, 今回1.9%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%台であったが今回は12.6%とやや減少したが大きな変化ではない.

覚せい剤は男性では1994年1.2%から2000年5.0%まで増加したのち, 2002年2.5%, 2004年1.6%となり, 2006年は以降1%以下であり今回も0.4%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%以下が続いた.

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, 有機溶剤乱用は全般に西日本方面でやや高い傾向にあった. 大麻乱用は関東が3.6%と高かった. ブタン乱用は関西方面でやや高い傾向であった.

女性の場合, 有機溶剤やブタンでは地域差が目立たないが大麻や覚せい剤では地域差があるようである.九州は全般に乱用頻度が高い.

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(6.1%), 女性の75人(23.1%)が身近に有機溶剤乱用の結果と思われる異常を訴える人がいたと答えていた. 女性に周囲の症状発現者が多かった.

② 有機溶剤乱用の誘い(表19)

有機溶剤吸引を誘われたことがある者は, 男性86人(11.6%), 女性112人(64.0%)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121人(16.4%), 女性では112人(34.5%)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17人(32.1%), 女性21人(22.6%)). 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28人(52.8%)，43人(46.2%)と多かった．「ほとんど毎日」と回答した者は男女それぞれ3人(5.7%)，5人(5.4%)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47人（88.7%），女性では43人(83.9%)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493人(73.8%)，女性121人（43.2%）だったのに対し，有機溶剤乱用者では男性12人(22.6%)，女性7人(5.5%)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38人（71.7%）および女性82人（64.1%）と多く，一方，非乱用者では男性82人(12.3%)および女性76人（27.1%）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416人(62.3%)，92人(43.2%)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15人(28.3%)，12人(12.9%)にすぎなかった．「有機溶剤くらい禁止しなくても良い」「そもそも法律で決める必要はなく，個人の好きにさせればよい」を合わせた有機溶剤乱用に肯定的意見が，有機溶剤乱用者では，男女それぞれ23人(43.4%)，59人(43.0%)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36人(67.9%)非乱用者387人(57.9%)，女性では乱用者73人(78.5%)非乱用者160人(75.1%)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10人(18.9%)，女性乱用者23人(24.7%)に訴えられていた．フラッシュバックも男性乱用者9人(17.0%)，女性乱用者25人(26.9%)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 17 人(32.1%)，女性乱用者では 20 人(21.5%)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 20 人(37.7%)，56 人(60.2%)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 39 人(73.6%)，48 人(51.6%)であった．一方，「多分やると思う」「絶対やると思う」と答えた者は男性ではそれぞれ 3 人(5.7%)，1 人(1.9%)，女性ではそれぞれ 17 人(18.3%)，0 人(0.0%)と少なかった．

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」とした者が 3 人(75.0%)，「なんとなくそう思うから」が 4 人(100%)いた．女性では「誘われたらやると思うから」とした者が 8 人(47.1%)，「今もやりたいと思っているから」が 7 人(41.2%)，「いやなことがあったらやると思うから」が 14 人(82.4%)，「なんとなくそう思うから」が 9 人(52.9%)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)

身近にブタン乱用の結果，病気や異常になった人がいたかどうか訪ねた．

その結果，男性の 56 人(7.6%)，女性の 56 人(17.2%)が身近にブタン乱用の結果と思われる異常を訴える人がいたと答えていた．女性に周囲のブタンによる症状発現者が多かった．

② ブタン乱用の誘い(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 81 人(11.0%)，女性 80 人(24.6%)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 244 人(33.0%)，女性では 157 人(48.3%)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．

もともと知らなかった者は，男性では 376 人(50.9%)，女性では 100 人(30.8%)であり，関心がなかったとした者が男性 216 人(29.2%)，女性では 140 人(43.1%)であった．一方，試してみたかったと関心を示した者が男性 46 人(6.2%)，女性では 45 人(13.8%)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 21 人(31.3%)と多かった．女性では 12 歳から 14 歳までがいずれも 22%から 24%ほどで多かった．

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 10 人(14.9%)，女性 11 人(15.7%)であった．一方，「いままで 1, 2 回」のみと回答した者は男

性23人(34.3%),女性23人(32.9%)であった.ブタン乱用に関して乱用頻度の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 286 人(43.9%),女性 102 人(43.2%)だったのに対し,乱用者では男性 15 人(22.4%)および女性6人(8.6%)と少なかった.非乱用者ではブタン吸引そのものを知らなかった者が男女それぞれ246人(37.8%),63人(26.7%)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った者が男性417人(64.1%)女性121 人(54.2%)と多くを占めていた.男性乱用者では精神病状態,急性中毒死を知っていたものはそれぞれ20人(29.9%),24人(35.8%)であった.女性では,精神病症状について知っていた者は乱用者 28 人(40.0%)非乱用者 75 人(31.8%),急性中毒死について知っていた者は乱用者 26 人(37.1%)非乱用者 56 人(23.7%)であった.男女とも有害性の知識は乱用者と非乱用者の間に大きな差はないようであった.

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 15 人(22.4%), 23 人(32.9%)であった.フラッシュバック体験率は男女それぞれ 9 人(13.4%), 22 人(31.4%)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ったかどうかを乱用者に尋ねた.男性では「害を知っていたら吸引しなかったと思う」と「やはりしていたと思う」がいずれも 30〜40% 前後でほぼ同じであった.一方,女性では「やはりしていたと思う」47 人(67.1%)が「害を知っていたら吸引しなかったと思う」16 人(22.9%)よりも多かった.

⑪ 施設退所後、乱用したいと思うか (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 2 人(3.0%),女性では 13 人(18.5%)であり,「絶対やらないと思う」は男女それぞれ51人(76.1%),33人(47.1%)であった.退所後のブタン乱用への気持ちに性差はないようであった.

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2人女性13人と少なかった.退所後乱用すると思う理由として「今もやりたいと思う」「いやなことがあったらやると思う」などがあげられた.

3) **大麻**

① 周囲の大麻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 55 人(7.4%)，女性の 68 人(20.9%)が身近に大麻乱用の結果と思われる異常を訴えていた人がいたと答えていた．大麻による周囲の精神症状発現者は女性に多かった．

② 大麻乱用の誘い(表 35)

大麻の使用を誘われたことがあるとした者は，男性 45 人(6.1%)，女性 81 人(24.9%)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 49 人(6.6%)，女性では 61 人(18.8%)であり，女性の方が簡単に手に入るとする者が多かった．

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 387 人(52.4%)女性 171 人(52.6%)と多かった．一方「見てみたかった」が男性 48 人(6.5%)女性 39 人(12.0%)，「試してみたかった」が男性 17 人(2.3%)女性 49 人(15.1%)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 30 人(73.1%)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．男性では「今まで 1，2 回」が 8 人(57.1 %)と多かったが，女性では「数回以上」が 18 人(48.9%)で多かった．女性では「ほとんど毎日」と答えた者が 6 人(14.6%)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 9 人 (64.3%)，女性では 38 人(92.7%)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)

大麻を吸うことをどう思っていたかを大麻乱用の有無で比較した．大麻非乱用者は，男性 542 人(77.5%)，女性 153 人(57.5%)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 3 人(21.4%)，2 人(4.9%)に過ぎなかった．大麻乱用者では「少々ならかまわないと思う」「 それを守る必要は全然ない」をあわせた大麻乱用に肯定的意見が男性で 8 人(57.1%)，女性で 38 人(92.7%)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」としとするものが多い(男性 71.2%，女性 49.2%)のに対し，大麻乱用者では「禁止することを当然」とした者は少なかった(男性 21.4%，女性 7.3%)．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 42.8%，63.4%と多かった．

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．全体に乱用者は非乱用者よりも知識があった．乱用者は男女とも 60%以上が

精神病状態が起こることを知っていた.

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症状を尋ねた. 精神病状態は男性 2 人(14.3%), 女性 12 人(29.3%)にみられた. 無動機症候群は男性 2 人(14.3%), 女性 15 人(36.6%)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 4 人(28.6%), 5 人(12.2%)にすぎず, 「やはりしていたと思う」と答えた者が多かった.

⑬ 施設退所後の大麻使用(大麻乱用者のみ) (表 63)

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 4 人(28.6%), 女性 15 人(36.6%)) あるいは「絶対やらないと思う」(男性 6 人(42.9%), 女性 16 人(39.0%)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」「いやなことをあったらやると思う」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 41 人(5.5%), 女性の 86 人(26.5%)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 31 人(4.2%), 女性では 52 人(16.0%), また少々苦労するが手に入ると答えた者が男性 76 人(9.6%), 女性 69 人(21.2%)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 50 人(6.7%), 女性の 79 人(24.3%)を占めた. 女性は男性よりも覚せい剤乱用以前から覚せい剤への関心が高かった.

④ 覚せい剤乱用への誘い(表 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 26 人(3.5%), 女性では 51 人(15.7%)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 261 人(35.3%), 72 人(22.2%)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 3 人と少ないので開始年齢についてははっきりしない. 女性では 15 歳が 9 人(28.1%)で最も多く, ついで 14 歳の 5 人(15.6%)であった.

⑥ 覚せい剤の乱用頻度(表 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「数回以上」が2人(66.7%)および12人(41.4%)と多かった．一方，女性では「ほとんど毎日」とした者も9人(31.0%)いた．

⑦ 覚せい剤の乱用方法（表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18人(62.1%)と最も多かった．古典的使用法である注射のみをあげた者は男女それぞれ1人(33.3%)，4人(13.8%)であった．「吸引と注射」をあげた者は，男女それぞれ1人(33.3%)，5人(17.2%)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実がない．男性では約80%が「乱用すべきではない」としている．女性では乱用者29人のうち「少々ならかまわないと思う」11人(37.9%)「それを守る必要は全然ない」8人(27.6%)など覚せい剤乱用に肯定的意見が多く「乱用すべきではない」は8人(27.6%)と少なかった．これに対し女性の非乱用者では「乱用すべきではない」が240人(64.3%)で2/3ほどを占めていた．

⑨ 覚せい剤禁止への態度(表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75%であった．女性では乱用者では「禁止するのは当然である」は9人(31.0%)、「そもそも法律で決める必要はなく，個人の好きにさせればよい」という覚せい剤使用に肯定的意見が9人(31.0%)にみられた．一方，女性の非乱用者では「禁止するのは当然である」が209人(56.0%)であった．

⑩ 覚せい剤の有害性知識(表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21人(72.4%)があった．非乱用者でも60%ほどが有害性の知識があった．

⑪ 覚せい剤の有害性体験率(表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ついて尋ねた．男性では，乱用者が少ないこともあり，精神病状態，フラッシュバックの体験した者はいなかった．一方，女性では，精神病状態，フラッシュバックの体験した者はそれぞれ15人(51.7%)，11人(37.9%)いた．

⑫ 覚せい剤の有害性知識と抑止(表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．「害を知っていたら吸引しなかったと思う」が女性4人(13.8%)であった．「やはりしていたと思う」とする者が，女性で19人(65.5%)であり，有害性を知っていても乱用したとするものの方が多かった．

⑬ 施設退所後の乱用可能性(覚せい剤乱用者のみ)(表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，男性では回答全員「絶対やらないと思う」と答えていた．女性では2人(6.9%)が「多分やると思う」と答えていた．理由については，「今もやりたいと思っているから」と「いやなことがあったらやると思うから」があげられていた(表81)．

D 考察

1 本年度調査の薬物乱用実態

1) 乱用薬物の種類

今年度の調査で，非行児の乱用薬物として多かったのは男性ではブタン 67 人(9.1%)および有機溶剤 53 人(7.2%)，抗不安薬(安定剤)乱用 30 人(4.1%)，女性では有機溶剤 93 人(28.6%)，ブタン 70 人(21.5%)，抗不安薬(安定剤)乱用 70 人(21.5%)であった．

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(平成 21 年版犯罪白書)．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．2008 年には検挙者は 565 人であった．

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 30 人(4.1%)女性 70 人(21.5%)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(ブロン液など)も乱用薬物としてまだ時々みられる．

男性においてその他の薬物乱用頻度は 1%台以下である．この値は未回答者の頻度と変わらずこれらの薬物乱用頻度は信頼性が低いと考えられる．

全体的に薬物乱用が減少してきているため，特に男性では児童自立支援における薬物問題の重要性は相対的に低下していると考えられる．そのため薬物に対する啓蒙教育があまり行われなくなるではないかと心配される．

2) 薬物乱用の性差

入所非行児の薬物乱用の性差については，従来と同様にすべての薬物において男性より女性の方が乱用率が高くまた乱用者実数も多かった．一方，平成 19 年版青少年白書[9]によれば，有機溶剤乱用，大麻乱用，覚せい剤乱用により検挙された犯罪少年のうち女性の割合はそれぞれ 41.7%，16.7%，64.9%である．つまり大麻のみ著しく男性に多く，有機溶剤はやや男性が多く，覚せい剤は女性が多い．われわれの調査対象である入所非行児においては，これは検挙された犯罪少年の場合とはやや異なるといえる．

この理由として，一つには女子非行では性非行や薬物非行が重要な入所理由となりやすいことが考えられる．児童保護の観点から，薬物問題は男性より女性で重要となりやすい．児童自立支援施設への入所は児童相談所や家庭裁判所の判断によるので，女性の場合の方が薬物乱用をしたことによって施設入所になる可能性が高いと思われる．

3) 薬物乱用の地域差

薬物乱用の頻度を地域ごとの検討した結果，薬物の種類により地域差が認められた．しかし，地域ごとの対象人数はそれほど多くないので乱用率などの結果の変動は大きい．そのため地域差については断定的なことは言いにくい．

過去の結果を見てみると，2000 年度調査では，有機溶剤乱用および覚せい剤乱用頻度は関西地域が高く，ブタン乱用は地域差があまりなかった．2002 年調査では北海道・東北地方で有機溶剤乱用，ブタン乱用，大麻乱用などが多かった．2004 年度

は東北・北海道では全般に各種の薬物乱用が多く九州は有機溶剤乱用がおもな乱用薬物であり他の乱用薬物は比較的少ないという結果であった．2006 年度は男性よりも女性で地域差があるようで関東および関西で多少薬物乱用率が高いという結果であった．

このように対象数が少ないため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．前回 2008 年調査では回答者数 1300 人台であったが今回は 1064 人でやや少なかった．となった．このような回答率の変動を考慮し結果の解釈には注意が必要である．また薬物乱用には地域差があるので回答する施設が調査ごとに異なるとその影響も出てくると思われる．さらに対象者のうち１年以上入所している者が 30%以上いる．これらの対象者では１年以上前の薬物経験を訪ねていることになるので警察統計の年度と直接比較し評価することは難しい．

以上を考慮したうえで有機溶剤乱用，大麻乱用，覚せい剤乱用の年次変化についておよそ下記のとおりである．

1） 有機溶剤

男性では 1994 年度調査より有機溶剤乱用は一貫して減少しており，1994 年度から今回 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．

一方，女性も減少傾向にあるが男性ほど顕著でない．女性では，1994 年から 1998 年までの 59.6%，50.6%，48.5%と減少したが，2000 年は 52.3%とやや上昇し，その後 2002 年 46.5%，2004 年 44.2%，2006 年 31.1%，2008 年 30.5%，2010 年 28.6%と減少してきている．

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，2008 年には 565 人までに減少した．この傾向は児童自立支援施設入所非行児の有機溶剤乱用者数の動向は検挙少年数との変化と相関していると思われる．児童自立支援施設入所児童の有機溶剤乱用率が今後とも減少していくか継続的調査が必要である．

2） 大麻

大麻乱用は，男性では 1994 年および 1996 年は 5.5%，6.7%であったが，1998 年から 2008 年までほぼ 4%から 5%前後で一定していた．今回 2010 年は 1.9%と低下している．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，今回も 12.6%とあまり変化していない．

全体としてみるとこの 10 年ほど児童自立支援施設入所児の大麻乱用は有機溶剤乱用と比較すると大きな変化はなく，男性では 4%から 5%，女性では 14%から 15%である．今回やや減った印象がある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%へとはじめて減少し，2004 年 1.6%，2006 年 0.7%，2008 年 0.3%となった．今回も 0.4%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%となった．今回 2010 年では 8.3%であり前回と同様な結果と言える．全般に覚せい剤乱用は一時増加したが，ここ数年は減少したままの傾向にあるといえよう．

3 対象者の特性の変化

今回の調査より，有機溶剤乱用の減少がはっきりしてきた．原因のひとつには単純に有機溶剤が乱用薬物として好まれなくなったことが考えられる．その他有機溶剤乱用減少に関連すると思われる要因として，有機溶剤乱用への態度，有機溶剤乱用への知識，入所児童の非行性そのものの変化なども考えられる．以下従来のわれわれの調査結果もふまえて，有機溶剤乱用頻度の減少に対する態度などの要因の影響を検討する．

1) 薬物乱用に対する態度

従来調査と同様に，今回対象薬物について，各薬物の乱用についてどう思うか，および法律で薬物乱用を禁止していることをどう思うかを尋ねた．全体として従来の結果とほぼ同様な結果が得られた．すなわち，乱用者は非乱用者よりも薬物乱用に許容的であり，また乱用を法律で禁止する必要はなく個人の好きにすればよいと考える傾向にある．また，乱用者，非乱用者に限らず女性の方が男性より薬物乱用に許容的である．

縦断的にみてみると「法律で禁じられているから，有機溶剤を乱用すべきではないと思う」と答えた者の割合は，1998 年には男性 67.6%女性 53.1%であり，今回 2010 年度は男性 68.3%女性 39.3%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%であった．法律で禁止されていることに対する態度も変化していないといえる．

これらより，近年の入所児童における有機溶剤乱用頻度の減少と有機溶剤乱用に対する態度はあまり関係がないと思われる．確かに乱用別にみると乱用者は非乱用者よりも薬物乱用に許容的態度である薬物乱用と乱用への態度は関連があるが，有機溶剤に対する態度は乱用頻度の年代変化を説明するものではないようである．

2) 薬物の有害性知識

具体的有害性知識が乱用前からあったら乱用しなかったかどうかという，有害性知識と乱用抑止の関係も前回同様に検討した．その結果，やはり前回同様な傾向にあった．結果に示したとおり，もし有害性を知っていたら使用しなかったと答えた者は少なく，大多数は有害性知識があっても使用しただろうと答えている．これは，単なる知識としての啓蒙教育で防げるの薬物乱用は全体の一部に過ぎないことを予測させる．ただ，今回も薬物の害について質問紙で簡単に尋ねただけなので，十分な啓蒙教育を実際に実施にその前後で態度の変化を測定しなければ教育による態度変容の効果を判定することは難しい．

このことより近年の有機溶剤乱用の低下は有機溶剤の害知識にそれほど関係していないことが考えられる．有機溶剤による精神病状態について知っている者は 1998 年男性 63.6%女性 82.2%，2010 年は男性乱用者 67.9%男性非乱用者 57.9%，女性乱用者 78.5%女性非乱用者 75.1%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 2010 年は男性乱用者 67.9%男性非乱用者 48.4%，女性乱用者 79.6%女性非乱用者 69.0%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

入所児童の非行性そのものの変化が薬物乱用頻度と関連していることが考えられる．そこで代表

的な非行行動として「恐喝・ひったくり」「不良交友」「傷害」の頻度を以前の調査結果と比較した.

「傷害」は1998年男性70.0%女性57.1%，今回は男性62.2%女性53.2%であった．やや減少傾向かあまり変らないように見える．「不良交友」は1998年男性69.4%女性80.5%，今回調査では男性49.9%女性 66.8%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30.6%女性 27.7%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ている．そのため以前より入所児童の非行度は低下している可能性が示唆される．有機溶剤乱用頻度の減少もこのような入所児童の非行性の低下と一部関連しているのかもしれない．しかし薬物によって乱用頻度が大きく減少しているものとそうでないものがあり乱用と非行性全体の関連ははっきりはしない．一方，家庭裁判所への係属率などはそれほど変化しておらず，一概に非行性が低下しているとも言いきれず，薬物乱用との関連は断定できない.

今後母集団としての入所児童の特性変化に注意しながら薬物乱用調査をしていく必要があると思われる.

4 方法論上の問題点

1) 対象者の特性

本研究は児童自立支援施設入所非行児の薬物乱用の実態調査であるが，前述のとおり入所児童の特性が以前と変化している可能性がある．今回入所児童のいくつかの非行行動は薬物乱用に限らず次第に減少していることが示唆されている.

施設関係者の間では入所児童が以前ほどいわゆる反社会性が目立たなくなってきていると言われている.特に1998年に教護院から児童自立支援施設へと名称変更になり，同時に施設目的がか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きていると考えられる．入所児童はおもに反社会性の高い非行児童であるが，非社会的であったり精神障害を伴い不適応を起こしていたりする児童が増えてきているといわれている.

以前よりも非行性の軽い児童が多く入所するようになってきているとすると，当然薬物非行もそれに伴い減少している可能性がある．したがって入所児童の特性の変化に注意しながら今後の継続的調査を進めていく必要がある.

2) 対象数の変動

われわれの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 2006 年調査では 986人とやや少なくなったが，それ以外はほぼ 1000人から1300人ほどである.今回も有効回答数1064人であり例年通りと言える．人数が少ないと地域差による変動なども受けやすく結果の信頼性も低下する.本調査は比較的質問数が少ないとはいえ，児童および施設にとって調査協力はやはり負担であると思われるので，次回以降の調査でも回答数が極端に減少しないよう配慮した研究計画を作成していく予定である.

3) 無回答率の問題

無回答を減らすために無記名式の質問紙調査としているが，質問内容が薬物乱用という反社会行動であるため無回答が多くなることが予想される.今回の調査で各薬物の乱用経験について２%から５%が無回答であった．乱用率が数%程度の薬物では乱用頻度と無回答率が変らないこととなる.無回答者においては薬物乱用者が多い可能性があるため，特に乱用率の低い薬物では乱用率の信頼性が乏しくなる．男性では女性よりも薬物乱用が

少ないため有機溶剤およびブタン以外の薬物は乱用頻度の信頼性が低い.

5 今後の課題

1) 調査対象数の問題

今回調査の施設参加率は75.4%であった. 前回の参加率は84.2%であり, 今回はやや少なくなった. 年度による施設の調査参加率の変動が大きいと結果の信頼性が低下するので今後とも施設回答率が一定以上保たれるようにする必要がある. ひとつにはやはり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聴ける質問紙にしていくことが望まれる. また調査時期が適切かどうかの問題もある. 同時期に他の調査の依頼, 入所児童の生活態度・状況, 施設行事等により調査に参加しにくくなることもある. これらの点を考慮して今後の調査計画を立てる必要があると感がえられる.

2) 非行少年における薬物乱用の減少に対する対応

現在でも女性入所児童において, 有機溶剤乱用は30%ほど認められ, 施設入所中の薬物教育は重要である. しかし, 男性入所児童において薬物非行は激減した. また以前は薬物乱用と言えば有機溶剤と覚せい剤であったが, 今は多様な薬物が使用されている. 使用される薬物が多様であると, その有害性の説明も多様になるであろうし、入手経路などもまた多様になる. 全般的な薬物教育は変らないと思われるが, 施設としては多くの乱用薬物について教育することが難しくなっているかもしれない. そもそも薬物非行が目立たなくなると薬物教育そのものがおざなりになることも危惧される. 薬物乱用児童にとって施設入所中は薬物教育を受けられる良い機会でありこの間に適切な教育を受けられるかどうかは施設退所後の薬物乱用再発にとって重要と思われる.

非行少年における薬物乱用は有機溶剤乱用中心から多様になってきており, 今後そのような変化に合わせた調査や啓蒙教育が必要と思われる. ブタンや医薬品その他薬物を考慮して調査を継続していく必要がある.

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53人(7.2%)女性93人(28.6%), 大麻乱用者数は男性14人(1.9%)女性41人(12.6%), 覚せい剤乱用者数は男性3人(0.4%)女性27人(8.3%), ブタン乱用者数男性67人(9.1%)女性70人(21.5%)であった. その他, 抗不安薬(安定剤)乱用が男性30人(4.1%)女性70人(21.5%), ブロン(咳止め液)乱用が男性18人(2.4%)女性42人(12.9%)に認められた. 従来の結果と同様にすべての薬物にて女性は男性より乱用頻度が高かった.

2)1994年度からの薬物乱用頻度の変化は以下のとおりである. 有機溶剤乱用はこれまで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7.4%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22.9%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%台であり今回も大金変化はなかったい.

3)有機溶剤乱用に対する態度の年代変化を検討したところ,1998年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　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。

G　研究発表

なし

H　知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

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) 平成21年版犯罪白書　法務総合研究所.2009

9) 平成19年版青少年白書　内閣府.　2007

表1 性・学年構成

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
小学 4年以	11	1.5	2	0.6
小学 5年	10	1.4	4	1.2
小学 6年	39	5.3	13	4.0
中学 1年	82	11.1	36	11.1
中学 2年	208	28.1	75	23.1
中学 3年	295	39.9	151	46.5
高校 1年	25	3.4	13	4.0
高校 2年	12	1.6	1	0.3
高校 3年	9	1.2	3	0.9
専門学校	2	0.3	0	0.0
中卒 無職	37	5.0	20	6.2
就労中	3	0.4	3	0.9
無回答ほか	6	0.8	4	1.2
計	739	100.0	325	100.0

表2 性・年齢構成

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
9歳以下	6	0.8	1	0.3
10歳	8	1.1	4	1.2
11歳	18	2.4	2	0.6
12歳	49	6.6	22	6.8
13歳	123	16.6	45	13.8
14歳	264	35.7	118	36.3
15歳	199	26.9	104	32.0
16歳	39	5.3	14	4.3
17歳	16	2.2	11	3.4
18歳	7	0.9	2	0.6
無回答ほか	10	1.4	2	0.6
計	739	100.0	325	100.0

表3 施設入所期間

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
3ヶ月以下	137	18.5	62	19.1
4～6ヶ月	116	15.7	51	15.7
6ヶ月～1年	186	25.2	85	26.2
～1年6ヶ月	138	18.7	65	20.0
～2年	46	6.2	19	5.8
2年以上	75	10.1	22	6.8
無回答	41	5.5	21	6.5
計	739	100.0	325	100.0

表4 地域別人数

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
東北・北海道	138	18.7	48	14.8
関東	143	19.4	52	16.0
中部	82	11.1	28	8.6
関西	139	18.8	83	25.5
中国・四国	128	17.3	56	17.2
九州	64	8.7	38	11.7
不詳	45	6.1	20	6.2
	739	100.0	325	100.0

表5 非行歴

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
学校をさぼった	508	68.7	272	83.7
外泊や家出をした	483	65.4	264	81.2
自転車を盗んだ	449	60.8	197	60.6
人の物やお金を盗んだ	475	64.3	216	66.5
人にけがをさせた	460	62.2	173	53.2
家からお金を持ち出した	410	55.5	179	55.1
不良仲間とつき合った	369	49.9	217	66.8
家の中で暴れた	298	40.3	155	47.7
人の物をわざと壊した	287	38.8	108	33.2
バイクや自動車を盗んだ	245	33.2	100	30.8
ひったくり, カツアゲ	226	30.6	90	27.7
無免許運転	248	33.6	124	38.2
物や家に火をつけた	231	31.3	81	24.9
根性焼きや入墨をした	198	26.8	123	37.8
性関係のこと	194	26.3	151	46.5
その他	127	17.2	79	24.3
暴力団とつき合った	77	10.4	67	20.6
暴走族に入った	45	6.1	25	7.7

表6 初発非行年齢

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
小学校入学前	49	6.6	13	4.0
小学 1年	72	9.7	26	8.0
小学 2年	53	7.2	23	7.1
小学 3年	78	10.6	29	8.9
小学 4年	83	11.2	42	12.9
小学 5年	85	11.5	38	11.7
小学 6年	98	13.3	40	12.3
中学 1年	106	14.3	56	17.2
中学 2年	34	4.6	23	7.1
中学 3年	3	0.4	3	0.9
中学卒業後	4	0.5	1	0.3
無回答	74	10.0	31	9.5
計	739	100.0	325	100.0

表7 家庭裁判所への係属歴

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
ある	192	26.0	76	23.4
ない	442	59.8	202	62.2
無回答	105	14.2	47	14.5

表8 周囲の薬物乱用状況

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
有機溶剤	145	19.6	171	52.6
大麻	82	11.1	112	34.5
覚せい剤	59	8.0	111	34.2
ガス	138	18.7	118	36.3
コカイン	28	3.8	49	15.1
リタリン	16	2.2	27	8.3
睡眠薬	7	0.9	15	4.6
安定剤	75	10.1	134	41.2
咳止め液	64	8.7	103	31.7
MDMA	15	2.0	26	8.0
その他	23	3.1	33	10.2

表9 本人の薬物乱用歴

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
有機溶剤	53	7.2	93	28.6
大麻	14	1.9	41	12.6
覚せい剤	3	0.4	27	8.3
ガス	67	9.1	70	21.5
コカイン	8	1.1	21	6.5
リタリン	2	0.3	8	2.5
睡眠薬	5	0.7	8	2.5
安定剤	30	4.1	70	21.5
咳止め液	18	2.4	42	12.9
MDMA	3	0.4	13	4.0
その他	7	0.9	20	6.2

表10 飲酒歴

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
1年で数回	137	18.5	37	11.4
月に2-3回	124	16.8	40	12.3
週に2-3回	110	14.9	82	25.2
ほぼ毎日	72	9.7	96	29.5

表11 飲酒開始

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
小学 1年	8	1.1	8	2.5
小学 2年	9	1.2	8	2.5
小学 3年	21	2.8	15	4.6
小学 4年	21	2.8	19	5.8
小学 5年	50	6.8	40	12.3
小学 6年	70	9.5	27	8.3
中学 1年	148	20.0	75	23.1
中学 2年	58	7.8	38	11.7
中学 3年	6	0.8	4	1.2

表12 タバコ歴

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
1年で数回	78	10.6	22	6.8
月に2-3回	32	4.3	10	3.1
週に2-3回	53	7.2	27	8.3
ほぼ毎日	311	42.1	193	59.4

表13 タバコ開始

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
小学 1年	7	0.9	3	0.9
小学 2年	12	1.6	7	2.2
小学 3年	15	2.0	9	2.8
小学 4年	38	5.1	23	7.1
小学 5年	58	7.8	39	12.0
小学 6年	87	11.8	38	11.7
中学 1年	128	17.3	72	22.2
中学 2年	47	6.4	27	8.3
中学 3年	11	1.5	3	0.9

表14 有機溶剤・大麻・覚せい剤の乱用頻度の年代変化(男性)

単位:%

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
有機溶剤	41.2	37.3	30.3	26.4	21.6	14.3	9.8	10.7	7.2
大麻	5.5	6.7	4.8	5.0	4.9	4.9	2.7	4.0	1.9
覚せい剤	1.2	1.7	3.9	5.0	2.5	1.6	0.7	0.3	0.4

表15 有機溶剤・大麻・覚せい剤の乱用頻度の年代変化(女性)

単位:%

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
有機溶剤	59.6	50.6	48.5	52.3	46.5	44.2	31.1	30.5	28.6
大麻	22.0	19.0	14.4	14.7	15.9	15.9	14.0	14.0	12.6
覚せい剤	6.6	10.8	16.9	15.2	13.6	12.4	10.9	6.9	8.3

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=138)	3.7%	0.7%	1.5%	8.8%
関東(n=143)	5.1%	3.6%	0.7%	5.8%
中部(n=82)	8.8%	1.2%	0.0%	9.9%
関西(n=139)	8.1%	2.3%	0.0%	11.9%
中国・四国(n=128)	8.7%	0.8%	0.0%	9.4%
九州(n=64)	7.9%	3.2%	0.0%	7.9%

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=48)	32.6%	15.2%	11.1%	37.0%
関東(n=52)	28.6%	4.1%	4.1%	18.4%
中部(n=28)	23.1%	0.0%	3.8%	11.1%
関西(n=83)	32.9%	15.4%	10.4%	22.1%
中国・四国(n=58)	22.6%	7.4%	5.6%	16.4%
九州(n=38)	38.2%	27.8%	12.1%	29.4%

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	6.1	75	23.1
いない	666	90.1	244	75.1
無回答	28	3.8	6	1.8

表19 有機の誘い

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
ある	86	11.6	112	34.5
ない	643	87.0	208	64.0
無回答	10	1.4	5	1.5

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	121	16.4	112	34.5
なんとか手に入る	68	9.2	47	14.5
ほとんど不可能だ	47	6.4	15	4.6
絶対不可能だ	233	31.5	54	16.6
無回答	270	36.5	97	29.8

表21 有機溶剤乱用開始年齢(乱用者のみ)

	男性(n=53)		女性(n=93)	
	人数	%		%
10歳以下	5	9.4	5	5.4
11歳	2	3.8	6	6.5
12歳	7	13.2	19	20.4
13歳	17	32.1	21	22.6
14歳	8	15.1	14	15.1
15歳以上	1	1.9	3	3.2
年齢はおぼえていない	2	3.8	10	10.8
無回答	11	20.8	15	16.1

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=53)		女性(n=93)	
	人数	%	人数	%
今まで1, 2回	28	52.8	43	46.2
数回以上	9	17.0	30	32.3
ほとんど毎日	3	5.7	5	5.4
無回答	13	24.5	15	16.1

表23 有機への法律知識(乱用者のみ)

	男性(n=53)		女性(n=93)	
	人数	%	人数	%
知っていた	47	88.7	78	83.9
知らなかった	5	9.4	11	11.8
無回答	1	1.9	4	4.3

表24 有機溶剤乱用への態度(男性)

	有機溶剤乱用			
	乱用者(n=53)		非乱用者(n=668)	
	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	22.6	493	73.8
法律で禁じられてはいるが, 少々ならかまわないと思う	16	30.2	48	7.2
法律で禁じられてはいるが, それを守る必要は全然ないと思う	22	41.5	34	5.1
無回答	3	5.7	93	13.9

表25 有機溶剤乱用への態度(女性)

	有機溶剤乱用			
	乱用者(n=93)		非乱用者(n=213)	
	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	7	5.5	121	43.2
法律で禁じられてはいるが, 少々ならかまわないと思う	48	37.5	46	16.4
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	34	26.6	30	10.7
無回答	4	3.1	16	5.7

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=53)		非乱用者(n=668)	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	15	28.3	416	62.3
しかたないことだと思う	10	18.9	77	11.5
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	3	5.7	12	1.8
法律で決める必要はなく, 個人の好きにさせればよいと思う	20	37.7	54	8.1
無回答	5	9.4	109	16.3

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=93)		非乱用者(n=213)	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	12	12.9	92	43.2
しかたないことだと思う	16	17.2	33	15.5
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	19	20.4	10	4.7
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	40	43.0	47	22.1
無回答	6	6.5	31	14.6

表28 有機溶剤の知識(男性)

	有機溶剤乱用			
	乱用者(n=53)		非乱用者(n=668)	
	人数	%	人数	%
急性中毒死	17	32.1	209	31.3
多発神経炎	19	35.8	199	29.8
精神病状態	36	67.9	387	57.9
無動機症候群	24	45.3	192	28.7
フラッシュバック	36	67.9	323	48.4
いずれも知らなかった	11	20.8	152	22.8

表29 有機溶剤の知識(女性)

	有機溶剤乱用			
	乱用者(n=93)		非乱用者(n=213)	
	人数	%	人数	%
急性中毒死	43	46.2	83	39.0
多発神経炎	44	47.3	76	35.7
精神病状態	73	78.5	160	75.1
無動機症候群	53	57.0	83	39.0
フラッシュバック	74	79.6	147	69.0
いずれも知らなかった	11	11.8	26	12.2

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=53)		女性乱用者(n=93)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	10	18.9	23	24.7
フラッシュバック	9	17.0	25	26.9
多発神経炎	1	1.9	4	4.3
無動機症候群	11	20.8	21	22.6

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=53)		女性乱用者(n=93)	
	人数	%	人数	%
しなかったと思う	17	32.1	20	21.5
やはりしていたと思う	20	37.7	56	60.2
無回答	16	30.2	17	18.3

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=53)		女性乱用者(n=93)	
	人数	%	人数	%
絶対やらないと思う	39	73.6	48	51.6
多分やらないと思う	10	18.9	28	30.1
多分やると思う	3	5.7	17	18.3
絶対やると思う	1	1.9	0	0.0
無回答	0	0.0	0	0.0

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=4)		女性乱用者(N=17)	
	人数	%	人数	%
誘われたらやると思うから	3	75.0	8	47.1
今もやりたいから	0	0.0	7	41.2
いやなことがあったら	0	0.0	14	82.4
なんとなくそう思うから	4	100.0	9	52.9

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	56	7.6	56	17.2
いない	631	85.4	254	78.2
無回答	52	7.0	15	4.6

表35 ブタンの誘い

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
ある	81	11.0	80	24.6
ない	560	75.8	225	69.2
無回答	98	13.3	20	6.2

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	244	33.0	157	48.3
なんとか手に入る	36	4.9	24	7.4
ほとんど不可能だ	27	3.7	11	3.4
絶対不可能だ	184	24.9	46	14.2
無回答	248	33.6	87	26.8

表37 ガスパンを知っていたか

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
知らなかった	376	50.9	100	30.8
関心がなかった	216	29.2	140	43.1
見てみたかった	17	2.3	19	5.8
試してみたかった	46	6.2	45	13.8
無回答	84	11.4	21	6.5

表38 ブタン乱用開始年齢(乱用者のみ)

	男性(n=67)		女性(n=70)	
	人数	%	人数	%
10歳以下	1	1.5	0	0.0
11歳	4	6.0	3	4.3
12歳	14	20.9	17	24.3
13歳	21	31.3	16	22.9
14歳	9	13.4	17	24.3
15歳以上	3	4.5	0	0.0
年齢は覚えていない	2	3.0	7	10.0
無回答	13	19.4	10	14.3

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=67)		女性(n=70)	
	人数	%	人数	%
今まで1, 2回	23	34.3	23	32.9
数回以上	19	28.4	25	35.7
ほとんど毎日	10	14.9	11	15.7
無回答	15	22.4	11	15.7

表40 ブタン乱用への態度(男性)

	ブタン乱用			
	経験有(n=67)		経験無(n=651)	
	人数	%	人数	%
すべきではないと思う	15	22.4	286	43.9
少々ならかまわない	20	29.9	38	5.8
かまわない	21	31.3	23	3.5
知らなかった	9	13.4	246	37.8
無回答	2	3.0	58	8.9

表41 ブタン乱用への態度(女性)

	ブタン乱用			
	経験有(n=70)		経験無(n=236)	
	人数	%	人数	%
すべきではないと思う	6	8.6	102	43.2
少々ならかまわないと	24	34.3	28	11.9
かまわない	32	45.7	25	10.6
知らなかった	6	8.6	63	26.7
無回答	2	2.9	18	7.6

表42 ブタンの知識(男性)

	ブタン乱用			
	経験有(n=67)		経験無(n=651)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	20	29.9	126	19.4
急性中毒死	24	35.8	127	19.5
いずれも知らなかった	32	47.8	417	64.1

表43 ブタンの知識(女性)

	ブタン乱用			
	経験有(n=70)		経験無(n=236)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	28	40.0	75	31.8
急性中毒死	26	37.1	56	23.7
いずれも知らなかった	31	44.3	128	54.2

表44 ブタンで体験した症状(乱用者のみ)

	男性乱用者(n=67)		女性乱用者(n=70)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	15	22.4	23	32.9
フラッシュバック	9	13.4	22	31.4

表45 ブタンの知識と乱用抑止(乱用者のみ)

	男性乱用者(n=67)		女性乱用者(n=70)	
	人数	%	人数	%
しなかったと思う	19	28.4	16	22.9
やはりしていたと思う	32	47.8	47	67.1
無回答	16	23.9	7	10.0

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=67)		女性乱用者(n=70)	
	人数	%	人数	%
絶対やらないと思う	51	76.1	33	47.1
多分やらないと思う	10	14.9	24	34.3
多分やると思う	2	3.0	12	17.1
絶対やると思う	0	0.0	1	1.4
無回答	4	6.0	0	0.0

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」と

	男性乱用者(n=2)		女性乱用者(n=13)	
	人数	%	人数	%
誘われたらやると思うから	1	50.0	4	30.8
今もやりたいと思っているから	0	0.0	7	53.8
いやなことがあったらやると思うから	0	0.0	7	53.8
なんとなくそう思うから	8	400.0	6	46.2

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	55	7.4	68	20.9
いない	638	86.3	251	77.2
無回答	46	6.2	6	1.8

表49 大麻の誘い

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
ある	45	6.1	81	24.9
ない	621	84.0	217	66.8
無回答	73	9.9	27	8.3

表50 大麻入手困難さ

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
簡単に手に入る	49	6.6	61	18.8
少々苦労するが，なんとか手に入る	77	10.4	65	20.0
ほとんど不可能だ	58	7.8	29	8.9
絶対不可能だ	305	41.3	70	21.5
無回答	250	33.8	100	30.8

表51 大麻の知識

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
知らなかった	189	25.6	38	11.7
関心がなかった	387	52.4	171	52.6
見てみたかった	48	6.5	39	12.0
試してみたかった	17	2.3	49	15.1
無回答	98	13.3	28	8.6

表52 大麻乱用開始年齢(乱用者のみ)

	男性(n=14)		女性(n=41)	
	人数	%	人数	%
10歳以下	2	14.3	0	0.0
11歳	0	0.0	2	4.9
12歳	3	21.4	7	17.1
13歳	4	28.6	16	39.0
14歳	2	14.3	14	34.1
15歳以上	1	7.1	0	0.0
経験はあるが年齢はおぼえていない	0	0.0	2	4.9
無回答	2	14.3	0	0.0

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=41)	
	人数	%	人数	%
今まで1，2回	8	57.1	16	39.0
数回以上	4	28.6	18	43.9
ほとんど毎日	0	0.0	6	14.6
無回答	2	14.3	1	2.4

表54 大麻への法律知識(乱用者のみ)

	男性(n=14)		女性(n=41)	
	人数	%	人数	%
知っていた	9	64.3	38	92.7
知らなかった	4	28.6	3	7.3
無回答	1	7.1	0	0.0

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=699)	
	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	3	21.4	542	77.5
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	21.4	48	6.9
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	5	35.7	28	4.0
無回答	3	21.4	81	11.6

表56 大麻乱用への態度(女性)

	大麻乱用			
	経験有(n=41)		経験無(n=266)	
	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	4.9	153	57.5
法律で禁じられてはいるが，少々ならかまわないと思う	20	48.8	56	21.1
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	18	43.9	31	11.7
無回答	1	2.4	26	9.8

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=699)	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	3	21.4	498	71.2
しかたないことだと思う	3	21.4	51	7.3
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	7	1.0
法律で決める必要はなく,個人の好きにさせればよいと思う	5	35.7	56	8.0
無回答	2	14.3	87	12.4

表58 大麻乱用禁止への態度(女性)

	大麻乱用			
	経験有(n=41)		経験無(n=266)	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	3	7.3	131	49.2
しかたないことだと思う	11	26.8	46	17.3
大麻くらい禁止しなくてもいいのではないかと思う	8	19.5	4	1.5
法律で決める必要はなく,個人の好きにさせればよいと思う	18	43.9	60	22.6
無回答	1	2.4	25	9.4

表59 大麻の知識(男性)

	大麻乱用			
	経験有(n=14)		経験無(n=699)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	4	28.6	272	38.9
無動機症候群	2	14.3	159	22.7
いずれも知らなかった	8	57.1	360	51.5

表60 大麻の知識(女性)

	大麻乱用			
	経験有(n=41)		経験無(n=266)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	25	61.0	146	54.9
無動機症候群	23	56.1	89	33.5
いずれも知らなかった	14	34.1	95	35.7

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=41)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	2	14.3	12	29.3
無動機症候群	2	14.3	15	36.6

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=41)	
	人数	%	人数	%
しなかったと思う	4	28.6	5	12.2
やはりしていたと思う	6	42.9	34	82.9
無回答	4	28.6	2	4.9

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=41)	
	人数	%	人数	%
絶対やらないと思う	6	42.9	16	39.0
多分やらないと思う	4	28.6	15	36.6
多分やると思う	3	21.4	7	17.1
絶対やると思う	0	0.0	0	0.0
無回答	1	7.1	3	7.3

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	2	28.6
今もやりたいと思っているから	0	0.0	3	42.9
いやなことがあったらやると思うから	1	33.3	3	42.9
なんとなくそう思うから	2	66.7	2	28.6

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	41	5.5	86	26.5
いない	636	86.1	230	70.8
無回答	62	8.4	9	2.8

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	31	4.2	52	16.0
少々苦労するが，なんとか手に入る	71	9.6	69	21.2
ほとんど不可能だ	69	9.3	42	12.9
絶対不可能だ	318	43.0	70	21.5
無回答	250	33.8	92	28.3

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	161	21.8	32	9.8
関心がなかった	425	57.5	191	58.8
見てみたかった	35	4.7	41	12.6
試してみたかった	15	2.0	38	11.7
無回答	103	13.9	23	7.1

表68 覚せい剤乱用への誘い

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
ある	26	3.5	51	15.7
ない	452	61.2	202	62.2
無回答	261	35.3	72	22.2

表69 覚せい剤乱用開始年齢

	男性(n=3)		女性(n=29)	
	人数	%	人数	%
10歳以下	1	33.3	2	6.3
11歳	0	0.0	2	6.3
12歳	0	0.0	1	3.1
13歳	0	0.0	2	6.3
14歳	1	33.3	5	15.6
15歳	0	0.0	9	28.1
経験はあるが年齢はおぼえていない	1	33.3	3	9.4
無回答	0	0.0	5	15.6

表70 覚せい剤乱用頻度

	男性(n=3)		女性(n=29)	
	人数	%	人数	%
今まで1, 2回	1	33.3	3	10.3
数回以上	2	66.7	12	41.4
ほとんど毎日	0	0.0	9	31.0
無回答	0	0.0	5	17.2

表71 覚せい剤の乱用方法

	男性(n=3)		女性(n=29)	
	人数	%	人数	%
吸引	0	0.0	18	62.1
注射	1	33.3	4	13.8
吸引と注射	1	33.3	5	17.2
無回答	1	33.3	2	6.9

表72 覚せい剤への態度(男性)

	覚せい剤乱用			
	経験有(n=3)		経験無(n=845)	
	人数	%	人数	%
法律で禁じられているから，すべきではないと思う	2	66.7	685	81.1
法律で禁じられてはいるが，少々ならかまわないと思う	1	33.3	56	6.6
法律で禁じられてはいるが，それを守る必要は全然ないと思う	0	0.0	41	4.9
無回答	0	0.0	63	7.5

表73 覚せい剤への態度(女性)

	覚せい剤乱用			
	経験有(n=29)		経験無(n=373)	
	人数	%	人数	%
法律で禁じられているから，すべきではないと思う	8	27.6	240	64.3
法律で禁じられてはいるが，少々ならかまわないと思う	11	37.9	72	19.3
法律で禁じられてはいるが，それを守る必要は全然ないと思う	8	27.6	34	9.1
無回答	2	6.9	27	7.2

表74 覚せい剤禁止への態度(男性)

	覚せい剤乱用			
	経験有(n=3)		経験無(n=845)	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	3	100.0	641	75.9
しかたないことだと思う	0	0.0	69	8.2
法律で決める必要はなく,個人の好きにさせればよいと思う	0	0.0	63	7.5
無回答	0	0.0	72	8.5

表75 覚せい剤禁止への態度(女性)

	覚せい剤乱用			
	経験有(n=29)		経験無(n=373)	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	9	31.0	209	56.0
しかたないことだと思う	9	31.0	77	20.6
法律で決める必要はなく,個人の好きにさせればよいと思う	9	31.0	53	14.2
無回答	2	6.9	34	9.1

表76 覚せい剤の知識(男性)

	覚せい剤乱用			
	経験有(n=3)		経験無(n=845)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	1	33.3	363	43.0
フラッシュバック	1	33.3	320	37.9
いずれも知らなかった	2	66.7	389	46.0

表77 覚せい剤の知識(女性)

	覚せい剤乱用			
	経験有(n=29)		経験無(n=373)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	21	72.4	217	58.2
フラッシュバック	21	72.4	218	58.4
いずれも知らなかった	3	10.3	105	28.2

表78 有機溶剤で体験した症状

	男性乱用者(n=3)		女性乱用者(n=29)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	0	0.0	15	51.7
フラッシュバック	0	0.0	11	37.9

表79 覚せい剤の知識と抑止

	男性乱用者(n=3)		女性乱用者(n=29)	
	人数	%	人数	%
使わなかったと思う	0	0.0	4	13.8
やはり使ったと思う	0	0.0	19	65.5
無回答	3	100.0	6	20.7

表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=3)		女性乱用者(n=29)	
	人数	%	人数	%
絶対やらないと思う	3	100.0	19	65.5
多分やらないと思う	0	0.0	6	20.7
多分やると思う	0	0.0	2	6.9
絶対やると思う	0	0.0	0	0.0
無回答	0	0.0	2	6.9

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

分担研究報告書
(1－4)

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

監察医務院における薬物検出の実態に関する研究

分担研究者　福永 龍繁　東京都監察医務院　院長
研究協力者　谷藤 隆信　同上（主任）
柴田 幹良　同上（主任）

研究要旨　2006～2010年(平成18～22年)の5年間に行われた東京都監察医務院の検案総数65,504件のなかで,死因究明のため行政解剖が行われた13,499件の薬毒物検査と薬物の検出結果を調査した.検査依頼件数と検出薬物件数はともに増加した.検出薬物では医薬品等が増加した.医薬品等の検出では睡眠剤と精神神経用剤の件数が顕著に増加した.睡眠剤の検出ではブロムワレリル尿素,ニトラゼパム,フルニトラゼパム,フェノバルビタール,そして酒石酸ゾルピデムが増加した.抗てんかん剤の検出ではカルバマゼピンとバルプロ酸ナトリウムが2010年に増加した.精神神経用剤の検出では,マレイン酸レボメプロマジンや塩酸イミプラミンが減少した.ベゲタミンの成分であるフェノバルビタール・塩酸クロルプロマジン・塩酸プロメタジンの検出件数は2010年にそれぞれ大幅に増加した.MDMA6件,モルヒネ1件,コカイン1件,ジヒドロコデイン5件が検出された.行政解剖例における薬物検出の傾向を明らかにした.今後,乱用防止に繋げるためにも,薬毒物の検査システムの充実と共に監察医制度のような死因究明制度の全国的展開が期待される.

A. 研究目的

薬物濫用・依存の現状実態を正確に把握するためには,違法者の検挙数や救急病院など医療機関を窓口に調査する方法などがあるが,医学的診断,薬毒物の分析の正確さに問題があり,確実な数値の把握が困難である.そこで本研究では,東京都23区内において全ての異状死を取り扱う東京都監察医務院において,薬毒物スクリーニング検査を行った結果を調査し,最近の濫用薬物のみならず,薬毒物中毒者の動向を正確に把握し,薬物濫用者の回復,依存者を持つ家族の在り方の検討に寄与貢献することを目的とする.

B. 研究方法

対象データは,2006～2010年(平成18～22年)の5年間に行われた東京都監察医務院の検案総件数65,504件のなかで,死因究明のため行政解剖が行われた13,499件の薬毒物検査と薬物の検出結果である.データ抽出は東京都監察医務院の死因統計システムデータベースから集計した.

監察医務院のデータベースの検索に際し,各自例を剖検番号のみで取り扱い,連結可能な匿名化を行って調査を行った.尚,監察医務院研究審査委員会並びに倫理委員会の承認を得た.

C. 研究結果

1. 検案件数,行政解剖件数及び薬毒物検査依頼件数の年次的推移(表1及び図1)

薬毒物検査の依頼件数は増加傾向を示した.5年前と比較して5,433件から6,589件へと1,156件増加した.この期間,検案件数は12,022件から14,396件へと2,374件増加した.行政解剖件は2009年までは2700件前後と横ばいであったが,2010年は2,938件と増加した.

2. 薬物検査依頼件数の年次的推移(依頼項目別)(表2及び図2)

薬物検査依頼件数は項目により増減がある.2006年に比べ2010年は薬毒物スクリーニング,エタノール,一酸化炭素,抽出される薬毒物が増加した一方で,青酸が減少した.覚醒剤はほぼ横ばいである.特徴的なのは睡眠剤や向精神薬などを含む「抽出される薬毒物」が5年前と比較して300件増加(約1.6倍)したことである.尚,依頼件数は症例の血液,尿,胃内容などの検体ごとに計上した数値である.

3. 薬毒物検査予試験件数の年次的推移(表3)

薬毒物検査の予試験件数は,薬毒物検査依頼件数の増加に伴って,各項目とも5年前と比較して

約 400 件増加した．5 年間でマウス経口毒性，pH 測定，シェーンバイン反応の各予試験の総件数は 10,000 件以上に達する．

4. **検出薬物件数の年次的推移(検出薬物細目別)**（表 4 及び図 3）

検出薬毒物件数は項目により増減がある．増減項目は薬毒物の検査依頼とほぼ同様である．エタノールと一酸化炭素、そして睡眠剤や向精神薬などを含む「医薬品など」の増加が顕著であった．覚醒剤は増減しながらも，2010 年には増加した．「農薬その他」は年間検出件数が 5 件以内であった．尚，検出件数は症例の血液，尿，胃内容などの検体ごとに計上した数値である．

5. **エタノール分析検査件数の年次的推移**（表 5 及び図 4）

エタノール分析件数と検出件数は増加傾向を示した．エタノールの分析及び検出件数は，薬物検査依頼件数と相関する．薬化学検査の依頼数の増減がエタノール検出件数に影響することがわかる．

6. **一酸化炭素及び，青酸の分析検査件数と検出件数の結果**（表 6～7 及び図 5～6）

青酸と一酸化炭素の分析の検査対象は，ほとんどが焼死である．一方，一酸化炭素検出件数と焼死件数は，青酸検出件数ほど明確な相関はない．これは，焼死以外の一酸化炭素中毒の場合，青酸が検出されないことが原因である．

7. **覚醒剤の分析検査件数と検出件数の結果**（表 8～9 及び図 7～8）

覚醒剤の検査件数と検出件数は 5 年間で共に増加した．2010 年の検出件数は，2005 年から 8 件増加して 31 件であった．メタンフェタミンとアンフェタミンはほぼ横倍であった．検出件数は少ないものの，5 年間で MDMA6 件，モルヒネ 1 件，コカイン 1 件，ジヒドロコデイン 5 件が検出された．

8. **農薬その他の分析検査件数と検出件数の結果**（表 10）

検出される農薬の種類は各年により異なるが，検出の合計数は年間 3 件以下であった．また，2010 年において農薬等は検出されなかった．5 年間の合計検出件数はメソミル 2 件，スミチオン 3 件，界面活性剤 2 件，マラソン 2 件であった．

9. **医薬品等の分析検査件数と検出件数の結果**（表 11 及び図 9）

分析検査で特徴的なのは，アルコール抽出，GC-MS 件数そして HPLC 件数の増加率である．アルコール抽出件数は約 1.5 倍（246 件増加），GC-MS 件数は約 3.8 倍（1,398 件増加），HPLC 件数は約 1.6 倍（613 件増加）となった．表と図から医薬品等の分析件数が大幅に増加していることがわかる．これに伴い，医薬品等の検出件数も 5 年間で 210 件増加して 2010 年は 843 件となった．

10. **医薬品等の検出件数の年次的推移**（医薬品等細目別）（表 12 及び図 10）

医薬品等の検出件数は増加傾向を示した．各医薬品等の年間検出件数は，睡眠剤 264±43 件，抗てんかん剤 63±16 件，精神神経用剤 261±42 件，解熱鎮痛消炎剤 17±8 件，その他薬物は 105±19 件である．5 年間の総数は睡眠剤 1,199 件，精神神経用剤 1,243 件，抗てんかん剤 284 件，解熱鎮痛消炎剤 82 件，その他薬物 515 件であった．なかでも，睡眠剤と精神神経用剤の検出件数の増加が著しい．2010 年の検出件数は睡眠剤が 5 年前より 83 件増加して 306 件となり，精神神経用剤では 73 件増加して 303 件となった．

11. **睡眠剤検出件数の年次的推移**（表 13 及び図 11）

睡眠剤の検出件数では、フェノバルビタールが 2009 年から 2010 年にかけて 45 件増加して，136 件になった．また 5 年前と比較しても 12 件増加した．年間検出件数の上位にある薬物は以下のとおりである．フェノバルビタール 114±23 件，ペントバルビタール 26±12 件，アモバルビタール 21±3 件，酒石酸ゾルピデム 20±13 件，フルニトラゼパム 13±7 件．

ブロムワレリル尿素，ニトラゼパム，フルニトラゼパム，フェノバルビタール，酒石酸ゾルピデムの増加傾向が特徴的である．

12. **抗てんかん剤検出件数の年次的推移**（表 14 及び図 12）

抗てんかん剤の検出件数は 2010 年に増加傾向を示した．年間検出件数の上位にある薬物は以下のとおりである．カルバマゼピン 37±8 件，バルプロ酸ナトリウム 16±12 件，ゾニサミド 5±3 件，フェニトイン 5±4 件，クロナゼパム 1 件±1 件．

カルバマゼピンは 2009 年までは減少傾向にあったものの，2010 年には増加に転じ 42 件であった．またバルプロ酸ナトリウムも 2010 年に大幅に増加し 27 件であった．

13. **精神神経用剤検出件数の年次的推移**（表 15

及び図 13)

5 年間で精神神経用剤全体の検出件数は 230 件から 302 件に大幅に増加した．年間検出件数の上位にある薬物は以下のとおりである．塩酸クロルプロマジン 75±11 件，マレイン酸レボメプロマジン 34±10 件，フマル酸クエチアピン 15±13 件，クロラゼプ酸二カリウム 17±11 件，ジアゼパム 11±4 件．

多くの薬剤で 5 年前と比較して検出件数は増加しているが，特に増加割合が顕著な薬剤を列挙すると，フマル酸クエチアピン（+19 件），クロラゼプ酸二カリウム（+18 件），塩酸クロルプロマジン（+11 件）などである．

一方，マレイン酸レボメプロマジン（-6 件），塩酸イミプラミン（-5 件），塩酸クロミプラミン（-4 件），塩酸ノルトリプチリン（-4 件）が減少した．

14. **解熱鎮痛消炎剤検出件数の年次的推移**（表 16 及び図 14)

5 年間で解熱鎮痛消炎剤全体の検出件数は 9 件から 25 件へと増加した．

15. **その他薬物検出件数の年次的推移**(表 17 及び図 15)

5 年間で本分類全体の検出件数は 113 件から 123 件へと増加した．塩酸プロメタジンが 95 件から 108 件へ増加したことが原因である．その他薬物では，塩酸ジフェンヒドラミンが 10 件から 5 件へと減少した．

16. **ベゲタミン検出件数の年次的推移**（表 18 及び図 16)

ベゲタミンの成分であるフェノバルビタール，塩酸クロルプロマジン，そして塩酸プロメタジンの検出件数は 2010 年に大幅に増加した．2009 年と比較すると，フェノバルビタールは 91 件から 136 件に増加し，塩酸クロルプロマジンは 64 件から 85 件に，そして塩酸プロメタジンは 77 件から 108 件に増加した．

17. **血液及び胃内容物から検出された薬剤数**（表 19)

血液から医薬品等を分析検査した 1,567 件のうち 285 件（18%）から医薬品等が検出された．これらの検出状況をみると，単剤検出が 131 件（46%），多剤検出が 154 件（54%）であった．多剤検出状況は 8 剤が 1 件，7 剤 2 件，6 剤 6 件，5 剤 12 件，4 剤 22 件，3 剤 45 件，そして 2 剤 66 件であった．

一方、胃内容物では 2,361 件のうち 154 件(15%)から医薬品等が検出された．このうち単剤検出が 65 件（42%），多剤検出が 89 件（58%）であった．多剤検出状況は 8 剤が 2 件，7 剤 2 件，6 剤 4 件，5 剤 8 件，4 剤 11 件，3 剤 29 件，そして 2 剤 65 件であった．

D．考察

2006～2010 年（平成 18～22 年）の 5 年間において東京都監察医務院で行われた薬化学検査の調査を行った．

薬物検査の依頼件数と検出薬物の件数は共に増加した．検出薬物の傾向は，睡眠剤，抗てんかん剤，精神神経用剤の全てにおいて経年的な変化が明らかになった．また，ベゲタミンの成分である 3 剤の検出傾向においては、昨年研究報告した傾向とは異なり、2010 年は大幅な増加が確認された．

統合失調症の薬物療法では，自殺や薬の副作用等の問題から，昨今，多剤大量投与から単剤投与，そして処方の低用量化への動きがある．そうした中，監察医務院で行った医薬品等の分析検査結果では，血液では医薬品等が検出された 54%から，そして胃内容物では 58%から複数の薬剤が検出された．これらが直接死因に関与したものではないにせよ，今後も注視し，継続して動向調査をする必要がある．

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須であり，これらを総合して慎重に判断されなければならない．

ここに紹介した薬毒物検出の現状は，致死例についてあるいは薬毒物の関与した死亡事例であり，「氷山の一角」と言える．しかし，監察医制度のない地域では，警察が犯罪性なしと判断すれば，司法解剖を行うことはまずなく，行政解剖もほとんど行われていないのが現状である．この全ての異状死を検案し，死因不明のものを解剖するという監察医制度がなければ，薬毒物による死亡例の検出は不可能であると言える．

さらに，ここに紹介した医務院検査科のような薬化学検査を行うシステムを有するか否かによって，薬毒物検出の精度が大きく異なることが容易に推察され，救命救急部のような機関にも検査システムの充実が望まれる．

監察医制度の意義は，単に一体一体の死因を究明することだけに留まるのではなく，得られた結果，疫学調査研究の結果を広く医療に，そして社会に還元することにある．衛生行政，公衆衛生の向上に貢献するために，この死因究明制度の根幹となるべき「監察医制度」が全国的に拡充されることが期待される．そして，これが薬毒物の濫用防止につながるものである．

E．結論

東京都監察医務院において2006～2010年(平成18～22年）に取り扱った解剖例から，薬毒物検出の実態を報告した．少数ながら覚醒剤，ガス類，脱法ドラッグ類，その他睡眠鎮静剤・向精神病薬などを検出した．このような薬毒物の濫用は，自殺のみならず，不慮，不詳の死例について検出された．

このような薬毒物検索のためのシステム作り，死因不明死を解剖する制度の拡充が今後の重要な課題である．

F．研究発表

1. 論文発表

1）柴田幹良，谷藤隆信，福永龍繁：監察医務院における薬毒物検査の実態．日本アルコール・薬物医学会雑誌．印刷中．

2. 学会発表

1）柴田幹良，谷藤隆信，福永龍繁：監察医務院における薬毒物検査の実態．第45回日本アルコール・薬物医学会．リーガロイヤルホテル小倉．2010.10.7-9.

2）柴田幹良，谷藤隆信，福永龍繁：過去5年間（2005～2009年）の東京都監察医務院における薬物検出の実態．第79回日本法医学会学術関東地方集会．笹川記念会館．2010.10.31.

3. その他

なし

G．知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし

文献

なし

表１．検案件数，行政解剖件数及び薬毒物検査依頼件数の年次的推移

	2006	2007	2008	2009	2010	合計
検案件数	12,022	13,154	12,989	12,943	14,396	65,504
解剖件数	2,553	2,647	2,661	2,700	2,938	13,499
検体数	6,219	6,435	6,502	6,595	7,278	33,029
薬物検査依頼数	5,433	5,774	5,718	5,813	6,589	29,327

表２．薬物検査依頼件数の年次的推移（依頼項目別）

	2006	2007	2008	2009	2010	合計
薬毒物スクリーニング	1,932	2,113	2,127	2,112	2,361	10,645
エタノール	2,348	2,452	2,478	2,528	2,782	12,588
青酸	441	372	321	321	378	1,833
一酸化炭素	194	225	190	178	241	1,028
抽出される薬毒物	495	591	580	645	795	3,106
覚醒剤検査	23	21	22	29	32	127

表３．薬毒物検査予試験件数の年次的推移（予試験項目別）

	2006	2007	2008	2009	2010	合計
マウス経口毒性	1,956	2,122	2,118	2,113	2,337	10,646
pH測定	1,952	2,122	2,115	2,113	2,336	10,638
シェーバイン反応	1,949	2,122	2,115	2,110	2,336	10,632
その他	38	56	44	30	43	211
合計	5,895	6,422	6,392	6,366	7,052	32,127

表４．検出薬物件数の年次的推移（検出薬物細目別）

	2006	2007	2008	2009	2010	合計
青酸	23	41	44	22	37	167
エタノール	561	592	599	612	654	3,018
一酸化炭素	26	45	45	33	61	210
医薬品等	633	612	590	661	843	3,339
覚醒剤等	23	38	18	26	31	136
農薬その他	1	3	0	5	0	9

表５．エタノール分析検査件数と検出件数の年次的推移

	2006	2007	2008	2009	2010	合計
GC定量	3,597	3,752	3,766	3,851	4,295	19,261
検出件数	561	592	599	612	654	3,018

表６．一酸化炭素分析検査件数と検出件数の年次的推移

	2006	2007	2008	2009	2010	合計
GC定性	191	224	185	178	228	1,006
吸光度法定量	28	46	46	36	55	211
検出件数	26	45	45	33	61	210

表７．青酸分析検査件数と検出件数の年次的推移

	2006	2007	2008	2009	2010	合計
GC定性	440	368	321	326	364	1,819
比色法定量	24	40	43	23	33	163
検出件数	23	41	44	22	37	167

表８．覚せい剤分析検査件数と検出件数の年次的推移

	2006	2007	2008	2009	2010	合計
定性検査件数	32	49	27	44	42	194
検出件数	23	38	18	26	31	136

表９．覚せい剤等の検出件数の年次的推移（覚醒剤等細目別）

	2006	2007	2008	2009	2010	合計
メタンフェタミン	11	17	8	11	14	61
アンフェタミン	10	17	8	10	13	58
塩酸エフェドリン	0	0	0	0	1	1
塩酸メチルエフェドリン	0	1	0	1	1	3
MDMA	2	2	2	0	0	6
モルヒネ	0	0	0	1	0	1
コカイン	0	1	0	0	0	1
ジヒドロコデイン	0	0	0	3	2	5

表１０．農薬その他の検出件数の年次的推移（農薬その他細目別）

	2006	2007	2008	2009	2010	合計
メソミル	0	0	0	2	0	2
MEP(スミチオン)	0	3	0	0	0	3
界面活性剤	1	0	0	1	0	2
ピリミホスメチル	0	0	0	0	0	0
カルタップ(殺虫剤)	0	0	0	0	0	0
マラソン	0	0	0	2	0	2

表１１．医薬品等の分析検査件数と検出件数の年次的推移（分析検査項目別）

	2006	2007	2008	2009	2010	合計
アルコール抽出	456	547	547	607	702	2,859
その他の抽出	967	1,181	1,151	1,333	1,567	6,199
GC件数	859	714	667	472	196	2,908
GC－MS件数	505	864	914	1,329	1,903	5,515
HPLC件数	1,071	1,249	1,211	1,432	1,684	6,647
医薬品等 検出件数	633	612	590	661	843	3,339

表１２．医薬品等の検出件数の年次的推移（医薬品等細目別）

	2006	2007	2008	2009	2010	合計
睡眠剤	223	221	224	225	306	1,199
抗てんかん剤	55	51	47	52	79	284
精神神経用剤	230	221	219	270	303	1,243
解熱鎮痛消炎剤	9	15	11	22	25	82
その他薬物	113	102	86	90	124	515
アルカロイド	3	2	3	2	6	16

表１３．睡眠剤検出件数の年次的推移（睡眠剤細目別）

	2006	2007	2008	2009	2010	合計
ブロムワレリル尿素	11	9	15	9	16	60
クアゼパム	4	1	6	4	4	19
ニメタゼパム	2	0	2	1	2	7
塩酸フルラゼパム	4	3	5	4	7	23
ニトラゼパム	4	6	4	10	19	43
フルニトラゼパム	8	6	17	15	20	66
エスタゾラム	6	4	2	6	4	22
トリアゾラム	0	3	2	2	3	10
ブロチゾラム	0	1	1	0	3	5
ミダゾラム	1	0	0	0	0	1
ロルメタゼパム	0	1	0	0	0	1
アモバルビタール	22	18	23	20	19	102
アロバルビタール	0	0	0	0	0	0
セコバルビタールNa	0	0	0	0	0	0
バルビタール	0	2	2	2	3	9
フェノバルビタール	124	136	116	91	136	603
ペントバルビタールCa	30	17	14	38	36	135
酒石酸ゾルピデム	7	14	15	23	33	92
ゾピクロン	0	0	0	0	1	1

表１４．抗てんかん剤検出件数の年次的推移（抗てんかん剤細目別）

	2006	2007	2008	2009	2010	合計
フェニトイン	1	8	3	4	5	21
クロナゼパム	0	1	0	0	1	2
カルバマゼピン	45	29	34	29	42	179
バルプロ酸ナトリウム	7	6	4	11	27	55
ゾニサミド	2	7	6	8	4	27

表１５．精神神経用剤検出件数の年次的推移（精神神経用剤細目別）

	2006	2007	2008	2009	2010	合計
塩酸クロルプロマジン	74	69	68	64	85	360
マレイン酸レボメプロマジン	44	24	38	34	38	180
プロペリシアジン	2	1	0	3	0	6
ハロペリドール	2	4	6	1	12	25
ブロムペリドール	1	0	0	1	0	2
塩酸フロロピパミド	6	1	0	0	1	8
オランザピン	1	2	1	2	10	16
クロルジアゼポキシド	0	0	0	2	0	2
ジアゼパム	10	7	15	13	15	60
ブロマゼパム	15	9	9	10	16	59
ロラゼパム	0	2	0	1	0	3
クロラゼプ酸二カリウム	9	6	7	14	27	63
オキサゾラム	0	1	0	0	1	2
クロチアゼパム	0	0	1	4	0	5
プラゼパム	0	0	0	1	0	1
エチゾラム	3	8	3	3	5	22
アルプラゾラム	0	1	0	1	0	2
フマル酸クエチアピン	8	12	2	19	27	68
塩酸イミプラミン	10	12	15	7	5	49
塩酸デシプラミン	0	0	0	1	0	1
塩酸クロミプラミン	6	8	3	12	2	31
塩酸アミトリプチリン	5	10	13	13	10	51
塩酸ノルトリプチリン	4	4	3	5	0	16
塩酸トラゾドン	1	2	2	15	7	27
スルピリド	0	7	1	4	1	13
塩酸スルトプリド	5	3	0	5	6	19
塩酸ミアンセリン	0	2	1	2	6	11
アモキサピン	6	13	11	11	5	46
塩酸マプロチリン	3	2	2	4	2	13
塩酸ヒドロキシジン	0	0	0	0	2	2
ゾテピン	7	6	8	7	8	36
マレイン酸フルボキサミン	8	5	5	9	7	34
塩酸セルトラリン	0	0	5	0	4	9

表１６．解熱鎮痛消炎剤検出件数の年次的推移（解熱鎮痛消炎剤細目別）

	2006	2007	2008	2009	2010	合計
アセトアミノフェン	9	7	2	6	13	28
アスピリン	2	0	0	1	0	3
エテンザミド	2	4	2	6	4	18
イブプロフェン	2	2	3	3	3	13
アリルイソプロピルアセチル尿素	3	2	3	3	4	15
サリチル酸	0	0	1	3	1	5

表１７．その他薬物検出件数の年次的推移（その他薬物細目別）

	2006	2007	2008	2009	2010	合計
塩酸ビペリデン	1	2	1	3	3	10
塩酸プロメタジン	95	88	76	77	108	444
マレイン酸クロルフェニラミン	0	2	1	1	2	6
塩酸ジフェンヒドラミン	10	7	7	6	5	35
塩酸リドカイン	1	1	0	0	1	3
ジゴキシン	1	1	0	2	3	7
テオフィリン	3	1	1	1	1	7
塩酸ピルジカイニド	2	0	0	0	0	2

表１８．フェノバルビタール・塩酸クロルプロマジン・塩酸プロメタジンの検出件数の年次的推移

	2006	2007	2008	2009	2010	合計
フェノバルビタール	124	136	116	91	136	603
塩酸クロルプロマジン	74	69	68	64	85	360
塩酸プロメタジン	95	88	76	77	108	444

表１９．血液及び胃内容物から検出された薬剤数

検体	分析検査数	検出数	検出薬剤数							
			8剤	7剤	6剤	5剤	4剤	3剤	2剤	単剤
血液	1,567	285	1	2	6	12	22	45	66	131
胃内容物	2,361	154	2	2	4	8	11	29	33	65

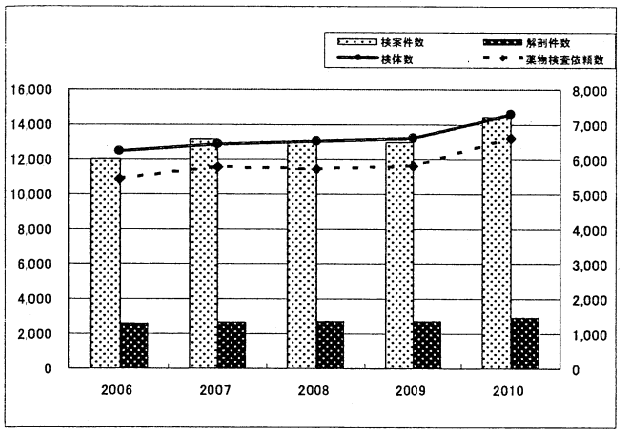


図１．検案件数，行政解剖件数及び薬毒物検査依頼件数の年次的推移

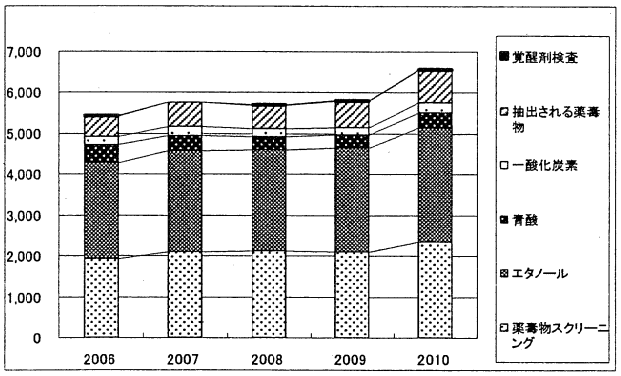


図２．薬物検査依頼件数の年次的推移（依頼項目別）

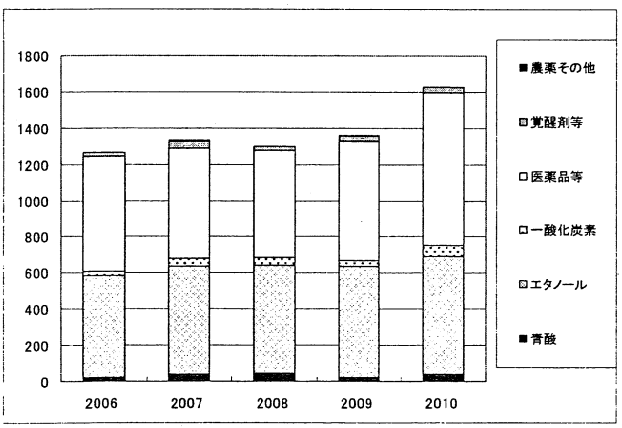


図３．検出薬物件数の年次的推移（検出薬物細目別）

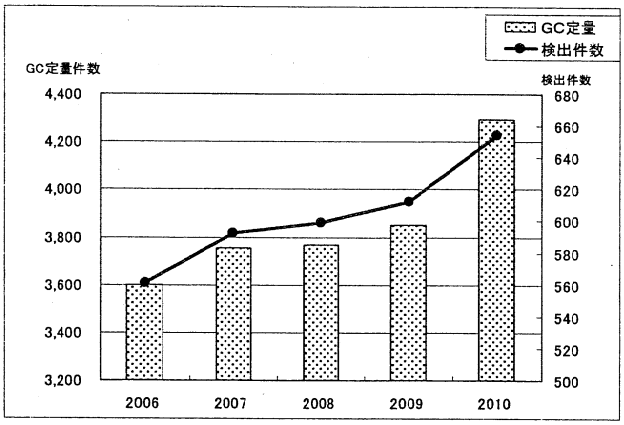


図４．エタノール分析検査件数の年次的推移

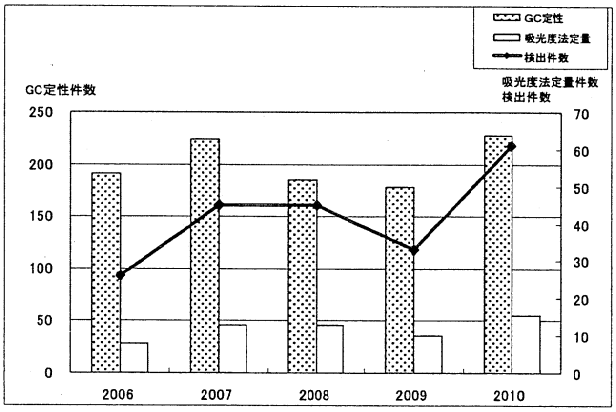


図５．一酸化炭素分析検査件数の年次的推移

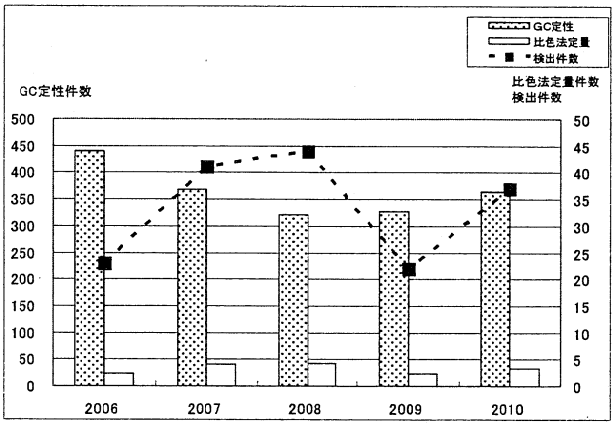


図６．青酸分析検査件数の年次的推移

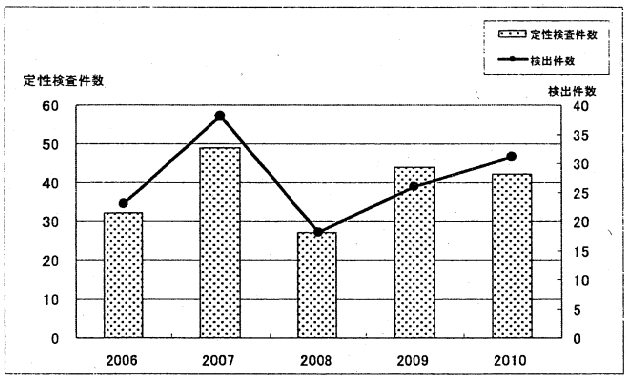


図７．覚せい剤検査件数と検出件数の年次的推移

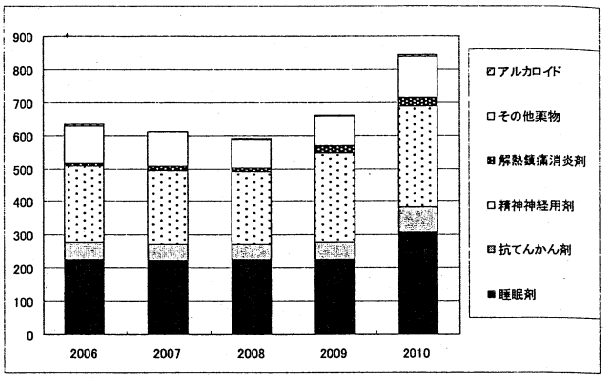


図１０．医薬品等の検出件数の年次的推移（医薬品等細目別）

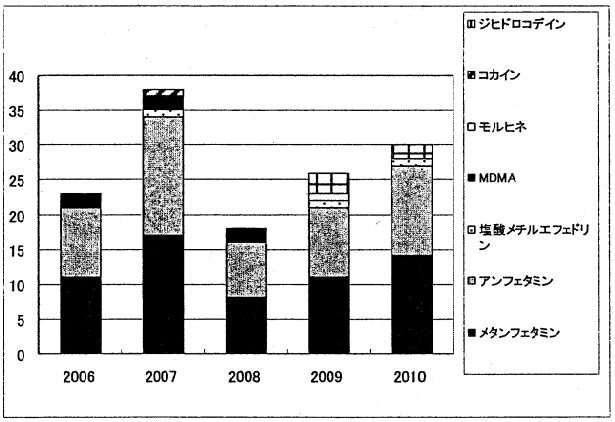


図８．覚せい剤等の検出件数の年次的推移（覚醒剤等細目別）

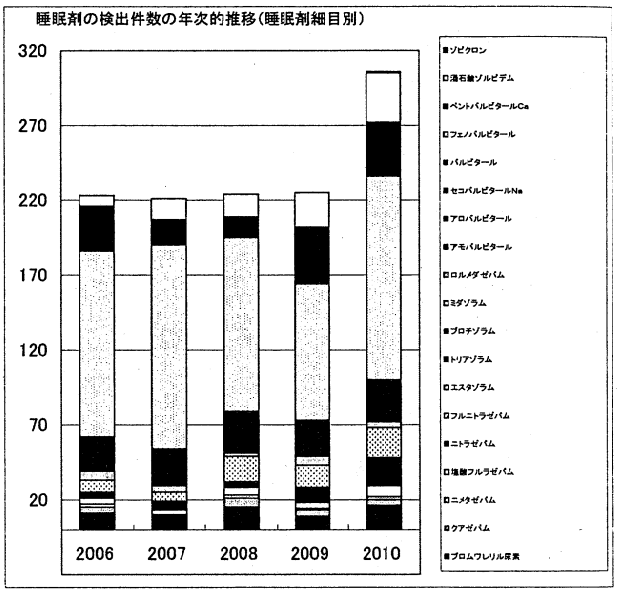


図１１．睡眠剤の検出件数の年次的推移（睡眠剤細目別）

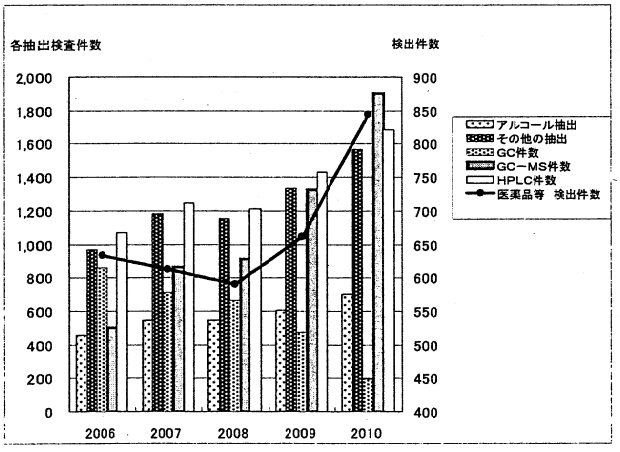


図９．医薬品等の分析検査件数と検出件数の年次的推移（分析検査項目別）

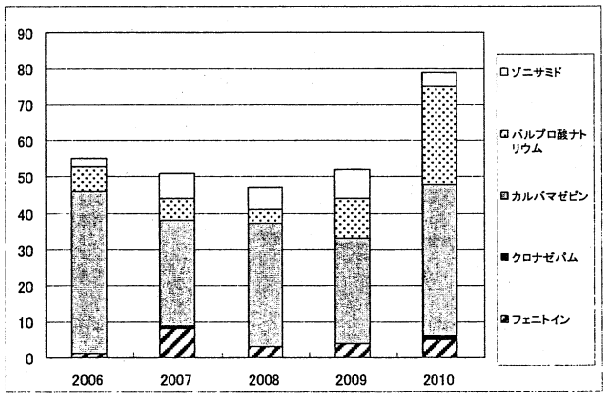


図１２．抗てんかん剤検出件数の年次的推移（抗てんかん剤細目別）

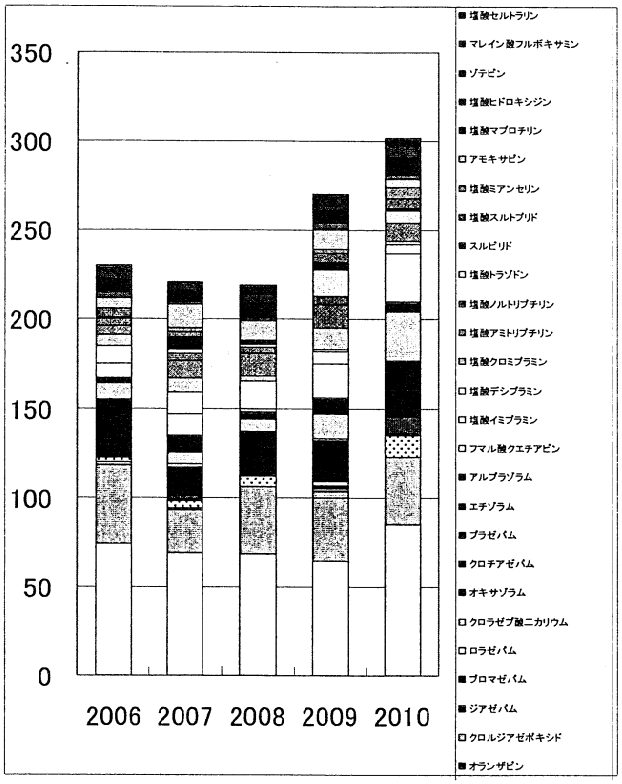


図１３．精神神経用剤検出件数の年次的推移（精神神経用剤細目別）

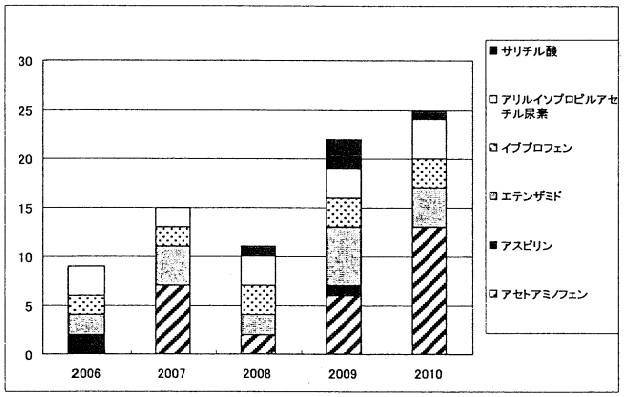


図１４．解熱鎮痛消炎剤検出件数の年次的推移（解熱鎮痛消炎剤細目別）

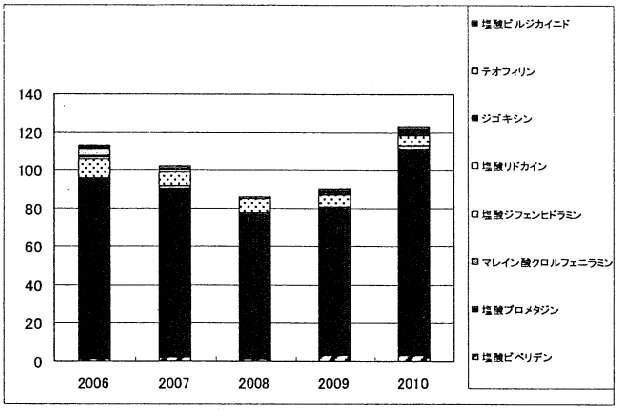


図１５．その他薬物検出件数の年次的推移（その他薬剤細目別）

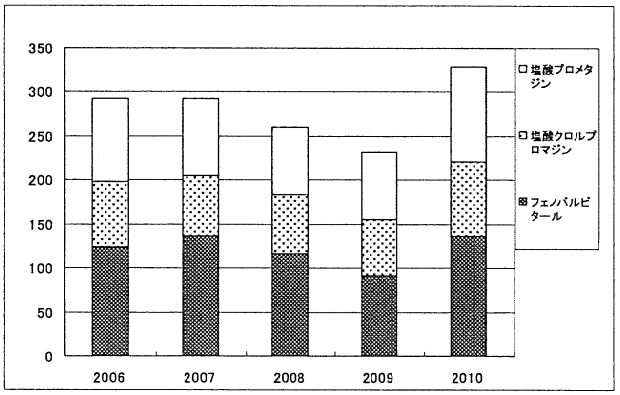


図１６．フェノバルビタール・塩酸クロルプロマジン・塩酸プロメタジンの検出件数の年次的推移

分担研究報告書
(1－5)

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

大学新入生における薬物乱用実態に関する研究（2010年）

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
研究協力者　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
三島健一　福岡大学薬学部　臨床疾患薬理学教室
藤原道弘　福岡大学薬学部　臨床疾患薬理学教室

研究要旨　大学生における飲酒・喫煙を含めた薬物乱用の実態の一端を把握することを目的に、A大学における新入生346名に対して無記名自記式の質問紙調査を実施し、以下の知見を得た。

1）対象者の基本属性は、女子64.7%、男子35.0%、不明0.3%であった。平均年齢は18.6歳であった。
2）薬物乱用経験は対象者の2.3%にみられ、内訳は向精神薬が1.8%と最も多かった。過去5年間の推移でも、2008年以降向精神薬の乱用率が増加傾向にある。
3）薬物をすすめられた経験は対象者の2.9%にみられ、内訳は大麻が1.8%と最も多かった。過去5年間の推移でも、2008年以降大麻をすすめられる機会が増加傾向にある。
4）約15%の対象者が、大麻の栽培情報や乱用を促す情報を目にしたことがあり、その半数以上がインターネットを情報源としていた。
5）飲酒経験者の22.3%（男子42.3%、女子9.4%）にBinge drinking（いわゆる暴飲）がみられ、大学生における飲酒に対する寛容さ、急性中毒等の健康被害に対する危機意識の低さを示唆する結果といえる。

A．研究目的

近年、大学生等の薬物事件が数多く報道され、社会的な関心が高まっている[1-6]。薬物事犯者の統計によれば、青少年における覚せい剤事犯の検挙人員は減少傾向にあるものの、大麻、MDMA等合成麻薬事犯は大きな減少がみられず、検挙人員の6割～7割を未成年者及び20歳代が占めている[7]。

しかし、国内における大学生の薬物乱用の実態は、一部の定点調査[8]を除き、ほとんど報告されておらず、その疫学情報は十分とはいえない。研究分担者らは、総合大学であるA大学をフィールドとして大学新入生の飲酒・喫煙を含めた薬物乱用の実態調査を継続している[9]。A大学では、2000年度より独自の実態調査を実施しており、2006年度より研究分担者らと共同研究の形となった。大学1校のみの実施ではあるが、継続した定点調査としては国内唯一のデータといえる。

そこで本研究では、引き続きA大学新入生における薬物乱用の実態を把握することを目的とする。全国規模の実態調査[10]では調査項目に入っていないMDMA、ガス、ラッシュ、向精神薬等も加えた上で、各種薬物の使用状況を調べる。また、大学生における大麻事件や、大学生における急性アルコール中毒死の事例[11-13]を鑑み、大麻の乱用情報に関する情報や、イッキ飲みなどの危険飲酒行動の実態についても併せて調べる。

B．研究方法

1．対象者

対象者は、A大学の新入生4640名である。このうち、新入生向けの健康関連科目を履修した348名に対して、講義時間内に無記名自記式の質問紙調査を実施し、346名より回答を得た（新入生全体の約8%に相当）。

2．調査項目

1）薬物乱用

有機溶剤、大麻、覚せい剤、MDMA、コカイン、ガス、ラッシュ、向精神薬、リタリンの9種類の生涯使用経験、誘われた経験、身近な乱用者の存在、入手可能性について調べた。また、大麻の栽培情報や使用方法などの乱用を促す情報への曝露

およびその情報源についても併せて調べた。

2) 飲酒

生涯飲酒経験、過去30日間の飲酒、危険飲酒行動（イッキ飲み、飲酒によるブラックアウト、アルコール・ハラスメントの被害経験、Binge drinking）、大人不在下での飲酒の初回経験年齢について調べた。

Binge drinkingとは、いわゆる暴飲を意味する用語である。「1席においてx杯以上のアルコールを摂取する飲酒行動」のように、急性中毒につながり得る危険行動として捉えられる場合が多い。例えば、ハーバード公衆衛生大学院による大学アルコール研究(CAS；College Alcohol Study)によるBinge drinkingの定義は、男性であれば「1席において5杯以上を立て続けに飲む行為が、過去2週間に最低1回みられること」とされている[14-16]。本研究ではこの定義を採用した。

3) 喫煙

生涯喫煙経験、初回喫煙年齢、過去30日間の喫煙、禁煙行動について調べた。

4) ライフイベント・精神健康度

ライフイベントとして暴力、いじめ、器物損壊等といった攻撃的行動や、自傷行為、食行動異常等のメンタルヘルス関連項目を調べた。また、WHOによるGHQ(General health questionnaire)の短縮版であるGHQ28の日本語版を使用し、精神健康度について調べた[17]。この項目は、A大学382名（新入生）およびB大学75名（4年生）に対して実施した。なおGHQ28の総得点は、先行研究[18,19]を検討し7点以上をカットオフとした。

5) その他

基本属性や生活習慣について併せてたずねた。

3．データマネジメント

調査用紙は、個人用封筒に対象者自らが厳封の上で回収した。個人用封筒は、国立精神・医療研究センターに運ばれたのち、研究分担者の監督下で開封され、ID番号を付し、記載内容を電子メディアにインプットしデータセットを作成した。データ中に個人を特定できる情報は一切ない。

4．倫理面への配慮

本研究では、個人の特定につながる個人情報は一切扱わない。研究実施に際しては、疫学研究に関する倫理指針を遵守し、独立行政法人国立精神・神経医療研究センターの研究倫理審査委員会の承認を得た上で実施された。

C．研究結果

1．対象者の基本属性

表1に基本属性に関する結果を示した。対象者の性別は、女子64.7%、男子35.0%、不明0.3%であった。平均年齢は18.6歳であり、浪人経験は30.8%にみられ、所属学部は9つに分かれていた（データ非公表）。現在の住まいは、「血縁関係者と同居」が49.7%、「一人暮らし」50.3%であった。

男子は女子に比べて、年齢が高く（$p<0.001$）、浪人経験率($p<0.001$)が高く、一人暮らし率($p<0.001$)が高く、いずれも有意差が認められた。

2．生活に関する項目

表2,3に生活習慣やアルバイト・収入といった生活に関する結果を示した。女子は男子に比べて、昼夜逆転の頻度が低く（$p=0.032$）、アルバイトをしている割合が高く($p=0.034$)、月当たりで自由に使える金額が低い傾向がみられ（$p=0.039$）、いずれも有意差が認められた。

一方、学生生活の満足度、起床や就寝のリズム、睡眠時間、携帯電話の使用状況、アルバイトの頻度や時間帯には男女間で差がみられなかった。

3．飲酒と喫煙

表4に飲酒に関する結果を示した。飲酒経験は対象者全体の77.7%にみられた。飲酒経験者の80.7%が過去30日間に飲酒をしており、その頻度は「週1回より少ない」という回答が44.2%と最も多かった。飲酒経験者の77.7%が大人不在下で飲酒を経験しており、初回経験年齢としては18歳が26.4%と最も多かった。一方、危険飲酒行動としては、イッキ飲み経験が20.1%、飲酒によるブラックアウト経験が9.7%、アルコール・ハラスメントの被害経験が5.9%、過去2週間におけるBinge drinkingが22.3%にみられた。

男子は女子に比べて、飲酒経験者が多く（$p=0.007$）、過去30日間に飲酒をしており($p=0.026$)、飲酒頻度が高く($p<0.001$)、大人不在下

での飲酒経験率が高く(p=0.003)、その初回経験年齢が若く(p=0.012)、イッキ飲み(p<0.001)、アルコール・ハラスメント(p<0.001)、Binge drinking(p<0.001)といった危険飲酒行動の経験率が高く、それぞれ有意差が認められた。

表5に喫煙に関する結果を示した。喫煙経験は対象者全体の15.9%にみられた。初回喫煙年齢は18歳が最も多く喫煙経験者の18.2%に当たる。また喫煙経験者の47.3%が過去30日間に喫煙をしており、その頻度は「ほぼ毎日」という回答が27.3%と最も多かった。喫煙経験者のうち48.0%は禁煙に成功し、現在も継続中であった。一方「禁煙を試みたが断念した」22.0%、「禁煙自体を考えたことがない」20.0%という回答もみられた。

男子は女子に比べて、喫煙経験者が多く(p<0.001)、過去30日間に喫煙をしており(p=0.042)、禁煙率が低く(p=0.012)それぞれ有意差が認められた。一方、初回喫煙年齢(p=0.586)や喫煙頻度(p=0.084)については男女間で差がみられなかった。

4. 薬物乱用

表6は、身近(仲間・友人・知人など)に薬物乱用者がいる割合を示したものである。何らかの薬物乱用している人が身近にいる割合は全体で6.2%であった。その内訳は、向精神薬3.2%と最も多く、大麻2.3%、有機溶剤2.0%と続いた。

表7に、薬物をすすめられた経験を示した。何らかの薬物をすすめられた経験は全体の2.9%にみられた。その内訳は、大麻が1.8%と最も多く、向精神薬0.9%、有機溶剤0.9%と続いた。

表8に、薬物乱用の生涯経験の結果を示した。何らかの薬物乱用経験は全体の2.3%にみられた。その内訳は、向精神薬1.8%、大麻0.6%、有機溶剤0.6%であった。

表9は、各薬物の入手可能性をに関する結果である。「簡単に手にはいる」という回答は、有機溶剤(17.4%)、ガス(13.6%)、向精神薬(13.2%)の順に多くみられた。

5. 大麻の乱用情報について

大麻の栽培情報や乱用を促すような情報を目にした経験は、全体の14.9%にみられた(表10)。その情報源は、インターネットが51.1%と最も多く、その他(40.4%)、書籍(19.1%)と続いた。これらの項目に男女差はみられなかった(表10)。

6. ライフイベント

表11は、ライフイベントや問題行動の生涯経験に関する結果である。学校に関する項目としては、停学あるいは退学経験が4.1%にみられ、不登校経験が5.6%にみられた。攻撃的行動としては、いじめ(被害)が18.7%、いじめ(加害)が13.5%、器物損壊が9.2%、暴力(加害)が5.8%、自傷行為が4.7%にみられた。食行動異常については、拒食経験が5.8%、過食経験が4.7%、食べ吐きが3.2%にみられた。犯罪に関する項目としては、万引き経験が7.3%にみられ、補導・逮捕経験が5.8%にみられた。その他のライフイベントとしては、無断外泊が9.4%、家出が8.4%にみられた。

男子は女子にくらべてライフイベントの経験率が高く、停学あるいは退学経験、いじめ(加害)、暴力(加害)、器物損壊、暴走行為、補導・逮捕経験、万引き経験、無断外泊、ギャンブル、クラブ・レイブパーティの経験で有意差が認めたれた。女子は自傷行為経験だけが男子より有意に高かった(p=0.014)。

7. 精神的健康度(GHQ28)

表13にGHQ28の平均値およびカットオフ値による区分の結果を示した。GHQ28スコアの平均値は、全体で5.83、男子が4.99、女子が6.31であり、男女間で有意差が認められた。また、6/7点をカットオフ値とすると、全体の35.2%、男子の28.9%、女子の38.7%がカットオフ値を越えていた。

8. 飲酒・喫煙・薬物乱用の年次推移

図1～5に、2006～2010年度における飲酒・喫煙・薬物乱用の年次推移を示した。飲酒経験率は徐々に減少傾向にあるが(図1)、喫煙経験率は横這い状態といえる(図2)。一方、薬物乱用については、身近に薬物乱用者がいる割合は、2007年をピークに減少傾向にあるものの(図3)、薬物乱用にすすめられた経験は2008年以降上昇傾向にあり、特に大麻をすすめられる機会が増加していることが示された(図4)。薬物乱用経験率も2008年以降上昇傾向にあり、向精神薬乱用の割合が増加していることが示された(図5)。

D. 考察

本研究は、定点大学における調査であるため、全国の大学生を代表するデータではないが、飲酒・喫煙を含めた薬物乱用の状況を継続的に観察する国内唯一の研究である。同一大学において特定講義を履修する学生の基本属性や学力は、ほぼ一定していると考えられるため、経年的推移を把握することで、大学生の薬物乱用のトレンドの一端を把握することは可能と考えられる。実態調査で明らかにされた結果をもとに、以下2つの健康事象について考察する。

1．大学生における危険飲酒行動について

わが国では、未成年者であっても、大学生になると飲酒行為を容認する社会的風潮があり、大学入学後には、飲酒頻度、1回の飲酒量だけなく、「イッキ飲み」といった危険飲酒行動が増加するという報告もある[20]。大学生による急性アルコール中毒死は毎年報じられている。こうした急性中毒死の背景には、イッキ飲みの強要など周囲の者が大量飲酒を煽るような危険飲酒が行われている可能性も考えられる。

大学生におけるイッキ飲みに関する実態は、これまでに複数報告されている[21-23]。これらの報告と比較すると、本研究でのイッキ飲み経験率は低い。しかしいずれも1980年代のデータであり、この30年間で、質的意味合いで大学生の飲酒が穏やかなものに変化している可能性が示唆される。

また、イッキ飲みの背景には、飲酒を強要するアルコール・ハラスメントの存在が指摘されている[24]。アルコール・ハラスメントの実態は、成人を対象とする全国調査[25]の中で「飲酒の強要体験」として触れられているが、青少年における実態は、大学生を対象とする意識調査[26]や、被害者家族による事例報告[24]など限られた情報しかない。したがって、本研究のデータを先行研究と比較することはできないが、大学生の危険飲酒行動の疫学情報の一端としては価値あるデータと言えよう。

一方、大量飲酒を測定する試みは、Straus と Bacon の研究[27]以降、大学生対象の大規模な疫学研究の中で行われてきた[28]。その後、1994年のハーバード公衆衛生大学院による大学アルコール研究(CAS ; College Alcohol Study)の中で、健康面・安全面のリスクを伴う大量飲酒を含意する言葉として Binge drinking（暴飲）が用いられるようになった[14-16]。しかし、Binge drinking の定義は未だ統一されておらず、研究により異なるが、「1席において x 杯以上のアルコールを摂取する飲酒行動」のように、急性中毒につながり得る危険行動として捉えられる場合が多い[29]。そこで本研究では、大学アルコール研究(CAS ; College Alcohol Study)の定義に従い Binge drinking の実態把握を行った。

飲酒については年齢制限などの法的背景や、文化的背景が国によって異なるため、米国のデータとの単純比較は難しいが、Monitoring the Future survey(MTF)によれば、高校3年生の約30%に Binge drinking がみられる報告されている[30]。また、米国薬物乱用住民調査（National Household Survey on Drug Abuse;NHSDA）によると、白人17歳の約27%に、黒人17歳の約11%に、ヒスパニック系17歳の約20%に、アジア系17歳の15%に Binge drinking がみられたと報告されている[31]。本研究における Binge drinking の状況は、これらの報告に匹敵するデータであり、特に男子では高率であるといえよう。薬物乱用の状況が日米で大きく異なる一方で、飲酒についてはそれほど大きな差がないことから、日本の大学生における飲酒に対する寛容さや急性中毒等の健康被害に対する危機意識の低さを示唆するデータと言えるかも知れない。

2．大学生における薬物乱用の傾向について

過去5年間の薬物乱用に関するデータの推移から注目すべき点は、次の2点である。第一に、大麻に誘われる機会が増加している点である。同時にインターネットを通じて、大麻栽培や乱用を促すような情報に少なくない数の大学生が曝されているデータが示されていることから、大学における薬物乱用防止教育の中では大麻に関する情報提供を中心に行うことが効果的といえよう。研究協力者らは、大麻の健康被害について収載された予防啓発用 DVD の作成に関わっている[32]。こうしたメディア資材を活用しながら、正しい情報を大学生に伝える場を大学側が確保することが求められよう。

第二に、向精神薬乱用者が増加傾向にある点である。精神科医療施設における患者調査においても、向精神薬の依存症例の増加が報告されている[33]。また、昨年9月には厚生労働省より、向精神

薬の過量服薬と自殺との関連についての注意喚起通知が出されている[34]。これは自殺者の遺族に対する調査から明らかになった事実であり、生前に精神科を受診していた自殺者の約半数が自殺時に向精神薬の過量服薬を行っていたというものである[35]。これらのデータには、薬物が直接的な死因ではない場合も含まれるが、本来疾病を治療するために医師が処方した医薬品が、ある意味で自殺を後押しする道具として使われていたことを意味する。

したがって薬物依存の予防の観点のみならず、自殺予防の観点からも、向精神薬の適正使用促進が求められるところである。ただし、向精神薬乱用については、治療目的での服薬と混同して回答している可能性もあり、来年度からは精神科医療施設等の受診状況や服薬状況についても併せて調査する必要がある。

E. 結論

大学生における飲酒・喫煙を含めた薬物乱用の実態の一端を把握することを目的に、A 大学における新入生 346 名に対して無記名自記式の質問紙調査を実施し、以下の知見を得た。

1) 薬物乱用経験は対象者の 2.3%にみられ、内訳は向精神薬が 1.8%と最も多かった。過去 5 年間の推移でも、2008 年以降向精神薬の乱用率が増加傾向にある。
2) 薬物をすすめられた経験は対象者の 2.9%にみられ、内訳は大麻が 1.8%と最も多かった。過去 5 年間の推移でも、2008 年以降大麻をすすめられる機会が増加傾向にある。
3) 約 15%の対象者が、大麻の栽培情報や乱用を促す情報を目にしたことがあり、その半数以上がインターネットを情報源としていた。
4) 飲酒経験者の 22.3%（男子 42.3%、女子 9.4%）に Binge drinking（いわゆる暴飲）がみられ、大学生における飲酒に対する寛容さ、急性中毒等の健康被害に対する危機意識の低さを示唆する結果といえる。

F. 研究発表

1.論文発表

1) 嶋根卓也：思春期の薬物乱用の現状と課題, 思春期学 28(3);267-272,2010.
2) 嶋根卓也：薬物依存症－薬物依存症のトレンド－薬物依存症の予防・防止の社会的取り組み, 日本臨牀 68(8);1531-1535,2010.
3) 森田展彰、嶋根卓也：薬物依存症－薬物依存症のトレンド－幻覚剤, 日本臨牀 68(8);1486-1493,2010.
4) 嶋根卓也：アディクション 薬物乱用・依存. Journal of Integrated Medicine.20(5),356-359,2010.

2.学会発表

特になし

3.その他

1) 北垣邦彦、嶋根卓也、他：薬物乱用防止パンフレット お父さん、お母さん「うちの子に限って・・・」は危険です！、社団法人全国高等学校 PTA 連合会,2011.

G. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

文献

1) 産経新聞社(Sankei Web)：慶応大院生ら大麻所持「路上で吸った」,2005.9.26.
2) 毎日新聞社(Web 版)：〈大麻所持〉関西大生ら 3 人逮捕「学内で密売」供述 大阪,2008.5.15.
3) 産経新聞社(産経ニュース Web 版)：構内で堂々と売買や吸引 大学生に広がる大麻汚染,2008.10.2.
4) 朝日新聞社(asahi.com)：大麻を大学内で売買、自宅に所持 慶大生 2 容疑者を逮捕,2008.10.30.
5) 読売新聞(YOMIURI ONLINE)：大麻所持容疑で高 3 女子生徒を逮捕 兵庫県警,2008.12.5.
6) 毎日新聞社地方版：大麻取締法違反：ネットで入手、高校生ら 6 人摘発 容疑で県警/鹿児島,2008.11.7.
7) 法務省法務総合研究所:平成 20 年版犯罪白書、2008.
8) 坂口早苗、坂口武洋：大学生における薬物使用の実態調査-1988 年度と 1999-2000 年度との比較-.体力・栄養・免疫学雑誌,11(2),46-52,2001.
9) 嶋根卓也，和田清，三島健一，藤原道弘：大学新入生における薬物乱用実態に関する研究. 平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金（医薬

品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業）「薬物乱用・依存の実態把握と「回復」に向けての対応策に関する研究」研究報告書. Pp163-191, 2009.
10) 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年度厚生労働科学研究費補助金（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業）「薬物乱用・依存等の実態把握と「回復」に向けての対応策に関する研究」研究報告書. Pp15-85, 2009.
11) 読売新聞：学祭後に酒、18歳女子大生アルコール中毒死,2010.12.6.
12) 産経新聞：送別会で飲酒後に死亡　佐賀大ラグビー部員,2010.3.15.
13) 産経新聞：コンパ後死亡の神奈川歯科大生上半身に落書き、顧問も同席,2010.6.1
14) Wechsler, H., Davenport, A., Dowdall, G., Moeykens, B., & Castillo, S.(1994). Health and behavioral consequences of binge drinking in college: A national survey of students at 140 campuses. Journal of the American Medical Association, 272, 1672-1677.
15) Wechsler, H., Dowdall, G., Davenport, A., & Rimm, E. (1995). A genderspecific measure of binge drinking among college students. American Journal of Public Health, 85, 982-985.
16) Wechsler, H., & Austin, S. B. (1998). Binge drinking: The five/four measure [Letter to the editor]. Journal of Studies on Alcohol, 59, 122-123.
17) Goldberg,D.P.: 日本版GHQ精神健康調査票（日本版著者：中川 泰彬、大坊 郁夫）、日本文化科学社、1985.
18) 福西勇夫：日本版General Health Questionnaire(GHQ)の cut-off point.心理臨床3:228-234,1990.
19) 立森久照, 齋藤高雅, 栗田広：一般健康調査(General Health Questionnaire:GHQ)を用いた大学生における健康状態の経年変化についての研究. 臨床精神医学 28(1),65-73,1999.
20) 梅園朋也、河野裕、川崎正樹、他：大学入学前後の飲酒様態の変化に関する調査研究、日本アルコール・薬物医学会雑誌,30(6),435-446,1995.
21) 青山莞爾, 森忠繁, 喜多義邦：男子大学生飲酒者の問題飲酒行動のパターン分類.アルコール研究と薬物依存.19(2);136-143,1984.
22) 福田照夫：大量飲酒大学生と一般大学生との飲酒状況の比較.アルコール研究と薬物依存.29(3);195-203.1994.
23) 水野敏明、大森正英、青山政史、他：大学生の飲酒に関する研究．教育医学.33(4);191-197.1998.
24) イッキ飲み防止連絡協議会：アルコール・ハラスメント「アルハラ 110 番」にみる被害の実態と対策、ASK（アルコール問題全国市民協会）,2000.
25) 清水新二, 金東洙, 廣田真理：全国代表標本による日本人の飲酒実態とアルコール関連問題健康日本21の実効性を目指して. 日本アルコール・薬物医学会雑誌. 39(3), 189-206, 2004.
26) 森和美, 山口みほ：アルコール・ハラスメントに関する大学生の意識調査.アディクションと家族.21(2);210-217.2004.
27) Straus R, Bacon SD.: Drinking in College. New Haven, Conn: Yale University Press; 1953
28) Wechsler H, Nelson TF.: Binge drinking and the American college student: What's five drinks?, Psychol Addict Behav. 2001 Dec;15(4):287-91.
29) Kuntsche E, Rehm J, Gmel G.: Characteristics of binge drinkers in Europe.Soc Sci Med. ;59(1):113-27. 2004.
30) Johnston, L. D., O'Malley, P. M., & Bachman, J. G.: Monitoring the future national survey results on drug use, 1975–2001. Vol. I: Secondary school students (503 pp., NIH Publication No. 02-5106). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse. 2002.
31) Substance Abuse and Mental Health Services Administration: National Household Survey on Drug Abuse 2001 .2003.
32) 藤原道弘（監修）、三島健一、白川敦規（指導）：今すぐ防げ！大麻汚染、映学社,2010.
33) 尾崎茂、和田清、他：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査、平成20年度厚生労働科学研究費補助金（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業）分担研究報告書、87-134,2009.
34) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神

・障害保健課長：向精神薬等の過量服薬を背景とする自殺について（障精発 0624 第 1 号平成 22 年 6 月 24 日）、2010.
35) 廣川聖子、松本俊彦、勝又陽太郎、他：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：心理学的剖検による調査、日本社会精神医学会雑誌、18(3),341-351,2010.

表1.対象者の基本属性

	合計(n=346) n (%)	男性(n=121) n (%)	女性(n=224) n (%)	p-value
性別				
男性	121 (35.0)			
女性	224 (64.7)			
不明	1 (0.3)			
平均年齢（歳）	18.6	19.0	18.4	<0.001
浪人経験				<0.001
あり	103 (30.8)	57 (49.1)	46 (21.1)	
なし	231 (69.2)	59 (50.9)	172 (78.9)	
現在の住まい				<0.001
血縁関係者と同居	172 (49.7)	43 (35.5)	129 (57.6)	
一人暮らし	174 (50.3)	78 (64.5)	95 (50.1)	

p-value for fisher's exact test

表3.アルバイト・収入に関する結果

	合計(n=346) n (%)	男性 (n=121) n (%)	女性 (n=224) n (%)	p-value
現在、アルバイトをしているか				0.034
はい	47 (13.6)	10 (8.3)	37 (16.5)	
いいえ	299 (86.4)	111 (91.7)	187 (83.5)	
アルバイトの頻度				1.000
ほぼ毎日	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
週3～6日	24 (51.1)	5 (50.0)	19 (51.4)	
週1～2日	15 (31.9)	3 (30.0)	12 (32.4)	
不定期	8 (17.0)	2 (20.0)	6 (16.2)	
アルバイトの時間帯（複数回答）				
早朝	3 (6.4)	2 (20.0)	1 (2.7)	0.110
午前中	17 (36.2)	3 (30.0)	14 (37.8)	0.727
午後	47 (100.0)	10 (100.0)	37 (100.0)	
深夜	3 (6.4)	0 (0.0)	3 (8.1)	1.000
自由に使えるお金				0.039
１万円未満	120 (34.8)	30 (25.0)	90 (40.2)	
１～２万円未満	97 (28.1)	34 (28.3)	63 (28.1)	
２万～３万円未満	57 (16.5)	26 (21.7)	30 (13.4)	
３～５万円未満	37 (10.7)	16 (13.3)	21 (9.4)	
５～１０万円未満	29 (8.4)	11 (9.2)	18 (8.0)	
１０万円以上	5 (1.4)	3 (2.5)	2 (0.9)	

p-value for fisher's exact test

表2.生活習慣に関する結果

	合計(n=346) n (%)	男性 (n=121) n (%)	女性 (n=224) n (%)	p-value
学生生活への満足度				0.176
非常に満足	42 (12.2)	18 (15.0)	24 (10.7)	
満足	157 (45.5)	48 (40.0)	108 (48.2)	
どちらともいえない	130 (37.7)	46 (38.3)	84 (37.5)	
不満	14 (4.1)	6 (5.0)	8 (3.6)	
非常に不満	2 (0.6)	2 (1.7)	0 (0.0)	
起床や就寝のリズム				0.169
規則的	29 (8.4)	8 (6.6)	21 (9.4)	
どちらかといえば規則的	109 (31.5)	37 (30.6)	72 (32.1)	
どちらかといえば不規則	149 (43.1)	48 (39.7)	100 (44.6)	
不規則	59 (17.1)	28 (23.1)	31 (13.7)	
平均睡眠時間*				0.465
5時間未満	15 (4.3)	7 (5.8)	8 (3.6)	
5～6時間未満	72 (20.8)	21 (17.4)	51 (22.8)	
6～7時間未満	122 (35.3)	45 (37.2)	76 (33.9)	
7～8時間未満	87 (25.1)	28 (23.1)	59 (26.3)	
8～9時間未満	37 (10.7)	13 (10.7)	24 (10.7)	
9時間以上	13 (3.8)	7 (5.8)	6 (2.7)	
昼夜逆転の頻度*				0.032
なし	160 (46.2)	46 (38.0)	114 (50.9)	
あったが週1回より少ない	75 (21.7)	27 (22.3)	47 (21.0)	
週1回程度	45 (13.0)	19 (15.7)	26 (11.6)	
週に数回程度	60 (17.3)	24 (19.8)	36 (16.1)	
ほぼ毎日	6 (1.7)	5 (4.1)	1 (0.4)	
携帯電話あり	346 (100.0)	121 (100.0)	224 (100.0)	
毎月の携帯料金の平均				0.817
5000円未満	42 (12.2)	14 (11.6)	28 (12.6)	
5000～１万円未満	216 (62.6)	75 (62.0)	140 (62.8)	
１万～１万5000円未満	36 (10.4)	16 (13.2)	20 (9.0)	
1万5000～2万円未満	7 (2.0)	2 (1.7)	5 (2.2)	
2万～2万5000円未満	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
2万5000～3万円未満	2 (0.6)	1 (0.8)	1 (0.4)	
3万円以上	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
不明	42 (12.2)	13 (10.7)	29 (13.0)	

p-value for fisher's exact test

表4.飲酒に関する結果

	合計(n=346)	男性 (n=121)	女性 (n=224)	
	n (%)	n (%)	n (%)	p-value
生涯飲酒経験				0.007
あり	269 (77.7)	104 (86.0)	164 (73.2)	
月飲酒経験（過去30日）				0.026
あり	217 (80.7)	91 (87.5)	125 (76.2)	
過去30日間の飲酒頻度				<0.001
飲んでいない	52 (19.3)	13 (12.5)	39 (23.8)	
飲んだが週1回よりは少ない	119 (44.2)	34 (32.7)	84 (51.2)	
週に1回程度	42 (15.6)	19 (18.3)	23 (14.0)	
週に数回	48 (17.8)	33 (31.7)	15 (9.1)	
ほぼ毎日	8 (3.0)	5 (4.8)	3 (1.8)	
大人不在下での飲酒				0.003
あり	209 (77.7)	91 (87.5)	118 (72.0)	
大人不在下での飲酒の初回経験年齢				0.012
10歳以下	4 (1.5)	2 (1.9)	2 (1.3)	
11歳	3 (1.1)	3 (2.9)	0 (0.0	
12歳	1 (0.4)	1 (1.0	0 (0.0)	
13歳	4 (1.5)	2 (1.9)	2 (1.3)	
14歳	13 (4.9)	4 (3.8)	9 (5.6)	
15歳	21 (7.9)	8 (7.7)	13 (8.1)	
16歳	41 (15.5)	19 (18.3)	22 (13.8)	
17歳	30 (11.3)	17 (16.3)	13 (8.1)	
18歳	70 (26.4)	22 (21.2)	48 (30.0)	
19歳以上	22 (8.3)	13 (12.5)	9 (5.6)	
経験無し	56 (21.1)	13 (12.5)	42 (26.3)	
イッキ飲み				<0.001
あり	54 (20.1)	40 (38.5)	14 (8.5)	
ブラックアウト				0.055
あり	26 (9.7)	15 (14.4)	11 (6.7)	
アルコールハラスメント被害経験				<0.001
あり	16 (5.9)	15 (14.4)	1 (0.6)	
Binge drinking（過去2週間）				
あり	59 (22.3)	44 (42.3)	15 (9.4)	<0.001

p-value for fisher's exact test

表5.喫煙に関する結果

	合計(n=346) n (%)	男性 (n=121) n (%)	女性 (n=224) n (%)	p-value
生涯喫煙経験				<0.001
あり	55 (15.9)	39 (32.5)	16 (7.1)	
なし	290 (84.1)	81 (67.5)	208 (92.9)	
初回喫煙年齢				0.586
10歳以下	3 (5.5)	3 (7.7)	0 (0.0)	
11歳	4 (7.3)	3 (7.7)	1 (6.3)	
12歳	4 (7.3)	4 (10.3)	0 (0.0)	
13歳	5 (9.1)	3 (7.7)	2 (12.5)	
14歳	7 (12.7)	4 (10.3)	3 (18.8)	
15歳	7 (12.7)	6 (15.4)	1 (6.3)	
16歳	4 (7.3)	4 (10.3)	0 (0.0)	
17歳	4 (7.3)	2 (5.1)	2 (12.5)	
18歳	10 (18.2)	6 (15.4)	4 (25.0)	
19歳以上	7 (12.7)	4 (10.3)	3 (18.8)	
月喫煙経験（過去30日）				0.042
あり	26 (47.3)	22 (56.4)	4 (25.0)	
なし	29 (52.7)	17 (43.6)	12 (75.0)	
過去30日間の喫煙頻度				0.084
吸っていない	29 (52.7)	17 (43.6)	12 (75.0)	
吸ったが、週1回よりは少ない	3 (5.5)	2 (5.1)	1 (6.3)	
週に1回程度	3 (5.5)	3 (7.7)	0 (0.0)	
週に数回	5 (9.1)	3 (7.7)	2 (12.5)	
ほぼ毎日	15 (27.3)	14 (35.9)	1 (6.3)	
禁煙状況				0.012
禁煙成功し、継続中	24 (48.0)	13 (36.1)	11 (78.6)	
試みたが断念	11 (22.0)	10 (27.8)	1 (7.1)	
試みたいが実践至らず	5 (10.0)	3 (8.3)	2 (14.3)	
禁煙を考えたことなし	10 (20.0)	10 (27.8)	0 (0.0)	

p-value for fisher's exact test

表6.身近に薬物を使っている仲間がいる

	合計(n=346) n (%)	男性 (n=121) n (%)	女性 (n=224) n (%)
有機溶剤	7 (2.0)	3 (2.5)	4 (1.8)
大麻	8 (2.3)	4 (3.3)	4 (1.8)
覚せい剤	6 (1.8)	3 (2.5)	3 (1.4)
MDMA	6 (1.8)	3 (2.5)	3 (1.4)
コカイン	2 (0.6)	0 (0.0)	2 (0.9)
ガス	1 (0.3)	1 (0.8)	0 (0.0)
ラッシュ	1 (0.3)	0 (0.0)	1 (0.5)
向精神薬	11 (3.2)	6 (5.0)	5 (2.3)
リタリン	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Any drug	21 (6.2)	11 (9.2)	10 (4.5)

表7.薬物乱用に誘われた経験

	合計(n=346) n (%)	男性 (n=121) n (%)	女性 (n=224) n (%)
有機溶剤	3 (0.9)	3 (2.5)	0 (0.0)
大麻	6 (1.8)	2 (1.7)	4 (1.8)
覚せい剤	3 (0.9)	1 (0.8)	2 (0.9)
MDMA	2 (0.6)	1 (0.8)	1 (0.5)
コカイン	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
ガス	1 (0.3)	1 (0.8)	0 (0.0)
ラッシュ	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
向精神薬	3 (0.9)	2 (1.7)	1 (0.5)
リタリン	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Any drug	10 (2.9)	5 (4.2)	5 (2.3)

表8.薬物使用経験

	合計(n=346) n (%)	男性 (n=121) n (%)	女性 (n=224) n (%)
有機溶剤	2 (0.6)	2 (1.7)	0 (0.0)
大麻	2 (0.6)	1 (0.8)	1 (0.5)
覚せい剤	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
MDMA	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
コカイン	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
ガス	1 (0.3)	1 (0.8)	0 (0.0)
ラッシュ	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
向精神薬	6 (1.8)	2 (1.7)	4 (1.8)
リタリン	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Any drug	8 (2.3)	3 (2.5)	5 (2.3)

表9.各薬物の入手可能性

	合計(n=346)				
	絶対不可能	ほとんど不可能	なんとか手に入る	簡単に手に入る	この薬物を知らない
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
有機溶剤	90 (26.5)	41 (12.1)	28 (8.2)	59 (17.4)	122 (35.9)
大麻	103 (30.5)	54 (16.0)	37 (10.9)	17 (5.0)	127 (37.6)
覚せい剤	106 (31.3)	51 (10.0)	34 (10.0)	18 (5.3)	130 (38.3)
MDMA	106 (31.3)	52 (15.3)	28 (8.3)	16 (4.7)	137 (40.4)
コカイン	105 (31.0)	54 (15.9)	30 (8.8)	11 (3.2)	139 (41.0)
ガス	85 (25.1)	38 (11.2)	17 (5.0)	46 (13.6)	153 (45.1)
ラッシュ	85 (25.1)	34 (10.1)	15 (4.4)	6 (1.8)	198 (58.6)
向精神薬	85 (24.9)	30 (8.8)	31 (9.1)	45 (13.2)	150 (44.0)
リタリン	81 (23.8)	31 (9.1)	19 (5.6)	7 (2.1)	202 (59.4)

表9.各薬物の入手可能性（続き）

	男性(n=121)				
	絶対不可能	ほとんど不可能	なんとか手に入る	簡単に手に入る	この薬物を知らない
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
有機溶剤	31 (26.1)	10 (8.4)	9 (7.6)	23 (19.3)	46 (38.7)
大麻	34 (28.8)	15 (12.7)	11 (9.3)	6 (5.1)	52 (44.1)
覚せい剤	36 (30.5)	13 (11.0)	10 (8.5)	6 (5.1)	53 (44.9)
MDMA	36 (30.5)	14 (11.9)	10 (8.5)	4 (3.4)	54 (45.8)
コカイン	35 (29.7)	14 (11.9)	9 (7.6)	5 (4.2)	55 (46.6)
ガス	34 (28.8)	9 (7.6)	9 (7.6)	13 (11.0)	53 (44.9)
ラッシュ	34 (29.1)	10 (8.5)	7 (6.0)	3 (2.6)	63 (53.8)
向精神薬	33 (27.7)	6 (5.0)	11 (9.2)	15 (12.6)	54 (45.4)
リタリン	35 (29.7)	6 (5.1)	10 (8.5)	3 (2.5)	64 (54.2)

表9.各薬物の入手可能性（続き）

	女性(n=224)					
	絶対不可能	ほとんど不可能	なんとか手に入る	簡単に手に入る	この薬物を知らない	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p-value
有機溶剤	59 (26.8)	31 (14.1)	18 (8.2)	36 (16.4)	76 (34.5)	0.581
大麻	69 (31.5)	38 (17.4)	26 (11.9)	11 (5.0)	75 (34.2)	0.470
覚せい剤	70 (31.8)	37 (16.8)	24 (10.9)	12 (5.5)	77 (35.0)	0.390
MDMA	70 (31.8)	37 (16.8)	18 (8.2)	12 (5.5)	83 (37.7)	0.544
コカイン	70 (31.8)	39 (17.7)	21 (9.5)	6 (2.7)	84 (38.2)	0.409
ガス	51 (23.2)	29 (13.2)	8 (3.6)	33 (15.0)	99 (45.0)	0.175
ラッシュ	51 (23.2)	24 (10.9)	8 (3.6)	3 (1.4)	134 (60.9)	0.427
向精神薬	52 (23.5)	24 (10.9)	20 (9.0)	30 (13.6)	95 (43.0)	0.448
リタリン	46 (20.8)	25 (11.3)	9 (4.1)	4 (1.8)	137 (62.0)	0.044

p-value for fisher's exact test

表10.大麻乱用情報への曝露およびその情報源

	新入生(n=346) n (%)	男性 (n=121) n (%)	女性 (n=224) n (%)	p-value
大麻乱用情報の目撃経験				1.000
はい	51 (14.9)	18 (15.1)	33 (14.8)	
いいえ	292 (85.1)	101 (84.9)	190 (85.2)	
情報源				
雑誌	7 (14.9)	4 (23.5)	3 (10.0)	0.235
書籍	9 (19.1)	5 (29.4)	4 (13.3)	0.252
インターネット	24 (51.1)	9 (52.9)	15 (50.0)	1.000
チラシ・ビラ	6 (12.8)	3 (17.6)	3 (10.0)	0.653
その他	19 (40.4)	6 (35.3)	13 (43.3)	0.759

表11.ライフイベントについて（生涯経験）

	新入生(n=346) n (%)	男性 (n=121) n (%)	女性 (n=224) n (%)	p-value
学校に関する項目				
停学あるいは退学	14 (4.1)	12 (10.2)	2 (0.9)	<0.001
不登校	19 (5.6)	6 (5.1)	13 (5.8)	1.000
攻撃的行動				
いじめ（加害）	46 (13.5)	29 (24.6)	17 (7.6)	<0.001
いじめ（被害）	64 (18.7)	23 (19.5)	41 (18.4)	0.884
暴力（加害）	20 (5.8)	18 (15.3)	2 (0.9)	<0.001
暴力（被害）	12 (3.5)	7 (5.9)	5 (2.2)	0.119
器物損壊	32 (9.2)	26 (22.0)	6 (2.7)	<0.001
暴走行為	8 (2.3)	6 (5.1)	2 (0.9)	0.023
自傷行為	16 (4.7)	1 (0.8)	15 (6.7)	0.014
食行動異常				
過食	16 (4.7)	4 (3.4)	12 (5.4)	0.592
拒食	20 (5.8)	4 (3.4)	16 (7.2)	0.226
食べ吐き	11 (3.2)	2 (1.7)	9 (4.0)	0.342
犯罪に関すること				
補導・逮捕	20 (5.8)	13 (11.0)	7 (3.1)	0.006
万引き	25 (7.3)	17 (14.4)	8 (3.6)	0.001
その他				
無断外泊	32 (9.4)	24 (20.3)	8 (3.6)	<0.001
出会い系サイトの利用	7 (2.0)	4 (3.4)	3 (1.3)	0.241
ギャンブルがやめられな	11 (3.2)	9 (7.6)	2 (0.9)	0.002
クラブやレイブ	15 (4.4)	12 (10.2)	3 (1.3)	<0.001
家出	29 (8.4)	13 (11.0)	16 (7.2)	0.228
いずれの経験もなし	179 (52.3)	39 (33.1)	139 (62.3)	<0.001

p-value for fisher's exact test

表12.精神的健康度（GHQ）の平均値およびカットオフ

	合計(n=346)	男性（n=121）	女性（n=224）	
	n（%）	n（%）	n（%）	p-value
GHQ平均値	5.83	4.99	6.31	0.024
(min-max)	(0-26)	(0-26)	(0-24)	
～6点	212（64.8）	81（71.1）	130（61.3）	0.089
7点～	115（35.2）	33（28.9）	82（38.7）	

p-value for fisher's exact test

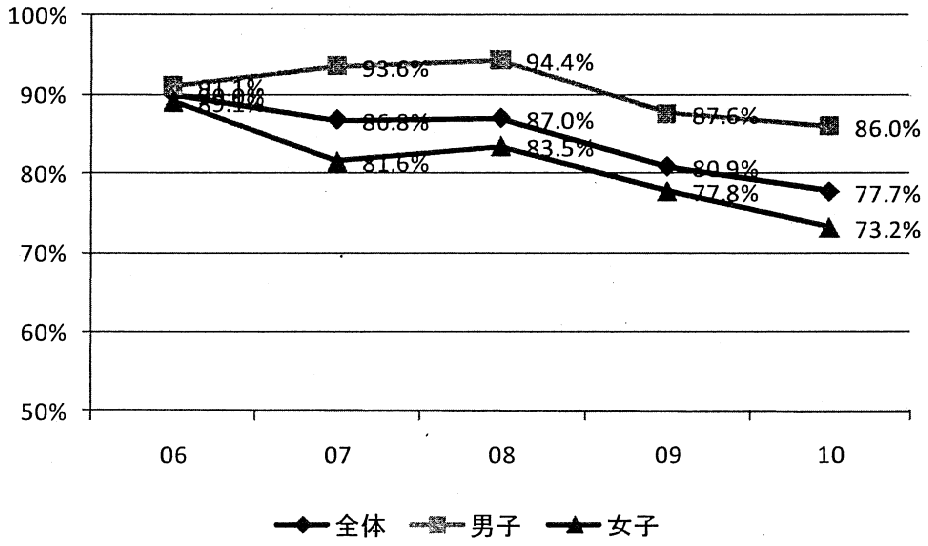


図 1. 生涯飲酒経験率の推移（2006～2010 年度）

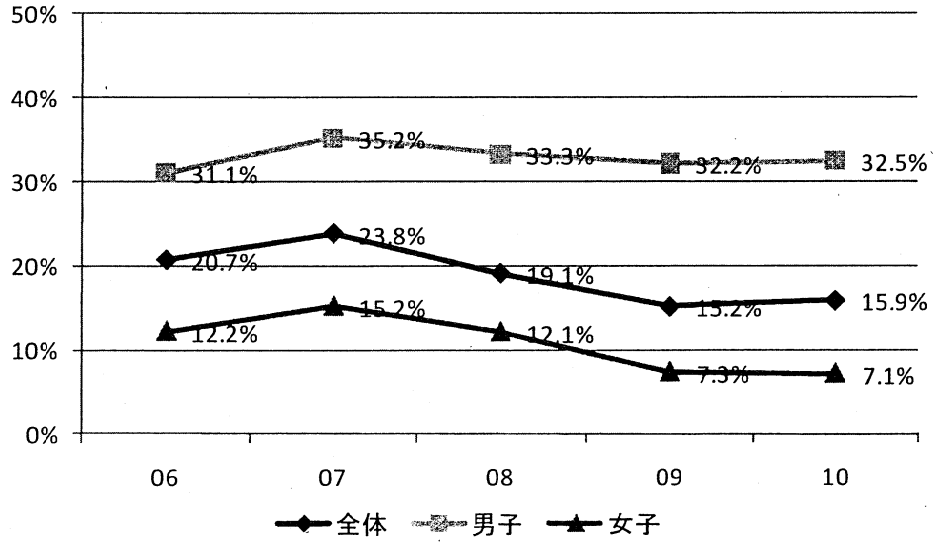


図 2. 生涯喫煙経験率の推移（2006～2010 年度）

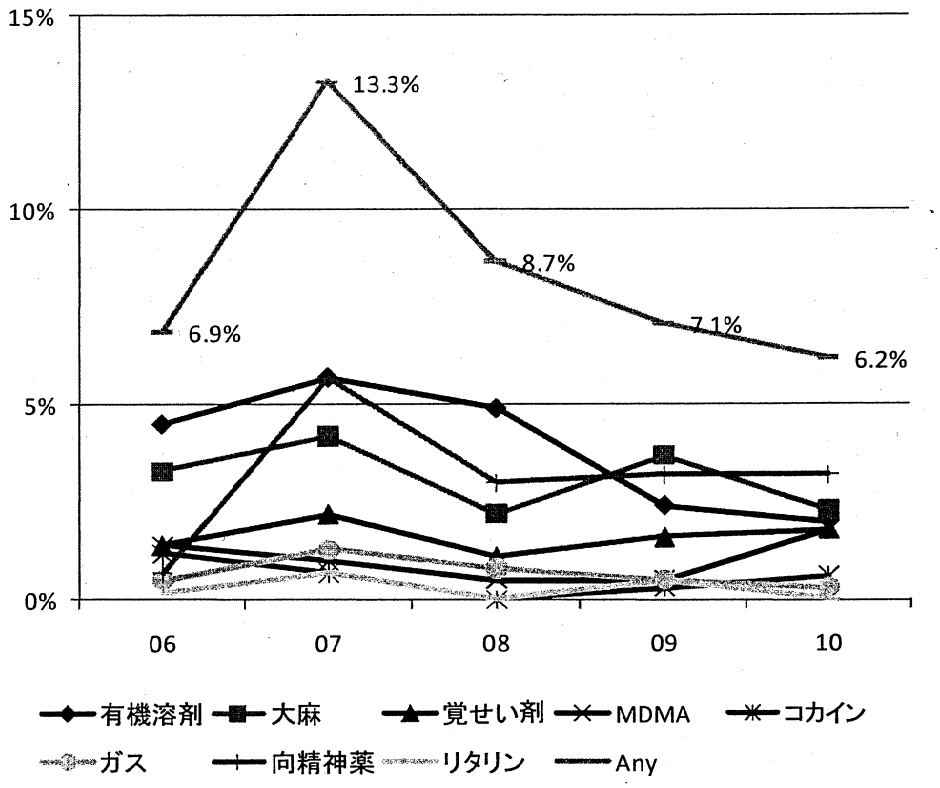


図 3. 身近に薬物乱用者がいる割合の推移（2006～2010 年度）

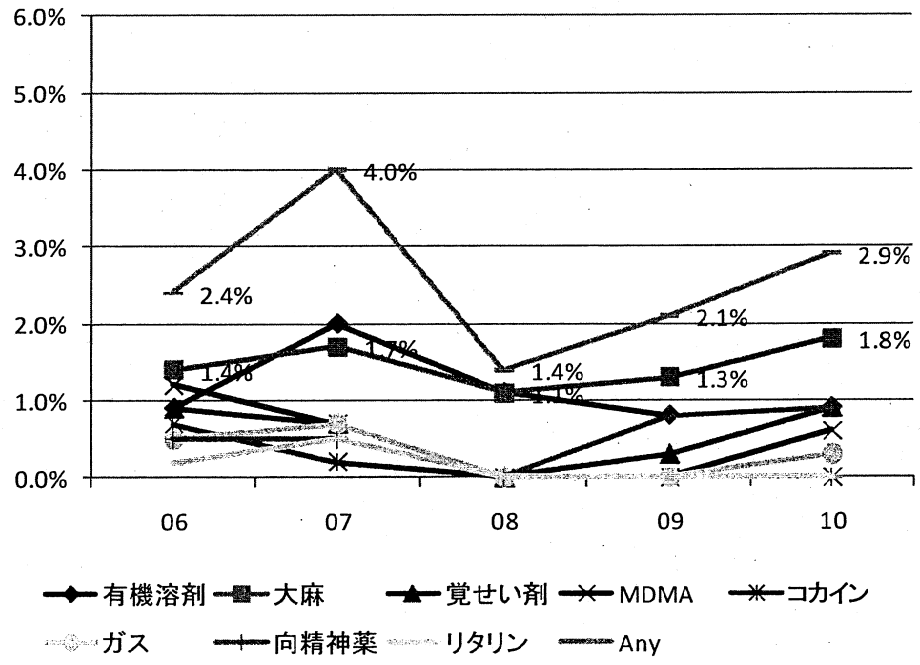


図 4. 薬物乱用をすすめられた経験の推移（2006～2010 年度）

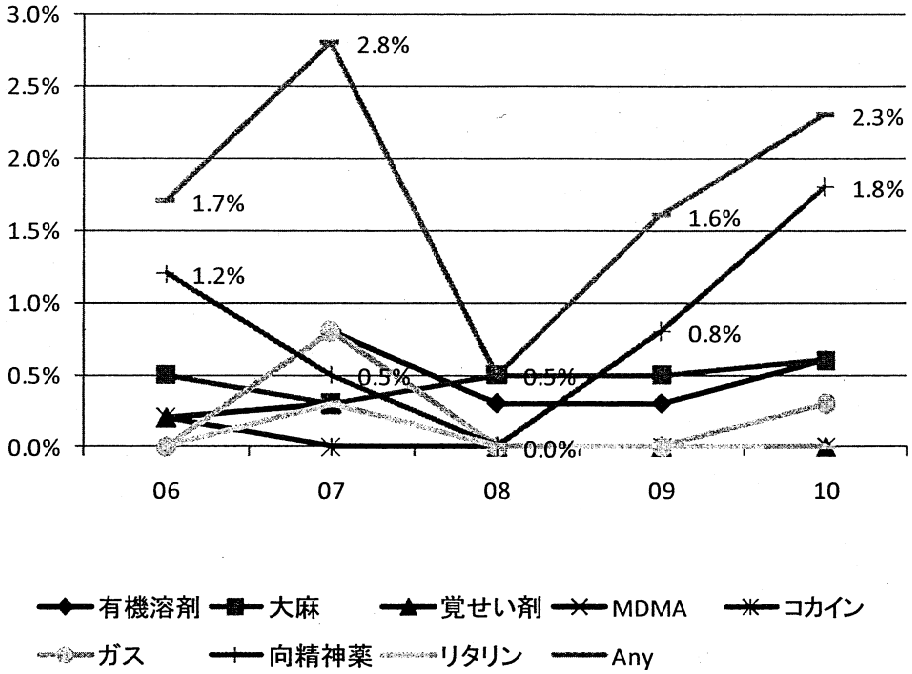


図 5. 薬物乱用経験の推移（2006～2010 年度）

大学生の飲酒・喫煙・薬物乱用に関するアンケート

調査用紙サンプル

実施機関：国立精神・神経センター 精神保健研究所 薬物依存研究部

- このアンケートの目的は、大学生における飲酒・喫煙・薬物乱用の実態を調べ、その予防対策に役立てることです。
- 個人情報保護の観点から、このアンケートでは、以下の配慮がなされています。
  - あなたの名前などの個人情報を書く必要はありません（匿名のアンケートです）。
  - 選択肢に○を付けるだけの簡単な形式です。アンケートの結果は、全体を集計して処理しますので、回答により、個人が特定されることや、何らかの不利益が生じることはありません。
  - アンケート回答後は、ご自分の手で、一緒に配られた封筒に入れて封をしてください。厳封後に回収します。
  - 調査用紙は、下記の研究所で開封し、電子メディアに入力後、破棄します。大学では開封しませんので、大学教員が中身を見ることはありません。また、電子メディアは厳重に保管され、研究目的以外には使用しません。
  - 答えにくい質問には回答しなくても結構ですが、できるだけ正直にありのままをお答えください。

各質問に対する回答は、ことわりがない限り、自分の場合に最も近いものの数字を一つだけ○で囲んでください。

(1)あなたの性別	1.男性　2.女性	(2)あなたは新入生(1年生)？	1.はい　2.いいえ
(3)あなたの年齢	(　　歳)	(4)浪人していましたか？	1.はい　2.いいえ

(学部) 1.薬学部　2.看護学部　3.医学部　4.経済学部　5.人文学部　6.商学部
7.工学部　8.スポーツ科学部　9.理学部　10.その他

(Q5) 現在の住まいは、どれにあてはまりますか？

1) 血縁関係者（親・きょうだい・祖父母・親戚など）と同居　2) 一人暮らし（学生寮を含む）
3) 非血縁関係者（知人・友人・パートナーなど）と同居　4) その他

(Q6) 現在の学生生活にどのくらい満足していますか？

1) 非常に満足　2) 満足　3) どちらともいえない
4) 不満　5) 非常に不満

(Q7) この 30 日間について、あなたの起床や就寝のリズムは規則的ですか？

1) 規則的　2) どちらかといえば規則的
3) どちらかといえば不規則　4) 不規則

(Q8) この 30 日間について、1 日に寝る時間は、平均何時間くらいでしたか？

1) 5 時間未満　2) 5～6 時間未満　3) 6～7 時間未満
4) 7～8 時間未満　5) 8～9 時間未満　6) 9 時間以上

(Q9) この 30 日間に、昼夜逆転（明け方に寝て、昼に起きるような、昼と夜が入れ替わってしまっている状態）した日がどのくらいありましたか？

1) なし　2) あったが週 1 回より少ない　3) 週 1 回程度
4) 週に数回程度　5) ほぼ毎日

(Q10)**携帯電話**(PHS を含む)**を持っていますか？**

1)はい（Q10-1 もお答えください）　2)いいえ(Q11 へ)

(Q10-1)**毎月の携帯料金(基本料金を含めた通話料、パケット代などの合計)は平均どのくらいですか？**

1)5000 円未満　2)5000～1 万円未満　3)1 万～1 万 5000 円未満
4)1 万 5000～2 万円未満　5)2 万～2 万 5000 円未満　6)2 万 5000～3 万円未満
7)3 万円以上　8)わからない（親に任せてある）

(Q11) **現在、何らかのアルバイトや仕事をしていますか？**

1)はい（Q11-1,2 にもお答えください）　2)いいえ(Q12 へ)

(Q11-1)**「はい」の場合、1 週間のうち、どのくらいアルバイトをしていますか？**

1) ほぼ毎日　2) 週 3～6 日　3) 週 1～2 日　4) 不定期(臨時)

(Q11-2) **どの時間帯にアルバイトをしていますか？当てはまるものすべてに○をつけてください。**

1) 早朝(9 時前)　2) 午前　3) 午後　4) 深夜(23 時以降)

(Q12)**あなたが、自由に使えるお金は、毎月どのくらいですか？例えば、仕送りを受け取っている場合、そこから家賃・光熱費などを差し引いた金額で、余暇(交際費、遊び代)に使える額をお答えください。**

1)1 万円未満　2)1～2 万円未満　3)2 万～3 万円未満
4)3～5 万円未満　5)5～10 万円未満　6)10 万円以上

ここでいうお酒とはチューハイ、ビール、日本酒、焼酎、ワイン、ウイスキーなどアルコールを含む飲み物を指します。

(Q13)**これまでに、一度でもお酒を飲んだことがありますか？(舐めただけの場合は、「2.いいえ」としてください。)**

1)はい（Q13-1～6 をお答えください）　2)いいえ（Q14 へ）

(Q13-1)**これまでに、お酒をイッキ飲みしたことがありますか？**

1) はい　2) いいえ

(Q13-2)**これまでに、お酒を飲んでブラックアウト(飲酒による一時的な健忘・記憶喪失)をしたことがありますか？**

1) はい　2) いいえ

(Q13-3)**これまでに、先輩、友人、同級生、家族などから、アルコール・ハラスメント(酒の多量摂取、イッキ飲みなどを強要する嫌がらせ)を受けたことがありますか？**

1) はい　2) いいえ

(Q13-4)**この 30 日間に、どのくらいの頻度で、お酒を飲みましたか？**

1) 飲んでいない　2) 飲んだが週 1 回よりは少ない　3) 週 1 回程度
4) 週に数回程度　5) ほぼ毎日

(Q13-5)**これまでに、大人がいない状態で(友人や仲間だけ、単独)、お酒を飲んだことはありますか？**

1) はい　2) いいえ(Q14 へ)

(Q13-6)**大人がいない状態で、初めてお酒を飲んだのは何歳の時でしたか？**

1)10 歳以下　2)11 歳　3)12 歳　4)13 歳　5)14 歳
6)15 歳　7)16 歳　8)17 歳　9)18 歳　10)19 歳以上

(Q13-7)**過去2週間以内に、お酒を5杯以上立て続けに飲むような経験が何回ありましたか？**

1) ない　2) 1回　3) 2回
4) 3～5回　5) 6～9回　6)10 回以上

(Q14) **これまでに、一度でもタバコを吸ったことがありますか？**

1) はい (Q14-1～14-3 をお答えください)　2) いいえ (Q15 へ)

(Q14-1)**初めてタバコを吸ったのは何歳の時でしたか？**

1)10 歳以下　2)11 歳　3)12 歳　4)13 歳　5)14 歳
6)15 歳　7)16 歳　8)17 歳　9)18 歳　10)19 歳以上

(Q14-2) **この 30 日間に、どのくらいの頻度で、タバコを吸いましたか？**

1) 吸っていない　2) 吸ったが週 1 回よりは少ない　3) 週 1 回程度
4) 週に数回程度　5) ほぼ毎日

(Q14-3) **これまでに、禁煙を試みたことはありますか？**

1) ある　2) 禁煙を考えたことはあるが、実際に試みたことはない　3)一度もない

(Q15)**あなたの周囲に、これらの薬物を使っている人はいますか？**

薬物名を知らない場合は、「3. 知らない」に○をつけてください。8 と 9 は、病院から処方される医薬品ですが、治療目的での使用ではなく、乱用目的での使用（ラリるため、酔うため、気持ちよくなるため、トブために、大量に飲んだりすること）を聞いています。

	1. いない	–	2. いる	–	3.知らない
1.有機溶剤(シンナー、トルエン、ボンドなど)	1	–	2	–	3
2.大麻 (マリファナ、ハシシ、ガンジャ)	1	–	2	–	3
3.覚せい剤(シャブ、エス、アイス、スピード)	1	–	2	–	3
4.MDMA(エクスタシー、バツ、エックス)	1	–	2	–	3
5.コカイン(クラック、コーク)	1	–	2	–	3
6.ガス(ガスパン、ライターガス)	1	–	2	–	3
7.ラッシュ(RUSH、ポッパー)	1	–	2	–	3
8.向精神薬(精神安定剤、抗不安薬、睡眠薬など)	1	–	2	–	3
9.リタリン(メチルフェニデート、ビタミンR)	1	–	2	–	3
10.その他の薬物(名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)	1	–	2		
11.不明(名前はわからないが、何か乱用している)	1	–	2		

(Q16)**これまでに、これらの薬物乱用に誘われたことがありますか？(友人・仲間・恋人・知人・先輩・売人などから)**

薬物名を知らない場合は、「3.知らない」に○をつけてください。8と9は、病院から処方される医薬品ですが、治療目的での使用ではなく、乱用目的での使用（ラリるため、酔うため、気持ちよくなるため、トブために、大量に飲んだりすること）を聞いています。

	1. ない	–	2. ある	–	3.知らない
1.有機溶剤(シンナー、トルエン、ボンドなど)	1	–	2	–	3
2.大麻 (マリファナ、ハシシ、ガンジャ)	1	–	2	–	3
3.覚せい剤(シャブ、エス、アイス、スピード)	1	–	2	–	3
4.MDMA(エクスタシー、バツ、エックス)	1	–	2	–	3
5.コカイン(クラック、コーク)	1	–	2	–	3
6.ガス(ガスパン、ライターガス)	1	–	2	–	3
7.ラッシュ(RUSH、ポッパー)	1	–	2	–	3
8.向精神薬(精神安定剤、抗不安薬、睡眠薬など)	1	–	2	–	3
9.リタリン(メチルフェニデート、ビタミンR)	1	–	2	–	3
10.その他の薬物(名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)	1	–	2		
11.不明(名前はわからないが、誘われた)	1	–	2		

(Q17)**これまでに、次に挙げる薬物を実際に使ったことがありますか？ある場合は、初めて使った年齢も記入してください。**

薬物名を知らない場合は、「3.知らない」に○をつけてください。8と9は、病院から処方される医薬品ですが、治療目的での使用ではなく、乱用目的での使用（ラリるため、酔うため、気持ちよくなるため、トブために、大量に飲んだりすること）を聞いています。

	1. ない	–	2. ある	–	3.知らない	初めて使った年齢
1.有機溶剤(シンナー、トルエン、ボンドなど)	1	–	2	–	3	(　　歳)
2.大麻 (マリファナ、ハシシ、ガンジャ)	1	–	2	–	3	(　　歳)
3.覚せい剤(シャブ、エス、アイス、スピード)	1	–	2	–	3	(　　歳)
4.MDMA(エクスタシー、バツ、エックス)	1	–	2	–	3	(　　歳)
5.コカイン(クラック、コーク)	1	–	2	–	3	(　　歳)
6.ガス(ガスパン、ライターガス)	1	–	2	–	3	(　　歳)
7.ラッシュ(RUSH、ポッパー)	1	–	2	–	3	(　　歳)
8.向精神薬(精神安定剤、抗不安薬、睡眠薬など)	1	–	2	–	3	(　　歳)
9.リタリン(メチルフェニデート、ビタミンR)	1	–	2	–	3	(　　歳)
10.その他の薬物(名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)	1	–	2	–	–	(　　歳)
11.不明(名前はわからないが、何か乱用している)	1	–	2	–	–	(　　歳)

↓アンケートはもう少し続きます。次に進んでください。↓

(Q18)**あなたが、次の薬物を手に入れようとした場合、どの程度むずかしいですか？**

薬物名を知らない場合は、「5.知らない」に○をつけてください。8と9は、病院から処方される医薬品ですが、治療目的で処方されることではなく、乱用目的での不正入手（インターネットや売人から）を意味します。

	1. 絶対不可能だ	2. ほとんど不可能だ	3. なんとか手に入る	4. 簡単に手に入る	5.知らない
1.有機溶剤(シンナー、トルエン、ボンドなど)	1	2	3	4	5
2.大麻 (マリファナ、ハシシ、ガンジャ)	1	2	3	4	5
3.覚せい剤(シャブ、エス、アイス、スピード)	1	2	3	4	5
4.MDMA(エクスタシー、バツ、エックス)	1	2	3	4	5
5.コカイン(クラック、コーク)	1	2	3	4	5
6.ガス(ガスパン、ライターガス)	1	2	3	4	5
7.ラッシュ(RUSH、ポッパー)	1	2	3	4	5
8.向精神薬(精神安定剤、抗不安薬、睡眠薬など)	1	2	3	4	5
9.リタリン(メチルフェニデート、ビタミンR)	1	2	3	4	5

(Q19)**大麻の栽培方法・乱用方法など大麻乱用を促すような情報は、我々の身近なところで氾濫しています。これまで、このような情報が書かれた雑誌や書籍を見たことがありますか？**

1) はい →(具体的な雑誌・書籍名を教えてください＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)
2) いいえ
3) 覚えていない

(Q20)**これまでに、あなたが経験したことがある事柄すべてに○をつけてください。**

1. 学校を停学あるいは退学になったことがある。
2. 不登校になったことがある。
3. 警察に補導・逮捕されたことがある。
4. 親の許可なく、外泊したことがある（無断外泊）。
5. 誰かにイジメられた（精神的嫌がらせや、言葉の暴力も含む）ことがある。
6. 誰かをイジメた（精神的嫌がらせや、言葉の暴力も含む）ことがある。
7. 過食の状態が続いたことがある。
8. 拒食の状態が続いたことがある。
9. 食べ吐きを繰り返していたことがある。
10. 万引きをしたことがある。
11. リストカットなどの自傷行為（自分で自分自身を傷つけること）をしたことがある。
12. 携帯電話やインターネットの出会い系サイトを利用したことがある。
13. パチンコ・パチスロなどのギャンブルがやめられないことがある。
14. 家族・恋人・友人・知人などに身体的な暴力（なぐる、けるなど）をふるったことがある。
15. 家族から身体的な暴力（なぐる、けるなど）を受けたことがある。
16. クラブやレイブ（Rave:音楽を一晩中流し、それに合わせて踊る野外イベント）に行ったことがある。
17. オートバイ・車などの暴走行為に参加したことがある。
18. 学校の窓ガラスを割る、備品を壊すなどの器物損壊をしたことがある。
19. 家出をしたことがある。
20. 上記のいずれも経験したことがない。

(Q21)**最近の身体とこころの調子に関して、あなたの状態に最も近いものに○をつけてください。**

記入例

8 心配ごとがあって、よく眠れないようなことは　まったくなかった　あまりなかった　あった　たびたびあった

---

1 気分や健康状態は	よかった	いつもと変わらなかった	悪かった	非常に悪かった
2 疲労回復剤(ドリンク・ビタミン剤)を飲みたいと思ったことは	まったくなかった	あまりなかった	あった	たびたびあった
3 元気なく疲れを感じたことは	まったくなかった	あまりなかった	あった	たびたびあった
4 病気だと感じたことは	まったくなかった	あまりなかった	あった	たびたびあった
5 頭痛がしたことは	まったくなかった	あまりなかった	あった	たびたびあった
6 頭が重いように感じたことは	まったくなかった	あまりなかった	あった	たびたびあった
7 からだがほてったり寒気がしたことは	まったくなかった	あまりなかった	あった	たびたびあった
8 心配ごとがあって、よく眠れないようなことは	まったくなかった	あまりなかった	あった	たびたびあった
9 夜中に目を覚ますことは	まったくなかった	あまりなかった	あった	たびたびあった
10 いつもストレスを感じたことが	まったくなかった	あまりなかった	あった	たびたびあった
11 イライラして、おこりっぽくなることは	まったくなかった	あまりなかった	あった	たびたびあった
12 たいした理由がないのに、何かがこわくなったり、取り乱すことは	まったくなかった	あまりなかった	あった	たびたびあった
13 いつもよりいろいろなことを重荷と感じたことは	まったくなかった	いつもと変わらなかった	あった	たびたびあった
14 不安を感じ緊張したことは	まったくなかった	あまりなかった	あった	たびたびあった
15 いつもより忙しく活動的な生活を送ることが	たびたびあった	いつもと変わらなかった	なかった	まったくなかった
16 いつもより何かをするのに余計な時間がかかることが	まったくなかった	いつもと変わらなかった	あった	たびたびあった
17 いつもよりすべてがうまくいっていると感じることが	たびたびあった	いつもと変わらなかった	なかった	まったくなかった
18 毎日している仕事(勉強)は	非常にうまくいった	いつもと変わらなかった	うまくいかなかった	まったくうまくいかなかった
19 いつもより自分のしていることに生きがいを感じることが	あった	いつもと変わらなかった	なかった	まったくなかった
20 いつもより容易に物ごとを決めることが	できた	いつもと変わらなかった	できなかった	まったくできなかった
21 いつもより日常生活を楽しく送ることが	できた	いつもと変わらなかった	できなかった	まったくできなかった
22 自分は役に立たない人間だと考えたことは	まったくなかった	あまりなかった	あった	たびたびあった
23 人生に全く望みを失ったと感じることは	まったくなかった	あまりなかった	あった	たびたびあった
24 生きていることに意味がないと感じたことは	まったくなかった	あまりなかった	あった	たびたびあった
25 この世から消えてしまいたいと考えたことは	まったくなかった	あまりなかった	一瞬あった	たびたびあった
26 ノイローゼ気味で何もすることができないと考えたことは	まったくなかった	あまりなかった	あった	たびたびあった
27 死んだ方がマシだと考えたことは	まったくなかった	あまりなかった	あった	たびたびあった
28 自殺しようと考えたことが	まったくなかった	なかった	一瞬あった	たびたびあった

アンケートは以上です。もう一度、記入漏れが無いかご確認ください。ご協力ありがとうございました。

分担研究報告書
(2－1)

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

薬物依存症者の回復支援に関わる制度的社会資源の現状と課題（その２）

研究分担者　山口みほ　日本福祉大学　社会福祉学部保健福祉学科　准教授
研究協力者　宮永　耕　東海大学　健康科学部社会福祉学科　准教授

研究要旨

昨年度実施した薬物依存症者本人・家族・支援にあたるソーシャルワーカーを対象とするインタビュー・データ等分析結果に、本年度実施したワークショップにおいてダルク、家族会、関係者等から得た情報を加えて、薬物依存症者の制度的社会資源の利用状況をまとめ直した。あげられた社会資源は多岐に渡るが、制度の枠組み・運用において薬物依存を事由とする適用が制限される実質的な「障壁」が存在しており、「薬物依存症」という病名・障害名で活用できるものは限定的であり、本人や家族が抱える他疾病・他問題を事由として資源活用の幅を広げている状況がある。また、市長村単位の制度設計・運営により、利用可能な資源も、ダルク入所者のように広範囲での居所の移動を伴うケースでは、手続き上の困難が生じている。こうした状況の改善のためには、情報の集約と共有が必要であり、当事者・家族、関係者が積極的に社会資源の利用を試みる姿勢が求められる。

また、Ｍ－ＧＴＡを用いてソーシャルワーカーのインタビュー・データを分析し、薬物依存症者の社会的障壁への対処の援助プロセス・モデルの提示を試みた。その結果、一般に「困難事例」として敬遠されがちな薬物依存症者のケースであっても、実際にはソーシャルワークの基本姿勢・基本技術が備わったソーシャルワーカーであればかなりの対応が可能であると考えられた。ただし、時間を共有して当事者の思春期段階からの再成長を促し、ワーカー自身も変化しながら問題を把握する視点を戦略的に変えていく、といった点を薬物依存症者の支援では意識する必要がある。

Ａ．研究目的

現在日本では、依存性薬物の乱用は「犯罪」や「非行」などの反社会的行為として扱われ、薬物の乱用を繰り返す依存症者も「取り締まり」や「科罰」、「矯正」、「更生保護」等の対象とみなされる。一方で、「精神保健および精神障害者福祉に関する法律」第５条において「精神作用物質の依存症を有する人」も「精神障害者」に含まれることが明記されており、薬物依存症者も公的に「疾病」と「障害」を併せ持ち、「医療」と「福祉」のケアを必要とする人とみなされているはずであるが、そうした観点からの社会的対応が得られにくい現実がある。薬物依存症者を対象とした医療的ケアは精神科を有する医療機関の中でもごく一部の機関で提供されているのみである(1)。

また、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、「第三次薬物乱用防止五ヵ年戦略」（平成20年）にも引き継がれているが、ダルク以外には社会復帰施設の利用も難しく、社会福祉の視点からの薬物依存症者支援は医療的ケアよりもさらに遅れている状況にあると言わざるを得ない。

本研究は、①薬物依存症者の回復支援に活用し得る制度的社会資源を具体的に把握すること、②資源の活用が困難な事例について、制度の枠組みそのものや運用手続きに内包される「障壁」を明らかにすること、③薬物依存症者の回復過程における社会的障壁への対処を促進するための援助プロセスを提示すること、の３点を目的としている。

①、②については、昨年度の研究結果の補足調査を行なった（社会資源活用状況調査）。

③については、社会福祉の専門職であるソーシャルワーカーによる社会資源活用支援プロセスの質的分析を試みた（支援プロセス分析）。

今後より多くの関与が期待される社会福祉専門職であるソーシャルワーカーの間でも、活用できる資源が少なく、多くの誤解や偏見を伴う薬物依

存症者への対応は、「困難事例」として敬遠されがちである。本研究によって薬物依存症者を対象とするソーシャルワーク過程の「特殊性」と「普遍性」を明確にすることができ、薬物依存をめぐる問題への対応の「コツ」を提示することができれば、もっと多くのソーシャルワーカーのこの問題への関与が期待できるのではないかと考える。

以下、「研究方法」、「研究結果」、「考察」については、「社会資源活用状況調査」と「支援プロセス分析」に分けて報告する。

I　社会資源活用状況調査

B. 研究方法

昨年度の研究において、Nクリニックの「薬物依存症者本人グループ」の2005年～2009年の参加者発言記録と、薬物依存症者本人・家族および支援に携わるソーシャルワーカーを対象に行なった半構造化面接によるインタビュー・データの2種類の質的データから、薬物依存症者もしくはその家族が、社会生活上のニーズのために利用した、あるいは利用を試みた制度的社会資源を抽出し、活用状況をまとめた(2)。

本年度は、各地のダルクのスタッフや薬物依存症者家族会会員等の当事者、関係者の参加を得て全国3ヵ所でワークショップを開催し、昨年度の調査結果を報告するとともに社会資源活用に関する情報・意見を集約した（なお、ワークショップの詳細については、本報告書内の宮永の報告を参照されたい）(3)。

C. 研究結果

上述の方法により得た情報を追加し、昨年度作成した「薬物依存症者・家族の利用社会資源一覧」を修正した(表1)。

D. 考察

昨年度すでに報告したとおり、あげられた社会資源は多岐に渡るが、社会的イメージによる「障壁」のみならず、制度の枠組み・運用において薬物依存を事由とする適用が制限される実質的な「障壁」が存在しており、「薬物依存症」という病名・障害名で活用できるものは限定的で、本人や家族が抱える他疾病・他問題を事由として資源活用の幅を広げている状況がみられる。

そして、こうした現状の背景には、違法行為に対する社会的な厳罰化の指向や、合法・違法に関わらず薬物の自己使用を問題視する「健康自己責任論」の考え方、また、肢体不自由、聴覚・視覚障害などをモデルとする固定的・静態的な「障害」の捉え方があるものと考察した。

これに加え、今年度のワークショップの際に寄せられた情報や意見からは、広域的な社会資源活用が必要な薬物依存症者の実情と、社会資源の設置・運用を「市町村」を単位とする近年の地域福祉推進施策との不適合の問題が色濃く見えてきた。

社会資源の利用申請は住民登録地で行なうのか、入所中のダルクのある地で行なうのか、退所後に生活する予定地で行なうのか。利用申請の前提となる障害程度区分認定の請求はどの自治体に申請するのか。住民登録地や入所の契約を結んでいる施設からどのくらいの期間離れていると、あるいはどのような形態・理由で離れると、「生活実態がない」とみなされるのか。それぞれの制度によって一応の基準はあるが、利用を申請しようとする側とっては情報が乏しく判断しにくい。

実際に、本人の居所と資源の利用申請を行なう自治体が異なる場合は、本人や代理人がそれぞれの自治体への連絡・調整に多大な労力を費やさねばならず、手続きに要する時間もより長くなる。こうした、利用者の居所を固定的に考える制度設計からくる不便さも、社会資源利用の際の「障壁」のひとつと言えよう。

社会資源を広域的に利用する場合であっても、窓口や手続きが明確で簡便なものになるよう、自治体の枠を超えた体制づくりが求められる。

そのためにも、薬物依存症者本人・家族および関係者が社会資源を積極的に活用する姿勢を持ち、利用のプロセスで明らかになった実態を全国的なレベルで集約していく必要がある。

なお、司法・更生保護領域でも、医療・福祉領域でも、薬物乱用や薬物依存に関わる問題へのあらたな対応策が進められているが、その多くが「ダルク頼み」になっている面も否めない。本来はダルク利用に適合しないケースへの対応までダルクに求めるような動きも出ている。また、運営の安定化のためにダルクが自立支援法下の指定事業所化した際に起こり得る「自助組織」とし

表１　薬物依存症者・家族の利用社会資源一覧（修正版）

分野	資源	活用状況
教育関係	学校	非行問題としての対応が主。学齢期後、あるいは退学後の発覚が多く、相談・指導の機会を逸している。
	教育センター	親の相談先としての利用。上記と同様の理由により、利用例は少ない。
矯正・更生保護関連	警察	逮捕を恐れ、相談に行きづらい。家族の電話相談に対し、本人の出頭を要求された例も。相談は単発的。注意のみで帰されたり、家族による「監視」を指導された例も。専門機関の紹介機能有り。
	家庭裁判所	少年審判に際し、調査官によるケースワーク。警察止まりで送致されない例も多数。
	保護観察制度	遵守事項の設定により、専門機関とのつながりが継続される例有り。疾病に対する保護司の理解に差がある。医療保護観察法の適用により、社会復帰調整官（精神保健福祉士）らによる社会復帰支援の対象となる例も。
	少年院	過去の事例では、専門機関へのつなぎが無く、退所後に再使用する例が多数。近年は薬物教育への取り組みも見られる。
	刑務所	過去の事例では、専門機関へのつなぎが無く、出所後に再使用する例が多数。近年はソーシャルワーカーの配置や薬物教育プログラムの導入により、入所中から外部の専門機関やダルクとの関わりが出来ることもある。ダルクが委託金を受けて出所時の身元引受先になるケースもあるが、ダルク入所の適否が吟味されないまま依頼される場合もある。
	更生保護施設	地域コンフリクトへの恐れから、過去に薬物乱用によるトラブルのあった者は、入所を断られることもある。
	職親	就労困難な事例、法的処分を受けていない事例では利用できないため、活用例自体が少ない。６ヵ月の期間終了後、正式採用されることは少ない。
	弁護士	身柄拘束と自己破産手続を契機につながる。裁判に有利になることを勘案し、受診を勧められるケースも有り。費用に関して法律扶助が適用されるケースも多い。
保健関係	保健所 （行政保健師）	継続的に相談指導を行うことは少なく、専門機関の情報提供、紹介、連絡調整が主。精神保健福祉相談員や保健師による家庭訪問が可能。
	精神保健福祉センター	継続的に相談指導を行うことは少なく、専門機関の情報提供、紹介、連絡調整が主。家族プログラムが本人向けよりも先行している。薬物問題相談に外部専門機関の人材を導入することで、本人・家族が継続的な支援に結びつくこともある。
医療関係	精神科	陽性症状、離脱症状、衰弱等の時期の入院利用。治療プログラムが無いことを理由に入院・通院を断られることもある。県内に入院を受け入れる医療機関がひとつもない地域がある。医師から「どうせ治らん」と罵倒され、通院継続を断られた例も。
	その他（一般科）	肝炎等、合併症の治療、薬物使用時の事故によるケガや骨折等の治療など。薬物使用を伏せての受診も多い。

社会保険制度	医療保険	（健康保険種別）	家族との別居、再同居、離婚や独立等により、保健種別の移動が頻回起きやすい。
		高額療養費	自己負担限度額までの支払いとした場合でも、限度額自体が高額。分割払いで対応した例もある。
		傷病手当金	生活保護受給者や国保加入者、被扶養者が多く、傷病手当金受給条件が無いケースが大多数。
	年金制度	老齢年金	制度未加入期間や年金保険料減免申請期間が長い場合、受給できなくなるおそれ。免除申請自体を知らなかった例もある。
		障害年金	「うつ」や「中毒性精神病」による年金取得例が多い。「依存症」での申請では不支給。覚醒剤に起因する場合は、「中毒性精神病」であっても国民年金法 69 条に抵触するとの判断で不支給。納付要件と障害程度の両方の判断が単独の職種では難しいため、受診先から申請を勧められるケースは少ない。また、本人の金銭管理能力により、申請のタイミングをはかる必要もある。
	雇用保険	ハローワーク	一般就労の困難なケースや、採用条件の面で不利なケースが多い。障害者枠も依存症者には活用されていない。
		障害者職業センター	就労困難例が多いこともあるが、「障害」の認識が本人にも周囲にもないためか、利用例は少ない。
		失業給付	雇用保険加入例自体が少ないため、受給者は少数。
	介護保険制度		保険加入年齢、あるいは給付対象年齢に達していないケースがほとんどであるため、本人の利用は少ない。家族（親）のサービス利用によって本人の生活も助かる例有り。
社会福祉制度	生活保護制度	保護費	所持金を失っている上に、就労困難な病状のために経済的援助が必要となる例が多い。生活保護を受給して一人暮らしを始めることが「自立」の形のひとつとも考えられている。自助グループ参加の移送費を出さない自治体有り。ダルクのスタッフ研修等、入所施設を長期に空けると保護を打ち切られるケースもある。
		救護施設	薬物使用により、退所となる例もある。救護施設から専門機関につながるケースも。
	生活福祉資金		制度の認知度が低い。また、返済能力の問題・保証人の不在等により、活用できる人は限定的
	児童福祉制度	児童相談所	児童期の薬物使用は「非行」モデルでの対応が主。依存症者本人の療養や収監のための子どもの保護例有り。ネグレクト事例の「親」として相談支援につながる例も。
		母子生活支援施設	母親が薬物依存症である母子家庭や、依存症者の夫から逃れてきた妻と子の世帯の利用ケースあり。
		児童自立支援施設	発症時には適用年齢を過ぎているケースが多く、薬物依存症者本人の非行を事由とする入所は少ないが、子どもやきょうだいが反社会的行動・非社会的行動や被虐待等で入所するケースあり。

		児童養護施設		依存症者本人の療養や収監のための子どもの保護例有り。親が薬物使用により身体的暴力やネグレクト等の虐待行為を行ない、子どもが保護されるケースもあり。
	障害者福祉制度	障害者自立支援法	（障害程度区分認定）	一次判定では、身体障害に比べ、知的障害・精神障害は障害程度が低く判定される傾向がある。調査員の見識、主治医の見識、および二次判定にあたる委員の見識によって区分認定に差が生じる。
			（支給決定）	支給決定は原則として居住地の市町村が行なうことになっているが、ダルク退所時等、給付を受ける自治体と居住地が遠隔地となる場合は決定までの手続きにかなりの時間を要することがある。
			医療	通院ケースのほとんどが活用。当初制度を知らず、負担が高額となった例も。
			介護・訓練・地域	ダルクが指定事業者となっている場合を除き、あまり利用されていない。「薬物依存症」ではなく、合併している他の精神障害を事由とする就労支援の活用例有り。ダルクが指定事業所化した場合は、施設運営について経済的な安定が図れるが、基準を満たすために施設の改修や職員増のためのコストがかかるため、入寮費を安くすることはできない。また、自助組織としての在り方に揺れが生じるケースも。一方で法外施設の道を選択すると、経済面での不安定状態が続く。また、問題のある他種の法外施設と同一視される危険も。
			障害者手帳	「薬物依存症」では取得できない地域が多い。医療費の自己負担助成制度や公共交通機関料金助成など、自治体条例による制度活用を目当てに他の疾患名で手帳を取得するケースが多い。手帳に更新制度があるのは精神障害のみ。ＪＲや航空会社の料金割引制度は精神障害のみ無い。「薬物依存症」を対象から除外する規定を設けている自治体サービスもある。

ての体制の揺らぎや、法定施設化の道を選択しないダルクの存続にあたっての困難等の問題もあるが、これらの問題については、共同研究者の宮永の報告に委ねる。

Ⅱ　支援プロセス分析

B．研究方法

ソーシャルワークは人と環境およびその両者間の交互作用の変容を促進する活動であり、ソーシャルワーカーによる薬物依存症者の支援は、本人・家族・その他の関係者とソーシャルワーカーの社会的相互作用によって展開するプロセスである。さらに、薬物依存症は進行性の慢性疾患であり、疾病の進行・回復のプロセスが長期にわたることからも、この疾病を抱える人々の支援は単に結果のみならずプロセス全体が重視される。

また、本研究は、ソーシャルワーカーが薬物依存症者に関わる際のモデルを提示し、薬物問題に対応できるソーシャルワーカーを増やすことを目指している。従って、研究結果の現場での応用を志向している。

こうした理由から、相互作用を伴うプロセスの分析に適しており、現場での研究結果の応用を志向する「修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（Ｍ－ＧＴＡ）」(4)を研究方法として用いることとした。

（1）データの収集法と範囲

①調査対象

薬物依存症者およびその家族を対象とする支援機関（相談機関、医療機関、社会復帰施設など）で、薬物依存症者の相談支援におおよそ５年以上携わっているソーシャルワーカー５名を対象とした。

なお、「おおよそ５年以上」としたのは、一般に薬物依存症者が依存していた薬物を安定して断っていられるようになり、具体的に社会生活の再構築に取り組める回復段階に達するまでには、専門機関や自助組織等による支援が開始されてから３～５年程度を要すると考えられているためである(5)。

②方法

事前に作成したガイドをもとに、半構造化インタビューを実施した。

なお、調査対象者には事前に研究目的・方法等を記した協力依頼文書を渡し、口頭でも説明を行った上で、調査協力への同意書に署名をもらっている。

＜インタビュー・ガイド＞

a. 薬物依存症者の社会復帰（もしくは社会参加）をどのように支援しているか？

b. 薬物依存症者にとっての社会的障壁と、それへの対応の現状

c. 活用した（又は活用しようとした）社会資源について

d. その他、薬物依存症者・家族の支援にあたって感じたこと等

③インタビュー実施時期

２００９年１１月～２０１０年３月

C．研究結果

（1）分析テーマ

「社会復帰を目指す薬物依存症者の社会的障壁への対処を支援するソーシャルワーク過程」を分析テーマとした。

（2）分析焦点者の設定

本研究の分析焦点者（分析結果が適合すると想定される範疇の人）は、「薬物依存症者およびその家族を対象とする支援機関で薬物依存症者の相談支援に携わっているソーシャルワーカー」とした。

（3）概念の生成

Ｍ－ＧＴＡでは、インタビュー・データから分析テーマに関わる部分を切片化せずに抽出し、同一趣旨の複数の発言の文脈から概念を生成する。その作業の過程で作成したワークシートの１例を表２に示す。

（4）結果

表３のとおり、10 個の概念、５個のカテゴリー（1 概念のみのものも含む）を生成し、ストーリー・ラインの概要を表す結果図（図１）を作成した。

以下に、カテゴリーごとのストーリーラインを記す（［　　］は概念名、【　　】は複数の概念を含むカテゴリー名を表す）。

①戦略的リフレイミング

ソーシャルワーカーによる薬物依存症者の支援のスタートは、依存症者本人が登場するところから始まるとは限らない。依存症者と家族等の関係者をひとつのクライエント・システムとしてとらえ、まずは目の前に訪れた来談者に働きかける［援助対象の転換］が行なわれる場合も多い。

誰が来談したにせよ、「反社会的行為」あるいは「非社会的行為」と捉えられていた薬物依存症者本人の抱える問題を、「依存症」という疾病がもたらす困難として意識的にリフレイミングし、［「疾病」としての受け止め］を行なう。このことは、依存症者を非難や科罰の対象ではなく、支援の対象として明確に位置付けることになり、援助関係の形成につながる。

しかし、薬物依存症を事由とした場合、制度的社会資源の規定・運用上の障壁があり、社会生活の支援のために活用できる資源は少ない。そこで、社会資源の活用をはかる際には「依存症」という視点から敢えて離れて再度問題把握のリフレイミングを行ない、「依存症」以外の併存する疾病や障害を事由としたり、「低所得世帯」や「子育てに不安のある母子家庭」、「要介護高齢者との同居」といった心理・社会的特性を事由として［別側面からの介入］を試みる。

また、同居家族など、依存症者本人以外の関係者が資源を活用することで本人の生活支援につながる場合もあるため、ここでも［援助対象の転換］

を考える。

このように、【戦略的リフレイミング】を繰り返し、利用できる社会資源の幅を広げながら支援を展開していくことになる。

②関係機関の動員促進

薬物依存症がもたらす心理・社会的問題は多岐に渡るため、複数の支援機関が関わる必要があるケースが多い。ソーシャルワーカーは【戦略的リフレイミング】によって多様な機関が薬物依存症者と関わる糸口を見出し、【関係機関の動員促進】を行なっていくことになる。

一方、関わる機関が多くなるほど援助の一貫性の保持が難しくなる。そのことが各機関による援助の効果を相殺してしまう結果になったり、依存症者に過度のストレスを与え、症状の再燃につながることもある。そうした事態を防ぎ、援助を有効に行なえるようにするために、関係機関同士が情報を共有し、役割分担と連携をスムーズに行なえるように［援助ネットワークの形成］をはかる。

また、ソーシャルワーカーの［別側面からの介入］によって薬物依存症以外の事由で援助を開始した機関や関係者についても薬物依存症者の特色に合わせた支援を行なえるよう、援助ネットワークの内部に徐々に［依存症視点の導入］を進め、薬物依存症に関する知識と対応の技術を広めることも求められる。それには、ソーシャルワーカー自身が［「疾病」としての受け止め］をしていることが前提となる。

③個別実績の普遍化

薬物依存症者が活用することのできる社会資源はまだ少なく、それ以前に資源についての情報自体が必要な人に届いていないことも多い。

［依存症視点の導入］によって個別のケースを薬物依存症者のケースとして見直し、【戦略的リフレイミング】や【関係機関の動員促進】がどのように行なわれたことでうまく社会資源を利用できるようになったのか、あるいは、何が問題で利用できなかったのかを確認する。そこで把握したポイントを別の担当ケースの支援の際に応用したり、当事者組織や他のソーシャルワーカーにも伝え、より多くの薬物依存症者が資源を活用できるようにする［個別実績の普遍化］につなげていく。薬物依存症者を不当に排除するような制度上の規定や運用実態を把握した際に、社会に働きかけ、改善を求めていくことも「普遍化」には含まれる。

④所属機関の活用

【戦略的リフレイミング】に際して、「対人援助を行なう機関に所属する専門職」という枠組みがあることが、ソーシャルワーカーが薬物依存症者やその家族を受け止め、関わっていく根拠となる。

また、【関係機関の動員促進】の取り組みにおいて、ソーシャルワーカー自身が持つ知識・技術以外にも所属機関の他スタッフの知識・技術を借りて関係機関への働きかけることができる。所属機関に依存症の専門知識を持ったスタッフがいる場合は研修の講師役を依頼するなど、［依存症視点の導入］のための方法が様々に工夫できる。

【個別実績の普遍化】のために、当事者・家族・関係機関等に情報を伝えていく際にも、ソーシャルワーカー個人の力だけでなく、所属機関全体の持つ機能が活用される。

このように、支援プロセスの随所で［所属機関の活用］がなされる。

⑤長期の関係形成

上述のようなソーシャルワーカーの取り組みは、薬物依存症者や家族との【長期の関係形成】ができていることが基盤となって可能となる。

社会資源を活用し、障壁に対処する主体は薬物依存症の当事者であるが、概ね思春期以降、薬物を使用することによって、社会的な知識や技術の習得の機会を失っていたために、資源活用をうまく進めていくことができないケースが多い。

薬物依存症者の社会経験の乏しさを認識し、社会性の獲得等、取り組む機会を逸してきた発達課題に本人が取り組み直せるように、［「思春期」からの成長支援］をしていくことが必要である。

当事者の回復の可能性を信じるからこそ、ソーシャルワーカーも「成長」のプロセスに関わっていくことができる。しかし、ソーシャルワーカーも担当する薬物依存症者すべてをはじめから「社会的に成長し、回復に向かうことのできる人物」であると確信できるわけではない。当事者の変化していく姿がソーシャルワーカーのクライエント像にも変化をもたらし、［「回復」への信頼形

成］ができる。

成長を支援することも、回復への信頼を形成することも、そのための特別なプログラムの有無に関わらず、行動をともにしたり一緒に話し合ったりしながら過ごす、［時間の共有］の中でなされていくものである。

こうした【長期の関係形成】がなされる場としても、［所属機関の活用］がある。

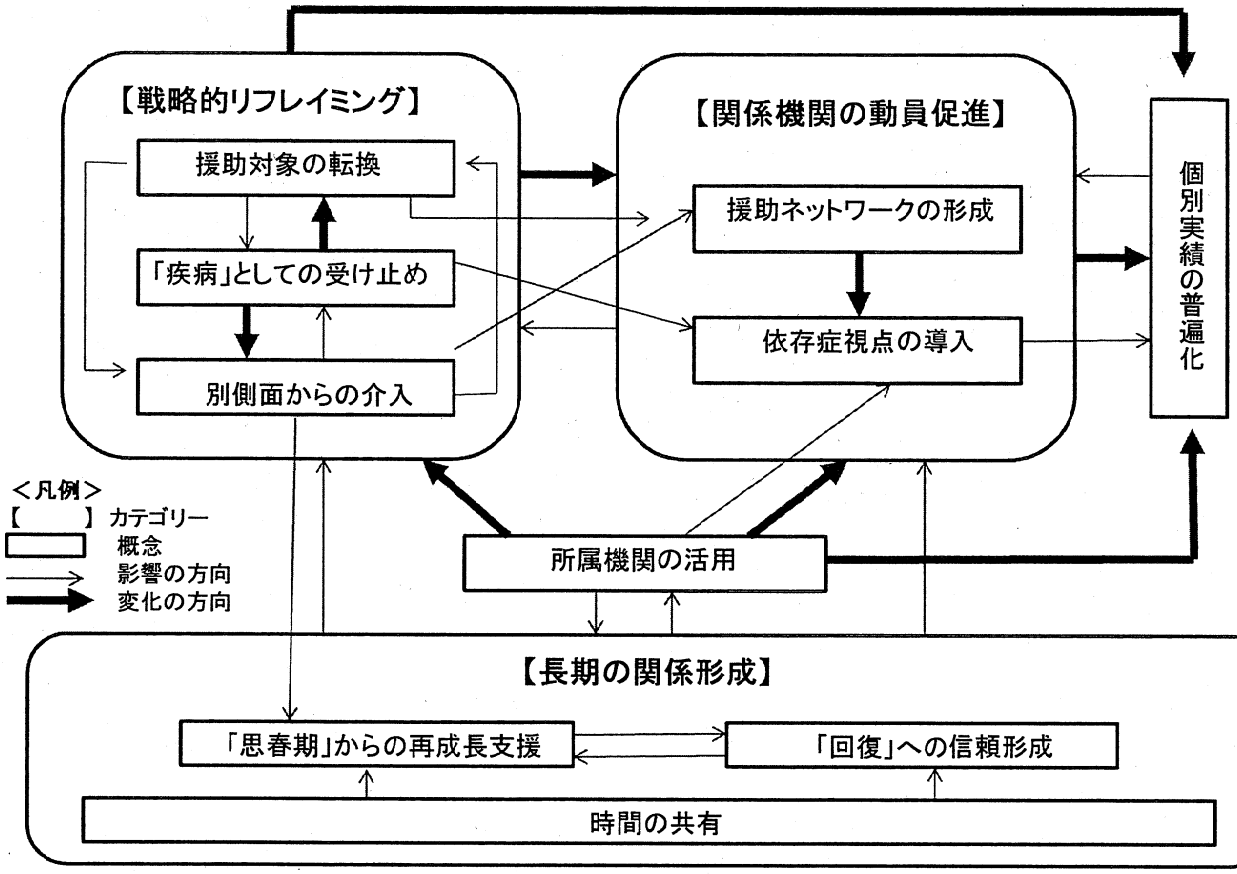
表2　ワークシート例

ワークシート ⑦	
概　念	「思春期」からの再成長支援
定　義	薬物依存症者の思春期以降の薬物なしでの生活経験の乏しさを認識し、自立の準備等の発達課題に本人が取り組み直せるように意図的に関わること。
バリエーション	K　対社会的に、たとえばアパート捜すとかさあ、（略）年齢の若い人はやっぱりそういう経験がないので、よりやっぱりそういう所での関わりの工夫っていうのが何かいるっていうのが事実だと思うし、そのー、アルコールの人に比べると社会経験が少ないし、どういう風に社会、社会じゃないや、思春期の問題？自立であるとか、そういうところを乗り越えてないまま病気になったりとか、ある意味、その、疎外をされて、鼻つまみ者にされたりとか、家族からも。刑務所に入ったり、鑑別所に入ったりとかいろんなことがあるわけだけれども、疎外されていって、行き場がなくなってしまっているので、そういう、あの、普通の人たちが成長期にできることもしていずに、そのまんま薬物に突っ走っていっちゃったようなところがあるので、より、その障害が重層化というか、どうやって言っていいかわかんないけども、そのー、課題としては、難しい。 （略） I　でも薬物の子と接していると、やっぱり、こう、私の言葉で言うと、「育ってない」っていうか、（略）、発症が早いと言われていたりするのも関係するんだろうけれど、人間としての成長というか、なんていうのかな、子どもとしての成長とか、子どもから大人になっていくときの成長とか、あのー、それこそひとりの人間として、社会に関わっていくこととか、ほんとに基本的な子供のころからの成長っていうのが止まってるんだなあっていうのと、ないっていうより止まってるっていうのか、そこはほんと、すごく足らないし、援助の上でそこの視点がないと、視点ってすごく大事だなあ、依存症としての、まず依存症は病気である、とか、依存症はこれが大事だっていうこともすごく大切なんだけど、でも、それだけではダメだなあっていう、すごいこう、ひとりの人間としての、っていうのはすごく感じる。子どもから大人になるときの変化とか成長とか、そういうこと、そこを援助していかなきゃいけないなあ、と。それはすごく感じていること。　（以下略）
理論的メモ	・　思春期に経験するはずのことを経験しないで年齢的には大人になる、ということは、必ずしも薬物依存症者だけに限った特色ではない。しかし、アルコール依存症などと比べ、薬物依存症者は初回使用年齢・発症年齢が若く、特にこのことを意識しないでは支援がうまく進まないことが多い。 ・　Bさんのように「例外」の事例もある。 ・　一次予防としての学齢期の教育の有効性の根拠？

表３　カテゴリー及び概念・定義一覧

カテゴリー	概　念		定　義
戦略的リフレイミング	①	援助対象の転換	クライエント（援助対象者）を薬物依存症者本人のみとするのでなく、家族・関係者を含めた「クライエント・システム」とみなし、時に応じて直接的に援助をする対象者を本人以外の人に替えること。
	②	「疾病」としての受け止め	「反社会的行為」や「非社会的行為」をなす者、という見方から離れて、薬物依存症者を「病者」として受容すること。
	③	別側面からの介入	「薬物依存症」だけに支援を導入する事由を固定せず、それ以外の併存する疾病や障害を事由としたり、「低所得者」、「母子家庭」、「要介護者のいる世帯」「子どもの養育に不安のある親」といった社会的特色に着目して支援を展開すること。
関係機関の動員促進	④	援助ネットワークの形成	カンファレンスの開催等により関係機関同士がクライエントの情報を共有し、役割分担と連携方法等の援助方針を統一して、相互の動きを確認しながらクラエントに関わっていけるように調整すること。
	⑤	依存症視点の導入	他の事由で支援を開始した援助者が薬物依存症についての知識を得て、依存症者の回復支援という視点から援助に取り組めるよう、知識・技術の習得の機会を作ること。
	⑥	個別実績の普遍化	個別のケースにおいて社会資源の利用を試みた経験を、他の担当ケースに応用したり、当事者組織や他の援助者に伝えてより多くの薬物依存症者がその資源を活用できるようにしていくこと。不当に活用を阻むような資源の規定・運用上の不備を発見した場合に、改善を求めるアクションにつなげることも含む。
長期の関係形成	⑦	「思春期」からの再成長支援	薬物依存症者の思春期以降の社会生活経験の乏しさを認識し、社会性の獲得等の発達課題に依存症者本人が取り組み直せるように意図的に関わること。
	⑧	「回復」への信頼形成	徐々にソーシャルワーカーのクライエントに対する見方が変化し、クライエントの依存症からの回復の可能性をより強く信じるようになっていくこと。
	⑨	時間の共有	特別なプログラムの有無に関わらず、一緒に行動したり話合ったりしながら、ともに時を過ごすこと。
	⑩	所属機関の活用	ソーシャルワーカーが個人として関わるのではなく、所属機関の一員として薬物依存症者や家族、関係者と関わり、所属機関の機能を用いて援助を行なうこと。

図1「社会復帰を目指す薬物依存症者の社会的障壁への対処を支援するソーシャルワーク過程」結果図



D．考察

上述のプロセスにおいてポイントとなるソーシャルワーカーの対応は、従来からソーシャルワーカーの価値原則として示されている「変化の可能性を信じること」や(6)、「受容」、「非審判的態度」等の援助関係原則(7)に合致するものである。また、そもそもソーシャルワークは意図的な介入であり、介入の糸口を多面的に探ることも、薬物依存症者の支援事例に限ったことではない。

国や自治体、社会一般に働きかけ、制度・政策の変更や創設を促す「ソーシャル・アクション」も、ソーシャルワークの一環であり、個別のケースを通して掴んだ情報から普遍的な問題点を抽出することはソーシャルワーカーの本来的な役割のひとつである。

このように捉えると、ソーシャルワークの基本姿勢・基本技術が身についていれば、社会資源の活用も含めた薬物依存症者の社会生活支援は、他の問題を抱えるクライエントの支援に比して特別な「困難事例」ではない。

ただし、薬物依存症者の支援においては、①援助開始時点で薬物依存症者を明確に「疾病を持つ人」として受け止めること、②クライエントを「思春期段階からの成長途上にある人」ととらえること、③性急さを捨て、長期的な視点を持つこと、といった点を特に意識しておくことがポイントとなる。

また、他の多くのケースと同様に、薬物依存症者の支援はクライエントだけでなくソーシャルワーカー自身の思考や視点に変化をもたらすプロセ

スでもある。自らの変化を受け入れることも援助者には必要である。

E．まとめ

薬物依存症を事由とする社会資源利用が進まない要因としては、昨年度の報告のとおり、法律の条文や行政通知等の公的な枠組みそのものによる制限があること、運用にあたって法文・通知等の解釈に幅があることなど、実際的な障壁が存在している。加えて、制度設計自体が市町村単位であり、自治体を超えた広域的な資源活用に対応しづらいものになっている。

また、援助職の志向・態度も薬物依存症者・家族の社会資源活用に影響する。情報提供策を十分に講じることとともに、薬物依存症以外の事由に依ってでも当事者・関係者が積極的に資源を活用する姿勢が求められる。

社会資源の活用の援助には、ソーシャルワーカーが重要な役割を担うと考えられる。薬物依存症に絡むケースは「困難事例」として敬遠されがちだが、実際にはソーシャルワークの基本姿勢・基本技術を身に付けたソーシャルワーカーであれば特別困難ということではない。ただし、時間を共有して当事者の思春期段階からの再成長を促し、ワーカー自身も変化しながら問題を把握する視点を戦略的に変えていく、といった薬物依存症者の支援のポイントをおさえておくことが肝要である。

ワークショップ開催後、いくつかの家族会で社会資源についての研修が組まれた。報告者自身もソーシャルワーカーの立場で講師役を担わせて頂いたが、社会資源の実際的な解説であれば、薬物依存症者・家族のケースの担当経験の少ないソーシャルワーカーでも十分講師となれるはずである。逆に、研修講師を引き受ければ、それを機に薬物関連問題をソーシャルワーカーが学ぶことにもなる。こうしたことからも、広く当事者・関係者の連携が作られることを期待したい。

謝辞

ワークショップにご助力・ご参加頂いたダルク・スタッフ、家族会会員、関係者の皆様、インタビューにご協力頂いたソーシャルワーカーの皆様、また、小嶋章吾先生、木下康仁先生、坂本智代枝先生、浅野正嗣先生はじめ、ご指導・ご助言を頂いた実践的M－ＧＴＡ研究会の皆様にあらためて感謝を申し上げます。

F．研究発表

1. 論文発表

（単著）山口みほ「薬物依存症者の回復支援に関わる制度的社会資源の活用実態と課題」『医療社会福祉研究』Vol.19, 2011年3月

2. 学会発表

なし

3. その他

1）講演「薬物依存症者・家族の『社会資源』活用」愛知家族会（薬物依存症者を抱える家族の会）、ウィルあいち（愛知県女性総合センター）、2010年6月13日

2）講演「薬物依存症者・家族の『社会資源』活用」びわこ家族会、ピアザ淡海、2011年1月22日

G．知的財産権の出願・登録

なし

注

(1) アルコール薬物問題全国市民協会編『まるごと改訂版＜治療相談先・自助グループ＞全ガイドアディクション』（アスク・ヒューマンケア、2002.）および同協会ホームページ上の補足情報による

(2) 山口みほ「薬物依存症者の回復支援に関わる制度的社会資源の現状と課題」『平成21年度厚生労働科学研究費補助金医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業「薬物乱用・依存の実態把握と再乱用防止のための社会資源等の現状と課題に関する研究（研究代表者：和田清）」研究報告書』2010, p.133-137

(3)「薬物再乱用防止のための社会資源研究会」（代表：宮永耕、山口みほ）主催「社会資源及び社会制度に関するワークショップ」、2010年9月2日（北九州市）、2010年11月1日（宇都宮市）、2010年12月13日（京都市）

(4) 木下康仁『ライブ講義M-GTA　実践的質的研究法　修正版グランデッド・セオリー・アプロー

チのすべて』弘文堂、2007.
(5)小沼杏坪による「薬物依存症治療のガイドライン」（『シンナー乱用の治療と回復』ヘルス・ワーク協会、1994 年）や、ＡＳＫのアルコール通信講座で提示されている回復のプロセス・モデル（同講座テキスト、アスク・ヒューマン・ケア、1996 年）など
(6)Zofia Butrym:The Nature of Social Work, Palgrave Macmillan,1976.（ソフィア・Ｔ・ブトゥリム著、川田誉音訳『ソーシャルワークとは何か―その本質と機能』川島書店、1986.）
(7)Felix P.Biestek: The Casework Relationship, Harper Collins Publishers Ltd,1967.（F.Pバイステック著、田代不二男・村越芳男訳『ケースワークの原則（新装版）―よりよき援助を与えるために』誠信書房、1980.）

分担研究報告書
(2－2)

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

障害者自立支援法下における薬物依存症治療資源に関する研究（2）

研究分担者　宮永 耕　東海大学健康科学部社会福祉学科
研究協力者　山口 みほ　日本福祉大学社会福祉学部保健福祉学科

研究要旨　平成18年度より施行された障害者自立支援法（平成17年法律123号）は、その施策の対象となる薬物依存者の治療および社会復帰にも今日大きく影響するところとなっている。1980年代以降の歴史的経過からみれば、司法及び医療による施設内処遇の外側で、民間の自主的な自助活動として始まったDARC（Drug Addiction Rehabilitation Center：以下、ダルク）を代表とする回復援助施設は、1990年代に地域での精神障害者施策の一部に組み入れられることをきっかけに、地域作業所やグループホームといった形で補助金対象事業に順次編入され、その全国的な拡大と合わせて、障害者自立支援制度の実施下にあってはサービス提供事業所（プロバイダ）の役割をも負って運営されるようになってきた。

社会福祉基礎構造改革がすすめられ、急激な制度の改正が相次いで進められる状況の中で、一昨年度には、20年近くの活動経験を持つダルクが運営上さまざまな困難を抱えてきた個別事例の分析をとおして、以後全国で活動する他のダルクでも共有する可能性の高い諸課題の整理を行った。さらに昨年度は、障害者の生活実態に照らした制度上の課題が浮上し、制度運用の見直しが進められる障害者自立支援制度と関連する諸制度における課題を探るために、ダルクを利用する薬物依存者にとって利用可能性の高い生活保護等諸制度の運用について現状とその課題を整理し、ダルクのスタッフ等を交えた継続的な研究会の場で報告し、合わせて現場で感じるさまざまな困難さとの突き合わせを試みた。

その結果、①今日では、福祉事務所等において薬物依存者を対象とした一定程度の「処遇フォーマット」は存在している、②しかし、ダルクを利用する薬物依存者援助の制度上の裏付けは今日でも不十分なまま、援助現場の経験の蓄積とその継承とによって、順次その成果が制度運用のマニュアルにも反映されてきた、③ダルクにおいて援助を担当するスタッフが感じる業務上の困難も、社会福祉・社会保障等の制度に関する知識、情報の共有の面に関わる部分が多い、④実務上必要な知識の継続的な研修の機会が求められている、⑤前記のような内容の研修機会を保障する具体的方策の確保、が現在の課題となっていることが理解された。

今年度は、これまでまとめてきたこれらの情報を全国的に普及し現制度下での課題を明らかにするために、社会保障関連制度等についてダルクスタッフ等の業務に生かしていけるよう一日研修会（ワークショップ）を企画して実施し、各地の状況をヒアリングして検討した。

A．研究目的

これまで指摘してきたとおり、今日薬物依存者処遇の中に社会福祉的援助、すなわちソーシャルモデルとして運営される機能の重要性が注目されて久しいが、依存者自身の回復運動に基づく民間回復援助施設ダルク以外に、この領域に活動する施設・機関は未だ皆無に等しく、毎年数か所の新たな地域でダルクが活動を開始している。

今年度は、昨年度検討した社会保障関連制度の現状と課題について全国のダルクや家族会と情報を共有するとともに、それら制度運用面の実際状況について検討した。さらに、そこで求められる主に社会福祉・社会保障面での実務的研修のあり方についても検討することを目的とした。

なお、平成21年9月19日、政権交代後の新政府は厚生労働大臣が本法の廃止を言明し、12月8日には障害者自立支援法を策定した障害者施策推

進本部を「障がい者制度改革推進本部」に改編し、22年1月7日、制度施行以来全国14地裁に提訴されていた障害者自立支援法違憲訴訟の原告団との和解合意文章の中で、同法廃止の期日も平成25（2013）年8月と明記された。現在は次なる新法新制度の策定に向けた厚生労働省内のプロジェクト（障がい者制度改革推進会議総合福祉部会）が開始されている。

このような経緯と制度過渡的な状況から、本研究では今後廃止されるべき障害者自立支援法本体の問題検討ではなく、社会福祉基礎構造改革の中で近年急速に進められてきた政策動向の帰結でもある障害者自立支援制度を一つのモデルとしてとらえ、そのような状況における制度運用の課題について生活保護等社会福祉・社会保障制度を視野に入れ検討することとした。

B．研究方法

昨年度実施した民間薬物依存者回復援助施設であるダルクのスタッフ及び関連団体等に呼び掛けて実施した「薬物依存症からの回復を支援する社会資源研究会」を、公開形式の一日研修会（以下、ワークショップ）として編成しなおし、全国の関連団体等に呼びかけて各地で開催した。

今年度は、初年度にあたるため北九州市、宇都宮市、京都市の3か所で同ワークショップを開催し、全国各地のダルクスタッフ、NPO法人薬物依存症者家族会連合会及び各地の家族会、行政機関等の援助職その他の関係職種からの参加を得た。

C．研究結果

1．「薬物再乱用防止のための社会資源研究会」主催「社会資源及び社会制度に関するワークショップ」の実施状況

平成21年度に実施した「薬物再乱用防止のための社会資源研究会」での報告内容を整理し、今年度は「社会資源及び社会制度に関するワークショップ」として、全国3か所で実施した。

図（スライド）1

社会資源及び社会制度に関するワークショップ

- 第1回（2010年9月2日）：@北九州市総合保健福祉センター（アシスト21）2階講堂、参加者16名
- 第2回（2010年11月1日）：@宇都宮市東市民活動センター第1会議室及び創作室、参加者33名
- 第3回（2010年12月13日）：@京都市・龍谷大学セミナーハウス「ともいき荘」2階研修室、参加者33名

第1回目は、主に関東地区で開催してきた前年度までの研究会に出席することが困難な関西以西のダルクを対象として想定し、北九州市で開催することを企画した。しかし、会場確保等の具体的な開催準備と周知のための広報期間が限られたため出席者が少なかった。その反省に立ち、第2回及び第3回目については各地区のダルクに対する周知及びNPO法人全国家族会連合会事務局を通した周知を比較的早期に着手し、30名程度の参加者を得た。

各回の参加者の内訳は以下のとおり。

図（スライド）2

社会資源及び社会制度に関するワークショップ
参加者の内訳

- 第1回：ダルク3名、家族会4名、援助職等3名、その他2名、スタッフ4名、計16名
- 第2回：ダルク24名、家族会6名、スタッフ3名、計33名
- 第3回：ダルク13名、家族会15名、スタッフ5名、計33名

計　延べ82名

なお、ここでいう「スタッフ」とは、本ワークショップの企画を行う筆者も含めた研究会のスタッフを指す。

ワークショップ各回のプログラム内容は共通のものとして準備し、参加者数及びそこでの討議の展開に合わせて進行した。基本的には、前半に社会資源及び社会保障等の社会制度の現状に関する情報の共有を目的としたプレゼンテーションを行い、それにあわせた質疑により生活保護制度や（障害）年金制度といったきわめて複雑な社会制度の基本的部分について参加者に周知した。後半部では、制度運用を含めた社会資源の現状に関するテーマに沿った意見交換と、各地での実践を通して感じられる課題等についての討議を行った。

各回とも制度に関する質疑も、それに続く討議も非常に活発に行われ、「フィードバック・シート」等による評価でも、本ワークショップによりこれまで知る機会のなかった制度の詳細等について理解できた、またそこでの問題点が明確になった等のコメントが寄せられた。

2.「社会資源及び社会制度に関するワークショップ」における討議

前掲のとおり、計3回のワークショップ全体でみると、スタッフを中心としたダルクからの参加者が最も多く、13か所の施設から参加を得た。それに加え、NPO法人全国薬物依存症者家族連合会（以下、薬家連）事務局の協力も得て、7か所の家族会から23名の参加を得た。その他、援助職及び実習中の学生等「その他」が若干あった。

それら参加者に対し、「出席者アンケート及びフィードバック・シート」を用いて、疑義や解説内容への要望、さらに社会資源及び社会保障等制度に関する意見を求めたところ、以下のようなものが挙げられた。

図（スライド）3

社会資源及び社会制度に関するワークショップ
プログラム

・ 各回とも 9:30 開始、17:00 終了（ 計 6時間15分）
Session 1
1）関連社会資源の地域的差異と利用の概況（ 山口）
2）社会福祉諸制度の考え方と運用状況（ 宮永）
（ 1）生活保護（ 2）年金他
3）プレゼンテーションに関する質疑
（ 昼食・ 休憩）
Session 2
1）座談会1：各地域における社会資源利用をめぐる課題の報告（ 参加者）
（ 休憩）
2）座談会2：アンケート及び質疑をとおした意見交換
（ 参加者）

図（スライド）4



＜プレゼンテーションの内容に関して＞

・生活保護、障害年金の問題について、研究者間だけでなく家族会等でも情報発信を望む。

・今回のワークショップの内容を家族会の仲間にも聞いてもらいたかったと思う。

・処方薬による薬物依存症（処方薬乱用・依存）の場合に対応すべき機関が明確にされていないのでは。

・障害者自立支援法及び後期高齢者医療制度などが廃止されることを聞いているが、その後それら制度がどのような制度や運用に変更されるのか知りたい。

・生活保護運用はマニュアルに基づいて行われることが分かったが、各地のマニュアルを入手することはできるのか。
・地域定着支援センターや専門職特別加算について知りたい。
・視野を広げ、またネットワーク作りのためにも、各関係機関の様々な業種がワークショップに参加することができないか。
・ダルクのスタッフ・施設長と一緒に参加し、一日をとおして研修し話し合うことができた貴重な体験だった。
・障害年金の不支給事例検討の問題で、自殺未遂による後遺障害が残った事例等の中から、薬物依存者の申請に役立てられそうなものはあるか。
・自殺対策との関係の中で、「依存症」の問題を取り扱っていく方途は。
・年金保険料の納付については、親は払わなくていいと考えてきた。減免手続き等もダルクのスタッフがやってくれると聞いていた。どこで、本当のすべきことを説明してくれるのか、と考えてしまった。
・ダルク、家族会メンバー、研究会スタッフがグループに分かれて少人数で話す時間を設け、全員が話せるようにした方がよい。
・施設を出てからの追跡調査等、その後の回復過程を明らかにすることで、サービスや社会資源利用に焦点を当てて、うまくいかなかった事例分析を聞いてみたい。そこから課題が明らかになるのでは。
・制度はまじめに申請しすぎても難しいこともあり、状況に応じてうまく資源を利用していくために制度の本音と建て前を知っておくことはとても参考になった。

＜自立支援法等に関する取扱い、その他改善が必要と考えられる事例等＞

・自立するうえで、住居確保の問題、就職の問題を援助する制度の整備が必要。生活保護だけでなく、一定期間での就労という目標に向けた研修制度と、その期間の経済的支援等についてきめ細かく考慮される必要がある。
・自立支援法になって、とにかくデスクワークにかかわる時間が多くなった。小規模施設のためスタッフも少ない中で、それらの避けられない業務をどのようにさばいていくか大きな問題になっている。
・日常生活の介護まで含んだ高齢者のアディクト（依存者）に対するケアが今後課題になると思われる。
・障害者自立支援制度になり、これまで以上に他の施設や行政機関とのネットワーク作りを広げていく必要がある。ただし、ダルクのスタッフが福祉サービスの概念などを理解するためには時間がかかるのが通常で、そこに困難を感じる。
・3障害が一体として取り扱われるようになったといっても、障害の認定や手帳の取得要件がそれぞれ独立しており、障害程度を総合的に判定することができないか。
・思春期に発症することも多い薬物依存症の場合、初診日に20歳を超えていた場合には未加入では無年金になってしまうが、実態に合わせた救済はできないのか。その場合は生活保護受給しかないのか。
・地域での受け入れ体制ができていないのに、障害者自立支援制度ができてしまい、すべての障害者が影響を受けている。制度実施のための施設、予算、人材等を準備したうえで変更すべきであり、現場の状況を把握し本当のニーズにこたえてほしい。
・精神保健福祉センター・保健所・保護観察所とダルクそれぞれの立場ができる得意分野、専門分野の職員を交えて今後ワークショップができないか。

・刑務所を満期出所した場合の依存者に対する援助が確立されていれば、再犯の防止につながると思われる。
・家族会に出席すると、家族は何もしなくて良い、ダルクが何でもしてくれるというが、ダルクのスタッフで何でもできるのか疑問。制度の理解は十分なのか。親としても、精神保健センターに相談している。
・生きる道筋に沿った制度の充実と、薬物依存は病気であるという認識に立った制度の改正を望む。
・より多くの家族会メンバーが参加できるようにしてほしい。
・これまでこのような制度の内容などほとんど知らず、ただ不安の中で過ごしてきた。自分の家庭のことだけでなく、これからつながってくる人たちに対し、心配を少しでも減らすことができるよう制度についても学んでいくべきと感じた。
・刑務所出所後の、または初犯者への、家族へのコーディネートができる人材、資源があまりにも少なすぎる。コーディネーターをどのようにして作っていくのか考えてほしい。
・サービスの中では、社会復帰するまでのつなぎとしての就労支援とその後のジョブコーチ制度等継続的に見守る制度の充実が必要。ダルク退所後に一人暮らしを始めた依存者に対する訪問支援（精神障害者に対するアウトリーチ的支援）を必要とする人もいるはず。
・精神保健福祉法には、依然として成人でも保護者として家族が全面的に責任を負う規定が残存している。そのことの見直しに向けた議論が表面に出てこないのはなぜなのか、疑問に思う。
・50か所のダルクスタッフ等にも今回のような情報共有のための勉強会が必要だと感じる。
・ダルクの中心的なスタッフが刑務所にメッセージに行っているが、十分な手当てがされておらず負担も大きいのではないか。そのことで運営も不安定な中で、ダルク本来の業務がなおざりにならないか不安。
・刑務所がダルクと連携することで、刑務所→ダルク→社会復帰という流れができれば、今刑務所にいる依存者にも希望になる。そのために社会資源を生かせるよう勉強する必要がある。

また、これらの「フィードバック・シート」に表わされたものの他に、会場での質疑及びディスカッションの中では以下のような意見も出された。

（移送費に関して）
○ 移送費の問題。息子は関東で障害者年金1級をもらっている。夏に横浜で開かれたNAコンベンションにも参加したりしている。たまに電話がかかってきて、一番困るのはお金の問題だと言う。（同居する）女性と合わせると、8万＋7万＝15万円位しかならない。NAに通う交通費が出せなくて困っているという。生活保護の人には移送費が出るが、障害年金だけでやっている人には移送費は出ないのか？NAだけでなく、病院でやっているSMAARP（通所プログラム）に出るにも交通費がかかる。（家族会：第1回）
○ ある福祉事務所から突然電話があり、所内会議で決定され、今月から移送費を認定できなくなったといわれた。生活保護手帳別冊問答集2009年版p.200-201問7-58にいう、「国もしくは地方公共団体から当該事業に対し補助が行われて」いない、「保健所もしくは精神保健福祉センター等が後援し」ていない、に該当することが理由、と説明された。なんとかできないものか？（ダルク：第3回）

（複数の制度利用の課題）
○ ダルクにつながったのは去年。その前に家族としては10年位「薬物との戦い」があった。本人には解離性障害があり、朝起きると血まみれにな

っているのだが記憶がないという症状。精神保健福祉センターで3，4回相談した時、思春期の問題として片付けられた。岡山県には依存症外来があり、ダルクの人も来てミーティングをやっている。今朝覚せい剤を使ってきたという人も来ていた。病院は治りたい人が来る所なのにと思い、それ以降は行かなかった。ダルクの利用料15万円／月が払えないと担当医師に相談したら、とりあえずひとり暮らしをさせて下さいと言われた。

世帯で見ると収入はあり、生活保護は受給できなかった。協議会の方でボヤいていたら、ある職員が、「お母さん、年金という手もあるよ」と教えてくれた。それを手掛かりに手続きし、精神障害者2級が認定された。書類の提出日に持参したら、もう午前中で会議が終わったから来月にしてもらいたいと言われた。少しゴネたら県庁の方に書類を持っていってもらえ、すぐに審査が通った。そのまま引き下がっていたらまた1〜2か月先になっていたのかと思うと矛盾を感じる。

また、本人が最初に福祉事務所に行った時には何も手続せず帰されてしまった。ダルクでは着き放しせよといわれた時期だったのだが、居住地特例によって、岡山で生活保護を受給しながら別地域のダルクに入所することができた。その後再使用し逮捕され、生活保護も廃止された。裁判が終わって、執行猶予となったらどこで生活保護をもらえるのか？また、なぜ既に成人した息子のために毎度毎度家族がいつでも対応させられるのか？（家族会：第1回）

（ダルク利用者に対する指導）

○ 制度利用に積極的であるべきかどうか、どっちが良いのか疑問に思っている。あるダルクでは皆できるだけ障害者2級を取得させようとしているが、制度の中で「障害者」になった方が良いのか、それとも「健常者」でいた方が良いのか？（ダルク：第1回）

○ いくつかのダルクは障害者サービスを運営している責任団体としての位置づけになっている。ダルクそのものは、ある程度違っていてかまわない。自発的な自分たちのボランティアな活動として考えた時、やりやすいようにやるべきではないか。（スタッフ：第1回）

○ 刑務所を出て身寄りのない人が、そのことだけで生活保護を受けてダルクに入る事も考えられる。（家族会：第1回）

○ 「ホームレス援助」については、「囲い屋」排除、悪徳サービス事業者の排除を厚労省も考えている。しかしどうすれば合理的に区別できるのだろうか？

例えば、本体はアルコール依存の回復支援を運営してきたNPO法人がホームレス支援事業を受託して行い始めている。一方悪徳業者に公金が流れ、人権侵害等の事件が発覚し、批判を受けることになる。

ダルクがそういう誤解や批判を受けるようになってはまずいのでは、と思う。その意味では、ダルクが施設として全員に生活保護を受けさせる方針というのは問題はないか？（スタッフ：第1回）

○ 使えるものを探したときに、生活保護が最も分かりやすいので、何でも生活保護で対応してきた、という問題点がある。きちんとした根拠を持って生活保護は利用すべきだ。（スタッフ：第1回）

○ 生活保護は本人のものなので、ダルクとは直接関係がない。ダルクは生活保護にはタッチしない方が良いのではないか。障害を持つ高齢受刑者が満期出所する際に、兼務する地域生活定着支援センター職員として薬物・アルコールの問題を持つ人の振り分けを始めた。

ダルクではなく、受刑中から地域定着支援センターのような専門機関がコーディネートを行うべきだと考える。加えて、説明責任、情報公開が十分になされていないからダルクに公金が出に

くいのでは。今後はそういう制度を使うのであれば、それなりの条件が設定されるということになる。

さらに、生活保護費と入寮費が近い所で議論されていることがまずいと思う。足りない部分を補うのが生活保護のはず。生活保護費なのか、治療費なのか、ダルクの運営費なのかをきちんと議論しないといけない。そうしないと移送費が出にくくなってきたのと同じ理由で、ダルク入寮者に保護費それ自体が出てこなくなるのではないのかと心配だ。（ダルク：第3回）

（ダルクの運営について）

○ スタッフとして運営する責任、自分なりのモラルはある。自分が今まで経験してきた中で、できる範囲で対応している。ダルクの基本は一緒に住むことだと考えているので、そのことを中心にやっていこうとしている。

毎日入寮者の顔を見て、今日は具合はどうかな、と個別に見ていくのがダルクの基本だと思う。「貧困ビジネス」まがいなことや、そうでなくても「入寮者がお金に見えること」はしたくない。自分がダルクでしてもらって良かったことを提供していきたい。そのような意味で、モラルを持ってやっていこうという気持ちでやっている。（ダルク：第1回）

○ 最初の10年、利用料無料の通所施設としてやってきた。しかしこれまでの地域作業所としての補助金が平成23年で打ち切られるので、自立支援法による地域生活支援センターに移行する必要が出てきた。そのために平均8名以上の利用者を確保しなければいけなくなった。その確保のためにはグループホームを設け、入寮者も受け入れられるようにしないといけない。

一方で、不動産屋に行って相談すると、ダルクといっただけでどこでも「物件はないです」と言われる。さらに問題は消防法への対応が大変なこと。整備のために110万円かかると言われた。これらの経過で、申請をとりあえずストップさせざるを得ない。補助金が通れば工事が開始される予定である。

本来は今回のテーマでもあるように、国のグループホーム補助を受けて運営したいかといえば決してそうではない。むしろ事務的に仕事量が非常に多く負担である。県庁に行ったら、何も勉強してこなかったのですかと怒られた。消防法のことは県庁に詳しい人はいない。消防署でないと分からないこと。

施設を作っていくということはますます大変なことになってきた。当事者だけでやっていくことはもはや本当に大変だと感じている。（ダルク：第1回）

○ ダルクのスタッフが刑務所の教育に行っていることについて、法務省から報酬をもらっているのか？ダルクの本来の仕事が手薄になるのではないかと心配している。（家族会：第3回）

○ （ダルクの利用費を障害者自立支援法で一部負担させることはできないか？）（家族：第3回）

→ 2006年の制度開始以来、『障害者自立支援法とは』というマニュアルが既に7版を重ね、最新版は2010年4月版。9割を公費負担、1割を自己負担させるというのが障害者自立支援法。1割負担としていることについて違憲として提訴され、人権侵害が認められ原告が勝訴した。現在は法律そのものは維持しつつ、利用者負担軽減策の導入により地方税非課税世帯を無料化し、自己負担をしないで済む人を拡大している。

ダルクがもし自立支援法適用となり公費が入るようになったからといって、ダルクが入寮費を14万円から5万円に下げるか、といってもそうはならないだろう。（スタッフ：第3回）

○ 自分たちのダルクは自立支援法の適用施設になっている。サービス報酬を1人当たり1日1万円、月22日間分もらっている。それだけもら

っているのなら家族は払わないでもいいか、というとそうではない。居室として一定基準の平米数を確保し、スタッフも配置しなければいけないため人件費も増大する。家賃負担分4万円、居室分1人6畳以上は必要。当該ダルクでは家賃14万円で4人が入居している。どうしても生活費に14万円くらいはかかる。

今まではいろいろな寄付がダルクに集まってきたが、各地にダルクができることで寄付が集まりにくくなった。自立支援法の適用施設になったことを理由に、家族負担を減らすことは困難な事情がある。（ダルク：第3回）

（研修会全体に関して）

○ 半信半疑で参加した。こういう話し合いはなかなか家族会でもできない。自分たちの周りには系統立てて説明ができる人がいない。家族でこういうことがあったよ、ああいうことが合ったよという体験談の分かち合いくらいしかできなかった。そして、制度自体についてはわけがわからなかった。

こういう情報を少しずつ家族会に持ち帰って皆に伝えていきたい。今後は地域の家族会に来ていただいて話をしていただければと思う。（家族会：第1回）

この他、アンケートとして本ワークショップに参加しての評価が記載されているものは、いずれも参加の意義が大きかったと評価する内容だった。同時に、より広い参加者が必要だとの指摘と次年度以降の継続が求められていた。

さらにこれらの意見を集約し、研究会においては今年度実施したワークショップのプログラム内容及びその運営方法等について再検討したうえで、次年度以降もワークショップないしそれに代わる機会と情報の提供を準備していく必要があると思われた。

D．考察

平成21年8月末の総選挙による政権交代は、社会福祉・社会保障制度全体の見直しを重要な政策課題に位置付け、これまでにない制度上の変更を予告した。新政権は発足直後から、当事者を中心とした制度に対する反対の強い障害者自立支援制度を廃止し、新制度に移行することを言明した。

このように、本研究のテーマでもある障害者自立支援法は、発足後わずか4年を待たずに廃止と新制度の創設が決定された。平成20年10月31日に全国一斉提訴された障害者自立支援法訴訟の原告・原告弁護団と国との間で交わされた基本合意文書[1]の中では、その期日も平成25（2013）年8月までと明示された。それに先駆け、平成21年12月には内閣府に「障がい者制度改革推進本部」が設置され、22年1月より当事者を多数含む委員で構成された「障がい者制度改革推進会議」が開催されている。そこでは既に障害者自立支援法に代わる「障がい者総合福祉法（仮称）」の内容検討も開始されて今日に至っている。

2010年度末までに明らかになっている新制度の変更事項の要点[2]は以下のとおりである。

1）身体・知的・精神の3障害だけでなく、それに加え発達障害、高次脳機能障害、難病、より広義の内部障害なども新法の対象とする。
2）障害サービスの利用者負担を「応益負担」（自立支援法では原則10%）から「応能負担」に変更する。自立支援医療も定率1割負担を廃止して「応能負担」に。
3）「障害程度区分」を廃止して障がい者のニーズに基づいた認定方法に変更する。
4）サービス事業者に対しては、現行の日額方式を廃止して月額方式とし、適当なサービス内容については、日額方式も選択できるようにする。

5）一般就労の促進と合わせ、それ以外の就労的事業を整理し、就労支援にかかわる事業（自立訓練・就労移行支援・就労継続支援）を統合簡素化して強化を目指す。

数年前、ダルクスタッフそしてそれをサポートする運営参加者等にとっては、突然通知された感の強かった障害者自立支援法への移行は、そのことがもたらす影響の全体像に関する検証が行われようもないまま、同法への乗り入れによるさまざまな代償をも負わされたことは、今回のワークショップでの参加者からの意見にも明確に表現されていた。

加えて、2009（平成21）年度から開始された地域生活定着支援事業などとも密接に関わり合いながら、薬物乱用・依存問題の動向とそこで顕在化する制度・サービス利用者及びその家族に関わっていくことになる。昨年度の報告書でも、「ダルクの中の多くの施設は手探りに近い運営を続けていくことが予想される」と記したが、その状況は今後も継続していく。

一方で、昨年度も指摘したいわゆる「貧困ビジネス」に関わる問題との関係でも、行政機関からの依頼を根拠として、必ずしもアルコールや薬物依存症の回復支援が目的とはいえない、いわゆるホームレス者を依存症治療を目的に掲げた入寮施設に受け入れている実態が暴行死事件を契機に報道[3]された。

ワークショップでも討議の焦点の一つに挙げられていた、ダルク利用者の生活保護受給とスタッフによるそのサポートの可否、および是非については、全国のダルクの現場においても避けられない問題であるばかりでなく、多くのジレンマを含むものとして確実に存在していることがわかる。その取扱い如何によっては、生活保護実施機関との関係にも大きな影響を及ぼすことが考えられ、生活保護制度運用の現場も近年の急激な受給者拡大[4]に見られるような状況において、ダルク利用者の生活保護受給がこれまでと同じように展開していくという保証はなく、その意味でもより制度についての理解が求められている。

筆者らが主張してきたこれまでのダルクとは異なる、薬物依存者を専門に援助する社会的装置（たとえばTC）あるいはそのために設計される治療的環境の必要性と合わせ、急激に変化しつつある現下の社会情勢の中にあるダルクの位置付けについても、分析と課題の明確化を粘り強く続けていく必要が理解された。

E．結語

2010年8月27日発行の『平成22年版厚生労働白書』では、そのこれまでと大きく変わった誌面構成と合わせて、県と連携したダルクの活動が初めてコラム[5]の中において紹介された。これは、ダルクの活動がこの領域における有効な社会資源として認知されていることを表すだけでなく、この領域のサービスプロバイダとして既に大きな役割を負っていることをも示しているといえよう。

今年度も障害者自立支援法下における薬物依存症治療資源の現状を把握するために、ダルクの利用者が活用可能な制度の運用の状況とその課題について問題の整理を行った。その内容について、ダルクスタッフをはじめ、関係援助職等にも参加を呼びかけてワークショップを開催し、そこで援助実践に関わる検討を行った。その結果、以下の各点が明らかになった。

1．今日では、福祉事務所等においては薬物依存者を対象とした一定程度の「処遇フォーマット」は存在し、ある程度共有されてきてもいる。生活保護受給に関わる諸手続き、その他社会福祉・社会保障制度の活用もダルクにおける援助の前提となっている。

2．しかし、ダルクを利用する薬物依存者援助の

制度上の裏付けは今日でも不十分なまま、実際は援助現場（福祉事務所等）での経験の個別な蓄積とその継承とによって、順次その成果が制度運用のマニュアルにも反映されてきた。

3．ダルクにおいて援助を担当するスタッフが感じる業務上の困難も、社会福祉･社会保障等の制度に関する知識、情報の共有の面に関わる部分が多い。これは、現実にスタッフとして求められる業務に関わる知識･技術を修得する機会が不足していることと表裏をなしている。

4．実務上必要な知識について、継続的な研修の機会が求められている。合わせて、個々のスタッフの知識･技術修得だけでなく、援助を担う社会資源として、集団としての力量の向上も課題となる。

5．上記のような内容の研修機会を保障する具体的方策の確保が必要である。現状ではスタッフ個々の自主的な情報収集やその交換にとどまっているものを、ダルク外部の援助業務従事者の実践的知識･技術と結び付けていくための研修機会をどのようにしたら提供可能か、が明確にされなければならない。さしあたり、情報の共有と意見交換ができるダルクスタッフ等を主体として、そこに家族会や専門援助職の参加を求めていくワークショップ・合同研修会の開催がその方策として有効と考えられた。

合わせて、今回記述したような、これまでにない流動的な制度の状況についても、関連する制度及びそこに影響を及ぼしている社会状況自体について情報を整理し共有しておくことは、少なからず今後のダルクの援助内容に影響してくることについても理解しておく必要がある。

F．研究発表

1．論文発表

1) 宮永耕：薬物依存者の回復における社会福祉援助の役割：龍谷大学 矯正・保護研究センター研究年報 第7号（特集 DARS（Drug Addiction Recovery Support）の理論と実践）：p.99-111：現代人文社：2010

2．学会発表

なし

＜文献等＞

1) 障害者自立支援法違憲訴訟に係る基本合意について（平成22年1月7日）http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jiritsushienhou/2010/01/dl/100107-1b.pdf/

2) 社会福祉法人東京都社会福祉協議会編：障害者自立支援法とは…（制度学習用ブックレット）：改訂第8版：2010：p.29

3) ニッポン密着：千葉・無料低額宿泊所 保護後の暴行死　移し替え、行政知らず（2010年2月7日毎日新聞）

4) 2011（平成23）年3月2日に公表された福祉行政報告例（平成22年12月分概数）にみる被保護世帯数 1,435,155 世帯及び被保護実人員 1,989,577 人は、いずれも過去最高の数値となっている。

5) 薬物依存からの回復に向けた取組み ～栃木県と「栃木ダルク」の例～：厚生労働省編 平成22年版 厚生労働白書 ＜厚生労働省改革元年＞ ～生活者の立場に立つ信頼される厚生労働省～ ～参加型社会保障の確立に向けて～：2010：p.346-349

2010年度厚生労働科学研究費補助金　「薬物再乱用防止のための社会資源研究会」主催

社会資源及び社会制度に関する第2回ワークショップ　開催要項

目的：DARC等で援助に携わる援助職等を対象として行うワークショップにより、障害者自立支援制度をはじめとする複雑化する関連制度施策の状況に関する知識・情報を共有し、現時点における薬物依存者回復支援活動に関する課題の所在と対策について検討する。

日時：2010年11月1日（月）　午前9時30分から午後5時

会場：宇都宮市東市民活動センター　第1会議室及び創作室

〒321-0968　宇都宮市中今泉3丁目5番1号　　電話 028-638-5784

（関東バスJR宇都宮駅西口バスのりば　越戸経由柳田車庫行・越戸経由松下電器行　白揚高校前下車徒歩15分、JR宇都宮駅東口より徒歩約25分）

内容：午前1　関連社会資源の地域的差異と利用の概況（山口）

午前2　社会福祉諸制度の考え方と運用状況（宮永）

（1）生活保護　(2) 年金他

午前3　プレゼンテーションに関する質疑

（昼食・休憩）

午後1　座談会1：各地域における社会資源利用を巡る課題報告（参加者）

（休憩）

午後2　座談会2：アンケート及び質疑をとおした意見交換（参加者）

参加費：無料

参加者には、厚生労働科学研究費の規定により交通費（宿泊費）及び日当を支給します。なお、参加にあたっては、お手数ですが準備の都合上、10月14日（木）までに下記アドレスまでメールまたはFAXにてご連絡ください。

問合せ：宮永 耕（東海大学健康科学部） k-myng@is.icc.u-tokai.ac.jp／0463-90-2015

山口 みほ（日本福祉大学社会福祉学部） m-oike@n-fukushi.ac.jp／0569-87-2211

2010 第3回ワークショップ（京都）

所属・お名前 _____

出席者アンケート＆フィードバック･シート

＜フィードバック＞

1）午前中のプレゼンテーション（山口･宮永）の内容に関する質問がありましたら、お聞かせください。

2）次回以降の本ワークショップの内容に取り上げるべき課題について（この制度及びその運用について調べて解説してほしい…等々）、ご要望など。

＜アンケート＞

1）現在、新制度の検討が始まっている障がい者支援対策、とりわけ「障害者自立支援制度」による取り扱いに関連して

2)「自立支援制度」以外の諸制度の中で、現在の援助業務、活動に関して今後改善が必要だと感じる場面、事例等について（箇条書きで結構です）

分担研究報告書
(2－3)

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

若年者向け薬物再乱用防止プログラムの開発に関する研究

研究分担者　嶋根卓也　国立精神・神経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　菅原　誠　東京都立中部総合精神保健福祉センター生活訓練科長
田中さゆり　東京都立中部総合精神保健福祉センター相談係長
平　重忠　東京都立中部総合精神保健福祉センター相談係
染谷和子　東京都立中部総合精神保健福祉センター相談係
藤堂千浪　東京都立中部総合精神保健福祉センター相談係
岡崎重人　川崎ダルク

研究要旨　若年者向け薬物再乱用防止プログラム OPEN を作成し、平成 22 年 3 月～平成 23 年 2 月まで東京都立中部総合精神保健福祉センターにて実施し、9 名よりエントリー時（T1）、4 名より介入終了時(T2)、2 名より介入後 3 ヶ月時(T3)のデータを収集し、以下の知見を得た。

1) OPEN のエントリー者は女性 5 名、男性 4 名、年齢の中央値は 29.0 歳、医療機関からの紹介が 6 名（66.7%）と最も多かった。
2) 薬物使用は、介入終了時(T2)に、プログラム修了者 4 名全員が断薬を継続していたものの、介入後 3 ヶ月時(T3)では 1 名が再使用していた。
3) 飲酒は、介入終了時(T2)および介入後 3 ヶ月時(T3)も継続していたが、Binge drinking がなくなっていた。
4) VAS による主観的評価によると、介入前後で薬物を使いたい気持ちも減少したが、やめ続ける自信も減少した。
5) 日本語版 SOCRATES の「迷い」のスコアが若干増加していたが、介入前後で変化のステージには大きな変化がみられなかった。
6) 介入前後で、部屋の片付けや掃除など身の回りのことができるようになったが、生活リズムや昼夜逆転といった生活習慣や、QOL には大きな変化がみられなかった。

以上の知見より、OPEN の薬物再乱用防止効果には一定の効果が見込まれると示唆されるが、効果を結論付けるだけのサンプル数が不足しており、さらなる対象者の確保が必要である。

A. 研究目的

薬物問題を薬物依存症の予防あるいは早期解決という観点から考えれば、初期薬物乱用者への早期介入が必要である。これまでの疫学研究から薬物依存者の多くが 10 代～20 代前半に薬物乱用を開始していることが明らかにされており[1,2]、介入の対象は若年者が中心となる。地域における若年者に対する薬物乱用の予防は、教育機関での薬物乱用防止教育や啓発キャンペーンなど薬物乱用を開始させないための「一次予防」が中心であり、すでに薬物乱用を開始している若者薬物乱用者に対する再乱用防止の取り組み、つまり「二次・三次予防」の報告例は驚くほど少ない。

若年薬物乱用者に対する「二次・三次予防」が進んでいない背景には 2 つの理由が考えられる。第一に、地域における若年薬物乱用者の受け皿が不足していることが考えられる。地域には薬物依存治療を行う精神科医療施設や民間の回復支援施設（ダルクなど）といった治療援助資源が存在するが、これらの施設でも若年者に特化した再乱用防止プログラムは驚くほど少ない。先行的には、長谷川病院におけるピアグループの交流を活用した集団精神療法[3]や、肥前精神医療センターにおける 3 回の外来受診をセットにしたブリーフインターベンション[4]が報告されているが、受け皿の数としては十分とは言えない状況が続いている。

第二に、若年薬物乱用者への介入困難性が考えられる。一般的に薬物乱用歴の比較的短い若年者

は治療動機がそれほど高くない場合が多く、自発的な相談や治療につながりにくい特徴がある。そのため、地域における若年薬物乱用者は、いわゆる hard-to-reach population（接近困難層）の一つといえる。

では、なぜ若年者に特化したプログラムが必要なのか。第一の理由として、薬物依存症の重要度の違いが挙げられる。重篤な薬物依存者と共に治療プログラムに参加することも可能であるが、薬物依存症の重症度の違いを目の当たりにすることで「自分はあそこまで病んでいない、だからまだ大丈夫。」と感じる若者も少なくないと考えられる。松本らは、若年者に特化したプログラムが必要な理由として「自分の問題に対する過小視を助長する可能性を避けるため」と指摘している[5]。海外では若年者向けの再発予防プログラムは明確に区別されており、米国薬物乱用研究所(NIDA)は、「若者に効果的な治療にするために、大人用にデザインされたプログラムを修正する必要がある」と指摘している[6]。

第二の理由として、若年者に特有のニーズの多様性に対応するためである。若年薬物乱用者は、仲間からの影響を受けやすい年齢層であり、仲間からの誘いに対する対処スキルといったコミュニケーションスキルに重点を置く必要がある。また、注意欠陥・多動性障害（ADHD）や摂食障害など他の精神障害との併存例が多いといった特徴も報告されている[6,7]。介入方法としては、家族を積極的に巻き込んだ家族介入や動機付け面接法が有効であるという報告もある[8]。

近年、薬物依存者に対する再乱用防止の取り組みとして、SMARPP(Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program)に代表される認知行動療法プログラムの開発と普及が進められている[9,10]。SMARPP は松本・小林らが中心となり、米国の外来型治療プログラムである Matrix model[11]をベースとしてわが国の覚せい剤依存者向けに作成した認知行動療法プログラムである。ワークブックとマニュアルに基づき、薬物依存症の臨床経験が少ない援助者でも使いやすいプログラムを目指している。SMARPP は、精神科医療機関をはじめ、司法施設[5]、精神保健福祉センター[12]においても導入されつつある。若年薬物乱用者への取り組みとしては、少年鑑別所の被収容少年に対する自習用ワークブック（SMARPP-Jr）を活用した介入例があり、薬物依存に対する問題意識や治療に対する動機付けの改善が報告されている[5]。

以上の背景を踏まえ、分担研究者らは、東京都立中部総合精神保健福祉センター（以下、中部センターと表記）と協働して、SMARPP をベースにした若年者向け薬物再乱用防止プログラム OPEN（以下、OPEN と表記）を作成した[13]。平成 22 年 3 月より週 1 回（1 回あたり約 90 分間）の頻度で、計 14 回のセッションを 1 クール 16 週（約 4 ヶ月）で実施している。現在、第 3 クールを実施中であり、対象者の特徴や属性に合わせて、ワークブックの改訂も行った。そこで本研究では、OPEN の内容的特徴を整理するとともに、平成 22 年 3 月～平成 23 年 2 月までに対象者から得られたデータを報告する。

B．研究方法

1．介入実施およびワークブックの改訂

OPENは、中部センターの広報援助課相談係主事3名（以下、相談係と表記）およびDARCの回復者スタッフ1名によるローテーションで実施した。第1～2クールの実績に基づき、分担研究者および研究協力者でワークブックの内容を再度検討し、必要に応じて改訂を行った。

2．対象者

対象者は、平成 22 年 3 月～平成 23 年 2 月までに OPEN にエントリーした 9 名である。

3．データ収集

データ収集は、エントリー時(T1)、介入終了時(T2)、介入後 3 ヶ月時(T3)、介入後 6 ヶ月時(T4)の 4 点で自記式質問紙により行った。

4．アウトカムメジャー

1)　薬物使用（メインアウトカム）

薬物再使用の有無が本研究におけるメインアウトカムである。過去 1 ヶ月間における薬物再使用の状況を自記式質問紙にてたずねた。なお、尿検査による評価は行っていない。

2)　アルコール使用

アルコール使用は、薬物同様に自記式質問紙にて過去 1 ヶ月間の状況、飲酒頻度、Binge drinking についてたずねた。Binge drinking とは、いわゆる

暴飲を意味する用語である。「1 席において x 杯以上のアルコールを摂取する飲酒行動」のように、急性中毒につながり得る危険行動として捉えられる場合が多い。例えば、ハーバード公衆衛生大学院による大学アルコール研究(CAS ; College Alcohol Study)による Binge drinking の定義は、男性であれば「1 席において 5 杯以上を立て続けに飲む行為が、過去 2 週間に最低 1 回みられること」とされている[14-16]。本研究ではこの定義を採用した。

3) SDS-J (Severity of Dependence Scale)

使用した精神作用物質によらず適用可能で、簡便かつ有用性が高く、依存症候群の中核である「精神依存」に焦点を当てた自記式評価尺度 (5 項目) である。日本語版は、尾崎ら (2005) が原著者の許可を得て作成された[17]。

4) SOCRATES (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale)

Miller と Tonigan によって、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自記式評価尺度 (19 項目) である[18]。海外の研究では、SOCRATES 得点は治療準備性の高まりを反映しており、高得点のものほど治療を長く継続できることが明らかにされている。本研究では、小林らによって開発された日本語版 SOCRATES[19]に従いスコアリングを行った。

5) 渇望感と自己効力感

薬物使用に対する渇望感と、薬物をやめ続けることに対する自己効力感を代用する項目として、VAS(Visual analogue scale)による測定を行った。

6) SF-36v2

OPEN による副次的な介入効果として、QOL の向上が予測された。そこで、健康関連 QOL (HRQOL: Health Related Quality of Life) を測定するための、科学的な信頼性・妥当性を持つ尺度である SF-36 を取り入れた。SF-36 は、米国で作成され、概念構築の段階から計量心理学的な検定に至るまで十分な検討を経て、現在、110 カ国語以上に翻訳されて国際的に広く使用されている。現在、オリジナルの SF-36 (日本語版は version1.2) を改良した SF-36v2™が標準版として使われている[20]。

7) 生活習慣関連項目

OPEN による副次的な介入効果として、生活習慣が正常化することが予測された。そこで、生活習慣に関連する 3 項目 (生活リズム、昼夜逆転、身の回りの掃除) を設定した。

5. 統計解析

地域における若年薬物乱用者の受け皿の少なさや、対象者の治療動機が必ずしも高くないことを考慮にいれると、若年薬物乱用者による非介入群 (対照群) を置くことは現実的に困難である。そこで本研究では、介入前後および介入後のフォローアップ期間を前向きに追跡し、各アウトカムメジャーの変化を調べる。なお本報告では、対象者数が少ないため、有意差検定等の統計処理は行わない。カテゴリカルデータについては割合を算出し、量的データについては、中央値を算出した。

6. 倫理面への配慮

本研究における対象者へのインフォームド・コンセント、結果説明、プライバシーの保護、データ管理については、疫学研究に関する倫理指針を遵守して、独立行政法人国立精神・神経医療研究センターの研究倫理審査委員会の承認を得た上で実施された (22-4-事 6)。

C. 研究結果

1. OPEN の内容的特徴

OPEN は、SMARPP[9,10]や SMARPP-Jr[5]をベースに作成されたプログラムであり、ワークブックを用いる点、理論的背景 (引き金理論)、動機付け面接の手法など、治療的なコンポーネントは共通項が多い。ここでは、若年薬物乱用者向けのアレンジとして重視している点を以下に示す。

第一に、薬物関連問題の程度が比較的軽度の対象者を意識した表現を心がけている点である。薬物乱用歴が比較的短く、依存症の重症度が軽度の対象者を想定し、読み手を「薬物依存者」と断定する表現を記載しないように配慮した。医学的な診断名に拘らず、「薬物をやめたい」と願う者が、「再び薬物を使わない生活を続けること」をプログラムのゴールとした。

第二に、コミュニケーションスキル向上を目的

とするセッションを取り入れている点である。ロールプレイを活用し、「薬物問題を知らない友人から飲みに誘われたとき」、「友人に貸した金が返ってこないとき」、「再び薬物を使ってしまったとき」など複数のシチュエーションを設定し、コミュニケーション方法の学習を取り入れた。

第三に、「引き金としてのアルコール」を強調している点である。コカインの再乱用と飲酒との関連を示した先行研究[21]や、自助グループにおいて飲酒も禁じているといった客観的事実を示した上で、各自のアルコールとの付き合い方を考えさせるセッションとした。

第四に、薬物依存関連分野の健康問題も積極的に話題として取り上げている点である。例えば、「食生活とダイエット」、「セックスと性感染症」、「月経前症候群と感情」などのテーマを挙げ、当事者の手記[22,23]も交えながら考えるセッションを設けた。

第五に、若年者が受け取りやすいデザインを心がけている点である。ワークブックを持ち歩きやすいものにするために、表紙には「薬物」や「ドラッグ」といった言葉を一切入れず、インテリア雑誌風のデザインを採用し、対象者の抱える問題を他者から悟られないような配慮を施した（図1）。

2．プログラム実施状況およびデータ収集状況について

平成23年3月現在、OPENへのエントリー者は9名であった。このうち4名がプログラムを修了し、介入終了時（T2）のデータ収集を終えている（プログラム修了率44.4%）。残り5名のうち、2名が脱落、3名がプログラム継続中である。また、プログラム修了者4名のうち、2名が介入後3ヶ月時(T3）のフォローアップ調査を終えている。

3．対象者の基本属性および履歴

表1にエントリー者9名の基本属性を示した。性別は女性5名(55.6%)、男性4名（44.4%）であり、年齢の中央値は29.0歳（最小値19歳、最大値35歳）であった。最終学歴は、高校卒業が6名（66.7%）と最も多かった。OPENへの参加経路としては、医療機関からの紹介が6名（66.7%）と最も多かった。

主たる依存薬物は、覚せい剤5名(55.6%)、大麻1名、ガス1名、咳止め・風邪薬1名、アルコール1名であった。SDSスコアの中央値は6.5（最小値3 、最大値10）であった。乱用経験のある薬物は、大麻9名（100.0%）、覚せい剤8名（88.9%）、処方薬7名（77.8%）、MDMA5名（55.6%）、ケタミン4名、コカイン4名、ガス4名、市販薬4名と続いた。

表2にエントリー者の主な履歴を示した。薬物関連問題についての治療歴としては、8名（88.9%）に通院歴が、6名（66.7%）に入院歴がみられた。自助グループへの参加歴としては、NA5名（55.6%）、ダルク3名(33.3%)と続いた。また、薬物関連の逮捕歴は5名（55.6%）にみられた。

一方、これまでの関連エピソードとしては、学校に関するエピソードとして、停学・退学6名（66.7%）、不登校5名（55.6%）と続いた。攻撃的行動に関するエピソードとして、自傷行為6名（66.7%）、いじめ(加害・被害ともに)5名(55.6%)、暴力（加害・被害ともに）5名（55.6%）、暴走行為4名（44.4%）と続いた。食行動の異常エピソードは、過食6名（66.7%）、拒食4名（44.4%）、食べ吐き3名（33.3%）であった。犯罪に関するエピソードは、万引き9名（100.0%）、補導または逮捕7名（77.8%）であった。その他のエピソードとして、クラブ・レイブパーティへの参加経験6名（66.7%）、家出6名（66.7%）、出会い系サイトの利用経験5名（55.6%）と続いた。

4．対象者のエントリー時（T1）の状態

表3,4に対象者のエントリー時の状態を示した。エントリー時（T1）で薬物使用がみられたのは1名のみであった。アルコール使用は5名（55.6%）にみられ、そのうち3名（60.0%）にBinge drinkingがみられた。

現在の住まいは6名（66.7%）が一人暮らし、3名（33.3%）が親と同居中であった。現在仕事（パートタイム、作業所を含む）をしている者は6名（66.7%）であり、4名（44.4%）が生活保護を受けていた。8名（88.9%）が通院中であり、自助グループへの参加が継続しているのは1名のみであった。その他、生活リズムの規則性、昼夜逆転の頻度、部屋の片付けや掃除といった生活習慣に関する結果を得た。

5．薬物・アルコール使用の変化

表5に、エントリー時（T1）から介入後3ヶ月時(T3)までの薬物・アルコール使用の変化を示した。

プログラム修了者4名全員が、介入終了時(T2)において薬物使用はみられず、断薬継続となっていたものの、フォローアップ3ヶ月時点においては、2名のうち1名に再使用がみられた。アルコール使用は、介入終了時(T2)において3名が継続して使用していたものの、Binge drinkingをする者はみられなくなった。

6．薬物関連項目の変化

表6にエントリー時（T1）から介入終了時(T2)までの薬物関連項目の変化を示した。VASによる薬物を使いたい気持ちは、57.5(T1)から 30.0(T2)に減少したが、薬物をやめ続ける自信についても60.0(T1)から 45.0(T2)に減少した。SDS スコアは7.5(T1)から7.0(T2)とほとんど変化がなかった。

SOCRATESについては、下位尺度の「迷い」が22.2(T1)から 25.0(T2)に若干上昇し、「実行」は26.5(T1)から27.2(T2)に、合計スコアは51.0(T1)から51.3(T2)に微増した。小林らの報告[18]によるカットオフ値や変化のステージに当てはめてみると、自分の薬物問題を自覚しつつあるが、行動に移すところまでは至っていない「熟慮期」に該当するものが2名、高い病識に行動への願望が加わった「準備・決断期」2名であった。

7．生活関連項目の変化

表7にエントリー時（T1）から介入終了時(T2)までの生活関連項目の変化を示した。部屋の片付けや掃除といった身の回りのことができるようになった割合が増加したが、生活リズムの規則性、昼夜逆転の頻度、SF-36 の各スコアについては大きな変化がみられなかった。

D．考察

1．薬物・アルコール使用について

プログラム修了者が4名のみの結果で、プログラムの効果を断定的に評価することは困難であるが、ここでは現時点で得られているデータをもとに、OPEN の薬物再乱用防止に対する効果の可能性を考察したい。

まずは、メイシアウトカムの薬物使用であるが、約4ヶ月のプログラム終了時（T2）においては、全対象者の断薬が継続していた。しかし介入後 3ヶ月時（T3）において1名が再使用を報告している。

これは、治療的な関わりを絶やさないことが、再乱用を防止する上で重要であることを裏付けるデータといえるかも知れない。Matrix Model の有効性を検証した研究[24]では、プログラム介入中の断薬率は高いものの、介入後6ヶ月時点における薬物使用状況は、従来の治療との間に差がない。Matrix Model は、週3回の集中的な外来型プログラムのほかに、ランダムの尿検査実施や自助グループへの参加を促しており、薬物を再使用する隙を作らせない関わりを実践している。

OPEN は週1回の介入であり、尿検査も実施しておらず、Matrix Model とは介入頻度や薬物使用の確認方法に相違点があるが、治療的な関係性を継続することで、薬物再乱用防止に一定の効果を生み出している可能性がある。

一方、アルコール使用は継続していたものの、Binge drinking が介入終了時(T2)、介入後3ヶ月時(T3)においてみられなくなっており、飲み方が穏やかに変化していることを示す結果といえよう。Binge drinking と薬物使用との関連を指摘する報告は複数ある。例えば、大学生における大量飲酒は、大麻吸引時や、その他の違法薬物が入手可能な際に起こりやすいという報告[25]や、高校生における過去1ヶ月間の大麻乱用率は、Binge drinking がみられない場合は 28%であったのに対して、Binge drinking がみられ場合は 59%であったという報告[26]がある。

OPEN では、薬物の再乱用を予防する上でアルコール使用を避けることの重要性を複数のセッションで扱っている。こうしたプログラムの内容的特徴が、Binge drinking の減少に影響を与えている可能性が示唆される。

2．薬物関連項目について

薬物関連項目では、VAS(Visual analogue scale)による主観的な評価であるが、エントリー時(T1)から介入終了時(T2)にかけて、薬物を使いたい気持ちが減ると同時に、薬物をやめ続ける自信も減っていることが示されている。一方、日本語版SOCRATES では、変化のステージに変化はみられないものの、下位尺度の「迷い」が若干上昇して

いることが示されている。

日本語版 SOCRATES の「迷い」のスコアが若干増加していることを踏まえると、週1回のプログラムを通じて自分の薬物問題と向き合う機会が増え、以前よりその問題を自覚するようになったことが示唆される。しかし、薬物再乱用防止に向けた様々な学習をするなかで、断薬を継続することの困難さをより現実的に感じるようになったため、やめ続ける自信が低下している可能性がある。

3．生活関連項目について

生活面に関する変化としては、エントリー時(T1)から介入終了時(T2)にかけて、部屋の片付けや掃除ができるようになっているが、生活の規則性、昼夜逆転の頻度、健康関連 QOL には大きな変化がみられていない。

部屋の片付けや掃除といった身の回りのことができるようになったのは、週に1回 OPEN に通う習慣が身に付いたことで、副次的に表れた効果かも知れない。しかし、起床・就寝時間といった生活リズムは、長年の積み重ねで身に付いた習慣であるため、週1回程度の介入だけでは変化しない可能性がある。また、OPEN は毎週金曜日の午後に実施しているため、仮に昼夜逆転をしていたとしても、時間的にはプログラムに参加できる時間帯となっている。

一方、健康関連 QOL の評価として SF-36 を採用したが、介入の前後には大きな変化はみられないようである。対象者の QOL は、そもそも標準より低い値であり、「身体機能」および「活力」では、国民標準値を超えていたものの、その他の下位尺度では国民標準値を大きく下回る結果であったと言える。

4．今後の課題

OPEN の有効性を適切に評価するためには、さらなる対象者の確保が必要である。平成23年度からは中部センターでの実施に加え、京都府薬物再乱用防止教育事業[27]の一環として、OPEN を実施する予定である。これは、初犯者等で執行猶予付き判決が見込まれる者を主たる対象として、京都ダルクスタッフのファシリテーションにより行われる予定の事業である。

また、OPEN の概要を掲載した広報用ホームページやホームページとリンクさせたカード（図2）も作成し、ホームページ経由の参加者も獲得することを期待している。

E．結論

若年者向け薬物再乱用防止プログラム OPEN を作成し、平成22年3月～平成23年2月まで東京都立中部総合精神保健福祉センターにて実施し、9名よりエントリー時（T1）、4名より介入終了時(T2)、2名より介入後3ヶ月時(T3)のデータを収集し、以下の知見を得た。

1) 薬物使用は、介入終了時(T2)に、4 名全員が断薬を継続していたものの、介入後3ヶ月時(T3)では1名が再使用していた。
2) 飲酒は、介入終了時(T2)および介入後 3 ヶ月時(T3)も継続していたが、Binge drinking がなくなっていた。
3) VAS による主観的評価によると、介入前後で薬物を使いたい気持ちも減少したが、やめ続ける自信も減少した。
4) 日本語版 SOCRATES の「迷い」のスコアが若干増加していたが、介入前後で変化のステージには大きな変化がみられなかった。
5) 介入前後で、部屋の片付けや掃除など身の回りのことができるようになったが、生活リズムや昼夜逆転といった生活習慣や、QOL には大きな変化がみられなかった。

以上の知見より、OPEN の薬物再乱用防止効果には一定の効果が見込まれると示唆されるが、効果を結論付けるだけのサンプル数が不足しており、さらなる対象者の確保が必要である。

F．研究発表

1. 論文発表

1) 嶋根卓也：思春期の薬物乱用の現状と課題, 思春期学 28(3);267-272,2010.
2) 嶋根卓也：薬物依存症－薬物依存症のトレンド－薬物依存症の予防・防止の社会的取り組み, 日本臨牀 68(8);1531-1535,2010.
3) 森田展彰、嶋根卓也：薬物依存症－薬物依存症のトレンド－幻覚剤, 日本臨牀 68(8);1486-1493,2010.
4) 嶋根卓也：アディクション 薬物乱用・依存. Journal of Integrated Medicine.20(5),356-359,2010.

2. 学会発表

1) 嶋根卓也：若年者向け薬物再乱用防止プログラム”OPEN”の開発に関する研究. 第 69 回日本公衆衛生学会総会，東京，2010.10.27-29.

3. その他

1) 北垣邦彦、嶋根卓也、他：薬物乱用防止パンフレット　お父さん、お母さん「うちの子に限って・・・」は危険です！、社団法人全国高等学校 PTA 連合会,2011.

G. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

文献

1) 尾崎茂、他：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査. 平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)研究報告書「薬物乱用・依存等の実態把握と「回復」に向けての対応策に関する研究」: 87-134, 2009.
2) 嶋根卓也，他：青少年と薬物乱用・依存.保健医療科学. 54(2):119-126，2005.
3) 森田展彰，他:青年期薬物乱用者に対する集団精神療法、アルコール依存とアディクション、10(1), 49-62,1993.
4) 村上優，他:薬物依存に関する病院プログラムと転帰調査. 厚生労働科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）「薬物依存・中毒の予防、医療およびアフターケアのモデル化に関する研究（主任：内村英幸）」、7-15,2001.
5) 松本俊彦，他:少年鑑別所における薬物再乱用防止教育ツールの開発とその効果　若年者用自習ワークブック「SMARPP-Jr.」. 日本アルコール・薬物医学会雑誌、44(3)、121-138、2009.
6) National institute on drug abuse: Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide (Second Edition), 2009.
7) 松本俊彦:第 8 章思春期の乱用・依存者に対する援助について、薬物依存の理解と援助「故意に自分の健康を害する」症候群、金剛出版,113-125,2005.
8) Gates S, McCambridge J, Smith LA, Foxcroft D: Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings (Review),The Cochrane Library2009,Issue 1.2009.
9) 小林桜児，他:覚せい剤依存患者に対する外来再発予防プログラムの開発　Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program(SMARPP). 日本アルコール・薬物医学会雑誌. 42(5)、507-521、2007.
10) 松本俊彦，他:薬物依存者の社会復帰のために精神保健機関は何をすべきか？.日本アルコール・薬物医学会雑誌 2008; 43(3): 172-187
11) Jeanne L.Obert, Paul Brethen, Michael J.McCann:The MATRIX MODEL Intensive Outpatient Alcohol&Drug Treatment Program,HAZELDEN,2007.
12) 宮崎洋一，他:精神保健福祉センターにおける認知行動療法の展開　TAMA center for mental health and welfare Relapse Prevention Program(TAMARPP)、日本アルコール・薬物医学会雑誌 45(2);p119-127,2010.
13) 嶋根卓也：若年者向け薬物再乱用防止プログラム”OPEN”の開発に関する研究. 第 69 回日本公衆衛生学会総会，東京，2010.10.27-29.
14) Wechsler, H., Davenport, A., Dowdall, G., Moeykens, B., & Castillo, S.(1994). Health and behavioral consequences of binge drinking in college: A national survey of students at 140 campuses. Journal of the American Medical Association, 272, 1672-1677.
15) Wechsler, H., Dowdall, G., Davenport, A., & Rimm, E. (1995). A genderspecific measure of binge drinking among college students. American Journal of Public Health, 85, 982-985.
16) Wechsler, H., & Austin, S. B. (1998). Binge drinking: The five/four measure [Letter to the editor]. Journal of Studies on Alcohol, 59, 122-123.
17) 尾崎茂、和田清：Severity of Dependence Scale(SDS)の有用性について-「全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」における使用経験から-,日本アルコール・薬物医学会雑誌.40(2): 126-136, 2005.
18) Miller,W.R.Tonigan,J.S.: Assessing drinker's motivations for change: The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale(SOCRATES).Psychology of Addictive

Behaviors,10:81-89,1996.
19) 小林桜児, 他: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・薬物医学会雑誌 45(5),437-451,2010.
20) Fukuhara S, Bito S, Green J, Hsiao A, Kurokawa K. Translation, adaptation, and validation of the SF-36 Health Survey for use in Japan. J Clin Epidemiol.; 51: 1037-44. 1998.
21) Rawson, R.A.; Obert, J.L.; McCann, M.J.; and Mann, A.J. Cocaine treatment outcome: Cocaine use following inpatient, outpatient, and no treatment. (1986). In Harris, L.S., ed. Problems of Drug Dependence: Proceedings of the 47th Annual Scientific Meeting, the Committee on Problems of Drug Dependence. NIDA Research Monograph Series, Number 67. DHHS Pub. No. (ADM) 86-1448. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 271-277.
22) ダルク女性ハウス当事者研究チーム「なまみーず」: Don't you?〜私もだよ~からだのことを話してみました.特定非営利活動法人ダルク女性ハウス,2009.
23) エイズ予防のための戦略研究　首都圏 MSM グループ: This is hope 依存症・メンタルヘルスのもんだい、そして HIV のこと.2008.]
24) Rawson RA, et al.:A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence.Methamphetamine Treatment Project Corporate Authors.Addiction. 99(6):708-17. 2004.
25) Clapp, J. D., & Shillington, A. M.: Environmental predictors of heavy episodic drinking. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 27(2), 301–313. 2001.
26) D'Amico, E. J., Metrik, J., McCarthy, D. M., Appelbaum, M., Frissell, K. C., & Brown, S. A. Progression into and out of binge drinking among high school students. Psychology of Addictive Behaviours, 15(4), 341–349. 2001.
27) 京都府薬務課:薬物乱用のない社会づくり きょうとふプラン－京都府薬物乱用防止中期戦略－,2010.

表1.対象者の基本属性(n=9)

	n	(%)
性別		
男性	4	(44.4)
女性	5	(55.6)
年齢の中央値(min-max)	29.0	(19-35)
最終学歴		
高校中退	1	(11.1)
高校卒業	6	(66.7)
専門・短大卒業	2	(22.2)
OPENへの参加経路		
医療機関からの紹介	6	(66.7)
家族相談からの紹介	2	(22.2)
本人からの問い合わせ	1	(11.1)
主たる依存薬物		
覚せい剤	5	(55.6)
大麻	1	(11.1)
ガス	1	(11.1)
咳止め、風邪薬	1	(11.1)
アルコール	1	(11.1)
SDSスコア中央値 (min-max)	6.5	(3-10)
薬物乱用歴 (複数回答)		
大麻	9	(100.0)
覚せい剤	8	(88.9)
処方薬	7	(77.8)
MDMA	5	(55.6)
ケタミン	4	(44.4)
コカイン	4	(44.4)
ガス	4	(44.4)
市販薬	4	(44.4)
有機溶剤	3	(33.3)
その他	3	(33.3)
ヘロイン	1	(11.1)

表2.対象者の主な履歴(n= 9)

	n	(%)
治療歴		
通院	8	(88.9)
入院	6	(66.7)
治療歴なし	1	(11.1)
自助グループ参加歴（複数回答）		
NA	5	(55.6)
ダルク	3	(33.3)
逮捕歴あり	5	(55.6)
刑事施設歴（複数回答）		
拘置所	2	(22.2)
刑務所	1	(11.1)
少年刑務所	0	(0.0)
少年院	1	(11.1)
少年鑑別所	2	(22.2)
学校に関するエピソード		
停学・退学	6	(66.7)
不登校	5	(55.6)
攻撃的行動のエピソード		
自傷行為	6	(66.7)
いじめ（被害）	5	(55.6)
いじめ（加害）	5	(55.6)
暴力（加害）	5	(55.6)
暴力（被害）	5	(55.6)
暴走行為	4	(44.4)
器物損壊	3	(33.3)
食行動異常のエピソード		
過食	6	(66.7)
拒食	4	(44.4)
食べ吐き	3	(33.3)
犯罪に関するエピソード		
万引き	9	(100.0)
補導・逮捕	7	(77.8)
その他のエピソード		
クラブ・レイブ	6	(66.7)
家出	6	(66.7)
出会い系サイト	5	(55.6)
ギャンブルがやめられない	3	(33.3)

表3.対象者のエントリー時の状態（薬物・アルコール）n=9

	n	(%)
薬物使用（過去1ヶ月）		
あり	1	(11.1)
なし	7	(77.8)
不明	1	(11.1)
アルコール使用（過去1ヶ月）		
あり	5	(55.6)
なし	3	(33.3)
不明	1	(11.1)
飲酒頻度(n=5)		
週1回より少ない	1	(20.0)
週に1日程度	2	(40.0)
週に数日程度	1	(20.0)
ほぼ毎日	1	(20.0)
Binge drinking(n=5)		
あり	3	(60.0)

表4.対象者のエントリー時の状態（生活）n=9

	n	(%)
現在の住まい		
一人暮らし	6	(66.7)
親と同居	3	(33.3)
現在、仕事をしている	6	(66.7)
現在、生活保護を受けている	4	(44.4)
現在、通院中	8	(88.9)
現在、自助グループに参加	1	(11.1)
生活リズム（過去1ヶ月）		
とても規則的	1	(11.1)
どちらかといえば規則的	3	(33.3)
どちらかといえば不規則	2	(22.2)
とても不規則	2	(22.2)
昼夜逆転の頻度（過去1ヶ月）		
全くない	1	(11.1)
週1回より少ない	3	(33.3)
週に1日程度	0	(0.0)
週に数日程度	2	(22.2)
ほぼ毎日	2	(22.2)
部屋の片付けや掃除（過去1ヶ月）		
とても良くできた	2	(22.2)
どちらかと言えばできた	4	(44.4)
どちらかと言えばできなかった	2	(22.2)
全くできなかった	0	(0.0)

表5.T1（エントリー時）からT3（介入後3ヶ月）までの薬物・アルコール使用

	T1(n=4) エントリー時 n（%）	T2(n=4) 介入終了時 n（%）	T3(n=2) 介入後3ヶ月 n（%）
薬物使用			
あり	1（25.0）	0（0.0）	1（50.0）
なし	3（75.0）	4（100.0）	1（50.0）
アルコール使用			
あり	3（75.0）	3（75.0）	1（50.0）
なし	1（25.0）	1（25.0）	1（50.0）
Binge drinking			
あり	2（66.7）	0（100.0）	0（100.0）

表6.T1（エントリー時）からT2（介入終了時）までの薬物関連項目

	T1(n=4) n（%）	T2(n=4) n（%）
薬物を使いたい気持ち(VAS)	57.5	30.0
やめ続ける自信(VAS)	60.0	45.0
SDSスコア中央値（min-max）	7.5	7
SOCRATES（治療への動機づけの程度）		
迷い（中央値）	22.2	25.0
実行（中央値）	26.5	27.2
合計（中央値）	51.0	51.3
SOCRATES（カットオフ値によるステージ）		
（無自覚的）前熟慮期	0（0.0）	0（0.0）
（楽観的）前熟慮期	0（0.0）	0（0.0）
熟慮期	2（50.0）	2（50.0）
準備・決断期	2（50.0）	2（50.0）

表7.T1（エントリー時）からT2（介入終了時）までの生活関連項目

	T1 (n= 4) n （% ）	T2 (n= 4) n （% ）
生活リズム		
とても規則的	0 (0.0)	0 (0.0)
どちらかといえば規則的	2 (50.0)	3 (75.0)
どちらかといえば不規則	1 (25.0)	1 (25.0)
とても不規則	1 (25.0)	0 (0.0)
昼夜逆転の頻度		
全くない	1 (25.0)	0 (0.0)
週1回より少ない	2 (50.0)	2 (50.0)
週に1日程度	0 (0.0)	1 (25.0)
週に数日程度	0 (0.0)	0 (0.0)
ほぼ毎日	1 (25.0)	1 (25.0)
部屋の片付けや掃除		
とても良くできた	0 (0.0)	2 (50.0)
どちらかと言えばできた	2 (50.0)	1 (25.0)
どちらかと言えばできなかった	2 (50.0)	1 (25.0)
全くできなかった	0 (0.0)	0 (0.0)
SF-36（健康関連QOL）		
PF（身体機能）	50.6	43.4
RP（日常役割機能_身体）	30.8	20.9
BP（体の痛み）	40.5	37.9
GH（全体的健康感）	42.3	38.3
VT（活力）	51.4	41.8
SF（社会生活機能）	40.9	37.7
RE（日常役割機能_精神）	26.9	29.1
MH（心の健康）	41.0	35.7

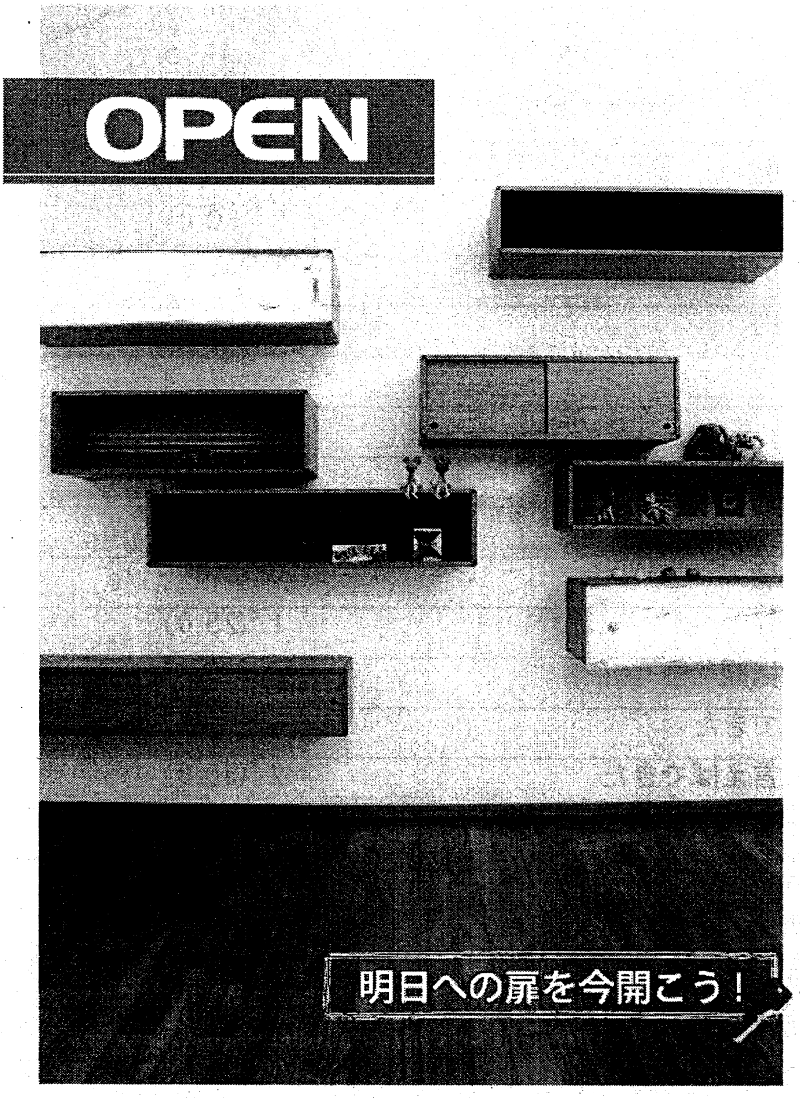


図 1. OPEN ワークブックの表紙

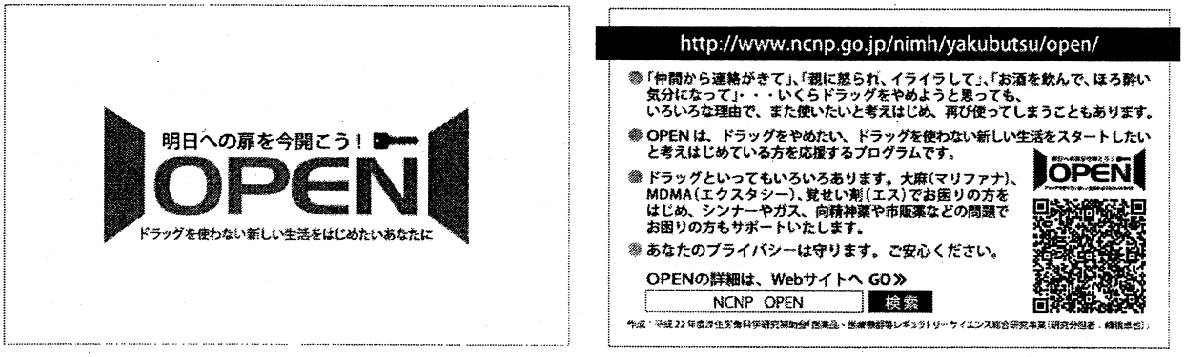


図 2. 広報用 OPEN カード

分担研究報告書
(2－4)

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

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　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　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
千葉泰彦　横浜少年鑑別所 医務課長

要旨: 少年鑑別所に入所する薬物乱用者85名に対し、我々が開発した再乱用防止のための自習ワークブック「SMARPP-Jr.」を実施し、介入前後の評価尺度上の変化から、薬物問題の重症度と介入効果の相違について検討した。その結果、薬物問題の重症度に関係なく、自習ワークブックの実施後には、問題意識の深まりと治療動機の高まりを反映する評価尺度上の顕著に上昇した。しかしその一方で、薬物欲求に抵抗できる自信、自己効力感には著明な変化が見られなかった。以上により、自習ワークブックを用いた矯正施設での介入は、薬物乱用に対する問題意識を深め治療動機を向上させるのには有効であるが、薬物依存に対する自己効力感を高めるには、施設出所後に、地域における継続した支援体制が存在する必要があると考えられた。

A. 研究目的

わが国では、若年の薬物乱用者の多くは、保健医療機関ではなく、少年鑑別所や少年院といった司法関連機関で処遇されている。しかし、少年院でこそ矯正教育の一環として薬物乱用防止教育がなされるものの、少年鑑別所では、系統的な薬物再乱用防止教育がほとんどなされていないのが現状である。

それには二つの理由がある。一つは人権上の問題である。少年鑑別所入所者は家庭裁判所における少年審判を控えた立場、すなわち、まだその非行・犯罪事実が確定していない段階にある。いいかえれば、成人における未決拘留中と同じ「推定無罪」の身柄なのである。したがって、たとえ善意からであっても薬物乱用防止教育を行えば、少年の付添人から人権侵害との非難を受ける可能性がないとはいえない。もう一つは、少年鑑別所が求められている業務の問題である。少年鑑別所に課せられた業務はあくまでも非行性・犯罪性に関する鑑別にあり、司法関係者のなかには、鑑別期間中の矯正教育によって少年本来の姿が見えにくくなることを危惧する者もいる。

とはいえ、精神保健的介入といった視点で見た場合、若年の薬物乱用者に対する介入の場として少年鑑別所ほど適切な場はない。というのも、少年鑑別所には、少年院収容となるような重篤な薬物依存者から、試験観察・保護観察といった地域内処遇の対象となるような初期乱用者まで幅広く集まっており、多くの若年薬物乱用者を介入の対象とすることが可能だからである。また、逮捕・保護からまだ時間が経過しておらず、しかも少年審判を控えていることの緊張感に加えて、薬物関連の交遊関係から離れた静かな環境であるために、少年たちは集中して作業に取り組むことができる。

このような認識から、我々は施設管理者の理解を得て、少年鑑別所における自習ワークブックを用いた薬物問題への介入を試み、すでに自らの薬物問題に対する認識の深まりと援助必要性の自覚が得られることを報告している[5]。しかし、自習ワークブックによる介入効果が、薬物問題の重症度を問わないものなのかどうかについては、まだ明らかではない。そこで本研究は、薬物問題の重症度と自習ワークブックによる介入効果の関係を明らかにすることを目的として実施した。

B. 研究方法

1. 対象

2009年1月から2010年12月までの2年間にA少年鑑別所に入所した全少年2,078名(男子1,829名，女子249名：複数回入所者は除外）のうち、以下の3つの条件を満たす者を対象候補者として抽出した。その条件とは、観護措置の理由となった非行・犯罪行為の内容にかかわらず、同少年鑑別所医務課医師による入所時診察において、①何らかの薬物使用経験があり、②その使用状況がICD-10「F1：精神作用物質使用による精神と行動の障害」における「有害な使用」以上の水準にあることが判明し、③ワークブック実施可能な精神状態・言語能力のある者である。

調査期間に入所してきた者のうち、上記の条件を満たす対象候補者は98名であった。この98名に対して自習ワークブックに取り組むことを提案したところ、89名から同意が得られたが、このうち4名はワークブックを最後まで終了できなかった。したがって、最終的な対象者は85名(男子55名、女子29名)となり、その年齢は14～19歳に分布し、平均年齢[±標準偏差]は 17.4[±1.3]歳であった。

対象者 85 名がこれまで使用した経験のある薬物の種類、ならびに最近における最も使用頻度の高い薬物の種類を、表 1（生涯使用経験薬物）と表 2（最頻使用薬物）に示す。これらの表からも明らかなように、対象者の 71.8%に大麻の生涯使用経験が認められ、対象者の 48.2%が入所直前の生活において大麻を最も頻用していた。

2. 自習ワークブック

介入に用いた自習ワークブックは、我々が米国のMatrix model[4]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）[3]のワークブックを平易化・簡略化し、さらに少年鑑別所職員との協議を重ねて作成したものであり、「SMARPP-Jr.」と名付けられている[5]。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週間という鑑別所収容期間内に終了できることを想定している。

3. 実施方法

本研究は、A 少年鑑別所の管理者である所長の決裁により、同少年鑑別所の通常業務である「健全育成のための情報提供」の一環として実施された。

具体的な手続きは以下の通りである。まず、少年鑑別所医務課医師による入所時診察によって対象候補者としての条件を備えていることが判明した少年に対して、医師から「あなたには薬物の問題がある。この機会に、自分の薬物問題について勉強してみてはどうか?」とワークブック実施を提案した。その際、併せて、「これは強制ではなく、実施の有無があなたの処遇に影響することはない」ことも説明された。

ワークブック実施について同意が得られた場合には、後述する3種類の自記式評価尺度への回答を求めるとともに（実施前評価）、回答用紙に用意された署名欄への記名をもってワークブック実施に関する正式な同意とすることを説明したうえで、書面による同意を得た。対象者は各自の居室で自習ワークブックに取り組み、実施するペースは本人に委ねた。ワークブック終了者には2種類の自記式評価尺度への回答を求めた（実施後評価）。ワークブック、および評価尺度には各自の名前を付して回答を求めたが、それらの配布と回収はいずれも、鑑別業務や日常的処遇に関与しない医務課医師が行い、同施設にて保管された。

今回の研究では、同施設にて保管されている既存情報から、連結可能匿名化（ID対応表の管理は法務省職員である同施設医務課長千葉が責任を持って行った）の手続きを経て、上述の尺度に関するデータだけを施設外部の研究者である筆頭著者が受け取り、分析の対象とした。なお、このデータを分析と結果の公表にあたっては、筆頭著者が所属する独立行政法人国立精神・神経医療研究センターの倫理委員会の承認を得た。

4. 評価尺度・質問紙

1) DAST-20(Drug Abuse Screening Test, 20 items)

これは違法薬物および医療用薬物などの乱用をスクリーニングする目的から作成された、20項目からなる自記式評価尺度である[10]。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[11]、介入前に実施した。日本語版 DAST-20 は、20 点満点のうち、0 点で「薬物問題なし」、1〜5 点で「軽度の問題あり」、6〜10 点で「中等度の問題あり」、11〜15 点で「やや重い問題あり」、16〜20 点で「非常に重い問題あり」と、4 段階で評価することとなっている。本研究では、薬物乱用歴が短い若年者が対象であることを考慮し、対象を本尺度得点にもとづいて、1〜5 点を「軽症群」、6〜10 点を「中等症群」、11〜20 点を「重症群」という 3 群に分類した。

なお、この日本語版はまだ標準化の手続きはなされていないものの、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。

2) 薬物依存に対する自己効力感スケール

森田ら[9]が独自に開発した、薬物に対する欲求が生じたときの対処行動にどれくらいの自信、または自己効力感を持っているかを測定する自記式評価尺度である。この尺度は、二つのパートから成り立っている。一つは、場面を超えた全般的な自己効力感に関する 5 つの質問からなる部分であり、「5 点: あてはまる」から「1 点: あてはまらない」までの 5 段階から選択して回答する。もう一つは、「薬物を使うことを誘われる」などの個別的な場面において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[9]。本研究では、本尺度を介入前後に実施し、「全般的な自己効力感」合計得点、「個別場面での自己効力感」合計得点、および尺度全体の合計得点の変化を比較した。

3) Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)

Miller と Tonigan[6]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[8]、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[7]。

本研究では、薬物依存用に開発された SOCRATES-8D について、著者の一人である小林が逆翻訳などの手続きを経て作成した日本語版（表 4）を用いて、ワークブックによる介入の前後に評価を行った。本尺度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[5]において、全項目に関する高い内的一貫性（Cronbach α=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が証明されていないことから、今回は参考結果として提示するにとどめた。

5. 統計学的解析

DAST-20 の得点にもとづいて対象を 3 つの群に分類し、各群における自習ワークブック実施前後の評価尺度得点の変化を比較した。比較にあたっては、Wilcoxon 符号付き順位検定を用いた。また、3 群間における連続量の比較には一元配置分散分析を用い、有意差が認められた場合には、いずれの 2 群間に有意差があるのかを明らかにするために、Bonferroni の post hoc test を行った。いずれの統計学的解析にも SPSS for Windows version 17.0 を用い、両側検定にて $P<0.05$ を有意水準と

した。

C. 結果

対象者85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5.64点［±3.41］であった。DAST-20による評価の結果、対象85名のうち、46名が「軽症群」、28名が「中等症群」、11名が「重症群」に分類された。

表5に、ワークブック実施前における各群の薬物依存に対する2つの評価尺度の総得点を比較した結果を示す。その結果、3群間で薬物依存に対する自己効力感スケール得点に有意差が認められ（P<0.001）、Bonferroniのpost hoc testにより、その有意差が中等症群と重症群(P=0.009)、軽症群と重症群(P=0.002)とのあいだのものであることが明らかになった。

まず、対象者85名全体に対するワークブックによる介入の結果を提示しておく。表6に、介入前後における評価尺度の変化を比較した結果を示す。本ワークブックによる介入後、薬物依存に対する自己効力感尺度の総得点（P=0.044）、および、下位因子の1つである「個別場面での自己効力感」（P=0.008）が有意に上昇した。一方、もう一つ下位因子である「全般的自己効力感」には有意な変化は認められなかった。また介入後に、SOCRATES-8Dの総得点(P<0.001)の有意な上昇が、それから、参考結果ではあるが、「病識」(P<0.001)、「迷い」(P=0.006)、「実行」(P<0.001)という3つの下位因子すべてについても有意な上昇が認められた。

表7は、重症度の異なる各3群における介入前後の評価尺度得点の変化を示したものである。軽症群では、薬物依存に対する自己効力感スケールについては、下位因子「個別場面の自己効力感」の得点（P=0.034）が有意に上昇していたものの、総得点では有意な変化は見られなかった。一方、SOCRATES-8Dについて、総得点（P<0.001）の有意な上昇、さらに参考結果として、下位因子の「病識」(P=0.001)と「実行」(P<0.001)についても有意な得点上昇が認められた。中等症群では、介入前後で薬物依存に対する自己効力感スケールには有意な変化は認められなかったが、SOCRATES-8Dについては、総得点(P=0.010)、ならびに下位因子の「実行」(P=0.003)に有意な得点上昇が認められた。重症群では、薬物依存に対する自己効力感尺度の総得点には有意な変化が認められなかったが、下位因子である「個別場面での自己効力感」（P=0.045）に有意な上昇が認められた。また、SOCRATES-8Dの総得点、ならびに下位因子の「病識」(P=0.016)に有意な得点上昇が認められた。

D. 考察

我々が行っている「SMARPP-Jr.」を用いた一連の試み[5]は、自習ワークブック単独による物質乱用・依存に対する介入研究としては最初のものである。海外には、問題飲酒者に対する自習ワークブックを用いた短期介入の有効性に関する報告[2]が存在するが、その介入は、自習ワークブックを治療コンポーネントの一部とする、包括的な内容を持つものであり、自習ワークブック単独の効果を検証した研究とはいえない。

また、今回の試みは、少年施設における薬物問題に対する介入研究としても希少な価値を持つものでもある。これまでわが国では、多くの少年施設において薬物乱用に対する矯正教育が行われてきたはずだが、我々が知るかぎり、その介入の効果に関する報告はない。実は、このことは海外でもさして変わらず、少年施設における薬物乱用問題に対する介入効果を報告する論文は、「運動療法」に関する報告[1]くらいしか見あたらない。そのようななかで、本研究は、少年施設のなかでも、本来、矯正教育を目的としない少年鑑別所という場において薬物問題に対する介入を行ったという点で、独自の実践的意義があり、その一端は、研究に同意した89名中85名(95.5%)がこの50ページ近いワークブックを終了したことからもうかがわれる。仮に同様の介入を地域で行った場合、果たしてこれほどの高い終了率が得られるかは疑問である。

さて、本研究では、少年鑑別所に入所する薬物乱用者に対して自習ワークブックを実施したところ、薬物依存に対する自己効力感スケール総得点の軽微な上昇、ならびに、SOCRATES-8D総得点の顕著な上昇が認められた。これは、すでに我々が報告した同様の試み[5]と同じ結果であり、自習ワークブックが、「薬物の誘いを受けても大丈夫」といった、薬物欲求に抵抗できる自信の高まりよりも、「問題は思っていたよりも深刻である」「援助を受ける必要がある」といった、問題意識の深化や治療の動機付けに対して効果があることが確認

されたといえるであろう。

さらに今回、薬物問題の重症度によって自習ワークブックによる介入効果の相違を検討した。その結果、いずれの重症度の薬物乱用者においても、SOCRATES-8D 総得点の有意な上昇が認められた一方で、薬物依存に対する自己効力感スケールの総得点には有意な変化は認められなかった。この結果は我々の先行研究[5]の知見を確認するものであり、我々が開発した自習ワークブックは、少なくとも薬物乱用に対する問題意識の深化や治療動機の向上に対しては、薬物問題の重症度を問わない介入効果があることを示唆している。

我々は、問題意識の深化や治療動機の向上という変化は、薬物乱用者に対する短期介入による効果としては満足すべきものではないかと考えている。我々の臨床経験からいえば、薬物依存に対する自己効力感の高さは、「自分はまだ大丈夫」という、問題の過小視と表裏一体のものであることが少なくない。したがって、自己効力感を高めるよりも、問題意識を深め、治療動機を高めることの方が、移送された少年院での矯正教育の効果を高め、地域において専門医療機関への受診を促すことが期待できるように思われる。また、問題意識を深めるだけでも、それが再乱用に対して抑止的にはたらく場合もあろう。

しかしその一方で、自習ワークブックによる介入が薬物依存に対する自己効力感スケール得点が十分に上昇しなかった理由については、別途、検討する必要がある。というのも、我々のワークブックは、薬物渇望への具体的な対処スキルの修得にかなりの紙数を費やしていることから、本来であれば、薬物依存に対する自己効力感スケール得点の上昇が顕著となるべきところだからである。もちろん、対象全体の検討では、薬物依存に対する自己効力感スケール得点の有意な上昇が認められ、また、あくまでも参考にとどまる結果ではあるが、重症度別検討でも軽症群と重症群では同スケールの下位因子である「個別場面の自己効力感」の得点には有意な上昇が認められている。その意味では、自習ワークブックは薬物依存に対する自己効力感を高めるうえで全く効果がないわけではないが、十分ではないといえるかもしれない。

この結果は、ワークブック上で対処スキルを習得するだけでは薬物依存に対する自己効力感を高めるのには不十分であることを意味しているのであろう。おそらく薬物依存に対する自己効力感が高まるには、地域において「学んだ対処スキルを使えば、薬物を使わなくても生活できる」という体験を積み重ねられる必要がある。その意味でも我々は、この自習ワークブックが少年鑑別所内の自習教材にとどまることなく、地域の精神科医療機関や保健機関・児童福祉機関における援助ツールとして活用され、司法機関と地域とのあいだで一貫した薬物乱用者支援が実現することを望んでいる。

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三点である。第一に、対照群を欠いていることである。このため、本研究で確認された効果が、単に少年鑑別所収容という状況・環境がもたらした自然経過のよる可能性を除外できないことがあげられる。第二に、これは第一の限界と重なるが、処遇や審判の結果に直接関係しないと説明したとはいえ、それでもなお、少年鑑別所に収容され、審判を控えている立場であることが、自記式評価尺度の回答に影響を与えた可能性が除外できないことがあげられる。

最後に、本研究では、評価のエンドポイントが、「薬物の再使用」や「地域の援助機関の利用」ではなく、あくまでも介入前後における評価尺度得点の変化という代理変数であることがあげられる。したがって、今後は対象のなかで少年鑑別所再入所者を対象とした転帰調査を行うなかで、評価尺度が含意する問題認識の深化と援助必要性の自覚が、実際の援助資源利用や再使用とどの程度関連しているのかについて、検証される必要がある。

わが国では、十代の若年薬物乱用者は様々な援助資源から二重三重に疎外されている。一般精神科や児童精神科がなかなか有用な援助資源となり得ない現状のなかで、薬物依存専門医療機関が紹介されることは少なくない。しかし、その数はきわめて少なく、しかも、若年者に特化した治療プログラムを持つ施設は皆無といってよい。もちろん、過去には、肥前精神医療センターにおいて、3回の外来受診を1セットとする初期介入プログラム[11]や、福岡県弁護士会と連携した、試験観察下における入院治療が試みられていたこともあるが[12]、いずれも、稀少な専門医療機関による、限られた地域での試みといった域を出ない。DARC (Drug Addiction Rehabilitation Center) をは

じめとする民間回復施設でもこうした問題は変わらない。成人の薬物依存者ばかりのミーティングに参加するのは、進行した薬物依存を呈する者であればともかく、軽症の若年薬物乱用者にとっては、必ずしも居心地のよい治療環境とはいえない。

その意味では、多くの若年薬物乱用者が集中する少年鑑別所における自習用ワークブックによる介入は、専門家の関与やマンパワーを要さないという点で、現実的かつ効率のよい方法である。また、このワークブックは、一般精神科医療機関や少年院・家庭裁判所といった、若年者の薬物問題に関与する様々な施設でも実施できるという意味で、汎用性も高い。今後、さらに効果の検証とワークブックの改訂を続けながら、自習ワークブックによる介入を様々な施設に広めていきたいと考えている。

E. 結論

少年鑑別所に入所する薬物乱用者85名に対し、我々が開発した再乱用防止のための自習ワークブック「SMARPP-Jr.」を実施し、介入前後の評価尺度上の変化から、薬物問題の重症度と介入効果の相違について検討した。その結果、薬物問題の重症度に関係なく、自習ワークブックの実施後には、問題意識の深まりと治療動機の高まりを反映する評価尺度上の顕著に上昇した。しかしその一方で、薬物欲求に抵抗できる自信、自己効力感には著明な変化が見られなかった。以上により、自習ワークブックを用いた矯正施設での介入は、薬物乱用に対する問題意識を深め治療動機を向上させるのには有効であるが、薬物依存に対する自己効力感を高めるには、施設出所後に、地域における継続した支援体制が存在する必要があると考えられた。

F. 研究発表

1. 論文発表

小林桜児，松本俊彦，千葉泰彦，今村扶美，森田展彰，和田　清：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.

今村扶美，松本俊彦，小林桜児，平林直次，和田清：国立精神・神経医療研究センター病院における物質使用障害治療プログラムの開発と効果測定．日本アルコール・薬物医学会誌 45（5）：452-463，2010.

松本俊彦，千葉泰彦，今村扶美，小林桜児，和田清：少年鑑別所における自習ワークブックを用いた薬物再乱用防止プログラムの試み～重症度による介入効果の相違に関する検討．精神医学 52（12）：1161-1171，2010.

松本俊彦：物質使用と暴力および自殺行動との関係．日本アルコール・薬物医学会雑誌 45（1）：13-24，2010

松本俊彦：アディクション―精神科医が「否認」する「否認の病」．精神科治療学 25（5）：565-571，2010

松本俊彦：DSM-5 における物質関連障害．精神科治療学 25：1077-1081，2010

松本俊彦，小林桜児：精神作用物質使用障害の心理社会的治療：再乱用防止のための認知行動療法を中心に．精神神経学雑誌 112（7）：672-676，2010

松本俊彦：アルコール・薬物依存症と摂食障害との併存例をめぐって．精神神経学雑誌 112（8）：766-773，2010

松本俊彦：第 2 章 精神作用物質使用による精神および行動の障害 4．覚せい依存の心理社会的治療．精神科治療学 25 増刊号「今日の精神科治療ガイドライン，68-71，2010

松本俊彦：アルコール・薬物使用障害の心理社会的治療．医学のあゆみ 233（12）：1143-1147，2010

松本俊彦：物質依存症―治療戦略に役立つ生活歴、現病歴、家族関係．精神科治療学 25（11）：1489-1496，2010

松本俊彦：覚せい剤依存症の精神療法―患者と家族に対する初回面接の工夫―．臨床精神医学 39（12）：1583-1587，2010

松本俊彦：Ⅶ章 思春期における心の問題―薬物乱用．日野原重明・宮岡　等監修 飯田順三編集　脳とこころのプライマリケア 4，pp448-458，株式会社シナジー，東京，2010

松本俊彦：精神科医療 薬物依存．精神保健福祉白書編集委員会精神保健福祉白書 2011 年版 岐路に立つ精神保健福祉医療―新たな構築をめざして．pp153，中央法規出版，東京，2010

松本俊彦：マトリックスモデルとは何か？　治療プログラムの可能性と限界．龍谷大学矯正・保

護研究センター編龍谷大学矯正・保護研究センター研究年報 No. 7. pp63-75, 龍谷大学矯正・保護研究センター, 京都, 2010

2. 学会発表

松本俊彦: アルコール・薬物依存症と摂食障害との併存例をめぐって. シンポジウム 26「精神障害が併存するアルコール依存症の病態と治療」. 第 106 回日本精神神経学会学術総会, 2010. 5. 21, 広島.

松本俊彦: 専門講座Ⅱ 自傷行為の理解と援助～アディクションと自殺のあいだ. 第 32 回日本アルコール関連問題学会, 2010. 7. 16, 神戸

宮田久嗣, 松本俊彦: 3 学会合同シンポジウム 1「“物質”と“物質によらない”嗜癖行動の共通点と差異: 問題提起」, 平成 22 年度アルコール・薬物関連学会合同学術総会, 2010. 10. 7, 小倉

松本俊彦: 3 学会合同シンポジウム 4「物質使用障害と自傷・自殺～最近の研究から」, 平成 22 年度アルコール・薬物関連学会合同学術総会, 2010. 10. 7, 小倉

松本俊彦: 嗜癖問題と自傷・自殺. シンポジウム「自殺予防と嗜癖」, 第 21 回日本嗜癖行動学会, 2010. 11. 21, 岡山衛生会館

松本俊彦・小林桜児: ワークショップ 19 薬物依存症の認知行動療法～マニュアルとワークブックにもとづく統合的外来治療プログラム. 第 36 回日本行動療法学会, 2010. 12. 4, 愛知県産業労働センター「ウインクあいち」.

今村扶美, 松本俊彦, 千葉泰彦, 小林桜児, 和田清: 少年鑑別所における自習ワークブックを用いた薬物再乱用防止プログラムの開発とその効果～重症度による介入効果の検討～. 第 6 回日本司法精神医学会大会, 2010. 6. 4, 東京大学.

今村扶美, 松本俊彦, 小林桜児, 平林直次, 和田清: 医療観察法指定入院医療機関における「物質使用障害治療プログラム」の開発とその効果. 第 6 回日本司法精神医学会大会, 2010. 6. 4, 東京大学.

小林桜児, 今村扶美, 根岸典子, 若林朝子, 松本俊彦, 和田 清: 国立精神・神経医療研究センター病院薬物専門外来受診者の臨床的特徴. 東京精神医学会第 89 回学術集会. 2010. 7. 10, 北里大学薬学部コンベンションホール.

小林桜児, 松本俊彦, 千葉泰彦, 今村扶美, 森田展彰, 和田 清: 少年鑑別所入所者を対象とした日本語版 SOCRATES の因子構造と妥当性の検討. 平成 22 年度アルコール・薬物関連学会合同学術総会, 2010. 10. 8, 小倉.

今村扶美, 松本俊彦, 小林桜児, 和田清: 医療観察法指定入院医療機関における「物質使用障害治療プログラム」の開発とその効果. 平成 22 年度アルコール・薬物関連学会合同学術総会, 2010. 10. 8, 小倉.

田中紀子, 矢澤祐史, 松本俊彦: 奈良ダルクによる新しいとりくみ: Recovery Dynamics Program 導入による効果観察. 平成 22 年度アルコール・薬物関連学会合同学術総会, 2010. 10. 8, 小倉.

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

H. 文献

1) Collingwood TR, Sunderlin J, Reynolds R et al: Physical training as a substance abuse prevention intervention for youth. J Drug Educ 30: 435-451, 2000

2) Fleming MF, Mundt MP, French MT et al: Brief Physician Advice for Problem Drinkers: Long-Term Efficacy and Benefit-Cost Analysis. Epidemiology and Prevention Alcoholism: Clinical & Experimental Research 26: 36-43, 2002

3) 小林桜児, 松本俊彦, 大槻正樹, ほか: 覚せい剤依存者に対する外来再発予防プログラムの開発—Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP) —. 日本アルコール・薬物医学会誌 42: 507-521, 2007

4) Matrix Institute: http://www.matrixinstitute.org/index.html

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

6) Miller WR, Tonigan JS: Assessing

drinkers' motivation for change: The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). Psychology of Addict Behav 10: 81-89, 1996
7) Mitchell D, Angelone DJ: Assessing the validity of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale with treatment-seeking military service members. Mil Med 171: 900-904, 2006
8) Mitchell D, Angelone DJ, Cox SM: An exploration of readiness to change processes in a clinical sample of military service members. J Addict Dis 26: 53-60, 2007
9) 森田展彰, 末次幸子, 嶋根卓也, ほか: 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
10) Skiner HA: The drug abuse screening test. Addict. Behav. 7: 363-371, 1982
11) 鈴木健二, 村上 優, 杠 岳文, ほか: 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
12) 八尋八郎, 谷川誠, 村上 優, ほか: 若年薬物乱用者に対するダイヴァージョン・プログラムの整備に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金 医薬安全総合研究事業. 「薬物依存・中毒者の予防、医療およびアフターケアのモデル化に関する研究 (主任, 村上 優)」平成 14 年度研究報告書, pp. 69-85, 2003

表1: 薬物種類別の生涯使用経験率(複数選択可)

薬物名	人数	百分率
トルエン	36	42.4%
ブタンガス	39	45.9%
覚せい剤	37	43.5%
MDMA	19	22.4%
大麻	61	71.8%
ケタミン	20	23.5%
LSD	5	5.9%
ヘロイン	1	1.2%
マジックマッシュルーム	1	1.2%
5-Meo-DIMP/MIPT	0	0.0%
その他	10	11.8%

表2: 最頻使用薬物(1つだけ選択)の種類

薬物名	人数	百分率
トルエン	13	15.3%
ブタンガス	12	14.1%
覚せい剤	16	18.8%
MDMA	1	1.2%
大麻	41	48.2%
ケタミン	2	2.4%
合計	85	100.0%

表3: 自習ワークブックSMARPP-Jr.の内容

第1回	薬物をやめることに挑戦してみよう	薬物を使うことのメリット・デメリット、薬物をやめることのメリット・デメリットについて考え、いま現在における自分の正直な気持ちについて考えてみる。
第2回	薬物依存からの回復段階	薬物をやめていく過程で見られる5つの段階(離脱期・ハネムーン期・『壁』期・適応期・解決期)について知識と理解を深める。
第3回	引き金と欲求	薬物の欲求を刺激する、「引き金」→「考え」→「欲求」→「使用」のプロセスについて理解を深め、様々な種類の思考ストップ法について学ぶ。
第4回	あなたのまわりにある引き金について	薬物の欲求を刺激する「引き金」のなかでも、特に「外的な引き金」に関する理解を深める。
第5回	あなたのなかにある引き金について	感情や気分、疲労感などといった、「内的な引き金」に関する理解を深めとともに、その対処法について考える。
第6回	新しい生活のスケジュールを立ててみよう	「引き金」と遭遇する危険の少ない、安全で現実的なスケジュール作りに関する理解を深め、実際に自分なりのスケジュールを作ってみる。
第7回	依存症ってどんな病気?	「依存症」という病気がどのような特徴を持った病気にのかについて理解を深め、自分の薬物問題のせいでどのような人を巻き込んできたのかについて考える。
第8回	危険な状況を察知する	薬物の欲求が高まる状況として有名なH.A.L.T. (Hungry, Angry, Lonely, Tired) とアルコールの危険性について理解を深める。
第9回	再発を防ぐには	行動・思考面における「引き金」ともいえる「依存症的行動」と「依存症的思考」に関する理解を深め、自分の場合についても考える。
第10回	再使用のいいわけ	再発の兆候である「再使用のいいわけ」について理解を深め、自分の場合はどのようないいわけを使ってきたのかについて振り返る。
第11回	「強くなるより賢くなれ」	自分の「引き金」と「対処法」、それからスケジュールについて復習し、確実なものとする。
第12回	回復のために—信頼と正直さ	薬物を使わない生活を続けているうえで重要な「正直さ」と「援助を求めること」について理解を深める。
巻末付録	薬物乱用問題の援助資源	被収容少年が居住する地域における社会資源(専門医療機関、精神保健福祉センター、DARCなど)に関する情報を提供する。

表4: 日本語版Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES-8D) の全項目

		絶対にそうは思わない	そうは思わない	どちらともいえない	そう思う	絶対そう思う
1	自分が薬物を使うことを何とか変えたいと真剣に思っている	1	2	3	4	5
2	ときどき自分は薬物依存なのではないかと思うことがある	1	2	3	4	5
3	すぐに薬物を止めなければ、自分の問題は悪くなる一方だと思う	1	2	3	4	5
4	私はすでに自分の薬物の使い方を少し変えようとし始めている	1	2	3	4	5
5	昔、自分は薬をたくさん使っていたけれど、その後、何とかそのような使い方を変えることができた	1	2	3	4	5
6	ときどき、自分が薬物を使うことで他の人たちを傷つけているかもしれないと思うことがある	1	2	3	4	5
7	自分には薬物の問題がある	1	2	3	4	5
8	自分は薬物を使うことを変えようと頭で考えているだけでなくて、実際に行動に移し始めている	1	2	3	4	5
9	自分はすでに以前のような薬物の使い方は止めている。そして昔のような使い方に戻ってしまわない方法を探している	1	2	3	4	5
10	自分は深刻な薬物の問題を抱えている	1	2	3	4	5
11	ときどき自分は薬物の使用をコントロールできているのだろうかと疑問に思うことがある	1	2	3	4	5
12	自分が薬物を使用することで、たくさんの害が生じている	1	2	3	4	5
13	自分は今、薬物の使用を減らすか、薬物の使用をやめるために積極的に行動している	1	2	3	4	5
14	自分は以前のような薬物の問題に戻ってしまわないように、誰かに助けてもらいたいと思っている	1	2	3	4	5
15	自分には薬物の問題があると分かっている	1	2	3	4	5
16	自分は薬物を使いすぎなのではないかと思うことがある	1	2	3	4	5
17	自分は薬物依存者だ	1	2	3	4	5
18	自分は薬物の使用を何とか変えようと努力している	1	2	3	4	5
19	自分は薬物の使い方を少し変えてみた。そして以前のような使い方に戻ってしまわないように助けてもらいたいと思っている	1	2	3	4	5

表5: 重症度分類による薬物依存に対する自己効力感スケールとSOCRATES-8Dの比較

	薬物問題の重症度分類					
	軽症群 N=46	中等症群 N=28	重症群 N=11	df	F	P
薬物依存に対する自己効力感スケール総得点[±標準偏差]*	95.83[±9.691]	83.71[±20.777]	76.00[±25.43.6]	2, 82	8.765	<0.001
SOCRATES-8D総得点[±標準偏差]	63.57[±9.050]	67.61[±12.294]	70.18[±9.261]	2, 82	2.53	0.086

SOCRATES-8D, Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, 8th version for drug dependence

* P<0.001; Bonferroni's post hoc test, 中等症群>重症群, P=0.009; 軽症群>重症群, P=0.002

表6: 介入前後の薬物依存に対する自己効力感スケールとSOCRATES-8Dの比較(N=85)

		実施前		実施後		z	P
		平均点	標準偏差	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	**22.48**	3.83	**22.33**	4.59	1.146	0.252
	個別場面の自己効力感 合計**	**66.79**	14.60	**69.44**	10.44	2.654	0.008
	総得点*	**89.27**	17.97	**91.76**	15.18	2.018	0.044
SOCRATES-8D	病識***	**23.85**	4.83	**25.98**	5.64	4.325	<0.001
	迷い**	**11.27**	3.63	**12.18**	3.67	2.736	0.006
	実行***	**30.64**	6.44	**33.71**	6.28	5.531	<0.001
	総得点***	**65.75**	10.44	**71.86**	11.62	5.750	<0.001

SOCRATES-8D, Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, 8th version for drug dependence

* P<0.05, ** P<0.01, *** P<0.001

表7: 薬物問題の重症度別の薬物に対する自己効力感スケールとSOCRATES-8Dの変化

			実施前		実施後		z	P
			平均点	標準偏差	平均点	標準偏差		
軽症群(N=46)	薬物依存に対する自己効力感スケール	全般的な自己効力感 合計	**23.67**	2.49	**23.52**	3.54	1.139	0.255
		個別場面の自己効力感 合計*	**72.15**	7.88	**74.65**	3.40	2.124	0.034
		総得点	**95.83**	9.69	**98.17**	6.50	1.601	0.109
	SOCRATES-8D	病識**	**22.39**	4.11	**24.87**	5.56	3.453	0.001
		迷い	**9.91**	3.14	**10.65**	3.25	1.730	0.084
		実行***	**31.26**	5.59	**34.52**	5.60	4.255	<0.001
		総得点***	**63.57**	9.05	**70.04**	11.37	4.564	<0.001
中等症群(N=28)	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	**21.43**	4.16	**20.75**	5.00	0.290	0.977
		個別場面の自己効力感 合計	**62.29**	16.95	**63.79**	14.55	0.634	0.526
		総得点	**83.71**	20.78	**84.54**	17.53	0.259	0.796
	SOCRATES-8D	病識	**24.82**	4.81	**26.36**	5.53	1.773	0.076
		迷い	**13.00**	3.40	**13.75**	3.43	1.364	0.173
		実行**	**29.79**	7.65	**32.71**	7.10	2.939	0.003
		総得点*	**67.79**	12.29	**72.82**	12.28	2.585	0.010
重症群(N=11)	薬物依存に対する自己効力感スケール	全般的な自己効力感 合計	**20.18**	5.74	**21.36**	4.95	1.194	0.233
		個別場面の自己効力感 合計*	**55.82**	20.33	**62.00**	17.79	2.003	0.045
		総得点	**76.00**	25.44	**83.36**	22.42	1.960	0.050
	SOCRATES-8D	病識*	**27.45**	5.57	**29.64**	4.97	2.409	0.016
		迷い	**12.55**	4.08	**14.55**	3.21	1.727	0.084
		実行	**30.18**	6.75	**32.82**	6.90	1.847	0.065
		総得点*	**70.18**	9.26	**77.00**	9.95	2.542	0.011

SOCRATES-8D, Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, 8th version for drug dependence

* P<0.05, ** P<0.01, *** P<0.001

分担研究報告書
(2－5)

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

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

研究分担者　近藤あゆみ　新潟医療福祉大学社会福祉学部社会福祉学科　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〕これまでの家族心理教育プログラムは、多様な家族のニーズに十分対応できていなかった。そこで、幅広い家族のニーズに対応できる総合的な家族教育プログラムを開発することを目的に本研究を実施した。〔方法〕初年度は、欧米における家族介入方法等を参考に、想定される様々なプログラム内容に対する家族及び機関職員の理解度や関心度を把握するための調査を行ったが、今年度は、調査結果を踏まえ、家族心理教育プログラムの教材作成に着手した。〔結果〕作成した教材は5種類（計9冊）である。まず1種類目は、「プログラムを実施する前に」と題した、家族心理教育プログラムを実施するファシリテーターに向けて書かれたものである（1冊）。次に、2種類目は、家族が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ことを目的に作成された「薬物依存症と回復 Vol.1　薬物依存症とは」であり、実施者向けの解説（ファシリテーター用マニュアル）と、家族向けの配布資料（家族向け教材）がある（2冊）。3種類目は、家族が薬物依存症者に対する適切な対応法を学び実践できることを目的に作成された「家族の本人に対する関わり方 Vol.1　上手なコミュニケーションで本人を治療につなげる」であり、家族向け及び実施者向けの冊子がある（2冊）。同様に、4種類目も、家族が薬物依存症者に対する適切な対応法を学び実践できることを目的に作成されたもので、「家族の本人に対する関わり方 Vol.2　長期的な回復を支え、再発・再使用に備える」と題した家族向け及び実施者向けの冊子である（2冊）。最後に、5種類目は、家族自身の心身の健康を取り戻せることを目的に作成された「家族のセルフケア Vol.1　家族のセルフケア」であり、家族向け及び実施者向けの冊子がある（2冊）。また、平成23年2月25日（金）には、家族心理教育プログラムの普及を目的に、医療及び保健機関の職員を対象に、「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実施者向け研修会」を実施した。〔考察〕今年度は、薬物依存症者をもつ家族の多様な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中で、特に重要度の高い基本的な事柄を中心に教材を作成した。教材は、本人に対する家族の積極的な関わりに関する内容が多く盛り込まれていること、また、家族が必要な知識を身につけられるだけでなく、それらの知識に基づき、実際に家族の生活や本人に対する言動を変えていけるよう工夫されていることなどの特徴を有している。今後は普及活動やさらなる教材の充実に努めるとともに、効果評価のための調査研究も実施したい。

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。

このような状況下において、「薬物依存症者をもつ家族に対する心理教育プログラム「（以下、家族心理教育プログラムと記す）の拡充は非常に

重要な課題であると思われる。欧米では既に、多様な家族のニーズに応える様々な家族介入方法が開発され、その効果が検証されつつあるが[3)4)]、欧米と比較して薬物乱用依存症者が少ないといわれているわが国[5)]では、家族支援に必要な資源が経済的にも人的にも圧倒的に不足しているため、同様の発展は当面期待できそうにない。だからこそ、低コスト、少ないマンパワーで実施可能な心理教育の場面で用いられる教材の充実は現実的且つ高い有用性を発揮するものと思われる。

これまでわが国で行われてきた薬物依存症者をもつ家族への支援は、主に治療につながりにくい薬物依存症者本人（以下、本人と記す）を治療につなげることを目的にしていた。従って、家族心理教育プログラムも、「家族が本人の問題を肩代わりすることをやめて問題を本人に返すことを徹底することが本人の回復への決意を促すので、家族は本人の問題から手を引き、消耗した家族自身のケアを行うことが必要である」といった内容が中心であった。また、実際にこれらの教育は、長期間本人の問題行動に巻き込まれ消耗した多くの家族にとって有益であったと思われる。

しかし、長期にわたる依存症者の回復全体を考えると、家族が果たし得る役割、また、家族が希望する役割はそれだけでは終わらない。依存症を支える悪い家族関係について理解し、ネガティブな関わりからいったん手を引いた家族の多くは、よりポジティブに依存症者の回復を支えることのできる家族に変化することを望んでいる。一例を挙げると、常に再発の可能性を考慮にいれておかねばならない依存症者との関わりの中で、再発を早期に発見できる観察者の役割を果たせるようになることは、家族の重要な役割のひとつである。また、その役割を果たすためには、本人に対するコミュニケーション・スキルの向上が欠かせない。

このように、本人の回復にそれぞれの段階があるように、家族の課題もその家族によって異なり、また多くの家族がそれらの課題の解決を求めているにも関わらず、これまでの限られた内容の家族心理教育プログラムは、このような多様な家族のニーズに十分対応しきれていなかったと思われる。

そこで、家族の多様なニーズを把握し、それらのニーズに対応できる総合的な家族心理教育プログラムの開発を目指すこと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、次年度に計画している家族心理教育プログラムの作成に先立ち、薬物依存症者をもつ家族の支援を行う関係機関職員及び当事者家族が、想定される様々なプログラム内容に対して、現在どの程度理解をしており、また、どのような内容に強く関心をもち、どのような内容を重要であると考えているのかを明らかにするために調査を行った[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。

今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っ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。

B．研究方法

1. 家族心理教育プログラム作成のための参考文献

家族心理教育プログラムの学習内容の検討整理は、米国の統合的な薬物依存症外来治療プログラムMatrix model[7)]における、家族教育プログラム[8)]、依存症者の家族や身近な周囲の人々に対する介入法として効果が高いとされている CRAFT (Community Reinforcement and Family Training)[9)]、PACT (Parent and Carers Training Programme)[10)]、依存症者の家族療法などに関する研究を行う機関AFRG (Addiction and Family Research Group)から発行されている依存症者とそのパートナーのための集団心理教育プログラム[11)]に含まれている内容等を主に参考にして行った。その他には、薬物問題を扱う相談員のためのマニュアル[12)]の内容なども一部含めた。

上記文献を参考に、今年度は、「プログラムを実施する前に」「薬物依存症と回復 Vol.1　薬物依存症とは」「家族の本人に対する関わり方 Vol.1 上手なコミュニケーションで本人を治療につなげる」「家族の本人に対する関わり方 Vol.2　長期

的な回復を支え、再発・再使用に備える」「家族のセルフケア Vol.1　家族のセルフケア」の計 5 種類の冊子を作成した。

それぞれの主たる内容については結果 1 から 5 において説明する。

C．結果

1.「プログラムを実施する前に」

(1) 薬物依存症者をもつ家族に対する支援介入の重要性

家族が重要な存在として注目を浴びるのにはふたつの理由がある。まずひとつは、本人の回復に対して家族が及ぼす影響が少なくないということである。例えば、家族が治療に関する提案を上手にできるようになることで、本人が治療を受け入れる可能性は高くなるし、再発を防ぐためにも、家族にはできることがたくさんある。家族に対する介入を行うことにより、薬物依存症者の予後を改善することができたという研究結果が、これまでに多数報告されている。

ふたつめの理由は、家族自身のことである。長い間本人の薬物問題に巻き込まれ続けてきた家族の多くは心身の健康が損なわれているので、家族に対して支援介入を行うことは、本人の回復と切り離して考えても非常に重要なことである。

図表 1. 家族に対して支援介入を行う際の 7 つの基本姿勢

- 家族を責めたり批判したりしない。
- これまで様々な努力をしてきた家族に対して敬意の気持ちを表す。
- 「自責の念」にとらわれすぎず、「希望」をもち未来のために行動できるよう働きかける。
- 薬物依存症という病気や家族関係など、現状を正しく理解できるよう支援する。
- 回復のために効果がない関わりを減らし、効果のある関わりを増やせるよう支援する。
- 共に支援計画を作成し、適宜見直しながら、継続的に支援を行う。
- 家族及び本人が利用できる地域資源についてよく理解しておく。

(2)家族の支援介入を行う際の基本姿勢

家族に対して支援介入を行う際の基本姿勢を図表 1 に示す。

(3) 家族心理教育プログラムの目標と学習内容

家族心理教育プログラムの目標は大きく分けて 3 つある（図表 2）。

目標 1 で薬物依存症という病気について学習することは、家族が本人と病気を切り離して考えられることにつながる。それによって、家族の本人に対するネガティブな感情は低下し、治療の重要性への認識が高まることが期待される。また、依存症治療や自助グループなど依存症からの回復に役立つ様々な選択肢について家族が学び熟知することは、家族が本人に治療の提案をするときなどに大いに役立つ。

目標 2 では、まず、全ての関わりの基本となるコミュニケーション・スキルの向上について学習することが重要である。また、治療の提案はどのように行うのが効果的か、家族のどのような態度が再発の防止に役立つかなど、具体的に学習を進めていくことは、各段階における家族の実際の行動の変化につながる。

目標 3 では、まず、薬物依存症者との生活によって家族の生活がどのように変化してしまったのか、家族自身が気づける必要がある。その上で、家族の生活のどの部分をどのような方法で豊かにしていくか、それぞれの家族が自分なりの答えを見いだしていけるような学習内容が必要となる。

(4)家族心理教育プログラムの構成

各冊子は全て、図表2の3つの目標のいずれかに焦点を当てた内容であり、目標1に関する冊子は「薬物依存症と回復」、目標2に関する冊子は「家族の本人に対する関わり方」、目標3に関する冊子は「家族のセルフケア」と副題がついている。また、それぞれの冊子は、実施者向けの解説（ファシリテーター用マニュアル）と、家族向けの配布資料（家族向け教材）と2冊で1組となっている。1冊の分量は、90～120分の家族教室等で実施することを想定して作成している。また内容には、それぞれの回の目標と、目標を達成するための課題が含まれており、必要な知識が身に付くだけでなく、参加者が得た知識を実際の生活の中で活かせるよう工夫した。

(5)家族に対する個別支援と家族心理教育プログラムの関係性

家族教室等の集団教育の場だけで家族への支援が足りるということは決してない。集団教育で家族に役立つ様々な知識や情報を提供したとしても、それが実際に正しく家族に理解され、家族自身がそれを自分たちの生活に活かせるようになるためには、多くの個別支援が必要である。言いかえると、集団教育と個別支援の果たす役割を援助者がよく理解し、両者がしっかりと結びつくよう意識的に家族に働きかけるとき、家族心理教育プログラムの効果が最大限に発揮されるということになる。

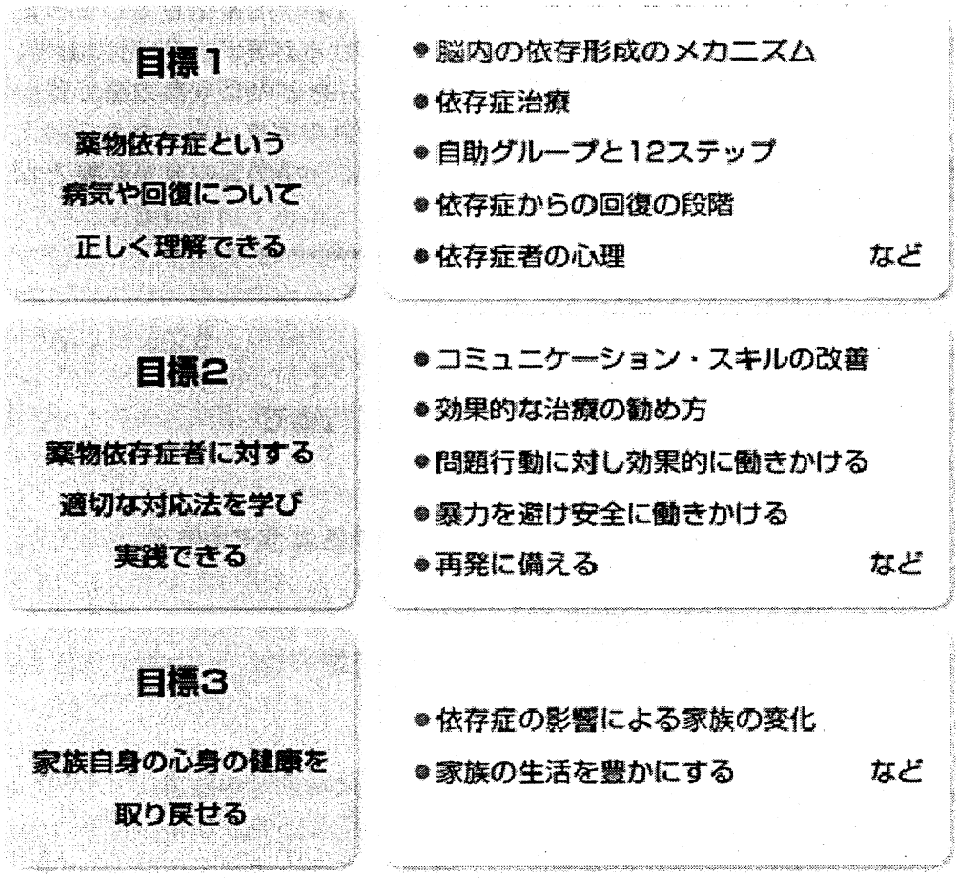
機関の規模や対象となる人の数などの事情により、家族教室等集団教育の場を設けることができない場合は、家族心理教育プログラムを個別支援のツールとして使用する方法も考えられる。

2.「薬物依存症と回復 Vol.1　薬物依存症とは」

(1)目的

①薬物依存症とはどういう病気か理解できる。
②薬物のもたらす影響（正と負の効果）を知ることができる。
③薬物依存症の仕組みを理解できる。
④依存症からの回復には、薬物をやめるだけではなく、4つの面（身体―心―社会活動（仕事や家族）―生きがい）すべての回復が必要なことを知ることができる。

図表2. 家族心理教育プログラムの目標と学習内容



(2) 薬物依存症の５つの特徴

① 脳の故障にもとづく薬物使用のコントロールができない病気
② どんな人でもなる病気
③ １人きりでなおすことはできない（自己流でやってもうまくいかない）
④ 進行性で、いろいろな中毒症状が起きて、身体や精神がぼろぼろになる
⑤ 否認（＝薬物によって問題がおきていることをみないようにする考え方）がでてくる病気

(3) 課題１：薬物が与える影響（ダメージと魅力）を知る（図表 3）

(4) 薬物による脳や体の医学的なダメージ

薬物による脳の障害

覚せい剤、大麻、シンナーは、脳をつくっている神経細胞を壊したり、神経細胞と神経細胞の間の信号を伝達している神経伝達物質（＝脳の中のホルモン）を刺激したり、おさえたりして、バランスを壊してしまう。

図表 3. 薬物が与える影響（ダメージと魅力）について知る

依存症者本人が薬物によってどんな影響をうけてきたか考えてみましょう。

領　域	よい影響（本人にとっての魅力）	悪い影響（ダメージ）
身　体		
こころ 生きがい		
社　会 （人間関係、仕事など）		

覚せい剤は、快感を起こすドーパミンという神経伝達物質を一時的に増やして快感を生じるが、その後は逆にそうした物質がたりなくなってしまったりする。これが禁断症状や、刺激がないといられない気持ちを作ることになる。

マリファナは、一時的に感覚を鈍らせ、不安をへらす、幻覚を楽しむなどの作用があるが、次第にバランスを壊し、不安やうつが強くなったり、やる気が起きなくなったり、不快な幻覚や被害妄想がでるようになる。

シンナーやガスは、脳神経を溶かしてしまい、脳が萎縮する。

こうした脳への悪影響が長い期間続くと次のような症状がでてくるようになる。

① 幻覚や妄想
② 意識障害
③ フラッシュバック
④ 気分障害
⑤ そう症状
⑥ 動因喪失症候群
⑦ 認知症
⑧ 強い依存性

<u>身体への影響</u>

急性の症状

② 頻脈
③ 高血圧（ひどい場合には心筋梗塞）
④ 脳内出血
⑤ 横紋筋融解症
⑥ 高熱症などによる死亡

慢性の症状

① 全般的な体力の低下
② 不随意運動（手の震え、なめらかな運動ができない）
③ 肝障害
④ 歯の問題
⑤ HIV／エイズやC型肝炎などの感染

(5) 課題2：薬物依存症の仕組みを知る

薬物を用いていることで警察につかまったり、つらい症状がでているのに、なぜやめられないのか、以下の5つから選ぶ（複数回答可）。

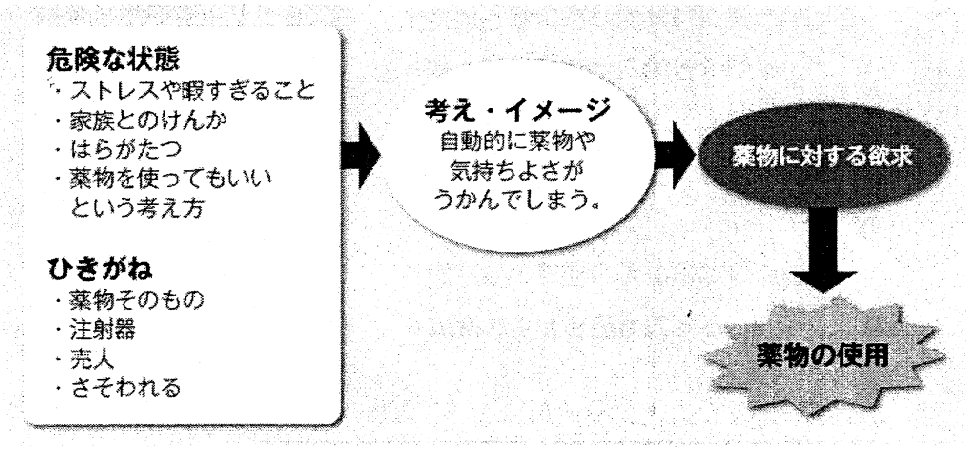
① 意志が弱い（×）
② 性格の問題（×）
③ やめようとすると頭のホルモンのバランスがくずれるため（○）
④ やり方が頭にしみついてしまうため（すりこみ）（○）（図表4）（図表5）

図表 4. パブロフ博士の実験

【パブロフ博士の犬を用いた実験】

肉　→ よだれをだす
肉＋ベル　→ よだれをだす
ベル　→ よだれをだす（ベルがなると、自動的によだれがでるようになる）

図表 5. 薬物使用のパターン化



⑤ 社会生活や対人関係を行う経験や自信が足りないこと（○）

(6) 課題3：薬物依存症の回復に必要なことを考える

回復の目標

依存症のサイクルから抜け出して、身体－心－社会活動－生きがいの全部を回復することである。「薬をやめること」は大切だが、ただやめるだけでは回復しない。薬をやめることは最初の1歩である。

① 体を健康にする。
② 心を健康にする。
③ 社会活動や人間関係を取り戻す準備をする。
④ 生きがいを取り戻す。

回復に必要な援助

① リハビリテーション施設
② ＮＡ（Narcotics Anonymous）
③ 精神科病院・クリニック
④ 精神保健福祉センター・保健所
⑤ 福祉事務所

家族として、本人にどのようになってほしいか、本人の回復のために何からとりかかりたいか考える。（図表6）（図表7）

3.「家族の本人に対する関わり方 Vol.1 上手なコミュニケーションで本人を治療につなげる」

(1) 目的

① 薬物依存症者の回復を支援使用する家族にとって、コミュニケーション・スキルの向上が重要である理由が理解できる。
② 回復を支援するのに役立たないコミュニケーションのパターンを発見し、回復に役立つコミュニケーションのパターンに変えていくことができる。
③ 回復に役立つコミュニケーションの基本を踏まえて、本人に治療に関する提案ができるようになる。

(2) 課題1：基本的なコミュニケーション

① ていねいに接する
② 明るく前向きな感情を表す
③ 話し合いには適切なときを選ぶ
④ 文句をいう前にそれが重要なことかどうか考える
⑤ 苦情や文句をいうときは明確にいう
⑥ 相手に変化を望むときは、批判をやめて、明るく依頼の口調でいう
⑦ 「アイ・メッセージ」を使う
⑧ 見返りを期待せずに、相手が喜ぶことをする

図表6. 家族が本人の回復に望むこと

家族として、本人にどのようになってほしいですか？

図表7. 家族が本人の回復のためにできること

家族として、本人の回復のために、まずどんなことから取りかかりたいですか？

⑨ 相手の問題や苦労に理解を示す表現をする
⑩ 問題が起きたときは部分的に責任を受け入れる
⑪ 現状や問題を誇張せず、ありのままを伝える

最近の本人に対するコミュニケーションを振り返り、図表8のそれぞれの項目について、最も適切だと思う番号に○をつける。

図表 8. 家族の本人に対するコミュニケーションを評価する

最近の本人に対するコミュニケーションを振り返り、それぞれの項目について最も適切だと思う番号にひとつ○をつけてください。

	まったくできない	あまりできない	どちらともいえない	ある程度できる	よくできる
1. ていねいに接する	1	2	3	4	5
2. 明るく前向きな感情を表す	1	2	3	4	5
3. 話し合いには適切なときを選ぶ	1	2	3	4	5
4. 文句をいう前にそれが重要なことかどうか考える	1	2	3	4	5
5. 苦情や文句をいうときは明確にいう	1	2	3	4	5
6. 相手に変化を望むときは、批判をやめて、明るく依頼の口調でいう	1	2	3	4	5
7.「アイ・メッセージ」を使う	1	2	3	4	5
8. 見返りを期待せずに、相手が喜ぶことをする	1	2	3	4	5
9. 相手の問題や苦労に理解を示す表現をする	1	2	3	4	5
10. 問題が起きたときは部分的に責任を受け入れる	1	2	3	4	5
11. 現状や問題を誇張せず、ありのままを伝える	1	2	3	4	5

(3) 課題 2：いつ誰が本人に治療に関する提案をするのが最もよいか考えてみる（図表 9）（図表 10）

(4) 課題 3：本人の治療や回復に使える地域資源としてどのようなものがあるか検討してみる（図表 11）

(5) 課題 4：治療に関する提案をどのように行うか考える

本人に治療の提案をする最良のやり方は、それぞれの家族によって異なるが、一般によいとされている内容は以下の通りである。

① なぜ家族が本人を心配しているのか、その現状をありのままに伝える。
② 薬物依存症という病気について説明する。
③ 家族が本人をとても愛していて、治療や回復のために協力を惜しまないことを伝える。
④ 治療や回復の選択肢について説明する。
⑤ 選択肢の中から何を選択するか話し合う。

図表 9. 本人に治療の提案をする人

いつ誰が本人に治療に関する提案をするのが最もよいか、これまでの失敗や成功例を詳細に思い出しながら考えてみましょう。

[治療に関する提案をする人]

図表 10. 本人に治療の提案をするのに良いタイミング

[治療に関する提案をするのに良いタイミング]

図表 11. 本人の治療や回復を支える地域資源

本人の治療や回復に使える地域資源としてどのようなものがあるか検討してみましょう。また、それぞれの機関でどのようなことが行われているか調べてみましょう。

上記を参考にして、本人に治療の提案をどのように行うか書いてみる（図表 12）。

4. 「家族の本人に対する関わり方 Vol.2　長期的な回復を支え、再発・再使用に備える」

(1) 目的

① 薬物依存症者が治療につながった後も続く長期的な回復の過程について理解できる。
② 長く続く回復の過程を支えるために、家族が本人にどのように関われるとよいか理解できる。
③ 薬物依存症者が「依存症の考え」と「自律的な考え方」の２つをもっていることを知り、依存症の考えを刺激しないで、自律的な考え方を増やす関わり方について考えることができる。
④ 薬物の再使用・再発がどのように起きるかについて知り、家族としてどのように支援できるか考えられるようになる。
⑤ 回復の途中で再使用を繰り返すことも多いが、それに振り回されず、長期的な回復を援助していくことの大切さを知ることができる。
⑥ 本人の回復を援助する具体的なコミュニケーションの方法を知り、実践できるようになる。

(2) 課題 1 ：依存症本人の長期的な回復

本人が回復の段階のどこにいるか考える（図表 13）。

(3) 課題 2：依存症の回復における家族の関わり方を考える

依存症者は 2 つの考え方（自律的な考えと依存症の考え方）を持っている。家族は、自律的な考えを助け、依存症の考え方を刺激しないようにすることが大切である（図表 14）。

依存症本人は、依存症の考え方が習慣になっている。薬物から少しはなれると、自律的な考え方が戻ってくるが、依存症の考え方も残っていて、ときどきそちらにひきよせられることがある。2 つの考え方をいったりきたりすると、ある時は後悔しても、ある時は平気で使うようになってしまう。

本人が「依存症の考え方」をもっているかどうか検討する（図表 15）。

図表 12. 本人に対する治療の提案の仕方を考える

上記を参考にして、本人に治療の提案をどのように行うか書いてみましょう。

図表 13. 本人の回復の段階

本人は、以下の回復の段階のどこにいると思いますか？　下の１）～８）の中から選んでください。

１）薬物依存サイクルにはまっており、薬物をやめないといけないという意識がない段階。

２）薬物を減らしたり、やめないといけないと考え始めているが、まだ実際の使い方はあまり変わっていない段階。

３）薬物を減らしたり、止める行動に挑戦しているが、まだうまくいったり、いかなかったりの試行錯誤が続いている段階。

４）薬物を止めることにある程度成功している。止めた期間はまだ短くて、離脱症状もあり、精神的に安定していない段階。

５）薬物を止めることにある程度成功して、心身も安定し始めている。しかし自分が依存症であることを受けとめておらず、リハビリ施設や病院を続ける意識はまだゆらいでいる段階。

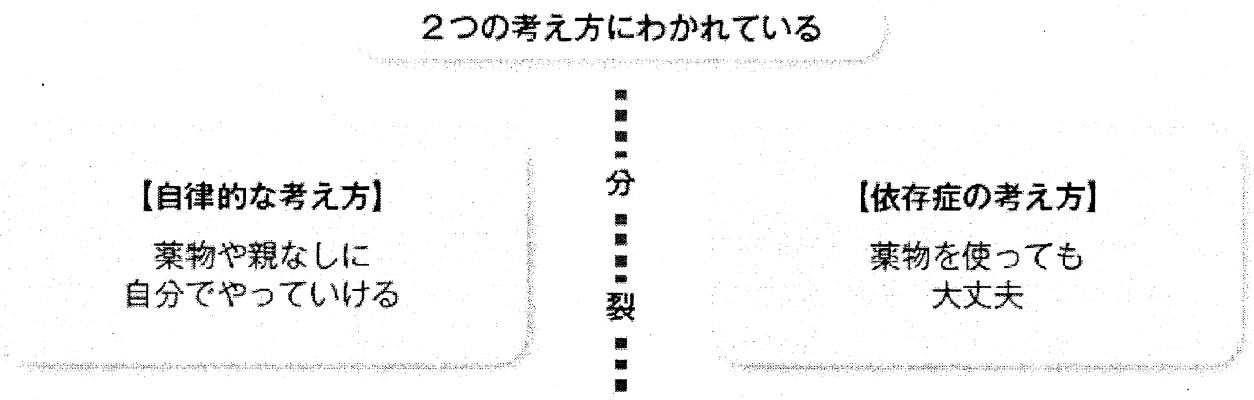
６）薬物を止めることにある程度成功して、心身も安定し始めている。自分が依存症であることを受け止め、リハビリ施設や病院などの援助機関で回復への努力を継続できている。ただし、本格的な社会復帰にはまだ早い段階。
（この段階は、気持ちが行きづまってしまう「壁」の時期となることが多い。現実的な困難や自分自身と向かい合うことでつらくなるが、成長に必要。）

７）薬物を止めることにある程度成功して、回復への努力を続け、社会復帰（自立的な生活や社会的な活動）を始める準備はできている段階。

８）薬物を止めることに成功して、社会復帰（自立的な生活や社会的な活動）でも成果が上がっている段階。再発防止の努力をやめてしまわないことが重要な時期である。

注）一旦、回復の段階が進んでも、また再使用や再発を繰り返すことがあります。無理に早く進めようとすると、再発をおこしてしまうこともあります。

図表 14. 本人の中にある自律的な考え方と依存症の考え方



図表 15. 本人の中にある依存症の考え方

本人は下のような「依存症の考え方」をもっているでしょうか。あてはまるものに○をつけましょう。

①薬物のもたらす悪い影響を見ないようにしたり、小さく考える （　）

「薬物をつかっても別に特に問題ない」「みつからなければよい」

「今日で最後にすればよい」「ちょっとだけなら大丈夫」

②やめられるはずない、自分はだめな人間だ （　）

「どうせやめることなんてできない」

③コントロールできるという思いこみ （　）

「やめようとおもえばすぐにやめられる」

④いいわけを考える （　）

「あいつがさそってきたから断れない」「今日はおいわいだから」

「お正月くらい」

⑤家族への依存。家族に頼ればなんとかなる。家族のせいだ。 （　）

「家族に頼っていれば、何とかなる」「家族なしには生きられない」

依存症が重いとき

薬物のことばかりになり、周囲の人や生活などはどうでもよくなる。家族に対しても，嘘や言い訳をしたり、お金をもらったりして、薬物を手に入れることしか考えない（図表 16）。

依存症から回復してきたとき

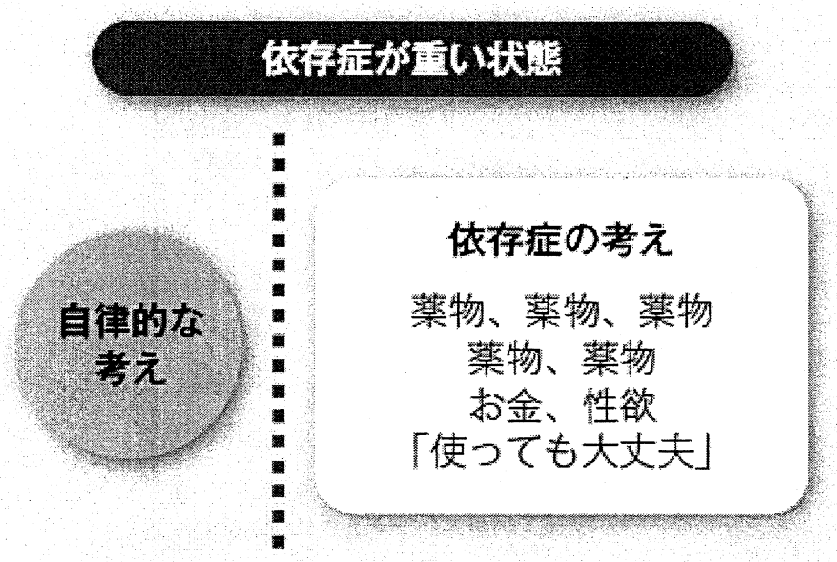
回復が進んでくると、「自律的な考え」が増えてくるが、完全に「依存症の考え方」がなくなったわけではない。このときは家族が関わる好機である（図表 17）。

依存症の考え方を助けてしまう関わり

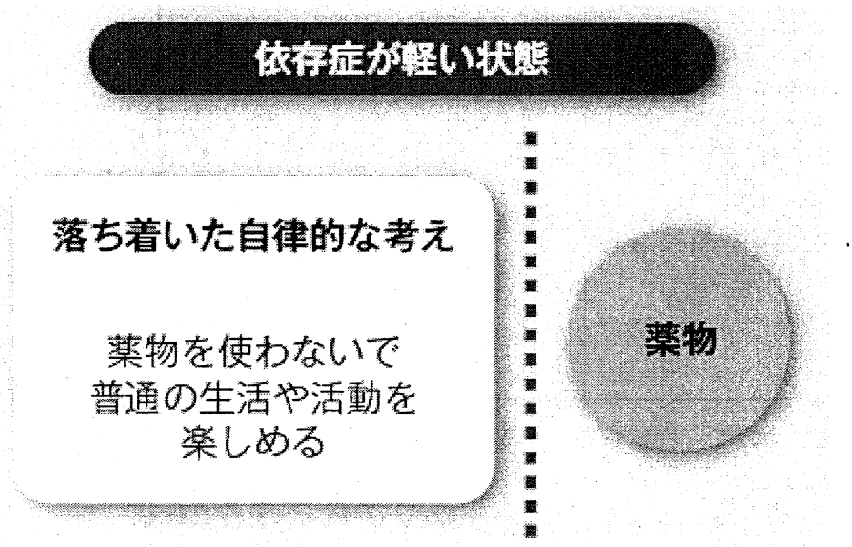
① 依存症の行動を助けてしまうこと＝イネイブリング

アルコールや薬物を用いたために生じる問題（心身の不調、欠勤、対人トラブル、就労が続かないなど）を本人に代わって解決してしまうこと。本人の立ち直りの機会をうばい、自尊心や自立心の成長を妨げてしまう。

図表 16. 依存症が重い状態



図表 17. 依存症が軽い状態



② 自尊心を傷つける関わり。上から目線で一方的に非難する。「おまえはダメな人間だ」「世間に顔向けができない」
③ 長い議論、説得、脅し、質問攻め

自律的な考え方を助ける関わり

① 無理な要求は断る一方で、気持ちでは応援する。
② 見守る。回復を願っていることを伝える。
③ ほめること。がんばりを認める。
④ 話をきく。不安や苦しみへの共感。
⑤ 家族が直接助けるのではなく、回復の場へのつなぎを助ける。
⑥ 家族会などで家族が元気をとりもどすことが、回復の見本になる。

回復を「助けてくれるもの」と「妨げるもの」について考えてみる（図表 18）。

図表 18. 本人の回復を助ける関わりと妨げる関わり

回復を「助けてくれるもの」と「妨げるもの」について考えてみましょう。家族として、これまでの関わりを表に書き込んでください（これからやりたい関わりや、これから気をつけたい関わりでもかまいません）。

	本人が自分の回復を考える上で重要なこと	家族が本人に関わる上で重要なこと
回復を妨げる「依存症の考え」を強めること	・ストレス ・不健康な生活習慣 ・不正直さ、嘘 ・ひきこもり、孤立 ・自分を傷つける相手 ・薬物を使う人、売人 ・本人の自律的な考えを妨げる家族	本人の自律的な考えを妨げる関わり
回復を助ける「落ち着いた自律的な考え方」を増やすこと	・話を聞いてもらうこと ・カウンセリング ・正直さ ・健康な快感（例：スポーツ、読書、散歩、料理） ・健康な習慣（規則正しい生活、顔を洗う、風呂にはいる） ・リラクゼーション（ヨガ、呼吸法） ・安全な場所や人のイメージ ・自助活動（施設、NA） ・生きがいをもつこと、幸せになろうという気持ち ・信頼できる仲間 ・本人の自律的な考えを助ける家族	本人の自律的な考えを助ける関わり

☆家族は影響力が強いので、回復を助けてくれるものと、邪魔するもの両方にはいります。
「最強の味方であり、最大の敵」

☆家族が過保護・過干渉になっていて、もっと本人に任せた方がいいと思うことはありますか？　手をひくことが難しいのはなぜでしょうか？

(4) 課題 3：薬物の再使用・依存症の再発についての理解と対応

本人の薬の再使用のきっかけや、危険なサインにはどういうものがあるか考える（図表 19）

再使用・再発にも段階がある。一度使えば、全て台無しというわけではないので、本人も家族もやけにならず、なるべく早く回復の場に戻って、被害を最小限にくいとめることができるよう支援することが大切である。

再使用・再発が疑われたとき、家族としてできることや、逆に避けた方がよいことについて考える（図表 20）。

家族はがっかりするが、やけになって、本人を責めるのは逆効果である。同じ立場の家族と話すなどして落ち着いた気持ちを取り戻す必要がある。また、もう一度病院やリハビリ施設でやりなおすことを勧めるチャンスをさがし、見逃さないようにすることも大切である。他には、アイ・メッセージでそれまでの回復の努力を評価し、それを続けてほしいと肯定的に伝えられるようになることが望ましい。

図表 19. 本人にとっての再使用のきっかけや危険なサイン

1. 本人にとって、薬の再使用のきっかけや、危険なサインは何だと思いますか？ あてはまると思われるものを○で囲みましょう。

〈状 況〉

空腹（Hungry） 怒り（Angry） 孤立（Loneliness） つかれ（Tired）
忙しい生活 ショックなできごと 不規則な食生活 寝不足や寝過ぎ
運動不足

〈もの、場所、人〉

薬物の道具（注射器等） インターネット 薬を思いださせる場所
お金 売人 異性・友人・家族との葛藤 職場や学校の人間関係
家族とのやりとり

〈心の中のこと〉

怒り、いらいら おちこみ 不安、さびしさ 興奮、盛り上がり
性欲 完全主義やこだわり トラウマの記憶
その他（ ）

図表 20. 再使用・再発が疑われた時の家族の対応

3. 再使用・再発が疑われたとき、家族としてできることはなんでしょうか？ 逆に、避けた方がよいことはなんでしょうか？

(5) 課題 4：本人の自律的な考え方を助けるコミュニケーションの練習

場面 1：リハビリ施設(病院)でがんばっている途中の本人が、2週間の時点で退所(退院)したいと親に対して言い出した場合

子ども：「もしもし、お母さん、おれだよ。」
家族：「あ、○○○(子どもの名前)どうしたの。」
子ども：「もうでるから。」
家族：「でるって？」
子ども：「きまってるだろ、施設(病院)だよ。もう2週間もはいって、薬がぬけたから早く出たい。もう大丈夫だから。」
家族：「でも、薬物依存症を治すには、時間をかけてプログラムを受けないといけないと聞いているけど。」
子ども：「もう大丈夫だよ。」
家族：（続きのセリフを考えます）
「　　」

家族は、上記のような場面でどのように自律心を育てる言い方ができるか考え、メンバー同士のロールプレイを通して実践してみる。

また、今後起こりそうな場面を挙げてもらい、その際の対応について考えてみる。

5. 「家族のセルフケア Vol.1　家族のセルフケア」

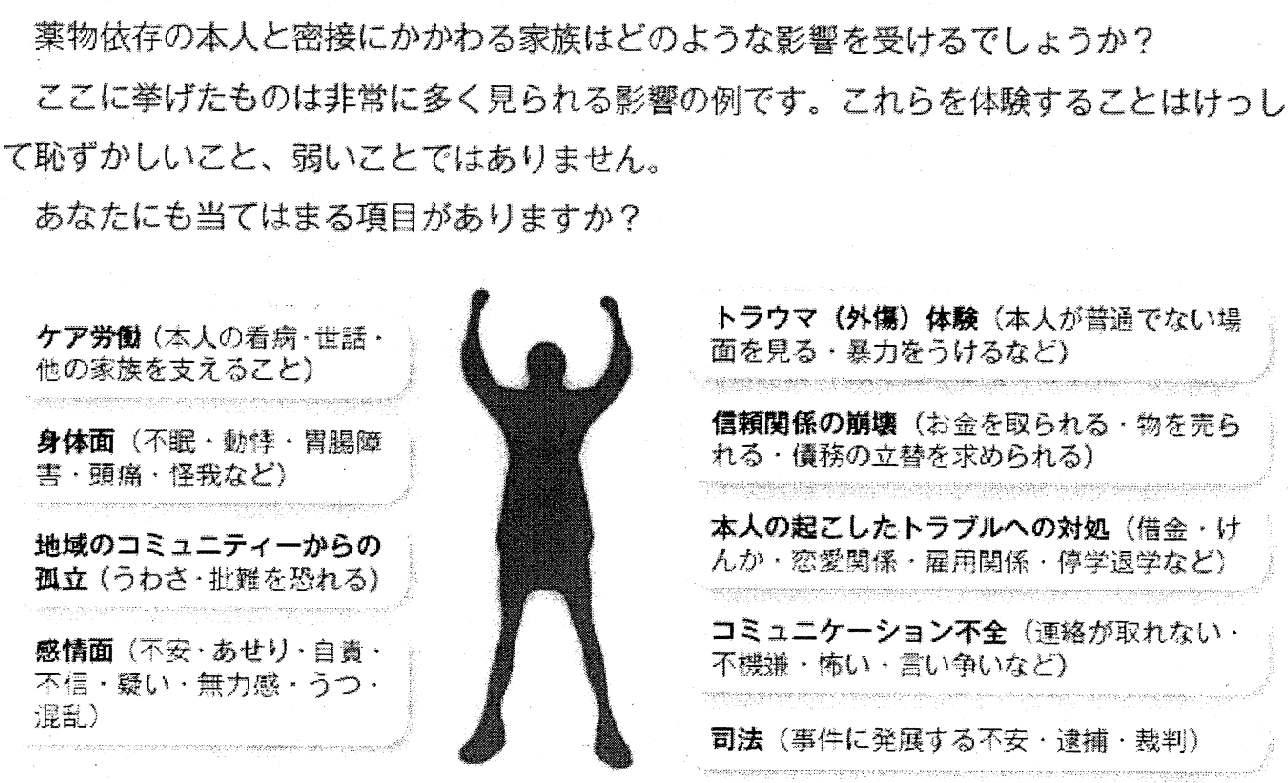
(1) 目的

① 薬物依存症者の回復を支援する家族にとってセルフケアが重要であることを理解できる。
② 今、必要な支援について家族自身が理解し、それを得るために行動できるようになる。
③ 家族が既に持っているセルフケアの技術について確認する。

(2) セルフケアの重要性

薬物依存の本人と密接にかかわる家族がどのような悪影響を受けるかについて、家族が具体的に理解し、また、家族が心身の健康を取り戻すことの重要性を理解できるよう解説する（図表21）。

図表 21. 家族が受ける様々な影響



(3) 課題1：家族自身の生活の点検

家族の生活の諸側面を示す様々な項目について、現在の自分の満足度を検討してみる（図表22）。また、十分な満足が得られていない項目については、満足度があがるために、どのようなことが必要か具体策についても検討する。

図表 22. 家族の生活の満足度をチェックする

良い援助が出来る状態であるためには、まず自分のニーズを満たすことが重要です。次のリストを用いて、自分はどれくらい満足できる状態なのかを確認してみましょう。そして本人の支援を有効に行うために、後半の質問について考えましょう。

生活の諸側面を示す次の項目について、全く不満足（0点）から完全に満たされている（10点）の間で自分の満足度のチェックをしてみましょう（各項目について、その点数をつけたのはどのようなことからか、なるべく具体的に説明できるようにしてください）。

1、私のお酒や薬との付き合い方	0 ―――― 10
2、私の仕事や教育の状況	0 ―――― 10
3、私の経済面・金銭面の状況	0 ―――― 10
4、将来の見通し・計画について	0 ―――― 10
5、友人づきあいや趣味・楽しみ	0 ―――― 10
6、本人を含む家族関係の状況	0 ―――― 10
7、法律や司法に関する事	0 ―――― 10
8、私の気分・感情の状態	0 ―――― 10
9、暴力を受けず安心できる生活	0 ―――― 10
10、私の健康の維持・回復	0 ―――― 10
11、全般的な幸福感	0 ―――― 10

次に、上の項目の中からひとつ選び、この状態がどうなると良いか、また、自分のために実際に出来そうな行動や必要な援助などについて考えてみましょう。

(4) 課題 2：適切なサポートを求める

家族が困ったとき外部にサポートを求めることは恥ずかしいことではないことを説明する。

また、家族は、具体的な問題について、どのような助けが得られるとよいか考えてみる。そのための障壁となっていることがあれば、どのようにして障壁を乗り越えるかについても検討する（図表 23）。

図表 23. 家族にとって必要なサポートを得る

困難な場面や状況において、助けを求めることは恥や弱さと感じる方もいるかもしれません。馬鹿にされたり、嫌がられると考えるかもしれません。しかし、実際には多くの人は他者を助けられることに喜びを感じるものです。助けを求めることは勇気ある前向きな行動なのです。

依存症の回復までのプロセスを消耗せずにうまく乗り切っていくためには、家族にとって適切な支援（サポーター）を得ることが重要です。課題２ではこの点について取り上げます。

今後予想される自分だけで対応が難しい場面や、手助けが必要な状況はどのようなものでしょうか？例を参考にいくつか挙げてみましょう。

次にそのような場面や状況で、どのような人からどのような助けが得られるとよいのか考えてみましょう。さらに、その支援をこちらから求めにくいのだとしたらそれはどのようなことが障壁となっているのか、どのようにその障壁を乗り越え、どのように支援を求めるかを考えましょう。この課題は実際にその場面になったときに慌てず、行動できるための準備です。

手助けがほしい時は？	誰に（どの機関に）どんなことを手伝って欲しい？	手伝いを頼みにくく、頼むことへの障壁がある？	どんなふうに頼むか？その障壁の乗り越え方は？	その人（機関）はどんな反応をするでしょう？
例：夜中に本人が帰ってこない時。	例：Ａさんに話して不安を鎮めてほしい、だめなら誰でもいい。	例：夜中に電話するのは失礼と思って遠慮する。	例：Ａさんに前もって頼んでおく。メールならよいかも。電話相談の利用もありうる。	例：夜中は対応できないかもしれない。でもメールを書いただけで気分が変わるかも。

(5) 課題 3：家族がすでに持っている力を確認する。

下記の①から③の視点で、家族にこれまでの生活を振り返ってもらい、家族自身がもつセルフケアの力や技術を確認する。

① これまでに、これ以上強いストレスを感じることから自分を守るためにどんなことをやってきましたか？何が役に立ちましたか？
② 本人の使用や問題行動が悪化したときにも、あなたの生活の質を維持し、本人を支援する気持ちを持ち続けることは非常に重要なことです。本人が薬物を使用しているにも関わらず、比較的安定した気分でいられた過去の出来事を思い浮かべてみましょう。その時は何が違っていましたか？
③ これまでどんな方法で絶望的な感情に対処してきましたか？今後も用いることが出来るあなたの資質や知恵、力はどのようなものでしょうか？

6. 家族心理教育プログラムの普及

(1) 対象

平成 21 年度の調査において協力を得られた医療機関（19 機関）、精神保健福祉センター（47 機関）、保健所（99 機関）を対象に、「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　実施者向け研修会」の案内を送付した。その結果、43 名（32 機関）からの参加が得られた。

(2) 研修会の実施

平成 23 年 2 月 25 日（10：00～17：00）、TKP 東京駅八重洲ビジネスセンター（カンファレンスルーム 2A）にて、「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　実施者向け研修会研修会」を実施した。

D. 考察

薬物依存症者をもつ家族にとって必要な学習内容について、主に欧米の文献を検討したところ、これまでの我が国の家族支援の中であまり提供されてこなかった学習内容が数多く見出された。これらの内容を盛り込んだ包括的な家族心理教育プログラムの開発を目指し、今年度は 5 種類の冊子を作成した。

「プログラムを実施する前に」には、プログラムの実施に関する事項はもちろんのこと、薬物依存症者の家族支援を行うことの重要性や、家族支援を行う際の留意点も広く盛り込んだ。また、家族心理教育プログラムの全体像を明示した。

「薬物依存症と回復 Vol.1　薬物依存症とは」では、薬物依存症やその回復について、家族がその基本を理解できるよう努めたが、その中でも特に、薬物をやめることの難しさについて様々な角度から理解することや、回復のためには、社会機能や対人関係の改善等が重要であることを理解することなどに重点を置いた。

「家族の本人に対する関わり方 Vol.1　上手なコミュニケーションで本人を治療につなげる」では、主に初期段階の家族、つまり、まだ本人が治療につながっておらず、薬物使用に関連する様々な問題に巻き込まれて消耗しているような家族を念頭に教材を作成した。ここでは、本人の回復支援のためには、コミュニケーション・スキルの向上が大切であることを家族自身が知り、そのための行動を起こせることと、治療の提案を効果的に行うことに主眼を置いた。

一方、「家族の本人に対する関わり方 Vol.2 長期的な回復を支え、再発・再使用に備える」では、中段階以降の家族、つまり、本人が治療につながるなどして回復の道を歩き始めた家族を念頭に教材を作成した。ここでは、回復過程において、家族が本人の自律的な考え及び行動を強化することの大切さを強調するとともに、実際にはそのような関わりが難しいことから、ロールプレイなど家族の言動が実際に変化することを目的とした課題に力点を置いた。

「家族のセルフケア Vol.1　家族のセルフケア」では、本人の回復を支援する家族にとってセルフケアが重要であることを家族が認識できるだけでなく、実際にどのようにしてセルフケアを行うのか検討したり、必要な支援を求める方法を検討したりする課題を設けることにより、実生活において家族のセルフケアが促進されることを目指した。また、人が気づかないうちにすでにもっている力に着目する課題を通して、家族のエンパワメントを目指した。

以上、本プログラムには、これまでの家族集団教育の場であまり行われてこなかった特徴がいくつかある。ひとつは、本人に対する家族の積極的な関わりに関する内容が多く盛り込まれてい

ることである。これまで我が国で行われてきた家族への支援は、「家族が本人の問題を肩代わりすることをやめて問題を本人に返すことを徹底することが本人の回復への決意を促すので、家族は本人の問題から手を引き、消耗した家族自身のケアを行うことが必要である」といった内容が中心であった。しかし欧米では、家族が本人に対して積極的に働きかけることで、本人の治療導入を促進し、良好な予後につながると考えられ、実際に大きな成果を上げている。今後は、我が国においても同様の視点で支援を充実させていくことが求められよう。

特徴の二つ目は、本プログラムは、家族が必要な知識を身につけられるだけでなく、それらの知識に基づき、実際に家族の生活や本人に対する言動を変えていけるよう工夫されていることである。家族にとって、薬物依存症という病気や回復を促進するために必要なかかわりについての知識を得ることは非常に重要である。しかし、家族が実際に、本人の回復を支援する重要な役割を果たし、また、消耗した家族自身の心身の健康を取り戻すための方法を実行に移すためには、知識の獲得だけでは不十分である。家族が各々の生活の中で、得た知識を活かしながら行動を変えていくことができるには、そのための方法を知り、更に、実際に練習してみることが重要になる。そのため、本プログラムには、学んだことをそれぞれの家族の生活の中で活かしていくための課題がいくつも含まれており、家族の実際の行動の変化を目指しているのである。ただ、集団教育の場では、その練習には限界が多い。援助者は、個別相談の場を利用するなどして、練習を更に発展させたり、その効果について振り返りをする機会をもつことが必要である。

今後の課題としては、まず、本プログラムの普及活動である。今年度は、一度の研修会実施にとどまったが、来年度も各所で研修会を行うなどして普及に努めたい。

また、今後は医療及び保健機関、家族会などに協力を依頼し、家族心理教育プログラムの有効性評価に関する調査研究を進める必要がある。

更に、今年度の教材に含めることができなかった学習内容については、今後も随時教材を作成し、本プログラムの充実に努めたい。

E. 結論

薬物依存症者をもつ家族の多様な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開発を目指し、教材の作成に着手した。今後は普及活動やさらなる教材の充実に努めるとともに、効果評価のための調査研究も実施したい。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

3. その他

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし

文献

1) 薬物乱用対策推進本部「薬物乱用防止新五か年戦略」平成15年7月（平成19年8月3日一部改正），内閣府政策統括官（共生社会政策担当），http://www8.cao.go.jp/souki/drug/sin5_mokuji.html

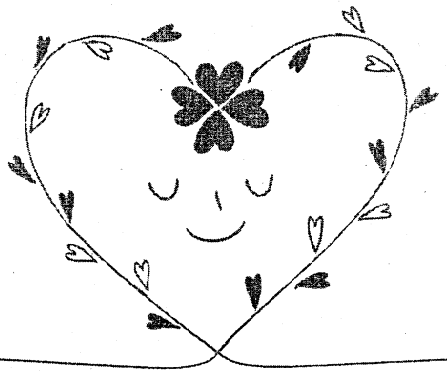
2) 薬物乱用対策推進本部「第三次薬物乱用防止五か年戦略」平成20年8月22日，内閣府政策統括官（共生社会政策担当），http://www8.cao.go.jp/souki/drug/sanzi5-senryaku.html

3) Meyers, R.J., Miller, W.R., Hill, D.E., Tonigan, J.S.: Community reinforcement and family training (CRAFT): Engaging unmotivated drug users in treatment. Journal of Substance Abuse 10: 291-308, 1998.

4) Garrett, J., Landau-Stanton, J., Stanton, M.D., Stellato-Kabat, J., Stellato-Kabat, D.: ARISE: A method for engaging reluctant alcohol- and drug- dependent individuals in treatment. Journal of Substance Abuse 14: 235-248, 1997.

5) 嶋根卓也：〔小児科医のための思春期医学・

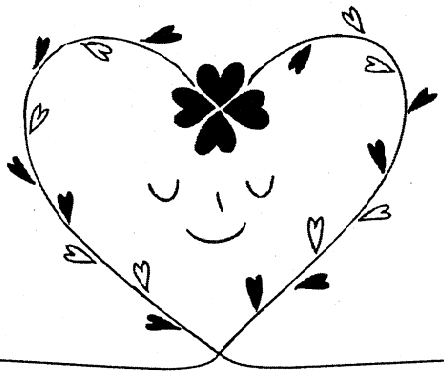
医療〕 思春期における生活サポート　思春期における薬物乱用の実態とその予防. 小児科, 50：1923-1929, 2009.
6) 近藤あゆみ：薬物依存症者の家族がもつ多様なニーズを満たすための家族教育プログラムの開発に関する研究. 平成21年度厚生労働科学研究費補助金（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業）「薬物乱用・依存の実態把握と再乱用防止のための社会資源等の現状と課題に関する研究」, 2010.
7) Shoptaw, S., Rawson, R.A., McCann, M.J., Obert, J.L.：The Matrix model of outpatient stimulant abuse treatment: evidence of efficacy. J Addict Dis, 13:129-41, 1994.
8) Matrix Institute: The Family Unit A 12-session Alcohol and Drug Education Program for Families, Hazelden, 2005.
9) Smith, J.E., Myers, R.J.: Motivating Substance Abusers to Enter Treatment: Working With Family Members. Guilford Press, New York, 2004.
10) Phil Harris: The Concerned Other: How to Change Problematic Drug and Alcohol Users Through Their Family Members: a Complete Manual, Russell House, 2010
11) Fals-Stewart, W., Klostermann, K.: Group Psychoeducational Attention Control Treatment: A 10-session Lecture Series (1 introductory session & 9 group sessions). Buffalo, New York, Addiction and Family Research Group, 2004.
12) 再乱用防止資料作成委員会：薬物問題相談員マニュアル, 厚生労働省医薬食品局監視指導・麻薬対策課, 東京都, 2007.



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

プログラムを実施する前に

ファシリテーター用マニュアル

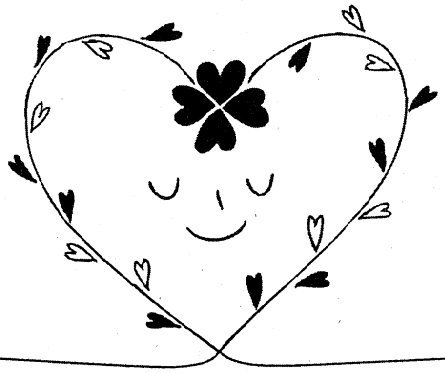


薬物依存症者をもつ家族を
対象とした心理教育プログラム

薬物依存症とは

薬物依存症と回復 Vol.1

家族向け教材



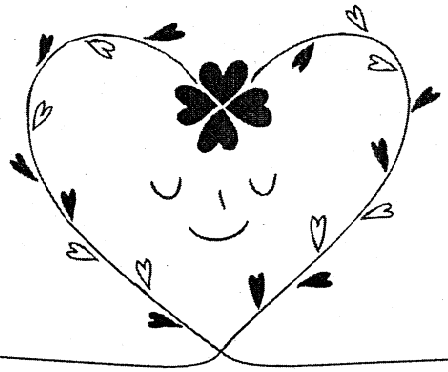
薬物依存症者をもつ家族を
対象とした心理教育プログラム

薬物依存症とは

薬物依存症と回復 Vol.1

薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラム

ファシリテーター用マニュアル

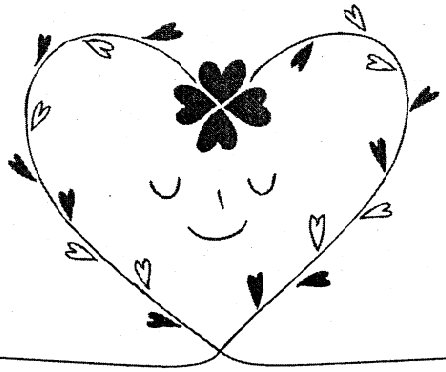


薬物依存症者をもつ家族を
対象とした心理教育プログラム

上手なコミュニケーションで本人を治療につなげる

家族の本人に対する関わり方 Vol.1

家族向け教材

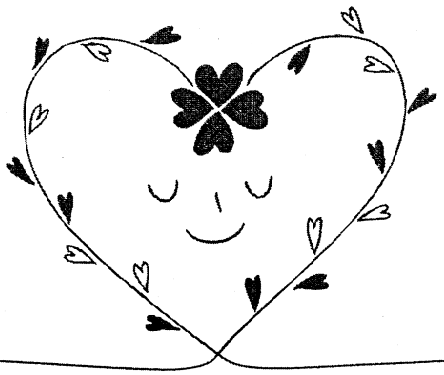


薬物依存症者をもつ家族を
対象とした心理教育プログラム

上手なコミュニケーションで本人を治療につなげる

家族の本人に対する関わり方 Vol.1

ファシリテーター用マニュアル

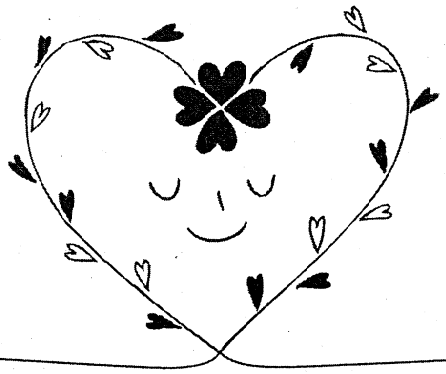


薬物依存症者をもつ家族を
対象とした心理教育プログラム

長期的な回復を支え、再発・再使用に備える

家族の本人に対する関わり方 Vol.2

家族向け教材

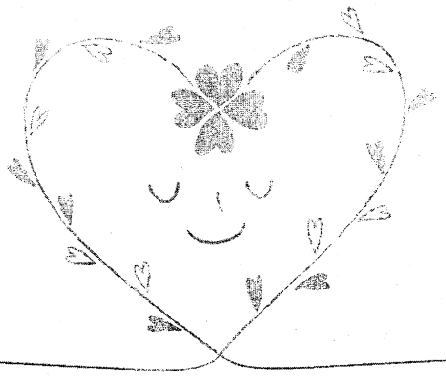


薬物依存症者をもつ家族を
対象とした心理教育プログラム

長期的な回復を支え、再発・再使用に備える

家族の本人に対する関わり方 Vol.2

ファシリテーター用マニュアル

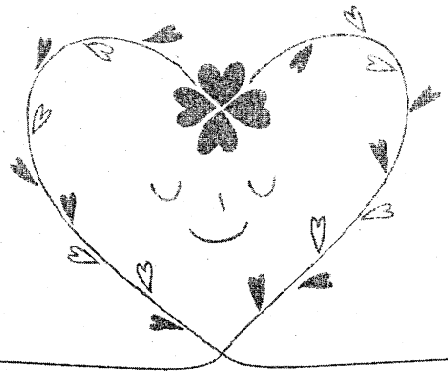


薬物依存症者をもつ家族を
対象とした心理教育プログラム

家族のセルフケア

家族のセルフケア Vol.1

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

家族のセルフケア

家族のセルフケア Vol.1

ファシリテーター用マニュアル

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

海外渡航報告書

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)
海外渡航報告書

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

【1】渡航先

マラケシュ（モロッコ）

【2】渡航期間

平成22年10月22日～29日

【3】渡航目的

第20回世界社会精神医学会議(マラケシュ(モロッコ))に出席し、情報収集、意見交換を図り、その成果を本研究の方向性及び質の向上に生かす。

世界社会精神医学会議は社会精神医学に関する世界最大規模の学会である。世界的に見ると、精神医学の二大疾患は精神病と薬物依存症であると言われることがあるほど、薬物依存症問題は大問題である。そこで、研究代表者が出席し、薬物依存症問題の世界的動向等の情報収集を図ると同時に、意見交換し、その成果を本研究班に還元し、本研究の方向性及び質の向上に生かすことにした。

【4】渡航旅程

10／22～10/23　萩山→ドバイ経由→カサブランカ

10/23　カサブランカ→マラケシュ

10／24～10/27　第20回世界社会精神医学会参加

10/28　マラケシュ→カサブランカ

10/28～10/29　カサブランカ→ドバイ経由→萩山

【5】渡航成果

本学会の演題内訳は、シンポジウムないしは口頭発表が69、ワークショップが14、レクチャーが8、ポスターセッションが147であったが、薬物依存ないしは嗜癖に関するものは、シンポジウムないしは口頭発表で2セッション7演題、ポスターセッションで9演題と予想以上にすくないものであった。

シンポジウムの演題は下記の通りである。

シンポジウム(S XXX)

嗜癖の新たな局面：社会と行動の関連

座長：イタリア、フランス

1. 基本症状、薬物乱用と早期精神病（イタリア）
2. 文化的観点から観た嗜癖の社会と行動との関連(モロッコ)
3. 行動上の嗜癖：予防から精神病理まで（イタリア）
4. 思春期及び少年期の大麻と早期精神病性障害（イタリア）

口頭発表(OP V)

嗜癖

座長：米国、モロッコ

1. 司法関連患者における大麻関連精神病（米国）
2. スピリチュアル強化薬物嗜癖リハビリテイションプログラム(マレーシア)
3. 薬物嗜癖におけるストレスとキューとの相互作用（米国）

今回の学会は、フランス語圏イスラム国での開催であったが、それが影響したのか、英語圏での国際学会と比べると、とにかく薬物依存に関する演題が少ないことに驚いた。また、dependence という用語は登場せず、すべてaddictionであったことが印象的であった。

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)
海外渡航報告書

研究分担者　宮永　耕　　東海大学健康科学部社会福祉学科

【1】　渡航先

コロンボ、ガンパハ、ペルマドゥーラ、カルタラ（スリランカ)、クアラルンプール、セランゴール（マレーシア）

【2】　渡航期間

平成23年2月14日～2月26日

【3】　渡航目的

薬物依存に介入する治療施設として、世界的には、Therapeutic Community（TC；治療共同体）が主流であり、我が国にもその機能は不可欠であるといえる。このTCに関する情報の中でも特に財政構造及び運営について調査するために、特にNPO/NGO活動として展開するアジア地域での運営状況をヒアリングし、そこで質疑検討することにより、我が国においても今後同種の共同体施設の運営について考察することができる。今回はWFTCより推薦を受けた、15年以上の運営実績を持つ2ヶ国のTC施設を訪問し、そこでの実践の概略把握と合わせ、運営に関する情報の収集を行った。

【4】　渡航旅程

2／14　成田→クアラルンプール、クアラルンプール→コロンボの移動（翌日着）

2／15　深夜コロンボ国際空港到着後、受入先のMithuru Mithuro Movement創始者、Kuppiyawatte Bodhananda Thero師に面会し、コロンボ郊外ガンパハ市にある“Nisansala ”センターに宿泊し、翌朝より入寮者プログラムに参加し、施設スタッフよりプログラムに関する講義を受けた。その後、Thero師と共に、約100キロ離れた本部のあるペルマドゥーラ市のMithuru Mithuro入寮施設に移動、夜到着後入寮者プログラムに参加。

2／16　Mithuru Mithuroの入寮者プログラムに参加し、TCでの生活の詳細について学び、スタッフに対して質疑を行う。合わせて滞在期間中のヒアリング調査に関して詳細を調整した。

2／17　Full Moon Poya Day（仏教徒の祝日）にあたり、月に1回の特別な施設プログラムが行われ、それに参加した。その中では、沈黙と定時の祈りを中心とした入寮者の生活を参与観察し、スタッフの業務分担に沿ったインタビュー調査を実施した。

2／18　施設プログラム参加による参与観察をとおした質疑応答とあわせ、滞在期間に行われない週間プログラム（エンカウンターミーティング等）についてシュミレーションの場面を見学し、スタッフ及びThero師とのインタビュー調査を実施、夜間のプログラムでは入寮者の前で研修内容の報告を行った。

2／19　早朝Mithuru Mithuro本部発、コロンボ市内の連絡事務所“VOICE”へ移動。同所到着後、市内の公共施設で毎月開催される入寮者の家族ミーティングに参加。その後、南部カルタラ市にある国際トレーニングセンターである“4C Residence”に移動し見学、その後JTRT（Jinasena Training & Rehabilitation Trust）トレーニングマネジャーのGamini Bandara氏よりMithuru Mithuroとの共同トレーニングプログラムについて講義を受けた。

2／20　カルタラ南駅より列車にてコロンボ市内に移動、ホテル到着後に市内“VOICE”オフィスのスタッフと連絡を取った。

2／21　早朝コロンボ国際空港より搭乗、クアラルンプールへ移動、到着後Pengasih Malaysiaのスタッフ、Roslan Yahya氏と電話にて翌日からの訪問について打ち合わせを行った。

2／22　クアラルンプール市にある治療共同体 Rumah Pengasih Malaysia を訪問し、創設者で現総裁の Mohd Yunus Pathi 氏及び 4 名のスタッフと面会し、共同体活動の実際を見学及び運営に関するヒアリング調査を実施した。

2／23　Pengasih での入寮プログラムを集中体験するため、早朝より Rumah Pengasih を訪問、ミーティング等のプログラムの間に質疑を行い、夕刻のスタッフミーティングまでに参加して参与観察を実施した。

2／24　Rumah Pengasih を訪問、午前中のプログラムに参加し、組織の財政に関して担当責任者の Rhazali Md. Jan 氏に対してインタビュー調査を行う。その後、TC プログラム修了者が地域社会へ再参入するためのグループホーム、"Teduhan Kasih" を訪問し、スタッフと入寮者より施設の機能と現状について聴取した。さらに、入寮者が作業の一環として夜間市場で物品販売プログラムと活動広報を行う "KL Downtown Night Market（チュラス地区）" 事務所を見学した。

2／25　前日と同様 Rumah Pengasih を訪問、HIV/AIDS の問題を併せ持つ薬物使用者のために行われる医療機関内のプロジェクトの見学のため、Sungai Buloh 公立病院を訪問し、スタッフよりプログラムの概要について聴取した。合わせて HIV/AIDS の問題を併せ持つ利用者のため小規模 TC プログラム "Teduhan Kasih Sungai Buloh" と来月より開始予定という農業プログラム施設を見学した。その後空港に移動、深夜帰国便に搭乗、機中泊。

2／26　早朝、成田空港着

【5】渡航成果

訪問した 2 カ国の TC 施設では、純然たる NPO による運営として、国及び地方政府からの運営費等ランニングコストの支出はなく、必然的に財政事情は厳しいものだったが、一方でスリランカでは 24 年、マレーシアでも 18 年にわたる実践は、社会的にも非常に高く評価されて今日に至っている。Mithuru Mithuro Movement も Pengasih もそれぞれ該当国での先駆的かつ、実質的にも独占的な地位を築き上げており、民間企業を含めた一般への知名度も非常に高いことが理解された。

また、13 ヶ国で構成される AFTC（治療共同体アジア連盟）においてもリーダー的役割を果たすこの 2 ヶ国では、米国で始まった TC の構造をテキストに忠実に展開させ治療成果を上げているほか、TC プログラム修了者の社会参入やアフターケア（再使用防止）、家族教育プログラム等の必要なサービスをも発展させてきたことが理解できた。

なお、TC のスタッフ構成等についても詳細にわたるインタビュー調査を実施したが、Mithuru Mithuro の場合では、80 名の入寮者に対し Thero 師を除き 5 名の有給スタッフで、Rumah Pengasih の場合はやや組織化され 70 名の Primary Treatment Level 入寮者と同敷地内にある 15 名の Re-entry Level の入寮者に対し、Manager 以下、7 名の Director、11 名の有給スタッフと 9 名のインターンで構成されていた。

両方の TC に共通することはスタッフの立場にある者はすべて施設でのプログラムを入門段階から経験し、長期にわたる TC 内でのトレーニングと中間的評価を合格して役割を得た回復者であるということだった。日常の共同体内生活においては、細部に至るまで入寮者が構成する Job Function によって運営されており、物理的環境に関しても各種のグループミーティングが可能なスペース以外に特別なものは必要なかった。日本で TC を開始するうえで、必要なスタッ

フ養成については、10名の候補者が3か月間TC環境内に居住しながら体験を通して学ぶことで、十分に可能になる、という意見であり、両方のTC 創設者及びスタッフからほぼ同内容のアドバイスを受け、合わせて日本からの候補者についていつでも受け入れる用意がある、との情報を得た。

（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	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 プログラムを実施する前に （ファシリテーター用マニュアル）
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 薬物依存症とは 薬物依存症と回復 Vol.1 （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 薬物依存症とは 薬物依存症と回復 Vol.1 （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 上手なコミュニケーションで本人を治療につなげる 家族の本人に対する関わり方 Vol.1（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 上手なコミュニケーションで本人を治療につなげる 家族の本人に対する関わり方 Vol.1（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 長期的な回復を支え、再発・再使用に備える 家族の本人に対する関わり方 Vol.2（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 長期的な回復を支え、再発・再使用に備える 家族の本人に対する関わり方 Vol.2（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 家族のセルフケア 家族のセルフケア Vol.1（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 家族のセルフケア 家族のセルフケア Vol.1（家族向け教材）

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、尾崎茂、近藤あゆみ	Ⅱ章 物質依存の疫学と法律 物質乱用の疫学	編集：福居顕二	脳とこころのプライマリケア8 依存	シナジー	東京	2011	20-32
松本俊彦	Ⅶ章 思春期における心の問題―薬物乱用	日野原重明・宮岡 等	脳とこころのプライマリケア 4	シナジー	東京	2010	448-458
松本俊彦	精神科医療 薬物依存.	精神保健福祉白書編集委員会	精神保健福祉白書 2011 年版 岐路に立つ精神保健福祉医療―新たな構築をめざして.	中央法規出版	東京	2010	153

雑誌

発表者名	論文タイトル名	発表紙名	巻	ページ	出版年
Kiyoshi Wada	The history and current state of drug abuse in Japan	Annals of the New York Academy of Sciences	1216	62-72	2011
和田　清	精神作用物質使用障害の今日的実態	精神神経学雑誌	112	651-660	2010
小林桜児，松本俊彦，千葉泰彦，今村扶美，森田展彰，和田　清	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	437-451	2010
今村扶美，松本俊彦，小林桜児，平林直次，和田 清	国立精神・神経医療研究センター病院における物質使用障害治療プログラムの開発と効果測定.	日本アルコール・薬物医学会誌	45	452-463	2010
松本俊彦，千葉泰彦，今村扶美，小林桜児，和田 清	少年鑑別所における自習ワークブックを用いた薬物再乱用防止プログラムの試み～重症度による介入効果の相違に関する検討.	精神医学	52	1161-1171	2010
松本俊彦	物質使用と暴力および自殺行動との関係.	日本アルコール・薬物医学会雑誌	45	13-24	2010
松本俊彦	アディクション―精神科医が「否認」する「否認の病」.	精神科治療学	25	565-571	2010
松本俊彦	アルコール・薬物使用障害の心理社会的治療.	医学のあゆみ	233	1143-1147	2010
松本俊彦	DSM-5 における物質関連障害.	精神科治療学	25	1077-1081	2010
松本俊彦，小林桜児	精神作用物質使用障害の心理社会的治療：再乱用防止のための認知行動療法を中心に.	精神神経学雑誌	112	672-676	2010
松本俊彦	アルコール・薬物依存症と摂食障害との併存例をめぐって.	精神神経学雑誌	112	766-773	2010
松本俊彦	第 2 章 精神作用物質使用による精神および行動の障害 4. 覚せい依存の心理社会的治療.	精神科治療学「今日の精神科治療ガイドライン	25 増刊	68-71	2010
松本俊彦	物質依存症―治療戦略に役立つ生活歴、現病歴、家族関係.	精神科治療学	25	1489-1496	2010
松本俊彦	覚せい剤依存症の精神療法―患者と家族に対する初回面接の工夫―.	臨床精神医学	39	1583-1587	2010
松本俊彦	マトリックスモデルとは何か?　治療プログラムの可能性と限界 .	龍谷大学矯正・保護研究センター研究年報	7	63-75	2010
嶋根卓也	思春期の薬物乱用の現状と課題	思春期学	28	267-272	2010
嶋根卓也	薬物依存症－薬物依存症のトレンド－薬物依存症の予防・防止の社会的取り組み	日本臨牀	68	1531-1535	2010
森田展彰、嶋根卓也	薬物依存症－薬物依存症のトレンド－幻覚	日本臨牀	68	1486-1493	2010

	剤				
嶋根卓也	アディクション 薬物乱用・依存	Journal of Integrated Medicine	20	356-359	2010
嶋根卓也	思春期における薬物乱用の実態と予防	思春期学	29	13-18	2011
宮永　耕	薬物依存者の回復における社会福祉援助の役割	龍谷大学 矯正・保護研究センター研究年報 第号	7	99-111	2010
山口みほ	薬物依存症者の回復支援に関わる制度的社会資源の活用実態と課題	医療社会福祉研究	19		2011

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

(H21薬-一般-028)

研究報告書

（総括研究報告書＋分担研究報告書）

主任研究者：和田　清（国立精神・神経医療研究センター　精神保健研究所）

2011年3月31日　発行